地方独立行政法人 奈良県立病院機構
Nara Prefectural Hospital Organization

令和6年度　業務実績報告書

令和7年6月

地方独立行政法人奈良県立病院機構

○令和6年度　業務実績報告書　法人評価

（Ｒ６評価）Ｓ：２　Ａ：１０　Ｂ：３　Ｃ：０

大項目	中項目	取組項目	法人	総合	西和	リハ	看大	研修セ	本部
			R6	R6	R6	R6	R6	R6	R6
Ⅰ　最適な医療の提供	Ⅰ　患者の視点に立った医療サービスの提供	①患者満足の向上	A	A	A	A	－	－	－
		②ＩＳＯ９００１の認証登録		A	A	A	A	A	A
		③インシデント・アクシデント報告・要因分析		S	A	S	－	－	－
		④多職種によるチーム医療		A	A	A	－	－	－
	2　高度医療の提供	①低侵襲手術、放射線治療、化学療法	A	A	A	－	－	－	－
		②消化器病に係る医療体制		A	A	－	－	－	－
		③造血幹細胞移植（骨髄移植含む）		S	－	－	－	－	－
		④脳卒中・循環器病に係る救急体制		A	A	－	－	－	－
		⑤ＩＣＵ・ＣＣＵ・ＳＣＵの充実		A	A	－	－	－	－
	3　地域の医療拠点としての機能の充実	①ＥＲ体制の充実	S	A	－	－	－	－	－
		②応需件数の目標設定		S	S	－	－	－	－
		③小児救急、小児外科		A	A	－	－	－	－
		④ハイリスク妊婦、新生児の受入れ		A	－	－	－	－	－
		⑤急性期リハビリ		B	A	－	－	－	－
		⑥回復期リハビリ		－	－	A	－	－	－
		⑦感染症パンデミックへの対応		S	A	－	－	－	－
	4　新西和医療センターの移転・再整備の推進	①基本構想、基本計画による整備の推進	B	－	B	－	－	－	－
Ⅱ　地域の医療力向上への貢献	Ⅰ　地域の医療機関等との役割分担と連携強化	①病病連携、病診連携、病福連携	A	A	A	A	－	－	－
		②医療機関との更なる連携の推進		S	A	－	－	－	－
	2　地域の医療機能の向上のための支援	①学術集会、研修会等の開催	A	S	A	A	－	－	－
	3　医療ＤＸの推進	①３センターの医療情報システム基盤の統合、医療ＤＸの推進	A	－	－	－	－	－	A
	4　災害医療体制の強化	①業務継続計画（ＢＣＰ）の充実	A	S	A	A	－	－	－
		②ＤＭＡＴ隊員の養成		S	A	－	－	－	－
	5　県民への医療・健康情報等の提供	①医療・健康情報等の広報	A	S	A	A	－	－	－
		②公開講座等の開催		S	A	S	－	－	－
Ⅲ　優れた人材の確保・育成	Ⅰ　優れた医療人材の確保・育成	①初期臨床研修、専門医修練プログラムの充実	A	A	A	－	－	－	－
		②医療専門職教育研修センターの活動		－	－	－	－	A	－
		③奈良看護大学校の活動（教育レベルの向上・教育環境の充実）		－	－	－	A	－	－
	2　働き方改革の推進	①働きやすい職場づくり	A	A	A	A	A	A	A
		②超過勤務の縮減		A	A	A	A	A	S
		③タスクシェア・タスクシフト		B	A	A	－	A	－
	3　看護大学校の移転・再整備の推進	①基本構想、基本計画による整備の推進	B	－	－	－	B	－	－
	4　経営感覚、改革意欲に富んだ人材の確保・育成	①事務職員のマネジメント力の向上	A	－	－	－	－	－	A
Ⅳ　安定した法人経営	Ⅰ　ガバナンス体制の充実	①医療施設職員としての意識向上	S	A	A	A	A	A	A
		②マニュアル、規程の整備（ＩＳＯ関連）		S	A	A	A	A	A
		③組織文化の醸成		A	A	A	A	A	A
	2　安定した経営基盤の確立	①経営指標による管理、改善	B	A	A	A	－	－	A
		②医業収入増加、医業費用削減の方策		A	A	A	－	－	B
		③医療機器、設備整備計画		A	A	A	－	－	A
		④業務改善の取組み		A	A	A	－	－	A

大項目Ⅰ　最適な医療の提供
中項目Ⅰ　患者の視点に立った医療サービスの提供

◆取組項目①　患者満足の向上
◆取組項目②　ＩＳＯ９００１の認証登録
◆取組項目③　インシデント・アクシデント報告・要因分析
◆取組項目④　多職種によるチーム医療

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標

目標指標					
患者アンケート満足度					
所属			Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
３センター	入院	指標	90.9%	91.3%	93.0%
		実績			91.3%
	外来	指標	87.1%	85.4%	88.0%
		実績			83.9%

法人の評価		
年度	評価	総評
R6	A	○患者満足度調査では、入院・外来ともに目標を達成できなかった（入院 目標:93.0%→実績:91.3%、外来 目標:88.0%→83.9%）が、R5と同等の満足度を維持した。 ○診察（検査）の待ち時間について、総合・リハでは目標を達成できなかった（総合目標:25分→実績:32分、リハ目標:25分→実績:26分）が、西和では達成（目標:25分→実績:23分）した。 ○ISO9001の認証では、各所属とも登録継続が承認された。 ○インシデント・アクシデント報告について、総合では改善対策件数が目標を大きく上回り（目標:30件→実績:107件）、リハではポジティブインシデント報告数が大幅に増加(R4:57件→R5:181件→R6:732件)、西和では発生したインシデントの事例検討を行い再発防止策の院内周知を徹底した。 ○チーム医療について、総合では臨床工学技士によるチーム医療が推進、リハでは多職種間での情報共有の場である「リハトーク」が定着した。

取組項目①　患者満足の向上			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓十分な説明を行った上で、患者の意思を尊重して医療を提供します			
	評価指標	○インフォームド・コンセントに関する患者満足度調査を実施し、説明内容・説明対応を分析し改善【定性的】			
		総合、西和及びリハにおいて、令和6年度に実施する患者満足度調査からインフォームド・コンセントに関する質問を追加し、回答内容を分析し、改善に努めます			
		○診察（検査）の待ち時間【数値】			

総合			
区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	30分	30分	25分
実績			32分

西和			
区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	28分	25分	25分
実績			23分

リハ			
区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	28分	28分	25分
実績			26分

	総合	・患者満足度調査を実施し、待ち時間分析を行い短縮に向けて対策を検討 ・インフォームド・コンセント文書の新規作成や改訂、説明動画などを活用し、疾患と治療についての理解をより一層深める ・逆紹介を推進し、患者の待ち時間短縮を図る	・診察待ち時間短縮に向けて、11/8に外来患者満足度調査を実施 ・調査結果を把握し、待ち時間改善に向けて委員会で検討 ・入院で必要な物品紹介、病棟紹介の映像を作成し院内のデジタルサイネージで放映 ・治療内容の説明用動画を作成し、説明書にQRコードを添付し運用を開始	・外来患者数の増加に伴い、診察・検査までの待ち時間が増加 ・外来患者縮小に向けての検討が必要であり、今後委員会で検討し改善 ・デジタルサイネージの表示を患者にとって必要な情報となるよう、定期的に見直し	A

今年度の取組	西和	・インフォームド・コンセントに関する質問項目の内容について、患者サービス委員会で検討を行い、調査方法とともに検討 ・調査後回答内容を分析し、フィードバックした後、改善	・入院患者アンケートにインフォームド・コンセントに関する質問を加えたアンケート(案)を患者サービス委員会で検討、R7.4.1から実施し、回答内容を分析し改善に努めていく	・R7.4.1からインフォームド・コンセントに関する質問項目を加えたアンケートを実施予定 ・患者さんからの個別意見は診療科にフィードバックするとともに、説明内容・説明対応を分析し患者サービス委員会で改善方法について検討 ・インフォームド・コンセントに関しては患者サービスのみならず医療安全の観点からも重要と考え、患者アンケートの結果については医療安全からもフィードバックして意識的にインフォームド・コンセントの充実に努めるよう働きかけていく必要がある	A
	リハ	・患者満足度調査の分析及び改善策の検討 ・ホスピタリティ向上となる職員の自発的な取り組みを促進する病院独自の「ええしか運動！」を展開	・患者満足度調査では、全体満足度「満足」「やや満足」の合計が前年より3.9%増加（R5:78.8%→R6:82.7%）、「やや不満」「不満」の合計は前年より3.4%減少（R5:5.1%→R6:1.7%） ・入院患者満足度調査での患者の声を反映し、スタッフや委託先と情報共有し季節を感じる行事食の提供を継続 ・外来患者満足度調査では、全体満足度「満足」「やや満足」の合計が前年と同等（R5:93.0%→R6:92.8%）、「やや不満」「不満」は0%（R5:0.7%→R6:0%）であり、職員への感謝の声が多数あり ・「ええしか運動！」として外来患者へ骨粗鬆症リエゾンサービスの実施、放射線科検査時における患者負担軽減のポジショニング検討、総合受付の季節を感じるウェルカムボードの設置など各所属によるホスピタリティ向上の取組みを実施	・患者満足度向上のための取り組みを継続	A

取組項目② ＩＳＯ９００１の認証登録			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓ＩＳＯ９００１維持・更新に向け取り組みを推進します			
	評価指標	○ＩＳＯ９００１の維持・更新に向けた進捗【定性的】 総合、西和、リハ、看大、研修セ及び本部が取得しているＩＳＯ９００１について、毎年の維持審査及び3年に1度の更新審査を通過できるよう、内部監査等により品質維持に努めます			
今年度の取組	総合	･QMSの「能力向上」をテーマとし、以下の取り組みを行う 1 QMSについての正しい理解促進（研修） 2 外部業者のISO内部監査、院内ラウンド 3 QCサークル活動 4 品質会議の実施 5 その他（審査対応、内部監査員養成研修、内部監査実施、是正処置フォローアップ　他）	1 ISO基礎研修として計画通り実施 2 外部委託6社に内部監査を実施 不適合8件、改善10件が検出され全て対応済み 3 事務局が新体制となったためR6は実施せず、R7実施に向けて、1月に生長会本部、2月に仙台医療センターを訪問しQCサークル活動の具体的な実施方法を検討 4 品質会議　6回実施 5 その他審査対応等は滞りなく実施し更新審査受審の結果、登録継続が決定	･R6更新審査や内部監査等での検出事項のフォローアップ ･QCサークル活動の開始と円滑な運営	A
	西和	･より質の高い医療の実践と患者満足を目指すISO9001の取組み 1 QMS管理委員会を適宜開催し、QMSの統括管理を実施 2 R6.5月　ISO内部監査員養成研修、ISO内部監査を実施 3 R6.7月　維持審査準備(院内ラウンドとMS（マネジメントシステム）ミーティングの実施) 4 R6.9月下旬　第2回定期維持審査受審予定 5 R7.1月～2月 次年度の計画策定 6 R7.2月中旬　マネジメントレビューの実施、次期病院目標の策定（アウトプット） 7 必要時、幹部会議等で取り組みに関する進捗を報告し、水平展開を実施	･内部監査員養成研修を5/10～11に実施して30人養成し、既存の監査員との合同で19部門を5/13～31で内部監査 ･院内ラウンドを7/16～19、MSミーティングを7/29～8/6に実施し、第2回定期維持審査の準備 ･第２回定期維持審査を9/25～27に受審 10/21 登録審査機関による判定委員会にて審議結果、「登録継続」が承認 ･2/25　マネジメントレビューの実施と次年度の病院目標を策定	･第2回定期維持審査での改善5件について、第1回更新審査での確認事項となるため、確認とフォローを実施	A
	リハ	･より質の高い医療の実践と患者満足を目指すISO9001の取組み 1 R6.4月　全部署を対象とした目標評価シート作成説明会を実施 2 R6.6月　ISO内部監査員養成研修を実施 3 R6.7月　ISO内部監査を実施 4 R6.8～9月　ISO内部監査フォローアップ及びシステム運用・見直し 5 R6.10月　維持審査受審 6 R7.3月　マネジメントレビュー 7 ISO内部監査等で検出された改善事項への対応及び院内共有し水平展開 8 目標評価シートの進捗を確認し、院内共有し水平展開	･R6.4月目標評価シート作成に関する院内研修 ･R6.6月院長ヒアリングを実施し、各部署の目標や要望（人的・物的）を確認 ･R6.6月内部監査員養成研修の実施 内部監査員13人を養成(内部監査員総数66人) ･R6.6月登録文書の見直し ･R6.6月下旬～7月上旬　内部監査実施 検出件数　不適合12件（重度2件/軽微10件）改善32件　計44件　推奨1件 ･R6.8月MSミーティングを実施 ･R6.10月維持審査受審　不適合0件、改善1件 ･R7.3月マネジメントレビュー実施　院長から次年度の病院目標をアウトプット ･内部監査、MSミーティング、維持審査等の検出された事項についてはQMS管理委員会で院内共有を行い、水平展開を実施	･より質の高い医療の実践と患者満足を目指すため、ISO9001の取組みを病院全体、職員全員で考え、取り組むことが必要	A

	看大	・より質の高い看護基礎教育の提供を重視しながら、マニュアル・規程文書を見直し、改善に取り組む	・R6.6月 内部監査 R6.9月 定期維持審査受審 審査の結果、QMSの定着及び継続的改善が評価され、登録継続が承認 R7.2月～ 登録文書見直し R7.3月 マネジメントレビュー実施 ・インシデント報告、目標管理の進捗について職員会議で共有	・より質の高い看護基礎教育の提供を目指し、業務改善に継続して取り組む	A
	研修セ	・R6.3月の登録（認証）後、初めての維持審査を通過することを目標とし、以下の取り組みを行う 1 課内目標の共有 2 ISO研修への参加 3 内部監査員養成研修への参加 4 内部監査の実施 5 マニュアル等の適宜修正	・9/3 内部監査実施、改善1件、軽微な不適合2件を指摘されたが、いずれも修正対応済 ・9/26 ISO維持審査実施、昨年度の検出事項については、修正し文書登録している旨説明 ・その他研修の実施に向けた所内での取組として、毎朝のミーティング、月例の定例ミーティングにおいて情報共有している旨説明 ・維持審査の結果登録継続承認	・今後もマニュアル等を適宜修正し、より状況に即した精度の高いものとするよう見直し予定	A
	本部	・R6.3月の登録（認証）後、初めての維持審査を通過することを目標とし、目標評価シートの設定、内部監査の実施やマネジメントレビュー等、ISOの取り組みを実践することにより、PDCAを着実に回し、業務の質の向上を図っていく	・登録後のISOの取り組み実践に対し、9/25、9/26に実施された維持審査の結果、登録継続が承認	・更なる業務の質の向上を目指し、業務改善に取り組む	A

取組項目③　インシデント・アクシデント報告・要因分析			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓インシデント・アクシデントレポートによる要因分析を推進します			
	評価指標	○要因分析を基にした改善【定性的】 総合、西和及びリハにおいて、報告されたインシデント・アクシデントレポートを多職種で共有し、要因の分析に努め、対策を立案し、周知を行う等の改善に向けた取組みを行います			
今年度の取組	総合	･報告されたインシデント・アクシデントレポートを月1回多職種で共有し、要因の分析に努め、対策を立案し、周知を行う ･各部署においての改善対策については、対策実践後の評価までできるよう支援を行う（年間30件目標）	･報告されたインシデントレポートを月1回の多職種セーフティマネージャー会議で共有し、対策を周知 ･各部署の改善対策は、年間107件で目標を達成 ･各部署単位でもセーフティマネージャーを中心にインシデントの分析、部署内で共有	･次年度以降も継続してセーフティマネージャー会議を開催	S
	西和	･報告された全インシデント・アクシデントレポートを医療安全推進室メンバーが供覧 ･月2回のミーティングで必要な事例を選出し、より詳細な要因分析と対策立案を実施 ･報告事例検討会、医療安全委員会で内容の検討を行い、警鐘事例と事故レベルの高いアクシデント等を医療安全ニュース（1回/月）で発信し、院内周知を徹底	･報告された全てのインシデント・アクシデント報告を医療安全推進室メンバーがいつでも供覧できるようインシデントレポートシステムの権限設定を行い、他職種からの素朴な疑問や専門職ならではの意見を2回/月のミーティングで出しあい、要因分析や再発防止対策の立案 ･発生したインシデント事例を毎月実施している奈良県医療安全推進センターが主催する医療安全管理者ネットワーク事例検討会に提出し、奈良県内の規模や役割の異なる多数の施設から様々な意見を聞くことによって対策のヒントを得たり、当センターの再発防止策の妥当性を確認する機会とした ･複数部門・職種が関連する事例を1事例選択し、GRM（ゼネラルリスクマネージャー）が当該部署や関連部署のセーフティーマネージャーと一緒に要因分析を深掘りして行い、特性要因図を作成し要因に応じた再発防止策を立案 ･全インシデント報告の中から、複数部門・職種が関連する事例を選択しミーティング、報告事例対策検討会、医療安全管理委員会において事例検討を行い、決定した再発防止策については医療安全ニュースを毎月発行し院内周知	･医療安全推進室ミーティング、報告事例対策検討会で現場レベルの意見や現状を把握し、医療安全管理委員会で管理的側面からも要因や再発防止策について検討する事によって実現可能で有効な対策となっているため、今後も継続して丁寧な要因分析・対策立案を行っていく ･インシデント発生部門の現場のセーフティーマネージャーや関連部門のセーフティーマネージャーと一緒に要因を深掘りする事によって、当事者個人の問題だけでなく環境面や管理面、人間関係など様々な要因が複雑に関連しているということを理解して対策を立案できているため今後も継続して実施 ･院内での決定事項やルールについて医療安全ニュースにまとめて全職員にメッセージ発信を行っているが、時に同様のインシデントが発生することがあるため、ルールの周知の手段については継続して検討が必要	A

