

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館
令和 7 年度における業務の実績に関する
評価結果報告書

佐 賀 県

地方独立行政法人法（平成15年法律第118号）第28条第5項の規定に基づき、別紙のとおり報告します。

令和8年9月2日

佐賀県知事 山口 祥義

目 次

1	評価方法の概要	1
2	法人の概要	2
3	第4期中期目標期間 総合評価 項目別評価総括表	4
4	総合評価	5
5	項目別評価	
第2	県民に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	5
第3	業務運営の改善及び効率化に関する事項	3 4
第4	財務内容の改善に関する事項	4 4
第5	その他業務運営に関する重要事項	4 6

(参考資料)

○	地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館評価実施要領	5 2
---	----------------------------	-----

地方独立行政法人法（平成15年法律118号）第28条第1項の規定に基づき地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館（以下「法人」という。）が知事から受ける評価について、「地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館評価実施要領」に基づき、次のとおり法人の業務の実績に関する評価を行った。

1 評価方法の概要

（１） 評価の基本方針

評価は、主として中期目標・中期計画の達成状況を確認する観点から行い、法人の組織、業務等の改善が期待される事項等を明らかにすることにより、次期中期目標の策定、中期目標の変更を含めた業務運営の改善等に資することを目的とする。

（２） 評価の実施方法

評価は、法人が自己評価に基づき作成する業務実績報告書に基づき、「項目別評価」及び「総合評価」により実施する。

「項目別評価」では、法人から提出された業務実績報告書等を基に、業務の実績等について、評価委員会による法人からのヒアリング等の調査審議を行い、その結果を踏まえ、業務の進捗状況及び特記事項の内容等を総合的に勘案して、５段階で評価する。

「総合評価」では、項目別評価の結果等を踏まえ、中期目標・中期計画の進捗又は達成状況全体を、業務の実施状況、財務状況及び法人のマネジメントの観点から、５段階で評価する。

なお、評価を実施するに当たっては、法人を取り巻く諸事情等を勘案し、総合的に判断する。

評語	年度評価の基準
S	中期目標・中期計画の達成に向けて特筆すべき進捗状況にある。
AA	中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。
A	中期目標・中期計画の達成に向けて概ね順調に進んでいる。
B	中期目標・中期計画の達成のためにはやや遅れている。
C	中期目標・中期計画の達成のためには重大な改善事項がある。

法人の概要

1 基本的情報	地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館	
	法人名	佐賀市嘉瀬町大字中原400番地
	所在地	2, 094, 906, 861円
	資本金の状況	令和4年度～令和7年度
	評価対象中期目標期間	名称 佐賀県医療センター好生館
	設置する病院	主な業務内容 1) 医療を提供すること。 2) 医療に関する調査及び研究を行うこと。 3) 医療従事者の研修及び育成を行うこと。 4) 前各号に掲げる業務に附帯する業務を行うこと。
		所在地 佐賀市嘉瀬町大字中原400番地
		設置年月 平成22年4月
		主な役割及び機能 ○基幹災害拠点病院 ○地域医療支援病院 ○救命救急センター ○開放型病院 ○地域がん診療連携拠点病院 ○臓器提供施設 ○エイズ診療拠点病院 ○基幹型臨床研修病院 ○関連教育病院 ○原子力災害拠点病院 ○第一種・第二種感染症指定医療機関 ○日本医療機能評価機構認定病院 ○外国人患者受入れ認証医療機関 ○DPC特定病院群 ○地域周産期母子医療センター ○がんゲノム医療連携病院 ○卒後臨床研修評価機構(JCEP) 認定病院
		許可病床数 450床(一般442床、感染症8床)
設置する看護師等養成所	診療科	内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、血液内科、腫瘍内科、糖尿病代謝内科、腎臓内科、肝臓・胆のう・膵臓内科、脳神経内科、緩和ケア内科、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、消化器外科、小児外科、整形外科、脳神経外科、小児科、形成外科、リハビリテーション科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、放射線科、救急科、麻酔科、歯科口腔外科、病理診断科
	敷地面積	75,130㎡
	建物規模	延面積51,841㎡
	名称	佐賀県医療センター好生館看護学院
	主な業務内容	1) 看護師等養成所の運営を行うこと。 2) 前号に掲げる業務に附帯する業務を行うこと。
	所在地	佐賀市兵庫南三丁目7番17号
	設置年月	令和2年4月

2 組織・人員情報				
役員の状況				
役職名	氏名		任期	経歴等
理事長	樗 木 等		令和4年4月1日～令和8年3月31日	
副理事長	田 中 聡也		令和6年4月1日～令和8年3月31日	佐賀県医療センター好生館 館長
理事	内 藤 光 三		令和4年6月1日～令和8年3月31日	佐賀県医療センター好生館 副館長
理事	岡 田 俊		令和6年4月1日～令和8年3月31日	佐賀県医療センター好生館 事務部長
理事	緒 方 伸 一		令和7年4月1日～令和8年3月31日	佐賀県医療センター好生館 副館長
理事	宮 地 由 美 子		令和5年4月1日～令和8年3月31日	佐賀県医療センター好生館 看護部長
理事 (非常勤)	志 田 正 典		令和5年8月1日～令和7年6月30日	一般社団法人佐賀県医師会 会長
理事 (非常勤)	貝 原 良 太		令和7年8月1日～令和8年3月31日	一般社団法人佐賀県医師会 副会長
理事 (非常勤)	中 尾 清 一 郎		令和4年4月1日～令和8年3月31日	株式会社佐賀新聞社 代表取締役社長
理事 (非常勤)	野 口 満		令和4年4月1日～令和8年3月31日	佐賀大学医学部附属病院 病院長
監事 (非常勤)	中 島 博 文		令和4年8月26日～	
監事 (非常勤)	田 村 祥 三		令和4年8月26日～	
職員数 1,329人 (令和8年3月31日現在)				
公認会計士				

(※) 監事の任期は理事長の任期の末日を含む事業年度についての財務諸表承認の日まで

3 第4期中期目標期間 総合評価 項目別評価 総括表

第4期中期目標		令和4年度		令和5年度		令和6年度		令和7年度		備考
		年度評価	年度評価	年度評価	年度評価	見込評価	年度評価	年度評価	期間実績評価	
総合評価		AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	
第2 県民に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		AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	
1 好生館が担うべき医療の提供及び医療水準の向上		AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	
(1) 好生館が担うべき医療の提供		AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	
(2) 医療スタッフの確保・育成		A	A	A	A	A	A	A	A	
(3) 地域の医療機関等との連携強化		S	AA	AA	S	S	S	S	S	
(4) 医療に関する調査・研究及び情報発信		A	AA	AA	S	AA	S	S	AA	
2 看護学院が担うべき看護教育及び質の向上		AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	
3 患者・県民サービスの一層の向上										
(1) 患者の利便性向上		AA	AA	AA	AA	AA	AA	A	A	
(2) 職員の接遇向上		A	A	A	A	A	A	A	A	
(3) ボランティアとの協働		A	A	A	A	A	A	A	A	
第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項		A	AA	AA	AA	AA	AA	A	A	
1 業務の改善・効率化										
(1) 適切かつ効率的な業務運営		A	AA	AA	AA	AA	B	B	B	
(2) 事務部門の専門性向上		AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	
(3) 職員の勤務環境の改善		A	S	S	S	S	S	S	S	
2 経営基盤の安定化										
(1) 収益の確保		A	A	A	AA	AA	AA	AA	AA	
(2) 費用の節減		AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	
第4 財務内容の改善に関する事項		AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	
第5 その他業務運営に関する重要事項		AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	
1 県との連携		S	S	S	S	S	AA	AA	S	
2 地方債償還に対する負担		A	A	A	A	A	A	A	A	
3 病院施設の在り方		A	A	A	A	A	AA	AA	AA	

総合評価	
法人の自己評価	知事の評価
(自己評価〔評語〕) AA (理由) 以下の令和7年度計画において、大項目自己評価が第1項目AA、第2項目AA、第3項目AA、第9項目AAであることから、総合評価をAAとした。	(評語) AA (中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。) (理由) 大項目の「県民に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」、「財務内容の改善に関する事項」及び「その他業務運営に関する重要事項」についてAA、「業務運営の改善及び効率化に関する事項」についてAと評価したことから、総合評価をAAとした。

項目別評価		
第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画
第2 県民に提供するサービス その他の業務の質の向上に関する事項	第1 県民に提供するサービス その他の業務の質の向上に関する 目標を達成するためとる べき措置	第1 県民に提供するサービス その他の業務の質の向上に関する 目標を達成するためとるべき措 置
1 好生館が担うべき医療の提供及び医療水準の向上 法人は、佐賀県トップクラスの 高度急性期・急性期病院である好 生館の立ち位置を明確にし、着実 に運営すること。なお、佐賀県は 設立団体として、法人に対し必要 な支援を行う。	1 好生館が担うべき医療の提供及び医療水準の向上 佐賀県医療センター好生館は、 歴史と伝統を尊重し、県民のため に、佐賀県における中核的医療機 関として、地域の医療機関との連 携・役割分担のもと、県民に必要 とされる良質で高度な医療を着 実に提供し向上させるとともに、 スタッフの確保・育成と働きやす い職場環境作りを推進し、患者・ 家族への思いやりを大切にして、 わが国でも有数の模範となる医 療機関を目指す。	1 好生館が担うべき医療の提供及び医療の質の向上に関する事項 小項目(1) 好生館が担うべき医療の提供 AA 小項目(2) 医療スタッフの確保・育成 A 小項目(3) 地域の医療機関との連携強化 S 小項目(4) 医療に関する調査・研究及び情報発信 S 2 看護学院が担うべき看護教育及び質の向上 AA 3 患者・県民サービスの一層の向上 小項目(1) 患者の利便性向上 AA 小項目(2) 職員の接遇向上 A 小項目(3) ボランティアとの協働 A
		法人の業務実績・自己評価
		(大項目自己評価〔評語〕) AA (理由) 各項目を以下のとおり自己評価したことからAA評価とした。 1 好生館が担うべき医療の提供及び医療の質の向上に関する事項 小項目(1) 好生館が担うべき医療の提供 AA 小項目(2) 医療スタッフの確保・育成 A 小項目(3) 地域の医療機関との連携強化 S 小項目(4) 医療に関する調査・研究及び情報発信 S 2 看護学院が担うべき看護教育及び質の向上 AA 3 患者・県民サービスの一層の向上 小項目(1) 患者の利便性向上 AA 小項目(2) 職員の接遇向上 A 小項目(3) ボランティアとの協働 A
		知事の評価
		(大項目評価〔評語〕) AA (中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。) (理由) 小項目及び中項目の8項目中、 S評価が2項目、AA評価が2項 目、A評価が4項目であることか ら、評価をAAとした。

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
(1) 好生館が担うべき医療の提供	(1) 好生館が担うべき医療の提供	(1) 好生館が担うべき医療の提供	(小項目自己評価〔評語〕) A A (理由) 以下のことからA A評価とした。 ① 高度・専門医療の提供 (救急医療) ・引き続き24時間365日体制にて救急医療を運営した。 ・受入救急車台数は目標値を上回る結果となった。 (循環器医療) ・心臓血管外科と循環器内科による横断的な連携を図ることで、24時間体制でハートセンターを運用した。 ・心臓カテーテル治療数、アブレーション治療数、大血管ステント治療数は目標値を上回る結果となった。 ・T A V I (経カテーテル的大動脈弁置換術) を開始した。 (がん医療) ・外来化学療法患者数は目標値を上回る結果となった。 ・がんゲノム医療連携病院として、エキスパートパネル (がん遺伝子パネル検査で得られた結果が臨床上的どのような意味を持つのかを医学的に解釈するための会議) へ50回参加し、そのうち当館の審議症例は70例であった。 ・「消化器病センター」や「がんセンター」を中心とした専門チームによる適切ながん治療の提供を継続した。 ・佐賀県唯一の特別措置病室 (適切な防護措置及び汚染防止措置を講じた一般病室) を整備し、「ペプチド受容体放射性核種療法 (P R T)」を開始した。 (脳卒中医療) ・脳神経外科及び脳神経内科による連携のもと、24時間365日体制で脳卒中センターを運用した。 ・脳卒中ケアユニット9床を病床利用率98.5%で運用した。 ・脳卒中治療患者数は目標値を上回る結果となった。 (小児・周産期医療) ・産婦人科、小児科及び小児外科が連携し、24時間体制でハイリスク分娩、母体搬送及び新生児搬送の受入れを行った。 ・小児専門病床24床を運用し、医療提供体制を充実させた。 ・少子化の影響もあり分娩数は目標値を下回ったが、小児外科手術数は目標値を上回る結果であった。県内の小児・周産期医療の中核として一定の水準を維持した。 (感染症医療) ・第一種感染症指定医療機関として、エボラ出血熱等の一類感染症に対応できるよう各種訓練を実施した。 ・県管轄の保健施設等と協力して新興感染症等への対応を想定した訓練に参加した。	(小項目評価〔評語〕) A A (中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。) ＜評価すべき点＞ ・医療機関向けの「急患専用ホットライン」の新規開設をし、適切かつ円滑な救急医療の提供を行ったことを評価した。 ・T A V I (経カテーテル的大動脈弁置換術) を開始し、5件実施したことを評価した。 ・がん医療において、佐賀県唯一の特別措置病室を整備し、「ペプチド受容体放射性核種療法 (P R T)」を開始したことを評価した。 ・薬剤師の産休・育休者が多く業務遂行が難しいなか、服薬指導件数を維持したことを評価した。 ・医療安全対策としてインシデント報告を徹底したことを評価した。

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
			(先進的な高度・専門医療) - 令和6年度に引き続き5診療科にてロボット手術支援装置を用いた術式を実施した。 (高度医療機器の計画的な更新・整備) - 医療機器等整備検討委員会にて医療機器整備計画を策定し、整備が決定した医療機器について、早期調達・早期納品に努めた。 ② 信頼される医療の提供 - 患者が安心して入院生活に入れるよう、入退院支援センターによる予定入院患者への介入支援を継続した。 - リハビリテーションセンターと協力し、手術目的入院患者の術前リハビリの拡大を目的に介入を継続した。 - 速やかな転退院支援を行うために、地域医療連携センターと相談支援センター共同で重点施設への訪問及びオンライン面会を実施した。 - 入退院、医療費・医療扶助、がんなどに関する相談に適切に対応した。 - 性暴力被害者への相談支援等に対応する「性暴力救援センター・さが(mirai)」を当館内に設置している。県及び佐賀県DV総合対策センター等の関係機関と協同し、性別にかかわらず被害にあった全ての人にとって相談しやすい体制、MSW及び専任相談員による24時間支援体制を維持し、適切に対応した。 - 相談業務を担当するMSWの業務過多の改善及び被害者に寄り添った一貫した支援の実現を目的とし、専任相談員を配置した。 - 当館婦人科部長が、「性暴力救援センター・さが(mirai)」の設立、急性期の医療支援、男性・男児への支援対象拡大等において功績があったとして、専任相談員を配置した。 - 総理大臣表彰を受けた。 - リハビリテーション介入の必要度が高い患者に早期介入することで機能回復の促進や合併症予防に寄与することを目的とし、令和7年10月から日曜日を含む日リハビリテーションの提供を開始した。 ③ 安全・安心な医療の提供 - 医療安全チームと感染管理認定看護師による館内ラウンドを毎週1回実施した。また、専従GRMによるラウンドも適宜実施した。ラウンドでは設定されたチェック項目と評価基準に沿って評価を行った。 - 医療安全及び感染対策に係る各種研修会を実施した。 - 日本医療機能評価機構が評価を行う「病院機能評価」及び副機能「緩和ケア病院」の認定を維持した。 - 日本適合性認定協会が評価を行う「ISO15189（臨床検査室-品質と能力に関する特定要求事項）」の認定を維持した。 ④ 災害時における医療の提供 - 増改築計画の一環で建築した防災倉庫の運用を開始し、テント、発電機、簡易ベッドなど災害時に使用する物品を備蓄した。 - 災害医療に対応できる職員の養成を目的として災害対策研修会や災	

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価																																				
① 高度・専門医療の提供	① 高度・専門医療の提供	① 高度・専門医療の提供 本県における中核的医療機関として、好生館に求められる以下の高度・専門医療を提供する。 (救急医療) ・救命救急センター、外傷センター、脳卒中センター、ハートセンターをはじめとした救急受入体制を24時間365日運用し、傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供する。 【目標】 <table><tr><th>区 分</th><th>令和7年度</th></tr><tr><td>受入救急車台数</td><td>3,300台</td></tr><tr><td>救急患者数</td><td>13,500人</td></tr></table> ・ドクターヘリについては、基地区域病院(佐賀大学病院)と連携し、有効に運用する。	区 分	令和7年度	受入救急車台数	3,300台	救急患者数	13,500人	法人の業務実績・自己評価 害実動訓練を実施した。加えて、DMA T等の外部訓練にも参加した。 ⑤ 外国人患者に対応できる医療の提供 ・日本医療教育財団が評価を行う「外国人患者受入れ医療機関認証制度(J M I P)」の認証を維持した。 《業務実績》 ・引き続き24時間365日体制にて救急医療を運営した。(再掲) ・受入救急車台数及び救急患者数は下表のとおりであった。 <table><tr><th>区 分</th><th>R 6年度実績</th><th>R 7年度目標</th><th>R 7年度実績</th><th>対前年度</th><th>目標達成率</th></tr><tr><td>受入救急車台数</td><td>3,559 台</td><td>3,300 台</td><td>3,534 台</td><td>25 台減</td><td>107.1%</td></tr><tr><td>救急患者数</td><td>13,974 人</td><td>13,500 人</td><td>11,859 人</td><td>2,115 人減</td><td>87.8%</td></tr></table> ・ドクターカー及びドクターヘリの運用回数実績は下表のとおりであった。 <table><tr><th>区 分</th><th>R 6年度実績</th><th>R 7年度実績</th><th>対前年度</th></tr><tr><td>ドクターカー運用回数</td><td>249 回</td><td>226 回</td><td>23 回減</td></tr><tr><td>ドクターヘリ運用回数</td><td>123 回</td><td>120 回</td><td>3 回減</td></tr></table> ・医療機関向けの「急患専用ホットライン」を新規開設した。 ・連携医療機関及び消防機関に対し、「急患専用ホットライン」の周知及び各ホットラインの活用を図ることを目的としたP Rチラシやオリジナル卓上エコリングカレンダーを配布した。	区 分	R 6年度実績	R 7年度目標	R 7年度実績	対前年度	目標達成率	受入救急車台数	3,559 台	3,300 台	3,534 台	25 台減	107.1%	救急患者数	13,974 人	13,500 人	11,859 人	2,115 人減	87.8%	区 分	R 6年度実績	R 7年度実績	対前年度	ドクターカー運用回数	249 回	226 回	23 回減	ドクターヘリ運用回数	123 回	120 回	3 回減	
区 分	令和7年度																																							
受入救急車台数	3,300台																																							
救急患者数	13,500人																																							
区 分	R 6年度実績	R 7年度目標	R 7年度実績	対前年度	目標達成率																																			
受入救急車台数	3,559 台	3,300 台	3,534 台	25 台減	107.1%																																			
救急患者数	13,974 人	13,500 人	11,859 人	2,115 人減	87.8%																																			
区 分	R 6年度実績	R 7年度実績	対前年度																																					
ドクターカー運用回数	249 回	226 回	23 回減																																					
ドクターヘリ運用回数	123 回	120 回	3 回減																																					
・傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること。	(救急医療) ・救命救急センター、外傷センター、脳卒中センター、ハートセンターで24時間365日、傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供する。	(循環器医療) ・県内における循環器医療の拠点の一つとして、ハートセンターを中心に専門性の高い医療の提供を継続する。 ・血管造影室、ハイブリッド手術室をより有効に活用する。 ・心臓カテーテル治療件数を維持する。 ・アブレーション治療体制を強化する。	・心臓血管外科と循環器内科による横断的な連携を図ることで、24時間体制でハートセンターを運用した。(再掲) ・ハイブリッド手術室での手術件数は、116件であった。 (令和6年度実績：71件)																																					
・佐賀県ドククターヘリ事業について、基地区域病院である佐賀大学医学部附属病院と連携・協力し、学部附属病院と連携・協力を構築し、連携病院として、その機能を発揮すること。	・佐賀県ドククターヘリ事業に対し、基地区域病院である佐賀大学医学部附属病院と連携・協力し、学部附属病院と連携・協力を構築し、連携病院として、その機能を発揮すること。	(循環器医療) ・急性心筋梗塞の治療にあたっては、館内多職種間連携や消防救急隊との連携による緊急入院受入体制を堅持する。																																						
・循環器系疾患に対する医療、がん・脳卒中に対する医療、小児・周産期医療、感染症医療など、本県の中核的医療機関として診療密度の高い高度・専門医療を提供すること。	(循環器医療) ・急性心筋梗塞の治療にあたっては、館内多職種間連携や消防救急隊との連携による緊急入院受入体制を堅持する。																																							

