令和5年度大阪大学医学部附属病院機能指標（クリニカルインディケータ）

●診療に係る項目

1先進医療診療実施数

2手術室内での手術件数

3緊急時間外手術件数

4手術技術度DとEの手術件数

5手術全身麻酔件数

6重症入院患者の手術全身麻酔件数

7臓器移植件数（心臓・肝臓・小腸・肺・膵臓）

8臓器移植件数（造血幹細胞移植）

9脳梗塞の早期リハビリテーション実施率

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

11新生児のうち、出生時体重が1500g未満の数

12新生児特定集中治療室(ＮＩＣＵ)実患者数

13緊急帝王切開数

14直線加速器による定位放射線治療患者数

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

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

17病理組織診断件数

●診療に係る項目（つづき）

18術中迅速病理組織診断件数

19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

21無菌製剤処理料算定件数

22褥瘡発生率

23-1手術あり肺血栓塞栓症予防対策実施率

23-2手術あり患者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

25CPC（臨床病理検討会）の検討症例率

26新規外来患者数

27初回入院患者数

28１０例以上適用したクリニカルパス（クリティカルパス）の数

29在院日数の指標

30患者構成の指標

31指定難病患者数

32超重症児の手術件数

●教育に係る項目

33初期研修医採用人数（医科）
34他大学卒業の初期研修医の採用割合（医科）
35専門医の新規資格取得者数
36臨床研修指導医数
37専門研修コース（後期研修コース）の新規採用人数（医科）
38看護職員（保健師・助産師・看護師、准看護師の有資格者）の研修受入数（外部・内部の医療機関から）（人日）
39看護学生の受入実習学生数（自大学から）（人日）
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）（人日）
41薬剤師の研修受入数（外部の医療機関などから）
42薬学生の受入実習学生数（自大学から）
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）
44その他医療専門職の研修受入数（外部の医療機関などから）
45その他医療専門職学生の受入実習学生数（自大学から）
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）
47全医療従事者向け研修・講習会開催数
48臨床研修指導医講習会の新規修了者数
49専門研修（基本領域）新規登録者数

●研究に係る項目

50企業主導の治験の件数

51医師主導治験件数

52臨床研究法を遵守して行う臨床研究数

53認定臨床研究審査委員会の新規審査研究数

54全臨床研究専門職のFTE（常勤換算人数）

55研究推進を担当する専任教員数

56臨床研究の結果（医師主導治験含む）から薬機承認に至った製品数

57研究論文のインパクトファクター合計点数

●地域医療に係る項目

58救命救急患者数

59二次医療圏外からの外来患者の割合

60公開講座等（セミナー）の主催数

61地域への医師派遣数

62地域医療行政への関与件数

●国際化に係る項目

63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）

64院内案内の表示言語数（日本語を除く）

65病院ホームページの対応言語数（日本語を除く）

66海外大学病院及び医学部との交流協定締結数

●運営に係る項目

67-1病床稼働率（一般病床）

67-2病床稼働率（精神病床）

68-1平均在院日数（一般病床）

68-2平均在院日数（精神病床）

69-1病床回転数（一般病床）

69-2病床回転数（精神病床）

70紹介率（医科）

71逆紹介率（医科）

72一般病棟の重症度，医療・看護必要度

73後発医薬品使用率（数量ベース）

74現金収支率（病院セグメント）

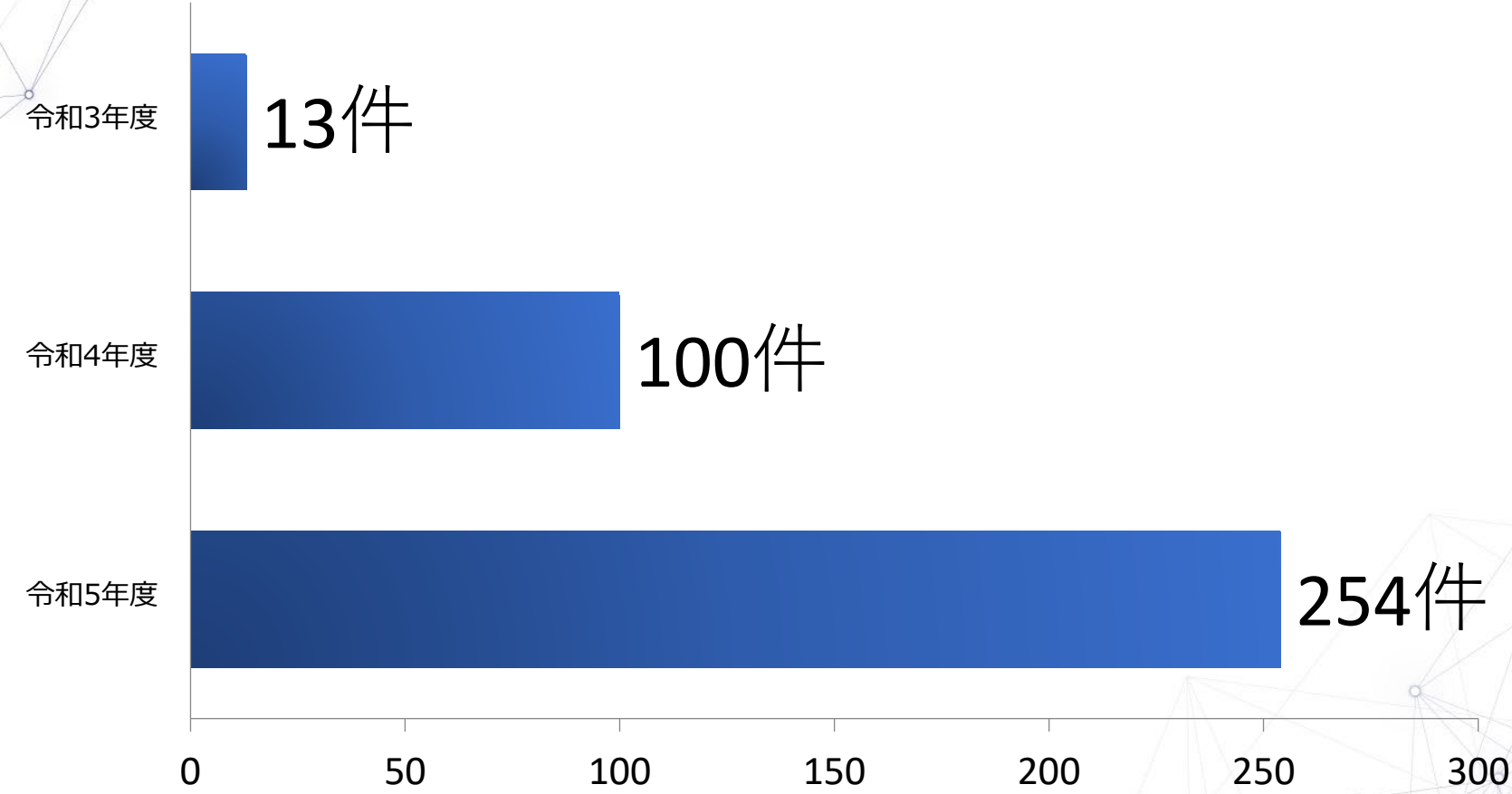
75業務損益収支率（病院セグメント）

76債務償還経費占有率

77院外処方せん発行率

1. 先進医療実施数

≪項目解説≫
国立大学病院が教育・研究・診療の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・開発する必要があります。しかし我が国ではそれらの新しい治療法や検査法に効果が認められるまでは公的医療保険の適用がなされません。
そのため開発された新しい治療法や検査法は公的医療保険が適用されるまで、厚生労働省が認定する医療施設において、先進医療診療として公的医療保険との併用により提供されます。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。

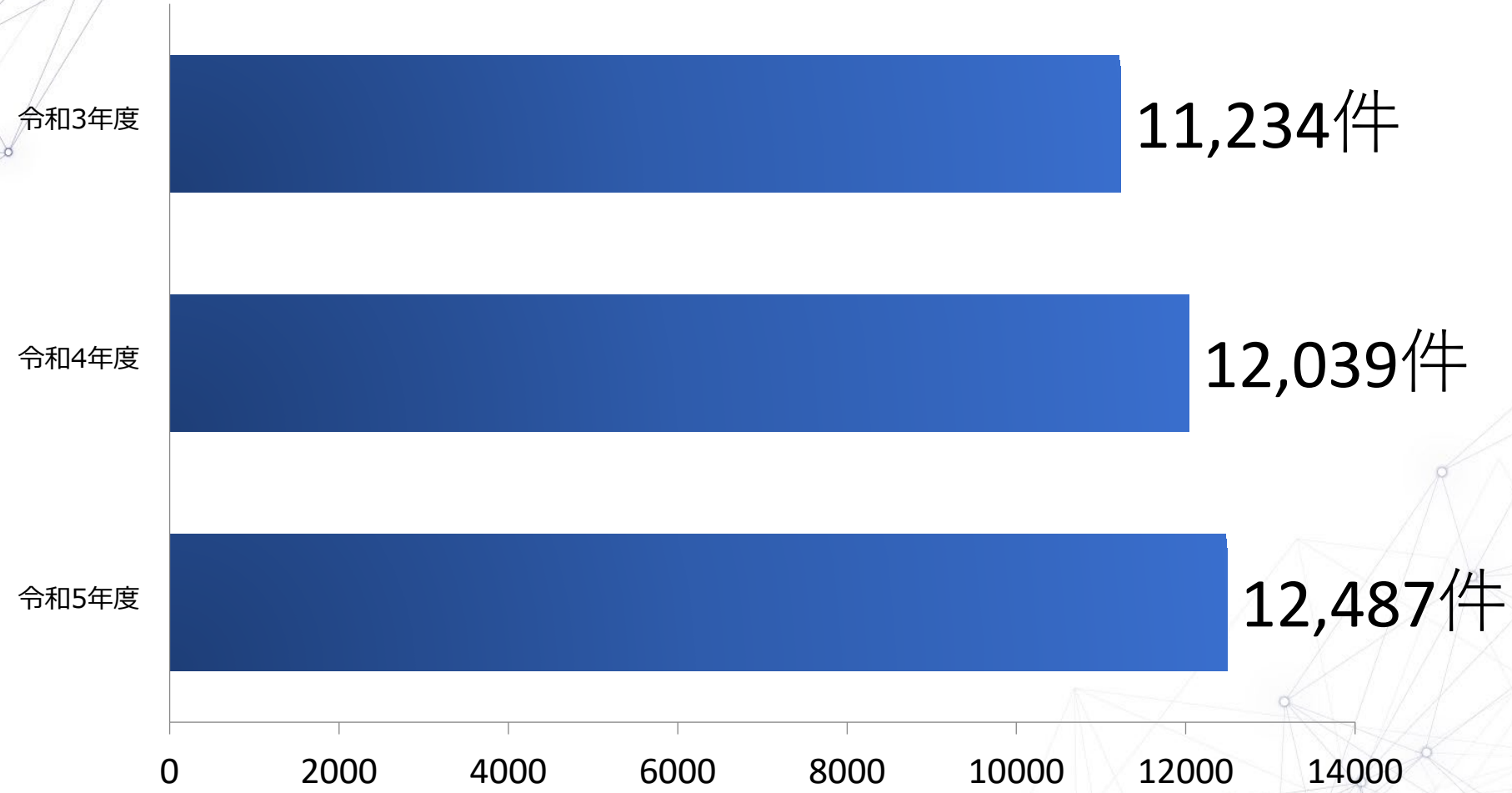


定義

1年間の先進医療の実施数です。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
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/sensiniryo/index.html

2. 手術室内での手術件数

≪項目解説≫
国立大学病院は高度急性期・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病院の社会的責任を果たすことになります。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。

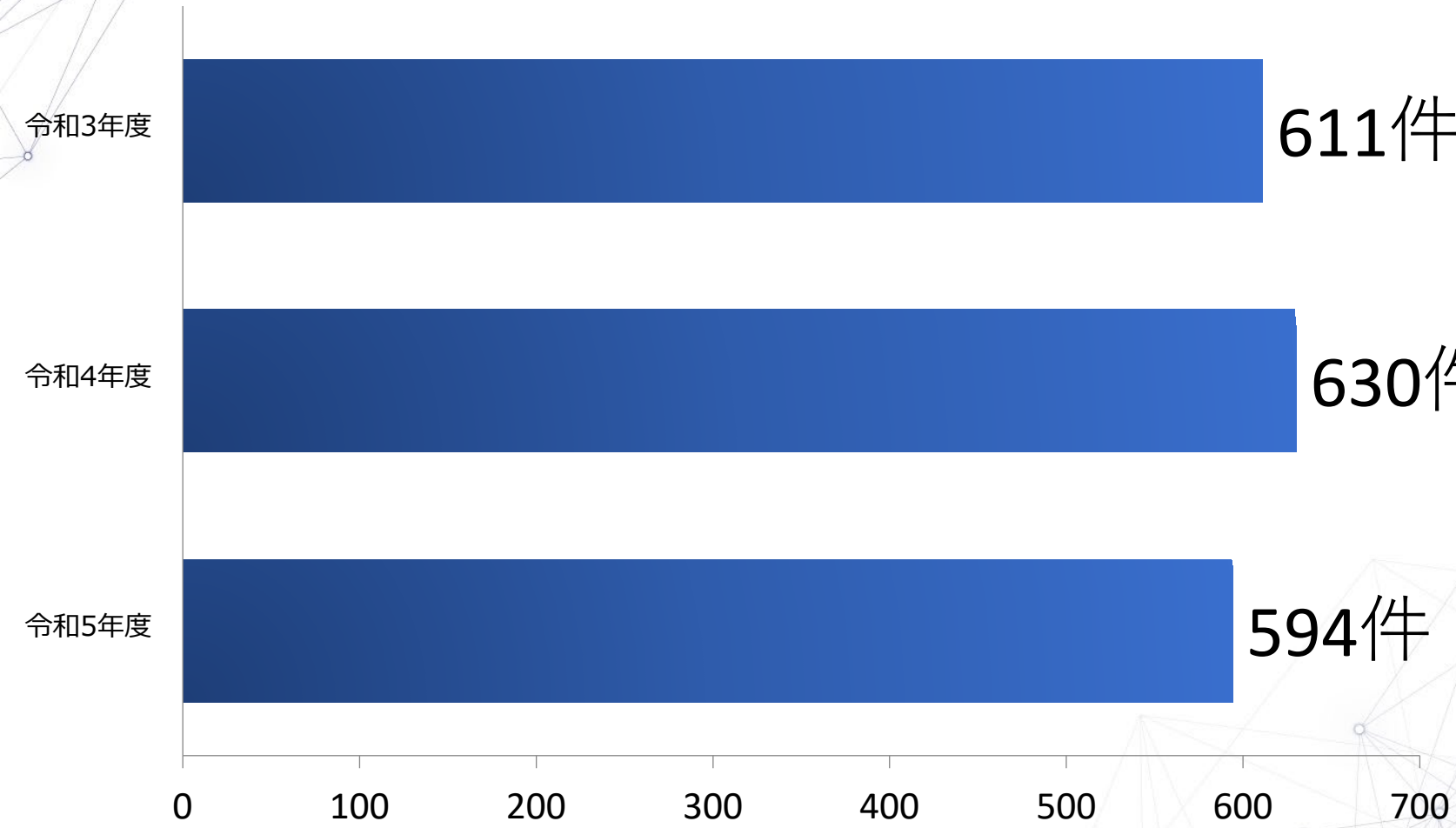


定義

手術室で行われた手術（医科診療報酬点数表2章第10部手術に記載された項目（輸血、内視鏡的処置、血管への経皮的処置等を除く））の件数です。ただし複数術野の手術等、1手術で複数手術を行った場合は、合わせて1件とします。

3. 緊急時間外手術件数

≪項目解説≫
夕方以降から深夜、日曜日祝日など通常時間帯以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。

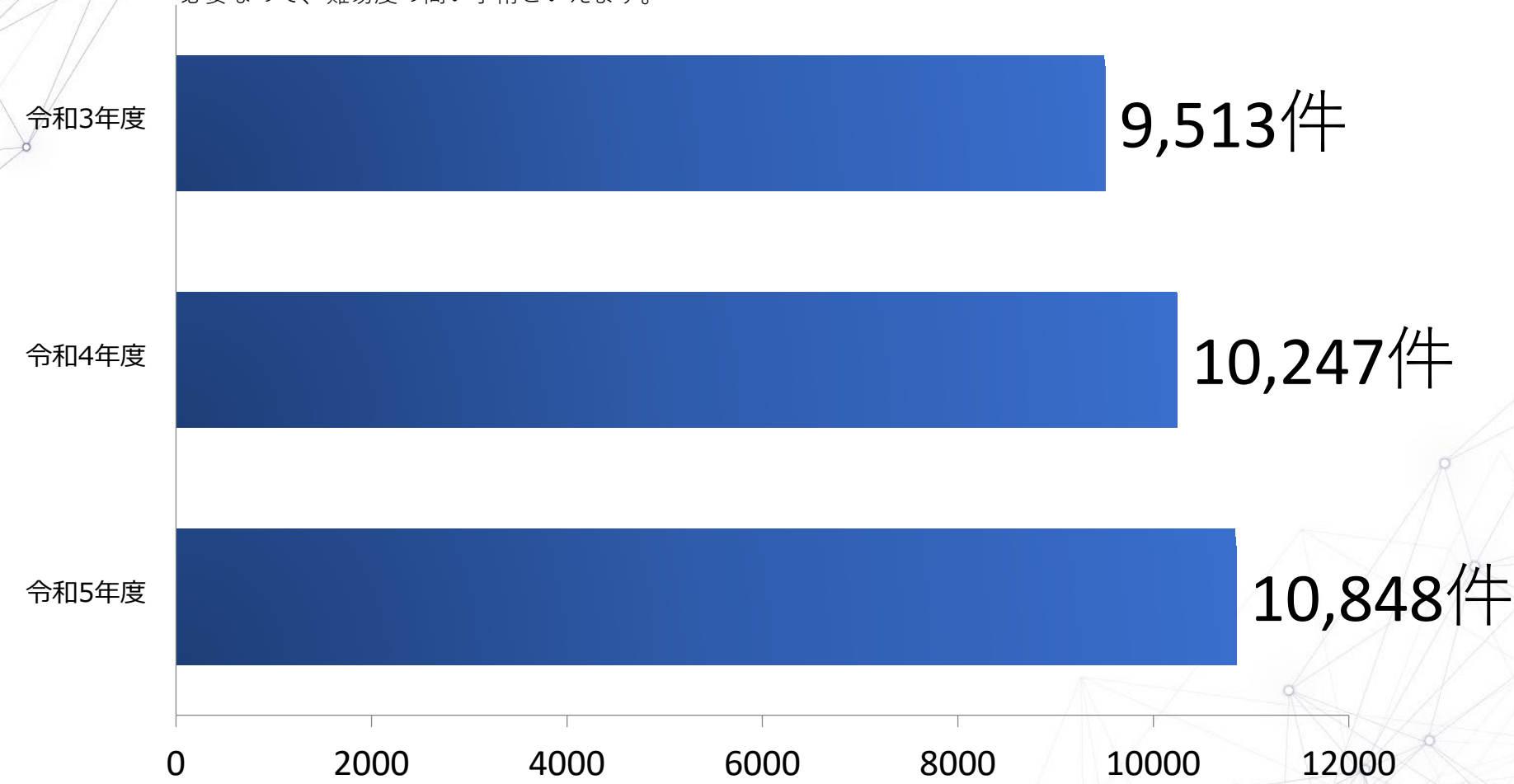


定義

手術室で行われた手術（医科診療報酬点数表2章第10部手術に記載された項目（輸血を除く））で、かつ緊急に実施した（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。複数術野の手術など、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件としてカウントします。

4. 手術技術度DとEの手術件数

≪項目解説≫
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には熟練した手術経験を持つ医師・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。

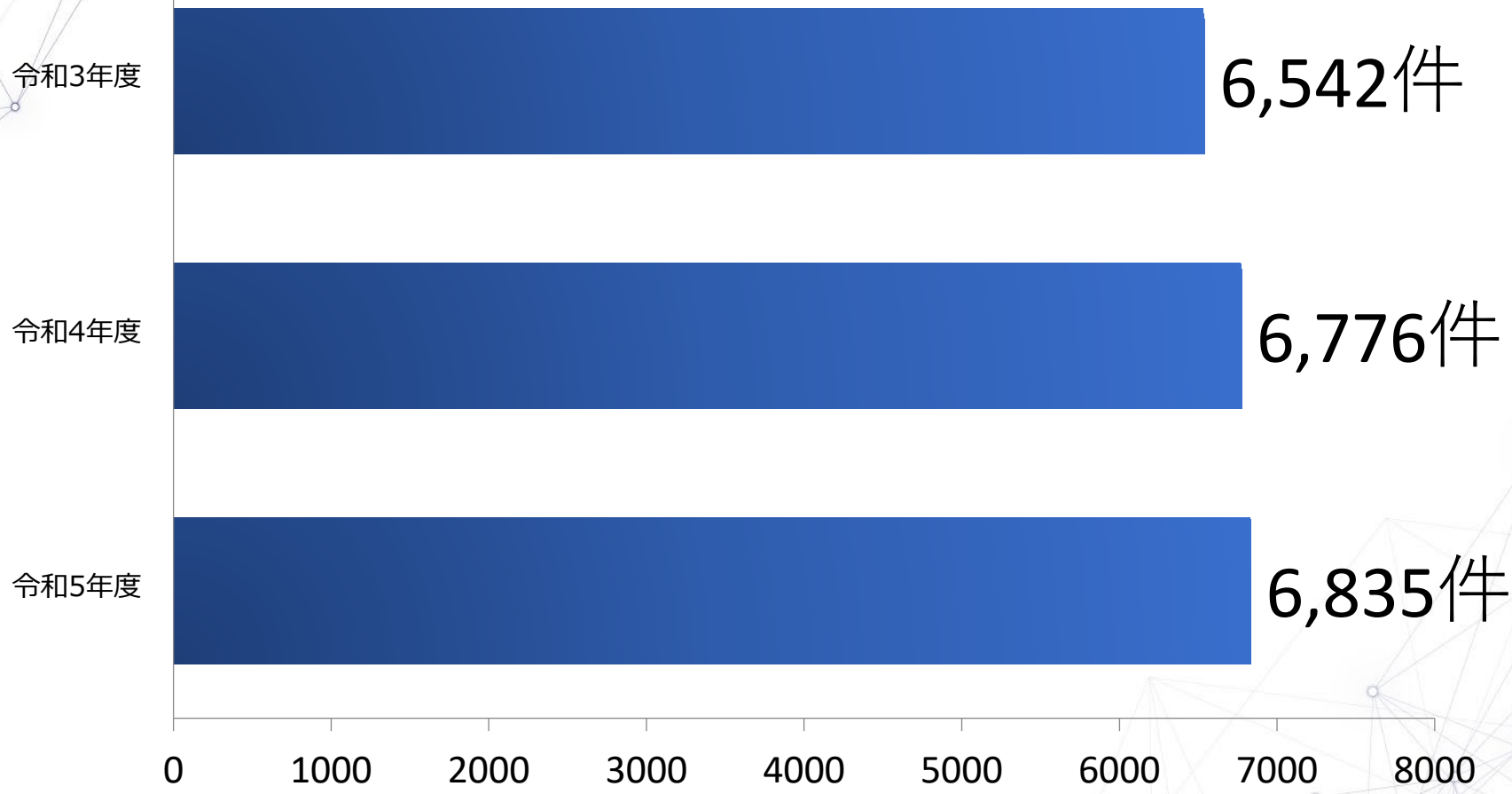


定義

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9.3版、第9.4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。

5. 手術全身麻酔件数

≪項目解説≫
麻酔には、意識はあるが痛みを感じない状態にする局所麻酔と、呼吸管理のもと完全に意識のない状態で痛みを感じない状態に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、侵襲性の高い手術が対象となり、人工呼吸管理も必要となることから、麻酔医や手術室看護師などの負担は大きくなります。この指標は、手術部門の業務量を反映する指標となります。

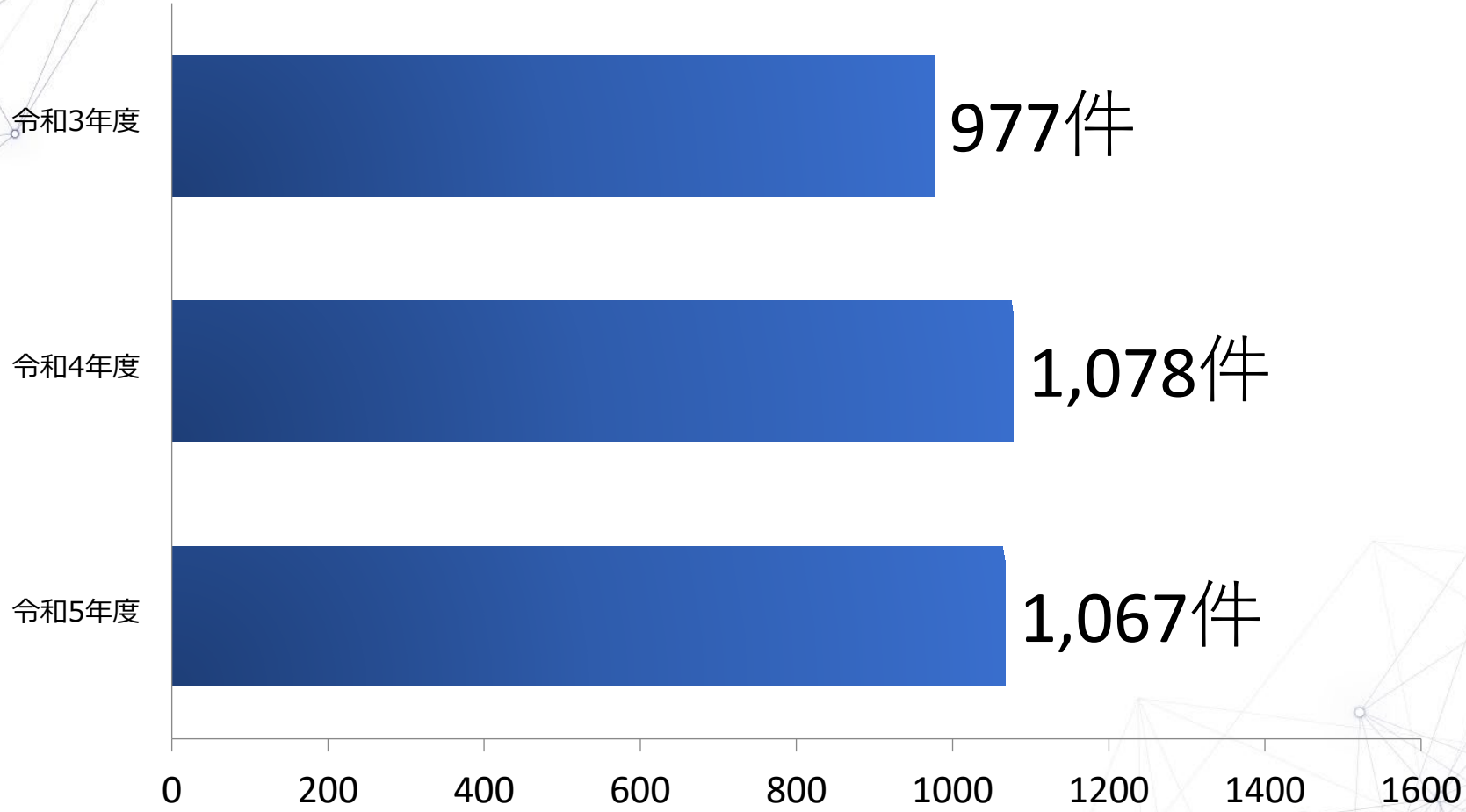


定義

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

≪項目解説≫
重症な患者に全身麻酔をかけて手術する場合は、生命の危険をはじめ様々な危険が伴います。
従って、手術中のみならず手術前後で十分に患者を観察し、慎重な麻酔を行える体制が必要になります。
この指標は、麻酔管理の難しい重症患者の手術において、必要な麻酔に対応する能力の高さともいえます。

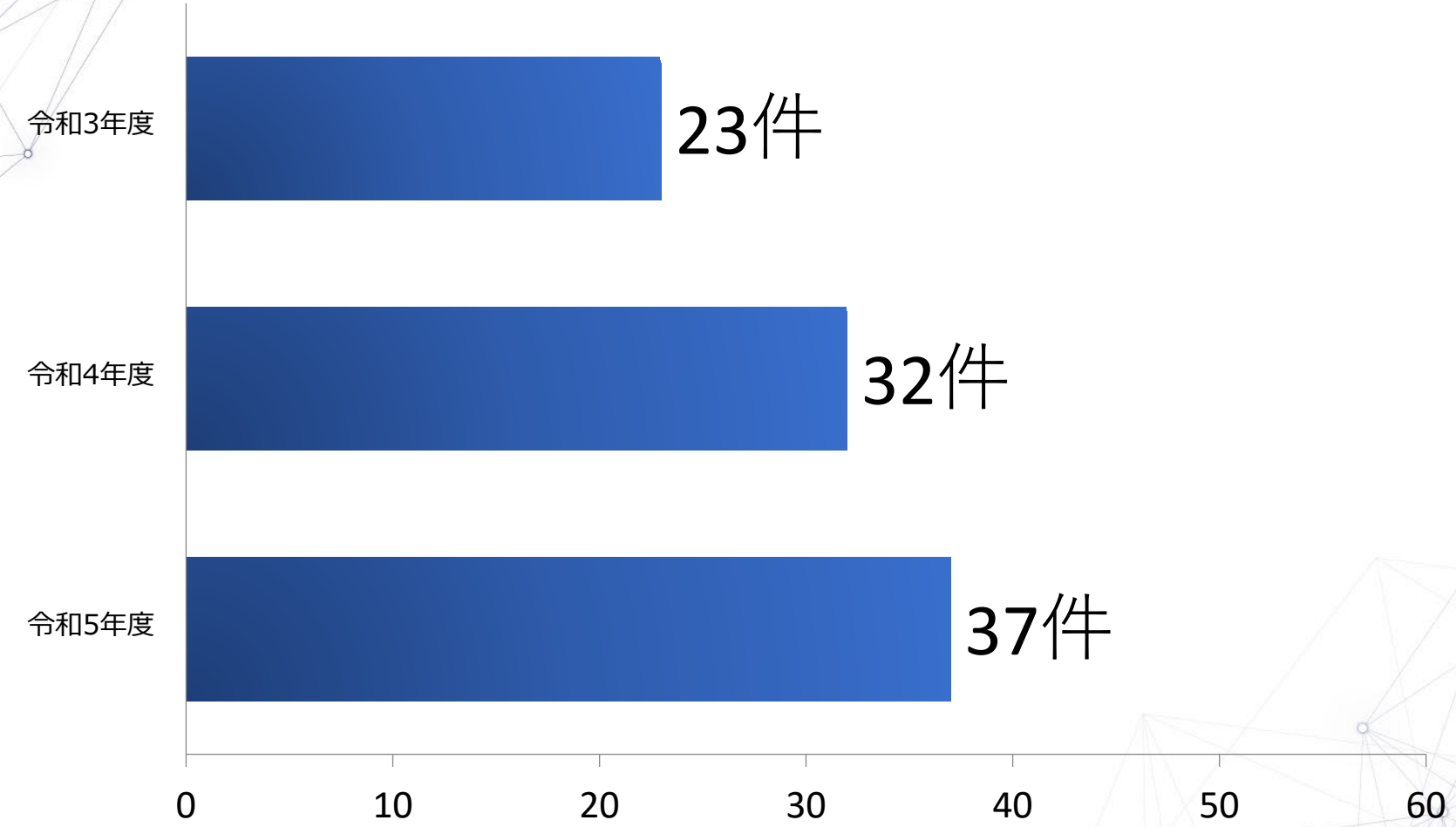


定義

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）

≪項目解説≫
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。

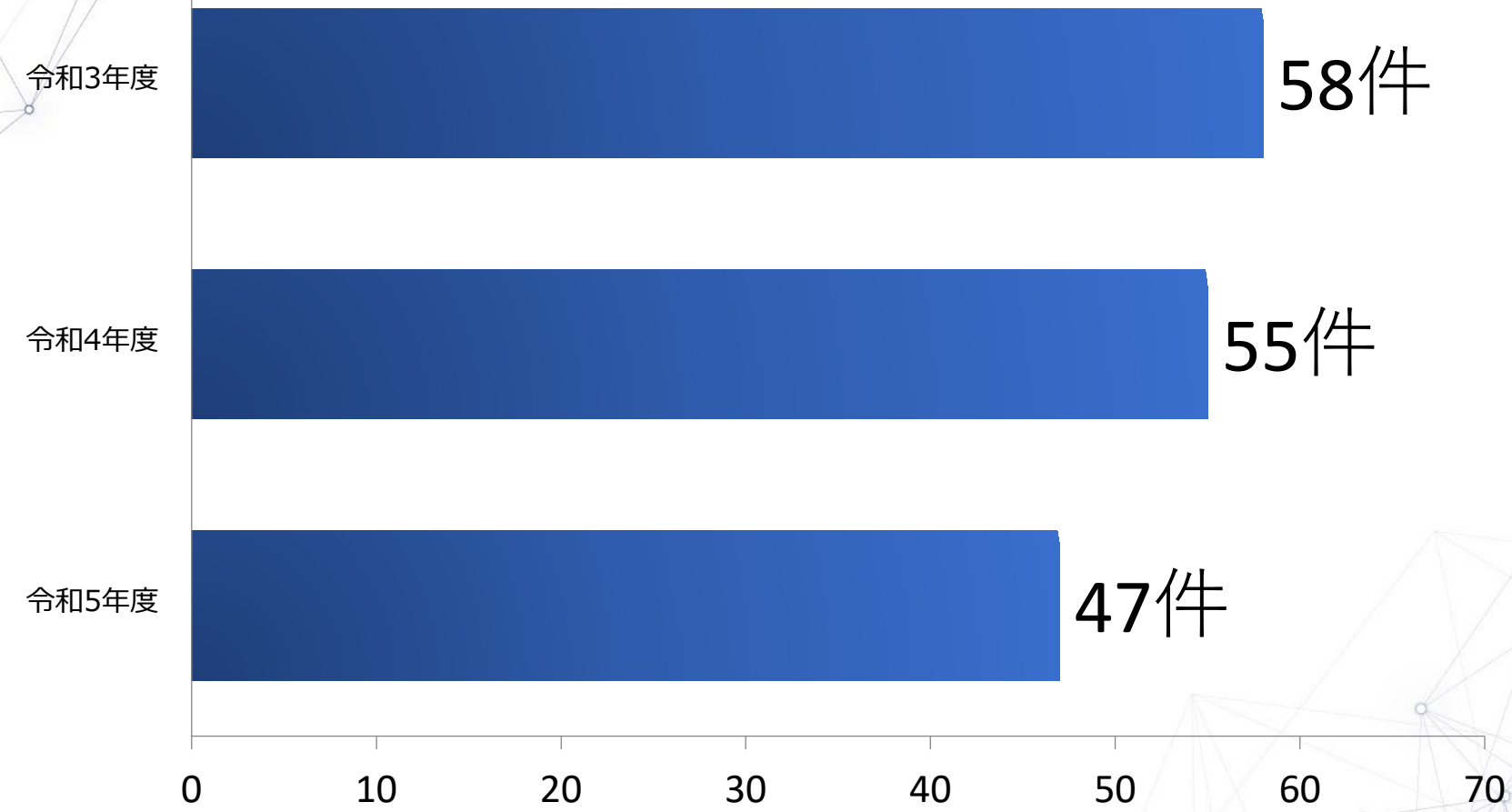


定義

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（造血幹細胞移植）

≪項目解説≫
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造血幹細胞移植です。項目7の移植と比較すると普及しつつあるため、国立大学病院以外でも行われるようになりましたが、高度な医療を提供している証左であるといえます。

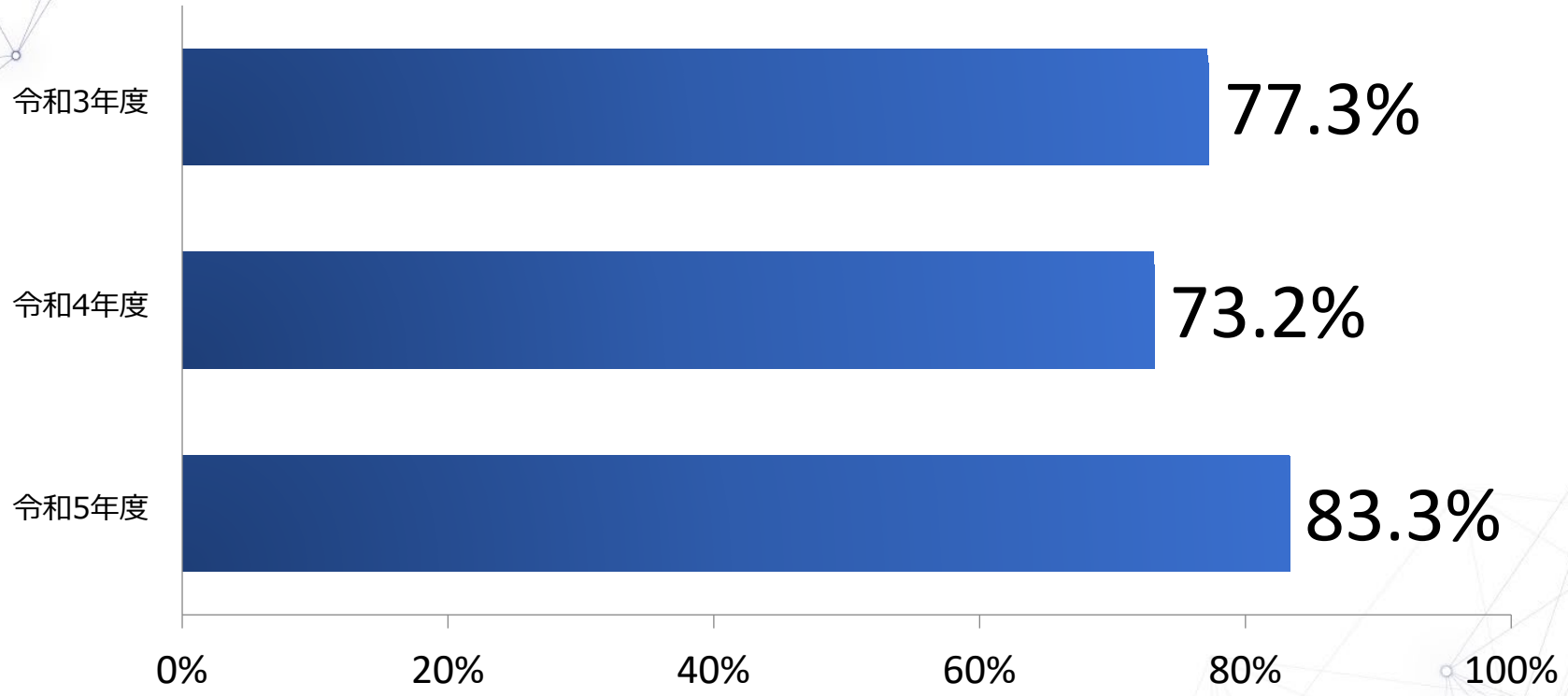


定義

1年間の造血幹細胞移植の件数です。
当該調査項目の集計対象は、「骨髄移植」、「末梢血幹細胞移植」、「臍帯血移植」になります。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

≪項目解説≫
脳梗塞患者の社会的復帰のためには、脳梗塞発症後速やかに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入院期間の短縮や生活の質の改善につながる可能性があることからも、脳梗塞患者への適切な治療の一つとして評価されます。重症症例ではリハビリテーションの開始が遅れる傾向があるため一概にはいえませんが、数値を更に増加させるためには国立大学病院におけるリハビリテーション医療をより充実させる必要があります。

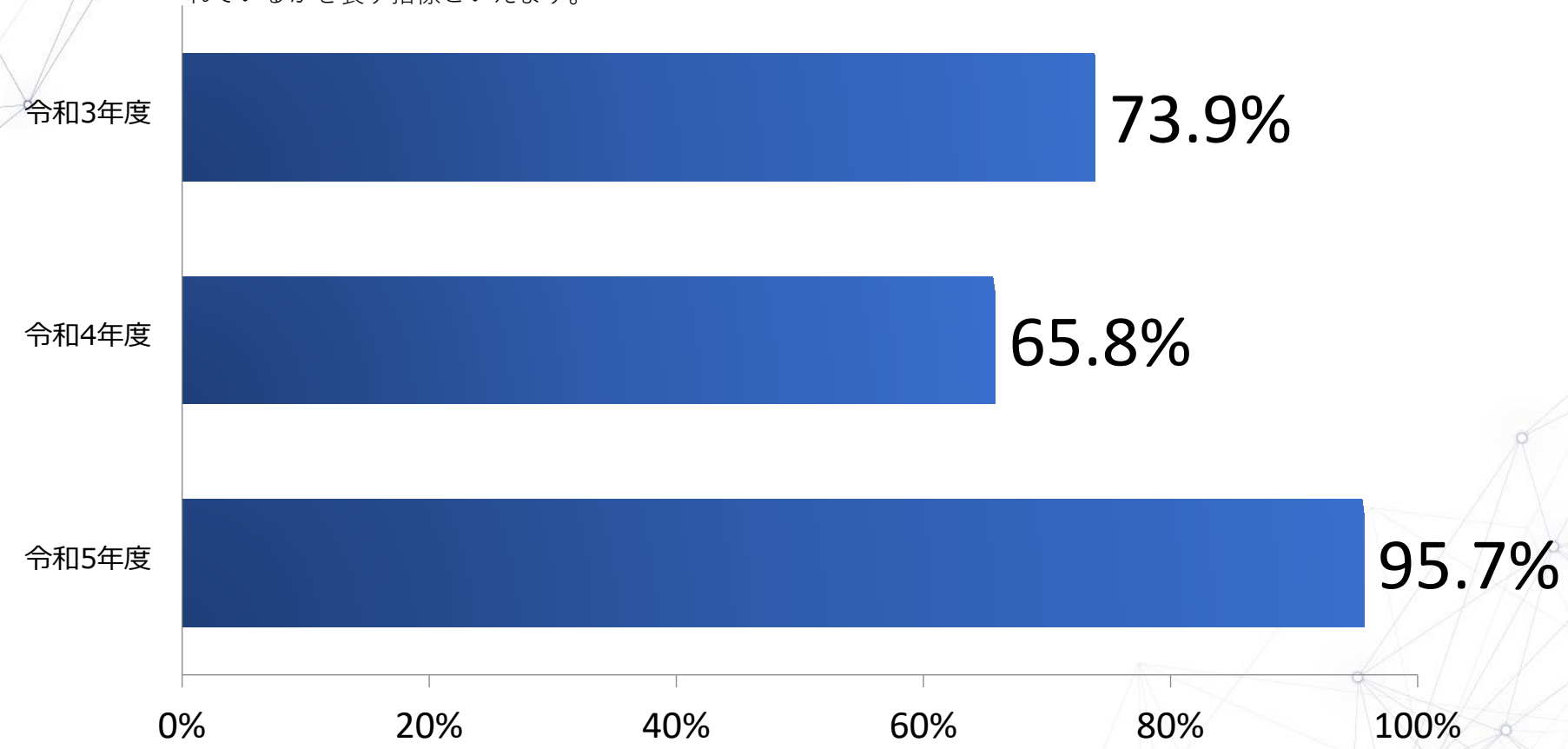


定義

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
　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（院内発症した脳梗塞症例は除く）
3日以内退院と転帰が死亡である場合は分子・分母から除きます。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

