

地方独立行政法人芦屋中央病院

平成28事業年度に係る業務実績に関する評価結果

平成29年8月

地方独立行政法人芦屋中央病院評価委員会

目 次

| | |
|---|----|
| 年度評価の方法 | 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目標を達成するためとるべき措置 | |
| (1) 評価結果 | 3 |
| (2) 判断理由 | 3 |
| 【大項目評価に当たり考慮した事項】 | 3 |
| (3) 評価に当たっての意見、指摘等 | 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 | 12 |
| (2) 判断理由 | 12 |
| 【大項目評価に当たり考慮した事項】 | 12 |
| (3) 評価に当たっての意見、指摘等 | 14 |
| 第3 財政内容の改善に関する事項 | |
| (1) 評価結果 | 14 |
| (2) 判断理由 | 14 |
| 【大項目評価に当たり考慮した事項】 | 15 |
| (3) 評価に当たっての意見、指摘等 | 16 |
| ○地方独立行政法人芦屋中央病院評価委員会委員名簿 | 18 |
| ○平成28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 | 18 |
| 《参考資料》 | |
| ○第2表 評価委員会による小項目評価の集計結果 | 19 |

地方独立行政法人芦屋中央病院平成28事業年度に係る業務実績に関する評価結果

年度評価の方法

地方独立行政法人芦屋中央病院評価委員会（以下「評価委員会」という。）では、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。）の平成28事業年度に係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に対する評価の基本方針（平成27年8月27日評価委員会にて決定）」及び「地方独立行政法人芦屋中央病院の年度評価実施要領（平成27年8月27日評価委員会にて決定）」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み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目標を達成するためとるべき措置」については、B評価（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）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目標を達成するためとるべき措置」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、平成28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目標を達成するためとるべき措置

町内唯一の入院機能を有する医療機関としての役割を果たすべく、急性期機能の一般病床と慢性期機能の療養病床により、地域住民の幅広い医療ニーズに対応して

いる。

在宅支援についても、通所リハビリテーションを開始するなど、さらなる充実に努めている。町と連携・協力している特定健診やがん検診を実施し、地元企業における健診（企業健診）も積極的に行っている。

医療従事者の確保については、念願の薬剤師や平成27年度に始めた看護学生奨学金制度を受けた新卒看護師を含めた9人を増員している。

緩和ケアの施設基準である第三者の評価について院内で検討した結果、良質な医療を均質なレベルで提供するための仕組みを構築できるISO9001が当院には適していると判断し、平成29年度の認証取得に向け準備を始めている。

患者ニーズ把握のため患者満足度調査を実施している。その中で不満の高かった項目は、外来における待ち時間であった。待ち時間短縮のためにもオーダーリング・電子カルテの導入を最重要事業とし、職員一丸となって取り組んでいる。

② 第2 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置

運営会議（毎週1回）、管理者全体会議（月1回）、実務者会議（月1回）、若手職員のワーキンググループ（月1回）を開催し、病院の報告・決定事項について意思統一を図るとともに、懸案事項について検討され、各層から病院に対する意見が運営会議に集約される体制を継続するとともに、新病院に向け、より組織的な体制にするための検討を始めている。

また、「IT導入委員会」「ISO推進委員会」「緩和ケア検討委員会」を設置し、それぞれに特化した活動を行っている。

職員の人材育成を目的とした人事考課制度の導入に向け、被評価者研修や人事評価を試行し、集計・分析を行っている。

職員は院内・院外において研修を行い、知識の深化に努めている。看護部はeラーニングによる研修を導入し、全看護師が受講している。また、認定看護師の資格取得を推進するため、認定看護師資格取得に関する奨学金貸付規程を整備している。平成29年度は奨学金を利用し「皮膚排泄ケア看護認定看護師」の資格を取得する予定である。

③ 第3 財政内容の改善に関する事項

平成28年度も、平成12年度より継続している黒字経営を維持することを目指し、病院経営を行った。

収入については、保険診療は診療報酬改定の年となり、施設基準や加算要件の変更に対する対策や新たに取得できる加算の検討を行い、収入を確保している。介護報酬についても通所リハビリテーションを開始し、増収している。また、電子カルテを導入したことで、平成29年度にはデータ提出加算を取り、地域包括ケア病床

