



令和7年度 業務実績報告書

令和8年6月

地方独立行政法人奈良県立病院機構

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
Ⅰ 最適な医療の提供	1 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	B	A	A	A	－	－	－
		②ISO9001の認証登録		B	B	B	B	B	B
		③インシデント・アクシデント報告・要因分析		B	B	B	－	－	－
		④多職種によるチーム医療		B	B	B	－	－	－
	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	B	－	－	－	－
		②消化器病に係る医療体制		A	B	－	－	－	－
		③造血幹細胞移植（骨髄移植含む）		B	－	－	－	－	－
		④脳卒中・循環器病に係る救急体制		A	B	－	－	－	－
		⑤ICU・CCU・SCUの充実		B	A	－	－	－	－
	3 地域の医療拠点としての機能の充実	①ER体制の充実	A	A	－	－	－	－	－
		②応需件数の目標設定		A	A	－	－	－	－
		③小児救急、小児外科		B	C	－	－	－	－
		④ハイリスク妊婦、新生児の受入れ		S	－	－	－	－	－
		⑤急性期リハビリ		S	S	－	－	－	－
		⑥回復期リハビリ		－	－	A	－	－	－
		⑦感染症/パンデミックへの対応		B	B	－	－	－	－
	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	D	－	D	－	－	－	－
Ⅱ 地域の医療力向上への貢献	1 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		B	B	－	－	－	－
	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	S	B	－	－	－
	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	B	－	－	－	－	－	B
	4 災害医療体制の強化	①業務継続計画（BCP）の充実	A	A	A	A	－	－	－
		②DMAT隊員の養成		A	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	B	B	B	－	－	－
		②公開講座等の開催		S	S	S	－	－	－
Ⅲ 優れた人材の確保・育成	1 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	B	A	A	A	A	A	A
		②超過勤務の縮減		B	B	B	B	B	B
		③タスクシェア・タスクシフト		B	B	B	－	B	－
	3 看護大学の移転・再整備の推進	①基本構想、基本計画による整備の推進	D	－	－	－	D	－	－
	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	B	－	－	－	－	－	B
Ⅳ 安定した法人経営	1 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	A	A	A	A	A	A	A
		②マニュアル、規程の整備（ISO関連）		A	A	A	A	B	B
		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収支改善策に基づく取組の推進	B	－	－	－	－	－	－
		医療収益のアップ		A	A	A	－	－	B
		費用の適正化		A	A	A	－	－	B
		機構内3センターの診療連携の拡大		B	B	B	－	－	B
		②経営指標による管理徹底		A	A	A	－	－	B
		③医療機器及び設備の計画的整備		B	B	B	－	－	B

令和7年度以降の評価基準

区分	判定基準	定量指標	定性指標
S	年度計画を大幅に上回って達成している	達成度120%以上	－
A	年度計画を達成している	達成度100%以上120%未満	年度計画に記載した事項を上回って実施している場合
B	年度計画を概ね達成している	達成度 90%以上100%未満	年度計画に記載した事項がほぼ計画どおり実施している場合
C	年度計画を下回っており改善の余地がある	達成度 70%以上 90%未満	年度計画に記載した事項が水準を満たしていない場合（「D」に該当する事項を除く）
D	年度計画を大幅に下回っており大幅な改善が必要である	達成度 70%未満	年度計画に記載した事項が水準を満たしておらず、業務運営の改善その他の必要な措置を講ずることを命ずる必要があると認められる場合を含む、抜本的な業務の見直しが必要な場合

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			R 6 実績	R 7 実績
3 センター	入院	指標	93.0%	93.0%
		実績	91.3%	94.4%
	外来	指標	88.0%	88.0%
		実績	83.9%	82.7%

法人の評価		
年度	評価	総評
R 7	B	○患者満足度調査では、外来では目標を達成できなかった（目標:88.0%→実績:82.7%）が、入院では目標を達成した（目標:93.0%→実績:94.4%）。 ○診察（検査）の待ち時間について、総合・西和・リハともに目標を達成できなかった（総合目標:25分→実績:32分、西和目標:25分→実績:29分、リハ目標:25分→実績:26分）。 ○ISO9001の認証では、各所属とも登録継続が承認され、また機構全体の統合審査に向けて準備を進めた。 ○インシデント・アクシデント報告について、総合では年間112件の改善対策を行い、西和では全インシデント・アクシデント報告を月2回のミーティングで多職種共有し、リハではポジティブインシデント報告数が大幅に増加した(R6:732件→R7:1,019件)。 ○他職種によるチーム医療について、総合では複数主治医制をさらに発展させたグループ診療を進め、西和ではNST（栄養サポートチーム）委員会や感染対策チーム等のチーム医療活動を継続し、リハでは多職種間での情報共有の場である「リハトーク」を年間540件実施した。

取組項目① 患者満足の向上				R 7に進捗した事項	R 7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】																																			
		<table><tr><th colspan="3">総合</th><th colspan="3">西和</th><th colspan="3">リハ</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>25分</td><td>25分</td><td>指標</td><td>25分</td><td>25分</td><td>指標</td><td>25分</td><td>25分</td></tr><tr><td>実績</td><td>32分</td><td>32分</td><td>実績</td><td>23分</td><td>29分</td><td>実績</td><td>26分</td><td>26分</td></tr></table>					総合			西和			リハ			区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績	指標	25分	25分	指標	25分	25分	指標	25分	25分	実績	32分	32分	実績
総合			西和			リハ																															
区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績																													
指標	25分	25分	指標	25分	25分	指標	25分	25分																													
実績	32分	32分	実績	23分	29分	実績	26分	26分																													

今年度の取組	総合	・院外・院内紹介ともに事前予約診療を浸透させ、緊急紹介患者の対応医を充実させることで診察待機時間の短縮を図る ・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 ・採血や検査の作業終了および検査報告までの時間（Turnaround Time：TAT）管理を行い、検査の遅延防止を図る	・11/14の外来患者満足度調査時に待ち時間調査を実施、待ち時間改善に向けて委員会で検討 ・検体検査TAT60分以内は90%以上、輸血は80%以上 ・採血の目標（時間帯毎の平均待ち時間30分）を超えることはなかった ・微生物グラム染色TAT（待ち時間）30分以内は70%以上、病理迅速病理診断TAT（待ち時間）30分以内は90%以上 ・生理検査心電図検査のTAT（待ち時間）20分以内は1月以外で達成したが、1月に待ち時間20分を超えた件数が14件という結果であった ・平日のウォークインや救急車で搬送された患者には専属の対応医師を配置し迅速に対応できる体制を構築 ・インテグリン抗体製剤の投与順序を変更し患者からは大きな好意的反響を得ている	・電子カルテ更新により、機器操作に時間がかかり、システム不具合による遅延が考えられ、診察・検査・会計までの待ち時間が増加 ・システムの不具合に関しては、速やかに対応するとともに、遅延発生時には、患者に対して速やかに説明を実施 ・採血の待ち時間の短縮に取り組み効果を得たが、心電図は当日検査であり時間帯により検査が混み合う	A
	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や医療安全推進室で検討を行い、調査方法とともに検討	・R6の患者満足度調査に追加されたインフォームド・コンセントの内容を、4/1から「入院案内」の「入院患者アンケート」に質問事項として追加し、入院患者からの意見を収集 ・約2,700件の意見を収集	・インフォームド・コンセントに関するアンケート結果は、患者満足度調査期間のみ全体へ報告 ・今後は、医療安全推進室と連携して、定期的に結果をフィードバックし、患者満足向上の取り組みに活用	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を目指し各部署ごとに企画を立案、実施	・入院患者満足度調査では、全体満足度が「非常に満足」の回答が65.4%で昨年度より12.4%増と大幅に増加し、「やや満足」と合わせると90.8%と、昨年度の82.7%を大きく上回る数値で過去5年間で最高値となり、また、「非常に不満」の回答はなかった ・入院患者満足度調査での患者の声を反映し、入院患者さんの笑顔が増える入院食リクエストメニューの実施、外食コラボメニューの実施、また病棟でのクリスマスコンサートを行った ・外来患者満足度調査では、全体満足度は、「満足」・「やや満足」の合計が95.3%と昨年度より5.7%増加し、過去5年間で最も高い数値で、「やや不満」・「不満」の回答はなかった ・外来患者へ骨粗鬆症リエゾンサービス実施、発達障害の子どもをもつ家族への支援としてニュースレター発行、生活習慣病改善のための集団指導実施、また院内コンサートを実施（2回）	・患者満足度向上のための取組みを継続	A

取組項目② ISO9001の認証登録			R7に進捗した事項	R7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の維持・改善のため、以下の取組を行う - QMSについての正しい理解の促進（研修） - ISO内部監査、院内ラウンドの実施 - QCサークル活動の実施 - 品質会議及びQMS管理委員会の実施 - その他（ISO維持審査対応、内部監査員養成研修、各監査是正処置のフォローアップ） - 法人本部と協働しISO統合審査の受審に向けた体制の整備を行う	5月に管理者向け研修を実施 7月に内部監査を実施 不適合13件、改善35件が検出された 6月にキックオフし、7月より活動開始 36チームが参加し、勉強会、相談会を経て、3月の発表会にて、10チームを表彰 - 品質会議 5回実施、QMS管理委員会 3回実施 - その他審査対応等は滞りなく実施し維持審査受審の結果、登録継続が決定 - QCサークル活動により、職員が主体的に業務改善に取り組み、多職種や他所属の連携が深まることで、組織力・患者サービスの向上や経費削減につながった	- R7定期維持審査や内部監査等での検出事項のフォローアップ - 職員が能動的に業務課題に取り組むQCサークル活動の継続	B
	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 - R7.5月 ISO内部監査員養成研修、ISO内部監査を実施 - R7.7月 更新審査準備（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） - R7.8月下旬 第1回更新審査受審予定 - R8.1～2月 次年度の計画策定 - R8.2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） - 必要時、QMS管理委員会を適宜開催し、QMSの統括管理を実施 適宜、幹部会議等で取組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5/9～10に実施して27人養成し、既存の監査員との合同で16部門を5/12～30で内部監査 - 院内ラウンドを6/30～7/3、MSミーティングを7/10～18に実施し、第1回更新審査の準備 - 第1回更新審査を8/25～27に受審 9/16 登録審査機関による判定委員会にて審議結果、「登録更新」が承認 2/24 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	更新審査や内部監査等での検出事項のフォローアップ	B
	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 - R7.5月 全部署の目標評価シートより設定内容と妥当性を確認 - R7.7月 ISO内部監査を実施 - R7.8～9月 ISO内部監査フォローアップ及びシステム運用・見直し - R7.10月 ISO更新審査受審 - R8.3月 マネジメントレビュー - 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 - 目標評価シートの進捗を確認し、院内共有し水平展開	- R7.5月目標評価シート作成に関する院内研修 - R7.6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 - R7.6月登録文書の見直し - R7.6月中旬～7月上旬 内部監査実施 検出件数 不適合6件（重度4件/軽微2件） 改善22件 計28件 推奨1件 - R7.9月MSミーティングを実施 - R7.10月維持審査受審 不適合0件、改善3件 - R8.2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	- 維持審査や内部監査等での検出事項のフォローアップ - より質の高い医療の実践と患者満足を目指すため、ISO9001の取組を病院全体、職員全員で考え、取り組むことが必要	B

	看大	・より質の高い看護基礎教育の提供を目指し、PDCAサイクルを意識し、改善に取り組む 1 R7.5月 ISO内部監査実施 2 R7.6月 ISO内部監査フォローアップ 3 R7.7～8月 ISO維持審査準備 4 R7.9月上旬 第2回定期維持審査受審予定 5 R8.2～3月 マネジメントレビューの実施 ・統合認証の取得に向けて取り組む	・R7.6月 内部監査 R7検出件数:16件（軽微な不適合1件、改善15件） R6検出件数: 5件（軽微な不適合2件、改善 3件） R6より11件増加 ・R7.9月 定期維持審査受審 R7審査:改善1件 R6審査:改善1件、軽微な不適合1件 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 ・R8.3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	・維持審査や内部監査等での検出事項のフォローアップ ・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 ・統合審査に向けて看護大学校各部門の役割、業務の明文化、標準化に取り組む	B
	研修セ	・課内目標の共有 ・ISO研修への参加 ・ISO内部監査の実施 ・マニュアル等の適宜修正	・問題なくISOへの取組みを実施し、維持審査において登録継続が承認		B
	本部	・ISO内部監査、マネジメントレビュー等規格要求事項について着実に実施し、法人の運営統括、各所属への支援の維持に努める ・本年度受審の認証機関による維持審査において検出事項があった場合は、是正等適切に対応し改善を図る ・現在は各所属で個々にISO9001認証を受けQMS活動を実践しているが、より効率的・効果的な組織運営を目指し、R8当初から機構全体で統一したQMS活動を行い、同年冬頃にISO認証の統合審査を受けるため、R7はそれに向けた準備作業を行う	・問題なくISOへの取組みを実施し、維持審査において登録継続が承認 ・ISO統合に向けた取組みとして、法人全体で5/28にキックオフを開催、また各所属から統合担当としてコアメンバーを選出し、各メンバーが統合に向けた作業を分担し会議（10回）で協議することにより、準備作業を進めた	・審査機関との協議により統合審査が11/30～12/4と決定したが、審査までに、内部監査及びマネジメントレビューの実施、マニュアルの整備等が必要となるため、R8も引き続き着実に取り組む	B

取組項目③ インシデント・アクシデント報告・要因分析			R 7に進捗した事項	R 7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	・毎月、各部署からセーフティマネージャーが参集し、インシデント事例の共有と分析・対策について会議し、医療安全管理委員会に報告またはサイボウズメールで全職員に周知 ・各部署において、インシデントの改善対策の取組みと評価までできるよう支援 ・病院全体で共有されるレポートを診療科内で周知して、同様の件の再発を防ぐ	・インシデントレポートを取りまとめ月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112件 ・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、部署内での共有を実施 ・重大インシデントについては院内多職種カンファレンスで原因分析と対応を検討	・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し、重要インシデントレポートの共有、要因分析、対策立案および周知を行う	B
	西和	・報告された事例の中から多職種が関連している事例を選択し、その部門のセーフティマネージャーや管理者とともに深掘りした要因分析を行い、要因を特性要因図にまとめて可視化し、要因に沿った再発防止策を立案 ・再発防止策は医療安全ニュースやサイボウズメッセージにて周知 ・実施した対策は院内のラウンドで確認またはその後同様のインシデントが発生していないか確認して評価	・報告された全インシデント・アクシデント報告は、月2回の医療安全推進室ミーティングで多職種共有し、多職種連携が必要な事例や患者影響度の高い事例については、各職種の専門性を活かした意見交換及び再発防止策の検討を実施 ・医療安全推進室が事例発生部門のカンファレンスに参加し、要因分析・再発防止策の検討を共同実施し、現場セーフティマネージャーの要因分析・対策立案・評価を支援 ・医療安全管理委員会において対策案・意見を共有し、再発防止対策案の承認または修正を実施 ・医療安全ニュース発刊及び院内ポータルメッセージ送信による決定事項の全職員への周知・指導 ・現場ラウンド及びインシデント報告確認による対策遵守状況及び同様事例発生有無の確認、発生時の現状確認と注意喚起・再発防止指導・再周知 ・奈良県医療安全推進センター主催「医療安全管理者ネットワーク事例検討会」（月1回オンライン）への参加及び事例提出・プレゼンテーションの実施による、他施設からの意見収集および再発防止策の妥当性を確認	・医療安全推進室ミーティング及び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要因分析や再発防止策を検討することで、実現可能で有効な対策につなげているため、今後も丁寧な要因分析と対策立案を継続して実施が必要 ・医療安全推進室がインシデント発生部門および関連部門のセーフティマネージャーと連携して要因分析支援を行うことで、個人要因にとどまらず、環境面・管理面・人間関係など多面的な要因の関与への理解が深まっている ・現場セーフティマネージャーの心身のサポートの観点からも、今後も継続して実施が必要 ・院内の決定事項を医療安全ニュースとして全職員に発信しているが、周知状況には課題があるため、多施設の取組も参考に効果的な周知方法を継続して検討が必要	B