≪項目解説≫
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。

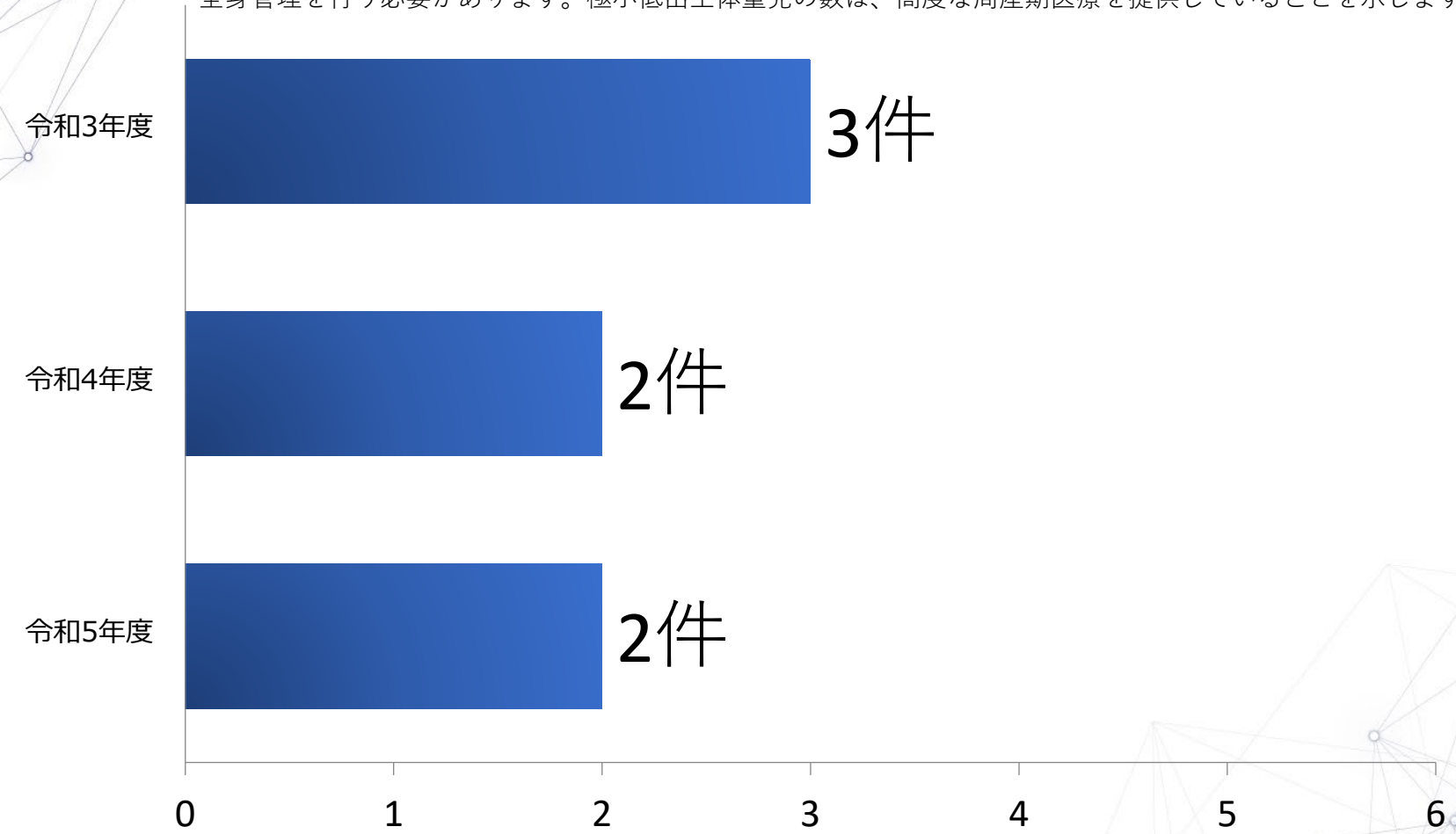


定義

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：入院翌日までにアスピリンが投与された患者数
　分母：最も医療資源を投入した病名が急性心筋梗塞の患者で、且つ緊急入院した患者数（緊急入院に限る。再梗塞を含む。）

11. 新生児のうち、出生時体重が1500g未満の数

≪項目解説≫
出生時体重が１５００ｇ未満の新生児を極小低出生体重児といいます。このような新生児の治療には、高度な設備を持つ新生児特定集中治療室（ ＮＩＣＵ ）において、経験のある医師・看護師が２４時間体制で　呼吸・循環などの全身管理を行う必要があります。極小低出生体重児の数は、高度な周産期医療を提供していることを示します。

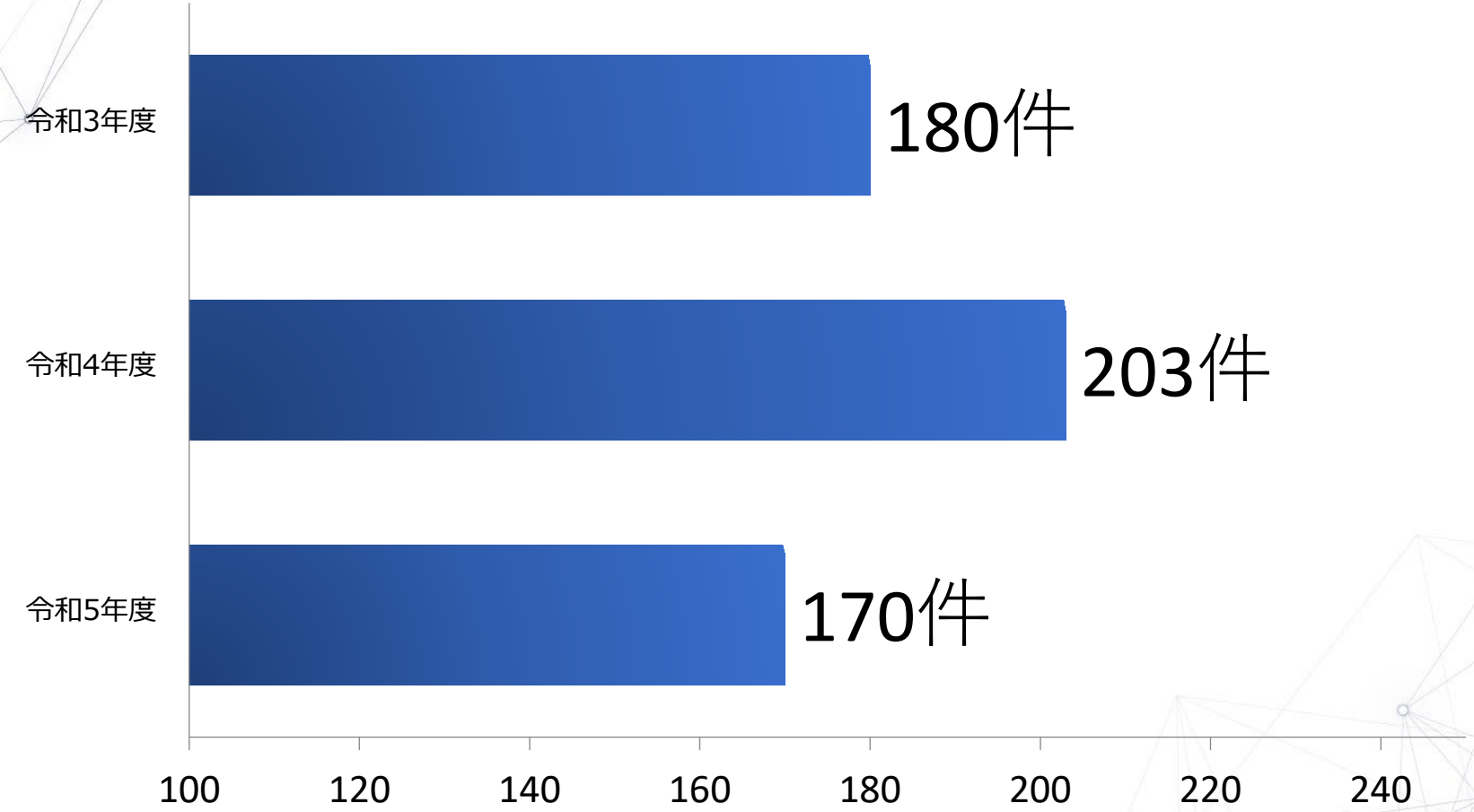


定義

自院における出生時体重が1500g未満新生児の出生数です。死産は除きます。

12. 新生児特定集中治療室（NICU）実患者数

≪項目解説≫
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集中的に治療する病床です。新生児集中治療専門の医師と看護師が、２４時間体制で保育器の中の新生児の治療にあたります。病院内外から、重症の新生児を受け入れ、集中的な治療を行うことから、産科小児科領域の医療の「最後の砦」ともいわれ、ＮＩＣＵ実患者数は周産期医療の総合力の高さを表現しているものといえます。

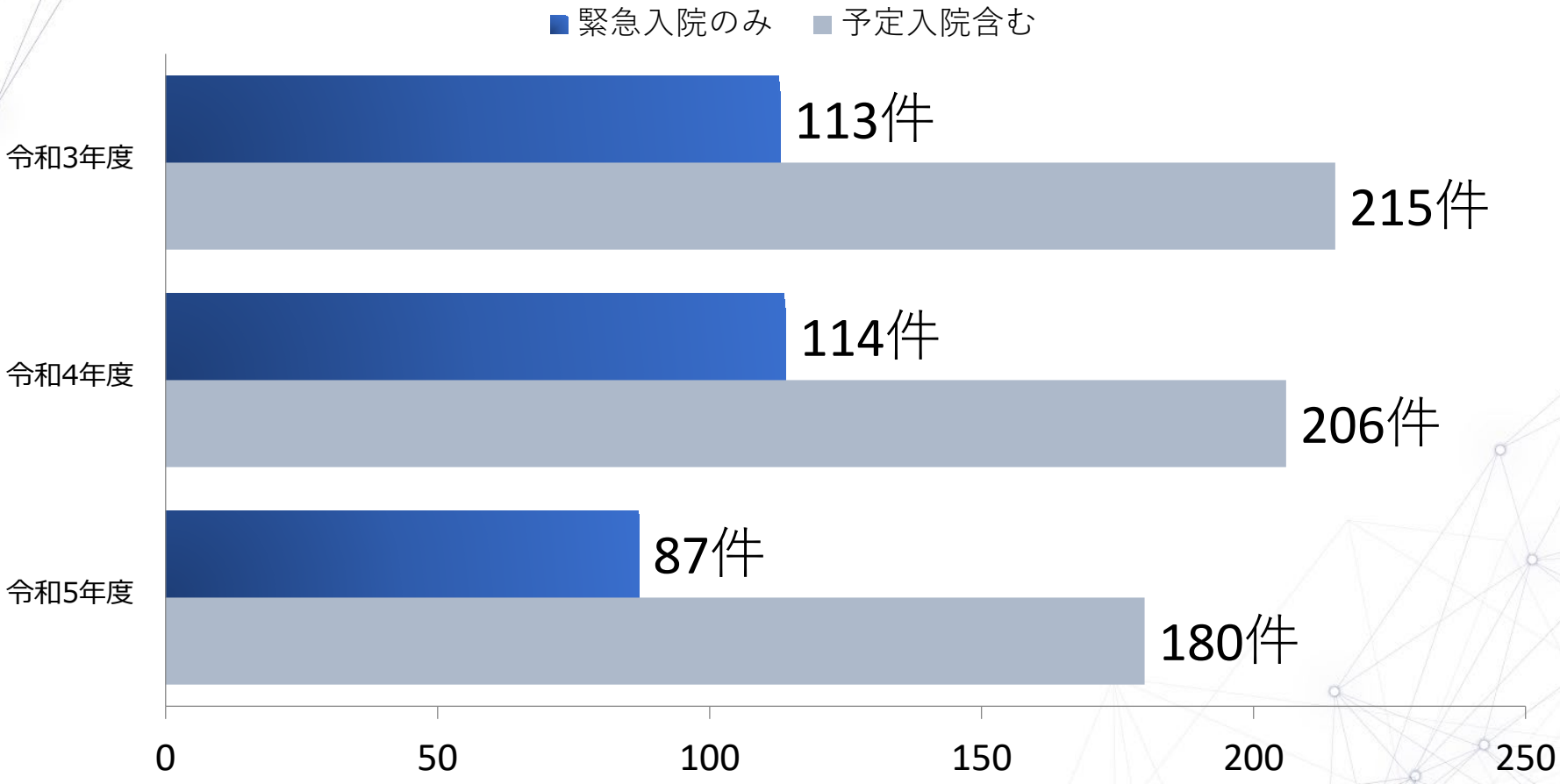


定義

医科診療報酬点数表における、「A302 新生児特定集中治療室管理料」、「A303・2 総合周産期特定集中治療室管理料-新生児集中治療室管理料」、「A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料」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

≪項目解説≫
帝王切開は予定して実施する場合と、母体や新生児に何らかの事態が生じたため緊急に実施する場合があります。緊急時に帝王切開が必要になった場合、帝王切開を行うことの出来る医師、生まれてきた新生児への治療ができる小児科医師、麻酔医、看護師、手術室などの設備が必要であり、緊急時の総合的な周産期医療の提供能力を表現する指標といえます。

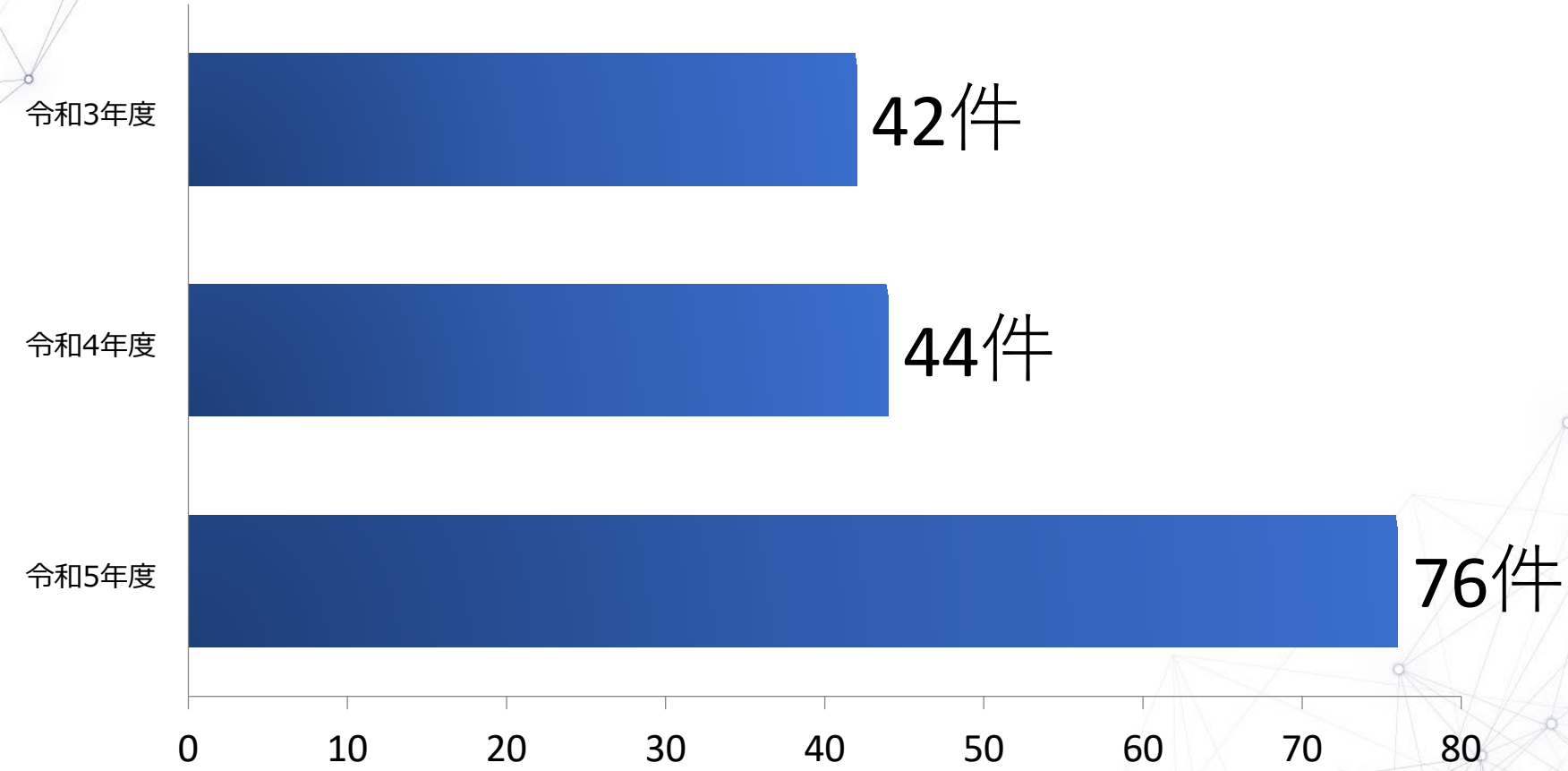


定義

医科診療報酬点数表における、「K898・1 帝王切開術-緊急帝王切開」または、入院2日以内に「K898・2 帝王切開術-選択帝王切開」且つ「予定入院以外のもの」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

≪項目解説≫
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。がんの周辺の正常な組織を傷つけずに、病巣だけを狙って治療を行うため、綿密な治療計画と施行時の正確な位置決めが必要となります。このため、通常の放射線治療より時間と手間がかかることから、高度な放射線治療を施行する力を示す指標といえます。

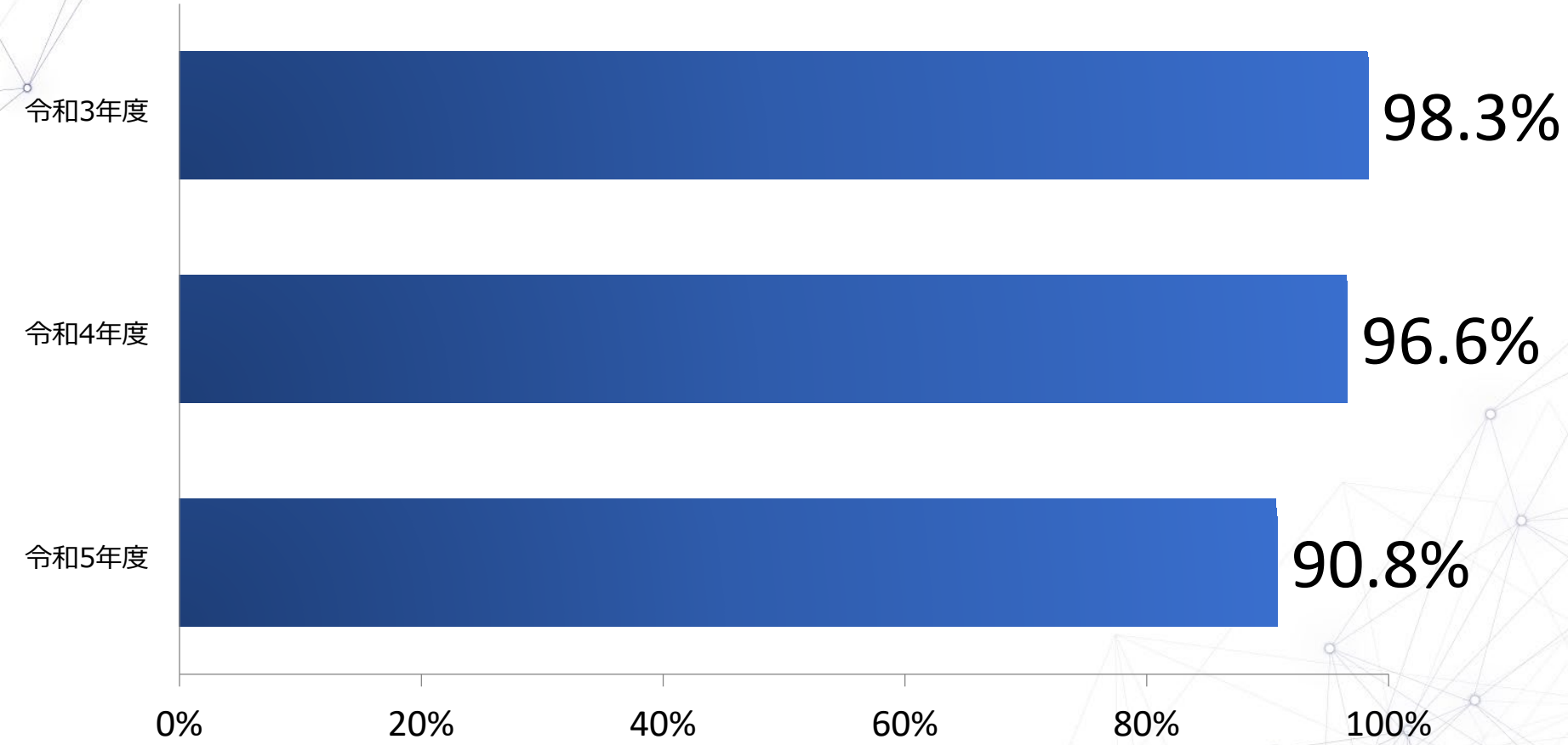


定義

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

≪項目解説≫
高度な医療を提供するためには、画像診断をより早く、より正確に行うことが必要です。放射線科医による
ＣＴ・ＭＲＩの画像診断結果が翌営業日までに提出された割合を表現する指標です。また、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いえるので、実施率が高いことが望まれます。

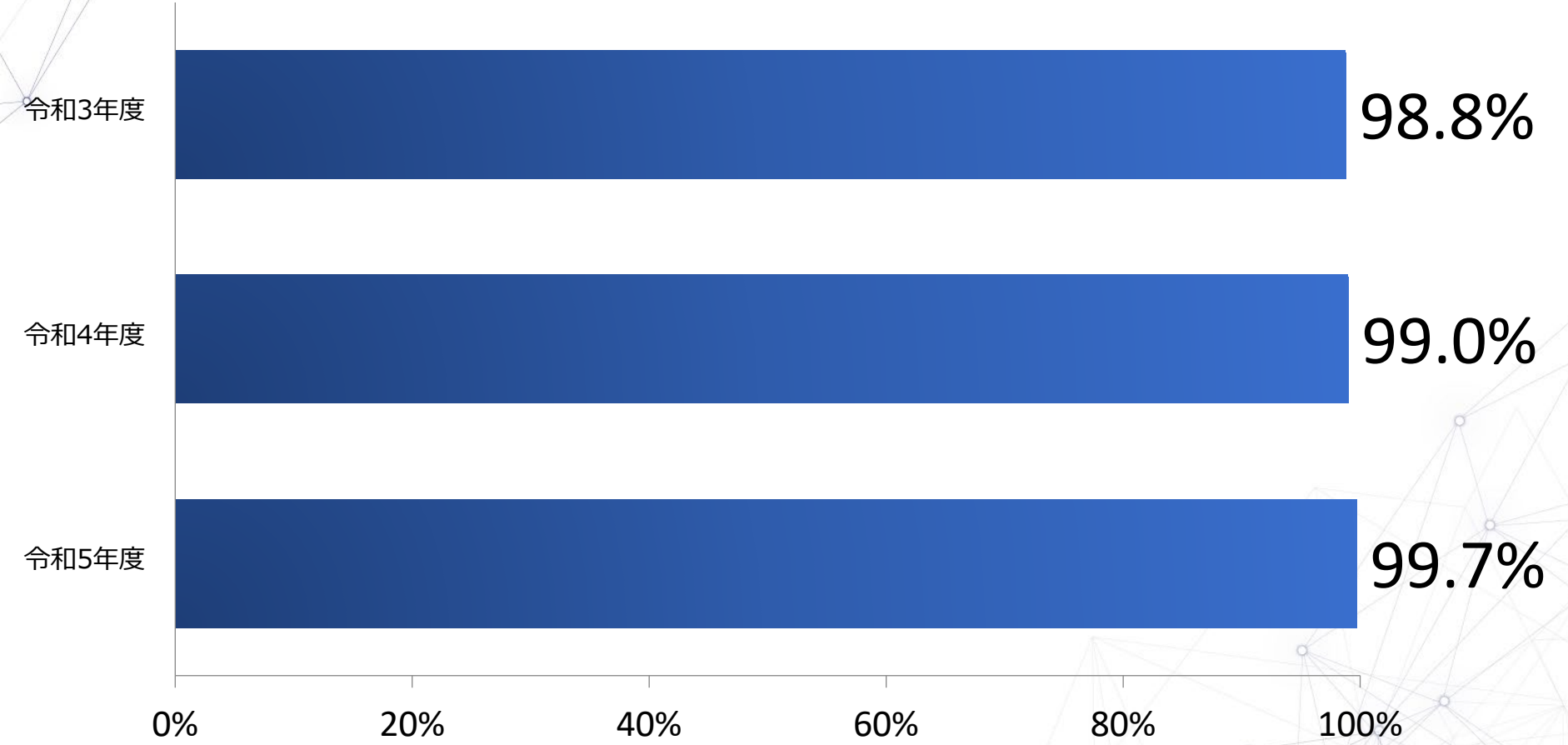


定義

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ものを指します。

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

≪項目解説≫
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。

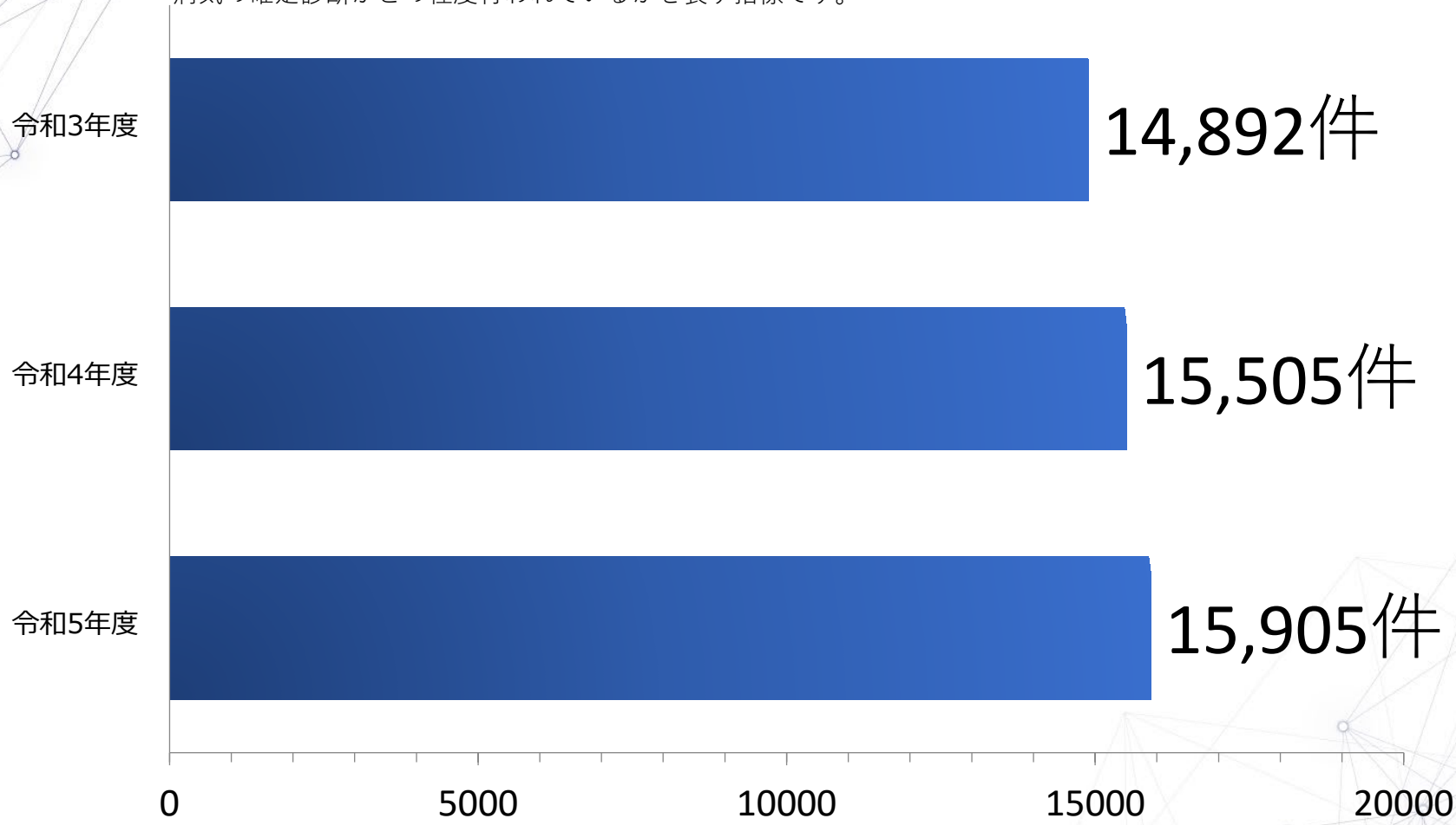


定義

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ものを指します。

17. 病理組織診断件数

≪項目解説≫
病理診断の結果に基づいて、治療の必要性や治療方法が選択されます。
病気の確定診断がどの程度行われているかを表す指標です。

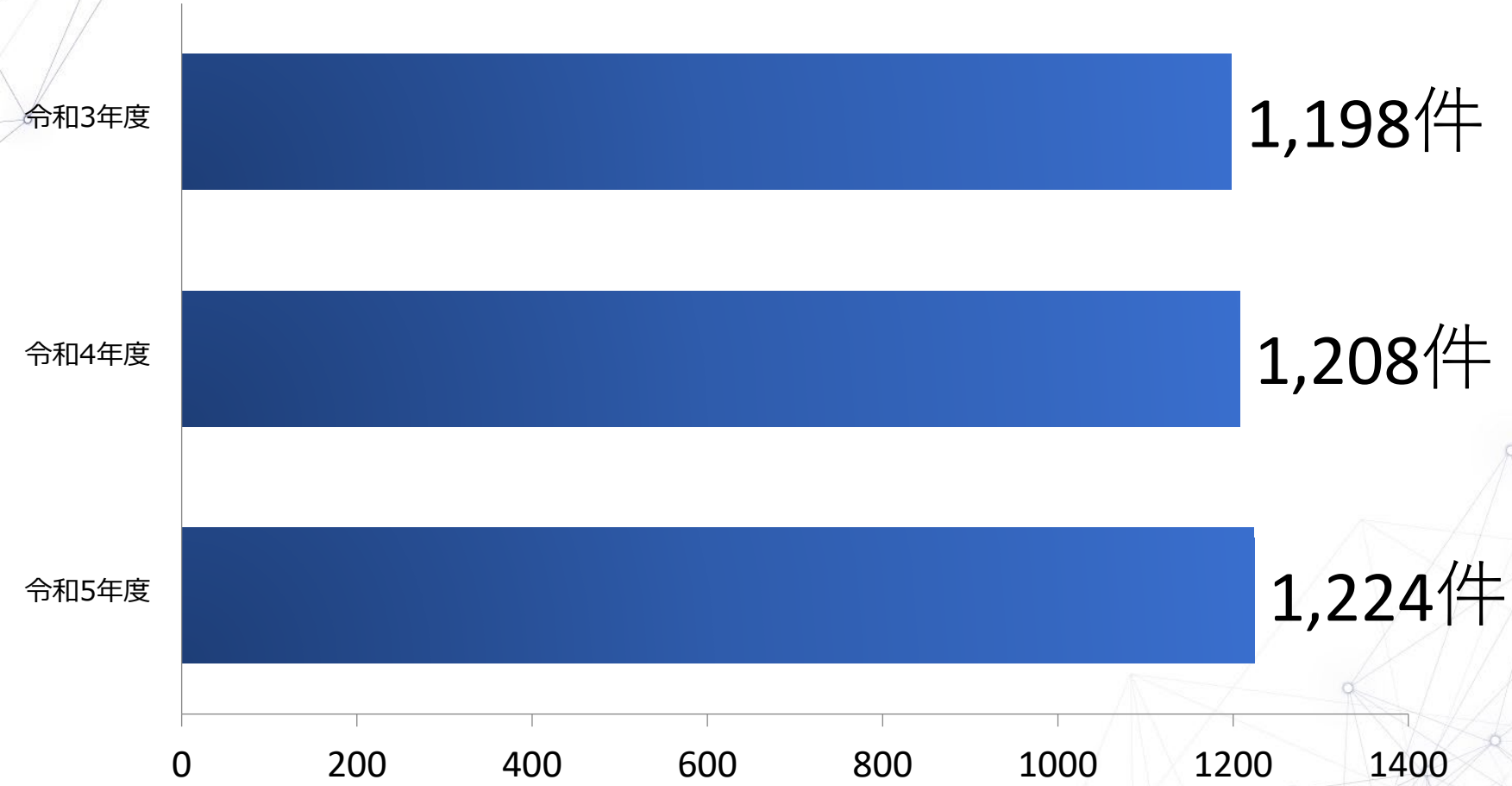


定義

1年間の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

≪項目解説≫
正確で迅速な病理診断は、手術中に悪性腫瘍などの病巣切除の適否または切除範囲を決定するために重要です。そのためには、限られた時間内に適正な標本を作製する技術をもった臨床検査技師、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ます。件数が増加するほど、これらの機能が充実していることを表現しています。



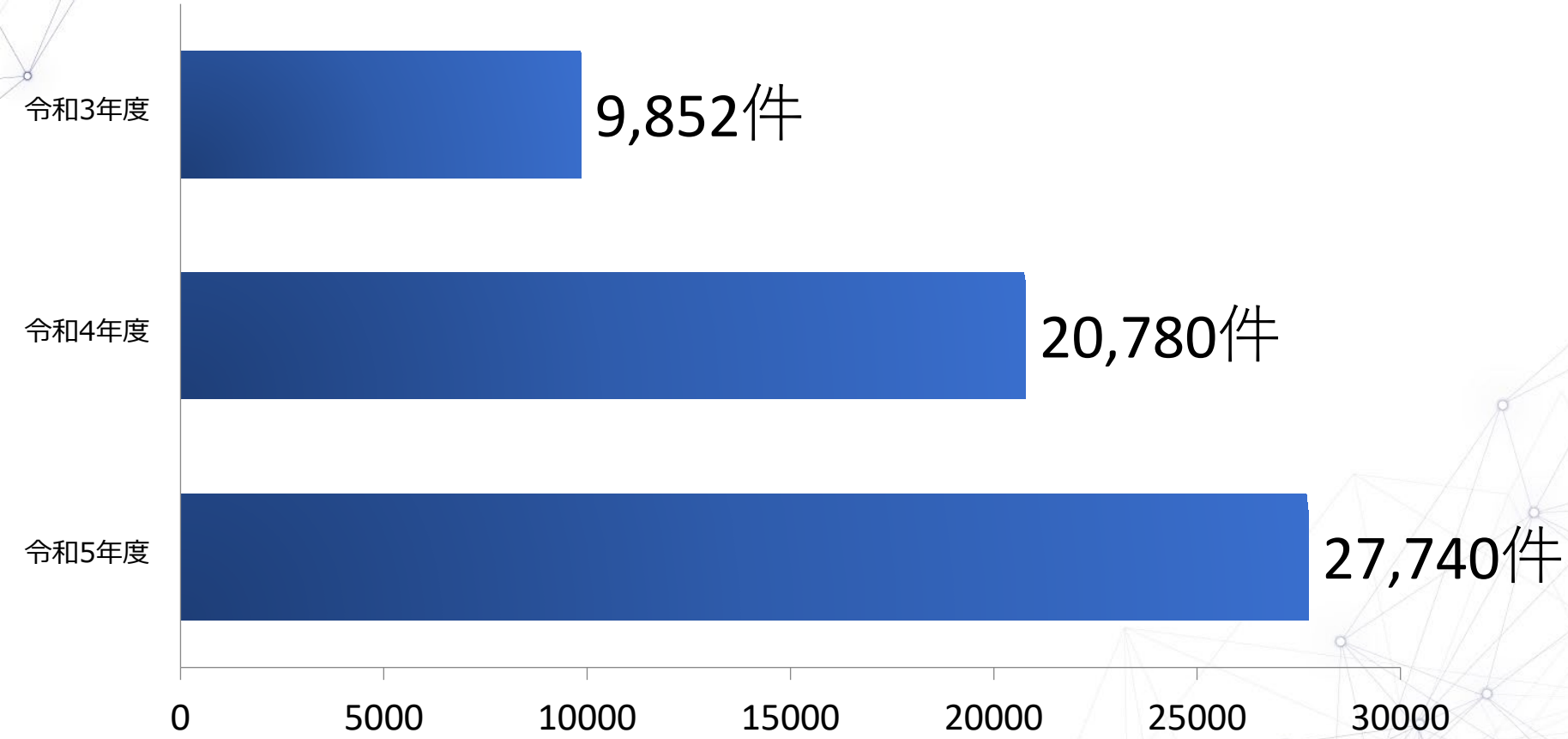
定義

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迅速細胞診」の算定件数です。

19. 薬剤管理指導料算定件数

≪項目解説≫
薬剤管理指導は、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。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。

≪本院 補足解説≫
柔軟な人員配置や薬剤師レジデントの配置など体制整備を進めたことにより、件数が年々増えています。

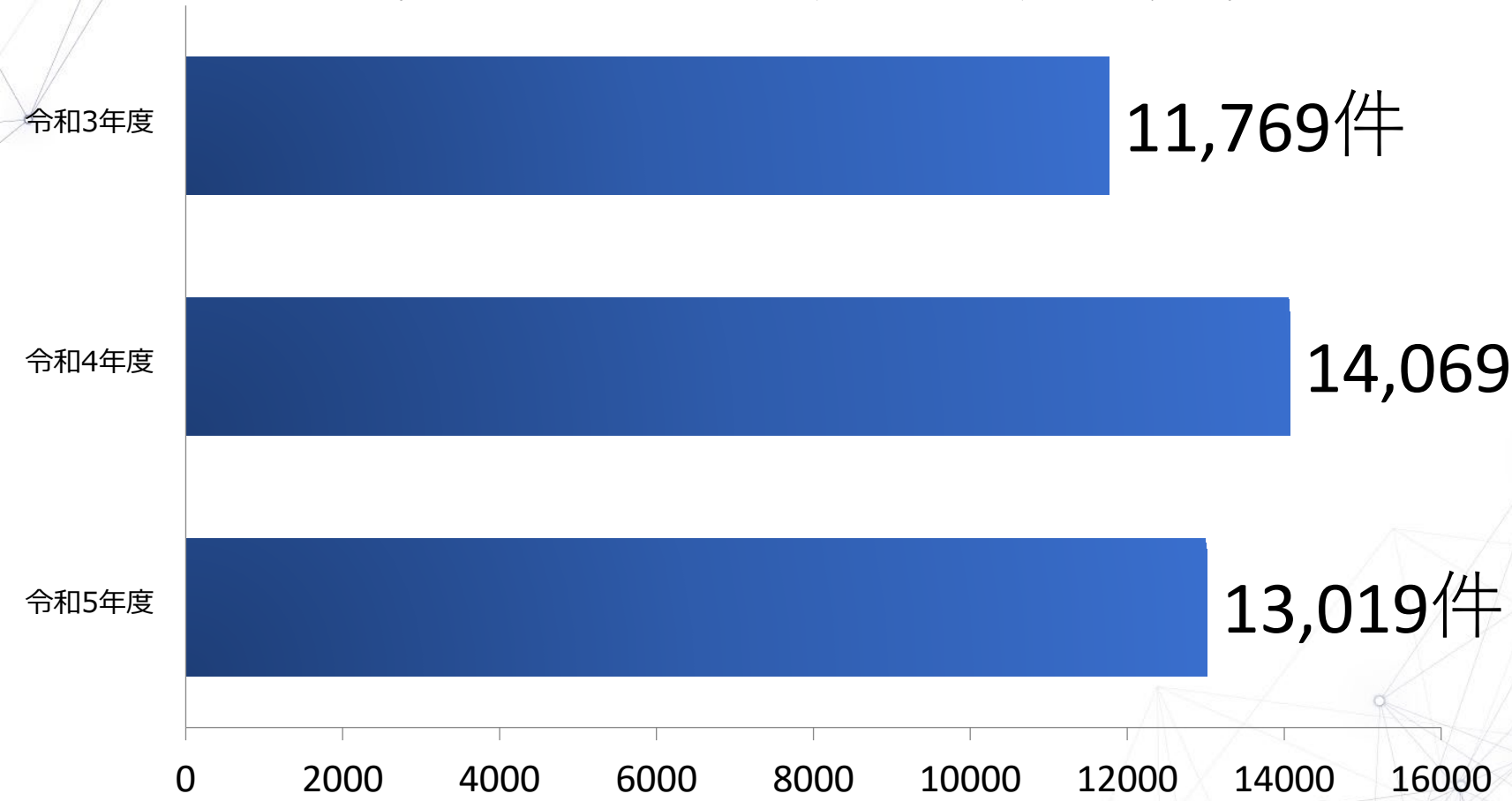


定義

医科診療報酬点数表における「B008　薬剤管理指導料」の算定件数です。

20. 外来で化学療法を行った延べ患者数

≪項目解説≫
近年、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。患者の生活の質向上につながる一方、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、薬剤師など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。

