

# 平成24年度国立大学附属病院 病院機能指標

平成26年3月31日  
国立大学附属病院長会議常置委員会



## 国立大学附属病院 病院評価指標について

国立大学附属病院は、近年の社会情勢の変化の中でいかにその役割・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認識を持って、教育・研究・診療の諸活動を行っています。

また、国立大学附属病院は、診療報酬や運営費交付金などの公的資金で運営をしている公的機関として、社会に対して活動内容と成果等の情報を公開し、説明責任を果たすことが求められています。

国立大学附属病院長会議常置委員会では、このような認識のもとに各国立大学附属病院が自主的・主体的に①国立大学附属病院の機能の質向上を図り、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平成21年4月に「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～」として、54項目からなる病院評価指標をとりまとめました。

この評価指標のまとめ以来、各国立大学附属病院では本評価指標を毎年度公表するとともに、評価結果を検証することで病院における課題を明らかにし、積極的に改善に取り組むことで、更なる診療の質の向上を目指しております。近年では、54項目の指標に加えて、独自の指標を定め公表を行っている国立大学附属病院もあります。国立大学附属病院長会議においても、国立大学病院データベースセンター管理委員会を中心に各国立大学附属病院の公表データの調査・集計を進め、各国立大学附属病院での公表の支援を行うとともに、国立大学附属病院全体での病院機能指標の公表を行っています。

今後も、医療の動向、国立大学附属病院を取り巻く環境の変化等に応じて、評価指標の継続的・発展的な見直しを図っていき、本評価指標を活用した取り組み状況や成果の公表の実績を重ねて行くことで、将来的に我が国がより積極的かつ中心的に国際医療水準を向上させていくことに寄与していきたいと考えています。

各国立大学附属病院においては、この評価指標を今後も活用し、より質の高い病院の実現に取り組むと同時に、社会に対し客観的な成果の発信を行い、国立大学附属病院への理解とゆるぎない信頼を得るための積極的な姿勢と努力を積み重ねられることを期待します。

国立大学附属病院長会議常置委員長  
山本 修一

## 目次

国立大学附属病院 病院評価指標について.....	3
はじめに.....	6
報告書の見方.....	8
診療に係る項目.....	11
項目1 高度医療評価制度・先進医療診療実施数.....	12
項目2 全手術件数.....	13
項目3 緊急時間外手術件数.....	15
項目4 手術技術度DとEの手術件数.....	16
項目5 手術全身麻酔件数.....	18
項目6 重症入院患者の手術全身麻酔件数.....	19
項目7 臓器移植件数（心臓・肝臓・小腸・肺・脾臓）.....	20
項目8 臓器移植件数（骨髄）.....	21
項目9 脳梗塞の早期リハビリテーション実施率.....	22
項目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.....	23
項目11 新生児のうち、出生時体重が1500g未満の数.....	24
項目12 新生児特定集中治療室(NICU)実患者数.....	25
項目13 緊急帝王切開数.....	27
項目14 直線加速器による定位放射線治療患者数.....	29
項目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.....	30
項目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.....	31
項目17 病理組織診断件数.....	32
項目18 術中迅速病理組織診断件数.....	33
項目19 薬剤管理指導料算定件数.....	34
項目20 外来でがん化学療法を行った延べ患者数.....	35
項目21 無菌製剤処理科算定件数.....	36
項目22 褥瘡発生率.....	37
項目23-1 手術有り肺血栓塞栓症予防対策実施率.....	38
項目23-2 入院中の肺塞栓症の発生率.....	39
項目24 多剤耐性緑膿菌(MDRP)による院内感染症発生患者数.....	40
項目25 CPC（臨床病理検討会）の検討症例率.....	41
項目26 新規外来患者数.....	42
項目27 初回入院患者数.....	43
項目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.....	44
項目29 在院日数の指標.....	46

項目30	患者構成の指標	47
項目31	退院患者に占める難病患者の割合	48
項目32	超重症児の手術件数	49
教育に係る項目		50
項目33	初期研修医採用人数	51
項目34	他大学卒業の初期研修医の採用割合	52
項目35	専門医、認定医の新規資格取得者数	53
項目36	指導医数	54
項目37	専門研修コース（後期研修コース）の新規採用人数	55
項目38	看護師の研修受入人数（外部の医療機関などから）	56
項目39	看護師の受入実習学生数（自大学から）	57
項目40	看護師の受入実習学生数（自大学以外の養成教育機関から）	58
項目41	薬剤師の研修受入人数（外部の医療機関などから）	59
項目42	薬剤師の受入実習学生数（自大学から）	60
項目43	薬剤師の受入実習学生数 （自大学以外の養成教育機関から）	61
項目44	その他医療専門職の研修受入人数（外部の医療機関などから）	62
項目45	その他医療専門職の受入実習学生数（自大学から）	63
項目46	その他医療専門職の受入実習学生数 （自大学以外の養成教育機関から）	64
研究に係る項目		65
項目47	治験の実施症例件数	66
項目48	治験審査委員会・倫理委員会で審査された 自主臨床試験の件数	67
項目49	医師主導治験件数	68
地域・社会貢献に係る項目		69
項目51	救命救急患者数	70
項目52	二次医療圏外からの外来患者の割合	72
項目53	公開講座等（セミナー）の主催数	73
項目54	地域への医師派遣数	74
付録	項目算出の詳細マスタ	75

## はじめに

近年、医療・病院の質を確保し、それを国民に説明することが医療界に求められています。医療・病院の質を確保するためには、自らが行っている医療・病院の質を評価し、改善していく取り組みが必要です。特に公的機関であり、多少なりとも国庫からの運営費交付金により支援されている国立大学附属病院では、その評価内容を公開し、説明責任を果たす必要があります。

こうした考えの下、国立大学附属病院長会議では、平成21年4月24日に「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～」(評価指標)を取りまとめ、国立大学附属病院長会議ホームページ等を通じ一般に公開してきました。評価指標には、国立大学附属病院が有する診療、教育、研究、地域・社会貢献という四つの機能に関連する全54項目を設定しています。今年度においても評価指標に基づき、全国国立大学附属病院を対象とした調査を行い、その調査結果を病院機能指標として公表することとなりました。

国立大学附属病院長会議では、国立大学病院データベースセンター管理委員会内にプロジェクトチームを設置し、歯学部附属病院・研究所附属病院を除く全42国立大学附属病院を対象として平成23年度に引き続き平成24年度の調査を実施しました。

調査した項目は、国立大学附属病院の「診療に係る項目(34項目)」、「教育に係る項目(14項目)」、「研究に係る項目(3項目、1項目は別途調査)」、「地域・社会貢献に係る項目(4項目)」です。

平成22年度から平成24年度の経年的な変化に着目すると、「**診療に係る項目**」においては、昨年度調査で年々増加となっていた緊急時間外手術件数(項目3:平成22年度平均267.76件、平成23年度平均274.36件、平成24年度平均295.86件)は、今年度も増加となっており、増加幅も平成22・23年度間のものより増加していました。同様に手術全身麻酔件数(項目5:平成22年度平均3249.95件、平成23年度平均3412.74件、平成24年度平均3697.12件)においても件数が増加していました。また、脳梗塞患者の社会復帰のために重要とされている早期リハビリテーションの実施率(項目9:平成22年度平均39.85%、平成23年度平均44.82%、平成24年度57.48%)はまだ低い値とはいえ年々上昇しており、国立大学附属病院におけるリハビリテーション医療の充実の一端が示されたといえます。

「**教育に係る項目**」については、平成24年度において、指導医数(項目36:平成22年度100床当たり平均13.18人、平成23年度100床当たり平均13.28人、平成24年度100床当たり平均15.42人)が増加しており、より高度な医学教育を実施するための、体制強化の努力が数値として現れたといえます。また、専門医、認定医の新規資格取得者数(項目35:平成22年度100床当たり平均9.65人、平成22年度100床当たり平均10.87人、平成24年度100床当たり平均11.49人)も増加しており、国立大学附属病院の高度な医学教育の結果が数値として現れたといえます。

「**研究に係る項目**」について、治験の実施症例件数（項目47：平成22年度平均103.40件、平成23年度平均121.95件、平成24年度平均131.79件）はこの3年は増加しています。治験審査委員会・倫理委員会で審査された自主臨床試験の件数（項目48：平成22年度平均204件、平成23年度平均210.44件、平成24年度平均240.07件）や医師主導治験件数（項目49：平成22年度平均1.19件、平成23年度平均1.95件、平成24年度平均2.00件）の件数も増加していました。

「**地域・社会貢献に係る項目**」については、地域への医師派遣数（項目54：平成22年度100床当たり中央値72.84人、平成23年度100床当たり中央値78.49人、平成24年度100床当たり中央値82.71人）が増加していました。また、平成24年度診療報酬改定の関係で前年までと抽出定義の変更があったため単純比較はできないものの、救命救急患者（項目51：平成22年度平均1064.43件、平成23年度平均1064.52件、平成24年度平均1525.50件）は大きく増加していることから、国立大学附属病院が地域医療で果たす役割は大きく、その役割はさらに重要になっていることが明らかとなりました。

3年間のデータ蓄積により、各項目の年度間のばらつきを加味することが可能になりつつあります。主体的に国立大学附属病院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伝えていくためにも、調査を継続しさらに精度の高い指標として洗練させていくことが重要です。

国立大学附属病院長会議では、今後も国立大学附属病院全ての病院機能の向上に努めていきます。

## 報告書の見方

### 調査主体について

調査は国立大学附属病院長会議データベースセンター管理委員会に病院機能指標プロジェクトチーム（以下、病院機能指標PTと記載する）を設置し、病院機能指標PTが調査主体となって実施しました。

病院機能指標PT（◎は座長を示します）

小林大介（国立大学病院データベースセンター）
小林美亜（千葉大学）
新城大輔（国立大学病院データベースセンター）
◎伏見清秀（東京医科歯科大学）
藤森研司（東北大学）
松居宏樹（東京大学）

50音順、敬称略

調査事務は国立大学病院データベースセンター（以下、DBCと記載します。）が担当しました。DBCは、全国立大学附属病院の診療・教育・研究・財務などに関する情報を収集・蓄積・分析しています。病院機能指標の算出においても、DBCが蓄積しているデータを利用できる項目については、DBC蓄積データを元に算出を行いました。

### 調査対象について

全国立大学附属病院（関連附属病院、歯学部病院除く42国立大学附属病院本院）を対象としました。

調査の方法は以下の2つの手法を用いました。

- 1) DBCが蓄積しているデータを利用できる項目については、DBCにおいて数値の算出を行いました。算出結果については、各大学に照会し確認・修正を行いました。
- 2) 各大学に改めて調査を依頼した部分については、DBCにおいて調査票を作成・配布し、各大学での調査終了後回収しました。



## 集計について

調査票の回収率は100%でした。なお、一部項目で一部の大学が回答不能・もしくは集計困難となる場合があります。その場合、集計値欄の下に大学数と理由を記載し集計から除外しています。

DBCにおいて数値の算出を行った項目のうち、DBCにおいて収集している「DPCデータ」<sup>1</sup>から算出した項目に関しては、算出時の詳細な条件と算出時に用いたマスタを巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」に記載しました。

## 項目に関する留意事項について

本調査では、「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～」<sup>2</sup>に基づき調査を実施していますが、全大学共通の基準で数値を算出するため、一部項目で定義の見直し、調査対象期間の見直しなどを行っています。特に、項目50「研究論文のインパクトファクター合計点数」については、調査スケジュールの影響でこの資料には数値を掲載していません。

見直しについては、病院機能指標PTにて協議し、国立大学附属病院長会議常置委員会にて承認を受けました。具体的な定義の見直しについては、項目定義欄に記載しています。

## 算出結果の参照について

この報告書では、各項目の解説と定義、全大学の集計値とグラフを示しています。集計値とグラフについては、経年的な変化を示すため、参考数値として平成22・23・24年度の数値を併記しています。

「項目の値に関する解説」では、その項目が示す意味や経年的な数値の変化について解釈を示しています。

「項目の定義について」では、調査にあたっての定義を記載しています。なお、定義にDPCデータから算出した旨の記載がある項目については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧ください。尚、数値は原則として各年度1年間を対象とした数値を掲載しています。平成22年度においてデータソースの制限から、年間の数値が取得できなかった場合は、その旨を「項目の定義について」に記載し、取得できた期間の数値を通年換算して掲載します。

「集計値」では、対象となった国立大学附属病院全体での集計値（集計大学数、平均値、最小値、中央値及び、最大値）を示しています。また、病院の規模によって数値が大きく異なることが想定される項目については、数値を病床数で除して100をかけた100床

---

<sup>1</sup>DPCデータとは、診断群分別包括支払制度（DPC/PDPS）に基づいた医療費の支払いを受ける医療機関が、厚生労働省に提出している症例の生年月日や入院日などの症例の背景情報や、入院患者毎診断傷病名、医事算定に基づいた治療内容などに関する情報の総称です。DBCでは病院機能指標調査の対象となった42病院からこれらの情報を収集・蓄積・分析しています。

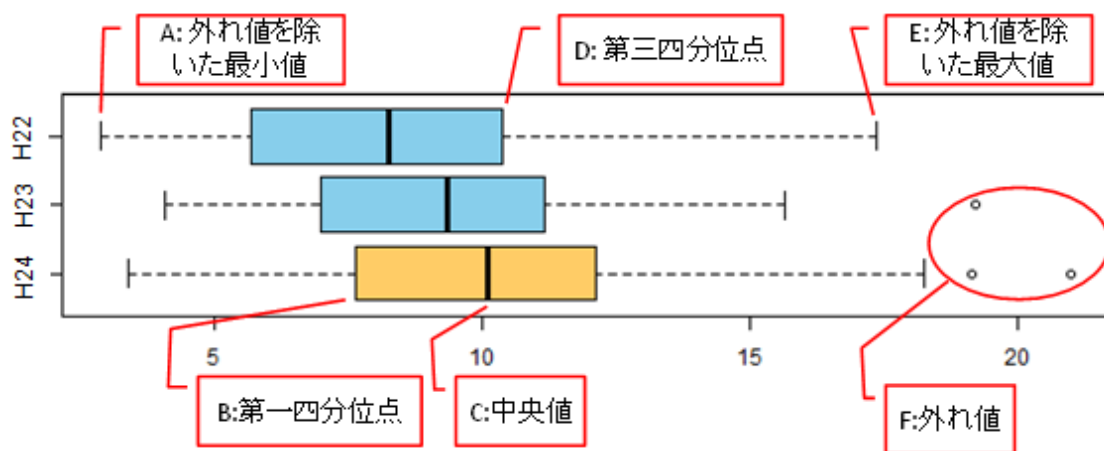
<sup>2</sup>平成21年4月24日開催国立大学附属病院長会議常置委員会取りまとめ  
[http://www.univ-hosp.net/guide\\_cat\\_08\\_2.pdf](http://www.univ-hosp.net/guide_cat_08_2.pdf)

当たりの件数も合わせて示しています。

「グラフ」では、年度ごとに各項目の箱ひげ図を示しています。基本的に各項目の数値を元に箱ひげ図を作図していますが、病院の規模によって数値が大きく異なることが想定される項目については100床当たりの件数を元に箱ひげ図を作図しています。箱ひげ図の見方については、後述の「箱ひげ図の見方について」をご覧ください。

### 箱ひげ図の見方について

箱ひげ図は、ばらつきがある数値を示す際に利用されるグラフです。箱ひげ図を年度毎に作成し、平成24年度グラフを橙色に着色しました。グラフの見方は下図に示した通りです。図中Fで示した外れ値は、図中のBもしくはDから、BD間距離の1.5倍以上Cから遠い方向に離れた値を指します。



## 診療に係る項目

国立大学附属病院は、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責務があります。医療の提供体制においては、患者本位の立場を再確認するとともに、患者のQOLを重視すること、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ています。(参考：「21世紀に向けた大学病院の在り方について」第3次報告)

「診療に係る項目」は、国立大学附属病院に求められている、診療の機能と実績を反映する指標です。

## 項目1 高度医療評価制度・先進医療診療実施数

### 項目の値に関する解説

国立大学附属病院が教育・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、高度医療評価制度・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。平成23年度は、平成22年度と比較して平均件数が増加していましたが、平成24年度は平均件数が平成22年度の値と同程度まで減少していました。これは前年度まで高度医療・先進医療であったものが新たに保険適応となったためでもあります。

なお、平成24年10月1日より、高度医療と先進医療が先進医療として一本化されました。

### 項目の定義について

1年間の高度医療評価制度及び、先進医療診療の実施数です。

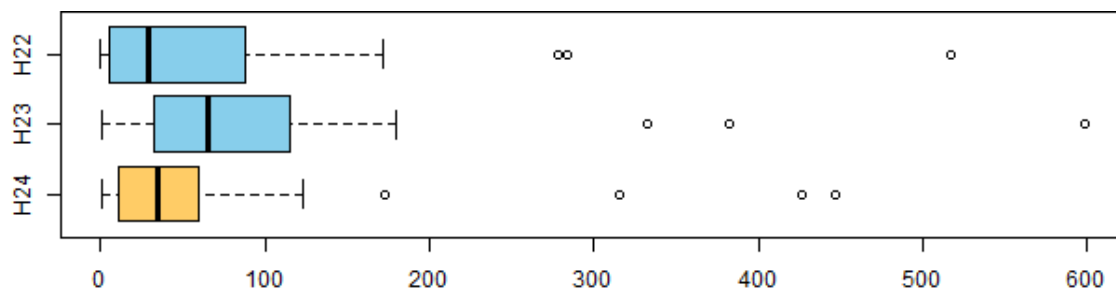
参考URL：厚生労働省 先進医療の概要について

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuuhoken/sensiniryoo/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/sensiniryoo/index.html)

### 集計値（件数）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	64.76	0	29.0	517
H23年度	42	93.36	1	65.5	599
H24年度	42	63.74	1	34.5	447

### グラフ（件数）



## 項目2 全手術件数

### 項目の値に関する解説

国立大学附属病院は急性期医療の要です。外科手術の提供とその技術を伝播することは、診療と教育という国立大学附属病院の社会的責任を果たすこととなります。外科医、麻酔科医、看護師、手術室等限られた職員と場所を効率的に運用すること、そして多くの手術に対応することを表現する指標です。平成24年度は、平成22・23年度と比較して平均件数・中央値ともに増加していました。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、手術室で行われた手術<sup>3</sup>（医科診療報酬点数表区分番号K920、K923、K924（輸血関連）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ています。また、各大学間で集計方法が異なる可能性があるため、手術管理台帳ではなく入院患者の医療行為に対する保険請求実績を元に集計を行っています。これにより、一部手術室以外で行われた手術が件数に含まれている可能性があります。なお、今年度調査では診療報酬改定に伴い、除外手術マスタを更新しました。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧下さい。件数を経年比較するため、平成22年度数値は対象期間（半年間）の実績ベースで件数を集計し、その値を2倍して年間推計値として掲載しています。

### 集計値（件数）

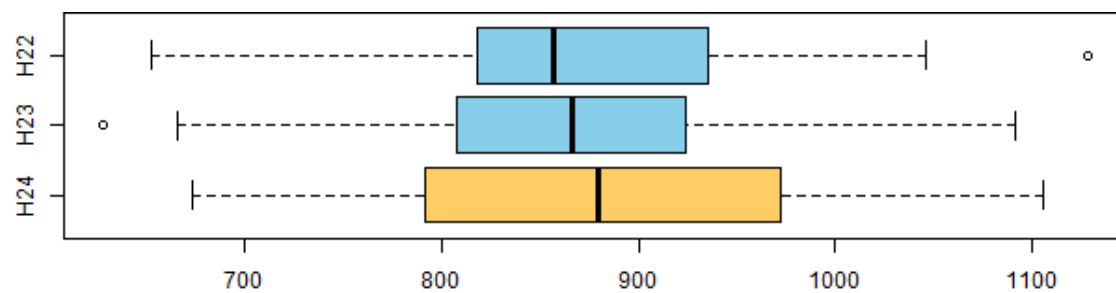
	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	6,244.71	4,312	5,915.0	11,450
H23年度	42	6,204.17	3,834	5,913.5	11,023
H24年度	42	6,245.90	4,342	5,973.0	11,296

### 100床当たり（件数）

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	873.52	652.43	856.44	1,128.53
H23年度	869.17	628.16	866.43	1,091.36
H24年度	881.80	673.49	879.63	1,105.10

<sup>3</sup>医科診療報酬点数表2章第10部手術に記載された項目

グラフ (100床あたりの件数)



## 項目3 緊急時間外手術件数

### 項目の値に関する解説

夕方以降から深夜、日曜日祝祭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。平成22年度から平成24年度へかけて年々件数が増加しています。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、緊急に行われた手術(医科診療報酬点数表区分番号 K920、K923、K924 (輸血関連) 以外の手術) で、かつ時間外加算、深夜加算、休日加算を算定した手術件数です。あらかじめ計画された時間外手術は除きます。複数術野の手術等、1手術で複数手術を行った場合でも、同一日の複数手術は合わせて1件としてカウントしています。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧ください。件数を経年比較するため、平成22年度数値は対象期間(半年間)の実績ベースで件数を集計し、その値を2倍して年間推計値として掲載しています。

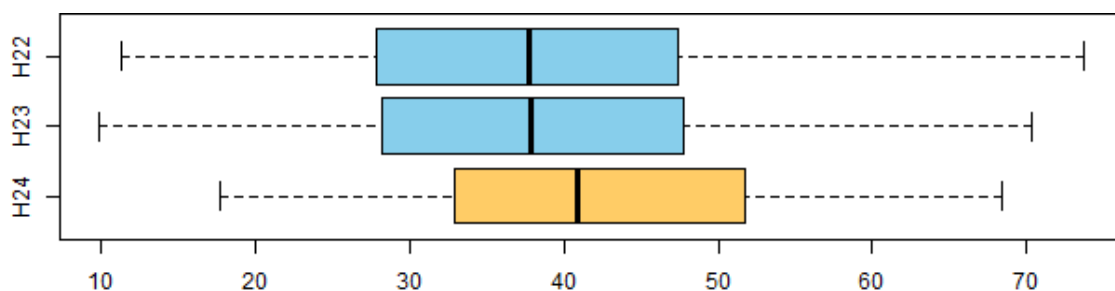
### 集計値 (件数)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	267.76	66	247.0	492
H23年度	42	274.36	58	270.5	551
H24年度	42	295.86	104	286.5	557

### 100床当たり (件数)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	37.91	11.26	37.74	73.76
H23年度	38.71	9.90	37.88	70.31
H24年度	42.25	17.75	40.87	68.45

### グラフ (100床あたり件数)



## 項目4 手術技術度DとEの手術件数

### 項目の値に関する解説

国立大学附属病院は急性期医療の要であり、外科治療の能力が必要であることは項目2の説明の通りです。この指標は、単に手術件数だけでなく、どの程度難しい手術に対応できるのかを表現する指標です。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ますが、外科系学会社会保険委員会連合の試案では、2000種類あまりの手術をそれぞれ技術度AからEまで5段階に分類しています。技術度DとEには熟練した外科経験を持つ医師・看護師や器具が必要なため、難易度の高い手術といえます。平成23年度は、平成22年度と比較して平均件数が増加していましたが、平成24年度は減少していました。これは以下の定義にありますとおり、平成24年度分より試案の変更があったことも影響しており、単純に件数を比較するだけの評価は難しいと考えられます。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、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7版 平成19年11月、第8版 平成23年12月)」において技術度D、Eに指定されている手術の件数です。平成22・23年度は、算出に於いてそれぞれ、平成22年度と平成23年度の厚生労働省科学研究「診断群分類の精緻化とそれを用いた医療評価の方法論開発に関する研究」総括・分担研究報告書に収載された、「平成22年度手術Kコードマスター」「平成23年度手術Kコードマスター」(第7版準拠)を使用しました。平成24年度は厚生労働省科学研究「診断群分類を用いた急性期医療、亜急性期医療、外来医療の評価手法開発に関する研究」総括・分担研究報告書に収載された、「平成24年度手術Kコードマスター」(第8版準拠)を使用しました。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。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧下さい。件数を経年比較するため、平成22年度数値は対象期間(半年間)の実績ベースで件数を集計し、その値を2倍して年間推計値として掲載しています。

### 集計値(件数)

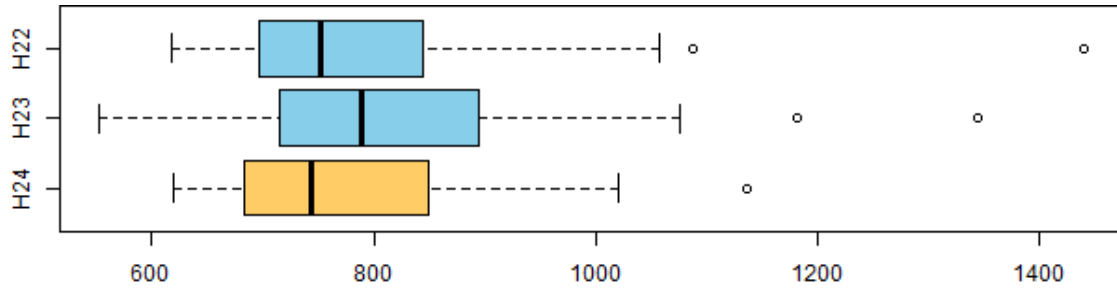
	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	5,808.48	3,512	5,037.0	16,566
H23年度	42	5,927.07	3,186	5,251.0	15,456
H24年度	42	5,561.52	3,423	5,098.0	13,199