の導入を検討している。

支出については、前年度と同様に単価の見積り競争及び価格交渉を行うとともに、安価な後発医薬品（ジェネリック薬）の使用を拡大し節減に努めている。高額医療機器については保守委託等のランニングコストを含めた総合的な価格での購入を行い、将来的な費用の削減を図っている。

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目標を達成するためとるべき措置

(1) 評価結果

B評価（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）

(2) 判断理由

小項目評価の集計結果（第2表小項目評価の集計結果を参照）では、「V」の評価が3項目、「IV」の評価が12項目、「III」の評価が4項目、「II」の評価が1項目あり、大項目評価の判断基準の「小項目のIII～Vの評価がおおむね9割以上すべての項目がIII～V」に該当するため、大項目評価としては「B」評価が妥当であると判断した。

（第1表 大項目の評価方法）

| 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 | 評価委員会が特に認める場合 |
| 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 | すべての小項目評価が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 | 評価委員会が特に認める場合 |

※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」（計画を大幅に上回るレベル）の評価が次の2項目（重点項目を反映した項目数は3項目）であった。

ア 第1-1-(2) 在宅医療及び介護までの総合的なサービスの提供【重点項目】

通所リハビリテーション開設に伴い、在宅支援部門の改変を行っている。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）、在宅支援室（居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション）、地域医療連携室（総合相談窓口）の3部門から構成される患者支援センターとし、さらなる在宅支援の充実を図っている。

職員は地域ケア会議をはじめとする近隣の医療機関や施設、介護支援専門員等の集まる会議に積極的に参加するとともに、各関係機関に対し訪問や情報提供を行い連携の深化に努めている。

また、地域医療連携室の社会福祉士を病棟担当制にしたことにより、当院の入院患者をスムーズに在宅療養に移行できる体制となっている。

（ア）訪問看護ステーション

訪問看護利用者数は597人で前年度より22人の増、利用回数は3,791回で前年度より769回の増となっている。計画と比べると、利用者数は下回ったが利用回数は大幅に上回る結果となっている。

（イ）訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーション利用件数は1,203回で前年度より71回の減となったが、計画は上回る結果となっている。

（ウ）居宅介護支援事業所

平成27年度に介護支援専門員を増員したことから利用者が徐々に増加したことや、社会福祉士との連携により、平成28年度の居宅介護支援事業所利用者数は1,722人で前年度より243人増となり、計画よりも上回る結果となっている。

（エ）通所リハビリテーション

平成28年4月1日より開設した通所リハビリテーションは、平日午前の1時間から2時間を1単位とし、定員20名でスタートし、同年10月より定員30名に増員している。

初年度は利用件数3,671件となり、計画を大幅に上回る結果となっている。

イ 第1-3-(3) 相談窓口の充実

平成27年度に引き続き、専従の社会福祉士を含んだ5人体制（看護師・社会福祉士2人・保健師・クラーク）で相談業務を行っている。平成28年度の相談

件数は3, 229件で前年度より535件の増、計画よりも229件の増となっている。

相談件数は年々増加している。平成28年度は、相談窓口があることを院内掲示やちらし配布をしている。また、社会福祉士が担当する病棟を決め、入院患者の相談が受けやすい体制にし、その担当者がわかるように病棟に掲示し周知している。これらが相談者の増加に繋がったと考える。

② 小項目評価では、「IV」（計画どおりまたはそれ以上に達成している）の評価が次の11項目（重点項目を反映した項目数は12項目）であった。

ア 第1-1-(1) 地域医療の維持及び向上

平成28年度も一般病床97床、療養病床40床のケアミックス型の病院として急性期と慢性期の医療を行っている。

急性期医療としては、4人の専門医を有する消化器科が内視鏡検査や治療を行い、高度な医療を提供している。整形外科は、平成27年度から開始したスポーツ専門整形外科が周知され、患者数や手術件数が増加している。同日に2例以上の手術に対応するべく、手術機器の購入を行い、術後の患者への早期リハビリに対応するためスポーツリハビリテーションを行う理学療法士を採用している。

慢性期医療としては、医療型療養病床と介護型療養病床（ショートステイ）を併せ持つ当院の特徴を活かし、患者の状況に合わせ高齢化が進む地域住民のニーズに対応している。

当院は高齢の入院患者が多いため、虫歯や歯周病の予防、摂食・嚥下障害の予防改善のため、町内の歯科医師の協力を受け、口腔ケアを実施している。

外来の常勤医師不在の診療科については、引き続き大学病院からの非常勤医師により診療を維持し、常勤医師の確保や現在休診している耳鼻咽喉科及び新設予定の皮膚科の医師確保についても、大学病院を訪問し派遣依頼を行っている。

