

地方独立行政法人筑後市立病院
令和2事業年度に係る業務実績に関する評価結果

令和3年8月

筑後市長 西田 正治

目 次

年度評価の方法	1
I 全体評価	1
1 評価結果	2
2 全体評価にあたって考慮した事項	2
II 大項目評価	3
第1 市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	3
(1) 評価結果	3
(2) 判断理由	3
【大項目評価にあたり考慮した事項】	3
(3) 評価にあたっての意見、指摘等	7
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措置	7
(1) 評価結果	7
(2) 判断理由	7
【大項目評価にあたり考慮した事項】	7
(3) 評価にあたっての意見、指摘等	8
第3 財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置	8
(1) 評価結果	8
(2) 判断理由	8
【大項目評価にあたり考慮した事項】	8
(3) 評価にあたっての意見、指摘等	9
第9 その他法人業務運営に関する重要事項	9
(1) 評価結果	9
(2) 判断理由	9
【大項目評価にあたり考慮した事項】	9
(3) 評価にあたっての意見、指摘等	9
○地方独立行政法人筑後市立病院評価委員会委員名簿	10
○令和3年度地方独立行政法人筑後市立病院評価に関する会議開催状況	10
○関連指標	11

地方独立行政法人筑後市立病院令和2事業年度に係る業務実績に関する評価結果

年度評価の方法

地方独立行政法人筑後市立病院評価会議では、地方独立行政法人法（平成15年法律第181号）第28条第1項の規定及び地方独立行政法人筑後市立病院評価委員会条例に基づき、平成23年4月1日に設立された地方独立行政法人筑後市立病院（以下「法人」という。）の令和2事業年度に係る業務実績に関する評価を行った。

評価を行うにあたっては、「地方独立行政法人筑後市立病院に対する評価の基本方針」（平成30年6月27日決定）及び「地方独立行政法人筑後市立病院の年度評価実施要領」（令和元年7月18日決定）に基づき、「項目別評価（小項目評価・大項目評価）」と「全体評価」により評価した。

具体的には、「項目別評価」では、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、ヒアリングなどを通じて、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、項目別評価の結果などを踏まえつつ、病院改革の取組みなども考慮しながら、中期計画などの進捗状況について総合的な評価を行った。

なお、令和2事業年度においては、計画段階での想定をはるかに超えて新型コロナウイルス感染症が拡大する状況が続いた。このため筑後市立病院においても、国や県、地域医師会等と連携の上で、外来・入院等の診療をはじめとして、多くの病院機能を新型コロナ対応に集中させていた。こうした状況について、評価委員会においても、「評価を行う上で一定の考慮をすべき」「考慮するにあたっては可能な限り数値の裏付けが必要」等の意見が出され、これらの意見も踏まえて総合的な評価を行った。

I 全体評価

（大項目の評価方法）

大項目評価は、小項目評価の結果、各項目の達成状況、特記事項の記載内容等を考慮し、大項目ごとに中期目標・中期計画の達成に向けた業務の進捗状況について、次の5段階による評価を行う。（地方独立行政法人筑後市立病院の年度評価実施要領 第3-3(1)）

評価	進捗状況	評価参考ポイント
S	中期目標・中期計画の達成に向けて特筆すべき進捗状況にある	ポイント85点以上又は特に認める状況にある
A	中期目標・中期計画の達成に向けて計画どおり進んでいる	ポイント75点以上85点未満
B	中期目標・中期計画の達成に向けて概ね計画どおりに進んでいる	ポイント60点以上75点未満
C	中期目標・中期計画の達成のためにはやや遅れている	ポイント40点以上60点未満
D	中期目標・中期計画の達成のためには重大な改善事項がある	ポイント40点未満

1 評価結果

令和2事業年度に係る業務実績としての全体評価は、以下の大項目評価の結果及び考慮すべき点を鑑み「中期目標・中期計画の達成に向けて計画どおりに進んでいる」と評価する。

