

NAHQ.CPHQ.v2026-04-04.q185

試験コード : CPHQ
試験名称 : Certified Professional in Healthcare Quality Examination
認証ベンダー : NAHQ
無料問題の数 : 185
バージョン : v2026-04-04
ページの閲覧量 : 117
問題集の閲覧量 : 2273

<https://www.jpnshiken.com/shiken/NAHQ.CPHQ.v2026-04-04.q185.html>

質問: 1

クリティカルパスを使用する主な理由は

- A. 第三者への払い戻しを変更する
- B. サービスの提供を改善する
- C. 義務付けられた契約書を作成する
- D. インシデント報告の減少

正解: **B (コメントを發表する)**

クリティカルパスは、プロジェクトの期間を決定するタスクの順序を識別し、効率的な完了を保証するために使用されるプロジェクト管理ツールです。

オプション A (サードパーティの払い戻しの変更): クリティカルパスは、財務機能である払い戻しとは無関係です。

選択肢 B (サービス提供の改善) これが正解です。NAHQ CPHQ学習ガイドには次のように記載されています。

「クリティカルパスは、プロセスにおけるタスクの順序を最適化するために使用され、遅延を減らし効率性を確保することでサービス提供を向上させます」(ドメイン4)。例えば、手術における患者の流れを合理化します。

オプション C (義務付けられた契約の作成): 契約は管理的なもので、クリティカルパス方法論とは関係ありません。

オプション D (インシデント報告の減少): プロセスの改善によりインシデントが減少する可能性があります、それはクリティカルパスの主な目的ではありません。

CPHQ目標参照 :ドメイン4 :パフォーマンスとプロセス改善、目標4.3 「プロジェクト管理ツールの活用」には、プロセス最適化のためのクリティカルパスが含まれています。NAHQ学習ガイドでは、クリティカルパスはタスクシーケンスを合理化することでサービス提供を強化する」(ドメイン4)と述べられています。

理由: CPHQ の改善原則に従い、効率的なタスクの順序付けを通じてサービスの提供を改善することがクリティカルパスの主な目的です。

参考: NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 4: パフォーマンスとプロセス改善、目標 4.3。

質問: 2

ある組織が品質改善プロジェクトを実施しました。目標は平均コンプライアンス率90%です。観察結果は以下の表の通りです。

Focus Area	Department A	Department B	Department C
Infection Prevention	100%	82%	95%
Environment of Care	95%	98%	78%
Pain Management	80%	88%	65%
Patient Flow	96%	87%	60%

どの重点分野が組織にとって最大のチャンスをもたらすでしょうか？

- A. 患者フロー
- B. ケア環境
- C. 疼痛管理
- D. 感染予防

正解: [\(正解を表示します\)](#)

表のデータによると、C科の疼痛管理における遵守率は65%と最も低く、組織目標である平均遵守率90%を大きく下回っています。これは、疼痛管理が最も改善の余地があることを示しています。効果的な疼痛管理は質の高いケアの重要な要素であるため、C科の疼痛管理に重点を置くことで、患者ケア全体と満足度を大幅に向上させることができる可能性があります。

* 患者フロー (A): 部門 C も患者フローのコンプライアンスは低いですが、疼痛管理のコンプライアンス率が最も低いため、優先度が高くなります。

* ケア環境 (B): この重点分野では、特に部門 B でコンプライアンス率が高くなっています。

* 感染予防 (D): この分野では、すべての部門で遵守率が一般的に高いため、最も差し迫った問題ではありません。

参考文献

* NAHQ知識体系：品質改善の優先順位付け

* NAHQ CPHQ試験準備教材：改善のためのパフォーマンスデータの分析

質問: 3

あらゆる医療機関には、改善の機会が数多く存在します。しかし、すべての改善が同じ規模のものであるとは限りません。

強力で組織のリソースを投入する価値のある改善には次のようなものがあります。

- A. リスクの増加
- B. 重要な臨床プロセスまたはビジネスプロセスにおける不安定性を排除または軽減する
- C. 深刻な問題を改善する
- D. それは多くの患者に良い影響を与えるだろう

正解: [\(正解を表示します\)](#)

質問: 4

例えば、患者満足度に関するフィードバックをメールで収集するアンケート調査の場合、すべての患者にアンケートを送信するわけではありません。まずは患者の約50%にアンケートを送信し、返送された数を確認します。この限定的なアンケート調査によって、回答率を算出できます。これらの患者の25パーセントがアンケートに回答します。

次の課題は、これらの回答者が母集団全体をどの程度代表しているかを判断することです。この問いを検証するには、母集団全体のプロフィールを作成する必要があります。通常、このプロフィールは、性別、年齢、受診の種類、支払者区分、新規患者か再診患者かといった標準的な人口統計情報に基づいています。サンプルにおけるこれらの特性の分布が母集団全体と類似(5%以内)している場合、サンプルは母集団を適切に代表していると確信できます。ただし、サンプルと母集団の特性に大きなばらつきがある場合は、サンプリング計画を調整する必要があります。

この例では次のことが分かります。

- A. サンプリングの基本的な目的は、限られた数の観測値を抽出することです。
- B. サンプリングは、データ収集に費やす時間とリソースを削減するためにできる最も重要なことかもしれません。
- C. したがって、適切に抽出されたサンプルは、より大きな母集団を代表するものであるはずである。
- D. サンプリングは一連の妥協とトレードオフから成り立っています

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 5

回帰分析において、従属変数の説明として最も適切なのは次のどれですか。

- A. 研究者によって操作される条件
- B. 原因要因に関連する結果
- C. 変数間の関係における因果要因
- D. 変数間の差の有意水準

正解: **B** ([コメントを发表する](#))

回帰分析では、従属変数は予測または説明される結果であり、独立（因果）変数変化に応じて変化します (NAHQ CPHQ 学習ガイド、2024 年、Hosmer & Lemeshow、応用ロジスティック回帰、2013 年)。

- * 研究者が操作する条件が独立変数となります。
- * 有意水準は統計指標であり、変数タイプではありません。

参考文献:

NAHQ、CPHQ学習ガイド、2024年

Hosmer, DW、Lemeshow, S.、応用ロジスティック回帰、2013

質問: 6

散布図で正の相関が見られるのは、

- A. x 軸の増加は y 軸の増加と関連します。
- B. x 軸の増加は y 軸の減少と関連しています。

- C. 三角形のパターンで点が散在しています。
- D. 円形のパターンで点が散在しています。

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 7

以下の情報を参考にすると、どの患者集団が最も危険にさらされるのでしょうか？

	Patients who fell	Patients who did not fall
Needs help with toileting	22	13
Has balance problems	27	18
Falls prior to admission	30	12
Has problems remembering	28	35
Uses a cane	21	11
Has problems sleeping	35	36

- A. 睡眠に問題がある
- B. 入院前に落ちる
- C. トイレに助けが必要
- D. 杖を使う

正解: ([正解を表示します](#))

- * 質問は、どの患者集団が転倒のリスクが最も高いかを尋ねています。
- * 提供された表を分析すると、「入院前に転倒した」患者は、他のカテゴリと比較して、入院後の転倒数が最も多い (30人) ことがわかります。
- * このデータは、入院前に転倒歴があると、再度転倒するリスクが高まることを示しています。
- * NAHQを含む外部ウェブサイトに直接アクセスすることはできませんが、医療の質と安全においては、転倒歴は将来の転倒の重大な危険因子であると一般的に認識されています。これは、医療の質に関する専門ウェブサイトに掲載されている患者安全と転倒予防に関するリソースや文書によって裏付けられていると考えられます。

質問: 8

患者の転帰データをベンチマークに使用する前に、データは

- A. 患者の年齢別に整理されています。
- B. 滞在期間に応じて調整されます。
- C. 病気の重症度に応じて調整されます。
- D. 患者の性別別に整理されています。

正解: C ([コメントを発表する](#))

患者の転帰データをベンチマークに使用する前に、病気の重症度に合わせてデータを調整する必要があります。

重症度調整は、患者集団の違いを考慮することで、比較が公平かつ有意義なものとなることを保証します。この調整を行わないと、ケアの質の違いではなく、ある組織が他の組織よりも重症の患者を治療しているという理由だけで、結果が悪く見えたり良く見えたりする可能性があります。

- * 患者の年齢別に整理 (A): 年齢が要因となる場合もありますが、公平な比較を行うには病気の重症度の方が重要です。

* 入院期間の調整 (B): 入院期間の調整は場合によっては必要になることもありますが、結果の比較においては病気の重症度の方が重要です。

* 患者の性別別に整理 (D): 結果ベンチマークにおける重症度調整の必要性と比較すると、性別の関連性は低くなります。

参考文献

* NAHQ知識体系 :データの標準化とベンチマーク

* NAHQ CPHQ試験準備教材 :ベンチマークのためのデータの調整

質問: 9

ある組織は、診療所ごとの服薬調整の遵守状況を測定するために使用されているデータを評価しています。データ収集には3名の抄録作成者が任命されています。

抄録作成者およびユニット別のコンプライアンス データは次のとおりです。

	Abstractor 1	Abstractor 2	Abstractor 3
Clinic A	82%	100%	83%
Clinic B	75%	97%	78%
Clinic C	89%	100%	90%
Clinic D	91%	99%	88%

この表に基づいて、データの正確性と信頼性を評価するための最適な次のステップは次のどれですか？

- A. 評価者間信頼性プロセスを実装します。
- B. データ収集についてアブストラクター 1 とアブストラクター 3 に教育します。
- C. クリニック D でベストプラクティスを研究します。
- D. クリニック B の是正措置計画を策定します。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

この表は、4つのクリニックにおける3人の異なるアブストラクターによるコンプライアンスデータを示しています。同じクリニックであっても、異なるアブストラクターが収集したデータには顕著なばらつきが見られます。

NAHQ の資料によると、データの正確性と信頼性を確保することは医療の質にとって極めて重要です。

これを実現する方法の 1 つは、評価者間信頼性プロセスを使用することです。このプロセスでは、評価者または評価者間の合意の度合いを評価します。

評価者間信頼性プロセスを導入することで、ばらつきがエラーによるものか、それともコンプライアンスレベルの実際の差異によるものかを評価するのに役立ちます。これにより、収集されたデータがすべての採点者間で一貫性と信頼性を持つことが保証されます。

アブストラクター 1 と 3 を教育したり、クリニック B の是正措置計画を作成したりすることが後で必要になる場合がありますが、まず評価者間信頼性プロセスを通じてデータの信頼性を確立しなければ、これらの手順を実行するのは時期尚早です。

クリニック D でのベスト プラクティスを研究することは有益かもしれませんが、さまざまなアブストラクター間のデータの正確性と一貫性の問題に直接対処するものではありません。

質問: 10

患者の安全を促進する上で好ましい文化

- A. 標準を監査し、間違いからの学習を促進します。
- B. 匿名のレポートと監査標準を使用します。
- C. 間違いから学ぶことを促進してコラボレーションを促進します。
- D. コラボレーションを促進し、匿名のレポートを使用します。

正解: ([正解を表示します](#))

患者安全を促進する上で望ましい文化とは、ミスから学び、協働を促進する文化です。これは、ミスから学ぶことを促進する文化が、個人が安心してミスやニアミスを報告できる、懲罰的でない環境を促進するためです。このオープンな姿勢は、将来のミスを防ぐために対処できる体系的な問題を特定するのに役立ちます¹。

一方、患者安全においては、医療従事者間のオープンなコミュニケーションとチームワークを促進するため、連携の促進が極めて重要です。連携により、チームメンバー全員が専門知識を活かして患者ケアに貢献できるようになり、ひいては患者アウトカムの向上につながります²³。

参考文献:

- * 臨床看護師の能力と患者安全文化への影響：系統的レビュー¹
- * 患者安全文化：患者安全文化に関する病院調査の諸側面の特徴による体系的レビュー²
- * 患者安全文化を促進する主な推進要因³

質問: 11

パフォーマンス改善コーディネーターは、患者の待ち時間を短縮するという目標に新しいチームを集中させるのに苦労しています。チームのプロセスがうまく機能しない理由を理解するために、チームリーダーはまず、

- A. チームの構成。
- B. チームミーティングへの出席。
- C. 収集されたデータの量。
- D. データ収集の方法。

正解: ([正解を表示します](#))

パフォーマンス改善コーディネーターが、患者の待ち時間を短縮するという目標にチームを集中させるのに課題に直面した場合、まず最初にすべきことはチームの構成を評価することです。チームの有効性は、目の前の問題に取り組むために必要なスキル、専門知識、そして視点を持つメンバーを適切に組み合わせることに大きく左右されます。

* チーム構成の重要性：適切に構成されたチームには、改善対象のプロセスに直接関与するメンバー（例：臨床医事務スタッフ）に加え、データ分析、品質改善手法、患者フロー管理の専門知識を持つメンバーも含まれるべきです。チームに主要なステークホルダーが不足していたり、専門知識に偏りがあると、目標の不一致、問題解決の非効率性、そしてエンゲージメントの低下につながる可能性があります。

* その他の要因の役割:

* B. チーム会議への出席は勢いを維持するために重要ですが、チームの集中力や有効性に影響を与える可能性のある根本的な問題に直接対処するものではありません。

* C. 収集されたデータの量は、情報に基づいた意思決定を行う上で非常に重要ですが、適切な分析を行わずに過剰なデータを取得すると、チームに負担がかかり、負担が大きくなる可能性があります。これはむしろ二次的な要因です。

* D. データ収集方法は、データの正確性と信頼性を確保するために重要ですが、通常は、データを効果的に分析および使用できるようにチームが適切に構成されていることを確認した上で評価されます。

* 初期評価: 最初にチームの構成を評価することで、チームリーダーは、プロセス改善の課題に効果的に対処するための基礎となる、必要なすべての視点とスキルが代表されていることを確認できます。

参考資料: National Association for Healthcare Quality (NAHQ) のリソースでは、パフォーマンス改善イニシアチブを成功させるにはチーム構成が重要であると強調しており、集中力を維持し望ましい結果を達成するには適切に構成されたチームが不可欠であると指摘しています。

質問: 12

ある医療機関は、品質と患者の安全のための教育計画を策定したいと考えています。成人学習の原則に基づくと、計画された教育は、以下の場合に最も効果的であると考えられます。

A. トレーニングは各分野の専門家によって提供され、参加者は質問する機会が与えられ、書面による資料が提供されます。

B. コンテンツは認定基準を満たすように設計されており、トレーニングが強く推奨されており、学習者はオンデマンドのトレーニングを受けることができます。

C. プログラムは部門レベルで提供するように設計されており、スタッフの出席が認められ、筆記能力テストが実施されます。

D. 積極的に参加する機会があり、スタッフは学習の必要性を認識しており、教材は論理的な順序で提示されています。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

成人学習の原則 (アンドラゴジーとも呼ばれる) は、学習プロセスの価値を重視します。これには、積極的な参加、実践的な経験、問題解決、そして学習と現実の状況との関連性といった手法が含まれます¹²³⁴⁵。

積極的な参加: 成人学習者は内発的な動機と自発性を持っています⁴。彼らは学習プロセスに積極的に参加することを好みます¹²³⁴⁵。これは、ディスカッション、実践的な演習、問題解決活動を通じて達成できます¹。

学習の必要性を認識する: 大人たちは目標志向と関連性志向性を持っています⁴。学習の必要性を認識し、学習が仕事や私生活と関連性があると認識すれば、学習に取り組む可能性が高くなります¹²³⁴⁵。

論理的な展開: 大人たちは、学習体験に人生経験と知識を取り入れます⁴。彼らは、論理的な展開で構造化され提示される学習を好みます¹²³⁴⁵。これにより、新しい学習を既存の知識や経験と結び付けることができ、学習がより有意義になり、記憶に残りやすくなります。

医療機関における品質と患者安全のための教育計画の策定において、これらの原則は、職員が積極的に参加し、学習の必要性を認識し、教材が論理的な流れに沿って提示されるプログラムへと反

映されます。このアプローチは選択肢Dに合致し、効果的な学習成果をもたらす可能性が最も高いです。

成人学習の原則は、成人が最も効果的に学習できるのは、学習プロセスに積極的に参加し、情報と自身の経験との関連性を理解し、知識を問題解決に応用できる場合であると強調しています。したがって、積極的な参加を促し、認識された学習ニーズに応え、既存の知識に基づいて論理的な順序で教材を提示する教育プログラムは、より効果的である可能性が高くなります。このようなプログラムは学習者の学習意欲を高め、教材の理解と定着を促進します。これは、医療現場における質の高い患者安全の取り組みを実施する上で不可欠です。

参考：医療における教育計画に成人学習の原則を適用することは、NAHQ（全米医療保健局が支持する勧告です。これらの原則は、医療従事者向けの効果的な教育プログラムを設計し、医療の質と患者の安全を向上させる上で不可欠です。

質問: 13

プロセス改善の主要な関係者は、PDSA (Plan-Do-Study-Act) モデルのどのフェーズで選択されますか？

- A. 計画
- B. する
- C. 勉強する
- D. 行動

正解: [\(正解を表示します\)](#)

PDSAモデルでは、計画段階では問題の定義、目標の設定、そして主要なステークホルダーの選定を行い、彼らの意見が改善戦略に反映されるようにします。ステークホルダー選定後は、実行 (B)、調査 (C)、改善 (D)が行われます。NAHQは、計画段階におけるステークホルダーの関与を重視しています。

NAHQ CPHQ 学習ガイド、パフォーマンスおよびプロセス改善セクション、PDSA サイクルと利害関係者の関与」、NAHQ CPHQ 模擬試験、品質改善フレームワーク。

質問: 14

次のモニターのうち、患者の転帰情報を提供するものはどれですか？

- A. 院内感染率
- B. 機器の故障率
- C. 抗生物質療法の更新に対する遵守度
- D. 看護ケア文書の遵守度

正解: [A \(コメントを发表する\)](#)

質問: 15

アメニティは、以下のエリアを除く以下のエリアに適用される場合があります：

- A. 良い方向標識
- B. 広くて便利な駐車場
- C. 広大で便利な食料供給エリア

D. 快適な待合室

正解: [C \(コメントを發表する\)](#)

質問: 16

スコアの重み付けは、患者集団のメンバーが不均等な確率を持つ場合によく推奨されます。サンプルとして選択される。必要に応じて、異なる観測値に重みが割り当てられ、人口全体の代表性を示す図。重み付けは、

- A. 退院サービス、看護ユニット、または診療所ごとに患者が均等に配分されている
- B. 退院サービス、看護ユニット、または診療所ごとに患者の分布が不均等である
- C. ICUごとに患者が均等に配分されている
- D. 検査室によって患者の分布が不均等である

正解: [\(正解を表示します\)](#)

有効的なCPHQ問題集はJPNTTest.com提供され、CPHQ試験に合格することに役に立ちます！JPNTTest.comは今最新CPHQ試験問題集を提供します。JPNTTest.com CPHQ試験問題集はもう更新されました。ここでCPHQ問題集のテストエンジンを手に入れます。最新版のアクセス、<https://www.jpntest.com/shiken/CPHQ-mondaishu> 808問、30%ディスカウント、特別な割引コード: **JPNshiken**」

質問: 17

臨床経路の開発中、品質専門家は

- A. ピアレビュー委員会の調査結果を評価します。
- B. ベスト プラクティス アラートを実装します。
- C. 査読済みの証拠を参照してください。
- D. 患者の転帰データを収集します。

正解: [C \(コメントを發表する\)](#)

クリニカルパス (CPW)は、医療の質の向上を目指す上で広く用いられる要素です1。CPWは、ばらつきを減らし、ケアの質を向上させ、特定の患者群のアウトカムを最大化するために用いられます1。クリニカルパスの開発には、体系化された多職種連携のケア計画が含まれます1。

このプロセスには、ガイドラインまたは証拠をローカル構造に変換することが含まれます1。

したがって、クリニカルパスの開発においては、品質管理の専門家は査読済みのエビデンスを参照すべきです。なぜなら、これらのエビデンスは、クリニカルパスの開発中に各地域の組織に反映されるガイドラインの基礎となるからです1。これにより、提供されるケアが最新かつベストプラクティスに基づいたものとなり、患者の転帰の改善につながります2。

ピアレビュー委員会の調査結果の評価、ベストプラクティスアラートの導入、患者アウトカムデータの収集は、全体的な品質改善プロセスの一部となり得ますが、クリニカルパスの開発に必ずしも含まれるわけではありません34。これらの活動はクリニカルパスの開発前または開発後に行われる場合もありますが、開発プロセス自体に不可欠なものではありません34。

質問: 18

同時外来手術症例レビューの利点として最も考えられるのは次のうちどれですか？

- A. 従業員の離職率の低下
- B. 退院時の医療記録の検討の減少
- C. レビュー担当者の能力向上
- D. スクリーニング基準を満たさない症例数の増加

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 19

迅速な変更テストの計画、実装、評価のフィードバックループを含むデミングモデルから派生した改善のための迅速なサイクルモデルは、次の頭字語のどれで最もよく説明されますか。

- A. FMEA
- B. フォーカス
- C. DMAIC
- D. PDSA

正解: ([正解を表示します](#))

詳細な説明:

デミングモデルから派生した PDSA (計画実行調査改善) サイクルは、小規模な変更を迅速なサイクルでテストして改善点を特定するための構造化された方法論です。

オプションD: PDSA

PDSAは、変更の計画、実装、結果の分析、そして発見に基づいた行動を伴います。この手法は、継続的なフィードバックを通じて反復的な改善をサポートします。

オプションA: FMEA

FMEA (故障モード影響解析) はリスク評価ツールであり、迅速なサイクル改善モデルではありません。

オプションB :フォーカス

FOCUS は PDCA と併用される方法論ですが、それだけでは急速な変化のサイクルモデルを表すものではありません。

オプションC: DMAIC

DMAIC (定義、測定、分析、改善、制御) は、複雑な問題の解決には適していますが、特に急速なサイクルの改善には適していないシックスシグマ手法です。

参考文献:

PDSA は、CPHQ の学習資料に概説されているように、小さな変更をテストおよび実装するための迅速なサイクルモデルとして、品質改善の文献では広く認識されています。

質問: 20

中心傾向の尺度は次のことを説明します。

- A. データを分割するクラスの種類と数
- B. データポイントが散在している範囲

C. データセット内の任意の点の平均からの平均距離

D. 標準または中間のデータポイント

正解: [\(正解を表示します\)](#)

質問: 21

ある組織は、心不全の転帰を改善し、再入院を減らすための創造的なアプローチを模索しています。複数の臨床医が、この状況を改善するために何もできないのではないかと懸念を表明しています。2人の臨床医が、ある専門機関が最近作成した一連の臨床診療ガイドラインを推奨しています。この2人の臨床医は、以下のどちらに該当するのでしょうか？

A. アーリーアダプター

B. 早期多数派

C. ファシリテーター

D. スポンサー

正解: [\(正解を表示します\)](#)

* この質問は、専門機関によって最近開発された一連の臨床診療ガイドラインを推奨している2人の臨床医の役割について尋ねています。

* イノベーション普及理論の文脈では、これらの臨床医は「アーリーアダプター」とみなされます。アーリーアダプターとは、社会システムの他の構成員よりも比較的早くイノベーションを採用する個人のことです。彼らは通常、他の構成員よりも社会システムに深く統合されています。

* アーリーアダプターは、社会システムにおいて他の人々のロールモデルとして機能します。彼らは、イノベーションに関するアドバイスや情報を他者に提供することで、イノベーションの口コミによる普及を促進します。

* この場合、新しい臨床診療ガイドラインを推奨することで、2人の臨床医はイノベーション(ガイドライン)を採用し、組織内の他の医師にも同じことをするように影響を与えることができます。

質問: 22

品質改善チームは、入院患者ユニットへの緊急検査結果報告の迅速性を向上させるための新しい手順を開発しています。新しい手順を導入する前に、チームは望ましい手順からの潜在的な逸脱を特定したいと考えています。潜在的な逸脱を特定するために、チームは以下のどのツールを使用すべきでしょうか？

A. ランチャート

B. 相互関係図

C. マトリックス図

D. プロセス決定プログラムチャート

正解: [\(正解を表示します\)](#)

解説: プロセス決定プログラムチャート (PDPC) (D) は、実装前にプロセスステップと緊急時対応計画をマッピングすることで、潜在的な逸脱を特定します。ランチャート (A)、相互関係図 (B)、マトリックス図 (C) は、実装前のリスク分析には適していません。NAHQは、プロアクティブな計画策定のためにPDPCを重視しています。

NAHQ CPHQ 学習ガイド、パフォーマンスおよびプロセス改善セクション、「リスク識別のためのプロセス決定プログラム チャート」、NAHQ CPHQ 練習問題、品質改善ツール。

質問: 23

新しい救急診療所が品質管理システムを構築しています。効果的な臨床ケアを評価するためのプロセス指標として、最適なものは次のうちどれですか？

- A. ケアを「満足」または「非常に満足」と評価した患者の割合
- B. 毎年のインフルエンザシーズンに接種されたインフルエンザワクチンの生の接種数
- C. エビデンスに基づくガイドラインを満たす抗生物質処方の割合
- D. チェックインから医師の診察までの平均待ち時間

正解: ([正解を表示します](#))

新規の救急診療所における効果的な臨床ケアを評価するための最良のプロセス指標は、エビデンスに基づくガイドラインを満たす抗生物質処方の割合です。この指標は、効果的で安全な患者ケアを提供するために不可欠な、臨床意思決定の質とベストプラクティスの遵守を直接反映しています。抗生物質が適切に処方されることを保証し、耐性菌やその他の合併症のリスクを軽減するのに役立ちます。

* ケアを「満足」または「非常に満足」と評価した患者の割合 (A): これは患者満足度の尺度であり、重要ですが、臨床ケアの有効性を直接測るものではありません。

* インフルエンザワクチン接種の生の回数 (B) これは量の指標であり、臨床ケアの質を直接反映するものではありません。

* チェックインから医療提供者の診察までの平均待ち時間 (D): これは効率性の尺度であり、必ずしも臨床ケアの有効性を示すものではありません。

参考文献

* NAHQ知識体系：品質管理におけるプロセスと成果の測定

* NAHQ CPHQ試験準備教材：臨床ケアの質の評価

質問: 24

延長ケア施設では、包括的な検査が完了するまでの時間の割合を測定します。

入院期間は96時間です。

これは、次のどのタイプの測定の例ですか？

- A. プロセス
- B. 構造
- C. システム
- D. 結果

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 25

品質に対する責任は最終的には

- A. 統治機関。

B. 品質マネージャー。

C. CEO。

D. 部門リーダー。

正解: (正解を表示します)

品質に対する説明責任は、最終的には、取締役会や評議員会といった医療機関の統治機関に委ねられます。統治機関は、組織のビジョン、ミッション、価値観、戦略目標の設定に加え、パフォーマンス、コンプライアンス、リスク管理を監督する責任を負います。また、統治機関はCEOを任命、評価、支援します。CEOは、組織の戦略を実行し、組織全体の品質と安全性を確保することについて、統治機関に対して責任を負います。

品質管理者、CEO、部門リーダーは、それぞれが持つ権限と責任の範囲内で品質確保において重要な役割を果たしますが、品質に関する最終的な説明責任を負っているわけではありません。品質管理者は、品質改善イニシアチブの設計、調整、評価を行うとともに、スタッフとリーダーに対して品質向上のための手法やツールに関する教育、研修、サポートを提供する責任を負います。CEOは、組織の運営、財務、文化に対するリーダーシップ、指示、監督を行うとともに、すべての機能とレベルにわたって品質の整合性と統合を確保する責任を負います。部門リーダーは、特定のユニットまたはサービスの日常業務、リソース、パフォーマンスを管理するとともに、担当領域における品質基準とポリシーの遵守を確保する責任を負います。

しかし、これらの役割のいずれも、組織の品質と安全性に対する最終的な権限と責任を負う統治機関の支援、指導、そして説明責任なしには、品質を確保することはできません。統治機関は、トップレベルで品質に対する姿勢と期待を設定し、CEOをはじめとするリーダーに質の高い成果の実現と品質プロセスの改善に対する責任を負わせます。

統治機関は、組織の品質パフォーマンスと改善への取り組みを監視・評価し、組織が品質を支えるために必要なリソース、体制、システムを備えていることを確認します。また、統治機関は、規制当局、認定機関、支払機関、患者などの外部ステークホルダーと連携し、品質に対するコミットメントと説明責任を明確に示すよう努めます。

参照: NAHQ 倫理規定、原則 1: 医療品質専門家は、組織およびコミュニティ内で変革エージェントおよびリーダーとして機能し、品質、安全性、パフォーマンス成果における卓越した文化を促進します。

NAHQラーニングラボ：集団健康管理における医療品質専門家の役割、モジュール1：集団健康管理の概要、スライド9：統治機関の役割NAHQヘルスケア品質ジャーナル、第41巻、第2号、2019年3月/4月、記事：品質と安全性のパフォーマンスにおける理事会の役割：理事会メンバーと品質リーダーの認識、72ページ：

要約と77ページ: 考察

質問: 26

ある組織は、新しい心臓リハビリテーションプログラムを導入してから6か月後、基準を満たす多くの患者が登録されていないことに気づきました。登録率を向上させるための最も効果的な戦略は次のうちどれですか？

A. プログラムを宣伝するためのマーケティング キャンペーンを開始します。

- B. 介護者のプログラムへの参加を奨励します。
- C. プログラム紹介プロセスを標準化します。
- D. 心臓発作後に最適なケアを提供できるようスタッフをトレーニングします。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

正確な抜粋からの包括的かつ詳細な説明：

パフォーマンスとプロセス改善の分野では、対象者の登録率が低いことは、通常、認識不足ではなく、プロセスの失敗を反映しています。

紹介プロセスを標準化することで、対象となる患者の一貫した識別と紹介が保証され、変動性が低減し、登録率が向上します。

マーケティングと教育は二次的な活動であるが、プロセスの標準化は根本的な原因に直接対処する。

- 一貫性のないワークフローまたは紹介手順。

参考文献:

NAHQ CPHQコンテンツ概要 - パフォーマンスとプロセス改善 :プロセスの標準化とワークフローの再設計 NAHQヘルスケア品質コンピテンシーフレームワーク - パフォーマンス改善 :ばらつき削減と一貫性の確保

質問: 27

HEDISを用いて乳がん検診のコンプライアンスに関するカルテを監査していた際、品質管理担当者は、患者の前の検診が遡及期間内であったかどうかを疑問視しました。品質管理担当者は、コンプライアンスを確保するためにどこを確認すべきでしょうか？

- A. 米国医師会 (AMA) 予防医療ガイドライン
- B. 予防ケアガイドラインに関する組織の方針
- C. 患者が順守していたことを示す医師からのカルテ
- D. 対策の技術仕様

正解: [D \(コメントを發表する\)](#)

乳がん検診などの HEDIS (医療有効性データおよび情報セット) 測定には、ルックバック期間を含むコンプライアンス基準を定義する特定の技術仕様があります。

オプション A (米国医師会 (AMA) 予防医療ガイドライン): AMA ガイドラインは、ルックバック期間などの HEDIS 固有の基準ではなく、一般的な推奨事項を提供します。

オプション B (予防ケアガイドラインに関する組織のポリシー): 組織のポリシーは HEDIS と一致している可能性があります、測定仕様の信頼できる情報源ではありません。

オプション C (患者が順守していたことを示す医師からのカルテのメモ): 医師のメモにはケアが文書化されていますが、HEDIS の順守基準は定義されていません。

選択肢D (測定基準の技術的仕様) これが正解です。NAHQ CPHQ学習ガイドには、HEDISの技術的仕様は、乳がん検診などの測定基準の遵守状況について、遡及期間を含む詳細な基準を提供する」(ドメイン2)と記載されています。NCQAが発行するこの仕様は、対象となる集団と期間を定義しています。

CPHQ目標参照 :ドメイン2 : 健康データ分析、目標2.4 標準化された測定仕様の適用」では、HEDIS 準拠のための技術仕様の活用が強調されています。NAHQ学習ガイドでは、技術仕様はHEDIS測定基準の決定的な情報源である」(ドメイン2)と述べられています。

理由: HEDIS 技術仕様は、CPHQ のデータ分析原則に沿って、正確なコンプライアンス評価を保証します。

参考: NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 2: 健康データ分析、目標 2.4。

質問: 28

これらの問題を解決すれば、データ収集はスムーズに進むはずですが、しかし残念ながら、多くの品質改善チームはデータ収集計画について十分な時間をかけて議論せず、すぐにデータ収集ステップに進みたがります。

この急ぎにより、通常、チームは次のことを保証します。

- A. 時間と費用を再スケジュールする
- B. 間違ったデータを収集する
- C. 収集するデータが多すぎる または少なすぎる)
- D. 測定プロセス全体に不満を感じる

正解: **B,C,D** ([コメントを發表する](#))

質問: 29

どのような種類の事象が発生した後に根本原因分析が必要になりますか？

- A. 患者の死亡
- B. 投薬ミス
- C. センチネルイベント
- D. ニアミス

正解: ([正解を表示します](#))

根本原因分析 (RCA) は、重大な安全事象の根本原因を特定し、再発を防止するための構造化されたプロセスです。通常、被害の可能性が高い重大なインシデントにのみ適用されます。

オプション A (患者の死亡): センチネル イベント基準 (エラーによる予期せぬ死亡など) を満たさない限り、すべての患者の死亡に RCA が必要なわけではありません。

オプション B (投薬エラー): 投薬エラーが重度の場合は RCA が正当化される可能性があります。すべてのエラーがこのしきい値を満たすわけではありません。

選択肢 C (センチネルイベント) これが正解です。NAHQ CPHQ学習ガイドには、センチネルイベントとは、死亡または重篤な身体的もしくは精神的傷害、あるいはそれらのリスクを伴う予期せぬ出来事と定義されるもの (ドメイン1) であり、根本原因分析 (RCA) が必須です」と記載されています。合同委員会は、手術部位の誤りなどのセンチネルイベントに対してRCAを義務付けています。

オプション D (ニアミス): ニアミスはシステムを改善するために分析されますが、重大なリスクを示さない限り、通常は正式な RCA は必要ありません。

CPHQ目標参照 :ドメイン1 : 患者安全 目標1.5 重大な安全イベントの根本原因分析の実施」では、センチネルイベントに対するRCA（根本原因分析が規定されています。NAHQ学習ガイドでは、「RCAは、将来の危害を防ぐためにセンチネルイベントを分析するための重要なツールである」（ドメイン1）と述べられています。

理由: センチネル イベントは重大であるため、CPHQ の患者安全原則に沿って、RCA が根本原因を特定して対処することが義務付けられています。

参照: NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 1: 患者の安全、目標 1.5。

質問: 30

_____ という用語は、自動車のインジケーター パネルを思い起こさせます。これは、車が走行しているときに、運転者がデジタル表示ユニットから速度、燃料レベル、エンジン パフォーマンス、温度、方向などの主要なパフォーマンス メトリックを監視する方法として最も役立ちます。

- A. ダッシュボード
- B. チャート
- C. スコアボード
- D. スキャナー

正解: **A** ([コメントを發表する](#))

質問: 31

看護スタッフにデータ収集を依頼することの欠点は、地区看護師が直接的な患者ケアの責任から解放される可能性があることです。

より良いアプローチは次のようになります。

- A. データ収集とデータ入力および分析を担当できる研究アシスタントまたはフルタイムのデータアナリストを雇用する
- B. データ収集のみを実行できる研究アシスタントまたはフルデータアナリストを雇う
- C. 実際の勤務時間後にこの仕事に就業させる
- D. 休暇中にこの作業を割り当てる

正解: **A** ([コメントを發表する](#))

有効的なCPHQ問題集はJPNTTest.com提供され、CPHQ試験に合格することに役に立ちます！JPNTTest.comは今最新CPHQ試験問題集を提供します。JPNTTest.com CPHQ試験問題集はもう更新されました。ここでCPHQ問題集のテストエンジンを手に入れます。最新版のアクセス、<https://www.jpntest.com/shiken/CPHQ-mondaishu> 808問、30%ディスカウント、特別な割引コード: **JPNshiken**」

質問: 32

成果を確認するために、私たちは糖尿病患者の血圧に注目しています。

その基準と標準はそれぞれ次のようになります。

- A. 基準: 血圧が130/85以下の糖尿病患者の割合と標準: 糖尿病患者の少なくとも50%が血圧が130/85以下である
- B. 基準: 毎日の血糖値と標準: 1週間に血糖値が何回上昇し、何回下降するか
- C. どれもでない
- D. 基準: 心拍動後の患者のうち、退院時にベータブロッカーを処方された患者の割合と標準: 心拍動後の患者の少なくとも96%が退院時にベータブロッカーを処方されている
- 正解: [\(正解を表示します\)](#)

質問: 33

医療データへの注目と義務化の高まりにより、医療提供者はこれまでとは異なる状況に置かれています。

過去には知られていない。プロバイダーはそのようなことを文書化しているが、残念ながら多くのプロバイダーはそれに対処するのに苦労している。

測定義務を積極的に課すことで、組織は外部からの攻撃に対して防御的な姿勢を取ることになる。

組織がデータを公開する場合、プロバイダーの対応は次のうちどれですか？

- A. 当院の患者は比較対象群の他の病院の患者よりも高い (つまり、リスク調整は行われていない) データに)。
- B. データは層別化されておらず、適切な比較を表していません。
- C. データは古く (通常~2年前)、現在のパフォーマンスを反映していません
- D. 他人と競争することなく、より良い方法で行動できる

正解: [\(正解を表示します\)](#)

質問: 34

品質改善の成功を決定づける最も重要な要素は

- A. 組織文化。
- B. 金銭的資源の割り当て。
- C. 選択された CQI モデル。
- D. 組織の種類。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

品質改善の成功を決定づける最も重要な要素は組織文化です。組織文化とは、組織内の行動や実践を形作る集合的な価値観、信念、規範を指します。医療の分野において、継続的な改善、チームワーク、そして患者の安全へのコミットメントを重視する文化は、あらゆる品質改善の取り組みの成功に不可欠です。

* 基盤としての組織文化: 強力な組織文化は、オープンなコミュニケーション、懲罰的なエラー報告への非懲罰的なアプローチ、そして失敗からの学習への重点といった継続的品質改善 (CQI) の原則を支えます。これにより、従業員が品質改善への取り組みに貢献できると感じられる環境が生まれます。

* CQI の成功への影響: 支援的な文化がなければ、適切に設計された CQI モデルであっても失敗する可能性があります。

組織文化は、従業員のエンゲージメント、部門間の連携、改善活動への全体的な取り組みに直接影響を及ぼし、品質イニシアチブの成功にとって重要な要素となります。

* 金銭的資源とモデル：金銭的資源(B)と選択された特定のCQIモデル(C)は重要ですが、文化に次ぐものです。十分な資源と適切なCQIモデルは必要ですが、品質を優先する文化がなければ十分ではありません。

* 組織のタイプ：組織のタイプ(D)も文化ほど重要ではありません。組織の規模、種類、専門分野に関わらず、品質と継続的な改善を優先する文化は、あらゆる取り組みの成功に不可欠です。

参考資料：全米医療品質協会 (NAHQ) の文書およびリソースでは、品質改善の成功を決定づける主な要因として組織文化の重要性を強調しており、支援的な文化があらゆる CQI の取り組みの基礎となることを強調しています。

質問: 35

医療品質専門家が、品質改善チームのデータ分析を支援するために雇用されました。チームのデータ分析を強化するために、品質専門家は以下のことを行う必要があります。

- A. 視覚的なグラフィカルな方法を使用してデータを提示する
- B. 完了したデータ収集ツールをすべて収集して提示する
- C. 生データを表形式で公開および配布する
- D. チームにできるだけ多くのデータを収集するよう指示する

正解: [\(正解を表示します\)](#)

品質改善における効果的なデータ分析には、明確で、実行可能で、チームが簡単に理解できる方法でデータを提示する必要があります。

選択肢A (視覚的グラフィカルな手法を用いてデータを提示する) これが正解です。NAHQ CPHQ学習ガイドには、「視覚的・グラフィカルな手法 (例チャート、グラフ) は、品質改善チームに傾向やパターンを明確に示し、データ分析の質を高める」(ドメイン2)と記載されています。ランチャートやパレート図などのツールは意思決定を支援します。

オプションB (完了したデータ収集ツールをすべて収集して提示する): 生のツール (アンケートなど) を提示するのは面倒で、データを視覚的に要約するよりも効果が低くなります。

オプションC (生データを表形式で公開および配布する): 生データの表は解釈が難しく、グラフィカル表示に比べて実用性が低くなります。

オプションD (チームにできるだけ多くのデータを収集するよう指示する): 分析を行わずに過剰なデータを収集するのは非効率的であり、チームに負担をかける可能性があります。

CPHQ目標参照 :ドメイン2 : 医療データ分析、目標2.3 適切なデータ表示ツールの選択」では、効果的な分析のための視覚的な手法が強調されています。NAHQ学習ガイドでは、「グラフィカル表示は、チームのデータ理解とデータへの関与を向上させる」(ドメイン2)と述べられています。

理由: 視覚的な方法により、データにアクセスでき、実用的なものとなり、CPHQ のデータ主導の品質改善への重点と一致します。

参考: NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 2: 健康データ分析、目標 2.3。

質問: 36

公開されている測定セットのデータを取得するために設計された機器の評価者間信頼性と構成妥当性を示すのは次のどれですか。

評価者間信頼性

構成妥当性

A. 2人以上の抄録作成者が同じレコードを確認するときに同一の回答を入力します。

このツールは、測定基準の開発者が測定しようとしたケアの質を測定します。

B. トレーニングを受けたデータ収集者は、レコードのランダムサンプルを確認した後、結果を確実に予測できます。

このツールには、一般の人々にとって重要な品質の側面を測定するデータ要素が含まれていません。

C. プロセス指標と結果指標の一致は、指標開発者によって正確に推定できます。

このツールにより、提供されるケアの質について統計的に有効な推論を導き出すことができます。

D. この機器の設計により、虚偽の回答やその他のデータ入力エラーが最小限に抑えられます。

このツールは、人口全体にわたるケアプロセスの変動を捉えます。

E. A

F. B

G. C

H. D

正解: [\(正解を表示します\)](#)

* 評価者間信頼性とは、2人以上の独立した評価者または抄録作成者が、同一のデータまたは記録をレビューする際に、どの程度一貫した結果を提供するかを指します。オプションAでは、この概念を「2人以上の抄録作成者が同一の記録をレビューする際に同一の回答を入力する」と明確に定義しており、これは評価者間信頼性の特徴です (The Joint Commission, 2024; NAHQ CPHQ Study Guide)。

* 構成妥当性は、その尺度が測定しようとしているケアの質を真に測定しているかどうかを評価します。選択肢Aの「このツールは、尺度開発者が測定しようとしたケアの質を測定している」という記述は、構成妥当性を直接反映しており、尺度が本来の目的と一致していることを示しています (米国医療研究品質庁)。

[AHRQ]、2023年; 国家品質フォーラム[NQF])。

他のオプションでは、オプションAほど直接的かつ正確に、評価者間信頼性と構成妥当性の両方を同時に扱うことはできません。たとえば、次のようになります。

* オプションBは信頼性について説明していますが、評価者間信頼性とは明確に関連しておらず、その妥当性ステートメントは意図された測定精度ではなく公共の関連性に重点を置いています。

* オプションCでは、構成妥当性以外の妥当性タイプに関連する一致と統計的推論について説明します。

* オプションDはデータの整合性に対処しますが、評価者間信頼性または構成妥当性は完全にはカバーされません。

参考文献:

合同委員会、病院向け包括的認定マニュアル (CAMH)、2024年版、全米医療品質協会 (NAHQ)、医療品質認定専門家 (CPHQ) 学習ガイド、2024年、医療研究品質機構 (AHRQ)、品質測定および報告、2023年、全米品質フォーラム (NQF)、測定評価基準、2023年

質問: 37

_____とは、観測された事象と標準または基準との差異です。この標準、あるいはベストプラクティスがなければ、変動の測定は観測結果の記述以上の意味を持ちません。

- A. プロセス変動
- B. バリエーション
- C. 割り当て可能なバリエーション
- D. ランダムな変化

正解: [\(正解を表示します\)](#)

質問: 38

品質管理の専門家が、入院期間を短縮する方法を見つけるために最近結成されたチームを率いています。

チームメンバーは、誰のアプローチが最善かをめぐって議論を始めています。各メンバーは、まず患者のケアにおける異なる部分に重点を置くべきだと考えており、互いの意見に耳を傾けていません。チームリーダーは次のうちどれを行うべきでしょうか？

- A. チームメンバーが共通の目標に同意するように指導する
- B. チームが順調に進むように支援する
- C. チームの懸念に耳を傾ける
- D. 変化を達成するためにメンバーに責任を持たせる

正解: [\(正解を表示します\)](#)

新たに結成された品質改善チームにおける対立、特に優先順位の相違をめぐると対立は、チーム開発の「嵐」の段階に典型的に見られる、チーム間の連携不足を示唆しています。効果的なリーダーシップは、協力と合意形成を促進することで、この問題に対処します。

選択肢A (チームメンバーに共通の目標を合意させるよう指導する) これが正解です。NAHQ CPHQ学習ガイドには、「チームメンバーが優先事項を巡って対立している場合、リーダーは共通の目標を定め、努力を統一し、対立を解決するよう指導すべきである」(ドメイン3)と記載されています。入院期間の短縮といった共通の目標に合意することで、チームの焦点が再び合います。

オプションB (チームが正しい軌道を維持できるように支援する): 正しい軌道を維持することは、対立を解決するために目標を調整することよりも漠然としており、具体的ではありません。

オプションC (チームの懸念に耳を傾ける): 傾聴は重要ですが受動的であり、目標の整合の必要性に直接対処するものではありません。

オプションD (変更を達成するためにメンバーに責任を負わせる): 共通の目標を通じて最初に対立を解決しなければ、説明責任を果たすのは時期尚早です。

CPHQ目標参照 :ドメイン3 : 組織リーダーシップ、目標3.2 「チームダイナミクスの管理」では、連携強化のためのコーチングが重視されています。NAHQ学習ガイドでは、共通の目標に向けてチームをコーチングすることで、対立を解消し、連携を強化する」(ドメイン3)と述べられています。理由: 共通の目標に向けたコーチングにより、チームが統合され、対立が解決され、CPHQ のリーダーシップ原則に準拠します。

参照: NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 3: 組織リーダーシップ、目標 3.2。

質問: 39

科学的根拠に基づいた臨床ガイドラインを使用すると、

- A. 練習パターンを改善します。
- B. 規制遵守を促進します。
- C. 患者満足度を向上します。
- D. 練習のバリエーションを刺激します。

正解: **A (コメントを發表する)**

科学的証拠に基づいた臨床ガイドラインを使用すると、実践パターンが改善される可能性が最も高くなります12345。

臨床診療ガイドライン (CPG)は、臨床、政策関連、そしてシステムレベルの意思決定を支援することを目的として体系的に作成された文書です1。CPGは、病状や症状を含む臨床的事項の管理に関する最良のエビデンスを提示すると考えられており、質の高い医療のゴールドスタンダードとして支持されています1。

CPGは、医療費を抑制し、臨床実践におけるばらつきを低減しながら、患者に提供されるケアの質を向上させることを目的としています1。CPGは、医療における最良のエビデンス、ポリシー、および優良実践基準とされるものの間のギャップを埋める手段を提供します1。これらのガイドラインを用いることで、医療従事者は研究データ、臨床ガイドライン、その他の情報源を批判的に評価し、臨床上の問題を正しく特定し、最も質の高い介入を適用し、将来の改善に向けて結果を再評価することができます5。

したがって、答えは選択肢A 「診療パターンの改善」です。これは、エビデンスに基づく臨床ガイドラインの活用が、ケアの標準化、ばらつきの低減、そして患者ケアの質と一貫性の向上に役立つためです12345。

質問: 40

品質改善の専門家は、施設内の MRSA 発生率が高いと考えています。

品質改善の専門家はまず何をすべきでしょうか？

- A. ベンチマーク データを取得するには、感染制御の専門家に連絡してください。
- B. 懸念事項を上級管理職と品質委員会に報告します。
- C. 品質改善チームを結成します。
- D. 新しいレートを正当化するためにデータ収集プロセスを繰り返します。

正解: **(正解を表示します)**

品質改善の専門家が施設内の MRSA 発生率が高い潜在的な問題を特定した場合、最初のステップは収集したデータの正確性と一貫性を確認することです。これが、その後の分析や対応の基礎となるからです。

オプションDは、新しい料金の正当性を証明するためにデータ収集プロセスを繰り返すという、最も慎重な最初のステップです。これにより、問題をエスカレーションしたり、品質改善チームを編成するためのリソースを割り当てたりする前に、懸念事項が正確で信頼できるデータに基づいていることを確認できます。

質問: 41

大規模医療システムのディレクターが、新たな集団健康プログラムの構築を任されています。ディレクターの最初のステップは何でしょうか？

- A. 患者をリスクのカテゴリーに分類するための人工知能プログラムを実装します。
- B. 健康診断の社会的決定要因を組み込む戦略を特定します。
- C. 慢性的な健康状態に焦点を当てた複雑なケア管理プログラムを設計します。
- D. データ インフラストラクチャの機能と情報ソースを分析します。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

新たな集団健康プログラムを構築する最初のステップは、データ基盤の能力と情報源を分析することです。効果的な集団健康管理には、患者集団を特定・層別化し、健康アウトカムを追跡し、プログラムの有効性をモニタリングするための、堅牢なデータ収集、統合、分析能力が必要です。現在のデータ基盤を理解することで、ディレクターは既存のシステムが新しいプログラムをサポートできるかどうか、そしてどのような機能強化が必要かを評価できるようになります。

* 患者をリスクのカテゴリーに分類するための人工知能プログラムを実装する (A): これは重要ですが、堅牢なデータ インフラストラクチャが整備されていることを前提とした後のステップです。

* 健康診断の社会的決定要因を組み込む戦略を特定する (B): これも重要ですが、データ インフラストラクチャと機能の理解が前提となります。

* 慢性的な健康状態に重点を置いた複雑なケア管理プログラムを設計する (C): プログラムの設計は重要ですが、データ機能の徹底的な分析に基づいて行う必要があります。

参考文献

* NAHQ知識体系：人口保健プログラムにおけるデータ管理

* NAHQ CPHQ試験準備教材：人口健康プログラム構築の手順

質問: 42

参加者を会議に引き付け続ける効果的な方法は

- A. 会議参加者の中からタイムキーパーを指名する
- B. 会議の議題を会議の1日前に送信する
- C. 会議中に促進的なアプローチを使用する
- D. 会議前にサポートアイテムをすぐに利用できるようにしておく

正解: [C \(コメントを发表する\)](#)

会議の参加者を関与させるには、集中力を維持し、参加を促し、目標を達成するための積極的なファシリテーション技術が必要です。

オプション A (会議参加者の中からタイムキーパーを任命する): タイムキーパーは時間の管理に役立ちますが、参加者を議論や意思決定に直接関与させることはありません。

オプション B (会議の 1 日前に会議の議題を送信する): 議題は参加者の準備には役立ちますが、会議自体での参加は保証されません。

選択肢 C (会議中に促進的なアプローチを用いる) これが正解です。NAHQ CPHQ 学習ガイドには、発言を促し、グループダイナミクスを管理し、インタラクティブな手法を用いるといった促進的なアプローチは、会議における参加者の積極的な参加と生産性を維持する」(ドメイン3)と記載されています。例としては、自由回答形式の質問をしたり、ブレインストーミングを行ったりすることが挙げられます。

オプション D (会議前にサポート アイテムをすぐに利用できるようにしておく): サポート アイテム (配布資料など) は準備に役立ちますが、会議中に参加者が積極的に参加することはありません。

CPHQ 目標参照 :ドメイン3 : 組織リーダーシップ、目標3.2 効果的な会議を促進する」では、参加者のエンゲージメントを高めるためのファシリテーションアプローチが強調されています。NAHQ 学習ガイドでは、ファシリテーション技術は、参加者の関与を維持し、会議の目標を達成するために不可欠である」(ドメイン3)と述べられています。

理由: 促進的なアプローチは、CPHQ のリーダーシップ原則に従って、参加者を積極的に関与させ、関与と生産性を確保します。

参照: NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 3: 組織リーダーシップ、目標 3.2。

質問: 43

センチネルイベント発生後、根本原因分析 (RCA) が行われます。RCAに含めるべき項目は次のうちどれですか？

- A. 関係者の再訓練
- B. プロセスの再設計の実装
- C. システム要因の特定
- D. 認定機関へのイベント報告

正解: [\(正解を表示します\)](#)

Explanation: RCAは、再発防止のための重要な事象を引き起こすシステム要因 C) (例えば、プロセスやコミュニケーションの欠陥など)を特定します。再訓練 A)とプロセスの再設計 B)は潜在的な成果であり、RCAの構成要素ではありません。認定機関への報告 D)はRCAに続いて行われず、NAHQはRCAにおけるシステム要因の特定を重視しています。

NAHQ CPHQ 学習ガイド、患者安全セクション、「センチネル イベントの根本原因分析」、NAHQ CPHQ 模擬試験、患者安全プロセス。

質問: 44

行政データとは、自動化された情報システムで収集、処理、保存される情報です。

次のものはそのデータに含まれませんか？

- A. クレーム情報
- B. 治療のタイムリーな実施
- C. ケアエンカウンター管理
- D. 登録または資格情報

正解: [\(正解を表示します\)](#)

質問: 45

科学的根拠に基づいた臨床ガイドラインを使用すると、

- A. 練習パターンを改善します。
- B. 規制遵守を促進します。
- C. 患者満足度を向上します。
- D. 練習のバリエーションを刺激します。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

科学的根拠に基づく臨床ガイドラインを用いることで、診療パターンの改善に最も効果的です12345。臨床診療ガイドライン (CPG)は、臨床、政策関連、そしてシステムレベルの意思決定を支援することを目的として体系的に作成された文書です1。CPGは、病状や症状を含む臨床的事項の管理に関する最良のエビデンスを提示すると考えられており、質の高い医療のゴールドスタンダードとして支持されています1。

CPGは、医療費を抑制し、臨床実践におけるばらつきを低減しながら、患者に提供されるケアの質を向上させることを目的としています1。CPGは、医療における最良のエビデンス、ポリシー、そして優良実践基準とされるもの間のギャップを埋める手段を提供します1。これらのガイドラインを用いることで、医療従事者は研究データ、臨床ガイドライン、その他の情報リソースを批判的に評価し、臨床上の問題を正しく特定し、最も質の高い介入を適用し、将来の改善に向けて結果を再評価することができます5。

したがって、答えは選択肢A「診療パターンの改善」です。これは、エビデンスに基づく臨床ガイドラインの活用が、ケアの標準化、ばらつきの低減、そして患者ケアの質と一貫性の向上に役立つためです12345。

質問: 46

In order to make effective long-term changes, performance Improvement emphasizes the need to study and understand

- A. outcomes.
- B. statistics.
- C. standards.
- D. processes.

正解: [D \(コメントを發表する\)](#)

Performance improvement (PI) is the continuous study and improvement of processes with the intent to better services or outcomes, and prevent or decrease the likelihood of problems, by

identifying areas of opportunity and testing new approaches to fix underlying causes of persistent/systemic problems or barriers to improvement¹.

PI is based on the assumption that most problems are related to the processes rather than the people who perform them². Therefore, studying and understanding the processes that deliver the services or outcomes is essential to identify the root causes of problems, the gaps between current and desired performance, and the potential solutions to improve them^{3,4}.

PI uses various methods and tools to analyze and measure processes, such as flowcharts, process maps, cause-and-effect diagrams, Pareto charts, histograms, control charts, run charts, and scatter diagrams⁵. These tools help to visualize the steps, inputs, outputs, and variations of a process, and to monitor and evaluate its performance over time⁶.

PI also uses various models and frameworks to guide and accelerate improvement work, such as the Model for Improvement, Plan-Do-Study-Act (PDSA) cycles, Lean, Six Sigma, and Total Quality Management (TQM)⁷. These models and frameworks help to define the aim, the measures, and the changes for improvement, and to test and implement them in a systematic and iterative way⁸. Therefore, in order to make effective long-term changes, PI emphasizes the need to study and understand the processes that produce the services or outcomes, as this will help to identify and address the sources of variation, waste, and inefficiency, and to achieve better quality, safety, equity, value, and system sustainability⁹.

Reference: 1: QAPI Description and Background | CMS 2: Basics of Quality Improvement | AAFP 3: How to Improve: Model for Improvement | Institute for Healthcare Improvement 4: Performance Management and Quality Improvement - CDC 5: [Tools for Quality Improvement | NAHQ] 6: [Quality Improvement Tools and Methods | Agency for Healthcare Research and Quality] 7: [Quality Improvement Models and Frameworks | NAHQ] 8: [Quality Improvement Essentials Toolkit | Institute for Healthcare Improvement]

9: [Healthcare Quality and Safety Workforce Report: New Imperatives for Quality and Safety Mean New Imperatives for Workforce Development | NAHQ]: [The Financial Case for Quality as a Business Strategy

| NAHQ] :

[Tools for Quality Improvement | NAHQ]: [Quality Improvement Tools and Methods | Agency for Healthcare Research and Quality]: [Quality Improvement Models and Frameworks | NAHQ] :

[品質改善基本ツールキット | 医療改善研究所]: [医療の質と安全に関する人材レポート : 品質と安全への新たな要請は、人材育成への新たな要請を意味する | NAHQ]: [ビジネス戦略としての品質の財務的根拠 | NAHQ]

10: 品質改善のためのツール | NAHQ: 品質改善ツールと方法 | 医療研究 品質庁

有効的な**CPHQ**問題集はJPNTTest.com提供され、**CPHQ**試験に合格することに役に立ちます！
JPNTTest.comは今最新**CPHQ**試験問題集を提供します。JPNTTest.com CPHQ試験問題集はもう更新されました。ここで**CPHQ**問題集のテストエンジンを手に入れます。最新版のアクセ

ス、<https://www.jpntest.com/shiken/CPHQ-mondaishu> 808問、30%ディスカウント、特別な割引コード: **JPNshiken**」

質問: 47

組織で使用されている安全性報告システムでは、使用可能な形式でレポートまたは情報を作成できません。

既存のシステムと市場の他の製品を評価した後、品質管理担当者は経営陣に推奨を行う前に、次のうちのどれを行う必要がありますか？

- A. 収集した情報に基づいて比較分析を準備します。
- B. 組織内の他のサイトの参加者とフォーカス グループを実施します。
- C. 特定された他の製品の現在のユーザーにインタビューします。
- D. 優先製品の潜在的な実装計画を作成します。

正解: ([正解を表示します](#))

品質管理担当者は、経営陣への推奨を行う前に、収集した情報に基づいて比較分析を準備する必要があります。この分析では、既存システムと特定された代替製品の機能、限界、コスト、そしてメリットを比較する必要があります。徹底した比較分析により、経営陣は利用可能な選択肢を明確に理解し、既存のシステムをアップグレードするか、新しいシステムに切り替えるかについて、十分な情報に基づいた意思決定を行うことができます。

組織内の他のサイトの参加者とフォーカス グループを実施します (B): これにより追加の洞察が得られる可能性がありますが、単独のアクションではなく比較分析プロセスの一部にする必要があります。

特定された他の製品の現在のユーザーにインタビューする (C): これにより比較分析の情報が得られますが、包括的な比較の代わりになるものではありません。

優先製品の潜在的な実装計画を作成します (D): これは意思決定プロセスに先行するのではなく、意思決定プロセスの後に行う必要があります。

参照

NAHQ知識体系：品質改善ツールの評価と選択 NAHQ CPHQ試験対策教材：品質管理における意思決定

質問: 48

戦略計画プロセスにおいて必須のステップは次のどれですか？

- A. 生産性指標の決定
- B. 組織目標の設定
- C. 予算の設定と管理
- D. 組織構造の定義

正解: ([正解を表示します](#))

戦略計画とは、ビジネスリーダーが組織の成長ビジョンとその実現方法を具体的に描くプロセスです12345。戦略計画プロセスにおいて、ステークホルダーは組織の使命と目標をレビュー・定義し、競合評価を実施し、企業の目標と目的を特定します12。計画サイクルの成果物は戦略計画であ

り、企業全体で共有されます12。したがって、組織目標の設定は戦略計画プロセスにおける重要なステップです。

参考文献:\

<https://quantive.com/resources/articles/戦略計画プロセス>

<https://onstrategyhq.com/resources/strategic-planning-process-basics/>

質問: 49

次の規制機関のうち、電子臨床品質指標 (eCQM) の開発を監督しているのはどれですか?

