

# 令和5年度 業務実績報告書

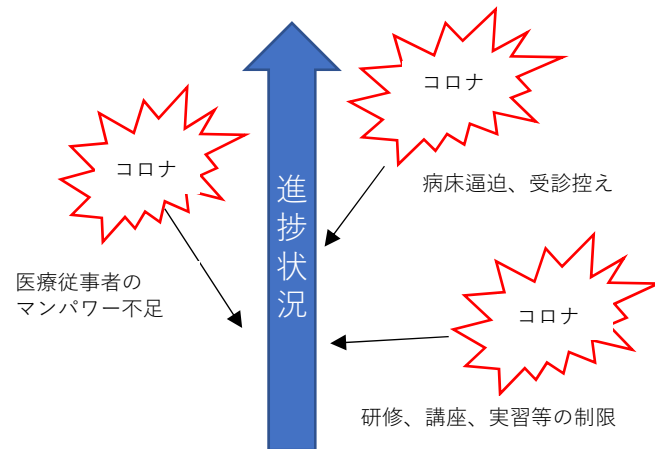
## 第2期中期目標期間終了時業務実績報告書

令和6年6月

地方独立行政法人 奈良県立病院機構

## 評価方法について

現状、業務実績報告書において年度計画の記載事項ごとに4種類によりその進行状況を示すとともに、判断理由を記載しているが、新型コロナウイルス感染症の拡大により、中期目標・中期計画に影響を与えた項目があるため、この影響を踏まえて評価する必要がある。



**S 年度計画通り～上回る状況**  
(100%以上)

**A 年度計画を概ね達成した状況**  
(90%以上)

**B 年度計画を下回る状況**  
(概ね60%～90%未満)

**C 大幅に下回っている、実施していない**  
(60%未満)

## 新型コロナウイルス感染症が与えた影響パターン

影響としては、下記3点を考慮すべきと考える。

- (1) 患者数の減少などの変化  
コロナ感染症の拡大により、入院病床の逼迫や患者の減少などで大きな影響があった項目
- (2) 医療提供体制の制限  
医療従事者の確保に困難をきたすなど、医療提供体制の確保に大きな影響があった項目
- (3) 感染拡大防止のための行動制限  
コロナ感染拡大を防止するために行動を制限するなど、予定していた行動に制限が生じた項目

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		
			R5	R1~R5	R5	R1~R5	R5	R1~R5	R5	R1~R5	R5	R1~R5	R5	R1~R5	R5	R1~R5	
I. 患者にとって最適な医療の提供	1. 患者の視点に立った医療サービスの提供	①高度専門的医療の提供	A	A	S	S	A	A	-	-	-	-	-	-	-	-	
		②チーム医療の推進			A	A	A	A	A	A	-	-	-	-	-		
		③医療の質の標準化・透明化			S	S	A	A	A	A	-	-	-	-	-		
		④医療の質の評価			A	S	A	A	A	A	-	-	-	-	-		
		⑤患者及びその家族へのサービスの向上			S	S	A	A	A	A	-	-	-	-	-		
	2. 地域の医療拠点としての機能の充実	①断らない救急医療の充実	①救急患者受入体制の充実強化	S	S	S	S	S	A	-	-	-	-	-	-	-	-
			②質の高いがん医療の提供	①がん診療機能の充実	A	A	A	A	A	S	-	-	-	-	-	-	-
		②緩和ケアの推進		A	A	A	A	A	A	-	-	-	-	-	-	-	
		③周産期医療の充実	①ハイリスク妊婦及び新生児の受入体制の強化	A	A	A	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
			④小児医療の充実	①小児救急患者の積極的受入	A	A	S	A	A	A	-	-	-	-	-	-	-
		②発達障害児に対する医療提供体制の充実		A	A	A	A	A	A	A	A	-	-	-	-	-	
		⑤糖尿病医療の充実	①糖尿病専門医による治療の推進	A	A	A	A	A	A	A	A	-	-	-	-	-	
			⑥精神医療の充実	①精神科救急・身体合併症患者に対する医療の充実	A	A	A	A	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		⑦感染症医療の充実		①感染症医療の充実強化	S	S	S	S	A	S	-	-	-	-	-	-	-
			3. リハビリテーション機能の充実	①急性期リハビリテーション提供体制の充実	A	A	S	S	A	A	-	-	-	-	-	-	-
②回復期リハビリテーション及び退院後のフォローアップのための外来リハビリテーション提供体制の充実、強化	-	-		A			A	-	-	-	-	-					
4. 医療安全の確保・院内感染の防止	①医療安全対策の徹底	①院内感染防止対策の徹底	S	S	S	S	S	S	S	S	-	-	-	-	-		
		②院内感染防止対策の徹底	A	A	A	A	A	A	A	A	-	-	-	-			
5. 西和医療センターのあり方の検討	①王寺駅周辺地区への移転を含めた再整備方針の検討	②地域密着型医療の提供	B	A	-	-	A	B	-	-	-	-	-	-	-		
		②地域密着型医療の提供	-	-	A	A	-	-	-	-	-	-	-	-			
II. 地域の医療力向上への貢献	1. 地域の医療機関との役割分担と連携強化	①地域の開業医等との連携体制の推進	A	A	A	A	A	A	A	A	-	-	-	-	-		
		②医療機関や福祉施設との連携強化			A	A	A	A	A	A	-	-	-	-			
		③地域包括ケアシステムへの参画			-	-	A	B	A	A	-	-	-	-			
	2. 地域の医療機能の向上のための支援	①地域医療従事者の資質向上	②地域医療を支える看護師の養成	A	A	A	A	B	A	A	-	-	-	-	-		
			②地域医療を支える看護師の養成	-	-	-	-	-	-	B	B	-	-	-			
	3. 災害医療体制の強化	①災害拠点機能の充実	②被災時の院内体制の強化	A	A	S	A	B	A	-	-	-	-	-	-		
			②被災時の院内体制の強化	A	A	A	S	A	A	A	A	-	-	-	-		
	4. 県民への医療・健康情報等の提供	①県民への病院・医療情報等の発信	①県民への病院・医療情報等の発信	S	S	S	S	B	A	S	S	-	-	-	-		
①県民への病院・医療情報等の発信			S	S	S	S	B	A	S	S	-	-	-	-			
III. 最高レベルの医の心と技をもった人材の確保・育成	1. 最高レベルの医の心をもった人材の確保・育成	①職員のホスピタリティマインドの実践	A	A	A	S	A	A	A	A	A	A	S	S	-		
		②医療専門職としてのプロフェッショナルリズム教育・研修の強化			A	S	A	A	A	A	A	A	A	S	S		
	2. 最高レベルの医の技をもった人材の確保・育成	①職員のスキル・能力向上に向けた教育・研修体制の強化	②医療プロフェッショナルの養成	A	A	-	-	-	-	-	-	-	S	A	-		
			③職員の臨床研究の支援			S	S	A	A	A	A	-	-	A	A	-	
		④研修医の教育研修体制の充実	-			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
		⑤専攻医の教育研修体制の充実	S			S	S	S	-	-	-	-	-	-	-		
		⑥奈良看護大学校における質の高い看護師の養成	S			S	A	A	-	-	-	-	S	S	-		
		⑥奈良看護大学校における質の高い看護師の養成	-			-	-	-	-	-	A	A	-	-	-		
	3. 働き方改革の推進	①働きやすい職場づくり	②働きがいのある職場づくりの推進	A	A	S	A	A	A	A	A	A	A	S	S	A	S
			②働きがいのある職場づくりの推進			-	-	-	-	-	-	-	-	-	S	S	
③職場における健康確保対策の推進			-			-	-	-	-	-	-	-	-	S	S		
IV. 自立した法人経営	1. 権限と責任を明確にしたガバナンス体制の確立	①内部統制体制の充実・強化	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		
		①内部統制体制の充実・強化	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
	2. 持続可能な経営基盤の確立	①財務内容の改善	①経営基盤強化対策の着実な実施	B	A	A	A	A	B	A	A	-	-	-	-		
			②収益の確保と費用構造改革の徹底	A	A	A	A	A	A	A	A	-	-	-	-		
		②収益の確保と費用構造改革の徹底	A	A	-	-	A	A	-	-	-	-	A	A			
	3. 経営感覚・改革意欲に富んだ人材の確保・育成	①経営情報等の共有と経営参画意識の向上	②計画的な人材確保と人員配置	A	A	-	-	-	-	-	-	-	-	A	A		
			②計画的な人材確保と人員配置	A	A	A	S	B	A	A	A	-	-	-	-		

大項目Ⅰ. 患者にとって最適な医療の提供

中項目1. 患者の視点に立った医療サービスの提供

- ◆取組項目① 高度専門的医療の提供
- ◆取組項目② チーム医療の推進
- ◆取組項目③ 医療の質の標準化・透明化
- ◆取組項目④ 医療の質の評価
- ◆取組項目⑤ 患者及びその家族へのサービスの向上

法人の評価		
新型コロナウイルス感染症拡大による影響	パターン(1)	○新型コロナウイルス感染症入院病床確保のため、一般病床が逼迫し、入院や手術の制限が生じた。
年度	評価	総評
R5	A	○総合では10月よりSCUを9床に増床したほか、小児へのロボット支援手術を開始。高難度手術件数も目標を上回って増加(目標:5,250件→実績:6,493件)した。西和では脳神経、循環器領域の先進的治療について目標を上回って増加(目標:1,740件→実績:1,778件)した。 ○総合・西和で複数主治医制が順次拡大。リハでは体制整備を検討中。また、3センターとも看護師外来の受診者数が目標を上回る(総合 目標:1,180人→実績:1,268人、西和 目標:450人→実績:534人、リハ 目標:100人→実績:415人)など、チーム医療を推進した。 ○総合では、ISO9001認証を更新すると共に、ISO15189(臨床検査室の認定)取得に向け研修会や内部監査等を実施。西和とリハでは、それぞれISO9001の維持審査で登録継続が承認された。 ○リハでは、ポジティブインシデントレポートの報告を促す働きかけにより、報告数が大幅に増加(R4:56件→R5:181件)した。 ○総合では、入退院における諸問題の早期解決を目的としたPFM(Patient Flow Management)の運用を開始した。
中期計画期間(R1~R5)	A	○西和の高難度手術の実施件数及び総合の患者支援センターの取扱件数について、中期計画最終年度の目標に届かなかった。 ○その他の指標については、3センターで概ね中期計画最終年度の目標を達成。特に西和の患者サービス向上委員会で検討し改善した件数、総合のロボット手術件数、リハの看護師外来の受診者数及び西和・リハの患者支援センターの取扱件数については、中期計画最終年度の目標を大きく上回った。

中期目標の達成に向けた今年度の目標値																			
主要目標					関連目標					関連目標									
患者調査で「満足」と回答した割合(入院・外来別)の向上					患者サービス向上委員会で検討し改善した件数の増加					患者調査で診療待ち時間について「不満」と回答した割合の改善(低下)									
所属	R1	R2	R3	R4	R5	所属	R1	R2	R3	R4	R5	所属	R1	R2	R3	R4	R5		
3センター共通	指標	96%	93%	93%	93%	総合	指標	60件	100件	100件	100件	総合	指標	20%	16%	15%	15%	15%	
入院	実績	92.9%	92.4%	92.2%	90.9%	西和	実績	120件	109件	185件	169件	西和	実績	16%	10.6%	14.2%	14.3%	13.0%	
外来	指標	81%	80%	84%	86%	リハ	指標	50件	100件	100件	100件	リハ	指標	16%	15%	10%	10%	10%	
	実績	79.1%	83.6%	85.9%	87.1%		実績	103件	72件	133件	201件	217件		実績	17.8%	8.6%	15.9%	20.2%	12.6%
														実績	12%	1%	1%	10%	10%
														実績	1.4%	1.3%	13.9%	8.6%	11.1%

取組項目①	高度専門的医療の提供	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																																																																																																																								
中期計画	<p>具体的な行動計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 脳神経・循環器領域の先進的医療を導入・実施します</li> <li>✓ 低侵襲手術・ロボット手術を推進します</li> </ul> <p>高難度(E難度・D難度)手術の実施件数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="6">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>5,050件</td> <td>5,100件</td> <td>5,150件</td> <td>5,200件</td> <td>5,250件</td> <td>指標</td> <td>2,700件</td> <td>2,700件</td> <td>2,700件</td> <td>2,700件</td> <td>2,700件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>5,744件</td> <td>5,559件</td> <td>5,745件</td> <td>6,369件</td> <td>6,493件</td> <td>実績</td> <td>2,750件</td> <td>2,416件</td> <td>2,401件</td> <td>2,220件</td> <td>2,357件</td> </tr> </tbody> </table> <p>低侵襲、脳神経・循環器領域の先進的医療の導入・実施</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="6">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>2,300件</td> <td>2,350件</td> <td>2,400件</td> <td>2,450件</td> <td>2,500件</td> <td>指標</td> <td>1,640件</td> <td>1,670件</td> <td>1,700件</td> <td>1,720件</td> <td>1,740件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>2,842件</td> <td>2,709件</td> <td>3,070件</td> <td>3,415件</td> <td>3,740件</td> <td>実績</td> <td>1,608件</td> <td>1,340件</td> <td>1,466件</td> <td>1,509件</td> <td>1,778件</td> </tr> </tbody> </table> <p>ロボット手術件数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>100件</td> <td>100件</td> <td>105件</td> <td>105件</td> <td>105件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>140件</td> <td>184件</td> <td>204件</td> <td>218件</td> <td>223件</td> </tr> </tbody> </table>	総合						西和						区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	指標	5,050件	5,100件	5,150件	5,200件	5,250件	指標	2,700件	2,700件	2,700件	2,700件	2,700件	実績	5,744件	5,559件	5,745件	6,369件	6,493件	実績	2,750件	2,416件	2,401件	2,220件	2,357件	総合						西和						区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	指標	2,300件	2,350件	2,400件	2,450件	2,500件	指標	1,640件	1,670件	1,700件	1,720件	1,740件	実績	2,842件	2,709件	3,070件	3,415件	3,740件	実績	1,608件	1,340件	1,466件	1,509件	1,778件	総合						区分	R1	R2	R3	R4	R5	指標	100件	100件	105件	105件	105件	実績	140件	184件	204件	218件	223件	<p>総合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いずれの評価指標についても、中期計画最終年度の目標を上回った</li> <li>・難易度D.Eの高難度手術やカテーテル・内視鏡といった低侵襲手術、Davinci等を用いたロボット手術について、いずれも5年間で件数が増加しており、各年度の目標を達成</li> </ul> <p>西和</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、高難度手術の実施件数は中期計画最終年度の目標を下回ったが、低侵襲、脳神経・循環器領域の先進的医療の導入・実施については目標を上回った</li> <li>・コロナ前と比較すると、高難度手術は戻りきっていないが徐々に回復傾向</li> <li>・近隣の医療機関にどのような手術、治療ができるかの周知を実施中</li> <li>・R6.2よりダヴィンチ手術を開始(R6.3末時点で1件実施)</li> </ul>	<p>S</p> <p>A</p>
	総合						西和																																																																																																																				
	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																																																															
指標	5,050件	5,100件	5,150件	5,200件	5,250件	指標	2,700件	2,700件	2,700件	2,700件	2,700件																																																																																																																
実績	5,744件	5,559件	5,745件	6,369件	6,493件	実績	2,750件	2,416件	2,401件	2,220件	2,357件																																																																																																																
総合						西和																																																																																																																					
区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																																																																
指標	2,300件	2,350件	2,400件	2,450件	2,500件	指標	1,640件	1,670件	1,700件	1,720件	1,740件																																																																																																																
実績	2,842件	2,709件	3,070件	3,415件	3,740件	実績	1,608件	1,340件	1,466件	1,509件	1,778件																																																																																																																
総合																																																																																																																											
区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																																																																						
指標	100件	100件	105件	105件	105件																																																																																																																						
実績	140件	184件	204件	218件	223件																																																																																																																						
今年度の取組	<p>総合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・SCU(脳卒中ケアユニット)を6床から9床へ増床し、脳卒中治療をさらに充実</li> <li>・脳血管内血栓回収術を実施 60症例/年</li> <li>・頭頸部外科領域など、新規領域のロボット手術を導入</li> <li>・低侵襲心臓手術(MICS)を積極的に実施 10症例/年</li> <li>・新生児および小児重篤症例の受け入れ促進と共に、小児外科の急性期管理を構築</li> </ul>	<p>R5に進捗した事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経皮的脳血栓回収術 58症例</li> <li>・脳血管内治療 125症例 (173症例/R4)</li> <li>・経口的ロボット支援手術の実施施設に認定</li> <li>・小児へのロボット支援手術実施開始(小児の縦隔腫瘍と先天性胆道拡張症の症例に対し実施)</li> <li>・低侵襲心臓手術(MICS) 5症例実施</li> <li>・4月 小児脳神経外科医が着任し、小児外科、NICUの協力のもと、小児脳神経外科治療を開始</li> <li>・10月よりSCUを9床に増床し運用開始</li> </ul>	<p>R5の課題・問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病床の増床や新たなロボット支援手術の認定など高度専門的医療を提供できる体制を構築できているが、一方でロボット手術の手術室や手術室、麻酔科医は不足</li> </ul>	<p>S</p>																																																																																																																							
	<p>西和</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・稼働病床の増加に伴う、高難度の低侵襲がん手術・腹腔鏡下手術数を増加</li> <li>・消化器がん領域における高難度手術を増加</li> <li>・地域がん診療連携支援病院の取得</li> </ul>	<p>R5に進捗した事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一般病床の増床、新入院患者数の増加に伴い、高難度手術数についても昨年度と比較すると増加傾向であり、脳神経、循環器領域の先進的治療についてはコロナ禍前と比較しても増加</li> <li>・地域がん診療連携支援病院取得に向け、がん相談担当者の要件研修受講者1名増</li> </ul>	<p>R5の課題・問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・西和医療圏の病病・病診連携を円滑に実施し、地域の医療機関から信頼される仕組みづくりを更に進めることが課題</li> <li>・また、連携を行う中で紹介が少ない医療機関に当院の強みを認知、周知にむけた取組を実施</li> </ul>	<p>A</p>																																																																																																																							

取組項目②		チーム医療の推進	中期計画期間(R1~R5)の実績			法人評価																																																																									
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 複数主治医制、多職種によるチーム医療を推進します</li> <li>✓ 看護師外来・助産師外来を充実します</li> </ul>	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、入院患者の複数主治医制については導入診療科を順次拡大している。また、看護師外来・助産師外来の受診者数は、中期計画最終年度の目標を上回った</li> <li>・複数主治医制は多数の診療科において浸透しており、完全に複数主治医制に移行した診療科もあるが、一方で緊急や転科推奨症例、受入患者数の増加により対応できていないケースもある</li> <li>・ストーマ外来において看護師による指導及び観察を継続して実施</li> <li>・フットケア外来で月1回他職種で合同カンファレンスを実施し、1回で3~5名の症例カンファレンスを行っている</li> <li>・看護師外来の充実のため、病棟において心不全外来を実施</li> <li>・産科病棟においてMy助産師制度を新たに運用開始し、患者から好評であったため今後の対象枠の拡大を検討</li> </ul>			A																																																																								
	評価指標	複数主治医制の導入の進捗		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="5">西和</th> <th colspan="5">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>導入準備</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>指標</td> <td>導入準備</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>指標</td> <td>導入準備</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>導入準備</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>実績</td> <td>導入準備</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>導入診療科を順次拡大</td> <td>実績</td> <td>部分運用</td> <td>体制整備</td> <td>体制整備</td> <td>体制整備</td> <td>体制整備</td> </tr> </tbody> </table>	総合						西和					リハ					区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	導入準備	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	指標	導入準備	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	指標	導入準備	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	実績	導入準備	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	実績	導入準備	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	実績	部分運用	体制整備	体制整備	体制整備	体制整備	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、外来患者の複数主治医制については順次拡大している</li> <li>また、看護師外来の受診者数は、中期計画最終年度の目標を大幅に上回った</li> <li>・フットケア外来、ストーマ外来、CKD(慢性腎臓病)外来を運用しており、R5の実績はフットケア外来239件/年、ストーマ外来220件/年、CKD外来75件/年</li> </ul>			A
		総合						西和					リハ																																																																		
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																																														
指標	導入準備	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	指標	導入準備	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	指標	導入準備	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大																																																														
実績	導入準備	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	実績	導入準備	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	導入診療科を順次拡大	実績	部分運用	体制整備	体制整備	体制整備	体制整備																																																														
看護師外来・助産師外来の受診者数(延べ数)	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="5">西和</th> <th colspan="5">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>看護師外来</td> <td>指標 1,050人</td> <td>実績 868人</td> <td>1,090人</td> <td>1,492人</td> <td>1,130人</td> <td>1,053人</td> <td>1,208人</td> <td>1,268人</td> <td>看護師外来</td> <td>指標 430人</td> <td>実績 442人</td> <td>450人</td> <td>461人</td> <td>450人</td> <td>567人</td> <td>450人</td> <td>534人</td> </tr> <tr> <td>助産師外来</td> <td>指標 1,800人</td> <td>実績 2,226人</td> <td>1,900人</td> <td>2,096人</td> <td>2,000人</td> <td>2,200人</td> <td>2,400人</td> <td>2,846人</td> <td>助産師外来</td> <td>指標 60人</td> <td>実績 268人</td> <td>80人</td> <td>324人</td> <td>90人</td> <td>375人</td> <td>370人</td> <td>415人</td> </tr> </tbody> </table>	総合						西和					リハ					区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	看護師外来	指標 1,050人	実績 868人	1,090人	1,492人	1,130人	1,053人	1,208人	1,268人	看護師外来	指標 430人	実績 442人	450人	461人	450人	567人	450人	534人	助産師外来	指標 1,800人	実績 2,226人	1,900人	2,096人	2,000人	2,200人	2,400人	2,846人	助産師外来	指標 60人	実績 268人	80人	324人	90人	375人	370人	415人	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、複数主治医制の導入は困難だが、体制整備を検討している</li> <li>また、看護師外来の受診者数は、中期計画最終年度の目標を大幅に上回った</li> <li>・慢性期脊髄損傷者等の外来患者に対し、褥瘡の再発予防と重症化予防を目的にR1より看護師外来を開設</li> <li>R1までは最大年間7人が褥瘡の重症化による入院に至ったがR1~R3は年2人、R4~R5は年1人に減少</li> <li>・慢性期脊髄損傷者を生涯にわたって支援するために、R3慢性期脊髄損傷者の困り事のアンケート調査を実施。結果よりピアサポートの存在の重要性が導き出され、R4.11月より4ヶ月毎に患者会を開催し患者より高評価、R5もピアサポートの継続の支援</li> </ul>			A			
総合						西和					リハ																																																																				
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																																														
看護師外来	指標 1,050人	実績 868人	1,090人	1,492人	1,130人	1,053人	1,208人	1,268人	看護師外来	指標 430人	実績 442人	450人	461人	450人	567人	450人	534人																																																														
助産師外来	指標 1,800人	実績 2,226人	1,900人	2,096人	2,000人	2,200人	2,400人	2,846人	助産師外来	指標 60人	実績 268人	80人	324人	90人	375人	370人	415人																																																														
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度に引き続き複数主治医制を推進</li> <li>・看護師外来・助産師外来を継続・拡大 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ストーマ造設患者への退院後の継続看護</li> <li>2. フットケア外来の多職種による症例カンファレンスを実施</li> <li>3. 助産師外来を充実</li> <li>4. 退院後の心不全外来を実施</li> </ol> </li> <li>・TAVI(経カテーテル的大動脈弁植え込み術)術者の養成と、新規チームの作成</li> </ul>	R5に進捗した事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続き複数主治医制を推進</li> <li>・看護師外来・助産師外来を推進 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ストーマ造設患者への退院後のフォローとして、ストーマ外来での指導・観察を継続して実施(ストーマ外来467件)し、また、訪問看護師からの依頼を受け、同行訪問を実施</li> <li>2. フットケア外来を204件実施し、他職種カンファレンスも1回/月実施</li> <li>3. R5.8月よりMy助産師制度(助産師数名のチームで妊娠中から産後1ヶ月までサポートを行う制度)を開始し、5名/月限定で実施</li> <li>4. 妊婦健診時、病棟助産師による保健指導を実施</li> <li>5. 心不全外来15件実施</li> </ol> </li> <li>・TAVI(経カテーテル的大動脈弁植え込み術)術者として、心臓血管外科1名、循環器内科1名が研修を修了し、認定医となる</li> </ul>			R5の課題・問題点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来患者数の増加により、マンパワー及び設備の面では対応人数に限界が来ている</li> <li>外来患者の逆紹介を推進するため、患者向け院内掲示や開業医への周知などさらなる策を検討する必要あり</li> <li>・My助産師制度が好評であり、対象枠の拡大に向け、助産師の人材育成、配置の見直しが必要</li> </ul>			法人評価	A																																																																			
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病看護師外来開設準備に向けた取組</li> <li>・フットケア外来担当となる看護師を育成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病看護外来開設に向けた取り組みとして、看護師の糖尿病療養指導士を増員(次年度1名増員予定)</li> <li>・フットケア外来担当となる看護師の育成として、R4フットケア研修を修了した看護師2名を育成し、今年度看護外来にてフットケアを実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病看護外来開設に向け、院内で実践できる糖尿病療養指導のできる看護師の育成</li> <li>・フットケア外来の充実化(看護師のスキルアップ、記録内容の再検討)</li> <li>・現在糖尿病看護外来開設に向けて準備しており、第3期中期計画の早期に開設予定</li> </ul>	A																																																																										
	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師外来での褥瘡の重症化予防を実施</li> <li>・慢性期脊髄損傷者の患者会を定期的に開催し、ピアサポートを支援</li> <li>・骨粗鬆症リエゾンサービスを推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師外来で褥瘡の重症化予防の実践により褥瘡治療目的で1名入院(R4:1名)</li> <li>・慢性期脊髄損傷者の患者会を7/29、11/25、3/30に開催</li> <li>・骨粗鬆症対象患者のスクリーニングを実施し患者の症状や骨密度値の段階に応じた介入を提供</li> <li>・院内で入院から退院後外来通院まで、リエゾンにて治療の継続、骨粗鬆症の計画的な評価5件実施</li> <li>・地域住民に対する骨粗鬆症関連の出前講座を5/31、11/20、12/13に開催</li> <li>・リハセンふれあい祭りを11/18に実施し、骨密度測定など骨粗鬆症予防を啓発</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師外来の通院中に褥瘡が重症化に至らないように坐骨部の褥瘡に対しては早期から訪問看護ステーションとの連携が必要</li> <li>・慢性期脊髄損傷者の患者会は患者同士がディスカッションできるようなテーマの検討</li> <li>・骨粗鬆症予防の啓発とともに二次骨折予防に向けた追跡、継続的な指導・教育が必要</li> <li>・地域住民の要望に添えるような医療から介護まで患者・家族に対して知識の共有の取組を今後も継続</li> </ul>	A																																																																										

取組項目③		医療の質の標準化・透明化	中期計画期間(R1～R5)の実績		法人評価
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>ISO9001、DPC特定病院群の取得を推進します</li> <li>病院機能評価の活用を推進します</li> </ul>	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>いずれの評価指標についても、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>ISO9001の維持にかかる取り組みを継続して実施</li> <li>ISO15189の取得に向け、R4に準備WGを立ち上げを行い、R6中のISO15189の認定を計画</li> </ul>	S
	評価指標	ISO9001の進捗	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>R3.9/7 ISO9001 認証取得に向けて、所属長に対して総務課より説明会を実施 9/21 幹部会議にて「第三者評価委員会」の設置について承認 9/28 所属長に対して説明会を実施(キックオフ)し、ISO取得を周知及び文書登録に係る整理開始 R3年度内にISOについての勉強会や相談会を6回開催</li> <li>R4.5/13～14、27～28 内部監査員養成研修を実施し、58人養成 5/16～6/15 内部監査20部署実施 8/17～19、9/8～16 第1及び第2段階登録審査に係るMSミーティング(模擬審査)とフォローアップを実施 10/11～12 第1段階登録審査受審 11/7～9 第2段階登録審査受審 12/12 登録審査機関による判定委員会にて、「認証登録」が承認</li> <li>R5.5/12～13、5/19～20 内部監査員養成研修を実施し、52人養成、5/16～6/8 内部監査20部署実施 6/19～23 内部監査の検出事項へのフォローアップを実施 7/18～21 院内ラウンドを実施、 7/31～8/1・8/7～8/10 MSミーティングを実施し、第1回定期維持審査の準備を進めた 8/21～24 院内ラウンドとMSミーティングでの検出事項のフォローアップを実施 9/27～29 第1回定期維持審査受審 11/20 登録審査機関による判定委員会にて、「登録継続」が承認</li> </ul>	A
		DPC特定病院群の取得	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>評価指標で目標としていた、病院機能評価制度に変えて、ISO9001の認証を取得</li> <li>ISO9001認証取得に向け、R4.1キックオフし、R5.2.13認証取得、R5.10維持審査更新</li> <li>ISO9001認証取得し、ISOの品質マネジメントシステムを用い品質管理のための標準化・文書化を推進、品質の向上を図り、業務の標準化につなげる</li> <li>中期計画・事業計画に基づき、各所属に関連する項目の目標を掲げた『目標評価シート』を用いて、PDCAサイクルを回し病院の活性化・改善を行うことで質を高める</li> </ul>	A
		病院機能評価活用の進捗			

			R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>質の高い医療の実践と患者満足を目指すISO9001の取組み               <ol style="list-style-type: none"> <li>目標管理進捗状況の確認</li> <li>ISO研修の実施</li> <li>QMS管理委員会 年4回実施</li> <li>内部監査養成研修実施</li> <li>内部監査実施</li> <li>QMSヒアリング実施、維持審査準備</li> <li>維持審査受審</li> <li>マネジメントレビューの周知、進捗状況の確認、課題抽出、改善に向けた取組み</li> </ol> </li> <li>ISO15189(臨床検査室-品質と能力に関する要求事項)の受審</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ISO9001の維持に関する取組みを継続して実施               <ol style="list-style-type: none"> <li>四半期毎に目標管理シートを回収し、進捗状況を確認</li> <li>QMSに関する研修会を定期的実施</li> <li>QMS管理委員会は、議案の整理を行い、9月及び2月開催を中止とした</li> <li>6月 内部監査員養成研修を実施し、221名養成</li> <li>7月 内部監査実施(合計67件の検出事項あり)</li> </ol> </li> <li>ISO15189(臨床検査室-品質と能力に関する要求事項)の取得に関する取組を実施               <ol style="list-style-type: none"> <li>4/29 内部監査養成研修会を実施</li> <li>6/8 他施設を見学</li> <li>7月から品質マニュアルの運用開始</li> <li>8月～9月 8部門で内部監査実施</li> <li>準備WGを都度開催し、計26回実施</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>次年度のISO9001更新審査に向けて、維持審査、内部監査等での検出事項及びその他の課題についての確認とフォローを引き続き実施</li> <li>ISO15189取得に向けて、記録文書の作成や文書の周知を推進</li> </ul>	S
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>質の高い医療の実践と患者満足を目指すISO9001の取組み               <ol style="list-style-type: none"> <li>QMS管理委員会を適宜開催し、品質マネジメントシステムの統括管理を実施</li> <li>5月 内部監査員養成研修、内部監査を実施</li> <li>6月中旬 内部監査フォローアップを実施</li> <li>7月中旬～8月上旬 維持審査の事前準備として院内ラウンドとMSミーティングを実施</li> <li>8月下旬 院内ラウンドとMSミーティングのフォローアップ</li> <li>9月下旬 第1回定期維持審査受審予定</li> <li>10月中旬 維持審査のフォローアップを実施</li> <li>12月～1月 マネジメントレビュー及び次年度の計画策定</li> <li>2月中旬 マネジメントレビューの実施、次期の病院目標の策定(アウトプット)</li> <li>内部監査等で検出された改善事項への対応</li> <li>必要時、幹部会議等で取り組みに関する進捗を報告し、水平展開を実施</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>内部監査員養成研修を5/12～13、19～20に実施し、52人養成</li> <li>内部監査を5/16～6/8に実施し、6/19～23で検出事項へのフォローアップを実施</li> <li>院内ラウンドを7/18～21、MSミーティングを7/31～8/1と8/7～10に実施し、第1回定期維持審査の準備</li> <li>院内ラウンドとMSミーティングでの検出事項のフォローアップを8/21～24に実施</li> <li>第1回定期維持審査を9/27～29に受審</li> <li>11/20 登録審査機関による判定委員会にて審議結果、「登録継続」が承認</li> <li>2/20 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>内部監査検出事項(46件)と院内ラウンド検出事項(15件)の対応完了</li> <li>MSミーティング検出事項(29件)の対応は、3月末時点で残り1件が対応中であるが未完了のため、次年度も引き続きフォローを継続</li> <li>第1回定期維持審査での軽微な不適合5件の是正処置について、第2回維持審査での確認事項となるため、維持できているか継続的に確認</li> </ul>	A

	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・質の高い医療の実践と患者満足を目指すISO9001の取組み</li> <li>1. 4月 全部署を対象とした目標評価シート作成説明会を実施</li> <li>2. 6月 内部監査員養成研修を実施</li> <li>3. 7月 内部監査を実施</li> <li>4. 8～9月 内部監査フォローアップ及びシステム運用・見直し</li> <li>5. 10月 維持審査受審</li> <li>6. 1月 次年度計画立案</li> <li>7. 3月 マネジメントレビュー</li> <li>8. 外来・病棟・診療・検査などの手順・規定・マニュアルについて、ISO9001に基づいた文書管理レビューを実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・4月目標評価シート作成にあたって要点を説明し、理念・年度目標の内容が部署目標に盛り込んでいるかを確認</li> <li>・文書管理研修を6/7・6/8に実施し、6月内部監査迄に文書見直し</li> <li>・前年度までに内部監査員養成研修受講した職員を対象とした復習講座を6/8に実施</li> <li>・内部監査養成員研修を6/9・6/10に実施し、14名を新たに養成（センター内で内部監査員数は合計55名）</li> <li>・13部門の内部監査を6/28～7/14に実施し、不適合15件、改善事項24件、推奨事項4件を検出</li> <li>・7月に内部監査不適合等のフォローアップを行い、是正事項確認</li> <li>・8月～9月内部監査随時是正措置の完了及び措置の妥当性確認し、定期維持審査前準備としてMSミーティング及び院内ラウンドの実施</li> <li>・目標の進捗確認を行い乖離状況の修正、改善方法の確認実施</li> <li>・10月維持審査受審 不適合0件、軽微な不適合0件、改善事項5件を検出</li> <li>・3月マネジメントレビューを実施し、院長より次年度の病院目標となる指示項目を周知</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・より質の高い医療の実践と患者満足を目指すISO9001の取組みを病院全体、職員全員で実施する文化の醸成が必要</li> <li>・維持審査時の改善指摘事項について検討</li> </ul>	A
--	----	--	--	--	---