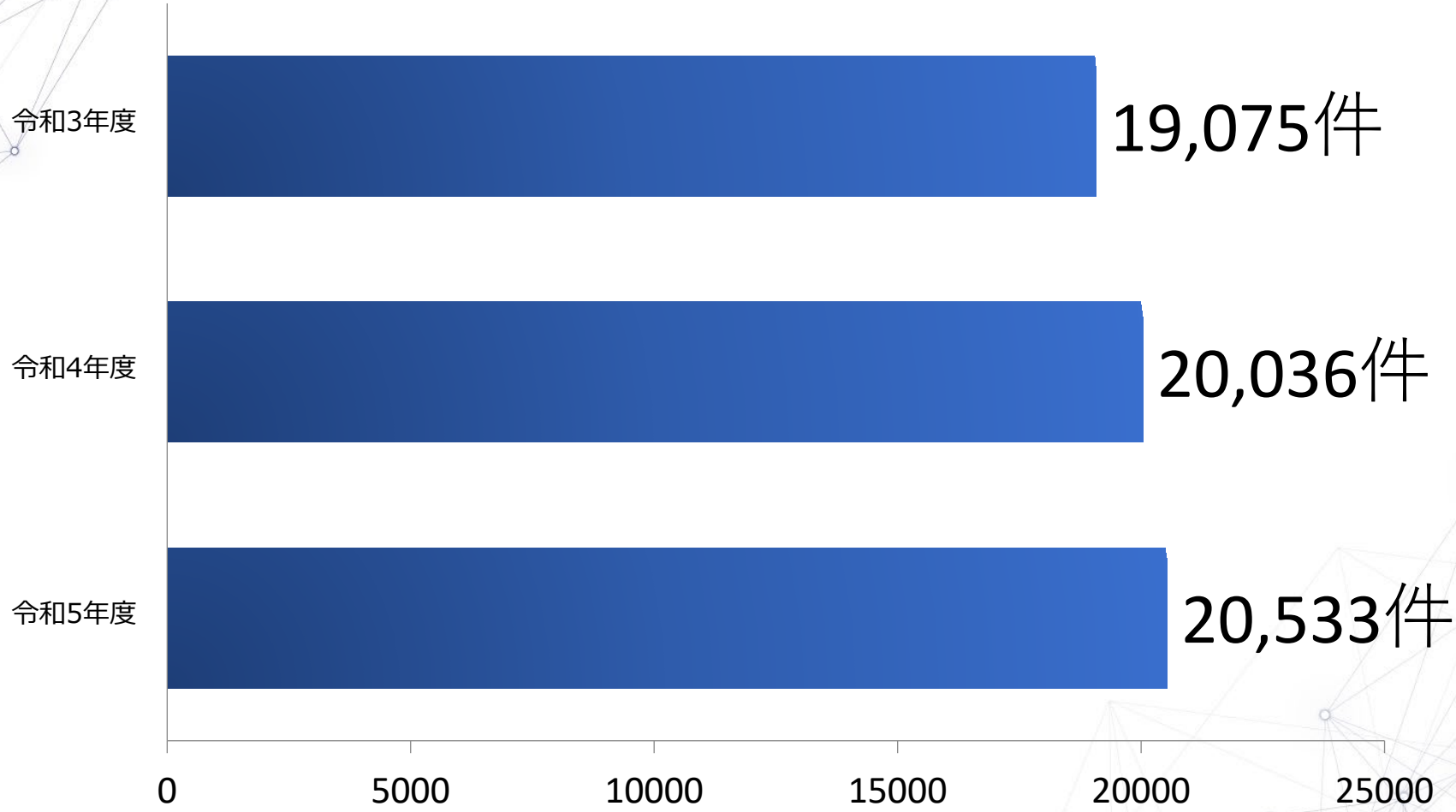


定義

医科診療報酬点数表における「B001 - 2 - 12　外来腫瘍化学療法診療料」、「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

≪項目解説≫
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。

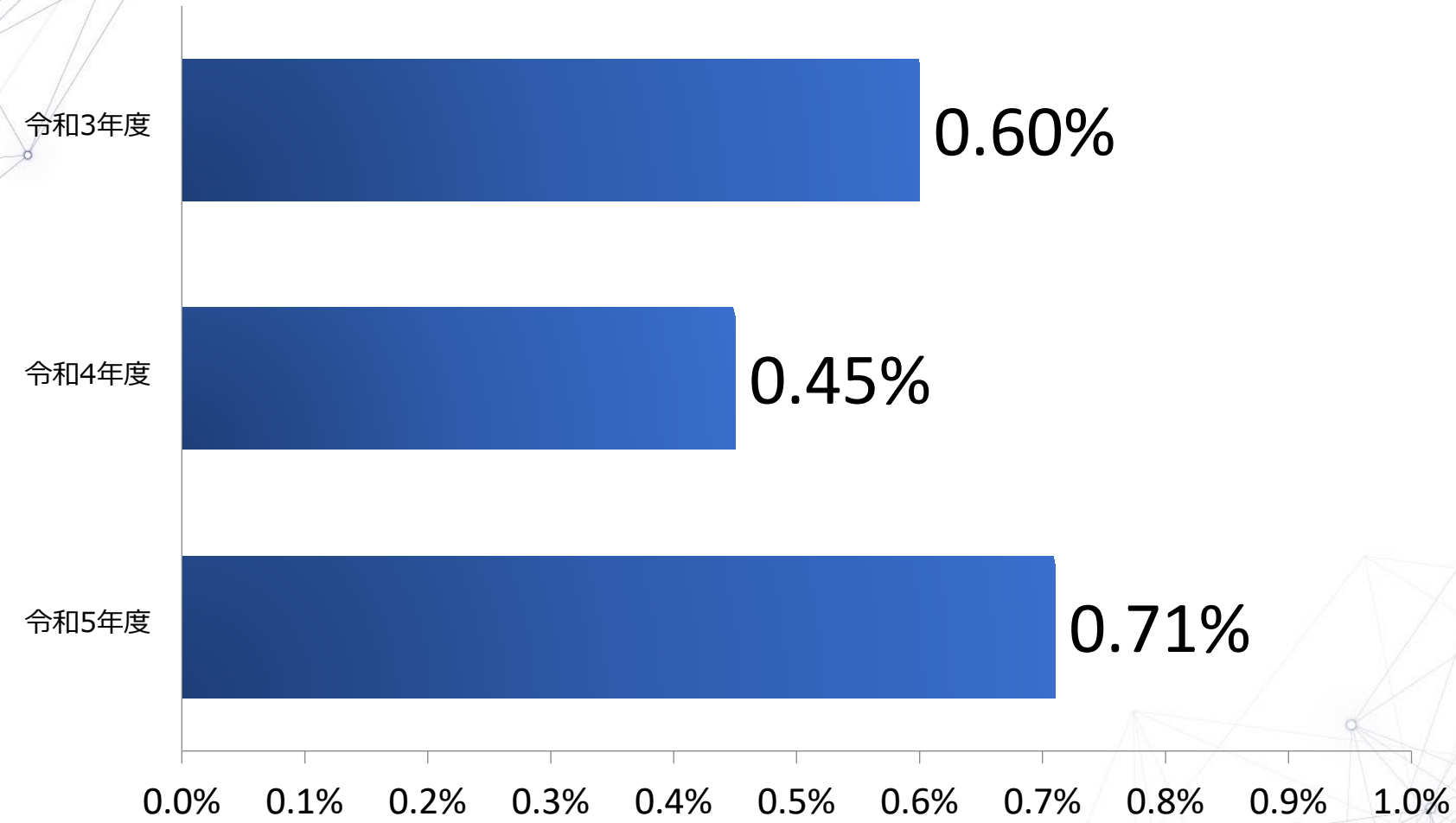


定義

医科診療報酬点数表における「G020　無菌製剤処理料」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

≪項目解説≫
入院中に発生した褥瘡（床ずれ）は、患者のＱＯＬを低下させ、入院の長期化につながることもあります。予防可能な褥瘡については、適切な診療やケアにより、発生を回避することができます。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。

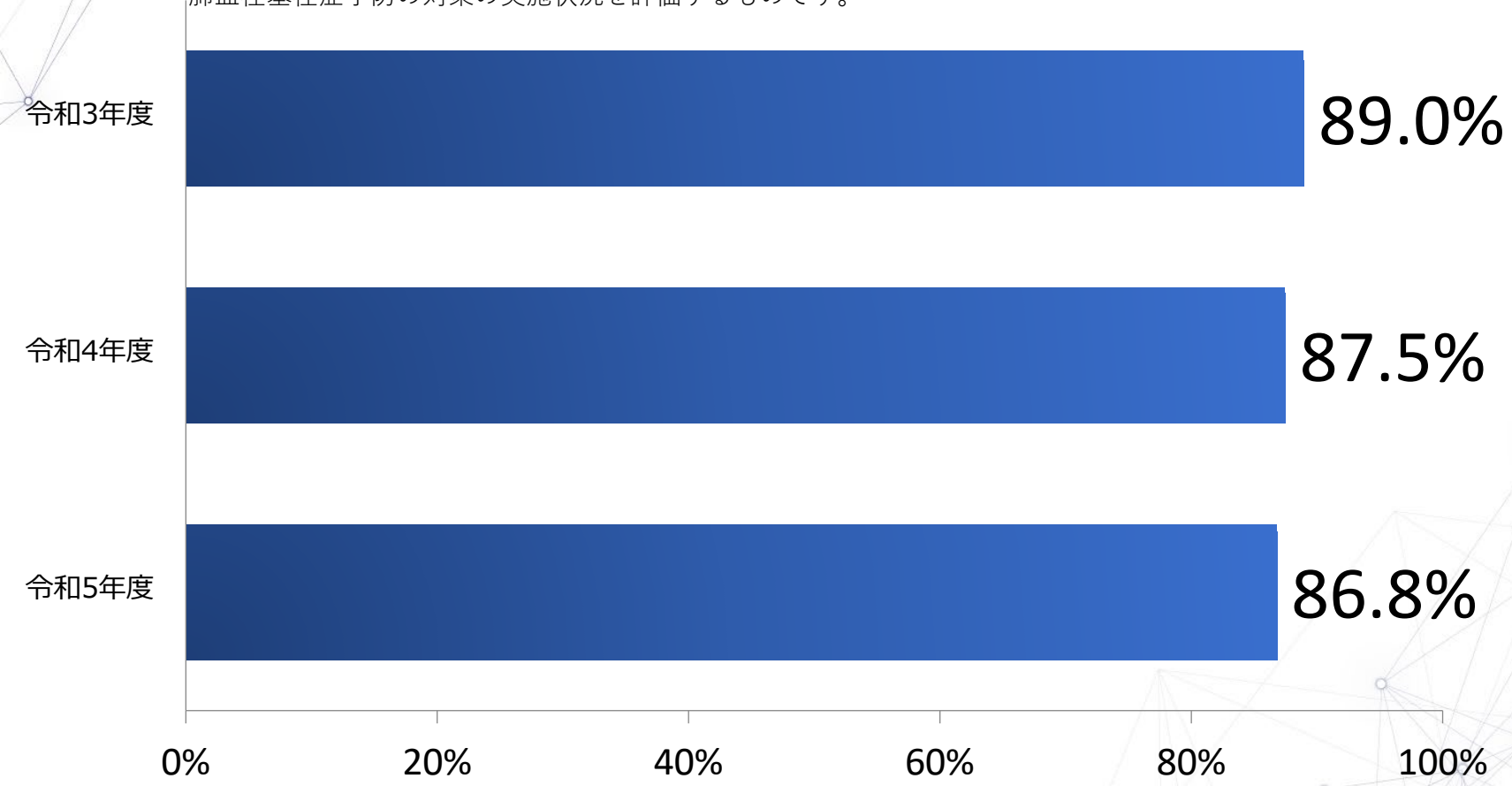


定義

1年間での、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。
自重による褥瘡以外、MDRPU(医療関連機器圧迫創傷)も含めます。

23-1. 手術あり肺血栓塞栓症予防対策実施率

≪項目解説≫
肺血栓塞栓症は、エコノミークラス症候群ともいわれ、血のかたまり（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等に発症することが多く、発生リスクに応じて、早期離床や弾性ストッキングの着用などの適切な予防が重要になります。当該指標は、術後肺血栓塞栓症予防の対策の実施状況を評価するものです。

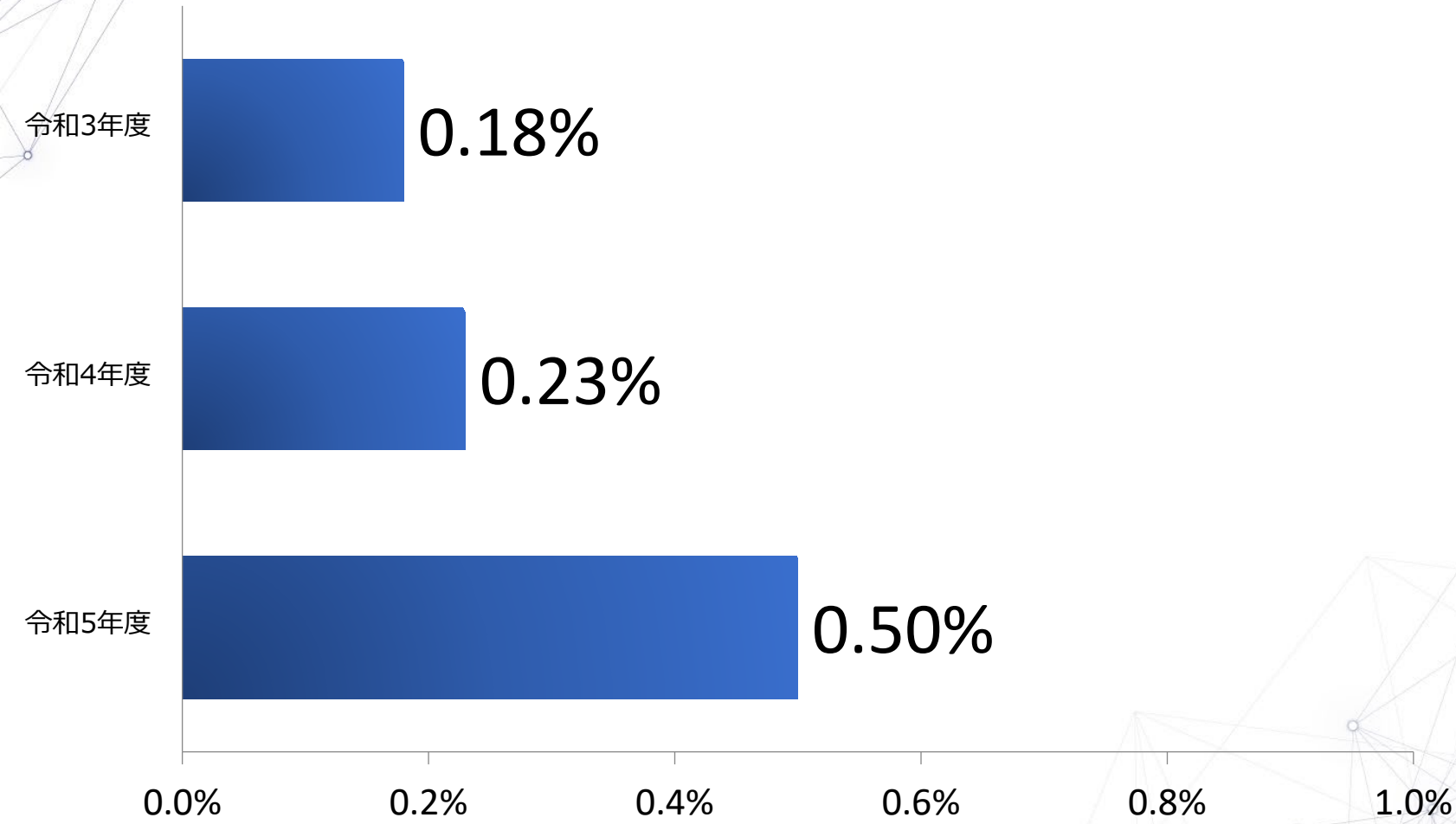


定義

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。

23-2. 手術あり患者の肺塞栓症の発生率

≪項目解説≫
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。

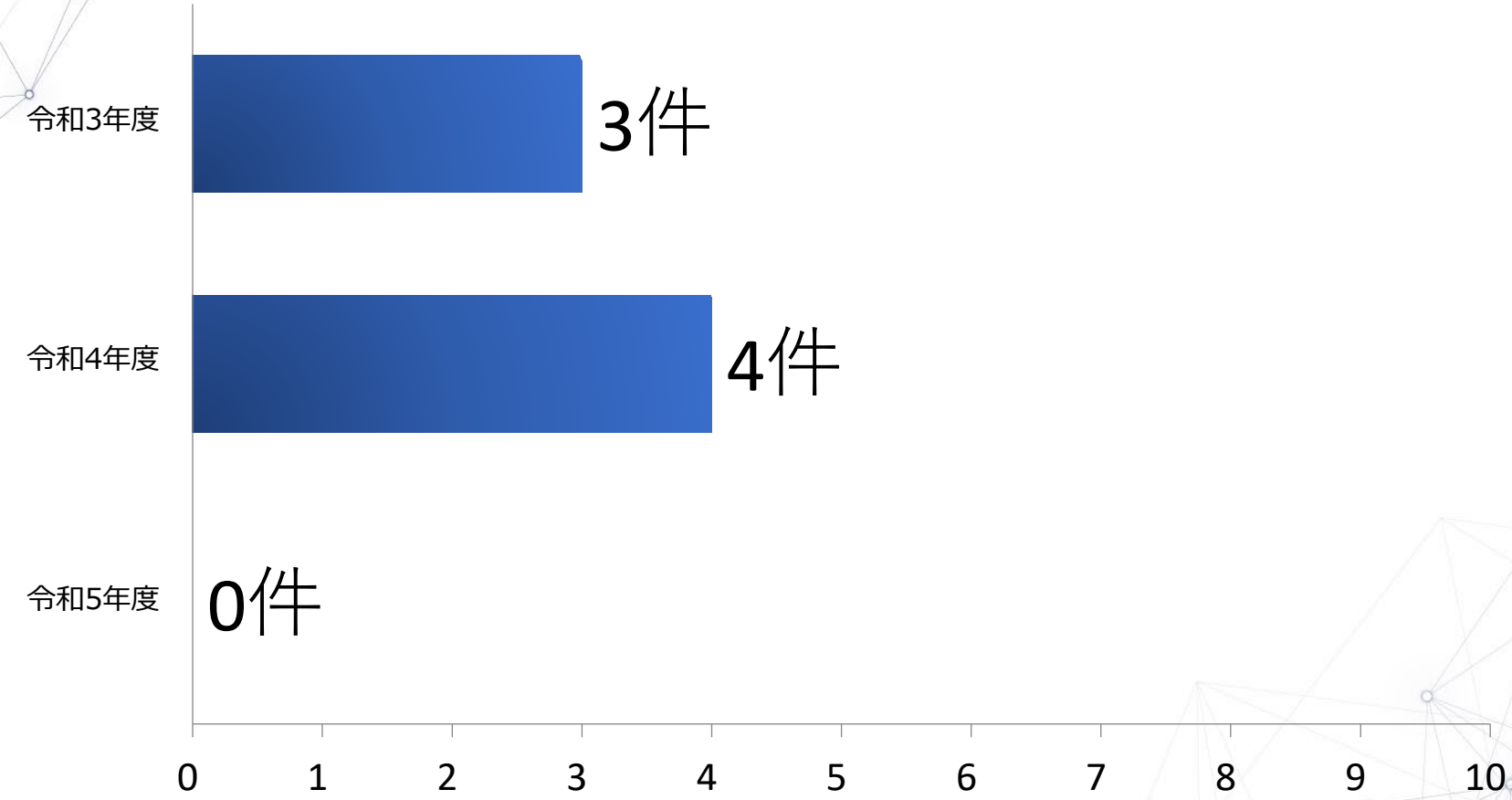


定義

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

≪項目解説≫
免疫力の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。病院内の手洗いを励行するなど、適切な院内感染予防対策の実施により、発症頻度を低減することが可能です。当該指標は、院内感染予防対策の実施とその効果を示す指標です。

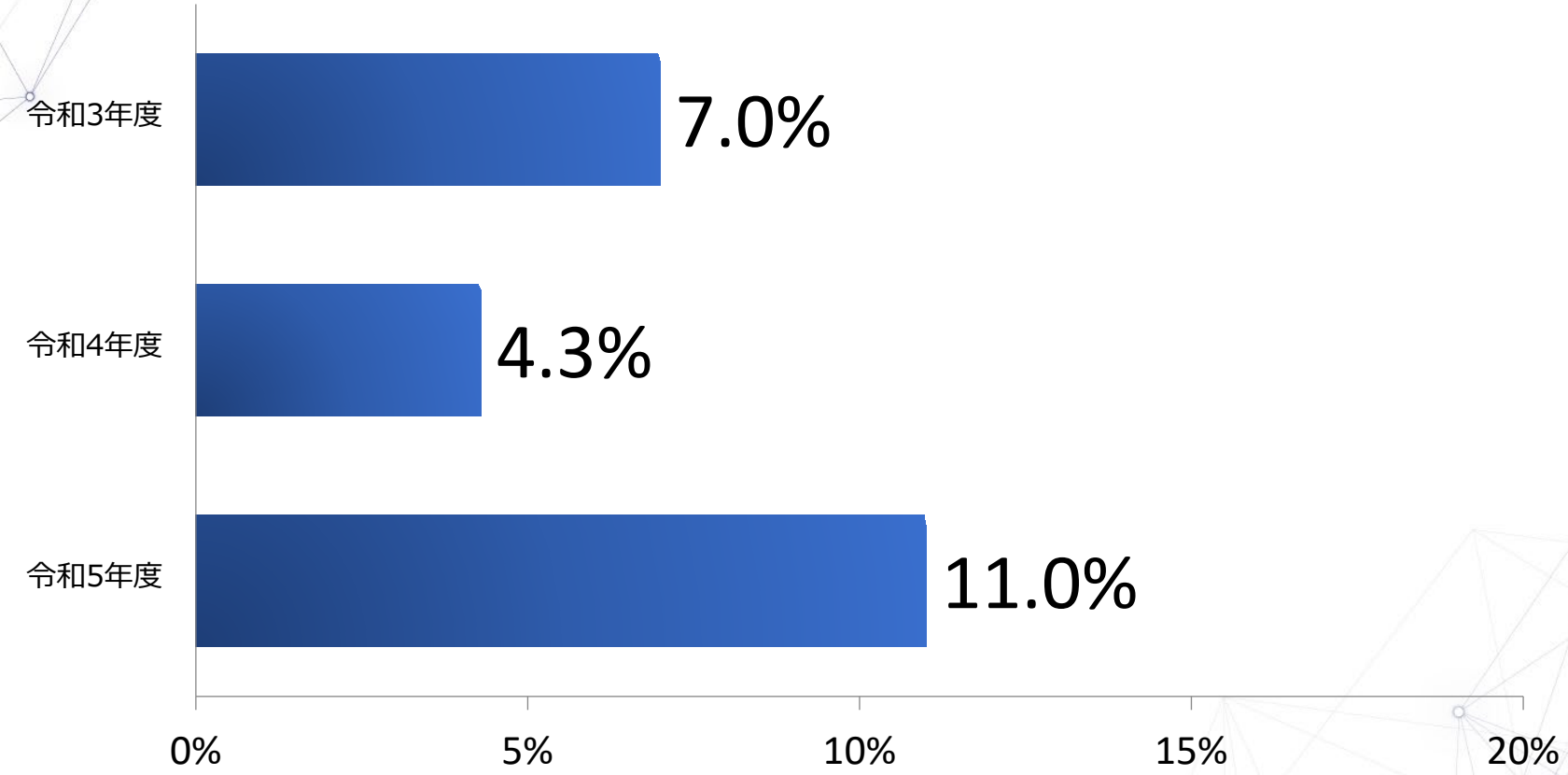


定義

1年間の新規多剤耐性緑膿菌（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

≪項目解説≫
ＣＰＣ（clinicopathological（または clinicopathologic）conference 、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のことで、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、その取り組みの状況を表現する指標です。

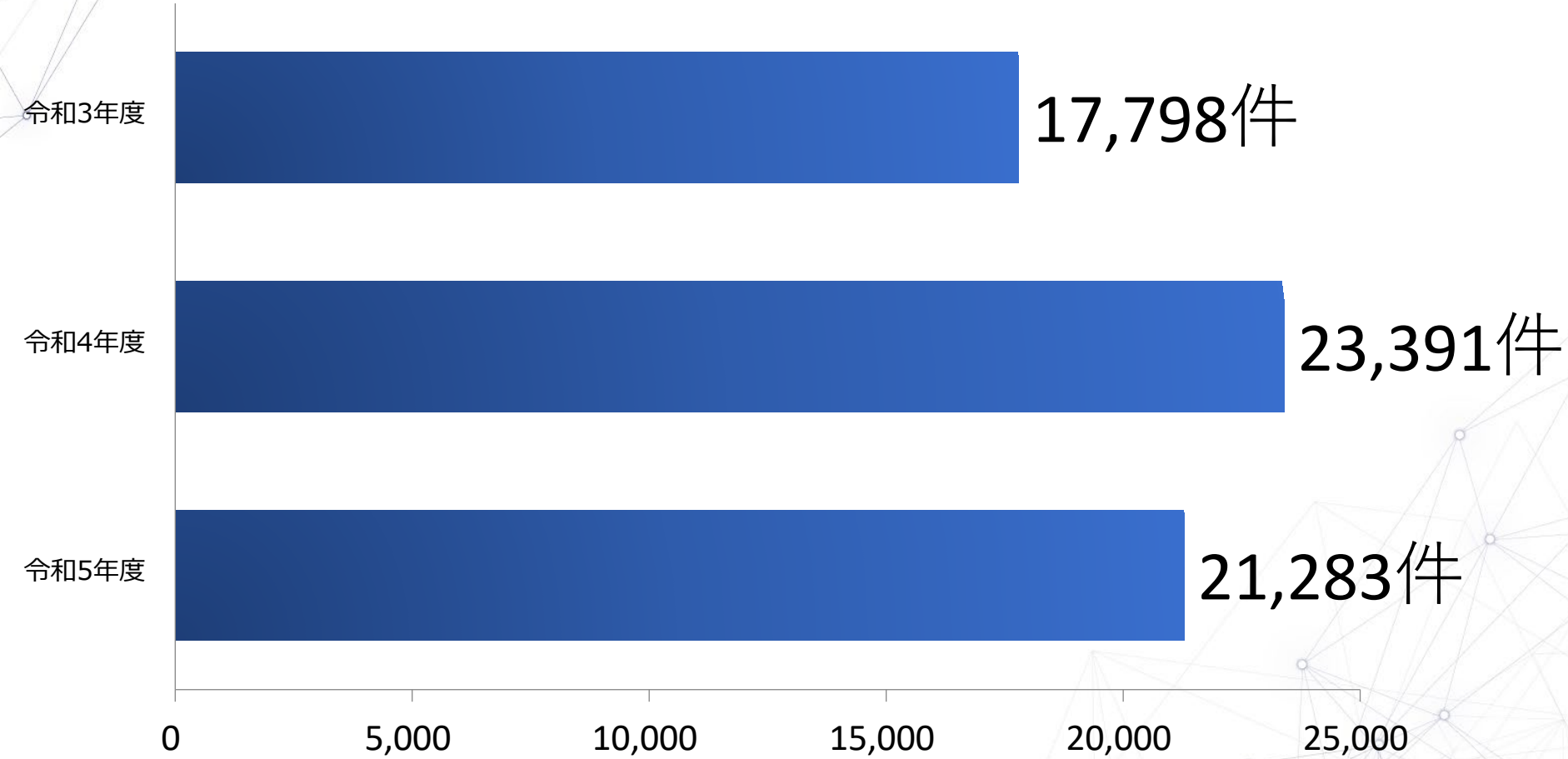


定義

1年間のCPC（臨床病理検討会）のCPC件数を死亡患者数で除した割合（%）です。自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す。令和５年度より死亡患者数については２４時間以内死亡患者を除く、入院死亡患者数の合計人数となりました。外来患者数および死産は含まれません。

26. 新規外来患者数

≪項目解説≫
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。

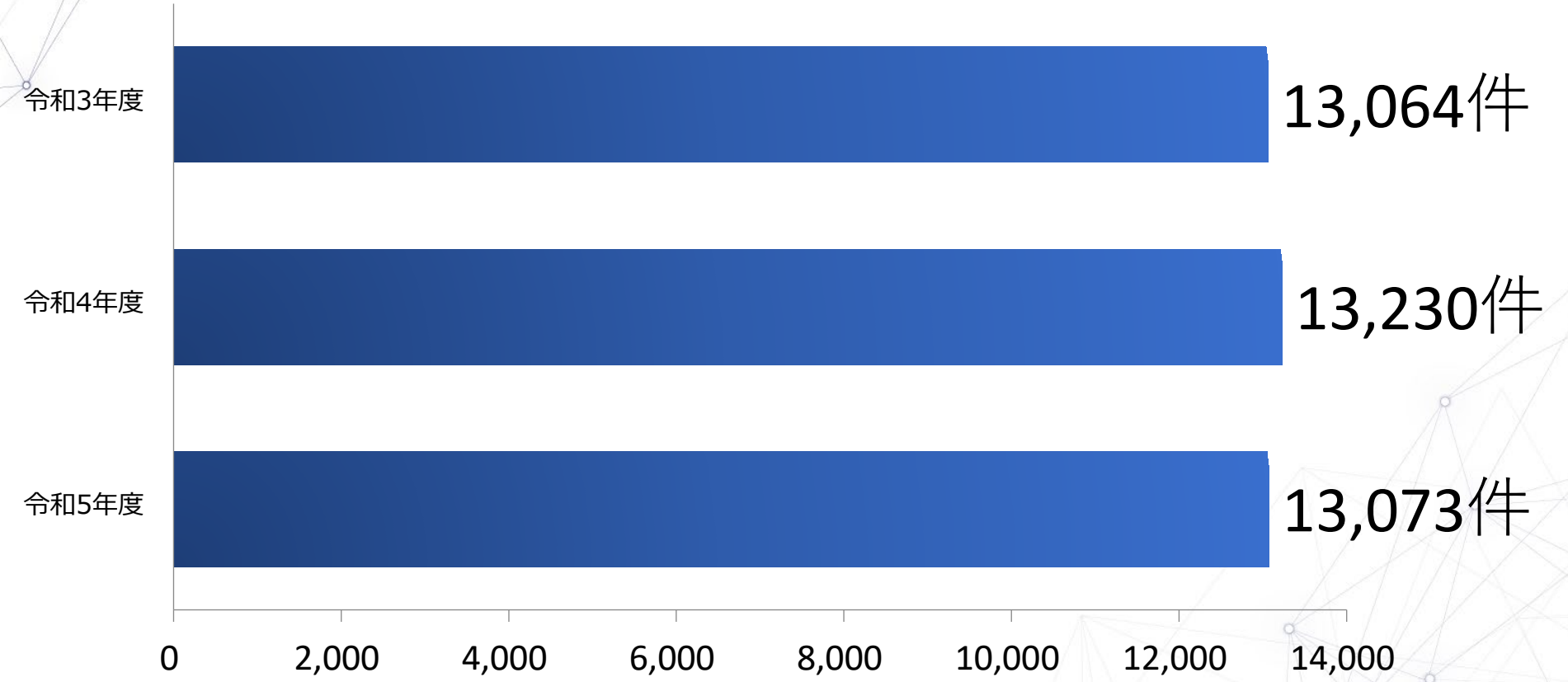


定義

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みます。

27. 初回入院患者数

≪項目解説≫
項目26の新規外来患者数と同様の考えで、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（化学療法など）を数えた入院患者数では、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現する指標です。地域において積極的に急性期の入院医療を提供している姿が示されます。

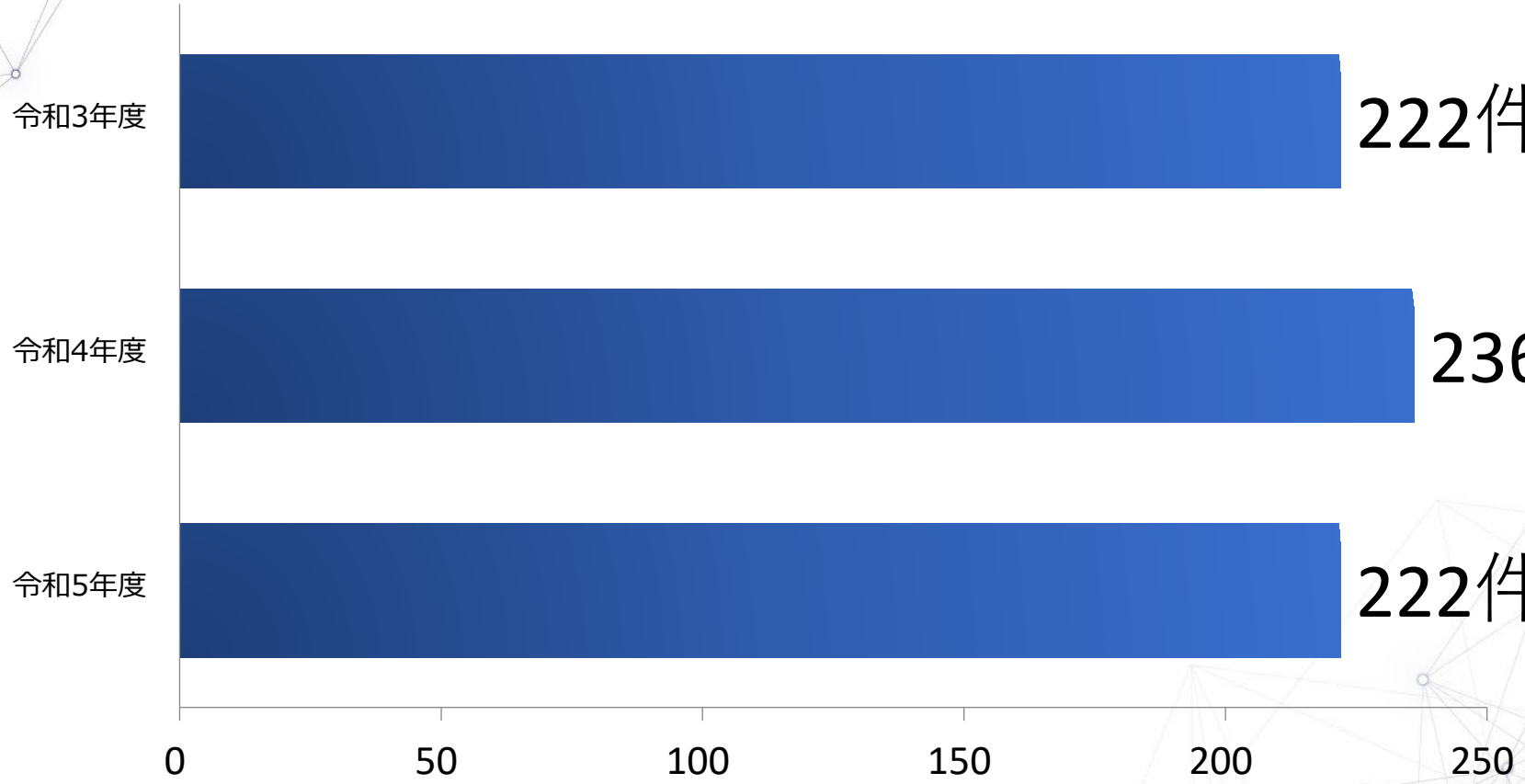


定義

1年間の入院患者の内、入院日から過去1年間に自院に入院履歴がない入院患者数です。（例：令和5年9月1日に入院した症例の場合、令和~~3~~4年9月1日～令和~~4~~5年8月31日までの間に自院入院が無い場合を過去一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

≪項目解説≫
クリニカルパス（クリティカルパス）とは、患者状態と診療行為の目標、及び評価・記録を含む標準診療計画のことです。クリニカルパスは医療の標準化を進め医療の質と効率の向上を目指すものです。すべての疾患にクリニカルパスが適用されるものではありませんが、発生頻度が高い疾患に定型的な診療部分があれば新たにクリニカルパスが開発・実施されることが多いようです。この項目は、その施設がどのくらい医療の標準化と医療の質の向上に取り組んでいるかを表現する指標です。

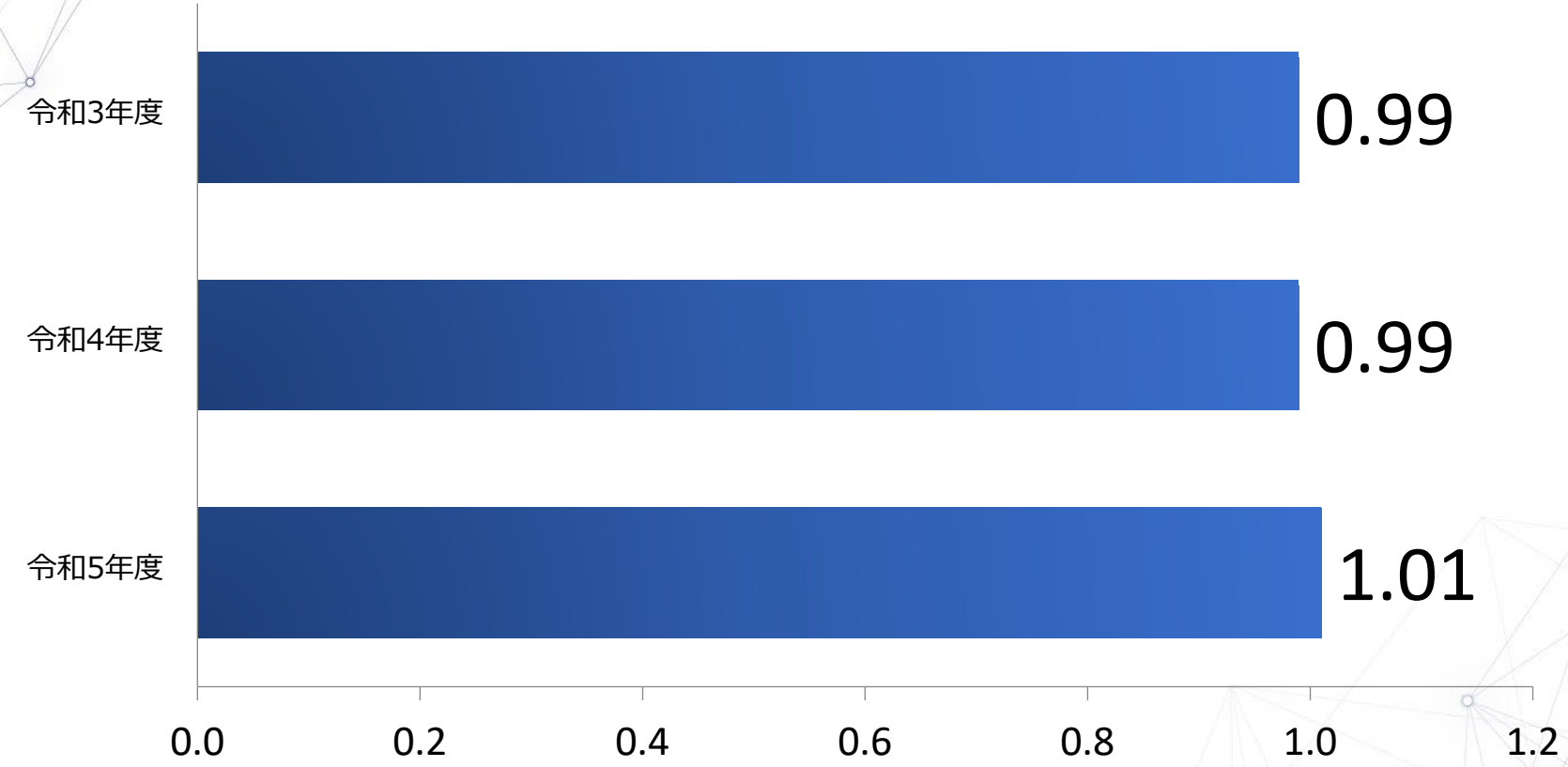


定義

1年間に10例以上適用したクリニカルパスの数です。「10例以上」とは特異な事情（バリアンス）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

≪項目解説≫
平均在院日数は、短いほど効率的な診療を行っているとされることもありますが、重症のため入院期間を長くする必要がある症例の治療を行う病院のことを十分に考慮していません。そのため、この指標はそうした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。数値が1の場合は全国平均と同じ在院日数であることを表します。1より大きい場合は短い在院日数であることを表しており、効率的な病院であると考えられます。