A. メディケア・メディケイドサービスセンター (CMS)

B. DNV GL ヘルスケア

C. 労働安全衛生協会 (OSHA)

D. 合同委員会 (TJC)

正解: A ([コメントを發表する](#))

メディケア・メディケイドサービスセンター (CMS)は、電子臨床品質指標 (eCQM)の開発を監督しています。CMSは、eCQMが連邦政府の報告要件および品質改善イニシアチブに準拠していることを確認する責任を負っています。eCQMは、電子医療記録 (EHR) データを活用して正確かつ効率的な測定を行い、患者に提供されるケアの質を評価するために使用されます。

* DNV GL Healthcare (B): この組織は認定と認証を提供しますが、eCQMの開発は行いません。

* 労働安全衛生協会 (OSHA) (C): OSHAは職場の安全に携わっており、臨床品質の測定には携わっていません。

* The Joint Commission (TJC) (D): Joint Commissionは医療機関を認定し、品質基準を設定しますが、CMSは特にeCQMの開発を監督します。

参考文献

* NAHQ知識体系：医療における品質測定と報告

* NAHQ CPHQ試験準備教材：eCQMの開発と使用

質問: 50

次のアクションプランのうち、戦略計画イニシアチブをサポートする SMART 目標のすべての主要コンポーネントが含まれているのはどれですか。

A. 病院スタッフの 95% が病院の価値観に関するトレーニングを完了します。

B. 2 暦年以内に Leapfrog Safety Grade スコアを 1 段階向上します。

C. 2 年以内に、病院消費者による医療提供者およびシステムの評価 (HCAHPS) における病院全体の評価を向上させる。

D. ケア環境に関連する調査トレーサーの 95% が時間どおりに完了します。

正解: B ([コメントを發表する](#))

詳細な説明:

SMART目標とは、具体的 (Specific)、測定可能 (Measurable)、達成可能 (Achievable)、関連性

(Relevant)、期限 (Time-bound)の頭文字をとったものです。それぞれの目標の達成度合いは以下のとおりです。

オプション B: 2 暦年以内に Leapfrog Safety Grade スコアを 1 文字グレード向上する これは、具体的 (Leapfrog Safety Grade)、測定可能 (1 文字グレード向上)、達成可能、医療の質に関連し、期限付き (2 年) であるため、明確に定義された SMART 目標です。

オプション A:

時間枠がないため、さらに詳細を規定することでメリットが得られる可能性があります。

オプション C:

「2年以内」としているが、改善のための明確かつ測定可能な目標がない。

オプション D:

完了率と期間を指定しますが、戦略的な改善目標とは明確に結びついていません。

参考文献:

CPHQ および医療品質改善リソースでは、実行可能で効果的な目標を設定するための重要な要素として SMART 基準を重視しています。

質問: 51

特定の問題または状態の考えられる原因を特定、調査、表示するために使用されるツールはどれですか？

- A. フィッシュボーンダイアグラム
- B. チェックシート
- C. パレート図
- D. フローチャート

正解: [\(正解を表示します\)](#)

フィッシュボーンダイアグラム (特性要因図または因果関係図とも呼ばれる) は、チームが問題の潜在的な原因を体系的に特定するのに役立ちます。考えられる要因を視覚的に整理することで、根本原因分析を容易にします。

参考文献:

NAHQ 知識体系 : パフォーマンスとプロセス改善

NAHQ CPHQ 試験対策教材 : 根本原因分析ツール

質問: 52

施設の臨床アウトカム指標のパフォーマンスが低下しました。医療品質専門家の最初の行動は、

- A. 関連するプロセス測定のパフォーマンスを分析する
- B. 適切な臨床結果についてスタッフに再教育する
- C. 劣化箇所に関する現在のベストプラクティスを確認する
- D. 欠陥のある領域におけるデータ入力エラーを評価する

正解: [\(正解を表示します\)](#)

臨床アウトカム指標 (例: 感染率) の悪化は、ケア提供における根本的な問題を示唆しています。まず、その要因を調査する必要があります。

選択肢 A (関連プロセス指標のパフォーマンスを分析する) が正解です。NAHQ CPHQ 学習ガイドには、成果が悪化した場合、関連プロセス指標 (例: 感染率に対する手指衛生遵守率) を分析

することで根本原因を特定する」(ドメイン4)と記載されています。これは、プロセスと成果を結び付けるドナベディアン モデルと一致しています。

オプション B (適切な臨床結果についてスタッフを再教育する): 再教育では知識のギャップを前提としますが、悪化の原因を特定しないと時期尚早です。

オプション C (劣化している領域に関する現在のベスト プラクティスを確認する): ベスト プラクティスの確認は、特定の問題を理解した後の後のステップです。

オプション D (欠陥のある領域でのデータ入力エラーの評価): データ エラーは原因として考えられますが、プロセスの問題が臨床結果に影響を与える可能性が高いため、最初のステップではありません。

CPHQ目標参照 :ドメイン4 :パフォーマンスとプロセス改善、目標4.5 「パフォーマンスデータを分析して改善の機会を特定する」では、成果の悪化とプロセス指標の関連性を強調しています。

NAHQ学習ガイドでは、成果調査の最初のステップとしてプロセス分析を推奨しています。

理由: プロセス測定を分析すると、結果が悪化した理由についての洞察が得られ、CPHQ 改善方法論に従って、対象を絞った介入を誘導できます。

参照: NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 4: パフォーマンスとプロセス改善、目標 4.5。

質問: 53

遅延した高優先度アラーム応答に関連するイベントに対して根本原因分析 (RCA) が実施されました。

根本原因は警報疲労であると判断されました。最初の介入として最も適切なものはどれですか？

- A. 既存の音声アラートに視覚的なインジケータを追加します。
- B. アラーム信号が臨床的に適切であるかどうかを確認します。
- C. アラームのエスカレーションに関する書面によるポリシーを確立します。
- D. 心臓モニタリングを開始するための明確な基準を含むガイドラインを実装します。

正解: ([正解を表示します](#))

詳細な説明:

アラーム疲労に対処するには、鈍感化につながる不必要なアラームや臨床的に無関係なアラームを減らすことが必要です。

オプションB: 臨床的妥当性についてアラーム信号を確認する

临床上必要なアラームのみが作動するようにすることは、アラーム疲労の頻度と影響を軽減するために不可欠です。

オプションA: 視覚的なインジケータを追加する

最初にアラームの頻度を減らすことなく、インジケータを追加すると疲労が悪化する可能性があります。

オプションCとD:

ポリシーとガイドラインはアラーム管理の構造化に役立ちますが、不要なアラーム信号を減らすための初期手順に従う必要があります。

参考文献:

アラーム管理のベスト プラクティスでは、最初のステップとして重要でないアラームの削減を強調しており、これは品質改善の文献と RCA 介入に関する CPHQ リソースによってサポートされている推奨事項です。

質問: 54

継続的なパフォーマンス改善 (PI) を実施している医療機関において、組織の PI 目標に最も役立つと思われるのは次のどれですか。

- A. コンサルタンの提案に基づいて中間管理職と上級管理職が選択したシステム
- B. 包括的なプロセスが開発され、品質管理部門によって実装および監視されています。
- C. 経営陣の支援を受けて多分野にわたるチームによって評価される部門横断的なプロセス
- D. 個々の部門に関連し、監視される個別のシステム

正解: [\(正解を表示します\)](#)

ヘルスケアにおけるパフォーマンス改善 (PI) とは、患者の成果、安全性、満足度を向上させるために、ヘルスケア提供のさまざまな側面を特定、分析、強化する体系的なプロセスを指します¹。

PI には、臨床医、管理者、患者、品質管理専門家など、複数の関係者が関与する共同作業とデータ主導のアプローチが必要です²。

全米医療品質協会 (NAHQ) によると、医療品質専門家の中核となる能力の 1 つは、チームの促進と、組織の戦略目標と優先事項に沿った変更イニシアチブの主導です³。

NAHQ はまた、医療における複雑かつ部門横断的な問題に対処するために、リーン、シックス シグマ、堅牢なプロセス改善、A3 問題解決などのさまざまなパフォーマンス改善方法論の使用を推奨しています。

したがって、組織のPI目標に最も効果的であると考えられる選択肢は、C：経営陣の支援を受けた多分野チームによるクロスファンクショナルプロセスの評価です。このオプションは、質の高い文化を育み、多様な視点を取り入れ、データとエビデンスを活用して改善を推進するという点で、医療におけるPIのベストプラクティスを反映しています²³。

その他の選択肢は、対象範囲が狭すぎる、トップダウン型すぎる、あるいはサイロ化が進みすぎるため、組織のPI目標達成に寄与する可能性は低くなります。これらの選択肢は、関連するステークホルダーの関与、根本原因への対処、組織の戦略ビジョンとの整合性の欠如により、PI活動の範囲、有効性、持続可能性を制限する可能性があります²³。

参考資料: 1: 医療におけるパフォーマンス改善ガイド 2: 医療における効果的なパフォーマンス管理戦略⁹ 3: 医療品質ソリューション: 従業員の品質向上に向けた準備: COVID-19パンデミック中の医療品質専門家による改善手法の活用

質問: 55

提供者の継続的な専門的実践評価 (OPPE) プロファイルを以下に示します。この組織では、提供者がパフォーマンスの期待値を部分的に満たしているか満たしていない場合は、焦点を絞った専門的実践評価 (FPPE) のためのピアレビューに回されます。

完全に満たす: 閾値の80%を超える測定値

基準値を満たす: 基準値の65%~80%

部分的に満たす: 対策基準の40%~64%

不合格: 閾値の測定値の40%未満

Measure	Current Performance	Threshold	Desired Direction
Timely Medical Record Documentation	95%	90%	Higher
Readmission Rate	13%	10%	Lower
Surgical Site Infection Rate	9%	5%	Lower
Use of Pre-procedure Timeouts	100%	100%	Higher
Patient Experience Score (Top Box)	94%	80%	Higher
Clinical Pathway Adherence	81%	70%	Higher

このプロバイダーの全体的なプロフィールを確認した後、医療品質専門家はどのような提案をすべきでしょうか？

- A. プロバイダーは期待を完全に満たしているため、何も行いません。
- B. プロバイダーは期待を満たしていません。ピアレビューを参照してください。
- C. プロバイダーは期待を部分的に満たしており、権限を保持します。
- D. プロバイダーは期待どおりであり、権限を保持します。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

プロバイダーの継続的な専門的実践評価 (OPPE) プロファイルは、プロバイダーが期待値を部分的に満たしていることを示唆しています。つまり、指標の40%から64%が基準値に達していることを意味します。組織の基準によれば、このレベルのパフォーマンスは特権の維持に値するものの、より厳密な監視や追加サポートが必要になる可能性があります。

* 期待を部分的に満たす: プロバイダーが期待を部分的に満たしている場合、改善が必要なパフォーマンス領域があるものの、プロバイダーは特権を保持するのに十分な領域で十分なパフォーマンスを発揮していることを示します。

* 次のステップ: 提供者は、パフォーマンスが不足している領域に対処するために、さらなる評価や的を絞ったサポートを受ける必要があるでしょう。これには、追加のトレーニング、メンタリング、または具体的な懸念事項が特定された場合は、Focused Professional Practice Evaluation (FPPE)などが含まれる場合があります。

* 他のオプションとの比較:

* A. プロバイダーは期待を完全に満たしています。プロバイダーがパフォーマンス基準を完全に満たしていないため、何もしないことは適用されません。

* B. プロバイダーは期待を満たしていません。プロバイダーのパフォーマンスが40%を下回る場合はピアレビューを参照することが適切ですが、この場合は当てはまりません。

* D. プロバイダーは期待どおりです。プロバイダーが65%~80%の範囲であれば、権限の保持は正しいこととなりますが、この状況は当てはまりません。

参考資料: OPPE および FPPE プロセスに関する NAHQ ガイドラインでは、さまざまなパフォーマンス レベルを区別し、プロバイダーが満たした特定のしきい値に基づいて適切なアクションを適用することの重要性が強調されています。

質問: 56

次のどれが積極的監視の例ですか？

- A. 疾病検査の利用のための検査データの分析
- B. 公衆衛生上の接触追跡による疾病発生の特定
- C. 退院最終コードに基づく感染症の分析
- D. 感染症データを四半期ごとに地方保健局に報告する

正解: ([正解を表示します](#))

医療における積極的サーベイランスは、健康関連の事象や疾患を特定し、監視するための積極的なアプローチです¹²³。これは、公衆衛生活動の計画、実施、評価に必要な健康関連データを継続的かつ体系的に収集、分析、解釈することを伴います¹。

オプションB「公衆衛生上の接触者追跡による感染症の発生特定」は、積極的サーベイランスの一例です。接触者追跡は、感染症のさらなる蔓延を防ぐための重要な戦略です。感染症に罹患した人（症例とその接触者（曝露の可能性のある人）を特定し、彼らと協力して感染症の伝播を阻止することが含まれます¹²。オプションA「疾患検査の利用のための臨床検査データの分析」は、状況に応じて、積極的サーベイランスと受動的サーベイランスの両方に該当する可能性があります。ただし、必ずしも積極的サーベイランスに典型的に伴う積極的な措置を伴うわけではありません¹³。オプションC「退院最終コードに基づいて感染症を分析する」は、データが利用可能になったときに収集する、または医療提供者や医療情報システムによって受動的に受信されるデータを含む受動的な監視に関連しています¹³。

オプションD「感染症データを四半期ごとに地方保健局に報告する」も、さまざまな情報源からの健康データの定期的な報告を伴うため、受動的な監視に関連しています¹³。

質問: 57

体系的なサンプリングは、母集団内の各要素に番号または順序（時間順、アルファベット順、医学的順など）を付け、次にk番目の要素ごとに選択することによって実現されます。

体系的なサンプリングを行う際にほとんどの人が無視する重要なポイントは次のとおりです。

- A. k番目の要素を選択するための開始点は、ランダムプロセスによって保証され、ゼロ以上である必要があります。
- B. k番目の要素を選択するための開始点は、ランダムプロセスによって保証される必要があります、k未満で0より大きい必要があります。
- C. k番目の要素を選択するための開始点は、ランダムプロセスによって保証される必要があります、k以下で0より大きくなければなりません。
- D. k番目の要素を選択するための開始点は、ランダムプロセスによって保証され、ゼロより大きくなければなりません。

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 58

ある医療システムにおける再入院率を調査するため、学際的なチームが会合を開きました。その結果、ケア提供者間のコミュニケーションに課題が見つかりました。チームはケアプロセスの連携改善に関心を持ち、現在、プロセスチャンピオンとして活躍する4名の候補者を検討しています。

Indicator	Candidate A	Candidate B National Association for Healthcare Quality	Candidate C	Candidate D
Involvement with current process	High	Some	None	Some
Level of interest	High	High	Some	Low
Authority to mobilize resources	None	Low	High	High
Respected opinion leader	Low	High	Some	Some

4人の候補者のうち、プロセスチャンピオンとして最も効果的な選択肢はどれでしょうか。

- A. 候補者A
- B. 候補者B
- C. 候補者C
- D. 候補者D

正解: [\(正解を表示します\)](#)

候補者Bは、プロセスチャンピオンとして最も効果的な選択肢です。この候補者は高い関心を持ち、オピニオンリーダーとして尊敬されており、現在のプロセスにもある程度関与しています。リソース動員の権限は低いものの、プロジェクトへの影響力と関心の高さから、プロセスのチャンピオンとして適任です。プロセスチャンピオンには、組織内での尊敬と信頼が不可欠ですが、候補者Bはまさにその両方を備えています。さらに、課題を理解し、変革を推進するための十分な関与も必要です。

* 候補者 A (A): 候補者 A は、関与と関心は高いものの、権限が不足しており、尊敬されるオピニオンリーダーではありません。これらは、プロセスチャンピオンにとって重要な資質です。

* 候補者 C (C): 候補者 C は権限は高いものの、関与や関心が低く、尊敬度も中程度であるため、チャンピオンとしての有効性は低くなります。

* 候補者 D (D): 候補者 D は、ある程度の関与と尊敬を集めていますが、関心と権限が欠けているため、役割にはあまり適していません。

参考文献

* NAHQ知識体系：品質改善のためのプロセスチャンピオンの選定

* NAHQ CPHQ試験準備教材：効果的なプロセスチャンピオンの特徴

質問: 59

長期ケア施設では、入居者に処方される薬の数と入居者が経験する転倒の回数との間に関係があるかどうかを判断するためにデータを分析したいと考えています。

長期ケア施設がデータを理解するのに最も適した品質ツールは次のどれですか？

- A. パレート図
- B. フィッシュボーンダイアグラム

C. ヒストグラム

D. チャッターダイアグラム

正解: D ([コメントを發表する](#))

散布図は、2つの変数間の関係を、座標平面上にデータポイントのペアをプロットすることで表示するグラフィカルツールです。データ内の相関関係、傾向、外れ値、パターンを特定するのに役立ちます。

パレート図は、棒グラフの一種で、様々な要因や原因の頻度や影響を降順で示し、累積線で全体の割合を示します。パレート図は、最も重要な問題や改善の機会を優先順位付けするのに役立ちます。

特性要因図は、考えられる要因を人、プロセス、環境などのカテゴリに整理することで、問題や影響の根本原因を特定するのに役立つ視覚的なツールです。ブレインストーミングや根本原因分析を容易にするのに役立ちます。

ヒストグラムは、データを等幅のビンにグループ化し、各ビンの頻度または個数を表示することで、連続変数の分布を示す棒グラフの一種です。データの形状、中心、広がり、外れ値を説明するのに役立ちます。

このケースでは、長期ケア施設は2つの変数、すなわち投薬数と転倒数の関係を分析したいと考えています。そのため、散布図はデータの理解を助ける最適なツールです。散布図は、2つの変数間の相関が正か負か、あるいは相関がないのか、そして相関の強さや弱さを示すことができます。また、関係性に影響を与える他の要因を示唆する外れ値やデータポイントのクラスターを明らかにすることもできます。

パレート図、フィッシュボーン図、ヒストグラムは、2つの変数間の関係性を示すことができないため、この目的には適したツールではありません。パレート図は、異なる要因や原因の相対的な重要性を示すことはできますが、それらが互いにどのように関連しているかを示すことはできません。フィッシュボーン図は、問題や結果の考えられる原因を特定するのに役立ちますが、それらが互いにどのように定量的に関連しているかを示すことはできません。ヒストグラムは、単一の変数の分布を示すことはできますが、他の変数がどのように影響を与えているかを示すことはできません。

参考資料: NAHQラーニングラボ: 集団健康管理における医療品質専門家の役割、モジュール3:

データ収集と分析、スライド17: 散布図 NAHQ HQ原則、モジュール2: データ管理、レッスン2.3:

データ分析ツール、トピック2.3.4:

散布図

NAHQ Journal for Healthcare Quality、第42巻第5号、2020年9月/10月号、記事: COVID-19パンデミック中の医療品質専門家による改善手法の活用、284ページ: [図](#). 2020年6月30日時点の州別COVID-19症例数および死亡者数の散布図

質問: 60

品質改善の専門家は、施設のMRSA発生率が高いと考えています。品質改善の専門家はまず何をすべきでしょうか？

A. ベンチマーク データを入手するには、感染管理の専門家に連絡してください。

- B. 懸念事項を上級管理職と品質委員会に報告します。
- C. 品質改善チームを結成します。
- D. 新しいレートを正当化するためにデータ収集プロセスを繰り返します。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

自施設のMRSA発生率が高いと考える品質改善担当者にとっての最初のステップは、感染管理担当者に連絡を取り、ベンチマークデータを入手することです。ベンチマークデータは、パフォーマンスのギャップを特定し、現実的かつ達成可能な改善目標を設定するのに役立つ比較データです1。ベンチマークデータは、国または地域のデータベース、専門機関、査読済み文献、その他の類似施設など、さまざまな情報源から入手できます2。

感染管理専門家に連絡することで、品質改善担当者は、自施設におけるMRSA発生率に関する信頼性と妥当性のあるデータにアクセスし、他の施設や基準と比較することができます。これにより、問題の重大性と重要性を判断し、さらなる調査と対策の必要性を判断するのに役立ちます。感染管理専門家は、MRSA感染の予防と制御のためのベストプラクティスとプロトコル、そしてMRSA発生率の高さにつながる潜在的なリスク要因と原因に関するガイダンスを提供することもできます3。

その他の選択肢は、品質改善専門家にとって最適な最初のステップとは言えません。経営陣や品質委員会に懸念事項を報告すること（~~選択肢~~）は、十分な証拠と問題分析がなければ、時期尚早で不必要となる可能性があります。品質改善チームを結成すること（~~選択肢~~）は、プロセスの後半で役立つ可能性があります。問題の定義と測定を行う前には役に立ちません。新しいレートを正当化するためにデータ収集プロセスを繰り返すこと（~~選択肢~~）は、データの変動や傾向を考慮に入れていない可能性があります。問題の根本原因に対処していない可能性があるため、無駄が多く不正確になる可能性があります。参考文献：

1: NAHQヘルスケア品質コンピテンシーフレームワーク、ドメイン5:データ分析、スキル5.1.1

2 :ヘルスケアにおけるベンチマーキング：実践的アプローチ | NAHQ

3 :COVID-19パンデミックにおけるMRSA感染制御の成功と失敗 | 抗菌薬耐性
感染制御 | 全文 2

NAHQヘルスケア品質コンピテンシーフレームワーク、ドメイン3 パフォーマンスとプロセス改善、スキル

3.1.1

質問: 61

「望ましい健康成果の可能性」は、成果に関しては、患者の遺伝的に決定された生理学的依存などの要因により、確実性ではなく確率である。

影響：

- A. ケアの結果は臨床医のコントロール下にある
- B. 高コストの介入
- C. 患者の主な懸念事項
- D. ケアの結果は臨床医のコントロールを超えている

正解: [D \(コメントを発表する\)](#)

有効的なCPHQ問題集はJPNTest.com提供され、CPHQ試験に合格することに役に立ちます！JPNTest.comは今最新CPHQ試験問題集を提供します。JPNTest.com CPHQ試験問題集はもう更新されました。ここでCPHQ問題集のテストエンジンを手に入れます。最新版のアクセス、<https://www.jpntest.com/shiken/CPHQ-mondaishu> 808問、30%ディスカウント、特別な割引コード: **JPNshiken**」

質問: 62

層別化とは、データをある程度均質なカテゴリーに分離・分類することです。これにより、以下の要因を除くすべての要因によって生じるデータの違いを理解することができます。

- A. 曜日
- B. 注文の種類
- C. 施設のエリア
- D. 時刻

正解: C ([コメントを发表する](#))

質問: 63

リスク評価中に、ユニットマネージャーとスタートユニットが、ユニットに対して攻撃的な患者の行動のリスクが高いと感じていることが確認されました。医療品質専門家が最初に行う必要がある手順はどれですか？

- A. スタッフフォーカスグループを組織して認識を調査します。
- B. スタッフの増員の必要性について管理者と話し合います。
- C. リスクの認識を評価するためにスタッフの調査を継続します。
- D. 施設の拘束ポリシーを確認します。

正解: A ([コメントを发表する](#))

質問は、ユニットスタッフに対する患者の攻撃的な行動のリスクが高いと認識された場合に、医療品質専門家が最初に行うべきステップに関するものです。

* リスクの特定 :あらゆるリスク評価プロセスの最初のステップは、リスクを特定することです1。この場合、特定されたリスクは、ユニットスタッフに対する患者の攻撃的な行動のリスクが高いことです。

* リスク分析 :リスクを特定したら、次のステップはリスク分析です1。これには、リスクの性質、潜在的な影響、そしてリスク発生に寄与する要因を理解することが含まれます。

* スタッフフォーカスグループを組織する : 提示された選択肢を考慮すると、最善の第一歩は、スタッフフォーカスグループを組織し、認識を探ることです (オプションA)1。これにより、スタッフのリスクに対する認識をより深く理解することができ、効果的な対応戦略を策定する上で非常に重要です。

* 管理部門との協議 : 人員増員の必要性 (オプションB)について管理部門と協議することは、一つの選択肢として考えられますが、最初のステップではありません。人員配置の決定を行う前に、リスクとその影響を十分に理解することが重要です。

* スタッフへの調査を継続: リスクの認識を評価するためにスタッフへの調査を継続すること (オプション C) は、進行中のリスク管理プロセス 1 の一部となる可能性があります、リスクが特定された後の最初のステップにはなりません。

* 施設の拘束ポリシーの見直し: 施設の拘束ポリシーの見直し (オプション D) は、特にフォーカスグループまたは調査によって現在のポリシーが不十分であるか、適切に実装されていないことが判明した場合に、プロセスの後半で実行されるステップになる可能性があります。

結論として、ユニット職員に対する患者の攻撃的行動のリスクが高いことが判明した後、職員の認識を探るためにフォーカスグループを組織することが最も適切な第一歩です。これは、状況に存在する危険因子とリスクを特定、分析、管理するというリスクアセスメントの原則と一致しています¹。

質問: 64

バランストスコアカードの主な目的は何ですか？

- A. ビジョンと戦略目標をパフォーマンス指標に変換します。
- B. リーダーシップに組織の文化の概要を提供します。
- C. 戦略計画の目標と一致する部門目標を作成します。
- D. パフォーマンス改善イニシアチブと金銭的インセンティブを結び付ける。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

バランスト・スコアカードは、戦略ビジョンを、財務、顧客、内部プロセス、学習/成長といった複数の視点から、具体的かつ測定可能なパフォーマンス指標に変換し、組織の改善を導きます Kaplan & Norton, Balanced Scorecard, 1996; The Joint Commission, Strategic Planning, 2024年。

参考文献:

Kaplan, RS, Norton, DP, Balanced Scorecard, 1996

合同委員会、戦略計画、2024年

質問: 65

在庫過剰症候群は非効率的で非効果的であることが証明されています。また、品質の問題も引き起こします。

このアプローチはデータ収集作業にほとんど価値をもたらさず、品質改善チームが犯す最大の違いの1つです。

このアプローチは、豊富な情報源を提供するのではなく、不必要に次のような結果を招きます。

- A. 上記のすべて
- B. データ収集のコスト
- C. データ管理の問題を作成する
- D. 品質改善チームに過剰な情報を与えてしまう

正解: [A \(コメントを発表する\)](#)

質問: 66

チームは、交差汚染を減らすためにキッチンにラベルの付いたまな板が必要であることを突き止めました。

新しいプロセスを導入した後、ラベルの付いたまな板が使用されていないことが判明しました。チームが次に取り組むべきアクションは次のどれですか？

- A. 漸進的な懲戒を開始します。
- B. 根本原因分析を実施します。
- C. 監視を強化します。
- D. コンプライアンスの障壁を特定します。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

交差汚染を減らすために導入されたラベル付きまな板が使用されていないことが判明した場合、次に当然行われるべきステップは、コンプライアンスを阻害する要因を特定することです。このステップは、以下の理由から非常に重要です。

根本原因の特定：是正措置を講じる前に、スタッフがラベルの貼られたまな板を使用していない理由を理解することが重要です。障壁としては、認識不足、トレーニング不足、不便さ、変化への抵抗などが挙げられます。

適切な問題への対処：障壁を特定しなければ、どのような対策を講じても効果が得られない可能性があります。例えば、新しいプロセスが遵守されていない理由を理解せずに監視を強化したり、懲戒処分を開始したりすると、従業員の不満が高まり、コンプライアンス違反がさらに悪化する可能性があります。

改善の促進：障壁が特定されたら、的を絞った介入策を策定できます。これには、追加のトレーニング、使いやすさを向上させるためのプロセスの見直し、あるいは変更の重要性に関する誤解への対処などが含まれる場合があります。

持続可能性の確保：コンプライアンスを妨げる根本的な問題を解決することで、組織はプロセス改善が長期にわたって持続され、より良い成果につながることを保証できます。

参考文献: (Healthcare Quality NAHQ の文書およびリソースに基づく)

NAHQ CPHQ 学習ガイド、変更管理とコンプライアンスのセクション。

医療における品質管理、コンプライアンスの障壁の特定と克服に関する記事。

質問: 67

ある医療機関では、最近、転倒による怪我の件数が増加しています。組織内に安全文化が確立されていることを最もよく示すリーダーシップの対応は、

- A. 負傷はシステムエラーであると認識する
- B. ユニットマネージャーに増加の責任を負わせる
- C. 関係するスタッフのトレーニングが必要
- D. 関係するスタッフを是正措置計画に配置する

正解: [A \(コメントを公表する\)](#)

安全文化では、個人を責めるのではなく、システム思考、非懲罰的対応、インシデントから学んでプロセスを改善することを重視します。

選択肢A（怪我をシステムエラーとして認識する）これが正解です。NAHQ CPHQ学習ガイドには、「安全文化とは、転倒などのインシデントをシステムエラーとして認識し、個人を責めるのではなく、プロセス改善に焦点を当てることである」（ドメイン1）と記載されています。このアプローチは、報告と、照明の改善や手順の改善といったシステムの改善を促します。

オプションB（ユニット マネージャーに増加の責任を負わせる）: マネージャーを責めることは懲罰的であり、安全文化を損ないます。

オプションC（関係するスタッフのトレーニングが必要）: トレーニングは解決策の一部となる場合がありますが、システムの問題に最初に対処するのではなく、個人の失敗を前提としています。

オプションD（関係するスタッフを是正措置計画に含める）: 是正措置は懲罰的であり、報告を阻害し、安全文化の原則に反します。

CPHQ目標参照：領域：患者安全目標1.2「安全文化の促進」では、システムに基づく対応が重視されています。NAHQ学習ガイドでは、「転倒をシステムエラーとして認識することで、懲罰的ではない安全文化が育まれる」（領域）と述べられています。

理由: 転倒をシステムエラーとして認識することで、学習と改善が促進され、CPHQの安全文化の原則と一致します。

参照: NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 1: 患者の安全、目標 1.2。

質問: 68

経営陣は、年間品質計画の一環としてSMART目標を設定しようとしています。このフレームワークに適合するものは次のどれですか？

- A. 患者ケアエリアにおける院内感染を40%削減
- B. 第4四半期末までに一般内科への再入院率を低下させる
- C. 第2四半期末までに放射線科における否定的な調査結果を20%削減する
- D. 第2四半期末までにICUでの負傷による転倒を15%削減

正解: **D** ([コメントを发表する](#))

SMART目標とは、具体的 (Specific)、測定可能 (Measurable)、達成可能 (Achievable)、関連性 (Relevant)、期限 (Time-bound)の頭文字をとったものです。このフレームワークを満たす目標は、対象を明確に定義し、定量化可能な指標を含み、現実的で、組織の優先事項と一致し、期限が設定されている必要があります。

オプションA（患者ケアエリアでの院内感染を40%削減）: この目標は、具体的（院内感染）、測定可能（40%）、関連性がありますが、時間枠がないため、SMARTフレームワークでは不完全です。

オプションB（第4四半期末までに一般内科フロアへの再入院率を減らす）: この目標は具体的（再入院率、一般内科フロア）かつ期限付き（第4四半期末）ですが、測定可能なターゲット（例: パーセンテージ削減）がないため、漠然としていて完全にSMARTではありません。

オプションC（第2四半期末までに放射線科部門での否定的な調査結果を20%削減する）: この目標は具体的かつ測定可能で期限が定められていますが、「否定的な調査結果」が曖昧（患者調査かスタッフ調査かなど）であり、コンテキストがないと達成可能性が不明瞭であるため、正確性が低下します。

オプション D (第 2 四半期末までに ICU 内での負傷を伴う転倒を 15% 削減): これは正解です。これは、具体的 (ICU 内での負傷を伴う転倒)、測定可能 (15% 削減)、達成可能 (ベースライン データによる)、関連性がある (患者の安全を優先)、期限付き (第 2 四半期末) というすべての SMART 基準を満たしています。

NAHQ CPHQ の学習教材では、効果的な品質計画の基盤として SMART 目標を重視しています。参考: NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 4: パフォーマンスとプロセス改善では、SMART 目標を、品質イニシアチブの測定可能で期限付きの目標を設定するための構造化されたアプローチとして定義しています。

質問: 69

より詳細な分析に値する、予想値を超えたパフォーマンスを示すツールは何ですか?

