

令和7年度（地独）奈良県立病院機構の業務実績に関する評価（案）概要

資料3-1

- ◆第3期中期目標・中期計画の評価（令和6年度～令和10年度）
- ・「診療」「地域貢献」「人材確保・育成」「法人運営」の4つの柱立て。
 - ・毎年度の業務実績を、奈良県立地方独立行政法人評価委員会の意見を聴き、県が評価。
 - ・令和8年度は、令和7年度業務の実績の評価を行い、議会（9月）に報告。

＜評価（案）＞

全体評価	大項目評価			
	I. 最適な医療の提供	II. 地域の医療力向上への貢献	III. 優れた人材の確保・育成	IV. 安定した法人経営
III	III	IV	III	II

◆評価（案）の考え方

全体評価として、「中期目標・中期計画の達成に向けて概ね順調に進んでいる（＝Ⅲ）」と評価した。

「Ⅱ. 地域の医療力向上への貢献」では、地域医療機関や関係団体との連携強化に積極的に取り組み、評価指標（数値）のほぼ全てを達成している。

「Ⅳ. 安定した法人経営」では、組織一丸での経営改善の取組の成果により、昨年度と比べ、医業収支比率・経常収支比率は改善しているが、依然として多額の経常赤字が発生しており、今後の社会情勢の変化を見据え、安定した経営基盤の確立に向けた更なる取組が必要である。

⇒病院機構内の各センターにおける診療機能の見直しを進めるとともに、県立医科大学や関係医療機関との連携の更なる強化を期待する。

【大項目評価基準】

V	中期目標・中期計画の達成に向けて特筆すべき進行状況にある
IV	中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる
III	中期目標・中期計画達成に向けて概ね順調に進んでいる
II	中期目標・中期計画の達成のためにはやや遅れている
I	中期計画・中期目標の達成のためには重大な改善事項がある

【中項目評価基準（R7評価～）】

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、計画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を、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

I. 最適な医療の提供

中項目		県評価(案)	法人自己評価
		R 7	R 7
1	患者の視点に立った医療サービスの提供	B	B
	①患者中心の医療の実践	C	
	②医療の質の標準化	B	
	③医療安全の確保・院内感染の防止	B	
	④多職種によるチーム医療の推進	B	
2	高度医療の提供	B	A
	①質の高いがん医療の提供	B	
	②脳卒中・循環器病への医療体制の構築	A	
3	地域の医療拠点としての機能の充実	B	A
	①断らない救急医療の充実	B	
	②小児・周産期医療の充実	A	
	③リハビリテーション機能の充実	A	
	④感染症対策・感染症医療の充実・推進	B	
4	新西和医療センターの移転・再整備の推進	B	D

II. 地域の医療力向上への貢献

中項目		県評価(案)	法人自己評価
		R 7	R 7
1	地域の医療機関との役割分担と連携強化	A	A
2	地域の医療機能向上のための支援	A	A
3	医療DXの推進	B	B
4	災害医療体制の強化	A	A
5	県民への医療・健康情報等の提供	A	A

III. 優れた人材の確保・育成

中項目		県評価(案)	法人自己評価
		R 7	R 7
1	優れた医療人材の確保・育成	B	A
2	働き方改革の推進	B	B
3	看護大学校の移転・再整備の推進	B	D
4	経営感覚、改革意欲に富んだ人材の確保・育成	B	B

IV. 安定した法人経営

中項目		県評価(案)	法人自己評価
		R 7	R 7
1	ガバナンス体制の充実	A	A
	①法人理念・目標の徹底	A	
	②コンプライアンス・法令の遵守	S	
2	安定した経営基盤の確立	C	B
	①財務内容の改善	A	
	②収益の確保と費用構造改革の徹底	A	
	③財務バランスを踏まえた計画的な投資	B	
	④経営資源の効率的な活用	A	

