



国立大学病院評価指標について

国立大学は、平成16年の法人化により、国の機関という位置づけから、国立大学法人へと設置形態が転換されました。国立大学病院も、法人化の趣旨を踏まえ、自主性・自律性を発揮して運営すべきことは当然ですが、その役割・機能を推進し、医学・医療の分野でどのような社会貢献ができるかということは、国立大学病院の存在意義に関わるきわめて重大な問題です。また、公的機関であることから、診療報酬のみならず運営費交付金など公的資金で運営されており、その社会的責任は極めて重いといえます。(国立大学附属病院長会議作成「国立大学附属病院の主体的取り組みに関する評価指標のまとめ」より引用)

国立大学病院評価指標は、全国42の国立大学病院が、自主的・主体的に自院の機能の質向上を図るとともに、取り組み状況や成果を社会に開示し、理解と信頼を得ることを目的に、共通の指標として国立大学附属病院長会議が策定したものです。島根大学医学部附属病院では、この趣旨に則り平成20年度から22年度までの評価指標の数値を公表します。

- ※ 本院は医科と歯科が統合しているため、一部の指標数値には歯科を含んでいます。
- ※ 「36. 指導医数」及び「54. 地域への医師派遣数」の評価指標については、平成20年度は4月1日時点、平成21年及び平成22年度は6月1日時点の数値です。
- ※ 「50. 研究論文のインパクトファクターの合計点数」の評価指標については、平成21年度及び平成22年度は国立大学病院データベースセンターによる調査が見送られたため未調査です。
- ※ 「42. 薬剤師の受け入れ実習学生数（自大学から）」及び「45. その他コメディカルの受け入れ実習学生数（自大学から）」については、本学に対象学生の養成学科がないため、評価指標から除外しています。
- ※ 「7. 臓器移植件数（心臓・肝臓・肺・膵臓・小腸）」については、対象期間に実績がないため、評価指標から除外しています。



<目次>

診療について

高度な医療の提供

1. 高度医療評価制度・先進医療診療実施数	- 1 -
2. 全手術件数	- 2 -
3. 緊急時間外手術件数	- 3 -
4. MDC別の手術技術度DとEの手術件数	- 4 -
5. 手術全身麻酔件数	- 5 -
6. 重症入院患者の手術全身麻酔件数	- 6 -
8. 臓器移植件数（骨髄）	- 7 -
9. 脳梗塞の早期リハビリテーション実施率	- 8 -
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	- 9 -
11. 新生児のうち、出生時体重が1,500g未満数	- 10 -
12. 新生児特定集中治療室（NICU）実患者数	- 11 -
13. 緊急帝王切開数	- 12 -
14. 直線加速器による定位放射線治療患者数	- 13 -
15. CT・MRIの放射線科医による読影レポート作成を翌営業日までに読み終えた率	- 14 -
16. 核医学検査の放射線科医による読影レポート作成を翌日営業日までに終えた率	- 15 -
17. 組織診病理診断件数	- 16 -
18. 術中迅速診断件数	- 17 -
19. 薬剤管理指導料算定件数	- 18 -
20. 外来で化学療法を行った延べ患者数	- 19 -
21. 無菌製剤処理料算定件数	- 20 -
22. 褥創発生率	- 21 -
23. 入院中の肺塞栓症の発生率	- 22 -
24. 多剤耐性緑膿菌（MDRP）による院内感染症発生患者数	- 23 -
25. CPC（臨床病理検討会）の検討症例率	- 24 -



26. 新規外来患者数.....	- 25 -
27. 初回入院患者数.....	- 26 -
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.....	- 27 -
29. 在院日数の指標.....	- 28 -
30. 患者構成の指標.....	- 29 -

難治性疾患の治療

31. 退院患者に占める難病患者の割合.....	- 30 -
32. 超重症児の手術件数.....	- 31 -

教育について

医師の養成

33. 初期研修医採用人数.....	- 32 -
34. 他大学卒業の採用初期研修医の割合.....	- 33 -
35. 専門医・認定医の新規資格取得者数.....	- 34 -
36. 指導医数.....	- 35 -
37. 専門研修コース（後期研修コース）の新規採用人数.....	- 36 -

看護師の養成

38. 看護師の外部の医療機関等からの研修受け入れ人数.....	- 37 -
39. 看護師の受け入れ実習学生数（自大学から）.....	- 38 -
40. 看護師の受け入れ実習学生数（自大学以外の養成教育機関から）.....	- 39 -

薬剤師の養成

41. 薬剤師の外部の医療機関等からの研修受け入れ人数.....	- 40 -
43. 薬剤師の受け入れ実習学生数（自大学以外の養成教育機関から）.....	- 41 -

その他コメディカルの養成

44. その他コメディカルの外部の医療機関等からの研修受け入れ人数.....	- 42 -
46. その他コメディカルの受け入れ実習学生数（自大学以外の養成教育機関から）.....	- 43 -

研究について

臨床試験

47. 治験の実施症例件数.....	- 44 -
48. 治験審査委員会（IRB）・倫理委員会で審査された自主臨床試験の数.....	- 45 -
49. 医師主導治験件数.....	- 46 -



50. 研究論文のインパクトファクターの合計点数..... - 47 -

地域・社会貢献について

最後の砦

51. 3次救急患者数..... - 48 -

52. 二次医療圏外からの延べ外来患者率..... - 49 -

医療情報の提供

53. 公開講座等（セミナー）の主催数..... - 50 -

医師派遣

54. 地域への医師派遣数..... - 51 -



診療について

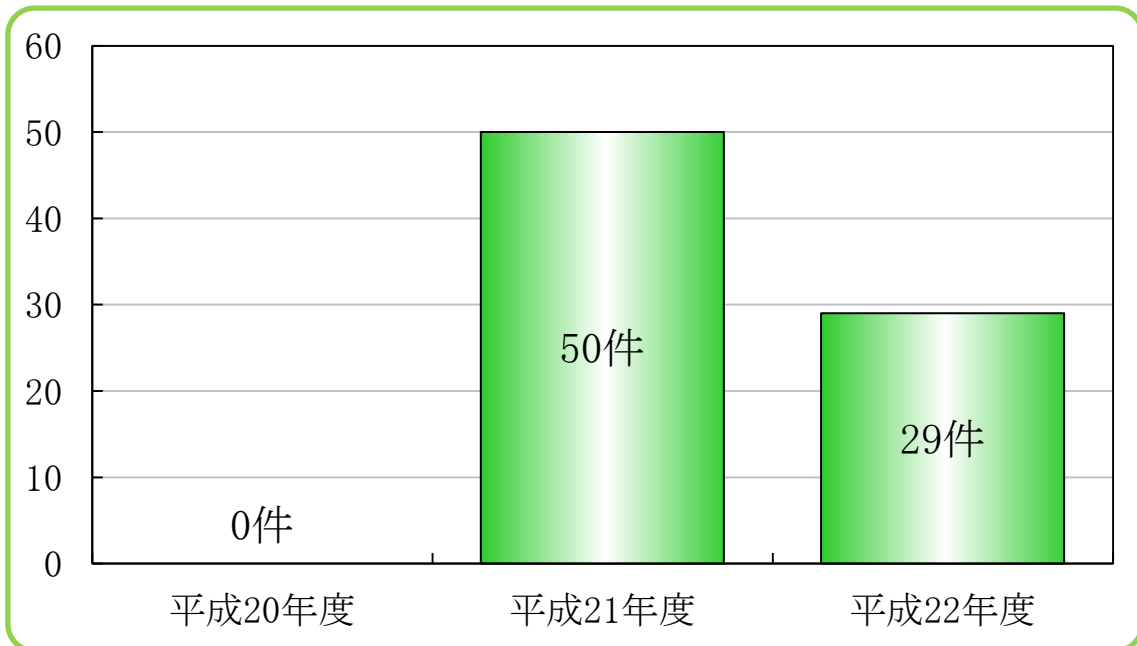
高度な医療の提供

1. 高度医療評価制度・先進医療診療実施数

<項目の解説>

高度医療評価制度・先進医療診療とは、新しい治療法や検査法が研究・開発され、その効果が認められて保険適応になるまでの間、医療保険との併用が認められた診療です。これらは厚生労働省の指定であり、認定には十分な実績と計画を必要とします。保険診療の枠内のみでの医療だけではなく、高度な医療へ積極的に取り組み、高い技術を持つ医療スタッフと十分な設備が整っていること、すなわち保険診療の枠組みを超える、大学病院の先進的な診療能力を表す指標です。実施数のみならず、高度医療評価制度あるいは先進医療診療として認可された件数も重要です。

<当院の実績>



<算式>

実施数

<定義>

実施数

一連のものについては一連の診療をもって一件とします。

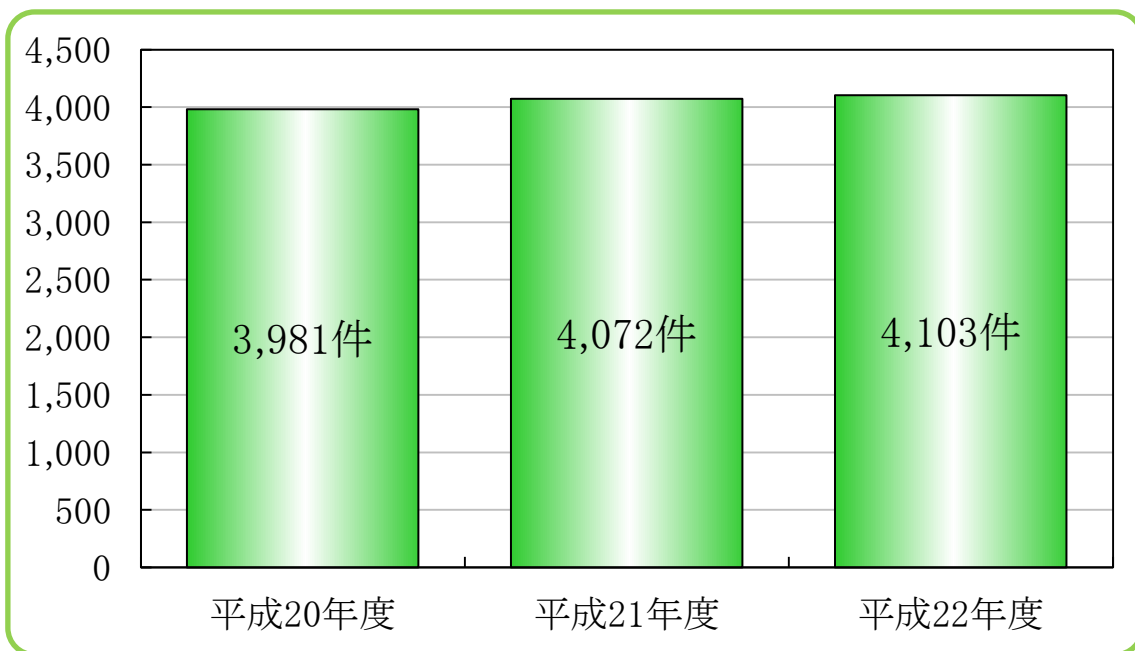


2. 全手術件数

<項目の解説>

国立大学病院は急性期医療の要であり、外科治療の力が問われます。外科医、麻酔科医、看護師、手術室等のリソースは有限ですが、限られたスタッフと場所で効率的な運用をし、いかに手術件数を確保できるかが重要です。手術スタッフ、設備、手術時間等の効率的な運用を総合的に判断する指標です。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

手術室で行われた K920（輸血）以外の手術（Kコードに限る）の件数
ただし複数術野の手術等、一手術で複数のKコードを持つ場合も合わせて1件とします。算出に際しては、各病院で管理実態が異なるため手術台帳等ではなく、医事算定を用います。

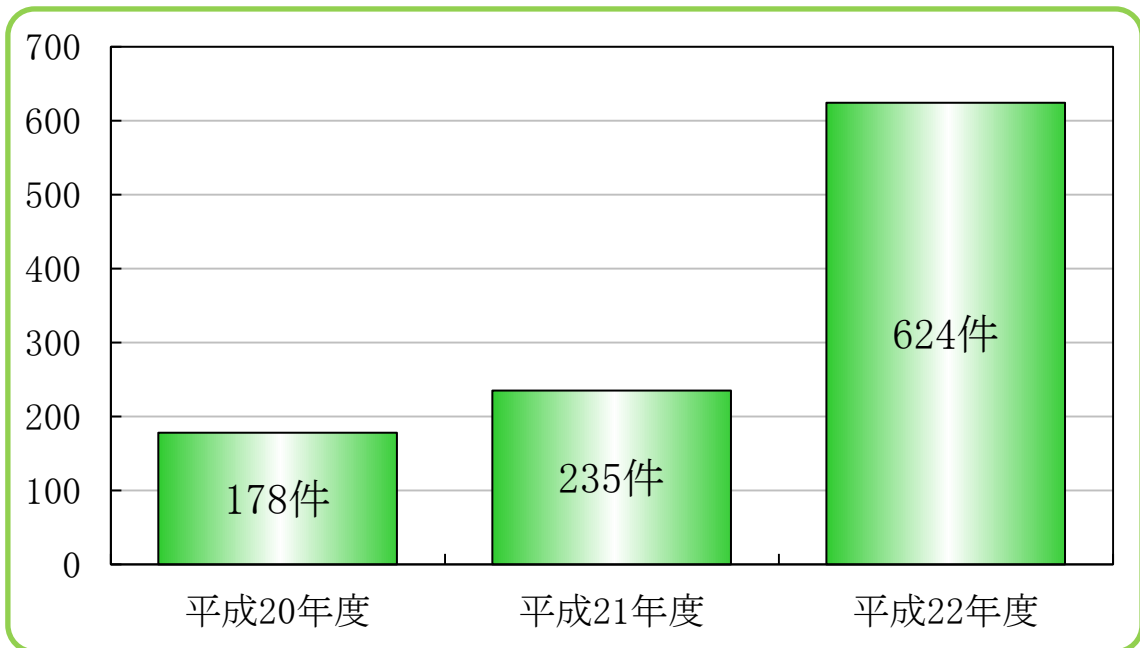


3. 緊急時間外手術件数

<項目の解説>

時間外でも必要に応じて適切に手術に対応できる力を示すために、予定外の緊急手術を常に行える体制を評価する指標です。医事算定上、時間外加算、深夜加算、休日加算を算定されたものを、ここでは「緊急時間外手術」と定義します。手術室のみならず、救命救急病棟等で施行された手術も含めます。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

緊急に行われた手術（K920（輸血）以外のKコードに限る）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

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、一手術で複数のKコードを持つ場合も合わせて1件とします。算出に際しては各病院で管理実態が異なるため手術台帳ではなく、医事算定を用います。

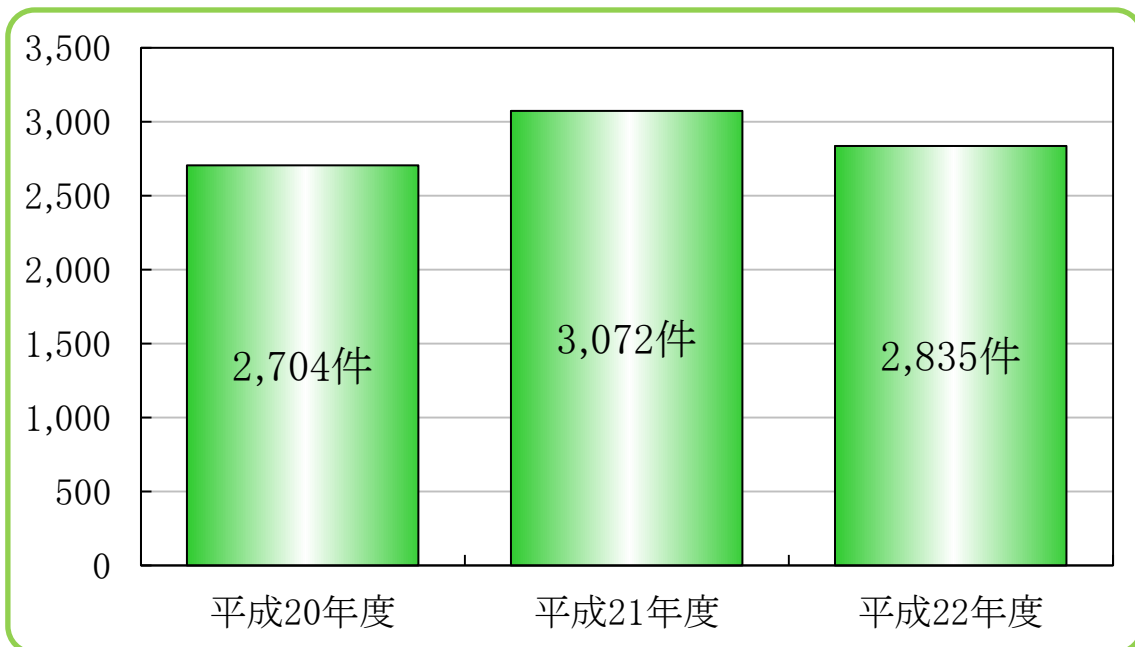


4. MDC別の手術技術度DとEの手術件数

<項目の解説>

単なる手術の総件数のみならず、手術の技術度による評価を加えるものです。手術の技術度については、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）が試案として5段階で発表しています。この技術度は専門分野の学会ごとに設定されているため、他分野との直接比較は出来ません。そのため、全体数とはせずにMDC（診断群分類）別に手術件数を評価します。単に手術件数のみならず、大学病院の「最後の砦」機能として、技術度の高い手術をより多く行っていることを評価します。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

外科系学会社会保険委員会連合(外保連)第7版において技術度D、Eに指定されている手術の件数

一手術で複数のKコードがある場合は、主たる手術のみとします。算出に際しては各病院で管理実態が異なるため手術台帳ではなく、医事算定を用います。

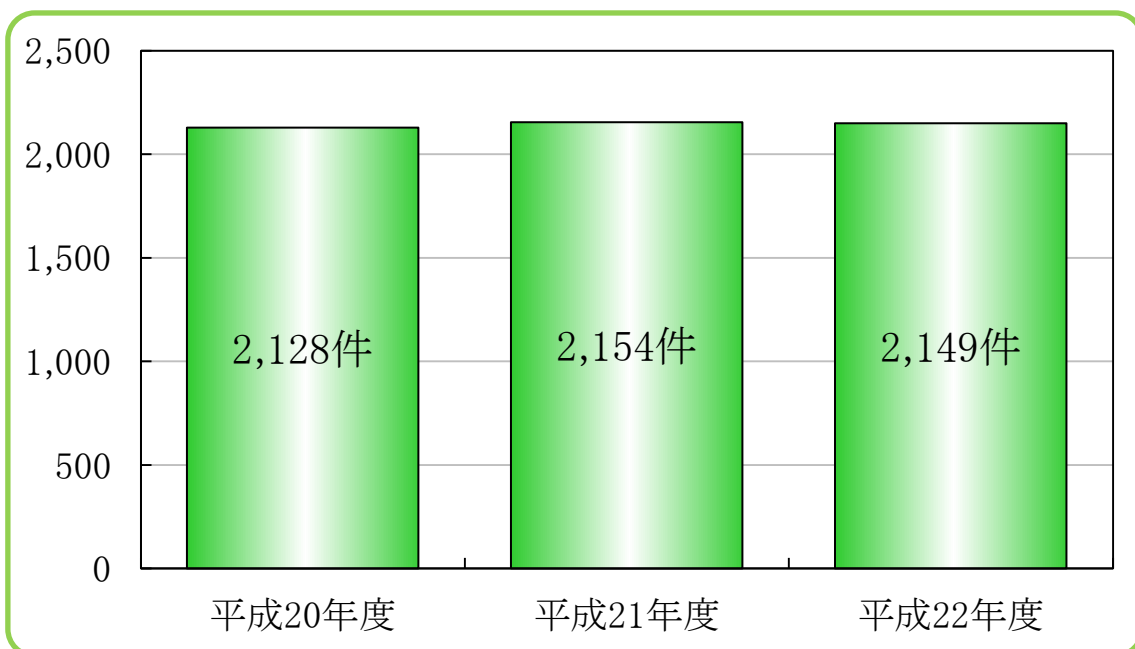


5. 手術全身麻酔件数

<項目の解説>

局所麻酔と全身麻酔とは、手術件数としては同じですがスタッフへの負担が大きく異なります。ここでは麻酔科の関与する全身麻酔を指標とし、高度な診療のプロキシとします。小児の画像診断等でも全身麻酔が使用される場合がありますが、ここでは手術に限定します。体位等により、一手術中に複数の「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」が算定されますが、一連の麻酔で一件とします。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

