

宮崎県病院事業経営計画 2021 (R6.3改定)

各病院の取組状況 (県立宮崎病院)

令和7年10月2日
宮崎県病院局

1 県立宮崎病院

(宮崎)

(1) 基本的方向

「経営計画」に記載されている取組	令和6年度の主な取組内容・成果	令和7年度の取組内容												
<p>県内でも有数の診療機能を備え、4疾病・5事業にかかる基幹的な拠点病院等と位置づけられていることから、引き続き、全県レベルの中核病院としてその役割を果たしていく。同時に地域医療支援病院として、地域の医療機関との連携をより深め、機能分化を進めながら、「地域とともに歩み良質で高度な医療を提供する患者さま中心の病院をめざす」という病院運営の基本理念の実現を目指し、職員一丸となって取り組む。</p> <p>併せて初期・第二次救急医療施設との連携を図りながら、第三次救急医療施設として重症・重篤救急患者等に的確に対応し、「断らない救急」の実現を目指す。</p> <p>経営面では、当面は改築に伴う建物の減価償却費計上等により収益的収支の悪化が見込まれることから、職員一人ひとりが経営状況に対する強い危機意識と経営参画意識を持って、早期に黒字転換できるよう収益の確保、費用の節減に取り組む。</p>	<p>全県レベルの中核病院として、良質で高度な医療の提供に努めた。</p> <table><tbody><tr><td>○延べ入院患者数</td><td>138,461人 (前年度比 2,051人増)</td></tr><tr><td>○延べ外来患者数</td><td>154,170人 (同 1,734人減)</td></tr><tr><td>○手術件数</td><td>9,718件 (同 4件減)</td></tr><tr><td>○稼働病床利用率</td><td>76.9% (同 +1.3ポイント)</td></tr><tr><td>○救急患者数</td><td>6,810人 (同 512人減)</td></tr><tr><td>○救急患者応需率</td><td>74.1% (同 -2.9ポイント)</td></tr></tbody></table>	○延べ入院患者数	138,461人 (前年度比 2,051人増)	○延べ外来患者数	154,170人 (同 1,734人減)	○手術件数	9,718件 (同 4件減)	○稼働病床利用率	76.9% (同 +1.3ポイント)	○救急患者数	6,810人 (同 512人減)	○救急患者応需率	74.1% (同 -2.9ポイント)	<ul style="list-style-type: none">○ 全県レベルの中核病院として、地域の医療機関と連携して「地域とともに歩み良質で高度な医療を提供」と「患者中心の病院」を目指す。○ 三次救急医療機関として、初期・二次救急と連携して重症・重篤患者等に的確に対応し、「断らない救急」を実現する。○ 一層の収益確保と費用節減に取り組み、経営改善の取組を強化する。○ タスク・シフト、医師事務作業補助者の充実等による医師労働時間の短縮など、働き方改革を進める。
○延べ入院患者数	138,461人 (前年度比 2,051人増)													
○延べ外来患者数	154,170人 (同 1,734人減)													
○手術件数	9,718件 (同 4件減)													
○稼働病床利用率	76.9% (同 +1.3ポイント)													
○救急患者数	6,810人 (同 512人減)													
○救急患者応需率	74.1% (同 -2.9ポイント)													

(2) 県立病院へのニーズに対応した役割・機能の最適化と連携の強化

① 質の高い医療の提供とそれを支えるスタッフの確保・充実

i) 質の高い医療の提供

・ 地域がん診療連携拠点病院として、総合診療基盤を生かした集学的治療（手術・放射線治療・化学療法）やチーム医療のさらなる充実、がん患者の身体的・精神的苦痛を取り除くための緩和ケアの強化、がんゲノム治療の推進など、「宮崎病院がんセンター」設置を見据えた機能強化を行う。	<ul style="list-style-type: none">○ がん患者を対象にした「苦痛のスクリーニングシート」についての運用について専従看護師とリソースナースが周知を図り、多職種とチーム医療を推進した。○ 外来化学療法室と各科外来、病棟との連携を深め、患者の意思決定支援を図った。○ がん放射線治療看護認定看護師育成のため、教育課程に1名派遣した。○ がん薬物療法認定薬剤師を1名育成した。	<ul style="list-style-type: none">○ がん患者を対象にした「苦痛のスクリーニングシート」の運用を継続し、病棟看護師の質の向上を図る。○ 入院患者を中心に緩和ケアチーム介入を継続し、チーム医療を推進する。
---	--	---

「経営計画」に記載されている取組	令和6年度の主な取組内容・成果	令和7年度の取組内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳卒中や急性心筋梗塞等の急性期を担う中核的な病院として、最新医療技術の導入による高度な医療提供や早期回復を図るためのリハビリの充実を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 多職種でNST介入を実施し、患者の早期回復に取り組んだ。（NSTラウンド件数：1,501件） ○ 新患数は理学療法315人増、作業療法149人増、言語聴覚療法31人減となった。 ○ 入院時に栄養スクリーニングを行い、低栄養のリスク判定患者に対し、GLIM基準による低栄養診断を行い、重症度判定を行う等の早期栄養介入の体制を整えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ NSTと連携して患者の重症化予防を目的に早期のリハビリ、栄養介入を行う。 ○ 脳卒中や急性心筋梗塞等の患者に対して、手術翌日からリハビリ介入し、ICUではプロトコールに沿って進めていく。 ○ 手術後早期回復を目的に呼吸器、外科外来の手術前リハビリ指導を継続する。 ○ 筋肉量を視点とした低栄養診断（GLIM基準）を継続し、NSTと連携して重症化予防を目的とした早期のリハビリ、栄養介入を行う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 手術支援ロボットシステム（ダ・ヴィンチ）について、現在、泌尿器科、産婦人科、呼吸器外科及び耳鼻咽喉科・頭頸部外科において手術を行っているが、その機能を最大限に発揮できるよう対象診療科を更に拡大するとともに、患者にとってより低侵襲で安全性の高い手術の増加を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ダ・ヴィンチに係る施設基準の取得について、消化器外科で必要な手術症例数等を満たし、予定していた施設基準を取得することができた。 ○ 消化器外科にてダ・ヴィンチ手術を開始した。 ○ 病院見学会にてダ・ヴィンチ手術の説明会を開催し、地域医療機関の医師を中心に13名の参加があり、施術内容や手術の実際などについて担当医師が直接説明を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 施設基準維持のためには一定の手術件数を実施する必要があるため、医師等と連携し、必要手術件数の確認や実施件数の把握を確実に行う。 ○ ダ・ヴィンチ手術の優位性や手術症例等について、病院ホームページ等による情報発信などをして地域医療機関に対して広く周知することで、紹介患者の確保を図る。
<ul style="list-style-type: none"> ・ ハイリスク妊娠・分娩や周産期の救急搬送、低体重児への対応など、周産期医療体制の充実・強化を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ハイリスク妊娠・分娩に応じ、新生児センター、精神科等の診療科、他機関と連携を図り、育児環境を整える支援を行った。 ○ 退院後も継続看護が必要な母児は、外来・入院時、退院時に担当保健師、訪問看護師と情報共有を図った。 ○ 産後ケアのショートステイを導入（宮崎市との契約）した。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ハイリスク妊娠・分娩に応じ、新生児センター、精神科等の診療科、他機関と連携を図る。 ○ 産後ケア体制を充実させ、契約市町村の拡大を行う。 ○ 助産師外来による乳頭・母乳ケア指導を行い、母乳育児支援の強化を図る。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 腎移植や造血幹細胞移植等の移植医療を引き続き安定的に提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 臓器移植については、相談体制フローチャートの改定を行ふとともに、外部講師を招聘した研修会を行った。 ○ 令和6年度実績 腎移植 20件、骨髄移植 1件、末梢血幹細胞移植 13件、さい帯血移植 7件 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 腎移植や造血幹細胞移植等の移植医療を提供する。 ○ 連絡網等の整備を行うとともに、臓器提供に係るシミュレーションを開催する。 ○ 引き続き、臓器提供に関するドナー登録についての理解を深めるよう、外来窓口において資料の提供等を実施する。

