

1

内 容 項 目		令和 7 (2025) 事業年度							第 4 期中期目標期間 見込							参 考 (過去評価結果)					
		法人 自己 評価	委員評価					委員会 評価	法人 自己 評価	委員評価					委員会 評価	第 4 期 (年度)					
			A 委員	B 委員	C 委員	D 委員	E 委員			評価に係るコメント (判断理由、評価の意見 等)	A 委員	B 委員	C 委員	D 委員		E 委員	評価に係るコメント (判断理由、評価の意見 等)	委員会 評価	R5 (2023)	R6 (2024)	
2 高度な総合的 医療の推進									B								B	B	救急受け入れ件 数が増加、救急 医療提供体制の 改善や、災害や 新興感染症等の 発生に備えた体 制整備ほか、予 防医療やその他 政策医療等、行 政と連携した幅 広い取組が行わ れている。ポスト コロナにおいて、 急性期病棟の稼 働率が目標を下 回っており、急性 期医療を軸にし た診療内容の充 実を図る必要が ある。	B	救急応需依頼の 増加により、救 急受入件数は過 去最高となり、 地域の二次救急 医療に貢献した ことは評価でき るが、救急お断 り率の未達につ いては分析と対 応が必要であ る。また、行政 と連携強化を図 りながら、災害 発生時等に備え た体制整備など 、政策的医療の 推進に取り組ん だ。
(1) 急性期医療を核 とした総合的な 医療の提供		4	3	3	4	4	3		3	4	4	3	4	4	3		3	3			
(2) 救急医療の推進		2	2	3	2	2	2		3	3	3	3	3	3	3		3	4			
(3) 災害および感染 症発生時その他 政策医療への対 応		3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3	3		3	3			

内 容 項 目		令和 7 (2025) 事業年度							委員会 評価	第 4 期中期目標期間 見込								委員会 評価	参 考（過去評価結果）	
		法人 自己 評価	委員評価					評価に係るコメント （判断理由、評価の意見 等）		法人 自己 評価	委員評価					評価に係るコメント （判断理由、評価の意見 等）	第 4 期（年度）			
			A 委員	B 委員	C 委員	D 委員	E 委員				A 委員	B 委員	C 委員	D 委員	E 委員		R5 (2023)		R6 (2024)	
	3 地域とともに 推進する医療の提 供								B								B	ポストコロナに おいて地域との 交流活動の再開 や認定看護師同 行訪問など、連 携強化に努めて いる。今後も地 域の中核病院と して、法人の主 体的な取組によ り、地域の医 療・介護・福祉 関係者との関係 づくりのさらな る構築に期待し たい。		
	地域医療支援病 (1) 院としての役割 の強化	4	4	4	4	4	4		4	4	4	4	4	4		4	3			
	地域共生社会に (2) おける役割の推 進	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	4	3		3	3			
	地域社会や地域 (3) の諸団体との交 流	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	4	3		3	3			

内 容 項 目		令和 7 (2025) 事業年度						委員会 評価	第 4 期中期目標期間 見込								委員会 評価	参 考 (過去評価結果)			
		法人 自己 評価	委員評価						法人 自己 評価	委員評価					評価に係るコメント (判断理由、評価の意見 等)	委員会 評価		第 4 期 (年度)			
			A 委員	B 委員	C 委員	D 委員	E 委員			A 委員	B 委員	C 委員	D 委員	E 委員				R5 (2023)	R6 (2024)		
第 2 の II 市民に対して提供 するサービスの質 の向上に関する事 項	4 利用者本位の医 療サービスの提供								B								B	B	ご意見箱による 意見聴取や患者 満足度調査を行 い、患者ニーズ の的確な把握と 対応に努めている。 セカンドオ ピニオンの受入 体制を整備する とともに、ソフ ト面だけでなく ハード面も含め、 各種取組の 成果を分析し、 改善へ繋げる取 組の継続が重要 である。	B	患者満足度調査 の実施等によ り、患者ニーズ の把握に努めて いる。施設老朽 化に伴う微細な 受療環境の整備 や、接遇研修、 手話教室等を通 じたユニバーサ ルマナーのスキ ル向上など、 ハード・ソフト 面ともに、ス ピード感を持っ て改善に取り組 まれない。