手術室における手術目的の全身麻酔の件数

検査等における全身麻酔件数は除きます。算出に際しては各病院で管理実態が異なるため、麻酔台帳等ではなく医事算定を用います。

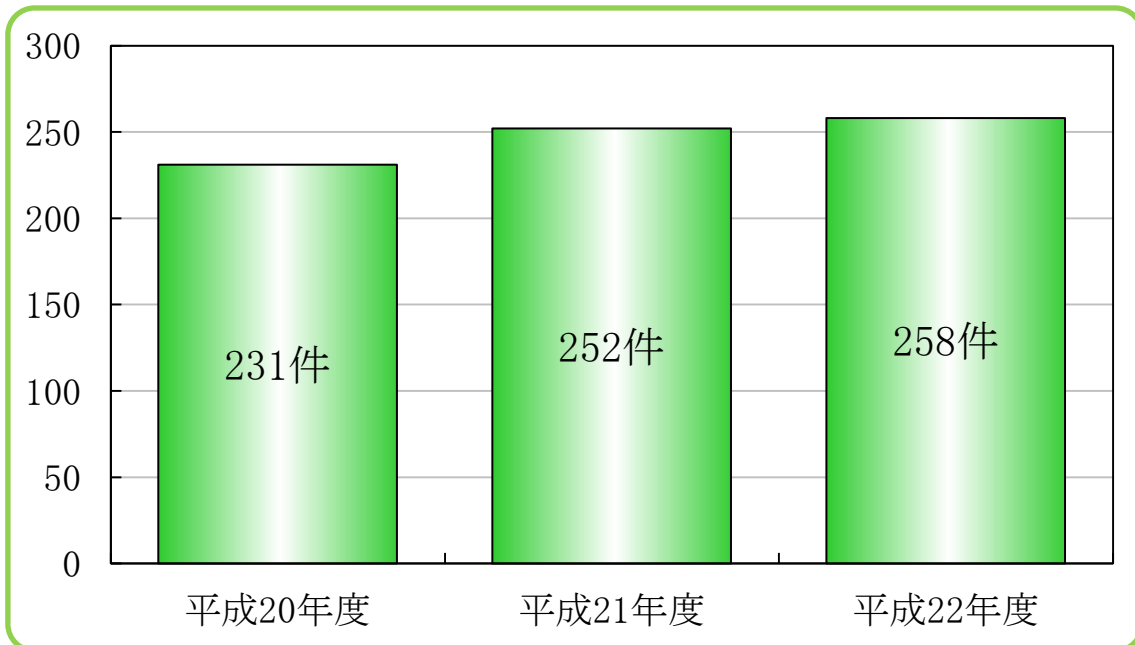


6. 重症入院患者の手術全身麻酔件数

<項目の解説>

重症患者の全身麻酔下の手術では、その他の患者の手術と比較してリスクが高く、術前・術後の管理も含めて十分な対応が必要です。重症心不全等、麻酔管理の難しい重症患者の手術が出来る診療能力の高さを表します。ここでは「重症患者」を、医科点数表の「麻酔困難な患者」と定義します。体位等により、一手術中に複数の「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」が算定されますが、一連の麻酔で一件とします。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

「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）」算定件数
算出に際しては各病院で管理実態が異なるため、麻酔台帳ではなく医事算定を用います。

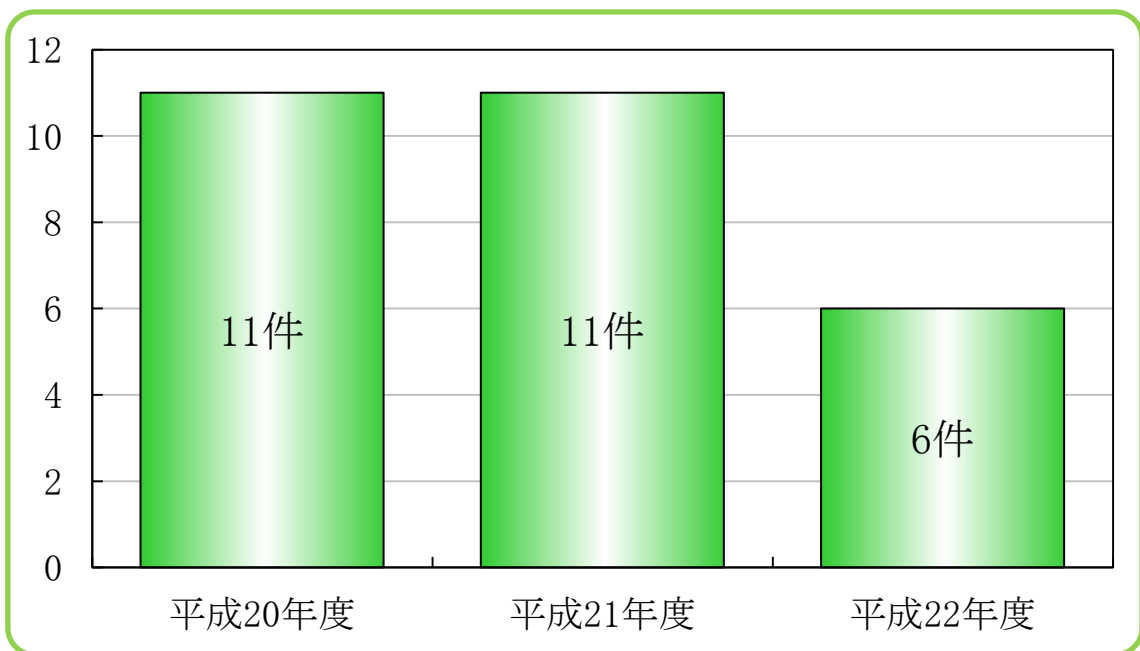


8. 臓器移植件数（骨髄）

<項目の解説>

骨髄移植は心臓・肝臓・肺・膵臓・小腸の移植と比較すると、標準的な医療として普及しつつあり、大学病院以外でも行われますが、依然として高度な医療提供を示すものです。指標7と比べて件数が多いため、別指標としました。白血病等の造血系疾患の高度な治療のプロキシとなる指標です。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

骨髄器移植手術の件数

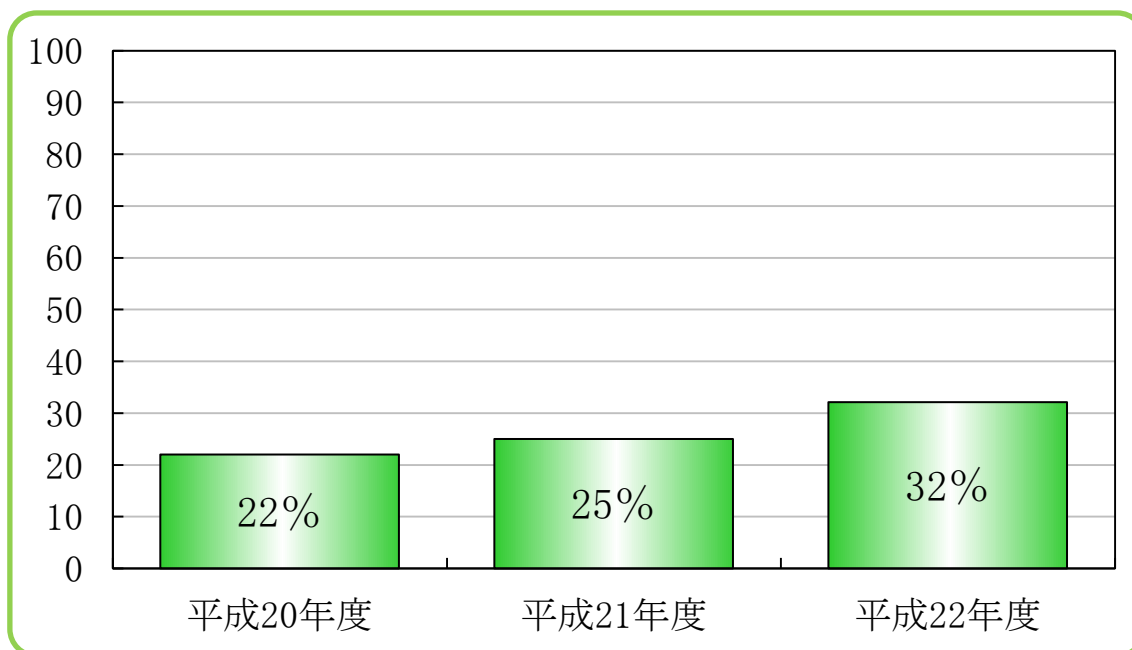


9. 脳梗塞の早期リハビリテーション実施率

<項目の解説>

脳梗塞患者へのリハビリテーション早期実施は有効です。意識がなくICU（集中治療室）内にいるような状況でも、適切にリハビリテーションを実施することで意識回復後の機能改善の可能性があります。適切なリハビリテーションの開始により、入院期間の短縮やQOLの改善にも繋がり、より適切な医療介入を評価するものです。他の医療機関でも類似の指標がありますが、新鮮例に限定されていない場合は、直接の比較には適しません。

<当院の実績>



<算式>

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

分母：最も医療資源を投入した病名が脳梗塞の患者数、緊急入院に限る

<定義>

脳梗塞の早期リハビリテーション実施率

脳梗塞は新鮮例に限定します。3日以内退院と転帰が死亡の場合は除きます。再梗塞は含みます。

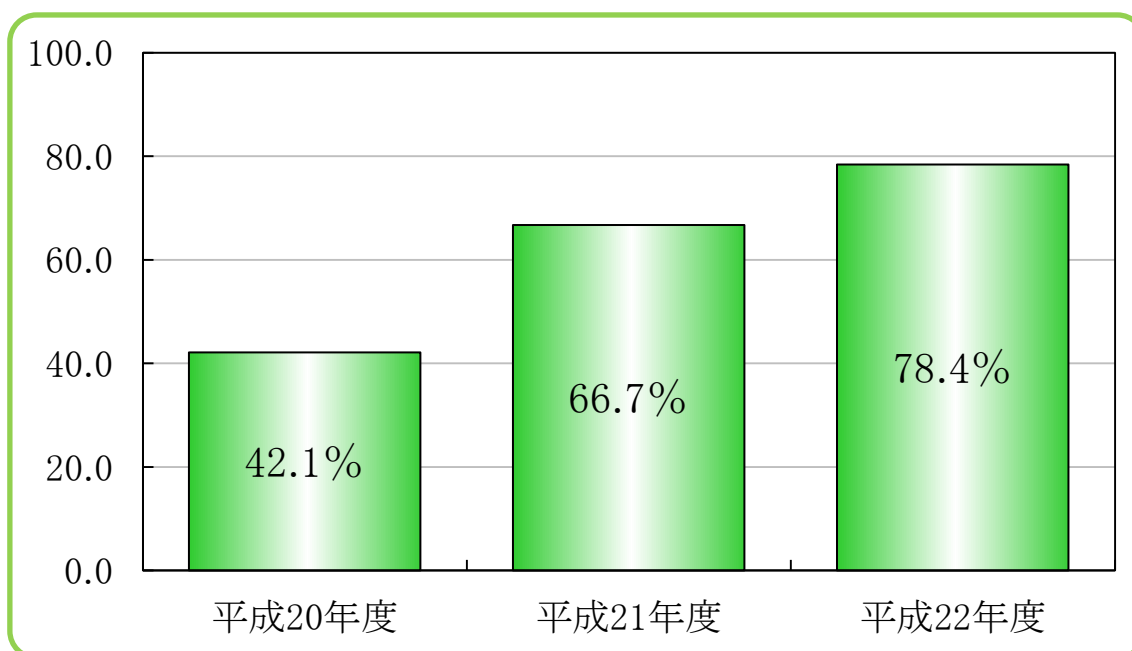


10. 急性心筋梗塞患者における入院当日もしくは翌日のアスピリン投与率

<項目の解説>

アスピリンは抗血小板作用があり、急性心筋梗塞の予後の改善に有効なことは、多くの臨床研究で明らかにされています。当然行われて然るべき診療であるため、あえて指標とする意義は少ないかもしれませんが、適切に診療プロセスが把握できるかを問う指標でもあります。待期的入院患者の特定、及び内服薬の実施の把握ができるか否かが算出の要です。

<当院の実績>



<算式>

分子：入院翌日までにアスピリンが投与された患者数

分母：DPC上6桁が「050030」（急性心筋梗塞）の退院患者数、緊急入院に限る

<定義>

急性心筋梗塞における入院当日もしくは翌日のアスピリン投与率

対象は救急患者（緊急入院）の急性心筋梗塞（DPC上6桁が「050030」）の患者。再梗塞も含めますが、待期的な治療目的の患者は除きます。

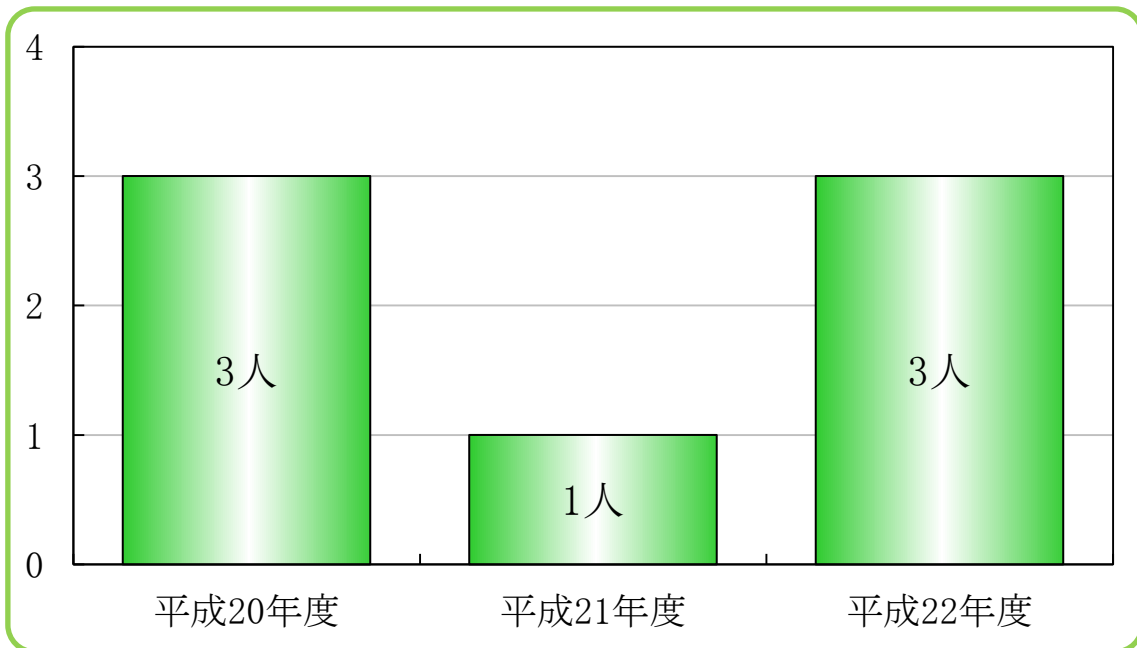


11. 新生児のうち、出生時体重が 1,500g 未満数

<項目の解説>

出生時体重が 1,500g 未満の新生児を極小低出生体重児と言い、新生児特定集中治療室（NICU）での管理・人工呼吸器・点滴や管からの栄養管理など、特別な治療が必要です。高度な設備と技術力のあるスタッフを 24 時間体制で配置する必要があり、極めて重症な周産期の患者を受け入れていることを表わします。

<当院の実績>



<算式>

出生時体重が 1,500g 未満の産児数

<定義>

自院における出生数
死産は除く。

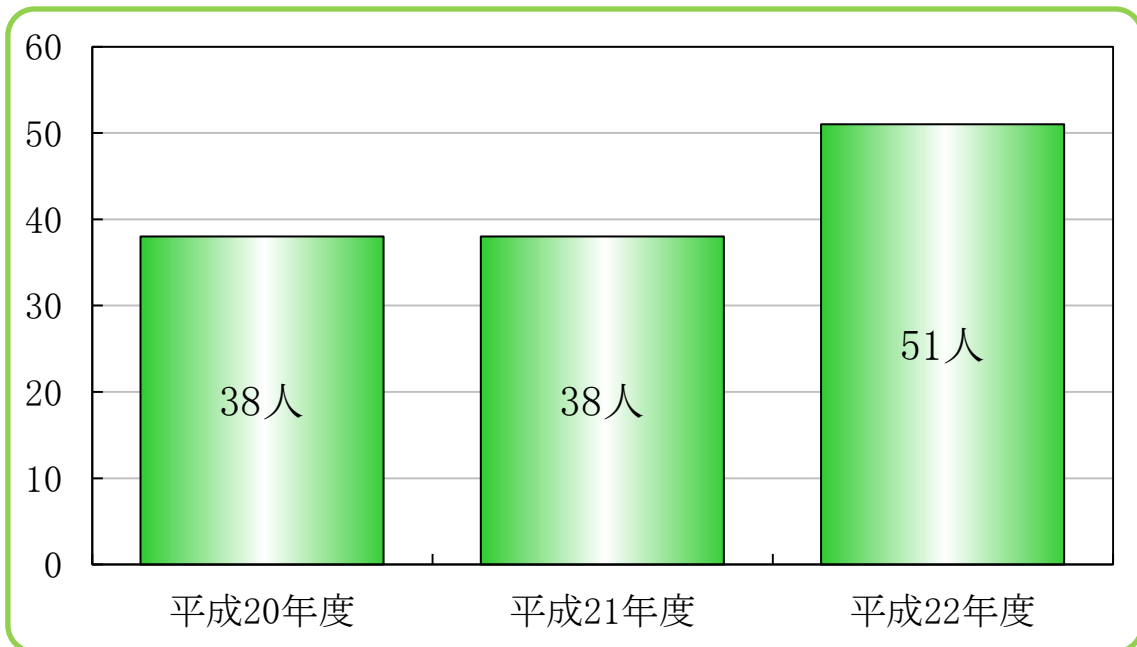


12. 新生児特定集中治療室（NICU）実患者数

<項目の解説>

新生児特定集中治療室（NICU）は低出生体重児や早産児や病気のある新生児を集中的に治療するベッドです。NICU専門の医師と看護師が管理を担当し、保育器の中にて24時間体制でケアします。自院のみならず、他院からも重症の患者を受け入れ、新生児の集中的な治療ができる施設であることと、産科・小児科領域の医療の質の高さ、総合力の高さを表します。重症児ではNICUの在室が長期化する傾向がありますが、延べ人数（人日）や稼働率でなく実数とすることで、院内・院外の後方連携も充実させて、新たな患者を受け入れることを評価します。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

「A-302 新生児特定集中治療室管理料」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（延べ人数ではない）

