

# 令和6年度国立大学病院 病院機能指標

令和8年3月31日  
国立大学病院長会議常置委員会



## 国立大学病院 病院評価指標について

国立大学病院は、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・診療の各活動を行っています。また、診療報酬や運営費交付金などの公的資金で運営している機関として、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。

このような認識の下、国立大学病院長会議常置委員会では、各国立大学病院が自主的・主体的に①国立大学病院の機能の質向上を図り、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～」をとりまとめました。

以降、国立大学病院データベース管理委員会を中心に、毎年度、病院機能指標を公表しており、また、各国立大学病院においても本評価指標を公表するとともに、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います。また、本評価指標は国立大学病院において大学病院改革プラン作成等の基盤としても活用されており、今後更なる活用が期待できる重要性の高い指標と言えます。

令和6年度の調査では、前年度と同じく計86項目の調査を実施しました。

今後も、医療の動向、国立大学病院を取り巻く環境の変化等に応じて、より分かりやすく現状をお知らせするため、評価指標の継続的・発展的な見直しを図り、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。

国立大学病院長会議常置委員長  
大鳥 精司

## 目次

国立大学病院 病院評価指標について	3
はじめに	7
報告書の見方	9
診療に係る項目	12
項目1 先進医療実施数	13
項目2 手術室内での手術件数	15
項目3 緊急時間外手術件数	17
項目4 手術技術度DとEの手術件数	18
項目5 手術全身麻酔件数	20
項目6 重症入院患者の手術全身麻酔件数	22
項目7 臓器移植件数（心臓・肝臓・小腸・肺・膵臓）	23
項目8 臓器移植件数（造血幹細胞移植）	24
項目9 脳梗塞の早期リハビリテーション実施率	25
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	26
項目11 新生児のうち、出生時体重が1500g未満の数	27
項目12 新生児特定集中治療室(NICU)実患者数	28
項目13 緊急帝王切開数	30
項目14 直線加速器による定位放射線治療患者数	32
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	33
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	34
項目17 病理組織診断件数	35
項目18 術中迅速病理組織診断件数	36
項目19 薬剤管理指導料算定件数	37
項目20 外来で化学療法を行った延べ患者数	38
項目21 無菌製剤処理料算定件数	39
項目22 褥瘡発生率	40
項目23-1 手術あり肺血栓塞栓症予防対策実施率	41
項目23-2 手術あり患者の肺塞栓症の発生率	43
項目24 多剤耐性緑膿菌(MDRP)による 院内感染症発生患者数	44
項目25 CPC（臨床病理検討会）の検討症例率	45
項目26 新規外来患者数	46
項目27 初回入院患者数	48
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	50

項目29	在院日数の指標	51
項目30	患者構成の指標	52
項目31	指定難病患者数	53
項目32	超重症児の手術件数	54
教育に係る項目		55
項目33	臨床研修医採用人数（医科）	56
項目34	他大学卒業の臨床研修医の採用割合（医科）	57
項目35	専門医の新規資格取得者数	58
項目36	臨床研修指導医数	60
項目37	専門研修コース（後期研修コース）の新規採用人数（医科）	62
項目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（外部の医療機関などから）	63
項目39	看護学生の受入実習学生数（自大学から）	65
項目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）	67
項目41	薬剤師の研修受入数（外部の医療機関などから）	69
項目42	薬学生の受入実習学生数（自大学から）	71
項目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）	72
項目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）	74
項目45	その他医療専門職学生の受入実習学生数（自大学から）	76
項目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）	78
項目47	全医療従事者向け研修・講習会開催数	80
項目48	臨床研修指導医講習会の新規修了者数	82
項目49	専門研修（基本領域）新規登録者数	84
研究に係る項目		85
項目50	企業主導治験の件数	86
項目51	医師主導治験の件数	88
項目52	臨床研究法を遵守して行う臨床研究数	90
項目53	認定臨床研究審査委員会の新規審査研究数	92
項目54	臨床研究専門職の合計FTE	94
項目55	研究推進を担当する専任教員数	96
項目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	98
地域医療に係る項目		102
項目58	救命救急患者数	103
項目59	二次医療圏外からの外来患者の割合	105
項目60	公開講座等（セミナー）の主催数	106
項目61	地域への医師派遣数	107

項目62	地域医療行政への関与件数	109
国際化に係る項目		111
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）	112
項目64	院内案内の表示言語数（日本語を除く）	114
項目65	病院ホームページの対応言語数（日本語を除く）	115
項目66	海外大学病院および医学部との交流協定締結数	116
運営に係る項目		117
項目67-1	病床稼働率（一般病床）	118
項目67-2	病床稼働率（精神病床）	119
項目67-3	病床稼働率（結核病床）	120
項目68-1	平均在院日数（一般病床）	121
項目68-2	平均在院日数（精神病床）	122
項目68-3	平均在院日数（結核病床）	123
項目69-1	病床回転数（一般病床）	124
項目69-2	病床回転数（精神病床）	125
項目69-3	病床回転数（結核病床）	126
項目70	紹介率（医科）	127
項目71	逆紹介率（医科）	128
項目72	一般病棟の重症度，医療・看護必要度	129
項目73	後発医薬品使用率（数量ベース）	133
項目74	現金収支率（病院セグメント）	134
項目75	業務損益収支率（病院セグメント）	135
項目76	債務償還経費占有率	136
項目77	院外処方せん発行率	137
歯科に係る項目		138
項目78	研修指導歯科医数	139
項目79	専門医の新規資格取得者数（歯科）	142
項目80	臨床研修歯科医採用人数	145
項目81	歯科衛生士の受入実習学生数（自大学および自大学以外の養成教育機関から）	148
項目82	年間延べ外来患者数（歯科）	151
項目83	周術期口腔機能管理料算定数	154
項目84	歯科領域の特定疾患患者数	157
項目85	紹介率（歯科）	160
項目86	逆紹介率（歯科）	162

## 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項目が当初設定されました。その後、平成28年度調査では、新指標28項目が追加され、平成29年度調査からは、指標1項目が削除、新指標2項目が追加されることとなり、全83項目となりました。令和2年度調査からは、研究に係る項目を見直し、新指標3項目を追加した全86項目となり、現在に至ります。今年度においても評価指標に基づき、全国立大学病院(本院および歯学部附属病院)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。文部科学省「今後の医学教育に関する在り方検討会」の中間とりまとめにおいて定められた大学病院改革プラン作成等においても、この病院機能指標はその基盤となるなど、大変重要な指標となっています。そのため国立大学病院長会議では、調査方法の見直しや確認等、より一層精度の高い情報を提供できるよう努めています。

国立大学病院長会議では、データベース管理委員会内にプロジェクトチームを設置し、研究所附属病院を除く全43国立大学病院を対象として令和5年度に引き続き令和6年度の調査を実施しました。

調査結果を公表する項目は、国立大学病院の「診療に係る項目(32項目)」、「教育に係る項目(17項目)」、「研究に係る項目(7項目)」、「地域医療に係る項目(5項目)」、「国際化に係る項目(4項目)」、「運営に係る項目(11項目)」、「歯科に係る項目(9項目)」です。

令和4年度から令和6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、令和元年度調査まで年々増加していた手術室内の件数は、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、令和2年度に減少しましたが、令和3年度以降、年々増加しています(項目2平均値:令和4年度7,110件、令和5年度7,377件、令和6年度7,518件)。手術全身麻酔件数(項目5平均値:令和4年度4,591件、令和5年度4,816件、令和6年度4,945件)も同様の傾向でした。緊急時間外手術件数についても、令和2年度にやや減少したものの、令和3年度以降増加し、国立大学病院が急性期医療の機能を果たしていることが示されました(項目3平均値:令和4年度373件、令和5年度376件、令和6年度392件)。

「教育に係る項目」については、令和6年度においても、年々増加した臨床研修指導医数を維持しており、国立大学病院の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(項目36:令和4年度一般病床100床当たり平均24.7人、令和5年度同25.3人、令和6年度同26.2人)。

「研究に係る項目」について、企業主導治験件数(項目50平均値:令和4年度106.3件、令和5年度110.1件、令和6年度113.3件)、臨床研究法を遵守して行う臨床研究数(項目52平均値:令和4年度120.6件、令和5年度122.7件、令和6年度129.2件)が増加した一方、医師主導治験件数(項目51平均値:令和4年度13.0件、令和5年度13.5件、令和6年度13.8件)は大きな変化なく推移し、全体として同程度の水準を維持しています。

「地域医療に係る項目」については、地域への医師派遣数も前年度と同程度水準を維持し、地域医療に貢献しています(項目61:令和4年度一般病床100床当たり平均142人、令和5年度同141人、令和6年度同142人)。

「国際化に係る項目」の自院で総合窓口での患者対応が可能な言語数について、半数以上の大学でトークンなどの活用が増え、国立大学病院(本院)では年々増加していました(項目63平均値:令和4年度37.0言語、令和5年度45.4言語、令和6年度49.7言語)。

「運営に係る項目」の平均在院日数(一般病床)については、年々在院日数の短縮が進められています(項目68-1平均値:令和4年度11.6日、令和2年度11.5日、令和6年度11.3日)。

「歯科に係る項目」の年間延べ外来患者数(歯科)については、歯学部附属病院および国立大学病院(本院)では令和4年度から令和6年度にかけ、大きな変化なく推移し、同程度水準を維持していました(項目82平均値:【歯学部附属病院】令和4年度205,722人、令和5年度199,725人、令和6年度195,747人、【医科と歯科が統合された大学病院】令和4年度142,960人、令和5年度144,136人、令和6年度142,637人、【歯学部のない大学病院】令和4年度16,037人、令和5年度16,403人、令和6年度16,316人)。

主体的に国立大学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。

国立大学病院長会議では、今後も国立大学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

調査は国立大学病院長会議データベース管理委員会内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）

大坪徹也（秋田大学大学院）
笠井宏委（東北大学病院）
小林美亜（山梨大学大学院）
中部貴央（国立大学病院データベースセンター）
新田 浩（東京科学大学大学院）
初山 貴（北海道大学病院）
◎伏見清秀（東京科学大学大学院）

50音順、敬称略

調査実務は国立大学病院データベースセンター（以下、DBCと記載する）が担当しました。DBCは、全国国立大学病院の診療・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

全国国立大学病院（歯学部附属病院を含む43国立大学病院）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) 各国立大学病院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、各国立大学病院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、一部項目で一部の国立大学病院が回答不能・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、全国立大学病院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。なお、項目57「研究論文のインパクトファクター合計点数」については、別紙にて調査結果の数値を掲載しております。

見直しについては、病院機能指標PTにて協議し、病院評価指標検討WGから国立大学病院長会議常置委員会へ提案し承認を受けました。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、全国立大学病院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、参考数値として令和4年、令和5年、令和6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。なお、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。

「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」を合わせてご覧下さい。

「集計値」では、対象となった国立大学病院全体での集計値（集計大学数、平均値、最小値、中央値、および最大値）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、数値を各病床数で除して100を乗じた一般病床100床当たりの件数も合わせて示しています。

---

<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退院日などの症例の背景情報や、入院患者毎の診断傷病名、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> 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～

<https://nuhc.jp/wp-content/themes/NUHC/Portals/0/images/activity/report/features/indicators2009.pdf>

### 病院群での算出結果の提示について

「研究に係る項目」および「歯科に係る項目」以外の指標では、基本的には、国立大学病院（本院）と歯学部附属病院を合わせた43国立大学病院を対象に集計しています。しかし、一般病床100床当たりの数値を示す指標に関しては、国立大学病院（本院）（42大学）と歯学部附属病院（1大学）の2群に分けて、集計しています（各年度の上段は医科、下段は歯科）。

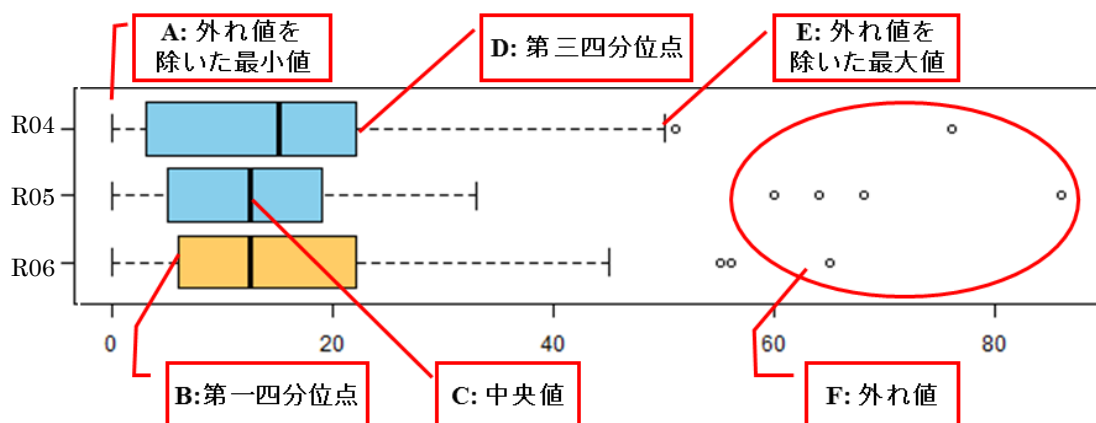
「研究に係る項目」の指標では、臨床研究中核病院（11大学）と臨床研究中核病院以外（32大学）の2群に分けて、集計しています（各年度の上段は臨床研究中核病院、下段は臨床研究中核病院以外）。

「歯科に係る項目」の指標では、歯学部附属病院（1大学）、医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門（10大学）、歯学部のない大学病院の歯科口腔外科診療科（31大学）の3群に分けて、集計しています。しかし、歯学部附属病院を併設する、国立大学病院（本院）が回答可能な項目に関しては、歯学部附属病院（1大学）、医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門（10大学）、歯学部のない大学病院の歯科口腔外科診療科（32大学）の3群に分けて、集計しています（各年度の上段は歯学部附属病院、中段は医科と歯科が統合された大学病院、下段は歯学部のない大学病院）。

「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成していますが、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一般病床100床当たりの件数を元に箱ひげ図を作成しています。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、令和6年度グラフを橙色に着色しました。グラフの見方は下記に示した通りです。図中Fで示した外れ値とは、図中のBおよびDをもとに、BD間距離の1.5倍以上Cから遠く離れた値を指します。



## 診療に係る項目

国立大学病院は、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、地域の医療機関と連携すること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 先進医療実施数

### 項目の値に関する解説

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。令和4年度から令和6年度にかけ、増加傾向にあります。

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。

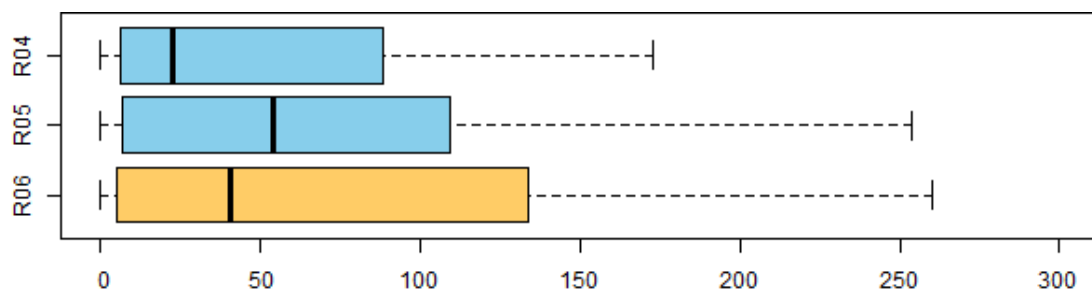
### 項目の定義について

1年間の先進医療診療<sup>3</sup>の実施数です。

### 集計値 (件)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	50.9	0.0	23.0	173.0
R05年度	43	70.2	0.0	54.0	254.0
R06年度	43	74.5	0.0	41.0	260.0

### グラフ (件数)



<sup>3</sup> 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\\_iryuu/iryuhoken/sensiniryof/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/sensiniryof/index.html)

備考

令和6年度に承認された先進医療技術

No.	先進医療技術名
1	子宮腺筋症病巣除去術
2	タミバロテン経口投与及びペムブロリズマブ静脈内投与の併用療法 切除が不可能な膵臓がん（二種類の従来の治療法に抵抗性を有するもの又は薬物療法が困難なものに限る。）
3	経皮的前立腺がんマイクロ波焼灼・凝固療法 前立腺がん（限局性のものに限る。）
4	アルゴンプラズマ高周波焼灼・凝固療法 切除が不可能な食道表在がん
5	脂肪組織由来の多系統前駆細胞を用いた歯周組織再生療法 重度歯周炎（従来の歯周組織再生療法ではその治療に係る効果が認められないものに限る。）
6	自家骨髄単核球移植による血管再生治療 包括的高度慢性下肢虚血（閉塞性動脈硬化症を伴うものに限る。）
7	アナモレリン塩酸塩経口投与 体重減少（食道がんに対する食道亜全摘胃管再建術又は胃がんに対する噴門側胃切除術若しくは胃全摘術を実施したものに限る。）
8	腹腔鏡下卵巣悪性腫瘍手術
9	脊髄髄膜瘤手術 脊髄髄膜瘤（胎児期の患者に係るものに限る。）

令和5年度に削除された先進医療技術

No.	先進医療技術名
1	骨髄由来間葉系細胞による顎骨再生療法
2	遺伝子パネル検査による遺伝性網膜ジストロフィーの遺伝子診断
3	LDL アフェレシス療法（閉塞性動脈硬化症）
4	内視鏡的エタノール局所注入療法
5	マルチプレックス遺伝子パネル検査（進行再発固形がん）
6	自家骨髄単核球移植による下肢血管再生治療
7	経皮的乳がんラジオ波焼灼療法
8	人工内耳植込術
9	ベバシズマブ局所注入療法
10	治療抵抗性の子宮頸がんに対するシスプラチンによる閉鎖循環下骨盤内非均衡灌流療法

## 項目2 手術室内での手術件数

### 項目の値に関する解説

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となります。外科医、麻酔科医、看護師などの医療チームが手術室を効率的に活用し、どれだけの手術に対応することができるかを表現する指標です。令和4年度から令和6年度にかけ、平均値・中央値ともに上昇し、一般病床あたりの手術件数も増加しています。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、手術室で行われた手術<sup>4</sup>（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。

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（件）

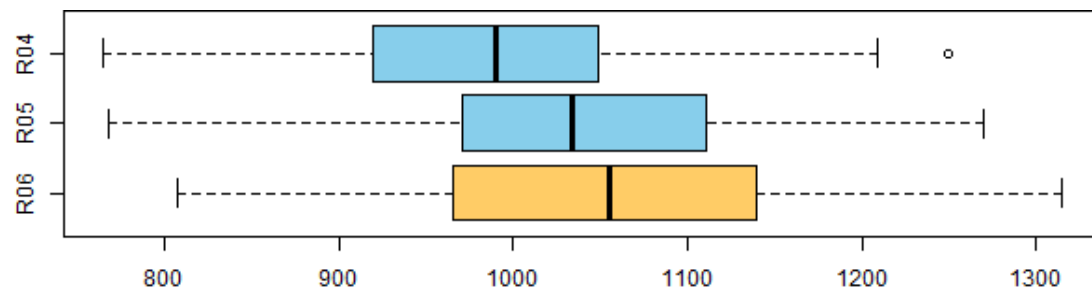
	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	7,109.7	5,234.0	6,800.0	10,572.0
R05年度	42	7,376.5	5,539.0	7,050.0	10,430.0
R06年度	42	7,517.6	5,475.0	7,109.0	10,651.0

### 一般病床100床当たり（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	994.5	764.4	989.6	1,249.5
R05年度	42	1,034.0	768.2	1,033.5	1,269.3
R06年度	42	1,053.0	807.0	1,054.7	1,315.1

<sup>4</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（一般病床100床当たり件数）



### 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。令和4年度から令和6年度にかけ、増加傾向にあります。

#### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、緊急に行われた手術（輸血、内視鏡的処置、血管への経皮的処置等を除く）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。

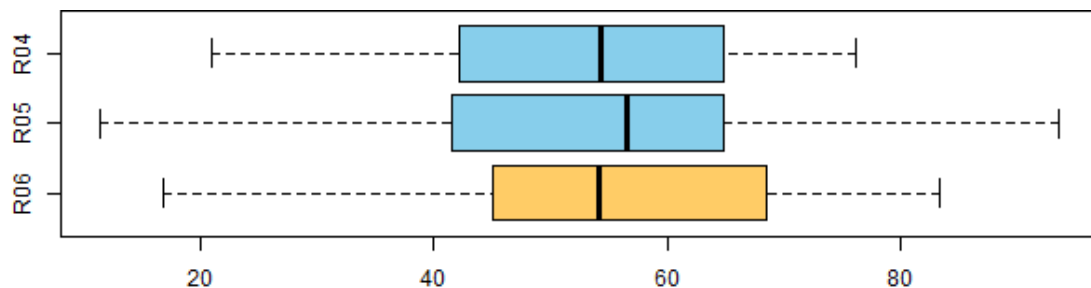
#### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	372.8	144.0	387.0	660.0
R05年度	42	376.4	63.0	379.5	669.0
R06年度	42	391.9	93.0	393.5	710.0

#### 一般病床100床当たり（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	52.6	21.1	54.2	76.1
R05年度	42	53.0	11.5	56.5	93.5
R06年度	42	55.1	16.9	54.2	83.3

#### グラフ（一般病床100床当たり件数）



## 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います。外科系学会社会保険委員会連合の試案では、2000種類余りの手術をそれぞれ技術度AからEまでの5段階に分類しています。技術度Dおよび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ため、難易度の高い手術といえます。令和4年度から令和6年度にかけ、平均値・中央値ともに件数が増加傾向にあります。

なお、下記の「項目の定義について」に記載がある通り、調査対象期間中に技術度を定める試案が更新されているため、単純な数値比較は難しい点にご留意下さい。

### 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9.3版 令和3年11月、第9.4版 令和5年11月)」において技術度DおよびEに指定されている手術の件数です。令和4年度は厚生労働省科学研究「診断群分類を用いた病院機能評価手法とデータベース利活用手法の開発に関する研究」総括分担研究報告書に記載された「手術Kコードマスター」(第9.3版準拠)、令和5年度、令和6年度は同「手術Kコードマスター」(第9.4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。

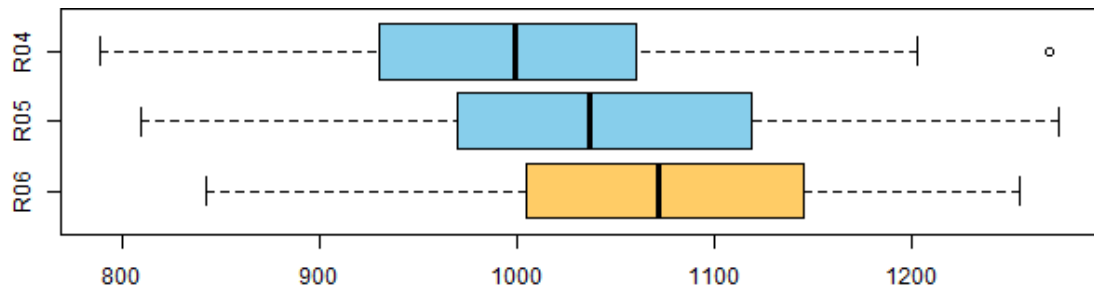
### 集計値(件)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	7,210.2	5,017.0	6,725.5	11,981.0
R05年度	42	7,580.5	5,388.0	7,014.0	12,898.0
R06年度	42	7,736.7	5,253.0	7,115.0	13,492.0

### 一般病床100床当たり(件)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	1,001.3	788.5	998.5	1,270.3
R05年度	42	1,051.9	809.2	1,037.0	1,275.0
R06年度	42	1,071.4	842.6	1,071.6	1,254.7

グラフ（一般病床100床当たり件数）



## 項目5 手術全身麻酔件数

### 項目の値に関する解説

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。このため、全身麻酔件数は、手術部門の業務量を反映する指標となります。令和4年度から令和6年度にかけて、手術件数が増加したことに伴い、全身麻酔件数も平均値・中央値ともに上昇し、一般病床100床当たりの全身麻酔件数も増加しました。

### 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。検査など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」を合わせてご覧下さい。

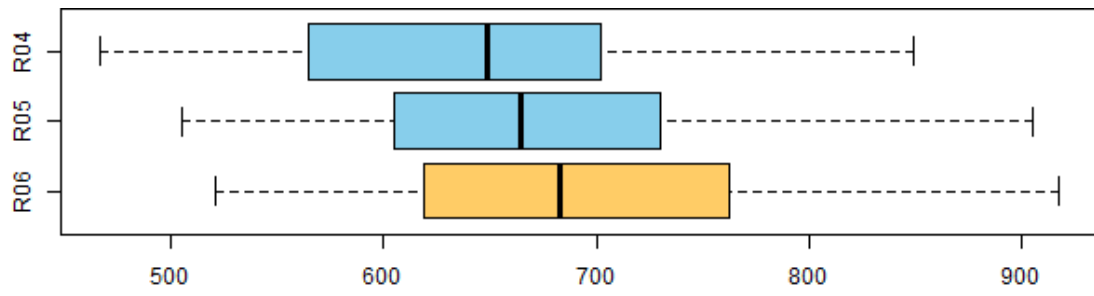
### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	4,591.1	2,765.0	4,462.0	6,929.0
R05年度	42	4,815.5	2,826.0	4,668.0	7,229.0
R06年度	42	4,944.9	2,972.0	4,730.5	7,517.0

### 一般病床100床当たり（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	639.8	466.6	648.5	849.0
R05年度	42	671.5	505.5	664.4	905.4
R06年度	42	688.2	521.1	683.1	917.7

グラフ（一般病床100床当たり件数）



## 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。令和4年度から令和6年度へかけて、年々、平均値・中央値ともに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、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。

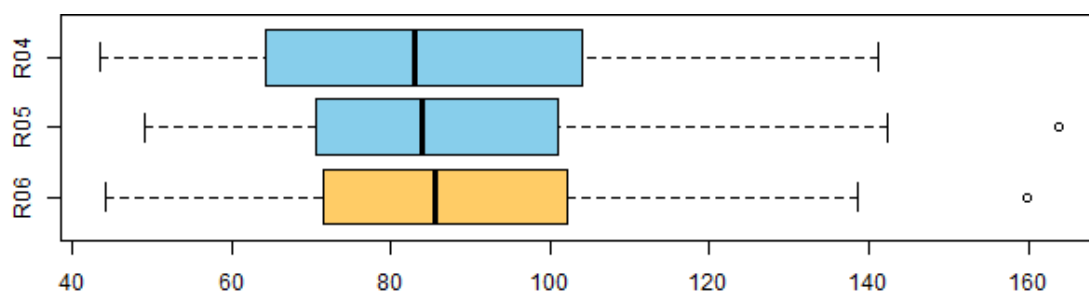
### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	608.5	243.0	563.0	1,078.0
R05年度	42	630.3	274.0	582.0	1,104.0
R06年度	42	645.4	257.0	603.0	1,114.0

### 一般病床100床当たり（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	84.4	43.5	82.9	141.2
R05年度	42	87.5	49.0	84.0	163.9
R06年度	42	89.1	44.1	85.6	159.9

### グラフ（一般病床100床当たり件数）



## 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。そのため臓器移植の実施は、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。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。令和4年度から令和6年度にかけて、年々、平均値の件数がやや増加しています。また、1件以上臓器移植を実施した国立大学附属病院の数は、令和4年度では20大学、令和5年度では19大学、令和6年度では21大学でした。

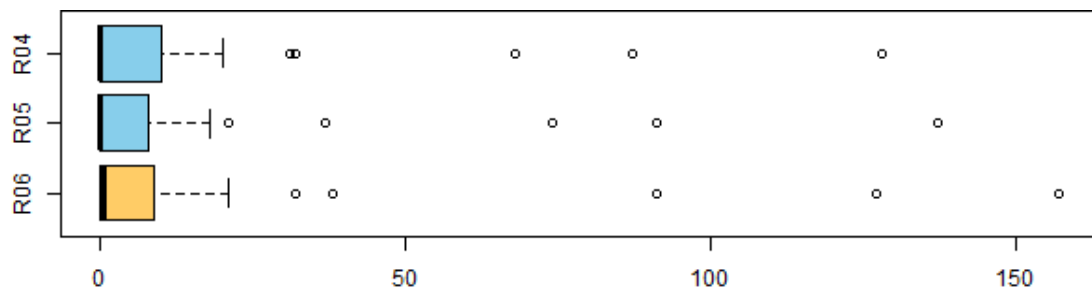
### 項目の定義について

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）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	42	11.0	0.0	0.0	128.0
R05 年度	42	11.9	0.0	0.0	137.0
R06 年度	42	13.7	0.0	0.5	157.0

### グラフ（件数）



## 項目8 臓器移植件数（造血幹細胞移植）

### 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が造血幹細胞移植です。これは心臓・肝臓・肺・脾臓・小腸の移植と比較すると、世の中に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。

造血幹細胞は、基本的に骨髄にあります。造血幹細胞を採取する方法によって、骨髄から採取する骨髄移植のほか、G-CSFという特殊な薬剤の投与により血液中に流れ出た造血幹細胞を採取する末梢血管細胞移植、出産時の臍帯血から採取する臍帯血移植に分類されます。令和4年度から令和6年度にかけて、平均値と中央値の件数はやや減少しています。

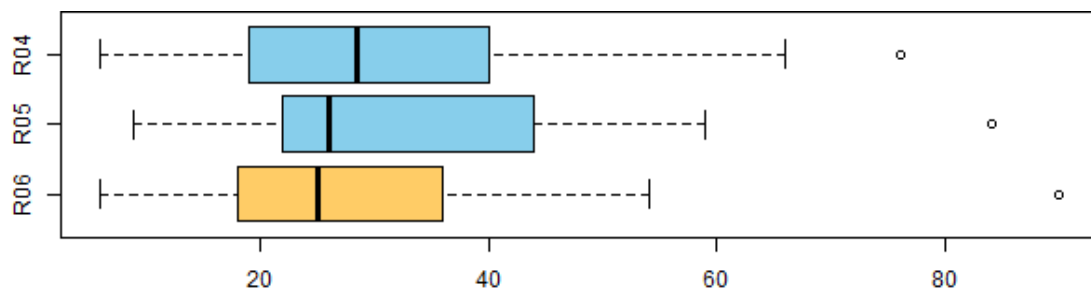
### 項目の定義について

各年度1年間の造血幹細胞移植の件数です。

### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	32.0	6.0	28.5	76.0
R05年度	42	31.6	9.0	26.0	84.0
R06年度	42	29.3	6.0	25.0	90.0

### 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にされており、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されます。令和4年度から令和6年度にかけて、平均値と中央値はやや減少しています。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。

### 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。

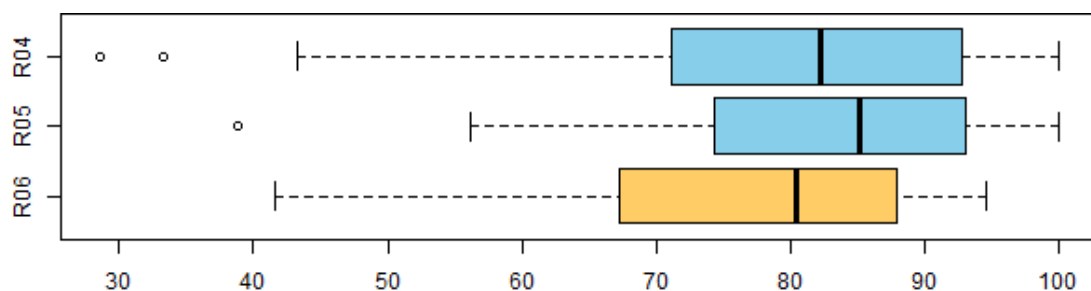
集計方法については巻末の付録「項目算出の詳細とマスタ」を合わせてご覧下さい。

### 集計値（%）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	39	79.1	28.6	82.3	100.0
R05年度	41	82.0	38.9	85.1	100.0
R06年度	40	76.7	41.7	80.4	94.6

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（R05年度：3大学、R06年度：1大学、R06年度：2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。

国立大学病院ではおよそ85%以上の患者が標準的な治療を受けています。令和4年度から令和6年度にかけて、平均値の件数は大きな変化なく推移しています。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、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：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

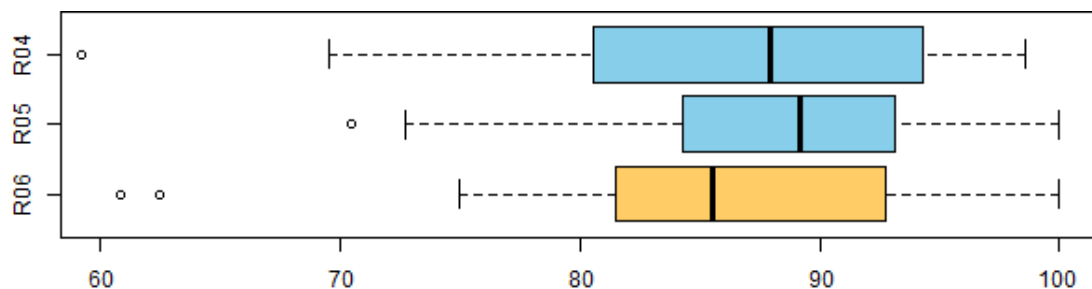
※緊急入院に限り、再梗塞を含みます。

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
R04 年度	42	86.9	59.3	87.9	98.6
R05 年度	42	87.9	70.5	89.2	100.0
R06 年度	42	86.5	60.9	85.5	100.0

### 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。令和4年度から令和6年度にかけて、平均値は年々増加しており、極小低出生体重児への対応件数が増加傾向にあることが示されました。中央値については、令和4年度が最も高く、令和5年度に低下したものの、令和6年度には再び増加に転じています。一方、年間の最大値は、令和4年度から継続して上昇しており、一部の医療機関において、極小低出生体重児の集中的な受け入れが進んでいる状況がうかがえます。

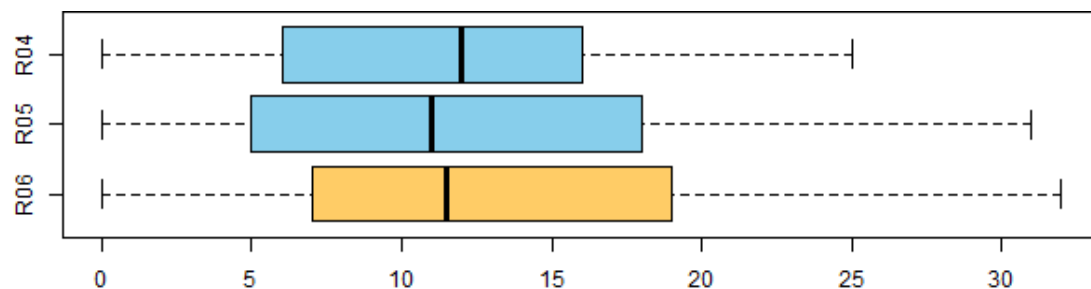
### 項目の定義について

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。

### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	11.6	0.0	12.0	25.0
R05年度	42	12.0	0.0	11.0	31.0
R06年度	42	13.6	0.0	11.5	32.0

### 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。一般病床100床あたりのNICU実患者数は、令和4年度から令和6年度にかけて、平均値は緩やかな増加傾向を示しており、全体として稼働が上昇している状況がうかがえます。最小値も増加しており、各医療機関において一定程度の受け入れ体制が維持・強化されていることが示唆されます。一方、中央値は令和6年度にやや低下しており、患者数の分布が一部の高稼働施設に偏在している可能性が考えられます。最大値については、令和5年度に一旦減少したものの、令和6年度には大きく増加しており、高度な周産期医療を担う特定の医療機関への患者集約が進んでいる状況が示されています。

### 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、「A302 新生児特定集中治療室管理料」、「A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料」、「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」、および「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、「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)」の件数を抽出条件に加え集計を行っています。

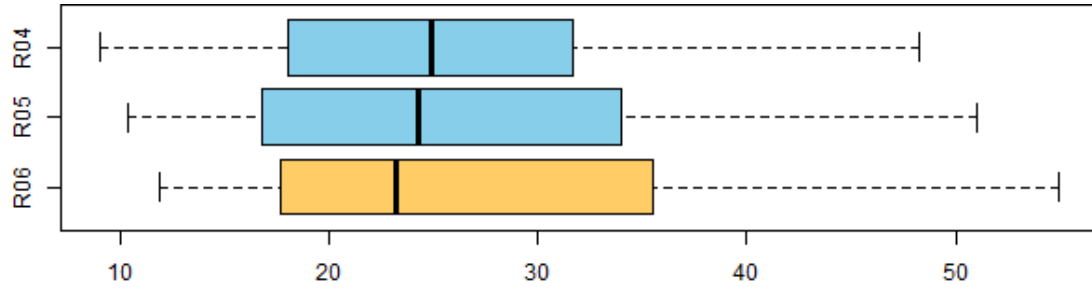
### 集計値(件)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	184.9	54.0	168.5	428.0
R05年度	42	186.0	62.0	171.5	407.0
R06年度	42	190.0	71.0	162.0	476.0

一般病床100床当たり（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	25.8	9.0	24.9	48.2
R05年度	42	26.1	10.4	24.3	51.0
R06年度	42	26.5	11.9	23.2	55.0

グラフ（一般病床100床当たり件数）



## 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場合や、何らの理由で早急に出産が必要な場合は帝王切開が必要になります。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。平均値は令和4年度が最も高く、令和5年度に減少しましたが、令和6年度にやや増加しています。中央値はやや減少傾向にあります。

### 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、①「K898 帝王切開術1-緊急帝王切開」の算定件数と、②「K898 帝王切開術2-選択帝王切開」且つ「予定入院以外のもの」の算定件数を合わせた件数です。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。

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。

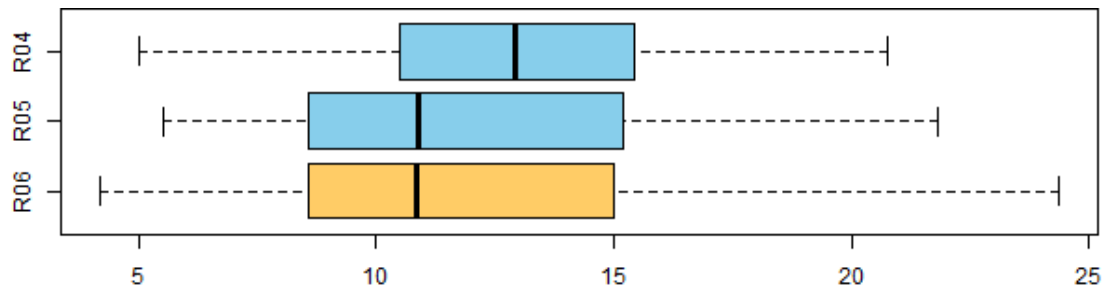
### 集計値 (件)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	96.2	30.0	89.5	224.0
R05年度	42	85.5	33.0	83.5	174.0
R06年度	42	87.6	25.0	79.5	189.0

### 一般病床100床当たり (件)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	13.3	5.0	12.9	20.8
R05年度	42	11.8	5.5	10.9	21.8
R06年度	42	12.0	4.2	10.8	24.4

グラフ（一般病床100床当たり件数）



## 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。令和4年から令和6年度にかけて、年々、平均値・中央値ともに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、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。

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。

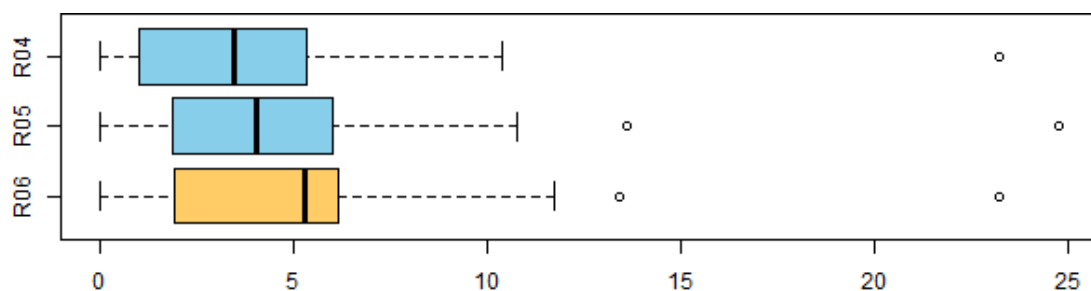
### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	31.1	0.0	24.5	134.0
R05年度	42	34.7	0.0	24.5	143.0
R06年度	42	38.3	0.0	32.5	143.0

### 一般病床100床当たり（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	4.2	0.0	3.5	23.2
R05年度	42	4.7	0.0	4.0	24.8
R06年度	42	5.2	0.0	5.3	23.2

### グラフ（一般病床100床当たり件数）



## 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いえるので、実施率が高いことが望まれます。画像診断管理加算2または画像診断管理加算3（80%以上が算定要件）の施設基準を取得していない国立大学病院は数値が必然的に低くなります。令和4年度から令和6年度にかけて、平均値と中央値の件数はやや減少傾向にありますが、中央値は90%以上と、高い水準で推移しています。