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)	B	・・・年度計画を概ね達成している (達成度90%以上100%未満)	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)	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)				
中期目標			中期計画				達成率		R 7 評価				
大項目	中項目		実績 報告	評価指標	R7実績 (※数値指標は実績値、定性目標は取組を抜粋)		達成率 (施設単位)	達成率 (指標単位)	指標評価 (達成率)	項目別評価			
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	【目標指標Ⅰ】（R10年度時点） ・患者アンケート満足度 入院：95.0%以上 外来：90.0%以上 ① 患者中心の医療の実践	p.1	・患者アンケート満足度（R7目標） 入院：93.0% 外来：88.0%	R7年度実績 入院：94.4% 外来：82.7%		—	—	—	—			
			p.1	【定性】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	総合：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 西和：患者サービス委員会や医療安全推進室で、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検討を行い、調査方法とともに検討 リハ：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		実施 実施 実施	—	B	C			
			p.1		【数値】診察(検査)の待ち時間 総合：25分 西和：25分 リハ：25分	総合：32分 西和：29分 リハ：26分					78.1% 86.2% 96.2%	86.8%	C
			p.3			【定性】ISO9001の維持・更新に向けた進捗	総合：登録継続が承認 西和：登録継続が承認 リハ：登録継続が承認 看大：登録継続が承認 研セ：登録継続が承認 本部：登録継続が承認				実施 実施 実施 実施 実施 実施		
			p.5	【定性】要因分析を基にした改善			総合：各部署のインシデント・アクシデント改善対策数が増加（R6：107件→R7：112件） 西和：全インシデント・アクシデント報告を多職種で共有し、多職種連携が必要な事例等は意見交換や再発防止策を検討 リハ：ポジティブインシデント報告数が増加（R6：732件→R7：1019件）		実施 実施 実施		—		
			p.7		【定性】多職種によるチーム医療の導入に向けた進捗		総合：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 西和：チーム医療の活動の継続に加え、経営改善チームによる経営改善の取組を実施 リハ：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（年間540件）		実施 実施 実施	—		B	
			2 高度医療の提供	【目標指標Ⅰ】（R10年度時点） ・悪性腫瘍手術件数 総合：1,200件以上 西和：600件以上 ・脳卒中中、循環器病の緊急入院件数 総合：1,100件以上 西和：1,000件以上 ① 質の高いがん医療の提供		p.9	・悪性腫瘍手術件数（R7目標） 総合：1,140件 西和：650件	・悪性腫瘍手術件数（R7実績） 総合：1,143件 西和：585件			—		—
					p.9	・脳卒中中、循環器病の緊急入院件数（R7目標） 総合：950件 西和：800件	・脳卒中中、循環器病の緊急入院件数（R7実績） 総合：1,271件 西和：793件		—	—	—	—	
					p.9	【数値】高難度手術（E、D難度）の実施件数（がん手術以外も含む） 総合：6,700件 西和：2,500件	総合：6,664件 西和：2,160件		99.5% 86.4%	93.0%	B	B	
					p.9		【数値】外来化学療法の実施件数（実人数） 総合：1,170件 西和：190件	総合：1,347件 西和：158件					115.1% 83.2%
	p.9	【数値】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） 総合：350件			総合：295件 放射線治療患者数の増加のために、院外からの紹介患者数の増加を図ることが課題			84.3%	84.3%	C			
	p.10				【定性】緩和ケアの充実	総合：年間100例の高難易度手術を施行（国内でも有数の総例数） 高難度技能医を2名確保 西和：大腸領域では結腸切除術への応応を拡大（R6：26件→R7：55件）		実施 実施			—		A
	p.11	【定性】消化器領域の先進的医療を導入・実施に向けた進捗				総合：炎症性腸疾患学会認定指導施設に認定されており、R7年度末に炎症性腸疾患患者数が350名を達成 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開催		実施 実施	—	B			
	p.12		【定性】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	総合：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を取得		実施	—	A					
	② 脳卒中中、循環器病への医療体制の構築	p.13		【数値】脳卒中中の緊急治療件数 総合：610件 西和：370件	総合：597件 新規患者数及び予定手術件数の増加を図ることが課題 西和：279件 一次脳卒中センターコアの認定取得に向け、脳血管治療医の確保が課題				97.9% 75.4%	86.7%	C	A	
		p.13	【数値】循環器病の緊急治療件数 総合：410件 西和：450件		総合：612件 西和：514件		149.3% 114.2%	131.8%	S				
		p.14		【定性】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	総合：多職種ミーティングを月1回実施し、集中治療室の入退室は90%以上を維持 西和：ICU・CCUの年間病床使用率が増加（R6：84.4%→R7：89.4%） 集中治療科の医師増員により複数症例への対応が実現		実施 実施			—	A		