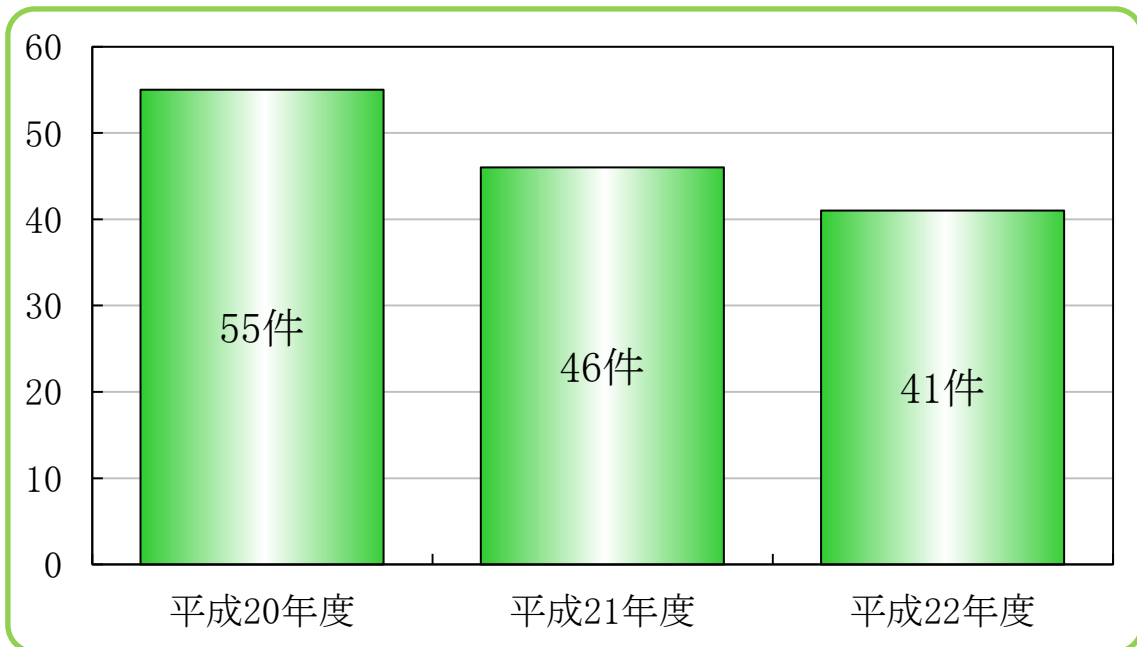


13. 緊急帝王切開数

<項目の解説>

帝王切開には予定された帝王切開と緊急帝王切開の2種類があります。緊急帝王切開は分娩中に急遽帝王切開に変更する場合（院外からの緊急搬送を含む。）であり、常に帝王切開を行うための準備が必要です。緊急で帝王切開を行える設備とスタッフの技術力、産科・新生児特定集中治療室（NICU）の機能の高さを表します。近年、大学病院においても正常産が増加傾向にあるため、割合でなく実数として評価します。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

「K898 帝王切開術 1 - 緊急帝王切開」算定件数
割合ではなく実数として評価します。

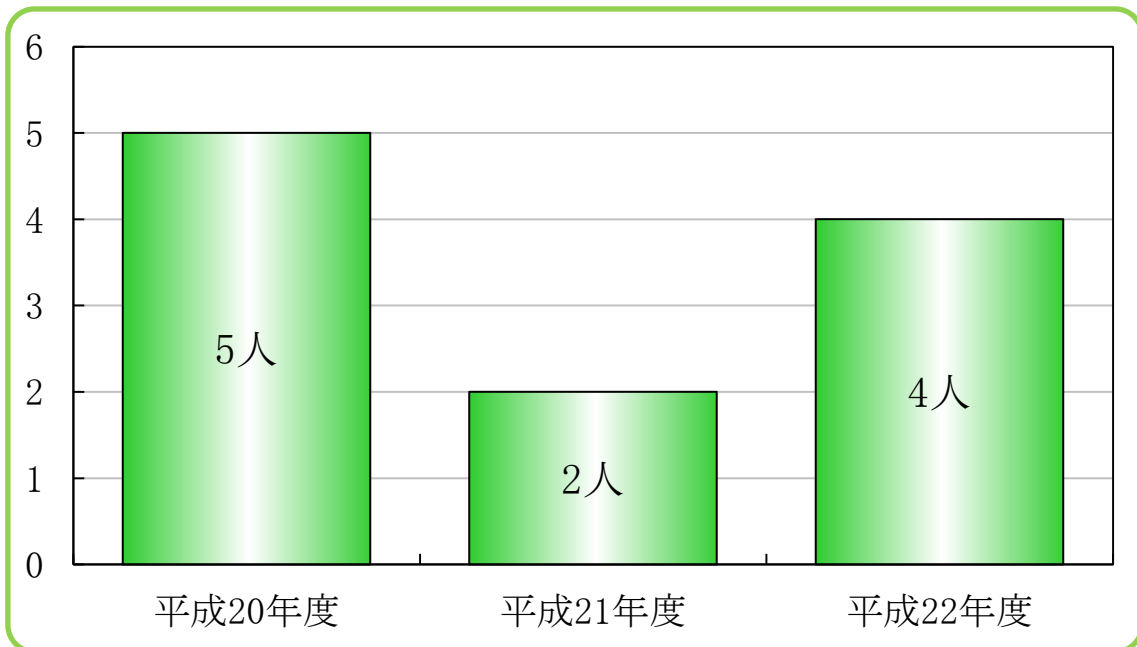


14. 直線加速器による定位放射線治療患者数

<項目の解説>

定位放射線治療とは病巣の三次元的形状に合わせて様々な角度と照射野で放射線照射を行うことによって、周辺正常組織を温存して病巣を選択的に治療するものです。綿密な治療計画と施行時の正確なポジショニングが必要なため、対向二門照射等の通常の放射線治療より時間もかかります。より高度な放射線治療を施行する力を表わす指標です。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

「M001-3 直線加速器による定位放射線治療」算定件数

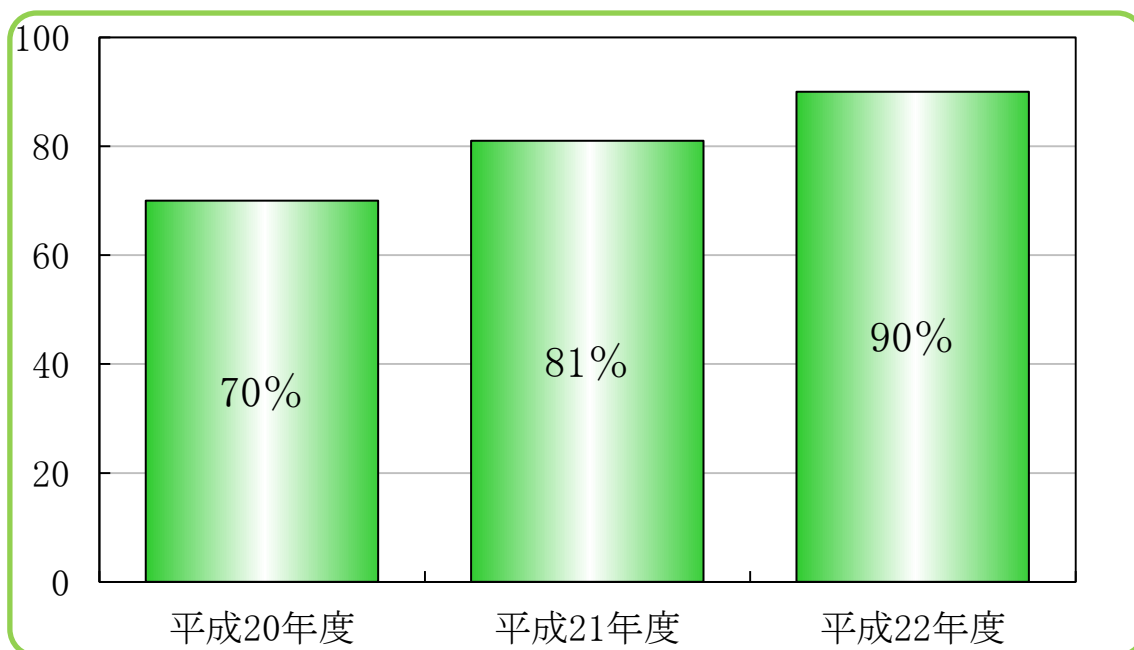


15. CT・MRIの放射線科医による読影レポート作成を翌営業日までに読み終えた率

<項目の解説>

高度な画像診断をより早く、より正確に行っていることは、高度な医療を提供する病院の基盤です。そのため、放射線科医による読影レポートが翌営業日までに済んだ割合を指標とします。この算式は画像診断管理加算2の算定要件（80%以上）となっていますが、その基準達成に満足せず、より高い実施率を評価するものです。CT・MRIは診断目的ではなく、治療効果の確認、病態変化の有無の確認等で、短期間に繰り返し撮影される場合もあり、必ずしも放射線科医による読影を要しない状況もあるため、100%に必ずしもなるものではないが、実施率がより高いことが望ましいです。特に、CT・MRIが放射線科医の管理の下に適切に行われていることを示す指標でもあります。

<当院の実績>



<算式>

分子：翌営業日までに放射線科医が読影したレポート数
分母：CT・MRI検査実施件数

<定義>

CT・MRIの放射線科医による読影レポート作成を翌営業日までに終了した率
「放射線科医」とは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。

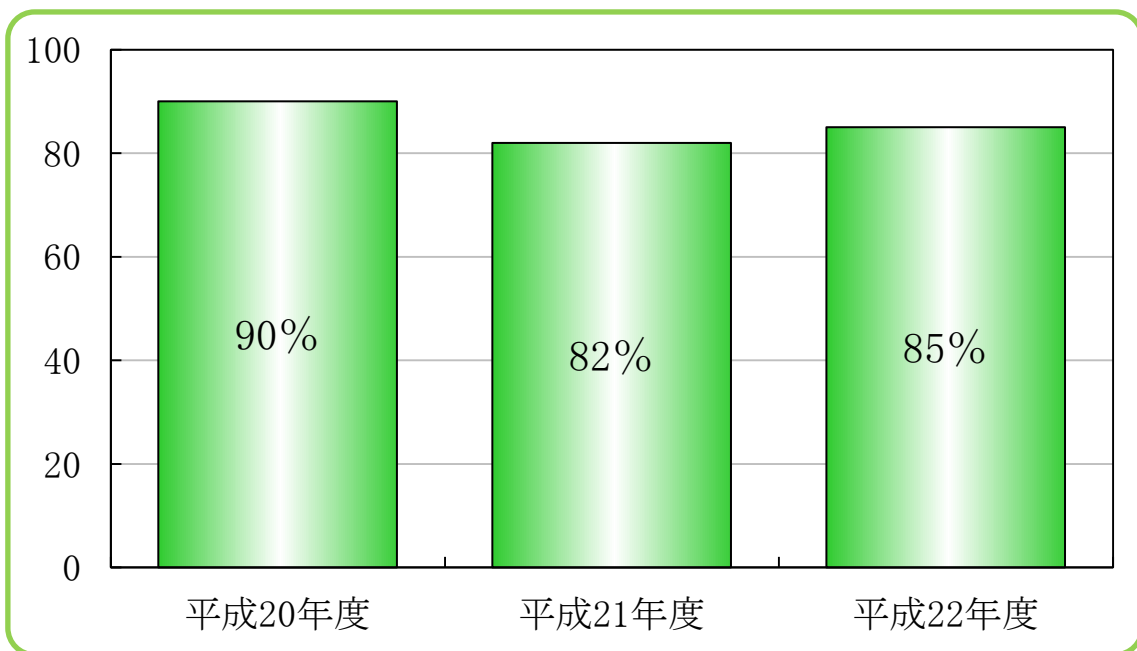


16. 核医学検査の放射線科医による読影レポート作成を翌日営業日までに終了した率

<項目の解説>

指標15と同様、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。加えて、核医学検査が放射線科医の管理の下に、適切に行われていることを示す指標でもあります。評価基準は指標15のCT・MRIと同一ですが、保険診療上、異なる診療行為として算定されるものですので、別の指標とします。

<当院の実績>



<算式>

分子：翌営業日までに核医学診療科医が読影したレポート数

分母：核医学検査実施件数

<定義>

核医学検査の放射線科医による読影レポート作成を翌営業日までに読み終えた率
「放射線科医」とは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。

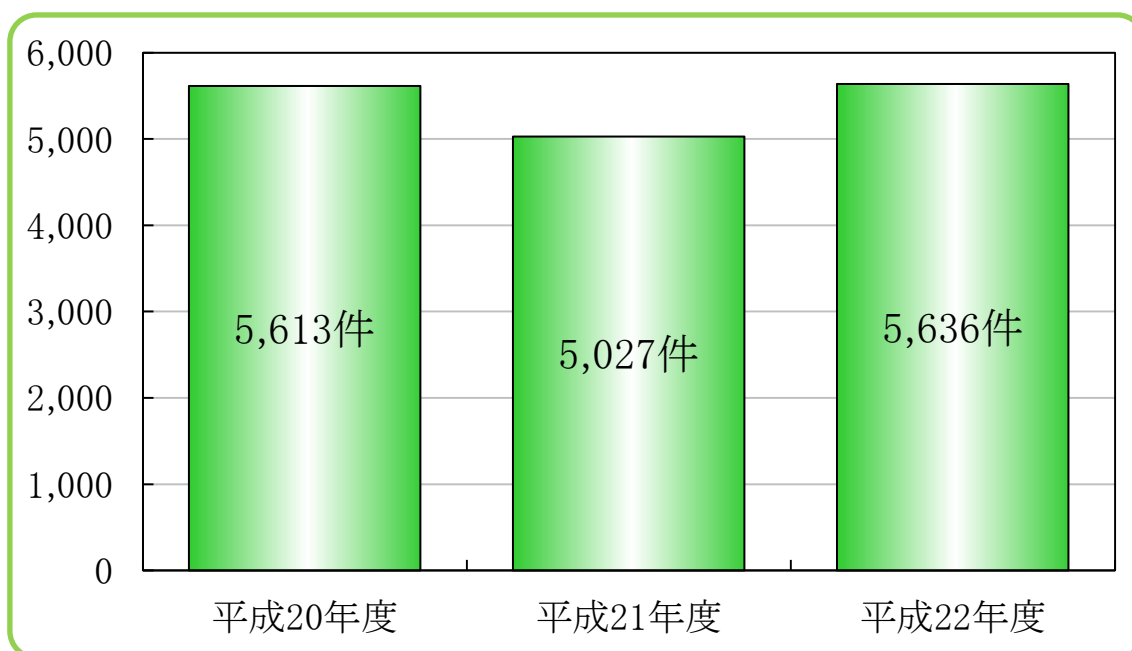


17. 組織診病理診断件数

<項目の解説>

大学病院は高度な治療を行うだけでなく、その前提となる診断が適切になされることが肝要で、正確な診断にも同じ重きを置いています。正確な診断の最終根拠として病理診断が要ですが、診療全体の中で病理診断が必要な状況がどの程度あるかを示す指標です。細胞診も同様に重要な検査ですが、最終根拠となりにくいので、組織診をもって指標とします。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

「N000 病理組織標本作成 (T-M)」と「N003 術中迅速病理組織標本作成 (T-M/O P)」の件数

入院と外来の合計とします。細胞診は含めません。

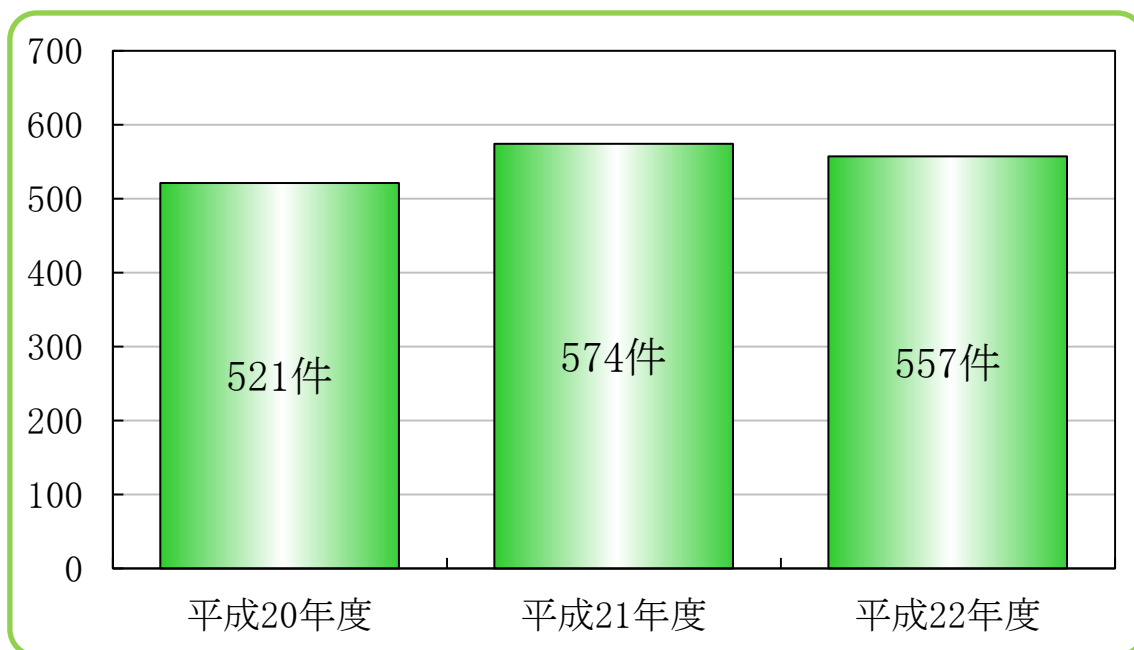


18. 術中迅速診断件数

<項目の解説>

術前診断の難しい疾患においては、手術中の病理診断に基づいて手術方法や手術範囲が選択されます。手術中という限られた時間の中で迅速かつ正確な病理診断を行うには、院内の体制作りが重要です。通常、細胞診や組織診であれば院外への外注も可能ですが、術中迅速診断は一刻を争うもので、切片の用意から診断まで院内で完結することが必要です。「最後の砦」機能を持つ国立大学病院として、高度な医療が総合的に提供されることを示す指標です。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

「N003 術中迅速病理組織標本作成 (T-M/O P)」の件数

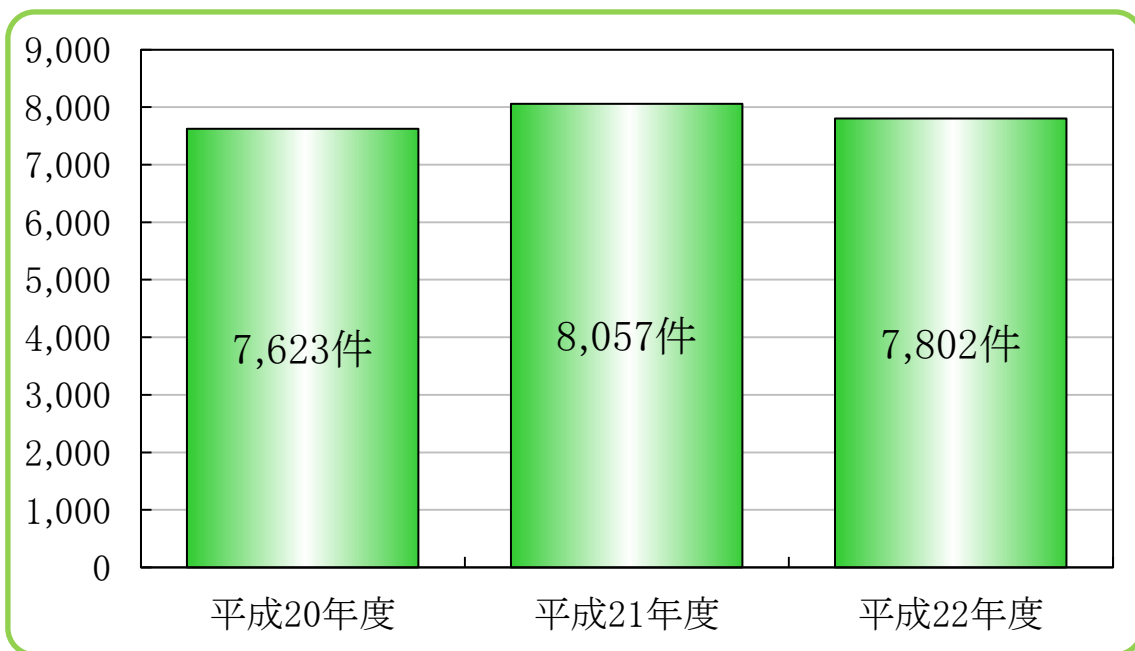


19. 薬剤管理指導料算定件数

<項目の解説>

薬剤管理指導料は、医師の指示に基づき薬剤師が直接入院患者の服薬指導を行うもので、薬剤に関する注意及び効果、副作用等に関する状況把握を含みます。有効かつ安全な薬物療法が行われていることを担保するもので、より高い算定件数が望まれます。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