### 項目の定義について

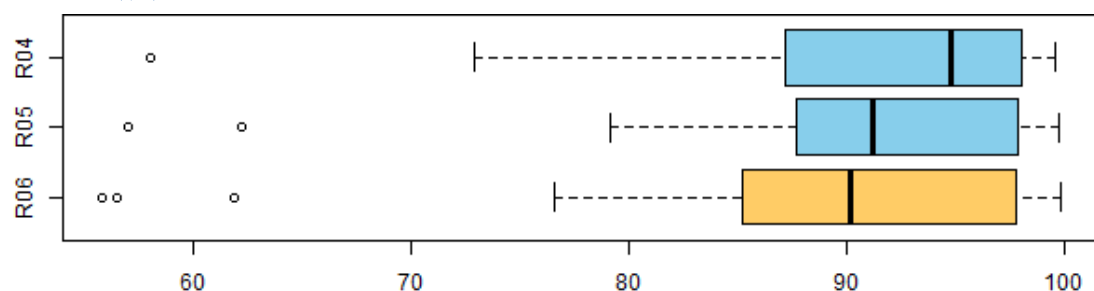
1年間の「翌営業日までに放射線科医が読影したレポート数」を「CT・MRI 検査実施件数」で除した割合（%）です。

「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
R04年度	43	92.0	58.0	94.8	99.6
R05年度	43	90.8	57.0	91.2	99.8
R06年度	43	89.1	55.8	90.2	99.9

### 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または画像診断管理加算3（80%以上が算定要件）の施設基準を取得していない国立大学病院は数値が必然的に低くなります。令和6年度は、例年と同程度の、概ね90%以上の高い水準で推移しています。

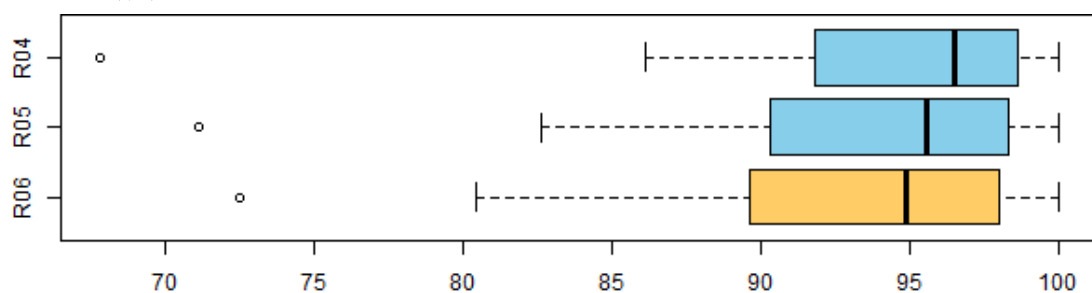
### 項目の定義について

1年間の「翌営業日までに放射線科医（および、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
R04年度	42	94.6	67.8	96.5	100.0
R05年度	42	93.6	71.1	95.6	100.0
R06年度	42	93.2	72.5	94.9	100.0

### 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。国立大学病院において、令和4年度から令和6年度にかけて、平均値・中央値ともにやや増加傾向にあり、全体として同程度の水準を維持しています。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、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/OP)」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。

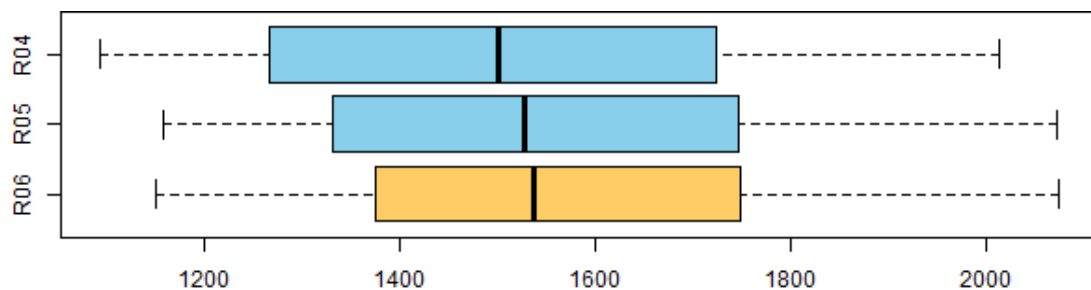
### 集計値 (件)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	42	10,953.6	6,373.0	10,054.5	21,220.0
R05 年度	42	11,209.0	6,791.0	10,268.5	21,931.0
R06 年度	42	11,281.3	6,587.0	10,222.0	21,744.0

### 一般病床100床当たり (件)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	42	1,502.9	1,093.1	1,500.6	2,013.6
R05 年度	42	1,538.0	1,157.8	1,528.4	2,073.1
R06 年度	42	1,548.9	1,149.9	1,538.1	2,075.7

### グラフ (一般病床100床当たり件数)



## 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、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。術中迅速病理組織診断件数は、令和4年度から令和6年度にかけ、平均値・中央値ともにやや減少傾向にありますが、全体として同程度の水準を維持しています。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、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。

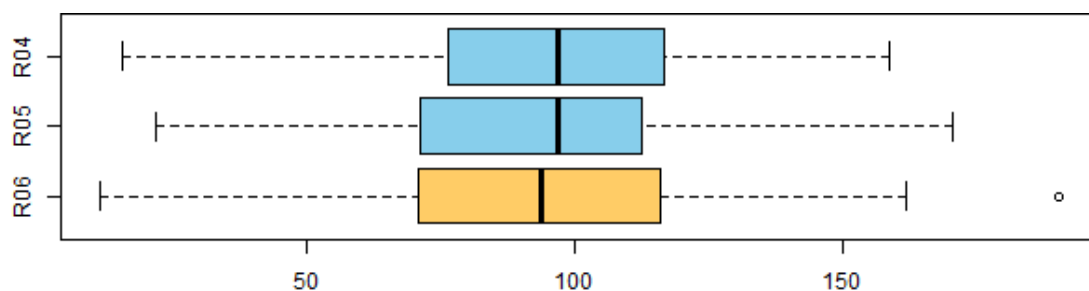
### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	698.3	140.0	629.5	1,305.0
R05年度	42	693.8	194.0	650.0	1,294.0
R06年度	42	694.0	102.0	634.5	1,237.0

### 一般病床100床当たり（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	96.7	15.8	96.9	158.8
R05年度	42	95.9	21.8	97.0	170.5
R06年度	42	95.8	11.5	93.7	190.5

### グラフ（一般病床100床当たり件数）



## 項目 19 薬剤管理指導料算定件数

### 項目の値に関する解説

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。令和4年から令和6年度にかけて、中央値・平均値ともに、件数がやや増加傾向にあります。

### 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、「B008 薬剤管理指導料（1）（2）」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。

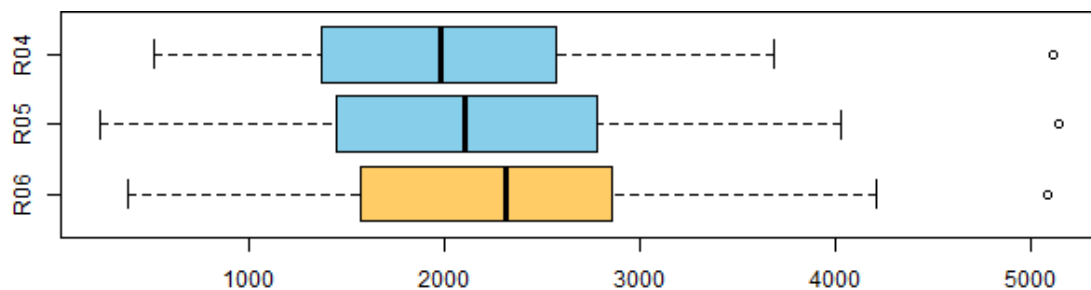
### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	15,252.1	2,974.0	13,756.0	36,784.0
R05年度	42	16,317.7	1,349.0	14,761.5	37,029.0
R06年度	42	16,822.0	2,156.0	15,356.5	37,841.0

### 一般病床100床当たり（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	2,023.5	512.8	1,977.8	5,108.9
R05年度	42	2,174.6	232.6	2,099.2	5,142.9
R06年度	42	2,243.8	371.7	2,313.5	5,082.8

### グラフ（一般病床100床当たり件数）



## 項目20 外来で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、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。令和6年度は令和5年度と比較して、中央値・平均値ともに、件数が減少しています。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、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。

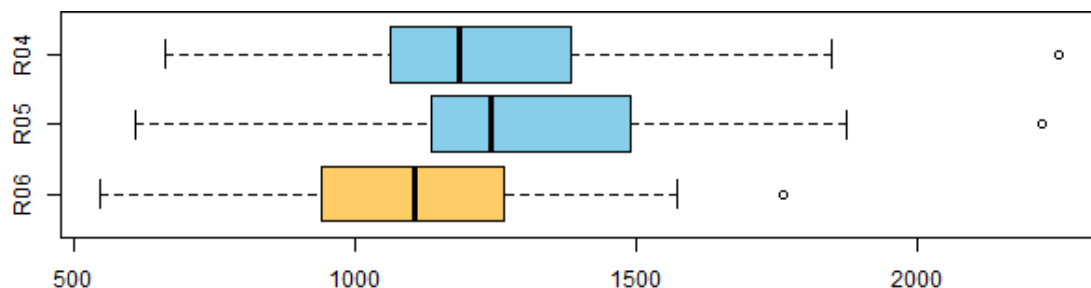
### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	8,981.6	3,642.0	8,549.5	18,030.0
R05年度	42	9,276.2	3,346.0	9,175.0	17,770.0
R06年度	42	8,044.9	2,999.0	7,893.0	14,100.0

### 一般病床100床当たり（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	1,232.5	662.2	1,185.8	2,253.8
R05年度	42	1,280.0	608.4	1,242.4	2,221.3
R06年度	42	1,112.3	545.3	1,105.0	1,762.5

### グラフ（一般病床100床当たり件数）



## 項目 2 1 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。令和4年度から令和6年度にかけて、無菌製剤処理料算定件数の平均値・中央値ともに増加傾向にあります。

### 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、「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。

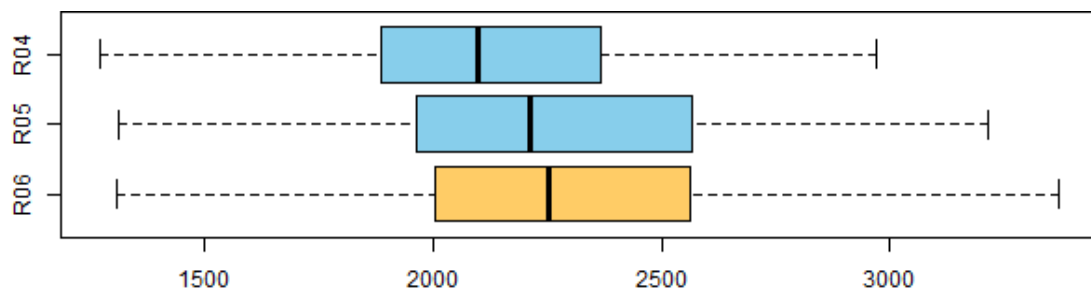
### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	15,651.1	7,568.0	14,514.5	28,372.0
R05年度	42	16,408.0	7,812.0	15,398.5	29,417.0
R06年度	42	16,528.0	7,782.0	15,362.5	27,665.0

### 一般病床100床当たり（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	2,150.2	1,269.8	2,099.4	2,972.5
R05年度	42	2,259.0	1,310.7	2,213.1	3,216.9
R06年度	42	2,282.3	1,305.7	2,254.0	3,372.8

### グラフ（一般病床100床当たり件数）



## 項目22 褥瘡発生率

### 項目の値に関する解説

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。令和4年度から令和6年度にかけて、平均値はいずれの年度も0.7%で推移しています。最小値も各年度とも低値で推移しており、褥瘡予防に向けた適切なケア体制が国立大学病院では行われていることがうかがえます。一方、最大値は令和5年度にやや上昇したものの、令和6年度には低下しており、褥瘡発生率が高かった国立大学病院における対策の進展や効果が示唆されます。

なお、各国立大学病院における褥瘡への取り組みの一環として、患者の褥瘡のサーベイランス（発生状況を経時的にモニタリングすることにより、褥瘡の蔓延と予防に役立つシステム）の精度に影響を受けることを考慮する必要があります。

### 項目の定義について

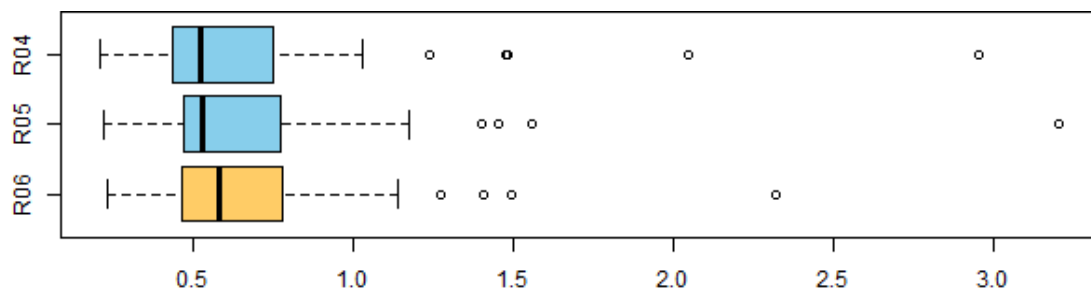
褥瘡の定義は、「DESIGN-Rでd2以上（深さ判定不能含む）、あるいはNAUAPの分類にてステージII以上（判定不能含む）に該当する褥瘡」としました。年間入院患者数に対する、新しく褥瘡が発生した患者数の比率（%）です。

※自重による褥瘡以外、MDRPU(医療関連機器圧迫創傷)も含めています。

### 集計値（%）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	0.7	0.2	0.5	3.0
R05年度	43	0.7	0.2	0.5	3.2
R06年度	43	0.7	0.2	0.6	2.3

### グラフ（%）



## 項目23-1 手術あ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。令和4年度から令和6年度にかけて、平均値はいずれも約90%で推移しており、全体として高い実施水準が維持されています。中央値も各年度で90%台を保っており、多くの医療機関において、標準的な予防対策が日常診療の中で定着している状況がうかがえます。一方、最小値は令和4年度から令和6年度にかけて低下しており、国立大学病院間でのばらつきが拡大している可能性が示唆されます。最大値はいずれの年度も97～98%台と高水準を維持していることから、一部の国立大学病院の予防対策の実施体制や運用方法の違いが、実施率の差として表れていると考えられます。

### 項目の定義について

当該項目は令和5年度より公益財団法人日本医療機能評価機構「医療の質可視化プロジェクト適用指標 計測手順書」<sup>5</sup>に基づき算出しています。令和4年度以前は、独立行政法人国立病院機構が平成27年9月に発表した「国立病院機構臨床評価指標 Ver. 3.1 計測マニュアル」<sup>6</sup>に基づき算出しています。具体的にはDPCデータを元に、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ものです。項目の詳細は脚注のURLに掲載されている資料をご覧ください。

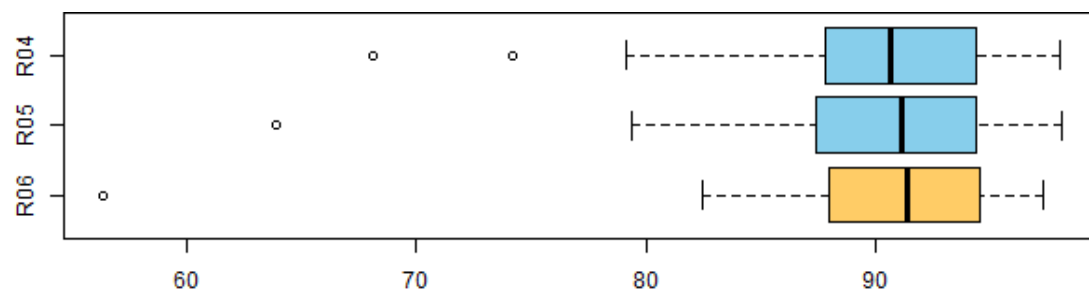
### 集計値 (%)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	90.1	68.1	90.6	98.0
R05年度	42	90.2	63.9	91.2	98.2
R06年度	42	90.1	56.3	91.3	97.3

<sup>5</sup> 公益財団法人日本医療機能評価機構 「医療の質可視化プロジェクト適用指標 計測手順書」 [https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/FY23\\_keisoku\\_tejun\\_20230801.pdf](https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/FY23_keisoku_tejun_20230801.pdf)

<sup>6</sup> 独立行政法人国立病院機構 「国立病院機構臨床評価指標 Ver. 3.1 計測マニュアル」 [https://nho.hosp.go.jp/cnt1-1\\_0000840927.html](https://nho.hosp.go.jp/cnt1-1_0000840927.html)

グラフ (%)



## 項目23-2 手術あり患者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、診断やデータの精度によって影響を受けることから、過小評価となっている可能性があります。令和4年度から令和6年度にかけ、平均値はいずれの年度も0.2%で推移しており、全体として低い水準が維持されています。中央値および最小値も各年度で大きな変動は認められず、多くの国立大学医病院において、肺塞栓症が防止されている状況が示されています。

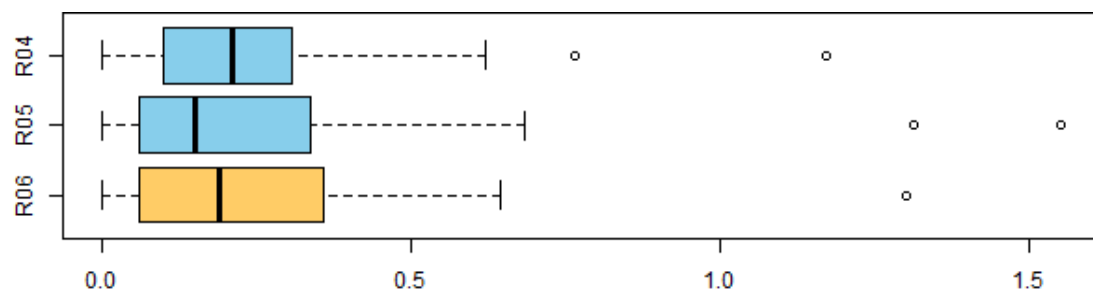
### 項目の定義について

当該項目は令和5年度より公益財団法人日本医療機能評価機構「医療の質可視化プロジェクト適用指標 計測手順書」<sup>7</sup>に基づき算出しています。令和4年度以前は、独立行政法人国立病院機構が平成27年9月に発表した「国立病院機構臨床評価指標 Ver. 3.1 計測マニュアル」<sup>8</sup>に基づき算出しています。具体的にはDPCデータを元に、特定の手術を実施した患者に対する「肺血栓塞栓症」の発生割合を算出するものです。項目の詳細は脚注のURLに掲載されている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
R04年度	42	0.2	0.0	0.2	1.2
R05年度	42	0.2	0.0	0.2	1.6
R06年度	42	0.2	0.0	0.2	1.3

### グラフ (%)



<sup>7</sup> 公益財団法人日本医療機能評価機構 「医療の質可視化プロジェクト適用指標 計測手順書」 [https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/FY23\\_keisoku\\_tejun\\_20230801.pdf](https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/FY23_keisoku_tejun_20230801.pdf)

<sup>8</sup> 独立行政法人国立病院機構 「国立病院機構臨床評価指標 Ver. 3.1 計測マニュアル」 [https://nho.hosp.go.jp/cnt1-1\\_0000840927.html](https://nho.hosp.go.jp/cnt1-1_0000840927.html)

## 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

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。各病院のMDRPの検査の実施に関する取り組みにより、その結果は影響を受けることから、当該指標だけでの病院間比較は困難であることに留意する必要があります。なお、当該指標の集計に際し、対象となる菌が検査で検出されているが発症が認められていない症例については除外しています。令和4年度から令和6年度にかけ、やや減少の傾向にあります。

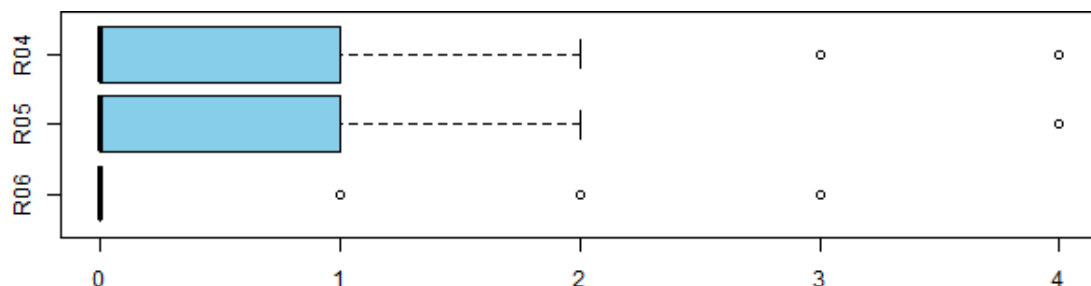
### 項目の定義について

対象年度1年間の新規MDRP感染症発生患者数です。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）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	0.7	0.0	0.0	4.0
R05年度	43	0.5	0.0	0.0	4.0
R06年度	43	0.4	0.0	0.0	3.0

### 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 (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。国立大学病院（本院）の値は、令和4年度から令和6年度にかけてやや減少の傾向にあります。患者家族の同意が前提であり、病院側だけの思いで本項目の割合を増やすことは困難であり、また画像診断法の進歩でCPCまで進む必要がない状況もありますが、教育機関でもある大学病院にとって本項目は非常に重要であり今後も注視していかねばなりません。

### 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。

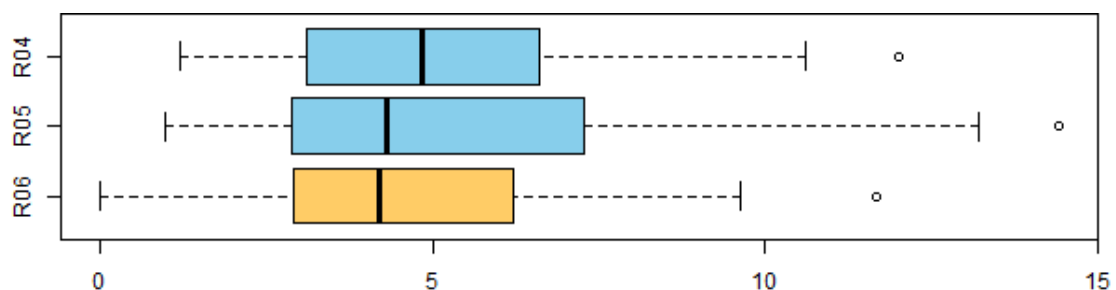
令和5年度より死亡患者数については24時間以内死亡患者を除く、入院死亡患者数の合計人数としています。外来患者数および死産は含まれません。

### 集計値（％）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	5.0	1.2	4.9	12.0
R05年度	42	5.2	1.0	4.3	14.4
R06年度	42	4.7	0.0	4.2	11.7

※前年度死亡患者に対するCPCを含む。

### グラフ（％） 対象：国立大学病院（本院）



## 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現する指標となります。令和4年度から令和6年度にかけ、患者数の平均値・中央値ともに同程度の水準を維持しています。

### 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患者が該当します。最後の来院日から5年以上経過後に来院した患者は過去の患者番号を使用しても新規とします。外来を經由しない入院も含まれます。

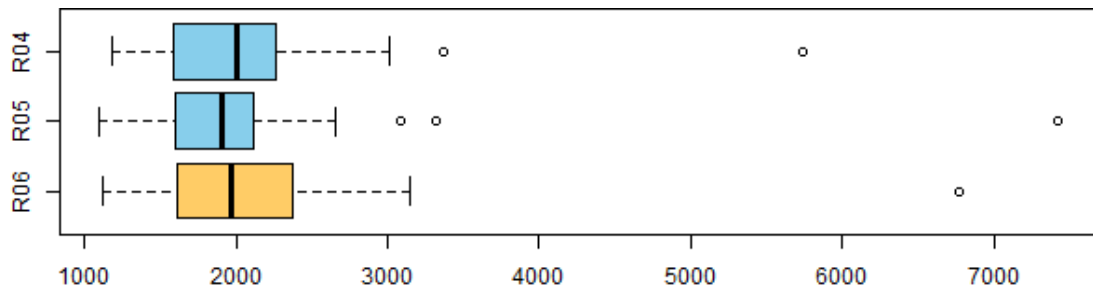
### 集計値(件) 上段：国立大学病院(本院)、下段：歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	15,181.7	6,633.0	13,569.5	44,323.0
	1	8,050.0	8,050.0	8,050.0	8,050.0
R05年度	42	14,994.6	6,413.0	12,453.0	57,345.0
	1	8,002.0	8,002.0	8,002.0	8,002.0
R06年度	42	15,240.8	6,909.0	13,384.5	52,299.0
	1	7,725.0	7,725.0	7,725.0	7,725.0

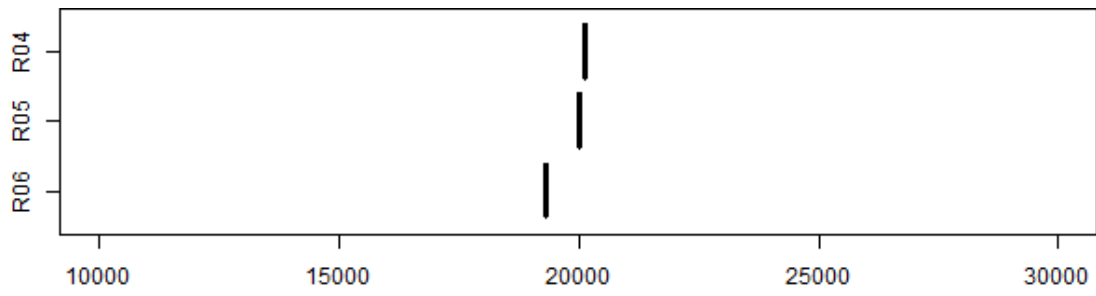
### 一般病床100床当たり(件)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	2,068.7	1,186.6	2,008.2	5,741.3
	1	20,125.0	20,125.0	20,125.0	20,125.0
R05年度	42	2,043.2	1,094.4	1,910.8	7,428.1
	1	20,005.0	20,005.0	20,005.0	20,005.0
R06年度	42	2,081.0	1,116.8	1,962.4	6,774.5
	1	19,312.5	19,312.5	19,312.5	19,312.5

グラフ（一般病床100床当たり件数） 対象：国立大学病院（本院）



グラフ（一般病床100床当たり件数） 対象：歯学部附属病院



## 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。国立大学病院（本院）では、令和4年度から6年度にかけ、平均値・中央値ともに同程度の水準を維持しています。

### 項目の定義について

対象年度1年間の入院患者のうち、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：令和5年9月1日に入院した症例の場合、令和4年9月1日～令和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。

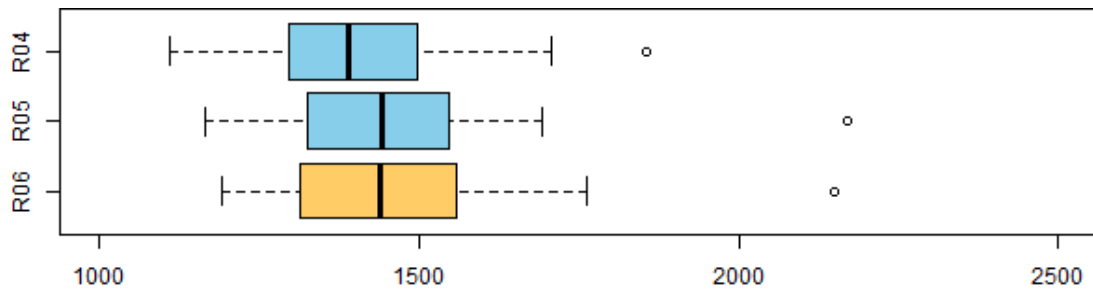
### 集計値（件） 上段：国立大学病院（本院）、下段：歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	10,131.6	7,067.0	9,347.5	17,906.0
	1	897.0	897.0	897.0	897.0
R05年度	42	10,424.2	7,298.0	9,585.5	16,743.0
	1	820.0	820.0	820.0	820.0
R06年度	42	10,525.4	7,049.0	9,712.5	16,584.0
	1	839.0	839.0	839.0	839.0

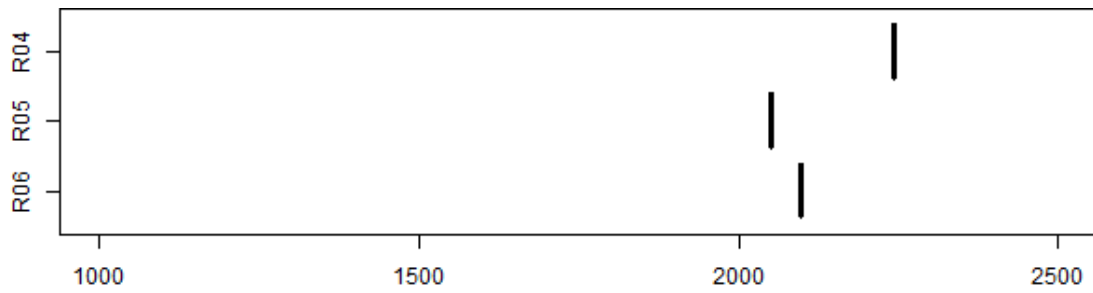
### 一般病床100床当たり（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	1,406.2	1,110.8	1,388.9	1,856.6
	1	2,242.5	2,242.5	2,242.5	2,242.5
R05年度	42	1,453.0	1,167.0	1,443.4	2,168.8
	1	2,050.0	2,050.0	2,050.0	2,050.0
R06年度	42	1,466.2	1,192.4	1,439.9	2,148.2
	1	2,097.5	2,097.5	2,097.5	2,097.5

グラフ（一般病床100床当たり件数） 対象：国立大学病院（本院）



グラフ（一般病床100床当たり件数） 対象：歯学部附属病院



## 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（クリティカルパス）とは、患者状態と診療行為の目標、および評価・記録を含む標準診療計画のことです<sup>9</sup>。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。令和4年度から令和6年度にかけて、中央値・平均値ともに増加傾向にあります。

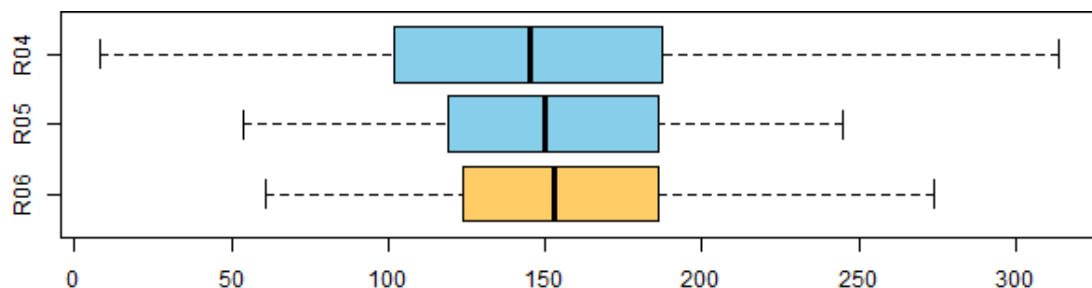
### 項目の定義について

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）によるクリニカルパスからの逸脱（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、周術期など的一部分に適用するクリニカルパスでも1件とします。

### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	145.7	8.0	145.0	314.0
R05年度	43	152.5	12.0	150.0	342.0
R06年度	43	162.4	7.0	153.0	347.0

### グラフ（件数）



<sup>9</sup> 一般社団法人日本クリニカルパス学会HP  
<http://www.jscp.gr.jp/index.html>

## 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3000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>10</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、国立大学病院以外の病院に関する在院日数の指標は、脚注8のURLをご参照下さい。

### 項目の定義について

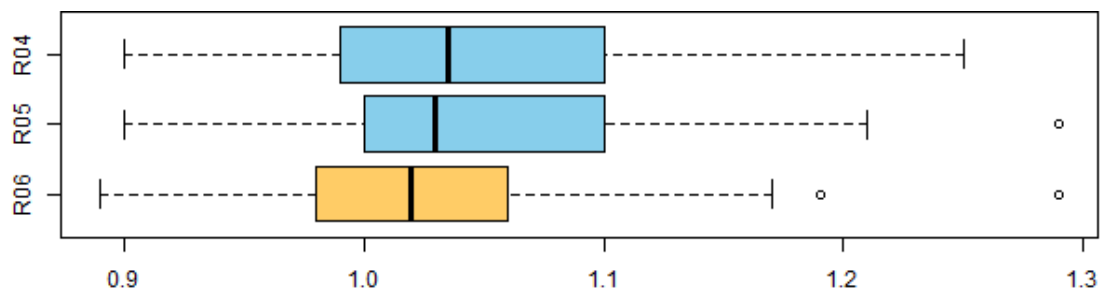
厚生労働省のDPC評価分科会より公開された各年度のデータから値を取得しています。

令和6年度の数値は、令和6年度全調査対象医療機関の全体の在院日数の平均値を、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
R04年度	42	1.05	0.90	1.04	1.25
R05年度	42	1.05	0.90	1.03	1.29
R06年度	42	1.03	0.89	1.02	1.29

### グラフ



<sup>10</sup>DPC導入の影響評価に係る調査（厚生労働省）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuhoken/database/dpc.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/database/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。なお、国立大学病院以外の病院に関する患者構成の指標は、項目29脚注8のURLをご参照下さい。

### 項目の定義について

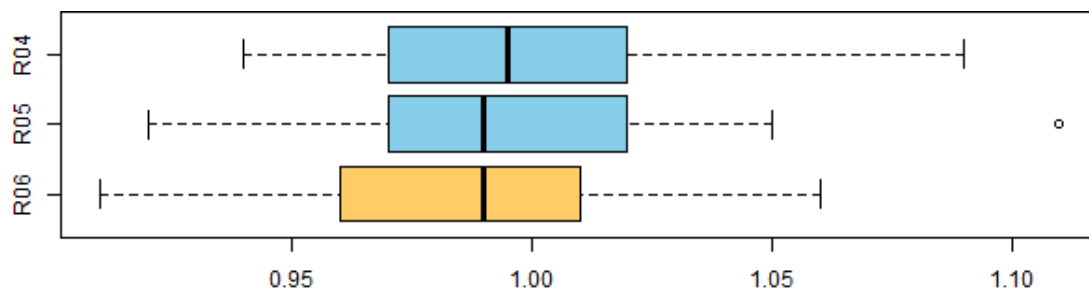
厚生労働省のDPC評価分科会より公開された各年度のデータから値を取得していません。

令和6年度の数値は、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6年度全調査対象医療機関の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
R04年度	42	1.00	0.94	1.00	1.09
R05年度	42	0.99	0.92	0.99	1.11
R06年度	42	0.98	0.91	0.99	1.06

### グラフ



## 項目3 1 指定難病患者数

### 項目の値に関する解説

難治性疾患の診療には、特殊な専門性が必要です。令和4年度から6年度にかけ、平均値・中央値ともに増加しています。

### 項目の定義について

対象年度1年間の指定難病実患者数です。指定難病<sup>11</sup>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6年7月1日時点で341疾患）。

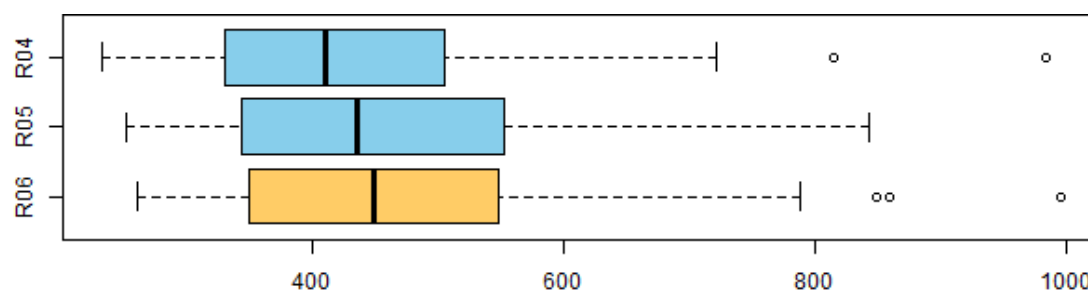
### 集計値（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	3,354.0	1,343.0	2,745.0	7,876.0
R05年度	42	3,490.4	1,455.0	2,896.0	6,779.0
R06年度	42	3,581.8	1,510.0	2,909.5	8,390.0

### 一般病床100床当たり（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	445.5	232.8	410.7	984.5
R05年度	42	467.3	251.7	435.5	842.9
R06年度	42	476.8	261.2	449.6	996.9

### グラフ（一般病床100床当たり人数）



<sup>11</sup> 厚生労働省 指定難病

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

## 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。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。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。令和6年度の超重症児の手術件数は、前年度と比較して、平均値・中央値ともに同程度の水準で推移しています。また、手術件数1件以上の大学は19大学でした。

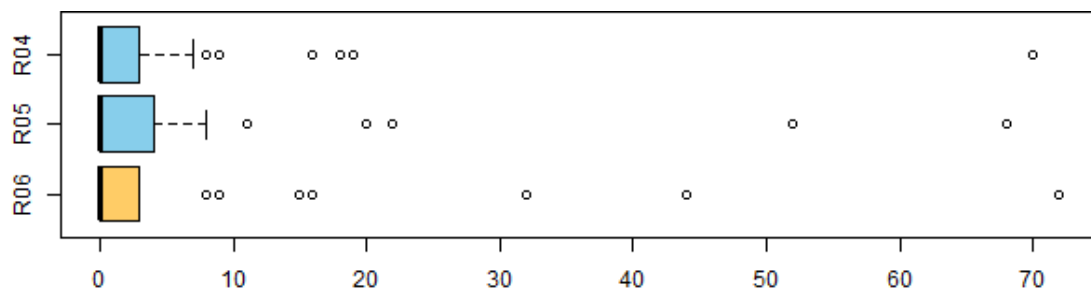
### 項目の定義について

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

### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	4.5	0.0	0.0	70.0
R05年度	42	5.2	0.0	0.0	68.0
R06年度	42	5.2	0.0	0.0	72.0

### グラフ（件数）



## 教育に係る項目

国立大学病院は、教育に関し国立大学病院の本来の設置目的である医師・歯科医師の実習の内容的な充実を図るとともに、医師以外の医療専門職の実習についても、地域の医療機関などと連携を図りつつ受け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を作り、関係施設との連携を含めたプログラムの整備を一層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臨床研修、専門研修、専門医取得と進む医師育成の中で、国立大学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 臨床研修医採用人数（医科）

### 項目の値に関する解説

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。令和6年度は、前年度から大きな変化なく推移しています。臨床研修医にとって一層魅力的なプログラムを用意しなければなりません。

### 項目の定義について

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。いずれの年度も6月1日時点の人数を集計しています。

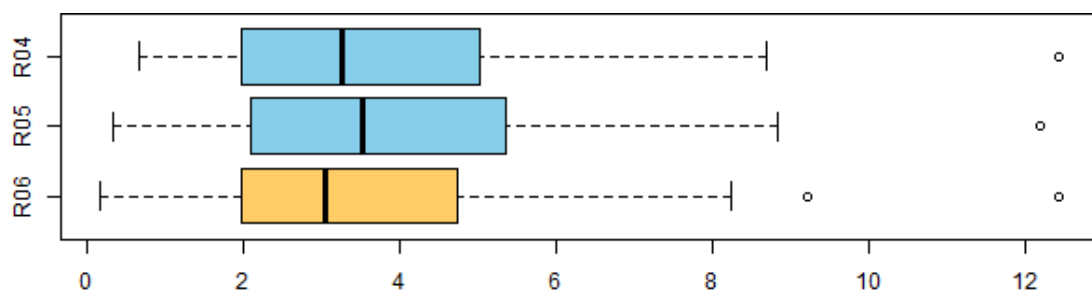
### 集計値（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	28.5	4.0	21.0	104.0
R05年度	42	29.3	2.0	23.0	104.0
R06年度	42	28.1	1.0	21.0	97.0

### 一般病床100床当たり（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	3.8	0.7	3.3	12.4
R05年度	42	3.9	0.3	3.5	12.2
R06年度	42	3.7	0.2	3.0	12.4

### グラフ（一般病床100床当たり人数）



## 項目34 他大学卒業の臨床研修医の採用割合（医科）

### 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病院の魅力を示す指標です。令和6年度の採用割合は、前年度と比較して平均値・中央値がやや増加しています。

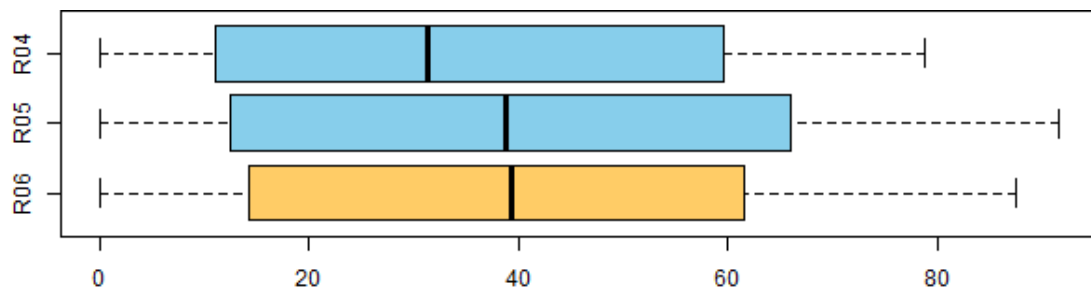
### 項目の定義について

臨床研修医のうち、他大学卒業の臨床研修医の採用割合（％）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
R04年度	42	34.5	0.0	31.4	78.8
R05年度	42	40.0	0.0	38.7	91.7
R06年度	42	40.2	0.0	39.3	87.5