なお、第9「その他法人業務運営に関する重要事項」の大項目については、第1「市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」の大項目に類似項目があるため、全体評価の対象から除外した。

第1表 大項目評価の結果

大項目	評価	
第1 市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	A 78点	計画どおり進んでいる
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	A 80点	計画どおり進んでいる
第3 財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置	B 70点	概ね計画どおりに進んでいる
第9 その他法人業務運営に関する重要事項	B 60点	概ね計画どおりに進んでいる

2 全体評価にあたって考慮した事項

- (1) 「市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」の大項目
- 1) 医師確保が難しい中、救急科を新設し、消化器内科、救急科及び総合診療科を増員し、医療サービスの充実に取り組んでいる。
 - 2) 新型コロナウイルス感染症に対し、強固な感染対策を講じ、感染者等の受け入れに対しても早期より対応し、地域医療に貢献している。
 - 3) 地域医療機関との連携において、紹介率と逆紹介率はともに計画値に達しており、地域の医療機関との連携強化が図られている。
 - 4) 「地域包括ケアシステム」の一環による訪問看護は、前年度比900件以上増加し、在宅療養支援の充実に繋がっている。
 - 5) クレジットカード利用の24時間稼働及び病棟でのフリーWi-Fiの導入を、計画を前倒しで行い、患者希望に応じている。
 - 6) 市民への情報提供において、ホームページの充実に努めたことで、アクセス件数が46,002件/月と大幅に増加している。

- (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措置」の大項目
- 1) 医療従事者が守るべき法令等を随時全職員に周知するなど、内部統制の整備や運用がなされている。
 - 2) 人事制度において、評価結果をフィードバックし、次年度への目標に繋げるなど適正かつ公正な運用に努めている。
 - 3) 「褥瘡ケアナース」の院内認定資格制度を新たに設ける等、教育プログラムの整備・運用を行っている。
- (3) 「財務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」の大項目
- 1) 医薬材料費や電力の価格交渉、業務の内製化により経費削減を実行している。
 - 2) 新型コロナウイルス感染症の影響により医業収支比率は低下しているが、コロナ関連補助金を含めた経常収支比率は 100.0%となり、350 万円の黒字決算となった。

Ⅱ 大項目評価

第 1 市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・中期計画の達成に向けて計画どおりに進んでいる）
- (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）より、「5」の評価を付けたものが 3 項目、「4」の評価を付けたものが 11 項目、また、「3」の評価を付けたものが 4 項目であり、評価参考ポイントは 78 点である。
- 全体として計画の達成に向けて計画どおりに進んでおり、大項目の評価としては「A」評価が妥当であると判断した。

【大項目評価にあたり考慮した事項】

- ① 小項目評価が「5」（計画を大幅に上回る）の項目は、次の 3 項目であった。
- ア 地域包括ケアシステムの構築
- 入退院支援患者数は、計画値を下回っているが、コロナ禍にも関わらず全ての関連指標において、昨年度を上回っているのは評価できる。
- 認定看護師によるケア・指導の体制を強化する等、在宅療養生活支援の充実を図っている。
- イ 災害時における医療協力
- 新型コロナウイルス感染拡大において、感染症指定医療機関として新型コロナウイルス感染症患者の受け入れや発熱外来設置等により地域医療に貢献したことは評価できる。

災害研修や訓練を実施し、災害対応強化に努めている。

ウ 患者相談窓口の充実

すべての指標で計画値に達している。患者相談窓口に必要な経験や知識を有する職員を配置し、いつでも医療や介護などに関する相談を受けられる体制を整えている。

② 小項目評価が「4」（計画を順調に実施している）の項目は、次の11項目であった。

ア 救急医療体制の充実

医師の確保が難しい状況の中、救急科を新設して医療サービスの充実に取り組んだことは評価できる。また、救急蘇生委員会の開催や一次救命処置(BLS)及び二次救命処置(ACLS)の院内研修を実施し、救急車搬入患者数は、計画値を上回っている。

