

地方独立行政法人芦屋中央病院
令和元事業年度における業務実績に関する評価結果

令和2年11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	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
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】	19
(3) 評価委員会からの意見、指摘等	21
○地方独立行政法人芦屋中央病院評価委員会委員名簿	22
○令和2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	22
《参考資料》	
○表2 評価委員会による小項目評価の集計結果	23

地方独立行政法人芦屋中央病院令和元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。）の令和元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、令和元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

厚生労働省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」で再編統合を求める424病院の公立・公的病院が令和元年9月に公表されたが、このリストに芦屋中央病院が含まれていた。このことについては、これまで地域医療構想調整会議において議論を重ね、病床機能の適正化に努めた発言を行い、また、実施してきたため、

現時点で法人の病床数及び病床機能については、地域医療構想調整会議では再編統合の対象外との見解となっている。

外来機能においては、新たに整形外科の常勤医1人を採用することで整形外科部門の強化がなされ、令和元年6月より骨粗鬆症専門外来を開設している。また、引き続き外来化学療法を推進し、化学療法カンファレンスを開始するなど、多様化するがん治療のニーズに対応している。

入院機能においては医療施設からの受入件数は414件（前年度355件）と前年度比16.6%の増加となっている。また基幹病院からの受入れは257件（前年度206件）と計画（184件）を39.7%上回っている。地域医療連携室は積極的に基幹病院が主催する地域医療連携会へ参加し、近隣の基幹病院との良好な関係構築に努力している。

また、令和元年度より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）を年2回開催しており、今後も開催を続け、関係を深めることを計画している。

在宅支援については、引き続き在宅療養支援病院としての機能を取得するため、検討を行っている。医師の確保に目途が付き、令和2年度中の導入に向けさらなる検討を行っている。

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、特定保健指導実施件数は132件（前年度42件）と大きく件数を伸ばしている。

第三者評価機関による評価については、月に1度ISO推進委員会を開催し、内部監査の実施や外部審査対応についての検討のみならず、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。

総合相談窓口の相談件数は6,776件（前年度5,723件）と大きく伸ばし、幅広い相談に対応できている。また、医療情報提供の観点からは病院ホームページをリニューアルし、必要な情報に容易にたどり着くことができるものとなっている。

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、FPT会議（若手職員による、病院の将来等を検討する会議）、広報戦略会議を編成し、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。医師については処遇に反映しないが、多面評価を取り入れている。

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おおむね達成している。

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、地域住民の医療ニーズと診療報酬体系に適切に対応している。1日平均外来患者数及び1日平均入院患者数は前年度に比べ増加し、収益は向上している。令和元年10月には、医療療養病床の機能を地域包括ケア病床18床、療養病床14床（令和元年9月までは地域包括ケア病床14床、療養病床18床）とし、地域住民の医療ニーズに対応し、かつ、収益の改善に努めている。

費用については、前年度に引き続き医師を含む人的投資を行っているため人件費が増加している。また、令和元年度からこれまで財務上の経費であった非常勤職員の人件費を財務上の給与費としたため給与費比率が67.5%（前年度58.3%）と上昇している。

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、節減に努めている。診療材料については引き続きSPDの活用により、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（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13項目、「III」の評価が6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	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1項目であった。

ア 第1-3-(3) 総合相談窓口の充実

令和元年度の相談件数は6,776件と計画を2,955件上回っている。計画では相談窓口人員数が5人となっているが、7人で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。

前年度の評価委員会では、患者満足度調査（外来・入院）において総合相談窓口の認知度が51.1%と低かったため、病院広報誌「かけはし」（2月発行）で総合相談窓口の周知活動をおこなっている。しかし、患者満足度調査の実施後であったこともあり、認知度は52.9%と横ばいとなっている。

② 小項目評価では、「Ⅳ」（計画どおり又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】

令和元年9月に、厚生労働省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」

で再編統合を求める424病院の公立・公的病院が公表された。公表病院に芦屋中央病院が含まれていたが、法人はこれまでの北九州医療圏の地域医療構想調整会議において、中長期的視点から、国・県・町の政策に沿った回復期の拡充など、病床機能の適正化に努めた発言を行い、また、実施している。このため、現時点では法人の病床数及び病床機能については、地域医療構想調整会議では特に問題ないとの見解となっている。