### グラフ（％）



## 項目35 専門医の新規資格取得者数

### 項目の値に関する解説

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示す指標です。新規資格取得者数の平均値・中央値は、国立大学病院（本院）では令和4年度が最も高く、令和5年度に減少しましたが、令和6年度にやや増加しています。歯学部附属病院では令和6年度が最も高い値となっています。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。

### 項目の定義について

自大学の専門研修プログラム修了者のうち令和6年度に専門医認定試験に合格し、対象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。

「I D 7 5 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。

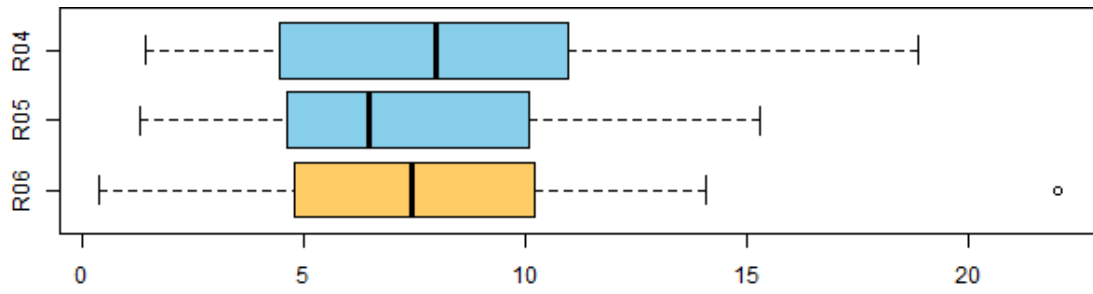
### 集計値（人） 上段：国立大学病院（本院）、下段：歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	62.5	8.0	51.0	149.0
	1	10.0	10.0	10.0	10.0
R05年度	42	55.9	7.0	39.0	180.0
	1	9.0	9.0	9.0	9.0
R06年度	42	58.5	2.0	46.0	170.0
	1	20.0	20.0	20.0	20.0

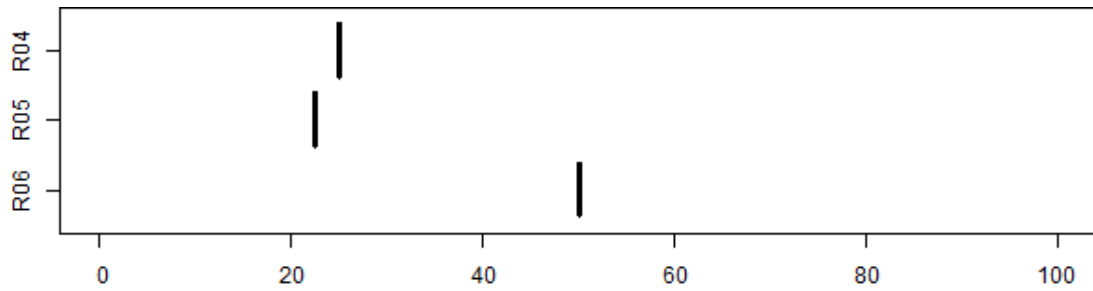
### 一般病床100床当たり（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	8.2	1.4	8.0	18.8
	1	25.0	25.0	25.0	25.0
R05年度	42	7.3	1.3	6.5	15.3
	1	22.5	22.5	22.5	22.5
R06年度	42	7.6	0.4	7.4	22.0
	1	50.0	50.0	50.0	50.0

グラフ（一般病床100床当たり人数） 対象：国立大学病院（本院）



グラフ（一般病床100床当たり人数） 対象：歯学部附属病院



## 項目36 臨床研修指導医数

### 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。令和4年度から令和6年度にかけ、平均値・中央値ともに増加傾向にあり、研修医の教育が充実していることがうかがえます。なお、当該指標は医科のみを集計対象としています。

### 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、およ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>12</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）

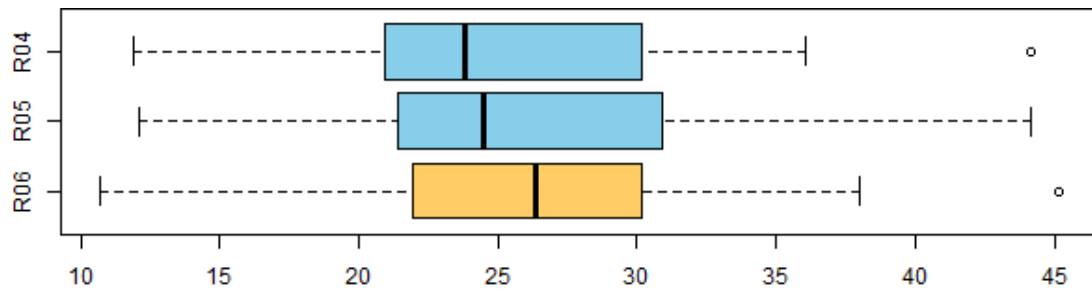
	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	173.8	84.0	163.5	335.0
R05年度	42	178.2	84.0	175.5	335.0
R06年度	42	183.5	90.0	177.0	343.0

### 一般病床100床当たり（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	24.7	11.9	23.8	44.1
R05年度	42	25.3	12.1	24.5	44.1
R06年度	42	26.2	10.7	26.3	45.2

<sup>12</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  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000081052.html>

グラフ（一般病床100床当たり人数）



## 項目37 専門研修コース（後期研修コース）の 新規採用人数（医科）

### 項目の値に関する解説

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。令和6年度の採用人数は、前年度よりやや減少傾向にありますが、同程度の水準を維持しています。

### 項目の定義について

専門研修プログラム一年目の人数です。国立大学病院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。

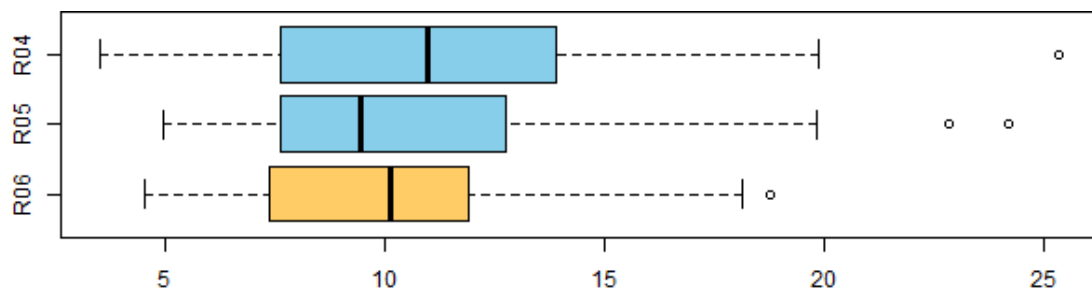
### 集計値（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	87.4	20.0	75.5	262.0
R05年度	42	83.5	29.0	72.0	269.0
R06年度	42	79.5	29.0	66.0	211.0

### 一般病床100床当たり（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	11.4	3.5	10.9	25.3
R05年度	42	10.8	4.9	9.5	24.2
R06年度	42	10.5	4.5	10.1	18.8

### グラフ（一般病床100床当たり人数）



## 項目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（外部の医療機関などから）

### 項目の値に関する解説

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。令和4年度から令和6年度にかけて平均値は年々増加しており、大学病院が地域における看護人材育成の拠点としての役割を着実に強化している状況がうかがえます。中央値についても、令和4年度から令和5年度にかけて増加しており、令和6年度はやや減少したものの、概ね高い水準を維持しています。一方、最小値はいずれの年度も0人日であることから、研修受入の実施状況には、国立大学病院間で差が存在していることが示唆されます。最大値は令和4年度から令和6年度にかけて大きく増加しており、一部の国立大学病院において大規模かつ継続的な研修受入が行われている状況が確認されます。一般病床100床当たりの研修受入数においても、平均値は増加傾向にあり、病床規模を考慮しても研修受入の取り組みが拡充していることが示されています。

### 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入延べ人日（人数×日数）です。外部の医療機関には、他の日本国内の病院、外国の病院、行政機関、個人からの依頼による研修が含まれます。

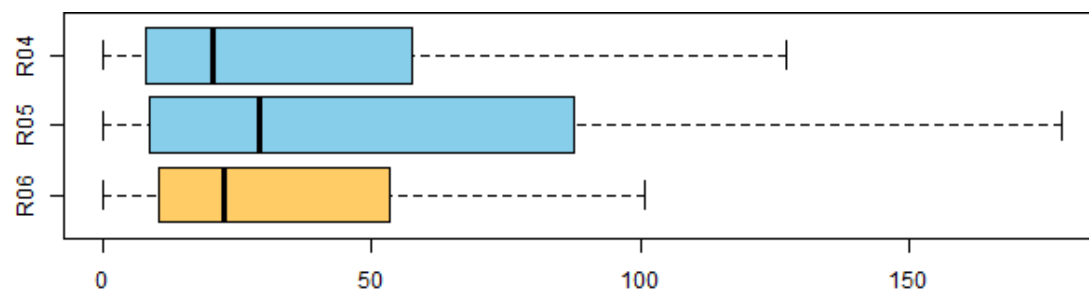
### 集計値（人日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	582.3	0.0	147.5	10,029.0
R05年度	42	681.0	0.0	183.0	11,404.0
R06年度	42	756.1	0.0	176.0	13,308.0

### 一般病床100床当たり（人日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	78.2	0.0	20.5	1,321.3
R05年度	42	91.7	0.0	29.0	1,502.5
R06年度	42	102.2	0.0	22.6	1,753.4

グラフ（一般病床100床当たり人日）



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（R04年度：5大学、R05年度：5大学、R06年度：5大学）。

## 項目39 看護学生の受入実習学生数（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。その教育として、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。令和4年度から令和6年度にかけ、平均値は、年度間で一定の変動がみられるものの、概ね安定した水準が維持されています。中央値もおおむね4,300～4,500人日程度で推移しており、多くの国立大学病院において、自大学看護学生の实習受入が継続的に実施されている状況がうかがえます。一方、最小値は低下傾向にあり、実習受入規模には医療機関間で一定の差が存在していることが示唆されます。最大値は令和6年度に大きく増加しており、一部の国立大学病院では大規模な実習受入体制が構築されている状況が確認されます。一般病床100床当たりの実習受入数についても、令和5年度に低下が見られた平均値は令和6年度に回復しており、病床規模を考慮しても、実習教育機能が一定程度維持・強化されていることが示されています。中央値は令和6年度に上昇しており、教育機能の充実が進む国立大学病院が増えている可能性が考えられます。

### 項目の定義について

各年度1年間の保健学科・看護学科などの自大学の受入実習学生延べ人日（人数×日数）です。

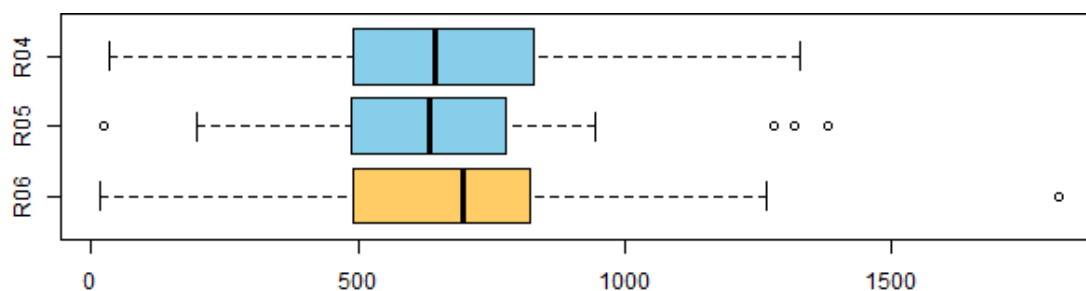
### 集計値（人日） 上段：国立大学病院（本院）、下段：歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	4,618.1	404.0	4,571.5	9,886.0
	1	12.0	12.0	12.0	12.0
R05年度	42	4,538.3	294.0	4,338.5	10,134.0
	1	12.0	12.0	12.0	12.0
R06年度	42	4,688.8	192.0	4,476.0	11,110.0
	1	12.0	12.0	12.0	12.0

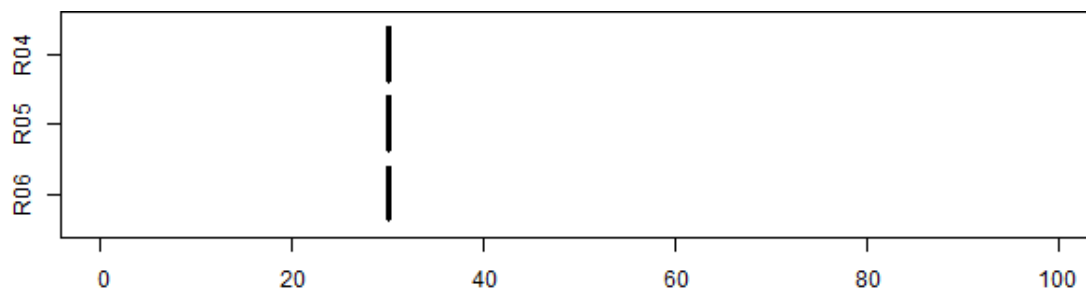
一般病床100床当たり（人日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	675.7	33.7	646.0	1,330.3
	1	30.0	30.0	30.0	30.0
R05年度	42	653.5	25.0	633.7	1,380.6
	1	30.0	30.0	30.0	30.0
R06年度	42	682.6	16.3	698.6	1,815.4
	1	30.0	30.0	30.0	30.0

グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：国立大学病院（本院）



グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：歯学部附属病院



## 項目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)

### 項目の値に関する解説

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。令和4年度から令和6年度にかけて平均値が増加傾向を示しており、大学病院が地域および他大学に対しても実習教育の場を提供する役割を拡大している状況がうかがえます。中央値は令和4年度から令和5年度にかけて増加し、令和6年度にはやや低下したものの、全体としては高い水準を維持しています。一方、最小値はいずれの年度も0人日であり、他大学からの実習受入の有無や規模には、医療機関間で差が存在していることが示唆されます。最大値は令和6年度に大きく増加しており、一部の国立大学病院において、広域かつ大規模な実習受入が行われている状況が確認されます。一般病床100床当たりの実習受入数についても、平均値は年々増加しており、病床規模を考慮しても、他大学等からの看護学生実習を積極的に受け入れている大学病院が増えていることが示されています。中央値も概ね上昇傾向にあり、教育機能の裾野が広がっている可能性が考えられます。

### 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受入実習学生延べ人日(人数×日数)です。なお、一日体験は除きます。

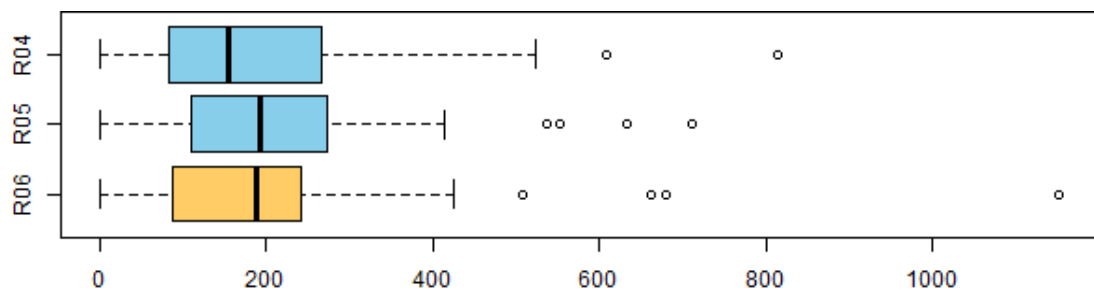
### 集計値(人日) 上段:国立大学病院(本院)、下段:歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	1,447.1	0.0	1,196.0	4,890.0
	1	290.0	290.0	290.0	290.0
R05年度	42	1,588.4	0.0	1,344.0	4,551.0
	1	172.0	172.0	172.0	172.0
R06年度	42	1,626.4	0.0	1,299.0	8,303.0
	1	177.0	177.0	177.0	177.0

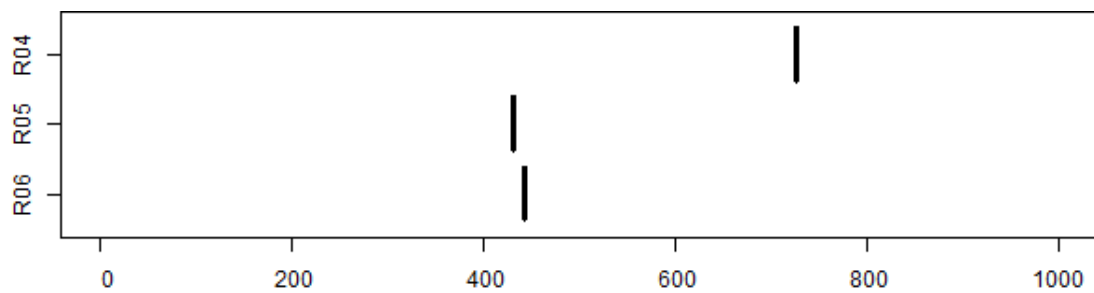
一般病床100床当たり（人日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	202.3	0.0	154.9	813.6
	1	725.0	725.0	725.0	725.0
R05年度	42	222.8	0.0	191.7	711.0
	1	430.0	430.0	430.0	430.0
R06年度	42	225.3	0.0	188.8	1,153.2
	1	442.5	442.5	442.5	442.5

グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：国立大学病院（本院）



グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：歯学部附属病院



## 項目4-1 薬剤師の研修受入数 (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。薬剤師の現任教育およ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。令和4年度から令和6年度にかけ、全体を通して、平均値・中央値ともに減少の傾向にあります。最小値はいずれの年度も0人日である一方で、最大値から、一部の国立大学病院において大規模かつ継続的な研修受入が行われている状況が確認されます。外部医療機関からの研修受入の有無や規模には、国立大学病院間で差が存在していることが示唆されます。

### 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入延べ人日(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。

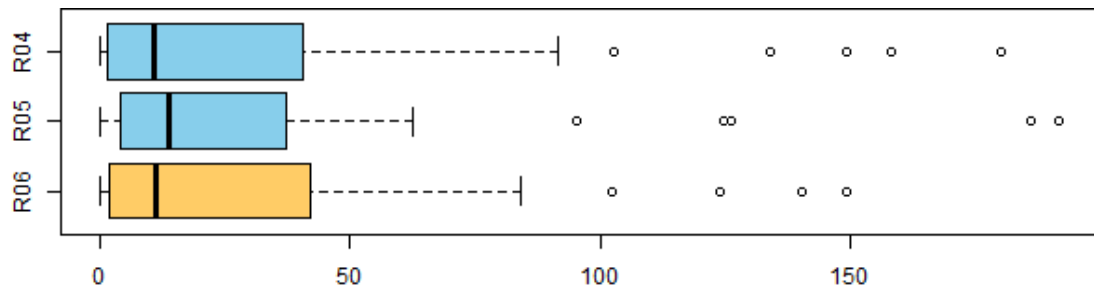
### 集計値(人日)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	228.8	0.0	86.0	1,230.0
R05年度	42	227.2	0.0	93.0	1,488.0
R06年度	42	203.4	0.0	79.5	992.0

### 一般病床100床当たり(人日)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	33.2	0.0	10.8	180.3
R05年度	42	32.3	0.0	13.7	191.9
R06年度	42	29.4	0.0	11.1	149.2

グラフ（一般病床100床あたり人日）



## 項目42 薬学生の受入実習学生数（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、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）とし臨床実習に対する貢献の程度を評価します。令和4年度から令和6年度にかけ、平均値は大きく増加しており、一部大学での臨床実習スケジュールの見直しや対象学生数の増加等の影響があるといえます。

### 項目の定義について

各年度1年間の自大学の受入実習学生延べ人日（人数×日数）です。

### 集計値（人日）

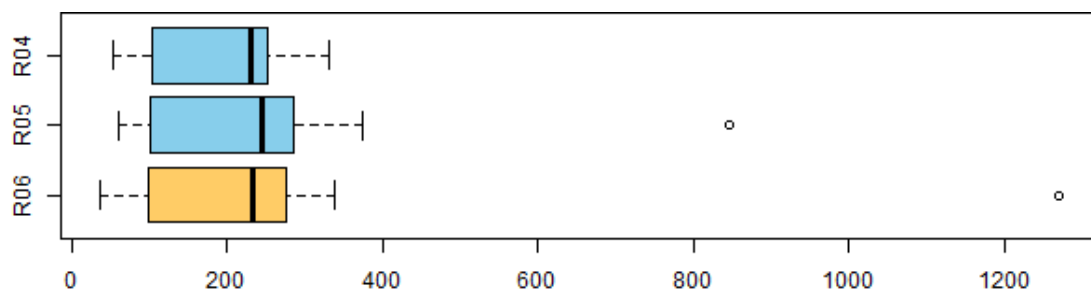
	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	14	1,696.8	648.0	1,767.5	3,428.0
R05年度	14	2,197.3	702.0	1,895.3	8,752.7
R06年度	14	2,453.3	432.0	1,783.8	13,135.5

### 一般病床100床当たり（人日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	14	201.9	54.1	230.2	331.5
R05年度	14	254.6	59.6	245.4	846.5
R06年度	14	277.4	36.7	232.3	1,270.4

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（一般病床100床当たり人日）



## 項目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)

### 項目の値に関する解説

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。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)とし臨地実習に対する貢献の程度を評価します。令和4年から令和6年度にかけ、中央値・平均値ともに、全体を通して、やや減少傾向にあります。国立大学病院(本院)において、令和5年度以降、最小値は0人日である一方で、最大値から、一部の国立大学病院において大規模かつ継続的な実習受入が行われている状況が確認されます。自大学以外の養成教育機関からの実習受入の有無や規模には、国立大学病院間で差が存在していることが示唆されます。

### 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受入実習学生延べ人日(人数×日数)です。(一日体験は除きます。)

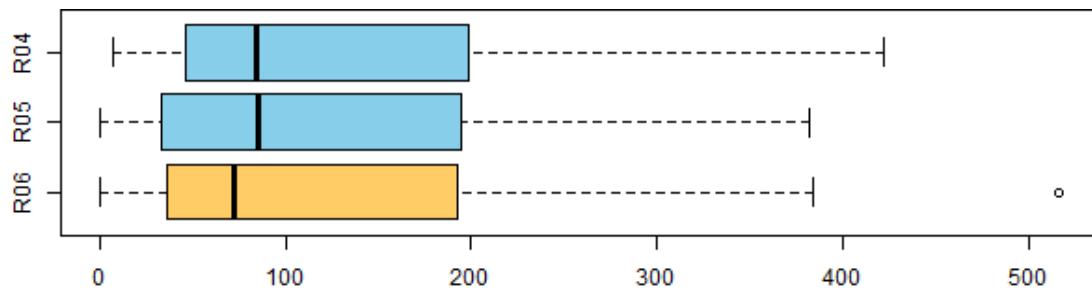
### 集計値(人日) 上段:国立大学病院(本院)、下段:歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	996.2	41.3	734.9	3,999.5
	1	100.0	100.0	100.0	100.0
R05年度	42	915.3	0.0	673.7	3,883.0
	1	275.0	275.0	275.0	275.0
R06年度	42	916.8	0.0	514.4	3,950.0
	1	275.0	275.0	275.0	275.0

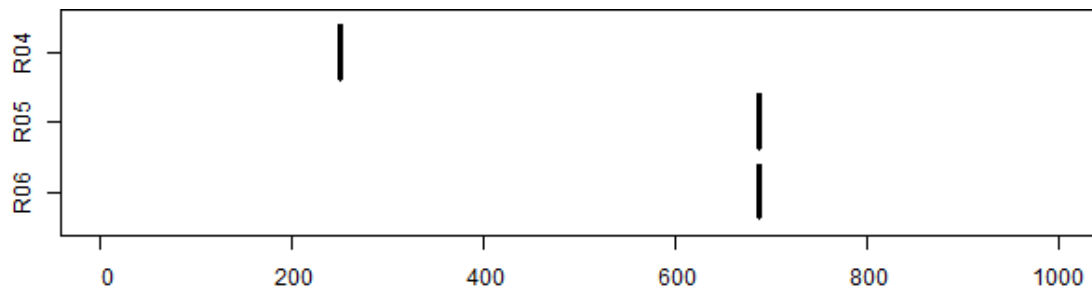
一般病床100床当たり（人日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	133.8	7.3	83.8	421.6
	1	250.0	250.0	250.0	250.0
R05年度	42	123.2	0.0	84.9	381.5
	1	687.5	687.5	687.5	687.5
R06年度	42	124.5	0.0	72.4	516.7
	1	687.5	687.5	687.5	687.5

グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：国立大学病院（本院）



グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：歯学部附属病院



## 項目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。平均値・中央値ともに、令和4年度から令和6年度にかけて増加しています。

### 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入延べ人日（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>13</sup>。

### 集計値（人日） 上段：国立大学病院（本院）、下段：歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	241.4	0.0	221.0	1,060.8
	1	4,617.0	4,617.0	4,617.0	4,617.0
R05年度	42	267.8	10.0	221.7	1,018.5
	1	3,430.0	3,430.0	3,430.0	3,430.0
R06年度	42	369.4	0.0	249.8	4,428.0
	1	3,645.0	3,645.0	3,645.0	3,645.0

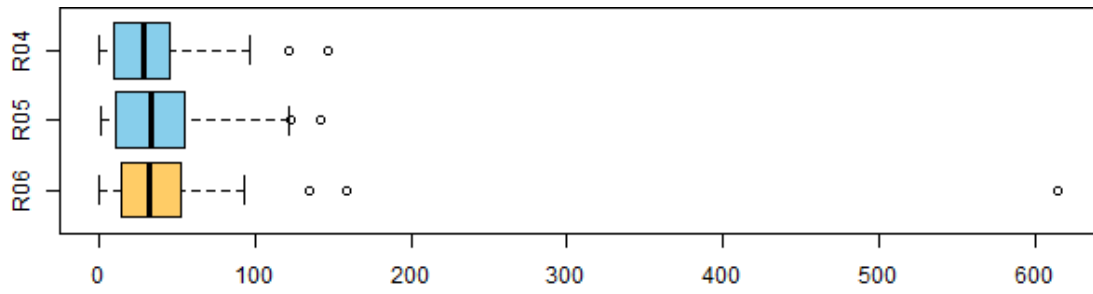
### 一般病床100床当たり（人日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	34.8	0.0	28.8	147.3
	1	11,542.5	11,542.5	11,542.5	11,542.5
R05年度	42	38.4	1.7	33.2	141.5
	1	8,575.0	8,575.0	8,575.0	8,575.0
R06年度	42	52.2	0.0	32.3	615.0
	1	9,112.5	9,112.5	9,112.5	9,112.5

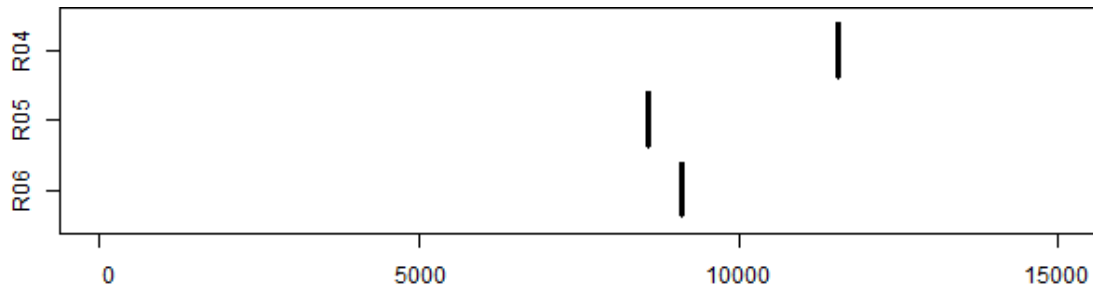
<sup>13</sup> 厚生労働省（資格・試験情報）医療・医薬品・健康関連、福祉・介護関連

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

グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：国立大学病院（本院）



グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：歯学部附属病院



## 項目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。令和4年度から令和6年度にかけ、国立大学病院(本院)においては、全体を通して、平均値と中央値は増加傾向にあります。歯学部附属病院においては、カリキュラムの見直しに伴い、令和6年度に大幅に増加しています。

### 項目の定義について

各年度1年間の自大学の受入実習学生延べ人日(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。

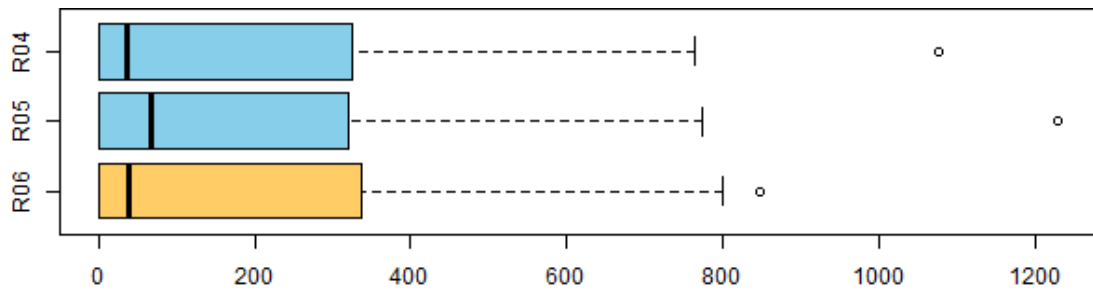
### 集計値(人日) 上段:国立大学病院(本院)、下段:歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	1,427.2	0.0	254.1	6,921.6
	1	42.0	42.0	42.0	42.0
R05年度	42	1,558.1	0.0	476.0	7,913.4
	1	42.0	42.0	42.0	42.0
R06年度	42	1,432.3	0.0	318.4	6,336.0
	1	468.0	468.0	468.0	468.0

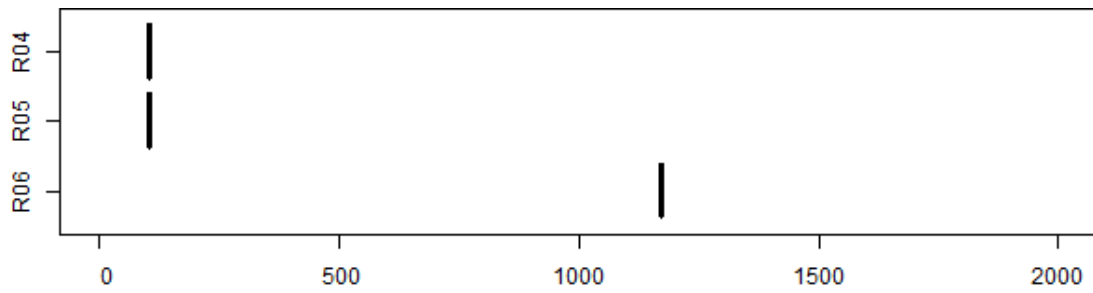
### 一般病床100床当たり(人日)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	180.1	0.0	36.8	1,076.5
	1	105.0	105.0	105.0	105.0
R05年度	42	192.1	0.0	67.2	1,230.7
	1	105.0	105.0	105.0	105.0
R06年度	42	174.7	0.0	39.2	847.1
	1	1,170.0	1,170.0	1,170.0	1,170.0

グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：国立大学病院（本院）



グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：歯学部附属病院



## 項目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。令和4年度から令和6年度かけ、平均値・中央値ともに増加傾向にあり、自大学からの学生実習を積極的に受け入れている大学病院が増えていることが示されています。中央値も概ね上昇傾向にあり、教育機能の裾野が広がっている可能性が考えられます。

### 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受入実習学生延べ人日（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。

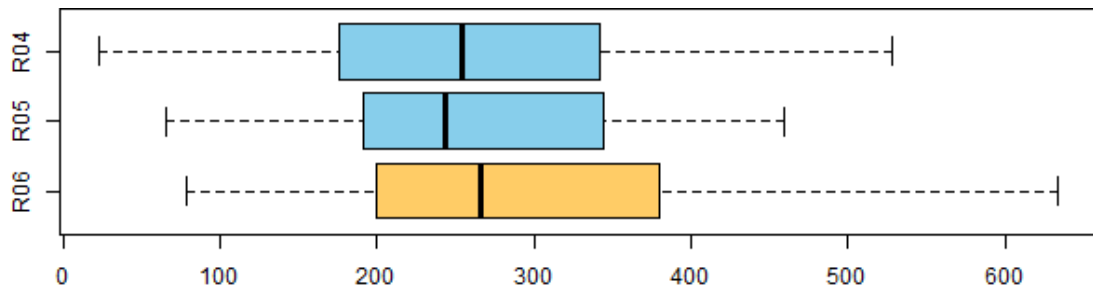
### 集計値（人日） 上段：国立大学病院（本院）、下段：歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	1,864.8	149.4	1,772.6	5,107.5
	1	3,424.6	3,424.6	3,424.6	3,424.6
R05年度	42	1,929.8	428.4	1,624.2	4,947.6
	1	3,543.4	3,543.4	3,543.4	3,543.4
R06年度	42	2,130.9	452.2	2,078.1	5,341.1
	1	3,690.0	3,690.0	3,690.0	3,690.0

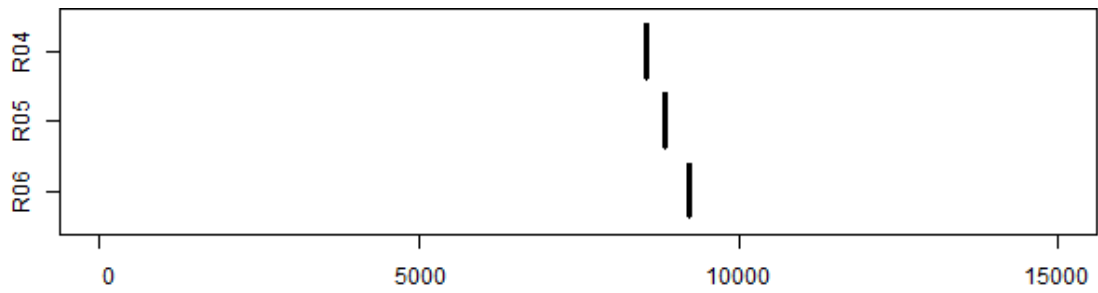
### 一般病床100床当たり（人日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	255.7	23.0	254.4	528.5
	1	8,561.5	8,561.5	8,561.5	8,561.5
R05年度	42	262.9	66.0	243.5	459.4
	1	8,858.5	8,858.5	8,858.5	8,858.5
R06年度	42	289.0	78.2	266.6	634.1
	1	9,225.0	9,225.0	9,225.0	9,225.0

グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：国立大学病院（本院）



グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：歯学部附属病院



## 項目 4 7 全医療従事者向け研修・講習会開催数

### 項目の値に関する解説

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。国立大学病院（本院）においては、令和4年から令和6年度にかけて中央値・平均値ともに増加傾向にあります。歯学部附属病院においては、やや減少が見られましたが、同程度の水準が維持されています。

### 項目の定義について

各年度1年間に実施された全医療従事者向け研修・講習会（医療安全（薬剤、感染、その他）講習会や医療倫理講習会などを含む）の開催数です。

eラーニングとDVD講習も対象に含みます。ただし、同じ内容のプログラムが開催時間を変えて開催される場合には開催数を1とカウントします。

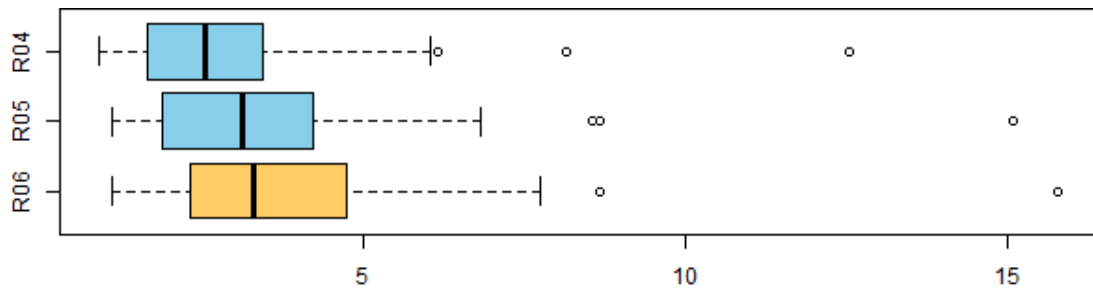
### 集計値（人日） 上段：国立大学病院（本院）、下段：歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	21.8	5.0	18.5	85.0
	1	6.0	6.0	6.0	6.0
R05年度	42	25.0	6.0	21.0	87.0
	1	6.0	6.0	6.0	6.0
R06年度	42	26.7	6.0	21.0	91.0
	1	4.0	4.0	4.0	4.0

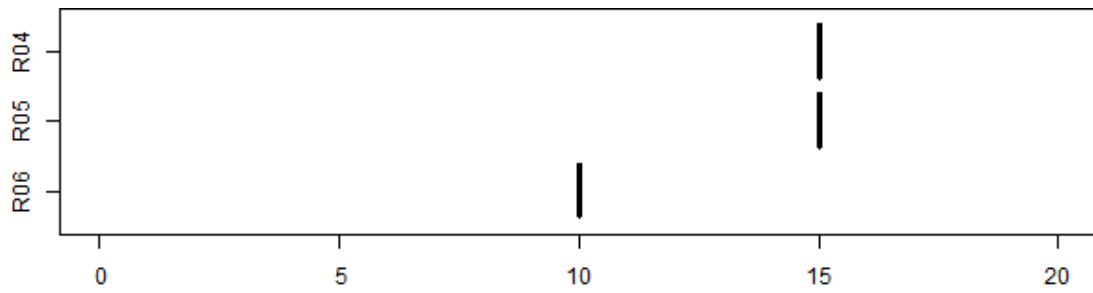
### 一般病床100床当たり（人日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	3.0	0.9	2.5	12.6
	1	15.0	15.0	15.0	15.0
R05年度	42	3.6	1.1	3.1	15.1
	1	15.0	15.0	15.0	15.0
R06年度	42	3.8	1.1	3.3	15.8
	1	10.0	10.0	10.0	10.0

グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：国立大学病院（本院）



グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：歯学部附属病院



## 項目48 臨床研修指導医講習会の新規修了者数

### 項目の値に関する解説

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。令和4年度から令和6年度にかけ、平均値・中央値ともに同程度の水準が維持されています。

### 項目の定義について

各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。

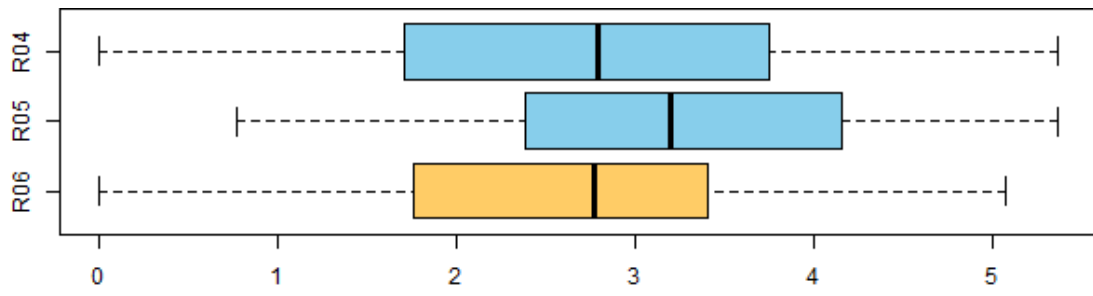
### 集計値（人日） 上段：国立大学病院（本院）、下段：歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	18.5	0.0	20.0	41.0
	1	18.0	18.0	18.0	18.0
R05年度	42	22.1	6.0	21.5	42.0
	1	21.0	21.0	21.0	21.0
R06年度	42	19.3	0.0	19.0	42.0
	1	19.0	19.0	19.0	19.0

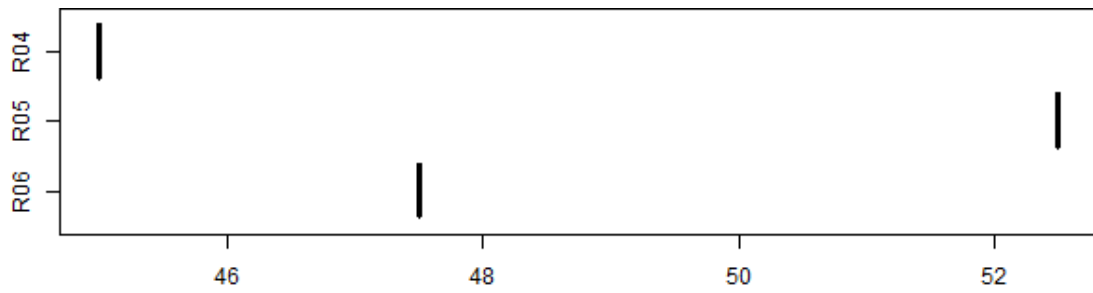
### 一般病床100床当たり（人日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	2.7	0.0	2.8	5.4
	1	45.0	45.0	45.0	45.0
R05年度	42	3.2	0.8	3.2	5.4
	1	52.5	52.5	52.5	52.5
R06年度	42	2.7	0.0	2.8	5.1
	1	47.5	47.5	47.5	47.5

グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：国立大学病院（本院）



グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：歯学部附属病院



## 項目49 専門研修（基本領域）新規登録者数

### 項目の値に関する解説

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。令和6年度は、前年度と比較し、平均値・中央値ともにやや減少の傾向にあります。

### 項目の定義について

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。

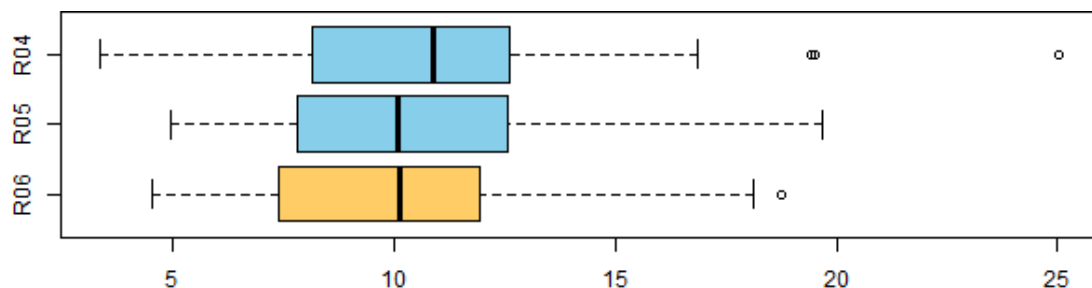
### 集計値（人日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	84.9	19.0	70.0	259.0
R05年度	42	81.4	29.0	73.0	209.0
R06年度	42	79.5	29.0	66.0	211.0

### 一般病床100床当たり（人日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	11.1	3.3	10.9	25.0
R05年度	42	10.7	4.9	10.1	19.7
R06年度	42	10.5	4.5	10.1	18.8

### グラフ（一般病床100床当たり人日）



## 研究に係る項目

国立大学病院は、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・治療方法の開発などを一層進め、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病院においてその社会的使命の一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50 企業主導治験の件数

### 項目の値に関する解説

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。令和4年度から令和6年度にかけて、平均値は増加しています。中央値は同程度の水準を維持しています。

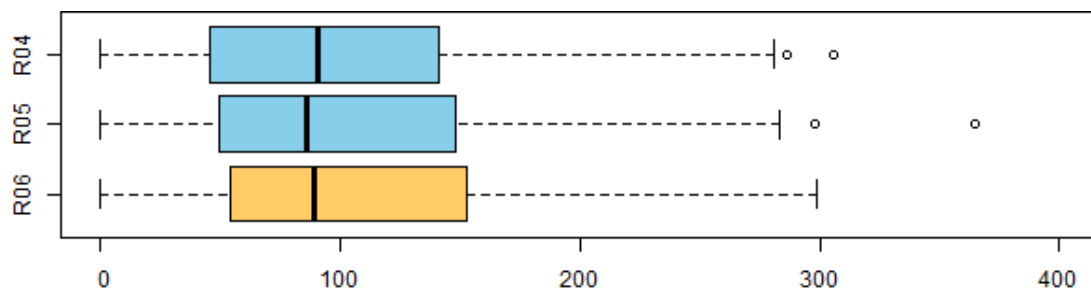
### 項目の定義について

期間内に新たに治験依頼者と新規契約した企業主導の治験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件数の合計です。

### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	106.3	0.0	93.0	306.0
R05年度	43	110.1	0.0	86.0	365.0
R06年度	43	113.3	0.0	90.0	299.0

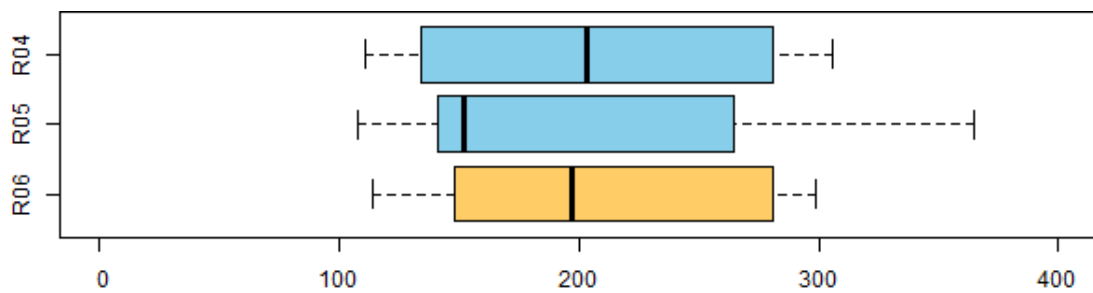
グラフ（件数） 対象：国立大学病院（本院）、歯学部附属病院



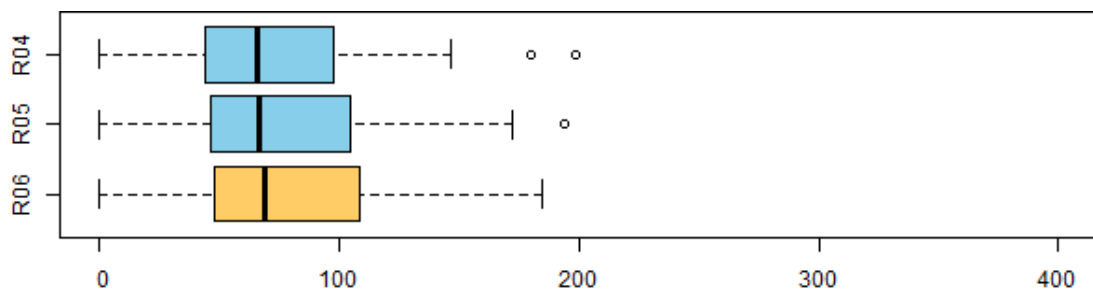
集計値 (件) 上段：臨床研究中核病院、下段：臨床研究中核病院以外

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	10	201.9	111.0	203.5	306.0
	33	77.4	0.0	67.0	199.0
R05 年度	11	203.3	108.0	152.0	365.0
	32	78.0	0.0	67.0	194.0
R06 年度	11	210.3	114.0	197.0	299.0
	32	79.9	0.0	69.5	185.0

グラフ (件数) 対象：臨床研究中核病院



グラフ (件数) 対象：臨床研究中核病院以外



## 項目5 1 医師主導治験の件数

### 項目の値に関する解説

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。令和4年度から令和6年度にかけ、平均値・中央値ともに同程度の水準を維持しており、国立大学病院の医師主導治験への取り組みが成果として現れた数値となっています。

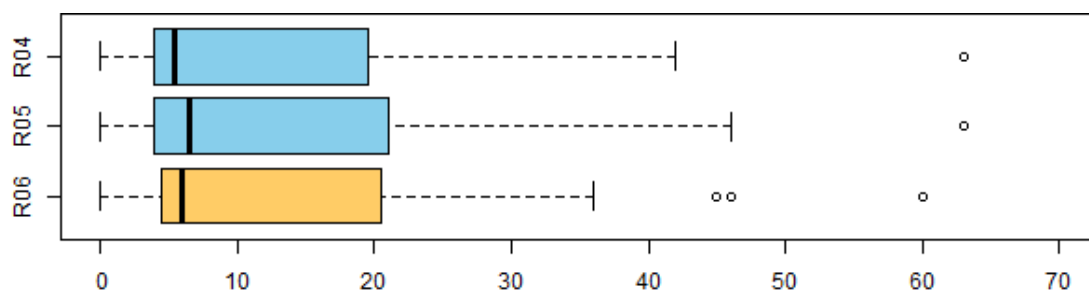
### 項目の定義について

期間内に新たに治験計画届を提出した医師主導治験数と、調査対象年度以前に開始し、期間内でも継続して実施した件数の合計です。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、届出代表者が自他施設を問いません。

### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	43	13.0	1.0	6.0	63.0
R05 年度	43	13.5	0.0	7.0	63.0
R06 年度	43	13.8	0.0	6.0	60.0

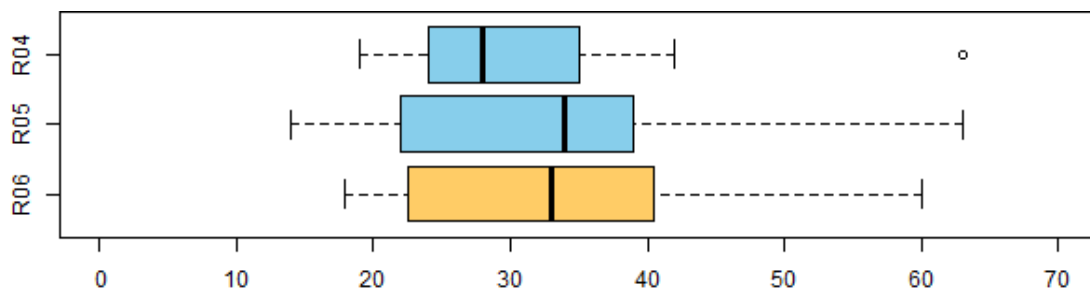
グラフ（件数） 対象：国立大学病院（本院）、歯学部附属病院



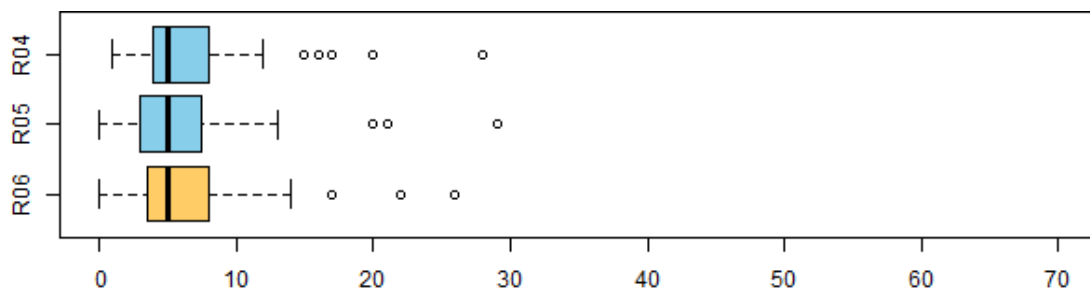
集計値 (件) 上段：臨床研究中核病院、下段：臨床研究中核病院以外

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	10	31.7	19.0	28.0	63.0
	33	7.3	1.0	5.0	28.0
R05 年度	11	32.6	14.0	34.0	63.0
	32	6.9	0.0	5.0	29.0
R06 年度	11	33.4	18.0	33.0	60.0
	32	7.1	0.0	5.0	26.0

グラフ (件数) 対象：臨床研究中核病院



グラフ (件数) 対象：臨床研究中核病院以外



## 項目52 臨床研究法を遵守して行う臨床研究数

### 項目の値に関する解説

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。令和4年度から令和6年度にかけ、平均値・中央値は概ね増加傾向にあり、国立大学病院において臨床研究法への対応が安定し、積極的に取り組まれていることがうかがえます。

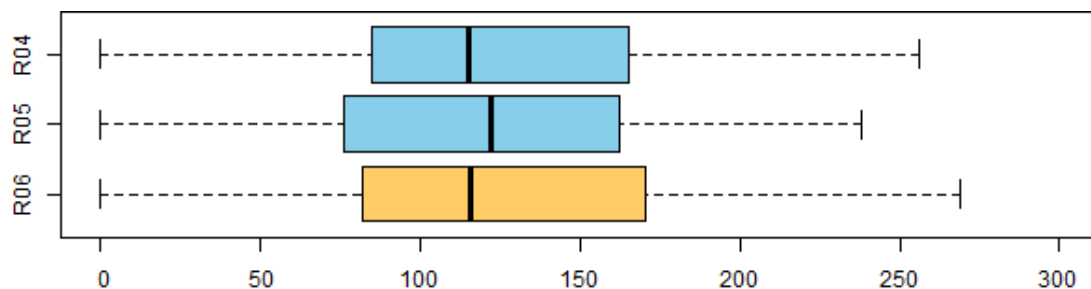
### 項目の定義について

期間内に新たにjRCT（Japan Registry of Clinical Trials）に公開された臨床研究（臨床研究法を遵守して行う努力義務研究を含む）の件数と、調査対象年度以前に開始し、期間内にも継続して実施した件数の合計で、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、他施設の研究者が主導して行う臨床研究を含みます。

### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	120.6	0.0	116.0	256.0
R05年度	43	122.7	0.0	123.0	238.0
R06年度	43	129.2	1.0	118.0	269.0

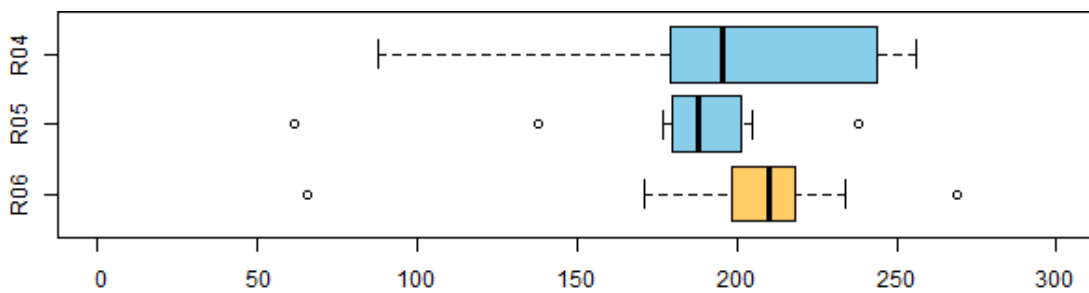
### グラフ（件数） 対象：国立大学病院（本院）、歯学部附属病院



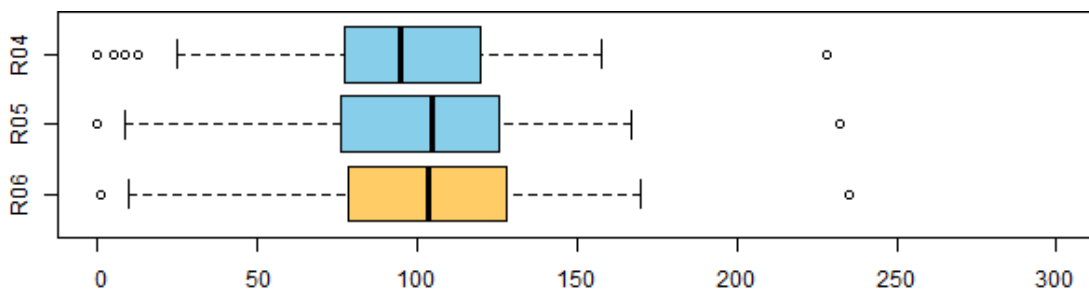
集計値（件） 上段：臨床研究中核病院、下段：臨床研究中核病院以外

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	10	198.7	88.0	195.5	256.0
	33	96.9	0.0	97.0	228.0
R05 年度	11	179.2	62.0	188.0	238.0
	32	103.3	0.0	104.5	232.0
R06 年度	11	200.1	66.0	210.0	269.0
	32	104.8	1.0	103.5	235.0

グラフ（件数） 対象：臨床研究中核病院



グラフ（件数） 対象：臨床研究中核病院以外



## 項目53 認定臨床研究審査委員会の新規審査研究数

### 項目の値に関する解説

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。倫理的およ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。令和4年度から令和6年度にかけ、臨床研究数の増加に伴い、平均値・中央値の件数は、全体を通して、やや増加の傾向にあります。

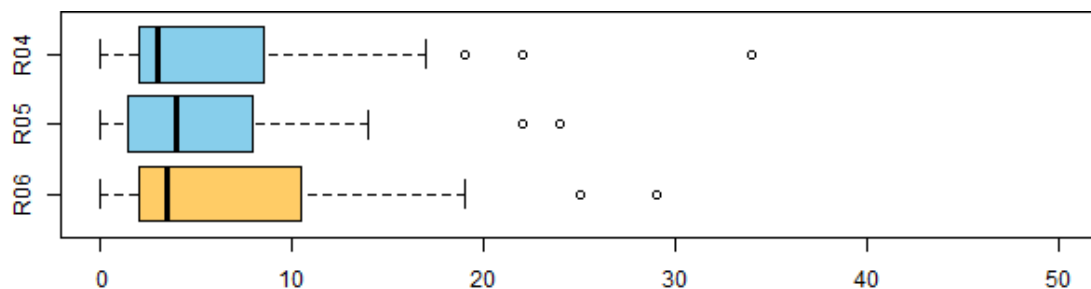
### 項目の定義について

期間内に自施設に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。

### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	39	6.2	0.0	3.0	34.0
R05年度	39	5.7	0.0	4.0	24.0
R06年度	36	7.1	0.0	3.5	29.0

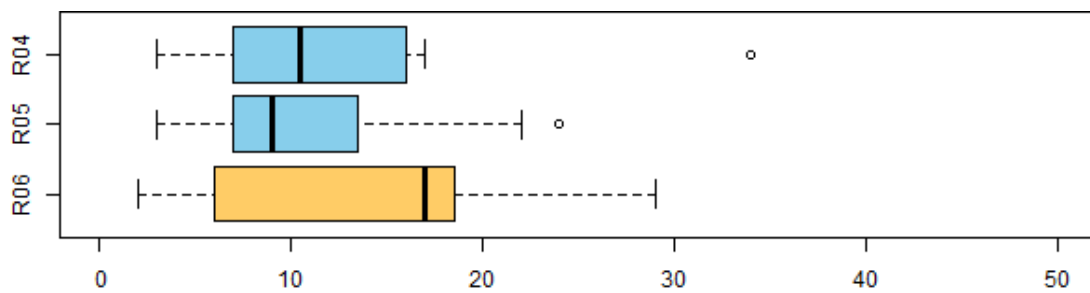
グラフ（件数） 対象：国立大学病院（本院）、歯学部附属病院



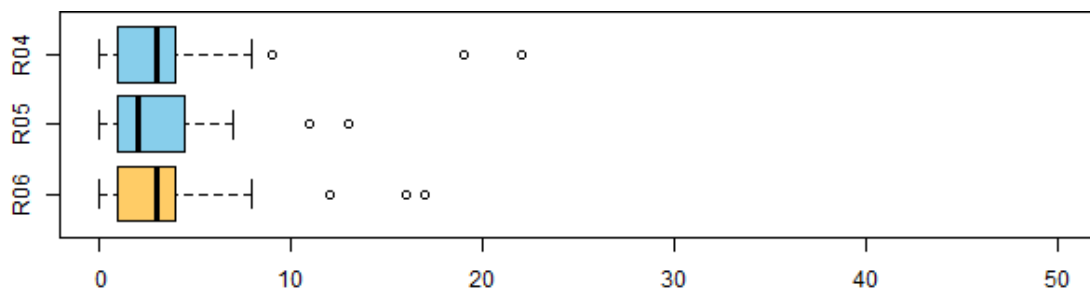
集計値 (件) 上段：臨床研究中核病院、下段：臨床研究中核病院以外

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	10	12.4	3.0	10.5	34.0
	29	4.1	0.0	3.0	22.0
R05 年度	11	11.1	3.0	9.0	24.0
	28	3.5	0.0	2.0	13.0
R06 年度	11	14.0	2.0	17.0	29.0
	25	4.0	0.0	3.0	17.0

グラフ (件数) 対象：臨床研究中核病院



グラフ (件数) 対象：臨床研究中核病院以外



## 項目54 臨床研究専門職の合計FTE

### 項目の値に関する解説

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。令和4年から令和6年度にかけて中央値・平均値ともに同程度の水準を維持しています。

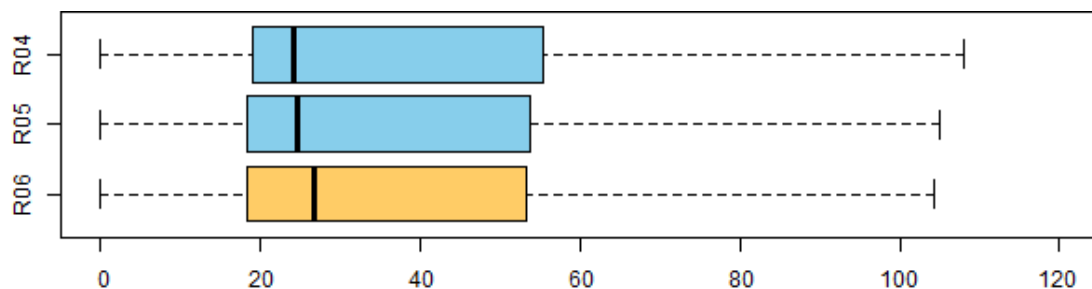
### 項目の定義について

4月1日時点で大学病院に雇用されている臨床研究専門職（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、研究推進担当）の合計FTEです。

### 集計値（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	37.4	0.0	24.3	108.0
R05年度	43	36.3	0.0	24.9	105.1
R06年度	43	37.9	0.0	26.8	104.3

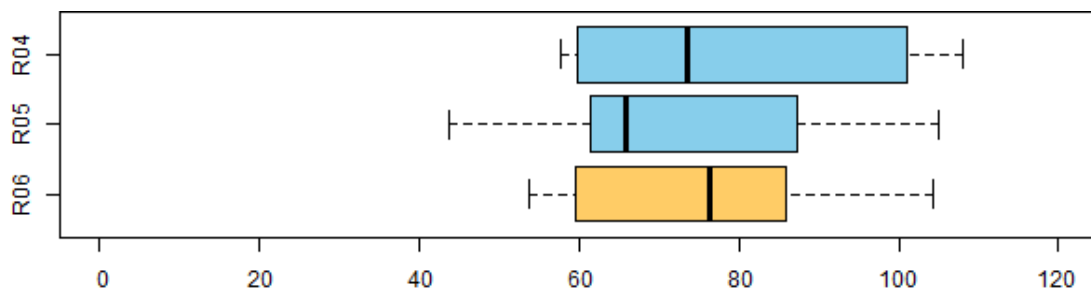
グラフ（人数） 対象：国立大学病院（本院）、歯学部附属病院



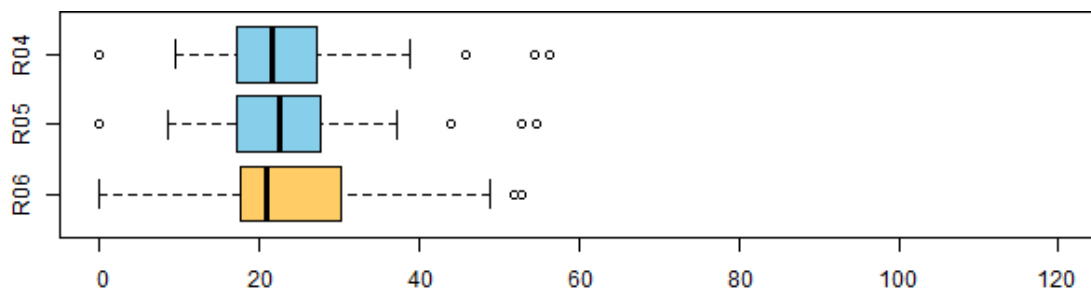
集計値（人） 上段：臨床研究中核病院、下段：臨床研究中核病院以外

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	10	79.5	57.8	73.7	108.0
	33	24.7	0.0	22.0	56.4
R05 年度	11	72.4	43.8	65.8	105.1
	32	23.8	0.0	22.5	54.8
R06 年度	11	75.5	53.7	76.3	104.3
	32	24.9	0.0	21.1	52.9

グラフ（人数） 対象：臨床研究中核病院



グラフ（人数） 対象：臨床研究中核病院以外



## 項目55 研究推進を担当する専任教員数

### 項目の値に関する解説

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。令和4年から令和6年度にかけて中央値・平均値ともに同程度の水準を維持しています。

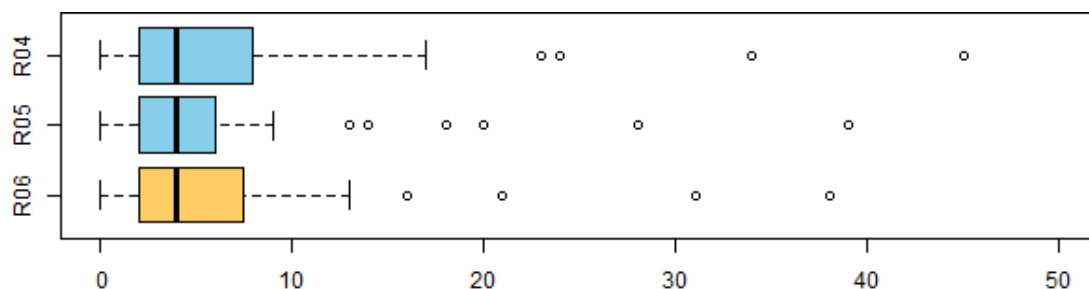
### 項目の定義について

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です。

### 集計値（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	7.2	0.0	4.0	45.0
R05年度	43	6.2	0.0	4.0	39.0
R06年度	43	6.5	0.0	4.0	38.0

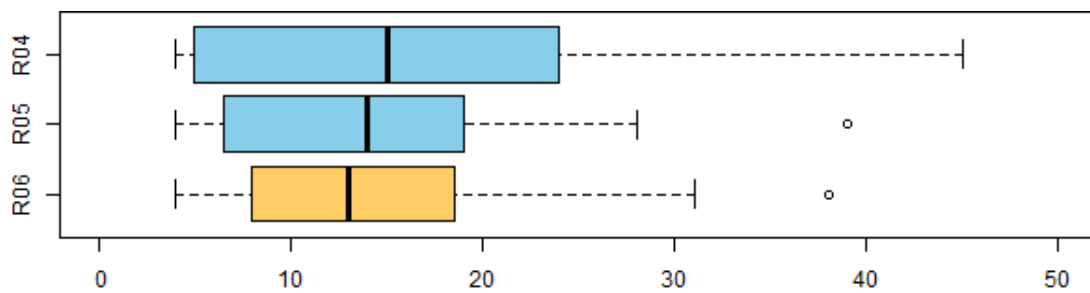
グラフ（人数） 対象：国立大学病院（本院）、歯学部附属病院



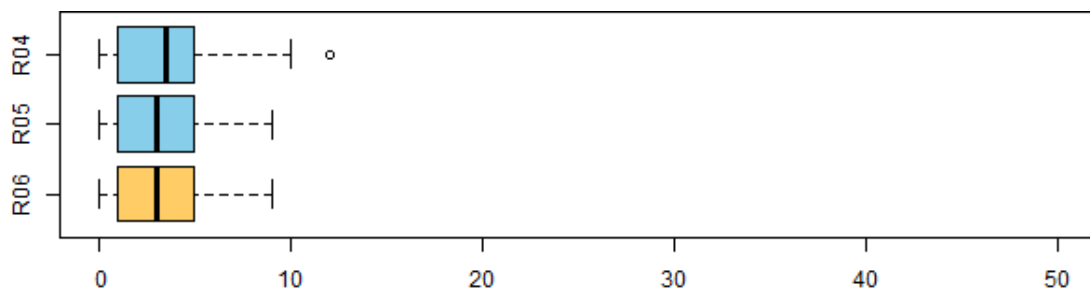
集計値（人） 上段：臨床研究中核病院、下段：臨床研究中核病院以外

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	10	18.1	4.0	15.0	45.0
	33	3.8	0.0	4.0	12.0
R05 年度	11	15.3	4.0	14.0	39.0
	32	3.1	0.0	3.0	9.0
R06 年度	11	15.5	4.0	13.0	38.0
	32	3.4	0.0	3.0	9.0

グラフ（人数） 対象：臨床研究中核病院



グラフ（人数） 対象：臨床研究中核病院以外



## 項目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

### 項目の値に関する解説

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。

### 項目の定義について

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）の数です。医師主導治験を含めた臨床研究の結果から、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。

### 集計値（件）

	集計大学数	合計
R05年度	43	6 (4)
R06年度	43	8 (5)
R06年度	43	7 (7)

※()内は医師主導治験の結果から薬事承認に至った製品数です。

製品一覧 (令和6年度分)

No.	製品名	適応症
1	RST 算出プログラム	体動信号から抽出した呼吸周波数帯域の信号より、呼吸安定性に関する指標を算出するプログラム
2	リツキサン R 点滴静注 100 mg/ リツキサン R 点滴静注 500 mg	難治性のネフローゼ症候群 (ステロイド抵抗性を示す場合)
3	リツキサン R 点滴静注 100 mg/ リツキサン R 点滴静注 500 mg	頻回再発型あるいはステロイド依存性のネフローゼ症候群
4	オルダミン R 注射用 1g	静脈奇形の硬化退縮
5	セプトカイン配合注 カートリッジ	歯科用局所麻酔剤
6	ロゼバラミン	ALS (筋萎縮性側索硬化症)
7	リクシアナ R 錠・OD 錠	慢性血栓塞栓性肺高血圧症患者における血栓・塞栓形成の抑制

製品一覧（令和5年度分）

No.	製品名	適応症
1	ブルーラジカル P-01	中等度・重度歯周病
2	アセノベル徐放錠 500mg	遠位型ミオパチー
3	シナジス	RS ウイルス感染症の重症化リスクの高い、肺低形成、気道狭窄、先天性食道閉鎖症、先天代謝異常症、神経筋疾患を有する乳幼児における、RS ウイルス感染による重篤な下気道疾患の発症抑制
4	CRAD 上腕骨用 カスタムメイド人工骨幹	上腕骨幹部骨腫瘍
5	アドセトリス 点滴静注用 50mg (一般名：ブレンツキシマブ ベドチン（遺伝子組換え）)	CD30 陽性の疾患：ホジキンリンパ腫、末梢性 T 細胞リンパ腫、再発又は難治性の皮膚 T 細胞リンパ腫
6	弁周囲逆流閉鎖セット	大動脈弁位または僧帽弁位における人工心臓弁留置術後の人工弁周囲逆流
7	タフィンラーカプセル 50mg , 75mg	標準的な治療が困難な BRAF 遺伝子変異を有する進行・再発の固形腫瘍（結腸・直腸癌を除く）
8	メキニスト錠 0.5mg , 2mg	標準的な治療が困難な BRAF 遺伝子変異を有する進行・再発の固形腫瘍（結腸・直腸癌を除く）

製品一覧（令和4年度分）

No.	製品名	適応症
1	ジャスティV	歯肉治療において、主たる根管の先端位置（根尖）および手根管から分岐した側枝の有無を確認するために用いる。
2	アパジェット	知覚過敏の抑制、象牙質を含む窩洞への裏装、変着色歯の色調改善
3	デュオリス SD1 ウルトラ	本品は、保存療法を6ヶ月以上受けても功を奏さない難治性の足底腱膜炎患者に対する除痛のために使用される。圧痛を認める部位に、体外より衝撃波を非侵襲的に照射し、疼痛の除去・緩和治療を行う。本品は、全身性強皮症における四肢の難治性潰瘍の治療に使用する。
4	ティーエスワン	ホルモン受容体陽性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術後薬物療法
5	パイアユーアール	着床不全
6	バリキサR ドライシロップ 5000mg	症候性先天性サイトメガロウイルス感染症

## 地域医療に係る項目

国立大学病院は大学の中でも市民と直接向き合う、いわば「大学の顔」として地域社会と密接に関わっていく必要があり、今後一層の地域・社会貢献が求められています。

「地域医療に係る項目」は、国立大学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58 救命救急患者数

### 項目の値に関する解説

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つて高度な医療を必要としている患者のための医療です。診療を行うには、高度な技術と経験、設備が必要となり、その体制と実績を表現する指標です。救命救急患者を積極的に受け入れ、令和4年度から令和6年度にかけ、平均値・中央値ともにやや増加しています。

### 項目の定義について

DPCデータを元に算出した、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」、「A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料」、「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対象にしており、救命救急センターを持たない施設も評価対象に含めることのできる指標としています。救急外来で死亡した患者も含まれます。

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。

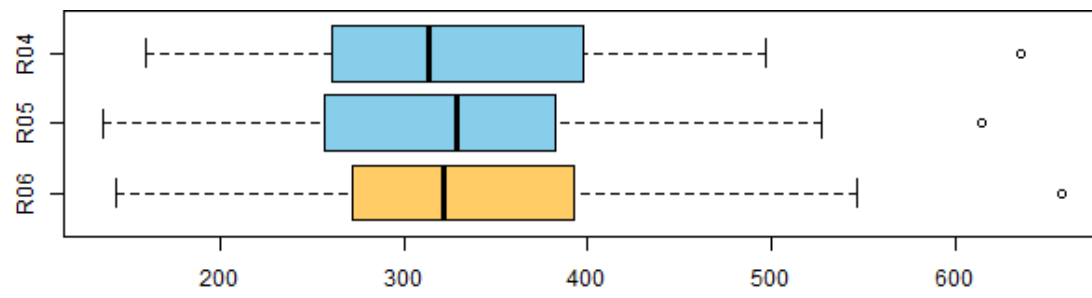
### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	2,294.6	956.0	2,039.0	5,087.0
R05年度	42	2,350.2	1,035.0	2,124.5	4,918.0
R06年度	42	2,384.1	901.0	2,227.5	5,268.0

### 一般病床100床当たり（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	319.8	159.1	313.8	635.9
R05年度	42	328.3	135.9	328.4	614.8
R06年度	42	332.3	142.7	321.6	658.5

グラフ（一般病床100床当たり件数）



## 項目59 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。国立大学病院の属する二次医療圏の面積や、地域の交通事情、病院の所在地により、二次医療圏外からの患者受け入れ割合は影響を受けます。全病院平均で外来患者のうち35%以上が二次医療圏外からの受診となっています。令和4年度から令和6年度にかけ、同程度の水準を維持しています。

### 項目の定義について

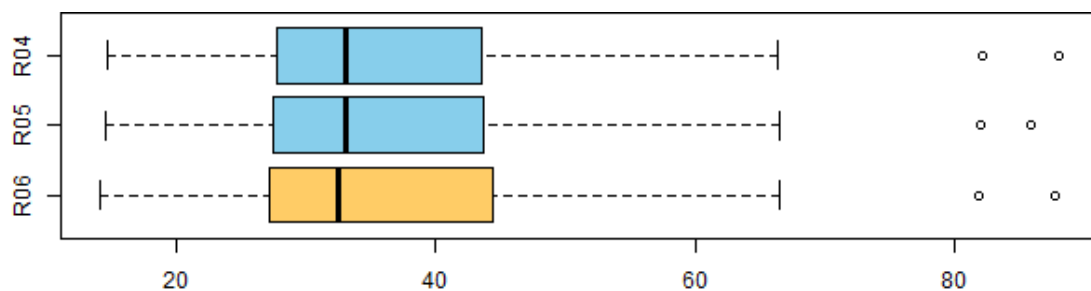
各年度1年間の自施設の当該二次医療圏外に居住する外来患者の延べ数を、外来患者の延べ数で除した割合(%)です。二次医療圏とは、医療法第三〇条の四第二項により規定された区域を指します。

「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
R04年度	43	36.8	14.7	33.1	88.1
R05年度	43	36.7	14.6	33.0	85.9
R06年度	43	37.3	14.1	32.5	87.8

### グラフ (%)



## 項目60 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示した指標です。国立大学病院自らが企画している点を評価するため、他の団体が主催する講師・演者として参加した場合を除いています。多くの国立大学病院で公開講座（セミナー）が行われている結果となっています。令和4年度から令和6年度にかけて、平均値・中央値ともに増加傾向にあります。

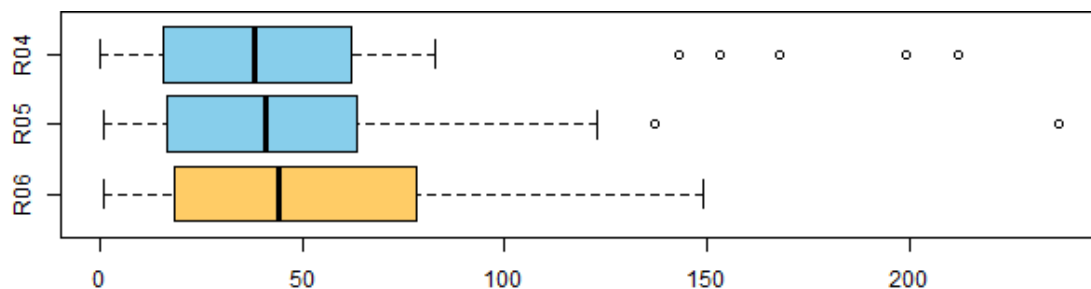
### 項目の定義について

各年度1年間に自院が主催した市民向けおよび医療従事者向けの講演会、セミナーなどの開催数です。学習目的および啓発目的に限り、七夕の夕べ、写真展など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であるが院外からの参加が可能なもの、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など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など、病院主催として、病院で把握できるものは含みます。e-learningでの開催も含みます。

### 集計値（件）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	48.9	0.0	38.0	212.0
R05年度	43	48.2	1.0	41.0	237.0
R06年度	43	52.7	1.0	44.0	149.0

### グラフ（件数）



## 項目6-1 地域への医師派遣数

### 項目の値に関する解説

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。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。令和6年度は前年度と比較して、同程度の水準を維持しています。一方、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病院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。

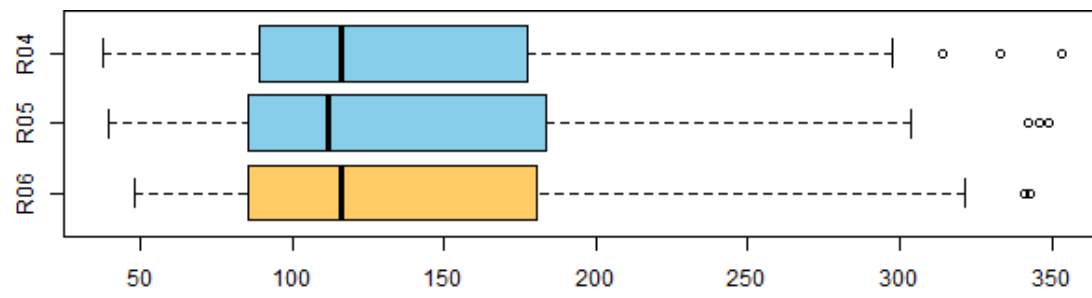
### 集計値（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	1,107.4	225.0	848.0	3,641.0
R05年度	42	1,103.9	236.0	808.0	3,605.0
R06年度	42	1,108.7	286.0	810.5	3,529.0

### 一般病床100床当たり（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	142.3	37.8	116.3	353.5
R05年度	42	141.4	39.6	111.8	348.6
R06年度	42	141.7	48.2	116.0	342.6

グラフ（一般病床100床当たり人数）



## 項目62 地域医療行政への関与件数

### 項目の値に関する解説

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进行评估するとともに、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。令和4年度から令和6年度にかけ、平均値・中央値の件数は大きな変化なく推移しており、同程度の水準を維持しています。

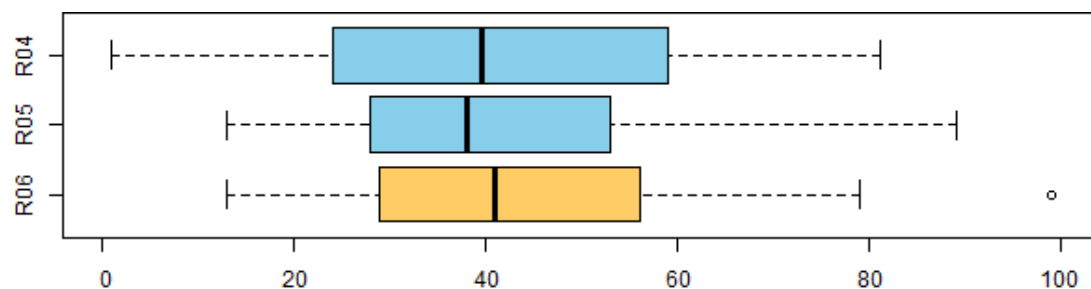
### 項目の定義について

各年度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。

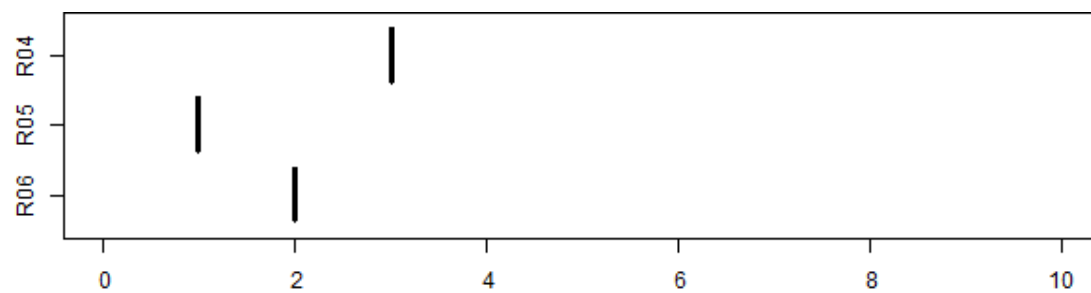
集計値（件） 上段：国立大学病院（本院）、下段：歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	41.2	1.0	39.5	81.0
	1	3.0	3.0	3.0	3.0
R05年度	42	42.4	13.0	38.0	89.0
	1	1.0	1.0	1.0	1.0
R06年度	42	42.7	13.0	41.0	99.0
	1	2.0	2.0	2.0	2.0

