

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

～より質の高い大学病院を目指して～

平成21年4月24日

国立大学附属病院長会議常置委員会

## はじめに

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た。この法人化のねらいは、「各大学の自主性・自律性のもと自らの判断と責任で、多様で特色ある教育研究を展開することにより、競争的環境の中で活力に富む、個性豊かな大学づくり」であるとされている。

国立大学附属病院(以下「国立大学病院」という。)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あるが、今後も国立大学病院がいかにその役割・機能を推進し、医学・医療の分野で社会貢献できるかということは国立大学病院の存在意義に関わり、かつ、日本の社会ばかりでなくグローバル化社会にとってきわめて重大な問題である。

一方、近年の社会情勢の変化に伴い、あらゆる分野で「評価」についての関心が高まっている。評価については、一般的に自己評価と第三者評価とがあり、それぞれ評価者や目的、対象、基準などアプローチが異なるものの、いずれもその基本的ねらいとするところは、社会的存在意義の観点から、組織・機関の諸活動の改善・向上又は情報開示・提供及び説明等を行い、その責任を果たすことにある。国立大学病院は公的機関であり、診療報酬や運営費交付金など公的資金で運営されることから、社会的責任は極めて重いといえる。

このような認識のもと、国立大学附属病院長会議常置委員会では、各国立大学病院が自主的・主体的に、①国立大学病院の機能の質向上を図るとともに、②取り組み状況や成果を社会にアピールすることを目的に具体的な指標の検討を進め、今般、本評価指標をとりまとめたものである。

今後、本評価指標を各国立大学病院が活用することにより、主体的な取り組み及び改善が一層促進され、かつ、社会の理解と信頼を得つつ、発展していくことを期待したい。

## 1. 国立大学病院の在り方と現状

- 国立大学病院は、診療(医療)、教育・研修、研究及び地域・社会貢献の4つの役割・機能を有する施設である。
- 医学・医療のリーディング・ホスピタルに相応しい公財政支援と制度設計が必要であるとともに、機能の質向上を図る一層の取り組みが求められている。

### (1) 国立大学病院の在り方

国立大学病院の在り方については、文部省に設置された21世紀医学・医療懇談会が平成9年7月に提言した第3次報告「21世紀に向けた大学病院の在り方について」にとりまとめられている。この提言から約10年が経過し、この間社会情勢や医療制度、医療技術等に大きな変化があるものの、国立大学病院の基本的な在り方や役割については今日でも変わるところはない。特に、国立大学病院が果たしていくべき役割について、同報告の要点を引用すると次のとおりである。

#### (医療について)

地域医療の中核的機関として高度医療の提供に努めるとともに、研究成果を還元して先端的医療を導入していく必要がある。医療の提供は患者本位の立場を再確認するとともに、患者のQOLを重視する。また、地域医療への一層の貢献の観点から、地域の医療機関との連携が求められる。

#### (教育・研修について)

大学病院の本来の設置目的である医師・歯科医師の実習の内容的な充実を図るとともに、コ・メディカル・スタッフの実習についても、地域の医療機関等とも連携を図りつつ受入れの要請に応える必要がある。卒後の研修については、病院全体としての実施体制づくり、関係施設との連携を含めたプログラムの整備をいっそう進める必要がある。さらに、医療人の生涯学習についても機会と内容を充実すべきである。

#### (研究について)

高度医療の推進、難治性疾患の原因究明、新しい診断・治療方法の開発等を一層進め、また、既存の診断・治療方法の科学性、有効性を検証する研究も重視すべきである。臨床試験は、高度技術の開発の役割を担う大学病院においてその社会的使命のひとつとして実施していく必要がある。

(注) 21世紀医学・医療懇談会の第3次報告「21世紀に向けた大学病院の在り方について」

(参考ホームページ) [http://www.umin.ac.jp/21med/univ\\_hosp.htm](http://www.umin.ac.jp/21med/univ_hosp.htm) (平成21年1月現在)

また、平成18年12月に新たな教育基本法が制定され、平成19年6月には学校教育法が改正された。いずれにおいても、大学は成果を広く社会に提供することにより社会の発展に寄与するとの理念が新たに規定された。

従前より、国立大学病院は大学の中でも市民と直接向き合う、いわば「大学の顔」として地域社会と密接に関わり貢献してきたが、今後一層の地域・社会貢献が求められている。

## (2)国立大学病院の現状

国立大学病院の現状をみると、国立大学法人化後大変厳しい環境にさらされている。特に、継続的な経営の基盤となる財務状況は、各病院の懸命な努力にもかかわらず、運営費交付金の急激な削減と診療報酬のマイナス改定、財投借入金債務の返済および2%の経営改善係数などにより逼迫しており、平成19年度は半数以上の28病院が実質赤字となり、21年度末には33病院が赤字になると予測されている。このような過大な負担となる制度設計は我が国の医療の発展をリードしてきた国立大学病院を弱体化させ、全国の医療の崩壊を加速させるものにほかならず、今後、国立大学病院の果たす役割に相応した公財政支援を期待するところである。

また、医療制度改革による影響も大きい。例えば、医師不足や自治体病院・民間病院の縮小等により、国立大学病院の患者が増加し、重篤な患者の場合は様々な合併症等を発症する可能性も高いが、最も医療資源を投入した疾病名で診療報酬を決定するDPC包括評価制度では適正に評価されておらず、国立大学病院の役割に十分配慮した制度設計が必要である。

しかしながら、国立大学病院は各地域の「最後の砦」として、現下の厳しい経営条件の中にあっても、その責務として、地域社会や国民が期待する国立大学病院の理念達成への努力を継続する必要がある。

国立大学病院が担っている役割・機能は、上述のとおり「診療(医療)」、「教育」、「研究」に加えて「地域・社会貢献」であるが、それぞれの特徴的な活動実績について平成19年度の45国立大学病院の平均でみると、例えば、病床稼働率は約84.8%、研修医数は73.7人、臨床試験の新規契約件数は45.3件、他医療施設からの患

