

平成24年度業務実績報告書にかかる質問・確認・資料要求等

評価項目	種類	質問等の内容	回答内容
1(ア)	1	<p>院内のがん診療評価委員会のメンバー構成と毎月の議題について教えてください。</p> <p>10月開催の「がん市民公開講座」への参加者数は、この講座の開催は年に何回、一回か。</p>	<p>がん診療評価委員会（カンサーボード）の</p> <p>○メンバー構成は、がん関係診療科医師（内科・外科関係各科）、放射線科医師、病理医師、がん看護関係看護師（化学療法、緩和関係等）、診療放射線技師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、地域連携課、事務局</p> <p>○毎月、事前に各部門からの議題を事務局に提出していただき当日に審議しますが、主な議題としては、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん治療に関すること、 ・化学療法治療に関すること、 ・がん治療に関係する医師・看護師等医療従事者の研修に関すること ・講演会や患者向け相談など啓発・情報提供に関すること <p>などがあります。</p> <p>参加者数 = 106名 年1回開催</p>
1(ア)	1	<p>がん相談支援センターでは、どのような相談があるのか、属性や分類など教えてください。</p> <p>平成23年度から24年度では、相談件数が600件以上増加しているが、その要因として考えられることは何か。</p> <p>「がん相談支援センター」及び「がんサポート室」に配置されている専従・専任者の職種を教えてください。</p>	<p>相談内容は、在宅支援、経済的問題、医療制度援助、セカンドオピニオン等に分類されています。また、相談方法（面談、電話、FAX等）や相談者（本人、家族、医療機関等）によっても分類しています。</p> <p>がん患者の在宅移行が増えていることや、がん相談内容の複雑化により、一人当たりの相談回数が増えていることが考えられます。</p> <p>「がん相談支援センター」配置職員数は、専任者として、看護師3名、MSW2名、事務職員2名 「がんサポート室」配置職員数は、専従者として、看護師（がん性疼痛看護認定看護師）1名、事務職員1名</p>

評価項目	種類	質問等の内容	回答内容
1 (ア)	1	<p>緩和ケア外来は毎週月・木曜日に開設とあるが受診者数 / 日は。 保険診療か。点数はどうか。</p> <p>緩和ケアチームのメンバーで「臨床心理士ほか」とあるが「ほか」とはどういう職種か。</p>	<p>約 5.0 人 / 日 (年間受診者数 453 人 / 診療日数 90 日)</p> <p>緩和外来は保険診療となります。点数は、緩和ケアのみで受診した場合は 300 点程度ですが、患者の症状に応じての診療により様々な点数が加算され、個々に異なります。</p> <p>患者の状況・必要に応じて、作業療法士、理学療法士などのリハビリ部門や管理栄養士など栄養管理部門も加わります。</p>
1 (ア)	1	手術件数が大幅増加とあるが、どのような手術が増えたのか。増えた理由は何か。	<p>子宮頸がんや卵巣がん手術が増加しています。</p> <p>手術適応患者の他医療機関からの紹介が増えたことが、主な理由と考えられます。</p>
2 (イ)	1、2	<p>オンポンプ手術数は H23 年度 0 件、平成 24 年度 1 件であるが、そもそもそのような症例がないのか。</p> <p>あるいは、あっても他病院に紹介しているのか。</p> <p>あるいは、オフポンプ手術での対応に努めたからなのか。努める、という意味は。</p> <p>日本心血管インターベンション治療学会研修関連施設になっているのか。</p> <p>虚血性心疾患、心疾患への取り組みをどこまで積極的にやるのか。</p>	<p>記載の表は、単独冠動脈バイパス手術に関する件数です。単独冠動脈バイパス手術以外の弁膜症等の開心術については、全てオンポンプで行っています。</p> <p>当院で可能な心臓手術を他の病院へ紹介することは基本的にはありません。</p> <p>当院では、冠動脈バイパス手術にはオフポンプ手術による完全血行再建を第一選択としています。これは、手術による身体への負担が軽く、合併症を有する患者、高齢者でもより安全な手術が可能となっているためであり、ポンプなしでは危険な状態の症例以外は、たとえ緊急手術においても可能な限りオフポンプ手術を行うようにしていることから、「努める」という記載としています。</p> <p>常勤の日本心血管インターベンション学会専門医・指導医が配置されており、日本心血管インターベンション治療学会研修関連施設です。</p> <p>365日24時間体制にて急性期治療を充実させていきます。</p>
4 イ	1	H24 年度救急車搬送状況は 4592 件数であるが、管内の	四日市市消防署管内の約 28.6%を受け入れています。