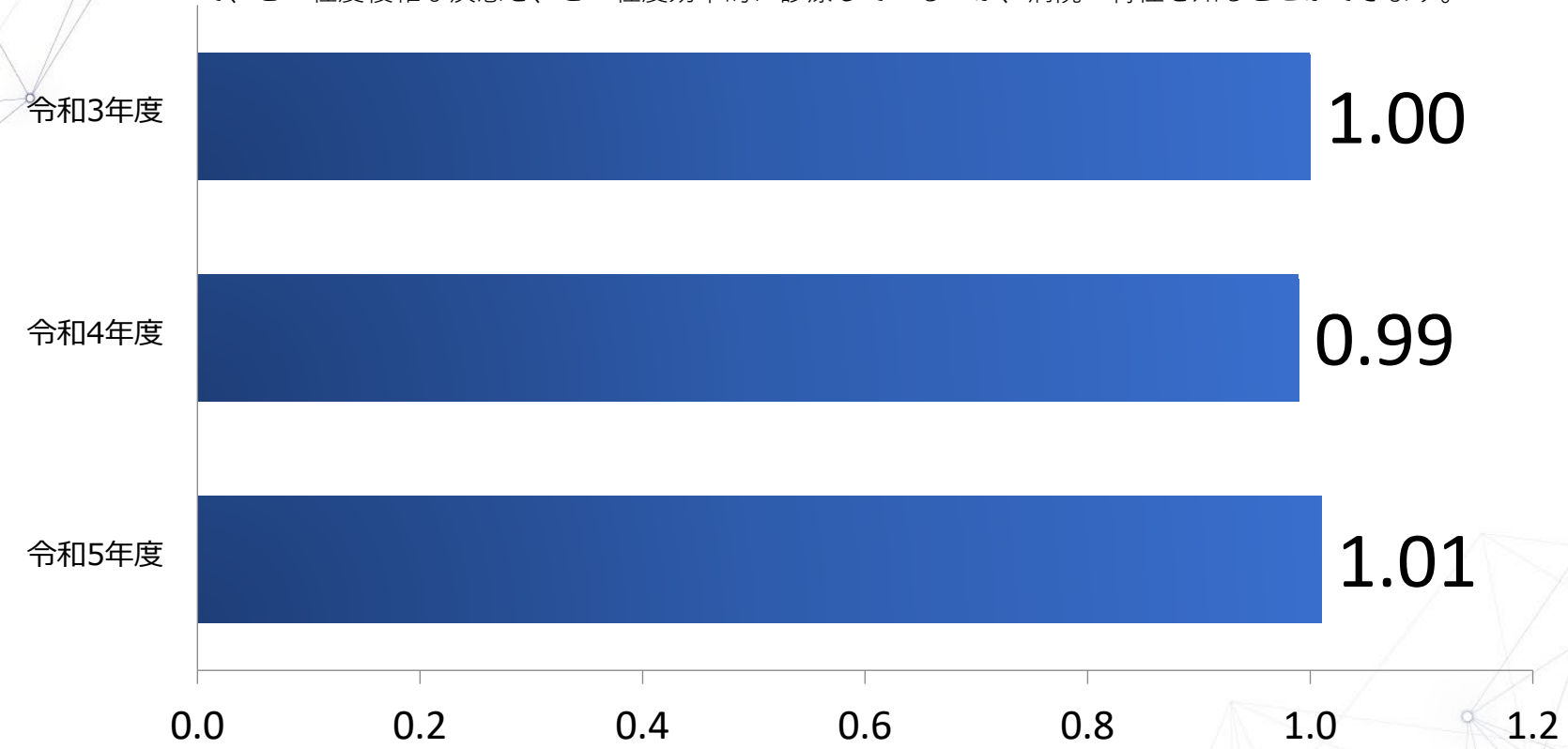


定義

厚生労働省のＤＰＣ 評価分科会の公開データです。
（令和4~~5~~年度全調査対象医療機関の全体の在院日数の平均値（11.72日）を、全国の疾患構成に補正した医療機関別の在院日数で除した値）　参考URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/newpage_00137.html

30. 患者構成の指標

≪項目解説≫
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のかを表現した指標です。全国のＤＰＣ対象病院の疾患毎の平均在院日数を用いて、各国立大学病院の患者構成の違いを相対的に表します。数値は1が全国平均であり、1より大きい場合、在院日数を長く必要とする複雑な疾患を診療している病院といえます。つまり、高度な医療を提供する国立大学病院として、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。項目29と項目30の二つの指標を使って、どの程度複雑な疾患を、どの程度効率的に診療しているのか、病院の特性を知ることができます。

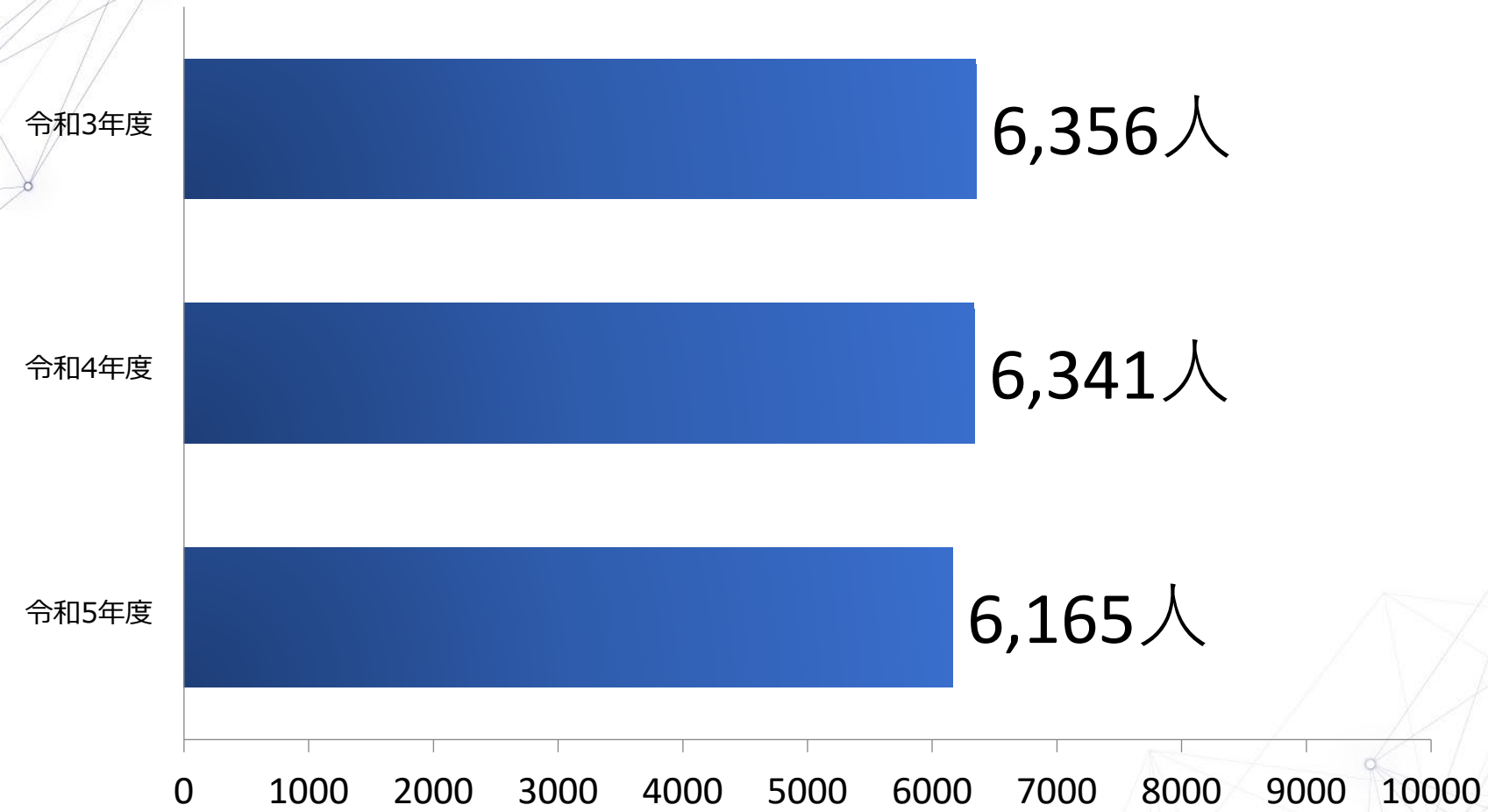


定義

厚生労働省のＤＰＣ 評価分科会の公開データです。
（医療機関別在院日数（ＤＰＣ毎の在院日数を全国平均に合わせた値）を、令和5年度全調査対象医療機関の全体の在院日数の平均値（11.72日）で除した値）
参考URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/newpage_00137.html

31. 指定難病患者数

≪項目解説≫難治性疾患の診療には、特殊な専門性が必要です。

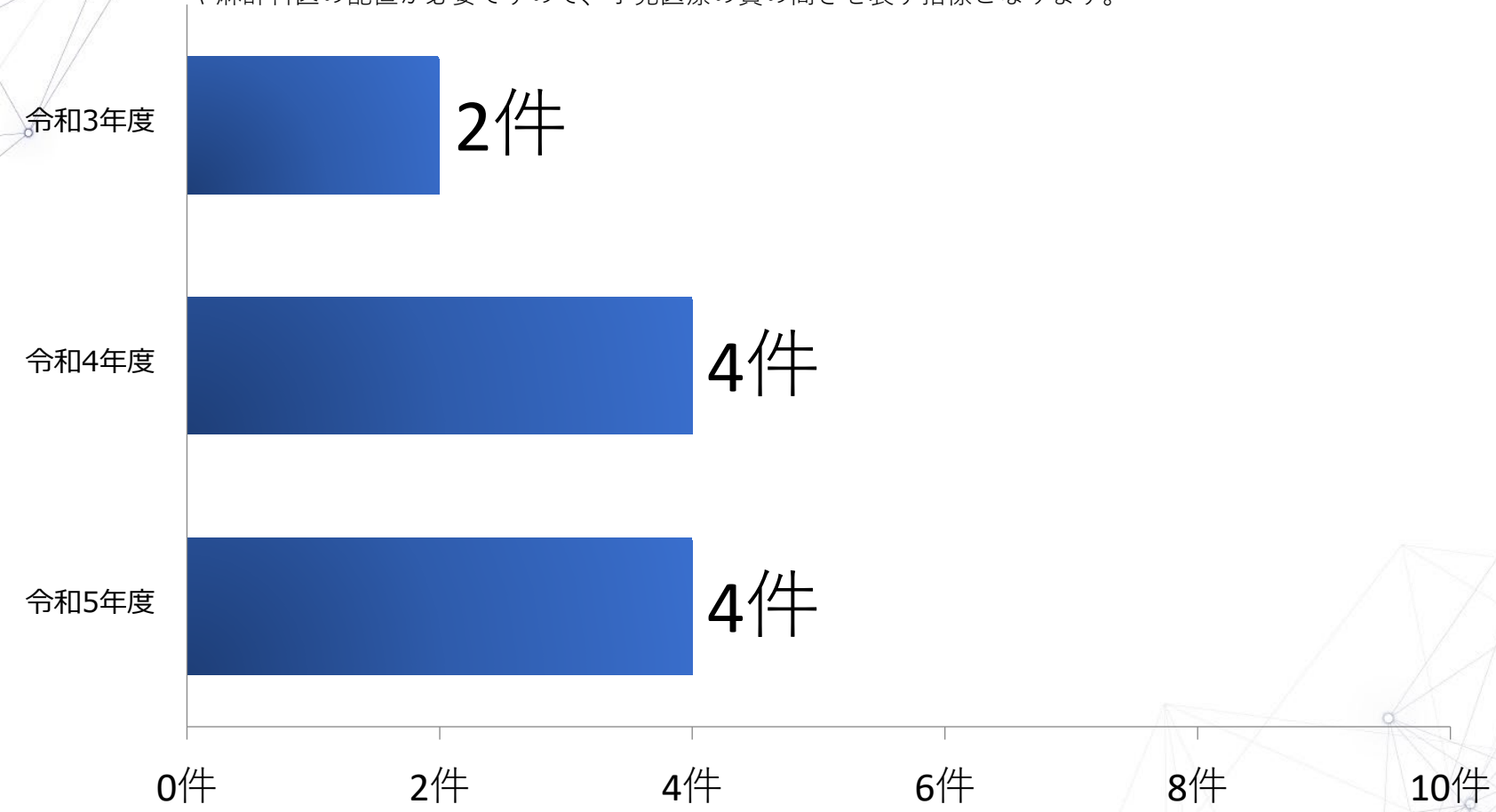


定義

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。（令和3年11月1日時点で338疾患）
参考：厚生労働省　指定難病　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html

32. 超重症児の手術件数

≪項目解説≫
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、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の手術に比べ、より高度な医療技術と治療体制が必要です。熟練した小児外科医や麻酔科医の配置が必要ですので、小児医療の質の高さを表す指標となります。

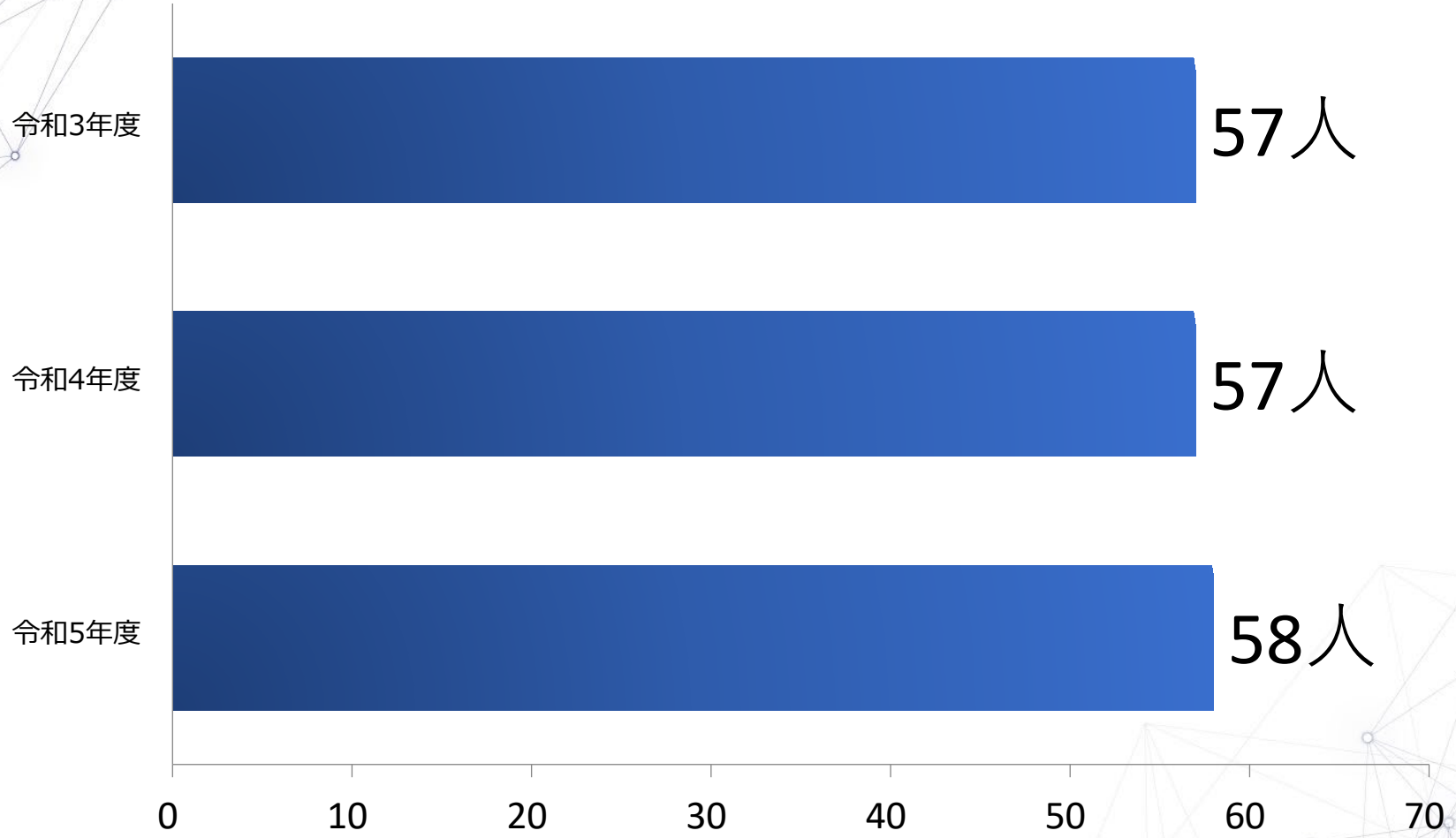


定義

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 準超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. 臨床研修医採用人数

≪項目解説≫
より魅力のある臨床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。臨床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。

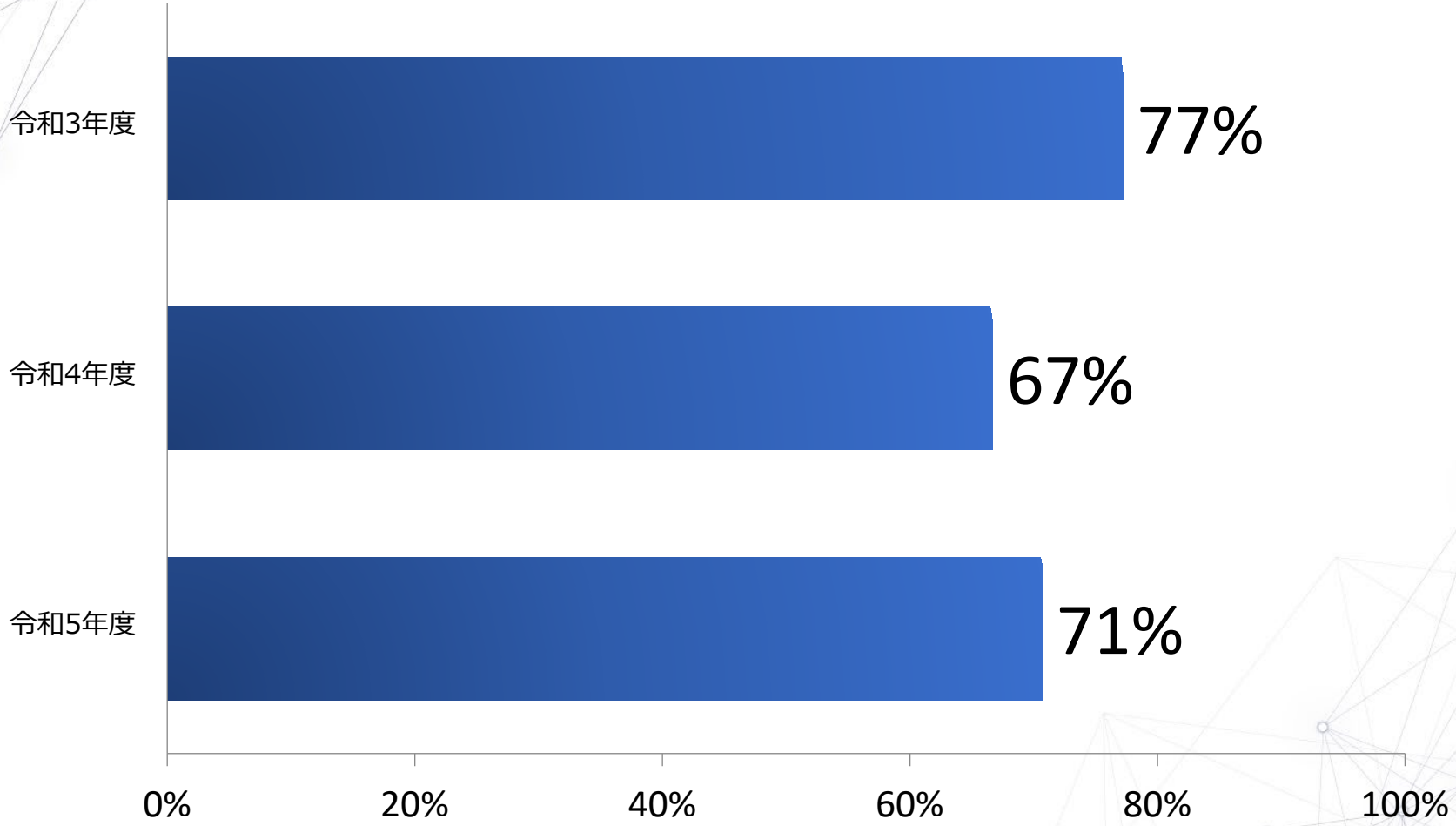


定義

臨床研修プログラム1年目の人数です。2年間の臨床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を含みます。

34. 他大学卒業の臨床研修医の採用割合

≪項目解説≫
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病院の魅力を示す指標です。

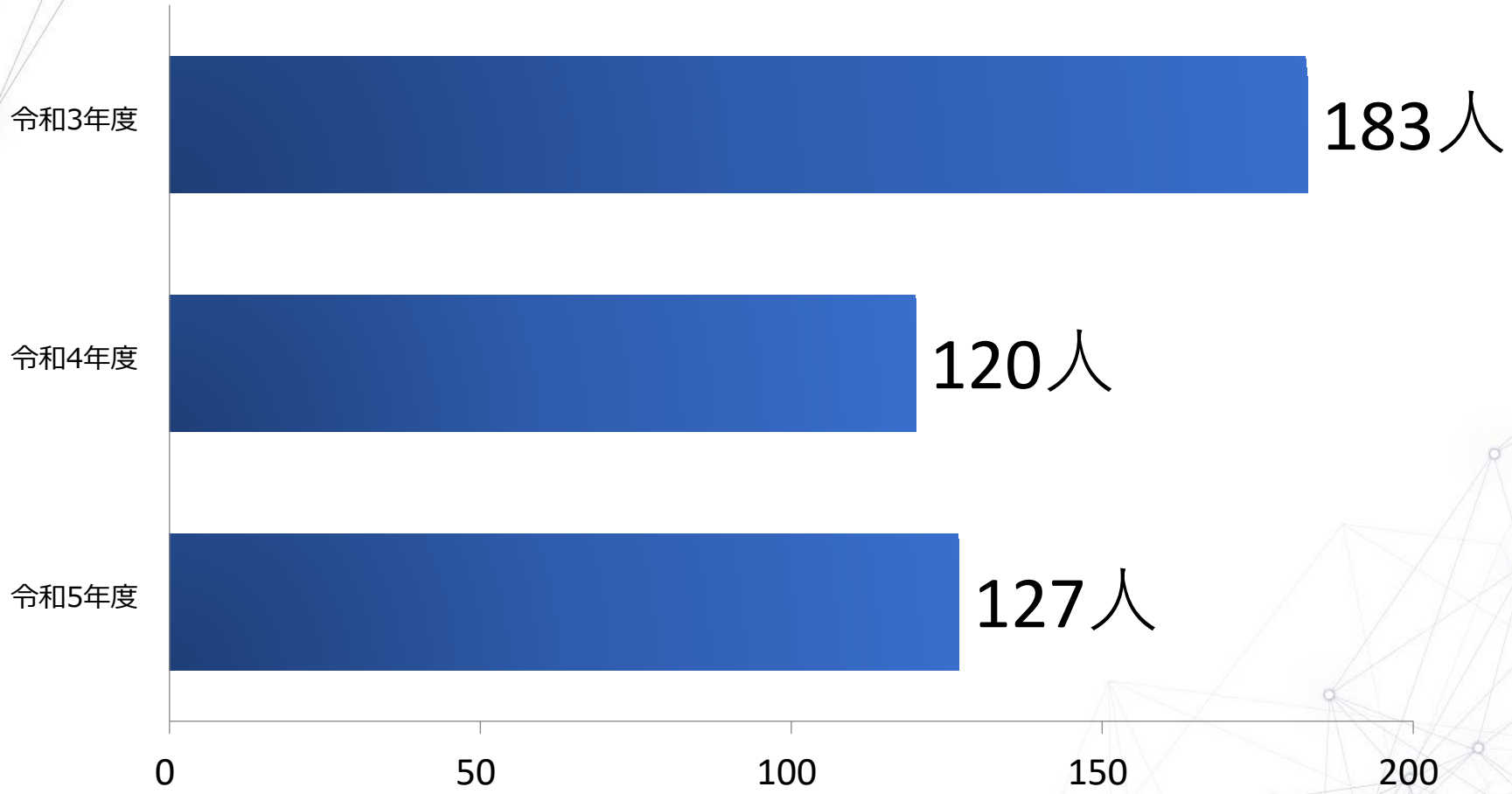


定義

他大学卒業の臨床研修医の採用割合（%）です。

35. 専門医の新規資格取得者数

≪項目解説≫
国立大学病院の社会的責任の一つに、専門性の高い医師の養成・教育に力を入れることがあります。その教育機能、高い専門的診療力を表す指標です。令和４年度調査より、調査対象を一般社団法人日本専門医機構および一般社団法人日本歯 科専門医機構の認定する専門医に限定し、認定医を対象外としています。

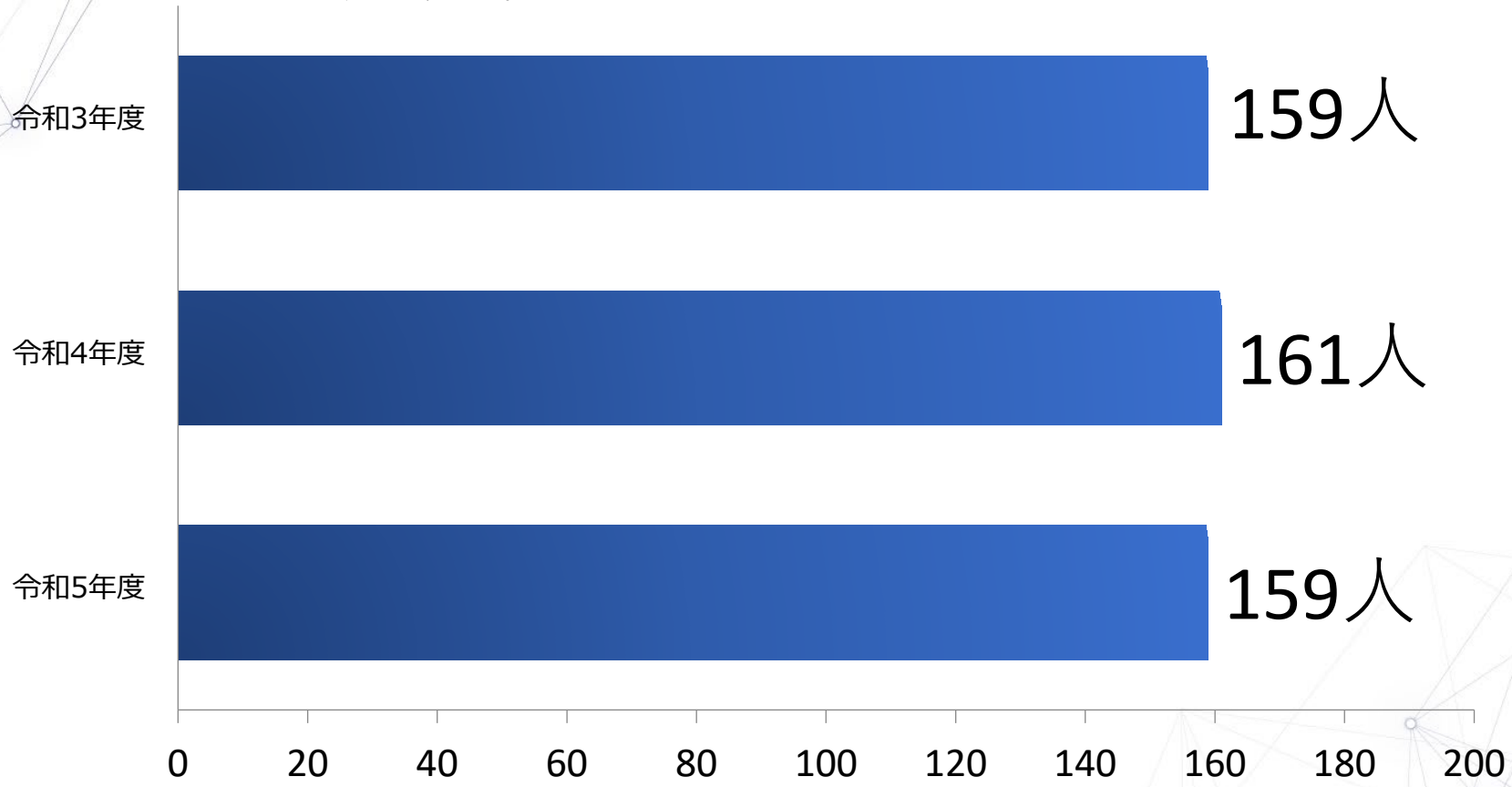


定義

自大学の専門研修プログラム修了者のうち令和5年度に専門医認定試験に合格し、令和5年度中に専門医認定書を受けた者の延べ人数です。ダブルボードによって、自大学の専門研修プログラム在籍中に専門医を取得した場合も含めます。本項目は、一般社団法人日本専門医機構および一般社団法人日本歯科専門医機構が行う専門性に関する認定に基づく専門医の数を計上します。「ID75　専門医の新規資格取得者数（歯科）」を含めた全数になります。

36. 臨床研修指導医数

≪項目解説≫
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。国立大学病院の社会的責任の一つに、診療を通し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。

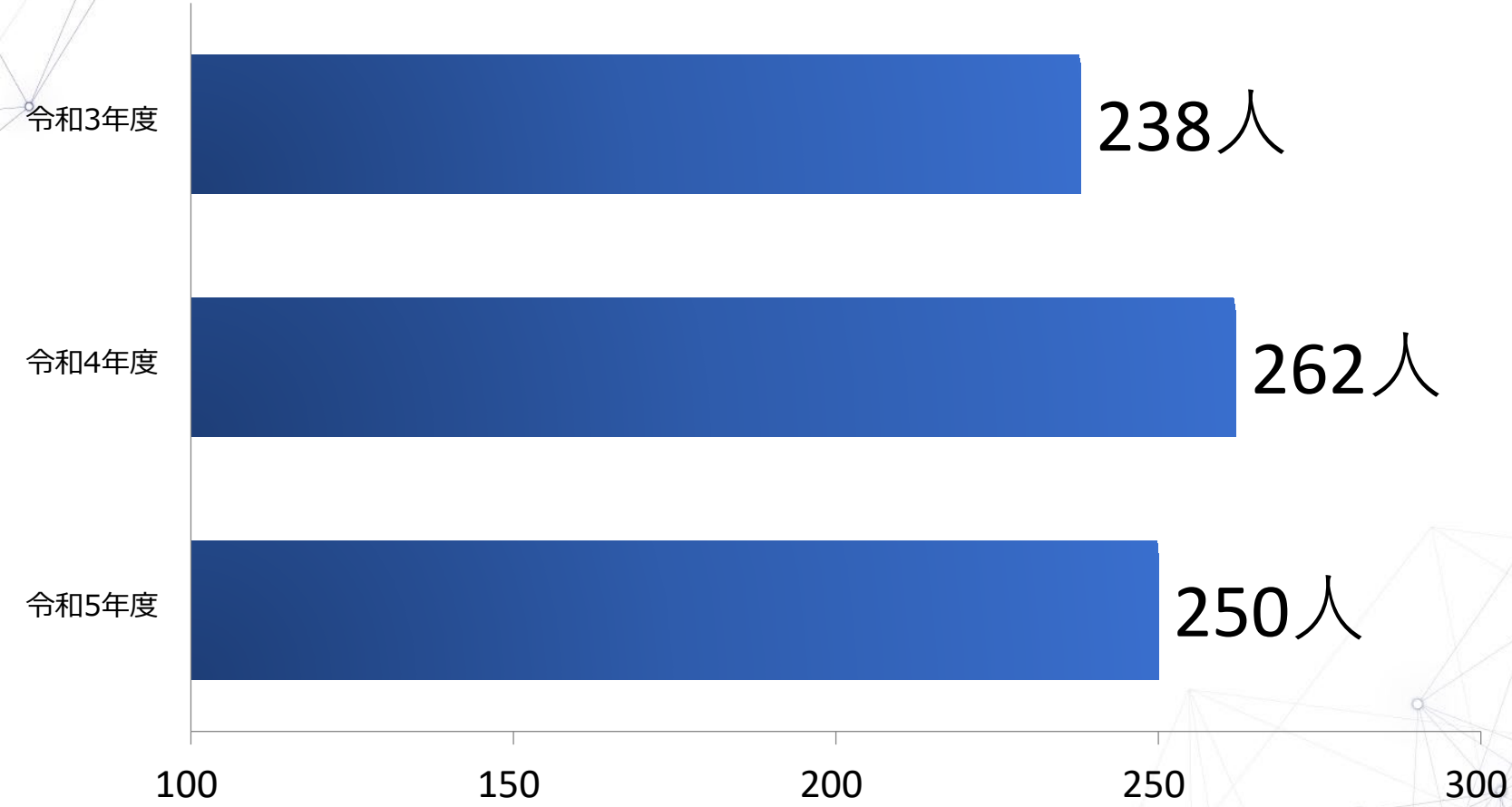


定義

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の人数です。
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：http://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

≪項目解説≫
臨床研修を終了した医師は、より高度で専門的な研修に進みます。これを一般に後期研修と呼びます。責任のある医師を地域に派遣することと密接に関係しますので、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現する指標です。

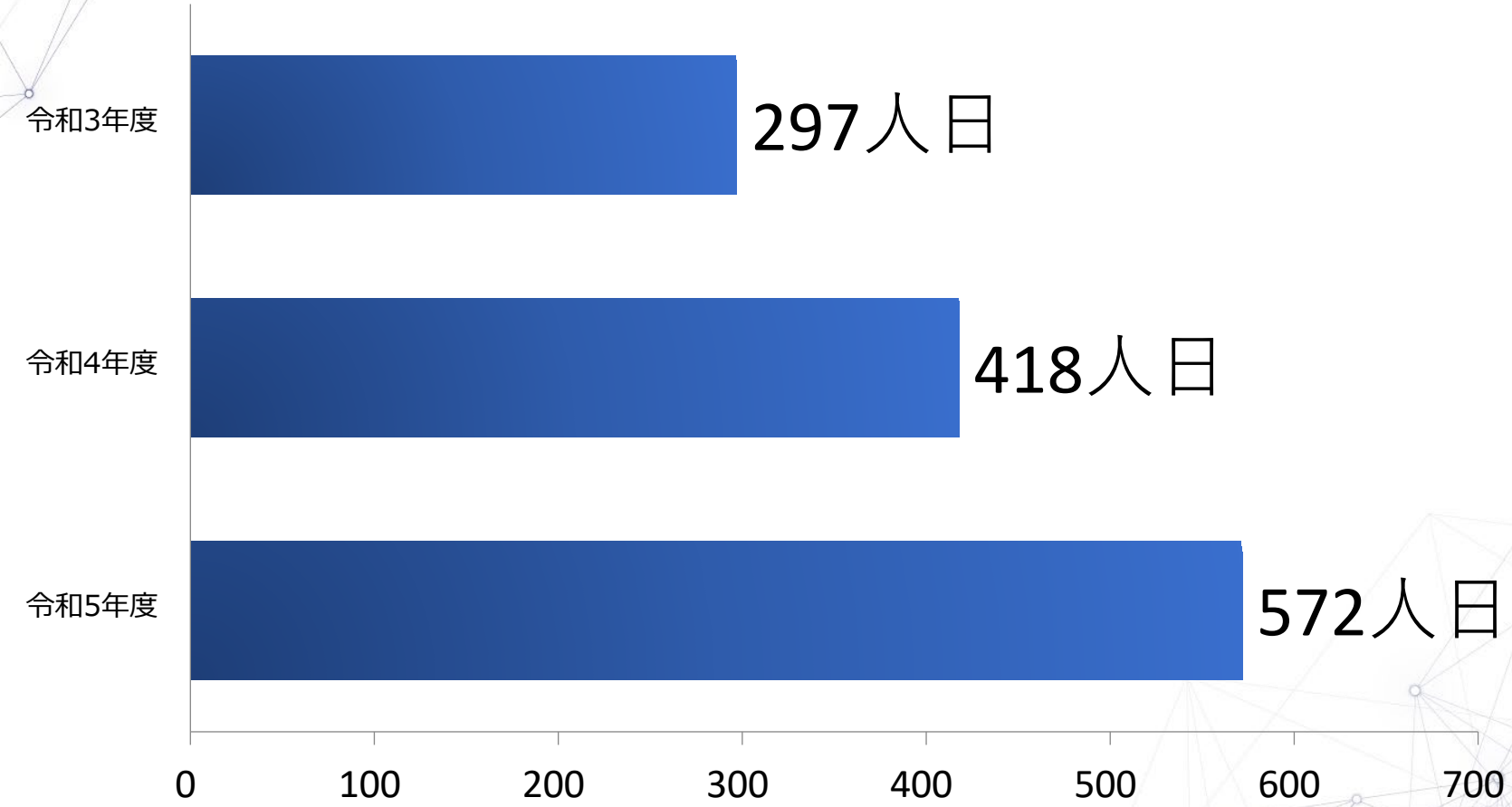


定義

専門研修プログラム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. 看護職員員（保健師・助産師・看護師、准看護師 の有資格者）の研修受入数（外部の医療機関から）

≪項目解説≫
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。

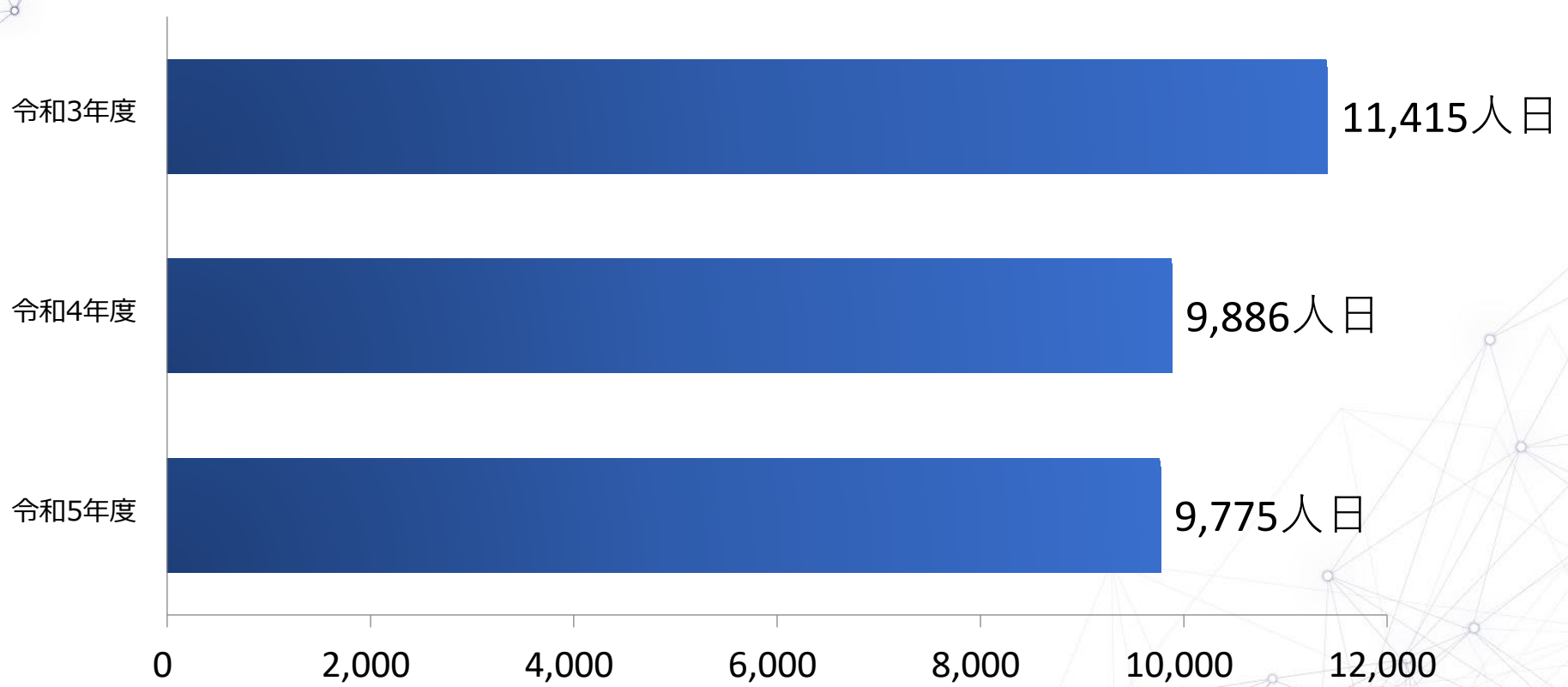


定義

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。研修前の事前学習にあたるE-learningは含みません。

39. 看護学生の受入実習学生数（自大学から）

≪項目解説≫
国立大学病院は、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ます。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。