がん治療については、近隣の高度急性期病院治療後の患者の受け入れが、平成27年度の月平均約5人から月平均約7人に増えている。

また、新築移転後の病院での外来化学療法の充実や緩和ケア機能の整備に向けて、緩和ケア新規開設の経験者をアドバイザーとして迎え、準備を進めるとともに緩和ケア病床を有する病院への視察を行っている。

イ 第1-1-(5) 災害時等における医療協力

平成28年4月の熊本地震をはじめ、平成28年度は近隣で地震が発生した。当院では大きな被害はなかったものの、地震発生時に影響があったことについて

は各部署が報告書を提出し集約している。この中で課題となった点を踏まえ、災害対策マニュアルを見直し、一部を変更している。災害対策マニュアルは地方独立行政法人以前からのもので、町の防災計画に関わることから、大きな見直しについては町と調整のうえ、新病院移転後に整備することとしている。

また、2人の看護師が福岡県看護協会の災害支援ナースに登録している。

なお、備蓄物品については引き続き患者の水及び食料を3日分備蓄している。

ウ 第1-1-(7) 地域包括ケアの推進

地域住民に医療、介護、予防、住まい（在宅）を切れ目なく、継続的かつ一体的に提供できるよう患者支援センター（地域医療連携室・居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション）を活用し対応している。

平成28年度も病院長、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芦屋町の地域包括ケア推進会議に参加し、地域包括ケアシステム構築に貢献している。他の職員も地域ケア会議はもとより、在宅医療介護の連携に関わる会議へ出席し、町や地域の医療機関、施設及び事業所と連携を深めている。

また、町が開催している「いきいき筋力アップ教室」は17回、「いきいき筋力アップOB会」は4回、計21回実施されており、そのうち16回に講師として当院の医師及びリハビリ職員を派遣し、高齢者の健康推進事業に寄与している。

町が平成29年度から開始する「認知症初期集中支援チーム」への参加要請があったため、看護師・作業療法士・社会福祉士を人選し、協力することとしている。

エ 第1-2-(1) 医療従事者の確保【重点項目】

(ア) 医師

平成28年度の常勤医師数の目標は達成できなかったが、非常勤医師による診療科については常勤医師確保のため大学病院訪問や医局との懇談会等を行っている。平成28年度中に常勤医師の派遣を積極的に働きかけたことにより、平成29年度には外科1人・整形外科2人・内科（糖尿病）1人の常勤医師を確保している。

非常勤医師による診療は昨年度同様に行い、外来診療に必要な医療機能は果たしている。

(イ) 看護職員及びコメディカル職員

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ようにして

いる。

看護師は平成28年度に9人採用したが、退職者が5人いたため、結果68人となり計画を2人上回っている。また、平成27年度に始めた看護学生奨学金制度を利用した1人が入職している。平成28年度も奨学金制度を継続し、2人が受給している。また、看護学校への訪問や病院見学会の実施、看護学生向けの採用サイトへの登録、新人看護職員研修アドバイザー派遣事業への参加、看護実習指導者の資格取得等、新人看護師の確保に努めている。

採用が厳しい薬剤師についても、学生向けの採用サイトの登録や、薬剤師試験会場での採用募集チラシ配布を行い、1人を採用することができている。

その他の医療職員は放射線技師1人、理学療法士2人、臨床工学技士2人、臨床検査技師1人を新たに採用することができている。

平成29年度に向けて、看護師・薬剤師はもちろん、摂食機能療法のために言語聴覚士やリハビリテーション充実のために作業療法士・理学療法士の募集を行っている。

オ 第1-2-(2) 医療安全対策の徹底

医療安全・感染に関する院内・院外研修の回数と参加人数は前年度及び計画をほぼ上回っている。

また、院内研修に参加できなかった職員には、撮影可能な場合は講演をビデオ撮影し、DVD研修を行うこととしている。

(ア) 医療安全管理の充実

医療安全管理委員会を毎月開催し、院内における事例収集を行い、再発防止策を検討し職員に周知徹底している。

平成28年4月の熊本地震をはじめ、平成28年度は近隣で地震が発生した。当院では大きな被害はなかったものの、地震発生時に影響があったことについては各部署が報告書を提出し集約している。この中で課題となった配備体制や連絡体制については、医療安全管理委員会で検討され、変更を行っている。

