

地方独立行政法人西都児湯医療センター
令和1事業年度における業務実績に関する評価結果

令和2年8月

西 都 市

目 次

	ページ数
1 年度評価の方法	1
2 全体評価	1
(1) 評価結果	1
(2) 全体評価にあたり考慮した事項	2
3 大項目評価	2
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にとるべき措置	
(1) 評価結果	4
(2) 判断理由	4
(3) 大項目評価にあたり考慮した事項	4
(4) 評価にあたっての意見、指摘等	5
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にとるべき措置	
(1) 評価結果	6
(2) 判断理由	6
(3) 大項目評価にあたり考慮した事項	6
(4) 評価にあたっての意見、指摘等	6
第3 財政内容の改善に関する目標を達成するためにとるべき措置	
(1) 評価結果	7
(2) 判断理由	7
(3) 大項目評価にあたり考慮した事項	7
(4) 評価にあたっての意見、指摘等	7
第1 1 その他業務運営に関する重要目標を達成するためにとるべき事項	
(1) 評価結果	8
(2) 判断理由	8
(3) 大項目評価にあたり考慮した事項	8
(4) 評価にあたっての意見、指摘等	8
○地方独立行政法人西都児湯医療センター評価委員会委員名簿	9
○令和2年度地方独立行政法人西都児湯医療センター評価委員会開催経過	9

1 年度評価の方法

地方独立行政法人西都児湯医療センター評価委員会（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 項第 3 号の規定に基づき、地方独立行政法人西都児湯医療センター（以下「法人」という。）の令和 1 事業年度に係る業務実績について、市長が評価するに当たり、地方独立行政法人西都児湯医療センター評価委員会条例（平成 26 年西都市条例第 28 号）第 2 条第 2 号の規定により、市長からの諮問を受け評価を行った。

評価を行うに当たっては、「地方独立行政法人西都児湯医療センターの業務実績に関する評価実施要領」（平成 30 年 6 月 27 日施行）に基づき、「項目別評価」と「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法人へのヒアリングを通じて、自己評価の妥当性や年度計画の進捗状況について、小項目評価及び大項目評価を行った。また、「全体評価」では、項目別評価の結果を踏まえ、年度計画及び中期計画の進捗状況について、総合的な評価を行った。

【評価について】

大項目評価は、小項目評価の結果、特記事項の記載内容等を考慮し、大項目ごとの業務の進捗状況について、次の評価基準により評価を行う。

評価	判断基準	判断の目安 (小項目評価平均)
S	計画を大幅に上回り、特に評価すべき進捗状況にある	4.5 以上
A	順調に進んでいる	3.5 以上 4.5 未満
B	概ね順調に進んでいる	2.5 以上 3.5 未満
C	やや遅れている	1.5 以上 2.5 未満
D	大幅に遅れている、又は重大な改善すべき事項がある	1.5 未満

全体評価は、項目別評価の結果を踏まえ、年度計画及び中期計画の全体的な進捗状況について、記述式による評価を行う。

2 全体評価

(1) 評価結果

令和 1 事業年度に係る業務実績に関する大項目評価については、3 ページ以降に示すように、評価対象となる「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にとるべき措置」、「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にとるべき措置」、「第 3 財政内容の改善に関する目標を達成するためにとるべき措置」の 3 つの大項目において「B 評価」（概ね順調に進んでいる）が妥当と判断した。

なお「第 11 その他業務運営に関する重要目標を達成するためにとるべき事項」については、年度計画よりやや遅れているが、西都市と合計 3 回の協議し、事業債本申請手続きに取

り組んでいることにより「B 評価」が妥当と判断した。

全体的な評価については、大項目評価のうち、3 項目が「B」評価であること、25 の小項目評価の平均が 3.0 であることを考慮し、中期目標・中期計画の達成に向けて概ね順調に進んでいると判断した。

《大項目評価及び小項目評価の結果》

大項目	大項目 評価	小項目評価					
		5	4	3	2	1	平均
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 標を達成するためにとるべき措置	B		3	12	1		3.1
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にとるべき 措置	B			3	1		2.7
第 3 財政内容の改善に関する目標を 達成するためにとるべき措置	B		1	1	1		3.0
第 1 1 その他業務運営に関する重要 目標を達成するためにとるべき事項	B			1			3.0
小項目評価計			4	17	4		3.0

(2) 全体評価にあたり考慮した事項

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事項については、急性期医療としては、脳神経外科の検査や手術に加えて、呼吸器内科の直達硬性鏡を用いた気管・気管支腫瘍の切除又はステント留置術、内視鏡検査や治療等の高度な医療を提供し、緊急性の高い脳卒中等の脳疾患や呼吸器疾患及び骨折等の整形外科疾患を積極的に受け入れ、手術件数や内視鏡検査件数は年度計画を大幅に上回る実績となっている。

初期救急医療体制の維持及び充実では、西都児湯地域で唯一内科・外科の夜間急病センターを備えていることもあり、地域の救急搬送に対して可能な限り受け入れを行い、救急車搬入件数が昨年と同様に年度目標指数を大幅に上回っている。

地域医療連携の推進では、他の医療機関や施設等からの紹介患者を速やかに受け入れ、地域医療連携室を 3 人体制としたが、外来患者数増加に伴い、紹介患者の受入れや逆紹介率が計画指数を大幅に下回る結果となっている。今後は地域に根差した病院として、地域のかかりつけ医に繋げていただき、逆紹介率の向上のみならず紹介率の向上を望む。

また在宅医療の充実に向けた支援として、地域医療連携室の社会福祉士が在宅復帰に向けて主治医や看護師など多職種で対応し、退院支援相談件数や医療相談件数が増加し、地域の医療水準の向上に努めている。

地域災害拠点病院としての役割では、災害時に機能を十分に発揮できるように、平時においても、緊急時における連絡体制の確保や災害医療訓練を実施し、災害対応マニュアル及びアクションカードの修正・改定に取り組んでいる。

医療安全対策の徹底については、医療安全管理体制の充実に向け医師と専任の医療安全管理者が毎週1回カンファレンスを開催し、改善に向けた取り組みをおこなっている。

医療の質の向上におけるクリティカルパスの導入の推進については、クリティカルパス委員会を中心に、現在のクリティカルパスの見直しと新たなクリティカルパスの作成に向け取り組んでおり、令和1事業年度においては、脳梗塞とコイル塞栓術の2つについて作成し、クリティカルパスの種類を14としている。

また地域連携クリティカルパスについては、周辺の医療機関と連携に至らなかったため作成できていないが、患者の紹介率及び逆紹介率にも大きく影響するので、早急な作成を検討して頂きたい。

公的医療機関としての役割においては、研修施設として、宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センターの研修医、西都市消防本部の救急救命士を受け入れ、実習施設として宮崎大学医学部の医学生、専門学校の理学療法士・医療事務従事者を受け入れている。

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にとるべき措置については、法人運営管理体制の確立のため、病院運営会議を毎月1回開催し、診療実績及び経営状況の報告並びに診療報酬増収のための新たな施設基準取得に向けた検討や病院経営に関する企画の立案を行った。また、入院基本料の算定要件である重症度、医療・看護必要度の数値においては、一斉メールを活用し目標値や現状値などを日々送信し周知することで、院内の意思統一を図っており、法人運営管理体制に関して適切な対応をしている。

収入の確保において、新規入院患者数は平成30事業年度と同様に、年度計画の指標を大きく上回り、在宅復帰率の向上を図り、平均在院日数を短くした点において評価できる。

一方、支出の削減において、ジェネリック医薬品採用率は年度計画を大幅に上回っているが、DPC（包括的医療費支払制度）を採用している病院と比べると低いため、更にジェネリック医薬品採用率を伸ばしてほしい。

3 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に
とるべき措置**

(1) 評価結果

B評価（概ね順調に進んでいる）

(2) 判断理由

小項目評価結果の平均点は3.1であることから、「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にとるべき措置」に関する大項目評価は、B評価が妥当と判断した。

※法人自己評価と評価委員会評価はすべて同じ評価だった。

〈項目別評価の集計結果〉

	項目数	項目別評価					平均
		5	4	3	2	1	
1 医療サービス	5		1	3	1		3.1
2 医療の質の向上	5			5			
3 患者サービスの向上	4		1	3			
4 公的医療機関としての役割	1		1				
5 法令遵守	1			1			
合計	16	1	3	12	1		

(3) 大項目評価にあたり考慮した事項

【1－（１）】 緊急性の高い脳疾患や地域に不足している内科疾患における二次救急医療の提供

- ・急性期医療としては、脳神経外科の検査や手術に加えて、呼吸器内科の直達硬性鏡を用いた気管・気管支腫瘍の切除またはステント留置術、内視鏡検査や治療等の高度な医療を提供している。
- ・緊急性の高い脳卒中等の脳疾患や呼吸器疾患及び骨折等の整形外科疾患を積極的に受け入れている。

【1－（５）】 地域災害拠点病院としての役割

- ・災害訓練を行い、災害対応マニュアル及びアクションカードの修正・改定に取り組み、DMATと事務職員が県外DMATとの連携や傷病者の転院搬送依頼などの実働訓練を行っている。

【3－（4）】職員の接遇向上

- ・正職員に限らず、臨時職員等も含めた全職員を対象とした接遇研修を4回に分けて実施しており、職員一人ひとりが接遇の重要性を認識し、その向上に努めている。

【4】公的医療機関としての役割

- ・研修施設として、宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センターの研修医、西都市消防本部の救急救命士を受け入れている。
- ・実習施設として、宮崎県立看護大学の看護学生、専門学校の理学療法士・医療従事者を受け入れている。
- ・夜間急病センターについては、常勤医1人あたり月6～7回の当直や宮崎大学医学部及び西都市西児湯医師会からの当直医派遣の継続により、診療機能を維持できている。

(4) 評価にあたっての意見、指摘等

【1－（3）】地域医療連携の推進

- ・紹介率が低いのは、救急搬送が多いからなのか。
- ・逆紹介率が増えれば、紹介率も上がってくる。

【1－（5）】地域災害拠点病院としての役割

- ・医師はDMAT資格を持っているのか。

【2－（3）】クリティカルパス導入の推進

- ・地域連携クリティカルパスを作成すれば、紹介率及び逆紹介率も向上する。
- ・地域連携クリティカルパスを作成すれば、今後、整形外科の分野も連携が進むのでは。

【2－（5）】研修制度の確立

- ・認定看護師は、看護師の資格取得制度であり、感染症も含めスタッフ育成になる。
- ・認定看護師を取得するには、研修の参加は必須なのか。
- ・認定看護師の増加を望む。