	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 ・ポジティブインシデント報告書（インシデントにつながる事象を未然に防いだ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	・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の周知により、ポジティブインシデント報告数が増加(R4:57件、R5:181件、R6:732件、R7:1,019件) ・インシデント数が最大である転倒転落に関連したポジティブインシデント報告数が増加(R5:14件、R6:517件、R7:671件) ・薬剤管理方法に関連したインシデントは、R6に薬剤配薬方法のフローを作成、実施し、件数が減少 ・R7は、対策を維持、継続するためSDCAサイクルを回し低水準を維持(R5:14件→R6:4件→R7:4件) ・課題であった医師からのインシデント件数が増加(R6:5件→R7:15件) ・多職種で要因分析・対策防止策を立案、実施し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	・医師からの報告数は増加したが、総報告件数から見れば微増 ・職種により報告数の差が見られるため、多職種間での安全文化の温度差を埋めていけるよう継続的な働きかけが必要	B
--	----	---	--	---	---

取組項目④ 多職種によるチーム医療			R 7に進捗した事項	R 7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	・4階東病棟において従来から運用している『患者価値観シート』を引き続き有効利用するとともに、部長回診前の他職種カンファレンス（医師・看護師・SW等）を継続 ・外来服薬指導および同栄養指導依頼件数を積極的に増加させて双方向の情報共有を深める ・小児診療における「低身長」「アレルギー」「摂食障害」「発達障害」では定期的なカンファレンスも行いチーム制が確立しており、「低身長チーム」では、チーム医療の講演を依頼されてチームとして行う等、今後も当院の取組みとして広める ・内視鏡室へ週1回CE（臨床工学技士）が配属されるようになったことに伴い、内視鏡医・CE・内視鏡看護師が連携してそれぞれが役割を発揮し、安全で効率的な検査・治療体制を確立 ・小児外科において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 ・周麻酔期看護師、特定看護師、麻酔アシスタントCEと共働する体制を整える ・臨床検査に関するあらゆる質問に対して、臨床医をはじめとする医療関係者及び患者からの信頼に応え、アドバイス活動を提供	・院内多職種カンファレンスの実施だけでなく毎月開催の定例勉強会を継続することで、診療部以外の学会発表実現に繋げられており、内視鏡部スタッフに関しても同様の活動が拡充 ・「低身長」「アレルギー」「摂食障害」「発達障害」はチーム医療を確立 ・内視鏡室へCEを配置、主に胆道系処置においてCEが処置介助に従事し、看護師は看護業務に専念するタスクシフトを実施 ・看護師がバイタル管理や患者の状態変化を行うことでより安全に処置する体制を確立 ・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 ・特定看護師1名追加、アシスタントCEは二期生が認定を受け三期生養成中 ・生化学0件、一般検査1件、血液4件、輸血5件、微生物28件、病理3件、生理検査4件のアドバイス活動を実施	・「頭の形」「乳児血管腫」「起立性調節障害」についてはチームは立ち上げが完了、体制整備を推進 ・現在CEは火・木の2日間のみ1名配属であるが、内視鏡処置は件数が増加し並列で施行することが多く、マンパワーが不足するため、配置数の増加が必要 ・臨床検査に対する質問件数は、前年36件と比べ44件に増加となり、今後も継続運用	B
	西和	・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)の活動を継続し、加えて経営改善チームによる活動を病院経営に繋げる	・チーム医療（NST・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）の活動継続・推進 ・NSTカンファレンス対象人数増加（R6平均1.7人→R7平均3.3人）及び嚥下訓練食改定（R7.4、R8.3）による栄養サポート体制強化 ・感染対策チームによる院内クラスター（COVID-19:5件、インフルエンザ:1件）対応及びICTラウンド週1回実施、結核接触者健診4件、針刺し切創・粘膜曝露20件対応、手指衛生遵守率64.8% ・抗菌薬適正使用支援チームによるASTラウンド週1回実施及び抗菌薬届出率向上（R7.10～R8.3平均88.6%） ・報告事例対策検討会（月1回）によるインシデント事例共有及び要因分析・再発防止策立案・現場指導・周知 ・転倒転落予防チームによるラウンド・ミーティング（2週に1回）及び事例共有・対策検討・院内規定ツール改訂・周知・評価 ・薬剤安全対策チームによる電子カルテ更新（R7.9）対応及び薬剤関連インシデント要因分析・再発防止策検討 ・レポート既読管理対策チームによる既読管理体制運用及び14日以内平均既読率96.3%を維持 ・経営改善チームによる4チーム9件のカイゼンアクション検討及び年間約870万円の効果見込みの取組実施	・NST：経口補助食品（ONS）及び嚥下訓練食の適切な選択と活用方法の普及 ・感染対策チーム：針刺し切創・粘膜曝露減少、手指衛生遵守率向上、結核院内発生予防体制強化 ・抗菌薬適正使用支援チーム：抗MRSA薬・広域抗菌薬使用指導継続、抗菌薬届出率向上 ・報告事例対策検討会：院内メッセージツール及び医療安全ニュースによる継続的周知、全職員への周知徹底 ・肺血栓塞栓症予防対策チーム：R7はワーキンググループ活動は未実施、年間2回程度のワーキング会議を開催し、現状把握・課題抽出が必要 ・転倒転落予防チーム：転倒転落・損傷発生率上昇（R6比）、原因特定未達、防止対策検討・周知が必要 ・薬剤安全対策チーム：持参薬関連インシデント継続、新システム運用理解不足への研修・運用再検討が必要 ・レポート既読管理対策チーム：既読管理認識向上に向けた対応強化予定、管理担当者不足が課題 ・経営改善チーム：人員削減に伴う多職種活動継続への影響が課題 - 引き続き各チームにおいて多職種連携によるチーム医療活動を継続し、課題の把握・改善に取り組んでいく	B

	リハ	・多職種連携により退院後フォローアップ支援など「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	・退院後フォローアップ支援を年間8件実施 ・ポスターや動画鑑賞会を通じて退院後の患者の生活状況について、職員へフィードバックを実施し、多職種で入院中の関わり方について考える機会を提供 ・リハトークを年間540件実施 ・多職種連携を強め、スムーズな患者の院内活動レベル向上へと寄与	・患者の退院後の生活を知る取組みについて、脳卒中後遺症者を中心に患者数を増やすために同意を得られた患者に対してアンケートを実施 ・職員毎のリハトーク開催機会のばらつき	B
--	----	---	---	---	---

大項目Ⅰ 最適な医療の提供

中項目Ⅱ 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		R 6 実績	R 7 実績
総合	指標	1120件	1,140件
	実績	1,120件	1,143件
西和	指標	650件	650件
	実績	595件	585件

目標指標			
脳卒中、循環器病の緊急入院件数			
所属		R 6 実績	R 7 実績
総合	指標	940件	950件
	実績	1,124件	1,271件
西和	指標	800件	800件
	実績	868件	793件

法人の評価		
年度	評価	総評
R 7	A	○悪性腫瘍手術件数では、西和は目標を達成できなかったが（目標:650件→実績:585件）、総合は目標を達成した（目標:1,140件→実績:1,143件）。 ○脳卒中、循環器病の緊急入院件数では、西和は目標を達成できなかったが（目標:800件→実績:793件）、総合は目標を大きく上回って達成した（目標:950件→実績:1,271件）。 ○外来化学療法の実施件数では、西和は目標を達成できなかったが（目標:190件→実績:158件）、総合は目標を達成した（目標:1,170件→実績:1,347件）。 ○総合では日本肝胆膵外科学会における高度技能医修練施設Aとして、年間100例の高難度手術を施行、施設基準Aの必要症例数50例を大きく上回り、国内でも有数の症例数であった。 ○循環器病の緊急治療件数では、総合・西和ともに目標を達成した（総合目標:410件→実績:612件、西和目標:450件→実績:514件）。

取組項目① 低侵襲手術、放射線治療、化学療法			R 7に進捗した事項	R 7の課題・問題点	法人評価																								
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】																											
		<table><tr><th colspan="3">総合</th><th colspan="3">西和</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>6,600件</td><td>6,700件</td><td>指標</td><td>2,450件</td><td>2,500件</td></tr><tr><td>実績</td><td>6,664件</td><td>6,664件</td><td>実績</td><td>2,335件</td><td>2,160件</td></tr></table>				総合			西和			区分	R 6 実績	R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	6,600件	6,700件	指標	2,450件	2,500件	実績	6,664件	6,664件	実績	2,335件	2,160件
		総合				西和																							
		区分	R 6 実績			R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績																				
		指標	6,600件			6,700件	指標	2,450件	2,500件																				
		実績	6,664件			6,664件	実績	2,335件	2,160件																				
○外来化学療法の実施件数（実人数）【数値】																													
<table><tr><th colspan="3">総合</th><th colspan="3">西和</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>1,160件</td><td>1,170件</td><td>指標</td><td>190件</td><td>190件</td></tr><tr><td>実績</td><td>1,191件</td><td>1,347件</td><td>実績</td><td>185件</td><td>158件</td></tr></table>		総合			西和			区分	R 6 実績	R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	1,160件	1,170件	指標	190件	190件	実績	1,191件	1,347件	実績	185件	158件				
総合			西和																										
区分	R 6 実績	R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績																								
指標	1,160件	1,170件	指標	190件	190件																								
実績	1,191件	1,347件	実績	185件	158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】																													
<table><tr><th colspan="3">総合</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>350件</td><td>350件</td></tr><tr><td>実績</td><td>300件</td><td>295件</td></tr></table>		総合			区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	350件	350件	実績	300件	295件																
総合																													
区分	R 6 実績	R 7 実績																											
指標	350件	350件																											
実績	300件	295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			
今年度の取組	総合	・腎盂尿管移行部狭窄症に対するロボット支援腹腔鏡下腎盂形成術を小児例を含めて推進（目標症例数 6件/年） ・他院からの照射依頼人数を増加させ、さらなる高精度放射線治療の割合増加を目指す ・小児悪性固形腫瘍に対する集学的治療（末梢血幹細胞移植を伴う骨髄破壊性大量化学療法・放射線治療など）を含む標準的小児がん治療全般を実施するために、関連診療科並びに多職種と連携して体制作りを進める ・頭頸部ロボット支援手術の開始 ・がんに対する高難度消化器・肝臓・胆嚢・膵臓外科手術（E、D難度）を増加 ・がんに対する低侵襲治療であるロボット支援外科手術の件数を増加させ適応拡大を図る ・がん化学療法患者の増加（10000件/年以上） ・がんゲノム医療をさらに推進し新規分子標的治療を導入 ・がんゲノムパネル検査 年間70件以上を目指す	・R7のロボット支援腹腔鏡下腎盂形成術施行症例数は0件 ・放射線治療総患者数は596名であり、49.2%に高精度放射線治療を実施 ・近畿ブロック小児がん拠点病院の大阪市立総合医療センター小児血液腫瘍内科に適宜相談・指示を受け小児外科で可能な外科治療、標準的1stラインの化学療法を行った ・頭頸部ロボット支援手術は0件 ・日本肝胆膵外科学会、高度技能医修練施設Aとして、前年度を上回る年間100例の高難度手術を施行、施設基準Aの必要症例数50例を大きく上回り、国内でも有数の症例数であった ・R7は高度技能医も2名取得	・奈良医大で小児例に対するロボット支援腹腔鏡下腎盂形成術が開始されたため、紹介症例が減少したと推測 ・総放射線治療患者数の増加のため、院外からの紹介が課題 ・小児がん専門医（小児科医）がおらず、小児がん診療施設の要件を満たせないため、事実上末梢血幹細胞移植を伴う骨髄破壊性大量化学療法の施行は困難であり、まずは小児がん診療施設2を目指し、体制整備が必要 ・頭頸部外科領域の体制変更があり今後の機能のあり方を再考	A
	西和	・DaVinci手術における、胃・大腸・肝胆膵領域の手術の増加 ・病院全体で月10件以上のDaVinci手術の実施を目標とする	・大腸領域では結腸切除術へも適応を拡大 ・前年度対比で外科（胃・大腸・肝胆膵領域）の件数増加（R6:26件→R7:55件） ・病院全体でのDaVinci手術件数は月平均9.25件であり、目標の10件未達成であるものの、昨年度より件数増加（R6:79件→R7:108件）	・病院全体のDaVinci手術件数は目標の月10件に対し、月平均0.75件不足したが、R8に向けてDaVinci手術件数は増加傾向 ・引き続き月10件以上のDaVinci手術実施を目標とする	B

取組項目② 消化器病に係る医療体制			R 7に進捗した事項	R 7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・実施に向けた取り組みの推進に努めます			
今年度の取組	総合	・R6.4月の消化器病センター新設以降、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 ・近年世界中で患者数が急増している炎症性腸疾患に対する最新で的確な診療体制を構築して新規患者の獲得に努めた結果、直近の3年間で当院に定期通院する炎症性腸疾患患者数は3倍（100名→300名）に達し、このようなハイレベル診療体制が評価された結果、当院が炎症性腸疾患学会認定指導施設に認定されており、今後のさらなる診療実績の跳躍につなげていくと共に、学術集会でも成果報告を欠かさず実施する ・門脈圧亢進症学会から奈良県代表施設の指定を受けているため、消化器内科や放射線科と協力して消化管静脈瘤症例を積極的に引き受ける ・ロボット肝臓、膵臓手術のメンターサイト（指導施設）としての活動を進め、先進的手術を行っていることの患者への広報にも努める	・国内外で積極的に学会発表を実施し、それらの成果を確実に論文化し高い評価を受けている ・患者数も確実に増加しており、R7年度末には炎症性腸疾患患者数も350名に達したことで、増収につながった ・ロボット肝臓手術、膵臓手術のメンターサイトとして、天理よろづ病院、和歌山県立医大などのハイボリュームセンターを含む施設からの見学を積極的に受け入れ ・公開講座や取材の受け入れ、報道を通じて当センターのロボット手術の認知度向上	・引き続き学会発表を行い患者数増加に努める ・ロボット手術の認知度向上のための広報活動を実施しR8診療報酬改定「内視鏡手術用支援機器加算」の要件である年間200例を維持	A
	西和	・消化器内科、消化器外科、放射線科が主体となるがん患者の合同カンファレンス）の開催 ・外科大腸ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）の積極的な実施	・R7は計17日、67例の症例に対してがんサージボードを実施 ・外科大腸ESD実施件数は昨年度より減少（R6:20件→R7:13件）	・ESDを実施できる常勤医師の退職により、実施できる医師の補充が必要	B

取組項目③ 造血幹細胞移植（骨髄移植含む）			R 7に進捗した事項	R 7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	・造血細胞移植コーディネーター（HCTC）を育成し、移植認定カテゴリーⅠの取得に努める ・CAR-T細胞療法の実施に向けて体制を整備 ・小児悪性固形腫瘍に対する集学的治療としての末梢血幹細胞移植の安定実施に向けた体制準備に取り組む ・実施する造血幹細胞移植および新規の細胞治療を支援する体制の確立、細胞処理・凍結保存・凍結細胞の解凍などの技術支援、細胞保存用液体窒素容器の導入・運用 ・移植細胞の細胞数測定・CD34陽性細胞測定などの技術支援、移植実施中の患者に対するVOD/SOS（肝中心静脈閉塞症）早期発見のための腹部エコー検査の実施	・HCTC予定者の実地講習や症例経験は順調に進んでおり、次年度には資格取得予定 ・CAR-T細胞療法の体制を整備し、基準を満たしたことから施設認定が得られた ・細胞治療を支援する体制や技術並びに液体窒素容器の導入を行った ・細胞測定並びに腹部エコー検査の実施は問題なく運用出来るようになった ・小児悪性固形腫瘍に対する外科治療は対応できる体制が整っている ・液体窒素保存装置の導入および運用を開始し、2例の臍帯血移植が行われた ・ギリアドサイエンス社のサイトビジットをパスしR8よりCART療法を開始 ・移植後、腹部超音波を11例実施、SOSを疑ったのは2例で、1例は早期治療につながった	・施設基準を維持するためには次世代のHCTCの育成が必要 ・小児悪性固形腫瘍に対する集学的治療としての末梢血幹細胞移植の安定実施に向けた体制準備についてはスタッフの充足が必要 ・造血幹細胞移植のさらなる増加に対応するため細胞処理や腹部エコー検査を行う輸血部技師や検査部技師の増員並びに教育が必要 ・小児がん専門医（小児科医）がおらず、小児がん診療施設の要件を満たせないため、事実上末梢血幹細胞移植を伴う骨髄破壊性大量化学療法の施行は困難 ・PICU（小児集中治療室）、小児循環器内科の体制が整っておらず、循環器疾患を伴う小児がん患者の診療は困難 ・まずは小児がん診療施設2をめざし、引き続き体制整備に努める ・CART療法の本格的な開始におき運用方法の改善、マニュアルの整備を継続	B