また、相次いで起きた病院での事件を受け、薬物や保管庫の鍵の管理方法を調査し、より安全な方法に変更している。

(イ) 院内感染防止対策の充実

院内感染制御委員会を毎月開催し、耐性菌発生・保有状況及び抗菌薬の使用状況の報告、マニュアルや院内感染対策について検討し、職員に周知徹底している。毎月の院内ラウンドに加え、病棟は毎週ラウンドを行い、感染予防に努めている。

職員は麻疹や肝炎等の抗体検査を行い、抗体が陰性であった場合や陽性でもガイドラインの基準を満たさない場合はワクチン接種を行い、職員を介する院内感染を防止している。インフルエンザについても同様にワクチン接種を行っている。

また、ノロウイルス患者の受診が増加したため、ノロウイルスに対応した汚物処理セットを導入している。

カ 第1-2-(3) 計画的な医療機器の整備

老朽化した医療機器は、更新計画を提出させ、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。平成29年3月に新病院へ移転することから、平成28年度に購入した大型機器については移設の有無や移設費用についても検討し、購入を決定している。また、整形外科に必要な機器を購入し、1日に2例以上の手術を可能とし手術件数を増やしている。

オーダーリング・電子カルテを現病院で導入することはコスト的には不利であったが、不慣れな施設で初めて使用することによるリスクを考えると、費用はかかるが移転前にオーダーリング・電子カルテを導入し、システムに習熟することが必要と判断している。

新病院に設置するMRIとCTについては選定の参考のために、機器を保有する病院を訪問し、情報収集や動作確認等を行っている。

キ 第1-2-(4) 第三者評価機関による評価

緩和ケアの施設基準をクリアする第三者評価機関である「病院機能評価」と「ISO9001」について、eラーニングの受講や研修会を行い検討した結果、良質な医療を均質なレベルで提供するための仕組みを構築できる「ISO9001」が、当院の患者サービス向上に適していると判断し、平成29年度に「ISO9001」の認証取得することを決定している。認証取得に向けた準備として各部署から代表を選出し、委員会を設置している。定期的に会議を開催し、情報の共有・伝達、現状の調査等を行っている。

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に、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ている。

医師や看護師だけでなく、薬剤師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士・社会福祉士なども患者情報を共有し、専門分野において患者とかわるよう努めている。患者の病状により必要な場合は、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ている。また、在宅療養を希望する患者については、社会福祉士が相談を受け、患者支援センターを利用することで医療及び介護の切れ目ないサービス提供を行っている。

ケ 第1-3-(2) 快適性の向上

今年度も老朽化したベッドを電動ベッドへ更新している。

また、待ち時間の改善策として、待合スペースにテレビを設置し、待ち時間短縮のため、平成28年度末にオーダーリング・電子カルテを導入し、操作研修・予行練習等を行い平成29年度の本稼動に向けて備えている。

患者満足度調査を実施しており、調査結果は職員に周知するとともに、院外広報紙やホームページに掲載し公表している。当院の全体的な満足度は10点満点中、入院患者が7.25点、外来患者が6.3点であった。入院患者の調査結果は、全てにおいて平均点が6点以上となっており特に不満は見受けられなかった。外来患者の調査結果において評価が低かった項目は待ち時間で、5点以下であった。待ち時間については、前述のとおりオーダーリング・電子カルテの導入により改善を図っている。

コ 第1-3-(5) 地域住民への医療情報の提供

平成28年度は体育協会の依頼により整形外科医師が「スポーツ障害に関する講座」を行い、在宅支援室の職員が「在宅医療」について出前講座を行っている。祭りあしやではブースを設置し看護師が血圧測定や医療相談を受け、健診の必要性を話し、薬剤師が薬の飲み合わせ等の相談を受けるなど地域住民へ普及活動を行っている。

また、病院広報紙「かけはし」を作成・配布し、啓発活動に努めた。平成28年度は新たに年報を作成している。

サ 第1-4 法令遵守と情報公開

診療録等の個人の診療情報については、地方独立行政法人芦屋中央病院個人情報保護規程を作成している。当院の規程及び関係法令に基づき、適正に管理・情報提供を行っている。

