

令和 7 年度業務実績に関する評価結果

項目別評価

令和 8 年 7 月

地方独立行政法人 新小山市民病院

◆中期目標期間における各事業年度の項目別評価

項目		令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度
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事項		A			
1 公立病院としての役割の発揮と責務の遂行	(1) 救急医療への対応	4			
	(2) 災害時における機能の強化	4			
	(3) 新興感染症への対応	4			
	(4) 予防医療の充実	4			
	(5) 地域の中核医療機関、地域医療支援病院としての役割の発揮	4			
2 地域のニーズに応じた質の高い医療の提供	(1) 診療機能の整備	4			
	(2) 急性期医療への対応	4			
	(3) 小児医療の充実	4			
	(4) 周産期医療の対策	3			
	(5) 高度・専門医療を提供する人材の確保と育成	4			
3 安全で信頼される医療の提供	(1) 医療安全管理及び感染対策の徹底	4			
	(2) 患者とともに進める医療の推進とサービスの向上	4			

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項		A			
1 自律性・機動性・透明性の高い組織運営	(1) 組織マネジメントの強化	4			
	(2) コンプライアンスの徹底	4			
2 働きやすく、やりがいのある病院づくり	(1) 職員のモチベーションアップへの取組の充実	3			
	(2) 働き方改革への対応	4			
第3 財務内容の改善に関する事項		A			
1 経営基盤の維持と経営機能の安定化		4			
2 収益の確保と費用の適正化	(1) 収益の確保	4			
	(2) 費用の適正化	4			
第4 その他業務運営に関する重要事項		A			
1 地域社会への貢献	(1) 地域社会との協働の推進	4			
	(2) 市政策への協力	3			
第5 その他業務運営に関する重要事項を達成するために取るべき措置		B			
その他業務運営に関する重要事項を達成するために取るべき措置		3			

2 項目別の状況

(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事項	市長の評価	
	評価	評価理由等
	A	当該大項目に関しては、計画を上回って進んでいる（平均3.9）ことが認められたため「A」評価とした。

(中項目)

1 公立病院としての役割の発揮と責務の遂行

(小項目)

(1) 救急医療への対応

第4期中期計画	令和7年度計画	法人の自己評価			市長の評価	
		達成	評価の判断理由	評価	評価理由等	
高齢者救急を中心とした需要増に対し、医師の働き方改革等の人的資源の制約の中で、他の医療機関との役割分担を行い、地域需要に対応していく。				4	4	
⇒ 人的資源の制約の中でも、内科、外科、循環器、脳疾患、小児の全領域において、24時間365日の救急受入体制を堅持する。 ⇒ 救急車利用者への時間外選定療養費の啓発と浸透を通じて、安易な軽症受診の抑制を図る。 ⇒ 地域救急医療体制の要として、地域の救急医療機関との間で顔の見えるネットワークを主宰し、相互理解に基づいた効果的・効率的な役割分担を図る。 ⇒ 円滑な下り転院搬送スキームを構築することで、迫る高齢者救急の需要増に対応していく。 ⇒ 救急ワークステーション構想を具現化させ、小山市消防本部との連携強化を通じて、救急体制の充実を図る。	⇒ 満床時においても救急受入を停止せず、能う限り応需する。 ⇒ 脳卒中ホットラインの再開を目指す。 ⇒ 選定療養費の啓発を通じて、救急車、ウォークインともに、安易な軽症受診の抑制を図る。 ⇒ 当院を核とした、地域における救急医療機関同士のネットワークを主宰する地均しとして、各医療機関と個別会合を行う。 ⇒ 下り転院搬送スキームを機能させる。 ⇒ 救急ワークステーション構想の具現化に向けて、救急救命士との協働体制の準備を行う。	○ ⇒ 救急専門医の獲得等により安定的な救急受入体制を維持し、入院病床が満床時においても救急受入を停止せず、的確なトリアージにより、前年度を上回る救急車受入件数を確保した。 △ ⇒ 脳神経内科医の不足（退職、派遣終了）による過度な医師の負担を考慮し、当院独自の先進的な施策である脳卒中ホットラインは年間を通して休止としたものの、県内に2カ所のみSCU（脳卒中集中治療室）は維持し、脳疾患治療の安定的継続を図った。 ○ ⇒ 全国的に少数の医療機関でしか行っていない時間外選定療養費を救急車利用の軽症患者等からも徴収する制度を適切に運用した。また、小山市と連携し「救急の適切なかかり方」の広報活動を強化することにより安易な軽症受診の抑制を図った。 ○ ⇒ 二次輪番を構成する複数の病院と救急に関する個別会議を開催するとともに、小山地区医師会主催「小山の医療を考える会」及び自治医科大学附属病院主催「小山・石橋地区救急医療体制強化 MTG」にも参加し、地域全体での下り搬送も含めた救急業務のあり方の議論を継続的に行った。 △ （新輪番体制 を令和8年10月1日開始予定） ○ ⇒ 新館（別館改め）建設の設計をとおり、令和8年4月の運用開始に向けて、小山市消防本部と具体的な活用方法の検討・調整を継続的に行った。 （課題と今後の取組方針） ・ 地域の医療機関と密接な連携関係を築き、それぞれの明確な役割分担の中での真の輪番体制を構築し、地域全体で救急受け入れ体制を維持する方法を常に模索していく。		救急専門医の獲得等により安定的な救急受入体制を維持するとともに、救急医療体制について地域の医療機関との議論を継続的に行うなど、高齢者救急を中心とした需要の増加に対応するための体制づくりに向けた取り組みを評価します。		

目標指標		R 1 0 年度
救急患者入院率		40.0%

目標指標		R 7 年度
救急患者入院率		38.2%

目標指標		R 7 年度	達成率 (%)
救急患者入院率		35.6%	93.2%

活動指標		R 6 年度	R 7 年度
救急外来受診者数（人）		8,154 人	8,449 人
救急車受入数（人）		4,410 人	4,489 人
救急入院件数（人）		3,021 人	3,006 人
救急車受入要請に対する不応需率（%）		14.7%	16.3%

(2) 災害時における機能の強化								
第 4 期中期計画		令和 7 年度計画		法人の自己評価			市長の評価	
		達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等		
地域災害拠点病院として、平時から災害医療に対応可能な体制の整備に努める。				4	4	災害拠点病院として、関係機関との連携強化に努めながら、DMAT 隊員の体制充実、大規模災害を想定したトリアージ訓練の実施等、平時から災害時の体制整備に取り組んでいることを評価します。		
⇒ 被災時は瞬時に災害体制に切り替え、すみやかに業務継続計画に則った運用を遂行できるよう、定期的な訓練と、適宜な啓発を繰り返していく。 ⇒ 小山市からの協力要請に応えるために、自院の災害時運用と小山市地域防災計画との整合を踏まえて、小山市・医師会・消防等の地域関係団体との間での協力関係を構築する。 ⇒ 被災時に地域連携病院と円滑な連携及び支援を行えるよう、地域での災害時相互支援体制を構築する。 ⇒ 訓練・研修の参加を通じて、災害派遣医療チーム（DMAT）の質的向上を図ることで、被災地支援能力と自院被災時支援能力の強化を行う。 ⇒ 災害派遣医療チーム（DMAT）の核となる医師の増員を行うことで、持続可能な体制を構築する。 ⇒ 平時から物資の備蓄に努める。	⇒ 災害対応マニュアル及び業務継続計画（BCP）を、実践的なものへと見直す。 ⇒ 災害対策本部が役割を全うできるよう、実践的な訓練（実働訓練・机上訓練）を行う。 ⇒ 地域での災害時相互支援体制を模索するにあたり、行政機関（県・市・消防）、関係機関（連携病院・医師会等）及び当院の相互間で災害時の需要を確認する。 ⇒ 災害派遣医療チーム（DMAT）の人員補充を行う。また、被災地支援のみならず、自地域被災への意識も高める。 ⇒ 緊急時に速やかに物資を供給できるよう、適正数量の備蓄及び所在確認を行う。	△ ⇒ 県南保健所における「県南健康福祉センター災害時保健医療福祉活動マニュアル」及び小山市における「小山市災害時医療救護活動マニュアル」の策定に参与した。 ○ ⇒ 大規模地震を想定した災害救急患者のトリアージ訓練を行った。当日は、医師 13 人を含む職員 102 人が参加し、小山地区医師会の医師 11 人の見学のもと、災害対策マニュアル及び BCP に即した実践的な訓練を行い、災害拠点病院としての機能拡充、連携体制の確認を行った。 ○ ⇒ 県南保健所及び小山市とともに災害時の活動マニュアルの策定に取り組み、また、小山地区医師会主催の災害医療に係る懇談会においても積極的に意見交換を行った。 ⇒ 火災を想定した通常避難訓練に加え、小山警察署、小山消防署との合同火災避難訓練（高所からの救出）を実施し、自院での被災時対応と地域関係団体との連携強化に努めた。 ○ ⇒ DMAT 隊員について、新たに看護師 1 人を加え、総勢 17 人（医師 2 人、看護師 7 人、業務調整員 8 人）となり、災害拠点病院としての体制充実につなげた。 ⇒ 関東地方ブロック訓練、小山市総合防災訓練に DMAT チームで参加し、被災地支援および地域災害対応強化を図った。 △ ⇒ 食料、資材等の備蓄について、それぞれ見直しに着手した。 (課題と今後の取組方針) ・全職員が災害時に対応できるよう、実践的な訓練を継続して行うとともに、訓練の計画及び反省を通し、災害対策マニュアル及び BCP の見直しを行い、真の災害拠点病院を目指す。						
目標指標	R10 年度	目標指標	R7 年度	目標指標	R7 年度	達成率 (%)		
災害訓練・研修参加回数	12 回	災害訓練・研修参加回数	8 回	災害訓練・研修参加回数	9 回	112.5%		

			活動指標	R 6 年度	R 7 年度			
			院内訓練実施回数（回）	1 回	2 回			
			DMAT・災害支援ナース登録者数（人）	26 人	27 人			
			地域医療機関・各団体との協議回数（回）	2 回	4 回			

(3) 新興感染症への対応													
第 4 期中期計画	令和 7 年度計画	法人の自己評価			市長の評価								
		達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等							
感染症法に基づく協定指定医療機関としての責務を全うし、新興感染症に対応する医療提供体制を確保する。		○	⇒ 新興感染症への備えとして、栃木県との協議を行い、医療措置協定として受け入れ可能病床 20 床を維持した。 ⇒ 定期的に委員会を開催し、適時、COVID-19 を中心に院内感染防止対策マニュアルの見直しを行った。 ○ ⇒ 新たに感染症専門医を採用し、感染対策室を院長直轄の感染制御部感染制御室に格上げするなど体制強化を図るとともに、同室主導による研修等を継続的に行い、院内感染防止及び感染症対策の強化に努めた。 ○ ⇒ 地域の医療機関や小山地区医師会、県南保健所との合同カンファレンス及び新興感染症対策の訓練を年 4 回実施し、地域全体での感染症対策を推進した。 ○ ⇒ 約 60 日（2 か月）分の個人防護具等を備えたことにより、常に備蓄が不足することなく運用することができた。 (課題と今後の取組方針) ・当院は連携医療機関も含めた地域全体での感染対策を主導していく立場であることから、新興感染症に対応した業務継続計画（BCP）の策定の必要がある。	4	4	感染症専門医を採用し、継続的な研修の実施により院内の感染症対策の強化に務めていること、合同カンファレンス及び訓練を実施し、地域全体の感染症対策を推進していることを評価します。							
⇒ 新興感染症に対する情報収集や方針決定が迅速に実施できる院内体制を整備する。 ⇒ 感染症患者の受入体制（動線分離、隔離）を整備する。 ⇒ 感染症に応じた院内感染対策（検温・問診などの水際対策）を徹底する。 ⇒ 行政、他の医療機関と役割分担・連携強化を図り、医療提供体制を維持する。 ⇒ 衛生資器材の確保と計画的な備蓄を図る。 ⇒ 職員及び院内業務従事者への感染教育を徹底する。 ⇒ 感染拡大の長期化に対応した業務継続計画（BCP）の策定及び随時改訂を実施する。	⇒ 院内感染防止対策マニュアルを速やかな判断や行動に結びつく内容へと見直す。 ⇒ 感染対策の基本である標準予防策を全職員が遵守できるように、院内教育の充実を図る。 ⇒ 行政や他の医療機関と合同カンファレンス等で平時から連携を強化していく。 ⇒ 緊急時に速やかに必要な感染対策をとれるように、個人防護具の計画的な備蓄を経理課用度係と協力し行う。												
		<table><tr><th>活動指標</th><th>R6 年度</th><th>R7 年度</th></tr><tr><td>感染症対応に必要な個人防護具等の資材の備蓄</td><td>2 か月分を目処に備蓄</td><td>2 か月分を目処に備蓄</td></tr></table>			活動指標	R6 年度	R7 年度	感染症対応に必要な個人防護具等の資材の備蓄	2 か月分を目処に備蓄	2 か月分を目処に備蓄			
活動指標	R6 年度	R7 年度											
感染症対応に必要な個人防護具等の資材の備蓄	2 か月分を目処に備蓄	2 か月分を目処に備蓄											

(4) 予防医療の充実						
第 4 期中期計画	令和 7 年度計画	法人の自己評価			市長の評価	
		達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等
質の高い検査技術・検査精度を保ち、受診者満足度の向上に努め、予防医療に関する普及啓発を推進する。				4	4	問診の充実により、健康障害リスクに応じたオプション検査を即時対応可能としていること、ICT の活用による当日の特定保健指導実施率約 99%を維持し、生活習慣病の予防及び疾病の早期発見、早期治療に寄与していることを評価します。
⇒ 人間ドック・予防医療学会機能評価認定施設として高精度の検査、読影判定結果から地域医療機関と連携を図り、地域住民のライフコースアプローチを踏まえた健康づくりに寄与する。 ⇒ 超高齢化社会に向けて健康寿命の延伸、介護予防に寄与すべく、フレイルの啓発、フレイルドックの推進を図る。 ⇒ 第 4 期特定保健指導においてアウトカム・プロセス指標に重点を置いた実効性をもつ指導を実施する。 ⇒ ICT を利活用し、PHR の利用拡大、検査結果から二次受診率の向上、かかりつけ医・地域医療機関の連携との医療情報共有により、がんの早期発見・メタボリックシンドローム、生活習慣病の重症化予防に寄与する。 ⇒ 受診者の多様性を受け入れ、性差、年齢、ライフコースを踏まえた人間ドック施設として予防医療を提供する。	⇒ 人間ドックをはじめとして脳、心臓、レディース、フレイルドックの他、多種のオプション検査にて受診者の健康目標を多視点で評価する。オプション検査においては骨密度装置が更新されたため、他検査と併せて積極的に推奨し受診者の健康維持増進に寄与する。 ⇒ 結果帳票を全コース PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）へ移行する。またクラウド利用の同意が得られた健康保険組合との請求・契約業務をクラウドへ移行し DX 推進・コスト削減を図る。 ⇒ PHR での結果報告へ移行することで、結果報告までの平均日数を人間ドック・予防医療学会が推奨する 21 日以内とする。 ⇒ 特定保健指導実施率 98%を維持する（新たに健康保険組合と特定保健指導直接契約を締結。保健指導収益増収に向けてドック当日に初回面接を実施する）。	○ ⇒ 予防医学に対する住民のヘルスリテラシー意識の向上や生活習慣病重症化予防教育のヘルスコンシャス（健康意識が高い）向上施策により、受診希望者は増加している。高血圧重症化予防教室での講義や検査機器、診断等のサービスの質の担保、予約変更の柔軟な対応により稼働率は 95%となった。 ⇒ 問診の充実により、健康障害リスクに応じてオプション検査を即時対応可能とするとともに、肺CT、心臓、頸動脈、甲状腺超音波検査、生活習慣病リスク検査やがんリスク検査にも対応し、疾病の早期発見、早期治療へ寄与した。 ⇒ 高精度の新機種を導入した骨密度検査については、老年期に向けた骨折予防と早期治療とともにかかりつけ医や地域医療機関と連携を図った。 ○ ⇒ 医療DX推進、ICT 活用の実装として、人間ドック受診者に PHR を導入し、登録率 96.5%を達成した。また、結果報告を PHR アプリ配信へ移行したことにより、郵送費に係る経費削減と事務業務の効率化が図られた。 ⇒ 個人情報のセキュリティ安全強化の面から、同意が得られた健康保険組合について請求・契約業務をクラウドでの結果報告に移行し、円滑かつ安全に運用し、健診結果の個人情報漏洩リスク回避に寄与した。 ○ ⇒ 医療 DX 推進により結果報告業務の作業効率化が図られ、受診後 21 日以内結果発送は達成し、かつ、受診当日に所見が明らかな二次受診推奨者について当日紹介状を即日発行し、早期発見、早期治療に寄与した。 ○ ⇒ 特定保健指導は、全対象者に当日初回指導を実施した。 ⇒ ICT 活用を推進し、対象者の利便性や途中導脱落防止に向けて指導ツールの選択肢を拡充、メール、電話、ライン、対面等、対象者のライフスタイルに対応した保健指導を実施し、特に、受診当日の特定保健指導実施は、約 99%と高水準を維持した。 ⇒ 営業活動効果により新たに保健指導契約を健康保険組合と締結し、指導件数の増加に寄与した。 （課題と今後の取組方針） ・稼働率 100%につなげるため、5%の直近キャンセルの収益リスクについて更なる解決策を見出す。 ・進行度の早い悪性疾患の早期発見に要望の高いすい臓がん検査や苦痛を伴う乳がん、女性臓器がんの MRI 検査を新規オプション検査として、MRI 機器導入を契機として新設していく。 ・フレイルドックの受診者数の伸び悩みについては、継続的に重要性や老年期の健康教育と啓発活動を行うとともにリニューアルを再構築する。				