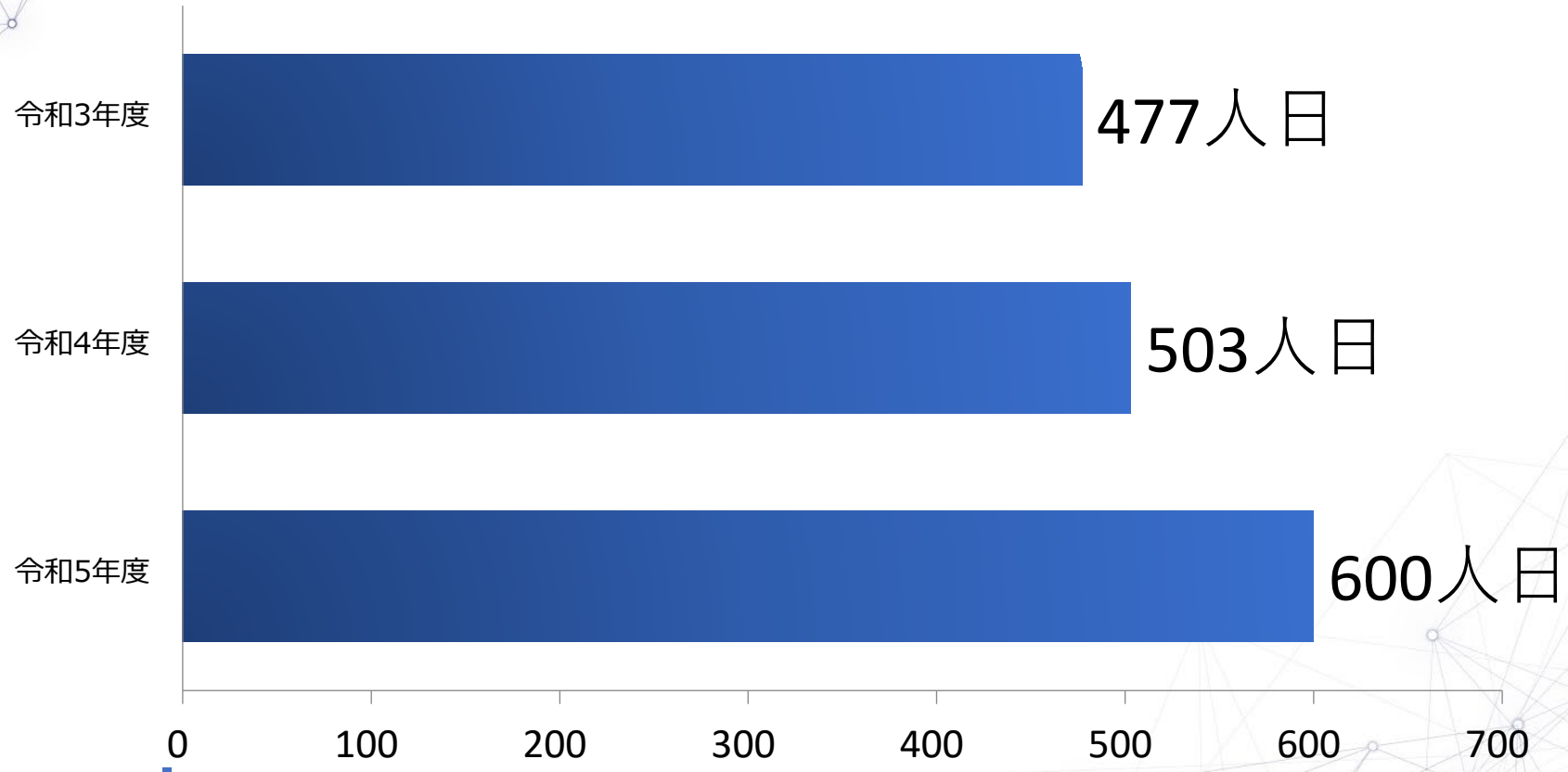


定義

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。
一日体験実習は除きます。研修前の事前学習にあたるE-learningは含みません。

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）

≪項目解説≫
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。間接的に実習の教育体制の充実度を評価することができます。単なる受け入れ人数ではなく、延べ人数（人数×日数）とすることで、臨地実習に対する貢献の程度を評価しています。

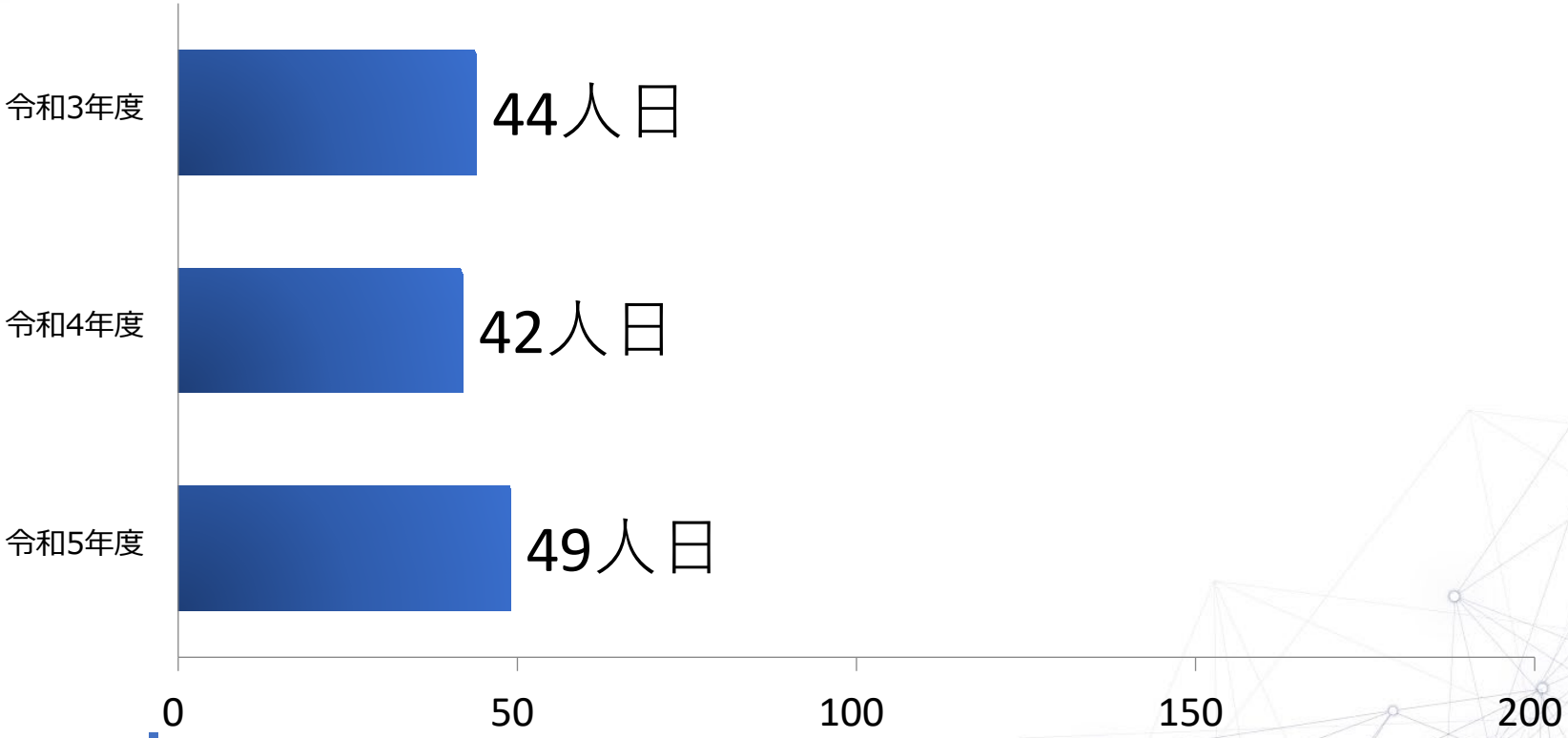


定義

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。
一日体験実習は除きます。研修前の事前学習にあたるE-learningは含みません。

41. 薬剤師の研修受入数（外部の医療機関などから）

≪項目解説≫
項目39、40は看護師教育に関する指標ですが、薬剤師も新しい医薬品や治療法などの知識習得と技術向上を、実際の臨床現場で学び続けることが必要です。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現する指標です。平成22年度より6年制の薬学生の臨床実習が必須となりました。これまで学部卒業後、更に臨床現場で学びたい薬剤師を研修生（項目41）として受け入れていましたが、現在では、ほとんどが臨床実習（項目42、43）に移行しています。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。

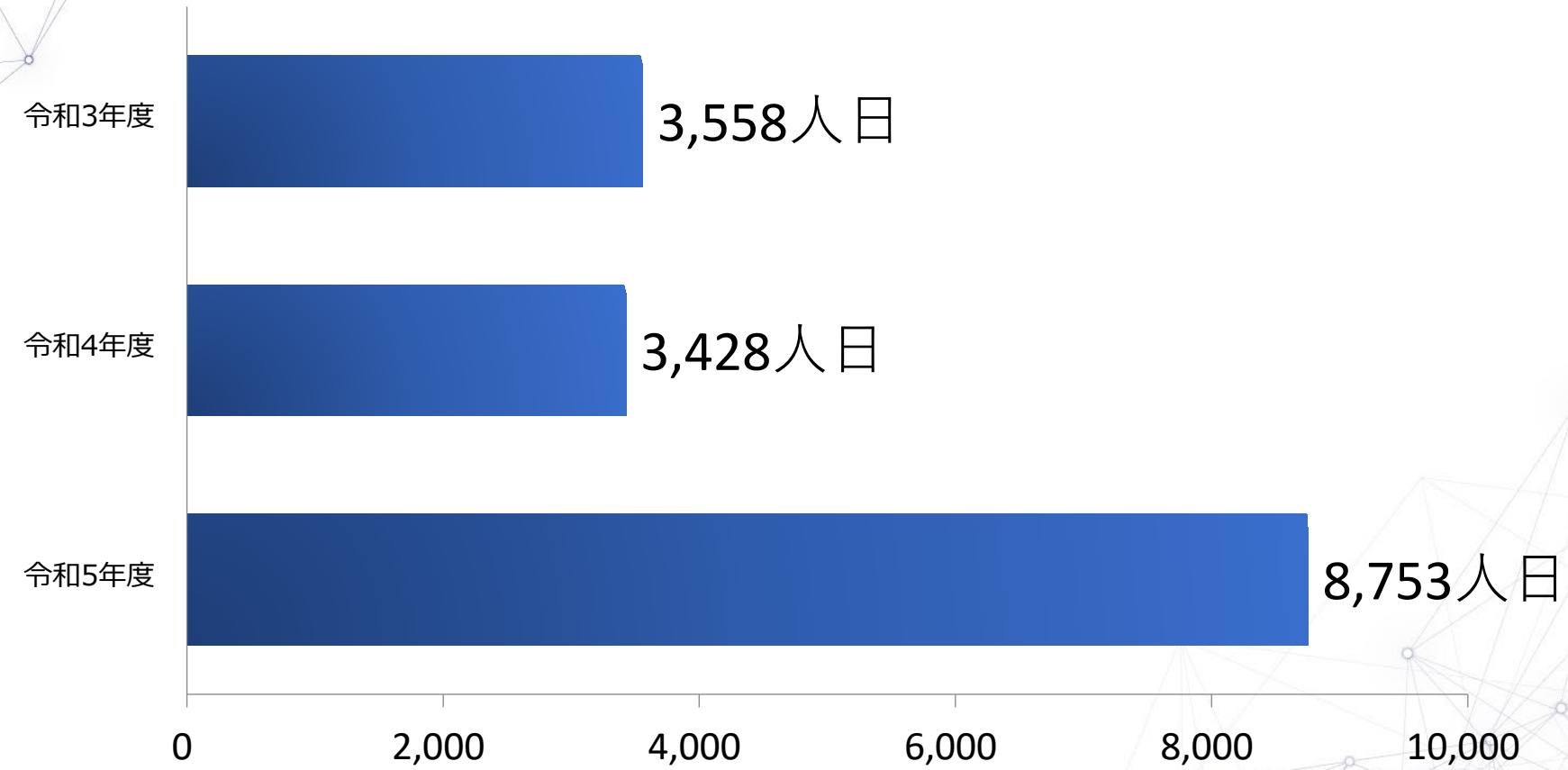


定義

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。研修前の事前学習にあたるE-learningは含みません。

42. 薬学生の受入実習学生数（自大学から）

≪項目解説≫
項目41は外部の薬剤師研修に関する指標ですが、同じ国立大学で薬剤師を目指す学生の教育も、国立大学病院の社会的責任といえます。この項目は、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。

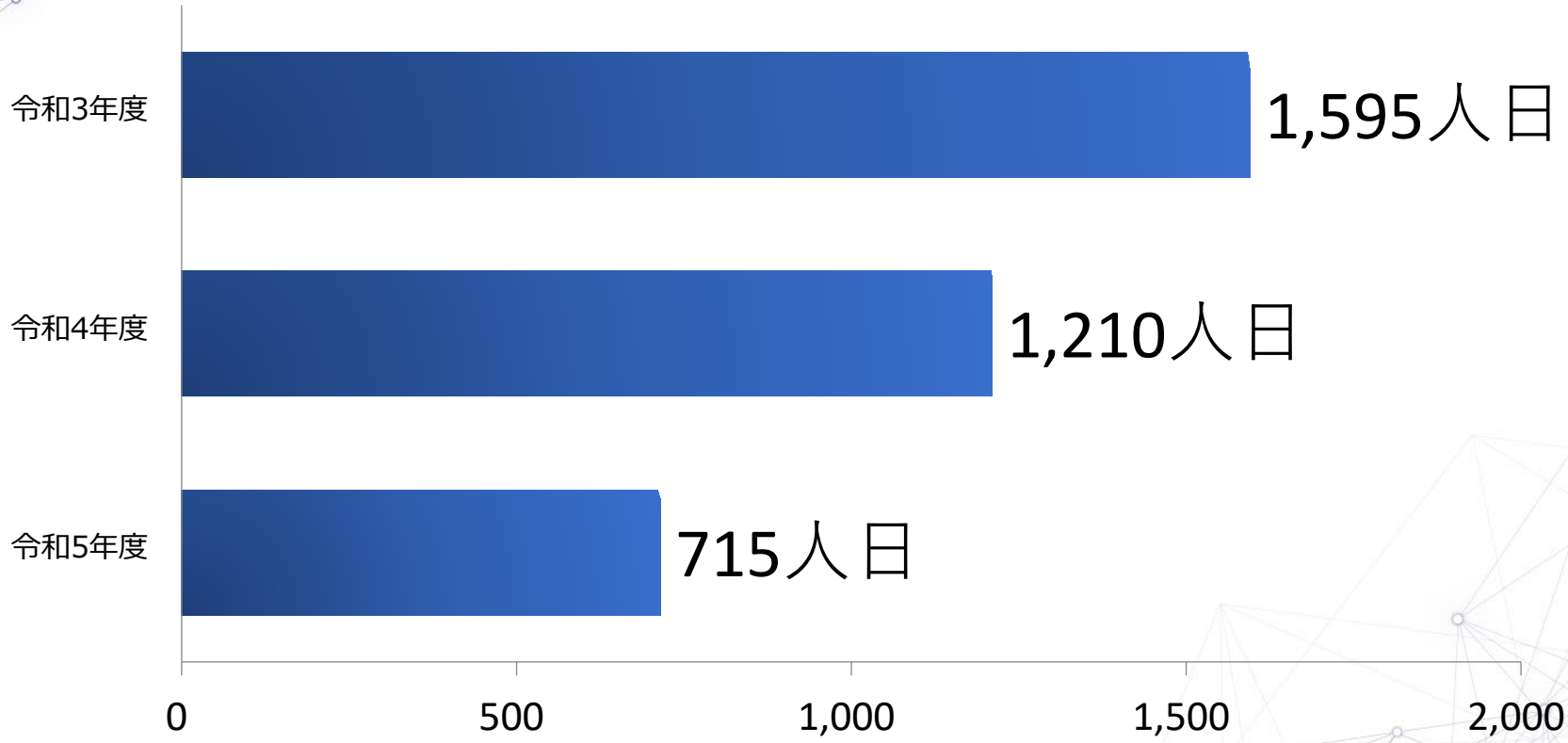


定義

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。研修前の事前学習にあたるE-learningは含みません。

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）

≪項目解説≫
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するものですが、この項目は、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現した指標です。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。

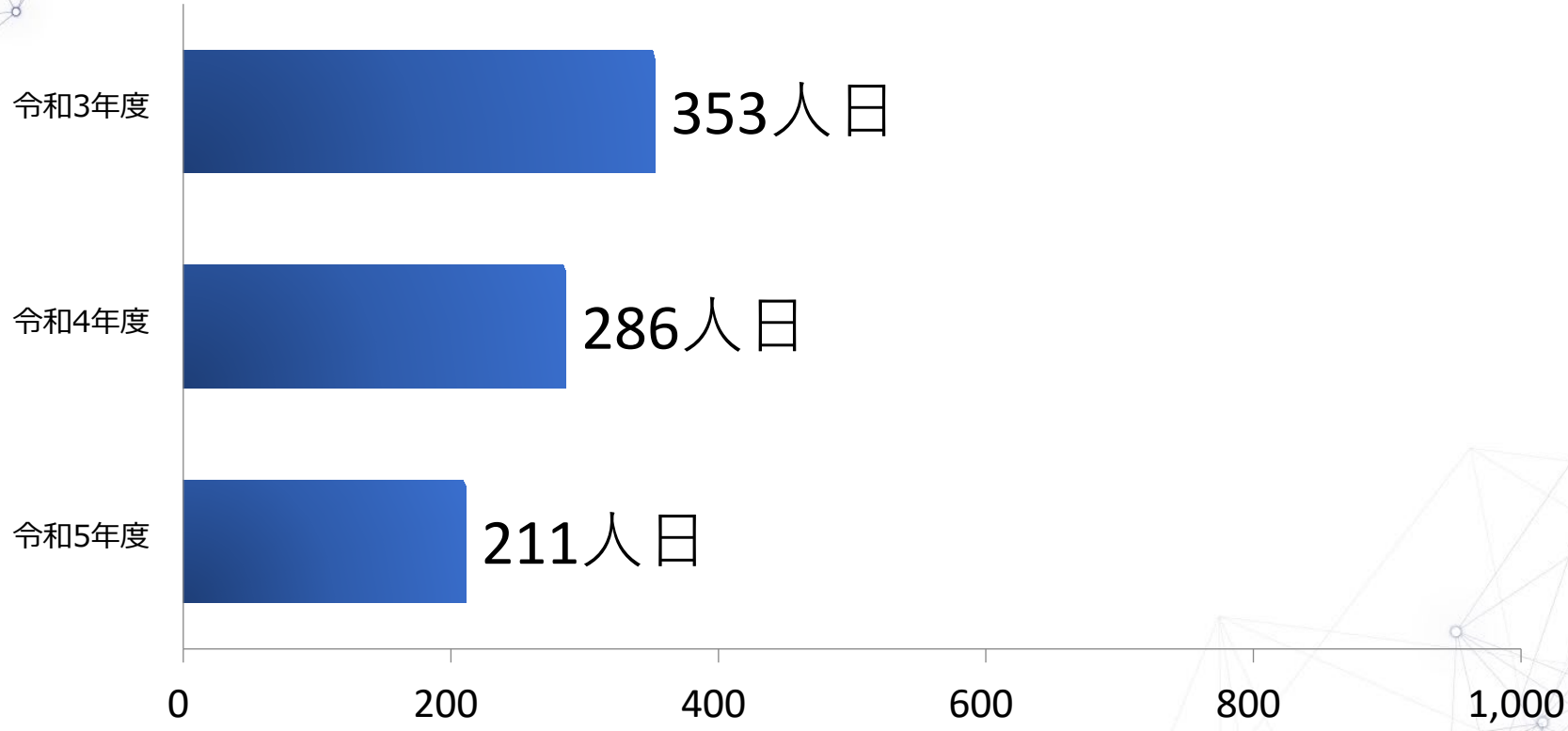


定義

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。研修前の事前学習にあたるE-learningは含みません。

44. その他医療専門職の研修受入数（外部の医療機関などから）

≪項目解説≫
項目38から43までは、看護師、薬剤師に関する指標ですが、国立大学病院が医療を提供していくためには、他の医療関係者の教育にも責任を持つ必要があります。看護職員、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。

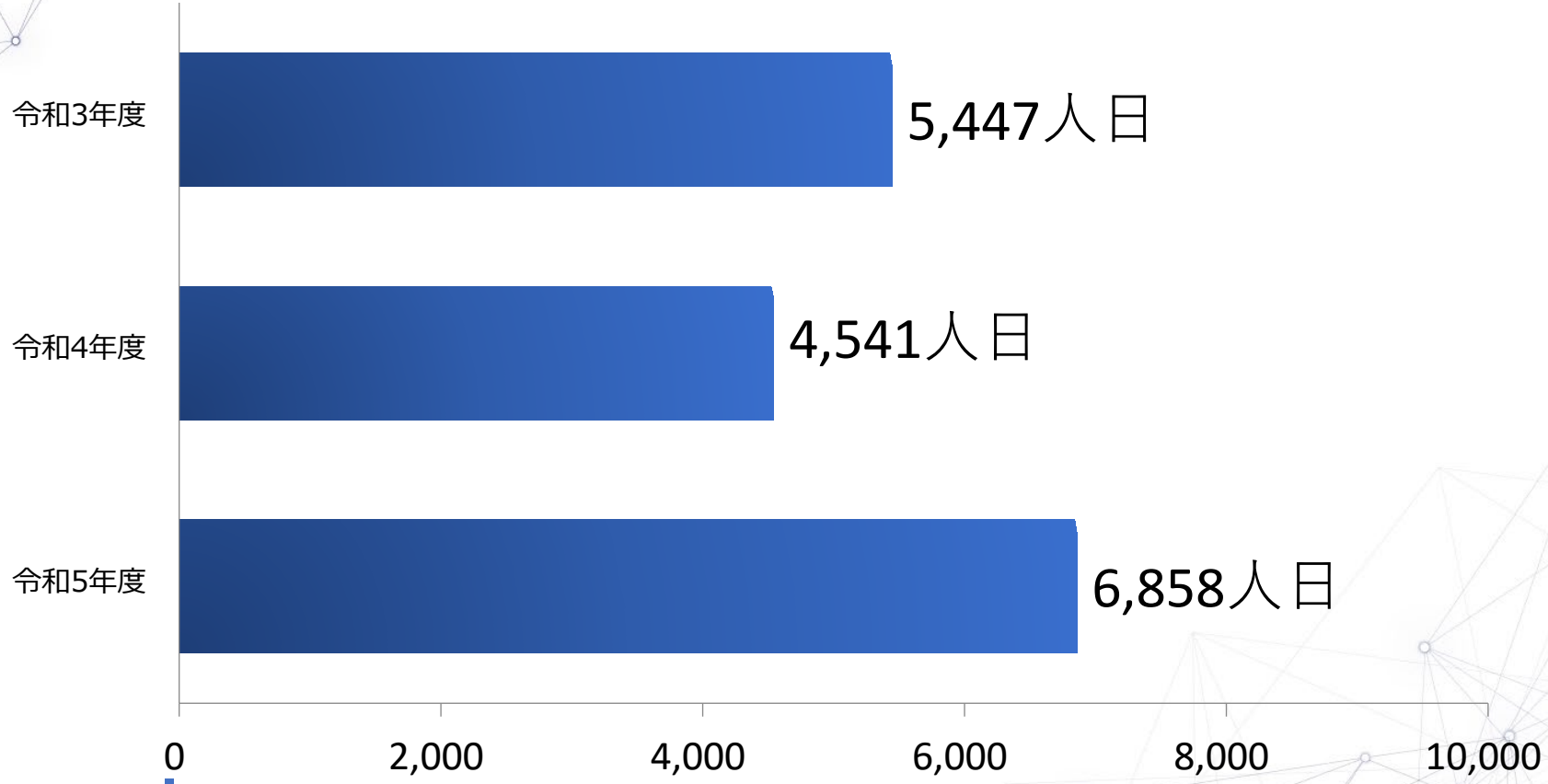


定義

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。研修前の事前学習にあたるE-learningは含みません。
（※）参考URL:https://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）

≪項目解説≫
項目44は、既に臨床現場で仕事をしている看護師または薬剤師以外の国家資格を持つ人材の教育を評価する指標ですが、これらを目指す学生への教育も国立大学病院の社会的責任の一つといえます。同じ国立大学に在籍し、看護職員または薬剤師以外の国家資格取得を目指す学生に対する教育体制を表現した指標です。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。

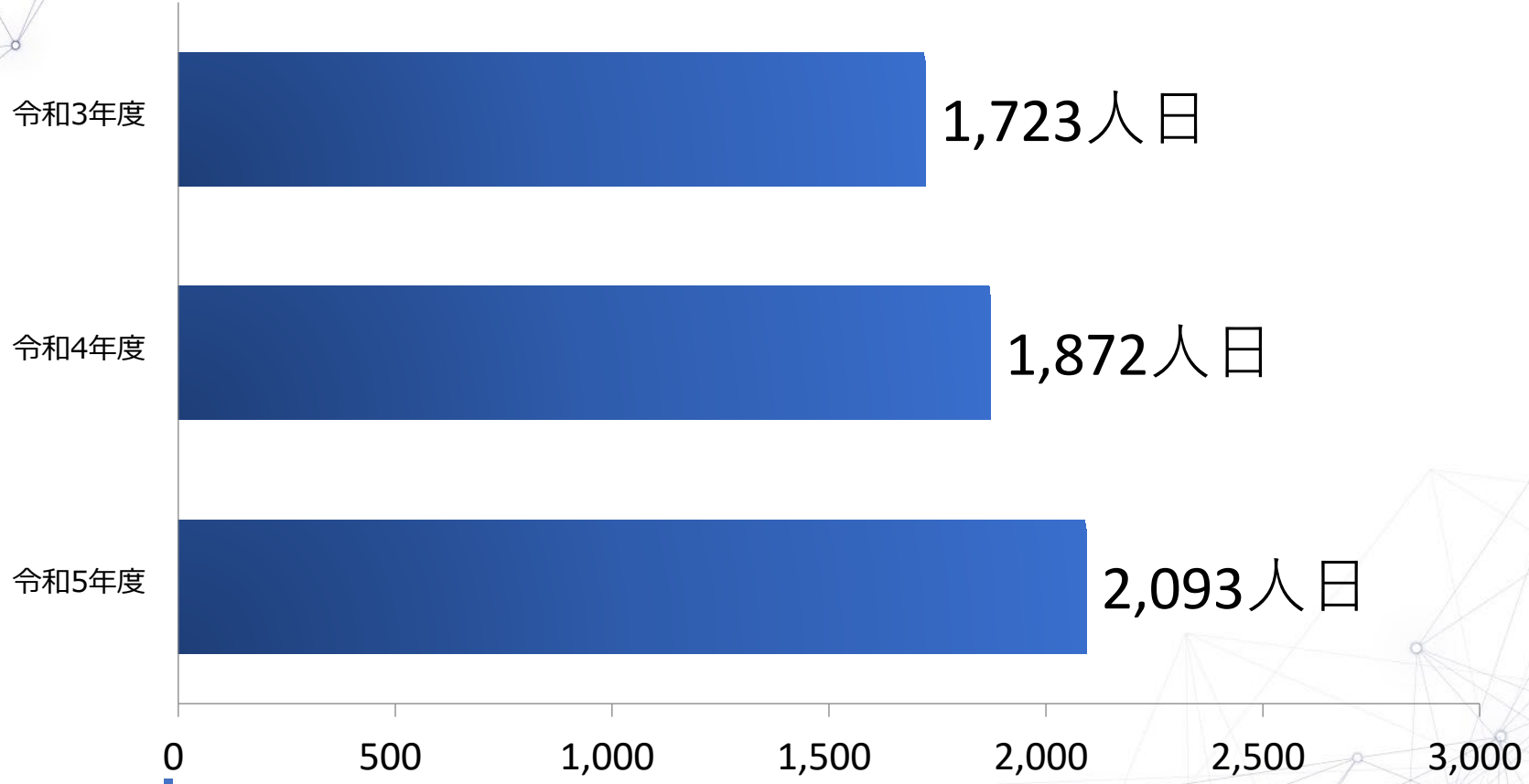


定義

1年間の自大学の実習学生延べ人日（人数×日数）です。一日体験実習は除きます。その他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。研修前の事前学習にあたるE-learningは含みません。

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）

≪項目解説≫
項目45は同じ国立大学に在籍する学生に関する指標ですが、この項目は、自大学以外の教育機関に在籍し、看護職員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。

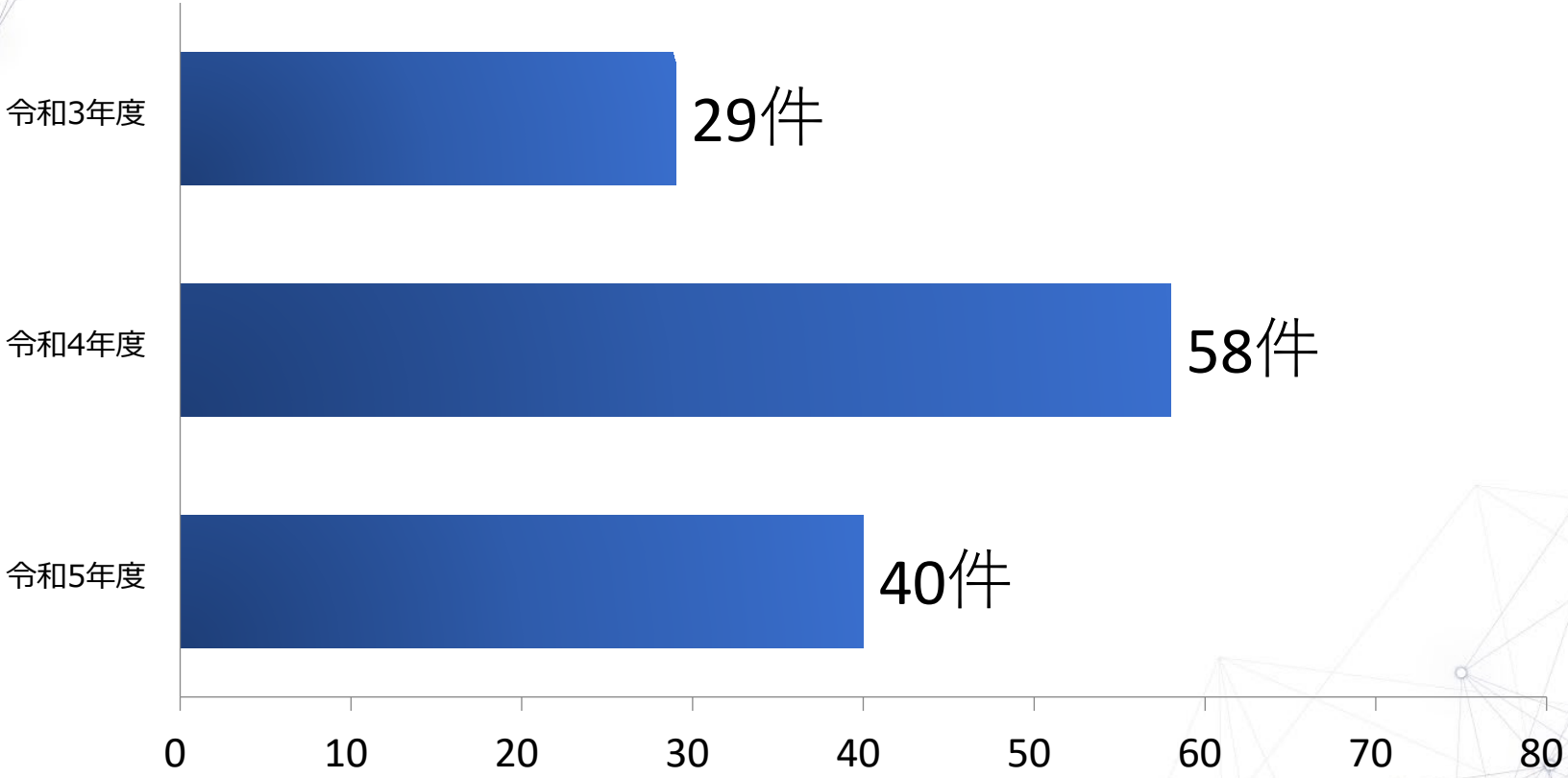


定義

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。
その他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。研修前の事前学習にあたるE-learningは含みません。

47.全医療従事者向け研修・講習会開催数

≪項目解説≫
全医療従事者向けの研修・講習会は、全ての医療人に求められる能力の習得を図るために必要なものです。本項目は、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。

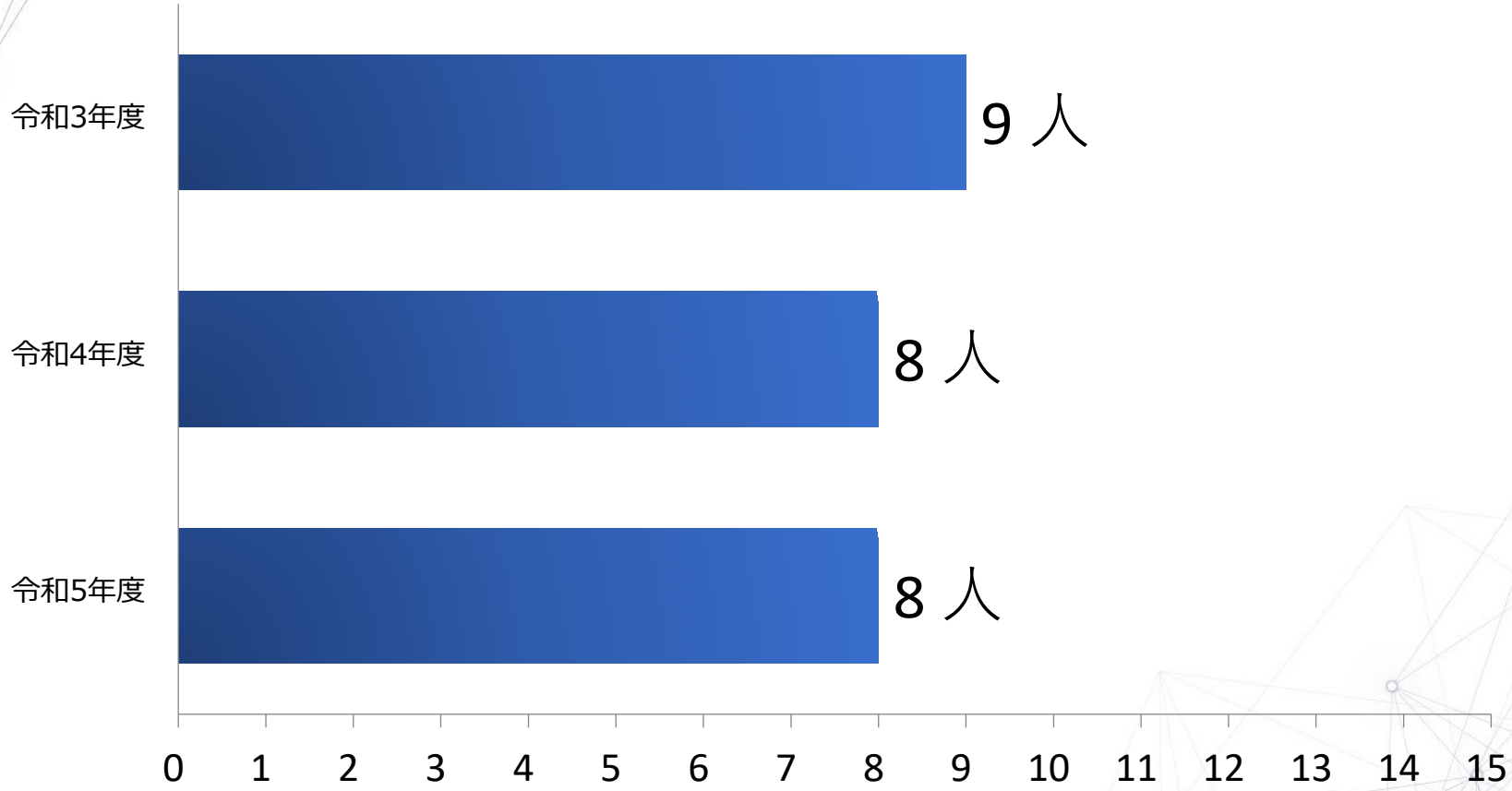


定義

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、保険診療講習会、災害対策、ハラスメント防止、個人情報保護関連の講習などを含む）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.臨床研修指導医講習会の新規修了者数

≪項目解説≫
臨床研修指導医（以下、指導医）講習会は、指導医が臨床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。指導医講習会は、厚生労働省が示す指針に基づいた講習内容となっており、指導医は7年以上の臨床経験を有する必要もあります。指導医講習会の新規終了者数は、国立大学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。

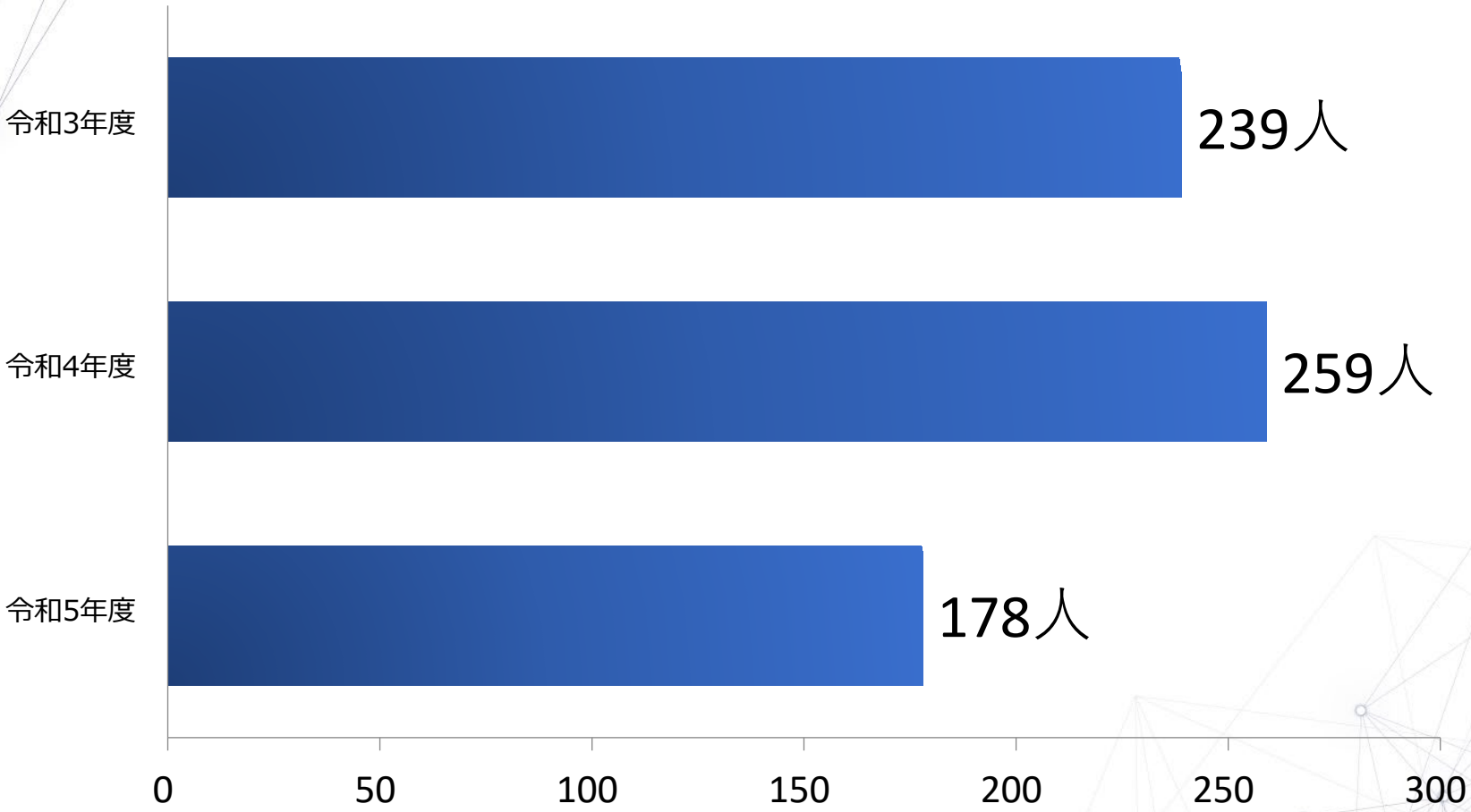


定義

年度中に自院に在籍中に新たに臨床研修指導医講習会を修了した人数です。

49. 専門研修（基本領域）新規登録者数

≪項目解説≫
基本領域の専門医とは、19領域に分かれており一般社団法人日本専門医機構が認定しているもので、その取得には各大学などが実施する専門医研修を受ける必要があります。本項目は、基本領域の専門医資格取得を目指している国立大学病院の医師数を把握する指標となります。

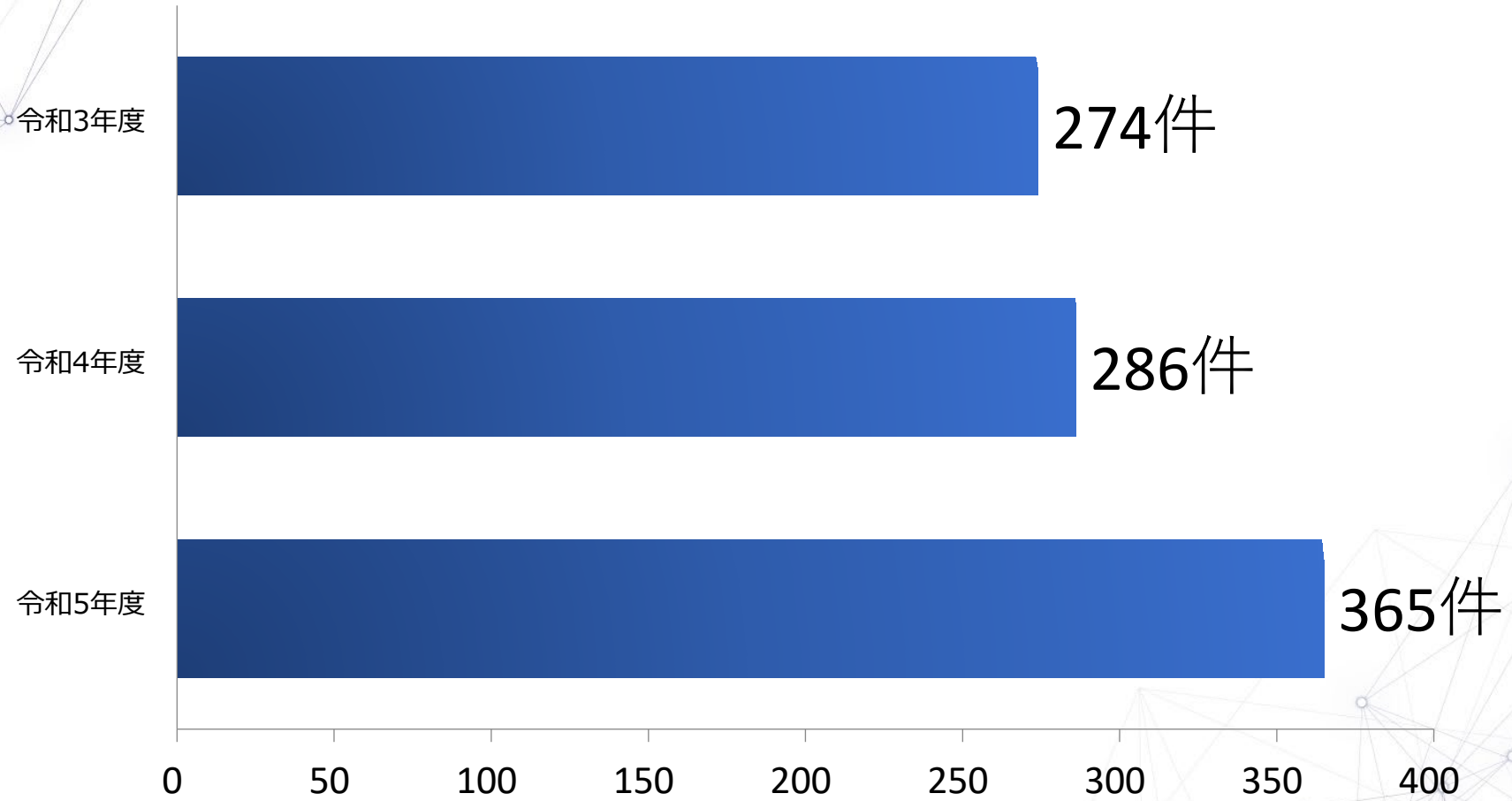


定義

各年6月1日時点の基本領域（19領域）における専門研修プログラム新規登録者数の実人数です。

50. 企業主導治験の件数

≪項目解説≫
新規開発の医薬品、医療機器や再生医療等製品の治験を行うことは、国立大学病院にとって重要な社会的責任の一つです。それらをどの程度実施しているのかを表現する指標で、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も反映しています。