「経営計画」に記載されている取組	令和6年度の主な取組内容・成果	令和7年度の取組内容
<ul style="list-style-type: none"> 民間の精神科病院では対応困難な精神科救急や身体合併症を有する患者の医療を引き続き提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> 宮崎県精神科救急医療システムにおいて、身体合併症対応を含めた後方支援を24時間行った。 	<ul style="list-style-type: none"> 令和7年5月から早期診療体制充実加算取得開始予定 宮崎県精神科救急医療システムにおいて、身体合併症対応を含めた後方支援を24時間体制で引き続き行う。 令和7年5月から修正型電気けいれん療法（mECT）を開始予定。
<ul style="list-style-type: none"> ICU、手術室、化学療法室等について、その機能を十分に活用して、より質の高い医療を提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> ICUは特定集中治療室管理料5の施設基準を取得した。 外来化学療法室の実績については、経営戦略会議で毎月報告を行い、利用状況の見える化を行った。 <p>【令和6年度実績】 ICU入院患者数 延べ 2,333人 手術室における年間手術件数 4,107件 外来化学療法実施件数 6,336件</p>	<ul style="list-style-type: none"> 特定集中治療室管理料1の取得を目指して、課題の整理・検討を行う。 手術室については、医療スタッフのスキルアップを図るとともに、手術数の状況を院内で共有するなどして、手術件数の増を図る。 外来化学療法室は、スタッフのスキルアップ等に取り組むとともに、化学療法委員会や外来診療運営委員会で効率的な運用体制を検討するなどして、患者数の増を図る。
<ul style="list-style-type: none"> 認知症やせん妄患者が身体疾患の治療を円滑に受けられるようスクリーニングを行い、多職種の医療従事者で編成するチームが早期介入し予防的ケアを実施するなど、安心安全なケアの充実を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種による身体的拘束最小化チームを設置し、身体的拘束最小化の取り組みを開始した。 認知症やせん妄患者には、早期にチーム介入し、予防的ケアを実施し安心安全なケアを実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症患者の身体拘束を最小化するためのケア・対応への理解を深め、日々のカンファレンスを行い、アセスメント力を強化する。 認知症、せん妄スクリーニングシートを活用し、必要時はチーム介入を早期に行い、安心安全なケアの充実を図る。
<ul style="list-style-type: none"> クリニカルパスの適用率と質の向上を図るため、委員会活動をより一層強化し多職種連携を推進していくとともに、クリニカルパス推進室の設置を視野に入れて人材を育成する。 	<ul style="list-style-type: none"> クリニカルパス認定士資格育成し、クリニカルパス委員会活動を支援した。 DPCを考慮したクリニカルパスの改訂をすすめた。 <p>【令和6年度実績】 クリニカルパス適用率 49.4%（前年度比+1.6%）</p>	<ul style="list-style-type: none"> クリニカルパスの活用効果を高めるために研修派遣を支援する。 DPC期間Ⅱを考慮したクリニカルパス改訂を促進し、新規パス作成を行い多職種連携を推進する。
<ul style="list-style-type: none"> 疾病の進展防止や回復・予後などの過程における治療の土台として、外来及び入院における治療期間等を考慮の上、患者の栄養状態や食習慣に見合った栄養食事指導を積極的に推進する。 	<ul style="list-style-type: none"> 栄養指導の媒体の使い方や進め方をテーマに、勉強会を3回実施した。 新たな指導媒体の導入。塩分チェックシートの活用などにより、指導内容の標準化を図った。 <p>【栄養指導件数】 外来個別：625件 入院個別：2,152件 集団：27件</p>	<ul style="list-style-type: none"> 科内勉強会を開催し、指導内容の標準化、指導レベルの向上を目指す。 外来患者の集団指導（糖尿病教室への参加）を拡充し、指導件数を増加させる。

ii) 医療スタッフの確保・育成

(宮崎)

「経営計画」に記載されている取組	令和6年度の主な取組内容・成果	令和7年度の取組内容
<ul style="list-style-type: none"> 関係大学の協力を得ながら医師確保に努めるとともに、看護師等の医療スタッフの確保や院内での教育・研修体制の充実を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師年間教育に基づき看護人材の育成に取り組んだ。 新人看護師確保のための病院説明会やインターンシップ、看護体験など積極的に取り組んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> 実習指導者の育成を継続して行い、学生の満足度向上により新人看護師の確保に努める。 新人看護師確保のための病院説明会やインターンシップ、看護体験等を継続して取り組んでいく。
<ul style="list-style-type: none"> 病院説明会への参加等による広報の強化や、医学生の病院見学受入れにより臨床研修医の確保を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 5月にレジナビ Fair 福岡、2月にレジナビ Fair オンライン宮崎、3月にマイナビ Fair 福岡に参加し、当院のPRを行った。 医学生の病院見学を述べ89人受け入れ、臨床研修医確保に寄与した。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院説明会への積極的な参加や、実習、見学の受入れを引き続き行うことにより、臨床研修医の確保に取り組んでいく。 当院の特徴を盛り込んだPR資料の作成やHPの活用により、正確かつ魅力のある情報を発信する。
<ul style="list-style-type: none"> 現在8診療科（内科、総合診療科、整形外科、麻酔科、精神科、小児科、外科及び救急科）において、専門研修プログラムの基幹施設となっており、各プログラムのより一層の充実を図ることで、専攻医への研鑽の場の提供及び地域に貢献できる医師の育成に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> 内科プログラムで4名、整形外科プログラムで1名、外科プログラムで1名、救急科プログラムで1名の専攻医を採用した。 7月に宮崎県専門研修プログラム合同説明会に参加し、当院専門研修プログラムについて、研修医等にPRを行った。 	<ul style="list-style-type: none"> 7月の宮崎県専門研修プログラム合同説明会の場を活用し、専攻医の確保に取り組む。
<ul style="list-style-type: none"> 大学病院等、他の研修施設から若手医師を積極的に受け入れることにより、本県の医師確保及び医師の育成に貢献する。 	<ul style="list-style-type: none"> 宮崎県専門研修プログラム合同説明会では、内科、外科、精神科の各指導医に参加してもらい、専門研修プログラムについて研修医等にPRを行った。 研修医や専攻医を対象とした病院見学を受け入れた。 	<ul style="list-style-type: none"> 7月の宮崎県専門研修プログラム合同説明会の場を活用し、専攻医の確保に取り組む。 引き続き、研修医や専攻医を対象とした病院見学の受け入れを行っていく。
<ul style="list-style-type: none"> 専門性の高い医師の確保・育成や看護師をはじめとする医療スタッフの高度な専門資格取得のため、各種学会・研修への積極的な参加を支援する。 	<ul style="list-style-type: none"> 専門性の高い看護師をはじめとする医療スタッフの高度な専門資格取得のため、各種学会・研修への積極的な参加を支援した。 医師等キャリアアップ活動助成などを活用し、医師や看護師、コメディカルの学会や研修への参加を支援し、専門性の高度化を図った。 看護師等のキャリアアップ活動助成などを活用し、学会参加や研修等への参加を支援し、専門性の高度化を図った。 がん放射線療法看護認定教育課程派遣、医療リンパドレナージセラピト養成を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師等キャリアアップ活動助成などを活用し、医師や看護師、コメディカルの学会や研修への参加を支援し、専門性の高度化を図る。 看護師等のキャリアアップ活動助成などを活用し学会参加や研修等への参加を支援し、専門性の高度化を図る。 キャリアアップ活動助成などを活用し、学会参加や研修等への参加を支援し、専門性の維持と高度化を図る。 認定レシピエント移植コーディネーターを養成する。