	(1) 医療における信 頼と納得の実現	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
	(2) 利用者本位の サービスの向上	4	4	3	4	4	4		3	4	4	3	4	3	4		3	3			
		・ 総合相談窓口の運用、ACP委員会による意思決定支援教育を実施している。セカンドオピニオン受入体制の整備方針は今後に期待する。 ・ 総合相談窓口の運用による成果やACO委員会による活動成果を実績評価できる指標等を検討していただきたい。活動内容から計画通りと評価。 ・ 患者相談窓口を担当する職員だけでなく、職員全員が相談に応じられるよう、日頃から研鑽を積み、対応力の向上に努めることが望まれる。 ・ 患者エンパワーメントは今後の医療経営の重要な課題であり、市民病院がこの問題に取り組んでいることは相応の評価に値する。今後は、さらに多くの具体的な施策の展開が期待される。 ・ 年度計画に沿って医療相談の充実を図っているが、実施状況についてはより具体的に記述することが望まれる。							・ 総合相談窓口の運用、医療接遇セミナー、ACP委員会による意思決定支援教育を実施している。セカンドオピニオン受入体制の整備に期待する。 ・ 総合相談窓口の運用による成果やACO委員会による活動を行うことができていることから、計画どおりと評価。 ・ 厚生労働省が提唱する「人生会議（ACP）」の考え方を、職員全員に深く浸透させてほしい。 ・ 潜在的な患者や一般市民への広報がこの点では非常に重要で、その具体的な取り組みや進捗を把握するための関連指標の設定を充実させることが求められます。 ・ 中期計画に沿って医療相談の充実を図っているが、実施状況についてはより具体的に記述することが望まれる。												
		・ 患者満足度が入院86.7%・外来80.4%へ向上し全国平均を上回る。Wi-Fi整備や聴覚障害者支援ボード配置等、具体的な改善が多く計画を上回る。 ・ 患者満足度調査の総合評価の割合が昨年度より増え、全国平均を上回っているが、患者ニーズに適切に対応できているという評価に繋がっているのかは不明なため、計画通りと評価。 ・ 老朽化が進む施設において、患者が少しでも快適に利用できるよう、環境整備に努めていただきたい。 ・ 施設の老朽化は大きな問題であるものの、患者に十分に寄り添った医療が提供されていることが事業内容や患者からの謝意から読み取れる。 ・ 患者満足度調査で入院・外来ともに8割を超える高い数値だったこと等を踏まえ、計画を上回っていると評価した。ただし、検討中の課題等については迅速に対応することが望まれる。							・ 患者満足度が入院86.7%・外来80.4%と3年連続で向上し全国平均を上回る。Wi-Fi拡大等ニーズを踏まえた改善が具体的であり、計画を上回る成果である。 ・ フリーWi-Fiの拡大など、患者サービス向上を図り、患者満足度調査が全国平均を上回っているが、調査結果の具体的な提示がなく、年度評価を踏まえて、計画どおりと評価。 ・ 患者満足度調査の評価が毎年向上していることは素晴らしい。聴覚障害者への対応を職員全員が習得することは容易ではないと思うが、対応力の向上に向けて努力を続けてほしい。 ・ 患者との良き関係性の形成を通じて、医学的に好ましくない患者からの要望に対してはきちんとその理由を示して謝絶するなどの医療関係者としての毅然とした態度も求められます。 ・ 患者満足度調査で入院・外来ともに年々満足度が上がり、2025年度は8割を超えたこと等を踏まえ、計画を上回っていると評価した。ただし、検討中の課題等については迅速に対応することが望まれる。												

(1) チーム医療と院内連携の推進

内 容 項 目		令和 7 (2025) 事業年度						委員会 評価	第 4 期中期目標期間 見込						委員会 評価	参 考 (過去評価結果)					
		法人 自己 評価	委員評価						法人 自己 評価	委員評価						委員会 評価	第 4 期 (年度)				
			A 委員	B 委員	C 委員	D 委員	E 委員			A 委員	B 委員	C 委員	D 委員	E 委員			R5 (2023)	R6 (2024)			
6 上	医療の質の向								B								A	B	各種委員会によるラウンドやモニタリングなど医療安全確保と感染防止対策の徹底、また各種学会や研修会への積極的な参加、TQM活動をはじめとする業務改善に取り組んでいる。	B	医療安全管理室や感染対策室を中心としたインシデントへの対応や感染防止対策、また、各種学会や研修会への積極的な参加、TQM活動を基にした業務の標準化など、医療の質の向上に努めている。