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価																																								
	（がん医療） ・地域がん診療連携拠点病院（高度型）として、がんセンターを中心に手術、薬物療法、放射線治療などを効果的に組み合わせた集学的治療を実践する。	・大血管ステント治療を継続する。 【目標】 <table><tr><th>区</th><th>分</th><th>令和7年度</th></tr><tr><td>心臓カテーテル治療数</td><td></td><td>300件</td></tr><tr><td>アブレーション治療数</td><td></td><td>180件</td></tr><tr><td>大血管ステント治療数</td><td></td><td>20件</td></tr></table> ・リハビリテーション専門医の指導のもと、早期急性期リハビリテーションのさらなる充実を図る。	区	分	令和7年度	心臓カテーテル治療数		300件	アブレーション治療数		180件	大血管ステント治療数		20件	・循環器系疾患に対する診療実績は下表のとおりであった。 <table><tr><th>区</th><th>分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度目標</th><th>R7年度実績</th><th>対前年度</th><th>目標達成率</th></tr><tr><td>心臓カテーテル治療数</td><td></td><td>292 件</td><td>300 件</td><td>315 件</td><td>23 件増</td><td>105.0%</td></tr><tr><td>アブレーション治療数</td><td></td><td>202 件</td><td>180 件</td><td>196 件</td><td>6 件減</td><td>108.9%</td></tr><tr><td>大血管ステント治療数</td><td></td><td>23 件</td><td>20 件</td><td>30 件</td><td>7 件増</td><td>150.0%</td></tr></table> ・TAVI（経カテーテル的大動脈弁置換術）を開始し、5件実施した。 ・重症者に対する急性期リハビリテーションの提供や、患者の身体機能の維持、早期改善を目的とし、疾患別（心大血管疾患、脳血管疾患、廃用症候群、運動器、呼吸器）の病態に応じた初期や早期でのリハビリテーションを積極的に実施した。 【急性期リハビリテーション加算】 単位数：17,466単位（令和6年度実績：14,018単位） 患者数：11,741人（令和6年度実績：9,600人） 【リハビリテーション初期加算】 単位数：55,564単位（令和6年度実績：51,862単位） 患者数：34,637人（令和6年度実績：32,451人） 【リハビリテーション早期加算】 単位数：78,161単位（令和6年度実績：73,849単位） 患者数：45,120人（令和6年度実績：45,064人） ・九州国際重粒子線がん治療センターへの紹介患者数：94人（令和6年度実績：94人）	区	分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	対前年度	目標達成率	心臓カテーテル治療数		292 件	300 件	315 件	23 件増	105.0%	アブレーション治療数		202 件	180 件	196 件	6 件減	108.9%	大血管ステント治療数		23 件	20 件	30 件	7 件増	150.0%	
区	分	令和7年度																																										
心臓カテーテル治療数		300件																																										
アブレーション治療数		180件																																										
大血管ステント治療数		20件																																										
区	分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	対前年度	目標達成率																																						
心臓カテーテル治療数		292 件	300 件	315 件	23 件増	105.0%																																						
アブレーション治療数		202 件	180 件	196 件	6 件減	108.9%																																						
大血管ステント治療数		23 件	20 件	30 件	7 件増	150.0%																																						
	（がん医療） ・がん医療において九州国際重粒子線がん治療センター（サガハイマット）との連携を継続する。 （がん地域連携パスを運用する。 （肺、肝臓、胃、大腸、食道、前立腺）	・がんリハビリテーションを継続して実施する。	【がんリハビリテーション料】 単位数：8,203単位（令和6年度実績：6,131単位） 患者数：5,940人（令和6年度実績：4,546名） ・がん患者リハビリテーション料算定に係る研修会修了者 計34名（療法士全員が研修修了） ・佐賀県唯一の特別措置病室（適切な防護措置及び汚染防止措置を講じた一般病室）を1室整備し、「ペプチド受容体放射線核種療法（P																																									

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
	がん相談支援センター、がん看護外来、各種がん教室など、がん患者の心と体を支援する体制を維持する。	がん相談支援センター、がん看護外来、各種がん教室など、がん患者の心と体を支援する体制を維持する。	RR T」を2例実施した。 - 周知拡大のためチラシを作成し、各外来での告知や、病状説明等の際に配布した。 - がん情報ヘアアクセスしやすい環境の整備を目的とした、がん情報コーナーを引き続き運営した。 「がん患者会なごみの会」を開催し、患者から実行委員を募る等、より患者視点での運営となるよう取組を行った。 - 令和7年度参加状況：延べ80人 「アピアランスケア相談会」を開催し、がん患者の生活の質の向上に向けた支援を行った。 (令和7年度参加状況：延べ26人) - ハローワークや産業保健総合支援センターによる「就労支援出張相談」を定期的に開催した。 - がん患者の病態に適切に対応し、より効果的ながん医療を提供するため、以下のがん医療に対応する専門的な知識及び技能を有する職員配置を行うとともに、さらなる職員の有資格化に努めた。 【看護部】 - がん化学療法看護認定看護師：2名 - がん放射線療法看護認定看護師：1名 - 緩和ケア認定看護師：3名 - リンパ浮腫複合的治療技術者：8名 - 皮膚・排泄ケア認定看護師：3名 - 摂食・嚥下障害看護認定看護師：1名 【薬剤部】 - がん専門薬剤師：3名 - がん指導薬剤師：2名 - 外来がん治療認定薬剤師：2名 - 抗がん化学療法認定薬剤師：3名 - がん薬物療法認定薬剤師：4名 - 感染制御認定薬剤師：1名 - 緩和薬物療法認定薬剤師：2名 - 緩和医療暫定指導薬剤師：1名 【検査部】 - 認定病理検査技師：2名 - 乳房超音波検査士：3名 - 細胞検査士：7名 【放射線部】 - 検診マンモグラフィ撮影診療放射線技師（A認定）：3名 - 検診マンモグラフィ撮影診療放射線技師（B認定）：1名 - 放射線治療品質管理士：2名 - 放射線治療専門放射線技師：2名 - 医学物理士：1名 【栄養管理部】 - がん病態栄養専門管理栄養士：1名 【リハビリテーションセンター】 - リンパ浮腫複合的治療技術者：3名 - がんリハビリテーション研修修了者：34名 【相談支援センター】	

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価																																																																				
	がんゲノム医療連携病院とし、活動を継続する。 （脳卒中医療） 脳卒中治療にあたっては、（超）急性期治療（t－P A療法、血栓回収治療）を継続する。 脳卒中ケアユニット（S C U）を円滑に運用する。	がんゲノム医療連携病院としての活動を継続する。 非血縁者間造血幹細胞移植認定施設として骨髄移植を継続する。 【目標】 <table><tr><th>区 分</th><th>令和7年度</th></tr><tr><td>外来化学療法患者数（延べ）</td><td>4,500人</td></tr><tr><td>造血幹細胞移植数（同種＋自家）</td><td>20件</td></tr></table>	区 分	令和7年度	外来化学療法患者数（延べ）	4,500人	造血幹細胞移植数（同種＋自家）	20件	認定がん専門相談員：1名 認定造血細胞移植コーディネーター：1名 がんゲノム医療連携病院として、エキスパートパネル（がん遺伝子パネル検査で得られた結果が臨床上的ような意味を持つのかを医学的に解釈するための会議）へ50回参加し、そのうち当館の審議症例は70例であった。（再掲） （令和6年度実績：50回参加、当館審議症例51例） 外来化学療法患者数及び造血幹細胞移植数は下表のとおりであった。 <table><tr><th>区 分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度目標</th><th>R7年度実績</th><th>対前年度</th><th>目標達成率</th></tr><tr><td>外来化学療法患者数（延べ）</td><td>4,816人</td><td>4,500人</td><td>4,723人</td><td>93人減</td><td>105.0%</td></tr><tr><td>造血幹細胞移植数（同種＋自家）</td><td>19件</td><td>20件</td><td>14件</td><td>5件減</td><td>70.0%</td></tr></table> 患者の負担軽減も考慮して短期入院での化学療法体制の強化を継続した。 「消化器病センター」や「がんセンター」を中心とした専門チームによる、適切ながん治療の提供を継続した。（再掲） 脳神経外科及び脳神経内科による連携のもと、24時間365日体制で脳卒中センターを運用した。（再掲） 脳卒中ケアユニット9床を病床利用率98.5%で運用した。（再掲） （令和6年度実績：99.3%） 脳血管内治療数は下表のとおりであった。 <table><tr><th>区 分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度実績</th><th>対前年度</th></tr><tr><td>経皮的頸動脈ステント留置術</td><td>15件</td><td>19件</td><td>4件増</td></tr><tr><td>経皮的脳血栓回収術</td><td>39件</td><td>53件</td><td>14件増</td></tr><tr><td>経皮的脳血管ステント留置術</td><td>0件</td><td>0件</td><td>－</td></tr><tr><td>経皮的脳血管形成術</td><td>0件</td><td>1件</td><td>1件増</td></tr><tr><td>合計</td><td>54件</td><td>73件</td><td>19件増</td></tr></table> 脳卒中治療患者数は下表のとおりであった。 <table><tr><th>区 分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度目標</th><th>R7年度実績</th><th>対前年度</th><th>目標達成率</th></tr><tr><td>脳卒中治療患者数</td><td>425人</td><td>400人</td><td>444人</td><td>19人増</td><td>111.0%</td></tr></table> 超急性期脳梗塞に対するt－P A治療数は下表のとおりであった。 <table><tr><th>区 分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度実績</th><th>対前年度</th></tr><tr><td>t－P A治療数</td><td>32件</td><td>28件</td><td>4件減</td></tr></table> 脳卒中連携機関数：35施設 電子パス登録患者数：201人（令和6年度実績：174人）	区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	対前年度	目標達成率	外来化学療法患者数（延べ）	4,816人	4,500人	4,723人	93人減	105.0%	造血幹細胞移植数（同種＋自家）	19件	20件	14件	5件減	70.0%	区 分	R6年度実績	R7年度実績	対前年度	経皮的頸動脈ステント留置術	15件	19件	4件増	経皮的脳血栓回収術	39件	53件	14件増	経皮的脳血管ステント留置術	0件	0件	－	経皮的脳血管形成術	0件	1件	1件増	合計	54件	73件	19件増	区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	対前年度	目標達成率	脳卒中治療患者数	425人	400人	444人	19人増	111.0%	区 分	R6年度実績	R7年度実績	対前年度	t－P A治療数	32件	28件	4件減	
区 分	令和7年度																																																																							
外来化学療法患者数（延べ）	4,500人																																																																							
造血幹細胞移植数（同種＋自家）	20件																																																																							
区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	対前年度	目標達成率																																																																			
外来化学療法患者数（延べ）	4,816人	4,500人	4,723人	93人減	105.0%																																																																			
造血幹細胞移植数（同種＋自家）	19件	20件	14件	5件減	70.0%																																																																			
区 分	R6年度実績	R7年度実績	対前年度																																																																					
経皮的頸動脈ステント留置術	15件	19件	4件増																																																																					
経皮的脳血栓回収術	39件	53件	14件増																																																																					
経皮的脳血管ステント留置術	0件	0件	－																																																																					
経皮的脳血管形成術	0件	1件	1件増																																																																					
合計	54件	73件	19件増																																																																					
区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	対前年度	目標達成率																																																																			
脳卒中治療患者数	425人	400人	444人	19人増	111.0%																																																																			
区 分	R6年度実績	R7年度実績	対前年度																																																																					
t－P A治療数	32件	28件	4件減																																																																					

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価																								
(小児・周産期医療) - 地域周産期母子医療センターとして、NHO佐賀病院、佐賀大学医学部附属病院との機能分担及び連携を図り、ハイリスク分娩への対応、母体搬送及び新生児搬送の受入れを行う。 - 小児外科領域の中核病院としての役割を継続する。	(小児・周産期医療) - 地域周産期母子医療センターとして、ハイリスク分娩への対応、母体搬送及び新生児搬送の受入れを積極的に行う。 - 地域における小児医療の拠点として、小児救急をはじめとする小児・周産期医療を24時間提供する。 - 小児外科領域において、周辺医療機関のサポートを継続する。 【目標】 <table><tr><th>区 分</th><th>令和7年度</th></tr><tr><td>小児外科手術数</td><td>180件</td></tr><tr><td>分娩数</td><td>165件</td></tr></table> (感染症医療) - 佐賀県唯一の第一種感染症指定医療機関として対応する。	区 分	令和7年度	小児外科手術数	180件	分娩数	165件	(小児・周産期医療) - エボラ出血熱等の一類感染症、中東呼吸器症候群(MERS)や鳥インフルエンザ等の二類感染症、新型インフルエンザ等感染症の国内発生に備えた入院医療、院内感染対策等の体制を維持する。 (感染症医療) - エボラ出血熱等の一類感染症、中東呼吸器症候群(MERS)や鳥インフルエンザ等の二類感染症、新型インフルエンザ等感染症の国内発生に備えた入院医療、院内感染対策等の体制を維持する。 実施回数：1回(24名) 館内に「一類感染症対応医療チーム(構成：医師19名、看護師35名、臨床工学技士3名、診療放射線技師2名、臨床検査技師3名、事務3名、計65名)」を設置し、事務を除く医療職メンバー全員に 対して、年に3回の一類感染症対応個人防護具着脱、電動ファン付き呼吸用保護具(PAPR)着脱等の訓練を実施した。 1クール目：令和7年6月19日～7月22日 2クール目：令和7年10月14日～11月8日 3クール目：令和8年1月16日～2月12日 一計：35回(185名) - 令和7年度より厚生労働省の委託事業である「感染症臨床研究ネットワーク事業 i CROWN」に参加し、他の関連医療機関との連携を深め、有事の際には迅速に臨床研究に参加できるよう研修・訓練を受けた。 - 説明会：令和7年5月1日、6月23日、6月26日 - 協議会：令和7年7月9日、11月20日 - 勉強会：令和7年7月9日、8月12日、9月9日、10月7日 - 研究協力責任者会議：令和7年10月20日、令和8年2月5日 - 一感染症指定医療機関職員を対象とした研修会：令和7年11月20日、11月21日 - 一類感染症セミナー参加(WEB)：令和7年11月8日	- 産婦人科、小児科及び小児外科が連携し、24時間体制でハイリスク分娩、母体搬送及び新生児搬送の受入れを行った。(再掲) - 小児専門病床24床を運用し、医療提供体制を充実させた。(再掲) - 小児科医師が2交替体制(金・土はオンコール対応)で小児・周産期医療を24時間提供した。 - 診療支援のため、小児外科医を独立行政法人国立病院機構佐賀病院に22回派遣した。(令和6年度実績：25回) - 小児外科手術数及び分娩数は下表のとおりであった。 <table><tr><th>区 分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度目標</th><th>R7年度実績</th><th>対前年度</th><th>目標達成率</th></tr><tr><td>小児外科手術数</td><td>201件</td><td>180件</td><td>187件</td><td>14件減</td><td>103.9%</td></tr><tr><td>分娩数</td><td>147件</td><td>165件</td><td>136件</td><td>11件減</td><td>82.4%</td></tr></table> - 感染症医療従事者がN95マスクの装着を確実に行えるよう、定量フィットテストを実施した。 - 実施回数：15回(81名) - 感染症医療従事者が正しく個人防護具の着脱を行えるよう、個人防護具着脱訓練(ガウン、手袋、キャップ、アイシールド)を実施した。	区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	対前年度	目標達成率	小児外科手術数	201件	180件	187件	14件減	103.9%	分娩数	147件	165件	136件	11件減	82.4%	
区 分	令和7年度																											
小児外科手術数	180件																											
分娩数	165件																											
区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	対前年度	目標達成率																							
小児外科手術数	201件	180件	187件	14件減	103.9%																							
分娩数	147件	165件	136件	11件減	82.4%																							

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価																												
・好生館として担うべき診療機能 を果たすため、必要な高度医療 機器の計画的な更新・整備に努 めること。	・先進的な高度・専門医療） ・医療技術の進展に伴う先進的 な高度・専門医療に対応す る。	・感染症医療については、県、福 岡検査所（佐賀空港出張所）等 と連携を図り柔軟に対応する。 (先進的な高度・専門医療) ・手術用ロボットの安定的運用と 継続的な活用を推進する。 ・A Iを含めた医療のD X化を推 進する。 ・がんゲノム医療連携病院として の活動を継続する。（再掲） (高度医療機器の計画的な更新・ 整備) ・高度医療機器の更新・整備を計 画的に行うとともに、適正な運 用を継続する。	・感染制御部部長が佐賀県の感染症関連の委員を務め、会議・協議会 等に出席し、県担当者と意見交換等を行った。 ①佐賀県感染症対策連携協議会委員 ②佐賀県新型コロナウイルス対策専門家会議委員 ③佐賀県東部地区感染症の審査に関する協議会委員長 ④佐賀県麻しん風しん対策推進会議委員 ・令和8年1月26日佐賀県、佐賀中部保健福祉事務所と協力し、新型 インフルエンザ対応訓練を実施した。 ・令和8年2月6日佐賀県、伊万里保健福祉事務所等と協力し、一類 感染症等対応訓練を実施した。 ・令和6年度に引き続き5診療科にてロボット手術支援装置を用いた 術式を実施した。（再掲） ・ロボット手術支援装置の科別運用状況は下表のとおりであった。 <table><tr><th>区 分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度実績</th><th>対前年度</th></tr><tr><td>消化器外科</td><td>101 件</td><td>105 件</td><td>4 件増</td></tr><tr><td>泌尿器科</td><td>44 件</td><td>26 件</td><td>18 件減</td></tr><tr><td>呼吸器外科</td><td>47 件</td><td>47 件</td><td>—</td></tr><tr><td>産婦人科</td><td>73 件</td><td>65 件</td><td>8 件減</td></tr><tr><td>肝胆膵外科</td><td>7 件</td><td>11 件</td><td>4 件増</td></tr><tr><td>合 計</td><td>272 件</td><td>254 件</td><td>18 件減</td></tr></table> ・病院情報システム内部で生成A I／大規模言語モデル（L L M）が 使用できる「サテライトA I サービス」の運用を開始し、録音デー タからの議事録作成、提示用ポスターの画像作成等に活用した。 ・がんゲノム医療連携病院として、エキスパートパネル（がん遺伝子 パネル検査で得られた結果が臨床上的どのような意味を持つのかを医 学的に解釈するための会議）へ50回参加し、そのうち当館の審議症 例は70例であった。（再掲） （令和6年度実績：50回参加、当館審議症例51例） ・医療機器等整備検討委員会にて医療機器整備計画を策定し、整備が 決定した医療機器について、早期調達・早期納品に努めた。（再 掲） 【調達した主な医療機器】 ー注射薬自動払出装置 ー高圧蒸気滅菌装置 ーデジタルX線透視撮影装置 ー人工呼吸器 ー超音波画像診断装置 ・令和8年3月末までに実施した医療機器整備に係る当初見積額、契 約額及び削減額は次のとおりであり、削減率（③/①）は6.39%で あった。 ①当初見積額：555,392,100円 ②契 約 額：519,915,891円 ③削 減 額：35,476,209円 ・令和6年度に引き続き5診療科にてロボット手術支援装置を用いた 術式を実施した。（再掲） ・ロボット手術支援装置の科別運用状況は下表のとおりであった	区 分	R6年度実績	R7年度実績	対前年度	消化器外科	101 件	105 件	4 件増	泌尿器科	44 件	26 件	18 件減	呼吸器外科	47 件	47 件	—	産婦人科	73 件	65 件	8 件減	肝胆膵外科	7 件	11 件	4 件増	合 計	272 件	254 件	18 件減	
区 分	R6年度実績	R7年度実績	対前年度																													
消化器外科	101 件	105 件	4 件増																													
泌尿器科	44 件	26 件	18 件減																													
呼吸器外科	47 件	47 件	—																													
産婦人科	73 件	65 件	8 件減																													
肝胆膵外科	7 件	11 件	4 件増																													
合 計	272 件	254 件	18 件減																													

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価 (再掲)	知事の評価																												
	高度・専門医療を継続するため、老朽化した放射線治療装置、ロボット手術支援装置、磁気共鳴画像診断装置（MRI）等の更新を行う。	- 信頼される医療の提供 - 患者や家族からの信頼を得、適切な医療を提供するため、科学的根拠に基づく医療（EBM）を推進すること。	<table><tr><th>区 分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度実績</th><th>対前年度</th></tr><tr><td>消化器外科</td><td>101 件</td><td>105 件</td><td>4 件増</td></tr><tr><td>泌尿器科</td><td>44 件</td><td>26 件</td><td>18 件減</td></tr><tr><td>呼吸器外科</td><td>47 件</td><td>47 件</td><td>—</td></tr><tr><td>産婦人科</td><td>73 件</td><td>65 件</td><td>8 件減</td></tr><tr><td>肝胆膵外科</td><td>7 件</td><td>11 件</td><td>4 件増</td></tr><tr><td>合 計</td><td>272 件</td><td>254 件</td><td>18 件減</td></tr></table>	区 分	R6年度実績	R7年度実績	対前年度	消化器外科	101 件	105 件	4 件増	泌尿器科	44 件	26 件	18 件減	呼吸器外科	47 件	47 件	—	産婦人科	73 件	65 件	8 件減	肝胆膵外科	7 件	11 件	4 件増	合 計	272 件	254 件	18 件減	
区 分	R6年度実績	R7年度実績	対前年度																													
消化器外科	101 件	105 件	4 件増																													
泌尿器科	44 件	26 件	18 件減																													
呼吸器外科	47 件	47 件	—																													
産婦人科	73 件	65 件	8 件減																													
肝胆膵外科	7 件	11 件	4 件増																													
合 計	272 件	254 件	18 件減																													
患者中心の医療を提供するため、インフォームド・コンセントの徹底に努めること。	治療への患者及び家族の積極的な関わりを推進するため、患者等の信頼と納得に基づく診療を行うとともに、検査及び治療の選択について患者の意思を尊重するため、インフォームド・コンセントを徹底する。	② 信頼される医療の提供 - 患者や家族からの信頼を得て適切な医療を提供するため、EBM（Evidence-Based Medicine：科学的根拠に基づく医療）及びVBM（Value-Based Medicine：価値に基づく医療）を推進する。 - 患者の意思を尊重し、患者及びその家族から信頼される医療を提供するため、引き続きインフォームド・コンセントを推進する。	「Clinical Key」によるジャーナル、教科書、画像、手技動画、薬剤情報、ガイドライン、MEDLINE等の複数の情報ソースへアクセスすることでEBM、VBMを引き続き推進した。 - インフォームド・コンセントについて継続的に協議を行った。毎月の電子カルテでの説明記録のタイトル付与率の結果を各医師に配布するとともに、病院運営会議でも職員に周知徹底を行った。																													
退院支援など患者に不安を感じさせない相談体制の充実を図ること。	患者・家族総合支援部において、入院中のケアだけでなく、転退院後の充実したサポートを行う。	- 入退院支援センターによる予定入院患者への介入を継続する。 - 地域医療連携センター及び相談支援センターが連携し、患者の速やかな転退院を支援する。 - 入退院、医療費・医療扶助、がんなどに関する相談に適切に対応する。	- 入退院支援センターは看護師12名、医師事務作業補助者4名に、管理栄養士及び薬剤師を各1名の体制で引き続き予定入院患者の介入及び入院支援を行った。 - リハビリテーションセンターと協力し、手術目的入院患者の術前リハビリの拡大を目的に介入を継続した。（再掲） - 入退院支援センターによる予定入院患者への介入率は94.9%であった。（令和6年度実績：94.0%） - 医療DX推進の一環として、動画による入院説明を実施し、患者満足度向上に努めた。 - 速やかな転退院支援を行うために、地域医療連携センターと相談支援センター共同で重点施設への訪問及びオンライン面会を実施した。（再掲） - 相談件数：9,008件（MSW10名対応）（令和6年度実績：9,647件） ①転院・退院支援・在宅医療・入所施設について 6,367件（70.7%） ②経済的・社会的な問題に対する支援 1,622件（18.0%） 介護保険・障害福祉サービス、医療費・生活費、社会生活、母子保健など																													