目標指標	R10年度	目標指標	R7年度	目標指標	R7年度	達成率 (%)
人間ドック受診者数	1,950人	人間ドック受診者数	1,940人	人間ドック受診者数	1,949人	100.5%
フレイルドック受診者数	12人	フレイルドック受診者数	3人	フレイルドック受診者数	1人	33.3%
特定保健指導実施率	99%	特定保健指導実施率	98%	特定保健指導実施率	99.0%	101.0%
PHR登録率	90%	PHR登録率	90%	PHR登録率	96.5%	107.2%
検査結果報告書 発送期日	21日以内	検査結果報告書 発送期日	21日以内	検査結果報告書発送期日（平均）	19.6日	107.1%
二次受診率	88%	二次受診率	87%	二次受診率	82.6%	94.8%
				活動指標	R6年度	R7年度
				各種ドック受診者数（人）	2,152人	2,107人
				特定保健指導終了実施率（%）	91.5%	96.3%
				PHRでの検査結果報告率（%）	90.0%	96.5%
				二次受診率（%）	87.1%	82.6%
				第4期特定保健指導目標達成率（%）	76.9%	91.1%
				検査結果報告期間（日）	28日	21日
				総ドック受診者の顧客単価（円）	62,972円	63,319円
				外部講演会・学会発表・市民公開講座開催数（回）	6回	12回

(5) 地域の中核医療機関、地域医療支援病院としての役割の発揮						
第4期中期計画	令和7年度計画	法人の自己評価			市長の評価	
		達成	評価の判断理由	評価	評価理由等	
win-winとなる持続可能な地域連携体制の構築を進める。				4	4	地域完結型医療連携の会やポットラックカンファレンスの開催、地域医療機関への訪問活動等による連携強化の取り組みにより、紹介率・逆紹介率の上昇、在宅復帰率の上昇、脳卒中患者の転院期間短期化など、中核医療機関として高機能化につながっている点を評価したい。
⇒ 地域完結型医療連携の会などの症例検討会を行い当院への信頼と紹介を促進する。 ⇒ 小山市近郊地域医療連携協議会（通称15病院協議会）を主宰し近隣病院との病病連携の促進に努める。 ⇒ 15病院協議会の病院間と個別に会議を開催し、互いの役割分担を共有理解し、持続可能な連携体制を図るために人材交流を進めるなど、より緊密な連携の構築を図る。 ⇒ 地域医療機関への定期的な訪問活動を行い、連携を強化する。 ⇒ 小山地区医師会との連携を強化する。 ⇒ 連携医療機関へeメールなどによる様々な最新情報を発信する。 ⇒ 後方病院へ退院支援システムなどを用いて転院の促進を図る。 ⇒ 脳卒中患者を一週間以内に転院するなどの後方連携の促進を図る。 ⇒ 退院支援では関係する市町の介護・福祉担当課と緊密な連携を行い適切な退院調整を図る。 ⇒ 地域のケアマネジャー（地域包括支援センター）との連携を図り適切な在宅復帰に努める。	⇒ 地域完結型医療連携の会やポットラックカンファランスなどの症例検討会を月1回開催する。 ⇒ 小山市近郊地域医療連携協議会総会、セミナー（年1回）、医師部会、看護部会、医療連携部会、医療技術部会、事務部会（各部年2～5回）を開催し、近隣病院との病病連携の促進に努める。 ⇒ 小山市近郊地域医療連携協議会の病院間との個別会議を少なくとも2病院と開催し、入退院促進や人材交流を図る。 ⇒ 地域医療機関への訪問活動（目標300件）を行い、顔の見える連携を強化する。 ⇒ 小山地区医師会と月1回以上の訪問を行い、情報の共有を図る。 ⇒ 後方病院へ緊密な連携を図るとともに、退院支援システム「ケアブック」「わんコネ」などを効果的に用いて転院の促進を図る。 ⇒ 脳卒中患者を早期に回復期リハビリテーション病院に転院するなどの後方連携の促進を図る。 ⇒ 退院支援で関係する市町の介護・福祉担当課と緊密な連携を行い、適切な退院調整を行う。 ⇒ 地域のケアマネジャーや地域包括支援センターとの連携を図り、適切な在宅復帰に努める。	○ ⇒ 地域完結型医療連携の会（奇数月）とポットラックカンファレンス（小山地区医師会主催・偶数月）を、それぞれ切れ目なく開催するとともに、不参加者への動画配信を開始するなど、更なる連携強化に取り組んだ。 ○ ⇒ 総会を11月に、セミナーを9月にそれぞれ開催した。 ⇒ 各部会については、それぞれ継続的に開催し、顔の見える関係を構築するなど、病病連携の促進を図った。 ○ ⇒ 10月に花の舎病院、11月に翼の舎病院、1月に新上三川病院と、それぞれ個別連携会議を開催し、情報交換や交流を進め、連携体制の構築を図った。 △ ⇒ 令和7年度は、247件の医療機関に訪問活動を行い、連携強化の促進につなげた。 ○ ⇒ 小山地区医師会事務所を月1回以上訪問し、当院へのニーズを汲み取るなど、情報共有体制の確保を図った。 ○ ⇒ これまでと同様、後方病院との連携をもとにシステムを効果的に活用し、転院の促進を図った。 △ ⇒ 院外において、回復期リハビリテーション病院と密に患者情報を共有した。院内においては、クリニカルパスの促進と入院後のIC設定説明用紙を活用し、転院相談における入院から診療情報提供書のFAXを3日短縮することができた。 ○ ⇒ 市町が主催する医療や福祉に関する様々な会議に参加し、各担当者と顔の見える関係の構築に努めるとともに、緊密な連携により、適切な退院調整に取り組んだ。 ○ ⇒ 適切な在宅復帰につながるよう、日常的に緊密な連携を図った。また、入院前情報から、要支援・介護が必要な場合は、入院後の支援に繋がるよう入院支援看護師と退院支援看護師で情報共有を行った。				

				(課題と今後の取組方針) ・令和7年度の退院前訪問は4件であった。退院後における在宅での療養上の指導をさらに増加させていきたい。					
目標指標	R10年度	目標指標	R7年度	目標指標	R7年度	達成率(%)			
紹介率	90%	紹介率	85%	紹介率	89.7%	105.5%			
逆紹介率	85%	逆紹介率	85%	逆紹介率	88.6%	104.2%			
				活動指標	R6年度	R7年度			
				地域医療従事者等への研修(症例検討会)回数	27回	48回			
				小山市近郊地域医療連携協議会開催数(部会含)	14回	22回			
				個別連携会議開催数(事務折衝含)	3回	3回			
				医療機関訪問件数	221件	247件			
				情報発信回数(ニュースレターなど)	6回	6回			
				在宅復帰率(%)	85.81%	96.9%			
				入院患者への面談件数	1,576件	1,768件			
				転院支援件数(転院件数)	704年	802件			
				脳卒中患者の転院平均日数	36.2日	14.6日			

(中項目)

2 地域のニーズに応じた質の高い医療の提供

(小項目)

(1) 診療機能の整備		法人の自己評価			市長の評価	
第4期中期計画	令和7年度計画	達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等
総合診療体制の強化を行う。			⇒ (公財)医療機能評価機構による病院機能評価(3rdG:Ver.3.0)の更新審査の結果、当院の組織運営と医療の質の向上への取組が認められ、88項目(非該当1)中、S評価:2項目・A評価:80項目・B評価:5項目と前回を上回る高評価で認定された。	4	4	呼吸器外科・産婦人科の常勤医師の獲得、麻酔科医の増員等の人員確保により、多様な病態に対応できる総合診療体制の整備を進めるとともに、地域包括ケア病床の急性期一般病床への転換や新館建設事業による歯科口腔外科の新設等、地域の医療需要に応えるための取り組みを評価します。
⇒ 各診療科が専門性を発揮し、相互に連携を図り、多様な病態に対応できる治療体制を整備する。	⇒ 医師確保に伴い診療体制(呼吸器外科、産婦人科)の充実を図り、既存の診療科との相互に連携を強化し、多様な病態に対応できる治療体制を整備する。	○	⇒ 新たな診療科として呼吸器外科・産婦人科の常勤医師を獲得するとともに、麻酔科医の増員を図り、多様な病態に対応できる総合診療体制の整備を進めたこと及び、令和7年8月から、簡易な日帰り手術を新設した外来手術室で行うこととし、併せて、中央手術室枠をより高度な全身麻酔手術等に変更したことにより、手術件数は過去最大の3,600件を達成し、質の向上と手術待ち期間の短縮を図ることができた。			
⇒ 各種検査、薬剤指導、栄養指導など診療支援体制の充実を図る。	⇒ 各種検査、薬剤指導、栄養指導など診療支援体制の充実を図る。	○	⇒ 放射線検査、臨床検査、薬剤指導、栄養指導の充実に努め、対前年比増の件数を確保した。また、急性期病院の診療機能の指標となるDPC機能評価係数Ⅱでは、平成26年度の参入時点では、県内の対象15病院の中で最下位だったものが、毎年着実に上昇し、近年は常に上位(2~4位)に位置するとともに、同係数の上昇によって病院収益に寄与した。			
地域のニーズに応じた医療を提供する。 ⇒ 手術体制の増強を図る。(手術室増設、ロボット手術導入、外来手術拡大) ⇒ 歯科口腔外科を新設する。(外来診療、入院手術、口腔ケア管理) ⇒ 別館建設事業を実施(令和8年度竣工) ⇒ 病床転換(全300床急性期)、総合入院体制加算3の取得を目指す。	地域のニーズに応じた医療を提供する。 ⇒ 別館建設事業に着手し、基本実施設計の中で、手術室増強・歯科口腔外科の具体的な運営計画を構築する。 ⇒ 当院が目指すべき方向としての全300床急性期化に向け、院内及び院外(行政機関、医師会等)との合意形成を進める。	○	⇒ 新館(別館)建設事業について、計画どおりの進捗を図り、手術室増設及び歯科口腔外科の新設の協議を行いながら、基本実施設計を終了し、令和8年1月に建設工事に着手した。(令和9年4月運用開始予定により、具体的な運営計画の構築は令和8年度に行うこととした。)			
チーム医療の推進を行う。 ⇒ 部門を越えた多職種によるチーム医療を推進する。	チーム医療の推進を行う。 ⇒ 部門を越えた多職種によるチーム医療を推進する。	○	⇒ 当院におけるコーチング教育の浸透により、積極的に多職種と関わる文化が醸成されており、チーム医療の推進につながっている。			

⇒ クリニカルパスを活用し、効率的な医療の提供を目指す。 ⇒ 医科・歯科の連携を推進し、治療実績の向上を図る。	⇒ クリニカルパスを活用し、効率的な医療の提供を目指す。 ⇒ 医科・歯科の連携を推進し、治療実績の向上を図る。	○ △ ⇒ クリニカルパス委員会において、継続的に院内パス大会を開催（職員投票により表彰）したことで、パス活用による効率的な医療推進の意識が職員に浸透し、パスの作成、見直しを積極的に行うことにつなげた。 ⇒ 令和９年度からの歯科口腔外科開設に向けて、地元歯科医師会との連携強化を図った。 （課題と今後の取組方針） ・新地域医療構想において、当院の役割として急性期拠点機能を担うべく、全３００床急性期病床の中で、総合的診療体制を確保する。																																																																											
<table><tr><th>目標指標</th><th>R１０年度</th></tr><tr><td>手術件数</td><td>4,000 件</td></tr><tr><td>クリニカルパス使用率（％）</td><td>60.0%</td></tr></table>	目標指標	R１０年度	手術件数	4,000 件	クリニカルパス使用率（％）	60.0%	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7 年度</th></tr><tr><td>手術件数</td><td>3,400 件</td></tr><tr><td>クリニカルパス使用率（％）</td><td>54.8%</td></tr></table>	目標指標	R7 年度	手術件数	3,400 件	クリニカルパス使用率（％）	54.8%	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7 年度</th><th>達成率（％）</th></tr><tr><td>手術件数</td><td>3,600 件</td><td>105.9%</td></tr><tr><td>クリニカルパス使用率（％）</td><td>55.4%</td><td>101.1%</td></tr></table> <table><tr><th>活動指標</th><th>R6 年度</th><th>R7 年度</th></tr><tr><td>全身麻酔実施件数</td><td>1,804 件</td><td>2,026 件</td></tr><tr><td>日帰り手術件数</td><td>513 件</td><td>509 件</td></tr><tr><td>手術支援ロボット稼働件数（稼働後）</td><td>—</td><td>—</td></tr><tr><td>HCU 稼働率（％）</td><td>46.0%</td><td>51.3%</td></tr><tr><td>MRI 件数</td><td>6,310 件</td><td>6,301 件</td></tr><tr><td>CT 件数</td><td>19,929 件</td><td>20,346 件</td></tr><tr><td>糖尿病教育入院患者数（人）</td><td>33 人</td><td>53 人</td></tr><tr><td>薬剤管理指導実施率（％）</td><td>81.8%</td><td>84.4%</td></tr><tr><td>栄養食事指導件数</td><td>2,611 件</td><td>2,856 件</td></tr><tr><td>リハビリテーション実施単位数</td><td>87,483 件</td><td>84,393 件</td></tr><tr><td>口腔ケア実施件数</td><td>209 件</td><td>188 件</td></tr><tr><td>栄養サポートチーム（NST）実施件数</td><td>386 件</td><td>491 件</td></tr><tr><td>褥瘡発生率（％）</td><td>0.4%</td><td>0.4%</td></tr><tr><td>院内感染制御チーム（ICT）ラウンド実施回数（回）</td><td>65 回</td><td>64 回</td></tr><tr><td>認知症チーム介入件数</td><td>516 件</td><td>536 件</td></tr><tr><td>ストーマ外来件数</td><td>335 件</td><td>304 件</td></tr><tr><td>臨床的課題への検討件数</td><td>9 件</td><td>15 件</td></tr></table>	目標指標	R7 年度	達成率（％）	手術件数	3,600 件	105.9%	クリニカルパス使用率（％）	55.4%	101.1%	活動指標	R6 年度	R7 年度	全身麻酔実施件数	1,804 件	2,026 件	日帰り手術件数	513 件	509 件	手術支援ロボット稼働件数（稼働後）	—	—	HCU 稼働率（％）	46.0%	51.3%	MRI 件数	6,310 件	6,301 件	CT 件数	19,929 件	20,346 件	糖尿病教育入院患者数（人）	33 人	53 人	薬剤管理指導実施率（％）	81.8%	84.4%	栄養食事指導件数	2,611 件	2,856 件	リハビリテーション実施単位数	87,483 件	84,393 件	口腔ケア実施件数	209 件	188 件	栄養サポートチーム（NST）実施件数	386 件	491 件	褥瘡発生率（％）	0.4%	0.4%	院内感染制御チーム（ICT）ラウンド実施回数（回）	65 回	64 回	認知症チーム介入件数	516 件	536 件	ストーマ外来件数	335 件	304 件	臨床的課題への検討件数	9 件	15 件
目標指標	R１０年度																																																																												
手術件数	4,000 件																																																																												
クリニカルパス使用率（％）	60.0%																																																																												
目標指標	R7 年度																																																																												
手術件数	3,400 件																																																																												
クリニカルパス使用率（％）	54.8%																																																																												
目標指標	R7 年度	達成率（％）																																																																											
手術件数	3,600 件	105.9%																																																																											
クリニカルパス使用率（％）	55.4%	101.1%																																																																											
活動指標	R6 年度	R7 年度																																																																											
全身麻酔実施件数	1,804 件	2,026 件																																																																											
日帰り手術件数	513 件	509 件																																																																											
手術支援ロボット稼働件数（稼働後）	—	—																																																																											
HCU 稼働率（％）	46.0%	51.3%																																																																											
MRI 件数	6,310 件	6,301 件																																																																											
CT 件数	19,929 件	20,346 件																																																																											
糖尿病教育入院患者数（人）	33 人	53 人																																																																											
薬剤管理指導実施率（％）	81.8%	84.4%																																																																											
栄養食事指導件数	2,611 件	2,856 件																																																																											
リハビリテーション実施単位数	87,483 件	84,393 件																																																																											
口腔ケア実施件数	209 件	188 件																																																																											
栄養サポートチーム（NST）実施件数	386 件	491 件																																																																											
褥瘡発生率（％）	0.4%	0.4%																																																																											
院内感染制御チーム（ICT）ラウンド実施回数（回）	65 回	64 回																																																																											
認知症チーム介入件数	516 件	536 件																																																																											
ストーマ外来件数	335 件	304 件																																																																											
臨床的課題への検討件数	9 件	15 件																																																																											