	リハ	・インシデント・アクシデント報告を院内共有し、要因の分析、対策の立案、周知徹底 ・インシデントにつながる事象を未然に防ぐポジティブインシデント報告書（0レベルのインシデント）の増加を図り、院内で共有 ・対策防止策が妥当であるかPDCAサイクルで再検証	・薬剤配薬方法のフローを作成により薬剤管理方法に関連したインシデントの減少(R5:14件→R6:4件) ・インシデントが最も多い転倒転落に関連してのポジティブインシデント報告数増加(R5:14件→R6:517件) ・ワーキングメンバー、セーフティマネージャーの積極的な活動やニュースレターで周知によりポジティブインシデント報告数増加(R4:57件、R5:181件、R6:732件) ・年度末にポジティブインシデント増加に向けて取り組んだ部署を表彰し、報告文化を醸成 ・多職種で要因分析・対策防止策立案し実施、医療安全管理委員会で対策の有効性を検証 ・研修会やニュースレターで水平展開	・インシデントに対して、引き続き多職種共有するなど再発防止に向けた取組の強化 ・ポジティブインシデントのさらなる増加に向けて職員への働きかけが必要	S

取組項目④　多職種によるチーム医療			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓多職種によるチーム医療を推進します			
	評価指標	○多職種によるチーム医療の導入に向けた進捗【定性的】 総合、西和及びリハにおいて、複数主治医制の導入診療科を順次拡大する等のチーム医療の導入に向けた体制の整備に努めます			
今年度の取組	総合	・入院患者の複数主治医制を全例に導入 ・複数主治医制をさらに発展させたグループ診療を進め、症例に応じて多職種との情報共有・治療方針の決定を行いチーム医療を推進	・CE（臨床工学技士）による麻酔アシスタント業務と術後疼痛管理チームの運営を実施 ・ICU多職種ミーティング、心外術前カンファレンスにCEが参加し、情報共有を実施 ・臨床検査部において生化学3件、一般検査1件、血液5件、輸血1件、微生物7件、病理2件、生理検査17件のアドバイス活動を実施	・継続してチーム医療を推進していくが、人員補充がない中での取組には限界がある	A
	西和	・R5時点で9チーム存在しており、R6ではチーム数を維持 ・RRSチーム（院内救急対応システム）の導入を準備	・チーム医療(NST（栄養サポートチーム）委員会・感染対策チーム・抗菌薬適正使用支援チーム・報告事例対策検討会・肺血栓塞栓症予防対策チーム・転倒転落予防チーム・薬剤安全対策チーム・レポート既読管理対策チーム)の定期的な活動が継続	・RRSチーム(院内救急対応システム)の導入に向けて取り組む	A
	リハ	・多職種連携により「チーム医療の推進」の計画に基づく活動 ・患者の思いとやる気を引き出す患者参加型の目標設定の機会「リハトーク」を多職種で実施し、効果的・効率的な多職種連携により患者が能動的なリハビリに取り組めるよう支援	・多職種間での情報共有の場として「リハトーク」が定着 ・患者参加型のリハトークを実施し、リハビリ意欲が低下した患者の主体性を引き出す機会を提供 ・患者の主体性に沿ったタイムリーなADL目標更新の実施	・スタッフ間における実施頻度やタイミングの認識のばらつき ・患者の能動的な取り組みを促す仕組み作りの検討	A

大項目Ⅰ　最適な医療の提供
中項目２　高度医療の提供

◆取組項目①　低侵襲手術、放射線治療、化学療法
◆取組項目②　消化器病に係る医療体制
◆取組項目③　造血幹細胞移植（骨髄移植含む）
◆取組項目④　脳卒中・循環器病に係る救急体制
◆取組項目⑤　ＩＣＵ・ＣＣＵ・ＳＣＵの充実

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標

目標指標 悪性腫瘍手術件数				
所属		Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
総合	指標	1,080件	1,076件	1,120件
	実績			1,120件
西和	指標	470件	581件	650件
	実績			595件

目標指標 脳卒中、循環器病の緊急入院件数				
所属		Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
総合	指標	890件	1,126件	940件
	実績			1,124件
西和	指標	789件	987件	800件
	実績			868件

法人の評価

年度	評価	総評
R6	A	○悪性腫瘍手術件数では、総合は目標を達成（目標:1,120件→実績:1,120件）し、西和は目標を達成できなかったが、R5よりも件数が増加（目標:650件→実績:595件、R5実績581件）した。 ○脳卒中、循環器病の緊急入院件数では、総合は目標を上回って達成（目標:940件→実績:1,124件）し、西和も目標を達成（目標:800件→実績:868件）した。 ○高難度手術では、総合は目標を達成（目標:6,600件→実績:6,664件）した。 ○総合ではロボット支援消化器外科手術が増加して概ね100%の稼動状態であり、西和ではロボット支援下手術の対象領域を順次拡大した。 ○総合では、合計10例以上の末梢血幹細胞移植（自家・同種を含む）の実施を支援した。 ○脳卒中の緊急治療件数では、総合では目標を達成できなかったが、R5よりも件数が増加（目標:600件→実績:541件、R5実績479件）した。 ○循環器病の緊急治療件数では、総合・西和ともに目標を上回って達成（総合目標:400件→実績:583件、西和目標:440件→実績:538件）した。 ○総合では、経カテーテル的大動脈弁植え込み術を30例以上実施した。西和では、ICU/CCUを4床から6床に拡張するとともに、HCU4床を設置した。

取組項目①　低侵襲手術、放射線治療、化学療法

中期計画

具体的な行動計画
✓高難度手術、外来化学療法や最新の放射線治療を充実します
✓がんゲノム医療を推進します

評価指標

○高難度手術（Ｅ、Ｄ難度）の実施件数（がん手術以外も含む）【数値】

総合 区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	6,369件	6,505件	6,600件
実績			6,664件

西和 区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	2,220件	2,357件	2,450件
実績			2,335件

○外来化学療法の実施件数（実人数）【数値】

総合 区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	1,145件	1,244件	1,160件
実績			1,191件

西和 区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	143件	187件	190件
実績			185件

○高精度（強度変調放射線治療・定位照射）の放射線治療の実施件数（実人数）【数値】

総合 区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	256件	278件	350件
実績			300件

○緩和ケアの充実【定性的】

総合及び西和において、緩和ケアの人員及び体制の充実を図るとともに、緩和ケアチームの対応件数を増加させるように努めます

Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価

今年度の取組	総合	・放射線治療全体の実施件数及び高精度放射線治療の割合増加 ・「質の高いがん医療の提供」の一環として、悪性腫瘍に対する高難度手術件数を増加 ・新規化学療法を積極的に導入し、外来化学療法の機能をさらに充実させる	・高精度放射線治療の実施件数は300件と引き続き増加傾向 ・膵がんロボット手術に関する当センターの治療についてのインタビュー記事がAERA dot、手術数でわかるいい病院（朝日新聞出版）に掲載され、他府県から当院でのロボット膵臓手術を希望して来院される患者も増加（膵がんに対する手術件数は、全国の大学病院を含む大病院に混じって全国ランキング27位） ・Ｅ、Ｄ難度を中心とする肝悪性腫瘍に対する肝切除は62件（近畿圏12位）、膵悪性腫瘍に対する膵切除は70件（近畿圏6位）でありhigh volume center（年間の手術件数や治療件数が多い医療機関）としての実績を上げた ・ロボット膵臓肝臓手術のメンターサイトとして、本年度も全国11施設からの手術見学医師を受入れ ・ロボット膵臓手術件数は130例を超え、特に高難度の完全ロボット支援下膵頭十二指腸の実績は近畿圏で第1位 ・緩和ケア支援室を創設し、病院全体の緩和ケア支援体制を整備 ・7階西病棟（緩和ケア病床2床を含む多目的病棟）をR6.4月から開設	・指標の350件には達せず、高精度放射線治療の適応範囲拡大が必要 ・ロボット支援下手術が増加してほぼ100%の稼動状態であり、呼吸器外科、小児外科領域も加わる中、土曜日のダビンチ枠の空きが無いため、本来ロボット支援下手術の適応であるものが通常の腹腔鏡下手術になってしまっている	A
	西和	・当院で行われている高難度手術について、登録医および近隣の医療機関に周知 ・R6.2月に導入したロボット支援下手術の広報を行い、手術件数を増加	・DaVinciを紹介した広報誌(ファミーユ)を使用し開業医訪問を実施 ・外科部長が作成した資料を持参し開業医訪問を複数回実施	・年間140件以上のロボット支援下手術の実施を目標とする	A

取組項目②　消化器病に係る医療体制			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓消化器領域の先進的医療を導入・実施します			
	評価指標	○消化器領域の先進的医療を導入・実施に向けた進捗【定性的】 総合及び西和において、消化器領域の先進的医療の導入・実施に向けた取組みの推進に努めます			
今年度の取組	総合	･消化器病センターを新設し、内科、外科、放射線科の合同定期カンファレンスをより充実させて実施可能な治療選択肢を広げ、様々な臨床的背景因子を有する患者に即した治療を提供 ･当院が炎症性腸疾患学会認定指導施設になることを目指した細やかで的確な診療を継続し、新規患者の獲得に努める ･ロボット支援消化器外科手術の件数を増加させ、がん手術のさらなる精緻化、低侵襲化を進める	･消化器領域に関しても高難易度手術の件数は増加傾向にあるが、ロボット支援下手術は件数維持の傾向 ･消化器外科医のオンコール体制を365日維持しており、急性腹症に対する緊急手術に日夜対応 ･日本炎症性腸疾患学会の指導施設として初回認定され、当院で外来診療を継続している患者数は過去3年間で3倍に増加してR7.3月現在で300名 ･消化器疾患に関しては、放射線科、消化器外科、消化器内科で緊密な連携を保つことで、最新の治療を提供	･ロボット支援下手術が増加してほぼ100%の稼動状態であり、呼吸器外科、小児外科領域も加わる中、土曜日のダビンチ枠の空きが無いため、本来ロボット支援下手術の適応であるものが通常の腹腔鏡下手術になってしまっている	A
	西和	･R6.2月に導入したロボット支援下手術を泌尿器科領域以外に消化器領域においても順次拡大	･R6.5月に消化器外科　肝臓領域、R6.7月に消化器外科　直腸領域、R6.8月に婦人科領域、R7.1月に消化器外科　胃領域を開始 ･R6のロボット支援下手術件数は80件	･年間140件以上のロボット支援下手術の実施を目標とする	A

取組項目③　造血幹細胞移植（骨髄移植含む）			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓造血幹細胞移植等（骨髄移植を含む）の実施に向けて体制を整備します			
	評価指標	○骨髄移植･造血幹細胞移植等の実施に向けた体制整備の進捗【定性的】 総合において、骨髄移植・造血幹移植等の実施に向けた体制整備に努めます			
今年度の取組	総合	･R6中に骨髄バンク移植認定施設の取得を目指す ･移植コーディネーターの育成ならびに資格の取得を目指す ･非血縁者間骨髄採取施設に認定されたため、骨髄バンクから依頼された骨髄、造血幹細胞採取に応じ、ドナーの入院ベットの確保や手術室、血液浄化治療室と連携を図り体制を整備 ･R5.3月に移植チームの立ち上げを行い、引き続き、移植前患者のフォローアップを行う	･合計10例以上の末梢血幹細胞移植（自家・同種を含む）実施を支援 ･CART療法（抗体とT細胞の機能を融合したキメラ細胞を患者に投与する療法）の実施に向け、液体窒素凍結保存装置の検討	･凍結保存装置の運用やCART細胞療法の実施開始に向けマニュアル・手順書の整備を実施していく必要がある ･移植認定施設のカテゴリーⅠの取得には移植コーディネーターが必要であり、さらなる育成と資格取得が必要	S

取組項目④　脳卒中・循環器病に係る救急体制			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓脳卒中、循環器病に係る救急体制を充実します			
	評価指標	○脳卒中の緊急治療件数【数値】 総合：区分／Ｒ４実績／Ｒ５実績／Ｒ６実績 指標：537件／479件／600件 実績：541件 西和：区分／Ｒ４実績／Ｒ５実績／Ｒ６実績 指標：261件／357件／360件 実績：331件 ○循環器病の緊急治療件数【数値】 総合：区分／Ｒ４実績／Ｒ５実績／Ｒ６実績 指標：353件／647件／400件 実績：583件 西和：区分／Ｒ４実績／Ｒ５実績／Ｒ６実績 指標：379件／600件／440件 実績：538件			
今年度の取組	総合	･脳神経外科、脳神経内科による当直体制を堅持し、SCUのベッドコントロールを円滑にすることでより多くの緊急症例を迅速に治療していく ･救急科・集中治療部と連携をとりながら円滑な治療の導入を行う ･心臓補助装置装着による急性期心疾患患者の予後改善に努める	･毎朝のカンファレンスでSCUの稼働状況を把握しスタッフ間で情報共有することで効率的に運用 ･夜間の入院はHCU2に一旦預かってもらい、翌日にSCUに移る等の対応を実施 ･救命救急センターと連携し循環器疾患の緊急症例への治療を導入	･R6のSCU稼働率は94.3%であり、救命救急センターと連携することで今後も維持	A
	西和	･地域の救急救命士との勉強会を開催し、西和医療センターの特徴を理解してもらうことによって、脳卒中・循環器病に関しては当院を第一選択にしてもらえるような取組を実施	･救急対応に関して脳外科、救急担当科の連携が上手くとれるようになったことでスムーズな脳卒中治療が行えるようになった （循環器領域追加予定）	･脳神経外科医が3名→2名と減少となった点 ･働き方改革の影響もありon callに制限が生じている	A

取組項目⑤　ＩＣＵ・ＣＣＵ・ＳＣＵの充実			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓脳神経・循環器領域の先進的医療を導入・実施します			
	評価指標	○脳神経・循環器領域の先進的医療を導入・実施に向けた進捗【定性的】 総合及び西和において、脳神経・循環器領域の先進的医療を導入・実施に向けた取組みの推進に努めます ○ＩＣＵ　･･･　集中治療室 ○ＣＣＵ　･･･　循環器集中治療室 ○ＳＣＵ　･･･　脳卒中集中治療室			
今年度の取組	総合	･TAVI（経カテーテル的大動脈弁植え込み術）年間30例以上 ･経皮的僧帽弁クリップ術施設認定を目指す	･TAVIは年間30件以上を達成 ･僧帽弁クリップ術施設認定に関しては開心術の件数が施設基準に満たなかった	･僧帽弁クリップ術施設認定に向け、僧帽弁に対する開心術件数を増やす	A
	西和	･集中治療医の確保 ･ICU/CCUの一体的運用を開始 ･ICU/CCU、HCUの利用診療科の拡大	･集中治療科の医師を配置し、ICU/CCU:4床→6床に拡張するとともに、HCU:4床を設置 ･ICU・CCUは院内の全ての診療科の重症患者に集中治療を提供できるよう集中治療科の医師を中心に体制を強化 ･不足する集中治療科の医師を増員し、循環器内科医のサポートも得ながら、循環器領域のみならず外科系の重症患者においても集中治療の受入を実施	･循環器領域のみならず、外科系領域の集中治療の質の向上を目指す	A

大項目Ⅰ　最適な医療の提供
中項目３　地域の医療拠点としての機能の充実

◆取組項目①　ＥＲ体制の充実
◆取組項目②　応需件数の目標設定
◆取組項目③　小児救急、小児外科
◆取組項目④　ハイリスク妊婦、新生児の受入れ
◆取組項目⑤　急性期リハビリ
◆取組項目⑥　回復期リハビリ
◆取組項目⑦　感染症パンデミックへの対応

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標

目標指標：救急搬送受入件数

所属		Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
総合	指標	6,525件	7,743件	6,800件
	実績			7,304件
西和	指標	3,129件	4,209件	4,100件
	実績			4,278件

目標指標：ハイリスク妊婦救急受入率

所属		Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
総合	指標	92.9%	99.0%	95.0%
	実績			95.6%

目標指標：新生児、小児救急受入率

所属		Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
総合	指標	94.6%	98.7%	95.0%
	実績			98.9%
西和	指標	86.9%	99.0%	87.0%
	実績			97.3%

目標指標：リハビリ在宅復帰率

所属		Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
リハ	指標	91.6%	91.7%	92.2%
	実績			92.7%

