

地方独立行政法人芦屋中央病院

第1期中期目標期間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	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	16
第3 財政内容の改善に関する事項	
(1) 評価結果	16
(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
○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	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第1期中期目標期間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。）の第1期中期目標期間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、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に照らし合わせた達成状況を確認した。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、中期目標の全体的な達成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（目標どおり達成した）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（目標どおり達成した）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（目標どおり達成した）が妥当であると判断した。

以上のことから、第1期中期目標期間における業務実績に関する全体評価は、「目標どおり達成した」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、一般病床及び療養病床により、急性期から慢性期までカバーし、地域住民の幅広い医療ニーズに対応している。

新築移転後は、一般病床105床（うち地域包括ケア病床90床・緩和ケア病床15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（う

ち地域包括ケア病床14床)としている。

在宅支援についても、地域医療連携室(総合相談窓口)、居宅支援事業所、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーションに加え、平成28年度には通所リハビリテーションを設置し、地域医療連携室(総合相談窓口)、在宅支援室(居宅支援事業所、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3部門からなる患者支援センターとして組織変更し、新病院の正面玄関(受付横)に設け、相談しやすい環境としている。

町と連携・協力している特定健診やがん検診を実施し、地元企業の健診(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、第1期中期目標期間中に医師6人、看護師34人、薬剤師2人、診療放射線技師3人、理学療法士8人、作業療法士4人、言語聴覚士1人、臨床検査技師1人、臨床工学技士6人、社会福祉士3人、保健師1人が増員となり、新病院の診療機能に十分対応でき、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。

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。また、ISO9001の特徴である内部監査(研修を受けた他部署職員による監査)を各部署で実施し、業務においてPDCAサイクルが機能しているかのチェックを継続している。

患者満足度調査を実施し、患者のニーズを把握し患者サービス向上に努めている。不満の高かった外来待ち時間短縮のため、電子カルテの運用を平成29年4月から開始し、システムの習熟に努め、会計にポスレジを2台置き、会計を迅速に行っている。

平成30年3月に新築移転した新病院は、一般病棟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)、(若手職員による)FPT会議(月1回)、広報戦略会議(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している。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するとともに、より組織的な体制にするため、適宜、見直しや改善を進める。また、「IT委員会」、「ISO推進委員会」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。平成30年度には初の人事評価を実施し、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を資格取得している。

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、新病院移転後も看護体制10対1を維持している。また、平成30年度には地域包括ケア病床及び緩和ケア病床を導入し、病床利用率と平均入院単価を向上し、増収に貢献している。

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っている。

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、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（目標どおり達成した）

(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2項目、「IV」の評価が12項目、「III」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。

(第1表 大項目の評価方法)

区分	達成の度合い	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	目標どおり達成した	全ての小項目評価がⅢ～Ⅴ
B	おおむね目標どおり達成した	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かった	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った	町長が特に認める場合

【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レベル）の評価が次の2項目であった。

ア 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。

平成29年4月から電子カルテによる診療を開始し、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。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上げている。

イ 第1-3-(3) 相談窓口の充実

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ている。

また、平成27年度は2,694件だった相談件数は、平成29年度は3,568件、平成30年度は地域包括ケア、緩和ケア、外来化学療法の開始により増加し4,000件を見込んでいたが、予想以上に増えていることから、社会福祉士を常勤1人、非常勤1人から常勤2人としている。平成30年度の相談件数は4,000件の見込みを大幅に上回り、5,723件となっている。

- ② 小項目評価では、「Ⅳ」（目標どおり又はそれ以上に達成した）の評価が次の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床に変更したが、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の医療を行っている。

4人の専門医を有する消化器内科に加え、平成30年度には肝臓病内科の常勤医師を採用し、従来の消化管系の内視鏡検査や治療に加え肝臓疾患にも対応可能となり、消化器外科を含め消化器病センターとして位置付け、高度な医療を提供している。整形外科は常勤医師3人体制に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。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行っている。