(2) 急性期医療への対応						
第4期中期計画	令和7年度計画	法人の自己評価			市長の評価	
		達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等
急性期診療の質的・量的なレベル ア　がん がん治療体制の充実を図る。 ⇒　他部門との連携強化によるがん治療患者の増加 ⇒　医師の増員（外科医・麻酔科医・化学療法医） ⇒　手術室の増設 ⇒　看護師の増員 低侵襲外科治療を推進する。 ⇒　手術支援ロボットの導入及び鏡視下手術数の増加 ⇒　手術支援ロボットによる適応症例の確保のため、泌尿器領域を始めとした消化器領域以外のがん手術症例の掘り起こしの強化 放射線治療施設化に向けた準備を行う。 ⇒　第5期中期計画において完工すべく、専門医師の確保と並行して設備計画の着手を行う。 薬物療法の質的向上を図る。 ⇒　専門スタッフの拡充及び多職種チーム医療の充実 緩和ケアの充実を図る。 ⇒　多職種チーム医療の充実及び緩和ケア病棟を持つ医療機関との連携強化。	急性期診療の質的・量的なレベル ア　がん がん治療体制の充実を図る。 ⇒　他部門との連携強化によるがん治療患者の増加 ⇒　医師の増員（外科医・麻酔科医・化学療法医） ⇒　看護師の増員 低侵襲外科治療を推進する。 ⇒　鏡視下手術数の増加 放射線治療施設化に向けた準備を行う。 ⇒　放射線治療専門医の確保 薬物療法の質的向上を図る。 ⇒　専門スタッフの拡充及び多職種チーム医療の充実 緩和ケアの充実を図る。 ⇒　多職種チーム医療の充実及び緩和ケア病棟を持つ医療機関との連携強化。	○ △ ○ △ ○ △	⇒ 県南保健医療圏における「栃木県がん治療中核病院」として、がん患者の状態やがんの病態に応じた手術療法、放射線療法、薬物療法等及びこれらを組み合わせた治療について、他部門との連携を強化し、安定的に実施した結果、がん患者は安定して推移した。（がん登録者数　R6年 866 件、R7年　　850 件） ⇒ 呼吸器外科医を獲得（令和7年度末で2名）し、肺がん手術を開始した。（消化器外科医は現状維持）また、安定した手術実施のため、麻酔科医の獲得に努め、常勤医2名増員を達成した。（R7年度　5名体制　→　R8年度　7名体制） ⇒ 鏡視下手術数は順調に増加している。（R6年度　418 件、R7年度　459 件） ⇒ 放射線治療専門医の確保は、今後の当院のがん治療での立ち位置も踏まえながら検討を進めた。 ⇒ 入院外来それぞれで薬物療法を提供し、抗悪性腫瘍剤の点滴を延べ624 件（対前年度比 14.5%増加）提供した。 ⇒ 緩和ケアにかかる医療充実、連携強化を継続した。	4	4	脳疾患患者に対して、回復期リハビリ病院への早期転院のため、早期からの転院交渉を行ったことで転院までの期間を8.5日短縮したことを評価します。また、急性期病院としての過不足、整備状況の再点検を繰り返し、人材の確保及び医療機器の導入を行う等、着実に体制整備が進んでいることを評価します。

			(課題と今後の取組方針) ・呼吸器外科の拡充に伴い、肺がん患者の獲得に取り組む。															
<table><tr><th>目標指標</th><th>R10年度</th></tr><tr><td>がん登録件数</td><td>1,000件</td></tr></table>	目標指標	R10年度	がん登録件数	1,000件	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7年度</th></tr><tr><td>がん登録件数</td><td>900件</td></tr></table>	目標指標	R7年度	がん登録件数	900件	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7年度</th><th>達成率(%)</th></tr><tr><td>がん登録件数</td><td>850件</td><td>94.4%</td></tr></table> ※R7.1月～12月	目標指標	R7年度	達成率(%)	がん登録件数	850件	94.4%		
目標指標	R10年度																	
がん登録件数	1,000件																	
目標指標	R7年度																	
がん登録件数	900件																	
目標指標	R7年度	達成率(%)																
がん登録件数	850件	94.4%																
		<table><tr><th>活動指標</th><th>R6年度</th><th>R7年度</th></tr><tr><td>悪性腫瘍手術件数(外科)</td><td>269件</td><td>269件</td></tr><tr><td>化学療法件数</td><td>545件</td><td>624件</td></tr><tr><td>緩和ケアチーム介入件数</td><td>275件</td><td>213件</td></tr><tr><td>医師数(麻酔医除く)</td><td>79人</td><td>82人</td></tr></table>	活動指標	R6年度	R7年度	悪性腫瘍手術件数(外科)	269件	269件	化学療法件数	545件	624件	緩和ケアチーム介入件数	275件	213件	医師数(麻酔医除く)	79人	82人	
活動指標	R6年度	R7年度																
悪性腫瘍手術件数(外科)	269件	269件																
化学療法件数	545件	624件																
緩和ケアチーム介入件数	275件	213件																
医師数(麻酔医除く)	79人	82人																
イ 脳疾患 (内科領域) 急性期から超急性期への成長及び診療機能の充実を図る。 ⇒ t-pa(血栓溶解療法)及びIVR(血管内治療)の対象患者増加、脳血管内治療医の増員 ⇒ 物忘れ外来から認知症疾患医療センターへの格上げ ⇒ パーキンソン病に対するデバイス治療のLCIG(レボドパ・カルビドパ配合剤持続経腸療法)や持続皮下注療法などの先進的治療の導入 従来よりも短期間に回復期リハビリ病院へ転院することを目指す。 ⇒ 回復期リハビリ病院への更なる協力依頼により、転院までの期間を短縮する。 回復期リハビリ病院以外のpost-acute に対しての後方連携の新規開拓を行う。 ⇒ 転院調整期間の短縮	イ 脳疾患 (内科領域) 急性期から超急性期への成長及び診療機能の充実を図る。 ⇒ 大学医局からの医師派遣のみならず、直採用などにより、脳神経内科及び脳血管内治療科の医師の更なる拡充を行う。 ⇒ 抗アミロイドβ抗体薬(アルツハイマー病治療薬)の適用患者の掘り起こしと併せて、物忘れ外来を通じた認知症の診断及び治療も引き継ぎ注力していく。 従来よりも短期間に回復期リハビリ病院へ転院することを目指す。 ⇒ 回復期リハビリ病院への更なる協力依頼により、転院までの期間を短縮する。 回復期リハビリ病院以外のpost-acute に対しての後方連携の新規開拓を行う。 ⇒ 転院調整期間の短縮	○ ⇒ 県南保健医療圏における「脳卒中地域拠点医療機関」に指定されており、脳卒中センターとしてSCU(脳卒中ケアユニット)を有し、脳卒中専門医による急性期の診断及び治療を24時間365日体制で実施するとともに、脳梗塞に対する血管内治療として、rt-PA静注療法、血栓回収療法とともに、標準的治療ができる体制を維持した。 △ ⇒ 医師数の維持に向け、継続的に活動を行ったものの、医師派遣の1名減により、令和7年度末時点で医師5名となった。 ⇒ 適切な適用患者の掘り起こしにより、常時、10人以上の適用患者に抗アミロイドβ抗体薬(アルツハイマー病治療薬)抗を施行した。 ○ ⇒ 受入先による需給的な都合もあることから、能動的なアプローチに加え、転院交渉の始動を早めるなど、転院までのプロセスがスムーズにいくよう、効果的な活動に努めた。(転院までの期間を8.5日短縮) △ ⇒ 地域の後方連携先の数が限られていることから、上記同様、効果的な活動に努めた。																

(外科領域) 持続可能な診療機能を維持する。 ⇒ 休日オンコール体制及び夜間救急応需をマンパワーに合わせ柔軟に対処する。 ⇒ 脳手術件数の増加 専攻医の教育機能を充実させる。 ⇒ 自治医大の重点連携施設としての責務を果たす。 脳手術の量的・質的拡充を行う。 ⇒ 顕微鏡手術から外視鏡手術への転換を図る。	(外科領域) 持続可能な診療機能を維持する。 ⇒ 休日のオンコール日数を現在よりも月2～3日減らす。 ⇒ 緊急手術を可能にするため、麻酔科と連携していく。 専攻医の教育機能を充実させる。 ⇒ 大学からの専攻医の派遣を受けるため、手術のバリエーションを増加させる。 脳手術の量的・質的拡充を行う。 ⇒ 拡充を行うには、現在の医師2名体制では限界があるため、人員の増加を図る。	△ ⇒ 診療科の安定維持のためには医師数の増加が不可欠であり、医局派遣及びプロパー採用ともに積極的に採用活動を行ったが、脳外科医不足の状況もあり増進は困難であったが、体制維持は確保した。(2名体制維持) ○ ⇒ 麻酔科と緊急手術における調整等を行い、円滑な連携体制を確保したことにより、緊急手術の対応件数の増加につながった。 × ⇒ 人員の拡充が困難な状況の中で、専攻医の教育機能の充実と脳手術の量的・質的拡充については、継続検討に留まった。 × (課題と今後の取組方針) ・医師の確保については、人員増加につながる具体的な活動について、検討する必要がある。																																							
<table><tr><th>目標指標</th><th>R10年度</th></tr><tr><td>IVR(脳血管内治療)件数</td><td>40件</td></tr><tr><td>開頭手術件数</td><td>60件</td></tr></table>	目標指標	R10年度	IVR(脳血管内治療)件数	40件	開頭手術件数	60件	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7年度</th></tr><tr><td>IVR(脳血管内治療)件数</td><td>50件</td></tr><tr><td>開頭手術件数</td><td>50件</td></tr></table>	目標指標	R7年度	IVR(脳血管内治療)件数	50件	開頭手術件数	50件	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7年度</th><th>達成率(%)</th></tr><tr><td>IVR(脳血管内治療)件数</td><td>30件</td><td>60.0%</td></tr><tr><td>開頭手術件数</td><td>31件</td><td>62.0%</td></tr></table> <table><tr><th>活動指標</th><th>R6年度</th><th>R7年度</th></tr><tr><td>転院までの期間の更なる短縮</td><td>46.2日</td><td>37.7日</td></tr><tr><td>医師の確保(増員)</td><td>8人</td><td>5人</td></tr><tr><td>入院診療単価の増加</td><td>85,435円</td><td>90,725円</td></tr><tr><td>開頭クリッピング術(未破裂脳動脈瘤も含む)の増加</td><td>10件</td><td>10件</td></tr><tr><td>働き方改革の実行</td><td>2人</td><td>2人</td></tr></table>	目標指標	R7年度	達成率(%)	IVR(脳血管内治療)件数	30件	60.0%	開頭手術件数	31件	62.0%	活動指標	R6年度	R7年度	転院までの期間の更なる短縮	46.2日	37.7日	医師の確保(増員)	8人	5人	入院診療単価の増加	85,435円	90,725円	開頭クリッピング術(未破裂脳動脈瘤も含む)の増加	10件	10件	働き方改革の実行	2人	2人
目標指標	R10年度																																								
IVR(脳血管内治療)件数	40件																																								
開頭手術件数	60件																																								
目標指標	R7年度																																								
IVR(脳血管内治療)件数	50件																																								
開頭手術件数	50件																																								
目標指標	R7年度	達成率(%)																																							
IVR(脳血管内治療)件数	30件	60.0%																																							
開頭手術件数	31件	62.0%																																							
活動指標	R6年度	R7年度																																							
転院までの期間の更なる短縮	46.2日	37.7日																																							
医師の確保(増員)	8人	5人																																							
入院診療単価の増加	85,435円	90,725円																																							
開頭クリッピング術(未破裂脳動脈瘤も含む)の増加	10件	10件																																							
働き方改革の実行	2人	2人																																							

ウ 循環器疾患 救急体制の更なる充実を図る。 ⇒ 24時間365日緊急搬送受入体制の維持 ⇒ 救急搬送された急性心筋梗塞患者への door to balloon time 90分以内の推進 カテーテルアブレーションの更なる充実を図る。 低侵襲治療を推進する。 ⇒ 循環器内科と心臓血管外科のチーム医療体制による経皮的動脈弁留置術（TAVI）の導入及び施設整備（ハイブリッド手術室） ⇒ Watchman 手術（経皮的左心耳閉鎖術）の認定施設の取得及び導入 集中治療体制を強化する。 ⇒ 循環器内科と心臓血管外科による循環器センターの整備及び HCU の CCU 化	ウ 循環器疾患 救急体制の更なる充実を図る。 ⇒ 24時間365日緊急搬送受入体制の維持 ⇒ 救急搬送された急性心筋梗塞患者への door to balloon time 90分以内の推進 カテーテルアブレーションの更なる充実を図る。 ⇒ パルスフィールドアブレーションの稼働により更なる安心安全な手技を目指すとともに、治療時間の短縮化が図られることで症例数が増加し、新たな患者獲得へと繋げる。 低侵襲治療を推進する。 ⇒ 中期計画で掲げた各種整備を、着実に進めていく。 集中治療体制を強化する。 ⇒ 循環器内科と心臓血管外科による循環器センターの整備および ICU の CCU 化を目指すことで、医療者が集まるマグネットホスピタルを実現する。	○ ⇒ 循環器専門医による急性心筋梗塞に対する医療提供体制を 24 時間 365 日維持しており、R7 年度の急性心筋梗塞患者に対する冠動脈インターベンション（PCI）治療は 316 件で、県内屈指の診療件数となっている。（毎年、確実に増加） ○ ⇒ 小山地区の急性心筋梗塞患者に対する搬送後 90 分以内の冠動脈再灌流に加え、医療提供機能が低下した他地区からの救急搬送にも十分対応した。 ○ ⇒ 循環器の関連する疾患として不整脈疾患の専門的な治療にも注力しており、頻脈性不整脈に対し、心臓周囲組織への影響が少なく、安全性と手技時間の短縮が期待できるパルスフィールドアブレーションの導入により、非常に安全で短時間の治療を実現し、年間で 100 例ほどまでに増加することができた。今後は、アブレーションの専門医師をもう 1 名招聘し、目標に掲げる年 200 例を目指していく。 △ ⇒ watchman については、令和 8 年中に開始できる見通しまで立てることができた。 ⇒ TAVI の実現に向けた整備については、ハード面に関しては、新館（別館）建設事業の段階を踏んで進めてきたことから、今後、ハイブリット手術室の整備に向け引き続き検討していくこととした。ソフト面に関しては、引き続き修練を重ねるとともに、心臓血管外科との連携を通じて、MICS（小切開低侵襲心臓手術）やステントグラフト内挿術等の実施基準のクリアに向けた取組を行った。 △ ⇒ 現状での施設・体制での診療内容を踏まえつつ、CCU 化を目指すため、心臓血管外科との綿密な連携を深めた。今後も引き続き、人員の増加を図り、質の更なる向上を目指すこととした。	
--	--	---	--