また、地域包括ケアシステムの中核病院としての機能を強化するため、新たに整形外科の常勤医1人増員により4人体制とし、より地域完結を目指した質の高い高度な医療を提供するための体制を構築している。

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、毎週2回病棟で口腔ケアラウンドを実施している。併せて看護職員への口腔ケア研修を月に1回実施し、口腔ケアの充実に努めている。

がん患者への対応については、外来化学療法及び緩和ケア病棟が2年目となり、さらなる充実に向け取り組んでいる。外来化学療法では、病棟看護師を含めた化学療法カンファレンスを開き、チーム医療の充実に努めている。緩和ケアについては、在宅看取り若しくは緩和ケア病棟入院前に受診できる緩和ケア外来を開設し、よりがん患者のニーズに沿った運用に努めている。令和元年度の実患者数は217人となり前年度より73人増加している。前年度開始した緩和ケア病棟が地域に根付いてきたものと考えられる。

イ 第1-1-(5) 災害時等における医療協力

令和2年1月に日本国内で初めて新型コロナウイルスの感染が確認され、以降その対策は喫緊の課題となっている。

法人では、国内で感染者が散見されはじめた2月にその対策を運営会議において協議し、3月2日にはホームページ上で「新型コロナウイルスに関する対応について」をトップページに公表、翌3月3日より発熱外来を開始している。

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ており、協力体制を維持している。

新型コロナウイルス感染拡大については、病院長が務めている全国自治体病院協議会九州代表常務理事として、福岡県内及び九州・沖縄地区の自治体病院間で締結している「災害時における医療機関相互応援に関する協定」を発動し、新型コロナウイルス対応の最前線で活動している病院へ医療物資支援を行った。

その他院内では避難訓練を行い、その実施で改善できる部分について監督者連携会議で検討を行い、PDCAサイクルの活用のため、総務課へ伝達している。

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。

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、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、週5回の頻度で実施している。

企業健診については、自衛隊関連の健診について調査を進め、実施可能性のある健診が存在することがわかった。その他、協会けんぽ・組合保険・共済組合については、健診件数が1,561件と計画を224件上回っている。また、特定保健指導実施件数は132件と増えており、計画を55件上回っている。これは常勤保健師の増員と体制強化が要因であり、引き続き体制の維持に努めている。

日帰りドックの件数については令和元年度は2件で、前年度より12件減少している。前年度は企業単位での申込みがあったが、今年度は個人の申込みのみとなっているための減少となっている。また、多様なニーズに対応するため、町のふるさと納税返礼品として11種類のドックを準備し、7件の実績となっている。

予防接種については、小児予防接種を除いて実施している。

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。

令和元年度は病院長、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芦屋町の地域包括ケア推進会議に参加し、芦屋町の地域包括ケアシステムの強化に貢献している。その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の出席、町や地域の医療機関、介護施設等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）

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、令和元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

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参加し、芦屋町内の認知症に関する状況の報告をしている。また、県の主催する認知症初期集中支援チーム員研修に1人参加し、通算3人が法人から研修を受講している。

オ 第1-2-(1) 医療従事者の確保【重点項目】

前年度に引き続き、人事考課制度を活用し、医師を除く職員の評価・待遇への

反映を行い、働きがいのある職場環境の整備に努めている。医師の人事考課制度については、多面評価を行っている。待遇反映は未実施であるが、医師のモチベーション向上のために活用を検討している。

(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。令和元年度は整形外科医師1人を常勤医師として増員している。

医師の診療環境改善については、医師事務作業補助体制による業務負担の軽減を、さらに拡充し、6人となっている。

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。令和元年度末の非常勤医師の診療枠（午前中1枠・午後1枠としている）は次のとおりである。