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
	- 性暴力被害者の相談に対して、性暴力救援センター・さが（さがmirai）と協力して適切に対応する。 - ホームページに掲載している診療実績、クリニカル・インディケーター（臨床指標）等の充実を図る。 - がん関連データ（がん登録データなど）を公表する。 - 認定看護師による「ストーマ外来」、「がん看護外来」の運用を継続する。 - 薬剤師による服薬指導及び退院指導を充実させて病棟での活動を継続する。 - 管理栄養士による栄養管理及び栄養指導を継続する。	- 性暴力被害者への相談支援等に対応する「性暴力救援センター・さが（さがmirai）」を当館内に設置している。県及び佐賀県DV総合対策センター等の関係機関と協同し、性別にかかわらず被害にあった全ての人にとって相談しやすい体制、MSW及び専任相談員による24時間支援体制を維持し、適切に対応した。（再掲）相談件数：176件（相談実人数：85人）（令和6年度実績：相談件数200件（相談実人数47人）） - 相談業務を担当するMSWの業務過多の改善及び被害者に寄り添った一貫した支援の実現を目的とし、専任相談員を配置した。（再掲） - 当館婦人科部長が、「性暴力救援センター・さが（さがmirai）」の設立、急性期の医療支援、男性・男児への支援対象拡大等において功績があったとして、男女共同参画社会づくり功労者内閣総理大臣表彰を受けた。（再掲） - 令和6年度の診療実績、クリニカル・インディケーター（臨床指標）をホームページに公開した。 - 国立がん研究センターへ次のとおりデータを提出した。 - がん診療連携拠点病院等院内がん登録2024年全国集計：1,792件 - がん診療連携拠点病院等院内がん登録2013年10年予後情報集計：1,379件 - 院内がん登録情報（2024年診断症例）をホームページにて公表した。 - がん登録部会Q1研究会（国立がん研究センター）2022年症例解析結果について、がんセンターミーティングにて報告を行った。 - 認定看護師による「ストーマ外来」、「がん看護外来」の運用を継続した。 - 病棟薬剤業務実施加算件数：31,455件（令和6年度実績：31,458件） - 服薬指導件数：16,498件（令和6年度実績：15,845件） - 薬剤師の産休・育休者が多く業務遂行が難しかったが、月平均1,375件で部門の年間目標（月平均1,300件）は達成した。 - 退院時指導件数：1,588件（令和6年度実績：1,077件） - 月平均132件で部門の年間目標（月平均80件）は達成した。 - 外来栄養指導に専任の管理栄養士を配置した。 - 入退院支援センターに専任の管理栄養士を配置し、入院前の栄養状態の確認と栄養指導を継続した。 - 入退院支援センター面談数：8,624件（令和6年度実績：8,108件） - 入院は栄養指導に加え、早期栄養介入、周術期栄養管理を実施し、栄養管理を重点的に進めた。 - 周術期栄養管理実施加算件数：1,592件（令和6年度実績：1,839件）	③医療に関すること 627件（7.0%） 治療・検査・検診・予防に関すること、病状・副作用・後遺症、医療機関の紹介・情報提供など ④その他 392件（4.4%） DV、虐待などの被害者支援、外国人対応など	

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価														
・誰もが、セカンドオピニオンを受けられることができるよう、体制の整備を図ること。	◆目標　クリニカルパス使用率：55%（令和7年度目標） ・患者等が主治医以外の専門医の意見及びアドバイスを求めた場合に適切に対応できるよう、セカンドオピニオン制度について館内掲示やパンフレット作成などにより引き続き周知する。	・リハビリテーション技士による早期リハビリテーションを継続する。 ・DPC期間Ⅱに対応したクリニカルパス（電子カルテ上で運用）に改良し、その運用を推進する。 【目標】 <table><tr><th>区　分</th><th>令和7年度</th></tr><tr><td>クリニカルパス適用率</td><td>55.0%</td></tr></table> ・患者等が主治医以外の専門医の意見及びアドバイスを求めた場合に適切に対応できるよう、セカンドオピニオン制度について館内掲示やパンフレット作成などにより引き続き周知する。 ・セカンドオピニオン外来を継続する。	区　分	令和7年度	クリニカルパス適用率	55.0%	早期栄養介入管理加算件数：4,206件（令和6年度実績：3,340件） 外来指導件数（加算）：1,128件（令和6年度実績：1,102件） 入院指導件数（加算）：992件（令和6年度実績：1,064件） ・専門医療スタッフとの協働により、モニター監視下で、適切な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行った。 ・早期離床・リハビリテーション加算：2,233,500点（令和6年度実績：2,144,000点） ・リハビリテーション介入の必要度が高い患者に早期介入することによって機能回復の促進や合併症予防に寄与することを目的とし、令和7年10月から日曜日を含む休日リハビリテーションの提供を開始した。（再掲） ・新規申請のクリニカルパスについては、クリニカルパス委員会でDPC期間Ⅱと詳細内容について審議の上で登録を行った。 ・クリニカルパス適用率は下表のとおりであった。 <table><tr><th>区　分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度目標</th><th>R7年度実績</th><th>目標達成率</th></tr><tr><td>クリニカルパス適用率</td><td>69.7%</td><td>55.0%</td><td>70.6%</td><td>128.4%</td></tr></table> ・今年度のセカンドオピニオン関連（相談、受入、当館からの紹介）の対応件数は44件であった。（令和6年度実績：44件） ・セカンドオピニオン外来受診の流れや必要書類についてはホームページに公開している。 ・がんと向き合う読本（冊子）に相談対応時間を表記し、相談しやすい体制の周知に努めた。 ・セカンドオピニオンへの対応を円滑に進めるため、業務フローの見直しを行った。 ・以下の診療科においてセカンドオピニオン外来の申込みがあり、受診件数は13件であった。 【内　訳】 肝胆膵外科1件、脳神経外科4件、肝胆膵外科1件、血液内科2件、腫瘍内科3件、消化器外科1件、消化器内科1件 合計：7診療科13件（令和6年度実績：8診療科9件） ・カルテ開示運用規則に基づき、患者や裁判所等の公的機関、保険会社からの求めに応じ、カルテ（診療録、レセプト、画像等）の開示を行った。 カルテ開示件数：347件（令和6年度実績：291件） ・医療安全チームと感染管理認定看護師による館内ラウンドを毎週1回実施した。また、専従GRMによるラウンドも適宜実施した。ラウンドでは設定されたチェック項目と評価基準に沿って評価を行った。（再掲） ・館内を区分けし、週毎にラウンド場所を変え、1ヶ月かけて全館のラウンドを実施した。 ・ラウンドのチェック項目と評価基準を設定し、評価を行った。 ・4月に新規採用者向け医療安全研修を実施した。 ・下記のテーマにおいて職員向けに医療安全研修会を実施した。	区　分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	目標達成率	クリニカルパス適用率	69.7%	55.0%	70.6%	128.4%	
区　分	令和7年度																	
クリニカルパス適用率	55.0%																	
区　分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	目標達成率														
クリニカルパス適用率	69.7%	55.0%	70.6%	128.4%														
		・職員の医療安全に対する知識の向上に努めるため、医療安全研																

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
	・発生したインシデント及びアクシデントの報告及び対策を引き続き徹底する。 ・発生したインシデント及びアクシデントチーム（RRT）が入院患者の病状の急変徴候を捉えて24時間体制で対応にあたった。 令和7年度対応件数：97件（令和6年度実績：116件） ・放射線及び病理診断レポートの既読管理を強化し、重要所見等の見落とし防止に努めた。 ・発生したインシデント及びアクシデントは、職員より医療安全管理セーフマスタースystemに随時報告を受け管理を行った。 報告件数：4,052件（合併症報告を含む） （令和6年度実績：4,252件） （うちレベル0、1は医師52件増、看護師237件減） ・発生したインシデント・アクシデントは、毎週の医療安全管理部会議、毎月の医療安全対策委員会及び医療安全管理委員会において、対策の検討・協議を行い、各部署へのフィードバックや医療安全ニュース等で全職員に周知を行った。 ・日本医療機能評価機構やPMDA（医薬品医療機器総合機構）等から医療安全に関する情報を収集し、全職員に周知を行った。 ・日本医療機能評価機構へ当館の医療事故・インシデント・アクシデント発生件数の報告を3ヶ月毎に行った。 ・重症事例（事象レベル3b以上）については、病院運営会議において医療安全管理部より報告を行った。 ・感染制御チームによる館内ラウンドを実施した。 〔原則月曜午後の実施〕 実施回数：50回	令和7年度計画 修会を継続する。 ・発生したインシデント及びアクシデントの報告並びに対策を引き続き徹底する。 ・感染対策の基本的な考え方及び具体的な対策等についての院内感染対策研修会を引き続き開催する。 ・「安全・安心の医療」、「質の高い医療」を検証するため、令和5年度に日本医療機能評価機構の認証を更新する。 ・検査部においてISO15189（臨床検査室の品質と能力に関する国際規格）認定を刷新し、検査精度の高い信頼性を維持する。 ④ 災害や新興感染症発生時における医療の提供 ・基幹災害拠点病院の機能を充分に発揮できるよう、災害時に必	6月：医薬品・RRT 10月：医療機器・医療放射線・医療ガスの取扱いについて ・医療安全研修専用のe-learningツール「Safety Plus」を活用しての自己学習を引き続き促進した。 ・院内迅速対応チーム（RRT）が入院患者の病状の急変徴候を捉えて24時間体制で対応にあたった。 令和7年度対応件数：97件（令和6年度実績：116件） ・放射線及び病理診断レポートの既読管理を強化し、重要所見等の見落とし防止に努めた。 ・発生したインシデント及びアクシデントは、職員より医療安全管理セーフマスタースystemに随時報告を受け管理を行った。 報告件数：4,052件（合併症報告を含む） （令和6年度実績：4,252件） （うちレベル0、1は医師52件増、看護師237件減） ・発生したインシデント・アクシデントは、毎週の医療安全管理部会議、毎月の医療安全対策委員会及び医療安全管理委員会において、対策の検討・協議を行い、各部署へのフィードバックや医療安全ニュース等で全職員に周知を行った。 ・日本医療機能評価機構やPMDA（医薬品医療機器総合機構）等から医療安全に関する情報を収集し、全職員に周知を行った。 ・日本医療機能評価機構へ当館の医療事故・インシデント・アクシデント発生件数の報告を3ヶ月毎に行った。 ・重症事例（事象レベル3b以上）については、病院運営会議において医療安全管理部より報告を行った。 ・感染制御チームによる館内ラウンドを実施した。 〔原則月曜午後の実施〕 実施回数：50回 ・感染対策の院内研修会を実施した。 ー新規採用職員研修 （3回：令和7年4月1日、2日、4日） ー院内感染対策研修会 （第1回：令和7年6月5日、第2回：令和7年11月6日） ・日本医療機能評価機構が評価を行う「病院機能評価」及び副機能「緩和ケア病院」の認定を維持した。（再掲） ・日本適合性認定協会が評価を行う「ISO15189（臨床検査室 品質と能力に関する特定要求事項）」の認定を維持した。（再掲） ・増改築計画の一環で建築した防災倉庫の運用を開始し、テント、発電機、簡易ベッドなど災害時に使用する物品を備蓄した。（再掲）	

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価										
実を図ること。また、患者を受け入れ、必要な医療の提供を行うとともに、患者が集中する医療機関や救護所への医療従事者の応援派遣等の協力を行うこと。	に必要な医療物資等を備蓄するほか、優先納入契約の継続等、災害時医療体制の充実・強化を図る。 ・災害時は患者を受け入れ、必要な医療の提供を行うとともに、患者が集中する医療機関や救護所への医療従事者の応援派遣等の協力を行う。	必要な医療物資等を備蓄するほか、優先納入契約の継続等、災害時医療体制の充実・強化を図る。 ・災害時は患者を受け入れ、必要な医療の提供を行うとともに、患者が集中する医療機関や救護所への医療従事者の応援派遣等の協力を行う。 ・災害医療に対応できる職員の養成を行う。	・災害発生時には、患者の受け入れをはじめ、必要な医療の提供を行うとともに、患者が集中する医療機関や救護所への医療従事者の応援派遣等の協力を行うことができる体制を維持した。 ・県庁に設置されるDMAT調整本部や保健医療福祉調整本部、災害現場に設置される現場指揮本部に対し、DMATコーディネーター、災害医療コーディネーター及び統括DMAT資格を有するDMATチームを派遣する等佐賀県内の災害時医療のマネジメントを担うことができる体制を維持した。 ・令和7年7月3日の病院マネジメント推進会において、次のテーマで災害対策研修会を開催した。 「好生館BCP・災害対応マニュアルのアウトラインと初動対応」 「佐賀県医療センター好生館の災害対応（設備・施設）」 ・令和7年12月6日に、基幹災害拠点病院として、災害医療に対する速やかな初動、業務継続にあたっての必要事項の確認を目的とし、災害実働訓練を実施し、計260名（館内約200名、館外60名）が参加した。 本訓練は、佐賀平野北縁断層を起点とする最大震度7の地震発生、電気・水道等のライフライン停止に加え、電子カルテをはじめとした館内システムが使用不可の状況下において、多数傷病者を受け入れることを想定し、全館を挙げて訓練を行った。訓練後は、館内災害対応マニュアルの見直しを行った。 ・令和7年12月19日には、上記災害実動訓練の続きとして、館長、副館長等災害時に本部活動を担う防火防災管理委員会のメンバーに対して「超急性期後災害対応机上訓練」を実施し、BCPの確認を実施した。 ・基幹災害拠点病院として、次の館外研修に参加した。 <table><tr><th>研修名</th><th>参加者数</th></tr><tr><td>DMAT隊員養成研修</td><td>6名</td></tr><tr><td>DMAT隊員技能維持研修</td><td>10名</td></tr><tr><td>DMATコーディネーター養成研修</td><td>2名</td></tr><tr><td>DMAT隊員養成研修、技能維持研修（タスク参加）</td><td>3名</td></tr></table> ・九州沖縄ブロック災害拠点病院実務者連絡会議及び九州沖縄ブロック災害医療ロジスティック検討委員会へ、災害対策室から事務職員1名が参加、医師1名がアドバイザーとして参加した。	研修名	参加者数	DMAT隊員養成研修	6名	DMAT隊員技能維持研修	10名	DMATコーディネーター養成研修	2名	DMAT隊員養成研修、技能維持研修（タスク参加）	3名	
研修名	参加者数													
DMAT隊員養成研修	6名													
DMAT隊員技能維持研修	10名													
DMATコーディネーター養成研修	2名													
DMAT隊員養成研修、技能維持研修（タスク参加）	3名													
・災害派遣医療チーム(DMAT)の派遣等による救護活動に取り組むこと。	・大規模事故や災害時には、県の要請等に基づき、災害派遣医療チーム(DMAT)等を現地に派遣して医療支援活動を行う。	・大規模事故や災害時には、県の要請等に基づき、災害派遣医療チーム(DMAT)等を現地に派遣して医療支援活動を行う。	・当館DMATの訓練参加状況は下表のとおり。 <table><tr><th>研修名</th><th>参加者数</th></tr><tr><td>大規模地震時医療活動訓練（政府総合防災訓練）</td><td>7名</td></tr><tr><td>佐賀空港航空機事故総合訓練</td><td>5名</td></tr></table>	研修名	参加者数	大規模地震時医療活動訓練（政府総合防災訓練）	7名	佐賀空港航空機事故総合訓練	5名					
研修名	参加者数													
大規模地震時医療活動訓練（政府総合防災訓練）	7名													
佐賀空港航空機事故総合訓練	5名													

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価																																										
原子力災害拠点病院としての役割を果たすため、原子力災害医療に携わる人材の育成及び機能整備の強化に取り組む、原子力災害に適切に備えるとともに、災害発生時においては、汚染や被ばくの可能性のある傷病者を受け入れ、必要な医療を提供すること。	原子力災害拠点病院として、人材の育成及び機能整備の強化に取り組む、災害発生時においては、汚染や被ばくの可能性のある傷病者を受け入れ、必要な医療を提供する。	原子力災害発生時においては、原子力災害拠点病院として受入れ可能な被ばく患者に、必要な医療を提供できるように県と連携をとりながら体制を確保する。	佐賀広域消防局との合同訓練 九州沖縄ブロックDMAT実動訓練 6名 9名 - 原子力災害派遣チームの派遣に関し、佐賀県と「佐賀県原子力災害医療派遣チームに関する協定書」を締結している。 - 原子力災害拠点病院として次の活動を行った。 <table><tr><th>開催日</th><th>出席会議等</th></tr><tr><td>5月13日</td><td>第1回原子力災害医療県別意見交換会（九州4県合同）</td></tr><tr><td>7月29日</td><td>第2回原子力災害医療県別定例意見交換会（佐賀県）</td></tr><tr><td>9月10日</td><td>第1回佐賀県原子力防災訓練全機関会議</td></tr><tr><td>10月5日</td><td>佐賀県原子力防災訓練（被ばく傷病者受け入れ訓練）において、佐賀大学医学部附属病院会場へ派遣チーム1隊を派遣。</td></tr><tr><td>10月24日</td><td>地域原子力災害医療連携推進協議会（九州4県）</td></tr><tr><td>1月27日</td><td>第3回原子力災害医療県別定例意見交換会（九州4県合同）</td></tr><tr><td>2月3日</td><td>佐賀県原子力災害医療ネットワーク検討会</td></tr></table> - 被ばく医療に関する次の訓練及び研修へ職員を派遣した。 <table><tr><th>研修名</th><th>参加者数</th></tr><tr><td>原子力災害医療基礎研修</td><td>10名</td></tr><tr><td>甲状腺簡易測定研修</td><td>2名</td></tr><tr><td>原子力災害医療派遣チーム研修</td><td>3名</td></tr><tr><td>原子力災害医療中核人材研修</td><td>3名</td></tr></table> - 新興感染症発生時の入院医療提供に関し、佐賀県と「第一種協定指定医療機関（病床確保）」を締結している。 - 新型コロナウイルス感染症5類移行後も、引き続きコロナ病床を確保し、中等症Ⅱ以上の患者を中心に入院患者を受け入れている。 - 令和7年度の新型コロナウイルス感染者入院受入実績：71人（うち中等症Ⅱ以上：5人） - 外国人患者受入体制整備委員会を次のとおり開催した。 （第1回）令和7年7月30日 （第2回）令和8年1月28日 - 日本医療教育財団が評価を行う「外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）」の認証を維持した。（再掲） - 外国人患者受診状況 <table><tr><th>区分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度実績</th><th>対前年度</th></tr><tr><td>外来</td><td>330人</td><td>289人</td><td>41件減</td></tr><tr><td>入院</td><td>35人</td><td>15人</td><td>20件減</td></tr><tr><td>合計</td><td>365人</td><td>304人</td><td>61件減</td></tr></table>	開催日	出席会議等	5月13日	第1回原子力災害医療県別意見交換会（九州4県合同）	7月29日	第2回原子力災害医療県別定例意見交換会（佐賀県）	9月10日	第1回佐賀県原子力防災訓練全機関会議	10月5日	佐賀県原子力防災訓練（被ばく傷病者受け入れ訓練）において、佐賀大学医学部附属病院会場へ派遣チーム1隊を派遣。	10月24日	地域原子力災害医療連携推進協議会（九州4県）	1月27日	第3回原子力災害医療県別定例意見交換会（九州4県合同）	2月3日	佐賀県原子力災害医療ネットワーク検討会	研修名	参加者数	原子力災害医療基礎研修	10名	甲状腺簡易測定研修	2名	原子力災害医療派遣チーム研修	3名	原子力災害医療中核人材研修	3名	区分	R6年度実績	R7年度実績	対前年度	外来	330人	289人	41件減	入院	35人	15人	20件減	合計	365人	304人	61件減	
開催日	出席会議等																																													
5月13日	第1回原子力災害医療県別意見交換会（九州4県合同）																																													
7月29日	第2回原子力災害医療県別定例意見交換会（佐賀県）																																													
9月10日	第1回佐賀県原子力防災訓練全機関会議																																													
10月5日	佐賀県原子力防災訓練（被ばく傷病者受け入れ訓練）において、佐賀大学医学部附属病院会場へ派遣チーム1隊を派遣。																																													
10月24日	地域原子力災害医療連携推進協議会（九州4県）																																													
1月27日	第3回原子力災害医療県別定例意見交換会（九州4県合同）																																													
2月3日	佐賀県原子力災害医療ネットワーク検討会																																													
研修名	参加者数																																													
原子力災害医療基礎研修	10名																																													
甲状腺簡易測定研修	2名																																													
原子力災害医療派遣チーム研修	3名																																													
原子力災害医療中核人材研修	3名																																													
区分	R6年度実績	R7年度実績	対前年度																																											
外来	330人	289人	41件減																																											
入院	35人	15人	20件減																																											
合計	365人	304人	61件減																																											

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
(2) 医療スタッフの確保・育成	(2) 医療スタッフの確保・育成	(2) 医療スタッフの確保・育成	(小項目自己評価〔評語〕) A (理由) 以下のことからA評価とした。 ① 優秀なスタッフの確保・専門性の向上 ・4月以降、計62名の医師を確保した。 ・看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等27名が新たに専門・認定資格を取得した。 ② 医療スタッフの育成 ・BLS、ACLS等の研修を実施した。 ・臨床研修医33名(2年目を含む)を受け入れた。(前年度34名) ・特定行為研修7期生5名が研修を開始し、6期生3名が研修を修了した。また、履修免除者(3区分7行為研修修了者)3名が研修を修了した。 ・卒後臨床研修評価機構の評価(JCEP)の認定を維持した。 《業務実績》 ・4月以降、新しく以下の医師を確保した。 部長1名、医長6名、専攻医23名、臨床研修医23名(計62名) ・6診療科(内科、外科、整形外科、小児科、救急科、麻酔科)の基幹型専門研修プログラムを開講し、引き続き専門医制度に対応した。 ・各専門研修プログラムの説明会を実施した。 ・連携施設として、九州大学や佐賀大学等の専門研修プログラムの多くの専攻医に対し研修を実施した。 【専攻医受入実績】 ① 好生館基幹型プログラム：6名 (内科3名、外科1名、整形外科2名) ② 連携型プログラム：39名(うち6名が専門医を取得) ・緩和ケア認定看護師資格を1名が取得した。 ・認定看護管理者資格を2名が取得した。 ・認定看護管理者資格の取得に向けて、11名が各教育課程を修了した(サードレベル1名、ファーストレベル10名)。 ・看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等27名が新たに専門・認定資格を取得した。(再掲)	(小項目評価〔評語〕) A(中期目標・中期計画の達成に向けて概ね順調に進んでいる。) ＜評価すべき点＞ ・目標人数以上の看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等が新たに専門・認定新規資格を取得したことを評価した。

