

地方独立行政法人芦屋中央病院

第3期中期目標期間に見込まれ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	10
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	23
○地方独立行政法人芦屋中央病院評価委員会委員名簿	25
○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	25
《参考資料》	
○表2 評価委員会による小項目評価の集計結果	26

地方独立行政法人芦屋中央病院第3期中期目標期間に見込まれ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。）の第3期中期目標期間に見込まれ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、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中期目標の達成見込みについて確認した。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、中期目標の全体的な達成見込み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（目標どおり達成する）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（目標どおり達成する）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（目標どおり達成する）が妥当であると判断した。

以上のことから、第3期中期目標期間に見込まれる業務実績に関する全体評価は、「目標どおり達成する」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、大学病院等の基幹病院からの受入れは令和5年度が156件であったが、令和7年度には225件と大幅に増加している。

外来機能においては総合内科外来を設置し、午後の外来を充実させることで込み合う午前中の外来を緩和する取組を実施し、好評を得ている。また、令和5年4月より脳卒中専門外来を開始し、令和7年4月より睡眠時無呼吸症候群専門外来を開始するなど、産業医科大学と連携し、複数の疾患を抱える傾向が強い高齢者の要望に応えた。

在宅医療については、訪問診療、地域医療連携室、在宅支援室（居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション）、在宅リハビリテーション室（訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション）の連携強化により、在宅療養支援病院として外来・入院機能と在宅サービスにおいて切れ目のない提供体制に努めた。

予防医療については、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引き続き実施した。また、企業健診数も令和7年度において2,509件と計画を大幅に上回っている。

医療従事者の確保については、医師は計画が21人のところ、令和7年度は18人に留まっているが、看護師やメディカル職員は概ね充足できており、安全安心かつ良質な医療サービスを提供できる配置としている。

総合相談窓口では地域住民や患者及び家族が抱える問題を、医療・保健・介護・福祉施設等の関連機関と連携して解決するため、多職種で相談業務に対応しており、安心して法人のサービスを受けることのできる体制づくりに努めた。

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。

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、病床利用率の向上に必要な職員を確実に配置し、入院患者の増加に努めている。

入院収益は令和7年度が約17億2千6百万円（令和5年度約17億6千4百万円）と期中で約3千8百万円（2.2%）減少した。外来収益については、令和7年度は約11億3千5百万円（令和5年度約10億8千5百万円）と期中で約5千万円（4.6%）増加している。

費用については、水道光熱費及び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（目標どおり達成する）

(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	特筆すべき達成状況にある	町長が特に認める場合
A	目標どおり達成する	全ての小項目評価がⅢ～V
B	おおむね目標どおり達成する	小項目のⅢ～Vの評価がおおむね9割以上
C	目標どおり達成できない	小項目のⅢ～Vの評価がおおむね9割未満
D	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」（目標を大幅に上回る）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、健診件数は令和5年度が、2,172件、令和7年度が2,509件となり、令和8年度計画を723件上回った。また、特定保健指導実施件数は令和5年度が165件だったが、令和7年度には176件となっており、令和8年度計画を16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」（目標を上回る）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、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回の歯科健診や、毎週2回病棟での口腔ケアラウンド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・強化に努めている。

訪問診療では中期計画最終年度である令和8年度の計画が220件のところ、令和7年度の件数が229件と計画を9件上回った。また、引き続き在宅療養支援病院としての役割を深めるよう努めている。

訪問看護ステーションでは訪問看護件数は令和8年度の計画が4,400件のところ、令和7年度の件数が4,115件と計画を285件下回った。令和8年度は増員を図り、目標を達成するよう引き続き利用者・利用回数の増加に努めている。

訪問リハビリテーションでは利用件数は令和8年度の計画が2,200件のところ、令和7年度の件数が4,543件となり、計画を2,343件上回った。また、引き続き利用者・利用回数の増加に努めるとともに質の向上を図っている。

