

議事要旨

会議名	令和5年度第1回芦屋中央病院評価委員会	会場	芦屋町役場 3階31会議室			
日時	令和5年7月11日(火) 午後2時00分～午後3時20分					
件名・議題	<p>1. 議題</p> <p>(1) 業務実績報告書(法人の自己評価)について</p> <p>①令和4事業年度における業務実績報告書</p> <p>②第2期中期目標期間における業務実績報告書</p> <p>2. その他</p> <p>(1) 評価の仕方</p> <p>(2) 今後の開催予定</p>					
委員等の出欠	委員長	村松 圭司	出	オブザーバー (病院)	櫻井 俊弘	出
	副委員長	貞安 孝夫	出	オブザーバー (病院)	瓜生 康平	出
	委員	中野 徹	出	オブザーバー (病院)	森田 幸次	出
	委員	須賀 由美子	出	オブザーバー (病院)	竹井 安子	出
	委員	武藤 淳	出	オブザーバー (病院)	檜田 房男	出
	委員	本田 浩	出	オブザーバー (病院)	中野 悟子	出
	事務局	溝上 竜平	出	オブザーバー (病院)	市村 修	出
	事務局	志村 裕子	出	オブザーバー (病院)	坂本 林太郎	出
	事務局	泉原 香織	出	オブザーバー (病院)	室山 雄一	出
合意・決定事項	<ul style="list-style-type: none"> ・芦屋中央病院から業務実績報告書の報告を受け、質疑を行い、委員評価について、期日までに提出することとなった。 ・次回の委員会日程及び評価の提出期限を伝えた。 					

○議題（1）業務実績報告書（法人の自己評価）について

- ・病院より令和4事業年度における業務実績報告書及び第2期中期目標期間における業務実績報告書について説明。（区切って説明）

（委員長） 病院から説明のあった医療サービスの「地域医療の維持及び向上」から「救急医療への取組み」までについて質疑があればどうぞ。

・・・「質疑なし。」・・・

（委員長） では、続けて説明をお願いします。

・・・病院説明・・・

（委員長） 病院から説明のあった医療サービスの「災害時における医療協力」から「地域包括ケアの推進」までについて質疑があればどうぞ。

（委員長） 令和4事業年度の15ページ「災害時等における医療協力」の評価について医療機関に従事している委員に尋ねる。令和3年度は仕組み作り等で大変尽力したということで評価をVとしている。令和4年度はその仕組みに合わせて実施しただけなのでIVという評価である。令和3年度と実施している内容は同じなのにこういう場合、医療機関の評価では下がることはあるのか。

（委員） 評価は上がるか下がるというものだが、令和3年度の取組みを引き続き行っているのだから評価も同じでいいと思う。引き続き、同じように取り組んでいるのであれば、同じ評価でいいのではないか。

（病院） 事務側からはVの評価だったが、結果IVとした。これは新型コロナウイルス感染症を災害とみなして評価したものであり、令和3年度に多くのニーズに対して芦屋町や遠賀中間医師会等と病院側とで十分に協議し、仕組みを作り上げて的確に対応できたことで評価をVとした。

災害医療では、町や県や医師会などでそれぞれに対応する必要があるが新型コロナウイルス感染症に対して令和3年度は病院として大変努力し、仕組みを作り運用した。しかし、令和4年度は令和3年度に作った仕組みの上で運用してきた。当院として災害医療が十分できているかと考えるとまだ足りていないこともありIVとしている。第2期中期目標においては令和3年度の活動も含め評価しているため評価はVとなっている。

(委員長) 令和3年度は仕組みづくりも含めて、突出して町と病院が一体となって取り組んだことは大変評価できることである。

17ページの(6) 予防医療への取組みは、前年度から評価を上げてIVとなっている。健診を請け負うための資格を取得するなど前年度より取組みが進んでいるため適当な評価と思うが、委員の方の意見は。

(委員) 指標のところだが、特定保健指導実施件数と特定保健指導実施件数の割合について、件数は計画を上回っているが、割合は計画を下回っている。件数と割合のどちらを重視するのか。

(病院) どちらかといえば、割合より件数を重視している。

(委員長) 他に質疑はないか。

・・・「質疑なし。」・・・

(委員長) では、続けて説明をお願いします。

・・・病院説明・・・

(委員長) 病院から説明のあった医療の質の向上の「医療従事者の確保」から「第三者評価機関による評価」までについて質疑があればどうぞ。

(委員) 令和4事業年度の24ページ「医療安全対策の徹底」について、医師からのインシデント報告が増えているというのは、医療安全からするとどう捉えるのか。

また、28ページの「第三者評価機関による評価」について、内部監査員数が年々増加していることで、内部監査をしっかりと行っているために外部審査の指摘がゼロになっていると考える。病院としての内部監査員の数が適正なのかどうか。

