

# 令和5年度業務実績報告書にかかる質問・確認・資料要求等

資料5

※「種類」欄の区分：「1」質問事項 「2」確認事項 「3」資料要求 「4」その他

| No. | 評価項目名                    | 種類 | 質問等の内容   | 回答内容  |
|-----|--------------------------|----|--|---|
| 1   | No.1<br>高度医療の提<br>供 (がん) | 3  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ロボット支援手術の件数が2割ほど増加しています。増加した内容（手術を行った診療科、疾患等）についてお教え下さい。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○前年度より増加したのは泌尿器科と産婦人科によるものです。<br/>【産婦人科】<br/>子宮筋腫に対するロボット手術が前年度より増加し、子宮脱に対するロボット手術を今年度から開始しました。<br/>【泌尿器科】<br/>前立腺癌に対するロボット手術が前年度よりも増加しました。</li> </ul>                                       |
| 2   | No.1<br>高度医療の提<br>供 (がん) | 2  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・頭皮冷却装置を導入したとありますが、特に婦人に関係した疾患が多かったのでしょうか。</li> <li>・また、不幸にも脱毛された方のための、かつら等の相談が安易にできるシステムがあるのでしょうか。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○当院においては化学療法にともなう脱毛予防のために頭皮冷却装置を導入しており、現在は女性の乳癌の患者で化学療法を受けている方を対象としております。</li> <li>○脱毛については患者支援センター、透析・化学療法室、担当外来の窓口が連携して相談を受け付けています。</li> </ul>   |
| 3   | No.1<br>高度医療の提<br>供 (がん) | 3  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・放射線治療のべ患者数が昨年比に比べ2割ほど増えていますが、診療科別に具体的な数値をお教え下さい。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○令和5年度実績は、呼吸器内科80人、乳腺外科33人、泌尿器科25人、消化器内科19人、消化器外科15人、婦人科15人、脳神経外科2人、緩和外来4人、病診連携27人となっております。</li> </ul>   |
| 4   | No.1<br>高度医療の提<br>供 (がん) | 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「緩和医療認定医と放射線治療医とが、北勢地域の緩和ケア病棟を運営する病院を中心に訪問し、当院の緩和的放射線治療をアピールするなど、院内外との連携強化に努めた」とありますが、初めての取り組みでしよつか。</li> <li>・また、この取り組みで得られた手応えなどがありましたらお教えください。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○緩和医療認定医と放射線治療医による緩和的放射線治療をアピールするための訪問は初めての取組です。</li> <li>○新しい治療機器の導入、放射線治療常勤医師の赴任、緩和外来医師による入院対応により定位置照射・緩和照射への対応が充実しました。</li> <li>○訪問直後より緩和照射の紹介を頂くなど新規紹介患者の獲得にむけて手応えがみられるところです。</li> </ul> |

| No. | 評価項目名                               | 種類 | 質問等の内容  | 回答内容  |
|-----|-------------------------------------|----|---|---|
| 5   | No.1<br>高度医療の提供 (がん)                | 1  | ・「検診による患者紹介に向けた関係構築に取り組みました」とありますが、具体的にどのような取り組みを行ったのか教えてください。<br>・また、この取り組みで得られた手応えなどがありましたら教えてください。 | ○地域住民の健康維持確保を目的に近隣の健診センターの求めに応じて医師を派遣し、検査業務等に従事しています。<br>○健診結果に応じて精密検査や治療等が必要な場合に、早期に治療を提供できる体制を整えました。<br>○協力体制を構築してまだ数ヶ月しか経過していない状況ですが、今後は業務範囲の拡大も視野に入れ、協力体制を継続していきます。   |
| 6   | No.1<br>高度医療の提供 (がん)                | 1  | ・「頭皮冷却療法用装置」の利用件数をお教えください。  | ○令和6年3月より頭皮冷却装置を導入いたしました。<br>○令和6年6月までの4ヶ月間で、6人の患者さんに延べ24回利用いただきました。  |
| 7   | No.2<br>高度医療の提供 (脳卒中・急性心筋梗塞等)       | 1  | ・脳卒中ユニットカンファレンスの開催状況についてお教え下さい。<br>・地域連携課に新設された脳卒中相談窓口の利用状況についてお教え下さい。                                | ○毎週月曜日、入院中の全てのリハビリを必要とする脳卒中の患者さんについて医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリテーション担当者、患者支援センター担当者による多職種カンファレンスを実施しております。<br>○脳卒中の患者さんやご家族からの相談については、外来、入院ともに随時、患者支援センターの相談員が対応しております。特に在宅介護やリハビリのための転院等については外部の専門職と連携して随時相談に対応しております。 |
| 8   | No.3<br>高度医療の提供 (各診療科の高度化及び医療水準の向上) | 1  | ・陰圧手術室の利用状況についてお教え下さい (使用した診療科、件数、可能であれば疾患について)。  | ○陰圧切替手術室を2月1日に運用開始して以降、陰圧環境が必要な手術は発生していません。<br>○通常の手術に常時使用しています。  |