通所リハビリテーションでは利用回数が令和8年度の計画が10,000件のところ、令和7年度の件数が10,545件と計画を545件上回った。また、引き続き利用者・利用回数の増加に努めるとともに質の向上を図っている。

地域医療連携室では退院支援カンファレンスでは令和8年度の計画が4,600件のところ、令和7年度の5,384回と計画を784回上回った。これにより、充実した在宅サービスの提供に必要な、患者や関係職種との情報共有に貢献していると考えられる。

今後、在宅部門については組織を「地域包括ケアセンター」として統合することで、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ている。

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を行っている。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。

病病連携では、基幹病院からの転入院受入件数は令和8年度の計画が160件のところ、令和7年度に225件と計画を65件上回った。前年度より減少した要因としては、令和7年度は産業医科大学病院や新水巻病院をはじめとする基幹病院全体からの転院が法人の病床稼働率が高く病床が埋まっているため、積極的に受けられなかったことも要因と考えられる。

また、病診連携や介護施設連携については、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）によって、継続的に関係を深める取組を続けており、期間中は年2回開催し、好評を得ることができている。

エ 第 1－1－（7）地域包括ケアシステムへの貢献

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 人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はもとより、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令和 7 年度は 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が行われ、法人職員 3 人を含む認知症地域支援推進員が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。このような対策の結果、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 5 年度は 1,133 件、令和 7 年度は 1,317 件とやや増加し、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られる。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。

（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5年度は、主に電子カルテシステム、超音波診断装置、人工呼吸器及び透析装置等を更新し、経鼻内視鏡ビデオスコープを新たに購入した。令和6年度は、主に関節鏡カメラ、透析装置、眼圧計等を更新し、大腸内視鏡ビデオスコープ、高周波温熱治療器等を新たに購入した。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

地域住民への医療情報の提供としては、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、地域住民への医療講座を開催しており、今後も対象地域を拡大しつつ継続して地域住民向け講座の開催を検討している。

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。

カルテ開示件数は令和 5 年度 23 件、令和 6 年度 24 件、令和 7 年度 24 件と同程度の水準だった。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、大きな変化はない。

- ③ 小項目評価では、「Ⅲ」（目標をおおむね予定どおり達成する）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

救急車による患者の受入れは令和 5 年度が 327 件、令和 7 年度が 206 件となった。時間外患者の受け入れは令和 5 年度が 618 件、令和 7 年度が 346 件となった。なお、時間外患者のうち入院受入れは令和 5 年度が 107 件、令和 7 年度が 58 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新水巻病院等の基幹病院に救急搬送後、初期治療を終えた後、すみやかに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。また、高次救急病院との連携を継続し、対応可能な患者の受入れに努めている。

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2年度より継続して設置していた発熱外来について、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。

避難訓練としては毎年実地訓練を2回実施するとともに、災害訓練としては令和7年度の定期停電検査時に令和6年度に策定された 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。また、備蓄物品については、水及び食料を3日分備蓄し、消費期限を確認し補充・交換を行っている。さらに、災害時の医師会との連携については、医師会を中心とし医師会会員による医療救護計画が策定されており、今後も協力体制を維持していくことが予定されている。

ウ 第1-2-（2）医療従事者の確保【重点項目】

令和6年度に新たな人事制度を策定し、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、令和7年度からは、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6年度に17名まで減少したが、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、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。しかし、泌尿器科医師の定年退職により結果としては1名増に留まった。また、産業医科大学や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結果、令和8年度に内科の常勤医師を2名確保できる見込となった。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、また、令和5年4月より脳卒中専門外来を開始し、令和7年4月より睡眠時無呼吸症候群専門外来を開始するなど、外来診療に必要な医療機能を果たした。

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、計画的な採用を進めるため、看護学校への訪問や病院見学会

を実施し、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をしている。

コメディカル職員については概ね必要な人員数を採用することができている。

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、令和 8 年度の導入予定となった。

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。

患者満足度調査は、令和 5 年度より同様の項目で実施している。評価結果は、令和 7 年度の外来患者満足度が 7.17 点、入院患者満足度調査は 8.58 点となった。外来・入院共に満足度を維持しており、様々な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