	(1) 医療安全や感染防止対策の徹底	3	3	3	3	4	3		3	4	4	3	4	3	3		4	3		3	
	(2) 質の向上のための取組の強化	3	3	3	3	3	3		3	4	4	3	4	3	3		4	4		3	
		・ 報告文化の醸成により報告件数が増加（4,690→6,504件）、研修受講率100%、転倒転落損傷率も目標を達成している。 ・ インシデント・アクシデントの発生の把握と対策を実施しているが、適切に対策が行われているのかが不明であるため、その点を自己評価していただきたいが、対応実績から計画通りと評価。 ・ インシデントの報告が増えており諸施策の徹底が強く意識されている現状が読み取れる。 ・ 年度計画に沿って取り組みを行っているため、計画通りと評価した。							・ Safety-Ⅱに基づく安全文化の醸成により報告件数が増加し、転倒転落損傷率は目標0.08%以下を継続達成しており、計画を上回る取組である。 ・ 医療安全管理室や感染対策室を中心としたインシデントへの対応や感染防止対策に取り組んでいることから、計画どおりと評価。対策による改善が成果として示されると良い。 ・ インシデンスレベル0が増加しているのは職員の医療安全に対する意識が向上したものと考える。 ・ 医療事故の回避は市民病院の信頼性の担保となるもので、職員一丸となった取り組みが求められます。 ・ 年度計画に沿って取り組みを行っているため、計画通りと評価した。							B		B			
		・ ISO9001認証の継続、クリニカルパス改訂161件・適用率55.5%への向上等の取組を実施している。 ・ TQM活動報告件数が昨年度19件、今年度14件となっていることをどのように分析しているのかの評価があると良いが、計画通りと評価。 ・ QC、TQC、TQM相互の関係を意識して研修や報告会等のセッティングを行うことが期待される。 ・ 年度計画に沿って取り組みを行っているため、計画通りと評価した。							・ TQM活動による3年間の収益改善は約3,000万円と推定される。ISO認証継続やパス適用率向上は評価できるが、軽微な不適合への改善を期待する。 ・ 各種学会や研修会への積極的な参加、TQM活動を基にした業務の標準化など、医療の質の向上に努めているが、成果が不明なため、計画どおりと評価。 ・ 学会発表などが増えている。 ・ 医療の質を多面的（患者の視点・医師の視点・看護師の視点・社旗の視点など）にとらえ、複眼的に医療の質向上問題に取り組むことが重要です。 ・ 中期計画に沿って取り組みを行っているが、3年間におけるTQM活動による収益面での貢献は評価できる。							4		3			

内 容 項 目		令和 7 (2025) 事業年度							委員会 評価	第 4 期中期目標期間 見込								委員会 評価	参 考 (過去評価結果)		
		法人 自己 評価	委員評価					評価に係るコメント (判断理由、評価の意見 等)		法人 自己 評価	委員評価					評価に係るコメント (判断理由、評価の意見 等)	委員会 評価		第 4 期 (年度)		
			A 委員	B 委員	C 委員	D 委員	E 委員				A 委員	B 委員	C 委員	D 委員	E 委員				R5 (2023)	R6 (2024)	
第 3 業務 運営 の改 善お よび 効率 化に 関す る事 項	1 医療職等が集まり成長する人材マネジメント								B									B	看護師採用試験特別推薦制度の導入や研修医の増員などの人材確保、休暇の取得や多様な働き方を可能とするワークライフバランスの推進に努めた。能力向上を目的とした支援制度や人事評価制度を効果的に活用し職員のモチベーション向上に繋げることが重要である。	B	人材の確保や育成に努めつつ、新たな取組として、課題抽出のための職員満足度調査を実施している。今後、回答率の向上を図りながら調査を継続するとともに、分析を踏まえた課題解決に向けて取り組まれたい。
	(1) 必要な人材の確保と定着	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3	3	3		3		3	
	(2) 魅力ある人材育成システム	3	3	2	3	2	2		2	2	2	2	2	2	2		2	3		3	
	(3) 人事評価制度の構築と活用	3	3	2	3	2	2		2	2	2	2	2	2	2		2	3		3	

内 容 項 目		令和 7 (2025) 事業年度							第 4 期中期目標期間 見込							参 考 (過去評価結果)														