取組項目④		医療の質の評価					中期計画期間(R1~R5)の実績															法人評価																																																																
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 診療関連合併症を把握し、要因の分析を行います</li> <li>✓ 中長期の診療成績を把握し、検証を行います</li> </ul>					総合					西和					リハ					S  A  A																																																																
	評価指標	術後合併症報告制度の導入の進捗					総合					西和					リハ																																																																					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>試行</td> <td>見直し・導入診療科の拡大</td> <td>見直し・導入診療科の拡大</td> <td>見直し・導入診療科の拡大</td> <td>全診療科に導入</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>試行中</td> <td>試行中</td> <td>試行中</td> <td>試行中</td> <td>試行中</td> </tr> </tbody> </table>					区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	試行	見直し・導入診療科の拡大	見直し・導入診療科の拡大	見直し・導入診療科の拡大	全診療科に導入	実績	試行中	試行中		試行中	試行中	試行中	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>試行</td> <td>見直し・導入診療科の拡大</td> <td>見直し・導入診療科の拡大</td> <td>見直し・導入診療科の拡大</td> <td>全診療科に導入</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>試行中</td> <td>検討中</td> <td>報告基準作成</td> <td>報告基準周知徹底</td> <td>報告基準周知徹底</td> </tr> </tbody> </table>					区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	試行	見直し・導入診療科の拡大	見直し・導入診療科の拡大	見直し・導入診療科の拡大	全診療科に導入	実績	試行中	検討中	報告基準作成	報告基準周知徹底	報告基準周知徹底	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>試行</td> <td>見直し・導入診療科の拡大</td> <td>見直し・導入診療科の拡大</td> <td>見直し・導入診療科の拡大</td> <td>全診療科に導入</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>制度試行の見直し</td> <td>試行見直し</td> <td>試行見直し</td> <td>試行見直し</td> <td>試行見直し</td> </tr> </tbody> </table>					区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	試行	見直し・導入診療科の拡大	見直し・導入診療科の拡大	見直し・導入診療科の拡大	全診療科に導入	実績	制度試行の見直し	試行見直し	試行見直し	試行見直し	試行見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、術後合併症報告制度の全診療科への導入については、試行中</li> <li>・各診療科において術前術後カンファレンスを行い、術後合併症の予防に尽力</li> <li>・M&amp;M(Mortality(死亡) and Morbidity(合併症)の略)カンファレンスを定期的に開催し、死亡症例や合併症発症例について部門横断的に原因と対策を分析。</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、術後合併症報告制度の全診療科への導入については、報告基準の周知徹底を行っている</li> <li>・R2に「医師の報告基準」を作成し、術後合併症を含め医師のインシデント報告を促した</li> <li>全報告数における医師の報告割合は、R1:1.2%(12件)R2:5.3%(52件)R3:13.9%(137件)R4:11.2%(130件)R5:10.4%(193件)と上昇</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、術後合併症報告制度の全診療科への導入については、試行内容の見直し中</li> <li>・術後合併症について毎週カンファレンスを実施</li> </ul>				
		区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																																																															
指標	試行	見直し・導入診療科の拡大	見直し・導入診療科の拡大	見直し・導入診療科の拡大	全診療科に導入																																																																																	
実績	試行中	試行中	試行中	試行中	試行中																																																																																	
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																																																																	
指標	試行	見直し・導入診療科の拡大	見直し・導入診療科の拡大	見直し・導入診療科の拡大	全診療科に導入																																																																																	
実績	試行中	検討中	報告基準作成	報告基準周知徹底	報告基準周知徹底																																																																																	
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																																																																	
指標	試行	見直し・導入診療科の拡大	見直し・導入診療科の拡大	見直し・導入診療科の拡大	全診療科に導入																																																																																	
実績	制度試行の見直し	試行見直し	試行見直し	試行見直し	試行見直し																																																																																	
		R5に進捗した事項															法人評価																																																																					
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・術前・術後カンファレンスを継続</li> <li>・合併症に関する情報共有と再発予防を実施</li> <li>・NCD(National Clinical Database 手術症例データベース)を活用した質の評価を実施</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・術前・術後カンファレンスを継続して実施し、合併症については原因を検討し皆で情報共有・再発予防を行う</li> <li>・継続してNCD(National Clinical Database 手術症例データベース)による質の評価を実施</li> </ul>															A																																																																
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「医師の報告基準」に沿った報告を推進</li> <li>・合併症報告の推進及び報告件数の増加</li> <li>・肺血栓塞栓症予防対策導入診療科を拡大</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・「医師の報告基準」に沿った報告を推進するため、従来の医局・研修医室に加え手術室にも「医師の報告基準」を掲示</li> <li>・術後合併症予防のため、術前カンファレンスに患者を紹介した内科医師も参加</li> <li>・合併症報告の推進及び報告件数の増加</li> <li>・肺血栓塞栓症予防対策導入診療科を拡大 算定数 R4:1,143件 R5:1,308件</li> </ul>															A																																																																
	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本整形外科学会症例レジストリーに全例登録</li> <li>・術後合併症等についてカンファレンスを実施</li> <li>・インシデント報告の積極的提出を徹底</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本整形外科学会症例レジストリーに全例登録を実施</li> <li>・術後合併症について毎週カンファレンスを実施</li> <li>・ポジティブインシデントはR5:181件に増加(R4:56件)</li> <li>・紙媒体と電子カルテ入力の両方で提出可能とし、セーフティマネージャーが中心となり働きかけ、中でもリハビリテーション科理学療法士、検査科、放射線科、薬剤科が積極的に働きかけを実施</li> </ul>															A																																																																



取組項目⑤		患者及びその家族へのサービスの向上					中期計画期間(R1~R5)の実績															法人評価
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>多職種による患者支援センターの体制を強化します</li> <li>待ち時間短縮対策を推進します</li> </ul>																				S
	評価指標	患者支援センターの取扱件数					総合					西和					リハ					
		区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績			
		指標	6,000件	6,000件	6,000件	6,000件	6,000件	指標	5,750件	5,750件	5,750件	5,750件	5,750件	指標	1,040件	1,060件	1,060件	1,060件	1,060件			
	実績	6,547件	5,084件	3,444件	4,007件	4,007件	実績	5,235件	4,846件	5,933件	8,159件	9,427件	実績	1,121件	1,719件	2,647件	2,601件	2,496件				
		診察(検査)の待ち時間 ※待ち時間とは、予約時間から診察又は検査のいずれか呼ばれた時間の早い方までの時間とする。					総合					西和					リハ					
		区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績			
		指標	50分	50分	40分	40分	30分	指標	60分	55分	50分	40分	30分	指標	45分	45分	30分	30分	30分			
		実績	25分	18分	28分	30分	30分	実績	52分	23分	25分	28分	25分	実績	10分	30分	29分	28分	28分			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>総合: 評価指標の中期計画最終年度の目標のうち、患者支援センターの取扱い件数は、目標を下回った。一方、診察(検査)の待ち時間は目標を達成した。</li> <li>西和: 評価指標の中期計画最終年度の目標のうち、患者支援センターの取扱い件数は、目標を大きく上回った。また、診察(検査)の待ち時間も目標を上回った。患者支援センター取り扱い件数に関してはR2はコロナの影響で件数は減少したが、その後は大幅に増加。患者支援センターの取り扱い件数の詳細については、相談室への相談、苦情、要望や、診療科の相談、転院相談、在宅療養支援に関するケア相談、退院支援に関しては社会福祉士及び退院支援看護師の面談があり、退院支援に関する取扱件数は年々増加。地域医療連携に関して大きく貢献しており今後も積極的な取り組みが必要。</li> <li>リハ: 評価指標の中期計画最終年度の目標のうち、患者支援センターの取扱い件数は、目標を大きく上回った。また、診察(検査)の待ち時間も目標を上回った。患者支援センターの体制を計画的に改革。R1まで: 看護師2名・MSW1名がそれぞれ独自のやり方での分業。R1: 看護主任を任命及び退院調整看護師を配置し患者支援センターの組織化。R2: 医事課の一部を間借りしていた職場環境から部屋を独立、12月電子カルテ導入を機に病棟事務2名を患者支援センターに配置換えし業務整理、また法人内3センターMSWリモート会議を9月から毎月開催。R3: 3センターMSWリモート会議の定例化、7月より小児科初診の電話予約制導入に伴い事務職が担当。R4: 地域連携医療機関等との会議開催の力をシステム化したことにより、年3回の会議は61機関、年2回は52機関と開催し、本音で話せる関係性の構築につながった。R5: 3センターMSWの交流研修のさらなる拡大、患者支援センターのスタッフ全員が地域連携医療機関等に年2回以上出向き、本音で話せる顔のみえる関係性を構築。</li> </ul>																				

		R5に進捗した事項					R5の課題・問題点					法人評価					
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者支援センターにおける多職種による予定入院患者への支援を充実               <ol style="list-style-type: none"> <li>入院前の食事に関する説明や聞き取りを実施、適切な食事の提供に繋げる</li> <li>薬剤師による入院前の薬剤調査および薬剤指導を実施</li> </ol> </li> <li>処置や手術説明の際、説明文書やテンプレートをを用いてわかりやすい説明を実施</li> <li>診察(検査)の待ち時間を短縮</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>入院前からの患者情報を収集し、入院翌日にリスクカンファレンスを実施するとともに多職種への情報提供や病棟と連携</li> <li>入院患者アンケートは1日1回収し、担当者が内容を確認し、各所属へ状況の確認、回答を依頼、その結果を患者支援センターカンファレンスで回答が妥当であるか確認・検討し、解決が困難な内容は患者サービス委員会の議題とし、委員会で解決に向けた検討を実施</li> <li>今年度、患者サービス委員会を5月、8月に開催し、7件検討項目にあげ、内5件が解決</li> <li>回収率向上のために毎月師長会で報告し、4月～3月までの回収率の平均は13.7%</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>PFMを運用するも、稼働して間もないことから入院説明に時間を要している。そのため、運用手順等の諸問題の解決に取り組むことが必要</li> </ul>					S
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院前から患者情報を収集し、リスクアセスメントを行い、多職種への情報提供が統一して行えるようなシステムを検討</li> <li>患者アンケートに対して病院としての対応が必要な事案について、患者サービス委員会を開催し、対応協議を行い早期解決を図る</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>患者支援センターにおいて外来・病棟看護師の退院支援能力の質向上を図るための研修、リハ科新人療法士に対する社会資源についての研修を4回実施</li> <li>研修後のアンケート結果で理解できたが100%であり、退院支援の理解をもっと深めたい意見が7割以上</li> <li>入院患者の満足度調査の回収数188件(R4:303件)、患者からのご意見については患者サービス委員会で報告し改善策を検討</li> <li>外来患者満足度アンケート調査を11/10に実施、全体の満足度「満足」が74.8%と前年度より3.7ポイント増加し「やや満足」との合計も9割超の高水準を維持</li> <li>入院患者満足度アンケート調査では、全体の満足度「満足」と「やや満足」の合計が前年より1.4ポイント増加したが、「やや不満」「不満」の合計が前年より増加</li> <li>入院患者満足度アンケート調査より、病院食については、スタッフや委託先と情報共有し、患者の声の反映、季節を感じる行事食を提供</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>リスクカンファレンスは定期的開催できているが、対象に合わせた内容に至っていないため、実践力の向上に努める</li> <li>さらに患者アンケートの回収率向上のための取り組みが必要</li> <li>患者サービス委員会も適宜開催し、患者アンケートに対して協議を行い解決していく。委員会で解決できなかった2件については、引き続き解決に向けて活動を実施</li> </ul>					A
	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者支援センターに求められる役割の高度化に対応できる体制を整備</li> <li>患者満足度調査結果を分析し職員へのフィードバック及び改善策を検討</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>患者支援センターにおいて外来・病棟看護師の退院支援能力の質向上を図るための研修、リハ科新人療法士に対する社会資源についての研修を4回実施</li> <li>研修後のアンケート結果で理解できたが100%であり、退院支援の理解をもっと深めたい意見が7割以上</li> <li>入院患者の満足度調査の回収数188件(R4:303件)、患者からのご意見については患者サービス委員会で報告し改善策を検討</li> <li>外来患者満足度アンケート調査を11/10に実施、全体の満足度「満足」が74.8%と前年度より3.7ポイント増加し「やや満足」との合計も9割超の高水準を維持</li> <li>入院患者満足度アンケート調査では、全体の満足度「満足」と「やや満足」の合計が前年より1.4ポイント増加したが、「やや不満」「不満」の合計が前年より増加</li> <li>入院患者満足度アンケート調査より、病院食については、スタッフや委託先と情報共有し、患者の声の反映、季節を感じる行事食を提供</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>身寄りがないケース、生活困窮者のケースの増加に伴い、田原本町地域包括支援センターと合同の研修会を計画</li> </ul>					A

大項目Ⅰ. 患者にとって最適な医療の提供  
 中項目2. 地域の医療拠点としての機能の充実 ①断らない救急医療の充実

◆取組項目① 救急患者受入体制の充実強化

中期目標の達成に向けた今年度の目標値						
主要目標			関連目標			
救急搬送受入率100%達成を目指す【総合・西和】						
所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	
総合	96%	96%	97%	97%	100%	
西和	73%	80%	70%	70%	100%	
指標	92.1%	90.9%	87.6%	78.8%	91.6%	
実績	75.3%	71.5%	64.0%	62.3%	78.8%	
北和・西和地域における重症以上の傷病患者搬送事案において、医療機関の受入の照会を行った回数4回以上の割合の改善(低下)【総合・西和】						
所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	
総合	3.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.7%	
西和	1.9%	1.1%	4.5%	7.5%	3.1%	
指標						
実績						

法人の評価		
新型コロナウイルス感染症拡大による影響	パターン (1)・(2)	○新型コロナウイルス感染症入院病床確保のため、一般病床が逼迫し、入院や手術の制限が生じた。 ○新型コロナウイルス感染症患者の対応に必要な人員を充てたことで、医療従事者の確保に困難が生じた。
年度	評価	総評
R5	S	○総合では、ER及びICUの医師を計画以上に確保したことで、救急搬送件数7,743件(R4:6,525件、(+1,218件))、12月には過去最高となる706件を受け入れた。 ○西和では、救急外来の拡張及び看護師・医師の増加等により、3年間で倍増(R2:2,100件→R5:4,209件)した救急車の受入に対応した。
中期計画期間 (R1~R5)	S	○新型コロナウイルス感染症の影響で入院病床の逼迫や医療従事者の確保が難しい中、救急搬送受入率は中期計画最終年度の目標に届かなかったものの、年々増加する救急搬送件数に対応してきた ○評価指標のうち総合のER・総合診療科の医師数及びICU医師の確保数については、中期計画最終年度の目標を大きく上回った。

取組項目①	救急患者受入体制の充実強化	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																																																																					
中期計画	具体的な行動計画 ✓ ER体制を充実するとともに、総合診療科を設置します ✓ 救急・ICU医師の交替制勤務を導入します	総合 ・いずれの評価指標についても、中期計画最終年度の目標を上回った ・SCUの運用を開始し、開始当初の病床数6床から9床へ増床 ・ER及びICUの医師についても計画以上の医師の確保を実施し、救急受入件数及び応需率ともに高い水準に到達。	S																																																																					
	評価指標 ER・総合診療科の医師数 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合(ER)</th> <th colspan="6">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>0人</td> <td>2人</td> <td>3人</td> <td>4人</td> <td>4人</td> <td>指標</td> <td>0人</td> <td>1人</td> <td>2人</td> <td>3人</td> <td>3人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>15人</td> <td>14人</td> <td>11人</td> <td>17人</td> <td>18人</td> <td>実績</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> </tr> </tbody> </table> ICU医師の確保数 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>9人</td> <td>10人</td> <td>10人</td> <td>11人</td> <td>12人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>13人</td> <td>17人</td> <td>21人</td> <td>20人</td> <td>24人</td> </tr> </tbody> </table>			総合(ER)						西和						区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	0人	2人	3人	4人	4人	指標	0人	1人	2人	3人	3人	実績	15人	14人	11人	17人	18人	実績	0人	0人	0人	0人	0人	総合						区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	9人	10人	10人	11人	12人	実績	13人	17人
総合(ER)						西和																																																																		
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																																																													
指標	0人	2人	3人	4人	4人	指標	0人	1人	2人	3人	3人																																																													
実績	15人	14人	11人	17人	18人	実績	0人	0人	0人	0人	0人																																																													
総合																																																																								
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																																																																			
指標	9人	10人	10人	11人	12人																																																																			
実績	13人	17人	21人	20人	24人																																																																			
今年度の取組	総合 ・SCU(脳卒中ケアユニット)を6床から9床へ増床、救命救急センターと協力し、脳卒中を中心とした脳神経救急疾患の受入体制を強化 ・小児3次救急受入についてERと小児外科の連携を強化 ・奈良医療圏における消化器外科領域の急性腹症対応ネットワークを構築 ・ICU医師の交替制勤務導入に向けての体制を整備 ・救急搬送応需件数を増加	R5に進捗した事項 ・10月 SCUを6床から9床へ増床し、脳神経疾患患者の受入れ体制を強化 ・小児重篤症例の受入については、救命救急科、集中治療科と連携協力し情報共有・治療方針の決定を実施し、順調に機能(小児輪番日以外も宿直体制で対応) ・ICU医師の2交替制勤務を実施 ・救急搬送件数は、7,743件(706件/12月 過去最高) 月平均600件を超えるが、救急搬送応需率95%程度を維持	R5の課題・問題点 ・小児3次救急受入体制の維持 ・奈良医療圏における消化器外科領域の急性腹症対応ネットワークについて、実効性のあるものにすべく要再考 ・救急受入数の増加に伴う重症の要請や病床満床により応需率が低下	S																																																																				
	西和 ・救急担当医の配置を強化 ・救急外来看護師の体制を強化 ・特定行為実践看護師の活用を推進 ・救急搬送応需件数を増加	・E-MATCH(救急応需情報システム)を毎朝幹部が確認できる体制に変更 ・(4/1~)救急外来の看護師の固定配置3名(不足人員は外来応援体制で補完)から9名へ増加 ・また、特定行為実践看護師を1名から3名に増加し、臨床推論力や特定行為実践による早期医療介入と医師との連携を強化し、1日あたりの救急車受入件数が平均10.5件と昨対比52%アップ ・(5/8~)救急患者数の多い17時15分~20時15分の時間帯に居残り医師を配置して診療体制を強化し、1日あたりの救急車受入件数が平均10.9件と昨対比58%アップ ・(7/3~)救急外来を処置室3室・観察室3室へ拡張すると同時に、救急車3台の応需、最大6名の患者収容できるように強化し、1日あたりの救急車受入件数が平均12.8件と昨対比25%アップ ・救急担当医を3名(内科・外科・研修医 各1名)から5名(内科・外科・遅出医師 各1名、研修医2名)へ増加 ・救急外来拡張後は、診療科部長がリーダーとなり救急対応困難事例の対応や医師の勤務体制のマネジメントを実施	・3年間で救急車の受入が倍増(R2:2,100台 R3:2,200台 R4:3,129台 R5:4,209台)に増加しているが、病院の救急診療スペースの拡大が限界に到達 ・医師と特定行為実践看護師の役割分担・連携 ・よりスムーズな診察受け入れと迅速な検査、診断、外来滞在時間の短縮に向けた取組 ・内科時間外受診患者と内科救急患者の診療体制再整備。 ・救急患者数増加に伴って、放射線・内視鏡検査数の増加に対応できる体制の構築が課題 ・増加する検査に対応可能な看護師の育成(3力年計画実行中)	S																																																																				

大項目Ⅰ. 患者にとって最適な医療の提供

中項目2. 地域の医療拠点としての機能の充実 ②質の高いがん医療の提供

- ◆取組項目① がん診療機能の充実
- ◆取組項目② 緩和ケアの推進

中期目標の達成に向けた今年度の目標値																			
主要目標																			
院内がん治療件数の増加（悪性新生物手術【総合・西和】、外来化学療法【総合・西和】、放射線治療【総合】）																			
所属	R1	R2	R3	R4	R5	所属	R1	R2	R3	R4	R5	所属	R1	R2	R3	R4	R5		
悪性新生物	総合	指標 1,000件	1,200件	1,200件	1,200件	1,200件	放射線	総合	指標 8,500件	12,000件	12,000件	13,000件	13,000件						
		実績 1,169件	1,172件	1,115件	1,080件	1,213件			実績 6,056件	8,237件	9,369件	9,839件	10,705件						
	西和	指標 450件	450件	400件	400件	500件		西和	指標 600件	650件	800件	1,000件	1,200件						
		実績 470件	363件	512件	470件	575件			実績 652件	748件	794件	1,333件	1,568件						
	合計	指標 1,450件	1,650件	1,600件	1,600件	1,700件		合計	指標 4,400件	7,650件	8,300件	9,000件	10,700件						
		実績 1,639件	1,535件	1,627件	1,550件	1,788件			実績 6,708件	8,985件	10,163件	11,172件	12,273件						
関連目標																			
がん医療における高難度(E・D難度)手術の実施件数の増加【総合】																			
所属	R1	R2	R3	R4	R5														
総合	指標 700件	950件	980件	1,000件	1,000件														
	実績 919件	936件	1,028件	966件	994件														

法人の評価		
新型コロナウイルス感染症拡大による影響	パターン(1)・(3)	総評
R5	A	<p>○総合・西和の悪性新生物手術(目標:1,700件→実績:1,788件)、外来化学療法(目標:10,700件→実績:12,273件)は目標を上回り、総合のがん治療における高難度手術(目標:1,000件→実績:994件)は目標をほぼ達成。総合の放射線件数は、高精度放射線治療(IMRT・定位放射線治療)の割合が増加したことで、件数は減少(目標:13,000件→実績:9,683件)したが、1回あたりの診療単価は増加し、照射による患者の負担も減少した。</p> <p>○西和では、がん相談支援センターの相談件数が大幅に増加し、目標を大きく上回った(目標:150件→実績:638件)。</p> <p>○西和では、緩和ケアチームの対応件数の目標をほぼ達成(目標:50件→実績:49件)。総合では、緩和ケアチームの対応件数の目標は達成できなかったが、R6.4月より緩和ケア病床をもつ7階西病棟の運営を開始した。</p>
中期計画期間(R1~R5)	A	<p>○総合のがん治療における放射線件数、治療計画検討会(カンサーボード)の開催数、がん相談支援センターにおける相談件数、緩和ケア外来新規患者数及び緩和ケアチームの対応件数については中期計画最終年度の目標数に達しなかった。</p> <p>○西和については、治療計画検討会(カンサーボード)の開催数は目標に達しなかったが、その他の評価指標については、概ね目標を達成した。中でもがん相談支援センターの相談件数は目標を大きく上回った。</p>

取組項目①	がん診療機能の充実	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																																																																																																																							
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>すべての症例について適切な治療方針を決定します</li> <li>外来化学療法や最新のがん放射線治療を充実します</li> <li>乳腺・頭頸部領域の集学的がん治療を充実します</li> </ul>	総合	<p>・評価指標の中期計画最終年度の目標のうち、がんの治療計画検討会(カンサーボード)の開催数は、目標を上回ったが、一方、がん相談支援センターにおける相談件数は、コロナ禍の影響があり目標を下回った</p> <p>・R2.1月、当院はがんゲノム医療連携病院の指定を受け、保険診療としてがん遺伝子パネル検査を開始</p> <p>・R3.8月より高度の治療計画装置と高精度の照射装置を用いたIMRT(強度変調放射線治療)を実施</p> <p>・外来化学療法室を開院当初の15床から22床まで増床</p>	A																																																																																																																					
	評価指標	<p>がんの治療計画検討会(カンサーボード)の開催数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="6">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <td></td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td></td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>170件</td> <td>200件</td> <td>200件</td> <td>200件</td> <td>200件</td> <td>指標</td> <td>45件</td> <td>45件</td> <td>45件</td> <td>45件</td> <td>45件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>204件</td> <td>217件</td> <td>247件</td> <td>221回</td> <td>223件</td> <td>実績</td> <td>48件</td> <td>18件</td> <td>85件</td> <td>21件</td> <td>19件</td> </tr> </tbody> </table> <p>がん相談支援センターにおける相談件数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="6">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <td></td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td></td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>1,550件</td> <td>1,600件</td> <td>1,650件</td> <td>1,700件</td> <td>1,750件</td> <td>指標</td> <td>110件</td> <td>120件</td> <td>130件</td> <td>140件</td> <td>150件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>1,756件</td> <td>1,585件</td> <td>454件</td> <td>672件</td> <td>736件</td> <td>実績</td> <td>30件</td> <td>89件</td> <td>152件</td> <td>184件</td> <td>638件</td> </tr> </tbody> </table>				総合						西和						区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績	指標	170件	200件	200件	200件	200件	指標	45件	45件	45件	45件	45件	実績	204件	217件	247件	221回	223件	実績	48件	18件	85件	21件	19件	総合						西和						区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績	指標	1,550件	1,600件	1,650件	1,700件	1,750件	指標	110件	120件	130件	140件	150件	実績	1,756件	1,585件	454件	672件	736件	実績	30件	89件
	総合						西和																																																																																																																			
	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																																																														
	実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績																																																																																																															
指標	170件	200件	200件	200件	200件	指標	45件	45件	45件	45件	45件																																																																																																															
実績	204件	217件	247件	221回	223件	実績	48件	18件	85件	21件	19件																																																																																																															
総合						西和																																																																																																																				
区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																																																															
	実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績																																																																																																															
指標	1,550件	1,600件	1,650件	1,700件	1,750件	指標	110件	120件	130件	140件	150件																																																																																																															
実績	1,756件	1,585件	454件	672件	736件	実績	30件	89件	152件	184件	638件																																																																																																															
		<p>・評価指標の中期計画最終年度の目標のうち、がんの治療計画検討会(カンサーボード)の開催数は、目標を下回ったが、一方、がん相談支援センターにおける相談件数は、「転院調整、退院調整(在宅を希望する患者さん)の相談」「データの入力項目を症状(黄疸など)から原疾患で入力する」ように変更したため、目標を大きく上回った</p> <p>・がん患者の相談は患者支援センターの社会福祉士が主に対応</p> <p>・対応件数はR5に大幅増加</p> <p>・年々対応件数は増加しているため今後も速やかに対応</p>	S																																																																																																																							

		R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価	
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん手術の低侵襲化を推進</li> <li>・新規化学療法の積極的導入など、外来化学療法を充実</li> <li>・定位放射線治療など、放射線治療体制を充実</li> <li>・小児悪性固形腫瘍に対する、多職種による集学的治療体制を整備</li> <li>・AYA世代のがん患者の診療体制を構築</li> <li>・骨髄バンク移植施設認定を取得</li> <li>・がん相談支援センターの機能を充実</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・4月 外来化学療法室運用ベッド数を20床から22床に増床し、受入患者数が大きく増加</li> <li>・放射線治療において高精度放射線治療(IMRT・定位放射線治療)の割合が増加し、照射件数は減少するも、1回あたりの診療単価は増加し、照射による患者の負担も減少</li> <li>・6/23 集学的がん治療セミナーにおいて、AYA世代に関連した研修会を開催</li> <li>・9/30 病院祭において県民公開講座「最新のがん治療2023」を開催</li> <li>・骨髄バンクの採取施設認定を取得、引き続き移植施設の認定を申請中</li> <li>・PFM(Patient Flow Management)の導入に伴い、がん相談支援室の看護師を3名に増員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高精度放射線治療(IMRT・定位放射線治療)のさらなる増加には治療計画装置の更新、治療計画に関わる医師及び技師の人材育成、増員が必要</li> <li>・外来化学療法室の患者の増加に伴い、効率的な予約システムの導入が必要</li> </ul>	A
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・奈良県地域がん診療連携支援病院の取得に向けた取組みを推進</li> <li>・安心して化学療法治療が遂行できるよう地域連携の強化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・奈良県地域がん診療連携支援病院の取得に向けた取組みを推進</li> <li>・コアメンバーによる会議の実施、がん相談員研修への参加</li> <li>・デイケア、施設入所中または、訪問看護師の介入がある患者に対しては、化学療法日誌を通じて病状の確認や必要な副作用(食欲不振など)への対策について情報交換を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん診療連携支援病院の申請に向け、指定要件を充足できるようにワーキングで検討し、体制整備の調整</li> <li>・化学療法による食欲不振出現時は、クリニックで点滴など処置ができるよう早期より連携予定</li> </ul>	A

取組項目②	緩和ケアの推進	中期計画期間(R1～R5)の実績		法人評価																																																
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 緩和ケア入院を推進し、緩和ケア病棟を整備します</li> <li>✓ がん診断時からの緩和ケアチーム介入を推進します</li> <li>✓ アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)を推進します</li> </ul>	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いずれの評価指標についても、中期計画最終年度の目標を下回った</li> <li>・毎年度、まほろばPEACE緩和ケア研修会を開催し、R5末時点で当院医師の約85～90%が修了しており、緩和ケアに関する知識と技術を習得</li> <li>・R6.4月より緩和ケア病床をもつ7階西病棟の運営を開始</li> </ul>	A																																															
	評価指標	緩和ケア外来新規患者数				<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>60人</td> <td>60人</td> <td>60人</td> <td>60人</td> <td>60人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>31人</td> <td>21人</td> <td>16人</td> <td>26人</td> <td>33人</td> </tr> </tbody> </table>	総合						区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	60人	60人	60人	60人	60人	実績	31人	21人	16人	26人	33人																						
		総合																																																		
	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																														
指標	60人	60人	60人	60人	60人																																															
実績	31人	21人	16人	26人	33人																																															
緩和ケアチームの対応件数	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="6">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>350件</td> <td>350件</td> <td>350件</td> <td>350件</td> <td>350件</td> <td>指標</td> <td>25件</td> <td>30件</td> <td>35件</td> <td>40件</td> <td>50件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>298件</td> <td>221件</td> <td>133件</td> <td>123件</td> <td>120件</td> <td>実績</td> <td>40件</td> <td>37件</td> <td>37件</td> <td>35件</td> <td>49件</td> </tr> </tbody> </table>	総合						西和						区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	350件	350件	350件	350件	350件	指標	25件	30件	35件	40件	50件	実績	298件	221件	133件	123件	120件	実績	40件	37件	37件	35件	49件	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、緩和ケアチームの対応件数については、中期計画最終年度の目標を概ね達成した</li> <li>・新規介入患者の目標値は、ほぼ達成することができた、新規介入者は増加傾向</li> <li>・がん患者の苦痛を早期発見、早期介入目的で、スクリーニング(生活のしやすさに関する質問票)の導入を実施</li> <li>・緩和ケアの院内マニュアルの作成および整備を実施</li> </ul>	A
総合						西和																																														
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																									
指標	350件	350件	350件	350件	350件	指標	25件	30件	35件	40件	50件																																									
実績	298件	221件	133件	123件	120件	実績	40件	37件	37件	35件	49件																																									

		R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん相談支援室の看護師を3名に増員し、体制を強化</li> <li>・IPOS(Integrated Palliative care Outcome Scale ホスピス・緩和ケアにおける評価尺度)を用いた患者スクリーニングシステムを構築し、5月から運用を開始</li> <li>・緩和ケアチームのアドバイスのもと、小児卵黄嚢癌症例で支持療法を実施。</li> <li>・8/20 まほろばPEACE緩和ケア研修会を開催</li> <li>・R6.4.1からの7階西病棟(14床うち2床緩和ケア病床)の開設に向けWGを稼働</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和ケアチームの介入が必要な患者情報の洗い出しや外来及び病棟での運用を明確化し院内全体に共有を行った</li> <li>今後緩和ケアチームへの介入依頼の増加が目標</li> </ul>	A
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和ケアチーム新規介入件数を増加</li> <li>・がん患者のスクリーニング(「生活のしやすさに関する質問票」)の運用方法の変更と推進</li> <li>・がん診療連携支援病院の取得に向けた取組みを推進(再掲)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和ケアチーム介入件数は49件</li> <li>・スクリーニングの運用改訂(案)のトライアルを実施</li> <li>・地域がん診療連携支援病院取得に向け、がん相談担当者の要件研修受講者1名増(再掲)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和ケアチームへの連携がスムーズにできるよう、リンクナースとの連携を強化</li> <li>・スクリーニングの運用方法改訂を院内に広報</li> <li>・がん診療連携支援病院 指定要件の見直しと課題抽出及び具体策を検討</li> </ul>

大項目Ⅰ. 患者にとって最適な医療の提供  
 中項目2. 地域の医療拠点としての機能の充実 ③周産期医療の充実

◆取組項目① ハイリスク妊婦及び新生児の受入体制の強化

中期目標の達成に向けた今年度の目標値																					
主要目標						主要目標					主要目標										
ハイリスク妊婦の県内搬送率100%達成を目指す【総合】											新生児の県内搬送率100%達成を目指す【総合】										
所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績				
総合	指標	-	100%	100%	100%	総合	指標	-	100%	100%	100%	総合	指標	140件	140件	140件	140件	140件			
	実績	99.6%	99.2%	100.0%	99.2%		実績	99.2%	99.2%	97.7%	96.9%		実績	117件	109件	140件	108件	133件			

法人の評価		
年度	評価	総評
R5	A	○主要目標である総合のハイリスク妊婦の搬送率(R4:100%→R5:99.2%)及び新生児の搬送率(R4:96.9%→R5:98%)については高い水準を維持した。また、NICU・GCU受入件数は目標を達成(目標:6,000件→実績:6,550件)した。 ○小児・周産期・小児救急の基幹病院として小児外科疾患を全て受け入れた。
中期計画期間(R1~R5)	A	○ハイリスク分娩件数、ハイリスク妊婦の受入件数については、出生数の減少もあり、中期計画最終年度の目標を達成できなかった。 ○その他の指標については、中期計画最終年度の目標を概ね達成した。

取組項目①	ハイリスク妊婦及び新生児の受入体制の強化	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																																													
中期計画	具体的な行動計画 ✓ 周産期医療を充実します ✓ 分娩・母体搬送対応体制を充実します	総合 ・出生数の減少の影響もあり、ハイリスク妊婦の受入件数は中期計画最終年度の目標を下回ったが、NICU・GCU受入件数は目標を上回った ・第二期中期計画期間におけるハイリスク妊娠の搬送依頼は629件であり、そのうち受入件数は598件(応需率95.1%)	A																																													
	評価指標 ハイリスク妊婦の受入件数 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>120件</td> <td>140件</td> <td>160件</td> <td>180件</td> <td>200件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>117件</td> <td>109件</td> <td>140件</td> <td>108件</td> <td>124件</td> </tr> </tbody> </table> NICU・GCU受入件数 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>5,200件</td> <td>5,400件</td> <td>5,600件</td> <td>5,800件</td> <td>6,000件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>4,755件</td> <td>4,431件</td> <td>5,738件</td> <td>5,587件</td> <td>6,550件</td> </tr> </tbody> </table>			総合						区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	120件	140件	160件	180件	200件	実績	117件	109件	140件	108件	124件	総合						区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	5,200件	5,400件	5,600件	5,800件	6,000件	実績	4,755件	4,431件
総合																																																
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																																											
指標	120件	140件	160件	180件	200件																																											
実績	117件	109件	140件	108件	124件																																											
総合																																																
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																																											
指標	5,200件	5,400件	5,600件	5,800件	6,000件																																											
実績	4,755件	4,431件	5,738件	5,587件	6,550件																																											
今年度の取組	総合 ・新生児外科疾患患者の受け入れ体制を強化 ・緊急母体搬送の応需率100%の達成 ・糖尿病専門医との共観による妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠を管理	R5に進捗した事項 ・小児・周産期・小児救急の基幹病院として小児外科疾患を全て受け入れ ・産科・新生児科・小児外科の協力のもと出生前診断症例を受け入れを実施し、カンファレンスを通じて情報共有、治療方針を決定 ・母体搬送の応需率は95%であった ・糖尿病専門医との共観による妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠の管理は、52症例であり、全症例共観とする	R5の課題・問題点 ・引き続き、現状の体制維持および強化 ・新生児外科疾患患者は入院期間が長くなる症例が多数	A																																												