		(課題と今後の取組方針) ・ 中期計画に掲げた低侵襲治療と、集中治療体制を実現していくには、心臓血管外科との密な連携が必要となる。																																													
<table><tr><th>目標指標</th><th>R10年度</th></tr><tr><td>90分以内の急性心筋梗塞への再灌流件数</td><td>100件</td></tr><tr><td>冠動脈インターベンション（PCI）件数</td><td>400件</td></tr><tr><td>アブレーション件数</td><td>200件</td></tr></table>	目標指標	R10年度	90分以内の急性心筋梗塞への再灌流件数	100件	冠動脈インターベンション（PCI）件数	400件	アブレーション件数	200件	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7年度</th></tr><tr><td>90分以内の急性心筋梗塞への再灌流件数</td><td>100件</td></tr><tr><td>冠動脈インターベンション（PCI）件数</td><td>350件</td></tr><tr><td>アブレーション件数</td><td>100件</td></tr></table>	目標指標	R7年度	90分以内の急性心筋梗塞への再灌流件数	100件	冠動脈インターベンション（PCI）件数	350件	アブレーション件数	100件	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7年度</th><th>達成率(%)</th></tr><tr><td>90分以内の急性心筋梗塞への再灌流件数</td><td>68件</td><td>68.0%</td></tr><tr><td>冠動脈インターベンション（PCI）件数</td><td>316件</td><td>90.3%</td></tr><tr><td>アブレーション件数</td><td>112件</td><td>112.0%</td></tr></table> <table><tr><th>活動指標</th><th>R6年度</th><th>R7年度</th></tr><tr><td>デバイス治療件数</td><td>81件</td><td>91件</td></tr><tr><td>末梢血管インターベンション（PTA）件数</td><td>17件</td><td>22件</td></tr><tr><td>循環器内科医師数（うちアブレーション治療医師数）</td><td>1人</td><td>1人</td></tr><tr><td>心臓血管外科医師数（うち胸部ステントグラフト内挿術実施医）</td><td>0人</td><td>0人</td></tr></table>	目標指標	R7年度	達成率(%)	90分以内の急性心筋梗塞への再灌流件数	68件	68.0%	冠動脈インターベンション（PCI）件数	316件	90.3%	アブレーション件数	112件	112.0%	活動指標	R6年度	R7年度	デバイス治療件数	81件	91件	末梢血管インターベンション（PTA）件数	17件	22件	循環器内科医師数（うちアブレーション治療医師数）	1人	1人	心臓血管外科医師数（うち胸部ステントグラフト内挿術実施医）	0人	0人		
目標指標	R10年度																																														
90分以内の急性心筋梗塞への再灌流件数	100件																																														
冠動脈インターベンション（PCI）件数	400件																																														
アブレーション件数	200件																																														
目標指標	R7年度																																														
90分以内の急性心筋梗塞への再灌流件数	100件																																														
冠動脈インターベンション（PCI）件数	350件																																														
アブレーション件数	100件																																														
目標指標	R7年度	達成率(%)																																													
90分以内の急性心筋梗塞への再灌流件数	68件	68.0%																																													
冠動脈インターベンション（PCI）件数	316件	90.3%																																													
アブレーション件数	112件	112.0%																																													
活動指標	R6年度	R7年度																																													
デバイス治療件数	81件	91件																																													
末梢血管インターベンション（PTA）件数	17件	22件																																													
循環器内科医師数（うちアブレーション治療医師数）	1人	1人																																													
心臓血管外科医師数（うち胸部ステントグラフト内挿術実施医）	0人	0人																																													
エ 消化器疾患 消化器疾患にかかる救急医療体制の維持・向上を図る。 ⇒ 看護師を含むマンパワーの確保 新たな診断技術・治療技術への取組みを行う。 ⇒ EUS-FNA（超音波内視鏡下穿刺吸引法）の導入 ⇒ 胃粘膜下腫瘍における腹腔鏡・内視鏡合同手術（LECS）の導入 消化管がんの早期発見・治療を行う。	エ 消化器疾患 消化器疾患にかかる救急医療体制の維持・向上を図る。 ⇒ 看護師を含むマンパワーの確保 新たな診断技術・治療技術への取組みを行う。 ⇒ EUS-FNA（超音波内視鏡下穿刺吸引法）を開始する。 消化管がんの早期発見・治療を行う。	○ ⇒ 総合的な診療体制により、出血を伴う消化管急性疾患や、胆管炎、胆道閉塞などの急性疾患に対する緊急内視鏡治療に対応するなど、地域の救急医療責務を遂行した。 ⇒ 常勤医師数（医局派遣）が増加したことにより、診療時間内に緊急内視鏡を実施できる体制を確保した。 ○ ⇒ 新たな機器（超音波内視鏡：EUS）を導入し、12月末からEUS-FNAを開始した。また、EUS（FNA含む）を実施できる医師が着任し、毎週、EUS（FNA含む）を実施した。（FNA実績：3件）																																													

大腸内視鏡検査枠の拡充を行う。 ⇒ マンパワーの確保による検査枠の増加 消化器内科医の負担軽減を図る。 ⇒ 医師の増員	大腸内視鏡検査枠の拡充を行う。 ⇒ 医師の増員により、大腸内視鏡検査枠の増やすことで、検査予約の待ち期間を短縮する。 消化器内科医の負担軽減を図る。 ⇒ 当院固有の医師を確保することで、指導面での負担を軽減させる。	○ ⇒ 常勤医師数が増加したことにより、午後の大腸内視鏡検査枠を2列から3列に拡充し、検査予約の待ち期間を2カ月から1カ月以内に短縮した。これに伴い、内視鏡治療件数の増加にもつながった。 △ ⇒ 継続的に活動を行ったが、当院固有の医師の確保には至らなかった。引き続き、医師の増員に向けて積極的に活動を行う。 (課題と今後の取組方針) ・若手の派遣医師が中心戦力となっているが、当院で技術を習得後、大学に戻ってしまう。医師の負担軽減に加え、指導的立場となる医師の育成のためにも、当院固有の医師を確保することが課題となる。																										
<table><tr><th>目標指標</th><th>R10年度</th></tr><tr><td>内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)件数</td><td>65件</td></tr></table>	目標指標	R10年度	内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)件数	65件	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7年度</th></tr><tr><td>内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)件数</td><td>90件</td></tr></table>	目標指標	R7年度	内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)件数	90件	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7年度</th><th>達成率(%)</th></tr><tr><td>内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)件数</td><td>131件</td><td>145.6%</td></tr></table> <table><tr><th>活動指標</th><th>R6年度</th><th>R7年度</th></tr><tr><td>上部内視鏡検査件数</td><td>3,795件</td><td>3,950件</td></tr><tr><td>下部内視鏡検査件数</td><td>1,836件</td><td>2,128件</td></tr><tr><td>胆管膵管造影検査件数(ERCP)</td><td>294件</td><td>332件</td></tr></table>	目標指標	R7年度	達成率(%)	内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)件数	131件	145.6%	活動指標	R6年度	R7年度	上部内視鏡検査件数	3,795件	3,950件	下部内視鏡検査件数	1,836件	2,128件	胆管膵管造影検査件数(ERCP)	294件	332件
目標指標	R10年度																											
内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)件数	65件																											
目標指標	R7年度																											
内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)件数	90件																											
目標指標	R7年度	達成率(%)																										
内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)件数	131件	145.6%																										
活動指標	R6年度	R7年度																										
上部内視鏡検査件数	3,795件	3,950件																										
下部内視鏡検査件数	1,836件	2,128件																										
胆管膵管造影検査件数(ERCP)	294件	332件																										
オ 整形外科疾患 外傷等の救急医療体制を維持する。 整形外科診療の充実を図る。 ⇒ 脊椎・人工関節手術等の変性疾患への比重増加 ⇒ 医師の増員 ⇒ 手術総件数の増加 地域の高度先端病院としての機能を維持する。 ⇒ 手術支援ロボットの活用	オ 整形外科疾患 外傷等の救急医療体制を維持する。 ⇒ 救急受入体制の維持 整形外科診療の充実を図る。 ⇒ 脊椎手術件数の維持 ⇒ Mako(手術支援ロボット(股・膝関節))による手術件数の増加 地域の高度先端病院としての機能を維持する。 ⇒ Mako(手術支援ロボット)の地域普及	○ ⇒ 当院では、脊椎・人工関節・外傷の3本柱をメインに急性期地域中核病院として求められる整形外科診療を担っており、救急受入体制を維持し、R7年度は前年度を約3割上回る救急受入を行った。 ○ ⇒ 人工関節手術においては、2年前に県内で初導入したMAKO(人工関節置換手術支援ロボット)を、脊椎手術においては、脊椎のスクリュー挿入にNavigationシステムを使用し、最新の医療技術の積極的導入により、質・量ともに確実な成長を遂げている。(手術支援ロボットによる手術件数は、対前年度3割増) ⇒ 医師増員にも成功し、R8年4月には肩・肘の専門医師を迎え、充実した医師5人体制を確保した。 ○ ⇒ 地域連携先への広報活動を行いつつ、希少かつ最先端な機器であることから県内でも注目を集め、手術支援ロボットの適用患者の掘り起こしを着実にいった。																										

				(課題と今後の取組方針) ・当院の入院収益の柱として更なる拡充を図る。					
目標指標	R10年度	目標指標	R7年度	目標指標	R7年度	達成率(%)			
整形外科手術件数	1,000件	整形外科手術件数	700件	整形外科手術件数	814件	116.3%			
				活動指標	R6年度	R7年度			
				整形外科入院延患者数(人)	14,922人	16,784人			
				整形外科外来延患者数(人)	16,817人	17,549人			
				整形外科救急患者受入患者数(人)	566人	748人			
				脊椎手術件数	200件	194件			
				人工関節手術件数	130件	170件			

(3) 小児医療の充実						
第4期中期計画	令和7年度計画	法人の自己評価			市長の評価	
		達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等
栃木県保健医療計画（第8期計画）に準じ、2次医療機関として地域のニーズに応じた総合的な小児医療を提供する。		○ ○ △ △ ○ ○ × ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	⇒ 小児医療に対する当院の重要な役割として、救急診療とそこから繋がる入院診療を重要なポイントと捉え、継続的に機能の充実に努め、24時間365日救急受入体制を維持した結果、市内の小児救急のシェアが8割となるなど、地域中核病院として必要な医療機能を確保した。	4	4	24時間365日救急受入体制を維持し、市内の小児救急シェア8割、受入件数目標を大きく達成していることを評価します。
⇒ 小児救急医療の維持 ⇒ 24時間365日の受入体制の維持 ⇒ 小児在宅医療支援 ⇒ 医療的ケア児への支援 ⇒ 呼吸器疾患や免疫性疾患の診療体制の充実 ⇒ チーム医療の推進 ⇒ 多職種（医師、看護師、心理士、理学療法士など） ⇒ 各行政機関との連携の推進 ⇒ 虐待対策等	⇒ 小児救急医療の維持 ⇒ 24時間365日の受入体制の維持 ⇒ 小児在宅医療支援 ⇒ 医療的ケア児の受入体制の整備を終えた今、実受入を開始する。 ⇒ 呼吸器疾患や免疫性疾患の診療体制の充実 ⇒ 重症な喘息病児の受入 ⇒ 人工呼吸器管理を要する病児の入院を可能とするための協議を行う。 ⇒ チーム医療の推進 ⇒ 多職種（医師、看護師、心理士、理学療法士など）との連携 ⇒ 各行政機関との連携の推進 ⇒ 小山市外の児童相談所との連携を図る。 ⇒ 虐待対策等		⇒ 自治医科大学附属病院と独協医科大学病院からの紹介・相談には積極的に対応した。一方、患児の現状ではまだ支援の必要な状況にはないことから、受入体制を継続した。 ⇒ レスパイト入院の体制は引き続き維持した。受入については、小山市のレスパイトの需要は想定されるが、かかりつけ先での受入で満たされていることから、受入体制を継続した。 ⇒ 令和7年9月から免疫性疾患を専門とする医師が派遣され、診療体制の充実に図ることができた。 ⇒ 医療機器の整備を行い、入院診療を開始した。 ⇒ HCUで乳幼児の気管挿管が行うことを理想とするが、実施に向けた院内協議は継続検討とした。 ⇒ 毎週、多職種によるミーティングを実施し、医療提供における連携体制の強化を図り、発達障害に関しては、各学校との連携を継続して実施した。 ⇒ 小児入院医療体制の充実のため、専任の保育士により、プレイルームを設置し、「小児入院基本管理料3」の安定維持に努めた。 ⇒ 社会的背景等から問題となっている虐待、精神疾患に伴う不登校、その他生活環境の問題等、診療を通して得た情報については、当院の小児科医が、行政機関（小山市、結城市）、児童相談所、学校、警察等の関係機関と連携し、小児ケース会議等により情報共有と患者にとって最適な改善策を協議した。 ⇒ 都内の児相の措置入院対象の乳児院からの紹介を受け入れた。 (課題と今後の取組方針) ・ 人工呼吸器管理を要する病児の入院を可能にするための取組について、検討する必要がある。 ・ 家族を含めた患者サービスの観点では、家族の付き添い制度はサービスの低下につながることから、家族の付き添いができない場合でも、現状の看護体制を維持しながら、受入が出来るよう、引き続き検討する。			

目標指標	R 1 0 年度	目標指標	R 7 年度	目標指標	R 7 年度	達成率 (%)
小児科救急搬送 受入件数	700 件	小児科救急搬送 受入件数	700 件	小児科救急搬送受入件数	768 件	109.7%
				活動指標	R 6 年度	R 7 年度
				小児入院延患者数（人）	2,243 人	1,993 人
				小児外来延患者数（人）	12,084 人	11,675 人
				小児科救急患者受入患者数（人）	1,863 人	1,875 人
				食物アレルギー負荷試験実施件数	82 件	119 件
				小児検査患者受入件数	22 件	4 件
				小児レスパイト患者受入件数	0 件	0 件

(4) 周産期医療の対策

第 4 期中期計画	令和 7 年度計画	法人の自己評価			市長の評価																			
		達成	評価の判断理由	評価	評価理由等																			
地域のニーズに応えるため、各行政機関（栃木県、小山市）、小山地区医師会、医師の派遣元である大学病院と連携を図り、産科常勤医を獲得し、分娩を伴う産科の再開を目指す。 ⇒ 常勤産婦人科医、助産師等スタッフの確保 ⇒ 産婦人科診療の段階的な拡大 ⇒ ①婦人科疾患の入院手術 ⇒ ②正常分娩を目指す。 ⇒ 産後ケア事業の維持	地域のニーズに応えるため、各行政機関（栃木県、小山市）、小山地区医師会、医師の派遣元である大学病院と連携を図り、産婦人科常勤医を獲得し、分娩を伴う産科の再開にむけた体制構築を一步一步着実に進めていく。 ⇒ 常勤産婦人科医の確保 ⇒ 産婦人科診療の段階的な拡大として、婦人科疾患の入院手術の開始 ⇒ 産後ケア事業の維持(契約市町 小山市、栃木市、佐野市、野木町) ⇒ 設立団体(小山市)の少子化、子育て対策との連携強化	○ × ○ △	⇒ 地独法化以後初めて、自治医科大学附属病院より常勤産科医の派遣を受け、最初のステップとして、安定した外来診療体制を構築した。 ⇒ 全体的な産婦人科医不足の観点から、非常勤医師の派遣等の拡充が難しく、入院診療（手術含む）の再開には至らなかった。 ⇒ 急性期病院として、診療行為で病床をフル活用しているため、産後ケア事業の実施には限界があるが、3市1町の要請に基づき、受け入れ態勢の構築・維持を継続した。 ⇒ 市の施策において、随時意見交換を実施するとともに、具体的な連携等について協議を継続した。 （課題と今後の取組方針） ・地域の要請として、総合入院体制確保の観点からも、産婦人科の入院診療体制の構築は必要と考えている。人的配置、施設整備と課題は多いが、引き続き自治医科大学附属病院、医師会、小山市と連携を図り、段階的なステップを踏みながら、体制を整えたい。 <table> <tr> <th>活動指標</th> <th>R 6 年度</th> <th>R 7 年度</th> </tr> <tr> <td>常勤産婦人科医数</td> <td>0 人</td> <td>1 人</td> </tr> <tr> <td>常勤助産師数</td> <td>5 人</td> <td>5 人</td> </tr> <tr> <td>婦人科疾患手術数（再開後）</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>分娩件数（再開後）</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>産後ケア実施件数</td> <td>0 件</td> <td>0 件</td> </tr> </table>	活動指標	R 6 年度	R 7 年度	常勤産婦人科医数	0 人	1 人	常勤助産師数	5 人	5 人	婦人科疾患手術数（再開後）	—	—	分娩件数（再開後）	—	—	産後ケア実施件数	0 件	0 件	3	3	常勤産科医の派遣による安定した外来診療体制を構築したことを評価します。地域のニーズに応えるため、引き続き大学病院や医師会等とも連携を図りながら、入院体制構築に向けて取り組んでいただきたい。
活動指標	R 6 年度	R 7 年度																						
常勤産婦人科医数	0 人	1 人																						
常勤助産師数	5 人	5 人																						
婦人科疾患手術数（再開後）	—	—																						
分娩件数（再開後）	—	—																						
産後ケア実施件数	0 件	0 件																						