「経営計画」に記載されている取組	令和6年度の主な取組内容・成果	令和7年度の取組内容
<ul style="list-style-type: none"> 宮崎県内初の集中治療領域における特定行為研修指定研修機関となることにより、医療の質向上に寄与するとともに、チーム医療において高度専門的な能力を発揮できるすぐれた看護師を育成する。 	<ul style="list-style-type: none"> 集中治療領域パッケージ、呼吸器関連における特定行為研修修了者3名を育成した。 診療看護師に対し、実践に近い形での院内研修を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> 集中治療領域パッケージ、呼吸器関連における特定行為研修に2名育成支援する。 特定行為研修修了者の活動のための医師指示書等を作成し、活動を支援する。 診療看護師は麻酔科医師と協働し、活動をすすめる。
<ul style="list-style-type: none"> 医療スタッフのスキルアップ等を図るため、各種研修の実施に当たっては、新病院のシミュレーションルームや研修棟等を積極的に活用する。 	<ul style="list-style-type: none"> 新人看護師研修においては、シミュレーション室などを積極的に活用し、実践的な研修の場として活用した。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療スタッフのスキルアップのために各種シミュレーション機器を集約し、院内リソースを活用し、より実践的な研修の場として活用する。
<ul style="list-style-type: none"> 手術支援ロボットシステム（ダ・ヴィンチ）を用いた先進医療を提供するためには、医師や看護師、コメディカル等の専門的なトレーニングが必要不可欠であることから、積極的な研修派遣等によりスキルアップに取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> ダ・ヴィンチ手術に係る施設基準について、年度内にさらに3つの基準を取得した。 病院見学会にて、ダ・ヴィンチ説明会を開催し、地域医療機関の医療従事者が参加。施術内容の紹介や執刀医とのやり取りを通じて、ダ・ヴィンチ手術に係る周知を行うことができた。 ダ・ヴィンチ手術件数 122件（前年度比3件増） ダ・ヴィンチ執刀医数 10名 	<ul style="list-style-type: none"> 施設基準を維持するためには一定の手術件数を確保する必要があるため、医師等と連携し、手術件数の把握に務めるほか、対象となる手術数の増を図る。 ダ・ヴィンチ手術の優位性や手術症例等について、病院ホームページ等による情報発信により地域医療機関に対して広く周知することで、紹介患者数・手術件数の増加を図る。

iii) 働き方改革の推進と誰もが働きやすい環境整備

<ul style="list-style-type: none"> 令和6年4月からの医師への時間外労働の上限規制の適用に適切に対応するため、新たに導入する勤怠管理システムによる適切な労務管理やタスクシフト/シェアの推進などを通じ、時間外縮減のほか業務の適正化、効率化に取り組む。 なお、当面、時間外労働の特例水準については、B水準を適用するが、速やかに、全診療科A水準に移行する。 	<ul style="list-style-type: none"> 毎月、時間外が100時間を超える見込みの医師への面接指導等を行い、面接対象医師の業務状況、体調管理の把握に努めた。 タスクシフト/シェアの推進を図るため、「医療従事者の役割分担推進委員会」において実績の報告、計画の検討を行った。 勤怠管理システムが稼働しリアルタイムに出退勤時間や労働時間の把握などの労務管理が行える環境が整った。 	<ul style="list-style-type: none"> 毎月、時間外が100時間を超える見込みの医師への面接指導等を行い、業務状況、体調管理の把握に努め、状況に応じて安全衛生委員会などで時間外労働縮減に向けた対応や対策の検討を行う。 タスクシフト/シェアの推進を図るため、6月までに「医療従事者の役割分担推進委員会」を開催し、計画の推進や項目の追加を行う。
--	---	---

「経営計画」に記載されている取組	令和6年度の主な取組内容・成果	令和7年度の取組内容
<ul style="list-style-type: none"> 育児休業等を取りやすい環境の整備や超過勤務の削減、休暇の取得促進に向けて、業務の効率化を図り、ワークライフバランスを推進する。 	<ul style="list-style-type: none"> 「子育てマイプラン」を利用した育児休業等が取りやすい環境づくりに取り組んだ。 毎月開催する安全衛生委員会において、時間外勤務時間の実績の情報提供を行い、縮減に向けた取組を検討した。 超過勤務を行った職員に対し、面接希望の有無を確認するとともに、超過勤務縮減に向け部署間の応援体制の支援に取り組んだ。 休暇の取得促進については、年休取得義務の周知を行い、定期的に年休取得のアナウンスを積極的に行い、計画取得を推進した。 「子育てマイプラン」や男性看護師等の育児休暇取得の説明を通して、育児休業等が取りやすい環境づくりに取り組んだ。 超過勤務縮減のために部署間の応援体制の支援を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> 「子育てマイプラン」や男性看護師の育児休暇取得の説明を通して、育児休業等が取りやすい環境づくりに取り組む。 毎月開催する安全衛生委員会やCWSによる時間外勤務時間実績の情報を活用し、縮減に向けた取組を検討する。 休暇の取得促進については、年休取得義務の周知を行い、定期的に年休取得のアナウンスを積極的に行い、計画取得を推進する。 休暇取得促進について、年休取得義務のアナウンスを積極的に行い、計画取得を推進する。
<ul style="list-style-type: none"> 看護師の特定行為研修指定研修機関として、医師の負担軽減のためのタスクシフト／シェアの担い手の確保・育成に取り組む。 また、タスクシフト／シェアを効果的に進めるために、医師や看護師等の意識改革や知識・技能の習得、各職種における業務の効率化等にも引き続き取り組んでいく。 	<ul style="list-style-type: none"> 特定行為研修について、3名から受講申し込みがあり、約1年間の研修受講の結果、3名全員が特定行為研修終了者となることが出来た。 特定行為活動推進委員会を設置し、特定行為研修修了看護師や診療看護師の活動方針を検討した。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師の特定行為研修指定研修機関として、医師の負担軽減のためのタスクシフト／シェアの担い手の確保・育成に取り組む 特定行為活動推進委員会を設置し、特定行為研修終了看護師や診療看護師の活動を支援し、医師の負担軽減のためのタスクシフトに取り組む。 看護師の特定行為研修指定研修機関として、医師の負担軽減のためのタスクシフト／シェアの担い手の確保・育成に取り組む。
<ul style="list-style-type: none"> 看護師をはじめ、医療スタッフを確保するため、引き続き院内保育所の運営など、働きやすい環境の整備に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> 育児休暇中の職員説明会を院内保育所と連携し、職員へ情報提供し働きやすい環境の整備に取り組んだ。 院内保育所と連携し、育児休業中の職員への説明会を実施し、職員へ情報提供することで働きやすい環境整備に取り組んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、育児休暇中の職員説明会を院内保育所と連携し、職員へ情報提供し働きやすい環境の整備に取り組む。 病児保育や夜間保育等の利便性の周知を図る。 引き続き、院内保育所と連携し、育児休業の職員への説明会を実施し、職員への情報提供等を行い、働きやすい環境整備に取り組む。
<ul style="list-style-type: none"> 医師事務作業補助者の確保・充実の検討を進め、全診療科を対象とした外来補助やカンファレンス準備、各種オーダー入力等を行うことにより、医師のタスクシフティングを強力に推進する。 	<ul style="list-style-type: none"> 令和5年度から希望者へのフルタイム勤務を導入しており、時間外勤務の削減に繋がっている。 前年度に引き続き、外来化学療法加算の算定補助に取り組んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> 20対1の施設基準取得に向けて、採用募集を行うとともに、医療秘書の業務習熟状況を確認しながら育成充実を図る。 医師の働き方改革による外来補助業務やデータ補助業務の依頼に速やかに対応していくとともに、他職種との業務連携、見直しを進め効率化を図る。

