

地方独立行政法人芦屋中央病院

平成30事業年度における業務実績に関する評価結果

令和元年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	13
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	15
(2) 判断理由	15
【大項目評価に当たり考慮した事項】	15
(3) 評価委員会からの意見、指摘等	17
第3 財政内容の改善に関する事項	
(1) 評価結果	18
(2) 判断理由	18
【大項目評価に当たり考慮した事項】	18
(3) 評価委員会からの意見、指摘等	20
○地方独立行政法人芦屋中央病院評価委員会委員名簿	21
○令和元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	21
《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	22

地方独立行政法人芦屋中央病院平成30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3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30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30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、これまで堅持してきた一般病床と療養病床のケアミックス型を維持しつつ、地域住民の幅広い医療ニーズに対応するため病床機能の再編を進めている。旧病院では一般病床97床、療養病床40床であったが、平成30年3月に新病院へ移転し、一般病床105床、

療養病床32床としている。病床機能の観点では、地域包括ケア病床、緩和ケア病床、医療療養病床を適正に配置し、地域医療構想（北九州医療圏）への対応を行っている。外来機能においては、肝臓内科の常勤医師を採用することで肝胆膵疾患への対応が可能となり、消化器病センターの機能をさらに充実させている。また、外来化学療法を推進し、多様化するがん治療のニーズに対応している。

在宅支援については、社会福祉士の人材の確保を計画し、総合相談窓口及び入退院支援体制を強化している。また、居宅支援事業所・訪問看護ステーションでは若干件数が減少したものの、訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションでは件数を伸ばしている。

健診センターにおいては、引き続き町と連携・協力している特定健診やがん検診を実施し、さらに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、常勤医師1人を含む29人を増員し、新病院での診療機能充実に努めている。医療安全対策として、医療安全・感染に関する研修を各2回開催し、研修方法を改善しDVDによる受講を取り入れ、非常勤職員も含め、受講率100%を達成している。

第三者評価機関による評価については、前年度ISO9001を認証取得したが、平成30年度も引き続き内部監査を全部署に対して行い、各部署の課題や問題点を内部監査員が明らかにし、自主的に改善する取組を継続している。

快適性の向上については、新病院ならではの患者誘導などの問題に積極的に取り組み、改善を進めている。精算時の待ち時間短縮についても医事係が業務の効率化を進め、待ち時間の軽減を図り成果をあげている。

また、総合的な患者満足度は入院患者が8.03点（前年度6.99点）、外来患者が6.96点（前年度6.22点）と、入院・外来ともに上昇している。

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

運営会議を病院の最高意思決定機関とし、管理者全体会議、監督者連携会議、（若手職員による）FPT会議、広報戦略会議を編成し、各層からの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を強化している。

また、職員の人材育成を目的とした人事考課制度の導入を進め、医師を除く職員の人事評価を行い、モチベーション向上のため優秀な職員に対する表彰を行っている。

人員配置については、地域包括ケア病床の導入において必要な人員を確保するため、随時採用を行うなどの工夫により、必要な医療職員の確保を達成している。また、地域医療連携室においても社会福祉士を増員し、患者ニーズに応えるための体制強化に努めている。

③ 第3 財政内容の改善に関する事項

一般病床及び療養病床において、国の推進する医療機能分化と診療報酬体系に適切に対応することにより、基幹病院からの転院患者が増加している。また、一般病床及び療養病床において、病床利用率・平均入院単価ともに上昇している。

費用については、人的投資を多く行っているため人件費が大きく増加している。医薬品については、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節減に努めている。診療材料についてはS P Dの導入により、診療材料の単価を下げ、コスト削減に努めている。

④ 第4 その他業務運営に関する重要事項

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うい対応している。

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13項目、「III」の評価が4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。

(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	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30年度は肝臓内科医師1人を常勤医師として確保している。また、腎臓内科医師については、これまで産業医科大学からローテーションで常勤医師の派遣を受けていたが、ローテーションでは無く就職する形で常勤医師を確保し、医師の確保については目標を上回っている。

