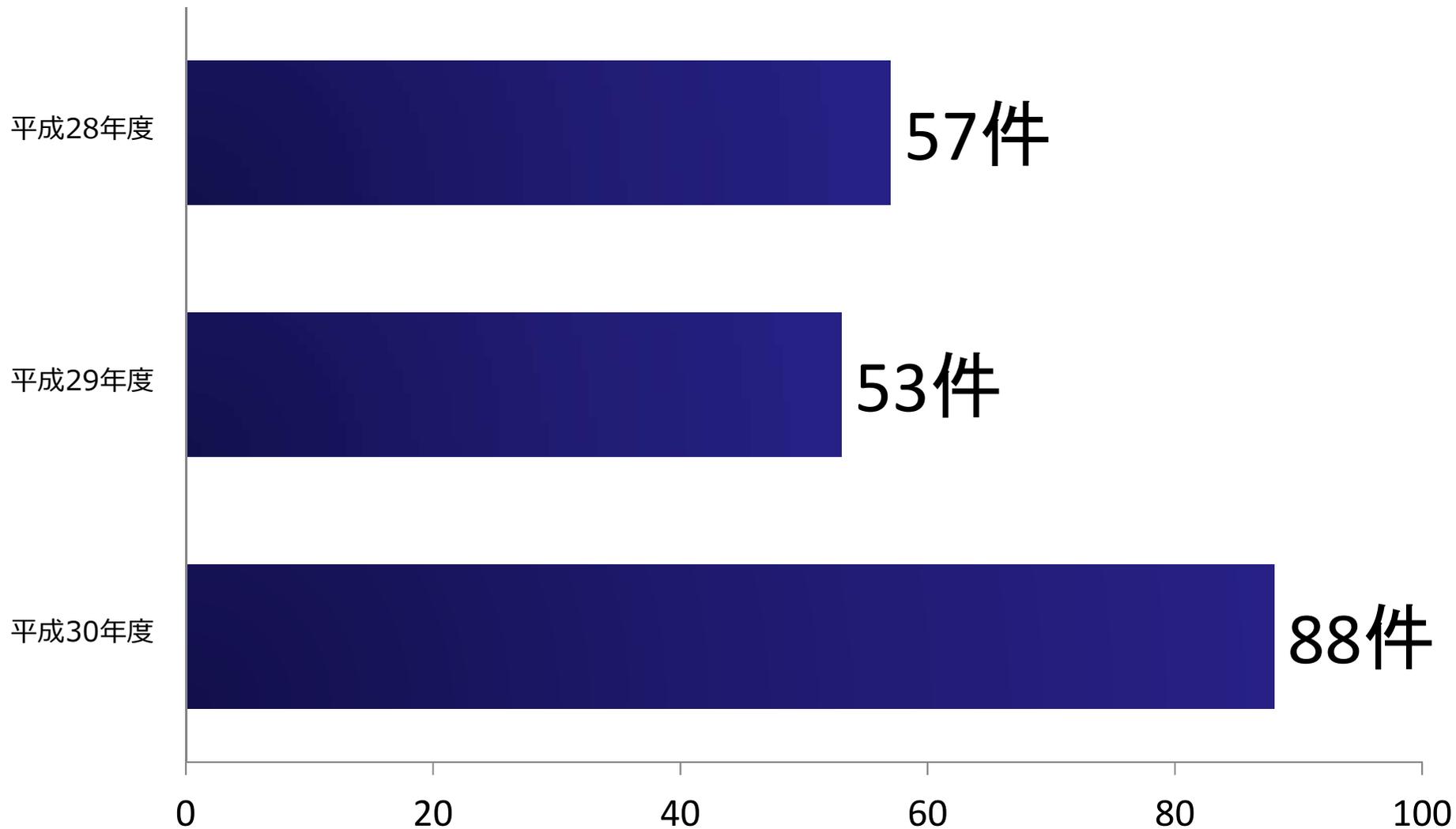




1. 高度医療評価制度・ 先進医療診療実施数

国立大学附属病院が社会的責任に応えるためには、新しい治療法や検査法を研究・開発しなければなりません。そのためには、高度な医療に積極的に取り組む姿勢、高い技術を持つ医療スタッフ、十分な設備などが必要となることから、本項目は先進的な診療能力を示す指標といえます。



定義

1年間の高度医療評価制度及び、先進医療診療の実施数です。

一連のものについては一連の診療をもって1件とします。

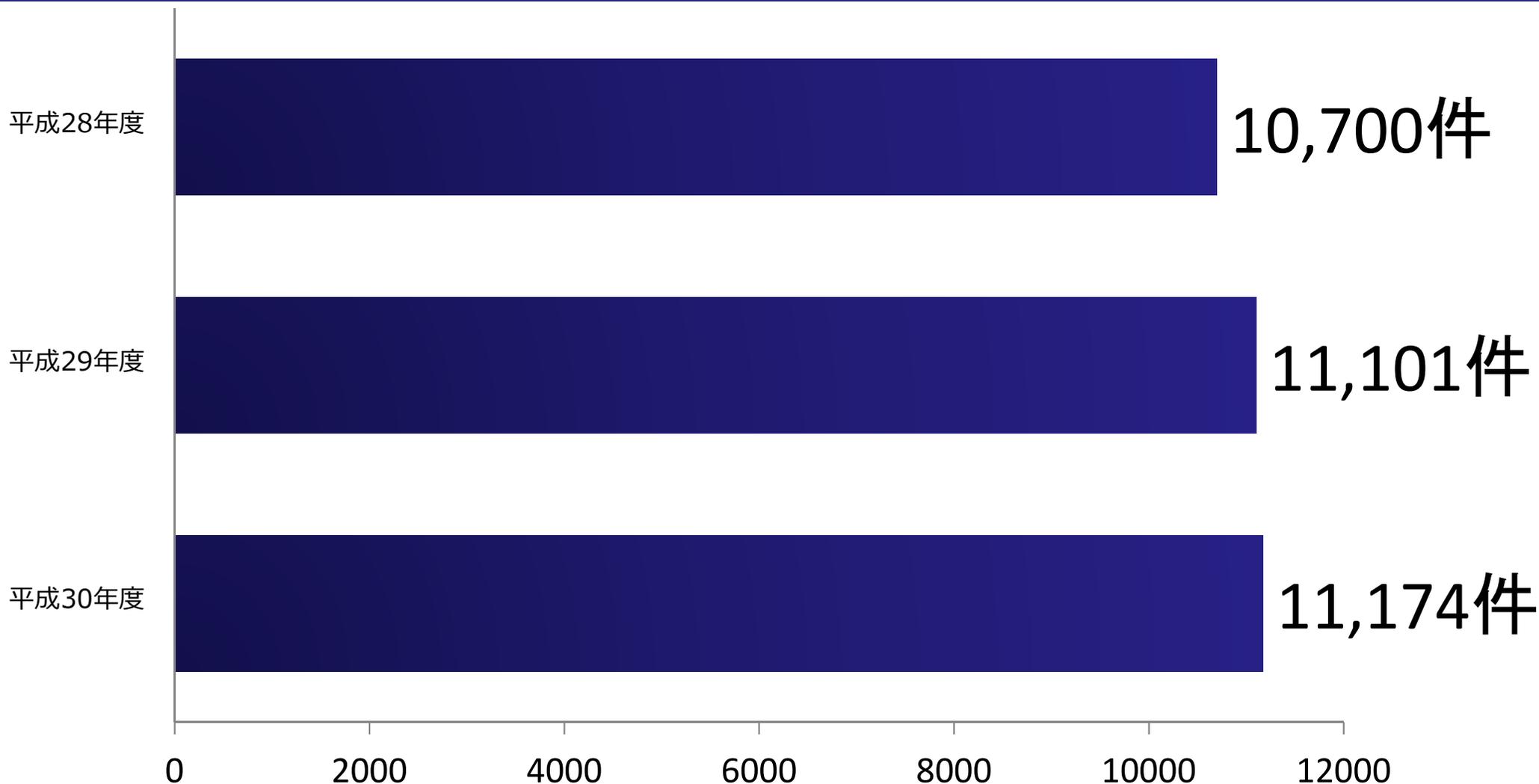
参考: 厚生労働省 先進医療の概要について

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/sensiniryoo/index.html



2. 手術室内での手術件数

国立大学附属病院は高度急性期・急性期の要です。外科手術の提供だけでなく、その技術の普及を図ることは、診療と教育という国立大学附属病院の社会的責任を果たすこととなります。外科医、麻酔科医、看護師などの医療チームが手術室を効率的に活用し、どれだけの手術に対応できているかを表現する指標です。

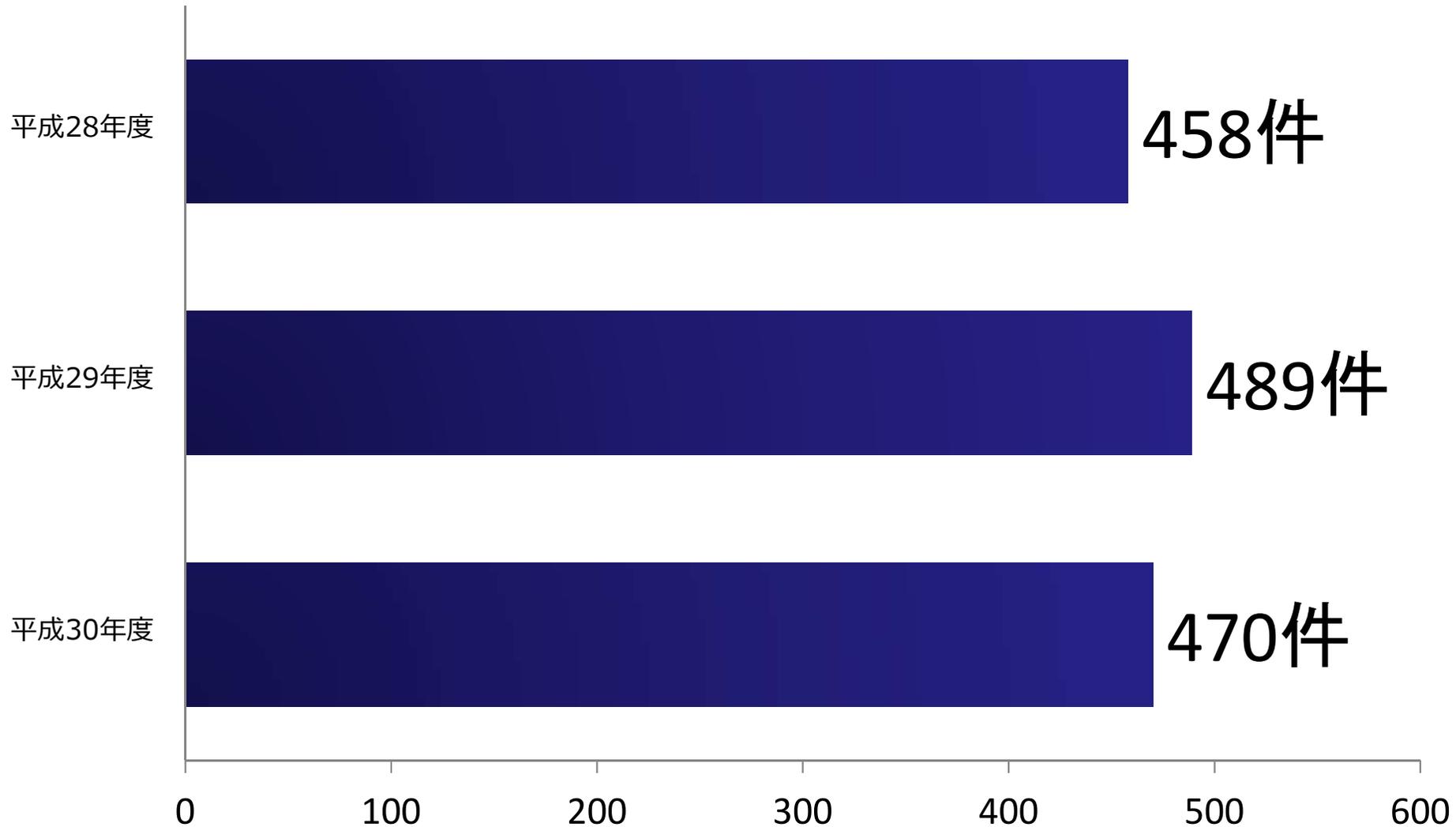


定義

手術部内で行われているすべての手術及び出張麻酔で行われている手術・処置の件数です。ただし、ひとつの手術もしくは麻酔で複数のKコードがある場合でも、1手術としてカウントします。

3. 緊急時間外手術件数

深夜や休日など通常の診療時間外の手術に対応できる力を示す指標です。予定外の緊急時間外手術に常に備えるには、十分なベッド数や検査・画像診断機器などの設備、麻酔や執刀を行うスタッフが必要です。



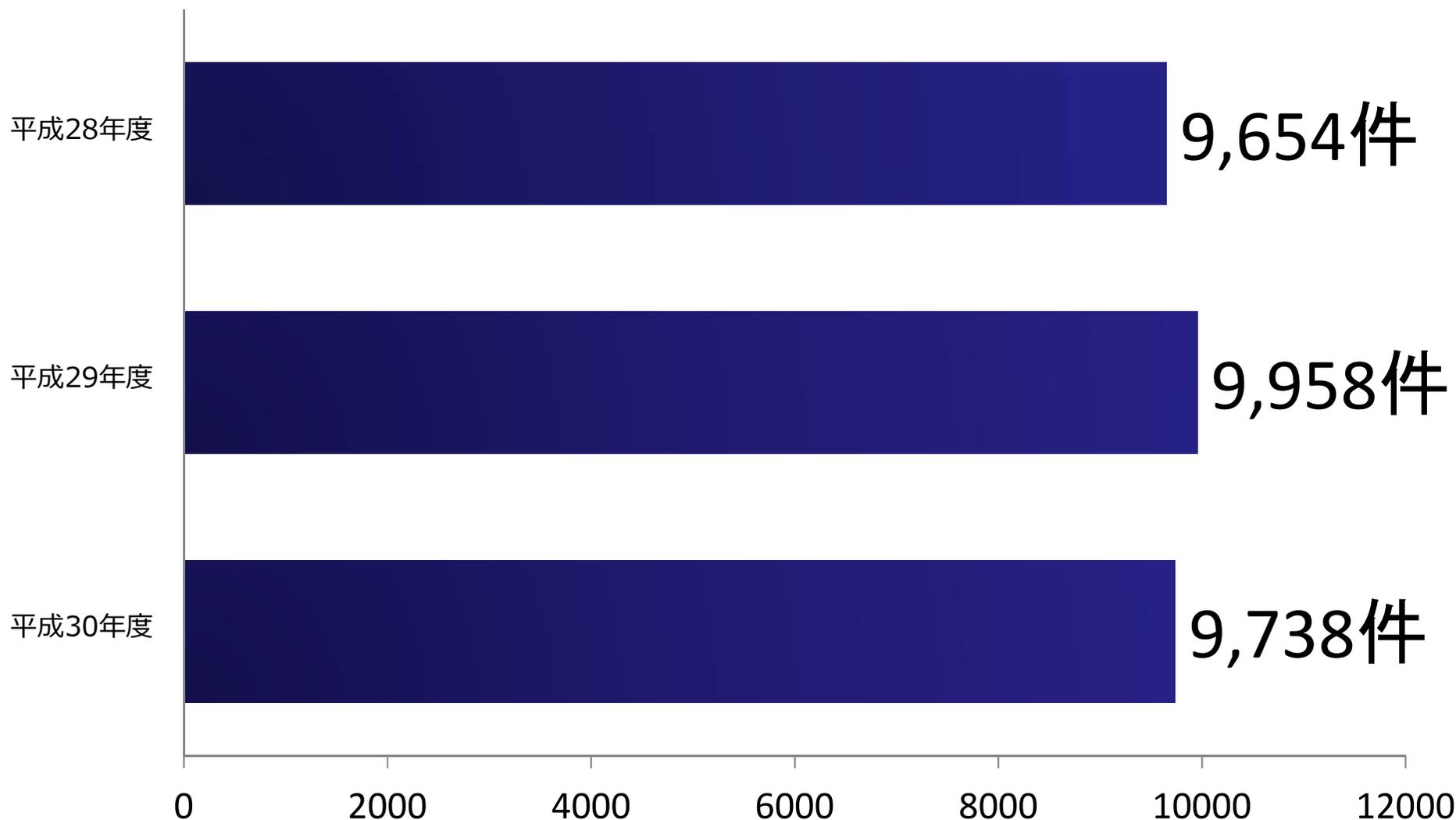
定義

緊急に行われた手術(医科診療報酬点数表区分番号K920、K923、K924(輸血関連)以外の手術)で、かつ時間外加算、深夜加算、休日加算を算定した手術件数です。あらかじめ計画された時間外手術は除きます。複数術野の手術等、1手術で複数手術を行った場合でも、同一日の複数手術は合わせて1件とします。



4. 手術技術度DとEの手術件数

どの程度難しい手術に対応できるのかを表す指標です。手術の難しさと必要な医師数を勘案した総合的な手術難度を技術度といい、AからEの5段階に分類しています。技術度DとEには熟練した外科経験を持つ医師・看護師や器具が必要なので、難易度の高い手術といえます。



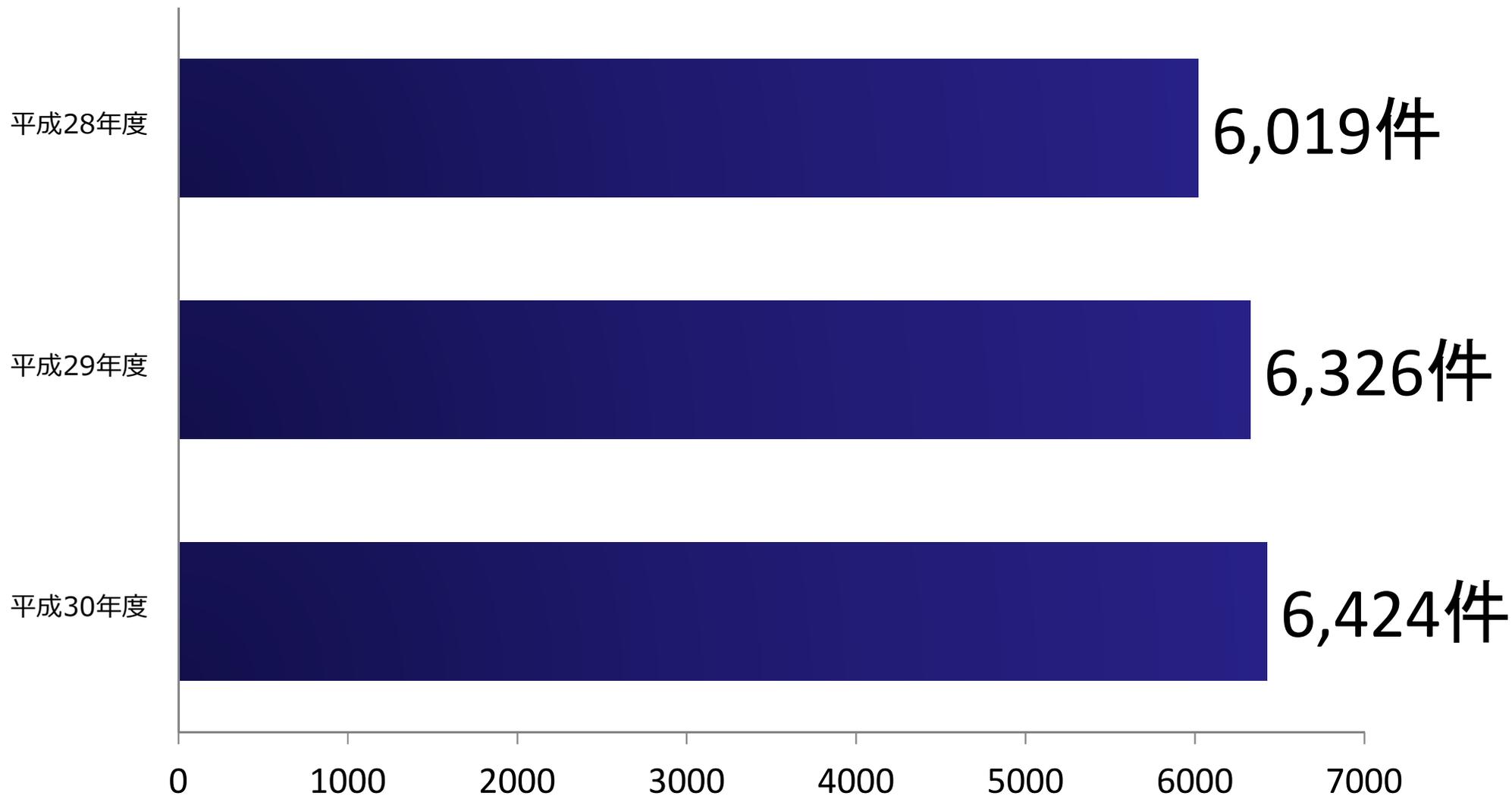
定義

外科系学会社会保険委員会連合(外保連)「手術報酬に関する外保連試案(第8版)」において技術度D、Eに指定されている手術の件数です。1手術で複数のKコードがある場合は、主たる手術のみの件数とします。人工心臓は装着時以外は件数に含めていません。



5. 手術全身麻酔件数

麻酔には、意識はあるが痛みを感じさせない状態にする局所麻酔と、呼吸管理のもと無意識にして痛みを感じさせなくする全身麻酔があります。全身麻酔では、局所麻酔に比べて麻酔医や手術看護師などの負担は大きくなるので、その数は手術部門の業務量を反映する指標となります。

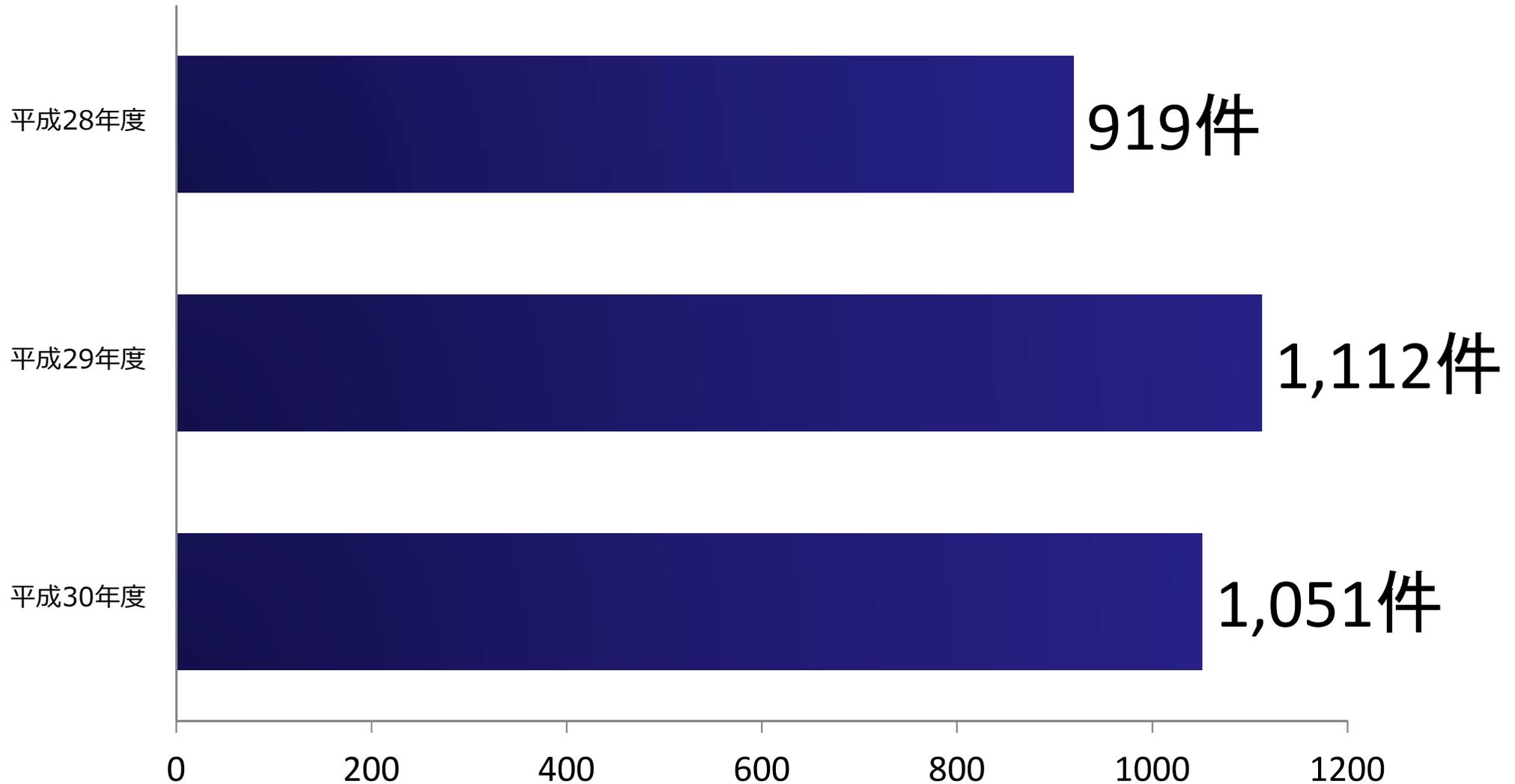


定義

手術目的の全身麻酔の件数です。検査等における全身麻酔件数は除きます。

6. 重症入院患者の 手術全身麻酔件数

重症な患者に全身麻酔をかけて手術する場合、生命の危険を含む様々な危険が伴うため、手術中以外にも十分に患者を観察し、慎重な麻酔を行える体制が必要となります。この指標は麻酔管理の難しい重症患者の手術ができる、麻酔能力の高さともいえます。

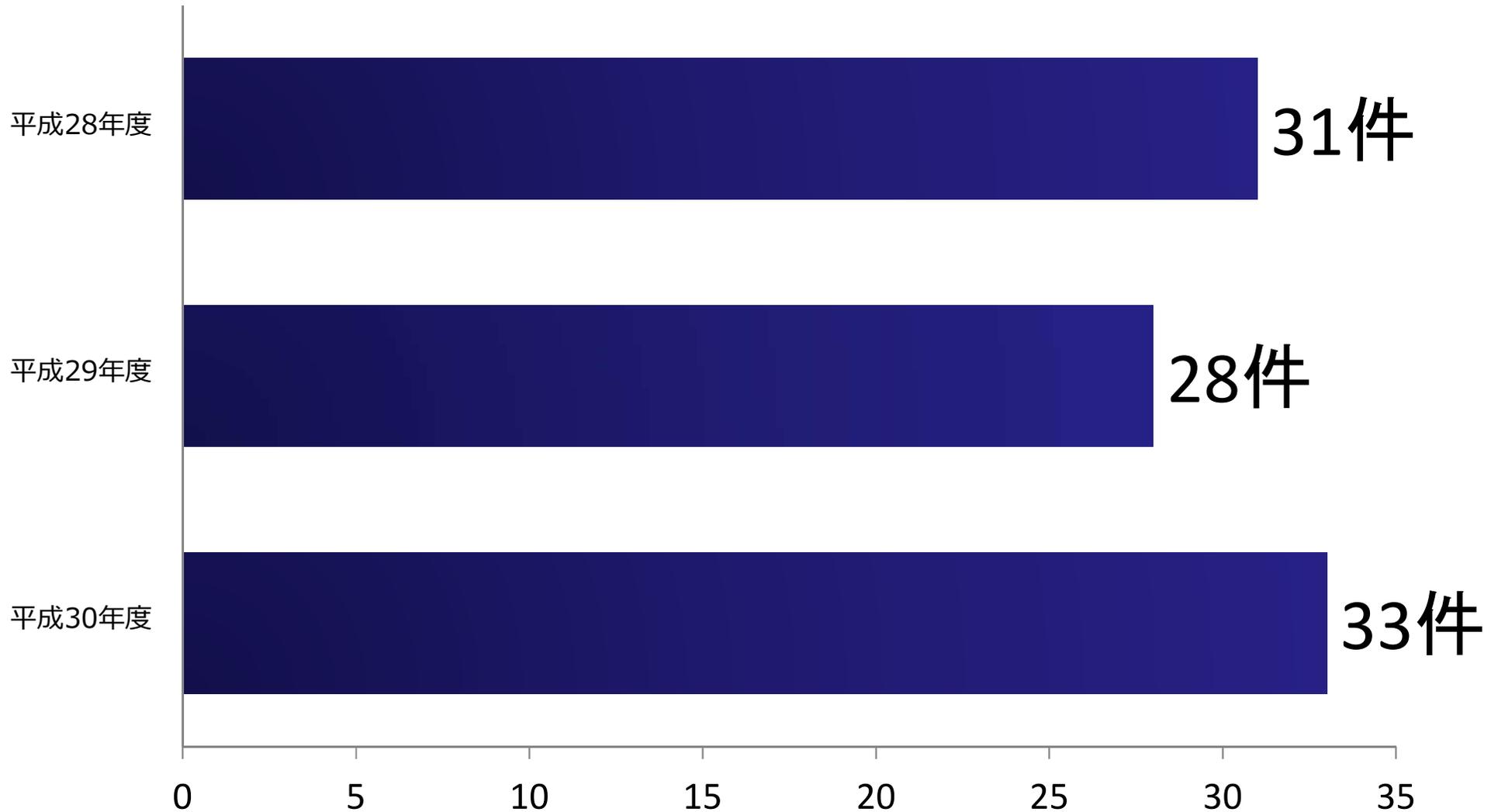


定義

医科診療報酬点数表における、「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(麻酔困難な患者)」の算定件数です。

7. 臓器移植件数 (心臓・肝臓・小腸・肺・膵臓)

臓器移植を行える施設は限られており、高度な医療技術、経験のある医療職、十分な設備を持つ国立大学附属病院の社会的責任の一つといえます。臓器別の件数は少ないので、ここでは五臓器の合計数を示します。

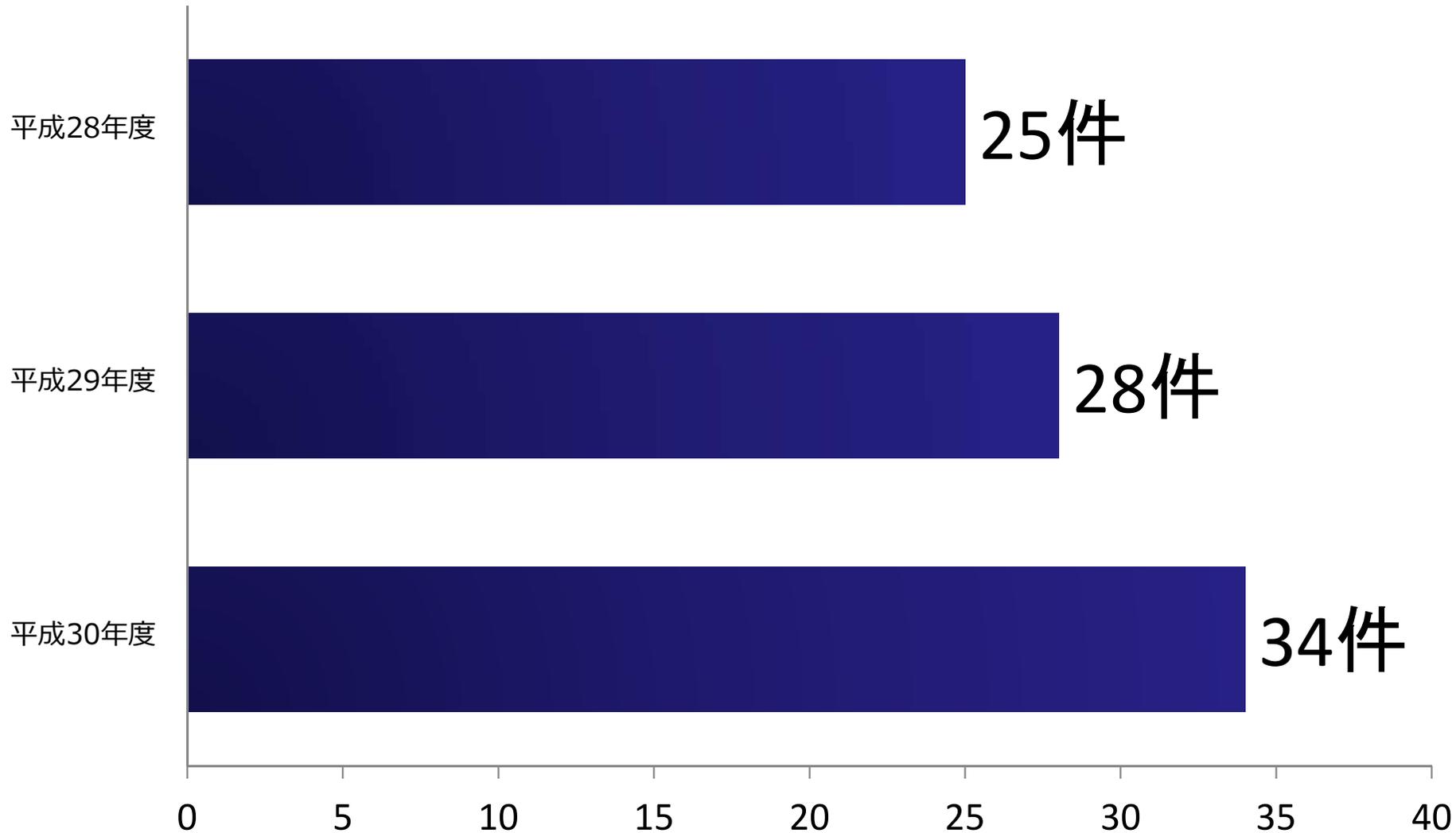


定義

1年間の、心臓・肝臓・小腸・肺・膵臓の移植件数です。同時複数臓器移植の場合は1件として計上します。

8. 臓器移植件数 (骨髄)

白血病などの血液悪性腫瘍の診療は高度な知識、技術、設備のある病院で行われる必要があり、その治療方法の一つが骨髄移植です。項目7の移植と比較すると普及しつつありますが、高度な医療を提供している証左といえます。

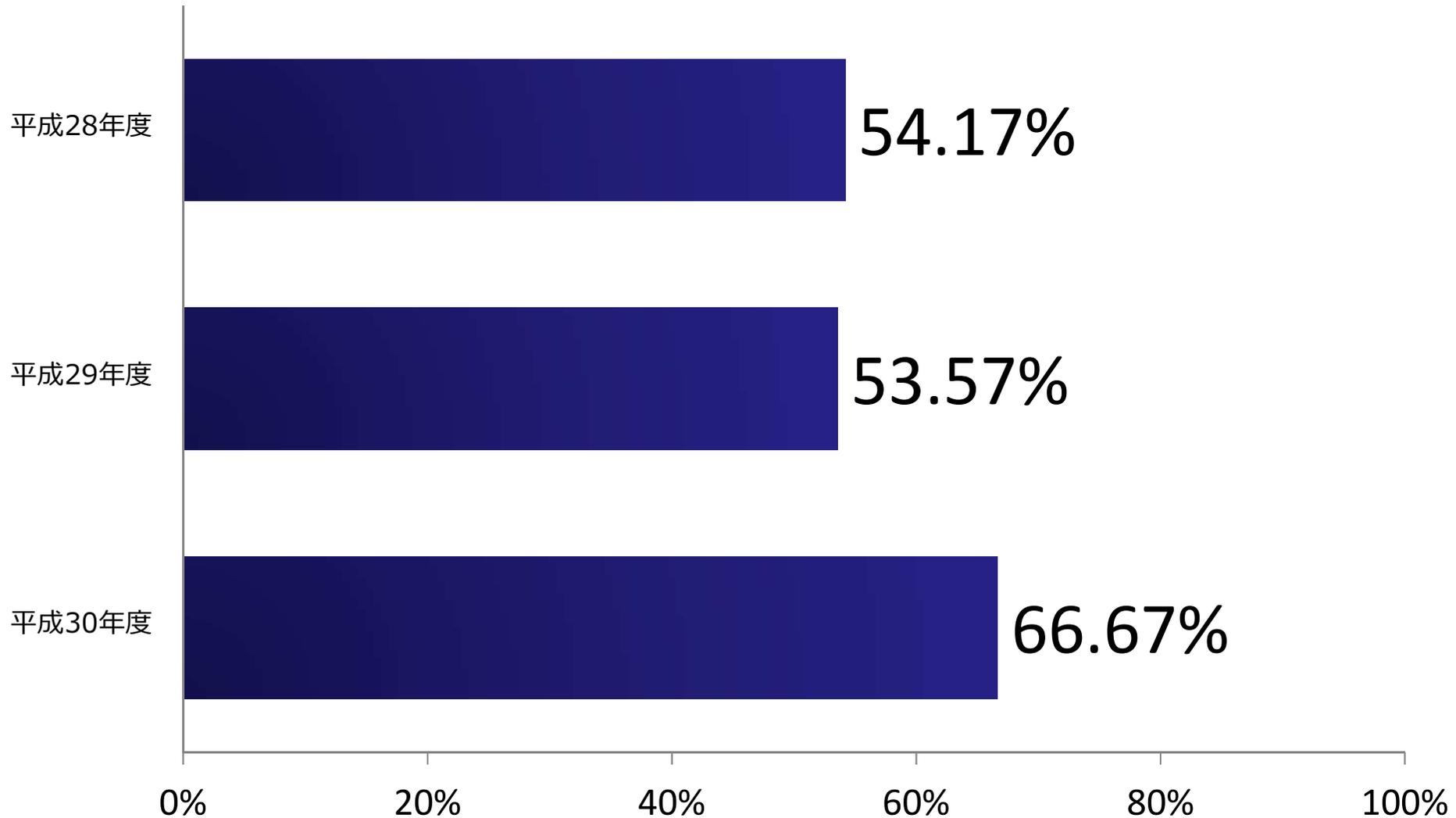


定義

1年間の骨髄移植の件数です。自家移植を含みます。

9. 脳梗塞の早期 リハビリテーション実施率

脳梗塞の患者の社会復帰のためには、発症後速やかなリハビリテーションを行うことが重要です。早期のリハビリテーション開始が、運動機能回復の促進、入院期間の短縮、生活の質の改善につながる可能性があることから、適切な治療の一つとして評価します。



定義

緊急入院した脳梗塞症例の早期リハビリテーション実施率(%)です。

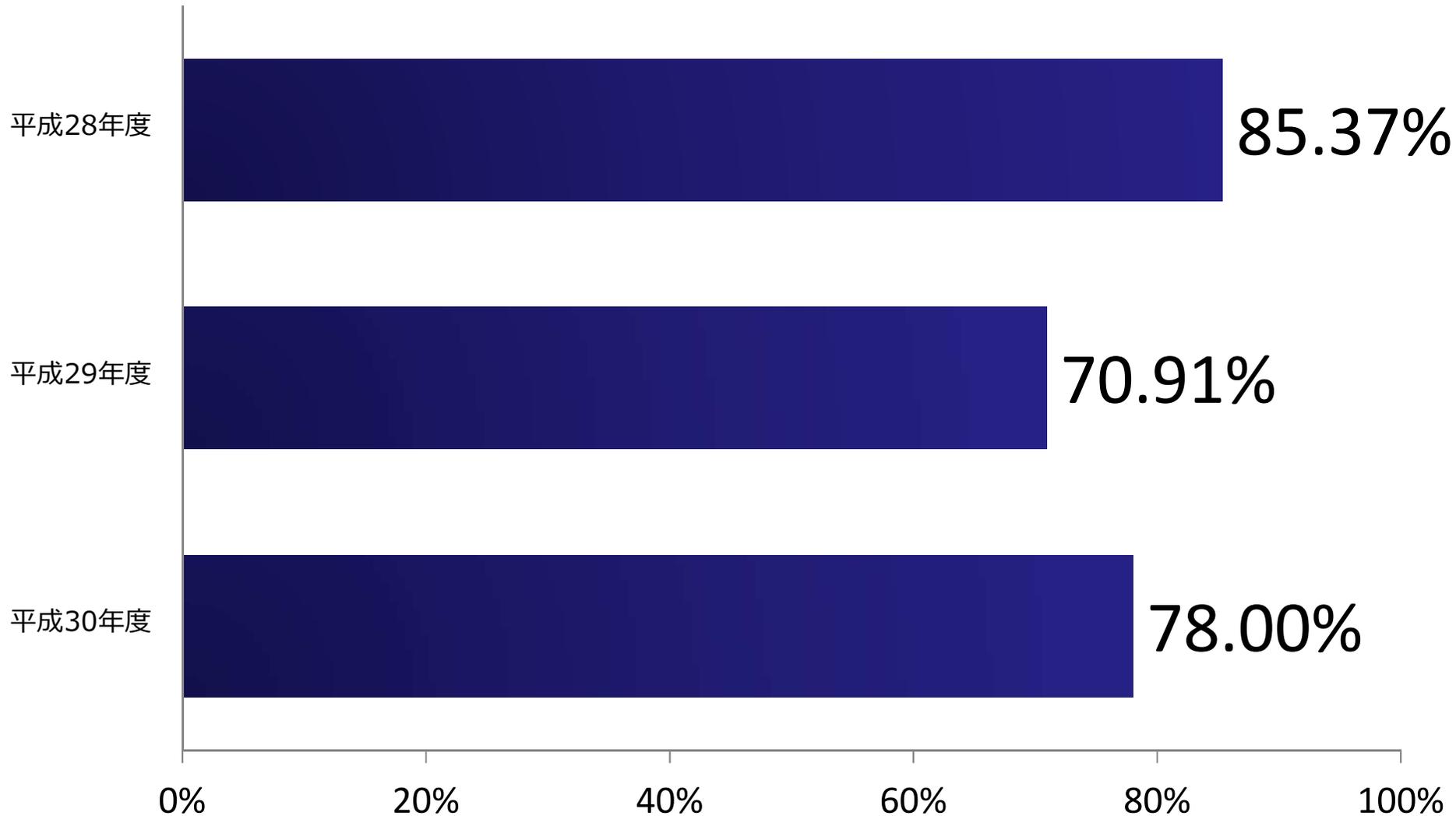
分子: 入院4日以内にリハビリテーションが開始された患者数です。

分母: 最も医療資源を投入した病名が脳梗塞の患者で、発症から3日以内、且つ緊急入院した患者数です。

院内発症した脳梗塞症例は含みません。3日以内退院と転帰が死亡である場合は除きます。再梗塞を含みます。

10. 急性心筋梗塞患者における入院当日もしくは翌日のアスピリン投与率

再び心筋梗塞を起こさないための予防として、血液を固まりにくくする作用を持つアスピリンという薬が有効です。この薬の投与は予後を改善させる標準的な治療の一つとされており、急性心筋梗塞でどのくらい標準的な診療が行われているかを表す指標といえます。



