

平成29年度 評価報告書に係る院内取組状況

I. 取組状況(No.1～No.21)

項目	No.	評価委員会指摘事項等	取組内容 検討状況等
1. 民間的経営手法の導入	1	単に提案数、会議回数ではなく、具体的な提案として、一定数以上の参加した会議の開催やその議事録の作成を行い、その評価を確認すること。例えば業務改善提案書(地域連携室業務)が今後どのように生かされていくかが大切である。具体的な改善の状況を伝えることが必要である。	理事会への業務改善提案がその後どのように生かされているかについて評価するとともに、問題点などがあれば理事会等への報告を行います。(地域医療連携室業務に関しては、提案後の取組状況を評価し、地域医療連携室と協議をしながら課題等の検討を進めます。)
	2	診断料ごとに出来高/DPC比等を検討・分析すること。	今後も各診療科との検討を継続します。
	3	パスの使用率だけでなく、コスト面からのチェックも行うこと。	各診療科のパス使用率上位3パスから原価計算分析を試みます。
	4	数値目標のなかった入院中他科受診率は、逆紹介率への反映も考慮し10%未満を目指すこと。	これまでも、入院中他科受診・他科への転科の抑制を院内ルールとして周知していましたが、データの再検証を行いながら、さらなる取組を行ってまいります。
	5	診療科別の原価計算については、科別比較だけでなく、経時的動向をさぐる上でも、収益構造の把握や、セグメント別の収支目標管理・改善策の検討などに向け、早期の導入・運用開始に取り組むこと。	原価計算による科別比較は、診療科ごとの特性に応じた分析や評価による業務改善を目的と考えております。このため、当院の状況を客観的に把握することやDPC別分析などを、今後の改善に繋げるように取組を進めます。
2. 経費削減・抑制対策	6	委託費の金額水準(年間約10億円)からすると、1億円未満の委託契約についても検討対象とする必要がある。随時契約内容の再点検・価格調査を実施すること。	委託業務は、受託者側も人手不足による人材確保問題や消費税増税の影響などにより大変厳しい状況であり、増額を要求されるケースが大変多くなってきていますが、所管部署と協力して契約内容を精査しながら、より適正な契約内容となるよう交渉を進めます。
	7	採用医薬品数については、総合病院の特性から、あまり絞り込むと不自由が生じる危惧もある。高額医薬品対策のひとつとしてバイオシミラー活用の拡大も検討すること。	使用頻度の少ない薬剤や使用期間が不明な薬剤については「患者限定使用薬品」として採用医薬品に含めずに使用できるため、不自由が生じないように取組をしています。また、バイオシミラーにつきましては、現在2品目を採用していますが、今後の導入について積極的に検討いたします。
	8	H30.10月を目標に導入を予定しているシステム改修と一般薬名処方への移行を促進すること。	一般名処方につきましては、H29年度の院外処方オーダー件数の多い後発医薬品のうち上位50品目についてH31.2月から開始いたしました。(年間効果額:約200万円)
	9	高額医薬品の返品の実態について継続して把握・精査し、その対策を検討すること。	高額医薬品と称される医薬品は、その使用目的や状況により、使用予定が見込める医薬品と見込めない医薬品に分類されます。この廃棄・返品対策は、それぞれ特性があるため対策が異なりますが、現状の対策を継続しながら、使用状況の変化やトレンドに応じて在庫数や在庫システムなどを検討しながら注視いたします。
	10	SPDを早急に導入したうえで、院内在庫、定数管理も含めた今後のさらなる努力に期待する。	SPD導入を院内決定。委託業者選定のため、H30.12.27にプロポーザルを実施し、最優秀提案業者を選定、H31.4.1より(新)SPDを導入いたしました。物品定数管理の開始時期は、業者が変わったことから、H31.9月から順次開始予定です。
11	SPDの仕入れ業者一元化は数年経過すると価格インシアチブをSPD業者に握られ、当初期待していた事務処理コストの削減効果も薄れ、経営を悪化させる危険性がある。SPD業務(院内管理業務)と価格交渉業務を分離し、SPD業者に価格交渉時にコンサル(価格比較・交渉)に協力してもらい、価格決定は病院側が維持する方策を検討することが肝要で、必要であれば専門の職員の配置を検討すること。	(新)SPD導入後の価格交渉については、院内管理業務と分離することとしています。また、医療材料の調達に関して、R1.9月から共同購入を導入し、さらなる経費の削減に取り組む予定です。	