取組項目④ 脳卒中・循環器病に係る救急体制				R 7に進捗した事項	R 7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					西和			
		区分	R 6 実績				R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績
		指標	600件				610件	指標	360件	370件
実績		541件	597件	実績	331件	279件				
○循環器病の緊急治療件数【数値】										
総合		西和								
区分		R 6 実績	R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績				
指標	400件	410件	指標	440件	450件					
実績	583件	612件	実績	538件	514件					
今年度の取組	総合	・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		・救急科・集中治療管理部と連携を図りながら増加した救急治療件数に対応 ・R7は13人の心臓補助装置術後患者に対し予後改善に努めた	・脳血管疾患の緊急手術件数は前期234件と多かった ・今後は新患・予定手術についても増加を目指す	A				
	西和	・救急室、集中治療科と連携を取りながら円滑な治療の導入を行う ・脳血管内手術症例の増加に努める ・循環器ホットラインを救急隊のみならず、地域の医療機関に開放し、急性冠動脈疾患を含む循環器救急診療の充実を図る		・循環器ホットラインの救急隊及び医療機関への開放による、急性心筋梗塞等救急患者の円滑な受入体制の構築を推進	・脳血管治療医を確保し、一次脳卒中センターコアを目指す実績を出すことが課題	B				

取組項目⑤ ICU・CCU・SCUの充実			R 7に進捗した事項	R 7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	・SCUは救急中心となるため、ベッドコントロールは必ずしも思うように行かないが、脳神経外科、脳神経内科、看護師と協力して有効に活用できるよう努める ・ICUに準じた全身管理、脳卒中急性期管理の最先端治療を目指してカンファレンスや勉強会で研鑽に努める ・集中治療部に関わる多職種で月1回の集まりを開催することで、業務上の課題を抽出し対策を協議 ・小児診療として小児センターの活動に集中治療部として協力を進める ・安全と質を保つため、診療面においては合併症を回避し、また合併症を早期に対策できる診療に努める	・入退室について脳神経内科、外科、看護師のカンファレンスで毎朝協議し、90%以上稼働を維持 ・多職種ミーティングを月1回実施 ・小児診療への協力を可能な範囲で実施 ・合併症対策、早期発見に努めた	・重症小児患者を安全かつ継続的に受け入れるための人的・教育的体制の十分な整備が必要 ・小児集中治療領域を体系的研修履行した医師が不在、医療安全や継続的な診療体制の観点から早急な整備が必要	B
	西和	・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質を向上	・ICU・CCUの年間病床使用率が増加（R6:84.4%→R7:89.4%） ・集中治療科の医師の増員（R6:1名→R7:2名）により、複数症例への対応が実現 ・昨年度より術後外科系ICU管理件数が増加（R6:66件→R7:107件） ・外科系の重症患者、特にロボット手術後の術後管理については、ICUで集中治療科の医師が参加することによりチーム医療の質が向上	・引き続き、ICU・CCUの病床使用率の高い水準を維持し、全診療科の集中治療を必要とする重症患者の円滑な受け入れを実現	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 E R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		R 6 実績	R 7 実績
総合	指標	6,800件	7,300件
	実績	7,304件	7,283件
西和	指標	4,100件	4,200件
	実績	4,278件	4,100件

目標指標			
新生児、小児救急受入率			
所属		R 6 実績	R 7 実績
総合	指標	95.0%	95.0%
	実績	98.9%	95.9%
西和	指標	87.0%	87.0%
	実績	97.3%	95.9%

目標指標			
ハイリスク妊婦救急受入率			
所属		R 6 実績	R 7 実績
総合	指標	95.0%	95.0%
	実績	95.6%	93.9%

目標指標			
リハビリ在宅復帰率			
所属		R 6 実績	R 7 実績
リハ	指標	92.2%	92.4%
	実績	92.7%	87.8%

法人の評価		
年度	評価	総評
R 7	A	○救急搬送受入件数では、総合は目標を達成できなかった（目標:7,300件→実績:7,283件）が、応需率は目標を達成した（目標:92.0%→実績:94.5%）。また、西和も救急搬送受入件数の目標を達成できなかった（目標:4,200件→実績:4,100件）が、応需率は目標を達成した（目標:77.0%→実績:89.5%）。
		○新生児、小児救急受入率では、総合・西和ともに目標を達成した（総合目標:95.0%→実績:95.9%、西和目標:87.0%→実績:95.9%）。
		○総合のハイリスク妊婦受入率は目標を達成できなかった（目標:95.0%→実績:93.9%）が、ハイリスク妊婦の救急搬送応需件数は目標を達成した（目標:100件→実績:120件）。
		○急性期リハビリでは、総合・西和ともに目標を大きく上回って達成した（総合目標:82,000件→実績:118,465件、西和目標:72,000件→実績:86,654件）。
		○リハでは、看護部とリハビリテーション科で多職種間での情報共有の場であるリハトークを年間540件開催し、機能的自立度評価法利得28点向上を達成した。
		○感染症パンデミックへの対応では、総合は新規事業として、県内高齢者施設を対象とした感染対策リーダー育成研修や、保健所と協働での感染対策ネットワークの立ち上げ及び研修会を実施した。

取組項目① E R体制の充実			R 7に進捗した事項	R 7の課題・問題点	法人評価		
中期計画	具体的な行動計画	✓ E R体制を充実します					
	評価指標	○ E R・総合診療科の医師数【数値】					
		総合					
		区分				R 6 実績	R 7 実績
		指標				15人	16人
		実績				14人	13人
		○ E R・総合診療科の看護師数【数値】					
		総合					
		区分				R 6 実績	R 7 実績
		指標				40人	40人
実績		27人	27人				
今年度の取組	総合	・ER症例として絶対的に搬送数が多い消化管出血や他院での緊急受け入れが相対的に困難である胆膵救急疾患に対する緊急内視鏡処置が年間を通じて実施可能な体制構築を維持 ・今後も救急受診患者の大きな増加が予想される中で、需給バランスの不均衡による応需困難が出ないように、限られた人的資源の効率的な人員配置と診療を進める ・SCU当直医は特に脳卒中を疑わせる搬送については搬送時から関わるようにする ・小児外科において小児外科系救急患者の対応依頼に積極的に応える	・消化管出血だけでなく、閉塞性黄疸などの円滑な休日時間外対応を実施、年間処置件数が大幅に増加し増収につながった ・限られた人的資源のなかで、増加した救急患者の対応を実施 ・脳卒中を疑う症例に関してはERから報告し搬送時から積極的に初診に関わり連携を図った ・小児外科医として、小児外科系救急患者の対応依頼に積極的に応えた	・今後も増加が見込まれる救急患者に対して持続可能な人員面・設備面の体制を維持	A		

取組項目② 応需件数の目標設定			R 7に進捗した事項	R 7の課題・問題点	法人評価																								
中期計画	具体的な行動計画	✓ 目標の応需ができるような体制を整備します																											
	評価指標	○救急搬送応需件数【数値】																											
		<table><tr><th colspan="3">総合</th><th colspan="3">西和</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>7, 200件</td><td>7, 300件</td><td>指標</td><td>4, 100件</td><td>4, 200件</td></tr><tr><td>実績</td><td>7, 304件</td><td>7, 283件</td><td>実績</td><td>4, 278件</td><td>4, 100件</td></tr></table>				総合			西和			区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績	指標	7, 200件	7, 300件	指標	4, 100件	4, 200件	実績	7, 304件	7, 283件	実績	4, 278件	4, 100件
		総合				西和																							
区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績																								
指標	7, 200件	7, 300件	指標	4, 100件	4, 200件																								
実績	7, 304件	7, 283件	実績	4, 278件	4, 100件																								
○救急搬送応需率【数値】																													
	<table><tr><th colspan="3">総合</th><th colspan="3">西和</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>90. 0%</td><td>92. 0%</td><td>指標</td><td>76. 0%</td><td>77. 0%</td></tr><tr><td>実績</td><td>90. 7%</td><td>94. 5%</td><td>実績</td><td>86. 4%</td><td>89. 5%</td></tr></table>	総合			西和			区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績	指標	90. 0%	92. 0%	指標	76. 0%	77. 0%	実績	90. 7%	94. 5%	実績	86. 4%	89. 5%				
総合			西和																										
区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績																								
指標	90. 0%	92. 0%	指標	76. 0%	77. 0%																								
実績	90. 7%	94. 5%	実績	86. 4%	89. 5%																								
今年度の取組	総合	・断らない医療の提供体制を維持 ・ER体制の強化に伴う検査の増加に対し、R5年ベースとしたR6年の放射線部における全撮影件数は約17%の増加であり、今後さらなる増加に対応するための人員配置等の改善を行う ・自科患者はもちろん、他科との境界疾患ないし複合的病態をもつ患者についても、できる限り主体的に参画・支持 ・小児外科患者においては応需率100%を目指す	・断らない医療提供の維持を継続、R6年ベースで件数は10%減少 ・ERの適切な人員配置により業務の効率化が図れた ・大規模災害・事故の際の応援体制（オンコール）の構築 ・小児外科患者において応需率は目標100%を達成	・断らない医療を継続 ・ER業務の更なるスキルアップ等、人材育成が課題 ・応援体制の構築はできたが、運用面の課題が残る ・時間外の診療の応需についてオンコール医師との対応の妥当性の検証が必要 ・小児二次輪番体制において、小児外科疾患が当センターに紹介される公式なフロー構築が課題	A																								
	西和	・地域の医療機関からの依頼を断らない応需体制を確立するために、近隣病院との話し合い、救急医・集中治療医の充足、研修医・専攻医・看護師に対する救急医療の教育を行う	・集中治療医・研修医・専攻医・看護師に対する教育研修を4回実施 ・断らない病院を目指す病院風土が醸成されつつある ・救急車受入件数R7:4, 100台、3年連続で4, 000台超の受入を達成	・救急医不在という課題がある中、全ての診療科が協力して救急診療体制を維持する必要がある	A																								

取組項目③ 小児救急、小児外科				R 7に進捗した事項		R 7の課題・問題点		法人評価																	
中期計画	具体的な行動計画	✔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																							
	評価指標	○小児救急搬送応需件数【数値】																							
<table><tr><th colspan="3">総合</th><th colspan="3">西和</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>1,700件</td><td>1,750件</td><td>指標</td><td>600件</td><td>600件</td></tr><tr><td>実績</td><td>1,685件</td><td>1,676件</td><td>実績</td><td>467件</td><td>367件</td></tr></table>		総合			西和			区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績	指標	1,700件	1,750件	指標	600件	600件	実績	1,685件	1,676件	実績	467件	367件
総合			西和																						
区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績																				
指標	1,700件	1,750件	指標	600件	600件																				
実績	1,685件	1,676件	実績	467件	367件																				
今年度の取組	総合	・小児センターが設置されたため、今後は救急科やICUと一緒に、スムーズな小児救急患者の受け入れとその後の治療の流れを確立させる ・新生児および小児のあらゆる重篤患者の受け入れ推進のために、小児外科として積極的に参画・サポート ・他診療科との境界領域疾患、複合的病態を有する小児患者の救急においても、救急・集中治療科の求めに積極的に応じ、小児外科系患者の急性期管理の充実に取り組む ・引き続き小児外科系2次診療依頼を全て受け入れる診療体制の維持に努める ・小児の緊急手術に対応 ・小児プライマリケア認定看護師（子供の健康問題に幅広く対応できる看護師）が1名誕生予定であり、学んできた知識を活かせるように関連する部署に配置し、実践を通してスタッフへの指導・教育を行う		・小児センターの設置に伴い各科との連携を強化、常に小児科医もしくは小児外科医にアクセスできる宿直体制を確立 ・新生児及び小児のあらゆる重篤患者の受け入れ推進のために、小児外科として積極的な参画・サポートに努めた ・他診療科との境界領域疾患、複合的病態を有する小児患者の救急においても、救急・集中治療科の求めに積極的に応じ、小児外科系患者の急性期管理の充実を図った ・引き続き小児外科系二次診療依頼を全て受け入れる診療体制を維持 ・小児緊急手術受け入れ等しても臨機応変な予定の変更を実施 ・認定審査に合格し、小児プライマリケア認定看護師を小児科に配置、病棟内での実践・指導とともに、特定行為である気管カニューレの交換を開始		・人的資源の不足により小児科での24時間365日確実な当直体制維持が困難 ・小児科の受け入れ体制が一次、二次小児病院・診療所に十分周知されるようアプローチが必要 ・特定行為実践を通じた医師とのタスクシフト ・組織横断的な実践とスタッフの育成 ・小児科病棟と外来との連携強化		B																	
	西和	・小児内科疾患の救急受入率は、R6も、ほぼ100%に近い状況であり、引き続き継続 ・整形外科・形成外科・泌尿器科などの外科疾患は、連携しながら対応をしており、これも継続 ・小児外科医師が西和医療センターにいないので、小児外科疾患の場合、総合の小児外科医師と連携		・小児内科疾患に関する2次救急疾患は断らず受入、12月・1月の小児救急応需率は100%であり、年間でも95.8%という100%近い数字を継続 ・小児外傷・小児外科疾患等については、整形外科・形成外科・泌尿器科等の外科系医師及び総合の小児外科医師と連携して対応 ・R8の診療報酬改定に向けて、急性期総合体制加算の取得条件である6歳未満の手術（小児外傷含む）40件以上を達成（R7の6歳未満の手術件数:45件）		・引き続き、主に外科系診療科で診療にあたる6歳未満の外傷にも柔軟に対応		C																	

取組項目④ ハイリスク妊婦、新生児の受入れ				R 7に進捗した事項	R 7の課題・問題点	法人評価
中期計画	具体的な行動計画	✓分娩・母体搬送対応体制を充実します				
	評価指標	○ハイリスク妊婦の救急搬送応需件数【数値】				
		総合				
		区分	R 6 実績			
指標		100件	100件			
	実績	99件	120件			
今年度の取組	総合	・妊娠糖尿病や内分泌疾患合併妊婦は全て共観する ・新生児搬送対応体制を充実する ・新生児集中治療科と連携し、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 ・産科と連携し、出生前診断された小児外科疾患症例についても適切にリスク評価を行い、母体搬送を含む出生前介入を積極的に行って、出生後の患児により質の高い医療を提供し予後改善に努める		・新生児集中治療科と連携し、新生児外科系疾患の救急症例を全て応需 ・産科と連携し、出生前診断された小児外科疾患症例についても適切にリスク評価を行い、母体搬送を含む出生前介入を積極的に実施、出生後の患児により質の高い医療を提供を図った	・新生児集中治療科との連携を維持 ・産科と連携し、出生前診断された小児外科疾患症例の適切なリスク評価、母体搬送を含む出生前介入を維持	S