100床当たり (件数)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	791.62	617.22	752.41	1,440.52
H23年度	812.35	553.12	788.54	1,344.00
H24年度	773.89	619.80	744.37	1,135.89

グラフ (100床あたり件数)



## 項目5 手術全身麻酔件数

### 項目の値に関する解説

手術を行うには麻酔が必要です。麻酔には手術部位の痛みを感じさせなくする局所麻酔と、患者を呼吸管理のもと無意識にして痛みを感じさせなくする全身麻酔があります。全身麻酔では、局所麻酔に比べて麻酔医や手術看護師などの負担は大きくなるので、その数は、手術部門の業務量を反映する指標となります。平成24年度は、平成22・23年度と比較して平均件数が増加していました。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、手術室における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。各大学間で集計方法が異なる可能性があるため、手術管理台帳ではなく医療行為に対する保険請求実績を元に集計を行っています。これにより、一部手術室以外で行われた手術目的の全身麻酔が件数に含まれている可能性があります。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧ください。件数を経年比較するため、平成22年度数値は対象期間（半年間）の実績ベースで件数を集計し、その値を2倍して年間推計値として掲載しています。

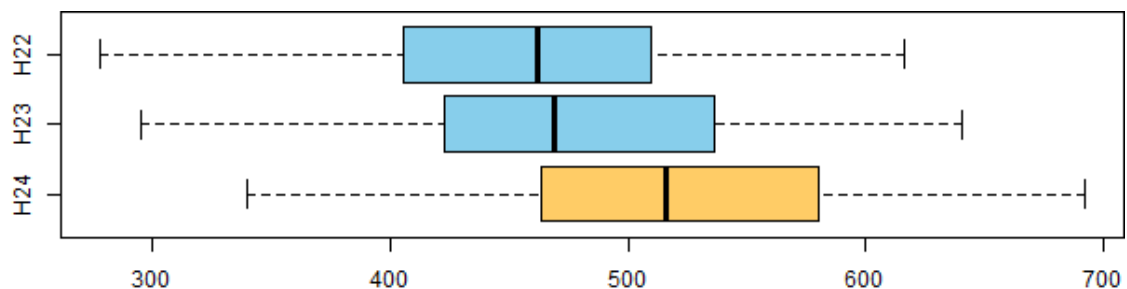
### 集計値 (件数)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	3,249.95	2,010	3,218.0	5,504
H23年度	42	3,412.74	1,908	3,400.0	5,275
H24年度	42	3,697.12	2,350	3,626.0	5,830

### 100床当たり (件数)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	457.54	278.48	462.37	616.30
H23年度	480.59	295.47	468.65	640.69
H24年度	522.81	340.10	515.91	692.27

### グラフ (100床あたり件数)



## 項目6 重症入院患者の手術全身麻酔件数

### 項目の値に関する解説

項目2の手術件数や項目4の難しい手術と同様、心臓の働きが悪くなる心不全という疾患をもつ患者など、重症な患者の手術を行うことも国立大学附属病院の社会的責任の一つといえます。重症な患者に全身麻酔をかけて手術する場合は、生命の危険を含む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ができる麻酔能力の高さともいえます。平成23・24年度は、平成22年度と比較して平均件数が増加していました。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、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。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧下さい。件数を経年比較するため、平成22年度数値は対象期間（半年間）の実績ベースで件数を集計し、その値を2倍して年間推計値として掲載しています。

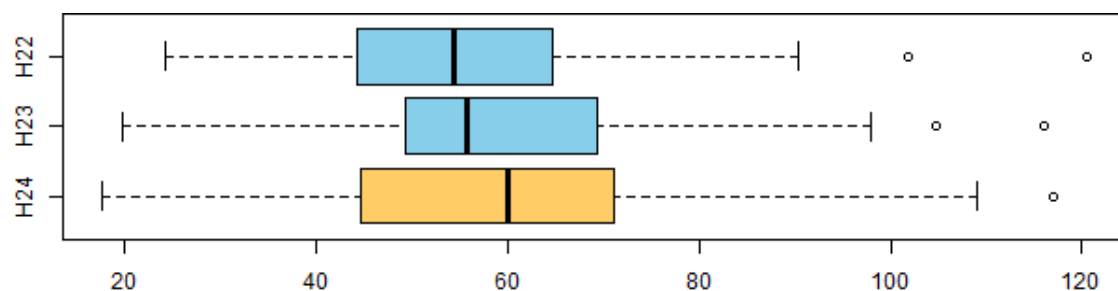
### 集計値（件数）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	391.33	164	370.0	744
H23年度	42	432.10	134	417.0	851
H24年度	42	428.29	120	396.5	887

### 100床当たり（件数）

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	55.61	24.37	54.37	120.56
H23年度	61.16	19.88	55.72	116.03
H24年度	60.91	17.80	60.05	116.90

### グラフ（100床あたり件数）



## 項目7 臓器移植件数（心臓・肝臓・小腸・肺・膵臓）

### 項目の値に関する解説

臓器移植を行える施設は限られています。そのため臓器移植は、高度な医療技術、経験のある職員、十分な設備を持つ国立大学附属病院の社会的責任の一つといえます。腎移植はすでに定着した技術ですが、心臓・肝臓・小腸・肺・膵臓の移植はまだ難しい問題が多々あります。心臓・肝臓・小腸・肺・膵臓の臓器別の件数は少ないので、ここではこれら五臓器の合計数を示します。平成23・24年度は、平成22年度と比較して平均件数が増加していました。しかし、最大値では平成24年度は平成22・23年度と比較して減少していました。また、1件でも臓器移植を実施した大学数は平成22年度で20大学、平成23年度は22大学、平成24年度で19大学でした。

### 項目の定義について

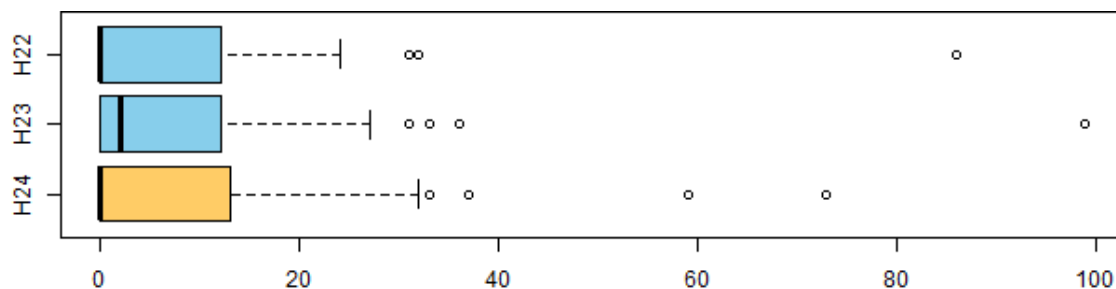
各年度1年間の、心臓・肝臓・小腸・肺・膵臓の合計移植件数です。同時複数臓器移植の場合は1件として計上します。

### 集計値（件数）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	41	8.37	0	0.0	86
H23年度	42	9.36	0	2.0	99
H24年度	42	8.93	0	0.0	73

未回答の大学は集計から除外しました（H22：1大学）。

### グラフ（件数）



## 項目8 臓器移植件数（骨髄）

### 項目の値に関する解説

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なわれる必要があります。その治療方法の一つに骨髄移植があります。これは心臓・肝臓・肺・脾臓・小腸の移植と比較すると、世の中で普及しつつあり、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。ここ数年の数値の推移を見ると、数値はほぼ横ばいですが、平成22年度から平成24年度へかけて年々件数が少しずつ増加しています。

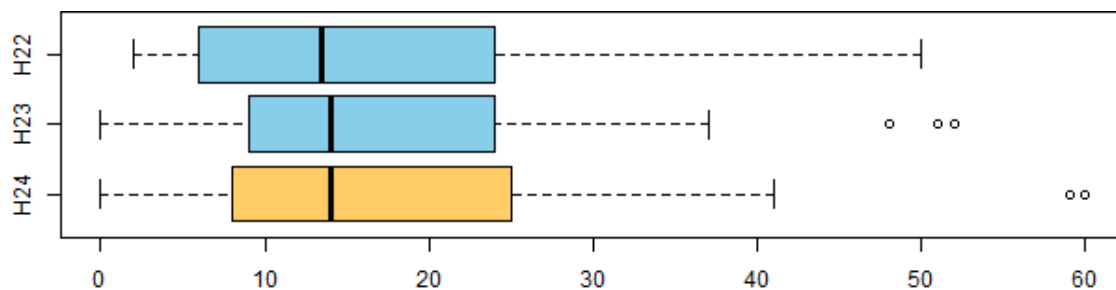
### 項目の定義について

各年度1年間の骨髄移植の件数です。

### 集計値（件数）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	16.40	2	13.5	50
H23年度	42	17.88	0	14.0	52
H24年度	42	18.12	0	14.0	60

### グラフ（件数）



## 項目9 脳梗塞の早期リハビリテーション実施率

### 項目の値に関する解説

早期のリハビリテーションは運動機能の回復を促進することが明らかとなっており、脳梗塞の診療の指針を示す診療ガイドラインでも推奨されています。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、脳梗塞患者への適切な治療の一つとして評価します。平成22年度から平成24年度へかけて年々増加しています。しかし、数値は依然低く、数値を増加させるためには国立大学附属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。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、緊急入院した脳梗塞症例（再梗塞を含みます）に対する早期リハビリテーション実施率（%）です。

分子：入院4日以内にリハビリテーションが開始された患者数です。

分母：最も医療資源を投入した病名が脳梗塞の患者で、発症から3日以内、且つ緊急入院した患者数です。院内発症した脳梗塞症例は含みません。

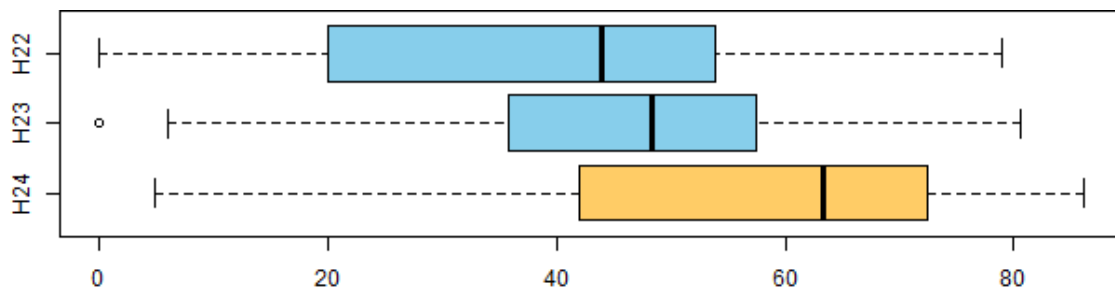
3日以内退院と転帰が死亡である場合は分子・分母から除きます。再梗塞を含みます。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧ください。

### 集計値 (%)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	34	39.85	0	43.88	78.95
H23年度	39	44.82	0	48.28	80.56
H24年度	39	57.48	4.76	63.33	86.21

脳梗塞症例が10症例に満たない大学を集計から除外しました（H22：8大学，H23：3大学，H24：3大学）。

### グラフ (%)



## 項目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

### 項目の値に関する解説

急性心筋梗塞の治療は、血管カテーテルの技術と材料の開発が進み、侵襲の大きな外科治療から、患者の負担が少ないカテーテル手術へと変遷してきました。しかし再び心筋梗塞を起こさないための予防は必要です。予防薬としてはアスピリンという血を固まりにくくする作用を持つ薬が有効で、この薬の投与は急性心筋梗塞の予後を改善させるため、標準的な治療の一つとされています。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現する指標といえます。

国立大学附属病院ではおよそ平均80%以上の患者が標準的な治療を受けています。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、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です。

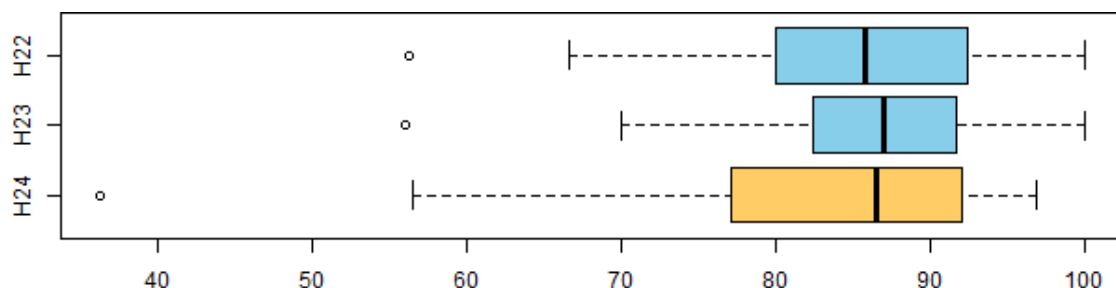
分母：診断群分類コード上6桁が「050030」(急性心筋梗塞)の退院患者数、緊急入院に限ります。再梗塞を含みます。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧下さい。

### 集計値(%)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	31	84.89	56.25	85.71	100
H23年度	38	85.29	56	87.00	100
H24年度	37	82.51	36.36	86.49	96.77

値の分母となる急性心筋梗塞症例数が10に満たない大学を集計から除外しました(H22:11大学、H23:4大学、H24:5大学)。

### グラフ(%)



## 項目11 新生児のうち、出生時体重が1500g未満の数

### 項目の値に関する解説

出生時体重が1500g未満の新生児を極小低出生体重児と言います。このような新生児の治療には、経験のある医師・看護師と高度な設備が24時間体制で整備され、体温調節、人工呼吸、栄養管理などが行える新生児特定集中治療室（NICU）が必要です。極小低出生体重児の数は重症度の高い周産期医療を提供していることを示します。NICU病床を有する国立大学附属病院が増えたこともあり（国立大学病院データベースセンター調査、平成22年度36病院、平成23年度39病院、平成24年度42病院）、平成24年度は、平成23年度と比較して平均件数が少し増加していましたが、中央値は減少しており、大学間でのばらつきが小さくなっていました。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、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。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧下さい。なお、平成22年度は、定義に該当する特性を持った退院患者の人数を以下の期間で集計し集計人数を2倍して推計値として表示しています。そのため、平成22年度推計値は平成23・24年度数値に比べ若干過剰に数値を推計している可能性があります。

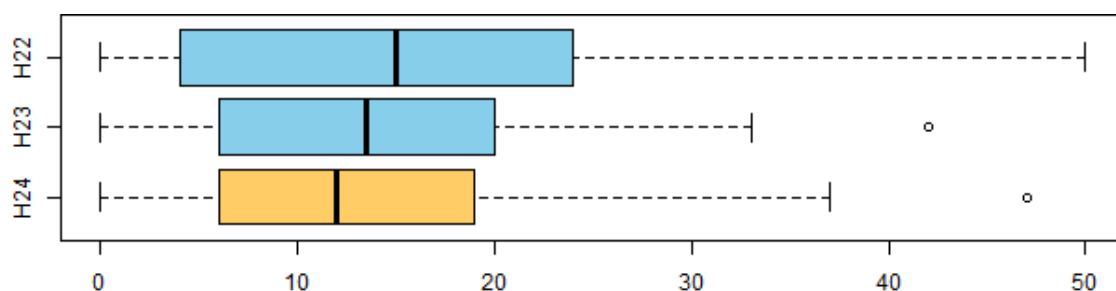
平成22年度：4月以降に入院し、7～12月に退院した症例

平成23・24年度：4月以降に入院し、4～3月に退院した症例

### 集計値（件数）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	15.62	0	15.0	50
H23年度	42	13.76	0	13.5	42
H24年度	42	13.86	0	12.0	47

### グラフ（件数）





## 項目12 新生児特定集中治療室(NICU)実患者数

### 項目の値に関する解説

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を治療します。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意味で、産科小児科領域の医療の「最後の砦」とも言われ、NICU実患者数は、周産期医療の質と総合力の高さを表現しているものといえます。NICU病床を有する国立大学附属病院が増えたこともあり(国立大学病院データベースセンター調査、平成22年度38病院、平成23年度40病院、平成24年度42病院)、平成24年度は、平成22・23年度と比較して平均件数が増加していました。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、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」及び「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)」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)。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧下さい。この定義は、病院機能指標PTで協議し、「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～」の定義に加え、「A3032 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)」の件数を抽出条件に加え集計を行っています。

なお、平成22年度は、定義に該当する特性を持った退院患者の人数を以下の期間で集計し集計人数を2倍して推計値として表示しています。そのため、平成22年度推計値は平成23・24年度数値に比べ若干過剰に数値を推計している可能性があります。

平成22年度：4月以降に入院し、7～12月に退院した症例

平成23・24年度：4月以降に入院し、4～3月に退院した症例

### 集計値(件数)

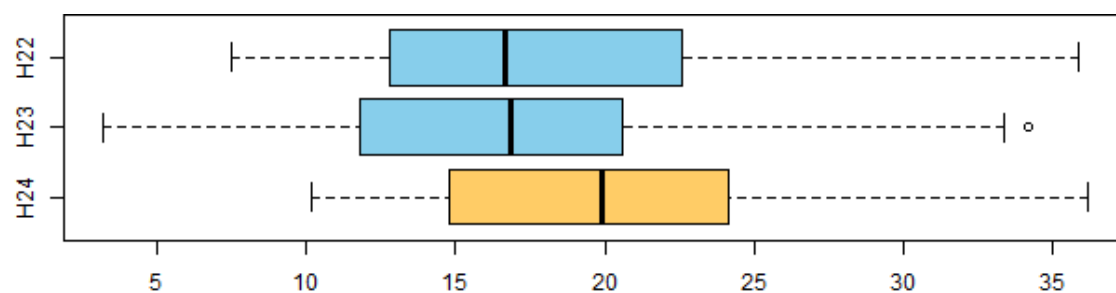
	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	38	126.16	44	120.0	216
H23年度	40	119.33	18	113.5	228
H24年度	42	142.12	59	145.5	234

100床当たり (件数)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	17.99	7.47	16.68	35.88
H23年度	16.95	3.22	16.88	34.18
H24年度	20.30	10.19	19.88	36.20

調査時点においてNICU病床を有さない大学を集計から除外しました (H22:4大学,  
H23:2大学)

グラフ (100床あたり件数)



## 項目13 緊急帝王切開数

### 項目の値に関する解説

妊婦が自然分娩できないときは帝王切開が必要になります。帝王切開は予定され実施する場合と、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。分娩中に急きょ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、手術室等の設備が必要であり、緊急時の周産期医療提供能力を表現する指標といえます。平成22・23年度と比較して、平成24年度は大きく増加しています。周産期領域での大学病院の活躍があらわされていると考えられます。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、医科診療報酬点数表における、「K898 帝王切開術 1-緊急帝王切開、帝王切開術 3-前置胎盤を合併する場合または 32 週未満の早産の場合」且つ「緊急入院のもの」の算定件数です。(今回、プロジェクトチームにおいて検討し、「緊急入院のもの」という条件を加えました)

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。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧下さい。なお、件数を経年比較するため、平成22年度数値は対象期間(半年間)の実績ベースで件数を集計し、その値を2倍して年間推計値として掲載しています。

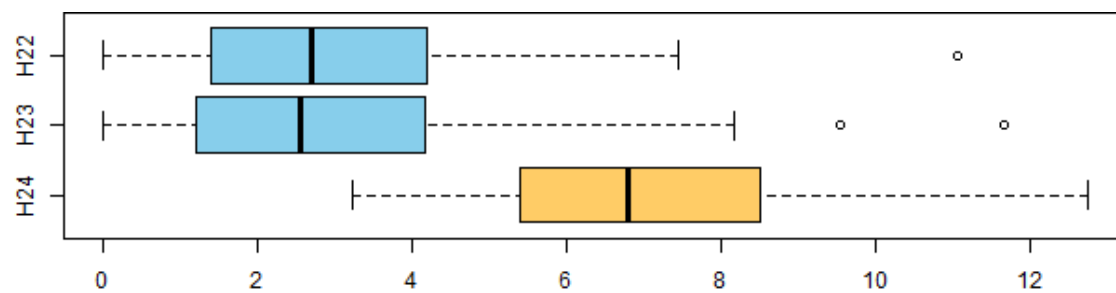
### 集計値 (件数)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22 年度	42	23.19	0	17.0	92
H23 年度	42	23.14	0	16.0	118
H24 年度	42	51.24	19	42.5	156

### 100床当たり (件数)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22 年度	3.11	0.00	2.68	11.07
H23 年度	3.09	0.00	2.55	11.66
H24 年度	7.08	3.23	6.79	12.77

グラフ (100床あたり件数)



## 項目14 直線加速器による定位放射線治療患者数

### 項目の値に関する解説

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するためには、綿密な治療計画と施行時の正確な位置決めが必要で、通常の放射線治療より時間と手間がかかります。高度な放射線治療を施行する力を表わす指標といえます。平均値はほぼ横ばいですが、平成23・24年度は平成22年度比較して少し増加していました。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、医科診療報酬点数表における、「M0013 直線加速器による定位放射線治療」の算定件数です。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧下さい。なお、件数を経年比較するため、平成22年度数値は対象期間（半年間）の実績ベースで件数を集計し、その値を2倍して年間推計値として掲載しています。

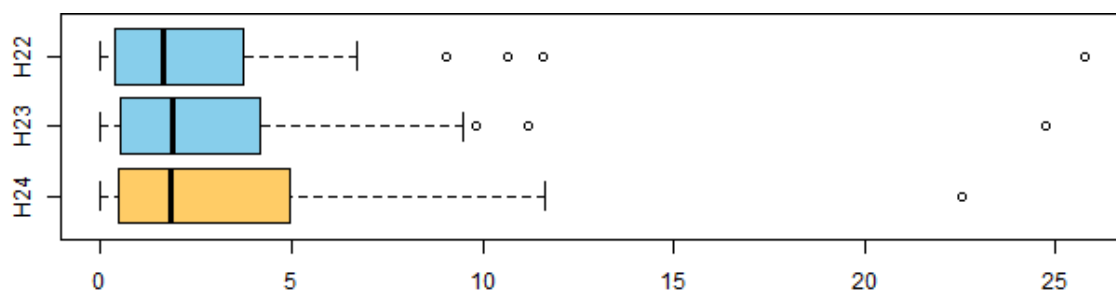
### 集計値（件数）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	23.14	0	12.0	148
H23年度	42	24.29	0	16.0	142
H24年度	42	24.26	0	15.5	130

### 100床あたり（件数）

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	3.14	0.00	1.63	25.78
H23年度	3.29	0.00	1.89	24.74
H24年度	3.32	0.00	1.84	22.53

### グラフ（100床あたり件数）



## 項目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

#### 項目の値に関する解説

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言えるので、実施率が高いことが望まれます。画像診断管理加算2（80%以上が算定要件）の施設基準を取得していない大学は数値が必然的に低くなります。平成22年度から平成24年度にかけて数値はほぼ横ばいですが、わずかに平均割合が減少していました。

#### 項目の定義について

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。

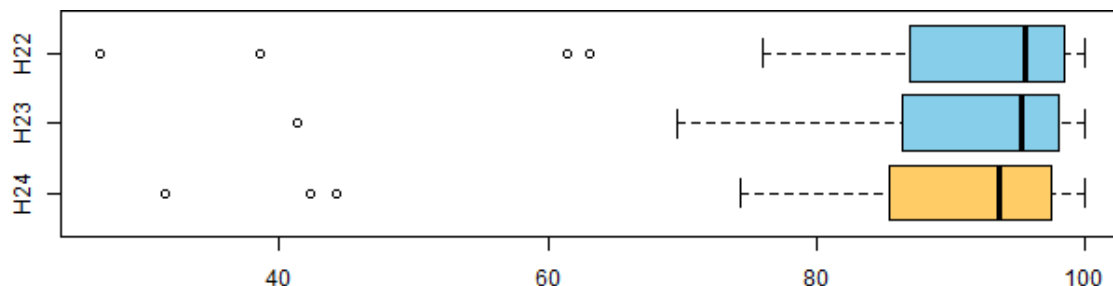
「放射線科医」とは医科診療報酬点数表の画像管理加算の要件に従い、経験10年以上、専ら画像診断に従事するものを指します。

#### 集計値（%）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	40	89.14	26.72	95.58	100
H23年度	41	90.82	41.31	95.19	100
H24年度	42	88.71	31.5	93.54	100

値の分母となる急性心筋梗塞症例数が10に満たない大学を集計から除外しました（H22：2大学、H23：1大学）。

#### グラフ（%）



## 項目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

#### 項目の値に関する解説

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。画像診断管理加算2（80%以上が算定要件）の施設基準を取得していない大学は数値が必然的に低くなります。数値はほぼ横ばいで大きな変化は見られていません。