法人の評価

年度	評価	総評
R6	S	○救急搬送受入件数では、総合は目標を上回って達成（目標:6,800件→実績:7,304件）し、西和も目標を達成（目標:4,100件→実績4,278件）した。 ○新生児、小児救急受入率では、総合・西和ともに目標を達成（総合目標:95.0%→実績:98.9%、西和目標:87.0%→実績:97.3%）した。 ○総合のハイリスク妊婦受入率は目標を達成（目標:95.0%→実績:95.6%）した。 ○急性期リハビリでは、総合・西和ともに目標を上回って達成（総合目標:81,000件→実績:114,458件、西和目標:72,000件→実績:83,325件）した。 ○回復期リハビリでは、リハビリ在宅復帰率は目標を達成（目標:92.2%→実績:92.7%)した。 ○感染症パンデミックへの対応では、総合は連携施設への訪問や感染対策指導を実施し、また連携施設以外の高齢者施設を対象とした感染対策研修会を実施することで、パンデミック発生時に迅速対応できる医療体制を維持した。

取組項目①　ＥＲ体制の充実			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓ＥＲ体制を充実します			
	評価指標	○ＥＲ・総合診療科の医師数【数値】			

総合

区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	17人	15人	15人
実績			14人

○ＥＲ・総合診療科の看護師数【数値】

総合

区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	33人	34人	40人
実績			27人

今年度の取組					
	総合	･救急応需件数の増加を考え、看護師だけでなく、救命士も増加させ、医師・看護師のタスクシフト・シェアを行うことにより、医師の働き方改革に対応していく	･各所属ごとの配置定数の設定の影響もあり医師、看護師、救命士において人員増加はできていないが、軽症救急患者の転院搬送の実施等運用面の工夫もあり救急搬送受入件数7,304件、応需率90.7%でありERの体制は維持	･R6目標値の6,800件は達成したが、今後受け入れ件数を増やしていくのであれば現人員では対応が難しい	A

<table>
<tr><th colspan="2">取組項目②　応需件数の目標設定</th><th>Ｒ６に進捗した事項</th><th>Ｒ６の課題・問題点</th><th>法人評価</th></tr>
<tr><td rowspan="2">中期計画</td><td>具体的な行動計画</td><td>✓目標の応需ができるような体制を整備します</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>評価指標</td><td>○救急搬送応需件数【数値】
<table>
<tr><th colspan="4">総合</th></tr>
<tr><td>区分</td><td>Ｒ４
実績</td><td>Ｒ５
実績</td><td>Ｒ６
実績</td></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">6,525件</td><td rowspan="2">7,743件</td><td>7,200件</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>7,304件</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="4">西和</th></tr>
<tr><td>区分</td><td>Ｒ４
実績</td><td>Ｒ５
実績</td><td>Ｒ６
実績</td></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">3,129件</td><td rowspan="2">4,209件</td><td>4,100件</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>4,278件</td></tr>
</table>
○救急搬送応需率【数値】
<table>
<tr><th colspan="4">総合</th></tr>
<tr><td>区分</td><td>Ｒ４
実績</td><td>Ｒ５
実績</td><td>Ｒ６
実績</td></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">79.3%</td><td rowspan="2">94.1%</td><td>90.0%</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>90.7%</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="4">西和</th></tr>
<tr><td>区分</td><td>Ｒ４
実績</td><td>Ｒ５
実績</td><td>Ｒ６
実績</td></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">62.9%</td><td rowspan="2">89.4%</td><td>76.0%</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>86.4%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td rowspan="2">今年度の取組</td><td>総合</td><td>・超高齢社会の到来により、高齢者数は増加し、今後もますます高齢者の救急搬送症例の需要の増加が予想され、ベッド満床による受け入れ困難症例の発生が危惧される
・需要と供給のバランスを保ち、地域医療システムを維持していくために、地域医療圏でのそれぞれの医療機関に期待される役割に応じた医療と、連携の強化を構築することをさらに進める</td><td>・周辺14病院と連携し救急患者連携搬送料の施設基準要件を満たし、R6.9月より運用を開始
・他院での受け入れ可能な症例の転院調整を行い、当センターが担うべき医療の提供を実施</td><td>・引き続き救急患者の転院調整を実施
・将来的な救急搬送需要の増加に伴い更なる拡大が必要</td><td>S</td></tr>
<tr><td>西和</td><td>・R5整備を行った救急外来をフル活用し、救急搬送患者に対する診療体制を充実</td><td>・救急搬送受入では、R3:2,282台、R4:3,128台、R5:4,209台、R6:4,278台と、救急外来の再整備および医師・看護師の人員配置の工夫により受入台数が大幅に増加
・R6年度の応需率は86.4%(e-match応需率:77.2%)</td><td>・年末年始など救急患者が多数来院する時期に応需率が低下するため、R7年度はe-matchの応需率80%以上の受入を目標とする</td><td>S</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">取組項目③　小児救急、小児外科</th><th>Ｒ６に進捗した事項</th><th>Ｒ６の課題・問題点</th><th>法人評価</th></tr>
<tr><td rowspan="2">中期計画</td><td>具体的な行動計画</td><td>✓小児救急受入体制を充実します
✓小児外科の診療を充実します</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>評価指標</td><td>〇小児救急搬送応需件数【数値】
<table>
<tr><th colspan="4">総合</th></tr>
<tr><th>区分</th><th>Ｒ４
実績</th><th>Ｒ５
実績</th><th>Ｒ６
実績</th></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">1,672件</td><td rowspan="2">1,971件</td><td>1,700件</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>1,685件</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="4">西和</th></tr>
<tr><th>区分</th><th>Ｒ４
実績</th><th>Ｒ５
実績</th><th>Ｒ６
実績</th></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">417件</td><td rowspan="2">541件</td><td>600件</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>467件</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td rowspan="2">今年度の取組</td><td>総合</td><td>・新生児および小児重篤症例の受け入れを進めると同時に、関連領域における小児外科急性期管理の充実に取り組む
・引き続き小児外科系2次救急疾患を全て受け入れる診療体制を維持するよう努める
・小児輪番体制は維持しつつ、そこから外れている重症小児や小児外科疾患を24時間365日で受け入れる</td><td>・小児外科系の緊急要請は全て受け入れ
・小児外科手術233件中緊急手術は53件（約4/1を占める）
・新生児搬送入院依頼は74件
内、満床およびアウトブレイク（感染症の集団発生）で受入不可だったのは10.8%、上記に加えて当院で対応できない心臓疾患も含めて当受入不可だったのは20.3%</td><td>・現医療提供体制を維持しつつ、重症小児や小児外科疾患の受け入れを行う</td><td>A</td></tr>
<tr><td>西和</td><td>・小児内科疾患に関する2次救急疾患は断らず、受入目標100%を継続
（外傷は小児外科が不在のため対応不可の状況）</td><td>・小児内科疾患に関する2次救急疾患は断らず、受入目標100%近い数字を継続</td><td>・外傷などの小児科以外の疾患が含まれるので、100%にはならない
・外傷は小児外科が不在のため対応不可の状況
・現在、夜間小児救急は小児科外来で、小児科看護師が対応
・小児科看護師が不足しているため、夜間の小児救急は、場所と救急外来の看護師が対応していくなどの体制をかえないと、小児救急体制が維持できない</td><td>A</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">取組項目④　ハイリスク妊婦、新生児の受入れ</th><th>Ｒ６に進捗した事項</th><th>Ｒ６の課題・問題点</th><th>法人評価</th></tr>
<tr><td rowspan="2">中期計画</td><td>具体的な行動計画</td><td>✓分娩・母体搬送対応体制を充実します</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>評価指標</td><td>〇ハイリスク妊婦の救急搬送応需件数【数値】
<table>
<tr><th colspan="4">総合</th></tr>
<tr><th>区分</th><th>Ｒ４
実績</th><th>Ｒ５
実績</th><th>Ｒ６
実績</th></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">108件</td><td rowspan="2">124件</td><td>100件</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>99件</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>今年度の取組</td><td>総合</td><td>・緊急母体・産褥搬送を24時間受け入れる
・新生児外科系疾患の救急症例を全て受け入れる体制を維持
・出生前診断により小児外科疾患症例についても引き続き出生前より介入を行い、患者に寄り添った質の高い医療を提供するように努める</td><td>・緊急母体・産褥搬送は99例を収容
・県内全体としては県外搬送が1例のみ
・新生児外科手術症例は8例で、この内、出生前診断症例は7例</td><td>・県内の緊急母体・産褥搬送システムでは当該症例は奈良医大と当院で収容することになっているが、県外搬送が1例のみであったことから、本システムが有効に機能している
・今後も奈良医大と協働して収容</td><td>A</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">取組項目⑤　急性期リハビリ</th><th>Ｒ６に進捗した事項</th><th>Ｒ６の課題・問題点</th><th>法人評価</th></tr>
<tr><td rowspan="2">中期計画</td><td>具体的な行動計画</td><td>✓心臓、呼吸器、脳血管などの急性期リハビリを充実します</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>評価指標</td><td>〇急性期リハビリ実施件数【数値】
<table>
<tr><th colspan="4">総合</th></tr>
<tr><th>区分</th><th>Ｒ４
実績</th><th>Ｒ５
実績</th><th>Ｒ６
実績</th></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">80,568件</td><td rowspan="2">90,917件</td><td>81,000件</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>114,458件</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="4">西和</th></tr>
<tr><th>区分</th><th>Ｒ４
実績</th><th>Ｒ５
実績</th><th>Ｒ６
実績</th></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">62,500件</td><td rowspan="2">75,000件</td><td>72,000件</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>83,325件</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td rowspan="2">今年度の取組</td><td>総合</td><td>・365日シームレスのリハビリテーション医療提供体制整備に向けた取組
　1 R5の作業療法部門に続き理学療法部門の土曜日勤務の平日化を実施
　2 日曜・祝日勤務の平日化を目指し人員の増員を図る（PT5/OT2/ST2）
・心筋梗塞・心不全患者に心臓リハビリを導入</td><td>・365日リハ提供に向けた取り組み
　1 オーダーの増加と育休などの長期休暇者の増加で土曜日の平日化は実施できなかった
　2 日曜・祝日勤務の平日化に向けた増員は実施できず49名→45名へ減員、新規採用者は9名の予定が1名となった
・心筋梗塞・心不全患者のリハビリは導入はできている</td><td>・増員が叶わなかったため、365日シームレスのリハビリテーション医療提供体制整備は進まなかった
・人員減による土曜日リハの中止、平日に実施できない患者（待機患者）があることは問題である（医療サービスの低下に加えて、減収・減益となっている）
・土曜日、日曜日、祝祭日のニーズに応えることができていない</td><td>B</td></tr>
<tr><td>西和</td><td>・急性期リハビリテーションの充実のため、早期より積極的に介入
・早期からリハビリテーション介入を行うため、病棟カンファレンスで対象者を抽出
・外来心臓リハビリテーション件数の維持・増加
・呼吸リハビリテーションの充実
・集中治療室のリハビリテーション体制の強化
・がんのリハビリテーション研修修了者を増加
・誤嚥性肺炎予防のため、言語聴覚士の育成と看護部との連携強化
・ロボット支援下手術の導入により増加する前立腺がん術後尿漏れに対するリハビリテーション体制の強化</td><td>・リハビリ指示から開始までの日数の減少と維持(R4:3.7日→R5:3.3日→R6:3.3日)
・新規患者数が増加（R4:2,005人→R5:2,645人→R6:2,965人）
・外来心臓リハの増加（R4:6,342単位→R5:7,982単位→R6:8,708単位）
・集中リハビリの実施に当たり医師、看護師、栄養管理師とカンファレンスを開始
・がんのリハビリ研修修了者の増加（R5:15人→R6:18人）
・誤嚥性肺炎予防のため、認定看護看護師とカンファレンスを開始。新人看護師棟へ口腔ケアについて講義を実施
・前立腺摘出術（ダビンチ）患者に対して、術前、術後に指導を実施（R6:29名、96単位）</td><td>・療法士を増加することで、早期介入を早めることができる
・介入を早くすることで「初期早期」「早期加算」「急性期リハビリテーション加算」の算定の機会が増加
・算定率（入院）は42.4%と高い状態を維持している
・今後、新規患者数は高止まりとなる見込み
・外来心臓リハビリは部屋の広さ等の問題があり予約枠をこれ以上増やせない状態
・現在午後の実施だが、長期的に療法士増員により午前も予約を開けることが可能
・集中治療室のリハビリは療法士不足のため十分なリハビリ時間が確保出来ていない状態
・「収益改善」「医療の質の向上」「患者サービス向上」のため次年度以降も療法士増員が必要</td><td>A</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">取組項目⑥　回復期リハビリ</th><th>Ｒ６に進捗した事項</th><th>Ｒ６の課題・問題点</th><th>法人評価</th></tr>
<tr><td rowspan="3">中期計画</td><td>具体的な行動計画</td><td>✓ＡＤＬ改善支援を強化します</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">評価指標</td><td>〇リハビリ在宅復帰率の向上【数値】
<table><tr><th colspan="4">リハ</th></tr><tr><th>区分</th><th>Ｒ４
実績</th><th>Ｒ５
実績</th><th>Ｒ６
実績</th></tr><tr><td>指標</td><td rowspan="2">91.6%</td><td rowspan="2">91.7%</td><td>92.2%</td></tr><tr><td>実績</td><td>92.7%</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>〇機能的自立度評価法による得点の向上【数値】
<table><tr><th colspan="4">リハ</th></tr><tr><th>区分</th><th>Ｒ４
実績</th><th>Ｒ５
実績</th><th>Ｒ６
実績</th></tr><tr><td>指標</td><td rowspan="2">28点</td><td rowspan="2">24.8点</td><td>28点</td></tr><tr><td>実績</td><td>28点</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>今年度の取組</td><td>リハ</td><td>・多職種連携の強化により入院早期から在宅復帰に向けた取組
・患者の思いとやる気を引き出す患者参加型の目標設定の機会「リハトーク」を実施し、FIM（機能的自立度評価法）運動項目の点数の向上を図り患者の能動的なリハビリを促進
・セラピスト間でカンファレンスを実施し、効率的・効果的なリハビリの向上
・患者の活動量向上を図るため、患者一人ひとりに合わせたリハビリ自主トレーニング指導</td><td>・入院1週間以内に看護師による家屋訪問を実施（R6:8件）し、在宅生活に向けた問題点を多職種で共有し、入院中の支援に活用
・患者参加型のリハトーク開催の機会は増加（看護師とセラピストの89.4%が実施）し、患者と共通認識が持てた等のADL向上に役に立ったとスタッフアンケートで96.7%が回答
・同職種セラピスト間でカンファレンスを実施することにより88%のセラピストが円滑なコミュニケーションへとつながったと回答し、チームで患者の問題解決を実施
・全てのセラピストが自主トレーニングを患者に配付し、積極的に患者の活動量を向上</td><td>・入院時訪問対象者抽出についての検討
・リハトーク内容の取り決めを検討し、質の向上
・多職種セラピスト間でカンファレンス実施を検討
・自主トレーニング内容の充実</td><td>A</td></tr>
</table>

取組項目⑦　感染症パンデミックへの対応			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓新興感染症・感染症パンデミックへの即応体制を堅持します			
	評価指標	○新興感染症・感染症パンデミックへの即応体制の堅持に向けた進捗【定性的】 新興感染症発生時には、総合及び西和において、発熱外来の設置や受入病床を確保し、重症患者等を受け入れる体制を堅持します　そのため、平時から医療体制や必要な備品等を整備するとともに、新興感染症発生時には迅速に体制移行を円滑に行うことができるように備えます また、地域の医療機関との連携による感染症対策や院内外における感染管理活動を推進することにより、地域の中核的な役割を果たします			
今年度の取組	総合	･新型コロナウイルス感染症などの新興感染症に対する診療体制の継続 ･感染対策に必要な物品の備蓄 ･地域の医療機関との連携維持と指導的役割の推進	･連携施設への訪問と感染対策指導を実施し、また連携施設以外の高齢者施設（79施設）を対象とした感染対策研修会を実施	･感染症パンデミック発生時に迅速対応できる医療体制を維持	S
	西和	･新興感染症発生時の体制の調整・準備 ･地域の連携する医療機関やクリニックとの合同カンファレンスの実施および訪問指導 ･AST（抗菌薬適正使用支援チーム）ラウンドの実施（1回／週） ･クリニックを含めた医療機関への抗菌薬適正使用の指導 ･新発熱外来棟を常設し、感染症診療体制を充実	･R6.2月：発熱外来棟開設、4月：麻疹・麻疹疑い患者の診察フロー作成、10月：渡航後の発熱診療、渡航後の発熱診療フロー作成 ･R6発熱外来棟診察患者数は小児科含め約350名（内科7名） ･連携医療機関やクリニックに対し地域連携合同カンファレンスを実施 5月「耐性菌対策」 10月「結核」 12月「インバウンド観光の振興による渡航者感染症」（医大笠原教授）の講義 2月「新興感染症に伴う個人防護具の着脱方法の実践」演習 抗菌薬使用状況と適正使用の支援および抗菌薬評価指標システムの紹介 ･ASTラウンドを毎週実施	･新興感染症発生時の体制の改善 ･麻疹や新興感染症などの早期発見 ･耐性菌対策など院内の対策を充実させるとともに地域の医療機関への支援を行う	A