平成28年度のカルテ開示請求は19件あり、カルテ保存年限を経過した2件を除いた17件について、カルテ開示を行っている。

- ③ 小項目評価では、「Ⅲ」（計画より下回ったが、支障や問題とならないレベル）の評価が次の3項目（重点項目を反映した項目数は4項目）であった。

ア 第1-1-(3) 地域医療連携の推進【重点項目】

平成27年度に常勤の社会福祉士を増員したことから人員が安定し、より連携の深化や迅速な対応が可能となっている。全体の受入件数は679件で前年度より35件の増となり、計画よりも99件上回っている。特に福祉・介護施設等からの患者は前年度に比べ40%（61件）増えている。しかし、基幹病院からの受入件数が前年度から56件、計画より5件減少している。当院も基幹病院からの紹介患者を増やすため平成29年度中の地域包括ケア病床の設置を検討している。

また、紹介率は前年度及び計画を下回っている。

イ 第1-1-(4) 救急医療への取組

平成28年度の救急車による患者の受け入れは91件、時間外の患者の受け入れは715件となり、前年度と比べともに減少している。時間外の受入れ患者数は大差ないが、救急車による受入れ患者数は大きく減少しており、そもそもの搬送依頼件数が減少している。

ウ 第1-1-(6) 予防医療への取組

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ている。

胃カメラ検診は、町からの検診回数増の要望を受け、平成27年度から大幅に増やし、引き続き平成28年度も週4回～5回の頻度で実施している。乳がん検診は検診回数を増やし、個別検診ができるよう改善している。

がん検診の前年度比については、胃がん検診は82件（13.7%）、大腸がん検診は125件（22.2%）、肺がん検診は12件（2.5%）乳がん検診は78件（22.7%）の減少、骨密度検査12件（17.6%）の増加、前立腺がんは前年度と同様となっている。

特定健診は524件となり前年度に比べ16件減少している。

平成29年度は受診件数アップに向けて、健診未受診者のうち生活習慣病で治療中の約800人を訪問する計画があり、その際に健診未受診の理由を調査する予定がある。調査結果を受け、病院として対処できる要因があれば対応し、特定健診・がん検診の件数増加に協力する、としている。

特定健診や町のがん検診の件数は前年度に比べ減少したが、企業健診や協会けんぽ等を積極的に受け入れ、平成28年度の受診件数は1,260件で前年度の1,181件に比べ79件（6.7%）増加している。また、協会けんぽでの胃カメラ検診の回数を増やし、平成28年度は181件となり、前年度の85件

に比べ96件（112.9%）増加している。

- ④ 小項目評価では、「Ⅱ」（計画からすれば支障や問題があるレベル）の評価が次の1項目であった。

ア 第1-3-(4) 職員の接遇向上

病院全体の接遇研修を実施することができなかったが、職種別については、事務職員が部署内で研修を行っている。

計画を下回っているが、満足度調査から、接遇の向上が伺える。

(3) 評価に当たっての意見、指摘等

第1-1-(3) 地域医療連携の推進【重点項目】

- ・近隣病院に対しより積極的な働きかけを今後、期待したい。

第1-1-(4) 救急医療への取組

- ・近隣の急性期病院が救急に力を入れていることから本院の救急受入が減少傾向にあると思われる。地域包括ケア病棟の機能として、在宅患者の支援を中心とした救急にシフトしていくことがよいのかもしれない。

第1-1-(5) 災害時等における医療協力

- ・マニュアルの見直しにとどまらず、BCP策定にも取り組んで欲しい。

第1-1-(6) 予防医療への取組

- ・講演等の広報活動にしても健診の推奨にしても、法人が主導的な取組みができるように働きかけをすべきである。特定健診を中心に受診数を増やす具体的な取組を描いて欲しい。
- ・町との連携による健診受診率の向上が望ましい。

第1-3-(4) 職員の接遇向上

- ・研修の回数よりも現状の接遇がどうなのかが大事である。
- ・参加人数が少ないようであれば、取組方法について検討して欲しい。

第1-3-(5) 地域住民への医療情報の提供

- ・ホームページと広報誌を確認したが、字が小さく行間が空いていない。用語の説明が少ない等、高齢者にとっては難しいと感じた。社会福祉士を採用している点は良いと思うが、住民は社会福祉士がどういうものかを知らない。説明を載せれ