「B08 薬剤管理指導料」算定件数

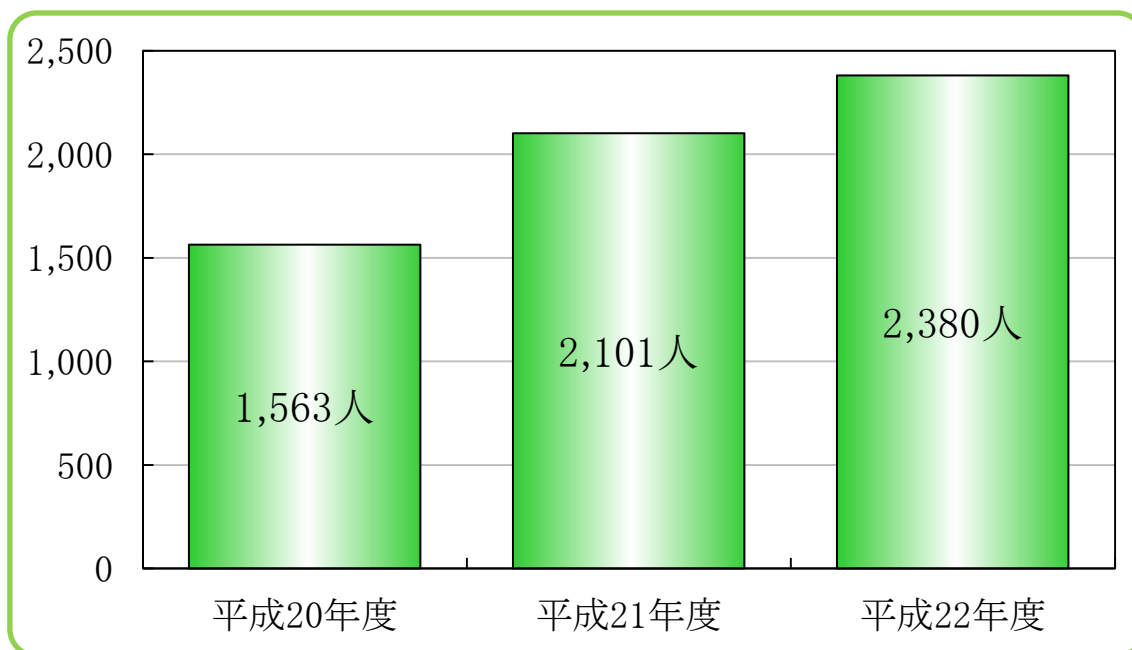


20. 外来で化学療法を行った延べ患者数

<項目の解説>

かつて入院が必要だった化学療法の多くが、外来で行えるようになりつつあります。これにより、通常に近い日常生活を送りながら治療を受ける事ができるようになり、患者のQOLが向上します。一方、病棟における化学療法とは異なり、外来で適切に化学療法を行うには、担当の医師、看護師、薬剤師等の人的配置も含め、相当の体制整備が必要です。外来において化学療法を行える体制やスタッフ、施設の充実度を評価します。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

「第6部 注射 通則6 外来化学療法加算」算定件数

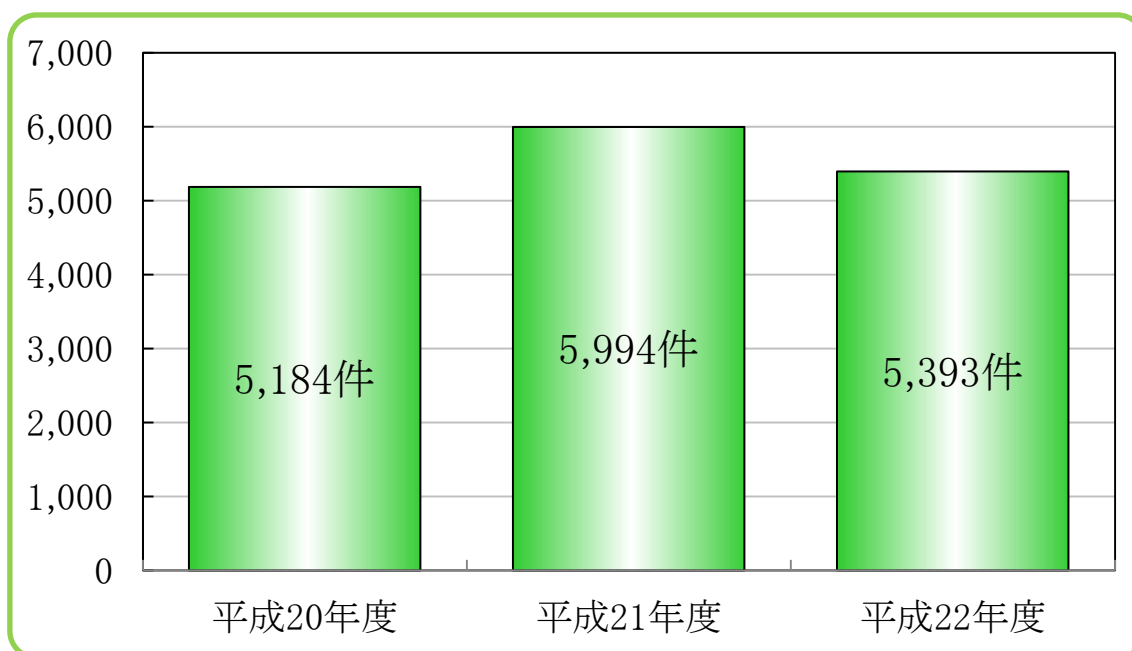


21. 無菌製剤処理料算定件数

<項目の解説>

注射薬の調剤処理は、経験豊富な薬剤師がクリーンベンチ（空気中の細菌を取り除いた空間）において行うことが望まれます。「G020 無菌製剤処理料」はそのことを評価する点数ですが、算定のためには薬剤師数の確保と充実した設備が必要です。薬剤部の業務を評価するとともに、より高度で適切な薬物治療を提供していることを示します。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

「G020 無菌製剤処理料」（1）（2）の合計算定件数入院と外来の合計とします。

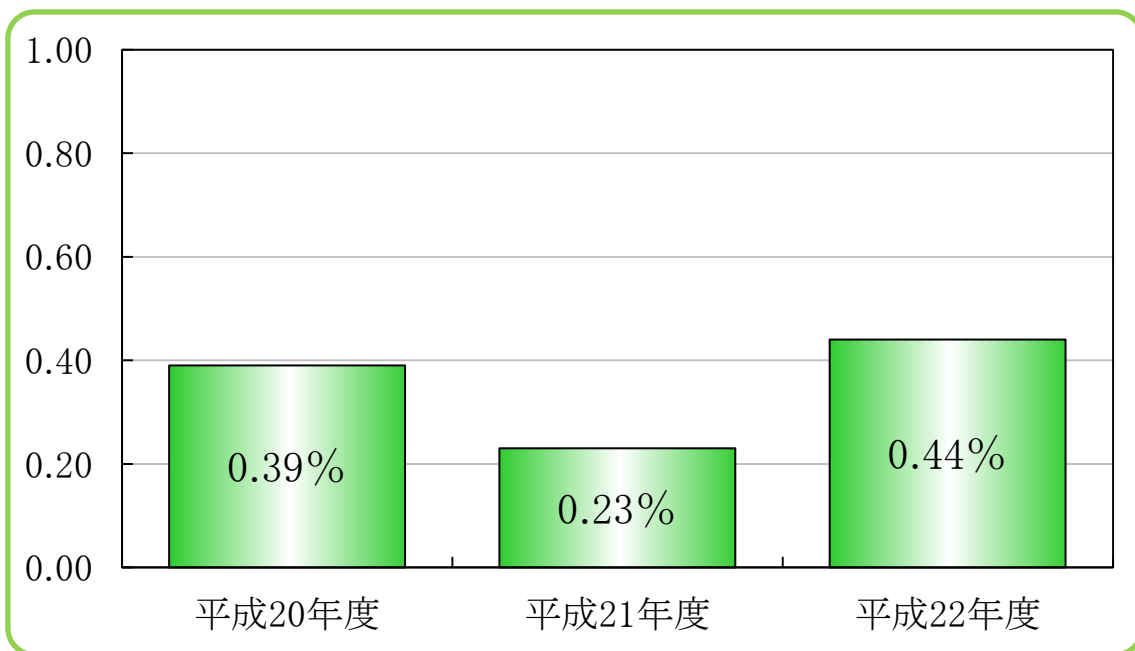


22. 褥創発生率

<項目の解説>

褥創（床ずれ）は患者の生活に大きな悪影響を与え、入院の長期化にもつながりますが、適切な診療により予防しえるものでもあります。褥創の治療はしばしば困難であり、発症予防がより重要です。知識の蓄積、予防の計画、予防の実施にかかる総合力を評価します。

<当院の実績>



<算式>

分子：新規褥創発生患者数

分母：前月末日の在院患者数＋当該月新規入院患者数

<定義>

一ヶ月あたりの褥創発生率（入院してから新たに褥創を作った患者数の比率）

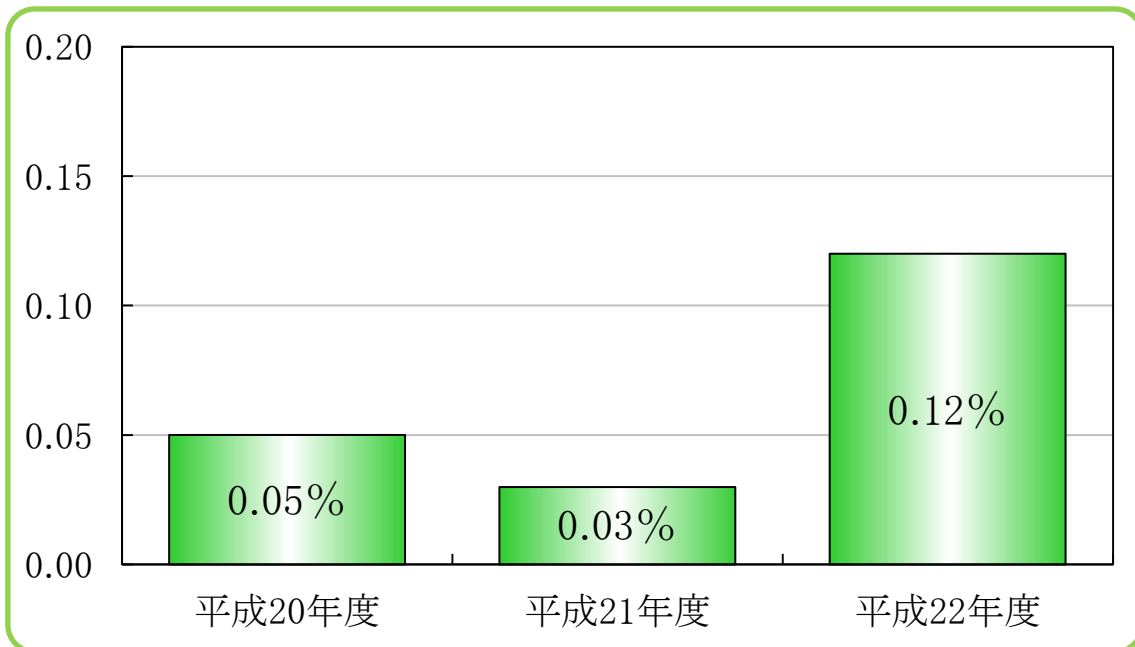


23. 入院中の肺塞栓症の発生率

<項目の解説>

肺塞栓症は血栓（血の固まり）が肺動脈に詰まり、呼吸困難や胸痛を引き起こす疾患で、程度によっては死に至る場合もあります。長期臥床や骨盤部の手術後に発症することが多いです。エコノミークラス症候群も肺塞栓症の一種ですが、入院中においては適切な診療により、かなりの部分が予防可能です。本指標により、肺塞栓症予防に対する病院全体の取り組みを評価します。

<当院の実績>



<算式>

分子：入院中に発症した肺塞栓症の患者数
分母：全入院患者数

<定義>

入院中の肺塞栓症の発生率

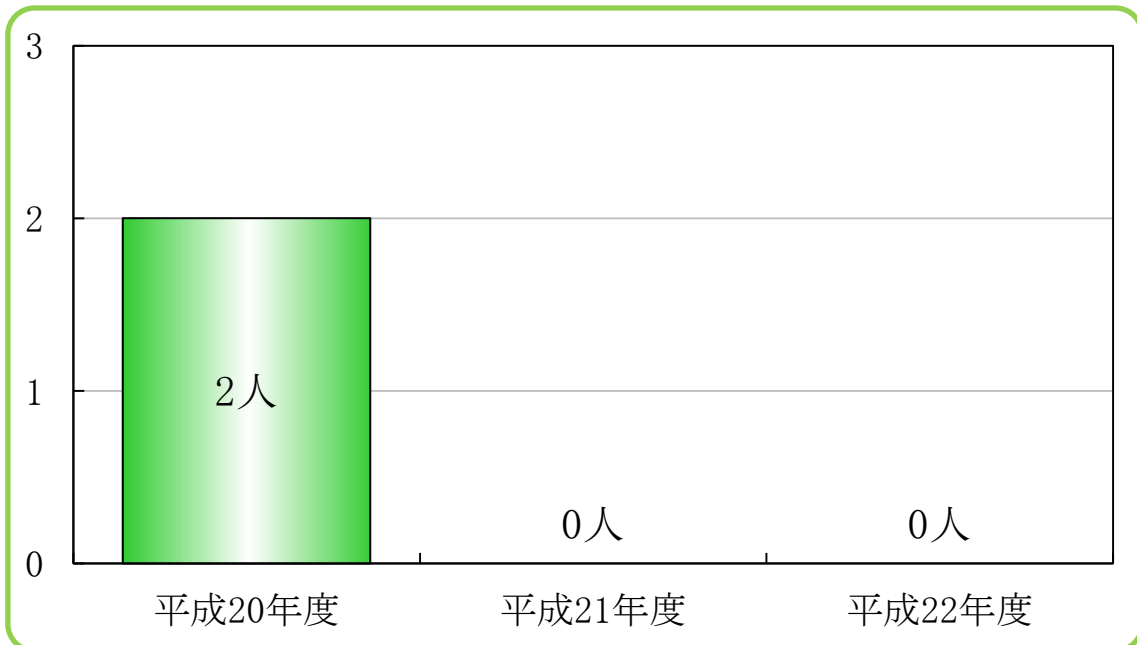


24. 多剤耐性緑膿菌（MDRP）による院内感染症発生患者数

<項目の解説>

多剤耐性緑膿菌（MDRP）は一般家庭でも見られる毒素の弱い菌ですが、抵抗力が低下した患者に感染すると、重症肺炎など重篤な感染症を引き起こし死亡する場合があります。院内感染症は適切な介入により、かなりの程度で発症頻度を減じることが可能です。安全で良質な医療を提供する環境として、十分な感染対策を行っている点を評価します。本指標は、MDRPの検査の取り組み方により数値が左右されるため、病院間の比較は困難です。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

期間中の新規MDRP発生患者数

保菌者による持ち込み感染は除きます。入院三日目以降に発生したものとします。

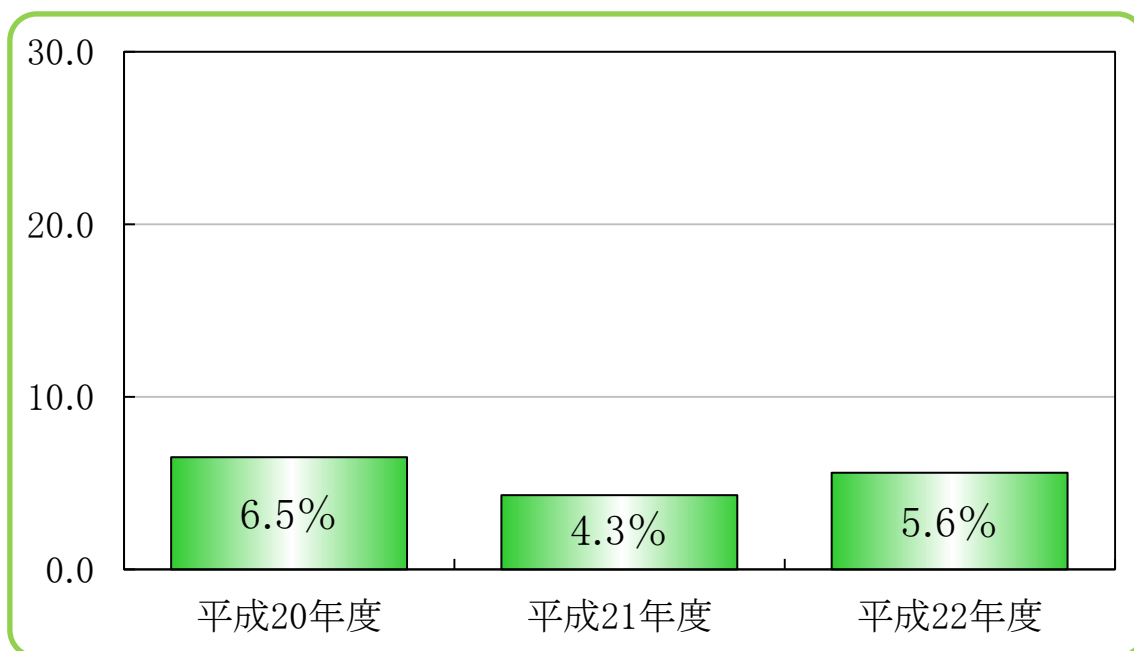


25. CPC（臨床病理検討会）の検討症例率

<項目の解説>

CPC（臨床病理検討会）とは臨床医・病理医・検査担当医などが、診断や診療のプロセスの妥当性を討論する症例検討会で、一般的には剖検（病理解剖）が行われた症例を対象とします。診療行為を見直し、今後の治療に役立てる取り組みを評価する指標です。医学生、研修生の教育にも大いに寄与するものです。