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価																																																				
	◆目標 専門/認定 新規資格数 ・ 専門/認定看護師：4件 ・ 専門/認定薬剤師：4件 ・ 認定検査技師：11件 ・ 専門放射線技師：8件 ・ 認定臨床工学技士：4件 ・ 専門/認定療法士：4件 ・ 管理栄養士関連：4件 (令和7年度までの累計)	【目標】 <table><tr><th>区分</th><th>資格取得数 (令和7年度)</th></tr><tr><td>専門/認定看護師資格</td><td>1名</td></tr><tr><td>専門/認定薬剤師資格</td><td>1名</td></tr><tr><td>認定検査技師資格</td><td>5名</td></tr><tr><td>専門/認定放射線技師資格</td><td>2名</td></tr><tr><td>認定ME資格</td><td>1名</td></tr><tr><td>専門/認定療法士資格</td><td>1名</td></tr><tr><td>管理栄養士関連資格</td><td>1名</td></tr></table>	区分	資格取得数 (令和7年度)	専門/認定看護師資格	1名	専門/認定薬剤師資格	1名	認定検査技師資格	5名	専門/認定放射線技師資格	2名	認定ME資格	1名	専門/認定療法士資格	1名	管理栄養士関連資格	1名	・ 新規資格取得状況は下表のとおりであった。 <table><tr><th>区 分</th><th>R7年度目標</th><th>R7年度実績</th><th>目標達成率</th></tr><tr><td>専門/認定看護師資格</td><td>1名</td><td>3名</td><td>300%</td></tr><tr><td>専門/認定薬剤師資格</td><td>1名</td><td>5名</td><td>500%</td></tr><tr><td>認定検査技師資格</td><td>5名</td><td>8名</td><td>160%</td></tr><tr><td>専門/認定放射線技師資格</td><td>2名</td><td>3名</td><td>150%</td></tr><tr><td>認定ME資格</td><td>1名</td><td>4名</td><td>400%</td></tr><tr><td>専門/認定療法士資格</td><td>1名</td><td>2名</td><td>200%</td></tr><tr><td>管理栄養士関連資格</td><td>1名</td><td>2名</td><td>200%</td></tr><tr><td>合計</td><td>12名</td><td>27名</td><td>225%</td></tr></table>	区 分	R7年度目標	R7年度実績	目標達成率	専門/認定看護師資格	1名	3名	300%	専門/認定薬剤師資格	1名	5名	500%	認定検査技師資格	5名	8名	160%	専門/認定放射線技師資格	2名	3名	150%	認定ME資格	1名	4名	400%	専門/認定療法士資格	1名	2名	200%	管理栄養士関連資格	1名	2名	200%	合計	12名	27名	225%	
	区分	資格取得数 (令和7年度)																																																						
専門/認定看護師資格	1名																																																							
専門/認定薬剤師資格	1名																																																							
認定検査技師資格	5名																																																							
専門/認定放射線技師資格	2名																																																							
認定ME資格	1名																																																							
専門/認定療法士資格	1名																																																							
管理栄養士関連資格	1名																																																							
区 分	R7年度目標	R7年度実績	目標達成率																																																					
専門/認定看護師資格	1名	3名	300%																																																					
専門/認定薬剤師資格	1名	5名	500%																																																					
認定検査技師資格	5名	8名	160%																																																					
専門/認定放射線技師資格	2名	3名	150%																																																					
認定ME資格	1名	4名	400%																																																					
専門/認定療法士資格	1名	2名	200%																																																					
管理栄養士関連資格	1名	2名	200%																																																					
合計	12名	27名	225%																																																					
② 医療スタッフの育成 ・地域における救命救急医療の安定的な提供等に資するため、救急スタッフの育成に取り組むこと。	② 医療スタッフの育成 ・救急スタッフの育成を図るため、医師、臨床研修医、医学学生、看護師、看護学生、救急救命士等に対する救急医療の教育に取り組む。																																																							
	・教育研修体制の充実を図り、卒業前の学生の研修受入れ、養成に取り組むこと。	・教育研修プログラムの充実により教育研修体制を強化するとともに、臨床研修医等を受け入れる。	・ BLS (Basic Life Support：心肺停止又は呼吸停止に対する一次救命処置)、ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support：二次心肺蘇生法)等の研修を実施した。 ・ 好生館で臨床実習を行っている佐賀大学医学部の医学生（5年生、6年生）に対し、ベーシックBLSコースであるFamily&Friendsコースを提供し、正しい胸骨圧迫法やAEDの操作法を修得させた。 ・ 佐賀ハイマツト、学校からの要請を受け、医療従事者及び養護教諭を含む学校関係者向けに出張Family&Friendsコースを実施した。 ・ 救急救命士の就業前研修（国家試験合格後の病院実習）8名及び就業中研修（継続的な再教育）44名を受け入れた。（令和6年度実績：就業前研修7名、就業中研修42名） ・ 救急救命士の気管挿管に関する実習について、気管挿管実習4名、就業中気管挿管再教育6名を受け入れた。（令和6年度実績：気管挿管実習4名、就業中気管挿管再教育8名） ・ 臨床研修医33名（2年目を含む）を受け入れた（前年度34名）。（再掲） ・ 令和8年度採用者面接に25名の応募があった。 ・ ホームページ上のリクルート情報（臨床研修医）の更新に加え、公式Instagramに研修医勉強会や各種ハンズオンなどを投稿した。																																																					
	◆目標 研修回数： ・ BLS 50回/年 ・ ACLS 12回/年 (令和7年度目標値)	【目標】 <table><tr><th>区分</th><th>研修回数 (令和7年度)</th></tr><tr><td>BLS</td><td>30回/年</td></tr><tr><td>ACLS</td><td>10回/年</td></tr><tr><td>PEARS</td><td>3回/年</td></tr></table>			区分	研修回数 (令和7年度)	BLS	30回/年	ACLS	10回/年	PEARS	3回/年																																												
区分	研修回数 (令和7年度)																																																							
BLS	30回/年																																																							
ACLS	10回/年																																																							
PEARS	3回/年																																																							

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
基幹型臨床研修病院として、研修医を積極的に受入れるとともに、専門研修プログラムに基づき研修や看護師の特定行為研修に取り組むことにより、地域における医療従事者を育成すること。	- 看護師の特定行為研修等への教育体制を充実させる。 - 基幹型臨床研修病院として、初期臨床研修医確保のために魅力ある研修プログラムを策定する。 - 基幹型臨床研修病院として、専門医制度の基幹型病院として、専攻医の獲得に努め教育体制を充実させる。	- 看護師特定行為研修指定施設としての運用を継続する。 - 臨床研修病院として、臨床研修医確保のためにフレキシブルかつ魅力ある研修プログラムを策定する。 - JCEP（日本卒後臨床研修評価機構）受審時のフィードバック、令和6年度の研修医アンケート調査結果、レジデント委員会、研修管理委員会を踏まえ、研修環境整備をハード面、ソフト面ともに充実させていく。（具体的には、評価表の電子化や研修修了要件の見直しなど） - 専門医制度の基幹型病院として、専攻医の獲得に努め教育体制を充実させる。	講生にフィードバックするとともに、デブリリーフィングにも活用した。 - ACLSコースは、高機能心肺蘇生シミュレータを用いて、電気的除細動、同期下カルディオバージョン、TCCP（経皮的電気ペーシング）、気管挿管など各種スキルのシミュレーション教育を提供した。 - PEARSCoursesは、小児救急における評価、認識、病態安定化を対象としたものであるが、受講希望者がおらず実施しなかった。 - Family&Friendsコースは、一般向けの蘇生法コースであり、医療従事者のみならず医学生や学校関係者等に積極的に開催している。 - 令和6年4月より研修を開始した特定行為研修6期生が、令和7年7月31日付で救急領域外科コースの研修（3名）を修了した。 - 令和7年4月より研修を開始した特定行為研修7期生が、令和8年3月16日付で救急領域パッケージ研修（3名）、術中麻酔管理領域パッケージ研修（2名）を修了した。 - 令和7年4月より研修を開始した履修免除者（3区分7行為研修修了者）が、令和7年8月31日で救急領域パッケージ研修（3名）を修了した。 - PGEPOCを用いた研修評価や経験症例登録が定着し、研修内容の見える化が進んだ。 - レジデント委員会及び臨床研修管理委員会について、それぞれ3回実施した。 - 国が必修としているACP研修について、臨床倫理コンサルテーションチームをファシリテーターに迎え、グループワーク方式の研修会を実施した。 - 労働環境を適切に管理し、月80時間以上の時間外労働が生じた臨床研修医はいなかった。 - 医師の働き方改革への対応の一環として、他施設からの短期研修生の時間外勤務の取扱いについては総務課との協議に基づき実施した。 - 卒後臨床研修評価機構の評価（JCEP）の認定を維持した。（再掲） - 令和6年に受審したJCEPで指摘を受けた項目について、改善を行った（臨床研修病院のあり方に対する地域からの声の収集、研修管理委員会への研修医の参画、一般外来研修に関する研修プロセスの明示など）。 ・6診療科（内科、外科、整形外科、小児科、救急科、麻酔科）の基幹型専門研修プログラムを開講し、引き続き専門医制度に対応した。（再掲） - 各専門研修プログラムの説明会を実施した。（再掲） - 連携施設として、九州大学や佐賀大学等の専門研修プログラムの多くの専攻医に対し研修を実施した。（再掲） 【専攻医受入実績】（再掲）	

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
		・シミュレーション機器を活用した教育・研修の充実を図る。 ・佐賀大学等、他の医療機関との連携を一層強化し、病院の活性化及び病院職員、医療従事者としての専門性を高めるために人事交流を実施する。 ・看護学院等において看護師教育、実習を行う。また、実習指導者の育成を強化する。 ・医療従事者養成機関から医師、薬剤師、看護師などを目指す実習生を受け入れる。	①好生館基幹型プログラム：6名 (内科3名、外科1名、整形外科2名) ②連携型プログラム：39名（うち6名が専門医を取得） ・医学シミュレーション学会認定CVC実践セミナーを開催し、研修医に標準化された安全な手技の習得を促した。また、CVC認定制度を確立した。 ・令和7年7月から引き続き佐賀県健康福祉部医務課において事務職員1名が派遣研修を行った（令和8年3月終了）。なお、大学をはじめとする他の医療機関との人事交流は実施していない。 ・看護師3名が、保健師助産師看護師実習指導者講習会を受講、修了した。その他1名が、専任教員養成講習会を受講、修了した。 ・看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、診療放射線技師、各種療法士及び救急救命士を目指す実習生を受け入れた。 ・佐賀大学医学部から99名の医学生（5年生、6年生）を受け入れた。 ・自治医科大学から1名の医学生を受け入れた。 ・佐賀県医療センター好生館看護学院を含む看護学校の看護科7コース、助産科2コースの実習を受け入れた。 ・薬学部の学生（5年生）5名を各11週間ずつ受け入れた。	(小項目評価〔評語〕) S（中期目標・中期計画の達成に向けて特筆すべき進捗状況にある。） <評価すべき点> ・紹介率・逆紹介率ともに中期計画の目標を上回る高水準を維持しており、令和7年度は独法以降の最高値であり、医療機関の機能分担の推進に貢献していることを評価した。
(3) 地域の医療機関等との連携強化	(3) 地域の医療機関等との連携強化	(3) 地域の医療機関との連携強化	(小項目自己評価〔評語〕) S (理由) 以下のことからS評価とした。 ・診療科部長同行による医療機関訪問やWEB面談等を実施し、地域の医療機関との連携体制の強化を図った。 ・紹介・逆紹介率ともに目標を上回り、独法化以降の最高値であった。（紹介率 99.4％、逆紹介率 177.9％）。 ・「佐賀県看取り普及啓発事業」への取組として、緩和ケア実務指導等を実施した。 ・地域医療連携懇談会を令和7年10月10日に開催した。 ・佐賀県診療情報地域連携システム協議会事務局として、引き続きピカピカリンクの利用促進を図った。	
・紹介・逆紹介、地域連携クリニカルパス活用、がん治療における九州国際重粒子線がん治療センター（サガハイマツト）との連携、在宅医療への協力など、地域の医療機関や拠点病院等との連携・役割分担に努め、佐賀県地域医療構想における高度急性期・急性期病院としての役割を明確にすること。	・地域医療支援病院として紹介・逆紹介を堅持し、地域医療連携センターと入退院支援センターが連携し、周辺医療機関とよりシームレスな顔の見える連携体制を構築・遂行する。	《業務実績》 ・診療科又は部門の令和7年度目標として「初診紹介患者数」に関するものを掲げた診療科を中心に、その達成を支援する観点から、診療科部長同行による連携医療機関訪問を実施した。 ー訪問実績診療科 6診療科 ー訪問した連携医療機関 23施設（延べ） 〔令和6年度実績：訪問実績診療科 8診療科 訪問した連携医療機関 113施設（延べ）〕 ・主要医療機関（入退院支援加算1の算定要件における「20以上の連携する保険医療機関等」）への訪問による連携強化は十分にできなかったが、リモート会議システムによる面談を81件実施してこれを		

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
・地域包括ケアシステムの構築に向け、高度急性期・急性期病院として、地域の医療機関や介護施設との連携、研修等の実施に努め、地域社会との一層の連携・共生を進めること。	・がん治療では、九州国際重粒子線がん治療センター（サガハイマツ）との連携を継続する。 ・地域医療構想、地域包括ケアシステム実現に向けての一助として地域医療・介護連携を推進する。	・がん治療において九州国際重粒子線がん治療センター（サガハイマツ）との連携を継続する。（再掲） ・糖尿病コーディネーター及びがん地域連携バス・コーディネーターの活動を継続する。	補った。また同様に、介護施設や在宅医療医、訪問看護師への訪問による連携強化はできなかったが、これまで通りMSWや地域医療連携担当の看護師による関係者との患者情報連携を継続し、円滑な退院、在宅医療への移行を支援した。 ・九州国際重粒子線がん治療センターへの紹介患者数：94名（再掲） ・佐賀県糖尿病コーディネーター看護師連絡会（Web開催） 5月・9月・2月開催 各2～3名ずつ参加 ・活動内容をデータで把握する体制づくりを行った。 【院外活動】訪問施設数 延べ38件 主な活動内容：事業説明6件、医療機関との新規契約手続4件、教材・パンフレット提供及び広報チラシ配布31件 ・令和7年度佐賀中部地区2次医療圏単位関係者連絡会：「施設との連携について」発表 ・令和7年度県民公開講座「糖尿病コーディネート看護師の活動」講演 ・令和7年度佐賀県糖尿病連携手帳普及・活用のためのセミナー演習ファシリテーター参加 【院内活動】 ・透析予防指導 393人 ・透析予防カンファレンス 24回 ・フットケア 63件 ・地域連携クリニカルパスを8種類運用した。 －脳卒中連携機関数：35施設 患者数：201人（令和6年度実績：186名） －大腿骨頸部骨折連携機関数：17施設 患者数：108人（令和6年度実績：117名） －がんパス登録施設数：162施設 患者数：73人（令和6年度実績：86名） ・大腿骨近位部骨折地域連携パス合同カンファレンスにおける検討内容を踏まえ、システムで運用を開始できる状態を構築した。当館を主とする医療機関間で運用を開始し、参加施設を増やすための働きかけを行った。 ・地域医療連携懇談会を令和7年10月10日開催した。（再掲） －外部参加者：108施設・160名 （医師112名、看護師15名、連携室28名、その他5名） 一館内参加者：70名	・「佐賀県看取り普及啓発事業」の取組として、7施設で緩和ケア実務指導等の研修会等を開催したことを評価した。
	・効率的で適切な医療を提供するため、地域連携クリニカルパス活用を推進するとともに、電子パスの普及に努める。	・地域連携クリニカルパスを運用する。 - 計8種：脳卒中、大腿骨頸部骨折、胃がん、大腸がん、肺がん、肝臓がん、食道がん、前立腺がん	・診療科又は部門の令和7年度目標として「初診紹介患者数」に関するものを掲げた診療科を中心に、その達成を支援する観点から、診療科部長同行による連携医療機関訪問を実施した。（再掲） －訪問実績診療科 6診療科 －訪問した連携医療機関 23施設（延べ）	

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価																					
	◆目標 紹介率：90％ 逆紹介率：120％ (令和7年度目標値) ・地域包括ケアシステムの構築に向けて、行政機関、地域の介護・福祉施設等との連携を強化し、退院後の医療支援や施設入所のための情報共有を図り、医療・介護・福祉へと切れ目のないサービスを提供するとともに地域社会との一層の連携・共生を進める。	【目標】 <table><tr><th>区 分</th><th>令和7年度</th></tr><tr><td>紹介率</td><td>90％</td></tr><tr><td>逆紹介率</td><td>120％</td></tr></table> ・地域包括ケアシステム推進のため、介護施設等との連携を図る。	区 分	令和7年度	紹介率	90％	逆紹介率	120％	〔令和6年度実績：訪問実績診療科 8 診療科 訪問した連携医療機関 113施設（延べ）〕 ・紹介、逆紹介を積極的に実施した。 ・紹介率、逆紹介率は下表のとおりであった。 <table><tr><th>区 分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度目標</th><th>R7年度実績</th><th>目標達成率</th></tr><tr><td>紹介率</td><td>99.4％</td><td>90.0％</td><td>99.4％</td><td>110.4％</td></tr><tr><td>逆紹介率</td><td>170.6％</td><td>120.0％</td><td>177.9％</td><td>148.3％</td></tr></table> ・主要医療機関（入退院支援加算1の算定要件における「20以上の連携する保険医療機関等」）への訪問による連携強化は十分にできなかったが、リモート会議システムによる面談を81件実施してこれを補った。また同様に、介護施設や在宅医療医、訪問看護師への訪問による連携強化はできなかったが、これまで通りMSWや地域医療連携担当の看護師による関係者との患者情報連携を継続し、円滑な退院、在宅医療への移行を支援した。（再掲） ・「佐賀県看取り普及啓発事業」への取組として、次のとおり活動した。 －介護施設職員に対する緩和ケア実務指導 【受講施設数】7施設 【受講者数】13名 －実務指導受講施設に対するフィードバック及びフォローアップ研修 【受講施設数】2施設（4回） 【参加者数】113名 －施設看取りプロフェッショナル養成講座 【受講施設数】1施設 【参加者数】22名 －地域での緩和ケア講習会 【受講地域数】1地域 【参加者数】20名 －公開講座 【実施日】令和8年3月28日 【実施場所】佐賀勤労者総合福祉センター （メートプラザ佐賀多目的ホール） 【内 容】講演会『生きかた 活かした 逝きかた』～ACPの あるまちづくり～ 【講 師】医療法人慈孝会七山診療所所長 阿部 智介氏 【参加者】89名 ・ピカピカリンクによる当館の診療情報へのアクセス数は、126,963回であった。（令和6年度実績：115,869回）	区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	目標達成率	紹介率	99.4％	90.0％	99.4％	110.4％	逆紹介率	170.6％	120.0％	177.9％	148.3％	
区 分	令和7年度																								
紹介率	90％																								
逆紹介率	120％																								
区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	目標達成率																					
紹介率	99.4％	90.0％	99.4％	110.4％																					
逆紹介率	170.6％	120.0％	177.9％	148.3％																					
	・佐賀県診療情報地域連携システムの普及・利用増を、他の医療機関に率先して進め、県内の医療機関の連携強化を図る。	・地域の医療機関との間で、ICT（情報通信技術）を利用し、医療情報の共有化を図る。 ・佐賀県診療情報地域連携システム協議会事務局として、ピカピカ	・ピカピカリンク参加数437施設（令和6年度実績：433施設） 登録患者数：872,708人（令和6年度実績：832,866人）																						

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
(4) 医療に関する調査・研究及び情報発信	(4) 医療に関する調査・研究及び情報発信	カリニングの普及を引き続き推進する。 (4) 医療に関する調査・研究及び情報発信	連携患者数：56,932人（令和6年度実績：52,487人） - 令和7年7月に開院した公立佐賀中央病院に対し、ピカピカリンクの概要説明と開示施設としての参加について提案を行った。 - 第47回佐賀救急医学会等で、ヘルプデスクによるピカピカリンクについての概要説明や、デモブースを設置しての操作説明などの普及活動を実施した。 (小項目自己評価〔評語〕) S (理由) - 以下のことからSとした。 - がんゲノム医療連携病院として、エキスパートパネル（がん遺伝子パネル検査で得られた結果が臨床上的どのような意味を持つのかを医学的に解釈するための会議）へ50回参加し、そのうち当館の審議症例は70例であった。（再掲） （令和6年度実績：50回参加、当館審議症例51例） - ホームページに加えて、Instagram、X等のSNSやLINE公式アカウント、YouTube公式チャンネルを通じ、診療科・部門の取組を紹介するなど、健康や医療に関する情報を発信した。また、当館の認知度向上を目的としたYouTube広告及び分娩数増加を目的としたInstagram広告の配信を行った。 - 令和7年6月に、「正しく知ろう糖尿病～健やかな未来への第一歩～」をテーマとした県民公開講座を開催した。 - 令和8年1月に、特別番組「サガせ！健康の鍵～知っておきたい肝臓がんのこと～」をテーマとしたがん県民公開講座を開催した。 《業務実績》 - 令和7年12月3日に研究倫理研修会を開催した。 - 新しい医療の一環としての取組については、次のとおり。 (再生医療：整形外科) - 診療実績（LR-PRP なし、APS 2例） （令和6年度実績：LR-PRP 1例、APS 5例） - 新規治療件数：8件（令和6年度実績：6件） - 継続治療件数：15件（令和6年度実績：12件） - がんゲノム医療連携病院として、エキスパートパネル（がん遺伝子パネル検査で得られた結果が臨床上的どのような意味を持つのかを医学的に解釈するための会議）へ50回参加し、そのうち当館の審議症例は70例であった。（再掲）	(小項目評価〔評語〕) S（中期目標・中期計画の達成に向けて特筆すべき進捗状況にある） ＜評価すべき点＞ - SNSやYouTubeを運用し、様々な媒体を通して情報発信を行い、医療機関へのアクセスを促進し、県民の健康意識向上に寄与したことを評価した。 - 臨床試験、治験、共同研究等を推進したことを評価した。 - 新しい医療の一環として、再生医療であるPRP注射、APS注射を引き続き実施していることを評価した。
臨床現場に活用できる研究に取り組むことで、県内の医療水準の向上を図ること。	- 臨床現場に活用できる研究に取り組み県内の医療水準の向上を図る。 - 新しい医療を目指した研究について、ニーズや課題等を整理する。 - 好生館の特性及び機能を活かして、治療の効果及び安全性を高めるため、積極的に臨床試験、治験、共同研究等に取り組む。 - がんゲノム医療連携病院として、活動を継続する。（再掲）	- 研究倫理に関する講習会を開催する。 - 新しい医療の一環として、次の再生医療について取組を推進する。 (再生医療：整形外科) ○高白血球多血小板血漿（LR-PRP）注射 ○自己たんばく質溶解液（APS）注射 - 臨床試験、治験、共同研究等を推進する。	《業務実績》 - 令和7年12月3日に研究倫理研修会を開催した。 - 新しい医療の一環としての取組については、次のとおり。 (再生医療：整形外科) - 診療実績（LR-PRP なし、APS 2例） （令和6年度実績：LR-PRP 1例、APS 5例） - 新規治療件数：8件（令和6年度実績：6件） - 継続治療件数：15件（令和6年度実績：12件） - がんゲノム医療連携病院として、エキスパートパネル（がん遺伝子パネル検査で得られた結果が臨床上的どのような意味を持つのかを医学的に解釈するための会議）へ50回参加し、そのうち当館の審議症例は70例であった。（再掲）	