ば、がん検診の受診率向上にもつながる。Q&Aを設けると良い
・患者目線での改善をしていって欲しい。

第2 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置

(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（第2表小項目評価の集計結果を参照）では、「IV」の評価が4項目、「III」の評価が1項目あり、大項目評価の判断基準の「すべての項目が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」（計画どおりまたはそれ以上に達成している）の評価が次の4項目であった。

ア 第2-1 法人運営管理体制の確立

平成28年度も病院長、副院長、医務局長、事務局長、看護部長、医療技術統括長、薬剤部長による運営会議は毎週1回、各部門の管理者及び医師による管理者全体会議、各部門の代表者で構成される実務者会議、若手職員からなる新・病院ワーキンググループは月1回の定例で会議が開催され、各層からの病院に対する意見が運営会議に集約される体制を継続し院内の情報・意思共有を図っている。

なお、現体制について課題もあるため、より組織的に機能するために見直すこととし、検討を始めている。

また、新病院での病院運営に関わる重要事業について、新たに「IT導入委員会」「ISO推進委員会」「緩和ケア検討委員会」を設置している。「IT導入委員会」は、オーダーリング・電子カルテ導入に関し職員の疑問・不安の解消、運用に対する業務改善の検討等を目的とし、活動している。「ISO推進委員会」は平成29年度のISO9001認証取得に必要な事項を滞りなく進めることを目的とし、活動した。「緩和ケア検討委員会」は新病院で緩和ケア病棟をスムーズに設置するための準備を目的とし、活動している。それぞれの委員会は独立しているが、副院長を委員長とする統括部会が情報収集と共有、進捗状況の把握等を行い、運営会議に報告する体制としている。

イ 第2-2-(2) 予算の弾力化

高額医療機器の購入については、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、運営会議のメンバーによる備品購入委員会にて購

入の可否を決定し、計画的に購入している。

高額機器の入札においては、機器本体の価格のみならず保守委託等のランニングコストを含めた価格により選定している。

平成28年度は整形外科の手術が増加したため、同日に2例以上の手術ができるよう手術機器を購入し対応している。

また、医療のIT化推進に対応するためオーダーリング・電子カルテの導入は必須であるが、現病院での導入はコスト的には不利であった。しかし、新病院でのスムーズな運用のためには移転前の導入が効果的であると判断し購入している。

ウ 第2-2-(3) 適切かつ弾力的な人員配置

平成27年度に看護師、社会福祉士、リハビリテーション職員、クラークの多職種による配置とした在宅支援室は、平成28年度には患者支援センターに改変し、医師を加えてさらに充実させている。

平成28年度の採用人数は19人で、そのうち4月1日の採用者は10人で、随時採用による年度中の採用者は9人だった。職員の確保については随時採用を継続し、必要に応じて人材を確保することができている。

また、緩和ケア病床整備に向け、緩和ケア病床新規開設経験者をアドバイザーとして非常勤雇用している。

事務部門については、3人の新人職員を採用している。平成29年度に目指しているデータ提出加算や地域包括ケア病床設置に向け、病院事務に精通した職員を募集し、確保することができている。

エ 第2-2-(4) 研修制度の推進

平成28年度も月1回の職員全員を対象とした外部講師による院内学習会や、各部署での部内研修会により、知識の向上に努めている。部内研修は毎週実施している部署もあった。

各部署において学会や外部研修に参加した職員は、その内容を部内において、発表・回覧等を行い取得した情報・知識の共有を図っている。

看護部においては、院内研修としてeラーニングによる研修を導入し、全看護師が受講している。年々増加している新人看護職員への研修プログラムの見直しのため「新人看護職員研修アドバイザー派遣事業」に参加し、新人看護職員研修体制を整備している。

長期間に及ぶ講習である「看護実習指導者講習会」や「日本看護協会認定看護管理者ファーストレベル」「セカンドレベル」を各1名が受講し修了している。来年度も受講予定である。当院の認定看護管理者ファーストレベルは16人、セ

カンドレベルは2人が修了している。

また、認定看護師の資格取得を推進するため、認定看護師資格取得に関する奨学金貸付制度を整備している。平成29年度は奨学金を利用し「皮膚排泄ケア看護認定看護師」の資格を取得する予定である。