#### 項目の定義について

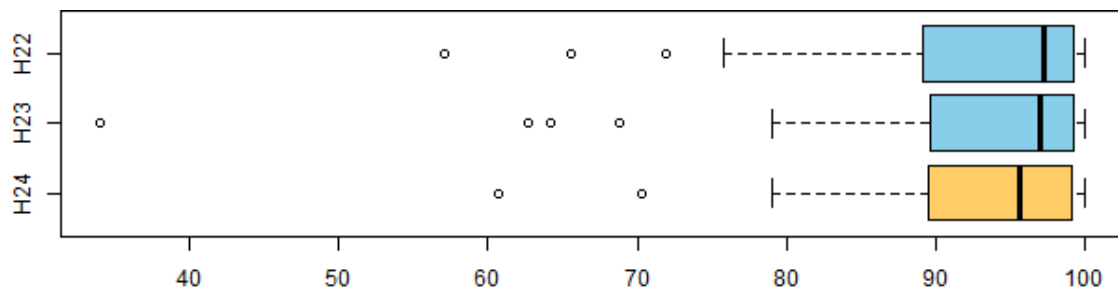
1年間の「翌営業日までに放射線科医（及び、核医学診療科医）が読影したレポート数」を「核医学検査実施件数」で除した割合（%）です。「放射線科医」とは医科診療報酬点数表の画像管理加算の要件に従い、経験10年以上、専ら画像診断に従事するものを指します。

#### 集計値（%）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	40	92.46	57.09	97.19	100
H23年度	41	91.24	34.08	96.96	100
H24年度	42	92.73	60.68	95.53	100

未回答の大学は集計から除外しました（H22：2大学、H23：1大学）。

#### グラフ（%）



## 項目17 病理組織診断件数

### 項目の値に関する解説

病理診断に基づいて、治療の必要性や治療方法が選択されます。件数が多いほど正確な診断が適時適切に行われていることを表現する指標です。平成24年度は、平成22・23年度と比較して平均件数が増加していました。

### 項目の定義について

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)」および「N003 術中迅速病理組織標本作製 (T-M/O P)」の算定件数です。入院と外来の合計とし、細胞診は含めません。

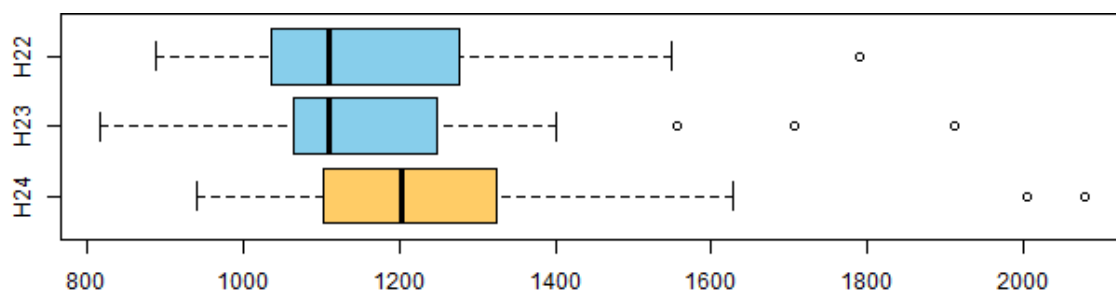
### 集計値 (件数)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	8,421.26	5,013	7,352.5	16,057
H23年度	42	8,339.31	5,013	7,379.0	14,764
H24年度	42	8,986.83	5,167	7,758.0	15,938

### 100床あたり (件数)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	1,163.36	887.86	1,108.90	1,790.11
H23年度	1,160.02	817.67	1,109.74	1,910.58
H24年度	1,253.39	939.45	1,202.74	2,079.14

### グラフ (100床あたり件数)





## 項目18 術中迅速病理組織診断件数

### 項目の値に関する解説

正確で迅速な病理診断は、時として手術中に必要となることがあり、それに基づいて病巣切除の適否または切除範囲が決められます。そのためには、限られた時間内に切除された標本を処理し、迅速かつ正確な診断のできる熟練病理医と設備が病院内に必要になります。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。平成24年度は、平成22・23年度と比較して平均件数が増加していました。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、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/O P）、N003-2 術中迅速細胞診」の算定件数です。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧下さい。なお、件数を経年比較するため、平成22年度数値は対象期間（半年間）の実績ベースで件数を集計し、その値を2倍して年間推計値として掲載しています。

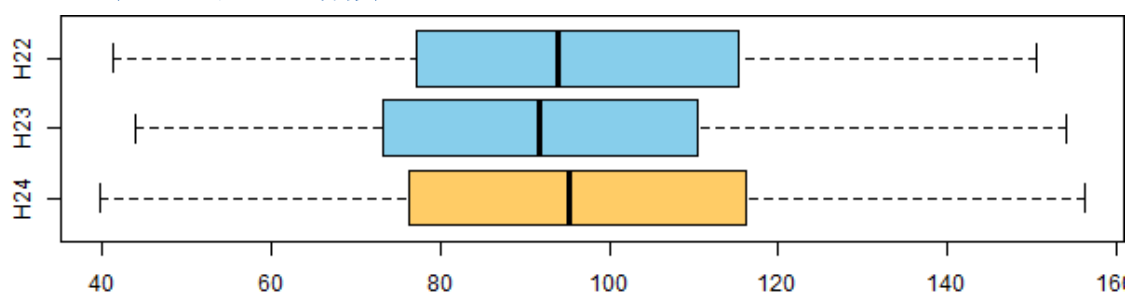
### 集計値（件数）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	693.00	264	649.0	1,432
H23年度	42	677.60	336	656.5	1,319
H24年度	42	705.00	342	655.5	1,374

### 100床当たり（件数）

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	95.28	41.19	93.95	150.52
H23年度	93.94	43.94	91.74	153.96
H24年度	98.03	39.82	95.23	156.32

### グラフ（100床あたり件数）



## 項目19 薬剤管理指導料算定件数

### 項目の値に関する解説

医師の指示に基づき薬剤師が入院患者に行う服薬指導についての指標です。薬剤に関する注意事項、効果、副作用をわかりやすく説明し、患者とともに有効かつ安全な薬物療法が行われることを担保するものです。平成24年度は、平成22・23年度と比較して平均件数が増加していました。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、医科診療報酬点数表における、「B008 薬剤管理指導料(1)(2)(3)」の算定件数です。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧下さい。件数を経年比較するため、平成22年度数値は対象期間(半年間)の実績ベースで件数を集計し、その値を2倍して年間推計値として掲載しています。

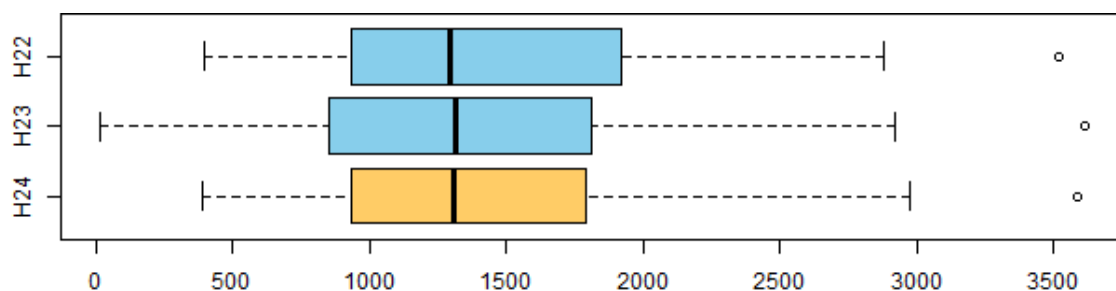
### 集計値(件数)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	10,397.81	2,472	8,384.0	27,418
H23年度	42	10,309.90	111	7,883.0	28,826
H24年度	42	10,852.71	2,203	8,018.0	29,414

### 100床当たり(件数)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	1,415.24	399.65	1,296.02	3,516.43
H23年度	1,390.25	19.34	1,318.42	3,617.27
H24年度	1,451.35	387.17	1,306.38	3,588.40

### グラフ(100床あたり件数)



## 項目20 外来でがん化学療法を行った延べ患者数

### 項目の値に関する解説

近年、がん化学療法の多くが外来で行えるようになり、日常生活を送りながら治療を受けられるようになりました。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、薬剤師等の配置が必要になります。外来化学療法を行えるだけの職員、設備の充実度を表現する指標です。平成22年度から平成24年度へかけて年々件数が増加しています。外来化学療法の充実に力を入れている大学が増加してきたと考えられます。

### 項目の定義について

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

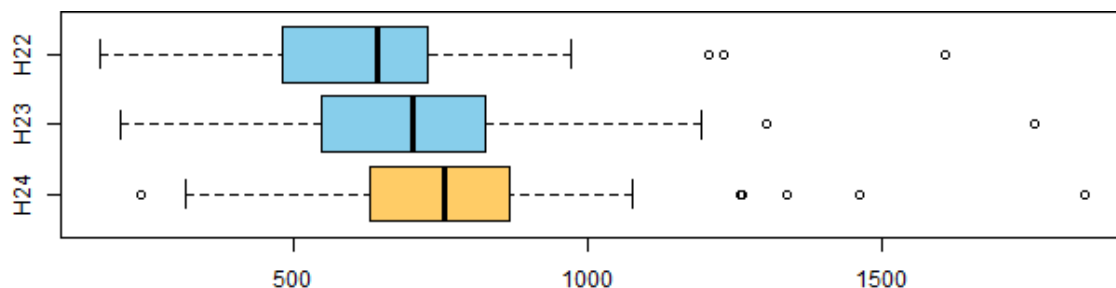
### 集計値 (件数)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	4,753.48	1,145	4,018.0	10,714
H23年度	42	5,240.83	1,348	4,644.0	11,859
H24年度	42	5,738.52	1,593	4,921.0	12,442

### 100床当たり (件数)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	648.06	171.66	643.33	1,608.71
H23年度	719.49	203.63	702.90	1,759.50
H24年度	789.62	240.63	754.84	1,845.99

### グラフ (100床あたり件数)



## 項目21 無菌製剤処理料算定件数

### 項目の値に関する解説

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。

平成22年度から平成23年度にかけて、「項目20 外来化学療法算定件数」と同様に項目21も算定件数が増加しています。平成24年度の平均算定件数は頭打ちとなっており、他の薬剤業務に対する大学のニーズに広がりがある原因の一つにあると考えられます。

### 項目の定義について

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

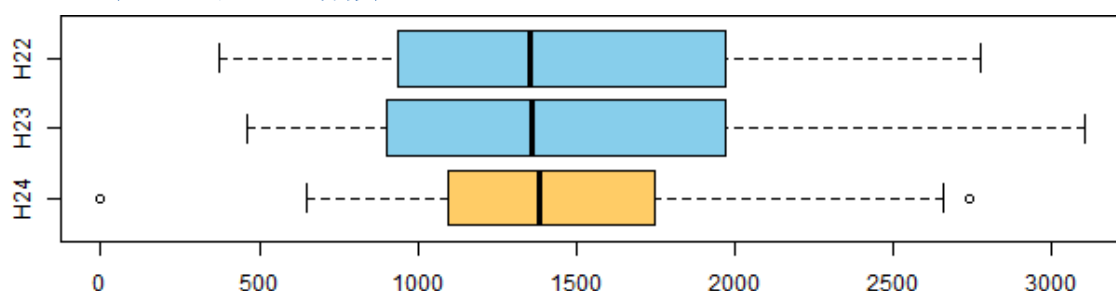
### 集計値（件数）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	41	10,336.68	2,151	9,424.0	27,340
H23年度	42	10,761.36	2,712	9,887.0	27,980
H24年度	42	10,672.24	0	9,632.0	26,214

### 100床あたり（件数）

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	1,455.22	370.86	1,355.62	2,775.63
H23年度	1,490.57	462.80	1,358.44	3,106.85
H24年度	1,464.39	0.00	1,381.25	2,742.75

### グラフ（100床あたり件数）



## 項目22 褥瘡発生率

### 項目の値に関する解説

入院後の褥瘡（床ずれ）は患者の生活に大きな悪影響を与えます。また、時として褥瘡の治療は困難で、入院の長期化につながります。これは、適切な診療により予防できる疾患です。褥瘡の発症予防が重要であり、その予防の総合力を表現する指標です。平成22年度に比べほとんどの国立大学附属病院で低い値となっており、発症予防が行えているものといえます。

なお、各大学における褥瘡の定義により、過大・過小に計上される場合があります。また、取り組みの一環として患者の褥瘡チェックを頻回に行った場合、通常は見過ごされ計上されなかった褥瘡件数が計上されるため、数値は高くなる可能性があることを考慮に入れる必要があります。

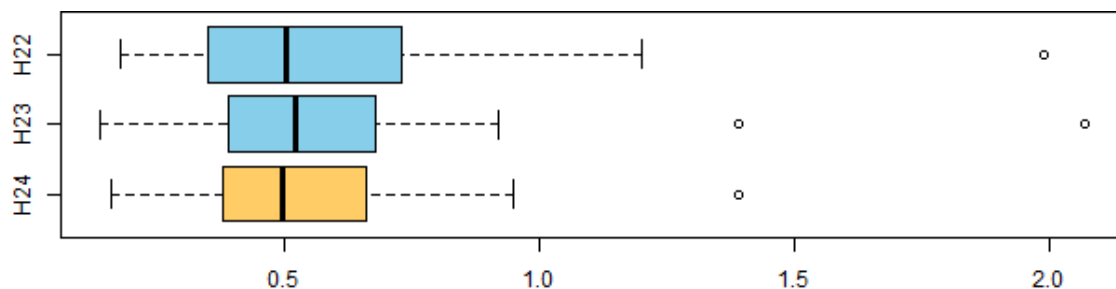
### 項目の定義について

一か月あたりの褥瘡発生率（入院してから新しく褥瘡を作った患者数の比率（%））の平均値です。

### 集計値（%）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	0.59	0.18	0.50	1.99
H23年度	42	0.57	0.14	0.52	2.07
H24年度	42	0.54	0.16	0.49	1.39

### グラフ（%）



## 項目23-1 手術有り肺血栓塞栓症予防対策実施率

### 項目の値に関する解説

肺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、時として死に至ることもある疾患です。長期臥床や下肢または骨盤部の手術後に発症することが多く、頻回の体位交換、手術中に弾性ストッキングを足にはかせるなど、適切に予防することが必要です。今回新たに、術後肺血栓塞栓症予防の対策が取られているかを評価する指標として、対策実施割合を算出しました。各大学の対策実施割合に大きな差は無くほとんどの大学に於いて十分対策を実施していることが明らかになりました。

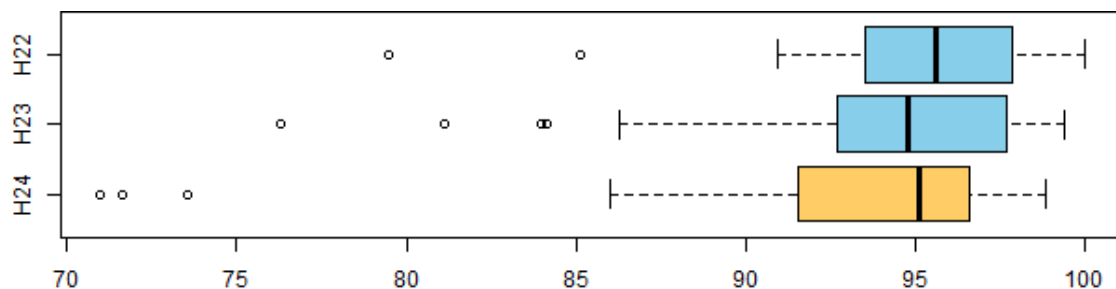
### 項目の定義について

当該項目は独立行政法人国立病院機構が平成25年8月に発表した「国立病院機構臨床評価指標計測マニュアル2013年改訂版<sup>4</sup>」に基づき作製しています。具体的にはDPCデータを元に算出した、特定の手術を実施した患者に対する「肺血栓塞栓症予防管理料」の算定割合を算出する物です。項目の詳細は注釈資料をご覧ください。

### 集計値 (%)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	95.05	79.48	95.59	100
H23年度	42	93.80	76.3	94.78	99.4
H24年度	42	92.86	71	95.12	98.83

### グラフ (%)



<sup>4</sup>国立医療学会発行 独立行政法人国立病院機構本部編集「国立病院機構臨床評価指標計測マニュアル2013年改訂版」 (<http://www.nhocrc.jp/iryo/rinsyohyoka.html>)

## 項目23-2 入院中の肺塞栓症の発生率

### 項目の値に関する解説

「項目23-1 手術あり肺血栓塞栓症予防対策実施率」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。なお、肺塞栓症の患者数は、各大学における肺塞栓症の診断定義により、過大・過小に計上される場合があります。平成22年度から平成24年度にかけて、平均値は横ばいとなっており、国立大学附属病院間ではばらつきが少なくなってきました。なお、この数値で集計される肺塞栓症には疑い症例も含まれているため、実際の値よりも過剰に数値が集計されている可能性があります。

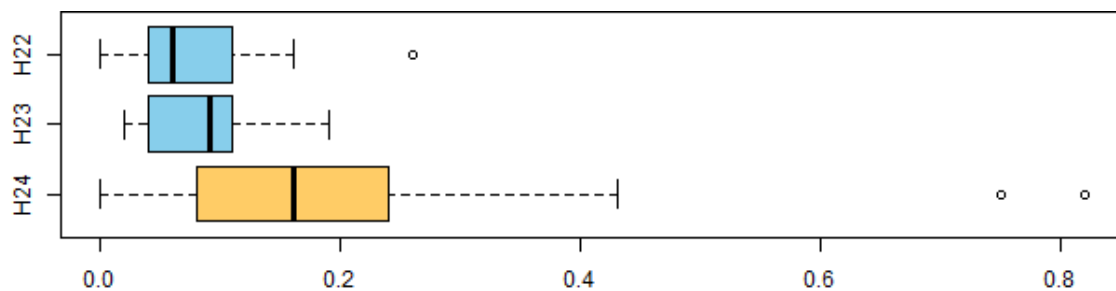
### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、全入院患者における、入院中の肺塞栓症の発生率(%)です。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧下さい。

### 集計値 (%)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	0.08	0	0.06	0.26
H23年度	42	0.08	0.02	0.09	0.19
H24年度	42	0.19	0	0.16	0.82

### グラフ (%)



## 項目24 多剤耐性緑膿菌(MDRP)による 院内感染症発生患者数

### 項目の値に関する解説

多剤耐性緑膿菌（MDRP）が抵抗力が低下した患者に感染すると、難治性の感染症を引き起こし死に至らせる場合があります。病院内の手洗いなど適切な介入により、かなりの程度で発症頻度を減じることが可能です。十分な感染対策を行っていることを表現する指標です。なお、本指標はMDRPの検査の取り組み方によって数値が左右されるため、病院間の比較は困難で、発生件数が0の大学もあり得ます。また、平成22年度の調査から対象となる菌が検査で検出されているものの発症していない症例は集計から除くように定義を明確化しました。平成24年度は、平成23年度と比較して平均件数が減少していました。

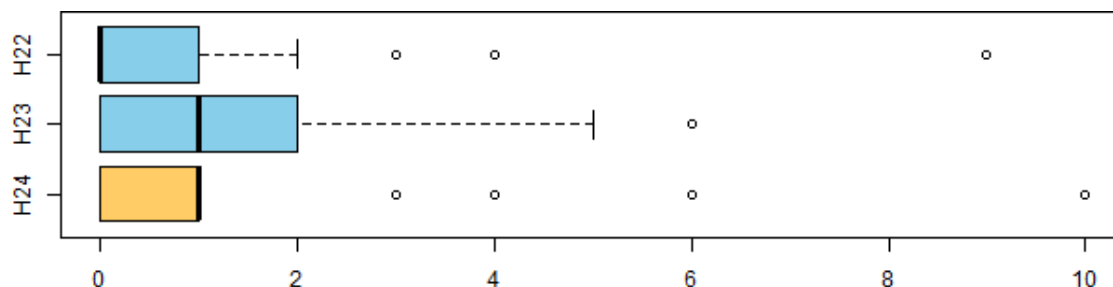
### 項目の定義について

対象年度1年間の新規MDRP感染症発症患者数です。多剤耐性緑膿菌が検査により検出されていても、発症していない症例を除きます。保菌者による持ち込み感染は除き、入院3日目以降に発症したものを計上します。

### 集計値（件数）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	1.12	0	0.0	9
H23年度	42	1.29	0	1.0	6
H24年度	42	1.17	0	1.0	10

### グラフ（件数）





## 項目25 CPC（臨床病理検討会）の検討症例率

### 項目の値に関する解説

CPC（臨床病理検討会）とは、臨床医・病理医などが、治療中に院内で死亡し病理解剖が行われた症例について診断や治療の妥当性を検証する症例検討会で、診療行為を見直すことで得られた知見を、今後の治療に役立てるために行われます。医学生、研修生の教育にも寄与するもので、その取り組みの状況を表現する指標です。平成22年度から、平成24年度にかけて、平均値、中央値ともにやや減少していました。

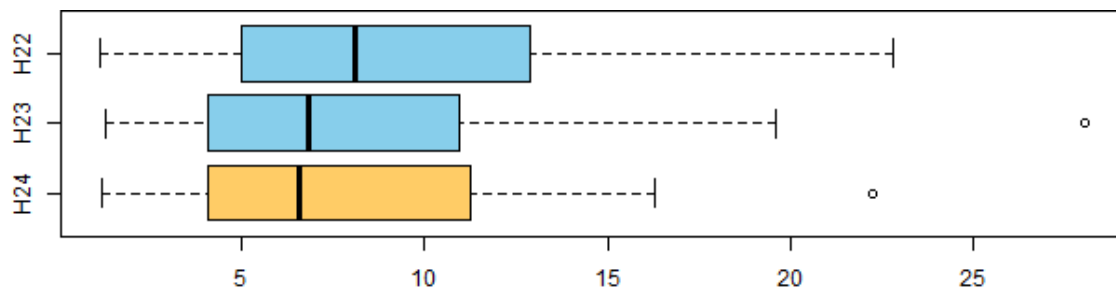
### 項目の定義について

対象年度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せん。

### 集計値（％）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	9.12	1.18	8.12	22.8
H23年度	42	8.07	1.31	6.85	28.04
H24年度	42	7.80	1.22	6.58	22.22

### グラフ（％）



## 項目26 新規外来患者数

### 項目の値に関する解説

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附属病院の使命の一つです。新規外来患者の診療数は、より多くの患者に高度医療を提供している事を表現する指標となります。平成22年度から平成24年度へかけて年々件数が少しずつ増加しています。

### 項目の定義について

対象年度1年間に新規に患者番号を取得し、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で新規に患者番号を取得した場合が該当します。外来を経由しない入院も含まれます。

なお、この定義は、病院機能指標PTで協議したうえで、「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～」の定義に加え、最終来院日から5年以上経過し新たに受診した患者は、件数に含めないようにしました。

### 集計値 (件数)

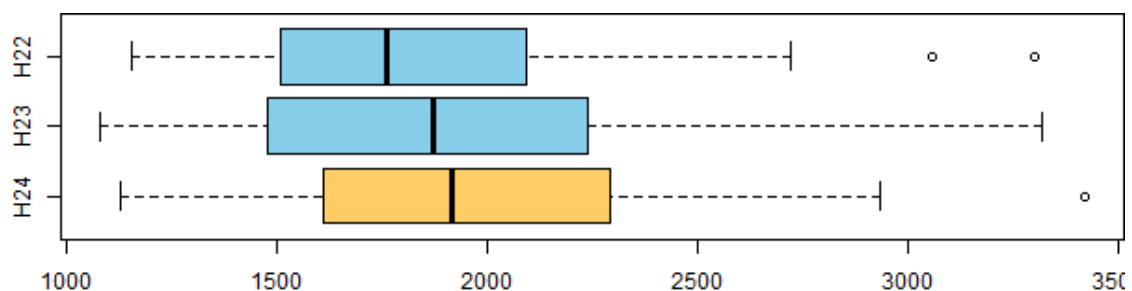
	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	13,633.31	6,484	11,075.5	29,086
H23年度	42	14,275.00	6,201	12,668.0	26,481
H24年度	41	14,434.27	6,305	13,499.0	33,135

### 100床当たり (件数)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	1,854.01	1,154.51	1,763.12	3,303.65
H23年度	1,949.15	1,081.25	1,872.91	3,318.11
H24年度	1,989.02	1,127.91	1,914.06	3,422.61

件数を把握できなかった大学を集計から除外しました (H24: 1大学)

### グラフ (100床あたり件数)



## 項目27 初回入院患者数

### 項目の値に関する解説

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（化学療法等）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。平成22年度から平成24年度へかけて年々件数が増加しています。

### 項目の定義について

対象年度1年間の入院患者の内、入院日から過去1年間に自院での入院履歴が無い入院患者数です。（例：平成24年9月1日に入院した症例の場合、平成23年9月1日～平成24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「入院無し」と判断します）。診療科単位ではなく、病院全体として入院履歴の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。