グラフ（件数） 対象：国立大学病院（本院）



グラフ（件数） 対象：歯学部附属病院



## 国際化に係る項目

国立大学病院の国際化の目的は、医療分野において国際化についてもリーダーシップをとり、国際基準の医療提供を実現することとしています。そのためには、グローバルスタンダードを満たす医療の構築（医療の質における国際標準の達成）、国際的な人材育成（国際標準で活動できる医療スタッフや事務職員の育成・人材交流）、国際共同研究・国際共同治験の推進が具体的な課題として挙げられます。（参考：「国立大学附属病院の今後のあるべき姿を求めて～その課題と展望～」）

「国際化に係る項目」は、国立大学病院に求められる、国際化の推進を反映する指標です。

## 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)

### 項目の値に関する解説

外国人患者の受入に関する体制を示す指標です。国立大学病院（本院）においては、最大値107と複数の言語対応が可能な大学病院もあります。国立大学病院（本院）および歯学部附属病院では、令和6年度は、医療翻訳機の導入や医療翻訳アプリの機能拡張などにより、前年度と比較して、対応言語数が増加した病院が増えています。

### 項目の定義について

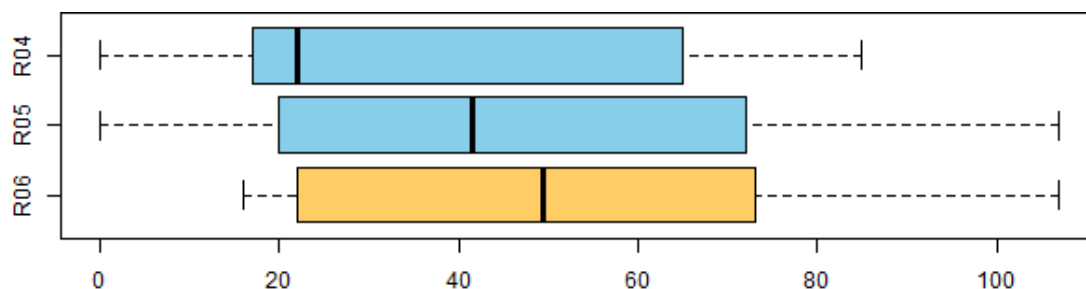
各年6月1日時点での、自病院で総合窓口での患者への対応が可能な言語数（通訳業務委託、ボランティアによる通訳サービスなどを含みます）です。

なお、中国のように北京語、広東語など複数の言語を使用する場合でも、言語数は1（中国語）でカウントしています。

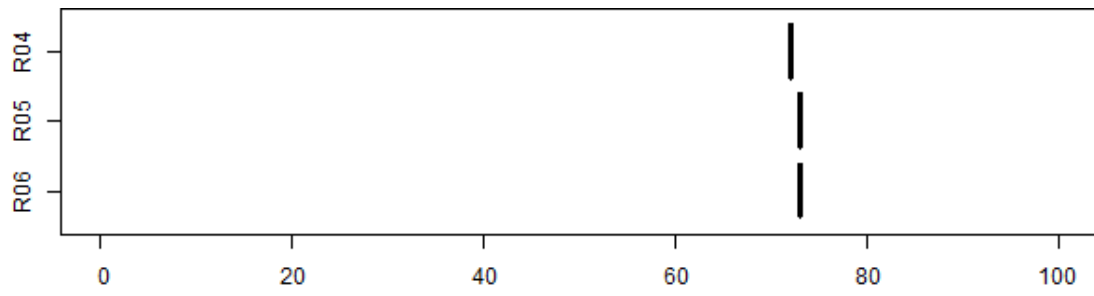
### 集計値（カ国語） 上段：国立大学病院（本院）、下段：歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	37.0	0.0	22.0	85.0
	1	72.0	72.0	72.0	72.0
R05年度	42	45.4	0.0	41.5	107.0
	1	73.0	73.0	73.0	73.0
R06年度	42	49.7	16.0	49.5	107.0
	1	73.0	73.0	73.0	73.0

### グラフ（カ国語） 対象：国立大学病院（本院）



グラフ（カ国語） 対象：歯学部附属病院



## 項目64 院内案内の表示言語数（日本語を除く）

### 項目の値に関する解説

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。国立大学病院（本院）、歯学部附属病院ともに中央値が1.0となっておりますが、国立大学病院（本院）では、複数の外国言語の案内表示を行っている大学もあります。

### 項目の定義について

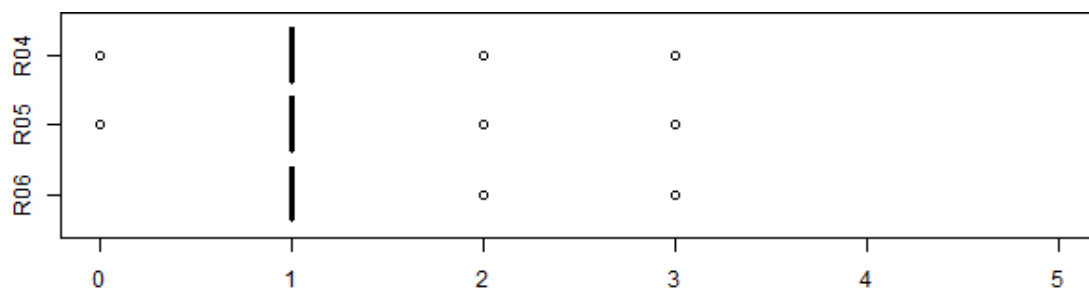
各年6月1日時点での、院内案内の表示言語数です。院内案内とは、案内板や看板によるものを指します。

なお、中国のように北京語、広東語など複数の言語を使用する場合でも、言語数は1（中国語）でカウントしています。

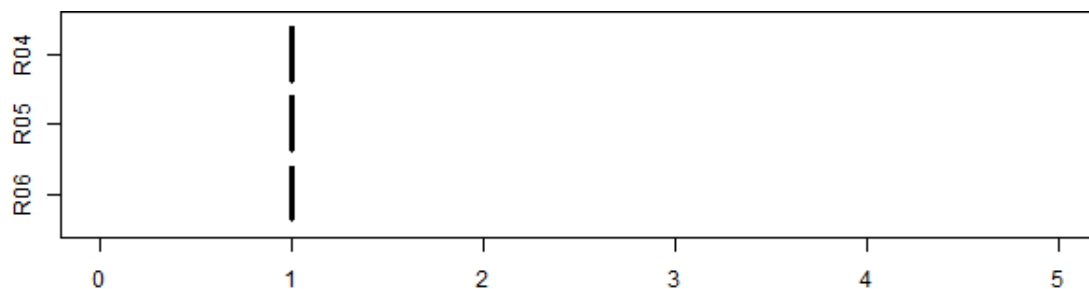
### 集計値（カ国語） 上段：国立大学病院（本院）、下段：歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	1.2	0.0	1.0	3.0
	1	1.0	1.0	1.0	1.0
R05年度	42	1.3	0.0	1.0	3.0
	1	1.0	1.0	1.0	1.0
R06年度	42	1.3	1.0	1.0	3.0
	1	1.0	1.0	1.0	1.0

### グラフ（カ国語） 対象：国立大学病院（本院）



### グラフ（カ国語） 対象：歯学部附属病院



## 項目65 病院ホームページの対応言語数 (日本語を除く)

### 項目の値に関する解説

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。国立大学病院(本院)、歯学部附属病院ともに、令和6年度は、前年度と比較して、同程度の水準を維持しています。

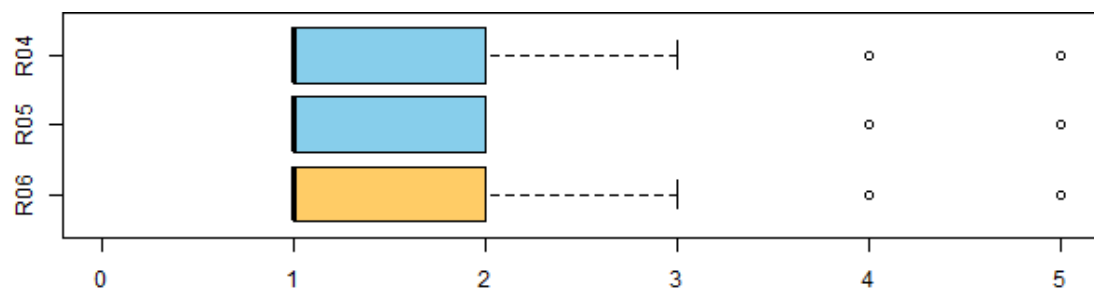
### 項目の定義について

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。

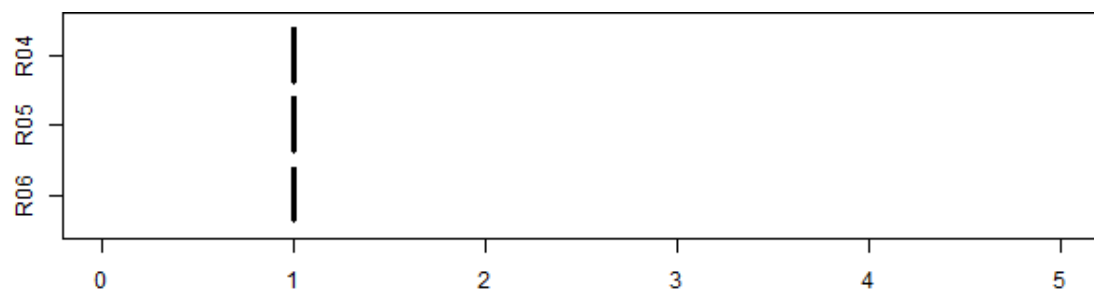
### 集計値(カ国語) 上段:国立大学病院(本院)、下段:歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	1.6	1.0	1.0	6.0
	1	1.0	1.0	1.0	1.0
R05年度	42	1.7	1.0	1.0	6.0
	1	1.0	1.0	1.0	1.0
R06年度	42	1.8	1.0	1.0	6.0
	1	1.0	1.0	1.0	1.0

### グラフ(カ国語) 対象:国立大学病院(本院)



### グラフ(カ国語) 対象:歯学部附属病院



## 項目66 海外大学病院および医学部との交流協定締結数

### 項目の値に関する解説

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、大学病院およ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。令和6年度は、前年度と比較して、同程度の水準を維持しています。

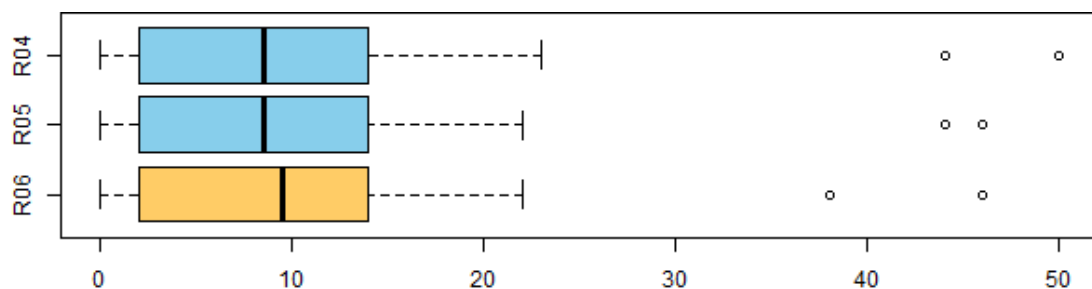
### 項目の定義について

各年6月1日時点での、海外大学病院およ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。

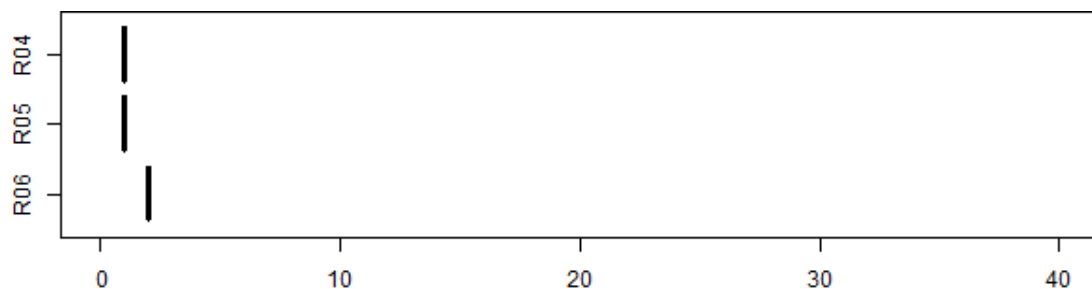
集計値（件） 上段：国立大学病院（本院）、下段：歯学部附属病院

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	10.1	0.0	8.5	50.0
	1	1.0	1.0	1.0	1.0
R05年度	42	10.0	0.0	8.5	46.0
	1	1.0	1.0	1.0	1.0
R06年度	42	10.4	0.0	9.5	46.0
	1	2.0	2.0	2.0	2.0

グラフ（件数） 対象：国立大学病院（本院）



グラフ（件数） 対象：歯学部附属病院



## 運営に係る項目

国立大学病院は、病院収入を経営のベースとしており、診療報酬改定の影響を強く受けます。そのため病院経営を視野に入れた収支に関する指標の管理が求められています。社会情勢に合わせた速やかな組織体制の変更や強化、人事労務面や財務経営面での改革を連携して進めて行くことが重要となります。(参考:「国立大学附属病院の今後のあるべき姿を求めて～その課題と展望～)

「運営に係る項目」は、国立大学病院における、財務、経営状況を反映する指標です。

## 項目67-1 病床稼働率（一般病床）

### 項目の値に関する解説

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。

令和4年度から令和6年度にかけて、平均値が年々上昇しており、病床運用の効率化が着実に進んでいる状況がうかがえます。中央値も上昇しており、多くの国立大学病院において稼働率の改善が進展していることが示されています。一方、最小値は令和6年度に低下しており、病床稼働の状況には国立大学病院間で、一定のばらつきが存在していると考えられます。最大値は上昇傾向にあり、一部の医療機関では高い病床稼働が継続している状況が確認されます。

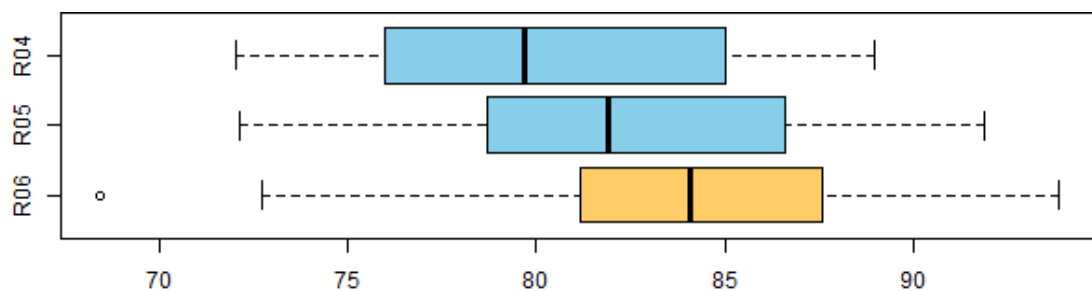
### 項目の定義について

各年度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

### 集計値 (%)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	80.2	72.0	79.7	89.0
R05年度	43	82.6	72.1	81.9	91.9
R06年度	43	83.6	68.4	84.1	93.9

### グラフ (%)



## 項目67-2 病床稼働率（精神病床）

### 項目の値に関する解説

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。令和4年度から令和6年度の平均値について、令和5年度以降はやや高い水準で横ばいとなっています。中央値も令和4年度から令和5年度にかけて上昇し、令和6年度も同水準を維持しており、一定数の国立大学病院において病床稼働の改善が進んでいる状況がうかがえます。一方、最小値は大きく低下しており、国立大学病院間で稼働状況に大きなばらつきが認められます。最大値は各年度で80%台後半を維持していることから、精神医療需要を安定的に受け入れている医療機関が存在する一方で、病床機能の見直しや地域連携の進捗状況などにより、稼働率が低水準にとどまる国立大学病院もあると考えられます。

なお、国立大学病院（本院）のみが対象となります。

### 項目の定義について

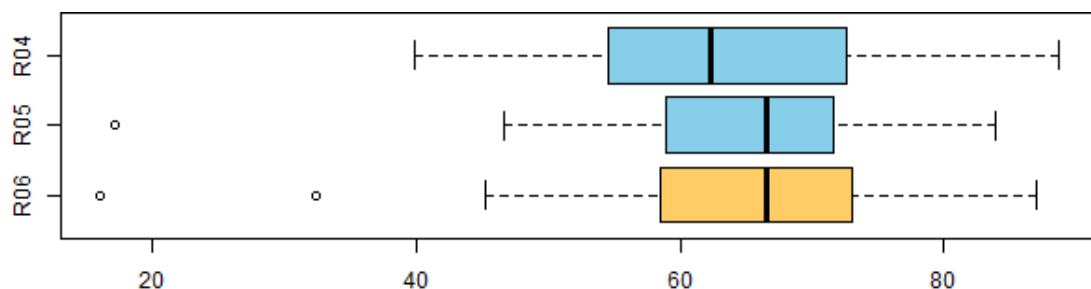
各年度1年間の、精神病床における病床稼働率です。以下の式で算出します。

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

### 集計値（%）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	62.5	39.9	62.4	88.8
R05年度	42	65.2	17.2	66.6	84.0
R06年度	42	65.2	16.0	66.6	87.0

### グラフ（%）



## 項目67-3 病床稼働率（結核病床）

### 項目の値に関する解説

結核病床の運用に関する効率性を表す指標です。全体として、結核病床は平時には稼働率が低水準で推移するものの、感染症指定医療機関としての役割や地域における結核医療体制の維持に向け、常に利用可能な病床を提供する必要もあるため、値の解釈には注意が必要です。令和4年度から令和6年度にかけて、平均値は低下傾向を示しており、結核患者数の減少を背景として、病床稼働が全体として縮小している状況がうかがえます。中央値も令和6年度に大きく低下しており、結核病床の利用頻度が低下していることが示されています。一方、最小値および最大値をみると、年度ごとに一定のばらつきが認められ、特定の年度に患者受入が集中する国立大学病院がある一方で、稼働がほとんどみられない国立大学病院も存在しています。集計対象が5大学と限られていることから、個別事例の影響を受けやすい点には留意が必要です。

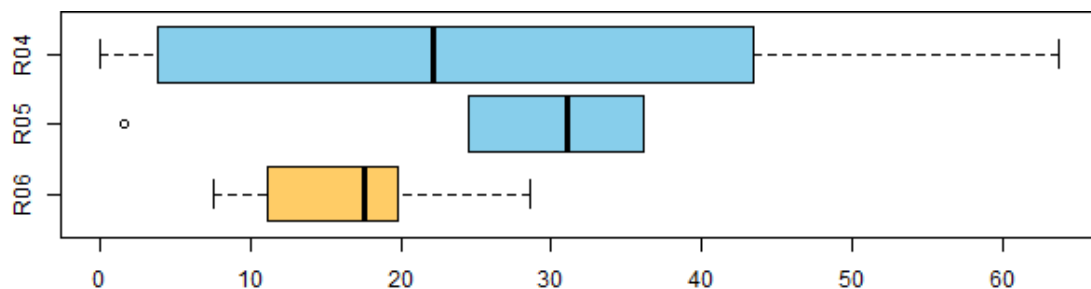
### 項目の定義について

各年度1年間の、結核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

### 集計値 (%)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	5	26.7	0.0	22.1	63.8
R05年度	5	25.9	1.6	31.1	36.2
R06年度	5	16.9	7.5	17.6	28.6

### グラフ (%)



## 項目68-1 平均在院日数（一般病床）

### 項目の値に関する解説

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。令和4年度から令和6年度にかけて、年々短縮傾向にあります。

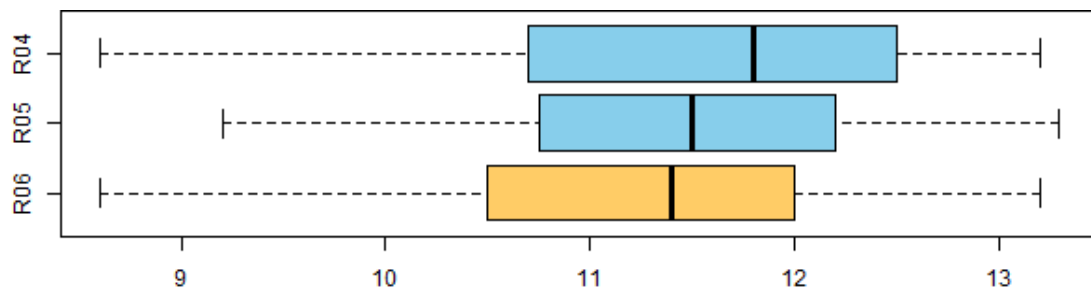
### 項目の定義について

各年度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)

### 集計値（日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	11.6	8.6	11.8	13.2
R05年度	43	11.5	9.2	11.5	13.3
R06年度	43	11.3	8.6	11.4	13.2

### グラフ（日）



## 項目68-2 平均在院日数（精神病床）

### 項目の値に関する解説

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。令和6年度の中央値はやや増加していますが、平均値は、前年度と同程度の水準を維持しています。

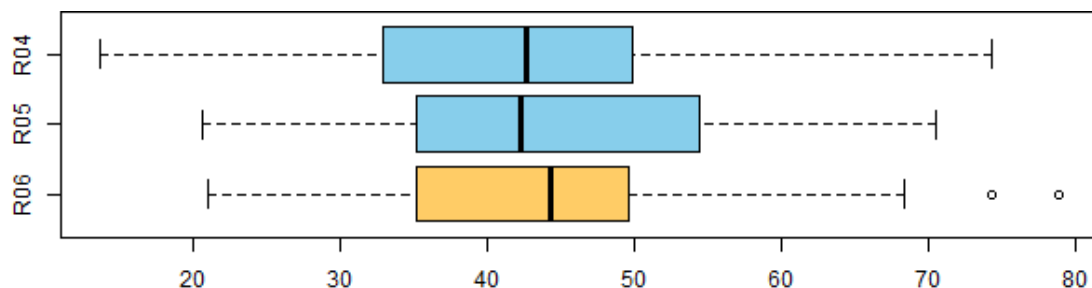
### 項目の定義について

各年度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)

### 集計値（日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	42.3	13.6	42.6	74.3
R05年度	42	44.4	20.6	42.2	70.5
R06年度	42	44.4	20.9	44.3	78.9

### グラフ（日）



## 項目68-3 平均在院日数（結核病床）

### 項目の値に関する解説

患者が結核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화가なされているかの目安となります。令和4年度の平均値と中央値は、新型コロナウイルス感染症患者の受入病床として活用される場合もあり、感染流行前より減少していましたが、令和5年度から令和6年度にかけて大きく増加しています。

### 項目の定義について

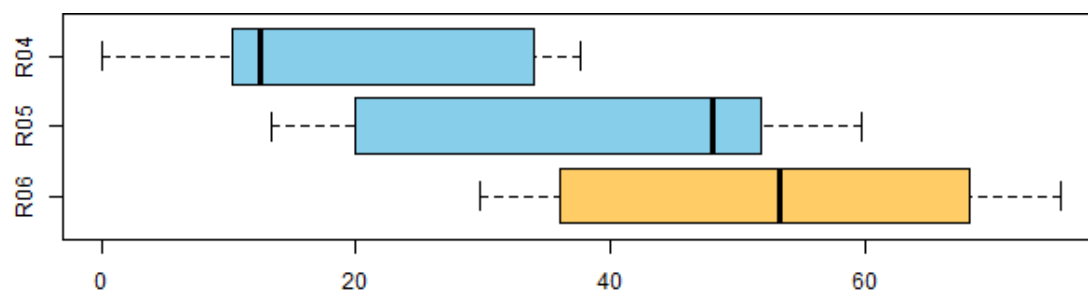
各年度1年間の、結核病床における平均在院日数です。以下の式で算出します。

平均在院日数 = 「在院患者延数」 ÷ ((「新入院患者数」 + 「退院患者数」) ÷ 2)

### 集計値（日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	5	18.9	0.0	12.5	37.6
R05年度	5	38.6	13.4	48.0	59.8
R06年度	5	52.6	29.8	53.3	75.5

### グラフ（日）



入院実績のない大学を集計から除外しました（R05年度：1大学、R06年度：0大学、R06年度：0大学）。

## 項目69-1 病床回転数（一般病床）

### 項目の値に関する解説

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。令和6年度の値は、前年度と比較して平均値、中央値ともにやや増加しています。

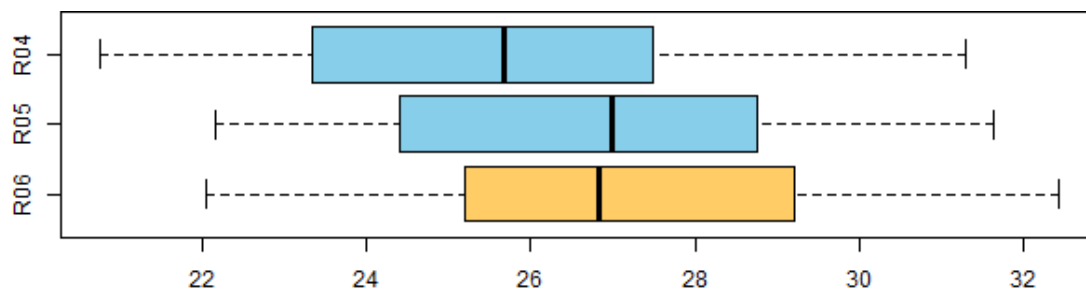
### 項目の定義について

各年度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

### 集計値（回）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	25.4	20.8	25.7	31.3
R05年度	43	26.6	22.2	27.0	31.6
R06年度	43	27.3	22.0	26.8	32.4

### グラフ（回数）



## 項目69-2 病床回転数（精神病床）

### 項目の値に関する解説

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。令和4年度から令和6年度にかけて平均値はやや減少傾向にあります。中央値は大きな変化なく推移しています。なお、国立大学病院（本院）のみが対象になります。

### 項目の定義について

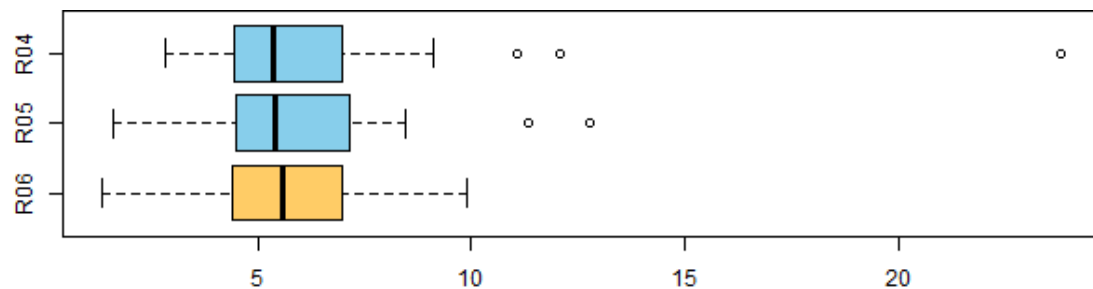
各年度1年間の、精神病床における病床回転数です。以下の式で算出します。

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

### 集計値（回）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	6.2	2.8	5.4	23.8
R05年度	42	5.9	1.6	5.4	12.8
R06年度	42	5.7	1.4	5.6	9.9

### グラフ（回数）



## 項目69-3 病床回転数（結核病床）

### 項目の値に関する解説

結核病床において、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。令和6年度の結核病床回転数は、在院日数の増加に比例して、前年度とくらべ平均値・中央値が大きく減少しています。なお、結核病床をもつ国立大学病院（本院）のみが対象となります。

### 項目の定義について

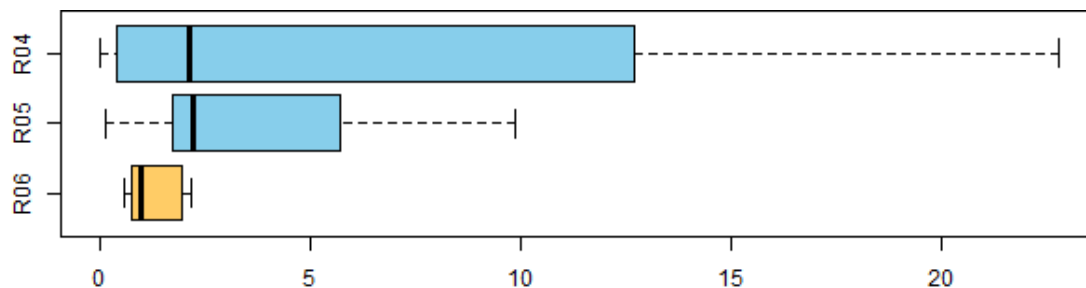
各年度1年間の、結核病床における病床回転数です。以下の式で算出します。

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

### 集計値（回）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	5	7.6	0.0	2.1	22.8
R05年度	5	3.9	0.1	2.2	9.9
R06年度	5	1.3	0.6	1.0	2.2

### グラフ（回数）



## 項目70 紹介率（医科）

### 項目の値に関する解説

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。令和6年度の平均値・中央値は、前年度とくらべ、やや増加しています。

### 項目の定義について

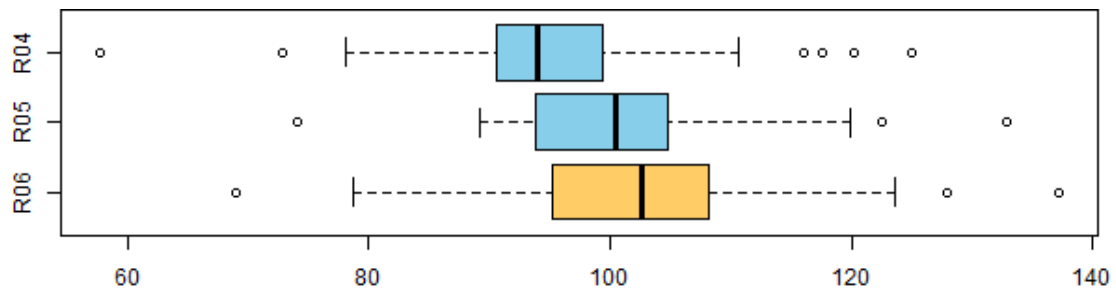
各年度1年間の、医科診療科（歯科系および歯科口腔外科を除く診療科）の紹介率です。以下の式で算出します。

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

### 集計値（%）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	95.2	57.7	94.0	125.0
R05年度	42	100.9	74.1	100.4	132.9
R06年度	42	102.0	69.0	102.6	137.2

### グラフ（%）



## 項目7-1 逆紹介率（医科）

### 項目の値に関する解説

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。令和4年度から令和6年度にかけ、平均値は増加傾向にあり、中央値は同程度の水準を維持しています。

### 項目の定義について

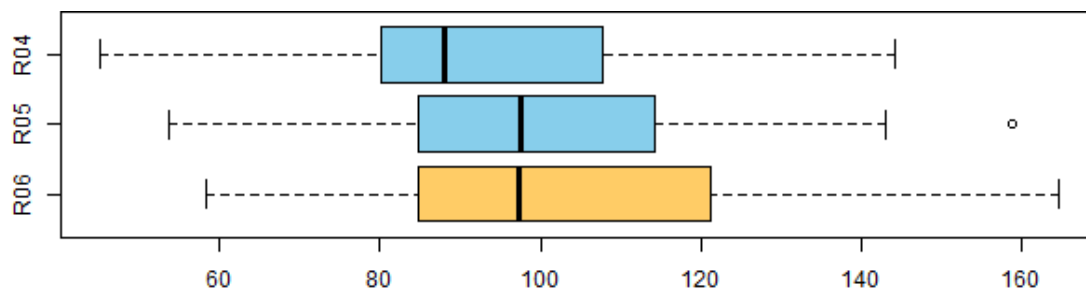
各年度1年間の、医科診療科（歯科系および歯科口腔外科を除く診療科）の逆紹介率です。以下の式で算出します。

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

### 集計値（％）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	92.0	45.1	88.0	144.3
R05年度	42	101.3	53.7	97.5	158.7
R06年度	42	103.3	58.2	97.3	164.7

### グラフ（％）



## 項目72 一般病棟の重症度、医療・看護必要度

### 項目の値に関する解説

これは、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およ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。なお、特定機能病院一般入院基本料7：1入院基本料（看護師1名が入院患者7名を受け持つ体制）の算定要件の一つに「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合の基準があります。

令和4年度から令和6年度4～5月分において、平均値・中央値ともに概ね同程度の水準を維持しており、一般病棟における患者の重症度構成や医療・看護負荷は、年度間で大きな変動なく推移している状況がうかがえます。多くの医療機関において一定割合の医療・看護必要度の高い患者を受け入れていることが示されています。

令和6年度6月～3月分については、診療報酬改定に伴い、重症度、医療・看護必要度Ⅱが基準①および基準②に分けて算出・計上されているため、令和4年度および令和5年度の数値は参考値として掲載しています。この制度変更により、単純な年度間比較には留意が必要ですが、改定前後を通じて、全体としての水準に大きな乖離はみられていません。

なお、国立大学病院では、従来、看護師が評価していた専門的な治療・処置のうち、薬剤を使用するものについては、レセプト電算処理システム用コードを用いる医療・看護必要度Ⅱの評価となっています。

### 項目の定義について

以下の式で算出します。

#### 【4月～5月】

$(A項目2点以上かつB項目3点以上、A項目3点以上またはC項目1点以上の該当患者延数) \div 一般病棟在院患者延数$

#### 【6月～3月】

##### 基準①

$(A項目3点以上またはC項目1点以上の該当患者延数) \div 一般病棟在院患者延数$

##### 基準②

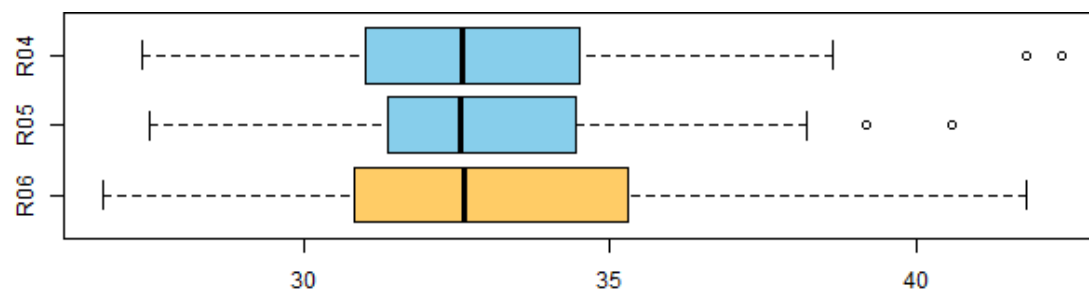
$(A項目2点以上またはC項目1点以上の該当患者延数) \div 一般病棟在院患者延数$

【4月～5月】

一般病棟の重症度, 医療・看護必要度Ⅱの集計値 (%)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	42	32.7	27.4	32.6	42.4
R05 年度	42	32.9	27.5	32.6	40.6
R06 年度	42	33.1	26.7	32.6	41.8

グラフ (%)

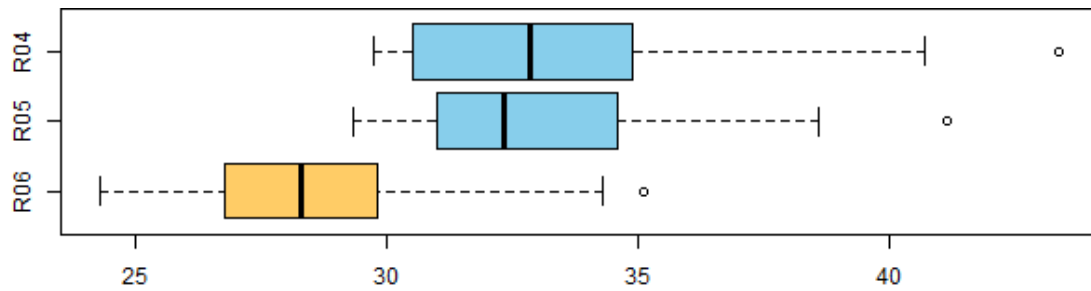


【6月～9月】

一般病棟の重症度, 医療・看護必要度Ⅱの集計値 (%) 基準①

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	42	33.3	29.7	32.9	43.4
R05 年度	42	33.1	29.4	32.3	41.1
R06 年度	42	28.4	24.3	28.3	35.1

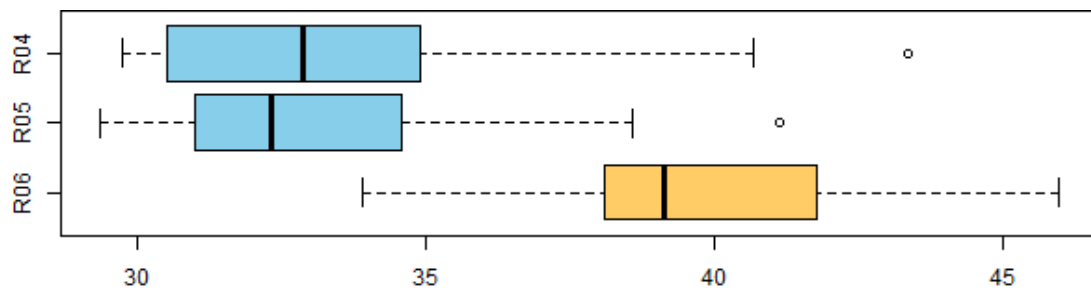
グラフ (%)



一般病棟の重症度, 医療・看護必要度Ⅱの集計値 (%) 基準②

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	42	33.3	29.7	32.9	43.4
R05 年度	42	33.1	29.4	32.3	41.1
R06 年度	42	39.8	33.9	39.2	46.0

グラフ (%)

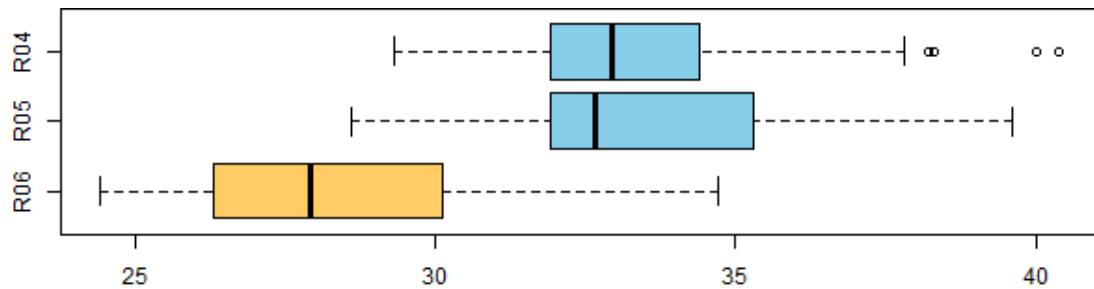


【10月～3月】

一般病棟の重症度, 医療・看護必要度Ⅱの集計値 (%) 基準①

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	33.5	29.3	33.0	40.4
R05年度	42	33.3	28.6	32.7	39.6
R06年度	42	28.4	24.4	27.9	34.7

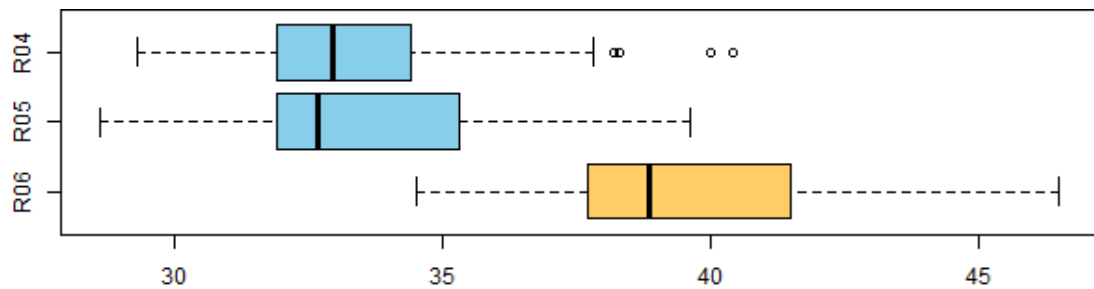
グラフ (%)



一般病棟の重症度, 医療・看護必要度Ⅱの集計値 (%) 基準②

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	42	33.5	29.3	33.0	40.4
R05年度	42	33.3	28.6	32.7	39.6
R06年度	42	39.6	34.5	38.9	46.5

グラフ (%)



