

地方独立行政法人芦屋中央病院

平成29事業年度における業務実績に関する評価結果

平成30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】 | 4 |
| (3) 評価委員会からの意見、指摘等 | 12 |
| 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 | 13 |
| (2) 判断理由 | 13 |
| 【大項目評価に当たり考慮した事項】 | 13 |
| (3) 評価委員会からの意見、指摘等 | 15 |
| 第3 財政内容の改善に関する事項 | |
| (1) 評価結果 | 15 |
| (2) 判断理由 | 16 |
| 【大項目評価に当たり考慮した事項】 | 16 |
| (3) 評価委員会からの意見、指摘等 | 18 |
| ○地方独立行政法人芦屋中央病院評価委員会委員名簿 | 19 |
| ○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 | 19 |
| 《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 | 20 |

地方独立行政法人芦屋中央病院平成29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1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。）の平成29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、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29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。平成30年3月に新築移転し、一般病床は105床（うち15床緩和ケア病床）とし、療養病床は介護療養型病床を廃止し、医療療養型病床を32床としてい

る。

在宅支援についても、人員を増やし、新病院では相談窓口を正面玄関（受付横）に設置する等、更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。また、新病院には健診センターを設置し環境を整備している。

医療従事者の確保については、医師4人を含む22人を増員し、新病院での医療機能に対応すべく、人員配置を行っている。

緩和ケアの施設基準をクリアすることに加え良質な医療を均質なレベルで提供する仕組みが構築できる「ISO9001」を認証取得している。

患者満足度調査で不満が多かった外来における待ち時間短縮のため、電子カルテの運用を4月から開始し、システムの習熟に努めている。

平成30年3月に新築移転した新病院は、一般病棟の4床室は個室的多床室となり、採光やプライバシーに配慮され、外来等の待合用の椅子や病棟ディールの設備をはじめ、利用者が使用する備品や什器は新たに購入し、老朽化したベッドも電動ベッドへ更新する等、院内環境を整備し、快適性が大きく向上している。

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）、監督者連携会議（月1回）、若手職員の検討チーム（月1回）、広報戦略会議（適宜）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、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」を継続し、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。看護部は年々増加している新人看護職員の教育のため研修プログラムを修正し、新人看護職員研修体制を確立している。また、奨学金貸付制度を利用し皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程を修了した看護師1人が平成30年度に受験し、資格取得予定である。

③ 第3 財政内容の改善に関する事項

適切な入退院管理や在院日数調整を実施し、看護基準10対1を維持している。また、新たにデータ提出加算や診療録管理体制加算、常勤医師の確保による安定的な収入を確保している。平成30年度は、緩和ケア病床に加え、看護師及びリハビリ職員を配置し、より診療報酬の増加が期待できる地域包括ケア病床を一般病床に

導入し、収益の改善を図ることとしている。

費用については、病院建設はもちろん高額医療機器をはじめとする医療備品や什器の購入、電子カルテに係るランニングコスト、医療機器の移設や引っ越しの費用、優秀な人材の確保による人件費が大幅に増加している。

医薬品については、今後も継続して単価の見積競争及び価格交渉及び安価な後発医薬品（ジェネリック薬）の使用の拡大による節減を行い、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入札による将来的な費用の削減を図ることとしている。

④ 第4 その他業務運営に関する重要事項

新病院は予定どおり平成29年12月末に竣工し、平成30年3月1日に移転開院し、3月2日に外来診療を開始している。

国民健康保険診療施設としては、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

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、「V」の評価が4項目、「IV」の評価が12項目、「III」の評価が4項目あり、大項目評価の判断基準の「すべての小項目評価が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。

(第1表 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 | 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 | 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」（計画を大幅に上回るレベル）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1-2-(1) 医療従事者の確保【重点項目】

(ア) 医師

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を行い、常勤医師の派遣を積極的に働きかけている。平成29年度は外科1人・整形外科2人・内科（糖尿病）1人の計4人の常勤医師を確保し、目標を上回っている。