(5) 高度・専門医療を提供する人材の確保と育成						
第4期中期計画	令和7年度計画	法人の自己評価			市長の評価	
		達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等
急性期診療の質的・量的なレベルアップに対応できる人材、第4期中期計画を達成でき得る人材を、それぞれ育成する。				4	4	医療機器の整備や階層別研修の実施により、離職率縮減の目標達成や専門職の増員につながっていることを評価します。
⇒ 既存の考えに囚われずに共創できる人材を育成するため、定期的な人材採用の他、豊富な知識や経験を持つ人材を積極的に採用する。 ⇒ 医師をはじめとした医療従事者にとって魅力的な病院となるよう、必要な医療機器の導入など診療環境の整備を行う。 ⇒ 臨床研修プログラムの充実を図り、研修医の積極的な受け入れに努める。 ⇒ 幅広い診療科目を有する急性期地域中核病院として、自治医科大学や地域医療機関との連携を強化することにより、学べる環境と経験する場を提供する。 ⇒ 職員一人ひとりの成長を促し、組織全体のパフォーマンス向上を目途とし全職員を対象とした階層別研修を実施する。 ⇒ 専門職として自立した医療職を育成するために学会・研修等の参加や、専門資格の取得に対するキャリアアップ支援制度を充実させる。 ⇒ 医療に携わることを志す実習生を幅広く積極的に受入れ、人材育成に寄与する。	⇒ 病院ホームページやハローワーク、SNS、Web等様々な媒体で情報発信を行うとともに、県内外の医療系学校を訪問し新たな人材の獲得や経験者に対する採用活動を行う。 ⇒ 医師をはじめとした医療従事者にとって魅力的な病院となるよう、必要な医療機器の導入など診療環境の整備を行う。 ⇒ 研修医の意見を取り入れ、臨床研修プログラムの充実を図る。 ⇒ 小山市近郊15病院連携協議会事務部会で意見交流を深めるとともに、地域医療機関との連携を強化する。 ⇒ 職員一人ひとりの成長を促し、組織全体のパフォーマンス向上を目途とし全職員を対象とした階層別研修を実施する。 ⇒ 専門職として自立した医療職を育成するため、学会・研修等の参加や専門資格の取得に対する支援を行う。 ⇒ 医療に携わることを志す実習生を幅広く積極的に受入れる。	○ ⇒ 学校訪問は年2回行っており、6月には県内のみならず県外及び広域的な訪問を実施した。また、各種情報媒体のそれぞれの特性を生かしながら情報発信を継続的に行った。 ○ ⇒ 経理課との連携による円滑かつ効率的な医療機器の整備を行った。また、効果的・効率的な高度治療の体制整備を継続したことにより、医師獲得にもつながった。 △ ⇒ 初期臨床研修における地域医療研修に関して、研修先の拡充を図るため、地域連携医療機関や受け入れ可能な他県医療機関と協議を進めた。 ○ ⇒ 病院への個別訪問を重ね、人材獲得や施策面の情報交換を行ったことで、地域医療機関との更なる連携強化が図られた。 ○ ⇒ 階層別研修を6階層で定期的かつ堅実に実施するとともに、不参加者に対しても丁寧にフォローアップを行うなど、職員全体の知識・スキルの向上と組織力の強化を図った。 △ ⇒ 学会・研修等の参加は出張扱いとして支援したが、資格取得にかかる費用の助成等の支援については課題も多いことから、効果的な支援について継続検討とした。 ○ ⇒ 実習の受入れは、人材育成に加え、以後の採用につながることから、可能な限り受入れを行った。また、新規の受入れ先を確保できたことで、採用の幅が広がることが期待できる。 (課題と今後の取組方針) ・ 如何に人材を獲得するかに加えて、学齢期を対象とした体験学習等のキャリア教育によって、将来的に医療への就業を志すきっかけづくりが必要である。				

目標指標	R 1 0 年度	目標指標	R 7 年度	目標指標	R 7 年度	達成率 (%)
離職率 (%)	9. 0%	離職率 (%)	10. 0%	離職率 (%)	8. 56%	116. 8%
初期臨床研修医数 (人)	8 人	初期臨床研修医数 (人)	8 人	初期臨床研修医数 (人)	7 人	87. 5%
				活動指標	R 6 年度	R 7 年度
				医師数 (人)	83 人	87 人
				看護師数 (人)	394 人	401 人
				看護補助者数 (人)	65 人	65 人
				医療技術職員数 (人)	127 人	134 人
				事務職員数 (人)	135 人	132 人
				臨床研修指導医資格取得者数 (人)	36 人	38 人
				初期臨床研修医募集定員充足率 (%)	83. 3%	87. 5%
				専門看護師数 (人)	1 人	1 人
				認定看護師数 (人)	12 人	12 人
				特定看護師数 (人)	11 人	13 人
				認定看護管理者教育課程取得者数 (人)	1 人	1 人
				診療情報管理士数 (人)	9 人	10 人
				医師事務作業補助者数 (人)	24 人	22 人
				実習生受入件数	316 人	334 人

(中項目)
3 安全で信頼される医療の提供

(小項目)

(1) 医療安全管理及び感染対策の徹底						
第4期中期計画	令和7年度計画	法人の自己評価			市長の評価	
		達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等
(医療安全管理) 医療事故を防止するため、医療安全対策を徹底するとともに、透明性の確保に努め、安全で質の高い医療を継続して提供する。 ⇒ インシデント報告の推奨を行い、報告する文化の浸透・定着を目指し、部署の偏りを是正する。 ⇒ インシデント報告内容の分析を行い、再発防止のための対策立案、実践・評価・改善に取り組む。 ⇒ 各部署に配置されるリスクマネージャーの育成に努め、各々の部署で医療安全活動を展開することで環境改善を図り、医療安全文化を醸成する。 ⇒ 医療安全に関わる加算の継続及び質の向上を図る。 ⇒ 医療安全管理室の人的強化を行う。 (院内感染管理) 平時から院内感染防止に関する職員教育を徹底し、新たな感染症に対応可能な体制を構築する。 ⇒ 院内感染対策チームを中心に情報の一元化を図り、職員間の情報共有や初動体制を強化し感染拡大防止に努め、医療崩壊を阻止する。	(医療安全管理) 医療事故を防止するため、医療安全対策を徹底するとともに、透明性の確保に努め、安全で質の高い医療を継続して提供する。 ⇒ インシデント報告の事故対応及び改善策の検討 ⇒ インシデント報告についての教育及び指導 ⇒ 医療安全に関する患者・家族相談の実施 ⇒ 栃木セーフティーネット会議を通じ、他の医療機関との連携強化 ⇒ 各部署における医療安全促進者の育成及び活動支援 (院内感染管理) 平時から院内感染防止に関する職員教育を徹底し、新たな感染症に対応可能な体制を構築する。 ⇒ 実践的な研修(実演訓練・机上訓練)を行い、職員の知識と技術の向上を図る。 ⇒ 行政や他の医療機関と合同カンファレンス等を開催し、平	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	⇒ 医療安全管理者とリスクマネージャーが連携し、徹底したPDCAサイクルを実施したことにより、インシデントに係る改善等が図られた。 ⇒ 上記同様、医療安全管理者とリスクマネージャーが連携し、現場への教育と、改善に向けた指導を行った。また、事例分析の際にはファシリテーションを行い、対策・改善を導き出すとともに、再発防止策の周知に努めた。 ⇒ 医療安全に関する相談・面談を着実に実施した結果、件数及び医療者側の相談要請の増加につながった。 ⇒ 栃木セーフティーネット会議に参加し、医療機関との情報交換や先行事例の吸収を行うなど、緊密な連携を継続した。 ⇒ 戦略的に医療安全心理・行動学会主催の医療安全活動指導員研修修了者を増員しており、令和5年度は9名、令和6年度は6名、令和7年度5名、累計20名(1名退職)が認定を取得した。 ⇒ 病院長裁可のもと指導員の「院内認定制度」の導入を果たすとともに、認定指導員の活動基盤を整えたことにより、指導員としての自覚と意欲の醸成が図られた。 ⇒ 令和7年4月の新規採用者研修時に個人防護具の着脱訓練を行った。 ⇒ 11月には医師会・県南保健所・連携医療機関と個人防護具着脱をテーマに、対面での合同訓練を実施し、外部から48名の参加があった。 ⇒ 合同カンファレンス等を年4回開催し、感染症対策における連携を深めた。	4	4	インシデント報告が増加し、報告する文化が定着していることや、感染対策における知識と技術の向上ため、医師会や連携医療機関等との合同訓練を実施したことを評価します。

⇒ 所轄保健所・医師会・近隣医療機関・市役所等と連携し、地域中核医療機関として感染症対策のリーダーシップを発揮する。
⇒ 院内感染対策室の人的強化を行う。

時から連携を強化していく。

(課題と今後の取組方針)

- ・ 医療安全管理者の業務の傍ら、医療メディエーターおよび入院時重症患者対応メディエーターに参画しているなか、今後ますます重要視されていく医療安全に関する相談を拡充していくには、医療安全管理室の人員の強化が欠かせない。
- ・ 院内感染対策室においては、医師と看護師の人的強化が図られたが、室員が医療現場で活動をし、効果を上げていくためには、薬剤師・臨床検査技師の専従化、事務職員の配置及び IT・DX による業務の合理化が必要となる。

活動指標	R 6 年度	R 7 年度
インシデント報告数	3,402 件	4,612 件
ヒヤリハット報告割合	53.9%	55.2%
患者相談人数 (面談・電話) ※メディエーター含	28 人	29 人
医療安全研修回数/参加率 (%)	2回/100%	2回/100%
全職員対象研修	925・934 名	951・947 名
医療安全活動指導員数 (人)	15 人	19 人
感染症対策研修会回数/参加率 (%)	2 回/99.9%	2 回/99.9%
連携強化加算医療機関数	23 施設	23 施設
外来感染対策向上加算に係るカンファレンス参加医療機関数	延べ 155 施設	延べ 168 施設

(2) 患者とともに進める医療の推進とサービスの向上						
第4期中期計画	令和7年度計画	法人の自己評価			市長の評価	
		達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等
患者の望む医療やケアの提供を行うため、職員の接遇の向上に努める。また、アドバンスケアプランニング（ACP）等も活用し、多職種の医療スタッフが連携する「チーム医療」体制の維持に努め、さらにデジタルトランスフォーメーション（医療DX）に対応し、患者の利便性に繋がる院内環境の整備を行う。				4	4	個別病棟会議や入院・外来診療戦略会議等で実現可能な改善要望について検討を行っていること、医療コーディネーター等の介入や入院支援件数が大幅に増加していることから、患者・家族の望む医療やケアの提供に向けた支援をされていることを評価します。
（患者中心の医療） ・複合的で多様化する医療相談・支援に対応する。 ・コーディネーター・重症患者対応コーディネーターの介入を行い患者・家族との対話の促進・サポートを充実させる。 ・ACP普及に積極的に取り組む。	（患者中心の医療） ⇒ 複合的で多様化する医療相談、医療支援を行う。 ⇒ コーディネーター、重症患者対応コーディネーターが介入を行い、患者・患者家族と医療者の対話促進をサポートし、医療理解度を向上させる。 ⇒ 適切な意思決定支援に対して積極的に取り組む。 ⇒ ACP普及に積極的に取り組む。私のリビングウィルの運用。	○ ⇒ 主にがん相談、介護保険、福祉相談をはじめとする相談の他、外国人通訳、歯科連携、虐待対応、精神科連携など、多様化する医療相談に対応した。 ○ ⇒ 医療コーディネーターについては、患者・家族と医療者の間に発生したコンフリクトの解消に向け、それぞれとの面談を経て意図を汲み取り、両者の面談において対話を促進し、関係の再構築に努めた（6例を継続して介入した）。 ⇒ 重症患者対応コーディネーターについては、4職種（社会福祉士・保健師・臨床心理士・医療安全管理者）で協働しながら、患者・家族と医療者との対話を促進し、情報共有を進め、認知齟齬の予防と調整を支援した。 ○ ⇒ 意思決定支援においては、退院支援調整マニュアルを改訂し、意向の確認と支援の実践につなげた。 △ ⇒ 小山市主催の在宅医療の会議において ACP の普及に参画するとともに、私のリビングウィル（事前指示書）の配布を開始した。（実運用は今後の課題）				
（快適な医療環境の充実） ・国が主導する医療DXに対応し、医療サービスの効率化と質の向上を図る。 ⇒ オンライン資格確認の定着、電子処方箋の導入	（快適な医療環境の充実） ⇒ オンライン資格確認の定着、電子処方箋の導入と運用開始	○ ⇒ オンライン資格確認（マイナ保険証）の利用率は、令和8年2月診療分においてレセプト件数ベースで約83%（利用者数7,957名／外来レセプト件数9,588件）となった。 ⇒ 国民のマイナンバーカード取得率82.7%（令和8年4月時点）を踏まえると、非常に高い利用水準を維持できた。また、電子処方箋については、インフラは導入したが、HPKIカード（医師資格証）の取得が進んでいなかったことから、職員から運用を開始した。				
・医療DXの実現に向けた取り組みの推進 ⇒ 全国医療情報プラットフォームの創設、電子カルテ情報の標	⇒ 予約システムの見直しを検討し、待ち時間短縮に努める。	△ ⇒ 予約方法については、待ち時間短縮に資する運用改善策を検討したが、費用対効果を含め当院に適したシステムが無かったことから、継続検討と				

準化、診療報酬改定 DX 等への対応促進 ・ 外来待ち時間短縮へ取り組みを進める。 ⇒ 予約システムの見直し、外来患者数適正化、待ち時間を快適に過ごせる環境を整備 （患者満足度向上） ・ 職員全員が患者に寄り添うことを第一に考えたサービスの実践に努める。 ・ 入院、外来患者満足度調査の IT 化を進める。	⇒ 外来患者数の適正化を実現させ、紹介受診重点医療機関及び地域療支援病院としての機能分化の推進に努める。 ⇒ 待ち時間を快適に過ごせる環境を整備する。 ⇒ 後払いアプリケーションの利用を推奨し、会計待ち時間の短縮を図る。 （患者満足度向上） ⇒ 患者アンケート、投書箱及び問い合わせフォーム等のご意見やご要望があった項目については改善に努め、評価を高めていけるよう接遇向上に取り組む。 ⇒ 入院、外来患者満足度調査の IT 化を進める。	△ ⇒ 外来機能報告制度に対応し、紹介受診樹点医療機関の指定を受け、急性期治療終了から速やかにかかりつけ医に逆紹介する方針を再確認した。また、外来患者数の適正化施策については、引き続き進捗に努めることとした。 ○ ⇒ 従前より提供しているフリーWi-Fi サービスおよび外来待ち時間表示アプリに加え、新たにデジタルサイネージを活用した情報提供体制の導入に取り組んだ。 ○ ⇒ 後払いシステムは、外来患者数全体に対する利用率は約 1 割程度ではあるものの、利用者数は着実に増加したことから、会計待ち時間の短縮に寄与することができた。 ○ ⇒ 全入院患者に行っている患者満足度調査、年 1 回行っている外来満足度調査の結果を分析し、個別病棟会議とそれに続く入院・外来診療戦略会議にて内容の検討を行い、実現可能な改善要望については、原則として全て取り入れるという意識をもって対応し、満足度向上に努めた。 △ ⇒ 外来においては、Google フォームを活用した電子的アンケート調査を実施した。一方、入院患者を対象とした電子的調査については、継続検討とした。 （課題と今後の取組方針） ・ 長年の課題である外来診療における待ち時間の短縮は、外来患者数の適正化を図る上でも重要な施策である。今後は、逆紹介の更なる推進に加え、予約方法の適正化を進めることで、外来運営の効率化および患者サービスの向上を図っていく。																																						
<table><tr><th>目標指標</th><th>R10年度</th></tr><tr><td>相談窓口での医療相談件数</td><td>1,800 件</td></tr><tr><td>入退院支援件数</td><td>3,800 件</td></tr></table>	目標指標	R10年度	相談窓口での医療相談件数	1,800 件	入退院支援件数	3,800 件	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7 年度</th></tr><tr><td>相談窓口での医療相談件数</td><td>1,800 件</td></tr><tr><td>入退院支援件数</td><td>3,800 件</td></tr></table>	目標指標	R7 年度	相談窓口での医療相談件数	1,800 件	入退院支援件数	3,800 件	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7 年度</th><th>達成率 (%)</th></tr><tr><td>相談窓口での医療相談件数</td><td>1,768 件</td><td>98.2%</td></tr><tr><td>入退院支援件数</td><td>5,199 件</td><td>136.8%</td></tr></table> <table><tr><th>活動指標</th><th>R6 年度</th><th>R7 年度</th></tr><tr><td>患者満足度調査集計結果のホームページでの公表</td><td>12 回</td><td>12 回</td></tr><tr><td>患者サービス向上委員会だよりの発行回数</td><td>6 回</td><td>6 回</td></tr><tr><td>接遇研修会の実施回数</td><td>2 回</td><td>1 回</td></tr><tr><td>重症患者対応メディエーター件数</td><td>63 件</td><td>51 件</td></tr></table>	目標指標	R7 年度	達成率 (%)	相談窓口での医療相談件数	1,768 件	98.2%	入退院支援件数	5,199 件	136.8%	活動指標	R6 年度	R7 年度	患者満足度調査集計結果のホームページでの公表	12 回	12 回	患者サービス向上委員会だよりの発行回数	6 回	6 回	接遇研修会の実施回数	2 回	1 回	重症患者対応メディエーター件数	63 件	51 件		
目標指標	R10年度																																							
相談窓口での医療相談件数	1,800 件																																							
入退院支援件数	3,800 件																																							
目標指標	R7 年度																																							
相談窓口での医療相談件数	1,800 件																																							
入退院支援件数	3,800 件																																							
目標指標	R7 年度	達成率 (%)																																						
相談窓口での医療相談件数	1,768 件	98.2%																																						
入退院支援件数	5,199 件	136.8%																																						
活動指標	R6 年度	R7 年度																																						
患者満足度調査集計結果のホームページでの公表	12 回	12 回																																						
患者サービス向上委員会だよりの発行回数	6 回	6 回																																						
接遇研修会の実施回数	2 回	1 回																																						
重症患者対応メディエーター件数	63 件	51 件																																						

(大項目) 第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項	市長の評価	
	評価	評価理由等
	A	当該大項目に関しては、計画を上回って進んでいる（平均3.8）ことが認められたため「A」評価とした。

(中項目)

1 自律性・機動性・透明性の高い組織運営

(小項目)