評価項目	種類	質問等の内容	回答内容
	3	<p>何%を受け入れているのか。</p> <p>救命救急センター入院患者数が目標数を超過しているが、その理由は。</p> <p>実績は5,106人であるが、外傷の割合は。</p> <p>救急患者受け入れは14,751人であるが、そのうち救急車による搬送は何名か。</p> <p>14,751名の中で入院しなかった数は。</p> <p>二次救急医療受け入れにおいて、科別の割合は。</p> <p>救急を受け入れない場合はどんな場合か。</p> <p>救急車搬送状況を平成23年度との件数比較で増減教えてください。</p>	<p>救命救急センター常勤医師を1名増員したことが、最大の要因と考えられます。</p> <p>20.7%（延べ1,059人）</p> <p>救急車による搬送は4,592名</p> <p>3,468名が入院し、残り11,283名が帰宅等で入院していません。</p> <p>救急車受入時における診療科の割合は、多い順から、内科（58.0%）外科（14.7%）、整形外科（10.6%）、小児科（6.8%）、脳神経外科（5.6%）、産婦人科（2.0%）</p> <p>重症患者が複数となり人員体制に対する患者数が過剰と考えられる場合や、大規模手術が予定される患者に対し手術実施人員体制が不備と考えられる場合等があります。</p> <p>別添資料参照</p>
5 ウ	1	NICU 利用延べ患者数が、本年度は増床前にもかかわらず、かくも増加した要因を教えてください。	周産期母子センター拡充に向けて、産科・小児科医師等スタッフが連携して母体搬送等を極力受け入れる断らない姿勢を強化したことや、院内スタッフの育成強化（新生児集中ケア認定看護師）の効果等の影響が出始めたことが要因と考えられます。
7 ア	1	<p>クリニカルパスの利用率が38.6%とあるが、その分子/分母の数は。</p> <p>先日の四日市医師会との病診連携会議ではクリニカルパスは診療科により差があるとの話であった。具体的にご教授下さい。</p>	<p>分子は、クリニカルパス利用者数（=3,375名）</p> <p>分母は、新規入院患者数（=8,747名）</p> <p>予定入院の多い整形外科（82.6%）や産婦人科（78.3%）はクリニカルパス利用率が高くなっています。</p>
7 イ	1、2	<p>セカンドオピニオンについて、H24年度、他院からの希望してきた患者数は12名か。有料か。</p> <p>当院の患者に対しては、相談がなくても患者(or/and</p>	<p>12名です。有料です。（なお保険診療外です。）</p> <p>外来でも病棟でも主治医からセカンドオピニオンについては</p>