総合相談窓口では、地域住民が抱える問題を、医療・保健・介護・福祉施設等の関連機関と連携して解決することや、各職種の相談員が専門分野を横断的に活用し、安心してサービスを提供できるよう、看護師・社会福祉士・保健師・クラーク・薬剤師による多職種で相談業務に対応した。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ている。令和 5 年度は 7,642 件だった相談件数は、令和 7 年度は 7,327 件となっている。これは、相談業務が縮小したわけではなく、工夫により医事に関する相談が相談前に解決されていることや、転院相談がスムーズになった結果として件数が減少していると考えられる。

（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】

- ・地域の多様な医療ニーズに対応しており、目標どおりの達成が見込まれるため IV と評価する。
- ・芦屋町の地域包括ケアシステムの中核として十分にその役割を果たしている。

- ・ 中期計画期間中、病床利用率も増加、地域医療に不可欠な中核病院としてさらに周辺地域にも認知され、基幹病院との連携も良好な運営が見込まれる。
- ・ 住民のニーズに対応することを使命として医療が展開されている。また、歯科診療所の協力も得て口腔ケアの充実に取り組まれていることも高齢者のケアには重要な視点である。
- ・ 地域完結を目指した質の高い診療体制を継続的に行われていると考え、記載の評価とする。
- ・ 地域の高齢者の芦屋中央病院受診者の声をお聞きしている。人口 13,000 名弱の自治体の病院として 137 床があり、複数の診療科目があることは地域住民の医療ニーズに大きな安心感となっている、とお聞きしているためこの評価とした。

第 1－1－（2）在宅医療の推進【重点項目】

- ・ 令和 8 年度見込みでは、訪問診療、訪問看護、訪問・通所リハビリ、退院支援カンファレンスの全 5 指標が計画以上であり、目標以上の達成が見込まれるためⅣと評価する。
- ・ 近年の在宅医療への取り組みは地域でもよく知られるようになっており、令和 8 年度の実績は計画を上回ることは間違いないと思う。
- ・ 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いる。訪問看護件数のみ令和 7 年度計画数に達していないが、訪問看護師の増員が見込まれ、「地域包括ケアセンター」の整備でさらに在宅支援の充実が見込まれる。
- ・ サービス提供件数がすべてにおいて目標を上回っている。今後は質の評価をされることを期待する。
- ・ 件数に関しては全体として安定的に確保されていることで、地域ニーズに応じた在宅医療及び介護の中心的な役割を担っていると考ええる。
- ・ 地方で医療崩壊が始まっている中で総合的なサービス提供機能を維持し、在宅医療の充実・強化を図っている事は評価できる。

第 1－1－（3）地域医療連携の強化【重点項目】

- ・ 目標以上の達成が見込まれるためⅣと評価する。
- ・ 地域医療連携室は地域医療機関と良好な関係を維持しており、実績の向上に寄与している。
- ・ 今後も在宅や介護施設への退院支援に向け適切で継続した対応が見込まれる。しかしながら、令和 7 年実績の在院日数 25 日を、令和 5 年度実績と令和 8 年度目標の 23 日を実現し、空床を確保、基幹病院からの転院受け入れをなるべく断らないようにお願いしたい。このためには、訪問看護を中心に在宅支援など後

方支援の充実が必要。

- ・ 病病連携、病診連携との連携をとり可能な限りの対応がされている。
- ・ 計画期間において件数増加しており、取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・ 病床稼働率の高さが信頼されている病院の証となっている。転入院受け入れの関係では空き病床が不足するために受け入れできなかったことは要因ではあるけれど、課題とは考えられないのでこの評価とする。