② 小項目評価では、「Ⅲ」（計画より下回ったが、支障や問題とならないレベル）の評価が次の1項目であった。

ア 第2-2-(1) 人事考課制度の導入

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の導入に向け、平成28年度は人事評価の試行を行い、集計・分析を行っている。

また、被評価者の人事評価の理解を深めるため研修会を開催している。

(3) 評価に当たっての意見、指摘等

第2-2-(1) 人事考課制度の導入

- ・人事考課制度は課題中の課題である。上司が部下を育てるための制度であると考えるので、人材育成を心掛けて欲しい。
- ・人事考課の見直しは、事務運営の改善で最も難しいタスクであるが、将来の健全経営のために不可欠の改革である。職員がこのことを理解できるようさらなる努力が求められる。

第2-2-(2) 予算の弾力化

- ・バージョンアップ等を見越して、業者から見積をとっておくと良い。見積額によっては施設整備に係る積立の準備をする必要がある。

第2-2-(4) 研修制度の推進

- ・認定看護師の複数人化を目指すべき。

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（第2表小項目評価の集計結果を参照）では、「Ⅳ」の評価が1項目、「Ⅲ」の評価が2項目あり、大項目評価の判断基準の「すべての項目が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」（計画どおりまたはそれ以上に達成している）の評価が次の1項目であった。

ア 第3-1-（1）健全な経営の維持

平成28年度も、平成12年度より継続している黒字経営を維持することを目指し、病院経営を行っている。

新病院開院に向け、病院建設はもちろん人材の確保、オーダーリング・電子カルテの導入等により費用が増加し、厳しい状況であったが黒字とすることができている。

平成29年度も新病院の建設、新病院に設置する高額医療機器の購入、医療機器や備品の更新、電子カルテのランニングコスト、引越し費用、優秀な人材の確保等の費用の増加が見込まれる。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、大学病院と連携を深め、働きかけを行っており、平成29年度には、4名の常勤医師が増えることが決定している。

また、電子カルテ導入によりデータ提出加算が可能になるうえ、地域包括ケア病床の導入を検討しており、更なる収益の増加が期待できる。

なお、繰出し基準に基づいた運営費負担金を町から繰入れている。

② 小項目評価では、「Ⅲ」（計画より下回ったが、支障や問題とならないレベル）の評価が次の2項目であった。

ア 第3-1-（2）収入の確保

一般病床は、入退院委員会による適切な入退院管理や在院日数調整会議を実施し、看護体制10対1を維持している。平成27年度から開始したスポーツ専門整形外科が周知され、患者数や手術件数が増加した。また、高度急性期病院治療後のがん患者が増え、増収となっている。

平成28年度の一般病床の入院患者数は年延30,524人で前年度に比べ839人（2.8%）の増加、1日平均83.6人で病床利用率は86.2%であった。新規入院患者数は1,539人で前年度に比べ16人（1.1%）の増加、患者ひとり当たりの平均単価は30,908円で前年度に比べると54円（0.2%）増加している。

療養病床は、医療療養型病床10床と介護療養型病床30床の計40床ある。医療療養型病床の入院患者数は3,070人で病床利用率84.1%と高かった

が、介護療養型病床は5,318人で前年度に比べ3,337人の大幅な減少であった。外来患者についても、整形外科の患者の増加により、平成28年度の患者数は

76,188人で前年度に比べ4,659人(6.5%)増加している。1日平均患者数が260人、患者ひとり当たりの平均単価は13,092円で前年度に比べると141円(1.1%)増加している。

平成28年度の入院及び外来収益の合計は20億7千6百万円で前年度の20億2千万円と比べ5千6百万円(2.8%)の増加となっている。

平成28年度は診療報酬改定があったが、施設基準や加算要件の変更に対する対策や新たに取得できる加算の検討を行い、収入確保に努めている。

平成29年度に向け、新たにデータ提出加算・地域包括ケア病床・摂食機能療法による収入を確保するため、システムの整備や人員確保を行っている。

また、医師の増による増収も期待できる。

イ 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もり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ている。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を行い、品目の見直しを行っている。後発医薬品の割合は平成28年度は39.1%で前年度の35.3%と比べ増加した。また、診療材料の在庫数の軽減や効率的な購入のため、平成29年度にSPDを導入することとしている。

高額機器は各部門から購入希望計画を提出させ、費用対効果を考えて購入を決定した。一部の医療機器については、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、経費節減に努めている。