法人評価	県 実績評価（案）	
中項目ごとの評価	中項目ごとの評価	大項目ごとの評価
B	B	III
A	B	

法人評価	県 実績評価（案）	
中項目ごとの評価	中項目ごとの評価	大項目ごとの評価
B	B	III
A	B	

S・・・年度計画を大幅(±)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)

B・・・年度計画を概ね達成している
(達成度90%以上100%未満)

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)

D・・・年度計画を大幅(±)下回っており大幅な改善が必要である
(達成度70%未満)

中期目標		中期計画				達成率		R 7 評価	
大項目	中項目	実績 報告	評価指標	R7実績 (※数値指標は実績値、定性指標は取組を抜粋)		達成率 (施設単位)	達成率 (指標単位)	指標評価 (達成率)	項目別評価
1 最適な医療の提供	3 地域の医療拠点としての機能の充実	【目標指標1】(R10年度時点) ・救急搬送受入件数 総合：7,500件以上 西和：4,500件以上	p.15	・救急搬送受入件数 R7目標 総合：7,300件 西和：4,200件	・救急搬送受入件数 R7実績 総合：7,283件 西和：4,100件	—	—	—	—
			p.15	・ハイリスク妊婦救急受入率 R7目標 総合：95.0%以上	・ハイリスク妊婦救急受入率 R7実績 総合：93.9%	—	—	—	—
		・新生児、小児救急受入率 総合：95.0%以上 西和：90.0%以上	p.15	・新生児、小児救急受入率 R7目標 総合：95.0% 西和：87.0%	・新生児、小児救急受入率 R7実績 総合：95.9% 西和：95.9%	—	—	—	—
			p.15	・リハビリ在宅復帰率 R7目標 リハ：93.0%以上	・リハビリ在宅復帰率 R7実績 リハ：87.8%	—	—	—	—
		① 断らない救急医療の充実	p.15	【数値】E R・総合診療科の医師数 総合：16人	総合：13人	81.3%	81.3%	C	B
			p.15	【数値】E R・総合診療科の看護師数 総合：40人	総合：27人	67.5%	67.5%	D	
			p.16	【数値】救急搬送応需件数 総合：7,300件 西和：4,200件	総合：7,283件 西和：4,100件	99.8% 97.6%	98.7%	B	
			p.16	【数値】救急搬送応需率 総合：92.0% 西和：77.0%	総合：94.5% 西和：89.5%	102.7% 116.2%	109.5%	A	
		② 小児、周産期医療の充実	p.17	【数値】小児救急搬送応需件数 総合：1,750件 西和：600件	総合：1,676件 西和：367件 小児救急応需率は100%近い高い水準を維持しているものの、応需件数は目標を大幅に下回っており、応需件数増加に向けた取組が課題	95.8% 61.2%	78.5%	C	A
			p.18	【数値】ハイリスク妊婦の救急搬送応需件数 総合：100件	総合：120件	120.0%	120.0%	S	
		③ リハビリテーション機能の充実	p.19	【数値】急性期リハビリ実施件数 総合：82,000件 西和：72,000件	総合：118,465件 西和：86,654件	144.5% 120.4%	132.5%	S	A
			p.20	【数値】リハビリ在宅復帰率の向上 リハ：92.4%	リハ：87.8%	95.0%	95.0%	B	
			p.20	【数値】機能的自立度評価法による得点の向上 リハ：28点	リハ：28点	100.0%	100.0%	A	
		④ 感染症対策・感染症医療の充実・推進	p.21	【定性】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	総合：感染症専門医と協働し、新興感染症受け入れを想定したマニュアル整備・訓練を実施 西和：地域の医療機関と勉強会・机上訓練、地域に向けての公開講座を実施	実施 実施	—	B	B
	4 新西和医療センターの移転・再整備の推進	新西和医療センターの移転・再整備の推進	p.22	【定性】新病院整備に向けたスケジュールに基づいた進捗	移転候補地の用地測量や環境影響評価調査にかかる項目等の検討業務実施 新西和医療センターの整備基本計画案の見直しを行うことに伴い、開院時期を令和13年度中から令和14年度中に目標を変更	評価困難	—	—	B
		R 8 目標見直し実施（6月議会）			R 8 計画見直し予定（9月議会）				