医師の診療環境改善として、前年度に整形外科へ医師事務作業補助体制を導入し業務負担を軽減できた実績を活かし、消化器内科・内科への医師事務作業補助者の配置を行っている。外来における医師事務作業補助者は5人となっている。

心臓リハビリテーションについては、「専従」の解釈の変化により、非常勤循環器内科医師では診療報酬上の医師人員配置に関する施設基準を満たせないことがわかり、休止となっている。しかし交渉により、これまでどおり非常勤循環器内科医師による循環器内科診療は継続できている。

その他の非常勤医師による診療は前年度同様に行い、外来診療に必要な医療機

能を果たしている。

(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30年度に21人採用したが、退職者が7人いたため、結果97人となり計画を22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30年度も継続し3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前年度修了し、平成30年度行われた試験に合格し、資格取得している。

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の継続等、新人看護師の確保に努めている。

その他の医療職員は理学療法士5人、作業療法士2人、社会福祉士2人、診療放射線技師1人、臨床工学技士4人を新たに採用することができている。特に臨床工学技士については、これまで人材の流出が続いていたが、ISOによる内部監査を活用し、臨床工学科の組織体制の再構築を計画し、人材育成制度の構築やモチベーションを維持するための目標設定を行っている。

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。

新病院では様々な部署の配置が変更になったためサインをつけたが、一部わかりにくいとの声が職員及び患者からあがったため、運営会議で検討し、サイン表示の改善を行っている。加えて、監督者連携会議では、患者の誘導をよりスムーズにするため、改善のための検討を行い、患者が目で見えてわかるフロアマップを作成し、それを元に各部署で道順を説明できる体制を構築している。待ち時間の改善策については、医事系のISO品質目標に待ち時間の軽減に関することを掲げ、精算業務の効率化を進めている。さらに、医師事務作業補助者の配置人数を増やし、診療の待ち時間の軽減を図っている。

平成30年度患者満足度調査では入院病棟の環境に関して、「照明・プライバシーに対する配慮・清掃・におい・トイレの清潔さ」の項目で「大変快適」「快適」の割合が前年度と比べ23%から37%上昇しており、新病院へ移転したことによる影響とみられる。外来についても同様に、患者満足度調査で施設環境について旧病院より向上したと感じる方の割合が上昇している。外来では受付から診察までの待ち時間について、旧病院と比較して「大変早くなった」「早くなった」と感じている方が42%、検査の待ち時間では同49%、会計の待ち時間では同56%となっており、待ち時間の短縮への取組が成果をあげている。

ウ 第1-3-(3) 相談窓口の充実

平成30年度は1人の非常勤社会福祉士を常勤化し、さらに社会福祉士を新規採用し増員している。また薬剤師を加え、5人体制から7人体制（看護師・社会福祉士3人・保健師・クラーク・薬剤師）に体制を強化している。平成30年度の相談件数は5,723件で前年度より2,155件増、計画よりも2,223件の増となっている。

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。

また、緩和ケア病棟についても多くの相談等があり、入院前の面談を含めると334件（参考：平成30年度の実入院患者数81人）の相談となり、周辺地域からの関心の強さがうかがえる。

- 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13項目）であった。

ア 第1-1-(1) 地域医療の維持及び向上【重点項目】

旧病院は一般病床97床、療養病床40床であったが、新病院では一般病床105床、療養病床32床に変更し、ケアミックス型の病院として引き続き急性期から慢性期まで幅広い医療を行っている。

平成30年度は肝臓内科の常勤医師を採用することができている。このことにより、新病院から設置した消化器病センターは、消化器内科、消化器外科に加え、肝臓内科では肝胆膵疾患への対応が可能となり、高度、かつ、専門性の高い診療を提供している。

整形外科は常勤医師3人体制に加え、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、人工関節やスポーツ整形領域における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。術後の早期リハビリについては、地域包括ケア病床専属のリハビリスタッフを各病棟に配属し、整形外科医との連携による積極的なリハビリ対応を行っている。