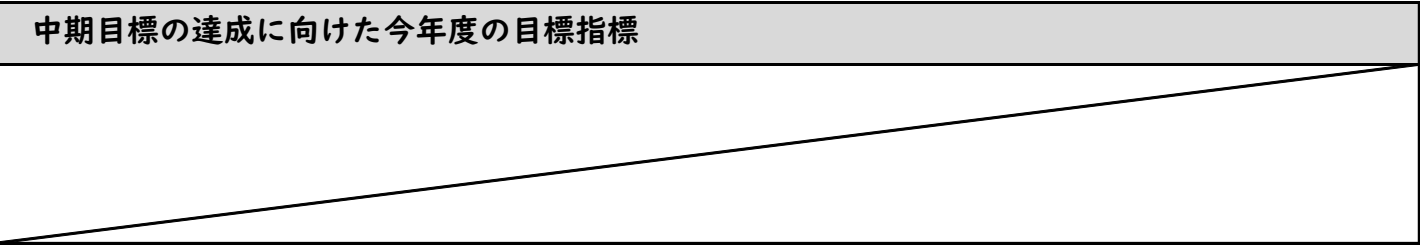
取組項目⑤ 急性期リハビリ			R 7に進捗した事項	R 7の課題・問題点	法人評価																					
中期計画	具体的な行動計画	✔心臓、呼吸器、脳血管などの急性期リハビリを充実します																								
	評価指標	○急性期リハビリ実施件数【数値】																								
		<table><tr><th colspan="3">総合</th><th colspan="3">西和</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>81,000件</td><td>82,000件</td><td>指標</td><td>72,000件</td><td>72,000件</td></tr><tr><td>実績</td><td>114,458件</td><td>118,465件</td><td>実績</td><td>83,325件</td><td>86,654件</td></tr></table>				総合			西和			区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績	指標	81,000件	82,000件	指標	72,000件	72,000件	実績	114,458件	118,465件
総合			西和																							
区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績																					
指標	81,000件	82,000件	指標	72,000件	72,000件																					
実績	114,458件	118,465件	実績	83,325件	86,654件																					
今年度の取組	総合	・365日リハビリ提供体制の構築に向けた人員の確保（理学療法士6名・作業療法士2名・言語聴覚士2名）による土曜日リハ提供の再開 ・心不全・心筋梗塞・弁膜症の患者には積極的に心臓リハビリを行い、ADL維持、心肺機能改善に努める ・脳卒中患者に対しては入院直後から急性期リハビリテーションを開始するように徹底 ・小児外科疾患の手術後にも離床・呼吸リハビリを積極的に導入し、さらなる早期回復、合併症率低下に努め、ひいては入院期間短縮と入院単価上昇に反映させる		・365日リハビリ提供体制に向けた人員確保、土日リハの再開に向けた人員整備は未整備のため進捗なし ・心臓リハビリテーションは入院4,141件・外来3,070件実施、電子カルテ更新期間の影響で昨年度より減少したが対象患者に積極的に実施 ・外来心肺負荷試験においては95件と昨年度を上回る結果であった ・入院後早期にリハビリテーションを実施 ・小児外科疾患の手術後にも離床・呼吸リハビリを積極的に利用し、入院期間短縮と入院単価上昇を達成	・定数とされる46名を下回るが採用試験の未実施、今後計画的な採用が必要 ・引き続き、急性期からの早期リハビリテーションを継続	S																				
	西和	・一般病棟での早期リハビリテーション介入を維持 ・集中治療室でのリハビリテーション介入を維持 ・言語聴覚士の土曜日勤務を開始 ・休日リハビリ実施件数を維持 ・がんのリハビリテーションを算定出来る療法士を育成 ・心臓リハビリテーション教室の継続 ・病棟の転倒転落事故減小のため、療法士と看護師で「転倒転落ADL表（仮）」を活用 ・外来心臓リハビリテーションの維持 ・人材育成として施設見学に参加（3病院合同フォローアップ研修等を利用）		・リハビリ指示2日以内の介入率90%を維持 ・集中治療室におけるリハビリ単位数2,411単位（R7） ・集中治療リハ加算が増加（R6:1,992件→R7:2,343件、R6:996,000点→R7:1,176,500点） ・言語聴覚士による土曜勤務1～2名体制を実施 ・療法士3名の認定研修を修了 ・心臓リハビリ教室を2回実施（計60名の参加） ・転倒転落ADL表の運用を開始 ・外来心臓リハ単位数が増加（R6:8,942件→R7:9,073件）	・更に早期に介入するためには、入院後早期に医師からリハビリオーダーを出してもらう必要がある ・集中治療室では療法士のリスク管理の負担が多い ・土曜日リハビリは、療法士数が減少すれば平日のリハビリ密度が低下するため、維持できなくなる可能性がある ・業績や、その他のチーム医療業務の維持、向上には療法士の増員が必須	S																				

取組項目⑥ 回復期リハビリ				R 7に進捗した事項	R 7の課題・問題点	法人評価												
中期計画	具体的な行動計画	✔ A D L改善支援を強化します																
	評価指標	○リハビリ在宅復帰率の向上【数値】																
		<table><tr><th colspan="3">リハ</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>92.2%</td><td>92.4%</td></tr><tr><td>実績</td><td>92.7%</td><td>87.8%</td></tr></table>					リハ			区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	92.2%	92.4%	実績	92.7%	87.8%
		リハ																
		区分	R 6 実績				R 7 実績											
指標		92.2%	92.4%															
実績		92.7%	87.8%															
○機能的自立度評価法による得点の向上【数値】																		
<table><tr><th colspan="3">リハ</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>28点</td><td>28点</td></tr><tr><td>実績</td><td>28点</td><td>28点</td></tr></table>		リハ			区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	28点	28点	実績	28点	28点					
リハ																		
区分	R 6 実績	R 7 実績																
指標	28点	28点																
実績	28点	28点																
今年度の取組	リハ	・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み ・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」を実施し効果的・FIM（機能的自立評価法）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 ・医療の質の向上を目指した「退院後訪問」の取組みと、退院後の患者が来院してその生活と思いを聞き取り、多職種で共有して振り返り議論する「退院後フォローアップ」の取組み		・入院時訪問指導加算算定件数は年間17件を実施し、入院後早期より自宅情報を共有 ・看護部とリハビリテーション科でリハトークを年間540件開催し、FIM利得28点向上を達成 ・セラピスト間で定期的なカンファレンスを開催し、情報を共有することで効果的な訓練を365日継続して提供 ・入院患者全員へ自主トレ指導を実施し、訓練時間以外も活動量を向上 ・退院後フォローアップ内容をポスター、動画により多職種で共有	・セラピスト数減少による、患者1人につき1日あたりの提供訓練時間の減少とそれに伴う実績指数の低下 ・患者の1日あたりの活動量向上のため、リハトーク開催、また多職種による自主トレ指導を徹底 ・訓練時間の減少に伴う、自主トレを積極的に実施できない患者にとっての1日の活動量の低下	A												

取組項目⑦ 感染症パンデミックへの対応			R 7に進捗した事項	R 7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	・小児科に感染症専門医を迎えたことにより、小児分野での感染症への対応も行っており、今後の小児でのパンデミックに対してもスムーズな対応できる体制を構築する ・感染症パンデミック発生時に迅速対応できる医療体制の継続および整備 ・地域の中核病院として、院内外の感染管理活動を推進 ・感染性疾患を有する患者の透析治療に対する体制強化・維持	・パンデミックは生じなかったが、小児関連部署の感染拡大に関しての相談に対応 ・感染症専門医と協働し、パンデミック等新興感染症受け入れを想定したマニュアル整備及び訓練を実施 ・NICUにおけるMRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）アウトブレイク事例の終息に向けて協議・対応 ・地域連携施設での疥癬アウトブレイク事例対応、施設訪問による感染対策の推進、奈良県内高齢者施設を対象とした感染対策リーダー育成研修（R7新規事業）、保健所と協働し感染対策ネットワーク立ち上げと研修会（R7新規事業）を実施 ・COVID-19を含む感染対策について、マニュアル、環境、物品整理と現地スタッフへの感染対策指導を実施し、体制を強化 ・COVID-19対応時の透析治療方法を基に、感染症疾患を有する患者の透析治療について、定期的に振り返りを行い体制の維持を図った	・パンデミック時にどう動けるかのシュミレーションは必要 ・新興感染症受け入れ訓練を通じて、(1) 所属機関の組織体制 (2) 情報収集・情報共有 (3) 感染対策の手技・手法（タイベックスーツ、シューズカバー、N95マスクの品質見直し）(4) 検体受け取り・搬送手順の課題が明確になった ・課題解決のため、公的機関を含む院外の連絡網整備、院内での報告・連絡体制、発生時の初動対応、新興感染症を想定した個人防護具の再考、検体採取後の搬送経路、検体採取後の包装（シール）、吸収材、エアキャップの購入等を吟味し対策を行う ・地域連携施設との連携強化、高齢者施設対象リーダー育成研修の継続、フォローアップ研修開催が課題であり、引き続き実施 ・今年度は臨床工学技術部のみでの振り返りであったが今後は多職種と連携した効果的な振り返り（治療を模擬したシミュレーション等）が必要	B
	西和	・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 ・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る ・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す	・発熱外来棟で外来対応を継続 ・COVID-19に対して各病棟での受け入れ体制の確立、医療職員はFull PPEの着脱も平時より実施 ・地域の医療機関との合同カンファレンスにおいて麻疹患者の対応の勉強会・机上訓練、地域に向けての公開講座を実施	・新興感染症発生時の受け入れ体制の改善 ・地域の医療機関の施設訪問・コンサルテーションの継続 ・高齢者施設への訪問指導	B

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



法人の評価		
年度	評価	総評
R 7	D	○経営状況悪化を踏まえ、機構内での役割分担や診療相互応援等、診療機能の更なる検討が必要として、R8年中に整備基本計画の見直しが予定されている。 ○上記に伴い、当初予定していた、用地取得に必要な不動産鑑定や補償調査及び建設工事に必要な地質調査や造成基本設計業務等がR8に延期となった。

取組項目① 基本構想、基本計画による整備の推進			R 7に進捗した事項	R 7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 <table><tr><th>令和6年度</th><th>令和7年度</th><th>令和8年度</th><th>令和9年度</th><th>令和10年度</th><th>令和11年度</th><th>令和12年度</th><th>令和13年度</th></tr><tr><td>基本計画の策定</td><td>基本設計</td><td>実施設計</td><td>建築・整備</td><td></td><td></td><td></td><td>移転開院</td></tr><tr><td>用地測量</td><td>用地買収</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				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	基本設計	実施設計	建築・整備				移転開院	用地測量	用地買収		
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	基本設計	実施設計	建築・整備				移転開院																		
用地測量	用地買収																								
今年度の取組	本部	・R6に基本計画の策定として、病床数・診療科・面積が検討されたことから、R7は基本設計の推進を目指す	・R7.5月～10月 移転候補地の用地測量（県道より西側）実施（測量面積：1.1ha） ・R7.7月～9月 環境影響評価調査にかかる項目等の検討業務実施	・経営状況悪化を踏まえ、機構内での役割分担や診療相互応援等、診療機能の更なる検討が必要として、R8年中に整備基本計画の見直しが予定されている ・上記に伴い、当初予定していた、用地取得に必要な不動産鑑定や補償調査及び建設工事に必要な地質調査や造成基本設計業務等がR8に延期となった	D																				

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				目標指標			
患者紹介率				患者逆紹介率			
所属		R 6 実績	R 7 実績	所属		R 6 実績	R 7 実績
総合	指標	70.0%	70.0%	総合	指標	85.0%	90.0%
	実績	65.5%	75.8%		実績	85.0%	94.4%
西和	指標	83.0%	84.0%	西和	指標	105.0%	106.0%
	実績	86.5%	88.4%		実績	121.5%	120.2%

法人の評価		
年度	評価	総評
R 7	A	○患者紹介率では、総合・西和ともに目標を達成した（総合目標：70.0%→実績：75.8%、西和目標：84.0%→実績：88.4%）。 ○患者逆紹介率では、総合・西和ともに目標を達成した（総合目標：90.0%→実績：94.4%、西和目標：106.0%→実績：120.2%）。 ○西和では、登録医専用当日受診ホットラインの受付件数が1,057件で入院移行率は48.3%となり、患者紹介率の向上につながった（R6実績：86.5%→R7実績：88.4%）。 ○地域交流会の開催件数では、総合では目標を大きく上回り（目標：5件→実績：35件）、リハでも目標を達成した（目標：12件→実績：13件）。 ○リハでは、脳卒中地域連携パス運用医療機関や地域クリニックへの訪問を積極的に行うことで連携を強化し、R7累計病床稼働率が98.3%となった。

取組項目① 病病連携、病診連携、病福連携		R 7に進捗した事項	R 7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】			
	○逆紹介率【数値】			
	○地域交流会開催件数【数値】			

		○脳卒中地域連携パス件数【数値】															
		<table><tr><th colspan="3">リハ</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>82件</td><td>84件</td></tr><tr><td>実績</td><td>75件</td><td>68件</td></tr></table>	リハ			区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	82件	84件	実績	75件	68件			
リハ																	
区分	R 6 実績	R 7 実績															
指標	82件	84件															
実績	75件	68件															
今年度の取組	総合	・指定難病や悪性新生物などに対応する高度医療をより一層充実させるためにも、定期外来通院患者数の低減を目指して、引き続き患者のかかりつけ医を設定した逆紹介を推進し、今後も地域登録医との良好な連携を深めることで、MSW（医療ソーシャルワーカー）の助力も得ながら、この方向性を堅持 ・状態の安定した患者に対して積極的に逆紹介をすすめる ・療育施設との病福連携について、現在1回／週で行っている発達カンファを拡大して地域の関係者にも参加して頂いたり、3－4回／年でシリーズで講座を開いて、病院と療育施設との関係を強化する ・近隣医療機関からの診察依頼に対し、真摯に対応し、当院での医療を要しない状態になったら近隣医療機関にて継続診療をしてもらえる体制をさらに進める ・MSW任せにならないよう、病病連携、病診連携に医師も積極的に関わる ・奈良市在宅医療・介護連携センターと連携の上、共通紹介状の作成とかかりつけマップ作成の協力 ・在宅重症児の訪問診療を推進するよう、小児在宅推進協議会などに援助協力を依頼し、訪問看護ステーション・在宅往診クリニックとの連携をさらに拡大	・高い逆紹介率を維持、新規患者獲得には極めて順調に実現出来ており、今後も継続することで安定的な地域医療に貢献 ・療育施設や他施設とも定期的にカンファレンスを実施、地域療育施設等の関係者に毎週「発達カンファ」参加の機会を設けた ・近隣医療機関との連携について良好な関係を維持、MSWのみならず他職種から連携を図った ・共通紹介状作成済み、かかりつけマップ作成完了（R8.4月受取） ・高度医療充実のために、慢性期定期外来通院患者数の低減を目指し、積極的に地域への紹介・転医を図った ・小児在宅推進協議会に出席し、議論に参加 ・院内インスタグラムを通し小児科の診療体制等の情報展開を行った	・奈良県の発達障がい診療は診療待ちが課題であり、当機構のリハへの応援で改善につなげていく ・共通紹介状については、当センターのみではなく、複数の病院で実施が有効との意見があり、地域医療支援病院連携協議会で来年度の課題として提議 ・一次・二次医療機関への挨拶回り等の広報活動に継続的な取り組みが必要	A												
	西和	<紹介・逆紹介率向上について> 1 登録医専用当日受診ホットラインのモニタリング 2 紹介状の確実な返信（未返信0件の継続） <地域交流会開催件数について> ・福祉・介護事業所も含む地域交流会（会議）の開催が遂行できるように進める	<紹介・逆紹介率向上について> ・ホットライン受付件数1,057件、うち、入院511件、入院移行率48.3% ・登録医108施設が利用（R6.3開始以降）、R7新規17登録医追加 ・紹介状未返信「0件」の継続達成 <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部会の企画・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> ・登録医専用当日受診ホットライン未使用登録医に対する訪問時啓発チラシを用いた案内実施 ・診療情報提供書の確実な返信の継続実施及び返信迅速化を推進 <地域交流会開催件数について> ・年間計画に基づく地域交流会の開催及び事業内容の実施、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 ・急性期病院への「お迎えサポート」により、患者サービスの向上	・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 ・田原本町リハビリテーション連絡会へ年2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実施 ・お迎えサポート26件実施 ・R7累計病床稼働率98.3%	・全床が回りハ病棟となったことで入院患者確保において連携がより重要になった ・病床稼働の高値を維持する為にもさらなる連携強化を行っていく必要がある	A												