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
・講演会の開催等を通じて、県民に対して、医療・健康情報を発信し、県民の健康づくりに寄与すること。	・連携大学院への協力を継続する。 ・院内がん登録の精度向上とともに地域がん登録を推進し、好生館のみならず佐賀県がん対策の進展に協力する。	・連携カウんセリング体制の整備を継続する。 ・連携大学院への協力を継続する。 ・院内及び佐賀県がん登録を推進し、好生館のみならず佐賀県がん対策の進展に協力する。 ・病院の持つ専門的医療情報に基づき、ホームページ等による疾病等や健康(食を含む)に関する医療情報の発信及び普及に取り組む。 ・地域の医療関係者及び県民に広く好生館の診療内容などを知ってもらいための広報誌を作成し配布する。 ・県民公開講座を開催する。(年2回)	(令和6年度実績：50回参加、当館審議症例51例) ・連携カウんセラー養成大学院修士課程へ進学する職員を支援する規則(地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館職員の資格取得のための大学院進学支援規則)を整備し、資格取得促進を図っているが、資格取得希望者が集まらず、体制の整備には至らなかった。ただし、患者の要望に応じて佐賀大学と連携することで、カウんセリングに応じた。 ・令和8年4月入学の学生募集情報を、病院情報システムポータルに掲載し周知した。 1) 院内がん登録関係 ・佐賀県知事へ「全国がん登録」の届出1,803件 2) 佐賀県から受託している「佐賀県がん登録事業」関係 ①全国がん登録関係 ・県内71施設から届出された罹患数データ11,395件(届出期間：2025/1/1～2025/12/31)の品質管理・集約を行い、国立がん研究センターへ提出した。 ・2022年、2023年住所異動確認調査(厚生労働大臣依頼事項)佐賀県内19市町・277件分の住民票取得、同一判定を行い、登録・報告を行った。 ・遡り調査(2022年・2023年死亡未登録症例)調査対象：324件(77施設)の調査票送付(全件回答あり)回答入力を行った。 ②地域がん登録関係 ・生存確認調査：佐賀県内20市町に対し住民票照会を実施、回答入力を行った。 2015年診断症例(10年予後不明症例：2,949件) ③委託・管理等 ・全国がん登録担当者調査を実施した。 県内指定施設：231施設、回答：198施設 ・「安全管理措置チェックリスト」に基づく安全管理措置状況調査に回答を行った。 ・ホームページに加えて、Instagram、X等のSNSやLINE公式アカウント、YouTube公式チャンネルを通じ、診療科・部門の取組を紹介するなど、健康や医療に関する情報を発信した。また、当館の認知度向上を目的としたYouTube広告及び分娩数増加を目的としたInstagram広告の配信を行った。(再掲) ・広報誌「好生館だより」を計6,615部発行した。 (4月：第66号、7月：第67号、10月：第68号、1月：第69号) ・以下のパンフレット等を発行した。 ー診療のご案内 850部(4月) ー医学雑誌「好生」750部(7月) ー年報2024 75部(10月) ・令和7年6月に、「正しく知ろう糖尿病～健やかな未来への第一歩～」をテーマに開催した。講座では、糖尿病の疫学、地域との連携体制、食事・運動による予防法の情報を提供するとともに、佐賀大学医学部演劇部「C. B. Brothers」による寸劇を通して、健診の受診、異常が指摘された際の医療機関の早期受診、ドロップアウトせ	

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
2 看護学院が担うべき看護教育及び質の向上 ・看護学院において、臨床現場の知見を活かした質の高い看護教育を行い、看護の専門的知識と技術を身につけて県内の医療機関等に従事する看護職員の養成を図ること。	2 看護学院が担うべき看護教育及び質の向上 ・臨床判断能力を身につける看護実践力を高めるために、好生館附属化になったことを活かし下記を実施する。	2 看護学院が担うべき看護教育及び質の向上 ●「令和4年度からの新カリキュラムに沿った教育の実施」 新カリキュラム要点 1. 臨床判断能力の基盤強化 2. 多職種連携の強化 3. 地域で生活者を支援するという視点 4. ICT教育、コミュニケーション能力強化 ・新カリキュラムの要点を踏まえ、下記を実施する。 ●「臨床現場の専門性の高い講師による講義」 助産学科・看護学科 ・専門・認定看護師等による専門分野の講義を継続・開拓する。(要点1) ●「現場実習担当者との連携強化」 助産学科・看護学科 ・学院と臨床現場のコミュニケーションを実施し、連携強化を図	法人の業務実績・自己評価 ず辛抱強く医療機関の受診を継続すること等の重要性を啓発した。 (参加者数：253名) また、後日YouTube公式チャンネルでアーカイブ動画を配信した。 ・令和8年1月に、サガテレビで特別番組「サガせ！健康の鍵〜知っておきたい肝臓がんのこと〜」を放送する形式により、肝臓がんをテーマとするがん県民公開講座を開催した。 また、後日YouTube公式チャンネルでアーカイブ動画を配信した。 (中項目自己評価〔評語〕) AA (理由) 以下のことからAAとした。 ・新カリキュラムの教育計画に沿い特に問題なく講義・臨地実習を行うことができた。 ・看護学院と好生館のコミュニケーションを実施し、連携強化を図った。 ・多職種による講義を行うことで看護師との協働、連携を学ぶことができた。 ・ロイノート（クラウド型の授業支援アプリ）等ICTを活用し、反転学習、学年を横断したグループ学習、TBL学習（Team-Based Learning：個人の事前学習とチームでの討論・課題解決を通じて、臨床現場で求められる問題解決能力や多職種連携スキルを養う能動的な学習手法）を実施した。 ・看護学科の県内就職率は90.6%で、県内における医療従事者の養成に寄与した。 ・助産師国家試験、看護師国家試験において、受験した学生全員が合格することができた。 《業務実績》 ・新カリキュラムの要点を踏まえ、下記のとおり実施した。 (助産学科・看護学科) ・好生館、NHO佐賀病院、訪問看護ステーションなどから専門看護師3名、認定看護師25名、認定看護管理者2名の講師を迎え、講義を実施した。 ・看護学院の教員が、好生館で助産・看護業務を行い、臨床現場の看護師との連携を深め業務を通して得た気づきや学びを学生の授業や指導に活かす目的でコミュニケーションを実施した。	(中項目評価〔評語〕) AA (中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。) ＜評価すべき点＞ ・看護学科卒業生の県内就職率は約90.6%と高水準を維持し、県内における医療従事者の養成に寄与したことを評価した。

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画 る。(要点2)	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
	➤多職種との連携・協働を学ぶ方法の構築 ●「多職種との連携・協働を学ぶ方法の構築」 助産学科・看護学科 行政、地域、臨床現場の助産師や保健師、看護師、多職種からの講義を継続する。(要点2)	リモート会議や指導を推進する。(要点1)	(助産学科) - 助産学科で3月に実施した(2日間)。実際に助産・看護業務を行い、臨床現場では瞬時の判断を迫られる場面が多く、スピード感、直接ケアに関わる責任感などを実感した。この経験を踏まえ、学生の実習前の演習指導に活かすとともに、学生には円滑なコミュニケーション能力を身に付けさせ、報告・連絡・相談などの行動に結びつけられるように指導していく。終了後のアンケート調査では教員全員が良い気ができたと回答した。 (看護学科) - 看護学科で8月に実施した(2～3日)。終了後のアンケート調査では、ほとんどの教員が目的を持って実施し、その目的を達成できたと回答した。臨床現場で看護業務を通して得た気づきや学びを授業や学生指導に活かしていく。 - 好生館の臨地実習指導者が、看護学院で行っている授業(講義や演習)に参加し連携を深めると共に実習現場での学生指導に活かす目的でユニフィケーションを実施した。 (助産学科) - 助産学科では5月と9月に分娩介助学及び周産期ハイリスクの演習・指導を好生館の助産師(実習指導者)と共に実施した。実習指導者からは、実際に授業・演習に参加することで学生の雰囲気や取得した技術の程度がわかり実習指導に役立つとの評価を得た。 (看護学科) - 看護学科では10月に好生館の臨地実習指導者を迎え、脳・筋骨格系フィジカルアセスメント及び麻痺がある患者の食事介助についての演習及び排泄ケア時における患者の思いに気づくコミュニケーションを2日間実施した。実習指導者からは「学生の率直な意見は臨床経験を重ねるうちに見失いがちな初心を振り返る良い機会になった」「答えを示すだけでなく気づきを促す問いかけが大切」「教員とのコミュニケーションがとりやすくなった」などの意見があり、連携を強化することができた。 (助産学科) - 助産学科では、学生指導をリモートで数回実施し、疑問の解決や思考の整理がリアルタイムにできた。 (看護学科) - 看護学科では、実習施設との会議は基本的にリモート会議を実施することができた。 (助産学科・看護学科) - 行政や地域の保健師、助産師、看護師及び、専門職種からの講義を継続している。助産学科では、今年度から母子訪問の見学実習を開始した。 (看護学科) - 保健所、市町、訪問看護ステーション、老人保健施設・老人福祉施設で見学実習を行い、学生は実習中のケアカンファレンスや事業の見学、事業の説明により多職種チーム連携を学ぶことができた。	

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
	➤ 地域で働く看護職の役割を理解するための教育の充実 <u>看護学科</u> - 臨床実習においてチームカンファレンスやチームラウンドについて学ぶ機会を計画・実施する。(要点2) ● 「地域で働く看護職の役割を理解するための教育の充実」 <u>助産学科</u> - 市町村や保健所、産前・産後サポートステーション及び助産院での実習を継続する。(要点3) <u>看護学科</u> - 地域包括支援センターについての講義及び臨地実習を継続する。(要点3) ● 「自ら考え、行動できる学生を育てる教育方法の構築」 <u>助産学科</u> - OSCE(オスキュー)による教育を強化・推進する。(要点1・4) <u>看護学科</u> - シミュレーション教育を強化・推進する。(要点1・4) ・電子教科書の活用を定着させる。(要点4) ・反転学習、TBL学習など講義の工夫を行い評価する。(要点4) <u>助産学科・看護学科</u> - 実習報告会、学校行事(一部)を学生が主体となり実施するための指導・教育を強化する。(要点4)	<u>看護学科</u> - 臨床実習においてチームカンファレンスやチームラウンドについて学ぶ機会を計画・実施する。(要点2) ● 「地域で働く看護職の役割を理解するための教育の充実」 <u>助産学科</u> - 市町村や保健所、産前・産後サポートステーション及び助産院での実習を継続する。(要点3) <u>看護学科</u> - 地域包括支援センターについての講義及び臨地実習を継続する。(要点3) ● 「自ら考え、行動できる学生を育てる教育方法の構築」 <u>助産学科</u> - OSCE(オスキュー)による教育を強化・推進する。(要点1・4) <u>看護学科</u> - シミュレーション教育を強化・推進する。(要点1・4) ・電子教科書の活用を定着させる。(要点4) ・反転学習、TBL学習など講義の工夫を行い評価する。(要点4) <u>助産学科・看護学科</u> - 実習報告会、学校行事(一部)を学生が主体となり実施するための指導・教育を強化する。(要点4)	(看護学科) - 医療機関の臨床現場では、退院支援カンファレンス、チームカンファレンス、チームラウンドなどに参加し多職種連携、看々連携について理解を深めることができた。 (助産学科) - 佐賀市の乳幼児相談、プレパパ・ママサロン、保健所での「子育て支援サポート検討会」の見学、産前・産後サポートステーション、助産所実習(3か所)を継続している。今年度は、母子訪問の見学実習を開始し、地域で活動している助産師の母子支援の実際と行政との連携を学ぶことができた。 (看護学科) - 地域包括センター管理者からの講義のあと、佐賀市内14か所の地域包括支援センターで見学実習を行った。実習終了後、学びの共有を行い、地域性や地域性を活かした住民へのきめ細かい生活支援について理解を深めることができた。 (助産学科) - OSCEを実習前に繰り返し実施することで、学生個々の課題が明確となり、分娩介助技術や分娩経過の臨床判断能力の成長に繋がった。 (看護学科) - 臨床判断プロジェクトチームを立ち上げ、学生の臨床判断能力をどう育成するのか、インストラクショナルデザインの設計に取り組んでいる。実習での多様な視点での気づきに繋げるよう、前期では1年生の療養見学実習前に療養環境についての気づきのシミュレーション教育を、後期は生活支援実習前に排泄援助を受ける患者の気持ちに気づくシミュレーションを実施し臨床判断能力の育成を図った。 - 電子教科書を導入して3年が経過し、全学年が使用するようになった。現在、問題なく運用できている。また、今年度からロイノートを試験導入し、講義だけでなく資料の配付や提出物の管理、学生への連絡等に活用できた。 - ロイノート等ICTを活用し、反転学習、学年を横断したグループ学習、TBL学習を実施するなど、講義の工夫を行っている。また、VISUAL EARN(学術映像動画システム)や看パス(e-learning)等、学生が自ら学習できる環境を整えた。 (助産学科・看護学科) - 臨地実習報告会は学生が司会進行を行っている。11月の学院祭は各クラスの委員及び2年生が主体となって実施した。また、看護学科では各クラスの国家試験対策委員が中心となって学年毎の目標を決定し定期的に達成度を確認しあうなど主体的な姿勢がみられる。 (助産学科) - 学院祭では看護学科の学生との交流を深めるために、リサイクル品	法人の業務実績・自己評価

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
・卒業生の県内就職率及び国家試験合格率の向上を図るため、適切な目標値を設定し、その達成に努めること。	・看護学科卒業生の県内就職率80%以上を目指す。 ・国家試験の全員合格を目指し、国家試験対策を強化する。	●「看護学科卒業生の県内就職率80%以上を目指す」 ・看護学科卒業生の県内就職率80%以上を目指す、進路指導を行う。 ●「国家試験の全員合格を目指し、国家試験対策を強化する」 <u>助産学科</u> ・個別面談を行い、学生の個別性に合わせた支援・指導を行う。 <u>看護学科</u> ・国家試験の全員合格を目指すため、教員及び全学年からなる国家試験対策委員会を中心に試験対策の継続を図る。	法人の業務実績・自己評価 のフリーマーケットを実施するなどアイデアを出し合い実施した。 (助産学科・看護学科) ・キャリア支援の一環で、学年を横断したグループをつくり、オープンキャンパスの学校案内・体験会を1年生から3年生の学生が企画・運営した。参加者アンケートでは、99.2%が「とても良かった」「良かった」と回答し好評であった。 ・看護学科3年の就職希望者32名のうち、県内に29名が就職した。 ・県内就職率は90.6%で目標を達成した。(令和6年度実績:85%) (助産学科) ・今年度は入学前から課題を出し、国家試験対策ノートを作成して意識付けを行った。4月・9月・1月に学生全員の個人面談を実施し、個々に応じた対策方法を教員間で検討した。助産診断技術学では、実習での経験を試験問題と関連させ理解に繋げるよう個別対応を実施した。今年度は、基礎的な知識の修得が不足している学生にに対し、教員がマンツーマンで指導し、学生の傾向を踏まえた継続的な指導・助言を行い、問題を解答できるレベルに引き上げた。2月の助産師国家試験では学生12名全員が合格することができ目標を達成した。 (看護学科) ・国家試験対策委員会で話し合い、ロイロノートを活用した定期的な国家試験模擬問題の配信と、毎日の実習終了後にグループでの国家試験学習を行うことを決めた。国家試験学習には教員も入り試験対策を行った。2月に実施された看護師国家試験では、受験した学生38名全員が合格することができ目標を達成した。	(小項目評価〔評語〕) A (中期目標・中期計画の達成に向けて概ね順調に進んでいる。) <評価すべき点> ・会計待ち時間短縮の一環として、自動精算機を1台追加し、3台体制としたことを評価した。 <評価に当たったの意見、指摘等>
3 患者・県民サービスの一層の向上 (1) 患者の利便性向上	3 患者・県民サービスの一層の向上 (1) 患者の利便性向上	3 患者・県民サービスの一層の向上 (1) 患者の利便性向上	(小項目自己評価〔評語〕) A A (理由) 以下のことからA Aとした。 ・入院患者満足度調査の「満足」+「やや満足」の割合が昨年度に引き続き目標値を大きく上回る結果となった。 ・患者が安心して入院生活に入れられるよう、入退院支援センターによる予定入院患者への介入支援を継続した。(再掲) ・医療DX推進の一環として、動画による入院説明を実施し、患者満足度向上に努めた。(再掲) ・会計待ち時間短縮の一環として、自動精算機を1台追加し、3台体制とした。	(小項目評価〔評語〕) A (中期目標・中期計画の達成に向けて概ね順調に進んでいる。) <評価すべき点> ・会計待ち時間短縮の一環として、自動精算機を1台追加し、3台体制としたことを評価した。 <評価に当たったの意見、指摘等>

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価																																										
・患者や家族が入院生活を快適に過ごすことができるよう、院内における患者の意向把握や利便性向上に努め、快適な療養環境の提供を図ること。	・患者や家族が入院生活を快適に過ごすことができるよう、毎年度、患者満足度調査を実施し、それにより院内における患者の意向把握や利便性向上に努め、快適な療養環境の提供を図る。 ◆目標 患者満足度： ・総合満足度（入院）：90％ ・総合満足度（外来）：90％ （令和7年度目標値）	・入院/外来患者満足度調査等により患者ニーズを的確に把握し、患者の利便性の向上を図る。 【目標】 患者満足度調査（5段階評価） <table><tr><th>区 分</th><th>令和7年度</th></tr><tr><td>総合満足度（入院）</td><td>90％</td></tr><tr><td>総合満足度（外来）</td><td>90％</td></tr></table> （「満足」＋「やや満足」）の構成比	区 分	令和7年度	総合満足度（入院）	90％	総合満足度（外来）	90％	《業務実績》 ・入院/外来患者満足度調査を実施した。 ・患者満足度調査を入院は通年で、外来は令和7年11月10日～11月28日の期間で実施した。 入院：[配布数]13,701人 [回収数]3,643件 [回収率] 26.6％ 外来：[配布数] 1,929人 [回収数] 1,712件 [回収率] 88.8％ <table><tr><th>区 分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度目標</th><th>R7年度実績</th><th>目標達成率</th></tr><tr><td>総合満足度（入院）</td><td>96.7％</td><td>90％</td><td>96.9％</td><td>107.8％</td></tr><tr><td>総合満足度（外来）</td><td>90.3％</td><td>90％</td><td>88.8％</td><td>98.7％</td></tr></table> （「満足」＋「やや満足」の構成比） <table><tr><th>区 分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度実績</th></tr><tr><td>施設・入院環境に対する満足度</td><td>94.8％</td><td>94.8％</td></tr><tr><td>医師の対応に対する満足度</td><td>97.4％</td><td>97.9％</td></tr><tr><td>看護師の対応に対する満足度</td><td>97.2％</td><td>96.3％</td></tr><tr><td>その他職員に対する満足度</td><td>94.8％</td><td>94.9％</td></tr><tr><td>今後も好生館を利用したい</td><td>96.3％</td><td>95.8％</td></tr><tr><td>親戚・友人に好生館を紹介したい</td><td>92.8％</td><td>92.5％</td></tr></table> ・入退院支援センターは看護師12名、医師事務作業補助者4名に、管理栄養士及び薬剤師を各1名の体制で引き続き予定入院患者の介入及び入院支援を行った。（再掲） ・リハビリテーションセンターと協力し、手術目的入院患者の術前リハビリの拡大を目的に介入を継続した。（再掲） ・入退院支援センターによる予定入院患者への介入率は94.9％であった。（令和6年度実績：94.0％）（再掲） ・医療DX推進の一環として、画面による入院説明を実施し、患者満足度向上に努めた。（再掲） ・会計待ち時間短縮の一環として、自動精算機を1台追加し、3台体制とした。（再掲） ・初診時間指定予約件数：7,398件（令和6年度実績：7,537件） ・初診紹介数に対する時間指定予約数割合：86.6％ （令和6年度実績：84.8％） ・令和7年12月15日（月）～19日（金）に実施した。 ・3月の統括責任者会議で集計結果の報告を行った。 ・予約時間に対する診察開始までの待ち時間：平均44.3分 （令和6年度実績：41.6分）	区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	目標達成率	総合満足度（入院）	96.7％	90％	96.9％	107.8％	総合満足度（外来）	90.3％	90％	88.8％	98.7％	区 分	R6年度実績	R7年度実績	施設・入院環境に対する満足度	94.8％	94.8％	医師の対応に対する満足度	97.4％	97.9％	看護師の対応に対する満足度	97.2％	96.3％	その他職員に対する満足度	94.8％	94.9％	今後も好生館を利用したい	96.3％	95.8％	親戚・友人に好生館を紹介したい	92.8％	92.5％	・患者満足度（入院）は目標達成したが、患者満足度（外来）は、わずかに目標を下回った。次年度計画の目標値の達成に向け、総合満足度（外来）の達成に努めていただきたい。
区 分	令和7年度																																													
総合満足度（入院）	90％																																													
総合満足度（外来）	90％																																													
区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	目標達成率																																										
総合満足度（入院）	96.7％	90％	96.9％	107.8％																																										
総合満足度（外来）	90.3％	90％	88.8％	98.7％																																										
区 分	R6年度実績	R7年度実績																																												
施設・入院環境に対する満足度	94.8％	94.8％																																												
医師の対応に対する満足度	97.4％	97.9％																																												
看護師の対応に対する満足度	97.2％	96.3％																																												
その他職員に対する満足度	94.8％	94.9％																																												
今後も好生館を利用したい	96.3％	95.8％																																												
親戚・友人に好生館を紹介したい	92.8％	92.5％																																												