② 救急医療や災害医療等の安定的かつ持続的な提供

i) 救急医療提供体制の強化

(宮崎)

「経営計画」に記載されている取組	令和6年度の主な取組内容・成果	令和7年度の取組内容
<ul style="list-style-type: none"> ドクターカーや屋上のヘリポート及び外来・病棟が一体となった救急・総合診療センターの機能を最大限活用するとともに、救急専門医等の専従スタッフや研修医の確保により、県の第三次救急医療を担う最後の砦として救急患者の受入体制の充実を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 3次救急医療機関としての役割を果たすべく、救命救急科や総合診療科、さらには各診療科の医師や看護師等による当直体制を確保し、患者受入れに対応した。 ○ 救急当直を担う医師等のスキルアップや受入体制の構築を図り、ヘリポートの平日、祝日についての運用についても継続して行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ヘリポートの平日及び土日、祝日の運用を維持するため、引き続き、救急当直を担う医師等のスキルアップや受入体制の見直し等行う。
<ul style="list-style-type: none"> 少産や少子化が進む中、周産期センター新たに整備したLDR（陣痛・分娩室）などを十分に活用するとともに、産婦人科と新生児科の連携を強化しながら安心・安全な出産ができる周産期医療提供体制の構築を目指す。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師・看護師・助産師を確保し、LDRなどを十分に活用し、周産期医療を提供した。 ○ 産後ケアを開始し、母子を中心に安心・安全な出産・子育てができる体制の構築を目指し、自治体とも連携を図った。 <p>【令和6年度実績】 分娩取扱数 409件 NICU（3床）入院患者数 延べ985人</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ LDRなどのハードを十分に活用するとともに、産婦人科と新生児科の連携を強化しながら、周産期医療を提供する。 ○ 産後ケアの自治体との提携をより一層進める。
<ul style="list-style-type: none"> 周産期医療との有機的な連携を図りながら、小児救急医療の充実・強化を推進する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 小児科医師、看護師、助産師等の人材を確保し、小児救急医療に24時間対応した。 ○ 15歳未満の救急患者受入れ数 1,451人 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 引き続き宮崎市夜間急病センター小児科や地域の小児科医と緊密に連携し、小児患者の救急受入れに対応する。
<ul style="list-style-type: none"> 身体合併症を有する精神科救急患者の受入れや、県内の精神科救急医療システム病院（輪番施設）と連携した医療を引き続き提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 宮崎県精神科救急医療システムにおいて、身体合併症対応を含めた後方支援を24時間行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 令和7年5月から早期診療体制充実加算取得開始予定 ○ 宮崎県精神科救急医療システムにおいて、身体合併症対応を含めた後方支援を24時間体制で引き続き行う。 ○ 令和7年5月から修正型電気けいれん療法（mECT）を開始予定。

ii) 大規模災害時における医療提供体制の強化

<ul style="list-style-type: none"> 被災後も診療が継続できるよう、事業継続計画に基づく災害訓練の実施及び災害対応マニュアルの見直しを行うとともに、災害派遣医療チーム（D MAT）、災害派遣精神医療チーム（DPAT）の活動の充実を図るなど、災害医療機能の強化に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 下記の訓練等に参加した。 <ul style="list-style-type: none"> ・ R6.8.8 南海トラフ地震対応4名参加 ・ R6.6.15 先遣隊技能維持研修3名参加 ・ R6.11.16～17 DPAT先遣隊研修1名参加 ・ R7.2.12 DPAT構成委員研修2名参加 +支援者として7名参加 ・ R6.9.28 大規模時医療活動訓練3名参加 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 災害時に患者の受け入れ・搬送の調整等を行う体制を整備するため、院内災害訓練を実施する。 ○ 隊員のスキルアップを図るため、研修や訓練に計画的参加し、非常時における対応力の強化を図る
--	--	---

「経営計画」に記載されている取組	令和6年度の主な取組内容・成果	令和7年度の取組内容
<ul style="list-style-type: none"> 基幹災害拠点病院として、地域の消防機関や他の災害拠点病院との連携、D M A T隊員の派遣、患者の受入・搬送の調整等を行うための体制を整備し、その役割を担っていく。 	<ul style="list-style-type: none"> 9月に関東を被災地と想定した大規模地震時医療活動訓練（政府訓練）が開催され、県央・県南活動拠点本部の構成病院として、県内に設置されたD M A T調整本部や各拠点本部との連絡調整や救急患者の受入れ訓練など大規模地震時医療活動に関する総合的な実動訓練に参加した。 11月に長崎県で開催された、九州・沖縄ブロックD M A T実動訓練に参加し、関係者との顔の見える関係の構築や必要技術を習得すると共に、課題の把握や対応方法の検討を行った。 発災後3日目後における津波によるライフライン、道路等への被害からの復旧状況や物資の充足状況を想定した災害医療活動訓練に参加した。 	<ul style="list-style-type: none"> 災害及び感染症等への対応として、要請に応じD M A T隊員やD P A T隊員を派遣する。 県の総合防災訓練にD M A Tが参加し、関係機関との連携を図る。

iii) 感染症への対応と通常医療との両立

<ul style="list-style-type: none"> 知事部局や地元医療機関と緊密に連携し、重症及び中等症Ⅱの患者に加えて、他の医療機関では対応が困難な周産期、乳幼児、身体・精神障がい者、透析患者など多様な新興感染症患者を受け入れる。 	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策委員会及び感染対策チーム会議を月1回開催し、感染対策に係る情報共有や院内の体制整備等を行った。 (各月1回) 	<ul style="list-style-type: none"> 感染状況等に応じて多様な患者の受入に対応できるよう、引き続き、感染対策委員会及び感染対策チーム会議を月1回開催し、感染対策に係る情報共有や院内の体制整備等を行う。
<ul style="list-style-type: none"> 新興感染症等の患者受入れに当たっては、第二種感染症病床6床と第一種感染症病床2床のほか、I C Uや小児病棟などの陰圧室を最大限活用するとともに、非常時には通常医療とのバランスを考慮しながら、病棟の一部を感染防御区画に転換するなど、適時適切に対応する。 	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策委員会及び感染対策チーム会議を月1回開催し、感染対策に係る情報共有や院内の体制整備等を行った。 (各月1回) 	<ul style="list-style-type: none"> 感染状況等に応じて迅速かつ適切に患者の受入ができるよう、引き続き、感染対策委員会及び感染対策チーム会議を月1回開催し、感染対策に係る情報共有や院内の体制整備等を行う。
<ul style="list-style-type: none"> 新興感染症等の感染拡大時に備え、平時から院内感染対策の徹底を図るとともに、感染拡大時を想定した感染管理認定看護師等の専門人材の確保・育成や感染防護具の備蓄、各種感染対策設備等の定期点検を実施する。 また、感染対策マニュアルの改訂を定期的に行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策マニュアルを改訂した。 個人防護具着脱訓練を実施した。（R6.6月～10月） 県薬務感染症対策課や保健所、関係機関等と連携し、感染症危機管理訓練（机上訓練）を実施した。（R7.1月） 院内備蓄状況の定期点検を実施した。（R6.12月） 	<ul style="list-style-type: none"> 感染管理科を中心に、隨時、感染対策マニュアルの改定を行うなど、感染対策の充実を図る。 関係部署・職種によるワーキンググループ会議を開催し、第一種感染症病床運用に関するマニュアルの作成を行うとともに、当該マニュアルをもとに、県薬務感染症対策課や保健所、関係機関等と連携し、感染症危機管理訓練（実働訓練）を実施する。 院内備蓄状況の定期点検を実施するとともに、備蓄量の見直し等を行う。