- A. 棒グラフ
- B. パレート図
- C. 管理図
- D. ランチャート

正解: **C (コメントを公表する)**

管理図は、シューハート図またはプロセス挙動図とも呼ばれ、プロセスの経時的な変化を監視するための統計ツールです。共通原因変動 (プロセスに固有の自然な変動) と特殊原因変動 (特定の要因による予期しない変動) を区別するのに役立ちます。管理図では、データポイントを時系列でプロットし、上限と下限の管理限界を設定することで、品質管理担当者はプロセスが期待されるパラメータから外れているかどうかを識別し、さらなる調査の必要性を知らせることができます。一方、棒グラフはカテゴリデータを長方形の棒でグラフ化したものであり、パレート図はデータセット内で最も重要な要因を特定する棒グラフの一種であり、ランチャートは管理限界を設けずにデータポイントを経時的に表示します。これらのツールは様々な用途に役立ちますが、管理図ほどプロセスの安定性や変動に関する詳細な情報を提供することはできません。

参考文献:

* NAHQ のヘルスケア品質コンピテンシー フレームワークでは、ヘルスケア プロセスを監視および改善するために、管理図などの統計的プロセス制御手法を使用することの重要性を強調しています。

nahq.org

質問: 70

医療品質専門家は、次のような医療提供者およびシステムの消費者評価 (CAHPS) 調査結果を受け取ります。

専門家が次取るべき行動は次のどれでしょうか?

- A. ケア基準へのアクセスに関するメンバー教育イニシアチブを推奨します。
- B. ケア基準へのアクセスに関する専門家のコミュニケーションイニシアチブを開始します。
- C. 現在の会員の多様性に関する人口統計レポートを要求します。
- D. サービス提供の障壁に関して、会員支援パネルから意見を求めます。

正解: **(正解を表示します)**

医療提供者と医療システムの消費者評価 (CAHPS) 調査結果は、患者の医療サービス体験に関する洞察を提供します¹²。今回の調査結果では、医師間のコミュニケーションの質と必要なケアを受け取る容易さに問題がある可能性があることが示唆されています。これらは、医療従事者が患者の体験に直接影響を与えることができる領域です。したがって、医療へのアクセス基準に関する医療従事者コミュニケーション・イニシアチブ (オプションB)を開始することが、適切な次のステップとなるでしょう。このイニシアチブには、コミュニケーションスキルの向上と医療へのアクセス向上のための戦略を目的とした研修やワークショップの実施が含まれる可能性があります³。また、CAHPS調査結果を継続的にモニタリングし、進捗状況を追跡し、新たな改善領域を特定することも重要です⁴。

CAHPS調査の結果によると、医師のコミュニケーション能力に関する健康保険組合のスコアは、クオリティ・コンパスの平均値よりも低いことが示されています。医療提供者とのコミュニケーションは患者体験の重要な側面であり、患者の満足度と治療結果に大きく影響するため、医療従事者のコミュニケーションスキルの向上に重点を置くことが不可欠です。医療従事者とのコミュニケーションに関する取り組みとして、医師と患者の関わり方を改善するための研修やリソースを提供することで、コミュニケーションスコアの格差を解消できる可能性があります。この取り組みには、患者が自分の健康状態や提供されるケアについて理解を深められるよう、医療従事者が効果的に患者の話聞き、説明し、関わる方法について指導することが含まれるでしょう。

参考文献：全米医療品質協会(NAHQ)は、医療の質向上の一環として、コミュニケーション改善に関するリソースを提供しています。こうした取り組みは、効果的なコミュニケーションが患者満足度、治療計画の遵守率、そして全体的な健康成果の向上につながることを示すエビデンスによって裏付けられています。これは、NAHQの医療品質コンピテンシー・フレームワークにおける「患者安全と患者中心のケア」の領域で概説されている原則とも一致しており、高品質で安全かつ患者中心のケアを提供する上でのコミュニケーションの重要性を強調しています。

質問: 71

結果を確認するために、私たちは糖尿病患者の血圧に注目します。その基準と標準それぞれ次のようになります。

A. これらのどれでもない

B. 基準: 毎日の血糖値と標準: 血糖値が何度上昇し、何度下降するか
1週間で減少

C. 基準: 血圧が130/85以下で標準値以下の糖尿病患者の割合: 少なくとも
糖尿病患者の50%は血圧が130/85以下である

D. 基準: 心停止後の患者のうち、退院時にベータブロッカーを処方された患者の割合と基準: 少なくとも96%

心臓アタ患者は退院時にベータブロッカー処方箋を受け取る

正解: C ([コメントを发表する](#))

質問: 72

調査機器やデータ収集方法の心理測定特性を表す用語を理解することは、組織が品質改善のための信頼できる情報を提供する調査を選択するのに役立ちます。アンケートの信頼性と妥当性を評価するには、2つの異なる、かつ補完的なアプローチがあります。

次のどれがそれらのアプローチに該当しますか？

- A. 認知テスト
- B. AとCの両方
- C. 技術優秀性テスト
- D. 心理測定テスト

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 73

特定の動作を妨げたり、別の動作を先に行うことを要求する技術設計は、

- A. 管理限界。
- B. 改善。
- C. プロセスフロー。
- D. 強制関数。

正解: ([正解を表示します](#))

テクノロジー設計における強制機能とは、特定のアクションの発生を阻止するか、あるいは別のアクションを事前に実行することを要求するメカニズムを指します。この概念は、特に医療現場において、安全性とプロトコルの遵守を確保する上で非常に重要です。

エラー防止：強制機能は、ユーザーによるエラーを防止するシステムを設計するために使用されます。例えば、投薬システムでは、プロセスを続行する前に正しい投薬量を入力するように要求することで、過剰投与を防止できます。

連続アクション：場合によっては、強制機能によって特定のアクションシーケンスが確実に実行されるようにします。例えば、患者の身元が確認されるまで外科医が手術を続行できないようにするシステムがあり、これにより誤った患者への手術のリスクを軽減します。

設計意図：強制機能の主な目的は、ストレスや疲労によって機能しなくなる可能性のある人間の記憶や警戒心への依存を減らし、本質的にエラーを防止するテクノロジーを設計することです。

参考資料: (Healthcare Quality NAHQ の文書とリソースに基づく) 患者の安全とエラー防止に関する NAHQ 学習ガイド。

医療における品質管理、システム設計における強制機能の章。

質問: 74

指標の改善の方向に応じて、外れ値の解釈は次のようになります。

- A. 構造対策
- B. アウトカム指標
- C. 否定的な対策
- D. 積極的な対策

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 75

個人の食習慣を改善するためのプログラムは、一部の地域では成功しているが、他の地域では成功していない。

データ（貧困率の高さと英語を話さない人々の数が多いほど成功率が低い）に基づくと、より多くの地域でプログラムを成功させるにはどのようなアプローチが考えられますか。

Neighborhood	Program Outcome	Percentage of non-English speakers	Percentage of families living below the federal poverty line	Percentage of people over age 65	Percentage of adults with a college degree
1	Successful	20%	30%	25%	15%
2	Successful	23%	10%	50%	60%
3	Not successful	40%	20%	40%	40%
4	Not successful	42%	40%	30%	30%

- A. シニアセンターでのプログラム情報の普及活動を強化します。
- B. 健康的な食品の費用を補助するためのバウチャーを配布します。
- C. 特に大学を卒業していない成人にアプローチするために栄養士を雇います。
- D. プログラム関連の情報を、一般的に話されている言語で提供します。

正解: [D \(コメントを發表する\)](#)

データによると、非英語話者の割合が高い地域では成功率が低く、言語障壁が影響していることが示唆されています。プログラム資料を共通言語で提供することで、アクセシビリティと参加度が向上し、健康の主要な社会的決定要因（CDC、健康リテラシーと言語アクセス、2023年；NAHQ、健康公平性リソース、2024年）。

- * 食料への補助金は経済的な障壁には対処しますが、言語の問題には直接対処しません。
- * 栄養士によるアウトリーチや高齢者センターの取り組みでは、言語ニーズが対象にならない場合があります。

参考文献:

CDC、健康リテラシーと言語アクセス、2023年
NAHQ、健康公平性リソース、2024年

質問: 76

1970年代にデミングは、西洋の経営学界からの要請に応じて14の原則を発展させた。U.S. の経営者たちは、日本企業が多くの業界で劇的な改善を達成した秘訣を彼らに教えました。デミングは「深遠なる知識の体系」の一環として、品質の低さの約15%は労働者に起因し、残りの85%は不適切な経営、不適切なシステム、プロセスに起因する」と主張しました。この「体系」は部品に基づいています。

次のどれがそれらの部品から外れていますか？

- A. 変異に関する知識
- B. システムへの感謝
- C. 社会学
- D. 知識の理論

正解: [\(正解を表示します\)](#)

有効的なCPHQ問題集はJPNTTest.com提供され、CPHQ試験に合格することに役に立ちます！ JPNTTest.comは今最新CPHQ試験問題集を提供します。JPNTTest.com CPHQ試験問題集はもう更新されました。ここでCPHQ問題集のテストエンジンを手に入れます。最新版のアクセス、<https://www.jpntest.com/shiken/CPHQ-mondaishu> 808問、30%ディスカウント、特別な割引コード: **JPNshiken**」

質問: 77

健康保険データベースは、健康保険加入者が受けたすべてのケアに関する詳細な情報が含まれているため価値がある。

これらのデータベースは、予防サービスなどを受けていない患者を特定するためによく使用されます。

として：

- A. 予防接種
- B. マンモグラフィー
- C. 大腸がん検診
- D. A、B、C

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 78

第1四半期の救急部門の品質改善レポートには、次のデータが示されました。

	January	February	March
Total patients treated	1,000	1,100	1,350
Treated and admitted	100	100	150
Treated and discharged	900	1,000	1,200
Charts reviewed for quality	1,000	1,100	1,350
Misinterpreted x-rays	20	10	8
Problems associated with history and physical	10	6	4
Problems associated with treatment	4	4	19

3月の全体的な問題率はどのくらいでしたか？

- A. 15%
- B. 18%
- C. 2%
- D. 1%

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 79

通常、患者は退院後2週間から4ヶ月の間にアンケートを受け取ります。

遅延は患者の記憶の信頼性に懸念を生じさせる。記憶に関する研究では、次のような結果が示されている。

- A. 入院の影響と病状の性質が大きいほど、患者の健康上の出来事を思い出す能力が高いほど
- B. 入院の影響と病状の性質が大きいほど、患者の能力が低下すると、健康イベントを呼び出すことが困難になります

C. 入院の影響と病状の性質が低いほど、患者の能力は大きくなります。

健康イベントを思い出す

D. これらのどれでもない

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 80

将来的なデータ収集も医療記録のレビューに依存しますが、遡及的ではなく患者の入院中または通院中に完了します。

明らかに、このデータ収集方法は高価ですが、

A. スタッフがデータ入力に必要な時間を最大限に活用できれば、正確な収集と分析/報告機能に集中できます。

B. スタッフがデータ入力に必要な時間を最小限に抑えることができれば、正確な収集と分析/報告機能に集中することができます。

C. スタッフがデータ入力に必要な信頼性を最大限に高めることができれば、正確な収集と分析/報告機能に集中することができます。

D. スタッフがデータ入力に必要な時間を短縮できれば、正確な収集と分析/報告機能に集中できる。

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 81

医療研究品質庁 (AHRQ) が提供する情報を検討した結果、品質改善 (QI) の専門家は、国家品質戦略が追求する3つの広範な目的が以下の通りであると認識しています。

A. 医療の無駄を削減し、リーン方式を採用し、公平性と医療へのアクセスの向上を実現します。

B. 合併症を減らし、再入院を減らし、健康成果を改善します。

C. より良いケア、健康な人々/健康なコミュニティ、手頃な価格のケア。

D. 3つの目的、利用の削減、手頃な価格のケア。

正解: ([正解を表示します](#))

医療研究品質庁 (AHRQ) が認める国家品質戦略 (NQS) が追求する3つの広範な目標は、より良いケア、健康な人々と健康なコミュニティ、そして手頃な価格のケアです。これらの目標は、ケア全体の質の向上、人々の健康状態の改善、そしてすべての人にとって手頃な価格のケアを実現するためのケア費用の削減に重点を置く、医療改善に向けた包括的なアプローチを反映しています。

* 医療の無駄を削減し、リーン方式を採用し、公平性と医療へのアクセスの向上を実現する (A): これらは重要な目標ですが、NQS の幅広い目的を要約するものではありません。

* 合併症を減らし、再入院を減らし、健康成果を改善する (B): これらは、より広範な枠組み内の具体的な目標ですが、3つの広範な目的ではありません。

* トリプルエイム、利用の削減、手頃な価格の医療 (D): トリプルエイムの概念は関連していますが、NQS の3つの広範な目的と同一ではありません。

参考文献

* NAHQ知識体系：国家品質戦略と医療改善

* NAHQ CPHQ試験準備教材：国家品質 ニシアチブの理解

質問: 82

外科医の創傷感染率は32%です。以下のデータのうちどれが最も役立つかをさらに検討してください。

この外科医の感染率の原因を特定するのに役立つ情報ですか？

- A. 死亡率
- B. 使用される麻酔の種類
- C. 施設感染率
- D. 予防的抗生物質の使用

正解: **D** ([コメントを發表する](#))

質問: 83

病院は、メディケア・メディケイドサービスセンター (CMS)の参加条件を遵守する必要があります。

- A. コア測定データを送信する
- B. 払い戻しを受ける
- C. 州立病院協会に加入する
- D. ライセンスを取得する

正解: ([正解を表示します](#))

CMS 参加条件 (CoP) は、メディケアおよびメディケイド プログラムに参加するために病院が満たさなければならない連邦基準であり、払い戻し資格に直接結びついています。

オプション A (コア指標データの提出): コア指標の提出は品質レポートの要件ですが、より広範なコンプライアンスに重点を置く CoP の主な目的ではありません。

選択肢B (払い戻しを受ける) これが正解です。NAHQ CPHQ学習ガイドには次のように記載されています。

「病院はメディケアおよびメディケイドの償還を受ける資格を得るために、CMSの参加条件を遵守しなければなりません」(ドメイン3)。CoPは、連邦政府からの資金援助を受けるための前提条件である、患者ケアと安全に関する最低基準を確保します。

オプション C (州立病院協会に参加する): 州立病院協会は任意の団体であり、CMS CoP に縛られていません。

オプション D (ライセンスを取得する): ライセンスは州の機能であり、連邦政府の要件である CMS CoP とは直接関連していません。

CPHQ目標参照 :ドメイン3 : 組織的リーダーシップ、目標3.5 規制要件の遵守を確保する」には、償還の条件としてのCMS CoP (医療費負担能力基準の理解が含まれています。NAHQ学習ガイドでは、CoPはCMSの資金援助を受ける資格を維持するために不可欠であり、病院の運営と品質に影響を与える」(ドメイン3)と述べられています。

理由: CoP に準拠することで、病院は連邦の医療基準を満たし、CPHQ の規制原則に従って、財政的持続可能性の中核要件であるメディケアとメディケイドからの払い戻しを受けることができるようになります。

参照: NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 3: 組織リーダーシップ、目標 3.5。

質問: 84

組織は、パフォーマンス指標を社内で開発することも、多数の外部リソースから採用することもできます。しかし、パフォーマンス指標のソースに関わらず、信頼性と有益性を確保するために、各指標は特定の特性に基づいて評価する必要があります。

次の特性のうち、パフォーマンス測定にとって重要なものはどれですか？

- A. 費用対効果
- B. 有効性
- C. 信頼性
- D. 解釈可能性

正解: **A,B,C** ([コメントを發表する](#))

質問: 85

ある施設では、自社の品質プログラムがメディケア・メディケイド・サービスセンター (CMS) の参加条件に準拠しているかどうかを審査しています。

プログラムのコンプライアンスにおいて最も重要な要素は次のどれですか？

- A. 各プロジェクトの12か月分のデータ
- B. 施設の各部門やサービスへの統合
- C. 改善結果が不良な場合は、さらに12か月間監視します
- D. 専任の医療品質専門家による調整

正解: ([正解を表示します](#))

メディケア・メディケイドサービスセンター (CMS) の参加条件 (CoP) は、医療機関がメディケアおよびメディケイドプログラムへの参加を開始および継続するために満たさなければならない健康と安全に関する基準です¹。これらの基準は、サービスの質の向上と受給者の健康と安全の保護の基盤となります¹。

CMS CoP は、緊急事態への備え、物理的環境、患者の権利、看護師の配置、医療記録、検査および放射線サービス、利用状況のレビューなど、幅広い分野をカバーしています²。

また、患者が苦しんでいる場合を特定するポリシーと手順、緊急対応を開始する方法、治療を開始する方法、適切な治療を受けるために患者を別の施設に転送する必要があることを認識するポリシーと手順の要件も含まれます³。

この広範な適用範囲を踏まえると、CMS CoPへの準拠には、施設内の各部門およびサービスへの統合が不可欠であることは明らかです。これは、患者の健康と安全を確保し、ケアの質を向上させるために、これらすべての領域が連携して機能する必要があるためです。したがって、CMS CoPへのプログラム準拠において最も重要な要素は、B. 施設内の各部門およびサービスへの統合であると考えられます。

他のオプション (A、C、D) も品質プログラムの重要な側面ですが、オプション B ほど包括的ではありません。たとえば、各プロジェクトについて 12 か月分のデータを取得すること (オプション A) と、改善の成果が低い場合はさらに 12 か月間モニタリングすること (オプション C) は、パフォーマンスを追跡して改善を行うために重要ですが、CMS CoP への準拠に必要な領域をすべて網羅しているわけではありません。同様に、専任の医療品質専門家による調整 (オプション D) は品質プログラムの管理に重要ですが、施設のすべての部門とサービスが統合され、CMS CoP に準拠していることを保証するものではありません。したがって、入手可能な情報に基づくと、CMS CoP へのプログラム準拠において最も重要な要素は B であると考えられます。

施設の各部門およびサービスへの統合。ただし、これは複雑な問題であり、実際の決定は、関連するすべての要素とリソースを考慮して、医療品質専門家が行う必要があることに留意することが重要です。

質問: 86

組織は、バンドル支払いの対象となるサービスの収益性を高めることを目標としています。医療品質専門家が分析の開始点として推奨すべき品質の側面は次のどれですか？

- A. 効率
- B. 安全性
- C. アクセス
- D. 公平性

正解: **A** ([コメントを發表する](#))

包括支払いの対象となるサービスの収益性を高めるために、医療品質専門家は効率性の分析から始めることを推奨すべきです。包括支払いは、治療または病状に関連するすべてのサービスに対して一括支払いを提供することで、医療提供者がより効率的にケアを提供するよう促します。効率を分析すると、リソースをより効果的に使用できる領域を特定し、バンドル支払いモデルでの収益性にとって重要な品質を維持または向上しながらコストを削減するのに役立ちます。安全性 (B): 安全性は重要ですが、バンドル支払いの場合、安全性だけでは収益性に直接影響しない可能性があります。

アクセス (C): アクセスの改善は重要ですが、バンドル支払いの観点では収益性に直接影響を与えない可能性があります。

公平性 (D) : 公平性の高いケアには不可欠ですが、一括支払いによる収益性の向上を目指す場合には主な焦点にはなりません。

参照

NAHQ知識体系：医療における効率性とコスト管理

NAHQ CPHQ試験対策教材：バンドル支払いモデルの品質分析

質問: 87

医療記録の外部監査が完了しました。その結果を経営陣と共有するには、以下のどれを実行する必要がありますか？

- A. 外部監査人から共有の承認を得る
- B. 患者識別子を削除する

C. 保護された健康情報を含むセクションを機密として分類する

D. 特定の患者の同意を得る

正解: [\(正解を表示します\)](#)

外部監査の結果を経営陣と共有するには、プライバシー規制、特に患者の健康情報 (PHI) を保護する医療保険の携行性と説明責任に関する法律 (HIPAA) への準拠を保証する必要があります。

オプション A (外部監査人から共有の承認を得る): 監査人は機密保持契約を結んでいる場合がありますが、経営陣は対象事業体の一部であるため、結果を経営陣と社内で共有する場合、通常は承認は必要ありません。

選択肢B (患者識別情報を削除する) これが正解です。NAHQ CPHQ学習ガイドには、医療記録監査結果を社内で共有するには、HIPAAに準拠し、PHIを保護するために、患者識別情報を削除する必要があります」(ドメイン1)と記載されています。匿名化によりプライバシーが確保されると同時に、経営陣は集計結果をレビューできるようになります。

オプション C (保護された健康情報を含むセクションを機密として分類する): PHI を機密として分類することは標準ですが、結果の共有には対応しておらず、より広範な配布には匿名化が必要です。

オプション D (特定の患者の同意を得る): PHI が保護されている限り、内部品質改善活動はHIPAA の医療業務免除に該当するため、同意は必要ありません。

CPHQ目標参照 :ドメイン1 : 患者安全目標1.8 品質活動におけるプライバシー規制の遵守を確保する」では、監査結果の共有における匿名化が強調されています。NAHQ学習ガイドでは、患者識別情報を削除することで、品質改善のための監査データを安全に共有できる」(ドメイン1)と述べられています。

理由: 監査結果を匿名化することで、HIPAA への準拠が保証され、リーダーシップとの安全な共有が可能になり、CPHQ の患者の安全とプライバシーの原則に準拠します。

参照: NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 1: 患者の安全、目標 1.8。

質問: 88

クリニックのフローを改善する改善プロジェクトでは、スパゲッティ チャートは次の目的に最適です。

A. サプライヤー、入力、プロセス、出力、顧客を分析します。

B. 冗長性と無駄な動きを特定します。

C. プロセスの強み、弱み、機会、脅威を特定します。

D. 目標を達成するために必要なサブタスクの階層を表示します。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

詳細な説明:

スパゲッティ チャートは、スタッフや患者の物理的な移動経路を視覚的に表し、非効率性、重複、無駄な動きを特定するのに役立ちます。

オプションB: 冗長性と無駄な動きを特定する

スパゲッティ チャートは、ワークフロー内の過剰または不要な動きをマッピングして非効率性を強調します。

参考文献:

プロセス改善ツールに関する CPHQ リソースでは、動作の非効率性を特定するためのスパゲッティチャートを強調しています。

質問: 89

いくつかのデータベースプロジェクトは、多くのデータが行政データベースでは入手できないため、医療記録のレビューに依存しています。

- A. 看護記録
- B. 外科的切開の1時間前以内の抗生物質投与など、タイムスタンプを必要とする測定
- C. 患者のエントリーと医師の診察
- D. 検査および検査レポートの患者

正解: [\(正解を表示します\)](#)

質問: 90

医療品質専門家は、次のような医療提供者およびシステムの消費者評価 (CAHPS) 調査結果を受け取ります。

	How well doctors communicate	Easy to get necessary care	Overall satisfaction with the health plan	Overall satisfaction with personal doctor
Health Plan	86.7%	74.2%	70.6%	78.1%
Quality Compass® Mean	89.5%	82.5%	73.5%	78.4%

専門家が次に取るべき行動は次のどれでしょうか？

- A. ケア基準へのアクセスに関するメンバー教育イニシアチブを推奨します。
- B. ケア基準へのアクセスに関する専門家のコミュニケーションイニシアチブを開始します。
- C. 現在の会員の多様性に関する人口統計レポートを要求します。
- D. サービス提供の障壁に関して、会員支援パネルから意見を求めます。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

医療提供者と医療システムの消費者評価 (CAHPS) 調査結果は、患者の医療サービス体験に関する洞察を提供します¹²。今回の調査結果では、医師間のコミュニケーションの質と必要なケアを受け取る容易さに問題がある可能性があることが示唆されています。これらは、医療従事者が患者の体験に直接影響を与えることができる領域です。したがって、医療へのアクセス基準に関する医療従事者コミュニケーションイニシアチブ (オプションB) を開始することが、適切な次のステップとなるでしょう。このイニシアチブには、コミュニケーションスキルの向上と医療へのアクセス向上のための戦略を目的とした研修やワークショップの実施が含まれる可能性があります³。また、CAHPS調査結果を継続的にモニタリングし、進捗状況を追跡し、新たな改善領域を特定することも重要です⁴。

CAHPS調査の結果によると、医師のコミュニケーション能力に関する健康保険組合のスコアは、クオリティ・コンパスの平均値よりも低いことが示されています。医療提供者とのコミュニケーションは患者体験の重要な側面であり、患者の満足度と治療結果に大きく影響するため、医療従事者のコミュニケーションスキルの向上に重点を置くことが不可欠です。医療提供者とのコミュ

コミュニケーションに関する取り組みとして、医師と患者の関わり方を改善するための研修やリソースを提供することで、コミュニケーションスコアの格差を解消できる可能性があります。この取り組みには、患者が自分の健康状態や提供されるケアについて理解を深められるよう、医療従事者が効果的に患者の話聞き、説明し、関わる方法について指導することが含まれるでしょう。参考文献：全米医療品質協会(NAHQ)は、医療の質向上の一環として、コミュニケーション改善に関するリソースを提供しています。こうした取り組みは、効果的なコミュニケーションが患者満足度、治療計画の遵守率、そして全体的な健康成果の向上につながることを示すエビデンスによって裏付けられています。これは、NAHQの医療品質コンピテンシー・フレームワークにおける「患者安全と患者中心のケア」の領域で概説されている原則とも一致しており、高品質で安全かつ患者中心のケアを提供する上でのコミュニケーションの重要性を強調しています。

質問: 91

臨床パスウェイに関して正しいのは次のうちどれですか？

- A. バリューストリームマップを使用して描画
- B. 患者ケア設定は1つに限定されます
- C. ケアのばらつきを減らすために使用
- D. アカ운タブルケア組織に必須

正解: [\(正解を表示します\)](#)

クリニカルパスウェイ (ケアパスウェイとも呼ばれる) は、予測可能な臨床経過を有する特定の患者群を対象とした、エビデンスに基づく実践に基づいた多職種連携の管理ツールです¹²。治療またはケアの一連の流れにおけるステップを、計画、パスウェイ、アルゴリズム、ガイドライン、プロトコル、またはその他の「行動一覧」として詳細に記述します。