取組項目② 医療機関との更なる連携の推進			R 7に進捗した事項	R 7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	・小児科においては、R6.12月より、コロナ流行以前にも行っていた近隣医療機関への訪問を再開し、最終的には50件以上の病院を廻り、当院小児科で出来ることや担当医の経歴と顔などを説明することで、紹介件数を増やしたが、今後も直接要望を伺うことで、どのような患者さんなら安定後にフォローして頂けるのかを明確にして逆紹介につなげる ・放射線検査（C T、M R I）の他院紹介率の向上を目指し、ダイレクトメールなどの広報活動を行う ・検査予約に関しては予約枠を増枠し、検査までの待ち期間の短縮を実現し、近隣の医療機関との更なる連携を進める ・地域医療連携推進協議会（仮称）設立の検討	・近隣医療機関への訪問・計画的な広報活動の効果により紹介患者増加につながった ・放射線検査においても訪問・計画的な広報により紹介件数は月平均30件以上の安定的な件数を維持 ・検査予約枠を増枠し、待ち期間の短縮に努めた ・奈良の地域医療支援病院連携協議会を7/3に開催、地域医療機関との連携を深めた	・今後は、逆紹介を見据えて、どの期間で何がフォローしてもらえるかを確認するための訪問も必要 ・継続的な関係構築に向けたフォロー体制の強化が必要 ・広報活動の役割分担や、標準化が不十分で属人化になりやすい点が課題 ・計画に沿った地域医療支援病院との交流会開催と事業内容評価を定期的実施	B
	西和	・西和7町6病院の役割分担と連携を強化するため、病院間連携に関する病院幹部の研修会を継続	・西和メディケアフォーラム地域検討会合同会議を年2回開催し、6病院の院長・看護部長が参加するなど、病院間連携を強化	・救急車の下り搬送の仕組みの構築が必要	B

◆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
R 7	A	○地域医療従事者向け知識（講座）修得研修の参加人数は、リハでは目標を達成できなかった（目標:100人→実績:88人）が、総合・西和では目標を達成した（総合目標:310人→実績:387人、西和目標:600人→実績:744人）。 ○救命救急士等の技術（実習）修得研修の受入人数は、総合・西和ともに目標を達成した（総合目標:70人→実績:76人、西和目標:70人→実績:73人）。

取組項目① 学術集会、研修会等の開催				R 7に進捗した事項			R 7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】																																															
		<table><tr><th colspan="3">総合</th><th colspan="3">西和</th><th colspan="3">リハ</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>300人</td><td>310人</td><td>指標</td><td>600人</td><td>600人</td><td>指標</td><td>100人</td><td>100人</td></tr><tr><td>実績</td><td>308人</td><td>387人</td><td>実績</td><td>588人</td><td>744人</td><td>実績</td><td>86人</td><td>88人</td></tr></table>												総合			西和			リハ			区分	R 6 実績	R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	300人	310人	指標	600人	600人	指標	100人	100人	実績	308人	387人	実績	588人	744人	実績	86人	88人
		総合												西和			リハ																																
		区分	R 6 実績	R 7 実績										区分	R 6 実績	R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績																														
		指標	300人	310人										指標	600人	600人	指標	100人	100人																														
実績	308人	387人	実績	588人	744人	実績	86人	88人																																									
○救命救急士等の技術（実習）修得研修の受入人数【数値】																																																	
<table><tr><th colspan="3">総合</th><th colspan="3">西和</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>70人</td><td>70人</td><td>指標</td><td>70人</td><td>70人</td></tr><tr><td>実績</td><td>83人</td><td>76人</td><td>実績</td><td>71人</td><td>73人</td></tr></table>			総合			西和			区分	R 6 実績	R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	70人	70人	指標	70人	70人	実績	83人	76人	実績	71人	73人																							
総合			西和																																														
区分	R 6 実績	R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績																																												
指標	70人	70人	指標	70人	70人																																												
実績	83人	76人	実績	71人	73人																																												

今年度の取組	総合	・病診・病病連携を充実させるためには、医師同士で相互に顔の見える関係性が重要であるため、当院が主催する登録医の集いは今後も継続して参加者の増加に努めるよう関係部署と連携 ・近隣医師の利便性を鑑みて、WEB形式の病診・病病医学講座の内容を充実させ、当院における診療内容の概要や最新トピックスなどの提供に努めていくことで、新たな紹介患者獲得につなげる ・療育施設との連携を図るため、現在1回／週で行っている発達カンファを拡大して地域の関係者にも参加して頂いたり、3－4回／年でシリーズで講座を開いて、病院と療育施設との関係を強化する ・病診病病連携医療講座 12回/年（1回につき、2診療科の講演） ・奈良の地域医療を支える会 1回/年（他病院との共同開催）	・計画的な病病・病診連携を堅持する他、当センターが診療力を積極的に情報発信していくことで、新たな患者紹介に繋がり、他府県からの患者紹介にも影響 ・病診病病連携医療講座 12回/年（1回につき、2診療科の講演）実施済 ・奈良の地域医療を支える会 1回/年（他病院との共同開催）1/24開催	・病病・病診連携の継続実施 ・奈良の地域医療を支える会主催者（事務局）が他病院となりさらなる情報共有に取り組む ・参加者が関連病院のスタッフに限定されるため、幅広く参加してもらえるよう広報を強化	S
	西和	・開業医を中心とする地域の医療機関または施設等の多職種の職員を対象に、医療職による専門性の高い内容の研修会をWeb参加も可能なハイブリッド形式で開催 ・奈良県広域消防組合より、R6実績と同等の実習受入を目指し、救急救命士との更なる連携を行う（R6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）	・年間計画に沿って、地域連携講座（年6回192人参加） - 西和MC在宅支援講座（年4回220人参加） - 感染防止研修会（公開講座）（10/31実施37人参加） - 医療安全研修会（公開講座）（3/18実施42人参加） - 西和メディケアフォーラム地域事例検討会（7/3実施99人、1/28実施82人参加）を実施 ・登録医及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（5/31実施72人参加） ・広域消防組合との合同研修会（R7：2回）の実施	・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、救急救命士の技術向上のための受入及び連携強化に向けた取組みの推進	S
	リハ	・地域医療従事者・介護職員向け講座の定期開催を検討 ・出前講座を県全域対象に拡大し地域機関からの要望に対応	・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11回開催、参加者合計88人	・今後も地域ニーズを捉えた内容で開催を継続	B

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
R 7	B	○「奈良県デジタル戦略」に基づくシステム更新（総合・西和・事務系）をR7.9月に実施し、バックアップやサイバーセキュリティ対策を強化した。 ○国の医療DX（救急時参照、電子処方箋）への対応や3センター間のグループウェアの導入を行った。

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							R 7に進捗した事項		R 7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									
		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								
今年度の取組	本部	・「奈良県デジタル戦略」に基づくシステム更新をR7.9月に実施 ・総合・西和の電子カルテシステム・部門システムを刷新、事務系を医療系に統合 ・3センター共通基盤（コアサーバ・コアネットワーク）を新規構築 ・バックアップやサイバーセキュリティ対策を強化 ・国の医療DX（救急時参照、電子処方箋）対応や3センター間グループウェア導入 ・リハは電子カルテ更新を先送りとしたが、次期更新の構想検討を開始 ・本部は、センター固有の課題について各センター担当者とともに取り組みつつ、センター横断の課題について、解決に向けたアクションを推進					・「奈良県デジタル戦略」に基づくシステム更新（総合・西和・事務系）をR7.9月に実施し、バックアップやサイバーセキュリティ対策を強化 ・国の医療DX（救急時参照、電子処方箋）対応や3センター間のグループウェアを導入	・新システムの不具合や設定不備等が多数発生し、それらの対策を継続して実施 ・DXに向けて今後様々な取組みを推進 ・世界情勢変化（Mythosなど）に伴いサイバー攻撃が激しくなることが予想されるため、サイバー防御をさらに緻密に進める必要がある	B		

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
R 7	A	○自院被災を想定した院内防災訓練の実施回数では、総合・西和・リハともに目標を達成した（総合目標:2回→実績:2回、西和目標:2回→実績:2回、リハ目標:3回→実績:3回）。 ○DMAT要員の配置人数では、総合・西和ともに目標を達成した（総合目標:25人→実績:30人、西和目標:13人→実績:15人）。

取組項目① 業務継続計画（BCP）の充実			R 7に進捗した事項	R 7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】																																							
		<table><tr><th colspan="3">総合</th><th colspan="3">西和</th><th colspan="3">リハ</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>2回</td><td>2回</td><td>指標</td><td>2回</td><td>2回</td><td>指標</td><td>3回</td><td>3回</td></tr><tr><td>実績</td><td>2回</td><td>2回</td><td>実績</td><td>1回</td><td>2回</td><td>実績</td><td>3回</td><td>3回</td></tr></table>				総合			西和			リハ			区分	R 6 実績	R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	2回	2回	指標	2回	2回	指標	3回	3回	実績	2回	2回	実績	1回	2回	実績	3回	3回
		総合				西和			リハ																																
		区分				R 6 実績	R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績																												
指標	2回	2回	指標	2回	2回	指標	3回	3回																																	
実績	2回	2回	実績	1回	2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	・災害訓練については、訓練内容を更新し、想定される災害への対応や備えを各職員との共有を目指す（消防訓練、災害対応訓練の計画実施） ・大規模自然災害により被災しても、診療の継続が可能となるよう、事業継続計画の策定、更新と院内防災訓練を継続して行う ・電子化が進む中で、サイバーテロの脅威が間近に迫っているため、被災を想定して、被災後の診療の継続が可能となるよう、事業継続計画の策定を進める	・11/8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 ・昨年度新規作成した報告様式を運用し滞りなく訓練完了	・システム障害を想定した訓練は定期的に実施、外部（病院や消防など）との連絡や連携を同時に行えるような災害対策本部機能の強化が必要	A																																				
	西和	・業務継続計画（BCP）の定期的な見直し及び運用体制の強化 ・平日に院内防災訓練を実施し、訓練経験人数の増加と問題点の抽出	・施設の改築やこれまでの訓練結果を通じてBCPを更新 ・予定していた平日訓練は電子カルテシステム更新を考慮し断念したが、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 ・コロナ禍にて中止となっていた新規採用者向けの避難消防訓練を再開し、6/6実施	・BCP更新に伴い、変更事項及びR7の訓練結果を踏まえ、さらなる改訂を進める ・事前説明の開催方法については概ね好評であったものの内容が不十分であったとの意見もあったため説明内容を再検討し、効果的な訓練実施を目指す	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強の地震が発生した直後を想定した災害訓練をR7.12月に実施 ・災害対策ワーキングを隔月開催し、災害対策物品の使用方法(スケッドストレッチャー、トランシーバ)を練習し、マニュアルの見直しを実施 ・見直したマニュアルに基づき、災害訓練を10月に実施 ・情報収集ツールを用いた参集訓練を7月・10月の2回実施	・BCPや災害時対策マニュアルの見直し	A																																				

取組項目② DMAT隊員の養成				R 7に進捗した事項		R 7の課題・問題点		法人評価																	
中期計画	具体的な行動計画	✔ DMAT隊員の養成を推進します																							
	評価指標	○DMAT要員の配置人数【数値】																							
		<table><tr><th colspan="3">総合</th><th colspan="3">西和</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>25人</td><td>25人</td><td>指標</td><td>13人</td><td>13人</td></tr><tr><td>実績</td><td>32人</td><td>30人</td><td>実績</td><td>13人</td><td>15人</td></tr></table>							総合			西和			区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績	指標	25人	25人	指標	13人
総合			西和																						
区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績																				
指標	25人	25人	指標	13人	13人																				
実績	32人	30人	実績	13人	15人																				
今年度の取組	総合	・来たるべき大規模災害に備えて、対応可能なDMAT隊員の養成を今後も継続 ・DMAT隊員のなかでもロジ（DMAT活動に関わる医薬品、通信手段を確保する等の後方支援）にあたる人材が少ないため、ロジの計画的な養成を進める		・隊員の技能維持が継続 ・DMAT隊員養成研修を4名が受講（医師1名、看護師2名、ロジ1名）、次年度も隊員養成研修へ受講申し込みを行う ・DMATは2隊出動可能な体制を確保		・退職により医師の隊員が減少したため、新たな隊員の養成が必要 ・DMAT隊員養成研修の都道府県推薦枠は受講可能な枠が限られており、受講できない年度もあるため計画的な養成が困難 ・安定的な隊員確保のため新設された厚生労働省調整枠の個別申し込みも検討		A																	
	西和	・DMAT隊員養成研修に参加し、隊員数の維持・増加 ・近畿地方DMATブロック訓練（11月22日（土） 京都府開催予定）および各種DMAT訓練への参加		・DMAT出動時の業務分散のため養成研修に応募し、新規で1名増員 ・既存隊員1名の統括DMAT隊登録 ・9/28 奈良県SCU展開訓練参加 ・10/26 近畿府県合同防災訓練・緊急消防援助隊近畿ブロック合同訓練・奈良県防災総合訓練参加 ・11/22 近畿地方DMATブロック訓練 ・12/14 奈良DMATロジティクス研修参加		・DMAT資格を保有する隊員を維持するため、新たな隊員の要請が必要		A																	

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
R 7	A	○医療・健康情報等の広報について、総合ではwebサイトの更新を年間137回行い、最新の情報を掲載することで閲覧数が増加した。西和ではホームページを県民や登録医にわかりやすい構成に整え、リハでは県民の関心が高い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ホームページ上で随時更新した。 ○地域住民向け公開講座の参加人数では、総合・西和・リハともに目標を達成した（総合目標:340人→実績:422人、西和目標:200人→実績:285人、リハ目標:350人→実績:555人）。

取組項目① 医療・健康情報等の広報			R 7に進捗した事項	R 7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	・Webサイトの内容をこまめに見直し・更新して、常に最新の内容・情報を提示できるように努める ・当院の取組みや実施したイベント報告だけでなく各職種の業務紹介なども掲載し、患者さんだけでなく医療従事者を目指す人にも参考となるコンテンツを充実	・Web更新回数は年間137回、イベントの内容や院内のお知らせを提示しフォロー数・閲覧数が増加	・診療科HPなど作成の検討が必要 ・閲覧回数の推移を評価し、より親しみと安心を持って来院いただけるよう改善	B
	西和	・フルリニューアルしたホームページを活用し、県民や登録医にわかりやすい情報提供の推進	・新しいホームページは「患者さん・ご家族・一般の方へ」「医療関係者の方へ」「登録医専用」に分けており、県民や登録医にわかりやすい情報提供体制を整えた ・講座案内等だけでなく、各職種の学会発表等も発信し診療機能を発信	・引き続き、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等で議論し充実させていく	B
	リハ	・県民にわかりやすいホームページへ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て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	B

取組項目② 公開講座等の開催				R 7に進捗した事項	R 7の課題・問題点	法人評価																																
中期計画	具体的な行動計画	✔ 公開講座等による医療・健康情報の提供を推進します																																				
	評価指標	○地域住民向け公開講座の参加人数【数値】																																				
		<table><tr><th colspan="3">総合</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>320人</td><td>340人</td></tr><tr><td>実績</td><td>390人</td><td>422人</td></tr></table>	総合				区分	R 6実績	R 7実績	指標	320人	340人	実績	390人	422人	<table><tr><th colspan="3">西和</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>200人</td><td>200人</td></tr><tr><td>実績</td><td>154人</td><td>285人</td></tr></table>	西和			区分	R 6実績	R 7実績	指標	200人	200人	実績	154人	285人	<table><tr><th colspan="3">リハ</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>350人</td><td>350人</td></tr><tr><td>実績</td><td>1,178人</td><td>555人</td></tr></table>	リハ			区分	R 6実績	R 7実績	指標	350人	350人
総合																																						
区分	R 6実績	R 7実績																																				
指標	320人	340人																																				
実績	390人	422人																																				
西和																																						
区分	R 6実績	R 7実績																																				
指標	200人	200人																																				
実績	154人	285人																																				
リハ																																						
区分	R 6実績	R 7実績																																				
指標	350人	350人																																				
実績	1,178人	555人																																				
今年度の取組	総合	・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、地域住民向けの機構主催市民公開講座を開催 ・小児センターが出来たこともあり、小児の分野に特化した公開講座を行っていく必要があるため、一般の方対象であったり、保育園や学校などの施設職員対象であったり、対象者を絞ってニーズを満たす公開講座を企画 ・県民向け公開講座の開催 4回/年		・医療関係者及び患者向けの情報発信により紹介患者増加に繋がった ・小児関連の小児科・小児泌尿器科・小児脳神経外科・小児外科の小児系公開講座を実施 ・県民向け公開講座の開催 4回/年（5/31、10/11、12/6、2/28）	・医療関係者及び患者向けの情報発信の継続 ・小児センターとしての公開講座の定期的な実施が必要 ・R7は開催を3回から4回に増加させたが、参加総数は大きな変化が乏しいため、R8は従来通り3回開催を予定 ・県民のニーズを考慮した公開講座の企画・運営	S																																
	西和	・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る ・住民向け情報誌の定期発行も継続させて、地域住民の健康に対する意識の向上に貢献		・住民向け講座開催に向けた広報活動として、院外では自治体へ講座案内を持参し配布依頼を実施し、自治体発行の広報誌、新聞、LINE・X・Facebookを活用した周知を実施 ・院内ではIFフロントモニターでの表示や受付での手渡し配布を行い、参加数の増加に努めた ・住民向け情報誌の定期発行を継続し、地域住民の健康に対する意識向上に貢献	・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	S																																
	リハ	・県民のニーズに沿う県民公開講座・出前講座を継続実施し、県民への医療・健康情報の提供を充実		・県民公開講座 10月に開催 来場者180名（過去最高） ・出前講座 20回実施 375名参加	・出前講座に関してはできる限り依頼に応えられるように院内で周知	S																																