法人評価	県	実績評価（案）
中項目ごとの評価	中項目ごとの評価	大項目ごとの評価
A	B	
D	B	

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)		B	・・・年度計画を概ね達成している (達成度90%以上100%未満)		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)		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)			
中期目標			中期計画						達成率		R7 評価		法人評価	県 実績評価 (案)		
大項目	中項目		実績 報告	評価指標	R7実績 (※数値指標は実績値、定性指標は取組を抜粋)		達成率 (施設単位)	達成率 (指標単位)	指標評価 (達成率)	項目別評価	中項目ごとの 評価	中項目ごとの 評価	大項目ごとの 評価			
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	【目標指標 II】 (R10年度時点) ・ 患者紹介率 総合：80.0%以上 西和：80.0%以上	p.23	・ 患者紹介率R7目標 総合：70.0%以上 西和：84.0%以上	・ 患者紹介率 R7実績 総合：75.8% 西和：88.4%		—	—	—	—	A	A	IV			
			p.23	・ 患者逆紹介率 R7目標 総合：90.0%以上 西和：106.0%以上	・ 患者逆紹介率 R7実績 総合：94.4% 西和：120.2%		—	—	—	—						
		地域の医療機関等との役割分担と連携強化	p.23	【数値】 紹介率 総合：70.0% 西和：84.0%	総合：75.8% 西和：88.4%		108.3% 105.2%	106.8%	A	A						
			p.23	【数値】 逆紹介率 総合：90.0% 西和：106.0%	総合：94.4% 西和：120.2%		104.9% 113.4%	109.2%	A							
			p.23	【数値】 地域交流会開催件数 総合：5件 西和：30件 リハ：12件	総合：35件 西和：27件 リハ：13件		700.0% 90.0% 108.3%	299.4%	S							
			p.24	【数値】 脳卒中地域連携バス件数 リハ：84件	リハ：68件 脳卒中地域連携バス運用医療機関や紹介元病院とのさらなる強化が課題		81.0%	81.0%	C							
			p.25	【定性】 地域医療連携推進法人制度活用に向けた進捗	総合：近隣医療機関への訪問・計画的な広報活動により、紹介患者が増加 西和：西和メディアケアフォーラム地域検討会合同会議を年2回開催し、病院間連携を強化		実施 実施	—	B							
			2 地域の医療機能の向上 のための支援	p.26	【数値】 地域医療従事者向け知識（講座）修得研修の参加人数 総合：310人 西和：600人 リハ：100人	総合：387人 西和：744人 リハ：88人		124.8% 124.0% 88.0%	112.3%					A	A	
		p.26		【数値】 救命救急士等の技術（実習）修得研修の受入人数 総合：70人 西和：70人	総合：76人 西和：73人		108.6% 104.3%	106.5%	A							
		3 医療DXの推進		医療DXの推進	p.28	【定性】 電子カルテ導入に向けた進捗	「奈良県デジタル戦略」に基づくシステム更新を実施し、セキュリティ対策等を強化		実施	—				B		B
	p.28	【定性】 ICTを活用した業務の効率化に向けた進捗		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		実施	—									
	4 災害医療体制の強化	災害医療体制の強化		p.29	【数値】 自院被災を想定した院内防災訓練の実施回数 総合：2回 西和：2回 リハ：3回	総合：2回 西和：2回 リハ：3回		100.0% 100.0% 100.0%	100.0%	A				A		
				p.29	【定性】 自院被災を想定した院内防災訓練の内容の充実	総合：昨年度新規作成した報告様式を運用し、滞りなく訓練を完了 西和：施設の改築やこれまでの訓練結果を通じて業務継続計画（BCP）を更新 リハ：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的の練習やマニュアルの見直しを実施		実施 実施 実施	—	B						
			p.30	【数値】 DMAT要員の配置人数 総合：25人 西和：13人	総合：30人 西和：15人		120.0% 115.4%	117.7%	A							
			5 県民への医療・健康情 報等の提供	県民への医療・健康情報等の提供	p.31	【定性】 HP等を活用した広報に向けた進捗	総合：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 西和：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 リハ：HPで予約状況・空き枠紹介や公開講座・出前講座の情報を随時更新		実施 実施 実施	—					B	A
			p.32	【数値】 地域住民向け公開講座の参加人数 総合：340人 西和：200人 リハ：350人	総合：422人 西和：285人 リハ：555人		124.1% 142.5% 158.6%	141.7%	S							