慢性期医療については、医療療養病床32床のうち14床を地域包括ケア病床とし、回復期から慢性期医療までのニーズに対応している。

法人は高齢の入院患者が多いため、引き続き合併症や虫歯、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、口腔ケアを実施している。手術前の口腔診療・ケア等については、必ず本人や家族に手術前にその必要性を伝え、実施数を向上させる取組を開始している。

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って

診療を維持し、常勤医師の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。

耳鼻咽喉科の診療再開については、平成30年度に実現できなかったが、引き続き診療再開に向けて取組を続ける。

また、平成30年度からの緩和ケア病床の開設、外来化学療法の開始等、増加するがん患者への治療及び終末期医療の選択肢を広げ、多様化するニーズに対応している。

地域医療構想においては計画どおり、療養病床の一部を「回復期」である地域包括ケア病床とし、「急性期」である一般病床についても急性期から回復期までの機能を持つ地域包括ケア病床としている。

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た在宅サービスは、在宅リハビリテーション室に「訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション」を、在宅支援室に「居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション」を設置し、地域医療連携室（総合相談窓口含む。）を含む3部門となり連携が強化されている。さらに新病院では正面玄関入口付近に患者支援センターを設置し、会計受付隣に相談員を配置することで外来利用者の利便性を高めている。

患者支援センターをはじめとする職員は、地域ケア会議を念頭に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、通所リハビリテーションではケアマネージャーとの連携により、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569人で前年度より2人の減少、利用回数は3,463回で前年度より326回の減少となっている。利用回数の減少については、前年度にターミナルケアの患者が多かったため、時間外や土日に訪問することが多く利用回数が増えていたが、今年度はターミナルケアの患者数が例年通りであったため利用回数が減少している。また、計画と比較し、利用者数は81人減少したが利用回数は163回増加となっている。

(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1,350件で前年度より72件の増加、計画より250件の増加となっている。

(ウ) 居宅介護支援事業所

平成30年度2月に介護支援専門員（非常勤）を1人増員している。介護支援事業所の職員数はこの増員により5.5人になり、目標を達成している。

しかし、居宅介護支援事業所利用者数は1,639人で前年度より31人減少となっており、計画と比較すると、209人減少となっている。

(エ) 通所リハビリテーション

平成30年度は、利用件数8,489件（前年度6,114件）となり、計画を大きく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30年7月豪雨では西日本を中心に死者224人、行方不明者8人の甚大な被害をもたらしている。法人及び近隣地区では大きな被害はなかったが、引き続き災害に対する取組を継続する。

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ており、今後も協力体制を維持する。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。

院内では新病院の消防設備や避難経路について監督者連携会議で学習会を企画し自己学習を行っている。また、その内容を元に全職員対象の学習会を実施している。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、一体的に提供するため患者支援センター（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30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、介護等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年度から始まっている。地域包括支援センターは広報誌で利用を呼び掛け、また法人から地域包括支援センターを訪問する際は、対象者がいないか確認を行っているが、平成30年度に利用者はいなかった。

(イ) 認知症初期集中支援チーム

平成30年度は、町の要請により看護師・社会福祉士・介護支援専門員がチームの一員として招聘され、複数例の個別事例への対応を検討している。また、平

成30年度は出席していないが、県の主催する認知症初期集中支援チーム員研修に来年度参加する予定としている。

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や、院内研修会をビデオ撮影し、DVD研修を行うことで、研修に参加できなかった職員も受講することができ、受講率は100%となっている（非常勤職員・DVD受講含む）。

(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。

ISOの内部監査による指摘によって、インシデント・アクシデントレポートの様式をより業務改善に結びつくものに変更し、これを提出することで業務改善につながることを意識づけている。これらの取組みにより前年度はインシデント報告が433件だったが平成30年度は1,132件と大幅に増え、職員の安全に対する意識が高まっている。