| No. | 評価項目名            | 種類 | 質問等の内容  | 回答内容  |
|-----|------------------|----|---|---|
| 9   | No.4<br>救急医療     | 1  | <p>・ウォークインで来院する緊急を要しない患者の受診の抑制の取組については、これまでは記載がありませんでしたが、近年、新たに始められた取組でしょうか。</p> <p>・本項目は、令和5年度実績における唯一のV評価(=年度計画を著しく上回って実施している)となっており、3項目のうち2項目が年度計画を下回っている中、特にVと評価された理由について改めて教えてください。</p> <p>※ほかの項目では、年度計画を上回っていてもIV評価とされた事例も多くありましたので、その違いをどのように整理されたのか確認したい。</p> | <p>○医療資源の適切な投入、病院と診療所の役割分担、受診行動の適正化に取り組むことは、現在の地域医療に求められているところです。</p> <p>○救急搬送件数が増加中、現在の当院の人員体制で救急車受入を継続していくため、より緊急性の高い救急車搬送患者に医療資源を投入すべく取り組んでまいりました。</p> <p>○その結果、当院への救急搬送患者数は、令和3年度の5,115人から令和5年度6,922人へと大きく増加しておりますが、昨今の働き方改革の中にあつて当院は98.4%の応需率を達成しており、近隣病院の89.1% (2023年度HPより) を大きく上回っております。</p> <p>○この応需率は、北勢地域の三次救急を担う病院として極めて高い数値であり、搬送にかかる所要時間の短縮への貢献も含め、地域住民に大きな安心感を提供しているものと考えため、特に自己評価をVとさせていただきます。</p> |
| 10  | No.5<br>小児・周産期医療 | 3  | <p>・分娩件数のうち他の医療機関から紹介を受けた症例のパーセントと、異常分娩に関して他の医療機関から紹介を受けた症例のパーセントをお教え下さい。</p>   | <p>○分娩件数285件のうち、152件が正常分娩であり、そのうち130件が紹介を受けたものであり紹介率は85.5%となります。</p> <p>○異常分娩133件のうち、125件が紹介を受けたものであり紹介率は94.0%となります。</p> <p>○分娩件数全体での紹介率は89.5%となります。</p>  |

| No. | 評価項目名                 | 種類 | 質問等の内容  | 回答内容   |
|-----|-----------------------|----|---|--|
| 11  | No.5<br>小児・周産期<br>医療  | 1  | ・M F I C Uの運用実績評価について、前年度と同様に、新型コロナウイルス感染症妊婦患者の緊急分娩対応などのため5床のうち3床しか運用できなかったとして、これを踏まえた暫定的な目標（1,350人×3/5=810人）を基準とした評価も行われていますが、令和5年5月の新型コロナウイルスの5類化移行後も引き続き2床が運用できない状態が続いていたのでしょうか。 | ○令和5年9月末までは新型コロナウイルス感染症妊婦患者のために5床のうち2床を確保していました。<br>○確保していた2床は10月以降に妊婦用の個室として運用していますが、MFICU本来の運用は行っていません。<br>○また、10月以降、5室をMFICUとして考えた場合の稼働状況は、1,083人であり、目標値1,350×4/5=1,080人を達成しているところです。 |
| 12  | No.6<br>感染症医療         | 3  | ・感染防止に関して院内で研修を2回行われ、いずれも高い参加率ですが、どちらの研修会にも参加されなかった方はどのくらいおられるのでしょうか  | ○受講対象者の概ね2%にあたる17名が業務等の都合で受講できなかったところですが、今年度も参加率の向上に努めてまいります。  |
| 13  | No.7<br>医療安全対策<br>の徹底 | 1  | ・ヒヤリ・ハット事例の報告を促進するために、電子化による報告方法に変更されましたが、できる範囲で結構ですので具体的方法をお教え下さい。   | ○電子カルテの「ヒヤリ・ハット報告」画面で、コード番号やブルダウンメニューから基本情報を選択できるようにする等、簡単に入力できるようにしました。   |