医師の診療環境改善として、まずは整形外科に医師事務作業補助体制を導入し業務負担を軽減している。

また、新病院で新設予定の皮膚科については、非常勤医師による外来診療を開始することができている。その他、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29年度に21人採用したが、退職者が6人いたため、結果83人となり計画を13人上回っている。

看護師の新卒者確保のため行っている看護学生奨学金貸付は、平成29年度も継続し2人が受給している。認定看護師の資格取得を推進するために設けた奨学金貸付制度を利用した1人が、皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程を修了してい

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、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。

その他の医療職員は言語聴覚士1人、理学療法士1人、作業療法士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。

薬剤のSPDに続き、診療材料のSPDを導入し、医療職員が業務に専念できるよう職場環境を整備している。

イ 第1-3-(2) 快適性の向上

平成30年3月に新病院へ移転し、病院利用者の快適性は大幅に向上している。

新病院の一般病棟の多床室は個室型多床室とし、採光やプライバシーに配慮している。外来の待合用の椅子や病棟デイルームの設備をはじめ、利用者が使用する備品や什器は新たに購入し、老朽化したベッドを電動ベッドへ更新する等、院内環境を整備している。

また、待ち時間の改善策として、待合スペースのテレビの台数を増やしている。外来の待ち時間短縮のため導入した電子カルテによる診療を平成29年4月から開始し、新病院では会計にポスレジを増やし、待ち時間の短縮を図っている。

平成29年度も患者満足度調査を11月に実施している。

前年度と評価方法を変更したため、詳細な比較が困難だが、入院については、職員に関する評価は「良い」以上が85%、「普通」が15%とほぼ悪い評価はないが、環境については前年度に比べ「悪い」と評価された割合が6%から11%に上がっている。外来については職員に関する評価は「良い」以上が68%、「普通」が31%と、ほぼ悪い評価はなく、前年度の「良い」以上の評価が51%だったことと比べると上がっていると思われる。

また、前年度の調査で評価が低かった待ち時間については、「悪い」と評価した割合が41%から10%に下がっており、電子カルテ導入の成果が表れていると推測される。

ウ 第1-3-(3) 相談窓口の充実

前年度に引き続き、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29年度の相談件数は3,568件で前年度より339件の増、計画よりも368件の増となっている。

新病院では、相談窓口及び相談室を正面玄関付近（受付横）に設置し、相談しやすい環境としている。平成28年度から始めた社会福祉士による病棟担当制を引き続き行っている。

年々、相談件数は増加しているが、緩和ケアや外来化学療法、地域包括ケア病

床の開始により、今以上の増加が見込まれる。

- 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

一般病床97床、療養病床40床から、新病院では一般病床105床、療養病床32床に変更しているが、ケアミックス型の病院として引き続き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。整形外科は常勤医師が2人増え、3人体制となったが、産業医科大学病院からの非常勤医師の派遣も継続され、外来診療の充実、人工関節や鏡視下の手術に加え脊椎の手術も行い幅広く対応している。

また、年々増えているスポーツ整形外科の患者に対応するため、リハビリ職員を増やし、土曜日診療を開始している。

平成29年度は内科（糖尿病）と外科の常勤医師も採用することができ、前年度より常勤医師が4人増え、16人となり、診療の質の向上に努めている。

慢性期医療については、新病院は介護療養型病床を廃止し、医療療養型病床を10床から32床へ増床している。

法人は高齢の入院患者が多いため、合併症や虫歯、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、口腔ケアを引き続き実施している。

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の診療再開についても大学病院を訪問し派遣依頼を行っている。新設予定であった皮膚科は非常勤医師ではあるが診療を開始することができている。

また、平成30年度からの緩和ケア病床の開設、外来化学療法開始に向け、マニュアル等の整備や職員研修、緩和ケア病床を有する病院への視察を行い準備を進めている。

イ 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】

患者支援センターとして集約している在宅サービス（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）を新病院では正面玄関入口付近（受付横）に設置し、利用者の利便性を高めている。