(1) 組織マネジメントの強化

第4期中期計画	令和7年度計画	法人の自己評価			市長の評価	
		達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等
病院運営方針を明確にし、PDCA サイクルを有効に活用することにより、目標達成に向けた変革を志向する組織風土の醸成を継続していく。				3	4	診療目標を明確に数値化し、バランススコアカードと年度計画に反映させた上で PDCA サイクルを有効に活用しながら計画の達成につなげていること、以前より導入しているコーチングが安定的・発展的に継続していることで、病院全体の管理運営体制強化につながっていることを評価します。さらには、業務効率化及び患者の安全に寄与する AI 導入についても評価します。
⇒ ICT を活用し DPC データや収支状況などの経営情報をわかりやすくタイムリーに提供し、戦略構築に活かすとともに、職員全体の経営参加を促進する。	⇒ 当院の実態に即した病院理念、基本方針の見直し等により、職員に明確なビジョンを示し、職員全体の経営参加を促進する。	○	⇒ 新理事長を含めた新執行体制による検討の結果、理念・基本方針は当院の目指すべき方向を的確に表し、職員にも浸透していることから、継続することとした。また、経営会議や年度当初、年末年初の訓示により全職員に繰り返し周知し、職員全体の経営参加の風土を醸成した。			
⇒ BSC(バランス・スコアカード)により病院運営方針を職員に浸透させ、目標管理制度によるPDCAサイクルを有効に活用し、年度計画の着実な達成を図る。	⇒ BSC(バランス・スコアカード)と年度計画の統一化を図り、目標管理制度により年度計画の着実な達成を図る。	○	⇒ 診療部門、医療技術部門においては、理事長と各所属長との定期的な面談を行い、診療目標を数値化により明確に定め、BSCと年度計画に反映させた上で、進捗管理、評価、改善を行うなど、PDCAサイクルを有効に活用し、計画の達成につなげた。			
⇒ コミュニケーションスキル「コーチング」を着実に継続し、人的スキル向上を図ることで病院全体の組織マネジメントを強化する。	⇒ コーチングを柱としたコミュニケーション研修を活用し、人的スキル向上を図る。	○	⇒ 人材教育として2017年に導入した“コーチング”も安定的・発展的に継続しており、今年度も医療・実務スキル以外の人的スキル向上のための研修を行うなど、活性化した組織として、病院全体の管理運営体制強化を図った。			
⇒ IT を活用した定型業務やシステム間のデータ連携の自動化とともに、AI 技術を組み合わせた非定型業務の自動化やデータ分析を進め、業務効率化を図る。	⇒ IT、AI 技術の情報収集、導入検討を積極的、継続的にを行い、戦略的に導入時期を見定め、業務効率化を図る。	○	⇒ AI 技術を用いて、自製により、患者のバイタルデータから、急変する傾向を予め知らしめるシステムや、患者の発話記録から急変する傾向を読み取るシステムを積極的・継続的に導入したことで、業務効率化に加えて、患者の安全にも寄与することができた。			
		(課題と今後の取組方針)				
		・「対話と共創のオンリーワンホスピタル」を目指し、多職種協働が叶う、コミュニケーションの活発な組織への変革に導く人材の育成に向け、コーチングの 更なる発展に努めていく。				
		活動指標		R6年度	R7年度	
		コーチングプロジェクト参加職員数		86人	88人	

(2) コンプライアンスの徹底						
第4期中期計画	令和7年度計画	法人の自己評価			市長の評価	
		達成	評価の判断理由	評価	評価理由等	
関係法令を遵守し、行動規範と職員倫理の意識高揚に努める。また、個人情報の保護や情報セキュリティ対策を適切に実施するとともに、情報公開や内部通報制度を適切に運用し、組織全体の透明性を確保する。				4	4	全職員に向けた研修の開催と併せて、職員が活用しやすい環境整備を行ったことやITセキュリティのリテラシー向上のための動画研修の実施等の取り組みを評価します。SNSに関するインシデント対策も含め、引き続き適切な対応を継続していただきたい。
⇒ 内部監査制度を確立し、内部統制・監査室による業務監査を行い、法令・規程への規範意識および職員倫理意識を醸成する。 ⇒ 内部通報制度を適切に運用し、法人の自浄作用能力を高める。 ⇒ 内部統制システムの確立及び強化のために定められる「内部統制に関する基本方針規程」の全項目を達成する。 ⇒ 個人情報保護に関する啓発活動や体制整備を通して職員の規範意識を高めることで、個人情報の漏洩数を減少させる。 ⇒ 情報公開を推進していく。 ⇒ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6版に準じて既存の安全管理体制を見直すとともに、職員のITセキュリティリテラシーの向上を目的に研修会を実施する。	⇒ 内部監査の実施に向けて、監査の基盤となる院内規程の見直しを行う。 ⇒ 職員の規範意識及び倫理意識の醸成のため、職員研修を行う。 ⇒ 公益通報制度の信頼性をより高めるため、内部通報制度の堅実な運用の継続ほか、外部通報制度の導入を検討する。 ⇒ 内部統制システムの確立に向けて、「内部統制に関する基本方針規程」に定める取組みに着手する。 ⇒ ハラスメントとコンプライアンスの各相談窓口の一元化を検討する。 ⇒ 個人情報の保護に関して、従来から取り組んでいる業務上のインシデント対策はもとより、SNSによるインシデント対策も強化する。 ⇒ 情報公開を推進していく。 ⇒ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6版に準じて既存の安全管理体制を見直すとともに、職員のITセキュリティリテラシーの向上を目的に研修会を実施する。	△ ⇒ 内部監査制度体制の構想と規程について、他団体の例を参考としながら素案の作成を進めた。 ○ ⇒ 例年行っていた室内研修や新採用職員研修だけでなく、全職員に向けた研修（内部通報・公益通報）を実施した。 ○ ⇒ 内部通報制度の堅実な運用を継続した。また、令和8年4月より外部通報窓口を設置するため、令和8年3月にダイヤルサービス(株)と業務委託契約を締結し、円滑な導入を図った。 ○ ⇒ 規程に列挙される事項の網羅的な実践に向けて、「中期計画の策定と評価」、「内部統制の推進」及び「内部通報・外部通報」の各事項について、確実な進捗を図った。 ○ ⇒ 職員がより活用しやすい環境整備として、令和8年度からの相談窓口の一元化（内部統制室）に向け、着実に準備を進めた。（令和8年4月から一元化）。 ○ ⇒ 職員による個人情報漏洩の抑止対策として、全職員に向けた研修を実施するとともに、全職員を対象に「個人情報保護に関する誓約書」の提出要請を行ったほか、再発防止につながるよう、個人情報漏洩報告書を見直した。 ⇒ SNSに関する対策として、「ソーシャルメディア利用管理規程」の遵守に努めた。 △ ⇒ 診療録の開示の推進は継続したが、新たな情報公開の拡大については、今後の実施に向けて慎重に検討を継続することとした。 ○ ⇒ ITセキュリティのリテラシー向上を目的に、全職員向けに動画研修を実施したほか、小山市近郊地域医療連携協議会（事務部会）において、サイバー攻撃時の啓発を行い、サイバーセキュリティに関する地域連携の端緒を開いた。				

		(課題と今後の取組方針) ・多くの職員が内部通報窓口を理解して、制度を効果的に活用していくためには、職員への浸透が必要であることから、効果的な啓発活動が課題となる。																															
<table><tr><th>目標指標</th><th>R10年度</th></tr><tr><td>個人情報関連インシデント件数</td><td>18件以下</td></tr></table>	目標指標	R10年度	個人情報関連インシデント件数	18件以下	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7年度</th></tr><tr><td>個人情報関連インシデント件数</td><td>24件以下</td></tr></table>	目標指標	R7年度	個人情報関連インシデント件数	24件以下	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7年度</th><th>達成率(%)</th></tr><tr><td>個人情報関連インシデント件数</td><td>34件</td><td>70.5%</td></tr></table> <table><tr><th>活動指標</th><th>R6年度</th><th>R7年度</th></tr><tr><td>内部監査実施回数</td><td>0回</td><td>0回</td></tr><tr><td>内部監査実施回数</td><td>11件</td><td>6件</td></tr><tr><td>コンプライアンス研修参加者数</td><td>0人</td><td>9人</td></tr><tr><td>情報公開件数</td><td>0件</td><td>0件</td></tr></table>	目標指標	R7年度	達成率(%)	個人情報関連インシデント件数	34件	70.5%	活動指標	R6年度	R7年度	内部監査実施回数	0回	0回	内部監査実施回数	11件	6件	コンプライアンス研修参加者数	0人	9人	情報公開件数	0件	0件		
目標指標	R10年度																																
個人情報関連インシデント件数	18件以下																																
目標指標	R7年度																																
個人情報関連インシデント件数	24件以下																																
目標指標	R7年度	達成率(%)																															
個人情報関連インシデント件数	34件	70.5%																															
活動指標	R6年度	R7年度																															
内部監査実施回数	0回	0回																															
内部監査実施回数	11件	6件																															
コンプライアンス研修参加者数	0人	9人																															
情報公開件数	0件	0件																															

- (中項目)
 2 働きやすく、やりがいのある病院づくり
- (小項目)

(1) 職員のモチベーションアップへの取組の充実								
第4期中期計画		令和7年度計画		法人の自己評価			市長の評価	
				達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等
やりがいをもって取り組める職場環境を確保し、職員の能力が十分に発揮でき、職員の満足度を高める組織づくり・制度づくりに取り組む。また職員の健康維持・増進を図り、福利厚生制度を充実させ、安心して働けるための環境整備を図る。				△	⇒ パフォーマンスレビュー（人事評価制度）における評価者のスキル向上と評価基準の目揃えとして評価者研修会を実施した。評価結果の賃金反映については、賞与への反映のみを継続実施とした。	3	3	人材確保と採用強化のため、賃金のベースアップ実施に向けた検討、職員の健康維持・増進を図るための職員健診結果の電子化や適切な受診勧奨の取り組みにより、職員満足度の目標を達成したことを評価します。
⇒ 人事評価について、評価基準、実施方法等の検討を行うとともに、評価者のスキルを向上させ、公平な人事評価を実現する。 ⇒ 社会情勢の変化に対応するため給与制度の見直しを適宜行う。 ⇒ 定期的な職員満足度調査や院内ラウンドの実施により、職員の要望等を把握し、適切な措置を講じる。 ⇒ 健康で安心して働ける職場を維持するため、人間ドック受診、禁煙外来への助成等を実施し職員の健康維持・増進を図る。 ⇒ 院内保育園の利用促進、メンタルヘルスサポート、福利厚生事業の充実などにより、満足度の高い職場への環境整備を図る。		⇒ 評価者研修を行い、評価者のスキル向上と評価基準の目揃えを行う。また、評価結果の賃金反映についての検討を行う。 ⇒ 社会情勢の変化に対応するため給与制度の検討を行う。 ⇒ 職員満足度調査を行い、職員の要望等を把握と適切な措置を講じる。 ⇒ 健康で安心して働ける職場を維持するため、人間ドック受診、禁煙外来への助成等を実施し職員の健康維持・増進を図る。 ⇒ 院内保育園の利用促進、メンタルヘルスサポート、福利厚生事業の充実などにより、満足度の高い職場への環境整備を図る。			⇒ 物価上昇に対応した職員の生活安定・離職防止とモチベーションの向上、人材確保と採用力強化のため、他病院に引けを取らないペースアップを実施した。（令和8年4月1日より） ⇒ 令和6年度実施分の職員満足度調査を分析した上で、経営改革推進会議において報告し、病院全体での共有を図った。 ⇒ 令和7年度の職員満足度調査を、令和8年2月に実施した。 ⇒ 職員の健康維持の施策として、紙管理であった職員健診の結果を電子化し、二次受診の有無を容易に管理することで、適切に受診の勧奨を行った。			
					⇒ 院内保育園の利用について継続して周知啓発を行い、利用者の増加につなげた。また、メンタルヘルスの相談窓口も効果的に運用し、職場環境の向上を図った。			
				(課題と今後の取組方針) ・迎合的かつ総花的にニーズを汲むことは、必ずしも組織的に有益に働くものではないが、事務局と職員の間でのずれが生じないよう、アンケート等により、職員ニーズを的確に把握していく。				
目標指標 R10年度		目標指標 R7年度		目標指標 R7年度 達成率(%)				
職員満足度（満足と答えた割合） 70.0%		職員満足度（満足と答えた割合） 63.0%		職員満足度（満足と答えた割合） 65.3% 103.7%				

			活動指標	R6年度	R7年度			
			仕事にやりがいや誇りを感じると答えた割合（％）	61.5%	62.2%			
			システミックコーチング（院内コーチ・SH）人数（人）	54人	48人			
			健康診断・人間ドック受診率（％）	100%	99.7%			
			喫煙率（％）	6.9%	6.5%			
			共済会イベントの参加人数充足率（％）	93.1%	79.1%			

(2) 働き方改革への対応						
第4期中期計画	令和7年度計画	法人の自己評価			市長の評価	
		達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等
職員の意識改革を行いながら、DXを促進し、業務を明確化させ、より効率的な総合的な管理を行うとともに、職員の離職率を下げる職場環境の整備に努める。				4	4	出退勤システムの確実な運用管理による勤務体制の再構築、AIによる予想システムの導入等による業務の効率化等により、専門性の高い業務に集中できる職場環境を整備した点を評価します。
⇒ 出退勤システムにより労働時間の適正管理を行う。 ⇒ 変形労働時間制やフレックス制度を活用し、多様な働き方に柔軟に対応できる勤務制度を構築する。 ⇒ 様々な子育て支援制度や休暇制度、院内保育園や病児保育等の整備により、ライフイベントや家族を支える職員への支援の仕組みを構築する。 ⇒ 医師・看護師の負担軽減のためタスクシェア・タスクシフティングの計画・検証の実施を行う。 ⇒ AIやRPA等のDXの導入によって定型業務の時間を削減し、より専門性の高い業務に集中できる時間を増やし、モチベーションアップに繋げる。	⇒ 出退勤システムを用いて労働時間の管理を行い、所属長へのフィードバックと勤務の検証を行う。 ⇒ 子育て支援制度や休暇制度の院内への周知と、対象職員への個別対応を行う。 ⇒ 医師・看護師の負担軽減のためタスクシェア・タスクシフティングの計画・検証の実施を行う。 ⇒ AIやRPA等のDXの導入によって定型業務の時間を削減し、より専門性の高い業務に集中できる時間を増やし、モチベーションアップに繋げる。	△ ⇒ 出退勤システムを確実に運用管理するとともに、労働時間に課題が生じている部門へのフォローアップを丁寧に行い、勤務体制の再構築に取り組んだ。 ○ ⇒ 継続して個別対応を行ったほか、各種制度の院内周知に向けて、介護・子育て支援マニュアルを見直した。 ○ ⇒ 安全衛生委員会が軸となり、各部門の課題の把握に努めながら、医療職の負担軽減に向けて取り組んだ結果、各部門において主体的な活動につながった。 ○ ⇒ 患者のバイタルデータから急変リスクの傾向を可視化する仕組みと、過去の急変事例の看護記録を学習したAIによる予測システムを開発・導入した結果、観察・判断の効率化の実現と患者安全の向上に大きく寄与した。				
(課題と今後の取組方針) ・ 中期目標で示された最終的目標である職員の定着率は、働き方改革への取組みによって率が上昇しているが、一方で、若年者の早期離職率が上昇しているので、早期離職を課題と捉え、その抑止について取り組んでいきたい。						

		活動指標	R6年度	R7年度		
		院内保育園利用者数（人）	33 人	23 人		
		育児休業取得割合（％）	96.4%	97.1%		
		育児短時間勤務者数（人）	3 人	3 人		
		育児部分休業利用勤務者（人）	47 人	49 人		
		長時間勤務実績				
		医師職（時間/月/人）	11.27h	11.29h		
		看護職（時間/月/人）	3.61h	3.51h		
		医療技術職（時間/月/人）	6.51h	6.14h		
		事務職（時間/月/人）	4.78h	5.44h		
		年次有給休暇取得率（％）	60.1%	65.1%		
		特定行為研修修了者数（人）	11 人	13 人		
		医師事務作業補助者数（人）	24 人	22 人		
		長時間勤務者の面接指導相談件数（医師・その他（人））	0 人	0 人		
		業務効率化を目的にRPAの導入開発を進めていく（導入件数）	1 件	1 件		

(大項目) 第3 財務内容の改善に関する事項	市長の評価	
	評価	評価理由等
	A	当該大項目に関しては、計画を上回って進んでいる（平均4.0）ことが認められたため「A」評価とした。