<当院の実績>



<算式>

分子：CPC件数

分母：死亡患者数

<定義>

CPC（臨床病理検討会）の検討症例率

自院での死亡退院を対象とします。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す。

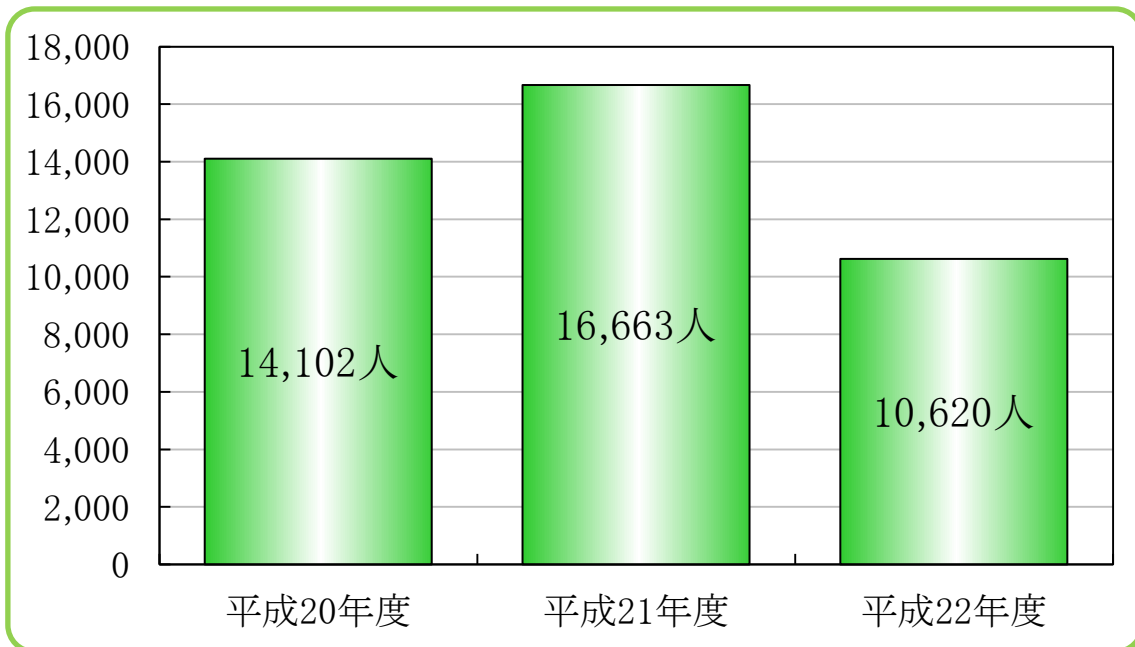


26. 新規外来患者数

<項目の解説>

高度な医療をより多くの国民に提供する国立大学病院として、新規患者の診療数を示す指標です。診療録の保存期間は最終診療日から5年と定められているため、最後の来院日から5年以上経過した後に来院し、同じIDを使用した場合も含まれます。国立大学病院として地域の医療機関との前方・後方支援を強化し、より多くの患者に高度な医療を提供すべきです。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

当該年度に新規にIDを取得し、かつ診療録を作成した患者数
診療科単位でなく、病院全体で考えます。新規ID取得が原則ですが、最後の来院日から5年以上経過後に来院した患者は、過去のIDを使用しても新規と数えます。外来を経由しない即時の入院（即入）も含めます。単なる初診患者数（初診料算定患者数）ではありません。

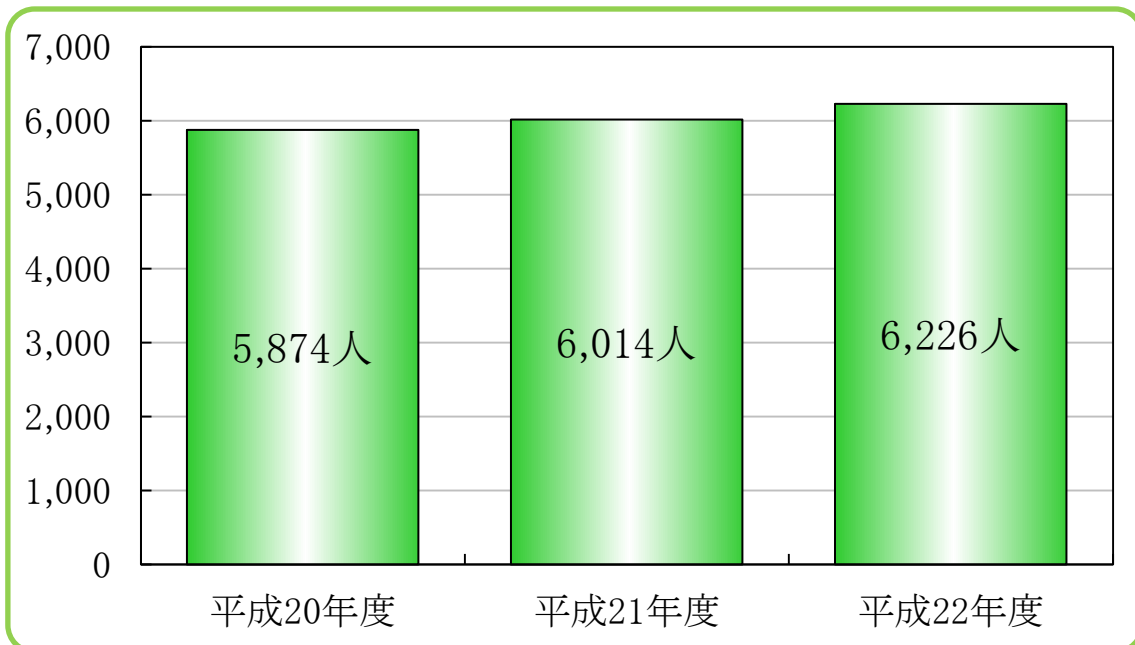


27. 初回入院患者数

<項目の解説>

指標26の新規外来患者数と同様の考え方で、新規に入院診療を行う患者数を示す指標です。化学療法等の様に繰り返し入院が増えているため、入院患者数は必ずしも病院の新規の治療患者数を反映しません。高度な医療をより多くの国民に提供することを評価するため、「新規の入院患者」という考え方を導入します。指標作成に際して、過年度からの繰り返し入院分を除外するため、過去一年間入院歴がない患者とします。全く異なる疾患で他科に入院する場合はあるが、主たる疾患に注目し病院全体で考えます。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

過去一年間に自院に入院履歴がない入院患者数

診療科単位でなく、病院全体で考えます。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。

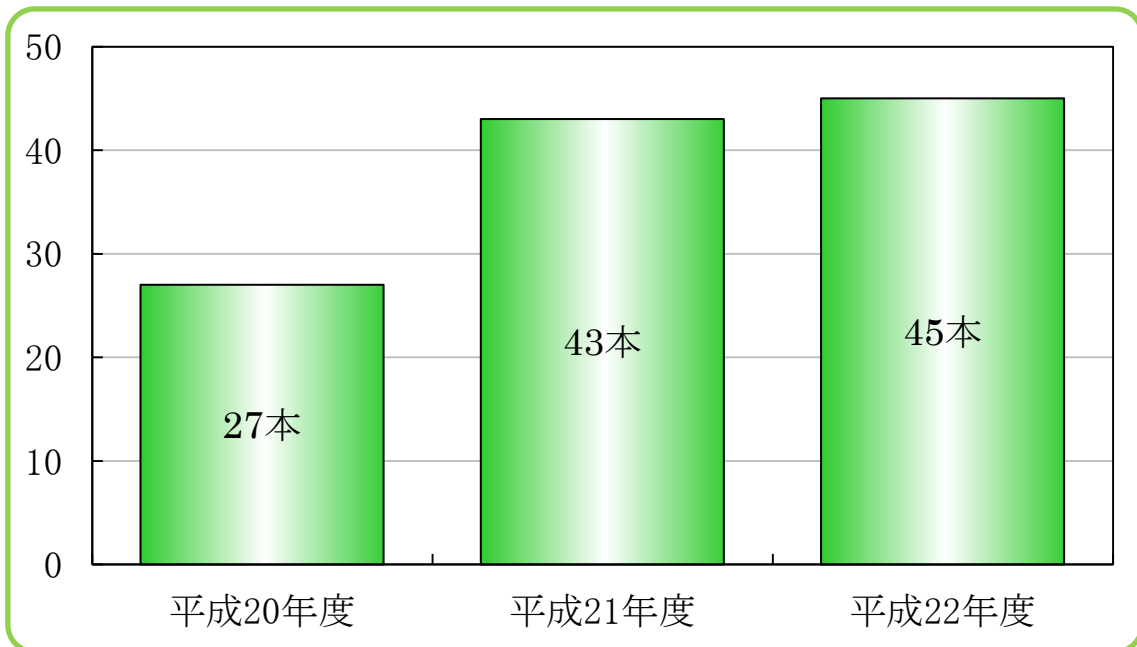


28. 10例以上適用したクリニカルパス（クリティカルパス）の数

<項目の解説>

クリニカルパス（クリティカルパスとも呼ばれる）は、医療を揺らぎなく適切に進めるために、重要な診療の道標です。大学病院における高度な医療では、全ての疾患にパスが適用されるものではないが、定型的な診療の部分についてはパスを設定することは可能であり、パスの適用により患者と診療プロセスを共有し、職種間の診療の見通しを改善し、医療の質のみならず、患者満足度の向上や安全管理にも寄与します。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

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

「10例以上」とはバリエーションによる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。パスの数は一入院全体だけでなく、周術期等の一部分に適用するパスでも1件とします。

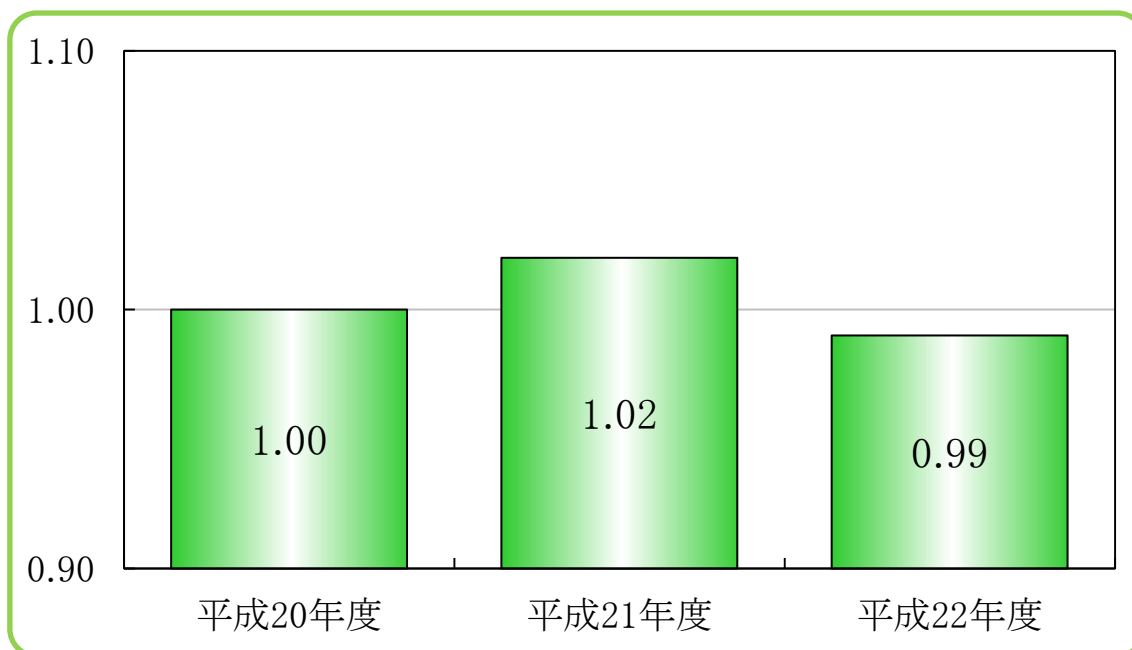


29. 在院日数の指標

<項目の解説>

D P C 毎の在院日数を視点とし、病院全体として効率よく診療（診断群分類点数表の入院期間Ⅱより短い）していることを評価します。いわば、「効率性の指標」と言えます。そもそも平均在院日数は患者の構成により数値が異なるため、患者構成を加味しない単なる平均在院日数は無意味でした。D P C により、最も医療資源を投入した傷病名と、行った治療行為に患者分類が行われ、それぞれのD P C 毎の全国平均の在院日数も公表されました。このデータと、自院のD P C 毎の在院日数により、同じD P C でも在院日数が全国平均より長いのか短いのか判断できます。この指標は加重平均として自院の全体像を示すものですが、数値は1.0が全国平均の在院日数で、大きい方が全体として在院日数は短く、効率よく診療していることを示します。

<当院の実績>



<算式>

指数

<定義>

厚生労働省のD P C 評価分科会の公開データ

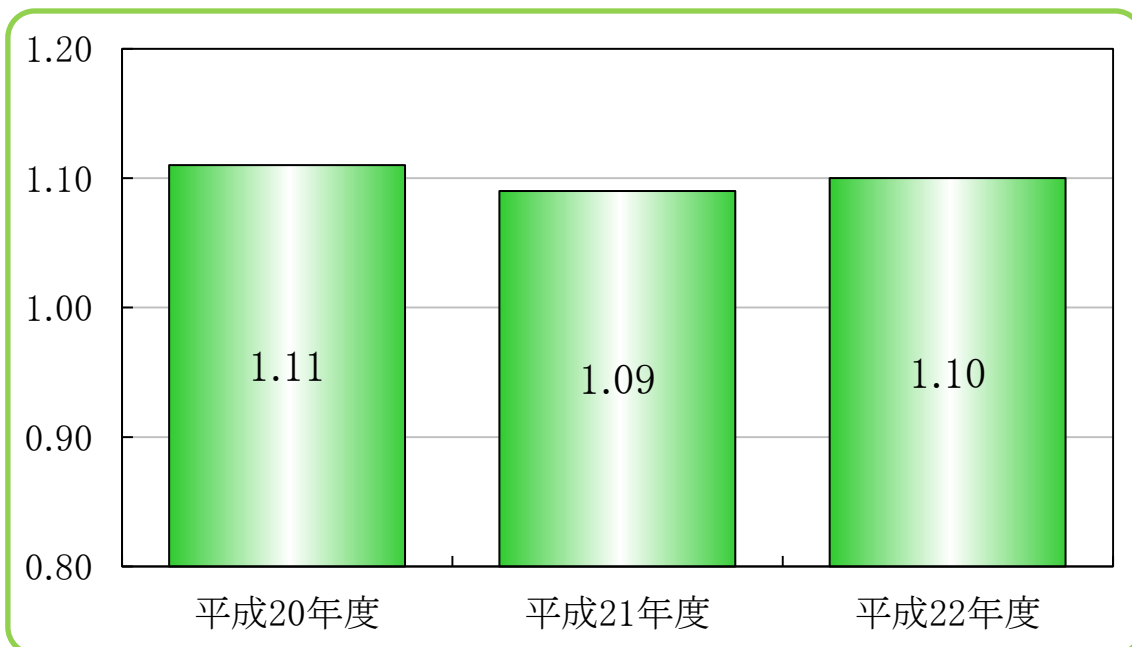


30. 患者構成の指標

<項目の解説>

各病院の患者構成を視点とし、複雑な患者（診断群分類点数表の入院期間Ⅱの長い患者）をより多く診療していることを評価します。DPCの入院期間Ⅱは、ほぼ全国平均の在院日数+1日ですが、入院期間Ⅱが長いほど退院までに日数を要し、一般には治療の難しい状態の患者と考えられます。脳腫瘍や頭頸部腫瘍の化学療法、出生体重1,500g以下の新生児等で入院期間Ⅱは長いです。いわば、「複雑性の指標」と言えますが、数値は1.0が全国平均で、大きい方がより難しい状態の患者を多く診ていることを示します。

<当院の実績>



<算式>

指数

<定義>

厚生労働省のDPC評価分科会の公開データ



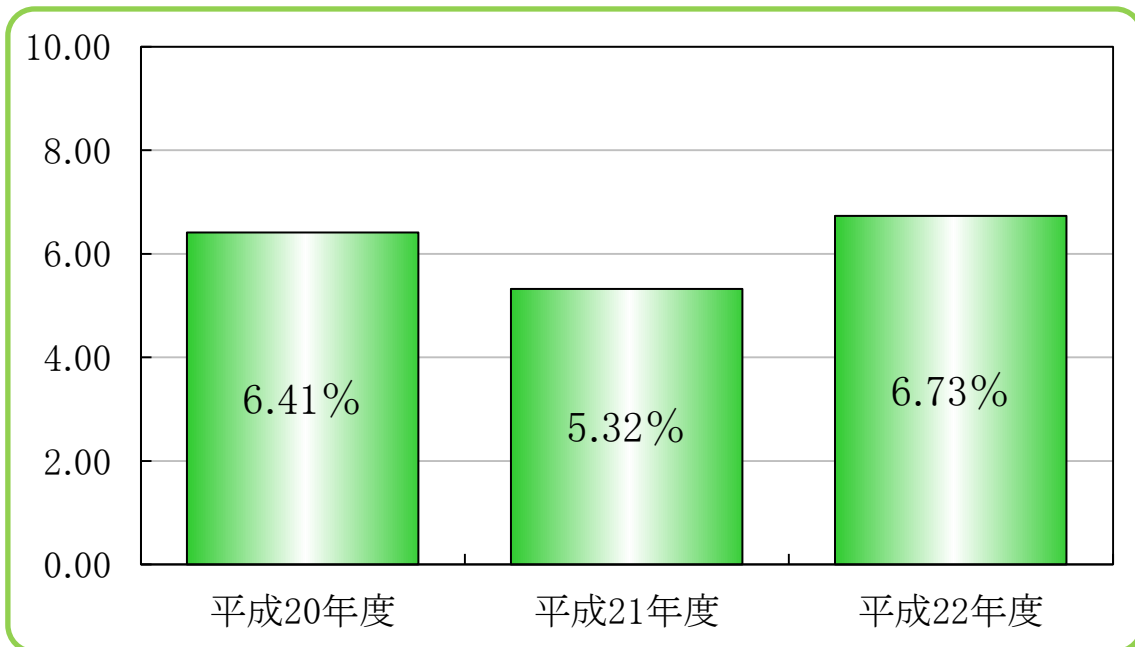
難治性疾患の治療

31. 退院患者に占める難病患者の割合

<項目の解説>

難治性疾患の患者を診察する力を示します。政策医療への取り組みも評価されます。副病名として難病がある場合もありますが、ここではDPC上の「最も医療資源を投入した傷病名」で判断します。

<当院の実績>



<算式>

分子：難病退院患者数
分母：全退院患者数

<定義>

退院患者に占める難病患者の割合
難病とは、DPC上の「最も医療資源を投入した傷病名」が難治性疾患克服研究事業の対象である疾患を指します。

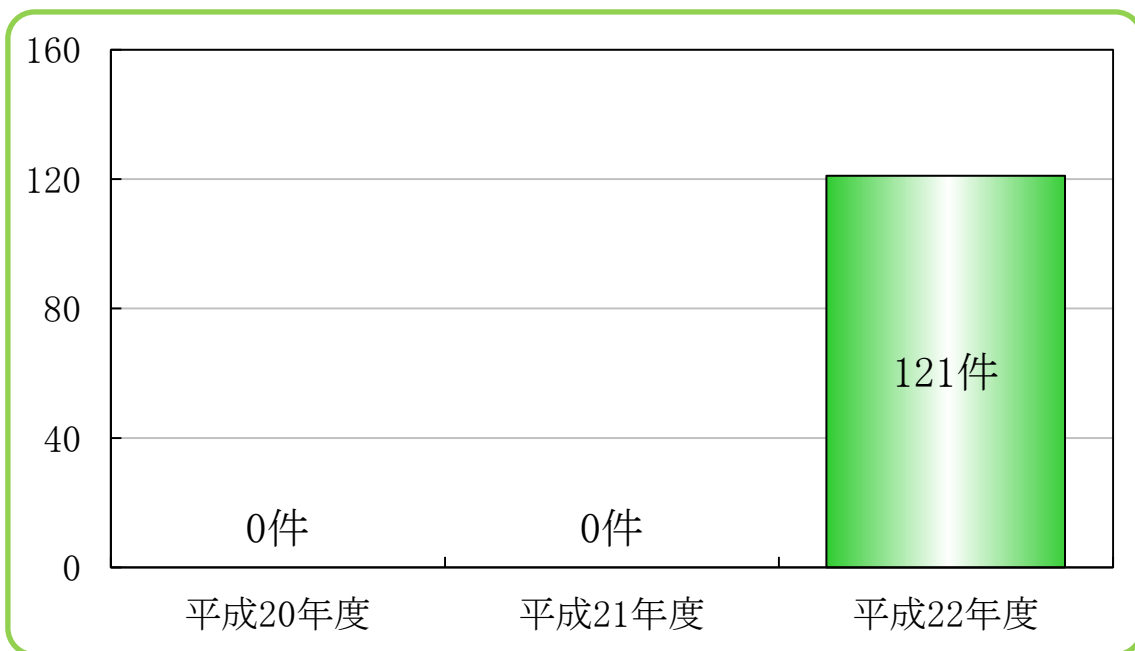


32. 超重症児の手術件数

<項目の解説>

「超重症児」とは食事機能，呼吸機能，消化器症状の有無などの項目により，より高度でより濃密な医学的管理を必要とされた小児のことである。超重症児を手術するには通常の小児の手術に比べ，より高度な医療技術と患者管理が必要となる。小児外科や麻酔科の医療の質の高さを表す指標である。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