また、医療機器の安全管理に関しては、臨床工学科がISO内部監査の指摘を受け、自主的な機器点検の実施がはじまり、組織的な医療機器安全管理体制の強化が進んでいる。

(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

老朽化した医療機器については、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30年度は、老朽化が進んでいた一般撮影装置（レントゲン装置）を更新し、電子カルテシステムと放射線科システムとの連携が進んでいる。また、様々な部位の検査に対応するエコー装置も購入し、臨床検査技師だけでなく、エコー検査を行う非常勤医師のモチベーションを高めている。さらには手術等に利用さ

れる器具についても、老朽化が進む前に買換え、常勤医師のモチベーションの維持を図っている。

キ 第1-2-(4) 第三者評価機関による評価

ISO9001認証取得後もISO推進委員会を月1回開催し、良質な医療を均質なレベルで提供する体制づくりに取り組んでいる。

委員会では、病院理念や病院長の聞き取りを基に作成した「ISO9001品質方針」及び「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」の更新を行っている。またISO品質マニュアルにのっとり、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を、各部署で自ら行う体制を維持している。

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）を各部署で実施し、PDCAサイクルが機能しているかのチェックを行っている。

各部署で指摘された観察事項や不適合については、自主的な改善取組が進められ、内部監査員による改善取組の確認が行われている。また、各部署の良い取組については、前年度と比べ12件増加しており、組織改善に対する前向きな姿勢が確認できている。

11月に実施された外部審査では、緩和ケア病棟が新たな機能として審査を受け、ISOの基準を満たしているとの評価を受けている。

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ている。また、手術を受ける患者に術前訪問を行っているが、その重要性を再認識し、コミュニケーションツールの改善に取り組んでいる。

医師や看護師だけでなく、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、患者支援センターの社会福祉士が相談を受け、医療から介護まで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30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1日に複数回の研修を行い、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、運営会議において対策を検討するとともに職員に周知している。

平成30年度も患者満足度調査を実施しており、総合的な患者満足度は入院患者が8.03点（前年度6.99点）、外来患者が6.96点（前年度6.22点）と入院・外来ともに上昇している。接遇に関しては、入院は「大変良い」「良い」が合わせて92%（前年度85%）、外来は「大変良い」「良い」が合わせて81%（前年度68%）と入院・外来ともに前年度より評価が高くなっている。

しかし前年度同様、外来は入院を下回る結果であり、これまで以上に患者ニーズを把握し、接遇を含む環境整備を強化する必要があると考えている。

患者満足度調査では、各職種単位で接遇について調査を行っており、各部署への回覧の後、この結果をふまえ部署内で対応している。さらに平成31事業年度からは、ISO9001の課題として快適性及び接遇の向上を取り上げており、各部署が主体的に行動し、かつ、具体的な取組を行える環境の整備に努めることとしている。

コ 第1-3-(5) 地域住民への医療情報の提供

平成30年度は公開市民講座を開催し、骨粗鬆症について各専門分野の職員が講演を行っている。定員である50人が参加し、骨粗鬆症の予防と治療について学んでいる。

また、法人薬剤師が学校薬剤師として山鹿小学校で薬物乱用防止のための講演を行っている。整形外科では、スポーツ整形の医師が芦屋町スポーツ指導者講習会に参加し、スポーツ指導者に対する講習を行っている。

病院ホームページについては、スマートフォンでの閲覧に対応していないことや、更新の積重ねで閲覧動線の乱れがあり、抜本的な改善が必要との認識に立ち、必要な情報に容易にたどり着くことができる新ホームページの作成に着手している。

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の遵守に努めている。

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30年度は、医療施設からの受入件数が355件で前年度より55件の増加となったが、計画を200件下回っている。基幹病院からの患者は前年度に比べ66件の増加、福祉・介護施設等からの患者は前年度より26件の増加、その他の医療機関からの受入件数が前年度より11件の減少となっている。