## 項目73 後発医薬品使用率（数量ベース）

### 項目の値に関する解説

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。令和4年度から令和6年度にかけて、平均値は着実に上昇しており、後発医薬品の使用が国立大学病院全体で一層定着している状況がうかがえます。中央値も令和4年度から令和6年度にかけて上昇しており、多くの国立大学病院において後発医薬品への切替えが進展していることが示されています。最小値は令和5年度に一時的に低下したものの、令和6年度には改善しており、ばらつきは縮小傾向にあります。

### 項目の定義について

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

$$\text{後発医薬品使用率} = (\text{後発医薬品使用数量} \div \text{後発医薬品切替可能数量} (\text{※})) \times 100$$

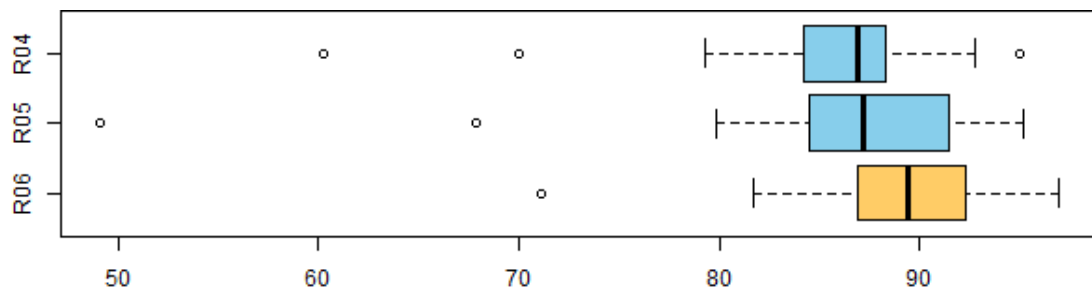
(※) 後発医薬品切替可能数量 = 後発医薬品のある先発医薬品の使用数量 + 後発医薬品の使用数量

以下のホームページもご参照下さい<sup>14</sup>。

### 集計値 (%)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	85.9	60.3	86.9	95.0
R05年度	43	86.7	49.1	87.2	95.2
R06年度	43	89.4	71.1	89.4	97.0

### グラフ (%)



<sup>14</sup> 薬価基準収載品目リストおよび後発医薬品に関する情報について（令和7年3月31日まで）

<https://www.mhlw.go.jp/topics/2024/04/tp20240401-01.html>

## 項目74 現金収支率（病院セグメント）

### 項目の値に関する解説

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。

令和6年度は、昨年度に引き続き、平均値・中央値ともに減少傾向にあります。国立大学病院の財務面での経営が難しくなってきていると考えられます。

### 項目の定義について

会計年度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「年度収入・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

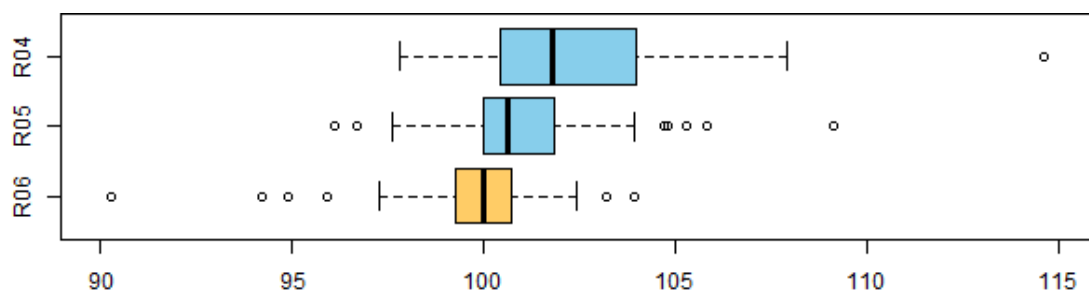
（※1）収入金額＝前年度繰越計＋収入計－期末目的積立金等

（※2）支出金額＝支出計＋期末運営費交付金債務＋引当金増減額

### 集計値（%）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	102.6	97.8	101.8	114.6
R05年度	43	101.1	96.1	100.6	109.1
R06年度	43	99.6	90.3	100.0	103.9

### グラフ（%）



## 項目75 業務損益収支率（病院セグメント）

### 項目の値に関する解説

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。

令和6年度の平均値・中央値は、前年度に引き続き減少傾向にあり、依然として病院間のばらつきは大きくなっています。国立大学病院全体として、経常利益の確保が難しくなっているとの解釈できます。

### 項目の定義について

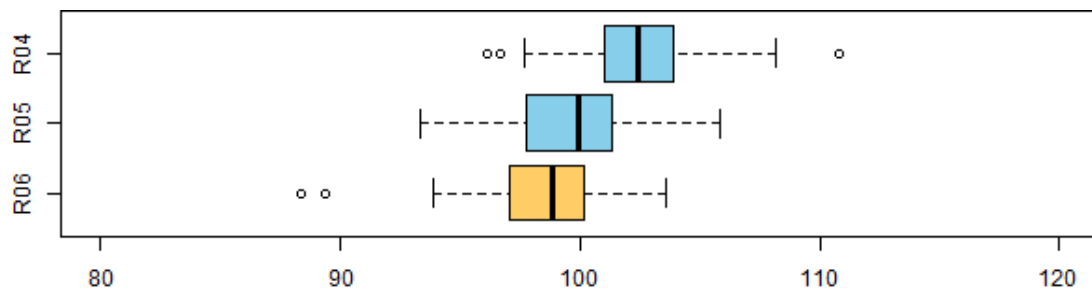
各年度1年間の、業務損益収支率です。財務諸表（損益計算書）の経常収益、経常費用から算出します。（別院がある病院については、別院も含みます。）

業務損益収支率 = (経常収益 ÷ 経常費用) × 100

### 集計値 (%)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	102.7	96.1	102.4	110.8
R05年度	43	99.8	93.3	100.0	105.8
R06年度	43	98.3	88.4	98.8	103.6

### グラフ (%)



## 項目76 債務償還経費占有率

### 項目の値に関する解説

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。令和6年度の平均値・中央値の件数は前年度にくらべ、僅かに減少しています。

### 項目の定義について

各年度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

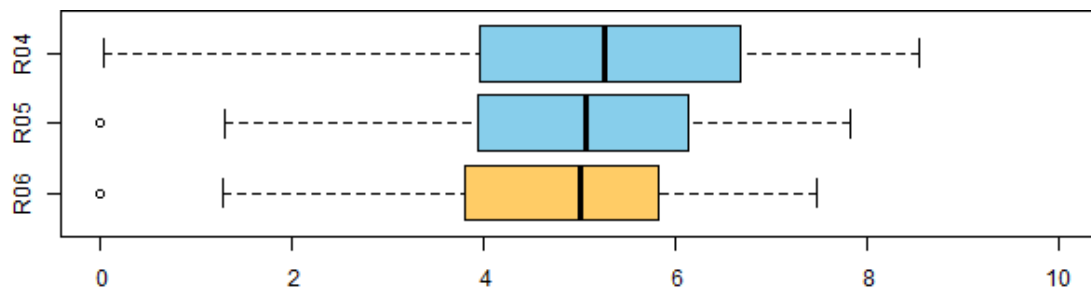
a : (施設整備債務償還経費 (PFI 活用も含む) ÷ 診療報酬請求金額) × 100

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

### 集計値 (%)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	43	5.2	0.0	5.3	8.5
R05 年度	43	4.9	0.0	5.1	7.8
R06 年度	43	4.8	0.0	5.0	7.5

### グラフ (%)



## 項目77 院外処方せん発行率

### 項目の値に関する解説

院外薬局へ処方せんを発行した割合を表す指標です。令和4年度から令和6年度にかけて、平均値・中央値ともにやや増加傾向にあります。

### 項目の定義について

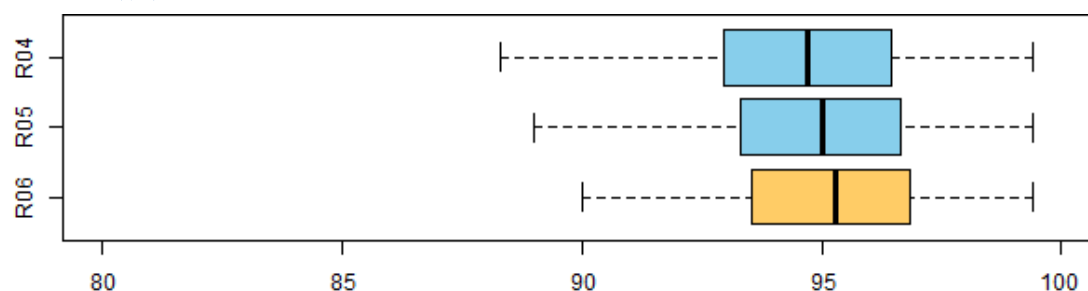
各年度1年間の、院外処方せん発行率です。以下の式で算出します。

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

### 集計値 (%)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	43	92.4	1.7	94.7	99.4
R05年度	43	92.7	2.0	95.0	99.4
R06年度	43	93.0	1.5	95.3	99.4

### グラフ (%)



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 (R05年度: 1大学、R06年度: 1大学、R06年度: 1大学)。

## 歯科に係る項目

国立大学歯学部附属病院は1大学に設置されています。また、歯学部を有する10大学では、かつて歯学部附属病院として独立して運営されていましたが、医学部附属病院との統合により一つの病院として運営されています。また、歯科を有しない国立大学病院（本院）には、歯科口腔外科が設置されており、医科とは異なる教育体系のもと、各々の運営体制で国立大学として独自性を持ち歯学領域に貢献しています。

国立大学病院では、日本における新しい歯科医療診療体制を構築すること及びチーム医療や地域における歯科連携の強化を図り、病院歯科の再構築が望まれています。また、医学部・歯学部における口腔と全身に関する教育の連携については、未だ大学間の差があるため、引き続き連携を行うことが重要となります。（参考：国立大学病院の将来像～現状と展望～「グランドデザイン2016」）

「歯科に係る項目」は、国立大学病院における、歯科領域の実績を反映する指標です。

## 項目78 臨床研修指導歯科医数

### 項目の値に関する解説

臨床研修指導歯科医とは、研修歯科医の教育・指導を担当できる臨床経験のある専門歯科医師のことです。国立大学病院の社会的責任のひとつに、診療を通じた研修歯科医の指導があり、本指標を公表することにより、優れた医療者の育成に取り組んでいること、専門歯科医の層の厚さを社会にアピールできると考えます。

令和6年度は前年度と比較して、医科と歯科が統合された大学病院の平均値の件数がやや増加しています。

### 項目の定義について

各年度1年間に在籍した歯科医師のうち、臨床経験7年以上で指導歯科医講習会を受講した臨床研修指導歯科医、または臨床経験5年以上で日本歯科医学会・専門分科会の認定医・専門医の資格を有し、指導歯科医講習会を受講した臨床研修指導歯科医の人数です。

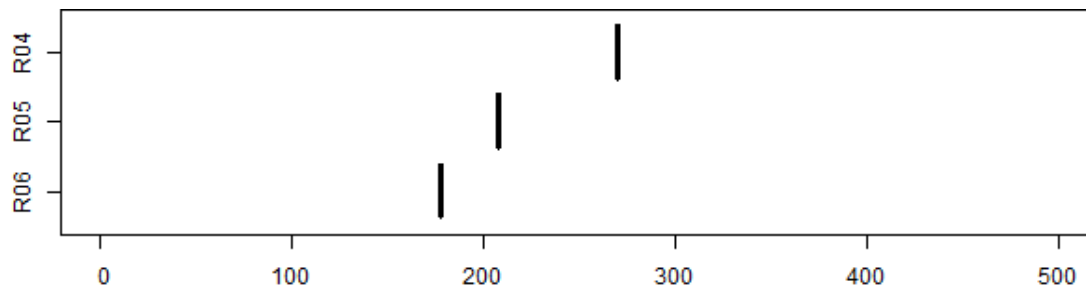
集計値（人） 上段：歯学部附属病院  
 中段：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門  
 下段：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科診療科

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	1	108.0	108.0	108.0	108.0
	10	67.2	36.0	65.5	96.0
	31	5.4	0.0	5.0	13.0
R05年度	1	83.0	83.0	83.0	83.0
	10	73.8	37.0	79.0	101.0
	31	5.3	2.0	5.0	12.0
R06年度	1	71.0	71.0	71.0	71.0
	10	77.7	50.0	75.0	99.0
	31	4.8	0.0	4.0	10.0

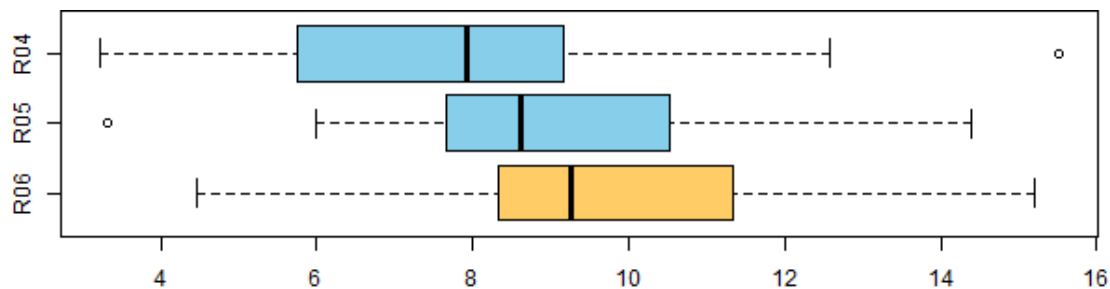
一般病床100床当たり（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	1	270.0	270.0	270.0	270.0
	10	8.5	3.2	8.2	15.5
	31	0.8	0.0	0.7	1.8
R05年度	1	207.5	207.5	207.5	207.5
	10	9.2	3.3	8.7	14.4
	31	0.8	0.3	0.7	1.5
R06年度	1	177.5	177.5	177.5	177.5
	10	9.7	4.5	9.3	15.2
	31	0.7	0.0	0.7	1.2

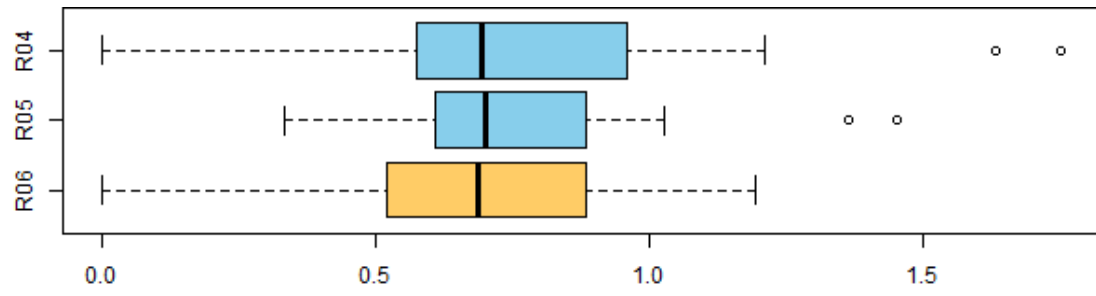
グラフ（一般病床100床あたり人数） 対象：歯学部附属病院（1）



グラフ（一般病床100床あたり人数） 対象：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門（10）



グラフ（一般病床100床あたり人数） 対象：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科  
診療科（31）



## 項目79 専門医の新規資格取得者数（歯科）

### 項目の値に関する解説

国立大学病院の社会的責任のひとつに、専門性の高い歯科医師の養成・教育に力を入れることがあり、本指標を公表することにより、その教育機能、高い専門的診療力を社会に示すことができると考えます。

令和6年度は、前年度と比較して、医科と歯科が統合された大学病院の平均値の件数がやや増加しています。令和4年度から調査対象は一般社団法人日本歯科専門医機構が認定する専門医のみであるとして、定義が見直されています。

### 項目の定義について

自大学の専門研修プログラム修了者のうち各年度一年間に専門医認定試験に合格し、各年度中に専門医認定書を受けた者の延べ人数です。

本項目は、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です。

「項目35 専門医の新規資格取得者数」の内数になります。

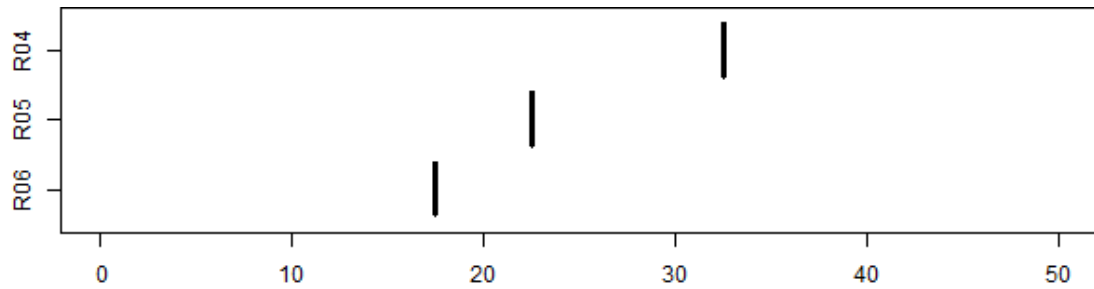
集計値（人） 上段：歯学部附属病院  
中段：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門  
下段：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科診療科

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	1	13.0	13.0	13.0	13.0
	10	2.9	0.0	3.5	6.0
	31	0.5	0.0	0.0	3.0
R05年度	1	9.0	9.0	9.0	9.0
	10	2.6	0.0	2.5	8.0
	31	0.5	0.0	0.0	3.0
R06年度	1	7.0	7.0	7.0	7.0
	10	3.8	0.0	4.5	6.0
	31	0.3	0.0	0.0	1.0

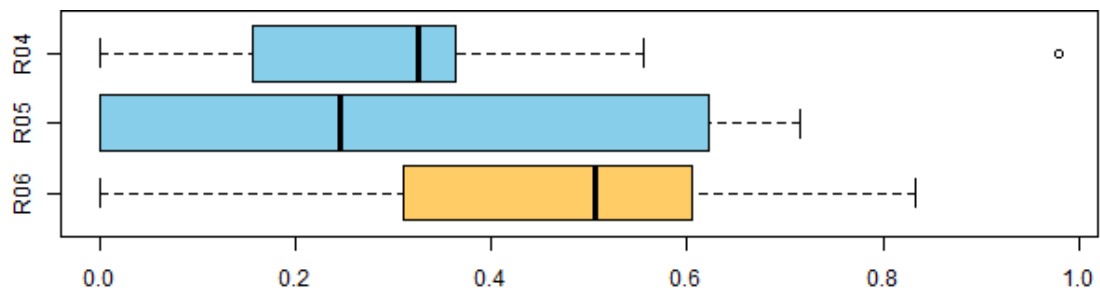
一般病床100床当たり（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	1	32.5	32.5	32.5	32.5
	10	0.4	0.0	0.3	1.0
	31	0.1	0.0	0.0	0.5
R05年度	1	22.5	22.5	22.5	22.5
	10	0.3	0.0	0.3	0.7
	31	0.1	0.0	0.0	0.5
R06年度	1	17.5	17.5	17.5	17.5
	10	0.5	0.0	0.5	0.8
	31	0.0	0.0	0.0	0.2

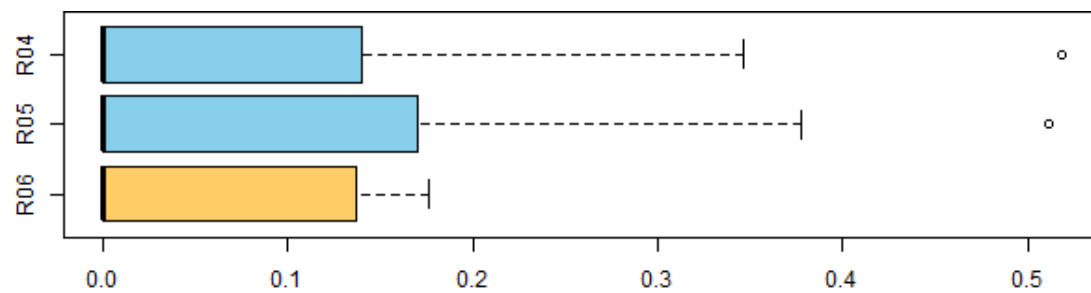
グラフ（一般病床100床当たり人数） 対象：歯学部附属病院（1）



グラフ（一般病床100床当たり人数） 対象：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門（10）



グラフ（一般病床100床当たり人数） 対象：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科  
診療科（31）



## 項目80 臨床研修歯科医採用人数

### 項目の値に関する解説

国立大学病院の社会的責任のひとつに、優れた歯科医療人の育成があり、本指標を公表することにより、魅力的な研修プログラムをいかに提供しているかを社会にアピールすることができると思います。令和6年度の採用人数は、前年度と比較して、平均値・中央値ともに同程度の水準を維持しています。

### 項目の定義について

各年6月1日時点での、臨床研修歯科医採用人数です。

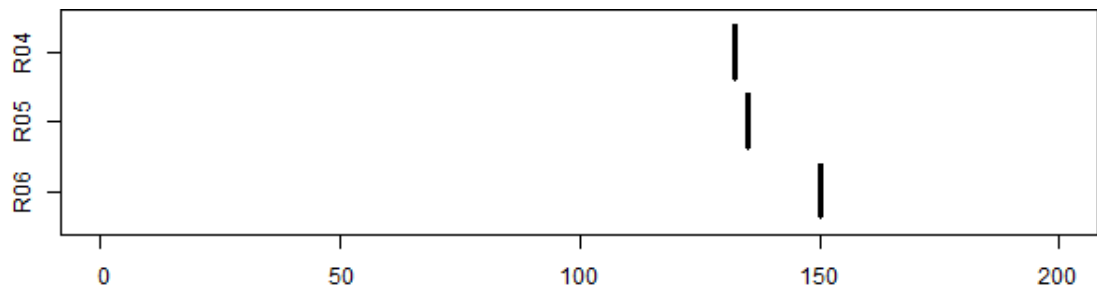
集計値（人） 上段：歯学部附属病院  
中段：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門  
下段：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科診療科

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	1	53.0	53.0	53.0	53.0
	10	37.0	23.0	34.0	57.0
	31	3.3	0.0	3.0	10.0
R05年度	1	54.0	54.0	54.0	54.0
	10	40.9	27.0	41.5	55.0
	31	3.6	0.0	4.0	10.0
R06年度	1	60.0	60.0	60.0	60.0
	10	39.3	24.0	40.0	60.0
	31	3.7	0.0	3.0	10.0

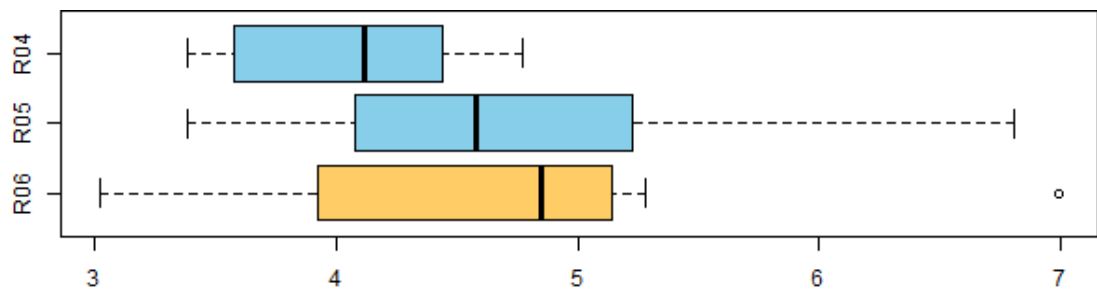
一般病床100床当たり（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	1	132.5	132.5	132.5	132.5
	10	4.4	3.4	4.3	7.3
	31	0.5	0.0	0.4	1.2
R05年度	1	135.0	135.0	135.0	135.0
	10	5.0	3.4	4.7	7.1
	31	0.5	0.0	0.5	1.0
R06年度	1	150.0	150.0	150.0	150.0
	10	4.7	3.0	4.8	7.0
	31	0.5	0.0	0.5	1.1

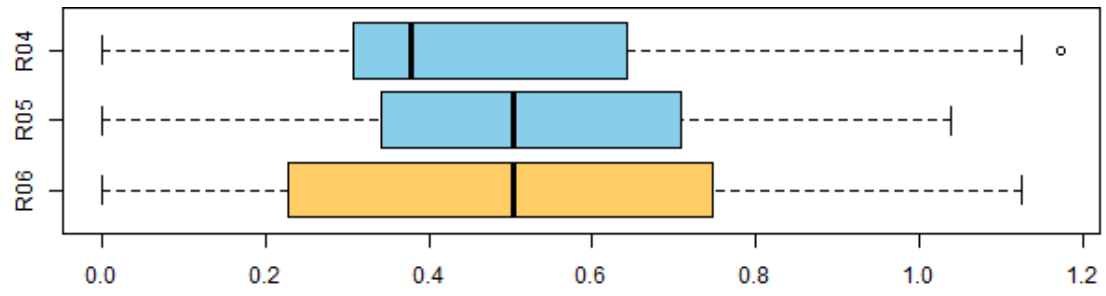
グラフ（一般病床100床当たり人数） 対象：歯学部附属病院（1）



グラフ（一般病床100床当たり人数） 対象：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門（10）



グラフ（一般病床100床当たり人数） 対象：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科  
診療科（31）



## 項目81 歯科衛生士の受入実習学生数

### 項目の値に関する解説

国立大学病院の社会的責任のひとつに、優れた歯科医療人の育成があり、本指標を公表することにより、歯科医師だけでなく歯科関連専門職の教育体制についてもアピールできると考えます。歯科衛生士を目指す学生の受入れについて、単に受入人数ではなく、延べ人数（人数×日数）として、臨床実習に対する貢献の程度を評価します。令和4年度から令和6年度にかけ、平均値・中央値ともに大きな変化なく推移しています。

### 項目の定義について

各年度1年間の、実習受入学生の延べ人数（人数×日数）です。

集計値（人日） 上段：歯学部附属病院

中段：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門

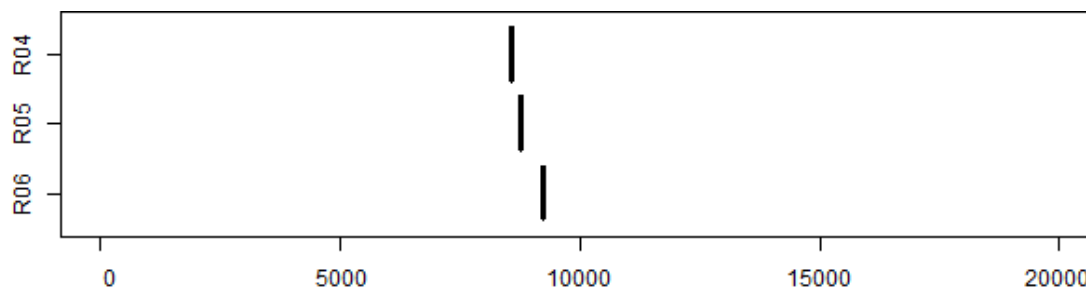
下段：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科診療科

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	1	3,425.0	3,425.0	3,425.0	3,425.0
	10	1,651.9	0.0	405.0	5,612.0
	32	158.8	0.0	58.0	785.0
R05年度	1	3,514.0	3,514.0	3,514.0	3,514.0
	10	2,063.7	0.0	1,166.5	7,334.0
	32	177.6	0.0	100.0	950.0
R06年度	1	3,689.0	3,689.0	3,689.0	3,689.0
	10	1,765.4	0.0	1,212.0	5,410.0
	32	189.0	0.0	120.0	816.0

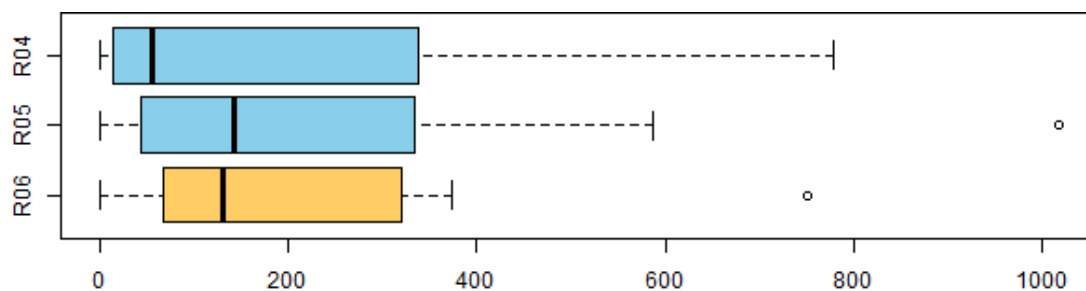
一般病床100床当たり（人日）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	1	8,562.5	8,562.5	8,562.5	8,562.5
	10	208.6	0.0	56.4	779.4
	32	22.3	0.0	9.5	91.2
R05年度	1	8,785.0	8,785.0	8,785.0	8,785.0
	10	261.2	0.0	141.8	1,018.6
	32	25.0	0.0	17.6	92.2
R06年度	1	9,222.5	9,222.5	9,222.5	9,222.5
	10	215.6	0.0	129.8	751.4
	32	27.6	0.0	15.8	148.4

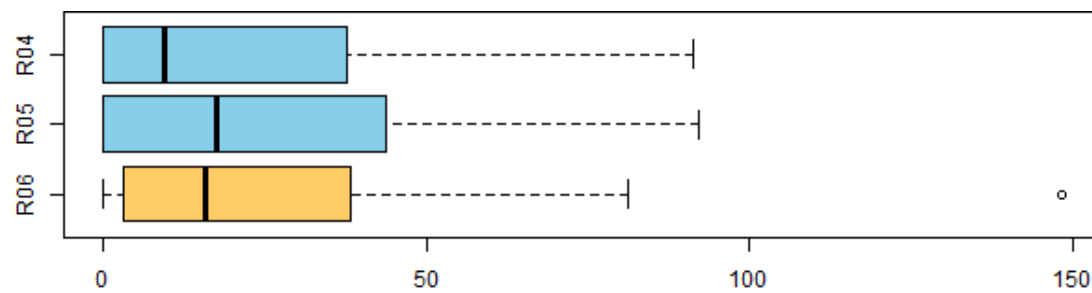
グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：歯学部附属病院（1）



グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門（10）



グラフ（一般病床100床当たり人日） 対象：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科  
診療科（32）



## 項目82 年間延べ外来患者数（歯科）

### 項目の値に関する解説

国立大学病院における外来患者数における歯科外来患者数を独立して抽出することにより、医科系での入院外来患者数評価の適正化をはかるとともに歯科系での患者の動向を評価できます。令和4年度から令和6年度にかけ、平均値・中央値ともに大きな変化なく推移しています。

### 項目の定義について

各年度1年間の、歯学部附属病院、医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門、歯学部のない大学病院の歯科口腔外科診療科の延べ外来受診患者数です。

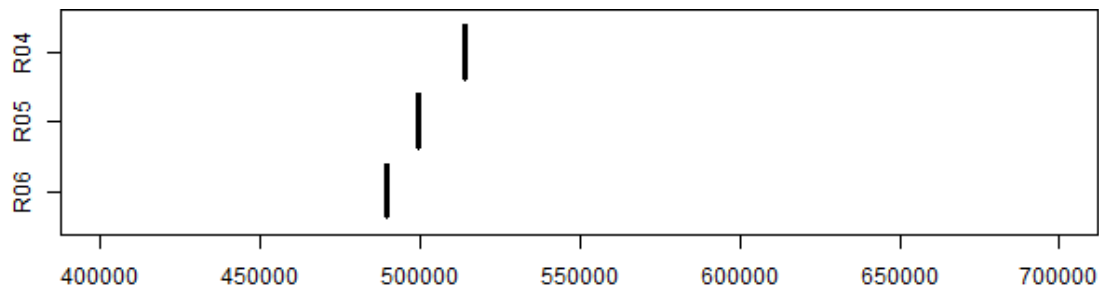
集計値（人） 上段：歯学部附属病院  
 中段：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門  
 下段：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科診療科

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	1	205,722.0	205,722.0	205,722.0	205,722.0
	10	142,960.2	82,537.0	124,806.5	315,719.0
	32	16,036.5	4,071.0	15,922.0	24,454.0
R05 年度	1	199,725.0	199,725.0	199,725.0	199,725.0
	10	144,136.1	84,528.0	127,823.0	327,281.0
	32	16,403.0	4,148.0	16,935.0	23,949.0
R06 年度	1	195,747.0	195,747.0	195,747.0	195,747.0
	10	142,636.9	80,384.0	125,871.0	327,260.0
	32	16,316.3	4,577.0	16,665.0	25,943.0

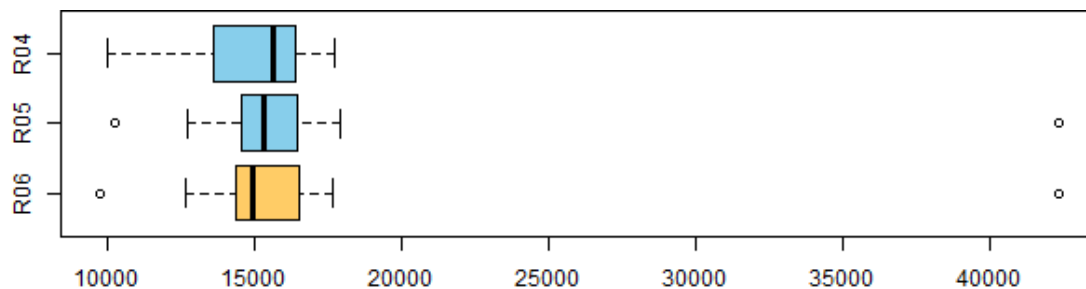
一般病床100床当たり（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	1	514,305.0	514,305.0	514,305.0	514,305.0
	10	17,440.1	9,980.3	15,735.3	40,896.2
	32	2,395.9	393.7	2,358.9	3,871.0
R05年度	1	499,312.5	499,312.5	499,312.5	499,312.5
	10	17,583.7	10,221.0	15,325.4	42,393.9
	32	2,452.7	401.2	2,357.6	3,925.3
R06年度	1	489,367.5	489,367.5	489,367.5	489,367.5
	10	17,388.3	9,720.0	14,914.5	42,391.2
	32	2,426.6	442.6	2,394.8	3,778.6

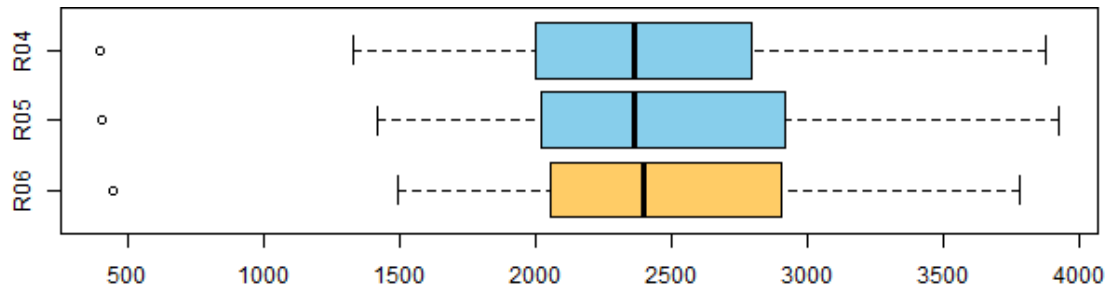
グラフ（一般病床100床当たり人数） 対象：歯学部附属病院（1）



グラフ（一般病床100床当たり人数） 対象：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門（10）



グラフ（一般病床100床当たり人数） 対象：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科  
診療科（32）



## 項目83 周術期口腔機能管理料算定数

### 項目の値に関する解説

本指標を公表することで国立大学病院における医科歯科連携の比重を評価することができます。令和4年度から令和6年度にかけ、医科と歯科が統合された大学病院および歯学部のない大学病院の平均値・中央値ともに件数が増加傾向にあります。

### 項目の定義について

各年度1年間の、周術期口腔機能管理料算定件数（算定延べ数）です。

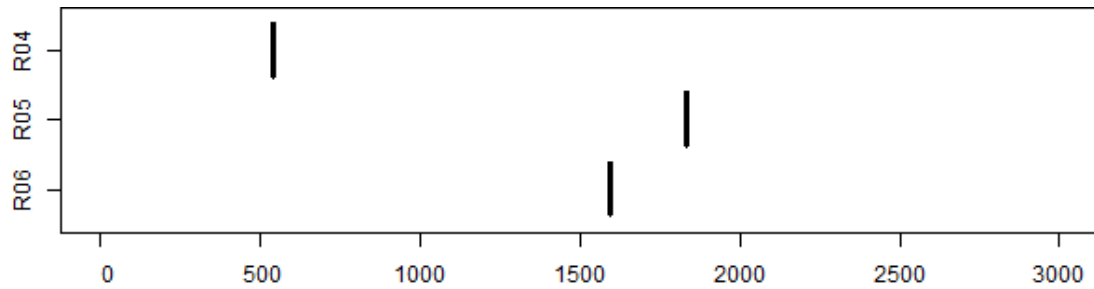
集計値（件） 上段：歯学部附属病院  
中段：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門  
下段：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科診療科

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04 年度	1	216.0	216.0	216.0	216.0
	10	4,846.1	914.0	4,435.5	7,545.0
	31	2,251.7	85.0	2,094.0	6,159.0
R05 年度	1	733.0	733.0	733.0	733.0
	10	5,134.8	936.0	5,757.5	7,847.0
	31	2,509.5	58.0	2,000.0	6,955.0
R06 年度	1	638.0	638.0	638.0	638.0
	10	5,492.9	1,045.0	5,972.5	9,440.0
	31	2,681.0	61.0	1,920.0	7,564.0

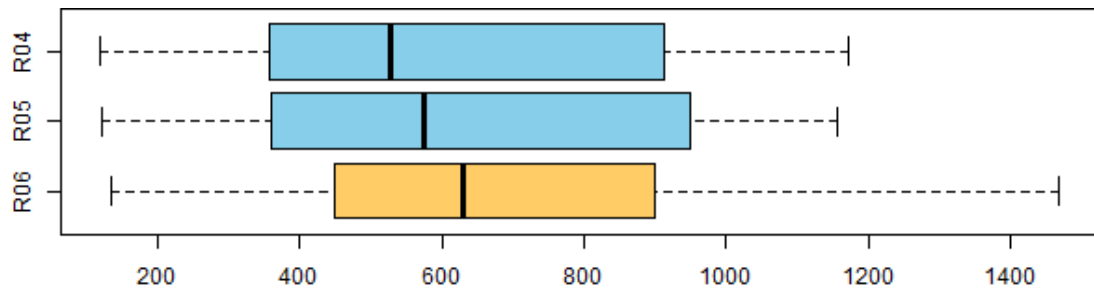
一般病床100床当たり (件)

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	1	540.0	540.0	540.0	540.0
	10	595.4	119.8	500.9	1,170.8
	31	349.8	14.7	271.2	1,082.4
R05年度	1	1,832.5	1,832.5	1,832.5	1,832.5
	10	633.8	122.7	593.7	1,156.1
	31	387.5	10.0	298.0	1,186.9
R06年度	1	1,595.0	1,595.0	1,595.0	1,595.0
	10	689.7	137.0	628.8	1,468.1
	31	407.5	10.5	306.0	1,290.8

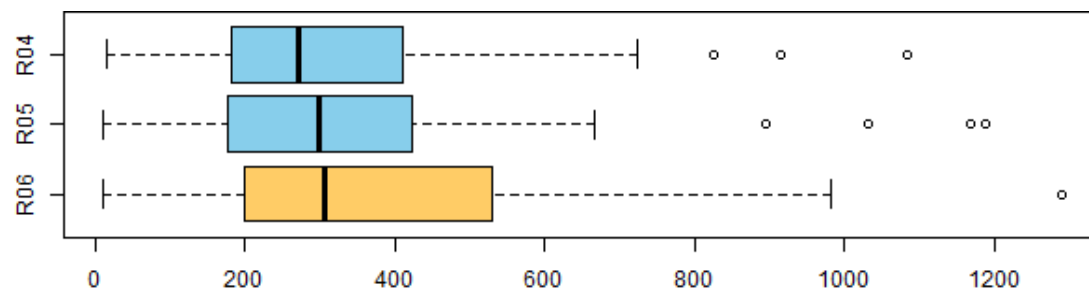
グラフ (一般病床100床当たり件数) 対象: 歯学部附属病院 (1)



グラフ (一般病床100床当たり件数) 対象: 医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門 (10)



グラフ（一般病床100床当たり件数） 対象：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科診療科（31）



## 項目84 歯科領域の特定疾患患者数

### 項目の値に関する解説

本指標を公表することにより、歯科における難病治療への国立大学病院での貢献度を社会にアピールできると考えます。令和4年度から令和6年度にかけ、平均値・中央値ともに大きな変化なく推移しています。