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		R 6 実績	R 7 実績	
3センター	指標	518人	453人	
	実績	469人	488人	

法人の評価		
年度	評価	総評
R 7	A	○3センターの専門医数は目標を達成した（目標:453人→実績:488人）。 ○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した（総合目標:56人→実績56人、西和目標:11人→実績:13人）。 ○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、開催件数は目標指標を下回ったものの、参加者数は目標を達成した（件数目標:16件→実績:15件、参加者数目標:1,500人→実績:1,647人）。 ○看大では、4年制移行後初の卒業生を輩出したが、1年次から計画的に国家試験対策を行うことで、合格率100%達成した。

取組項目① 初期臨床研修、専門医修練プログラムの充実				R 7に進捗した事項	R 7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】																												
		<table><tr><th colspan="3">総合</th><th colspan="3">西和</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>56人</td><td>56人</td><td>指標</td><td>11人</td><td>11人</td></tr><tr><td>実績</td><td>56人</td><td>56人</td><td>実績</td><td>17人</td><td>13人</td></tr></table>					総合			西和			区分	R 6 実績	R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	56人	56人	指標	11人	11人	実績	56人	56人	実績	17人	13人
		総合					西和																							
区分	R 6 実績	R 7 実績	区分	R 6 実績	R 7 実績																									
指標	56人	56人	指標	11人	11人																									
実績	56人	56人	実績	17人	13人																									

今年度の取組	総合	・定数がフルマッチしている当院の臨床研修医の履修内容をより充実させるために、院内カリキュラム委員会を通じて検討を重ねる ・研修期間が2ヶ月となる消化器内科の研修内容を改良して、消化器診療には不可欠な内視鏡機器を実臨床でさらに多く体感できるプログラムに変更 ・初期研修医には、基本的な外科的思考、手技を指導 ・外科専攻医には、外科専門医取得に必要な小児症例の経験を提供・指導 ・小児外科専修医は、小児外科専門医取得に必要な経験を2年間で充足できるよう指導 ・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	・消化器内視鏡の構造、特徴、検査実施に関する安全管理手順、検査開始から終了まで一連の流れに関する系統立った理解を深められるよう曜日別の担当医が指導できる体制を確立 ・小児外科として、研修医、専攻医の教育・指導を行った ・外科専門医研修プログラムでは、R5採用の4名が3年間の研修プログラムを終了し、外科専門医取得のための症例数も取得、専門医試験合格により奈良県内外の外科医療の充実に貢献 ・R7採用の専攻医についても研修を実施	・主体的に研修に参加しない研修医への改善が必要 ・食道閉鎖症など、小児外科専門医が指導医となるために経験必要な症例が不足	A
	西和	・初期臨床研修医のフルマッチ(10名)の維持を目指すための取組み ・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 ・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 ・JCEP(卒後臨床研修評価機構)更新訪問調査の受審	・研修医の採用定員10名枠に対し36名の応募があり、筆記試験及び面接試験を実施し、7年連続のフルマッチ(10名)達成 ・マイナビ大阪(4/13)、レジナビ大阪(7/6)、奈良県合同説明会(6/13、12/26)へ出展し、それぞれ55名、47名、38名、42名のブース来訪者へ当センター臨床研修の説明を実施 ・医学生132名の病院見学を受入 ・院内BLSを毎月一回(8月を除く)開催し、228名の職員が受講 ・12/5にJCEPの更新訪問審査を受審し認定更新	・R8以降も研修プログラムを進化させ、フルマッチを維持 ・JCEPで更なる評価を受けるために、救急専任の指導医配置や連携先の病院医師に指導医講習会を受講してもらう必要がある	A

取組項目② 医療専門職教育研修センターの活動			R 7に進捗した事項	R 7の課題・問題点	法人評価		
中期計画	具体的な行動計画	✓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					
	評価指標	○全職員向け研修及び職種別・職位別研修の開催件数【数値】					
		研修セ					
		区分				R 6 実績	R 7 実績
		指標				16件	16件
		実績				16件	15件
		○全職員向け研修及び職種別・職位別研修の参加者数【数値】					
研修セ							
区分	R 6 実績	R 7 実績					
指標	1,400人	1,500人					
実績	1,449人	1,647人					
○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】							
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							
今年度の取組	研修セ	・優れた人材育成のため、職員が受講しやすい研修方法（オンデマンド配信等）を積極的に選択した全職員向け研修及び職位別研修の企画、実施 ・臨床研究の充実のための組織設置について関連機関、部門と検討	・予定された職位別・全職員研修を実施、開催回数は目標指標を下回ったものの、参加者数は達成 ・オンデマンド配信による研修を充実させたことから、参加者数が増加	・引き続き、オンデマンド配信を行う等、時間と場所を選ばない研修を進めていく	A		

取組項目③ 奈良看護大学の活動（教育レベルの向上・教育環境の充実）			R 7に進捗した事項	R 7の課題・問題点	法人評価			
中期計画	具体的な行動計画	✔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						
	評価指標	○看護師国家試験合格率【数値】						
		看大						
		区分				R 6実績	R 7実績	※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
		指標				卒業生なし	95.0%	
		実績					100.0%	
○機構への入職率【数値】								
看大								
区分		R 6実績	R 7実績	※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				
指標		卒業生なし	60.0%					
実績			31.0%					
○県内病院への入職率【数値】								
看大								
区分	R 6実績	R 7実績	※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					
指標	卒業生なし	80.0%						
実績		58.6%						
今年度の取組	看大	・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・校内一斉模試を実施 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 専門基礎科目と臨地実習の連動した学習 4 チューター制導入による成績別対策を実施 5 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 ・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 ・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） ・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		・全学年、全国模試を計10回受験し、外部講師による模試解説会を計4回実施 ・校内一斉模試を夏1回、冬1回継続実施 ・教員を対象に、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 ・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 ・授業評価、授業研究を実施 ・夏期、冬期に国試集中講座を実施 ・学会発表：6件（機構内2件、機構外4件）	・機構への入職率、県内入職率を達成させる ・進路ガイダンスの時期及び内容を検討 ・機構3センターとの連携で入職率UPにつなげる ・R7は4年制移行後初の卒業生を輩出し、国家試験合格率100%を達成できたが、R8も引き続き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	A		

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	R 6 実績	R 7 実績	
指標	55.0%	75.0%	
実績	62.4%	63.3%	

法人の評価		
年度	評価	総評
R 7	B	○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、R6よりも改善した（R7目標:75.0%→R7実績:63.3%、R6実績:62.4%）した。 ○障害者雇用率は目標を達成した（目標:2.80%→実績:2.80%）。 ○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効率化に取り組んだ。 ○タスクシェア・タスクシフトでは、R7は7名が特定行為研修を修了した。また、総合では診療放射線技師によるタスクシェア・タスクシフトとしてIV業務（静脈注射）に対応可能な人材の育成が進んだ。

取組項目① 働きやすい職場づくり			R 7に進捗した事項	R 7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				R 6 実績	R 7 実績
		指標				75.0%	75.0%
		実績				62.4%	63.3%
○障害者雇用率【数値】							
法人全体							
区分		R 6 実績	R 7 実績				
指標	2.80%	2.80%					
実績	2.91%	2.80%					
	総合	・働きやすい環境の推進として、働き方改革実行プロジェクト委員会を継続 ・有給取得義務で定められた日数消化のため、有休取得状況を各部署へ定期的に提示し、取得の促進を目指す ・職員のメンタルヘルスをサポートするため、「仕事のお悩み出張相談」の毎月実施を継続 ・計画的な年休及び夏期休暇の取得、取得休暇日数の確認と調整 ・チーム医療、役割分担等の推進により、特定の医師への業務の集中の防止を図る	・委員会や出張相談を計画的に開催 ・有休取得の文化は浸透 ・業務の効率化、グループ診療体制の推進により、超過勤務の縮減を図った	・継続して計画的な有給休暇の浸透に努める ・特定の医師への業務集中が課題 ・部署・職種により休暇取得日数に偏りがあり、均一的な取得が課題	A		
	西和	・管理職を対象としたメンタルヘルスケア研修の実施と時代背景・目的の共有、実現項目と課題項目の調査 ・障害者手帳を取得している職員の掘り起こしの実施	・1/26に奈良県医療勤務環境改善支援センターから講師を招いて、管理者向けのメンタルヘルスケア研修を実施	・継続して研修を行うことで働きやすい職場作りを推進	A		

今年度の取組	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、グループウェアに申請用紙等を併せて掲載することで、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	・5日以上の年次有給休暇取得者は213名で、100%の達成 ・R7男性育児休業取得者は5名 ・特別休暇申請について、勤怠管理システム上の申請と紙での申請の二重運用を解消し、事務および職員の入力、確認工数を削減 ・引き続き、障害者支援機関担当者を交えた面談で業務範囲の拡大を検討し、実際の業務の幅を拡大	・年度末に年次有給休暇取得者が多いため、計画的な休暇取得を促進 ・提出不要な職務免除申請の受領を廃止し、職員及び事務双方の負担の軽減	A
	看大	・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、計画的かつ公平な休暇取得を促進 ・学校歴に合わせた計画的な労務管理、繁忙期も考慮して柔軟な勤務計画を立てる	A
	研修セ	・業務の効率化を図り計画的な年休取得の推進 ・業務の属人化を避け、標準化し公平に年休が取得できる環境を整備	・毎月：スケジュール管理システムでスタッフ間の業務・休暇の共有を継続 ・毎朝：スタッフ間の業務把握・分担作業を継続実施 ・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	・上司との面談により、コミュニケーションを密にし、双方の意見を基に対策を講じることができるよう仕組みの検討	・年次有給休暇取得状況、休暇取得促進について周知	・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」、「男性育児取得率の向上」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	A

取組項目② 超過勤務の縮減			R 7に進捗した事項	R 7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	- 働きやすい環境の推進として、働き方改革実行プロジェクト委員会を継続 - 超過勤務縮減を目指し、定時帰宅時間や所属長への超過勤務時間のフィードバック等の取組みを継続し、また、R8年に向けての労働時間短縮化計画の更新を目指す - チーム医療、役割分担等の推進により、特定の医師への業務の集中の防止を図る - 毎月、病棟毎の超過勤務時間の報告を受け、30時間を越えるスタッフには、その都度体調の確認や、超過勤務の内容と対策について面談を実施し、面談内容を師長と共有することで、病棟にフリー業務を置くことや、業務整理などの改善策を講じる	- 委員会や出張相談を計画的に開催 - 有休取得の文化は浸透 - 業務の効率化、グループ診療体制の推進により、超過勤務の縮減を図った	- 継続して計画的な有給休暇の浸透に努める - 特定の医師への業務集中が課題 - 部署・職種により休暇取得日数に偏りがあり、均一的な取得が課題	B
	西和	- 医師の働き方改革B水準管理体制構築 - 医師の超過勤務時間の把握と面接指導の実施 - 年次有給休暇、週休日振替、代替休日の確実な取得の推奨	- 医師の超過勤務時間の把握のため、委員会等にて速やかな超過勤務の申請・承認手続きを通知 - 月の超過勤務100時間超えの医師延べ8名に対し面接指導を実施 - 確実な年次有給休暇取得を推奨するために、病院連絡会等で取得状況を報告	- 超過勤務時間過多の診療科については業務の平準化や業務負担軽減への取組み - 勤務制度改革への理解と対応	B
	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 - 医療従事者働き方検討委員会を設置し、医療従事者の負担軽減及び処遇改善を検討	- 面談等により、医師の超過勤務時間を削減 - 医師の外勤について事前申請を徹底し、外勤の勤務時間を適切に把握・管理 - 医師事務作業補助者を1名増員し、医師の業務負担を軽減	- 打刻時間と残業申請時間に乖離のある職員については面談を実施 - 医師事務作業補助者を予約状況に応じて流動的に配置	B
	看大	職員の超過勤務の状況を毎月把握し、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 - チーム(教務4チーム、総務1チーム)で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	- 校務のDX化、各チームの繁忙期に合わせたスケジュール管理 - 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	B
	研修セ	- 労働時間の適切な管理、健康確保措置推進のため、職員がいつでも、どこでも受講できるオンデマンド配信を主とした研修会を企画 - 働き方改革に係る全職員向け研修の実施	- 労働時間の適切な管理、健康確保措置推進のため、職員がいつでも、どこでも受講できるオンデマンド配信を主とした研修会を実施 - 働き方改革に係る全職員向け研修を実施	引き続きオンデマンド配信を中心に、時間や場所を選ばない研修会を企画	B
	本部	- 長時間労働が継続した場合、所属長による面談を実施し、具体的な対策を検討する場合としても活用 - 時間外労働について、事前命令を徹底する仕組みを導入	- 長時間労働が継続した場合、所属長による面談を実施 - 時間外労働について、事前命令を徹底する仕組みを導入	引き続き時間外労働に係る事前命令を徹底推進	B

取組項目③ タスクシェア・タスクシフト			R 7に進捗した事項	R 7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	- 指定難病を診療する際に作成が必要な臨床個人調査票の作成準備は、院内の医師事務支援室に所属する医師事務支援作業者にタスクシフトを行っているが、記載内容の正確性をより高めていくためにも、医師事務支援作業者に対する記載方法の指導機会を新たに設定するほか、同作業者の順調な人数増加にも貢献できるように努める - 現在タスクシェア・タスクシフトの取り組みとして診療放射線技師によるIV業務（静脈注射）に取り組んでおり、現状は院内規定のIVスタッフ取得は各スタッフの任意で行っているが、更なる増員に取り組む（告示研修修了者数25名、取得割合57% 院内IVスタッフ8名） - R7年度の特定行為研修修了者は25人になる予定であり、特定行為実施のための指示の流れや手順書を改定し、正しく円滑に特定行為が実施出来るように修正し、院内に周知 - 特定行為実施者に偏りがあるため、実施できる区分で3チーム（バスキュラ、創傷、呼吸器チーム）に分け、チーム活動出来るように支援し、タイムリーな特定行為実施につなげる 「臨床工学技士の業務範囲追加に伴う厚生労働大臣指定による研修（告示研修）」の早期履修（全スタッフ）を推進	- 医師事務支援作業者が減少したため、医師業務の外来・病棟・診断書担当の優先度アンケートを実施、医師の業務負担軽減となるよう調整 - タスクシェア、タスクシフトの推進の一環として、IV業務への取組みを実施 - 今年度：IVスタッフ取得者16名（8名取得）告示研修修了者31名（6名修了）に増加 - IV業務に対応可能な人材の育成が進み、体制強化に寄与 - 特定行為手順書を11件改定し再登録を完了 - 特定行為実施についての依頼は看護部管理室で取りまとめ、PICC挿入について3件実施 - CEによる麻酔アシスタントは、臨床工学技術部の人員不足で安定した稼働を行えていない 1月に途中採用のCEが赴任し半年遅れであるが通常の2名研修を開始	- アンケートの結果、外来・診断書への配置を優先的に行う事となったため、病棟医師事務支援作業者の業務の洗い出しや割り振りを検討し他部署職員との調整を実施、病棟医師事務支援作業者の配置数の適正を検討 - 告示研修未受講者およびIVスタッフ未取得者が依然として存在、取得状況にばらつきがあり、部門全体での均一な対応体制が未確立 - 取得後の実技経験やスキル定着の評価体制が不十分 - 継続的な教育・研修体制及び取得推進の仕組みが必要 - 特定行為実施依頼の中央管理は管理しやすいものであるが、実施可能者へつなぐのに時間を要し、調整出来ないこともあったため、今後依頼の受け方、活動方法について検討が必要 - 臨床工学技士の安定した人員の確保が課題であり、麻酔アシスタントに供給ができず手術件数が不安定	B
	西和	- 医師事務作業補助の確保による医師のタスクシフトを推進 - 看護補助者の確保による看護師のタスクシフトを推進 - 経営戦略委員会における看護師から他職種へのタスクシフト推進後の維持	- 医師の超過勤務時間の把握のため、委員会等にて速やかな超過勤務の申請・承認手続きを通知 - 月の超過勤務100時間超えの医師延べ8名に対し面接指導を実施 - 確実な年次有給休暇取得を推奨するために、病院連絡会等で取得状況を報告	- 超過勤務時間過多の診療科については業務の平準化や業務負担軽減への取組み - 勤務制度改革への理解と対応	B