		法人 自己 評価	委員評価					評価に係るコメント (判断理由、評価の意見 等)	委員会 評価	法人 自己 評価	委員評価					評価に係るコメント (判断理由、評価の意見 等)	委員会 評価	第 4 期 (年度)												
			A 委員	B 委員	C 委員	D 委員	E 委員				A 委員	B 委員	C 委員	D 委員	E 委員			R5 (2023)	R6 (2024)											
2 経営管理機能の充実									B								B	B	新体制において、役員の役割と責任を明確化し、情報共有を図りながら、法人業務の適正な執行に努める必要がある。次世代の経営管理人材の育成、その他経営管理機能の充実については、引き続き推進されたい。	B	B S Cを用いた病院運営や多職種で構成される各種委員会などを通じて病院運営能力の向上に努めるなど、経営管理機能の充実に向けた取り組みが行われている。今後は、法人の経営方針やビジョンについて全職員への浸透を図られたい。									
(1) 役員の責務		3	3	3	3	3	3	・ 理事長不在の中、副理事長が職務代理として運営を維持し、役員責務の文書化等により役割と責任を明確化している。 ・ 理事長職が不在な中、各役員の責務を共有するなど、組織運営に取り組んでいることから、計画通りと評価。 ・ 既存のガバナンス構造の枠内では、適切に運営されていると評価できます。 ・ 内部統制機能の長でもある理事長について不在期間がないように努める必要がある。	3	3	3	3	3	2	3	・ 理事長不在の中でも副理事長を職務代理として運営を継続し、役員責務の文書化や内部統制システムの運用を実施している。 ・ 新体制で病院運営に努めていることから、計画どおりと評価。 ・ 成長型マインドセットをすべての役員が意識するなど、形式にとられない役員としての意識改革が求められる。 ・ 内部統制機能の長でもある理事長について不在期間がないように努める必要がある。	3	2	・ 目標管理シート（旧BSC）の期初作成への見直しにより、年度計画との連動性を確保する取組を実施している。 ・ 目標管理シートの作成時期を見直した結果、部門マネジメントがどのように変化したのかが不明瞭なため、計画通りと評価。 ・ 既存の内部統制の枠内においては適切に運営されていると判断できます。 ・ 年度計画に沿って管理運営体制の充実を図られているが、当年度の取組みについてより具体的に記述することが望まれる。	3	3	3	3	3	2	3	・ 目標管理シート（旧BSC）の期初作成への見直しによる年度計画との連動性確保、決議事項のカスケードダウン等を実施している。 ・ 各年度評価から、計画どおりと評価。 ・ 中間管理職の管理運営体制を強化するために、管理職のためのリーダーシップ研修やサーバントリーダーシップなどの新しい管理職像を意識した取り組みが求められる。 ・ 中期計画に沿って管理運営体制の充実を図られているが、当年度の取組みについてより具体的に記述することが望まれる。	3	3	3
(2) 管理運営体制の充実		3	3	3	3	3	3	・ 目標管理シート（旧BSC）の期初作成への見直しにより、年度計画との連動性を確保する取組を実施している。 ・ 目標管理シートの作成時期を見直した結果、部門マネジメントがどのように変化したのかが不明瞭なため、計画通りと評価。 ・ 既存の内部統制の枠内においては適切に運営されていると判断できます。 ・ 年度計画に沿って管理運営体制の充実を図られているが、当年度の取組みについてより具体的に記述することが望まれる。	3	3	3	3	3	2	3	・ 目標管理シート（旧BSC）の期初作成への見直しによる年度計画との連動性確保、決議事項のカスケードダウン等を実施している。 ・ 各年度評価から、計画どおりと評価。 ・ 中間管理職の管理運営体制を強化するために、管理職のためのリーダーシップ研修やサーバントリーダーシップなどの新しい管理職像を意識した取り組みが求められる。 ・ 中期計画に沿って管理運営体制の充実を図られているが、当年度の取組みについてより具体的に記述することが望まれる。	3	3	・ 医療経営人材育成プログラムの受講促進や組織横断的な活動を通じた管理職育成に取り組んでいる。 ・ 医療系の管理監督職の能力育成の実績が不明であるが、取り組まれている状況から、計画通りと評価。 ・ 従来にない斬新な発想で変化を好む人材の育成が、いささか遅れているように感じられる。 ・ 年度計画に沿って経営管理人材の育成と活用を図られているが、当年度の取組みについてより具体的に記述することが望まれる。	3	3	3	3	3	3	3	・ 大学院MBA取得や病院経営人材養成プランの受講、部署横断の人事異動など、経営管理人材の育成に取り組んでいる。 ・ 各年度評価から、計画どおりと評価。 ・ 市民から高い信頼と満足度を得るためには、他の医療機関や介護福祉施設等との短期的な人事交流などを通じて、より多様な人材の育成が可能になる体制整備が期待されます。 ・ 中期計画に沿って経営管理人材の育成と活用を図られているが、当年度の取組みについてより具体的に記述することが望まれる。	3	3	3