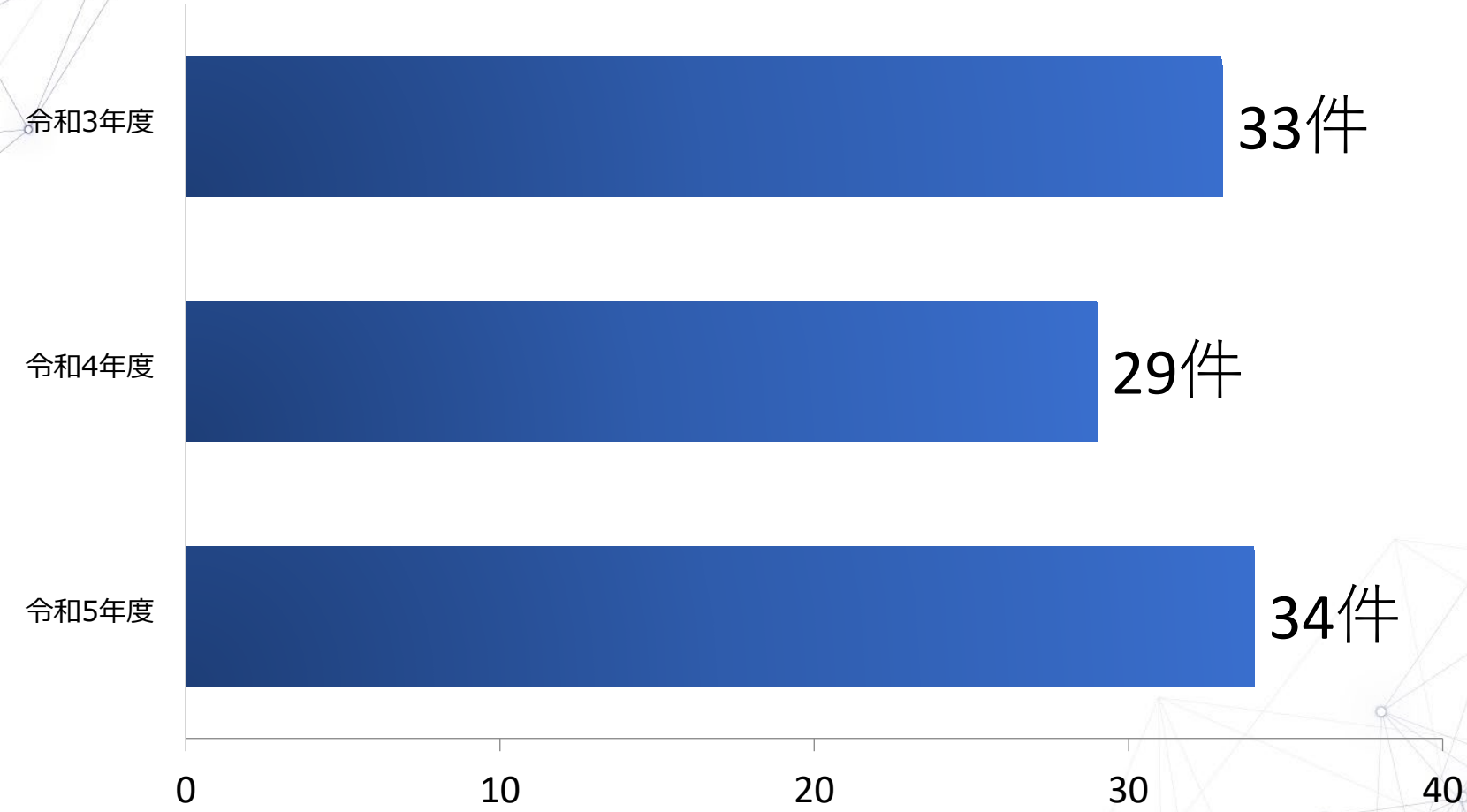


定義

期間内に新たに治験依頼者と新規契約した企業主導治験数「新規試験件数」と、調査対象年度以前に開始し、期間内も継続して実施した「継続試験件数」の合計です。

51. 医師主導治験件数

≪項目解説≫
医療上必要性の高い新しい治療法の開発のため、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いいます。希少疾患や難病を対象とすることも多く、難しい治験を実施するためには、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。治験を医師主導で行おうとする、医師たちの積極的な姿勢を表現する指標です。

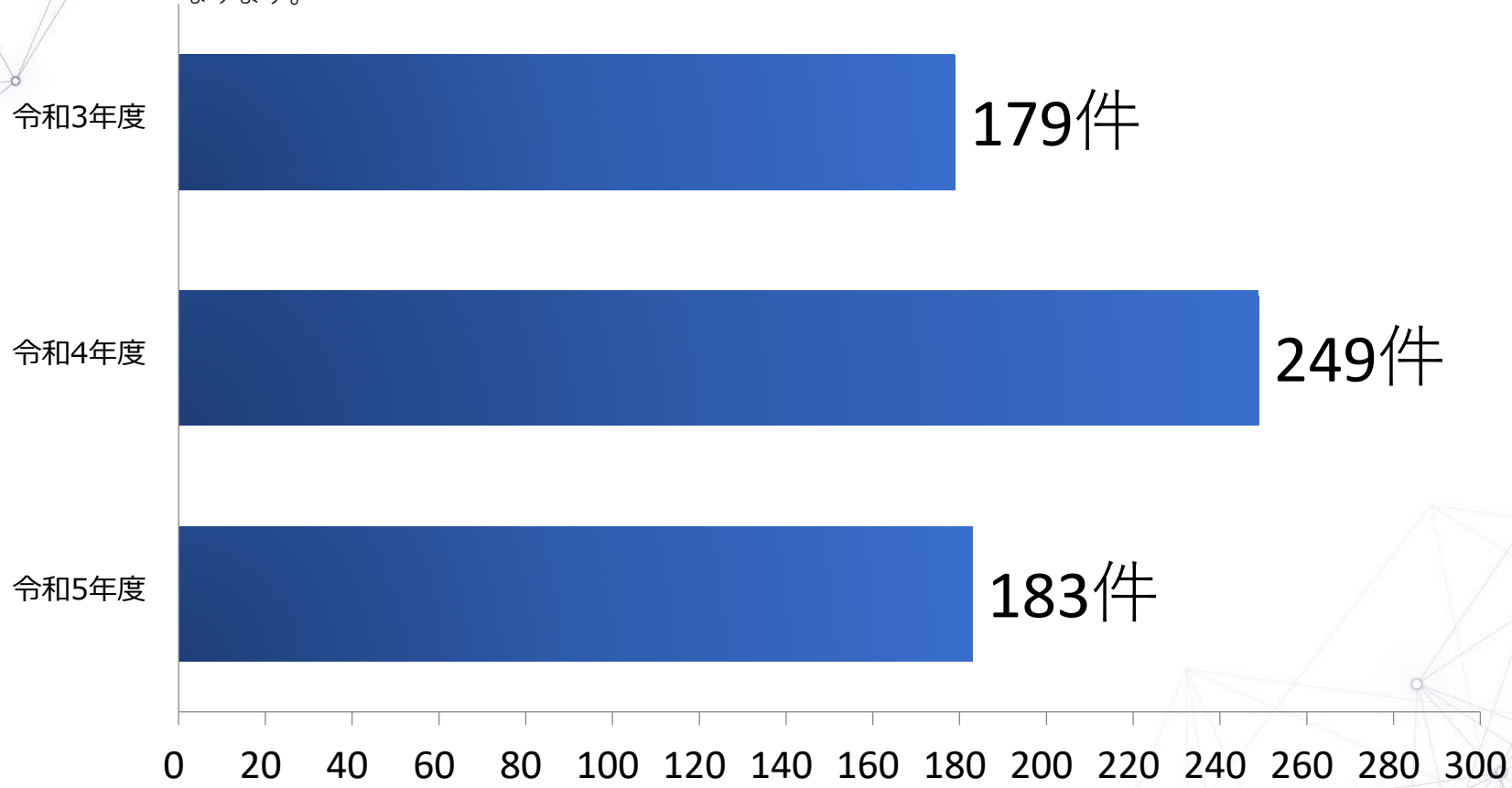


定義

期間内に新たに治験計画届を提出した医師主導治験数「新規試験件数」と、調査対象年度以前に開始し、期間内も継続して実施した「継続試験件数」の合計です。自施設の研究者が自ら治験を実施する者として実施する治験で、自施設の研究者が届出代表者の場合と、他施設の研究者が届出代表者の場合を含めます

52.臨床研究法を遵守して行う臨床研究数

≪項目解説≫
臨床研究法上の臨床研究は、医薬品、医療機器、再生医療等製品を人に対して用いることにより、これらの有効性や安全性を明らかにする研究と定義されています。このような臨床研究に取組み、よりよい医療のためのエビデンスを構築することは、国立大学病院の社会的責任の一つでもあります。「臨床研究法を遵守して行う臨床研究数」は、各国立大学病院における利益相反管理などの体制整備下、施行規則などを遵守して適正に臨床研究が行われていることを評価する指標になります。

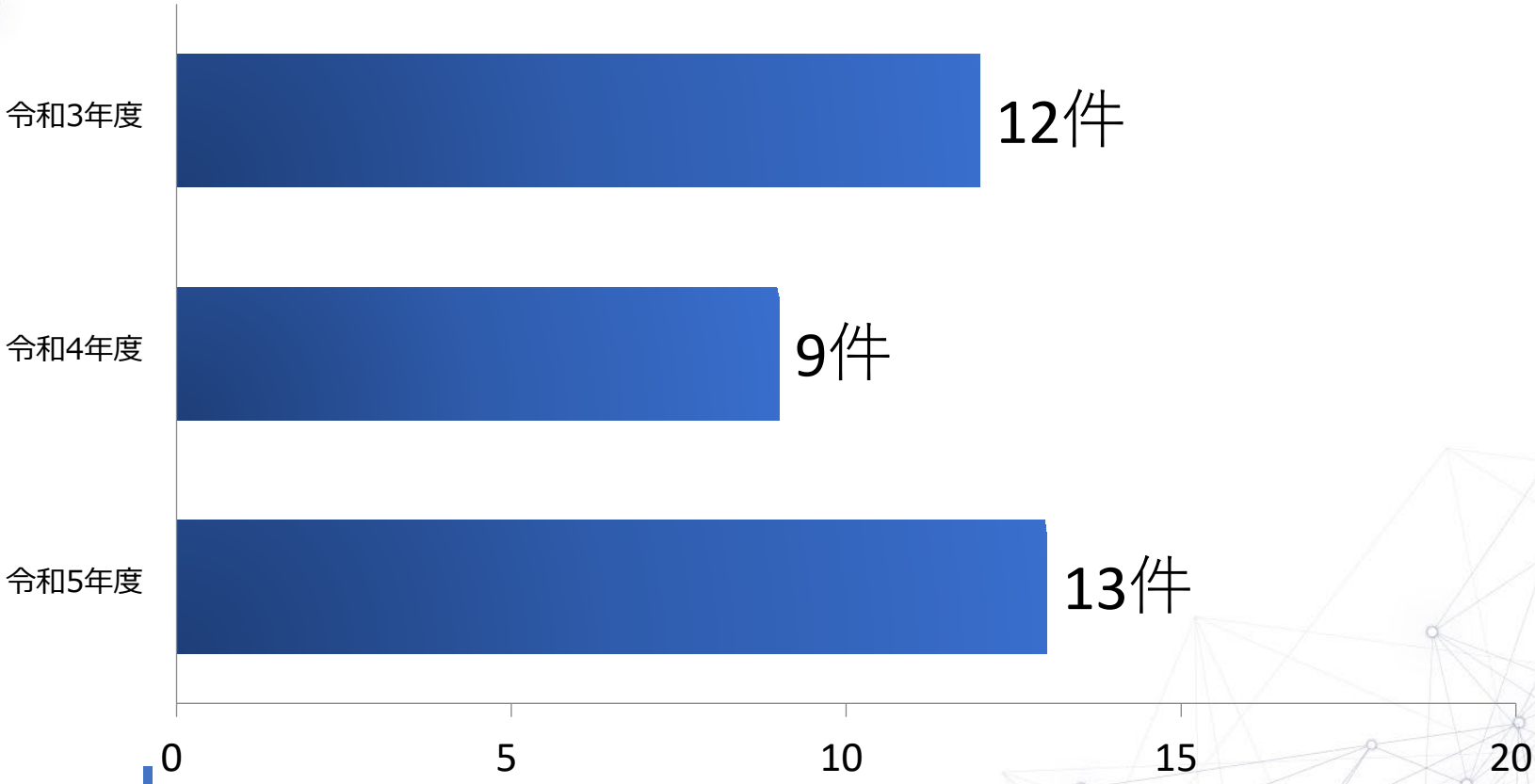


定義

期間内に新たにｊＲＣＴに公開された特定臨床研究（臨床研究法を遵守して行う努力義務研究を含む）「新規試験件数」と、調査対象年度以前に開始し、期間内も継続して実施した「継続試験件数」の合計です。自施設の研究者が主導して行う臨床研究（単施設試験を含む）と、従として行う臨床研究の合計件数とします。

53.認定臨床研究審査委員会の新規審査研究数

≪項目解説≫
臨床研究法を遵守して行う臨床研究は、厚生労働大臣により認可を受けた認定臨床研究審査委員会で審査されることになっています。委員会は、臨床研究に関する専門的な知識経験を有する者により構成され、複数医療機関が共同で行う臨床研究であっても、中央一括で審査意見業務を行います。「認定臨床研究審査委員会の新規審査研究数」は、国立大学が設置した委員会が適正な審査を行うことにより、国内で行われる臨床研究の倫理性と透明性の確保に寄与していることを示す指標となります。倫理的及び科学的観点から審査意見業務が行われ、公正な審査体制が整備されていることを意味します。

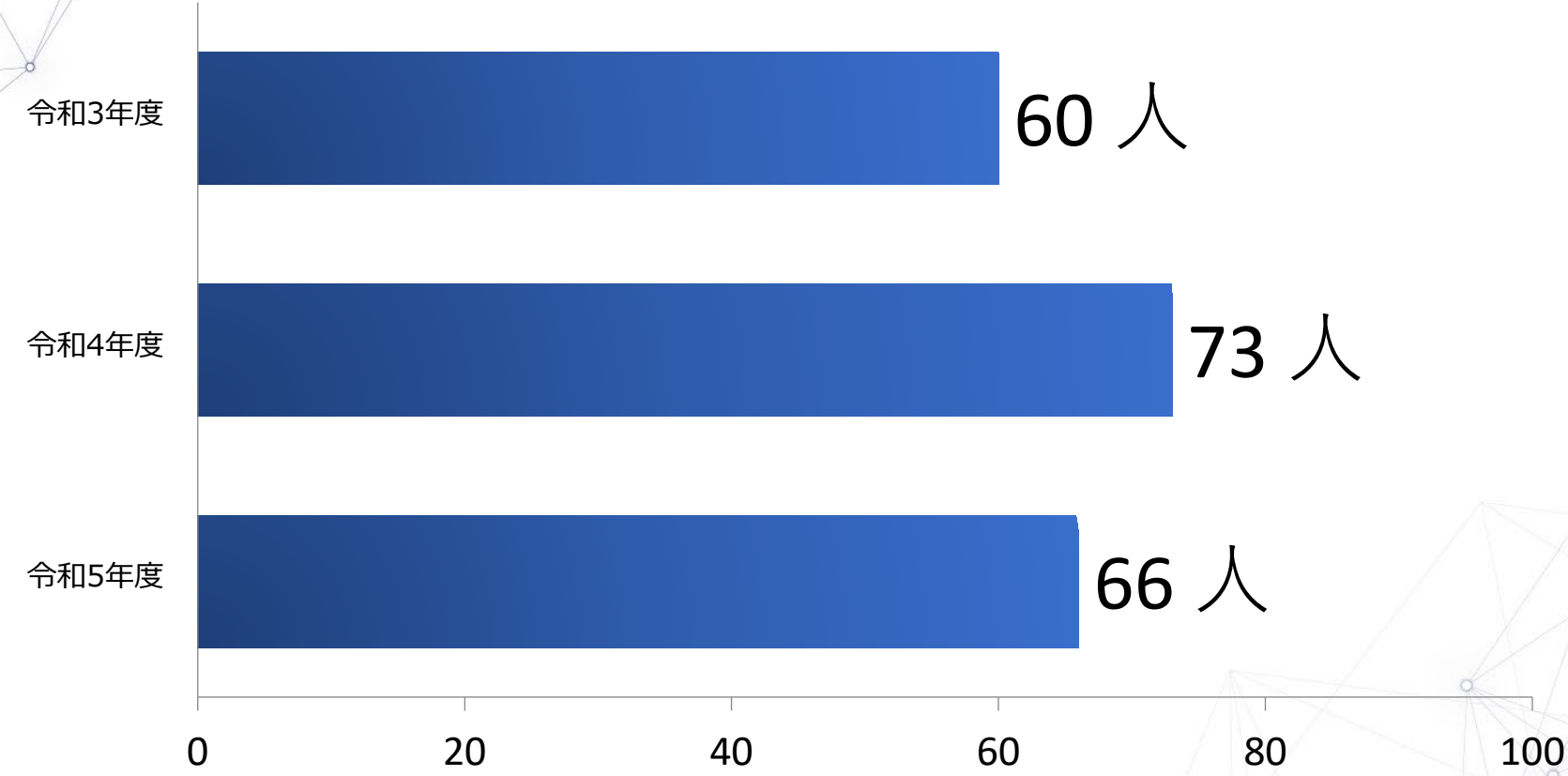


定義

期間内に自施設で設置した認定臨床研究審査委員会で審査した新規臨床研究数で、臨床研究法を遵守して行う特定臨床研究のほか、臨床研究法を遵守して行う努力義務研究の審査を含みます。

54.全臨床研究専門職のFTE（常勤換算人数）

≪項目解説≫
国立大学病院では「研究倫理遵守を徹底し、臨床研究の信頼性・安全性を確保し、適正な研究活動に邁進する」、「先端医療の研究・開発を推進するために人材を確保し、基盤を整備する」などの提言の実現に向けた取組を展開しています。その取り組みを進めるにあたり、臨床研究を専門的に支援するスタッフの確保と育成が課題です。「臨床研究専門職のＦＴＥ(Full-Time Equivalent)」は、各大学病院の研究基盤の整備状況を客観的に把握し、スタッフの教育・研究体制の充実度を評価するための指標です。

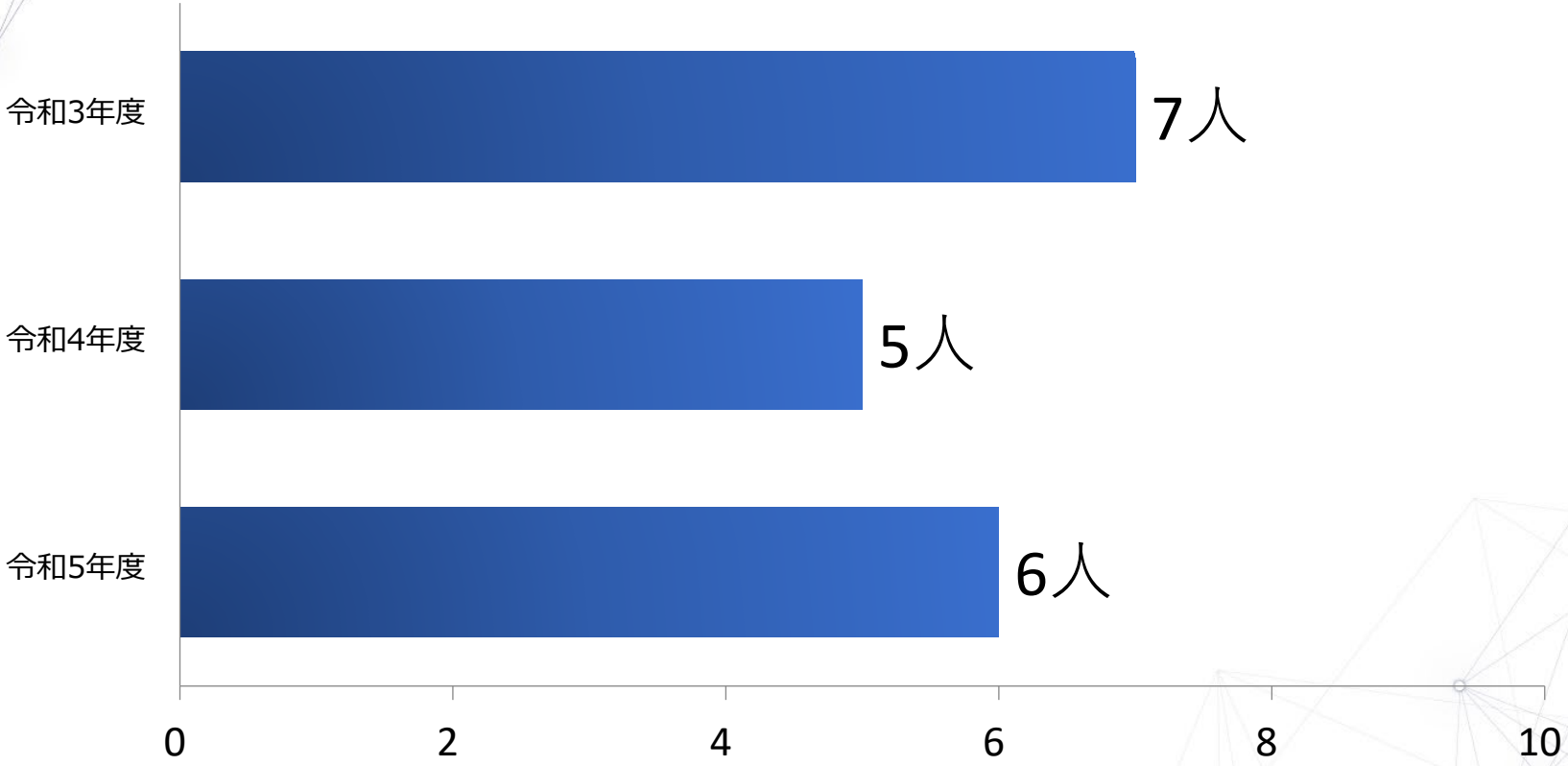


定義

4月1日時点で自大学病院に雇用されている全臨床研究専門職（研究・開発戦略支援者（プロジェクトマネジャー）、調整・管理実務担当者（スタディマネジャー）、ＣＲＣ、モニター、データマネジャー、生物統計学専門家、監査担当者、臨床薬理専門家、倫理審査を行う委員会の事務局担当者、教育・研修担当者、臨床研究相談窓口担当者、研究推進を担当する専任教員）の合計ＦＴＥとします。

55.研究推進を担当する専任教員数

≪項目解説≫
各国立大学病院では「研究倫理遵守を徹底し、臨床研究の信頼性・安全性を確保し、適正な研究活動に邁進する」、「先端医療の研究・開発を推進するために人材を確保し、基盤を整備する」などの提言の実現に向けた取組を展開しています。その取り組みを進めるにあたり、根本的な課題は、人員（教員）の拡充であり、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。

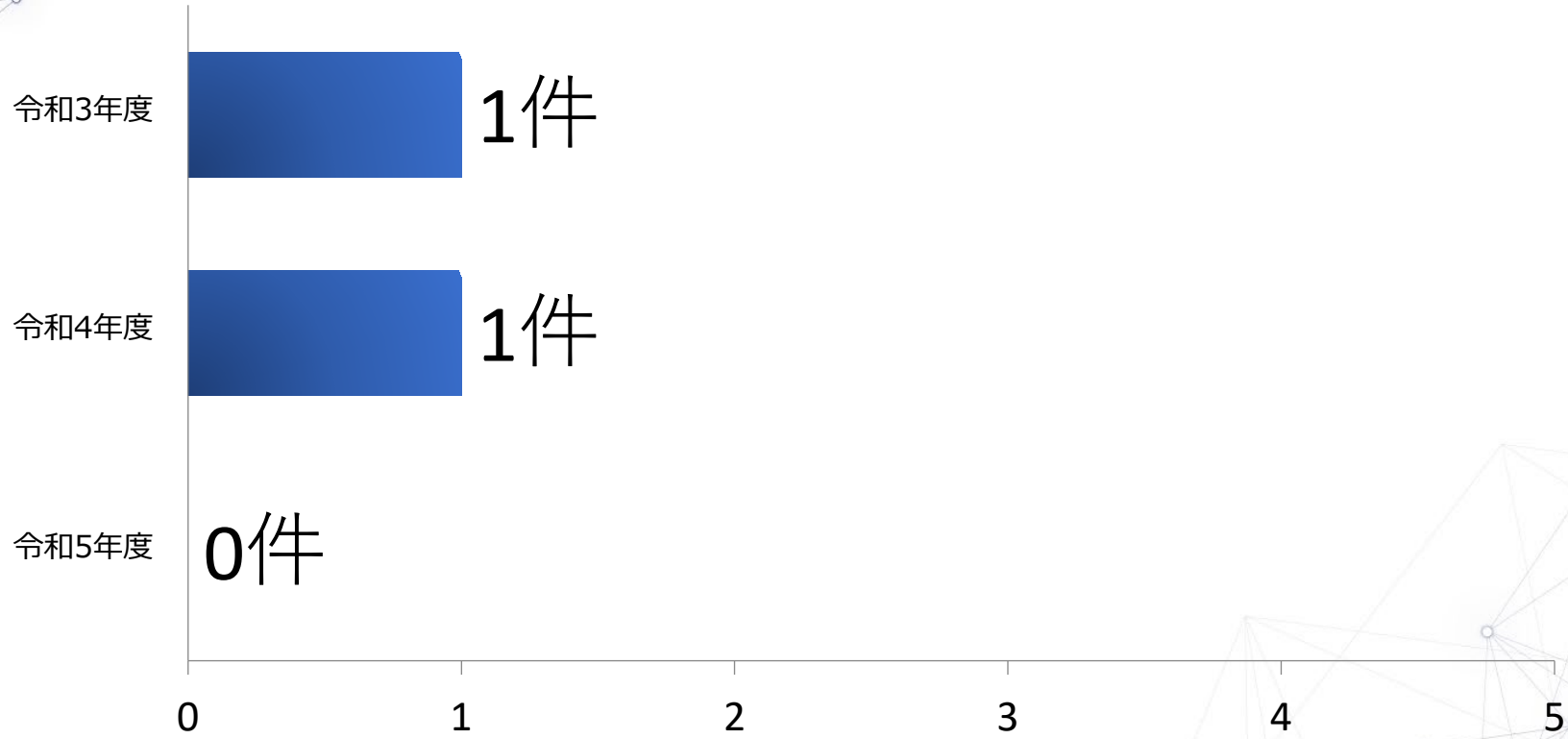


定義

4月1日時点で、各国立大学病院の臨床研究支援部門に所属し、研究・開発戦略支援者（プロジェクトマネジャー）、調整・管理実務担当者（スタディマネジャー）、ＣＲＣ、モニター、データマネジャー、生物統計学専門家、監査担当者、臨床薬理専門家、倫理審査を行う委員会の事務局担当者、教育・研修担当者、臨床研究相談窓口担当者などの業務を担当している、もしくは研究推進を担当している専任教員で、50%以上のエフォートを有する教員の合計人数とします。

56.臨床研究の結果（医師主導治験含む）から薬事承認に至った製品数

≪項目解説≫
医療に用いられる医薬品や医療機器、再生医療等製品は、これらを製造販売する企業が、厚生労働大臣に製造販売の承認審査を行い、その医薬品等の承認を得なければなりません。その際、承認申請資料として、治験等で収集された臨床データが必要となります。「臨床研究の結果（医師主導治験含む）から薬事承認に至った製品数」は、臨床研究（医師主導治験含む）で評価した新規医薬品等の研究成果が、実臨床につながり、新規医療への貢献度を示す指標です。臨床研究（医師主導治験含む）の研究成果から、有効かつ安全な新しい医療を患者さんに届けることができます。

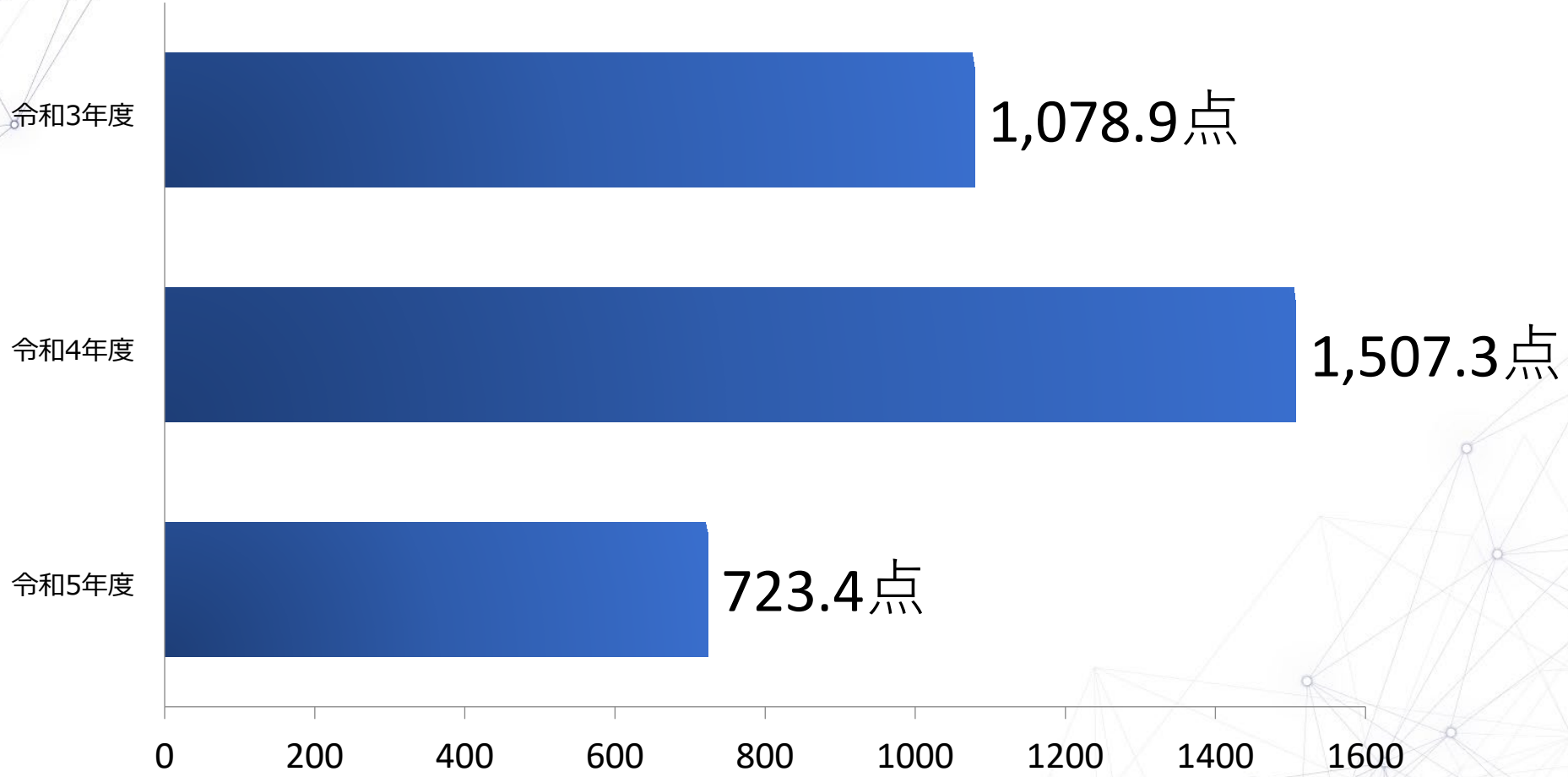


定義

期間内に承認された医薬品、医療機器、再生医療等製品のうち、自施設が主導して行った臨床研究（医師主導治験含む）の結果から薬事承認に至った製品（既承認製品の適応追加等も含む）の数。臨床研究（医師主導治験含む）の結果から、企業主導治験等につながり、薬事承認に至った製品も含めます。

57. 研究論文のインパクトファクター合計点数

≪項目解説≫
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。

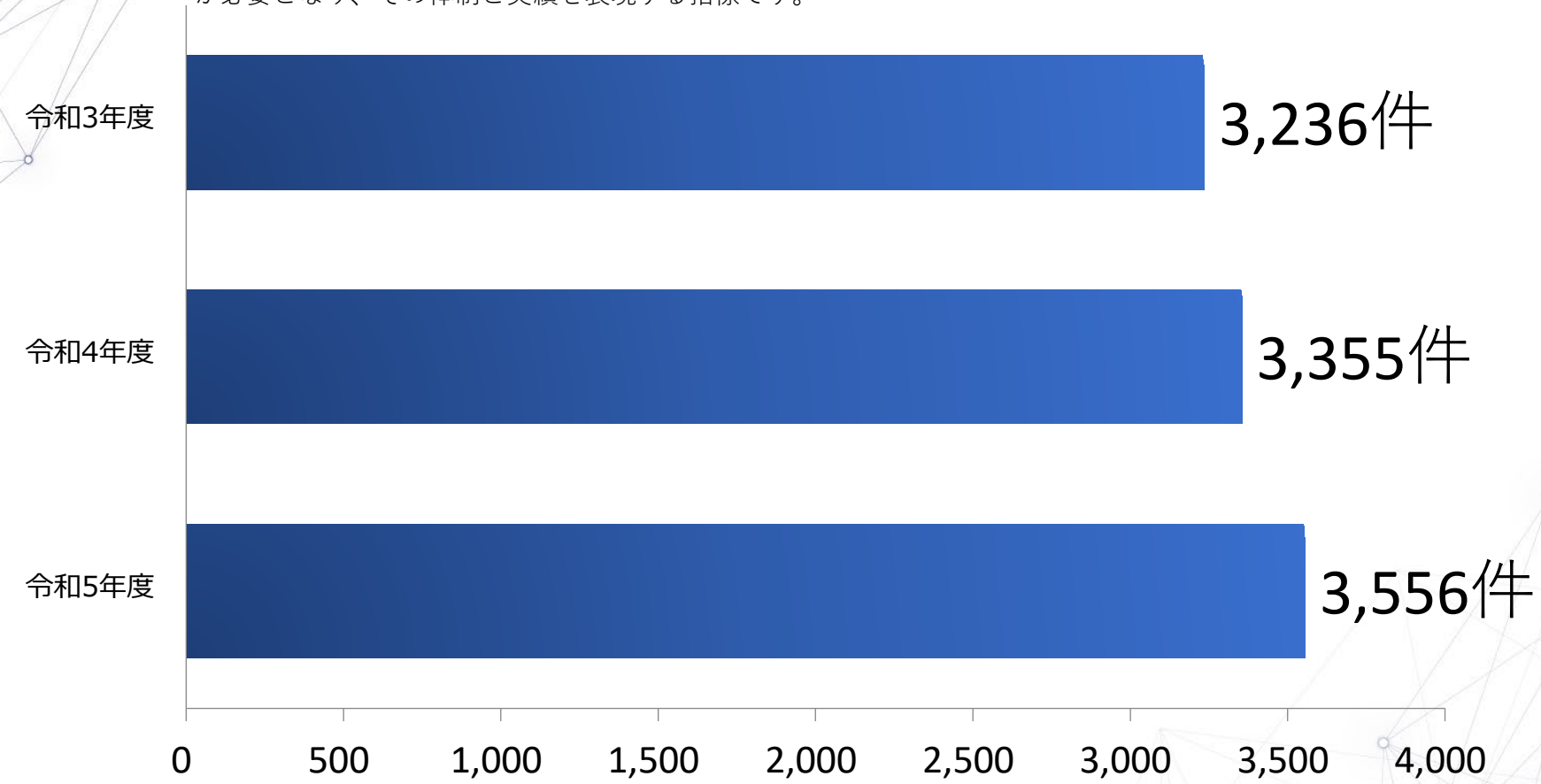


定義

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。

58. 救命救急患者数

≪項目解説≫
国立大学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っ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、設備が必要となり、その体制と実績を表現する指標です。

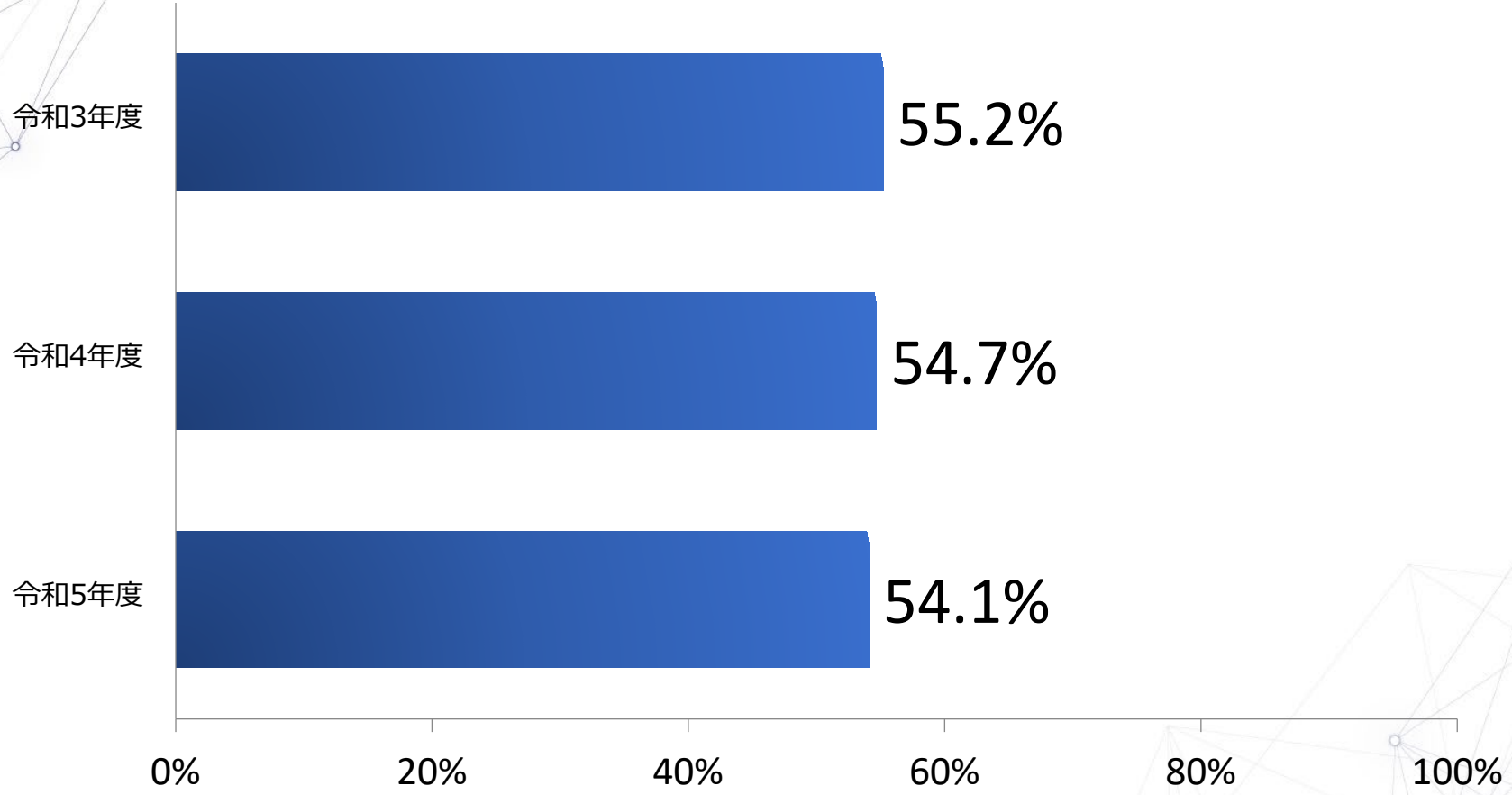


定義

救命救急患者の受け入れ数です。ここでの「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みます。

59. 二次医療圏外からの外来患者の割合

≪項目解説≫
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。

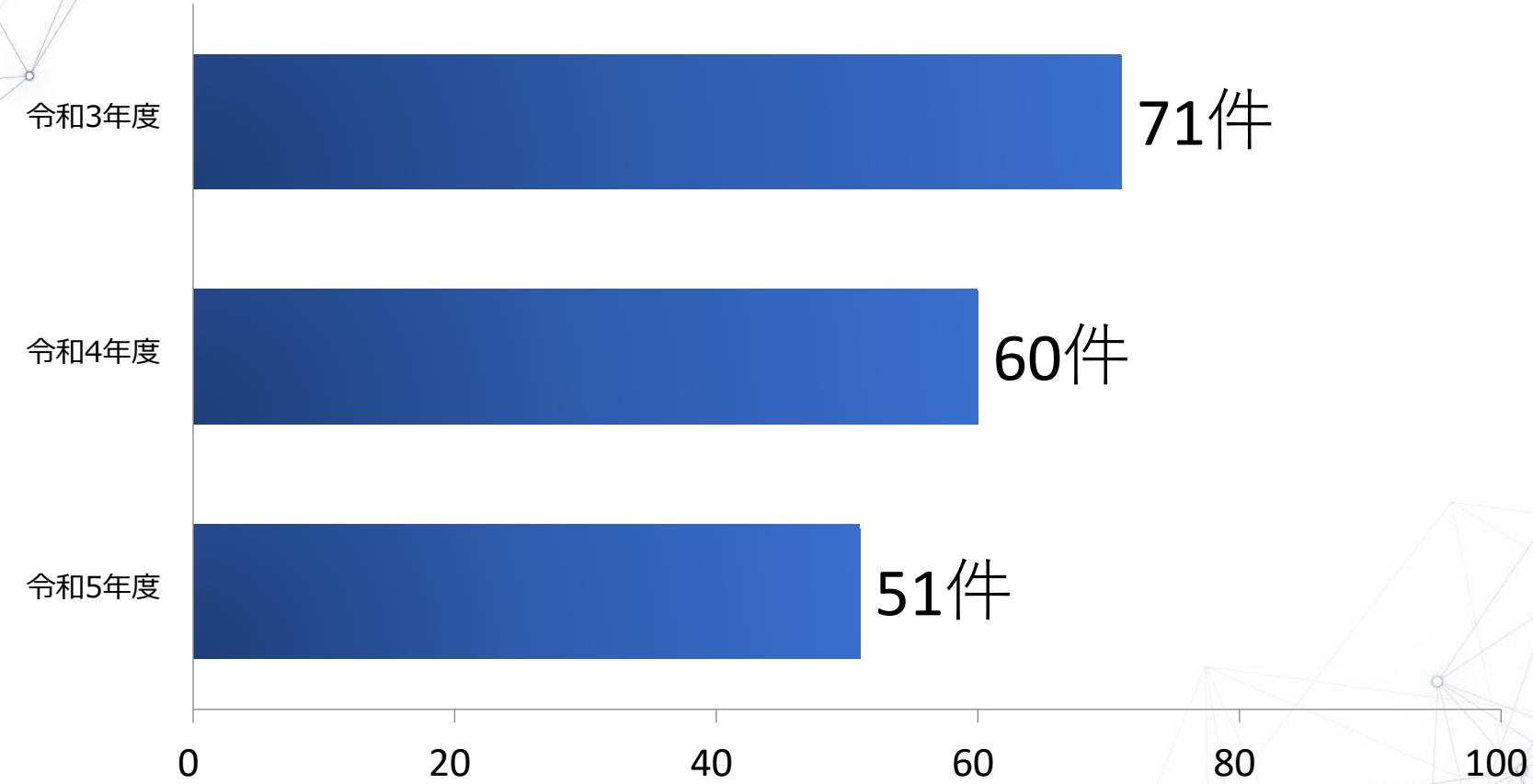


定義

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述べ数で除した割合（%）。二次医療圏とは、医療法第三〇条の四第二項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、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みます。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。