1. クリニカルパスの主な目的は、ばらつきを減らし、ケアの質を向上させることです^{13,24,5}。必ずしもバリューストリームマップを用いて描写する必要はなく (オプションA)、特定の患者ケア環境に限定される必要はなく (オプションB)、アカ운タブルケア組織 (ACC) には必須ではありません (オプションD)。

参考文献:

<https://www.medbridge.com/blog/2022/02/clinical-pathways-leading-the-way-to-better-outcomes/>

有効的なCPHQ問題集はJPNTTest.com提供され、CPHQ試験に合格することに役に立ちます！ JPNTTest.comは今最新CPHQ試験問題集を提供します。JPNTTest.com CPHQ試験問題集はもう更新されました。ここでCPHQ問題集のテストエンジンを手に入れます。最新版のアクセス、<https://www.jpntest.com/shiken/CPHQ-mondaishu> 808問、30%ディスカウント、特別な割引コード: **JPNshiken**」

質問: 92

4つの外科センターが協力し、術後感染率の低減を目指しました。目標は、感染率をベースラインから20%低減することでした。

どのセンターが目標を達成しましたか？

- A. センターA
- B. センターB
- C. センターC
- D. センターD

正解: ([正解を表示します](#))

詳細な説明:

目標を達成するには、各センターは感染率をベースラインから少なくとも 20% 削減する必要があります。

センターD:

ベースライン = 4.7%、結果 = 3.7%

削減

(
4.7

3.7
)
/
4.7
=
21.3
%

$(4.7\#3.7)/4.7=21.3\%$ となり、20%削減目標を達成しました。

その他のセンター:

センターAとBでは20%の減少は見られず、センターCでは5.2%から4.3%に減少したが、これは17.3%です。

参考文献:

共同品質目標に関する CPHQ の文献では、目標が達成されたかどうかを確認するために削減率を計算することが強調されています。

質問: 93

患者の体重が電子カルテに誤って記録されていました。その結果、患者には適切な投薬量の10倍の投薬量が処方されました。看護師はこの誤りに気づき、処方医に連絡しました。投薬は患者に投与されませんでした。これは、

- A. 有害事象
- B. ニアミスイベント
- C. センチネルイベント
- D. ネバーイベント

正解: B ([コメントを發表する](#))

患者安全に関わる事象は、発生頻度と影響度に基づいて分類されます。ニアミスとは、潜在的なエラーが患者に及ぶ前に特定・修正され、危害を未然に防ぐ事象を指します。

選択肢A (有害事象) : 有害事象は、患者に危害をもたらす事象です。薬剤が投与されなかったため、危害は発生せず、したがってこれは有害事象ではありません。

選択肢B (ニアミス事象) これが正解です。ニアミス事象とは、エラー (例: 体重間違いによる誤った投与量の指示) が患者に影響を与える前に特定され、修正された事象を指します。NAHQ CPHQの学習資料では、ニアミスをシステムを改善し、将来のエラーを防ぐ機会と定義し、安全性報告におけるその重要性を強調しています。

オプションC (センチネルイベント) センチネルイベントとは、死亡または重大な危害 (例: 手術部位の誤り) につながる重篤かつ予期せぬ事象です。危害が発生していないため、これはセンチネルイベントには該当しません。

選択肢D (ネバーイベント) ネバーイベントとは、決して起こってはならない重大かつ予防可能なエラー (例: 誤った患者への手術) です。このインシデントは重大ではありますが、施行前に発見されたため、ネバーイベントの基準を満たしていません。

参考 NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 1: 患者の安全では、ニアミス イベントを、危害が発生する前に阻止されたエラーと定義しており、システムの脆弱性を特定するために重要です。

質問: 94

以下の安全文化に関する調査データは、周術期サービスから収集されています。医療品質専門家はどのような対応を推奨すべきでしょうか？

Survey Item	Score
The actions of hospital management show that patient safety is a top priority.	4
I can report patient safety mistakes without fear or punishment.	4.83
In my work unit, we discuss ways to prevent errors from happening again.	4.67
The exchange of information between departments occurs smoothly.	4.24

- A. 公正な文化の原則に関するリーダーシップ トレーニング シリーズを実施します。
- B. 周術期部門における幹部による巡回のためのプロセスを確立します。
- C. 周術期スタッフ向けのチームベースのコミュニケーション トレーニングを開発します。
- D. 周術期スタッフにインシデント レポートの提出方法を教育します。

正解: (正解を表示します)

安全文化調査データは、周術期スタッフの患者安全対策に関する認識を、1~5のスケール (通常が最高点) で評価する形で提供します。評価項目は、病院経営陣による安全最優先 (4)、ミスをおそれずに報告すること (4.83)、ミス防止に関する議論 (4.67)、部門間の情報交換 (4.24) です。最低評価は「病院経営陣の行動は、患者安全を最優先事項としていることを示している」という項目の4で、これは、強力な安全文化の重要な要素である安全に対するリーダーシップの目に見えるコミットメントが相対的に弱いことを示しています。

NAHQ CPHQの調査資料によると、安全文化の重要な原則は、リーダーシップが患者安全に対して目に見える形でコミットメントを示すことです。これは組織の方向性を決定づけ、スタッフの

行動に影響を与えるからです。スコア4は、スタッフは優先順位を認識しているものの、経営陣がこのコミットメントを示す方法には改善の余地があることを示唆しています。周術期部門 B)における幹部によるウォークアラウンドのプロセスを確立することで、リーダーシップの可視性を高め、オープンなコミュニケーションを促進し、患者安全が優先事項であることを示すことで、このギャップを直接解消できます。ウォークアラウンドにより、リーダーはスタッフと交流し、プロセスを観察し、安全上の懸念事項にリアルタイムで対処できるため、リーダーシップのコミットメントに対する認識を高めることができます。

公正な文化の原則に関するリーダーシップ研修シリーズの実施 A)は、恐れずに報告する能力のスコア4.83という高い点に関連していますが、この分野は既に高い評価を得ており、調査では懲罰的な文化に早急にに取り組む必要があるとは示唆されていません。チームベースのコミュニケーション研修 C)の実施は、部門間情報交換のスコア4.24に対応する可能性があります。これは最も低いスコアの項目ではなく、この文脈ではコミュニケーションの問題はリーダーシップの可視性に次ぐものです。恐れずに報告する能力のスコアが4.83と高いことを考えると、インシデント報告 D)に関するスタッフの教育は不要です。これは、スタッフが既に報告に慣れていることを示唆しています。

NAHQ は、まず安全文化の最も弱い領域に対処することを強調し、リーダーシップの可視性を優先するため、オプション B が推奨されるアクションです。

参考資料: NAHQ CPHQ 学習ガイド、患者安全セクション、安全文化とリーダーシップの関与」、NAHQ CPHQ 模擬試験、安全文化の評価と介入。

質問: 95

ある組織では、同意できない患者の治療に関連する安全性イベントの増加を確認しました。改善プロセスの開始時に、医療品質専門家はチームを支援するために、以下のどのツールを使用すべきでしょうか？

- A. フローチャート
- B. ステークホルダー分析
- C. PERTチャート
- D. 力場解析

正解: **B** ([コメントを发表する](#))

Explanation:ステークホルダー分析 B)は、改善プロセスの開始時にステークホルダーの関心と影響力を特定・評価し、賛同を得やすくします。フローチャート A)、PERTチャート C)、フォースフィールド分析 D)は、初期段階ではそれほど重要ではありません。NAHQは、改善プロジェクトの開始においてステークホルダーの関与を最優先しています。

NAHQ CPHQ 学習ガイド、パフォーマンスおよびプロセス改善セクション、品質改善における利害関係者の関与」、NAHQ CPHQ 練習問題、改善プロセス ツール。

質問: 96

医療保険プランが医療保険プランの加入者から満足度データを収集するには、次のうちどれを使用する必要がありますか？

- A. アンケートや調査を通じて収集されたデータ
- B. 医療保険者から取得した請求データ
- C. 疾病登録簿から得られた疾病データ
- D. 電子健康記録から収集されたデータ

正解: [A \(コメントを发表する\)](#)

健康保険加入者から満足度データを収集するには、アンケートや調査を通じて収集したデータを活用する必要があります。調査は、加入者から健康保険に関する経験、認識、満足度に関するフィードバックを直接収集できる方法です。このデータは、加入者の視点から健康保険の長所と短所を理解し、改善に役立てるために不可欠です。

* 医療保険者から取得した請求データ (B): 請求データは利用したサービスに関する情報を提供しますが、会員の満足度を直接測定するものではありません。

* 疾病登録簿から取得した疾病データ (C): 疾病データは健康状態を追跡しますが、満足度とは関係ありません。

* 電子健康記録から収集されたデータ (D): EHR データには臨床情報が含まれますが、会員の満足度を直接取得することはできません。

参考文献

* NAHQ知識体系：患者と会員の満足度測定

* NAHQ CPHQ試験準備教材：満足度データの収集と分析

質問: 97

_____ は、「個人やグループが必要なサービスを受けられる程度」を指します。

- A. アクセス
- B. 患者の好みへの対応
- C. エクイティ
- D. アメニティ

正解: [\(正解を表示します\)](#)

質問: 98

リスクマネージャーが品質改善 (QI) 担当者へ相談し、是正措置計画の遵守状況を改善するための支援を求めました。QI担当者はどのように支援できるでしょうか？

- A. 規則に従わない部門に対して懲戒処分を行います。
- B. 患者安全委員会に分析結果を提供します。
- C. 行動計画が国家基準に準拠しているかどうかを判断します。
- D. 根本原因分析を通じて非準拠領域を特定します。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

詳細な説明:

是正措置計画の遵守状況を改善するには、品質管理 (QI) 専門家はまず、不遵守の理由を特定する必要があります。根本原因分析 (RCA) を実施することで、品質管理専門家は、遵守を阻害している可能性のある根本的な要因や障害を調査することができます。この情報に基づいて、的を絞った介入策を実施することができます。

オプションD：根本原因分析(RCA)を通じて不遵守領域を特定する。RCAは、根本的な問題を特定するための体系的なアプローチであり、特定の部門や個人が是正措置を遵守しない理由を理解する上で非常に重要です。原因が特定されれば、それらの特定の障壁に対処するためのソリューションをカスタマイズできます。

オプションA: 違反部門に懲戒処分を与える

懲戒処分では、不遵守の背後にある実際の理由に対処できない可能性があり、抵抗を生み出す可能性があります。

オプションB: 患者安全委員会に分析結果を提供する

これは後で役立つ可能性がありますが、コンプライアンスの問題に直接対処するための最初のステップではありません。

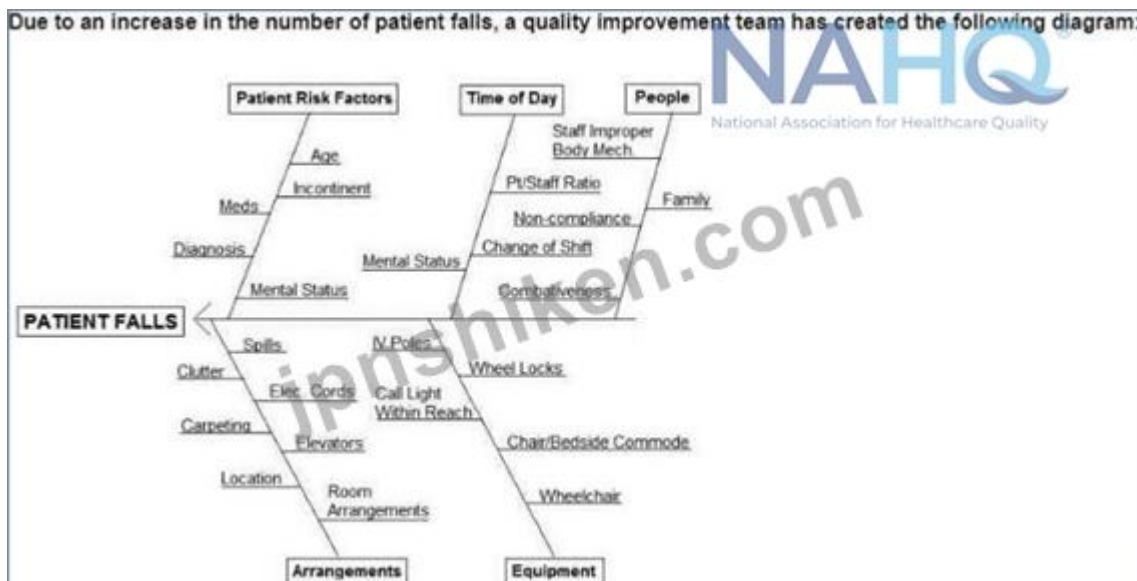
オプションC: 行動計画が国家基準に準拠しているかどうかを判断する 国家基準に準拠することは重要ですが、組織内の特定のコンプライアンスの課題には対処しません。

参考文献:

品質改善の原則によれば、医療品質改善文献や CPHQ ガイドラインで推奨されているように、コンプライアンスの問題を診断して解決するには根本原因分析が不可欠です。

質問: 99

チームは次に何をすべきでしょうか?



A. 転倒の原因に関する頻度データを収集します。

B. 患者のリスク要因を評価します。

C. ハウスキーピングスタッフ向けの研修を実施します。

D. この問題を安全委員会に報告してください。

正解: (正解を表示します)

質問: 100

ケースミックス調整は、施設内の様々なタイプの患者を考慮した上で行われる。調整は考慮すべきである。

病院の調査結果が公表される時期。一般的に病院の調査結果に付随する特徴は、

ケアの質に関する患者の報告は、次のすべてに該当しますが、次のものは除きます。

- A. 病院への訪問回数
- B. 患者満足度
- C. 退院サービス（例：出産患者退院後の経験をより好意的に評価する）

内科や外科の患者よりも、内科の患者はケアに関する問題を最も多く報告している。

- D. 患者の年齢（つまり、高齢の患者はケアに関する問題を報告することが少ない傾向がある）

正解: [\(正解を表示します\)](#)

質問: 101

例えば、患者満足度に関するフィードバックをメールで収集するアンケート調査の場合、すべての患者にアンケートを送信するわけではありません。まずは患者の約50%にアンケートを送信し、返答率を確認します。この限定的なアンケート調査によって、回答率を算出できます。これらの患者の25%がアンケートに回答したと仮定します。次の課題は、これらの回答者が全人口をどの程度代表しているかを判断することです。この問いを検証するには、全人口のプロファイルを作成する必要があります。通常、このプロファイルは、性別、年齢、受診の種類、支払者区分、新規患者か再診患者かといった標準的な人口統計情報に基づいています。サンプルにおけるこれらの特性の分布が全人口の分布と類似している場合（5%以内）、サンプルは全人口を適切に代表していると確信できます。ただし、サンプルと全人口の特性に大きなばらつきがある場合は、サンプリング計画を調整する必要があります。この例から、以下のことが分かります。

- A. したがって、適切に抽出されたサンプルは、より大きな母集団を代表するものであるはずである。
- B. サンプリングは、データ収集に費やす時間とリソースを削減するためにできる最も重要なことかもしれません。
- C. サンプリングの基本的な目的は、限られた数の観測値を抽出することです。
- D. サンプリングは一連の妥協とトレードオフから成り立っています

正解: [A \(コメントを発表する\)](#)

質問: 102

外来患者のデータソースを特定するために、チームは次の質問を考慮する必要があります（ただし、次の質問は除きます（2つ選択））。

- A. 糖尿病の最も重要な指標のいくつかは臨床検査に基づいています。医師は独自の検査室を持っていますか？もし持っているなら、12～24ヶ月間のスナップショットの検査データを取得していますか？独自の検査室を持たない場合、データを提供できる共通の参照検査室を利用していますか？
- B. 外来患者のソースデータは入院患者のデータと同じですか？
- C. チームが選択した尺度は、患者の転帰に最も影響を与えるケアの側面を反映していますか？
- D. 医師は、外来患者の電子カルテを保有する医療グループに所属していますか？これらの電子カルテはデータソースとなり得ますか？そのグループの財務システムや請求システムは、診療所に所属する糖尿病患者全員を特定できますか？もしそうでない場合、地域の健康保険組合は診療所ごと、あるいは個々の医師ごとにデータを提供できるでしょうか？

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 103

ある組織が外来糖尿病管理プログラムを立ち上げました。このプログラムの成功を最もよく表すのは次のどれですか？

- A. 患者満足度の向上
- B. フォローアップ訪問の遵守率の向上
- C. 入院率の低下
- D. 予約のキャンセル頻度が減少

正解: ([正解を表示します](#))

正確な抜粋からの包括的かつ詳細な説明：

人口健康とケアの移行分野では、糖尿病管理イニシアチブなどの慢性疾患管理プログラムの目標は、患者の健康成果を改善し、急性期ケアサービスの回避可能な利用を減らすことです。

入院率の低下は、疾病管理の改善、効果的な自己管理、そしてケアの継続性を直接的に示しています。これはプログラムの真の成功を反映する重要な成果指標と考えられています。

対照的に、患者満足度、予約順守、またはフォローアップコンプライアンス (オプション A、B、および D) は、改善をサポートするプロセス測定ですが、プログラムが集団の健康成果に与える最終的な影響を確認するものではありません。

参考文献:

NAHQ CPHQコンテンツ概要 - 集団保健とケアの移行：集団保健プログラムの成果測定と評価

NAHQヘルスケア品質コンピテンシーフレームワーク - 集団保健：成果と集団ベースの介入の評価

質問: 104

_____は、単純な原理である統計的確率に基づいています。言い換えれば、n個の既知の母集団において、任意の単一要素を選択する確率は一定であるということです。

- A. 確率サンプリング
- B. 非確率サンプリング
- C. 体系的サンプリング
- D. ランダムサンプリング

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 105

コスト効率の領域外でも、5つの当事者 (つまり、臨床医、患者、支払者、管理者、社会) の定義の間で強い意見の相違が生じます。

競合は通常、次のような場合に発生します。

- A. ある当事者は、特定の医師またはクリニックが、ケアの単一の側面で高い評価を得ていることを理由に、高品質の提供者であると主張している。
- B. この施設は、技術的なパフォーマンスを主に重視する専門の臨床医のチームから最高の評価を受けています。

- C. 外傷やその他の救急医療に高度なスキルを持つ医療従事者
- D. 各グループはケアの特定の側面に重点を置いています

正解: [\(正解を表示します\)](#)

質問: 106

Healthy People Initiative の目標を最もよく表しているのは次のうちどれですか？

- A. 健康の社会的決定要因に関連する格差を防ぐために資金を割り当てます。
- B. 生涯にわたる健康増進と疾病予防をサポートします。
- C. 各州にワクチン接種率の向上のための個別計画を提供します。
- D. 感染症の蔓延を抑え、パンデミックを予防します。

正解: [B \(コメントを發表する\)](#)

健康な人々イニシアチブは、1980年の開始以来、全国の人々の健康と福祉を向上させるための測定可能な目標を設定してきました12。10年ごとに、最新の公衆衛生上の優先事項と課題に対応するイニシアチブの新しいイテレーションが開始されます12。このイニシアチブは、国全体の健康の向上を目的とした健康促進および疾病予防の取り組みを導くように設計されています34。イニシアチブの5番目のイテレーションである健康な人々 2030 では、人々が生まれ、生活し、学び、働き、遊び、礼拝し、老いる環境が健康にどう影響するかにさらに重点を置いています12。したがって、健康な人々イニシアチブの目標は、「オプション B 生涯にわたる健康促進と疾病予防を支援する」と一致しています。

有効的なCPHQ問題集はJPNTTest.com提供され、CPHQ試験に合格することに役に立ちます！JPNTTest.comは今最新CPHQ試験問題集を提供します。JPNTTest.com CPHQ試験問題集はもう更新されました。ここでCPHQ問題集のテストエンジンを手に入れます。最新版のアクセス、<https://www.jpntest.com/shiken/CPHQ-mondaishu> 808問、30%ディスカウント、特別な割引コード: **JPNshiken**」

質問: 107

CAHPS (医療提供者およびシステムの消費者評価) プログラムは、外来および施設レベルのケアに関する患者の体験に関する標準化された調査を開発するための、複数年にわたる官民共同の取り組みです。

医療機関、公的および民間の購入者、消費者、研究者は、CAHPS の結果を次の目的で使用します。

- A. ケアの質の向上
- B. 上記のすべて
- C. パフォーマンスを比較してレポートする
- D. 患者中心のケアにアクセスする

正解: [\(正解を表示します\)](#)

質問: 108

以前の処方では、患者の好みへの対応は、患者と医師の人間関係の質。しかし、今ではそれが多くの要因に反映されています。以下はそのような要因から外れますか？

- A. 患者の価値観の尊重
- B. 患者の表明されたニーズの尊重
- C. 患者の利便性を尊重
- D. 患者の好みの尊重

正解: A,B,D ([コメントを發表する](#))

質問: 109

新しい品質改善チームと協力する場合、品質専門家は次のことの重要性を強調する必要があります。

- A. 変化の各サイクルで小さな変化を起こす。
- B. 変更の最初のサイクルに部門全体を関与させます。
- C. システム全体に影響を与える大きな目標を作成します。
- D. 変更の最初のサイクルで目的の結果を取得します。

正解: ([正解を表示します](#))

品質改善チームとは、医療における問題を特定して解決し、サービス提供を改善し、患者にとってより良い結果を提供するために協力する人々のグループです¹。

継続的改善モデルで最も広く使用されているツールの1つは、4段階の品質保証方法である計画、実行、確認、改善 (PDCA) サイクルです²。

PDCA サイクルには、改善を計画し、それを小規模でテストし、結果を確認し、結果に基づいて変更をより大規模に実装するか、異なる計画でサイクルを再度開始することが含まれます²。

品質専門家は、変更の各サイクルで小さな変更を加えることの重要性を強調する必要があります。これにより、チームは各テストから学び、ローカルコンテキストに適応し、効果のないまたは有害な介入にリソースを無駄にすることを避けることができます³。

また、小さな変更を加えることで、変更の影響を受ける可能性のある関係者がテストとフィードバックのプロセスに関与できるため、関係者からの抵抗や反発のリスクも軽減されます⁴。

さらに、小さな変更を加えることで、チームは各変更の影響を測定し、それをベースラインデータと比較できるようになり、改善によって望ましい結果が得られているかどうかを判断するのに役立ちます⁵。

したがって、正解は A. 変更サイクルごとに小さな変更を加えることです。これは、品質改善の原則と方法と一致しています。

参考文献 :1 : 品質改善の実践 | The BMJ

2: 継続的改善モデル - 継続的改善ツール | ASQ

3: PDSA品質改善 : 変化のための科学的手法

4 : 医療における変革の実現と検証へのさまざまなアプローチ | The BMJ

5: COVID-19パンデミックにおける医療品質専門家による改善手法の活用 | Journal for Healthcare Quality

質問: 110

品質改善イニシアチブを監視するために使用される健康の社会的決定要因の例は次のどれですか？

- A. 糖尿病の状態
- B. 人種
- C. 年齢
- D. 近所

正解: [D \(コメントを发表する\)](#)

健康の社会的決定要因とは、人々が生まれ、育ち、生活し、働き、そして老いる状況を指し、健康状態に影響を与える可能性があります。近隣」は健康の社会的決定要因の一例であり、医療へのアクセス、安全性、環境条件、健康的な食品の入手可能性など、健康状態に影響を与える可能性のある様々な要因を包含しています。これらの要因はすべて健康状態に影響を与え、品質改善の取り組みにおいてしばしば監視されます。

糖尿病の状態 (A): これは健康状態であり、社会的決定要因ではありません。

人種 (B): 人種は健康格差に影響を及ぼす可能性がありますが、健康の直接的な社会的決定要因ではなく、人口統計学的要因であると考えられています。

年齢 (C): これは医療ニーズに影響を与える人口統計学的要因ですが、健康の社会的決定要因としては分類されません。

参考文献

NAHQ知識体系：健康の質的改善における社会的決定要因 NAHQ CPHQ試験対策教材：ヘルスケアイニシアチブにおける社会的決定要因のモニタリング

質問: 111

パフォーマンス改善協議会は、革新的な遠隔医療プログラムを医療システム全体に広めるためのコミュニケーション計画を策定するよう指示されました。

評議会は、次のどのグループをコミュニケーション計画に含める必要がありますか？

- A. 市場の競合相手
- B. ローカルメディア
- C. 州議会議員
- D. 採用対象者

正解: [\(正解を表示します\)](#)

質問: 112

経営チームは、改善の可能性のある領域を特定するために、ニアミス データを集合的にレビューしています。

どのような高信頼性原理が実証されていますか？

- A. 操作に対する感度
- B. 単純化への抵抗
- C. 失敗への執着
- D. 専門知識への敬意

正解: **C** ([コメントを发表する](#))

正確な抜粋からの包括的かつ詳細な説明:

患者安全の分野では、失敗へのこだわりは高信頼性組織 (HRO) の重要な原則です。

これは、小さなエラーやニアミスが危害をもたらす前に、それらを特定してそこから学ぶという積極的な重点を反映しています。

ニアミス データを総合的に分析することで、経営陣は、小さな問題であってもシステム全体の弱点を示す可能性があることを認識していることを示します。

参考文献:

NAHQ CPHQコンテンツ概要 - 患者安全：高信頼性原則とイベント予防 NAHQヘルスケア品質コンピテンシーフレームワーク - 患者安全：高信頼性 ニアミスからの学習

質問: 113

集中的な専門職実践評価 (FPPE) が開始される

- A. スタッフ全員のプロバイダーに対して毎年。
- B. 調査是正措置期間中。
- C. 最高医療責任者 (CMO) の裁量によります。
- D. 新しい権限が付与された場合。

正解: **D** ([コメントを发表する](#))

重点的専門業務評価 (FPPE) は、特定の権限 (新規権限を含む) を行使する医療従事者の能力を評価するためのプロセスです1234。このプロセスは、医療従事者に新規権限が付与された際に開始されます1234。FPPEプロセスは、医療従事者が組織内で要求された権限を適切に行使できることを確認するために設計されています1。また、現在権限を付与されている医療従事者が安全で質の高い患者ケアを提供できる能力に疑問がある場合にも使用されます1。FPPEプロセスは、新たに要求されるすべての権限に対して事前に定義され、一貫して実施される必要があります1。FPPE期間は、権限が付与された時点から開始されます1。

参照: 1234

質問: 114

学習と成長、顧客、社内ビジネス、財務にグループ化された一連の高レベルの測定基準を示しているのは次のどれですか。

- A. バランスド・スコアカード
- B. ヒストグラム
- C. マトリックス図
- D. ガントチャート

正解: **A** ([コメントを发表する](#))

バランスド・スコアカードは、学習と成長、顧客、社内業務、財務という4つの視点にグループ化された高水準の指標を提示します。この経営ツールは、事業活動を組織のビジョンと戦略に整合させ、社内外のコミュニケーションを改善し、戦略目標に対する組織のパフォーマンスを監視するために使用されます。バランスド・スコアカードは、これら4つの視点のバランスをとることで、組

織が財務成果だけでなく、従業員の知識、顧客満足度、効率的な社内プロセスといった将来のパフォーマンスを左右する要因にも焦点を当てることを可能にします。

ヒストグラム (B): ヒストグラムは数値データの分布をグラフで表したもので、戦略的な尺度をグループ化するためのツールではありません。

マトリックス図 (C): マトリックス図は、異なるデータ セット間の関係を示しますが、メジャーを戦略的なカテゴリにグループ化しません。

ガント チャート (D): ガント チャートは、戦略的な測定ツールではなく、プロジェクトのスケジュールを示す棒グラフの一種です。

参照

NAHQ知識体系：戦略計画とバランスト・スコアカード

NAHQ CPHQ試験対策教材：バランスト・スコアカードを用いたパフォーマンス測定

質問: 115

組織の年間インフルエンザワクチン接種データから、次のような結果が得られます。

Month	Count of Vaccine Given
January	71
February	55
March	30
April	18
May	16
June	10
July	5
August	144
September	200
October	195
November	114
December	90

組織の年間ワクチン接種数の中央値はいくらですか？

- A. 10
- B. 55
- C. 63
- D. 79

正解: [\(正解を表示します\)](#)

中央値とは、データセットを並べたときにちょうど真ん中に位置する値です。これは、値の下位50%と上位50%を区別する中心傾向の尺度です。中央値を求める手順は、データポイントの数が奇数か偶数かによって異なります。

画像に示されているデータに基づいて、ワクチン接種数を昇順に並べ、中央値を求めることで中央値を計算できます。昇順の接種数は、5、10、16、18、30、55、71、90です。

114、144、195、200です。データポイントの数は偶数 (12) なので、中央値2つを平均せずに、中央値を直接取得します。したがって、ここでは選択肢B、55が採用されます。これは中央値計算の原則と一致しています。

質問: 116

患者の _____ データの収集も、医学、看護、および関連健康分野の学生の教育と資格認定における標準的な評価方法になりつつあります。

- A. 満足度評価
- B. レポート
- C. CMS
- D. データの経験

正解: [D \(コメントを发表する\)](#)

質問: 117

利率の増加または減少は、改善の兆候となる可能性があります。言い換えれば、これらの指標には明確な改善の方向性がありません。この場合、観測された利率が予想範囲を上回っているか下回っているかは、好ましくない兆候です。

- A. 否定的な対策
- B. 中立的な措置
- C. 構造対策
- D. 積極的な対策

正解: [\(正解を表示します\)](#)

質問: 118

次の支払いシステムのうち、プロバイダーにとって最も財務リスクが高いのはどれですか？

- A. サービス料金
- B. 頭金
- C. 成果報酬
- D. アップサイドのみのバンドル

正解: [\(正解を表示します\)](#)

- * 支払いシステムとは、患者に提供したサービスに対して医療提供者に報酬を支払う方法です。
- * 支払いシステムによって、プロバイダーが直面する財務リスク（活動からお金を失ったり、利益を上げられなかったりする可能性）への影響は異なります。
- * 財務リスクは、サービスの量と組み合わせ、ケアのコストと質、患者数、市場状況などの要因によって影響を受ける可能性があります。
- * 出来高払い（FFS）とは、サービス提供者がサービスの結果や価値に関わらず、提供者が提供するサービスごとに報酬を受け取る支払いシステムです。この支払いシステムは、サービス量を増やすことで収益を増やすことができるため、提供者にとって財務リスクが最も低くなります。しかし、この支払いシステムは、過剰利用、非効率性、そしてケアの質の低下を招くインセンティブを生み出す可能性もあります。
- * キャピテーションとは、医療提供者が提供するサービスの数や種類に関わらず、患者1人または会員1人あたり毎月定額の医療費を支払う支払いシステムです。この支払いシステムは、医療提供者が固定予算内で患者のケア費用をすべて負担しなければならないため、医療提供者にとって最も財務リスクの高いシステムです。しかし、この支払いシステムは、医療の効率化、連携、そして医療の予防といったインセンティブを生み出す可能性も秘めています。
- * 成果報酬型（R4P）とは、サービス提供者がサービスの量や種類ではなく、提供したケアの質と成果に基づいて報酬を受け取る支払いシステムです。この支払いシステムは、全額またはボーナス

を受け取るために一定のパフォーマンス指標またはベンチマークを満たす必要があるため、提供者にとって中程度の財務リスクを伴います。しかし、この支払いシステムは、医療の質の向上、患者満足度、そしてケアの価値向上に対するインセンティブを生み出す可能性もあります。

* アップサイドオンリーバンドルは、股関節置換術や入院など、特定の症状や治療エピソードに関連する一連のサービスに対して、医療提供者に一定額が支払われる支払いシステムです。

この支払いシステムは、サービス提供者にとって財務リスクが低い。なぜなら、サービス提供者は、固定額よりも低いコストで一連のサービスを提供した場合にのみ節約分を分配され、固定額を超えた場合には損失を被る必要がないためである。しかし、この支払いシステムは、ケアの調整、標準化、効率化を促進するインセンティブも生み出す可能性がある。

参考文献:

* リスクベースの支払いのメリット: ヘルスケアデータが収益を向上させる方法

* 決済業界の未来 : リスク管理が成長を促進する方法

* デジタル決済における金融犯罪リスク管理

質問: 119

ケアのプロセスと移行を最もよく評価できるパフォーマンス改善ツールはどれですか?

