

地方独立行政法人芦屋中央病院

令和 7 事業年度における業務実績に関する評価結果

令和 8 年 8 月

芦屋町

目 次

評価の方法	1
1 全体評価	
(1) 評価結果	1
(2) 全体評価に当たって考慮した事項	1
2 大項目評価	
第1 住民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項	
(1) 評価結果	3
(2) 判断理由	3
(3) 評価委員会からの意見、指摘など	11
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項	
(1) 評価結果	17
(2) 判断理由	17
(3) 評価委員会からの意見、指摘など	19
第3 財政内容の改善に関する事項	
(1) 評価結果	21
(2) 判断理由	21
(3) 評価委員会からの意見、指摘など	22
○地方独立行政法人芦屋中央病院評価委員会委員名簿	24
○令和8年度地方独立行政法人芦屋中央病院評価委員会開催経過	24
《参考資料》	
○表2 評価委員会による小項目評価の集計結果	25

地方独立行政法人芦屋中央病院令和7事業年度における業務実績に関する評価結果

評価の方法

芦屋町は、地方独立行政法人法（平成15年法律第118号）第28条第1項第2号の規定に基づき、平成27年4月1日に設立された地方独立行政法人芦屋中央病院（以下「法人」という。）の令和7事業年度における業務実績に関する評価を行った。

評価を行うに当たっては、地方独立行政法人芦屋中央病院の業務の実績に関する評価実施要領（平成30年7月1日適用）に基づき、「項目別評価（小項目評価・大項目評価）」及び「全体評価」により評価した。

具体的には、「項目別評価」では、年度計画に定めた事項ごとに法人による自己評価をもとに、ヒアリングを通じて、自己評価の妥当性や年度計画に照らし合わせた進捗状況を確認した。また、「全体評価」では、項目別評価の結果等を踏まえつつ、法人化を契機とした病院改革の取組などにも考慮しながら、中期計画等の進捗状況について総合的な評価を行った。

1 全体評価

（1）評価結果

大項目「第1 住民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項」については、A評価（中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる）が妥当であると判断した。

大項目「第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項」については、A評価（中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる）が妥当であると判断した。

大項目「第3 財政内容の改善に関する事項」については、A評価（中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる）が妥当であると判断した。

以上のことから、令和7事業年度における業務実績に関する全体評価は、「中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる」と評価する。

（2）全体評価に当たって考慮した事項

① 第1 住民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する取組

令和5年3月に「公立病院経営強化プラン」として第3期中期計画を策定し、外来機能においては、産業医科大学の協力により、各種専門外来を開設することで外来機能が強化されている。また、入院機能においては地域包括ケアシステムの中核を担う病院としての機能を発揮し、基幹病院からの受入れは225件（前年度243件）と前年度よりやや減少したものの、計画（148件）よりも大幅に上回っている。

また、地域の診療所及び介護施設等を対象とした講演会（響灘医療連携フォーラム）については、令和7年度も2回開催した。

健診センターにおいては企業健診数は2,509件（前年度2,326件）と前年度よりさ

らに増加して、計画（1,765件）を大幅に上回り、特定保健指導実施件数は176件（前年度164件）となり、計画（156件）を上回った。

第三者評価機関による評価については、定期的にISO推進委員会を開催し、内部監査の実施や外部審査対応だけでなく、内部監査員の構成変更や各部署の課題に関する検討など多岐にわたる取組を行った。

総合相談窓口の相談件数は7,327件（前年度7,511件）と前年度からは減少し、計画（7,759件）をやや下回った。

② 第2 業務運営の改善及び効率化に関する取組

運営会議を病院の最高意思決定機関とし、管理者全体会議、HQ（ヘッドクォーター）連携会議（※管理職による人材育成等を検討する会議）、実務者会議（※監督職による実務的問題解決の会議）、広報企画会議、FG（フューチャージェネレーション）リーダー会議（※若手職員による、院内の問題を検討する会議）を編成し、各層から病院運営に対する意見などが運営会議に集約される体制としている。

また、職員の人材育成を目的とした人事制度の導入を行い、職員の人事評価結果を賞与に反映させることで、モチベーション向上を図っている。医師については、引き続き病院長面談を行うとともに、多面評価の結果を用いて業績賞与を傾斜配分することで、モチベーション向上を図っている。

人員配置については、期中に常勤医師が1名の増となり、その他の職員については概ね必要数の確保を達成したが、看護師等の一部でやや不足している。

③ 第3 財政内容の改善に関する取組

一般病床及び療養病床において、地域住民の医療ニーズと診療報酬体系に適切に対応した。入院収益は入院患者数の増加により、約17億2千6百万円（前年度約17億1千9百万円）と約7百万円（0.4%）増加した。外来収益については、1日平均外来患者数が約1.0%増え、外来診療単価が4.0%上昇したため、約11億3千5百万円（前年度約10億8千1百万円）と約5千4百万円（5.0%）増加している。

費用については、主に人件費が大幅に増加している。医薬品については、単価の見積り競争及び価格交渉、そして安価な後発医薬品（ジェネリック薬）の使用の拡大を推進し、節減に努めた。診療材料については引き続き納入単価を交渉し、SPDの活用によりコスト削減を図った。

④ 第4 その他業務運営に関する重要事項に関する取組

国民健康保険診療施設として、その役割を引き継ぎ、国民健康保険被保険者に対し、特定健診及びがん検診等を行うとともに、総合相談窓口を設置し、医療・介護・保健・

福祉の相談に専門性を用い対応した。

2 大項目評価

第1 住民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項

(1) 評価結果

A評価（中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる）

(2) 判断理由

小項目評価の集計結果（表2 小項目評価の集計結果を参照）では、「V」の評価が1項目、「IV」の評価が10項目、「III」の評価が5項目あり、大項目評価の判断基準の「全ての小項目評価がIII～V」に該当するため、大項目評価としては「A」評価が妥当であると判断した。

（表1 大項目の評価方法）

区分	進捗の度合い	判断基準
S	中期目標・中期計画の実現に向けて特筆すべき進捗状況にある	町長が特に認める場合
A	中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる	全ての小項目評価がIII～V
B	中期目標・中期計画の実現に向けておおむね計画どおり進んでいる	小項目のIII～Vの評価がおおむね9割以上
C	中期目標・中期計画の実現のためにはやや遅れている	小項目のIII～Vの評価がおおむね9割未満
D	中期目標・中期計画の実現のためには重大な改善すべき事項がある	町長が特に認める場合

※重点項目は、項目数を2倍として算定する。

【大項目評価に当たり考慮した事項】

- ① 小項目評価では、「V」（計画を大幅に上回っている）の評価が次の1項目であった。

ア 第1-1-(6) 予防医療の強化

町民の健康維持・増進のため、町と連携・協力して、特定健診及び胃がん・大腸がん・肺がん・前立腺がん・乳がん検診及び骨密度検査を実施した。

週5回の頻度で実施し、個別健診にも対応している。また、法人が住民健診の予

約受付を代行し、前日までの申し込みや毎日の個別健診に対応でき、利用者の利便性を考慮した取組を続けている。さらに、がん検診のみ、もしくは特定健診のみで申し込んだ方に、当日受付で特定健診やがん検診の追加を可能としている。