「A212-1-イ 超重症児入院診療加算」算定件数



教育について

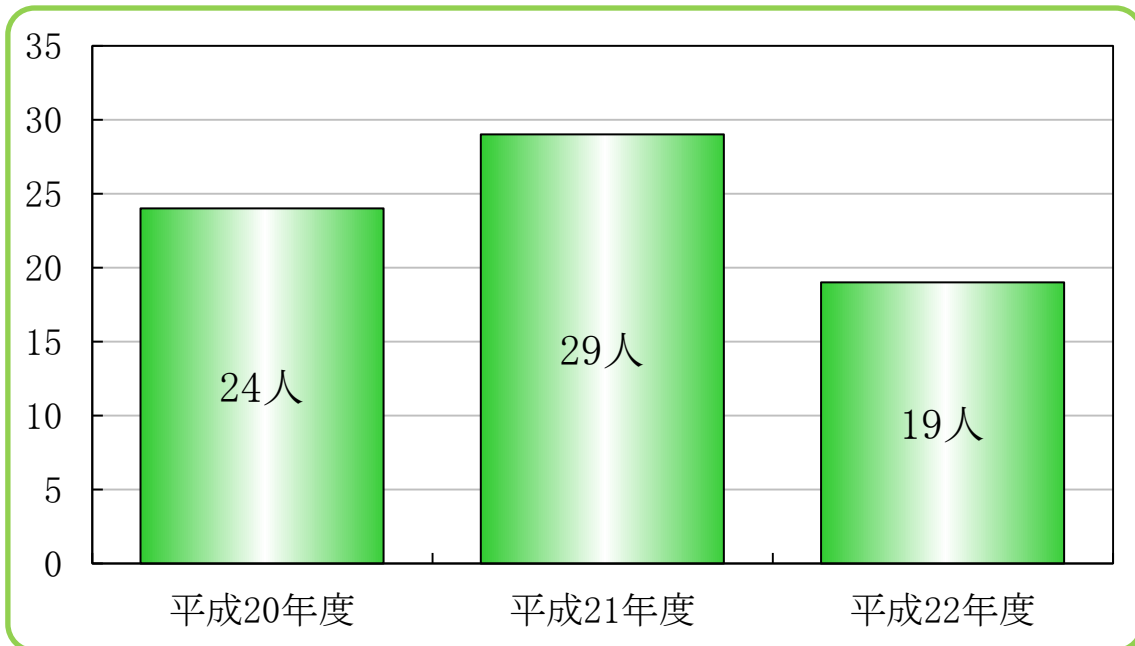
医師の養成

33. 初期研修医採用人数

<項目の解説>

初期臨床研修医制度により、大学病院以外での研修も盛んですが、より高度で魅力のある初期研修を提供していることを表わすものとして、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。卒業生のキャリアパスは多様化しつつありますが、大学病院の教育機能の充実と評価を総合的に示すものとして、数値目標とします。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

初期研修プログラム一年目の人数

「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です。他院で研修を開始する場合があります。

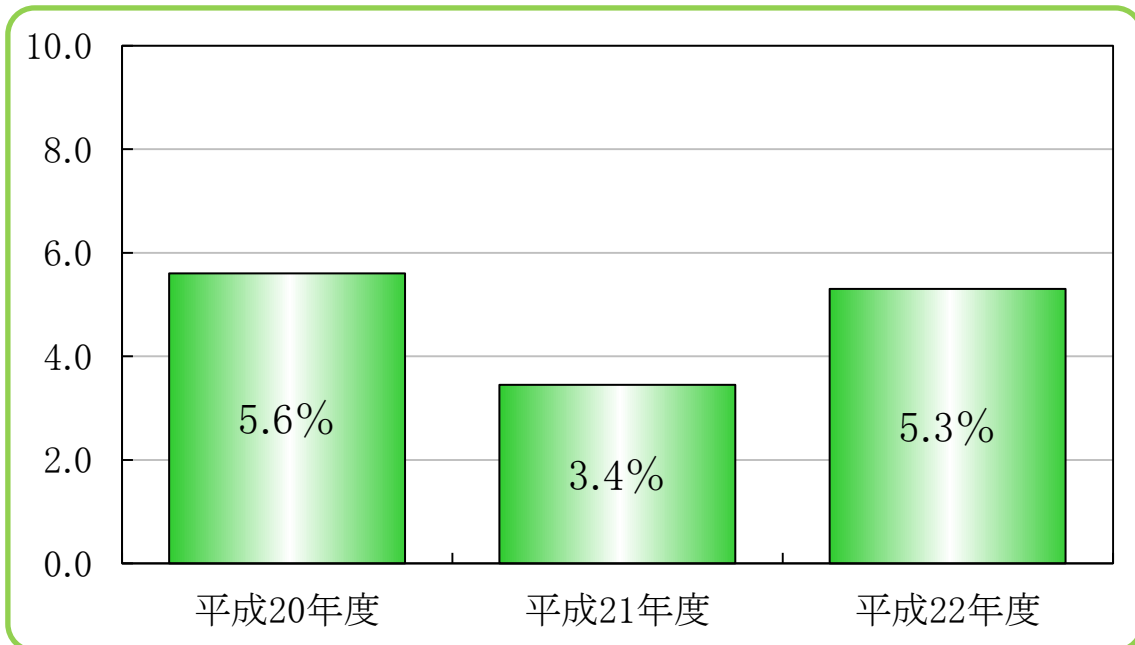


34. 他大学卒業の採用初期研修医の割合

<項目の解説>

自学の卒業生のみならず、他大学卒業生から評価を受けるには、質の高い病院であり続けることと魅力的な研修プログラムの提供が必要です。絶対数ではなく割合で評価することにより、傾向を把握しやすいものとしています。

<当院の実績>



<算式>

分子：他大学卒業の採用初期研修医人数

分母：初期研修医採用人数

<定義>

他大学卒業の採用初期研修医の割合

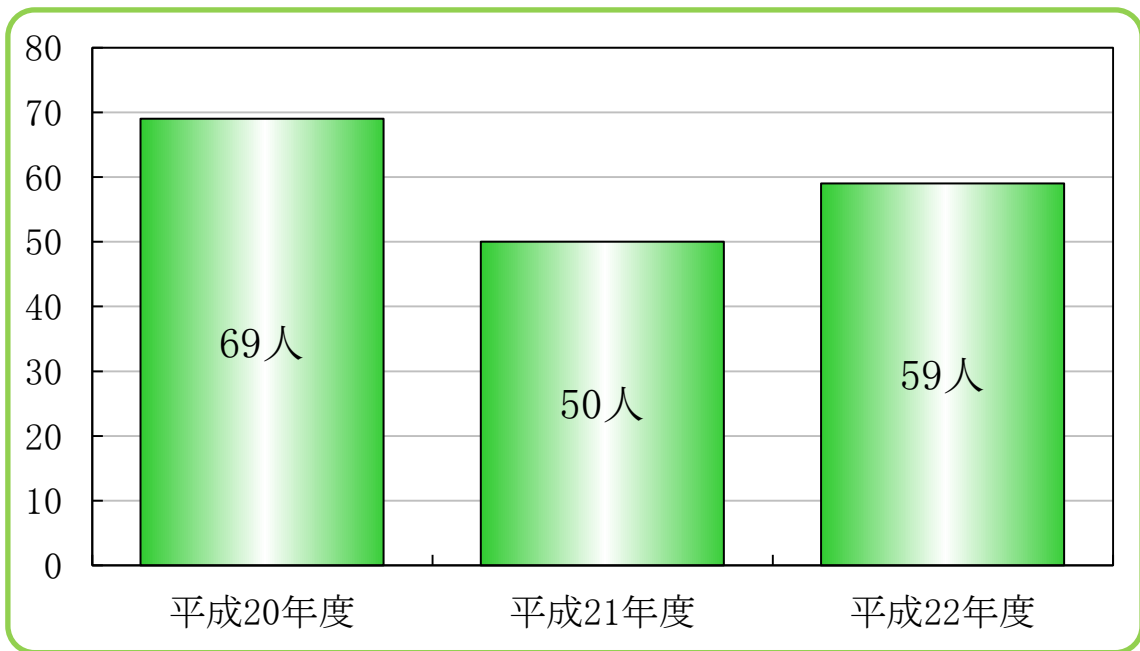


35. 専門医・認定医の新規資格取得者数

<項目の解説>

病院として専門性の高い医師の養成・教育に力を入れていることを評価します。国立大学病院の教育機能、高い専門的診療力を示す指標です。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

自院に在籍中、あるいは他院で研修中に、1年間に新たに専門医又は認定医の資格を取得した延べ人数

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院で研修して取得した場合も含まれます。

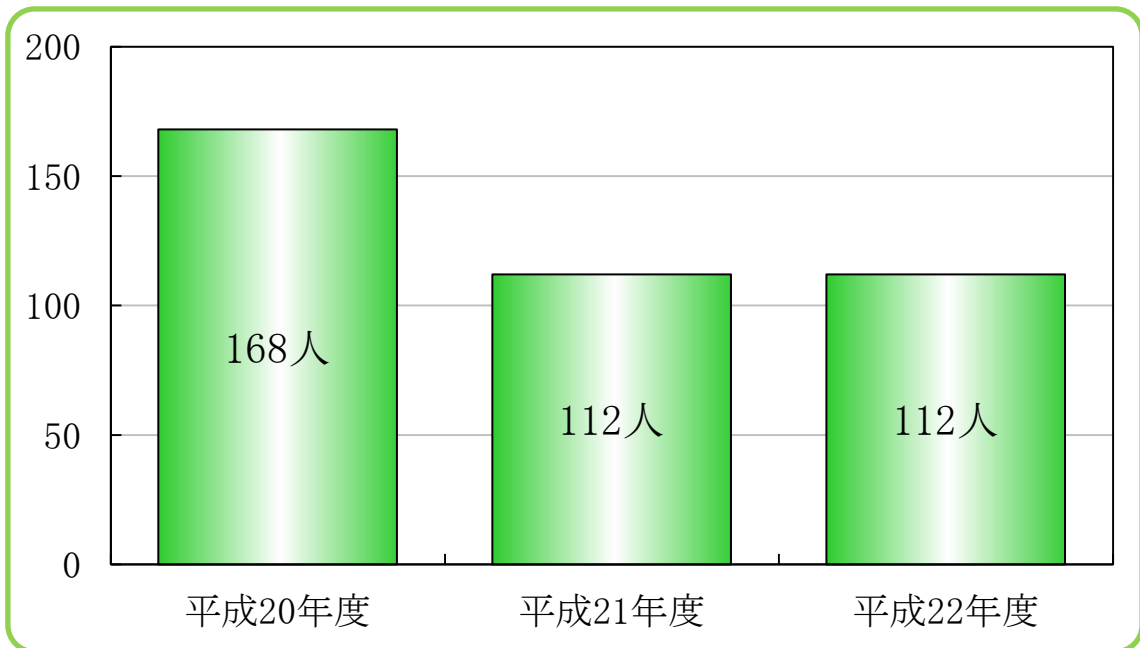


36. 指導医数

<項目の解説>

指導医とは研修医の教育・指導を担当できるベテラン専門医師のことです。大学病院として、診療のみでなく研修医指導を重視し、優れた医療者の育成に真摯に取り組んでいることを表わします。専門医師の層の厚さを評価するものでもあります。単に7年目以上ではなく、指導医講習会を受講していることが要件です。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

医籍を本学におく医師のうち、7年目以上で指導医講習会を受講した人数

※平成20年度は4月1日時点、平成21、22年度は6月1日時点の実数

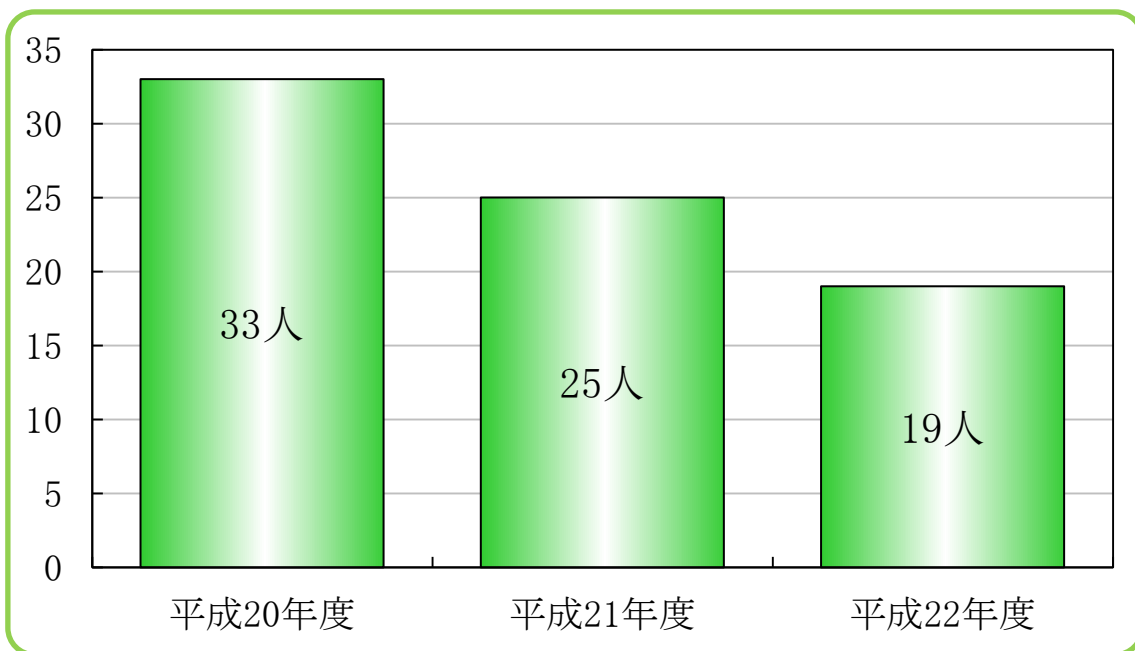


37. 専門研修コース（後期研修コース）の新規採用人数

<項目の解説>

初期研修を終えた医師の次のステップとしての、より高度な研修を行う後期研修の採用人数です。その数は地域への医師派遣力をも直接に左右するものであり、専門性に対する感度が増している若手医師をいかに多く育てるかが、国立大学病院の命運を握るカギとも言えます。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

コース1年目の人数

大学に採用ではなく、プログラムに採用した人数。他院で研修を開始する場合があります。



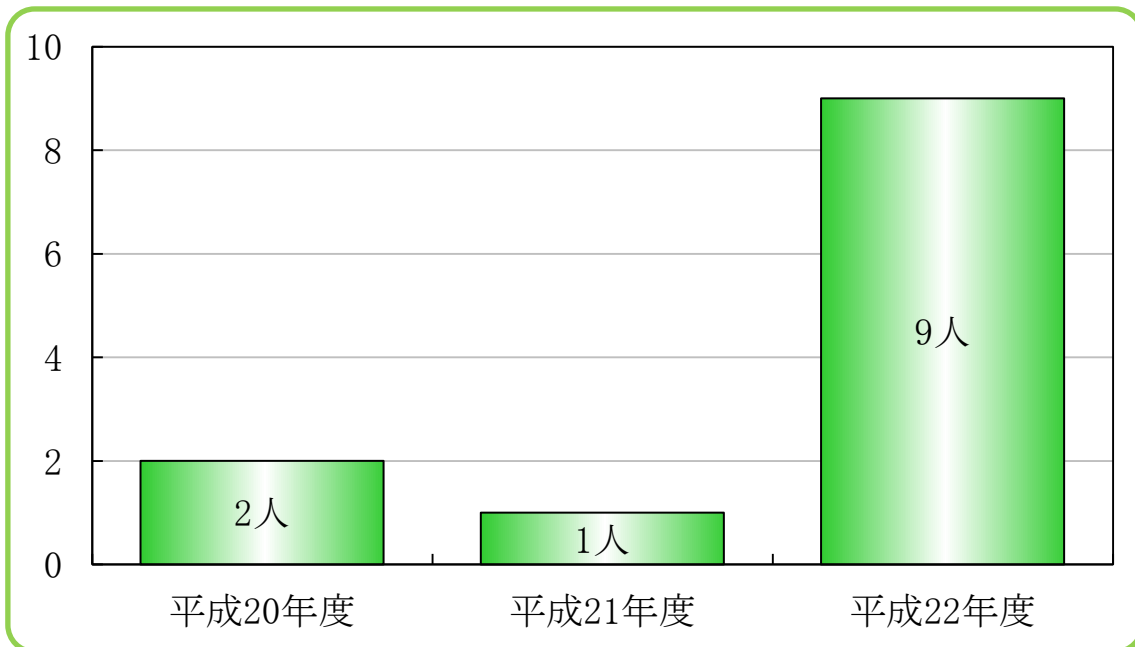
看護師の養成

38. 看護師の外部の医療機関等からの研修受け入れ人数

<項目の解説>

一度職に就いてからスキルアップのために研修を受け入れる体制を評価します。現任教育及び再教育に関する体制が整っていることを表わします。単に受け入れ人数とはせず、人数×日数として、教育に費やした延べ時間を評価します。

<当院の実績>



<算式>

人数×日数

<定義>

外部の医療機関などからの研修受け入れ延べ人数

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。

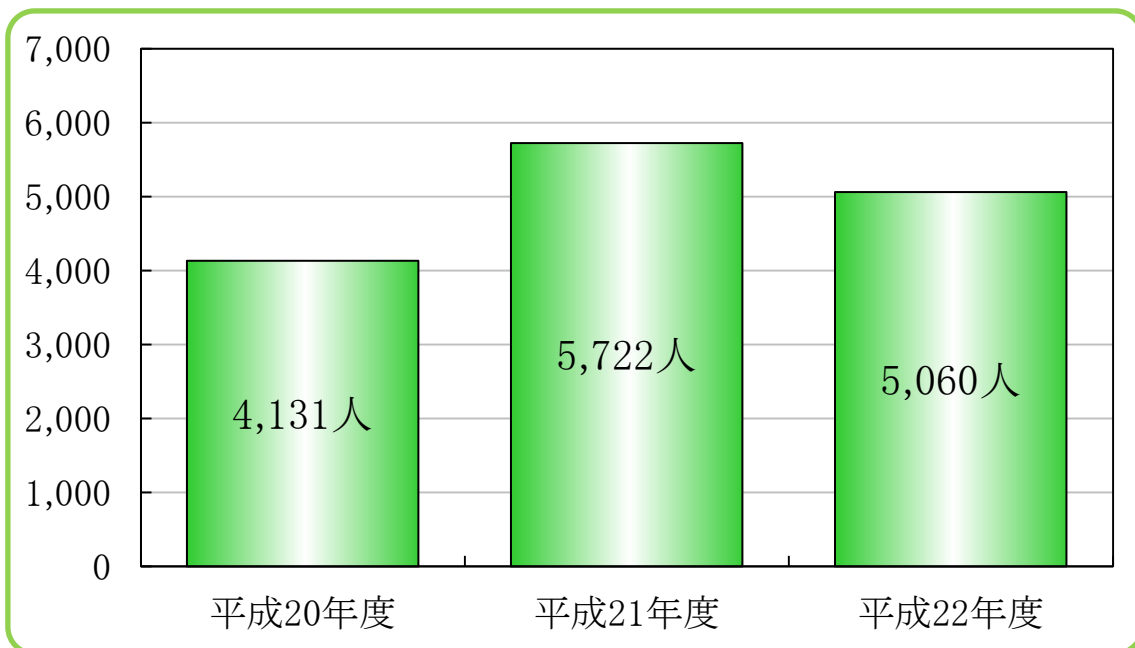


39. 看護師の受け入れ実習学生数（自大学から）

<項目の解説>

国立大学病院として診療のみでなく、教育に関しても力を入れていることを評価します。学生実習に関する教育体制が整っていることを表わします。単に受け入れ人数とはせず、人数×日数として、教育に費やした延べ時間を評価します。