者紹介率は61.4%となっている。これらの数値は個別の国立大学病院の諸事情をまったく考慮していない平均値であるが、各国立大学病院レベルにおいてその取り組みと実績を定量的に検証し効果的な対策を講じることにより、さらに高水準の成果が期待できるものである。

## 2. 病院機能の質向上とその取り組みをアピールするための 指標の必要性

- より質の高い大学病院を実現するため、目標設定と評価・改善につなげるための指標が必要である。
- 公的機関として説明責任を果たすとともに、広く社会にアピールし、理解と支持を得ていくための指標が必要である。

### (1) 機能の質向上の必要性

国立大学病院を取り巻く環境や置かれた諸条件が急激に変化し、これまでにない厳しい経営条件の中にあっても、各国立大学病院は自らの課題をしっかりと自覚し、不断の改善努力を怠ってはならない。これまでも各国立大学病院は様々な取り組みを行ってきたが、その目標や目安が観念的又は抽象的であり、組織全体として内外のムードに依存するところが少なからずあった。今後は、定量的目標を設定し、全職員がその目標と問題意識を共有して継続的に業務を改善・遂行することにより、効果的に質の向上を図っていくことが必要である。

民間企業や一部行政機関においては、評価を次の計画に活かし品質の維持・向上や経費削減等業務の改善を図り、より高いレベルを実現することめざすデミングサイクル(PDCAサイクル)と呼ばれるマネジメント手法が定着している。この手法は、民間病院でも導入されはじめており、職員の意識向上、活発な意見交換、改善の定例化、内部監査による活性化、情報共有が図れるなどの利点があるといわれている。

国立大学病院においても、固有の特性があるにせよ、サービスの提供や価値の創造など他の産業と共通するところがあり、自らがより質の高い大学病院を実現するための手段として取り入れることは非常に有効であると考えられ、その際の目標設定と

結果の評価及び次なる改善へつなげるための指標が必要である。

## (2) 社会へのアピールの必要性

近年、税金や公的な資金で運営される機関の活動に対する社会の目も厳しくなってきたおり、また、医療の質に対する社会のニーズは従来にも増して高くなってきている。知る権利など国民意識の高まりも背景に、情報開示・公開を求める声も大きくなっている。

本来、国立大学病院は公的機関として、活動の透明性を確保し、活動内容と成果を説明すべき社会的責任を負っており、国立大学病院の職員のみならず大学関係者も、最終的な評価者は地域社会や国民全体であることを忘れてはならない。

今後は自治体病院や民間病院等との役割・機能の相違や自らの活動実績を積極的にアピールし、社会の理解と支持を得て、さらには理念の達成に必要な支援・協力を仰いでいくことが重要である。このため、国立大学病院の機能の特徴的な諸活動に着目した基本的な指標が必要である。

## 3. 評価指標の基本的考え方

- 本指標は、個々の国立大学病院が主体的な取り組みを行うとともに、その成果を社会にアピールするためのものである。各病院の諸条件や特性は多様であり、本指標の数値で国立大学病院間の比較・序列化をすべきではない。
- 国立大学病院の置かれた環境や条件を考慮した目標設定と正確な説得力ある説明が必要である。

### (1) 本評価指標の目的

本評価指標は、国立大学病院の機能と特徴を踏まえつつ、個々の国立大学病院が主体的にその機能の質向上を図り、かつ、取り組み状況や客観的な成果を社会にアピールするためのものである。

各国立大学病院においては、病院の目指す方向性や現状等と併せて、今後の取り組みの目標値を設定し諸活動に活かすとともに、取り組み状況や成果をホームペ

ージに掲載するなどして、積極的にアピールしていくことが望まれる。

後述するように各国立大学病院は様々な制約の中で経営しているものであり、誤解等を避けるため本評価指標の数値によって国立大学病院間の比較や序列化をすべきではない。

## (2) 本評価指標の留意点

一般的に定性的な「質」には多面的な因子があり、「質」そのものを正確に定量的に表すことは困難で、投入コストやマネジメントによっても左右される。このため、国立大学病院の機能の質の傍証となる定量的データを評価指標に利用し、各国立大学病院において目標管理が可能で、かつ、病院運営資源の運用次第で機能を高めることが可能な諸活動を中心に評価指標の対象とする。

データ抽出が困難なものや過大な労力と時間を要するものであっても、上記の目的に有用なものは各国立大学病院の改善努力を促す観点から取り上げることとする。ただし、死亡率や生存率等、現時点でリスク調整が完全には行えないものは将来的な検討課題として除外する。

また、国立大学病院の置かれた環境や条件には、外的・内的に様々な特性や因子があることを十分考慮しなければならない<表1>。例えば、地域特性を考慮しないで平均在院日数を評価するには不十分である一方、分析が複雑化し過ぎても評価そのものが困難となる。各国立大学病院はこれらの特性の因子の現状分析を行った上で分かりやすく目標値を設定することとし、その目標達成度により検証・評価する必要がある。

各国立大学病院が目標値を設定した時点では、社会的に当該目標値の妥当性は評価されていないことから、社会へのアピールという点においては設定した目標値を含めて実績を評価されることとなる。したがって、各病院の目指す方向性をはじめ、例えば、経営の基本方針、目標値をどのように考えて設定したのか、自院の病院特性やその因子の分析結果等も明らかにして、実態が正確に伝わり、かつ、説得力ある説明が必要である。

<表1>大学病院の環境・条件特性と主な因子

区分	特性	主な因子
外的要因	患者特性	年齢層
		病態・疾病種別
		重症度
		所得水準(医療費負担水準)
	地域特性	アクセス事情(面積・通院距離・交通手段) 人口(都市部・過疎部、離島・山村等) 医療機関の実情、医療施策
内的要因	病院特性	病院の基本方針(重点分野等)
		診療科・専門部門の整備状況
		施設設備の水準
		財務状況
	職員特性	専門性、経験等 人員体制(スタッフ数)