大項目Ⅰ　最適な医療の提供
中項目４　新西和医療センターの移転・再整備の推進

◆取組項目①　基本構想、基本計画による整備の推進

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標

法人の評価		
年度	評価	総評
R6	B	○建築費の高騰など病院を取り巻く厳しい環境を踏まえての新センターの機能等の検討が進まず、整備基本計画の策定には至らなかった。 ○移転候補地の用地測量については、県道より西側部分の用地測量を追加で実施する必要が生じたため、完了できなかった。

取組項目①　基本構想、基本計画による整備の推進			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓県と病院機構において、マイルストーンを押さえ、計画的に事業を進めます			
	評価指標	○新病院整備に向けたスケジュールに基づいた進捗【定性的】 令和6年度中には「新西和医療センター整備基本計画」を策定し、令和13年度の移転開院に向けて、県と機構が協力して事業執行に努めます			

令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和13年度
基本計画の策定 用地測量	基本設計 用地買収 →	実施設計	建築・整備 →				移転開院

今年度の取組					
	西和	・西和地域の重症急性期を担う基幹病院としての役割を充分果たすことができる新西和医療センター整備基本計画を策定	・12/2　第1回新西和医療センター整備基本計画検討委員会 ・1/29　第2回新西和医療センター整備基本計画検討委員会 ・R6.8月～R7.3月　移転候補地の現地測量実施（測量面積:7.7ha） ・R6.12月～R7.3月　移転候補地の用地測量（県道より東側）実施（測量面積:4.1ha）	・建築費の高騰など病院を取り巻く厳しい環境を踏まえての新センターの機能等の検討が進まず、整備基本計画の策定には至らなかった ・用地測量については、県道より西側部分の用地測量を追加で実施する必要が生じたため、完了できなかった	B

大項目Ⅱ　地域の医療力向上への貢献
中項目Ⅰ　地域の医療機関等との役割分担と連携強化

◆取組項目①　病病連携、病診連携、病福連携
◆取組項目②　医療機関との更なる連携の推進

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標

目標指標 患者紹介率				
所属		R４実績	R５実績	R６実績
総合	指標	66.2%	68.1%	70.0%
	実績			65.5%
西和	指標	74.6%	83.6%	83.0%
	実績			86.5%

目標指標 患者逆紹介率				
所属		R４実績	R５実績	R６実績
総合	指標	82.6%	87.0%	85.0%
	実績			85.0%
西和	指標	94.3%	108.0%	105.0%
	実績			121.5%

法人の評価

年度	評価	総評
R6	A	○患者紹介率では、総合は目標を達成できなかった（目標:70.0%→実績:65.5%）が、西和では目標を達成（目標:83.0%→実績:86.5%）した。 ○患者逆紹介率では、総合は目標を達成（目標:85.0%→実績:85.0%）し、西和は目標を上回って達成（目標:105.0%→実績:121.5%）した。 ○西和では、地域のクリニック訪問や登録医専用当日受診ホットラインを運用により、紹介・逆紹介率が向上した。 ○総合では、地域交流会を目標を大きく上回って開催（目標:5件→実績:38件）した。また、7月より地域連携連絡会議の12病院と救急患者連携搬送を開始し、11月時点で21病院を搬送先として登録した。 ○リハでは、地域クリニックへの訪問を194件行い、更なる病診連携を強化した。

取組項目①　病病連携、病診連携、病福連携			R６に進捗した事項	R６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓病院の役割分担に基づく紹介、逆紹介を促進します ✓福祉・介護事業と医療の連携を強化します			
	評価指標	○紹介率【数値】			

総合			
区分	R４実績	R５実績	R６実績
指標	66.2%	68.1%	70.0%
実績			65.5%

西和			
区分	R４実績	R５実績	R６実績
指標	74.6%	83.6%	83.0%
実績			86.5%

○逆紹介率【数値】

総合			
区分	R４実績	R５実績	R６実績
指標	82.6%	87.0%	85.0%
実績			85.0%

西和			
区分	R４実績	R５実績	R６実績
指標	94.3%	108.0%	105.0%
実績			121.5%

○地域交流会開催件数【数値】

総合			
区分	R４実績	R５実績	R６実績
指標	4件	4件	5件
実績			38件

西和			
区分	R４実績	R５実績	R６実績
指標	38件	29件	30件
実績			33件

リハ			
区分	R４実績	R５実績	R６実績
指標	3件	18件	11件
実績			12件

○脳卒中地域連携パス件数【数値】

リハ			
区分	R４実績	R５実績	R６実績
指標	78件	78件	82件
実績			75件

今年度の取組	総合	・連携主治医制体制を目指す ・逆紹介に利用できるシステムの導入を検討 ・逆紹介窓口の導入を検討	・逆紹介を円滑に行うために、奈良市医師会との連携で病院やクリニックの意見を確認すべくアンケート調査の実施と共通の情報共有紹介状の作成 ・小児系のクリニックにも訪問し意見聴取 ・地域連携における後方支援病院との情報共有を円滑に行うためにCare Book（退院支援を行うクラウドサービス）を導入 ・逆紹介推進委員会の開催(5/28、8/28) ・逆紹介推進にかかる職員向けの全体説明会を実施(6/2)	・当センターと診療所や他院との機能分化について、医療者と患者（県民）の認識に乖離があるため県全体への啓蒙活動が必要 ・クリニックとの情報共有に際して、セキュリティーの観点からも共有ツールの導入が必要	A
	西和	＜紹介・逆紹介率向上について＞ ・地域の開業医からのニーズを把握し、連携を強化 ・当日緊急受診にむけて導入する「登録医専用当日受診ホットライン」の活用推進 ・予約外来枠の状況を把握し、調整を実施 ・予約推進のために各医療機関の予約状況を把握し、積極的に訪問を行い、紹介件数の増加 ・逆紹介件数の増加に向け、紹介状の未返信件数削減に向けた取組を継続 ・2人主治医制の推進にむけパンフレットの活用を継続 ＜地域交流会開催件数について＞ ・西和メディケア・フォーラムで作成した「住み慣れた地域で暮らすためのガイドブック」を積極的に活用するため、今後も計画に沿って地域交流会を開催	＜紹介・逆紹介率向上について＞ ・30件/月を目標に訪問を実施し、訪問件数321件 ・訪問ごとに医療機関からの意見を幹部会等で周知 ・登録医専用当日受診ホットラインについては集患活動でも周知 ・年末年始9連休にもホットラインを運用し、延22件受付 ・R6ホットライン受付件数は1,020件、91医療機関の利用があった ・返書については医師への依頼連絡体制をメールから電話＋メールに変更、未返書は0%に改善 ・2人主治医制のパンフレット配布を継続 ＜地域交流会開催件数について＞ ・西和メディケアフォーラムの部会を企画・実施、西和地域7町入退院調整ルールづくり事業に参加	＜紹介・逆紹介率向上について＞ ・クリニック訪問時に持参する「診療案内」はR7年度完成に向けて調整、完成できた診療科分から、バインダーに綴り訪問時に配布予定 ・さらなる集患（医師間の連携強化が必要）のための診療科ごとのミニ勉強会開催などを引き続き検討 ・登録医専用当日受診ホットライン未使用の登録医には、訪問時に啓発チラシなどを使用して案内 ・継続して診療情報提供書の確実な返信を実施 ＜地域交流会開催件数について＞ ・年間計画に沿った地域交流会の開催と事業内容の実施、評価を行う	A
	リハ	・脳卒中地域連携パス運用医療機関や紹介元病院とのさらなる連携強化 ・地域クリニックへの訪問を通して病診連携構築 ・磯城郡3町地域包括支援センター等とのさらなる連携強化	・脳卒中地域連携パスを運用している医療機関（実稼働は県内3病院[天理よろづ・奈良医大・市立奈良]）に医師、前方支援専任看護師、後方支援担当MSW、病棟師長が訪問し、当センターの強みを紹介し連携強化 ・地域クリニックへの訪問を行い、更なる病診連携強化（訪問件数:194件） ・田原本町リハビリテーション連絡会へ年4回参加し、地域へスムーズに退院できるよう連携強化 ・地域包括支援センター、地域のケアマネージャーと身寄りなし等の問題についての意見交換会を定期的に実施	・職員交代による、新たな関係性の構築	A

取組項目②　医療機関との更なる連携の推進			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓地域医療連携推進法人制度の活用も含め、近隣の医療機関との更なる連携を推進します			
	評価指標	○地域医療連携推進法人制度活用に向けた進捗【定性的】			
		総合及び西和において、地域医療連携推進法人制度の活用に向けた取組みの推進に努めます			
今年度の取組	総合	・かかりつけ医の連携を強めるべく、医療機関にアンケートを実施 ・定期的な地域連携室会議を実施し、スムーズな転入院調整を目指す	・逆紹介推進アンケートの実施（6/27～7/22） 病院全体で逆紹介の推進を取り組むにあたり、医師に調査を実施し、その意見を奈良市在宅医療・介護連携センターと奈良市医師会と情報共有 ・地域連携連絡会議のキックオフ後、5/22から症例検討会を毎週水曜実施 困難症例を提示し、早期転院を図った ・7月より連絡会の12病院と救急患者連携搬送を開始、11月時点で21病院を搬送先として登録	・開業医と連携を取るツール（システム）がなく、電話や紙媒体であるため、費用と時間がかかる ・MSW人員不足、当院の重症症例もあり、転院調整や早期介入が難しい状況が増加	S
	西和	・西和7町の6病院を主たる対象として、地域医療連携推進法人の枠組みを推進することが可能か検討	・西和7町6病院の病院長をはじめとした幹部職員を招き、地域医療連携推進法人とは何か、法的な課題、連携を推進するための仕組みとして3回の会合を実施	・6病院間をつなぐ病院情報システムの導入可否・運用の検討を行う	A

大項目Ⅱ　地域の医療力向上への貢献
中項目２　地域の医療機能の向上のための支援

◆取組項目①　学術集会、研修会等の開催

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標

法人の評価		
年度	評価	総評
R6	A	○地域医療従事者向け知識（講座）修得研修の参加人数は、西和・リハでは目標を達成できなかった（西和目標:600人→実績:588人、リハ目標:100人→実績:86人）が、総合では目標を達成（目標:300人→実績:314人）した。 ○救命救急士等の技術（実習）修得研修の受入人数は、総合では目標を上回って達成（目標:70人→実績:83人）し、西和でも目標を達成（目標:70人→実績:71人）した。 ○リハでは、奈良県介護実習・普及センターとの共催による医療従事者・介護職員向け介護講座を8回開催し、86人が参加した。

取組項目①　学術集会、研修会等の開催			R６に進捗した事項	R６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓地域の医療従事者に学術集会・教育研修の機会を提供します			
	評価指標	○地域医療従事者向け知識（講座）修得研修の参加人数【数値】			

総合			
区分	R４実績	R５実績	R６実績
指標	282人	335人	300人
実績			308人

西和			
区分	R４実績	R５実績	R６実績
指標	573人	683人	600人
実績			588人

リハ			
区分	R４実績	R５実績	R６実績
指標	70人	139人	100人
実績			86人

○救命救急士等の技術（実習）修得研修の受入人数【数値】

総合			
区分	R４実績	R５実績	R６実績
指標	74人	62人	70人
実績			83人

西和			
区分	R４実績	R５実績	R６実績
指標	55人	75人	70人
実績			71人

今年度の取組	総合	・定期的な病診・病病連携研修会の実施（登録医 1回/年、医療機関向け 1回/月）	・病診・病病連携医療講座（12回開催） （のべ）参加医師:189名、他:119名　計308名 ・奈良の地域医療を支える会（12/7開催） 今年度初の5病院（済生会奈良病院、奈良医療センター、西の京病院、大和郡山病院、当院）合同で実施、参加者:134名 ・奈良市医師会も含めた6演題の講演後、懇親会を実施	・「奈良の地域医療を支える会」実施について、5病院合同で実施したことは有意義であったこともあり、来年度以降も継続したいが、会場確保や懇親会等の準備が運営側の負担となるため、来年度以降の実施方法について検討が必要	S
	西和	・地域で医療・介護を行っている医療機関や訪問看護師や関連施設などの職員に対し、専門性の高い医療専門職による地域連携講座や西和メディケアフォーラム地域事例検討会等を継続 ・奈良県広域消防組合より、R5実績と同等の実習受入を目指し、救急救命士の技術向上のための支援を継続（R5実績：ビデオ喉頭鏡挿管実習9名、気管挿管実習3名、救急救命士生涯実習63名） ・登録医および地域の医療機関の医師を対象にした「奈良県西部地域医療連携の会」において、学術的な教育活動を継続	・年間計画に沿って、 地域連携講座（年6回186人参加） 西和MC在宅支援講座（年4回210人参加） 感染防止研修会(公開講座)（6/14実施51人参加） 医療安全研修会（公開講座）(8/23実施31人参加） 西和メディケアフォーラム地域事例検討会（10/30実施44人参加） ACP研修会（3/27実施66人参加） を実施 ・登録医および地域の医療機関の医師を対象にした「奈良県西部地域医療連携の会」において、学術的な教育活動を実施（年2回124人参加） ・奈良県広域消防組合より実習を受入れ、救急救命士の技術向上のための支援を行った（R6実績：ビデオ喉頭鏡挿管実習10名、気管挿管実習3名、救急救命士生涯実習58名）	・年間計画に沿って多くの方に研修会等に参加していただけるよう案内し、実施 ・引き続き、R6と同数程度の救急救命士の技術向上のための支援を行う	A
	リハ	・地域医療従事者・介護職員向け講座を定期開催（R6:9回開催予定）	・奈良県介護実習・普及センターとの共催による医療従事者・介護職員向け介護講座を8回開催、参加者合計86人	・今後も地域ニーズを捉えた内容で開催を継続	A

大項目Ⅱ　地域の医療力向上への貢献
中項目３　医療ＤＸの推進

◆取組項目①　３センターの医療情報システム基盤の統合、医療ＤＸの推進

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標

法人の評価		
年度	評価	総評
R6	A	○R7.9月の電子カルテシステム更新に向け、相手方事業者の確定、主なシステムの契約締結を完了した。 ○本部及び各センターの情報システム担当者が参加する病院情報システム連絡会議を開催し、システム更新にかかる課題の洗い出しや情報共有を実施した。

取組項目①　３センターの医療情報システム基盤の統合、医療ＤＸの推進			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓３センターの電子カルテを中心とした医療情報システムの更新を県と協議の上、計画的に進めます			
	評価指標	○電子カルテ導入に向けた進捗【定性的】 3センターにおいて、共通の電子カルテシステム導入に向けて、県と協議のうえ、計画的な事業執行に努めます 業務におけるモバイル利用を強化します バックアップやサイバーセキュリティ対策を盛り込んだシステム構築を行います ○ＩＣＴを活用した業務の効率化に向けた進捗【定性的】 3センターにおいて、ＩＣＴを活用した業務の効率化に向けて、計画的な事業執行に努めます				
今年度の取組	３センター・本部	・各医療情報システムの更新を行う、相手方事業者の確定・契約締結 ・電子カルテシステムや各種部門システムが計画通りに構築できるよう、プロジェクト管理を実施 ・電子カルテシステムや各種部門システムの導入に向けた様々な検討活動（各種ワーキング活動等）の実施 ・共通基盤（バックアップやセキュリティ対策を盛り込んだコアサーバ・コアネットワーク等）の構築	・相手方事業者の確定、主なシステムの契約締結の完了 ・プロジェクト管理の実施（現在進行中） ・ワーキング活動を各センターで実施 ・共通基盤の構築作業中（現在進行中）	・一部の契約において価格交渉や仕様確定に時間がかかっているため、早急に対応予定 ・9月のシステム切替スケジュールが遅延することがないように、システムベンダーとの密なコミュニケーションおよび管理を継続して実施予定	A

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度
医療情報システム基盤の統合	システム構築	稼働 →	→	→	→

大項目Ⅱ　地域の医療力向上への貢献
中項目４　災害医療体制の強化

◆取組項目①　業務継続計画（ＢＣＰ）の充実
◆取組項目②　ＤＭＡＴ隊員の養成

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標

法人の評価		
年度	評価	総評
R6	A	○自院被災を想定した院内防災訓練の実施回数では、西和では目標を達成できなかった（目標:2回→実績:1回）が、総合・リハでは目標を達成（総合目標:2回→実績:2回、リハ目標:3回→実績:3回）した。 ○ＤＭＡＴ要員の配置人数では、総合は目標を上回って達成（目標:25人→実績:32人）し、西和でも目標を達成（目標:13人→実績:13人）した。