第 1－1－（４）救急医療への取組

- ・ 救急・時間外患者の受入件数は減少しているが、高次救急との機能分化や介護施設からの受け入れは維持されている。目標を下回るものの支障のない水準と見込まれるため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。
- ・ 今後も医療機関の機能分化が進み救急患者受入数の減少が見込まれるが、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、高次救急病院との適切な連携が見込まれる。
- ・ 救急診療については、応需率の推移を確認されるとよいと思う。
- ・ 連携に関する取り組みが確立されており、評価に問題はないと考える。
- ・ 地域の介護施設等の患者受け入れは十分に出来ている事で地域の緊急告示病院としての役割は発揮できている。

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】

- ・ BCP 策定後に停電時手順を実地確認し、年 2 回の避難訓練、3 日分の備蓄、ICT 活動及び医師会との連携も継続している。災害・感染症対応体制は目標どおり整備されている。
- ・ コロナ禍が終息した現状では妥当な評価。
- ・ 産業医大や市立八幡病院など感染症重点医療機関との連携と院内 ICT が中心となり新興感染症にも備える体制が継続される。災害訓練、避難訓練とも定期的の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。
- ・ 定期的に訓練が実施されている。実際の災害を想定し備えていただきたい。
- ・ 取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・ 災害発生時を想定された避難訓練としての実地訓練や令和 6 年度に策定された BCP に対しての停電時手順を実際に確認され、備蓄食品の通年管理を行う事での災害発生時のリスク回避であったり、医師会との連携等は評価できる。

第 1－1－（６）予防医療の強化

- ・目標を大幅に上回る達成が見込まれるため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、特定健診、がん検診も適切に実施している。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がん検診の重要性を啓蒙し、未受診者の掘り起こしで受診率の向上への期待を込めて評価Ⅴとした。
- ・利用者の利便性を考慮し、柔軟に対応されていることが件数増加の成果に繋がっている。また、企業健診の獲得にも努力され、成果に繋がっている。
- ・取組により健診件数も増加していることから取組は充実していると考えられるため、記載の評価とする。
- ・町民の健康維持・増進のため町と連携して、週5回の特定健診の実施は素晴らしい。この評価に値すると考える。

第1－1－（7）地域包括ケアシステムへの貢献

- ・町の地域包括ケア会議等への職員派遣に加え、公民館へのリハビリ職派遣を多数実施し、認知症支援にも参画しており、目標どおりの達成が見込まれるためⅣと評価する。
- ・地域包括ケアセンターとしての体制強化は今後の病院の発展の基盤になると思う。
- ・地域包括ケア業務をセンター化し、町民に必要なケアが効率的に果たされることが見込まれる。介護予防事業、認知症地域支援にスタッフの積極的な派遣指導も予定され、評価Ⅳとした。
- ・地域の関係機関と積極的に連携をとり在宅ケアの支援が実施されている。
- ・取り組みに問題はないと考え記載の評価とする。
- ・切れ目ない患者支援センターの活用は地域住民に安心感を与えてくれる。また、公民館へ出張講義や自主訓練は病院を身近に感じることが出来る。その効果は受診へのハードルを下げ早めに受診に繋がるのではないかと思うことから評価できる。

第1－2－（1）医療安全の徹底

- ・医療安全・感染研修を各2回実施し受講率100%を達成したほか、ICT会議や定期ラウンドも継続しており、目標どおりの達成が見込まれるためⅣと評価する。
- ・コロナ禍を経て管理体制がレベルアップしている。
- ・医療安全、感染対策に対する職員の意識は継続して向上している。重篤なアクシデントを認め無いことが見込まれ、また、今後も感染予防対策として積極的

な ICT の活動と共に、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共有する。評価Ⅳとした。

- ・適切に取り組まれている。
- ・報告数も増加し、情報の収集・分析の仕組みに問題はないと考えられ、記載の評価とする。
- ・インシデントの報告数が伸びている事は安全に関心が高い結果と考える。大きな事故になる前の初期段階で原因を見つけリスク排除が出来ている事は評価できる。