#### 4. 評価指標の分類

国立大学病院の機能別にその特徴的な活動を区分し、その成果のうち定量的に測定可能なものを指標として分類する。

<表2>国立大学病院の特性と活動の分類

国立大学病院の機能	主たる活動	測定可能な項目の例
診療	高度な医療の提供	・緊急時間外手術件数 ・臓器移植件数(心臓・肝臓・小腸・肺・膵臓)
	難治性疾患の治療	・退院患者に占める難病患者の割合 ・超重症児の手術件数
教育	医師養成	・専門医、認定医の新規資格取得者数 ・初期研修医採用人数
	看護師養成	・看護師の外部の医療機関などからの研修受け入れ人数 ・看護師の受け入れ実習学生数(自大学から)
	薬剤師の養成	・薬剤師の外部の医療機関などからの研修受け入れ人数 ・薬剤師の受け入れ実習学生数(自大学から)
	その他コメディカル養成	・その他コメディカルの外部の医療機関などからの研修受け入れ人数 ・その他コメディカルの受け入れ実習学生数(自大学から)
研究	臨床試験	・治験の実施症例件数 ・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
地域・社会貢献	最後の砦 医療情報の提供 医師派遣	・3次救急患者数 ・公開講座等(セミナー)の主催数 ・地域への医師派遣数

ただし、これらの活動は、その基盤となる人的・物的な経営資源や地域事情の上



に成り立つものであるので、各国立大学病院の適切な説明と同時に、関係者の理解を促す観点から、医療従事者数や施設規模、外来患者数などの経営管理項目が必要である。

このような項目は国立大学病院の機能の質に深く関わるものではあるが、諸活動の基盤として区分することが適当である。たとえば、外来患者数は、良質で適切な医療を提供するためには、病院のスタッフの数や施設設備の状況等に相応すべきものであり、経営方針によって変動するものでもあり、必ずしも量的に拡大することが妥当という性質のものではない。

本まとめにおいて国立大学病院が共通的に公表すべき一般的な経営管理項目（又は指標）を<表3>に例示するが、これらの項目は各国立大学病院の経営方針や経営基盤を説明するために活用するか、経営上の努力目標として評価指標に活用するかは各国立大学病院が適切に判断すべきである。

<表3> 経営管理項目

番号	項目名	単位	測定期間	算式
1	医療従事者数	人	定点	常勤換算人数
2	病床数	床	定点	実数
3	病床稼働率	%	年間	(入院患者数+退院患者数)/許可病床数×100
4	平均在院日数	日	年間	年間の在院患者の延べ数/[新規入院患者数+退院患者数]/2]
5	外来患者数	人	年間	実数
6	入院診療単価	円	年間	入院稼働総額/延べ入院日数
7	外来診療単価	円	年間	外来稼働総額/延べ外来患者数
8	材料比率	%	年間	材料費総額/医業収入
9	医薬品比率	%	年間	薬剤費総額/医業収入
10	査定率	%	年間	(請求点数-確定点数)/請求点数
11	後発品利用率	%	年間	採用後発医薬品数/全採用医薬品数
12	紹介率	%	年間	初診料を算定し、かつ紹介状ありの患者数/初診料算定患者数
13	逆紹介率	%	年間	診療情報提供料算定患者数/初診料算定患者数

(注)各項目の解説は[資料1]に掲載。

## 5. 具体的な評価指標

番号	指標項目名	単位	測定期間	算式	4疾病5事業
----	-------	----	------	----	--------

### 診療【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	件	年間	実施数	
2	全手術件数	件	年間	実数	
3	緊急時間外手術件数	件	年間	実数	○
4	MDC別の手術技術度DとEの手術件数	件	年間	実数	
5	手術全身麻酔件数	件	年間	実数	
6	重症入院患者の手術全身麻酔件数	件	年間	実数	
7	臓器移植件数(心臓・肝臓・小腸・肺・膵臓)	件	年間	実数	
8	臓器移植件数(骨髄)	件	年間	実数	
9	脳梗塞の早期リハビリテーション実施率	%	年間	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	○
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	%	年間	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	○
11	新生児のうち、出生時体重が1,500g未満数	人	年間	出生時体重が1,500g未満の産児数	○
12	新生児特定集中治療室(NICU)実患者数	人	年間	実数	○
13	緊急帝王切開数	件	年間	実数	○
14	直線加速器による定位放射線治療患者数	人	年間	実数	○
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終えた率	%	年間	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	
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営業日までに終えた率	%	年間	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	
17	組織診病理診断件数	件	年間	実数	
18	術中迅速診断件数	件	年間	実数	
19	薬剤管理指導料算定件数	件	年間	実数	
20	外来で化学療法を行った延べ患者数	人	年間	実数	○
21	無菌製剤処理料算定件数	件	年間	実数	
22	褥創発生率	%	年間	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	

23	入院中の肺塞栓症の発生率	%	年間	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	
24	多剤耐性緑膿菌(MDRP)による院内感染症発生患者数	人	年間	実数	
25	CPC(臨床病理検討会)の検討症例率	%	年間	分子:CPC 件数 分母:死亡患者数	
26	新規外来患者数	人	年間	実数	
27	初回入院患者数	人	年間	実数	
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	本	年間	実数	
29	在院日数の指標	—	6か月	指数	
30	患者構成の指標	—	6か月	指数	

#### 診療【難治性疾患の治療】

31	退院患者に占める難病患者の割合	%	年間	分子:難病退院患者数 分母:全退院患者数	
32	超重症児の手術件数	件	年間	実数	○

#### 教育【医師の養成】

33	初期研修医採用人数	人	4月1日	実数	
34	他大学卒業の採用初期研修医の割合	%	4月1日	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	
35	専門医、認定医の新規資格取得者数	人	年間	実数	
36	指導医数	人	現時点	実数	
37	専門研修コース(後期研修コース)の新規採用人数	人	年間	実数	

#### 教育【看護師の養成】

38	看護師の外部の医療機関などからの研修受け入れ人数	人日	年間	人日	
39	看護師の受け入れ実習学生数(自大学から)	人日	年間	人日	
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)	人日	年間	人日	