【5】法令遵守

- ・カルテ報開示請求は、どのような目的での開示なのか。

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にとるべき措置

(1) 評価結果

B評価（概ね順調に進んでいる）

(2) 判断理由

小項目評価結果の平均点が2.7であることから、「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にとるべき措置」に関する大項目評価は、B評価が妥当と判断した。

※法人自己評価と評価委員会評価はすべて同じ評価だった。

〈項目別評価の集計結果〉

	項目数	項目別評価					平均
		5	4	3	2	1	
1 法人運営管理体制の確立	1			1			2.7
2 業務運営の改善と効率化	4			3	1		
合計	5			4	1		

(3) 大項目評価にあたり考慮した事項

【1】法人運営管理体制の確立

- ・病院運営会議を毎月1回開催し、診療実績と経営状況の報告並びに診療報酬増収のために、新たな施設基準取得のための検討や病院経営に関する企画立案を行っている。

(4) 評価にあたっての意見、指摘等

【2－（4）】病院機能評価の活用

- ・病院機能評価申請はおこなったのか。
- ・仮に病院機能評価を行っても、現段階では評価は低いのでは。

第3 財政内容の改善に関する目標を達成するためにとるべき措置

(1) 評価結果

B 評価（概ね順調に進んでいる）

(2) 判断理由

小項目評価結果の平均点は3.0であり、また、以下のことを考慮し、「財政内容の改善に関する目標を達成するためにとるべき措置」に関する大項目評価は、B 評価が妥当と判断した。

※法人自己評価と評価委員会評価はすべて同じ評価だった。

〈項目別評価の集計結果〉

	項目数	項目別評価					平均
		5	4	3	2	1	
1 持続可能な経営基盤の確立	3		1	1	1		3.0

(3) 大項目評価にあたり考慮した事項

【1－（1）】収入の確保

- ・新規入院患者数、1日あたりの外来患者数が増加している点は評価できる。

【1－（3）】役割と負担の明確化

- ・数値目標には達成していないが、経常損益が赤字でなければ、評価できる。

(4) 評価にあたっての意見、指摘等

【1－（1）】収入の確保

- ・患者数が増えてきている。

【1－（2）】支出の節減

- ・ジェネリック医薬品採用率は増加しているが、DPCとの兼ね合いで法人の自己評価が低いのか。
- ・ジェネリック医薬品採用率を伸ばしてほしい。

【1－（3）】役割と負担の明確化

- ・経常損益はプラスなのか。

第 1 1 その他業務運営に関する重要目標を達成するためとるべき事項

(1) 評価結果

B 評価（概ね順調に進んでいる。）

(2) 判断理由

小項目評価結果が 1 項目であり、3.0 であることから、「その他業務運営に関する重要目標を達成するためとるべき事項」に関する大項目評価は B 評価が妥当と判断した。

※法人自己評価と評価委員会評価は同じ評価だった。

〈項目別評価の集計結果〉

	項目数	項目別評価					平均
		5	4	3	2	1	
1 病院施設整備に向けた取組み	1			1			3.0

(3) 大項目評価にあたり考慮した事項

特になし。

(4) 評価にあたっての意見、指摘等

特になし。

○地方独立行政法人西都児湯医療センター評価委員会委員名簿

	氏名	役職等
委員長	松 本 英 裕	西都市西児湯医師会 会長
副委員長	永 友 和 之	児湯医師会 会長
委員	落 合 秀 信	宮崎大学医学部 教授
	藤 澤 豊 子	宮崎医療福祉専門学校 副校長
	水 田 祐 輔	西都法律事務所 弁護士

(敬称略、委員は五十音順)

○令和2年度地方独立行政法人西都児湯医療センター評価委員会開催経過

日程	審議議題
≪第1回≫ 令和2年7月6日(月) 西都市役所議会委員会室	(1) 令和1事業年度における業務実績に関する評価について
書面審議	コロナ感染症拡大防止のため (1) 令和1事業年度における業務実績に関する評価結果(案)について

地方独立行政法人 西都児湯医療センター
令和 1 事業年度における業務実績に関する評価結果
〔小項目評価〕

令和 2 年 8 月

西 都 市

地方独立行政法人西都児湯医療センターの概要

1. 現況（令和2年3月31日現在）

- ① 法人名：地方独立行政法人西都児湯医療センター
- ② 所在地：宮崎県西都市大字妻1550番地
- ③ 役員の状況

理事（任期：平成30年4月1日から令和2年3月31日）

役職名	氏名	所属・職名等	備考
理事長	長田 直人	院長	常勤
理事	瀧砂 亮一	副院長	非常勤
理事	桐ヶ谷 大淳	宮崎大学医学部地域医療・総合診療医学講座助教	非常勤
理事	村上 牧雄	西都商工会議所会頭	非常勤
理事	増田 恵二	元西都市会計管理者	非常勤

監事（任期：平成30年4月1日から令和1年度財務諸表承認日まで）

監事	黒木 陽介	税理士	非常勤
監事	黒木 輝幸	高鍋町監査委員	非常勤
監事	村上 秀幸	公認会計士、中小企業診断士	非常勤

④ 設置・運営する病院

病院名	西都児湯医療センター
主な役割及び機能	救急告示病院、地域災害拠点病院
所在地	宮崎県西都市大字妻1550番地
開設日	平成28年4月1日
病床数	91床（稼動病床数：一般病床69床）
診療科目	脳神経外科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、整形外科 リウマチ科、麻酔科、内科、外科、リハビリテーション科、放射線科
病院敷地面積	5,615.65㎡
建物規模	鉄筋コンクリート造陸屋根4階建 建築面積 2,290.05㎡ 延床面積 3,750.62㎡

⑤ 職員数（令和2年3月31日現在）

129人（正職員100人、非常勤職員29人）※西都市からの派遣職員3名含む

2. 地方独立行政法人西都児湯医療センターの基本的な目標等

●病院理念

◇地域医療の充実による地域社会への貢献

◇地域医療を担う次代の医療人の育成

◇地域の行政・医療機関・施設との連携推進

病院理念の達成を目標に様々な事業に取り組んでいるが、特に力を入れているのは地域医療の充実である。西都児湯医療圏の中核的病院、唯一の地域災害拠点病院として、地域医療の中心的役割を担えるよう機能の充実を図り、医療を取り巻く環境の変化に迅速かつ柔軟に対応できる病院運営を心がけ、質の高い医療サービスの提供を目指す。さらに、行政や医師会との連携を図り、地域に求められる医療の実現を目指していかなければならない。また、研修施設として、宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センターの研修医、西都市消防本部の救急救命士を受け入れた。実習施設としては、宮崎県立看護大学の看護学生、宮崎大学医学部の医学生、専門学校の理学療法士・医療事務従事者を受け入れた。今後は、薬学部学生などの実習も受け入れて、将来の地域医療を担う医療人の育成と人材確保を目指す。

全体的な状況

1. 法人の総括と課題

今年度も急性期一般入院料 1 を堅持し、高齢化が進む地域住民の急性期医療のニーズに対応した医療の提供を行った。

医療機能・患者サービスの向上、経営安定のために必要な医療従事者の確保については、昨年度末に常勤循環器内科医師 1 名が退職したため、内科の診療体制が縮小した。

脳神経外科、整形外科、呼吸器内科は、288 件の手術治療に対応した。夜間急病センターは、勤務医の 1 人当たり月 6～7 回の当直や宮崎大学医学部及び西都市西児湯医師会からの医師派遣継続をいただき、昨年同様の診療機能を維持することができた。

予防医療の推進を目的として、ホームページによる情報発信や西都市の広報紙「広報さいと」へ、職員やコメディカル部門の紹介や院内の出来事・話題等の情報を隔月掲載した。

患者数は、入院患者、外来患者ともに増加傾向にある。今年度の延入院患者数は 21,579 人で、前年度 21,043 人に対して 516 人増加し、前年比 2.54% 増となっている。延外来患者数は、一般外来 18,022 人、夜間急病センター 3,163 人で合計 21,185 人。前年度は、一般外来 17,405 人、夜間急病センター 3,239 人の合計 20,644 人に対して 541 人増加し、前年比 2.62% 増となっている。

「地方独立行政法人西都児湯医療センター施設整備基本計画」の策定を目指し、病床機能や土地の選定について西都市と 3 回協議し、5 月病院事業債本申請手続きを行った。

今後の課題としては、地域住民に対する安全安心な医療の提供と経営の健全化を両立させるために、増加する人件費、多額の経費を要することが予測されることから、業務の質を確保したうえでの経費削減に努めなければならない。

2. 大項目ごとの特記事項

(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取り組み

昨年度末、常勤循環器内科医師 1 名が退職したことにより内科の診療体制が縮小した。夜間急病センターは、勤務医の 1 人当たり 1 月 6～7 回の当直や宮崎大学医学部及び西都市西児湯医師会からの派遣継続をいただき、昨年同様の診療機能を維持することができた。

看護職員の自己研鑽を目的とした院外研修受講は 80 回、院内研修開催は伝達講習も含めて 46 回開催した。その取り組みは、働き方改革に合わせ勤務時間内に研修を開催することが出来た。また、看護職員の質の向上のため、学会や研修会へ積極的に派遣し職員のスキルアップと医療の質向上へつながった。

患者ニーズ把握のため患者満足度調査を実施した。その中で不満が高かった項目は、駐車場の狭さであった。患者来院時の駐車場については、職員の駐車場は可能な限り病院外の用地使用を促し、院内の駐車場を患者駐車場として確保したが、駐車場に対する不満解消には至っていない。次年度以降、駐車場の不満解消を目的とした新たな駐車場用地確保を目指す。

(2) 業務運営の改善及び効率化に関する取り組み

診療部、看護部、医療支援部、事務局の管理職による病院運営会議を毎月開催し、診療実績と経営状況の報告並びに医師確保や診療体制など、病院運営において重要な課題について協議している。