診療科	診療日	診療枠
循環器内科	火曜～金曜	4
呼吸器内科	水曜	2
透析	土曜	1
神経内科	木曜	1
膠原病内科	金曜	1
整形外科	火曜・金曜・土曜	7
眼科	水曜・土曜	2
皮膚科	水曜（木曜）	1

(イ) 看護職員及びコメディカル職員

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ている。

看護師は令和元年度に6人採用（前年度21人）したが、退職者が7人いたため、看護師数は96人となり計画を3人下回っている。

認定看護師は計画通り2人を維持している。

看護師の新卒者確保のため行っている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は、令和元年度も継続し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の継続等、新人看護師の確保に努めている。

コメディカル職員については薬剤師1人、理学療法士4人、健診センター職員については保健師1人を新たに採用している。

カ 第1-2-(2) 医療安全対策の徹底

医療安全及び感染に関する院内研修は計画どおり各2回開催している。「職員100%の受講」を目標に掲げ、日程調整及び周知徹底を行っている。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できる体制としている。受講率は医療安全が97.9%、感染が94.9%と100%に届いていないが、高い受講率となっている（非常勤職員・DVD受講含）。

(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、職員に引き続き周知徹底している。

前年度よりインシデント・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、業務改善の意識づけをしている。これらの取組によりインシデント報告が令和元年度は1,330件（前年度1,132件）と17.5%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の自主的な機器点検の実施が改善・継続しており、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。

新型コロナウイルス対策としては、臨時の会議を招集し院内の対応について取りまとめを行い、運営会議に報告をしている。また、その実施についても迅速に行われ、患者及び職員の感染リスク低減に努めている。

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については、更新計画を提出し、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。

令和元年度は、老朽化が進んでいた医用画像管理システムを更新し、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。またその他、外来や病棟で必要となる機器だけでなく、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い換え、常勤医師のモチベーションの維持を図っている。

ク 第1-2-(4) 第三者評価機関による評価

月に1回開催しているISO推進委員会では、「ISO品質マニュアル」に沿った活動を行っている。内部監査の実施や外部審査対応についての検討のみならず、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ている。品質目標達成計画書については、3か月ごと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、他部門の有用な取組については水平展開によるさらなる部署改善を推奨している。

内部監査研修会は3回行われ、内部監査員は43人（前年度32人）と計画より1人減だが、前年度より11人増加している。

令和元年度内部監査では、多くの部署で観察事項件数が減少している。3年間の取組の中で、各部署が着々と改善活動を継続した結果と考えられる。

なお、内部監査不適合は正回数は2回と計画を3回下回り、PDCAサイクルがこれまで以上に機能していることが示唆されている。

12月に実施された外部審査では不適合が3件となったが、軽欠点であり、早急に対策案を提示し、承認され、引き続きISO9001の基準を満たしているとの評価を受けている。

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、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し、コミュニケーションをとることで、手術を受ける方の安心・安全を高める取組を行っている。

医師や看護師だけでなく、全てのコ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、医療及び介護の切れ目ないサービス提供を行っている。

コ 第1-3-(4) 地域住民への医療情報の提供

令和元年度は、整形外科のスポーツ整形外科医師及びリハビリテーション職員でスポーツ障害予防教室を開催し、芦屋町の柔道少年少女22人に講習を行って

いる。また、伊佐座ヤンキース（水巻町）へ投球障害予防教室での指導も行っている。

薬剤部では、学校薬剤師として芦屋中学校・山鹿小学校・伊佐座小学校（水巻町）でプールの水質調査や薬物乱用防止のための講演を行っている。

看護部では、「認知症家族の会あしや」の主催により「みなさんはどこで最後を迎えたいですか？」をテーマとした講演を緩和ケア病棟師長が行っている。この会では、パネリストとして訪問看護ステーション管理者と居宅介護支援事業所管理者が参加している。また、北九州市の自治会が開催している「青葉ふれあい夏まつり」に看護師が参加し、「心肺蘇生法およびAEDの使い方 ～熱中症の判断と対処法～」について講演を行っている。さらには、遠賀郡内の看護学校等において、看護師が講師として講義を担当し、地域の看護師育成に貢献している。