60. 公開講座等（セミナー）の主催数

≪項目解説≫
国立大学病院には、地域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。

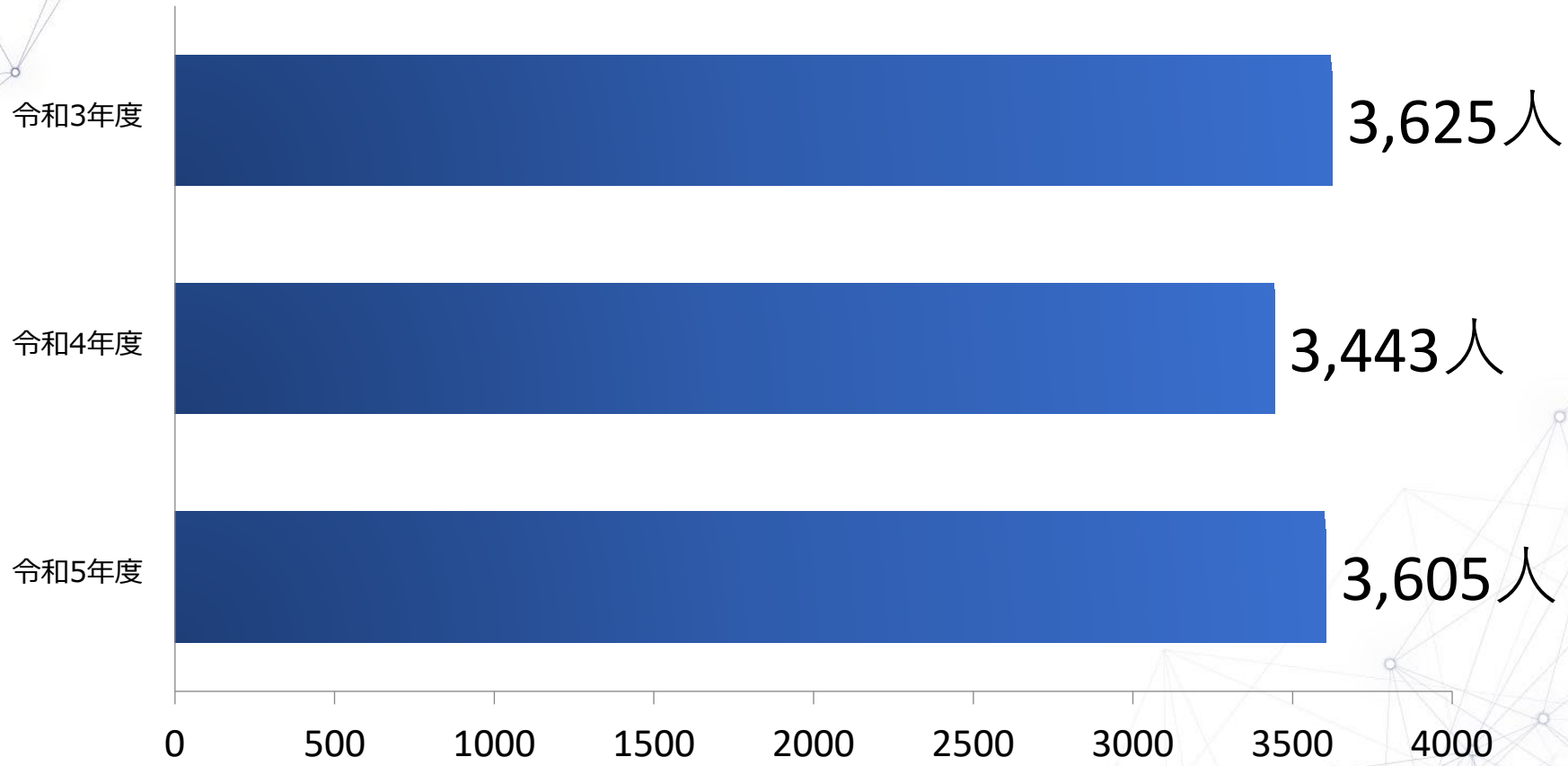


定義

1年間に自院が主催した市民向けおよ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。

61. 地域への医師派遣数

≪項目解説≫
国立大学病院が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現する指標です。ここでいう医師派遣とは、法的な根拠に基づくものではなく慣例的な呼称です。地域医療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責任を持って後任者を派遣し続ける一つの形態をいいます。地域医療を支えるための大学病院の重要な役割の一つと言えるでしょう。

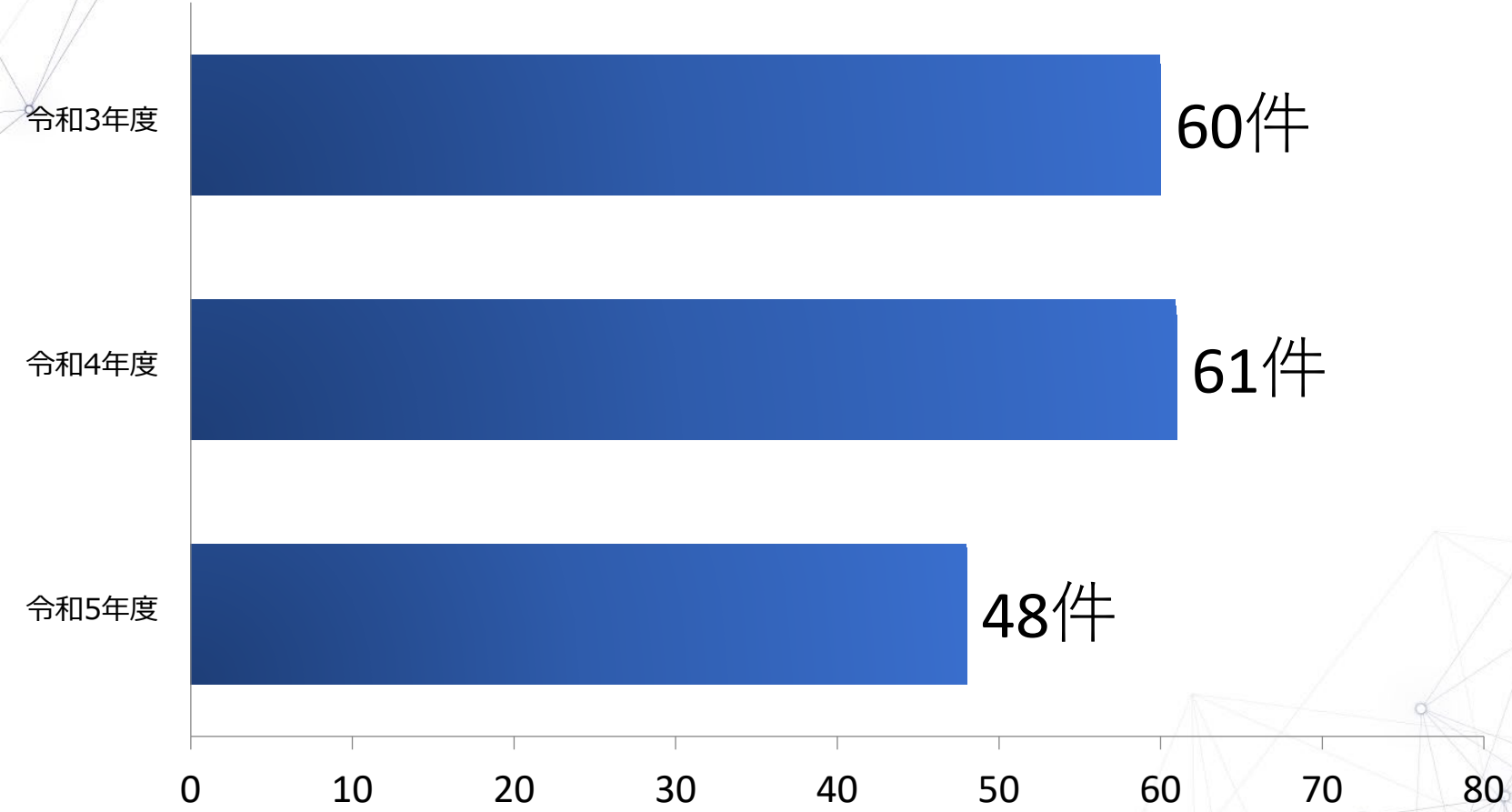


定義

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、自院の外へ派遣している医師数です。自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。

62.地域医療行政への関与件数

≪項目解説≫
国立大学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なら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。

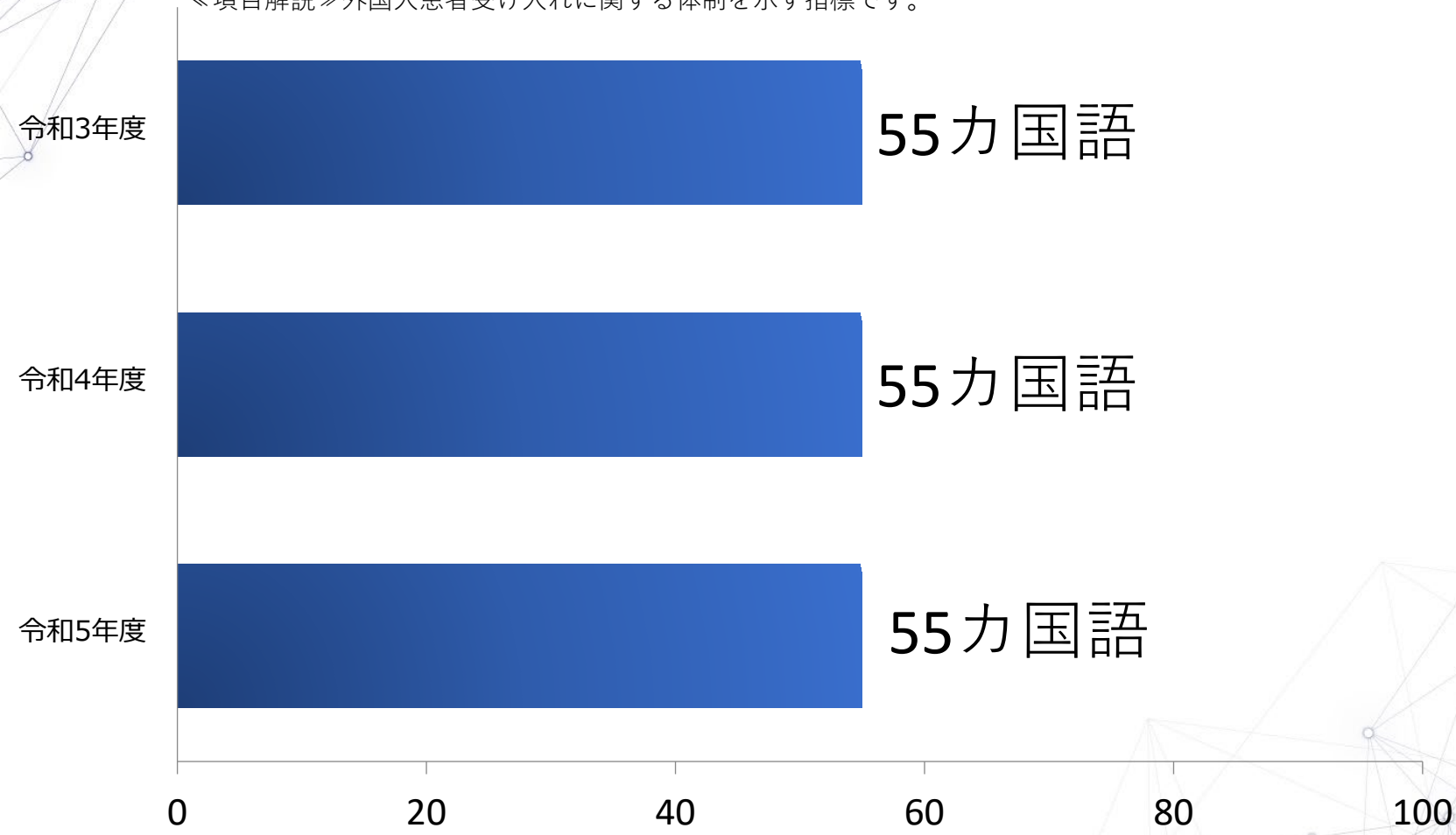


定義

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

63. 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）

≪項目解説≫外国人患者受け入れに関する体制を示す指標です。

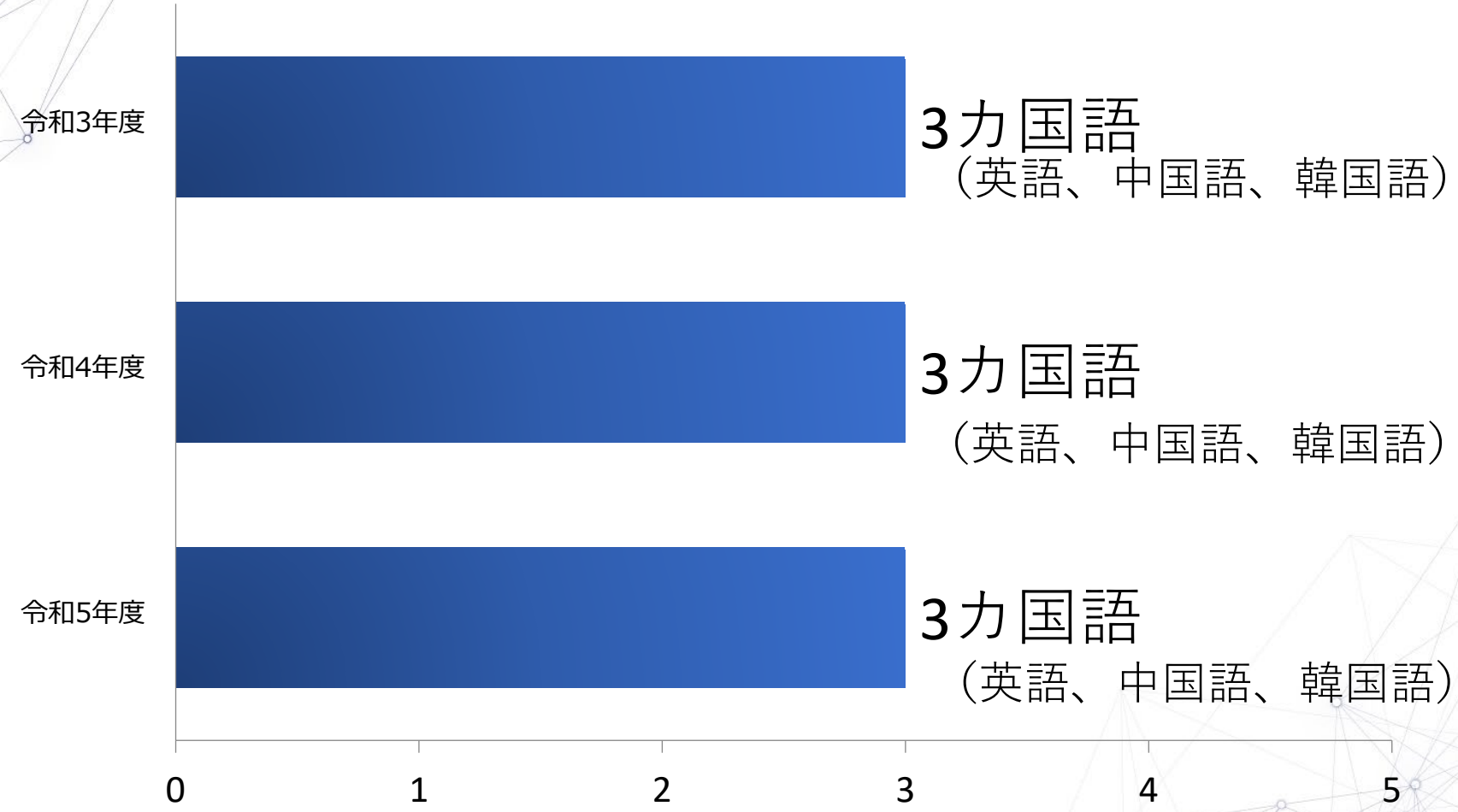


定義

各年6月1日時点での、自病院で総合窓口での患者への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、タブレットや翻訳機の使用などを含みます）です。

64. 院内案内の表示言語数(日本語を除く)

≪項目解説≫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。

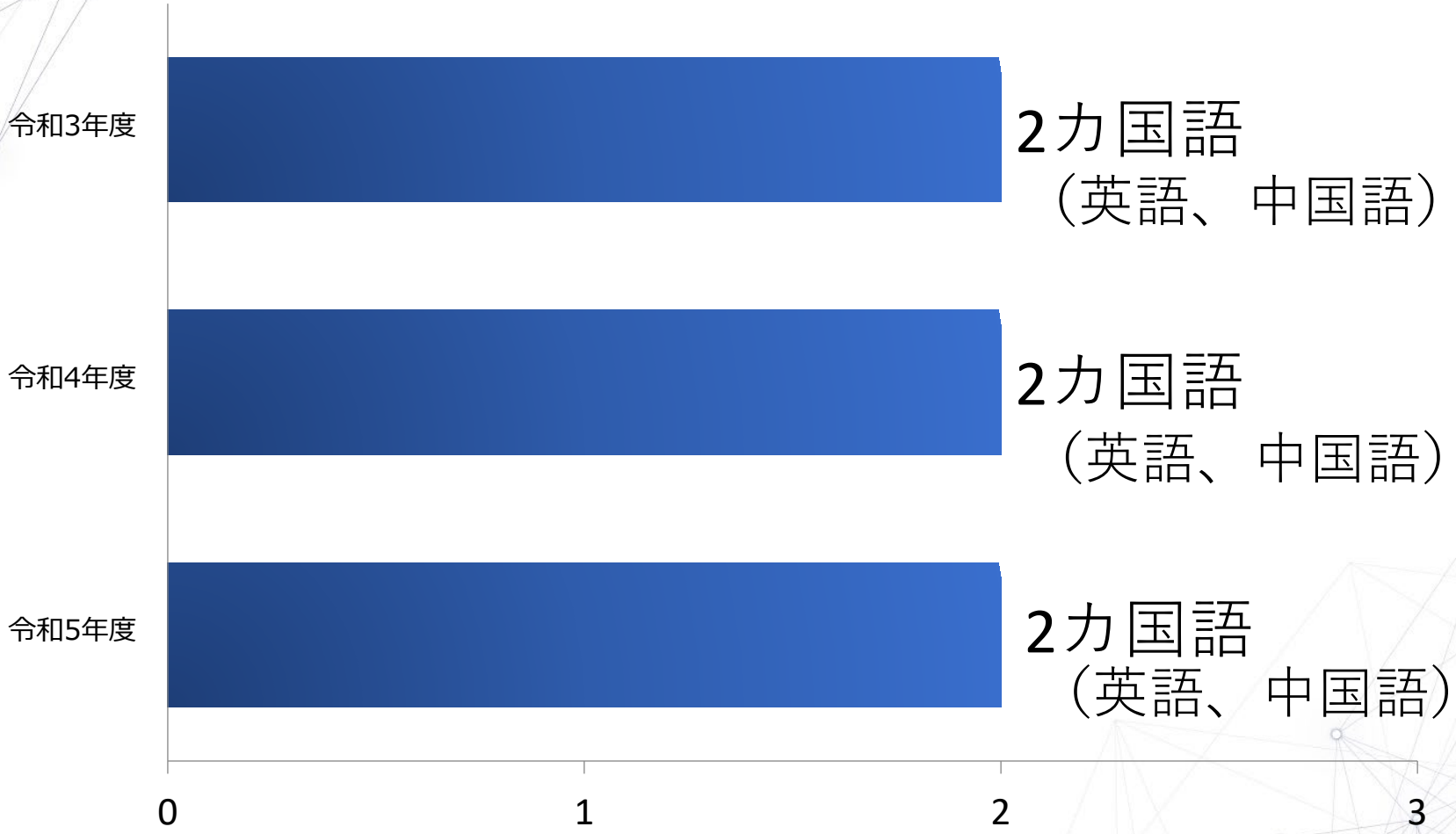


定義

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。

65. 病院ホームページの対応言語数(日本語を除く)

≪項目解説≫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。

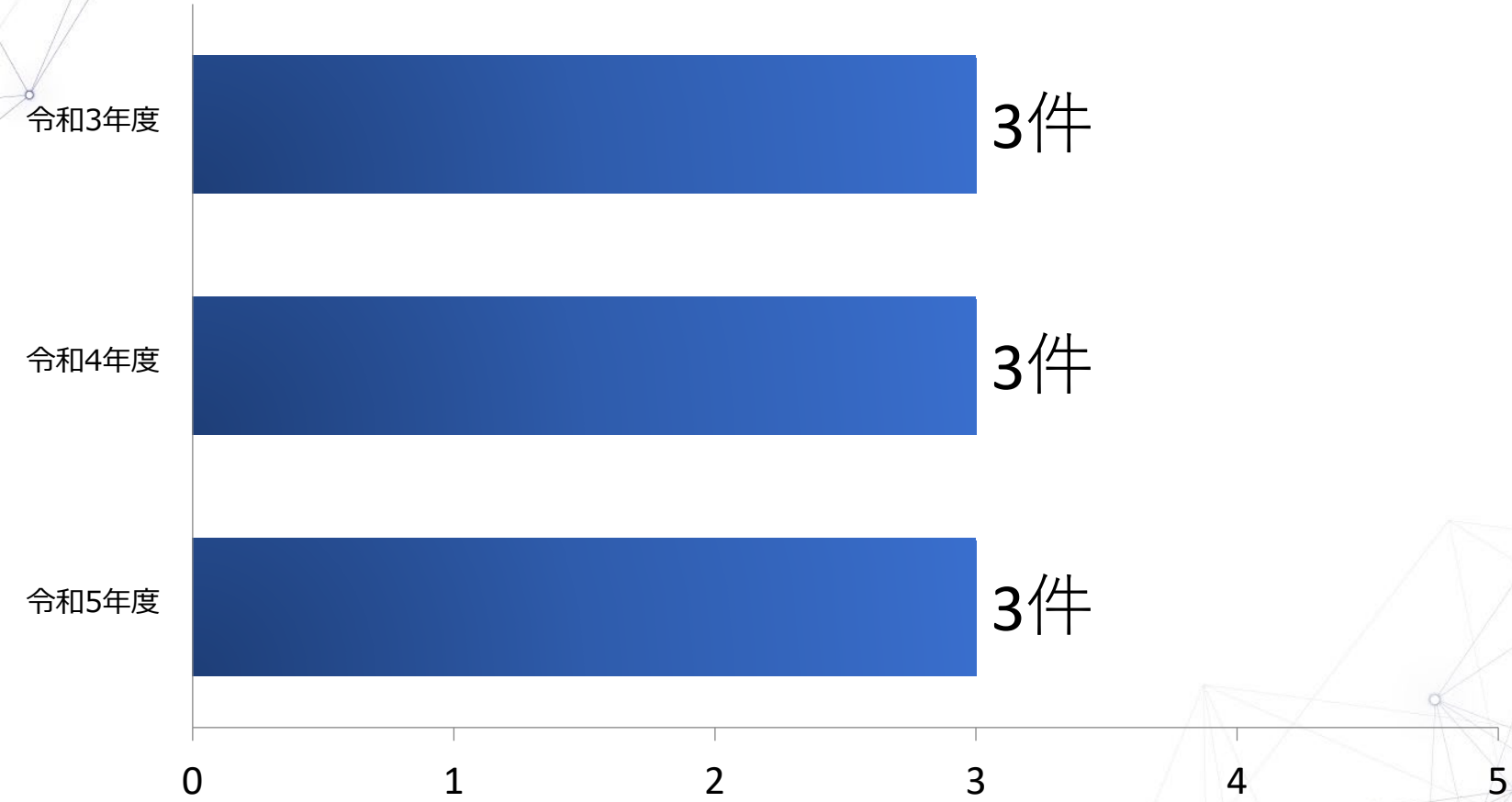


定義

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。

66.海外大学病院及び医学部との交流協定締結数

≪項目解説≫
国立大学病院では、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、医歯薬や医学部が主体となる場合は、カウントしていません。一方、協定先の海外大学に関しては、大学病院及び医療系の学部に限らず、全ての学部を対象にカウントしております。

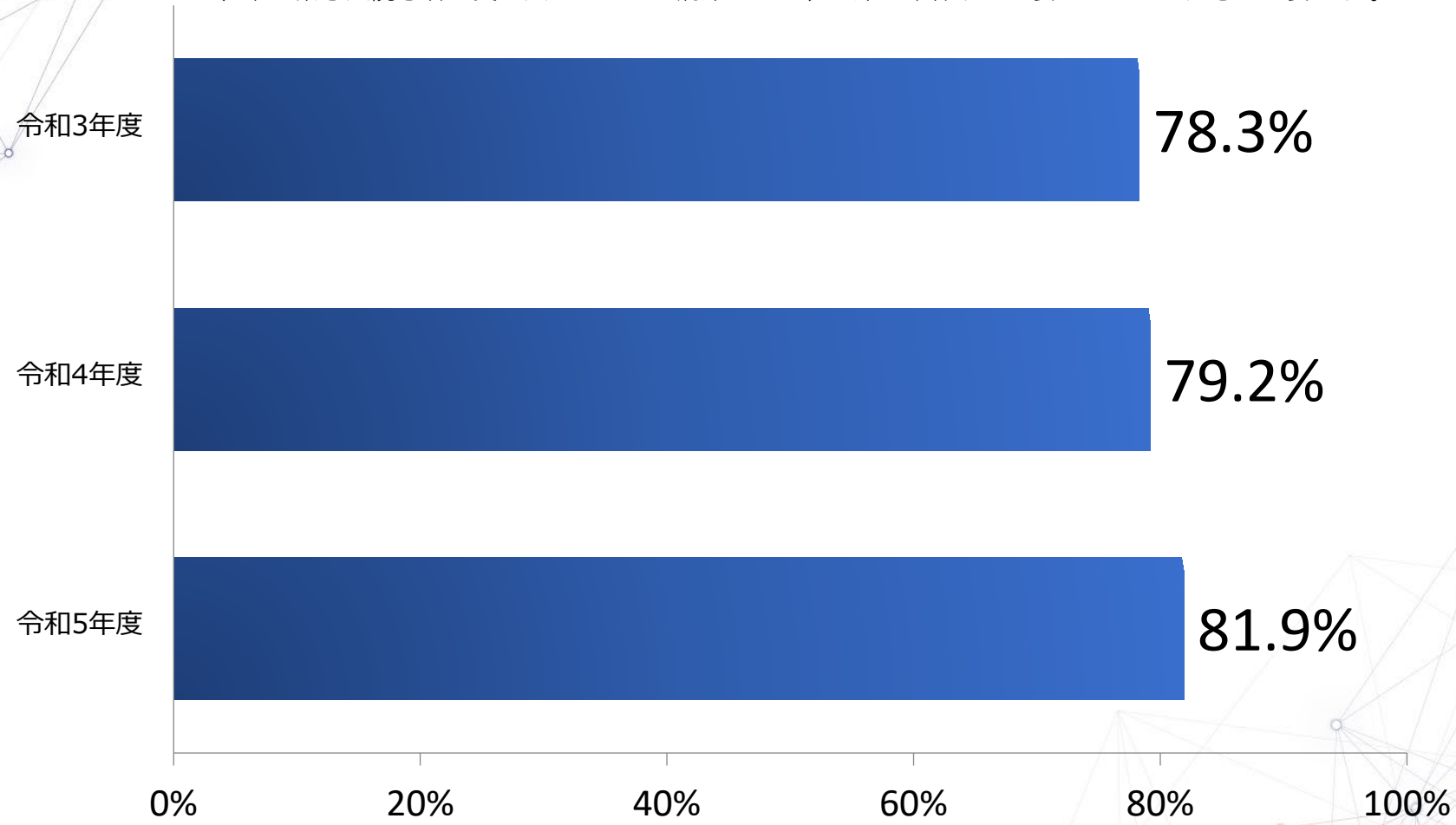


定義

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。

67-1. 病床稼働率(一般病床)

≪項目解説≫
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として、常に緊急入院患者を受け入れるための病床として、空床を確保する必要もあるため注意が必要です 。

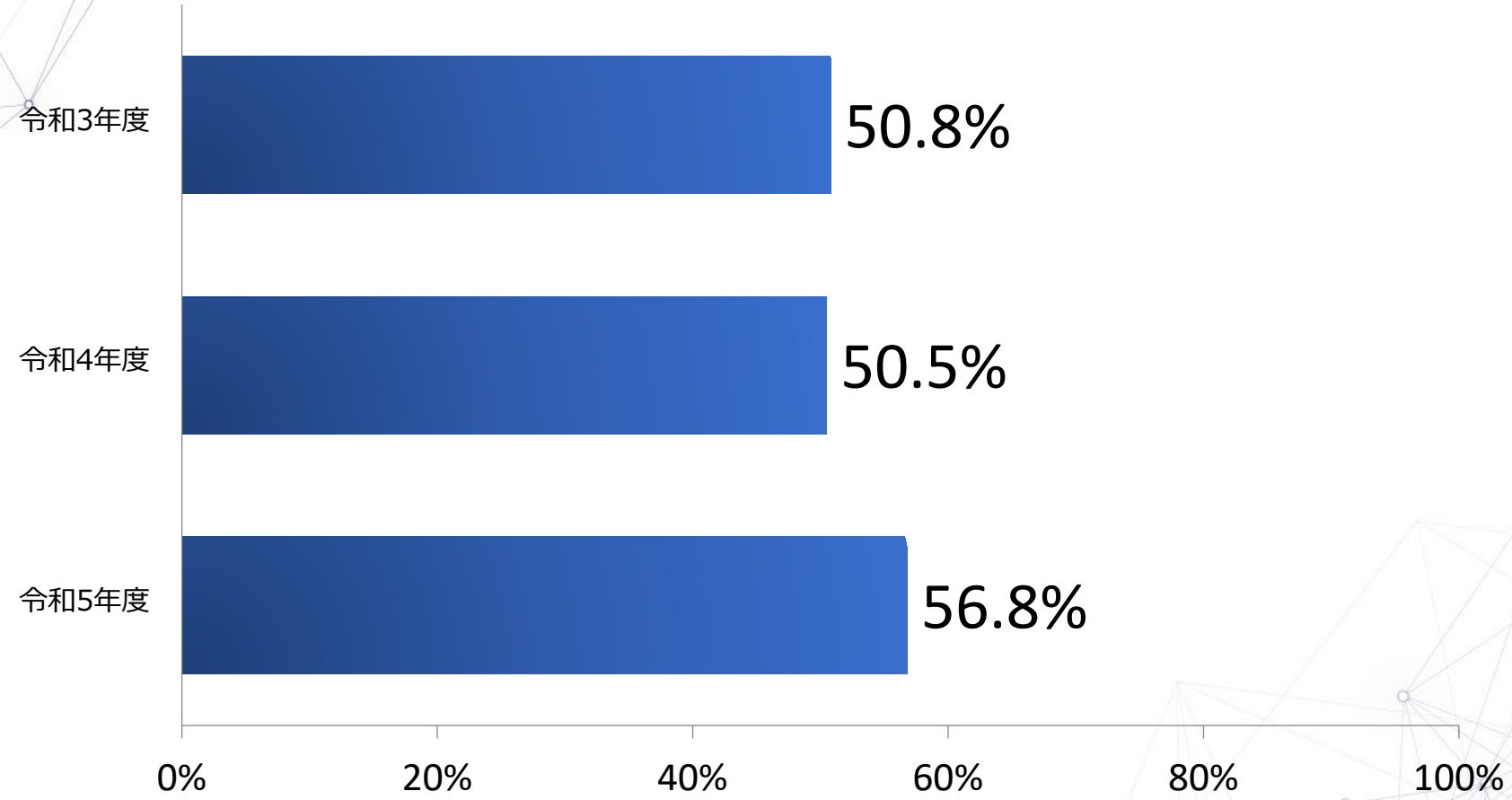


定義

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。
病床稼働率＝（「入院患者延数」÷「延稼働病床数」）×100

67-2. 病床稼働率(精神病床)

≪項目解説≫
精神病床の運用に関する効率性を表す指標です。ただし、精神科急性期治療を担うために、救命救急センター機能として、空床を確保する必要もあるため、値の解釈には注意が必要です。

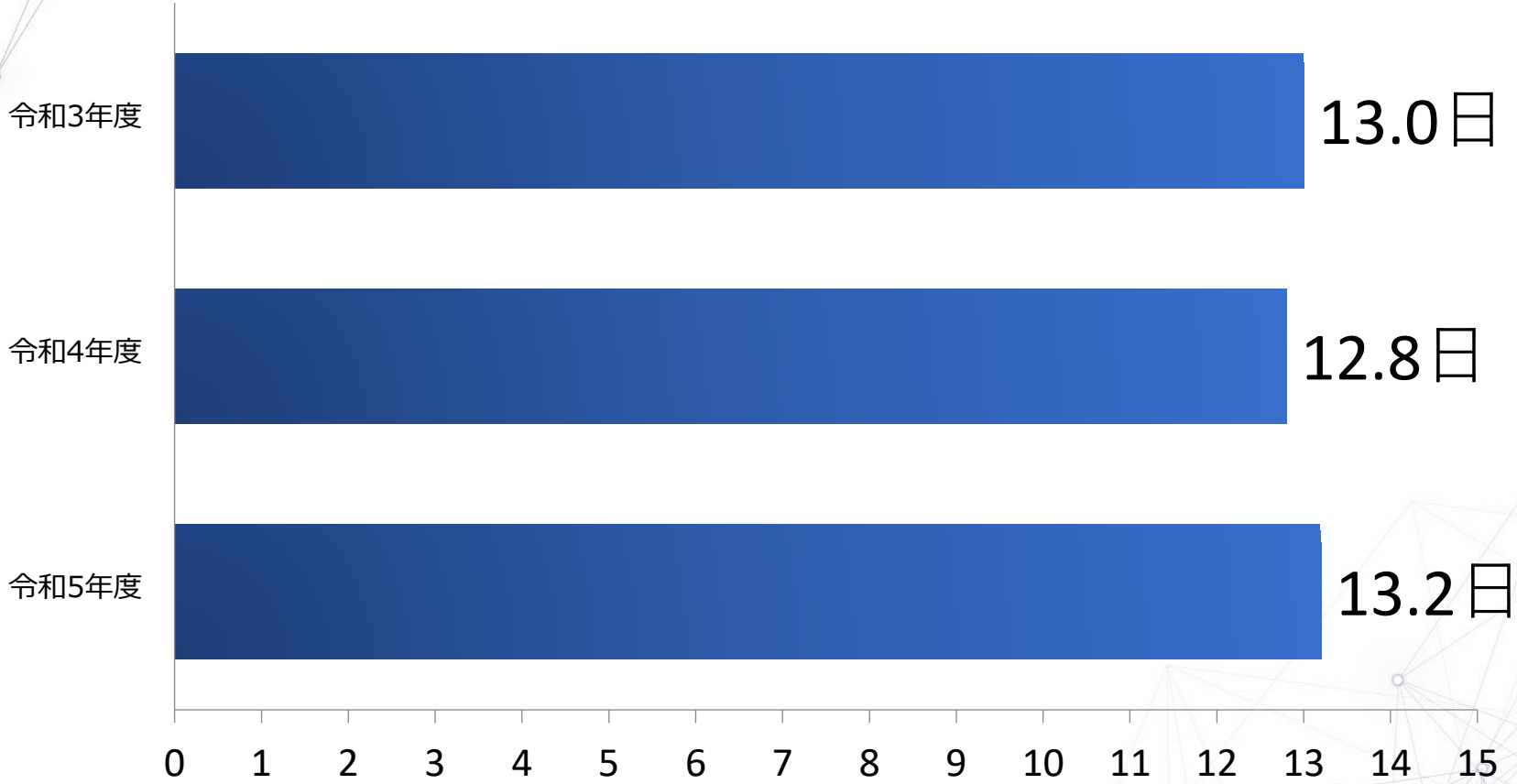


定義

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。
病床稼働率＝（「入院患者延数」÷「延稼働病床数」）×100

68-1. 平均在院日数(一般病床)

≪項目解説≫
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、平均在院日数は短縮されるとされています。また、病床稼働率（一般病床）と合わせて比較することにより、例えば病床稼働率が上昇し、在院日数が短縮している場合は、地域の医療機関などと連携しながら、急性期医療を効率的に行っていると考えられます。