また、一般病床は地域医療構想の方針に沿い、地域包括ケア病床及び緩和ケア病床へ転換している。

常勤医師は平成27年度に内科1人、平成29年度は整形外科2人、内科（糖尿病）1人、外科1人、平成30年度は肝臓病内科1人を採用し、6人の医師を増やしている。

新病院では慢性期医療における介護療養型病床を廃止し、医療療養型病床10床から32床（うち地域包括ケア14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る診療を維持している。休診していた耳鼻咽喉科の診療再開については再開することができなかったが、新病院で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年度から緩和ケア病床、外来化学療法を開始し、増加するがん患者に対応している。

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

平成28年度の通所リハビリテーション設置に伴い、在宅支援部門の改変を行った。地域医療連携室（総合相談窓口）、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3部門からなる患者支援センターとして集約し、連携を

強化し在宅支援の機能を充実させている。

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。

(ア) 訪問看護ステーション

利用者数は計画を下回っているが、利用回数は大幅に上回る結果となっている。これは、平成27年度は3人であったターミナルケアの患者が平成28年度は5人、平成29年度は9人と、年々増えているためである。平成30年度はターミナルケアの患者が6人に減少したが、利用回数の計画は達成している。

(イ) 訪問リハビリテーション

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たことにより要望に対応できる体制となり計画を達成している。

(ウ) 居宅介護支援事業所

居宅介護支援事業は介護支援専門員の受け持てる人数が限られている。平成29年度に加え、平成30年度に介護支援専門員（非常勤）1人を増員したが、利用者は計画より少なく、平成29年度より減少している。増員が年度末の2月であったことも影響しているとみている。

(エ) 通所リハビリテーション

通所リハビリテーションは医療保険によるリハビリテーションが、標準的算定日数を超えてできなくなった患者に、法人でのリハビリテーションを続けられるよう平成28年度に設置されている。当初は平日午前中に1単位20人で行っていたが、同年7月に1単位30人に拡大、平成29年度は月曜の午後、新病院移転後には平日の午後を加え、利用者の利便性を高めている。平成30年度には8,489件と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

災害時に備え、新病院は一般的な建物より強度をもたせた耐震設計により、地震の被害を低減させる構造としている。また自家発電を設置し、停電に備えるとともに断水後24時間の人工透析対応が可能な受水槽を設置している。

平成28年は熊本地震をはじめ近隣で地震が発生、平成29年は九州北部豪雨災害が発生、平成30年度には平成30年7月豪雨災害が西日本を中心に発生している。法人では大きな被害はなかったものの、災害時や停電等の問題が発生した際は、影響があったことについて各部署から報告書を提出する仕組みとしている。その中で課題となった点については検討し、災害マニュアルを変更している。

福岡県看護協会の災害支援ナースにも登録し、災害現場での医療支援を行い、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。

院内では新病院の消防設備や避難経路について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、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。

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。

芦屋町地域包括ケア推進委員として、病院長、訪問看護ステーション管理者の2人が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。

平成28年度まで町が行っていた「いきいき筋力アップ」には、法人の医師や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。平成29年度からは「短期集中サービス（運動器の機能向上プログラム）」が始まり、平成29年度は利用者が1人、平成30年度の利用者はいなかったが、協力体制を構築している。

また、町の要請により、平成29年度から開始した「認知症初期集中支援チーム」へ平成30年度も参加し、看護師・社会福祉士・介護支援専門員が複数例の個別事例への対応を検討している。

オ 第1-2-(1) 医療従事者の確保

(ア) 医師

医師の処遇・診療環境改善として、諸手当を含む給与の見直し・電子カルテの導入・医師事務作業補助体制の導入による業務負担の軽減を行っている。

大学病院への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た結果、平成27年度は内科1人、平成29年度は外科1人・整形外科2人・内科（糖尿病）1人、平成30年度に肝臓病内科1人の計6人の常勤医師を確保している。