(中項目)
1 経営基盤の維持と経営機能の安定化

第 4 期中期計画	令和 7 年度計画	法人の自己評価			市長の評価															
		達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等														
別館事業の早期実現により、一層の経営機能の強化を図ることで令和 1 0 事業年度における収支均衡を達成する。		○	⇒ 病院経営を取り巻く環境が一層厳しさを増している中、本業である医療収益の増加（449 百万円・4.3%増）に加え、国の支援による補助金 が機動的に支給されたことで期間黒字を確保、前年度赤字からの脱却を図るとともに経営基盤の維持・強化につながった。	4	4	外的要因による経営コストの増加が大きい中、公的医療機関として不採算医療である救急医療や小児医療などに対応いただきながらも 1 年で黒字に転換したことを評価します。														
⇒ 医療動向や外的環境の変化を的確に把握し、地方独立法人の特性を十分に生かした機動的で柔軟な意思決定により迅速な対応を実践する。 ⇒ 物価上昇に加え別館建設に伴う初期投資負担による経営コストのさらなる増加が見込まれる環境下、計画期間中の資金収支黒字確保による財務基盤の維持に努める。	⇒ 続く物価上昇や労働力不足、賃金上昇への対応など、一層の厳しい経営環境が見込まれる中ではあるが、「単年度収支の均衡」(＝収支トントン)を達成し、強い経営基盤を維持する。 ⇒ 令和 7 年度からスタートする別館建設事業に関しては、設計費や建築費など、事前に見込まれる費用のみならず、予定外 の様々な支出も見込まれるが、適切な判断とコントロールにより、支出の適正化と手元資金の留保に努める。																			
<table><tr><td>目標指標</td><td>R10 年度</td></tr><tr><td>経常収支比率</td><td>100.0%</td></tr></table>	目標指標	R10 年度	経常収支比率	100.0%	<table><tr><td>目標指標</td><td>R7 年度</td></tr><tr><td>経常収支比率</td><td>100.0%</td></tr></table>	目標指標	R7 年度	経常収支比率	100.0%		<table><tr><td>目標指標</td><td>R 7 年度</td><td>達成率 (%)</td></tr><tr><td>経常収支比率</td><td>100.2%</td><td>100.2%</td></tr></table>	目標指標	R 7 年度	達成率 (%)	経常収支比率	100.2%	100.2%			
目標指標	R10 年度																			
経常収支比率	100.0%																			
目標指標	R7 年度																			
経常収支比率	100.0%																			
目標指標	R 7 年度	達成率 (%)																		
経常収支比率	100.2%	100.2%																		

			活動指標	R 6 年度	R 7 年度			
			自己資本比率（％）	34.47%	35.04%			
			流動比率（％）	341.93%	342.10%			

(中項目)
2 収益の確保と費用の適正化

(小項目)

(1) 収益の確保																		
第 4 期中期計画	令和 7 年度計画	法人の自己評価			市長の評価													
		達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等												
国の医療制度改革や診療報酬改定等、ならびに地域住民の医療ニーズや患者動向の的確な把握と迅速な対応による収益確保に努める。また、診療単価、病床稼働率、平均在院日数など収益確保に向けた数値目標の設定と進捗管理により、目標達成に向け切れ目のない取り組みを行う。		○	⇒ 年度当初の病床稼働率は低迷したものの（4 月＝87.9%、5 月 87.0%）、以降は順調に回復、特に下半期の伸長により目標を達成するとともに、対前年度比でも 1.0%の増加となった。 ⇒ 令和 7 年 8 月に外来手術室が稼働、より効率的な手術室の運用により手術件数が増加したことで、入院診療単価の上昇につながった。 ⇒ 外来収益全体では前年度比 171 百万円増の 3,056 百万円となり過去最高額を更新した。ただ、単価の伸び悩みを患者数増加で補うという、当院の方針とは逆行する形となっており、収益構造の改革が不可欠な状況となっている。 (課題と今後の取組方針) ・ 病床稼働率については、上半期が低く (92.1%)、下半期が高い (95.2%) という当院の特徴を是正し平準化を図るべく、予定入院の強化等に取り組んでいく。 ・ 外来患者数は、マンパワー及び施設的に限界に達していることから、効率的な逆紹介の体制づくり等、患者数の適正化に向けた取組みを強化する。	4	4	病床稼働率の増加や手術件数の増加による入院単価の上昇による収益確保に努めたことを評価します。												
⇒ 地域の医療需要や疾患構成、患者入院経路の変化などの把握と分析により、計画期間中を通して高水準の病床稼働率を維持する。 ⇒ 施設基準の新規取得や診療報酬改定への迅速な対応による診療 単価の向上を図る。 ⇒ 診療報酬の請求漏れ防止や査定減の極小化に努める。	⇒ 季節的要因等による病床稼働率の月ごとの変動を抑制し、期を通して高い病床稼働率を確保する。 ⇒ 手術室の効果的・効率的運用強化により、一層の入院診療単価向上を目指す。 ⇒ 外来患者数の適正化と外来診療単価向上に向け、多職種連携による効果的対応の実践を徹底する。																	
<table><tr><th>目標指標</th><th>R 1 0 年度</th></tr><tr><td>病床稼働率</td><td>93.0%</td></tr><tr><td>入院診療単価 (人・日)</td><td>75,000 円</td></tr><tr><td>外来診療単価 (人・日)</td><td>17,000 円</td></tr></table>	目標指標						R 1 0 年度	病床稼働率	93.0%	入院診療単価 (人・日)	75,000 円	外来診療単価 (人・日)	17,000 円	<table><tr><th>目標指標</th><th>R 7 年度</th></tr><tr><td>病床稼働率</td><td>93.0%</td></tr><tr><td>入院診療単価 (人・日)</td><td>72,300 円</td></tr><tr><td>外来診療単価 (人・日)</td><td>16,660 円</td></tr></table>	目標指標	R 7 年度	病床稼働率	93.0%
目標指標	R 1 0 年度																	
病床稼働率	93.0%																	
入院診療単価 (人・日)	75,000 円																	
外来診療単価 (人・日)	17,000 円																	
目標指標	R 7 年度																	
病床稼働率	93.0%																	
入院診療単価 (人・日)	72,300 円																	
外来診療単価 (人・日)	16,660 円																	
			<table><tr><th>目標指標</th><th>R 7 年度</th><th>達成率 (%)</th></tr><tr><td>病床稼働率</td><td>93.6%</td><td>100.6%</td></tr><tr><td>入院診療単価 (人・日)</td><td>73,413 円</td><td>101.5%</td></tr><tr><td>外来診療単価 (人・日)</td><td>16,197 円</td><td>97.2%</td></tr></table>	目標指標	R 7 年度	達成率 (%)	病床稼働率	93.6%	100.6%	入院診療単価 (人・日)	73,413 円	101.5%	外来診療単価 (人・日)	16,197 円	97.2%			
目標指標	R 7 年度	達成率 (%)																
病床稼働率	93.6%	100.6%																
入院診療単価 (人・日)	73,413 円	101.5%																
外来診療単価 (人・日)	16,197 円	97.2%																

			活動指標	R6 年度	R7 年度			
			新入院患者数（人）	8,125 人	8,487 人			
			平均在院日数（日）	11.6 日	11.1 日			
			DPC 期間Ⅱ内退院率（%）	67.2%	67.1%			
			DPC 評価係数	1.5694	1.5656			
			診療報酬査定減率（%）	0.20%	0.19%			
			後発医薬品の数量割合（%）	93.10%	96.44%			

(2) 費用の適正化																																	
第4期中期計画	令和7年度計画	法人の自己評価			市長の評価																												
		達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等																											
急性期病院としての役割を果たすために要するコストを適切にコントロールするべく、診療材料や医薬品等の適切な調達・管理ならびに費用対効果の検討に努めつつ、医業収支に占める各種費用比率など費用の適正化に向けた数値目標を設定し、経営状況の分析を随時行う。		○	⇒ 費用については、物価高騰や資源高、供給不安の影響を受けた材料費と、人事院勧告との乖離縮小の観点から実施した賃上げを主因とした給与費で目標未達となったが、経費に関しては目標を達成した。 ⇒ 対医業収益比率の前年度実績との比較では、材料費は R6 実績 25.7%を上回った一方、給与費は R6 実績とほぼ同一、経費は R6 実績 16.4%を大きく下回っており、全体的な費用の適正化という点では、一定の成果につながった。 ○ ⇒ 月次決算や各種費用の支出状況と医業収益の関係等の分析、フィードバックを適切、かつ、迅速に実施するとともに、経営層だけでなく院内に広く周知したことで、支出管理の徹底と費用の適正化につなげた。 (課題と今後の取組方針) 依然、費用削減には厳しい経済環境ではあるが、最も削減の余地が残る材料費に関しては共同購買機構を活用することで、従来納入価の引き下げにつながるなど奏功している部分もあることから、引き続き医療職と事務職が一体となり、ローコストオペレーションを追求する。	4	4	物価高騰や人権費の上昇により費用が増加している中、経費においては前年度実績を下回ることができたこと、院内に広く分析結果を周知することで費用の適正化につなげていることを評価します。																											
⇒ 計画期間中のコスト増加は避けられない中、医業収益の伸びと整合性のある、適正水準の費用比率を堅持する。	⇒ 費用削減が厳しい環境下ではあるが、当院の従来からの強みである適切なベンチマーク分析と粘り強い価格交渉を引き続き徹底すること、また共同購買機構のテコ入れ等により、少しでも安価な材料調達を目指す。																																
⇒ 従来の慣習にとらわれることなく、新たな視点、手法による物品調達費や経費の適正化に努める。	⇒ 厳格な月次決算、各費用の支出状況や対医業収益比率の適切な分析・院内へのフィードバックの積み重ねにより、期を通しての支出管理の徹底と費用の適正化に努める。																																
⇒ 新たな人的投資や設備投資については、費用対効果や長期財政計画への影響などを検討のうえ実施する。																																	
<table><tr><th>目標指標</th><th>R10年度</th></tr><tr><td>給与費比率/対医業収益</td><td>53.2%</td></tr><tr><td>材料費比率/対医業収益</td><td>27.2%</td></tr><tr><td>経費比率/対医業収益</td><td>16.0%</td></tr></table>	目標指標	R10年度	給与費比率/対医業収益	53.2%	材料費比率/対医業収益	27.2%	経費比率/対医業収益	16.0%	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7年度</th></tr><tr><td>給与費比率/対医業収益</td><td>54.0%</td></tr><tr><td>材料費比率/対医業収益</td><td>26.0%</td></tr><tr><td>経費比率/対医業収益</td><td>15.9%</td></tr></table>	目標指標	R7年度	給与費比率/対医業収益	54.0%	材料費比率/対医業収益	26.0%	経費比率/対医業収益	15.9%	<table><tr><th>目標指標</th><th>R7年度</th><th>達成率(%)</th></tr><tr><td>給与費比率/対医業収益</td><td>54.3%</td><td>99.4%</td></tr><tr><td>材料費比率/対医業収益</td><td>26.9%</td><td>96.7%</td></tr><tr><td>経費比率/対医業収益</td><td>15.7%</td><td>101.3%</td></tr></table>	目標指標	R7年度	達成率(%)	給与費比率/対医業収益	54.3%	99.4%	材料費比率/対医業収益	26.9%	96.7%	経費比率/対医業収益	15.7%	101.3%			
目標指標	R10年度																																
給与費比率/対医業収益	53.2%																																
材料費比率/対医業収益	27.2%																																
経費比率/対医業収益	16.0%																																
目標指標	R7年度																																
給与費比率/対医業収益	54.0%																																
材料費比率/対医業収益	26.0%																																
経費比率/対医業収益	15.9%																																
目標指標	R7年度	達成率(%)																															
給与費比率/対医業収益	54.3%	99.4%																															
材料費比率/対医業収益	26.9%	96.7%																															
経費比率/対医業収益	15.7%	101.3%																															
		<table><tr><th>活動指標</th><th>R6年度</th><th>R7年度</th></tr><tr><td>地独法の業務運営に関して住民等の負担に帰せられるコスト(千円)</td><td>808,064</td><td>878,707</td></tr></table>	活動指標	R6年度	R7年度	地独法の業務運営に関して住民等の負担に帰せられるコスト(千円)	808,064	878,707																									
活動指標	R6年度	R7年度																															
地独法の業務運営に関して住民等の負担に帰せられるコスト(千円)	808,064	878,707																															

(大項目) 第4 その他業務運営に関する重要事項	市長の評価	
	評価	評価理由等
	A	当該大項目に関しては、計画を上回って進んでいる（平均3.5）ことが認められたため「A」評価とした。

(中項目)
1 地域社会への貢献

(小項目)

(1) 地域社会との協働の推進						
第 4 期中期計画	令和 7 年度計画	法人の自己評価			市長の評価	
		達成	評価の判断理由	評価	評価理由等	
公的医療機関、地域医療支援病院として様々な情報発信媒体を活用し、各種医療情報の提供を行うことによって地域住民の健康意識高揚の醸成に寄与するとともに、地域の住民ボランティアも活用し「人が集まる病院」を目指す。				4	4	外来患者ボランティアや園芸ボランティアとの協働によるサービスの向上、広報や各種SNSを活用した情報発信、一般市民向けの出前講座の開催による啓発活動等を評価します。
（ボランティアとの協働によるサービスの向上） ・ 患者が安心して受診できるよう小山市近郊の住民が活躍できる院内ボランティアを募集し、積極的に活用する。 ・ ボランティアの温かい気持ち等を提供いただき、患者に寄り添った活動を目指す。 ・ 活動を通して「奉仕することの喜び」、「患者からいただく活力」をボランティア自身が感じられる環境を整備する。	（ボランティアとの協働によるサービスの向上） ⇒ 患者が安心して受診できるよう小山市近郊の住民が活躍できる院内ボランティアを募集し、積極的に活用する。 ⇒ 患者に寄り添ったボランティア活動を目指す。 ⇒ 活動を通して「奉仕することの喜び」、「患者からいただく活力」を参加したボランティア自身が感じられる環境を整備する。	○	⇒ ボランティア登録者の方々とともに、利用者のサービス向上活動に努めた。特に「外来介助ボランティア」では、来院者の高齢化が進む中、親切丁寧かつ分かりやすい言葉遣いによる積極的なコミュニケーションをモットーに、院内の案内や車いすへの移乗介助、再来受付機・自動会計機の利用補助等、「おもてなし」を心がけながら活動した。			
		○	⇒ 「園芸ボランティア」では、月 2 回定例の休日作業のみならず、平日においてもボランティアの方々が植栽や除草作業等に自主的に取り組み、来院者の皆様の癒しとなるよう、正面玄関前の花時計や「あしなりガーデン」の整備を行った結果、他の病院に誇れるエントランス環境を構築した。			
		○	⇒ ボランティア参加者自身が社会における役割を実感し、より充実した時間を過ごせるよう、ボランティア団体「野の花」と連携しながら、ボランティア研修会を開催し、活動しやすい環境づくりを進めた。			
（住民意識の啓発活動） ・ 「健康都市おやま」を掲げる小山市との連携事業、出前講座、市民公開講座を通じて、地域住民の健康増進と、ACP や救急をはじめとした医療への向き合い	（住民意識の啓発活動） ⇒ 出前講座、市民公開講座を通じて、逼迫する救急医療への関わり方、健康増進、ACP 等、各種医療情報を提供しながら地域住民が健康と医療を考えるきっかけ	○	⇒ 当院の広報 3 本柱である、小山市民向けの「新小山市民病院だより」、小山市および近隣市町の地域医療機関向けの「新小山市民病院ニュースレター」、院内来院者向けの「ひととのや」を、それぞれ年 4 回発行するとともに、一般市民向けの出前講座も継続的に行い、健康増進に関する啓発活動を展開した。			

方を涵養させていく。 ・ 情報発信の効果の検証を行うことで、情報発信の精度を高めていく。	けづくりを推進する。 ⇒ 各種SNSを活用した積極的な情報発信を行い、当院ホームページへのアクセス数を増やし、注目度を向上させる。 ⇒ 地域や関係者に当院をPRする手段として、資金調達を介した「クラウドファンディング」を実施する。	○ △ ⇒ 各種SNS（Facebook・LINE・YouTube・Instagram）媒体を使用し、それぞれの特性を生かしながら最新の各種情報や院内外での出来事を中心とした情報伝達、リクルートや当院の魅力発信を行った。特にInstagramについては広報委員会を中心に、病院内外の身近な話題を積極的に提供し、当院の魅力周知に努めた。 ⇒ 当院をPRする広報手段の一つとして「クラウドファンディング」の実施に向け、先進事例等の情報収集及び院内説明を行った。実施にあたっては、院内での合意形成を丁寧に行い、実施時期や周知方法等を含めて再検討することとなった。 （課題と今後の取組方針） ・ 今後の超高齢社会を見据え、地域住民が生きがいを感じながら社会参加できる場の更なる充実を図っていきたい。 ・ 情報発信や啓発活動においては、多様な媒体を用いて実施しているが、媒体の活用が目的化していることから、より効果的なプロモーション戦略を再検討する必要がある。		
---	---	---	--	--