### 項目の定義について

各年度1年間の、歯科特定疾患療養管理料を算定した患者数（算定延べ数）です。

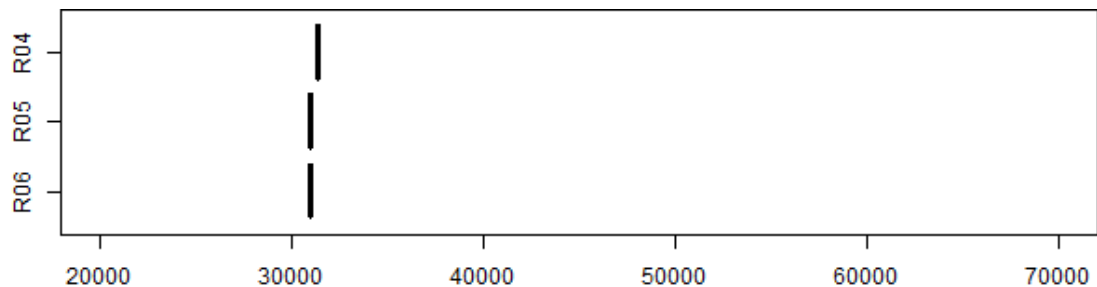
集計値（人） 上段：歯学部附属病院  
中段：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門  
下段：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科診療科

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	1	12,529.0	12,529.0	12,529.0	12,529.0
	10	8,788.8	3,035.0	7,437.0	22,432.0
	31	2,059.5	102.0	2,059.0	6,580.0
R05年度	1	12,381.0	12,381.0	12,381.0	12,381.0
	10	8,659.5	2,908.0	7,397.5	22,710.0
	31	2,153.9	393.0	2,236.0	5,861.0
R06年度	1	12,387.0	12,387.0	12,387.0	12,387.0
	10	8,579.2	2,862.0	7,249.0	22,667.0
	31	2,173.1	414.0	2,244.0	5,477.0

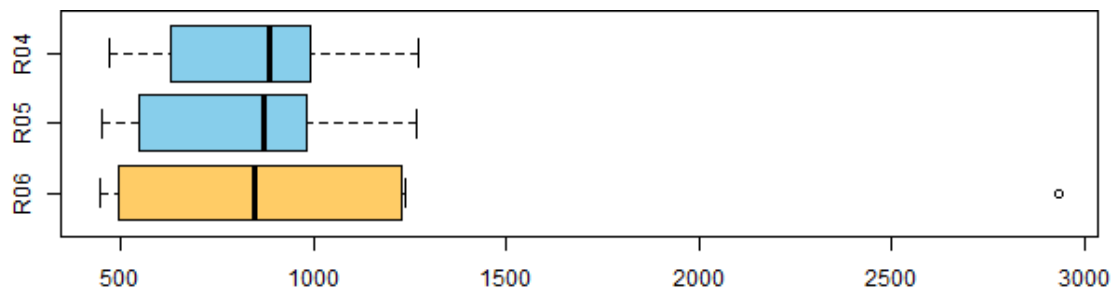
一般病床100床当たり（人）

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	1	31,322.5	31,322.5	31,322.5	31,322.5
	10	1,048.4	472.0	895.2	2,905.7
	31	307.7	12.8	273.5	827.7
R05年度	1	30,952.5	30,952.5	30,952.5	30,952.5
	10	1,034.2	452.3	882.2	2,941.7
	31	321.8	49.6	349.3	737.2
R06年度	1	30,967.5	30,967.5	30,967.5	30,967.5
	10	1,023.1	445.1	848.4	2,936.1
	31	323.4	52.3	306.0	688.9

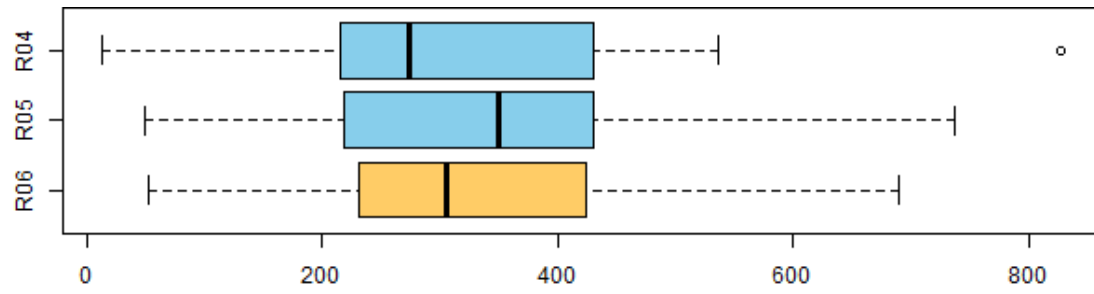
グラフ（一般病床100床当たり人数） 対象：歯学部附属病院（1）



グラフ（一般病床100床当たり人数） 対象：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門（10）



グラフ（一般病床100床当たり人数） 対象：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科  
診療科（31）



## 項目85 紹介率（歯科）

### 項目の値に関する解説

本指標を公表することにより、地域の中核的な歯科病院として、地域の他の医療機関と相互理解の上で連携し、病状に応じた医療を提供していることを社会に示すことができます。特に、特定機能病院での歯科部門の特殊性を理解するために参考となり得ます。令和6年度の平均値・中央値は、前年度と同程度の水準を維持しています。

### 項目の定義について

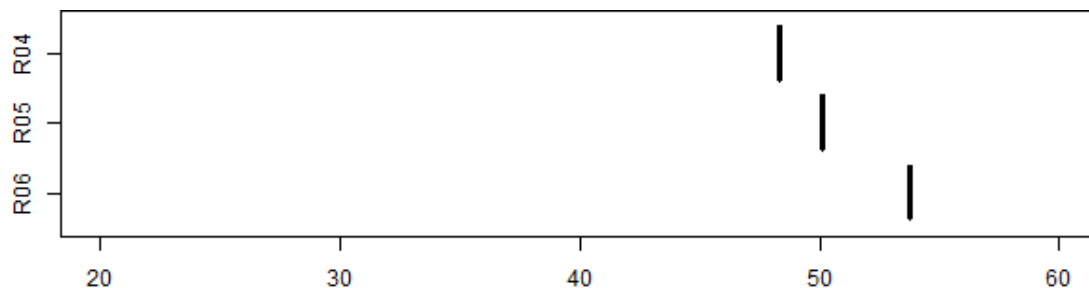
各年度1年間の、歯科系および歯科口腔外科診療科の紹介率です。以下の式で算出します。

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

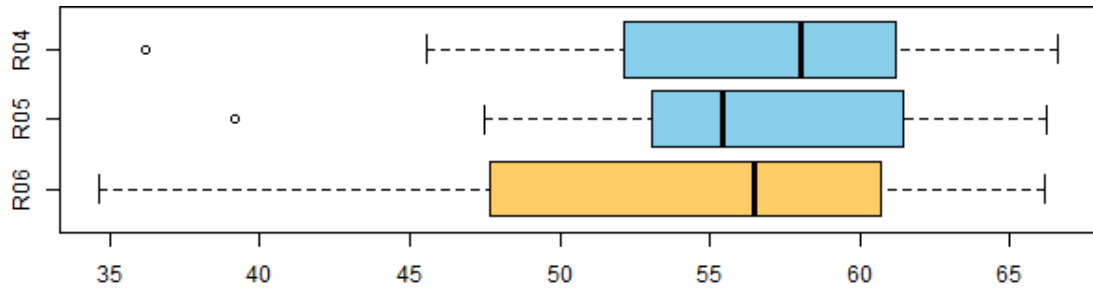
集計値（％） 上段：歯学部附属病院  
中段：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門  
下段：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科診療科

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	1	48.4	48.4	48.4	48.4
	10	55.7	36.2	58.8	66.6
	31	56.4	26.4	55.1	98.2
R05年度	1	50.1	50.1	50.1	50.1
	10	55.6	39.2	56.5	66.2
	31	55.7	26.3	57.5	98.4
R06年度	1	53.8	53.8	53.8	53.8
	10	54.4	34.6	56.5	66.1
	31	55.4	20.1	55.5	99.2

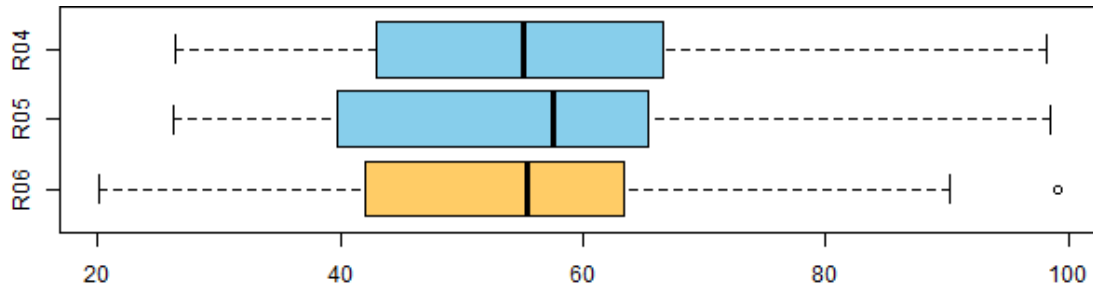
グラフ（％） 対象：歯学部附属病院（1）



グラフ (%) 対象：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門 (10)



グラフ (%) 対象：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科診療科 (31)



## 項目86 逆紹介率（歯科）

### 項目の値に関する解説

本指標を公表することにより、地域の中核的な歯科病院として、地域の他の医療機関と相互理解の上で連携し、病状に応じた医療を提供していることを社会に示すことができます。特に、特定機能病院での歯科部門の特殊性を理解するために参考となり得ます。令和6年度の逆紹介率は、歯学部附属病院および医科と歯科が統合された大学病院で、前年度と比較して増加しています。

### 項目の定義について

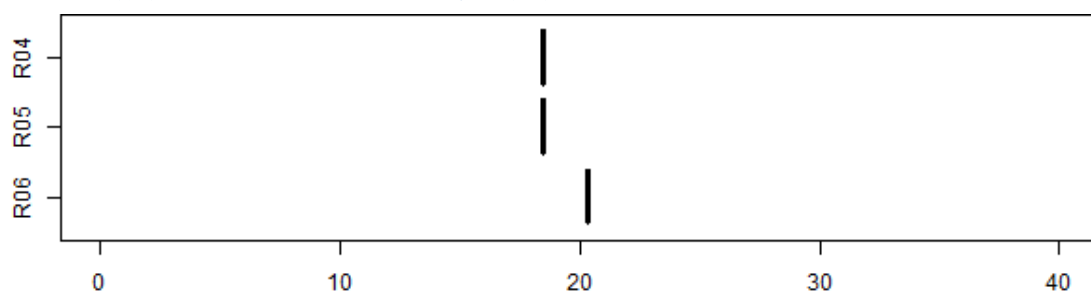
各年度1年間の、歯科系および歯科口腔外科診療科の逆紹介率です。以下の式で算出します。

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

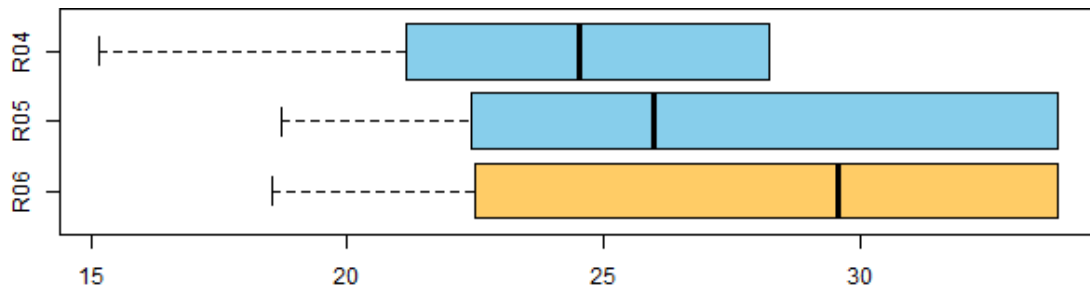
集計値（％） 上段：歯学部附属病院  
 中段：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門  
 下段：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科診療科

	集計大学数	平均値	最小値	中央値	最大値
R04年度	1	18.5	18.5	18.5	18.5
	10	27.7	15.2	23.6	54.2
	31	32.7	2.7	28.4	105.2
R05年度	1	18.5	18.5	18.5	18.5
	10	30.4	18.0	24.8	61.5
	31	34.2	4.7	34.8	102.8
R06年度	1	20.4	20.4	20.4	20.4
	10	32.6	18.5	29.6	60.6
	31	34.7	3.5	33.6	136.1

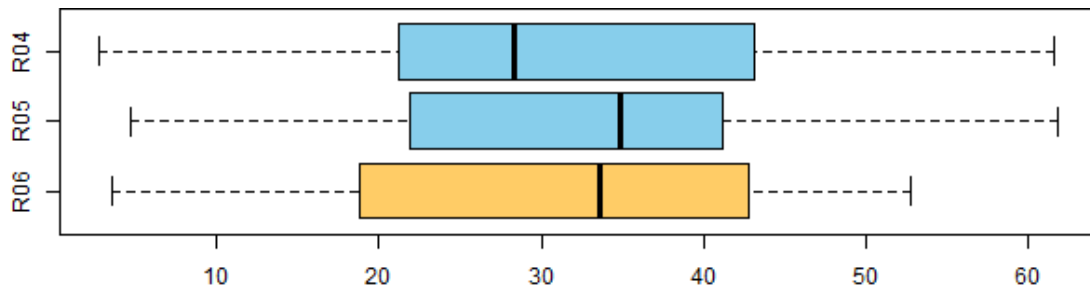
グラフ（％） 対象：歯学部附属病院（1）



グラフ (%) 対象：医科と歯科が統合された大学病院の歯科部門 (10)



グラフ (%) 対象：歯学部のない大学病院の歯科口腔外科診療科 (31)



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 (R04 年度：1 大学、R05 年度：2 大学、R06 年度：2 大学)

## 【付録】 項目算出の詳細マスタ

本付録は、病院機能指標の各項目において、DPCデータを用いて算出を行っている項目における、算出方法の詳細について紹介する。

## DPC データとは

診断群分類 (DiagnosisProcedureCombination: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、全国立大学病院の DPC データの収集と、データ分析を行っています。

### 【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

### 【Hファイル】

症例ごと日ごとに作成され、症例の重症度、医療・看護必要度が記入される。

記載されている内容は、病棟コードや入退院日、一般病棟用・特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度など

### 対象期間

- ・症例数については令和6年4月以降入院の症例かつ、令和6年4月～令和7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令和6年4月～令和7年3月に実施されたレセプトをカウントした。

## 02 手術室内での手術件数

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 定義

手術室で行われた手術の件数である。ただし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件として算出する。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るため、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る。

### 算出方法

- 1) 対象期間の全レコードより、Kコードの手技に該当するレコードを抽出する。
- 2) 以下の除外基準のいずれかを満たすレコードを除外する。
- 3) 同一症例で同日のレコードは1件を残して除外し、各大学の件数を算出する。

#### <除外基準<sup>15</sup>>

##### ①診療報酬点数が1,000点以下

- ・円点区分(F-17)が円単位(1)かつ行為明細点数(F14)が10,000以下
- ・円点区分(F-17)が点単位(0)かつ行為明細点数(F14)が1,000以下

##### ②輸血の場合

K920 輸血、K920-2 輸血管管理料、K923 術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの）、  
K924 自己生体組織接着剤作成術、K924-2 自己クリオプレシピテート作製術（用手法）、  
K924-3 同種クリオプレシピテート作製術

##### ③骨髄移植の場合

K921 造血幹細胞採取（一連につき）、K921-2 間葉系幹細胞採取（一連につき）、  
K921-3 末梢血単核球採取（一連につき）、K922 造血幹細胞移植、  
K922-2 CAR発現生T細胞投与（一連につき）、  
K922-3 自己骨髄由来間葉系幹細胞投与（一連につき）

##### ④消化管に対する内視鏡処置の場合

K520 食道縫合術（穿孔、損傷）（4 内視鏡によるもの）、K522 食道狭窄拡張術、

<sup>15</sup> 除外基準に示す各Kコードは下記ルールで色表記を行う。

赤：令和6年度診療報酬改定に伴う追加

紫：令和6年度病院機能指標調査実施時のマスタ見直しに基づく追加・削除

また、上記により変更を行った場合に対象となるレセプト電算コードは各項にて示す。

K522-2 食道ステント留置術、K523-2 硬性内視鏡下食道異物摘出術、  
K526 食道腫瘍摘出術（1 内視鏡によるもの）、K526-2 内視鏡的食道粘膜切除術、  
K526-3 内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法、K526-4 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法、  
K530-3 内視鏡下筋層切開術、K533 食道・胃静脈 瘤 硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）、  
K533-2 内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術、K533-3 内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術、  
K647-3 内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、K651 内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術、  
K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術、  
K653-2 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）、  
K653-3 内視鏡的食道及び胃内異物摘出術、K653-4 内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法、  
K653-5 内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術、K653-6 内視鏡的逆流防止粘膜切除術、  
K654 内視鏡的消化管止血術、  
K664 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）、  
K664-2 経皮経食道胃管挿入術（P T E G）、K664-3 薬剤投与用胃瘻造設術、  
K665 胃瘻閉鎖術（2 内視鏡によるもの）、K665-2 胃瘻拔去術、  
K682-3 内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（E N B D）、  
K682-4 超音波内視鏡下瘻孔形成術（腹腔内膿瘍に対するもの）、  
K685 内視鏡的胆道結石除去術、K686 内視鏡的胆道拡張術、K687 内視鏡的乳頭切開術、  
K688 内視鏡的胆道ステント留置術、K708-3 内視鏡的膵管ステント留置術、  
K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術、K721-3 内視鏡的結腸異物摘出術、  
K721-5 内視鏡的小腸ポリープ切除術、K730 小腸瘻閉鎖術（3 内視鏡によるもの）、  
K731 結腸瘻閉鎖術（3 内視鏡によるもの）、K735-2 小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）、  
K735-4 下部消化管ステント留置術、K738 直腸異物除去術（1 経肛門（内視鏡によるもの））、  
K739-2 経肛門的内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る。）

⑤気管に対する内視鏡処置の場合

K388-3 内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）、  
K390 喉頭異物摘出術（2 直達鏡によるもの）、  
K391 気管異物除去術（1 直達鏡によるもの）、  
K403 気管形成手術（管状気管、気管移植等）（1 頸部からのもの）、  
K508 気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）、  
K508-2 気管・気管支ステント留置術（2 軟性鏡によるもの）、K508-3 気管支熱形成術、  
**K508-4 気管支バルブ留置術**、K509 気管支異物除去術（直達鏡）、K509-2 気管支肺胞洗浄術、  
K509-3 気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術、K509-4 気管支瘻孔閉鎖術、  
K510 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によるもの）、  
K510-2 光線力学療法、K510-3 気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術

⑥血管に対する経皮的処置の場合

K164-3 脳血管塞栓（血栓）摘出術、K164-4 定位的脳内血腫除去術、

K164-5 内視鏡下脳内血腫除去術、K178 脳血管内手術、K178-2 経皮的脳血管形成、  
 K178-3 経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術、K178-4 経皮的脳血栓回収術、  
 K178-5 経皮的脳血管ステント留置術、  
 K533 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）、  
 K533-2 内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術、K533-3 内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術、  
 K546 経皮的冠動脈形成術、K547 経皮的冠動脈粥腫切除術、  
 K548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、K549 経皮的冠動脈ステント留置術、  
 K550 冠動脈内血栓溶解療法、K550-2 経皮的冠動脈血栓吸引術、K561 ステントグラフト内挿術、  
 K562 動脈管開存症手術（1 経皮的動脈管開存閉鎖術）、K567-2 経皮的大動脈形成術、  
 K570-2 経皮的肺動脈弁拡張術、K570-3 経皮的肺動脈形成術、  
 K570-4 経皮的肺動脈穿通・拡大術、K574-2 経皮的心房中隔欠損閉鎖術、  
 K574-3 経皮的卵円孔開存閉鎖術、K594 不整脈手術口 経カテーテル的手術によるもの、  
 K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術、K595-2 経皮的中隔心筋焼灼術  
 K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）（1日につき）、  
 K602-2 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（1日につき）、  
 K609-2 経皮的頸動脈ステント留置術、K613 腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）、  
 K615 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）、K615-2 経皮的大動脈遮断術、  
 K616 四肢の血管拡張術・血栓除去術、K616-3 経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）  
 K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術、K616-5 経皮的血管内異物除去術、  
 K616-6 経皮的下肢動脈形成術、K616-7 ステントグラフト内挿術（シャント）、  
 K616-8 吸着式潰瘍治療法（1日につき）、K617 下肢静脈瘤手術2 硬化療法（一連として）、  
 K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術、K617-5 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術、  
 K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術、K618 中心静脈注射用植込型カテーテル設置、  
 K620 下大静脈フィルター留置術、K620-2 下大静脈フィルター除去術

（変更分）

レセプト電算コード	手技（薬剤）名	解釈番号 （薬価基準収載 医薬品コード）	変更理由
150449110	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（門脈塞栓術（開腹））	K6150	追加
150453150	弁周囲欠損孔閉鎖術（順行性又は逆行性アプローチ）	K5742	追加
150453450	経皮的頸動脈ステント留置術（薬事承認又は認証医療機器）	K6092	追加

⑦非観血的処置の場合

K044 骨折非観血的制服術、K047 難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）、  
 K047-2 難治性骨折超音波治療法（一連につき）、K047-3 超音波骨折治療法（一連につき）、  
 K061 関節脱臼非観血的整復術、K062 先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）、  
 K117 脊椎脱臼非観血的整復術、K117-2 頸椎非観血的整復術、

K120-2 恥骨結合離開非観血的整復固定術、K121 骨盤骨折非観血的整復術、  
 K428 下顎骨折非観血的整復術、K430 顎関節脱臼非観血的整復術、  
 K432 上顎骨折非観血的整復術、  
 K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）（1日につき）2 2日目以降、  
 K601 人工心肺（1日につき）2 2日目以降、  
 K601-2 体外式膜型人工肺（1日につき）2 2日目以降、  
 K602 経皮的な心肺補助法（1日につき）2 2日目以降、  
 K602-2 経皮的な循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（1日につき）2 2日目以降  
 K603 補助人工心臓（1日につき）2 2日目以降30日目まで／3 31日目以降、  
 K603-2 小児補助人工心臓（1日につき）2 2日目以降30日目まで／3 31日目以降、  
 K604-2 植込型補助人工心臓（非拍動流型）2 2日目以降30日目まで（1日につき）／  
 3 31日目以降90日目まで（1日につき）／4 91日目以降（1日につき）  
 K678 体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）、K715 腸重積症整復術1 非観血的なもの  
 K736 人工肛門形成術2 その他のもの、K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）、  
 K883-2 子宮頸管閉鎖症手術2 非観血的、K884-2 人工授精、K884-3 胚移植術、K890-4 採卵術、  
 K907 胎児外回転術、K910-6 臍帯穿刺、K913 新生児仮死蘇生術

⑧加算の場合

告示等識別区分2 = 「7」の場合

(変更分)

レセプト電算コード	手技（薬剤）名	解釈番号 （薬価基準収載 医薬品コード）	変更理由
150444590	再製造単回使用医療機器使用加算（冠状静脈洞型）	K0000	追加
150444690	再製造単回使用医療機器使用加算（房室弁輪部型）	K0000	追加
150444790	再製造単回使用医療機器使用加算（心腔内超音波プローブ（標準型））	K0000	追加
150445670	フュージョンイメージング加算（骨悪性腫瘍等ラジオ波焼灼療法）	K0532	追加
150446570	脳血栓回収療法連携加算	K1784	追加
150447370	遺伝性乳癌卵巣癌症候群乳房切除加算	K4750	追加
150447470	フュージョンイメージング加算（乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法）	K4765	追加
150448170	フュージョンイメージング加算（肺悪性腫瘍等ラジオ波焼灼療法）	K5147	追加
150449670	フュージョンイメージング加算（骨盤内悪性腫瘍等ラジオ波焼灼療法）	K6453	追加

令和6年度

国立大学病院 病院機能指標

150449870	フュージョンイメージング加算（肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法）	K6972	追加
150449970	フュージョンイメージング加算（肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法）	K6973	追加
150450170	病変検出支援プログラム加算（内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術）	K7210	追加
150450670	フュージョンイメージング加算（腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法）	K7737	追加
150451570	女子外性器悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	K8500	追加
150451970	新鮮精子加算	K9170	追加
150452410	切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算	K9399	レセプト 電算コード 変更
150444370	乳癌センチネルリンパ節生検加算1（乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法）	K4765	名称変更
150444470	乳癌センチネルリンパ節生検加算2（乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法）	K4765	名称変更
150418070	フュージョンイメージング加算	K6973	削除
150433970	採取精子調整加算	K9170	削除

⑨手術等管理料の場合

K916 体外式膜型人工肺管理料、K917 体外受精・顕微授精管理料、K917-2 受精卵・胚培養管理料、K917-3 肺凍結保存管理料、**K917-4 採取精子調整管理料、K917-5 精子凍結保存管理料**

（変更分）

レセプト電算コード	手技（薬剤）名	解釈番号 （薬価基準収載 医薬品コード）	変更理由
150452010	採取精子調整管理料	K9174	追加
150452110	精子凍結保存管理料（導入時・精巣内精子採取術で採取の精子を凍結）	K9175	追加
150452210	精子凍結保存管理料（導入時・イ以外）	K9175	追加
150452310	精子凍結保存管理料（精子凍結保存維持管理料）	K9175	追加
150435210	胚凍結保存管理料（胚凍結保存管理料（導入時））（10個以上）	K9173	名称変更

## 03 緊急手術件数

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 定義

緊急に行われた手術で、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ある。あらかじめ計画された時間外手術は除く。複数術野の手術など、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件として計上する。

### 算出方法

- 1) 対象期間のFファイルの全レコードより、Kコードの手技に該当するレコードを抽出する。
- 2) 以下の除外基準のいずれかを満たすレコードを除外する。
- 3) 1) のレコードから以下の包含基準を満たすレコードを抽出する。
- 4) 2) のレコードに3) で抽出したレコードを突合し、同一症例かつ同日に3) の加算を算定したレコードのみ抽出する。
- 5) 同一症例で同日のレコードは1件を残して除外し、各大学の件数を算出する。

#### <包含基準>

緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（中略）を行った場合

（令和5年度診療報酬点数表 第10部手術 通則12）

本項目では、時間外加算、休日加算、深夜加算を対象とする。

#### <除外基準><sup>16</sup>

##### ①輸血の場合

K920 輸血、K920-2 輸血管理料、K923 術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの）、  
 K924 自己生体組織接着剤作成術、K924-2 自己クリオプレシピテート作製術（用手法）、  
 K924-3 同種クリオプレシピテート作製術

##### ②加算の場合

告示等識別区分2 = 「7」の場合

<sup>16</sup> 輸血の場合、または加算の場合の変更分は項目02を参照のこと。

## 04 手術技術度 D と E の手術件数

様式1 ファイル	E ファイル	F ファイル	H ファイル
-------------	--------	--------	--------

### 定義

外科系学会社会保険委員会連合(外保連)「手術試案(第9.4版)」において技術度D及びEに指定されている手術の件数である。

### 算出方法

- 1) 対象期間のFファイルの全レコードより、Kコードの手技に該当するレコードを抽出する。
- 2) 同一症例で同日のレコードの内、最も手術技術度の高いレコードを抽出する。
- 3) 外保連試案2024『手術試案第9.4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
- 4) 同一症例で同日のレコードは1件を残して除外し、各大学の件数を算出する。

※本項目では、令和6年度DPC研究班「DPC制度の適切な運用及びDPCデータの活用に資する研究」報告書附録DVDよりマスターを取得し、活用している。

## 05 手術全身麻酔件数

様式1 ファイル	E ファイル	F ファイル	H ファイル
-------------	--------	--------	--------

### 定義

手術室における手術目的の全身麻酔の件数である（検査などにおける全身麻酔件数は除く）。各大学間で集計方法が異なる可能性があるため、保険請求実績を元に集計を行っているため、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る。

### 算出方法

- 1) 対象期間のFファイルの全レコードより、Kコードの手技に該当するレコードを抽出する。
- 2) 包含基準を満たすレコード抽出する。
- 3) 1) のレコードから除外基準を満たすレコードを除外する。
- 4) 2) で抽出したレコードのうち、3) のレコードにおいて同一症例で同日実施のレコードのみ抽出する。
- 5) 同一症例で同日のレコードは1件を残して除外し、各大学の件数を算出する。

#### <包含基準>

閉鎖循環式全身麻酔を行っている場合

L001 筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔、

L001-2 静脈麻酔 2 十分な体制で行われる長時間のもの（単純な場合）／

3 十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合）

L007 開放点滴式全身麻酔、L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

#### <除外基準><sup>17</sup>

##### ①輸血の場合

K920 輸血、K920-2 輸血管理料、K923 術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの）、

K924 自己生体組織接着剤作成術、K924-2 自己クリオプレシピテート作製術（用手法）、

K924-3 同種クリオプレシピテート作製術

##### ②加算の場合

告示等識別区分2 = 「7」 の場合

<sup>17</sup> 輸血の場合、または加算の場合の変更分は項目02を参照のこと。

## 06 重症入院患者の手術全身麻酔件数

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 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）」の算定件数である。

### 算出方法

- 1) 対象期間のFファイルの全レコードより、Kコードの手技に該当するレコードを抽出する。
- 2) 包含基準を満たすレコード抽出する。

#### <包含基準>

- ・麻酔が困難な患者に閉鎖循環式全身麻酔を行っている場合  
(L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔)

- 1 イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合
- 2 イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合
- 3 イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合
- 4 イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合
- 5 その他の場合イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合

- 3) 1) のレコードから除外基準を満たすレコードを除外する。

#### <除外基準><sup>18</sup>

##### ①輸血の場合

K920 輸血、K920-2 輸血管管理料、K923 術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの）、  
K924 自己生体組織接着剤作成術、K924-2 自己クリオプレシピテート作製術（用手法）、  
K924-3 同種クリオプレシピテート作製術

##### ②加算の場合

告示等識別区分2 = 「7」の場合

- 4) 2) で抽出したレコードのうち、3) のレコードにおいて同一症例で同日実施のレコードのみ抽出する。
- 5) 同一症例で同日のレコードは1件を残して除外し、各大学の件数を算出する。

<sup>18</sup> 輸血の場合、または加算の場合の変更分は項目02を参照のこと。

## 09 脳梗塞の早期リハビリテーション実施率

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 定義

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（%）である。ただし、3日以内退院と転帰が死亡である場合は分子・分母から除く。

$$\frac{\text{入院後4日以内にリハビリテーションを開始した患者数}}{\text{脳梗塞発症後3日以内に緊急入院した患者数}}$$

算出方法

分母

1) 対象期間の様式1ファイルの全レコードより、包含基準をすべて満たすレコード抽出する。

様式1ファイルとFファイルは、入院年月日、患者識別番号、医療機関番号で紐づける。

<包含基準>

- ・「入院の契機となった傷病名」が脳梗塞（ICD-10コード：I63\$）<sup>19</sup>である。
- ・「医療資源を最も投入した傷病名」が脳梗塞（ICD-10コード：I63\$）である。
- ・「予定・救急医療入院区分」が救急医療入院（3\*\*）である。
- ・「入院時意識障害がある場合のJCS」が「無し（0）」または「I群（1～3）」である。
- ・Fファイルを参照し、当該入院期間中に「H001\$ 脳血管疾患等リハビリテーション料」（注5 イ、ロ、ハは除く）の算定がある。

（変更分）

レセプト電算コード	手技（薬剤）名	解釈番号 (薬価基準収載 医薬品コード)	変更理由
180745310	脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）	H00100001	細分化
180745410	脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（作業療法士による場合）	H00100001	細分化
180745510	脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（言語聴覚士による場合）	H00100001	細分化
180745610	脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（医師による場合）	H00100001	細分化

<sup>19</sup> \$はワイルドカードとする。

180745710	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(理学療法士による場合)	H00100002	細分化
180745810	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(作業療法士による場合)	H00100002	細分化
180745910	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(言語聴覚士による場合)	H00100002	細分化
180746010	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(医師による場合)	H00100002	細分化
180746110	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(理学療法士による場合)	H00100003	細分化
180746210	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(作業療法士による場合)	H00100003	細分化
180746310	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(言語聴覚士による場合)	H00100003	細分化
180746410	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(医師による場合)	H00100003	細分化
180746510	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(イからニまで以外の場合)	H00100003	細分化
180747930	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(理学療法士) (リ減)	H00100007	細分化
180748030	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(作業療法士) (リ減)	H00100007	細分化
180748130	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(言語聴覚士) (リ減)	H00100007	細分化
180748230	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(医師) (リ減)	H00100007	細分化
180748330	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(理学療法士) (リ減)	H00100008	細分化
180748430	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(作業療法士) (リ減)	H00100008	細分化
180748530	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(言語聴覚士) (リ減)	H00100008	細分化
180748630	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(医師) (リ減)	H00100008	細分化
180748730	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(理学療法士) (リ減)	H00100009	細分化
180748830	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(作業療法士) (リ減)	H00100009	細分化
180748930	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(言語聴覚士) (リ減)	H00100009	細分化

180749030	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(医師)(リ減)	H00100009	細分化
180749130	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(1から4以外)(リ減)	H00100009	細分化

2) 除外基準を満たすレコードを除外する。

<除外基準>

- ・「退院時転帰」が死亡である(「6 最も医療資源を投入した傷病による死」、「7 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡」)
- ・在院日数が3日以内である。
- ・「入院時併存症」または「入院後発症」の疾患名が下記に該当する。  
急性心筋梗塞(I21\$)、急性心筋梗塞の続発合併症(I23\$)、くも膜下出血(I60\$)、  
脳内出血(I61\$)、その他非外傷性頭蓋内出血(I62\$)、起立性低血圧(症)(I951)

3) 各大学の症例数を算出する。

分子

1) 分母のうち、Fファイルを参照し、入院年月日から数えて4日以内に、レセプト電算処理システム用コード(F-9)に以下の算定があった患者を抽出する。

<対象診療報酬>

H001\$ 脳血管疾患等リハビリテーション料

A301 特定集中治療室管理料「注4」 早期離床・リハビリテーション加算

(変更分)

レセプト電算コード	手技(薬剤)名	解釈番号 (薬価基準記載 医薬品コード)	変更理由
180745310	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	H00100001	細分化
180745410	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(作業療法士による場合)	H00100001	細分化
180745510	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(言語聴覚士による場合)	H00100001	細分化
180745610	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(医師による場合)	H00100001	細分化
180745710	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(理学療法士による場合)	H00100002	細分化
180745810	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(作業療法士による場合)	H00100002	細分化

180745910	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(言語聴覚士による場合)	H00100002	細分化
180746010	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(医師による場合)	H00100002	細分化
180746110	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(理学療法士による場合)	H00100003	細分化
180746210	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(作業療法士による場合)	H00100003	細分化
180746310	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(言語聴覚士による場合)	H00100003	細分化
180746410	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(医師による場合)	H00100003	細分化
180746510	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(イからニまで以外の場合)	H00100003	細分化
180747930	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(理学療法士) (リ減)	H00100007	細分化
180748030	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(作業療法士) (リ減)	H00100007	細分化
180748130	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(言語聴覚士) (リ減)	H00100007	細分化
180748230	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(医師)(リ減)	H00100007	細分化
180748330	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(理学療法士) (リ減)	H00100008	細分化
180748430	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(作業療法士) (リ減)	H00100008	細分化
180748530	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(言語聴覚士) (リ減)	H00100008	細分化
180748630	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(医師)(リ減)	H00100008	細分化
180748730	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(理学療法士) (リ減)	H00100009	細分化
180748830	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(作業療法士) (リ減)	H00100009	細分化
180748930	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(言語聴覚士) (リ減)	H00100009	細分化
180749030	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(医師)(リ減)	H00100009	細分化
180749130	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(1から4以外)(リ減)	H00100009	細分化

193012370	早期離床・リハビリテーション加算（特定集中治療室管理料）（特定）	A30100012	名称変更
193015310	早期離床・リハビリテーション加算（ハイケア）（特定機能病院）	A30102005	名称変更
193015670	早期離床・リハビリテーション加算（脳卒中ケア）（特定機能病院）	A30103003	名称変更
193015910	早期離床・リハビリテーション加算（小児特定集中治療室）（特定）	A30104005	名称変更
193315470	早期離床・リハビリテーション加算（特定集中治療室管理料）（専門）	A30100014	名称変更
193318410	早期離床・リハビリテーション加算（ハイケア）（専門病院）	A30102007	名称変更
193318770	早期離床・リハビリテーション加算（脳卒中ケア）（専門病院）	A30103005	名称変更
193319010	早期離床・リハビリテーション加算（小児特定集中治療室）（専門）	A30104007	名称変更
193521770	早期離床・リハビリテーション加算（特定集中治療室）（D P C）	A30100013	名称変更
193589310	早期離床・リハビリテーション加算（ハイケア）（D P C）	A30102006	名称変更
193589670	早期離床・リハビリテーション加算（脳卒中ケア）（D P C）	A30103004	名称変更
193589910	早期離床・リハビリテーション加算（小児特定集中治療室）（D P C）	A30104006	名称変更

2) 各大学の症例数を算出する。

## 10 急性心筋梗塞への入院当日もしくは翌日の アスピリン投与率

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 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（%）である。

$$\frac{\text{入院翌日までにアスピリンが投与された患者数}}{\text{急性心筋梗塞（再梗塞含む）で緊急入院した患者数}}$$

### 算出方法

#### 分母

1) 対象期間の様式1ファイルの全レコードより、包含基準をすべて満たすレコード抽出する。

様式1ファイルとFファイルは、入院年月日、患者識別番号、医療機関番号で紐づける。

<包含基準>

- ・「医療資源を最も投入した傷病名」が急性心筋梗塞（ICD-10コード：I21\$, I22\$, I24\$）である。
- ・「予定・救急医療入院区分」が救急医療入院（3\*\*）である。

2) 各大学の症例数を算出する。

#### 分子

1) 分母のうち、下記包含基準をすべて満たすレコードを抽出する。

<包含基準>

- ・アスピリンを処方している。

薬価基準コード

アスピリン：1143001\$、3399007\$、3399100\$、3399101\$、3399102\$

クロピドグレル：3399008\$、3399101\$

プラスグレル：3399009\$

チカグレロル：3399011\$

- ・処方日（算定日）が入院年月日から1日以内である。

(変更分)

レセプト電算 コード	手技(薬剤)名	解釈番号 (薬価基準収載医薬 品コード)	変更理由
670003468	プラビックス錠2.5mg(選)	3399008F1025	追加
670003469	プラビックス錠7.5mg(選)	3399008F2021	追加
622405901	クロピドグレル錠7.5mg「杏林」	3399008F2188	薬価基準コード変更
622406201	クロピドグレル錠7.5mg「YD」	3399008F2145	薬価基準コード変更
622416303	クロピドグレル錠7.5mg「VTRRS」	3399008F2358	薬価基準コード変更
622420602	クロピドグレル錠7.5mg「クニヒロ」	3399008F2340	薬価基準コード変更
622425701	クロピドグレル錠7.5mg「日新」	3399008F2277	薬価基準コード変更
622427501	クロピドグレル錠2.5mg「ツルハラ」	3399008F1246	薬価基準コード変更
622427601	クロピドグレル錠7.5mg「ツルハラ」	3399008F2242	薬価基準コード変更
622432901	クロピドグレル錠7.5mg「三和」	3399008F2226	薬価基準コード変更
622641801	クロピドグレル錠7.5mg「フェルゼン」	3399008F2331	薬価基準コード変更
620072734	アスピリン「日医工」	1143001X1244	削除
621676502	アスピリン腸溶錠100mg「ファイザー」	3399007H1013	削除
622411301	クロピドグレル錠2.5mg「モチダ」	3399008F1327	削除
622416201	クロピドグレル錠2.5mg「ファイザー」	3399008F1017	削除
622416301	クロピドグレル錠7.5mg「ファイザー」	3399008F2013	削除
622429501	クロピドグレル錠2.5mg「EE」	3399008F1017	削除
622429601	クロピドグレル錠50mg「EE」	3399008F3028	削除
622429701	クロピドグレル錠7.5mg「EE」	3399008F2013	削除
622431501	クロピドグレル錠2.5mg「テバ」	3399008F1017	削除
622431601	クロピドグレル錠7.5mg「テバ」	3399008F2250	削除
622433201	クロピドグレル錠2.5mg「KN」	3399008F1017	削除
622433301	クロピドグレル錠50mg「KN」	3399008F3036	削除
622433401	クロピドグレル錠7.5mg「KN」	3399008F2013	削除
622438201	クロピドグレル錠2.5mg「ニプロ」	3399008F1017	削除
622438301	クロピドグレル錠7.5mg「ニプロ」	3399008F2013	削除
622439501	クロピドグレル錠2.5mg「SN」	3399008F1017	削除
622439601	クロピドグレル錠7.5mg「SN」	3399008F2013	削除

2) 各大学の症例数を算出する。

## 11 新生児のうち、出生時体重が1500g未満の数

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 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ある（死産は除く）。

### 算出方法

- 1) 対象期間の様式1ファイルの全レコードより、包含基準をすべて満たすレコード抽出する。  
（様式1ファイルは、DBCにおいてデータクリーニングを行う前のもの、様式4の保険種別によらず、各大学より提出されたままのデータをこの項目では使用しています。）  
<包含基準>
  - ・「入院経路」が「8 院内出生」である。
  - ・生年月日と入院年月日が一致する。
  - ・出生時体重が1,500g未満である。
- 2) 各大学の症例数を算出する。