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)		B	・・・年度計画を概ね達成している (達成度90%以上100%未満)		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)		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)	
中期目標			中期計画					達成率		R 7 評価		法人評価	県 実績評価 (案)	
大項目	中項目		実績 報告	評価指標	R7実績 (※数値指標は実績値、定性指標は取組を抜粋)		達成率 (施設単位)	達成率 (指標単位)	指標評価 (達成率)	項目別評価	中項目ごとの 評価	中項目ごとの 評価	大項目ごとの 評価	
III 優れた人材の 確保・育成	1 優れた医療人材の確保・育成	【目標指標III】 (R10年度時点) ・専門医数 500人以上 優れた医療人材の確保・育成	p.33	・専門医数 R7目標 453人	・専門医数 R7実績 488人		—	—	—	—	A	B	III	
			p.33	【定性】初期臨床研修医フルマッチの維持	総合：外科専門医研修プログラムでは、4名が専門医試験合格し、外科医療の充実に貢献 西和：初期臨床研修医の7年連続フルマッチ（10名）達成		実施	—	A					
			p.33	【数値】専門医認定機構の認証プログラムを受講する専攻医数 総合：56人 西和：11人	総合：56人 西和：13人		100.0% 118.2%	109.1%	A					
					p.35	【数値】全職員向け研修及び職種別・職位別研修の開催件数 16件	研修セ：15件	93.8%	93.8%	B				
			p.35	【数値】全職員向け研修及び職種別・職位別研修の参加者数 1,500人	研修セ：1,647人	109.8%	109.8%	A						
			p.35	【定性】臨床研修の充実のための組織の設置に向けた進捗	研修セ：（仮称）地域医療改善研究所の設置に向け検討	実施	—	B						
			p.36	【数値】看護師国家試験合格率 95.0%	看大：100%	105.3%	105.3%	S※						
			p.36	【数値】機構への入職率 60.0%	看大：31.0% 各センターにおける看護師受入体制の整備を進めることが課題	51.7%	51.7%	D						
			p.36	【数値】県内病院への入職率 80.0%	看大：58.6% 進路ガイダンスの実施時期や内容を見直すことが課題	73.3%	73.3%	C						
			2 働き方改革の推進	【目標指標III】 (R10年度時点) ・職員アンケート満足度 (ワークライフバランスの満足度) 75.0%以上 働き方改革の推進	p.37	・職員アンケート満足度 R7目標 75.0%以上	・職員アンケート満足度 R7実績 63.3%		—	—				—
	p.37	【数値】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 法人全体：75.0%			法人全体：63.3% 休暇取得促進及び必要な制度の見直しが課題		84.4%	84.4%	C					
	p.37	【数値】障害者雇用率 2.80%			法人全体：2.80%		100.0%	100.0%	A					
	p.39	【定性】超過勤務時間の適切な管理に向けた進捗			総合：働き方改革実行プロジェクト委員会や出張相談を計画的に開催		実施	—	B					
					西和：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		実施							
					リハ：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		実施							
					看大：ノー残業デー（毎週水曜日）を設定		実施							
					研セ：働き方改革に係る全職員向け研修を実施		実施							
	p.40	【定性】多職種でのタスクシェアリング・タスクフティング導入に向けた進捗			本部：時間外労働について、事前命令を徹底する仕組みを導入		実施	—	B					
					総合：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し、医師の業務負担軽減となるよう調整		実施							
			西和：看護補助者が朝のミーティングに参加し、情報共有を促進		実施									
			リハ：障害者雇用の活用において、障害特性や個人の適性を踏まえた配置部署を決定		実施									
			【定性】特定行為研修の組織定着に向けた取組み		総合：特定行為手順書を11件改定し、再登録を完了 西和：特定行為実践看護師の増加に向けて、特定行為実践看護師の活動計画発表会及び実践報告会を開催 リハ：感染管理特定認定看護師等の5名が特定認定看護師の業務に従事 研修セ：第5期特定行為研修受講者（7名）全員の研修修了	実施 実施 実施 実施	—				B			
	p.42	【定性】新看護大chool整備に向けたスケジュールに基づいた進捗	看大：基本計画の策定は未実施 令和7年度の募集定員を変更したことや、年少人口の減少が今後も続くことなどから、看護師を目指す学生にとって魅力のある看護大choolの今後のあり方を検討するよう目標を変更		評価困難	—		—	B					
			p.43	【定性】職務・職位別のキャリアパスの整備の進捗	本部：事務職員のキャリアラダーの導入や事務職員の育成制度の構築を併せて検討			実施	—	B			B	