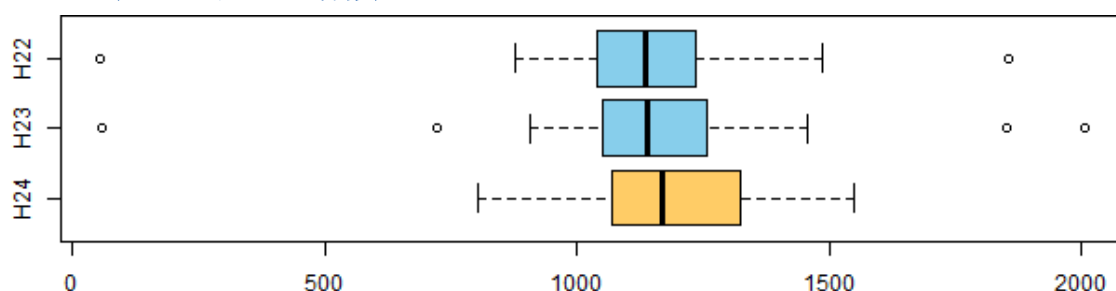
### 集計値（件数）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	8,048.88	656	7,571.0	14,742
H23年度	42	8,170.86	701	7,681.0	15,847
H24年度	42	8,476.55	4,637	8,251.5	14,311

### 100床当たり（件数）

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	1,135.70	55.50	1,135.53	1,855.16
H23年度	1,153.92	59.31	1,138.58	2,007.77
H24年度	1,189.15	803.64	1,167.41	1,549.91

### グラフ（100床あたり件数）



## 項目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

### 項目の値に関する解説

クリニカルパスとは、主に入院時に患者に手渡される病気を治すうえで必要な治療・検査やケアなどをタテ軸に、時間軸（日付）をヨコ軸に取って作った、診療スケジュール表のことです（日本クリニカルパス学会HP<sup>5</sup>より引用）。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。

昨年度、調査方法の見直しを行い一昨年認められた数値の施設間における大きなばらつきが無くなりました。また、平均値は前年度より増加傾向にあり、パスの導入を積極的に進めている国立大学附属病院がある事が示されています。

### 項目の定義について

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

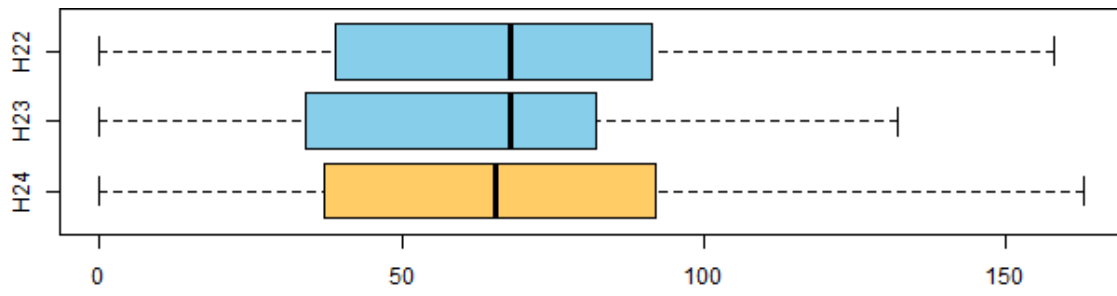
### 集計値（%）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	40	101.80	0	68.0	948
H23年度	41	68.32	0	68.0	172
H24年度	42	71.17	0	65.5	178

未回答の大学は集計から除外しました（H22：1大学、H23年度：1大学）。

<sup>5</sup>日本クリニカルパス学会 HP：<http://www.jscp.gr.jp/about/index.html>

グラフ (%)



平成22年度において、大きな外れ値が存在したため、グラフの可読性を維持する目的で外れ値をグラフから除外して表示しています (H22年度：2大学)

## 項目29 在院日数の指標

### 項目の値に関する解説

厚生労働省から、毎年1600を超える施設の平均在院日数が、施設名を添えて公開されています<sup>6</sup>。この平均在院日数は、短いほど効率的な診療を行っていると考えられることでもあります。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。なお、国立大学附属病院以外の病院に関する在院日数の指標は、脚注のURLをご参照下さい。

平成24年度は平成23年度とほぼ同様ではあるものの、大学間でのばらつきが小さくなっていました。

### 項目の定義について

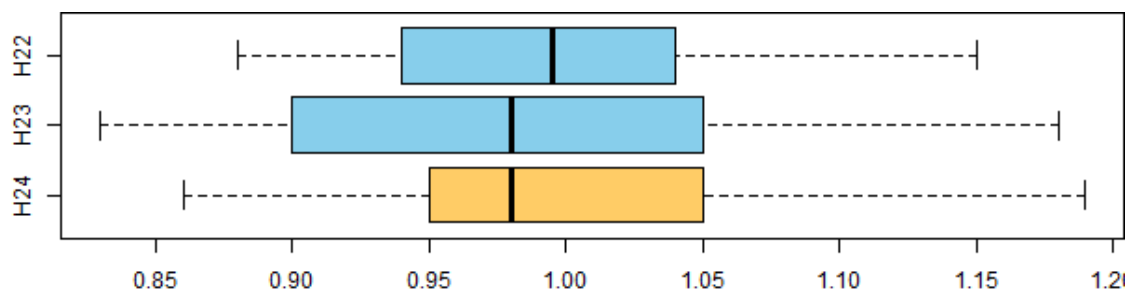
厚生労働省のDPC評価分科会の公開データです。各年度時点での公開データから値を取得しています。

平成24年度数値は、平成24年度全調査対象医療機関全体の在院日数の平均値を、各医療機関の患者構成を平成24年度全国平均に合わせた際の医療機関別在院日数で除した値となります。

### 集計値

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	0.995	0.88	0.995	1.15
H23年度	42	0.985	0.83	0.980	1.18
H24年度	42	0.998	0.86	0.980	1.19

### グラフ



<sup>6</sup>DPC導入の影響評価に関する調査（厚生労働省）

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/database/sinryo/dpc.html>

## 項目30 患者構成の指標

### 項目の値に関する解説

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、各国立大学附属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。高度な医療を提供する国立大学附属病院として、治療の内容が複雑な患者をより多く診療していることを示す指標です。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。なお、国立大学附属病院以外の病院に関する患者構成の指標は、項目29脚注6のURLをご参照下さい。

平成24年度は平成23年度とほぼ同様ではあるものの、ばらつきが小さくなっていました。

### 項目の定義について

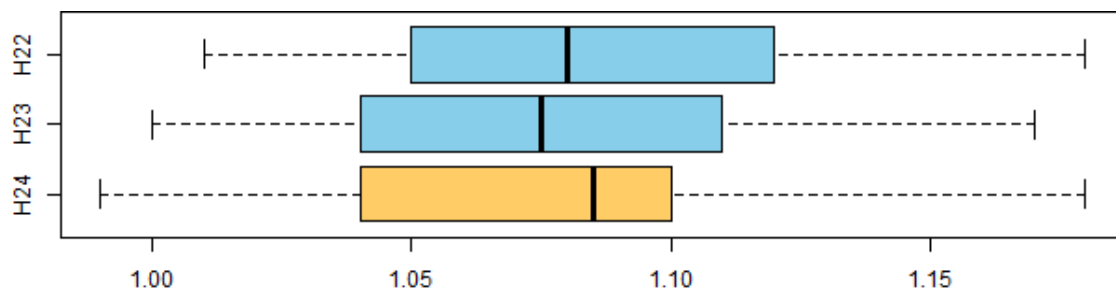
厚生労働省のDPC評価分科会の公開データです。各年度で公開されたデータから値を取得しています。

平成24年度数値はDPC毎の在院日数を、平成24年全国平均に合わせた際の医療機関別の在院日数を、平成24年度全調査対象医療機関全体の在院日数の平均値で除した値となります。

### 集計値

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	1.085	1.01	1.080	1.18
H23年度	42	1.076	1	1.075	1.17
H24年度	42	1.077	0.99	1.085	1.18

### グラフ



## 項目31 退院患者に占める難病患者の割合

### 項目の値に関する解説

難治性疾患の診療には特別な専門知識や診療体制が必要です。従って難治性疾患が退院患者に占める割合で、その状況を表すことができます。平成22年度以降で難治性疾患克服研究事業の対象である疾患は130疾患としています。平成24年度は、平成22年度と比較して減少しているものの、平成23年度と比較して少し増加していました。

### 項目の定義について

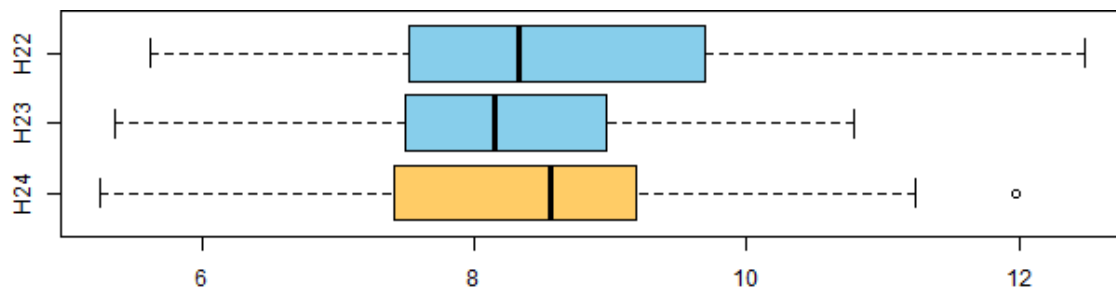
DPCデータを元に算出した、退院患者に占める難病患者の割合(%)です。

難病とは、診断群分類決定時の「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<sup>7</sup>。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧下さい。

### 集計値(%)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	8.63	5.62	8.33	12.49
H23年度	42	8.30	5.35	8.14	10.79
H24年度	42	8.46	5.25	8.55	11.98

### グラフ(%)



<sup>7</sup>参考URL：難病情報センター (<http://www.nanbyou.or.jp/top.html>)

平成22年4月1日時点で130疾患、平成24年度11月12日時点でも130疾患



## 項目32 超重症児の手術件数

### 項目の値に関する解説

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。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。平成21年度までは、算定要件が厳しいため、一部の国立大学附属病院で算定されるのみでしたが、平成22年度の診療報酬改定に伴い算定要件が緩和されました。一部の国立大学病院で積極的に取り組んでいる姿が見られます。

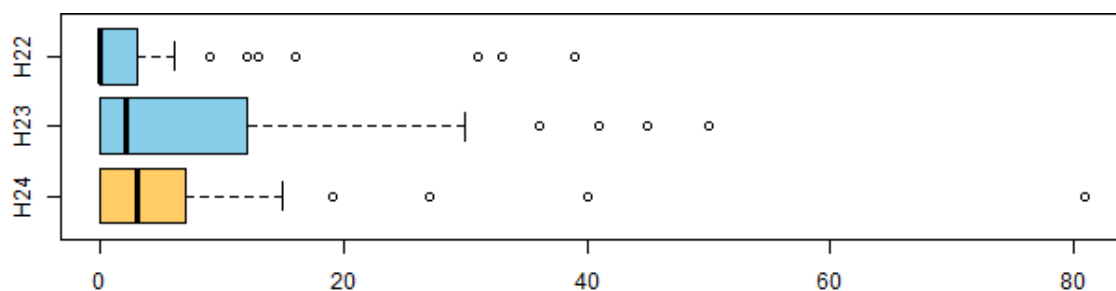
### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、医科診療報酬点数表における、「A212-1-イ超重症児入院診療加算」及び、「A212-2-イ準重症児入院診療加算」を算定した患者の手術件数です。

### 集計値 (件数)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	4.43	0	0.0	39
H23年度	42	8.36	0	2.0	50
H24年度	42	6.88	0	3.0	81

### グラフ (件数)



## 教育に係る項目

国立大学附属病院は、教育に関し国立大学附属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、医師以外の医療専門職の実習についても、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ります。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ります。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す。(参考：「21世紀に向けた大学病院の在り方について」第3次報告)

「教育に係る項目」は、医師が医学部を卒業してから後の初期研修、後期研修、専門医・認定医取得と進む医師育成の中で、国立大学附属病院が果たしている役割を反映する指標であり、また、医師の育成に限らず、あらゆる職種の医療スタッフの育成において国立大学附属病院が果たしている役割についても反映しています。

### 項目33 初期研修医採用人数

#### 項目の値に関する解説

初期臨床研修医制度導入後、大学病院以外での研修が盛んに行われるようになりました。より魅力のある初期研修を提供していることを表す指標として、プログラムの採用人数（国家試験合格者のみ）を指標とします。初期研修に積極的に取り組もうという姿勢を評価する指標といえます。平成23年度は少し落ち込みましたが、平成24年度は盛り返してきました。

#### 項目の定義について

初期研修プログラム1年目の人数です。2年間の初期研修の一部を他病院で行う「たすき掛けプログラム」の場合でも大学病院研修に限定せず、プログラムに採用した全体人数を計上します。他院で研修を開始する場合を含みます。いずれの年度も6月1日時点の人数を集計しています。

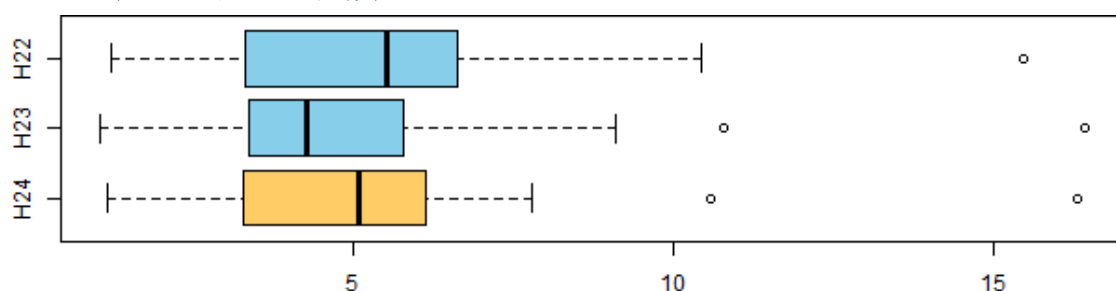
#### 集計値（人数）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	38.74	8	33.0	120
H23年度	42	36.29	7	29.0	124
H24年度	42	37.12	11	31.0	123

#### 100床あたり（人数）

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	5.29	1.22	5.52	15.45
H23年度	4.88	1.05	4.28	16.43
H24年度	5.11	1.15	5.08	16.29

#### グラフ（100床あたり人数）



## 項目34 他大学卒業の初期研修医の採用割合

### 項目の値に関する解説

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附属病院の魅力を示す指標です。平成23年度までは経年比較して採用割合は増加傾向が見られましたが、平成24年度は少し減少しており、やや頭打ちとなっています。

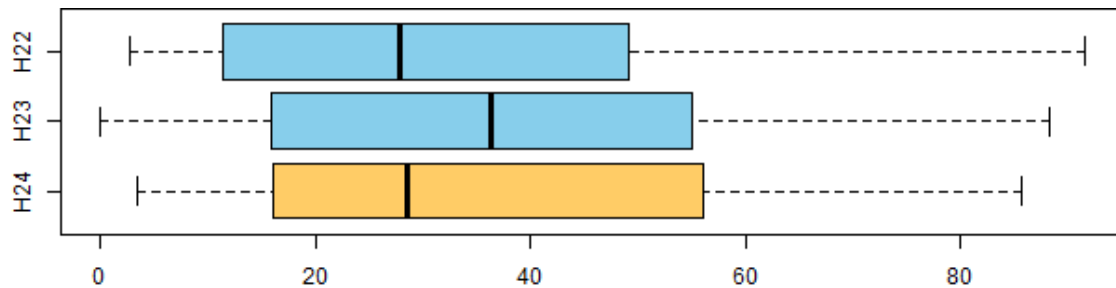
### 項目の定義について

初期研修医の内、他大学卒業の初期研修医の採用割合（％）です。いずれの年度も6月1日時点の人数を集計しています。

### 集計値（％）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	32.48	2.63	27.74	91.67
H23年度	42	36.11	0	36.24	88.24
H24年度	42	34.28	3.33	28.57	85.71

### グラフ（％）



## 項目35 専門医、認定医の新規資格取得者数

### 項目の値に関する解説

国立大学附属病院の社会的責任の一つに、専門性の高い医師の養成・教育に力を入れることがあります。その教育機能、高い専門的診療力を示す指標です。平均値では平成22年度から平成24年度へかけて年々増加しています。

### 項目の定義について

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

### 集計値（人数）

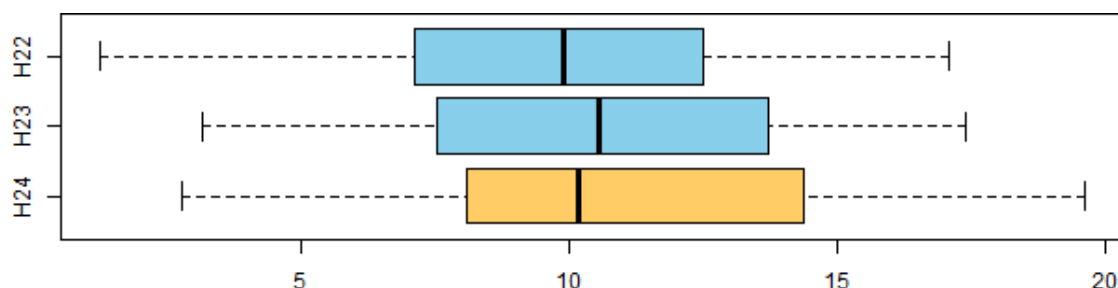
	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	41	71.12	10	67.0	250
H23年度	41	79.34	24	63.0	200
H24年度	41	83.95	21	60.0	228

### 100床当たり（人数）

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	9.65	1.26	9.88	21.74
H23年度	10.87	3.16	10.54	28.47
H24年度	11.49	2.76	10.15	37.78

未回答の大学は集計から除外しました（H22：1大学、H23：1大学、H24：1大学）。

### グラフ（100床あたり人数）



各年度において、大きな外れ値が存在したため、グラフの可読性を維持する目的で外れ値をグラフから除外して表示しています（H22年度：1大学、H23年度：2大学、H24年度：1大学）

## 項目36 指導医数

### 項目の値に関する解説

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。国立大学附属病院の社会的責任の一つに、診療を通じた研修医指導があります。優れた医療者の育成に真摯に取り組んでいることと、専門医師の層の厚さを表現する指標です。平成22年度から平成24年度にかけて100床当たりの平均人数が増加していました。

### 項目の定義について

医籍を置く医師のうち、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）<sup>8</sup>」に従います。各年度6月1日時点の人数を集計しています。

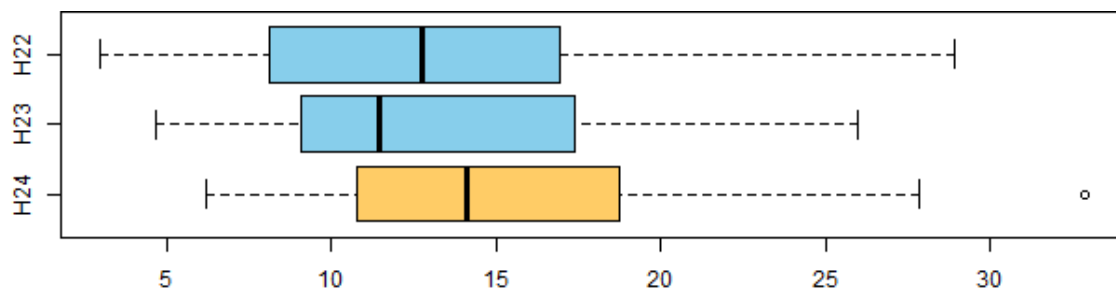
### 集計値（人数）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	95.10	20	90.0	296
H23年度	42	92.19	28	95.0	197
H24年度	42	105.45	46	103.0	181

### 100床当たり（人数）

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	13.18	3.00	12.72	28.91
H23年度	13.28	4.68	11.45	25.96
H24年度	15.42	6.19	14.09	32.87

### グラフ（100床あたり人数）



<sup>8</sup>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  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818.html>

## 項目37 専門研修コース（後期研修コース）の 新規採用人数

### 項目の値に関する解説

初期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。中央値はほぼ変化ありませんが、平均値では平成22年度から平成24年度へかけて年々人数は減少していました。

### 項目の定義について

後期研修コース一年目の人数です。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。各年度6月1日時点の人数を集計しています。

### 集計値（人数）

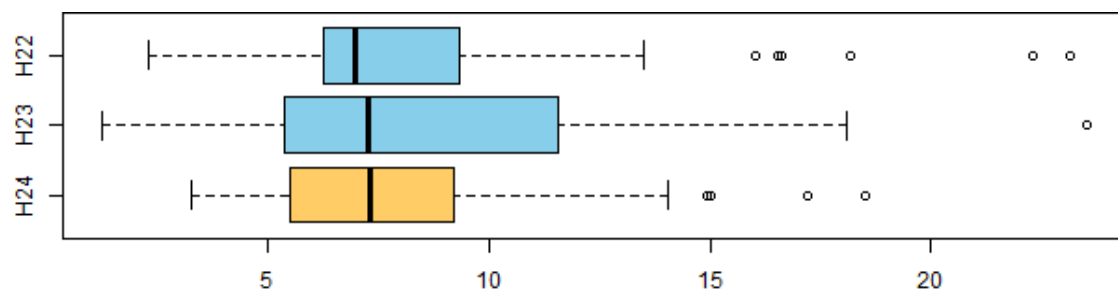
	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	41	69.24	13	44.0	228
H23年度	42	67.33	7	47.5	232
H24年度	42	63.74	19	47.5	200

### 100床当たり（人数）

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	8.82	2.28	6.97	23.15
H23年度	8.64	1.25	7.28	23.55
H24年度	8.26	3.24	7.31	18.54

未回答の大学は集計から除外しました（H22：1大学）。

### グラフ（100床あたり人数）



## 項目38 看護師の研修受入人数

### (外部の医療機関などから)

#### 項目の値に関する解説

看護職員の技術向上のための研修を受け入れる体制について表現する指標です。教育に関する体制が整っていることを表します。単に受入人数ではなく、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。

#### 項目の定義について

各年度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。

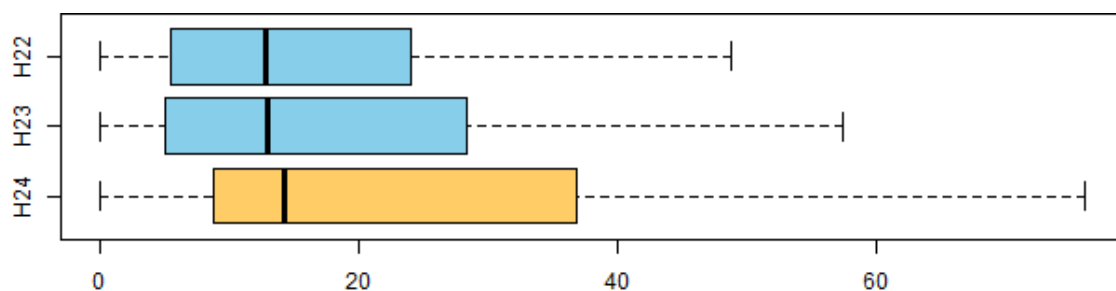
#### 集計値(人日)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	158.15	0	97.0	692
H23年度	42	304.53	0	95.5	5,039.7
H24年度	42	216.31	0	97.9	1,160

#### 100床当たり(人日)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	22.39	0.00	12.81	101.07
H23年度	42.05	0.00	12.93	701.91
H24年度	31.10	0.00	14.18	179.25

#### グラフ(100床あたり人日)



各年度、大きな外れ値が存在したため、グラフの可読性を維持する目的で外れ値をグラフから除外して表示しています(H22年度: 8大学、H23年度: 7大学、H24年度: 4大学)。



## 項目39 看護師の受入実習学生数（自大学から）

### 項目の値に関する解説

国立大学附属病院は、看護師を目指す学生の教育に社会的責任を負う必要があります。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。単に受入人数ではなく、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。

### 項目の定義について

各年度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。

### 集計値（人日）

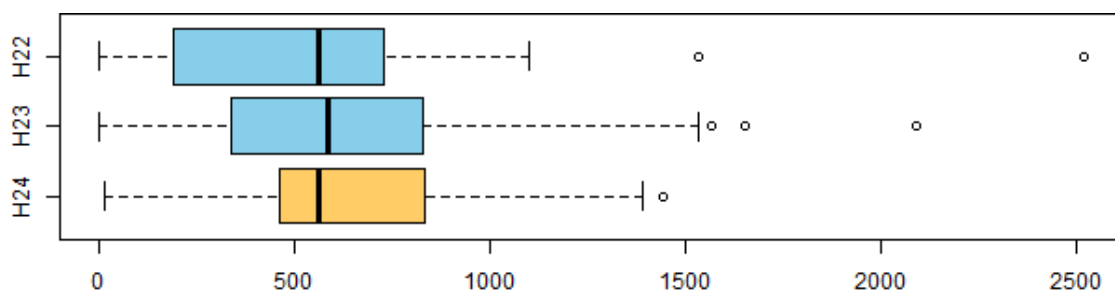
	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	40	3,754.28	0	3,637.5	14,129
H23年度	42	4,493.71	0	4,031.6	15,028.2
H24年度	42	4,454.71	77.43	4,175.3	14,769.6