項目	No.	評価委員会指摘事項等	取組内容 検討状況等
2. 経費削減・抑制対策	12	(ベンチマークを用いた価格交渉)はSPDの導入と同時に実現できるということで、まずはそれらの導入に期待する。	(新)SPDシステムにはベンチマーク機能が搭載されているため、準備が整い次第、これを活用した価格交渉を実施する予定です。
	13	医療材料の院内在庫の把握など、課題を洗い出し、数値目標の根拠を明確にした適正な数値設定を求める。	(新)SPDにより、まずは院内在庫を把握する体制を整備することにより、様々な課題が見えてくるのが想定されますが、まずは、新たな運用を定着させることを優先して一定期間のデータを蓄積し、その後分析を進めて各種数値設定を検討します。
3. 収入増加・確保対策	14	救急要請とその対応についての実数把握は、夜間休日について概ね把握しているが、平日日中分については把握ができておらず、今後の課題とする。	平日日中分について新年度より実施しました。
		当該地区の公立病院としての使命であり、今後も重要な目標として掲げて行くこと。	「救急患者を断らない」という方針は、当該地区の基幹病院としての使命であると考えており、今後も、引き続き、目標として掲げ、体制の堅持に努めます。
	16	KPI設定値の根拠を明確に示すこと。	アクションプラン「救急患者の増加」のKPIについては、新改革プラン策定作業時に、トーマツの分析結果を基に入院収益から紹介入院患者数を割り出して算出した値をKPI値に設定しています。
	17	単なる短縮のみを追わず、稼働率を下げないよう緻密なベッドコントロールをシステムティックに実施するような計画を提示すること。	当院の「ベッドコントロールマニュアル」にベッドコントロール担当者(副看護部長)にその権限があることが明記されています。アクションプラン実行後、徐々に平均在院日数が短縮しており、急激なものではないことから、在院日数の短縮が直接病床利用率へ影響を及ぼしているとは考え難いため、現在のところ特段の対応は考えていません。
	18	診療科ごとにパスの作成率も異なるため、活用率の背景を再度チェックし、経営的な観点からの見直しを行うこと。	科別にパス使用状況を確認して原因分析を行い、パス適用率拡大に向けて、新規作成と併せて取組を継続します。
	19	7対1看護師配置に余裕がない状態では、医療事故の発生や看護師の負担増大にもつながるため、新規看護師の確保にむけた戦略も考慮し、進めること。	新規看護師確保に向け、看護師採用試験の毎月実施(採用試験を年1回から毎月へ拡大、採用年齢の引き上げなど)、マイナビへの募集掲載や学生を対象とした病院説明会への参加、病院見学会及びインターンシップの適時開催などを継続します。
4. その他	20	コンサルティング事業者の支援を受ける場合、無駄遣いにならないよう、事前に到達目標を明確にすること。	市長部局が策定した人事評価制度で企業会計を含め全方位的に導入したばかりであり、病院だけで早急に見直すこととはなりません、コンサルティング事業者の支援を受ける際には、ご指摘の点を留意します。
	21	人材育成は不断に行い、資格取得等のサポートは必要である。小樽市の人材育成の枠組みとは別視点の検討も考慮すること。	資格取得等への費用負担など、現状の取扱いを把握するとともに引き続き検討いたします。

