

改革プラン評価集計表 質疑応答（平成29年度分）

I 平成29年度 取組状況の評価

大項目	中項目	質問委員	質疑	回答
1.民間的経営手法の導入	(2)DPC分析結果の積極的な活用	土橋委員	コード別DPCⅢ区分退院率	H29年度実績では、Ⅰ及びⅡ：58.5%、Ⅲ：39.2%、Ⅲ超え：2.3%です。
			出来高/DPC比率>105%	H29年度実績では、出来高/DPC比率：103.4%です。
			パス連動率	クリニカルパス委員会策定「電子クリニカルパス作成基準・手順」に基づいてクリニカルパスを作成しています。「基準・手順」の中に、パス入院期間の設定や登録・承認方法を明記しており、特に入院期間の設定についてはDPC入院期間Ⅱを意識して作成するように仕組みを整備しています。
			入院中他科受診率<10%	DPC委員会で策定した院内ルール「DPC入院の取扱いに関する留意事項」において、やむを得ない症例を除き、入院中他科受診・他科への転科を抑制して頂くよう周知していましたが、そのデータについてはモニタリング等実施しておりませんでした。今回、直近一年のデータを確認したところ、全診療科で47.0%の受診率(※)でした。 次回のDPC委員会で当該データを用いて検討する予定としています。(※入院期間中に入院中外来初再診料取得した患者の割合)(初診のみ31.9%、再診のみ33.7%、初再診両方を含む場合47.0%)
			不適切コード監視とし9コード率<10%	DPC委員会でモニタリングを行い、平均4.5%程度で推移しています。
			機能係数1(増収対策)	機能係数1対策については、平成30年度の診療報酬改定を理解し、新設された加算のうち次の機能評価係数1の施設基準を取得することで増収に寄与しています。 ・医療安全対策加算(注2のイ 医療安全対策地域連携加算1)月平均効果額：約32万円 ・後発医薬品使用体制加算(1 後発医薬品使用体制加算1)月平均効果額：約26万円 ・データ提出加算(注2 提出データ評価加算)月平均効果額：約13.2万円
			機能係数2対策	現行の6つの係数についてDPC委員会にて分析し、全国平均を下回っている効率性係数と複雑性係数について議論しています。効率性係数について今年度取り組むこととし、全国的に症例の多い上位20症例を目標に在院日数短縮化に取り組んで頂くよう、DPC委員会として取り組むこととしています。
ダウンおよびアップコード回避、フロアサポーターの設置など	DPCコーディングは、診療情報管理士が電子カルテの病名オーダーや診療内容を確認しながら仮作成した後に担当医へ確認を行っています。その際、最も医療資源を投入した傷病名については、出来高/DPC差額を提示しながら一入院期間の医療資源病名として適切であるかを検討しています。また、DPC委員会においても年4回以上、適切なDPCコーディングに関する検討を実施し、コーディングの精度について検証しています。			