| No. | 評価項目名                  | 種類 | 質問等の内容   | 回答内容   |
|-----|------------------------|----|--|--|
| 14  | No.7<br>医療安全対策<br>の徹底  | 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・どこかに記載されていたらすいません。</li> <li>・医療安全対策の業務実績の医療事故の公表基準を改正したとあるがどのように？</li> <li>・インシデントが増えるのは報告が多くなってきているので、よいとおもいますが、アクシデントの合併症については、難しい所なので、当日その説明をお願いいたします。</li> </ul> | <p>○ 社会的影響の大きい事案については、患者さんの同意が得られた場合に公表することとし、その決定プロセスについて整えました。</p> <p>○ また、各月に発生したインシデント及びアクシデントの患者影響度レベル別の件数割合を毎月翌月末までにホームページにおいて公表することとしました。</p> <p>○ なお、合併症の多い診療科に対しては、科内で検討会開催等指導をしています。</p> |
| 15  | No.7<br>医療安全対策<br>の徹底  | 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「報告方法の電子化により、インシデントの報告件数が増加した」とありますが、電子化で報告件数が増えたのはなぜですか。もう少し詳しく説明ください。</li> </ul>   | <p>○ 報告書の項目を見直すとともに、紙媒体ではなくシステムにて報告することで、心理的負担などが軽減されたことによるものです。</p>   |
| 16  | No.9<br>クリニカルパスの推進     | 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「脳神経外科、消化器内科、泌尿器科で新規にクリニカルパスを作成」とありますが、これまで作成していなかった理由に至った理由についてお教えください。</li> </ul>  | <p>○ 当該診療科においては、治療行為のオーダーが電子カルテにおいて自動化でき、クリニカルパスを作成しなくても同様の対応が可能であるため、一部の症例でクリニカルパスを作成をしていますが、クリニカルパスの考え方を踏まえ作成を進めたところです。</p>  |
| 17  | No.10<br>インフォームド・コンセント | 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・インフォームド・コンセントの際に地域連携課の看護師・社会福祉士や担当ケアマネージャーが同席したとありますが、全ての症例で行われたのでしょうか。</li> </ul>   | <p>○ 患者さんの医療的背景、社会的背景について医師、看護師、患者支援センターの相談員が特に必要と判断した患者さんに対するインフォームド・コンセントに同席しています。</p>   |

| No.        | 評価項目名            | 種類     | 質問等の内容  | 回答内容   |  |       |       |         |        |        |            |       |       |            |      |      |
|------------|------------------|--------|---|--|--|-------|-------|---------|--------|--------|------------|-------|-------|------------|------|------|
| 18         | No.12<br>待ち時間の短縮 | 1      | <p>・受診される方で、マイナンバー保険証を使用される方はどれくらいおられるのでしょうか？</p> <p>・また、貴院としては、マイナンバー保険証の使用を今後さらに進めていかれるのでしょうか？</p>  | <p>○令和6年4月のマイナンバー保険証の使用実績は、利用患者数が388名で、利用率が約5%でした。</p> <p>○マイナンバー保険証の使用を勧めるため、啓発用ポスターを掲示し、総合受付でマイナンバーの利用の意思を確認しています。</p> <p>○令和6年12月2日より紙媒体の健康保険証が発行されなくなることから、顔認証付きカードリーダーの増設を検討しています。</p>  |  |       |       |         |        |        |            |       |       |            |      |      |
| 19         | No.14<br>相談体制の充実 | 1      | <p>・前年度まで、「相談件数」、「在宅移行の割合」、「がん相談支援センター相談件数」について一覧表形式で掲載されていましたが、今回は掲載されていません。これらの経年変化のデータは相談体制の充実に確認する上での有為なデータとして注視してききましたが、掲載することはできなかったのでしょうか。</p> | <p>○いずれも前年度までは地域連携課において実施していましたが、今年度から軽症であったり、特に相談や調整の必要性が低い患者さんの相談対応については各病棟の判断により実施していることから、全ての件数を把握することが困難となりました。</p> <p>○そのため、客観的かつ継続的な数値である入退院支援加算1の取得数及び率を掲載しました。</p> <p>○なお、参考数値としては以下の通りお示しさせていただきますが、地域連携課の実施した数値のみとなります。</p> <p>・相談件数、在宅移行の割合等の推移（地域連携課、調整分のみ）<br/>・がん相談支援センター相談件数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>R 4年度</th> <th>R 5年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>相談件数(件)</td> <td>12,092</td> <td>10,501</td> </tr> <tr> <td>退院調整患者数(人)</td> <td>2,084</td> <td>1,562</td> </tr> <tr> <td>在宅移行の割合(%)</td> <td>53.7</td> <td>40.4</td> </tr> </tbody> </table> <p>※在宅移行の割合(%) = 在宅移行者数 / 総退院調整患者数 × 100</p> |  | R 4年度 | R 5年度 | 相談件数(件) | 12,092 | 10,501 | 退院調整患者数(人) | 2,084 | 1,562 | 在宅移行の割合(%) | 53.7 | 40.4 |
|            | R 4年度            | R 5年度  |   |  |  |       |       |         |        |        |            |       |       |            |      |      |
| 相談件数(件)    | 12,092           | 10,501 |   |  |  |       |       |         |        |        |            |       |       |            |      |      |
| 退院調整患者数(人) | 2,084            | 1,562  |   |  |  |       |       |         |        |        |            |       |       |            |      |      |
| 在宅移行の割合(%) | 53.7             | 40.4   |   |  |  |       |       |         |        |        |            |       |       |            |      |      |