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、午前のみを通所リハビリテーションを月曜の午後も行い、利用者の拡大を図っている。

(ア) 訪問看護ステーション

訪問看護利用者数は571人で前年度より26人の減、利用回数は3,789回で前年度より2回の減となっている。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。平成29年度は看護師1人の増員計画があったが、採用が難しいため、勤務時間を固定せず訪問件数によるインセンティブ形式を取り入れ募集しているところ、2人採用することができている。

(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1,278件で前年度より75件の増、計画より178件の増となっている。

計画では通所リハビリテーションの開始やスポーツリハビリテーションの増加により、訪問リハビリテーションのマンパワーが不足すると予測していたが、作業療法士・理学療法士を増員していることにより、訪問リハビリテーションに不足なく対応できている。

(ウ) 居宅介護支援事業所

平成29年度は介護支援専門員を1人増員する計画で募集を行い、3月中旬に短時間(半日)勤務の非常勤職員を採用している。そのため、増員していることによる件数の増加はなく、居宅介護支援事業所利用者数は1,691人で前年度より31人減となったが、計画を若干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29年度は、平日午前に行っていた通所リハビリテーションに月曜日の午後を加え、午後を希望する利用者に対応し、拡大を図っている。利用件数6,114件となり、計画を大幅に上回る結果となっている。

ウ 第1-1-(5) 災害時等における医療協力

平成29年度は7月に九州北部豪雨災害が発生し、福岡県看護協会の災害支援ナースに登録している看護師が、朝倉地区での医療支援に参加している。その経験を院内で発表し、職員に周知している。

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、法人も参加している。また、福岡県内の自治体病院間で相互支援を円滑に行うため、災害時における医療機関相互応援に関する協定を結ん

でいる。

院内では定例の消火訓練と避難訓練を行い、備蓄物品については、消費期限を確認し補充・交換を行っている。

エ 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29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の出席、町や地域の医療機関、施設及び事業所訪問を行っている。

(ア) 短期集中サービス（運動器の機能向上プログラム）

平成28年度まで行われていた「いきいき筋力アップ」の代わりに平成29年度から始まったが、利用者は1人だった。

(イ) 認知症初期集中支援チーム

平成29年度は町の要請により、看護師と社会福祉士が、県主催の認知症初期集中支援チーム員研修に参加している。

オ 第1-2-(2) 医療安全対策の徹底

医療安全・感染に関する院内研修は計画どおり2回開催している。

「職員100%の受講」を目標に掲げ、各委員会が日程調整や周知徹底を行ったことにより、前年度及び計画を上回っている。また、講演をビデオ撮影し、DVD研修を行うことで、院内研修に参加できなかった職員も受講することができている。

(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。

前年度はインシデント報告が226件だったが平成29年度は433件と大幅に増え、インシデントに対する意識が向上している。

また、医療機器の安全管理に関する要綱の作成、医療安全管理指針の修正やアクシデント・インシデント報告書の様式を見直し、改善している。

平成29年度はeラーニングによる研修を行ったため、院外研修の参加が減っている。

(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、耐性菌や疥癬の発生・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を行い、職員に周知徹底している。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。

カ 第1-2-(3) 計画的な医療機器の整備

老朽化している医療機器は、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年度は、前年度からヒアリングを重ね購入を決定している医療機器を新病院の移転に合わせ購入している。

また、MRIは法人の診療内容・規模・医師の意見等をもとに検討し、1.5テスラを導入している。

キ 第1-2-(4) 第三者評価機関による評価

ISO推進委員会を月1回開催しISO9001認証取得に向けた準備を行った。

委員会では、病院理念や病院長の聞き取りを基に作成している「ISO9001基本方針」や「中期目標」「中期計画」「年度計画」との整合性を保った組織運営が行われることを目的とする「ISO品質マニュアル」を策定し、ISO品質マニュアルに則り、課題の抽出・品質目標達成計画を作成し、PDCAサイクルによる改善が自ら行われる体制を構築している。