定義

急性心筋梗塞患者における入院当日もしくは翌日のアスピリン投与率(%)です。

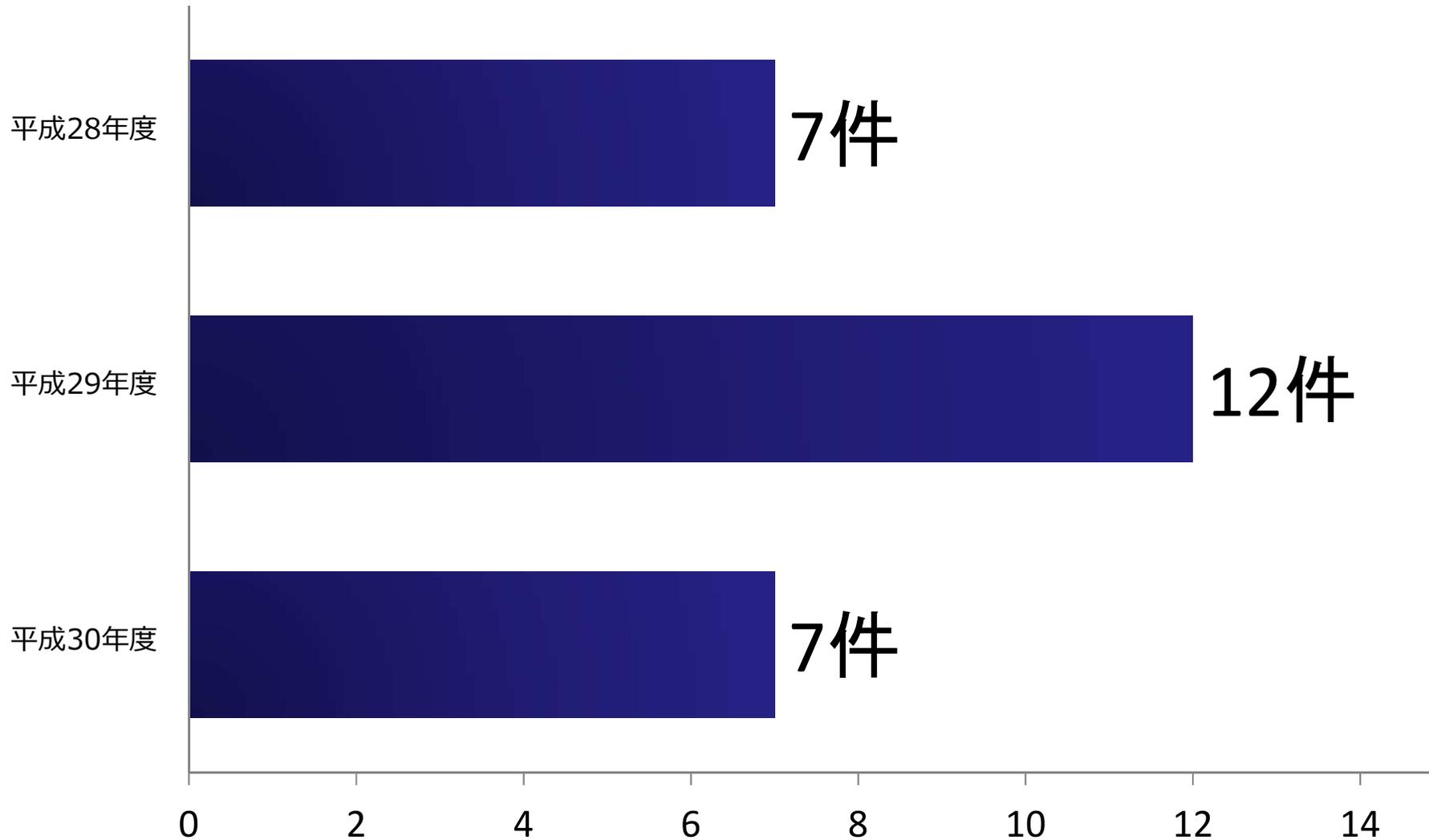
分子: 入院後2日以内にアスピリンが投与された症例数

分母: 急性心筋梗塞(診断群分類コード上6桁が「050030」)で入院した症例数(緊急入院のみ。再梗塞を含む)。

来院時死亡症例も含まれます。

11. 新生児のうち、 出生時体重が1500g未満の数

出生時体重が1500g未満の新生児を極小低出生体重児と言います。経験のあるスタッフと高度な設備が24時間体制で整備され、体温調節・人工呼吸・栄養管理などが行える新生児特定集中治療室(NICU)が治療には必要です。極小低出生体重児の数は重症度の高い周産期医療を提供していることを示します。

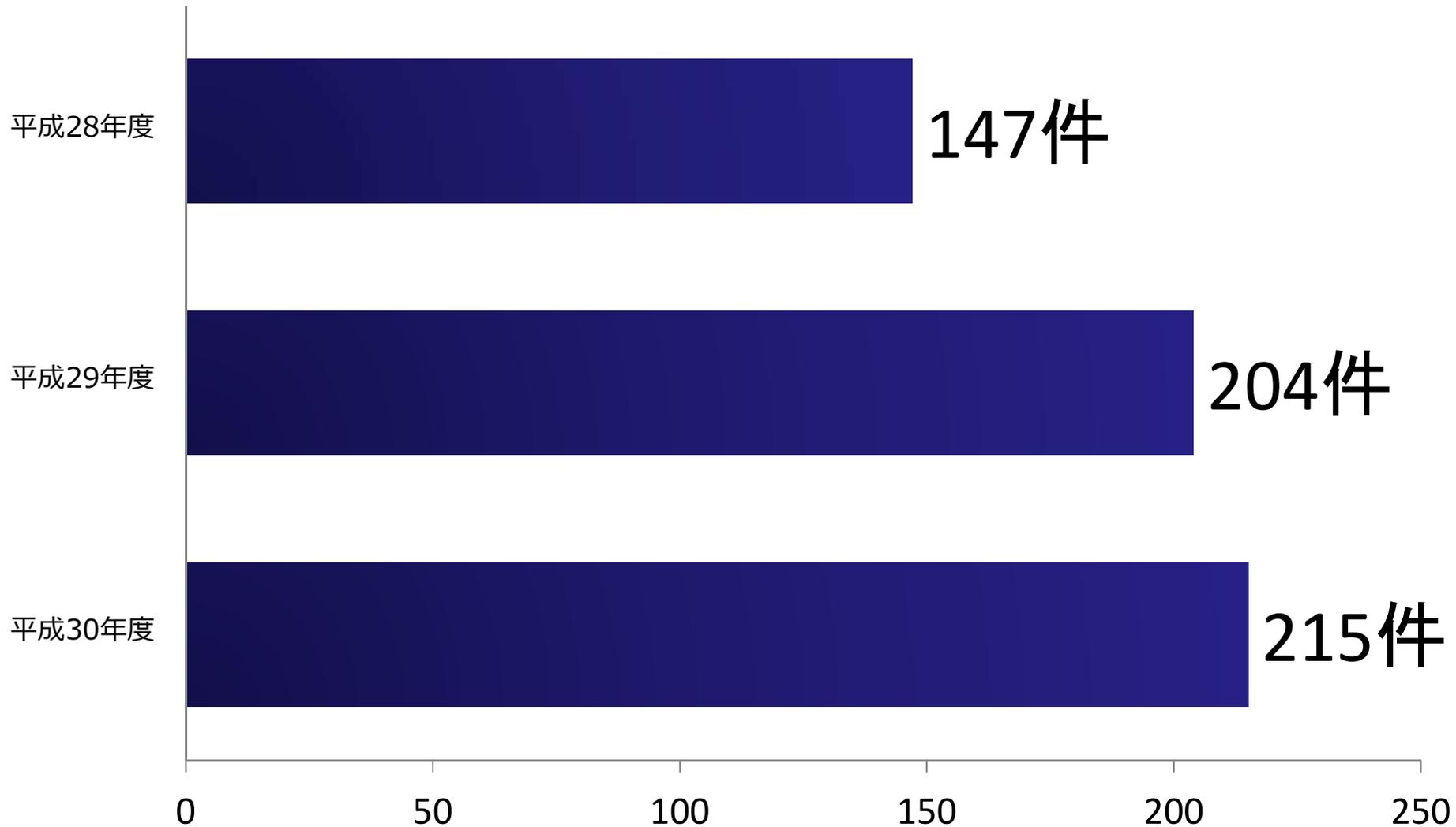


定義

自病院における出生数です。死産は除きます。

12. 新生児特定集中治療室 (NICU) 実患者数

新生児特定集中治療室 (NICU) とは、低体重児や早産児、先天性障害のある新生児を、専門の医師と看護師が、365日24時間体制で集中的に治療する病床です。産科小児科領域医療の「最後の砦」とも言われ、NICU実患者数は周産期医療の質と総合力の高さを表しているといえます。



定義

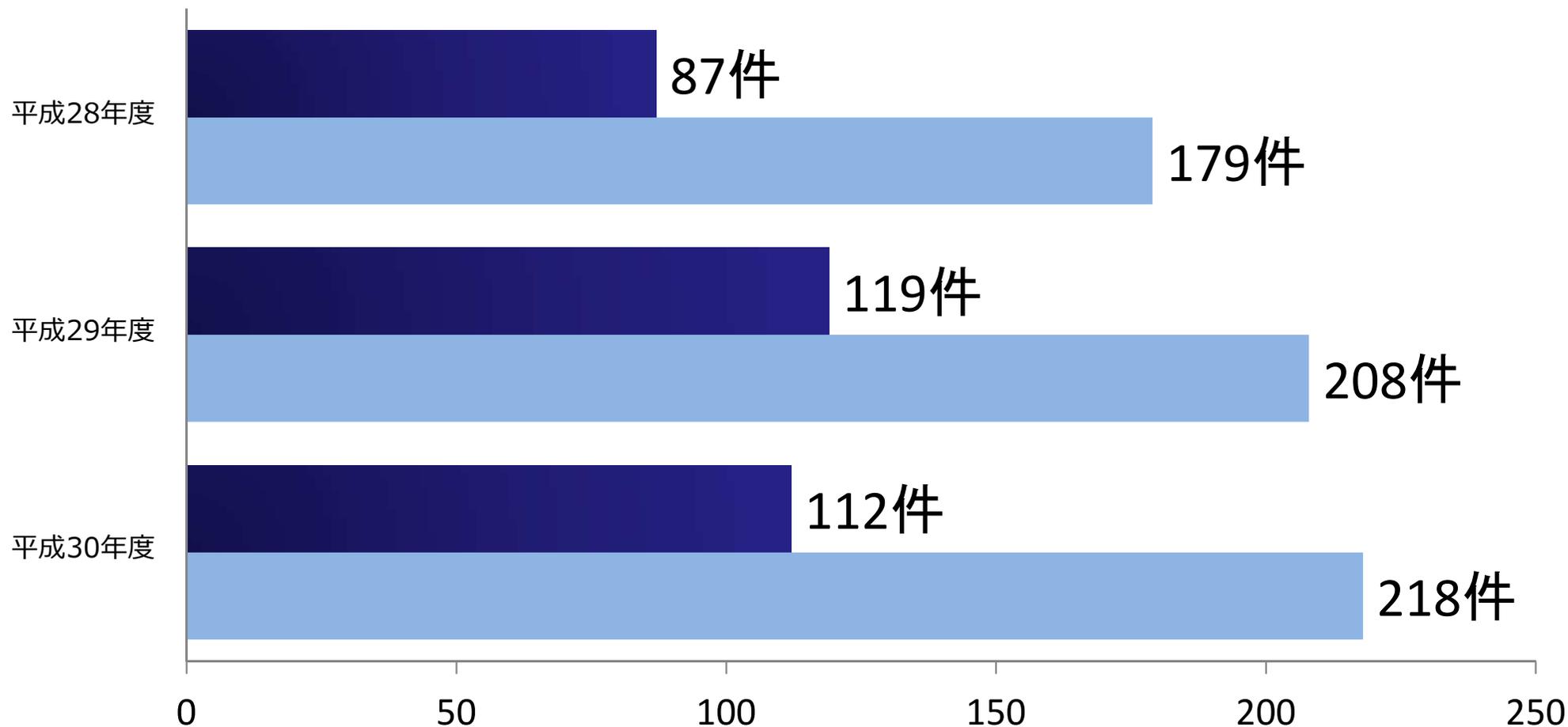
医科診療報酬点数表における、「A-302 新生児特定集中治療室管理料」及び「A-303 総合周産期特定集中治療室管理料2-新生児集中治療室管理料」を算定する新生児特定集中治療室 (NICU) にて集中的に治療を行った実人数です。(延べ人数ではありません。)



13. 緊急帝王切開数

分娩中に急きよ帝王切開が必要になった場合、帝王切開を行うことのできる医師、生まれた新生児への治療ができる小児科医師、麻酔医、看護師、手術室等の設備が必要であり、緊急時の総合的な周産期医療提供能力を表す指標といえます。

■ 緊急入院のみ ■ 予定入院含む

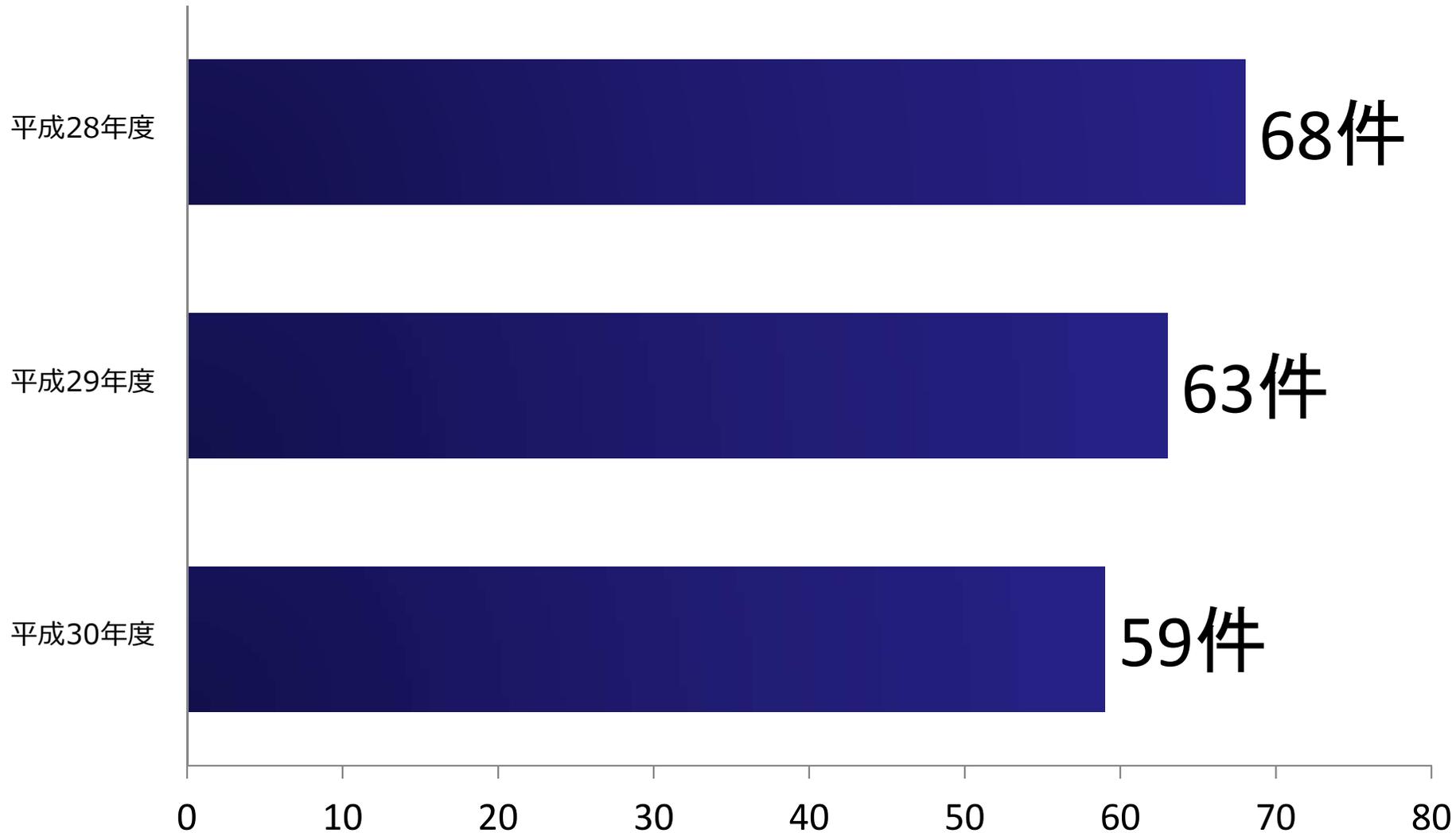


定義

医科診療報酬点数表における「K898 帝王切開術1-緊急帝王切開、帝王切開術2-選択帝王切開、帝王切開術3-前置胎盤を合併する場合または32週未満の早産の場合」の算定件数です。
分娩患者に対する割合などではなく実数として評価します。

14. 直線加速器による 定位放射線治療患者数

定位放射線治療とは、凹凸のあるがん病巣の形状に合わせて様々な角度と照射範囲で放射線照射を行う治療です。周りの正常な組織を傷つけずに病巣のみを治療するためには、綿密な計画と正確な位置決めが必要なことから、高度な放射線治療の施行力を表す指標といえます。

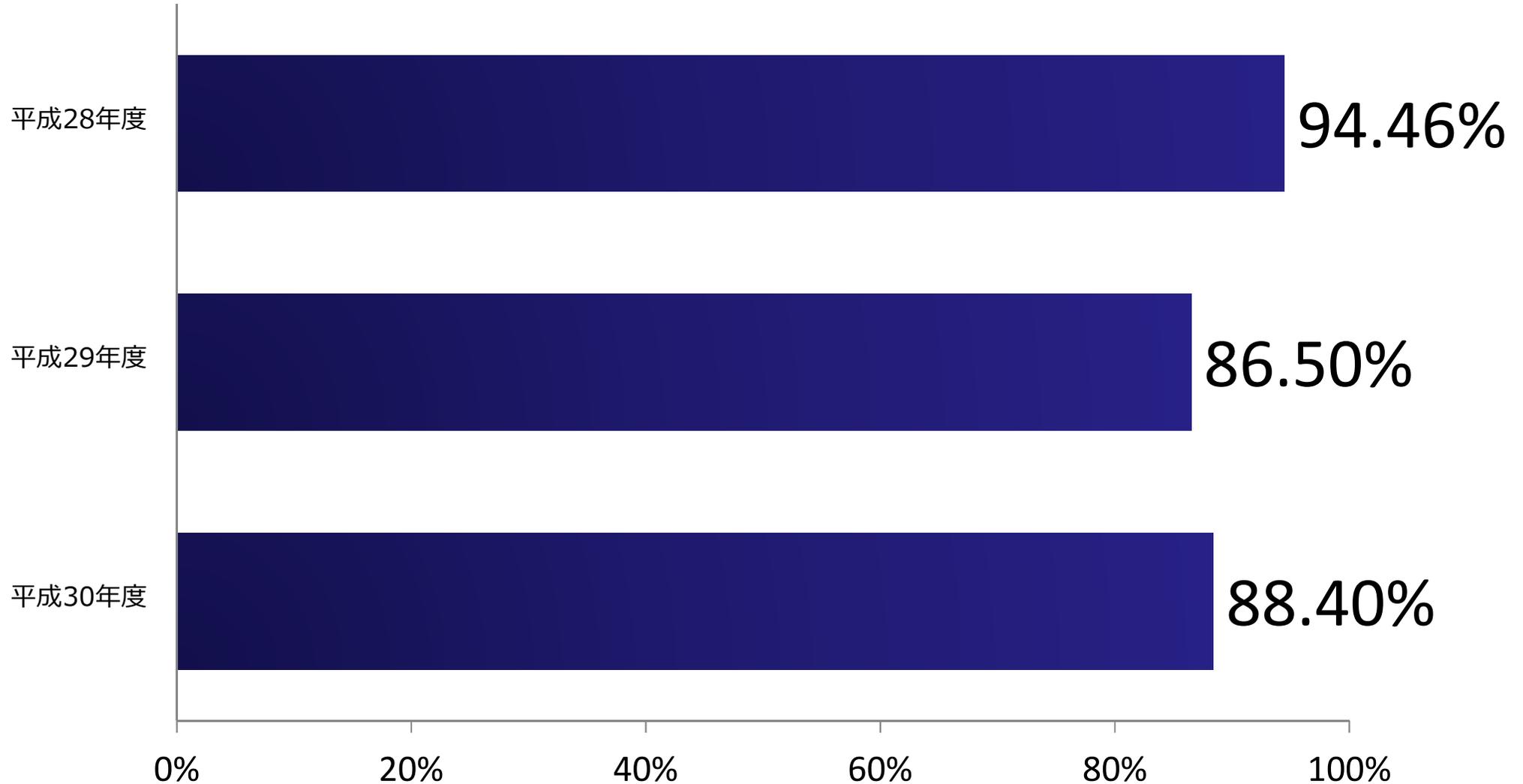


定義

医科診療報酬点数表における、「M001-3 直線加速器による定位放射線治療」の算定件数です。

15. 放射線科医がCT・MRIの 読影レポート作成を翌営業日 までに終えた割合

高度な医療の提供には、より早く正確な画像診断が必要です。CT・MRIが放射線科医の監督の下に適切に行われていることを示す指標とも言えるので、高い実施率が望まれます。

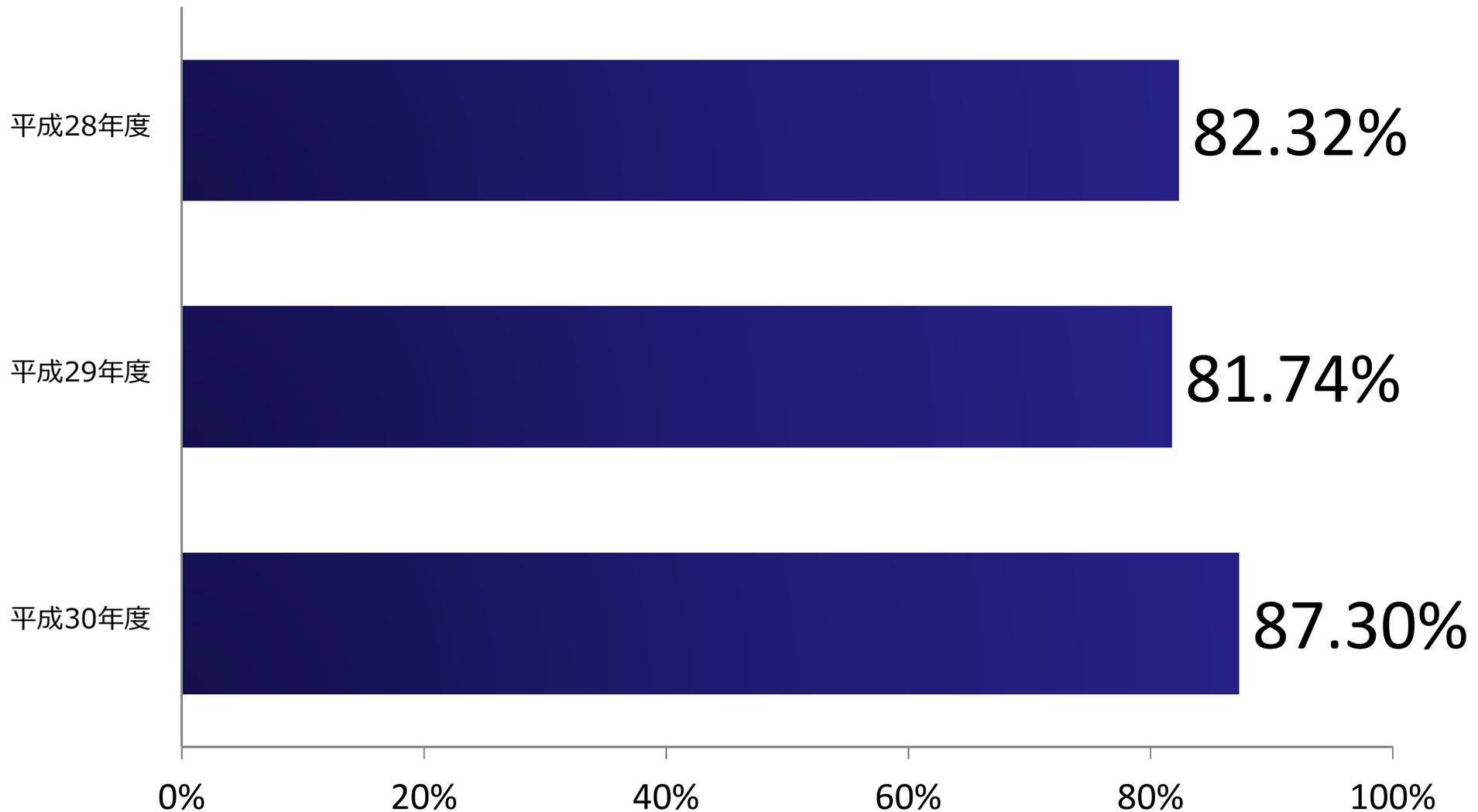


定義

1年間の「翌営業日までに放射線科医が読影したレポート数」を「CT・MRI 検査実施件数」で除した割合(%)です。「放射線科医」とは医科診療報酬点数表の画像管理加算の要件に従い、経験10年以上、専ら画像診断に従事する者を指します。

16.放射線科医が核医学検査の 読影レポート作成を翌営業日 までに終えた割合

項目15と同様に、核医学検査における適切な画像診断がなされていることを評価する指標です。核医学検査が放射線科医の監督の下に適切に行われていることを示す指標ともいえます。



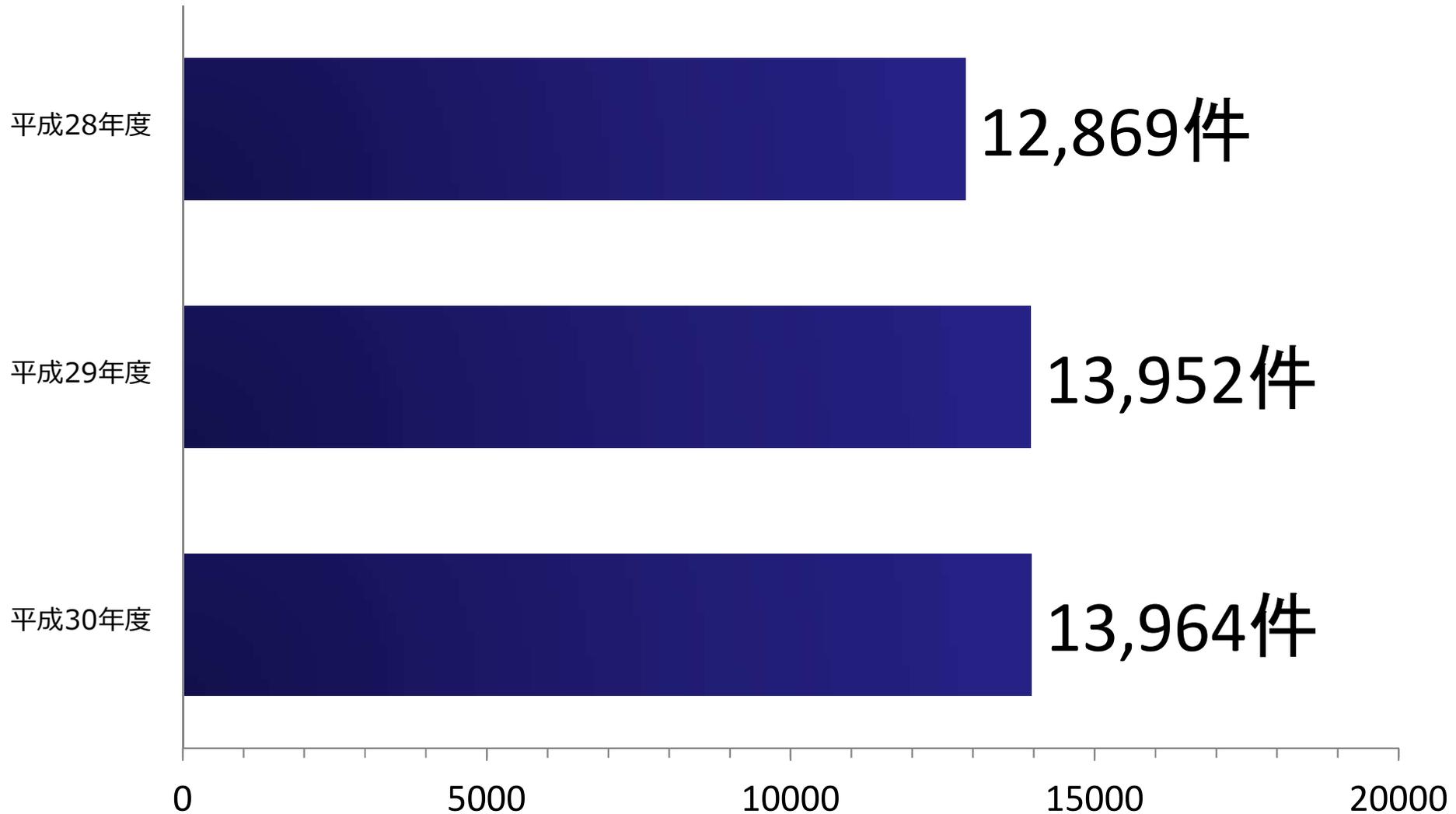
定義

1年間の「翌営業日までに放射線科医(及び、核医学診療科医)が読影したレポート数」を「核医学検査実施件数」で除した割合(%)です。

「放射線科医」とは医科診療報酬点数表の画像管理加算の要件に従い、経験10年以上、専ら画像診断に従事する者を指します。

17. 病理組織診断件数

病理診断に基づいて、治療の必要性や治療方法が選択されます。件数が多いほど正確な診断が適時適切に行われていることを表す指標です。



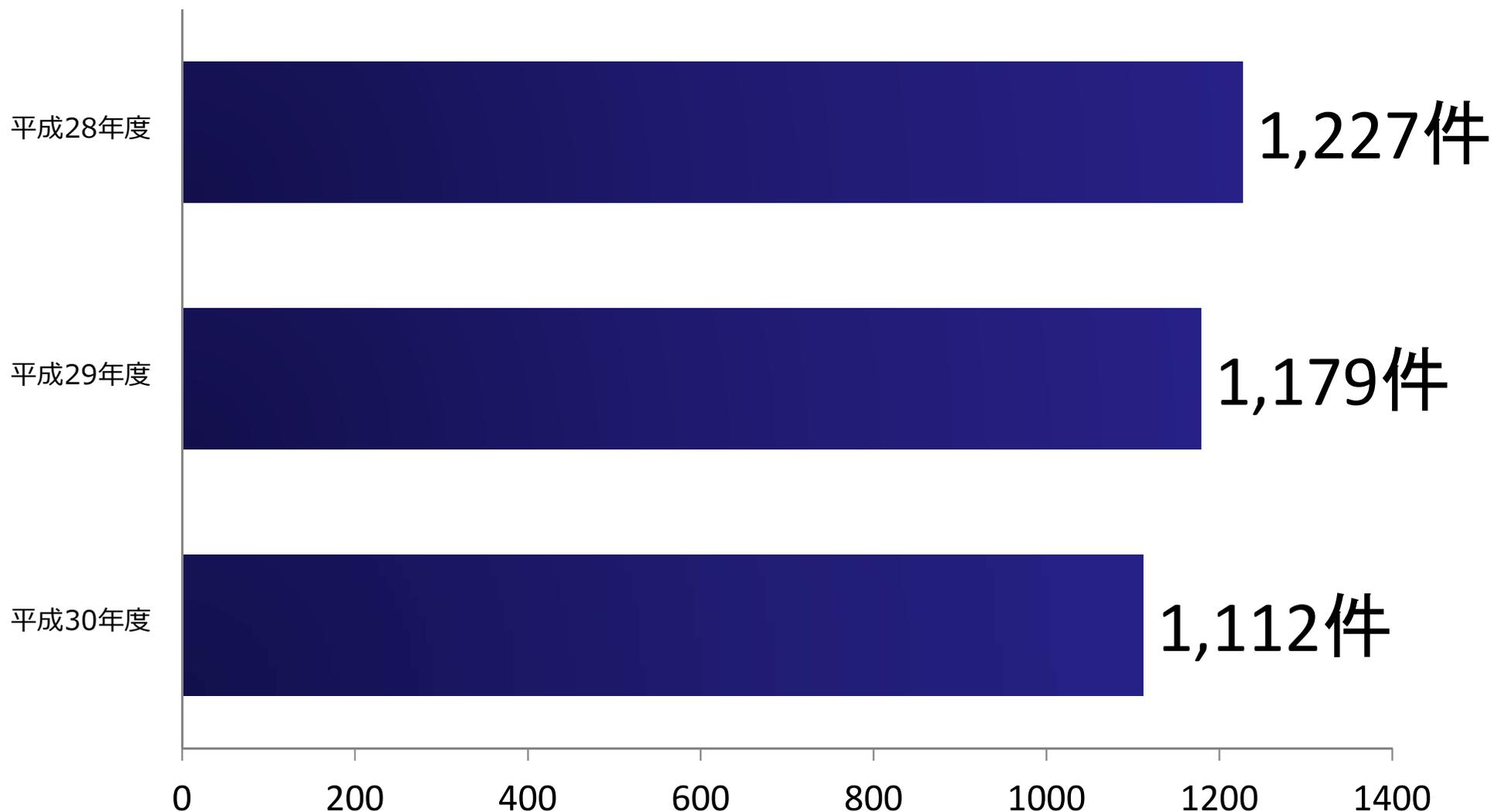
定義

医科診療報酬点数表における、「N000 病理組織標本作製(T-M)」及び「N003 術中迅速病理組織標本作製(T-M/OP)」の算定件数です。入院と外来の合計として、細胞診は含めません。



18. 術中迅速病理 組織診断件数

時として手術中にも病理診断は行われ、それに基づいて病巣切除の適否や切除範囲が決められます。切除された標本を限られた時間内で処理し、迅速かつ正確な診断のできる熟練病理医と設備が必要となり、件数が増加するほど、これらの機能の充実を表します。

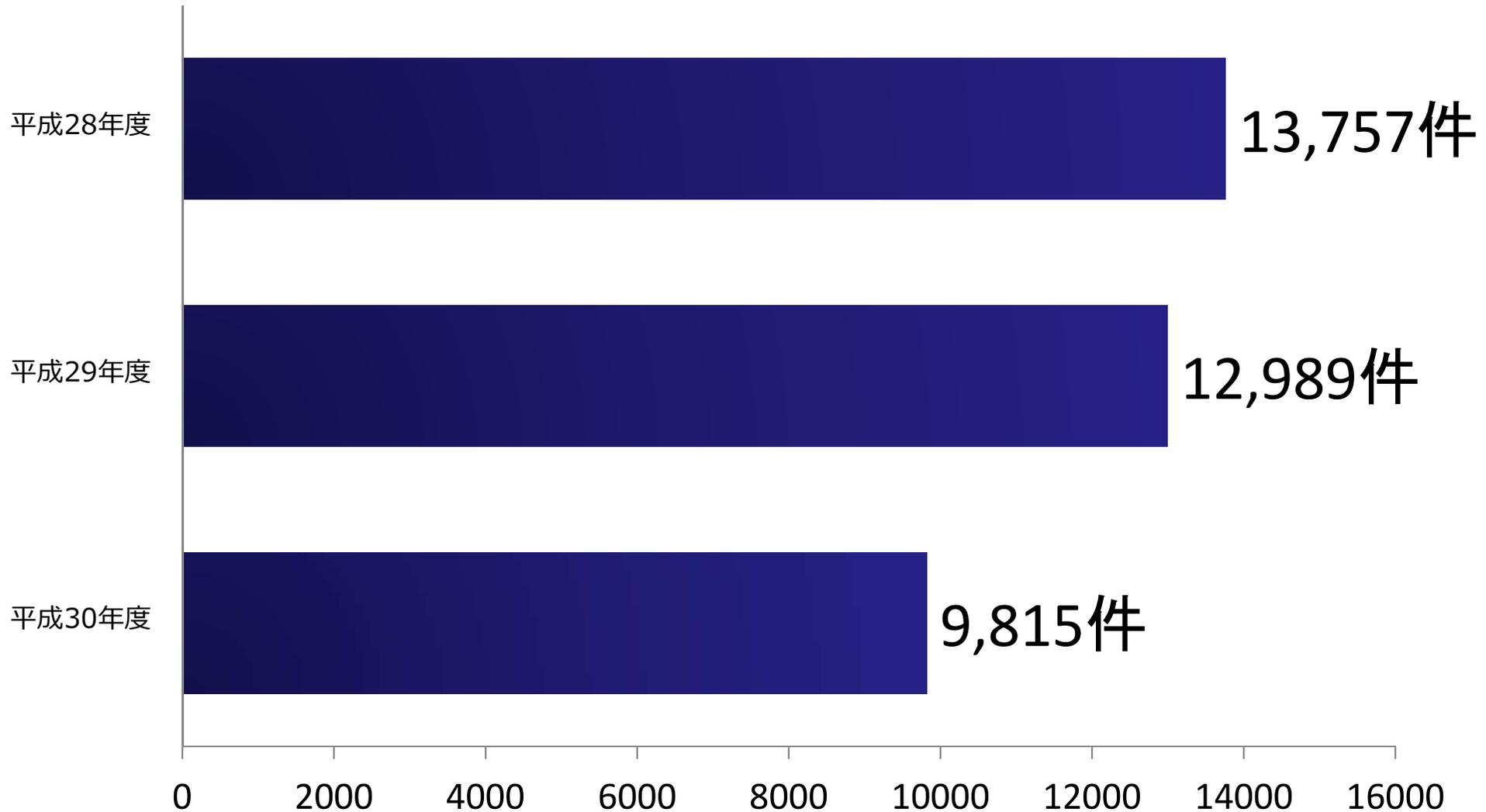


定義

医科診療報酬点数表における「N003 術中迅速病理組織標本作製(T-M/OP)、N003-2術中迅速細胞診」の算定件数です。

19. 薬剤管理指導料 算定件数

医師の指示に基づき薬剤師が入院患者に行う服薬指導についての指標です。薬剤に関する注意事項、効果、副作用をわかりやすく説明し、患者とともに有効かつ安全な薬物療法が行われることを担保するものです。

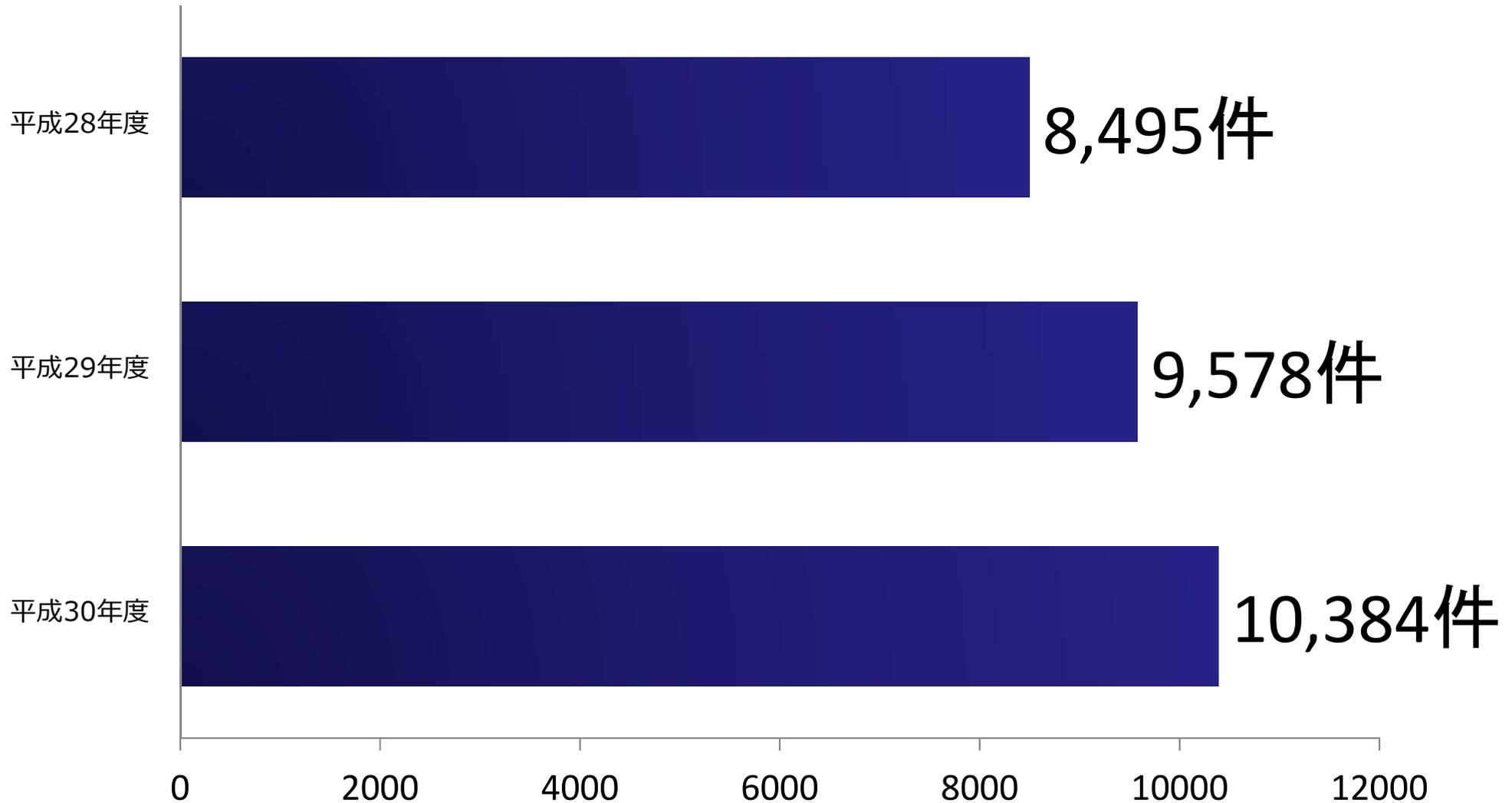


定義

医科診療報酬点数表における「B008 薬剤管理指導料(1)(2)」の算定件数です。

20. 外来でがん化学療法を行った延べ患者数

近年、がん化学療法の多くが外来で行えるようになり、日常生活を送りながら治療を受けられるようになりました。外来で適切に化学療法を行うためには、担当の医師、看護師、薬剤師等の配置が必要になります。外来化学療法を行えるだけの職員、設備の充実度を表現する指標です。