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することや、閲覧動線の整理を行い、抜本的な改善を行った。年齢に関係なく必要な情報に容易にたどり着くことができるホームページを公開している。

また、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。

令和元年度のカルテ開示は23件（前年度10件）と増加している。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、前年度までと大きな変化はない。

- 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4項目（重点項目を反映した項目数は6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】

在宅医療の充実・強化に努めているが、多くの指標で計画を下回っている。新型コロナウイルスによって2月から3月の実績に影響があったと思われる。

訪問看護ステーションでは利用者数が578人と計画を25人下回り、利用回数も3,290回と計画を703回下回っている。利用者数に対して利用回数が大きく減少している主な要因としては、看取り件数が26件（前年度9件）と大幅に増え、家族のケアなども含め1回当たりの訪問に多くの時間を要したことが

考えられる。

今後訪問診療との連携を推進する訪問リハビリテーションについては、利用件数が1,322件となり、計画を245件下回っている。要因として人員不足ではなく、長期利用者（介護保険）が多数亡くなったことが影響している。訪問診療や在宅部門との連携により、医療保険の利用者を増やし、訪問リハビリテーションの強化に努めている。

訪問診療の要となる在宅療養支援病院については、医師の確保に目途がつき、令和2年度中の導入に向け取組を続けている。

居宅介護支援事業所では利用者数が1,687人と前年度（1,639人）を若干上回ったものの計画を168人下回っている。介護支援専門員1人当たりの利用者数は増えており、職員減が大きく影響している。

通所リハビリテーションについては利用回数が10,713回と計画を2,245回上回っている。短時間の通所リハビリが地域住民のニーズとマッチしているとみている。併せて、地域施設のケアマネジャーとの連携を密にしており、需要開拓も進めていることが計画を大幅に上回った要因と思われる。

地域医療連携室ではISO9001の品質目標のもと、在宅リハビリテーション室及び在宅支援室との連携強化に取り組んでいる。その結果、在宅部門と連携し引継ぎを行う件数は233件と計画を37件上回っている。また、退院支援カンファレンスについても4,360回と計画を1,843回上回り、在宅部門との連携強化を支援している。

イ 第1-1-(3) 地域医療連携の推進【重点項目】

前年度に引き続き、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退院支援カンファレンスを4,360回（前年度3,167回）行い、在宅部門との連携をとり、在宅復帰への支援を着実に積み重ねている。

令和元年度は医療施設からの入院受入件数が414件と前年度より59件の増加となっている。入院患者に占める医療施設からの紹介患者数の割合は21.9%と計画を0.5%下回るものの前年度より1.9%上回っている。

基幹病院からの受入れは257件と計画を73件上回っている。地域における急性期病床から回復期病床への流れがさらに整備され、法人の基幹病院に対する後方支援病院としての役割がより明確になったと思われる。

病診連携では、診療所からの紹介が50件と計画を9件下回ったが、前年度より16件上回っている。今年度から、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）を年2回開催している。

ウ 第1-1-(4) 救急医療への取組

令和元年度の救急車による患者の受入れは203件で前年度より68件上回っている。時間外患者の受入れは406件となり、前年度と比べ163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。

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の役割を果たしていると思われる。

エ 第1-3-(2) 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、第2期中期目標から定められた当該項目について、運営会議はもとより、監督者連携会議やISO推進委員会などで議題として取り上げ、今年度の取組について検討を行っている。

外来や病棟の監督者が集まる監督者連携会議では、評価委員会で重視されていることを伝えるとともに、年間を通じて各部署の職員に対する意識付けを行うことが重要であることを共通認識としている。

ISO推進委員会では、各部署の課題として快適性及び職員の接遇の向上について検討することを伝えている。このことにより各部署の課題として快適性及び職員の接遇の向上に関する項目が多くあがり、また、品質目標としてこの課題に取り組む部署も出てきている。

外来では、スタッフがフロアをラウンドし、積極的に声掛けを行う取組を開始している。

病棟では環境整備のみならず、患者やその家族からの苦情に対して苦情メモや接遇チェックシート（自己評価及び他者評価を行う）を用いるなど、これまでにない取組も出てきている。