第1－2－（2）医療従事者の確保【重点項目】

- ・目標未達ながら支障のない水準として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働きかけが継続して行われ、中期計画の医師数に近くなってくる。不足気味の看護師やコメディカルを採用も計画的かつ適切に行われることが見込まれる。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。
- ・人材確保のための様々な取り組みと定着するための仕組み作りがされている。
- ・令和6年度に減少したが、令和7年度に確保をすることができたことから期間としては記載の評価とする。
- ・令和6年度より新たな人事制度を策定され、特に医師についての多面評価は等身大の評価が反映され処遇の向上に繋がることで働き甲斐となり優秀な医師の育成に繋がると考える。このことを含めて総合的な人材確保や育成が評価できる。

第1－2－（3）計画的な医療機器等の整備

- ・更新計画、部門ヒアリング及び備品検討委員会による選定を経て、各年度に診療上必要な機器を計画的に更新・導入しており、目標どおりの達成が見込まれるためⅣと評価する。
- ・計画通り実施できている。
- ・医療機器の購入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検討が必要。国のDX推進に対する補助金を確保していただきたい。
- ・職員にとって、公平性、透明性のある機器の購入、整備が行われている。
- ・取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・医療機器の老朽化対応を計画的に行っている事は質の高い診療維持に繋がっている。

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く完了し、内部監査でも不適合0件を維持するとともに、各部署でPDCAによる改善を継続しており、目標どおりの達成が見込まれるためⅣと評価する。
- ・ 内部監査、外部監査ともに計画通り実施できている。
- ・ 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。
- ・ 積極的に改善活動がされており、全部署で質の向上に取り組まれている。今後、院内 TQM 報告会等の開催も期待する。
- ・ 取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・ 内部監査や外部審査対応のみにならず、内部監査員の養成や品質目標の全部署での取り組みは評価できる。

第1－3－（1）患者中心の医療の提供

- ・ 治療前の説明・同意、術前訪問、多職種チームによる検討及び在宅療養支援を継続し、患者の意思を尊重した切れ目のない医療を提供しており、目標どおりの達成が見込まれるためⅣと評価する。
- ・ チームによる対応が良くできている。
- ・ 院内で標準化した同意書の更新・充実が継続的に見込める。
- ・ チーム医療が円滑に行われ、患者との接点を多職種で持つようにされている。
- ・ 取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・ 全てのメディカルスタッフで情報を共有することが患者サービスの向上に繋がると考えこの評価とする。

第1－3－（2）患者快適性及び職員の接遇の向上

- ・ 改善活動は継続しており、未達ながら支障のない水準としてⅢと評価する。
- ・ 患者満足度は際限のないものであり、不断的努力が必要となるのはやむを得ない。
- ・ 患者満足度調査結果を踏まえ、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。しかしながら、外来満足度が7点で推移している事に満足せず原因と対策を示し入院満足度同様8点、評価Ⅳを目指していただきたい。
- ・ 患者満足度調査を実施されているため、カテゴリーごとの分析をされると更によいと思う。
- ・ 取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。

- ・利用者に広くご意見や要望をお尋ねし改善に努めることは、利用者の不安や不満の軽減や防止となり高評価になっている。しかし評価としてはあと2ランク上まで設定があるので更なる利用者満足度が向上することを期待してこの評価とする。

第1－3－（3）総合相談窓口業務の充実

- ・未達ながら支障のない水準としてⅢと評価する。
- ・次回の中期計画の作成では人口減少などを加味した数字の設定が必要か。
- ・今後も相談業務が適正な人員で適切に行われることが見込まれる。相談件数は減少傾向だが、業務の効率化の結果である。
- ・多くの相談に対応されており、相談内容から事前の説明に転換されていることは、相談業務の質の向上にもつながっていると思う。
- ・相談件数の減少は、取り組みが適切であった結果であることを鑑みると、記載の評価で問題ない考える。
- ・地域住民が抱える諸課題を病院各種スタッフで相談業務として取組、その相談の対応が質の向上に繋がっていると事からこの評価とするが、この上のランクがあるので更なる利用者満足度の向上を期待している。