| No. | 評価項目名                | 種類 | 質問等の内容  | 回答内容   |
|-----|----------------------|----|---|--|
| 20  | No.14<br>相談体制の充<br>実 | 1  | ・地域連携課が地域連携部と改変し、業務内容も変わったと思います。時間の許せる範囲で、詳しくご説明をお願いします。                                | ○地域連携部は病診連携業務を担う「地域連携課」と入院支援および医療福祉相談を担う「患者支援センター」で構成されています。<br>○「地域連携課」は地域医療支援病院である当院と地域の医療機関の皆様との「かけはし」として、これまで同様に地域医療に貢献する役割を担い、診察予約、検査予約、外来受診相談、セカンドオピニオンなどの要望を伺い、調整を担うなど、地域医療に貢献する役割を担う<br>○「患者支援センター」は患者さんの入院支援、医療福祉相談について、地域の医療機関、行政機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護事業所、福祉施設などとの緊密な連携をとり、患者支援の役割を担う<br>〈具体的な取組事例〉<br>ペインメント・フロー・マネジメントに基づき取組を進める。<br>・ 看護師、社会福祉士、臨床心理士の資格者が医療の相談、介護の相談、経済的、心理的な相談等、各専門領域での対応。<br>・ がん相談支援センター、脳卒中相談、よろず相談窓口を併設。<br>・ 入院前から身体的、社会的、心理的な背景をしっかりと把握し、安心して入院治療を可能とするための入院事務の集約化<br>・ 関係する医療機関、在宅支援者等と緊密に連携して安全安心な退院調整、退院支援を実施 |
| 21  | No.15<br>接遇意識の向上     | 4  | ・小児科の付添者に対し食事を提供しておられることは、ご家族の利便性の面から良いことですが、有料で食料を提供するのであれば保健所等への届け出が必要かと思えます。お教えください。 | ○入院患者に対する患者給食提供の一環として、長期の付添が必要となる患児の保護者に対して希望により給食の提供を開始しています。<br>○令和3年6月から、病院等の集団給食施設についても飲食店営業届出の対象となりましたが、当院のように調理業務を外部事業者に委託している場合は、受託事業者が飲食店営業の許可を取得する必要があるため、許可取得状況については確認済みです。  |

| No. | 評価項目名                          | 種類 | 質問等の内容   | 回答内容  |
|-----|--------------------------------|----|--|---|
| 22  | No.16<br>大規模災害発生時の対応           | 1  | ・DMATの「国主催の研修枠が少なく、採択されなかった」とありますが、採択されなかった理由等はおわかりでしょうか。  | ○DMAT養成研修の受講者は県SCU協議会において、各医療機関のDMAT隊員数を考慮して決定されています。<br>○DMATチーム数が少ない医療機関を優先して採択した結果、当院からは採択されなかったものと聞いております。  |
| 23  | No.17<br>公衆衛生上の重大な危機が発生した場合の対応 | 1  | ・入院患者で基礎疾患に糖尿病があったり、年齢層の高齢化によって入院疾患とは別に結核感染者が見つかることがあります。病棟職員や同室患者への検診を行っておられますが、入院患者に対しての対策はどのようにされているのかお教え下さい。 | ○入院時に胸部X線、CT所見などで結核が疑われた場合、喀痰結核菌検査にて三連痰、結核菌TRCの陰性を確認するまで、個室（可能な限り陰圧室）にて管理しています。<br>○呼吸器内科以外の診療科において感染が疑われる場合は、呼吸器内科に相談の上対応しています。<br>○なお、入院時に、全ての患者に対し、喀痰結核菌検査を実施する等のルールは決めておりません。   |
| 24  | No.18<br>地域の医療機関等との連携強化        | 1  | ・「地域の医療機関をのべ220件訪問」されたとのことですが、訪問時には、具体的にどのような方が訪問されて、どのようなことをされていますか。簡単に結構ですので、どのように連携強化を図ろうとされているかお教えください。      | ○訪問は具体的には以下のように実施しています。<br>新規開業、世代交代した紹介患者数の増減が大きい開業医、新任医師の紹介などを訪問計画し実施しました。<br>病診連携検査予約が多いクリニックには定期訪問を行い、検査結果を早く返書する、大腸カメラの患者説明用紙を補充するなど利便性を高めるようしています。<br>①医師との同行訪問（各診療科医師と事務員または課長）<br>②4月地域連携課異動者の挨拶回り（課長・看護師）<br>③2023年度版病診連携のご案内作成の配布（事務員・課長・相談員・心理士）<br>④病診連携検査のお得様訪問（事務員） |