審査は11月に行われ、1月にISO9001を取得している。

今後はISO9001の特徴のひとつである内部監査（研修を受けた他部署職員による監査）を活用し、PDCAサイクルが機能しているか、年1回以上の継続的なチェックを行うとともに、ISO9001認証更新のための外部審査が行われる。

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、納得している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関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-(4) 職員の接遇向上

平成29年度は、eラーニングを活用し、職員が参加しやすいよう、1週間にわたり日に1~2回の研修を行い、参加人数が増えている。

また、意見箱による投書の中で接遇に関する意見は、職員に周知するとともに、該当部署や運営会議において対策を検討している。

平成29年度に行った患者満足度調査においての接遇に対する結果は、入院は「大変良い」「良い」が合わせて85%と高く、「普通」が15%。外来は「大変良い」「良い」が合わせて68%、「普通」が31%だった。前年度の調査で7点以上の評価が51%だったので、評価は上がった印象である。

コ 第1-3-(5) 地域住民への医療情報の提供

平成29年度は体育協会の依頼により整形外科医師がスポーツ指導者に講習会を行っている。

祭りあしやではブースを設置し、看護師・薬剤師・放射線技師・臨床検査技師・作業療法士の多職種による普及活動（新病院やMRIの紹介、チラシ配布、血圧測定、医療相談等）を行っている。

新病院の情報については検討グループ（広報戦略会議）を発足し、チラシ・ポスター・パンフレットの作成・配布やホームページの修正等を行っている。

また、前年度に引き続き病院広報紙「かけはし」、年報を作成し配布している。

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を整備している。

法人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。

- 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29年度は全体の受入件数が510件で前年度より169件の減となり、計画を120件下回っている。基幹病院からの患者は前年度に比べ55件の減、福祉・介護施設等からの患者は前年度と同等。その他の医療機関からの受入件数が113件の減となっている。

7:1の看護基準の病院は地域包括ケア病床へ優先的に紹介する傾向にあり、近隣に地域包括ケア病床を有する病院が増えたことから、今年度はさらに法人への紹介が減少していると考えられる。

平成30年度には、紹介患者を増やすため、地域包括ケア病床を設置することとしている。

イ 第1-1-(4) 救急医療への取組

平成29年度の救急車による患者の受け入れは99件で前年度より8件増えている。時間外の患者の受け入れは754件となり、前年度と比べ39件増加している。

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。

胃がん検診の胃カメラ検査は、前年度に引き続き、週4回～5回の頻度で実施している。

乳がん検診は毎日、個別検診にも対応している。

がん検診の前年度比については、胃がん検診は33件(6.4%)、大腸がん検診は25件(5.7%)の減少、肺がん検診は31件(6.5%)前立腺がんは21件(12.6%)乳がん検診は28健(10.5%)骨密度検査110件(137.5%)の増加となっている。

また、骨密度検査については、対象年齢が決まっていることから、初の試みとして町から該当者全員に受診勧奨はがきを送付している。それにより周知され受診者数が大きく伸びている。

特定健診は589件となり前年度に比べ65件増加している。町は未受診者へはがきや電話、訪問による受診勧奨を行っており、法人もがん検診のみで申し込んだ受診者に、当日受付で特定健診を受診可能とし件数増に協力している。

新病院では健診センターを設置し、放射線検査を除く検査を1か所で行える環境としている。また、平成30年度からは法人が住民健診の受付を行い、前日までの申し込みや毎日の個別健診に対応するように改善し、利便性を向上させる

こととしている。

特定健診や町のがん検診の件数は計画どおりに増えていないが、企業健診や協会けんぽ等を積極的に受け入れ、平成29年度の受診件数は1,430件で前年度の1,260件に比べ170件(13.5%)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29年度は285件となり、前年度の181件に比べ104件(57.5%)増加している。