取組項目①　業務継続計画（ＢＣＰ）の充実			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓業務継続計画（ＢＣＰ）を適宜更新し、充実を図ります ✓自院被災等を想定した訓練を充実します			
	評価指標	○自院被災を想定した院内防災訓練の実施回数【数値】 総合：区分／Ｒ４実績／Ｒ５実績／Ｒ６実績　指標：2回／2回／2回　実績：2回／2回 西和：区分／Ｒ４実績／Ｒ５実績／Ｒ６実績　指標：2回／2回／2回　実績：2回／1回 リハ：区分／Ｒ４実績／Ｒ５実績／Ｒ６実績　指標：3回／2回／3回　実績：3回／3回 ○自院被災を想定した院内防災訓練の内容の充実【定性的】 総合、西和及びリハにおいて、毎年度実施する自院被災を想定した院内防災訓練の実施状況を踏まえて、次年度の訓練に向けた内容の充実に努めます			
今年度の取組	総合	・東南海地震による広域災害の発生に備えて、院内防災訓練の実施を継続して行い、問題点を抽出 ・院内防災訓練の結果を踏まえ、年に1回以上BCPを更新	・11/16に医師会、消防署、近隣薬局も参加し、模擬患者での災害対応訓練を実施 ・新たに発災時の報告様式を作成し災害対応訓練で試験運用を実施、運用に支障が無かったためBCPに追加	・R6の災害対応訓練はシステム障害も踏まえたシナリオであり、紙運用を実際に行ったが、記載方法が分からなかったり記載に時間を要することが多々あったため継続して訓練が必要	S
	西和	・R6.1月能登半島地震の被災地支援の継続 ・さまざまな災害を想定した実効性の高い災害訓練の実施 ・院内災害訓練経験人数の増加 ・業務継続計画（BCP）の見直しおよび運用体制の強化 ・地震や水害等の災害以外にサイバーセキュリティにおける業務継続計画（BCP）の策定準備	・施設の改築やこれまでの訓練結果を通じてBCPを更新 ・これまで机上訓練であった暫定本部の立ち上げから本部立ち上げとその後のダメージコントロールまでの一連の指揮命令を実践形式で訓練 ・R5に引き続き患者受け入れを想定して訓練を実施、参加者は122名と大規模での訓練となった	・BCP更新後、変更になった事項や、R6の訓練結果を踏まえ、更新 ・訓練規模が大きくなったこともあり、訓練について事前説明が不十分だった点があったため、説明会や方法を再検討し、効果的な訓練が行えるようする	A
	リハ	・業務継続計画（BCP）、災害マニュアルの想定に基づく災害訓練 ・災害マニュアルの見直し ・職員の安否を迅速に把握するための情報収集ツールを活用した参集訓練	・田原本町で震度6強の地震発生直後を想定した災害訓練をR6.11月に実施 ・災害対策ワーキングを隔月開催し、災害対策マニュアル見直しの検討を開始 ・情報収集ツールを用いて参集訓練をR6.7月・11月の2回実施	・BCPや災害時対策マニュアルの見直し	A

<table>
<tr><th colspan="2">取組項目②　ＤＭＡＴ隊員の養成</th><th>Ｒ６に進捗した事項</th><th>Ｒ６の課題・問題点</th><th>法人評価</th></tr>
<tr><td rowspan="2">中期計画</td><td>具体的な行動計画</td><td>✓ＤＭＡＴ隊員の養成を推進します</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>評価指標</td><td>〇ＤＭＡＴ要員の配置人数【数値】
<table>
<tr><th colspan="4">総合</th></tr>
<tr><th>区分</th><th>Ｒ４
実績</th><th>Ｒ５
実績</th><th>Ｒ６
実績</th></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">19人</td><td rowspan="2">28人</td><td>25人</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>32人</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="4">西和</th></tr>
<tr><th>区分</th><th>Ｒ４
実績</th><th>Ｒ５
実績</th><th>Ｒ６
実績</th></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">14人</td><td rowspan="2">12人</td><td>13人</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>13人</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td rowspan="2">今年度の取組</td><td>総合</td><td>・災害に対応できる看護師を養成
・DMAT養成研修への継続的な参加</td><td>・9/27、9/28：政府訓練参加
・10/20：奈良県防災総合訓練参加
・11/9：近畿ブロック訓練参加
・11/16:JR西日本列車事故対応訓練参加
・11/17:クロスウェイなかまち合同消防訓練参加
・11/28～11/30:NBC災害（核、生物、化学物質による特殊災害）・テロ対策訓練参加</td><td>・医師及びロジの人員が不足しているためDMAT隊員の養成が必要</td><td>S</td></tr>
<tr><td>西和</td><td>・DMAT隊員養成研修に参加し、隊員数の増加
・R6.1月能登半島地震に派遣されたDMAT隊等の経験を生かした災害対策研修会を開催</td><td>・業務調整員異動によりコメディカル部門1名減少、全体数に変更はないが、DMAT出動時の業務分散のため隊員の増員を図り、新規応募するも落選
・9/3　奈良県SCU展開訓練に参加
・12/9 奈良DMATロジティクス研修に参加
・1/31 国民保護共同図上訓練に参加</td><td>・DMAT資格を保有する隊員を増やすため、新たに研修を受講予定</td><td>A</td></tr>
</table>

大項目Ⅱ　地域の医療力向上への貢献
中項目５　県民への医療・健康情報等の提供

◆取組項目①　医療・健康情報等の広報
◆取組項目②　公開講座等の開催

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標

法人の評価		
年度	評価	総評
R6	A	○医療・健康情報等の広報について、総合ではインスタグラムを活用して144件の投稿を実施、西和ではホームページのフルリニューアルが完了し、リハではホームページで小児科予約状況や外来リハビリテーション空き枠紹介等を随時更新した。 ○地域住民向け公開講座の参加人数では、西和は目標を達成できなかった（目標:200人→実績:154人）が、総合では目標を達成（目標:320人→実績:390人）し、リハでは目標を大きく上回って達成（目標:350人→実績:1,178人）した。

取組項目①　医療・健康情報等の広報			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓ＨＰ、ＳＮＳ、病院年報等を活用して経営状況、稼働状況、臨床指標、各病院の医療機能などの公表を推進します			
	評価指標	○ＨＰ等を活用した広報に向けた進捗【定性的】			
		総合、西和及びリハにおいて、ＨＰ等を活用した広報の充実に努めます			
今年度の取組	総合	・公式SNSを活用し、院内での取り組みやイベントを積極的に公表 ・最新の治療や実績についても都度ホームページを更新	・インスタグラムを活用し病院で実施可能な治療内容や各部署の紹介、リクルートに関する投稿などを実施、R6で144件の投稿 ・ホームページ上の指標等に関して最新のデータへ更新済	・新規フォロワーの獲得に向け、他院の情報発信も参考にする	S
	西和	・ホームページをフルリニューアルし、県民や登録医にわかりやすい情報を提供できる体制強化を促進 ・西和医療センター情報誌「ファミーユみむろ」の内容を更に充実	・ホームページのフルリニューアル完了 ・ファミーユみむろは経費節減の観点から発行回数を年3回に変更	・ホームページ保守業者と連携し、タイムリーな情報更新を行う ・地域住民が欲しい情報と病院が発信したい情報を委員会で議論し充実させていく	A
	リハ	・現行のホームページの見直しを図るとともに、広報誌、院内テレビ放送等を通したタイムリーにセンター情報を発信	・ホームページで、小児科予約状況・外来リハビリテーション空き枠紹介や公開講座・出前講座の情報を随時更新 ・広報誌「Light」を年2回発刊し、院内や県内医療機関等に情報を発信	・ホームページ内容の定期的な見直し	A

<table>
<tr><th colspan="2">取組項目②　公開講座等の開催</th><th>Ｒ６に進捗した事項</th><th>Ｒ６の課題・問題点</th><th>法人評価</th></tr>
<tr><td rowspan="2">中期計画</td><td>具体的な行動計画</td><td>✓公開講座等による医療・健康情報の提供を推進します</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>評価指標</td><td>〇地域住民向け公開講座の参加人数【数値】
<table>
<tr><th colspan="4">総合</th></tr>
<tr><td>区分</td><td>Ｒ４
実績</td><td>Ｒ５
実績</td><td>Ｒ６
実績</td></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">298人</td><td rowspan="2">413人</td><td>320人</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>390人</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="4">西和</th></tr>
<tr><td>区分</td><td>Ｒ４
実績</td><td>Ｒ５
実績</td><td>Ｒ６
実績</td></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">開催中止</td><td rowspan="2">202人</td><td>200人</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>154人</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="4">リハ</th></tr>
<tr><td>区分</td><td>Ｒ４
実績</td><td>Ｒ５
実績</td><td>Ｒ６
実績</td></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">338人</td><td rowspan="2">527人</td><td>350人</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>1,178件</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td rowspan="3">今年度の取組</td><td>総合</td><td>・県や地区レベルでの医師会および薬剤師会の学術講演会で継続的に診療に関する情報発信を行うとともに、地域住民向けの市民公開講座も適時開催できるように関係部門と協議を行う</td><td>・県民向け公開講座（7/6、9/28、2/8）実施
参加者：7/6（80名）、9/28（166名）、2/8（151名）</td><td>・公開講座について、コロナ明けから来場形式に戻したが、来場できない県民向けにハイブリット形式にすることも検討
・院内に演題公募をした結果、開催希望部署があったため、年4回開催</td><td>S</td></tr>
<tr><td>西和</td><td>・市民公開講座においては地域のニーズにマッチした内容を充実させ、より多くの県民の健康増進に寄与
・有効な広報を行い、参加人数を増加</td><td>・住民向け講座開催に向けた広報活動（自治体発行の広報誌やLINE・X・Facebookでの開催告知、テレビ放映）を行い、参加数の増加に努めた
・住民向け情報誌の定期発行も継続、地域住民の健康に対する意識の向上に貢献した</td><td>・引き続き、住民向け講座開催に向けた広報活動を行い、参加数の増加に努める
・住民向け情報誌の定期発行も継続し、地域住民の健康に対する意識の向上に貢献する</td><td>A</td></tr>
<tr><td>リハ</td><td>・県民のニーズに沿う県民公開講座を継続実施
・出前講座の講座内容を追加するとともに対象エリアを現行の磯城郡3町から全県へと拡大し県民への医療・健康情報提供を充実</td><td>・県民公開講座R6.10月実施、参加者164人
・県民公開講座アンケート結果（有意義90%、すこし有意義10%、有意義ではない0%）
・R6から出前講座対象エリアを磯城郡3町から奈良県全域へと拡大
・出前講座(全16講座）申込制で実施、15回開催、参加者合計1,017人</td><td>・県民公開講座等において患者・地域ニーズの反映を強化
・出前講座の対象エリア、講座内容の検討</td><td>S</td></tr>
</table>

大項目Ⅲ　優れた人材の確保・育成
中項目Ⅰ　優れた医療人材の確保・育成

◆取組項目①　初期臨床研修、専門医修練プログラムの充実
◆取組項目②　医療専門職教育研修センターの活動
◆取組項目③　奈良看護大学校の活動（教育レベルの向上・教育環境の充実）

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標

目標指標				
専門医数				
所属		R４実績	R５実績	R６実績
３センター	指標	473人	469人	518人
	実績			469人

法人の評価

年度	評価	総評
R6	A	○3センターの専門医数は目標を達成できなかったが、R5の実績を維持（目標:518人→実績:469人、R5実績:469人）した。 ○専門医認定機構の認証プログラムを受講する専攻医数では、総合・西和ともに目標を達成（総合目標:56人→実績56人、西和目標:11人→実績:17人）した。 ○総合・西和ともに初期臨床研修医のフルマッチを達成した。 ○全職員向け研修及び職種別・職位別研修について、開催件数・参加者数ともに目標を達成（件数目標:16件→実績:16件、参加者数目標:1,400人→実績:1,449人）した。 ○看大では、国家試験合格率95%達成を目指して模試等を実施したほか、教員の教育実践力の向上を図った。

取組項目①　初期臨床研修、専門医修練プログラムの充実			R６に進捗した事項	R６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓卒後臨床研修評価機構の認定取得を推進します ✓日本専門医機構の認証制度を推進します			
	評価指標	○初期臨床研修医フルマッチの維持【定性的】 総合及び西和において、初期臨床研修医のフルマッチの維持に努めます ○専門医認定機構の認証プログラムを受講する専攻医数【数値】			

総合			
区分	R４実績	R５実績	R６目標
指標	54人	57人	56人
実績			56人

西和			
区分	R４実績	R５実績	R６目標
指標	11人	17人	11人
実績			17人

今年度の取組					
	総合	・初期臨床研修については、JCEP（卒後臨床研修評価機構）更新年度に当たり、現状分析を踏まえさらなるプログラムの充実を行う ・外科専門研修基幹プログラムでの採用専攻医を確保し、奈良県内で従事する外科医のボトムアップを目指す	・R7採用臨床研修医には71名の応募があり、選考試験においても上位26番以内でフルマッチ ・JCEPの更新審査を達成できたが、現状のプログラムの問題点を改善し、より良いプログラムになるよう努める ・外科専門研修プログラムの新規連携病院として、R6から岡崎医療センターと生駒市立病院を追加して、研修プログラムがさらに充実	・JCEP更新審査において、事務担当者が交代後初めての更新であったこともあり指摘された部分があった ・2年次研修医18人の内、1人しか専攻医プログラムに残らなかったため、専攻医プログラムの充実をおこなう	A
	西和	・初期臨床研修医のフルマッチ(10名) ・医学生への勧誘・広報活動として奈良県及びレジナビ、マイナビ等が主催する合同説明会への出展 ・病院見学の随時受入れ継続 ・研修医用のスクラブ（首元がVネックになった半袖の医療用白衣）を導入 ・院内BLS（1次救命処置）研修を毎月1回(8月を除く)開催 ・臨床研修ホームページの内容改訂 ・Faculty Development（教員が授業内容・方法を改善し向上させるための組織的な取組の総称）への取り組み強化 ・JCEP（卒後臨床研修評価機構）評価項目に即した改善	・研修医の採用定員10名枠に対し35名の応募があり、5日間（8/1・8/15・8/22・8/29・9/5）かけて、筆記試験及び面接試験を実施しフルマッチを達成 ・広報として合同説明会への出展（4/29：マイナビ大阪、5/19：レジナビ福岡、5/26：レジナビ大阪、7/31,12/26：県主催合同説明会） ・R6年間延べ見学者数として115名を受入 ・8/1より研修医用のスクラブを導入	・フルマッチは達成したが、今後も同様の広報活動の継続が必要 ・臨床研修医ホームページ内の情報を適宜更新する必要がある ・JCEP（卒後臨床研修評価機構）の更新訪問調査に向けた準備が必要	A

<table>
<tr><th colspan="2">取組項目②　医療専門職教育研修センターの活動</th><th>Ｒ６に進捗した事項</th><th>Ｒ６の課題・問題点</th><th>法人評価</th></tr>
<tr><td rowspan="6">中期計画</td><td>具体的な行動計画</td><td>✓全職員向け研修及び職種別・職位別研修を充実します
✓臨床研究の充実のための組織（仮称：地域医療改善研究所）を設置します</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td><td rowspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">評価指標</td><td>〇全職員向け研修及び職種別・職位別研修の開催件数【数値】</td></tr>
<tr><td>
<table>
<tr><th colspan="4">研修セ</th></tr>
<tr><th>区分</th><th>Ｒ４
実績</th><th>Ｒ５
実績</th><th>Ｒ６
実績</th></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">16件</td><td rowspan="2">16件</td><td>16件</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>16件</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>〇全職員向け研修及び職種別・職位別研修の参加者数【数値】</td></tr>
<tr><td>
<table>
<tr><th colspan="4">研修セ</th></tr>
<tr><th>区分</th><th>Ｒ４
実績</th><th>Ｒ５
実績</th><th>Ｒ６
実績</th></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">1,306人</td><td rowspan="2">1,455人</td><td>1,400人</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>1,449人</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>〇臨床研究の充実のための組織の設置に向けた進捗【定性的】</td></tr>
<tr><td>研修セにおいて、臨床研究の充実のための組織の設置に向けて、令和6年度から令和8年度は調査のうえ、計画を立て、令和9年度は試行し、令和10年度には正式に設置します</td></tr>
<tr><td>今年度の取組</td><td>研修セ</td><td>・ハイブリッドや録画配信など研修方法を適宜工夫しながら、全職員向け研修及び職種別・職位別研修を実施
・臨床研究の充実のための組織のあり方について検討し、キックオフとして、臨床研究に係る研修を実施</td><td>・予定された職位別・全職員研修を実施、開催回数、参加者とも目標指標を達成</td><td>・対面での研修になると、研修日時や欠席者のフォローアップ等色々と制限が出てくるため、R7はオンデマンド配信による研修を充実</td><td>A</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">取組項目③　奈良看護大学校の活動（教育レベルの向上・教育環境の充実）</th><th>Ｒ６に進捗した事項</th><th>Ｒ６の課題・問題点</th><th>法人評価</th></tr>
<tr><td rowspan="2">中期計画</td><td>具体的な行動計画</td><td>✓国家試験合格率９５％を達成する取組を推進します
✓教員の教育実践力・看護実践力を向上します</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>評価指標</td><td>○看護師国家試験合格率【数値】
<table><tr><th colspan="4">看大</th></tr><tr><td>区分</td><td>Ｒ４
実績</td><td>Ｒ５
実績</td><td>Ｒ６
実績</td></tr><tr><td>指標</td><td rowspan="2">92.5%</td><td rowspan="2">96.1%</td><td>卒業生なし</td></tr><tr><td>実績</td><td>-</td></tr></table>※令和４年４月１日から４年制に移行したため、令和６年度の卒業生がいない
○機構への入職率【数値】
<table><tr><th colspan="4">看大</th></tr><tr><td>区分</td><td>Ｒ４
実績</td><td>Ｒ５
実績</td><td>Ｒ６
実績</td></tr><tr><td>指標</td><td rowspan="2">60.0%</td><td rowspan="2">60.8%</td><td>卒業生なし</td></tr><tr><td>実績</td><td>-</td></tr></table>※令和４年４月１日から４年制に移行したため、令和６年度の卒業生がいない
○県内病院への入職率【数値】
<table><tr><th colspan="4">看大</th></tr><tr><td>区分</td><td>Ｒ４
実績</td><td>Ｒ５
実績</td><td>Ｒ６
実績</td></tr><tr><td>指標</td><td rowspan="2">78.8%</td><td rowspan="2">84.3%</td><td>卒業生なし</td></tr><tr><td>実績</td><td>-</td></tr></table>※令和４年４月１日から４年制に移行したため、令和６年度の卒業生がいない</td></tr>
<tr><td>今年度の取組</td><td>看大</td><td>・看護師国家試験合格率95%に向けた取組み
１ 1年次から計画的に国家試験対策・全国模試を実施
2 専門基礎科目（解剖生理・疾病論など）間の連動した学習
3 チューター制導入による成績別対策を実施
4 国家試験対策にICTを活用（過去問WEB・アプリ）
･教員のコンピテンシー開発とFD活動（教員が授業内容・方法を改善し向上させるための組織的な取組み）のシステム化により教育実践能力・授業評価の向上を図る
･全教員の学会発表、雑誌投稿に向け、教員の目標管理のためのFD（組織的な教員啓発）活動を実施
･外部講師による授業評価等を実施し、教員の教育実践力の向上を図る
･学校と臨床との連携による教員と実習指導者の実習指導能力の向上を図る（臨地実習学習会の定例化、臨床看護師と教員による協同研究を実施）</td><td>･全学年、全国模試を受験し、外部講師による模試解説会を実施
･R6より新たな取り組みとして、校内一斉模試を実施
･教員を対象に、経験学習支援（認知的徒弟制）、学習科学、シビリンク学習（レジリエンス、コーチング、教育者としての基本的指導法）を実施
･奈良看護学会、メディカルスタッフアカデミーに参加
･実習指導者協議会を実施、各センター実習指導者会に教員が参加
･臨床看護師が大学校の講義を聴講
･授業評価、授業研究を実施</td><td>･4年制へ移行してから初めてR7に卒業生を輩出するため、国家試験に向けた細やかな指導と成績管理により、国家試験合格率95%達成を目指す
･当校独自の取り組み（経営学、教育学、学習科学、シビリンク学習）により、引き続き教員の能力開発に努める</td><td>A</td></tr>
</table>