国の医療政策により急性期病棟から回復期病棟への転院の流れが整備されている。法人では平成30年7月に地域包括ケア病床を104床としたため、急性期病棟を有する基幹病院から法人地域包括ケア病床への紹介が増え、基幹病院からの受入件数が増加したと考えられる。

また、紹介率は前年度から3.6%増加したが、計画を13.6%下回っている。これは前年同様、福祉・介護施設等からの受入れが多く、紹介状によるものではないことから、紹介率の計算に反映されていないこと、また新築移転により初診患者が増えたことによる。

イ 第1-1-(4) 救急医療への取組

平成30年度の救急車による患者の受入れは135件で前年度より36件増加している。時間外患者の受入れは569件となり、前年度と比べ185件減少している。

法人は介護施設等との連携により、重症化前の患者受入れを積極的に行っており、介護施設等からの時間外診療は減少している。また、電子カルテシステムの仕様により時間外予約患者の件数が時間外患者集計から除外されることも件数の減少につながっていると考えられる。

時間外患者数は減少したものの、救急車による来院は増加しており、救急告知病院として高次救急病院との連携を継続している。

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、前年度から受診機会を拡大し、週5回の頻度で実施している。乳がん検診も週5回実施し、また個別検診にも対応している。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、受診率向上を目指して

いる。さらには、がん検診のみ又は特定健診のみで申し込んだ受診者に、当日受付で特定健診やがん検診を受診可能とし件数増に協力している。

住民健診におけるがん検診の前年度比は、乳がん検診351件で19.4%の増加となり、その他のがん検診は減少となっている。計画との比較では、骨密度検査が172件となり、22件上回っているが、その他がん検診では計画を下回っている。

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た。企業健診及び協会けんぽ等を積極的に受け入れ、平成30年度の受診件数は2,105件で前年度の1,430件に比べ675件(47.2%)増加となっている。また、協会けんぽでの胃カメラ検診の回数を増やし、平成30年度は285件となり、前年度の181件に比べ57.5%増加となっている。

日帰りドックの件数について平成30年度は14件で、前年度より10件増加している。

(3) 評価委員会からの意見、指摘等

第1-1-1 (1) 地域医療の維持及び向上【重点項目】

- ・早期リハビリに直結した整形外科での手術評価が高い。
- ・地域医療状況に叶った体制と考える。
- ・おおむね年度計画を達成しているが、耳鼻咽喉科の診療再開が未達成である。

第1-1-1 (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できたことは高い評価に値する。
- ・限られた人員で、役割とはいえ、頑張っている。
- ・計画より未達成の分野がある。

第1-1-1 (3) 地域医療連携の推進【重点項目】

- ・計画の指標となる数値の見直しが必要
- ・法人の地域医療連携の役割と、立ち位置を理解している。
- ・入院の項目が30年度計画を下回っているが、29年度実績より上回った。
しかし、計画により評価すればⅢと考える。

第1-1-1 (4) 救急医療への取組

- ・時間外患者数の指標としての再定義が必要
- ・時間外患者の受入れ件数を向上させるための手立てが分からない。

第1-1-1 (6) 予防医療への取組

- ・計画の目標数値に難点あり、再検討が必要
- ・地域のニーズに合った、可能な範囲で施行してよいのではないか。
- ・病院の努力外ではあるが計画に対する実績を見ればⅢとなる。
- ・健診計画について自律的な目標設定ができない場合は注記が必要ではないか。

計画を下回っている分の評価を反映しづらい面がある。

第1-1-(7) 地域包括ケアの推進

- ・今後、更なる地域包括ケアの実施へ向けての国・県・医師会等の政策が出され厳しい条件が提供されると聞く。それに向かったの対応が急がれる。

第1-2-(1) 医療従事者の確保【重点項目】

- ・医療の質を向上させるため、近隣の大学（医学部）や看護学校などと積極的に連携をとり、その効果が数値に表れており、前年度より目標をかなり上回っている。
- ・年度評価としては計画を大幅に上回っている。耳鼻科医師の確保ができなかったことは中期目標評価として判定すべきと考える。
- ・新病院になってもかなり努力し、増員はできているようだ。
- ・医療従事者は29年度実績及び30年度計画を上回っているのもVでよいのではか。