(3) 評価委員会からの意見、指摘等

第1-1-(1) 地域医療の維持及び向上

- ・ケアミックス型病院を堅持し、常勤医を増員し、新体制を構築している。今後の体制維持、向上に期待したい。

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】

- ・OT・PTの増員に伴う利用者の拡大と訪問看護により、在宅ケアの質の担保がされており、計画を上回っていると判断した。

第1-1-(3) 地域医療連携の推進【重点項目】

- ・内部の組織体制は充実してきたが、外部環境の変化があり、紹介率、受け入れ件数が低下している。今後の体制変化にいかに対応していくかが重要である。

第1-1-(4) 救急医療への取組

- ・今後も法人は受け入れ可能な範囲で救急患者対応をすることで宜しいのではないかと。

第1-1-(5) 災害時等における医療協力

- ・災害支援ナースの活躍など積極的な活動がみられる。

第1-1-(6) 予防医療への取組

- ・主体的に検診件数の計画設定と営業ができるよう取り組んで欲しい。次期中期目標期間の課題と捉える。

第1-1-(7) 地域包括ケアの推進

- ・計画を上回っている段階と判断した。芦屋町の要請に応じて委員就任や県主催の研修等に参加しており、これからの活躍に期待する。

第1-2-(1) 医療従事者の確保

- ・医師、看護師等の採用が積極的にされており、計画を大幅に上回っている。

第1-2-(2) 医療安全対策の徹底

- ・医療安全に対する職員全体の意識が高く、研修参加数や院内ラウンド回数など計画以上に上回っている。

第1-2-(3) 計画的な医療機器の整備

- ・医療従事者には必須である医療機器の整備は、モチベーション向上につながる。

第1-2-(4) 第三者評価機関による評価

- ・「ISO品質マニュアル」を策定し、計画どおりISO9001を取得されている。
また、外部監査のために評価体制を構築するなど計画以上に達成している。

第1-3-(1) 患者中心の医療の提供

- ・全職種で患者中心の医療を提供している。

第1-3-(2) 快適性の向上

- ・待ち時間は重要な項目であるが、これに留まらず、快適性の検討項目を増やすべきである。あくまで患者の主観によるものであるため評価指標を相対化する工夫も必要。

第1-3-(3) 相談窓口の充実

- ・相談窓口の設置および設置場所の工夫は、患者中心の医療に合致した施策と考える。

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29年度は病院長、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は月1回の定例で会議が開催された。

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、より組織的に機能するために見直され、実務者会議は各部門の監督者で構成される「監督者連携会議」に、「新・病院ワーキンググループ」は主に若手職員を中心に構成される「FPT委員会」と病院の情報発信を検討する「広報戦略会議」に形を変え、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は継続し院内の情報・意思共有を図っている。

また、前年度設置している新病院での病院運営に関わる重要事業について検討する「IT導入委員会」「緩和ケア検討委員会」「ISO推進委員会」は、平成29年度も継続している。「IT導入委員会」は、電子カルテ運用により発生した

問題点の改善検討等を目的とし、活動している。「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。

「ISO推進委員会」はISO9001認証取得に必要な事項を滞りなく進め、予定どおりISO9001認証取得することができている。

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る選定としている。特に高額なMRIについては、ランニングコストを含め、CTと同時入札とすることで、より安価で購入している。

平成29年度は新築移転に伴い医療機器のみならず備品や什器を多数購入している。予算では資本的費用としていた物が見積りや入札結果（購入価格が10万円以下）により収益的費用になることもあったが柔軟に対応できている。

ウ 第2-2-(3) 適切かつ弾力的な人員配置

医師、看護師、社会福祉士、リハビリテーション職員、クラークを配置している患者支援センターには、非常勤ではあるが介護支援専門員が加わりさらに充実している。訪問看護ステーションの看護師は増員のため随時募集していたが、応募がなかったため今までにない雇用・勤務条件（シフト制や成果報酬）としているところ、2人を採用できている。