収入に直結する施設基準については、入院基本料 7 対 1 を維持するための要件である平均在院日数、在宅復帰率、重症度、医療、看護必要度など分析したものを毎週開催される連絡会議で各部局へ報告している。

（３） 財政内容の改善に関する取組み

収入については、今年度は、許可病床数 91 床で算出した病床利用率は 62.8%（稼働病床 69 床で算出した病床利用率は 85.6%）で、夜間休日等の緊急入院対応に必要なベッドの確保も考慮すると、ほぼ満床に近い状況であり、新規入院患者数は前年度より 63 名減少したが計画値より 107 名増の 1,297 名となった。外来については、1 日 100 名超の受診者があり急患処置も兼ねた外来診察室や待合室の狭さが影響しているものの前年度より 541 名増の 21,185 名で、診療科が減少したが前年より患者数は増加した。

費用については、職員がほぼ 50 歳以下であることから、今後数年間は人件費が上昇し続ける。財政悪化は確実と思われる中、新たな収入増加、コスト削減策が必要である。収入増加策は、施設規模に左右されず、経費の掛からないものでなければならず、現状のまま取り組める新たな施設基準（加算）の取得を模索したが今年度は新たな施設基準の取得はできなかった。

コスト削減策としては、徹底した価格交渉による材料費の削減に取り組み、単価の上昇は抑えられた。今年度から人事評価制度の導入に向けた取り組みを開始したため、あわせて適正な給与体系の構築の検討に取り組み、将来的には給与規程等の見直しを行うことで、人件費の抑制に繋がる可能性はあると考えている。

※施設基準とは医療法で定める医療機関および医師等の基準の他に、健康保険法等の規定に基づき厚生労働大臣が定めた、保険診療の一部について、医療機関の機能や設備、診療体制、安全面やサービス面等を評価するための基準になります。

（４） その他業務運営に関する重要事項に関する取り組み

新病院準備室の市職員 3 名を中心に、新病院建設に向けて取り組み、「地方独立行政法人西都児湯医療センター施設整備基本計画」の策定を目指し、病床機能や土地の選定について西都市と 3 回協議し、5 月病院事業債本申請手続きを行った。

項目別の状況

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 医療サービス (1) 緊急性の高い脳疾患や地域に不足している内科疾患における二次救急医療の提供

中期目標	緊急性の高い脳卒中等の脳疾患を積極的に受け入れるとともに、当医療圏に不足している呼吸器及び消化器等を中心とした内科系疾患の受入体制を整備し、地域の医療機関と役割分担をしながら医療圏内における完結型医療を目指して、二次救急医療の提供を行うこと。
------	---

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
現在、西都児湯医療圏からは約 4 割の患者が圏外へ流出していることから、地域の医療機関と連携を図り、役割分担をしながら医療圏内で完結できる診療体制の実現を目指す。 特に高齢者に多くかつ緊急性の高い脳卒中等の脳疾患患者について、MRI 装置やDSA装置といった高度医療機器を備える法人が積極的に受け入れ、また呼吸器及び消化器領域の内科疾患や整形外科疾患についても、専門性を活かして高度な医療を提供する。	現在、西都児湯医療圏からは約 4 割の患者が圏外へ流出していることから、地域の医療機関と連携を図り、役割分担をしながら医療圏内で完結できる診療体制の実現を目指す。 特に高齢者に多くかつ緊急性の高い脳卒中等の脳疾患患者について、MRI 装置やDSA装置といった高度医療機器を備える法人が積極的に受け入れ、また呼吸器、循環器及び消化器領域の内科疾患や整形外科疾患についても、専門性を活かして高度な医療を提供する。	当院は稼働病床数 69 床（許可病床数：91 床）の病院として、今年度も急性期の医療を継続し、緊急性の高い脳卒中等の脳疾患や呼吸器疾患及び骨折等の整形外科疾患を積極的に受け入れた。 高度医療機器は、MRI・CT・DSA がある。MRI 検査は平成 30 年度 3,058 件、令和元年度 2,950 件で 108 件の減少、CT 検査は平成 30 年度 3,582 件、令和元年度は 3,563 件で 19 件の減少、DSA は平成 30 年度 107 件、令和元年度は 85 件で 22 件減少した。 急性期医療としては、脳神経外科の検査や手術に加えて、呼吸器内科の直達硬性鏡を用いた気管・気管支腫瘍の切除またはステント留置術、内視鏡検査や治療等の高度な医療を提供した。 また、外傷や骨折等の診療及び大腿骨頭置換手術等の高度な医療を提供した。 整形外科の緊急以外の定例手術や受傷後 48 時間以内の早期に手術治療が望ましい症例は、理事長自ら麻酔を担当した。	4	4	

指標	29年度 実績	R1年度 目標
手術件数（件）	201	240
血管内治療件数（件）	40	43
t-PA治療件数（件）	11	12
内視鏡検査件数（件）	240	250

DSA（血管造影検査）
血管内に造影剤を挿入し、病変などについて詳しく検査する方法

t-PA 治療（血栓溶解療法）
急性期の脳梗塞の治療法

指 標	R1 年度 実績
手術件数（件）	288
血管内治療件数（件）	42
t-PA 治療件数（件）	9
内視鏡検査件数（件）	271

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にとるべき措置	
1 医療サービス	(2) 初期救急医療体制の維持及び充実

中期目標	地域にとって不可欠な初期救急医療体制を確実に維持するとともに、医師を始めとする医療職の確保や医師会との連携強化を進めながら、受入時間の延長など、体制の充実に努めること。また、法人での対応が困難な救急医療については、医療圏外の二次・三次救急病院との連携を図り、迅速かつ適切な対応を行うこと。
------	--

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
夜間急病センターを備える地域で唯一の医療機関として受け入れ時間の延長など、地域住民のニーズに応えられるよう、医療職の確保とレベルアップを図り、地元医師会をはじめとする地域の医療機関や宮崎大学からの支援協力をいただきながら、受入体制の確実な維持・充実に努める。 また、法人での対応が困難な高度救急については、宮崎大学医学部附属病院や県立宮崎病院をはじめとする圏外の二次・三次救急病院と緊密に連携し、必要な処置及び診断を行ったうえで搬送することにより、迅速かつ適切な対応を行う。	夜間急病センターを備える地域で唯一の医療機関として受け入れ時間の延長など、地域住民のニーズに応えられるよう、医療職の確保とレベルアップを図り、地元医師会をはじめとする地域の医療機関や宮崎大学からの支援協力をいただきながら、受入体制の確実な維持・充実に努める。 また、法人での対応が困難な高度救急については、宮崎大学医学部附属病院や県立宮崎病院をはじめとする圏外の二次・三次救急病院と緊密に連携し、必要な処置及び診断を行ったうえで搬送することにより、迅速かつ適切な対応を行う。	西都児湯地域で唯一内科・外科の夜間急病センターを備えているが、救急搬送患者の約4割が圏外へ流出していた。西都児湯医療圏の救急医療の現状について理事長自ら搬送先や受入拒否、時間帯別の対応状況等の調査を行った。 地域の急性期を担う医療機関として、増加する救急搬送依頼を受け入れるように、日中及び夜間の救急搬送の受入を担当する医師へ可能な限り受け入れるよう要請し続けた結果、前年度と同程度の1,018件の救急搬送を受け入れることが出来た。 西都児湯医療圏外への搬送割合が少しでも低下するように、救急搬送の受入体制の更なる強化が今後の課題である。	3	3	

	29 年度 実績	R1 年度 計画
救急車搬入件数（件）	836	850
救急車応需率（％）	65	70

	29 年度 実績	R1 年度 計画
救急車搬入件数（件）	836	850
救急車応需率（％）	65	70

指 標	R1 年度 実績
救急車搬入件数（件）	1,018
救急車応需率（％）	68.1

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にとるべき措置

1 医療サービス (3) 地域医療連携の推進

中期目標	地域の中核病院としての役割を果たすため、充実した医療設備や手厚い看護体制によって症状の安定化を図り、地域の医療機関若しくは高齢者施設へのスムーズな受渡しを行うなど、医療連携の推進・強化に努めること。
------	---

中期計画			年度計画		法人の自己評価		評価委員会の評価	
					評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
地域の中核病院としての役割を果たすため、地域の医療機関との機能分担と協力体制を強化し、病病連携・病診連携を推進する。地域の医療機関と協力し紹介された患者の受入れと患者に適した医療機関への紹介を進め、紹介率及び逆紹介率の向上を図る。			地域の中核病院としての役割を果たすため、地域の医療機関との機能分担と協力体制を強化し、病病連携・病診連携を推進する。地域の医療機関と協力し紹介された患者の受入れと患者に適した医療機関への紹介を進め、紹介率及び逆紹介率の向上を図る。		他の医療機関や施設等からの紹介患者をすみやかに受け入れ、退院手続きをスムーズに行うため、4月に地域医療連携室へ看護師1名を配置し社会福祉士と合わせて3人体制とした。 地域医療連携室は、転院に伴う医療機関や施設選定、在宅復帰に向けた家族との調整等の業務を行った。 これらの取り組みを行ったが、紹介率・逆紹介率ともに前年度を下回り、計画値も下回る結果となった。	2	2	紹介率が低いのは、救急搬送が多いからなのか。 逆紹介率が増えれば、紹介率も上がってくる。
指標	29年度実績	R1年度目標	指標	29年度実績	R1年度計画	指標	R1年度実績	
紹介率（％）	54.4	55以上	紹介率（％）	54.4	55以上	紹介率（％）	24.1	
逆紹介率（％）	75.0	75以上	逆紹介率（％）	75.0	75以上	逆紹介率（％）	61.2	

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にとるべき措置

1 医療サービス (4) 在宅医療の充実に向けた支援

中期目標	主治医やケアマネジャー等に退院時カンファレンスへの参加を促すなど、在宅医療に係る関係機関との円滑な連携による退院支援を行うこと。また、地域医療ネットワークの連携を強化し、切れ目のない医療・介護・福祉サービスが提供できるよう、地域の医療水準の向上に努めること。
------	---