#### 教育【薬剤師の養成】

41	薬剤師の外部の医療機関などからの研修受け入れ人数	人日	年間	人日	
42	薬剤師の受け入れ実習学生数(自大学から)	人日	年間	人日	
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)	人日	年間	人日	

#### 教育【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などからの研修受け入れ人数	人日	年間	人日	
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)	人日	年間	人日	
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)	人日	年間	人日	

**研究【臨床試験】**

47	治験の実施症例件数	件	年間	実数	
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	件	年間	実数	
49	医師主導治験件数	件	年間	実数	
50	研究論文のインパクトファクターの合計点数	点	年間	実数	

**地域・社会貢献【最後の砦】**

51	3次救急患者数	人	年間	実数	○
52	二次医療圏外からの延べ外来患者率	%	年間	分子: 二次医療圏外からの外来患者数 分母: 外来患者数	

**地域・社会貢献【医療情報の提供】**

53	公開講座等(セミナー)の主催数	件	年間	実数	
----	-----------------	---	----	----	--

**地域・社会貢献【医師派遣】**

54	地域への医師派遣数	人	定点	実数	○
----	-----------	---	----	----	---

## おわりに

一般的に定性的なものを定量的に検証・評価することはその考え方や技術に多くの困難を伴う。今回の試みは、国立大学病院の機能の質を維持・向上させること及び社会へアピールし理解と信頼を得るという視点から検討したものであるが、実際に、評価指標の検討過程では各国立大学病院からは様々な意見や指摘があった。戦略検討WG及び評価指標検討SWGでは、策定の目的に沿って可能な限り各国立大学病院の理解の得られる評価指標を検討し、その結果54項目の評価指標となった。

今後も医療の動向や国立大学病院の諸条件の変化、評価技術の開発・進展などに応じて適切な評価指標を検討する必要があると考える。

各国立大学病院においては、この評価指標を活用され、より質の高い病院の実現に取り組むと同時に、社会に対し国立大学病院の理解とゆるぎない信頼を得るために尽力されることを期待したい。

## <資料>

### 1. 評価指標の解説等

(注1) 各国立大学病院は様々な制約の中で経営しているものであるから、本評価指標の数値のみによって国立大学病院間の比較や序列化することは適切ではない。

(注2) 本評価指標は医科を対象とするものであり、医科と歯科が統合している病院において分離が困難な場合は、「歯科を含む」と明記のこと。

#### 診療【高度な医療の提供】

番号	1
指標項目名	高度医療評価制度・先進医療診療実施数
算式	実施数
単位	件
期間	年間
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する。
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、医療保険と併用で診療される。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される。 保険診療の枠内のみでの医療だけでなく、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ある。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あるので、合わせて提示することも推奨される。その際には国民への分かりやすさのために、項目ごとに実施数を提示することが望ましい。

番号	2
指標項目名	全手術件数
算式	実数
単位	件
期間	年間
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件とする。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、医事算定を用いる。
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る。その一つの指標として、手術件数を指標とする。 外科医、麻酔科医、看護師、手術室等のリソースは有限であるが、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ある。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ある。 全体の件数のみならず、国民への分かりやすさのためには、全身麻酔と局所麻酔、あるいは臓器別、あるいは MDC 別に件数別掲をすることも推奨される。

番号	3
指標項目名	緊急時間外手術件数
算式	実数
単位	件
期間	年間

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く。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件とする。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、医事算定を用いる。
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ある。 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」と定義する。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る。 標準のDPCデータでは、自動車賠償責任保険等の保険診療外の手術が把握できないため、全件が出力されているDPC形式のデータを用いるか、あるいは医事データを用いることが推奨される。 全体の件数のみならず、国民への分かりやすさのためには、臓器別、あるいはMDC別に件数別掲をすることも推奨される。

番号	4
指標項目名	MDC別の手術技術度DとEの手術件数
算式	実数
単位	件
期間	年間
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、主たる手術のみとする。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、医事算定を用いる。
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ある。 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段階で発表しているところである。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できない。そのため、全体数とはせずMDC(診断群分類)別に手術件数を評価する。 単に手術件数のみでなく、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する。 指標2の別掲として推奨されているMDC別手術件数をもとに、技術度D、Eの手術の割合をMDCごとに再掲することも推奨される。

番号	5
指標項目名	手術全身麻酔件数
算式	実数
単位	件
期間	年間
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く。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、医事算定を用いる。
解説	局所麻酔全身麻酔では、手術件数としては同じであるが、麻酔にかかわるスタッフへの負担が大きく異なる。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する。 小児の画像診断等でも全身麻酔が使用される場合があるが、ここでは手術に限定する。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」が算定されるが、一連の麻酔で1件とする。

番号	6
指標項目名	重症入院患者の手術全身麻酔件数

算式	実数
単位	件
期間	年間
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、医事算定を用いる。
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となる。重症心不全等、麻酔管理の難しい重症患者の手術ができる診療能力の高さを表わす。 ここで「重症患者」とは、医科点数表にある「麻酔困難な患者」と定義する。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」が算定されるが、一連の麻酔で1件とする。

番号	7
指標項目名	臓器移植件数(心臓・肝臓・小腸・肺・膵臓)
算式	実数
単位	件
期間	年間
定義	心臓・肝臓・肺・膵臓・小腸の臓器移植手術の合計件数 同時複数臓器移植の場合も1件とする。
解説	臓器移植の中でも特に難易度の高い手術を評価する。臓器別では件数が少ないために指標となりにくいので、五臓器の合計数とする。これらの高度な移植を行える施設は限られており、高度な医療技術・スタッフ・設備を合わせ持つ国立大学病院の実力を表す。 国民への分かりやすさからは、臓器ごとの件数を別掲することも推奨される。この場合、同時複数臓器の移植は個別とする。