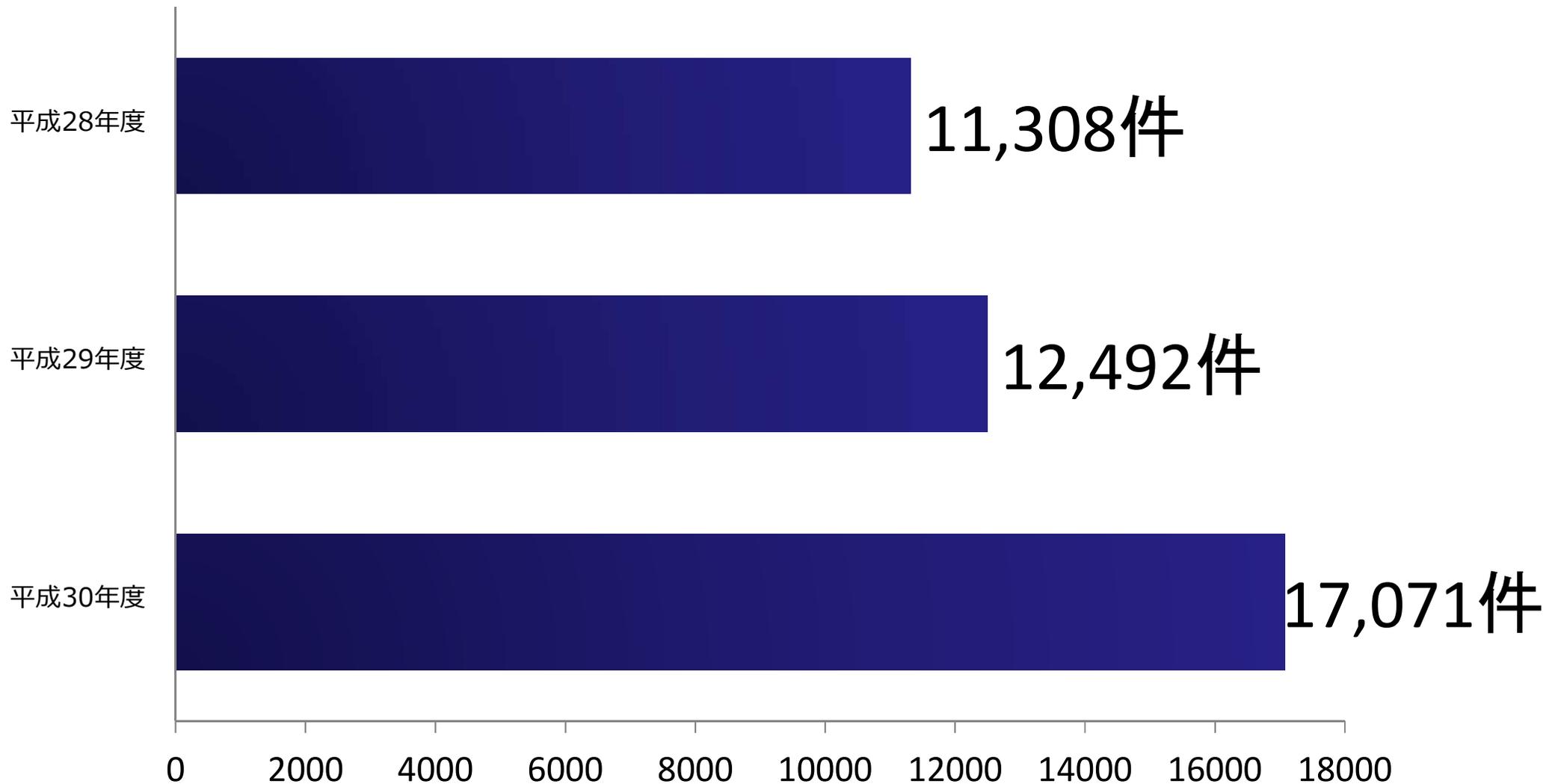


定義

医科診療報酬点数表における「第6部注射通則6 外来化学療法加算」の算定件数です。

21. 無菌製剤処理料 算定件数

がん化学療法や特別な栄養管理に使われる注射薬の準備には、滅菌された環境（クリーンベンチ）と経験が豊富な薬剤師が必要です。適切な無菌管理による高度な薬物治療を提供していることを表現する指標です。

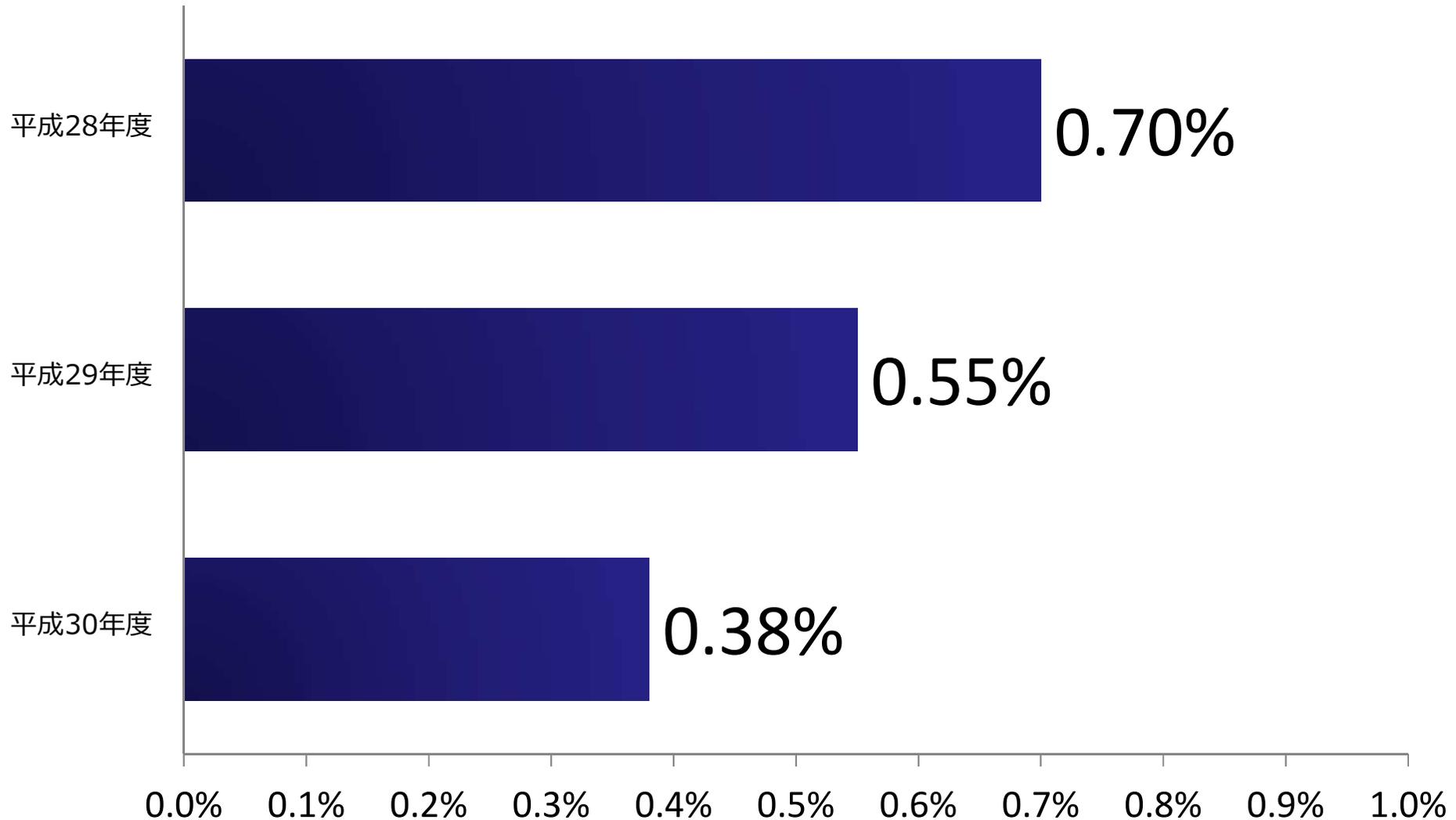


定義

医科診療報酬点数表における「G020 無菌製剤処理料(1)(2)」の算定件数です。入院診療と外来診療の合計です。

22. 褥瘡発生率

入院中に発生した褥瘡（床ずれ）は、患者のQOL（生活の質）の低下させ、結果的に入院期間の長期化につながることもあります。当該指標は予防への取り組みとその効果を示す指標です。

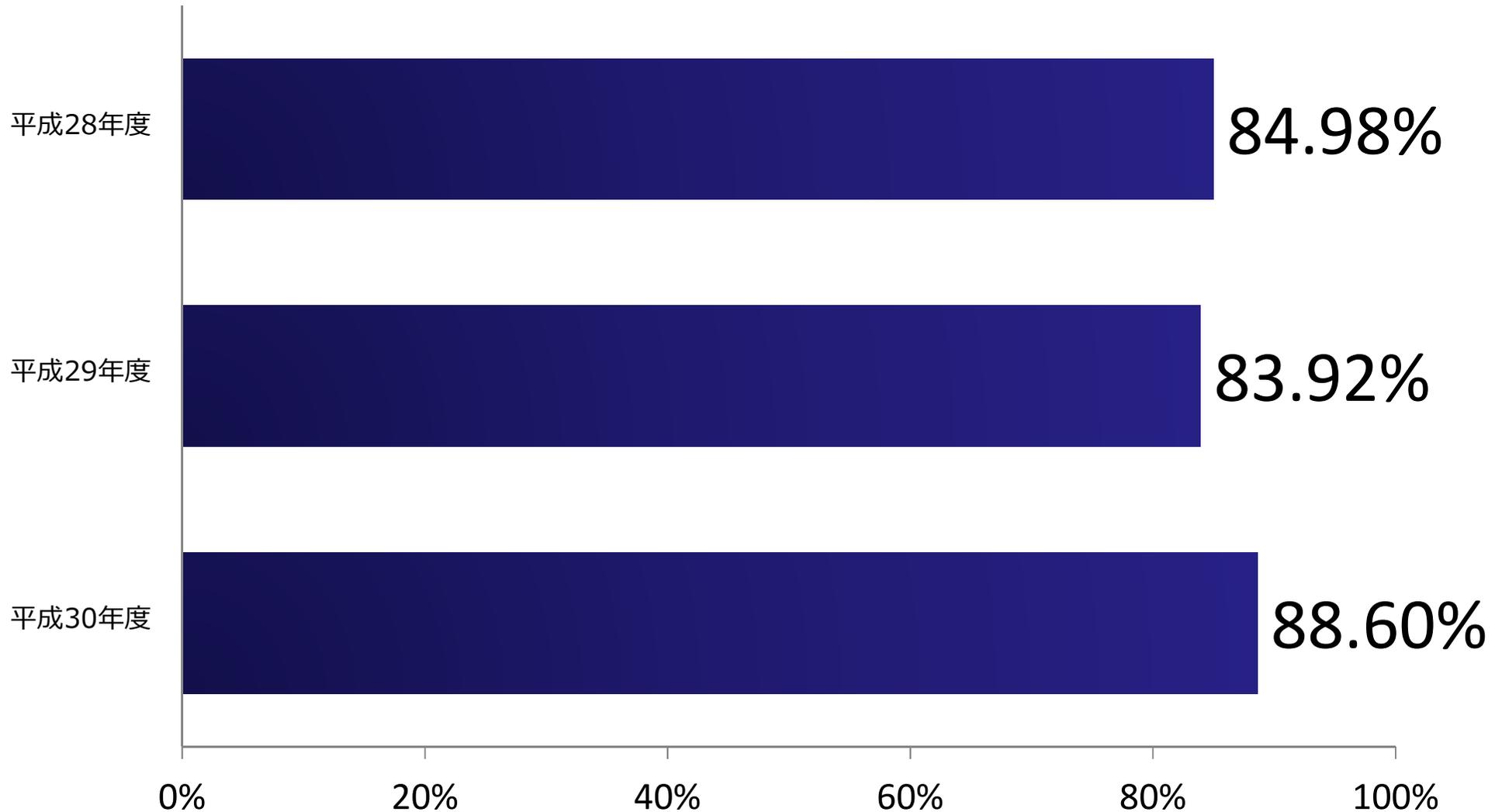


定義

1年あたりの褥瘡発生率(入院してから新しく褥瘡を作った患者比率(%))です。

23-1. 手術あり肺血栓塞栓症 予防対策実施率

肺塞栓症はエコノミークラス症候群ともいわれ、血の固まり（血栓）が肺動脈に詰まり、呼吸困難や胸痛を引き起こし、死に至ることもある疾患です。長期臥床や下肢または骨盤部の手術後に発症することが多く、適切に予防することが重要になります。

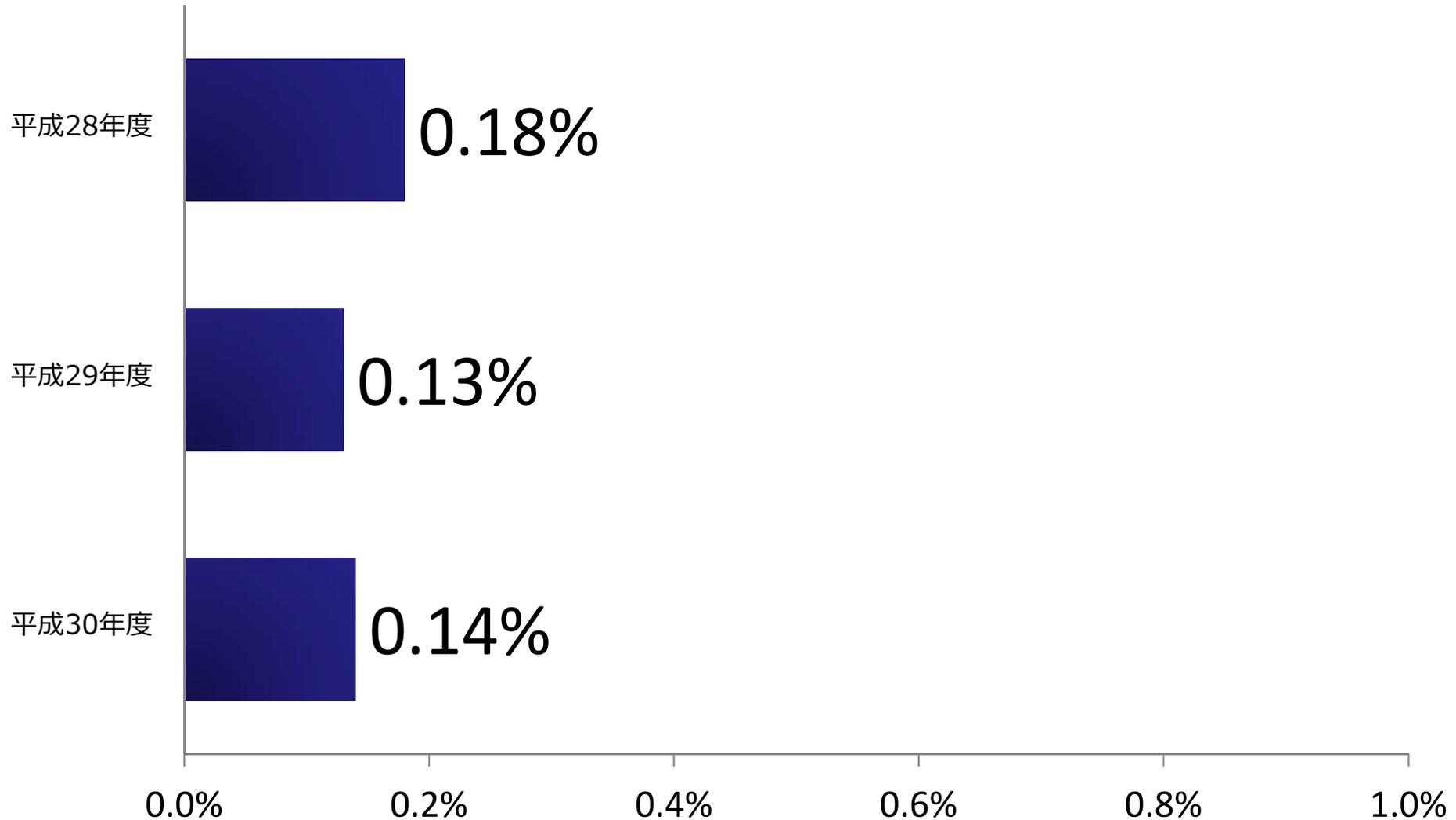


定義

肺塞栓症リスクの高い患者に対する、予防対策の実施割合です。
本院では、15歳以上の全症例にリスク評価を行い、リスクの高い患者に予防対策を実施しています。

23-2. 手術あり患者の 肺塞栓症の発生率

項目23-1と同様に、肺塞栓症予防に対する病院全体の取り組みの結果を表現する指標です。

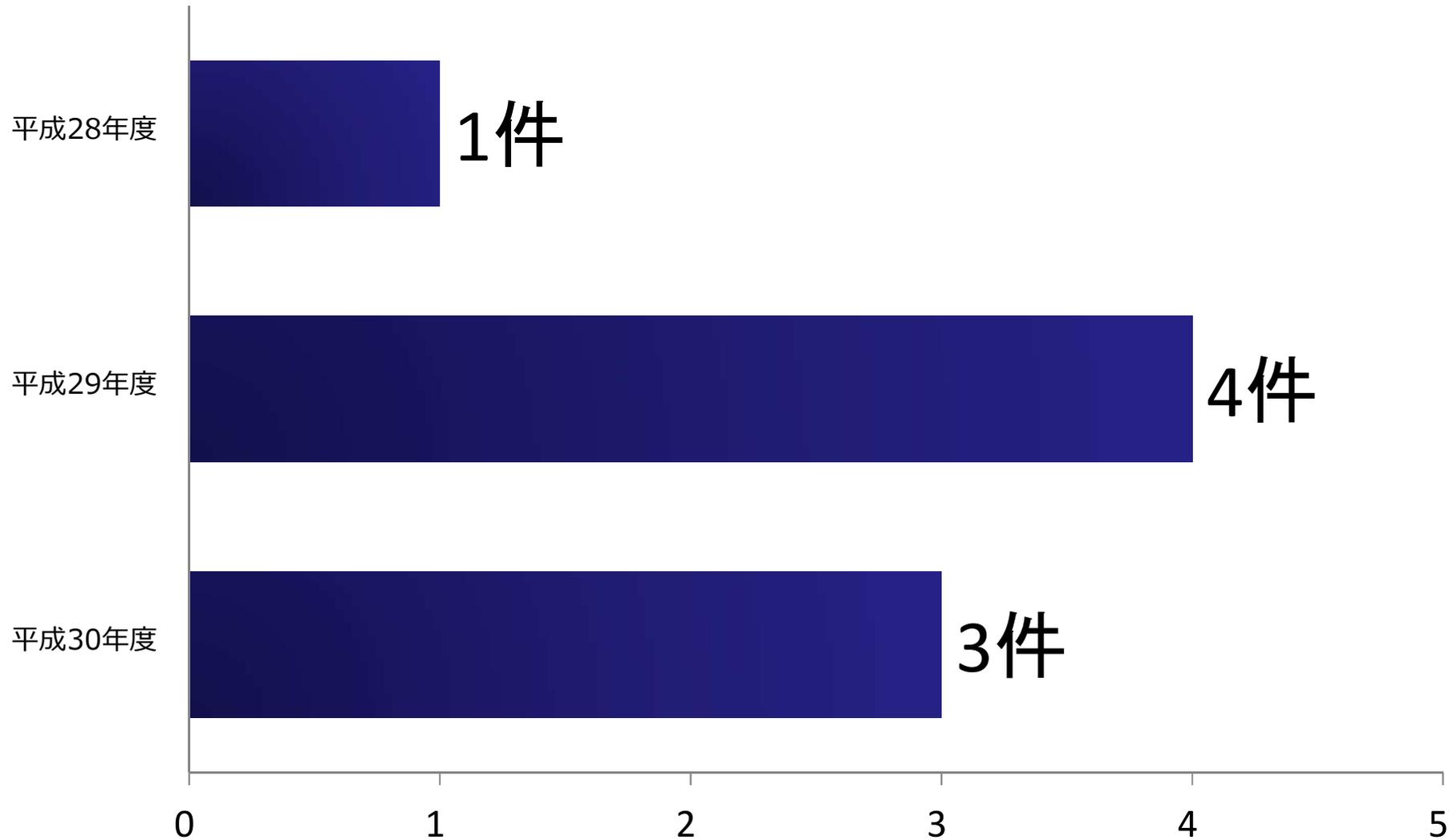


定義

肺塞栓症リスクの高い患者に対する、肺塞栓症の発生率(%)です。

24. 多剤耐性緑膿菌(MDRP)による院内感染症発生患者数

抵抗力が低下した患者が多剤耐性緑膿菌（MDRP）に感染すると、難治性の感染症を引き起こし死に至る場合があります。手洗いなど適切な介入によりかなりの程度で発症頻度を減じることが可能です。十分な感染対策を行っていることを表す指標です。

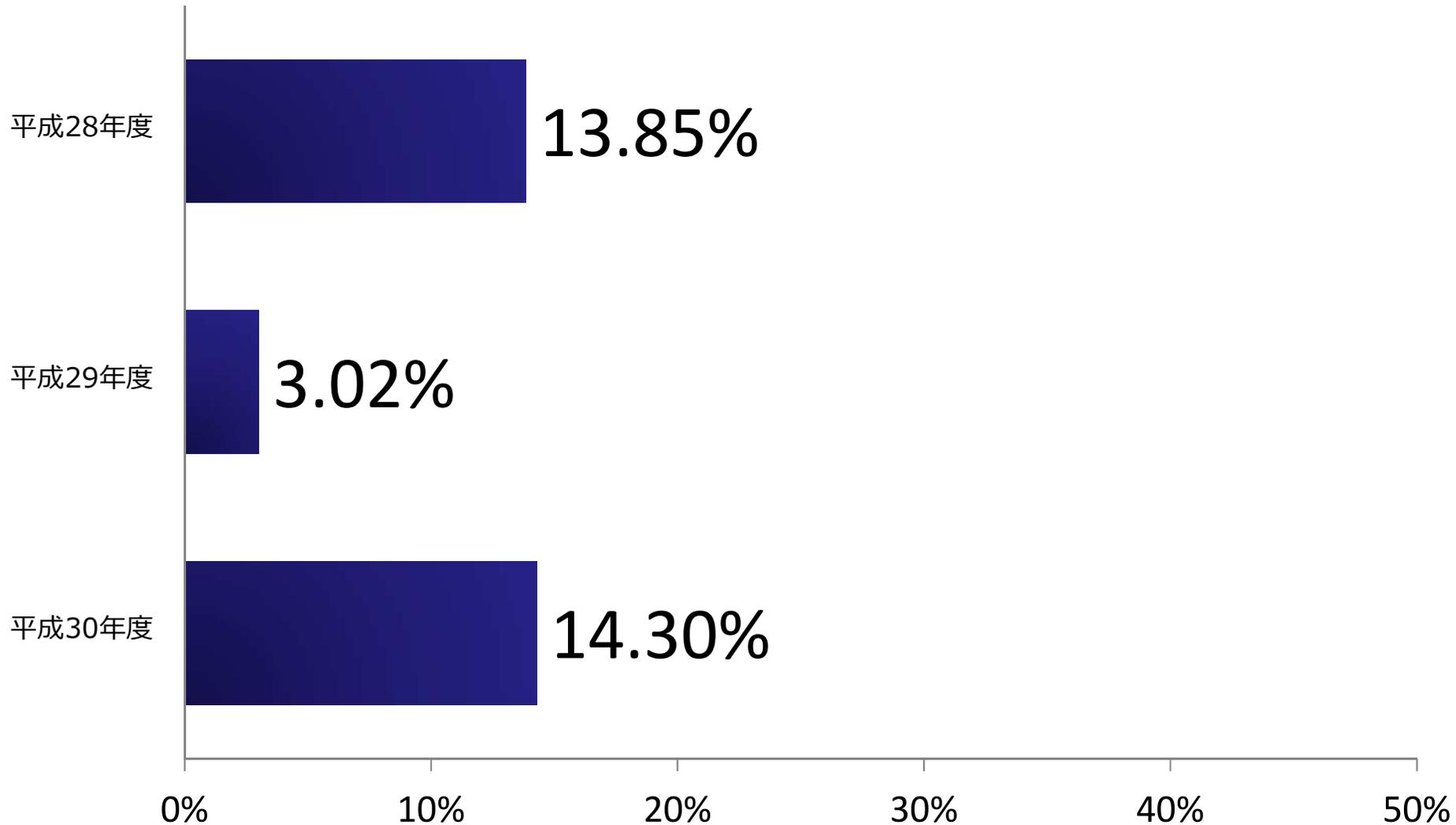


定義

1年間の新規MDRP発生患者数です。
保菌者による持ち込み感染は除き、入院3日目以降に発生したものを計上します。

25. CPC（臨床病理検討会） の検討症例率

CPC（臨床病理検討会）とは、臨床医・病理医などが、治療中に院内で死亡し病理解剖が行われた症例について診断や治療の妥当性を検証する症例検討会で、診療行為を見直すことで得られた知見を、今後の治療に役立てるために行われます。医学生、研修生の教育にも寄与するもので、その取組の状況を表す指標です。

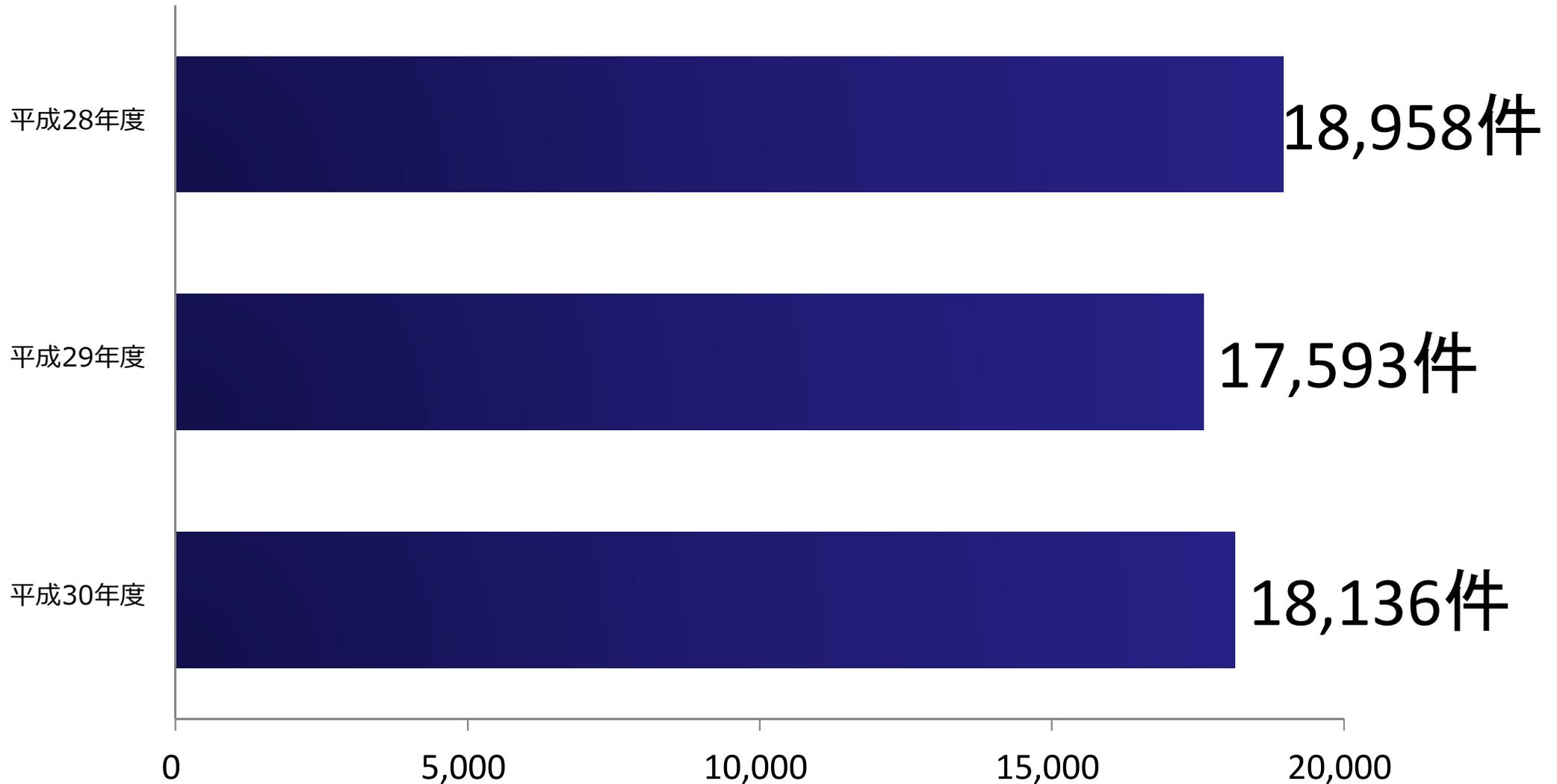


定義

1年間のCPC(臨床病理検討会)の件数を死亡患者数で除した割合(%)です。自病院での死亡退院を対象とします。ただし、学外で病理解剖が行われた症例について、病理解剖を担当した医師を招いて実施した症例は検討症例数に含めません。

26. 新規外来患者数

地域の民間病院との連携を強化し、より多くの患者に高度な医療を提供することが国立大学附属病院の使命の一つです。新規外来患者の診療数は、より多くの患者に高度医療を提供していることを表す指標となります。



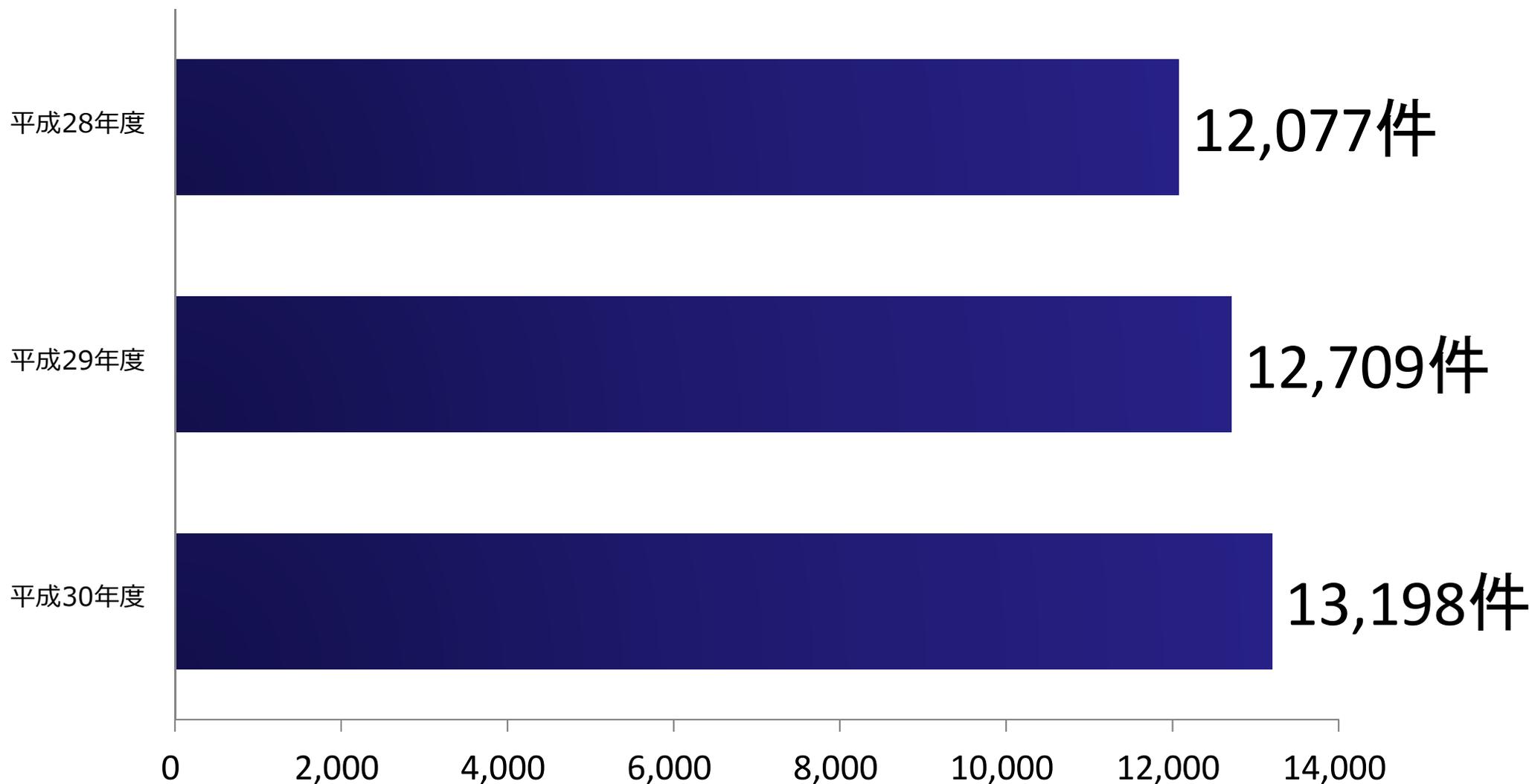
定義

1年間に新規にIDを取得し、かつ診療録を作成した患者数です。
診療科単位ではなく病院全体単位で新規にIDを取得した場合が該当します。外来を経由しない入院も含まれます。



27. 初回入院患者数

項目26と同様の考えで、新規に入院診療を行う患者数を示す指標です。入退院を繰り返すことが多い疾患を数えた場合、病院に新規の治療で入院した患者数を反映しません。本項目はより多くの患者に新たに入院医療を提供していることを表す指標です。

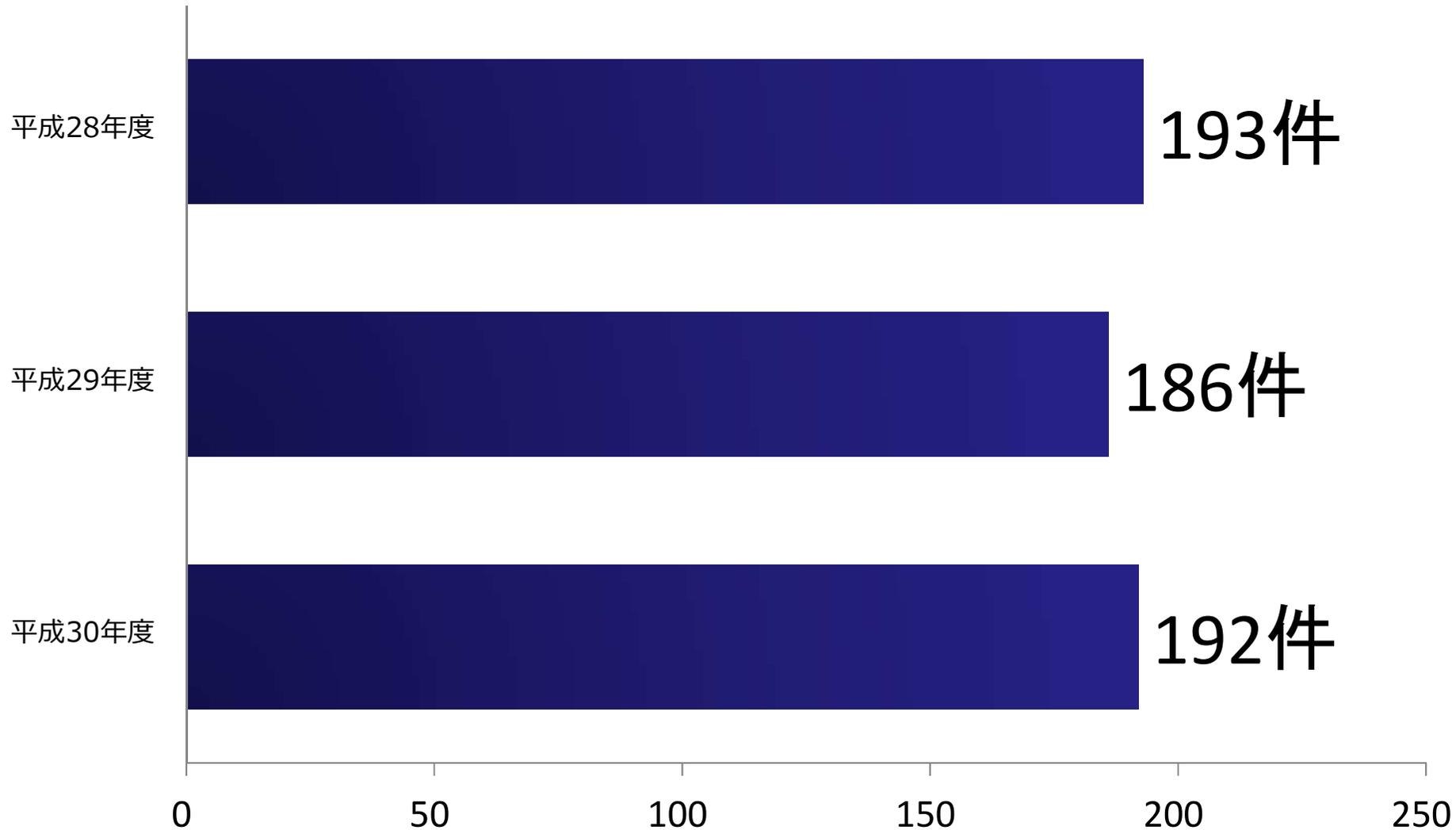


定義

1年間の入院患者の内、入院日から過去1年間に自病院に入院履歴がない入院患者数です。(例:平成30年9月1日に入院した症例の場合、平成29年9月1日～平成30年8月31日までの間に自病院入院が無い場合を過去1年間入院なしと判断します。)診療科単位ではなく、病院全体として考え入院履歴が無い場合が該当します。保険診療、公費、労災、自動車賠償責任保険に限定し、人間ドック目的の入院は除きます。

28. 10例以上適用した クリニカルパス（クリティカル パス）の数

クリニカルパス（クリティカルパス）とは主に入院時に患者に手渡される診療スケジュール表のことです。この項目は医療の標準化と医療の質の向上にどの程度取り組んでいるかを表す指標です。