A.ブレインストーミング

B. 計画グリッド

C. 親和図

D. フローチャート

正解: [\(正解を表示します\)](#)

フローチャート (D) は、ワークフローをマッピングし、非効率性を特定することで、ケアのプロセスと移行を評価するのに最適です。ブレインストーミング (A)、プランニンググリッド (B)、親和図法 (C) はプロセス分析にはあまり適していません。NAHQはプロセス評価においてフローチャートを重視しています。

NAHQ CPHQ 学習ガイド、パフォーマンスとプロセス改善セクション、「プロセス マッピングとフローチャート」、NAHQ CPHQ 練習問題、パフォーマンス改善ツール。

質問: 120

Juran Trilogy には、品質計画という主要な見出しの下に、次のサブポイントがすべて含まれています (ただし、次のサブポイントを除く)。

A. 顧客が誰であるかを特定する

B. 製品を生産できるプロセスを開発する

C. 自社と顧客のニーズを満たすために製品機能を最適化します

D. 顧客のニーズを特定する

正解: [B \(コメントを發表する\)](#)

質問: 121

パフォーマンス改善方法論は、具体的で有意義な、優先度の高い組織改善を達成するための、慎重に選択された、戦略的に推進された、価値に基づいた、体系的な組織全体のアプローチです。

計画には次の内容を含める必要があります。

- A. 必要な人的資源と物的資源
- B. 内部調査を実施するために必要なスタッフ
- C. 改善プロジェクトのために特定され、優先順位が付けられた機会
- D. 推定時間枠

正解: ([正解を表示します](#))

有効的なCPHQ問題集はJPNTTest.com提供され、CPHQ試験に合格することに役に立ちます！ JPNTTest.comは今最新CPHQ試験問題集を提供します。JPNTTest.com CPHQ試験問題集はもう更新されました。ここでCPHQ問題集のテストエンジンを手に入れます。最新版のアクセス、<https://www.jpntest.com/shiken/CPHQ-mondaishu> 808問、30%ディスカウント、特別な割引コード: **JPNshiken**」

質問: 122

調査準備の一環として、品質管理の専門家は組織全体で複数の患者のケア体験を追跡調査します。これは、

- A. システム トレーサー。
- B. 集中したトレーサー。
- C. 個々のトレーサー。
- D. プログラム固有のトレーサー。

正解: C ([コメントを发表する](#))

患者のケアの過程を各部門にまたがって追跡する個別トレーサーは、調査準備段階でケアプロセスとコンプライアンスを評価するために使用されます。システムトレーサー A)は組織全体のプロセスを評価し、フォーカストレーサー B)は特定の問題に焦点を当て、プログラム固有のトレーサー D)は定義されたプログラムを評価します。NAHQは、患者固有の評価を行うための個別トレーサーを指定しています。

NAHQ CPHQ 学習ガイド、パフォーマンスおよびプロセス改善セクション、認定のためのトレーサー方法論」、NAHQ CPHQ 練習問題、調査の準備状況。

質問: 123

組織で使用されている安全報告システムは、使用可能な形式でレポートや情報を作成できません。既存のシステムと他の市場製品を評価した後、品質管理担当者は経営陣に推奨する前に、以下のどれを行う必要がありますか？

- A. 収集した情報に基づいて比較分析を準備します。
- B. 組織内の他のサイトの参加者とフォーカス グループを実施します。
- C. 特定された他の製品の現在のユーザーにインタビューします。
- D. 優先製品の潜在的な実装計画を作成します。

正解: ([正解を表示します](#))

品質管理担当者は、経営陣への推奨を行う前に、収集した情報に基づいて比較分析を準備する必要があります。この分析では、既存システムと特定された代替製品の機能、限界、コスト、そしてメリットを比較する必要があります。徹底した比較分析により、経営陣は利用可能な選択肢を明確に理解し、既存のシステムをアップグレードするか、新しいシステムに切り替えるかについて、十分な情報に基づいた意思決定を行うことができます。

* 組織内の他のサイトの参加者とフォーカスグループを実施する (B): これにより追加の洞察が得られる可能性があります、単独のアクションではなく比較分析プロセスの一部にする必要があります。

* 特定された他の製品の現在のユーザーにインタビューする (C): これにより比較分析が可能になりますが、包括的な比較の代わりになるものではありません。

* 優先製品の潜在的な実装計画を作成する (D): これは意思決定プロセスに先行するのではなく、意思決定プロセスの後に行う必要があります。

参考文献

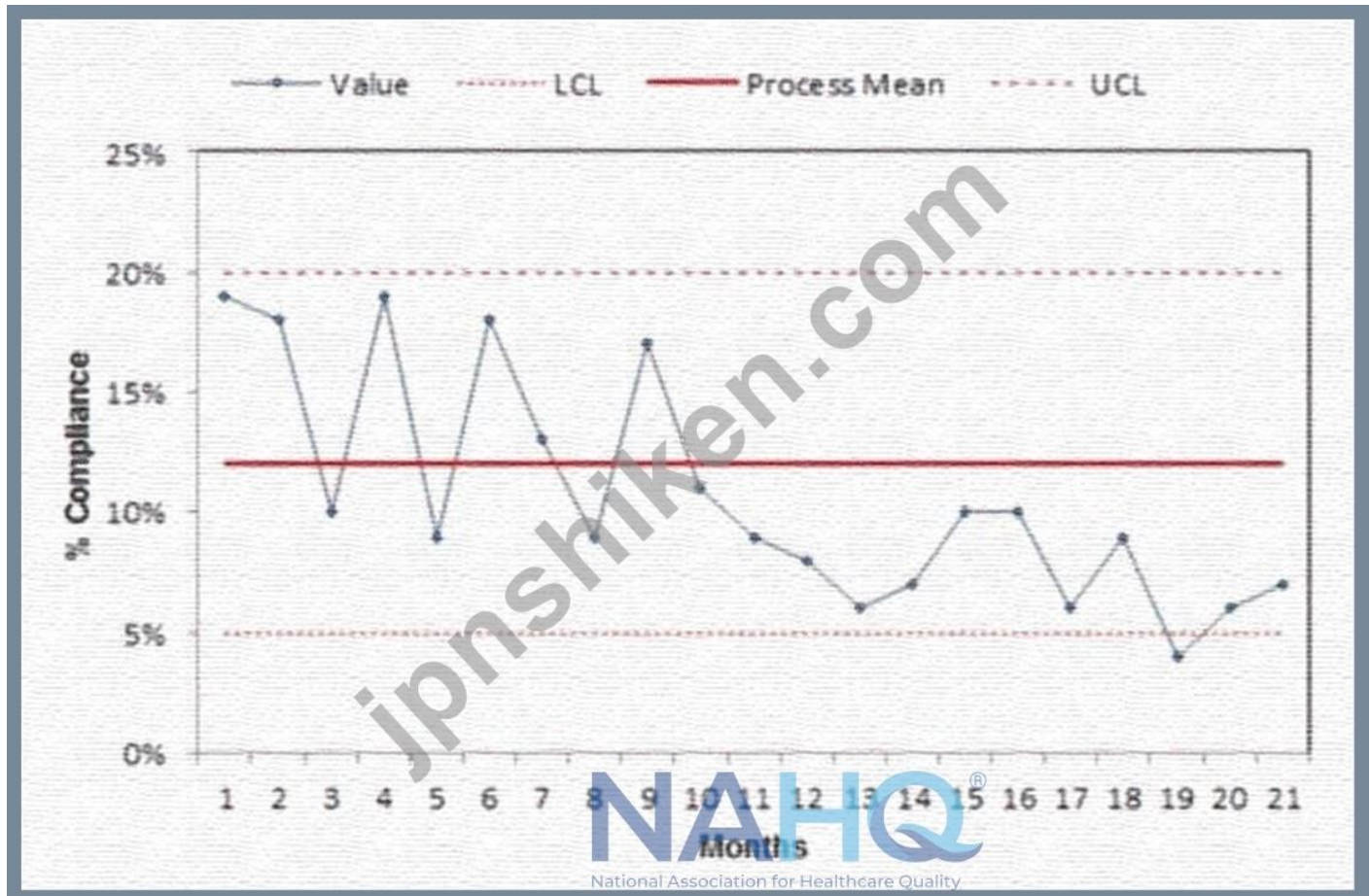
* NAHQ知識体系：品質改善ツールの評価と選択

* NAHQ CPHQ試験準備教材：品質管理における意思決定

質問: 124

ある組織は21ヶ月前に改訂版の薬剤調整プロセスを導入しました。改訂版プロセスへの準拠状況は、統計的プロセス管理チャートに記録されました。

(必要に応じて、右側のスクロールバーを使用して下にスクロールします。)



管理図の評価後、パフォーマンス改善コーディネーターが結論付ける必要があるのは次のうちどれですか？

- A. データはコンプライアンスが低下したことを示しています。
- B. データは決定的ではないため、追加の監視が必要です。
- C. 遵守する臨床医の数が増加しました。
- D. ここ数ヶ月、コンプライアンスへの傾向が高まっています。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

管理図などの統計的工程管理 (SPC) チャートは、プロセスのパフォーマンスを経時的に監視し、共通原因による変動 (プロセス固有のもの) と特殊原因による変動 (特定の要因によるもの) を区別するために使用されます。このシナリオでは、SPCチャートは、改訂された薬剤調和プロセスへのコンプライアンスを21ヶ月にわたって追跡します。NAHQ CPHQの学習資料によると、SPCチャートの解釈には、管理限界と中心線 (平均) に対するデータポイント内の傾向、シフト、パターンの分析が含まれます。

チャートが提供されていないため、パフォーマンス改善の文脈における典型的なシナリオを考えてみましょう。質問は、パフォーマンス改善コーディネーターが長期的なパフォーマンスを評価していることを示唆しており、選択肢はコンプライアンスの傾向や変化を探することを示唆しています。選択肢D 「ここ数ヶ月、コンプライアンスへの傾向が高まっている」は、データポイントの長期的な方向性が一貫していることで傾向が特定されるという、一般的なSPCチャートの解釈と一致しています。SPC用語では、傾向の高まりとは、通常、6ポイント以上連続して上昇していることと定義され、プロセスにおける前向きな変化 (例コンプライアンスの向上) を示します。この解釈は、ここ数ヶ月で改善が見られ、改訂されたプロセスが浸透しつつあることを示唆する21ヶ月間の期間においては妥当です。

オプションA 「データはコンプライアンスの低下を示している」は、下降傾向、または特殊原因による変動を伴う中心線下へのシフトを必要としますが、プロセスが21ヶ月間導入されており改善が見込まれる場合、その可能性は低くなります。オプションB 「データは決定的ではなく、追加のモニタリングが必要」は、チャートが明確な傾向やシフトを伴わずに管理限界内でランダムな変動を示している場合に適用されますが、成熟したプロセスを評価するパフォーマンス改善コーディネーターにとって、これは実行可能性が低いです。オプションC 「コンプライアンス遵守の臨床医の数が増加した」は、チャートが個々の臨床医の数ではなく、全体的なコンプライアンス率 (例コンプライアンス遵守の調整の割合) を測定している可能性が高いため、具体的すぎます。NAHQは、改善策を導くためにSPCチャートの傾向を特定することを重視しており、最近数ヶ月で上昇傾向が見られる場合、オプションDが最も可能性の高い結論となります。

参考資料: NAHQ CPHQ 学習ガイド、パフォーマンスおよびプロセス改善セクション、「統計的プロセス制御および管理図の解釈」、NAHQ CPHQ 模擬試験、品質監視ツール。

質問: 125

医療スタッフのモニタリング指標は、病院の品質管理専門家と医療従事者との協力的な取り組みを通じて開発されるのが最善です。

- A. 最高医療責任者。

- B. 利用管理ディレクター。
- C. 品質評議会。
- D. 病院の管理リーダーシップ。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

医療スタッフのモニタリング指標は、病院の品質管理専門家と品質評議会の協働によって策定するのが最善です。品質評議会には通常、医療スタッフ、看護師、管理職、その他の主要な利害関係者を含む、組織の様々な部門や階層の代表者が参加します。この協働的なアプローチにより、指標の関連性、意義、そして組織の戦略目標との整合性が確保されます。また、すべての利害関係者が組織のパフォーマンスに強い関心を持つため、品質と継続的改善の文化が育まれます。

参考資料: 品質改善のための臨床指標の定義と分類 病院のパフォーマンスをどのように測定し、監視できるか? 医療サービスの質の向上 - ツールとリソース 主要な病院品質測定セット 病院の品質管理にはパフォーマンス指標が使用されていますか? ...

質問: 126

長期にわたるケア計画を通じて患者をサポートすることが、以下の基本原則です。

- A. 新たなヘルスケア モデル。
- B. 患者の関与。
- C. チームベースのケア。
- D. ケアの調整。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

長期ケアプランは、ケアコーディネーションの中核となる、異なる医療提供者や環境をまたがる患者の健康状態の継続的な管理を確実にします。このアプローチは、コミュニケーションを改善し、ケアの断片化を軽減し、より良い患者アウトカムを促進します（米国医療研究品質庁(AHRQ)「ケアコーディネーション指標アトラス」2023年；合同委員会「ケアトランジション」2024年）。

* 新たなヘルスケアモデルにはケアの調整が組み込まれる可能性があります、その範囲はより広範囲にわたります。

* 患者の関与には患者の積極的な参加が含まれますが、長期にわたる計画と同義ではありません。

* チームベースのケアは、提供者間の連携に重点を置いていますが、それだけでは長期的な監視を意味するものではありません。

参考文献:

AHRQ、ケアコーディネーション測定アトラス、2023年
合同委員会、ケアの移行基準、2024年

質問: 127

リスクマネージャーが品質改善 (QI) 担当者に相談し、是正措置計画の遵守状況を改善するための支援を求めました。QI担当者はどのように支援できるでしょうか？

- A. 根本原因分析を通じて非準拠領域を特定する
- B. 行動計画が国家基準に準拠しているかどうかを判断する
- C. 患者安全委員会に分析を提供する

D. 違反部門に懲戒処分を与える

正解: [\(正解を表示します\)](#)

是正措置計画の遵守を改善するには、計画が遵守されていない理由を特定する必要があり、これには非遵守の根本原因の分析が含まれます。

選択肢A (根本原因分析を通じて不遵守領域を特定する) これが正解です。NAHQ CPHQ学習ガイドには、「根本原因分析 (RCA)は、行動計画の不遵守の根本的な原因を特定し、遵守率を向上させるための的を絞った介入を可能にするために用いられる」(ドメイン1)と記載されています。RCAは、トレーニングのギャップやプロセスの問題といった障壁を正確に特定するのに役立ちます。オプションB (行動計画が国家基準に準拠しているかどうかを判断する): 基準を検証することは重要ですが、現在の非準拠の問題には対処しません。

オプションC (患者安全委員会に分析を提供する): 委員会向けの分析は、非遵守の原因を特定した後の後のステップです。

オプションD (非準拠部門に懲戒処分を与える): 懲戒処分は懲罰的であり、安全文化を損なうものであり、QI アプローチではありません。

CPHQ目標参照 :ドメイン1: 患者安全目標1.5 コンプライアンス問題への対処に根本原因分析を用いる」では、コンプライアンス違反に対するRCA (根本原因分析が強調されています。NAHQ学習ガイドでは、「RCAは是正措置計画の遵守を改善するための重要なツールである」(ドメイン1)と述べられています。

理由: RCAは、CPHQの患者安全原則に従って、コンプライアンスの障壁を特定し、効果的なソリューションを実現します。

参照: NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 1: 患者の安全、目標 1.5。

質問: 128

今日の患者は、医療制度の質に対してあまり良い印象を持っていません。

ヘルスケアにおいて、「品質」は誰もが認める大きな感情を呼び起こす言葉です。以下のうち2つを選択してください。

- A. ケアのコストと複雑さが増し続けることに対する不安
- B. 患者中心の対策
- C. 医療サービスを直接体験した患者や、愛する人のケアを観察する家族が示すフラストレーションと絶望
- D. サービスのパフォーマンスに関して経験できるタイムリーなケア

正解: [\(正解を表示します\)](#)

質問: 129

医療の質向上の専門家が、プライマリケア患者の大腸がん検診の受診遵守率を向上させる必要があると判断しました。以下のどの介入法を用いるべきでしょうか？

- A. 高リスク患者を管理するための臨床パスウェイを開発します。
- B. 必要なスクリーニングの6か月前に患者にリマインダーを送信します。
- C. 年間スクリーニングを完了した患者の数を測定します。

D. がんの危険因子に関する患者教育の文書化を改善する。

正解: B ([コメントを发表する](#))

詳細な説明:

患者にリマインダーを送信することは、スケジュールされた検査の遵守を改善するための効果的な介入です。

オプション B: 必要な検査の 6 か月前に患者にリマインダーを送信します。リマインダー システムは、検査スケジュールの遵守率を高めることが証明されています。

参考文献:

患者へのリマインダーは、予防的スクリーニングのコンプライアンスを改善するための証拠に基づくアプローチとして、CPHQ リソースで推奨されています。

質問: 130

ウォークスルーの代替として、_____と呼ばれる同様の手法があります。スタッフが患者の診察に同行し、患者の体験について記録を取ることを許可します。

- A. 患者プロファイリング
- B. 患者のグラフ化
- C. 患者カウンセリング
- D. 患者のシャドーイング

正解: D ([コメントを发表する](#))

質問: 131

患者の安全を促進する上で好ましい文化

- A. 標準を監査し、間違いからの学習を促進します。
- B. 匿名のレポートと監査標準を使用します。
- C. 間違いから学ぶことを促進してコラボレーションを促進します。
- D. コラボレーションを促進し、匿名のレポートを使用します。

正解: ([正解を表示します](#))

患者安全を促進する上で望ましい文化とは、ミスから学び、協働を促進する文化です。これは、ミスから学ぶことを促進する文化が、個人が安心してミスやニアミスを報告できる、懲罰的でない環境を促進するためです。このオープンな姿勢は、将来のミスを防ぐために対処できる体系的な問題を特定するのに役立ちます¹。

一方、患者安全においては、医療従事者間のオープンなコミュニケーションとチームワークを促進するため、連携の促進が極めて重要です。連携により、チームメンバー全員が専門知識を活かして患者ケアに貢献できるようになり、ひいては患者アウトカムの向上につながります²³。

参考文献:

臨床看護師の能力と患者安全文化への影響：系統的レビュー¹ 患者安全文化：病院の患者安全文化調査の特徴による系統的レビュー² 患者安全文化を促進する主な推進要因³

質問: 132

組織は、パフォーマンス測定基準を内部で開発したり、多数の外部リソースから採用したりすることができます。

しかし、パフォーマンス測定のソースに関係なく、各測定は特定の基準に基づいて評価されるべきである。

信頼性と有益性を確保するための特性。次の特性のうちどれがパフォーマンス測定にとって重要ですか？

- A. 信頼性
- B. 解釈可能性
- C. 費用対効果
- D. 有効性

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 133

パフォーマンス指標の結果を効果的に伝えるには、情報を

- A. 医療実行委員会。
- B. 全スタッフ。
- C. 品質評議会。
- D. 部門長。

正解: ([正解を表示します](#))

パフォーマンス指標の結果は、医療機関におけるケアの質と運営を反映する重要なデータポイントです。品質評議会は、以下の理由から、この情報を発信する適切な機関です。

* 監督責任:

* 品質委員会は通常、品質改善の取り組みを監督し、パフォーマンス指標が組織の目標と一致するようにする責任を負います。

* 戦略的意思決定:

* 評議会はこれらの結果を使用して、改善努力の焦点をどこに当てるか、リソースを割り当てるか、患者のケアと安全性を強化するポリシーを策定するかについて、情報に基づいた決定を下します。

* 部門間の代表:

* 品質委員会にはさまざまな部門の代表者が参加することが多く、パフォーマンス データが組織全体の業務の文脈で解釈されるようにします。

* 実用的な洞察:

* 評議会は、パフォーマンスデータを実行可能な戦略に落とし込み、組織全体の改善を推進することができます。また、部門長や医療執行委員会など、関係するステークホルダーに結果が効果的に伝達されるようにすることもできます。

パフォーマンス指標についてはスタッフ全員、部門長、または医療執行委員会に通知する必要があります。このデータを解釈して対応する主な責任機関は品質評議会です。

参考文献:

- * NAHQパフォーマンス改善と品質管理ガイド
- * 医療の質におけるガバナンスと監督に関するNAHQリソース

質問: 134

_____を通じて、データ収集スタッフは、患者の傾向を、患者が病気になったときにすぐに把握することができます。

患者が退院した後の情報。例えば、人工呼吸器関連肺炎の発生率

より早く、あるいは脳卒中患者の誤嚥率の増加をその発生時に発見できる可能性があります。

- A. 将来的なチャートレビュー
- B. データ収集フォーム
- C. スキャナー
- D. 医療記録のレビュー（回顧的）

正解: [A \(コメントを發表する\)](#)

質問: 135

ある組織が、部門別品質保証モデルから多分野にわたる品質改善モデルへの移行を決定しました。変革を成功させるための最初のステップは次のとおりです。

- A. 変化に対するリーダーシップのコミットメントを示します。
- B. スタッフの変化への準備状況を評価します。
- C. 組織全体に変更を伝達します。
- D. 現在の品質モデルを評価します。

正解: [D \(コメントを發表する\)](#)

正確な抜粋からの包括的かつ詳細な説明：

組織リーダーシップの分野では、システム全体の変更を実装する最初のステップは現在の状態を評価することです。この場合、既存の品質保証モデルを評価して、構造、プロセス、および制限を理解します。

この評価はベースラインを確立し、多分野連携モデルへの移行戦略策定の指針となります。ベースラインとニーズが明確に特定された後、リーダーシップのコミットメントとコミュニケーションが促進されます。

参考文献:

NAHQ CPHQコンテンツ概要 - 組織リーダーシップ：戦略および運用計画、変更準備評価 NAHQ
ヘルスケア品質コンピテンシーフレームワーク - リーダーシップ：組織評価と変更管理

質問: 136

ケアのアメニティの質とは、患者と医療従事者との出会いの場となる環境の特徴を指します。

臨床医が次のような処置を行う。

- A. 患者の好みに応える
- B. 快適さ
- C. 快適さ、ケア、アクセス
- D. 快適さ、利便性、プライバシー

正解: [\(正解を表示します\)](#)

有効的なCPHQ問題集はJPNTTest.com提供され、CPHQ試験に合格することに役に立ちます！JPNTTest.comは今最新CPHQ試験問題集を提供します。JPNTTest.com CPHQ試験問題集はもう更新されました。ここでCPHQ問題集のテストエンジンを手に入れます。最新版のアクセス、<https://www.jpntest.com/shiken/CPHQ-mondaishu> 808問、30%ディスカウント、特別な割引コード: **JPNshiken**」

質問: 137

ある医療機関は、患者に心臓ケアを提供しています。リーダーたちは、同様のケアを提供している他の組織と自社の成果を比較することに関心を持っています。この組織は、以下のどの種類のプログラムへの参加を検討すべきでしょうか？

- A. レジストリ
- B. ネットワーク
- C. 研究
- D. 認証

正解: ([正解を表示します](#))

心臓病ケアのアウトカムを他機関と比較することに関心のある医療機関は、レジストリへの参加を検討すべきです。レジストリは、複数の機関から特定の患者集団、治療、アウトカムに関するデータを収集・保存し、参加者が自らのパフォーマンスを他機関と比較することを可能にします。この比較は、改善点の特定や、提供されるケアの質の検証に役立ちます。

ネットワーク (B): ネットワークはコラボレーションやベストプラクティスの共有を促進する可能性があります、レジストリが提供する詳細な比較データは提供しません。

研究 (C): 研究に参加することで新しい知識を生み出すことができますが、結果のベンチマークのために特別に設計されたものではありません。

認証 (D): 認証は、組織が特定の基準を満たしていることを保証しますが、比較結果データは提供しません。

参考文献

NAHQ知識体系：品質改善におけるデータ分析とベンチマーキング NAHQ CPHQ試験対策教材：結果比較のためのレジストリの使用

質問: 138

故障モード影響解析 (FMEA) から導き出される結論は次のうちどれですか？

- A. 主要な要因が特定され、是正措置計画が作成されました。
- B. ベースラインパフォーマンスに対処するためのアクションが実行され、持続性が監視されました。
- C. リスクが特定され、優先順位が付けられ、行動計画が策定されました。
- D. 特別な原因が特定され、変動が削減されました。

正解: C ([コメントを發表する](#))

詳細な説明:

FMEA は、プロセス内の潜在的なリスクを特定して優先順位を付け、リスクを軽減するための行動計画を策定するプロアクティブなツールです。

オプション C: リスクが特定され、優先順位が付けられ、アクションプランが開発されました。このオプションは、潜在的な障害モードとその影響を評価し、是正措置のためのリスクの優先順位付けを行う FMEA プロセスを正確に反映しています。

オプション A: 主要な要因が特定され、是正措置計画が作成されました。この説明はある程度正確ですが、FMEA の中心となるリスクの優先順位付けが強調されていません。

オプション B: ベースラインパフォーマンスに対処するためのアクションが実行され、維持のために監視されました。これは、FMEA のリスク優先順位付けの焦点ではなく、パフォーマンス改善プロセスについて説明します。

オプション D: 特別な原因が特定され、変動が削減されました

これは、FMEA ではなく、根本原因分析と統計的プロセス制御について説明します。

参考文献:

リスクの特定、優先順位付け、軽減に対する FMEA のアプローチについては、品質改善に関する文献や CPHQ 資料に詳しく記載されています。

質問: 139

管理データソースの例としては、次のものがすべて挙げられますが、次のものを除きます。

- A. 健康保険請求データベース
- B. 看護管理システム
- C. 病院または診療所の請求システム
- D. 健康情報管理システムまたは医療記録システム

正解: B ([コメントを發表する](#))

質問: 140

医療の質向上の専門家が、医師スコアカードに使用されるデータの完全性を評価するよう依頼されました。データ抽出担当者が医師Aのカルテをレビューするよう指示されたところ、それぞれが医師のパフォーマンスに関して矛盾する情報を報告しました。結果は以下のとおりです。

アブストラクター1: コンプライアンス = 85%

アブストラクター2: コンプライアンス = 75%

アブストラクター3: コンプライアンス = 100%

これはおそらく、

- A. サンプリング選択
- B. 評価者間信頼性
- C. ツールの有効性を確認する
- D. データ定義

正解: B ([コメントを發表する](#))

同じ医師のカルテを異なる抄録作成者が確認した際に、遵守率に大きなばらつき

(85%、75%、100%)が見られたことは、データの解釈や記録方法に一貫性がないことを示唆しています。これは、抄録作成者間の信頼性に問題があることを示しています。

オプション A (サンプリング選択): サンプリング選択の問題は、選択されたチャートが代表的であるかどうかに影響しますが、質問は同じチャートがレビューされたことを示唆しているため、サンプリングは問題ではありません。

選択肢B (評価者間信頼性)これが正解です。NAHQ CPHQ学習ガイドには、「評価者間信頼性とは、異なる評価者間でのデータ収集の一貫性を指します。コンプライアンス率の差など、結果に大きなばらつきがある場合は、評価者間信頼性が低いことを示しています」(ドメイン2)と記載されています。矛盾する結果 (85%、75%、100%)は、抄録作成者がレビュー基準を一貫して解釈または適用していないことを示唆しており、これは標準化されたトレーニングやより明確な基準によって対処できる一般的な問題です。