大項目	中項目	質問委員	質疑	回答
2.経費削減・抑制対策	(2)採用医薬品数削減の取組 (3)後発医薬品割合の向上 (4)材料調達方法の改善 (SPD)	土橋委員	「医療材料と医薬品の圧縮」 ①機器について： これまで利鞘と不良在庫問題でした。利鞘確保はベンチマーク活用しているそうですが、通常目標%はありますか？	ベンチマークにつきましては、現在未導入のため目標値は今のところございません。今後、SPD拡大と一体的に導入を検討する予定としています。
			逆ざや物品の数と総額は？	逆ざや医材数は約100品目で約100万円となっています。
			院内在庫は何日分ですか？	薬剤：約8.1日分、医材：約3.25日分(院内SPD倉庫のみ)
			高額預託品の価格交渉はどうしていますか？	毎年見積合せを行っていますが、競合相手に乏しいことなどもあり成果はありません。
			②医薬品について： 高額薬品対策(バイオシミラー活用など)	市場の評価を考察して早い段階で切り替えを検討しています。また、抗がん剤の複数回使用を促進しています。
			「後発医薬品」対策 システム改修と一般薬名処方への移行	H30.10月を目標に導入を予定しています。
			高額医薬品の返品ごとに注射薬作製後未実施の実態と対策	【抗がん剤】 実態：治療当日における患者の体調などに基づく医師の判断のもとに、実施指示を待って調製を開始します。しかし、点滴途中で患者の体調が悪化して2件目3件目の抗がん剤が中止となったり、実施直前で急激な発熱があるなどの理由で調製後の中止が発生します。なお、抗がん剤は、オーダーメイドで調製しますので混注後の使いまわしはできません。 H29年度調製件数：3,587件(入・外)、調製後の廃棄：9件(0.25%) 対策：実施の厳格化を要請していますが、予想外の展開となり、やむを得ない事例が殆どです。現在、連絡ミスなどの事例はありませんが、今後も発生しないように周知します。 【高カロリー輸液 (IVH)】 実態：廃棄5件のうち、調製ミスは1件で、他の4件は病棟から薬剤部への連絡忘れです。調製後の安定性を考慮し、2日間は冷所にて保存して再利用可能であれば使用しています。 H29年度調製件数：1,078件、調製後の廃棄：5件(0.46%) 対策：中止の場合の連絡方法を、その都度病棟へ周知しています。
			「物流と在庫調整」 SPD導入後どの部分まで病院在庫としていますか？	現状では院内SPD倉庫までです。(材料のみ、薬剤は部署にて把握)
			預託品は残存していますか？	手術室、カテ室に約100種類の置き在庫あり。
			SPD薬剤／試薬管理は実施しているか？	薬剤管理は薬剤部にて、試薬管理は検査室にて管理しており、SPD管理とはしていません。
全体の在庫量／月間購入費用<120%となっているか？	SPD倉庫出庫額につきましては、108.24%です。			

大項目	中項目	質問委員	質疑	回答
2.経費削減・抑制対策	(2)採用医薬品数削減の取組 (3)後発医薬品割合の向上 (4)材料調達方法の改善 (SPD)	土橋委員	手術物品のキット化は実施していますか？	導入を開始している状況です。
		土橋委員	薬剤材料価格の見直し間隔は？	薬剤:半年1回 医材:年1回
		夏井委員	(2)KPIの設定値の根拠を教えてください。	統合前の採用薬品数は、市立小樽病院は約1,400品目、医療センターは約900品目でした。単純に足しますと約2,300品目になりますが、重複採用を除くと約1,900品目となりました。その後、病院機能評価受審も視野に入れながら削減を進め、統合時には約1,700品目となりました。 当時の薬事委員会の記録では、H28.2の受審に向けて1年前よりコンサルより指導が入っており、その受審説明において「この規模の病院の場合、1,000品目が妥当」とのことでしたが、到底その時点では1年で700品目削るのは無理難題な話です。しかし、「採用品目削減の努力経過が見えるのであれば評価できます」とのアドバイスをもとに少しずつでも削減しようということで現在の品目数となっています。 病院機能評価の解説集などには採用薬品数の具体的な数字はありませんが、経験豊富なコンサルが出した数字を信じて近づくよう努力した結果が現在の目標値である1,500品目です。 なお、道内の主要自治体病院の採用品目数を下記に示します。 市立札幌1,800、市立旭川2,000、砂川市立1,900、滝川市立1,600、苫小牧市立1,600、名寄市立1,700、市立函館1,900、市立室蘭1,700 (H29.10時点)
		夏井委員	(3)DPC機能評価Ⅱのための後発品割合はすでにカバーされているのでは？	そのとおりです。なお、DPC後発医薬品係数はH29年度までであり、H30年度からは後発医薬品使用体制加算の要件である85%を見据え、引き続き取り組んでいます。
3.収入増加・確保対策	(1)救急患者の増加	土橋委員	救急要請とその対応について実数把握はしていますか？	救急要請については、夜間休日については概ね実数を把握していますが、平日日中分については把握ができておらず、今後の課題と認識しています。 [平成29年度夜間休日応需率] 要請件数:1,619、受入件数:1,426、応需率:88.1%
		土橋委員	ベットコントロールのうちどの程度が事務方決定ないし連携ベットとなっていますか？	このような取り決めをしているベッドはありません。なお、開放型病床(オープン病床)が10床ありますので、登録されている開業医の先生が利用されています。
		土橋委員	空床への入院はどの程度開放しているのか？	夜間に関しましては、翌日の入院予約分を入退院時間を確認して最小限の確保をしていますが、それ以外の空床につきましては診療科を問わずに開放しています。
	(4)平均在院日数の短縮 (5)クリニカルパスの活用	夏井委員	診療科別の平均在院日数、パスの利用率はいかがでしょうか。	[別紙1:診療科別平均在院日数及びクリニカルパス使用率]をご参照ください。
(7)有料個室料の取組方法整理	土橋委員	有料個室の料金獲得率ほどの程度	KPI:80%以上に対してH29年度平均で74.6%(前年度+14%)となっています。	