企業健診については、協会けんぽ・組合保険・共済組合において、健診件数2,509件（前年度2,326件）と計画を744件上回った。また、特定保健指導実施件数は176件（前年度164件）とやや増加し、計画を20件上回っている。

また、予防接種については、小児予防接種を除いて実施しており、インフルエンザウイルスワクチン接種と同様に新型コロナウイルスワクチン予防接種も実施した。

- ② 小項目評価では、「Ⅳ」（計画を上回っている）の評価が次の10項目（重点項目を反映した項目数は13項目）であった。

ア 第1-1-（1）地域医療への貢献【重点項目】

令和4年3月に総務省から示された公立病院経営強化ガイドラインに基づき令和5年3月に公立病院経営強化プランを兼ねた「地方独立行政法人芦屋中央病院第3期中期計画」を策定し、福岡県内の公立病院として最初に承認された。

これらの計画等に基づき本年度も継続して地域包括ケアシステムの中核を担う病院としての機能を強化するため、地域完結を目指した質の高い診療体制を継続している。

消化器内科では早期がんに対する粘膜下層剥離術などの内視鏡手術を行っている。また、整形外科においては、人工関節手術などの実施に加え、スポーツ外傷、肩関節に特化した専門外来を実施し、住民のニーズに応えている。そして、総合内科外来では複数疾患を抱える高齢者に総合的診療を行うとともに泌尿器科、耳鼻咽喉科、皮膚科などと連携し、高齢者の要望に応えている。

がん患者については、主に外科で対応しており、外来化学療法では、薬剤師が主体となり、チームによる化学療法カンファレンスを開催し職種を超えた連携に努めている。また、緩和ケアについては、がん患者のニーズに沿った緩和ケア外来、在宅医療及び緩和ケア病棟の運用に努めた。

口腔ケアについては、歯科衛生士による全病棟の毎日のラウンドに加え、芦屋町内の歯科診療所の協力を受け、入院患者の中で希望する患者には週1回の歯科健診を実施するなど引き続き口腔ケアの充実に努めた。

イ 第1-1-（2）在宅医療の推進【重点項目】

地域包括ケアシステムの中核を担う病院としての役割を果たすため、必要な施設基準を満たし、在宅療養支援病院として在宅医療における総合的なサービス提供機

能を維持した。また、引き続き在宅医療の充実・強化に努めた。

訪問診療では件数が 229 件（前年度 205 件）と計画を 18 件上回った。前年度から増加した要因としては常勤医師が増加したことが考えられる。

訪問看護ステーションでは訪問看護件数は 4,115 件（前年度 3,579 件）と前年度と比較して 536 件増加したが、計画を 243 件下回った。また、件数は計上されないが、訪問診療との連携としてグループホームへの定期訪問看護委託業務を実施している。令和 7 年度に訪問看護師を 1 名補充できたことで、件数は大きく増加したが、目標を達成するには更に追加人員の採用が必要であると考ええる。

訪問リハビリテーションについては利用件数が 4,543 件（前年度 1,812 件）となり、計画を 2,397 件上回った。要因としては住宅型施設の利用者が増加したことが考えられる。

通所リハビリテーションについては利用回数が 10,545 件（前年度 10,422 件）と計画を 717 件上回った。要因としては外来リハビリからの移行と利用休止になっている利用者の管理を徹底したことが考えられる。

地域医療連携室では退院支援カンファレンスについては 5,384 回（前年度 4,769 回）と計画を 784 回上回った。要因としては入院患者数の増と退院支援が必要な患者の拾い上げを徹底したことが考えられる。

今後、在宅部門については特に内部での連携強化や人材不足への対応に加え、地域での意識啓発に努めるなど、在宅療養支援病院として、在宅サービスのさらなる充実に向けた整備を進めることが必要である。

ウ 第 1-1-（3）地域医療連携の強化【重点項目】

地域医療連携室は医療機関や介護・福祉施設との連携対応を着実にやっている。退院時の支援についても社会福祉士を中心に退院支援カンファレンスを精力的に行い、在宅部門との連携をとりながら、在宅復帰への支援を着実に積み重ねている。

基幹病院からの転入院受入件数は 225 件（前年度 243 件）と計画を 77 件上回った。前年度を下回った主な要因として、令和 7 年度は法人の病床稼働率が高く、病床が埋まっていたため、産業医科大学病院や福岡新水巻病院をはじめとする基幹病院からの転院を積極的に受け入れられなかったことが考えられる。

また、地域の診療所及び介護施設等を対象とした講演会（響灘医療連携フォーラム）については、令和 7 年度も 2 回開催し、好評を得ている。

エ 第 1-1-（7）地域包括ケアシステムへの貢献

令和 7 年度も引き続き地域住民に地域包括ケアを切れ目なく、継続的かつ一体的に提供するため患者支援センターを活用し積極的に対応した。

芦屋町の地域包括ケア会議については、病院長、訪問看護ステーション管理者の

2名が芦屋町地域包括ケア推進委員として参加し、芦屋町の地域包括ケアシステムの強化に貢献した。また、他にも遠賀中間地域で行われる在宅医療介護推進委員会のもとより、在宅医療介護の連携に関わる会議にスタッフを派遣し、町や地域の医療機関、介護施設等事業所との関係を良好に保つ取組を行っている。

その他の事業としては、福岡県介護予防市町村支援事業により令和7年度は芦屋町内の公民館にリハビリスタッフを18回（前年度18回）派遣し、講義と自主訓練の指導を行った。また、認知症初期集中支援チームについては、芦屋町が実施した認知症に係る会議に、法人職員3名を含む認知症地域支援推進員が参加し、認知症の地域における状況について情報共有及びアドバイスをを行った。

オ 第1-2-(1) 医療安全の徹底

医療安全及び感染に関する院内研修は「職員100%の受講」を目標に掲げ、日程調整及び周知徹底を行い計画どおり各2回開催した。また、これらの院内研修会はビデオ撮影し、動画研修を行うことで、当日参加できなかった職員も受講できる体制としている。このような取組の結果、受講率は休職者等を除き、医療安全、感染共に100%の受講率となり、目標を達成している。

(あ) 医療安全管理の充実

インシデント報告数については、令和7年度は1,317件（前年度1,255件）と前年度よりやや増加し、職員の安全に対する意識は引き続き高い水準を保っていると考えている。また、インシデント・アクシデントの多くは例年同様に療養上の世話で発生しており、内容としては皮膚損傷等が多くなっている。令和7年度レベル別インシデント・アクシデント報告件数は次のとおり。