新型コロナ患者受入れによる稼働病床の制限等もあり、救急車応需率が計画値を下回っているが、救急医療体制の充実という目標からとらえれば、地域で唯一の感染症指定病院としてコロナ対応を行った実績は評価できる。

イ 診療機能の整備

新型コロナの影響により予定入院の先延ばしや手術の延期・中止を余儀なくされた。

新規入院患者数は大幅に減少したが、その減少率は、全国自治体病院の減少率（以下「全国平均」という。）とほぼ同じであった。手術件数の減少率は全国平均を超えたが、内視鏡件数が前年度より増加したこと、医師確保が困難な中での医師の増員と救急科の新設は評価できる。

ウ 地域医療機関との連携

紹介率と逆紹介率は、ともに計画値を超えているが、逆紹介者数は前年度比で、570件減少している。

地域の研修会開催数は計画値を下回っているが、別に介護施設等への新型コロナ感染対策施設ラウンドを3回行っており、ほぼ計画どおりに実施できている。

エ 保健機関との連携

健診件数及び市のがん検診延べ数はいずれも計画値に達していないが、国は緊急事態宣言期間中（4月、5月）の健診を実施しないよう求めており、減少はやむを得ない。

日本糖尿病学会認定教育施設に認定され、糖尿病委員会を設置し、多職種と連携強化により指導件数が計画値を大きく超えていることは評価できる。

オ 医療スタッフの確保

消化器内科に1名、臨床研修医の2名採用、専門専攻医の受け入れ等、一定の医師確保ができており、計画どおりに実施できている。

子育て関連休暇制度や多様な勤務時間帯の設定等働きやすい環境整備に努めている。

カ 高度医療機器の計画的な更新・整備

医療機器の購入・更新については、医療機器選定委員会に諮る等、適切に進めており、計画どおりに実施している。

キ 就労環境の整備

職員のワークライフバランスを推進するため、時間外労働縮減に取り組んでいる。時間外労働の縮減や医療秘書、病棟クラークの活用による医師・看護師の業務負担軽減を図る等計画どおりに実施している。

ク 職員の接遇向上

マナー向上委員会を中心に、意見の収集・分析を行い、接遇向上に努めている。接遇関連お礼・感謝件数は計画値に達していないが、苦情件数は減少しており、計画値に達している。

接遇研修に動画上映など工夫され、参加人数が増加したことは評価できる。

ケ 病院機能評価の更新

病院機能改善委員会において、病院機能評価に関する改善推進や個別指導・適時調査に対する課題解決に努めている。また、改定後の診療報酬算定に向けて、算定要件の確認、課題の協議等を行っている。

病院機能評価を継続受審できており、計画どおりに実施できている。

コ 医療安全対策の徹底

MRSA 感染率を除く 3つの指標はいずれも計画値に達している。

MRSA 感染率についても、全てが持ち込み症例である。また、感染対策チームが環境ラウンドに加え、手指消毒の直接観察法を実施するなど感染対策に努め、院内感染の発生がなかったことは評価できる。

サ 法令・行動規範の遵守

個人情報保護研修は計画値に達している。

倫理委員会を定期で開催し、医療倫理を確立した業務運営に努めている。倫理関連研修ができていないが、看護部門でも倫理委員会を開催し、課題解決に向けて審議できている。

県の立ち入り検査においても指摘事項はなかった。

③ 小項目評価が「3」（計画を下回るが、計画に近い）の項目は、次の4項目であった。

ア 患者と一体となったチーム医療の実践

患者の理解を得やすいよう同意書の随時改訂を行い、内容の充実を図っている。

また、新規に糖尿病の教育入院のクリニカルパスも作成しているが、パス適用率は昨年度に続き計画値を下回っている。

イ 小児医療・周産期医療の取組み

医師会と連携のもと、小児救急外来の継続はできているが、小児科外来患者数は計画値に達していない。

産婦人科常勤医師の確保に併せて週1回の派遣継続により、検診業務や助産師による相談対応等、計画どおりに実施できている。

ウ 患者満足度の向上

入院患者及び外来患者の満足度は、パーセンタイル値では、ともに計画値を大きく下回っているが、実数の前年度比較では入院患者満足度が▲3.7ポイント、外来患者満足度が▲1.2ポイントと減少幅は小さい。