「経営計画」に記載されている取組	令和6年度の主な取組内容・成果	令和7年度の取組内容
<ul style="list-style-type: none"> 新興感染症拡大時においては、院内に新興感染症連絡会議を設置し院内感染対策の周知徹底を図るとともに、他の医療機関では対応が困難な周産期や乳幼児、身体・精神障がい者、透析患者など、多様な新興感染症患者を円滑に受け入れるための病床の確保を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 県感染症予防計画に基づき、感染症患者の受入体制等の点検を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 県感染症予防計画に基づき、感染症患者の受入体制等の点検を実施する。 ○ 新興感染症発生時には、院内に連絡会議を設置し、感染症指定医療機関（第一種2床、第二種6床）として迅速かつ適切に対応する。

③ 安心・安全な医療の提供と患者サービスの向上

i) 安心・安全な医療提供と患者・家族への支援機能の充実

<ul style="list-style-type: none"> 入院から退院、あるいは他の医療機関への転院にかかる様々な相談等に一体的に対応できるよう患者支援センターの更なる機能充実を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院支援室利用者は4,324人、退院支援件数は7,132件と前年度より増加した。 ○ 入院支援室に管理栄養士が常しアレルギー対応や食事形態の確認を実施し適切な食事の提供に取り組んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院支援室で説明対応するパスの種類を5件増やし患者説明を開始する。 ○ 部署内多職種による学習会を1回/週継続し対応能力を向上させる。 ○ 入退院支援看護士養成研修（5日間）に参加する。
<ul style="list-style-type: none"> 感染防止対策の一環として、ICTを活用した患者・家族支援の充実を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療待ち時間等の増加による局地的な院内人口密度の増加を平準化させるため、院内で閲覧が可能となる診察番号呼出表示システムにより、院内における診療待ち患者及びその家族等の分散待機を図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診察番号呼出表示システムについて、引き続き、運用周知及びその見直し等を随時行う。
<ul style="list-style-type: none"> 予約センターを設置するなど、地域の病院から紹介された患者に対する予約登録の円滑化を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ FAX予約センター設置から3年半が経過し予約システムは定着している。 ○ 院内連携についても各診療科と協議を重ね改善に取り組んでいる。 ○ 紹介件数8,358件と前年度より増加した。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ FAX予約業務に対応可能な職員（とくに事務職）育成に取り組む。 ○ 当日中の予約日通知ができるよう、診療科に協力依頼する。
<ul style="list-style-type: none"> がん相談基礎研修を計画的に受講させるなど、がん相談員の積極的な育成を行い、がん相談・セカンドオピニオン・就労支援等のがん相談センター業務の更なる拡充を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん相談①②を2名の職員が修了した。 ○ 宮崎県がん診療連携協議会へ定期的に参加、相談支援部門のイベント運営など積極的に取り組んだ。がん相談件数400件と大幅に増加した。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん相談員研修①②及び③をそれぞれ1名受講させる。 ○ 電話相談対応ができる職員の育成 ○ 相談窓口案内チラシの配布場所を増やし（各科外来など）周知を図る。
<ul style="list-style-type: none"> 患者満足度調査を毎年実施し、当院を利用する外来・入院患者に対し患者サービスのプロセスを確認し改善することで、患者満足度の向上を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 外来・入院患者に患者満足度調査を実施し、その結果を各部署にフィードバックし次年度の看護部目標・計画策定に活用した。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 引き続き患者満足度調査を実施し、その結果を各部署にフィードバックする。 ○ 課題を確認し、PDCAサイクルを回し改善につなげる。

ii) 病院機能のデジタル化による患者サービスと医療機能の向上

(宮崎)

「経営計画」に記載されている取組	令和6年度の主な取組内容・成果	令和7年度の取組内容
・ 外来患者の診察待ち順番をモニターに表示し、さらにその情報をスマートフォンで院内・院外を問わず確認できるシステムを導入することにより、待合スペースの混雑緩和による感染防止対策や診察待ち時間の有効活用を図る。	○ 自動精算機を稼働し、会計時の待ち時間を短縮した。 ○ スマートフォンによる診察待ち順番表示システムを導入し、患者の待ち時間に対する不安感の軽減を図った。	○ 診察番号呼出表示システムについて、引き続き、運用周知及びその見直し等を随時行う。
・ 患者用Wi-Fi環境を提供するとともに、インターネットを活用した患者面会方法を導入するなど、患者サービスの向上を図る。	○ 引き続き患者用Wi-Fi環境を提供し、サービス向上を図る。	○ 引き続き患者用Wi-Fi環境を提供し、サービス向上を図る。
・ 次期電子カルテシステム更新に合わせて、病棟で使用しているPDA端末をスマートフォン端末とし、電子カルテの更なる利便性向上を図る。	○ 利便性向上のためスマートフォン端末を導入した。 ○ 利用する看護師等に対して、利用方法に係る研修を実施した。	○ 利用状況を踏まえ、更なる利便性の向上を図る。
・ マイナンバーカードの健康保険証利用（オンライン資格確認）とあわせて、患者のより一層の利便性向上のため、電子処方箋の早期導入を図る。	○ 令和7年1月の新システム導入に合わせて、電子処方箋を導入し、運用に向けた準備を行った。 ○ 電子処方箋を利用する場合、医師の医師資格証が必要となるため、院内医師に対して、医師資格証取得を呼びかけた。	○ 利用状況を踏まえ、更なる利便性の向上を図る。 ○ 電子処方箋の運用を開始する。

iii) 医療事故防止等の医療安全対策の推進

・ 医療安全管理委員会を中心に、院内においてインシデント事例に係る情報の共有を徹底するとともに、教育・研修の充実や医療事故マニュアルの活用を推進することにより、職員一人ひとりの医療安全に対する意識の更なる向上に取り組む。	○ 医療安全管理委員会を毎月開催し、アクシデント32事例、インシデント64事例、問題トラブル34事例、患者サポート17事例の共有を行った。 ○ 全職員に対し、医療安全研修を2回実施し、100%の受講率を得た。 ○ 0レベル（ヒヤリハット事例）の事例報告を推進した。	○ 医療安全管理委員会・セーフティマネジメント部会等を中心に、事例や医療安全情報の共有を行い、掲示版などのツールを活用し、全職員への情報発信に取り組む。（通年） ○ 前年度の研修アンケートや報告事例を参考にテーマを検討し、全職員対象の医療安全研修を2回／年実施する。 ○ 病院機能評価受審までに、医療安全対策マニュアル・ポケットマニュアルの改訂を行う。
・ 事例等について3病院での情報共有を行い、医療安全レベルの向上を図る。	○ 3県病院RM会議を毎月開催し、対面で4回・リモートで8回行った。 ○ 日南病院・延岡病院の病院機能評価をうけて、肺塞栓リスク評価と指示・子どもの権利・既読管理システム・口頭指示受け等について情報共有した。 ○ 電子カルテ更新に伴うリスク対策について協議した。	○ 3県病院RM会議を毎月開催する。本年度は日南病院・延岡病院での現地開催を1回／年ずつ行う。 ○ 各施設でのBLS研修について情報収集を行い、急変時対応のスキルを標準化する。

④ 地域の医療機関との機能分化・連携強化と地域医療充実への貢献

i) 地域の医療機関等との機能分化・連携強化

(宮崎)