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
(2) 職員の接遇向上	(2) 職員の接遇向上	(2) 職員の接遇向上	(小項目自己評価〔評語〕) A (理由) 以下のことからAとした。 《業務実績》 ・接遇向上の一環として、医療コミュニケーション研修及び職員間のハラスメント研修を、令和8年1月8日の病院マネジメント推進会で実施した。 ・2か月に1回、接遇指導者（外部者）が館内をラウンドし、医療コミュニケーション推進委員会で報告し、迅速な改善に努めた。	(小項目評価〔評語〕) A（中期目標・中期計画の達成に向けて概ね順調に進んでいる。） ＜評価すべき点＞ ・接遇向上の一環として、医療コミュニケーション研修の開催、院内ラウンドを継続し、接遇の向上に努めたことを評価した。
(3) ボランテeriaとの協働	(3) ボランテeriaとの協働	(3) ボランテeriaとの協働	(小項目自己評価〔評語〕) A (理由) 以下のことからAとした。 《業務実績》 ・ボランテeria募集のボスターを作成・掲示した。 （佐賀県立図書館、佐賀市立図書館、アバンセ、市民活動プラザ、佐賀市公民館支援課、市内公民館） ・新たに8名のボランテeriaを受け入れた。（計44名） ・11月21日（金）ボランテeria講座を実施した。 講 師：公立八女総合病院企業団 みどりの杜病院 コーディネーター・看護師 永松 美穂子氏 参加者：ボランテeriaスタッフ、看護師等 計30名 ・12月18日（木）にボランテeria研修を実施した。 研修先：公立八女総合病院企業団 みどりの杜病院 参加者：ボランテeriaスタッフ20名、職員4名 ・実際に活動しているボランテeria同士で交流を行い、有意義な時間となった。また、ボランテeria講座の講師とボランテeria研修先の医療機関を同一とし、聴講だけではなく実際に見学することができたことでより深い学びとなった。 ・ホームページのボランテeriaページについて、日々の活動の様子やイベントなどを掲載することを検討した（令和8年度公開予定）。	(小項目評価〔評語〕) A（中期目標・中期計画の達成に向けて概ね順調に進んでいる。） ＜評価すべき点＞ ・ボランテeriaとの協働により、患者サービスの向上に努めたことを評価した。

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項	第2 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するための措置	第2 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するための措置	(大項目自己評価〔評語〕) A A (理由) 各項目を以下のとおり自己評価したことからA A評価とした。 1 業務の改善・効率化 小項目(1)適切かつ効率的な業務運営 A A 小項目(2)事務部門の専門性向上 A A 小項目(3)職員の勤務環境の改善 S 2 経営基盤の安定化 小項目(1)収益の確保 A A 小項目(2)費用の節減 A A	(大項目評価〔評語〕) A (中期目標・中期計画の達成に向けて概ね順調に進んでいる。) (理由) 小項目5項目中、S評価が1項目、A A評価が3項目、B評価が1項目であることから、評価をAとした。
1 業務の改善・効率化 (1) 適切かつ効率的な業務運営	1 業務の改善・効率化 (1) 適切かつ効率的な業務運営	1 業務の改善・効率化 (1) 適切かつ効率的な業務運営	(小項目自己評価〔評語〕) A A (理由) 以下のことからA Aとした。 ・引き続き救急救命士4名体制とし、救急医療とタスクシフトの拡充を図った。 ・入退院支援センターは予定入院への全診療科介入を継続した。 ・内部統制の状況確認及び意識啓発等を目的としたモニタリング調査を令和8年2月4日から令和8年2月18日の期間に実施した。 ・内部監査を令和8年3月に書面監査及び実地監査に分けて実施した。 《業務実績》 ・救急救命士については、令和6年度に引き続き佐賀広域消防本部、唐津市消防本部及び杵藤地区消防本部との連携により4名体制での運用を維持し、ドクターカーへの同乗や救急外来処置室での医師の補助等を行い救急医療の充実とタスクシフトの強化に努めた。 ・入退院支援センターは予定入院への全診療科介入を継続した。(再掲) ・入退院支援センターによる予定入院患者への介入率は94.9%であった。(令和6年度実績：94.0%) (再掲) ・医師のオンコール業務におけるリモート対応を促進するためモバイルデバイスをも78名の医師に貸与し活用した。 ・令和6年度実績：71名 ・パソコン上の定型業務を効率化するため、R P A (Robotic Process Automation)の略称で人が行うパソコン作業を自動で代行させるソフトウェア)によるロボットを累計47件のシナリオを導入し、運用した。(令和6年度実績：44件)	(小項目評価〔評語〕) B (中期目標・中期計画の達成のためにはやや遅れている。) ＜評価すべき点＞ ・R 6年度に引き続き、救急救命士4名での運用を維持し、救急医療及びタスクシフトを拡充したことを評価した。 ＜評価に当たった意見、指摘等＞ ・外部の関係者が参加する会合で、患者の個人情報の漏洩が発生したことを受け、個人情報保護の適切な管理及び再発防止に努めていたきたい。 ・セキュリティ管理体制の不備があったため、メールアドレスが第三者に不正利用される事態が発生したことを受け、情報セキュリティ対策及び再発防止の徹底に努めていただきたい。
・地方独立行政法人のメリットを活かして医療需要の変化に迅速に対応し、病院の組織体制、診療内容等の見直しを行い、効果的、効率的な業務運営に努めること。	・地方独立行政法人のメリットを活かして医療需要の変化に迅速に対応し、病院の組織体制、診療内容等の見直しを行い、効果的、効率的な業務運営に努める。	・地方独立行政法人のメリットを活かして医療需要の変化に迅速に対応し、病院の組織体制、診療内容等の見直しを行い、効果的、効率的な業務運営に努める。	・文書管理システムによる文書管理体制を継続する。 ・業務執行におけるコンプライアンスを徹底するため、意識啓発のための取組を定期的・継続的に実施した。(再掲)	
・コンプライアンスの徹底、患者・家族への誠実かつ公平な対応、個人情報の保護等に努めること	・コンプライアンスの徹底、患者・家族への誠実かつ公平な対応、個人情報の保護等に努めること	・コンプライアンスの徹底、患者・家族への誠実かつ公平な対応、個人情報の保護等に努めること		

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
と。	める。	に実施する。	- 令和8年3月31日にコンプライアンス委員会を開催し、内部統制に係るモニタリング調査及び担当部署へのヒアリングを実施した結果、評価基準を満たし適切に業務遂行されていることを確認した調査結果の報告を行った。 - 職員の採用時及び退職時には、個人情報保護等に関する誓約書の提出を求め、病院職員として個人情報の保護等の徹底に努めるよう継続して指導している。 - e-learning、外部講師によるハラスメント研修を4回開催した。 ①令和7年5月27日～6月30日 e-learning：セクシャルハラスメントについて ②令和7年11月5日～12月31日 e-learning：職場での無視・いじめ ③令和7年12月12日～12月31日 e-learning：パワハラ相談対応者の具体的な対応 ④令和8年1月8日開催 演題：コミュニケーションエラーを防ぐ ～信頼と安心の関係づくりをめざして～ - 日本電気株式会社社会公共ソリューション事業部門より外部講師を招き、情報セキュリティ研修会を開催した。 開催日：令和7年8月14日 演題：情報セキュリティ“被害者”や“加害者”にならないために ランサムウェア感染による病院情報システムが停止した際の初動対応を確認することを目的とし、令和8年2月10日にIT-BCP訓練（机上演習）を実施し、計24名が参加した。 - 総務省ガイドラインへの準拠及び地方自治法等で義務化された公表対応のため、新たに「情報セキュリティポリシー」を策定した。 - 内部監査を令和8年3月に書面監査及び実地監査に分けて実施した。（再掲） - 職員からの相談機能の一つとして、健康相談室を設置運用し、毎月の衛生委員会にて相談件数の報告等を行っている。また、相談機能の充実を図るためには、職員に組織の存在を十分に浸透させることが不可欠であることから、LINE WORKSを活用し、積極的な利用促進を図った。	(小項目評価〔評語〕) A A (中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。) ＜評価すべき点＞ ・RPAについて、累計47件のシナリオを導入し、業務効率化を進めたことを評価した。 ・診療情報管理士等の資格取得を支援する制度について周知をし、2名が診療情報管理士を取得し
内部統制の取組を着実に実施し、法人の業務運営の改善や関係規程の改正を必要に応じて行うこと。	業務の適正かつ能率的な執行に向けた定期的な内部監査等を行うことで内部統制の取組を着実に実施し、法人の業務運営の改善や関係規程の改正を必要に応じて行う。	業務の適正かつ能率的な執行を図るため、内部監査を年1回以上実施するとともに、職員からの相談機能を維持する。	(小項目自己評価〔評語〕) A A (理由) 以下のことからA Aとした。 ・医療に付随した業務の効率化を図る医療DXを進めるため、RPAを用いた取組を継続した。 ・診療情報管理士等の資格取得を支援する制度について周知するなど、事務職員の専門性向上に取り組んだ。 ・事務職員の職務遂行に必要な知識及び職位に応じた資質向上を目的として、階層別研修及び専門研修を開催した。 ・館内での他職種を交えた学会や勉強会にて事務職員による発表を行った。 《業務実績》	(小項目評価〔評語〕) A A (中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。) ＜評価すべき点＞ ・RPAについて、累計47件のシナリオを導入し、業務効率化を進めたことを評価した。 ・診療情報管理士等の資格取得を支援する制度について周知をし、2名が診療情報管理士を取得し
(2) 事務部門の専門性向上	(2) 事務部門の専門性向上	(2) 事務部門の専門性向上	(2) 事務部門の専門性向上	

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
・業務の継続的な見直し、ICTの活用等により、事務部門の効率化を図ること。 ・法人プロパーの事務職員の採用・育成等、今後法人経営の鍵をにぎる病院事務としての専門性の向上を図ること。	・業務の継続的な見直し、ICTの活用等により、事務部門の効率化を図る。 ・診療情報管理士等の専門資格の取得及び研修の充実により、事務職員の資質向上を図る。 ・病院運営の高度化・複雑化に対応できる専門的知識と病院経営を俯瞰できるマネジメン ト力を兼ね備えた事務職員の育成の取組体制を強化する。	・業務の継続的な見直し、ICTの活用等により、事務部門の効率化を図る。 ・診療情報管理士や簿記等の専門資格の取得及び研修の充実により、事務職員の資質向上を図る。 ・職員研修の充実等（階層別研修の導入等）により専門的知識の習得を促進する。 ・学会等での事務職員の発表及び参加を促進する。	法人の業務実績・自己評価 ・ICTの活用等による事務部門の効率化については次のとおり。 【職員管理】 ・令和6年度から開始された医師の働き方改革新制度により、複雑化する労務管理の効率化に向け、勤怠管理システムを活用し、勤務開始・終了時刻、休憩時間、勤務間インターバル等の詳細な勤務データを医師ごとに毎月収集・蓄積し、勤務実態の可視化及びグラフ化を通じて、多様な働き方を継続的に把握・分析できるよう運用を行った。 ・「仕事と妊娠・子育て両立支援制度」及び「医師の働き方改革制度」について、動画コンテンツを作成し、令和8年度からの運用開始に向けて、制度説明の効率化及び情報共有の標準化を図る体制を整備した。 【診療関連】 ・RPAについて、診療録の量的監査の全件監査自動化や、薬剤部・リハビリ・医療秘書などの部門でも推進し、累計47件のシナリオを導入し、業務効率化を進めた。 ・診療情報管理士等の資格取得を支援する制度について周知するなど、事務職員の専門性向上に取り組んだ。（再掲） （資格取得実績）診療情報管理士：2名 ・事務職員の職務遂行に必要な知識及び職位に応じた資質向上を目的として、階層別研修及び専門研修を開催した。（再掲） 【開催実績】 ・新規採用職員研修（好生館主催） 令和7年4月 受講者数2名 ・新任係長職員研修（佐賀県自治体研修所主催） 令和7年4月 受講者数3名 ・能力開発研修（佐賀県自治体研修所主催） 受講者数：1名 ・学会等での事務職員の発表を促進した。 【学会参加実績】 - ー日本医療マネジメント学会 第22回九州・山口連合大会（別府市） 令和7年11月28日 - ー日本医療機能評価機構 2025年度QM FUSEミナー（WEB） 令和8年2月26日 - ー第31回日本災害医療学会総会・学術集会（新潟市） 令和8年3月18日～3月21日 ・館内での他職種を交えた学会や勉強会にて事務職員による発表を行った。（再掲） 【好生館医学会での発表実績】 - ー令和7年7月17日 診療材料カイゼンプロジェクト - ー令和7年11月20日 顔と病院が見える連携を目指して	知事の評価 たことを評価した。

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
(3) 職員の勤務環境の改善	(3) 職員の勤務環境の向上	(3) 職員の勤務環境の改善	(小項目自己評価〔評語〕) S (理由) 以下のことからSとした。 ・過重な長時間勤務の抑制及び勤務時間管理上の課題に組織的に対応するため、各部署に「勤務時間管理責任者」を配置した。あわせて、職員向けに勤務時間に関する相談窓口を設置し、相談対応を行った。 ・勤務時間管理責任者を対象とした労務管理研修を当館職員が講師となり実施した。 ・医師、看護師、医療従事者等の負担軽減及び業務改善を推進するため「働き方改革委員会」を設置している。 ・医師の業務負担を軽減し、チーム医療の質を高めるための取組として、令和8年1月から診療看護師(NP)1名が活動を開始した。 ・ハラスメント研修に加え、ペイシェントハラスメント対策の一環として、瞬間的拘束用具の取扱い講習会を開催した。 ・佐賀県医療勤務環境改善支援センターの支援を受けながら、医師の働き方改革を推進した。 ・厚生労働省事業である医師の働き方改革に係る「トップマネジメント研修」において、「好生館での医師の働き方改革の変遷と現状」と題して、館長が事例発表を行った。(令和8年1月14日) 《業務実績》 ・過重な長時間勤務の抑制及び勤務時間管理上の課題に組織的に対応するため、各部署に「勤務時間管理責任者」を配置した。あわせて、職員向けに勤務時間に関する相談窓口を設置し、相談対応を行った。(再掲) ・勤務時間管理責任者を対象とした労務管理研修を当館職員が講師となり実施した。(再掲) 日 時：令和7年6月2日 テーマ：労務管理研修～職員就業規則等に関する説明について～ ・小児科においてフルタイム勤務が可能な人員が減少し、夜勤体制の維持が困難となったことから、7月以降の時間外診療については佐賀大学医学部附属病院と分担するとともに、金曜及び土曜の深夜帯はオンコール体制へ移行した。 ・追加的健康確保措置の面接指導については、毎月中旬に事務担当者(当該月の勤務実績を勤怠管理システムで確認し、休日勤務・時間外勤務が80時間を超える可能性がある医師については、速やかに「面接指導実施医師養成講習会」を受講した医師により面接指導を延べ48回実施した。 ・勤務時間及び時間外勤務の取扱いについて定めた「職員の勤務時間・時間外勤務等の取扱いについて」を当館の実態に即して再整理するとともに、職員へ再周知を行った。 ・職員向けに育児休業や介護休業、健康管理や勤務時間等の専用の相談窓口を設置しているほか、仕事と妊娠・子育て・介護両立のための支援制度に関するパンフレットを必要に応じて改訂し、制度の説明を希望する職員に対して個別に対応を行った。今年度は「仕事と	(小項目評価〔評語〕) S (中期目標・中期計画の達成に向けて特筆すべき達成状況にある。) ＜評価すべき点＞ ・医師、看護師、医療従事者等の負担軽減及び業務改善を推進するため「働き方改革委員会」を設置し、時間外勤務は前年度比93.5%となり、削減が図られたことを評価した。 ・職員満足度調査において、職員の満足と意欲に関する設問の合計点数において200床以上の病院(68施設)において第2位であったことを評価した。
・労働時間管理の徹底、各職種への負担軽減、仕事と家庭の両立支援などのワーク・ライフ・バランスの推進、ハラスメント防止対策、人事評価制度の活用など、働き方の改善や働きやすさ・働きがいの向上を通じ、雇用の質の向上に取り組むこと。	・IDカード等を用いた勤怠管理システムにより、労働時間管理の徹底を行う。	・医師に対する時間外労働上規制の適用を踏まえ、勤怠管理システムを用いて職員の労働時間管理を適切に行う。		
	・出産や子育て、介護と仕事を両立させる職員への支援制度の充実と職員への説明、からだ・こころの相談窓口でのメンタル	・出産や子育て、介護と仕事を両立させる職員への支援制度の充実と職員への説明、からだ・こころの相談窓口でのメンタル		

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
	ルケア等により、職員が仕事に誇りをもち、仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）を確保できるよう、支援する。 ・医師・看護師・医療従事者等の負担軽減委員会を中心に職員の働き方改革を推進する。	ア等により、職員が仕事に誇りをもち、仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）を確保できるよう、支援する。 ・医師・看護師・医療従事者等の働き方改革委員会を中心に職員の働き方改革を推進する。	妊産・子育て両立支援制度」について動画コンテンツを作成し、令和8年度から運用予定としている。 ・医師、看護師、医療従事者等の負担軽減及び業務改善を推進するため、「働き方改革委員会」を設置している。（再掲） 【主な取組状況】 ・医師の業務負担を軽減し、チーム医療の質を高めるための取組として、令和8年1月から診療看護師（NP）1名が活動を開始した。（再掲） ・入院生活に必要な物品（病衣、タオル、紙おむつ等）を日額定額制で利用できる「入院セットサービス」を導入した。これにより、職員の物品準備及び在庫管理に係る業務負担の軽減を図り、業務効率化を推進した。 ・病児保育に関する職員向けアンケートを実施し、ニーズの把握に努めた。 ・麻酔科において動画による入院説明を開始し、説明内容の統一及び職員の説明業務に係る負担軽減を図った。 ・e-learning、外部講師によるハラスメント研修を4回開催した。（再掲） ①令和7年5月27日～6月30日 e-learning：セクシャルハラスメントについて ②令和7年11月5日～12月31日 e-learning：職場での無視・いじめ ③令和7年12月12日～12月31日 e-learning：パワハラ相談対応者の具体的な対応 ④令和8年1月8日開催 演題：コミュニケーションエラーを防ぐ～信頼と安心の関係づくりをめざして～ ・ペイシェントハラスメント対策の一環として、瞬間的拘束用具「不動（刺股）」取扱い講習会を開催した。（9月～10月） ・診療部門等に対しては業績評価を、その他の部門に対しては人事評価を実施した。あわせて、人事評価制度への理解を促進するため、オンライン研修を実施した。 ・令和9年3月をもって現行システムの保守運用が終了する予定であることから、次期システムの導入に向けた検討を開始した。 ・出産・育児などで職場を離れた職員が職場復帰をする際は、復帰前に個別に面談を行い勤務時間及び配置に関する希望の確認以外に、復帰に関する不安や悩み等も確認し、スムーズな復帰ができるよう継続して支援している。また、特に病気休暇・休職からの復帰者で希望する場合には復職支援として試し出勤等を実施している。 ・令和8年1月26日から2月13日まで職員満足度調査を実施。60設問中すべての項目において当該調査に参加している病院の平均値以上であり、特に職員の総合的な満足と意欲に関する設問の合計点数では、200床以上の病院（68施設）で第2位という結果であった。（令和6年度実績：200床以上の病院（85施設）で第3位）	
	・引き続き研修等での周知を行い、ハラスメントの防止に取り組む。	・ハラスメント研修を実施し、ハラスメントの防止に取り組む。		
	・職員を対象に業績や能力を適正に評価する人事評価制度を円滑に運用する。	・職員を対象に業績や能力を適正に評価する人事評価制度を円滑に運用する。		
	・短時間正職員制度など多様な勤務形態の導入を検討するとともに、育児等から復職する職員への職場復帰支援を継続する。	・出産・育児などで職場を離れた医療従事者の職場復帰の支援を継続する。		
	・家族の介護や子育て等を行う職員を積極的に支援するとともに、風通しの良い勤務環境の構築をめざし、職員満足度調査を毎年度実施し、常に点検、改善、評価を行う。	・家族の介護や子育て等を行う職員を積極的に支援するとともに、風通しの良い勤務環境の構築をめざし、職員満足度調査を実施し、点検、改善、評価を行う。		

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
改正医療法等に伴う医師の時間外労働上限規制、健康確保措置など、医師の働き方改革の推進について、改正法の趣旨を踏まえ、適切に対応すること。	改正医療法等に伴う医師の時間外労働上限規制、健康確保措置などに対応するため、医師業務のタスクシフト・タスクシェア等に取り組み、医師の働き方改革の推進に適切に対応する。	佐賀県医療勤務環境改善支援センターの活動運営に協力する。	令和6年度に引き続き、佐賀県医療勤務環境改善支援センターの支援を受けながら、医師の働き方改革を推進した。今年度は定期的な会議は開催せず、メールでの相談を含めた報告を行った。主な内容は以下のとおりである。 (主な内容) - 令和6年度医師労働時間短縮計画の最終評価について - 評価センター予約受付について - 時間外勤務における休憩付与の取扱いについて - オンライン待機条件に関する手当の考え方について - 令和7年度医師労働時間短縮計画の暫定評価について - 佐賀県医療勤務環境改善支援センターが主催する以下の研修会等に参加し、医療勤務環境の改善に関する見識を深めた。 (研修内容) - 令和7年度佐賀県医療勤務環境改善支援センター実務者セミナー 令和7年12月15日開催 - 令和7年度第1回佐賀県医療勤務環境改善センター研修会 令和8年1月14日開催 - 佐賀県医療勤務環境改善支援センター運営協議会において、特定業務管理対象機関の指定後2年目の状況について報告を行った。 日 時：令和8年3月19日 テーマ：医師の働き方改革、時間外労働時間上限規制開始後の状況 - 改正医療法に基づき、時間外・休日労働が月100時間以上となることが見込まれる医師に対し、疲労度の確認及び面接指導を実施した。その面接指導実施医師29名を確保し、延べ48回の面接指導を行った。その結果、就業上の措置を必要とする医師は認められなかった。 - 厚生労働省事業である医師の働き方改革に係る「トップマネジメント研修」において、「好生館での医師の働き方改革の変遷と現状」と題して、館長が事例発表を行った。(令和8年1月14日)(再掲) - 医師、看護師、医療従事者等の負担軽減及び業務改善を推進するため、「働き方改革委員会」を設置している。(再掲) 【主な取組状況】(再掲) - 入院生活に必要な物品(病衣、タオル、紙おむつ等)を日額定額制で利用できる「入院セットサービス」を導入した。これにより、職員の物品準備及び在庫管理に係る業務負担の軽減を図り、業務効率化を推進した。 - 病児保育に関する職員向けアンケートを実施し、ニーズの把握に努めた。 - 麻酔科において動画による入院説明を開始し、説明内容の統一及び職員の説明業務に係る負担軽減を図った。(再掲)	