II 平成29年度 経営指標に係る数値目標の評価

大項目	中項目	質問委員	質疑	回答
1.収支改善に係るもの	(1)経常収支比率(%)	土橋委員	<p>医業収入と適切な人件費など</p> <p>① 人件費/(診療収入額-医薬品医療材料額)<80%</p> <p>または</p> <p>② 人件費額+医薬品医療材料額<診療収入×0.8</p>	<p>①職員給与費/(医業収益-材料費)×100 =5,375百万円/(9,968百万円-2,438百万円)×100 =71.4%</p> <p>②職員給与費+材料費 =5,375百万円+2,438百万円 =7,813百万円</p> <p>医業収益×0.8 =9,968百万円×0.8 =7974.4百万円</p> <p>※人件費は職員給与費を、医薬品医療材料額は材料費を、診療収入は医業収益を、それぞれ基礎数値としています。</p>
	(2)医業収支比率(%)		診療科別に検討してはどうか？ 共通経費の按分ができないため	診療科ごとの材料費が把握できておりません。今後のSPD拡大と合わせて検討いたします。
	(3)地方財政上の資金不足比率(%)	夏井委員	(1)経常収支比率(2)医業収支比率(3)地方財政上の資金不足比率 いずれも達成となっております。当初の計画値を上回ったという意味では、Bと判断しますが、最終的な目標値は想定しておりますでしょうか？	改革プランP.22及びP.24でお示しておりますが、平成33年度において、(1)経常収支比率:101.5%、(2)医業収支比率:98.6%、(3)地方財政上の資金不足比率:△10.3%を目標値としています。