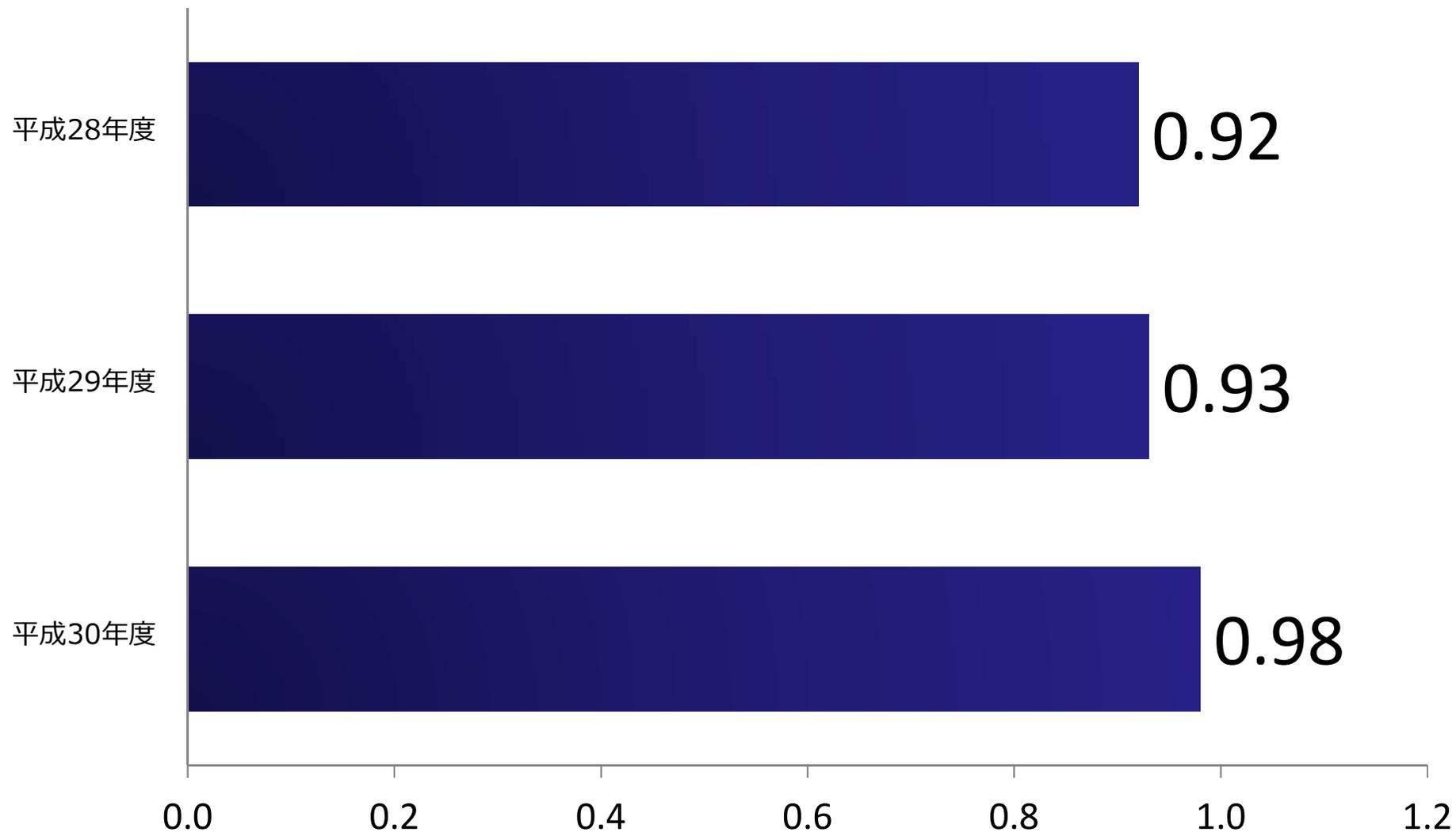
定義

1年間に10例以上適用したクリニカルパス（クリティカルパス）の数です。「10例以上」とは特異な事情（バリエーション）によるパスからの逸脱（ドロップアウト）を含み、当該年度内に適用された患者数とします。パスの数は1入院全体だけではなく、周術期等の一部分に適用するパスでも1件とします。



29. 在院日数の指標

平均在院日数が短いほど、効率的な診療を行っていると考えられますが、長期間の入院が必要な重症例を治療する病院が考慮されていません。そのため、この指標は病気の重症度を加味して各病院の在院日数を評価しています。数値は1が全国平均であり、1より大きければ短い在院日数であることを表します。



定義

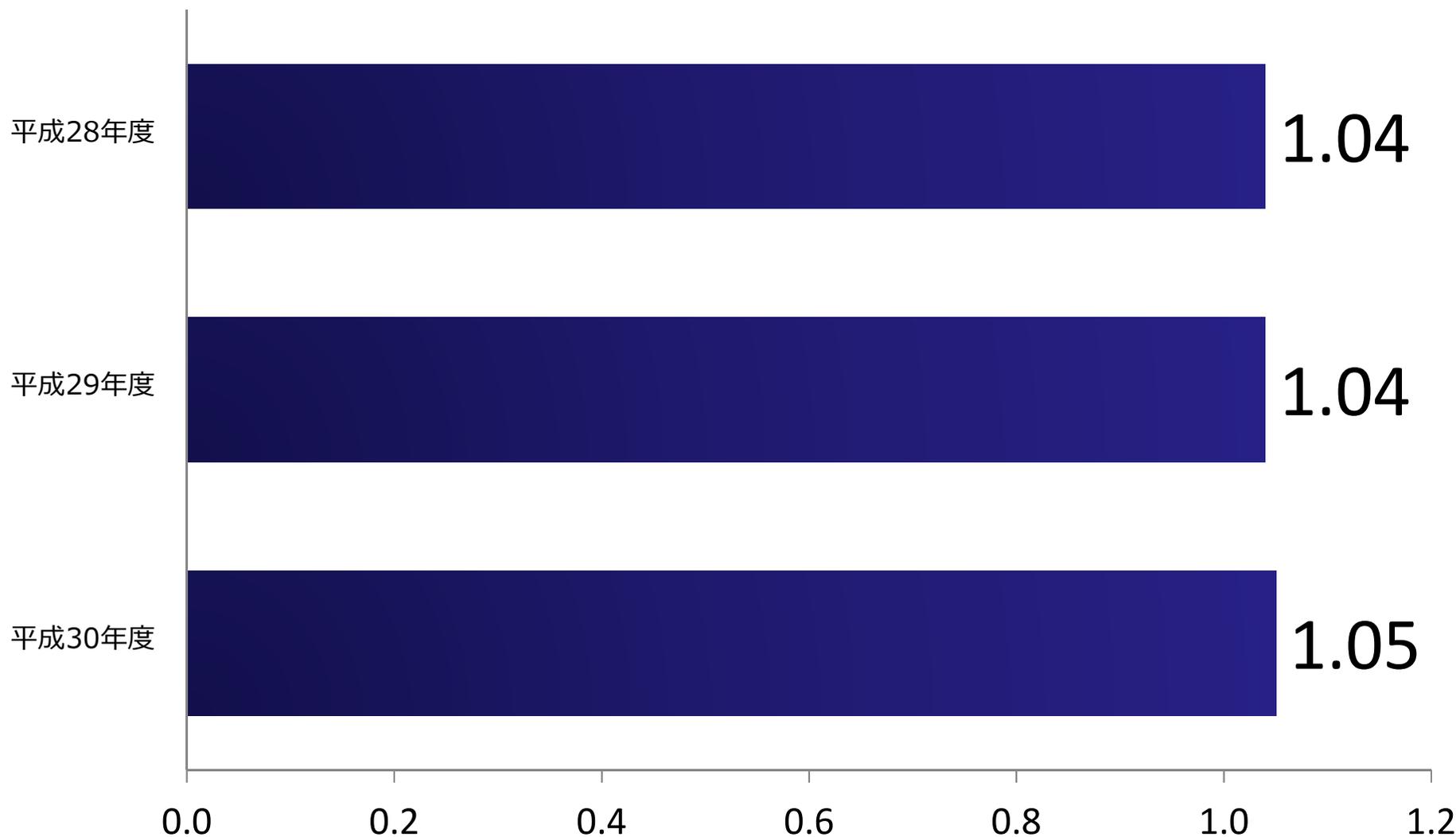
厚生労働省のDPC評価分科会の公開データです。(各年度全調査対象医療機関の全体の在院日数の平均値を、DPC毎の患者構成を全国平均に合わせた際の医療機関別の在院日数で除した値)

参考:<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000056344.html>



30. 患者構成の指標

在院日数の長い複雑な疾患の患者をどの程度診療しているかを表した指標です。数値は1が全国平均であり、1より大きければ長い在院日数を必要とする複雑な疾患を診療しているといえます。つまり、高度な医療を提供する国立大学附属病院として、治療の内容が複雑な患者をより多く診療していることを示す指標です。

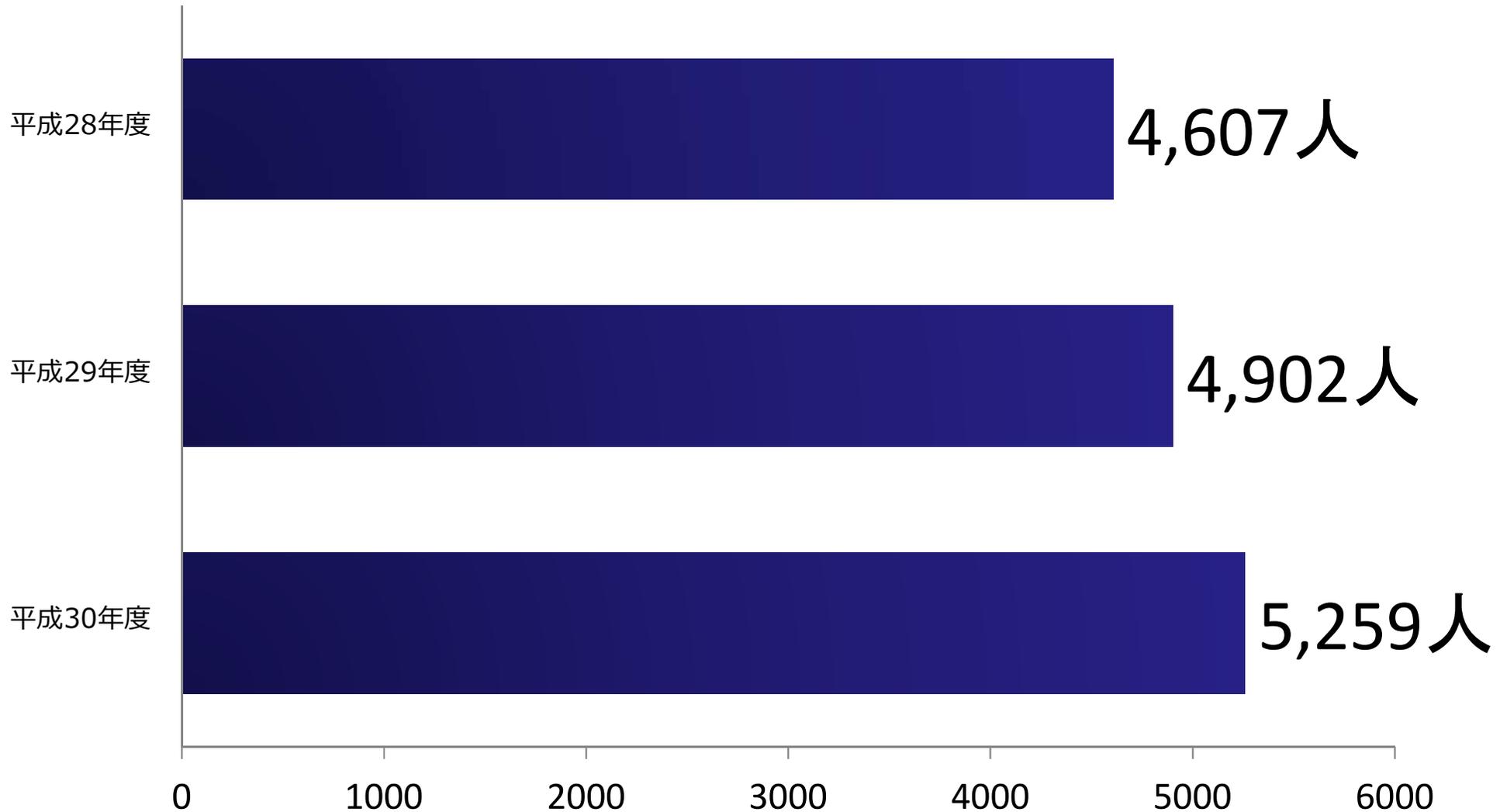


定義

厚生労働省のDPC評価分科会の公開データです。(DPC毎の在院日数を1年間の全国平均に合わせた際の医療機関別の在院日数を、各年度全調査対象医療機関の全体の在院日数の平均値(12.23日)で除した値)
参考:https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196043_00001.html

31. 指定難病患者数

難治性疾患の診療には、特殊な専門性が必要です。



定義

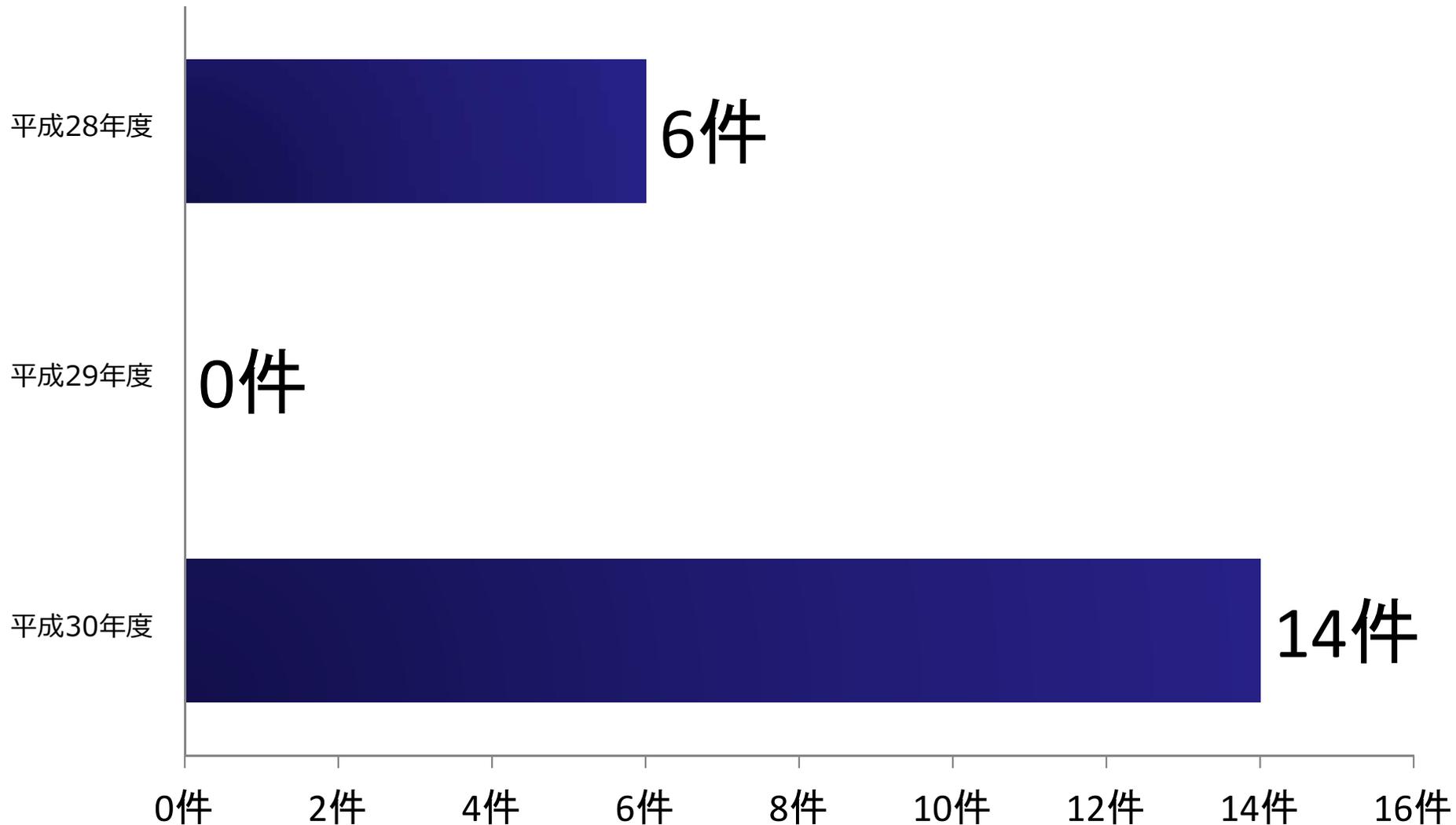
1年間の指定難病実患者数です。

指定難病は「難病の患者に対する医療等に関する法律(平成二六年法律第五〇号)第五条第一項に規定する疾患を対象とします。
(平成30年7月1日時点で331疾患)

参考:厚生労働省 指定難病 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

32. 超重症児の手術件数

超重症児とは、食事摂取機能の低下や栄養吸収不良などの消化器症状や、呼吸機能の低下のために濃密な治療を必要とする小児です。超重症児の手術は健康な小児に比べ、より高度な医療技術と治療体制が必要なため、小児医療の質の高さを表す指標となります。

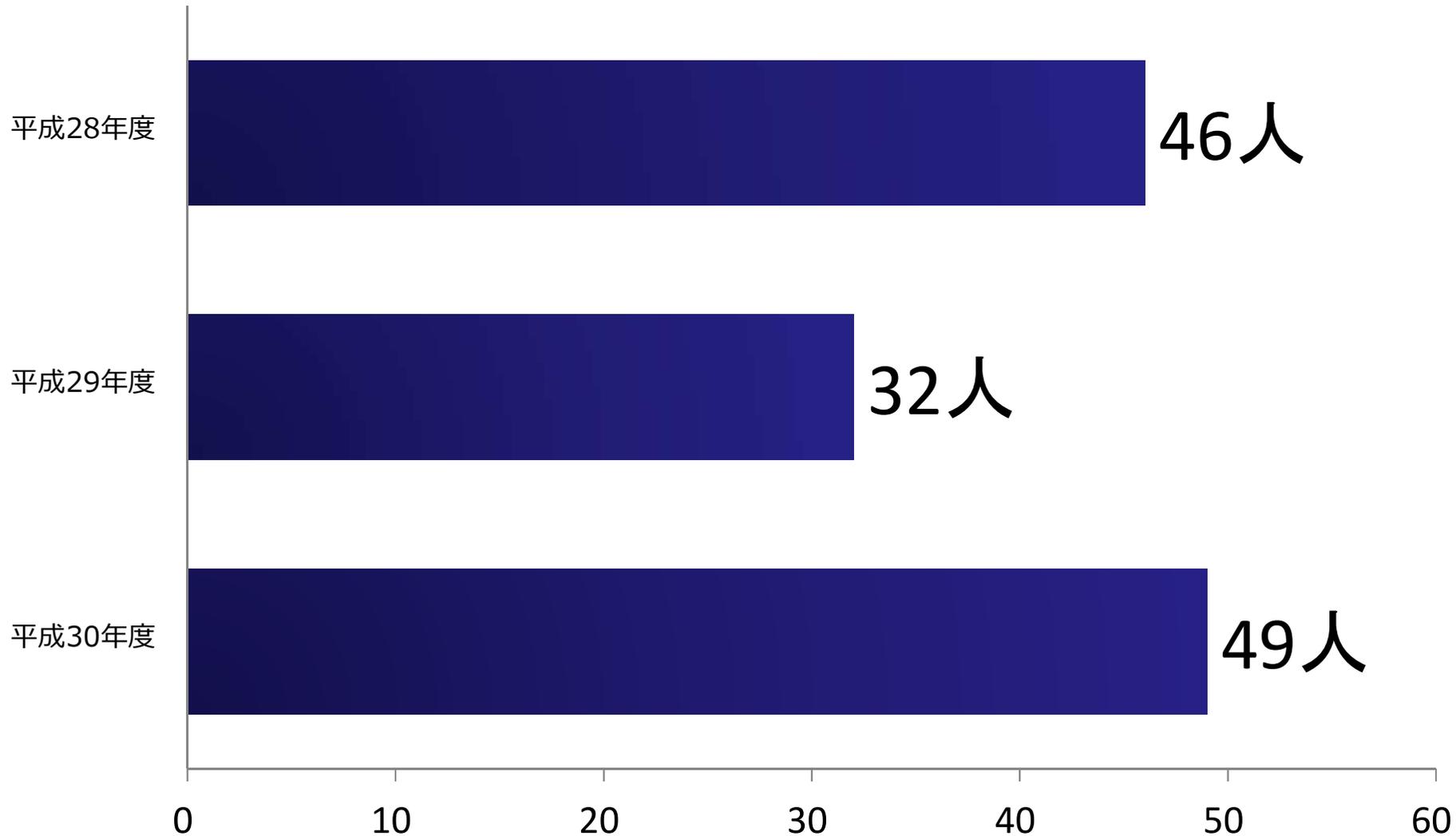


定義

医科診療報酬点数表における、「A212-1-イ 超重症児入院診療加算」及び、「A212-2-イ 準重症児入院診療加算」を算定した患者の手術（医科診療報酬点数表区分番号K920、K923、K924（輸血関連）以外の手術）件数です。

33. 初期研修医採用人数

より魅力のある初期研修を提供していることを表す指標として、プログラムの採用人数（国家試験合格者のみ）を指標とします。初期研修に積極的に取り組もうという姿勢を評価する指標といえます。

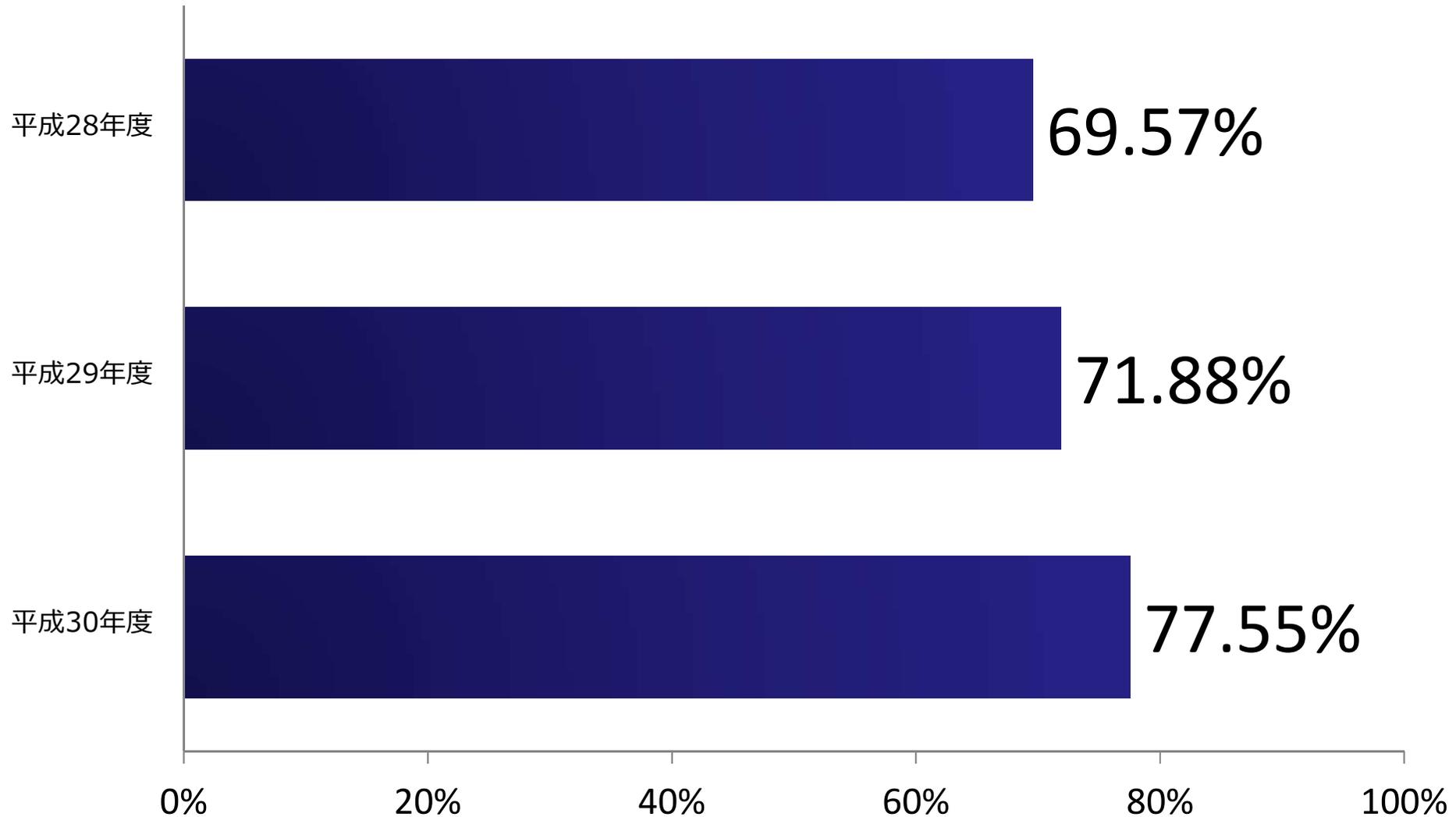


定義

初期研修プログラム1年目の人数です。2年間の初期研修の一部を他病院で行う「たすき掛けプログラム」の場合でも大学病院研修に限定せず、プログラムに採用した全体人数を計上します。他院で研修を開始する場合があります。

34. 他大学卒業の初期研修医の採用割合

質の高い病院であり続けるためには魅力的な研修プログラムを提供することが必要です。この項目は、自大学医学部以外の卒業生から見た国立大学附属病院の魅力を示す指標です。

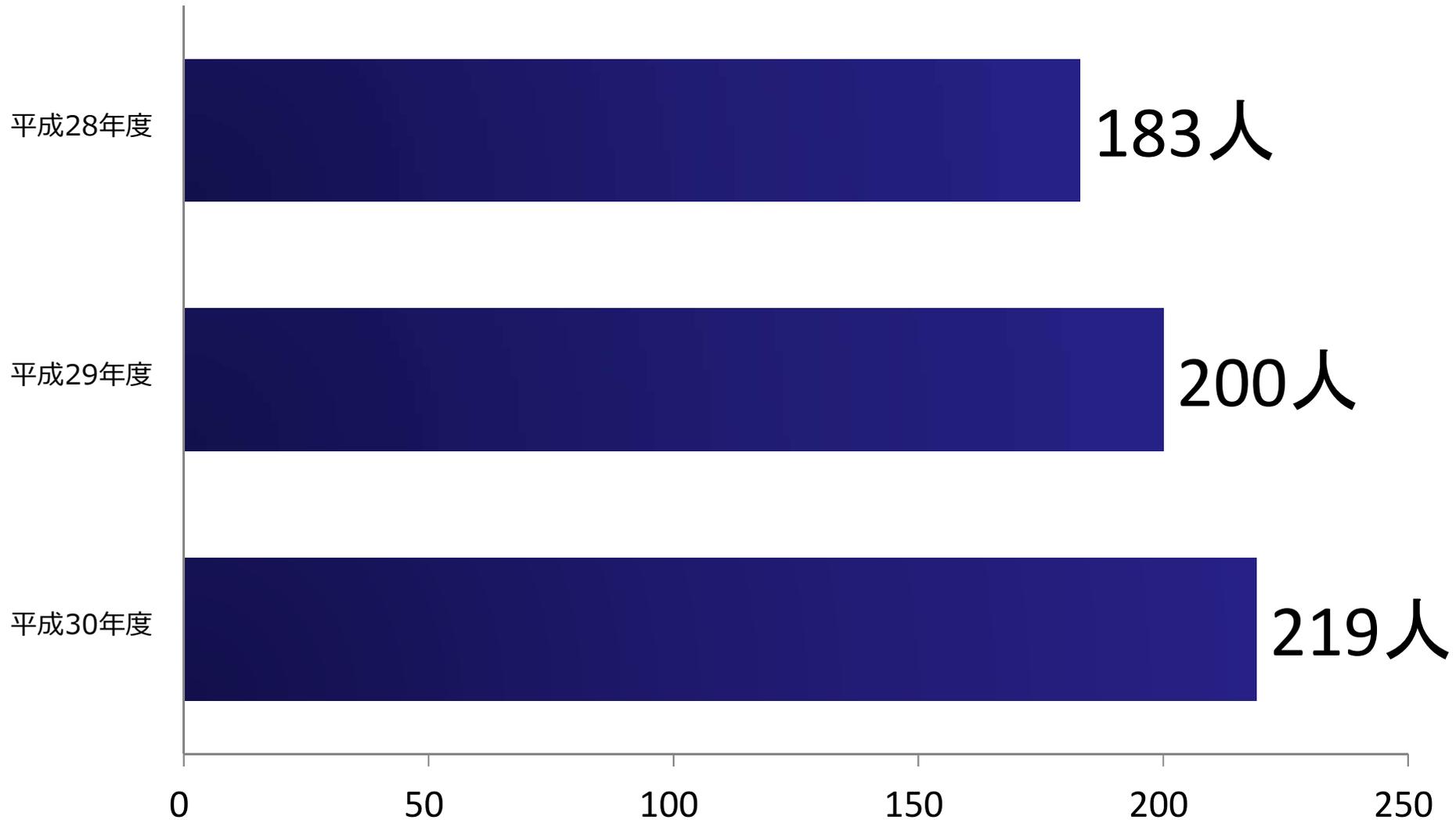


定義

他大学卒業の初期研修医の採用割合(%)です。

35. 専門医、認定医の 新規資格取得者数

国立大学附属病院の社会的責任の一つに、専門性の高い医師の養成・教育に力を入れています。その教育機能、高い専門的診療力を表す指標です。



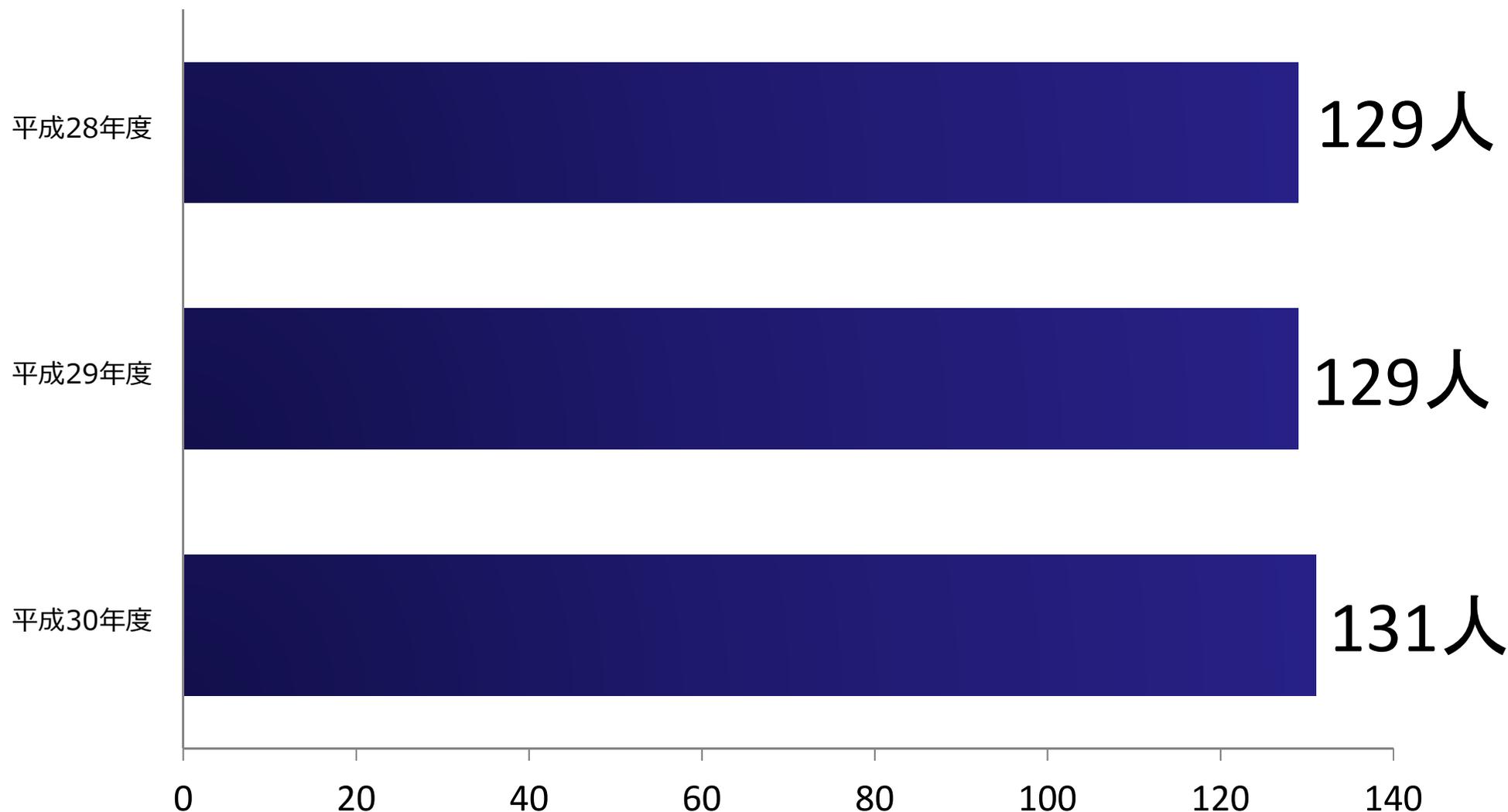
定義

各年度中に自病院に在籍中(あるいは、自病院の研修コースの一環として他院で研修中)に、新たに専門医または認定医の資格を取得した延べ人数です。
1人の医師が2つの専門医を取得した場合は2人とします。他院の医師であっても、自病院で研修して取得した場合も含まれます。



36. 指導医数

指導医とは、研修医の教育・指導を担当できる臨床経験のある専門医師のことです。国立大学附属病院の社会的責任の一つに、診療を通じた研修医指導があります。優れた医療者の育成に真摯に取り組んでいることと、専門医師の層の厚さを表す指標です。



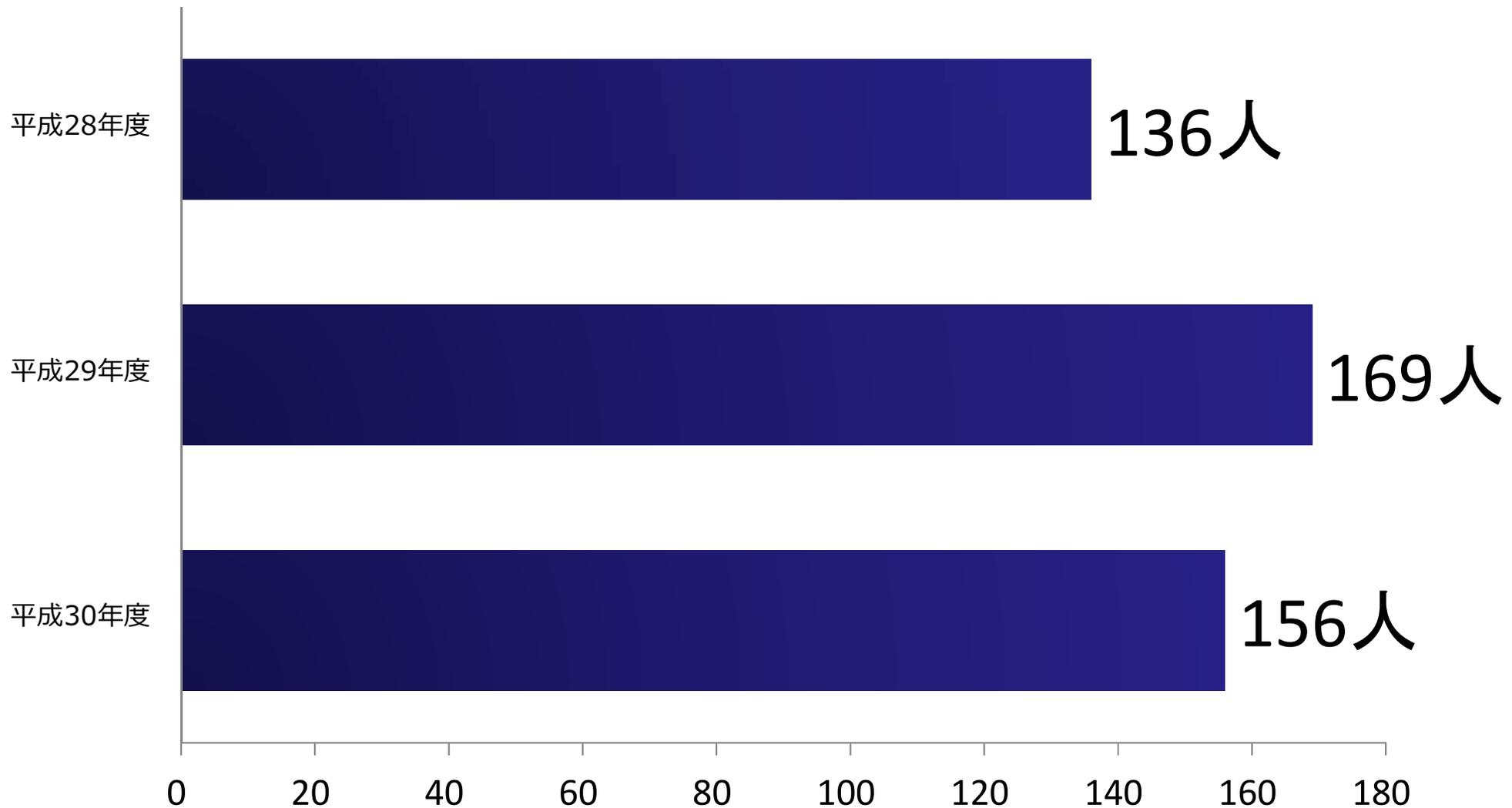
定義

各年6月1日時点で、医籍をおく医師のうち、臨床経験7年目以上で指導医講習会を受講した臨床研修指導医人数です。臨床研修指導医、及び臨床経験の定義は「※医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について（厚生労働省平成15年6月12日）」に従います。

参考：<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000081052.html>

37. 専門研修コース (後期研修コース) の 新規採用人数

初期臨床研修を修了した医師は、後期研修と呼ばれるより高度で専門的な研修に進みます。責任ある医師を地域に派遣することと密接に関係するため、地域医療の持続性を握る鍵ともいえます。総合性と専門性のある若手医師をいかに多く育てるかを表す指標です。

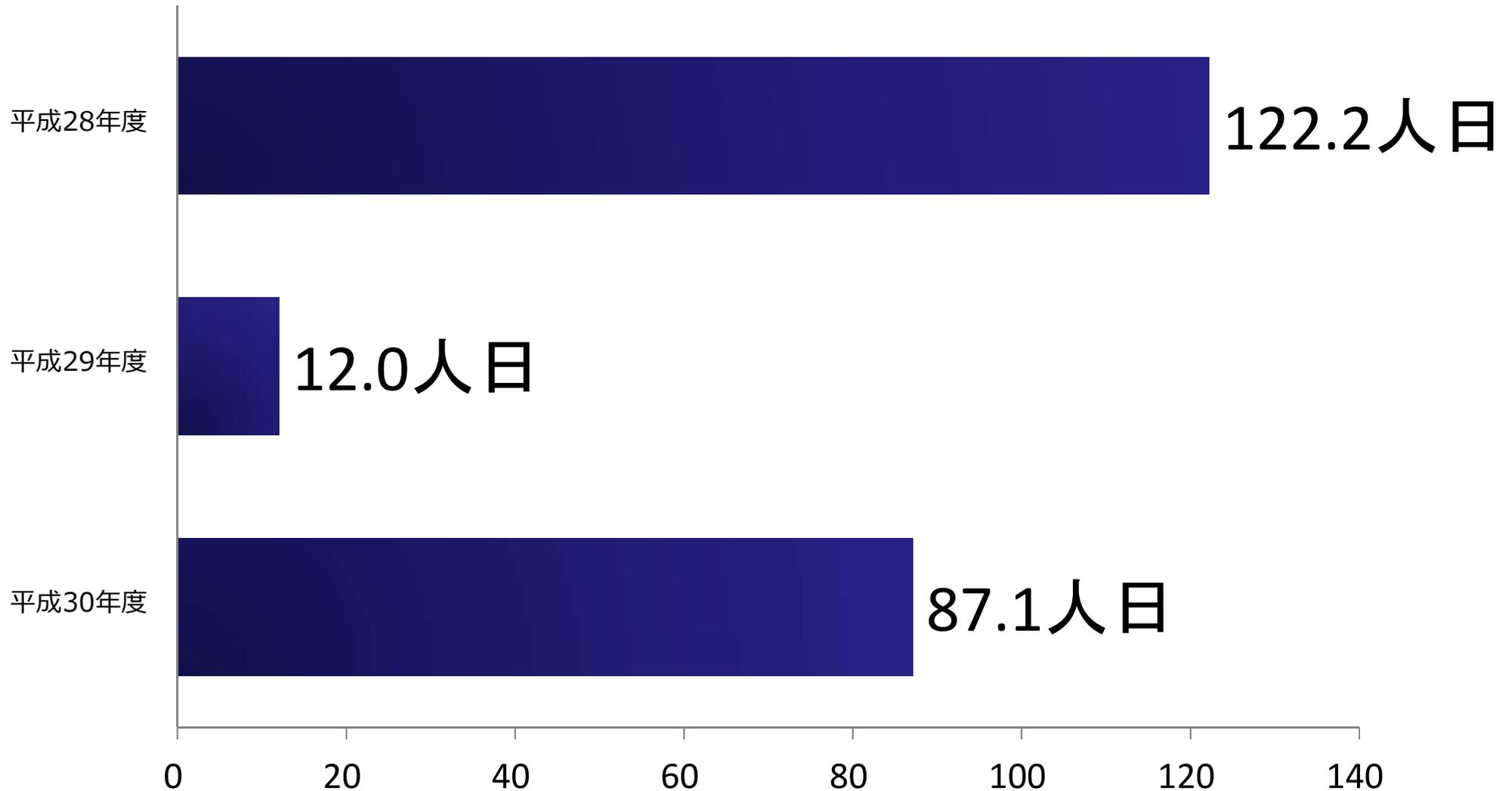


定義

後期研修コース1年目の人数です。大学が設置したプログラムに採用した人数です。他院で研修を開始する場合を含みます。

38. 看護職員の研修受入人数 (外部の医療機関などから)

看護職員の知識・技術の向上を図るための研修受け入れ状況について評価する指標です。単に受け入れ人数ではなく、延べ人数（人数×日数）とし、看護職員の教育に対する貢献の程度を評価します。