平成29年度の医師を除く医療職員採用人数は27人で、そのうち4月1日の採用者は16人で、随時採用による年度中の採用者は11人だった。職員の確保については、4月1日採用・随時採用とも、人材を確保することができている。

事務部門については、2人の職員を採用し、そのうち1人は診療報酬やシステムに詳しい病院事務に精通している経験者を採用することができている。

エ 第2-2-(4) 研修制度の推進

平成29年度も月1回の職員全員を対象としている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。

学会や外部研修に参加している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ている情報・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継続し、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の教育のため研修プログラ

ムを修正し、新人看護職員研修体制を確立している。

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セカンドレベル」を各1人、「ファーストレベル」を2人が受講し修了している。

平成29年度末では認定看護管理者ファーストレベルは18人、セカンドレベルは3人が修了している。

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29年度も人事評価の試行を行い、集計・分析を行っている。

被評価者にも「自己振り返りシート」を作成させ、自分はどうだったかを振り返る機会を設けている。

また、評価する者とされる者の両者の理解を深めるため評価者研修会及び被評価者研修を開催している。

(3) 評価委員会からの意見、指摘等

第2-2-(1) 人事考課制度の導入

- ・将来、法人運営の要となる制度であるため、時間をかけてじっくりやって欲しい。人材育成が目的である。次期中期計画では、重点項目にして欲しい。

第2-2-(2) 予算の弾力化

- ・機器調達の際、イニシャルコストだけでなく、メンテナンスコストを含めて検討して欲しい。

第2-2-(3) 適切かつ弾力的な人員配置

- ・計画どおり各部門の専門職員を採用し、良質で安全な医療を提供するという病院の意思が明確である。

第2-2-(4) 研修制度の推進

- ・医療従事者の専門性の向上のために病院全体として組織的、計画的に運営されている。個人的に負担のかかる外部研修への支援体制は評価できる。

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（第2表小項目評価の集計結果を参照）では、「Ⅲ」の評価が3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】

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項目であった。

ア 第3-1-（1）健全な経営の維持

平成29年度は新病院に向けて、投資の年であり、収支が悪化することが想定されての病院経営であった。

費用については、病院建設はもちろん高額医療機器をはじめとする医療備品や什器の購入、電子カルテに係るランニングコスト、医療機器の移設や引っ越しの費用、優秀な人材確保による人件費が増加している。

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年度は、外科1人、整形外科2人、内科（糖尿病）1人の計4人の常勤医師が増えた。平成30年度も肝臓病内科1人を採用予定である。

また、平成29年10月からデータ提出加算が可能となっている。

新病院に関する費用は一時的な費用なため平成30年度は減少するが、人件費や新病院・購入した医療機器等の減価償却費やランニングコストは恒常的な費用となり、しばらくは厳しい状況が予想される。

しかし、常勤医師の増加や緩和ケア病床、地域包括ケア病床の導入、健診や介護サービスの充実により、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。

イ 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、看護基準10対1を維持している。また、新たにデータ提出加算や診療録管理体制加算による収入を確保したが、平成29年度に予定していた療養病床での地域包括ケア病床導入は実現できなかった。診療報酬外の収入については、新病院に伴い個室料を変更している。

平成29年度の一般病床の入院患者数は年延30,006人で前年度に比べ518人（1.7%）の減少、1日平均82.2人で病床利用率は84.7%であ

った。新規入院患者数は1,608人で前年度に比べ69人(4.5%)の増加、患者ひとり当たりの平均単価は31,214円で前年度に比べると1,020円(3.3%)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床だったが、新病院の病棟構成の変更を見据え、7月に医療療養型病床20床、介護療養型病床20床に、12月には医療療養病床32床、介護療養型8床に、新病院へ移転した3月には、介護療養型病床を廃止し、医療療養型病床32床のみへ段階的に変更している。

医療療養型病床の入院患者数は、病床数が増えたこともあり、前年度より688人多い3,758人だったが、介護療養型病床は前年度より3,738人少ない1,580人であった。