	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	・「感染管理特定認定看護師」、「皮膚・排泄ケア特定認定看護師」、「回リハ認定看護師」、「教育専任脳卒中リハ看護認定看護師」、「救急認定看護師」の5名が特定、認定看護師の業務に従事 ・障害特性や個人の適性を踏まえて配置部署を決定し、タスクシェアリング・タスクシフティングを継続実施（病棟での看護補助や事務部門に配置）	・障害者雇用者へのタスクシフトの更なる推進	B
	研修セ	・第5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 ・特定行為を安全に実践できる質の担保をふまえた特定行為研修方法の実施と評価	・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み等を報告	・臨地実習において、予定どおり2月末で実習が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	B

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
R 7	D	○基本計画の策定は未実施。 ○基本構想策定後の状況の変化を踏まえ、移転場所や施設規模等について検討を行った。

取組項目① 基本構想、基本計画による整備の推進			R 7に進捗した事項	R 7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「新看護大学校整備基本構想」を元に、移転に向けての検討を実施	・基本計画の策定は未実施 ・基本構想策定後の状況の変化（機構の経営状況の悪化や移転整備計画地に特別支援学校が移転する方針が発表された等）を踏まえ、移転場所、施設規模等について検討	・引き続き、県や関係機関と協議し検討を行う	D

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
R 7	B	○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			R 7に進捗した事項	R 7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について、他病院の事例を参考に整備推進に向けた方針案の検討	・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	B

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
R 7	A	○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、目標を達成した（目標:75.0%→実績:81.5%）。 ○ISO内部監査の改善取り組みでは、各所属で内部監査を実施し、検出された事項についてフォローアップを行った。 ○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、目標を達成した（目標:75.0%→実績:76.9%）。

取組項目① 医療施設職員としての意識向上				R 7に進捗した事項	R 7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	R 6 実績			
	指標	75.0%	75.0%			
	実績	84.5%	81.5%			
	総合	・毎月実施の執行部会、幹部会、部長会の資料をサイボウズのファイル管理に掲載し、職員との共有化を目指す ・各部門において理念、中期目標に基づいた目標設定を行う		・執行部会、幹部会、部長会の資料をサイボウズ（グループウェア）に管理し職員へ組織の目標・年度計画・KPI指標を共有、リスクや注意事項の周知を実施 ・院長ヒアリングを実施し各部門の理念・中期目標に基づいた目標と進捗を確認 ・法人理念、医療施設職員としての意識向上を目標に設定 ・個人面談を通じて、理念や中期目標に対する取組み状況を具体的に確認	・委員会内容について任意でファイルを確認するのではなく、業務の円滑な遂行のため必ず確認、朝礼等で要点を絞るなどの周知徹底が必要 ・年度の目標が未達の場合において原因分析を実施し対応・転換の検討が必要 ・日常業務の優先や個人目標への落とし込みが形式的になるなど意識が低下しない面談やフォロー体制の継続が必要	A
	西和	・「医の心と技を最高レベルに磨く」「県民の健康を生涯にわたって支え続けます」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実施 ・各所属では、朝礼などで理念の唱和を実施し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する		・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	・引き続き、法人の理念・中期目標等の浸透を図る	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 4 経営幹部が各部署の計画を確認し、課題認識・ビジョンの実現をサポート 5 院長ヒアリングの実施	・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 ・グループウェアを活用し、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ェア内に格納	・会議での決定事項に関して周知徹底を確実に行う	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の確認 ・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 ・法人の一員(学生)として、あをによし祭への参加、災害訓練への参加、清掃ボランティア活動への参加 ・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	・職位別の研修にて、法人の理念・定着を図る研修を実施	・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	・法人の理念・中期目標に基づいた目標設定を行う	・教育研修センターが実施する各種研修やニュースレターにおいて、法人の理念・中期目標の浸透を図った	・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）			R 7に進捗した事項	R 7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】																																																																						
		<table><tr><th colspan="3">総合</th><th colspan="3">西和</th><th colspan="3">リハ</th></tr><tr><td>区分</td><td>R 6実績</td><td>R 7実績</td><td>区分</td><td>R 6実績</td><td>R 7実績</td><td>区分</td><td>R 6実績</td><td>R 7実績</td></tr><tr><td>指標</td><td>30件</td><td>30件</td><td>指標</td><td>45件</td><td>40件</td><td>指標</td><td>30件</td><td>20件</td></tr><tr><td>実績</td><td>73件</td><td>48件</td><td>実績</td><td>35件</td><td>33件</td><td>実績</td><td>44件</td><td>28件</td></tr></table> <table><tr><th colspan="3">看大</th><th colspan="3">研修セ</th><th colspan="3">本部</th></tr><tr><td>区分</td><td>R 6実績</td><td>R 7実績</td><td>区分</td><td>R 6実績</td><td>R 7実績</td><td>区分</td><td>R 6実績</td><td>R 7実績</td></tr><tr><td>指標</td><td>2件</td><td>2件</td><td>指標</td><td>3件</td><td>3件</td><td>指標</td><td>15件</td><td>13件</td></tr><tr><td>実績</td><td>5件</td><td>16件</td><td>実績</td><td>3件</td><td>－</td><td>実績</td><td>26件</td><td>7件</td></tr></table>				総合			西和			リハ			区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績	指標	30件	30件	指標	45件	40件	指標	30件	20件	実績	73件	48件	実績	35件	33件	実績	44件	28件	看大			研修セ			本部			区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績	指標	2件	2件	指標	3件	3件	指標	15件	13件	実績	5件	16件	実績
総合			西和			リハ																																																																		
区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績																																																																
指標	30件	30件	指標	45件	40件	指標	30件	20件																																																																
実績	73件	48件	実績	35件	33件	実績	44件	28件																																																																
看大			研修セ			本部																																																																		
区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績	区分	R 6実績	R 7実績																																																																
指標	2件	2件	指標	3件	3件	指標	15件	13件																																																																
実績	5件	16件	実績	3件	－	実績	26件	7件																																																																
今年度の取	総合	・QMSの維持・改善のため、以下の取り組みを行う。 1 QMSについての正しい理解の促進（研修） 2 内部監査、院内ラウンドの実施 3 QCサークル活動の実施 4 品質会議及びQMS管理委員会の実施 5 その他（ISO維持審査対応、内部監査員養成研修、各監査是正処置のフォローアップ） ・法人本部と協働してISO統合審査の受審に向けた体制の整備を行う	1 5月に管理者向け研修を実施 2 7月に内部監査を実施 不適合13件、改善35件が検出された 3 6月にキックオフし、7月より活動開始 36チームが参加し、勉強会、相談会を経て、3月の発表会にて、10チームを表彰 4 品質会議 5回実施、QMS管理委員会 3回実施 5 その他審査対応等は滞りなく実施し維持 審査受審の結果、登録継続が決定 ・統合審査に向け、各所属のQMS担当者にて会議を10回実施 ・マニュアルの随時更新及び新規作成を実施し、部門内の整備を推進 ・業務推進に必要な内容について、都度スタッフへの周知を実施 ・現場運用に即した形でのマニュアル整備を継続的に実施 ・臨床検査部・輸血部・病理診断科においてISO15189:2022の認証取得し、6/2～6/3に第1回サーベイランス（維持審査）を実施、9/30に是正処置を完了	・R7定期維持審査や内部監査等での検出事項のフォローアップ ・QCサークル活動の円滑な運営 ・ISO文書としての整備・追加が未実施であり、文書体系としての統一性に課題 ・マニュアル更新内容の体系的な管理及び一元化が不十分 ・臨床検査部・輸血部・病理診断科においてISO15189:2022の第2回サーベイランスを予定、R7.9月の電子カルテ・部門システム・自動分析装置入れ替えにより膨大なマニュアル等変更が必要	A																																																																			
	西和	・R7.5月にISO内部監査の実施 ・内部監査等で検出された検出事項のフォローアップを実施し、マニュアル及び規程の整備 ・必要時には幹部会議等で水平展開を実施	・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	・ISO導入当初は整備が不十分で検出事項が多かったが、現在はISOが定着し、マニュアル・規程整備が進んだことで、指標件数よりも検出事項は減少傾向	A																																																																			

組	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組みを進め、内容を委員会やグループウェア等により周知	・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を作成 ・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	・業務においてPDCAサイクルを意識し、マニュアル・規程文書の見直しを継続することにより、改善を図る	・職員会議でインシデント報告の要因・対策を検討する際に、実務内容と登録文書の見直し、必要時に改訂を実施	・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	・内部監査時の指摘事項の改善 ・マニュアル等の適時修正	・4月に既存のマニュアル等の全てについて見直しの要否を検討するとともに、必要時に修正を実施(評価指標における実績数値はR7研修センターは対象外のため「－」と表記)	・適時、必要に応じて修正等を実施	B
	本部	・法令の改正等によりマニュアル・規程等を見直す必要が無いかを年度当初に一斉に確認し、必要に応じて修正 ・QMS向上のため、新たにマニュアル等作成すべきものは無いかを適宜検討し、必要な場合策定	・4月に既存のマニュアル等の全てについて見直しの要否を検討	・適時、必要に応じて修正等を実施 ・組織編成の変更等に伴い、必要に応じてマニュアル等の作成を進める	B

取組項目③ 組織文化の醸成				R 7に進捗した事項	R 7の課題・問題点	法人評価												
中期計画	具体的な行動計画	✔ 「報告する文化」を維持・推進します																
	評価指標	○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="3">法人全体</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>75.0%</td><td>75.0%</td></tr><tr><td>実績</td><td>78.5%</td><td>76.9%</td></tr></table>					法人全体			区分	R 6実績	R 7実績	指標	75.0%	75.0%	実績	78.5%	76.9%
		法人全体																
区分		R 6実績	R 7実績															
指標	75.0%	75.0%																
実績	78.5%	76.9%																
今年度の取組	総合	・執行部会議、幹部会議、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		・全体閲覧可能なサイボウズ（グループウェア）の閲覧を実施し所属長からの共有と共に把握しやすい仕組みを確立	・決定事項に関する目的及び意図は共有できたが、さらなる運営・経営改善に向けた意見交換の必要性があり会議形態等の変更を検討	A												
	西和	・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実施 ・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実施		・部署毎に定期的なミーティング及び個別面談による課題、共有事項について積極的な意見交換を実施 ・上司以外の相談先として、ハラスメント担当窓口を周知	・引き続き、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	A												
	リハ	・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 ・多職種が関わるワーキングを開催し、情報共有及び意見交換を実施		・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等を通じて院内の共有を推進	・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	A												
	看大	・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、学年担当を含めた教員と事務職員との情報共有を実施 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		・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	・朝夕のミーティングを継続 ・ミーティングスペースの設置、相談しやすい風土づくり ・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	A												
	研修セ	・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・業務分析を実施		・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	・今後も情報共有や報告がしやすい職場環境を整備	A												
	本部	・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		・各係毎に必要な応じて、ミーティングを開催し、相談する機会を設けた	・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	A												

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 収支改善策に基づく取組の推進
- ◆取組項目② 経営指標による管理徹底
- ◆取組項目③ 医療機器及び設備の計画的整備

中期目標の達成に向けた今年度の目標指標							
目標指標				目標指標			
経常収支比率				医業収益に対する人件費比率			
所属		R 6 実績	R 7 実績	所属		R 6 実績	R 7 実績
3センター	指標	92.1%	91.2%	3センター	指標	53.9%	53.8%
	実績	91.9%	95.8%		実績	55.5%	53.5%

法人の評価		
年度	評価	総評
R 7	B	○経常収支比率は目標を達成（目標:91.2%→実績:95.8%）し、医業収益に対する人件費比率も目標を達成（目標:53.8%→実績:53.5%）したが、医業収益アップは目標を達成できなかった（目標:＋27.6億円→実績:＋27.3億円）。 ○毎月の経営改革推進本部会議等において、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。

取組項目① 収支改善策に基づく取組の推進				R 7に進捗した事項	R 7の課題・問題点	法人評価							
中期計画	○医業収益のアップ												
	具体的な行動計画	✔各センターが保有する医療資源を効率的に活用し、医療サービスの充実と収益アップ・収支改善を両立します											
	評価指標	○医業収益アップ（令和5年度比）【数値】											
		<table><tr><th colspan="3">法人全体</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6実績</th><th>R 7実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>+21.0億円</td><td>+27.6億円</td></tr><tr><td>実績</td><td>+25.3億円</td><td>+27.3億円</td></tr></table>					法人全体			区分	R 6実績	R 7実績	指標
法人全体													
区分	R 6実績	R 7実績											
指標	+21.0億円	+27.6億円											
実績	+25.3億円	+27.3億円											
	総合	・PFMの実施により入院時支援加算を漏れなく取得 ・2階西病棟4床室の改修による無菌治療室管理加算2の取得 ・土曜日手術や祝日MRI検査の実施 ・自由診療料金や駐車料金の改定 ・有料個室算定率の向上 ・リハビリテーション診療報酬の増加 ・駐車料金の改定		・PFMの実施はメディカルスタッフが専従することで加算漏れや専門的評価が可能となり指導料・管理料が3,500万円増収 ・2階西病棟4床の無菌治療室管理加算2を156件算定 ・土曜日手術は緊急手術との調整は必要だが安定的に稼働できた ・部門により土日の一泊二日入院手術の検討など土曜日の手術室稼働拡大に向け検討 ・有料個室算定率70%の目標に対して75.6%となり1,290万円の増収 ・リハビリテーション目標単位数を達成 ・R7.10月より駐車場料金改定を実施	・PFMはR7体制を維持し適正な算定を実施 ・引き続き無菌治療室管理加算対象疾患患者の入室による算定継続 ・土曜日手術時、麻酔科医師の安定的な応援体制継続が課題 ・患者アナウンスを実施し有料個室算定率の70%以上の高稼働を維持 ・リハビリテーション単位目標を掲げ一定単位数を維持 ・駐車料金は社会情勢に応じた料金見直しを随時実施	A							

今年度の取組	西和	・病床稼働率の上昇 ・薬剤管理指導料及び栄養指導の算定強化 ・夜間看護補助体制加算の算定 ・DPCコーディング体制の強化 ・リハビリテーション診療報酬の増加 ・駐車料金の改定 ・生理機能検査の拡充 ・マンモグラフィ検査の拡大 ・栄養指導の算定強化 ・退院時診療状況添付加算算定強化	・病床稼働率においては、9月の電子カルテ更新時の落ち込みが影響 ・薬剤管理及び栄養指導においても、9月の電子カルテの更新時の対応に追われ伸び悩んだ ・DPCコーディング体制の強化においては、診療情報管理士の個々のスキル向上により強化 ・夜間看護補助体制加算、退院時診療状況添付加算の算定強化 ・リハビリ、生理機能検査を拡充、マンモグラフィ検査においては、目標には届かなかったものの、昨年度より件数が増加（R6:503件→R7:568件、乳癌検診を除く） ・駐車料金の改定により収益は向上	・R7の取組みは概ね強化したが、電子カルテ更新の影響が大きく、病床稼働率はR6より0.8%低下 ・救急受入の積極的な推進および地域クリニックとの連携強化による新入院患者の確保に取り組み、病床稼働率の改善を目指すとともに、入院単価の上昇を目指して、R8診療報酬改定において、急性期病院A一般入院料、急性期総合体制加算4維持のための病棟看護必要度の管理を行う	A
	リハ	・病棟編成の変更による収支改善 ・個室稼働率を高く維持し、個室料を確実に徴収 ・リハビリテーション診療報酬の増加、提供単位数増加による収益増加	・全床を回りハ病床に転換することで入院料の増収を実施、あわせて経費削減に取り組み、収支改善を行った ・感染症対策等によるベッドコントロールの理由以外での減免は行わず、個室の高稼働を実現（99.6%稼働、95.3%徴収） ・療法士毎の目標単位数管理を行い、単位数増を行った	・それぞれの取組を継続するとともに、R8.4月からの新たな収支改善項目も推進	A
	本部	・他の地方独立行政法人黒字病院での各種取組を分析し、実現可能な取組について各センターと共同で推進	・他の黒字病院での各種取組の分析を行った	・収益増加に向けて、先進的な取組を当機構でも実施できるよう、引き続き各センターと共同で検討	B