番号	8
指標項目名	臓器移植件数(骨髄)
算式	実数
単位	件
期間	年間
定義	骨髄器移植手術の件数
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るが、依然として高度な医療提供を示すものである。指標8の心臓・肝臓・肺・小腸・膵臓の臓器移植と比較して件数が多いため別指標とした。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ある。なお、腎移植については本報告書では指標として提示していないが、積極的に行っている大学病院では、別指標として掲示することが推奨される。

番号	9
指標項目名	脳梗塞の早期リハビリテーション実施率
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
単位	%
期間	年間
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する。3日以内退院と転帰が死亡である場合は除く。再梗塞は含む。



解説	<p>脳梗塞患者へのリハビリテーション早期実施は有効である。意識がなくICU(集中治療室)内にいるような状況においても適切にリハビリテーションを施行することで、意識回復後の機能改善の可能性がある。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の改善にもつながり、より適切な医療介入を評価するものである。</p> <p>脳梗塞の新鮮発症に限るため、緊急入院患者に限定する。「DPC010060」では、椎骨脳底動脈不全やもやもや病の検査入院等、実際に脳梗塞を発症した患者以外も含まれるため、病名と入院時の状況の把握が必要である。DPCの様式1からも把握可能である。</p> <p>他の医療機関でも類似の指標があるが、新鮮例に限定されていない場合は、直接の比較には適さない。</p>
----	---

番号	10
指標項目名	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
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
単位	%
期間	年間
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 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。 再梗塞も含む。待期的な治療目的の患者は除く。
解説	<p>アスピリンは抗血小板作用があり、急性心筋梗塞の予後を改善するのに有効であることは多くの臨床研究で明らかにされている。</p> <p>当然行われてしかるべき診療であり、あえて指標とする意義は少ないかもしれないが、適切に診療プロセスが把握できるかを問う指標でもある。待期的入院患者の特定、および内服薬の実施の把握ができるか否かが算出の要となる。</p> <p>同様な指標としては、入院時のβブロッカーの投与、および退院処方としてアスピリン、βブロッカーの投与も臨床指標として重要と考えることができるので、これらも提示することは推奨される。</p>

番号	11
指標項目名	新生児のうち、出生時体重が1,500g未満数
算式	出生時体重が1,500g未満の産児数
単位	人
期間	年間
定義	自院における出生数 死産は除く。
解説	<p>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、NICUでの管理・人工呼吸器・点滴や管からの栄養管理など、特別な治療が必要となる。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るが、極めて重症度の高い周産期の患者を受け入れていることを表す。</p> <p>1500g以上は指標としては定めていないが、1500g~2000g未満、2000g~2500g未満についても別に提示することが推奨される。</p>

番号	12
指標項目名	新生児特定集中治療室(NICU)実患者数
算式	実数
単位	人
期間	年間
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)

解説	<p>新生児特定集中治療室(NICU)と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ある。NICU専門の医師と看護師が管理を担当し、保育器の中で24時間体制でケアする。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、産科・小児科領域の医療の質の高さ、総合力の高さを表す。</p> <p>重症児ではNICUの在室が長期化しやすい傾向にあるが、延べ人数(人日)や稼働率ではなく、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する。</p>
----	---

番号	13
指標項目名	緊急帝王切開数
算式	実数
単位	件
期間	年間
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する。
解説	<p>帝王切開には予定された帝王切開と緊急帝王切開の2種類がある。緊急帝王切開は分娩中に急きょ帝王切開に変更する場合(院外からの緊急搬送も含む)であり、常に帝王切開を行うための準備が必要である。緊急で帝王切開を行える設備とスタッフの技術力、産科・NICUの機能の高さを表わす。</p> <p>近年、大学病院においても正常産が増加傾向にあるため、割合ではなく実数として評価する。</p>

番号	14
指標項目名	直線加速器による定位放射線治療患者数
算式	実数
単位	人
期間	年間
定義	「M001-3 直線加速器による定位放射線治療」算定件数
解説	<p>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ある。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る。より高度な放射線治療を施行する力を表わす指標である。</p>

番号	15
指標項目名	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えた率
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
単位	%
期間	年間
定義	<p>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えた率</p> <p>「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ものを指す。</p>
解説	<p>高度な画像診断をより早く、より正確に行っていることが、高度な医療を提供する病院の基盤である。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なされた率を指標とする。</p> <p>この算式は画像診断管理加算2の算定要件(80%以上)となっているところであるが、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ある。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ので必ずしも100%となるものではない</p>

	が、実施率がより高いことが望ましい。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る。
--	--

番号	16
指標項目名	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終了率
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
単位	%
期間	年間
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終了率 「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ものを指す。
解説	指標16と同様に、適切な画像診断がなされていることを評価する指標である。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る。評価基準は指標16のCT・MRIと同一であるが、保険診療上、異なる診療行為として算定されるものであるため別の指標とする。

番号	17
指標項目名	組織診病理診断件数
算式	実数
単位	件
期間	年間
定義	「N000 病理組織標本作製(T-M)」と「N003 術中迅速病理組織標本作製(T-M/OP)」の件数 入院と外来の合計とする。細胞診は含めない。
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あり、正確な診断にも同じ重きを置いている。正確な診断の最終根拠として、病理診断が要であるが、診療全体の中で病理診断が必要となる状況がどの程度あるかを示す指標である。 細胞診も同様に重要な検査であるが、最終根拠とはなりにくいので、組織診をもって指標とするが、別に細胞診数を提示することも推奨される。

番号	18
指標項目名	術中迅速診断件数
算式	実数
単位	件
期間	年間
定義	「N003 術中迅速病理組織標本作製(T-M/OP)」の件数。
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る。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おこなうには、院内の体制作りが重要である。 通常細胞診や組織診であれば、院外への外注も可能であるが、術中迅速診断は一刻を争うものであり、切片の用意から診断まで院内で完結する必要がある。「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ある。 疾患の種類によって術中迅速診断の必要性が異なるので、臓器別あるいは疾患別に件数