<当院の実績>



<算式>

人数×日数

<定義>

保健学科等の自学の実習学生延べ人数

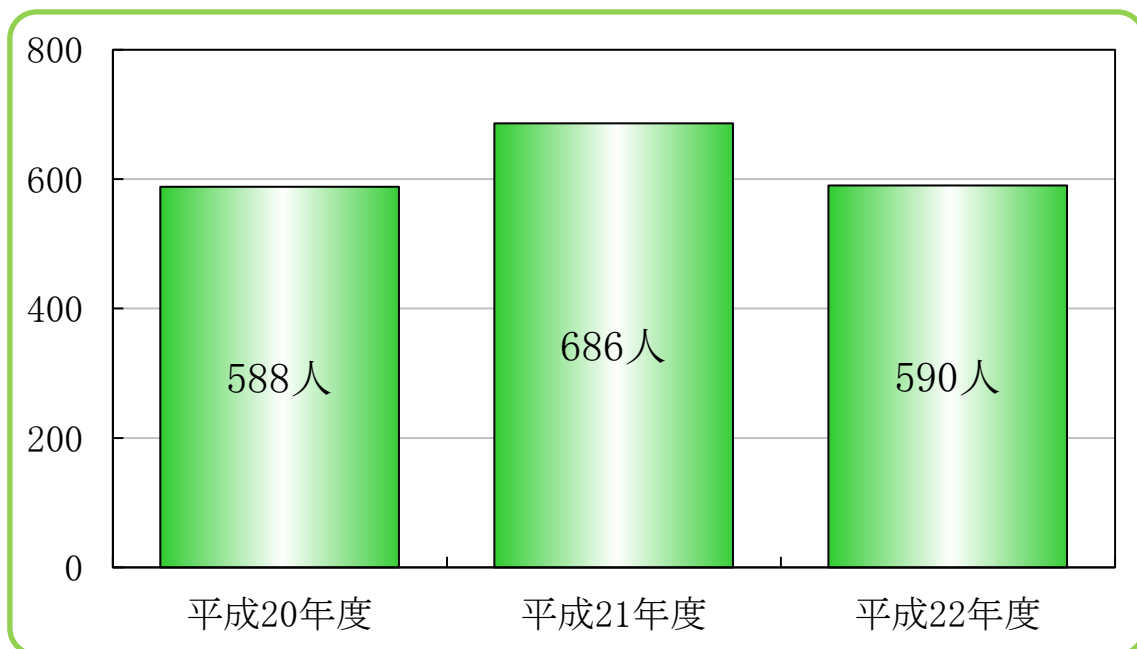


40. 看護師の受け入れ実習学生数（自大学以外の養成教育機関から）

<項目の解説>

自大学以外の養成教育機関から実習を受け入れるためには、指導力のある大学病院である必要があります。学生実習に関する教育体制が整っていることを表わします。単に受け入れ人数とはせず、人数×日数として、教育に費やした延べ時間を評価します。

<当院の実績>



<算式>

人数×日数

<定義>

自大学以外の養成教育機関からの実習学生延べ人数
一日体験は除きます。



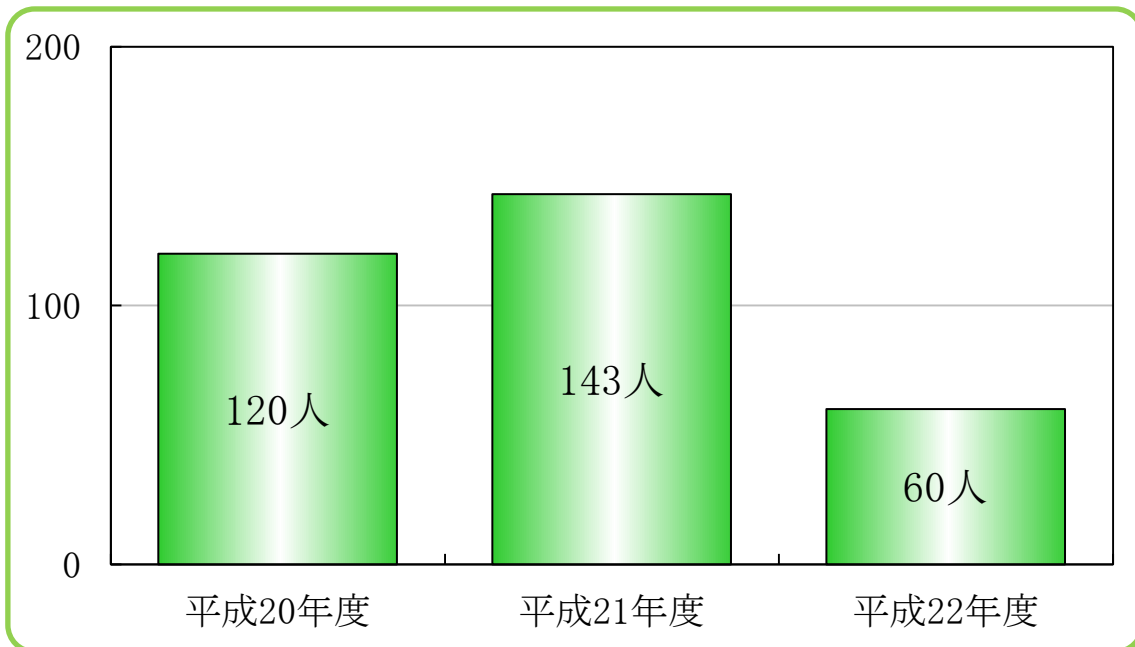
薬剤師の養成

41. 薬剤師の外部の医療機関等からの研修受け入れ人数

<項目の解説>

一度職に就いてからスキルアップのために研修を受け入れる体制を評価します。現任教育及び再教育に関する体制が整っていることを表わします。単に受け入れ人数とはせず、人数×日数として、教育に費やした延べ時間を評価します。

<当院の実績>



<算式>

人数×日数

<定義>

外部の医療機関等からの研修受け入れ延べ人数

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。

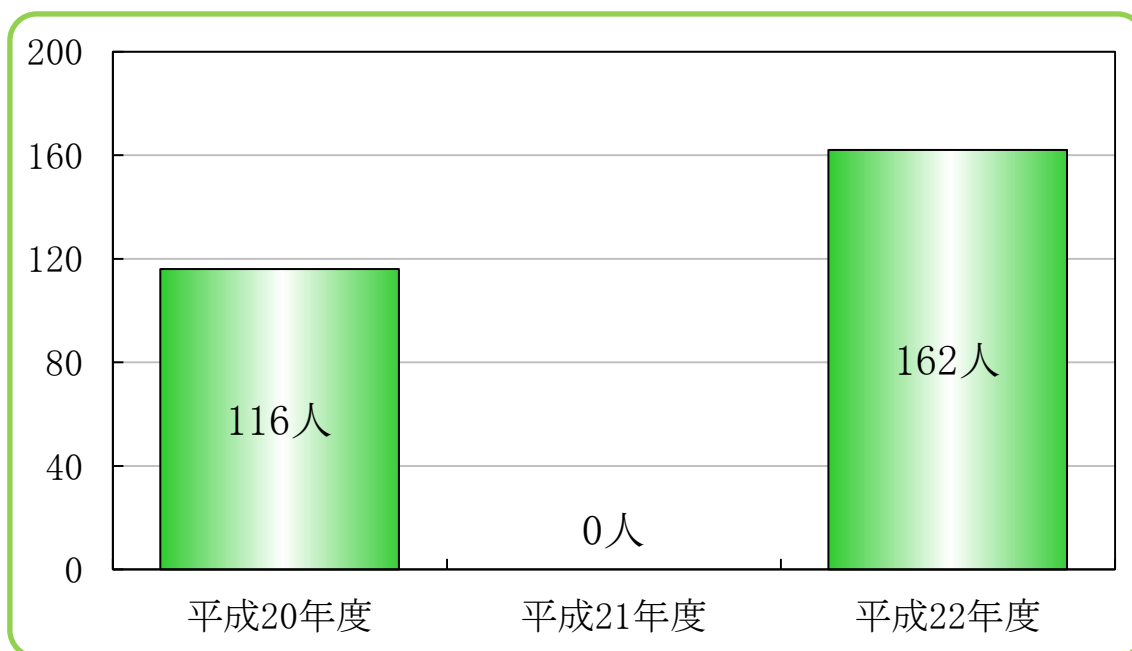


43. 薬剤師の受け入れ実習学生数（自大学以外の養成教育機関から）

<項目の解説>

自大学以外の養成教育機関から実習を受け入れるためには、指導力のある大学病院である必要があります。学生実習に関する教育体制が整っていることを表わします。単に受け入れ人数とはせず、人数×日数として、教育に費やした延べ時間を評価します。

<当院の実績>



<算式>

人数×日数

<定義>

自大学以外の養成教育機関からの実習学生延べ人数



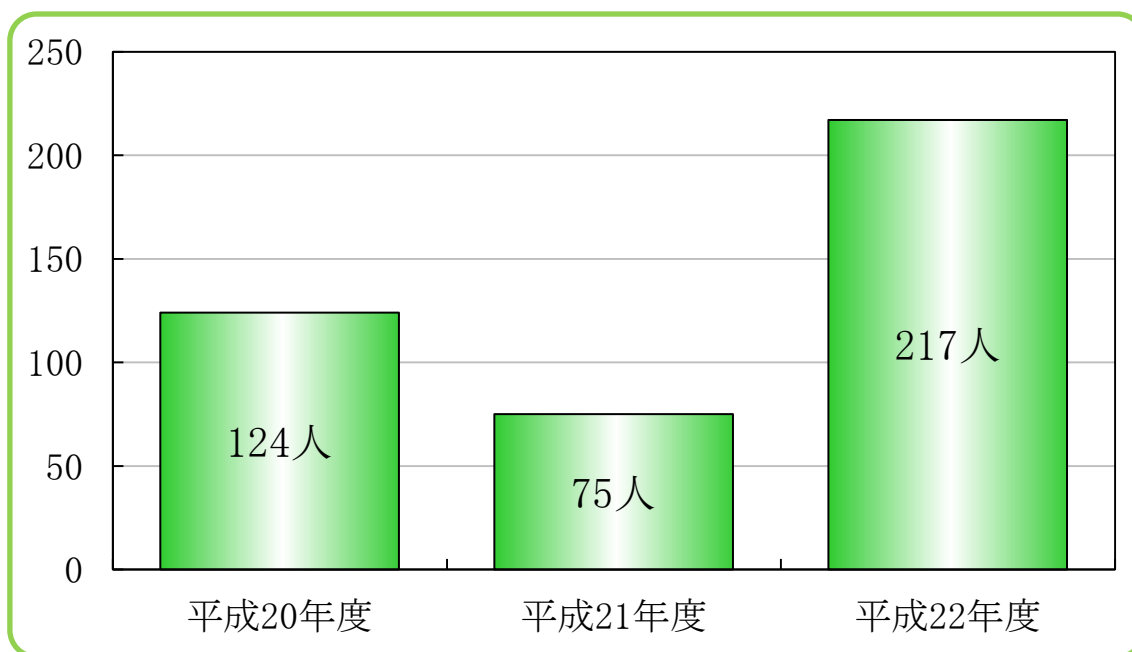
その他コメディカルの養成

44. その他コメディカルの外部の医療機関等からの研修受け入れ人数

<項目の解説>

一度職に就いてからスキルアップのために研修を受け入れる体制を評価します。現任教育及び再教育に関する体制が整っていることを表わします。単に受け入れ人数とはせず、人数×日数として、教育に費やした延べ時間を評価します。ここでは看護師、薬剤師以外のコメディカル（管理栄養士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、言語聴覚士、診療放射線技師、救急救命士、精神保健福祉士、社会福祉士、柔道整復師）の総数とします。

<当院の実績>



<算式>

人数×日数

<定義>

外部の医療機関等からの研修受け入れ延べ人数

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。

看護師、薬剤師以外で国家資格のコメディカル

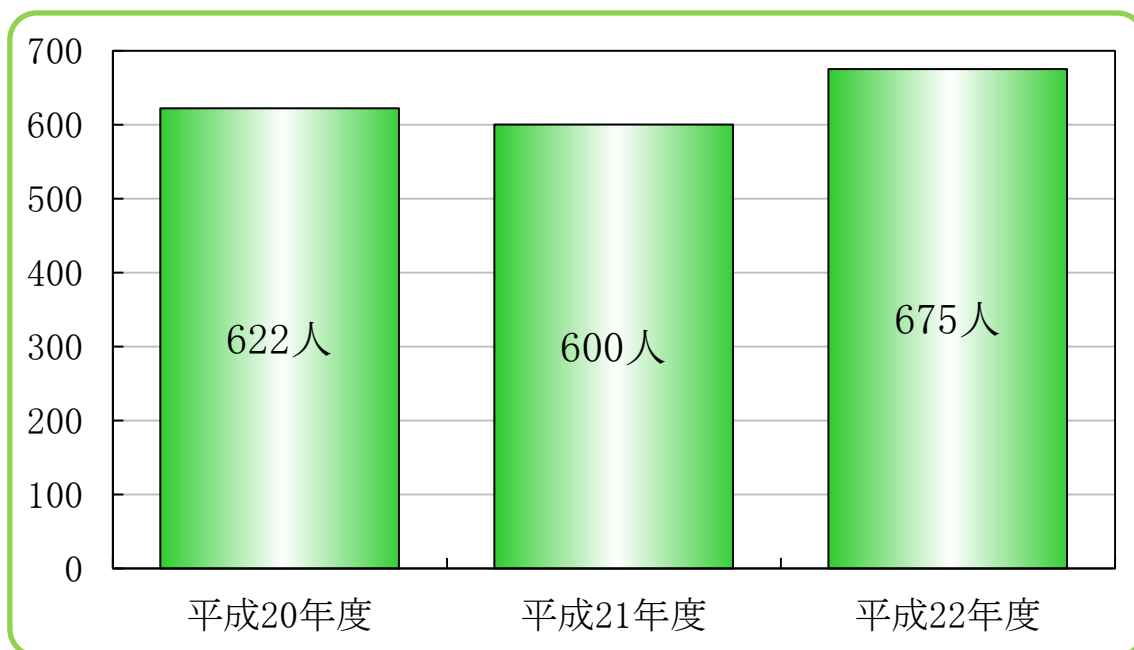


46. その他コメディカルの受け入れ実習学生数（自大学以外の養成教育機関から）

<項目の解説>

自大学以外の養成教育機関から実習を受け入れるためには、指導力のある大学病院である必要があります。学生実習に関する教育体制が整っていることを表わします。単に受け入れ人数とはせず、人数×日数として、教育に費やした延べ時間を評価します。ここでは看護師、薬剤師以外のコメディカル（管理栄養士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、言語聴覚士、診療放射線技師、救急救命士、精神保健福祉士、社会福祉士、柔道整復師）の総数とします。

<当院の実績>



<算式>

人数×日数

<定義>

自大学以外の養成教育機関からの実習学生延べ人数



研究について

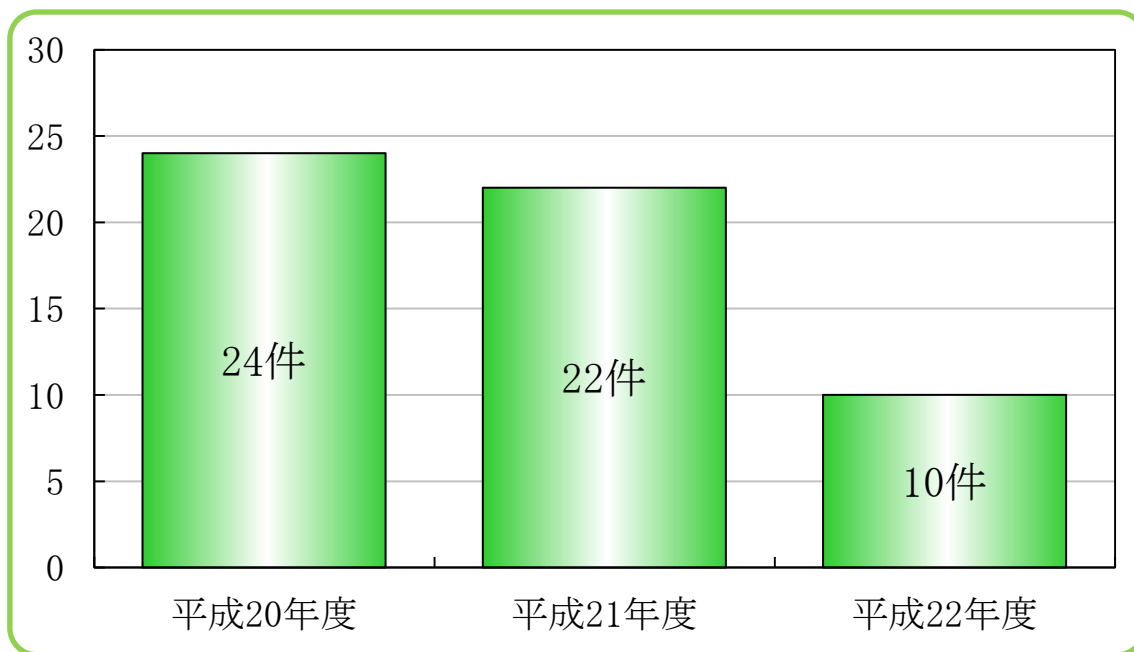
臨床試験

47. 治験の実施症例件数

<項目の解説>

新規開発の薬剤あるいは機器の治験に関わる外部からの評価、依頼者からの評価となる指標です。実施体制が整っており、先端医療に対する情熱があることも反映します。契約したが実施に至らなかった場合あるいは完了していない場合もあるので、契約数でなく実施完了により取り組みを評価します。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

実施症例件数（登録件数でなく、完了件数）

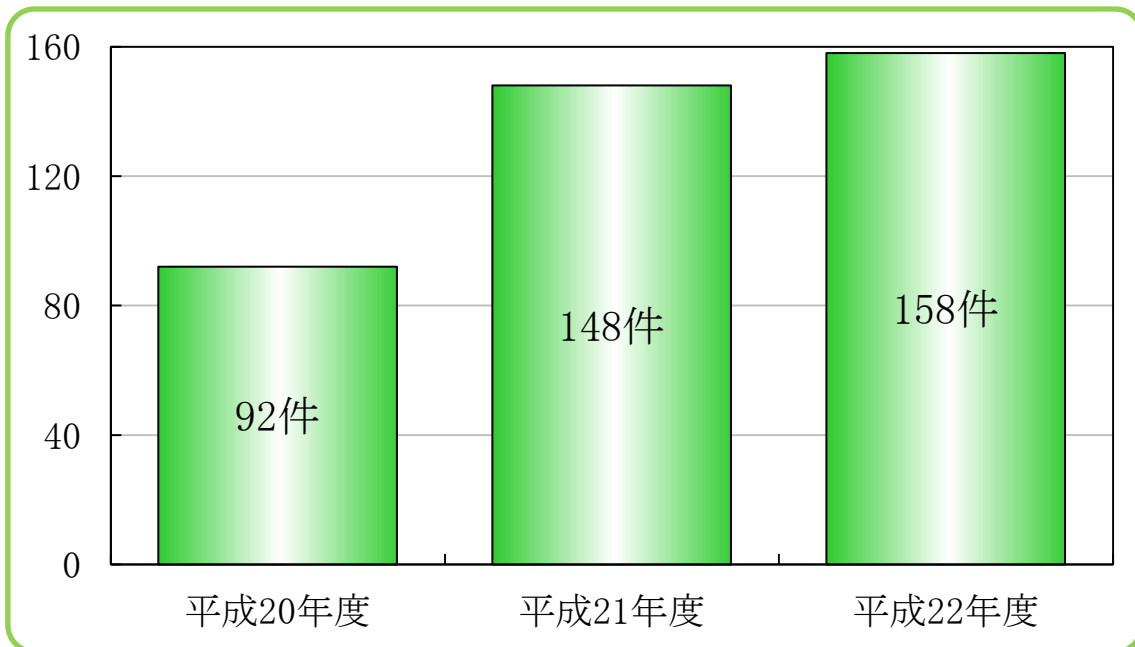


48. 治験審査委員会（IRB）・倫理委員会で審査された自主臨床試験の数

<項目の解説>

高度な診療のみならず高度な臨床研究も担う国立大学病院として、先端医療・臨床研究に対する情熱を表わす指標です。新しい診断法や治療法の臨床段階の研究にあたり、倫理委員会で審査され、承認されたもののみが臨床現場で実施されます。未承認薬を利用する場合にはIRB（治験審査委員会）でも審査されます。一定のルールに則って、適正に臨床研究がなされていることを評価する指標でもあります。保険適用外使用の薬剤の取り扱いが議論となるところですが、研究発表を目的としないものは除外します。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