II. 経営指標 (No.22～No.31)

項目	No.	評価委員会指摘事項等	取組内容 検討状況等
1. 収支改善に係るもの	経常収支比率	22 経常収支の10%が一般会計からの繰出金である。収支の今後を鑑み、収入の安定化のためには医師・看護師の確保と経費削減対策が重要である。	医師の確保はもとより、特に看護師については欠員状態が慢性的になっているため、新規看護師確保に向けて取組んでいます。また、経費については当院の病床規模に見合った費用とすべく、必要な対応を行います。
	医業収支比率	23 今後は、消費税増税分の影響額の反映も組み入れた数値を設定すること。	・新改革プランの収支計画策定に当たって、費用についてはR1.10月からの増税となることを前提に各数値を積算し反映していますが、収益については診療報酬改定における収支計画の収益部分の数値反映について、H31年度の状況を見定めてから判断するよう検討いたします。
2. 経費削減に係るもの	職員給与費比率	24 人件費削減の要因が「欠員」であるならば、留意が必要。適切な人員配置を前提とし、生産性の向上・業務効率化と並行した取組の提案と、給与費比率にかかる指標の修正を行うこと。	H29年度決算において職員給与費比率が収支計画よりも低かった要因は、入院外来収益の増が第一の理由であると認識しており、また、少なからず看護師の欠員についても影響しているものと考えております。一方で、新改革プランの収支計画における職員給与費は、看護師の欠員を織り込んで予め低く設定したのではなく、また、現在、看護師の欠員解消に向けて取組をしているところでありますので、給与費比率にかかる指標の修正を行うべきものとは考えておりませんが、看護師については、離職率が高く、知識・経験のある職員が定着しないことで、人材育成に係る人的・時間的コストが増加することに加え、本来業務が圧迫されて業務効率の低下を招くことが懸念されることから、引き続き欠員解消に向けた取組みや離職防止の取組みがより重要になるものと考えます。
	材料費比率	25 薬剤と診療材料について経費削減の余地がある。状況精査をしっかりと行い、目標数値設定の根拠をより明確にすること。	薬品費削減については、採用医薬品数を必要最小限としつつ後発医薬品への切替を進めており、診療材料費については、(新)SPDによる適正在庫管理や共同購入により、さらなる材料費削減を行います。このため、現時点で目標値の変更は考えておりませんが、目標を上回る結果となるよう努めます。
		26 使用期限切れ、廃棄ロスへの対応を徹底することでも改善につながると思われ、具体策の立案と実施に取り組むこと。	
委託費比率	27 削減効果の出やすいところであると考え、後年度も同水準の維持または向上を図ること。	今後予定されているSPD業務拡大、滅菌業務見直し、看護助手派遣の増、施設設備管理業務における保守点検項目の増などにより委託料が増額となる要因が多数あり大変厳しい状況ですが、同水準を維持できるよう努めます。なお、新年度の放射線機器一括保守契約の締結により、前年比約1千万円の経費削減の見込みです。	
3. 収支確保に係るもの	1日当たり外来患者数	28 目標をわずかにクリアできなかった報告であるが、地域医療支援病院的な役割が求められているため、単に外来患者を増やすというよりは、外来受診においても「紹介患者数を増やす」ということを意識した施策を立案すること。	地域医療機関への訪問回数を増やし、アンケート調査にて当院への要望や不満等を拾い上げて改善を図るほか、紹介患者数の少ないクリニックへの営業や、紹介患者を優遇した外来診療を行うことで紹介患者増に繋げます。
	平均在院日数	29 患者数の増加は現状で最大限ではないかと考えられる。今後は、診療科別に異なる在院日数に着目し、その短縮を目指すこと。	診療科ごとの平均在院日数については、診療科の特性を考慮しながら病床利用率とのバランスを図りつつ、状況に応じた病棟運用をいたします。
	収入確保(総じて)	30 眼科や外科などの侵襲の少ない疾患を対象とした日帰り手術センターの設置を収支状況を勘案しながら検討すること。	今後、紹介患者が増加して該当患者の確保が見込まれた際には、該当診療科とも協議しながら診療報酬改定の動向を注視しつつ検討いたします。
		31 化学療法に関しては、効率的な入院・外来の棲み分けが必要であるが、基本的には医師の判断となっている。化学療法のDPC点数などを踏まえながら、合理的かつ適正な根拠による治療計画を支援すること。	化学療法の入院・外来の棲み分けについては、種々の条件を医師が総合的に勘案して判断しており、治療計画の策定にあたっては関連する部門などによる関わりや、患者の環境的要因が影響すると思われます。また、治療計画の支援については、DPCデータを用いた各診療科とのディスカッションを行う中で取り組んでいます。

Ⅲ. 今後実現すべき課題(No.32~No.43)