オプションC ツールの妥当性を確認する) : 妥当性、ツールが測定対象を正確に測定できることを保証するものです。ツールの設計が適切でないことが影響している可能性はありますが、結果のばらつきは、ツールの設計 (妥当性ではなく、適用方法の不一致 (信頼性に直接起因していません)。

選択肢D (データ定義) データ定義が不明確だとばらつきが生じる可能性があります、評価者間信頼性は定義の適用における一貫性も考慮するため、この問題を包含しています。主な問題は、要約作成者による結果の一貫性の欠如です。

CPHQ目標参照 :ドメイン2 : 医療データ分析、目標2.2 データの完全性と信頼性の確保」では、一貫性のあるデータ収集を維持する上で、評価者間信頼性の重要性が強調されています。NAHQ学習ガイドでは、評価者間信頼性は、医師スコアカードなどのパフォーマンス測定におけるデータの正確性を確保する上で不可欠であり、トレーニングと標準化されたプロトコルを通じて向上させることができます」(ドメイン2)と述べられています。

根拠 : 遵守率のばらつきは、抄録作成者がレビュー基準を一貫して適用していないことを示しており、これは評価者間信頼性の低さを示す特徴です。CPHQの原則に従い、データの完全性を確保するために、トレーニングや明確なガイドラインを通じてこの問題に対処することが不可欠です。

参考: NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン2: 健康データ分析、目標 2.2。

質問: 141

外来診療所は、利用可能な交通手段の不足と患者の予約不履行回数という2つの要因の間に関係性があるかどうかを検証したいと考えています。以下のどのツールを使用すべきでしょうか？

- A. パレート図
- B. 散布図
- C. 管理図
- D. ヒストグラム

正解: ([正解を表示します](#))

* 散布図は、2つの変数の関係をグラフで表したものです12。2つの変数が関連しているという理論を検証し、その関係の強さ、傾向、形状を評価するために使用されます2。

* パレート図は、様々な原因や問題の頻度または影響度を降順で示す棒グラフの一種で、折れ線グラフは全体の累積割合を示します3。これは、多数の潜在的な原因や問題の中から最も重要な要因を特定するために使用されます3。

* 管理図は、許容される変動の範囲を示す上限と下限を持つ、時間の経過に伴うプロセスの変化を示す折れ線グラフの一種です4。プロセスの監視と制御、そして

* 問題や改善の機会を示唆する可能性のある変動の特別な原因を検出する4。

* ヒストグラムは、データセット内の単一変数の頻度分布を示す棒グラフの一種です5。データの形状と広がりを要約して表示し、外れ値やギャップを特定するために使用されます5。

* これらの定義に基づくと、外来診療の目的には散布図が最も適しています。散布図は、交通手段の不足と患者の予約不履行回数との間に関係があるかどうか、またその関係の強さや弱さを示すことができるためです。他のツールは、2つの変数間の関係を示すことができないため、この目的には適していません。

参考文献: 1: 散布図 | Digital Healthcare Research 2: 散布図 - Clinical Excellence Commission 3: パレート図 | Institute for Healthcare Improvement 4: 基本的な管理図のプロット: 医療従事者向けチュートリアルノート 5: ヒストグラム | 医療改善研究所

質問: 142

入院患者と外来患者のデータの区別は、データ収集を計画する上で重要な考慮事項である。

プロセス理由:

- A. データ収集のアプローチは異なる場合があります
- B. データの混合は信頼できる場合とそうでない場合があります
- C. データソースが異なる可能性があります
- D. AとBの両方

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 143

組織の取締役会の患者安全への関与を高める効果的な方法は、

- A. 組織のあらゆるレベルでチームワークと良好なコミュニケーションを促進し、これら両方のスキルセットのトレーニングを実施します。
- B. 品質と安全性が財務問題と同じだけの注意を払われるように取締役会の議題を構成します。
- C. 組織内の医療スタッフにとって重要な改善プロジェクトに重点を置きます。
- D. 新しいテクノロジーの導入前に実施された最近の故障モード影響解析 (FMEA) について説明します。

正解: **B** ([コメントを発表する](#))

取締役会の患者安全への関与を高めるには、取締役会の議題を、品質と安全性に財務問題と同等の関心を向けるよう構成することが最も効果的です。これにより、患者安全が組織ガバナンスの最高レベルで優先事項となり、組織全体にとっての重要性を示すことができます。また、取締役会は、安全性に関する取り組み、成果、そして注目すべき分野について、定期的に詳細な最新情報を得ることができます。

チームワークとコミュニケーションの促進 (A): このアプローチは重要ですが、取締役会と直接関わるよりも、運用レベルに関連しています。

医療スタッフにとって重要な改善プロジェクトに重点を置く (C): これによりエンゲージメントを強化できますが、品質と安全性を戦略的に優先させることで、より広範な取締役会のエンゲージメントをより効果的に達成できます。

最新の FMEA を通じてガイドする (D): これは教育には価値がありますが、取締役会の議題で安全性を一貫して優先することと比較すると、継続的な関与にはそれほど影響がありません。

参考文献

NAHQ知識体系：品質改善におけるガバナンスとリーダーシップ NAHQ CPHQ試験対策資料：品質と安全に関する理事会の関与

質問: 144

組織がマルコム・ボルドリッジ賞の獲得に必要な取り組みを開始したことを最もよく表す行動は次のどれですか。

- A. リーン原則の広範な統合を実証する
- B. マルコム・ボルドリッジ基準に適合するように業務を改訂するチームを作成する
- C. ISO規格に照らして現在の業務を評価する
- D. 組織の整合性を決定するためのマルコム・ボルドリッジ基準の検討

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 145

ACE阻害薬を投与されているうっ血性心不全患者の割合は、ACE阻害薬の使用は、駆出率の低い患者全員に適応となる。40%未満の駆出率。駆出率は一般的な管理データベースには含まれていない。情報が含まれています:

- A. 別のコンピュータ記録
- B. ERPシステム内
- C. 心臓病部門のスタンドアロンデータベースで、アクセス可能な形式で生成されます
- D. ワークシート内

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 146

品質プロフェッショナルは、開発の嵐の段階にあるチームのリーダーです。品質プロフェッショナルは次のどれに備えておく必要がありますか？

- A. 指示し、役割の明確化を提供します。
- B. リーダーシップの責任を積極的に共有する。
- C. 対立を方向転換してチームに活力を与えます。
- D. より支援的なリーダーシップスタイルに移行します。

正解: ([正解を表示します](#))

ストーミングフェーズはチーム開発の第2段階であり、対立や意見の相違が生じる可能性があります12。この段階では、チームはまだどのようにうまく連携していくかを模索している段階です1。この段階ではリーダーの役割が極めて重要です。リーダーはプロジェクトに明確な方向性を示

し、チームメンバーが互いを知り、受け入れ合えるよう支援する必要があります³。これには、チームを導き、役割を明確にすること³が含まれ、これは選択肢Aに該当します。

質問: 147

300床の医療機関が、新しい認定機関に認定を申請することを決定しました。

認定準備コーディネーターはまず

- A. 認定に必要な基準を確認します。
- B. スタッフ認定教育のための運営予算を確立します。
- C. 他の施設から認定結果を取得します。
- D. 認定に関連するスタッフの教育ニーズを評価します。

正解: (正解を表示します)

認定準備コーディネーターの最初のステップは、認定に必要な基準を確認することです。新しい認定機関の具体的な基準と要件を理解することは、組織の準備プロセスを導く上で不可欠です。この確認は、教育計画の策定、準備状況の評価、そして認定基準への準拠を確保するために必要なポリシーや手順の調整に役立ちます。

スタッフ認定教育のための運営予算を確立する (B): 予算編成は重要ですが、予算が特定のニーズに一致するように、認定基準を理解した上で行う必要があります。

他の施設から認定結果を取得する (C): これによって貴重な洞察が得られる場合もありますが、満たす必要のある実際の基準を理解することが二次的な要素となります。

認定に関連する職員教育ニーズの評価 (D) これは重要なステップですが、基準の見直し後に行う必要があります。これは、具体的な教育ニーズへの対応を導くためです。参考資料 :NAHQ知識体系 : 認定準備と基準レビュー、NAHQ CPHQ試験対策資料 : 認定準備

質問: 148

以下の情報を参考にすると、どの患者集団が最も危険にさらされるのでしょうか?

	Patients who fell	Patients who did not fall
Needs help with toileting	22	13
Has balance problems	27	18
Falls prior to admission	30	12
Has problems remembering	28	35
Uses a cane	21	11
Has problems sleeping	35	36

- A. 睡眠に問題がある
- B. 入院前に落ちる
- C. トイレに助けが必要
- D. 杖を使う

正解: (正解を表示します)

* 質問は、どの患者集団が転倒のリスクが最も高いかを尋ねています。

* 提供された表を分析すると、「入院前に転倒した」患者は、他のカテゴリと比較して、入院後の転倒数が最も多い (30人) ことがわかります。

* このデータは、入院前に転倒歴があると、再度転倒するリスクが高まることを示しています。

* NAHQを含む外部ウェブサイトに直接アクセスすることはできませんが、医療の質と安全においては、転倒の既往歴は将来の転倒の重大な危険因子であると一般的に認識されています。これは、医療の質に関する専門ウェブサイトに掲載されている患者安全と転倒予防に関するリソースや文書によって裏付けられていると考えられます。

質問: 149

300床の医療機関が、新たな認定機関に認定を申請することを決定しました。認定準備コーディネーターはまず、

- A. 認定に必要な基準を確認します。
- B. スタッフ認定教育のための運営予算を確立します。
- C. 他の施設から認定結果を取得します。
- D. 認定に関連するスタッフの教育ニーズを評価します。

正解: ([正解を表示します](#))

認定準備コーディネーターの最初のステップは、認定に必要な基準を確認することです。新しい認定機関の具体的な基準と要件を理解することは、組織の準備プロセスを導く上で不可欠です。この確認は、教育計画の策定、準備状況の評価、そして認定基準への準拠を確保するために必要なポリシーや手順の調整に役立ちます。

* スタッフ認定教育のための運営予算を確立する (B): 予算編成は重要ですが、予算が特定のニーズに一致するように、認定基準を理解した上で行う必要があります。

* 他の施設から認定結果を取得する (C): これにより貴重な洞察が得られますが、満たす必要のある実際の基準を理解することが二次的な要素となります。

* 認定に関連するスタッフの教育ニーズを評価する (D): これは重要なステップですが、具体的にどのような教育ニーズに対処するかを示すものとなるため、標準がレビューされた後に実行する必要があります。

参考文献

* NAHQ知識体系：認定準備と基準レビュー

* NAHQ CPHQ試験準備教材：認定試験の準備

質問: 150

提供者の継続的な専門的実践評価 (OPPE) プロファイルを以下に示します。この組織では、提供者がパフォーマンスの期待値を部分的に満たしているか満たしていない場合は、焦点を絞った専門的実践評価 (FPPE) のためのピアレビューに回されます。

完全に満たす: 閾値の80%を超える測定値

基準値を満たす: 基準値の65%~80%

部分的に満たす: 対策基準の40%~64%

不合格: 閾値の測定値の40%未満

Measure	Current Performance [®]	Threshold	Desired Direction
Timely Medical Record Documentation	95%	90%	Higher
Readmission Rate	13%	10%	Lower
Surgical Site Infection Rate	9%	5%	Lower
Use of Pre-procedure Timeouts	100%	100%	Higher
Patient Experience Score (Top Box)	94%	80%	Higher
Clinical Pathway Adherence	81%	70%	Higher

このプロバイダーの全体的なプロフィールを確認した後、医療品質専門家はどのような提案をすべきでしょうか？

- A. プロバイダーは期待を完全に満たしているため、何も行いません。
- B. プロバイダーは期待を満たしていません。ピアレビューを参照してください。
- C. プロバイダーは期待を部分的に満たしており、権限を保持します。
- D. プロバイダーは期待どおりであり、権限を保持します。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

示された継続的な専門的実践評価 (OPPE) プロファイルに基づいてプロバイダーに対する適切なアクションを決定するために、まず、組織によって設定されたしきい値を満たす測定基準の数を評価し、提供された基準に従ってプロバイダーのパフォーマンスを分類します。

タイムリーな医療記録の文書化: 現在のパフォーマンスは 95% で、90% のしきい値を満たしています。

再入院率: 現在のパフォーマンスは 13% であり、10% の基準を満たしていません。

手術部位感染率: 現在のパフォーマンスは 9% であり、5% のしきい値を満たしていません。

事前手順タイムアウトの使用: 現在のパフォーマンスは 100% であり、100% のしきい値を満たしています。

患者エクスペリエンス スコア (上部ボックス): 現在のパフォーマンスは 94% で、しきい値 80% を満たしています。

臨床パスの遵守: 現在のパフォーマンスは 81% であり、70% のしきい値を満たしています。

これら 6 つの対策のうち、4 つの対策が基準を満たしているか、基準を超えています。

タイムリーな医療記録の文書化

事前手順タイムアウトの使用

患者体験スコア (上段)

臨床パスの遵守

これにより、対策の約 67% (6 つのうち 4 つ) で基準を満たすこととなります。

OPPE 基準によると:

完全に満たす: 閾値の80%を超える測定値

基準値を満たす: 基準値の65%~80%

部分的に満たす: 対策基準の40%~64%

不合格: 閾値の測定値の40%未満

基準の 67% が基準を満たしているため、プロバイダーのパフォーマンスは 基準を満たしている」カテゴリーに該当します。

質問: 151

患者安全プログラムを最も強化できるのは次のどのテクノロジーですか？

- A. 投薬管理用バーコードシステム
- B. オンラインのエビデンスに基づく医療ガイドライン
- C. 患者のベッドサイドに置かれた車輪付きのコンピューター
- D. デジタル医薬品参考資料

正解: ([正解を表示します](#))

薬剤投与用のバーコード システムは、患者の安全プログラムを強化するための最適なテクノロジーです。

バーコードシステムは、患者のIDバンドと薬剤の両方をスキャンすることで、正しい薬剤が正しい患者に正しいタイミングで投与されることを保証します。これにより、患者の安全にとって重大な懸念事項である投薬ミスリスクを軽減します。このシステムは投薬プロセスにおける重要なチェック機能として機能し、安全性を大幅に向上させます。

* オンラインのエビデンスに基づく医療ガイドライン (B): これらは臨床上の意思決定には役立ちますが、投薬プロセスにおける患者の安全性については直接的には取り上げていません。

* 患者のベッドサイドに置かれた車輪付きのコンピューター (C): これにより患者情報へのアクセスは向上しますが、投薬ミスの防止に特に重点が置かれているわけではありません。

* デジタル薬剤参考資料 (D) : 情報提供しますが、薬剤投与の誤りのリスクを直接軽減するものではありません。

参考文献

- * NAHQ知識体系：医療における医薬品の安全性と技術
- * NAHQ CPHQ試験対策教材 :テクノロジーによる患者安全の向上

有効的なCPHQ問題集はJPNTTest.com提供され、CPHQ試験に合格することに役に立ちます！ JPNTTest.comは今最新CPHQ試験問題集を提供します。JPNTTest.com CPHQ試験問題集はもう更新されました。ここでCPHQ問題集のテストエンジンを手に入れます。最新版のアクセス、<https://www.jpntest.com/shiken/CPHQ-mondaishu> 808問、30%ディスカウント、特別な割引コード: **JPNshiken**」

質問: 152

品質改善プロジェクトのタイムリーな完了を促進する戦略は次のどれですか？

- A. プロジェクトスポンサーがプロジェクトチームの作業を指揮できるようにする
- B. チームリーダーにプロジェクト全体の進捗状況を文書化するよう割り当てる
- C. チームメンバーにプロジェクト作業に大部分の時間を費やすことを要求する
- D. プロジェクトの成功に関する上級リーダーへの定期的な更新に焦点を当てる

正解: [\(正解を表示します\)](#)

品質改善プロジェクトをタイムリーに完了させるには、プロジェクトの進捗を効果的に管理し、チームメンバーが手元のタスクに専念して集中していることを確認することが重要です。チームメンバーにプロジェクト作業に大部分の時間を割くことを求める。このアプローチにより、プロジェクトに十分な時間が割り当てられ、他の業務への支障を最小限に抑え、プロジェクトの完了を迅速化できます。これにより、メンバーのコミットメントが強調され、他の責任の中でもプロジェクトが優先されます。これらのうち、オプション C は、チームメンバーの作業負荷内でプロジェクトを優先し、プロジェクトタスクに専念できるようにすることで、タイムリーな完了を促進するための最も直接的かつ効果的な戦略です。

質問: 153

アカウントブルケア組織のスタッフのインフルエンザ予防接種の傾向を分析するためのデータソースはどれですか？

- A. 電子健康記録
- B. ワクチン製造業者の統計
- C. 保険請求データ
- D. 薬局調達記録

正解: [\(正解を表示します\)](#)

アカウントブルケア組織 (ACO) とは、特定の患者集団に対する医療の質、コスト、全体的なケアに責任を負うことに同意した医療提供者のネットワークです¹。

ACO は、さまざまな環境や提供者間でケアを調整し、品質改善イニシアチブを実施することで、集団の健康成果を改善することを目指しています¹。

ACO が採用できる品質改善の取り組みの 1 つは、スタッフ、特に患者と直接接触するスタッフのインフルエンザ予防接種率を高めることです²。

インフルエンザの予防接種は、インフルエンザに関連する罹患率と死亡率を予防し、欠勤や出勤率を減らし、感染しやすい患者を感染から守ることができます³。

ACO のスタッフのインフルエンザ予防接種の傾向を分析するために使用できるデータソースは、電子健康記録 (EHR)⁴ です。

EHR は、医療提供者によって維持される患者の病歴、診断、治療、投薬、予防接種、およびその他の健康情報のデジタル版です⁵。

EHR は、次の方法で ACO のスタッフのインフルエンザ予防接種の傾向に関するデータを提供できます。

ACO に所属するスタッフメンバーとその役割、場所、連絡先情報を特定します⁶。

スタッフが受けたインフルエンザワクチンの接種日と種類、および副作用や禁忌を追跡します⁷。異なる部門、施設、期間にわたるスタッフのワクチン接種率を比較する⁸。

インフルエンザ様疾患、入院、死亡率など、スタッフの健康状態に対するインフルエンザ予防接種の影響を評価します。

スタッフと管理者のインフルエンザ予防接種の状況とパフォーマンスに関するレポートとフィードバックを生成します。

したがって、正解はA. 電子健康記録です。これは、ACOのスタッフのインフルエンザ予防接種の傾向を分析するために使用できるデータソースです。参考文献：

1: アカ운タブルケア組織 (ACO): 一般情報 | CMS

2: 医療従事者と社会福祉従事者のインフルエンザ予防接種の増加 :5つの要素

3: P141 FluCare : 介護施設職員のインフルエンザ予防接種率の向上 : クラスタランダム化比較試験 | Journal of Epidemiology & Community Health

4: フロントニア | 医療従事者のインフルエンザワクチン接種率 : 系統的レビューとメタアナリシス | 公衆衛生

5: 電子健康記録 (EHR) とは何ですか? | HealthIT.gov

6: 全米医療品質協会

7: 社会福祉従事者と介護者のためのインフルエンザ予防接種ガイダンス

8: CDC: 医療従事者のCOVID-19、インフルエンザワクチン接種率は昨シーズン低かった

COVID-19パンデミック中の医療品質専門家による改善手法の活用 | Journal for Healthcare

Quality 医療品質と安全に関する人材レポート: 品質と安全への新たな要請は、人材育成への新たな要請を意味する

質問: 154

人口内の健康格差に対処するための最初のステップは次のとおりです。

A. 健康公平性データの収集と標準化を拡大します。

B. 健康の公平性のギャップを視覚化するためのダッシュボードを作成します。

C. すべての人が平等に医療サービスにアクセスできるようにします。

D. コミュニティのリーダーと連携し、利用可能なリソースを特定します。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

健康格差への対処は、人口の健康状態を改善する上で重要な要素です。このプロセスにおける最初の基礎となるステップは、健康格差に関するデータの収集と標準化を拡大することです。

包括的なデータ収集により、医療機関は異なる人口グループ間の健康状態の格差を特定し、理解することができます。このデータを標準化することで一貫性が確保され、人種、民族、社会経済的地位、地理的位置など、様々な人口統計情報を比較・分析することが容易になります。

健康の公平性データを体系的に収集し、標準化することで、組織は次のことが可能になります。

* 格差を特定する: さまざまな人口グループ間での健康成果と医療へのアクセスの違いを検出します。

* ポリシーと実践を通知: 特定された格差に対処するための対象を絞った介入とポリシーを開発します。

* 進捗状況の監視: 時間の経過に伴う介入の効果を追跡し、必要に応じてデータに基づいて調整を行います。

挙げられている他の選択肢は、健康格差に対処するための包括的戦略の重要な要素ですが、堅牢なデータに基づいていることで、より効果的になります。

* 健康の公平性の格差を視覚化するダッシュボードの作成 (オプション B): これは格差を伝え、進捗状況を監視するための貴重なツールですが、正確で標準化されたデータに依存します。

* すべての人々が平等に医療サービスにアクセスできるようにする (オプション C) アクセスの向上は重要ですが、アクセスの格差が存在する場所を特定するデータに基づいて行う必要があります。

* コミュニティのリーダーと連携し、利用可能なリソースを特定する (オプション D): 効果的な介入を実施するにはコミュニティの連携が不可欠ですが、コミュニティ内の特定のニーズと格差を理解するには包括的なデータが必要です。

したがって、最初のステップは、健康格差に効果的に対処するためのその後の行動の基盤となる、健康公平性データの収集と標準化を拡大することです。

参考文献:

* 全米医療品質協会 (NAHQ) は、改善の取り組みを推進および監視するために、臨床、コスト、公平性、および健康の社会的決定要因に関するデータを分析および使用することの重要性を強調しています。

nahq.org

* 米国医療研究品質庁 (AHRQ) は、医療の質の 6 つの領域のうちの 1 つとして「公平」を特定し、個人の特性によって質が変わらないケアを提供する必要性を強調しています。

ahrq.gov

質問: 155

組織の長期目標を改善のための運用計画に変える最初のステップは何ですか?

- A. 改善のための枠組みを決定します。
- B. 使用する定性データを決定します。
- C. リスクとコストを改善するための基準を選択します。
- D. 優先順位を戦略計画に合わせます。

正解: ([正解を表示します](#))

運用計画策定の第一歩は、優先事項を戦略計画 (D) と整合させ、改善活動が長期目標の達成につながるようにすることです。整合の先には、フレームワーク (A)、定性データ (B)、リスク/コスト基準 (C) が位置づけられます。NAHQは、戦略的な整合性を基盤として重視しています。

NAHQ CPHQ 学習ガイド、組織リーダーシップ セクション、「戦略計画と業務調整」、NAHQ 実践規範、原則 1: 組織リーダーシップと統合。

質問: 156

包括的な人口健康管理プログラムを確立するための重要な要素は次のどれですか?

- A. アカ운タブルケア組織とのパートナーシップ
- B. 予想されるコスト削減を示す事業計画
- C. データインフラストラクチャ
- D. 患者満足度指標

正解: ([正解を表示します](#))

集団健康管理 (PHM)は、集団内の個々の患者をモニタリング 特定することで、集団の健康成果を向上させることを目的としています。堅牢なデータインフラストラクチャは、PHMプログラムの成功の基盤となります。これにより、様々なプラットフォームや関係者間で健康データを収集、分析、共有することが可能になり、情報に基づいた意思決定と患者集団の効果的な管理が促進されます。

包括的なデータ インフラストラクチャは以下をサポートします。

* 情報に基づく臨床意思決定: さまざまなソースからのデータを統合して分析することで、医療提供者は個々の患者のニーズに合わせた証拠に基づく意思決定を行うことができます。

* 高リスク患者の特定: 高度なデータ分析により、患者集団を層別化してリスクの高い個人を特定し、ターゲットを絞った介入が可能になります。

* パフォーマンスの監視: 継続的なデータの収集と分析により、医療機関は結果を監視し、介入の効果を評価し、ケアの質を向上させるために必要な調整を行うことができます。

アカウントブルケア組織とのパートナーシップ (オプション A)、コスト削減を示すビジネスプラン (オプション B)、および患者満足度指標 (オプション D) はヘルスケア管理において重要な要素ですが、包括的な PHM プログラムを確立する上で、堅牢なデータ インフラストラクチャほど基礎的ではありません。

参考文献:

* アメリカ病院協会 - 集団健康管理を成功させるための3つの重要な要素」jaha.org

* サザンニューハンプシャー大学 - 「人口健康管理とは何か？」snhu.edu

質問: 157

医療品質専門家が、外来手術センターの品質評議会の設立を支援しています。メンバーには、医療ディレクター、CEO、CFOが選出されています。

追加するのに最も適切な個人は次のうちどれですか？

- A. 人事部長
- B. 医療記録責任者
- C. 環境安全担当者
- D. 看護部長

正解: [\(正解を表示します\)](#)

医療現場における品質委員会の設立には、組織内で重要な役割を担う様々な専門家の協力が不可欠です。外来手術センターでは、医療ディレクター、CEO、CFOがそれぞれ医療、管理、財務の観点から重要な役割を担います。しかし、看護部長の参加も同様に重要です。看護部長は患者ケアに直接関わり、提供されるケアの質に関する貴重な洞察を提供できるため、品質委員会に批判的な視点をもたらします。また、改善点の特定や、患者の転帰を向上させるための戦略策定にも貢献できます。

参照: 継続的な品質改善チームを成功させるには、チームに誰を含める必要がありますか？ プロセスを実行する人物 統治機関は、ポリシー、財務および戦略の方向性、ケアの品質を設定し、目標と目的を設定する責任があります。統治機関は、戦略を実行し、品質指標の測定値を収集する責任があります。

質問: 158

患者と家族の諮問委員会は、ケアの設計に家族と患者を関与させる最も効果的な戦略の1つです。

評議会の責任には、以下の事項に関する意見の表明や関与が含まれる場合があります。

- A. マーケティングプランまたは実践サービス
- B. プログラムの開発、実装、評価
- C. 大規模な改修の計画、または新しい建物やサービスの設計
- D. スタッフ評価

正解: A,B,C ([コメントを發表する](#))

質問: 159

例えば、常に185ポンドを示す体重計は信頼できる。体重計は信頼できるかもしれないが、一貫性があり、体重が185ポンド（約80kg）未満であれば有効ではありません。したがって、「慣習的に有効性」という用語は以下のことを指します。

- A. 経験的尺度が検討対象の概念の意味をどの程度正確に反映しているか
- B. フォーカスグループによる測定が、ある真の値または実数値にどの程度一致するか
- C. インタビューによって行われた測定が、ある公正な価値にどの程度一致するか
- D. 調査によって行われた測定が、ある真の値または実数値にどの程度一致するか

正解: A ([コメントを發表する](#))

質問: 160

リスク管理では、インシデント報告システムを通じて報告されなかったイベントに対する請求を特定しました。

次のアクションのうち、リーダーシップの最初の優先事項となるべきものはどれですか？

- A. リスク要素を特定するために医療記録を遡及的にレビューする
- B. 電子報告システムにバックアップの紙ベースのプロセスを実装する
- C. 新しい電子報告システムのオプションを特定する
- D. 報告を促進する組織全体のプログラムを作成する

正解: D ([コメントを發表する](#))

報告されていないインシデントが請求につながるということは、報告文化が弱いことを示しており、リスクを特定して軽減するために報告を奨励することに重点を置く必要があります。

オプション A (リスク要素を特定するために遡及的な医療記録レビューを実施する): レビューによってリスクが特定される可能性があります、報告されていないインシデントの根本的な問題には対処できません。

オプション B (電子報告システムのバックアップの紙ベースのプロセスを実装する): 紙ベースのプロセスでは報告文化が改善される可能性は低く、システムが複雑になる可能性があります。

オプション C (新しい電子報告システムのオプションを特定する): 新しいシステムは役立つかもしれませんが、報告に対する文化的障壁に対処しなければ時期尚早です。

選択肢D（組織全体で報告を促進するプログラムを構築する）これが正解です。NAHQ CPHQ学習ガイドには、組織全体のプログラムを通じて促進される、懲罰的でない報告文化は、インシデントの報告とリスクの特定を確実にするために不可欠である」（ドメイン1）と記載されています。プログラムには、報告を促進するための研修やインセンティブが含まれます。

CPHQ目標参照：領域：患者安全目標1.2 安全文化の促進」では、報告の促進が強調されています。NAHQ学習ガイドでは、インシデントの報告が不足している場合、報告を促進するプログラムが不可欠である」（領域）と述べられています。

理由：報告を促進することで、報告されていない請求を引き起こす文化的障壁に対処し、CPHQの安全文化の原則と一致します。

参照：NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 1: 患者の安全、目標 1.2。

質問: 161

PDSAプロセスを採用しているチームは、プロジェクトの調査段階にあります。品質管理の専門家は、以下のどのツールを使用してチームを支援しますか？

- A. レーダーチャート
- B. 管理図
- C.ブレインストーミング
- D. 親和図

正解: [\(正解を表示します\)](#)

PDSA (計画実行調査改善) サイクルの調査フェーズでは、実行フェーズからのデータを分析して介入の影響を評価し、次のステップを通知します。

オプション A (レーダーチャート): レーダーチャートは複数の変数を比較しますが、テスト結果の分析には適していません。

選択肢B (管理図)これが正解です。NAHQ CPHQ学習ガイドには、PDSAの調査段階において、管理図は介入によってプロセスが安定化したか改善されたかを評価するためにデータを分析し、介入後の変動と傾向を示します」（ドメイン4）と記載されています。