（単位：件）

事故レベル	5	4b	4a	3b	3a	2	1	0	その他
件数	0	0	0	9	60	251	415	465	117

(い) 院内感染防止対策の充実

ICT（感染制御チーム）を毎月開催し、新型コロナウイルス感染症対策を含む院内感染対策について検討を行い、感染制御委員会に報告することで職員に周知徹底した。また、KRICT（北九州地域感染制御チーム）との連携については院内ラウンドで注意点など指導を受け、チェック項目を変更するなど院内感染制御のレベルアップに実際に寄与している。そして、院内ラウンドは週1回の全病棟ラウンドと月1回のエリア別ラウンドを継続して行い、感染予防に努めた。

カ 第1-2-(3) 計画的な医療機器等の整備

老朽化した医療機器については、更新計画を提出させ、病院長、各部門管理者及び事務局にてヒアリングのうえ、購入を検討している。さらに購入時にも備品検討委員会を開催し、再度検討を重ね購入機器を決定している。

令和7年度は、主に健診システム、検査システム、リハビリシステム、骨密度撮影装置、全自動錠剤分包機、超音波画像診断装置、上部消化管ビデオスコープ等を更新し、関節鏡スコープ等を新たに購入した。その他にも診療の質や経営に貢献し、各診療科のモチベーション向上に資する医療機器の購入に努めた。

キ 第1-2-(4) 第三者評価機関による評価

ISO推進委員会では、「ISO品質マニュアル」に対応するため、内部監査の実施や外部審査対応についての検討だけでなく、内部監査員の養成や各部署の課題に関する検討など多岐にわたる取組を行っている。

各部署では課題調査票及び品質目標達成計画書を作成し、ISO9001活動の基盤として活用した。品質目標達成計画書については、3か月毎に自己評価及び改善計画を品質管理責任者に提出し、PDCAサイクルを活用した改善活動を実施している。また、年間を通じた品質目標の取組状況については全部署で閲覧し、水平展開による部署改善を推奨した。

外部審査については、更新審査の年であったが、不適合がなく更新ができた。また、内部監査でも、主な監査を監督職が実施する等工夫を行い、ISO9001を若い世代に浸透させる取組を継続し、不適合も0件となっている。

ク 第1-3-(1) 患者中心の医療の提供

患者やその家族が治療内容を十分に理解し、納得した上で治療方法を選択できるよう、手術や検査、治療内容については患者やその家族に事前説明を行い、同意書等の必要な書類の充実に努めた。また、手術を受ける患者には術前訪問し、コミュニケーションをとることで、安心・安全を高める取組を行っている。

また、全てのメディカルスタッフで情報を共有し、専門分野において患者と関わるよう努め、患者の病状により、褥瘡・栄養サポート・感染症対策・医療安全管理などのチームによる検討を行い対応した。そして、在宅療養を希望する患者には、在宅療養支援病院として、患者支援センターが相談を受け、訪問診療を含む医療と介護の切れ目ないサービス提供を行った。

ケ 第1-3-(4) 地域住民への医療情報の提供

スポーツ診療部の整形外科医師が、地域の大学において、スポーツ医学関連の講義を担当し、地域のスポーツ少年団においても怪我の予防についての講義を行った。

薬剤部では、芦屋町内の学校薬剤師として薬物乱用防止講座を行った。

看護部では、地域行事への看護師の派遣とともに皮膚排泄ケア認定看護師が他施設の訪問看護師との同行訪問を行い、褥瘡などに対する助言を行っている。

病院ホームページについては、発熱外来や予防接種等の情報をタイムリーに掲載し、情報の充実に努めた。

病院広報紙「かけはし」については、年3回発行し、法人の診療内容に関する分かりやすい情報を掲載するなど、地域住民への情報提供に貢献した。また、毎年度年報を作成しており、地域の医師や介護施設等を含めた関係者などに配布している。

令和6年度より青葉台地区の社会福祉協議会と協力して開催している、地域住民への医療講座について、令和7年度も開催し、好評を得ている。

コ 第1-4 法令遵守と情報公開

診療録等の個人情報については、地方独立行政法人芦屋中央病院個人情報保護規程に加え、電子カルテに対応した診療情報に関する規則や電子保存に関する規則等の遵守に努めた。また、法人の規程及び関係法令に基づき、適正に個人情報の管理・情報提供を行った。

令和7年度のカルテ開示は24件（前年度24件）と前年と同程度だった。開示理由は主にB型肝炎給付金関連や保険請求、裁判及び警察に係るものとなっており、前年度と大きな変化はない。

- ③ 小項目評価では、「Ⅲ」（計画をおおむね順調に実施している）の評価が次の5項目（重点項目を反映した項目数は7項目）であった。

ア 第1-1-（4）救急医療への取組

令和7年度の救急車による患者の受入れは206件（前年度220件）となり、前年度を14件下回った。時間外患者の受け入れは346件（前年度346件）となり、前年度と比べ同数となった。なお、時間外患者のうち入院受入れは58件（前年度70件）となっている。救急車の受入れについては一部で満床等の理由により受入が出来なかったものの、多くは地域医療機関の機能分化が進展したことにより、産業医科大学病院や福岡新水巻病院等の基幹病院に救急搬送された患者が初期治療を終えた後、すみやかに法人へ転院する流れの確立により減少している。また、時間外患者が低水準で推移していることについては、連携する介護施設や地域住民の理解がすすみ、時間外受診の抑制が進んでいることが主な要因と考えられる。受入れ患者数は少ないが、地域の介護施設等の患者受入れはできており、地域の救急告示病院としての役割は果たしたと考えられる。

イ 第1-1-(5) 災害及び新興感染症に対する医療協力【重点項目】

令和7年度においては新型コロナウイルス感染症に対する一般的な理解も進んでいるため発熱外来を終了し、一般外来の中での対応とした。

また、感染症等への対応としては ICT 会議が中心となり、病院組織が一体となった活動及び情報共有に引き続き努めている。

令和7年度は避難訓練としては実地訓練を2回実施するとともに、災害訓練としては定期停電検査時に策定された BCP（事業継続計画）に対して停電時の手順を実際に確認した。そして、備蓄物品については、消費期限を確認し、常に活用できる状態を維持している。

ウ 第1-2-(2) 医療従事者の確保【重点項目】

令和7年度は新たな人事制度が定着し、職員の役割や評価を処遇に反映させることで、働きがいのある職場環境の整備に努めた。また、医師については、多面評価を行い、その結果を業績賞与として還元しつつ、病院長が全ての医師への面談によるフィードバックを行うことで、モチベーション向上に努めている。

医師の人員について、令和7年度は前年度に減員となっていた消化器内科及び内科の常勤医師を各1名、計2名確保することができたが、泌尿器科医師の定年退職により1名増に留まった。また、常勤医師確保のため大学病院訪問や医局との交渉を重ね、さらに福岡県の自治医科大学卒業生の常勤医師の派遣を積極的に働きかけた。この結果、内科の常勤医師を令和8年度に2名確保できる予定となった。また、総合診療科・呼吸器内科等の常勤医師については引き続き確保に努めている。