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価																									
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など																								
在宅医療の充実に向けて、入院早期より退院困難な要因を有する患者を把握し、入院患者の在宅医療への移行が円滑に行えるように支援する。退院支援の際、患者・家族や医療機関、介護・福祉関係機関等と情報共有や調整を十分に図る。主治医や看護師、その他患者に関わる職種で役割分担の下、チーム医療として在宅医療体制のサポートを行う。 <table><tr><th>指標</th><th>29年度実績</th><th>R1年度目標</th></tr><tr><td>退院支援相談件数（件）</td><td>284</td><td>300</td></tr><tr><td>医療相談件数（件）</td><td>572</td><td>600</td></tr></table>	指標	29年度実績	R1年度目標	退院支援相談件数（件）	284	300	医療相談件数（件）	572	600	在宅医療の充実に向けて、入院早期より退院困難な要因を有する患者を把握し、入院患者の在宅医療への移行が円滑に行えるように支援する。退院支援の際、患者・家族や医療機関、介護・福祉関係機関等と情報共有や調整を十分に図る。主治医や看護師、その他患者に関わる職種で役割分担の下、チーム医療として在宅医療体制のサポートを行う。 <table><tr><th>指標</th><th>29年度実績</th><th>R1年度目標</th></tr><tr><td>退院支援相談件数（件）</td><td>284</td><td>300</td></tr><tr><td>医療相談件数（件）</td><td>572</td><td>600</td></tr></table>	指標	29年度実績	R1年度目標	退院支援相談件数（件）	284	300	医療相談件数（件）	572	600	在宅医療の充実に向けた取り組みとしては、地域医療連携室が積極的に患者支援を行った。 看護師は主に入院時の受け入れを担当し、社会福祉士が在宅復帰に向けて主治医や看護師及び多職種で対応した。患者や家族の支援を行うため、地域の社会福祉協議会や担当ケアマネジャー及び地域民生委員等と在宅復帰に向けた支援や調整等を積極的に行った。 <table><tr><th>指標</th><th>R1年度実績</th></tr><tr><td>退院支援相談件数（件）</td><td>497</td></tr><tr><td>医療相談件数（件）</td><td>587</td></tr></table>	指標	R1年度実績	退院支援相談件数（件）	497	医療相談件数（件）	587	3	3	
指標	29年度実績	R1年度目標																											
退院支援相談件数（件）	284	300																											
医療相談件数（件）	572	600																											
指標	29年度実績	R1年度目標																											
退院支援相談件数（件）	284	300																											
医療相談件数（件）	572	600																											
指標	R1年度実績																												
退院支援相談件数（件）	497																												
医療相談件数（件）	587																												

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にとるべき措置	
1 医療サービス	(5) 地域災害拠点病院としての役割

中期目標	今後発生が懸念される南海トラフ巨大地震などの災害発生時やその他の緊急時において、西都児湯二次医療圏の地域災害拠点病院として、施設要件等の機能の維持に努めるとともに、災害時に地域災害拠点病院としての機能を十分に発揮できるように、平時においても、緊急時における連絡体制の確保や災害医療訓練を実施するなど、迅速かつ適切な医療提供ができる体制を整備すること。
------	---

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
西都児湯二次医療圏の地域災害拠点病院として、災害発生時やその他の緊急時において、患者の受入れやスタッフの派遣に適切に対応できる体制の整備を進める。 また、災害発生時等に万全な対応を図ることができるよう、院内災害対応マニュアルの整備や必要物品等の確保、他の二次医療機関をはじめとする関係医療機関との連携訓練の実施や広域災害対応訓練等への参加を通して、人材の育成に努める。 特に、重要な役割を担う災害派遣医療チーム（DMAT）の派遣先での活動、他の災害派遣医療チームの受入れなど円滑な実施が図られるよう努める。	西都児湯二次医療圏の地域災害拠点病院として、災害発生時やその他の緊急時において、患者の受入れやスタッフの派遣に適切に対応できる体制の整備を進める。 また、災害発生時等に万全な対応を図ることができるよう、院内災害対応マニュアルの整備や必要物品等の確保、他の二次医療機関をはじめとする関係医療機関との連携訓練の実施や広域災害対応訓練等への参加を通して、人材の育成に努める。 特に、重要な役割を担う災害派遣医療チーム（DMAT）の派遣先での活動、他の災害派遣医療チームの受入れなど円滑な実施が図られるよう努める。	11月10日に開催された令和元年度災害対応訓練・大規模地震時医療活動訓練に併せて、午前中は院内の災害訓練を職員58名が参加して行った。主な訓練内容としては、各部局の職員間で現災害対応マニュアル及びアクションカードの不備及び問題点の抽出を行った。訓練後、抽出した問題点について対策等協議し、災害対応マニュアル及びアクションカードの修正・改定に取り組んだ。午後は、DMATと事務職員が県外DMATとの連携や傷病者の転院搬送依頼などの実働訓練を行った。 災害対策委員会において、ライフラインの状況を確認したうえで備蓄計画等について協議を行った。備蓄については、入院患者用の医薬品、食糧品、飲料水は3日分確保しているが、外来患者や避難者用の備蓄がないため、今年度は3日分の食糧と飲料水及び簡易トイレについて備蓄を行った。 災害発生時、病院機能を維持するために必要となる水や自家発電機の予備燃料の備蓄について次年度以降整備予定である。	3	3	医師のDMAT資格の取得について。

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にとるべき措置

2 医療の質の向上 (1) 医療スタッフの確保

中期目標	医師会などの関係機関・団体や大学などの教育機関との連携強化を図り、地域住民に信頼される優秀な医師、看護師、医療技術職等の確保に努めること。
------	---

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
急性期医療を担う地域の中核病院として地域医療の水準の維持向上を図るため、医師会などの関係機関・団体や大学などの教育機関との連携強化を図り、新病院での体制整備を考慮した医療職確保を計画的に行う。 また、院内における教育研修制度の充実や就労環境の向上、医師の負担軽減策の実施によって優秀な医師の確保に努めるとともに、質の高い医療を提供するため優秀な看護師や医療技術職の確保に努め、適切な医療体制を維持する。	急性期医療を担う地域の中核病院として地域医療の水準の維持向上を図るため、医師会などの関係機関・団体や大学などの教育機関との連携強化を図り、新病院での体制整備を考慮した医療職確保を計画的に行う。 また、院内における教育研修制度の充実や就労環境の向上、医師の負担軽減策の実施によって優秀な医師の確保に努めるとともに、質の高い医療を提供するため優秀な看護師や医療技術職の確保に努め、適切な医療体制を維持する。	(1) 医 師 前年度末循環器内科常勤医師 1 名が退職したため常勤医師 6 名となった。 夜間急病センターは、勤務医の 1 人当たり月 6 ～ 7 回の当直や宮崎大学医学部及び西都市西児湯医師会からの医師派遣継続をいただき、昨年同様の診療機能を維持することができた。 (2) 看護師 入院と外来患者数の増加に対応するため、看護師の採用をすすめたが、今年度は看護師の採用には至らなかった。 また、看護大学や専門学校を訪問し、病院の P R や奨学金等の内容を説明し新卒の看護師確保に向けた取り組みも行った。	3	3	

指標	29 年度実績	R1 年度目標
常勤医師数（名）	6	7
看護師数（名）	59	64

指標	29 年度実績	R1 年度計画
常勤医師数（名）	6	7
看護師数（名）	59	64

指標	R1 年度実績
常勤医師数（名）	6
看護師数（名）	60

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にとるべき措置

2 医療の質の向上 (2) 医療安全対策の徹底

中期目標	患者及び地域住民に信頼される良質な医療を提供するため、院内感染防止対策を確実に実施するとともに、医療安全管理室を中心に医療事故等に関する情報の収集及び分析に努め、医療安全対策を徹底すること。
------	---

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価																																																	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など																																																
患者や職員に関する安全の確保のため、医療安全管理室を中心に医療安全に関する情報の収集や分析を行い、医療安全策の徹底に努める。また、予防策を徹底し、各種の感染症に対して適切に対応し、患者の安全や職員の健康を確保するとともに、院内感染の防止に努める。	患者や職員に関する安全の確保のため、医療安全管理室を中心に医療安全に関する情報の収集や分析を行い、医療安全策の徹底に努める。また、予防策を徹底し、各種の感染症に対して適切に対応し、患者の安全や職員の健康を確保するとともに、院内感染の防止に努める。	医療安全・院内感染ともに委員会や院内研修会を計画に基づき開催した。また、医療安全管理体制の充実に向け医師と専任の医療安全管理者が毎週1回カンファレンスを開催し改善に向けた取り組みを行い医療安全管理体制の充実を図った。 院内感染対策については、看護管理者の感染管理における知識を高め自施設において感染対策に責任を持ち、指導や看護実践できる指導者育成にも取り組んだ。	3	3																																																	
<table><tr><th>指標</th><th>29年度 実績</th><th>R1年度 目標</th></tr><tr><td>医療安全委員会開催数（回）</td><td>12</td><td>12</td></tr><tr><td>院内医療安全研修会回数（回）</td><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>院内感染対策委員会開催数（回）</td><td>12</td><td>12</td></tr><tr><td>院内感染対策研修会回数（回）</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>院外研修への参加回数（回）</td><td>10</td><td>14</td></tr></table>	指標	29年度 実績	R1年度 目標	医療安全委員会開催数（回）	12	12	院内医療安全研修会回数（回）	4	4	院内感染対策委員会開催数（回）	12	12	院内感染対策研修会回数（回）	2	4	院外研修への参加回数（回）	10	14	<table><tr><th>指標</th><th>29年度 実績</th><th>R1年度 計画</th></tr><tr><td>医療安全委員会開催数（回）</td><td>12</td><td>12</td></tr><tr><td>院内医療安全研修会回数（回）</td><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>院内感染対策委員会開催数（回）</td><td>12</td><td>12</td></tr><tr><td>院内感染対策研修会回数（回）</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>院外研修への参加回数（回）</td><td>10</td><td>14</td></tr></table>	指標	29年度 実績	R1年度 計画	医療安全委員会開催数（回）	12	12	院内医療安全研修会回数（回）	4	4	院内感染対策委員会開催数（回）	12	12	院内感染対策研修会回数（回）	2	4	院外研修への参加回数（回）	10	14	<table><tr><th>指標</th><th>R1 年度 実績</th></tr><tr><td>医療安全委員会開催数（回）</td><td>12</td></tr><tr><td>院内医療安全研修会回数（回）</td><td>4</td></tr><tr><td>院内感染対策委員会数（回）</td><td>12</td></tr><tr><td>院内感染対策研修会回数（回）</td><td>4</td></tr><tr><td>院外研修への参加回数（回）</td><td>11</td></tr></table>	指標	R1 年度 実績	医療安全委員会開催数（回）	12	院内医療安全研修会回数（回）	4	院内感染対策委員会数（回）	12	院内感染対策研修会回数（回）	4	院外研修への参加回数（回）	11			
指標	29年度 実績	R1年度 目標																																																			
医療安全委員会開催数（回）	12	12																																																			
院内医療安全研修会回数（回）	4	4																																																			
院内感染対策委員会開催数（回）	12	12																																																			
院内感染対策研修会回数（回）	2	4																																																			
院外研修への参加回数（回）	10	14																																																			
指標	29年度 実績	R1年度 計画																																																			
医療安全委員会開催数（回）	12	12																																																			
院内医療安全研修会回数（回）	4	4																																																			
院内感染対策委員会開催数（回）	12	12																																																			
院内感染対策研修会回数（回）	2	4																																																			
院外研修への参加回数（回）	10	14																																																			
指標	R1 年度 実績																																																				
医療安全委員会開催数（回）	12																																																				
院内医療安全研修会回数（回）	4																																																				
院内感染対策委員会数（回）	12																																																				
院内感染対策研修会回数（回）	4																																																				
院外研修への参加回数（回）	11																																																				