また、新病院では皮膚科を新設し非常勤医師ではあるが、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、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

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。第1期中期目標期間中に、看護師34人、薬剤師2人、診療放射線技師3人、理学療法士8人、作業療法士4人、言語聴覚士1人、臨床検査技師1人、臨床工学技士6人、社会福祉士3人、保健師1人の計63人の医療職員が増えている。

看護師の新卒者確保のため平成27年度から看護学生奨学金貸付を開始し、現在までに7人が受給している。平成29年度は認定看護師の資格取得のための奨学金貸付制度を開始し、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。

薬品及び診療材料の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。

カ 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「職員100%の受講」を目標に掲げ、院内研修に参加できなかった職員のために講演をビデオ撮影し、DVD研修を行うことで、平成30年度には100%の職員が受講できている。院外研修も計画どおり必要な研修を受講するとともに、eラーニングも取り入れている。

(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。

また、医療機器の安全管理に関する要綱の作成、災害時の配備・連絡体制、薬物等の管理方法、医療安全管理指針の修正やインシデント・アクシデントレポートの様式を見直し、提出することで業務改善につながることを意識付けしている。インシデント報告数が増え、平成30年度は1,132件（前年度433件）と職員の安全に対する意識が高まっている。

(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。ラウンドは毎週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、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。

キ 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、購入を検討し予算計上している。更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する仕組みである。

平成28年度には医療の質の向上及び効率化のため、電子カルテを導入し、比較的若い世代の医師や医療職が望む体制としている。間接的ではあるが医師の採用や医療職員の採用にも貢献している。

新病院では、新たな医療機器の購入、老朽化した医療機器の更新を行い、診療機能及び医療従事者のモチベーションの向上を図っている。

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。

ク 第1-2-(4) 第三者評価機関による評価

平成28年度から準備を行い、平成30年1月に国際規格ISO9001の認証を取得している。

病院理念や病院長の聞き取りを基に作成した「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が自ら行われる体制を構築している。

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外部審査も行いISO9001を認証取得の更新を行っている。

ケ 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から介護までの切れ目ないサービス提供を行っている。

コ 第1-3-(4) 職員の接遇向上

e-ラーニングを活用し、日時や回数を増やし参加しやすいよう改善し、正職員だけでなく、臨時職員や委託職員も受講している。

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28年度・29年度に行った患者満足度調査において接遇に対する評価は良い。また、平成30年度はさらに上昇している。

サ 第1-3-(5) 地域住民への医療情報の提供

整形外科医師による講習会の講師をはじめとする公民館講座や出前講座に職員を派遣している。また、整形外科で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。

祭りあしやではブースを設置し、看護師やメディカル職員の多職種による普及活動（血圧測定、ABI検査、医療相談、健診の案内、新病院やMRIの紹介、チラシ配布等）を行っている。

また、地域からの依頼についても対応している。学校薬剤師として山鹿小学校で薬物乱用防止のための公演を薬剤師が行っている。更に、芦屋町スポーツ講習会に参加し、スポーツ指導に対する講習をスポーツ整形の医師が行っている。

「広報戦略会議」を設置し、病院情報発信を検討している。

病院広報紙「かけはし」と年報は、毎年作成し各関係団体に配布している。

シ 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」（目標より下回ったが、支障や問題とまらないレベル）の評価が次の3項目であった。

ア 第1-1-(3) 地域医療連携の推進

近隣の病院、診療所や福祉介護施設等の各関係機関に対し、訪問や情報提供を行い連携の深化に努めている。

また、常勤の社会福祉士の増員、カンファレンスの充実を図り、入退院の調整・支援をスムーズに行う体制としている。

基幹病院等の急性期病院は地域包括ケア病床を有する病院へ優先的に紹介する傾向にあるため、年々法人への紹介が減少している。よって平成30年度には段階的に地域包括ケア病床を設置し、7月に一般病床と医療療養病床あわせて104床を設置している。平成30年度の基幹病院からの受入れは、計画には届かなかったものの、平成29年度に比べ56件（47.1%増）となっている。