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価																		
2 経営基盤の安定化 (1) 収益の確保	2 経営基盤の安定化 (1) 収益の確保	2 経営基盤の安定化 (1) 収益の確保	(小項目自己評価〔評語〕) A A (理由) 以下のことからA Aとした。 ・引き続き診療科部長等の同行のもと、医療機関訪問で紹介患者数の増加を図った。 ・新たに12件の施設基準を取得した。 ・D P C 特定病院群の指定を維持した。 ・病床利用率、病床稼働率はともに目標値を上回った。 《業務実績》 ・地域医療連携懇談会を令和7年10月10日開催した。(再掲) ー外部参加者：108施設・160名 (医師112名、看護師15名、連携室28名、その他5名) ー館内参加者：70名 ・診療科又は部門の令和7年度目標として「初診紹介患者数」に関するものを掲げた診療科を中心に、その達成を支援する観点から、診療科部長同行による連携医療機関訪問を実施した。(再掲) ー訪問実績診療科 6 診療科 ー訪問した連携医療機関 23施設 (延べ) 〔令和6年度実績：訪問実績診療科 8 診療科 訪問した連携医療機関 113施設 (延べ)〕 ・令和8年度診療報酬改定に向けて、コンサルタント等の提案や内部での協議を重ね、適切に対応できる体制を整えた。 ・D P C 特定病院群 (大学病院本院群並みの高度医療を提供していると厚生労働省が指定する病院。全国の全D P C 対象病院1,786病院のうち172病院が指定されており、佐賀県では当館が唯一の指定を受けている。)の指定を維持した。 ・医療機能に応じた下記の施設基準を新たに取得した。 (新規取得件数：12件) (令和6年度実績：27件)	(小項目評価〔評語〕) A A (中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。) ＜評価すべき点＞ ・県内で唯一のD P C 特定病院群としての指定の維持をしたことを評価した。 ・病床利用率・病床稼働率ともに目標を達成したことを評価した。																		
			<table><tr><th>取得月</th><th>施設基準</th></tr><tr><td>5月</td><td>・重症患者初期支援充実加算 ・緩和ケア病棟入院料1</td></tr><tr><td>6月</td><td>・歯科外来診療感染対策加算2 ・歯科外来診療医療安全対策加算1</td></tr><tr><td>7月</td><td>・放射線治療室管理加算 (治療用放射性同位元素による場合)</td></tr><tr><td>8月</td><td>・体外式膜型人工肺管理料</td></tr><tr><td>9月</td><td>・画像診断管理加算3</td></tr><tr><td>10月</td><td>・経カテーテル弁置換術 (経心尖大動脈弁置換術及び経皮的動脈弁置換術)</td></tr><tr><td>11月</td><td>・多血小板血漿処置 ・下肢創傷処置管理料 ・静脈圧迫処置 (慢性静脈不全に対するもの)</td></tr><tr><td>3月</td><td>・腹腔鏡下腔体尾部腫瘍切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)</td></tr></table>	取得月	施設基準	5月	・重症患者初期支援充実加算 ・緩和ケア病棟入院料1	6月	・歯科外来診療感染対策加算2 ・歯科外来診療医療安全対策加算1	7月	・放射線治療室管理加算 (治療用放射性同位元素による場合)	8月	・体外式膜型人工肺管理料	9月	・画像診断管理加算3	10月	・経カテーテル弁置換術 (経心尖大動脈弁置換術及び経皮的動脈弁置換術)	11月	・多血小板血漿処置 ・下肢創傷処置管理料 ・静脈圧迫処置 (慢性静脈不全に対するもの)	3月	・腹腔鏡下腔体尾部腫瘍切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	
取得月	施設基準																					
5月	・重症患者初期支援充実加算 ・緩和ケア病棟入院料1																					
6月	・歯科外来診療感染対策加算2 ・歯科外来診療医療安全対策加算1																					
7月	・放射線治療室管理加算 (治療用放射性同位元素による場合)																					
8月	・体外式膜型人工肺管理料																					
9月	・画像診断管理加算3																					
10月	・経カテーテル弁置換術 (経心尖大動脈弁置換術及び経皮的動脈弁置換術)																					
11月	・多血小板血漿処置 ・下肢創傷処置管理料 ・静脈圧迫処置 (慢性静脈不全に対するもの)																					
3月	・腹腔鏡下腔体尾部腫瘍切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)																					
				・各種研究に必要な費用等について外部資金の獲得に努める																		

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価																																									
	る。 - 診療報酬請求のチェック体制を強化し、請求漏れや減点の防止を図る。 ◆目標 - 査定率： 入院 0.4% 外来 0.4% (令和7年度目標値) - 限度額認定などの公的制度の活用により未収金の発生を未然に防止するとともに、未収金が発生した場合は、電話・文書督促などの多様な方法により早期回収を図る。	<table><tr><th>区 分</th><th>令和7年度</th></tr><tr><td>査定率 (入院)</td><td>0.38%</td></tr><tr><td>査定率 (外来)</td><td>0.38%</td></tr></table> 限度額認定などの公的制度の活用により未収金の発生を未然に防止するとともに、未収金が発生した場合は、電話・文書督促・臨戸訪問・外部機関の活用などの多様な方法により早期回収を図る。	区 分	令和7年度	査定率 (入院)	0.38%	査定率 (外来)	0.38%	毎月の1回開催される保険診療委員会にて、保険減点査定状況や減点査定防止対策について報告を行い、情報共有に努めた。(LINE WORKS等での周知) <table><tr><th>区 分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度目標</th><th>R7年度実績</th><th>目標達成率</th></tr><tr><td>査定率 (入院)</td><td>0.36%</td><td>0.38%</td><td>0.49%</td><td>77.6%</td></tr><tr><td>査定率 (外来)</td><td>0.28%</td><td>0.38%</td><td>0.25%</td><td>152.0%</td></tr></table> - 発生した未収金について、文書・SMS (ショートメッセージサービス)・電話・出張による督促・催告を実施し、回収に努めた。また、回収困難な事案については弁護士法人に回収業務を委託し、古い債権についても一部回収することができた。 - 未収金の整理を促進するため、令和7年11月と令和8年3月に未収金審査委員会を開催するとともに、関連部署との調整会議を隔月で開催した。 - 支払いが困難な患者に対しては面談を実施し、限度額認定等の公的制度の利用や分割での支払いを促すなど、未収金発生の未然防止に努めた。 - 病棟別の病床利用率及び病床稼働率、診療科別のDPC期間Ⅱ前後での退院状況等をスタッフ間で共有し、改善が必要な部門に関しては経営健全化に向けた適切な病床管理の検討を促すなど収益の確保に努めた。 <table><tr><th>区 分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度目標</th><th>R7年度実績</th><th>目標達成率</th></tr><tr><td>病床利用率</td><td>83.1%</td><td>82.0%</td><td>83.9%</td><td>102.3%</td></tr><tr><td>病床稼働率</td><td>91.5%</td><td>91.0%</td><td>92.2%</td><td>101.3%</td></tr><tr><td>DPC期間Ⅱ超率</td><td>28.7%</td><td>30%未満</td><td>26.7%</td><td>112.4%</td></tr></table>	区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	目標達成率	査定率 (入院)	0.36%	0.38%	0.49%	77.6%	査定率 (外来)	0.28%	0.38%	0.25%	152.0%	区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	目標達成率	病床利用率	83.1%	82.0%	83.9%	102.3%	病床稼働率	91.5%	91.0%	92.2%	101.3%	DPC期間Ⅱ超率	28.7%	30%未満	26.7%	112.4%	(小項目評価〔評語〕) AA (中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。) ＜評価すべき点＞ - 診療材料費、一般消耗品費は、SPDやベンチマークを活用した価格交渉等により経費削減したことを評価した。 - 医薬品の供給不足の中、後発医薬品の採用率は昨年度の水準を3.0%上回ったことを評価し
区 分	令和7年度																																												
査定率 (入院)	0.38%																																												
査定率 (外来)	0.38%																																												
区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	目標達成率																																									
査定率 (入院)	0.36%	0.38%	0.49%	77.6%																																									
査定率 (外来)	0.28%	0.38%	0.25%	152.0%																																									
区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	目標達成率																																									
病床利用率	83.1%	82.0%	83.9%	102.3%																																									
病床稼働率	91.5%	91.0%	92.2%	101.3%																																									
DPC期間Ⅱ超率	28.7%	30%未満	26.7%	112.4%																																									
- 病床利用率や平均在院日数等の目標値を設定し、その達成に努めること。 ◆目標 - 病床利用率：82 % - 病床稼働率：91 % - DPC期間Ⅱ (全国平均在院日数) 超率：30%未満 (令和7年度目標値)	(2) 費用の節減	<table><tr><th>区 分</th><th>令和7年度</th></tr><tr><td>病床利用率</td><td>82.0%</td></tr><tr><td>病床稼働率</td><td>91.0%</td></tr><tr><td>DPC期間Ⅱ超率</td><td>30%未満</td></tr></table>	区 分	令和7年度	病床利用率	82.0%	病床稼働率	91.0%	DPC期間Ⅱ超率	30%未満	(小項目自己評価〔評語〕) AA (理由) 以下のことからAAとした。 - 診療材料費・一般消耗品費は、SPDやベンチマークを活用した価格交渉での購入価低減により、昨年度実績ベースで年間21,526,738円の削減効果を得た。 - 医薬品卸売業者との価格交渉を継続的に実施し、医薬品購入費の適正化を図った結果、年間29,340,728円の削減効果を得た。 《業務実績》 - 人件費率、薬剤費率、材料費率 (薬剤費除く) は下表のとおりであった。																																		
区 分	令和7年度																																												
病床利用率	82.0%																																												
病床稼働率	91.0%																																												
DPC期間Ⅱ超率	30%未満																																												
費用節減のための具体策を検討し、薬剤費、材料費、人件費等の医薬収益に占める目標値を設定し、その達成に努め	(2) 費用の節減																																												

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価																											
◆目標 ・人件費率：50.0 % ・薬剤費率：15.8 % ・材料費率：10.5 % (令和7年度目標値)	【目標】 <table><tr><th>区分</th><th>令和7年度</th></tr><tr><td>人件費率</td><td>50.0%</td></tr><tr><td>薬剤費率</td><td>18.4%</td></tr><tr><td>材料費率(薬剤除く)</td><td>11.5%</td></tr></table> ・薬事委員会において、薬剤ごとに供給状況（量及び流通の安定性）、安全性、有効性等についての確認を行い、後発医薬品（バイオシミラーを含む）の導入を推進する。 ・検査試薬を含め、材料費等の節減を図る。 ・医療機器購入にあたっては、ベンチマーク等を活用し適正価格での購入を図り、費用削減に努める。 ・委託業務の内容を精査し、委託費の適正化に取り組む。	区分	令和7年度	人件費率	50.0%	薬剤費率	18.4%	材料費率(薬剤除く)	11.5%	<table><tr><th>区 分</th><th>R6年度実績</th><th>R7年度目標</th><th>R7年度実績</th><th>目標達成率</th></tr><tr><td>人件費率</td><td>46.7%</td><td>50.0%</td><td>46.9%</td><td>106.6%</td></tr><tr><td>薬剤費率</td><td>18.2%</td><td>18.4%</td><td>19.5%</td><td>94.4%</td></tr><tr><td>材料費率(薬剤除く)</td><td>11.7%</td><td>11.5%</td><td>11.8%</td><td>97.5%</td></tr></table> ・医薬品の供給不足が原因で大変苦慮する中、後発医薬品の採用率が4～3月平均では数量ベースでは94.8%と令和6年度を3.0%上回っている。金額ベースでは67.6%と令和6年度から16%上回る結果となった。(令和6年度 数量ベース：91.8%、金額ベース：51.6%) ・医薬品の調達については、高額薬品の購入が続いているため、購入額の今年度平均は令和6年度より80,277,095円の増額となった。 ・診療材料費・一般消耗品費は、SPDやベンチマークを活用した価格交渉での購入価低減により、令和6年度実績ベースで年間21,526,738円の削減効果を得た。（再掲） ・医薬品卸売業者との価格交渉を継続的に実施し、医薬品購入費の適正化を図った結果、年間29,340,728円の削減効果を得た。（再掲） ・購入する医療機器の選定にあたっては、診療科の希望、期待される収益、整備の緊急度等を総合的に考慮し、作業部会において計画案を策定。令和7年10月7日の医療機器等整備検討委員会で計画案を審議・承認し、最終的には統括責任者会議にて購入計画を決定した。 ・医療機器購入に際し、ベンチマークデータを参考にした価格交渉等を積極的に行うことで、経費削減に努めた。 ・給食業務改善に向け、外部コンサルタント会社を活用し、現状分析によるコスト過多や衛生管理等の課題抽出を経て、新調理システム「ニュークックチル(調理済みの料理を急速冷却してチルド保存し、提供する直前に専用のカートや機器で再加熱して提供する調理システム)」の導入を進める方針を決定した。 ・医療機器について、メーカーとはフルメンテナンス契約ではなく定期点検契約を締結し、定期点検契約ではカバーされない突発的な修理費用を保険会社の保険で補う保守形態である「医療用機器保守プログラム」を導入し、デジタルX線テレビジシステムなど3機器に適用した。 ・病院情報システムのプリンタのトナーを、メーカー純正品からリサイクルトナーに変更した。 ・国立大学病院長会議等が推進する診療材料の共同調達事業に参画し、加盟病院間の協議を経て採用が決定された共通の物品に切り替え、それを「推奨単価」(共同事業の主体とメーカーとで合意された仕切値)で調達する取組を開始することとした。(令和7年7月の統括責任者会議で承認。令和8年4月運用開始) ・入院生活に必要な物品（病衣、タオル、紙おむつ等）を日額定額制で利用いただける「入院セットサービス」を導入し、リネン費や材料費の低減を図った。 ・エネルギー効率化ソリューションサービス（既存の設備の運用を事	区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	目標達成率	人件費率	46.7%	50.0%	46.9%	106.6%	薬剤費率	18.2%	18.4%	19.5%	94.4%	材料費率(薬剤除く)	11.7%	11.5%	11.8%	97.5%	た。
区分	令和7年度																														
人件費率	50.0%																														
薬剤費率	18.4%																														
材料費率(薬剤除く)	11.5%																														
区 分	R6年度実績	R7年度目標	R7年度実績	目標達成率																											
人件費率	46.7%	50.0%	46.9%	106.6%																											
薬剤費率	18.2%	18.4%	19.5%	94.4%																											
材料費率(薬剤除く)	11.7%	11.5%	11.8%	97.5%																											

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
		職員全員の経営意識の向上を図るため、職員間での経営情報の共有を進めるとともに、職員のコストに対する意識向上、各職場でのコストダウンに取り組む。	業者の独自のノウハウに基づき最適化してエネルギーコストを削減し、創出した利益の一部を成功報酬として得るビジネスモデル)を導入することとした。(令和7年9月の統括責任者会議で承認。令和8年6月運用開始予定) - 経営戦略会議において各部門で実践可能なコスト削減案を募り、その中でも病院全体として取り組みやすいかつ効果が大きい項目について、副館長3名をリーダーとして改善に取り組んだ。病院情報システムポータルトップページへの啓発チラシの掲示、声掛け、助言等を行った。 - ー会議資料のペーパーレス化 - ー白黒印刷・両面印刷の推奨 - ー会議回数の適正化 - ー節電の徹底(照明・エアコン) - ーノー残業デーの設定	

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
第4 財務内容の改善に関する事項	第3 予算（人件費の見積りを含む。）、収支計画及び資金計画 「第2 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置」で定めた計画を実施することにより、経営基盤を強化し、安定した経営を続け、中期計画期間中を累計した損益計算において経常収支比率100%以上を達成すること。 1 予算 2 収支計画 3 資金計画 (令和4年度～令和7年度)	第3 予算（人件費の見積りを含む。）、収支計画及び資金計画 「第2 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置」で定めた計画を確実に実施することにより、業務運営の改善及び効率化を進め、安定的な経営に取り組む。 1 予算 2 収支計画 3 資金計画 (令和7年度)	(大項目自己評価〔評語〕) A A (理由) ・経常収支比率が100.9%であったのでA A評価とした。 《業務実績》	(大項目評価〔評語〕) A A (中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。) (理由) 下記の理由により、評価をA Aとした。 ＜評価すべき点＞ ・R7年度決算の経常収支比率は100% (100.9%) 以上を達成したことを評価した。
	第4 短期借入金の限度額		※詳細は別紙参照	
	1 限度額 2,000百万円		・なし	
	2 想定される事由 ・運営費負担金の受入遅延等による資金不足への対応 ・偶発的な出費増への対応		・なし	
	第5 出資等に係る不要財産又は出資等に係る不要財産となることが見込まれる財産がある場合には、当該財産処分に関する計画 なし		・令和6年6月に出資団体である佐賀県へ現物による納付の申請を行っていた旧病院周辺の4つの職員宿舎について、令和7年10月に認可を得て納付を行い、令和8年3月に資本金222,071,888円を減少した。	
	第6 前号に規定する財産以外の重要な財産を譲渡し、又は担保に供する計画 なし		・なし	
	第7 剰余金の使途 決算において剰余を生じた場合は、病院施設の整備、医療機器の購入、人材育成及び能力開発の充実、看護学生等への奨学金等に充てる。		・なし	

第4期中期目標	第4期中期計画 第8 料金に関する事項	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
	1 使用料及び手数料 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（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第74条第2項の規定に基づく基準により算定した額 (3) 生活保護法（昭和25年法律第144号）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）その他の法令等により定める額 (4) (1)、(2) 及び (3) 以外のものについては、別に理事長が定める額 2 減免 理事長は、特別の理由があると認めるときは、使用料及び手数料の全部又は一部を減免することができる。		・19,471,953千円を徴収し、医業収益とした。	
			・なし	

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価
第5 その他業務運営に関する重要事項	第9 その他他地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館の業務運営並びに財務及び会計に関する規則（平成22年佐賀県規則第5号）で定める業務運営に関する事項	第9 その他他地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館の業務運営並びに財務及び会計に関する規則（平成22年佐賀県規則第5号）で定める業務運営に関する事項	(大項目自己評価〔評語〕) A A (理由) 各項目を以下のとおり自己評価したことからA A評価とした。 中項目1 県との連携 S 中項目2 地方債償還に対する負担 A 中項目3 病院施設の在り方 A	(大項目評価〔評語〕) A A (中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。) (理由) 中項目3項目中、A A評価が2項目、A評価が1項目であることから、評価をA Aとした。
1 県との連携	1 県との連携	1 県との連携	(中項目自己評価〔評語〕) S (理由) 以下の業務実績からS評価とした。 《業務実績》 ・適宜、県の施策に協力した。 ・性暴力被害者への相談支援等に対応する「性暴力救援センター・さが（さがmirai）」を当館内に設置している。県及び佐賀県DV総合対策センター等の関係機関と協同し、性別にかかわらず被害にあった全ての人にとって相談しやすい体制、MSWによる24時間支援体制を維持し、適切に対応した。（再掲） ・「佐賀県看取り普及啓発事業」への取組として、緩和ケア実務指導等の研修会を開催した。（再掲） ・唐津市民病院きたはたからの依頼を受け、引き続き医師派遣を行った。（令和7年度実績：98回）	(中項目評価〔評語〕) A A (中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。) ＜評価すべき点＞ ・佐賀県看取り普及啓発事業への取組として、緩和ケア実務指導等、適宜、県の取組に積極的に協力したことを評価した。
2 地方債償還に対する負担	2 地方債償還に対する負担	2 地方債償還に対する負担	(中項目自己評価〔評語〕) A (理由) 佐賀県に対して負担する債務の償還を行ったためA評価とした。 《業務実績》 ・上期は令和7年9月に816,277千円償還済 ・下期は令和8年3月に815,527千円償還済	(中項目評価〔評語〕) A (中期目標・中期計画の達成に向けて概ね順調に進んでいる。) ＜評価すべき点＞ ・県に対する地方債の償還に係る負担を計画通り遂行したことを評価した。
3 病院施設の在り方	3 病院施設の在り方	3 病院施設の在り方	(中項目自己評価〔評語〕) A (理由) 以下の業務実績からA評価とした。 《業務実績》 ・増改築工事において、令和8年3月26日に管理棟（増築部分）が竣工した。	(中項目評価〔評語〕) A A (中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。) ＜評価すべき点＞ ・増改築工事にて、管理棟の竣工をしたことを評価した。

第4期中期目標	第4期中期計画	令和7年度計画	法人の業務実績・自己評価	知事の評価						
人の将来の財務状況も考慮しながら、病院施設の計画的な整備に努めること。	を計画的に推進する。 (令和7年度予定) ○ 増築工事の実施	備を着実に推進する。 (令和7年度予定) ○ 増築工事の実施	・既存病院棟の改修工事において、令和7年8月11日にエントランスホール天井の耐震改修工事、令和7年12月24日に外来駐車場屋根増築工事が完了した。	・外来駐車場屋根増築工事の実施をしたことを評価した。						
	4 施設及び設備に関する事項	4 施設及び設備に関する事項	(中項目自己評価〔評語〕) A (理由) 以下の業務実績からA評価とした。							
	<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>・医療機器等整備</td><td>28億円</td><td>佐賀県長期借入金</td></tr><tr><td>・病院増築等整備</td><td>50億円</td><td>佐賀県長期借入金、自己資金等</td></tr></table> 備考 1 金額については、見込みである。 2 各事業年度の佐賀県長期借入金等の具体的な額については、各事業年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	・医療機器等整備	28億円	佐賀県長期借入金	・病院増築等整備	50億円
施設及び設備の内容	予定額	財源								
・医療機器等整備	28億円	佐賀県長期借入金								
・病院増築等整備	50億円	佐賀県長期借入金、自己資金等								
	5 積立金の処分にに関する計画		(中項目自己評価〔評語〕) A (理由) 以下の業務実績からA評価とした。							
			《業務実績》 ・前中期中目標期間繰越積立金について、中期計画で定めた使途に基づき、病院施設の整備・医療機器の購入に充てることとし、その整備・購入額のうち、自己資金で賄った部分に対応する減価償却費相当額を取り崩し、前中期中目標期間繰越積立金取崩額とした。 前中期中目標期間繰越積立金取崩額(698,247,164円)							