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にとるべき措置
2 医療の質の向上 (3) クリティカルパス導入の推進

中期目標	医療連携の強化と医療の標準化・最適化を図るため、クリティカルパス（病気ごとに、治療や検査、看護ケアなどの内容及びタイムスケジュールを一覧表に表したもので、医療連携の標準化、効率化等に資する入院診療計画書）の作成及び運用を進めるとともに、転院後あるいは退院後の医療が円滑に行えるよう地域の医療機関との連携を図ること。
------	---

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
クリティカルパス（病気ごとに、治療や検査、看護ケアなどの内容及びタイムスケジュールを一覧表に表したもので、医療連携の標準化、効率化等に資する入院診療計画書）の作成及び入院患者への適用によって、一貫性のある医療を提供し、治療効果の向上を図る。 また、地域連携クリティカルパスの作成及び運用に向けた検討に着手し、地域の医療機関との情報共有やスムーズな患者の受け渡しによる切れ目のない医療の提供の実現を目指す。	クリティカルパス（病気ごとに、治療や検査、看護ケアなどの内容及びタイムスケジュールを一覧表に表したもので、医療連携の標準化、効率化等に資する入院診療計画書）の作成及び入院患者への適用によって、一貫性のある医療を提供し、治療効果の向上を図る。 また、地域連携クリティカルパスの作成及び運用に向けた検討に着手し、地域の医療機関との情報共有やスムーズな患者の受け渡しによる切れ目のない医療の提供の実現を目指す。	クリティカルパスの作成については、クリティカルパス委員会を中心に現在のクリティカルパスの見直しと新たなクリティカルパスの作成に向け取り組んだ。 今年度は、脳梗塞、コイル塞栓術の2つについて作成した。 地域連携クリティカルパスは、周辺の医療機関と連携には至らなかったため、今後も継続して検討を行う。	3	3	地域連携クリティカルパスがあれば、紹介率及び逆紹介率も向上する。 今後、整形外科の分野も推進する。

指標	29年度実績	R1年度目標
クリティカルパス数（種類）	7	14
地域連携クリティカルパス数（種類）	0	0

指標	29年度実績	R1年度計画
クリティカルパス数（種類）	7	14
地域連携クリティカルパス数（種類）	0	0

指標	R1年度実績
クリティカルパス数（種類）	14
地域連携クリティカルパス数（種類）	0

- 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にとるべき措置
- 2 医療の質の向上 (4) 高度医療機器等の計画的な更新・整備

中期目標	地域の中核的病院としての役割を果たすため、救急医療をはじめ各診療分野において高度医療の充実に努めるとともに、法人に求められる医療を提供できるよう、必要な高度医療機器や診療支援システムを計画的に更新・整備すること。なお、更新・整備にあたっては、費用対効果、地域の医療需要及び医療技術の進展などから総合的に判断して、適切に実施すること。
------	--

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
法人に求められる高度で質の高い医療を切れ目なく提供できるように、高度医療機器等の整備計画を作成し、計画的な整備・更新を行う。なお、高額機器導入等については、費用対効果、地域の医療需要及び医療技術の進展などから総合的に判断して、計画的に更新・整備を行う。	法人に求められる高度で質の高い医療を切れ目なく提供できるように、高度医療機器等の整備計画を作成し、計画的な整備・更新を行う。なお、高額機器導入等については、費用対効果、地域の医療需要及び医療技術の進展などから総合的に判断して、計画的に更新・整備を行う。	各部署から必要な機器等のヒアリングを行い、医療機器購入計画を作成し、計画に基づいて予算化し、計画的に医療機器を購入するようにした。 高度医療機器であるMRI機器が老朽化していたため、機器のバージョンアップ工事を行った。更新後はMRIの撮影速度が増して画質も向上したため、患者さんの撮影時の負担軽減と診療の質の向上に繋がった。また、手術滅菌機器用の蒸気ボイラーも老朽化していたため機器の更新を行った。	3	3	

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にとるべき措置

2 医療の質の向上 (5) 研修制度の確立

中期目標	職務や職責に応じた能力の向上及び各部門における各種専門資格の取得による専門性・医療技術の向上を図るため、研修制度を整備し、計画的な研修を行うこと。
------	---

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
ア 医師 医療水準を向上させるため、地域医療に貢献できる医師の確保に努めるとともに、専門医、認定医、指導医の資格取得に向けた活動や学会等への参加を可能とする支援体制を整備し、教育・研修体制の充実等に取り組む。 イ 看護師 中堅看護師から新人看護師へのスキル移管を積極的に行うとともに、認定看護師等の資格取得等を支援する専門・認定看護師等育成奨学金の活用と、教育・研修システムを整備する。また、年間の研修計画を策定し、計画に基づいた確実な実行とともに、職員の意識向上を図る。	ア 医師 医療水準を向上させるため、地域医療に貢献できる医師の確保に努めるとともに、専門医、認定医、指導医の資格取得に向けた活動や学会等への参加を可能とする支援体制を整備し、教育・研修体制の充実等に取り組む。 イ 看護師 中堅看護師から新人看護師へのスキル移管を積極的に行うとともに、認定看護師等の資格取得等を支援する専門・認定看護師等育成奨学金の活用と、教育・研修システムを整備する。また、年間の研修計画を策定し、計画に基づいた確実な実行とともに、職員の意識向上を図る。	ア 医師 当該医師らが診療を行う上で必要な専門医、認定医の資格更新のための単位取得を目的とする県外で開催された学会に14回、県内で開催された研修会に2回参加した。特に、学会発表は病院のPRも兼ねるため、積極的な発表を医師へ要請し、今年度は日本脊髄外科学会や日本呼吸器内視鏡学会等7学会で症例発表を行った。 イ 看護師 看護部は組織力強化に取り組み、看護管理者の役割遂行能力向上への指導を強化した。特に看護管理者の感染管理における知識を高め、自施設において感染対策に責任を持ち、指導や看護実践でできる指導者育成にも取り組んだ。 看護職員の労働安全衛生ガイドラインに基づき、看護管理者が法律を学び現任教育で活かすための支援も行った。生涯を通じて健康に働き続けられるための方法を学び、実践に活かしている。 看護の質向上のための取組みとして、宮崎県立看護大学と共同で「看護の質向上を目指した実践及び研究の共同事業」を開始した。また、自施設内で取り組んだ看護実践について日本看護学会や日本呼吸器学会及び研究会等へ5演題投稿しそれぞれ発表を行った。 今年度から宮崎県立看護大学4年生3名の臨地実習を受け入れた。地域医療に根ざした救急外来での臨地実習を通して自施設の看護師の魅力を伝えることができた。	3	3	認定看護師は看護師の資格取得制度であり、感染症も含めスタッフ育成になる。 認定看護師を取得するには、研修の参加は必須なのか。 認定看護師の増加を望む。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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にとるべき措置
3 患者サービスの向上 (1) 患者中心の医療の提供

中期目標	医療の中心は患者であるという認識の下、患者の権利を尊重し、インフォームド・コンセント（患者やその家族が自ら受ける治療の内容に納得し、自分に合った治療法を選択できるような説明を受けたうえでの同意をいう。）を徹底し、患者やその家族に必要とされる相談支援体制の強化を図るとともに、多職種の医療スタッフが連携するチーム医療を図ること。
------	---

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
患者やその家族が治療内容を十分に理解し、納得した上で患者に合った治療方法を選択できるようインフォームド・コンセント（患者やその家族が自ら受ける治療の内容に納得し、自分に合った治療法を選択できるような説明を受けたうえでの同意をいう。）を徹底し、患者の意思を尊重し、他職種の医療スタッフが連携するチーム医療として支援する。 また、患者が他の医療機関でのセカンド・オピニオン（診断や治療方針について主治医以外の医師から意見を聴くことをいう。）を希望する場合は適切に対応する。	患者やその家族が治療内容を十分に理解し、納得した上で患者に合った治療方法を選択できるようインフォームド・コンセント（患者やその家族が自ら受ける治療の内容に納得し、自分に合った治療法を選択できるような説明を受けたうえでの同意をいう。）を徹底し、患者の意思を尊重し、他職種の医療スタッフが連携するチーム医療として支援する。 また、患者が他の医療機関でのセカンド・オピニオン（診断や治療方針について主治医以外の医師から意見を聴くことをいう。）を希望する場合は適切に対応する。	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事前説明を十分に行うよう徹底した。 特に入院患者の治療方針を早期に決定するため、病棟回診に医師と看護師だけでなく理学療法士も参加した。病棟カンファレンスも医師や看護師に加えて管理栄養士・理学療法士・作業療法士・社会福祉士も参加し患者情報を共有し、専門分野において患者と関わるよう努めた。患者の状態により必要な場合は、医療安全・感染対策・褥瘡委員会のチームへ相談し対応した。 また、退院支援カンファレンスを週2回開催し、病棟看護師と社会福祉士で協議し医療機関や家族との連携を強化し、退院に関する手続きをスムーズに行った。 毎週1回ベッドコントロール会議を行い、医師、看護師、理学療法士及び事務職員と空床や入院状況など分析するとともに、入院支援委員会と連携して速やかな退院調整に努めた。	3	3	