クレジットカード利用の24時間稼働及び病棟でのフリーWi-Fiの導入を、計画前倒しで行い、患者希望に応えたことは評価できる。

エ 市民への情報提供

ホームページや広報誌、健康講座等により保健医療情報発信ができていることは評価できる。

しかし、コロナの影響で講座開催ができず、計画値を下回った。

第2表 小項目評価の集計結果

分野	評価対象 項目数	1計画を大 幅に下回る	2計画を下 回る	3計画を下 回るが計画 に近い	4計画を順 調に実施し ている	5計画を大 幅に上回る
良質な医療の 提供	8			2	4	2
医療機能提供 体制の整備	3				3	
患者サービス の向上	3			1	1	1
信頼性の確保	4			1	3	
合計	18			4	11	3

※法人の自己評価に対して、異なった評価となった項目は、次の4項目である。

【良質な医療の提供】分野

「患者と一体となったチーム医療の実践」：自己評価「4」⇒「3」

「地域医療機関との連携」：自己評価「5」⇒「4」

【患者サービスの向上】分野

「患者満足度の向上」：自己評価「4」⇒「3」

【信頼性の確保】分野

「市民への情報提供」：自己評価「4」⇒「3」

(3) 評価にあたっての意見、指摘等

ア 市民からの信頼や愛着を高めるために、患者満足度が低下した要因を分析し、患者満足度向上に努めてもらいたい。

イ 新型コロナウイルス感染症への対応に感謝する。今後も引き続き迅速な検査対応や早期の患者受入れに取り組んでももらいたい。

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措置

(1) 評価結果

A評価（中期目標・中期計画の達成に向けて計画どおりに進んでいる）

(2) 判断理由

小項目評価の集計結果（第3表小項目評価の集計結果を参照）より、「4」の評価を付けたものが4項目であり、評価参考ポイントは80点である。

計画の達成に向けて計画どおりに進んでおり、大項目の評価としては「A」評価が妥当であると判断した。

【大項目評価にあたり考慮した事項】

① 小項目評価が「4」（計画を順調に実施している）の項目は、次の4項目であった。

ア 内部統制体制の運用強化

随時全職員に注意喚起を行う等、内部統制の整備や運用がなされており、計画どおりに実施できている。

理事長が適切なマネジメントを行えるよう、各委員会の運営がなされている。

イ 効率的・効果的な運営管理体制の構築

理事会のほか、幹部会議、各種委員会等を的確に運営している。

新型コロナウイルス感染症の受け入れと通常の医療体制の両立が非常に困難な1年だったが、地域医療の責務は果たしている。

ウ 人事制度の適切な運用

処遇反映の制度整備までには至っていないが、評価結果をフィードバックし、次年度への目標に繋げている。適正かつ公正な運用が図られており、計画どおりに実施できている。

エ 計画的な研修体系の整備

新型コロナウイルスの影響がある中で、ビデオ研修や研修日の分散などの工夫をし、医療の安全や感染管理といった重要な研修を開催している。また、院内認定資格制度を新たに設け、質の高い医療を提供することに努めている。

コロナ禍で試験及び研修会の中止が相次ぎ、研修対象者の2/3が資格取得を断念せざるを得ない状況の中で、9人が受験し、8人が資格取得をしたことは評価できる。

第3表 小項目評価の集計結果

分野	評価対象 項目数	1計画を 大幅に下 回る	2計画を 下回る	3計画を 下回るが 計画に近 い	4計画を 順調に実 施してい る	5計画を大幅 に上回る
法人としての 運営管理体制 の確立	4				4	
合計	4				4	