今年度は新型コロナウイルス感染症の影響により接遇研修を行えなかったが、各部署で快適性や接遇について検討・取組を行えたことで職員の意識付けにつながっていると思われる。

令和元年度患者満足度調査（外来）は、6.60/10点と、計画を0.13点下回っている。職員の接遇（医師・看護師・受付・リハビリ・放射線技師・検査技師・会計窓口）では、「大変良い」「良い」が前年度81.0%であったのに対し、令和元年度は72.8%と8.2%下回っており、評価を下げている。このことが患者満足度調査（外来）の結果に影響している可能性がある。

一方、入院の患者満足度調査結果は8.22点（前年度8.03/10点）と計画を1.03点上回っている。個別の項目でも多くの項目で前年度と同等若しくは上回る評価を受けている。

(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【重点項目】

- ・地域医療の維持及び向上に対し、法人は十分に役割を果たしてきたと考える。ただ、国・県・町の今後の医療経済的施策にどう対応していくかは課題である。
- ・地域医療の中心的役割を担うために、医師の増員や緩和ケア外来を新設するなど、運営目標が計画以上に達成している。緩和ケアについては、入院医療と在宅医療が有機的に連携し医療の質を向上させるための組織的な運営がされている。
- ・再編統合を求める424病院に芦屋中央病院が含まれたことによりマイナスイメージを与えることとなったが、137床の堅持、医師の1名増員、緩和ケア外来者の増員など努力しており、Ⅳとする。

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】

- ・全国的にコロナ禍で病院経営及び実績が低迷したことは否めない。その中でも、ISO9001の活用など創意工夫し対応するしかない。
- ・訪問看護ステーションに関して指標をやや下回ってはいるが、前年度実績との比較では上回っている項目が多く、特に問題ないと考える。訪問看護師が減少の傾向にあるので、今後、看取り件数も増加すること等考えると、採用計画が必要と思う。
- ・特に退院時カンファレンスについては著増しており、期待以上の成果を上げている。
- ・前年度実績及び今年度計画を上回った項目が一部あるものの、総合的に計画を下回っているため、Ⅲとする。
- ・Withコロナウイルスを想定していない環境で在宅部門の目標設定をされていると思うが、Withコロナウイルスの下で目標設定を変更する必要があるかどうかを検討していただきたい。それに伴い、人材等の経営資源の投入計画にも影響すると思われる。
- ・状況が大きく変化した場合は、目標の見直し等が必要かどうか検討すること。

第1-1-(3) 地域医療連携の推進【重点項目】

- ・地域医療連携は上手くいっている方と考える。状況に合わせてながら行っていただきたい。
- ・診療所からの受入れについて計画に達していないが、その他の項目は前年度実績を大きく上回っており、支障があるレベルではないと考える。
- ・計画を十分達成することができなかつたため、Ⅲとする。

第1-1-(4) 救急医療への取組

- ・国、県の診療再編統合で、救急・がんの重要性を示唆されている以上、一応念

頭において、法人が今できることを行えばよいと考える。

- ・救急車による受入れが前年比68件と増えているのは、地域への認知が高まっていると考え、計画を上回った運営がされていると思う。
- ・救急車による患者の受入れは増加しているが、時間外患者については介護施設との連携を行っているものの163件も減少している。時間外対応の検証が必要と考え、Ⅲとする。

第1-1-(5) 災害時等における医療協力

- ・新型コロナウイルス感染症に対し、発熱外来を設置する等、災害時への対応が良い。感染拡大を防ぐための組織的な取組が早い。
- ・新型コロナウイルス感染防止対策として発熱外来をいち早く開設するなど災害時等に適切に対応しているので、Ⅳとする。