申請件数

但し、「後ろ向き研究」「症例報告」は除きます。

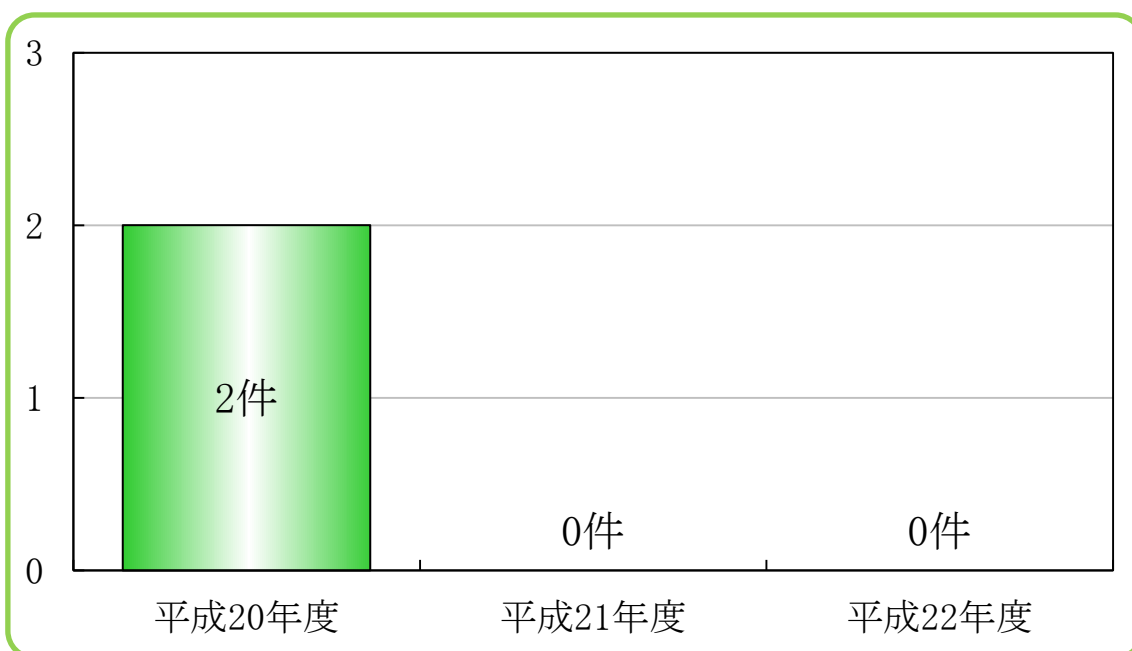


49. 医師主導治験件数

<項目の解説>

メーカーからの要請はなく、医師が主体となり各種手続きや研究を行う治験です。通常のメーカーからサポートのある治験より困難であるため、より熱い先端医療・臨床研究に対する情熱が必要とされます。医師主導治験は患者数にすると数少ないことが想定されますが、患者数そのものより、治験を医師主導で行おうとする積極的な態度を評価するものです。従って、患者数でなく件数を指標とします。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

実施中の治験の数（患者数ではない。）
当該年度に一例も実施されなかったものは除きます。

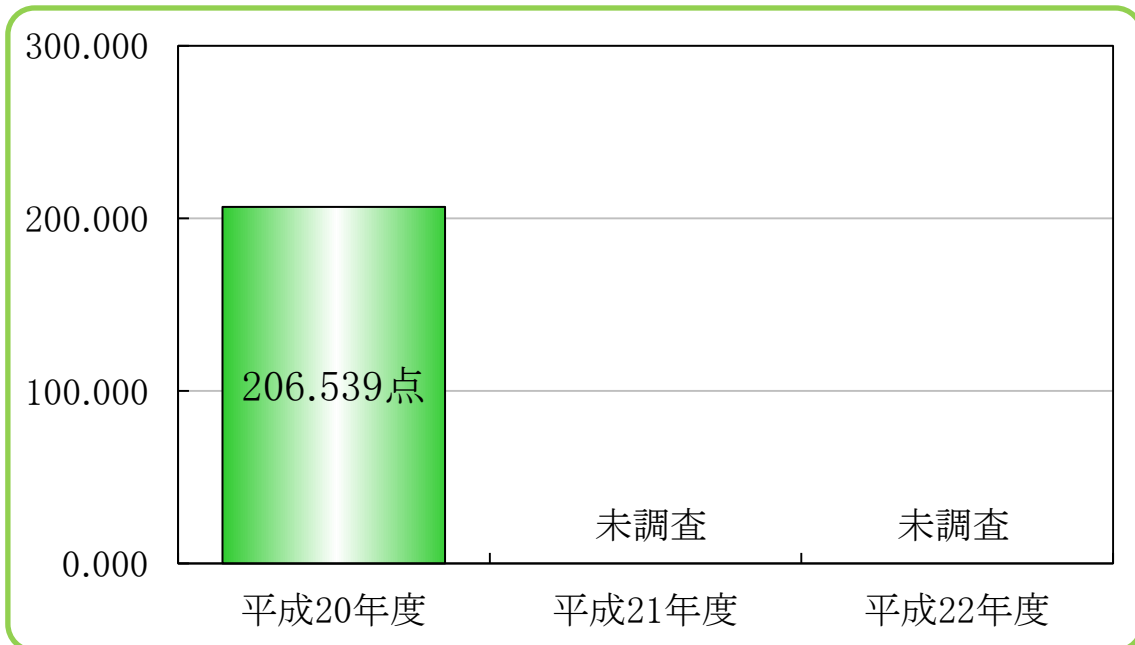


50. 研究論文のインパクトファクターの合計点数

<項目の解説>

研究の成果として、優れた論文の質と量を総合的に判断する指標です。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。一般にインパクトファクターが高いほど、論文として採用されることは難しく、価値の高い雑誌と言えます。インパクトファクターでは、英語論文のみが評価の対象となります。インパクトファクターは雑誌そのものに付与されますがその雑誌に掲載された論文1本につき、その点数をカウントします。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

第一著者が病院教職員または診療科を持つ臨床系講座に所属する医師であるもののインパクトファクターの合計点数

原著論文に限り、学会抄録や総説は除きます。

※平成 21、22 年度は国立大学病院データベースセンターによる調査が見送られたため未調査です。



地域・社会貢献について

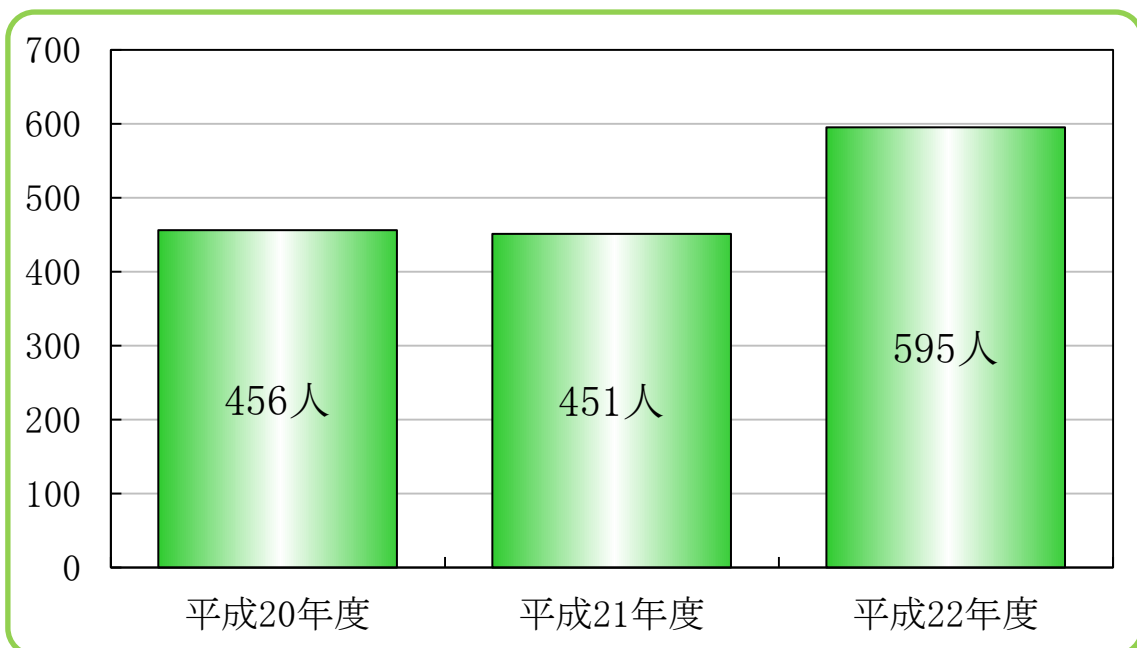
最後の砦

51. 3次救急患者数

<項目の解説>

国立大学病院として、高度な3次救急医療を担う体制と実績を評価します。「3次救急」とは、厳密には救急救命病棟に入院する場合を指し、一般病棟に入院する「2次救急」とは区別されるべきものです。しかしながら、救命救急入院料は、地域医療計画の中で決定され地域ごとの数値枠があるため、同じ機能を持ちながら指定を受けられない場合があります。従って、ここでは救急医療管理加算も対象とし、現状に即して広く「3次救急」を捉えます。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

3次救急患者の受入数

ここで「3次救急患者」とは、「A205 救急医療管理加算」または「A300 救命救急入院料」を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。

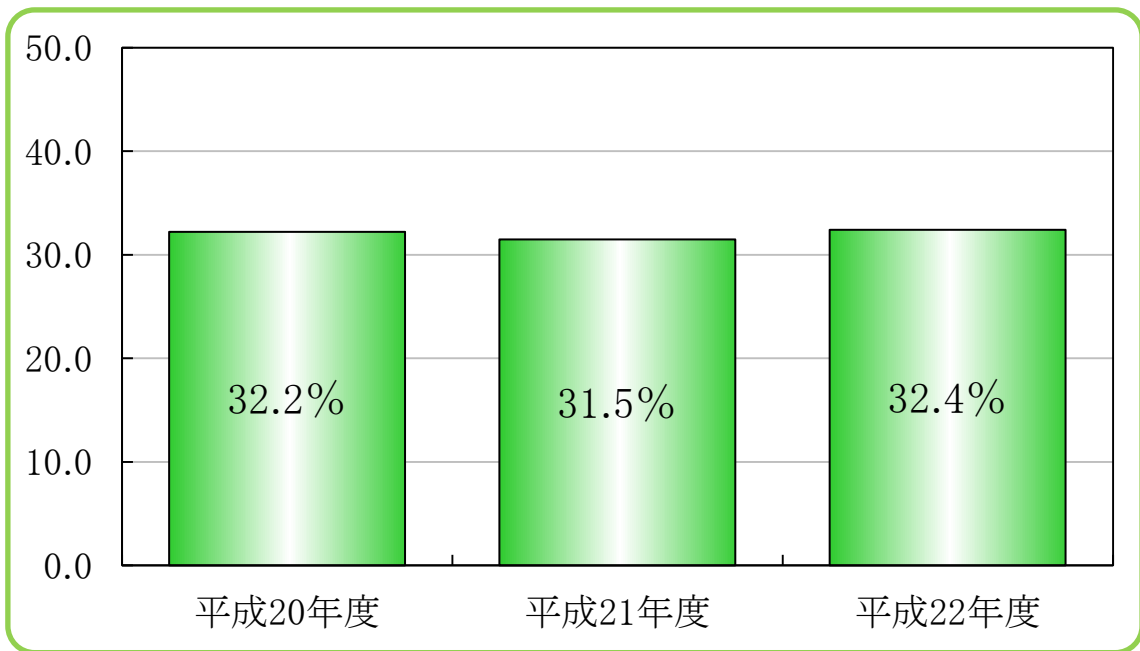


52. 二次医療圏外からの延べ外来患者率

<項目の解説>

医師派遣と並んで地域医療への貢献度を表す指標であり、地域医療における「最後の砦」として国立大学病院がいかに遠方の患者の診療をも担っているかを示します。

<当院の実績>



<算式>

分子：二次医療圏外からの外来患者数

分母：外来患者数

<定義>

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

二次医療圏外とは、医療法第30条の3第2項第1号及び第2号により規定された区域を指します。「外来患者」数は延べ数としますが、その定義は経営管理項目に定める事項とします。住所の不明な患者は、二次医療圏内とします。



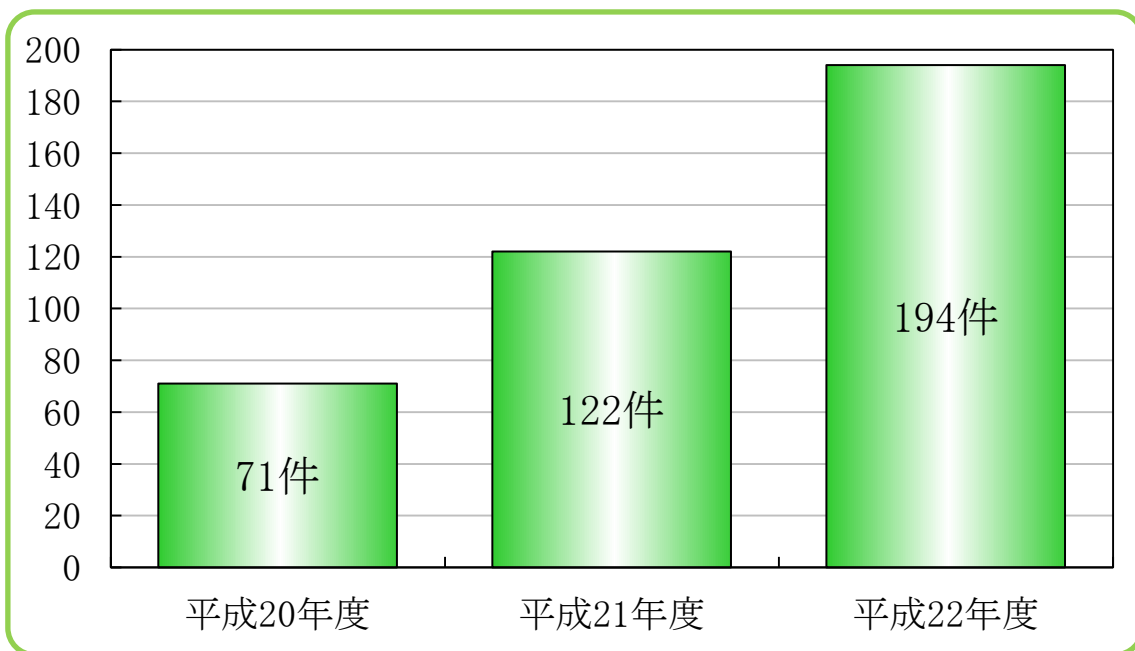
医療情報の提供

53. 公開講座等（セミナー）の主催数

<項目の解説>

国民や他の医療機関の医療従事者に最新の医療知識を還元し、啓蒙に努め、積極的・主体的に社会に貢献している点を評価します。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

自院が主催した市民向けおよび医療者向けの講演会、セミナー等の開催数
学習目的および啓蒙目的に限り、七夕の夕べ、写真展等の交流目的のものは含まない。医療職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も含まれます。学部と病院が一体となって運営している場合は、両者を含んで構いませんが、その旨を記載して下さい。他の主催者によるセミナー等への講師参加は含めません。複数日に渡るものも1件とします。主として院内の医療従事者向け、入院患者向けのものとは対象としません。



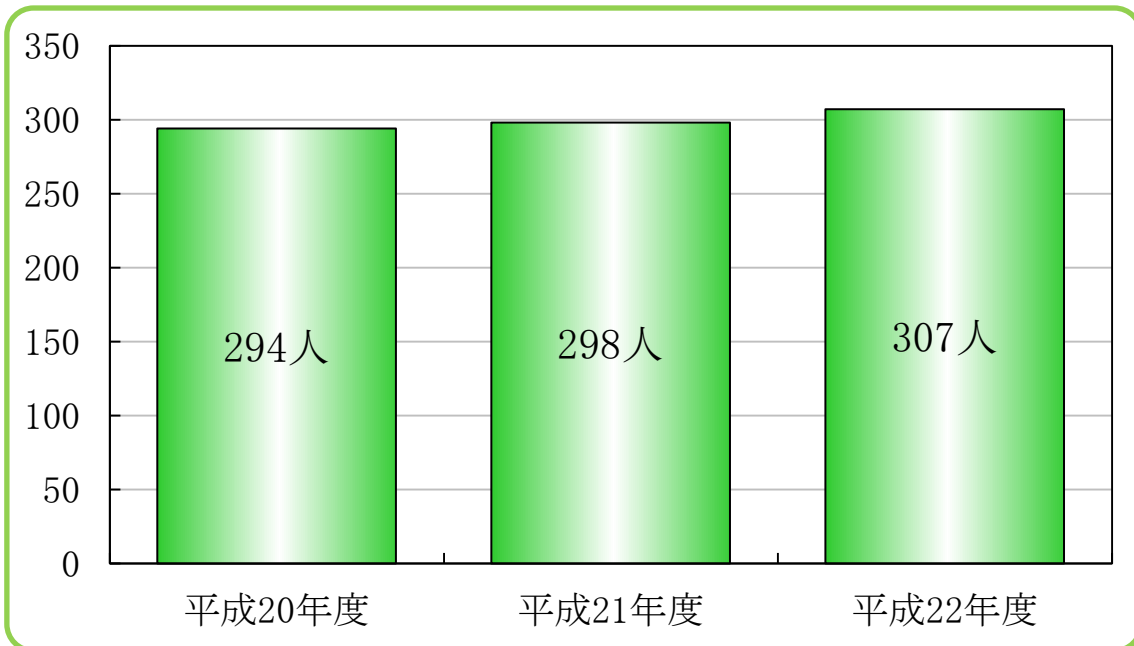
医師派遣

54. 地域への医師派遣数

<項目の解説>

自院の医療の充実のみならず、医師派遣によって地域医療への貢献度を表わす指標です。「医師派遣」とは法的な根拠に基づくものではなく慣例的な呼称であり、地域の病院で必要とされる専門性の高い医師を供給し、何らかの理由により欠員が生じた場合でも後任者を派遣するひとつの形態をいいます。住民のニーズは「顔が見える医師」であるため、常勤の勤務形態のみを評価し、週1回などの短期派遣や、複数の医師による日替わり・週替わり等の派遣は含めません。

<当院の実績>



<算式>

実数

<定義>

地域の医療を安定的に維持することを目的として常勤医として、自院の外へ派遣している医師数

自院の分院への派遣は含みません。

※平成20年度は4月1日時点、平成21、22年度は6月1日時点の実数