第1-2-(2) 医療安全対策の徹底

- ・研修会や参加人数、インシデントレポートの数など、大幅に増加しており職員の意識改革が推進されていると感じた。ただ、パーフェクトにするには、医局も含め全部署の協力があれば相当なレベルで評価が高くなると考える。
- ・安全意識の向上が達成した指標の数値に現れている。
- ・参加率・受講率100%は立派、今後はその具体的な成果を期待したい。

第1-2-(4) 第三者評価機関による評価

- ・ISO9001による内部監査が充実する方向で進んでおり、各部署における自主的な改善への取組も増加し、意識の高さを感じる。外部監査も評価基準を満たすなど、病院全体の質向上の意欲を感じる。
- ・ISO9001認定取得後も、継続管理されていることは評価に値する。

第1-3-(1) 患者中心の医療の提供

- ・患者中心の医療を提供するため、インフォームドコンセントの徹底、患者の不安を軽減するための術前訪問や種々のサポートチームを機能させるなど、職種間の情報共有を図り、切れ目のないサービスが実施されている点を高く評価している。

第1-3-(2) 快適性の向上

- ・患者満足度調査の結果を評価
- ・新病院移転の効用を十分発揮している。
- ・外来の診療及び精算業務の待ち時間は随分短くなったと感じている。
- ・定性的な意見を収集する取組も必要である。

第1-3-(3) 相談窓口の充実

- ・職員増に伴う相談件数の増加が、患者サービスの向上につながっている。
- ・相談件数が大幅に増えていることを評価
- ・相談窓口の入口付近の設置は正解、実績も上がってきているようだ。

- ・相談窓口の職員体制も図られ、相談件数も計画より大幅に上回っている。

第1-3-(4) 職員の接遇向上

- ・満足度調査の方法について、職員の振り返りによって今後役に立てられるような設計を希望する。つまり、単に前年度比較だけでなく、要因分析や部署、担当までブレイクダウンできることが望ましい。

第1-3-(5) 地域住民への医療情報の提供

- ・患者満足度調査では、来院された方々の満足度は高い一方でホームページや広報誌を見たことがないと回答した方が7割を占めている点で、効果的な情報提供がされるとよい。
- ・医療情報提供に努力はしていると考えるが、患者満足度調査でホームページ閲覧、広報誌（かけはし）の利用が少ないのは気がかりである。
- ・広報誌（かけはし）の配布手段について、検討の余地がある。

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「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30年度は病院長、副院長、医務局長、事務局長、看護部長、医療技術統括長及び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ている。

平成30年度からは組織横断的な委員会を再編し、年齢層や職位などにより意見を取りまとめられる体制を強化している。監督職等で構成される「監督者連携会議」、中堅職員からなる「広報戦略会議」、主に若手で構成される「FPT会議」を編成し、各層からの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の強化を図り、また、院内の情報・意思の共有を図っている。

また、「IT導入委員会」は「IT委員会」と名称変更し、ITに関する規則や

運用を引き続き検討した。「ISO推進委員会」は、毎年度の外部審査や内部監査に対応するため活動を継続し、平成30年度は外部審査及び内部監査を無事に終えている。ISO9001には課題を抽出し、目標達成計画を作成し、PDCAサイクルによる改善を行う仕組みがあり、平成30年度も各部署で課題に対する目標を掲げ、その達成に向けて取り組んでいる。

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、平成30年度も各科・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、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。

高額医療機器は一般撮影装置を購入している。10年以上使用した一般撮影X線装置では、故障時の部品が無いなどのリスクがあった。また電子カルテとの連動による撮影時の負担軽減メリットがある点や、多くのX線を必要とする整形外科の撮影にも対応する大容量X線管球の必要性も考慮し、購入を決定している。