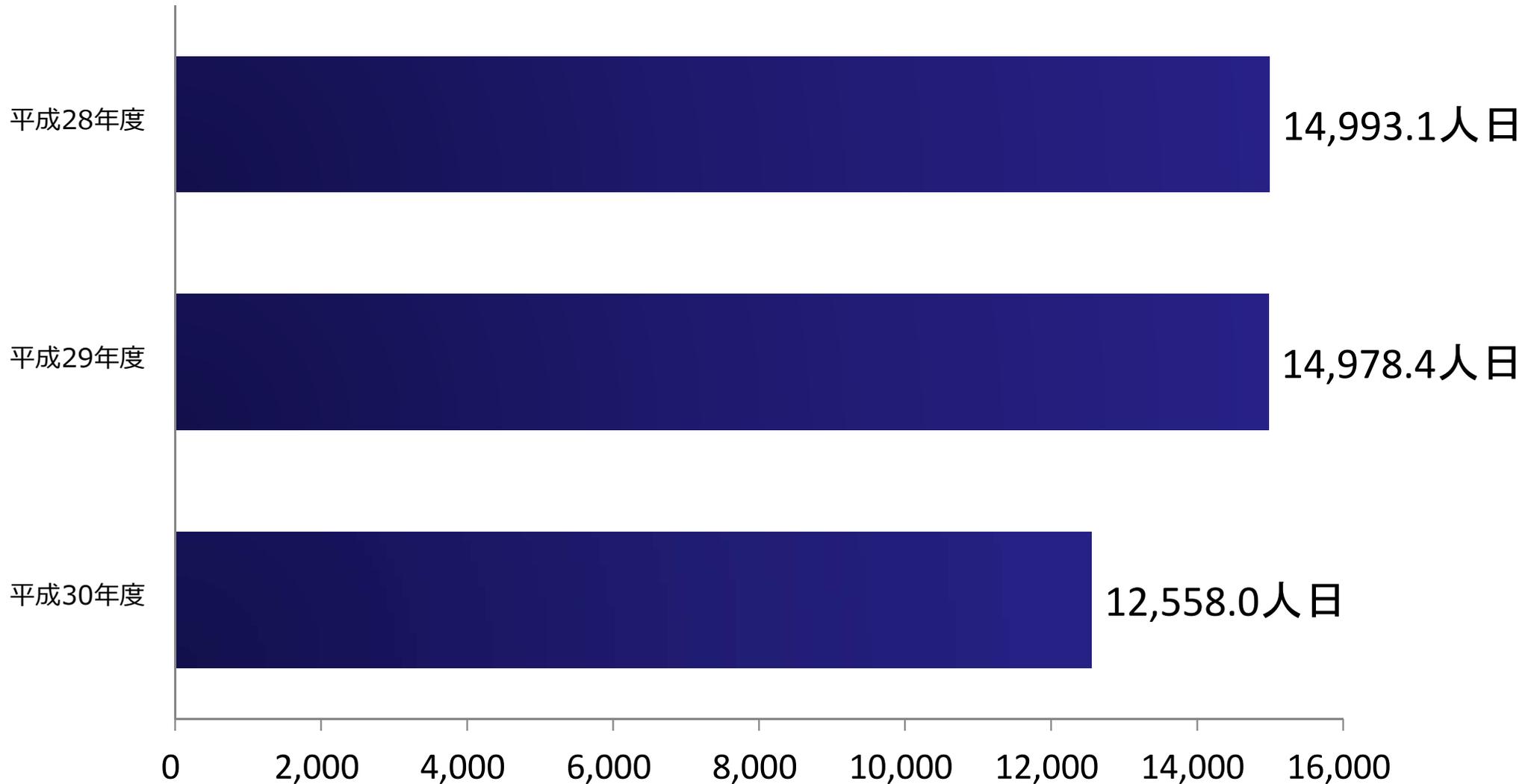


定義

1年間の外部の医療機関などからの研修受け入れ延べ人数(人数×日数)です。
外部の医療機関とは他の病院、外国、行政機関、個人とします。

39. 看護学生の受入実習 学生数（自大学から）

国立大学附属病院は、看護師を目指す学生の教育に社会的責任を負う必要があり、その看護学生実習に関する教育体制が整っていることを表現する指標です。単に受け入れ人数ではなく、延べ人数（人数×日数）とし、臨地実習に対する貢献の程度を評価します。

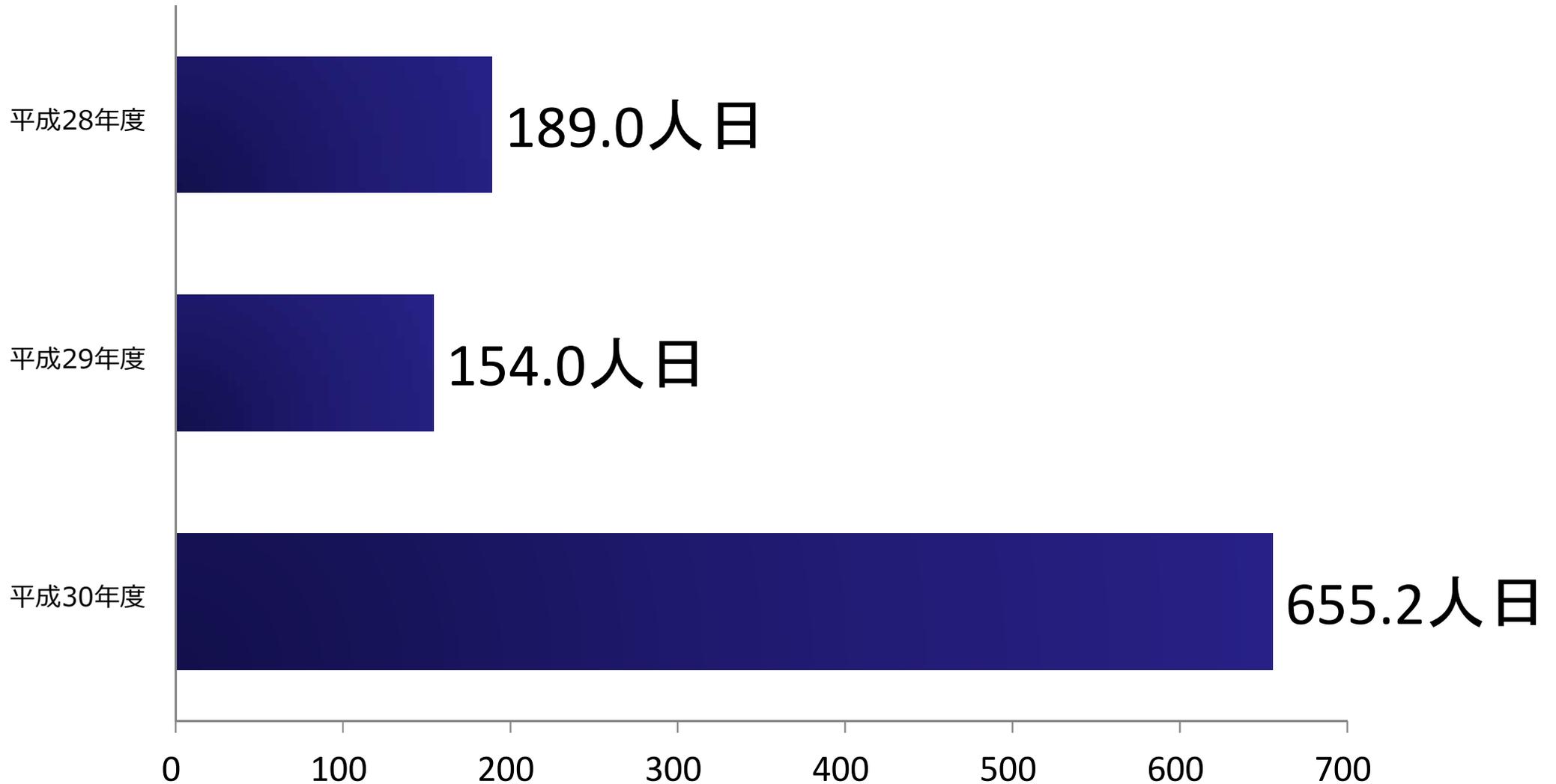


定義

1年間の保健学科・看護学科等の自大学の実習学生延べ人日（人数×日数）です。
一日体験は除きます。

40. 看護学生の受入実習学生数 (自大学以外の養成教育機関から)

項目39は自大学に在籍する看護学生数を意味しますが、項目40は自大学以外の看護職員養成教育機関から、どの程度、看護学生の実習を受け入れているかを表す指標です。単に受け入れ人数ではなく、延べ人数（人数×日数）とし、臨地実習に対する貢献の程度を評価しています。

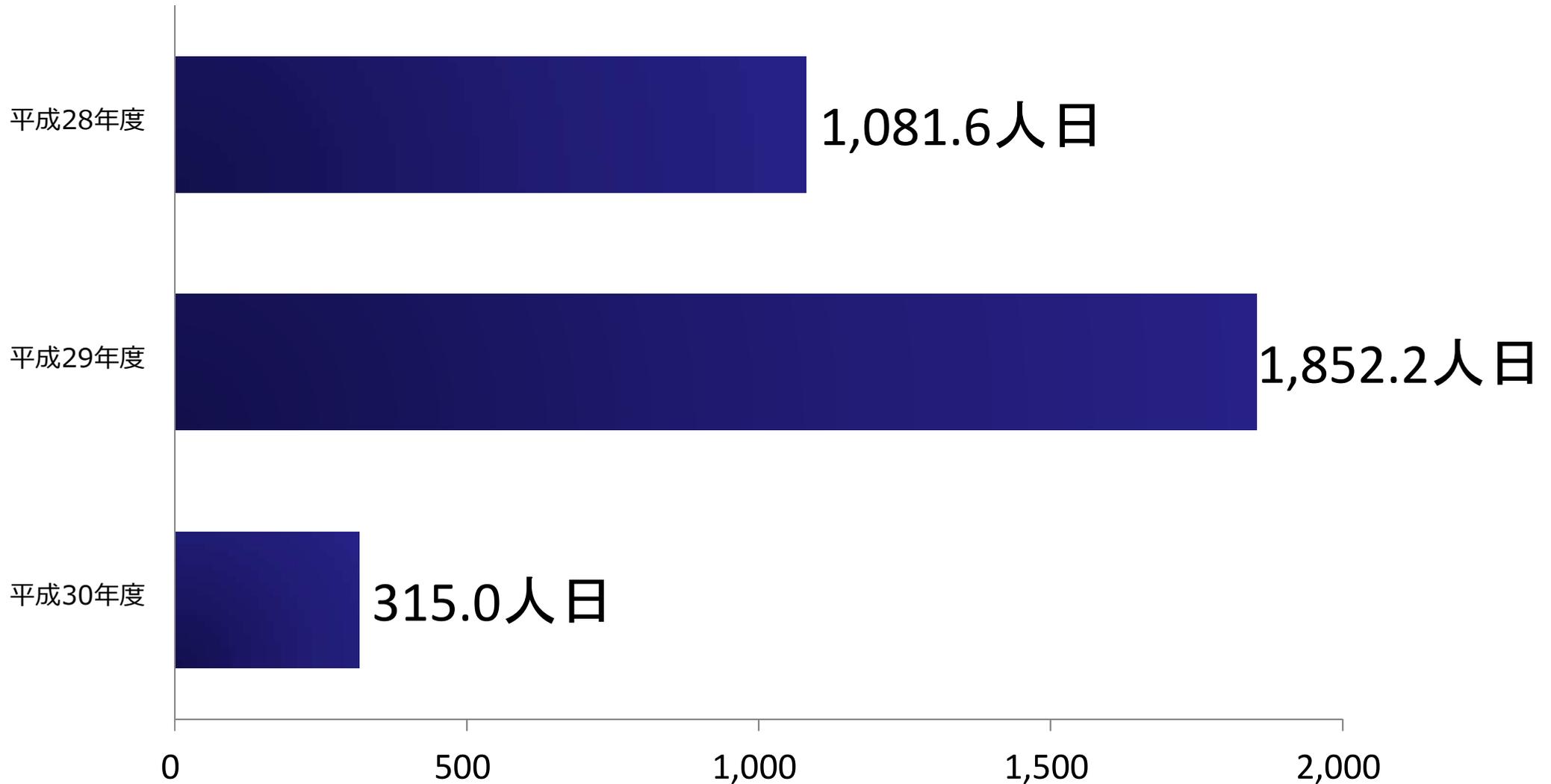


定義

1年間の自大学以外の養成教育機関からの実習学生延べ人日(人数×日数)です。
一日体験は除きます。

41. 薬剤師の研修受入人数 (外部の医療機関などから)

項目38から40は看護師教育に関する指標ですが、本項目は薬剤師の現任教育及び再教育の体制が整っていることを表す指標です。単に受け入れ人数ではなく、延べ人数（人数×日数）とし、研修に対する貢献の程度を評価します。

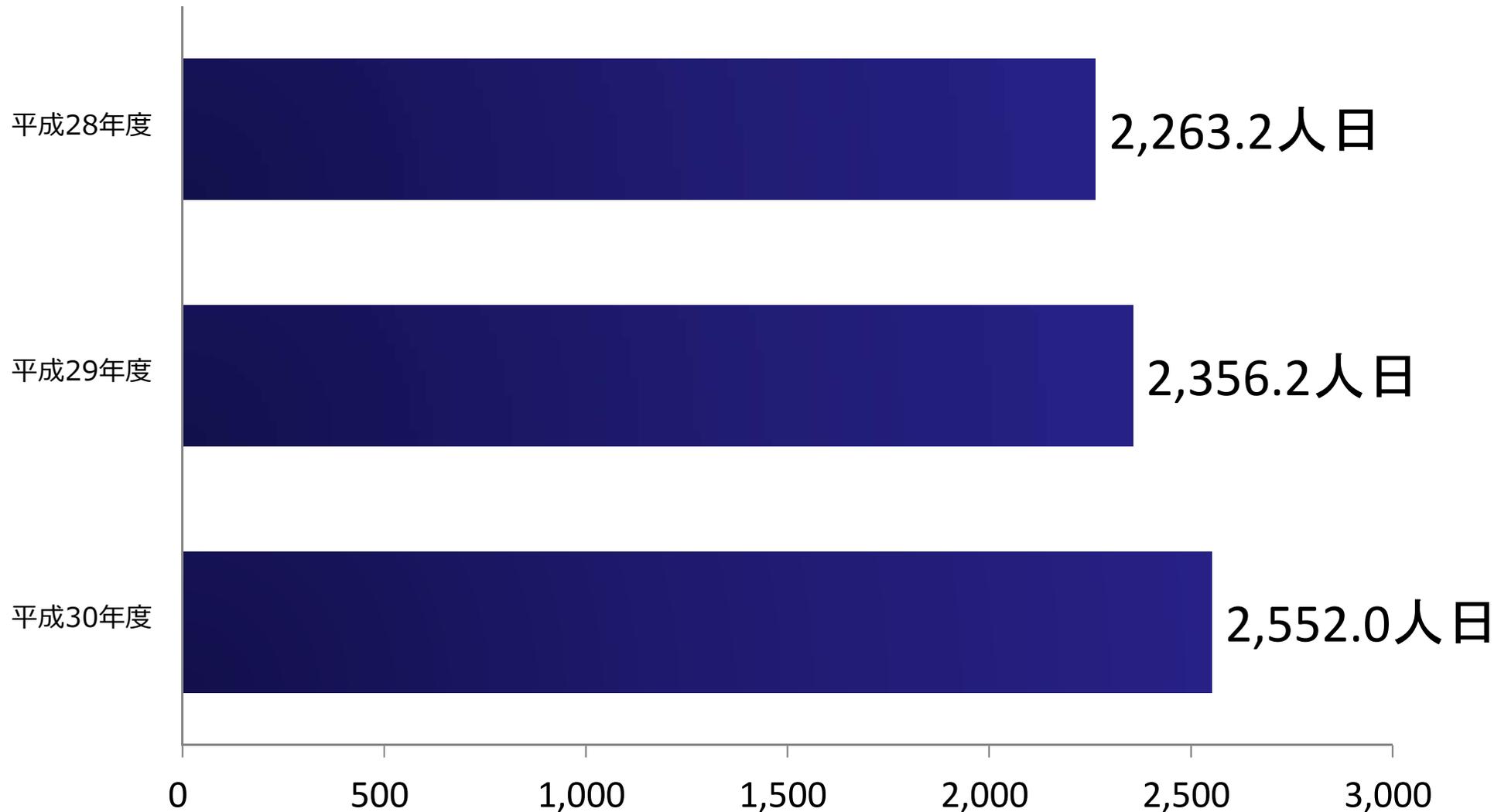


定義

1年間の外部の医療機関などからの研修受け入れ延べ人数(人数×日数)です。
外部の医療機関とは他の病院、外国、行政機関、個人とします。

42. 薬学生の受入実習学生数 (自大学から)

同じ国立大学に在籍し、薬剤師を目指す学生への教育にどのくらい力を入れているかを表す指標です。単に受け入れ人数ではなく、延べ人数（人数×日数）とし、臨地実習に対する貢献の程度を評価します。

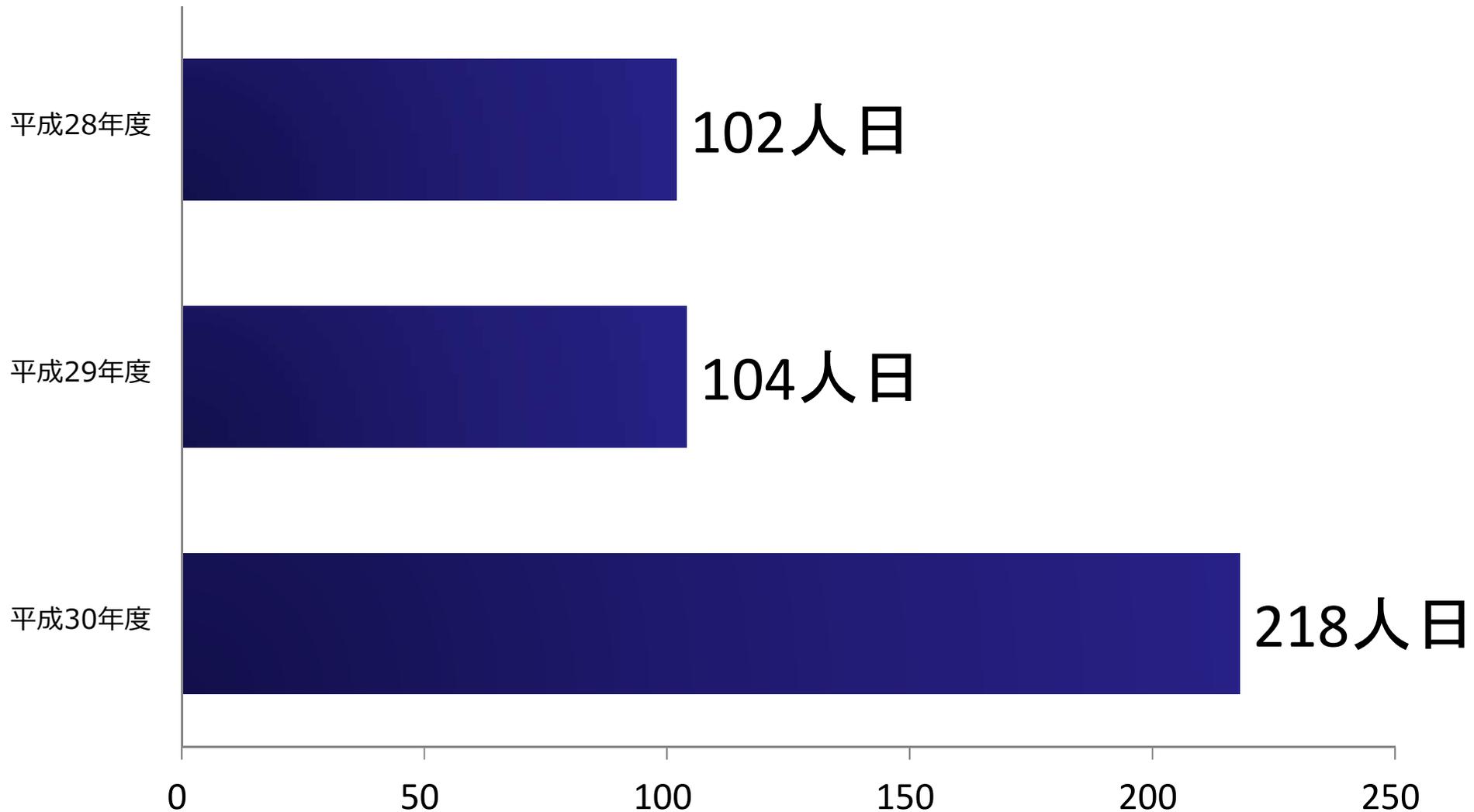


定義

1年間の自大学の実習学生延べ人日(人数×日数)です。一日体験実習は除きます。

43. 薬学生の受入実習学生数 (自大学以外の養成教育機関から)

項目42は自大学に在籍する薬剤師を目指す学生の教育を評価しますが、項目43は自大学以外の教育機関から、どの程度学生の教育実習を受け入れるかを表す指標です。単に受け入れ人数ではなく、延べ人数（人数×日数）とし、臨地実習に対する貢献の程度を評価します。

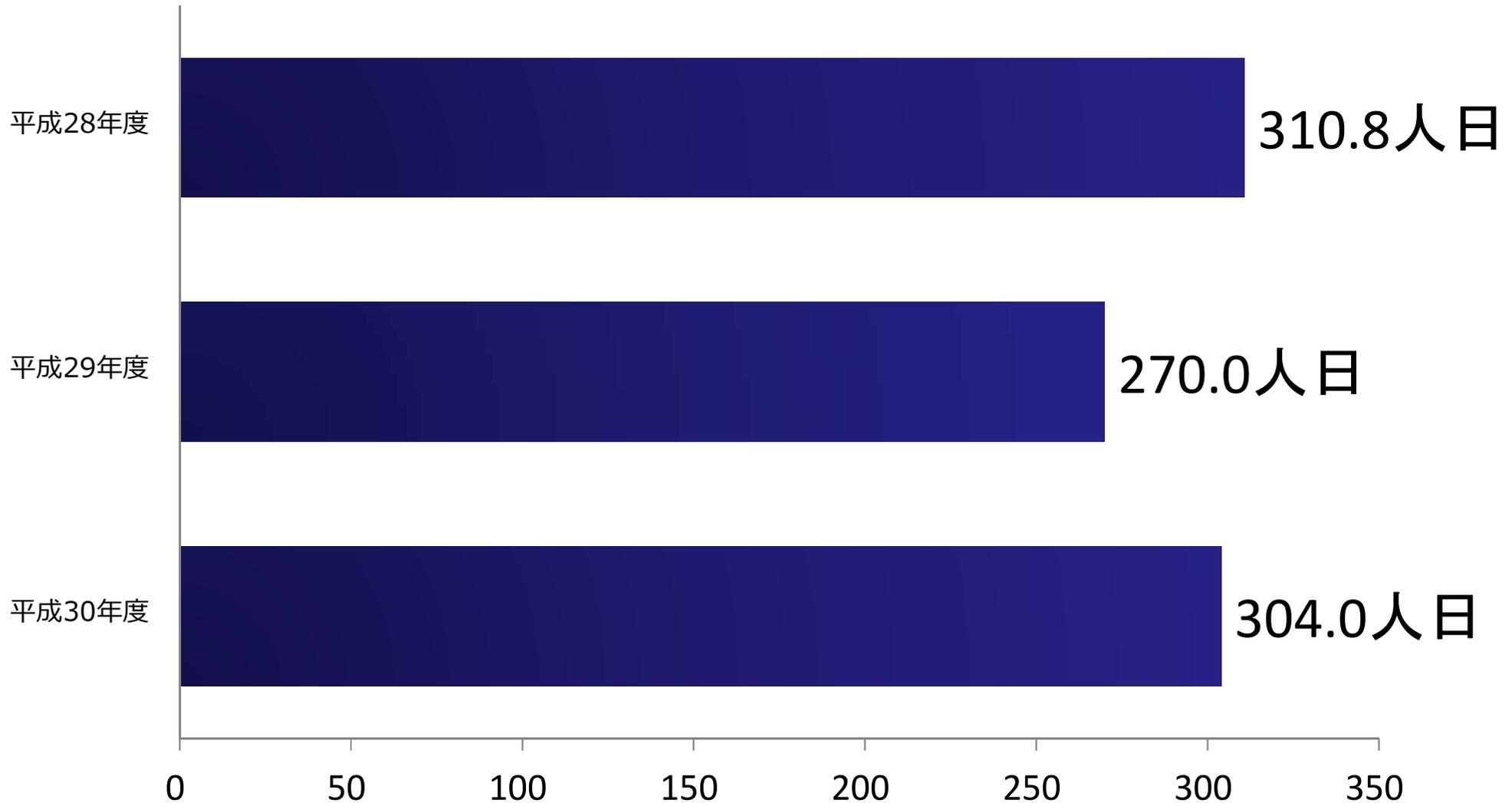


定義

1年間の自大学以外の養成教育機関からの実習学生延べ人日(人数×日数)です。一日体験実習は除きます。

44. その他医療専門職の研修受入人数（外部の医療機関などから）

看護師、薬剤師以外で国家資格を持つ医療専門職人材の研修を受け入れる体制を表す指標です。単に受け入れ人数ではなく、延べ人数（人数×日数）とし、研修に対する貢献の程度を評価します。

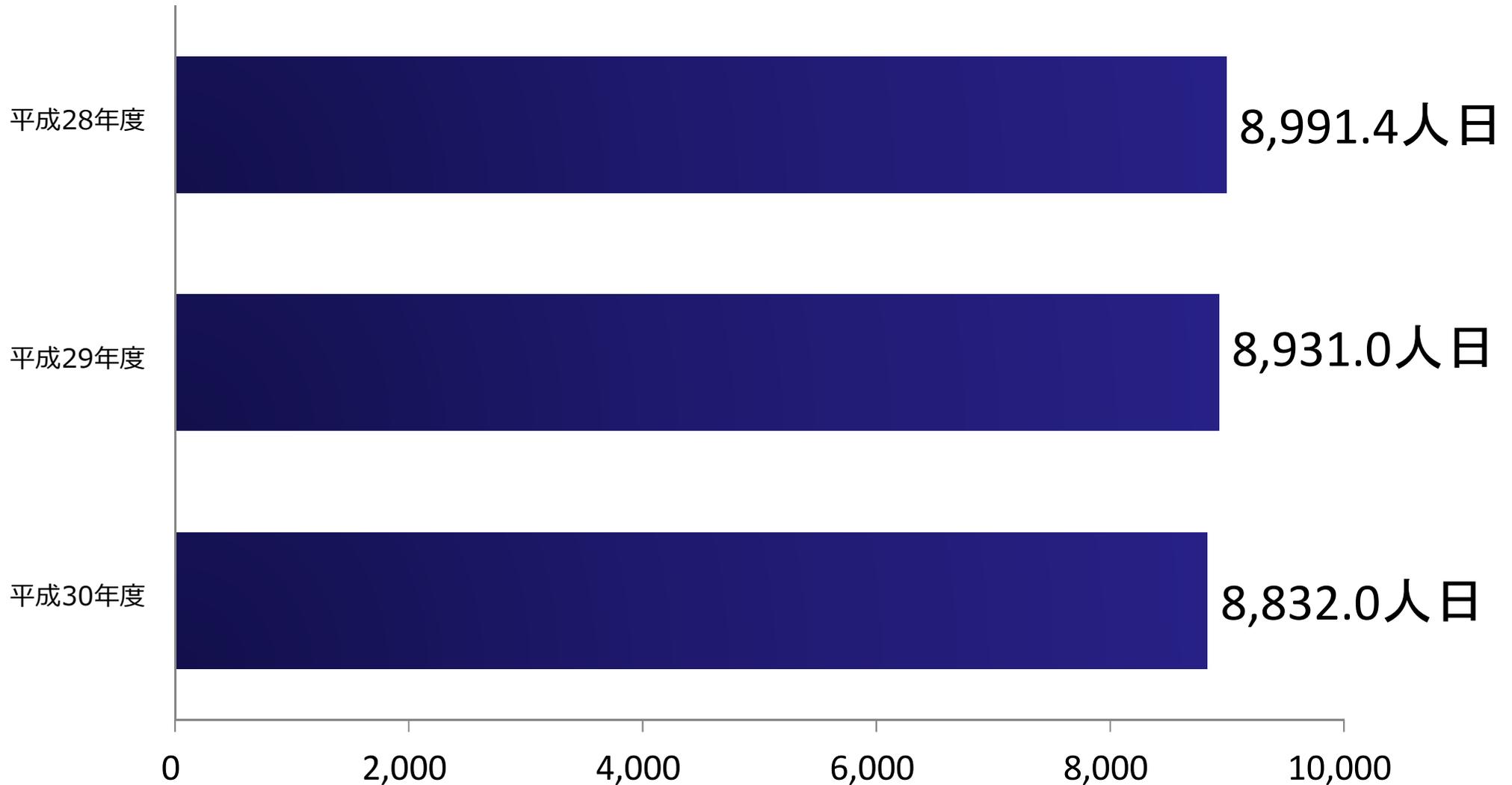


定義

1年間の外部の医療機関などからの研修受け入れ延べ人日（人数×日数）です。
 外部の医療機関とは他の病院、外国、行政機関、個人とします。
 その他の医療専門職とは看護職員、薬剤師以外で国家資格の医療専門職（※）を指します。
 ※参考：http://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/shikaku_shiken/

45. その他医療専門職学生の 受入実習学生数(自大学から)

項目44はすでに臨床現場で仕事をしているその他医療専門職人材の教育を評価する指標ですが、これらを目指す学生に対する教育体制を表した指標です。単に受け入れ人数ではなく、延べ人数（人数×日数）とし、臨地実習に対する貢献の程度を評価します。

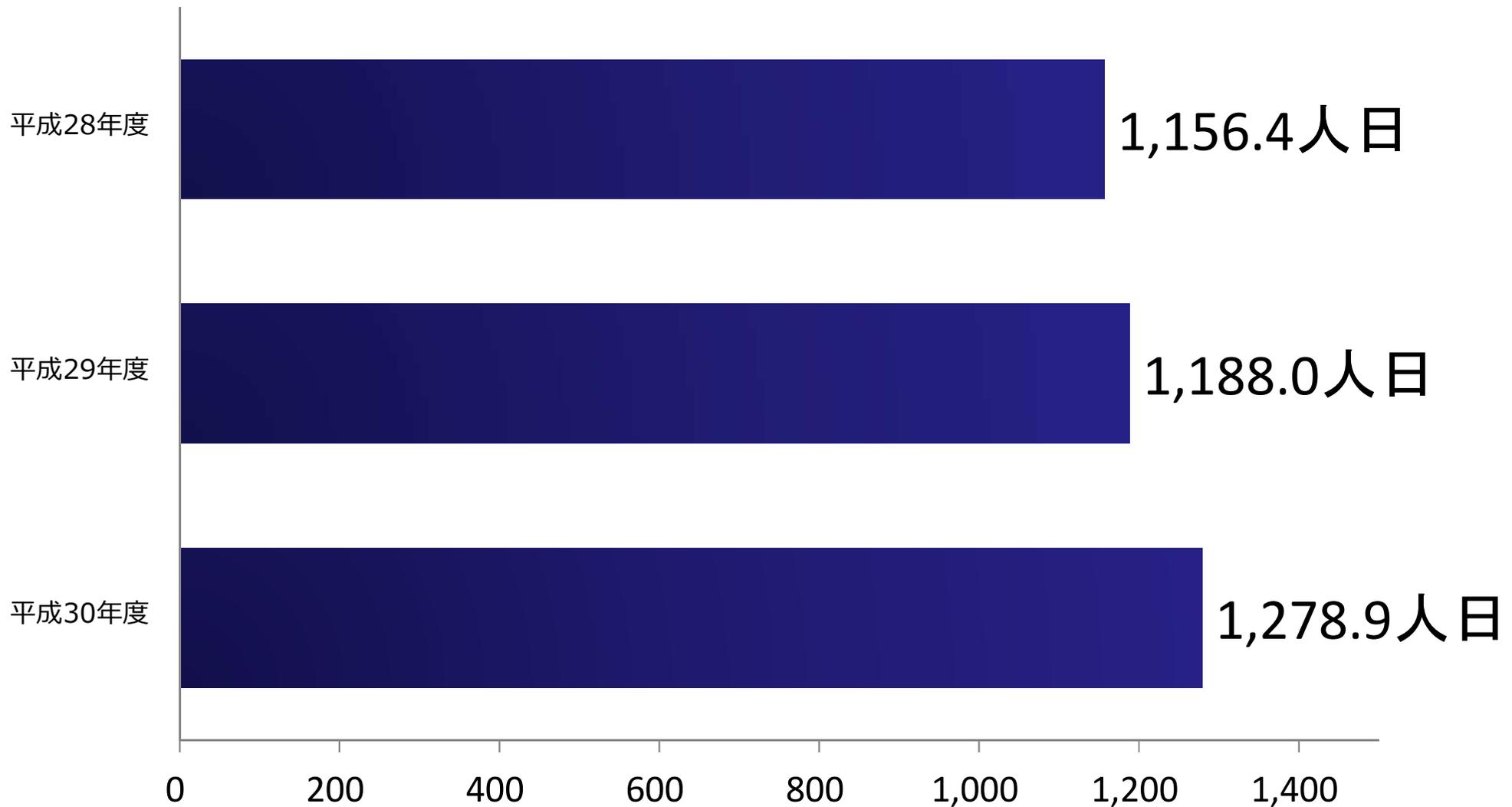


定義

1年間の自大学の実習学生延べ人日(人数×日数)です。
その他の医療専門職とは看護職員、薬剤師以外で国家資格の医療専門職を指します。

46. その他医療専門職学生の 受入実習学生数(自大学以外 の養成教育機関から)

自大学以外の教育機関に在籍し、看護師または薬剤師以外の国家資格を目指す学生への実習教育体制を表す指標です。単に受け入れ人数ではなく、延べ人数(人数×日数)とし、臨地実習に対する貢献の程度を評価します。

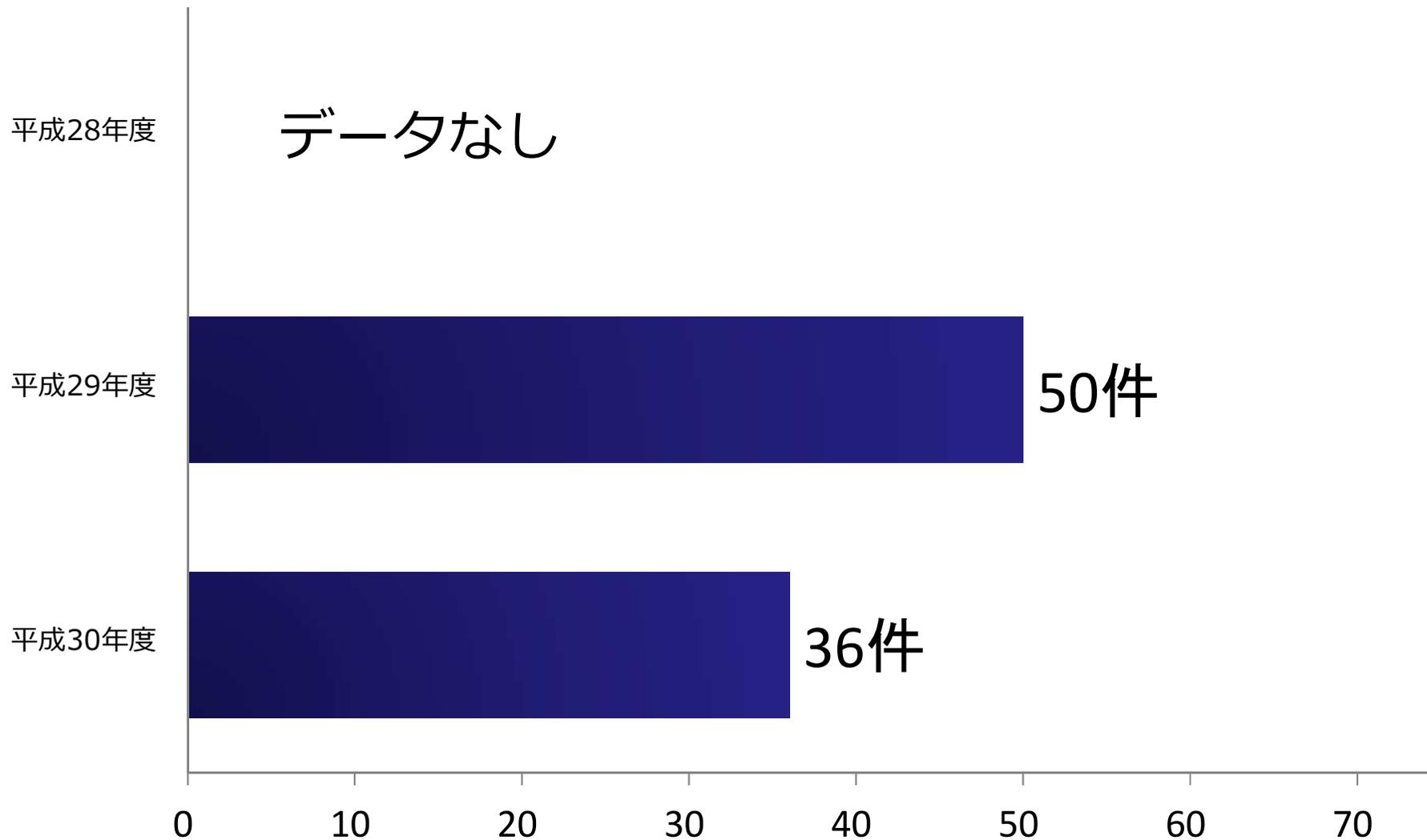


定義

1年間の自大学以外の養成教育機関からの実習学生延べ人日(人数×日数)です。
その他の医療専門職とは看護職員、薬剤師以外で国家資格の医療専門職を指します。

47.全医療従事者向け 研修・講習会開催数

医療法で開催が定められている医療安全（薬剤、感染、その他）講習会や医療倫理委員会などを含む、病院全体的な研修・講習会の開催数の実態を把握する指標となります。なお、平成29年度より新規に調査を行ったため、2年分の数値を提示しております。

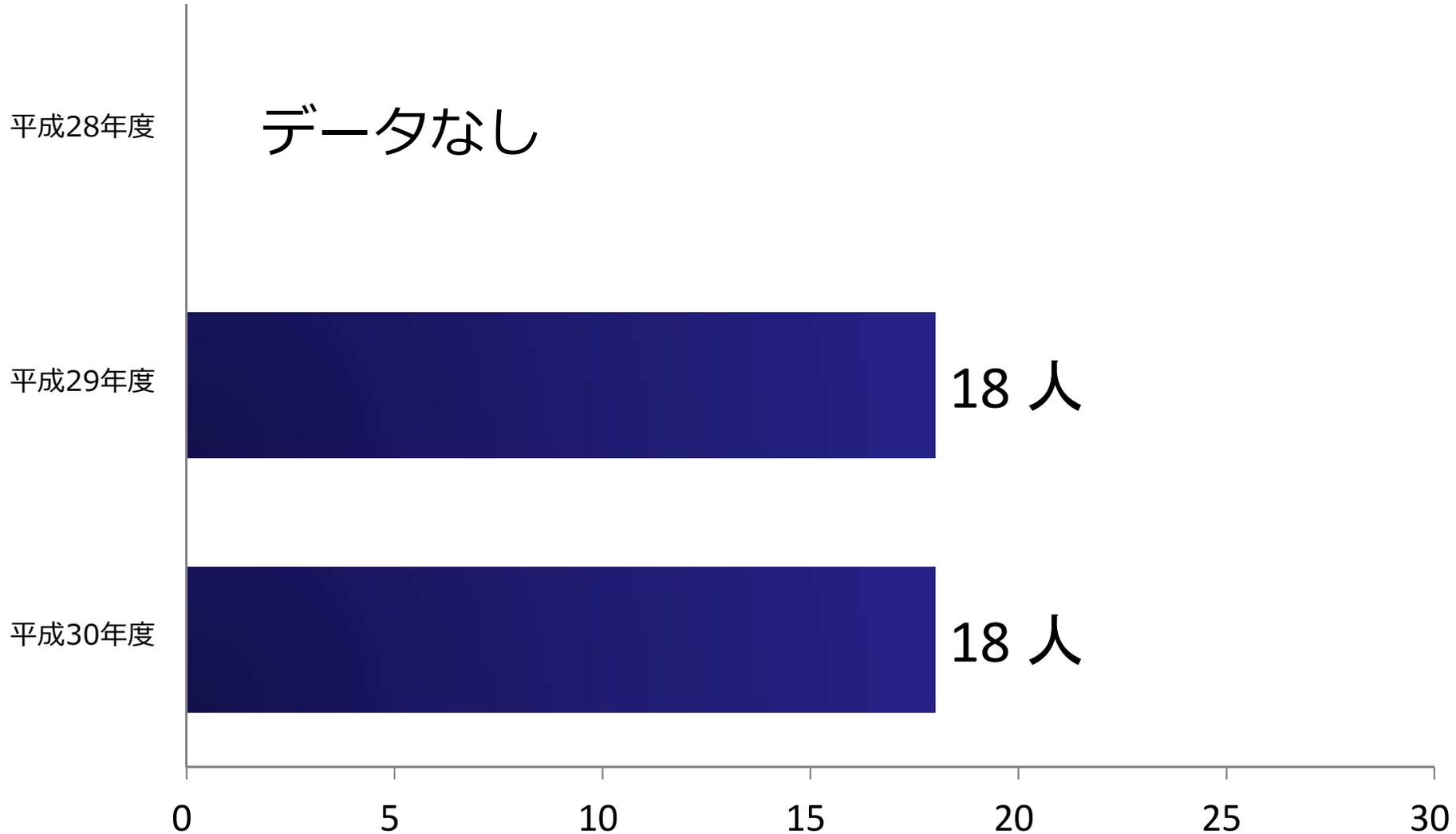


定義

1年間に実施された全医療従事者向け研修・講習会（医療安全（薬剤、感染、その他）講習会や医療倫理講習会などを含む）の開催数です。eラーニングとDVD講習も対象に含みます。ただし、同じ内容のプログラムが開催時間を変えて開催される場合には開催数を「1」とカウントします。