昨年度の知事の評価で指摘した課題、改善事項及びその対応状況など	・教育レベルの維持という観点から、複数の基幹施設を置くという基準が設けられている中で、今回、産婦人科の基幹型専門研修プログラムを廃止したことは、地方独立行政法人の役割を鑑みると、当該基幹型専門研修プログラムを維持した方が望ましいと考える。 →産婦人科の基幹型プログラムに関して、複数の基幹施設を置くという基準は都道府県の人口規模などが全く考慮されておらず、また、出生数の減少や産婦人科医志望者数の減少などの社会的情勢も背景にあると考える。 - 佐賀大学の産婦人科基幹型プログラムが定員4名に対して令和元年以降は専攻医が0～2名／年で推移しており、当館産婦人科基幹型プログラムは、定員1名に対して専攻医数は0名であった。当館は佐賀大学の連携施設であり、教育レベルという点では佐賀大学と連携して行うことで質の担保は確保しており、これまでも連携して専攻医教育を行なっている。佐賀大学医学部産婦人科医局において当館産婦人科専門研修プログラムは廃止と判断され、その申し出を令和6年度の佐賀県地域医療対策会議で承認された結果である。 ・薬剤費率・材料費率が目標未達成であるが、全国的に医薬品の供給不足及び物価高騰による影響がある中、積極的な価格交渉等を行い費用節減に努めていることは評価している。外的要因によるものであるが、引き続き中期計画の目標達成に努めていただきたい。 →後発品の大規模な供給停止に端を発する医薬品全体の供給不安は収束するどころか悪化の一途を辿っている。先発品の価格も高騰する中でコンサルティング会社やベンチマーキングデータを活用した価格交渉に取り組み、医薬品購入額としては増額となったが、一定の削減効果は得られる結果となった。 - 世界的な物価高騰という外的要因の中で目標達成のハードルは高いが、引き続き取り組んでいきたい。
監事等からの意見	【監事からの意見】 ・法人の業務は、法令等に従い適正に実施され、また、中期目標の着実な達成に向け、効果的かつ効率的に実施されているものと認めます。 ・法人の内部統制システムは、おおむね適切に整備運用されていると認めます。また、内部統制システムに関する役員の職務執行について、特段指摘すべき事項は認められません。 ・法人の役員の職務の遂行に関し、不正の行為又は法令等に違反する重大な事実は認められません。なお、役員と法人間の利益相反取引、役員の法人業務以外の金銭上の利益を目的とする業務の実施、重要な財産の取得、処分及び管理、法令違反行為並びに業務上の事故等についても役員の義務違反は認められません。
特記事項	特になし

(別紙) 第4 財務内容の改善に関する事項うち「予算、収支計画及び資金計画」

1 予算 (令和4～令和7年度)

区 分	令和4～7年度 中期計画 (百万円)	年度計画 (千円)	令和7年度		(参考) 令和6年度決算 (千円)	年度計画と実績の差 (千円)	年度計画と実績の差の主な理由 (乖離の大きいものを5つ程度、理由を記載すること)
			実績	計画			
収入							
営業収益	81,120	24,564,169	25,791,405	1,227,236	21,542,160		
医業収益	71,997	19,836,266	21,124,340	1,288,074	20,082,737		
	65,351	18,401,558	19,503,584	1,102,026	18,675,356		入院収益、外来収益の増
運営費負担金収益	5,244	1,037,509	1,029,099	△ 8,410	1,006,676		
補助金等収益	192	113,251	303,601	190,350	93,862		貸上げ・物価上昇に対する支援事業補助金による増
寄附金収益	0	0	0	0	0		
受託収益	400	62,582	68,839	6,257	68,803		
看護師等養成所収益	810	221,366	219,216	△ 2,150	238,040		
営業外収益	665	190,342	245,936	55,594	235,762		
運営費負担金収益	325	80,806	83,807	3,001	83,744		
貸倒引当金戻入	0	0	0	0	0		
その他営業外収益	340	109,536	162,130	52,594	152,018		利息収入の増
臨時収益	0	0	0	0	1,325		
資本収入	8,458	4,537,561	4,421,129	△ 116,432	1,222,336		
運営費負担金収益	2,858	757,361	733,929	△ 23,432	733,336		
長期借入金	5,600	3,779,000	3,686,000	△ 93,000	489,000		増築に係る起債額の減
その他資本収入	0	1,200	1,200	0	0		
その他の収入	0	0	0	0	0		
支出							
営業費用	82,770	26,656,524	28,195,172	1,538,648	21,969,698		
医業費用	68,145	19,794,227	21,197,836	1,403,609	19,781,210		
	64,017	18,516,161	19,978,094	1,461,933	18,575,989		
給与費	32,758	8,829,993	8,858,614	28,621	8,363,051		給料(医業)の増
材料費	19,030	6,572,553	7,306,018	733,465	6,644,774		医薬品費、診療材料費の増
研究研修費	312	133,248	93,183	△ 40,065	85,819		
経費	11,917	2,980,367	3,720,279	739,912	3,482,345		委託費の増
一般管理費	3,278	1,057,372	1,008,540	△ 48,832	976,864		
看護師等養成所	850	220,694	211,202	△ 9,492	228,357		
営業外費用	649	161,613	167,539	5,926	188,716		
臨時損失	0	0	0	0	0		
資本支出	13,976	6,700,684	6,829,798	129,114	1,999,772		
建設改良費	8,200	5,180,558	5,356,540	175,982	528,250		
長期借入金償還金	5,716	1,514,726	1,467,858	△ 46,868	1,466,672		
貸付金	60	5,400	5,400	0	4,850		

(注) ・建設改良費及び長期借入金の償還金(元金)に充当される運営費負担金については、経常費助成のための運営費負担金とする。

・予算：県会計の収支予算に該当するもの(収益的収支、資本的収支をあわせて、発生主義に基づき作成する)

・百の位で四捨五入し、千円単位で表記しているため、合計額が含まない箇所がある。

2 収支計画（令和4～令和7年度）

区 分	令和4～7年度 中期計画 (百万円)	令和7年度		(参考) 令和6年度決算 (千円)	年度計画と実績の差 (千円)	年度計画 (千円)	実績 (千円)	年度計画と実績の差 (千円)	年度計画と実績の差の主な理由 (乖離の大きいものを5つ程度、理由を記載すること)
		年度計画 (千円)	実績 (千円)						
収益の部	75,520	20,873,951	22,187,554	21,159,238	1,313,603				
営業収益	74,855	20,683,609	21,950,562	20,930,119	1,266,953				
医業収益	65,351	18,401,558	19,471,953	18,643,921	1,070,395				入院収益、外来収益の増
運営費負担金収益	5,244	1,037,509	1,029,099	1,006,676	△ 8,410				
資産見返補助金等戻入	2,858	841,547	864,134	885,089	22,587				
補助金等収益	192	113,251	301,546	92,026	188,295				賃上げ・物価上昇に対する支援事業補助金による増
寄附金収益	0	0	2,111	1,895	2,111				
受託収益	400	62,582	62,583	62,552	1				
看護師等養成所収益	810	227,162	219,136	237,960	△ 8,026				
営業外収益	665	190,342	236,992	227,914	46,650				
運営費負担金収益	325	80,806	81,973	83,744	1,167				
その他営業外収益	340	109,536	155,019	144,170	45,483				
臨時収益	0	0	0	1,205	0				
費用の部	75,515	21,570,448	21,998,014	20,840,892	427,566				
営業費用	74,866	21,408,835	21,829,032	20,652,177	420,197				
医業費用	69,974	19,925,703	20,429,985	19,303,874	504,282				給料（医業）の増
給与費	32,318	8,829,993	8,852,527	8,356,768	22,534				医薬品費、診療材料費の増
材料費	19,030	6,572,553	6,643,483	6,036,997	70,930				
減価償却費	6,397	1,406,072	1,375,697	1,581,060	△ 30,375				
研究研修費	312	133,248	86,762	80,364	△ 46,486				
経費	11,917	2,983,837	3,471,516	3,248,685	487,679				委託費の増
一般管理費	3,518	1,079,155	1,022,865	993,981	△ 56,290				
看護師等養成所費用	850	227,011	214,758	229,517	△ 12,253				
資産に係る控除対象外消費税等償却	524	176,966	161,424	124,805	△ 15,542				
営業外費用	649	161,613	167,538	188,715	5,925				
臨時損失	0	0	1,444	0	1,444				
純利益（純損失）	5	△ 696,497	189,540	318,346	886,037				
前中期目標期間繰越積立金取崩額	0	0	698,247	746,353	698,247				
総利益（総損失）	0	0	887,787	1,064,699	887,787				

(注) ・建設改良費及び長期借入金の償還金（元金）に充当される運営費負担金については、経常費助成のための運営費負担金とする。

・収支計画：企業会計の損益計算書に該当するもの（収益的収支について、発生主義に基づき作成する。）

・百の位で四捨五入し、千円単位で表記しているため、合計額が合わない箇所がある。

3 資金計画（令和4～7年度）

区 分	令和4～7年度 中期計画 (百万円)	令和7年度		(参考) 令和6年度決算 (千円)	年度計画と実績の差 (千円)	年度計画と実績の差 (千円)	年度計画と実績の差の主な理由 (乖離の大きいものを5つ程度、理由を記載すること)
		年度計画 (千円)	実績 (千円)				
資金収入	85,008	29,001,478	37,856,070	32,948,534	8,854,592		
業務活動による収入	72,663	20,026,608	21,822,259	19,663,548	1,795,651		
診療報酬による収入	65,351	18,401,558	19,954,694	18,068,482	1,553,136		
運営費負担金による収入	6,149	1,273,005	1,203,843	1,130,114	△ 69,162		
補助金等収入	192	113,309	312,923	90,635	199,614		
その他の業務活動による収入	971	238,736	350,799	374,317	112,063		
投資活動による収入	2,858	758,561	8,252,394	8,241,589	7,493,833		
運営費負担金による収入	2,858	757,361	743,648	739,518	△ 13,713		
その他の投資活動による収入	0	1,200	7,508,746	7,502,071	7,507,546		定額預金の満期に伴う増
財務活動による収入	5,600	3,779,000	3,686,000	489,000	△ 93,000		
長期借入による収入	5,600	3,779,000	3,686,000	489,000	△ 93,000		
その他の財務活動による収入	0	0	0	0	0		増築に係る起債額の減
前年度からの繰越金	3,887	4,437,309	4,095,417	4,095,417	△ 341,892		
資金支出	85,006	29,001,478	37,856,068	32,948,533	8,854,590		
業務活動による支出	67,944	19,955,840	23,435,001	19,316,319	3,479,161		
給与費支出	36,064	9,928,692	12,529,016	9,613,300	2,600,324		
材料費支出	19,030	6,572,553	7,080,243	6,056,094	507,690		手当及び賞与の増
その他の業務活動による支出	12,850	3,454,595	3,825,742	3,646,925	371,147		
投資活動による支出	8,260	5,185,958	5,293,082	8,070,125	107,124		
有形固定資産の取得による支出	8,200	5,180,558	2,266,070	1,004,495	△ 2,914,488		
奨学金の貸付による支出	60	0	5,400	4,850	5,400		
その他の投資活動による支出	0	5,400	3,021,612	7,060,780	3,016,212		定期預金の預け替えに伴う増
財務活動による支出	5,716	1,514,726	1,467,858	1,466,672	△ 46,868		
長期借入金の返済による支出	0	1,484,252	1,437,385	1,436,786	△ 46,867		
移行前地方債償還債務の償還による支出	5,716	30,474	30,473	29,886	△ 1		
その他の財務活動による支出	0	0	0	0	0		
次年度への繰越金	3,086	2,344,954	7,660,127	4,095,417	5,315,173		

(注) ・建設改良費及び長期借入金の償還金（元金）に充当される運営費負担金については、経常費助成のための運営費負担金とする。

- ・資本計画：現金の収入、支出を業務、投資、財務の活動区分別に表すもの。
- ・百の位で四捨五入し、千円単位で表記しているため、合計額が合わない箇所がある。

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館評価実施要領

第1 趣旨

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館（以下「法人」という。）に係る地方独立行政法人法（平成15年法律第118号。以下「法」という。）第28条における設立団体の長による業務の実績の評価（以下「評価」という。）の実施に当たっては、以下に示した評価方針、評価方法等により実施する。

第2 用語の定義

この要領において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 年度評価 法第28条第1項各号に掲げる各事業年度における業務の実績の評価
- (2) 中期目標期間評価 法第28条第1項第2号及び第3号に掲げる中期目標期間における業務の実績の評価
- (3) 見込評価 法第28条第1項第2号における中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績の評価
- (4) 期間実績評価 法第28条第1項第3号における中期目標の期間における業務の実績の評価

第3 評価の基本方針

評価は、次の基本方針により行うものとする。

- (1) 評価は、主として中期目標・中期計画の達成状況を確認する観点から行い、法人の組織、業務等の改善が期待される事項等を明らかにすることにより、次期中期目標の策定、中期目標の変更を含めた業務運営の改善等に資することを目的とする。
- (2) 評価を通じて、法人の中期目標・中期計画の達成に向けた取組状況やその成果を分かりやすく示し、県民への説明責任を果たすものとする。
- (3) 評価に関する作業が、法人の過重な負担とならないよう留意するものとする。

第4 評価の実施方法

評価は、次の実施方法により行うものとする。

- (1) 地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館の業務運営並びに財務及び会計に関する規則（平成22年規則第5号）第8条に定める報告書（以下「業務実績報告書」という。）は、別添様式とする。
- (2) 法人は、知事から第2に掲げる評価をそれぞれ受けるに当たって、第5に定めるところにより、業務実績報告書を作成し、知事に提出する。
- (3) 知事は、第6に定めるところにより、「項目別評価」及び「総合評価」を実施する。
- (4) 中期計画第4から第8に係る項目（短期借入金、財産処分、譲渡又は担保、剰余金及び料金に関する項目）については、業務運営の改善及び効率化に関する事項並びに財務内容の改善に関する事項についての評価の際の参考として実績を記載し、項目別評価の対象としない。

第5 法人の自己評価

1 年度評価

(1) 業務実績報告書を記載するに当たっての留意事項

法人は、次の事項に留意し、中期計画の項目ごとに、業務の達成状況や業績の内容等について業務実績報告書に記載する。

ア 業務実績報告書の記載に当たっては、できる限り客観的な情報・データを用いて具体的に記載する。

イ 当該年度の数値目標を設定している場合は、実績値（当該項目に関する取組状況も含む。）を記載し、実績値が目標値に達しない場合には、その理由及び次年度以降の見通しを併せて記載する。

ウ 数値目標を設定していない場合は、当該年度における取組みの実績を記載し、その実績が年度計画で定めた目標に達していない場合は、その理由及び次年度以降の見通しを併せて記載する。

エ 業務の達成状況、自己評価の理由等の記載と併せて、特筆すべき事項があれば、特記事項欄に記載する。

特記事項に記載すべきものは、次のとおりである。

（ア）中期計画には記載していなかったが、力を入れて取り組んだもの

（イ）自己評価の過程で、中期計画を変更する必要がある場合又は変更について検討する必要があると考えられる場合は、その状況及び理由（外的要因を含む。）

（ウ）その他知事に報告すべき法人運営の状況等

オ その他必要に応じて、資料を添付する。

(2) 項目別評価

ア 小項目評価

法人は、年度計画の小項目ごと（小項目が設定されていない場合は中項目ごと）に、別表1の評価基準により業務の進捗状況を5段階で自己評価するとともに、その判断理由を記載する。

イ 大項目評価

法人は、小項目評価の結果等を踏まえ、年度計画の大項目ごとに、別表1の評価基準により業務の進捗状況を5段階で自己評価するとともに、その判断理由を記載する。

(3) 総合評価

法人は、項目別評価の結果等を踏まえ、業務の実施状況、財務状況及び法人のマネジメントの観点から、別表1の評価基準により年度計画の進捗状況を5段階で自己評価するとともに、その判断理由を記載する。

2 中期目標期間評価（見込評価及び期間実績評価）

(1) 業務実績報告書を記載するに当たっての留意事項

法人は、次の事項に留意し、中期計画の項目ごとに、業務の達成状況や業績の内容等について業務実績報告書に記載する。

ア 業務実績報告書の記載に当たっては、できる限り客観的な情報・データを用いて具体的に記載する。

イ 数値目標を設定している場合は、実績値（当該項目に関する取組状況も含む。）を記載し、実績値が目標値に達しない場合には、その理由及び中期計画最終年度又は次期中期目標期間の見通しを併せて記載する。

ウ 数値目標を設定していない場合は、当該中期目標期間における取組の実績を記載し、その実績が中期計画で定めた目標に達していない場合は、その理由及び中期計画最終年度又は次期中期目標期間以降の見通しを併せて記載する。

エ 業務の達成状況、自己評価の理由等の記載と併せて、特筆すべき事項があれば、特記事項欄に記載する。

特記事項に記載すべきものは、次のとおりである。

（ア）中期計画には記載していなかったが、力を入れて取り組んだもの

（イ）自己評価の過程で、次期中期計画を変更する必要がある場合又は変更について検討する必要があると考えられる場合は、その状況及び理由（外的要因を含む。）

（ウ）その他知事に報告すべき法人運営の状況等

オ その他必要に応じて、資料を添付する。

（２）項目別評価

ア 小項目評価

法人は、中期計画の小項目ごと（小項目が設定されていない場合は中項目ごと）に、別表２の評価基準により中期計画の達成状況を５段階で自己評価するとともに、その判断理由を記載する。

イ 大項目評価

法人は、小項目評価の結果等を踏まえ、中期計画の大項目ごとに、別表２の評価基準により中期計画の達成状況を５段階で自己評価するとともに、その判断理由を記載する。

（３）総合評価

法人は、項目別評価の結果等を踏まえ、業務の実施状況、財務状況及び法人のマネジメントの観点から、別表２の評価基準により中期計画の達成状況を５段階で自己評価するとともに、その判断理由を記載する。

第６ 評価委員会による調査審議及び知事による評価

１ 評価委員会による調査審議

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館評価委員会（以下「評価委員会」という。）は、地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館評価委員会条例（平成２０年佐賀県条例第５４号）第２条第２号の規定による知事からの諮問に応じ、法人から提出された業務実績報告書等を基に、業務の実績等の評価について調査審議を行う。

２ 知事による評価

（１）項目別評価

知事は、法人の自己評価及び上記１の評価委員会による調査審議を踏まえ、特記事項の内容等を総合的に勘案し、中期目標の項目ごとに、年度評価においては別表３の、中期目標期間評価においては別表４の評価基準により５段階で評価するとともに、その判断理由を記載する。

(2) 総合評価

知事は、項目別評価の結果等を踏まえ、中期目標・中期計画の進捗又は達成状況全体を、業務の実施状況、財務状況及び法人のマネジメントの観点から、年度評価においては別表3の、中期目標期間評価においては別表4の評価基準により5段階で評価するとともに、その判断理由を記載する。また、組織・業務運営等に関して改善すべき事項がある場合は、当該事項について記載する。

(3) 留意すべき点

評価を実施するに当たっては、法人を取り巻く諸事情等を勘案し、総合的に判断するものとする。

第7 評価の進め方

- (1) 法人は業務実績報告書を作成し、知事に提出する。【6月末日まで】
- (2) 知事は、評価案について評価委員会に諮問する。評価委員会は、業務実績報告書等を基に法人からのヒアリング等により調査審議を行う。【7・8月中旬】
- (3) 知事は、評価委員会の調査審議を踏まえた上で、評価案を取りまとめ、法人に意見申立ての機会を付与する。【8月下旬】
- (4) 知事は、評価を決定し、その結果を法人に通知し、公表するとともに、評価結果を議会に報告する。【9月頃】

第8 その他

- (1) 評価結果は、法人の業務改善及び役員の処遇に評価結果を活用する。
- (2) 本実施要領については、必要に応じ、法人との協議を経て見直すことができるものとする。

附 則

この要領は、平成30年4月1日以降に実施する評価から適用する。

附 則

改正後の要領は、平成31年4月1日以降に実施する評価から適用する。

別表 1（要領第 5-1-（2）及び（3）関係）

評語	評価の基準
S	年度計画を大幅に上回って実施している。（達成度が概ね 120%以上の場合）
AA	年度計画を上回って実施している。（達成度が概ね 100%超 120%未満の場合）
A	年度計画を概ね実施している。（達成度が概ね 90%以上 100%以下の場合）
B	年度計画を十分に実施していない。（達成度が概ね 60%以上 90%未満の場合）
C	年度計画を大幅に下回っている。（達成度が概ね 60%未満の場合）

別表 2（要領第 5-2-（2）及び（3）関係）

評語	評価の基準
S	中期計画を大幅に上回って実施している。（達成度が概ね 120%以上の場合）
AA	中期計画を上回って実施している。（達成度が概ね 100%超 120%未満の場合）
A	中期計画を概ね実施している。（達成度が概ね 90%以上 100%以下の場合）
B	中期計画を十分に実施していない。（達成度が概ね 60%以上 90%未満の場合）
C	中期計画を大幅に下回っている。（達成度が概ね 60%未満の場合）

別表 3（要領第 6-2-（2）及び（3）関係）

評語	評価の基準
S	中期目標・中期計画の達成に向けて特筆すべき進捗状況にある。
AA	中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。
A	中期目標・中期計画の達成に向けて概ね順調に進んでいる。
B	中期目標・中期計画の達成のためにはやや遅れている。
C	中期目標・中期計画の達成のためには重大な改善事項がある。

別表 4（要領第 6-2-（2）及び（3）関係）

評語	評価の基準
S	中期目標・中期計画について、特筆すべき達成状況にある。
AA	中期目標・中期計画について、目標どおり達成している。
A	中期目標・中期計画について、概ね目標どおり達成している。
B	中期目標・中期計画について、十分に達成しているとは言えない。
C	中期目標・中期計画について、全く達成していない。