(病院) 医療安全においてインシデントの報告があがるということは、アクシデントの手前のものが目に見えるかたちでわかるので評価されることである。今までインシデント報告は看護師からはあったが、医師からは多くはなかった。これは、どこの病院でも問題となっている。インシデントが無いということは現実的ではない。医師が個々のインシデントについて報告をあげることは、当院

でも課題であった。医師からの報告が増えたことは、評価を上げる要素であった。ただし、リスクマネージャーがいないため今回の評価はIVにとどめている。

(病 院) 内部監査では、監査員が所属している部署以外の部署を監査し、すべての部署を監査している。内部監査員の 60 人という人数が適正かどうかは、ISO を実施する方針としては、監査に入ることで若い世代の人に経営の仕組みなど病院のさまざまなことを理解してもらいたいという思いがあり、60 人という人数ではまだ道半ばだと思っている。

病院の職員が内部監査を通じて他部署を見ることで、相互理解も深まると考えている。また、内部監査をしっかりと行えているから、外部審査で大きな不適合の指摘がないことにつながっている。

(病 院) 内部監査員は自分の業務を持っており、まずは自分の業務をしっかりと行う必要がある。監査員がたくさんいればいいということでもない。適正な人数は組織によって違いがあるのかもしれない。

(委員長) いずれにしても ISO9001 の活動をしていることはかなりレベルの高いことなので大変評価できる。また、外部審査での不適合も 0 というのはよく取組んでいるという印象を受ける。

(委 員) 24 ページの「医療安全対策の徹底」では、事故等はなかったと報告されている。インシデントにもレベルがあったと思うが、将来的にそのレベル等を数値で出すことは考えているのか。数値で見えると評価もしやすい。

(病 院) 委員のご指摘のようにしていかなければいけないと思う。毎年、この評価がなかなか上がらない大きな要因は、リスクマネージャーがいないということである。リスクマネージャーがコントロールできるようになるのがベストだが、当院では、常に看護師のマンパワーが不足している現状であり、その中からリスクマネージャーを置く人的余裕がない。リスクマネージャーを置くことが評価を上げる大前提となると考えている。

(委員長) インシデントレポートを作成する際には、レベルを記載するような様式になっていると思う。例えば、レベルごとの件数がわかる表をつけると医療安全が進んでいるかどうかわかり、評価しやすくなるので今後の報告では表を付けていただきたい。

ほかに質疑はないか。

・・・「質疑なし。」・・・

(委員長) では、続けて説明をお願いします。

・・・病院説明・・・

(委員長) 病院から説明のあった患者サービスの向上の「患者中心の医療の提供」から「法令遵守と情報公開」までについて質疑があればどうぞ。

(委員) 令和4事業年度の35ページ「総合相談窓口の充実」について、指標において令和2年、3年とも実績が7,000件を超えているものに対し、4年度計画が4,200件、実績が7,000件を超えている。過去の実績に対してどのように計画の件数を決めているのか。

(病院) 令和4年度の計画は、令和元年度から令和4年度までの4年間の指標の計画数値を平成30年度に設定しており、途中で修正をかけていないので、このような計画数値になっている。

(委員) 「快適性及び職員の接遇の向上」について、最近の報道等でカスタマーハラースメントが取り上げられているが、現場ではどうか。また、対策等はとっているのか。

(病院) 移転前の病院では、少し問題等があったので警察OBを雇用し、カスタマーハラースメントに近い状況の際に対応してもらっている。しかし、現在は昔に比べてそういう状況はほとんどない。

(病院) 以前と比べると減っているが、ないわけではない。

(委員) 令和4事業年度の32ページ「快適性及び職員の接遇の向上」について、評価の理由において「令和4年度患者満足度調査ではコロナ禍前の患者満足度調査と遜色ない結果を得ることができた」として、令和4年度評価をⅢとしている。コロナ前の患者満足度調査をしていた際の評価も同様にⅢだったのか。