「経営計画」に記載されている取組	令和6年度の主な取組内容・成果	令和7年度の取組内容
・ 病院幹部や患者支援センターが中心となり地域医療機関や登録医への訪問を積極的に実施することにより、相互の連携を更に深める。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病院訪問実績は33医療機関に実施し、連携上の問題点の協議と病院PRを行った。 ○ 腹膜透析導入患者の増加に対し、在宅診療及び入院可能な医療機関との連携強化のため、面談や見学実習の計画を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 前年度紹介実績データをもとに院内各診療科と協議し、訪問先を選定する。 ○ 年間訪問件数60件を目指す。
・ 地域医療機関との連携を強化することにより、新患の受入促進や紹介率・逆紹介率の向上、地域連携クリニカルパスの拡大を推進する。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 大腿骨パス（地域連携パス）会議（3回）開催しリハビリをテーマに意見交換を行った。パス件数は68件（前年度より31件減） ○ 呼吸器外科との病院訪問（6医療機関）を実施し実績報告、連携強化に取り組んだ。 ○ 栄養情報提供書を患者及び転院先の機関に発行した。 栄養情報提供書：97件 NST転院時報告書：135件 ○ 栄養情報提供書活用セミナーの開催 1回 24施設39名参加 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 大腿骨パス連携機関との会議3回/年を継続する ○ 地域連携パスで連携する医療機関を増やし転院調整をスムーズにする（入院期間が短縮できる） ○ 退院前、栄養情報提供書を患者及び転院先機関に発行し、地域との連携を図る。
・ 地域医療従事者を対象にした研修会の開催や医療機器の共同利用の促進を図ることにより、地域医療支援病院に求められる役割を果たす。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域医療支援病院登録医の共同利用件数はCT 16件、MRI 81件で、利用数は前年度の2.5倍であった。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病院訪問時の案内や広報誌で共同利用について補足し利用件数を増やす。 ○ 訪問看護ステーションとの連携強化のために地域連携交流会を1回開催する。
・ 地域医療機関を対象とした病院見学会を定期的に開催し、高度急性期病院としての機能・設備等を積極的に紹介するとともに、患者支援センターとの意見交換の場を設けることにより、顔の見える関係を構築し、より一層の連携強化を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病院見学会を2回計画したが、1回目の8月は台風接近のため急遽中止した。 ○ 2回目を1月30日に開催し、7医療機関13名参加 院内見学と外科医による部門紹介が好評であった。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病院見学会は今年度も継続（2回開催）を目標とする。 ○ 見学に加え、各診療科にも参加を呼びかけ診療科のPRと意見交換を実施し顔の見える関係作りに取り組む。
・ 地域の保険薬局（かかりつけ薬剤師・薬局）との連携を強化し、院外処方を推進する。 さらに、入院・外来から在宅及び在宅から入院への移行をよりスムーズに行えるよう、必要な患者に対する在宅訪問薬剤管理指導や入院前持参薬情報提供に関する情報共有の仕組みを構築する。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一般名処方（院外処方箋）を令和7年6月から開始するため、近隣保険薬局や宮崎市郡薬剤師会と情報共有しながら準備を進めた。 ○ 院外処方促進を継続的に広報した結果、院外処方箋発行率は令和5年度の93.9%から令和6年度は95.3%に增加了。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の保険薬局に向けた研修会等で、当院の持参薬状況や一般名処方推進について報告し、連携を強化する。また、院外処方促進を継続的に推進する。 ○ 継続して、在宅訪問薬剤管理指導や入院前持参薬情報提供に関する情報を研修会等で提供する。

ii) 地域医療の充実への貢献

(宮崎)

「経営計画」に記載されている取組	令和6年度の主な取組内容・成果	令和7年度の取組内容
<ul style="list-style-type: none"> 地域医療を担う医師を育成するため、各診療科での臨床研修や専攻医としての救急診療や総合診療の実践を通じ、超高齢社会において多病を有する高齢患者等を確実に診療できるスキルを持った医師を養成する。 自治医科大学卒業医師やキャリア形成プログラム適用医師等の若手医師に対してキャリア形成の支援を行うとともに、地域医療科を中心に医療資源の不足する地域の医療機関等への診療応援などの支援を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2年間の臨床研修における通算4か月の救急科研修や救急当直を通じて、若手医師が救急患者への初療を行うことにより、様々な疾患への処置を経験した。 ○ 各専門研修プログラム毎に責任者、メンターを設置し、キャリア形成プログラム対象医師からの相談等に対応できるよう体制を整えた。 ○ 昨年度に引き続き、県内の病院等から協定に基づく派遣依頼があり、医師の派遣を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 引き続き、救急診療や総合診療の実践を通じ、高齢化社会を見据えた疾患を確実に診療できるスキルを持った医師を養成していく。 ○ 引き続き、キャリア形成プログラム対象医師からの相談等に柔軟に対応できるよう、各専門研修プログラムの責任者、メンター制度体制を整えていく。 ○ 県内の病院等から派遣依頼があった場合は、協力に努める。

(3) 経営健全化に向けた取組の強化（病院事業全体での資金収支の改善）

<ul style="list-style-type: none"> 新病院開院後の経営については、救急・総合診療センターやI C U、手術室等の整備・拡充をはじめ、新病院建設に際して多大な整備費等を要していることを踏まえ、各設備の機能を最大限に活用した収益増への取組を強力に推進するなど、職員一人ひとりが経営状況に対する強い危機意識と経営参画意識を持って、収益の確保、費用の節減に一丸となって取り組む。 <p>今後、手術件数の増加に積極的に取り組むことにより、現在のD P C標準病院群からD P C特定病院群への昇格を目指す。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 每月、医事連絡調整会議を開催し、返戻レセプト、未収金及び会計待ち時間等について情報を共有した。 ○ 消化払いS P Dの安定的な運用の実施により、診療材料の期限切れ在庫や余剰材料の縮減に努めた。 ○ 施設基準委員会を設置、月1回程度委員会を開催して取得可能な施設基準について検討し、新たに25項目の算定を開始した。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ D P C特定病院群への昇格に向けて、手術支援ロボットシステムを用いた手術症例数の増加など、手術関連の実績等を積み上げる必要があることから、今後も引き続き、地域の医療機関との連携を強化し、紹介患者と手術件数の増加を図る。 ○ 経営削減の強化として、消化払いS P Dの安定的な運用の実施による診療材料の適正化を図る。
--	---	---

① 医業収支の改善

- i) がん医療機能の高度化（※再掲）
- ii) 高度な最先端医療の提供（※再掲）
- iii) 診療報酬制度への適切な対応による収益の確保

<ul style="list-style-type: none"> 経営改善プロジェクトチームを中心として、個別具体的な課題について詳細に分析・検討を行い、診療科・診療分野別の改善提案につなげることにより収益増を図る。 <p>また、各診療科等が取り組む改善事項について、適正な評価を実施するなど院内全体における経営改善システムの定着・深化を強力に推進する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療科毎の診療実績等の分析結果をもとに、院長による診療科長ヒアリングを行い、各診療科の課題や目標、経営改善に向けた取組等について共有するとともに、今後の取組についての指示等を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療科毎の診療実績等の分析結果をもとに、院長による診療科長ヒアリングを行い、各診療科の課題や目標、経営改善に向けた取組等について共有し、今後の取組についての指示等を行うとともに、進捗を確認する。
--	---	---