48. 初期臨床研修指導医 講習会の新規修了者数

臨床研修指導医講習会は、指導医が初期研修医を指導するために必ず受講しなければならない講習会です。指導医講習会の新規終了者数は、国立大学附属病院の臨床研修における指導実績の一側面を評価する指標になります。なお、平成29年度より新規に調査を行ったため、2年分の数値を提示しております。

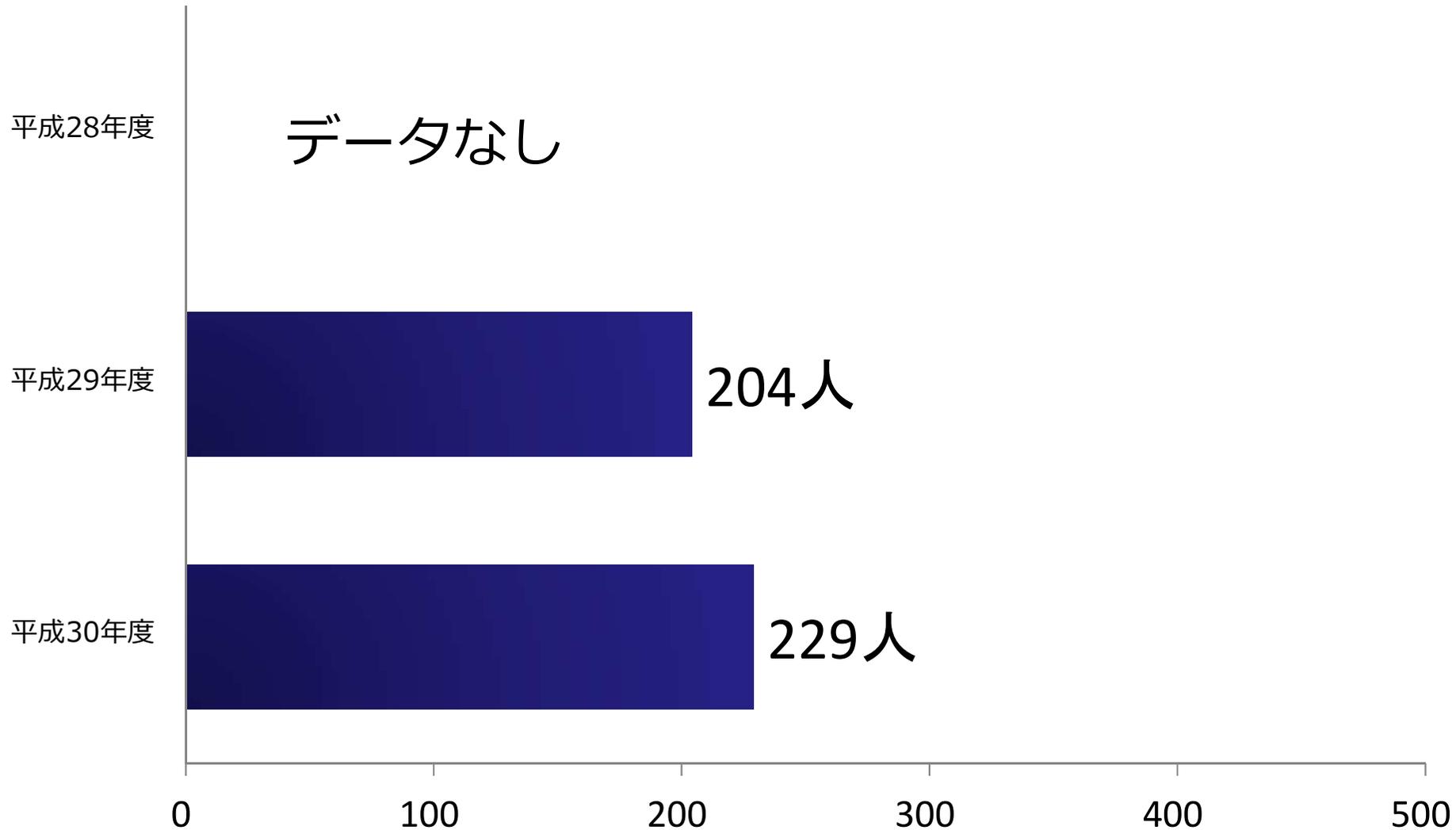


定義

年度中に自病院に在籍中に新たに指導医講習会を修了した人数です。

49. 基本19診療領域別 後期研修新規登録者数

基本領域の専門医とは、19領域に分かれており基本領域の専門医資格取得を目指している国立大学附属病院の医師数を把握する指標となります。なお、平成29年度より新規に調査を行ったため、2年分の数値を提示しております。

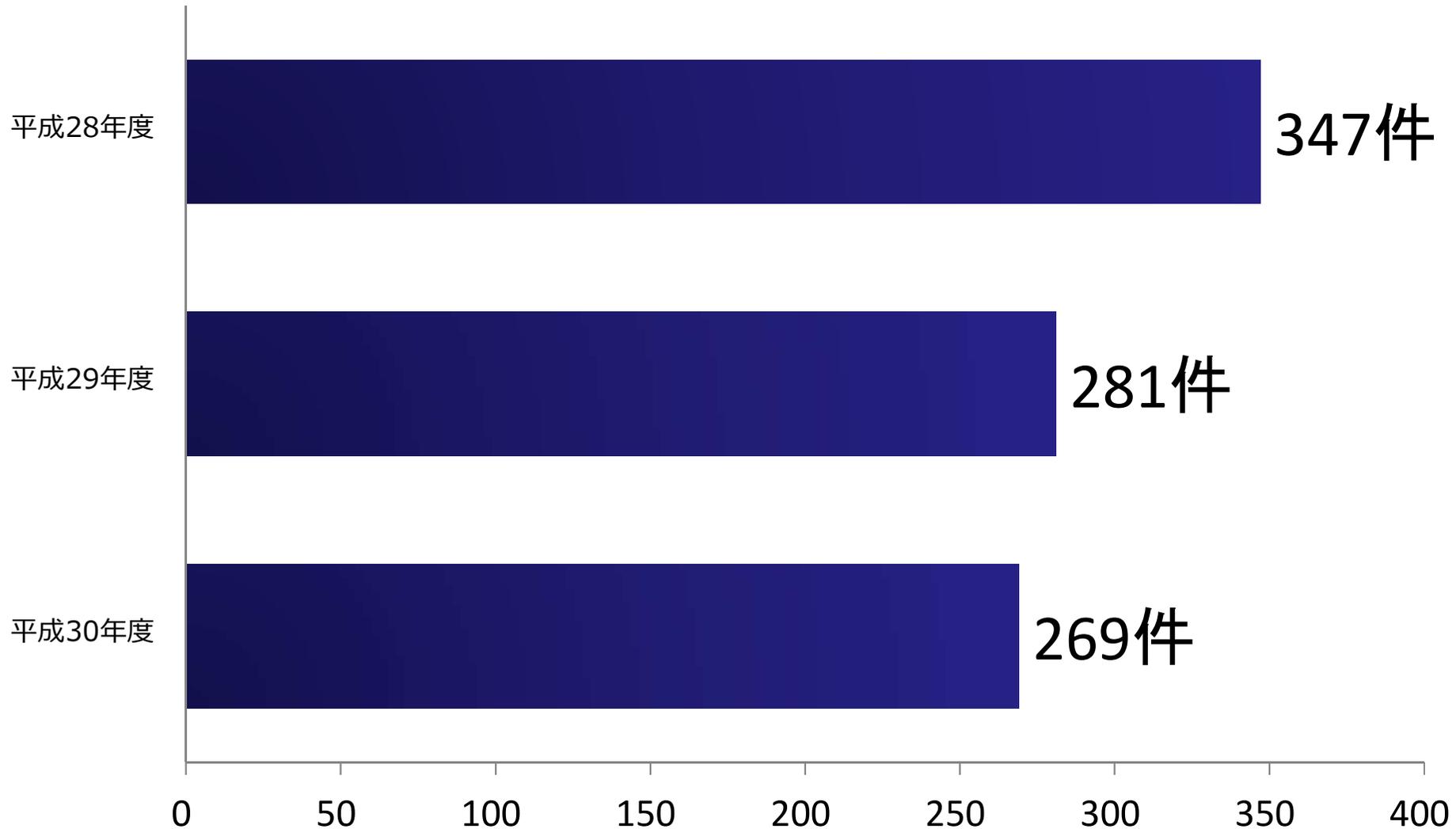


定義

各年6月1日時点の基本19診療領域における後期研修医新規登録者数の実人数です。

50. 治験の実施症例件数

治験の実施体制が整っていることや、先端医療に対する取り組みが盛んであることを反映しています。契約しても実施に至らなかったり完了していない場合もあるため、実施完了数により評価します。

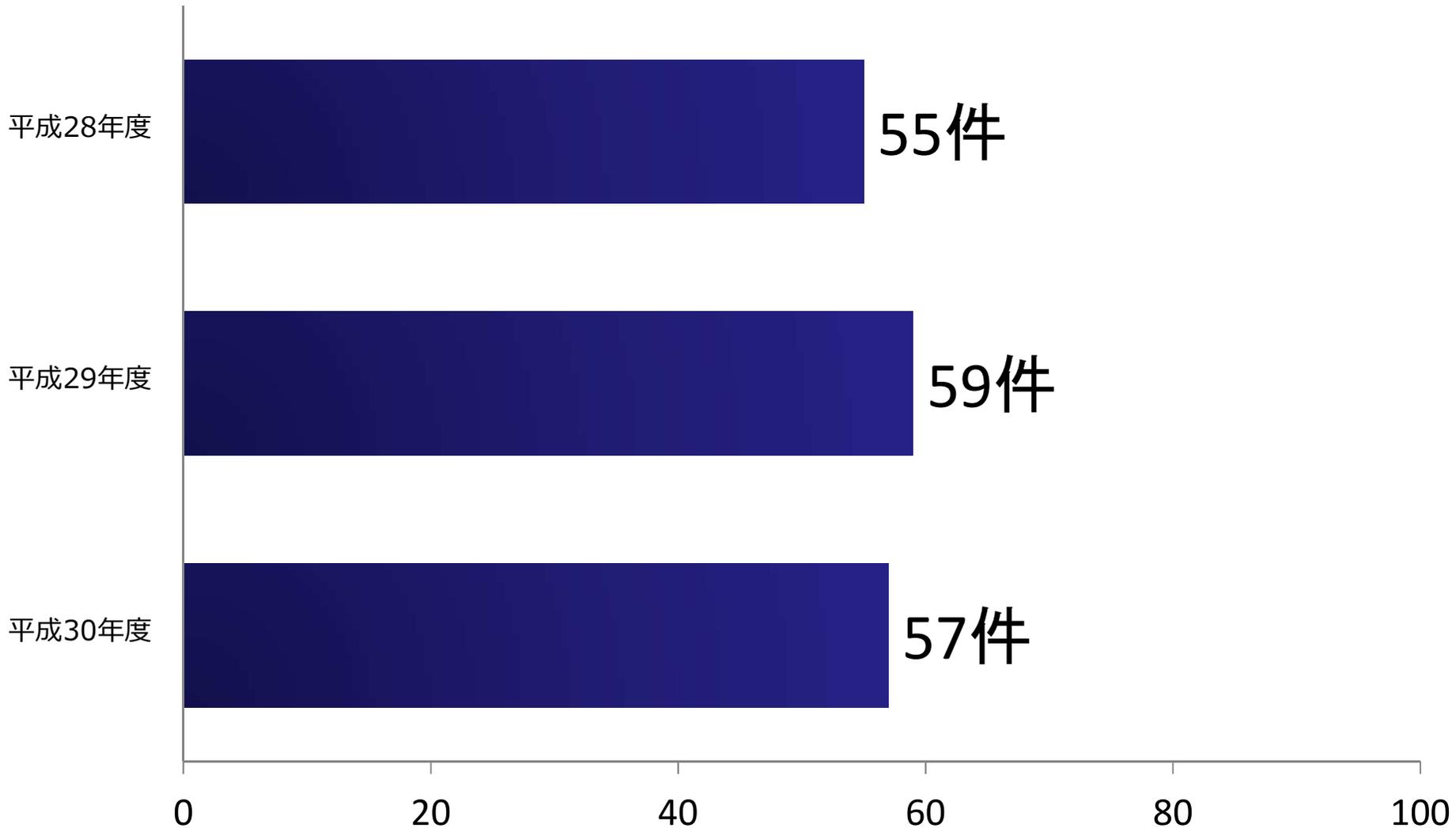


定義

実施症例件数です。登録件数ではなく、実施完了件数(※)です。
※治験終了の有無を問わず、契約した治験で実施の済んだ症例数

51. 研究倫理審査委員会(IRB) ・倫理委員会で審査された 新規臨床研究の件数

自主臨床試験件数とは、先端医療や臨床研究にどの程度取り組んでいるかを表す指標です。倫理委員会または治験審査委員会で審査、承認されたもののみ実施されるため、規則に則って適正に臨床研究がなされていることを評価する指標ともいえます。

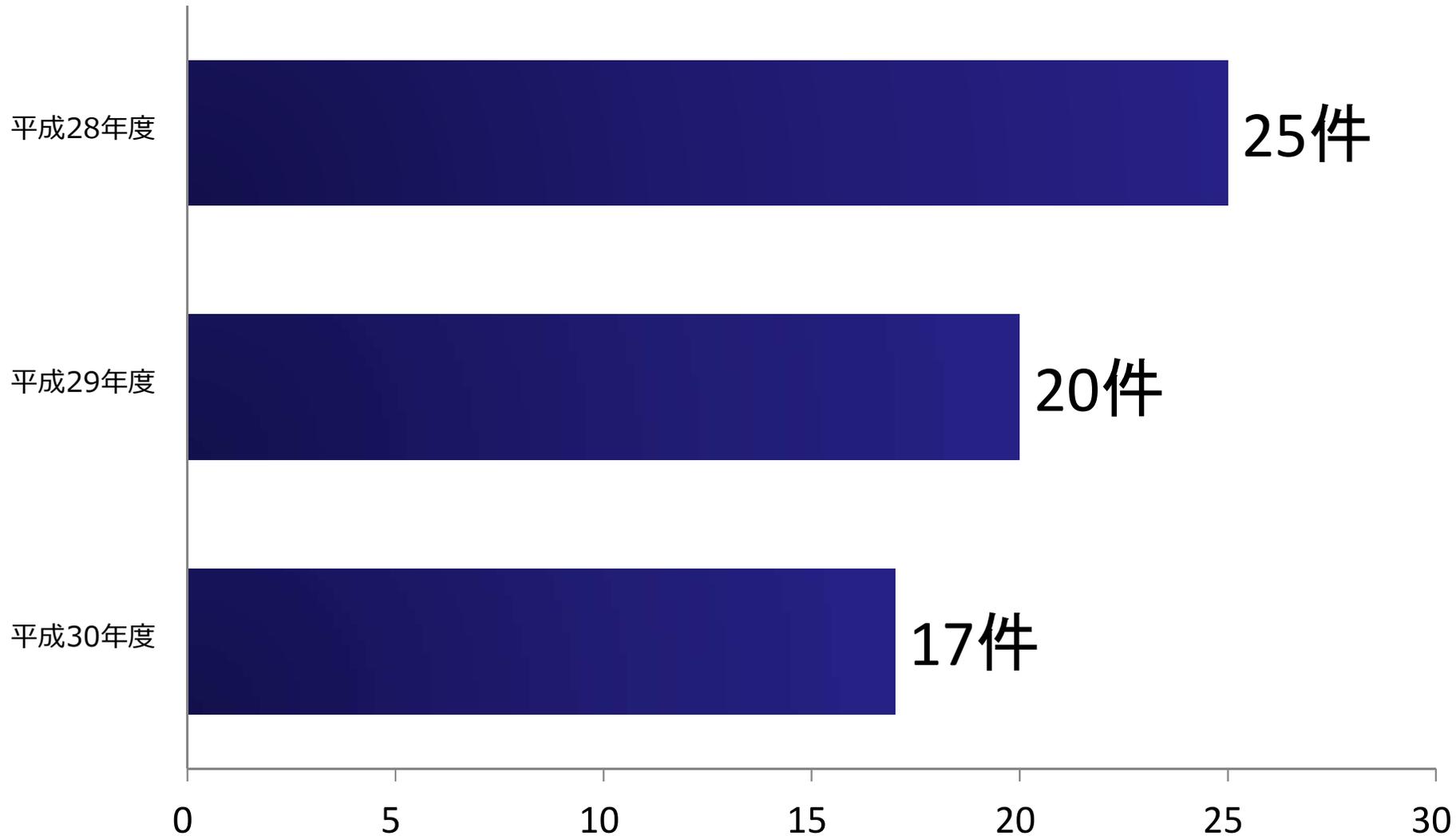


定義

1年間に研究倫理審査委員会(IRB)・倫理委員会で審査された治験以外の新規臨床研究(いわゆる自主臨床研究、または自主臨床研究、と総称している)の件数です。当項目での臨床研究とは、医療法施行規則第六条の五の三第二号に該当する特定臨床研究のうち、医薬品・医療機器・再生医療等製品を用いた臨床研究(医薬品・医療機器等を用いた侵襲及び介入を伴う研究)を指します。

52. 医師主導治験件数

医薬品・医療機器業界の要請ではなく、医師が自ら各種手続きや研究を行う治験を医師主導治験と呼びます。医薬品・医療機器業界が援助する治験よりも実施することが難しいので、医師たちの先端医療・臨床研究に対する大きな労力と熱意が必要です。

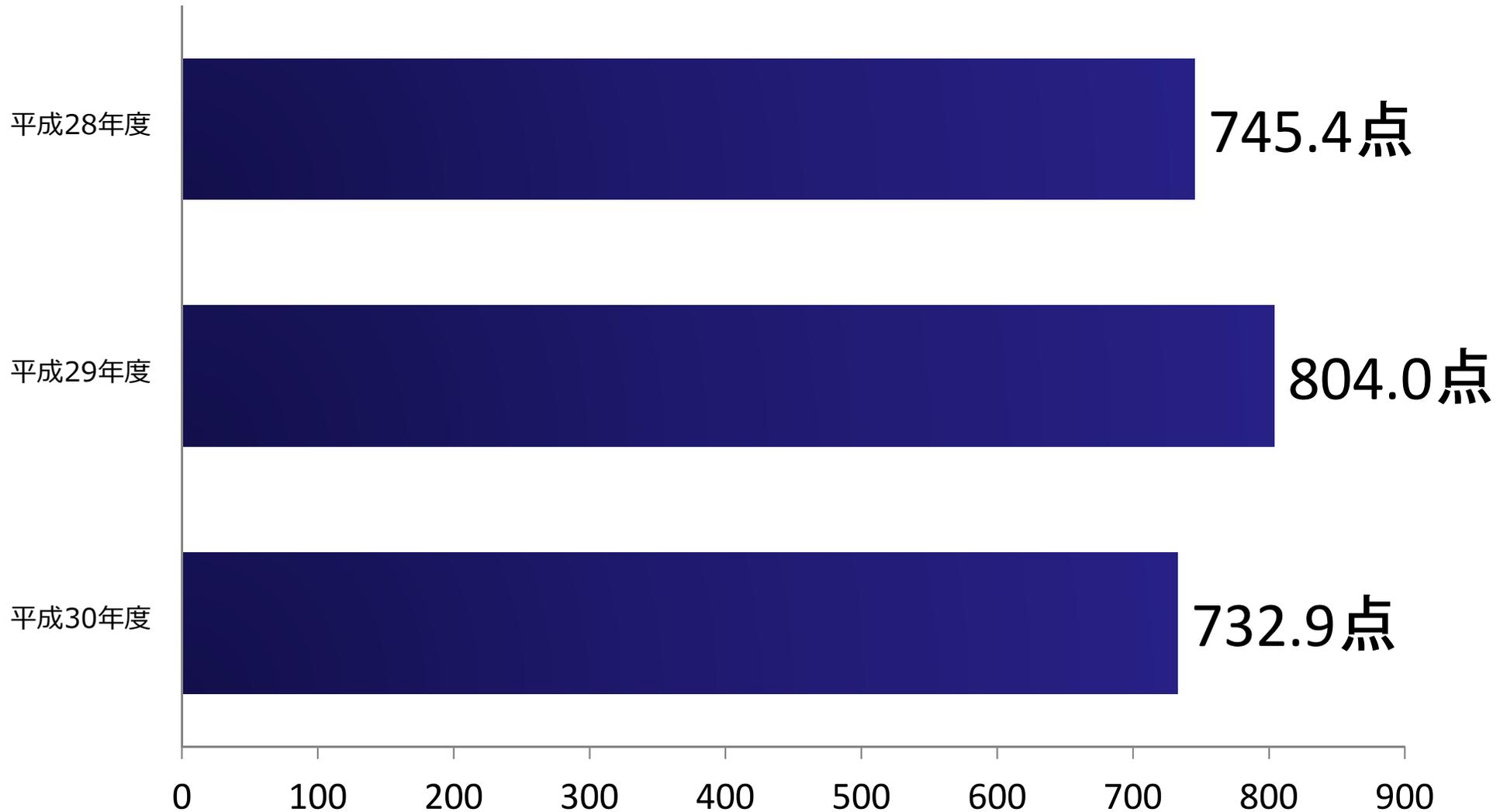


定義

実施中の医師主導治験の数です。患者数ではありません。当該年度に一例も実施されなかったものは除きます。

53. 研究論文のインパクト ファクター合計点数

インパクトファクターとは、1論文あたりの引用回数の平均値を計算したもので、掲載された科学雑誌の影響力を表します。数値が高い雑誌ほど価値が高いと一般的に言われ、英語論文のみを評価の対象とします。この項目は優れた論文の質と量を総合的に判断する指標と言えます。

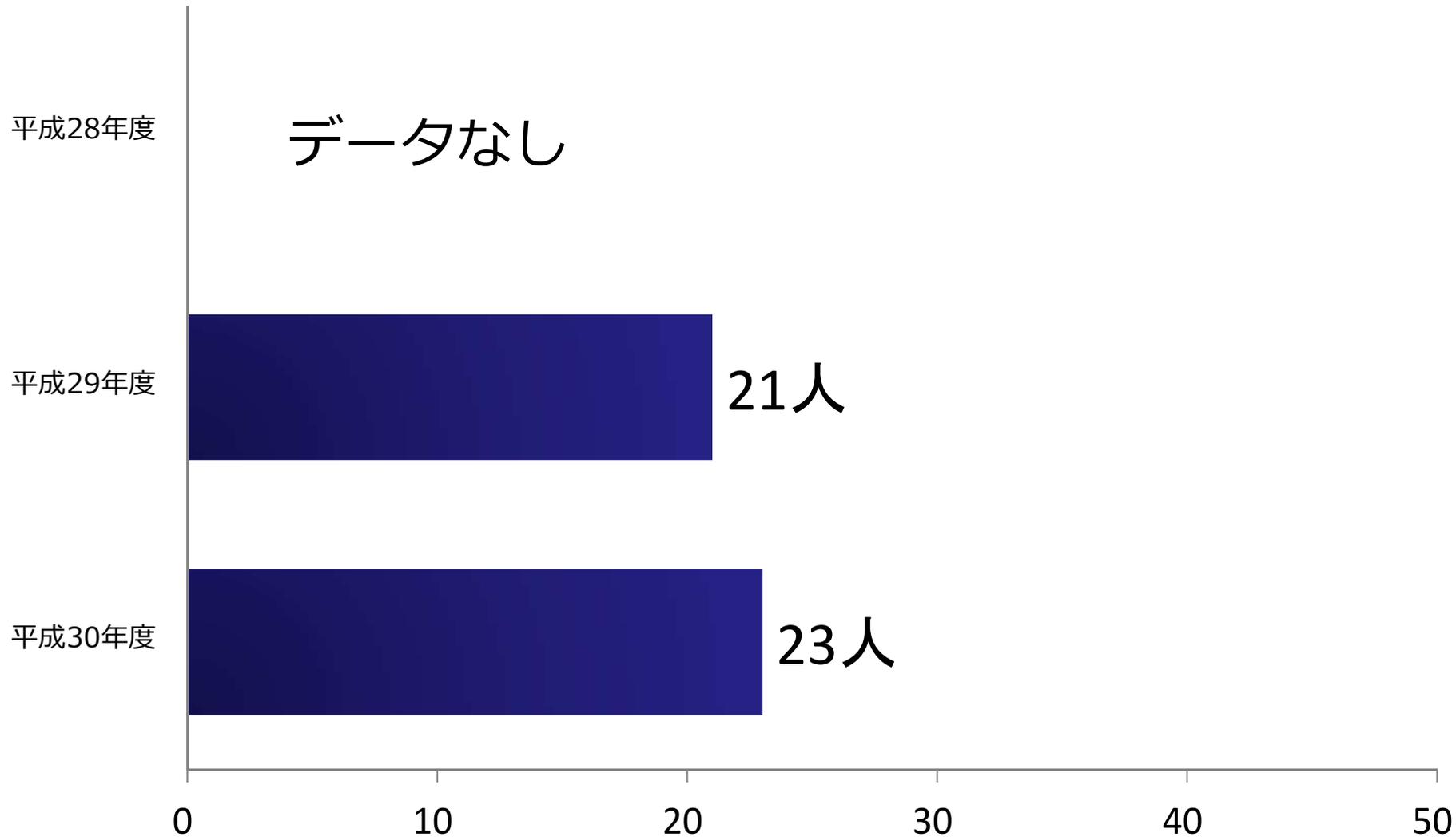


定義

第一著者が病院教職員及び診療科を持つ臨床系講座に所属する医師であるものの論文のインパクトファクターの合計点数です。原著論文に限り、学会抄録や総説は含みません。
特定機能病院業務報告書に記載予定の英語論文それぞれのインパクトファクター合計をDBCで独自集計しました。

54. 研究推進を担当する専任教員数

提言の実現に向けた取組の推進にあたり、医学系の研究推進を担当する専任教員数を評価することが求められます。各大学病院間の整備状況を客観的に把握し、体制整備の活性化を図るための指標です。なお、平成29年度より新規に調査を行ったため、2年分の数値を提示しております。



定義

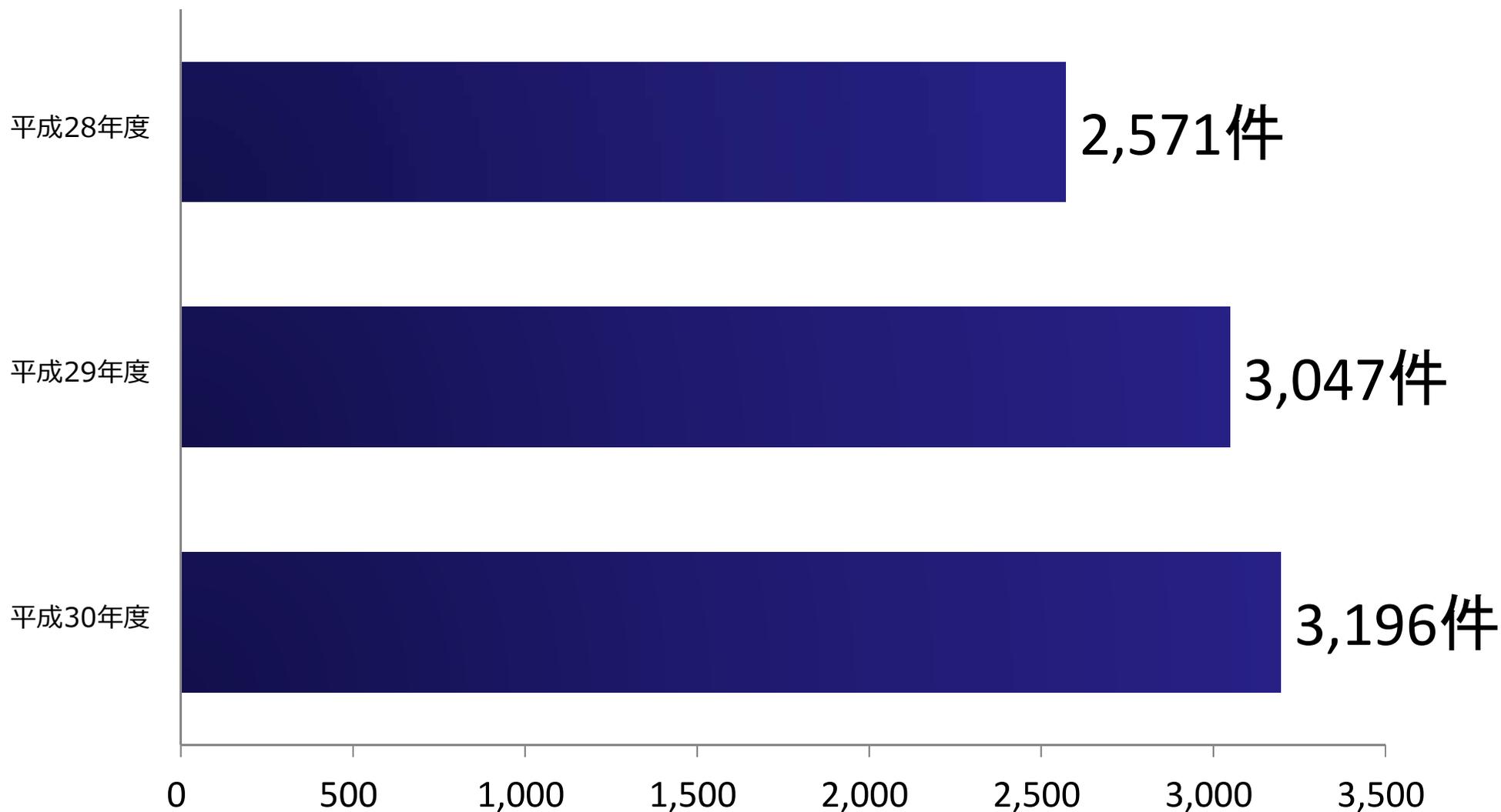
各年3月31日時点での、各国立大学附属病院の研究推進部門に所属し、医学系研究推進臨床研究の支援を担当する専任教員(※)の数です。
 ※専任教員とは以下の4つの業務に携わり、各々の業務を合わせて50%以上のエフォートを有するものとなります。1) 治験審査委員会・臨床研究倫理委員会事務局並びに倫理申請の支援(予備審査等)、2) 治験・臨床研究の実施に関する計画の相談及び計画立案の作成支援、3) プロジェクト管理、データ管理、モニタリング等の支援、4) 研究者教育、専門職養成(研究者、CRC、データマネジャー、モニター等の養成研修)



55. 救命救急患者数

国立大学附属病院には高度な三次救急医療を担う社会的責任があります。三次救急医療とは、生命に危険をもたらす重篤な状態にあつて高度な医療を必要としている患者のための医療です。

診療を行うには、高度な技術と経験、設備が必要で、その体制と実績を表す指標です。

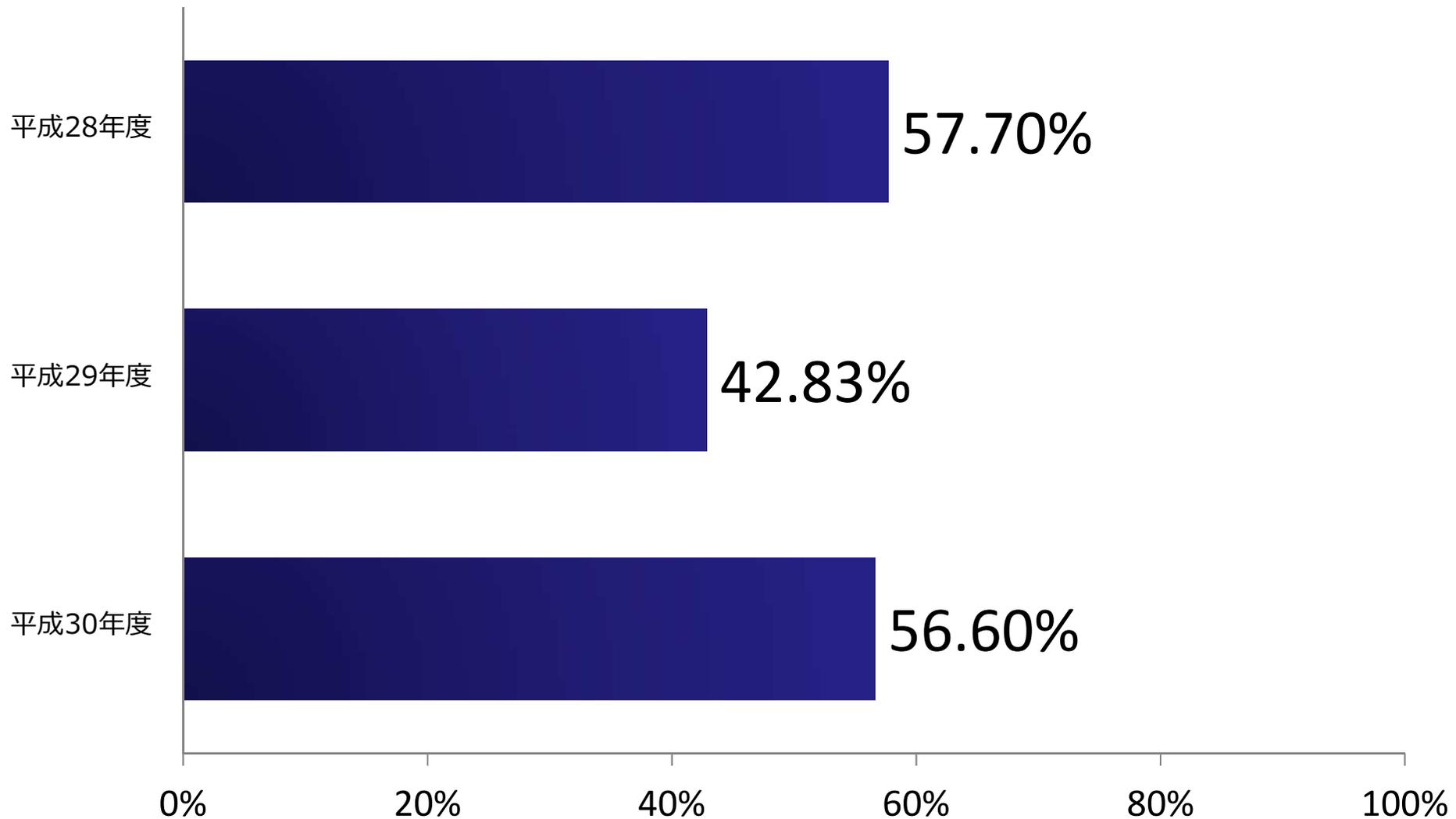


定義

救命救急患者の受入数です。ここで「救命救急患者」とは医科診療報酬点数表における、[A205 救急医療管理加算]または[A300 救命救急入院料]、[A301 特定集中治療室管理料]、[A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料]、[A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料]、[A301-4 小児特定集中治療室管理料]、[A302 新生児特定集中治療室管理料]、[A303 総合周産期特定集中治療室管理料]を入院初日に算定した患者を指し、必ずしも救命救急センターを持たない施設でも使用できる指標とします。救急外来で死亡した患者も含まれます。

56. 二次医療圏外からの 外来患者の割合

より遠方から来る外来患者をどの程度診療しているかを表す指標です。患者の在住する二次医療圏で対応できない希少疾患に対する特殊治療の貢献度も示します。



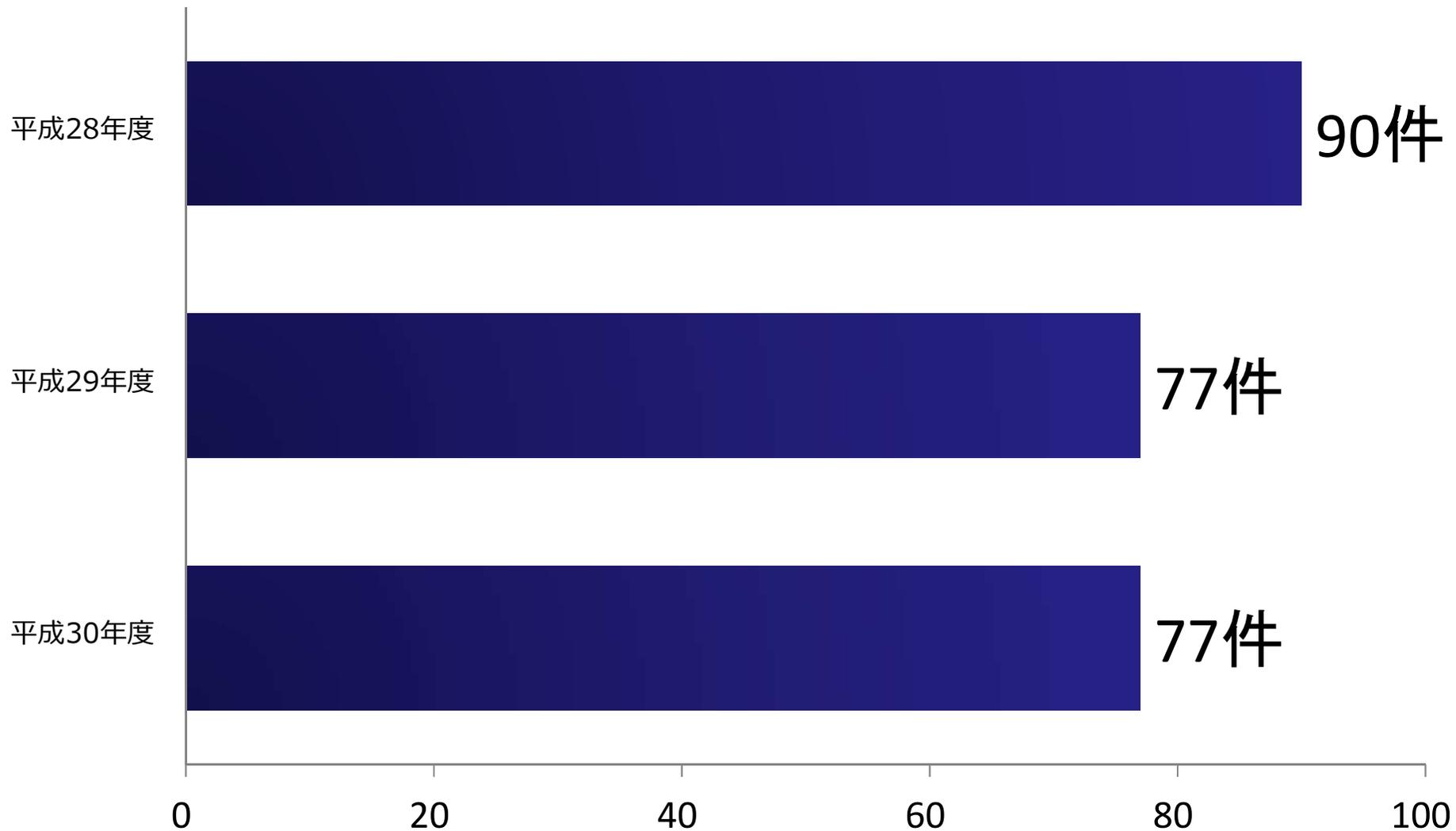
定義

1年間の自施設の当該二次医療圏外に居住する外来患者の延べ数を外来患者延べ数で除した割合(%)です。二次医療圏とは、医療法第30条の4第2項により規定された区域をさします。

「外来患者」数は延べ数としますが、その定義は、初再診料を算定した患者とし、併科受診の場合で初再診料が算定できない場合も含まれます。入院中の他科外来受診は除きます。検査・画像診断目的の受診は、同日に再診料を算定しない場合に限り1人とします。住所の不明な患者は二次医療圏内とします。

57. 公開講座等（セミナー） の主催数

国立大学附属病院には、地域の住民や医療機関で仕事をしている医療関係者に最新の医療知識を広める社会的責任があります。その責任をどの程度果たしているかを表した指標です。