(病院) 以前から変わらずⅢと評価している。以前委員であった方に「患者満足度調査をすることのみで、本当に患者の意向をきちんと捉えることができている

のか」ということを何度も指摘されていた。患者満足度調査の評価の業務への反映について検討する中、コロナ禍で調査ができなくなっていた。

今回、患者満足度調査はコロナ禍の人員不足の中で調査を実施したので、前回の調査と単純に比較ができない。また、令和4年度までの調査は新病院について問う項目が多いため、次回から実情に合った項目を検討し調査を行う。

(病 院) 例えば、外来では師長や副師長が待合の患者を巡回し、いろいろと話を聞いてまわったりすることを数年間続けている。患者の顔を見てわかることもあるし、患者側も病院の職員の気遣いを感じることができる。こういう取組みが、外来においては評価を維持できている理由と思う。今まで取組んだことを評価しつつ、さらに評価を上げる取組みをしていかなければならないと考えている。

(病 院) このような取組みは非常に重要と思うので、きちんと記録として残す手法が患者満足度調査だと考えている。現在、待合スペースのラウンドなど患者に寄り添った対応などホスピタリティにそった努力を引き続き行い、それをどのように数値化できるかという仕組みを構築している段階であるので、評価があまり上がっていない。

(委 員) 病院全体で仕組みづくりを構築して、評価につなげていただきたい。

(委員長) 35 ページの「総合相談窓口の充実」の指標にある相談件数は、当初の計画を大きく上回る数値になっている。患者にとって相談を聞いてもらえる場所があることは、コロナ禍においても非常に大事なことだと思うので、当然の評価と考える。

ほかに、質疑はないか。

・・・「質疑なし。」・・・

(委員長) では、続けて説明をお願いします。

・・・病院説明・・・

(委員長) 維持可能な経営基盤の確立の「法人運営管理体制の確立」から業務運営の改善と効率化の「研修制度の推進」まで質疑があればどうぞ。

(委員) 令和4事業年度の45ページ「研修制度の推進」について、認定看護管理者のレベルとはどういったものか。

(病院) 看護管理者の認定までとるには、ファーストレベル、セカンドレベル、サードレベルとある。サードレベルまで修了すると認定看護管理者になれるというもの。当院では、ファーストレベルとセカンドレベルまで修了している看護師がいる。

(委員) 修了者が増えるということは、看護レベルが高くなっているということで、評価しやすい。

(病院) 当院では、副師長はファーストレベルの終了が必須である。

(病院) 大きな病院では、看護部長がサードレベルまで修了しなければならないなどあるが、当院ではサードレベルの修了者はまだいない。ただし、ファーストレベル修了者は多く、幅広く看護部が努力して取得させている。

(委員) 137床の病院で、ファーストレベル修了が23人、セカンドレベル修了が3人というのはすごいことである。看護の質も上がってくるので、もっとアピールしていいところであると思う。

(委員) 看護師102人のうちファーストレベル修了が23人しているということか。

(病院) そのとおりである。

(委員長) 委員の言うように看護師の四分の一がなんらかのレベルを修了しているということは、ボトムアップの取組みだと感じる。
ほかに、質疑はないか。

・・・「質疑なし。」・・・

(委員長) では、続けて説明をお願いします。

・・・病院説明・・・

(委員長) 「健全な経営の維持」から「支出の節減」まで質疑があればどうぞ。

(委員) 令和4事業年度の40ページ「収入の確保」について、未収金は令和2年度、3年度と比べて令和4年度の増減は。また、未収金確保の努力の中で弁護士等を利用することもあると思う。そうすると、弁護士費用等もかかると思うので、その兼ね合いも含めて詳しく説明を。

(病院) 未収金は、コロナになって実は増えている。理由は、発熱外来ではコロナの感染が疑われているために、支払いは後日していただくことを伝えて、受診が終わっていることから、後日の支払いが済んでいない方が一定割合いるためである。その関係で未収金が以前と比べて増えている。

対応としては、未払いから三カ月程度経過した際に連絡し、支払いをお願いしている。細やかに患者と連絡をとり、できるだけ弁護士等を利用しないよう取り組んでいる。

(委員長) ほかに質問はないか。

・・・「質疑なし。」・・・

(委員長) では、委員は、本日の質疑を踏まえて評価をしていただきたい。評価の方法や今後のスケジュールについては、今から事務局から説明する。

○その他

・評価の方法及び次回以降の開催日程について説明

(委員長) 何か意見や質問がある方はどうぞ。

・・・「質疑、意見なし。」・・・

(委員長) それでは、以上で本日の委員会は終了する。

(閉会)