項目	No.	評価委員会指摘事項等	取組内容 検討状況等
1.「地域医療支援病院」	<p>32 紹介率、逆紹介率は、実現可能な目標設定とし、現時点で紹介率が30%程度であることから、次年度は40%をめざし、その評価を踏まえて段階的に高め60%を早期に実現すること。</p> <p>33 紹介率を高めるため、近隣や地域の医療機関とのコミュニケーションを強化し、症例検討会や意見交換会の充実を図ること。ニュースレターなどの内容を見直し、地域の「かかりつけ医」を支援する姿勢が伝わる内容にすること。</p> <p>34 逆紹介率は、紹介率の2倍を目指す。地域病院との併診においては、大きな検査以外は、患者を抱え込まず地域へ返すようにする。医師事務作業補助者や看護師など外来で患者に関わる職員が「紹介文」や「紹介状」の確認を確実にし、電子カルテを有効に活用し、確実に診療報酬につながるような返書のシステムを作るなど、具体的な手順を組み込んだ明確な行動化の計画を立案する。</p> <p>35 入退院支援センターを創設し、前方・後方支援の刷新と強化を行う。入院支援センターは、紹介応需機能に特化した部門として、紹介入院や紹介受診に伴う作業を担い、紹介率の向上に対応する。</p> <p>36 退院調整機能を強化し、(退院相談部門、地域連携部門など)入院支援センターの機能との連携を促進し、「病床調整機能」として発展させる。ベッドコントローラーと連携して、空床の有効活用と在院日数の短縮にむけた、情報提供や、カンファレンスによる診療計画の調整などの働きかけを院内外に行う。</p>	<p>紹介率・逆紹介率については、まず逆紹介に重点を置き、紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上を目指していくこととしており、病状の安定した患者は地域のかかりつけ医で健康管理を行い、各種検査や症状悪化時には当院に紹介していただくよう、各種講演会や院内掲示等により啓蒙活動を行っています。紹介患者の診療に関しては、地域のかかりつけ医からの紹介状を持参する患者を優先して診察する旨の院内掲示をするなど、患者の差別化を図っており、すべての紹介患者を受け入れる院内方針としています。</p> <p>また、紹介患者の増加に向けて、地域の医療機関の信頼を獲得するために、返書漏れがないよう周知徹底に努めており、院内向けの「地域医療連携ニュース」において、返書ランキングを掲載し、「返書」の意識付けに取り組んでいます。</p> <p>今後については、紹介患者の受入れを各診療科の医師に確認してから予約するのではなく、迅速な受入決定ができるよう、地域医療連携室の予約枠拡大を図るなど、予約業務の簡素化について検討し、紹介患者の増加を目指します。</p> <p>近隣や地域の医療機関とのコミュニケーション強化するため、積極的に医療機関訪問を実施しているほか、紹介患者・逆紹介患者の症例報告や各種分析を行った報告書を作成し、かかりつけ医に手交する取り組みを行っています。また、院内向けに「地域医療連携ニュース」を毎月発行していますが、今後については、院外向けのニュースの発行、紹介患者を対象とした2人の主治医による“small conference”や意見交換会の充実を図ることについても検討します。</p> <p>紹介率・逆紹介率については、まず逆紹介に重点を置き、紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上を目指していくこととしており、脳神経外科や消化器内科等で、積極的に逆紹介する取り組みを実施しています。他の診療科においてもこれを手本として逆紹介を推進するよう院内の各種会議において周知しています。</p> <p>電子カルテを活用した診療報酬に繋げる返書の流れについては、電子カルテ上に医師がかかりつけ医への紹介意向を記載してから、診療情報提供書を完成させるまでの一連の「紹介状」作成の流れを検討します。同時に、紹介元のかかりつけ医からの紹介患者に関する質問に答えられる返書管理の構築を目指します。</p> <p>地域医療連携対策委員会に「入退院支援部会」を設置し、「入院前患者支援」と「かかりつけ医への逆紹介の推進」を2本柱として活動しています。入退院支援部門のセンター化に当たり、他院の取組状況を参考にしながら、多職種による「入退院支援センター」の組織作りについて検討しています。</p> <p>前方業務については、機械的な予約を可能にして業務の簡素化を図り、紹介患者の迅速な受入決定ができるよう、地域医療連携室の予約枠拡大を目指し各診療科に協力を求めることとしています。これにより、前方業務を看護師から医療事務員に移行し、看護師の業務を退院支援にシフトすることで、退院支援の充実を目指します。</p> <p>入退院支援としては、入退院支援部会の2本柱の一つとして、既に3名の専従看護師が病棟との連携強化を図り、リスクアセスメントや退院支援スクリーニング等を開始しております。今後については、後方担当者が入院前支援担当者と連携し、入院直後より病棟に設置した入退院支援リンク看護師と情報共有を行い、早期介入により方向性の位置付けを行っていくこととしております。従来、後方業務担当者は、転院調整を主たる業務としていましたが、今後については、自宅退院する患者にも目を向け、退院支援を充実させていくこととしています。</p> <p>また、空床の有効活用や在院日数の短縮に向けた取り組みについては、病棟運営検討委員会及びベッドコントローラーと連携して検討いたします。</p>	