イ 第1-1-(4) 救急医療への取組

救急告示病院としての役割を果たすべく、対応可能な救急搬送及び時間外患者については、受け入れているが、近隣には救急に特化した病院があることから、救急車の搬送依頼は多くなく、平成30年度は135件である。しかし件数としては増加しており、今後も救急告示病院として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る。

また、法人は介護施設等からの時間外診療が多かったが、介護施設等と連携を取り、入所者の病状が重症化する前に来院してもらうことで受入れは減少している。

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実施している。

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、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できるよう改善し、利便性を向上させている。

胃がん検診の胃カメラ検査は、町からの要望により大幅に回数を増やし、週4回～5回の頻度で実施している。

乳がん検診は最新のマンモグラフィーの導入や女性放射線技師の増員、毎日の個別検診への対応等で、質・内容ともに充実させている。

特定健診及びがん検診ともに計画を下回っている。75歳以上になると特定健診対象から外れる等で、元々の対象者数が減少していること、がん検診は、協会けんぽでの受診に移行した受診者がいることや無料クーポンの配付が無くなったこと等が考えられる。

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の健診等を積極的に受け入れ、年々増加している。

特定健診だけでなく、企業健診・協会けんぽ健診等の拡大を図り、法人としての受診者数を増やすとともに、予防接種を継続し、地域住民の予防医療に貢献している。

(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

- ・地域状況に合わせたケアミックス型病院運営・病床数の再編成は、今後も柔軟に対応してよいのではないか。
- ・医師の確保及び診療再開等が十分でない。

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

- ・法人の総合的なサービスについて役割上必要だが、よくやっている。組織疲弊が来ないようにすること。
- ・通所リハビリを除き4年間の実績が横ばい状態である。

第1-1-1 (3) 地域医療連携の推進

- ・地域包括ケア病床の運用は、相手もあることで難しい側面がある。
- ・4年間の比較では年々実績が上昇している成果が見られる。

第1-1-1 (4) 救急医療への取組

- ・平成28年・29年度と比較し、件数が増加(36件)している。また、時間外患者の受入れ減少の原因については、その理由を分析しているので、今後につながるものと考えられる。
- ・病院規模から対応には限界があり、計画を達成するための指標の設定に工夫が必要。まず、救急対応できた当直医の専門性の精査などから数値の検討をすること。
- ・法人の救急体制は現状維持でよいのではないか。

第1-1-1 (6) 予防医療への取組

- ・達成可能な目標数値の設定が必要
- ・やらなければならないこと、できることを、やればよいのではないか。
- ・目標の設定が課題

第1-1-1 (7) 地域包括ケアの推進

- ・地域包括ケア制度は、国・県・医師会等で、真剣に議論されていると聞く。厳しい条件付きで、改善を迫られることが予想される。法人の地域での役割を十分意識し、この制度に対応できるようにしてほしい。

第1-2-1 (1) 医療従事者の確保

- ・医療の質を担保するために必要な医療従事者を積極的に採用されており、計画を大幅に上回っている。
- ・医療従事者の確保が順調に行っているようだ。理事長はじめ、職員の努力及び病院に魅力がある証拠であると考え。今後も更なる努力を期待したい。
- ・微増ではあるが、すべて年々上回っている。

第1-2-1 (2) 医療安全対策の徹底

- ・職員の医療安全に対する意識は確実に高まっている。医局の協力やリーダーシップを誰が発揮するかで医療安全対策がパーフェクトになるのではないか。

- ・受講率100%は素晴らしい。

第1-2-(3) 計画的な医療機器の整備

- ・医療機器購入計画は慎重な検討が伺える。

第1-2-(4) 第三者評価機関による評価

- ・ISO9001の取得後も品質管理など、運用が継続していることは、評価に値する。

第1-3-(2) 快適性の向上

- ・日々の施設管理が快適性につながるので、患者目線で環境美化に努力し継続すること。
- ・新病院移転のメリットを最大限に発揮し、この快適性を継続すること。
- ・患者のニーズに十分対応できていると考える。