	を別掲することも推奨される。
--	----------------

番号	19
指標項目名	薬剤管理指導料算定件数
算式	実数
単位	件
期間	年間
定義	「B008 薬剤管理指導料」算定件数
解説	薬剤管理指導管理料は、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む。有効かつ安全な薬物療法がおこなわれていることを担保するものであり、より高い算定件数が望まれる。

番号	20
指標項目名	外来で化学療法を行った延べ患者数
算式	実数
単位	人
期間	年間
定義	「第6部 注射 通則6 外来化学療法加算」算定件数
解説	かつて入院が必要であった化学療法の多くが、外来で行えるようになりつつある。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ことができるようになり、患者のQOLが向上する。 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ある。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する。

番号	21
指標項目名	無菌製剤処理料算定件数
算式	実数
単位	件
期間	年間
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する。
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しい。「G020 無菌製剤処理料」はそのことを評価する点数であるが、算定のためには薬剤師数の確保と充実した設備が必要となる。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す。 「G020 無菌製剤処理料」(1)50点と(2)40点、入院と外来を分けて算出することも推奨されるが、その際には別掲として取り扱うことが望ましい。

番号	22
指標項目名	褥創発生率
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
単位	%

期間	年間
定義	一か月あたりの褥創発生率(入院してから新しく褥創を作った患者数の比率)
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るが、適切な診療により予防しえるものでもある。褥創の治療はしばしば困難であり、発症予防がより重要となる。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する。

番号	23
指標項目名	入院中の肺塞栓症の発生率
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
単位	%
期間	年間
定義	入院中の肺塞栓症の発生率
解説	肺塞栓症は血栓(血のかたまり)が肺動脈に詰まり、呼吸困難や胸痛を引き起こす疾患であり、程度によっては死に至る場合もある。長期臥床や骨盤部の手術後に発症することが多い。エコノミークラス症候群も肺塞栓症の一種であるが、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ある。 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する。特に術後発症が多いため、術後の肺塞栓症発生率を別掲として算出することも推奨される。

番号	24
指標項目名	多剤耐性緑膿菌(MDRP)による院内感染症発生患者数
算式	実数
単位	人
期間	年間
定義	期間中の新規 MDRP 発症患者数 保菌者による持ち込み感染は除く。入院三日目以降に発生したものとする。
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あるが、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もある。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ある。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する。 本指標は、MDRP の検査の取り組みに方よって数値が左右されるため、病院間の比較は困難である。

番号	25
指標項目名	CPC(臨床病理検討会)の検討症例率
算式	分子:CPC 件数 分母:死亡患者数
単位	%
期間	年間
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する。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る。
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あり、一般的には剖検(病理解剖)が行われた症例を対象とする。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ある。医学生、研修生の教育にも大いに寄与するものである。

番号	26
指標項目名	新規外来患者数

算式	実数
単位	人
期間	年間
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 診療科単位ではなく、病院全体で考える。新規ID取得が原則であるが、最終来院日から5年以降経過した患者は過去のIDを使用しても新規と数える。外来を經由しない即時の入院(即入)も含む。単なる初診患者数(初診料算定患者数)ではない。
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ある。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む。 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るべきである。

番号	27
指標項目名	初回入院患者数
算式	実数
単位	人
期間	年間
定義	過去1年間に自院に入院履歴がない入院患者数 診療科単位ではなく、病院全体として考える。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く。
解説	指標27の新規外来患者数と同様な考えで、新規に入院診療を行う患者数を示す指標である。化学療法等のよう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ない。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する。 指標作成に際しては、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する。まった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る。

番号	28
指標項目名	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
算式	実数
単位	本
期間	年間
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する。パスの数は一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件とする。
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ある。大学病院における高度な医療では、すべ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する。 国民への分かりやすさのためには、パスの名称と適用数を別掲で提示することが推奨される。

番号	29
指標項目名	在院日数の指標
算式	指数
単位	—

期間	6か月
定義	厚生労働省のDPC評価分科会の公開データ
解説	DPCごと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する。いわば、「効率性の指標」ということができる。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に、患者構成を加味しない単なる平均在院日数は意味がなかった。DPC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DPCごとの全国平均の在院日数も公表された。このデータと、自院のDPCごとの在院日数により、同じDPCでも在院日数が全国よりも長いのか短いのか判断できる。 この指標は加重平均として自院の全体像を示すものであるが、数値は1.0が全国平均の在院日数であり、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す。

番号	30
指標項目名	患者構成の指標
算式	指数
単位	—
期間	6か月
定義	厚生労働省のDPC評価分科会の公開データ
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する。 DPCの入院期間Ⅱはほぼ全国平均の在院日数+1日であるが、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であると考えられる。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が長い。 いわば、「複雑性の指標」ということができるが、数値は1.0が全国平均であり、大きい方がより難しい状態の患者を多く見ていることを示す。大学病院の特性を示す指標と言えるが、指標30の在院日数の指標も同時に考える必要がある。

#### 診療【難治性疾患の治療】

番号	31
指標項目名	退院患者に占める難病患者の割合
算式	分子:難病退院患者数 分母:全退院患者数
単位	%
期間	年間
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す(平成21年3月6日現在123疾患)。
解説	難治性疾患の患者を診療する力を示す。政策医療への取り組みも評価される。 副病名として難病がある場合もあるが、ここではDPC上の「最も医療資源を投入した傷病名」で判断する。

番号	32
指標項目名	超重症児の手術件数
算式	実数
単位	件
期間	年間
定義	「A212-1-イ 超重症児入院診療加算」算定件数
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。小児科外科や麻酔科の

	医療の質の高さを表す指標である。
--	------------------

教育【医師の養成】

番号	33
指標項目名	初期研修医採用人数
算式	実数
単位	人
期間	4月1日
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。他院で研修を開始する場合を含む。
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あるが、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)を指標とする。 卒業生のキャリアパスは多様化しつつあるが、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、数値目標とする。

番号	34
指標項目名	他大学卒業の採用初期研修医の割合
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
単位	%
期間	4月1日
定義	他大学卒業の採用初期研修医の割合
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ある。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た。