第1－3－（4）地域住民への医療情報の提供

- ・目標どおりの達成が見込まれるためⅣと評価する。
- ・多方面で努力されている。
- ・町内にとどまらず、地域に広報の場を広げており活動の継続が見込まれる。今後は町と連携し町民公開講座などで各種がん検診の重要性を啓蒙し、芦屋モデルと評価されるような、がん検診、特定健診の受診率の向上を期待する。
- ・地域の住民に対する情報発信を適切に実施されている。
- ・取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・病院の医療情報提供を出張講義や病院HP、広報誌と幅広く展開されている事からこの評価とする。

第1－4 法令遵守と情報公開

- ・個人情報保護規程及び診療情報に関する規則に基づく適正な情報管理・提供を継続し、カルテ開示にも安定して対応しており、目標どおりの達成が見込まれるためⅣと評価する。
- ・計画通り実施できている。

- ・病院全体で個人情報保護への意識は高く今後も継続した個人情報保護の尊守が見込まれる。新人スタッフを含め全職員へ更新される個人情報保護法に向けた講習会の定期開催が必要。
- ・適切に管理されている。
- ・取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・個人情報の取り扱いが法を順守し提供されている事からこの評価とする。

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（目標どおり達成する）

(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」（目標を上回る）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

年4回の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。管理者全体会議では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

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を令和6年度に制定し、令和7年度には定着したことで、多くの職員が活躍できる環境整備を図っている。また、医師については令和6年度より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構築されている。

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の水準を維持できている。

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、令和6年度に制定した新人事制度により、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。今後は診療実績を判断基準として処遇反映を行うことで、医師のモチベーション向上を図ることが計画されている。

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、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、計画的に購入することができている。

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かかわらず、新たに入職した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」（目標をおおむね予定どおり達成する）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

良質で安全な医療を提供するために必要な職員教育については、各部署に研修予算を配分し、職員の専門分野における教育を常に意識している。また、看護部においてはe-ラーニングを導入し、効率的な学びの機会を提供している。また、院内学習会により自主的な学習の機会を提供しており、多様な教育体制の構築に努めた。

常勤医師数は、令和7年度には18名体制であった。非常勤医師のうち1名が週31時間勤務していることを踏まえると、常勤換算では概ね19人の配置となるが、目標の21名と比較するとやや不足している。

看護師については令和7年度には常勤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名となる。

また、医師・看護師を除く医療職員については概ね目標の人員数を確保できているが、一部部署では産休・育休の影響が出ている。

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（診療情報管理・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

- ・理事会、週次の運営会議、月次の管理者全体会議を定期開催し、階層横断的な会議体を通じた情報共有とPDCAによる改善も継続しており、目標どおりの達成が見込まれるためⅣと評価する。
- ・計画通り実施できている。
- ・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、強化されており、今後も中期計画どおりの実施が見込まれる。

- ・各層の職員が病院運営に携わることができる組織づくりがされており、職員の意見が病院運営に反映できるシステムであると思う。
- ・取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・複数年にわたり定期的かつ計画的な運営会議の開催が効果的な運営管理体制の構築に繋がっている事からこの評価とする。

第2-2-(1) 働き方改革への対応

- ・働き方改革への対応は目標どおり進んでいるためⅣと評価する。
- ・公平公正な評価と内部からも聞かされている。
- ・人材確保が適正に行われ、今後も適切な労働時間管理が見込まれ評価Ⅳとした。
具体的に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より適切な評価が可能となる。
- ・適切に取り組まれている。
- ・労働環境の安定に関する取り組みができており、記載の評価とする。
- ・新人事制度が令和6年度に制定され定着出来ている事が評価できる。

