

## 議事要旨

会議名	令和6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6年7月10日(水) 午後2時00分～午後3時10分					
件名・議題	1. 町長挨拶 2. 委嘱状交付 3. 委員紹介 4. 委員長及び副委員長選出 5. 議題 (1) 令和5事業年度における業務実績報告書(法人の自己評価)について 6. その他 (1) 評価の仕方 (2) 今後の開催予定					
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)	森田 幸次	出
	委員	中野 徹	出	オブザーバー (病院)	竹井 安子	出
	委員	松山 みどり	出	オブザーバー (病院)	檜田 房男	出
	委員	吉野 任	欠	オブザーバー (病院)	坂本 林太郎	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)	室山 雄一	出
	事務局	泉原 香織	出			
合意・決定事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・町長より委員に対して、委嘱状の交付がされた。</li> <li>・地方独立行政法人芦屋中央病院評価委員会条例第5条第1項の規定に基づき、委員長に村松氏、副委員長に貞安氏が選任された。</li> <li>・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。</li> <li>・次回の委員会日程及び評価の提出期限を伝えた。</li> </ul>					

## ○議題（1）令和5事業年度における業務実績報告書（法人の自己評価）について

・病院より令和5事業年度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「地域医療への貢献」から「救急医療への取組」までについて質疑があればどうぞ。

（委員） Ⅲという評価は、「計画より下回ったが、支障や問題とならないレベル」である。概ね計画を達成したという表現はⅢという評価ではいかなものか。

（病院） 当院では、概ねをオールモストとして捉えているのでⅢの評価でいいと考えるが、他に適切な文言があれば変えたい。

（委員長） 参考資料2の2ページの評価基準では、「計画をおおむね順調に実施している」はⅢと評価するとある。「計画よりは下回っているものの、支障や問題とならないレベル」で評価はⅢでいい。

（委員） 11 ページ「救急医療の取組」では、時間外患者の受け入れ件数等は明らかに増加しているが、評価の理由では「救急告示病院としての役割は対応可能な範囲に留まっている」と記載され、評価はⅢとなっている。どういう状況であれば、評価がⅣとなるのか。

（病院） 救急告示病院であれば、すべての要請に答えるべきと考えるが、実際には夜間及び休日は当直のドクターが1人で対応しているため、専門外の診療の場合には対応できないことがある。そのため、Ⅲという評価となっている。

（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「災害及び新興感染症に対する医療協力」から「地域包括ケアシステムへの貢献」までについて質疑があればどうぞ。

(委員) 12ページの「災害及び新興感染症に対する医療協力」では、今年度からBCPの新しい取り組みを国が定めている。令和5年度は情報収集を行ったとあるが、具体的な方針等が策定できているのか。

(病院) 令和6年度の策定に向けて、令和5年度はすでに策定している他団体や同規模病院の状況を確認している。BCPの前段となる災害マニュアル等の情報を確認し、令和6年度に関しては、コンサルタントと協力し、具体的なBCPの中身を策定している状況である。

(委員) 12ページの「災害及び新興感染症に対する医療協力」に記載のある備蓄物品はどのくらいの量を備蓄しているのか。

(病院) 入院患者の食糧を3日分備蓄している。

(委員長) 14ページの「予防医療の強化」の自己評価がVとなっており、企業健診も増えていて素晴らしいと思う。

16ページの「地域包括ケアシステムへの貢献」の自己評価だが、前年度と同様の取組によりIVと記載している。取組を詳細に記載して内容を充実させていただきたい。例えば、どのような会議にスタッフを派遣しているか、どのような職種の人が何度参加したのかなど、わかればアピールポイントにもなるので、もし、わかれば回答をいただきたい。今回、回答できなければ、後日資料を提供してほしい。

(病院) すぐに回答できないので、後日資料として提示する。

(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「医療安全の徹底」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) 18 ページの「医療安全の徹底」については、インシデント報告も多く素晴らしい。5 年度も大きな事故が起きていないと理解できる。ただ、どのようなレベルのインシデントだったのか内容を具体的に記載していただきたい。インシデントのレベルもあるので、より具体的に記載することで評価がⅣからⅤになると思う。

(病院) データの出し方も含めて検討していく。評価をⅣとした理由は、取組としてはできているが、マンパワー的な問題でリスクマネージャーが配置できていないためである。リスクマネージャーを配置し、仕事を進めていけば評価がⅤとなると思うので、今後改善していく。

(委員長) リスクマネージャーの配置については、次の項目の「医療従事者の確保」に織り込めるのであれば、次の計画の策定の際に反映していただきたい。インシデントをレベル別に出すことは、客観的に評価できるようになることからぜひ取り組んでいただきたい。

(委員) 23 ページの「第三者評価機関による評価」について、年間を通じた品質目標の取組状況に全部署で閲覧し、水平展開による部署改善を推奨した。と記載があるが、推奨して実際に取組がされたのか。

(病院) 基本的に ISO の取組の中では、各部署が自主的に取り組むことが重要であると考えている。推奨して実施できていることは確認しているが、強制はしていないため、このような記載となっている。