### 100床あたり（人日）

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	560.60	0.00	559.61	2,523.04
H23年度	650.73	0.00	585.75	2,093.06
H24年度	639.76	14.08	561.89	1,442.34

未回答の大学は集計から除外しました（H22：2大学）。

### グラフ（100床あたり人日）



## 項目40 看護師の受入実習学生数 (自大学以外の養成教育機関から)

### 項目の値に関する解説

項目39は自大学に在籍する看護師を目指す学生数を意味しますが、項目40はその大学以外の看護職員養成教育機関からどの程度学生の実習を受け入れているかを表現する指標です。指導力があり、学生実習に関する教育体制が整っている国立大学附属病院であることを意味します。単に受入人数ではなく、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。

### 項目の定義について

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

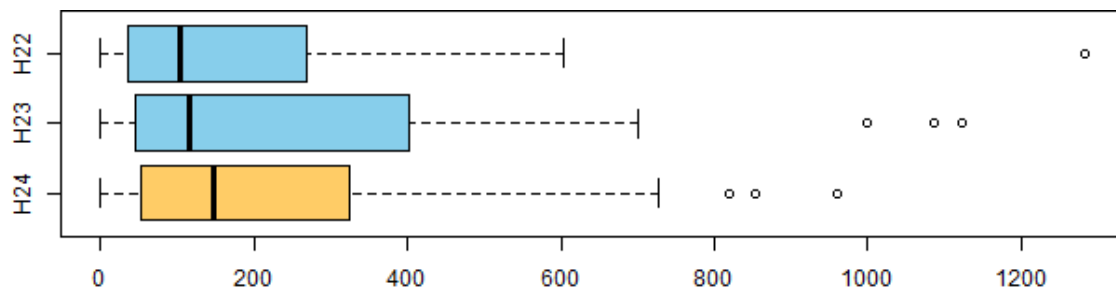
### 集計値(人日)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	1,392.05	0	893.5	8,259
H23年度	42	1,917.96	0	989.3	11,761.2
H24年度	42	1,659.17	0	947.9	6,660.5

### 100床当たり(人日)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	195.80	0.00	103.47	1,284.45
H23年度	260.68	0.00	115.27	1,124.40
H24年度	235.21	0.00	147.61	960.75

### グラフ(100床あたり人日)



## 項目41 薬剤師の研修受入人数 (外部の医療機関などから)

### 項目の値に関する解説

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、学部卒業後さら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。単に受入人数ではなく、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。

### 項目の定義について

各年度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。

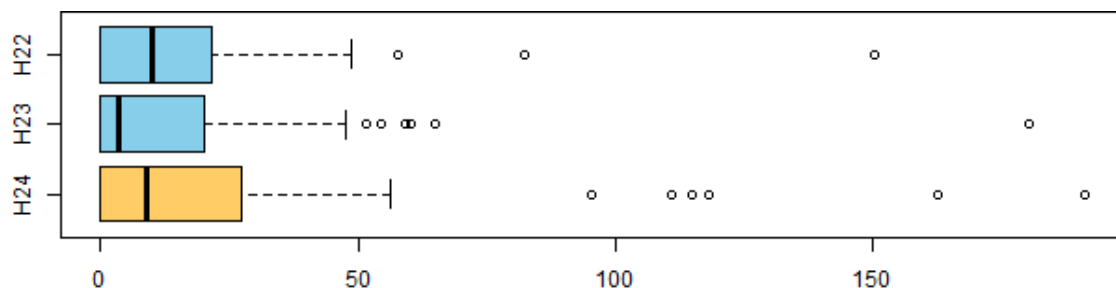
### 集計値(人日)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	144.00	0	60.0	1,540
H23年度	42	143.98	0	24.0	1,427.2
H24年度	42	229.05	0	53.0	1,514.5

### 100床当たり(人日)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	17.70	0.00	9.81	150.39
H23年度	17.79	0.00	3.45	180.20
H24年度	28.25	0.00	8.78	191.22

### グラフ(100床あたり人日)



## 項目42 薬剤師の受入実習学生数（自大学から）

### 項目の値に関する解説

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、国立大学附属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。

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、学部卒業後さら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。単に受入人数ではなく、延べ人数（人数×日数）とし臨床実習に対する貢献の程度を評価します。

### 項目の定義について

各年度1年間の自大学の実習学生延べ人日（人数×日数）です。

### 集計値（人日）

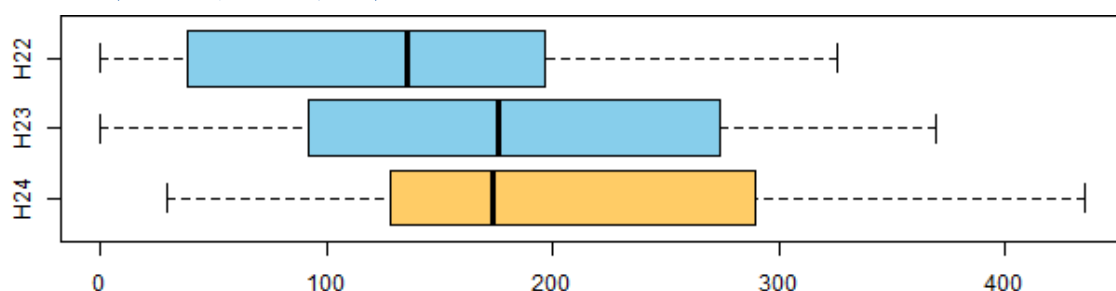
	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	14	1,208.79	0	1,146.0	2,590
H23年度	14	1,551.95	0	1,654.0	3,003
H24年度	14	1,614.82	229.6	1,563.5	3,542

### 100床当たり（人日）

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	139.83	0.00	135.64	325.79
H23年度	186.48	0.00	175.79	369.37
H24年度	196.55	29.25	173.38	435.67

薬学部の無い大学は集計から除外しました（28大学）。

### グラフ（100床あたり人日）



## 項目43 薬剤師の受入実習学生数 (自大学以外の養成教育機関から)

### 項目の値に関する解説

項目42は同じ国立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。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、学部卒業後さら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。単に受入人数ではなく、延べ人数(人数×日数)とし臨床実習に対する貢献の程度を評価します。

### 項目の定義について

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

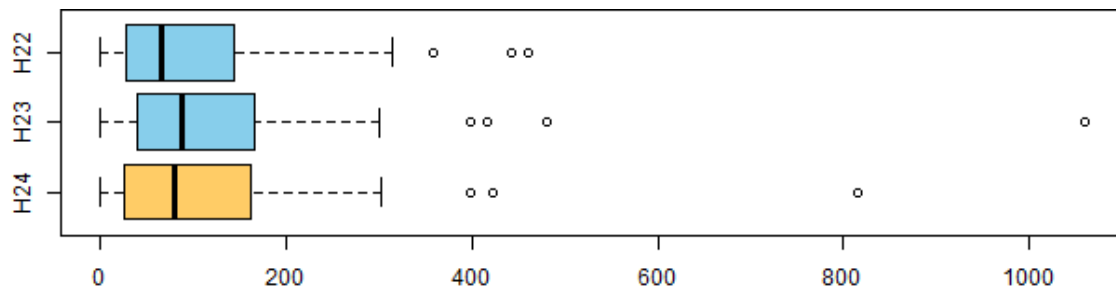
### 集計値(人日)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	780.55	0	430.0	4,355
H23年度	42	982.90	0	563.2	8,049.6
H24年度	42	926.84	0	501.7	6,182.8

### 100床当たり(人日)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	105.80	0.00	65.62	459.90
H23年度	135.54	0.00	86.93	1,060.55
H24年度	127.92	0.00	79.51	814.60

### グラフ(100床あたり人日)



## 項目44 その他医療専門職の 研修受入人数（外部の医療機関などから）

### 項目の値に関する解説

項目38から43までは、看護師、薬剤師に関する指標ですが、国立大学附属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。単に受入人数ではなく、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。

### 項目の定義について

各年度1年間の外部の医療機関などからの研修受け入れ延べ人日（人数×日数）です。外部の医療機関とは他の病院、外国、行政機関、個人とします。その他の医療専門職とは、看護職員、薬剤師以外で国家資格の医療専門職を指します<sup>9</sup>。

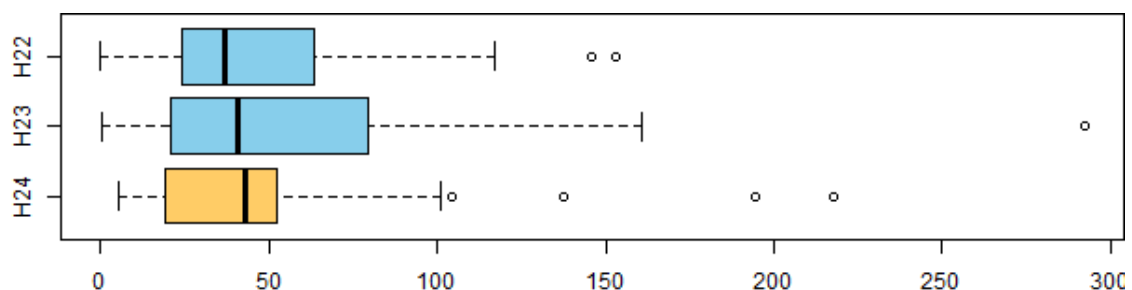
### 集計値（人日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	360.48	0	245.5	1,339
H23年度	42	413.92	2	261.6	2,557.8
H24年度	42	347.43	30	276.1	1,442.01

### 100床当たり（人日）

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	49.07	0.00	36.82	153.20
H23年度	55.84	0.35	40.56	292.65
H24年度	48.89	5.30	42.75	217.83

### グラフ（100床あたり人日）



<sup>9</sup>厚生労働省（資格・試験情報）医療・医薬品・健康関連、福祉・介護関連

[http://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/shikaku\\_shiken/](http://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/shikaku_shiken/)

## 項目45 その他医療専門職の 受入実習学生数（自大学から）

### 項目の値に関する解説

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附属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。

単に受入人数ではなく、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。

### 項目の定義について

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

### 集計値（人日）

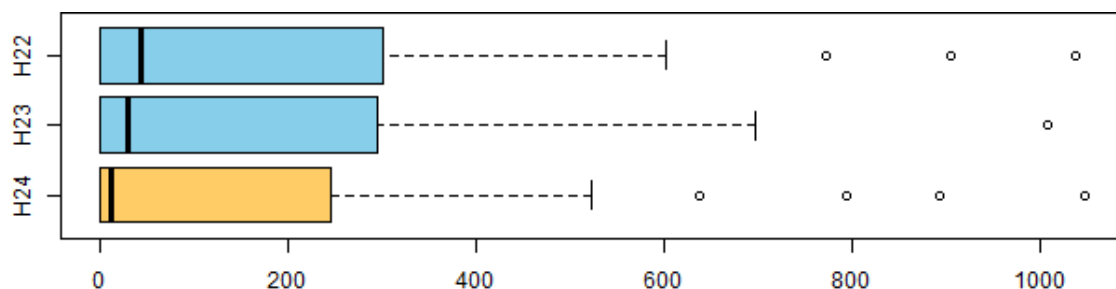
	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	41	1,406.76	0	278.0	7,893
H23年度	42	1,305.47	0	222.8	7,990.4
H24年度	42	1,331.46	0	71.5	9,156

### 100床あたり（人日）

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	181.67	0.00	41.76	1,037.19
H23年度	163.22	0.00	29.55	1,008.89
H24年度	164.71	0.00	10.75	1,048.67

未回答の大学は集計から除外しました（H22：1大学）。

### グラフ（100床あたり人日）



## 項目46 その他医療専門職の受入実習学生数 (自大学以外の養成教育機関から)

### 項目の値に関する解説

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。単に受入人数ではなく、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。

### 項目の定義について

各年度1年間の自大学以外の養成教育機関からの実習学生延べ人日(人数×日数)です。一日体験は除きます。その他の医療専門職とは看護職員、薬剤師以外で国家資格の医療専門職を指します。

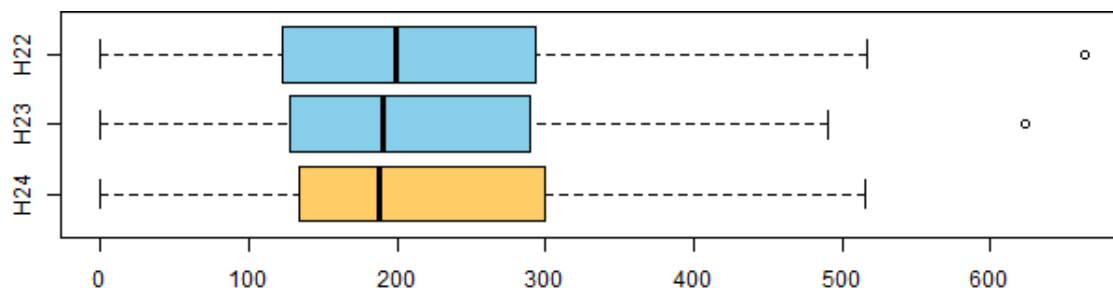
### 集計値(人日)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	1,668.64	0	1,570.5	5,398
H23年度	42	1,596.32	0	1,229.9	5,642
H24年度	42	1,573.99	0	1,274.5	5,178.8

### 100床当たり(人日)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	224.11	0.00	198.67	663.96
H23年度	209.24	0.00	190.05	623.47
H24年度	217.06	0.00	187.18	514.88

### グラフ(100床あたり人日)





## 研究に係る項目

国立大学附属病院は、研究に関し高度医療の推進、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といえます。また、臨床試験は、高度技術の開発の役割を担う国立大学附属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ります。(参考：「21世紀に向けた大学病院の在り方について」第3次報告)

「研究に係る項目」は、国立大学附属病院に求められる、日本の医学発展に資するための役割を反映する指標です。

## 項目47 治験の実施症例件数

### 項目の値に関する解説

新規開発の医薬品あるいは医療機器の治験を行うことは、国立大学附属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、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。

契約しても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ため、契約数ではなく実施完了により取り組みを評価します。平成22年度から平成24年度へかけて年々件数が増加し、治験に対する国立大学附属病院の積極的な取り組みを示しています。

### 項目の定義について

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

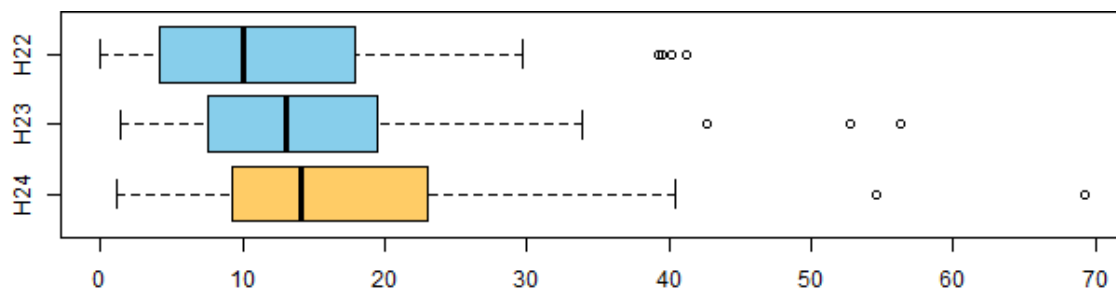
### 集計値（件数）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	103.40	0	68.5	454
H23年度	42	121.95	8	82.5	355
H24年度	42	131.79	6	94.0	467

### 100床当たり（件数）

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	13.33	0.00	9.98	41.15
H23年度	16.32	1.43	13.06	56.25
H24年度	17.62	1.09	14.13	69.29

### グラフ（100床あたり件数）



## 項目48 治験審査委員会・倫理委員会で審査された

### 自主臨床試験の件数

#### 項目の値に関する解説

新しい診断法や治療法の臨床研究を行うことが国立大学附属病院の社会的責任の一つです。自主臨床試験件数とは、それら先端医療や臨床研究にどの程度取り組んでいるかを表現する指標です。研究実施前に倫理委員会または治験審査委員会で審査され、承認されたもののみが臨床現場で実施されますので、所定の規則に則って適正に臨床研究がなされていることを評価する指標ともいえます。平成22年度から平成24年度へかけて年々件数が増加していました。

#### 項目の定義について

治験審査委員会・倫理委員会で審査された自主臨床試験の件数です。なお、この定義は、病院機能指標PTで協議したうえで、「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～」の定義を見直し、患者の記録を元に行った「後ろ向き研究」「症例報告」についても除外せずに計上しています。

#### 集計値 (件数)

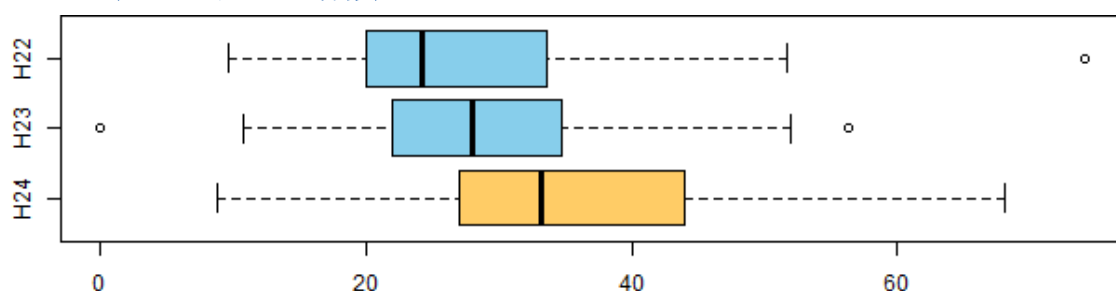
	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	41	204.00	55	167.0	853
H23年度	41	210.44	0	177.0	648
H24年度	42	249.74	76	229.5	832

#### 100床当たり (件数)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	27.18	9.56	24.15	74.17
H23年度	28.35	0.00	28.04	56.35
H24年度	34.34	8.80	33.15	68.09

未回答の大学は集計から除外しました (H22: 1大学、H23: 1大学)。

#### グラフ (100床あたり件数)



## 項目49 医師主導治験件数

### 項目の値に関する解説

医薬品・医療機器業界の要請ではなく、医師が自ら各種手続きや研究を行う治験を医師主導治験と呼びます。医薬品・医療機器業界が援助する治験よりも実施することが難しいので、医師たちの先端医療・臨床研究に対する大きな労力と熱意が必要です。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。平成22年度から平成24年度にかけて、徐々に平均値が増加していました。

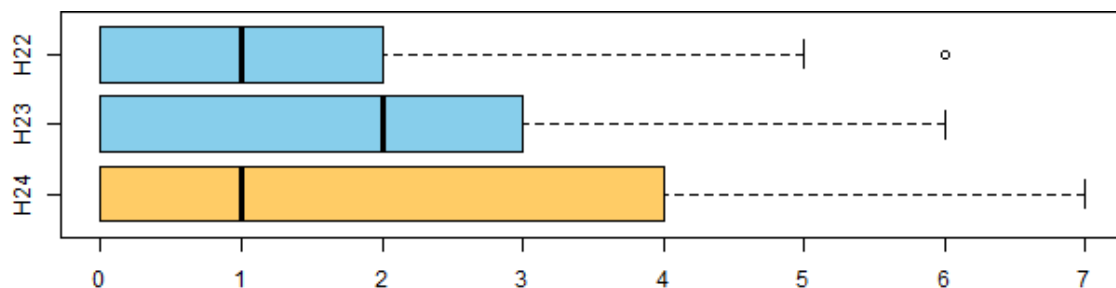
### 項目の定義について

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

### 集計値 (件数)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	1.19	0	1.0	6
H23年度	42	1.95	0	2.0	6
H24年度	42	1.90	0	1.0	7

### グラフ (件数)



## 地域・社会貢献に係る項目

国立大学附属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っていく必要があります、今後一層の地域・社会貢献が求められています。

「地域・社会貢献に係る項目」は、国立大学附属病院が果たしている地域での役割や関わりを反映した指標です。

## 項目5 1 救命救急患者数

### 項目の値に関する解説

国立大学附属病院には高度な三次救急医療を担う社会的責任があります。三次救急医療とは生命に危険をもたらす重篤な状態にあ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、設備が必要で、その体制と実績を表現する指標です。平成24年度は平成22・23年度と比較して患者数が増加していました。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、救命救急患者の受入数です。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まれます。以上のように、プロジェクトチームでの協議の結果、定義を変更し、「三次救急」から「救命救急」と変更しております。そのため、前年との単純比較はできません。集計方法については、巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧下さい。

なお、平成22年度は、定義に該当する特性を持った退院患者の人数を以下の期間で集計し集計人数を2倍して推計値として表示しています。そのため、平成22年度推計値は平成23・24年度数値に比べ若干過剰に数値を推計している可能性があります。

平成22年度：4月以降に入院し、7～12月に退院した症例

平成23・24年度：4月以降に入院し、4～3月に退院した症例

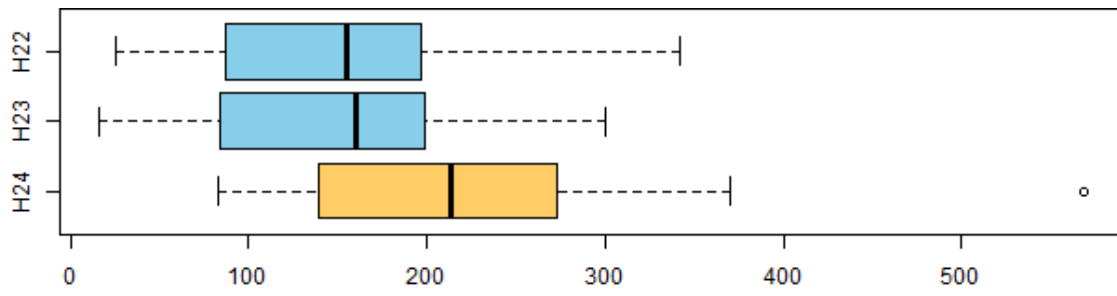
### 集計値 (件数)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	1,064.43	148	950.0	2,598
H23年度	42	1,064.52	130	1,068.5	2,345
H24年度	42	1,525.50	581	1,421.0	4,050

### 100床当たり (件数)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	148.78	25.69	155.09	342.29
H23年度	149.26	16.61	160.11	299.83
H24年度	216.72	83.27	213.88	568.82

グラフ (100床あたり件数)



## 項目52 二次医療圏外からの外来患者の割合

### 項目の値に関する解説

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現する指標です。地域医療への貢献度を表す指標ともいえます。国立大学附属病院の属する二次医療圏の面積や、地域の交通事情や病院の位置により、二次医療圏外からの患者受入割合は影響を受けます。平成24年度の数値は過去年度と比較して、ほぼ横ばいでした。

### 項目の定義について

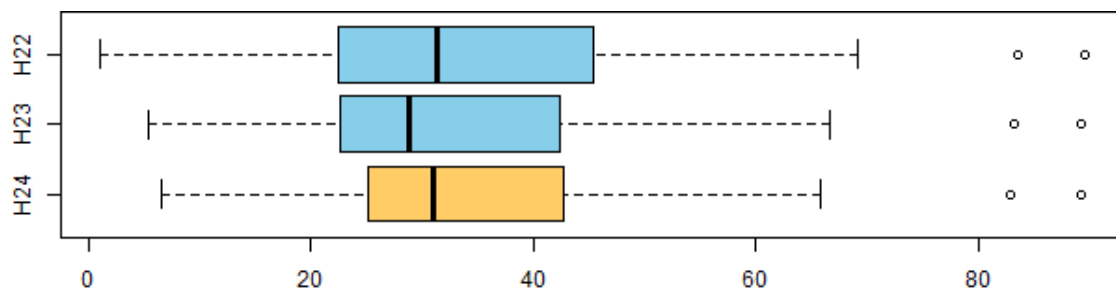
各年度1年間の自院の当該二次医療圏外に居住する外来患者の延べ数を、外来患者の延べ数で除した割合(%)です。二次医療圏とは、医療法第30条の3第2項第1号及び第2号により規定された区域を指します。

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

### 集計値 (%)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	35.53	1.16	31.32	89.62
H23年度	42	34.45	5.38	28.92	89.16
H24年度	42	35.66	6.68	31.00	89.23

### グラフ (%)





## 項目53 公開講座等（セミナー）の主催数

### 項目の値に関する解説

国立大学附属病院には、地域の住民や医療機関で仕事をしている医療関係者に最新の医療知識を広める社会的責任があります。その責任をどの程度果たしているかを表現した指標です。国立大学附属病院が自ら企画している点を評価しており、他の団体が主催する講師・演者として参加した場合は該当しません。平成22年度から平成24年度かけて、平均値、中央値とも徐々に増加していました。