非常勤医師による診療は前年度より増枠となり、外来診療に必要な医療機能を果たした。

令和7年度末の非常勤医師の診療枠（午前1枠・午後1枠としている）は次のとおり。

診療科	診療日	診療枠
(総合)内科	月曜・火曜・木曜	4
循環器内科	火曜～金曜	4
呼吸器内科	月曜・水曜・木曜	4
透析	土曜	1
神経内科	木曜	1
脳卒中専門	月曜	0.8
膠原病内科	金曜	2
整形外科	火曜・金曜・土曜	5
耳鼻咽喉科	火曜・木曜・金曜	3

睡眠時無呼吸 症候群専門	金曜	1
皮膚科	月曜・木曜	2
形成外科	水曜	1

看護職員及びコメディカル職員については、定時採用に加え、引き続き随時採用を行い、必要な時に必要な人材を採用できる体制とした。

看護師については、令和7年度に正職員として8名採用（前年度13名）した。また、看護学校への訪問や病院見学会の実施等、新人看護師の確保に努めた。そして、遠賀中間医師会立遠賀中央看護助産学校の学生に対する看護学生奨学金貸付は、令和7年度は2名に支給した。

コメディカル職員については理学療法士5名、薬剤師1名、臨床検査技師1名、診療放射線技師1名を新たに採用することができた。

エ 第1-3-(2) 患者快適性及び職員の接遇の向上

患者やその家族などの病院利用者がより快適に過ごせるよう、ご意見箱やアンケートの意見をもとにその改善に努めた。

主な意見としては支払い時のクレジットカード等のキャッシュレス決済の利用や、入院中の無料Wi-Fi利用などがあった。キャッシュレス決済についてはシステム対応に多額の費用が必要なため、今後も検討を進めることとし、無料Wi-Fiについては令和7年度中の導入を目指していたが、翌年度開始予定となった。

外来では、スタッフが待合スペースをラウンドし、積極的に声掛けを行い、不安や不満の軽減に努めており、病棟では苦情に関するインシデント報告を用い、改善につなげる検討を行うことで、意識付けや業務改善につなげる手法を用いている。

令和7年度患者満足度調査は、前年度と同様の項目で実施した。評価結果は、外来患者満足度が7.17点（前年度7.10点）となり計画を0.23点下回った。入院患者満足度調査は8.58点（前年度8.64点）となり計画を1.18点上回った。外来・入院共に満足度を維持しており、取組が評価につながっているものと考えられる。

オ 第1-3-(3) 総合相談窓口業務の充実

令和7年度の相談件数は7,327件（前年度7,511件）であり、前年度より184件減少し、計画を432件下回った。要因としては、医事課に相談内容をフィードバックすることで、事前説明により医事に関連する相談が大きく減少した事に加え、転院相談についても、病院間含めて、必要な情報を一括して迅速に提供するように変更したことで、1件に対して複数の相談が発生するパターンが抑制されたことが考えられる。また、相談窓口人員数については、計画通り8名での相談業務を行ってい

る。

主な相談内容は、転院相談・在宅支援相談、介護保険に関する相談、健診結果についての相談等であり、幅広い相談に対応できた。相談の満足度については年間に2件相談対応に対する感謝の手紙を受領した。また、苦情等についてはご意見箱にて募っているが、相談に関する苦情はなかった。

(3) 評価委員会からの意見、指摘など

第1-1-(1) 地域医療への貢献【重点項目】

- ・地域ニーズに応じた診療体制を計画どおり確保したためⅣと評価する。
- ・病院規模に比べ多岐にわたり病院機能を充実させており評価に値する。
- ・保有する137病床の稼働率は89%を超え、有効に利用されている。従前より評価の高い内視鏡的治療を行う消化器内科の他、高齢者医療に特に重要な総合診療科、呼吸器内科、整形外科、循環器内科、泌尿器科が地域医療を支えている。口腔ケアの活動も継続して積極的に行われている。
- ・複数の疾患を有する高齢者だけではなく、スポーツ外傷や早期がん、人工関節手術などチーム医療が円滑に行われ、住民のニーズに対応した医療サービスが提供されている。
- ・住民の医療ニーズに対応していると考え、評価をⅣとする。
- ・地域完結を目指した質の高い診療体制を継続していることで評価は妥当と考える。

第1-1-(2) 在宅医療の推進【重点項目】

- ・訪問看護は計画を下回ったものの、訪問診療は18件、訪問リハビリは2,397件、通所リハビリは717件、退院支援カンファレンスは784回、それぞれ計画を上回った。5指標中4指標の達成状況から、総合的に計画以上としてⅣと評価する。
- ・訪問看護件数については計画の過大さが問題で、Ⅳの評価が妥当と考える。
- ・訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ、退院支援カンファいずれも増加しておりⅣとした。訪問看護件数のみ令和7年度計画数に達していないが、訪問看護師を補充するなど増加のための努力を評価する。
- ・人員の補充により、訪問診療、訪問看護の件数は順調に増加している。また、訪問リハビリは計画を2,000件上回って素晴らしい結果である。
- ・訪問リハビリテーションに関して利用件数が増加したこともあり、Ⅳとして評価を行った。
- ・訪問診療件数は計画を大きく上回っている。一方で、訪問看護件数は計画を達成できていないものの実件数では大きく件数を伸ばしている。

第 1－1－（3）地域医療連携の強化【重点項目】

- ・ 後方支援と地域連携を計画以上に実施しておりⅣと評価する。
- ・ 地域医療を支える現場の立場としては妥当な評価。
- ・ 137 病床で 5,000 件を超す退院支援カンファレンス数は、ほぼ全退院患者さんにカンファが行われていると思われ、在宅に向け努力している。しかしながら、令和 7 年実績の在院日数 25 日を令和 7 年度目標と令和 5 年度実績の在院日数 23 日とし、空床を確保、基幹病院からの転院受け入れを断らない体制構築を望む。
- ・ 計画の目標件数には到達しているが、前年度と比較すると 77 件減少しているため、前年度の病床稼働率の比較もできればよいと思う。
- ・ 受入件数は前年より下回ったが、計画件数を上回っていることからⅣと評価する。
- ・ 基幹病院からの転入院受入件数が 225 件と計画を 77 件上回っている。さらに令和 7 年度は病床稼働率が高く、下回った理由が、病床が埋まっていた事から基幹病院からの転院を積極的に受け入れられなかった事が大きな要因となっていることでこの評価で良いと考える。