## 12 新生児特定集中治療室（NICU）実患者数

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 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」、「A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料」、「A303 総合周産期特定集中治療室管理料（2 新生児集中治療室管理料）」、「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ある（延べ人数ではない）。

### 算出方法

- 1) 対象期間のFファイルの全レコードより、包含基準を満たすレコードを抽出する。

#### <包含基準>

新生児特定集中治療室（NICU）に入室した場合

A302 新生児特定集中治療室管理料

A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料

A303 総合周産期特定集中治療室管理料（2 新生児集中治療室管理料）

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料

- 2) 同一症例で同日のレコードは1件を残して除外し、各大学の件数を算出する。

#### （変更分）

レセプト電算 コード	手技（薬剤）名	解釈番号 (薬価基準収載 医薬品コード)	変更理由
190836010	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	A30202001	追加
193017910	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（特定機能病院）	A30202002	追加
193321010	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（専門病院）	A30202004	追加
193591910	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（DPC）	A30202003	追加
193001810	新生児特定集中治療室管理料1（14日以内）（特定機能病院）	A30200003	名称変更
193001910	新生児特定集中治療室管理料1（15日以上30日以内）（特定機能）	A30200003	名称変更
193002010	新生児特定集中治療室管理料1（31日以上110日以内）（特定）	A30200003	名称変更

193002210	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・14日以内）（特定機能）	A30300004	名称変更
193002310	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・15日～30日）（特定）	A30300004	名称変更
193002410	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・31～110日）（特定）	A30300004	名称変更
193006710	新生児特定集中治療室管理料2（14日以内）（特定機能病院）	A30200003	名称変更
193006810	新生児特定集中治療室管理料2（15日以上30日以内）（特定機能）	A30200003	名称変更
193006910	新生児特定集中治療室管理料2（31日以上110日以内）（特定）	A30200003	名称変更
193007010	新生児治療回復室入院医療管理料（14日以内）（特定機能病院）	A30302001	名称変更
193007110	新生児治療回復室入院医療管理料（15日以上30日以内）（特定）	A30302001	名称変更
193007210	新生児治療回復室入院医療管理料（31日以上140日以内）（特定）	A30302001	名称変更
193302110	新生児特定集中治療室管理料1（14日以内）（専門病院）	A30200005	名称変更
193302210	新生児特定集中治療室管理料1（15日以上30日以内）（専門病院）	A30200005	名称変更
193302310	新生児特定集中治療室管理料1（31日以上110日以内）（専門）	A30200005	名称変更
193302510	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・14日以内）（専門病院）	A30300006	名称変更
193302610	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・15～30日）（専門）	A30300006	名称変更
193302710	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・31～110日）（専門）	A30300006	名称変更
193308010	新生児特定集中治療室管理料2（14日以内）（専門病院）	A30200005	名称変更
193308110	新生児特定集中治療室管理料2（15日以上30日以内）（専門病院）	A30200005	名称変更
193308210	新生児特定集中治療室管理料2（31日以上110日以内）（専門）	A30200005	名称変更
193308310	新生児治療回復室入院医療管理料（14日以内）（専門病院）	A30302003	名称変更
193308410	新生児治療回復室入院医療管理料（15日以上30日以内）（専門）	A30302003	名称変更
193308510	新生児治療回復室入院医療管理料（31日以上140日以内）（専門）	A30302003	名称変更

193502010	新生児特定集中治療室管理料1（14日以内）（DPC）	A30200004	名称変更
193502110	新生児特定集中治療室管理料1（15日以上30日以内）（DPC）	A30200004	名称変更
193502210	新生児特定集中治療室管理料1（31日以上110日以内）（DPC）	A30200004	名称変更
193502410	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・14日以内）（DPC）	A30300005	名称変更
193502510	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・15～30日）（DPC）	A30300005	名称変更
193502610	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・31～110日・DPC）	A30300005	名称変更
193508310	新生児特定集中治療室管理料2（14日以内）（DPC）	A30200004	名称変更
193508410	新生児特定集中治療室管理料2（15日以上30日以内）（DPC）	A30200004	名称変更
193508510	新生児特定集中治療室管理料2（31日以上110日以内）（DPC）	A30200004	名称変更
193508610	新生児治療回復室入院医療管理料（14日以内）（DPC）	A30302002	名称変更
193508710	新生児治療回復室入院医療管理料（15日以上30日以内）（DPC）	A30302002	名称変更
193508810	新生児治療回復室入院医療管理料（31～140日）（DPC）	A30302002	名称変更

## 13 緊急帝王切開数

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 定義

医科診療報酬点数表における、「K898 帝王切開術 1 緊急帝王切開」の算定件数と、「K898 帝王切開術(2-選択帝王切開)」且つ「予定入院以外のもの」の算定件数とを合わせた件数である。分娩患者に対する割合などではなく実数として評価する。

### 算出方法

- 1) 対象期間に、レセプト電算処理システム用コード(F-9)に以下の算定があった患者の様式1ファイル、Fファイル<sup>20</sup>を抽出する。各ファイルの紐づけには、施設コード(F-1)、データ識別番号(F-2)、入院年月日(F-4)、順序番号(F-6)による。

<対象診療報酬>

K898 帝王切開術

1 緊急帝王切開 (レセプト電算コード: 150222110)

2 選択帝王切開 (レセプト電算コード: 150222210)

- 2) 1 緊急帝王切開 (レセプト電算コード: 150222110) に該当するレコードを抽出し、各大学の件数を算出する。
- 3) 2 選択帝王切開 (レセプト電算コード: 150222210) が、入院日を含め2日以内に該当するレコードであり、かつ、「予定・救急医療入院区分」が緊急入院に該当(200, 3\*\*)するレコードを抽出し、各大学の件数を算出する。
- 4) 2)、3)のレコード件数を合計し、各大学の件数を算出する。

<sup>20</sup> DBCにおいて、DBCデータクリーニングにおいて、様式4の保険種別に基づき保険適応のデータにのみ制限しているため、データクリーニングを行う前のデータ(各大学から提出されたままのデータ)を使用しています。

## 14 直線加速器による定位放射線治療患者数

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 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」の算定件数である。

### 算出方法

1) 対象期間のFファイルの全レコードより、包含基準を満たすレコードを抽出する。

<包含基準>

直線加速器による放射線治療を行った場合

M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき）

1 定位放射線治療の場合

2) 同一症例で同日のレコードは1件を残して除外し、各大学の件数を算出する。

## 17 病理組織診断件数

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 定義

医科診療報酬点数表における、「N000 病理組織標本作製（T-M）」と「N003 術中迅速病理組織標本作製（T-M/OP）」の算定件数である。

### 算出方法

- 1) 対象期間のFファイルの全レコードより、包含基準を満たすレコードを抽出する。  
＜包含基準＞  
病理組織診断を行った場合  
N000 病理組織標本作製（T-M）  
N003 術中迅速病理組織標本作製（T-M/OP）
- 2) 同一症例において、数量ベースとして「使用量」（基準単位：107（臓器））をもとに集計する。ただし、臓器数の上限は算定上限と同一の「3」とする。
- 3) 各大学の件数を算出する。

## 18 術中迅速病理組織診断件数

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 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」の算定件数である。

### 算出方法

4) 対象期間のFファイルの全レコードより、包含基準を満たすレコードを抽出する。

<包含基準>

術中迅速病理組織を行った場合

N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）

N003-2 迅速細胞診1 手術中の場合（1手術につき）

5) 同一症例で同日のレコードは1件を残して除外し、各大学の件数を算出する。

## 19 薬剤管理指導料算定件数

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 定義

医科診療報酬点数表における、「B008 薬剤管理指導料」の算定件数である。

### 算出方法

1) 対象期間のFファイルの全レコードより、包含基準を満たすレコードを抽出する。

<包含基準>

薬剤管理指導を行った場合

B008 薬剤管理指導料

- 1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合
- 2 1の患者以外の患者の場合

2) 同一症例で同日のレコードは1件を残して除外し、各大学の件数を算出する。

### (変更分)

レセプト電算 コード	手技(薬剤)名	解釈番号 (薬価基準収載 医薬品コード)	変更理由
190834070	薬剤業務向上加算(病棟薬剤業務実施加算1)	A24400003	追加

## 20 外来で化学療法を行った延べ患者数

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 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」の算定件数である。

### 算出方法

1) 対象期間のFファイルの全レコードより、包含基準を満たすレコードを抽出する。

<包含基準>

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

(1) 外来腫瘍化学療法診療料1

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

(1) 初回から3回まで

(2) 4回目以降

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合

(2) 外来腫瘍化学療法診療料2

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

(1) 初回から3回まで

(2) 4回目以降

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合

(3) 外来腫瘍化学療法診療料3

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

(1) 初回から3回まで

(2) 4回目以降

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合

外来にて化学療法を行った場合

第6部 注射 通則

6 イ 外来化学療法加算1

(1) 15歳未満の患者の場合

(2) 15歳以上の患者の場合

ロ 外来化学療法加算2

令和6年度

国立大学病院 病院機能指標

(1) 15歳未満の患者の場合

(2) 15歳以上の患者の場合

2) 同一症例で同日のレコードは1件を残して除外し、各大学の件数を算出する。

(変更分)

レセプト電算 コード	手技(薬剤)名	解釈番号 (薬価基準収載 医薬品コード)	変更理由
113704510	外来腫瘍化学療法診療料1(抗悪性腫瘍剤を投与)(4回目以降)	B00102022	追加
113704610	外来腫瘍化学療法診療料1(抗悪性腫瘍剤を投与)(初回から3回目)	B00102022	追加
113704710	外来腫瘍化学療法診療料2(抗悪性腫瘍剤を投与)(4回目以降)	B00102022	追加
113704810	外来腫瘍化学療法診療料2(抗悪性腫瘍剤を投与)(初回から3回目)	B00102022	追加
113704910	外来腫瘍化学療法診療料3(抗悪性腫瘍剤を投与)(4回目以降)	B00102022	追加
113705010	外来腫瘍化学療法診療料3(抗悪性腫瘍剤を投与)(初回から3回目)	B00102022	追加
113705110	外来腫瘍化学療法診療料3(イ以外の必要な治療管理を行った場合)	B00102022	追加
113038110	外来腫瘍化学療法診療料1(イ以外の必要な治療管理を行った場合)	B00102022	名称変更
113038310	外来腫瘍化学療法診療料2(イ以外の必要な治療管理を行った場合)	B00102022	名称変更
130013790	バイオ後続品導入初期加算(注射)	G00000000	名称変更
113038010	外来腫瘍化学療法診療料1(抗悪性腫瘍剤を投与)	B0010223	削除
113038210	外来腫瘍化学療法診療料2(抗悪性腫瘍剤を投与)	B0010223	削除

## 21 無菌製剤処理料算定数

様式1 ファイル	E ファイル	F ファイル	H ファイル
-------------	--------	--------	--------

### 定義

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

### 算出方法

1) 対象期間のFファイルの全レコードより、包含基準を満たすレコードを抽出する。

<包含基準>

無菌製剤処理を行った場合

G020 無菌製剤処理料

1 無菌製剤処理料1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)

イ 閉鎖式接続器具を使用した場合

ロイ以外の場合

2 無菌製剤処理料2 (1以外のもの)

2) 同一症例で同日のレコードは1件を残して除外し、各大学の件数を算出する。

## 23-1 手術あり肺血栓塞栓症予防対策実施率

様式1 ファイル	E ファイル	F ファイル	H ファイル
-------------	--------	--------	--------

### 定義

肺血栓塞栓症のレベルが「中」以上の手術を実施した患者に対する肺血栓塞栓症予防を実施した割合である。

$$\frac{\text{危険因子手術を行い、かつ、抗凝固療法薬を使用したまたは肺血栓塞栓症予防管理料を算定した患者数}}{\text{危険因子手術を行った患者数}}$$

### 算出方法

#### 分母

1) 対象期間のFファイルの全レコードより、包含基準を満たすレコードを抽出する。

<包含基準>

公益財団法人日本医療機能評価機構「医療の質向上のための体制整備事業 医療の質可視化プロジェクト適応指標計測手順書<sup>21</sup>」指標 MSM-03（別表1）に記載された危険因子の手術（肺血栓塞栓症のリスクレベルが「中」以上の手術）レコード

2) 1) で該当したレコードについて、様式1ファイルの生年月日と入院年月日から入院時の年齢を算出し、区分1は15歳以上の患者、区分2は40歳以上の患者を対象として、各大学の患者数を算出する。

#### 分子

3) 1) で算出した患者のうち、Fファイルのレコードで下記包含基準を満たすレコードを抽出し、各大学の患者数を算出する。

<包含基準>

肺血栓塞栓症の予防管理を実施した場合

B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料

抗凝固療法を実施した場合

薬剤名：3332 \$、3334400 \$、3334401 \$、3334406 \$、3339001 \$、3339002 \$、3339003 \$、  
3339004 \$、3339400 \$

<sup>21</sup> 「医療の質向上のための体制整備事業 医療の質可視化プロジェクト適応指標計測手順書」([https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2024/06/FY24\\_Ltejun\\_20240621.pdf](https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2024/06/FY24_Ltejun_20240621.pdf))

## 23-2 手術あり患者の肺塞栓症の発生率

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 定義

肺血拴塞栓症のレベルが「中」以上の手術を実施した患者に対する肺血拴塞栓症予の発症割合である。

$$\frac{\text{危険因子手術を行い、かつ、続発症として肺塞栓症を発症した患者数}}{\text{危険因子手術を行った患者数}}$$

### 算出方法

#### 分母

1) 対象期間のFファイルの全レコードより、包含基準を満たすレコードを抽出する。

<包含基準>

公益財団法人日本医療機能評価機構「医療の質向上のための体制整備事業 医療の質可視化プロジェクト適応指標計測手順書<sup>22</sup>」指標 MSM-03（別表1）に記載された危険因子の手術（肺血拴塞栓症のリスクレベルが「中」以上の手術）レコード

2) 1)で該当したレコードについて、様式1ファイルの生年月日と入院年月日から入院時の年齢を算出し、区分1は15歳以上の患者、区分2は40歳以上の患者を対象として、各大学の患者数を算出する。

#### 分子

3) 1)で算出した患者のうち、様式1ファイルのレコードより、下記包含基準を満たすレコードを抽出し、各大学の患者数を算出する。

<包含基準>

肺塞栓症を発症した場合

I26\$ 肺塞栓症

<sup>22</sup> 「医療の質向上のための体制整備事業 医療の質可視化プロジェクト適応指標計測手順書」 ([https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2024/06/FY24\\_Ltejun\\_20240621.pdf](https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2024/06/FY24_Ltejun_20240621.pdf))

## 32 超重症児の手術件数

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 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件数である。

### 算出方法

- 1) 対象期間のFファイルの全レコードより、Kコードの手技に該当するレコードを抽出する。
- 2) 下記除外基準を満たすレコードを除外する。

#### <除外基準>

##### ①輸血の場合

K920 輸血、K920-2 輸血管管理料、K923 術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの）、  
K924 自己生体組織接着剤作成術、K924-2 自己クリオプレシピテート作製術（用手法）、  
K924-3 同種クリオプレシピテート作製術

##### ②加算の場合

告示等識別区分2 = 「7」の場合

##### ③非観血的処置の場合

K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）（1日につき）2 2日目以降  
K601 人工心肺（1日につき）2 2日目以降、  
K602 経皮的心肺補助法（1日につき）2 2日目以降、  
K602-2 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（1日につき）2 2日目以降  
K603 補助人工心臓（1日につき）2 2日目以降30日目まで／3 31日目以降、  
K603-2 小児補助人工心臓（1日につき）2 2日目以降30日目まで／3 31日目以降、  
K604-2 植込型補助人工心臓（非拍動流型）2 2日目以降30日目まで（1日につき）／  
3 31日目以降90日目まで（1日につき）／4 91日目以降（1日につき）  
K913 新生児仮死蘇生術

- 3) 対象期間のFファイルの全レコードより、下記包含基準を満たすレコードを抽出する。
- <包含基準>
- 超重症児（6歳未満）を治療している場合
- A212-1-イ 超重症児入院診療加算（6歳未満）
  - A212-2-イ 準超重症児（者）入院診療加算（6歳未満）
- 4) 2) のデータのうち、3) のレコードと同一症例で同日に算定されたレコードを抽出する。同一症例で同日のレコードが複数ある場合は1件を残して除外し、各大学の件数を算出する。

## 58 救命救急患者数

様式1 ファイル	Eファイル	Fファイル	Hファイル
-------------	-------	-------	-------

### 定義

救命救急患者の受け入れ数（救急外来で死亡した患者も含む）である。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対象とし、救命救急センターを持たない施設も評価対象に含めることのできる指標としている。

### 算出方法

1) 対象期間のFファイルの全レコードより、下記包含基準を満たすレコードを抽出する。

<包含基準>

- A205 救急医療管理加算、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、
- A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、
- A303 総合周産期特定集中治療室管理料

2) 入院日と1)の算定日が同一である場合にのみ、区分番号別（4桁）に集計し、各大学の件数を算出する。

(変更分)

レセプト電算 コード	手技(薬剤)名	解釈番号 (薬価基準収載 医薬品コード)	変更理由
190831970	救急医療管理加算2 (その他の重症な状態が一定割合以上)	A20500003	追加
190834810	特定集中治療室管理料5 (7日以内)	A30100005	追加
190834910	特定集中治療室管理料5 (8日以上)	A30100005	追加
190835010	特定集中治療室管理料5 (7日以内) (急性血液浄化等の患者)	A30100005	追加
190835110	特定集中治療室管理料5 (8日以上) (急性血液浄化等の患者)	A30100005	追加

190835210	特定集中治療室管理料6（特定集中治療室管理料・7日以内）	A30100006	追加
190835310	特定集中治療室管理料6（特定集中治療室管理料）（8日以上）	A30100006	追加
190835410	特定集中治療室管理料6（7日以内）（急性血液浄化等の患者）	A30100006	追加
190835510	特定集中治療室管理料6（8日以上）（急性血液浄化等の患者）	A30100006	追加
190835610	特定集中治療室管理料6（広範囲熱傷特定集中治療・7日以内）	A30100006	追加
190835710	特定集中治療室管理料6（広範囲熱傷特定集中治療・8日～60日）	A30100006	追加
190836010	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	A30202001	追加
193016810	特定集中治療室管理料5（8日～14日）（特定機能病院）	A30100012	追加
193016910	特定集中治療室管理料5（15日～30日）（特定機能病院）	A30100012	追加
193017010	特定集中治療室管理料6（特定集中治療室管理料・7日以内）（特定）	A30100012	追加
193017110	特定集中治療室管理料6（特定集中治療室・8～14日）（特定）	A30100012	追加
193017210	特定集中治療室管理料6（特定集中治療室・15～30日）（特定）	A30100012	追加
193017310	特定集中治療室管理料6（広範囲熱傷・7日以内）（特定）	A30100012	追加
193017410	特定集中治療室管理料6（広範囲熱傷・8～14日）（特定）	A30100012	追加
193017510	特定集中治療室管理料6（広範囲熱傷・15～30日）（特定）	A30100012	追加
193017610	特定集中治療室管理料6（広範囲熱傷・31～60日）（特定）	A30100012	追加
193017910	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（特定機能病院）	A30202002	追加
193319810	特定集中治療室管理料5（7日以内）（専門病院）	A30100014	追加
193319910	特定集中治療室管理料5（8日～14日）（専門病院）	A30100014	追加
193320010	特定集中治療室管理料5（15日～30日）（専門病院）	A30100014	追加
193320110	特定集中治療室管理料6（特定集中治療室管理料・7日以内）（専門）	A30100014	追加
193320210	特定集中治療室管理料6（特定集中治療室）（8～14日）（専門）	A30100014	追加
193320310	特定集中治療室管理料6（特定集中治療室）（15～30日）（専門）	A30100014	追加
193320410	特定集中治療室管理料6（広範囲熱傷・7日以内）（専門）	A30100014	追加
193320510	特定集中治療室管理料6（広範囲熱傷・8～14日）（専門）	A30100014	追加
193320610	特定集中治療室管理料6（広範囲熱傷・15～30日）（専門）	A30100014	追加
193320710	特定集中治療室管理料6（広範囲熱傷・31～60日）（専門）	A30100014	追加
193321010	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（専門病院）	A30202004	追加
193590710	特定集中治療室管理料5（7日以内）（DPC）	A30100013	追加

193590810	特定集中治療室管理料5（8日以上14日以内）（DPC）	A30100013	追加
193590910	特定集中治療室管理料5（15日以上30日以内）（DPC）	A30100013	追加
193591010	特定集中治療室管理料6（特定集中治療室・7日以内）（DPC）	A30100013	追加
193591110	特定集中治療室管理料6（特定集中治療室・8～14日）（DPC）	A30100013	追加
193591210	特定集中治療室管理料6（特定集中治療室・15～30日）（DPC）	A30100013	追加
193591310	特定集中治療室管理料6（広範囲熱傷・7日以内）（DPC）	A30100013	追加
193591410	特定集中治療室管理料6（広範囲熱傷・8～14日）（DPC）	A30100013	追加
193591510	特定集中治療室管理料6（広範囲熱傷・15～30日）（DPC）	A30100013	追加
193591610	特定集中治療室管理料6（広範囲熱傷・31～60日）（DPC）	A30100013	追加
193591910	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（DPC）	A30202003	追加
193000310	救命救急入院料1（3日以内）（特定機能病院）	A30000014	名称変更
193000610	救命救急入院料2（3日以内）（特定機能病院）	A30000014	名称変更
193000910	救命救急入院料1（8日以上14日以内）（特定機能病院）	A30000014	名称変更
193001210	救命救急入院料2（8日以上14日以内）（特定機能病院）	A30000014	名称変更
193001610	特定集中治療室管理料3（7日以内）（特定機能病院）	A30100012	名称変更
193001710	特定集中治療室管理料3（8日以上14日以内）（特定機能病院）	A30100012	名称変更
193001810	新生児特定集中治療室管理料1（14日以内）（特定機能病院）	A30200003	名称変更
193001910	新生児特定集中治療室管理料1（15日以上30日以内）（特定機能）	A30200003	名称変更
193002010	新生児特定集中治療室管理料1（31日以上110日以内）（特定）	A30200003	名称変更
193002110	総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児・14日以内）（特定）	A30300004	名称変更
193002210	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・14日以内）（特定機能）	A30300004	名称変更
193002310	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・15日～30日）（特定）	A30300004	名称変更
193002410	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・31～110日）（特定）	A30300004	名称変更
193003210	脳卒中ケアユニット入院医療管理料（14日以内）（特定機能病院）	A30103003	名称変更
193003310	救命救急入院料1（4日以上7日以内）（特定機能病院）	A30000014	名称変更

193003410	救命救急入院料2（4日以上7日以内）（特定機能病院）	A30000014	名称変更
193003910	救命救急入院料3（救命救急入院料・3日以内）（特定機能病院）	A30000014	名称変更
193004010	救命救急入院料3（救命救急入院料・4日以上7日以内）（特定機能）	A30000014	名称変更
193004110	救命救急入院料3（救命救急入院料・8日以上14日以内）（特定）	A30000014	名称変更
193004210	救命救急入院料3（広範囲熱傷特定集中治療・3日以内）（特定機能）	A30000014	名称変更
193004310	救命救急入院料3（広範囲熱傷特定集中治療・4日～7日）（特定）	A30000014	名称変更
193004410	救命救急入院料3（広範囲熱傷特定集中治療・8日～14日）（特定）	A30000014	名称変更
193004510	救命救急入院料3（広範囲熱傷特定集中治療・15～30日）（特定）	A30000014	名称変更
193004610	救命救急入院料3（広範囲熱傷特定集中治療・31～60日）（特定）	A30000014	名称変更
193004710	救命救急入院料4（救命救急入院料・3日以内）（特定機能病院）	A30000014	名称変更
193004810	救命救急入院料4（救命救急入院料・4日以上7日以内）（特定機能）	A30000014	名称変更
193004910	救命救急入院料4（救命救急入院料・8日以上14日以内）（特定）	A30000014	名称変更
193005010	救命救急入院料4（広範囲熱傷特定集中治療・3日以内）（特定機能）	A30000014	名称変更
193005110	救命救急入院料4（広範囲熱傷特定集中治療・4日～7日）（特定）	A30000014	名称変更
193005210	救命救急入院料4（広範囲熱傷特定集中治療・8日～14日）（特定）	A30000014	名称変更
193005310	救命救急入院料4（広範囲熱傷特定集中治療・15～30日）（特定）	A30000014	名称変更
193005410	救命救急入院料4（広範囲熱傷特定集中治療・31～60日）（特定）	A30000014	名称変更
193005910	特定集中治療室管理料4（特定集中治療室管理料・7日以内）（特定）	A30100012	名称変更
193006010	特定集中治療室管理料4（特定集中治療室・8～14日）（特定）	A30100012	名称変更
193006110	特定集中治療室管理料4（広範囲熱傷・7日以内）（特定）	A30100012	名称変更

193006210	特定集中治療室管理料4（広範囲熱傷・8～14日）（特定）	A30100012	名称変更
193006310	特定集中治療室管理料4（広範囲熱傷・15～30日）（特定）	A30100012	名称変更
193006410	特定集中治療室管理料4（広範囲熱傷・31～60日）（特定）	A30100012	名称変更
193006710	新生児特定集中治療室管理料2（14日以内）（特定機能病院）	A30200003	名称変更
193006810	新生児特定集中治療室管理料2（15日以上30日以内）（特定機能）	A30200003	名称変更
193006910	新生児特定集中治療室管理料2（31日以上110日以内）（特定）	A30200003	名称変更
193009210	小児特定集中治療室管理料（7日以内）（特定機能病院）	A30104005	名称変更
193009310	小児特定集中治療室管理料（8日以上14日以内）（特定機能病院）	A30104005	名称変更
193010010	特定集中治療室管理料1（7日以内）（特定機能病院）	A30100012	名称変更
193010110	特定集中治療室管理料1（8日以上14日以内）（特定機能病院）	A30100012	名称変更
193010210	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）（特定）	A30100012	名称変更
193010310	特定集中治療室管理料2（特定集中治療室・8～14日）（特定）	A30100012	名称変更
193010410	特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷・7日以内）（特定）	A30100012	名称変更
193010510	特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷・8～14日）（特定）	A30100012	名称変更
193010610	特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷・15～30日）（特定）	A30100012	名称変更
193010710	特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷・31～60日）（特定）	A30100012	名称変更
193010810	ハイケアユニット入院医療管理料1（14日以内）（特定機能病院）	A30102005	名称変更
193010910	ハイケアユニット入院医療管理料1（15日以上21日以内）（特定）	A30102005	名称変更
193011010	ハイケアユニット入院医療管理料2（14日以内）（特定機能病院）	A30102005	名称変更
193011110	ハイケアユニット入院医療管理料2（15日以上21日以内）（特定）	A30102005	名称変更
193011310	小児特定集中治療室管理料（15日以上30日以内）（特定機能病院）	A30104005	名称変更
193011410	小児特定集中治療室管理料（31日以上55日以内）（特定機能病院）	A30104005	名称変更
193012510	救命救急入院料1（15日以上30日以内）（特定機能病院）	A30000014	名称変更
193012710	救命救急入院料2（15日以上30日以内）（特定機能病院）	A30000014	名称変更
193012910	救命救急入院料3（救命救急入院料・15日以上30日以内）（特定）	A30000014	名称変更

193013110	救命救急入院料4（救命救急入院料・15日以上30日以内） （特定）	A30000014	名称変更
193014110	特定集中治療室管理料1（15日以上30日以内）（特定機能 病院）	A30100012	名称変更
193014310	特定集中治療室管理料2（特定集中治療室・15～30日）（特 定）	A30100012	名称変更
193014510	特定集中治療室管理料3（15日以上30日以内）（特定機能 病院）	A30100012	名称変更
193014710	特定集中治療室管理料4（特定集中治療室・15～30日）（特 定）	A30100012	名称変更
193016710	特定集中治療室管理料5（7日以内）（特定機能病院）	A30100012	名称変更
193300110	救命救急入院料1（3日以内）（専門病院）	A30000016	名称変更
193300410	救命救急入院料2（3日以内）（専門病院）	A30000016	名称変更
193300710	救命救急入院料1（8日以上14日以内）（専門病院）	A30000016	名称変更
193301010	救命救急入院料2（8日以上14日以内）（専門病院）	A30000016	名称変更
193301410	特定集中治療室管理料3（7日以内）（専門病院）	A30100014	名称変更
193301510	特定集中治療室管理料3（8日以上14日以内）（専門病院）	A30100014	名称変更
193302010	脳卒中ケアユニット入院医療管理料（14日以内）（専門病院）	A30103005	名称変更
193302110	新生児特定集中治療室管理料1（14日以内）（専門病院）	A30200005	名称変更
193302210	新生児特定集中治療室管理料1（15日以上30日以内）（専 門病院）	A30200005	名称変更
193302310	新生児特定集中治療室管理料1（31日以上110日以内）（専 門）	A30200005	名称変更
193302410	総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児・14日以内） （専門）	A30300006	名称変更
193302510	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・14日以内）（専 門病院）	A30300006	名称変更
193302610	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・15～30日）（専 門）	A30300006	名称変更
193302710	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・31～110日） （専門）	A30300006	名称変更
193304310	救命救急入院料1（4日以上7日以内）（専門病院）	A30000016	名称変更
193304410	救命救急入院料2（4日以上7日以内）（専門病院）	A30000016	名称変更
193305210	救命救急入院料3（救命救急入院料・3日以内）（専門病院）	A30000016	名称変更
193305310	救命救急入院料3（救命救急入院料・4日以上7日以内）（専 門病院）	A30000016	名称変更
193305410	救命救急入院料3（救命救急入院料・8日以上14日以内）（専 門）	A30000016	名称変更

193305510	救命救急入院料3（広範囲熱傷特定集中治療・3日以内）（専門病院）	A30000016	名称変更
193305610	救命救急入院料3（広範囲熱傷特定集中治療・4日～7日）（専門）	A30000016	名称変更
193305710	救命救急入院料3（広範囲熱傷特定集中治療・8日～14日）（専門）	A30000016	名称変更
193305810	救命救急入院料3（広範囲熱傷特定集中治療・15～30日）（専門）	A30000016	名称変更
193305910	救命救急入院料3（広範囲熱傷特定集中治療・31～60日）（専門）	A30000016	名称変更
193306010	救命救急入院料4（救命救急入院料・3日以内）（専門病院）	A30000016	名称変更
193306110	救命救急入院料4（救命救急入院料・4日以上7日以内）（専門病院）	A30000016	名称変更
193306210	救命救急入院料4（救命救急入院料・8日以上14日以内）（専門）	A30000016	名称変更
193306310	救命救急入院料4（広範囲熱傷特定集中治療・3日以内）（専門病院）	A30000016	名称変更
193306410	救命救急入院料4（広範囲熱傷特定集中治療・4日～7日）（専門）	A30000016	名称変更
193306510	救命救急入院料4（広範囲熱傷特定集中治療・8日～14日）（専門）	A30000016	名称変更
193306610	救命救急入院料4（広範囲熱傷特定集中治療・15～30日）（専門）	A30000016	名称変更
193306710	救命救急入院料4（広範囲熱傷特定集中治療・31～60日）（専門）	A30000016	名称変更
193307210	特定集中治療室管理料4（特定集中治療室管理料・7日以内）（専門）	A30100014	名称変更
193307310	特定集中治療室管理料4（特定集中治療室・8～14日）（専門）	A30100014	名称変更
193307410	特定集中治療室管理料4（広範囲熱傷・7日以内）（専門）	A30100014	名称変更
193307510	特定集中治療室管理料4（広範囲熱傷・8～14日）（専門）	A30100014	名称変更
193307610	特定集中治療室管理料4（広範囲熱傷・15～30日）（専門）	A30100014	名称変更
193307710	特定集中治療室管理料4（広範囲熱傷・31～60日）（専門）	A30100014	名称変更
193308010	新生児特定集中治療室管理料2（14日以内）（専門病院）	A30200005	名称変更
193308110	新生児特定集中治療室管理料2（15日以上30日以内）（専門病院）	A30200005	名称変更
193308210	新生児特定集中治療室管理料2（31日以上110日以内）（専門）	A30200005	名称変更

193309210	小児特定集中治療室管理料（7日以内）（専門病院）	A30104007	名称変更
193309310	小児特定集中治療室管理料（8日以上14日以内）（専門病院）	A30104007	名称変更
193310210	特定集中治療室管理料1（7日以内）（専門病院）	A30100014	名称変更
193310310	特定集中治療室管理料1（8日以上14日以内）（専門病院）	A30100014	名称変更
193310410	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） （専門）	A30100014	名称変更
193310510	特定集中治療室管理料2（特定集中治療室・8～14日）（専門）	A30100014	名称変更
193310610	特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷・7日以内）（専門）	A30100014	名称変更
193310710	特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷・8～14日）（専門）	A30100014	名称変更
193310810	特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷・15～30日）（専門）	A30100014	名称変更
193310910	特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷・31～60日）（専門）	A30100014	名称変更
193311010	ハイケアユニット入院医療管理料1（14日以内）（専門病院）	A30102007	名称変更
193311110	ハイケアユニット入院医療管理料1（15日以上21日以内） （専門）	A30102007	名称変更
193311210	ハイケアユニット入院医療管理料2（14日以内）（専門病院）	A30102007	名称変更
193311310	ハイケアユニット入院医療管理料2（15日以上21日以内） （専門）	A30102007	名称変更
193313110	小児特定集中治療室管理料（15日以上30日以内）（専門病院）	A30104007	名称変更
193313210	小児特定集中治療室管理料（31日以上55日以内）（専門病院）	A30104007	名称変更
193315610	救命救急入院料1（15日以上30日以内）（専門病院）	A30000016	名称変更
193315810	救命救急入院料2（15日以上30日以内）（専門病院）	A30000016	名称変更
193316010	救命救急入院料3（救命救急入院料・15日以上30日以内） （専門）	A30000016	名称変更
193316210	救命救急入院料4（救命救急入院料・15日以上30日以内） （専門）	A30000016	名称変更
193317210	特定集中治療室管理料1（15日以上30日以内）（専門病院）	A30100014	名称変更
193317410	特定集中治療室管理料2（特定集中治療室・15～30日）（専門）	A30100014	名称変更
193317610	特定集中治療室管理料3（15日以上30日以内）（専門病院）	A30100014	名称変更
193317810	特定集中治療室管理料4（特定集中治療室・15～30日）（専門）	A30100014	名称変更
193500310	救命救急入院料1（3日以内）（DPC）	A30000015	名称変更
193500610	救命救急入院料2（3日以内）（DPC）	A30000015	名称変更
193500910	救命救急入院料1（8日以上14日以内）（DPC）	A30000015	名称変更

193501210	救命救急入院料2（8日以上14日以内）（DPC）	A30000015	名称変更
193501610	特定集中治療室管理料3（7日以内）（DPC）	A30100013	名称変更
193501710	特定集中治療室管理料3（8日以上14日以内）（DPC）	A30100013	名称変更
193502010	新生児特定集中治療室管理料1（14日以内）（DPC）	A30200004	名称変更
193502110	新生児特定集中治療室管理料1（15日以上30日以内）（DPC）	A30200004	名称変更
193502210	新生児特定集中治療室管理料1（31日以上110日以内）（DPC）	A30200004	名称変更
193502310	総合周産期特定集中治療室管理料（母体・14日以内）（DPC）	A30300005	名称変更
193502410	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・14日以内）（DPC）	A30300005	名称変更
193502510	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・15～30日）（DPC）	A30300005	名称変更
193502610	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・31～110日・DPC）	A30300005	名称変更
193504510	脳卒中ケアユニット入院医療管理料（14日以内）（DPC）	A30103004	名称変更
193504610	救命救急入院料1（4日以上7日以内）（DPC）	A30000015	名称変更
193504710	救命救急入院料2（4日以上7日以内）（DPC）	A30000015	名称変更
193505510	救命救急入院料3（救命救急入院料・3日以内）（DPC）	A30000015	名称変更
193505610	救命救急入院料3（救命救急入院料・4日以上7日以内）（DPC）	A30000015	名称変更
193505710	救命救急入院料3（救命救急入院料・8日以上14日以内）（DPC）	A30000015	名称変更
193505810	救命救急入院料3（広範囲熱傷特定集中治療・3日以内）（DPC）	A30000015	名称変更
193505910	救命救急入院料3（広範囲熱傷特定集中治療・4日～7日）（DPC）	A30000015	名称変更
193506010	救命救急入院料3（広範囲熱傷特定集中治療・8～14日）（DPC）	A30000015	名称変更
193506110	救命救急入院料3（広範囲熱傷・15～30日）（DPC）	A30000015	名称変更
193506210	救命救急入院料3（広範囲熱傷・31～60日）（DPC）	A30000015	名称変更
193506310	救命救急入院料4（救命救急入院料・3日以内）（DPC）	A30000015	名称変更
193506410	救命救急入院料4（救命救急入院料・4日以上7日以内）（DPC）	A30000015	名称変更
193506510	救命救急入院料4（救命救急入院料・8日以上14日以内）（DPC）	A30000015	名称変更

193506610	救命救急入院料4（広範囲熱傷特定集中治療・3日以内）（DPC）	A30000015	名称変更
193506710	救命救急入院料4（広範囲熱傷特定集中治療・4日～7日）（DPC）	A30000015	名称変更
193506810	救命救急入院料4（広範囲熱傷特定集中治療・8～14日）（DPC）	A30000015	名称変更
193506910	救命救急入院料4（広範囲熱傷・15～30日）（DPC）	A30000015	名称変更
193507010	救命救急入院料4（広範囲熱傷・31～60日）（DPC）	A30000015	名称変更
193507510	特定集中治療室管理料4（特定集中治療室・7日以内）（DPC）	A30100013	名称変更
193507610	特定集中治療室管理料4（特定集中治療室・8～14日）（DPC）	A30100013	名称変更
193507710	特定集中治療室管理料4（広範囲熱傷・7日以内）（DPC）	A30100013	名称変更
193507810	特定集中治療室管理料4（広範囲熱傷・8～14日）（DPC）	A30100013	名称変更
193507910	特定集中治療室管理料4（広範囲熱傷・15～30日）（DPC）	A30100013	名称変更
193508010	特定集中治療室管理料4（広範囲熱傷・31～60日）（DPC）	A30100013	名称変更
193508310	新生児特定集中治療室管理料2（14日以内）（DPC）	A30200004	名称変更
193508410	新生児特定集中治療室管理料2（15日以上30日以内）（DPC）	A30200004	名称変更
193508510	新生児特定集中治療室管理料2（31日以上110日以内）（DPC）	A30200004	名称変更
193509510	小児特定集中治療室管理料（7日以内）（DPC）	A30104006	名称変更
193509610	小児特定集中治療室管理料（8日以上14日以内）（DPC）	A30104006	名称変更
193511710	特定集中治療室管理料1（7日以内）（DPC）	A30100013	名称変更
193511810	特定集中治療室管理料1（8日以上14日以内）（DPC）	A30100013	名称変更
193511910	特定集中治療室管理料2（特定集中治療室・7日以内）（DPC）	A30100013	名称変更
193512010	特定集中治療室管理料2（特定集中治療室・8～14日）（DPC）	A30100013	名称変更
193512110	特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷・7日以内）（DPC）	A30100013	名称変更
193512210	特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷・8～14日）（DPC）	A30100013	名称変更
193512310	特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷・15～30日）（DPC）	A30100013	名称変更
193512410	特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷・31～60日）（DPC）	A30100013	名称変更
193512510	ハイケアユニット入院医療管理料1（14日以内）（DPC）	A30102006	名称変更

## 令和6年度

## 国立大学病院 病院機能指標

193512610	ハイケアユニット入院医療管理料1（15～21日以内）（DPC）	A30102006	名称変更
193512710	ハイケアユニット入院医療管理料2（14日以内）（DPC）	A30102006	名称変更
193512810	ハイケアユニット入院医療管理料2（15～21日以内）（DPC）	A30102006	名称変更
193514010	小児特定集中治療室管理料（15日以上30日以内）（DPC）	A30104006	名称変更
193514110	小児特定集中治療室管理料（31日以上55日以内）（DPC）	A30104006	名称変更
193586510	救命救急入院料1（15日以上30日以内）（DPC）	A30000015	名称変更
193586710	救命救急入院料2（15日以上30日以内）（DPC）	A30000015	名称変更
193586910	救命救急入院料3（救命救急入院料・15～30日）（DPC）	A30000015	名称変更
193587110	救命救急入院料4（救命救急入院料・15～30日）（DPC）	A30000015	名称変更
193588110	特定集中治療室管理料1（15日以上30日以内）（DPC）	A30100013	名称変更
193588310	特定集中治療室管理料2（特定集中治療室・15～30日）（DPC）	A30100013	名称変更
193588510	特定集中治療室管理料3（15日以上30日以内）（DPC）	A30100013	名称変更
193588710	特定集中治療室管理料4（特定集中治療室・15～30日）（DPC）	A30100013	名称変更