活動指標	R6年度	R7年度
ボランティア登録人数	56人	53人
情報発信の効果検証回数	75回	26回

(大項目) 第 5 その他業務運営に関する重要事項を達成するために取るべき措置			市長の評価			
			評価	評価理由等		
			B	当該大項目に関しては、計画どおり進んでいる（平均 3.0）ことが認められたため「B」評価とした。		
第 4 期中期計画	令和 7 年度計画	法人の自己評価				市長の評価
		達成	評価の判断理由	評価	評価	評価理由等
小山市地域医療推進基本計画の新小山市民病院に課せられた数多くの各種施策の達成を目標に努力する。	小山市地域医療推進基本計画の新小山市民病院に課せられた数多くの各種施策の達成を目標に努力する。	○	・「小山市地域医療推進基本計画」における各施策に実直に取り組むとともに、地域中核病院としての使命を果たし、地域医療ニーズに応え続けられるよう、当院の医療レベル向上と組織力の強化に努めた。 ・各施策の担当部局をはじめ、小山地区医師会等の医療機関との意見交換会にも参加し、救急医療、新館（別館）建設事業等の診療体制についても、情報共有・連携強化を図った。 ・地域災害拠点病院としての機能強化のため、DMAT 隊員の継続的な養成に努めるとともに、小山市消防本部や防災部局と連携した防災訓練を実施し、災害医療への対応強化を図った。 ・多職種連携として、“地域完結型医療を育てる会”“ポットラックカンファレンス”等を通じた活動を継続するとともに、医療体制の充実、医療従事者の資質向上、市民の健康意識醸成に資する取組も積極的に行った。	3	3	小山市地域医療推進基本計画の施策に基づき各施策に取り組むとともに、関係機関との意見交換会への参加及び災害医療への対応強化のため、継続的な DMAT 隊員の養成や小山市消防本部や防災部局と連携して防災訓練実施するなど、公的医療機関としての責務を果たしていることを評価します。

(大項目) 第 6 予算、収支計画及び資金計画 実施値一覧のとおり					
第 4 期中期計画		令和 7 年度計画		実施状況	
1 予算（令和 7 年度から令和 10 年度まで） (百万円)		1 予算（令和 7 年度） (百万円)		1 予算実績（令和 7 年度） (百万円)	
区分	金額	区分	金額	区分	金額
収入		収入		収入	
営業収益	44,878	営業収益	10,958	営業収益	11,503
医業収益	43,146	医業収益	10,624	医業収益	11,002
運営費負担金	1,488	運営費負担金	232	運営費負担金	272
その他営業収益	244	その他営業収益	101	その他営業収益	228
営業外収益	1,421	営業外収益	339	営業外収益	318
運営費負担金	1,106	運営費負担金	249	運営費負担金	228
その他営業外収益	315	その他営業外収益	90	その他営業外収益	90
資本収入	3,208	資本収入	1,202	資本収入	504
運営費負担金	0	運営費負担金	0	運営費負担金	0
長期借入金	3,200	長期借入金	1,200	長期借入金	500

その他資本収入 その他の収入 計	8 0 49,507
支出 営業費用 医業費用 給与費 材料費 経費等 一般管理費 営業外費用 資本支出 建設改良費 償還金 その他資本支出 その他の支出 計	 42,634 40,624 20,841 12,630 7,152 2,011 377 6,069 3,607 2,342 120 0 49,080

(注1) 計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計が一致しないものがある。

(注2) 期間中の診療報酬の改定、給与改定及び物価の変動は考慮していない。

【人件費の見積】

総額22,852百万円を支出する。この額は、法人の役職員に係る報酬、基本給、諸手当、法定福利費及び退職手当の額に相当するものである。

【運営費負担金の見積】

運営費負担金については、総務省が発出する「地方公営企業繰出金について」(総務省自治財政局長通知)に準じ算定した額とする。

なお、建設改良費及び償還金に充当される運営費負担金については、経常費助成とする。

その他資本収入 その他の収入 計	2 0 12,499
支出 営業費用 医業費用 給与費 材料費 経費等 一般管理費 営業外費用 資本支出 建設改良費 償還金 その他資本支出 その他の支出 計	 10,632 10,148 5,271 3,029 1,848 484 73 1,835 1,258 543 33 0 12,540

(注1) 計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計が一致しないものがある。

(注2) 期間中の診療報酬の改定、給与改定及び物価の変動は考慮していない。

【人件費の見積】

総額5,755百万円を支出する。この額は、法人の役職員に係る報酬、基本給、諸手当、法定福利費及び退職手当の額に相当するものである。

【運営費負担金の見積】

運営費負担金については、総務省が発出する「地方公営企業繰出金について」(総務省自治財政局長通知)に準じ算定した額とする。

なお、建設改良費及び償還金に充当される運営費負担金については、経常費助成とする。

その他資本収入 その他の収入 計	4 0 12,324
支出 営業費用 医業費用 給与費 材料費 経費等 一般管理費 営業外費用 資本支出 建設改良費 償還金 その他資本支出 その他の支出 計	 11,048 10,561 5,375 3,280 1,907 487 70 1,156 585 547 23 0 12,274

(注1) 計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計が一致しないものがある。

(注2) 期間中の診療報酬の改定、給与改定及び物価の変動は考慮していない。

【人件費の実績】

総額5,862百万円を支出した。この額は、法人の役職員に係る報酬、基本給、諸手当、法定福利費及び退職手当の額に相当するものである。

【運営費負担金の実績】

運営費負担金については、総務省が発出する「地方公営企業繰出金について」(総務省自治財政局長通知)に準じ算定した額として500百万円の繰出を受けた。

なお、建設改良費及び償還金に充当される運営費負担金については、経常費助成とした。

2 収支計画（令和7年度から令和10年度まで）		2 収支計画（令和7年度）		2 収支実績（令和7年度）	
（百万円）		（百万円）		（百万円）	
区分	金額	区分	金額	区分	金額
収入の部	46,657	収入の部	11,410	収入の部	11,933
営業収益	45,259	営業収益	11,078	営業収益	11,614
医業収益	42,888	医業収益	10,586	医業収益	10,967
運営費負担金収益	1,488	運営費負担金収益	272	運営費負担金収益	272
補助金等収益	244	補助金等収益	61	補助金等収益	223
資産見返補助金戻入	639	資産見返補助金戻入	159	資産見返補助金戻入	152
営業外収益	1,398	営業外収益	333	営業外収益	319
運営費負担金収益	1,106	運営費負担金収益	249	運営費負担金収益	228
その他営業外収益	292	その他営業外収益	83	その他営業外収益	91
臨時収益	0	臨時収益	0	臨時収益	0
支出の部	46,835	支出の部	11,407	支出の部	11,909
営業費用	44,390	営業費用	10,884	営業費用	11,397
医業費用	42,359	医業費用	10,389	医業費用	10,902
給与費	20,872	給与費	5,220	給与費	5,461
材料費	11,483	材料費	2,754	材料費	2,950
経費等	6,809	経費等	1,687	経費等	1,726
減価償却費	3,195	減価償却費	728	減価償却費	765
一般管理費	2,031	一般管理費	495	一般管理費	496
営業外費用	2,445	営業外費用	523	営業外費用	512
臨時損失	0	臨時損失	0	臨時損失	0
純利益	▲177	純利益	3	純利益	23
目的積立金取崩額	0	目的積立金取崩額	0	目的積立金取崩額	0
総利益	▲177	総利益	3	総利益	23
（注1） 計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と一致しないものがある。		（注1） 計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と一致しないものがある。		（注1） 計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と一致しないものがある。	

3 資金計画（令和7年度から令和10年度まで） （百万円）		3 資金計画（令和7年度） （百万円）		3 資金実績（令和7年度） （百万円）	
区分	金額	区分	金額	区分	金額
資金収入	55,836	資金収入	17,931	資金収入	17,553
業務活動による収入	46,299	業務活動による収入	11,297	業務活動による収入	11,742
診療業務による収入	43,146	診療業務による収入	10,624	診療業務による収入	10,927
運営費負担金による収入	2,594	運営費負担金による収入	522	運営費負担金による収入	500
補助金等による収入	244	補助金等による収入	61	補助金等による収入	224
その他の業務活動による収入	315	その他の業務活動による収入	90	その他の業務活動による収入	90
投資活動による収入	0	投資活動による収入	0	投資活動による収入	4
その他投資活動による収入	0	その他投資活動による収入	0	その他投資活動による収入	4
財務活動による収入	4,567	財務活動による収入	1,702	財務活動による収入	1,000
長期借入による収入	3,200	長期借入による収入	1,200	長期借入による収入	500
短期借入金による収入	1,359	短期借入金による収入	500	短期借入金による収入	500
その他の財務活動による収入	8	その他の財務活動による収入	2	その他の財務活動による収入	0
令和6年度からの繰越金	4,970	令和6年度からの繰越金	4,932	令和6年度からの繰越金	4,807
資金支出	50,439	資金支出	13,040	資金支出	12,845
業務活動による支出	43,011	業務活動による支出	10,705	業務活動による支出	11,195
給与費支出	22,852	給与費支出	5,755	給与費支出	5,971
材料費支出	12,630	材料費支出	3,029	材料費支出	3,254
その他の業務活動による支出	7,529	その他の業務活動による支出	1,921	その他の業務活動による支出	1,970
投資活動による支出	3,727	投資活動による支出	1,291	投資活動による支出	603
固定資産の取得による支出	3,607	固定資産の取得による支出	1,258	固定資産の取得による支出	579
その他の投資活動による支出	120	その他の投資活動による支出	33	その他の投資活動による支出	23
財務活動による支出	3,701	財務活動による支出	1,043	財務活動による支出	1,048
長期借入金等の返済による支出	2,342	長期借入金等の返済による支出	543	長期借入金等の返済による支出	547
短期借入金の返済による支出	1,359	短期借入金の返済による支出	500	短期借入金の返済による支出	500
その他の財務活動による支出	0	その他の財務活動による支出	0	その他の財務活動による支出	0
次期中期目標の期間への繰越金	5,397	次期中期目標の期間への繰越金	4,892	次期中期目標の期間への繰越金	4,708
（注1） 計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と一致しないものがある。		（注1） 計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と一致しないものがある。		（注1） 計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と一致しないものがある。	
（注2） 短期借入金による収入及び返済による支出は、栃木県公的医療機関等整備資金貸付金である。		（注2） 短期借入金による収入及び返済による支出は、栃木県公的医療機関等整備資金貸付金である。		（注2） 短期借入金による収入及び返済による支出は、栃木県公的医療機関等整備資金貸付金である。	

(大項目) 第7 短期借入金の限度額		
第4 期中期計画	令和7 年度計画	実施状況
1 限度額 1, 000百万円とする。 2 想定される短期借入金の発生事由 (1) 賞与支給による一時的な資金不足や予定外の退職者の発生に伴う退職手当の支給など偶発的な出費への対応 (2) 栃木県公的医療機関等整備資金貸付金 の借入	1 限度額 1, 000百万円とする。 2 想定される短期借入金の発生事由 (1) 賞与支給による一時的な資金不足や予定外の退職者の発生に伴う退職手当の支給など偶発的な出費への対応 (2) 栃木県公的医療機関等整備資金貸付金 の借入	・新病院建設時に、実質は長期借入金、形式上短期借入金として15年の転がし扱いで調達した栃木県公的医療機関等整備資金に関し、期初に500,400千円を借り入れたものの、この資金は年度末に全額返済しており期末時点の残高はなし。 (令和8年度期初に約定返済分として100,700千円を減額した393,400千円を改めて借入する) ・その他資金不足の発生なく、短期借入金は発生していない。

(大項目) 第8 重要な財産を譲渡し、又は担保に供しようとするときは、その計画		
第4 期中期計画	令和7 年度計画	実施状況
無し	無し	該当なし。

(大項目) 第9 剰余金の使途		
第4 期中期計画	令和7 年度計画	実施状況
毎事業年度の決算において剰余が生じた場合は、病院施設・設備の整備・改修、医療機器等の購入、長期借入金の償還、人材確保事業及び人材育成事業等、将来の資金需要に対応するため預金等に充てる。	毎事業年度の決算において剰余が生じた場合は、病院施設・設備の整備・改修、医療機器等の購入、長期借入金の償還、人材確保事業及び人材育成事業等、将来の資金需要に対応するため預金等に充てる。	令和7年度決算によって生じた剰余金、当期総利益については、すべて積立を予定している。

(大項目) 第10 料金に関する事項		
第4 期中期計画	令和7 年度計画	実施状況
1 診療料等 理事長は、使用料及び手数料として、次に掲げる額を徴収する。 (1) 健康保険法(大正11年法律第70号)第76条第2項(同法第149条において準用する場合を含む)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第71条第1項の規定に基づく方法により算定した額。 (2) 健康保険法第85条第2項及び第85条の2第2項	1 診療料等 理事長は、使用料及び手数料として、次に掲げる額を徴収する。 (1) 健康保険法(大正11年法律第70号)第76条第2項(同法第149条において準用する場合を含む)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第71条第1項の規定に基づく方法により算定した額。 (2) 健康保険法第85条第2項及び第85条の2第2項	中期計画、年度計画に記載の通り実施した。

(これらの規定を同 法第 1 4 9 条において準用する場合を含む)並びに高齢者の医療の確保に関する法律第 7 4 条第 2 項の規定に基づく基準により算定した額。 (3) (1)、(2)以外のものについては、別に理事長が定める額。 2 料金の減免 理事長は、特別の理由があると認めるときは、料金の全部又は一部を減免することができる。 3 料金の返還 既に納めた料金については、返還しない。ただし、理事長が特別の理由があると認めるときは、この限りでない。	(これらの規定を同 法第 1 4 9 条において準用する場合を含む)並びに高齢者の医療の確保に関する法律第 7 4 条第 2 項の規定に基づく基準により算定した額。 (3) (1)、(2)以外のものについては、別に理事長が定める額。 2 料金の減免 理事長は、特別の理由があると認めるときは、料金の全部又は一部を減免することができる。 3 料金の返還 既に納めた料金については、返還しない。ただし、理事長が特別の理由があると認めるときは、この限りでない。	
---	---	--

(大項目)

第 11 地方独立行政法人新小山市市民病院の業務運営等に関する規則（平成 2 5 年小山市規則第 8 号）に定める事項

第 4 期中期計画	令和 7 年度計画	実施状況																										
1 施設及び設備に関する計画（令和 7 年度から令和 1 0 年度まで） (百万円) <table> <tr> <th>施設及び設備の内容</th> <th>予定額</th> <th>財源</th> </tr> <tr> <td>病院施設、医療機器等整備</td> <td>総額 3,607</td> <td>小山市 長期借入金等</td> </tr> </table> (注 1) 金額については、見込みである。 (注 2) 各事業年度の小山市長期借入金等の具体的な内容については、各事業年度の予算編成過程において決定される。 2 中期目標の期間を超える債務負担 長期借入金償還債務(長期リース債務を含む) (百万円) <table> <tr> <th></th> <th>中期目標 期間償還額</th> <th>次期以降 償還額</th> <th>総債務 償還額</th> </tr> <tr> <td>長期借入金 償還債務</td> <td>2, 3 4 2</td> <td>5, 9 1 1</td> <td>8, 2 5 3</td> </tr> </table> 3 積立金の処分に関する計画 前期中期目標期間の繰越積立金は、施設の整備、医療機器の購入等に充てる。	施設及び設備の内容	予定額	財源	病院施設、医療機器等整備	総額 3,607	小山市 長期借入金等		中期目標 期間償還額	次期以降 償還額	総債務 償還額	長期借入金 償還債務	2, 3 4 2	5, 9 1 1	8, 2 5 3	1 施設及び設備に関する計画（令和 7 年度） (百万円) <table> <tr> <th>施設及び設備の内容</th> <th>予定額</th> <th>財源</th> </tr> <tr> <td>病院施設、医療機器等整備</td> <td>総額 1,258</td> <td>小山市 長期借入金等</td> </tr> </table> (注 1) 金額については、見込みである。 (注 2) 各事業年度の小山市長期借入金等の具体的な内容については、各事業年度の予算編成過程において決定される。	施設及び設備の内容	予定額	財源	病院施設、医療機器等整備	総額 1,258	小山市 長期借入金等	(百万円) <table> <tr> <th>施設及び設備の内容</th> <th>決算額</th> <th>財源</th> </tr> <tr> <td>病院施設、医療機器等整備</td> <td>総額 585</td> <td>小山市 長期借入金等</td> </tr> </table> 新館（別館改め）工事に、建物建設費約 700 百万円が令和 8 年度に持ち越しとなったことから、673 百万円の差異となったもの。 なお、本件に連動し、小山市からの長期借入金 7 0 0 百万円も令和 8 年度に繰り越しとなった。	施設及び設備の内容	決算額	財源	病院施設、医療機器等整備	総額 585	小山市 長期借入金等
施設及び設備の内容	予定額	財源																										
病院施設、医療機器等整備	総額 3,607	小山市 長期借入金等																										
	中期目標 期間償還額	次期以降 償還額	総債務 償還額																									
長期借入金 償還債務	2, 3 4 2	5, 9 1 1	8, 2 5 3																									
施設及び設備の内容	予定額	財源																										
病院施設、医療機器等整備	総額 1,258	小山市 長期借入金等																										
施設及び設備の内容	決算額	財源																										
病院施設、医療機器等整備	総額 585	小山市 長期借入金等																										