○費用の適正化		R 7に進捗した事項	R 7の課題・問題点	法人評価												
具体的な行動計画	✓増加傾向にある各医業費用について、その要因を分析し、見直し・スリム化等の取組のもと適正化を進めます															
中期計画 評価指標	○給与費比率の低減【数値】															
	<table><tr><th colspan="3">法人全体</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>55.5%</td><td>53.8%</td></tr><tr><td>実績</td><td>55.5%</td><td>53.5%</td></tr></table> 医師の働き方改革への対応や各センターの運営状況等を踏まえつつ、職種別職員定数に基づき、人員の適正配置を進めます				法人全体			区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	55.5%	53.8%	実績	55.5%	53.5%
	法人全体															
	区分	R 6 実績	R 7 実績													
	指標	55.5%	53.8%													
実績	55.5%	53.5%														
○材料費比率の低減【数値】																
<table><tr><th colspan="3">法人全体</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>36.5%</td><td>37.0%</td></tr><tr><td>実績</td><td>36.5%</td><td>35.6%</td></tr></table> 多職種で取り組む診療材料プロジェクトにより、材料の見直しや調達合理化（共同購入の拡大等）など材料費低減に取り組みます 【具体的な取組】 ・非償還材料の節減、DPC出来高比較による診療材料、薬品の見直し ・ジェネリック医薬品、バイオシミラーの拡大、在庫管理の厳格化による節減 ・汎用試薬の利用による薬品費の削減 ・診療材料の共同購入への切替 など	法人全体			区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	36.5%	37.0%	実績	36.5%	35.6%				
法人全体																
区分	R 6 実績	R 7 実績														
指標	36.5%	37.0%														
実績	36.5%	35.6%														
○経費比率の低減【数値】																
<table><tr><th colspan="3">法人全体</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>19.0%</td><td>18.8%</td></tr><tr><td>実績</td><td>19.0%</td><td>18.6%</td></tr></table> 医事業務や施設管理業務の内容を四半期毎に点検し、業務仕様等を積極的に見直します また、調達全般にわたって、可能かつ合理的なものについて3センター共同調達を進めます	法人全体			区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	19.0%	18.8%	実績	19.0%	18.6%				
法人全体																
区分	R 6 実績	R 7 実績														
指標	19.0%	18.8%														
実績	19.0%	18.6%														
総合	・試薬納入価格交渉による材料費の削減 ・診療材料費削減プロジェクトによる使用材料の変更や価格交渉の実施 ・生化学・免疫検査機器の更新による試薬費の削減 ・設備の点検回数の見直しや内製化による経費削減 ・清掃業務の委託内容の見直しによる経費削減	・検査試薬は同種同効品変更により2,590万円削減 ・診療材料削減プロジェクトにより4,830万円削減 ・生化学・免疫検査機器の更新により汎用な検査試薬使用を可能とし8,853万円削減 ・委託・設備点検など仕様書の見直しによる費用削減（箇所数の見直し、内製化、スポット対応等）1,155万円削減	・材料・機器・仕様書変更し継続的な削減効果が今後も見込まれる ・組織変更により業務集中管理センターが専門性を活かしさらなる価格交渉・契約の見直しを継続的に実施	A												

今年度の取組	西和	・応援医師謝金の抑制に向け、奈良医大との意見交換を行う ・保守契約、賃貸借契約、医事業務の見直しによる経費削減 ・院内保育所の閉所による経費削減 ・診療材料の変更や共同購入への切り替えによる費用削減 ・バイオシミラー導入による医薬品購入費の抑制 ・R8.4月に契約が終了する総合管理委託業務について、費用削減を図るため契約内容の検討を行う	・応援医師謝金の抑制については、十分な実施未達 ・賃貸借契約の価格交渉を行い年間約1,845千円の削減 ・院内保育所は、令和8年3月31日閉所 ・診療材料において、価格交渉・製品切替・NHA共同購入品の採用などを行い、年間約10,749千円の削減 ・バイオシミラー導入において、年間28,261千円の削減 ・総合管理業務(清掃・警備・電話交換)について個別契約を締結し、R6年度比年間約1,800千円の削減	・応援医師謝金の抑制については、引き続き課題 ・診療材料の機構内同一製品の統一価格化を進める ・今後も引き続きバイオシミラーへの変更を積極的に行う ・総合管理業務の個別契約の締結により、費用は削減、一方で質管理が課題	A
	リハ	・報償費（手術関連）の削減 ・賃借料（OP器械レンタル料）の削減 ・診療材料費（手術）の削減 ・後発医薬品への変更	・報償費（手術関連）の削減（結果：年間470万円削減） ・手術機器のレンタル料の削減（結果：年間400万円削減） ・診療材料費（手術）の削減（年間3,796万円削減） ・後発医薬品への変更（年間450万円削減）	・削減できる項目のさらなる模索を続ける	A
	本部	・組織運営を最適化するため、人事・給与制度及び勤務制度の改革を推進 ・各所属で行っている労務管理や給与支給等の事務について、本部への集約化を検討	・業務集約準備室を設置し、労務管理や給与支給等の事務の本部への集約化を調整	・業務集中管理センターの本格稼働に向けて、引き続き調整	B

中期計画	○機構内3センターの診療連携の拡大		R 7に進捗した事項	R 7の課題・問題点	法人評価
	具体的な行動計画	✓ 機構内3センターが有する機能や医療資源を各センターが相互に有効活用することで、個々の患者によりよい医療を提供していきます			
	評価指標	○相互機能の発揮と診療連携の拡大【定性的】 【具体的な取組】 ・総合医療センター、西和医療センターによる周産期医療連携体制の強化 ・総合医療センター、西和医療センターの3次救急等連携ホットラインの運用 ・西和医療センターの術後患者を総合医療センターで放射線治療 ・総合医療センター、西和医療センターで急性期から回復した患者をリハビリテーションセンターへ受け入れ			
今年度の取組	総合	・総合と西和において、3次救急等の連携強化のためのホットラインの運用を充実させる ・西和の術後患者について、総合で放射線治療を推進 ・総合の回復期患者について、リハへの転院を推進 ・総合・西和間での紹介・逆紹介の件数向上	・登録医に対しホットラインの電話番号の周知（訪問回数10月以降49件）、ホットラインからの新入院患者数12月以降143人 ・西和の術後患者6人に対して放射線治療を実施（R7.10月～R8.3月） ・患者の居住地を考慮した上でのリハへ回復期患者紹介 ・全体紹介数のうち、機構内紹介率は10月0.7%→1.4%と増加傾向	・登録医に対して訪問を継続、ホットラインからの新入院患者数を確認し新入院患者の安定に努める ・西和・リハとの連携を引き続き実施	B
	西和	・総合と西和において、3次救急等の連携強化のためのホットラインの運用を充実させる ・西和の術後患者を総合で放射線治療を実施 ・リハで行っていた整形外科手術（人工関節）を西和で実施 ・西和の回復期患者について、リハへの転院を拡大 ・総合・西和間での紹介・逆紹介の件数向上 ・西和の患者を総合の放射線検査で共同利用を拡大	・西和で対応困難な症例への対応を必要に応じて総合へ依頼 ・西和の術後患者の放射線治療を総合で対応するために、総合を第1紹介先として患者へ説明、地理的な問題もあるが、紹介件数は昨年度より増加（R6:6件→R7:8件） ・リハ通院患者の手術を西和にて実施した結果、整形外科手術の件数が増加（R6:458件→R7:535件） ・圧迫骨折患者等のリハへの転院を積極的に実施した結果、整形外科患者の西和からリハへの転院数が増加（R6:10件→R7:53件） ・R7紹介率88.4%、R7逆紹介率120.2%、機構内の紹介・逆紹介件数はR7平均月40件 ・西和・総合間の機構内連携により、西和患者のPET-CT検査を総合で4件実施	・総合と3次救急のホットラインを共有しているため、3次対応の重症患者を総合に紹介しやすくなっている ・総合・リハとの連携を引き続き実施 ・術後のリハへの転院調整をスムーズに行う	B
	リハ	・総合及び西和の回復期患者について、リハへの転院を拡大	・機構内の地域医療連携室意見交換会に参加し連携を強化 ・R7は総合から10件、西和から83件の紹介	・3センターとも医療圏が違うため、特に総合からの患者紹介が難しいが今後も機構内連携を継続	B
	本部	・機構内での紹介・逆紹介件数を増加させるため、運用ルールの明文化に取り組む ・紹介・逆紹介件数を指標化し、経営改革推進本部会議にて報告 ・機構内での手術連携や転院調整を重点テーマとして、各センターの診療科連携について協議	・経営改革推進本部会議において、機構内での診療科連携の取組みについて、報告及び議論を行った	・より機構内での診療科連携が進むように引き続き、調整	B

取組項目② 経営指標による管理徹底			R 7に進捗した事項	R 7の課題・問題点	法人評価												
中期計画	具体的な行動計画	✓ 日次・週次・月次で経営指標を把握・分析し、迅速に改善策を実行します															
	評価指標	○経常収支比率【数値】															
		<table><tr><th colspan="3">法人全体</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>92.1%</td><td>91.2%</td></tr><tr><td>実績</td><td>91.9%</td><td>95.8%</td></tr></table>				法人全体			区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	92.1%	91.2%	実績	91.9%	95.8%
		法人全体															
		区分				R 6 実績	R 7 実績										
		指標				92.1%	91.2%										
		実績				91.9%	95.8%										
○医業収支比率【数値】																	
<table><tr><th colspan="3">法人全体</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>91.7%</td><td>91.7%</td></tr><tr><td>実績</td><td>91.8%</td><td>94.7%</td></tr></table>	法人全体			区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	91.7%	91.7%	実績	91.8%	94.7%					
法人全体																	
区分	R 6 実績	R 7 実績															
指標	91.7%	91.7%															
実績	91.8%	94.7%															
○修正医業収支比率【数値】																	
<table><tr><th colspan="3">法人全体</th></tr><tr><th>区分</th><th>R 6 実績</th><th>R 7 実績</th></tr><tr><td>指標</td><td>84.5%</td><td>84.5%</td></tr><tr><td>実績</td><td>84.6%</td><td>86.9%</td></tr></table>	法人全体			区分	R 6 実績	R 7 実績	指標	84.5%	84.5%	実績	84.6%	86.9%					
法人全体																	
区分	R 6 実績	R 7 実績															
指標	84.5%	84.5%															
実績	84.6%	86.9%															
○改善へ向けた取組を実施し、経営指標を分析【定性的】																	
	週例会議において各センターの病床稼働状況等を把握するとともに、毎月の理事会において各種経営指標を分析し、経営改善に向けた取組の推進に努めます																
	【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512床）：93.0%、西和（全300床）：93.0%、リハ（全100床）：98.0%																
	○1日1人あたり入院単価 総合：97,500円、西和：74,100円、リハ：41,200円																
	○1日1人あたり外来単価 総合：25,320円、西和：16,289円、リハ：9,666円																
	○平均在院日数 総合：11.0日、西和：11.5日、リハ：60.0日																
今年度の取	総合	・新規入院患者数の増加（目標：1日あたり45.6人） ・「登録医専用緊急受診ホットライン」を新設し、緊急に処置や入院が必要な患者を受け入れ ・部長会議で新規入院患者数の目標及び進捗を共有	・新規入院患者数の目標を設定することで職員全体の意識付けを強化 ・新規入院患者数の日時状況を共有し数値とのズレを早期修正	・組織全体が数値を意識し一体感ある行動が取れるよう継続 ・指標を意識した運営・経営を継続、数値目標達成に向けた職員の行動変容を促す	A												
	西和	・病床稼働率の上昇に向け、開業医訪問を強化 ・「登録医専用当日受診ホットライン」の利用促進 ・救急搬送患者の受入強化（e-match応需率の向上） ・幹部会議や経営戦略委員会等において診療科部長を含めた職員に月次の状況、今後の方針について院長から説明を実施	・患者支援センターの活動に加え、R7.6月～事務職による訪問を開始し体制強化 ・登録医専用当日受診ホットラインのちらしを訪問時に配布 ・e-match応需率 84.7% ・幹部会議 年10回、経営戦略委員会 年12回、院長講和 年6回実施	・開業医の訪問強化において、事務職の人員減少に伴い訪問先の見直しや訪問頻度の調整が課題 ・引き続き診療科部長を含めた職員に月次の状況、今後の方針について院長からの説明を実施	A												

組	リハ	・病床稼働率を高水準に維持 ・入院患者確保の為、病院訪問を実施(顔の見える関係性を構築) ・外来患者確保のため、市町村の広報誌を利用した広報を実施	・入院患者及び施設基準上必要な重症患者紹介をしてもらえるように定期的な病院訪問を実施 ・外来患者確保のため、市町村の広報誌への広告掲載及び田原本町自治会での回覧を利用した広報を実施	・顔の見える関係を続けるために定期的な病院訪問を継続 ・新規外来患者の獲得に繋がるように今後も定期的に広報	A
	本部	・理事会・経営改革推進本部会議において、収益アップ・費用適正化の取組みの進捗管理を行うとともに、資金面での分析をすることにより、各月で経営改善の進捗状況を報告 ・隔週の週例会議において、最新の病床稼働状況等を各センターと共有・報告することにより、一層の経営改善に向けた取組を推進	・経営改革推進本部会議において、各センターの収益アップ・費用適正化の取組みについて、報告・議論を行った	・さらなる収支改善に向けて、引き続き検討・議論	B

取組項目③ 医療機器及び設備の計画的整備			R 7に進捗した事項	R 7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】			
		各センターにおいて、計画的な設備更新に向けた取組推進に努めます			
今年度の取組	総合	・建築設備等中長期整備計画書に沿って、組織の経済状況等を鑑み優先度を見極め、計画的に進める ・放射線機器等の高額医療機器更新は、使用開始年度を基準に更新予定表を作成し、機種選定を含め、時代とニーズに沿った形での医療提供に貢献するため取り組む	・建築設備等中長期整備計画書を基に、物価高騰状況も鑑み、優先度の高い整備のみを実施 ・未実施項目については、来期以降に繰り下げを行った	・来期以降に繰り下げした項目の整備時期の見極めが必要 ・RI移転時に購入した装置が多いため機器更新時期の重複が懸念 ・近年はAI技術の進展が著しく、将来を見据えた慎重な機種選定が課題	B
	西和	・老朽化した320列CT（広範囲を短時間で撮影可能なCT）の更新 ・新病院への移転も踏まえ、老朽化した設備更新を重要性を加味しながら計画的に行う	・320列CTは更新を実施 ・不具合およびサポートエンドの機器を優先的に更新を実施（電動ベッド・高周波手術装置・内視鏡システム等）	・老朽化した他の機器についても重要度に応じて順次更新を進める	B
	リハ	・老朽化のため中央監視装置・自家発電装置の更新 ・院内のLED照明装置の更新 ・4階病棟浴室の改修工事 ・病棟トイレの床面塗装工事	・中央監視装置・自家発電装置の更新（完了） ・院内のLED照明装置の更新（部分的に完了） ・4階病棟浴室の改修工事（完了） ・病棟トイレの床面塗装工事（完了）	・今後老朽化が進む設備や機器を計画的に更新	B
	本部	・持続的な病院運営の実現と、医療機能の維持・向上が両立するよう、設備更新を計画に沿った効率的な支出とするため、各センターと更新内容についての密な情報共有と、協議を実施	・設備更新にあたり、各センターと費用対効果や医療機能の維持について、検討を行った	・今後の設備更新の必要性を鑑みて、引き続きセンターと協議	B