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にとるべき措置
3	患者サービスの向上 (2) 快適性の向上

中期目標	診療待ち時間の改善や院内清掃の徹底などによる、患者や来院者への快適な環境の提供を図るとともに、患者のプライバシー確保に配慮した院内環境の整備に努めること。
------	---

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
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、病室や待合スペースなどの院内環境の整備を行い、必要に応じて改善策を講じる。 待ち時間については、患者の流れの見直しや業務の改善に取り組み、その短縮に努める。 また、退院時アンケートなどを実施して患者ニーズを正確に把握し、改善に取り組む。	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、病室や待合スペースなどの院内環境の整備を行い、必要に応じて改善策を講じる。 待ち時間については、患者の流れの見直しや業務の改善に取り組み、その短縮に努める。 また、退院時アンケートなどを実施して患者ニーズを正確に把握し、改善に取り組む。	入院患者及び外来患者を対象に、患者満足度調査（P S 調査）を外部業者に委託実施し、病院に対する患者の意見、苦情や要望に関する意見を収集分析した。意見として多かったのは、待ち時間の長さ、駐車場の狭さ、外来待合室の狭さ及び建物の老朽化であった。 患者来院時の駐車場については、職員駐車場を可能な限り病院外の用地使用を促し、院内の駐車場を患者駐車場として確保したが、駐車場に対する不満解消には至っていない。次年度以降、駐車場の不満解消を目的とした新たな駐車場用地確保を目指す。 患者満足度調査の分析結果は、各部署にデータを提供し、医療従事者間の情報の共有化に努めた。	3	3	

【参考】

入院	調査年度	調査期間	総回答数	総合評価
	平成 29 年度	平成 2 9 年 1 0 月 1 日～平成 2 9 年 1 1 月 3 0 日	1 0 5 件	4. 2 1 点/5 点
	令和 1 年度	令和 元年 1 0 月 1 日～令和 元年 1 0 月 2 5 日	1 0 3 件	4. 1 4 点/5 点
外来	調査年度	調査期間	総回答数	総合評価
	平成 29 年度	平成 2 9 年 1 0 月 1 日～平成 2 9 年 1 1 月 3 0 日	2 0 6 件	3. 8 2 点/5 点
	令和 1 年度	令和 元年 1 0 月 3 日～令和 元年 1 0 月 9 日	2 4 9 件	3. 7 9 点/5 点

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にとるべき措置
3 患者サービスの向上 (3) 情報発信の推進

中期目標	病院が提供するサービスや取組みについて、ホームページやその他の媒体を活用し、住民や患者、地域の医療機関に対して分かりやすい情報の提供に努めるとともに、積極的な啓発活動を行うこと。
------	---

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
ホームページや病院の広報誌など多様な媒体を活用し、法人が提供するサービスや取り組み等の情報を分かりやすく発信するとともに、地域の医療機関等との連携や役割分担について積極的に情報を提供し、地域住民が納得のうえで受診できる病院づくりに努める。	ホームページや病院の広報誌など多様な媒体を活用し、法人が提供するサービスや取り組み等の情報を分かりやすく発信するとともに、地域の医療機関等との連携や役割分担について積極的に情報を提供し、地域住民が納得のうえで受診できる病院づくりに努める。	予防医療の推進を目的として、ホームページによる情報発信や西都市の広報紙「広報さいと」へ、職員やコメディカル部門の紹介や院内の出来事・話題等の情報を隔月掲載した。	3	3	

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にとるべき措置

3 患者サービスの向上 (4) 職員の接遇向上

中期目標	地域住民が満足する施設であるために、患者や来院者の意向を把握して施設全体の接遇の向上を図ること。また、正職員に限らず、臨時職員等も含めた全職員の接遇研修を定期的に行うものとし、職員一人ひとりが接遇の重要性を認識し、その向上に努めること。
------	--

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価																									
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など																								
全職員を対象とした接遇研修を計画的に実施し、接遇に対する知識や理解を深めるとともに、退院時アンケートを充実させ、その結果に応じた患者やその家族の立場に立った誠意ある応対の実践により、病院全体で接遇の向上に努める。	全職員を対象とした接遇研修を計画的に実施し、接遇に対する知識や理解を深めるとともに、退院時アンケートを充実させ、その結果に応じた患者やその家族の立場に立った誠意ある応対の実践により、病院全体で接遇の向上に努める。	全職員を対象とした接遇研修を 4 回に分けて開催した。 職員 125 名（育児休業等の職員 4 名を除く）全員に研修を実施した。	4	4																									
<table><tr><td>指標</td><td>29 年度実績</td><td>R1 年度目標</td></tr><tr><td>院内接遇研修回数（回）</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>院内接遇研修参加人数（人）</td><td>108</td><td>全職員</td></tr></table>	指標	29 年度実績	R1 年度目標	院内接遇研修回数（回）	1	1	院内接遇研修参加人数（人）	108	全職員	<table><tr><td>指標</td><td>29 年度実績</td><td>R1 年度計画</td></tr><tr><td>院内接遇研修回数（回）</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>院内接遇研修参加人数（人）</td><td>108</td><td>全職員</td></tr></table>	指標	29 年度実績	R1 年度計画	院内接遇研修回数（回）	1	1	院内接遇研修参加人数（人）	108	全職員	<table><tr><td>指標</td><td>R1 年度実績</td></tr><tr><td>院内接遇研修回数（回）</td><td>1</td></tr><tr><td>院内接遇研修参加人数（人）</td><td>125</td></tr></table>	指標	R1 年度実績	院内接遇研修回数（回）	1	院内接遇研修参加人数（人）	125			
指標	29 年度実績	R1 年度目標																											
院内接遇研修回数（回）	1	1																											
院内接遇研修参加人数（人）	108	全職員																											
指標	29 年度実績	R1 年度計画																											
院内接遇研修回数（回）	1	1																											
院内接遇研修参加人数（人）	108	全職員																											
指標	R1 年度実績																												
院内接遇研修回数（回）	1																												
院内接遇研修参加人数（人）	125																												

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にとるべき措置
4 公的医療機関としての役割

中期目標	臨床研修医などの受入れを積極的に行うため、大学医学部などの医育機関との連携強化により教育研修体制を充実させ、若手医師の育成に貢献するとともに、地域の医療機関への定着の契機となるよう、公的医療機関としての役割を果たすこと。
------	--

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
大学医学部の臨床研修協力施設として、初期研修医の短期研修を行い、充実した教育研修体制を確立することで、若手医師が将来戻ってきたいと感じることのできる病院を構築し、将来にわたって地域医療の確保に努める。	大学医学部の臨床研修協力施設として、初期研修医の短期研修を行い、充実した教育研修体制を確立することで、若手医師が将来戻ってきたいと感じることのできる病院を構築し、将来にわたって地域医療の確保に努める。	今年度は研修施設として、宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センターの研修医、西都市消防本部の救急救命士を受け入れた。実習施設としては、宮崎県立看護大学の看護学生、宮崎大学医学部の医学生、専門学校の理学療法士・医療事務従事者を受け入れた。 夜間急病センターについては、常勤医1人あたり月6～7回の当直や宮崎大学医学部及び西都市西児湯医師会からの当直医派遣の継続により、昨年同様の診療機能を維持することができた。	4	4	

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にとるべき措置

5 法令遵守

中期目標	医療法（昭和 23 年法律第 205 号）をはじめとする関係法令を遵守し、公的病院としての行動規範と職業倫理を確立し、実践することにより、適正な業務運営を行うこと。また、診療録（カルテ）等の個人情報の保護並びに患者及びその家族への情報開示を適切に行うこと。
------	--

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
医療法（昭和 23 年法律第 205 号）をはじめとする関係法令を遵守し、公的病院としての行動規範と職業倫理を確立し、実践することにより、適正な業務運営を行う。また、診療録（カルテ）等の個人情報については、西都市個人情報保護条例（平成 15 年西都市条例第 2 号）に基づき、適正な情報取得を行い、個人の権利利益が侵害されることがないよう保護管理するとともに、市の規程に準じて患者及びその家族等への情報開示請求に対して適切に対応する。	医療法（昭和 23 年法律第 205 号）をはじめとする関係法令を遵守し、公的病院としての行動規範と職業倫理を確立し、実践することにより、適正な業務運営を行う。また、診療録（カルテ）等の個人情報については、西都市個人情報保護条例（平成 15 年西都市条例第 2 号）に基づき、適正な情報取得を行い、個人の権利利益が侵害されることがないよう保護管理するとともに、市の規程に準じて患者及びその家族等への情報開示請求に対して適切に対応する。	医療法や個人情報保護等の関係法令を遵守するとともに、病院の規程に基づき適切に対応した。今年度のカルテ開示請求は40件あり、西都市個人情報保護条例に準じてカルテ開示を行った。	3	3	カルテ開示請求は、どのような目的での開示なのか。

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にとるべき措置

1 法人運営管理体制の確立

中期目標	中期計画及び年度計画を確実に実行し中期目標を達成するため、効率的及び効果的な業務運営を推進するとともに、理事会を中心とした管理運営体制の強化により適切な進捗管理を行うこと。
------	--

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
法人の運営については、医療環境の変化に迅速かつ的確に対応するため、理事長及び理事で構成する理事会を中心とした管理運営体制を強化する。また、法人の諸規程の権限と責任に基づいた運営のもと、効率的かつ効果的な運営管理体制を維持し、適切な進捗管理を行う。 さらに、毎月の収支報告及び各診療科・部門の業績を集計し、計画の進捗状況を管理し、中期計画及び年度計画の着実な達成を図る。	法人の運営については、医療環境の変化に迅速かつ的確に対応するため、理事長及び理事で構成する理事会を中心とした管理運営体制を強化する。また、法人の諸規程の権限と責任に基づいた運営のもと、効率的かつ効果的な運営管理体制を維持し、適切な進捗管理を行う。 さらに、毎月の収支報告及び各診療科・部門の業績を集計し、計画の進捗状況を管理し、中期計画及び年度計画の着実な達成を図る。	管理職で組織する病院運営会議を毎月1回開催し、診療実績と経営状況の報告並びに診療報酬増収のために、新たな施設基準取得のための検討や病院経営に関する企画と立案を行った。立案事項を理事会へ提出し、審議された決定事項を院内で周知した上で運営した。特に入院基本料の算定要件である重症度、医療・看護必要度の数値が下降していたため、一斉メールを活用し目標値や現状値などを日々送信し周知を行った。 また、各部署の責任者及び医師を含む管理者と連絡会議を週1回開催し、病院運営に関する報告を行い、院内の意思統一を図った。	3	3	