評価項目	種類	質問等の内容	回答内容
		<p>家族)に丁寧に説明すべきではないのか。</p> <p>セカンドオピニオンについて、年度計画にある「当院の患者が他医院での実施を希望される場合でも適切に対応し」の部分について、「手続、費用面等の説明を実施している」とあるが、具体的な件数等数字で判断できるデータはありませんか。</p>	<p>随時説明しています。また外来看護師やがんサポート室、地域連携課の相談のなかでも随時説明しています。</p> <p>各診療科で対応しているため具体的な件数等のデータはございません(今年度から地域連携課で把握しております)が、外来看護師やがんサポート室、地域連携課の相談のなかでも随時説明し、手続き等についても実施しています。</p>
10(3)	1	インシデント・アクシデント件数の変化からでは、自己評価 とするには弱く感じますが、決め手は何でしょうか。	<p>インシデント件数を維持(=情報収集機能維持)しながらも、アクシデント件数が半減したことは大きな成果であると考えられます。</p> <p>医療安全室に配置されているGRM(ジェネラル・リスク・マネージャー)が、インシデント・アクシデントの院内全体の分析を通じて、業務改善、院内体制整備等の教育、現場指導を行っています。</p> <p>また、医療安全研修等では、単なる講演だけでなく「寸劇」等を交えていることは、職員の意識向上を図る上では、非常に効果的であると考えられます。</p>
11 ア	3	アンケート調査の調査項目および調査結果を確認したい。	別添資料参照
12 イ	1	診察、会計の待ち時間はどれくらいですか。	<p>診察の待ち時間は、診療科によって差がありますが、平均して約35分程度です。</p> <p>会計の待ち時間は6~7分程度です。</p>
13 ウ	1、2	伝達研修とは。その内容は。	<p>県庁(情報公開課)が実施した研修会に文書主任・情報公開推進員が出席し、研修を受け、その内容を事務局の課長等に研修し、その内容を各課(室)において課(室)員に伝えていただきました。</p> <p>研修内容は、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公文書管理規程の改正内容 ・情報公開、個人情報保護推進要綱の改正内容 ・個人情報保護制度の適正管理 です。

評価項目	種類	質問等の内容	回答内容												
		<p>ここでいう「事務局」とは。事務局職員全員とは医師・看護師等含めた全職員か。</p> <p>カルテ開示請求・開示件数の結果だけでなく、「何をした結果」、この成果に至ったのかのプロセスを示して欲しい。</p> <p>カルテの開示が 72 件であるが、開示した症例のその後は。訴訟になった例があるのか。</p>	<p>事務局を構成する各課(室)になりますので、医師、看護師、医療技術者の大部分は含まれません。</p> <p>カルテ開示請求・開示件数は、補足として示させていただきましたが、その大部分は転院先や保険会社等に提出するための請求となります。請求があった案件は全て要件を満たしていましたので、開示いたしました。</p> <p>大部分は、転院先や保険会社等に提出する用途であります。数件苦情につながった案件もあります。訴訟になった例はありません。</p>												
14 エ	3 1、2	<p>「退院支援のフローチャートを確立」とあるが、フローチャートを見せて下さい。</p> <p>「在宅移行の“割合”」および「紹介・逆紹介“率”」の向上につながったとのことであるが、具体的にどう変化したのか。(具体的数値があるのであれば示しておいたほうが良い)</p>	<p>別添資料参照</p> <p>在宅移行の割合、紹介率・逆紹介率は、以下の通りです。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H23 年度</th> <th>H24 年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>在宅移行の割合(%)</td> <td>31.7</td> <td>36.5</td> </tr> <tr> <td>紹介率(%)</td> <td>58.0</td> <td>63.4</td> </tr> <tr> <td>逆紹介率(%)</td> <td>47.0</td> <td>49.8</td> </tr> </tbody> </table> <p>在宅移行の割合(%) = 在宅移行者 / 退院調整患者数 × 100</p>		H23 年度	H24 年度	在宅移行の割合(%)	31.7	36.5	紹介率(%)	58.0	63.4	逆紹介率(%)	47.0	49.8
	H23 年度	H24 年度													
在宅移行の割合(%)	31.7	36.5													
紹介率(%)	58.0	63.4													
逆紹介率(%)	47.0	49.8													
15 オ	1、2	「がん市民公開講座」には何人くらいが参加したのか。	参加者数は、106 名。												
16(1)	3	本年度のDMA T の派遣実績を教えてください。	平成 24 年度の DMA T の派遣実績はありません。												
18(1)	1	<p>オープン病床の利用率はどのように出されたのか、教えてください。</p> <p>退院調整をされた患者はどのような転帰をとられたのでしょうか。在宅(訪問看護)・福祉施設・中間施設などの内訳を教えてください。</p>	<p>平成 24 年度では、セミオープンベッド利用延人数(=1,332 人) / (5 床・365 日) × 100 = 73.0% です。</p> <p>内訳は、多い順で、在宅 341 名(36.5%) 病院(回復期) 252 名(27.0%) 福祉等施設 108 名(11.6%) 病院(一般) 91 名(9.7%) です。</p>												
19(2)	3 1	<p>代診要請に伴う医師派遣の規程。</p> <p>誰が要請した場合に派遣できるのか。</p> <p>臨床研修医等の等とはどのような医師か。</p>	<p>当院は三重県へき地医療支援機構にへき地医療拠点病院として参加しており、その仕組みの中で派遣を実施しています。</p> <p>要請は三重県へき地医療支援機構からとなります。</p> <p>自治医科大学後期臨床研修医 1 名を含みます。</p>												