第2-2-(2) 人事考課制度の適切な運用

- ・公平で適切な制度運用は目標どおり進んでいるためⅣと評価する。
- ・多面的な評価法の採用に努力されており評価したい。
- ・モチベーション向上に向け、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。多面評価を踏まえた面談など、今後も公平感のある評価の工夫が見込まれる。
- ・人事考課制度が適切に運用されている。
- ・取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・人材育成と頑張った人が報われる人事考課制度は職員の労働意欲の向上に直結することで評価できる。

第2-2-(3) 予算の弾力化

- ・会計制度の弾力的な運用は目標どおり進んでいるためⅣと評価する。
- ・計画的に運営されている。
- ・機器購入に関し、補助金、支援金など効率的に利用し計画的に行われている。
ベンチマークなどで適正価格を把握し価格交渉を期待する。
- ・適切に管理されている。
- ・取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・補助金活用、病院事業債、過疎債の活用は計画的・効果的な費用対効果に繋が
り評価できる。

第2-2-(4) 計画的かつ適切な職員配置

- ・未達ながら支障のない水準としてⅢと評価する。
- ・医師確保はこれからも課題となると思うが努力を継続されていることは評価したい。
- ・医師確保に努力され令和8年度は増員の見込みも、年度計画21人には未達。しかしながら非常勤医師の確保で診療に支障ない体制維持は見込まれる。パラメディカル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者の少ない職場環境の継続が見込まれる。
- ・採用については柔軟に対応されており、必要人員の充足に努力されている。
- ・不足の状態ではあるが、期間において継続的な取り組みを行っており、記載の評価とする。
- ・職員教育の予算配分や職員教育は安全な医療を提供する効果的となっている。しかし通常の・臨時的な双方の場面においてマンパワーが不足することから、課題が継続的に残っていると思いこの評価とする。

第2-2-(5) 研修制度の推進

- ・目標どおりの達成が見込まれるため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。
- ・今後も引き続き職員研修、学会・研究会発表も積極的に行われ、適切な情報発信が見込まれる。年度計画にある認定看護師や特定行為等資格取得など、さらに良質な医療を継続するため、病院全体のバックアップ体制整備が必要となる。
- ・eラーニングなど、病院が学習する環境の提供がされている。
- ・取り組みに問題はないと考え、記載の評価とする。
- ・令和元年より7年が経過し、新入り研修の内容が充実してきた。その他各種の研修等を効果的に進めている事からこの評価とする。

第3 財政内容の改善に関する事項

(1) 評価結果

A評価（目標どおり達成する）

(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」（目標を上回る）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

第３期中期計画期間の開始年度である令和５年度は経常利益が約１億９千４百万円、令和６年度は約９千１百万円、令和７年度は約１億８百万円となり、経常収支は安定して黒字化している。黒字化の要因としては、収入面では入院・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。また、支出面では人件費・材料費・薬品費が大きく増加したが、経費節減や、減価償却費が減少したことで費用増が一定程度に抑えられている。

現金保有残高が大きく減少しているが、これは昨今の金利上昇を鑑み、現金を主に地方債などの安定した投資有価証券に変えて保有しているためである。

また、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、今後の常勤医師の採用に向け、取組を継続している。

なお、経常的な事業経費については、繰出基準に基づいた運営費負担金を含めた法人の事業経営に伴う収入をもって充てることができる。また、繰出し基準に基づいた運営費負担金は、今後も芦屋町からの繰入れを継続する。

イ 第３－１－（２）収入の確保

地域医療構想における北九州医療圏の病床数は、削減目標が設定されているが、病床機能の適正化に努めており、再編統合や病床削減することなく１３７床を堅持し、診療報酬改定への迅速、かつ、適切な対応を行い収入の確保に努めている。

第３期中期目標期間開始年度である令和５年度は経常収益が約３３億７千９百万円、令和６年度は約３３億４千２百万円、令和７年度は約３５億７百万円と順調に推移している。令和８年度も引き続き病床利用率や平均入院単価、１日当たり外来患者数や外来診療単価を意識した経営に努める。併せて、在宅療養支援病院としての役割を担うため地域包括ケアセンターによる在宅サービス提供に努め、健診センターによる予防医療の普及により、収入確保につなげる。