「経営計画」に記載されている取組	令和6年度の主な取組内容・成果	令和7年度の取組内容
<ul style="list-style-type: none"> 毎週、院長をトップとした病床調整会議を開催し、リアルタイムの病床利用率を把握することにより、短期、中期、長期の視点を織り交ぜた定期的な病床定数の見直しを行い、ベッドの有効活用を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 病床調整会議を経営戦略会議として毎週実施し、病棟や診療科毎の病床稼働率を確認したほか、DPC無登録患者数、コーディングの見直し状況から経営全般に関する内容まで報告・協議を行う場として機能した。 コーディングについては、この場での報告を通じて、改善が必要な状況が見える化したことで、院内全体に問題点として共有されたことで、医師の意識改革にもつながった。 	<ul style="list-style-type: none"> 病床調整会議を経営戦略会議として定期的に開催し、病床数の見直し含めた経営面における問題点等の把握・共有に努めるほか、今後は、問題点の対策及びその実施方法についても協議・確認することで、提供されたデータの有効活用を図る。
<ul style="list-style-type: none"> 医師と診療情報管理士や医事スタッフ間の連携を一層強化することでコーディングの精度アップを図るなど、DPC分析ソフトの活用により適切なDPC運用に取り組み、クリニカルパスの適切な使用等による診療報酬の改善につなげる。 	<ul style="list-style-type: none"> 令和6年度コーディング検証実績 5,457件（うち変更：727件） DPCの基礎知識について院内に周知し、問い合わせに対応した。 入院患者へのクリニカルパスの適用率は49.4%（前年度より1.6%増）。クリニカルパス件数も5,609件と前年度より472件増加した。 	<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、医師と診療情報管理士や医事スタッフ間の連携の強化を図る。 レセプトDPCデータ（入院患者全件）について、DPCコーディングツール（分析ソフト）を活用することで、精度を上げるとともに検討の件数を増加させるなど業務効率化につなげる。 クリニカルパスについて、看護師からの日数や医療行為等に係る相談が増加しているため、関係部署とも連携しながら、同作成に積極的に関与していく。
<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬改定に伴う新たな施設基準等を取得し、収益の確保を図る。 外部コンサルタントによる診療科別・部門別の経営改善ミーティングを定期的に実施し、各種加算の取得増や算定漏れ防止等の取組、医療機関別係数の向上を推進する。 	<ul style="list-style-type: none"> ベースアップ評価料をはじめ、施設基準の新規取得に努め、年間約6,800万円程度の増収を図った。 計10回のミーティングを実施し、各種加算の取得状況や診療科における病名登録の状況などを確認した。 その結果、過去からの取組結果も含め、機能評価係数Ⅱが上昇し、機能評価係数Ⅱについては全国1,501のDPC標準病院群中32位（前年度61位）となった。 	<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、施設基準の新規取得に努め、収益の確保を図る。 令和7年度も10回のミーティングを実施するほか、昨年度指摘の多かった医事業務についてコンサルティングを実施し、業務の効率化を図る。
<ul style="list-style-type: none"> 未収金の縮減に向けた取組について、公費負担医療制度の活用等による未収金発生の抑制や未収金徴収員の夜間徴収など従来の対策を行うほか、民間の保証会社や入院医療費保障サービスについても活用を検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> 毎月の医事連絡調整会議にて、個別の未収金事例について回収方法を検討することで、未収金件数削減に務めた。 未収金が発生しそうな事例（困窮者、無保険者等）があれば、患者支援センター、救命救急センターから担当者に連絡が入るよう体制を構築し、できるだけ早期に対応を行い、未収金発生を抑えた。 徴収員による夜間徴収を行い、昼間不在の滞納者に対しての接触を試みた。 	<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、医事連絡調整会議にて、個別の未収金事例について回収方法を検討し、いっそうの未収金件数削減に努める。 未収金が発生しそうな事例（困窮者、無保険者等）があれば、患者支援センター、救命救急センター担当から担当者に連絡が入る体制を活用し、できるだけ早期に対応を行うことで、未収金発生を抑える。 弁護士法人等も活用しながら徴収対策を行っていくほか、民間の医療費保障サービスについても活用を検討する。

iv) 3病院一体となった費用節減

(宮崎)

「経営計画」に記載されている取組	令和6年度の主な取組内容・成果	令和7年度の取組内容
<ul style="list-style-type: none"> 県立宮崎病院の経営を取り巻く環境は、新病院建設に係る多額の整備費等によりさらに厳しい状況にあることから、費用の執行に当たっては、聖域なき見直しを行いその縮減に向けて病院幹部をはじめ各部門間で緊密に連携・協力を図り、積極的な費用節減に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> 医薬品等の共同購入やS P Dを活用するとともに、医薬品については、経営管理課主導の下、県立3病院で薬品の所管換を行うことで有効活用するなど、薬品費及び診療材料費の経費節減を図った。 医療機器の保守について、コンサルを介した交渉や内容の見直し等を検討することで、費用の削減を図った。 	<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、医薬品等の共同購入や所管換、S P Dを活用し、薬品費及び診療材料費を節減する。
<ul style="list-style-type: none"> 医薬品や診療材料の共同購入を積極的に推進し、費用の節減に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> 経営管理課や各県立病院と連携を図りながら、共同購入を進め、費用の削減に務めた。 	<ul style="list-style-type: none"> 経営管理課や各県立病院と連携を図りながら、共同購入を積極的に推進し、費用の削減に取り組んでいく。
<ul style="list-style-type: none"> 新病院開院に合わせて導入した消化払い方式の物品管理業務（S P D）により在庫の適正化を図るなど、費用の節減に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> 診療材料等の執行状況など、データの検証等を行いS P D運用の隨時見直し等の取組により、費用削減に努めた。 	<ul style="list-style-type: none"> 実績報告及び分析データの検証等を行うなど、経営管理課や各県立病院と連携を図りながら、費用の削減に取り組んでいく。
<ul style="list-style-type: none"> 医薬品については、経費削減効果の高いものや使用量の多いものなどを後発医薬品又はバイオシミラー製剤へ積極的に移行し、費用の節減に努める。特にバイオシミラー製剤については、医療費削減効果の高いことから、重点的に移行を推進する。 	<ul style="list-style-type: none"> 令和6年度の後発医薬品数は、令和5年度3月末と比較して、58品目增加了。 後発医薬品の使用率は、年間93.46%と90%以上を維持した。 令和6年8月からバイオ後続品使用体制加算の算定を開始した。 	<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、後発医薬品、バイオシミラー製剤の使用率を高水準で維持できるよう、発売情報等を収集し、先発医薬品からの移行を促進する。
<ul style="list-style-type: none"> 医薬品を効果的、経済的及び適正に使用するためのフォーミュラリ導入について、医師、薬剤師など医療従事者や関係団体と協働の上、院内フォーミュラリを一部品目で導入するとともに地域フォーミュラリ導入についても検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> 国から示された方針をもとに宮崎大学医学部附属病院と情報共有しながらフォーミュラリ導入を検討した。医薬品の供給不足の問題があり、フォーミュラリ導入は困難であったが、薬事審議会事務局（薬剤部）において、医薬品採用について、薬効ごとに品目の優先順位を検討し、薬事審議会に提案した。 	<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、フォーミュラリに関する最新の情報を収集し、必要な情報を薬事審議会で共有する。

v) 経営の見える化による安定的な事業運営の推進

(宮崎)