(3) 評価にあたっての意見、指摘等

ア コロナ禍で研修等に参加しにくい状況にあるが、質の高い医療を提供するためにも資格取得を促進してほしい。

第3 財務内容の改善に関する目標を達成するためとるべき措置

(1) 評価結果

B評価（中期目標・中期計画の達成に向けて概ね計画どおりに進んでいる）

(2) 判断理由

小項目評価の集計結果（第4表小項目評価の集計結果を参照）より、「4」の評価を付けたものが1項目、「3」の評価を付けたものが1項目あり、評価参考ポイントは70点である。

計画の達成に向けて概ね計画どおりに進んでおり、大項目の評価としては「B」評価が妥当であると判断した。

【大項目評価にあたり考慮した事項】

① 小項目評価が「4」（計画を順調に実施している）の項目は、次の1項目であった。

ア 計画的な投資と財源確保

建設改良積立金の増額及び余裕金の高利率債券運用への移行を計画通りに行っている。

② 小項目評価が「3」（計画を下回るが、計画に近い）の項目は、次の1項目であった。

ア 収益の確保と費用の節減

価格交渉や業務の内製化により、経費削減を実行している。また、新型コロナ関連補助金を含めた経常収支比率が計画値に達し、黒字となったことは評価できる。

しかし、事業を継続する上で重要とされる医業収支比率をはじめ、病床利用率、職員給与比率、材料費比率はいずれも昨年度より悪化し、計画値を下回っている。

第4表 小項目評価の集計結果

分野	評価対象 項目数	1計画を 大幅に下 回る	2計画を 下回る	3計画を 下回るが 計画に近 い	4計画を 順調に実 施してい る	5計画を大幅 に上回る
安定した経営 基盤の構築	2			1	1	
合計	2			1	1	

※法人の自己評価に対して、異なった評価となった項目は、次の2項目である。

【安定した経営基盤の構築】分野

「収益の確保と費用の節減」：自己評価「4」⇒「3」

「計画的な投資と財源確保」：自己評価「3」⇒「4」

(3) 評価にあたっての意見、指摘等

ア コロナ禍で厳しい環境にあるが、収入確保と経営改善に引き続き取り組んでもらいたい。

第9 その他法人業務運営に関する重要事項

(1) 評価結果

B評価（中期目標・中期計画の達成に向けて概ね計画どおりに進んでいる）

(2) 判断理由

評価対象項目は1項目で、「3」の評価とした。評価参考ポイントは60点である。全体として概ね計画どおり進んでおり、大項目の評価としては「B」評価が妥当であると判断した。

【大項目評価にあたり考慮した事項】

① 小項目評価が「3」（計画を下回るが、計画に近い）の項目は、次の1項目であった。

ア 今後の検討課題

課題解決に向けた目指すべき方向性については協議できなかった。

ただし、新型コロナウイルス感染症関連の協議が優先されたことは、やむを得なかったと評価する。

(3) 評価にあたっての意見、指摘等

ア 中期計画も後半に入った。設置者である市と法人の目指すべき姿を共有し、課題解決に向けた具体的な検討を加速してもらいたい。

○地方独立行政法人筑後市立病院評価委員会 委員名簿

	氏 名	役 職 等
委員長	馬場園 明	九州大学 大学院医学研究院 医療経営・管理学 講座 教授
委 員 (職務代理者)	植田 清一郎	植田病院 院長
	黒岩 延時	黒岩公認会計士事務所 所長
	下條 三和	帝京大学 福岡医療技術学部看護学科 教授
	吉田 浩一	八女筑後医師会第5部会 部長