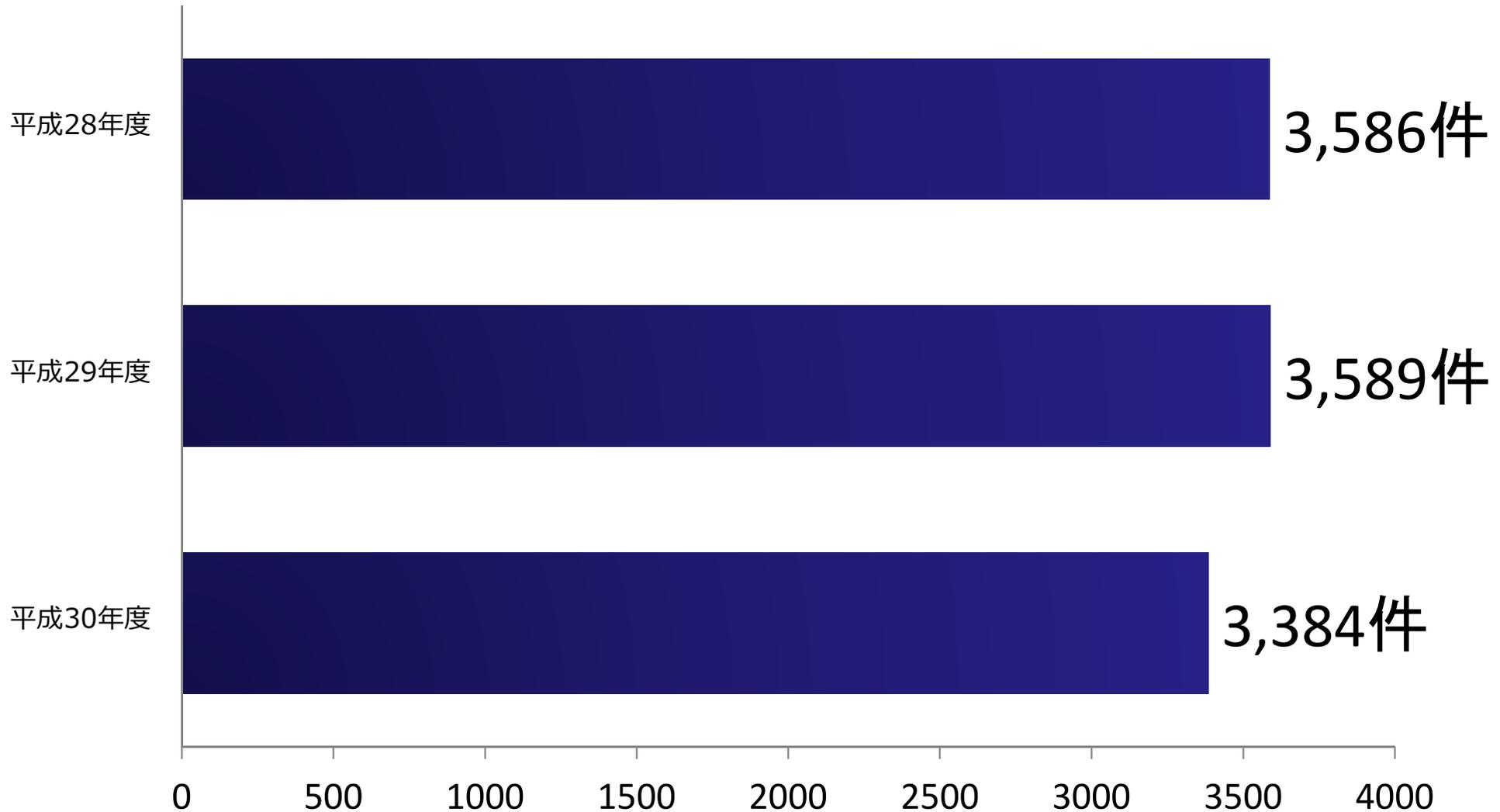


定義

1年間に自病院が主催した市民向け及び医療従事者向けの講演会、セミナー等の開催数です。学習目的及び啓発目的に限り、七夕の夕べ、写真展等の交流目的のものは含みません。また、主として院内の医療従事者向け、入院患者向けのものも含みません。他の主催者によるセミナー等への講師参加は含みません。医療従事者向けのブラッシュアップ講座等病院主催として、病院で把握できるものは含みます。

58. 地域への医師派遣数

医師派遣を通してどの程度地域医療へ貢献しているのかを表す指標です。ここでいう医師派遣とは、地域医療で必要とされる専門性の高い医師を供給し、欠員が生じた場合でも後任者を派遣し続ける形態を言います。

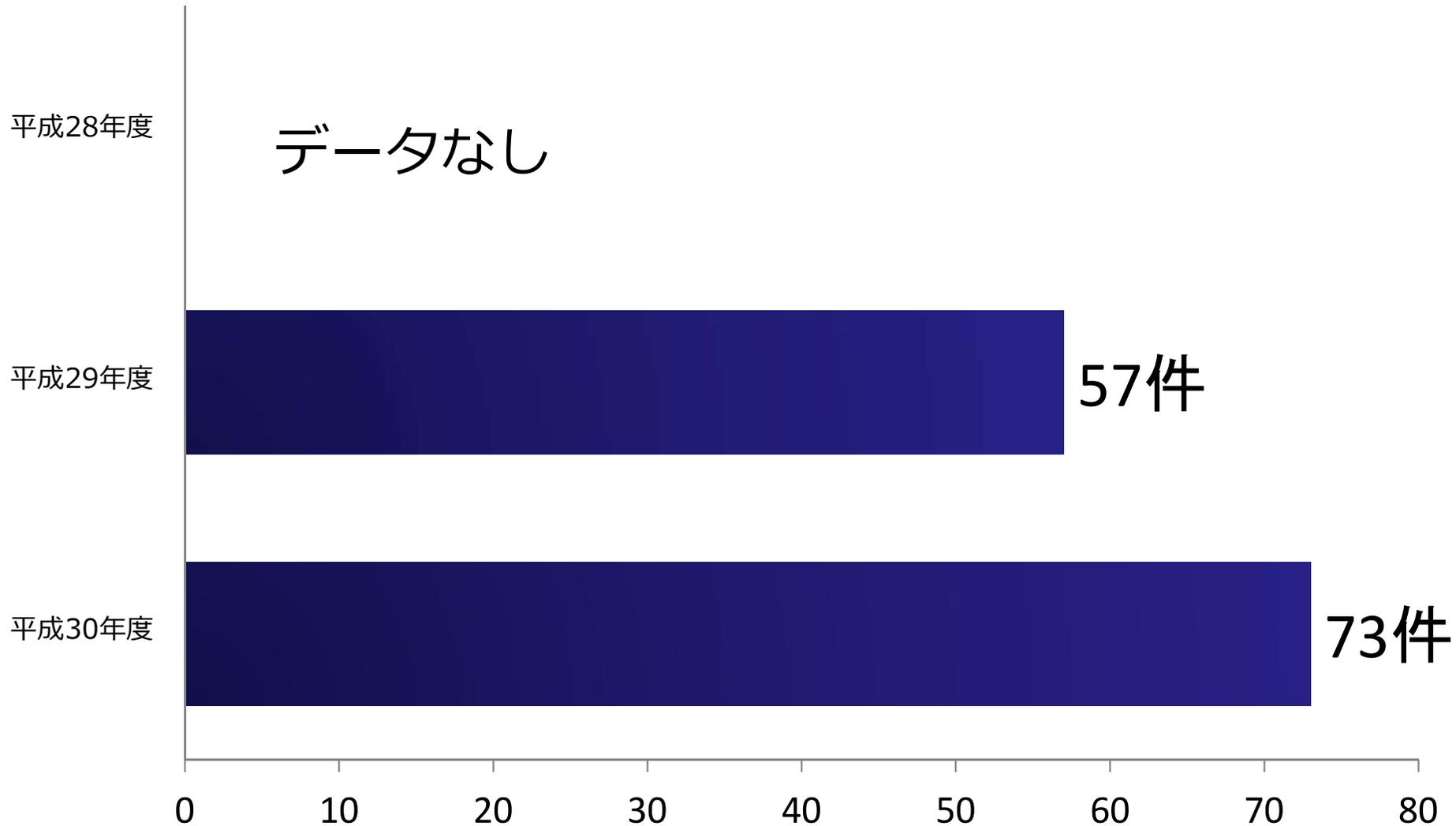


定義

各年6月1日時点での、地域の医療を安定的に維持することを目的に、常勤医として、自病院の外へ派遣している医師数です。自病院の分院への派遣は含みません。同門会などからの派遣についても含めて計上します。

59.地域の行政機関の委員会・協議会等へ参画している件数

国立大学附属病院が地域医療提供体制の整備にどのくらい関与しているのかを表現する指標です。都道府県行政との協働並びに医師会等との関係構築が重要であり、都道府県行政との協同状況を評価するとともに、都道府県単位での医療施策（医療政策）への貢献度を評価します。なお、平成29年度より新規に調査を行ったため、2年分の数値を提示しております。

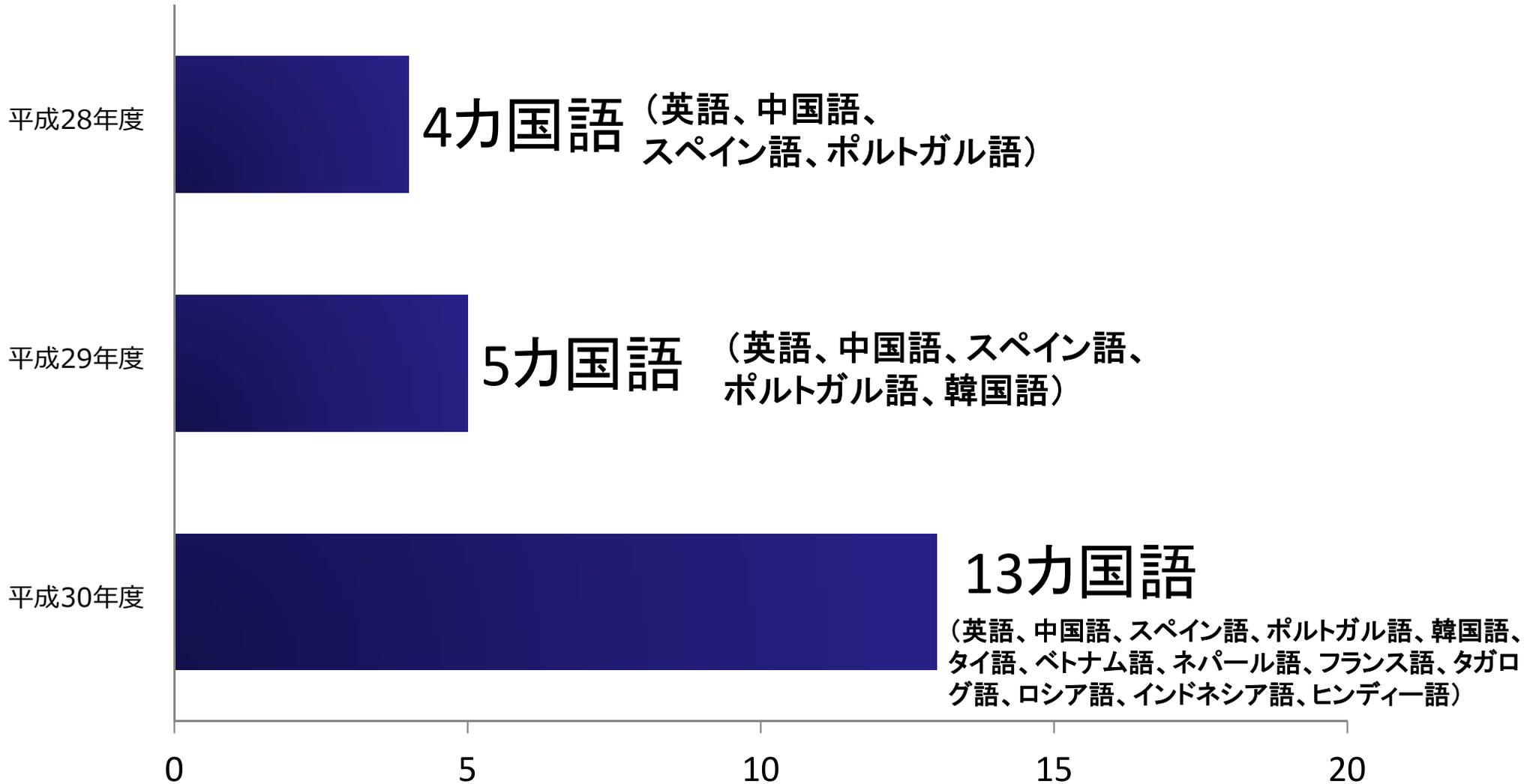


定義

1年間の、大学病院から各地域の行政機関の委員会・協議会へ参画している件数です。

60. 自病院で総合窓口での 患者対応が可能な言語数 (日本語を除く)

外国人患者受け入れに関する体制を示す指標です。

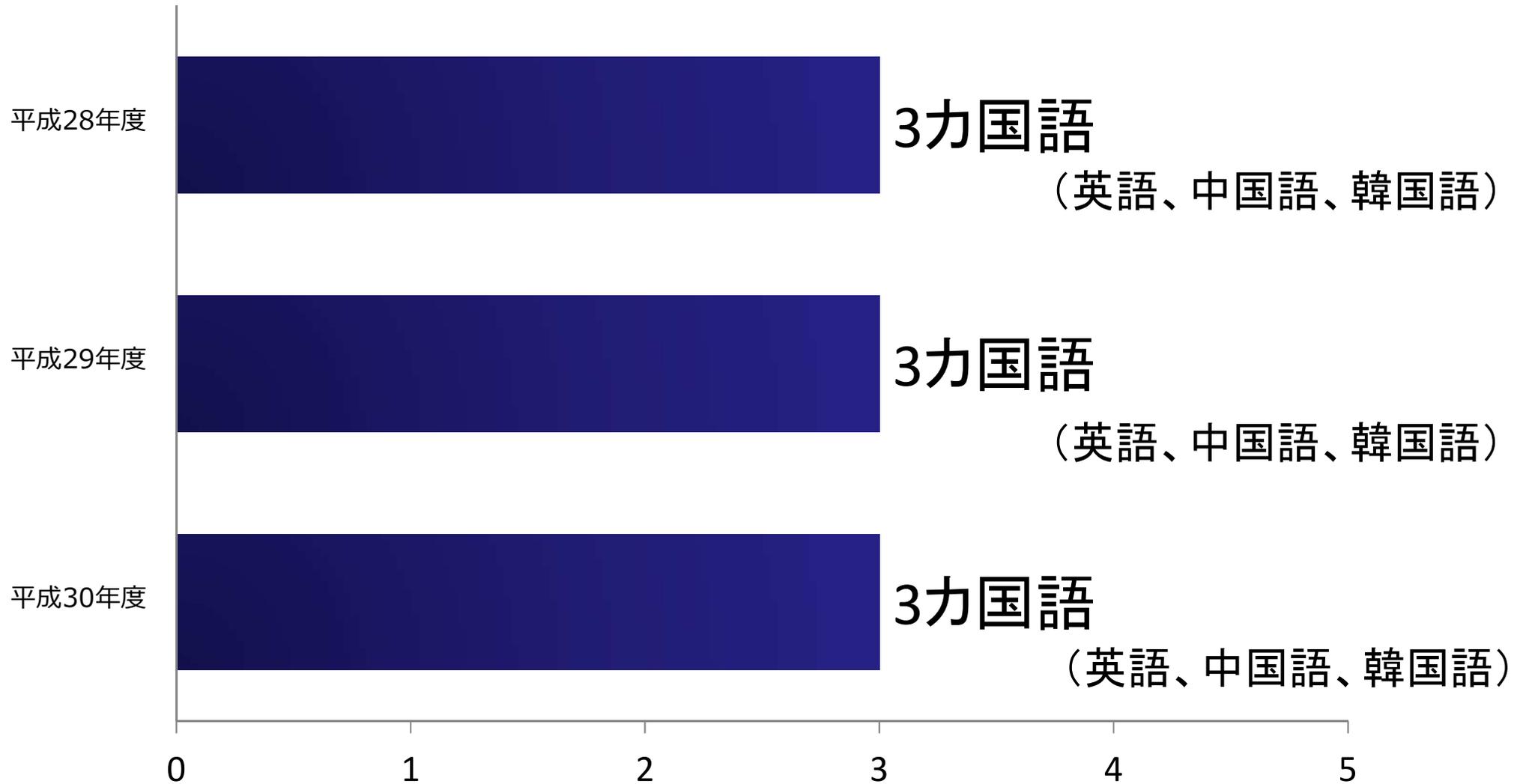


定義

各年6月1日時点での、自病院で総合窓口での患者対応が可能な言語数(通訳業務委託、ボランティアによる通訳サービスなど含む)です。

61. 院内案内の表示言語数 (日本語を除く)

外国人患者受入の体制を整備していることを示す指標です。

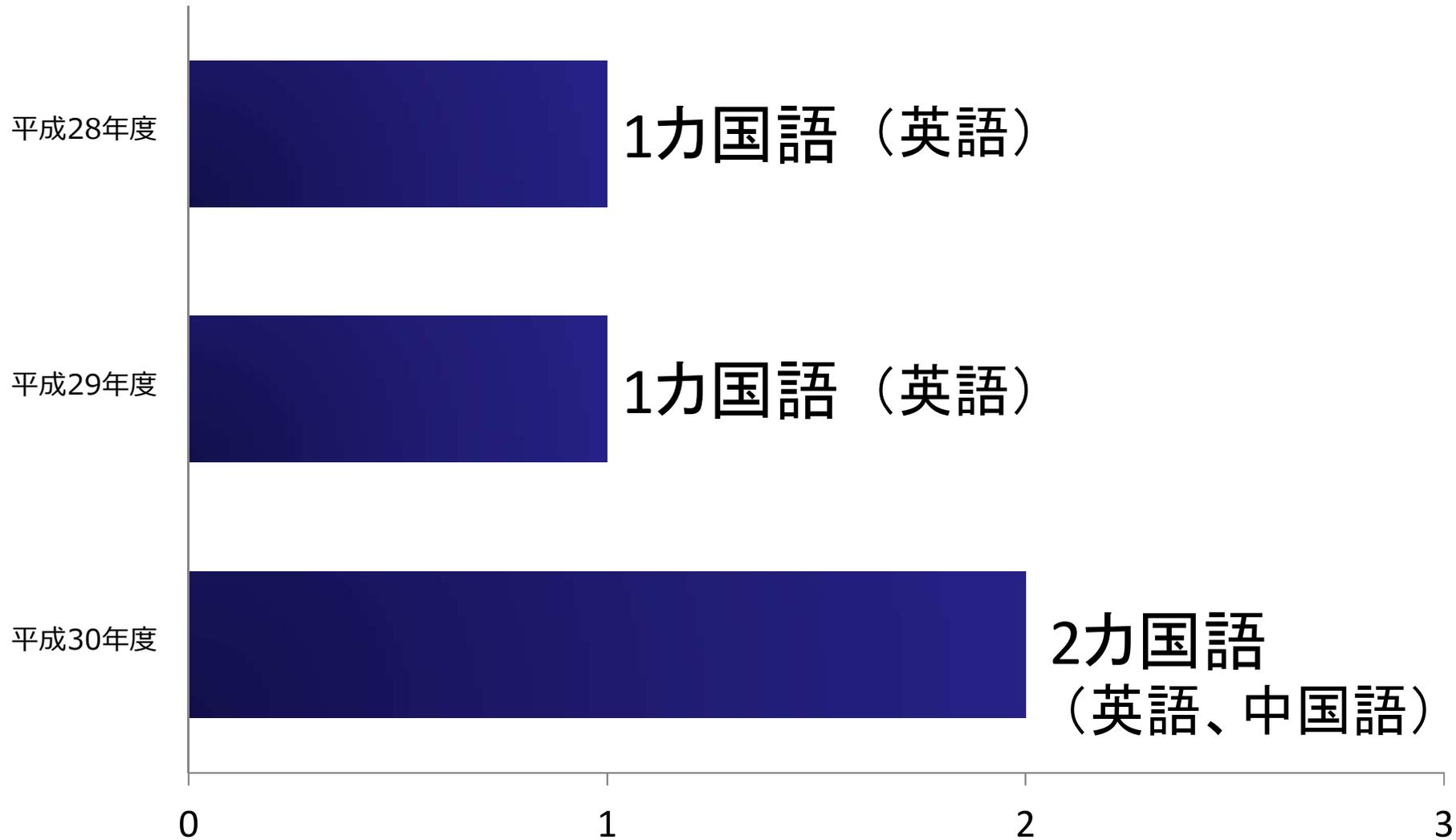


定義

各年6月1日時点での、院内案内の表示言語数です。院内案内とは、案内板や看板によるものを指します。

62. 病院ホームページの 対応言語数(日本語を除く)

国際的に情報を発信し、外国人患者受入の体制を整備していることを示す指標です。

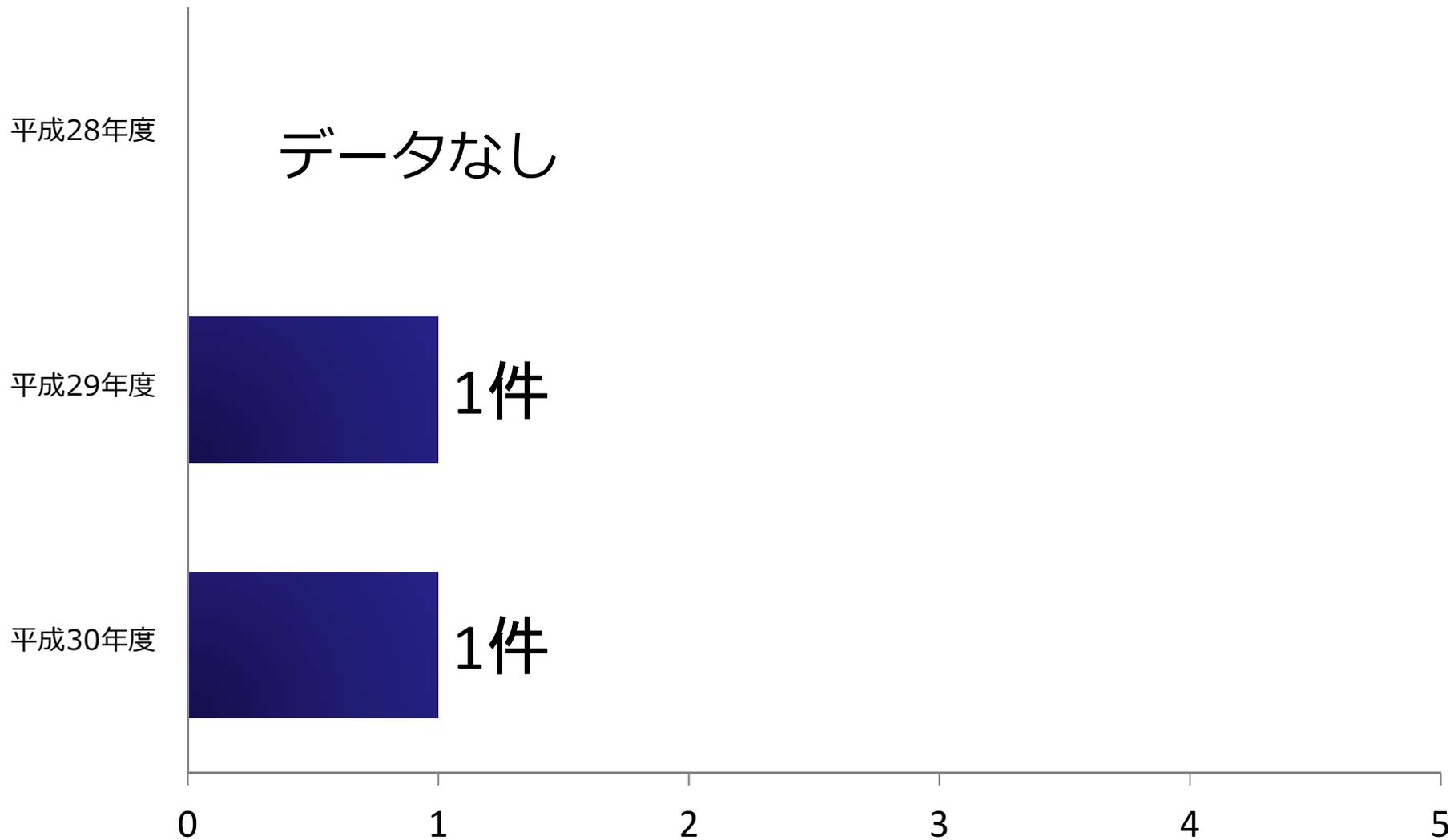


定義

各年6月1日時点での、病院ホームページ(トップページ)の対応言語数です。

63.海外大学病院及び医学部 との交流協定締結数

国立大学附属病院では、海外機関との交流のための枠組みを整備し、国際化の充実が求められます。日本側の締結の主体は大学病院であるものをカウントし、協定先の海外大学に関しては、全ての学部を対象にカウントしております。なお、平成29年度より新規に調査を行ったため、2年分の数値を提示しております。

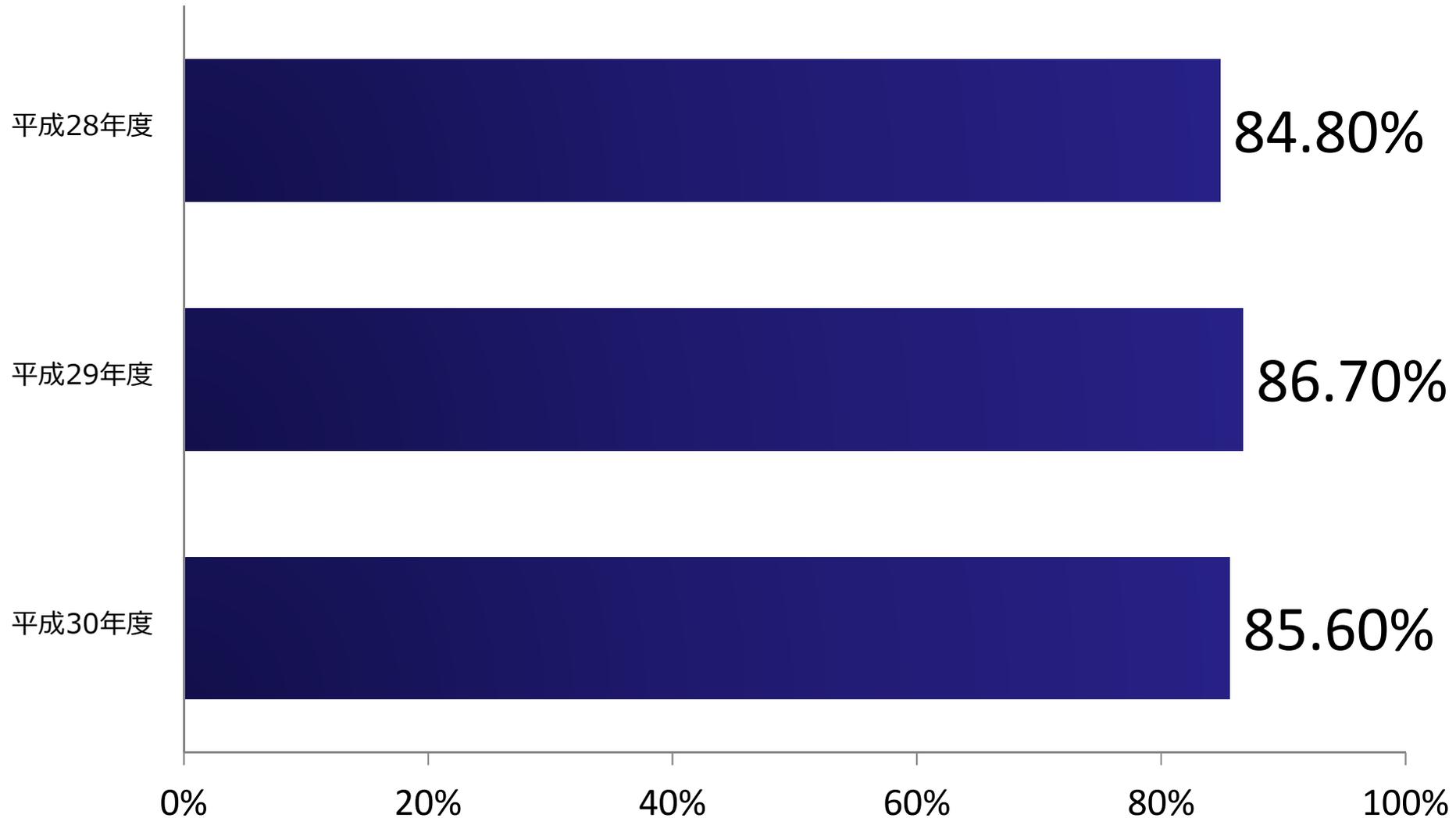


定義

各年6月1日時点での、海外大学病院及び医学部との交流協定の締結数(その他、病院が主体部局である大学間交流協定を含む。)です。

64-1. 病床稼働率(一般病床)

一般病床の運用に関する効率性を表す指標です。
ただし、急性期医療を担うために救命救急センター機能
における空床確保も含め、常に利用可能な病床を提供する
必要もあるため値の解釈には注意が必要です。



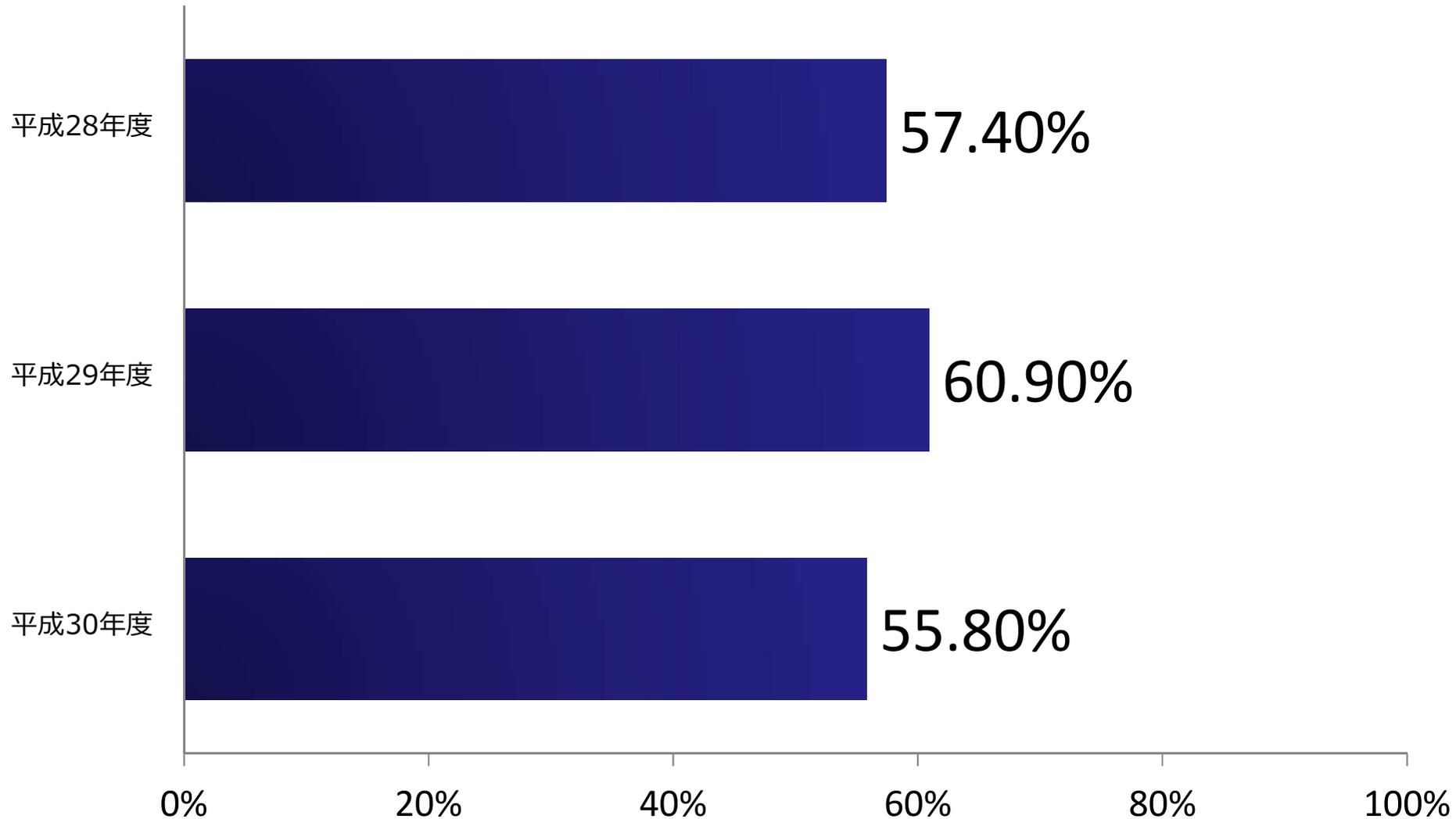
定義

1年間の、一般病床における病床稼働率です。以下の式で算出します。

$$\text{病床稼働率} = (\text{「入院患者延数」} \div \text{「延稼働病床数」}) \times 100$$

64-2. 病床稼働率(精神病床)

精神病床の運用に関する効率性を表す指標です。
ただし、急性期医療を担うために救命救急センター機能
における空床確保も含め、常に利用可能な病床を提供する
必要もあるため値の解釈には注意が必要です。



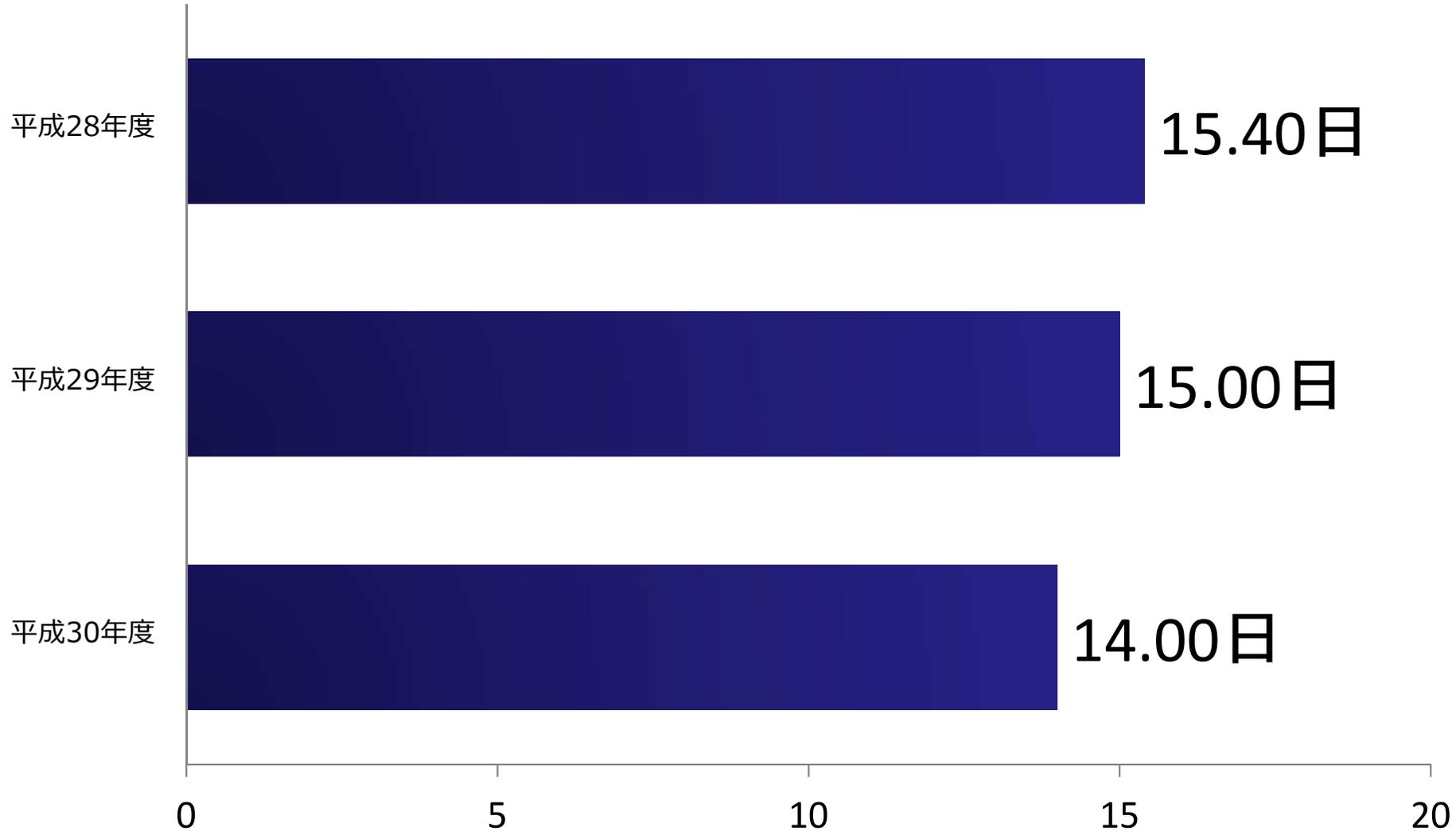
定義

1年間の、精神病床における病床稼働率です。以下の式で算出します。

$$\text{病床稼働率} = (\text{「入院患者延数」} \div \text{「延稼働病床数」}) \times 100$$

65-1. 平均在院日数 (一般病床)

患者が一般病床に平均何日間入院しているかを表す指標です。患者の重症度や疾病により違いがあるため、単純に比較することはできませんが、質の確保と医療の効率化が高いレベルで達成されるほど、平均在院に数は短縮されるとされています。

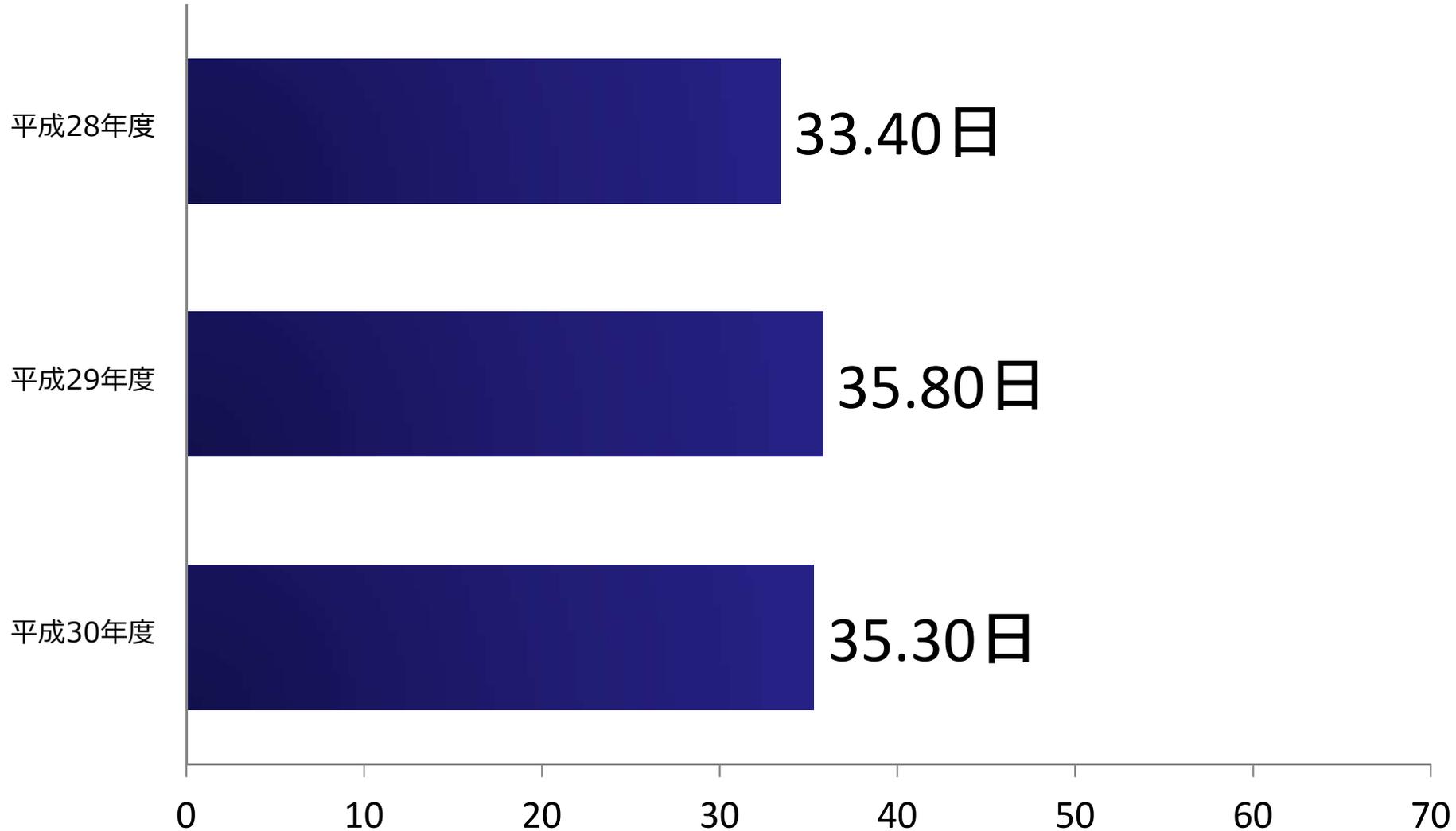


定義

1年間の、一般病床における平均在院日数です。以下の式で算出します。
 平均在院日数 = 「在院患者延数」 ÷ ((「新入院患者数」 + 「退院患者数」) ÷ 2)

65-2. 平均在院日数 (精神病床)

患者が精神病棟に平均何日間入院しているかを調べる指標です。患者の重症度や疾病により違いがあるため単純に比較することはできませんが、質の確保と医療の効率化・機能分化がなされているかの目安となります。