平成30年度は保守・点検により活用してきた電動ベッドやベッドサイドで利用する医療機器の更新が件数としては多かったが、中長期的な視点で購入を検討し、必要な医療機器を必要な時期に購入できている。

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、非常勤社会福祉士を常勤化し、さらに社会福祉士1人を常勤で増員している。

平成30年度の医師を除く医療職員採用人数は35人で、随時採用を行うなどの工夫を続け、前年より8人多い採用となっている。看護師の退職者が7人いたが、地域包括ケア病棟及び緩和ケア病棟などの施設基準を満たすことのできる必要人数の採用が達成できている。

エ 第2-2-(4) 研修制度の推進

平成30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及び委員会での自主的な研修会により、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、全看護師が受講することを目標に取組を行っている。平成30年度のe-ラーニング受講率は100%である。また、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構築し、実施している。

長期間に及ぶ講習である「看護実習指導者講習会」を1人、「認定看護管理者ファーストレベル」を2人が受講し修了している。来年度も受講予定である。

平成30年度末では、認定看護管理者ファーストレベルは20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30年度は実際に人事評価を行っている。各評価者による評価を集計し、分析を行い、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ている。その上で病院への貢献の大きい職員に対してはモチベーション向上のため表彰を行い、金一封を贈呈している。

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

さらに、評価する者とされる者の両者の理解を深めるため、前年度に引き続き、評価者研修会及び被評価者研修を開催している。

医師の人事評価に関しては、医師多面評価（すべての管理監督者（医師を含む）が医師の評価を行うもの）の導入に向け、研修を開催し、管理監督者が実際に評価表を用い医師の評価を行っている。

(3) 評価委員会からの意見、指摘等

第2-1 法人運営管理体制の確立

- ・会議構成が組織横断的で素晴らしい。今後職員の時間的負担にならない内容に工夫が必要である。
- ・FPT会議について、補足があると助かる。

第2-2-(1) 人事考課制度の導入

- ・医師の人事評価について内部対立が起きないように慎重な運用が必要
- ・人材育成を目的とした人事考課制度は、組織運営上一番難しい問題である。時間をかけて、給与制度に結び付けていってほしい。
- ・法人化の目玉であると思うが、制度構築に向けて具体策に乏しいため、今後に期待したい。

第2-2-(4) 研修制度の推進

- ・今後も是非多くの職員の専門性の向上に努力してほしい。

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「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-(2) 収入の確保

平成30年度は基幹病院（急性期病床）からの転院の受け皿となる地域包括ケア病床を整備し、がん終末期の受け皿となる緩和ケア病床、慢性期医療の受け皿とな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ている。

一般病床は105床（緩和ケア病床15床、地域包括ケア病床90床）となり、前年度の97病床（10：1）と病床構成が大きく変化している。病床利用率は80.5%（前年度84.7%）と4.2%減、平均入院単価については39,501円（前年度31,214円）となっている。緩和ケア病床を除く一般病床の地域包括ケア病床利用率は86.8%となっている。緩和ケア病床は病床利用率が42.9%となっているが、年度内推移において上昇傾向を示している。また、診療報酬改定への適切な対応が平均入院単価を上昇させている。

療養病床は前年度に介護療養病床を廃止し、医療療養型病床32床のみに変更している。また平成30年4月に、このうち14床を地域包括ケア病床とし、運用を開始している。一般病床と同様に単純な比較はできないが、病床利用率は76.7%（前年度36.5%）と40.2%増となっている。しかし今後は更に療養病床の病床利用率を向上させるため、地域のニーズを踏まえた取組が必要と考えている。また平均入院単価は25,669円（前年度16,988円）となっている。療養病床の一部を地域包括ケア病床に転換したことが単価上昇につながっている。

外来患者については、平成30年度の1日平均患者数が376.5人（前年度333人）と増加している。患者ひとり当たりの外来診療単価は6,993円（前年度9,943円）で、前年度に比べると29.7%減少している。これは新病院で薬剤院外処方が始まり、外来薬剤費が診療費から削減されたことが影響し、外来診療単価を引き下げている。