○令和3年度地方独立行政法人筑後市立病院評価に関する会議開催状況

会議名称	日程	審 議 議 題
第1回 評価委員会 第1回 評価会議	7月12日(月)	① 令和2事業年度に係る業務実績報告について
第2回 評価会議	7月15日(木)	① 令和2事業年度に係る業務実績に関する評価(案)について
第3回 評価会議	7月20日(火)	① 令和2事業年度に係る業務実績に関する評価(案)について
第2回 評価委員会	7月28日(水)	① 令和2事業年度に係る業務実績に関する評価(案)について
第4回 評価会議	8月3日(火)	① 令和2事業年度に係る業務実績に関する評価について
第5回 評価会議	8月10日(火)	① 令和2事業年度に係る業務実績に関する評価について

○関連指標

・救急医療体制の充実

項目	平成30年度 実績	平成31年度 実績	令和2年度 計画	令和2年度 実績	計画との差
救急車搬入患者数	1,424人	1,273人	1,000人以上	1,242人	+242人
救急車応需率	97.4%	98.4%	97.0%以上	95.8%	▲1.2ポイント

・患者と一体となったチーム医療の実践

項目	平成30年度 実績	平成31年度 実績	令和2年度 計画	令和2年度 実績	計画との差
クリニカルパス適用率	36.3%	36.2%	40.0%以上	35.8%	▲4.2ポイント

パス適用患者数/新規入院患者数

・診療機能の整備

項目	平成30年度 実績	平成31年度 実績	令和2年度 計画	令和2年度 実績	計画との差
新規入院患者数	3,861人	3,868人	4,200人以上	3,469人	▲731人
手術件数(手術室分)	2,266件	2,314件	2,300件以上	1,900件	▲400件
内視鏡件数	3,013件	3,074件	3,300件以上	3,079件	▲221件

・地域医療機関との連携

項目	平成30年度 実績	平成31年度 実績	令和2年度 計画	令和2年度 実績	計画との差
紹介率	52.4%	53.1%	55.0%以上	62.6%	+7.6ポイント
逆紹介率	73.8%	81.9%	75.0%以上	79.2%	+4.2ポイント
地域の研修会*1	36回	25回	20回/年以上	10回	▲10回

*1 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修

・小児医療・周産期医療の取組み

項目	平成30年度 実績	平成31年度 実績	令和2年度 計画	令和2年度 実績	計画との差
小児科外来患者数	3,281人	3,354人	3,000人/年以上	2,078人	▲922人

・保健機関との連携

項目	平成30年度実績	平成31年度実績	令和2年度計画	令和2年度実績	計画との差
健診件数	3,370 件	3,308 件	3,400 件	2,904 件	▲496 件
筑後市がん検診延数	754 件	741 件	800 件	533 件	▲267 件
糖尿病透析予防指導件数	49 件	61 件	100 件	162 件	+62 件

・地域包括ケアシステムの推進

項目	平成30年度実績	平成31年度実績	令和2年度計画	令和2年度実績	計画との差
訪問看護+リハ件数	1,223+622	1,544+556	1,400+500	2,419+616	+1,135 件
合計	1,845 件	2,100 件/年	1,900 件/年以上	3,035 件/年	
在宅復帰率(急性期病棟)	91.4%	90.3%	80%以上	89.5%	+9.5 ポイント
在宅復帰率 (地域包括ケア病棟)	82.3%	83.1%	70%以上	81.4%	+11.4 ポイント
入退院支援患者数	1,192 人	1,310 人	1,400 人/年以上	1,355 人	▲45 人

訪問看護+リハ件数 合計 : 医療、介護、リハビリの合計数

・患者満足度の向上

項目	平成30年度実績	平成31年度実績	令和2年度計画	令和2年度実績	計画との差
入院患者満足度	69%tile	83%tile	60%tile 以上	43%tile	▲17 ポイント
外来患者満足度	49%tile	56%tile	60%tile 以上	48%tile	▲12 ポイント