大項目Ⅰ. 患者にとって最適な医療の提供

中項目2. 地域の医療拠点としての機能の充実 ④小児医療の充実

◆取組項目① 小児救急患者の積極的受入

◆取組項目② 発達障害児に対する医療提供体制の充実

主要目標						
小児患者の救急搬送受入率100%達成を目指す【総合・西和】						
所属	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	
総合	指標 95%	100%	100%	100%	100%	
	実績 89.9%	90.7%	94.4%	94.0%	96.0%	
西和	指標 100%	90%	100%	95%	100%	
	実績 88.3%	84.3%	87.3%	86.5%	89.2%	

関連目標						
小児救急受入件数の増加【総合・西和】						
所属	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	
総合	指標 1,450件	1,500件	600件	1,400件	1,500件	
	実績 1,337件	898件	1,235件	1,672件	1,273件	
西和	指標 1,400件	1,400件	600件	650件	900件	
	実績 848件	478件	730件	890件	1,133件	

法人の評価		
年度	評価	総評
R5	A	○総合では、4月より小児脳神経外科を開設した。 ○西和では、地域の診療所の診察時間に合わせた受入体制の整備や二次輪番日以外の救急対応の強化などにより、小児救急受入数はR4より大幅に増加(R4:890件→R5:1,133件)した。 ○リハでは、小児発達障害の医療提供体制の充実を図るため、医師事務作業補助者を配置し、医師3名(常勤医2名、非常勤1名)の体制を維持。
中期計画期間(R1~R5)	A	○総合・西和の小児患者の救急搬送受入率及び小児救急看護認定看護師、総合の小児救急受入件数について、中期計画最終年度の目標数に達しなかった。 ○西和での小児救急受入数は目標を上回った。

取組項目①	小児救急患者の積極的受入	中期計画期間(R1~R5)の実績	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	総合 ・評価指標で目標としていた、小児救急看護認定看護師数については、中期計画最終年度の目標を下回った ・従来から稼働している小児科に加え、R4.4月に小児泌尿器科、同年6月に小児外科、R5.4月に小児脳神経外科を開設し、様々な疾患に対応することが可能 ・県内北和地域の病院で構築している小児輪番体制により、高い応需率を達成	A																																													
	評価指標 小児救急看護認定看護師数 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="6">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>0人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>指標</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>1人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>実績</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> </tr> </tbody> </table>			総合						西和						区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	0人	1人	1人	1人	1人	指標	0人	0人	0人	0人	1人	実績	0人	0人	0人	0人	0人	実績	0人	0人
総合						西和																																										
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																					
指標	0人	1人	1人	1人	1人	指標	0人	0人	0人	0人	1人																																					
実績	0人	0人	0人	0人	0人	実績	0人	0人	0人	0人	0人																																					
		西和 ・評価指標で目標としていた、小児救急看護認定看護師数については、中期計画最終年度の目標を下回った ・病床運営について、当該病棟では成人の入院もある為、複雑化している状況 ・現状の中で小児科の患児に配慮した対応を継続していく必要があり、小児患者に対応できる看護師の育成に努め、今後も小児救急看護認定看護師の育成を実施	A																																													

		R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価
今年度の取組	総合 ・小児脳神経外科への受入体制を構築 ・小児外科の急性期管理体制を構築 ・小児科、小児外科、新生児も含めた小児救急の受入	・4月 小児脳神経外科医が着任し、小児外科、NICUと協力のもと、小児脳神経外科治療を開始 ・小児科と小児外科の協力により、小児輪番以外の日も小児科医もしくは小児外科医が院内にいる宿直体制を確立 ・小児科疾患に関しても輪番日は100%受け入れ	・365日小児救急患者を受け入れるためには、翌日に転院させる等のシステムづくりが必要 ・ERやICUと連携し重篤小児の初期治療からの参画や包括的医療の推進が必要	S
	西和 ・周辺地域の診療機関との連携を強化 ・小児総合診療のみならず、小児専門領域における専門医療の提供に向けた教育を継続 ・小児内科救急搬送の受入	・学会・地域連携の会に出席・発表し、認知度増加 ・小児内科疾患に関する2次救急疾患は断らず、100%受け入れ ・R3より輪番担当回数の増加(R2:69回/年→R3:94回/年→R4:98回/年→R5:109回/年)。	・小児救急搬送受入率は小児内科だけでなく、外傷など外科疾患が含まれている ・小児科は内科疾患の救急受入率はほぼ100%に近い状況 ・働き方改革がある中で、時間外受け入れ時間(17時15分から19時まで)を維持し、今後増加させることを調整 ・R5の受入件数は541件	A

取組項目②		発達障害児に対する医療提供体制の充実		中期計画期間(R1~R5)の実績			法人評価																																					
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>小児科、精神科専門医を確保します</li> <li>感覚統合訓練を充実します</li> </ul>		総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>小児脳神経外科及び小児外科の標榜を行い、NICUと協力のもと、小児脳神経外科治療を実施</li> <li>重症心身障害児・者への外科的治療による支持療法(喉頭気管分離術、気管切開術、胃瘻造設術)を実施</li> <li>すこやか会議(NICU、小児科、小児外科、看護師、MSW、事務部が参加)を定期的に開催し、在宅療養における問題点や改善策の検討を実施</li> </ul>			A																																				
	評価指標	小児科専門医数			西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>西和では、地域の診療所の診察時間に合わせた受入体制の整備及び土、日を含む二次輪番日以外の救急対応の強化などにより、救急入院患者数は年々増加し、最終年度の目標を達成</li> </ul>			A																																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">リハ</th> <th colspan="3">(参考)</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> <th colspan="3">総合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>区分</td> <td>R3実績</td> <td>R4実績</td> <td>R5実績</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>実績</td> <td>6人</td> <td>6人</td> <td>8人</td> </tr> </tbody> </table>				リハ						(参考)			区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	総合			指標	3人	3人	3人	3人	3人	区分	R3実績	R4実績	R5実績	実績	3人	3人	3人	3人	3人	実績	6人	6人	8人	リハ
リハ						(参考)																																						
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	総合																																						
指標	3人	3人	3人	3人	3人	区分	R3実績	R4実績	R5実績																																			
実績	3人	3人	3人	3人	3人	実績	6人	6人	8人																																			
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>発達障害の診察までの待機期間の短縮に向けた診療体制を強化</li> <li>NICU医師の神経発達症の診療参加と地域診療体制の確立</li> <li>重症心身障害児・者への外科的治療による支持療法を実施</li> </ul>		R5に進捗した事項			R5の課題・問題点	法人評価																																				
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>発達障害児が2次的に発症するリスクが高い心身症・不登校に対する診療を継続</li> <li>学校・園・保健センター・児童相談所などの多職種の関連各所との連携を強化</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>NICUを退院した児のフォローアップを継続して実施</li> <li>4月 小児脳神経外科医が着任し、小児外科、NICUと協力のもと、小児脳神経外科治療を開始(再掲)</li> <li>重症心身障害児・者への外科的治療による支持療法(喉頭気管分離術、気管切開術、胃瘻造設術)を実施</li> <li>毎月1回 すこやか会議(NICU、小児科、小児外科、看護師、MSW、事務部が参加)にて在宅療養における問題点や改善策の検討を実施</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>更なる地域医療連携の充実を図る</li> </ul>	A																																				
	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>小児科医3名(常勤医1名、非常勤2名)体制を維持</li> <li>児童精神科医3名体制を維持(内、子どものこころ専門医1名)</li> <li>精神科専門医研修施設を維持</li> <li>目標設定の導入による保護者との協働関係構築、保護者の主体的な作業療法への参加及び地域連携へ向かうエンパワーメントを促進</li> <li>訓練システムの見直しによる訓練頻度の短縮及び新規患者の待機解消</li> <li>発達障害児の保護者に対する相談支援を強化</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床心理士における心理発達検査の需要が多く、R4から週1から2回に増加することで、待機期間を軽減</li> <li>院外発達支援として、学校と個別発達相談</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>小児心身症・発達の初診までの待機期間(3ヶ月以上)を短縮する体制を構築することが課題</li> </ul>	A																																				
		<ul style="list-style-type: none"> <li>小児発達障害の医療提供体制の充実を図るため、医師事務作業補助者を配置し、医師3名(常勤医1名、非常勤2名)の体制を維持</li> <li>児童精神科医3名の体制を維持(うち、こどものこころ専門医1名)</li> <li>精神科専門医研修施設を維持</li> <li>小児科・発達障害、児童精神の適切な県内の診療体制の構築のため、奈良県との継続的な協議を実施</li> <li>発達障害の診断ができる小児科医の育成</li> <li>新人療法士の育成プランを構築し、プログラムに沿って新人教育を実施、また、面談により双方向で進捗状況を確認</li> <li>リハビリテーション科の目標設定に関して主訴改善に向けて5段階のスマールステップを設定し、保護者と協働してホームプログラムを含めて介入</li> <li>訓練システムを見直し、訓練頻度の短縮及び新規患者の待機解消の計画を立案</li> <li>発達障害児の子ども相談は、療育案内も含め168名の相談を実施(R4:166件)</li> <li>同じ悩みを持つ家族(母親)へのメッセージとしてニュースレターを12月・1月の年2回発行</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>小児部門の療法士については専門性が高く、想定よりも独り立ち期間が長期となっているため再考が必要</li> <li>リハビリテーション科の5段階目標の設定に時間がかかること、また療法士間の能力差により設定に差が発生</li> <li>受診された保護者が気軽に相談ができるよう子ども相談窓口との連携強化</li> <li>現在の困り事への支援に加え、発達障害の子どものライフステージに合わせた母親の不安に対する支援等、幅広い相談対応が必要</li> </ul>			A																																					

大項目Ⅰ. 患者にとって最適な医療の提供

中項目2. 地域の医療拠点としての機能の充実 ⑤糖尿病医療の充実

◆取組項目① 糖尿病専門医による治療の推進

中期目標の達成に向けた今年度の目標値											
主要目標						関連目標					
糖尿病医療に係る非専門医からの紹介件数の増加【総合・西和】						糖尿病専門医の確保【総合・西和】					
所属	R1	R2	R3	R4	R5	所属	R1	R2	R3	R4	R5
	実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績
総合	230件	250件	180件	180件	180件	総合	2人	1人	1人	1人	2人
西和	60件	20件	50件	40件	50件	西和	1人	1人	0人	0人	0人
	指標	213件	183件	198件	233件		指標	0人	1人	1人	1人
	実績	72件	43件	40件	63件		実績	1人	1人	0人	0人

法人の評価		
年度	評価	総評
R5	A	○糖尿病専門医による治療患者数は、総合は目標を下回ったが(目標:5,000人→実績:4,422人)、西和は目標を大きく上回った(目標:650人→実績:1,280人)。糖尿病医療に係る非専門医からの紹介件数は、総合・西和で目標を上回った(総合 目標:180件→実績:188件・西和 目標:50件→実績:81件)。 ○総合では週2回糖尿病専門医による外来を実施、10月より対面による糖尿病教室を月1回開催。西和では週2回糖尿病専門医による外来を実施。リハでは積極的な広報活動により特定健診受診患者数が増加(R2:72件、R3:80件、R4:96件、R5:100件)。3センターともに糖尿病の予防・治療の推進を図った。
中期計画期間(R1~R5)	A	○総合の糖尿病専門医による治療患者数、総合・西和・リハの糖尿病専門医数、総合・リハの糖尿病認定資格看護師数について、中期計画最終年度の目標数に達しなかった。 ○その他の指標については、概ね中期計画最終年度の目標を達成した。

取組項目①	糖尿病専門医による治療の推進	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																																																																																										
中期計画	<p>具体的な行動計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>エビデンスに基づく糖尿病治療を充実します</li> <li>糖尿病合併症の予防・治療を充実します</li> </ul>																																																																																												
	<p>糖尿病専門医数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="6">西和</th> <th colspan="6">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <td></td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td></td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td></td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> </tr> <tr> <td>指標</td> <td>2人</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>指標</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>指標</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>実績</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>実績</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> </tr> </thead></table>	総合						西和						リハ						区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績	指標	2人	3人	3人	3人	3人	指標	0人	0人	1人	1人	1人	指標	1人	1人	1人	1人	1人	実績	1人	1人	1人	1人	1人	実績	1人	1人	0人	0人	0人	実績	0人	0人	0人	0人	0人	<p>総合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>評価指標で目標としていた、糖尿病認定資格薬剤師数は、中期計画最終年度の目標を上回った</li> <li>一方、糖尿病専門医数、糖尿病認定資格看護師数は目標を下回った</li> <li>第二期中期計画期間において糖尿病(妊娠糖尿病を含む)合併妊娠の管理を261例実施</li> <li>糖尿病透析予防指導件数は252件実施</li> <li>月1回の糖尿病指導教室の開催に加え、公式SNSを活用し糖尿病に関するコンテンツの発信を実施</li> </ul>	A
	総合						西和						リハ																																																																																
	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																											
	実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績																																																																												
指標	2人	3人	3人	3人	3人	指標	0人	0人	1人	1人	1人	指標	1人	1人	1人	1人	1人																																																																												
実績	1人	1人	1人	1人	1人	実績	1人	1人	0人	0人	0人	実績	0人	0人	0人	0人	0人																																																																												
<p>糖尿病認定資格薬剤師数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="6">西和</th> <th colspan="6">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <td></td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td></td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td></td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> </tr> <tr> <td>指標</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>指標</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>指標</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>実績</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>2人</td> <td>実績</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> </tr> </thead></table>	総合						西和						リハ						区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績	指標	1人	1人	1人	1人	1人	指標	1人	1人	2人	2人	2人	指標	1人	1人	1人	1人	1人	実績	2人	2人	2人	2人	2人	実績	1人	1人	1人	1人	2人	実績	1人	1人	1人	1人	1人	<p>西和</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>評価指標で目標としていた、糖尿病認定資格薬剤師数、糖尿病認定資格看護師数は、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>一方、糖尿病専門医数は目標を下回った</li> <li>R6.4に日本糖尿病療養指導士の資格を取得予定</li> <li>R5より日本糖尿病療養指導士資格者が増加(R4:1名件→R5:2名)</li> </ul>	A	
総合						西和						リハ																																																																																	
区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																												
	実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績																																																																												
指標	1人	1人	1人	1人	1人	指標	1人	1人	2人	2人	2人	指標	1人	1人	1人	1人	1人																																																																												
実績	2人	2人	2人	2人	2人	実績	1人	1人	1人	1人	2人	実績	1人	1人	1人	1人	1人																																																																												
<p>糖尿病認定資格看護師数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="6">西和</th> <th colspan="6">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <td></td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td></td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td></td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> <td>実績</td> </tr> <tr> <td>指標</td> <td>0人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>指標</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>指標</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>実績</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>実績</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> </tr> </thead></table>	総合						西和						リハ						区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績	指標	0人	1人	1人	1人	1人	指標	1人	1人	1人	1人	1人	指標	0人	0人	0人	1人	1人	実績	0人	0人	0人	0人	0人	実績	1人	1人	1人	1人	1人	実績	0人	0人	0人	0人	0人	<p>リハ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>評価指標で目標としていた、糖尿病認定資格薬剤師数は、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>一方、糖尿病専門医数、糖尿病認定資格看護師数は目標を下回った</li> <li>糖尿病フットケアは外来受診後に皮膚・排泄ケア特定認定看護師と連携しケアを実施。セルフケア能力向上のための指導を継続して実施</li> <li>R4は生活習慣病チームを立ち上げ糖尿病に関する対象患者への計画書を検討、R5は糖尿病患者に対し治療計画に基づいた総合的な治療計画を多職種で行うための体制の整備</li> <li>生活習慣病予防検診である特定健診受診患者数の増加に向け、広報活動の実施</li> </ul>	A	
総合						西和						リハ																																																																																	
区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																												
	実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績																																																																												
指標	0人	1人	1人	1人	1人	指標	1人	1人	1人	1人	1人	指標	0人	0人	0人	1人	1人																																																																												
実績	0人	0人	0人	0人	0人	実績	1人	1人	1人	1人	1人	実績	0人	0人	0人	0人	0人																																																																												

今年度の取組	総合	R5に進捗した事項		R5の課題・問題点		法人評価
		事項	課題・問題点	事項	課題・問題点	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病透析予防指導 15件/年</li> <li>糖尿病合併(妊娠糖尿病含)妊婦の管理 40例/年</li> <li>糖尿病療養指導士の資格取得 1名/年以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病透析予防指導件数 55件</li> <li>糖尿病合併(妊娠糖尿病含)妊婦の管理 28症例</li> <li>糖尿病サポート通信を隔月で発行、院内やホームページに掲載し、糖尿病に関する啓発活動を実施</li> <li>10月より対面による糖尿病教室を月1回開催し、それに向けた、院内掲示、SNSなどを活用し幅広い広報活動を実施</li> <li>看護師の糖尿病療養指導資格取得者 4名</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病教室や院外研修会での発表者の育成、糖尿病看護のスキルアップ</li> <li>糖尿病療養在宅訪問を検討(退院後または外来患者の療養指導困難患者への介入)</li> <li>小児科病棟間年の糖尿病サポートチームへの介入</li> </ul>	A		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病パンフレットの活用と院内への周知</li> <li>糖尿病患者の相談件数を増加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病の指導を行う際に用いるパンフレットを活用するためのマニュアルを作成中</li> <li>2日/週(水・木曜日)で糖尿病専門医による外来を行っており、R5は90回外来実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病パンフレットを活用するためのマニュアルの作成と定着化</li> <li>通院患者に行っている糖尿病教室と同様に、地域住民に向けた糖尿病教室の開催を検討中</li> </ul>	A		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来通院の糖尿病患者へのフットケア等を継続的に支援</li> <li>糖尿病を主病とする生活習慣病に関する総合的な治療管理の運用を開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病管理料算定に向けて、毎月ワーキングを開催し治療計画の立案など体制整備の実施、新規の対象患者がなく実施件数は0件</li> <li>生活習慣病予防検診である特定健診受診を促すポスターの掲示、出前講座の広報活動としてリーフレットの配布を行い、特定健診受診患者数が増加(R2:72件、R3:80件、R4:96件、R5:100件)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療報酬改定で既存の生活習慣病患者に算定していた特定疾患療養管理料から生活習慣病患者が対象外となるため、生活習慣病管理料の算定を推進</li> </ul>	A		



大項目Ⅰ. 患者にとって最適な医療の提供

中項目2. 地域の医療拠点としての機能の充実 ⑥精神医療の充実

◆取組項目① 精神科救急・身体合併症患者に対する医療の充実

中期目標の達成に向けた今年度の目標値						
主要目標				関連目標		
精神・身体合併症患者受入件数の増加【総合】				精神科救急受入件数の増加【総合】		
所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	
総合	指標 65件	70件	75件	75件	75件	
	実績 57件	50件	49件	57件	54件	
所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	
総合	指標 12件	15件	15件	15件	16件	
	実績 13件	17件	11件	11件	7件	

法人の評価		
新型コロナウイルス感染症拡大による影響	パターン (1)	○新型コロナウイルス感染症入院病床確保のため、一般病床が逼迫し、入院の制限が生じた。
年度	評価	総評
R5	A	○合併症医療はコロナ禍で合併症患者の受け入れを優先していた保護室4床が使用できず、精神科病棟を実質12床程度で運用していた中でも、可能な限りの受け入れを実施した。 ○産婦人科医師による精神疾患合併妊娠の管理を38例実施した。
中期計画期間 (R1～R5)	A	○精神・身体合併症患者受入件数、精神科救急受入件数及び身体合併症患者受入件数について、中期計画最終年度の目標数に達しなかったものの、中期計画期間を通してコロナ禍前の水準を維持した。

取組項目①	精神科救急・身体合併症患者に対する医療の充実	中期計画期間(R1～R5)の実績	法人評価																							
中期計画	具体的な行動計画	総合	A																							
	評価指標																									
中期計画	<p>✓ 精神科救急・身体合併症患者の受入体制を整備します</p> <p>身体合併症患者受入件数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>65件</td> <td>70件</td> <td>75件</td> <td>80件</td> <td>100件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>57件</td> <td>50件</td> <td>49件</td> <td>57件</td> <td>54件</td> </tr> </tbody> </table>	総合						区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	65件	70件	75件	80件	100件	実績	57件	50件	49件	57件	54件	<p>・評価指標で目標としていた、身体合併症患者受入件数については、中期計画最終年度の目標を下回った</p> <p>・第二期中期計画期間において精神疾患合併妊娠の周産期管理を180例実施</p> <p>・精神科救急に関しては、合併症医療に関する受け入れは行えたが、奈良県の精神科救急輪番制への参画がマンパワー不足により困難</p> <p>・合併症医療はコロナ禍で合併症の受け入れを優先していた保護室4床が使用できなくなり、精神科病棟を実質12床程度での運用を強いられるも、可能な限りの受け入れを実施</p>
総合																										
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																					
指標	65件	70件	75件	80件	100件																					
実績	57件	50件	49件	57件	54件																					
今年度の取組	<p>総合</p> <p>・産婦人科医師による精神疾患合併妊娠の管理 10例/年</p> <p>・救急科との連携による自殺未遂患者への対応を強化</p>	<p>R5に進捗した事項</p> <p>・産婦人科医師による精神疾患合併妊娠の管理を38例実施</p> <p>・自殺未遂患者および身体合併症患者の受入については、救急科と協議を行いながら対応中</p>	<p>R5の課題・問題点</p> <p>・PSW(精神保健福祉士)などのマンパワー不足で、身体合併症管理加算の算定が不十分</p>	A																						

大項目 I. 患者にとって最適な医療の提供

中項目 2. 地域の医療拠点としての機能の充実 ⑦ 感染症医療の充実

◆ 取組項目① 感染症医療の充実強化

主要目標						関連目標					
感染症患者入院要請応需率100%の維持【総合】						緊急対応を常時想定した体制の強化【総合】					
所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績
総合	100%	100%	100%	100%	100%	指標	体制の強化	体制の強化	体制の強化	体制の強化	体制の強化
	100%	100%	100%	100%	100%	実績	感染症患者 対応フロー チャートの作 成	感染症患者 対応フロー チャートの作 成	COVID-19感 染症マニユ アル作成	感染症患者 (COVID-19) 対応フロー チャート追 加・修正	感染症患者 (COVID-19) 対応フロー チャート追 加・修正

法人の評価		
年度	評価	総評
R5	S	○総合では、要請のあった全ての新型コロナウイルス感染患者を受け入れた(348名)。また、新型コロナウイルス感染症合併妊婦10症例のを受け入れ、新型コロナウイルス感染患者の手術を14症例実施した。  ○西和では、県の体制や流行状況に応じて入院・外来の診療体制を変更しつつ、入院患者364名の治療を実施。
中期計画 期間 (R1~R5)	S	○全ての指標について、中期計画最終年度の目標を達成した。

取組項目①	感染症医療の充実強化	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																																																																																													
中期計画	<p>具体的な行動計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2類感染症患者入院体制を強化します</li> <li>✓ HIV陽性患者に対する手術を受入れます</li> </ul>	<p>総合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いずれの評価指標についても、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>・第二期中期計画期間において新型コロナウイルス感染症合併妊娠の管理を210例実施</li> <li>・新型コロナウイルス感染症の受け入れに関し、軽症から重症まで受け入れができる体制を整備</li> <li>・新型コロナウイルス感染症で手術適応患者に対し、手術を実施できるよう陰圧装置を導入</li> </ul>	S																																																																																													
	<p>評価指標</p> <p>感染症専門医数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="5">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>2人</td> <td>指標</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>1人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>2人</td> <td>実績</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> </tr> </tbody> </table> <p>感染管理認定看護師数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="5">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>指標</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>3人</td> <td>実績</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> </tr> </tbody> </table>			総合						西和					区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	1人	1人	1人	1人	2人	指標	0人	0人	0人	0人	1人	実績	1人	1人	1人	1人	2人	実績	0人	0人	1人	1人	1人	総合						西和					区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	2人	2人	3人	3人	3人	指標	1人	1人	1人	1人	1人	実績	2人	2人	2人	2人	3人	実績	1人	1人	1人	2人
総合						西和																																																																																										
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																																																																																					
指標	1人	1人	1人	1人	2人	指標	0人	0人	0人	0人	1人																																																																																					
実績	1人	1人	1人	1人	2人	実績	0人	0人	1人	1人	1人																																																																																					
総合						西和																																																																																										
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																																																																																					
指標	2人	2人	3人	3人	3人	指標	1人	1人	1人	1人	1人																																																																																					
実績	2人	2人	2人	2人	3人	実績	1人	1人	1人	2人	2人																																																																																					
今年度の取組	<p>総合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症患者を継続して受入</li> <li>・新型コロナウイルス感染症合併妊娠の周産期管理を継続して実施</li> <li>・手術室の受入れ体制強化による新型コロナウイルス感染症患者の手術を実施</li> </ul>	<p>R5に進捗した事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・継続して要請のあった全ての新型コロナウイルス感染患者を受け入れ(348名)</li> <li>・新型コロナウイルス感染症合併妊婦10症例を受け入れ(うち7症例が出産)</li> <li>・新型コロナウイルス感染患者の手術を14症例実施(うち3症例が帝王切開)</li> </ul>	<p>R5の課題・問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症の入院患者に対する面会制限をどのように緩和していくか検討が必要</li> <li>・二類感染症患者の入院があった場合、新型コロナウイルス感染症流行初期と同様スムーズに受け入れられるかが課題</li> </ul>	S																																																																																												
	<p>西和</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症の国内、県内の対応に応じた入院・外来での診療体制の改善および維持</li> <li>・感染管理認定看護師の体制強化</li> <li>・常勤・非常勤医での感染症診療の相談、診療を充実</li> </ul>	<p>R5に進捗した事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症は、5/8より感染症法で2類から5類となり、県の体制や流行状況に応じて入院・外来の診療体制を変更(4月~3月 入院患者364名)</li> <li>・感染管理認定看護師は、専従1名および兼任1名の計2名体制を実施</li> <li>・7月より、感染症内科の診療医は1名、非常勤2名(1日/週)勤務となったが、総合内科1名がAST(抗菌薬適正使用支援チーム)に加わり、感染症診療を継続</li> </ul>	<p>R5の課題・問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症患者のコロナ病棟での入院の定員数がオーバーした際、一般病棟での受け入れが可能ないように、その体制や対応方法を病院内で検討し、R6.4月より一般病棟で受入予定</li> <li>・感染管理認定看護師2名の役割分担と効果的な活動が課題</li> <li>・現在の感染症診療を継続し、発展させるためにも、感染症内科医の更なる確保が必要</li> </ul>	A																																																																																												

大項目 I . 患者にとって最適な医療の提供

中項目3. リハビリテーション機能の充実

- ◆取組項目① 急性期リハビリテーション提供体制の充実
- ◆取組項目② 回復期リハビリテーション及び退院後のフォローアップのための外来リハビリテーション提供体制の充実、強化

中期目標の達成に向けた今年度の目標値																	
主要目標					主要目標					関連目標							
急性期リハビリテーション実施件数の増加【総合・西和】					機能的自立度評価法による得点の上昇（入院前後におけるADLの改善）【リハ】					在宅復帰率の高水準の維持・向上【総合・西和・リハ】							
所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績
総合	指標 65,000件	70,000件	70,000件	77,000件	80,000件	リハ	指標 26点	27点	28点	28点	28点	総合	指標 95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%
	実績 70,282件	67,013件	76,373件	80,568件	90,917件		実績 25点	31点	25点	28点	24.8点		実績 94.7%	93.2%	92.4%	93.4%	92.0%
西和	指標 58,000件	61,500件	61,500件	61,500件	65,000件							西和	指標 94.0%	94.0%	94.0%	94.0%	94.0%
	実績 56,183件	57,330件	58,048件	62,500件	75,000件								実績 91.6%	92.0%	93.1%	92.0%	90.9%
												リハ	指標 89.0%	90.0%	91.0%	94.0%	92.0%
													実績 86.7%	91.5%	92.9%	91.6%	91.7%

法人の評価		
年度	評価	総評
R5	A	<p>○急性期リハビリテーション実施件数は、総合・西和ともにR4より大幅に増加し、目標を大きく上回った(目標:80,000件→実績:90,917件、目標:68,500件→実績:75,000件)。</p> <p>○また、在宅復帰率は、総合(目標:95.0%→実績:92.0%)・西和(目標:94.0%→実績:90.9%)・リハ(目標:92.0%→実績:91.7%)で概ね目標を達成した。</p> <p>○総合では、小児の起立性調節障害の治療プログラムと評価システムの確立を行った(R5実施 211件)。</p> <p>○西和では、200~399床DPCⅡ、Ⅲ群病院と比較して、入院患者へのリハビリ提供の割合が高く、また早期に実施している。</p> <p>○リハでは、事前情報で「嚥下障害あり」とあった66名の新入院患者に対し、入院当日の昼食から介入し、また経管栄養で入院した10名の患者のうち、3名が経口摂取へ移行する等、嚥下機能回復に貢献した。</p>
中期計画期間(R1~R5)	A	<p>○リハの機能的自立度評価法による得点の上昇、回復期などのリハビリにかかる療法士一人あたり年間実施件数について、中期計画最終年度の目標に達しなかった。</p> <p>○その他の指標については、中期計画最終年度の目標を概ね達成した。</p>

取組項目①	急性期リハビリテーション提供体制の充実	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																																															
中期計画	具体的な行動計画	<p>総合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、急性期リハビリ実施件数は、中期計画最終年度の目標を大きく上回った</li> <li>・人員増の効果もあり急性期リハビリの実施件数は大幅に増加しており、365日体制に向けた増員も順調に実施</li> <li>・ICUに加え、HCU及びSCUの早期離床リハビリテーション加算の算定開始</li> <li>・3病院の新人教育研修なども主導しスタッフの質の向上に寄与</li> <li>・急性心筋梗塞のパスを導入、心臓リハビリテーションも順調に実施</li> <li>・新たに小児科とリハビリテーション部の共働による起立性調節障害(OD)に対するリハビリテーションの導入</li> </ul>	S																																															
	評価指標	<p>急性期リハビリ実施件数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="6">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>60,000件</td> <td>60,000件</td> <td>60,000件</td> <td>60,000件</td> <td>60,000件</td> <td>指標</td> <td>58,000件</td> <td>61,500件</td> <td>65,000件</td> <td>68,500件</td> <td>69,000件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>70,288件</td> <td>67,013件</td> <td>76,373件</td> <td>80,568件</td> <td>90,917件</td> <td>実績</td> <td>56,183件</td> <td>57,330件</td> <td>58,048件</td> <td>62,500件</td> <td>75,000件</td> </tr> </tbody> </table> <p>西和</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、急性期リハビリ実施件数は、中期計画最終年度の目標を大きく上回った</li> <li>・R2~R4はコロナ感染症の影響により未達</li> <li>・R5は病棟カンファレンス等で医師や看護師とコミュニケーションを取ることでリハビリ患者数を増加</li> <li>・外来心臓リハビリテーションの増加や2年目療法士の成長、増員などから目標達成</li> </ul>	総合						西和						区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	60,000件	60,000件	60,000件	60,000件	60,000件	指標	58,000件	61,500件	65,000件	68,500件	69,000件	実績	70,288件	67,013件	76,373件	80,568件	90,917件	実績	56,183件	57,330件	58,048件	62,500件	75,000件
総合						西和																																												
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																																							
指標	60,000件	60,000件	60,000件	60,000件	60,000件	指標	58,000件	61,500件	65,000件	68,500件	69,000件																																							
実績	70,288件	67,013件	76,373件	80,568件	90,917件	実績	56,183件	57,330件	58,048件	62,500件	75,000件																																							

		R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価	
	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・作業療法部門において10月より週6日リハビリ提供を開始</li> <li>・スムーズな術後回復および退院を目指し、心肺系の併存疾患を持つ患者に対し術前からのリハビリテーション指導を開始</li> <li>・小児の起立性調節障害の治療プログラムの確立と評価システムの確立を実施(R5実績 211件実施)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・PFM(Patient Flow Management)にリハビリテーション科も含まれる予定のため、入院前から患者のスクリーニングを実施し、術前リハビリテーションの対象者の拡大を計画</li> <li>・人員確保のため引き続き養成校との関係構築や就職説明会への参加を積極的に実施する必要あり</li> </ul>	S	
今年度の取組	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期リハビリテーションの充実のため、病棟カンファレンスなどで対象患者を抽出し、早期からのリハビリテーション介入を実施</li> <li>・一般病床の増加が予想される中で、休日リハビリ実施件数を維持</li> <li>・がんのリハビリテーションを算定出来る療法士を育成</li> <li>・心臓リハビリテーション教室の継続と、呼吸器病教室を開催</li> <li>・COVID-19陽性患者の廃用予防のため、療法士による積極的リハビリテーション実施を継続</li> <li>・COVID-19陽性患者に対してレッドゾーン内での言語聴覚士による摂食機能療法の実施</li> <li>・COVID-19陽性患者増加時に看護支援を療法士が実施</li> <li>・R4に新設された「転倒転落WG」「認知症WG」に作業療法士の参加</li> <li>・西和メディケアフォーラムセラピスト部会の症例検討会を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者へのリハビリ提供の割合を示す算定率は42%、中央値37.6%(ダッシュボード数値:200~399床DPCⅡ、Ⅲ群302病院と比較)より高い状態であり、また、リハビリ開始までの日数も他院3.6日に対して、3.34日と早期より開始</li> <li>・早期加算も50,137件と昨年度41,478件より増加</li> <li>・休日リハは病棟数が増加した中で、R3 2,936単位、R4 4,181単位、R5 4,004単位の取得</li> <li>・心臓リハビリ教室を2回開催</li> <li>・COVID-19患者に対し、1,751単位実施</li> <li>・言語聴覚士はCOVID-19患者に対して556単位実施し、看護師の負担を軽減</li> <li>・「転倒転落WG」「認知症WG」に各2名を配置し、病棟ラウンドや転倒アセスメントスコアの見直しに関わるなど活躍</li> <li>・心不全療養指導士(2名)、骨粗鬆症リエゾンマネージャー(1名)取得</li> <li>・がんのリハビリテーション研修を3名修了</li> <li>・看護師へのタスクシフトとして言語聴覚士の吸引療法を9月より開始し、看護師が指導していた前立腺摘出術の骨盤底筋体操指導を6月より療法士が実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ感染症が5類となり病院稼働率増加による患者数増加のため休日配置を減小予定</li> <li>・休日リハビリ件数を維持・増加するためには今後も増員が必要</li> <li>・早期からの介入や休日リハビリの提供を増加するため、計画的な増員が必要</li> <li>・呼吸器疾患教室の開催は呼吸器内科と調整中</li> <li>・チーム医療やカンファレンス参加など定時内の役割業務増加に伴うリハビリ単位数の減小</li> </ul>	A