平成30年度の入院及び外来収益の合計は22億9百万円で、前年度の19億9千7百万円と比べ2億1千2百万円の増収となっている。

また、今年度も引き続き新たな未収金が発生しないよう、限度額申請の手続の勧奨や、未払患者へ電話や書面による督促を行っている。

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-（1）健全な経営の維持

平成30年度は新病院での病床機能転換を反映した採用計画を推進し、多くの医療職職員を計画的に採用している。

前年度は新病院建設等の固定資産に対する投資の年であったが、平成30年度は人的投資の年であり、前年に引き続き収支が悪化することが想定されての病院経営であった。平成30年度の費用については、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30年度は、肝臓内科1人を常勤医師として採用している。また、腎臓内科についてはこれまで産業医科大学から常勤医師1人をローテーションの派遣で受けていたが、ローテーションでは無く、就職する形で常勤医師を確保している。

収益の基盤の1つである病棟運営については、5月には緩和ケア病床、7月には地域包括ケア病床の導入を終え、入院単価だけでなく病床利用率も前年度を上回る結果となっている。

前年度の新病院に関する費用は一時的な費用のため平成30年度は固定資産に対する費用は減少する。しかし今後、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、第2期中期計画中の支出は厳しい状況が予想される。しかし病棟運営の整備、また健診や在宅サービスの充実により、今後は更なる収益の増加が期待できる。

なお、平成30年度も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-（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。後発医薬品の使用割合は、平成

30年度が72.9%で、前年度の59.8%と比べ13.1%増加した。抗生剤など使用量の多い薬剤を後発医薬品へ切り替えたため使用割合が増加している。

診療材料は在庫数の軽減や効率的な購入のためSPDを導入しており、病棟への診療材料の供給は安定し、診療材料の単価も下がったものが多い。

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。

平成30年度は高額医療機器の購入は一般撮影X線装置のみであったが、今後とも高額医療機器費用のみならずランニングコストも考慮した機器選定及び入札方法に努める。また、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) 評価委員会からの意見、指摘等

第3-1-(1) 健全な経営の維持

- ・人件費の一時的増加はやむを得ない。
- ・新病院移転に伴うメリット、経費増はつきもの。かかった経費以上の収入増を目指すこと。
- ・研修制度の推進など、必要な経費は使い、健全な経営を維持してほしい。

第3-1-(2) 収入の確保

- ・病院が新しくなり、病床の見直しなど時代のニーズに合った配置がされており、結果的に収入増につながっている。
- ・移転後の収益増は良かった。
- ・計画に対し、医業収益2.1%増 給与費24.6%増、
29年度に比較して、医業収益10.6%増 給与費18.8%増となっている。
医師採用による給与費は増加しているが、医業収益があまり伸びていない。
- ・若松区等の患者の掘り起こしについて、具体策を見いだしていただきたい。

第3-1-(3) 支出の節減

- ・職員が一丸となってコスト意識をもつことが、微細でも節約につながると考える。

○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

○令和元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 令和元年7月11日(木) 芦屋町役場31会議室	(1) 業務実績報告書(法人の自己評価)について ①平成30事業年度における業務実績報告書 ②第1期中期目標期間における業務実績報告書
第2回 令和元年8月8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30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 (4) 平成30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期中期目標期間における業務の実績に関する意見書(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 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			17	21	4	13	4	0	0	
	1 医療サービス	(1) 地域医療の維持及び向上【重点項目】	1	2		●●				
		(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) 相談窓口の充実	1	1		●				
		(4) 職員の接遇向上	1	1			●			
		(5) 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目標を達成するためとるべき措置			5	5	0	4	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) 人事考課制度の導入	1	1			●		
	2 業務運営の改善と効率化	(2) 予算の弾力化	1	1			●		
		(3) 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	1	2	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									