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にとるべき措置

2 業務運営の改善と効率化 (1) 効率的な予算の執行

中期目標	職員のコスト意識の徹底を図り、事業の必要性や効果、緊急度などを総括的に見極め、的確な予算配分により、効率的・効果的な予算の執行を行うこと。
------	---

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
中期計画の枠内で、適切な権限に基づく会計制度を活用して弾力的な予算執行を行うことにより、医療環境の変化に迅速かつ柔軟に対応する。 また、契約手法の多様化や徹底した価格交渉など効率的かつ効果的な予算執行にも努める。	職員のコスト意識の徹底を図り、事業の必要性や効果、緊急度などを総括的に見極め、的確な予算配分により、効率的・効果的な予算の執行を行う。	今年度は、事業運営に見合った予算の見直しを随時行い、結果的に5回の補正予算を理事会に提案し承認された。適正な予算執行を柔軟に行うことで、業務執行面において柔軟な経営に資することができた。	3	3	

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にとるべき措置

2 業務運営の改善と効率化 (2) 適切な人員配置

中期目標	高度な専門知識と技術に支えられた良質で安全な医療を提供するため、医療ニーズに沿った職員を適切に配置すること。
------	--

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
高度な専門知識と技術に支えられた良質で安全な医療を提供するため、柔軟な人事管理制度によって、診療報酬改定などの外部環境の変化に応じて医師をはじめとする職員を適切に配置する。 また、二交代制や短時間勤務など柔軟で多様な勤務体系を検討するなど、女性の医師や看護師等が働きやすい環境づくりを進め、診療体制の充実に必要な人員の確保に努める。	高度な専門知識と技術に支えられた良質で安全な医療を提供するため、柔軟な人事管理制度によって、診療報酬改定などの外部環境の変化に応じて医師をはじめとする職員を適切に配置する。 また、二交代制や短時間勤務など柔軟で多様な勤務体系を検討するなど、女性の医師や看護師等が働きやすい環境づくりを進め、診療体制の充実に必要な人員の確保に努める。	中期計画の達成に向け、必要に応じた人員をすみやかに確保するため、派遣会社の活用や、ハローワークへのリクエストの登録を行った。 診療状況の変化にすみやかに対応するため、看護職員の異動は年度途中でも実施し診療状況に応じて職員を配置した。	3	3	

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にとるべき措置

2 業務運営の改善と効率化 (3) 人事評価制度の運用

中期目標	職員の能力や実績を重視し、適切な人事管理を行うことによって、職員全員が常にサービスの向上と業務改善の意識を持って職務を遂行する職場づくりを推進すること。
------	--

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
職員のモチベーション向上につながるように、職員の努力が適正に評価され、業績や能力を的確に反映できる公正で客観的な人事評価制度の運用を行う。	職員のモチベーション向上につながるように、職員の努力が適正に評価され、業績や能力を的確に反映できる公正で客観的な人事評価制度の運用を行う。	法人の運営状況や収支を的確に把握することで、人事評価を給与や職員の処遇に反映する事が出来る。 今年度は、人事評価制度について常勤職員全員に対してトライアルを実施した。細かい調整を行い早期の正式導入を目指している。	3	3	

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にとるべき措置
2	業務運営の改善と効率化 (4) 病院機能評価の活用

中期目標	医療機関としての機能を、専門的かつ学術的に第三者の観点から評価する病院機能評価の認定に取り組むとともに、常に業務改善に取り組み、医療機能の充実、向上を図ること。
------	--

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
第三者による専門的かつ学術的見地に基づき、医療の質の維持向上を図る観点から、財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価の認定を目指す。なお、病院機能評価の認定を受けるための組織体制の強化、目標管理体制構築、業務改善等必要な準備を計画的に進める。	第三者による専門的かつ学術的見地に基づき、医療の質の維持向上を図る観点から、財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価の認定を目指す。なお、病院機能評価の認定を受けるための組織体制の強化、目標管理体制構築、業務改善等必要な準備を計画的に進める。	病院機能評価については、公益財団法人日本医療機能評価機構の評価方法などの調査を行った。 次年度以降、組織体制の強化、目標管理体制構築、業務改善等必要な準備を計画的に進め病院機能評価の認定取得を目指す。	2	2	（病院機能評価の）申請の有無について 仮に病院機能評価を行っても、現段階では評価は低いのでは。

第3 財政内容の改善に関する目標を達成するためにとるべき措置

1 持続可能な経営基盤の確立 (1) 収入の確保

中期目標	法人が担うべき役割及び地域の患者ニーズに沿った医療サービスの提供により適切な収入の増加を図ること。また、診療報酬の改定や法改正等に的確に対処し、収益を確保するとともに、未収金の発生防止策や適正な回収に努めること。
------	--

中期計画				年度計画				法人の自己評価				評価委員会の評価																										
								評価の判断理由（実施状況等）				評価	評価	評価の判断理由、意見など																								
地域の医療機関との連携強化に伴う診療機能の明確化や診療報酬改定への迅速かつ的確な対応により、収入の維持・増加を図る。また、請求漏れや査定減を防止するとともに、未収金発生の防止や未収金が発生した場合の原因分析の徹底と対策、未収金回収の強化に取り組む。 さらに、医療の標準化を進め、より適切な医療を提供しながら収益の確保を図る。				地域の医療機関との連携強化に伴う診療機能の明確化や診療報酬改定への迅速かつ的確な対応により、収入の維持・増加を図る。また、請求漏れや査定減を防止するとともに、未収金発生の防止や未収金が発生した場合の原因分析の徹底と対策、未収金回収の強化に取り組む。 さらに、医療の標準化を進め、より適切な医療を提供しながら収益の確保を図る。				急性期一般入院料1の施設基準を維持できるよう、重症度、医療・看護必要度、平均在院日数、在宅復帰率などの状況を、毎週開催する連絡会議において医師と幹部職員が参加する会議で報告した。 また、ベッドコントロール会議を毎週1回開催した上で医師がベッドコントロールにて在院日数を抑制し、病棟看護師や地域医療連携室が連携して退院調整し在宅復帰率の向上を図った。				4	4	患者数が増えてきている。																								
<table><tr><th colspan="2">指標</th><th>29 年度実績</th><th>R1 年度目標</th></tr><tr><td rowspan="4">入院</td><td>病床利用率 (%)</td><td>60.5</td><td>65.9</td></tr><tr><td>新規入院患者数 (人)</td><td>1170</td><td>1190</td></tr><tr><td>平均在院日数 (日)</td><td>16</td><td>18 以下</td></tr><tr><td>外来</td><td>1日あたりの外来患者数 (人)</td><td>59.1</td><td>61</td></tr></table>				指標		29 年度実績	R1 年度目標	入院	病床利用率 (%)	60.5	65.9	新規入院患者数 (人)	1170	1190	平均在院日数 (日)	16	18 以下	外来	1日あたりの外来患者数 (人)	59.1	61	<table><tr><th colspan="2">指標</th><th>R1 年度実績</th></tr><tr><td rowspan="3">入院</td><td>病床利用率 (%)</td><td>64.7</td></tr><tr><td>新規入院患者数 (人)</td><td>1,297</td></tr><tr><td>平均在院日数 (日)</td><td>16</td></tr><tr><td>外来</td><td>1日あたりの外来患者数 (人)</td><td>67.9</td></tr></table>				指標		R1 年度実績	入院	病床利用率 (%)	64.7	新規入院患者数 (人)	1,297	平均在院日数 (日)	16	外来	1日あたりの外来患者数 (人)	67.9
指標		29 年度実績	R1 年度目標																																			
入院	病床利用率 (%)	60.5	65.9																																			
	新規入院患者数 (人)	1170	1190																																			
	平均在院日数 (日)	16	18 以下																																			
	外来	1日あたりの外来患者数 (人)	59.1	61																																		
指標		R1 年度実績																																				
入院	病床利用率 (%)	64.7																																				
	新規入院患者数 (人)	1,297																																				
	平均在院日数 (日)	16																																				
外来	1日あたりの外来患者数 (人)	67.9																																				

第3 財政内容の改善に関する目標を達成するためにとるべき措置

1 持続可能な経営基盤の確立 (2) 支出の節減

中期目標	医薬品及び診療材料費、医療機器等の購入や各種業務委託において、多様な契約手法を導入して費用の節減・合理化に取り組み、効率的・効果的な事業運営に努めること。
------	---

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価																	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など																
医薬品及び診療材料等については、調達にかかる費用削減のため徹底した価格交渉の実施、ジェネリック医薬品の使用拡大等を図る。医療機器の購入や委託契約等については、購入費用とランニングコストとの総合的評価の導入、業務内容の見直し、複数年契約の導入などにより、費用の削減を図る。	医薬品及び診療材料等については、調達にかかる費用削減のため徹底した価格交渉の実施、ジェネリック医薬品の使用拡大等を図る。医療機器の購入や委託契約等については、購入費用とランニングコストとの総合的評価の導入、業務内容の見直し、複数年契約の導入などにより、費用の削減を図る。	医薬品及び診療材料等については一品目ごとに見積入札や粘り強い価格交渉を行い、安価で購入するよう努めた。医薬品は薬事審議会において採用や変更、ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用について審議を行い、品目の見直しを行った。ジェネリック医薬品の品目数は、前年度より26品目減少したが、総品目数も減少しているためジェネリック医薬品採用率は計画の35%より8.3ポイント多い 43.3%となった。	2	2	ジェネリック医薬品採用率は増加しているが、DPC との兼ね合いで（法人の）自己評価しているのか。 ジェネリック医薬品採用率を伸ばしてほしい。																
<table><tr><td>指標</td><td>29 年度実績</td><td>R1 年度目標</td></tr><tr><td>ジェネリック医薬品採用率(%)</td><td>33.1</td><td>35.0</td></tr></table>	指標	29 年度実績	R1 年度目標	ジェネリック医薬品採用率(%)	33.1	35.0	<table><tr><td>指標</td><td>29 年度実績</td><td>R1 年度計画</td></tr><tr><td>ジェネリック医薬品採用率(%)</td><td>33.1</td><td>35.0</td></tr></table>	指標	29 年度実績	R1 年度計画	ジェネリック医薬品採用率(%)	33.1	35.0	<table><tr><td>指標</td><td>R1 年度実績</td></tr><tr><td>ジェネリック医薬品採用率（%）</td><td>43.3%</td></tr></table>	指標	R1 年度実績	ジェネリック医薬品採用率（%）	43.3%			
指標	29 年度実績	R1 年度目標																			
ジェネリック医薬品採用率(%)	33.1	35.0																			
指標	29 年度実績	R1 年度計画																			
ジェネリック医薬品採用率(%)	33.1	35.0																			
指標	R1 年度実績																				
ジェネリック医薬品採用率（%）	43.3%																				