取組項目②		回復期リハビリテーション及び退院後のフォローアップのための 外来リハビリテーション提供体制の充実、強化	中期計画期間(R1~R5)の実績		法人評価																								
中期計画	具体的な 行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>ADL改善支援を強化します</li> <li>摂食嚥下アプローチを充実します</li> <li>膀胱・直腸機能障害患者へのアプローチを充実します</li> <li>回復期病棟退院後のフォローアップとしての外来リハビリを充実します</li> <li>脊髄損傷患者のフットケアと褥瘡予防ケアを充実します</li> </ul>	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>評価指標で目標としていた、回復期リハビリテーション病棟の実績指数は、中期計画最終年度の目標を上回った、一方、リハビリにかかる療法士一人あたり年間実施件数は目標を下回った</li> <li>入院部門の情報共有のために、各部門でミニカンファレンスを実施</li> <li>入院患者への自主トレ指導を入院後早期から実施し、リハビリ訓練時間以外の運動機会を促進</li> <li>評価項目を各疾患毎に統一し、問題点を共有</li> <li>訓練方法に対しても、月1回ケーススタディを開催</li> <li>療法士の訓練方法標準化を実施</li> <li>新人教育、職員教育に対してクリニカルラダーと新人育成計画を作成。各個人毎の教育、目標をシステムとして実施</li> <li>患者の思いとやる気を引き出しリハビリ療法士、看護師、患者と一緒に目標を共有する(リハトーク)を実施</li> <li>リハビリテーション科と看護部で協働し、患者に対して適宜ADL向上に向けた介入を実施</li> <li>後方支援に向けて退院時リハビリサマリーを100%作成し、リハビリ連携をスムーズに実施</li> <li>看護師外来で褥瘡の重症化予防を実施し褥瘡治療目的の入院患者はR5:1名、R4:1名、R3:2名</li> <li>摂食嚥下機能回復体制加算チームを新設し体制構築。看護師の具体的な介入方法を明確にし、2名の患者に実施</li> </ul>	A																								
	評価指標	回復期リハビリテーション病棟の実績指数 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>47点</td> <td>47点</td> <td>47点</td> <td>47点</td> <td>47点</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>48.5点</td> <td>48.6点</td> <td>48.6点</td> <td>47点</td> <td>48.7点</td> </tr> </tbody> </table>				リハ						区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	47点	47点	47点	47点	47点	実績	48.5点	48.6点	48.6点	47点	48.7点
	リハ																												
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																								
指標	47点	47点	47点	47点	47点																								
実績	48.5点	48.6点	48.6点	47点	48.7点																								
回復期などのリハビリにかかる療法士一人あたり年間実施件数	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>4,000件</td> <td>4,025件</td> <td>4,050件</td> <td>4,075件</td> <td>4,100件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>4,136件</td> <td>3,970件</td> <td>4,013件</td> <td>3,872件</td> <td>3,810件</td> </tr> </tbody> </table>	リハ						区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	4,000件	4,025件	4,050件	4,075件	4,100件	実績	4,136件	3,970件	4,013件	3,872件	3,810件				
リハ																													
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																								
指標	4,000件	4,025件	4,050件	4,075件	4,100件																								
実績	4,136件	3,970件	4,013件	3,872件	3,810件																								
今年度の取組	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院部門での療法士の教育システム全般の見直しによる、知識、技術の向上</li> <li>治療プログラム、臨床評価の標準化、リハビリ訓練の質を向上</li> <li>各部門の療法士により総合的な日常動作などの臨床評価を定期的に行い、回復期退院後のリハビリテーション患者に必要な十分かつ最適なリハビリテーションを提供</li> <li>療法士による摂食嚥下障害患者への評価、訓練プログラムを充実</li> <li>看護師外来で褥瘡の重症化予防を実施(再掲)</li> <li>摂食嚥下支援チームの設置による摂食・嚥下機能回復への取組みを検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>クリニカルラダーに沿って、定期面談と評価を実施</li> <li>各疾患の評価項目を統一し、問題点を各療法士間で共有</li> <li>訓練方法に関しても部門内でミニカンファレンスとケーススタディを開催し、共有することで訓練の質を向上</li> <li>リハビリテーション科と看護部、患者も交えた話し合い(リハトーク)の開催により、患者を主体とした目標設定とチームアプローチによる最適なリハビリテーションの実施</li> <li>患者への自主トレ配付システムを構築し、入院時から退院後も、患者の運動習慣定着化を援助</li> <li>看護師外来で褥瘡の重症化予防の実施により褥瘡治療目的で1名入院(R4:1名)(再掲)</li> <li>事前情報で「嚥下障害あり」とあった66名の新入院患者に対し、入院当日の昼食から介入し、また経管栄養で入院した10名の患者のうち、3名が経口摂取へ移行</li> <li>FOISを用いた食事評価方法を新年度より試験的に開始</li> <li>摂食嚥下支援チームで学会分類に基づいた食種一覧表を作成し8月から運用開始</li> <li>ペースト食の性状を3種類から2種類へ見直し</li> <li>摂食機能療法算定の取りこぼしがないようフロー図を作成し各病棟に周知</li> <li>外来患者キャンセル対策として、R6.2月にネット予約サービスを導入</li> <li>外来リハビリキャンセル枠をホームページに掲載し情報発信。キャンセルに対し86%の提供単位数を実施</li> <li>外来キャンセル空き枠は入院患者に対しリハビリテーションを提供</li> <li>職員の休暇取得分散を促す事により365日安定したリハビリテーションの提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>回復期病棟退院後のフォローアップとして、入院担当セラピストが引き続き外来リハビリテーションを担当できる仕組みの検討</li> <li>経口摂取への移行だけではなく、食事レベルの向上も含めた評価基準の検討</li> <li>外来通院患者の中で褥瘡悪化の患者には重症化に至らないように坐骨部の褥瘡に対しては早期から訪問看護の導入が必要</li> <li>食事場面でのリハトーク(ST・看護師・栄養士)を積極的に行い、嚥下機能回復をめざす</li> </ul>	A																								

大項目Ⅰ 患者にとって最適な医療の提供  
中項目4. 医療安全の確保・院内感染の防止

- ◆取組項目① 医療安全対策の徹底
- ◆取組項目② 院内感染防止対策の徹底

中期目標の達成に向けた今年度の目標値																																																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">主要目標</th> </tr> <tr> <th colspan="6">患者調査で「安心して医療を受けられた」と回答した割合(入院・外来別)の向上</th> </tr> <tr> <th colspan="2">所属</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">3センター共通</td> <td rowspan="2">入院</td> <td>指標</td> <td>94%</td> <td>93%</td> <td>93%</td> <td>93%</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>94%</td> <td>91.7%</td> <td>92.1%</td> <td>92.2%</td> <td>92.0%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">外来</td> <td>指標</td> <td>84%</td> <td>86%</td> <td>86%</td> <td>89%</td> <td>93%</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>78.7%</td> <td>84.9%</td> <td>89.5%</td> <td>92.0%</td> <td>90.0%</td> </tr> </tbody> </table>						主要目標						患者調査で「安心して医療を受けられた」と回答した割合(入院・外来別)の向上						所属		R1	R2	R3	R4	R5			実績	実績	実績	実績	実績	3センター共通	入院	指標	94%	93%	93%	93%	実績	94%	91.7%	92.1%	92.2%	92.0%	外来	指標	84%	86%	86%	89%	93%	実績	78.7%	84.9%	89.5%	92.0%	90.0%	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">関連目標</th> </tr> <tr> <th colspan="6">院内感染防止のための体制強化と職員の意識向上</th> </tr> <tr> <th colspan="2">所属</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">3センター共通</td> <td>指標</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> </tr> </tbody> </table>					関連目標						院内感染防止のための体制強化と職員の意識向上						所属		R1	R2	R3	R4	R5			実績	実績	実績	実績	実績	3センター共通	指標	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	実績	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上													
主要目標																																																																																																																		
患者調査で「安心して医療を受けられた」と回答した割合(入院・外来別)の向上																																																																																																																		
所属		R1	R2	R3	R4	R5																																																																																																												
		実績	実績	実績	実績	実績																																																																																																												
3センター共通	入院	指標	94%	93%	93%	93%																																																																																																												
		実績	94%	91.7%	92.1%	92.2%	92.0%																																																																																																											
	外来	指標	84%	86%	86%	89%	93%																																																																																																											
		実績	78.7%	84.9%	89.5%	92.0%	90.0%																																																																																																											
関連目標																																																																																																																		
院内感染防止のための体制強化と職員の意識向上																																																																																																																		
所属		R1	R2	R3	R4	R5																																																																																																												
		実績	実績	実績	実績	実績																																																																																																												
3センター共通	指標	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上																																																																																																												
	実績	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上																																																																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">関連目標</th> </tr> <tr> <th colspan="6">医療安全確保のための体制強化と職員の意識向上</th> </tr> <tr> <th colspan="2">所属</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">3センター共通</td> <td>指標</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> <td>体制強化と意識向上</td> </tr> </tbody> </table>						関連目標						医療安全確保のための体制強化と職員の意識向上						所属		R1	R2	R3	R4	R5			実績	実績	実績	実績	実績	3センター共通	指標	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	実績	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">関連目標</th> </tr> <tr> <th colspan="6">入院患者のMRSA感染率の低下</th> </tr> <tr> <th colspan="2">所属</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">総合</td> <td>指標</td> <td>0.22%</td> <td>0.20%</td> <td>0.14%</td> <td>0.12%</td> <td>0.12%</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>0.25%</td> <td>0.14%</td> <td>0.12%</td> <td>0.17%</td> <td>0.12%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">西和</td> <td>指標</td> <td>0.19%</td> <td>0.10%</td> <td>0.10%</td> <td>0.10%</td> <td>0.10%</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>0.17%</td> <td>0.14%</td> <td>0.03%</td> <td>0.10%</td> <td>0.14%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">リハ</td> <td>指標</td> <td>0.30%</td> <td>0.20%</td> <td>0.18%</td> <td>0.15%</td> <td>0.15%</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>0.00%</td> <td>0.00%</td> <td>0.40%</td> <td>0.00%</td> <td>0.14%</td> </tr> </tbody> </table>					関連目標						入院患者のMRSA感染率の低下						所属		R1	R2	R3	R4	R5			実績	実績	実績	実績	実績	総合	指標	0.22%	0.20%	0.14%	0.12%	0.12%	実績	0.25%	0.14%	0.12%	0.17%	0.12%	西和	指標	0.19%	0.10%	0.10%	0.10%	0.10%	実績	0.17%	0.14%	0.03%	0.10%	0.14%	リハ	指標	0.30%	0.20%	0.18%	0.15%	0.15%	実績	0.00%	0.00%	0.40%	0.00%	0.14%
関連目標																																																																																																																		
医療安全確保のための体制強化と職員の意識向上																																																																																																																		
所属		R1	R2	R3	R4	R5																																																																																																												
		実績	実績	実績	実績	実績																																																																																																												
3センター共通	指標	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上																																																																																																												
	実績	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上	体制強化と意識向上																																																																																																												
関連目標																																																																																																																		
入院患者のMRSA感染率の低下																																																																																																																		
所属		R1	R2	R3	R4	R5																																																																																																												
		実績	実績	実績	実績	実績																																																																																																												
総合	指標	0.22%	0.20%	0.14%	0.12%	0.12%																																																																																																												
	実績	0.25%	0.14%	0.12%	0.17%	0.12%																																																																																																												
西和	指標	0.19%	0.10%	0.10%	0.10%	0.10%																																																																																																												
	実績	0.17%	0.14%	0.03%	0.10%	0.14%																																																																																																												
リハ	指標	0.30%	0.20%	0.18%	0.15%	0.15%																																																																																																												
	実績	0.00%	0.00%	0.40%	0.00%	0.14%																																																																																																												

法人の評価		
年度	評価	総評
R5	S	<p>○インシデント報告の総数は、総合(目標:2,700件→実績:4,454件)では目標を大きく上回り、西和(目標:1,500件→実績:1,860件)及びリハ(目標:400件→実績:501件)においても目標を上回った。</p> <p>○レベル3b以上の医療事故発生率については、総合・西和・リハで目標を達成した(目標:3%未満→実績:総合 2.60%、西和 2.10%、リハ 0.58%)。</p> <p>○総合・西和では毎週AST(抗菌薬適正使用支援チーム)カンファレンス・ラウンドを実施。リハではASTの設置準備が完了した。</p>
中期計画期間(R1~R5)	S	<p>○患者調査で「安心して医療を受けられた」と回答した割合(入院目標:93%→実績:92%、外来目標93%→実績:90%)、西和の入院患者のMRSA感染率の低下(目標:0.10%→実績:0.14%)は、概ね目標を達成した。</p> <p>○その他の指標については、中期計画最終年度の目標を達成し、総合のインシデント報告の総数は中期計画最終年度の目標を大きく上回った。</p>

取組項目①	医療安全対策の徹底	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																																																																																								
中期計画	<p>具体的な行動計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3センターにおいて医療安全情報・対策の共有を推進します</li> <li>✓ 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</li> <li>✓ 院内死亡症例検討会の開催を推進します</li> <li>✓ 医療事故報告制度に基づく調査を推進します</li> </ul>	<p>総合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いずれの評価指標についても、中期計画最終年度の目標を上回った</li> <li>・R3 医療安全対策地域連携加算に関連して連携施設間で相互訪問を実施 医療安全ニュースの発行 奈良県医療安全推進センター主催のネットワーク会議に月1回参加 全死亡症例のカルテ記事確認開始 画像診断報告書(読影レポート)確認開始</li> <li>・R4 薬剤ワーキングによる「ハイリスク薬剤気釈法の標準化」の取り組み 救急カート内容統一に向けた取り組み</li> <li>・R5 「NICU注射薬剤希釈法の標準化」の取り組み</li> </ul>	S																																																																																								
	<p>評価指標</p> <p>インシデント報告の総数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="5">西和</th> <th colspan="5">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <th></th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th></th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th></th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>2,300件</td> <td>2,400件</td> <td>2,500件</td> <td>2,600件</td> <td>2,700件</td> <td>指標</td> <td>1,500件</td> <td>1,500件</td> <td>1,500件</td> <td>1,500件</td> <td>1,500件</td> <td>指標</td> <td>400件</td> <td>400件</td> <td>400件</td> <td>400件</td> <td>400件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>2,641件</td> <td>2,858件</td> <td>3,484件</td> <td>3,859件</td> <td>4,454件</td> <td>実績</td> <td>935件</td> <td>766件</td> <td>987件</td> <td>1,160件</td> <td>1,860件</td> <td>実績</td> <td>444件</td> <td>440件</td> <td>401件</td> <td>377件</td> <td>501件</td> </tr> </tbody> </table>	総合						西和					リハ					区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績	指標	2,300件	2,400件	2,500件	2,600件	2,700件	指標	1,500件	1,500件	1,500件	1,500件	1,500件	指標	400件	400件	400件	400件	400件	実績	2,641件	2,858件	3,484件	3,859件	4,454件	実績	935件	766件	987件	1,160件	1,860件	実績	444件	440件	401件	377件	501件	<p>西和</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いずれの評価指標についても、中期計画最終年度の目標を上回った</li> <li>・医師の報告推進のためR3「医師の報告基準」を作成し、医局や研修医室に掲示し報告の促進</li> <li>・さらに、3センターの医療安全情報を医療安全推進室メンバー間で共有し、ひとりあたりの報告数が少なかった部門に報告体制を構築</li> <li>・その結果、ヒヤリハットR5の報告件数はR1の約2倍に増加し、全報告件数に占める医師の報告割合もR3~10%を維持</li> <li>・インシデントの要因分析と効果的な再発防止策のため、医療安全管理者研修受講者をR1からR5までで16名増員し、多職種で再発防止策の検討を実施</li> <li>・決定した再発防止策を医療安全ニュース(R5~毎月発行)で周知</li> <li>・院内死亡症例検討会は毎週月曜日に開催、外来での死亡症例を除く全入院死亡症例を対象に実施</li> </ul>	S
	総合						西和					リハ																																																																															
区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																										
	実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績																																																																										
指標	2,300件	2,400件	2,500件	2,600件	2,700件	指標	1,500件	1,500件	1,500件	1,500件	1,500件	指標	400件	400件	400件	400件	400件																																																																										
実績	2,641件	2,858件	3,484件	3,859件	4,454件	実績	935件	766件	987件	1,160件	1,860件	実績	444件	440件	401件	377件	501件																																																																										
<p>インシデント報告数に対するレベル3b以上の医療事故発生率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="5">西和</th> <th colspan="5">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <th></th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th></th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th></th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> <th>実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>3%未満</td> <td>3%未満</td> <td>3%未満</td> <td>3%未満</td> <td>3%未満</td> <td>指標</td> <td>3%未満</td> <td>3%未満</td> <td>3%未満</td> <td>3%未満</td> <td>3%未満</td> <td>指標</td> <td>3%未満</td> <td>3%未満</td> <td>3%未満</td> <td>3%未満</td> <td>3%未満</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>2.1%</td> <td>1.29%</td> <td>1.52%</td> <td>2.00%</td> <td>2.60%</td> <td>実績</td> <td>0.2%</td> <td>1.90%</td> <td>1.60%</td> <td>3.45%</td> <td>2.10%</td> <td>実績</td> <td>0%</td> <td>0.00%</td> <td>0.00%</td> <td>0.44%</td> <td>0.58%</td> </tr> </tbody> </table>	総合						西和					リハ					区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績	指標	3%未満	3%未満	3%未満	3%未満	3%未満	指標	3%未満	3%未満	3%未満	3%未満	3%未満	指標	3%未満	3%未満	3%未満	3%未満	3%未満	実績	2.1%	1.29%	1.52%	2.00%	2.60%	実績	0.2%	1.90%	1.60%	3.45%	2.10%	実績	0%	0.00%	0.00%	0.44%	0.58%	<p>リハ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いずれの評価指標についても、中期計画最終年度の目標を上回った</li> <li>・インシデント報告件数がR4より124件増加しR5は501件 レベル0報告数は増加傾向(R1:14件、R2:35件、R3:39件、R4:57件、R5:181件)、レベル1(R4:89件→R5:86件)、レベル2(R4:39件→R5:30件)が減少 引き続きポジティブインシデントレポートの報告件数を増加させる働きかけの強化</li> <li>・事象レベル2以上等のインシデント・アクシデントに関して医療安全ニュースレターで全職員へ周知</li> </ul>	S	
総合						西和					リハ																																																																																
区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																										
	実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績		実績	実績	実績	実績	実績																																																																										
指標	3%未満	3%未満	3%未満	3%未満	3%未満	指標	3%未満	3%未満	3%未満	3%未満	3%未満	指標	3%未満	3%未満	3%未満	3%未満	3%未満																																																																										
実績	2.1%	1.29%	1.52%	2.00%	2.60%	実績	0.2%	1.90%	1.60%	3.45%	2.10%	実績	0%	0.00%	0.00%	0.44%	0.58%																																																																										

		R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価	
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>報告されたインシデント・アクシデントを多職種で共有し、要因の分析、対策の立案、周知を実施</li> <li>死亡症例検討会・M&amp;Mカンファレンスを開催</li> <li>放射線部、看護部協働による放射線部内医療安全検討会を開催</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>7/3 医療安全推進連絡会を開催し、3センター内における医療安全情報を共有</li> <li>M&amp;Mカンファレンスを5/29、6/13、8/14、10/4、10/11、11/15、12/14、1/18、2/7、2/11、3/22の計11回開催</li> <li>死亡症例検討会を7/5、9/12、9/22に開催</li> <li>事故対策委員会を6/6、7/13、8/31、2/27に開催</li> <li>月1回 放射線部内医療安全検討会を実施し、各回、特定のインシデントを抽出し、要因分析と対策を検討後、スタッフへ周知</li> <li>ハイリスク薬剤の適正使用活動を実施</li> <li>ハイリスク薬剤希釈法を記したポスターの掲示及びポケットシートを作成し配付し、継続して維持管理を実施</li> <li>小児ハイリスク薬剤希釈法を作成し運用を開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>インシデント報告件数は増加傾向であり、今後は改善対策が実践できるよう働きかけることが必要</li> <li>セーフマスターをうまく運用し、改善対策入力、実践、評価ができるようにしていく必要がある。</li> </ul>	S
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>報告されたインシデント・アクシデントを多職種で共有し、要因の分析、対策の立案、周知を実施</li> <li>SMCC(全死亡症例検討会)を開催</li> <li>セーフティマネージャーの医療安全管理に係る研修受講を推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全インシデント・アクシデントの把握・分析・検討について、医療安全管理責任者だけでなく、毎月、医療安全推進室の他職種メンバーで実施</li> <li>医療安全ニュースの発刊増(年4部→毎月発刊)全月の警鐘事例をテーマに取り上げ啓発</li> <li>SMCC(全死亡症例検討会)を4~9月に23回開催し、参加者110名</li> <li>セーフティマネージャーの医療安全管理に係る研修受講を推進し、3月末で7名が受講を修了(1名は実習のみ次年度実施予定)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療安全推進室スタッフのインシデント・アクシデント分析力を高め、より効果的な再発防止の実行</li> <li>サイボウズメッセージでの医療安全ニュースの既読率が低く、より多くのスタッフに周知することが課題</li> <li>SMCCがより関連な協議の場となるよう運営方法等の検討が課題</li> <li>各部門の研修終了者が中心となり、現場での医療安全管理の質向上に繋げることが課題</li> </ul>	S
	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>報告されたインシデント・アクシデントを多職種で共有し、要因の分析、対策の立案、周知を実施</li> <li>ポジティブインシデント報告数の増加に向け、各部署への通知と報告内容の共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>インシデントが2番目に多い薬剤配薬方法関連についてセーフティマネージャー会で要因の分析を行い、配薬管理方法のフローを作成し、3月より運用開始</li> <li>ポジティブインシデントの増加に向け、セーフティマネージャーが積極的に働きかけ、またニュースレターで周知したことによりレベル0報告数が増加(R1:14件、R2:35件、R3:39件、R4:57件、R5:181件)</li> <li>年度末にインシデント報告数の多かった部署を表彰</li> <li>医療安全研修をR5に計9回実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤に関するインシデントカンファレンスは、薬剤師が参加し専門的な視点からの情報提供が必要</li> <li>発生したインシデントに対して、引き続き多職種共有するなど再発防止に向けて取り組み強化</li> <li>発生件数が最も多い転倒転落についてのポジティブインシデント報告増加に向けて職員への働きかけが必要</li> </ul>	S

取組項目②		院内感染防止対策の徹底	中期計画期間(R1~R5)の実績		法人評価																																																	
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 抗菌剤の適正使用を推進します</li> <li>✓ 耐性菌の確認検査体制を確立します</li> </ul>	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、感染管理認定看護師数は、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>・広域抗菌薬の使用頻度を毎月ICC会議で確認し、全国の感染対策向上加算1を算定する施設と比較を実施</li> <li>・毎週ASTカンファレンスを開催し、抗菌薬の不適正使用を抑制</li> <li>・感染管理認定看護師の育成も進んでおり、当初目標の3人を達成</li> <li>・新型コロナウイルス感染症対策マニュアルを作成し、適宜更新</li> <li>・毎週水曜日、抗菌薬ラウンドを実施し、適正使用の確認と推奨強化を実施</li> </ul>	A																																																	
	評価指標	感染管理認定看護師数(再掲) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="6">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>指標</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>3人</td> <td>実績</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> </tr> </tbody> </table>		総合						西和						区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	2人	2人	3人	3人	3人	指標	1人	1人	1人	1人	1人	実績	2人	2人	2人	2人	3人	実績	1人	1人	1人	2人	2人	西和 <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、感染管理認定看護師数は、中期計画最終年度の目標を上回った</li> <li>・ASTラウンドを継続し、R5には感染対策室に専従の感染制御認定薬剤師を配置</li> <li>・地域連携医療機関との合同カンファレンスを実施し、抗菌薬適正使用を指導、病院やクリニックへの訪問指導を実施</li> <li>・標準予防策を含めた教育を院内だけでなく、高齢者施設やクリニックなどにも指導</li> </ul>	A	
	総合						西和																																															
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																											
指標	2人	2人	3人	3人	3人	指標	1人	1人	1人	1人	1人																																											
実績	2人	2人	2人	2人	3人	実績	1人	1人	1人	2人	2人																																											
		リハ <ul style="list-style-type: none"> <li>・R4は、新型コロナウイルス感染症対策の院内対策を適宜変更しながら実施</li> <li>・R5は抗菌薬適正使用推進に向け、感染管理認定看護師が特定行為研修を修了し、AST設置の準備完了</li> </ul>	A																																																			
		R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価																																																		
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・J-SIPHE(感染対策連携共通プラットフォーム)の活用</li> <li>・毎週AST(抗菌薬適正使用支援チーム)カンファレンスを実施</li> <li>・外来における経口抗菌薬処方状況を確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・広域抗菌薬の使用頻度について、全国の感染対策向上加算1の算定施設のベンチマークを確認し、毎月、院内感染防止対策委員会で現状を報告</li> <li>・継続して、毎日血液培養検査陽性者をチェックし、使用抗菌薬が適正かどうかの確認を実施、感受性結果が出た場合は対策を検討</li> <li>・毎週AST(抗菌薬適正使用支援チーム)カンファレンスを継続して実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急患者を多く受け入れるため、他施設と比較し広域抗菌薬の使用が多くなる傾向がある。不適切な使用ではないが、原因菌判明時の広域抗菌薬からの狭域化をさらに推進する必要あり</li> </ul>	A																																																	
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・標準予防策および感染経路別予防策に関する教育を継続</li> <li>・AST(抗菌薬適正使用支援チーム)によるラウンド、評価を実施</li> <li>・抗菌薬適正使用の早期介入を継続</li> <li>・耐性菌検出時の院内感染対策を早期実施、検査体制の構築</li> <li>・地域の医療機関での抗菌薬適正使用、感染防止対策の指導・連携を強化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・標準予防策および感染経路別予防策に関する教育として、個人防護具の演習を実施(9月時点での参加人数 350名)し、全体の参加率は49.8%(703人中)であり、対象者全員の受講を目指し、3月には全員参加を達成できた</li> <li>・AST(抗菌薬適正使用支援チーム)ラウンドは1回/週実施、血液培養の汚染率が9月11.0%となり、血液培養採取方法や採取時の注意点を啓発し、採取時の消毒薬の変更した。10月~3月の汚染率は平均2.5%となった</li> <li>・感染症内科医師、総合内科医師の2名、および医大感染症内科医師(1回/週)により、血液培養陽性判明時より介入し早期治療の実施</li> <li>・MRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)、ESBL(基質特異性拡張型βラクタマーゼ)検出時はそれぞれ所属ですぐに対策を実施し、感染管理認定看護師により確認を行っている</li> <li>・CRE(カルバペネム耐性腸内細菌目細菌)検出時は細菌室より感染管理認定看護師に直ちに連絡が入り、個室隔離などの対策を即時に実施</li> <li>・地域の医療機関との第2回の合同カンファレンスを耐性菌対策として実施、抗菌薬の適正使用やその指標となる(医療機関向け、クリニック向け)のシステムの紹介を実施した。4回の合同カンファレンスを実施、3病院、1クリニックの訪問指導を実施</li> <li>・王寺周辺医師会の研修を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教育の継続、全員の受講を目指し、更に臨床現場で実施できているかを確認</li> <li>・AST(抗菌薬適正使用支援チーム)ラウンドの継続、採血時に遵守状況の確認を実施し、汚染率の低下を継続</li> <li>・血液培養陽性判明時の早期対応、抗菌薬治療の相談継続</li> <li>・所属で、MRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)・ESBL(基質特異性拡張型βラクタマーゼ)の感染対策を職員自身で判断し実施できる教育支援の実施</li> <li>・感染管理認定看護師や看護部感染委員による確認の実施</li> <li>・地域の医療機関、特に連携実施医療機関への訪問指導の実施</li> </ul>	A																																																	
	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・AST(抗菌薬適正使用支援チーム)の編成準備</li> <li>・職員教育を充実し、新型コロナウイルス感染症対策を徹底</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症対策はR2より実施しており、5類移行後も継続して実施</li> <li>・院内感染マニュアルの修正(新型コロナウイルス感染症)</li> <li>・ICT(感染制御チーム)ラウンドにて手洗い、PPE(個人防護具)着脱手技の確認と指導</li> <li>・抗菌薬使用状況、薬剤耐性菌発生状況をICC(院内感染防止対策委員会)・ICT(感染制御チーム)で報告</li> <li>・院内感染防止対策研修会2回実施(7/14、12/18)</li> <li>・手指衛生サーベイランス(直接観察法、手指消毒薬使用量調査法)の実施(手指衛生遵守率60%)</li> <li>・抗菌薬適正使用支援チームの設置の準備完了</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・抗菌薬適正使用支援チームカンファレンスの実施</li> <li>・職員における適切なタイミングでの手指衛生をはじめ適切なPPE(個人防護具)着脱方法技術などの向上</li> <li>・新型コロナウイルス以外の感染症対策の職員の知識と技術の向上</li> </ul>	A																																																	



大項目Ⅰ. 患者にとって最適な医療の提供  
中項目5. 西和医療センターのあり方の検討

- ◆取組項目① 王寺駅周辺地区への移転を含めた再整備方針の検討
- ◆取組項目② 地域密着型医療の提供

中期目標の達成に向けた今年度の目標値											
主要目標						関連目標					
県と病院機構が連携して西和医療センターのあり方を検討						西和医療センターと総合・リハ他の医療機関との連携・役割分担の推進					
所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績
西和	指標	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討	あり方の継続検討	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討	西和	指標	連携に向けた検討	連携・役割分担の推進	連携・役割分担の推進	連携・役割分担の推進
	実績	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討	あり方の継続検討	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討	西和	実績	連携に向けた検討	連携・役割分担の推進	連携・役割分担の推進	連携・役割分担の推進

法人の評価		
年度	評価	総評
R5	B	○西和医療センターについて、移転・再整備候補地の見直しにより、12月に移転候補地としてJR法隆寺駅周辺地区が決定したため、基本計画の策定はR6に持ち越しとなった。 ○地域医療連携講座の開催回数は目標を達成することができた(目標:12回→実績:12回)。
中期計画期間(R1~R5)	A	○西和の訪問診療・訪問看護件数は目標を下回った(目標:70件→実績:12件)が、その他の指標については概ね目標を達成した。

取組項目①	王寺駅周辺地区への移転を含めた再整備方針の検討	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																						
中期計画	<p>具体的な行動計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 県と連携した検討委員会を設置します</li> <li>✓ 地域医療構想に基づき医療機能のあり方と再整備方針を決定します</li> </ul>	<p>西和</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・R4.8月に「西和における重症急性期を担う基幹病院」を基本コンセプトとした「新西和医療センター基本構想」を策定</li> <li>・R5.4月から県の病院マネジメント課内に「西和医療センター建設準備支援係」が設置されたことにより、県と更に情報共有し、具体的な基本計画の策定を開始する予定であったが、移転・再整備候補地の見直しが行われ、同年12月に移転候補地(JR法隆寺駅南側)が決定</li> <li>その結果、基本計画の策定は、R6に持ち越しとなった</li> </ul>	A																						
	<p>評価指標</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討</td> <td>県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・整備方針の検討・決定</td> <td>県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・整備方針の検討・決定</td> <td>基本構想の策定 ・基本計画の策定着手</td> <td>基本計画の策定</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討</td> <td>県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・整備方針の検討・決定</td> <td>県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・整備方針の検討・決定</td> <td>県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・整備方針の検討・決定</td> <td>県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・移転候補地の決定</td> </tr> </tbody> </table>		西和						区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・整備方針の検討・決定	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・整備方針の検討・決定	基本構想の策定 ・基本計画の策定着手	基本計画の策定	実績	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・整備方針の検討・決定	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・整備方針の検討・決定	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・整備方針の検討・決定
西和																									
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																				
指標	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・整備方針の検討・決定	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・整備方針の検討・決定	基本構想の策定 ・基本計画の策定着手	基本計画の策定																				
実績	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・整備方針の検討・決定	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・整備方針の検討・決定	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・整備方針の検討・決定	県と連携した「あり方検討委員会」を設置し、担うべき医療機能を検討 ・移転候補地の決定																				
今年度の取組	<p>西和</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本構想を踏まえた全体方針、部門別計画、災害や感染症への対策計画、施設設備計画、事業収支計画を検討</li> <li>・新西和医療センター整備基本計画策定に向けた取組みを推進</li> </ul>	<p>R5に進捗した事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・6/12 移転・再整備候補地の再検討が決定</li> <li>・12/1 移転・再整備候補地がJR法隆寺駅南側に決定</li> <li>・12/25 地元7町(平群町、三郷町、斑鳩町、安堵町、王寺町、上牧町、河合町)が、知事に「新西和医療センター」の機能充実などを求める要望書と意見書を提出</li> <li>・2/26 県、機構、斑鳩町の3者による「新西和医療センター整備推進に関する協定」を締結</li> </ul>	<p>R5の課題・問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新候補地決定を受けて、最適な基本計画の策定</li> </ul>	B																					