第 1－1－（4）救急医療への取組

- ・ 計画を下回る面はあるが支障となる水準ではなくⅢと評価する。
- ・ 現在の病院規模ではⅢの評価に落ち着くのはやむを得ない。
- ・ 救急患者受入数は減少しているが、対応可能な疾患、空床状態などで患者の受け入れは適切に行われ、高次救急病院との連携がとれている。救急車応需率の記載をお願いしたい。
- ・ 救急患者については、救急搬送依頼に対する応需率を評価の指標とされるとよいと思う。
- ・ 連携は図られていると考えられる。
- ・ 救急車による患者受け入れ数が前年度を下回った理由は一部では満床であったことが要因と評価させている。このことは受け入れの意思があっても現状の病床が満床で対応できなかったことが理由であるならば十分に評価されるものとする。近隣の基幹病院や地域の介護施設等との連携が取れており救急医療体制が出来ていると評価できる。

第 1－1－（5）災害及び新興感染症に対する医療協力【重点項目】

- ・ 計画を下回る面はあるが支障となる水準ではなくⅢと評価する。
- ・ コロナ禍が終息した現状では妥当な評価。

- ・ ICT が中心となり新興感染症にも備える体制ができている。災害訓練、避難訓練とも定期的実施され院内全体で災害に備える意識の醸成に努めている。
- ・ 定期的に訓練を実施されている。
- ・ 連携体制はとられていることから記載の評価とする。
- ・ 避難訓練は実地訓練を2回実施され、災害訓練として定期停電検査時に策定されたBCPを基にして停電時の手順を実際に確認されている。さらに、備蓄物品については、消費期限を確認され常に活用できる状態を維持されている。この常に活用できる状態が非常に大切な事であるとする。このローリングストックをされている事は評価される。

第1－1－（6）予防医療の強化

- ・ 計画を大幅に上回る成果としてVと評価する。
- ・ 計画との比較からすれば妥当な評価。
- ・ 企業健診、特定保健指導件数は増加し、前年同様に特定健診、がん検診も適切に実施され評価は前年同様とした。行政と連携して町民のがん検診、特定健診受診率を示し、町民公開講座などで町民への啓蒙を行い未受診者の掘り起こしで受診率の向上を期待する。
- ・ 利用者の利便性を第一に考えられており、件数も増加している。
- ・ 計画、実績ともに上回っていることから記載の評価とする。
- ・ 週5回の健康維持等のため、町と連携・協力し、特定健診や多様ながん検診や骨密度検査を実施され、個別健診にも対応されている。さらに、がん検診、特定健診のみで申し込んだ方に、当日受付で特定健診やがん検診の追加を可能としていることが病気の未然防止に繋がることが前年比の伸びや計画を上回る事になったと評価できる。

第1－1－（7）地域包括ケアシステムへの貢献

- ・ 関係機関連携と介護予防を積極的に実施しており、IVと評価する。
- ・ 地域包括ケアシステムへの積極的な取り組みは今後の病院の将来を担保する取り組みとして継続を期待したい。
- ・ 地域包括ケアの推進に中心的な役割を果たしている。介護予防事業、認知症地域支援にスタッフを派遣し指導を行っている。
- ・ 職員が在宅支援病院としての意識を持ち積極的に活動されている。
- ・ 関係機関との連携は図られているため、記載の評価とする。
- ・ 地域住民への包括ケアが継続的かつ一体的に提供されている事でこの評価とする。

第1－2－（1）医療安全の徹底

- ・医療安全・感染研修の受講率 100%を達成や、ICT 月例会議等継続しており、充実した活動を実施しているためⅣと評価する。
- ・インシデント報告数が増えてきていることは意識の高まりとしてむしろ評価してよいと思う。
- ・インシデント報告に対する職員の意識は向上している。レベル4以上のアクシデントを認めず、また、感染予防対策として加算2を取得し、加算1の基幹施設である産業医大、市立八幡の院内ラウンドを受け対策を院内全体で更新している。評価Ⅳとした。職種別インシデント・アクシデント報告を望む。
- ・インシデント報告数は増加しており、特にゼロレベルの件数が最も多いことは、報告する文化が醸成されていると判断できる。職種別の報告数の推移をみていけると更によいと思う。
- ・報告も適切に行われており、取り組みについて問題はないと考える。
- ・受講率が医療安全、感染共に 100%達成は素晴らしい。

第1－2－（2）医療従事者の確保【重点項目】

- ・一部未達だが支障となる水準ではなくⅢと評価する。
- ・医師確保が困難な中、良く努力されていると思う。
- ・常勤医師の確保に向け積極的な努力がなされ、結果を出している。看護師、コメディカルの採用も計画的かつ適切に行われ、特に採用が困難となっている薬剤師の確保が行われた。年度計画にある認定看護師の育成・確保が進めばⅣでもよいと思われる。
- ・様々な方法で職員の確保について努力をされている。
- ・人員不足に対する取り組みは行われていることから、記載の評価とする。
- ・令和6年度より策定された新たな人事制度が、令和7年度は定着し働きがいのある職場環境を造っている正当な評価が背景となり、特に医師の多面評価の導入は評価が出来る。さらに職員の働くモチベーションの向上へと繋がっている。

第1－2－（3）計画的な医療機器等の整備

- ・計画的な医療機器整備を実施しておりⅣと評価する。
- ・計画的な機器購入は医療収支に直結するため、現状の対応は評価できる。
- ・医療機器の更新は十分に検討し計画的に行われている。価格交渉にあたりベンチマークを行った上での購入が必要。国のDX推進に対する補助金を確保していただきたい。
- ・公平性・透明性を持って適正に管理されている。
- ・取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。

- ・医療機器の購入に際し備品検討委員会を開催の上再度検討を重ねて慎重審議の上購入機器を決定している事は評価出来る。

第1－2－（4）第三者評価機関による評価

- ・IS09001 更新審査を不適合なしで更新し、内部監査も不適合0件であった。3か月ごとの自己評価・改善計画によるPDCAを継続しており、Ⅳと評価する。
- ・内部監査で不適合0は評価したい。無駄な書類作成がないよう省力化することも大事ではないかと感じた。
- ・内部審査体制が構築され適切に機能している。特に3か月ごとの自己評価、改善計画、PDCA サイクル活用が定着、外部審査でも不適合数0が継続している。
- ・院内各所でPDCA サイクルを回す文化が根付いていると思う。
- ・取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・品質目標を全部署で閲覧し、水平展開している事が組織の力となっていると考える。

第1－3－（1）患者中心の医療の提供

- ・手術・検査・治療の事前説明と同意書整備、術前訪問を継続し、褥瘡・栄養・感染・安全等の多職種チームで対応した。患者中心の医療を計画どおり提供したためⅣと評価する。
- ・病院への評価が直接反映される分野なので現状のチーム対応をさらにブラッシュアップすることを期待したい。
- ・同意書の標準化により治療に伴うリスク等への理解が患者さん、ご家族に進み、院内スタッフとも共有される。医療訴訟の回避にも繋がり今後も更新・充実に努める必要がある。
- ・適切に対応されていると思う。
- ・取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・患者や家族とコミュニケーションを十分とっている事が評価できる。