第1-1-(6) 予防医療への取組

- ・実績は、全て計画を上回っており、問題とされないレベルと判断した。
- ・町が事業主体の特定健診やがん検診は、町との連携の中で積極的に行われている。
- ・第1期の計画であった特定健診、がん検診が第2期の計画では本来法人が取り組むべき企業健診等に変更されている。
- ・元年度実績は全ての項目で計画を上回っており、Ⅳとする。
- ・「自衛隊関連で実施可能性のある健診の存在」が明らかになったことで、企業健診数の計画を変更(増加)する必要があるかどうかを検討していただきたい。「職員健診や企業健診の拡大を目指す過程である」ことから控えめに評価されているが、R1年の計画を達成しているので、R1年はⅣという評価が妥当だと思う。
- ・数値を見ると、実績値が計画値を上回っているため、評価をⅣとする。
- ・健診部門を強化するために、さらなる目標の見直しを検討すること。

第1-1-(7) 地域包括ケアの推進

- ・法人は地域での役割を十分に果たされていると考える。
- ・地域包括支援センターの活用や、委員として芦屋町の地域包括ケア推進会議に参加するなど、中核病院としての役割を果たし、積極的な連携がとれていると考える。

第1-2-(1) 医療従事者の確保【重点項目】

- ・医療従事者の確保は必要に応じた対応ができ、独法の大きなメリットの一つ。人が集まれば、組織は充実・向上していく。また人事考課制度の導入も法人の重要な要。十分に検討されることを願う。
- ・医療の質を担保するために、積極的な人材確保(大学病院訪問、懇談会の開催、奨学金制度の導入等)に努力されている。

- ・医師の1名増員など、職員採用においても積極的に行っている。
- ・計画を若干下回ったものの、改善に努めたのであれば、計画より下回ったが、支障や問題とならないレベルと判断することが妥当だと思われる。
- ・医師事務作業補助者については、引き続き確保に努めること。

第1-2-(2) 医療安全対策の徹底

- ・医療安全に対する方針が、全職員に届き、計画以上の実績がある。

第1-2-(3) 計画的な医療機器の整備

- ・設備投資は病院維持向上の必須項目。特に大型医療器具、電子カルテシステムは、計画的に年次計画で予算化する工夫が必要。
- ・計画的な医療機器の整備が行われている。

第1-2-(4) 第三者評価機関による評価

- ・ISO9001委員会の活動を大いに期待したい。優良病院では盛んに導入されているシステムのようなので、頑張ってもらいたい。
- ・各部署でISO9001に対する理解が深まり、第三者評価の指摘に対しても、即改善され、医療の質向上に向かって職員が一丸となり努力されている。

第1-3-(1) 患者中心の医療の提供

- ・切れ目のない医療サービスを提供するため、情報の共有を図りながら、患者中心のチーム医療が実践されている。
- ・患者の権利を尊重し、患者に配慮した取組を行っている。

第1-3-(2) 快適性及び職員の接遇の向上

- ・新病院移転時から年数がたつと、新たな満足度を求める傾向が出る。その中でも患者サービスの基本と原則に添っていかなければいい。
- ・患者の満足度調査について、入院は8割、外来は6割の方々から満足との結果を得ており、良い傾向だと思う。今後は属性に見合ったクロス集計をされると、焦点が絞られ、もっと改善の方向性が見えると思う。接遇に対する職員の方々の努力が実を結んでおり、組織文化に発展することを期待する。
- ・患者サービスにおける職員研修や接遇関係の取組を行っているが、重要となる患者の満足度が十分達成できていない。
- ・前年評価より下がっていることが気になり。

第1-3-(3) 総合相談窓口の充実

- ・相談件数が大幅に伸び、職員の方々の意欲が伺われる。
- ・相談窓口の周知を図る必要があるが相談件数等計画を上回っているため、Vとする。

第1-3-(4) 地域住民への医療情報の提供

- ・整形外科医とリハビリ職員によるスポーツリハビリは、かなりユニークな目玉事業と考える。一般的なリハビリは、どこも高齢者のリハビリが中心だが、時

間帯を工夫したスポーツリハビリは活気づいており、明るい雰囲気は素晴らしい。

- ・各部門が、専門的立場から地域へ情報発信を行い、病院のPRに努めている点を評価した。

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

(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（表2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」（計画どおり又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