取組項目②		地域密着型医療の提供	中期計画期間(R1～R5)の実績			法人評価																																		
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 急性期から回復期まで切れ目のない医療を提供します</li> <li>✓ 機構内各センター間の機能連携を強化します</li> <li>✓ 訪問診療・看護体制を強化します</li> </ul>	西和	<p>・評価指標で目標としていた、地域医療連携講座開催回数は、コロナ感染症の拡大期には実施件数が減少したものの、中期計画最終年度の目標を達成した</p> <p>一方、訪問看護件数については目標を下回った</p> <p>訪問診療については実施しない</p> <p>・地域医療連携に関する講座についてはR2から新型コロナウイルス感染症の影響があり講座の開催件数は減少</p> <p>・R3からリモートやハイブリットを活用し開催</p> <p>・R5は5月にコロナが5類となり計12回開催</p> <p>・開催曜日を休診日の多い木曜日に設定したり開催時間を考慮し、医師からは新しい知見や治療方法について、認定看護師やコ・メディカルからは専門知識や技術について地域の医療従事者が活用</p> <p>・R6以降も年間指標である12回を達成できる計画をたてて実施予定</p>			A																																	
	評価指標	地域医療連携講座開催回数																																						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>12回</td> <td>12回</td> <td>12回</td> <td>12回</td> <td>12回</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>10回</td> <td>3回</td> <td>6回</td> <td>6回</td> <td>12回</td> </tr> </tbody> </table>						西和						区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	12回	12回	12回	12回	12回	実績	10回	3回	6回	6回	12回									
		西和																																						
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																			
指標	12回	12回	12回	12回	12回																																			
実績	10回	3回	6回	6回	12回																																			
訪問診療・訪問看護件数																																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">訪問診療</td> <td>指標</td> <td>準備</td> <td>10件</td> <td>20件</td> <td>30件</td> <td>40件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>検討</td> <td>未実施</td> <td>未実施</td> <td>未実施</td> <td>未実施</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">訪問看護</td> <td>指標</td> <td>70件</td> <td>70件</td> <td>70件</td> <td>70件</td> <td>70件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>81件</td> <td>80件</td> <td>13件</td> <td>14件</td> <td>12件</td> </tr> </tbody> </table>	西和						区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	訪問診療	指標	準備	10件	20件	30件	40件	実績	検討	未実施	未実施	未実施	未実施	訪問看護	指標	70件	70件	70件	70件	70件	実績	81件	80件	13件	14件	12件
西和																																								
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																			
訪問診療	指標	準備	10件	20件	30件	40件																																		
	実績	検討	未実施	未実施	未実施	未実施																																		
訪問看護	指標	70件	70件	70件	70件	70件																																		
	実績	81件	80件	13件	14件	12件																																		
今年度の取組	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・西和地域の在宅医療体制の充実に向け、ガイドブックを配布</li> <li>・地域医療連携講座の参加人数増加のため、案内方法の工夫や開催時間を調整</li> <li>・リモート会議や動画による情報提供による在宅ケアの支援を推進</li> </ul>	R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価																																			
			<ul style="list-style-type: none"> <li>・西和メディケアフォーラムで作成した「住み慣れた地域で暮らすためのガイドブック」は9月から地域の6病院と7町の地域包括支援センター配布し、読者アンケートも並行して実施。入院時や入院中に退院後在宅での生活が見込まれる患者や家族に担当のMSWや退院支援看護師からガイドブックを用いて説明するようにより定着</li> <li>・地域医療連携講座および施設や訪問看護ステーションを対象としたハイブリット形式での研修は継続し、開催回数は12回、参加人数は683名</li> <li>・リモート会議は1病院と週1回行っていたが、7月より週2回に変更し継続</li> <li>・動画による情報提供は4月～3月で34件と昨年度より減少</li> <li>・面会制限も少しずつ解除されており、退院支援カンファレンスを開催し、訪問看護や在宅医と対面で行う機会が増加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ガイドブックは、適宜配布状況を見て、配布場所や配布方法を拡大をしていく事が課題であり、アンケートの結果を基に、掲載内容のさらなる充実を計画</li> <li>・地域連携を強化するために、各種研修会の参加施設・参加人数の増加にむけた案内方法の工夫が必要</li> <li>・リモート会議や動画、対面による情報提供を行い、在宅ケアの推進に向けた取り組みの継続及び退院支援カンファレンスを開催し、訪問看護や在宅医と対面で行う機会の増加が必要</li> </ul>		A																																		

大項目Ⅱ 地域の医療力向上への貢献  
中項目1 地域の医療機関との役割分担と連携強化

- ◆取組項目① 地域の開業医等との連携体制の推進
- ◆取組項目② 医療機関や福祉施設との連携強化
- ◆取組項目③ 地域包括ケアシステムへの参画

中期目標の達成に向けた今年度の目標値																										
主要目標					主要目標					関連目標																
患者の紹介率(入院・外来別)の向上																										
所属		R1	R2	R3	R4	R5	所属		R1	R2	R3	R4	R5	所属		R1	R2	R3	R4	R5						
総合	入院	指標	50%	50%	50%	50%	総合	入院	指標	260%	275%	285%	290%	300%	総合	入院	指標	650人	650人	320人	300人					
		実績	46.5%	49.5%	35.1%	82.6%			85.4%	実績	285%	288.0%	300.9%	460.1%			479.1%	実績	513人	525人	364人	624人	691人			
	外来	指標	75%	78%	80%	80%	80%	総合	外来	指標	85%	85%	80%	80%	80%	総合	外来	指標	12,000人	13,000人	13,100人	12,000人	13,500人			
		実績	78.4%	80.5%	80.0%	70.3%	97.5%			実績	94.7%	95.6%	99.0%	74.0%	71.9%			実績	12,789人	14,027人	11,592人	13,801人	14,055人			
西和	入院	指標	100%	100%	90%	90%	西和	入院	指標	750人	750人	700人	700人	700人	西和	入院	指標	783人	367人	330人	356人	634人				
		実績	90%	53.1%	57.4%	81.8%			93.1%	実績	245.6%	298.0%	316.0%	570.8%			479.4%	実績	6,600人	6,600人	6,600人	6,600人	6,600人			
	外来	指標	70%	75%	75%	75%	75%	西和	外来	指標	90%	90%	80%	80%	80%	西和	外来	指標	6,600人	6,600人	6,600人	6,600人	6,600人			
		実績	74.7%	74.9%	73.4%	74.2%	82.8%			実績	75.2%	87.6%	67.0%	70.4%	78.5%			実績	6,689人	5,762人	5,671人	6,412人	7,098人			
主要目標					関連目標					関連目標																
逆紹介患者数(入院・外来別)の増加																										
所属		R1	R2	R3	R4	R5	平均在院日数(一般病床)の短縮【総合・西和】					地域医療連携のための会議の参加回数の増加														
総合	入院	指標	3,400人	3,400人	3,000人	3,200人	3,500人	総合					総合	指標	24回	20回	10回	10回	10回							
		実績	3,142人	3,053人	3,120人	3,474人	3,876人								西和	指標	11.5日	11.5日	11.0日	10.8日	10.6日	西和	指標	21回	8回	8回
	外来	指標	14,000人	14,000人	13,100人	14,000人	14,500人						西和	実績			11.6日	10.7日	10.6日	11.0日	10.9日			リハ	指標	10回
		実績	13,355人	12,329人	14,349人	14,525人	15,019人								リハ	指標	12.5日	12.5日	11.5日	11.2日	11.2日	リハ	実績			22回
西和	入院	指標	2,400人	2,300人	2,300人	2,300人	2,300人	西和	実績	12.9日	12.2日	11.2日	10.9日	10.5日			リハ	指標	12回	13回	10回			13回	16回	
		外来	指標	2,137人	2,059人	1,817人	2,483人			3,265人	リハ	実績	8回	8回	9回	12回			24回	リハ	実績	8回	8回	9回	12回	24回
	入院		指標	8,300人	7,500人	7,000人	7,000人	7,000人	リハ	実績			12.9日	12.2日	11.2日	10.9日	10.5日	リハ	指標			8回	8回	9回	12回	24回
		外来	指標	6,736人	5,124人	5,186人	6,114人	6,730人			リハ	実績	12.9日	12.2日	11.2日	10.9日	10.5日			リハ	実績	8回	8回	9回	12回	24回

(※紹介率・逆紹介率の算出にあたっては、総合ではドライブスルー検査、西和では発熱外来クリニックによる新型コロナウイルス感染症患者を除く。)

法人の評価		
新型コロナウイルス感染症拡大による影響	パターン(3)	○院内での新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、来院者の制限や院内での研修会等の開催の制限を行った。
年度	評価	総評
R5	A	<p>○総合では、北和5病院間で、診療機能分担と連携推進を図ることを目的とした連携地域医療連携推進法人の立ち上げに関する活動を開始した。</p> <p>○西和では、紹介患者増加に向けて近医クリニック訪問を行い、また逆紹介患者増加に向けて2人主治医制のパンフレットを作成し広報活動を行った結果、紹介患者数(入院 R4:356人→R5:634人、外来 R4:6,442人→R5:7,098人)及び逆紹介患者数(入院R4:2,483人→R5:3,265人、外来R4:6,114人→R5:6,730人)が昨年度より増加した。</p> <p>○リハでは、脳卒中地域連携パスを運用している医療機関との連携を強化した結果、地域連携クリニカルパスの適用件数が目標を大きく上回った(目標 50件 → 実績:90件)</p> <p>○3センターのMSWや看護部による交流研修を実施し、機構内の連携を強化した。</p>
中期計画期間(R1~R5)	A	<p>○総合では、地域連携クリニカルパス以外の手段を用いた方が効果的な転院調整につながっている現状があり、パスの運用について見直しを行っている。</p> <p>○西和の訪問看護では、コロナ禍においてリモートでのカンファレンスや動画による情報提供が増加したため、退院前・退院後指導件数が目標を下回った。</p> <p>○その他の各指標は、中期計画最終年度の目標を概ね達成した。</p>

取組項目①	地域の開業医等との連携体制の推進	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																																																																							
中期計画	<p>具体的な行動計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 病院の役割分担に基づく紹介、逆紹介を促進します</li> <li>✓ 地域連携クリニカルパスの適用患者を拡大します</li> </ul>	<p>総合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、地域連携クリニカルパスの適用については、パスを使用しない運用に移行</li> <li>・連携病院の医師同士による直接のやりとりによる転院調整が機能</li> <li>・当院を含む北和5病院間で連携推進法人の設立に向け連携推進法人検討会議を開催</li> <li>・地域医療連携の推進に取り組み、平均在院日数の短縮、紹介逆紹介患者数の増加を実現</li> </ul>	A																																																																							
	評価指標	<p>地域連携クリニカルパスの適用件数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="5">西和</th> <th colspan="5">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>53件</td> <td>55件</td> <td>56件</td> <td>58件</td> <td>60件</td> <td>指標</td> <td>10件</td> <td>20件</td> <td>10件</td> <td>10件</td> <td>10件</td> <td>指標</td> <td>50件</td> <td>50件</td> <td>50件</td> <td>50件</td> <td>50件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>16件</td> <td>27件</td> <td>40件</td> <td>27件</td> <td>37件</td> <td>実績</td> <td>0件</td> <td>0件</td> <td>0件</td> <td>0件</td> <td>0件</td> <td>実績</td> <td>54件</td> <td>71件</td> <td>89件</td> <td>78件</td> <td>90件</td> </tr> </tbody> </table>	総合						西和					リハ					区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	指標	53件	55件	56件	58件	60件	指標	10件	20件	10件	10件	10件	指標	50件	50件	50件	50件	50件	実績	16件	27件	40件	27件	37件	実績	0件	0件	0件	0件	0件	実績	54件	71件	89件	78件	90件	<p>西和</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、地域連携クリニカルパスの適用件数については、中期計画最終年度の目標を下回った</li> <li>・現在地域連携の脳卒中クリニカルパスの運用していないが、地域の回復期リハビリテーションを担う医療機関と連携を強化し、シームレスな医療提供体制を構築</li> </ul>	A
		総合						西和					リハ																																																													
区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																									
指標	53件	55件	56件	58件	60件	指標	10件	20件	10件	10件	10件	指標	50件	50件	50件	50件	50件																																																									
実績	16件	27件	40件	27件	37件	実績	0件	0件	0件	0件	0件	実績	54件	71件	89件	78件	90件																																																									
		<p>リハ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、地域連携クリニカルパスの適用件数については、中期計画最終年度の目標を大きく上回った</li> <li>・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)との連携強化</li> </ul>	A																																																																							

		R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・7/22 地域医療を支える会開催</li> <li>・乳がん患者に関する地域連携クリニカルパスを強化</li> <li>・心臓血管センターの後方支援施設としてJCHO大和郡山病院と連携を構築中</li> <li>・小児の神経発達症診療の連携体制を構築するために、研究会を立ち上げた</li> <li>・在宅重症児1症例で、訪問診療医との連携が成立</li> <li>・当院を含む北和5病院間で、診療機能分担と連携推進を図ることを目的とした地域医療連携推進法人の立ち上げに関する活動を開始(連携推進法人化検討会議 1回、連携推進法人化検討コアメンバー会議 7回、地域医療連携SW会議 2回開催)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続して地域連携の強化に取り組む</li> <li>・大腿骨骨折と脳卒中中の地域連携クリニカルパスについて、他の手段を用いた方が効果的な転院調整につながっている現状があり、パスの運用について見直しが必要</li> <li>・地域医療連携推進法人化にあたり、各病院の調整が必要</li> </ul>	A
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・紹介患者増加に向けて、近医クリニック訪問を行い、紹介のお願いと、紹介・逆紹介に対する聞き取りを実施</li> <li>・予約システムについての案内は、パンフレットを作成し、啓発を実施</li> <li>・地域の開業医からのニーズに答えるため、未返信件数減少にむけた取り組みも継続</li> <li>・逆紹介件数増加の取り組みについては、2人主治医制のパンフレットを作成。逆紹介の取り組みについては全職員に通知</li> <li>・パンフレットを各外来に配布し、8月より、患者さんに逆紹介の説明を行う際は、このパンフレットを使用しながら、納得していただけるよう丁寧に説明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・紹介患者増加に向け、クリニック訪問を件数の増加(R5は36件)、予約システムについての案内資料の作成の検討が必要</li> <li>・逆紹介件数増加については、未返信件数減少にむけた取り組みを継続</li> <li>・月間の紹介率80%以上、逆紹介率100%以上をR5に達成</li> </ul>	A
	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関等への訪問により前方・後方支援を強化</li> <li>・患者支援センタースタッフ個々が地域のケアマネージャーと本音で話せる関係を構築</li> <li>・脳卒中地域連携パス活用を推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前方後方連携の関係機関に患者支援センタースタッフ全員が訪問し患者が望む生活に向けた支援の強化(訪問件数は前方支援先25件、後方支援先29件)</li> <li>・関係機関のニーズや取り組み状況、将来の展望について協議</li> <li>・脳卒中地域連携パス運用:90件(天理よろづ55件、奈良医大32件、市立奈良3件)</li> <li>・11月より回復期リハビリテーション病棟退院患者相談窓口設置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続した訪問を行い、情報を共有</li> <li>・脳卒中地域連携パス活用を推進</li> <li>・回復期リハビリテーション病棟退院患者相談窓口運用の継続</li> <li>・前方支援連携先からの紹介待ちではなく、空床状況に応じた先取りの情報収集目的の訪問を検討</li> </ul>

取組項目②		医療機関や福祉施設との連携強化	中期計画期間(R1～R5)の実績										法人評価							
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 機構内・機構外医療機関との交流研修を充実します</li> <li>✓ 福祉事業と医療の連携を強化します</li> </ul>											A							
	評価指標	交流研修実施件数	総合					西和					リハ					<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、交流研修実施件数は、中期計画最終年度の目標を概ね達成した</li> <li>・複数の診療科において地域の研究会や講演会に参加</li> <li>・Webを利用した病病連携会の実施</li> <li>・機構内3センター間での地域医療連携室連携強化を目的とした、MSWの交流研修の導入</li> </ul>		
		区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績		R4実績	R5実績
		指標	4件	4件	5件	5件	5件	指標	29件	29件	29件	29件	29件	指標	5件	5件	5件		5件	5件
実績	4件	4件	3件	4件	4件	実績	18件	9件	10件	13件	28件	実績	4件	4件	3件	3件	18件			
評価指標	子ども地域支援事業における施設訪問回数	リハ															<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、交流研修実施件数は、中期計画最終年度の目標を概ね達成した</li> <li>・R1～R4は患者支援センターが関連した交流研修が主であったが、コロナの影響により目標達成には至らず</li> <li>・しかし、R5は患者支援センター関連の交流研修を年間12回実施</li> <li>・機構内交流研修では総合医療センターへ12名、総合リハビリテーションセンターからは4名の受け入れを実施</li> </ul>			
	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績														
	指標	330回	330回	330回	330回	330回														
実績	317回	292回	306回	279回	288回															
評価指標	障害者総合支援法に基づく医療型短期入所の受入件数	リハ															<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、交流研修実施件数は目標を大きく上回った。一方、子ども地域支援事業における施設訪問回数については目標を下回り、障害者総合支援法に基づく医療型短期入所の受け入れについては実施できていない</li> <li>・患者支援センター部門別合同会議を3センター看護職で年3回開催にR1年よりMSWも参加するようになったが、MSWには積極的な意見を述べることに躊躇する場面が多く、3センターMSWがお互いの考えや意見を言い合える交流が必要と捉え、MSWだけのリモート会議をR2の9月より毎月継続的に開催し、信頼関係と連携を深める取り組みの実施</li> <li>・施設訪問事業と研修会講師派遣事業の実施</li> <li>・子ども地域支援事業の研修会を開催し、発達障害児支援に携わる幅広い職種の方に専門的な支援方法を提供モデル事業を実施し、地域施設と連携することの意義やメリットを検証</li> <li>また、その結果を地域へ報告し、奈良県全体の療育力向上を目指す</li> </ul>			
	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績														
	指標	5件	10件	10件	10件	10件														
実績	0件	0件	0件	0件	0件															
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児の神経発達症診療の連携体制を構築</li> <li>・地域医療機関に対し小児外科の積極的な広報活動を実施</li> <li>・心臓血管センターの後方支援施設との連携強化のための基準を作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児の神経発達症診療の連携体制を構築するために、研究会を立ち上げた</li> <li>・小児科学会奈良地方会や地域開催の研究会や講演会に積極的に参加し、発表を実施</li> <li>・心臓血管センターの後方支援施設としてJCHO大和郡山病院と連携を構築中</li> </ul>										<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続き各種学会に参加し、積極的なPR活動を実施</li> <li>・神経発達症を診る小児科医の育成には長期の期間が必要</li> </ul>	A						
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ハイブリット形式での研修を継続</li> <li>・「治療内容」と「コメディカルの活動内容」を地域の医療関係者に知ってもらう機会にするため、診療科とコメディカルのコラボ(関連性のある内容を他職種の立場から講演)を実施</li> <li>・西和地域医療連携の会や機構内交流研修を継続し、連携強化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設や訪問看護ステーションを対象としたハイブリット形式での研修は継続し、開催回数は12回、参加人数は683名</li> <li>・コロナの影響で中止していたMSWの交流研修も再開し、8月に奈良県総合医療センターでの研修に1名参加</li> <li>・奈良県西部地域医療連携の会については、第1回を5/27に第2回を12/7に開催し参加人数は合計222名</li> </ul>										<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後もさらに地域連携を強化していくために参加施設、参加人数の増加にむけての取り組みを継続</li> </ul>	A						
	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3センターMSW交流研修のさらなる拡大</li> <li>・子ども地域支援事業におけるスタッフ1人当たりの訪問件数の維持</li> <li>・研修会等開催により地域の療育力を向上</li> <li>・医療型短期入所連絡協議会主催の会議・研修会に参加し、重度心身障害者(児)の受入施設や県担当課と連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3センターMSWリーダー級以外の職員による交流研修を総合にて8/22、リハビリセンターにて10/27実施</li> <li>・3センターMSW全員参加し事例検討会をリモートで9/26実施(リハビリテーション科より事例提供)</li> <li>・子ども地域支援事業において施設訪問は288回、講師派遣は17回実施</li> <li>・6/2医療型短期入所連絡協議会に参加</li> <li>・田原本町地域包括支援センターとのディスカッションを4/20に実施</li> <li>・田原本町が実施する「いきいき百歳体操」を当センター病棟で1/12に開催し、田原本町地域包括支援センターと交流</li> <li>・田原本町リハビリテーション連絡会4回4/21、6/28、8/31、12/21に参加</li> <li>・10月～12月、病院機構看護部の機構内人事交流研修に看護師14人が2日間研修に参加し、脳血管疾患の急性期看護・ER・入退院支援等を学び機構内看護部間の交流を実施</li> </ul>										<ul style="list-style-type: none"> <li>・3センターMSW全員が交流研修に参加できるよう今後も継続</li> <li>・事例検討会を実施し、各センターの課題、個々の支援の仕方、方法等の情報交換の継続</li> <li>・医療型短期入所の受入について、今後も県内の重症心身障害者(児)の受入施設や県担当課と連携</li> <li>・田原本町地域包括支援センターとディスカッションやリハビリテーション連絡会に参加し、在宅医療介護連携の促進を強化しセンター退院後患者フォロー実施に活かす</li> </ul>	A						
	総合													A						

取組項目③		地域包括ケアシステムへの参画					中期計画期間(R1~R5)の実績										法人評価					
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 退院前・退院後訪問指導を充実します</li> <li>✓ 特定行為研修修了看護師による支援を強化します</li> <li>✓ 居宅介護支援事業所との連携を強化します</li> </ul>															B					
	評価指標	退院前・退院後訪問指導件数																				
		西和					リハ															
		区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績		R3実績	R4実績	R5実績		
退院前	指標	16件	17件	18件	19件	20件	退院前	指標	56件	57件	58件	59件	60件	退院前	指標	37件	41件	56件	59件	55件		
	実績	35件	48件	7件	9件	8件		実績	37件	41件	56件	59件	55件		実績	5件	5件	5件	5件	5件		
退院後	指標	60件	70件	80件	90件	100件	退院後	指標	5件	5件	5件	5件	5件	退院後	指標	3件	1件	2件	4件	2件		
	実績	46件	32件	6件	4件	4件		実績	3件	1件	2件	4件	2件		実績							
	入院受入前施設訪問件数															A						
	リハ																					
	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績		R3実績	R4実績	R5実績			
	指標	10件	10件	10件	10件	10件	指標	10件	10件	10件	10件	10件	指標	10件	10件	10件	10件	10件				
	実績	11件	2件	2件	2件	2件	実績	11件	2件	2件	2件	2件	実績	11件	2件	2件	2件	2件				
今年度の取組	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・西和7町の地域包括ケアシステム推進における成果を具現化するために、ロジックモデルを活用して、西和メディケアフォーラム各部会の中間アウトカム・初期アウトカム・事業計画をたて実践する</li> <li>・R4に作成した「在宅療養推進パンフレット」を5月に配布(7町の6病院と地域包括支援センター)、読者からアンケートをとり更なる課題を明確にし、必要な医療・介護サービス等の事業に参画</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・西和メディケア・フォーラムのロジックモデルを作成するにあたり、地域の課題を明確にする事を目的とした「在宅医療」についてのアンケート(西和7町の各クリニック対象)を河合町・三郷町の地域包括支援センターと協同で実施し、その結果を基に退院支援・在宅療養支援・救急時の対応・看取りの4つに対して施策を行うための初期アウトカムを各部会(各施設、各職種間)で検討</li> <li>・「住み慣れた地域で暮らすためのガイドブック」は9月に地域の6病院と7町の地域包括支援センターに配布</li> <li>読者アンケートを平行して実施(再掲)</li> </ul>										<ul style="list-style-type: none"> <li>・抽出された4つのテーマに対して実現可能な施策を実践するために、各病院間、関連施設間でコミュニケーションを図り連携</li> <li>・計画的な部会を行い、今年度中にロジックモデルの基本的な案を策定</li> <li>・3ヶ月間の配布状況をみて、配布場所や配布方法を拡大予定</li> </ul>					A
	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「東和医療圏切れ目のない入退院調整連携事業 磯城郡三町と医療機関の会議」と「身寄りのない人の支援検討会」の定期開催を継続し、医療・介護の連携を強化</li> <li>・患者の望む生活の実現に向けて、退院前訪問では生活環境を確認し、生活に応じたサービス設定をケアマネジャー等と話し合い共有、また、退院後訪問では患者の思いに添ったサービスが展開されているか確認し、課題に応じて院内他職種にフィードバックし必要があれば再度訪問</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・「東和医療圏切れ目のない入退院調整連携事業 磯城郡三町と医療機関の会議」に1回、「身寄りのない人の支援検討会」に7回参加</li> <li>・前方後方連携の関係機関に患者支援センタースタッフ全員が訪問し患者が望む生活に向けた支援の強化(訪問件数は前方支援先25件、後方支援先29件)</li> <li>関係機関のニーズや取り組み状況、将来の展望について協議(再掲)</li> </ul>										<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後フォローアップのための相談窓口を開設、退院後の生活についての不安や困り事への支援をチームで行い退院後も切れ目のない支援の継続</li> <li>・地域交流会等へ参加し、地域が求めるニーズに応じた取組や対応が必要</li> <li>・退院後訪問の計画的な取組が必要</li> </ul>					

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

- ◆取組項目① 地域医療従事者の資質向上
- ◆取組項目② 地域医療を支える看護師の養成

中期目標の達成に向けた今年度の目標値																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">主要目標</th> </tr> <tr> <td colspan="6">教育研修センターにおける地域の医療従事者の資質向上のための取組の充実</td> </tr> <tr> <th>所属</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">研修七</td> <td>指標</td> <td>実施</td> <td>取組の充実</td> <td>実施</td> <td>実施</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>実施</td> <td>実施</td> <td>実施</td> <td>実施</td> </tr> </tbody> </table>						主要目標						教育研修センターにおける地域の医療従事者の資質向上のための取組の充実						所属	R1	R2	R3	R4	R5	研修七	指標	実施	取組の充実	実施	実施	実績	実施	実施	実施	実施																												
主要目標																																																														
教育研修センターにおける地域の医療従事者の資質向上のための取組の充実																																																														
所属	R1	R2	R3	R4	R5																																																									
研修七	指標	実施	取組の充実	実施	実施																																																									
	実績	実施	実施	実施	実施																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">主要目標</th> </tr> <tr> <td colspan="6">看護専門学校卒業生の県内就業率100%達成を目指す</td> </tr> <tr> <th>所属</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">看大</td> <td>指標</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>90%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>92.4%</td> <td>97.4%</td> <td>83.1%</td> <td>77.5%</td> <td>84.3%</td> </tr> </tbody> </table>						主要目標						看護専門学校卒業生の県内就業率100%達成を目指す						所属	R1	R2	R3	R4	R5	看大	指標	90%	90%	90%	100%	実績	92.4%	97.4%	83.1%	77.5%	84.3%																											
主要目標																																																														
看護専門学校卒業生の県内就業率100%達成を目指す																																																														
所属	R1	R2	R3	R4	R5																																																									
看大	指標	90%	90%	90%	100%																																																									
	実績	92.4%	97.4%	83.1%	77.5%	84.3%																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">関連目標</th> </tr> <tr> <td colspan="6">地域の医療従事者に対する研修の実施回数の増加</td> </tr> <tr> <th>所属</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">総合</td> <td>指標</td> <td>42回</td> <td>20回</td> <td>15回</td> <td>20回</td> <td>25回</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>32回</td> <td>13回</td> <td>15回</td> <td>26回</td> <td>13回</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">西和</td> <td>指標</td> <td>21回</td> <td>12回</td> <td>10回</td> <td>14回</td> <td>14回</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>22回</td> <td>12回</td> <td>9回</td> <td>13回</td> <td>12回</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">リハ</td> <td>指標</td> <td>3回</td> <td>8回</td> <td>7回</td> <td>8回</td> <td>8回</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>14回</td> <td>8回</td> <td>6回</td> <td>7回</td> <td>9回</td> </tr> </tbody> </table>						関連目標						地域の医療従事者に対する研修の実施回数の増加						所属	R1	R2	R3	R4	R5	総合	指標	42回	20回	15回	20回	25回	実績	32回	13回	15回	26回	13回	西和	指標	21回	12回	10回	14回	14回	実績	22回	12回	9回	13回	12回	リハ	指標	3回	8回	7回	8回	8回	実績	14回	8回	6回	7回	9回
関連目標																																																														
地域の医療従事者に対する研修の実施回数の増加																																																														
所属	R1	R2	R3	R4	R5																																																									
総合	指標	42回	20回	15回	20回	25回																																																								
	実績	32回	13回	15回	26回	13回																																																								
西和	指標	21回	12回	10回	14回	14回																																																								
	実績	22回	12回	9回	13回	12回																																																								
リハ	指標	3回	8回	7回	8回	8回																																																								
	実績	14回	8回	6回	7回	9回																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">47</th> </tr> <tr> <td colspan="6">地域の医療従事者に対する研修の受講者数の増加</td> </tr> <tr> <th>所属</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">総合</td> <td>指標</td> <td>450人</td> <td>300人</td> <td>300人</td> <td>300人</td> <td>350人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>449人</td> <td>81人</td> <td>150人</td> <td>300人</td> <td>335人</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">西和</td> <td>指標</td> <td>330人</td> <td>400人</td> <td>300人</td> <td>400人</td> <td>400人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>331人</td> <td>174人</td> <td>403人</td> <td>573人</td> <td>683人</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">リハ</td> <td>指標</td> <td>60人</td> <td>120人</td> <td>60人</td> <td>40人</td> <td>40人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>113人</td> <td>59人</td> <td>38人</td> <td>75人</td> <td>139人</td> </tr> </tbody> </table>						47						地域の医療従事者に対する研修の受講者数の増加						所属	R1	R2	R3	R4	R5	総合	指標	450人	300人	300人	300人	350人	実績	449人	81人	150人	300人	335人	西和	指標	330人	400人	300人	400人	400人	実績	331人	174人	403人	573人	683人	リハ	指標	60人	120人	60人	40人	40人	実績	113人	59人	38人	75人	139人
47																																																														
地域の医療従事者に対する研修の受講者数の増加																																																														
所属	R1	R2	R3	R4	R5																																																									
総合	指標	450人	300人	300人	300人	350人																																																								
	実績	449人	81人	150人	300人	335人																																																								
西和	指標	330人	400人	300人	400人	400人																																																								
	実績	331人	174人	403人	573人	683人																																																								
リハ	指標	60人	120人	60人	40人	40人																																																								
	実績	113人	59人	38人	75人	139人																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">関連目標</th> </tr> <tr> <td colspan="6">医療従事者の短期・長期研修の受入数の増加</td> </tr> <tr> <th>所属</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">総合</td> <td>指標</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">西和</td> <td>指標</td> <td>53人</td> <td>6人</td> <td>6人</td> <td>6人</td> <td>6人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>5人</td> <td>4人</td> <td>4人</td> <td>18人</td> <td>4人</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">リハ</td> <td>指標</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>1人</td> <td>2人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>1人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>4人</td> <td>2人</td> </tr> </tbody> </table>						関連目標						医療従事者の短期・長期研修の受入数の増加						所属	R1	R2	R3	R4	R5	総合	指標	0人	0人	0人	0人	0人	実績	0人	0人	0人	0人	0人	西和	指標	53人	6人	6人	6人	6人	実績	5人	4人	4人	18人	4人	リハ	指標	0人	0人	0人	1人	2人	実績	1人	0人	0人	4人	2人
関連目標																																																														
医療従事者の短期・長期研修の受入数の増加																																																														
所属	R1	R2	R3	R4	R5																																																									
総合	指標	0人	0人	0人	0人	0人																																																								
	実績	0人	0人	0人	0人	0人																																																								
西和	指標	53人	6人	6人	6人	6人																																																								
	実績	5人	4人	4人	18人	4人																																																								
リハ	指標	0人	0人	0人	1人	2人																																																								
	実績	1人	0人	0人	4人	2人																																																								

法人の評価		
新型コロナウイルス感染症拡大による影響	パターン(3)	○院内での新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、来院者の制限や、院内での研修会等の開催の制限を行った。
年度	評価	総評
R5	A	○地域の医療従事者に対する研修については、WEBを活用することで参加人数が増え、総合では概ね目標を達成し(目標:350人→実績:335人)、西和・リハ(西和 目標:400人→実績:683人、リハ 目標:40人→実績:139人)では目標を大きく上回った。 ○看護大学を卒業した生徒の県内医療機関への就職者数(目標:73人→実績:43人)及び就職率(目標:100%→実績:84.3%)は、目標を下回った。
中期計画期間(R1~R5)	A	○総合・西和において研修の開催回数は目標を下回ったが、その他の研修関係指標については、中期計画最終年度の目標を概ね達成した。 ○看護大学卒業生の県内医療機関への就職者数及び就職率については目標を下回ったが、1年次から「奈良看護」に関する講義を実施し、県内の訪問看護インターンシップに7名が参加する等、地域医療を支える看護師の養成に取り組んだ。

取組項目①	地域医療従事者の資質向上	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価	
中期計画	具体的な行動計画 ✓ 病診連携・病病連携のための学術集会を開催します ✓ 地域の医療従事者に教育研修の機会を提供します 地域医療従事者向け知識(講座)・技術(実習)修得研修の開催回数	総合	・評価指標で目標としていた、地域医療従事者向け知識(講座)・技術(実習)修得研修の開催回数、知識(講座)研修回数は目標を下回ったが、技術(実習)研修回数は目標を達成した ・病診・病病連携医療講座を毎月第3木曜日に継続して開催 出席者:平均25名/回(21名~28名)	A
	評価指標	西和	・評価指標で目標としていた、地域医療従事者向け知識(講座)・技術(実習)修得研修の開催回数は、目標を下回った ・地域の医療従事者にむけての研修はR1に知識17回、技術2回の研修を実施 ・R2からはコロナの影響でハイブリット形式での研修会となり知識(講座)が主 ・R2の技術研修はコロナに関して各施設に感染管理について出前で研修を実施したため11回開催 ・R3からは知識が主となり技術面での研修は未開催	B
		リハ	・評価指標で目標としていた、地域医療従事者向け知識(講座)・技術(実習)修得研修の開催回数は、目標を上回った ・奈良県介護実習・普及センターとの共催を含めた地域職員との意見交換会等で交流を図り、センターに求める地域の役割・連携を深めると共に双方の教育の機会を提供	A

今年度の取組	R5に進捗した事項		R5の課題・問題点		法人評価	
	総合	・地域の医療従事者向けの研修会・講演会を積極的に実施 ・バイオシミラー(バイオ医薬品の後発薬)の普及の一環として、病院薬剤師を対象とした勉強会を実施 ・奈良県TCS研究会(在宅医療研究会)への積極的参加による地域開業医との連携を強化	・病診・病病連携医療講座を毎月第3木曜日に継続して開催 ・登録医の集いを6月に開催 ・各種の新規薬剤の登場に伴い高度化する炎症性腸疾患(IBD)の治療法の理解の促進のために、医師会関連の医師向けの勉強会、および病院薬剤師を対象とした薬剤師会関連の勉強会を実施 ・奈良県TCS研究会(在宅医療研究会)へ積極的に参加 ・小児科地方会で小児外科の報告が優秀発表賞を受賞	・次年度も継続して実施 ・WEBによる研修・講演会から対面への開催へ移行		A
	西和	・西和メディケアフォーラム部会での情報交換や学習会を開催 ・地域医療・介護施設等の職員に対し専門性の高い医療専門職による研修会を実施 ・webを活用したハイブリット形式での講座を定着させ、参加人数を増加 ・訪問看護師や地域の施設を対象とした研修に、webを活用した実技研修を増加	・西和メディケアフォーラム部会での情報交換を各部会で行っている ・ロジックモデルの学習会を開催した。 ・地域の医療機関、施設や訪問看護ステーションを対象としたハイブリット形式での研修は継続しており、開催回数は12回、参加人数は683名(再掲)	・今後もwebを活用したハイブリット形式での講座を定着させ、参加人数の増加に向けた取り組みを継続		A
リハ	・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向け介護講座を開催 ・障害者支援施設等の職員に向けた講座を開催	・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9回開催し、参加者合計は139名	・今後も地域ニーズを捉えた内容で開催を継続	A		