(3) 経営管理人材の育成と活用		3	3	3	3	2	3	・ 医療経営人材育成プログラムの受講促進や組織横断的な活動を通じた管理職育成に取り組んでいる。 ・ 医療系の管理監督職の能力育成の実績が不明であるが、取り組まれている状況から、計画通りと評価。 ・ 従来にない斬新な発想で変化を好む人材の育成が、いささか遅れているように感じられる。 ・ 年度計画に沿って経営管理人材の育成と活用を図られているが、当年度の取組みについてより具体的に記述することが望まれる。	3	3	3	3	3	3	3	・ 大学院MBA取得や病院経営人材養成プランの受講、部署横断の人事異動など、経営管理人材の育成に取り組んでいる。 ・ 各年度評価から、計画どおりと評価。 ・ 市民から高い信頼と満足度を得るためには、他の医療機関や介護福祉施設等との短期的な人事交流などを通じて、より多様な人材の育成が可能になる体制整備が期待されます。 ・ 中期計画に沿って経営管理人材の育成と活用を図られているが、当年度の取組みについてより具体的に記述することが望まれる。	3	3	・ TQM活動の定着は進んだが、経営方針への共感が52.7%（▲6.9pt）と低下しており、方針浸透への継続的な取組を期待する。 ・ 意識改革、職場風土改革がどのように行われているのか実態が不明なため、下回っていると評価。 ・ 現状の組織風土の継続は実現できているように評価される。 ・ 年度計画に沿って構造改革と組織風土改革の継続を図られているが、職員満足度調査の結果を詳細に分析し、より一層法人の基本理念等の浸透に努める必要がある。	2	2	2	3	2	2	2	・ TQM活動の定着は進んだが、経営方針への共感が52.7%と低下傾向にあり、職員の意識改革・組織風土改革の一層の推進が必要である。 ・ 各年度評価から、計画どおりと評価。ただし、職員に経営方針に共感しその達成に貢献している職員が5割であることをどう評価するか？ ・ 従前の組織風土に新しい息吹を吹き込み、変化の時代に対峙できる組織文化の形成を企図しなければならない。 ・ 中期計画に沿って構造改革と組織風土改革の継続を図られているが、職員満足度調査の結果を詳細に分析し、より一層法人の基本理念等の浸透に努める必要がある。	2	3	3
(4) 構造改革と組織風土改革の継続		3	3	2	3	3	2	・ TQM活動の定着は進んだが、経営方針への共感が52.7%（▲6.9pt）と低下しており、方針浸透への継続的な取組を期待する。 ・ 意識改革、職場風土改革がどのように行われているのか実態が不明なため、下回っていると評価。 ・ 現状の組織風土の継続は実現できているように評価される。 ・ 年度計画に沿って構造改革と組織風土改革の継続を図られているが、職員満足度調査の結果を詳細に分析し、より一層法人の基本理念等の浸透に努める必要がある。	2	2	2	3	2	2	2	・ TQM活動の定着は進んだが、経営方針への共感が52.7%と低下傾向にあり、職員の意識改革・組織風土改革の一層の推進が必要である。 ・ 各年度評価から、計画どおりと評価。ただし、職員に経営方針に共感しその達成に貢献している職員が5割であることをどう評価するか？ ・ 従前の組織風土に新しい息吹を吹き込み、変化の時代に対峙できる組織文化の形成を企図しなければならない。 ・ 中期計画に沿って構造改革と組織風土改革の継続を図られているが、職員満足度調査の結果を詳細に分析し、より一層法人の基本理念等の浸透に努める必要がある。	2	3	・ ハラスメント・個人情報保護研修、内部通報制度の運用、情報セキュリティ研修等を継続的に実施している。 ・ ハラスメント研修、個人情報保護研修など取り組まれており、情報セキュリティに関する自己点検を実施し、改善すべき点のフィードバックも行っていることから、計画通りと評価。 ・ コンプライアンスや個人情報保護に関する取り組みは実践されているようだが、その具体的な成果についての記載がない。 ・ 年度計画に沿って取り組みを行っているため、計画通りと評価した。	3	3	3	3	2	3	・ コンプライアンス研修や内部通報制度の運用に加え、不正接続監視等のセキュリティシステム導入による強化を実施している。 ・ 研修を通して、職員の意識・行動に働きかけていることから、計画どおりと評価。 ・ カスハラ問題についての対応が不十分である。 ・ 年度計画に沿って取り組みを行っているため、計画通りと評価した。	3	3	3	