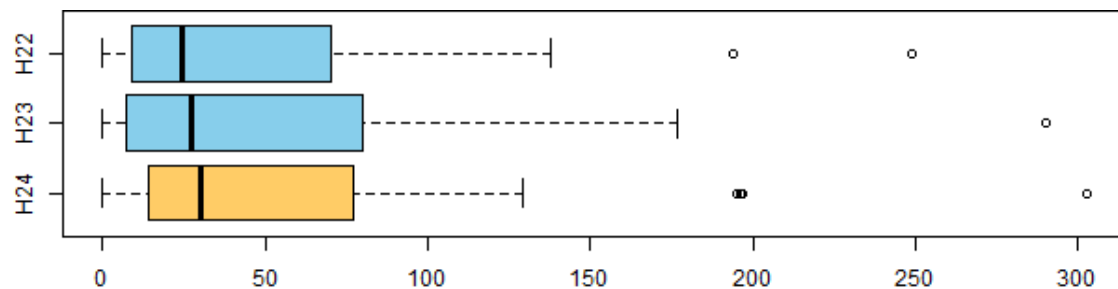
### 項目の定義について

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

### 集計値（件数）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	48.17	0	24.5	249
H23年度	42	51.14	0	27.5	290
H24年度	42	56.40	0	30.0	303

### グラフ（件数）



## 項目54 地域への医師派遣数

### 項目の値に関する解説

国立大学附属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後任者を派遣し続けるひとつの形態を言います。地域住民にとって「顔が見える医師」であることも必要と考え、常勤の勤務形態を取っている場合のみを対象とします。週1回程度の非常勤や短期派遣は含めていません。平成23・24年度は平成22年度に比べ、平均値が増加していましたが、頭打ちとなっています。また、一部の大学では非常に少ない派遣人数が計上されていますが、これは派遣医師の人数を大学側が正確に把握することが困難である現状を示しているといえます。

### 項目の定義について

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。

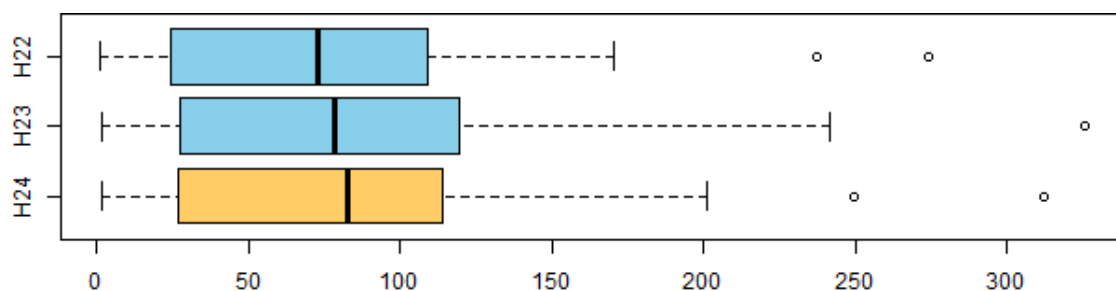
### 集計値 (人数)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	42	587.36	8	461.5	2,701
H23年度	42	634.93	10	517.0	3,209
H24年度	42	632.69	9	517.0	3,073

### 100床当たり (人数)

	平均値	最小値	中央値	最大値
H22年度	77.67	1.43	72.84	274.21
H23年度	83.78	1.79	78.49	325.79
H24年度	83.95	1.61	82.71	311.98

### グラフ (100床あたり人数)



## 付録 項目算出の詳細マスタ

平成26年3月31日

## 付録: 項目算出の詳細とマスタ

### DBC算出項目詳細・マスタについて

病院評価指標(病院機能指標)調査は、①国立大学病院データベースセンター(以下DBC)保有データを用いて作成する指標(29指標と2つのサブ項目)と、②各大学病院に調査のうえ作成する指標(24指標)の2種類に分かれています。  
本稿では、①のDBC保有データを用いて作成された指標のうち各大学DPCデータ(後述)を基にして作成したものに、その算出の詳細とマスタファイルについて記載しています。

### DPCデータとは

診断群分類(Diagnosis Procedure Combination: DPC)とは診断傷病名と治療内容を組み合わせた症例の分類方法です。日本では、DPCに応じて入院医療費を包括的に支払う、包括支払制度が平成14年度から始まりました。平成21年度時点で、全ての国立大学病院本院がDPC制度に参加しています。DPC参加病院では、症例の生年月日や入退院日などの症例の背景情報に始まり、入院患者毎診断傷病名や医事算定に基づいた治療内容などの記録と、厚生労働省への標準的なフォーマットでの情報(DPCデータ)の提出が義務付けられています。  
DBCでは、国立大学附属病院のDPCデータの収集と、データ分析を行っています。

### DPCデータの内訳

今回の指標作成に用いたDPCデータは以下の通りです。

- ・退院時調査票様式1ファイル  
症例ごとに作成され、退院時に症例のサマリーが記入される。  
記載されている内容は、生年月日、入退院日、診断傷病名や合併症(併存症)、出生時体重など
- ・E, Fファイル  
医事算定を基準にした治療内容の記録。  
記載されている内容は、行われた治療の実績、実施日など

#### 対象期間

- ・症例数についてはH24年度4月以降入院の症例かつ、H24年度4月～H25年3月の間に退院した症例に限って行った。
- ・レセプト算定件数のカウントはH24年度4月～H25年3月に実施されたレセプトをカウントした。

各項目算出の詳細とマスタ

「項目02 全手術件数」の算定

算出方法の詳細

- 1: 対象期間に実施されたのDPCデータE・Fファイルからデータ抽出
- 2: 全レコードより、Kコードの手技に該当するレコードを抽出
- 3: 2のレコードで同日のレコードの内、最も点数の高いレコードを抽出
- 4: Fファイル円点区分(F-17)が円単位(1)且つ、Fファイル行為明細点数(F14)が10,000以下のレコードを除外
- 5: Fファイル円点区分(F-17)が点単位(0)且つ、Fファイル行為明細点数(F14)が1,000以下のレコードを除外
- 6: 加算に関連するレコードを除外
- 7: 輸血マスタに記載されたレセプト電算処理システム用コード(F-9)に該当するレコードを除外
- 8: 除外手技マスタに記載されたレセプト電算処理システム用コード(F-9)に該当するレコードを除外
- 9: 各大学の件数を算出する。

輸血マスタ

レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
150224810	自家採血輸血(1回目)	150286210	自家採血輸血(2回目以降)
150224910	保存血液輸血(1回目)	150286310	保存血液輸血(2回目以降)
150225010	交換輸血	150286410	自己血輸血(6歳未満)(液状保存)
150225110	骨髄内輸血加算(胸骨)	150286510	自己血輸血(6歳未満)(凍結保存)
150225210	骨髄内輸血加算(その他)	150287450	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料(2回目以降)
150225310	血液型加算(ABO式及びRh式)	150327510	自己血貯血(6歳以上)(液状保存)
150225410	不規則抗体加算	150327610	自己血貯血(6歳以上)(凍結保存)
150225510	血液交叉加算	150327710	自己血貯血(6歳未満)(液状保存)
150225610	間接クームス加算	150327810	自己血貯血(6歳未満)(凍結保存)
150225770	輸血(乳幼児)加算	150327910	輸血管理料1
150225850	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料(1回目)	150328010	輸血管理料2
150226210	術中術後自己血回収術	150366370	血管露出術加算
150247010	自己血輸血(6歳以上)(液状保存)	150366470	血小板洗浄術加算
150247110	HLA型検査クラス1加算(A、B、C)	150366570	輸血適正使用加算(輸血管理料1)
150254810	自己血輸血(6歳以上)(凍結保存)	150366670	輸血適正使用加算(輸血管理料2)
150278910	HLA型検査クラス2加算(DR、DQ、DP)	150366770	自己生体組織接着剤作成術

加算マスタ

レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
130009870	中心静脈栄養用植込型カテーテル設置(乳幼児)加算	150268890	HIV抗体陽性患者の観血的手術加算
150000190	新生児加算(手術)	150268970	2以上の手術の50%併加算
150000290	3歳未満の乳幼児加算(手術)	150275070	下顎埋伏智歯加算
150000490	時間外加算(手術)	150275870	選択的脳灌流併加算(人工心肺)
150000590	休日加算(手術)	150277070	乳頭形成加算
150000690	深夜加算(手術)	150278910	HLA型検査クラス2加算(DR、DQ、DP)
150000790	時間外特例加算(手術)	150279470	副鼻腔手術用内視鏡加算
150001470	真皮縫合加算	150279770	下顎骨形成術加算
150001570	デブリードマン加算(汚染された挫創)	150284910	生体部分肝移植術(提供者の療養上の費用)加算
150007770	生体皮膚移植(提供者の療養上の費用)加算	150286990	超音波凝固切開装置等加算
150049170	関節挿入膜作成加算	150293270	止血用加熱凝固切開装置加算
150147770	補助循環併加算(人工心肺)	150297990	院内感染防止措置加算(手術)
150147870	選択的冠灌流併加算(人工心肺)	150302770	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)併加算
150196410	生体腎移植術(提供者の療養上の費用)加算	150306890	極低出生体重児加算(手術)
150196570	死体腎移植加算	150317670	両側肺移植加算
150225110	骨髄内輸血加算(胸骨)	150328110	心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器加算
150225210	骨髄内輸血加算(その他)	150328650	有茎腸管移植加算(食道悪性腫瘍手術)
150225310	血液型加算(ABO式及びRh式)	150336710	生体部分肺移植術(提供者の療養上の費用)加算
150225410	不規則抗体加算	150339010	画像等手術支援加算(ナビゲーション)
150225510	血液交叉加算	150339110	画像等手術支援加算(実物大臓器立体モデル)
150225610	間接クームス加算	150339210	自動縫合器加算
150225770	輸血(乳幼児)加算	150339310	自動吻合器加算
150226170	造血幹細胞移植(乳幼児)加算	150339410	微小血管自動縫合器加算
150242790	脊髄誘発電位測定等加算	150342890	3歳以上6歳未満の幼児加算(手術)
150244370	イオントフォレーゼ加算	150342970	深部デブリードマン加算
150244470	頸部郭清術併加算(片)	150343070	悪性黒色腫センチネルリンパ節加算
150247110	HLA型検査クラス1加算(A、B、C)	150344370	バイパス術併用加算
150255470	体外衝撃波消耗性電極加算	150345870	乳がんセンチネルリンパ節加算1
150266670	頸部郭清術併加算(両)	150345970	乳がんセンチネルリンパ節加算2
150266970	創外固定器加算	150346870	三次元カラーマッピング加算
150267270	連続歯結紮法(三内式線副子以上)加算	150347170	逆行性冠灌流併加算(人工心肺)

レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
150347770	有茎腸管移植加算	150367310	内視鏡手術用支援機器加算
150350150	レーザー使用加算	150368370	加圧水流による組織・汚染物質等の除去加算
150359470	心臓弁再置換術加算	150368470	実物大臓器立体モデル加算(人工関節置換術)
150366370	血管露出術加算	150368570	実物大臓器立体モデル加算(人工関節再置換術)
150366470	血小板洗浄術加算	150368870	多椎間又は多椎弓実施加算(前方椎体固定)
150366570	輸血適正使用加算(輸血管理料1)	150368970	多椎間又は多椎弓実施加算(後方又は後側方固定)
150366670	輸血適正使用加算(輸血管理料2)	150369070	多椎間又は多椎弓実施加算(後方椎体固定)
150366810	副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算	150369170	多椎間又は多椎弓実施加算(前方後方同時固定)
150367070	抗HLA抗体検査加算	150369270	多椎間又は多椎弓実施加算(椎弓切除)
150367110	術中血管等描出撮影加算	150369370	多椎間又は多椎弓実施加算(椎弓形成)
150367210	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算		

除外手技マスタ

レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
150349510	造血幹細胞採取(骨髓採取)(自家移植)	150348610	経肛門的内視鏡下手術(直腸腫瘍)
150247210	造血幹細胞採取(骨髓採取)(同種移植)	150183410	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術(長径2cm以上)
150349710	造血幹細胞採取(末梢血幹細胞採取)(自家移植)	150183650	内視鏡的大腸ポリープ切除術(長径2cm未満)
150349610	造血幹細胞採取(末梢血幹細胞採取)(同種移植)	150348510	内視鏡的大腸ポリープ切除術(長径2cm以上)
150266410	造血幹細胞移植(骨髓移植)(自家移植)	150325010	内視鏡的結腸異物摘出術
150225910	造血幹細胞移植(骨髓移植)(同種移植)	150364410	下部消化管ステント留置術
150297810	造血幹細胞移植(末梢血幹細胞移植)(同種移植)	150363610	内視鏡的膵管ステント留置術
150266310	造血幹細胞移植(末梢血幹細胞移植)(自家移植)	150361810	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術
150349810	造血幹細胞移植(臍帯血移植)	150362310	内視鏡的経鼻胆管ドレーナージ術(ENBD)
150132710	食道狭窄拡張術(内視鏡)	150362410	超音波内視鏡下瘻孔形成術(腹腔内膿)
150132810	食道狭窄拡張術(食道ブジー法)	150069850	脳血管塞栓摘出術
150346210	食道狭窄拡張術(拡張用バルーン)	150069950	脳血管血栓摘出術
150281350	食道ステント留置術	150335710	定位的脳内血腫除去術
150253510	食道腫瘍摘出術(内視鏡)	150254910	脳血管内手術(1箇所)
150136510	食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡)	150344410	脳血管内手術(2箇所以上)
150270150	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	150355410	脳血管内手術(脳血管内ステント)
150347610	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	150273510	経皮的脳血管形成術
150276410	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術(早期悪性腫瘍粘膜)	150301110	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術(頭蓋内脳血管)
150323010	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術(早期悪性腫瘍粘膜下層)	150301210	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術(頸部脳血管)(内頸、椎骨動脈)
150276310	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術(早期悪性腫瘍ポリープ)	150136510	食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡)
150164410	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術(その他)	150270150	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術
150323110	食道・胃内異物除去摘出術(マグネットカテーテルによるもの)	150153910	経皮的冠動脈形成術
150165050	内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	150260350	経皮的冠動脈粥腫切除術
150164850	内視鏡的消化管止血術	150263310	経皮的冠動脈ステント留置術
150171610	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む)	160107550	冠動脈内血栓溶解療法
150174910	内視鏡的胆道結石除去術(胆道碎石術)	150318310	経皮的冠動脈血栓吸引術
150175250	バスケットワイヤーカテーテルのみを用いて結石摘出	150301310	ステントグラフト内挿術(胸部大動脈)
150175310	内視鏡的胆道拡張術	150301410	ステントグラフト内挿術(腹部大動脈)
150175410	内視鏡的乳頭切開術(乳頭括約筋切開のみ)	150301510	ステントグラフト内挿術(腸骨動脈)
150341450	内視鏡的乳頭拡張術	150319710	動脈管開存症手術(経皮的動脈管開存閉鎖術)
150296710	内視鏡的乳頭切開術(胆道碎石術を伴)	150267850	ポタロー管開存閉鎖術
150254410	内視鏡的胆道ステント留置術	150346410	経皮的大動脈形成術
150285010	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術(長径2cm未満)	150346510	経皮的肺動脈形成術
150293310	小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡)	150148010	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(初日)
150186610	直腸異物除去術(経肛門)(内視鏡)	150148110	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(2日目以降)



レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
150337110	経皮的頸動脈ステント留置術	150033810	関節脱臼非観血的整復術(肩)
150152010	腎血管性高血圧症手術(経皮的腎血管拡張術)	150034110	関節脱臼非観血的整復術(胸鎖)
150153750	血管塞栓術(腹腔内)	150034210	関節脱臼非観血的整復術(肘)
150153510	血管塞栓術(頭部)	150034310	関節脱臼非観血的整復術(手)
150263010	血管塞栓術(胸腔)	150034410	関節脱臼非観血的整復術(足)
150360610	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)(止血術)	150034710	関節脱臼非観血的整復術(小児肘内障)
150360710	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)(その他)	150034510	関節脱臼非観血的整復術(肩鎖)
150347210	経皮的大動脈遮断術	150034610	関節脱臼非観血的整復術(指)
150153810	四肢の血管拡張術・血栓除去術	150035050	先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)(リーメンビューゲル法)
150347310	経皮的胸部血管拡張術(先天性心疾患術後)	150035110	先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)(その他)
150360810	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	150059510	脊椎脱臼非観血的整復術
150263410	下肢静脈瘤手術(硬化療法)	150059650	頸椎非観血的整復術
150360910	下肢静脈瘤血管内焼灼術	150017950	恥骨結合離開非観血的整復固定術
130009070	中心静脈栄養用植込型カテーテル設置(四肢)	150060410	骨盤骨折非観血的整復術
130009170	中心静脈栄養用植込型カテーテル設置(頭頸部その他)	150114610	下顎骨折非観血的整復術
150263510	下大静脈フィルター留置術	150114810	顎関節脱臼非観血的整復術
150361010	下大静脈フィルター除去術	150115010	上顎骨折非観血的整復術
150107110	気管異物除去術(直達鏡)	150148010	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(初日)
150109810	気管形成手術(管状気管、気管移植等)(頸部から)	150148110	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(2日目以降)
150129110	気管支狭窄拡張術(気管支鏡)	150147910	人工心肺(2日目以降)
150357510	気管・気管支ステント留置術(軟性鏡)	150275710	経皮的心肺補助法(2日目以降)
150129410	気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープ)	150266210	補助人工心臓(2日目以降30日目まで)
150346110	光線力学療法(その他)	150301810	補助人工心臓(31日目以降)
150357610	気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	150303510	植込型補助人工心臓(拍動流型)(2日目以降30日目まで)
150107010	喉頭異物摘出術(直達鏡)	150303610	植込型補助人工心臓(拍動流型)(31日目以降90日目まで)
150016510	骨折非観血的整復術(肩甲骨)	150303710	植込型補助人工心臓(拍動流型)(91日目以降)
150016610	骨折非観血的整復術(上腕)	150360210	植込型補助人工心臓(非拍動流型)(2日目以降30日目まで)
150016710	骨折非観血的整復術(大腿)	150360310	植込型補助人工心臓(非拍動流型)(31日目以降90日目まで)
150016810	骨折非観血的整復術(前腕)	150360410	植込型補助人工心臓(非拍動流型)(91日目以降)
150016910	骨折非観血的整復術(下腿)	150255310	体外衝撃波胆石破碎術
150017210	骨折非観血的整復術(手)	150181010	腸重積症整復術(非観血的)
150017310	骨折非観血的整復術(足その他)	150180450	腸閉塞症手術(腸重積症整復術)(非観血的)
150017110	骨折非観血的整復術(膝蓋骨)	150186450	人工肛門拡張又は整形(その他)
150017010	骨折非観血的整復術(鎖骨)	150186210	人工肛門形成術(その他)
150242910	難治性骨折電磁波電気治療法	150194510	体外衝撃波腎尿管結石破碎術
150284110	難治性骨折超音波治療法	150223910	胎児外回転術
150334110	超音波骨折治療法	150224610	新生児仮死蘇生術(仮死第1度)
150033910	関節脱臼非観血的整復術(股)	150224710	新生児仮死蘇生術(仮死第2度)
150034010	関節脱臼非観血的整復術(膝)		

「項目03 緊急時間外手術件数」の算定

算出方法の詳細

- 1: 対象期間に実施されたDPCデータE・Fファイルからデータ抽出
- 2: 全レコードより、Kコードの手技に該当するレコードを抽出
- 3: 2のレコードで実施年月日(E-18)が同日のもの内、最も点数の高いレコードを抽出
- 4: 緊急手術マスタに記載されたレセプト電算処理システム用コード(F-9)に該当するレコードを抽出
- 5: 各大学の件数を算出する。

緊急手術マスタ

レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
150000490	時間外加算(手術)	150000690	深夜加算(手術)
150000590	休日加算(手術)	150000790	時間外特例加算(手術)

「項目04 手術技術度DとEの件数」の算定

算出方法の詳細	
1: 対象期間に実施されたのDPCデータE・Fファイルからデータ抽出	
2: 全レコードより、Kコードの手技に該当するレコードを抽出	
3: 2のレコードで同日のレコードの内、最も点数の高いレコードを抽出	
4: 外保連第7版技術度D・Eマスタ(非公開)に記載されたレセプト電算処理システム用コード(F-9)に該当するレコードを抽出	
5: 各大学ごとの件数を算出する。	
外保連第8版技術度D・Eマスタ	
レセコード	手技(薬剤)名
H24年度DPC研究班「診断群分類を用いた急性期医療、亜急性期医療、外来医療の評価手法開発に関する研究」報告書附録DVDよりマスター取得	

「項目05 手術全身麻酔件数」の算定

算出方法の詳細			
1: 対象期間に実施されたのDPCデータE・Fファイルからデータ抽出			
2: 閉鎖循環式全身麻酔マスタに記載されたレセプト電算処理システム用コード(F-9)に該当するレコードで、且つ、同日にKコードの手技に該当するレコードが存在するレコードを抽出			
3: 2のレコードの内、同日に算定されたものは1件を残し除外			
4: 各大学ごとの件数を算出する。			
閉鎖循環式全身麻酔マスタ			
レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
150232350	筋肉注射による全身麻酔	150333110	閉鎖循環式全身麻酔4(麻酔困難な患者)
150232450	注腸麻酔	150333210	閉鎖循環式全身麻酔4
150233210	開放点滴式全身麻酔	150339550	気管内チューブ挿入吹送法麻酔1(麻酔困難な患者)
150233350	ガス麻酔器使用麻酔(10分以上20分未満)	150339650	ノンブリージングバルブ麻酔1(麻酔困難な患者)
150233410	閉鎖循環式全身麻酔5	150339750	気管内チューブ挿入吹送法麻酔1
150247470	硬膜外麻酔(頸・胸部)併施加算	150339850	ノンブリージングバルブ麻酔1
150247570	硬膜外麻酔(腰部)併施加算	150339950	気管内チューブ挿入吹送法麻酔2(麻酔困難な患者)
150247670	硬膜外麻酔(仙骨部)併施加算	150340050	ノンブリージングバルブ麻酔2(麻酔困難な患者)
150250350	気管内チューブ挿入吹送法麻酔5	150340150	気管内チューブ挿入吹送法麻酔2
150250450	ノンブリージングバルブ麻酔5	150340250	ノンブリージングバルブ麻酔2
150328210	閉鎖循環式全身麻酔5(麻酔困難な患者)	150340350	気管内チューブ挿入吹送法麻酔3(麻酔困難な患者)
150331250	ノンブリージングバルブ麻酔5(麻酔困難な患者)	150340450	ノンブリージングバルブ麻酔3(麻酔困難な患者)
150331350	気管内チューブ挿入吹送法麻酔5(麻酔困難な患者)	150340550	気管内チューブ挿入吹送法麻酔3
150332410	静脈麻酔(長時間)	150340650	ノンブリージングバルブ麻酔3
150332510	閉鎖循環式全身麻酔1(麻酔困難な患者)	150340750	気管内チューブ挿入吹送法麻酔4(麻酔困難な患者)
150332610	閉鎖循環式全身麻酔1	150340850	ノンブリージングバルブ麻酔4(麻酔困難な患者)
150332710	閉鎖循環式全身麻酔2(麻酔困難な患者)	150340950	気管内チューブ挿入吹送法麻酔4
150332810	閉鎖循環式全身麻酔2	150341050	ノンブリージングバルブ麻酔4
150332910	閉鎖循環式全身麻酔3(麻酔困難な患者)	150342470	術中経食道心エコー連続監視加算
150333010	閉鎖循環式全身麻酔3	150350670	臓器移植術加算



「項目06 重症入院患者の手術全身麻酔件数」の算定

算出方法の詳細

- 1: 対象期間に実施されたのDPCデータE・Fファイルからデータ抽出
- 2: 閉鎖循環式全身麻酔(麻酔困難な患者)マスタに記載されたレセプト電算処理システム用コード(F-9)に該当するレコードで、且つ、同日にKコードの手技に該当するレコードが存在するレコードを抽出
- 3: 2のレコードの内、同日に算定されたものは1件を残し除外
- 4: 各大学の件数を算出する。

閉鎖循環式全身麻酔(麻酔困難な患者)マスタ

レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
150328210	閉鎖循環式全身麻酔5(麻酔困難な患者)	150339650	ノンレブリージングバルブ麻酔1(麻酔困難な患者)
150331250	ノンレブリージングバルブ麻酔5(麻酔困難な患者)	150339950	気管内チューブ挿入吹送法麻酔2(麻酔困難な患者)
150331350	気管内チューブ挿入吹送法麻酔5(麻酔困難な患者)	150340050	ノンレブリージングバルブ麻酔2(麻酔困難な患者)
150332510	閉鎖循環式全身麻酔1(麻酔困難な患者)	150340350	気管内チューブ挿入吹送法麻酔3(麻酔困難な患者)
150332710	閉鎖循環式全身麻酔2(麻酔困難な患者)	150340450	ノンレブリージングバルブ麻酔3(麻酔困難な患者)
150332910	閉鎖循環式全身麻酔3(麻酔困難な患者)	150340750	気管内チューブ挿入吹送法麻酔4(麻酔困難な患者)
150333110	閉鎖循環式全身麻酔4(麻酔困難な患者)	150340850	ノンレブリージングバルブ麻酔4(麻酔困難な患者)
150339550	気管内チューブ挿入吹送法麻酔1(麻酔困難な患者)		