取組項目②		地域医療を支える看護師の養成					中期計画期間(R1~R5)の実績					法人評価					
中期計画	具体的な行動計画	✓ 県内医療機関への就職を促進します					看大		<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、県内医療機関への就職者数については、目標を下回った</li> <li>・評価指標に基づく実績の達成率は累計85.4%、卒業生に対する実績の達成率は累計87.3%</li> <li>・R4より4年制カリキュラムにおいて履修科目「奈良看護」を創設し、奈良看護の実践者養成に取り組み</li> </ul>	B							
	評価指標	県内医療機関への就職者数															
			看専			看大											
		区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績						R5実績					
	指標	72人	72人	72人	73人	73人											
	実績	74人	76人	54人	62人	43人											
今年度の取組	看大	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入学時から「奈良看護」の実践者養成という理念を軸としたキャリア学習を実施するために、キャリア支援担当者(教員)を決め計画的に遂行</li> <li>・1年次から計画的に奈良県の医療看護に関する学習、キャリア支援を実施</li> <li>・R6.2月に3センターと連携した就職ガイダンスを実施予定</li> </ul>					<b>R5に進捗した事項</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1年次から「奈良看護」の科目の中で、地域創造学部教授から講義を実施</li> <li>・奈良県看護協会主催の奈良県内の訪問看護インターンシップに7名参加</li> <li>・奈良県内高校の進路相談担当者を訪問し、優秀な人材を機構に就職するように促した</li> <li>・業者および奈良県ナースセンター主催の進路ガイダンスに参加</li> <li>・当校でオープンキャンパスを8月に2回(平日)、9月に1回(土曜日)実施</li> <li>・個別学校見学会を3回実施</li> </ul>					<b>R5の課題・問題点</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・R5卒業生の県内医療機関就職率は84.3%であり、次年度以降も引き続き80%を達成できるよう取り組む</li> <li>・奈良看護の実践者として、カリキュラムポリシー、ディプロマポリシー浸透できるような関わりを継続</li> <li>・新しい科目として、今年度「経営学」の成果と次年度の「教育学」について学生に取っての学びの成果をどのように評価するか検討</li> <li>・県内の実習施設を確保し、充実した実習環境を整備</li> </ul>					法人評価
		B															

大項目Ⅱ. 地域の医療力向上への貢献  
中項目3. 災害医療体制の強化

- ◆取組項目① 災害拠点機能の充実
- ◆取組項目② 被災時の院内体制の強化

中期目標の達成に向けた今年度の目標値											
主要目標						関連目標					
関係機関や地域と連携した災害医療訓練の実施						DMATチーム数の増加【総合・西和】					
所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績
総合	指標 3回	2回	2回	2回	2回	総合	指標 4チーム	3チーム	4チーム	3チーム	6チーム
西和	指標 3回	3回	3回	3回	3回	西和	指標 2チーム	3チーム	2チーム	3チーム	3チーム
リハ	指標 2回	2回	2回	2回	3回						
合計	指標 8回	8回	7回	7回	9回						
	実績 6回	3回	7回	8回	8回						

法人の評価		
新型コロナウイルス感染症拡大による影響	パターン (3)	○新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、厚生労働省が実施するDMAT養成研修の開催回数が制限された。
年度	評価	総評
R5	A	○総合・西和では、石川県能登半島地震へDMAT隊等を派遣した。また、西和では全国自治体病院協議会の要請により、看護師を奥能登公立病院に派遣した。 ○自院被災を想定した院内防災訓練の実施について、3センターとも目標を達成し(目標:2回→実績:2回)、被災時の院内体制の強化を図った。
中期計画期間 (R1~R5)	A	○DMAT隊員養成研修がコロナ禍で開催されない年もあり、また参加枠に限りがあることも影響し、DMAT要員の配置人数は目標を下回った。 ○その他の各指標は、中期計画最終年度の目標を概ね達成した。

取組項目①	災害拠点機能の充実	中期計画期間(R1~R5)の実績	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	総合 ・いずれの評価指標についても、中期計画最終年度の目標を下回った ・DMAT隊員は毎年養成枠(4~5名程度)がある中で着実に人数を増加 ・2024年1月の石川県能登半島地震へはスムーズに派遣を行うことができ、当院からはDMAT隊から3隊、日赤救護班から1隊、JRATから1隊を派遣 ・DMAT政府訓練やブロック訓練、奈良県防災訓練やその他の研修にも積極的に参加しており、スキルの維持向上に貢献	A																																																
	DMAT要員の配置人数 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="6">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>26人</td> <td>27人</td> <td>28人</td> <td>29人</td> <td>30人</td> <td>指標</td> <td>12人</td> <td>13人</td> <td>14人</td> <td>15人</td> <td>15人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>22人</td> <td>23人</td> <td>18人</td> <td>19人</td> <td>28人</td> <td>実績</td> <td>12人</td> <td>10人</td> <td>9人</td> <td>14人</td> <td>12人</td> </tr> </tbody> </table>		総合						西和						区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	26人	27人	28人	29人	30人	指標	12人	13人	14人	15人	15人	実績	22人	23人	18人	19人	28人	実績	12人	10人	9人	14人	12人	A
総合						西和																																													
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																																								
指標	26人	27人	28人	29人	30人	指標	12人	13人	14人	15人	15人																																								
実績	22人	23人	18人	19人	28人	実績	12人	10人	9人	14人	12人																																								
	評価指標 大規模災害を想定した災害訓練の実施回数 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="6">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>3回</td> <td>3回</td> <td>3回</td> <td>指標</td> <td>1回</td> <td>1回</td> <td>1回</td> <td>1回</td> <td>1回</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>実績</td> <td>1回</td> <td>0回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> </tr> </tbody> </table>	総合						西和						区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	2回	2回	3回	3回	3回	指標	1回	1回	1回	1回	1回	実績	2回	2回	2回	2回	2回	実績	1回	0回	2回	2回	2回	西和 ・評価指標で目標としていた、DMAT要員の配置人数については、中期計画最終年度の目標を下回ったが、大規模災害を想定した災害訓練の実施回数を上回った ・R2は新型コロナウイルス感染症の影響で訓練が実施しなかったが、それ以外は目標回数を超える年度もあり、計画を達成 ・R4はDMAT近畿ブロック訓練と連動した訓練 ・R5は机上訓練で平日早朝の夜勤帯の被災を想定した訓練、その後、実働訓練として病院避難及び患者受け入れを想定した訓練を実施 ・DMAT隊員の養成に関しては、養成研修に応募して当選すれば養成できるが、落選すると当該年度は養成が困難 ・人事異動で欠員があり、補充のために研修の受講待ち ・能登半島地震において、DMAT隊(金沢市)、日赤医療班(輪島市)に派遣 ・さらに全国自治体病院協議会の要請により、看護師を奥能登公立病院に派遣(珠洲市総合病院、市立輪島病院)	A
総合						西和																																													
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																																								
指標	2回	2回	3回	3回	3回	指標	1回	1回	1回	1回	1回																																								
実績	2回	2回	2回	2回	2回	実績	1回	0回	2回	2回	2回																																								

		R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価	
今年度の取組	総合	・DMAT隊員養成研修に参加し、隊員数を増員	・DMAT養成研修の再開にともない積極的に参加 隊員数が増加となり、DMAT隊が3チームとなる ・9/3 奈良県SCU展開訓練に参加 ・9/30 日本DMAT政府訓練に参加 ・10/22 奈良県防災訓練に参加 ・11/11 近畿ブロック訓練に参加 ・1/4~1/8 能登半島地震へ当院よりDMAT第1隊派遣 ・1/13~1/18 能登半島地震へ当院よりDMAT第2隊派遣 ・2/12~2/18 能登半島地震へ当院よりDMATロジスティクスチームの派遣	・継続して、DMAT養成研修へ参加しDMAT隊員を増加 ・養成研修は参加枠に限りがあるため、計画的に人員の育成を実施する必要がある	S
	西和	・DMAT隊員養成研修に参加し、隊員数を増員	・3/31付で、DMAT隊員の医師1名・業務調整員1名が退職したが、4/1付にて業務調整員が異動で入職 ・医師1名を補充するため、DMAT新規隊員養成研修へ応募したが抽選で落選 ・9/3 奈良県SCU展開訓練に参加 ・12/9 奈良DMATロジスティクス研修に参加	・医師の人事異動により、DMAT資格を保有する隊員が減少したが新たに研修を受講予定	B



取組項目②		被災時の院内体制の強化	中期計画期間(R1~R5)の実績		法人評価																																																																				
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>自院被災を想定した訓練の実施を充実します</li> </ul>	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>評価指標で目標としていた、自院被災を想定した院内防災訓練の実施回数については、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>R4にはDMAT近畿ブロック訓練の担当が奈良県であったこともあり、院内の災害訓練に実際に他府県のDMAT隊員が介入し訓練を行うことができた</li> <li>コロナ禍においても机上での災害訓練を継続して実施しており、R5においては新型コロナウイルス感染症が5類に指定されたことから実働での災害訓練を開催した</li> </ul>	S																																																																				
	評価指標	自院被災を想定した院内防災訓練の実施回数	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>評価指標で目標としていた、自院被災を想定した院内防災訓練の実施回数については、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>R1~3は老朽化している当院にて全インフラが停止した想定で訓練を実施、訓練結果を通じてBCPなどを作成</li> <li>R4は近畿地方DMATブロック訓練と同日に開催し、実際に災害発生時に想定される行政(県庁や消防、災害拠点病院等)などとの連携や患者搬送等の指揮命令を実践形式で訓練</li> <li>R5は4年ぶりに患者受け入れを想定して訓練を実施</li> </ul>	A																																																																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="5">西和</th> <th colspan="5">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>指標</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>指標</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>実績</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>実績</td> <td>2回</td> <td>4回</td> <td>2回</td> <td>3回</td> <td>2回</td> </tr> </tbody> </table>	総合						西和					リハ					区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	2回	2回	2回	2回	2回	指標	2回	2回	2回	2回	2回	指標	2回	2回	2回	2回	2回	実績	2回	2回	2回	2回	2回	実績	2回	2回	2回	2回	2回	実績	2回	4回	2回	3回	2回	リハ
総合						西和					リハ																																																														
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																																								
指標	2回	2回	2回	2回	2回	指標	2回	2回	2回	2回	2回	指標	2回	2回	2回	2回	2回																																																								
実績	2回	2回	2回	2回	2回	実績	2回	2回	2回	2回	2回	実績	2回	4回	2回	3回	2回																																																								
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>訓練内容を更新し、消防訓練、災害訓練を実施</li> <li>BCPの更新 1回/年以上</li> </ul>	R5に進捗した事項		法人評価																																																																				
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>DMAT隊員養成研修に参加し、隊員数を増員(再掲)</li> <li>院内災害訓練を実施</li> </ul>	R5の課題・問題点																																																																						
	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>継続計画(BCP)、災害マニュアルの想定に基づく災害訓練を実施</li> <li>職員の安否を迅速に把握するため情報収集ツールを活用した訓練を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4月 新規採用者に消防訓練実施</li> <li>11月 院内災害訓練を実施し、BCPの更新を行った</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>R6診療報酬改定で診療録管理体制加算の施設基準としてサイバーセキュリティに対応したBCPの策定が義務付けられているため作成が必要</li> </ul>																																																																			
			<ul style="list-style-type: none"> <li>8/18、9/1、9/15、9/29、10/13、10/20、10/27の計7回 災害訓練WGを開催し、シナリオを作成</li> <li>11/10に机上訓練、11/18に実働訓練を実施</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>R5に4年ぶりに患者受け入れを想定して訓練を実施したところ、災害対策本部の立ち上げや患者の診療フロー、各エリアとの連絡手段などの課題があったので、次年度の災害訓練に向けた改善策を検討</li> </ul>																																																																				
			<ul style="list-style-type: none"> <li>昨年度に引き続き情報収集ツールを活用した参集訓練を実施</li> <li>参集訓練を7/14実施、災害訓練を11/15実施</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>様々な状況を想定した他機関との合同訓練実施を継続</li> </ul>																																																																				

大項目Ⅱ. 地域の医療力向上への貢献  
中項目4. 県民への医療・健康情報等の提供

◆取組項目① 県民への病院・医療情報等の発信

中期目標の達成に向けた今年度の目標値													
主要目標						関連目標							
公開講座受講者調査で「有意義だった」と回答した割合の向上【総合・西和・リハ】						県民向け公開講座の受講者数の増加【総合・西和・リハ】							
所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績		
総合	指標 現状把握	90%	90%	90%	90%	総合	指標 750人	450人	実施方法変更による影響を把握	Web配信の検討	300人		
	実績	81%	開催中止	開催中止	90%以上	98%	実績	260人	開催中止	開催中止	300人	413人	
西和	指標	90%	90%	90%	90%以上	90%以上	西和	指標	350人	300人	100人	100人	
	実績	90.8%	開催中止	開催中止	84.2%		実績	511人	開催中止	開催中止	開催中止	202人	
リハ	指標	90%	90%	90%	90%	90%	リハ	指標	190人	150人	50人	50人	50人
	実績	86.1%	開催中止	開催中止	97%	96%	実績	133人	開催中止	開催中止	62人	162人	

法人の評価		
新型コロナウイルス感染症拡大による影響	パターン(3)	○新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、公開講座等の開催を中止した。
年度	評価	総評
R5	S	○総合・西和では、地域住民向け公開講座の開催回数は概ね目標を達成し(総合 目標:3回→実績:3回、西和 目標:3回→実績:2回)、リハでは目標を大きく上回った(目標:4回→実績:17回)。また、公開講座の受講者数についても3センターとも目標を大きく上回った(総合 目標:300人→実績413人、西和 目標:100人→実績202人、リハ 目標:50人→実績:162人)。
中期計画期間(R1~R5)	S	○各指標とも、中期計画最終年度の目標を概ね達成した。中でも、西和・リハの県民向け公開講座の受講者数、リハの地域住民向け公開講座の開催回数は、目標を大きく上回った。

取組項目①	県民への病院・医療情報等の発信	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																																																																						
中期計画	<p>具体的な行動計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>公開講座等による医療・健康情報の提供を推進します</li> </ul>	<p>総合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>評価指標で目標としていた、地域住民向け公開講座の開催回数については、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>コロナの影響もあり一時的に公開講座を開催中止としていたがR4より再開することができ、R5においては開催回数を3回に増加</li> <li>病院広報誌「あをによし」を継続して発行</li> <li>公式SNS(Instagram、YouTube)を活用し、病院イベントから採用案内等多数の情報を発信</li> </ul>	S																																																																						
	<p>評価指標</p> <p>地域住民向け公開講座の開催回数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="5">西和</th> <th colspan="5">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>3回</td> <td>3回</td> <td>3回</td> <td>3回</td> <td>3回</td> <td>指標</td> <td>3回</td> <td>3回</td> <td>3回</td> <td>3回</td> <td>3回</td> <td>指標</td> <td>4回</td> <td>4回</td> <td>4回</td> <td>4回</td> <td>4回</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>2回</td> <td>開催中止</td> <td>開催中止</td> <td>2回</td> <td>3回</td> <td>実績</td> <td>3回</td> <td>開催中止</td> <td>開催中止</td> <td>開催中止</td> <td>2回</td> <td>実績</td> <td>3回</td> <td>開催中止</td> <td>開催中止</td> <td>17回</td> <td>17回</td> </tr> </tbody> </table>	総合						西和					リハ					区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	3回	3回	3回	3回	3回	指標	3回	3回	3回	3回	3回	指標	4回	4回	4回	4回	4回	実績	2回	開催中止	開催中止	2回	3回	実績	3回	開催中止	開催中止	開催中止	2回	実績	3回	開催中止	開催中止	17回	17回	<p>西和</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>評価指標で目標としていた、地域住民向け公開講座の開催回数については、中期計画最終年度の目標を下回った</li> <li>住民向けの公開講座の開催に関してはR2からコロナの影響により開催を中止</li> <li>R5は5月にコロナが第5類となり感染対策をとり2回開催し、7月は53人、2月は149人の参加があり住民の関心も高いため今後も県民の健康維持に向けて医療・健康情報に関するテーマで開催を継続</li> </ul>	A
	総合						西和					リハ																																																													
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																																																								
指標	3回	3回	3回	3回	3回	指標	3回	3回	3回	3回	3回	指標	4回	4回	4回	4回	4回																																																								
実績	2回	開催中止	開催中止	2回	3回	実績	3回	開催中止	開催中止	開催中止	2回	実績	3回	開催中止	開催中止	17回	17回																																																								
		<p>リハ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>評価指標で目標としていた、地域住民向け公開講座の開催回数については、中期計画最終年度の目標を大きく上回った</li> <li>県民公開講座・リハセンふれあいまつりを中心に県民へ医療情報の提供を積極的に実施</li> <li>磯城郡三町の地域住民向け出前講座をR4. 11より実施。テーマからニーズに応じた講座受講を可能とし、身近な医療情報提供と地域の学習活動の支援を実施(R5実績:16回365名参加)</li> <li>R5、広報誌や各種案内にて県民へ医療・健康情報の提供を実施</li> </ul>	S																																																																						

今年度の取組	R5に進捗した事項		R5の課題・問題点		法人評価	
	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>ホームページの充実と最新情報へのタイムリーな更新</li> <li>公式SNS(Instagram、YouTube)を活用した病院情報を発信</li> <li>病院年報の電子化</li> <li>県民向け公開講座の開催 4回/年</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ホームページを随時更新</li> <li>公式SNSでは、Instagramに139件投稿し、様々な職種の業務紹介を実施</li> <li>病院年報の電子化に向けて校正作業中</li> <li>6/3 公開講座「女性の性感染症を考える」をオンライン開催し、だれでも受講しやすいよう匿名での参加を可能として開催し、142名が参加</li> <li>9/30 公開講座「最新のがん治療2023」を対面で開催し、病院まつりと同時開催により、130名の一般参加者が受講</li> <li>9/30 4年ぶりに病院まつり「あをによし祭」を開催し、2,000人を超える来場者で賑わった</li> <li>3/17 公開講座「子どもの気になる症例～こんなときどうする!?!～」をオンライン開催し、141名が参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>公開講座は次年度から現地開催を計画しており、参加者の減少が見込まれるため、可能であれば録画配信等を検討</li> </ul>		S
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>ホームページの充実</li> <li>HPの各部門紹介や診療実績を統一した最新の情報へ更新</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護部ホームページは、6月に全面更新し、写真を多く掲載し提供、看護の内容を伝えるとともに、新人看護師の勤務状況やサポート体制など、入職を希望する対象の関心事項の情報に刷新</li> <li>臨床研修ホームページは、8月に全面公開し、写真や表を交えて情報掲載し、医学生へ内容を分かりやすく伝えるとともに、申込みフォームの実装により病院見学の申込みの利便性が格段に向上</li> <li>入院案内に関しての内容を更新</li> <li>在宅療養支援室の「在宅患者ケア相談窓口」の案内、診療予約、検査予約の時間変更を更新</li> <li>病院ホームページのリニューアルを検討し、法人本部採用ページ及び臨床研修と看護部ページを制作した業者に引き続き依頼予定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>現行の病院ホームページは検索が機能していないなどの不具合が多くリニューアルが必要であり、今年度中にページの内容等を決めていき、来年度早々に更新できるよう準備</li> <li>ホームページ掲載内容についてタイムリーな変更ができるような設計が必要</li> <li>看護部ホームページの充実が職員募集に繋がる工夫の考案</li> </ul>		B
リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>市民公開講座、出前講座を実施</li> <li>ホームページの充実、随時見直し・更新を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>出前講座(全15講座)申込制で実施16回開催、参加者合計365名</li> <li>県民公開講座10/21実施 参加者162名</li> <li>広報誌「Light」年2回発行し県内病院及び地域医療機関に送付</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>出前講座の提供エリアの拡大を検討</li> <li>県民公開講座等において患者・地域ニーズの反映を強化</li> </ul>	S		

大項目Ⅲ. 最高レベルの医の心と技をもった人材の確保・育成  
中項目1. 最高レベルの医の心をもった人材の確保・育成

- ◆取組項目① 職員のホスピタリティマインドの実践
- ◆取組項目② 医療専門職としてのプロフェッショナリズム教育・研修の強化

中期目標の達成に向けた今年度の目標値															
主要目標					関連目標					関連目標					
患者調査で「患者の気持ちを理解しよう」と回答した割合(入院・外来別)100%達成を目指す															
所属		R1	R2	R3	R4	R5	所属		R1	R2	R3	R4	R5		
		実績	実績	実績	実績	実績			実績	実績	実績	実績	実績		
3センター共通	入院	指標	93%	95%	95%	95%	100%	研修セ	指標	440人	340人	300人	300人	300人	
	外来	実績	94%	91.5%	90.4%	90.8%	91.6%		実績	514人	開催中止	200人	406人	568人	
		指標	84%	85%	85%	88%	100%			指標	50%	75%	75%	100%	100%
		実績	78.8%	80.9%	86.4%	88.4%	88.2%			実績	72%	開催中止	98%	99%	100%

新型コロナウイルス感染症拡大による影響		パターン(3)	○院内での新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、来院者の制限や、院内での研修会等の開催の制限を行った。
年度	評価	総評	
R5	A	<p>○ホスピタリティ研修について、参加人数が大幅に増加し(R4:406人→R5:568人)、目標を大きく上回るとともに、受講者アンケートで「自身のホスピタリティ向上に役立った」と回答した割合は100%となった。</p> <p>○患者満足度調査において「患者の気持ちを理解しよう」と回答した割合は高い水準を維持し、概ね目標を達成した(入院 目標:100%→実績:91.6%、外来 目標:100%→実績:88.2%)。</p> <p>○研修セでは、職位別等の研修を15回実施し、のべ1,486名の職員が受講した。また、診療等で集合研修に参加できない職員のためにオンライン配信や録画配信を実施し学習機会を提供した。</p>	
中期計画期間(R1~R5)	A	○患者満足度調査の指標は、ホスピタリティ研修の満足度の高さに比例して、ここ数年向上し、高い水準を維持している。	

取組項目① 職員のホスピタリティマインドの実践 取組項目② 医療専門職としてのプロフェッショナリズム教育・研修の強化		中期計画期間(R1~R5)の実績			法人評価																																																																																																																			
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ホスピタリティ研修を充実します</li> <li>✓職位別研修を充実します</li> <li>✓カンファレンス等を円滑に進めるためファシリテータの養成を推進します</li> </ul>	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、ファシリテータの新規養成数については、中期計画最終年度の目標を上回った</li> <li>・教育研修センターが主催するファシリテータ養成研修へ毎年参加しており、計27名のファシリテータを養成</li> <li>・外部講師を招きホスピタルマインドについての講演会及びパネルディスカッションを開催</li> </ul>	S																																																																																																																			
	評価指標	ホスピタリティ研修の開催回数	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">研修セ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <th>実績</th> <td>4回</td> <td>4回</td> <td>5回</td> <td>5回</td> <td>5回</td> </tr> <tr> <th>指標</th> <td>5回</td> <td>開催中止</td> <td>1回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> </tr> </thead> </table>	研修セ						区分	R1	R2	R3	R4	R5	実績	4回	4回	5回	5回	5回	指標	5回	開催中止	1回	2回	2回	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、ファシリテータの新規養成数については、中期計画最終年度の目標を大きく上回った</li> <li>・ファシリテータ養成研修の受講者は、コロナの時期を除いて目標以上の人数が受講し、目標達成</li> </ul>	A																																																																																										
		研修セ																																																																																																																						
		区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																																																																	
		実績	4回	4回	5回	5回	5回																																																																																																																	
指標	5回	開催中止	1回	2回	2回																																																																																																																			
職位別研修の開催回数	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">研修セ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <th>実績</th> <td>15回</td> <td>15回</td> <td>18回</td> <td>18回</td> <td>18回</td> </tr> <tr> <th>指標</th> <td>12回</td> <td>2回</td> <td>11回</td> <td>13回</td> <td>12回</td> </tr> </thead> </table>	研修セ						区分	R1	R2	R3	R4	R5	実績	15回	15回	18回	18回	18回	指標	12回	2回	11回	13回	12回	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、ファシリテータの新規養成数については、中期計画最終年度の目標を上回った</li> <li>・研修計画に基づき、各研修を受講し、ファシリテータの養成も順次実施</li> </ul>	A																																																																																												
研修セ																																																																																																																								
区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																																																																			
実績	15回	15回	18回	18回	18回																																																																																																																			
指標	12回	2回	11回	13回	12回																																																																																																																			
ファシリテータの新規養成数	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="5">西和</th> <th colspan="5">リハ</th> <th colspan="5">看専</th> <th colspan="5">看大</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <th>指標</th> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>指標</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>指標</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>1人</td> <td>指標</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>指標</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> <td>2人</td> </tr> <tr> <th>実績</th> <td>6人</td> <td>0人</td> <td>8人</td> <td>15人</td> <td>6人</td> <td>実績</td> <td>2人</td> <td>0人</td> <td>6人</td> <td>4人</td> <td>6人</td> <td>実績</td> <td>3人</td> <td>0人</td> <td>4人</td> <td>3人</td> <td>3人</td> <td>実績</td> <td>2人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>2人</td> <td>1人</td> <td>実績</td> <td>2人</td> <td>0人</td> <td>0人</td> <td>2人</td> <td>1人</td> </tr> </thead> </table>	総合						西和					リハ					看専					看大					区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	指標	2人	2人	2人	2人	2人	指標	1人	1人	1人	1人	1人	指標	1人	1人	1人	1人	1人	指標	2人	2人	2人	2人	2人	指標	2人	2人	2人	2人	2人	実績	6人	0人	8人	15人	6人	実績	2人	0人	6人	4人	6人	実績	3人	0人	4人	3人	3人	実績	2人	0人	0人	2人	1人	実績	2人	0人	0人	2人	1人	看大	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、ファシリテータの新規養成数については、中期計画最終年度の目標を下回った</li> <li>・職員会議等を円滑に進めるため、ファシリテータ研修を教員、事務職員が積極的に参加</li> <li>・ホスピタリティ研修について、当日参加もしくは録画配信を視聴し、積極的に受講</li> </ul>	A
総合						西和					リハ					看専					看大																																																																																																			
区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																																											
指標	2人	2人	2人	2人	2人	指標	1人	1人	1人	1人	1人	指標	1人	1人	1人	1人	1人	指標	2人	2人	2人	2人	2人	指標	2人	2人	2人	2人	2人																																																																																											
実績	6人	0人	8人	15人	6人	実績	2人	0人	6人	4人	6人	実績	3人	0人	4人	3人	3人	実績	2人	0人	0人	2人	1人	実績	2人	0人	0人	2人	1人																																																																																											
研修セ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、ホスピタリティ研修の開催回数、職位別研修の開催回数については、中期計画最終年度の目標を下回った</li> <li>・職位別研修の各講師へ機構の理念を説明し、講義に紐付けられるように依頼・実施</li> <li>・当日研修に参加できなかった職員のために録画配信を行い、多くの職員が受講できる機会を提供</li> </ul>	研修セ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、ホスピタリティ研修の開催回数、職位別研修の開催回数については、中期計画最終年度の目標を下回った</li> <li>・職位別研修の各講師へ機構の理念を説明し、講義に紐付けられるように依頼・実施</li> <li>・当日研修に参加できなかった職員のために録画配信を行い、多くの職員が受講できる機会を提供</li> </ul>	S																																																																																																																				

		R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価	
今年度の取組	総合	・職員のがん診療に関する理解を深めるための、集学的がん治療勉強会を開催	・6/23 AYA世代のがん支援をテーマに集学的がん治療セミナーを開催	・継続して実施	A
	西和	・各研修を各職種へ広く周知し応募人数を増加	・教育研修センター主催の研修について、幹部会議や病院連絡会にて案内し、サイボウズにて受講者を募集し増加傾向 ・機構外主催の研修についても特定業種向けの研修だけでなく、多職種にわたる研修をサイボウズにて自己研鑽にて案内 ・院内主催での接遇オンラインセミナーを8～12月までに15回開催	・来年度も継続して研修について周知、案内の推進	A
	リハ	・ファシリテータ養成研修への多職種の参加 ・職種別、職位別教育研修への積極的な参加	・ファシリテータ研修に看護師1名、理学療法士1名、薬剤師1名参加 ・所属長マネジメント研修など15の研修に参加、延べ参加者数162名	・来年度もより積極的な研修参加を推進	A
	看大	・教職員に対するファシリテーション、リフレクションスキル向上研修を実施 ・ホスピタリティ研修の理解を深めるため、所属で伝達講習を実施 ・4年制新カリキュラムにおけるプロフェッショナル教育を実施	・ファシリテータ研修に1名受講(看護教員1名) ・ホスピタリティ研修は入試日と重なっていたため、録画視聴 ・4年制1期生である2年生が、「経営学」の講義を受講 ・次年度から開始する「教育学」について、講師との打ち合わせを実施	・R7をもって4年制カリキュラムが1クールとなるため、それに向けたプロフェッショナル教育の実施 ・非常勤講師を含めた講義や実習内容の評価及び充実	A
	研修セ	・職位別研修を実施(ハイブリッド、録画配信などの工夫を行う) ・ホスピタリティ研修を実施(ハイブリッドによる実施、録画配信を提供) ・ファシリテータ養成研修を実施	(1)職位別研修(上期) ・4/3 新規採用職員研修前期:213名 ・5/31、7/11 ファシリテータ養成研修:18名 ・7/19 新任係長級職員研修:55名 ・8/10 新任副部長級職員研修:39名 ・10/11、18、25 新規採用職員研修後期:192名 ・11/1、8、15 5年目職員研修:127名 ・11/11 幹部合同研修:144名  (2)その他の研修 ・研修医・専攻医研修(録画配信):77名(10/31まで配信延長) ・10/14 ホスピタリティ研修:355名 ・12/20 全職員向け研修(専門医機構認定共通講習):266名	・引き続き、診療等で集合研修に参加できない職員のためにオンライン配信や録画配信を実施し学習機会を提供	S

大項目Ⅲ. 最高レベルの医の心と技をもった人材の確保・育成  
中項目2. 最高レベルの医の技をもった人材の確保・育成

- ◆取組項目① 職員のスキル・能力向上に向けた教育・研修体制の強化
- ◆取組項目② 医療プロフェッショナルの養成
- ◆取組項目③ 職員の臨床研究の支援
- ◆取組項目④ 研修医の教育研修体制の充実
- ◆取組項目⑤ 専攻医の教育研修体制の充実
- ◆取組項目⑥ 奈良看護大学校における質の高い看護師の養成

中期目標の達成に向けた今年度の目標値												
主要目標			主要目標			主要目標						
専門医数の増加			専門(又は認定)看護師数の増加			看護専門学校現役卒業生の看護師国家試験合格率100%の維持						
所属	R1	R2	R3	R4	R5	所属	R1	R2	R3	R4	R5	
3センター共通	指標	275人	303人	334人	332人	39人	35人	39人	40人	38人	38人	
	実績	319人	332人	400人	473人	49人	30人	32人	35人	36人	25人	
所属	R1	R2	R3	R4	R5	所属	R1	R2	R3	R4	R5	
3センター共通	指標	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	実績	100%	100%	100%	100%	100%	98.7%	97.4%	98.5%	92.5%	96.1%	
関連目標			関連目標			関連目標						
初期臨床研修医マッチ率の向上			専攻医数の維持			特定行為研修受講者数の増加						
所属	R1	R2	R3	R4	R5	所属	R1	R2	R3	R4	R5	
総合・西和	指標	100%	100%	100%	100%	3センター共通	指標	39人	46人	68人	63人	67人
	実績	100%	100%	100%	100%		実績	37人	62人	59人	57人	79人
所属	R1	R2	R3	R4	R5	所属	R1	R2	R3	R4	R5	
3センター共通	指標	11人	3人	8人	9人	3センター共通	指標	11人	3人	8人	9人	6人
	実績	7人	12人	12人	18人		実績	7人	12人	12人	18人	9人

法人の評価		
年度	評価	総評
R5	A	<p>○研修セでは、R3から看護師の特定行為研修を開講し、R5は6名が修了した。</p> <p>○3センターの専門医数(目標:369人→実績:469人)及び指導医等(指導医又は高度な医療技術を有すると認定された専門医)数(総合 目標:130人→実績:166人、西和 目標:39人→実績:92人)については目標を大きく上回り、その他医療従事者の認定資格等の取得者数についても、目標を達成した(総合 目標:200人→実績:300人、西和 目標:108人→実績:125人、リハ 目標:15人→実績:20人)。</p> <p>○西和では、ホームページ内フォームより見学申込ができるようになったことで利便性が向上し、医学部生の病院見学者数は132人(目標:35人)となった。また、合同説明会に出展するなど広報活動を積極的にを行い、5年連続フルマッチングを達成した。</p> <p>○総合では、内科専門研修プログラムの基幹病院として、専攻医の受入れ体制を整えた。</p> <p>○看大では、国家試験合格100%に向けて、1年次から全国模試を受験したり、学生の成績状況に合わせたチューター制を導入するなど、個々の特徴に合わせた指導に取り組んだ。</p>
中期計画期間(R1~R5)	A	<p>○卒業教育の参加人数や専門医数など、中期計画最終年度の目標を大きく上回るものが多いが、看大の応募者数は目標を下回った。</p>

取組項目①	職員のスキル・能力向上に向けた教育・研修体制の強化	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価		
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 卒業教育・生涯教育(継続教育)の一元的支援を推進します</li> <li>✓ 各職種のキャリアラダーの開発とこれに基づく教育計画を整備します</li> </ul>	研修セ	A	
	評価指標	卒業教育の参加人数			<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、卒業教育の参加人数については、中期計画最終年度の目標を大きく上回った。また、キャリアラダー開発・教育については、目標を達成した</li> <li>・職位別・職種別研修を実施</li> <li>・専門医機構認定共通講習など、録画配信も行い受講者増加</li> <li>・看護師の特定行為研修においては、定員5名であるがR5は6名を受入</li> <li>・行為研修修了者へのフォローアップ研修も行い、スキル・能力の向上に向けた研修実施</li> </ul>
		研修セ			
		キャリアラダー開発・教育の進捗			
研修セ					