令和元年度も引き続き病院長、副院長、医務局長、事務局長、看護部長、薬剤部長による運営会議は毎週1回定例で開催されている。

前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」、若手職員で病院の将来等を検討する「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に引き続き取り組み、院内の情報・意思の共有を図っている。

各部門の管理者及び医師による管理者全体会議は月1回開催され、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・依頼がなされており、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。

イ 第2-2-(2) 予算の弾力化

会計制度については、予算科目内での使用が原則であるが柔軟な運用に努めている。

高額医療機器については、令和元年度も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。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、購入の可否を決定し、計画的に購入している。

ウ 第2-2-(3) 計画的かつ適切な職員配置

令和元年度は4月に整形外科医師を1人採用し、医務局は18人体制となっている。

看護師については6人採用したものの退職者が7人いたため、計画を3人下回る96人体制となっている。しかし地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟などの施設基準を満たすことのできる人数の採用を行っている。

また、医師・看護師を除く医療職員については薬剤師1人・理学療法士4人、保健師1人の合計6人採用している。

事務部門職員については、採用は無かったが、研修を受けることで病院特有の事務に精通した職員を育成することに努めている。

エ 第2-2-(4) 研修制度の推進

これまで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参加する形式の新人研修会を開始している。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となっている。

令和元年度も全職員を対象とした院内学習会や、各部署及び委員会での自主的な研修会により、専門性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、非常勤職員を含む全看護師に研修の機会を提供している。長期間に及ぶ講習である「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。

令和元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、前年度から人事評価を段階的に開始している。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ている。その上で病院への貢献の大きい職員に対しては、前年度に引き続きモチベーション向上のため令

和2年4月に表彰を行い、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、自身はどうだったかを振り返る機会を設けている。

評価する者とされる者の両者の理解を深めるため、評価者研修及び被評価者研（新入職員対象）の実施を計画している。4月には被評価者研修（新入職員対象）を実施したが、評価者研修については実施できていない。

医師の人事評価に関しては、引き続き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。処遇には反映しないが、多面評価を行っている。院長による各医師への面接を行う予定であったが、実施できていない。

（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

- ・体制移行の段階から慎重に進められ組織がうまく機能しており、計画通り具体的に展開されている。

第2-2-（１）人事考課制度の導入に向けた取組

- ・人事考課制度導入は、根気と忍耐と時間がかかるので、頑張っていたきたい。基本と原則は、人材育成。
- ・表彰を行うなど職員の勤務意欲を高める病院側の対応を評価する。今後とも、やり甲斐のある職場風土に結びつくことを期待する。
- ・評価の透明性についても留意されたい。
- ・評価者研修や院長による医師面接など計画を達成できていない。

第2-2-（３）計画的かつ適切な職員配置

- ・新たな医療機能（地域包括ケア・緩和ケアなど）に見合った医療従事者の採用が計画どおりされている。また、病院経営の立場から事務部門の育成に着眼し、管理体制を強化された点は評価する。

第2-2-（４）研修制度の推進

- ・医療の質を担保するために病院として全体的な研修の在り方を工夫し、職員を計画的に育成されている点を高く評価する。

第3 財政内容の改善に関する事項

（１）評価結果

A評価（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（表2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」（計画どおり又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

令和元年度は基幹病院からの転院の受け皿となる地域包括ケア病床や、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引き続き地域の医療ニーズに対応する形で配置している。

病床利用率については、全病床で82.2%（前年度79.6%）と計画を1.7%上回っている。さらに病床稼働率は85.4%となっている。

平均入院単価については、38,243円と計画を1,692円上回っている。入院収益は15億7,300万円と1億3,300万円増加している。

全病床（137床）のうち多くを占める一般病床は、前年度から105床（緩和ケア病床15床、地域包括ケア病床90床）となり、基幹病院の後方支援病院としての役割を明確化し、かつ、地域住民の医療ニーズに応えている。その結果、指標（1日平均入院患者数、新規入院患者数、病床利用率、平均入院単価）は全て計画を達成している。