(委員) 18 ページの「医療安全の徹底」について、多忙な中、インシデントが増えていることは、意識が高まったということがわかる。部署別でのインシデントは、経験上、看護部から出ることがほとんどだと思うが、芦屋中央病院ではどうか。例えば、部署別の提出件数がわかれば意識向上が伺え、評価にもつながると考える。また、インシデントを出した後の活用はどうなっているのか。

(病院) 委員のご指摘のとおり、当院でも看護部からの報告が多い。医務局およびコメディカルの医療安全管理委員を変更した効果と考えているが、医局からの提出や他のコメディカルからも報告があがるようになってきて、全体的に件数が増えている。

また、アクシデントにつながるような大きなインシデントに関しては、各

部署から今後の改善案を出し、委員会の中で検討を重ね、水平展開も含め、全部署に関わることに 대해서는特に検討をしている状況である。

(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「患者中心の医療の提供」から「法令遵守と情報公開」までについて質疑等があればどうぞ。

(委員) 27ページの「総合相談窓口業務の充実」については、令和3年度、4年度の実績は7,630人くらいだったが、令和5年度の目標値が7,678人としている。高くした根拠は。

(病院) 計画策定時、入院件数は例年どおりだったが、外来件数が増えており、高めの目標値にした。年々増えていく計画にしていたが、実際はそこまで伸びなかった。

(委員) 25ページの「患者快適性及び職員の接遇の向上」については、企業等ではプロの方から接遇の講義を受けたり、朝の唱和やチームで接遇の発表をするなどいろいろな方法をとっている。芦屋中央病院では、具体的にどのような取り組みをしているのか。

(病院) コロナの影響もあり、近年はeラーニングによる接遇研修を行っている。講師を招いての研修会は実施できていない。

(委員) 24ページの「患者中心の医療の提供」について、家族への事前説明や同意書等の必要な書類の充実に努めたとあるが、具体的にはどのようなことをしたのか。

(病院) 院内での同意書は部署ごとなど多岐にわたってあったことから、様式を統一して汎用性を高めた。

(委員) 当院の場合は、同意をとる場合にセカンドオピニオンを受け、他の医療機関からの意見も聞くようなことが記載されているが、芦屋中央病院ではどうか。

(病院) セカンドオピニオンの推奨は積極的には実施していない。

(委員) 27ページの「総合相談窓口業務の充実」について、令和4年度の患者満足度調査を見ると、総合相談窓口自体を知らない人が半数いた。周知する工夫等しているか。

(病院) 当院では総合相談窓口だけでなく、いろいろな部署で種々の相談を受け付けているため、患者がどの部署で相談したか自覚がないこともあると思う。総合相談窓口を知っていただく取組については今のところ実施していない。今後は、認知度を上げる取り組みを考えていきたい。

(委員長) 相談窓口の項目は、第2期までの目標値がかなり低く設定されていた。実際には、多くの件数に対応していた。実情に合わせて高い目標値を設定して取り組んでいくという決意の表れであり、今回目標値を上げたためⅢという評価となっていると考える。

(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「法人運営管理体制の確立」から「研修制度の推進」までについて質疑があればどうぞ。

(委員長) 1点目は、今回から追加された33ページの「働き方改革への対応」について、A水準の維持や宿日直許可を得ることができたと記載してあるが、医療法や労基法による面談をしなければならない人はいるのか。

2点目は、34ページの「人事考課制度の適切な運用」について、人事考課制度の策定を令和6年度に持ち越したと記載がある。医師への処遇反映ができていないからだと思うが、今年度中に達成する見込みがあるのか。

(病 院) 1点目の質問について、当院では医師の面談が必要になるほどの残業をしている職員はいないので、実施していない。

(病 院) 医師の面談が必要となるような時間外労働は行われておらず、A水準を達成している。

また、2点目の質問の評価については、定年を60歳から65歳に引き上げたことに伴い、職員の給与体系も変更している。等級を増やし、等級のあるべき姿を具体的に提示し、それに当てはまるかどうかを人事制度の根幹としている。病院のために尽くした人が処遇できる形によろしくなった。医師については多面評価として面談を行っているが、給与に評価を反映できるようにはなっていない。今年度か来年度の実施を検討していきたい。

(委員長) 医師の処遇が給与に反映できると、この項目の評価も変わってくると思うので期待しておく。

(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「健全な経営の維持」から「支出の節減」までについて質疑があればどうぞ。

(委 員) 収支が黒字になっていることは素晴らしい。一般的には、材料費、特に薬剤費が高くなっていると思うが、芦屋中央病院では材料費が減っているのはなぜか。

(病 院) 材料費の減少は、コロナ関連の材料がかなり減っていることが大きな理由である。努力というより、構造的な変化により減少している。

(委 員) 36 ページの「計画的かつ適切な職員配置」について、理学療法士と作業療

法士の合計 5 名を採用したと記載がある。41 ページの一覧の 5 年度の実績では、その他の医療従事者はあまり増えていないように見えるが、どこに反映されているのか。

(病 院) 基本的には退職した人数分の採用をしているので、大きな増減はない。コロナ後の影響もあり、退職する人も多く、採用により持ち直してきたが、限界があるので、人事制度を変えることで人員の確保ができればいいと考えている。

(委員長) 42 ページの「収入の確保」については、昨年度まで委員をされていた方が、Vと評価されるのはいつなのかと言っていたが、今回はVという評価がついて素晴らしいと思う。

(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)