		R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価	
今年度の取組	研修セ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職位別研修を実施(再掲)</li> <li>・ファシリテーター養成研修を実施(再掲)</li> <li>・指導医登録者及び臨地実習可能病棟を追加し、看護師の特定行為研修を充実</li> </ul>	<p>(1)職位別研修(上期)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・4/3 新規採用職員研修前期:213名</li> <li>・5/31、7/11 ファシリテーター養成研修:18名</li> <li>・7/19 新任係長級職員研修:55名</li> <li>・8/10 新任副部長級職員研修:39名</li> <li>・10/11、18、25 新規採用職員研修後期:192名</li> <li>・11/1、8、15 5年目職員研修:127名</li> <li>・11/11 幹部合同研修:144名</li> </ul> <p>(2)その他の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修医・専攻医研修(録画配信):77名(10/31まで配信延長)</li> <li>・10/14 ホスピタリティ研修:355名</li> <li>・12/20 全職員向け研修(専門医機構認定共通講習):266名</li> </ul> <p>(3)看護師の特定行為研修</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・6名(総合4名、西和1名、リハ1名)受講、共通・区分別科目修了</li> <li>・5/26、9/29 特定行為研修管理委員会の開催</li> <li>・特定行為研修の組織定着化支援事業への参加</li> <li>・臨地実習可能病棟を全病棟(小児以外)に拡充</li> <li>・9/1 特定行為研修修了者へのフォローアップ研修:9名</li> <li>・10月～2月:臨地実習、3月修了判定、修了式</li> <li>・10/10～12/22 次年度募集</li> <li>・1/17 次年度受講者選考(機構外の看護師枠1名設定)</li> <li>・3/8 特定行為研修管理委員会開催</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続き、診療等で集合研修に参加できない職員のためにオンライン配信や録画配信を実施し学習機会を提供</li> </ul>	S

取組項目②		医療プロフェッショナルの養成		中期計画期間(R1~R5)の実績		法人評価	
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 優れた医師、医療専門職の養成を推進します</li> <li>✓ 認定資格等の取得支援を推進します</li> </ul>		総合		S	
	評価指標	専門医数、指導医又は高度な医療技術を有すると認定された専門医数(延べ数)		総合			
				西和			
				リハ			
		認定資格等の取得者数		総合			
		西和					
		リハ					
認定資格等の取得支援制度の進捗		本部		リハ		A	
				本部			
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>各種専門医・指導医・認定医の取得を推進</li> <li>医師事務作業補助技能認定試験合格 3名/年</li> <li>認定・専門薬剤師の資格取得を推進</li> <li>専門・認定臨床工学技士の資格取得を推進</li> </ul>		R5に進捗した事項		R5の課題・問題点	S
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定行為実践看護師を1名増員</li> <li>がん相談支援センター相談員研修受講 看護部1名</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>特定行為研修受講者1名増</li> <li>9月に特定行為研修推進委員会を新たに設置し、特定行為実践看護師の活用を推進</li> <li>がん相談支援センター相談員研修を看護部より1名受講予定</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>特定行為実践看護師の活用推進</li> <li>がん相談室設置に向けた準備の着手</li> </ul>	A
	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>整形外科・精神科専門医研修施設を維持</li> <li>認定療法士・専門療法士の取得を支援</li> <li>小児作業療法士の感覚統合認定講習会への計画的参加</li> <li>感染管理特定認定看護師及び皮膚・排泄ケア特定認定看護師を育成</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>整形外科・精神科専門医研修施設の維持継続</li> <li>半期ごとに内科専攻医1名を受入</li> <li>脳卒中認定理学療法士7名、脊髄障害認定理学療法士1名、運動器認定理学療法士1名、補装具認定理学療法士1名、発達障害認定理学療法士1名、認定作業療法士2名が在籍</li> <li>小児作業療法士の感覚統合認定講習会は5名受講</li> <li>特定行為研修修了者2名増</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>小児作業療法士の感覚統合認定講習会は、受講定員制限により多人数での受講は困難</li> <li>小児作業療法士の感覚統合認定講習会にはA、B、C、アドバンスと4つのコース受講の必要があるため受講計画を検討</li> </ul>	A
	本部	<ul style="list-style-type: none"> <li>認定資格等の取得支援制度の周知</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>各所属内での制度利用状況について、聞き取りを実施(職員資質向上補助金の適用相談あり)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>取得支援制度の定期的な周知・相談対応</li> </ul>	A

取組項目③		職員の臨床研究の支援		中期計画期間(R1~R5)の実績			法人評価																																									
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>論文・学会発表を活発化します</li> <li>臨床研究倫理の修得を推進します</li> </ul>		研修セ	<ul style="list-style-type: none"> <li>評価指標で目標としていた、臨床研究支援体制整備の進捗については、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>臨床研究方法についての研修をR4に実施</li> <li>臨床研究支援方法・体制に関する情報収集、奈良医大との連携を行った。</li> </ul>			A																																								
	評価指標	臨床研究支援体制整備の進捗																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">研修セ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>調査開始</td> <td>支援体制検討</td> <td>教育研修体制検討</td> <td>支援準備</td> <td>支援開始</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>調査準備</td> <td>情報収集・検討</td> <td>調査・検討</td> <td>研修実施</td> <td>調査・検討</td> </tr> </tbody> </table>		研修セ						区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	調査開始	支援体制検討	教育研修体制検討	支援準備	支援開始	実績	調査準備	情報収集・検討	調査・検討	研修実施	調査・検討																						
研修セ																																																
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																											
指標	調査開始	支援体制検討	教育研修体制検討	支援準備	支援開始																																											
実績	調査準備	情報収集・検討	調査・検討	研修実施	調査・検討																																											
今年度の取組	研修セ	臨床研究に関する研修を実施		R5に進捗した事項		R5の課題・問題点	法人評価																																									
				支援の具体的な方法について検討		臨床研究支援組織に関する情報収集と設置に向けての計画	A																																									
取組項目④		研修医の教育研修体制の充実		中期計画期間(R1~R5)の実績			法人評価																																									
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>学生・初期研修医に対するリクルート活動を強化します</li> <li>卒後臨床研修評価機構の認定取得を推進します</li> </ul>		総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>評価指標で目標としていた、医学部生の病院見学者数については、中期計画最終年度の目標を大きく上回った</li> <li>耳科手術指導医研修施設 認定</li> <li>第三者機関であるNPO法人卒後臨床研修評価機構(JCEP)に認定以降もJCEPによる評価で指摘された事項の改善を行い認定を継続</li> <li>耳鼻いんこう科頭頸部外科初期研修マニュアルを作成し活用</li> <li>初期臨床研修医のPR動画の作成、レジナビのホームページに動画を公開</li> <li>病院公式Instagramへ、病院情報を随時公開</li> <li>研修医・専攻医の地域医療研修施設として、沖縄県の離島にある7病院と提携</li> </ul>			S																																								
	評価指標	医学部生の病院見学者数																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="5">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>90人</td> <td>90人</td> <td>90人</td> <td>90人</td> <td>90人</td> <td>指標</td> <td>35人</td> <td>35人</td> <td>35人</td> <td>35人</td> <td>35人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>66人</td> <td>0人</td> <td>62人</td> <td>191人</td> <td>202人</td> <td>実績</td> <td>39人</td> <td>45人(院内見学18人(WEB))</td> <td>95人</td> <td>78人</td> <td>132人</td> </tr> </tbody> </table>		総合						西和					区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	90人	90人	90人	90人	90人	指標	35人	35人	35人	35人	35人	実績	66人	0人	62人	191人	202人	実績	39人	45人(院内見学18人(WEB))	95人	78人
総合						西和																																										
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																					
指標	90人	90人	90人	90人	90人	指標	35人	35人	35人	35人	35人																																					
実績	66人	0人	62人	191人	202人	実績	39人	45人(院内見学18人(WEB))	95人	78人	132人																																					
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>初期臨床研修医のフルマッチ</li> <li>レジナビ等への積極的参加、病院のPR活動を実施</li> <li>奈良県以外の医学部生の見学者数を増加</li> <li>「研修総括」を作成</li> <li>研修医1年次からEPOC2(卒後臨床研修医用 オンライン臨床教育評価 システム)を積極的活用</li> </ul>		R5に進捗した事項		R5の課題・問題点	法人評価																																									
				初期臨床研修医のマッチングの9月末の応募状況は、17名枠に対し21名が応募 7/2にレジナビフェア大阪、9/18にレジナビフェア仙台に参加し、病院のPR活動を実施 病院見学者の内訳は、奈良県67人、他府県84人であり、見学時の集合時間を居住地に合わせて随時対応した結果、県外の見学者が増加 EPOC2の入力方法について、集団や個別による説明を随時実施し、活用を促す		EPOC2の入力方法がわからず例年入力が後回しになる傾向がある	S																																									
				<ul style="list-style-type: none"> <li>研修医の採用定員10名枠に対し40名が応募(中間発表では16名が第一希望として選択)</li> <li>広報として合同説明会への出展(4/30:マイナビ大阪、5/14:レジナビ福岡、5/28:レジナビFairオンライン、6/4:マイナビ大阪第二弾、7/2:レジナビ大阪、7/9,12/26:県主催合同説明会、2/24近畿地区合同説明会、3/3:マイナビ福岡)</li> <li>8/1よりフルリニューアルした臨床研修ホームページを公開</li> <li>R5に実施した採用試験に対して40名の応募があり、7/13から8/31にかけて6日間で筆記試験及び面接試験実施し、フルマッチを達成</li> </ul>		フルマッチは達成したが、今後も同様の広報活動の継続が必要 ホームページをリニューアルしたが臨床研修医ホームページ内の情報を適宜更新する必要がある 採用試験への応募者が増加傾向にあるため、試験日を増やすことを検討	S																																									



取組項目⑤		専攻医の教育研修体制の充実					中期計画期間(R1~R5)の実績					法人評価																																																			
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 専攻医の育成環境を充実します</li> <li>✓ 新専門医プログラム制度を充実します</li> </ul>					総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、専門医認定機構の承認プログラム数については、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>・内科専門研修プログラムの基幹病院に認定</li> <li>・日本放射線治療学会の認定施設として承認</li> <li>・各診療科で研修医プログラム・専攻医プログラムによる研修を実施</li> <li>・麻酔科、救急科、産科の管理委員会については設置に向けて活動中であり、他科(内科、外科、小児)の管理委員会は設置済み</li> <li>・研修医・専攻医の地域医療研修施設として、沖縄県の離島にある7病院と提携(再掲)</li> </ul>					S																																																		
	評価指標	専攻医等を対象とした研修への出席率						西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、専門医認定機構の承認プログラム数については、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>・広範囲の救急診療に対応できる専攻医を育成</li> <li>・内科専門研修について、J-OSLERを基に専門研修プログラムの支援</li> <li>・専攻医が柔軟に研修できるよう、連携施設を増やした(R1より:奈良県立医科大学附属病院、奈良県総合医療センター、市立奈良病院、国保中央病院、R2より:三浦市立病院、大阪公立大学医学部附属病院、市立東大阪医療センター、大阪南医療センター、やわらぎクリニック、R3より:大阪医科薬科大学病院、R4より:白鷺病院、井上病院、大野記念病院、石切生喜病院、南大阪病院、八尾市立病院、R6より:府中病院)。</li> </ul>					A																																																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">研修セ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>60%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>30%</td> <td>開催中止</td> <td>74%</td> <td>81%</td> <td>93%</td> </tr> </tbody> </table>					研修セ						区分		R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	60%	70%	70%	80%	80%	実績	30%	開催中止	74%	81%	93%	研修セ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、専門医等を対象とした研修への出席率については、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>・集合研修から録画配信を実施することで、受講者増加</li> <li>・録画配信は、どこでも空いた時間に視聴できるようにYouTubeで配信</li> <li>・視聴期間の延長を行い、視聴を促すポスターを掲示</li> </ul>					S																									
		研修セ																																																													
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																																										
指標	60%	70%	70%	80%	80%																																																										
実績	30%	開催中止	74%	81%	93%																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="6">西和</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>5件</td> <td>6件</td> <td>6件</td> <td>6件</td> <td>6件</td> <td>指標</td> <td>1件</td> <td>1件</td> <td>1件</td> <td>1件</td> <td>1件</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>6件</td> <td>6件</td> <td>6件</td> <td>6件</td> <td>6件</td> <td>実績</td> <td>1件</td> <td>1件</td> <td>1件</td> <td>1件</td> <td>1件</td> </tr> </tbody> </table>					総合						西和						区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	5件	6件	6件	6件	6件	指標	1件	1件	1件	1件	1件	実績	6件	6件	6件	6件	6件	実績	1件	1件	1件	1件	1件	R5に進捗した事項					R5の課題・問題点					法人評価
総合						西和																																																									
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																																																				
指標	5件	6件	6件	6件	6件	指標	1件	1件	1件	1件	1件																																																				
実績	6件	6件	6件	6件	6件	実績	1件	1件	1件	1件	1件																																																				
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各種専門医の研修プログラムを充実</li> <li>・麻酔科、救急科、産科の管理委員会を設置</li> <li>・専攻医の積極的な学会発表を支援</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・全てのプログラムで専攻医を確保</li> <li>・各診療科において、積極的に各種専門医資格の取得を推進し、研修医の症例報告発表の機会を随時提供</li> <li>・外科専門研修基幹プログラムでの採用専攻医人数の増加に対応するため、カンファレンス開催曜日の調整などにより、症例検討と抄読会の機会を増やした</li> <li>・麻酔科、救急科、産科の管理委員会については設置に向けて活動中であり、他科の管理委員会は設置済み</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間内・時間外ともに施設内で担当する業務が多く、Off the Job教育の機会が十分とは言えない</li> </ul>					S																																														
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・広報活動強化として臨床研修ページをリニューアル</li> <li>・専門研修の専用ページを作成</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・広範囲の救急診療に対応できる専攻医を育成</li> <li>・専攻医の学術会議での発表を奨励</li> <li>・専門研修の専用ホームページを8/1付けで新規公開</li> <li>・11月に採用試験を行い、1名の応募があり1名採用</li> <li>・連携施設先に府中病院を追加</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・専攻医の学術活動の充実</li> <li>・将来的に奈良県の医療に貢献する医師を専門医研修枠に確保することが課題</li> </ul>						A																																													
	研修セ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修医・専攻医を対象とする研修を実施</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修医・専攻医研修(録画配信):108名</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・参加率向上のため再度案内し、配信期間を延長し受講者増加</li> </ul>							S																																												

取組項目⑥		奈良看護大学校における質の高い看護師の養成		中期計画期間(R1～R5)の実績		法人評価																				
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 国家試験合格率100%を達成する取組を推進します</li> <li>✓ 教員の教育実践力・看護実践力を向上します</li> <li>✓ 看護学生への3センターでの教育実習を充実します</li> </ul>		看大	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、応募者数については、中期計画最終年度の目標を下回った</li> <li>・質の高い看護師の養成のため専門学校からR4に4年制カリキュラムの看護大学校への移行を実現</li> <li>・看護師国家試験合格率100%に向けた取り組みを実施               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1年次から全国模試を受験及び国家試験過去問題に取り組み</li> <li>2. 解剖生理と疾病論の行ったり来たりの学習を実施</li> <li>3. 国試公開模試の成績別にチューター制を導入し、各担当 教員が成績向上のため個別に指導を実施</li> </ol> </li> <li>・教員の教育実践力向上のための授業研究を実施</li> </ul>	A																				
	評価指標	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">応募者数</td> <td colspan="2">看専</td> <td colspan="2">看大</td> </tr> <tr> <td>区分</td> <td>R1 実績</td> <td>R2 実績</td> <td>R3 実績</td> <td>R4 実績</td> <td>R5 実績</td> </tr> <tr> <td>指標</td> <td>106人</td> <td>108人</td> <td>108人</td> <td>110人</td> <td>110人</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>133人</td> <td>117人</td> <td>128人</td> <td>80人</td> <td>78人</td> </tr> </table>					応募者数		看専		看大		区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	106人	108人	108人	110人	110人	実績	133人
応募者数		看専		看大																						
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																					
指標	106人	108人	108人	110人	110人																					
実績	133人	117人	128人	80人	78人																					
				R5に進捗した事項		法人評価																				
今年度の取組	看大	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師国家試験合格率100%に向けた取組み               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1年次から計画的な国家試験対策講座を実施</li> <li>2. 専門基礎科目(解剖生理・疾病論など)間の連動した学習</li> <li>3. チューター制導入による成績別対策を実施</li> <li>4. 国家試験対策にICTを活用(過去問WEB・アプリ)</li> </ol> </li> <li>・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)のシステム化による教育実践能力・授業評価の向上</li> <li>・全教員の学会発表、雑誌投稿に向け、教員の目標管理のためのFD(組織的な教員啓発)活動を実施</li> <li>・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(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)</li> <li>・コロナ禍においても3センターと連携し、柔軟にオンライン実習、学内実習を実施</li> </ul>		看大	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師国家試験合格率100%に向けた取り組み               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1年次から全国模試を受験及び国家試験過去問題に取り組み</li> <li>2. 解剖生理と疾病論の行ったり来たりの学習を実施</li> <li>3. 国試公開模試の成績別にチューター制を導入し、各担当 教員が成績向上のため個別に指導を実施</li> </ol> </li> <li>・教員の教育実践力向上のための授業研究を実施</li> <li>・総合医療センターの教育担当者・実習指導者から協力を得て、学生にとっての学習環境を考え整備(教員着用の赤ポロシャツを学生担当師長が着用し、教員と一緒に学生の指導など)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1年次、2年次の国家試験対策の評価の必要あり</li> <li>・大学校と臨床が協働し「教えること・学ぶこと」の能力向上のために継続的に話し合いの場をもつ</li> <li>・大学校と臨床の連携を強化し、よりシームレスな教育を実施するため、当校の教育理念の非常勤講師や実習施設へ浸透</li> <li>・学生が自律的に活動できる教育機会を提供</li> </ul>	A																			

大項目Ⅲ. 最高レベルの医の心と技をもった人材の確保・育成  
中項目3. 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 働きがいのある職場づくりの推進
- ◆取組項目③ 職場における健康確保対策の推進

中期目標の達成に向けた今年度の目標値					
<b>主要目標</b>					
職員調査で「仕事にやりがいを感じている」と回答した割合の向上					
所属	R1	R2	R3	R4	R5
法人全体	指標	50%	60%以上	65%以上	90%以上
	実績	55%	60.8%	55.7%	59.3%
<b>関連目標</b>					
男性の育児休業取得率の向上					
所属	R1	R2	R3	R4	R5
法人全体	指標	1人以上	1人以上	2人以上	10人以上
	実績	0人	1人	9人	19人
<b>関連目標</b>					
看護師在職率の維持					
所属	R1	R2	R3	R4	R5
3センター	指標	10%	9.4%	10%	9.1%
共通	実績	7.62%	6.46%	6.63%	6.76%
<b>関連目標</b>					
年次有給休暇取得日数の増加					
所属	R1	R2	R3	R4	R5
総合	指標	6日	7日	8日	10日
	実績	8.4日	10.4日	11.0日	10.0日
西和	指標	7日	7日	7日	10日
	実績	7.4日	7.4日	9.3日	9.8日
リハ	指標	10日	10日	10日	10日
	実績	7.3日	8.4日	9.1日	9.5日
<b>関連目標</b>					
復職支援実習の参加人数の増加					
所属	R1	R2	R3	R4	R5
3センター	指標	2人	6人	2人	2人
共通	実績	0人	0人	0人	0人
<b>主要目標</b>					
障害者雇用率の向上					
所属	R1	R2	R3	R4	R5
法人全体	指標	2.50%	2.6%以上	2.6%以上	2.7%以上
	実績	2.51%	2.45%	2.38%	2.36%
<b>関連目標</b>					
職員調査で「ワークライフバランスが図れている」と回答した割合の向上					
所属	R1	R2	R3	R4	R5
法人全体	指標	45%	50%以上	60%以上	90%以上
	実績	45.8%	52.5%	49.2%	55.5%

法人の評価		
新型コロナウイルス感染症拡大による影響	パターン(2)・(3)	○新型コロナウイルス感染症への対応のための業務が拡大し、職員への負担が増大した。 ○院内での新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、来院者の制限を行ったことで、特に障害者雇用に係る病院見学、実習の実施に影響があった。
年度	評価	総評
R5	A	○本部として、年休取得状況を示し、年休取得を促進するニュースレターを発行したことにより、年次有給休暇の取得日数は目標を達成した(目標:10日以上→実績11.3日)。 ○総合では、働き方改革実行プロジェクト委員会において超過勤務時間の縮減に向けての活動を行った。また、医師の働き方改革の実現に向けた労働時間規制に対応した労働時間短縮計画の説明会を実施した。 ○障害者雇用については、ハローワーク奈良、奈良障害者職業センターの協力のもと推進し、目標を達成した(目標:2.7%→実績:2.92%)。 ○職員の健康増進・啓発事業の実施回数が目標を上回る(目標:2回以上→実績:6回)など、職場における健康確保対策の推進を図った。
中期計画期間(R1~R5)	A	○新型コロナ感染症による業務の拡大や、職員の突発的な休暇による勤務調整等で超過勤務が増加し、「仕事にやりがいを感じている」「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を向上させることができなかった。 ○その他の評価指標については概ね目標を達成した。

取組項目①	働きやすい職場づくり	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																																																																																																																																																																																												
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>ワークライフバランスを実現します</li> <li>ハラスメント等相談体制を充実します</li> <li>タスクシフティング・タスクシェアリングを推進します</li> </ul>	総合																																																																																																																																																																																												
	評価指標	<p>一ヶ月平均の超過勤務時間数(職種別)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="6">西和</th> <th colspan="6">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師</td> <td>指標</td> <td>28時間</td> <td>28時間</td> <td>28時間</td> <td>28時間</td> <td>28時間</td> <td>指標</td> <td>27時間</td> <td>27時間</td> <td>26時間</td> <td>26時間</td> <td>25時間</td> <td>指標</td> <td>3時間</td> <td>3時間</td> <td>2時間</td> <td>2時間</td> <td>2時間</td> </tr> <tr> <td></td> <td>実績</td> <td>34.3時間</td> <td>35.7時間</td> <td>36時間</td> <td>34.8時間</td> <td>33.3時間</td> <td>実績</td> <td>24.5時間</td> <td>22.8時間</td> <td>23.5時間</td> <td>35.0時間</td> <td>36.7時間</td> <td>実績</td> <td>3時間</td> <td>1.1時間</td> <td>4.1時間</td> <td>8.2時間</td> <td>10.3時間</td> </tr> <tr> <td>看護師</td> <td>指標</td> <td>11時間</td> <td>11時間</td> <td>11時間</td> <td>11時間</td> <td>11時間</td> <td>指標</td> <td>10時間</td> <td>10時間</td> <td>10時間</td> <td>10時間</td> <td>10時間</td> <td>指標</td> <td>8時間</td> <td>8時間</td> <td>7時間</td> <td>7時間</td> <td>7時間</td> </tr> <tr> <td></td> <td>実績</td> <td>10.7時間</td> <td>7.1時間</td> <td>13.7時間</td> <td>12.9時間</td> <td>13.1時間</td> <td>実績</td> <td>13.4時間</td> <td>14.2時間</td> <td>13.7時間</td> <td>16.3時間</td> <td>16.4時間</td> <td>実績</td> <td>6.7時間</td> <td>8.8時間</td> <td>9.1時間</td> <td>8.8時間</td> <td>8.3時間</td> </tr> <tr> <td>その他の医療従事者</td> <td>指標</td> <td>16時間</td> <td>16時間</td> <td>16時間</td> <td>16時間</td> <td>16時間</td> <td>指標</td> <td>17時間</td> <td>17時間</td> <td>16時間</td> <td>16時間</td> <td>15時間</td> <td>指標</td> <td>9時間</td> <td>9時間</td> <td>9時間</td> <td>9時間</td> <td>8時間</td> </tr> <tr> <td></td> <td>実績</td> <td>14.7時間</td> <td>12.0時間</td> <td>11.1時間</td> <td>11.5時間</td> <td>13.3時間</td> <td>実績</td> <td>8時間</td> <td>6.8時間</td> <td>8.5時間</td> <td>8.1時間</td> <td>8.3時間</td> <td>実績</td> <td>9.4時間</td> <td>12.4時間</td> <td>13.6時間</td> <td>12.5時間</td> <td>10.3時間</td> </tr> <tr> <td>事務</td> <td>指標</td> <td>20時間</td> <td>20時間</td> <td>20時間</td> <td>20時間</td> <td>20時間</td> <td>指標</td> <td>23時間</td> <td>23時間</td> <td>22時間</td> <td>22時間</td> <td>21時間</td> <td>指標</td> <td>9時間</td> <td>9時間</td> <td>9時間</td> <td>9時間</td> <td>8時間</td> </tr> <tr> <td></td> <td>実績</td> <td>19.9時間</td> <td>14.9時間</td> <td>12.3時間</td> <td>12.9時間</td> <td>16.5時間</td> <td>実績</td> <td>27.6時間</td> <td>40時間</td> <td>23.9時間</td> <td>31.4時間</td> <td>23.2時間</td> <td>実績</td> <td>7.7時間</td> <td>16.4時間</td> <td>17.4時間</td> <td>18.9時間</td> <td>18.3時間</td> </tr> </tbody> </table>	総合						西和						リハ						区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	医師	指標	28時間	28時間	28時間	28時間	28時間	指標	27時間	27時間	26時間	26時間	25時間	指標	3時間	3時間	2時間	2時間	2時間		実績	34.3時間	35.7時間	36時間	34.8時間	33.3時間	実績	24.5時間	22.8時間	23.5時間	35.0時間	36.7時間	実績	3時間	1.1時間	4.1時間	8.2時間	10.3時間	看護師	指標	11時間	11時間	11時間	11時間	11時間	指標	10時間	10時間	10時間	10時間	10時間	指標	8時間	8時間	7時間	7時間	7時間		実績	10.7時間	7.1時間	13.7時間	12.9時間	13.1時間	実績	13.4時間	14.2時間	13.7時間	16.3時間	16.4時間	実績	6.7時間	8.8時間	9.1時間	8.8時間	8.3時間	その他の医療従事者	指標	16時間	16時間	16時間	16時間	16時間	指標	17時間	17時間	16時間	16時間	15時間	指標	9時間	9時間	9時間	9時間	8時間		実績	14.7時間	12.0時間	11.1時間	11.5時間	13.3時間	実績	8時間	6.8時間	8.5時間	8.1時間	8.3時間	実績	9.4時間	12.4時間	13.6時間	12.5時間	10.3時間	事務	指標	20時間	20時間	20時間	20時間	20時間	指標	23時間	23時間	22時間	22時間	21時間	指標	9時間	9時間	9時間	9時間	8時間		実績	19.9時間	14.9時間	12.3時間	12.9時間	16.5時間	実績	27.6時間	40時間	23.9時間	31.4時間	23.2時間	実績	7.7時間	16.4時間	17.4時間	18.9時間	18.3時間	西和
		総合						西和						リハ																																																																																																																																																																																	
区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																																																																																																																														
医師	指標	28時間	28時間	28時間	28時間	28時間	指標	27時間	27時間	26時間	26時間	25時間	指標	3時間	3時間	2時間	2時間	2時間																																																																																																																																																																													
	実績	34.3時間	35.7時間	36時間	34.8時間	33.3時間	実績	24.5時間	22.8時間	23.5時間	35.0時間	36.7時間	実績	3時間	1.1時間	4.1時間	8.2時間	10.3時間																																																																																																																																																																													
看護師	指標	11時間	11時間	11時間	11時間	11時間	指標	10時間	10時間	10時間	10時間	10時間	指標	8時間	8時間	7時間	7時間	7時間																																																																																																																																																																													
	実績	10.7時間	7.1時間	13.7時間	12.9時間	13.1時間	実績	13.4時間	14.2時間	13.7時間	16.3時間	16.4時間	実績	6.7時間	8.8時間	9.1時間	8.8時間	8.3時間																																																																																																																																																																													
その他の医療従事者	指標	16時間	16時間	16時間	16時間	16時間	指標	17時間	17時間	16時間	16時間	15時間	指標	9時間	9時間	9時間	9時間	8時間																																																																																																																																																																													
	実績	14.7時間	12.0時間	11.1時間	11.5時間	13.3時間	実績	8時間	6.8時間	8.5時間	8.1時間	8.3時間	実績	9.4時間	12.4時間	13.6時間	12.5時間	10.3時間																																																																																																																																																																													
事務	指標	20時間	20時間	20時間	20時間	20時間	指標	23時間	23時間	22時間	22時間	21時間	指標	9時間	9時間	9時間	9時間	8時間																																																																																																																																																																													
	実績	19.9時間	14.9時間	12.3時間	12.9時間	16.5時間	実績	27.6時間	40時間	23.9時間	31.4時間	23.2時間	実績	7.7時間	16.4時間	17.4時間	18.9時間	18.3時間																																																																																																																																																																													
		リハ																																																																																																																																																																																													
		看大																																																																																																																																																																																													

年次有給休暇の取得日数						研修セ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勤怠システムと朝のミーティングで業務調整を行い、計画的に休暇を取得</li> <li>・ジョブローテーションによる、業務の効率化</li> </ul>	S
法人全体								
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	本部	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、法人全体の年次有給休暇の取得日数は、中期計画最終年度の目標を上回った</li> <li>・計画的な休暇取得を推進</li> </ul>	S
指標	7日	8日	9日	10日以上	10日以上			
実績	8日	9.3日	10.3日	9.9日	11.3日			

		R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価	
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>働き方改革実行プロジェクト委員会を継続</li> <li>超過勤務削減に向けての取組みを継続</li> <li>年次有給休暇の計画的な取得を推進</li> <li>夜勤明けの帰宅が可能な体制を整備</li> <li>医師の当直制導入に向けた体制を整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>働き方改革実行プロジェクト委員会により継続して活動を実施</li> <li>医師の働き方改革の実現に向けた労働時間規制に対応した労働時間短縮計画の説明会を1月に2回実施し、以降も欠席者に向けた説明会を都度開催</li> <li>総務課より休暇取得状況を4ヶ月毎に報告取得を促す</li> <li>部門内で年休取得状況を一元管理することで、全スタッフで状況を共有</li> <li>計画的な休暇取得を推進</li> <li>小児当番は当直許可の承認を受ける</li> <li>集中治療科医師の2交替制勤務を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新型コロナウイルス感染症による職員の突発的な休暇による勤務調整で、超過勤務が発生</li> <li>2交替制勤務の維持のための人員確保</li> <li>R6診療報酬改定の柱である医師の働き方改革に向け、一層の検討が必要</li> </ul>	S
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員意見箱(看護部)を活用し、潜在的な問題の顕在化を図り早期発見・早期対応に繋げる</li> <li>看護補助者の活用を推進</li> <li>年次有給休暇取得状況を集計し、所属長を通じ適切な年休の取得を推進、特に医師の年次有給休暇取得状況については病院連絡会で各診療科毎に通知</li> <li>超過勤務が多い原因について衛生委員会で把握・分析を実施</li> <li>超過勤務の実績についても、毎月の衛生委員会で80時間を超える職員について報告、職員本人及び所属長に対して通知を実施、場合によっては「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト」の提出を求める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4～9月意見箱への意見件数89件であり、業務上の困り事やウェア、ロッカーの過不足の調整等に対して即時対応</li> <li>看護補助者の活用推進を看護主任会で取り組み、11月より夜間看護補助体制加算取得に向けて、患者に有益な活用を目指して業務整理等を実施</li> <li>職員の年次有給休暇取得状況について、複数回幹部会議及び病院連絡会にて各所属長に説明を実施</li> <li>超過勤務が多い原因については衛生委員会で毎月検討を実施し、超勤時間の多い所属に対して面談を実施</li> <li>毎月衛生委員会で議論し、各所属で業務改善を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>意見箱は無記名で意見や提案を出す仕組みであり、個人攻撃や不満に留まる内容が散見されるが、前向きで建設的な意見を増加させることが課題</li> <li>11月からの夜間の看護補助者の配置が患者に有益、且つ、スタッフの負担軽減、時間外勤務削減に繋がるように進捗確認を実施</li> <li>休暇の取得状況について、毎月モニタリングを実施し、取得状況の悪い所属があったが、100%取得済</li> <li>超過勤務が多い所属に対して面談を実施</li> <li>業務改善が進んでいない部署と、マンパワーが不足している部署があるので、引き続き検討</li> </ul>	A
	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>勤怠管理システムのデータ活用し、改善に向けた取組みを実施</li> <li>年次有給休暇の計画的な取得の推進に向け、衛生委員会等で協議</li> <li>業務の効率化に向けたフレキシブルな勤務体制を検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>勤怠管理システム導入完了</li> <li>年次有給休暇取得の促進について、衛生委員会で全職員の休暇取得状況を報告し、各職員に計画取得を上長より指示</li> <li>年休5日取得義務対象者全員が5日以上取得</li> <li>放射線技師、リハビリ療法士のフレックス勤務を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>勤怠システムの円滑な運用のため、承認者、各職員の意識向上が必要</li> <li>超過勤務時間の縮減に向け、その原因分析と対策について検討必要</li> <li>計画的な年休取得に努め年間で10日以上となるよう、衛生委員会で随時報告</li> </ul>	A
	看大	<ul style="list-style-type: none"> <li>本校とサテライトキャンパスとの勤務規程等を整備</li> <li>学校暦に合わせた、計画的な休暇取得(12月までに最低年休5日・夏休3日)</li> <li>勤怠管理システムの適正な運用</li> <li>超過勤務時間や休暇取得の公平性の向上(情報の見える化、年度計画による連休の取得)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>年次有給休暇取得義務日数を達成(年度途中からの休業者を除く)</li> <li>休暇の取得について、公平性を担保できるように、毎月の希望表を1年間提示し見える化に務めた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>超過勤務の状況を毎月把握し、原因分析と対策について検討、業務改善に努める</li> <li>令和7年度に向けて本校とサテライトキャンパス間における勤務体制を検討</li> </ul>	A
	研修セ	<ul style="list-style-type: none"> <li>勤怠管理システムの定期確認により計画的な年休取得を推進(上期(9月末)までに最低3日、夏期休暇3日)</li> <li>タスクシフティング・タスクシェアリングを推進</li> <li>研修準備を計画的に実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎月:スケジュール管理システム(グループウオッチャ)でスタッフ間の業務・休暇の共有</li> <li>毎朝:スタッフ間の業務把握・分担作業を実施</li> <li>夏休3日、年休2日以上取得(9月末時点)</li> <li>10月～有期雇用2名のジョブローテーションを実施</li> <li>次年度研修事業の計画開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎朝のミーティングやスケジュール管理システムで業務・休暇取得状況を把握することで計画的に有給休暇を取得</li> <li>年間活動計画を張り出し研修準備を計画的に実施</li> <li>9月から次年度の研修を計画</li> </ul>	S
	本部	<ul style="list-style-type: none"> <li>ワークライフバランスの推進に向け、年次有給休暇の計画的な取得を推進</li> <li>長時間労働の実態把握を行い、改善のための制度の活用・見直し</li> <li>タスクシフティング・タスクシェアリングの推進に向け、必要な制度等を検討</li> <li>障害者雇用の推進に向け、積極的な採用により、法定雇用率を達成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>年次有給休暇取得状況、休暇取得促進についてGreenLeaves Vol.24にて周知</li> <li>障害者雇用の推進に向け、ハローワーク奈良、奈良障害者職業センター等の協力を仰ぎながら、採用活動を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>WLBには多様な視点があり共通した指標を基に取り組んでいく必要があることから、引き続き「年次有給休暇取得」、「時間外労働短縮」「男性育休取得率の向上」の視点を軸とし、休暇取得促進、必要な制度の見直しを継続</li> <li>障害者雇用数は増加し、R6.3月時点で法定雇用率を達成しているが、引き続き障害者雇用の推進する必要あり</li> </ul>	A