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)		B	・・・年度計画を概ね達成している (達成度90%以上100%未満)		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)		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)						
中期目標			中期計画					達成率		R7評価		法人評価	県 実績評価 (案)						
大項目	中項目		実績 報告	評価指標		R7実績 (※数値指標は実績値、定性指標は取組を抜粋)		達成率 (施設単位)	達成率 (指標単位)	指標評価 (達成率)	項目別評価	中項目ごとの 評価	中項目ごとの 評価	大項目ごとの 評価					
IV 安定した法人 経営	1 ガバナンス体制の充実	①法人理念・目標の徹底	p.44	【数値】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 75.0%		法人全体：81.5%		108.7%	108.7%	A	A	A	A	II					
		②コンプライアンス・法令の遵守	p.46	【数値】ISO内部監査の改善取り組み実施の件数 総合：30件 西和：40件 リハ：20件 看大：2件 研修セ：3件 本部：13件		総合：48件 西和：33件 リハ：28件 看大：16件 研修セ：－（令和7年度ISO内部監査対象外） 本部：7件		160.0% 82.5% 140.0% 800.0% － 53.8%	247.3%	S	S								
				【数値】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 法人全体：75.0%		法人全体：76.9%		102.5%							102.5%	A			
				【目標指標IV】（R10年度時点） ・経常収支比率 98.0%以上 ・医業収益に対する人件費比率 52.0%以下		・経常収支比率 R7目標 91.2%以上		・経常収支比率 R7実績 95.8%							－	－	－	－	
				・医業収益に対する人件費比率 R7目標 53.8%以下		・医業収益に対する人件費比率 R7実績 53.5%		－							－	－	－		
				①財務内容の改善	p.54	【定性】改善へ向けた取組を実施し、経営指標を分析		総合：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 西和：幹部会議 年10回、経営戦略委員会 年12回、院長講話 年6回実施 リハ：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うため定期的に病院訪問を実施 本部：経営改革推進本部会議で、収益アップ・費用適正化の取組みの報告や議論を実施							実施 実施 実施 実施	－ － － －	A	A	
						②収益の確保と費用構造改革の徹底	p.54	【数値】経常収支比率 91.2%							経常収支比率 95.8%				105.0%
		【数値】医業収支比率 91.7%						医業収支比率 94.7%		103.3%	103.3%				A				
		【数値】修正医業収支比率 84.5%						修正医業収支比率 86.9%		102.8%	102.8%				A				
		③財務バランスを踏まえた計画的な投資	p.55	【定性】計画的な設備更新に向けた進捗		総合：建築設備等中长期整備計画書を基に、優先度の高い整備のみを実施 西和：不具合およびサポートエンドの機器を優先的に更新 リハ：老朽化が進む設備や機器を計画的に更新 本部：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		実施 実施 実施 実施	－ － － －	B	B								
	④経営資源の効率的な活用			p.49	【数値】医業収益アップ（令和5年度比）+27.6億円		法人全体：+27.3億円		98.9%						98.9%	B	A		
		p.51	【数値】給与費比率の低減 53.8%		法人全体：53.5%		100.6%	100.6%	A										
			【数値】材料費比率の低減 37.0%		法人全体：35.6%		103.9%	103.9%	A										
			【数値】経費比率の低減 18.8%		法人全体：18.6%		101.1%	101.1%	A										
		p.53	【定性】相互機能の発揮と診療連携の拡大		総合：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 西和：西和・総合間の機構内連携により、西和患者のPET（陽電子放出断層撮影）－CT検査を総合で4件実施 リハ：総合から10件、西和から83件の紹介 本部：経営改革推進本部会議において、診療科連携の取組みについて、報告及び議論を実施		実施 実施 実施 実施	－ － － －	B										