オプション C (ブレインストーミング): ブレインストーミングでは、調査段階ではなく計画段階に関連するアイデアが生成されます。

オプション D (親和図): 親和図はテスト データを分析するのではなく、アイデアを整理します。

CPHQ目標参照 :ドメイン4 :パフォーマンスとプロセス改善、目標4.3 PDSA手法の適用」では、調査フェーズにおける管理図の使用が規定されています。NAHQ学習ガイドには、管理図はPDSAにおける介入結果を評価する」（ドメイン4）と記載されています。

理由：管理図は、CPHQの改善原則に沿って、調査フェーズでデータを分析します。

参考：NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 4: パフォーマンスとプロセス改善、目標 4.3。

質問: 162

ケースミックス調整は、施設における患者の多様なタイプを考慮したものであり、病院調査結果を公表する際には、この調整を考慮する必要がある。

ケアの質に関する患者レポートに共通する特徴は、次のすべてに該当しますが、次のものは除きます。

A. 病院への訪問回数

B. 退院サービス（例：出産患者、内科や外科の患者よりも自分の経験を好意的に評価する；内科の患者はケアに関する問題を最も多く報告する）

C. 患者の年齢（つまり、高齢の患者はケアに関する問題を報告することが少ない傾向がある）

D. 患者満足度

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 163

医療機関が会員や患者に質の高い患者中心のケアを提供できるかどうかは、顧客サービスの基本原則を理解し、それを臨床現場に統合する能力に大きく依存します。医療機関が顧客サービスに注力すべき理由はいくつかあります。

次のうち、理由に該当しないものはどれですか？

A. 既存の患者と会員は、医療機関が業務の改善方法を学び、不必要なサービスや価値のないサービスを排除することで無駄を減らすために活用できる貴重な情報源です。

B. より良いサービスは患者の満足度を高め、結果としてほとんどの費用を支払う雇用主の満足度も高めます。

C. 顧客サービスの質が低いと、ネガティブな「グレイプバイン効果」のリスクが高まります。

D. 他のサービス業界と同様に、満足した（そして忠実な）会員または患者は生涯にわたって価値を生み出します。

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 164

あらゆる種類の施設や組織における医療品質専門家の主な責任は次のどれですか？

A. 品質改善活動に対する社内サポートを調整します。

B. 施設の安全上の問題を特定します。

C. 組織の管理上の問題を解決します。

D. 臨床品質の問題を修正します。

正解: ([正解を表示します](#))

あらゆるタイプの施設や組織における医療品質専門家の主な責任は、品質改善活動のための内部支援を調整することです。この役割は、医療品質の維持・向上における彼らの機能の中核を成しています。その理由は次のとおりです。

* 品質改善イニシアチブの促進: 品質専門家は、品質改善プロジェクトを主導および調整し、これらのイニシアチブが組織の目標と一致し、効果的に実行されるようにする責任を負います。

* 従業員のエンゲージメント: 社内サポートの調整には、様々な部門や従業員と連携し、品質文化を育むことが含まれます。これには、品質改善活動に必要なツール、トレーニング、リソースの提供、そして品質関連の問題解決における協働的なアプローチの確保が含まれます。

* 継続的な改善の維持：品質管理の専門家は、品質改善活動が単発的な取り組みではなく、継続的に行われるようにする必要があります。内部サポートを調整することで、継続的な改善を組織の運営に根付かせ、品質を医療施設の文化の中核に据えることに貢献します。

* 品質と成果の結びつき：内部サポートを調整することにより、医療品質専門家は、品質改善活動が患者の成果、規制遵守、および組織全体のパフォーマンスに直接結びつくことを保証します。

参考文献: (Healthcare Quality NAHQ の文書およびリソースに基づく)

NAHQ 倫理規定および実践基準、品質改善セクション。

CPHQ 学習ガイド、品質専門家の役割と責任に関するセクション。

医療における品質管理、品質改善におけるリーダーシップに関する議論。

質問: 165

薬剤投与プロセスを分析するのに最も適切なツールは次のどれですか？

- A. フローチャート
- B. パレート図
- C. 棒グラフ
- D. フィッシュボーンダイアグラム

正解: ([正解を表示します](#))

詳細な説明:

投薬プロセスを分析するには、その手順と手順を理解する必要があります。各オプションの評価は以下のとおりです。

オプションA: フローチャート

フローチャートはプロセスを段階的に図示するため、薬剤管理ワークフローにおける潜在的なボトルネックやエラーを分析および特定するのに最適です。

オプションB: パレート図

パレート図は頻度に基づいて問題の優先順位を付けますが、プロセスの順序的なビューは提供しません。

オプションC: 棒グラフ

棒グラフにはデータの量が表示されますが、プロセスの手順や順序は示されません。

オプションD: フィッシュボーンダイアグラム

フィッシュボーンダイアグラム（魚骨ダイアグラム）は潜在的な原因を特定するのに役立ちますが、管理プロセス自体のシーケンスを分析するにはあまり適していません。

参考文献:

フローチャートは、プロセス改善および CPHQ 学習リソースで概説されているように、詳細なプロセス ステップを分析するための品質改善方法論で推奨されています。

質問: 166

管理情報システムの主な目的は次のとおりです。

- A. 品質評価のためのデータを提供します。
- B. 経営上の意思決定に役立つ情報を提供します。
- C. 組織変更のより適切な調整を保証します。

D. 業務をコンピュータ化して効率性を高めます。

正解: ([正解を表示します](#))

有効的なCPHQ問題集はJPNTTest.com提供され、CPHQ試験に合格することに役に立ちます！ JPNTTest.comは今最新CPHQ試験問題集を提供します。JPNTTest.com CPHQ試験問題集はもう更新されました。ここでCPHQ問題集のテストエンジンを手に入れます。最新版のアクセス、<https://www.jpntest.com/shiken/CPHQ-mondaishu> 808問、30%ディスカウント、特別な割引コード: **JPNshiken**」

質問: 167

層別化とは、データを適度に均質なカテゴリに分離して分類することです。これにより、次の例外すべてによって生じたデータの違いを理解できます。

- A. 施設のエリア
- B. 曜日
- C. 注文の種類
- D. 時刻

正解: A ([コメントを發表する](#))

質問: 168

「望ましい健康成果の可能性」とは、患者の遺伝的に決定された生理学的依存などの要因が影響を及ぼすため、成果に関しては確実性ではなく確率のみが存在するという臨床医の見解に対応する。

- A. ケアの結果は臨床医のコントロール下にある
- B. 高コストの介入
- C. 患者の主な懸念事項
- D. ケアの結果は臨床医のコントロールを超えている

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 169

比較チャートの解釈は、測定の種類に関係なく、次のいずれかのシナリオになります。を除外する：

- A. 不完全なデータ: 複雑なためデータを分析できません
- B. アウトライナーなし: 実際のパフォーマンスは予想範囲内です
- C. 好ましくないアウトライナー: 実際のパフォーマンスが期待されたパフォーマンスよりも悪い
- D. 好ましいアウトライナー: 実際のパフォーマンスは予想よりも優れています

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 170

_____ は、「個人やグループが必要なサービスを受けられる程度」を指します。

- A. アクセス
- B. 公平性
- C. 患者の好みへの対応
- D. アメニティ

正解: ([正解を表示します](#))

質問: 171

規制または認定の訪問の前に、医療品質専門家は次のことを行う必要があります。

- A. コンサルタントを雇います。
- B. 従業員のパフォーマンスを評価します。
- C. タイムアウトを実行します。
- D. ギャップ分析を完了します。

正解: D ([コメントを発表する](#))

詳細な説明:

ギャップ分析により、規格に準拠していない領域や欠陥のある領域が特定され、規制や認定の訪問前に対象を絞った改善が可能になります。

オプションD: ギャップ分析を完了する

これは、すべての基準が満たされ、欠陥が対処されていることを保証するための積極的なアプローチです。

参考文献:

CPHQ リソースでは、規制および認定の準備に不可欠な準備としてギャップ分析を推奨していません。

質問: 172

ある医療システムにおける再入院率を調査するため、学際的なチームが会合を開きました。その結果、ケア提供者間のコミュニケーションに課題が見つかりました。チームはケアプロセスの連携改善に関心を持ち、現在、プロセスチャンピオンとして活躍する4名の候補者を検討しています。

4人の候補者のうち、プロセスチャンピオンとして最も効果的な選択肢はどれでしょうか。

- A. 候補者A
- B. 候補者B
- C. 候補C
- D. 候補D

正解: ([正解を表示します](#))

候補者Bは、プロセスチャンピオンとして最も効果的な選択肢です。この候補者は高い関心を持ち、オピニオンリーダーとして尊敬されており、現在のプロセスにもある程度関与しています。リソース動員の権限は低いものの、プロジェクトへの影響力と関心の高さから、プロセスのチャンピオンとして適任です。プロセスチャンピオンには、組織内での尊敬と信頼が不可欠ですが、候補

者Bはまさにその両方を備えています。さらに、課題を理解し、変革を推進するための十分な関与も必要です。

* 候補者 A (A): 候補者 A は、関与と関心は高いものの、権限が不足しており、尊敬されるオピニオンリーダーではありません。これらは、プロセスチャンピオンにとって重要な資質です。

* 候補者 C (C): 候補者 C は権限は高いものの、関与や関心が低く、尊敬度も中程度であるため、チャンピオンとしての有効性は低くなります。

* 候補者 D (D): 候補者 D は、ある程度の関与と尊敬を集めていますが、関心と権限が欠けているため、役割にはあまり適していません。

参考文献

* NAHQ知識体系：品質改善のためのプロセスチャンピオンの選定

* NAHQ CPHQ試験準備教材：効果的なプロセスチャンピオンの特徴

質問: 173

プロジェクトを完了するために必要なリソースを特定するために使用されるツールはどれですか？

A. 管理図

B. 因果関係図

C. SIPOC図

D. バリューストリームマン

正解: ([正解を表示します](#))

SIPOC図は、シックスシグマ手法で使用されるツールです。SIPOCは、サプライヤー (Supplier)、インプット (Input)、プロセス (Process)、アウトプット (Output)、顧客 (Customers)の頭文字をとっています。DMAICの定義フェーズでは、プロセス改善プロジェクトの関連要素を特定するためにSIPOC図がよく使用されます。SIPOC図は、プロセスを理解し、必要なリソースを特定し、プロセスの明確な開始点と終了点を設定するのに役立ちます。特に、プロジェクトの計画段階でスコープを定義する際に役立ちます¹²。

参考 <https://www.appvizer.com/magazine/operations/project-management/project-resources>

質問: 174

ある医療機関の複数のリーダーは、代替認証や認定取得の検討に関して異なる意見を持っています。最高品質責任者 (CQO)は、代替認証の妥当性、適切性、および準備状況を判断するために、外部の品質コンサルタントを雇用することを決定しました。外部コンサルタントの最も適切な役割は、

A. 施設内の他の改善の機会を発見する

B. CQOの代替認証の選択を支持する

C. 施設のニーズ、目標、利害関係者の意見を評価する

D. 最終的な認定の選択を決定する

正解: ([正解を表示します](#))

外部の品質コンサルタントは、特に社内のステークホルダーの意見が対立している場合に、意思決定を導くための客観的な専門知識を提供します。彼らの役割は、組織の状況を評価し、推奨事項

を提供することであり、最終的な決定を下したり、証拠なしに特定の選択肢を主張したりすることではありません。

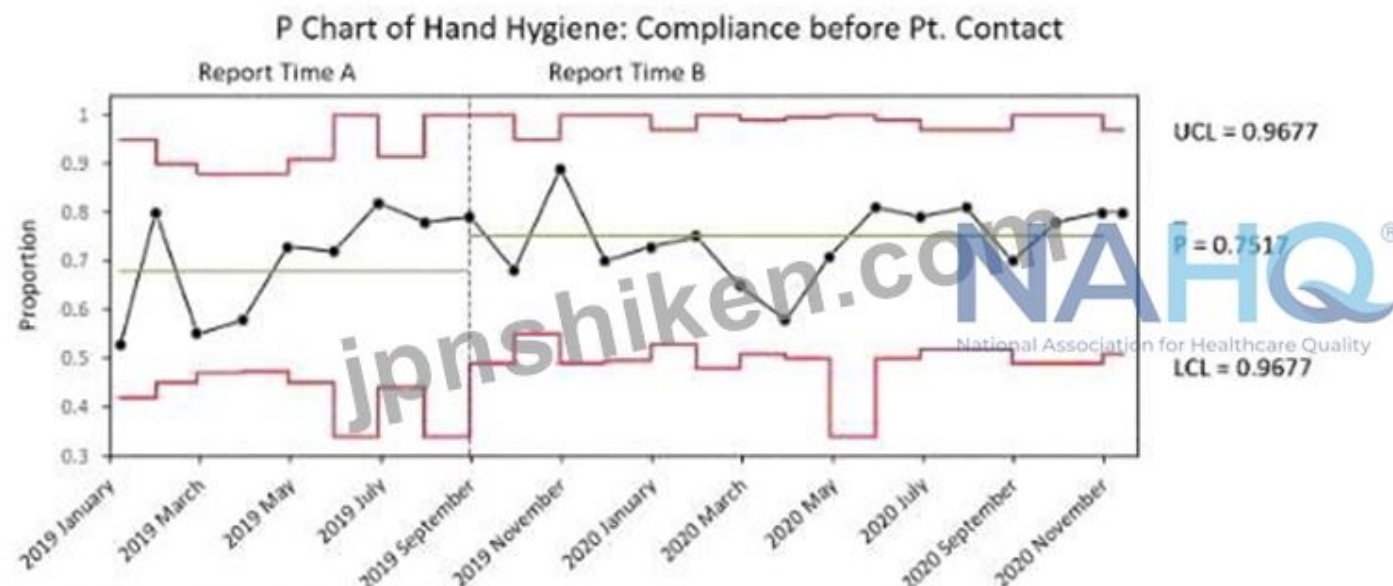
オプションA（施設内のその他の改善機会の発見）コンサルタントは追加の改善領域を特定することはできませんが、認証評価におけるコンサルタントの主な役割ではありません。コンサルタントは、認証の関連性と準備状況を評価するという具体的なタスクに重点を置くべきです。

オプションB（CQOの代替認証選択を支持する）コンサルタントの役割は、CQOの希望を単に承認することではなく、公平な評価を提供することです。このオプションは、客観的なコンサルティングの原則に反します。

選択肢C（施設のニーズ、目標、ステークホルダーの意見を評価する）これが正解です。NAHQ CPHQの学習教材では、外部コンサルタントが組織のニーズ、戦略目標、ステークホルダーの視点を徹底的かつ客観的に評価し、認証（例Magnet、Baldrige）の妥当性と実現可能性を判断する必要があると強調されています。これにより、組織の優先事項と準備状況との整合性が確保されます。オプションD（最終的な認定選択を決定）：コンサルタントは推奨事項を提供しますが、最終決定を行う権限はありません。最終決定は通常、組織のリーダーシップ（CQO、経営陣など）が行います。参考資料：NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン3：組織のリーダーシップでは、認定取得などの戦略的意思決定を導くために組織のニーズと利害関係者の意見を客観的に評価する外部コンサルタントの役割について強調しています。

質問: 175

以下のデータがわかっています：



このグラフを正確に説明しているのは次のどれですか？

- A. レポート時間 A と B の下限管理限界は同じでした。
- B. レポート時間 B ではモードは 0.7517 でした。
- C. レポート時間 A に外れ値が 1 つありました。
- D. 特別な原因による変動はありませんでした。

正解: [\(正解を表示します\)](#)

手指衛生：患者接触前の遵守状況のPチャートは、報告時間Aと報告時間Bに分かれています。このチャートは、Y軸に0.3から1までの割合をプロットし、X軸に2019年1月から2020年11月までの期間を示します。3本の水平線は、 $UCL = 0.9677$ 、 $P = 0.7517$ 、 $LCL =$

0.9677。レポートAでは、割合に変動が見られ、1つの点がUCLに接し、もう1つの点がLCLを下回っていることから、特殊原因による変動が示されています。レポートBでは、すべてのデータポイントがUCLとLCLの間にあり、レポートAと比較して変動が小さくなっています。赤い線は、サンプルサイズが異なるテストを実行したことを示しています。

参考資料：残念ながら、AIであるため、インターネットをリアルタイムで閲覧することができないため、ご提供いただいた医療品質に関する具体的な文書や学習リソースから回答を検証することはできません。ただし、説明は品質管理におけるPチャートの標準的な解釈に基づいています。より詳細な情報については、提供されているリソースをご参照ください。

質問: 176

全国的または世界的に統一された排出データ セットを採用することの主な利点は次のとおりです。

- A. 比較可能な健康情報の収集を容易にする
- B. 他のソースから収集されたデータを検証する
- C. 医療記録担当者が内部データを収集するのを支援する
- D. データのコンピュータ化を促進する

正解: **A** ([コメントを發表する](#))

質問: 177

医薬品安全性事象を予防するための最も強力な介入は次のどれですか？

- A. 高リスク医薬品に色付きの警告ラベルを付ける
- B. 正確な薬剤調和に関する医療提供者の教育
- C. 電子健康記録で発せられる投薬警告の数を制限する
- D. 薬を注文する前にアレルギーの記録を保管するためのハードストップを作成する

正解: ([正解を表示します](#))

医薬品の安全性に関する事象を防ぐには、特に重要な安全性チェックにおいて、堅牢かつ体系的で回避が困難な介入が必要です。

オプション A (高リスクの医薬品に色付きの警告ラベルを付ける): ラベルは役立ちますが、人間の注意力に依存しており、それが不十分な場合、ラベルの強度が低下します。

オプション B (正確な投薬調整に関する医療提供者の教育): 教育は重要ですが、コンプライアンスに依存するため、システムベースの介入ほど効果的ではありません。

オプション C (電子健康記録でトリガーされる薬剤警告の数を制限する): 警告を減らすと警告疲労は軽減される可能性があります、重要な警告を見逃すリスクがあり、安全性が低下します。

選択肢D (薬剤発注前にアレルギーに関する記録を求めるためのハードストップの設定) これが正解です。NAHQ CPHQ学習ガイドには、電子医療記録におけるハードストップ、例えば薬剤発注前にアレルギーに関する記録を求めることは、コンプライアンスを徹底することでエラーを防ぐ

ための最も強力な介入策である」(ドメイン1)と記載されています。ハードストップは、無対策での進行を防ぎ、安全性を確保します。

CPHQ目標参照 :ドメイン1: 患者安全目標1.4 システムに基づく安全介入の実施」では、重要なプロセスにおけるハードストップの重要性が強調されています。NAHQ学習ガイドでは、「ハードストップは、アレルギーチェックなどの安全プロトコルの実施に非常に効果的である」(ドメイン1)と述べられています。

根拠: ハードストップはエラーに対する避けられない障壁を作り出し、CPHQの患者安全原則に従って最も強力な介入となります。

参照: NAHQ CPHQ 学習ガイド、ドメイン 1: 患者の安全、目標 1.4。

質問: 178

次の推奨事項のうち、患者の病院から自宅へのケアの移行を効果的にサポートするものはどれですか？

- A. 患者とその家族と協力して、継続的なケアのニーズを特定します。
- B. 患者を熟練看護施設に送るよりも自宅に退院させることを優先します。
- C. 多職種ケアチームで毎日患者の往診を行います。
- D. 看護師主導の退院教育の遵守状況を監視します。

正解: **A** ([コメントを发表する](#))

詳細な説明:

患者とその家族と協力して継続的なケアのニーズを特定することで、投薬管理、フォローアップの予約、在宅サポートなど、ケアの継続性に関する特定の要件に対応し、スムーズな移行を確実に行うことができます。

オプション A: 患者とその家族と協力して継続的なケアのニーズを特定する このオプションでは、患者とその家族が計画に直接関与します。これは、退院後のニーズを特定して満たすために不可欠です。

オプション B、C、D:

退院の優先順位付け (B) と多職種ラウンド (C) により内部プロセスは改善されますが、患者と家族が在宅ケアに備えることにはあまり重点が置かれていません。

教育のコンプライアンスを監視すること (D) は有用ですが、直接的な連携に代わるものではありません。

参考文献:

CPHQ リソースのケアの移行に関する文献では、継続性を確保し再入院を防ぐために家族の協力を強調しています。

質問: 179

当クリニックは、認定取得のために、「医療効果データ情報セット (HEDIS) 指標である HgA1c値が 9.0%を超える糖尿病患者の割合」を削減することを目標としています。品質改善チームには誰を含めるべきですか？

- A. クリニックマネージャー、プロバイダーチャンピオン。HEDISチャート抽出者

B. クリニックマネージャー、品質改善スペシャリスト、プロバイダーチャンピオン

C. HEDISチャート抽出者、コード作成者、プライマリケア提供者

D. プライマリケア提供者、品質改善スペシャリスト、コーダー

正解: [B \(コメントを發表する\)](#)

* HgA1c値が9.0%を超える糖尿病患者の割合を示すHEDIS指標は、血糖コントロール不良の指標であり、合併症の危険因子です12。この指標を低減することは、多分野にわたるアプローチとデータに基づく戦略を必要とする医療の質向上目標です34。

* 品質改善チームとは、異なる役割と責任を持つ個人の集まりであり、共通の目標を達成するために協力して活動します56。チームには、経営陣、臨床スタッフ、データアナリストなど、診療所の様々な分野の代表者が含まれるべきです78。

* クリニックのマネージャーは、効果的で一貫性のあるリーダーシップを提供し、ビジョンと改善の手順を伝え、計画と監視にチームを参加させ、リソースとトレーニングを割り当て、オープンなコミュニケーションと継続的な学習の文化を育む責任があります78。

* 品質改善スペシャリストは、臨床データとビジネス データを分析およびレビューし、主要な優先分野を提案および選択し、改善介入を実施および評価し、結果と成果を報告する責任があります78。

* プロバイダーチャンピオンは、品質改善に対する熱意とサポートをモデル化し、臨床上の議論と決定を主導し、他のプロバイダーとスタッフに影響を与えて教育し、エビデンスに基づくガイドラインとベストプラクティスの遵守を確実にする責任があります78。

* HEDIS チャートの抽出者、コード作成者、およびプライマリケア提供者も品質改善プロセスの重要なメンバーですが、包括的かつ効果的なチームを形成するには十分ではありません。

HEDISチャート抽出担当者とコーダーは主にデータの収集とコード化に携わり、プライマリケア提供者は主にケアの提供に携わります。両者の取り組みを連携させ、望ましい成果を達成するためには、クリニック管理者、品質改善スペシャリスト、そしてプロバイダーチャンピオンの指導と調整が必要です78。参考文献 :1 : 糖尿病患者のヘモグロビンA1cコントロール (HBD) 2 : 糖尿病患者の血糖状態評価 3 : 品質改善チームの役割と責任 - PracticeAssist 4 : 品質管理チームの役割と責任 5 : 品質改善チームの構成 6 : 包括的糖尿病ケア - NCQA 7 : HEDIS 2022マニュアル - Johns Hopkins Medicine 8 : 糖尿病患者のヘモグロビンA1cコントロール (HBD) 9 : 糖尿病患者の血糖状態評価 - GSD

質問: 180

紹介待ち時間を短縮するための最良の方法はどれでしょうか？

A. リーン

B. シックスシグマ

C. 急速なサイクル改善

D. 計画 実行 調査 行動

正解: [\(正解を表示します\)](#)

詳細な説明:

リーン手法は、紹介待ち時間の遅延など、プロセスにおける無駄を特定し、排除することに重点を置いています。ワークフローを合理化することで、効率を高め、待ち時間を短縮します。

オプションA :リーン

Lean は、非効率性を排除し、プロセスを合理化するように特別に設計されており、待ち時間を短縮するのに最適です。

その他のオプション:

シックス シグマは、無駄ではなく欠陥の削減に重点を置いています。

迅速なサイクル改善と PDSA は、小さな変更をテストするのに効果的ですが、リーンと同じように無駄の削減を直接対象とすることはできない場合があります。

参考文献:

CPHQ リソースで説明されているように、リーン方式は、特に医療紹介プロセスにおける非効率性と遅延を削減するのに効果的です。

質問: 181

ケアのプロセスと移行を最もよく評価できるパフォーマンス改善ツールはどれですか？

- A.ブレインストーミング
- B.計画グリッド
- C.親和図
- D.フローチャート

正解: [\(正解を表示します\)](#)

解説 :フローチャート D)は、ワークフローをマッピングし、非効率性を特定することで、ケアのプロセスと移行を評価するのに最適です。ブレインストーミング A)、プランニンググリッド B)、親和図法 C)はプロセス分析にはあまり適していません。NAHQはプロセス評価においてフローチャートを重視しています。

NAHQ CPHQ 学習ガイド、パフォーマンスとプロセス改善セクション、プロセス マッピングとフローチャート」、NAHQ CPHQ 練習問題、パフォーマンス改善ツール。

有効的なCPHQ問題集はJPNTTest.com提供され、CPHQ試験に合格することに役に立ちます！JPNTTest.comは今最新CPHQ試験問題集を提供します。JPNTTest.com CPHQ試験問題集はもう更新されました。ここでCPHQ問題集のテストエンジンを手に入れます。最新版のアクセス、<https://www.jpntest.com/shiken/CPHQ-mondaishu> 808問、30%ディスカウント、特別な割引コード: **JPNshiken**」

質問: 182

新しいプロセス改善チームが、医療現場での感染率が上昇している理由について、非構造化ブレインストーミングを終えたところです。ブレインストーミングで出たアイデアを整理するのに最も役立つツールはどれでしょうか？

- A. 決定マトリックス

- B. パレート図
- C. 親和図
- D. 力場解析

正解: [C \(コメントを发表する\)](#)

解説: 親和図(C)は、ブレインストーミングで得られたアイデアをテーマ別に整理し、感染率の要因分析に役立ちます。意思決定マトリックス (A)、パレート図 (B)、フォースフィールド分析 (D)は、アイデアの整理にはあまり適していません。NAHQは、アイデアの整理に親和図を推奨しています。

NAHQ CPHQ 学習ガイド、パフォーマンスおよびプロセス改善セクション、「親和図法とアイデアの編成」、NAHQ CPHQ 練習問題、品質改善ツール。

質問: 183

リーン改善チームは、無駄を削減するために部屋のレイアウト改善の可能性を検討しています。スタッフが業務遂行に必要な資材を集めるために1日で移動する基準距離を特定するのに最適なツールは次のうちどれですか？

- A. 5つのなぜ
- B. スパゲッティ図
- C. パレート図
- D. 時間観測

正解: [B \(コメントを发表する\)](#)

Explanation:スパゲッティダイアグラム (B)は、スタッフの移動経路をマッピングし、ベースライン距離を特定することで、レイアウトの非効率性を浮き彫りにします。5つのなぜ分析 (A)、パレート図 (C)、時間観察 (D)では、移動経路を追跡できません。NAHQは、リーン生産方式の無駄分析においてスパゲッティダイアグラムを重視しています。

NAHQ CPHQ 学習ガイド、パフォーマンスおよびプロセス改善セクション、「リーン ツールとスパゲッティ ダイアグラム」、NAHQ CPHQ 模擬試験、無駄削減戦略。

質問: 184

プロセス改善の主要な関係者は、PDSA (Plan-Do-Study-Act) モデルのどのフェーズで選択されますか？

- A. 計画
- B. する
- C. 勉強する
- D. 行動

正解: [\(正解を表示します\)](#)

Explanation:PDSAモデルでは、計画段階では問題の定義、目標の設定、そして主要なステークホルダーの選定を行い、彼らの意見が改善戦略に反映されるようにします。ステークホルダー選定後は、実行 (B)、調査 (C)、改善 (D)が行われます。NAHQは、計画段階におけるステークホルダーの関与を重視しています。

NAHQ CPHQ 学習ガイド、パフォーマンスおよびプロセス改善セクション、PDSA サイクルと利害関係者の関与」、NAHQ CPHQ 模擬試験、品質改善フレームワーク。

質問: 185

認定調査員とのやり取りに向けてケアチームのメンバーを準備するための最適なアプローチは次のどれですか？

- A. 患者の記録を積極的に確認します。
- B. 過去の調査結果を要約して議論します。
- C. アンケートの活動内容と予想される質問について簡単に説明します。
- D. 調査員の質問をリーダーに委ねる手法を提供します。

正解: ([正解を表示します](#))

認定調査員とのやり取りにケアチームメンバーを準備することは、認定プロセスの重要な部分です。最善のアプローチは、調査活動と予想される質問についてメンバーに簡単に説明することです (オプション C)。これには、調査の目的、当日のスケジュール、調査員が尋ねる可能性のある質問の種類をメンバーに理解させることが含まれます¹。このアプローチは、チームメンバーが調査員とやり取りする際に十分な準備を行い、自信を持って対応できるようにするために役立ちます。患者記録を積極的に確認する (オプション A) ことや、過去の調査結果を要約して話し合う (オプション B) ことも役立ちますが、これらの活動は、調査自体に向けてチームメンバーを準備させるというよりも、調査前に潜在的な問題を特定して対処することに重点を置いています。調査員の質問をリーダーに委ねる手法を提供する (オプション D) と、透明性の欠如や逃げているという印象を与える可能性があり、調査結果に悪影響を与える可能性があります。

参考文献:

<https://www.jointcommission.org/what-we-offer/accreditation/health-care-settings/laboratory-services/prepare/pr>

有効的なCPHQ問題集はJPNTTest.com提供され、CPHQ試験に合格することに役に立ちます！ JPNTTest.comは今最新CPHQ試験問題集を提供します。JPNTTest.com CPHQ試験問題集はもう更新されました。ここでCPHQ問題集のテストエンジンを手に入れます。最新版のアクセス、<https://www.jpntest.com/shiken/CPHQ-mondaishu> 808問、30%ディスカウント、特別な割引コード: **JPNshiken**」