| No. | 評価項目名                          | 種類 | 質問等の内容   | 回答内容  |
|-----|--------------------------------|----|--|---|
| 25  | No.19<br>医療機関への<br>医師派遣        | 4  | ・桃取診療所、菅島診療所に医師派遣したとありますが、具体的な内容をお教え下さい。   | ○三重県へき地医療支援機構の要請に基づき、鳥羽市が設置する診療所の医師が不在となる際に代診医を2回派遣し、診療に従事しました。   |
| 26  | No.21<br>看護師の確<br>保・育成         | 1  | ・サンキューカードの取り組み内容、実施方法を簡単に教えてください。<br>・文化祭や運動会は、看護部の方が主催し参加されているのですか。   | ○サンキューカードとは、感謝の気持ちを伝えたい人に向けたメッセージを、所定のカードに書いて一旦看護部に提出してもらい、看護部長がそのメッセージを読んで、コメントを記載し、師長経由で本人に届けています。<br>○文化祭や運動会については、看護部会（看護師の福利厚生のための看護部内委員会）が企画、実施しています。 |
| 27  | No.22<br>医療技術職員<br>の専門性の向<br>上 | 4  | ・外部研修等多数参加されているようですが、それぞれの専門分野の研修会の参加状況についてお教え下さい。また、職員数・発表件数も合わせてお教え下さい。  | ○学会、研修会の参加実績は次のとおりです(延べ参加回数)<br>医師211、栄養13、リハ34、臨工44、看護18、薬剤24、放射38、検査19、医療安全8、感染3、事務5の417回です。<br>○学会/研究会等での発表、講演、論文掲載等の件数は229回です。                          |
| 28  | No.25<br>医療に関する<br>調査及び研究      | 2  | ・臨床研究の推進とサポートを行う「研究センター」のスタッフ配置、具体的な活動内容についてお教え下さい。<br>・臨床研究・治験の実施は、医療技術の向上にはとても大切です。実施の主体となる研究者自身の努力とともに、実施の場となる病院のサポートも、質の良い研究・治験データの創出には必要のように思います。 | 医師2名(センター長/副センター長、兼務) …総括<br>看護師1名(副センター長、兼務) …業務管理<br>事務職員2名…倫理審査業務(審査/作成支援/進捗管理等)、治験管理業務(受託業務/契約管理/モニタリング等)   |

| No. | 評価項目名                    | 種類 | 質問等の内容  | 回答内容   |
|-----|--------------------------|----|---|--|
| 29  | No.29<br>勤務環境の向上         | 2  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・業務負担軽減対策の推進により、職員の勤務時間が減少していますが、医師の働き方改革には、特に課題が多いように思います。</li> <li>・医師の時間外勤務時間が減少した主な要因についてお教えください。</li> </ul> | <p>○医師に対する時間外上限規制の開始にあたり、地域医療確保暫定水準(B水準)の承認を目指し医師労働時間削減計画を策定し、次の活動を行い減少したものと考えています。(R6.3認証)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月の診療部科長会で各科毎の時間外等の状況を報告し、科部長のマネジメントに役立てる。</li> <li>・年4回開催する医師等負担軽減対策委員会でタスクシフト/タスクシェアの進捗を図る。</li> <li>・月100時間を超える長時間労働者及び所属する科の科部長に対して健康管理医面談等を案内する。</li> <li>・BSCの取組目標に時間外縮減を設け、所属のインセンティブ対象とする。</li> </ul> <p>などの活動を展開しました。</p> |
| 30  | No.29<br>勤務環境の向上         | 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師も含めた職員全体の時間外勤務時間の削減を実現されていますが、削減に向けて具体的にどんな取り組みを行っているかなど、お教えください。</li> </ul>                                  | <p>○新型コロナウイルス感染症の5類移行に伴い業務が落ち着いたことも影響したと考えますが、各部門の配置数に不足が生じないように積極的に職員確保(採用)を進めてきたこと、宿日直許可を取得したこと、毎月開催される経営会議において各部門毎の時間外の推移を報告し削減を促したことで、委託業務範囲の拡大なども含めタスクシフト/タスクシェアを進めてきたことなどが影響していると考えます。</p>   |
| 31  | No.31<br>事務部門の専門性の向上と効率化 | 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療報酬請求の適正化を図るため保険請求点検チームを結成されていますが、その構成員についてお教え下さい。</li> </ul>  | <p>○医師3名、看護師1名、事務5名で保険請求点検チームを結成しています。</p>   |