大項目	質問委員	質疑	回答
その他	土橋委員	① 精神科神経科が一般病床に比して多く診療報酬を得にくい 10:1で運用していますか？ 80床については、施策医療別予算を賄う必要がありますか？80床は必要ですか？うち、精神科救急対象は何床ですか？	精神病棟入院基本料15:1です。 精神科病床数は、これまでの経緯としまして200床から100床に、新病院開院時に100床から80床にしており、現状の80床は必要と考えています。また、精神科救急対象病床については、空床確保義務もないため対象ベッドの確保はございません。
		② 中央部門とその構成目標:ICU/HCU加算、無菌室加算、SCU/CCU加算、病棟薬剤師加算などは充分ですか？	全病棟に薬剤師配置:「病棟薬剤業務実施加算1(H26.12～)」, SCU:「脳卒中ケアユニット入院医療管理料(H28.1～)」, ICU:「ハイケアユニット入院医療管理料(H29.3～)」(ICU加算の施設基準のうち、「専任の医師が常時、ICU内に勤務していること(ICU治療経験5年以上有する医師)」などのクリアが困難なためHCU加算としています)
		③ その他の多くの加算など:退院時リハビリ、悪性腫瘍退院時指導	I-(3)の主な取組項目でも示しておりますが、各種指導料などは「落ち穂拾い作戦」と題して、入院栄養食事指導料、リンパ浮腫指導管理料、肺血栓塞栓症予防管理料、退院時リハビリテーション指導料について算定するまでの院内運用フローを確立して件数増に向けた取組をしております。この他、新たに4種類を追加して取組を進めており、さらなる拡大を予定しています。
		病棟薬剤師業務の統一	マニュアルにて標準化を図っています。
		医療補助者の配置と育成	[医師事務作業補助者について] 病棟に10名、外来に43名を配置しています。育成については、民間会社の「医師事務作業補助者講座」を受講させていますが、それ以外にも“民間並みの優秀な人材”に育てるための各種手立てを検討して参りたいと考えています。 [看護助手について] 定数71名のところ現在64名です。募集してもなかなか集まらないので、派遣助手を6人工入れています。教育に関しては採用時に研修をしているのと、年2回助手研修を実施しています。
		化学療法室:外来簡便型と入院複雑型の棲み分けは？入院化学療法の方が病院はありがたいがどの程度と考えるか？	化学療法の入外の棲み分けにつきましては、基本的には医師の判断としており、化学療法導入時は入院で、その後は経過が良ければ外来で施行することが多いと思われまふ。しかし、化学療法のDPC点数は比較的高いため、可能であれば入院で施行するように担当医へお伝えしています。ただし、例えばベバシズマブを入院で施行する場合は、1泊2日ですと出来高比較で非常にマイナスとなるため、担当医には最低でも5泊程度、難しいようであれば外来で施行するようにお伝えしています。
		薬品破棄率は？	薬品(内用・外用・注射)の廃棄は2通りあり、「①期限切れ薬品」「②破損および調製後の中止、調製ミスによる廃棄」があります。 H29年度廃棄額①675,454円 ②536,177円 計1,211,631円 薬品廃棄率:1,211,631円/972,157,000円(H29購入金額)=0.12%となります。
		④透析室:何床？(20床未満では採算性とれない)	20床(透析のみに係る収支の算出は困難です)
		内視鏡室:内視鏡は購入しているかVPPレンタルか？件数は十分か？	全品購入です。内視鏡件数につきましては、消化器内科医師5名(院長除く)で、H30年4月:285件、5月309件、6月279件となっています。
		⑤日帰り手術センターの設置(0泊入院)はしているか？眼科、ヘルニアなど	日帰り手術センターは設置しておらず、日帰りパスは「シャントPTA」のみです。

診療科別平均在院日数及びクリニカルパス使用率（平成29年度）

1. 平均在院日数

診療科名	日数 (日)
呼吸器内科	17.5
消化器内科	10.1
循環器内科	11.0
血液内科	11.3
糖尿病内科	26.7
腎臓内科	23.9
神経内科	25.6
外科	11.7
心臓血管外科	17.8
脳神経外科	19.1
整形外科	21.5
形成外科	8.9
リウマチ科	5.9
小児科	3.2
泌尿器科	8.7
婦人科	8.4
眼科	3.7
耳鼻咽喉科	6.6
麻酔科	11.8
オープン(内科)	16.3
計	13.5

2. クリニカルパス使用率

診療科名	使用率 (%)
呼吸器内科	14.4
消化器内科	43.4
循環器内科	87.2
腎臓内科	1.4
外科	63.9
心臓血管外科	55.9
脳神経外科	37.7
整形外科	8.8
形成外科	33.1
精神科	48.0
小児科	13.0
泌尿器科	49.0
婦人科	62.0
眼科	98.0
耳鼻咽喉科	76.1
麻酔科	2.6
計	47.6