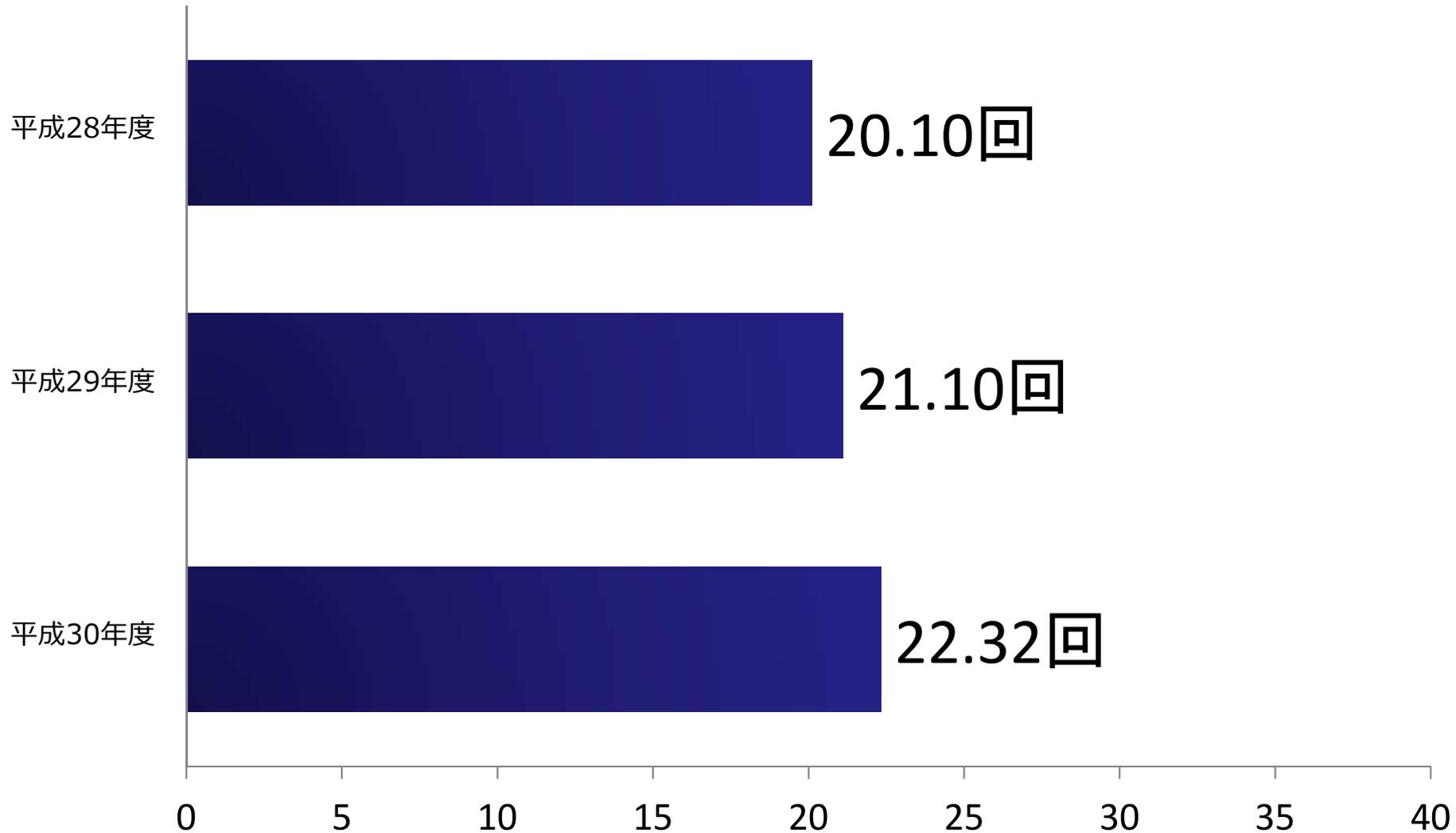


定義

1年間の、精神病床における病床稼働率です。以下の式で算出します。
 平均在院日数 = 「在院患者延数」 ÷ ((「新入院患者数」 + 「退院患者数」) ÷ 2)

66-1. 病床回転数 (一般病床)

一般病床において、病床あたり年間何人の患者が利用したかを表す指標です。



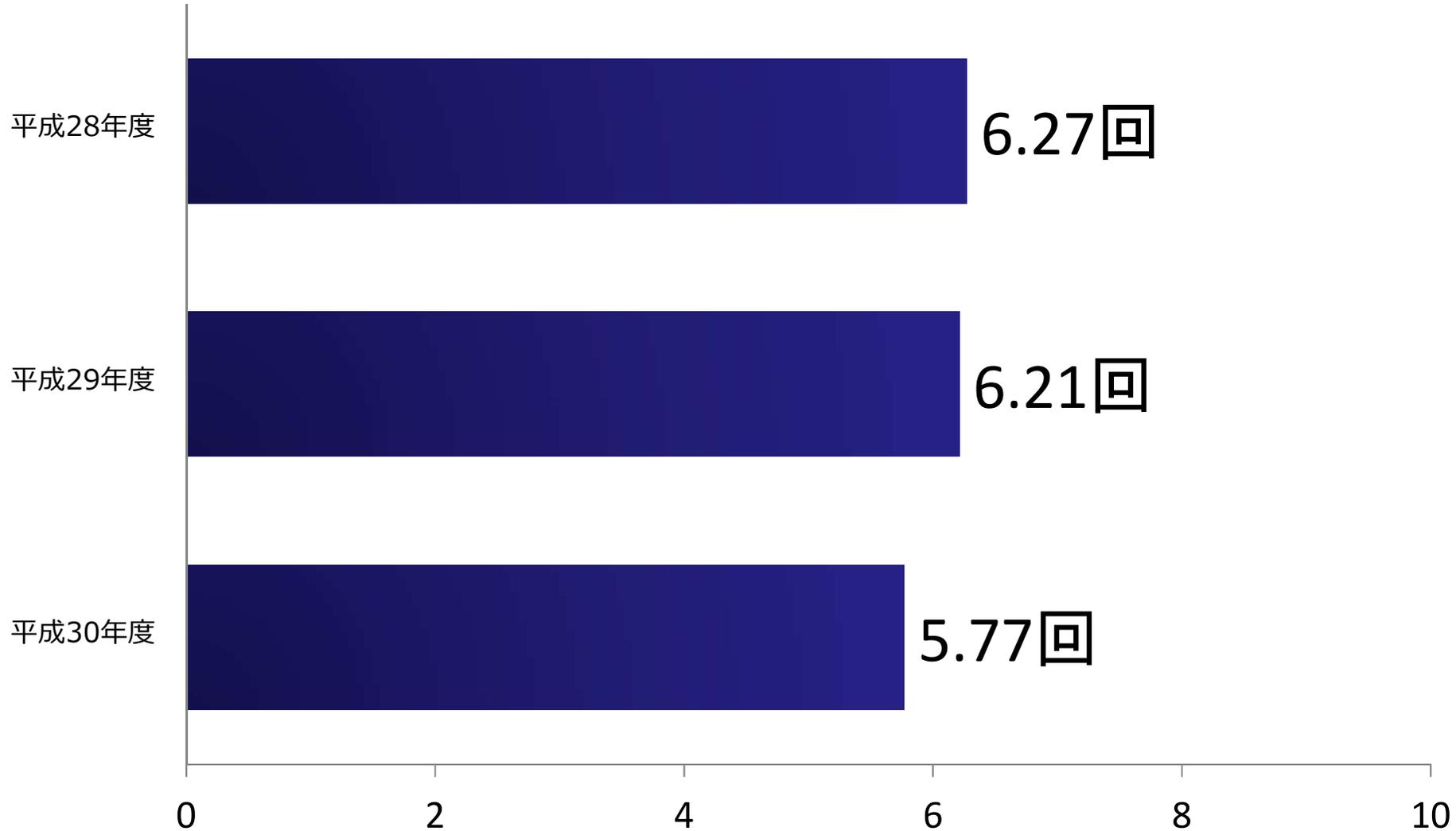
定義

1年間の、一般病床における病床回転数です。以下の式で算出します。

$$\text{病床回転数} = (365 \div \text{平均在院日数}) \times (\text{病床稼働率}(\%) \div 100)$$

66-2. 病床回転数 (精神病床)

精神病床において、病床あたり年間何人の患者が利用したかを表す指標です。



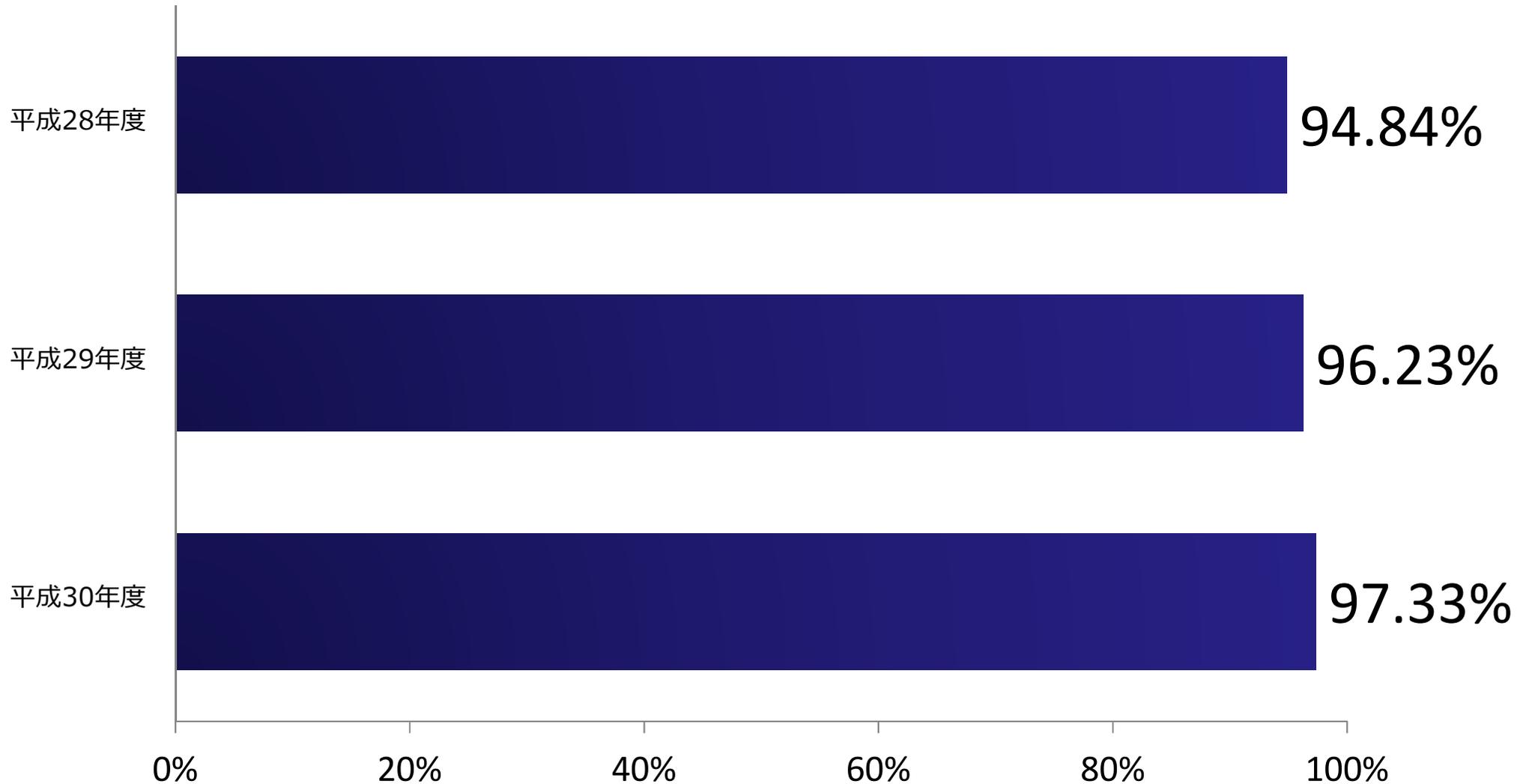
定義

1年間の、精神病床における病床回転数です。以下の式で算出します。

$$\text{病床回転数} = (365 \div \text{平均在院日数}) \times (\text{病床稼働率}(\%) \div 100)$$

67. 紹介率

外来初診患者のうち、他の医療機関から紹介状を持参した患者の割合を示す指標です。地域の医療機関との連携・機能分化の指標であり、これらの指標が高い医療機関は各患者の病状に応じた医療の提供に貢献していると考えられます。



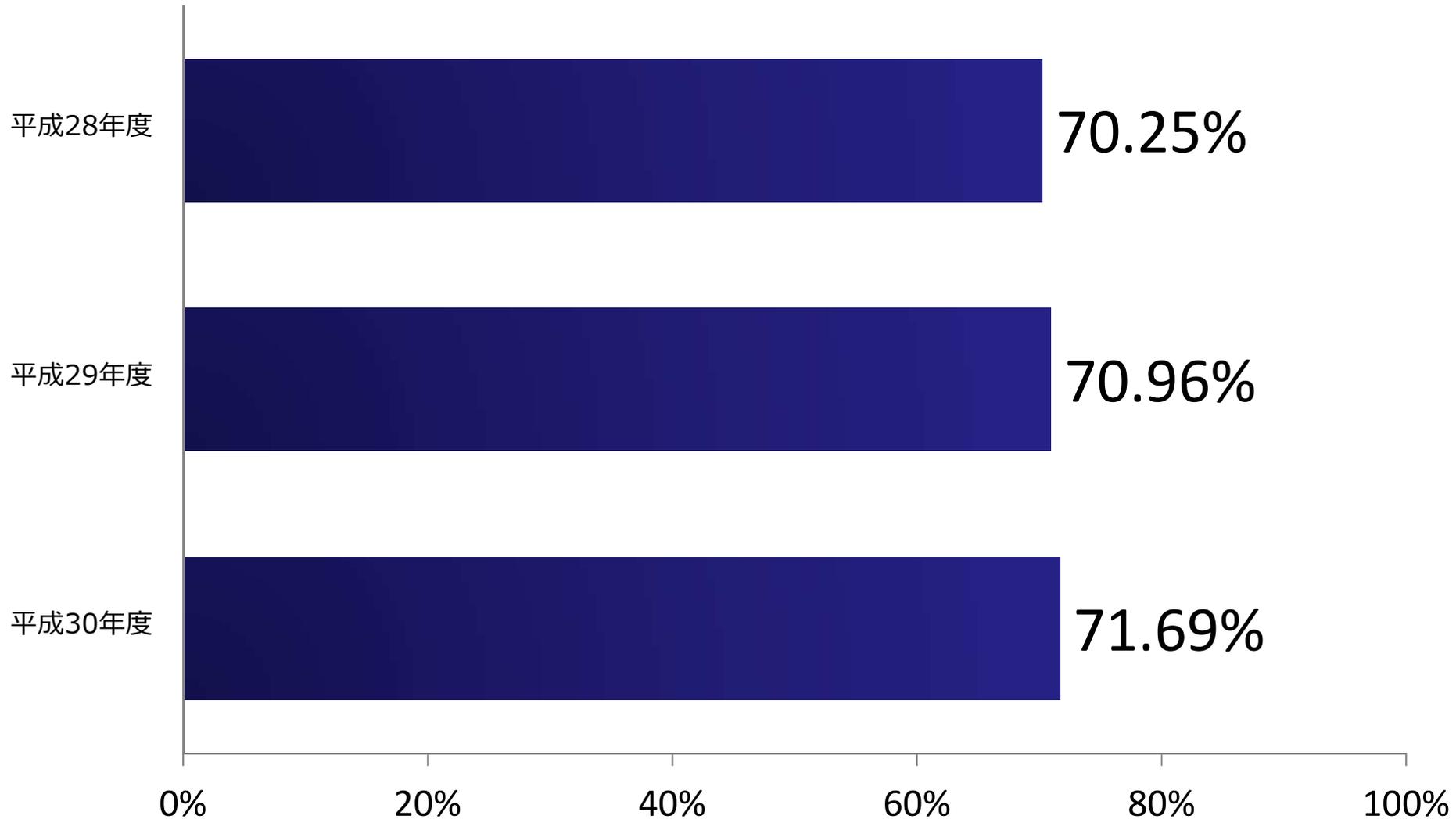
定義

1年間の、医科診療科(歯科系及び歯科口腔外科を除く診療科)の紹介率です。以下の式で算出します。

$$\text{紹介率} = (\text{紹介患者数} + \text{救急車搬入患者数}) \div \text{初診患者数} \times 100$$

68. 逆紹介率

他の医療機関へ患者を紹介した割合を表す指標です。地域の医療機関との連携・機能分化の指標であり、これらの指標が高い医療機関は、各患者の病状に応じた医療の提供に貢献していると考えられます。



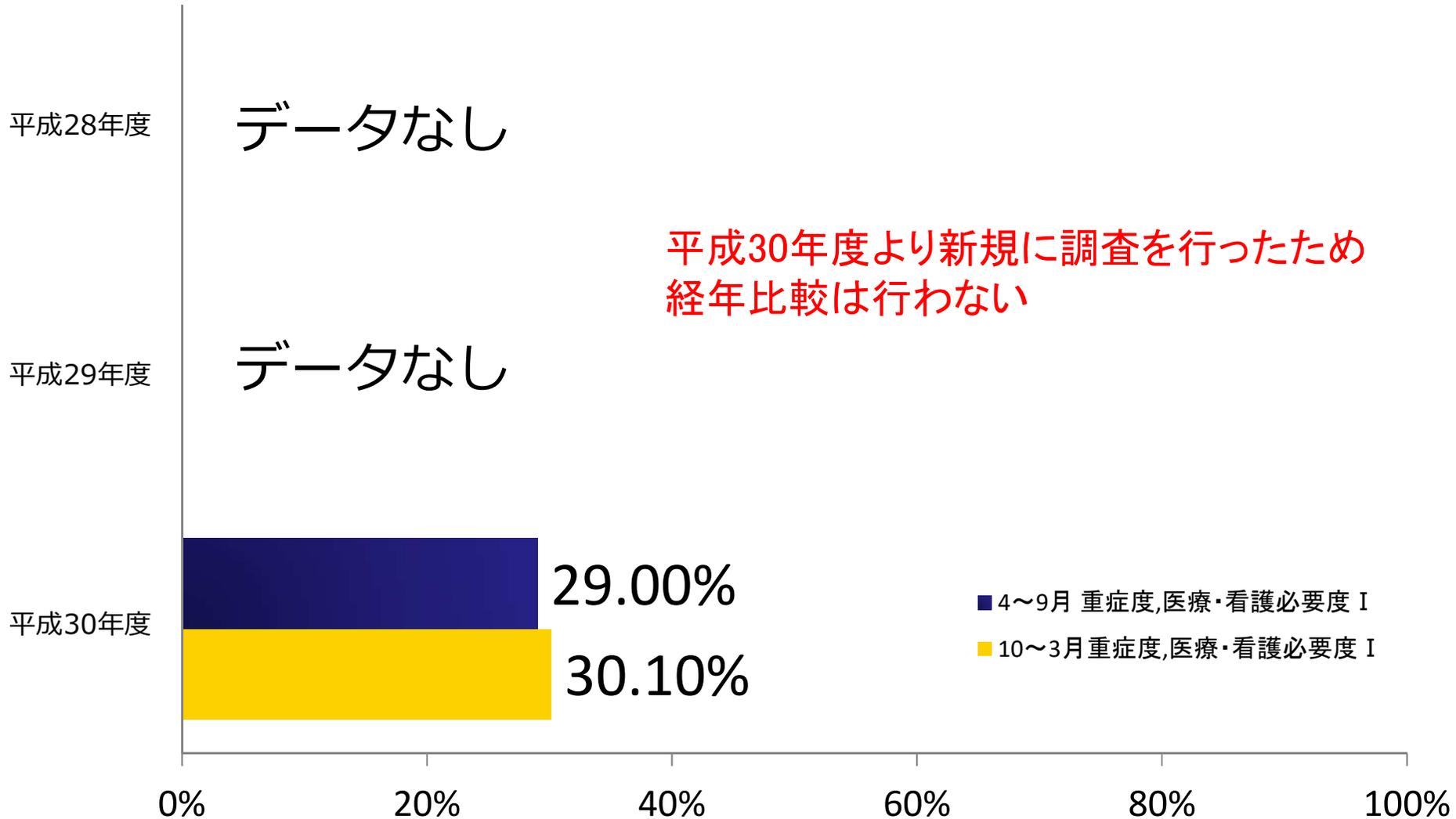
定義

1年間の、医科診療科(歯科系及び歯科口腔外科を除く診療科)の逆紹介率です。以下の式で算出します。

$$\text{逆紹介率} = \text{逆紹介患者数} \div \text{初診患者数} \times 100$$

69. 一般病棟の重症度、医療・看護必要度

一般病棟における重症度、医療・看護必要度に基づく重症患者の基準を満たす割合を示す指標です。重症患者の割合が高いことは、急性期医療において、より医療ニーズ（手術、処置等）や手厚い看護（看護の提供量）の必要性が高い患者を多く受け入れていることを表します。なお、平成30年度診療報酬改定より評価方法の変更により平成30年度の数値のみを提示しております。



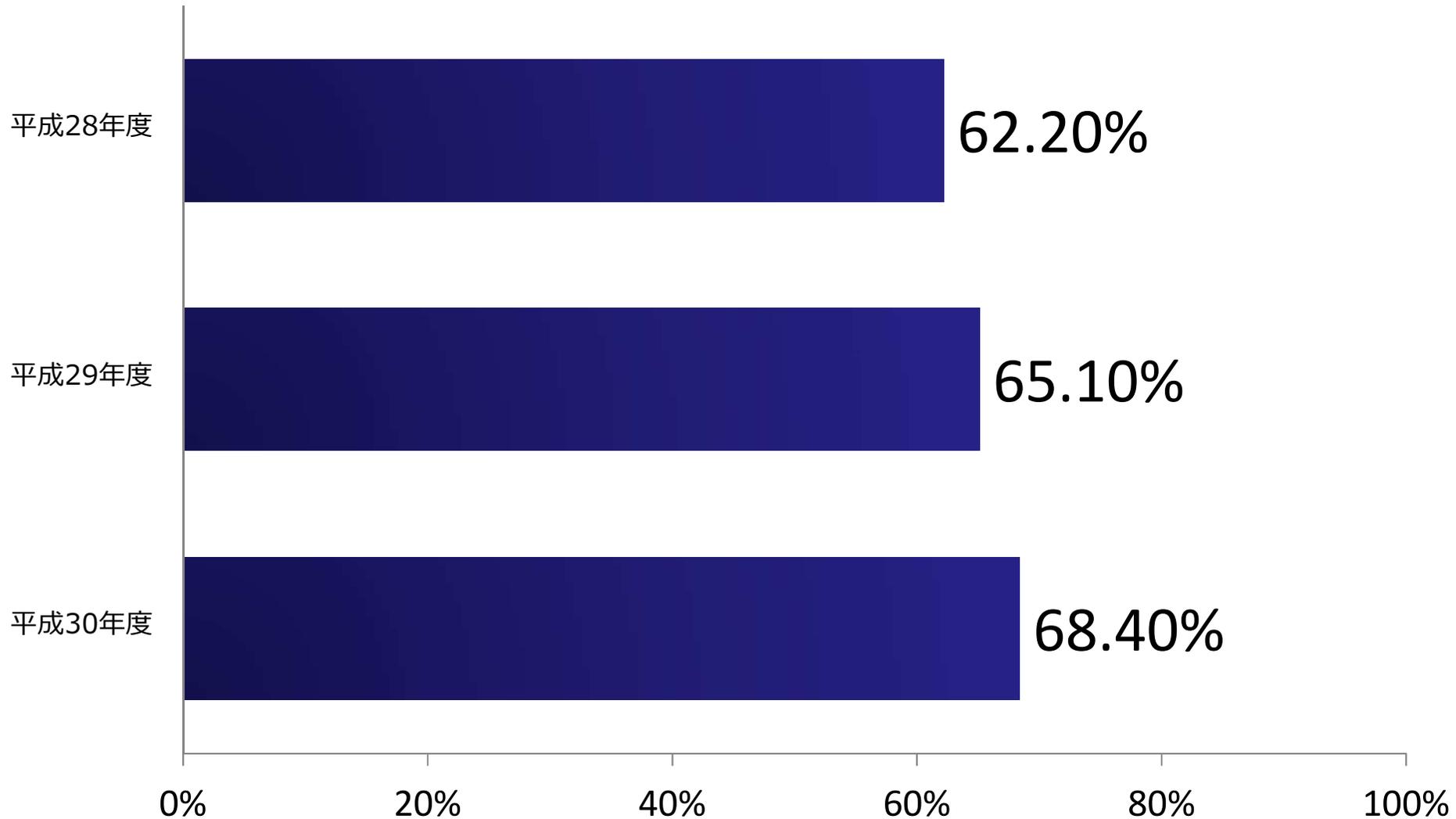
定義

一般病棟の重症度、医療・看護必要度です。以下の式で算出します。

$$\text{重症度,医療・看護必要度} = \frac{\text{該当患者延数}}{\text{一般病棟在院患者延数}}$$
 なお、平成30年度診療報酬改定より重症度、医療・看護必要度 I と II に評価方法が分されました。

70. 後発医薬品使用率 (数量ベース)

後発医薬品切替可能薬品のうち、実際に消費した後発医薬品の数量に占める割合を表す指標です。患者の自己負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものであり、この指標により政府が定める数量シェア目標にどれだけ貢献しているかを示すことができます。



定義

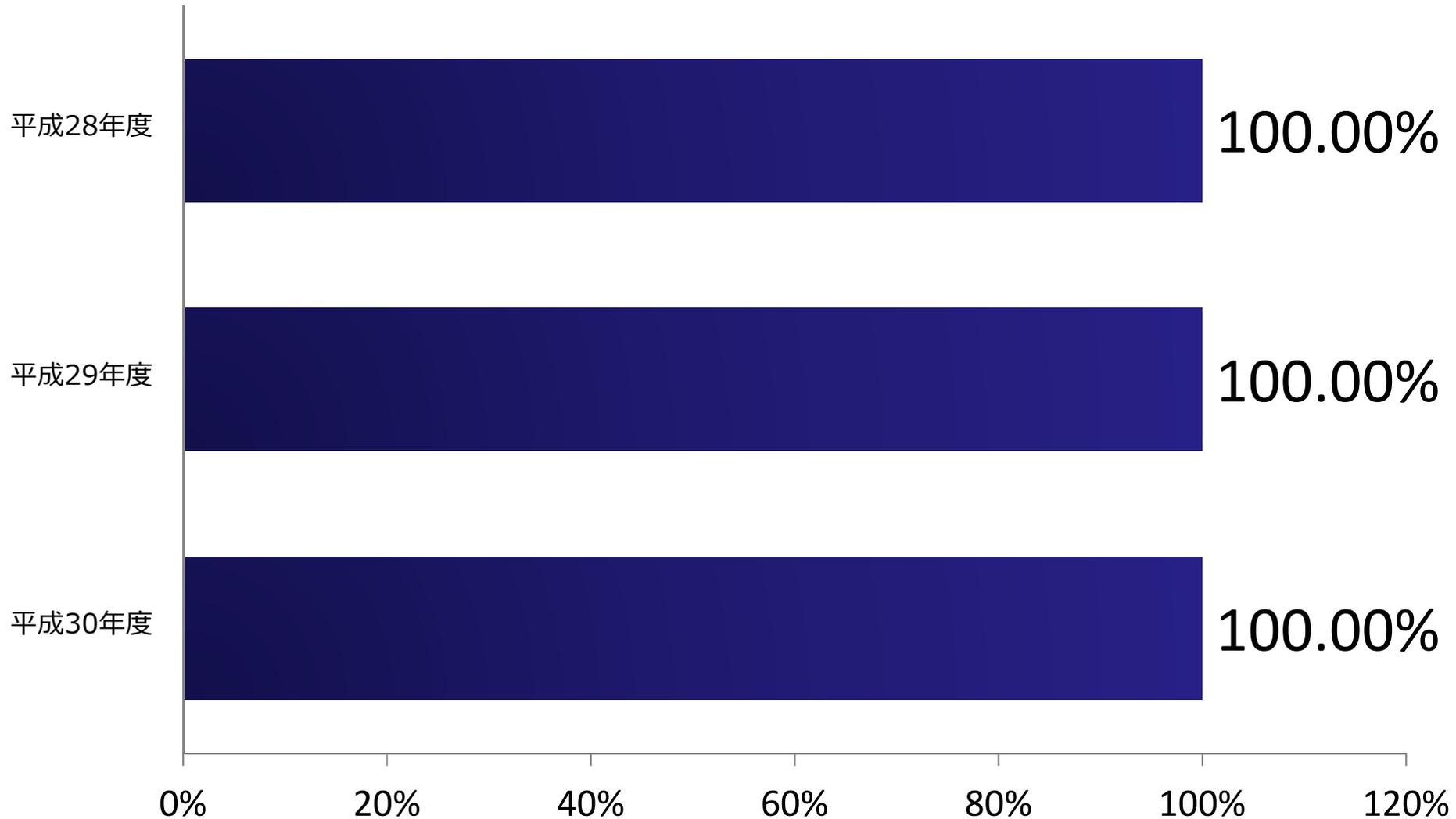
前年10月1日～9月30日の1年間の入院における後発医薬品使用率です。以下の式で算出します。

後発医薬品使用率 = (後発医薬品使用数量 ÷ 後発医薬品切替可能数量(※)) × 100

(※) 後発医薬品切替可能数量 = 後発医薬品のある先発医薬品の使用数量 + 後発医薬品の使用数量

71. 現金収支率 (病院セグメント)

現金ベースでの経営状況を表す指標です。
病院が収支面から見て安定的に活動を続けるためには
少なくとも100%を超えていることが望ましいです。



定義

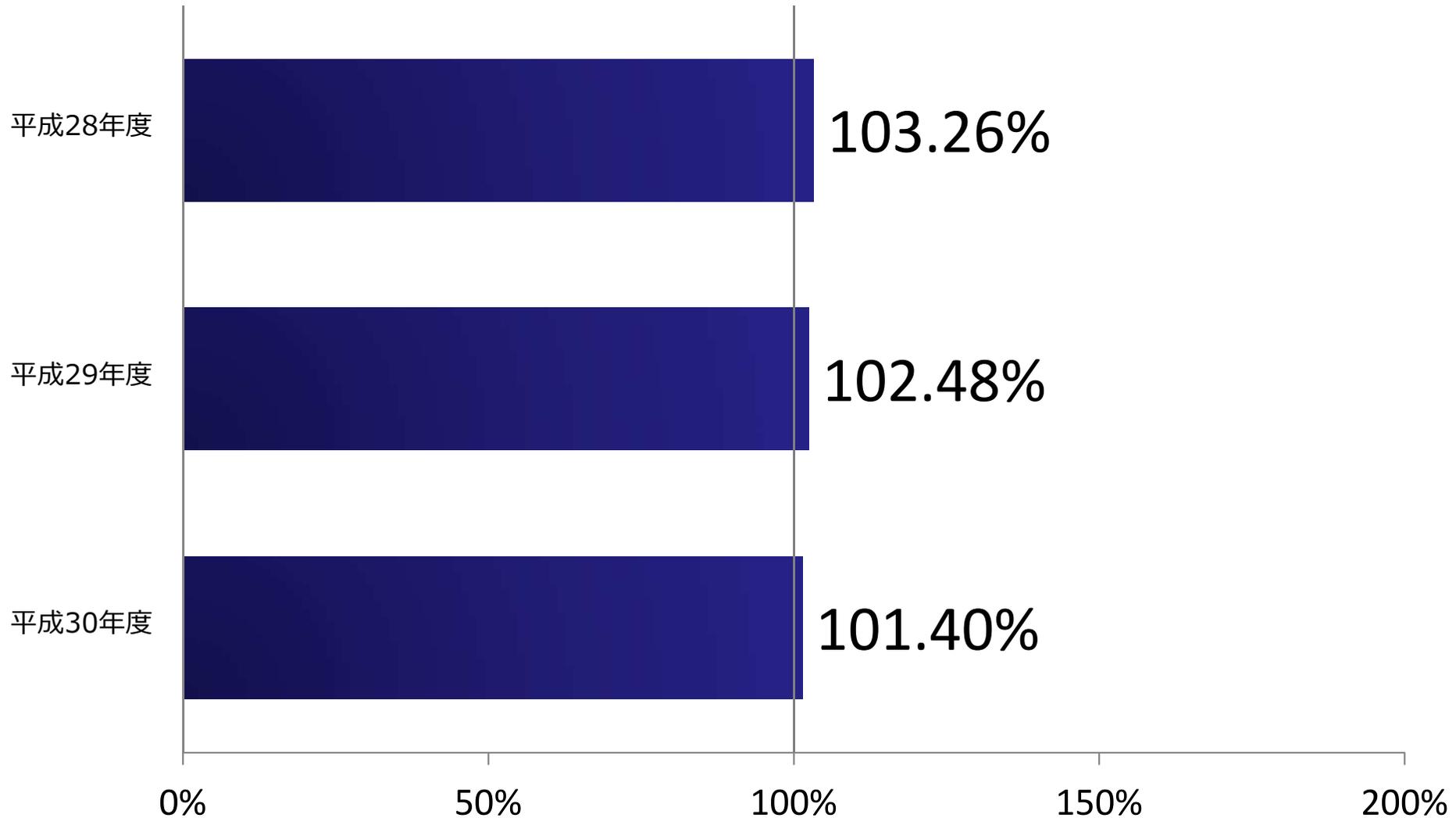
1年間の、現金収支率です。決算時に文部科学省へ提出する補足資料様式7「収入・支出決算額調書」のうち「附属病院セグメント」に記載した値から算出します。

現金収支率(病院セグメント) = (収入金額(※1) ÷ 支出金額(※2)) × 100

(※1) 収入金額 = 前年度繰越計 + 収入計 - 期末目的積立金等 (※2) 支出金額 = 支出計 + 期末運営費交付金債務 + 引当金増減額

72. 業務損益収支率 (病院セグメント)

毎期反復して行われる経常的な活動に伴う収益と費用の関係を表す指標です。この値が100%を下回ると経常損益で損失が生じていることを示します。



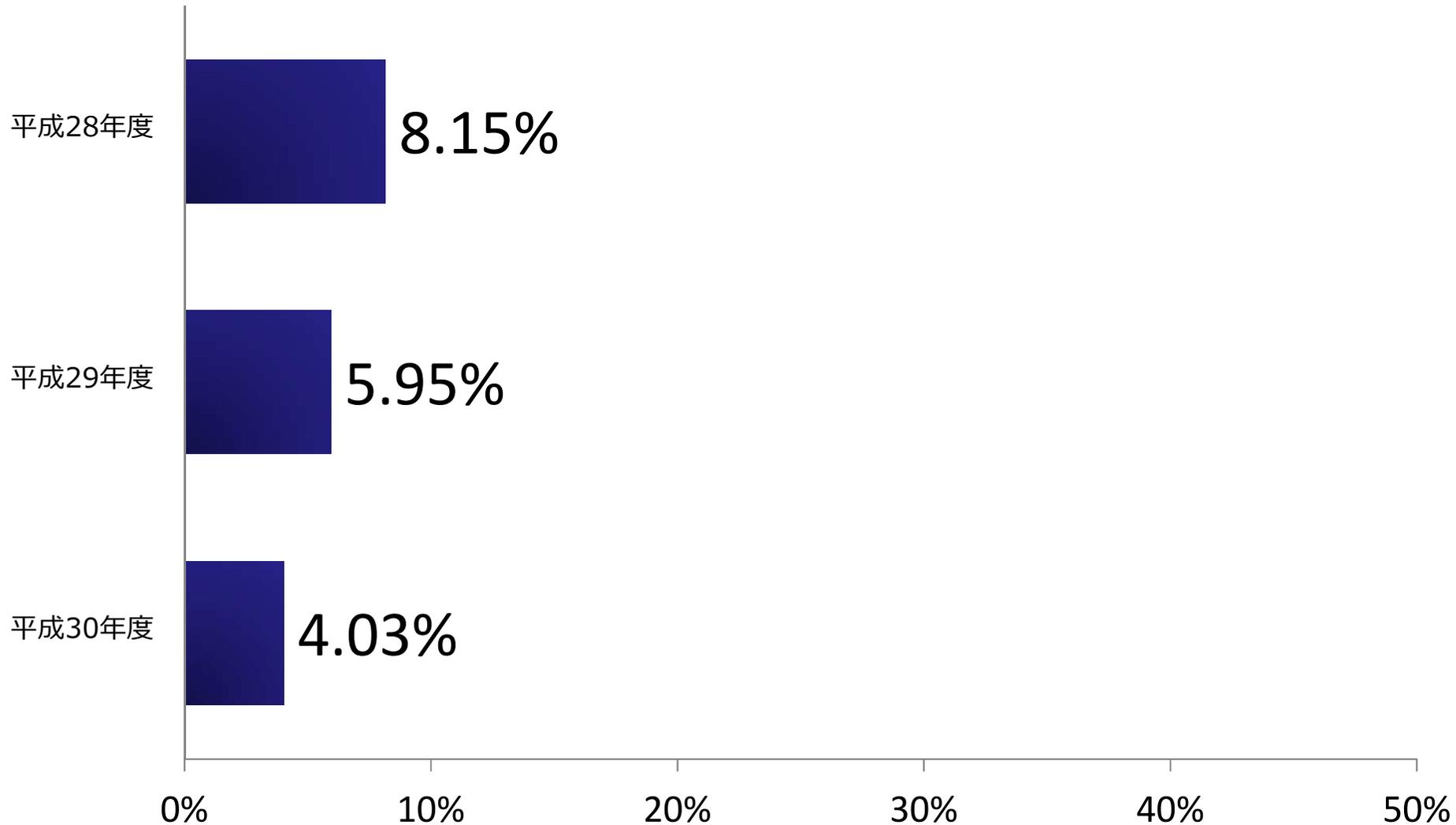
定義

1年間の、業務損益収支率です。財務諸表(損益計算書)の経常収益、経常費用から算出します。

$$\text{業務損益収支率} = (\text{経常収益} \div \text{経常費用}) \times 100$$

73. 債務償還経費占有率

収益に占める（施設整備）債務償還経費の割合を表す指標です。収益に占める（施設整備）債務償還経費の割合を表す指標です。苦しいと言われる国立大学病院の経営について、特に問題となっている点について具体的に数字を挙げて状況を示し対応や方策を促すための重要な指標になります。



定義

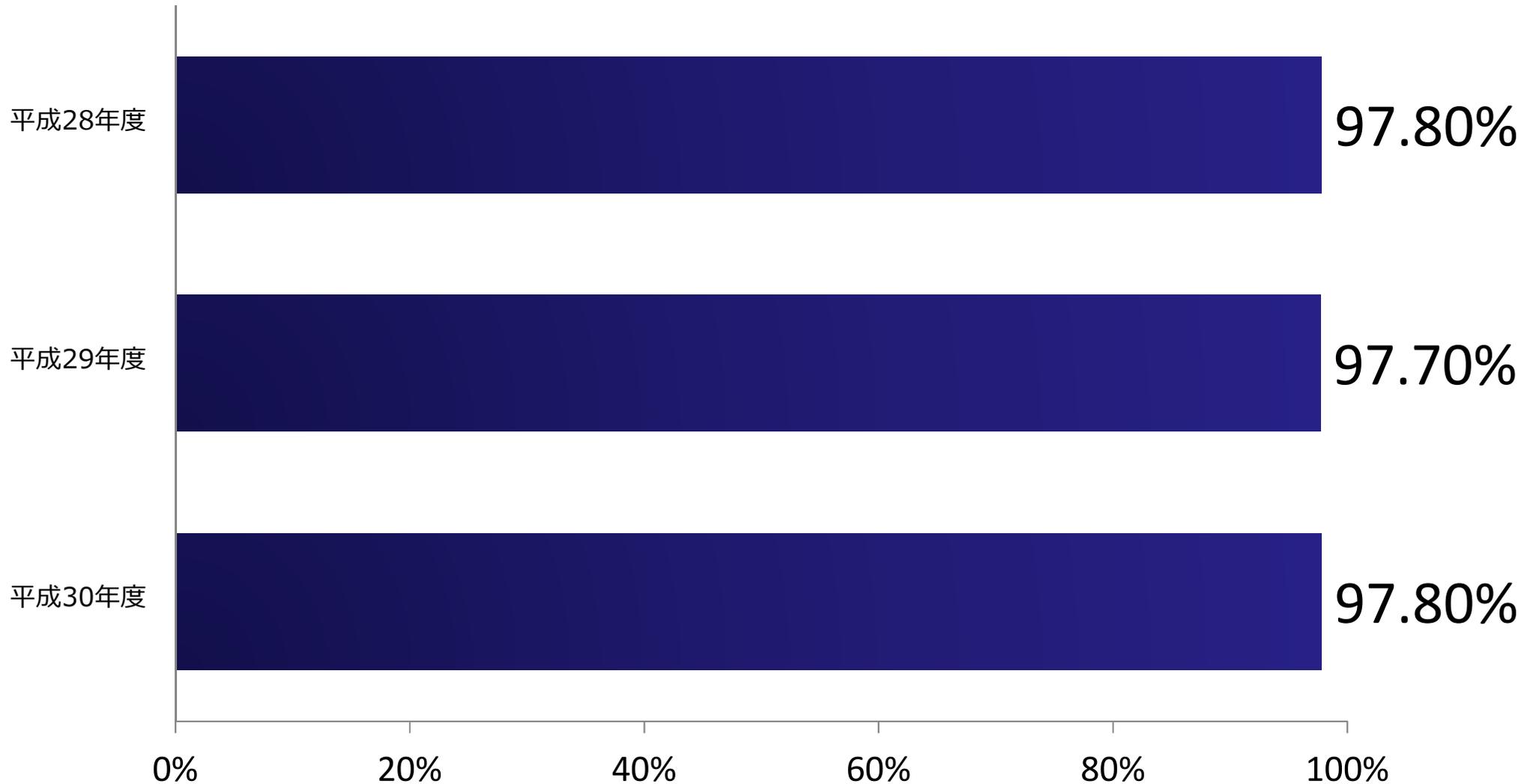
1年間の、債務償還経費占有率です。以下の式で算出します。(下記のa+b)

a: (施設整備債務償還経費(PFI活用も含む) ÷ 診療報酬請求金額) × 100

b: (設備整備債務償還経費(PFI活用も含む) ÷ 診療報酬請求金額) × 100

74. 院外処方せん発行率

院外薬局へ処方せんを発行した割合を表す指標です。



定義

1年間の、院外処方せん発行率です。以下の式で算出します。

院外処方せん発行率＝

$$\frac{\text{外来処方せん枚数(院外)}}{\text{外来処方せん枚数(院外)} + \text{外来処方せん枚数(院内)}} \times 100$$