第1－3－（2）患者快適性及び職員の接遇の向上

- ・全体として未達だが支障となる水準ではなくⅢと評価する。
- ・病院の本来の機能として入院満足度が高いことを評価すべきと考える。もともと計画が高すぎる数値だったので外来満足度も十分評価されていると判断すべきでは。
- ・患者満足度調査結果、点数ではほぼ前年同様の結果ではあるが、ご意見には可能な限り病院全体で真摯に対応する姿勢が見られる。

- ・満足度調査の数値は計画を下回っているが、数値としては十分であり問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・スタッフが待合スペースをラウンドすることで患者サービスの見える化が向上し環境整備が評価できる。

第1－3－（3）総合相談窓口業務の充実

- ・相談機能に支障はなく、未達だが問題とならない水準としてⅢと評価する。
- ・この項目は概ね数値で評価されるのでやむを得ない判断か。
- ・相談業務は適正な人員で適切に行われている。
- ・総合相談窓口として苦情等もなく対応されているため、十分に相談機能を果たされていると思う。件数は減少しているが、質的には向上していると思う。
- ・相談件数は減少したが、取り組みに問題はないため記載の評価とする。
- ・相談件数は地域住民が抱える問題をフィードバックすることで効果的に減少したと考えられる。さらに安心のサービス向上に期待を込めてこの評価とする。

第1－3－（4）地域住民への医療情報の提供

- ・情報提供を計画どおり進めたためⅣと評価する。
- ・各種取り組みで努力されていることは町民にもよく知られているように思う。
- ・町内にとどまらず、地域に広報の場を広げており評価できる。今後は町と連携し町民公開講座などで啓蒙を行い、がん検診、特定健診の受診率の向上、掘り起こしに期待する。
- ・適切に住民へのサービスが実施されている。
- ・実施している取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・病院発信の情報が病気や怪我の予防に繋がり、充実した広報誌も地域に貢献しており芦屋町にあって良かった病院となっている。

第1－4 法令遵守と情報公開

- ・法令遵守と情報開示を計画どおり実施したためⅣと評価する。
- ・妥当な評価。
- ・個人情報保護法が遵守されている。新人スタッフを含め全職員へ個人情報保護法遵守に向けた講習会の定期開催が必要。
- ・適切に対応されている。
- ・取り組みに問題はないと考える。
- ・関係法令を遵守し適切な情報提供を行っている事が評価できる。

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項

(1) 評価結果

A評価（中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる）

(2) 判断理由

小項目評価の集計結果（表2小項目評価の集計結果を参照）では、「Ⅳ」の評価が5項目、「Ⅲ」の評価が1項目あり、大項目評価の判断基準の「全ての小項目評価がⅢ～Ⅴ」に該当するため、大項目評価としては「A」評価が妥当であると判断した。

【大項目評価に当たり考慮した事項】

① 小項目評価では、「Ⅳ」（計画を上回っている）の評価が次の5項目であった。

ア 第2-1 法人運営管理体制の確立

令和7年度も引き続き定期的な理事会の運営に加え、理事に副院長、医務局長を加えた運営会議を週1回開催した。また、各部門の管理者及び医師による管理者全体会議は月1回開催した。毎月の収支及び実績報告並びに各診療科・部署からの経営管理に関する意見・依頼がなされ、PDCAサイクルを活用した継続的な業務改善及び計画の推進に努めている。

そして、各層からの病院運営に対する意見などを運営会議に集約するための組織横断的な会議体として、管理職を中心とした「HQ（ヘッドクォーター）連携会議」、監督職等で構成される「実務者会議」、中堅職員からなる「広報企画会議」、若手職員で病院の将来等を検討する「FG（フューチャージェネレーション）リーダー会議」を編成し、引き続き体制の強化に取組、院内の情報・意思の共有を図った。

イ 第2-2-（1）働き方改革への対応

令和7年度は医師を除く職員を対象とする、役割を基準とし、成果が反映される新人事制度が定着したことで、多くの職員が活躍できる環境整備を図ることができた。また、医師については利益の一部を賞与財源とすることで成果が反映される仕組みができた。

また、医師の働き方改革については医師の増員があったものの、タスクシフトを進めることでA水準を維持することができ、他の職員の時間外労働についても基準内を維持できた。

ウ 第2-2-（2）人事考課制度の適切な運用

人材の育成と職員の成果や能力の客観的な評価に基づいて処遇反映を行う人事考課制度を導入し、医師を除く職員については、各評価者による評価を集計・分析し、

評価にばらつきがないことを確認した上で、不公平感の無い人事評価を目指した。そして、人事考課の結果に応じて賞与を支給することで職員のモチベーションを向上させている。

また、被評価者には「自己振り返りシート」を作成させ、面談を行うことにより、自身はどうだったかを振り返る機会を設けた。

医師の人事評価に関しては、管理監督者が評価表を用い医師の多面評価を行い結果に応じて利益を賞与財源として処遇に反映させた。

エ 第2-2-(3) 予算の弾力化

会計制度については、柔軟な運用に努めている。また、福岡県の補助金についても積極的に活用し、物価高騰対策支援金などにより物価高への対応に引き続き努めた。

高額医療機器については、国の病院事業債や過疎債を活用し、令和7年度も運営会議メンバーによる備品購入委員会を経て購入している。購入の可否についても、各科・部門からの購入計画を基に、費用対効果・患者サービス等を考慮した上で決定している。

オ 第2-2-(5) 研修制度の推進

以前より新入職員の研修は主に各部署を主体として行われてきたが、令和元年度より職種に関わらず新たに就職し職員が参加できる新入職員オリエンテーションを開始した。この研修は芦屋中央病院職員として必要なことを学ぶ場であり、令和7年度も内容を充実させつつ実施した。

令和7年度は前年度に引き続き院内学習会をZOOMで同時配信を行うハイブリッド開催として実施し、医療安全や感染対策に関する研修については会場に加え、動画での研修を行うことで参加しやすい環境を構築している。

学会や外部研修についても、参加した職員はその内容を部署内において、発表・回覧等を行い取得した情報・知識の共有を図った。

看護部においては、看護学生の実習受け入れを継続し、院内研修として引き続きe-ラーニングによる研修を継続することで、多くの研修機会を提供している。また、認定看護管理者については、令和7年度はファーストレベルを1名、セカンドレベルを1名が受講し修了し、年度末時点では認定看護管理者ファーストレベルは29名、セカンドレベルは4名が修了している。

なお、令和6年度より、ISOの内部監査研修を人事制度と連動させ、一定等級以上の職員には全員受講とするなど、職務、職責に応じた研修を進めている。

② 小項目評価では、「Ⅲ」（計画をおおむね順調に実施している）の評価が次の1

項目であった。

ア 第2-2-(4) 計画的かつ適切な職員配置

令和7年度は期中に常勤医師数が1名増となり、年度末時点では18名体制であった。

看護師については8名採用し、常勤108名体制となっている。ただし、産休・育休が4名のため、勤務可能な看護師は104名となり、前年度より2名増となる。よって、施設基準に必要な人数配置は可能であるものの、一部でやや不足している状況である。