| No. | 評価項目名          | 種類 | 質問等の内容   | 回答内容   |
|-----|----------------|----|--|--|
| 32  | No.32<br>収入の確保 | 1  | ・No32：未収金残高の表において、令和4年度の破産更生債権の実績額が前年度報告時の18,195千円から15,533千円に変わっています。記載方法を変更したと伺いましたが、変更した理由（経緯）を簡潔にお教えください。 | ○従来から実績報告書の記載にあたっては、当該事業年度に発生した貸借対照表上の未収金を現年度分、前事業年度及び前々事業年度に発生した未収金を過年度分、当該事業年度の3年前及び4年前に発生した未収金を破産更生債権として分類してまいりましたが、当法人の債権管理指針（平成28年制定）に合わせた記載方法としてまいります。 |
| 33  | No.32<br>収入の確保 | 1  | ・診療報酬の査定率等、診療報酬に関するデータは悪化していますが、その原因についてわかる範囲で結構ですのでお教え下さい。また、それに対する対策を講じておられるならお教え下さい。                      | ○査定率の悪化は、小児科と脳神経内科において算定対象外という理由から特定入院料が査定されたことが主な理由です。<br>○医師・看護師に対して、査定に関する見解を周知し、適切な算定を実施するよう取り組んでいます。  |
| 34  | No.32<br>収入の確保 | 1  | ・のべ入院患者数が増加しているにもかかわらず、医療収益が減少しているのは診療材料の支出が増加したためでしょうか。   | ○理由としましては、入院単価の減少があげられます。その要因としましては、①平均在院日数の増加②新入院患者に対する手術患者の割合の減少等が考えられます。<br>○P C I や整形の手術等、収入に対する材料費の割合が多い症例が増えたことにより単価が伸びず、材料費が増加したものと考えられます。            |
| 35  | No.32<br>収入の確保 | 1  | ・平均在院日数、新入院患者数、平均入院基本料、平均外来基本料の令和4年と令和5年の比較  | 平均在院日数 R4 11.6日→R5 11.8日<br>新入院患者数 R4 9,056人→R5 9,217人<br>入院1日診療単価 R4 72,102円→R5 69,063円<br>外来1日診療単価 R4 22,467円→R5 23,072円                                   |

| No. | 評価項目名                  | 種類 | 質問等の内容  | 回答内容  |
|-----|------------------------|----|---|---|
| 36  | No.35<br>財務内容の改善に関する事項 | 2  | <p>・コロナ禍が終息するとともに、補助金収入がなくなります。</p> <p>・ポスト、アフターコロナの病院収入の確保、財務状況の改善等につきまして、すでに本委員会でも指摘されてきたように思えます。現在の財務内容を踏まえた今後の展望、具体的な対応策についてお教えください。</p>  | <p>○空床補償が見込まれなくなったことから、新たな収益の確保に向けて救急体制充実加算等の各種加算の確保に向けて取り組みを実施しています。</p> <p>○また、紹介患者の増加に向け、地域連携部職員と医師による訪問も継続して実施しているところです。</p>                              |
| 37  | No.35<br>財務内容の改善に関する事項 | 1  | <p>・以下、追加でいただいた財務諸表に関するものになります。</p> <p>フロンの撤去費用として、前期に18,000千円計上されていましたが、当期に17,090千円とほとんどが戻入益として計上されています。</p> <p>このため、実際のフロンの撤去費用は、910千円しか使われていなかったことになりましたが、前期末の時点で、これだけの差が生じることは把握できていなかったのでしょうか？</p> <p>また、今回で資産除去債務全額取り崩されておりませんが、今後、フロン等の撤去義務が必要なものはという理解でよろしいでしょうか？</p> | <p>○撤去費用の計上は相当過去から実施されており、現在とっては詳細の把握はできていないところですが、これまでフロン等の撤去に係る工事等の都度取り崩していくべきところを失念していたものとみています。</p> <p>○現在把握している範囲においては、フロン等の撤去義務が必要なものはないものと認識しています。</p> |

| No. | 評価項目名                  | 種類 | 質問等の内容   | 回答内容   |
|-----|------------------------|----|--|--|
| 38  | No.35<br>財務内容の改善に関する事項 | 1  | <p>・キャッシュ・フロー計算書<br/>当期の業務活動によるキャッシュ・フローは、+1,739百万円となっておりますが、うち、1,812百万円は、前期末に未収であった国庫補助金が、当期に入金したことによるものであり、当該補助金がなければ業務活動はマイナスでありました。</p> <p>当期末の国庫補助金の未収は64百万円であることから、来期以降の業務活動はマイナスとなると思われる。今後資金の流出が続くことが懸念されます。</p> <p>なお、主にコロナに関する補助金もあり、この3年間で現金及び預金は、令和3年3月末2,386百万円から令和6年3月末に5,594百万円と3,208百万円増加しており、短期的に資金が不足する状況にはないと思われませんが、今後の資金見通しがあれば教えてください。</p> | <p>○キャッシュフロー計算書につきましては、中期計画期間内での計画における目標に達するものと見込んでいます。</p> <p>○相当長期にわたり資金の不足は見込まれていませんが、業務活動における医業収益の向上を図ることにより安定したキャッシュの確保を図ってまいります。</p>           |
| 39  | No.35<br>財務内容の改善に関する事項 | 1  | <p>・注記事項に、令和6事業年度から収益認識に係る改定内容を適用する旨記載されております。</p> <p>・これにより、会計に与える影響があるようでしたら、教えてください。</p>  | <p>○診療報酬に係る収益については発生段階で収益認識を行っているため会計に与える影響は基本的に見込まれないものと考えています。</p>   |
| 40  | No.35<br>財務内容の改善に関する事項 | 1  | <p>・診療報酬自主返還引当金の金額が、令和3年3月末に138百万円計上されて以後、金額の見直しが行われていないようです。</p> <p>・今後の診療報酬の自主返還の発生見通し等、現状について教えてください。</p>   | <p>○産婦人科の不適切事案分として見込まれる自主返還額として自主返還引当金を計上していますが、現時点で具体的な必要額は確定していません。</p> <p>○当初に引当を実施した額から変更していません。</p> <p>○最終的な自主返還額については、引当額から変動があることも想定されます。</p> |