評価項目	種類	質問等の内容	回答内容
20(1)	1	臨床研修センターの予算は。	平成24年度臨床研修センター決算額は、人件費を除き、約210万円です。なお、各部署で実施しています研修については、各部署の予算で計上しています。
21(2)	3 1、3 1	<p>新人看護師の卒後臨床研修システムとは。</p> <p>看護師の卒後臨床研修プログラムは。 看護師の確保・育成は、大変重要です。「臨床研修センター」の設置が大きく影響していると書かれているが、新人以外の「質の高い看護が継続的に提供できる」研修計画と参加者と参加率を教えてください。</p> <p>H24.4.1の看護師採用者数は。うち新卒は。うち三重県立看護大学の卒業者は何人が。</p> <p>H24.4.2～H25.3.31の間の看護師採用数と退職者数は。看護師定着率(%)の定義は。(92.2%の算定式について)</p>	<p>新人看護職員の臨床研修等が努力義務化されたことを受け、厚生労働省新人看護職員研修ガイドラインに基づき、これまでの新人教育体制を見直し、平成22年4月より運用している新人看護師の卒後教育です。</p> <p>(別添資料参照) 別添資料参照</p> <p>臨床研修センターが各部署で行っている研修を把握するとともに、全職員に対する研修を実施し、院内研修が体系的に実施できるように努めています。</p> <p>新人以外の看護職員の研修については、教育システムとして看護キャリアラダーを運用し、ステップ別研修の実施の他、教育担当者研修、専門看護実践研修を実施しています。</p> <p>新人以外の院内看護職員研修の延べ参加者数は、2,325名で、職員1名当たり平均6.55回/年参加しています。</p> <p>H24.4.1の採用看護師数は、39名です。</p> <p>うち新卒は、37名です。</p> <p>うち、三重県立看護大学卒業は、11名です。</p> <p>H24.4.2～H25.3.31の間の看護師採用数は3名、退職者数は27名(含、定年退職2名)です。</p> <p>看護師定着率の定義は、「看護師定着率(%) = 100 - 看護師離職率(%)」としています。</p> <p>算定式は、看護師定着率【92.2】(%) = (1 - 看護師退職者数計【27】)/(年度当初看護師数【355】+年度末看護師数【340】/2) × 100、としています。</p>
23(4)	1	資格取得の支援策・予算等、取得に係る経費は誰が負担	病院予算の範囲内で各部署が必要性等の優先度を勘案し、学会、