大項目Ⅲ　優れた人材の確保・育成
中項目２　働き方改革の推進

◆取組項目①　働きやすい職場づくり
◆取組項目②　超過勤務の縮減
◆取組項目③　タスクシェア・タスクシフト

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標

目標指標			
職員アンケート満足度 （ワークライフバランスの満足度）			
所属	Ｒ４ 実績	Ｒ５ 実績	Ｒ６ 実績
指標	55.5%	48.5%	55.0%
実績			62.4%

法人の評価

年度	評価	総評
R6	A	○職員アンケートにおけるワークライフバランスの満足度では目標を達成できなかったが、R5と比較して大きく改善（目標:75.0%→実績:62.4%、R5実績:48.5%）した。 ○障害者雇用率は目標を達成（目標:2.80%→実績:2.91%）した。 ○超過勤務の縮減では、各所属において超勤時間過多の職員に対して面談を実施し、職員間における業務調整や業務の標準化に取り組んだ。 ○本部では、全職員対象にストレスチェックを実施し、高ストレス者からの申出に基づき医師面談を実施する一方、職場別・職種別の集団分析を行い、各所属で報告会を開催した。 ○タスクシェア・タスクシフトでは、R6は7名が特定行為研修を修了した。また、総合では特定行為を1,549件実施した。

取組項目①　働きやすい職場づくり			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓ワークライフバランスを実現します ✓障害者雇用を促進します			
	評価指標	○職員アンケート調査で「ワークライフバランスが図れている」と回答した職員の割合【数値】			

法人全体			
区分	Ｒ４ 実績	Ｒ５ 実績	Ｒ６ 実績
指標	55.5%	48.5%	75.0%
実績			62.4%

○障害者雇用率【数値】

法人全体			
区分	Ｒ４ 実績	Ｒ５ 実績	Ｒ６ 実績
指標	2.36%	2.92%	2.80%
実績			2.91%

今年度の取組	総合	・有給及び夏期休暇の取得義務で定められた日数取得に向けて有休取得状況を各部署へ提示することで進捗状況を把握し取得の促進を目指す	・各部署へ取得状況を配布することで取得を促進	・今後継続して行うことで取得率を増加	A
	西和	・所属長を対象としたワーク・ライフ・バランス研修の実施 ・障害者手帳を取得している職員の掘り起こしの実施	・12/23に外部講師を迎えてワーク・ライフ・バランス研修を実施済	・R7も継続して研修を行うことで浸透を図る	A
	リハ	・ワークライフバランスの推進に向け年次有給休暇取得、男性職員の育児休業取得を促進 ・育児休業、介護休業の取得に関する内容理解のため、採用時全員に職員ハンドブックを配布しグループウエアに申請用紙等を併せて掲載し、活用しやすい環境を構築 ・障害特性や、個人の適性を踏まえ障害者雇用を促進	・ワークライフバランスの推進に向け、年度目標（夏季休暇3日を含めた年10日以上の休暇取得）を掲げ、毎月の衛生委員会で取得状況を報告 ・R6年休5日以上取得は対象者全員100%達成、R6男性育児休業取得者6人 ・採用時オリエンテーションで職員ハンドブックを配布し制度説明を実施、申請用紙をグループウエアに掲載し、活用しやすい環境を構築 ・障害者支援機関の担当者も交え本人と面談を実施、障害特性や個人の適性を踏まえ配置部署を決定 ・R6障害者雇用者20.5人、障害者雇用率12.8%	・年次有給休暇取得率に個人差があるため、計画的な取得促進 ・休暇ごとに申請がスムーズに出来る仕組みの改善 ・障害特性に応じた支援、働きやすい環境づくり	A
	看大	・本校とサテライトキャンパス間における業務体制等について整備 ・学校暦に合わせた計画的な休暇取得（年度計画による取得を推進することとし、夏季休暇3日を含めて10日以上の休暇取得）	・年休5日以上取得、夏季休暇3日取得を全員達成 ・計画表を作成し、業務に支障のないよう計画的に休暇を取得	・教職員間における業務調整を実施し、業務に支障のないよう計画的に休暇を取得	A
	研修セ	・勤怠管理システムの定期確認による計画的な年休取得の推進 ・業務標準化による年休を取得しやすい環境の整備	・毎月:スケジュール管理システム（グループウオッチャ）でスタッフ間の業務・休暇の共有 ・毎朝:スタッフ間の業務把握・分担作業を実施 ・夏休3日、年休5日以上取得 ・年間活動計画を所内に掲示、可視化することで所員全員の情報共有を促進	・引き続きタスクシフティング・タスクシェアリングを推進	A
	本部	・年次有給休暇の計画的な取得を推進 ・障害者雇用の推進に向けた、積極的な採用の実施	・年次有給休暇取得状況、休暇取得促進についてGreenLeaves Vol.29にて周知 ・障害者雇用の推進に向け、ハローワーク奈良、奈良障害者職業センター等の協力を仰ぎながら、採用活動を実施	・ワーク・ライフ・バランスには多様な視点があり共通した指標を基に取り組んでいく必要があることから、引き続き「年次有給休暇取得」、「時間外労働短縮」、「男性育休取得率の向上」の視点を軸とし、休暇取得促進、必要な制度の見直しを継続 ・障害者雇用数は増加し、R7.3月時点で法定雇用率を達成しているが、引き続き障害者雇用を推進する必要あり	A

取組項目②　超過勤務の縮減			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓働き方改革のため超過勤務時間を適切に管理します			
	評価指標	○超過勤務時間の適切な管理に向けた進捗【定性的】 令和６年度から実施の医師の働き方改革への対応も含め、医療従事者の超過勤務縮減を始めとする労働時間の適切な管理、健康確保措置に努めます			
今年度の取組	総合	･超過勤務縮減を目指し、定時帰宅や所属長への超過勤務時間のフィードバック等取組を継続 ･毎月、前月の超過勤務時間が80時間を超える医師をピックアップし、面接指導医師による面談を実施 ･継続して面接指導医師の養成を進める	･働き方改革実行プロジェクト委員会を年2回実施 ･所属長や職員（医師）向けの人事・労務研修を実施し、超過勤務削減の意識付けを行った ･医師面談は毎月継続して実施、面接指導医は24名	･面談結果を受け、病院としての対応をどのようにしていくかが課題であり、引き続き働き方改革実行プロジェクト委員会にて検討 ･機構として自己研鑽の仕組みやルールの作成、柔軟な働き方の制度などを考える必要	A
	西和	･医師の働き方改革A水準を維持するための管理 ･職種別、所属別等の超過勤務時間の適正管理 ･超過勤務の多い所属に対して面接指導の実施	･奈良県勤務環境センターより社労士を迎え医師向け説明会を実施 ･特定労務管理対象機関として、特定地域医療提供機関（B水準）および技能向上集中研修機関（C-I水準）に指定済み ･月の超過勤務100時間超えの医師延べ9名に対し面接指導を実施	･医師向け説明会は継続して実施する必要があり、超過勤務や休みの申請等をリアルタイムに出来ない職員が一定数いる ･承認する側もリアルタイムに承認ができていない診療科もある	A
	リハ	･勤怠管理システムを活用し、出退勤時間と超勤時間の把握 ･医師の働き方改革へ対応するため、外勤の状況について把握・管理	･勤怠管理システムを活用し、超勤時間過多の職員に対して面談を実施 ･医師の外勤先を確認し、外勤先担当者と連携し勤務時間管理を実施	･超勤時間過多の職員については業務の平準化や業務改善への取り組み ･外勤状況の把握と管理の徹底	A
	看大	･職員の超過勤務の状況を把握し、その原因分析と対策について検討し、業務改善を図る	･教職員の超過勤務の状況を把握のうえ、教職員間における業務調整を実施 ･定時に残務を確認し、業務調整を実施 ･ノー残業デー（毎週水曜日）を設定	･教職員間における業務調整、業務の標準化、効率化に取り組む	A
	研修セ	･業務標準化によるタスクシェアリング・タスクシフティングを推進 ･働き方改革に係る全職員向け研修を実施	･業務の標準化を推進、偏った業務負担にならいよう業務の進捗状況を所内で共有し、超過勤務が発生しないよう勤務時間管理を実施 ･「働き方改革」に伴う研修として、村田理事による労務管理研修を実施	･引き続きタスクシェアリング・タスクシフティングを推進	A
	本部	･超過勤務や定期健康診断の状況を把握し、定期的に情報を共有 ･ストレスチェックの実施を通し、メンタル状況を把握	･がん検診に係る「要医療・要精密検査者」への早期受診勧奨、人間ドック受診者への受診勧奨（受診報告依頼）を所属へ依頼 ･8月に全職員対象にストレスチェックを実施（受検率97.12%）、高ストレス者からの申出に基づき医師面談を実施する一方、職場別・職種別の集団分析を行い、11月から12月にかけて各所属で報告会を開催 ･共済組合と密に連携をとり、特定保健指導対象者への受講勧奨を実施	･がん検診による精密検査受診勧奨については、今後も職員の健康確保のために取り組みを継続 ･人間ドック受診者への受診勧奨について所属との情報共有を継続し、精検受診率の向上を目指す ･入職者の抗体獲得状況について、12月の採用者報告後に評価 ･集団分析の結果も踏まえ、メンタル不調の未然予防、早期発見に努める ･R6.11月より受講勧奨開始し、今後の受講率向上を目指す	S

取組項目③　タスクシェア・タスクシフト			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓多職種でのタスクシェアリング・タスクシフティングを推進します			
	評価指標	○多職種でのタスクシェアリング・タスクシフティング導入に向けた進捗【定性的】			
		総合、西和及びリハにおいて、多職種でのタスクシェアリング・タスクシフティング導入に向けた取組みの推進に努めます			
		○特定行為研修の組織定着に向けた取組み【定性的】			
		特定行為研修の受講と修了者の活動を推進する取組みを、組織的かつ継続的に行い、活動環境整備による特定行為実施件数増加の取組みを推進します			
今年度の取組	総合	･セクレタリーが医師からタスクシフトできる医師事務作業の項目を増やす ･外来処置室での特定行為を実施（腹水穿刺、陰圧閉鎖療法など） ･「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」に係る特定行為研修修了者と糖尿病療養指導士による、患者教育及び院内スタッフへの指導力向上に向けた取組 ･特定行為実習生に対して演習やOSCEの実施	･セクレタリーが新たな業務を行える様に担当診療科の医師へ確認を行い、医師の業務負担軽減に繋がる様に調整 ･計画していた外来処置室での特定行為の実施は出来なかったが、泌尿器科外来に出向き、膀胱瘻カテーテルの交換を実施 ･糖尿病妊婦に対して介入はしていたが、特定行為実施に至ることはなかった ･特定行為研修生に対して、演習・実習:12件、OSCE（実技試験）:6件実施 ･配属された病棟を中心に特定行為を実施、今年度実施件数:1,549件（昨年度1,715件）	･セクレタリーの人員が約20名減少となっており、医師事務作業項目の新たな業務を行うことが難しく、現状としては今までの業務を維持することを検討 ･特定行為の実施は、研修修了者全てが実施出来ておらず、実施者に偏りがある ･現場で必要とされる行為について、小グループで依頼から実施を行う計画を立て、バスキュラチームが活動を開始 ･今まで依頼の無かった医師からの依頼もあったが、拡大させることは出来ていない ･手順書の見直しを行い、特定研修修了者の広報や依頼方法について再度周知していく必要	B
	西和	･医師事務作業補助者の確保による医師のタスクシフトを推進（医師の働き方改革A水準を達成するため） ･医師、看護師間および多職種間のタスクシフト／タスクシェアを推進 ･複数主治医制を更に推進 ･R5に実施した看護師から他職種へのタスクシフトの進捗確認および新規要望の確認、タスクシフト後の業務効率化状況の状況確認を実施	･医師事務作業補助者を1名確保でき、タスクシフトを推進 ･R5から推進していた医師、看護師間および多職種間のタスクシフトは継続実施	･看護師から他職種へのタスクシフトの更なる推進	A
	リハ	･特定行為研修の修了者の活用促進 ･障害者雇用の活用によるタスクシェアリング・タスクシフティングの推進	･創傷管理の特定行為を看護外来で毎週実施、患者相談に都度対応 ･特定行為研修修了者が2名増加し合計3名の職員が特定行為の業務に従事 ･障害特性や個人の適性を踏まえ配置部署を決定し、タスクシェアリング・タスクシフティングを実施（病棟での看護補助や事務部門に配置）	･特定行為研修の受講者の希望を募り今後増員や活用推進を継続的に実施 ･外来における看護師の効率的、効果的な運用のため、障害者雇用の看護補助者の配置	A
	研修セ	･第4期特定行為研修の実施 ･機構修了者へのフォローアップ研修の実施 ･機構修了者の特定行為実践数の把握と各センターとの情報・課題共有	･定員5名であったが、第4期特定行為研修受講者（7名）全員の研修修了 ･機構修了者のフォローアップ研修を10月に実施、臨床推論の講義に加え新たな取り組みとして職位別のグループワークを実施、実践症例件数の増加に向けての課題と解決策についてそれぞれの取組等を報告	･R5は6名が修了しR6は7名が修了 ･臨地実習において、予定どおり2月末で実習終了できるような支援が不足しており、3月まで延長、毎月の実習進捗状況の把握方法の変更が必要 ･1年間にわたる研修への参加がしやすくなるような研修方法の検討が必要	A

大項目Ⅲ　優れた人材の確保・育成
中項目３　看護大学校の移転・再整備の推進

◆取組項目①　基本構想、基本計画による整備の推進

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標

法人の評価		
年度	評価	総評
R6	B	○基本構想策定時からの状況変化を踏まえ、基本構想の検証を行った。

取組項目①　基本構想、基本計画による整備の推進			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓県と病院機構において、マイルストーンを押さえ、計画的に事業を進めます			
	評価指標	○新看護大学校整備に向けたスケジュールに基づいた進捗【定性的】			
		「新看護大学校整備基本構想」及び「新看護大学校整備基本計画」を策定し、それらに基づき、県と機構が協力した事業執行に努めます			
今年度の取組	看大	･R5に策定した基本構想に基づき、「新看護大学校整備基本計画」を策定	･R6.3月に基本構想を策定したが、その後の状況変化（経営状況の悪化や同一敷地への養護学校の移転等）を踏まえ、基本構想の検証を行った	･県や関係機関と協議を行い、基本構想の検証を進める	B