第1-3-(3) 相談窓口の充実

- ・人的整備で相談件数が大幅に増加しているので、継続してほしい。
- ・相談窓口の設置場所の正解性とその運用は上手くいっている。

第1-3-(4) 職員の接遇向上

- ・今後は研修内容(体験学習やロールプレイングを取り入れるなど)を工夫すると効果的だと考える。

第1-3-(5) 地域住民への医療情報の提供

- ・医療情報提供は努力しているようだが、ホームページ閲覧、広報誌(かけはし)の認知度が少ないようだ。

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(目標どおり達成した)

(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」(目標どおり又はそれ以上に達成した)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

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

による運営会議は定例（毎週1回）で開催し、病院運営について迅速に対応している。

各部門の管理者及び医師による管理者全体会議、各部門の監督者で構成される監督者連携会議、主に若手職員を中心に構成されるFPT委員会、病院の情報発信を検討する広報戦略会議は月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とし、院内の情報・意思共有を図っている。

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」も移転前に設置し、各委員会が専門的に活動している。新病院移転後は「IT導入委員会」は「IT委員会」として、ITに関する規則や運用を引続き検討している。「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年度も外部監査及び内部監査を無事終え、各部署の課題に対する目標を明らかにし、その達成に向け取り組んでいる。

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、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、予算計上したうえで、購入時にも運営会議のメンバーによる備品購入委員会にて検討され購入の可否や機種等を決定し、計画的に購入している。

新たに入職した医師が希望する医療機器が、予算計上されていない場合でも、必要と判断した場合は購入し、柔軟に対応している。

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。保守契約等を複数年にわたり契約とすることで安価になる場合は、複数年契約としている。

ウ 第2-2-(3) 適切かつ弾力的な人員配置

患者支援センターには、医師、看護師、社会福祉士、リハビリテーション職員、介護支援専門員、クラークの多職種を配置している。

医療従事者の確保については、随時採用の実施、シフト制や成果報酬の導入等を行い、職員を採用している。

平成30年度の医師を除く医療職員数は149人の見込みで、第1期中期目標期間中に63人増加している。

事務部門については、町からの派遣職員の減に伴い計画的に職員を採用している。診療報酬やシステムに詳しい病院事務に精通した経験者も採用することができている。

エ 第2-2-(4) 研修制度の推進

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。

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ファーストレベル・セカンドレベル」を毎年受講している。

コメディカルについても、学会発表や資格取得のための旅費や会費の支給を行っている。

- ② 小項目評価では、「Ⅲ」（目標より下回ったが、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、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、評価者研修会及び被評価者研修を開催し、人事考課への理解を深めている。平成30年度に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。

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。

中期的には各医師が年度単位で目標設定を行うことでモチベーションの向上を図り、加えて多面評価による評価を判断基準として処遇反映を行う予定としている。

(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

- ・職員全体に関わるため、横断的会議の運用は評価に値する。

第2-2-（1）人事考課制度の導入

- ・計画的に慎重さを保ちながら実施されている。
職員の動機づけ（やる気）につながるような人事評価を希望する。
- ・一番難しい課題。時間をかけて人事考課制度と給与制度を合致し、職員が納得する制度構築を行ってほしい。

第2-2-（3）適切かつ弾力的な人員配置

- ・医療の質を向上させるために大幅な職員の採用や認定看護師の育成など弾力的な運用がされている。
- ・十分な考慮で人員配置がされている。

第2-2-（4）研修制度の推進

- ・職員の研修は必要不可欠、資格取得後も全職種に共通している。
よく頑張っているのではないか。

第3 財政内容の改善に関する事項

(1) 評価結果

A評価（目標どおり達成した）

(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」（目標どおり又はそれ以上に達成した）の評価が次の1項目であった。