評価項目	種類	質問等の内容	回答内容
	1、2	<p>するのか。</p> <p>専門・認定看護師の育成、5年先までの計画を教えてください。</p> <p>21分野の認定看護師のコースがあるが、糖尿病看護・脳卒中リハビリテーション看護・がん化学療法看護・がん放射線看護・緩和ケア・手術看護・透析看護などの看護の質を担保し、高めていくためには、必要ではないでしょうか。</p>	<p>資格取得のための講習会参加等を実施しています。</p> <p>認定看護師に関しては、入学金・授業料・実習及びその他派遣に要する費用（旅費等）は、法人負担となっています。</p> <p>第1期中期計画期間（H24～H28年度）では、平成24年度「新生児集中ケア」、平成25年度「がん化学療法看護」「感染管理」の育成に続いて、候補者を選定しながら平成26～28年度において「手術看護」、「集中ケア」、「救急看護」、「緩和ケア」を育成していく計画です。</p> <p>第2期中期計画期間（H29～H33年度）に向けても、委員指摘の分野を踏まえて病院に必要な認定看護師の分野を選定し、看護の質を高めていくため、積極的な育成を図っていきます。</p>
24(5)	1	<p>看護実習学生、4,037人を受けているが、学校数及び学校名を教えてください。</p> <p>海外の学会への参加者数は。</p>	<p>6校です。受入数の多い順に、三重県立看護大学(1,713人)、四日市医師会看護専門学校(1,545人)、桑名高校衛生看護科(448人)、四日市看護医療大学(176人)、聖十字看護専門学校(107人)、弥富看護専門学校(48人)、となります。</p> <p>平成24年度は3人です。</p>
25 5	3	<p>総合医療センター年報（印刷したものがあれば）</p>	<p>冊子として印刷しておりませんが、ホームページで公開しています。（当院ホームページ病院のご案内 http://www.mie-gmc.jp/html/about/index.html）</p>
26 1	1	<p>組織体制は、病院の組織のあり方、すなわちその位置づけを示す重要なものですが、「看護部」の位置の確認をしたい。</p> <p>診療部の次に「看護部」が位置してほしい。病院の中で、一番多い職員数が看護部で、看護職とその看護補助者を合わせた数ではないでしょうか。</p> <p>また、（組織体制表では）検査部等「室」や「課」など分担部署まで細かく出されている。看護部の組織は、「病棟」「外来」「手術室」など各部署の患者さまを24時間みて</p>	<p>組織体制は、毎年院内委員会において議論し、院内合意、理事会審議を経て、理事長が編成しています。委員の御意見は今後の組織再編の際の院内議論の場で参考とさせていただきます。</p> <p>また、当院でも「看護部」の重要性は認識しており、看護部長を法人の理事として理事長が任命しています。</p>

評価項目	種類	質問等の内容	回答内容
	3 1、2 3	<p>いる。それをこの組織体制表で表現して良いのではないのでしょうか。</p> <p>「現在の具体的な看護部の組織」の具体的な資料を下さい。</p> <p>BSCによる対話実施数について、これは誰と誰の対話実績か。部門“レベル”とは。部門長。</p> <p>バランススコアカードのビジョンからアクションプランまでを、各部門においてその内容を簡単に一覧できる資料はありませんか。</p>	<p>別添資料参照</p> <p>BSCによる対話は、診療部、薬剤部、周産期母子センターなどの各部門長と院長（＝理事長）との面談（部門レベル）と診療部に属する各診療科（循環器内科、外科等）の医師（初期研修医を除く全医師が面談対象）と院長との面談（課・診療科レベル）形式で行っています。</p> <p>各診療科との面談では日頃院長と接する機会が少ない若手医師との意見交換も活発になされ、意見共有が図られています。</p> <p>別添資料参照</p>
27 2	1、2	<p>小児・周産期医療センターの強化は、大変重要なことです。そのこのベッドの稼働率はいかがでしょうか。また、5名看護師が増えて計何人となり、その合計人数は。</p> <p>周産期センターの拡充に伴う人員配置について、これは新規増員か、既存職員の配置転換か。</p>	<p>4月の稼働当初は低調であったものの、6月にはNICUの稼働率は60%を超える見込みです。</p> <p>周産期母子センター看護師数は、3東病棟配置数として、（平成25年4月1日時点）40名、業務補助看護師1名となります。</p> <p>新規増員になります。看護師長を2名体制とし、2名の師長間の調整者として看護次長（兼務）を配置しました。</p>
28（1）	1、2 3	<p>評価を としたポイントは何か。</p> <p>経営会議の議論の概要や日々の入院患者数を院内掲示板に掲示しているとの事ですが、任意の月で結構ですので、実際に掲示してあったものを拝見したいのですが。</p>	<p>従来の月単位での「経営データ」の周知に加え、平成24年度から日々の入院患者数等を院内掲示板に常時更新掲示することによって、職員の病院経営に対する意識向上を図ることができたことが、ポイントと考えます。</p> <p>別添参考資料</p>