番号	35
指標項目名	専門医、認定医の新規資格取得者数
算式	実数
単位	人
期間	年間
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また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人とする。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む。
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する。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ある。

番号	36
指標項目名	指導医数
算式	実数
単位	人
期間	現時点
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



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ある。大学病院として、診療のみでは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す。専門医師の層の厚さを評価するものでもある。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ある。
----	---

番号	37
指標項目名	専門研修コース(後期研修コース)の新規採用人数
算式	実数
単位	人
期間	年間
定義	コース一年目の人数 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を含む。
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ある。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いえる。

#### 教育【看護師の養成】

番号	38
指標項目名	看護師の外部の医療機関などからの研修受け入れ人数
算式	人日
単位	人日
期間	年間
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、個人とする。
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する。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する。

番号	39
指標項目名	看護師の受け入れ実習学生数(自大学から)
算式	人日
単位	人日
期間	年間
定義	保健学科等の自学の実習学生延べ人数
解説	国立大学病院として診療のみではなく、教育に関しても力を入れていることを評価する。学生実習に関する教育体制が整っていることを表わす。 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する。

番号	40
指標項目名	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)
算式	人日
単位	人日
期間	年間
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 一日体験は除く
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る。学生実習に関する教育体制が整っていることを表わす。 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する。

教育【薬剤師の養成】

番号	41
指標項目名	薬剤師の外部の医療機関などからの研修受け入れ人数
算式	人日
単位	人日
期間	年間
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、個人とする。
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する。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する。

番号	42
指標項目名	薬剤師の受け入れ実習学生数(自大学から)
算式	人日
単位	人日
期間	年間
定義	自学の実習学生延べ人数
解説	国立大学病院として診療のみではなく、教育に関しても力を入れていることを評価する。学生実習に関する教育体制が整っていることを表わす。 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する。

番号	43
指標項目名	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)
算式	人日
単位	人日
期間	年間
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
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る。学生実習に関する教育体制が整っていることを表わす。 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する。

教育【その他コメディカルの養成】

番号	44
指標項目名	その他コメディカルの外部の医療機関などからの研修受け入れ人数
算式	人日
単位	人日
期間	年間
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、個人とする。 看護師、薬剤師以外で国家資格のコメディカル
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する。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する。 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、救命救急士、精神保健福祉士、社会福祉士、柔道整復師)の総数としているが、別掲として個別に評価することも推奨される。

番号	45
----	----

指標項目名	その他コメディカルの受け入れ実習学生数(自大学から)
算式	人日
単位	人日
期間	年間
定義	自学の実習学生延べ人数
解説	<p>国立大学病院として診療のみではなく、教育に関しても力を入れていることを評価する。学生実習に関する教育体制が整っていることを表わす。</p> <p>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する。</p> <p>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、救命救急士、精神保健福祉士、社会福祉士、柔道整復師)の総数としているが、別掲として個別に評価することも推奨される。</p>

番号	46
指標項目名	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)
算式	人日
単位	人日
期間	年間
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
解説	<p>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る。学生実習に関する教育体制が整っていることを表わす。</p> <p>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する。</p> <p>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、救命救急士、精神保健福祉士、社会福祉士、柔道整復師)の総数としているが、別掲として個別に評価することも推奨される。</p>

#### 研究【臨床試験】

番号	47
指標項目名	治験の実施症例件数
算式	実数
単位	件
期間	年間
定義	実施症例件数(登録件数ではなく、完了件数)
解説	<p>新規開発の薬剤あるいは機器の治験にかかわる外部からの評価、依頼者からの評価となる指標である。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する。</p> <p>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、契約数ではなく実施完了により取り組みを評価する。</p> <p>治験の本数も重要であるので、併せて本数を提示することも推奨される。</p>

番号	48
指標項目名	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
算式	実数
単位	件
期間	年間
定義	<p>申請件数</p> <p>但し、「後ろ向き研究」、「症例報告」は除外する。</p>

解説	<p>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す指標である。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る。未承認薬を利用する場合にはIRB(治験審査委員会)でも審査される。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る。</p> <p>保険適応外使用の薬剤の取り扱いが議論となるところであるが、研究発表を目的としないものは除外する。</p>
----	--

番号	49
指標項目名	医師主導治験件数
算式	実数
単位	件
期間	年間
定義	<p>実施中の治験の数(患者数ではない)</p> <p>当該年度に一例も実施されなかったものは除く。</p>
解説	<p>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ある。通常のメーカーからサポートのある治験よりも困難であるため、より熱い先端医療・臨床研究に対する情熱が必要とされる。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るが、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ある。従って、患者数ではなく件数を指標とする。件数のみでなく、どのような医師主導治験を行っているかも併せて提示することが推奨される。</p>

番号	50
指標項目名	研究論文のインパクトファクターの合計点数
算式	実数
単位	点
期間	年間
定義	<p>第一著者が病院教職員およ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</p> <p>原著論文に限り、学会抄録や総説は含めない。</p>
解説	<p>研究の成果として、すぐれた論文の質と量を総合的に判断する指標である。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る。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る。インパクトファクターは雑誌そのもの付与されるが、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する。</p> <p>計算方法としては、各診療科より1年間の論文のリストを入手し、それぞれのインパクトファクターを合計する。あるいはMEDLINE等により自学の論文を抽出し、計算する方法も推奨される。基礎研究論文と臨床研究論文を別掲として個別に評価することも推奨される。</p>

地域・社会貢献【最後の砦】

番号	51
指標項目名	3次救急患者数
算式	実数
単位	人
期間	年間
定義	<p>3次救急患者の受入数</p> <p>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する。救急外来で死亡した患者も含む。</p>

解説	<p>国立大学病院として高度な三次救急医療を担う体制と実績を評価する。</p> <p>「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ある。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に、同じ機能を持ちながら指定を受けられない場合がある。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」を捉える。</p> <p>さらに、「3次救急患者数」を、1) 脳血管障害、2) 心大血管の障害、3) 外傷・熱傷、4) 周産期、5) その他、等に別掲をすることも推奨される。</p>
----	---