第3 財政内容の改善に関する目標を達成するためにとるべき措置

1 持続可能な経営基盤の確立 (3) 役割と負担の明確化

中期目標	法人が救急医療等の政策的医療を提供する場合には、その部門では採算がとれない場合もあり得る。市と法人は協議のうえ、それぞれの役割や責任、その負担のあり方を明確にし、運営費負担金の基準を定め、市は法人に対して必要な費用を負担する。法人は、この主旨を踏まえ、効率的・効果的な業務運営を行うこと。
------	--

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価																									
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など																								
市からの要請等に基づき提供する政策的医療のうち、効率的な経営を行ってもなお不採算となる部門の経費については、運営費負担金として市からの経費負担があるが、それ以外の事業経費については、法人の事業経営に伴う収入をもって充てなければならない。従って、法人が健全な経営を継続していくために取り組むべき課題を明確にし、その課題解決に向けた計画的な取り組みを進めることで、経営基盤の安定と強化を図る。	市からの要請等に基づき提供する政策的医療のうち、効率的な経営を行ってもなお不採算となる部門の経費については、運営費負担金として市からの経費負担があるが、それ以外の事業経費については、法人の事業経営に伴う収入をもって充てなければならない。従って、法人が健全な経営を継続していくために取り組むべき課題を明確にし、その課題解決に向けた計画的な取り組みを進めることで、経営基盤の安定と強化を図る。	事業経費については、事業収入を充てることとなる。法人の健全な運営のため、収益の確保対策として施設基準の見直しの検討を行った。 新たな施設基準の取得はできなかったが、今後も収入増に繋がる施設基準等を模索し取得に向けた取り組みを行う予定である。	3	3	経常損益はプラスなのか。																								
<table><tr><th>指標</th><th>29年度実績</th><th>R1年度目標</th></tr><tr><td>医業収支比率(%)</td><td>93.52</td><td>100.38</td></tr><tr><td>経常損益(千円)</td><td>45,352</td><td>134,195</td></tr></table>	指標	29年度実績	R1年度目標	医業収支比率(%)	93.52	100.38	経常損益(千円)	45,352	134,195	<table><tr><th>指標</th><th>29年度実績</th><th>R1年度計画</th></tr><tr><td>医業収支比率(%)</td><td>93.52</td><td>100.38</td></tr><tr><td>経常損益(千円)</td><td>45,352</td><td>134,195</td></tr></table>	指標	29年度実績	R1年度計画	医業収支比率(%)	93.52	100.38	経常損益(千円)	45,352	134,195	<table><tr><th>指標</th><th>R1年度実績</th></tr><tr><td>医業収支比率（%）</td><td>97.67</td></tr><tr><td>経常損益（千円）</td><td>86,823</td></tr></table>	指標	R1年度実績	医業収支比率（%）	97.67	経常損益（千円）	86,823			
指標	29年度実績	R1年度目標																											
医業収支比率(%)	93.52	100.38																											
経常損益(千円)	45,352	134,195																											
指標	29年度実績	R1年度計画																											
医業収支比率(%)	93.52	100.38																											
経常損益(千円)	45,352	134,195																											
指標	R1年度実績																												
医業収支比率（%）	97.67																												
経常損益（千円）	86,823																												

第4 予算（人件費の見積りを含む）、収支計画及び資金計画

※財務諸表及び決算報告書を参照

第5 短期借入金の限度額

中期計画	年度計画	実施状況	
1 限度額200百万円 2 想定される短期借入金の発生事由 (1) 業績手当（賞与）の支給等による一時的な資金不足への対応 (2) 予定外の退職者の発生に伴う退職手当の支給等、偶発的な出費への対応	1 限度額200百万円 2 想定される短期借入金の発生事由 (1) 業績手当（賞与）の支給等による一時的な資金不足への対応 (2) 予定外の退職者の発生に伴う退職手当の支給等、偶発的な出費への対応	借入金なし	

第6 出資等に係る不要財産又は出資等に係る不要財産となることが見込まれる財産がある場合には、当該財産の処分に関する計画

中期計画	年度計画	実施状況	
なし	なし	なし	

第7 重要な財産を譲渡し、又は担保に供する計画

中期計画	年度計画	実施状況	
なし	なし	なし	

第8 剰余金の使途

中期計画	年度計画	実施状況	
計画期間中の毎事業年度の決算において剰余を生じた場合は、医療サービスの充実や病院施設の整備・改修、医療機器の購入、長期借入金の償還、教育・研修体制の充実、組織運営の向上策等に充てる。	なし	剰余金については、積立金として処理した。	

第9 料金に関する事項

1 診療料金等

中期計画	年度計画	実施状況	
病院の診療料金及びその他諸料金は次に定める額とする。 (1) 診療料金及びその他諸料金の額は、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）、その他の法令等により算定した額とする。 (2) 前号の規定によらない料金は、理事長が別に定める (3) 消費税法（昭和 63 年法律第 108 号）及び地方税法（昭和 25 年法律第 226 号）の規定により消費税及び地方消費税が課せられる場合にあつては、前各号の料金について当該各号に規定する額に、消費税及び地方消費税の合計額に相当する額を加算した額とする。この場合において、料金の額に 1 円未満の端数があるときは、これを切り捨てるものとする。	なし	(1) 定めたとおり実施している。 (2) 該当なし。 (3) 定めたとおり実施している。	

2 料金の減免

中期計画	年度計画	実施状況	
理事長は、特別の理由があると認めるときは、別に定めるところにより料金を減免することができる。	なし	該当なし	

3 その他

中期計画	年度計画	実施状況	
前 2 項に定めるもののほか、料金に関して必要な事項は、理事長が別に定める。	なし	該当なし	

第 1 0 その他西都市の規則で定める業務運営等に関する事項

1 施設及び設備に関する計画

中期計画	年度計画	実施状況																			
<table><tr><th>施設及び設備の内容</th><th>予定額</th></tr><tr><td>病院施設・設備の整備（千円）</td><td>0</td></tr><tr><td>医療機器等の整備・更新（千円）</td><td>77,801</td></tr></table>	施設及び設備の内容	予定額	病院施設・設備の整備（千円）	0	医療機器等の整備・更新（千円）	77,801	<table><tr><th>施設及び設備の内容</th><th>予定額</th></tr><tr><td>病院施設・設備の整備（千円）</td><td>0</td></tr><tr><td>医療機器等の整備・更新（千円）</td><td>77,801</td></tr></table> ※医療機器等の整備・更新については、MRI 機器のバージョンアップ工事及び手術滅菌機器用の蒸気ボイラー等の購入を予定している。	施設及び設備の内容	予定額	病院施設・設備の整備（千円）	0	医療機器等の整備・更新（千円）	77,801	<table><tr><th>施設及び設備の内容</th><th>R1 年度実績</th></tr><tr><td>病院施設・設備の整備（千円）</td><td>0</td></tr><tr><td>医療機器等の整備・更新（千円）</td><td>65,990</td></tr></table>	施設及び設備の内容	R1 年度実績	病院施設・設備の整備（千円）	0	医療機器等の整備・更新（千円）	65,990	
施設及び設備の内容	予定額																				
病院施設・設備の整備（千円）	0																				
医療機器等の整備・更新（千円）	77,801																				
施設及び設備の内容	予定額																				
病院施設・設備の整備（千円）	0																				
医療機器等の整備・更新（千円）	77,801																				
施設及び設備の内容	R1 年度実績																				
病院施設・設備の整備（千円）	0																				
医療機器等の整備・更新（千円）	65,990																				

2 法第 40 条第 4 項の規定により業務の財源に充てることができる積立金の処分に関する計画

中期計画	年度計画	実施状況	
なし	なし	該当なし	

3 その他法人の業務運営に関し必要な事項

中期計画	年度計画	実施状況	
(1) 施設の維持 昭和 55 年に開設した建物は、耐用年数を過ぎた設備が多く、老朽化が進んでいる。地域住民に安全で安心な医療を提供するため、必要な整備を把握して安全な施設維持を行う。	(1) 施設の維持 昭和 55 年に開設した建物は、耐用年数を過ぎた設備が多く、老朽化が進んでいる。地域住民に安全で安心な医療を提供するため、必要な整備を把握して安全な施設維持を行う。	該当なし	

第 1 1 その他業務運営に関する重要目標を達成するためとるべき事項

1 病院施設整備に向けた取組み

中期目標	「地方独立行政法人西都児湯医療センター施設整備基本計画」を踏まえ、市及び関係機関との連携の下、新病院建設に向けた病院施設整備を計画的に進めること。
------	---

中期計画	年度計画	法人の自己評価		評価委員会の評価	
		評価の判断理由（実施状況等）	評価	評価	評価の判断理由、意見など
「地方独立行政法人西都児湯医療センター施設整備基本計画」に基づき、期間内に用地取得、基本設計、実施設計を完了し建設工事に着手する。あわせて、医療機器の選定作業を行う。	「地方独立行政法人西都児湯医療センター施設整備基本計画」を確立させ、その内容に基づき、基本設計、実施設計に取り組む。平行して、用地取得に向けた交渉、契約に着手し、造成工事設計及び開発行為申請準備を行う。	「地方独立行政法人西都児湯医療センター施設整備基本計画」の策定を目指し、病床機能や土地の選定について、合計 3 回西都市と協議し、5 月病院事業債本申請手続きを行った。	3	3	