評価項目	種類	質問等の内容	回答内容
29(2)	1、2	TQM 発表大会や委員会メンバーによる毎月の相談会は、以前より実施しているのか。	TQM 発表大会は、平成 24 年度で第 9 回目となります。活動をサポートするための相談会も、当初から実施しています。
30 4	3 1、2	可能であればアンケートの調査項目および調査結果を確認したい。 職場巡視とは具体的にどのようなことをしているのか。 職員一人当たり時間外勤務 H24 年度 237.64 時間とあるが、医師の時間数は。事務職員は。最高時間数は何時間で、職種は。	別添資料参照 健康管理医を含め、職場安全衛生管理委員会のメンバーが現場を巡回し、職場環境等をチェックし、改善点等を指摘します。 職員一人当たり時間外勤務の、医師の平均は 689.33 時間、事務職員の平均は 219.56 時間です。最高時間は 2,098 時間で、職種は医師です。
33(1)	1	診療報酬査定の推移の表において、過誤件数が増加していますが、その原因はなんですか。 未収金発生状況 過年度分 H24 年度 359 件 64,697 千円 とあるが、過年度とは何年分か。 催告、督促をいつまで続けるのか。 損金処理をするのか。 未収金回収策で、本年度中に裁判所への支払督促の申し立てをした件数を教えてください。 年度末の未収金額のうち、最大の方でいくらの方がいますか。	過誤件数が増加したことは、医療報酬改定に伴う解釈の疑義によることが要因の一つと考えられます。 平成 11 年度から平成 23 年度までの 13 年分です。 会計上の減額処理を行う（原則、発生後 3 年）までの間です。 債権管理事務の取扱 第 4 会計上の減額処理基準に基づき、会計上の減額処理を行っています。 31 件です。 5,328 千円です。
34(2)	1	後発医薬品使用率 7.5%の求め方（分子/分母は。） H24 年度目標の 7.4%は超えているが、全国の D P C 病院の使用率と比較してどうか。	分子は、後発医薬品購入額（= 95,861 千円）で、分母は、薬品購入総額（= 1,275,504 千円）です。 厚生労働省中央社会保険医療協議会資料では、D P C 病院の後発薬品の使用割合（金額ベース）は、平成 23 年で 400～500 床 = 13.4%、500 床以上 = 9.6%です。 当院の比率が、全国 D P C 病院と比較すると低いのは、がん治療等の高度医療において後発医薬品の選択肢がない場合が

評価項目	種類	質問等の内容	回答内容
		来年度より導入するSPDの特色は何でしょうか。現在の管理方法と比較する格好で教えてください。	あることが要因の一つであると考えられます。 地域がん診療連携拠点病院、エイズ拠点病院、第二種感染症指定病院等の役割を担っている当院においても、着実に後発医薬品使用比率の向上を図っていきたいと考えています。(平成25年4~5月では10%を超えています。) 平成25年度に導入を検討するSPDとは、診療材料の契約、購入、院内管理等を外部業者に委託する手法です。今後、物理的条件、費用対効果、並びに診療及び看護への影響を鑑み導入の是非を検討していきます。
35 8	1、2	広報誌は定期発行しているとのことであるが、どのような頻度で発行しているのか。	年4回に加えて、号外(地方独立行政法人化記念号、新周産期棟完成記念号)を発行しています。
38 2	1	地域の医療機関との密接な連携・信頼関係は具体的にどのように構築されるのか。	病診連携運営委員会を開催(年3回)での意見交換や、地域の医療機関や福祉施設の職員を対象とした講演会・研究会の実施(年17回)により、地域の医療水準の向上を図るとともに、地域医療機関との信頼関係の構築を図っています。 紹介患者の受入、逆紹介の推進だけでなく、当院保有の高度施設・機器等の利用促進のために、病院訪問等を行っています。 年4回発行の広報誌「医療センターニュース」を送付し、当院の診療情報を提供するとともに、この広報誌の誌面でも地域の医療機関を紹介(1医療機関/回)しています。