番号	52
指標項目名	二次医療圏外からの延べ外来患者率
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
単位	%
期間	年間
定義	<p>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</p> <p>二次医療圏とは、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さす。「外来患者」数は延べ数とするが、その定義は経営管理項目に定める事項とする。住所の不明な患者は、二次医療圏内とする。</p>
解説	<p>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も担っているかを示す。</p> <p>ここで「外来患者数」の捉え方が常に問題となるので、各病院の独自ルールではなく、経営管理項目の定義に従って算出する。</p> <p>入院については「二次医療圏外から」という指標は設定していないが、地域への貢献を見る上で同様に重要な指標と考えられるので、自主的に指標として設定することは推奨される。</p>

#### 地域・社会貢献【医療情報の提供】

番号	53
指標項目名	公開講座等(セミナー)の主催数
算式	実数
単位	件
期間	年間
定義	<p>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</p> <p>学習目的及び啓蒙目的に限り、七夕の夕べ、写真展等の交流目的のものは含まない。</p> <p>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む。学部と病院が一体となって運営されている場合は、両者を含んで良いが、その旨を記載のこと。</p> <p>他の主催者によるセミナー等への講師参加は含めない。複数日に渡るものも1件とする。主として院内の医療従事者向け、入院患者向けのもは対象としない。</p>
解説	<p>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する。病院が自ら企画している点を評価するために、他の主体による開催に講師・演者として参加するものは含めない。</p>

#### 地域・社会貢献【医師派遣】

番号	54
指標項目名	地域への医師派遣数
算式	実数
単位	人
期間	定点
定義	<p>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</p>

	自院の分院への派遣は含まない。
解説	<p>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ある。「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う。</p> <p>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ない。</p> <p>より遠方への医師派遣を評価するために、二次医療圏外への医師派遣数を別掲として個別に評価することも推奨される。</p>

(経営管理項目の解説)

番号	項目名	単位	測定期間	算式	定義
1	医療従事者数	人	定点	常勤換算人数	常勤＋非常勤＋有給の大学院生の合計数。非常勤と大学院生は月168時間勤務をもって1名とする。委託・派遣は含めない。
2	病床数	床	定点	実数	許可病床数とする
3	病床稼働率	%	年間	$(\text{入院患者数} + \text{退院患者数}) / \text{許可病床数} \times 100$	文部科学省の定義とする。
4	平均在院日数	日	年間	$\text{年間の在院患者の延べ数} / [(\text{新規入院患者数} + \text{退院患者数}) / 2]$	患者調査の計算式による。
5	外来患者数	人	年間	実数	原則は初再診料を算定した患者数。併科受診の場合で初再診料が算定できない場合も含む。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人とする。入院中の他科外来受診は除く。
6	入院診療単価	円	年間	入院稼働総額/延べ入院日数	分子は稼働額(請求額)とする。
7	外来診療単価	円	年間	外来稼働総額/延べ外来患者数	分子は稼働額(請求額)とする。
8	材料比率	%	年間	材料費総額/医業収入	材料費は、特定医療材料、非特定医療材料に限る。一般消耗品は除く。
9	医薬品比率	%	年間	薬剤費総額/医業収入	医薬品には消毒薬、血液製剤、放射性医薬品を含む。
10	査定率	%	年間	$(\text{請求点数} - \text{確定点数}) / \text{請求点数}$	請求点数=確定点数であれば、最低率0%となる。
11	後発品利用率	%	年間	採用後発医薬品数/全採用医薬品数	医薬品数は、規格単位とする。同一商品でも規格が異なれば、別とする。
12	紹介率	%	年間	初診料を算定し、かつ紹介状ありの患者数/初診料算定患者数	初診料を算定した患者数に対する他施設(医師)からの紹介状のある患者数の割合。
13	逆紹介率	%	年間	診療情報提供料算定患者数/初診料算定患者数	「逆紹介患者」とは診療情報提供料を算定した患者とする。紹介先の種別に関わらずすべての逆紹介患者数とする。

## 2. 国立大学附属病院評価指標の検討経緯

平成20年

- 6月20日 第2回常置委員会  
(常置委員会の活動及び取り組み等について検討するワーキング・グループの設置を了承)
- 7月17日 第1回戦略検討ワーキング・グループ(仮称)準備会
- 9月3日 第2回戦略検討ワーキング・グループ(仮称)準備会  
(「評価」についての主担当を、北海道大学、東京大学、名古屋大学とすることを決定)  
以降、評価指標検討SWG(仮称)で具体的検討を開始
- 9月24日 第1回戦略検討ワーキング・グループ会議  
(「病院評価指標(項目)の作成に係る基本的な考え方(案)について」を報告)
- 10月10日 第3回常置委員会  
(病院長会議に戦略検討WG及びスモールWG(評価指標検討SWGほか2SWG)の設置を了承)
- 12月3日 第2回戦略検討ワーキング・グループ会議  
(「国立大学附属病院評価指標(素案)」を報告)
- 12月5日 第4回常置委員会  
(「国立大学附属病院評価指標(素案)」を報告)
- 12月10日 全国国立大学病院に「国立大学附属病院評価指標(素案)」について意見照会

平成21年

- 1月20日 評価指標検討SWGテレビ会議
- 2月3日 評価指標検討SWG会議
- 2月23日 第3回戦略検討ワーキング・グループ会議
- 3月6日 第5回常置委員会
- 4月24日 第1回常置委員会

### 3. 戦略検討WGメンバー

大 学	病 院 長	事 務 部 長
筑波大学	山田 信博	多田 晴観
千葉大学	河野 陽一	宮田 裕州
東京大学	武谷 雄二	櫛山 博
東京医科歯科大学	坂本 徹	加藤 健
名古屋大学	松尾 清一	野間 省二
島根大学	小林 祥泰	日出 充一
北海道大学	浅香 正博	早坂 勇二

#### 北海道大学病院 評価指標プロジェクト・チーム

准教授 藤森 研司

事務職員 山口 なつみ

事務職員 関藤 元太