また、医師・看護師を除く医療職員については理学療法士5名、薬剤師1名、臨床検査技師1名、診療放射線技師1名を採用した。

そして、事務部門職員については、専門的な分野（施設管理）や病院特有の事務（医療事務）に精通した職員を採用し、運営管理体制の強化に努めた。

（3）評価委員会からの意見、指摘など

第2-1 法人運営管理体制の確立

- ・意思決定とPDCAを計画どおり運用したためⅣと評価する。
- ・各種会議が効率的に行われていると拝察する。
- ・病院運営にすべての職種、年齢層が情報、意思の共有を行い取り組む体制が維持、強化されている。
- ・職員が一丸となって病院運営を行うための仕組み作りがされており、情報の透明性を図られている。
- ・取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・定期的に行われる会議が業務改善等に貢献している。また役職別の階層ごとの会議の充実が評価できる。

第2-2-(1) 働き方改革への対応

- ・働き方改革への対応を計画どおり実施したためⅣと評価する。
- ・医師の働き方改革では職務上困難を伴う中努力されている。
- ・適切な労働時間管理ができており評価Ⅳとした。職種別の時間外労働時間と年休取得日数を示していただければ評価がしやすい。
- ・適切に対応されている。
- ・取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・新人事制度の効果が定着したことが評価できる。

第2-2-(2) 人事考課制度の適切な運用

- ・人事考課を計画どおり運用したためⅣと評価する。
- ・医師の多面評価を結果に反映させるのは困難だったと思うが、今後のモチベーション向上に期待したい。
- ・モチベーション向上のため、自己振り返りを促し、改善を応援するよう人事評価が工夫されている。
- ・適切に対応されている。
- ・取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・評価者の評価にばらつきがないことを確認し、その結果職員のモチベーションの向上に繋がっている事が評価できる。

第2－2－（3）予算の弾力化

- ・予算を弾力的に運用したためⅣと評価する。
- ・妥当な評価と思う。
- ・補助金申請漏れ無く、物価高騰にも柔軟に対応し、高額機器購入も計画的に行われている。適正価格か、ベンチマークなどによるしっかりとした価格交渉を期待する。
- ・適切に対応されている。
- ・取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・十分な費用対効果・患者サービスが考慮された予算執行となっている事が評価できる。

第2－2－（4）計画的かつ適切な職員配置

- ・未達だが支障となる水準ではないためⅢと評価する。
- ・医師の確保は今後も困難を伴うと思うが引き続き継続的な努力が必要。
- ・医師確保に努力され増員となったが年度計画21人には未達。薬剤師含めパラメディカルの採用は適正に行われている。看護師は不足気味ではあるが離職は少ない。総合的に評価はⅢとした。今後、看護師の離職率の表記をお願いします。
- ・各職種の採用を柔軟に実施され、必要人数を満たすことができている。今後、専門職としての自己研鑽を重ね専門性が発揮されることを期待する。
- ・不足状態とはなっているようだが、増加をしており記載の評価とする。
- ・人数配置が若干不足している中での運営管理体制の強化を努めたことは評価できる。一方で適切な職員配置には課題を残しているなのでこの評価とする。

第2－2－（5）研修制度の推進

- ・研修制度を計画どおり推進したためⅣと評価する。
- ・動画での研修は今の時代にマッチしており、引き続き負担のない研修の継続を

期待する。

- ・職員研修は適切に行われている。学会・研究会発表も積極的に行われ、院内に学会内容の情報発信がなされている。年度計画にある認定看護師や特定行為等資格取得に向け、病院全体のバックアップ体制整備が必要。
- ・計画的に実施されている。
- ・取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・新たに芦屋中央病院職員となり同じオリエンテーションに参加する事は職員として必要なことを学ぶ場となっている。また、院内学習会のZOOMハイブリッド開催は評価できる。

第3 財政内容の改善に関する事項

(1) 評価結果

A評価（中期目標・中期計画の実現に向けて計画どおり進んでいる）

(2) 判断理由

小項目評価の集計結果（表2 小項目評価の集計結果を参照）では、「Ⅳ」の評価が3項目あり、大項目評価の判断基準の「全ての小項目評価がⅢ～Ⅴ」に該当するため、大項目評価としては「A」評価が妥当であると判断した。

【大項目評価に当たり考慮した事項】

- ① 小項目評価では、「Ⅳ」（計画を上回っている）の評価が次の3項目であった。

ア 第3-1-(1) 健全な経営の維持

令和7年度は第3期中期計画及び令和7事業年度計画に基づき事業運営を行った。経常収支は、経常収益約35億7百万円（前年度約33億4千2百万円）と約1億6千5百万円増収となり、その主な要因は入院・外来患者数及び健診受診者数の増に加え、繰入金の基準増、物価高騰・賃上げ補助金の増、地方債・定期預金の利息増である。なお、入院及び外来収益の合計は約28億6千1百万円となり、前年度（約28億円）に比べ約6千1百万円の増収となった。

経常費用については、約33億9千9百万円（前年度約32億5千1百万円）と1億4千8百万円増加している。前年度に比べ、人件費が約6千9百万円、材料費が約1千万円、薬品費が約1千5百万円それぞれ増加したが、経費が約7百万、減価償却費が約5百万円それぞれ減少したことで費用増が一定程度に抑えられている。

経常利益は約1億8百万円（前年度約9千2百万円）と前年と比較してやや増加しており、経常的な事業経費については、法人の事業経営に伴う収入をもって充てることができた。

安定した収入維持のために必要な常勤医師の確保については、大学や県との連携を深め、様々な働きかけを行っており、翌年度の確保に加え、今後の常勤医師の採用に向け、取組を継続している。

なお、令和7年度も繰出基準に基づいた運営費負担金を芦屋町から繰入れた。

イ 第3-1-（2）収入の確保

令和7年度も引き続き、地域患者を受け入れる地域包括ケア病床、がん終末期患者に対する緩和ケア病床、慢性期患者を受け入れる医療療養病床を地域の医療ニーズに対応する形で配置した。

令和7年度の病床利用率は89.2%（前年度88.8%）となり、計画を2.2ポイント上回った。また、平均入院単価は38,670円（前年度38,726円）となり、計画を774円上回った。入院収益は17億2千6百万円（前年度約17億1千9百万円）と約7百万円の増収となった。

外来患者については、令和7年度の1日平均患者数が420.1人（前年度415.9人）と前年度と比べ4.2人増加し、計画を21.9人上回った。患者1人当たりの外来診療単価は7,404円（前年度7,122円）で、前年度に比べ282円増加し、計画を496円下回った。外来診療単価が増加し、患者数も増加したことにより、外来収益は約11億3千5百万円（前年度約10億8千1百万円）と約5千4百万円の増収となった。