項目	No.	評価委員会指摘事項等	取組内容 検討状況等
1.「地域医療支援病院」	37	紹介率アップが医師や医療専門職の事務作業負担とならないよう、医師事務作業補助者の活用を拡大する。そのために、情報提供書類の作成を担える事務職の効率的な業務手順を整え、それに沿ったスキル獲得のための研修・講習受講への支援など、教育体制を整備する。	医師事務作業補助者の活用を拡大するために、各診療科の医師の指導の下、診療情報提供書及び返書の記載代行の業務手順を整えるとともに、スキル獲得のための研修や講習の受講を推進してまいります。
2.「総合入院体制加算」	38	急性期一般入院基本料1(旧7対1)看護要員配置基準人員数の維持のための採用活動と離職防止対策を継続するとともに、重症度看護必要度の算定や記録が業務負担とならないように、必要度算定の精度を適正に管理する。	H30.10月より算出方法を看護師の手作業である「重症度、医療・看護必要度1」からDPCデータで概ね計算ができる「重症度、医療・看護必要度2」へ変更いたしました。
	39	病棟の特性により異なる重症度の平準化のために、入院患者の重症度を俯瞰しコントロールできるよう、病床調整(ベッドコントロール)部門の権限を定め、その業務を可視化し、院内外からの情報の流れを効果的にコントロールするよう、またこの機能を有効に活用できるよう、業務プロセスを整備する。	各病棟において重症度を平準化するためには、多くの病棟が混合病棟である現状では、診療科の特殊性などを踏まえると非常に困難と考えます。また、看護師配置の見直しにつきましては、病棟ごとの平均在院日数、病床稼働率、回転率、入退院数、および重症度、医療・看護必要度などから判断して、年2回の見直しを継続いたします。また、業務多忙な部署には、他部署の看護師及び看護助手を応援に出す応援システムを継続いたします。
3.「経営の効率化」	40	民間的手法の導入によるKPI項目や目標値の設定など取組としての継続をはかりながら、中長期計画からの各年度の目標設定や、診療科ごとの詳細な分析を加え、これら手法の拡大や深化を図る。	新改革プランの収支計画に沿った各年度の収支目標を達成するべく、診療科ごとの収支分析などを進めます。
	41	経費削減対策では、薬剤および診療材料に改善の余地があり、SPDの適切な導入を含めた、購入から償還までの詳細な業務フローを整備し、経費削減効果を可視化、評価する。	(新)SPDの業務フローにつきましては、物品定数管理の運用方法が固まり次第整備し、経費削減効果については、(新)SPD委託業者から提出される材料費低減効果検証報告と合わせて評価いたします。
	42	医師や看護師等、診療報酬に規定される人員の確保と人件費率の低減は、昨今の医療従事者の働き方改革の動きも考慮し、適正な数値の検討を行ったうえで、目標値を設定する。	診療報酬の施設基準等に規定される人員の確保につきましては、看護師不足が最大の懸案事項ですが、その他につきましても引き続き注視いたします。また、人件費率につきましては、新改革プランの収支計画にて目標値を設定しておりますが、今後の働き方改革の動向等を注視し、新たな対応が必要となった場合などに検討いたします。
	43	収入増加、確保策では、H29年度の取組が最大限の努力した結果であると評価し、今後の維持継続をはかり、内容精査に基づいた病床稼働と在院日数のバランス指標を導き出し、効率的なベッドコントロールにつなげる。	医師も含めた退院カンファレンスを行い、在院日数の短縮やDPC II 超え患者の減少を目指し、早期の退院調整をこれまで以上に進めます。