外来収益は移転による外来休診や、新病院での院外処方開始により減少している。

外来患者については、システムの変更による患者のカウント方法が変わったことや通所リハビリや訪問リハビリの患者も集計に加えたことで、平成29年度の患者数は97,562人で、前年度に比べ21,374人(28.1%)増加している。1日平均患者数が333人、患者ひとり当たりの平均単価は9,943円で、前年度に比べると3,227円(24.5%)減少している。

平成29年度の入院及び外来収益の合計は19億9千7百万円で前年度の20億7千6百万円と比べ7千9百万円(3.8%)の減少となっている。

平成30年度の医療と介護の報酬同時改定に向け、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、一般病床の地域包括ケア病床導入を決定している。

また、新たな未収金が発生しないよう、限度額申請の手続きの勧奨や、未払い患者へ電話や書面による督促を行っている。

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し、品目の見直しを行っている。後発医薬品の割合は平成29年度は59.8%で、前年度の39.1%と比べ20.7%増加した。新病院に伴い院外処方となることから、必要な在庫数を把握し、購入調整を行っている。

診療材料は在庫数の軽減や効率的な購入のため、SPDを導入している。

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、購入を決定しているが、新病院に係る機器等については、前年度

からヒアリングを重ね、移設不能なもの、移設費用が高額なため移転に合わせ更新を延ばしていたもの、新病院の診療機能に必要なもの、療養環境向上になるもの等を移転に合わせ購入している。

高額医療機器は、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。特に高額なMRIについては、法人の診療内容・規模・医師の意見等をもとに1.5テスラと決定し、ランニングコストを含め、CTと同時入札することで、より安価で購入している。

什器はエリアや種類等でまとめ、効率的な入札を行っている。

少額な消耗品等についても、調査や情報収集を行ったり、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) 評価委員会からの意見、指摘等

第3-1-(1) 健全な経営の維持

- ・新築移転に伴う経営赤字はやむなし。これから赤字経営を背負いながらも、健全経営と地域医療の向上に励んでもらいたい。

第3-1-(2) 収入の確保

- ・新築移転に伴う将来性は必ず経営に好転をもたらす。今後は、焦らず収入確保に精進してもらいたい。

第3-1-(3) 支出の節減

- ・適切な在庫管理と節約等に努力され、おおむね順調に実施されている。

○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 | 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30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30年7月12日(木) 芦屋町役場41会議室 | (1) 地方独立行政法人法の改正に伴う芦屋町の評価方法について (2) 業務実績報告書(法人の自己評価)について ①平成29事業年度における業務実績報告書 ②第1期中期目標期間に見込まれる業務実績報告書 |
| 第2回 平成30年8月9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29事業年度における業務実績報告書の自己評価に対する意見(小項目、大項目)について (3) 第1期中期目標期間に見込まれる業務実績報告書の自己評価に対する意見(小項目、大項目)について (4) 平成29事業年度における業務の実績に関する意見書(案)について (5) 第1期中期目標の期間の終了時に見込まれる第1期中期目標の期間における業務の実績に関する意見書(案)について (6) 中期目標(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 市民に対して提 供するサービスそ 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 サービスの提供【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 | | ● | | | |
| | 3 患者サービスの 向上 | (1) 患者中心の医療の提供 | 1 | 1 | | ● | | | |
| | | (2) 快適性の向上 | 1 | 1 | | ● | | | |
| | | (3) 拒絶窓口の充実 | 1 | 1 | | ● | | | |
| | | (4) 職員の稼働向上 | 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) 人事考査制度の導入 | 1 | 1 | | | ● | | |
| | 2 業務運営の改 善と効率化 | (2) 予算の弾力化 | 1 | 1 | | ● | | | |
| | | (3) 柔軟かつ弾力的な人員配置 | 1 | 1 | | ● | | | |
| | | (4) 併任制度の推進 | 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 | 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 | | | ● | | |
| | | | | | | | | | |
| 大項目評価の結果 | | | | | A | | | | |