「項目09 脳梗塞の早期リハビリテーション実施率」の算定

算出方法の詳細

分母の算出

- 1: 対象期間症例のDPCデータ、E・Fファイル及び、退院時調査票様式1からデータ抽出(FファイルはEファイルと施設コード(E・F-1)、データ識別番号(E・F-2)、入院年月日(E・F-4)、順序番号(E・F-6)で実施年月日(E-18)を紐付ける。退院時調査票様式1には、DBCにおいて、最も医療資源を投入した傷病名とFファイルデータより、適切と思われるDPCコードを付加しています。)
- 2: 退院時調査票様式1より、最も医療資源を投入した傷病名が脳梗塞である症例(ICD-10コード: I63\$( \$はワイルドカード))で、且つ、予定・緊急入院区分が緊急入院(2)である症例を抽出
- 3: 2の症例レコードから、退院時転帰が死亡(6,7)である症例、及び、在院日数が3日以内の症例を除外
- 4: 各大学の件数を算出し分母とする。

分子の算出

- 5: 3の症例レコードに、施設コード(F-1)、データ識別番号(F-2)、入院年月日(F-4)が紐付くFファイルレコードを抽出
- 6: 5のFファイルレコードの内、レセプト電算処理システム用コード(F-9)がリハビリテーションマスタに合致するレコードで且つ、各症例で最も実施日が早いレコードを抽出
- 7: 6のFファイルレコードを用いて3の症例レコードに、入院日からの日数を算出する。
- 8: 7で算出した数値が4日以内の症例レコードを抽出する。
- 9: 各大学の件数を算出し分子とする。
- 10: 分子、分母を計算する。

リハビリテーションマスタ

レセコード	手技(薬剤)名
180027610	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)
180027710	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)
180030810	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)

「項目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」の算定

算出方法の詳細

分母の算出

1: 対象期間症例のDPCデータ、E・Fファイル及び、退院時調査票様式1からデータ抽出(FファイルはEファイルと施設コード(E・F-1)、データ識別番号(E・F-2)、入院年月日(E・F-4)、順序番号(E・F-6)で実施年月日(E-18)を紐付ける。退院時調査票様式1には、DBCにおいて、最も医療資源を投入した傷病名とFファイルデータより、適切と思われるDPCコードを付加しています。)

2: 退院時調査票様式1より、DPC上6桁が050030である症例で、且つ、予定・緊急入院区分が緊急入院(2)である症例を抽出

3: 各大学の件数を算出し分母とする。

分子の算出

4: 2の症例レコードに、施設コード(F-1)、データ識別番号(F-2)、入院年月日(F-4)が紐付くFファイルレコードを抽出

5: 4のFファイルレコードの内、レセプト電算処理システム用コード(F-9)がアスピリンマスタに合致するレコードで且つ、各症例で最も実施日が早いレコードを抽出

6: 5のFファイルレコードを用いて2の症例レコードに、入院日からの日数を算出する。

7: 6で算出した数値が入院の翌日までの症例レコードを抽出する。

8: 各大学の件数を算出し分子とする。

9: 分子、分母を計算する。

アスピリンマスタ

レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
611140019	アスピリン錠 500mg	621375001	バファリン配合錠A81 81mg
611140017	アスピリン	621419201	アスファネート配合錠A81 81mg
620000484	アスピリン「ケンエー」	621419401	ファモター配合錠A81 81mg
620000485	アスピリン シオエ	610443050	イスキア錠330mg
611140849	「純生」アスピリン	610443055	バッサミン錠330mg
620000487	アスピリン「メタル」	610443057	バファリン330mg錠
611140850	アスピリン「ホエイ」	610443049	アスファネート錠81mg
620000488	アスピリン(山善)	610443052	ニトギス錠81mg
611140795	アスピリン「ヒシヤマ」	610443054	バッサミン錠81mg
611140798	アスピリン「ヨシダ」	610443056	バファリン81mg錠
610431009	アスピリン OY	610443058	ファモター81mg錠
620004280	アスピリン「パイエル」		
620008577	アスピリン原末「マルイシ」		
621391201	イスキア配合錠A330 330mg		
621391301	バッサミン配合錠A330 330mg		
621362001	バファリン配合錠A330 330mg		
661140049	サリチゾン坐薬750 750mg		
610443053	バイアスピリン錠100mg		
620000065	ゼンアスピリン錠100 100mg		
620001952	アスピリン錠100「KN」 100mg		
620002761	ニチアスピリン錠100 100mg		
620006661	アスピリン腸溶錠100mg「マイラン」		
620007816	アスピリン腸溶錠100mg「トーワ」		
620009301	アスピリン腸溶錠100mg「タイヨー」		
621374801	ニトギス配合錠A81 81mg		
621374901	バッサミン配合錠A81 81mg		

「項目11 新生児のうち、出生児体重が1,500g未満数」の算定

算出方法の詳細

1: 対象期間症例のDPCデータ退院時調査票様式1からデータ抽出(退院時調査票様式1には、DBCにおいて、最も医療資源を投入した傷病名とFファイルデータより、適切と思われるDPCコードを付加しています。)

2: 退院時調査票様式1の入院経路が院内出生(1)且つ、生年月日が入院日に合致し、出生時体重が1,500未満の症例を抽出する。

3: 各大学の件数を算出する。

「項目12 新生児特定集中治療室(NICU)実患者数」の算定

算出方法の詳細

- 1: 対象期間症例のDPCデータ退院時調査票様式1からデータ抽出(退院時調査票様式1には、DBCにおいて、最も医療資源を投入した傷病名とFファイルデータより、適切と思われるDPCコードを付加しています。)
- 2: 新生児集中治療室マスタに記載されたレセプト電算処理システム用コード(F-9)に該当するレコードを抽出
- 3: 同一症例の算定レコードに関しては1件を残し除外する。
- 4: 各大学の件数を算出する。

新生児集中治療室マスタ

レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
190024710	新生児特定集中治療室管理料1	190748010	新生児特定集中治療室管理料1(14日以内)(栄管経過措置)
190066810	総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	190748110	新生児特定集中治療室管理料1(15~30日以内)(栄管経過措置)
190140410	新生児特定集中治療室管理料2	190748210	新生児特定集中治療室管理料1(31~90日以内)(栄管経過措置)
190140510	新生児治療回復室入院医療管理料	190748310	新生児特定集中治療室管理料2(14日以内)(栄管経過措置)
190718210	新生児特定集中治療室管理料1(栄管経過措置)	190748410	新生児特定集中治療室管理料2(15~30日以内)(栄管経過措置)
190718310	新生児特定集中治療室管理料2(栄管経過措置)	190748510	新生児特定集中治療室管理料2(31~90日以内)(栄管経過措置)
190718510	総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)(栄管経過措置)	190749010	総合周産期特定集中治療室管理料2(14日以内)(栄管経過措置)
190718610	新生児治療回復室入院医療管理料(栄管経過措置)	190749310	総合周産期特定集中治療室管理料2(15~30日)(栄管経過措置)
190729010	新生児特定集中治療室管理料1(14日以内)(栄管経過措置)	190749610	総合周産期特定集中治療室管理料2(31~90日)(栄管経過措置)
190729110	新生児特定集中治療室管理料1(15~30日以内)(栄管経過措置)	190749810	新生児治療回復室入院医療管理料(14日以内)(栄管経過措置)
190729210	新生児特定集中治療室管理料1(31~90日以内)(栄管経過措置)	190749910	新生児治療回復室入院医療管理料(15~30日)(栄管経過措置)
190729310	新生児特定集中治療室管理料2(14日以内)(栄管経過措置)	190750010	新生児治療回復室入院医療管理料(31~120日)(栄管経過措置)
190729410	新生児特定集中治療室管理料2(15~30日以内)(栄管経過措置)	193001810	新生児特定集中治療室管理料1(14日以内)
190729510	新生児特定集中治療室管理料2(31~90日以内)(栄管経過措置)	193001910	新生児特定集中治療室管理料1(15日以上30日以内)
190730010	総合周産期特定集中治療室管理料2(14日以内)(栄管経過措置)	193002010	新生児特定集中治療室管理料1(31日以上90日以内)
190730310	総合周産期特定集中治療室管理料2(15~30日)(栄管経過措置)	193002210	総合周産期特定集中治療室管理料2(14日以内)
190730610	総合周産期特定集中治療室管理料2(31~90日)(栄管経過措置)	193002310	総合周産期特定集中治療室管理料2(15日以上30日以内)
190730810	新生児治療回復室入院医療管理料(14日以内)(栄管経過措置)	193002410	総合周産期特定集中治療室管理料2(31日以上90日以内)
190730910	新生児治療回復室入院医療管理料(15~30日)(栄管経過措置)	193006710	新生児特定集中治療室管理料2(14日以内)
190731010	新生児治療回復室入院医療管理料(31~120日)(栄管経過措置)	193006810	新生児特定集中治療室管理料2(15日以上30日以内)
190738510	新生児特定集中治療室管理料1(14日以内)(栄管経過措置)	193006910	新生児特定集中治療室管理料2(31日以上90日以内)
190738610	新生児特定集中治療室管理料1(15~30日以内)(栄管経過措置)	193007010	新生児治療回復室入院医療管理料(14日以内)
190738710	新生児特定集中治療室管理料1(31~90日以内)(栄管経過措置)	193007110	新生児治療回復室入院医療管理料(15日以上30日以内)
190738810	新生児特定集中治療室管理料2(14日以内)(栄管経過措置)	193007210	新生児治療回復室入院医療管理料(31日以上120日以内)
190738910	新生児特定集中治療室管理料2(15~30日以内)(栄管経過措置)	193302110	新生児特定集中治療室管理料1(14日以内)
190739010	新生児特定集中治療室管理料2(31~90日以内)(栄管経過措置)	193302210	新生児特定集中治療室管理料1(15日以上30日以内)
190739510	総合周産期特定集中治療室管理料2(14日以内)(栄管経過措置)	193302310	新生児特定集中治療室管理料1(31日以上90日以内)
190739810	総合周産期特定集中治療室管理料2(15~30日)(栄管経過措置)	193302510	総合周産期特定集中治療室管理料2(14日以内)
190740110	総合周産期特定集中治療室管理料2(31~90日)(栄管経過措置)	193302610	総合周産期特定集中治療室管理料2(15日以上30日以内)
190740310	新生児治療回復室入院医療管理料(14日以内)(栄管経過措置)	193302710	総合周産期特定集中治療室管理料2(31日以上90日以内)
190740410	新生児治療回復室入院医療管理料(15~30日)(栄管経過措置)	193308010	新生児特定集中治療室管理料2(14日以内)
190740510	新生児治療回復室入院医療管理料(31~120日)(栄管経過措置)	193308110	新生児特定集中治療室管理料2(15日以上30日以内)

レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
193308210	新生児特定集中治療室管理料2(31日以上90日以内)	193502610	総合周産期特定集中治療室管理料2(31日以上90日以内)
193308310	新生児治療回復室入院医療管理料(14日以内)	193508310	新生児特定集中治療室管理料2(14日以内)
193308410	新生児治療回復室入院医療管理料(15日以上30日以内)	193508410	新生児特定集中治療室管理料2(15日以上30日以内)
193308510	新生児治療回復室入院医療管理料(31日以上120日以内)	193508510	新生児特定集中治療室管理料2(31日以上90日以内)
193502010	新生児特定集中治療室管理料1(14日以内)	193508610	新生児治療回復室入院医療管理料(14日以内)
193502110	新生児特定集中治療室管理料1(15日以上30日以内)	193508710	新生児治療回復室入院医療管理料(15日以上30日以内)
193502210	新生児特定集中治療室管理料1(31日以上90日以内)	193508810	新生児治療回復室入院医療管理料(31日以上120日以内)
193502410	総合周産期特定集中治療室管理料2(14日以内)	193508810	新生児治療回復室入院医療管理料(31日以上120日以内)
193502510	総合周産期特定集中治療室管理料2(15日以上30日以内)		

「項目13 緊急帝王切開数」の算定

算出方法の詳細

- 1: 対象期間に実施されたDPCデータE・Fファイルからデータ抽出
- 2: 緊急帝王切開マスタに記載されたレセプト電算処理システム用コード(F-9)に該当するレコードを抽出
- 3: 対象期間症例のDPCデータ退院時調査票様式1から救急医療入院に該当するレコードを抽出
- 4: 各大学の件数を算出する。

緊急帝王切開マスタ

レセコード	手技(薬剤)名
150222110	帝王切開術(緊急帝王切開)
150349210	帝王切開術(前置胎盤を合併又は32週未満の早産)

「項目14 直線加速器による定位放射線治療患者数」の算定

算出方法の詳細

- 1: 対象期間に実施されたDPCデータE・Fファイルからデータ抽出
- 2: 定位放射線治療マスタに記載されたレセプト電算処理システム用コード(F-9)に該当するレコードを抽出
- 3: 各大学の件数を算出する。

定位放射線治療マスタ

レセコード	手技(薬剤)名
180019710	直線加速器による定位放射線治療
180026750	直線加速器による定位放射線治療(体幹部に対する)

「項目18 術中迅速診断件数」の算定

算出方法の詳細

- 1: 対象期間に実施されたDPCデータE・Fファイルからデータ抽出
- 2: 術中迅速病理組織標本製作マスタに記載されたレセプト電算処理システム用コード(F-9)に該当するレコードを抽出
- 3: 各大学の件数を算出する。

術中迅速病理組織標本製作マスタ

レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
160059810	T-M/OP	160171470	T-M(テレパソロジー)
160185010	術中迅速細胞診/OP	160185110	術中迅速細胞診/テレパソロジー

「項目19 薬剤管理指導料算定件数」の算定

算出方法の詳細

- 1: 対象期間に実施されたのDPCデータE・Fファイルからデータ抽出
- 2: 薬剤管理指導料マスタに記載されたレセプト電算処理システム用コード(F-9)に該当するレコードを抽出
- 3: 各大学の件数を算出する。

薬剤管理指導料マスタ

レセコード	手技(薬剤)名
113010710	薬剤管理指導料1(救命救急入院料等算定患者)
113010810	薬剤管理指導料2(安全管理を要する医薬品投与患者)
120001610	薬剤管理指導料3(1及び2以外の患者)

「項目23-1 手術あり肺血栓塞栓症予防対策実施率」の算定

算出方法の詳細

当該項目は国立医療学会が発刊した「国立病院機構臨床評価指標計測マニュアル2013年改訂版」の項目1-3. 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率(リスクレベルが中リスク以上)の計測指標を基にして作成した。

参考資料: 国立医療学会, 1-3. 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率(リスクレベルが中リスク以上), 「国立病院機構臨床評価指標計測マニュアル2013年 改訂版」  
(<https://www.nhocrc.jp/iryuu/rinsyohyoka.htm>), 2013, 8.

「項目23-2 入院中の肺塞栓症の発生率」の算定

算出方法の詳細

- 1: 対象期間症例のDPCデータ退院時調査票様式1からデータ抽出(退院時調査票様式1には、DBCにおいて、最も医療資源を投入した傷病名とFファイルデータより、適切と思われるDPCコードを付加しています。)
- 2: 退院時調査票様式1の入院後発症疾患名のICD-10コードが、I26\$( \$はワイルドカード)に合致する症例レコードを抽出する。
- 3: 各大学の件数を算出する。



「項目31 退院患者に占める難病患者の割合」の算定

算出方法の詳細

- 1: 対象期間症例のDPCデータ退院時調査票様式1からデータ抽出(退院時調査票様式1には、DBCにおいて、最も医療資源を投入した傷病名とFファイルデータより、適切と思われるDPCコードを付加しています。)
  - 2: 退院時調査票様式1の最も医療資源を投入した傷病名のICD-10コードが、難病マスタに合致する症例レコードを抽出する。
  - 3: 各大学の件数を算出する。
- ※下記難病マスタは難治性疾患克服研究事業対象疾患を元に、独自に対応するICD-10コードをリスト化し作成したものである。
- 疾患によって、疾患名と1:1に対応するICDコードが存在しないため、最も適当なICDコードを設定している。

そのため、集計時に難病ではない症例も件数に計上している可能性がある。

(難治性疾患克服研究事業対象疾患URL: <http://www.nanbyou.or.jp/entry/511>)

難病マスタ

疾病番号	難病一覧	ICD10	ICD10分類名
1	脊髄小脳変性症	G111	早発性小脳性運動失調(症)
		G112	晩発性小脳性運動失調(症)
		G118	その他の遺伝性運動失調(症)
		G119	遺伝性運動失調(症), 詳細不明
		G319	神経系の変性疾患, 詳細不明
		G938	脳のその他の明示された障害
2	シャイ・ドレーガー症候群	G903	多系統変性(症)
3	モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症)	I675	もやもや病<ウィリス動脈輪閉塞症>
4	正常圧水頭症	G912	正常圧水頭症
5	多発性硬化症	G114	遺伝性けいこ瘻>性対麻痺
		G35	多発性硬化症
6	重症筋無力症	G700	重症筋無力症
7	ギラン・バレー症候群	E750	GM2 ガングリオシドーシス<ガングリオシド症>
		E751	その他のガングリオシドーシス<ガングリオシド症>
		G610	ギラン・バレー<Guillain-Barre>症候群
		G610	ギラン・バレー<Guillain-Barre>症候群
8	フィッシャー症候群	G610	ギラン・バレー<Guillain-Barre>症候群
9	慢性炎症性脱髄性多発神経炎	G618	その他の炎症性多発(性)ニューロパチ<シ>
10	多巣性運動ニューロパチー(ルイス・サマー症候群)	G618	その他の炎症性多発(性)ニューロパチ<シ>
11	単クローン抗体を伴う末梢神経炎(クロウ・フカセ症候群)	C902	形質細胞腫, 髄外性
12	筋萎縮性側索硬化症	G122	運動ニューロン疾患
13	脊髄性筋萎縮症	G121	その他の遺伝性脊髄性筋萎縮症
		G128	その他の脊髄性筋萎縮症及び関連症候
14	球脊髄性筋萎縮症	G122	運動ニューロン疾患
15	脊髄空洞症	G950	脊髄空洞症及び延髄空洞症
16	パーキンソン病	G20	パーキンソン<Parkinson>病
17	ハンチントン病	G10	ハンチントン<Huntington>病
18	進行性核上性麻痺	G231	進行性核上性(眼筋)麻痺[Steele-Richardson-Oiszwski]
19	線条体黒質変性症	G232	線条体黒質変性(症)
20	ペルオキシソーム病	E803	カタラーゼ及びペルオキシダーゼ欠損症
		G601	レフサム<Refsum>病
		Q878	その他の明示された先天奇形症候群, 他に分類されないもの
21	ライソゾーム病	E748	その他の明示された糖質代謝障害
		E752	その他のスフィンゴリポドーシス
		E754	神経系セロイドリポフスチン症
		E755	その他の脂質蓄積障害
		E756	脂質蓄積障害, 詳細不明
		E760	ムコ多糖(体蓄積)症, I型
		E761	ムコ多糖(体蓄積)症, II型
		E762	その他のムコ多糖(体蓄積)症
		E763	ムコ多糖(体蓄積)症, 詳細不明
		E769	グルコサミノグリカン代謝障害, 詳細不明
		E770	リソゾーム酵素の翻訳後修飾における欠
		E771	糖たんぱく<蛋白>分解における欠陥
		E778	その他の糖たんぱく<蛋白>代謝障害
E779	糖たんぱく<蛋白>代謝障害, 詳細不明		
22	クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)	A810	クロイツフェルト・ヤコブ<Creutzfeldt-Jakob>病
23	ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病(GSS)	A818	中枢神経系のその他のスローウイルス感染症

疾病番号	難病一覧	ICD10	ICD10分類名
24	致死性家族性不眠症	A810	クロイツフェルト・ヤコブ<Creutzfeldt-Jakob>病
25	亜急性硬化性全脳炎(SSPE)	A811	亜急性硬化性全脳炎<SSPE>
26	進行性多巣性白質脳症(PML)	A812 M6119	進行性多巣性白質脳症 進行性骨化性筋炎
27	後縦靭帯骨化症	E835 M4889	カルシウム代謝障害 その他の明示された脊椎障害
28	黄色靭帯骨化症	M4889	その他の明示された脊椎障害
29	前縦靭帯骨化症	M4889	その他の明示された脊椎障害
30	広範脊柱管狭窄症	M4800	脊柱管狭窄(症)
31	特発性大腿骨頭壊死症	M8705	骨の特発性無菌<腐>性え<壊>死
32	特発性ステロイド性骨壊死症	M8719	薬物による骨え<壊>死
33	網膜色素変性症	H355	遺伝性網膜ジストロフィ
34	加齢黄斑変性	H353	黄斑及び後極の変性
35	難治性視神経症	H46 H470 H472	視神経炎 視神経の障害,他に分類されないもの 視神経萎縮
36	突発性難聴	H912	突発性難聴(特発性)
37	特発性両側性感音難聴	H903 H912	両側性感音難聴 突発性難聴(特発性)
38	メニエール病	H810	メニエール<Meniere>病
39	遅発性内リンパ水腫	H810	メニエール<Meniere>病
40	PRL分泌異常症	E221	高プロラクチン血症
41	ゴナドトロピン分泌異常症	E228 E230	その他の下垂体機能亢進症 下垂体機能低下症
42	ADH分泌異常症	E222 E871	抗利尿ホルモン不適合分泌症候群<SIADH> 低浸透圧及び低ナトリウム血症
43	中枢性摂食異常症	F500 F501 F502 F503 F504 F508 F509 R632	神経性無食欲症 非定型神経性無食欲症 神経性大食症 非定型神経性大食症 その他の心理的障害に関連した過食 その他の摂食障害 摂食障害,詳細不明 多食(症)
44	原発性アルドステロン症	E260	原発性アルドステロン症
45	偽性低アルドステロン症	E261	続発性<二次性>アルドステロン症
46	グルココルチコイド抵抗症	E270	その他の副腎皮質機能亢進症
47	副腎酵素欠損症	E250 E271	酵素欠損による先天性副腎性器障害 原発性副腎皮質機能不全(症)
48	副腎低形成(アジソン病)	E713 H498	脂肪酸代謝障害 その他の麻痺性斜視
49	偽性副甲状腺機能低下症	E201	偽性副甲状腺<上皮小体>機能低下症
50	ビタミンD受容機構異常症	E833	リン代謝障害
51	TSH受容体異常症	E078	その他の明示された甲状腺障害
52	甲状腺ホルモン不応症	E078	その他の明示された甲状腺障害
53	再生不良性貧血	D610 D611 D612 D613 D619	体質性再生不良性貧血 薬物誘発性再生不良性貧血 その他の外的因子による再生不良性貧血 特発性再生不良性貧血 無形成性貧血,詳細不明

疾病番号	難病一覧	ICD10	ICD10分類名		
54	溶血性貧血(自己免疫性溶血性貧血・発作性夜間血色素尿症)	D550	グルコース-6-リン酸脱水素酵素[G6PD]欠損による貧血		
		D551	その他のグルタチオン代謝障害による貧血		
		D552	解糖系酵素障害による貧血		
		D559	酵素障害による貧血, 詳細不明		
		D560	アルファサラセミア<地中海貧血>		
		D561	ベータサラセミア<地中海貧血>		
		D562	デルタ・ベータサラセミア<地中海貧血>		
		D563	サラセミア<地中海貧血>保因者		
		D564	遺伝性高胎児ヘモグロビン<血色素>症[HPFH]		
		D569	サラセミア<地中海貧血>, 詳細不明		
		D570	鎌状赤血球貧血, クリーゼを伴うもの		
		D571	鎌状赤血球貧血, クリーゼを伴わないもの		
		D572	重複ヘテロ接合型鎌状化障害		
		D573	鎌状赤血球保因者		
		D578	その他の鎌状赤血球障害		
		D580	遺伝性球状赤血球症		
		D581	遺伝性楕円赤血球症		
		D582	その他の異常ヘモグロビン<血色素>症		
		D588	その他の明示された遺伝性溶血性貧血		
		D589	遺伝性溶血性貧血, 詳細不明		
		D590	薬物誘発性自己免疫性溶血性貧血		
		D591	その他の自己免疫性溶血性貧血		
		D592	薬物誘発性非自己免疫性溶血性貧血		
		D593	溶血性尿毒症症候群		
		D594	その他の非自己免疫性溶血性貧血		
		D595	発作性夜間ヘモグロビン尿症[マルキヤファーヴァ・ミケリ症候群]		
		D596	その他の外因による溶血性ヘモグロビン<血色素>尿症		
		D599	後天性溶血性貧血, 詳細不明		
		55	不応性貧血(骨髄異形成症候群)	D461	鉄芽球を伴う不応性貧血
				D462	芽球過剰性不応性貧血
D463	白血病移行期にある芽球過剰性不応性貧血				
D464	不応性貧血, 詳細不明				
D469	骨髄異形成症候群、詳細不明				
56	骨髄線維症	C945	急性骨髄線維症		
57	特発性血栓症	D471	慢性骨髄増殖性疾患		
58	血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)	D689	凝固障害、詳細不明		
59	特発性血小板減少性紫斑病	M311	血栓性微小血管障害		
60	IgA腎症	D693	特発性血小板減少性紫斑病		
61	急速進行性糸球体腎炎	N028	反復性及び持続性血尿【その他】		
		N012	急速進行性腎炎症候群【びまん性膜性糸球体腎炎】		
		N014	急速進行性腎炎症候群【びまん性管内性増殖性糸球体腎炎】		
		N016	急速進行性腎炎症候群【デンスデポジット病】		
		N017	急速進行性腎炎症候群【びまん性半月体(形成)性糸球体腎炎】		
N019	急速進行性腎炎症候群【詳細不明】				
62	難治性ネフローゼ症候群	N040	ネフローゼ症候群【軽微糸球体変化】		
		N042	ネフローゼ症候群【びまん性膜性糸球体腎炎】		
		N044	ネフローゼ症候群【びまん性管内性増殖性糸球体腎炎】		
		N046	ネフローゼ症候群【デンスデポジット病】		
		N048	ネフローゼ症候群【その他】		
		N049	ネフローゼ症候群【詳細不明】		
63	多発性嚢胞腎	Q611	(多)のう<嚢>胞腎, (乳)幼児型		
		Q612	(多)のう<嚢>胞腎, 成人型		
		Q613	(多)のう<嚢>胞腎, 病型不明		
64	肥大型心筋症	I421	閉塞性肥大型心筋症		
		I422	その他の肥大型心筋症		
		I424	心内膜線維弾性症		
65	拡張型心筋症	I420	拡張型心筋症		
66	拘束型心筋症	I425	その他の拘束型心筋症		
67	ミトコンドリア病	G713	ミトコンドリア(性)ミオパチー、他に分類されないもの		
68	Fabry病	E752	その他のスフィンゴリピドーシス		
		E753	スフィンゴリピドーシス, 詳細不明		