(5) コンプライアンス(法令・行動規範の遵守)の強化		3	3	3	3	2	3	・ ハラスメント・個人情報保護研修、内部通報制度の運用、情報セキュリティ研修等を継続的に実施している。 ・ ハラスメント研修、個人情報保護研修など取り組まれており、情報セキュリティに関する自己点検を実施し、改善すべき点のフィードバックも行っていることから、計画通りと評価。 ・ コンプライアンスや個人情報保護に関する取り組みは実践されているようだが、その具体的な成果についての記載がない。 ・ 年度計画に沿って取り組みを行っているため、計画通りと評価した。	3	3	3	3	3	2	3	・ コンプライアンス研修や内部通報制度の運用に加え、不正接続監視等のセキュリティシステム導入による強化を実施している。 ・ 研修を通して、職員の意識・行動に働きかけていることから、計画どおりと評価。 ・ カスハラ問題についての対応が不十分である。 ・ 年度計画に沿って取り組みを行っているため、計画通りと評価した。	3	3	3											

内 容 項 目		令和 7 (2025) 事業年度						委員会 評価	第 4 期中期目標期間 見込						委員会 評価	参 考 (過去評価結果)				
		法人 自己 評価	委員評価						評価に係るコメント (判断理由、評価の意見 等)	法人 自己 評価	委員評価					評価に係るコメント (判断理由、評価の意見 等)	委員会 評価	第 4 期 (年度)		
			A 委員	B 委員	C 委員	D 委員	E 委員				A 委員	B 委員	C 委員	D 委員				E 委員	R5 (2023)	R6 (2024)
第 4 財務内容の改善に関する事項	1 業績管理の徹底								B								B	収入の確保や支出管理については、目標値を下回った項目が多かったものの、効率的な病床運営による診療実績の向上、デジタル化の推進や業務の効率化による経費削減及び労働生産性の向上に努めた。収入面では、医療収益は増加したが、患者数及び病床稼働率は目標値を大きく下回っている。収支構造のさらなる改善を図る必要がある。		
	(1) 診療実績の向上による収入の確保	3	2	3	3	2	3		3	3	3	3	2	3		3	3	支出面では、在庫管理の徹底や適正な労務管理により経費削減及び労働生産性の向上に努めたものの、各項目はすべて目標値を下回る結果となった。		
	(2) 支出管理などによる経費削減	3	3	3	3	2	2		2	2	2	3	2	2	2	2	3	収入面では、医療収益は増加したが、患者数及び病床稼働率は目標値を大きく下回っている。収支構造のさらなる改善を図る必要がある。		
	(3) 労働生産性の向上	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3	3	3	3			
	(4) 原価計算の活用	3	3	3	3	2	2		2	2	2	3	2	2	2	2	2			

内 容 項 目		令和 7 (2025) 事業年度							委員会 評価	第 4 期中期目標期間 見込								委員会 評価	参 考 (過去評価結果)			
		法人 自己 評価	委員評価					評価に係るコメント (判断理由、評価の意見 等)		法人 自己 評価	委員評価					評価に係るコメント (判断理由、評価の意見 等)	委員会 評価		第 4 期 (年度)			
			A 委員	B 委員	C 委員	D 委員	E 委員				A 委員	B 委員	C 委員	D 委員	E 委員				R5 (2023)	R6 (2024)		
	2 安定した経営 基盤の確立								C									C	B	経常収支については、赤字となったが、施設・設備の保全計画の策定や物品管理システムの運用等により計画的な投資を行い、不要な投資抑制を図った。	C	人件費・物価等の高騰や診療報酬の改定による影響もあるが、経常収支は大幅な赤字となったことから、より一層の経営努力による着実な改善が必要である。将来を見据え、計画的な投資と不要な投資の抑制を進め、安定した経営基盤を確立されたい。
	(1) 収支の改善	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2	2			2	3			
	(2) 計画的な投資	3	3	3	3	2	3		3	3	3	3	2	3				3	3			