ウ 第3-1-（3）支出の節減

医薬品及び診療材料等についてはSPDを導入し、効率的に管理するとともに一品目ごとに見積競争や価格交渉を行い、安価で購入するよう努めた。

医薬品は薬事委員会において採用や廃棄、後発医薬品（ジェネリック薬）の使用について審議し、品目の見直しを行った。後発医薬品の使用割合は、87.9%（前年度87.3%）で上昇している。

高額医療機器の購入については初期費用だけでなく委託費等を含めたランニングコストや提供する医療の質も考慮した機器選定及び入札方法、補助金の活用にも努めた。

職員については、必要な人員の採用に努めており、職員数はタスクシフトを行うために増員したため大幅に増加している。人件費については、令和7年度においても上昇しているが、今後も人件費を考慮しつつ適切な採用に努める必要がある。

（3）評価委員会からの意見、指摘など

第3-1-（1）健全な経営の維持

- ・ 医業収支比率等に未達はあるが、総合的に計画以上としてⅣと評価する。
- ・ 妥当な評価。

- ・増患による医業収益の増加に加え適正な補助金繰り入れにより、経常費用の増加をカバーし、黒字経営を維持、健全な経営が継続している。
- ・安定した経営が維持できている。
- ・経済状況の厳しい折りに、増収を果たし、一定の基準に収めていることから記載の評価に問題はないと考える。
- ・十分な健全経営を持続されている。

第3－1－（2）収入の確保

- ・外来単価は未達だが、総合的に計画以上としてⅣと評価する。
- ・計画のほとんどの数値を上回っており評価は妥当。
- ・入院、外来共に地域の医療ニーズに対応した医療サービスが提供されている。病床利用率が上がり、基幹病院等からの受け入れ不能例の増加が危惧される。訪問看護等の充実で退院促進し、年度計画に近い在院日数での空床確保、ベッドコントロールを期待する。
- ・病床利用率の向上、外来患者数の増加等、職員が地域の医療ニーズに対応した結果増収となっており、医療経営が難しい中、大変すばらしいと思う。
- ・継続的な取り組みにより増収を果たし、問題はないと考える。
- ・損益分岐点と言われている病床利用率 80%を大きく超え、更に計画を 2.2 ポイント上回っている。外来患者についても計画を大きく上回り評価される。

第3－1－（3）支出の節減

- ・総合的に計画以上としてⅣと評価する。
- ・経常収支の黒字継続は努力の集約として評価したい。
- ・入外患者さんは増加しており、職員増員とそれに伴う人件費率の増加は致し方ないところ、適正な採用がなされている。今後医療 Dx の推進による職員採用の効率化を期待する。ジェネリック品目採用率も年々上昇し、地域支援医薬品対応体制加算 1 が算定できる 90%も可能と思われる。
- ・タスクシフトのために職員を大幅に増員されているため、タスクシフトの実施状況も確認していかれるとよいと思う。
- ・費用の節減・合理化への取組は適切に行われていると考えられるため、記載の評価とする。
- ・医薬品及び診療材料等について、一品目ごとに見積競争や価格交渉を行っている事、後発医薬品の使用割合も上昇している事は評価できる。

○地方独立行政法人芦屋中央病院評価委員会 委員名簿

	氏 名	役 職 等
委員長	村松 圭司	千葉大学病院 次世代医療構想センター 特任教授
副委員長	貞安 孝夫	聖和会クリニック 顧問
委員	中野 徹	北九州市立医療センター 顧問
委員	山口 美和	公益社団法人 福岡県看護協会 福岡県ナースセンター ナースセンター長
委員	吉野 任	吉野任公認会計士事務所 公認会計士
委員	本田 浩	芦屋町国民健康保険運営協議会 会長

○令和 8 年度地方独立行政法人芦屋中央病院評価委員会 開催経過

日 程	審 議 議 題
第 1 回 令和 8 年 7 月 9 日 (木) 芦屋町役場 31 会議室	(1) 令和 7 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
第 2 回 令和 8 年 8 月 6 日 (木) 芦屋町役場 31 会議室	(1) 令和 7 事業年度における業務実績報告書(法人の自己評価)に対する意見について

○表2 評価委員会による小項目評価の集計結果

大項目	中項目	小項目	評価対象項目数	重点項目を反映した項目数	評価区分				
					V 計画を大幅に上回っている	IV 計画を上回っている	III 計画をおおむね順調に実施している	II 計画を下回っている	I 計画を大幅に下回っている
第1 住民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項			16	21	1	13	7	0	0
	1 医療サービスにおける役割・機能の最適化と連携の強化	(1) 地域医療への貢献【重点項目】	1	2		●●			
		(2) 在宅医療の推進【重点項目】	1	2		●●			
		(3) 地域医療連携の強化【重点項目】	1	2		●●			
		(4) 救急医療への取組	1	1			●		
		(5) 災害及び新興感染症に対する医療協力【重点項目】	1	2			●●		
		(6) 予防医療の強化	1	1	●				
		(7) 地域包括ケアシステムへの貢献	1	1		●			
	2 医療の質の向上	(1) 医療安全の徹底	1	1		●			
		(2) 医療従事者の確保【重点項目】	1	2			●●		
		(3) 計画的な医療機器等の整備	1	1		●			
		(4) 第三者評価機関による評価	1	1		●			
	3 患者サービスの向上	(1) 患者中心の医療の提供	1	1		●			
		(2) 患者快適性及び職員の接遇の向上	1	1			●		
		(3) 総合相談窓口業務の充実	1	1			●		
		(4) 地域住民への医療情報の提供	1	1		●			
	4 法令遵守と情報公開	法令遵守と情報公開	1	1		●			
					大項目評価の結果 A				

大項目	中項目	小項目	評価対象項目数	重点項目を反映した項目数	評価区分				
					V 計画を大幅に上回っている	IV 計画を上回っている	III 計画をおおむね順調に実施している	II 計画を下回っている	I 計画を大幅に下回っている
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項			6	6	0	5	1	0	0
	1 法人運営管理体制の確立	法人運営管理体制の確立	1	1		●			
	2 業務運営の改善と効率化	(1) 働き方改革への対応	1	1		●			
		(2) 人事考課制度の適切な運用	1	1		●			
		(3) 予算の強化	1	1		●			
		(4) 計画的かつ適切な職員配置	1	1			●		
		(5) 研修制度の推進	1	1		●			
					大項目評価の結果 A				

大項目	中項目	小項目	評価対象項目数	重点項目を反映した項目数	評価区分				
					V 計画を大幅に上回っている	IV 計画を上回っている	III 計画をおおむね順調に実施している	II 計画を下回っている	I 計画を大幅に下回っている
第3 財政内容の改善に関する事項			3	3	0	3	0	0	0
	1 持続可能な経営基盤の確立	(1) 健全な経営の維持	1	1		●			
		(2) 収入の確保	1	1		●			
		(3) 支出の節減	1	1		●			
					大項目評価の結果 A				