療養病床は前年度から医療療養型病床32床となっている。このうち14床を新病院移転に伴い地域包括ケア病床として運用していたが、地域医療ニーズへのさらなる適応を検討し、令和元年10月より18床としている。これに伴い、医療療養型病床32床のうち、療養病床は18床から14床となっている。このことについては療養病床の指標である1日平均入院患者数の令和元年度計画（15人）の達成に影響しているが、特に問題ないと思われる。療養病床の平均入院単価は21,557円（前年度21,283円）と若干上昇し、計画を2,323円上回っている。

外来患者については、令和元年度の1日平均患者数が418.5人（前年度376.5人）と前年度と比べ42人増加し、計画を24.2人上回っている。患者一人当たりの外来診療単価は6,779円（前年度6,993円）で、前年度に比べ214円減少し、計画を200円下回っている。しかし患者数が増えたことで外来収益は回復し8億2,300万円（前年度7億6,900万円）と5,400万円増加している。

未収金については、今年度も引き続き限度額申請の手続の勧奨や、未払い患者へ電話による相談を行っている。新しい取組としては、弁護士を活用した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

令和元年度は第2期中期計画及び令和元事業年度計画に基づき、事業運営を行った。経常収支としては、病院収益約28億5,900万円（前年度25億8,600万円）と2億7,300万円増加している。前年度に比べ病床利用率が上昇し、また、1日平均外来患者数も増加しており、入院・外来ともに増収となったことが大きく影響している。病院費用については、29億4,400万円（前年度28億3,800万円）と1億600万円増加している。前年度に比べ人件費が上昇したことが要因と思われる。経常損失は8,500万円（前年度2億5,200万円）と1億6,700万円減少しており、健全経営に向けた体制作りが進んでいる。

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、令和元年度は、整形外科医師1人を常勤医師として採用している。

しかし、新病院建設や新たに購入した医療機器による減価償却費は第2期中期計画内は減少が難しく、引き続き高額医療機器等の購入を慎重に行う必要がある。

なお、令和元年度も繰出し基準に基づいた運営費負担金を町から繰り入れている。

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、令和元年度が74.2%（前年度72.9%）で、わずかではあるが、上昇している。抗生剤など使用量の多い薬剤を後発医薬品へ切り替え、引き続き使用割合の上昇に努めている。

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。

令和元年度は高額医療機器の購入が医用画像管理システムのみであった。

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

- ・病院収益は計画を上回っているが、収支においては依然厳しい状況にあるため、Ⅲとする。

第3-1-(2) 収入の確保

- ・入院においては一部計画を下回った項目があるものの、病床利用率・入院単価など多くの項目で計画を上回っているため、Ⅳとする。

第3-1-(3) 支出の節減

- ・将来目指すべき経営は、数値目標として、経常収支比率を限りなく100%に近づけ、人件費を抑え、ベッド利用率を高め、入院・外来単価を上げることだが、要は入りを計りて出を制すが基本と原則。
- ・医師の確保における人件費の増はやむを得ないと考えますが、患者数の増加による収入増を図る必要がある。特に外来分野において良い先生、良い病院という評価を得られることが必要と考える。

○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	村松 圭司	産業医科大学 医学部 公衆衛生学 准教授
副委員長	中山 顯兒	永田整形外科病院 顧問
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	武藤 淳	武藤公認会計士事務所 公認会計士
委員	内海 猛年	芦屋町国民健康保険運営協議会 会長

○令和2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2年8月6日(木) 芦屋町役場31会議室	(1)地方独立行政法人芦屋中央病院評価委員会運営要綱の改正について (2)令和元事業年度における業務実績報告書について
第2回 令和2年9月24日(木) 芦屋町役場31会議室	(1)第1回評価委員会議事要旨について (2)令和元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について
第3回 令和2年10月26日(月) 書面開催	(1)第2回評価委員会議事要旨について (2)令和元事業年度における業務実績に関する意見書(案)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 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			16	20	1	13	6	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) 快適性及び職員の接遇の向上	1	1			●		
		(3) 総合相談窓口の充実	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 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に向けた取組	1	1			●		
		(2) 予算の弾力化	1	1			●		
		(3) 計画的かつ適切な職員配置	1	1			●		
2 業務運営の改善と効率化	(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	