日本医療機能評価機構の患者満足度調査に参加

・患者相談窓口の充実

項目	平成30年度実績	平成31年度実績	令和2年度計画	令和2年度実績	計画との差
患者相談対応件数	473 件	567 件	450 件/年以上	512 件	+62 件
他院・施設等の 相談や問い合わせ	1,082 件	1,397 件	1,050 件/年以上	2,075 件	+1,025 件
合計	1,555 件	1,964 件	1,500 件/年以上	2,587 件	+1,087 件

・職員の接遇向上

項目	平成30年度 実績	平成31年度 実績	令和2年度 計画	令和2年度 実績	計画との差
研修会の参加人数	454人	398人	400人以上	441人	+41人
接遇関連苦情	26件	13件	15件以下	6件	▲9件
接遇関連お礼・感謝	15件	9件	15件以上	4件	▲11件

・医療安全対策の徹底

項目	平成30年度 実績	平成31年度 実績	令和2年度 計画	令和2年度 実績	計画との差
安全管理研修会	5回	9回	5回/年以上	7回	+2回
感染対策研修会	9回	10回	15回/年以上	21回	+6回
アクシデント(3b以上)件数	4件	7件	15件/年以下	8件	▲7件
MRSA感染率 (JANIS 平均値)	2.31 (2.85%)	1.99 (2.84%)	JANIS データ 平均以下	3.65 (2.84%)	+0.81ポイント

MRSA感染率:感染患者数/総入院患者数

(MRSA:メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)

・法令・行動規範の遵守

項目	平成30年度 実績	平成31年度 実績	令和2年度 計画	令和2年度 実績	計画との差
個人情報保護研修	1回	2回	1回/年以上	2回	+1回
倫理関連研修	1回	1回	1回/年以上	0回	▲1回

・市民への情報提供

項目	平成30年度 実績	平成31年度 実績	令和2年度 計画	令和2年度 実績	計画との差
市民を対象とした講座	33回	28回	20回/年以上	0回	▲20回
うち、住民公開講座	1回	1回	1回/年	0回	▲1回

・計画的な研修体系の整備

資格保有者数	平成30年度 実績	平成31年度 実績	令和2年度 計画	令和2年度 実績	計画との差
認定看護師数 感染管理	2名	2名	2名	2名	0名
皮膚・排泄ケア	1名	1名	1名	1名	0名
緩和ケア	2名	2名	2名	2名	0名
がん化学療法看護	1名	1名	1名	1名	0名
救急看護	0名	1名	1名	0名	▲1名
認定輸血検査技師数	0名	0名	1名	0名	▲1名

新規資格取得数	平成30年度 実績	平成31年度 実績	令和2年度 計画	令和2年度 実績	計画との差
専門医、認定医等資格取得	9名	8名	6名以上	3名	▲3名
その他看護師資格取得	18名	7名	10名以上	4名	▲6名
その他技師等資格取得	14名	9名	10名以上	1名	▲9名

・収益の確保と費用の節減

指標	平成30年度 実績	平成31年度 実績	令和2年度 計画	令和2年度 実績	計画との差
経常収支比率 *1	95.4%	97.4%	100%以上	100.0%	±0.0ポイント
医業収支比率 *2	93.8%	94.2%	96%以上	91.0%	▲5.0ポイント
病床利用率 *3	70.9%	78.4%	77%以上	72.3%	▲4.7ポイント
職員給与費比率 *4	70.5%	67.1%	65%以下	69.0%	+4.0ポイント
材料費比率 *5	17.9%	18.8%	18%以下	19.1%	+1.1ポイント

*1 経常収支比率＝(営業収益＋営業外収益)/(営業費用＋営業外費用)

*2 医業収支比率＝医業収益/医業費用

*3 病床利用率＝在院患者延数の合計/(年間日数×病床数)

*4 職員給与費比率＝(医業費用中の給与費＋一般管理費中の給与費)/医業収益、(出張医報酬含む)

*5 材料費比率＝材料費/医業収益