(3) 評価に当たっての意見、指摘等

第3-1-(1) 健全な経営の維持

- ・厳しい経済環境の中で黒字を達成したことは積極的に評価されてよいと考える。

第3-1-(2) 収入の確保

- ・病床稼働率、入院単価ともに改善している。外来も整形外科の充実等の要因により収入が増加している。地域の高齢化に対応した診療科の充実を近隣の大学病院との連携でさらに充実させることが望まれる。

第3-1-(3) 支出の節減

- ・ 電力料等経費に関わる業者選定の方法について見直す余地があれば取り組んで欲しい。

○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 | 山口 徹也 | 山口公認会計士 税理士事務所 公認会計士・税理士 |
| 副委員長 | 松田 晋哉 | 産業医科大学 医学部 公衆衛生学教室 教授 |
| 委員 | 江川 万千代 | 遠賀中間医師会立遠賀中央看護助産学校 学校長 |
| 委員 | 貞安 孝夫 | 聖和会クリニック 院長 |
| 委員 | 中山 顯兒 | 永田整形外科病院 顧問 |
| 委員 | 内海 猛年 | 芦屋町国民健康保険運営協議会 会長 |

○平成29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 平成29年7月6日(木) 芦屋町役場41会議室 | ①年度評価等の流れについて ②平成28年度財務諸表等の報告について ③平成28事業年度業務実績報告書(法人の自己評価)について ④評価の方法について |
| 第2回 平成29年7月20日(木) 芦屋町役場41会議室 | ①第1回評価委員会議事要旨について ②平成28年度財務諸表の承認に関する意見書(案)について ③平成28事業年度に係る業務実績報告書に関する評価(小項目、大項目)について ④地方独立行政法人に対する業務運営の改善その他の勧告について |
| 第3回 平成29年8月9日(水) 書面審議 | ①第2回評価委員会議事要旨について ②平成28事業年度に係る業務実績に関する評価結果(案)について |

○第2表 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 おむの順 順に実施 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 の他の業務の質 の向上に関する 目標を達成するた めとるべき措置 | 1 医療サービス | (1) 地域医療の維持及び向上 | 1 | 1 | | ● | | | |
| | | (2) 在宅医療及び介護までの総合的な サービスの充実【重点項目】 | 1 | 2 | ●● | | | | |
| | | (3) 地域医療連携の推進【重点項目】 | 1 | 2 | | | ●● | | |
| | | (4) 救急医療への取組 | 1 | 1 | | | ● | | |
| | | (5) 災害時等における医療協力 | 1 | 1 | | ● | | | |
| | | (6) 予防医療への取組 | 1 | 1 | | | ● | | |
| | | (7) 地域包括ケアの推進 | 1 | 1 | | ● | | | |
| | 2 医療の質の向 上 | (1) 医療従事者の確保【重点項目】 | 1 | 2 | | ●●● | | | |
| | | (2) 医療安全対策の徹底 | 1 | 1 | | ● | | | |
| | | (3) 計画的な医療機器の整備 | 1 | 1 | | ● | | | |
| | | (4) 第三者評価機関による評価 | 1 | 1 | | ● | | | |
| | | (1) 患者中心の医療の提供 | 1 | 1 | | ● | | | |
| | 3 患者サービス の向上 | (2) 快癒性の向上 | 1 | 1 | | ● | | | |
| | | (3) 相談窓口の充実 | 1 | 1 | ● | | | | |
| (4) 療育の推進 | | 1 | 1 | | | | ● | | |
| 4 法令遵守と情 報公開 | 法令遵守と情報公開 | | 1 | 1 | | ● | | | |
| | | | 1 | 1 | | | | | |
| 大項目評価の結果 B | | | | | | | | | |

| 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 おむの順 順に実施 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 及び効率化に關 する目標を達成 するためとるべき 措置 | 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) 人事費削減の導入 | 1 | 1 | | | ● | | |
| | 2 業務運営の改 善と効率化 | (2) 予算の弾力化 | 1 | 1 | | ● | | | |
| | | (3) 適切かつ弾力的な人員配置 | 1 | 1 | | ● | | | |
| | | (4) 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 おむの順 順に実施 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 | 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) 支出の削減 | 1 | 1 | | | ● | | |
| | | | 1 | 1 | | | | | |
| 大項目評価の結果 A | | | | | | | | | |