疾病番号	難病一覧	ICD10	ICD10分類名
69	家族性突然死症候群	I490	心室細動及び粗動
70	原発性高脂血症	E780	純型高コレステロール血症
		E781	純型高グリセリド血症
		E782	混合型高脂(質)血症
		E783	高カイロミクロン血症
		E784	その他の高脂(質)血症
		E785	高脂(質)血症, 詳細不明
71	特発性間質性肺炎	J841	肺線維症を伴うその他の間質性肺疾患
		J848	その他の明示された間質性肺疾患
72	サルコイドーシス	D860	肺サルコイドーシス
		D861	リンパ節サルコイドーシス
		D863	皮膚サルコイドーシス
		D868	その他及び複合部位のサルコイドーシス
		D869	サルコイドーシス, 詳細不明
73	びまん性汎細気管支炎	J448	その他の明示された慢性閉塞性肺疾患
74	潰瘍性大腸炎	K510	潰瘍性(慢性)全腸炎
		K511	潰瘍性(慢性)回腸大腸炎
		K512	潰瘍性(慢性)直腸炎
		K513	潰瘍性(慢性)直腸S状結腸炎
		K514	大腸仮性ポリポーシス
		K515	粘膜(性)直腸結腸炎
		K518	その他の潰瘍性大腸炎
		K519	潰瘍性大腸炎, 詳細不明
75	クローン病	K500	小腸のクローン<Crohn>病
		K501	大腸のクローン<Crohn>病
		K508	その他のクローン<Crohn>病
		K509	クローン<Crohn>病, 詳細不明
76	自己免疫性肝炎	K754	自己免疫性肝炎
77	原発性胆汁性肝硬変	K743	原発性胆汁性肝硬変
78	劇症肝炎	B150	急性A型肝炎, 肝性昏睡を伴うもの
		B162	急性B型肝炎, デルタ因子を伴わず, 肝性昏睡を伴うもの
		B171	急性C型肝炎
		B172	急性E型肝炎
		B178	その他の明示された急性ウイルス肝炎
		B199	詳細不明のウイルス肝炎, 昏睡を伴わないもの
		K704	アルコール性肝不全
		K711	肝え<壊>死を伴う中毒性肝疾患
		K720	急性及び亜急性肝不全
		K729	肝不全, 詳細不明
79	特発性門脈圧亢進症	K766	門脈圧亢進(症)
80	肝外門脈閉塞症	I81	門脈血栓症
81	Budd-Chiari症候群	Q265	門脈還流<結合>異常(症)
82	肝内結石症	I820	バッド・キアリ<Budd-Chiari>症候群
83	肝内胆管障害	K805	胆管炎又は胆のう<嚢>伴わない胆管
		K830	胆管炎
		K831	胆管閉塞
		K832	胆管穿孔
		K833	胆管瘻(孔)
		K834	オディ<Oddi>括約筋けいれん<痙攣>
		K835	胆のう嚢
		K838	胆道のその他の明示された疾患
		K839	胆道の疾患, 詳細不明
		Q444	先天性胆道拡張症<総胆管のう嚢>
		Q445	胆管のその他の先天奇形
84	膵嚢胞線維症	E848	その他の症状発現を伴うのう<嚢>胞性線維症
85	重症急性膵炎	K85	急性膵炎
86	慢性膵炎	K860	アルコール性慢性膵炎
		K861	その他の慢性膵炎

疾病番号	難病一覧	ICD10	ICD10分類名
87	アミロイドーシス	E850	非ニューロパチ<シ>一性遺伝性家族性アミロイドーシス<アミロイド症>
		E850	非ニューロパチ<シ>一性遺伝性家族性アミロイドーシス<アミロイド症>
		E851	ニューロパチ<シ>一性遺伝性家族性アミロイドーシス<アミロイド症>
		E852	遺伝性家族性アミロイドーシス<アミロイド症>、詳細不明
		E853	続発性全身性アミロイドーシス<アミロイド症>
		E854	臓器<器官>限局性アミロイドーシス<アミロイド症>
		E858	その他のアミロイドーシス<アミロイド症>
		E859	アミロイドーシス<アミロイド症>、詳細不明
88	ベーチェット病	M352	ベーチェット<Behcet>病
89	全身性エリテマトーデス	M320	薬物誘発性全身性エリテマトーデス<紅斑性狼瘡><SLE>
		M321	臓器又は器官系の併発症を伴う全身性エリテマトーデス<紅斑性狼瘡><SLE>
		M329	全身性エリテマトーデス<紅斑性狼瘡><SLE>、詳細不明
90	多発性筋炎・皮膚筋炎	M330	若年性皮膚筋炎
		M331	その他の皮膚筋炎
		M332	多発性筋炎
		M339	皮膚(多発性)筋炎、詳細不明
91	シェーグレン症候群	M350	乾燥症候群[シェーグレン<Sjogren>症候群]
92	成人スティル病	M0610	外傷性骨化性筋炎
93	高安病(大動脈炎症候群)	M314	大動脈弓症候群[高安病]
94	バージャー病	I731	閉塞性血栓血管炎[ビュルガー<バージャー><Buerger>病]
95	結節性多発動脈炎	M300	結節性多発(性)動脈炎
96	ウェゲナー肉芽腫症	M313	ウェゲ<ジ>ナー<Wegener>肉芽腫症
97	アレルギー性肉芽腫性血管炎	M301	肺の併発症を伴う多発(性)動脈炎[チャウグ・シュトラウス<Churg-Strauss>症]
98	悪性関節リウマチ	M0530	経頭蓋症候群
99	側頭動脈炎	M316	その他の巨細胞(性)動脈炎
100	抗リン脂質抗体症候群	D688	その他の明示された凝固障害
101	強皮症	L940	斑状強皮症[モルフェア]
		L941	線状強皮症
		M340	全身性進行性硬化症
		M341	クレスト<CR(E)ST>症候群
		M348	その他の型の全身性硬化症
M349	全身性硬化症、詳細不明		
102	好酸球性筋膜炎	I423	心内膜心筋(好酸球性)疾患
		M354	びまん性(好酸球増加性)筋膜炎
103	硬化性萎縮性苔癬	L900	硬化萎縮性苔せん<癬>

疾病番号	難病一覧	ICD10	ICD10分類名
104	原発性免疫不全症候群	D71	多(形)核好中球機能障害
		D729	白血球の障害, 詳細不明
		D758	血液及び造血器のその他の明示された
		D800	遺伝性低ガンマグロブリン血症
		D801	非家族性低ガンマグロブリン血症
		D802	選択的免疫グロブリンA[Ig A]欠乏症
		D803	選択的免疫グロブリンG[Ig G]サブクラス欠乏症
		D804	選択的免疫グロブリンM[Ig M]欠乏症
		D805	免疫グロブリンM[Ig M]増加を伴う免疫不全症
		D807	乳児一過性低ガンマグロブリン血症
		D808	主として抗体欠乏を伴うその他の免疫不全症
		D809	主として抗体欠乏を伴う免疫不全症, 詳細不明
		D813	アデニン・デアミナーゼ<脱アミノ酵素>[ADA]欠乏症
		D814	ネゼロフ<Nezelof>症候群
		D815	プリンヌクレオシドホスホリラーゼ<リン酸化酵素>[PNP]欠乏症
		D816	主要組織適合遺伝子複合体クラスI欠
		D817	主要組織適合遺伝子複合体クラスII欠
		D818	その他の複合免疫不全症
		D819	複合免疫不全症, 詳細不明
		D820	ウィスコット・アルドリッチ<Wiskott-Aldrich>症候群
		D821	ディ・ジョージ<Di George>症候群
		D823	EBウイルスに対する遺伝的反応異常に続発する免疫不全症
		D824	高免疫グロブリンE[Ig E]症候群
		D839	分類不能型免疫不全症, 詳細不明
		D840	リンパ球機能抗原-1[LFA-1]欠乏症
		D841	補体系の欠乏症
		D848	その他の明示された免疫不全症
		D849	免疫不全症, 詳細不明
		D890	多クローン性高ガンマグロブリン血症
		D891	クリオグロブリン血症
D892	高ガンマグロブリン血症, 詳細不明		
D899	免疫機構の障害, 詳細不明		
105	若年性肺気腫	J430	マクロード<MacLeod>症候群
		J431	汎小葉性肺気腫
		J432	中心小葉性肺気腫
		J439	肺気腫, 詳細不明
		P250	周産期に発生した間質性気腫
106	ランゲルハンス細胞組織球症	C960	レッテラー・ジューベ<Letterer-Siwe>病
		D760	ランゲルハンス細胞組織球症, 他に分類されないもの
107	肥満低換気症候群	E662	肺泡低換気を伴う過度肥満(症)
108	肺泡低換気症候群	R068	その他及び詳細不明の呼吸の異常
109	肺動脈性肺高血圧症	I270	原発性肺高血圧(症)
110	慢性血栓塞栓性肺高血圧症	I269	急性肺性心の記載のない肺塞栓症
111	混合性結合組織病	M351	その他の重複症候群
112	神経線維腫症I型(レックリングハウゼン病)	Q850	神経線維腫症(非悪性)
113	神経線維腫症II型	Q850	神経線維腫症(非悪性)
114	結節性硬化症(プリングル病)	E703	白皮症
		G404	その他の全身性てんかん及びびてんかん(性)症候群
		Q851	結節性硬化症
115	表皮水疱症	Q810	単純性表皮水疱症
		Q811	致死型表皮水疱症
		Q812	栄養障害型表皮水疱症
		Q818	その他の表皮水疱症
		Q819	表皮水疱症, 詳細不明
116	膿疱性乾癬	L401	全身性膿疱性乾癬<癬>
117	天疱瘡	L100	尋常性天疱瘡
		L101	増殖性天疱瘡
		L102	落葉状天疱瘡
		L103	ブラジル天疱瘡[fogo selvagem]
		L104	紅斑性天疱瘡
		L105	薬物誘発性天疱瘡
L109	天疱瘡, 詳細不明		

疾病番号	難病一覧	ICD10	ICD10分類名
118	大脳皮質基底核変性症	G238	基底核のその他の明示された変性疾患
		G301	限局性脳萎縮(症)
		G318	神経系のその他の明示された変性疾患
119	重症多形滲出性紅斑(急性期)	L518	その他の多形紅斑
120	リンパ脈管筋腫症(LAM)	D219	結合組織及びその他の軟部組織、部位不明
121	進行性骨化性線維異形成症(FOP)	Q773	点状軟骨異形成<形成異常>(症)
122	色素性乾皮症(XP)	Q821	色素性乾皮症
123	スモン	G620	薬物誘発性多発(性)ニューロパチー
124	下垂体機能低下症	E230	下垂体機能低下症
125	クッシング病	E24	クッシング症候群
126	先端巨大症	E220	先端肥大症<先端巨大症>
127	原発性側索硬化症	G122	運動ニューロン疾患
128	有棘赤血球を伴う舞蹈病	G10	ハンチントン<Huntington>病
		G23.0	ハラールフォルデン・シュパッツ<Hallervorden-Spatz>病
129	HTLV-1関連脊髄症(HAM)	A858	その他明示されたウイルス性脳炎
130	先天性魚鱗癬様紅皮症	Q803	先天性水疱性魚りんせん<鱗癬>様紅皮症

「項目32 超重症児の手術件数」の算定

算出方法の詳細

- 1: 対象期間症例のDPCデータ、E・Fファイル及び、退院時調査票様式1からデータ抽出（FファイルはEファイルと施設コード(E・F-1)、データ識別番号(E・F-2)、入院年月日(E・F-4)、順序番号(E・F-6)で実施年月日(E-18)を紐付ける。退院時調査票様式1には、DBCにおいて、最も医療資源を投入した傷病名とFファイルデータより、適切と思われるDPCコードを付加しています。）
- 2: 「A212-1-イ、超重症児入院診療加算(レセプト電算処理システム用コード: 190127510)」及び、「A212-2-イ、準超重症児(者)入院診療加算(6歳未満)(レセプト電算処理システム用コード: 190127610)」に該当するレセプト電算処理システム用コード(F-9)を算出した症例の且つ、Kコードの手技(輸血関連、加算項目を除外)に該当するレコードを抽出
- 3: 除外手技マスタに記載されたレセプト電算処理システム用コード(F-9)に該当するレコードを除外
- 4: 同日のレコードは1件を残して除外する。
- 5: 各大学の件数を算出

除外手技マスタ

レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
150147610	人工心肺(初日)	150301810	補助人工心臓(31日目以降)
150147910	人工心肺(2日目以降)	150303510	植込型補助人工心臓(拍動流型)(2日目以降30日目まで)
150148210	血管露出術	150303610	植込型補助人工心臓(拍動流型)(31日目以降90日目まで)
150224610	新生児仮死蘇生術(仮死第1度)	150303710	植込型補助人工心臓(拍動流型)(91日目以降)
150224710	新生児仮死蘇生術(仮死第2度)	150360210	植込型補助人工心臓(非拍動流型)(2日目以降30日目まで)
150266210	補助人工心臓(2日目以降30日目まで)	150360310	植込型補助人工心臓(非拍動流型)(31日目以降90日目まで)
150275710	経皮的心的肺補助法(2日目以降)	150360410	植込型補助人工心臓(非拍動流型)(91日目以降)

「項目51 救命救急患者数」の算定

算出方法の詳細

- 1: 対象期間症例のDPCデータ、E・Fファイル及び、退院時調査票様式1からデータ抽出（FファイルはEファイルと施設コード(E・F-1)、データ識別番号(E・F-2)、入院年月日(E・F-4)、順序番号(E・F-6)で実施年月日(E-18)を紐付ける。退院時調査票様式1には、DBCにおいて、最も医療資源を投入した傷病名とFファイルデータより、適切と思われるDPCコードを付加しています。）
- 2: 入院日に、救急マスタに記載されたレセプト電算処理システム用コード(F-9)に該当するコードが算定されるレコードを抽出
- 3: 同一症例の算定レコードに関しては1件を残し除外する。
- 4: 各大学の件数を算出する。

救急マスタ

レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
190100070	救急医療管理加算	190715910	救命救急入院料4(広範囲熱傷・3日以内)(栄養経過措置)
190100170	乳幼児加算(救急医療管理加算)	190139010	救命救急入院料4(広範囲熱傷特定集中治療・3日以内)
190145370	小児加算(救急医療管理加算)	190723410	救命救急入院料1(3日以内)(栄養経過措置)
190126810	超急性期脳卒中加算	193000610	救命救急入院料2(3日以内)
190126910	妊産婦緊急搬送入院加算	193003910	救命救急入院料3(救命救急入院料)(3日以内)
190714410	救命救急入院料1(3日以内)(栄養経過措置)	193004210	救命救急入院料3(広範囲熱傷特定集中治療・3日以内)
190024510	救命救急入院料1(3日以内)	193004710	救命救急入院料4(救命救急入院料)(3日以内)
190714710	救命救急入院料2(3日以内)(栄養経過措置)	193005010	救命救急入院料4(広範囲熱傷特定集中治療・3日以内)
190024310	救命救急入院料2(3日以内)	190727210	救命救急入院料4(広範囲熱傷・3日以内)(栄養経過措置)
190138410	救命救急入院料3(広範囲熱傷特定集中治療・3日以内)	190726910	救命救急入院料4(救命救急入院料)(3日以内)(栄養経過措置)
190138110	救命救急入院料3(救命救急入院料)(3日以内)	190725510	救命救急入院料3(広範囲熱傷・3日以内)(栄養経過措置)
190715010	救命救急入院料3(救命救急)(3日以内)(栄養経過措置)	193000310	救命救急入院料1(3日以内)
190715310	救命救急入院料3(広範囲熱傷・3日以内)(栄養経過措置)	190724210	救命救急入院料2(3日以内)(栄養経過措置)
190138710	救命救急入院料4(救命救急入院料)(3日以内)	190724610	救命救急入院料3(救命救急)(3日以内)(栄養経過措置)
190715610	救命救急入院料4(救命救急入院料)(3日以内)(栄養経過措置)	193506610	救命救急入院料4(広範囲熱傷特定集中治療・3日以内)



レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
193506310	救命救急入院料4(救命救急入院料)(3日以内)	190746910	特定集中治療室管理料2(特定集中・7日以内)(栄管経過措置)
193505810	救命救急入院料3(広範囲熱傷特定集中治療・3日以内)	190746710	特定集中治療室管理料1(7日以内)(栄管経過措置)
193505510	救命救急入院料3(救命救急入院料)(3日以内)	193501610	特定集中治療室管理料1(7日以内)
193500610	救命救急入院料2(3日以内)	193507510	特定集中治療室管理料2(特定集中治療室管理料・7日以内)
193500310	救命救急入院料1(3日以内)	193307410	特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷特定集中治療・7日以内)
190742410	救命救急入院料1(3日以内)(栄管経過措置)	193301410	特定集中治療室管理料1(7日以内)
190745910	救命救急入院料4(救命救急入院料)(3日以内)(栄管経過措置)	193307210	特定集中治療室管理料2(特定集中治療室管理料・7日以内)
190744510	救命救急入院料3(広範囲熱傷・3日以内)(栄管経過措置)	190737210	特定集中治療室管理料1(7日以内)(栄管経過措置)
190743210	救命救急入院料2(3日以内)(栄管経過措置)	190737610	特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷・7日以内)(栄管経過措置)
190743610	救命救急入院料3(救命救急)(3日以内)(栄管経過措置)	190737410	特定集中治療室管理料2(特定集中・7日以内)(栄管経過措置)
190746210	救命救急入院料4(広範囲熱傷・3日以内)(栄管経過措置)	190117310	ハイケアユニット入院医療管理料
190736710	救命救急入院料4(広範囲熱傷・3日以内)(栄管経過措置)	190717810	ハイケアユニット入院医療管理料(栄管経過措置)
190732910	救命救急入院料1(3日以内)(栄管経過措置)	190728510	ハイケアユニット入院医療管理料(14日以内)(栄管経過措置)
190733710	救命救急入院料2(3日以内)(栄管経過措置)	193003010	ハイケアユニット入院医療管理料(14日以内)
190734110	救命救急入院料3(救命救急)(3日以内)(栄管経過措置)	193501810	ハイケアユニット入院医療管理料(14日以内)
190735010	救命救急入院料3(広範囲熱傷・3日以内)(栄管経過措置)	190747510	ハイケアユニット入院医療管理料(14日以内)(栄管経過措置)
190736410	救命救急入院料4(救命救急入院料)(3日以内)(栄管経過措置)	193301810	ハイケアユニット入院医療管理料(14日以内)
193306310	救命救急入院料4(広範囲熱傷特定集中治療・3日以内)	190738010	ハイケアユニット入院医療管理料(14日以内)(栄管経過措置)
193306010	救命救急入院料4(救命救急入院料)(3日以内)	190120810	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
193305510	救命救急入院料3(広範囲熱傷特定集中治療・3日以内)	190717910	脳卒中ケアユニット入院医療管理料(栄管経過措置)
193305210	救命救急入院料3(救命救急入院料)(3日以内)	190728710	脳卒中ケアユニット入院医療管理料(14日以内)(栄管経過措置)
193300410	救命救急入院料2(3日以内)	193003210	脳卒中ケアユニット入院医療管理料(14日以内)
193300110	救命救急入院料1(3日以内)	190747710	脳卒中ケアユニット入院医療管理料(14日以内)(栄管経過措置)
190116310	特定集中治療室管理料1(7日以内)	193504510	脳卒中ケアユニット入院医療管理料(14日以内)
190717210	特定集中治療室管理料1(7日以内)(栄管経過措置)	193302010	脳卒中ケアユニット入院医療管理料(14日以内)
190139810	特定集中治療室管理料2(特定集中治療室管理料・7日以内)	190738210	脳卒中ケアユニット入院医療管理料(14日以内)(栄管経過措置)
190140010	特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷特定集中治療・7日以内)	190149910	小児特定集中治療室管理料(7日以内)
190717410	特定集中治療室管理料2(特定集中・7日以内)(栄管経過措置)	190718010	小児特定集中治療室管理料(7日以内)(栄管経過措置)
190717610	特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷・7日以内)(栄管経過措置)	190728810	小児特定集中治療室管理料(7日以内)(栄管経過措置)
190727910	特定集中治療室管理料2(特定集中・7日以内)(栄管経過措置)	193009210	小児特定集中治療室管理料(7日以内)
190728110	特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷・7日以内)(栄管経過措置)	190747810	小児特定集中治療室管理料(7日以内)(栄管経過措置)
190727710	特定集中治療室管理料1(7日以内)(栄管経過措置)	193509510	小児特定集中治療室管理料(7日以内)
193005910	特定集中治療室管理料2(特定集中治療室管理料・7日以内)	190738310	小児特定集中治療室管理料(7日以内)(栄管経過措置)
193006110	特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷特定集中治療・7日以内)	193309210	小児特定集中治療室管理料(7日以内)
193001610	特定集中治療室管理料1(7日以内)	190024710	新生児特定集中治療室管理料1
193507710	特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷特定集中治療・7日以内)	190718210	新生児特定集中治療室管理料1(栄管経過措置)
190747110	特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷・7日以内)(栄管経過措置)	190718310	新生児特定集中治療室管理料2(栄管経過措置)

レセコード	手技(薬剤)名	レセコード	手技(薬剤)名
190140410	新生児特定集中治療室管理料2	190066810	総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)
190729310	新生児特定集中治療室管理料2(14日以内)(栄養経過措置)	190718510	総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)(栄養経過措置)
193001810	新生児特定集中治療室管理料1(14日以内)	193002210	総合周産期特定集中治療室管理料2(14日以内)
193006710	新生児特定集中治療室管理料2(14日以内)	193002110	総合周産期特定集中治療室管理料1(14日以内)
190729010	新生児特定集中治療室管理料1(14日以内)(栄養経過措置)	190729710	総合周産期特定集中治療室管理料1(14日以内)(栄養経過措置)
193508310	新生児特定集中治療室管理料2(14日以内)	190730010	総合周産期特定集中治療室管理料2(14日以内)(栄養経過措置)
193502010	新生児特定集中治療室管理料1(14日以内)	190748710	総合周産期特定集中治療室管理料1(14日以内)(栄養経過措置)
190748010	新生児特定集中治療室管理料1(14日以内)(栄養経過措置)	190749010	総合周産期特定集中治療室管理料2(14日以内)(栄養経過措置)
190748310	新生児特定集中治療室管理料2(14日以内)(栄養経過措置)	193502410	総合周産期特定集中治療室管理料2(14日以内)
193308010	新生児特定集中治療室管理料2(14日以内)	193502310	総合周産期特定集中治療室管理料1(14日以内)
193302110	新生児特定集中治療室管理料1(14日以内)	193302510	総合周産期特定集中治療室管理料2(14日以内)
190738510	新生児特定集中治療室管理料1(14日以内)(栄養経過措置)	193302410	総合周産期特定集中治療室管理料1(14日以内)
190738810	新生児特定集中治療室管理料2(14日以内)(栄養経過措置)	190739210	総合周産期特定集中治療室管理料1(14日以内)(栄養経過措置)
190066710	総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児)	190739510	総合周産期特定集中治療室管理料2(14日以内)(栄養経過措置)
190718410	総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児)(栄養経過措置)		