大項目Ⅲ　優れた人材の確保・育成
中項目４　経営感覚、改革意欲に富んだ人材の確保・育成

◆取組項目①　事務職員のマネジメント力の向上

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標

法人の評価		
年度	評価	総評
R6	A	○事務職員のキャリアラダーの導入、育成制度の構築を検討した。

取組項目①　事務職員のマネジメント力の向上			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓職員のスキルアップを目指します			
	評価指標	○職務・職位別のキャリアパスの整備の進捗【定性的】			
		本部において、職務・職位別のキャリアパスの整備の推進に向けた取組みの推進に努めます			
今年度の取組	本部	･職務・職位別のキャリアパスの整備の推進に向けた手法の検討	･事務職員のキャリアラダーの導入を検討 ･キャリアラダーの導入に当たっては、事務職員の育成制度の構築を併せて検討	･継続して検討を推進	A

大項目Ⅳ　安定した法人経営
　中項目Ⅰ　ガバナンス体制の充実

◆取組項目①　医療施設職員としての意識向上
◆取組項目②　マニュアル、規程の整備（ＩＳＯ関連）
◆取組項目③　組織文化の醸成

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標

法人の評価		
年度	評価	総評
R6	S	○職員アンケート調査で「法人の理念や中期目標を意識して行動している」と回答した職員の割合は、目標を上回って達成（目標:75.0%→実績:84.5%）した。 ○ＩＳＯ内部監査の改善取り組み実施の件数では、総合は目標を大きく上回って達成（目標:30件→実績:73件）した。また、総合では新たにISO15189（臨床検査室の認定）を取得した。 ○職員アンケート調査で「職場の上司や先輩に相談しやすい雰囲気である」と回答した職員の割合は、目標を達成（目標:75.0%→実績:78.5%）した。

取組項目①　医療施設職員としての意識向上			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓法人理念の浸透・共有を推進します			
	評価指標	○職員アンケート調査で「法人の理念や中期目標を意識して行動している」と回答した職員の割合【数値】 法人全体 区分 / Ｒ４実績 / Ｒ５実績 / Ｒ６実績 指標 / 73.9% / 74.9% / 75.0% 実績 / 84.5%			
	総合	・グループウェアを活用し幹部会議や各種委員会等の情報共有を徹底 ・採用時に法人理念の説明を行い、また朝礼の際に復唱を行うことで理念を認識させる	・委員会終了後にグループウェア上に資料を掲載し共有 ・週初めの朝礼において理念の復唱を実施	・資料を見ていない職員もいるが、各部署での朝礼で要点を絞り周知	A
	西和	・「医の心と技を最高レベルに磨く」の中の特に「心」について幹部会議・連絡会を含む様々な会議で繰り返し職員への浸透を推進 ・「県民の健康を生涯にわたって支え続けます」については西和医療センターの役割を職員が十分認識できるように啓発	・病院連絡会や幹部会議などの冒頭ページに理念と役割を明記 ・加えて全員が見る電子カルテトップにも理念と役割を明記 ・部署毎では朝礼時に唱和 ・全体から個別まで浸透と啓発を推進	・前年度までに比して大いに前進、継続して浸透を図る	A

今年度の取組	リハ	・理念に即した判断や行動がとれる仕組みの構築 1 法人理念カードを全職員に配付・携帯 2 各種会議等の機会を活用し、中期目標等を意識した行動の促進 3 法人理念と各部署の計画が繋がるISO目標評価シート作成	・法人理念、センター理念を示したカードを作成し職員へ配布、職員カードとともに常時携帯 ・幹部会議、各種委員会で目標達成度を報告し、院内周知 ・グループウェアの活用を実施し、職員への院内決議事項・継続審議事項等の周知徹底のため、幹部会議・各種委員会等の資料・議事録をグループウエア内に格納 ・グループウェアトップページに病床稼働率、リハビリ実施件数等の指標を掲載し実績を共有 ・各種案内・教育研修情報をグループウェアのお知らせ機能を活用し発信 ・理念に即した目標設定を行い、院長ヒアリングで各部署の年度目標を確認し共有	・情報をグループウェアで発信し、職員が現状を把握し、課題解決に参画する仕組みの構築 ・グループウェアで閲覧することを習慣付けるための継続したアナウンス	A
	看大	・学生について、法人の理念、学校の理念と目標、ディプロマ・カリキュラム・アドミッションの３つのポリシーの浸透を図る 1 ホームルームや授業を通じて発信 2 入学時からポートフォリオを活用して日々の関わりや面談で理解度を確認 ・職員について、職員会議や朝夕のミーティングにおいて、理事会等の会議での重要な決定事項の情報を共有	・法人の理念、学校の理念と３つのポリシーを各教室に掲示し、入学オリエンテーションにて上記について説明 ・法人の学生の一員として、あをによし祭りの参加、災害訓練の参加、清掃ボランティア活動へ参加 ・イベントの後には法人の学生としての心構えや行動の評価を校長や事務長のメッセージとして伝えた ・ディプロマポリシー（卒業時の到達度）を踏まえて実習目標や実習評価基準を作成 ・コンピテンシーを用いた学生面談、評価を実施	・学生のコンピテンシー評価を実施し、行動変容へつなげていく必要がある	A
	研修セ	・法人の理念・中期目標等の浸透を図る研修の実施	・以下の職位別の研修にて、法人の理念・定着を図る研修を実施 新規採用職員研修前期:191名 ファシリテーター養成研修:18名 新任係長級職員研修:41名 新任副部長級職員研修:24名 新規採用職員研修後期:189名 5年目職員研修:106名 幹部合同研修:83名	・引き続き法人の理念・定着を図る内容の研修を企画・実施	A
	本部	・研修等の機会を活用し、法人の理念・中期目標等の浸透を図る ・以下のテーマでニュースレターの発行を行う 1 法人理念・R6の各所属の目標と主な取組 2 R5の業務の実績に対する県からの評価	・教育研修センターが実施する各種研修において、法人の理念・定着を図った ・1に関するニュースレターを4月に、2に関するものを9月に発行	・引き続き、各種研修やニュースレターの発行により、法人の理念・中期目標等の浸透を図る	A

取組項目② マニュアル、規程の整備（ＩＳＯ関連）			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓適正な業務推進のため、マニュアル・規程を整備し、職員に周知・徹底します			
	評価指標	○ＩＳＯ内部監査の改善取り組み実施の件数【数値】			

総合			
区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	30件	53件	30件
実績			73件

西和			
区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	58件	46件	45件
実績			35件

リハ			
区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	28件	39件	30件
実績			44件

看大			
区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	-	16件	2件
実績			5件

研修セ			
区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	-	3件	3件
実績			3件

本部			
区分	Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
指標	-	21件	15件
実績			26件

今年度の取組					
	総合	・R6にISO15189（臨床検査室の認定）を取得し、維持管理を実施	・計画通り12/20にISO15189を取得、次年度にむけて維持管理を行う	・R7.9月に電子カルテ・部門システム・自動分析装置入れ替えとなり、膨大な書類変更を行う必要がある	S
	西和	・内部監査等で検出された検出事項の「原因」と「対策及び対応方法」について該当部署にヒアリングし、改善に向けてフォローアップの実施 1 R6.6月中旬　ISO内部監査での検出事項のフォローアップ 2 R6.8月下旬　院内ラウンドとMSミーティングのフォローアップ 3 R6.10月中旬　第2回定期維持審査のフォローアップ 4 R6.11月～1月　ISO内部監査等で検出された事項の是正状況の確認とフォローアップ 5 幹部会議等で検出事項に関する進捗を報告し、水平展開を実施	・6/10～13 内部監査検出事項のフォローアップ実施 ・8/19～22 内部監査含む審査前のフォローアップ実施 ・10/15～18 第2回定期維持審査のフォローアップ実施 ・11/26～27、1/23～24 R6に検出された事項のフォローアップ実施 ・検出事項の結果、傾向、課題と進捗を幹部会議及び病院連絡会にて報告し、水平展開を実施	・改善した内容を病院全体、職員全員への周知を推進	A
	リハ	・マニュアル・規程文書の整備ならびに、ISO内部監査による改善取り組みを進め、内容をグループウェアや電子カルテ等により周知	・ISO内部監査前に各部署の全文書の見直しを年1回実施し、必要があれば改訂を実施 ・業務の標準化を図るためマニュアル作成を実施 ・ISO内部監査時にマニュアル、規程文書と実際の運用との整合性を確認 ・不適合・改善事項に対する是正計画を立案し、是正対応内容を確認 ・職員が閲覧できるようグループウェアにISO登録文書を掲載	・業務の標準化を図り、医療の質を担保するためのマニュアルの充実	A
	看大	・マニュアル・規程文書の見直しを継続し、整備	・担当者を明確にし、登録文書の見直し、改訂を実施	・実務と登録文書に齟齬がないか定期的に見直しを実施	A
	研修セ	・ISO内部監査時の指摘事項の改善 ・マニュアル等の適宜修正	・内部監査において指摘された事項については、速やかに対応、マニュアル等を修正済	・今後もマニュアル等を現状に即した精度の高い内容に適宜見直し予定	A
	本部	・マニュアル・規定等の整備を進めることにより、業務において遵守すべきルール、作業手順、権限や責任を明確化し、組織として常に適正な業務遂行、質の向上が図れる体制構築を目指す ・係内での自己チェックや、ISO内部監査による相互チェックにより、マニュアル・規定等の継続的な見直し・改善を図る	・年度当初の自己チェック、内部監査による相互チェックによりマニュアル等の改善整備	・内部監査において重度な不適合は無いものの軽微な不適合、改善事項は依然多くあり、改善を進める必要	A

<table>
<tr><th colspan="2">取組項目③　組織文化の醸成</th><th>Ｒ６に進捗した事項</th><th>Ｒ６の課題・問題点</th><th>法人評価</th></tr>
<tr><td rowspan="2">中期計画</td><td>具体的な行動計画</td><td>✓「報告する文化」を維持・推進します</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>評価指標</td><td>〇職員アンケート調査で「職場の上司や先輩に相談しやすい雰囲気である」と回答した職員の割合【数値】
<table>
<tr><th colspan="4">法人全体</th></tr>
<tr><td>区分</td><td>Ｒ４
実績</td><td>Ｒ５
実績</td><td>Ｒ６
実績</td></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">65.4%</td><td rowspan="2">62.2%</td><td>75.0%</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>78.5%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td rowspan="7">今年度の取組</td><td>総合</td><td>・執行部会議及び部長会議での決定事項についてその目的や意図を明確にし所属長からスタッフへ情報の共有を行うことで、職員へ情報が浸透する文化を醸成</td><td>・委員会終了後にグループウェア上に資料を掲載し共有
・幹部会議の決定事項は目的、意図を明確にしなぜ行うのかスタッフが理解できるよう各部署の朝礼で周知</td><td>・部長職級の賞与不支給が決定し3/4に「経営状況及び給与に関する講話」が行われたが、部長職級のみを不支給とする目的が十分に説明されなかった</td><td>A</td></tr>
<tr><td>西和</td><td>・職員が同僚や上司に相談しやすい雰囲気を醸成するため、各部門内でのコミュニケーションを円滑にする取組を推進
・直接の上司に相談しにくい事項であっても他の方法で幹部職員に話すことができるような仕組みを活用することを啓発</td><td>・ハラスメント担当窓口などを一覧化した書面をサイボウズにて発信し、職員用掲示版にも掲示するなど活用促進に努めた</td><td>・部門内コミュニケーションの取組推進が未完、各部署任せになってしまったので課題として認識し改めて取り組む
・担当窓口の一覧化と掲示による活用促進のイメージは出来たかと思うが、より一層の浸透を図る</td><td>A</td></tr>
<tr><td>リハ</td><td>・各所属で担当する業務について定期的なミーティングを行い、上司からの伝達指示事項だけでなく、出席者間の積極的な意見交換を促進し、業務の問題点、改善点の共有、PDCAサイクルによる業務改善
・メールや個別面談などを実施し、報告、連絡、相談する文化の維持・推進</td><td>・定期的なミーティング及び個別面談による課題、改善事項について積極的な意見交換を実施
・必要に応じて各種委員会・審議会等を通じて院内の共有を推進
・報告、連絡、相談する文化を各部署で推進</td><td>・報告、連絡、相談しやすい環境や仕組みの更なる推進を継続</td><td>A</td></tr>
<tr><td>看大</td><td>・HOT運動の推進（H：Help、O：Ok、T：Thank you）
1 朝夕のミーティングを通じて、事務と教務の情報共有
2 ゼロ報告の推進：業務上支障はないが、気づきのあった事項について報告を推進し、教職員で情報共有し、業務改善につなげる</td><td>・朝夕のミーティングを通じて、事務と教務の情報共有を実施
・ゼロ報告、インシデント報告をミーティングや職員会議で情報共有</td><td>・HOT運動を推進
・ミーティングや職員会議における情報共有を継続</td><td>A</td></tr>
<tr><td>研修セ</td><td>・課内ミーティングで各業務の進捗等を報告・共有
・職員間の業務把握・業務分担を実施</td><td>・毎朝のミーティング、月例の定例ミーティングにおいて情報を共有、職員間の業務把握・業務分担を確認</td><td>・今後も情報共有や報告がしやすい職場環境を整備予定</td><td>A</td></tr>
<tr><td>本部</td><td>・上司からの指示の伝達、各業務の進捗報告及び業務の問題点の抽出等を行うために各係毎に定期的にミーティングを開催し、相談する機会を設ける</td><td>・各係毎に必要に応じて、ミーティングを開催し、相談する機会を設けた</td><td>・引き続き、各係毎によるミーティングといった相談する機会を設けるなど、職員が報告・連絡・相談がしやすい環境を整える</td><td>A</td></tr>
</table>

大項目Ⅳ　安定した法人経営
　中項目２　安定した経営基盤の確立

◆取組項目①　経営指標による管理、改善
◆取組項目②　医業収入増加、医業費用削減の方策
◆取組項目③　医療機器、設備整備計画
◆取組項目④　業務改善の取組み

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標

目標指標				
経常収支比率				
所属		Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
３センター	指標	97.6%	89.9%	95.1%
	実績			91.9%

目標指標				
医業収益に対する人件費比率				
所属		Ｒ４実績	Ｒ５実績	Ｒ６実績
３センター	指標	60.2%	57.6%	53.9%
	実績			55.5%

法人の評価		
年度	評価	総評
R6	B	○各センターにおいて、月次ごとに経営指標を分析し、職員への周知を行った。また、理事会等において、収益アップや費用削減に向けて、各センターの課題・問題点について議論し、改善に繋がる具体的な方策を決定・実行した。 ○経常収支比率、医業収支比率はR5と比較し、改善しているものの、目標には未達成であった。

取組項目①　経営指標による管理、改善			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓日次・月次で経営指標を分析し、改善に取り組みます			
	評価指標	○経営指標を分析し、改善へ向けた取組みの実施に向けた進捗【定性的】			
		毎月の理事会において、各種経営指標について各所属より報告し議論する等、経営改善に向けた取組みの推進に努めます 【各種経営指標の令和１０年度時点の目標値】 ○病床稼働率 総合（全503床）：95.0%、西和（全300床）：95.0%、 リハ（全100床）：97.2% ○１日１人あたり入院単価 総合：99,000円、西和：86,707円、リハ：43,801円 ○１日１人あたり外来単価 総合：25,568円、西和：20,400円、リハ： 9,715円 ○平均在院日数 総合：10.2日、西和： 9.5日、リハ：14.0日			

今年度の取組	総合	・月次に経営指標を分析し、執行部会議及び部長会で発信 ・経営改善策（収益増加案及び費用削減案）を病院運営戦略会議に提案	・病院運営戦略会議を2回開催（7/9・1/14） ・週末の化学療法入院の運用を開始 ・呼吸器内科、婦人科における土曜日手術の運用を開始 ・祝祭日の一部外来稼働を試験的に運用、R7以降は収益が見込まれるMRIに限定し稼働を継続	・さらなる増収に向けて対策が必要 ・加算算定率の向上、2階東病棟の精神病床16床を一般病床へ転換、眼科外来処置室での日帰り手術の実施など取り組みを進めている	A
	西和	・経営指標は幹部会や病院連絡会議、経営戦略委員会にて取り組みの推進、モニタリングを実施 ・上半期の平均入院患者数を稼働率85%となる232床、下半期は稼働率90%となる245床を目指し収益を向上 ・診療報酬改定に伴う施設基準の新規取得およびDPC機能評価係数の更なる向上に努め、診療単価の向上	・毎月開催の幹部会議、病院連絡会議、経営戦略委員会にて、病院長から経営指標の説明を実施 ・経営戦略委員会では、収支改善項目について各担当部署から報告を実施 ・上半期の平均入院患者数は、当初計画を変更し、264床を目標とした ・上半期の平均入院患者数は237.0床(300床換算稼働率：79%）だったが、下半期は265.6床(300床換算稼働率：88.5%）、年度平均251.2床(300床換算稼働率：83.7%）に上昇 ・DPC機能評価係数Ⅱ・保険診療係数は、R6:0.12905、R7:0.13818と大幅に上昇	・年間目標としていた1日平均264人(在院:240人、新入院:24人)には届かなかったため、継続して集患活動に取り組む	A
	リハ	・毎月の幹部会議・経営改善委員会において、各所属より経営指標等を報告し経営改善に向けた取り組みを推進 ・収支改善策に基づいた計画書を作成、計画の進捗確認	・毎月の幹部会議、経営改善委員会で経営状況、診療実績を報告し、院内で共有 ・収支改善計画を作成し、毎月の進捗状況を共有し、未達項目について分析、新たな改善策を院内で検討し実施 ・ベッドコントロール体制変更を実施し、病床稼働率97.4%とR6収支改善策の年度目標97%以上を達成 ・個人毎の目標設定及び実績管理を設定し、リハビリテーション提供単位数が増加（R5:211,988単位/年、17,666単位/月→R6:235,067単位/年、19,589単位/月）	・次年度も収支改善に向けた取り組みを継続 ・更なる収支改善を行うため、次年度に病棟編成変更を実施	A
	本部	【各種経営指標の令和６年度時点の目標値】 〇病床稼働率 総合（全488床）：87.3%、西和（全300床）：93.9%、 リハ（全100床）：95.7% 〇１日１人あたり入院単価 総合：96,500円、西和：84,149円、リハ：43,801円 〇１日１人あたり外来単価 総合：25,568円、西和：20,375円、リハ： 9,715円 〇平均在院日数 総合：10.7日、西和： 10.2日、リハ：15.0日（一般病棟） ・本部では、予実間やセンター間での比較ができるよう、各センターからの報告をとりまとめた分析資料を、事務部長会議や理事会向けに提供 ・各センターでは、分析・議論のための資料を各種会議向けに提供	・事務部長会議や理事会において、各センターから毎月の病床稼働率等について、報告を実施	・更なる収益アップ、費用削減に向けて、各センターの病床の稼働状況等を共有	A