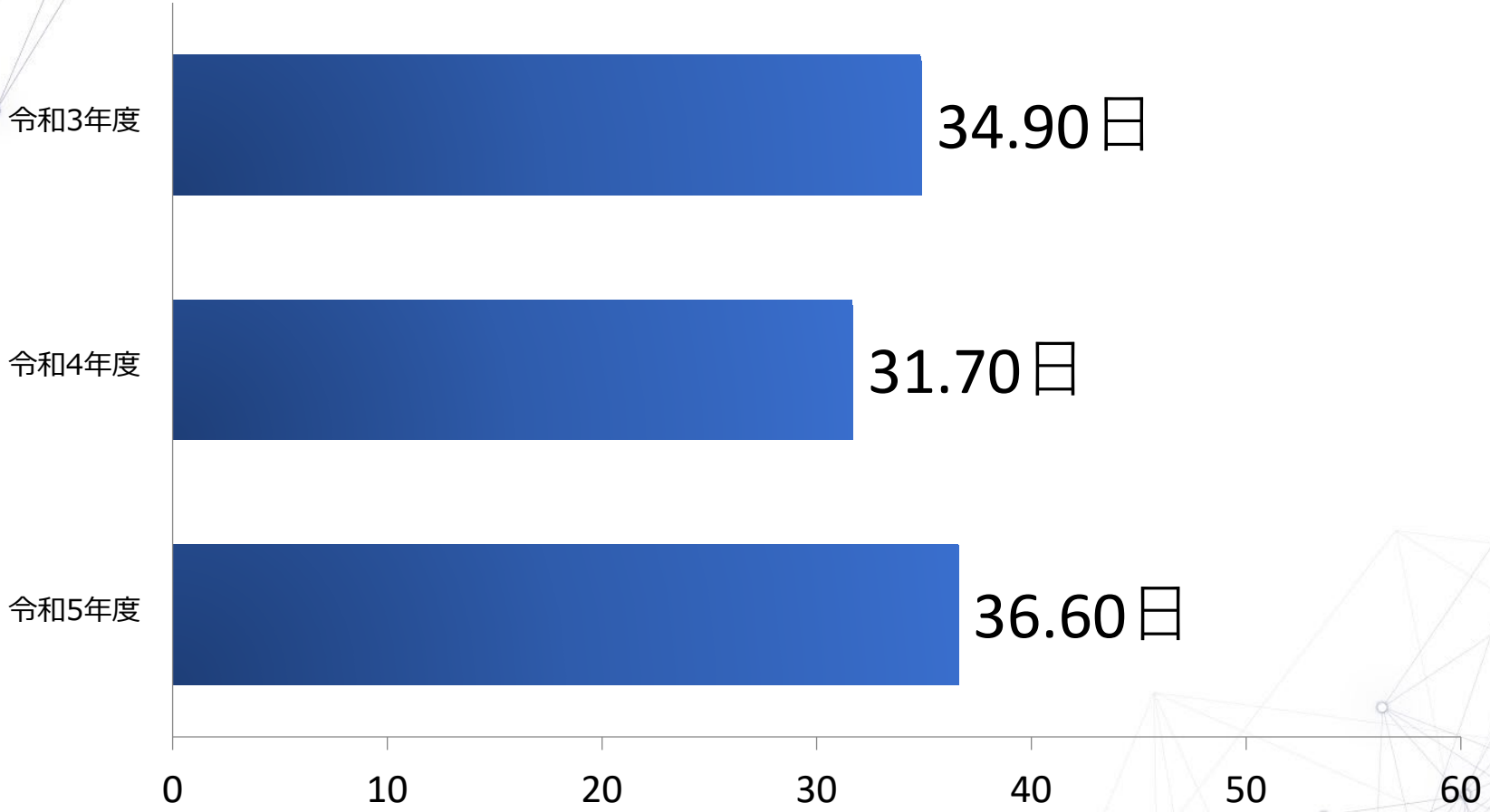


定義

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）

68-2. 平均在院日数（精神病床）

≪項目解説≫
患者が精神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・機能分化がなされているかの目安となります。
また、在院日数が短縮している場合は、地域の医療機関などと連携しながら治療を行っていると考えられます。

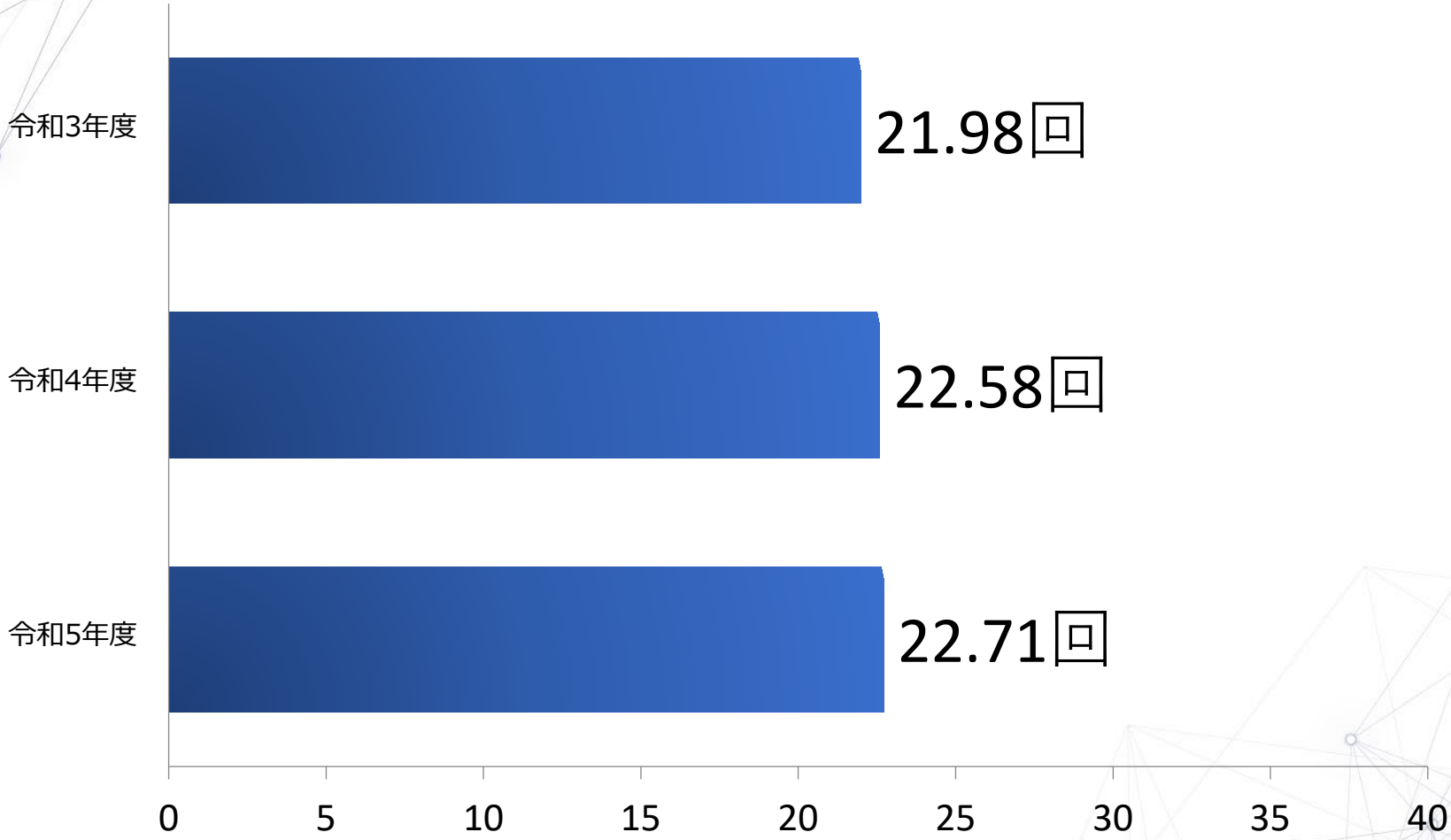


定義

1年間の、精神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）

69-1. 病床回転数（一般病床）

≪項目解説≫一般病床において、病床当たり、年間何人の患者が利用したかを表す指標です。

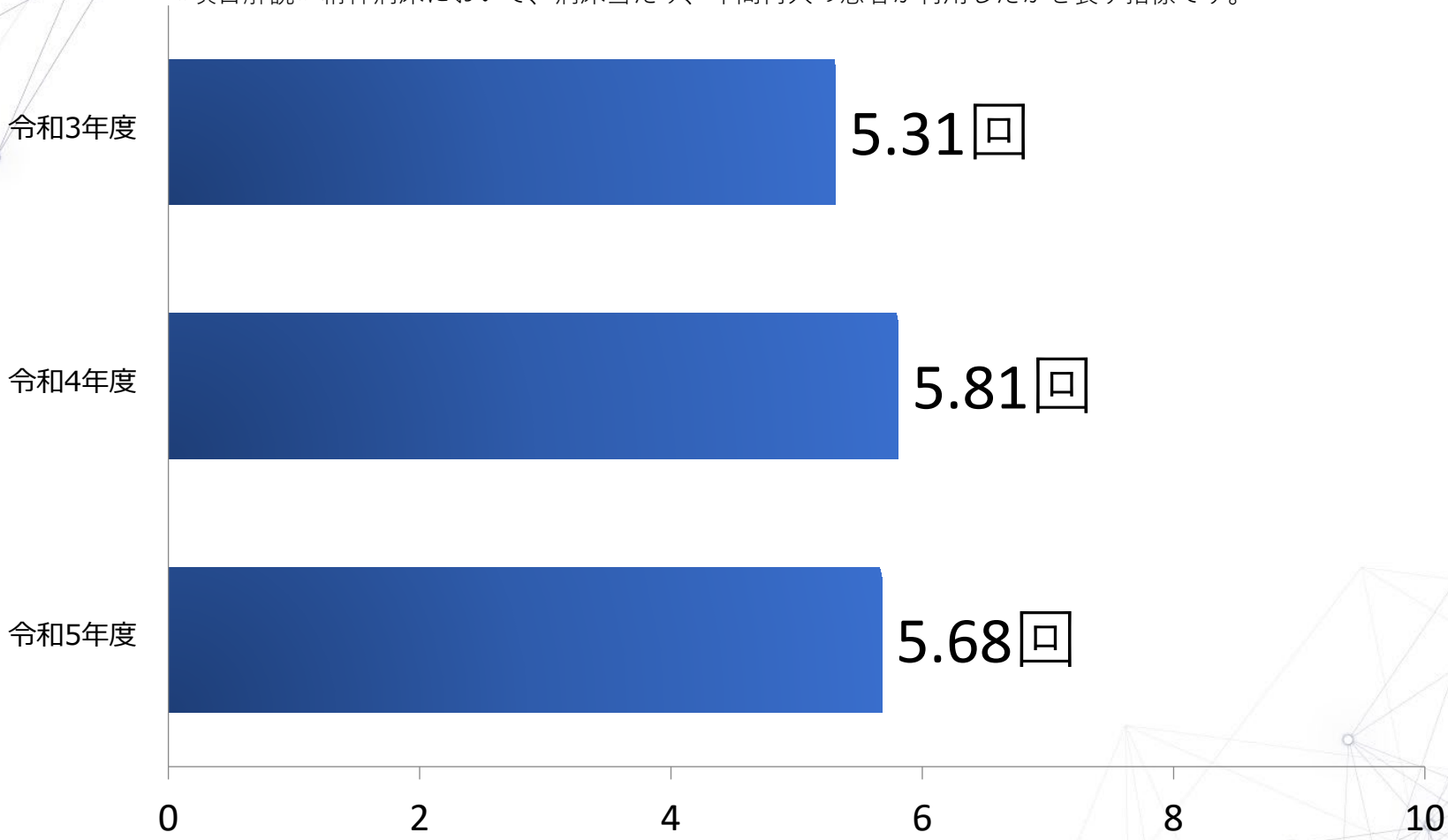


定義

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。
病床回転数＝（365÷平均在院日数）×（病床稼働率（%）÷100）

69-２. 病床回転数（精神病床）

≪項目解説≫精神病床において、病床当たり、年間何人の患者が利用したかを表す指標です。

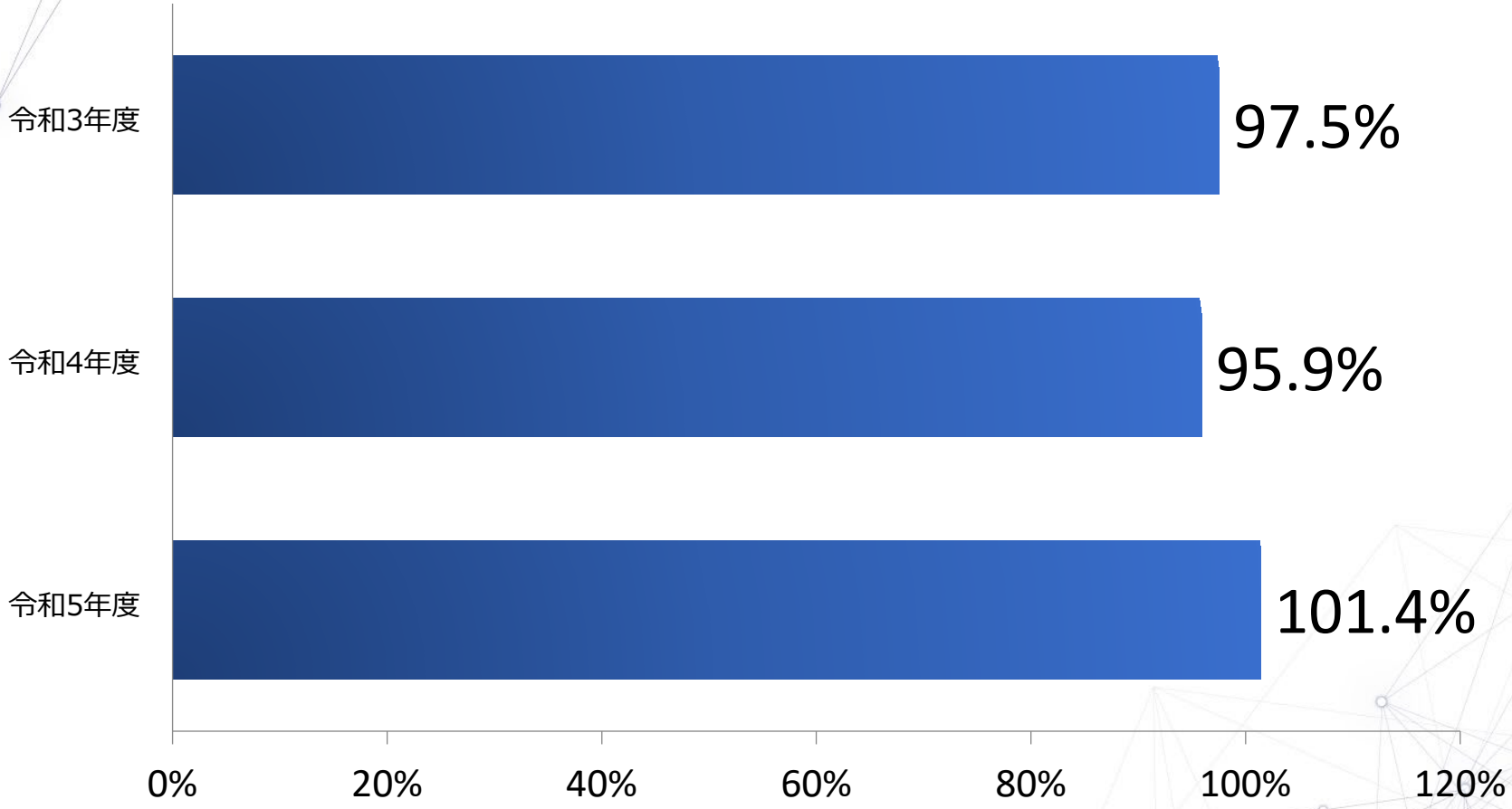


定義

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。
病床回転数＝（365÷平均在院日数）×（病床稼働率（%）÷100）

70. 紹介率

≪項目解説≫
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。

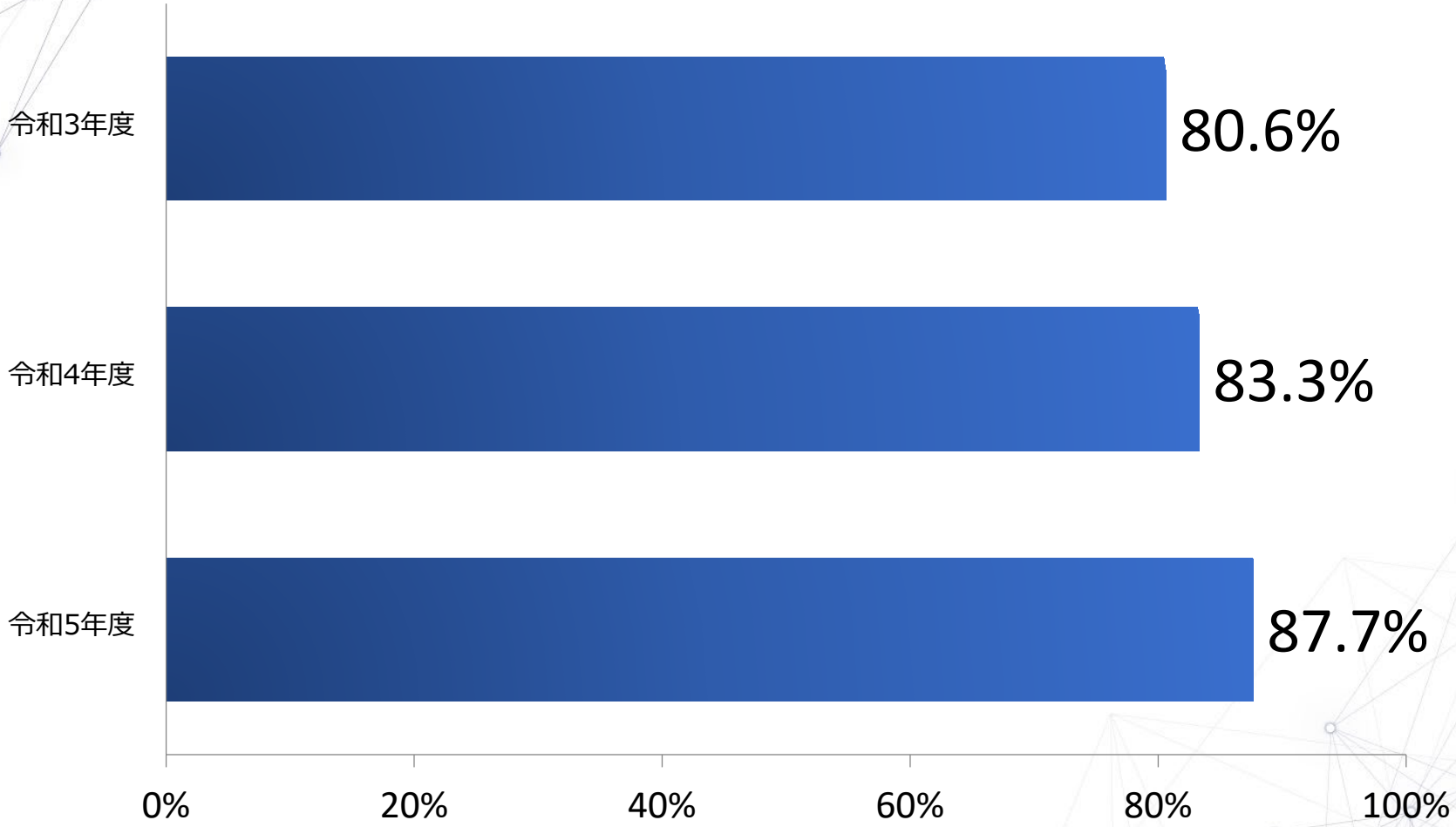


定義

1年間の、医科診療科（歯科系およ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。
紹介率＝（紹介患者数＋救急車搬入患者数）÷初診患者数×100

71. 逆紹介率

≪項目解説≫
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。

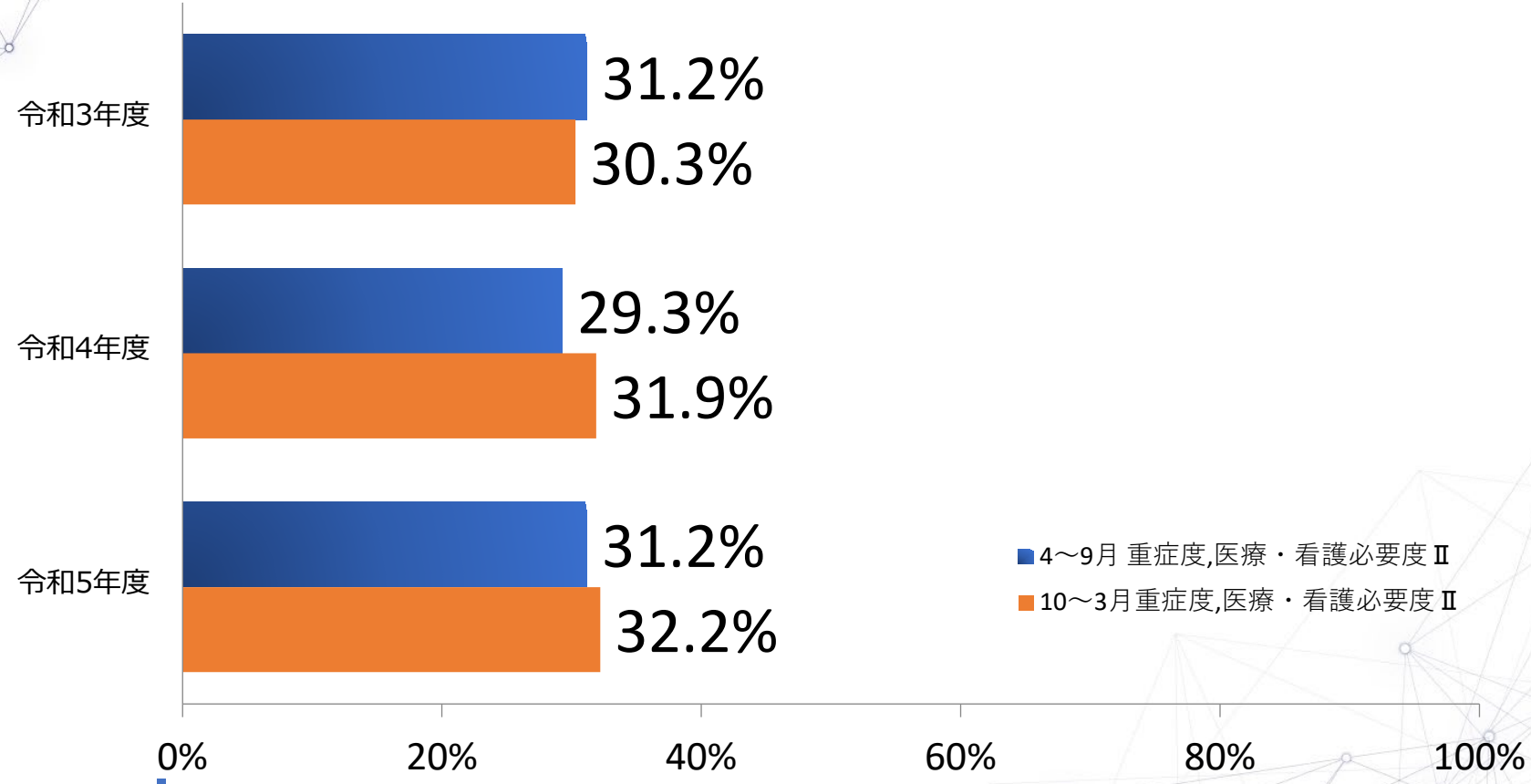


定義

1年間の、医科診療科（歯科系およ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。
逆紹介率＝逆紹介患者数÷初診患者数×100

72. 一般病棟の重症度、医療・看護必要度

≪項目解説≫
一般病棟における重症度、医療・看護必要度における、重症患者の基準を満たす割合を示す指標です。急性期の入院医療における患者の状態に応じた医療及び看護の提供量を反映する指標になります。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。つまり、この指標が高い医療機関は急性期医療に貢献していると考えられます。ただし、診療科の構成やＩＣＵの病床数等にも影響を受けやすいため、目安の一つとして捕らえる必要があります。

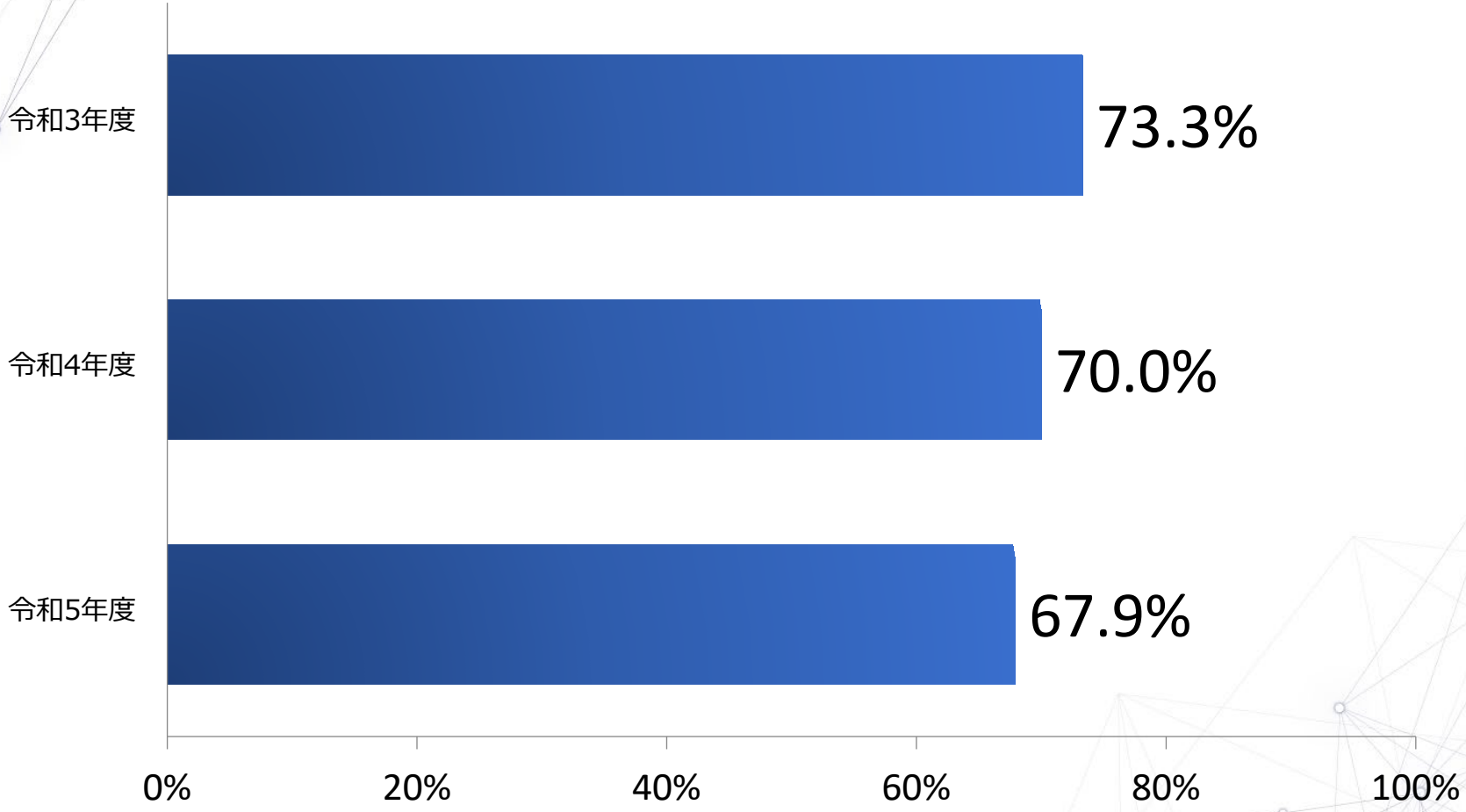


定義

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。
（該当患者延数）÷（一般病棟在院患者延数）

73. 後発医薬品使用率（数量ベース）

≪項目解説≫
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。後発医薬品の普及は、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となります。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。

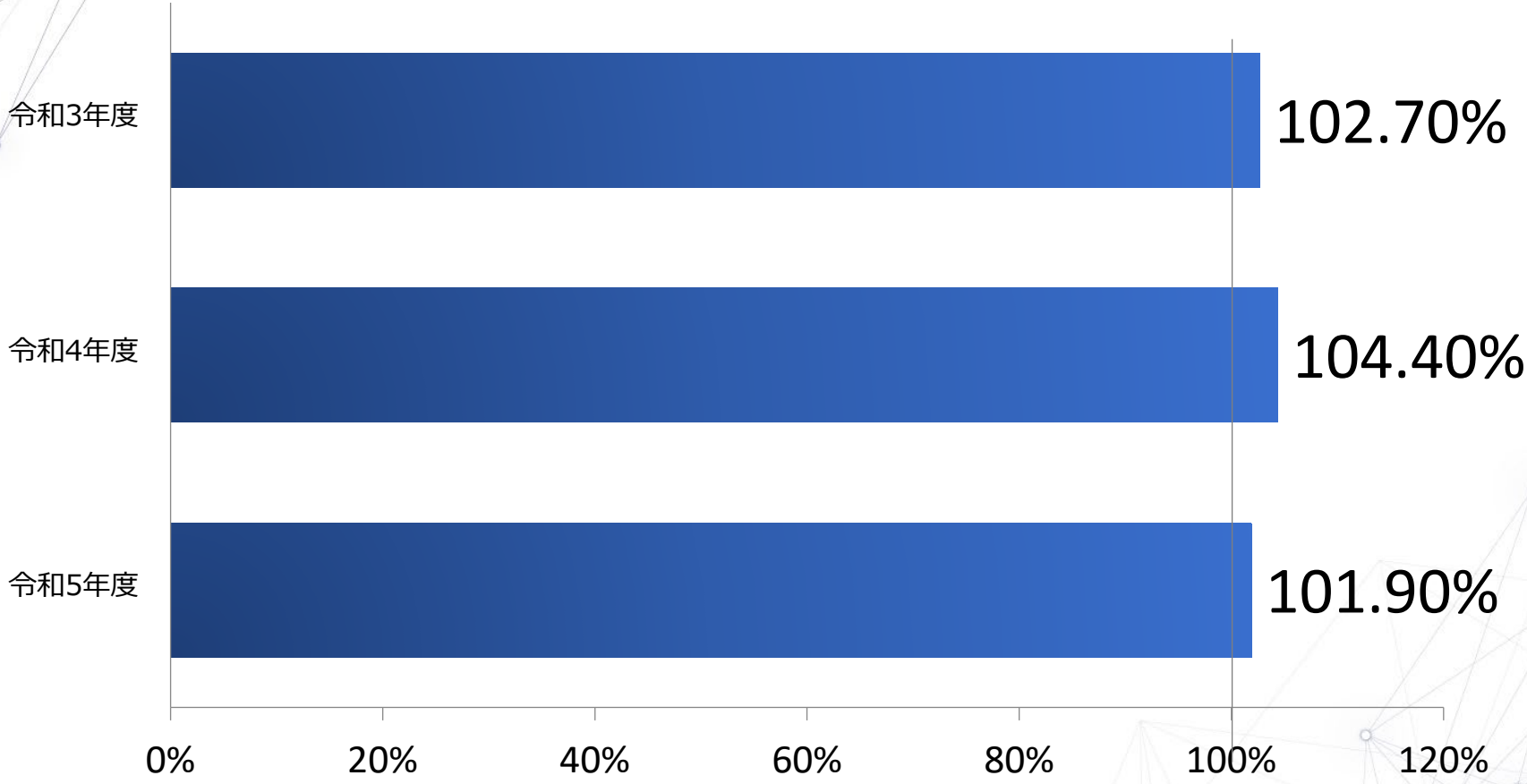


定義

前年10月1日～当年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

74. 現金収支率（病院セグメント）

≪項目解説≫
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。

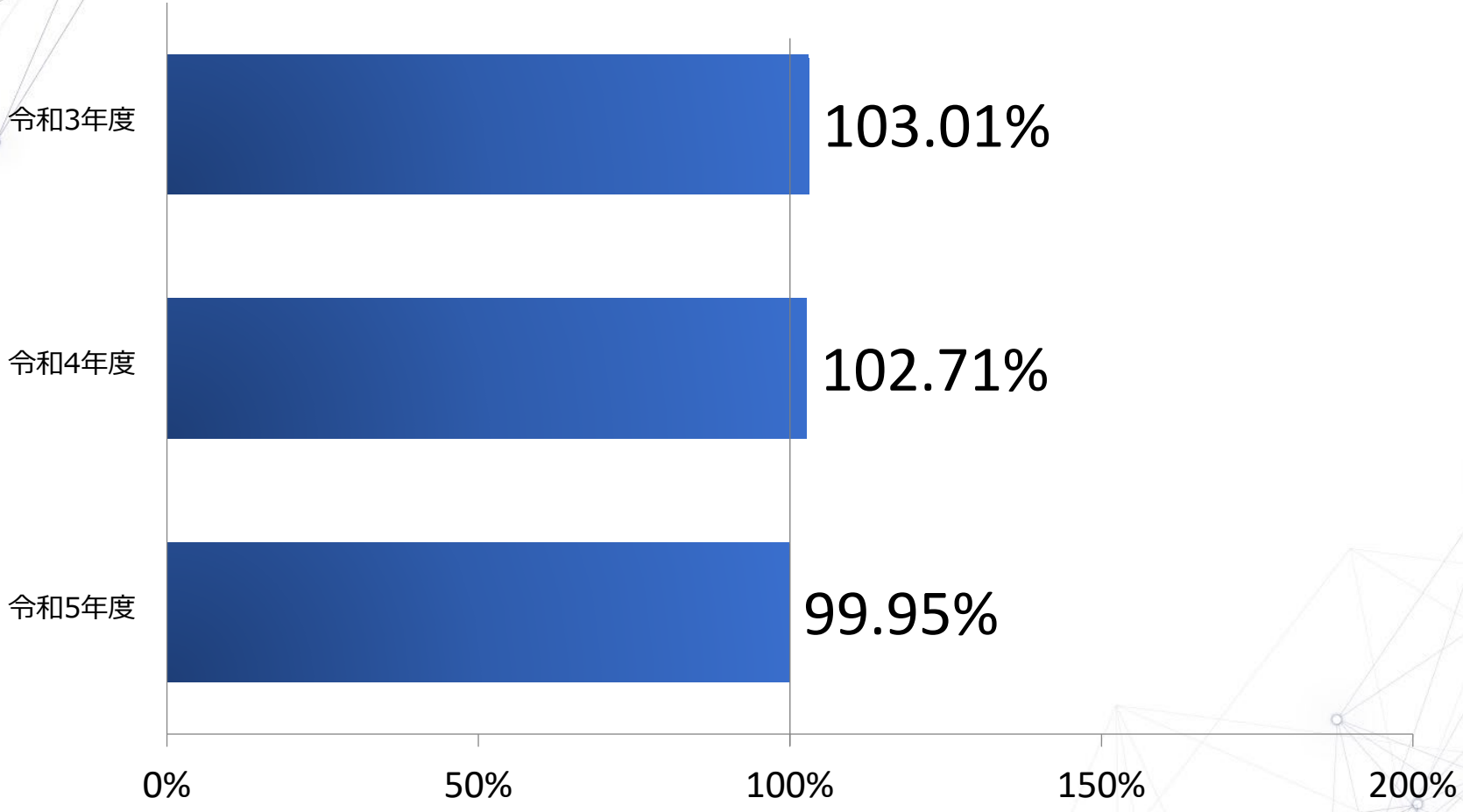


定義

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

75. 業務損益収支率（病院セグメント）

≪項目解説≫
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。

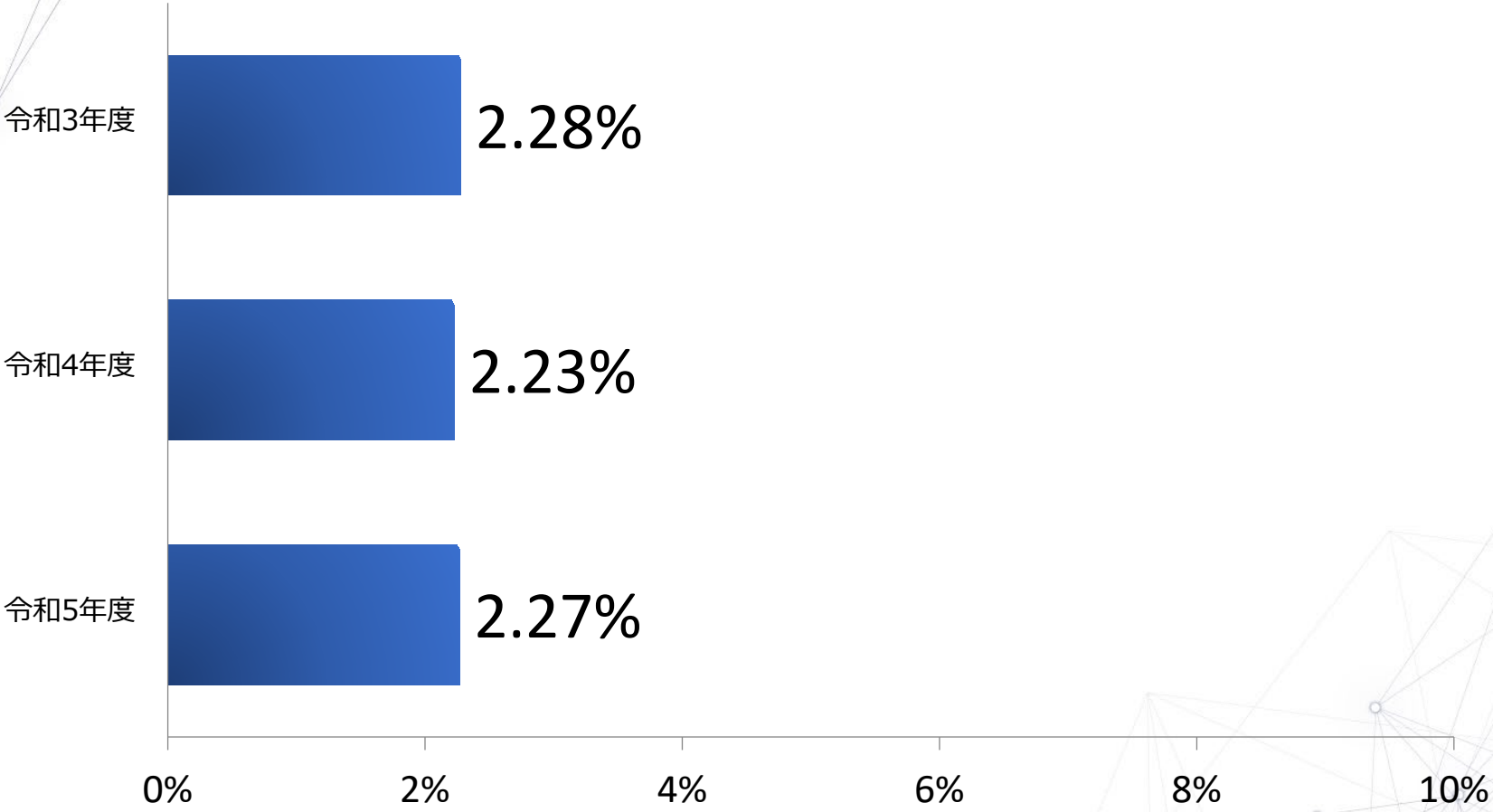


定義

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。
（別院がある病院については、別院も含みます。）
業務損益収支率＝（経常収益÷経常費用）×100

76. 債務償還経費占有率

≪項目解説≫
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。

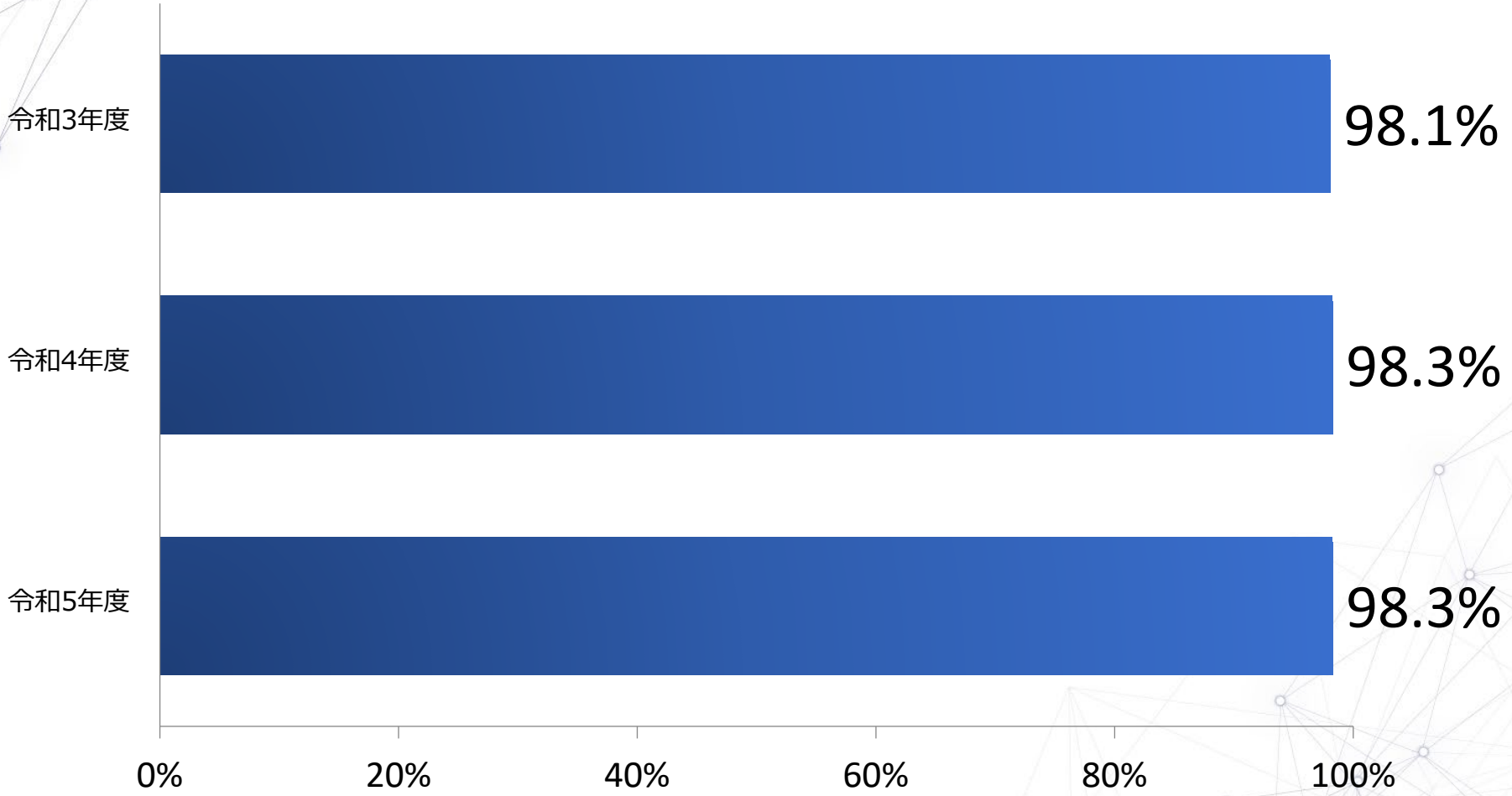


定義

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

77. 院外処方せん発行率

≪項目解説≫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＝
（外来処方せん枚数（院外））÷（外来処方せん枚数（院外）＋外来処方せん枚数（院内））×100