| No. | 評価項目名                            | 種類 | 質問等の内容   | 回答内容   |
|-----|----------------------------------|----|--|--|
| 41  | No.38<br>コンプライアンス(法令・社会規範の遵守)の徹底 | 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤マスタ登録にかかる誤処方事業を踏まえて、事案発生時の公表基準の改正が行われましたが、そういった事案をそもそも発生させないための再発防止策について、新たに組み組まれたことがありましたらお教えください。</li> </ul> | <p>○薬品誤処方事案についての会見時に説明させていただきました再発防止策である</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬品マスタ登録時の個別薬品画面からの登録</li> <li>・薬品マスタ登録内容の複数人での確認</li> <li>・医療安全部門によるチェック</li> </ul> <p>について実施しています。</p>   |
| 42  | No.38<br>コンプライアンス(法令・社会規範の遵守)の徹底 | 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・コンプライアンスの徹底を図るとの記載がありますが、具体的な方法についてお教え下さい。</li> </ul>  | <p>ORCM (リスクコントロールマネジメント) や内部監査、監事監査を通じてモニタリングを実施するとともに、必要に応じて事務の内容を点検する等の対応を実施しているところです。</p> <p>○また、病院機能評価の受審など、外部による評価も受けることにより、医療部門も含めて業務のチェックを行っています。</p>  |
| 43  | No.39<br>事業運営並びに財務及び会計に関する事項     | 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機器の新規導入や更新、設備の改修等に関しての決定に至るまでのプロセスについて、お教え下さい。</li> </ul>  | <p>○医療機器の購入更新に関しては、年1回開催する器械備品審査会で審議し、次年度の当初予算に反映させています。また、年度途中で急遽更新等が必要になる場合は毎月開催される調整会議で審議し、判断しています。また、購入に際しては機種選定委員会を開催し購入機種等を決定しています。</p> <p>○建物設備に関してはR3年度に策定した建物設備長寿命化計画に基づき計画的に改修等を進めています。また、具体的な修繕等の内容に関しては2ヶ月毎に開催している施設整備改修計画委員会で協議して内容等を決定しています。</p> |

| No. | 評価項目名                         | 種類 | 質問等の内容   | 回答内容   |
|-----|-------------------------------|----|--|--|
| 44  | * 業務実績報告書6頁「第3 財務内容の改善に関する事項」 | 1  | <p>「経常損益は1億2,200万円の赤字、純損益は1億500万円余の赤字となったが、第三期中期計画における目標収支を維持することができました。」と評価されています。</p> <p>・ 新型コロナウイルス空床補償の終了とともに4年ぶりに赤字になりましたが、目標収支が維持できたとの評価は何を指しているのでしょうか。</p> <p>・ また、中期計画の全期間（令和4～8年度）で収支均衡を図るための取組として考えておられることがあればお教えください。</p>   | <p>○ 中期計画の期間である5年の間には診療報酬の改定や新興感染症の流行などに留まらず、想定しがたい社会状況や医療環境の変化も起こりうるものと考えられます。</p> <p>○ よって収支計画にあたっては、中期計画の5年間の収支均衡を図ることにより、一時的な事象の影響に左右されることなく、より中長期的な経営に向き合い、事業運営が実施できるものと考えております。</p>  |
| 45  | (参考) 指標の達成状況                  | 2  | <p>・ がん診療に関する指標、救急救命センター入院患者数、NICU利用患者数、M F I C U利用患者数、病床稼働率など、指標の中には、令和8年度にはその達成がかなり難しいのではないかと懸念される指標も見受けられますので、目標達成のためのさらなる努力には期待したいと思います。</p> <p>・ ただ、人口減少など地域社会の変化による影響などは、致し方ないものもあって、なかなか貴院だけで対応することが難しいようにも思います。</p> <p>・ 実施は難しいかとは思いますが、中期計画途中での指標の変更、再設定に関して、貴院の率直なお考えをお聞かせいただければと思います。</p> | <p>○ 中期計画の策定時には、三重県から示された中期目標を踏まえ、評価委員会等有識者の意見も頂きつつ、計画期間の社会情勢や医療政策の動向等を織込み、相応な努力を必要とする指標を設定しています。</p> <p>○ そのため、令和5年度に実施した公立病院経営強化プランの策定に伴う変更など、外部的な事情以外の変更は困難であるものと考えています。</p> <p>○ 中期計画期間内には達成が困難な指標も発生するところですが、各年度とも病院を挙げて指標の達成に向けて精一杯取り組み、可能な限り指標に近づけてまいります。</p> <p>○ 次期中期計画の策定におきましてはご指摘を踏まえ、より深く将来の社会動向を検討し、県民の医療ニーズや国及び県の医療行政に応える計画の策定を目指してまいります。</p> |