また、新たな未収金が発生しないよう、限度額がすぐに確認できるマイナ保険証の勧奨や、未払い患者へ電話や書面による督促や弁護士を活用した督促を行っている。また、文書料等の診療報酬外の収入については、規程の変更により適切な料金設定を行い、収入の増加を図った。

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一品目ごとに見積競争や粘り強い価格交渉を行い、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。後発医薬品の割合は令和5年度 86.4%、令和6年度 87.3%、令和7年度 87.9%と順調に上昇している。薬剤 SPD の導入により在庫数は減少したが適切な在庫管理に努めている。

診療材料においても SPD を導入し、在庫数の軽減や効率的な購入を行っている。少額な消耗品等についても、調査や情報収集を行い、規格を統一し購入数を増やすことで単価を下げるなど、経費節減に努めた。

高額医療機器は各部門から購入希望計画を提出させ、費用対効果・患者サービス等を考慮したうえで予算化し、購入時には備品検討委員会において更に検討を重ね、購入の可否や機種を決定する仕組みを継続している。また、可能な場合は機器費用とランニングコストの総合評価による入札を行い、その後の保守契約については複数年契約等を取り入れ、将来的な費用の削減を図っている。

職員については病院機能の維持に必要な人員を常に把握し、効果的な採用に努めた。給与比率については令和5年度には 58.3%であったが、国の賃上げ政策に従い、令和7年度には 62.2%となっている。また、引続き効果的な採用と定着支援に努めている。

(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

- ・健全経営の維持は目標どおりとしてⅣと評価する。
- ・黒字化の継続は特筆すべき。
- ・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。
- ・適切に運営されている。
- ・経営に係る努力を行っており、また、投資運用も行う等の取組も行っていることから記載の評価とする。
- ・累積欠損金比率では指標一覧表の中で▲見込みとなっている。

第3-1-(2) 収入の確保

- ・計画を上回る達成状況が見込まれるためⅣと評価する。
- ・収入確保で多方面で努力されていることが理解できる。
- ・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の提供が見込まれる。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。

- ・適切に対応され、収入の確保ができています。
- ・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。
- ・地域ニーズに合わせ医療サービスの提供を行い、入院収益の向上・外来収益の向上での収益の確保やきめ細かな未収金を発生させない仕組み、未収金が発生した場合の対処など評価が出来る。

第3－1－（3）支出の節減

- ・総合的に目標どおりとしてⅣと評価する。
- ・国の賃上げ政策との整合性を図りながら病院独自のカラーを出して努力して欲しい。
- ・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、今後も適正な採用が見込まれる。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。
- ・病院経営の視点から経費削減に取り組まれ、また、職員の配置についても効果的な採用に取り組まれている。
- ・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。
- ・最小の費用で効果的な結果が出るように医療品・診療材料の一品目ごとの交渉は適切な在庫管理に繋がっている。高額医療機器に至っては各部門から計画書提出後、購入検討委員会を経て将来の費用削減を採用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) 第 3 期中期目標期間に見込まれる業務実績報告書 (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) 第 3 期中期目標期間に見込まれる業務実績報告書 (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 目標を大幅に上回る	IV 目標を上回る	III 目標をおおむね予定どおり達成する	II 目標を下回る	I 目標を大幅に下回る
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 目標を大幅に上回る	IV 目標を上回る	III 目標をおおむね予定どおり達成する	II 目標を下回る	I 目標を大幅に下回る
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		●			
		(1) 働き方改革への対応	1	1		●			
	2 業務運営の改善と効率化	(2) 人事考課制度の適切な運用	1	1		●			
		(3) 予算の弾力化	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 目標を大幅に上回る	IV 目標を上回る	III 目標をおおむね予定どおり達成する	II 目標を下回る	I 目標を大幅に下回る
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				