「経営計画」に記載されている取組	令和6年度の主な取組内容・成果	令和7年度の取組内容
<ul style="list-style-type: none"> 毎月作成する経営状況サマリーを活用して、全職員に対して経営状況の周知を図るとともに、「紹介患者増⇒新患者増⇒DPC入院期間の適正化⇒逆紹介増」の経営改善サイクルの円滑化を浸透させ、あわせて診療科別の個別具体的な目標の提案・実行を積極的に実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> 経営状況サマリーを毎月作成し、幹部会及び運営会議において職員に周知。 会議等で入院期間の報告を行い、入院期間の適正化を院内で推進した。 紹介患者数 9,925人（前年度比 9人減） 紹介率 91.0%（〃 +1.7ポイント） 平均在院日数 11.0日（〃 0.5日減） 逆紹介患者数 10,884人（〃 374人減） 逆紹介率 99.8%（〃 -1.4ポイント） 	<ul style="list-style-type: none"> 経営状況サマリーを活用し、幹部会や運営会議等での経営状況の共有と経営改善に向けた取組を促進。 経営戦略会議を活用して各診療科の課題を抽出し、診療科長ヒアリング等を通じ、具体的な改善の方策を提案。
<ul style="list-style-type: none"> 年度毎に設定する経営指標に対する達成状況の公表や病院事業評価委員会による経営の見える化を行い、安定的な事業運営を推進する。 	<ul style="list-style-type: none"> 毎週開催の経営戦略会議のほか、幹部会、運営会議等において、経営状況及び目標に対する達成状況を報告したほか、経営改善に向けた取組の推進を図った。 県立病院事業評価委員会において、前年度決算、経営計画2021に基づく取組状況、同計画の改定素案等について審議し、課題等の解決に努めた。 県議会定例会において、前年度決算状況及び当年度上半期決算状況を報告した。 	<ul style="list-style-type: none"> 経営戦略会議のほか、幹部会、運営会議等で経営状況を報告するとともに、経営改善の取組について理解と周知を図る。 経営状況について、知事部局の県立病院事業点検プロジェクトチームへの報告及びチェックを受けるとともに、点検結果を県議会に報告する。 決算状況等について、県議会、県立病院事業評価委員会に報告する。
<ul style="list-style-type: none"> 良質で安全な医療の提供及び安定的な事業運営を推進するため、病院機能評価の継続的な取組により、引き続き病院全体で医療の質の改善を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 日本医療評価機構「病院機能評価 機能種別版評価項目解説集」に基づき、部門ごとの自己評価を実施。 担当部署の不明確な評価項目、改善・確認が必要な項目の洗い出しを実施。 日本医療評価機構から調査者1名の派遣を受け、事前チェックを実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院機能向上委員会において、令和7年度の受審に向け、各部門、審査項目ごとの課題整理及び対策スケジュールを作成する。特に、模擬審査を受審することにより、その精度を高める。 各審査項目における対策取りまとめ責任者を決めて、受審までの進捗を管理する。

② 適切な設備投資・更新

<ul style="list-style-type: none"> 新病院の施設を適切に保全することで、修繕費用の低減を図るとともに、計画的な設備更新に向けた検討を行う。また、エネルギーサービス事業により各年度の熱源機器に係る費用の平準化を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 省エネルギーが図られるような機器運用を試験的に実施し、診療へ影響が及ばないか検証する。 	<ul style="list-style-type: none"> 更なる省エネルギーが図られるような機器運用を実施し、診療へ影響が及ばないよう運用する。
<ul style="list-style-type: none"> 医療器械の導入・更新については、外部コンサルタントを活用し、医療水準の確保と費用対効果を十分考慮した中長期的な計画を策定するとともに、将来にわたる収支バランスにも留意しながら、計画的に行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 更新計画を基準に、必要に応じて各部署とヒアリングを行い、経営管理課や各県立病院と連携を図りながら、共同調達を行い費用の削減を図るとともに、緊急性・必要性に応じた計画的な調達を行うことができた。 	<ul style="list-style-type: none"> 経営管理課や各県立病院と連携を図りながら、共同調達を推進し、費用の削減に向けた取組を行っていくとともに、計画的に調達していく。

臨床指標・経営指標（宮崎病院）

○ 目標設定指標（宮崎病院）

	区分	実績値							目標値	差引			
		H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6			R7	R8	R9
1	手術件数 (件)	9,900	10,450	8,342	8,337	9,566	9,722	9,718	9,800	-82	9,900	10,000	10,100
2	入院患者のパス適用率 (%)	-	52.9	48.6	48.5	48.1	47.8	49.4	50.0	-0.6	50.0	50.0	50.0
3	紹介率 (%)	76.2	79.5	81.1	91.2	84.4	89.3	91.0	90.0	1.0	90.0	90.0	90.0
4	逆紹介率 (%)	72.7	79.0	93.8	81.7	90.2	101.2	99.8	80.0	19.8	80.0	80.0	80.0
5	経常収支比率 (%)	98.5	95.2	101.8	93.3	92.9	93.6	96.1	95.5	0.6	93.5	95.3	97.2
6	医業収支比率 (%)	90.2	87.5	81.0	79.4	79.7	84.1	82.7	82.3	0.4	81.7	85.3	87.6
7	修正医業収支比率 (%)	88.1	85.5	79.0	77.3	77.8	82.2	81.2	80.8	0.4	80.4	84.0	86.3
8	稼働病床利用率 (%)	75.4	74.0	60.8	69.7	76.2	75.6	76.9	78.5	-1.6	80.1	81.1	81.9
9	1日当たり入院患者数 (人)	403	396	316	340	372	373	379	387	-8	392	398	402
10	1日当たり外来患者数 (人)	699	705	599	633	654	642	634	630	4	641	652	655
11	1日平均入院単価 (円)	60,223	61,252	68,304	64,773	73,447	77,634	77,699	78,232	-533	79,811	83,905	85,523
12	1日平均外来単価 (円)	19,493	21,546	24,375	25,309	26,894	29,651	32,462	31,757	705	32,067	33,107	33,424

臨床指標・経営指標（宮崎病院）

○ 実績管理指標（宮崎病院）

	区分	実績値									
		H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
1	重症患者の割合 ※1 (%)	30.0	30.0	32.7	34.2	31.3	32.0	26.2			
		-	-	-	-	-	-	37.4			
2	外来化学療法を行った延患者数 (人)	-	4,468	4,248	4,270	4,843	5,692	6,336			
3	救急患者数 (人)	8,134	7,842	5,850	6,989	7,901	7,322	6,810			
4	救急車受入件数 (件)	4,794	4,641	3,629	4,234	5,001	4,758	4,335			
5	DMA Tチーム数 (チーム)	7	7	6	5	7	7	7.0			
6	高度な手術件数の割合 ※2 (%)	38.5	34.7	37.6	38.8	39.8	41.3	42.2			
7	在宅復帰率 (%)	-	-	-	-	-	88.4	90.5			
8	平均在院日数 (日)	12.1	12.0	12.1	11.9	11.8	11.7	11.2			
9	クリニカルパス件数 (件)	-	5,922	4,273	4,632	5,098	5,137	5,609			
10	後発医薬品の使用割合 (%)	85.1	91.2	93.1	91.3	89.4	91.7	93.8			
11	給与費の対修正医業収益比率 (%)	58.4	59.5	65.8	65.5	57.1	55.5	57.3			
12	材料費・経費の対修正医業収益比率 (%)	46.3	48.9	51.4	54.4	49.7	49.4	50.5			
13	医師数 (人)	108	111	110	108	110	112	110			
14	認定看護師配置数 (人)	22	24	23	24	24	22	24			
15	総看護師配置数 (人)	459	469	468	483	500	505	501			
16	認定薬剤師配置数 (人)	3	3	2	2	4	4	5			
17	総薬剤師配置数 (人)	19	21	21	22	22	21	21			
18	臨床研修医受入数 (人)	50	55	51	50	56	50	56			

※1 一般病棟用「重症度・医療・看護必要度」の基準を満たす患者割合（令和6年診療報酬改定により2つの患者割合が設定）

上段：A項目（医学管理や処置等の実施状況）3点以上またはC項目（手術や検査の実施状況）1点以上に該当する患者割合

下段：A項目2点以上またはC項目1点以上に該当する患者割合

※2 点数が1万点以上の手術件数の割合