# 地域連携部とは

業務:  
入退院支援・患者相談支援

**(新)地域連携部**  
部長:白木副院長  
副部長:伊藤診療部長・大川副参事

**(新)患者支援センター**  
センター長:伊藤診療部長  
副センター長:川瀬看護師長

**地域連携課**  
課長:鷹野

**入院前支援室**  
室長:川瀬(看護師)

**入院後支援室**  
室長:大川(看護師)

**医療福祉相談室**  
室長:今出(心理士)

業務:病診連携・前方連携

予定入院患者への支援  
 ・入院オリエンテーション  
 ・入院前面談、情報収集  
 ・入院前の退院調整困難要因の抽出  
 ・MSWとの連携、医療費説明  
 ・退院退院支援計画書作成  
 ・看護プロフィール入力  
 ・入院予定病棟との情報共有  
 ・将来的には薬剤師、栄養士の介入も!

入院後の患者への退院支援  
 ・退院調整困難な患者の抽出  
 ・退院支援カンファレンス  
 ・退院支援計画書の交付説明  
 ・退院調整(在宅、転院など)  
 ・院外が多職種との退院時カンファレンス調整  
 ・セミオープンベッド(共同診療)への対応

医療福祉など様々な相談窓口  
 ・がん相談支援  
 ・脳卒中相談窓口  
 ・外来患者の医療福祉相談  
 ・救急外来からの相談対応(転院・在宅帰宅調整など)  
 ・カウンセリング  
 ・発達検査など

〈主な業務〉  
 ・紹介患者への対応  
 ・病診検査、診療予約への対応  
 ・前方連携(当院へ入院したい、受診したい)  
 ・広報活動(かけはし通信の発刊)  
 ・医師との地域医療機関など同行訪問  
 ・地域医療連携など会議運営

## 地域連携課(かけはし)

病院と院外(地域)をつなぐ窓口

円滑な病診連携・病病連携の充実にむけた地域医療機関や介護等の関係機関との連携を推進する

1. 病診連携業務
2. 前方連携(転院受・受診調整)
3. 地域の医療機関等へ訪問
4. 広報活動(かけはし通信)
5. 学術講演会
6. 出前教室・生活習慣病教室
7. 院外多職種との連携づくり
8. 地域医療連携など会議運営

# 患者支援センター

(入退院支援・医療福祉相談)

## 入院前支援

- 【予定入院患者への支援】 ※  
現在対応している診療科  
消化器・一般外科  
乳腺外科  
心臓血管外科  
呼吸器外科  
産婦人科(ハイリスク妊婦)
1. 入院前オリエンテーション
  2. 入院前面談、情報収集
  3. 入院前の退院調整困難要因の抽出
  4. MSWとの連携、医療福祉説明
  5. 退院退院支援計画書作成
  6. 看護プロファイル入力
  7. 入院予定病棟との情報共有
  8. 持参薬管理、栄養評価も将来的には実施していく予定

## 入院後支援

- 【入院した患者への退院支援】  
入退院支援専従看護師と専任のMSW  
各病棟に退院支援専任の看護師・MSW  
を配置
- 専従看護師: 増田、専任MSW: 高橋
- 救命C 岩尾(MSW)  
2西 大谷(MSW)  
3西 谷口(MSW)  
3東 加藤(看護師)  
NICU 北山(MSW)  
4西 加藤(看護師)  
4東 服部(看護師)  
5西 谷口(MSW)  
5東 北山(MSW)  
6東 服部(看護師)

## 医療福祉相談

- 【医療福祉等よろず相談支援】
1. がん相談支援
  2. セカンドオピニオン
  3. 脳卒中相談支援
  4. 外来患者の医療福祉相談
  5. 共同診療(セミオープンベッド)への対応
  6. 心理士カウンセリング
  7. 心理士発達検査など
  8. 救急外来からの相談対応(転院・在宅帰宅調整など)