<table>
<tr><th colspan="2">取組項目②　医業収入増加、医業費用削減の方策</th><th>Ｒ６に進捗した事項</th><th>Ｒ６の課題・問題点</th><th>法人評価</th></tr>
<tr><td rowspan="2">中期計画</td><td>具体的な行動計画</td><td>✓地域医療への貢献を果すことで医業収入を増加します
✓医業費用を節減します</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>評価指標</td><td>○経常収支比率【数値】
<table>
<tr><th colspan="4">法人全体</th></tr>
<tr><td>区分</td><td>Ｒ４
実績</td><td>Ｒ５
実績</td><td>Ｒ６
実績</td></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">97.6%</td><td rowspan="2">89.9%</td><td>95.1%</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>91.9%</td></tr>
</table>
○医業収支比率【数値】
<table>
<tr><th colspan="4">法人全体</th></tr>
<tr><td>区分</td><td>Ｒ４
実績</td><td>Ｒ５
実績</td><td>Ｒ６
実績</td></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">85.0%</td><td rowspan="2">88.0%</td><td>95.0%</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>91.8%</td></tr>
</table>
○修正医業収支比率【数値】
<table>
<tr><th colspan="4">法人全体</th></tr>
<tr><td>区分</td><td>Ｒ４
実績</td><td>Ｒ５
実績</td><td>Ｒ６
実績</td></tr>
<tr><td>指標</td><td rowspan="2">77.1%</td><td rowspan="2">80.1%</td><td>88.2%</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>84.6%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td></td><td>総合</td><td>・PFM（入院前から退院まで患者に寄り添い、一貫支援を実施する効率的な入退院システム）を導入しメディカルスタッフを患者支援センターに配置することにより「入院時の医学管理料の算定を強化」し、入院基本料や加算の算定率強化および入院日数短縮を図る
・他のDPC特定病院群とのベンチマークを活用し、算定率が平均に満たない加算の算定漏れを防止
・NHA（日本ホスピタルアライアンス）共同購入品の採用を継続して進め、材料費の削減に努める
・医療機器の保守契約更新時に、保守対象範囲の見直しを行い、費用削減を図る</td><td>・PFMの開始に伴い入退院支援加算の算定強化へつながった（入退院支援加算1:2,449件、入院時支援加算:246件算定）
・保守の必要性の見直しやフルメンテから点検等への切替により、53,448千円の削減
・NHA選定品の採用を進め、30品目で▲14,000千円程度の削減</td><td>・保守については、要不要の判断が難しいので、現場とのコミュニケーションを図り、見直しの継続が必要
・NHAへの対応を含め経費削減を継続するには、その業務量や迅速な対応を含め1名体制では限界にきており、ついては1名の増員が必要</td><td>A</td></tr>
</table>

今年度の取組	西和	・登録医専用当日受診ホットラインの設置、開業医訪問を月10件実施し、登録医との連携強化、予定入院患者さんの確保を推進 ・救急搬送受け入れ台数4,100件 ・NHA（日本ホスピタルアライアンス）の共同購入を推進し費用圧縮	・登録医専用ホットラインはR6年度:1,019件応需し、うち入院が493件 ・年末年始は12/28～1/5まで24時間体制で受入を行い、22件の依頼があった ・開業医訪問は321件の訪問を実施し、R6.7以降は月30件前後の訪問を実施 ・救急搬送受入は、R3年度:2,282台、R4年度:3,128台、R5年度:4,209台、R6年度:4,278台と右肩上がりに推移しており、救急搬送からの入院割合もR5年度:44.0%、R6年度:52.8%と大幅に上昇 ・NHA共同購入では、40種類以上の診療材料の切替を実施し、760万円以上の費用圧縮	・登録医ホットラインならびに開業医訪問は継続し、引き続き開業医との連携強化を図る ・救急搬送受入は4,200台を目標とし、e-match応需率80%を目標とする ・診療材料の切替は継続し、NHA以外の診療材料や消耗品の切替や圧縮に取り組む	A
	リハ	・地域連携体制のさらなる強化及びレスポンスの迅速化 ・価格交渉の促進、必要物品の見直し及び徹底的な物品管理による購入経費削減の推進	・ベッドコントロールの体制変更（ベッドコントロールの一元化）、地域医療機関等との連携強化を図り、R6病床稼働率97.4%と年度目標97%以上を達成 ・紹介件数が多い医療機関を訪問し、更なる顔の見える関係の強化 ・R6.7月から家族などによる送迎や車両の手配が難しい患者に対し、急性期病院へのお迎えサポートを開始（R6:29件） ・速やかにより多くの患者受け入れるためにベッドコントロール体制変更し、紹介元への3日以内の回答促進（R6:87%） ・節電の徹底・冷暖房の細かな温度調整を行うなど経費を抑制 ・消耗品及び診療材料の選定見直し、診療材料の同種同効品への切り替え ・R6.12月より共同購入を実施	・R7.4月から全病床を回復期リハⅠへ編成変更するに伴い、ベッドコントロールの更なる強化を図るため、グループウェアを活用した職員間の情報共有 ・病床稼働率高値維持のため、病病連携、病診連携の更なる強化 ・社会的な要因による物価上昇が見込まれ価格交渉や契約内容の見直しは困難な状況 ・センター内の節電及び共同購入の導入による費用対効果の検証と提案品への転換による経費節減の強化を促進	A
	本部	・業務運営の改善や効率化を進め、経営収支比率95.1%以上、医業収支比率95.0%以上、修正医業収支比率88.2%以上を目指す ・医業収支比率を指標として捉え、県立系病院としての役割を果たしつつ、民間病院並の効率化を目指す	・経常収支比率、医業収支比率は改善しているが、目標には未達成	・医業収支比率の更なる向上に向けて、収益アップ及び費用削減の取組を継続実施	B

取組項目③　医療機器、設備整備計画			Ｒ６に進捗した事項	Ｒ６の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓医療機能の維持･向上のための設備更新を計画的に進めます			
	評価指標	○計画的な設備更新に向けた進捗【定性的】 ３センターにおいて、計画的な設備更新に向けた取組みの推進に努めます			
今年度の取組	総合	･各科への必要度や優先度のヒアリングによる計画的な導入の実施(病棟・外来を中心に、セントラルモニター/5台、ベッドサイドモニター/17台、送信機/12台の購入を進めている) 1 会議室を看護大学校の教室として利用するにあたり、会議室不足の対策としてプレハブを建築 2 夜間休日のお薬窓口の移転に伴う各設備整備を実施 3 来院患者増加に伴う駐車場不足解消のための区画整備を実施 4 築6年が経過し経年劣化している設備について計画的に整備を実施	1 会議室不足の対策としてプレハブを建築⇒計画中止 2 夜間休日のお薬窓口の移転に伴う各設備整備⇒10/26実施 3 駐車場不足解消のための区画整備⇒9/14実施 4 経営状況を鑑み優先度の高い整備のみ実施、未実施分は翌年以降に繰り延べ ･R6予算で購入を計画した機器は、セントラルモニターを除き予定通りの購入済み ･セントラルモニターは、R7導入予定の重症系モニターの前機種を流用することで購入費用削減を目指す	･逼迫している経営状況を鑑み優先度の高い整備のみ実施 ･未実施分は翌年以降に繰り延べする等の見極めが今後も必要 ･院長ヒアリング結果に基づき購入対象機器を選定するが、3億円を予算として購入計画を進められるのか調整が必要(前年度同様、サポートエンドや故障を対象機種とするのか)	A
	西和	･電子カルテなどの情報システムと連携する機器に関して情報システム係と連携し、新病院への移転を見据え、更新する機器の選定を実施 ･電力不足による医療機器・設備の整備が不十分であることを解消するため受電装置（キュービクル）を更新 ･老朽化したCTおよび血管造影装置の更新 ･CCUを6床に拡充してICU/CCUとし、別にHCU４床を設置	･電子カルテと接続する各部門システムの選定を法人本部とも調整しつつ実施 ･R6.10月に受電装置の増設が完了し、電力の増強が完了 ･R6.11月～R7.1月に血管造影装置の更新が完了、CTはR7に更新予定 ･R6.4月～R6.7月に出来るだけ患者さんを受入ながら拡充工事を実施し、ICU/CCU：6床、HCU：4床を設置	･R7.9月の更新に向け、契約の締結ならびに更新時に不具合を起こさないよう、ベンダー間の調整を行う ･ゴールデンウィークの外来診療が休診となる期間を含めてCTの更新を実施し、診療への影響を最低限にする	A
	リハ	･リハビリ訓練効果を高めるために機器の導入を計画 ･災害等の不測の事態に備えた非常用発電設備のエンジン更新と制御部の改修を計画 ･医療ガス圧縮空気装置の更新	･リハビリ効果を高めるための機器導入、機器更新を検討 ･R7.3月非常用発電設備エンジン入替工事完了 ･R6.10月医療ガス圧縮空気装置更新工事完了	･リハビリ訓練の効果及び医療収益性の高い機器の導入について継続的な検討を実施	A
	本部	･必要な医療を満足度高く提供するため、長期的な設備投資計画を見据えながら、各時点で必要な施設及び機器を整備	･必要な施設及び機器の更新について、費用対効果を確認し、設備投資を実施	･より一層の収支改善を進めるため、将来の負担を見据え、事業の実施可否を検討・決定するため、「事業執行伺」をR7に新設	A

<table>
<tr><th colspan="3">取組項目④　業務改善の取組み</th><th>Ｒ６に進捗した事項</th><th>Ｒ６の課題・問題点</th><th>法人評価</th></tr>
<tr><td rowspan="3">中期計画</td><td>具体的な行動計画</td><td>✓安定した経営基盤の確立に向けて業務の改善に取り組みます</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">評価指標</td><td>〇安定した経営基盤の確立に向けた業務改善の進捗【定性的】</td></tr>
<tr><td>第３期中期計画期間においては、働き方改革に伴う給与費の増加、医療の高度化に伴う薬品費を中心とした材料費の増加、医療ＤＸの推進等に伴う機器整備費による減価償却費の増加等、費用の増加が見込まれる中、安定的な経営を実現するため、以下のような具体的な取り組みを進め、令和１２年度までのできるだけ早い時期に経常黒字化を目指します

１　医業収益の増加対策
①　病病連携、病診連携の取り組みの強化による紹介・逆紹介の増
②　【総合・西和】救急搬送の受入体制の強化による受入件数の増
③　【総合】令和１０年に向け病床数を順次拡大
（４８１床→５０３床）
④　機構内３病院による診療継続連携（高度急性期⇔急性期⇔回復期）の推進
⑤　診療請求業務（入院）の内製化による精度の向上

２　医業費用の縮減対策
①　働き方改革への対応を図りつつ、適正な職員配置の推進
②　医療ＤＸの導入等による業務の効率化の推進
③　費用対効果を検討した上での計画的な機器の導入
④　材料費、委託費、光熱水費等の諸経費の縮減</td></tr>
<tr><td></td><td>総合</td><td>・電力の使用状況の確認および適切なデマンド値を検討し受給契約の見直しを実施
・共同購入品への切り替え促進による材料費の縮減
・スケールメリットを生かした業務契約の締結
・施設基準の見直しと新規取得を検討・提案</td><td>・コピー用紙及び封筒を３センター共通品に統一したことで、年間860千円の削減
・床頭台業務をプロポーザルにて、ベットセンター運営委託業者が受託したことで、床頭台委託業務費が年間3,689千円の削減
・保守の必要性の見直しやフルメンテから点検等への切替により、53,448千円の削減</td><td>・3センターで使用する消耗品の統一までの労力と、得られる結果のバランスが悪い為、診療材料費の縮減へのシフトチェンジが必要
・委託業務の細分化で参加業者が増える可能性はあるが、業務毎に契約業者が異なると、それぞれに人件費や利益が計上され、結果、委託料の増加に繋がる為、委託業務の分散より集約に進む方が削減を見込める
・保守については、要不要の判断が難しいので、現場とのコミュニケーションを図り、見直しの継続が必要</td><td>A</td></tr>
</table>

今年度の取組	西和	・病診連携を推進し、コロナ禍前の数値となった紹介率・逆紹介率を維持 ・南3階病棟（コロナ病棟）に一般患者さんを受け入れるよう転換し、一般病床数の増加を実施 ・バイオ製剤のバイオシミラー（バイオ医薬品の後発薬）を導入し、医薬品の購入費を抑制	・紹介率は、R4年度：74.8%、R5年度：83.6%、R6年度：86.5%と上昇傾向 ・逆紹介率は、R4年度：93.1%、R5年度：108.0%、R6年度：121.4%と病診連携により高水準にて推移 ・南3階病棟を一般病棟に転換し、300床にて運用を開始 ・R5年度に薬事委員会にて承認された7剤について、バイオシミラーへの切替を実施 ・うち2剤は供給が不安定などの理由により見送ったが、約21百万円の購入費抑制	・紹介率、逆紹介率は高水準を維持しつつ、病診連携の更なる強化に努める	A
	リハ	・ベットコントロール体制の強化及び入院受入可否回答を速やかに実施し、病床稼働率の高値維持を図る ・病院機構内総合・西和から回復期へ移行する患者の積極的受入 ・地域連携体制強化による外来患者の増加 ・委託契約の仕様見直しによる委託費削減、価格交渉の実施による器械備品・診療材料費の更なる抑制 ・光熱水費や消耗品費の圧縮に向けた対策の実施 ・勤怠システムデータを活用し労働時間状況を把握し、職員が意欲・能力を存分に発揮できる環境の整備	・ベッドコントロールの体制変更及び紹介元への速やかな回答を実施、R6病床稼働率97.4%で運用 ・R6.7月から急性期病院への患者お迎えサポートを開始（R6:29件）、総合・西和からの入院受入にも活用（総合:1件　西和:4件） ・病診連携強化のため地域クリニック訪問を実施（年間194件） ・委託契約内容を見直し、経費削減や値上りの抑制を実施 ・複数業者からの見積により価格競争、共同導入による診療材料の適正価格購入 ・器機備品等廃棄時の廃棄料削減のために売却を行い、医療外の収益へ計上 ・電気入札参加資格変更、価格競争を促し単価を抑制 ・勤怠システムデータを活用し、労働時間・超過勤務時間を把握し、超過勤務が過多、あるいは所定労働時間と退勤時間に乖離が見受けられる職員に対して面談を実施	・ベッドコントロールの更なる強化を図るため、グループウェアを活用して職員間の情報共有強化 ・委託契約等の定期的な内容見直しの継続 ・共同導入による費用対効果の検証と提案品への切替による経費節減強化 ・光熱費の使用量削減のための取組強化 ・勤怠システムデータを活用し、職員の労働時間・超過勤務時間を把握が出来た ・超過勤務の縮減を通し職員が意欲・能力を存分に発揮できる業務整備に繋がる取組の継続	A
	本部	・機構全体で策定した各センターの収支改善計画について、着実な実施及び進捗管理を行う ・各センターでの医療DXに関連する情報を収集・横展開し、機構全体として整合性のある取組を推進 ・プロポーザル方式を活用した、価格とそれ以外の病院への貢献を総合的に評価する選定等により、効率的な調達と業務効率化を目指す	・毎月の理事会において、各センターの収支改善計画について、進捗管理を実施 ・3センターでの共同調達を進めることで、費用削減及び業務効率化を検討	・更なる収支改善が必要であるため、新たな収支改善の取組をとりまとめ、各センターとともに、進捗確認を実施 ・継続して、3センターでの共同調達や業者選定方法の見直しを検討	A