ア 第3-1-（2）収入の確保

入院については、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、平成29年度まで看護基準10対1を維持している。収支が悪化した平成29年度の収入が計画より減少したことについては、介護療養型病床廃止や移転に伴い行った入院制限が予定以上だったこと、データ提出加算や療養病床の一部を地域包括ケアとする時期が計画より遅れたことによる。

収入増を目指し、平成30年度は療養病床の一部及び緩和ケア病床を除く一般

病床を地域包括ケア病床とし、病床構成が大きく変化している。一般病床利用率は80.5%であったが、緩和ケア病床を除く一般病床利用率は86.8%となっている。緩和ケア病床利用率は42.9%となったが、年度内において病床利用率は上昇傾向を示している。また、療養病床については、地域包括ケア病床と療養病床の構成で76.7%となっている。

外来については、移転による外来休診や、新病院での院外処方の開始により減少している。

新病院ではMRIや18人の常勤医師による診療の充実の収益増により、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。

その他の収入として、在宅サービス、健診の強化による収益増も今後期待できる。

また、新たな未収金が発生しないよう、限度額申請の手續の勧奨や、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」（目標より下回ったが、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12年度から平成28年度まで続けていた黒字経営が平成29年度に赤字となっている。建替えに伴い予測していた結果ではあるが、損失額が予想を上回っている。これは、新病院の診療機能を充実させるため、高額医療機器の購入、電子カルテの導入や医療職員の増員を行ったことが大きな要因である。高額医療機器・電子カルテのランニングコストや人件費は恒常的な費用であり、しばらくは厳しい状況が予想される。

費用増加により必要な収益確保のため、一般病床を地域包括ケア病床とし、緩和ケア病床と併せ、利用率の向上に努めている。平成30年度は一般病床及び療養病床で病床利用率と平均入院単価が前年度より上昇し、入院収益は4億1千2百万円の増収となっている。

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、大学病院と連携を深め、働きかけを行った結果、第1期中期目標期間中に6人増え17人となっている。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、平成30年度には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。外来収益については、外来患者数は増えているものの、院外処方の影響もあり2億百万円の減収となっている。

なお、繰出し基準に基づいた運営費負担金は、町からの繰入れを継続する。

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%、平成30年度は72.9%と増加している。これは抗生剤など使用量の多い薬剤を後発品に切り替えることができたためである。新病院から院外処方となったため在庫数が減少している。

医薬品及び診療材料はSPDを導入し、在庫数の軽減や効率的な購入を行っている。

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する。また、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。

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

- ・新築移転時は経費の増大は予測経費。近い将来を見越し、創意工夫をしてほしい。

第3-1-(2) 収入の確保

- ・前年度に比べ2億1千2百万円の増収を評価した。
入退院委員会が健全に機能していると考えた。
- ・緩和ケア病床をホスピスとしてではなく、地域包括医療の一環として位置づけたことは、安定した収入の面だけではなくこれからの医療のモデルとなるだろう。
- ・収入増はよい結果
- ・収入の確保は十分とはいえない。

第3-1-(3) 支出の節減

- ・必要経費の考えで取り組んでほしい。

○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

○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 目標を大幅に上回った	IV 目標を上回った	III 目標をおおむね予定どおり達成した	II 目標を下回った	I 目標を大幅に下回った	
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	17	2	12	3	0	0	
	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	1	1		●				
		(3) 地域医療連携の推進	1	1			●			
		(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	1	1		●				
		(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 目標を大幅に上回った	IV 目標を上回った	III 目標をおおむね予定どおり達成した	II 目標を下回った	I 目標を大幅に下回った
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 目標を大幅に上回った	IV 目標を上回った	III 目標をおおむね予定どおり達成した	II 目標を下回った	I 目標を大幅に下回った
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									