取組項目②		働きがいのある職場づくりの推進	中期計画期間(R1~R5)の実績		法人評価																				
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 適切な人事評価を実施します</li> <li>✓ 経営連動型手当等の各種インセンティブを導入・拡充します</li> </ul>	本部	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、人事評価制度の進捗については、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>・適切な人事評価の実施</li> </ul>	S																				
	評価指標	人事評価制度の進捗 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">本部</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>賞与・昇級反映</td> <td>賞与・昇級反映</td> <td>賞与・昇級反映</td> <td>賞与・昇級反映</td> <td>賞与・昇級反映</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>賞与・昇級反映</td> <td>賞与・昇級反映</td> <td>賞与・昇級反映</td> <td>賞与・昇級反映</td> <td>賞与・昇級反映</td> </tr> </tbody> </table>				本部						区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	賞与・昇級反映	賞与・昇級反映	賞与・昇級反映	賞与・昇級反映	賞与・昇級反映	実績	賞与・昇級反映
本部																									
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																				
指標	賞与・昇級反映	賞与・昇級反映	賞与・昇級反映	賞与・昇級反映	賞与・昇級反映																				
実績	賞与・昇級反映	賞与・昇級反映	賞与・昇級反映	賞与・昇級反映	賞与・昇級反映																				
今年度の取組	本部	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価者に対する研修を実施</li> <li>・管理職研修等を通し、人事評価制度について周知</li> <li>・法人の業績に応じた手当制度を運用</li> <li>・各所属の業務実態に応じた力量評価シートを運用</li> </ul>	R5に進捗した事項 <ul style="list-style-type: none"> <li>・人事評価制度に関する評価者研修を実施(5月・10月)</li> <li>・行動評価の際にISO9001に係る力量評価を活用</li> </ul>	R5の課題・問題点 <ul style="list-style-type: none"> <li>・新たなインセンティブについての検討</li> <li>・R6に向けては、10月の評価者研修を期中評価実施前に受講できるように日程調整を実施</li> </ul>	S																				

取組項目③		職場における健康確保対策の推進	中期計画期間(R1~R5)の実績		法人評価																				
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 定期健康診断の受診を徹底します</li> <li>✓ メンタルヘルスキューアの実施を推進します</li> </ul>	本部	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、職員の健康増進・啓発事業の実施回数については、中期計画最終年度の目標を大きく上回った</li> <li>・定期健康診断の受診徹底とメンタルヘルスキューアの実施</li> </ul>	S																				
	評価指標	職員の健康増進・啓発事業の実施回数 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">本部</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>2回</td> <td>2回以上</td> <td>2回以上</td> <td>2回以上</td> <td>2回以上</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>3回</td> <td>4回</td> <td>5回</td> <td>6回</td> <td>6回</td> </tr> </tbody> </table>				本部						区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績	指標	2回	2回以上	2回以上	2回以上	2回以上	実績	3回
本部																									
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5実績																				
指標	2回	2回以上	2回以上	2回以上	2回以上																				
実績	3回	4回	5回	6回	6回																				
今年度の取組	本部	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期健康診断の状況を把握し、定期的に情報を共有</li> <li>・定期健康診断追加健診等の精密検査受診勧奨の徹底と受診率を向上</li> <li>・ストレスチェックの実施を通し、メンタル状況の把握・ケア体制を充実</li> </ul>	R5に進捗した事項 <ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診に係る「要医療・要精密検査者」への早期受診勧奨の継続に加え、R4より、人間ドック受診者への受診勧奨(受診報告依頼)を所属へ依頼</li> <li>・採用者の抗体獲得については、採用者への依頼・報告書式をブラッシュアップしわかりやすい抗体獲得への依頼を継続</li> <li>・8月に全職員対象にストレスチェックを実施(受検率86.9%)、高ストレス者からの申出に基づき医師面談を実施する一方、職場別・職種別の集団分析を行い、11月から12月にかけて各所属で報告会を開催</li> <li>・共済組合と密に連携をとり、特定保健指導対象者への受講勧奨を開始</li> </ul>	R5の課題・問題点 <ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診による精密検査受診勧奨については、今後も職員の健康確保のために取り組みを継続</li> <li>・人間ドック受診者への受診勧奨について所属との情報共有を継続し、精検受診率の向上を目指す</li> <li>・入職者の抗体獲得状況について、12月の採用者報告後に評価</li> <li>・集団分析の結果も踏まえ、メンタル不調の未然予防、早期発見に努める</li> <li>・R5.11月より受講勧奨開始し、今後の受講率向上を目指す</li> </ul>	S																				

大項目Ⅳ. 自立した法人経営  
中項目1. 権限と責任を明確にしたガバナンス体制の確立

◆取組項目① 内部統制体制の充実・強化

中期目標の達成に向けた今年度の目標値

主要目標						
第2期中期目標に掲げる目標の達成						
所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	
法人 全体	指標	目標達成に向けた 取組の継続的実施	目標達成に向けた 各種取組の実施	目標達成に向けた 各種取組の実施	目標達成に向けた 各種取組の実施	目標達成
	実績	目標達成に向けた 各種取組の実施	目標達成に向けた 各種取組の実施	目標達成に向けた 各種取組の実施	目標達成に向けた 各種取組の実施	目標達成

関連目標						
職員の中期目標・中期計画の理解度100%を目指す						
所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	
法人 全体	指標	60%	70%	70%	70%	100%
	実績	59.1%	61.3%	48.2%	73.9%	74.9%

法人の評価		
年度	評価	総評
R5	A	<p>○法人理念や理事会等での重要決定事項が全職員に徹底されるよう、ニュースレターの発行及び各所属の幹部会議やグループウェアの利用等様々な方法で周知。</p> <p>○看大では、法人の理念等を入学オリエンテーションで説明を行うとともに、各教室に掲示することで、理念の浸透を図った。</p> <p>○各種研修において、法人の理念の定着を図る内容の研修を実施し、延べ999人が受講した。</p>
中期計画 期間 (R1～R5)	A	<p>○評価指標で目標としていた、職員アンケートで「法人の理念・中期目標等のとおり行動している」と回答した職員の割合については、中期計画最終年度の目標を概ね達成した。</p>

取組項目①	内部統制体制の充実・強化	中期計画期間(R1～R5)の実績	法人評価																									
中期 計画	<p>具体的な行動計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 法人理念の浸透・共有を推進します</li> <li>✓ 部長会等での決定事項を職員に徹底します</li> </ul>	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、職員アンケートで「法人の理念・中期目標等のとおり行動している」と回答した職員の割合については、中期計画最終年度の目標を概ね達成</li> <li>・院内ポータルサイトを活用し、法人理念の浸透・共有を推進</li> <li>・各所属において、定例ミーティングやカンファレンスを利用し、所属内で重要事項の情報を共有</li> <li>・法人理念の浸透を目的とした研修を奈良県総合医療センター主導で実施(R5に2回)</li> </ul>	A																								
	<p>職員アンケート調査で「法人の理念・中期目標等のとおり行動している」と回答した職員の割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">法人全体</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>60%</td> <td>63%</td> <td>70%</td> <td>75%</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>59.1%</td> <td>61.3%</td> <td>48.2%</td> <td>73.9%</td> <td>74.9%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(※R3から回答方式を紙媒体からWEB方式に見直し)</p>	法人全体						区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	60%	63%	70%	75%	80%	実績	59.1%	61.3%	48.2%	73.9%	74.9%	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・R3下期より、事務系端末から院内ポータル(サイボウズOffice)にアクセスが可能となり、職員への周知事項を効率化</li> <li>・理事会や病院連絡会で決定した事項を定期的に職員へ発信</li> </ul>	A
	法人全体																											
	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																						
	指標	60%	63%	70%	75%	80%																						
	実績	59.1%	61.3%	48.2%	73.9%	74.9%																						
	評価指標		リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人理念の浸透・共有し、職員・部門のベクトルを揃え、法人理念に基づく事業計画から各所属の目標を設定し、到達できる仕組みを構築</li> <li>・各会議の資料及び議事録をグループウェアに格納することで職員全員の閲覧を可能とし、決定事項などの周知を実施</li> </ul>	A																							
		看大	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、始講式や入学オリエンテーションにおいて学生に対して説明</li> <li>・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</li> <li>・個人面談において、ディプロマポリシーを踏まえて、学生の行動指針を提示</li> </ul>	A																								
		研修セ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の理念を意識して研修企画運営し、講師にも理念の共有</li> <li>・ニュースレターを掲示板に掲示、部長会資料の共有</li> </ul>	A																								
		本部	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、職員アンケートで「法人の理念・中期目標等のとおり行動している」と回答した職員の割合については、中期計画最終年度の目標を概ね達成</li> <li>・資料の供覧等を実施し、理事会等での決定事項等を周知・徹底</li> <li>・中期計画期間(R1～R5)中に計18回のニュースレターを発行</li> </ul>	A																								

		R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価	
今年度の取組	総合	・グループウェア等を活用し、幹部会議及び各種委員会等の情報共有を徹底	・毎月実施の執行部会、幹部会、部長会の資料をグループウェア(サイボウズ)のファイル管理に掲載し情報共有を実施 ・コロナ対策会議の内容をサイボウズで都度配信 ・事務部門では毎朝課毎に朝礼を実施、当日の申し送り事項を職員全体で共有	・グループウェア(サイボウズ)による案内を職員全員が必ず目を通す工夫が必要	A
	西和	・グループウェア等を活用し、幹部会議及び病院連絡会並びに各種委員会の情報共有を徹底	・幹部会議、病院連各会等で決定したことを院内ポータルを活用し、全職員に周知を実施	・院内ポータルにて定期的な通知を実施しているが、確認せずにいる職員もいることから周知の徹底が不十分	A
	リハ	・グループウェア等を活用し、幹部会議及び各種委員会等の情報共有を徹底 ・病床運用、リハビリ実施件数、医療安全・感染対策研修など教育研修等の情報をグループウェアを活用し発信	・グループウェアの活用を実施し、職員への院内決議事項・継続審議事項等の周知徹底のため、幹部会議・各種委員会等の資料・議事録をグループウェア内に格納 ・グループウェアトップページに病床稼働率、リハビリ実施件数等を日々更新し、実績を掲載 ・医療安全・感染対策研修などの教育研修情報をグループウェアのお知らせ機能を活用し発信	・職員配信情報をグループウェアで閲覧することを習慣化し、現状を具体的に把握、職員全員で課題解決に参画する仕組みの構築 ・閲覧を習慣付けるための継続したアナウンス	A
	看大	・学校の理念、目標とそれによるディプロマ(卒業認定・学位授与)、カリキュラム、アドミッション(入学者受入)の3つのポリシーを校内に掲示するとともに、携帯カード、学生手引きなどに明示 ・中期目標について、学生が学習する機会を作る	・法人の理念、学校の理念と3つのポリシーを各教室に掲示し、入学オリエンテーションにて上記について説明 ・法人の学生の一人として、あおによし祭りの参加、災害訓練の参加、清掃ボランティア活動へ参加 ・イベントの後には法人の学生としての心構えや行動の評価を校長や事務長のメッセージとして伝えた ・ディプロマポリシー(卒業時の到達度)を踏まえて実習目標や実習評価基準を作成 ・個人面談時にはディプロマポリシーを踏まえて学生の行動指針を提示	・法人や学校の理念、3つのポリシーが学生の行動レベルにまでは落とし込めていないため、今後も折に触れ、特にディプロマポリシーを学生の行動指針として説明が必要	A
	研修セ	・法人の理念・中期目標等の浸透・定着を図る内容の研修を実施	以下の研修にて法人の理念・定着を図る内容を実施 ・4/3 新規採用職員研修前期:213名 ・5/31、7/11 ファシリテータ養成研修:18名 ・7/19 新任係長級職員研修:55名 ・8/10 新任副部長級職員研修:39名 ・10/11、18、25 新規採用職員研修後期:192名 ・11/1、8、15 5年目職員研修:127名 ・10/14ホスピタリティ研修:355名	・引き続き、法人の理念・定着を図る内容の研修を企画・実施	A
	本部	・理事会等の会議での重要な決定事項を周知・徹底するため、ニュースレター等の発行を継続 ・研修等の機会を活用し、法人理念・中期目標等の浸透を図る	・理事会等会議資料の供覧を実施し、会議出席者以外にも情報を共有 ・ニュースレターを4、8、9、11月で、計5回発行(8月は2回発行)	・継続して、資料の供覧等を実施し、理事会等での決定事項等を周知・徹底 ・継続して、適宜、ニュースレターを発行	A



大項目Ⅳ. 自立した法人経営

中項目2. 持続可能な経営基盤の確立 ①財務内容の改善

◆取組項目① 経営基盤強化対策の着実な実施

中期目標の達成に向けた今年度の目標値											
主要目標						関連目標					
経常収支比率の改善(上昇)						繰越欠損金の縮減					
所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績
3セ ン ター 共 通	指標 93.4%	94.8%	98.4%	99.8%	99.9%	本部	指標 145億円	162億円	153.5億円	125.4億円	109.7億円
	実績 93.6%	104.1%	105.7%	97.6%	89.9%		実績 145.4億円	131.1億円	110.6億円	95.2億円	137.4億円

法人の評価		
新型コロナウイルス感染症拡大による影響	パターン (1)	○新型コロナウイルス感染症入院病床確保のため、一般病床が逼迫し、入院や手術の制限が生じた。
年度	評価	総評
R5	B	<p>○医業収益は、新型コロナウイルス感染症5類移行後の稼働病床数の増加、病床稼働率の増加、外来患者数の増加等により、機構全体で333.3億円(前年比31.9億円の増加)となった。</p> <p>○医業費用は、働き方改革等への対応に伴う職員数の増加による給与費の増、高度医療の増加等による材料費の増、委託費増や光熱水費高騰による経費の増等により、機構全体で416.1億円(前年比25.4億円の増加)となった。</p> <p>○経常利益は、機構全体で▲43.2億円(前年比33.6億円の減少、予算に対しては6.1億円の減少)となった。</p>
中期計画期間 (R1~R5)	A	<p>経常収支比率については、中期目標最終年度の目標を下回った。</p> <p>総合医療センターの稼働病床の増床をはじめ、断らない救急医療、急性期医療の提供により医業収益が増加する一方、人員増による給与費の増加、医薬材料費の増加、光熱水費・燃料費の高騰や労務単価上昇等に伴う委託の増による経費の増加など、収益を上回る費用の増加により収支は悪化。</p> <p>一方R2以降、新型コロナウイルス感染症と通常医療との両立し、断らない救急医療を含め公立病院の役割を担った。</p>

取組項目①	経営基盤強化対策の着実な実施	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																																																																																																																																													
中期計画	<p>具体的な行動計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医業収入を増加します</li> <li>✓ 医業費用を節減します</li> </ul>	<p>総合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いずれの評価指標についても、中期計画最終年度の目標を下回った</li> <li>・収益確保策として稼働病床数の増床を実施 R2 6階東病棟 2床増床 R3 ICU 4床増床 R4 5西病棟のうち6床をSCUに変換 R5 稼働病床数を27床増床(3階東病棟 1床、3階西病棟 6床増床、4階東病棟 4床増床、4階西病棟 3床増床、5階東病棟 4床増床、5階西病棟 2床増床、SCU 3床増床、6階西病棟 4床増床)</li> <li>・診療報酬請求の査定に関して、査定通知や診療報酬請求精度調査を活用し査定率の改善に取り組んだ。</li> <li>・R1.4月よりNHAに加入し、共同購入品への切り替え及び新規採用を実施</li> <li>・R5.10月より医薬品購入においてプロポーザル方式を導入することにより、購入コストの削減を実現</li> </ul>	A																																																																																																																																													
	<p>評価指標</p> <p>経常収支比率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="5">西和</th> <th colspan="5">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>91%</td> <td>93%</td> <td>96%</td> <td>97%</td> <td>101%</td> <td>指標</td> <td>101%</td> <td>100%</td> <td>101%</td> <td>101%</td> <td>100%</td> <td>指標</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>101%</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>91.9%</td> <td>101.7%</td> <td>102.4%</td> <td>96.2%</td> <td>92.8%</td> <td>実績</td> <td>96.7%</td> <td>114.9%</td> <td>122.7%</td> <td>109.9%</td> <td>87.0%</td> <td>実績</td> <td>95.8%</td> <td>94.1%</td> <td>94.6%</td> <td>85.3%</td> <td>86.3%</td> </tr> </tbody> </table> <p>医業収支比率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="5">西和</th> <th colspan="5">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>90%</td> <td>92%</td> <td>95%</td> <td>96%</td> <td>100%</td> <td>指標</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>指標</td> <td>99%</td> <td>99%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>92.0%</td> <td>88.0%</td> <td>89.0%</td> <td>88.0%</td> <td>90.0%</td> <td>実績</td> <td>96.0%</td> <td>83.0%</td> <td>82.0%</td> <td>77.0%</td> <td>80.0%</td> <td>実績</td> <td>95.0%</td> <td>93.0%</td> <td>94.0%</td> <td>83.0%</td> <td>85.0%</td> </tr> </tbody> </table>		総合						西和					リハ					区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	91%	93%	96%	97%	101%	指標	101%	100%	101%	101%	100%	指標	100%	100%	100%	100%	101%	実績	91.9%	101.7%	102.4%	96.2%	92.8%	実績	96.7%	114.9%	122.7%	109.9%	87.0%	実績	95.8%	94.1%	94.6%	85.3%	86.3%	総合						西和					リハ					区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	90%	92%	95%	96%	100%	指標	100%	100%	100%	100%	100%	指標	99%	99%	100%	100%	100%	実績	92.0%	88.0%	89.0%	88.0%	90.0%	実績	96.0%	83.0%	82.0%	77.0%	80.0%	実績	95.0%	93.0%	94.0%	83.0%	85.0%	<p>西和</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いずれの評価指標についても、中期計画最終年度の目標を下回った</li> <li>・R2~R4は、疑似症を含む新型コロナウイルス感染症患者を積極的に受け入れる必要があり、入院病棟の設置(以降、コロナ病棟という)及び感染防止目的に多数の病床を休床としたため、診療報酬上の特例措置はあったものの、入院患者数が減少し医業収入が減少</li> <li>・R5.5から新型コロナウイルス感染症は、5類感染症に移行したが、感染者数はゼロにはならず、コロナ病棟及び休床が継続したことが、R5の医業収支比率の低下に直結</li> <li>・当センターは各病棟にトイレが1カ所しかなく、病棟の一部をコロナ病床として運用することが困難であったため、何床かのコロナ病床のために1病棟をコロナ病棟として対応せざるを得なかったことも影響</li> <li>・疑似症を含む新型コロナウイルス感染症患者の受け入れに伴い、R2~R4は補助金により、経常収支は大きく指標を上回った</li> <li>R5は5類感染症に移行し、コロナ病床を確保したまま、補助金が減少したため、経常収支比率が大きく減少</li> </ul>	B
	総合						西和					リハ																																																																																																																																				
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																																																																																																																															
指標	91%	93%	96%	97%	101%	指標	101%	100%	101%	101%	100%	指標	100%	100%	100%	100%	101%																																																																																																																															
実績	91.9%	101.7%	102.4%	96.2%	92.8%	実績	96.7%	114.9%	122.7%	109.9%	87.0%	実績	95.8%	94.1%	94.6%	85.3%	86.3%																																																																																																																															
総合						西和					リハ																																																																																																																																					
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																																																																																																																															
指標	90%	92%	95%	96%	100%	指標	100%	100%	100%	100%	100%	指標	99%	99%	100%	100%	100%																																																																																																																															
実績	92.0%	88.0%	89.0%	88.0%	90.0%	実績	96.0%	83.0%	82.0%	77.0%	80.0%	実績	95.0%	93.0%	94.0%	83.0%	85.0%																																																																																																																															
		<p>リハ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いずれの評価指標についても、中期計画最終年度の目標を下回った</li> <li>・経営分析を行い課題を抽出し職員に問題点の共有</li> <li>・R6の収支改善策の作成を行い、全職員対象に説明会を実施</li> <li>・診療報酬改定に対応し医療収入増を図るため、新たな施設基準の届け出</li> </ul>	A																																																																																																																																													

		R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価	
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院運営戦略会議による経営改善(収益増加案及び費用削減案)に取り組む</li> <li>・指導料・加算の算定状況を精査し、算定件数の増加を図る</li> <li>・診療報酬請求の査定率 0.2%以下</li> <li>・共同購入品への切り替えを促進</li> <li>・DPCの医療機関別係数の増加へ向けて取り組む</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院運営戦略会議で、経営改善に向けた取り組みとしてPFM(Patient Flow Management)、外来逆紹介、土曜日手術の実施等を提案、それぞれにワーキンググループを立ち上げ具体的な実施に向けて活動中</li> <li>PFMにおいては1月より4階西病棟で導入開始しており、2024年4月より全病棟を対象に実施</li> <li>・今年度の診療報酬請求の査定率 入院0.27% 外来0.33%</li> <li>・共同購入への切り替えを11品目(内、欠点对応としての切替2品目)、新規採用品は7品目</li> <li>・病院経営分析ソフトを活用して、経営状況のベンチマークを随時確認し、病院運営戦略会議などの検討材料として活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・共同購入の活用については価格面以外にも使い勝手や耐久性で切り替えが難しいケースがある</li> <li>また物価や人件費の高騰による支出の増加もあるため、共同購入以外にも、医療機器保守料や消耗品等の選定を見直し、支出全体の縮減を目指す</li> <li>・査定通知や診療報酬精度調査の結果に基づき、維持算定での運用ルールの見直し、診療報酬算定のルールの情報共有を定期的実施することで請求制度の向上につなげる。</li> </ul>	A
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・DPC特定病院群取得</li> <li>・看護師から他職種へのタスクシフト</li> <li>・救急受入件数の増加</li> <li>・紹介患者数の増加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医事課・経営企画室協働で適切なDPCコーディングのための症例検討会を毎月1回開催</li> <li>・DPC特定病院群取得のため、着手すべきは内保連の特定内科疾患に該当する症例増加に向けた取組と診療密度であり、職員全員の理解を目標とし、カンファレンスでの説明や院内ポータルでの一覧掲示を実施</li> <li>・看護師から各コメディカル部門への委譲・協働項目は、話し合いを実施し、経過を経営戦略委員会にて適宜報告を実施</li> <li>・大項目Ⅰ. 中項目2. 取組項目①救急患者受入体制の充実強化を参照</li> <li>・医療機関訪問の強化は、順次訪問を実施しており、状況に応じて幹部会にて報告を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・DPC特定病院群取得の調査は、2年に1度、1年間の調査のため、調査期間外に根付いた意識や知識を維持するために全体発信することが課題</li> <li>・大項目Ⅰ. 中項目2. 取組項目①救急患者受入体制の充実強化を参照</li> <li>・開業医の依頼を断らない体制構築については検討中</li> </ul>	A
	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来患者数を増加</li> <li>・経費削減・抑制対策を実施(委託契約の見直し、後発医薬品への変更による薬品費の抑制・価格交渉の促進による器械備品、診療材料費の抑制、保守点検契約の集約化による医療機器関係経費の抑制、水道光熱費の抑制)</li> <li>・未収金発生防止に向けた医事課と患者支援センターとの連携強化</li> <li>・オンライン資格認証の活用により保留レセプトを削減</li> <li>・電子カルテデータの経営改善への活用方法を検討</li> <li>・R6診療報酬改定の情報収集を積極的に行い、当センターに適した施設基準を検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来患者数増加に向けて、再診期間の見直しを実施</li> <li>・出前講座・県民公開講座など地域貢献を行い、地域の病院認知度向上を図る</li> <li>・当センターへ紹介が多い医療機関(11病院)を訪問し、更なる顔のみえる関係の強化</li> <li>・11月に退院患者サポート室において相談窓口の運用開始し、回復期リハビリテーション病棟退院後の患者フォローを実施</li> <li>・高騰する電力代を抑制するため、ワーキングチームにより、院内で情報共有のうえ職員への啓発活動を積極的に実施</li> <li>・消灯や蛍光灯の間引き・冷暖房の温度調整を行うなど費用を抑制</li> <li>・消耗品費の抑制に関しては同等品の採用を検討、より安価な物品購入を図る</li> <li>・毎月1回算定できる二次骨折予防継続管理料(500点)の増加(R4:11件、R5:26件)</li> <li>・R5に患者サポート体制充実加算、栄養サポートチーム加算、療養・就労両立支援指導料の新規届出を行い、患者サポート体制充実加算(70点)に関して、465件を算定</li> <li>・入院料未収について転院前より、医事課と患者支援センターが連携し、患者情報を共有</li> <li>・オンライン資格認証の活用により、保留レセプトの削減効果及び限度額認定確認が即座に出来るため患者サービスに貢献</li> <li>・R6診療報酬改定に向け情報収集を積極的に行い、施設基準の申請を滞りなく準備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後も電力単価が上昇する可能性があり、引き続き節電及び経費削減が必要</li> <li>・電子カルテデータの経営改善への活用システムの導入について検討</li> <li>・R6診療報酬改定によって、「体制強化加算(200点)」が削除となり、新たな収益となる算定項目を検討</li> </ul>	A

大項目Ⅳ. 自立した法人経営  
中項目2. 持続可能な経営基盤の確立 ②収益の確保と費用構造改革の徹底

- ◆取組項目① 経営指標の分析に基づく改善の実施
- ◆取組項目② 業務の効率化・適正化の推進

中期目標の達成に向けた今年度の目標値																				
主要目標						関連目標					関連目標									
医療収益に対する材料費比率の改善(低下)											医療収益に対する経費比率の改善(低下)									
所属	R1	R2	R3	R4	R5	所属	R1	R2	R3	R4	R5	所属	R1	R2	R3	R4	R5			
総合	指標	28.2%	30.5%	40.7%	41.0%	40.8%	総合	指標	19.3%	17.5%	21.8%	20.7%	20.0%	総合	指標	460床	480床	477床	474床	540床
	実績	31.1%	34.8%	35.0%	36.4%	37.7%		実績	17.2%	17.1%	17.4%	17.9%	16.7%		実績	460床	462床	466床	456床	476床
西和	指標	26.3%	25.9%	29.5%	28.2%	30.5%	西和	指標	18%	17.8%	24.3%	24.8%	19.6%	西和	指標	16.7%	16.9%	18.0%	19.2%	20.3%
	実績	25.6%	26.5%	26.1%	28.5%	28.3%		実績	18.7%	23.6%	23.0%	25.3%	23.0%		実績	18.8%	17.7%	19.3%	20.8%	20.9%
リハ	指標	11.5%	10.2%	10.1%	10.7%	12.7%	リハ	指標	16.7%	16.9%	18.0%	19.2%	20.3%	リハ	指標	16.7%	16.9%	18.0%	19.2%	20.3%
	実績	10.4%	9.8%	10.1%	11.6%	11.0%		実績	18.8%	17.7%	19.3%	20.8%	20.9%		実績	18.8%	17.7%	19.3%	20.8%	20.9%
関連目標						関連目標					関連目標									
医療収益に対する職員給与費比率の改善(低下)											後発医薬品の使用割合の高水準の維持									
所属	R1	R2	R3	R4	R5	所属	R1	R2	R3	R4	R5	所属	R1	R2	R3	R4	R5			
総合	指標	54.3%	54.8%	59.1%	57.3%	55.0%	総合	指標	96%	94.5%	94.5%	94.5%	94.0%	総合	指標	96%	94.5%	94.5%	94.5%	94.0%
	実績	52.1%	55.7%	54.8%	54.1%	47.1%		実績	94.3%	94.3%	93.4%	93.3%	96.2%		実績	94.3%	94.3%	93.4%	93.3%	96.2%
西和	指標	54.2%	54.7%	70.9%	69.1%	54.1%	西和	指標	95%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	西和	指標	95%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%
	実績	59.1%	70.6%	70.3%	70.7%	63.8%		実績	95.5%	95.6%	94.1%	93.8%	93.2%		実績	95.5%	95.6%	94.1%	93.8%	93.2%
リハ	指標	73.9%	74.3%	72.5%	73.2%	78.7%	リハ	指標	73.9%	74.3%	72.5%	73.2%	78.7%	リハ	指標	73.9%	74.3%	72.5%	73.2%	78.7%
	実績	78.4%	82.8%	79.9%	86.6%	80.1%		実績	78.4%	82.8%	79.9%	86.6%	80.1%		実績	78.4%	82.8%	79.9%	86.6%	80.1%

法人の評価		
新型コロナウイルス感染症拡大による影響	パターン(1)	○新型コロナウイルス感染症入院病床確保のため、一般病床が逼迫し、入院や手術の制限が生じた。
年度	評価	総評
R5	A	○各センターでは、月次ごとに経営指標を分析し、職員への周知を行った。また、本部主導の下、指標等に基づく「運営戦略会議」を開催し、各センターの課題・問題点について、深く議論し、改善に繋がる具体的な方策を決定・実行した。 ○コロナ対応のため限られた病床の中で、緊急性の高い医療を優先的に実施した結果、総合・西和ともに入院診療単価は指標を大きく上回る実績(総合 目標:75,545円→実績:95,007円、西和 目標:67,563円→実績:77,421円)となった。 ○内部監査室による内部監査を全所属に対して実施し改善提案等を行うことで、業務の効率化・適正化を推進した。
中期計画期間(R1~R5)	A	○経営改善については、「運営戦略会議」を開催することで、経営改善に有効な具体的方策を決定・実行した。 ○業務改善については、R7の3センターの電子カルテ統合・導入に向けた準備を着実に進めた。また、内部監査も定着し、業務の効率化・適正化を推進した。

取組項目①	経営指標の分析に基づく改善の実施	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																																																																																																																					
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>日次・月次で経営指標を分析します</li> <li>速やかな改善を実施します</li> </ul>	総合																																																																																																																					
	評価指標	病床稼働率	<table border="1"> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="5">西和</th> <th colspan="5">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <td>指標</td> <td>95.6%</td> <td>95.6%</td> <td>95.6%</td> <td>95.6%</td> <td>95.6%</td> <td>指標</td> <td>85.2%</td> <td>85.7%</td> <td>86.7%</td> <td>87.2%</td> <td>87.2%</td> <td>指標</td> <td>95.5%</td> <td>95.5%</td> <td>95.5%</td> <td>95.5%</td> <td>95.5%</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>91.7%</td> <td>79.0%</td> <td>77.5%</td> <td>82.8%</td> <td>89.5%</td> <td>実績</td> <td>81.1%</td> <td>65.9%</td> <td>57.6%</td> <td>61.4%</td> <td>72.2%</td> <td>実績</td> <td>95.0%</td> <td>90.3%</td> <td>93.9%</td> <td>92.8%</td> <td>91.8%</td> </tr> </table>	総合						西和					リハ					区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	指標	95.6%	95.6%	95.6%	95.6%	95.6%	指標	85.2%	85.7%	86.7%	87.2%	87.2%	指標	95.5%	95.5%	95.5%	95.5%	95.5%	実績	91.7%	79.0%	77.5%	82.8%	89.5%	実績	81.1%	65.9%	57.6%	61.4%	72.2%	実績	95.0%	90.3%	93.9%	92.8%	91.8%	総合																																														
		総合						西和					リハ																																																																																																											
		区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																																																					
指標	95.6%	95.6%	95.6%	95.6%	95.6%	指標	85.2%	85.7%	86.7%	87.2%	87.2%	指標	95.5%	95.5%	95.5%	95.5%	95.5%																																																																																																							
実績	91.7%	79.0%	77.5%	82.8%	89.5%	実績	81.1%	65.9%	57.6%	61.4%	72.2%	実績	95.0%	90.3%	93.9%	92.8%	91.8%																																																																																																							
1日1人あたり入院・外来単価	<table border="1"> <tr> <th colspan="6">総合</th> <th colspan="5">西和</th> <th colspan="5">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> <th>区分</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> <th>R4</th> <th>R5</th> </tr> <tr> <td>入院</td> <td>指標</td> <td>71,744円</td> <td>73,534円</td> <td>74,909円</td> <td>75,612円</td> <td>75,545円</td> <td>入院</td> <td>指標</td> <td>67,368円</td> <td>67,466円</td> <td>67,563円</td> <td>67,563円</td> <td>67,563円</td> <td>入院</td> <td>指標</td> <td>36,851円</td> <td>37,164円</td> <td>38,164円</td> <td>38,164円</td> <td>38,164円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>実績</td> <td>78,065円</td> <td>89,364円</td> <td>92,212円</td> <td>95,333円</td> <td>95,007円</td> <td></td> <td>実績</td> <td>66,173円</td> <td>72,988円</td> <td>83,117円</td> <td>81,922円</td> <td>77,421円</td> <td></td> <td>実績</td> <td>37,337円</td> <td>38,916円</td> <td>38,237円</td> <td>38,961円</td> <td>39,234円</td> </tr> <tr> <td>外来</td> <td>指標</td> <td>17,900円</td> <td>17,900円</td> <td>17,900円</td> <td>17,900円</td> <td>17,900円</td> <td>外来</td> <td>指標</td> <td>11,376円</td> <td>11,376円</td> <td>11,376円</td> <td>11,376円</td> <td>11,376円</td> <td>外来</td> <td>指標</td> <td>8,558円</td> <td>8,558円</td> <td>8,558円</td> <td>8,558円</td> <td>8,558円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>実績</td> <td>19,616円</td> <td>23,467円</td> <td>24,545円</td> <td>24,803円</td> <td>25,989円</td> <td></td> <td>実績</td> <td>12,053円</td> <td>12,022円</td> <td>11,842円</td> <td>12,802円</td> <td>15,012円</td> <td></td> <td>実績</td> <td>8,564円</td> <td>8,865円</td> <td>9,089円</td> <td>9,063円</td> <td>9,018円</td> </tr> </table>	総合						西和					リハ					区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	入院	指標	71,744円	73,534円	74,909円	75,612円	75,545円	入院	指標	67,368円	67,466円	67,563円	67,563円	67,563円	入院	指標	36,851円	37,164円	38,164円	38,164円	38,164円		実績	78,065円	89,364円	92,212円	95,333円	95,007円		実績	66,173円	72,988円	83,117円	81,922円	77,421円		実績	37,337円	38,916円	38,237円	38,961円	39,234円	外来	指標	17,900円	17,900円	17,900円	17,900円	17,900円	外来	指標	11,376円	11,376円	11,376円	11,376円	11,376円	外来	指標	8,558円	8,558円	8,558円	8,558円	8,558円		実績	19,616円	23,467円	24,545円	24,803円	25,989円		実績	12,053円	12,022円	11,842円	12,802円	15,012円		実績	8,564円	8,865円	9,089円	9,063円	9,018円	西和
総合						西和					リハ																																																																																																													
区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5	区分	R1	R2	R3	R4	R5																																																																																																							
入院	指標	71,744円	73,534円	74,909円	75,612円	75,545円	入院	指標	67,368円	67,466円	67,563円	67,563円	67,563円	入院	指標	36,851円	37,164円	38,164円	38,164円	38,164円																																																																																																				
	実績	78,065円	89,364円	92,212円	95,333円	95,007円		実績	66,173円	72,988円	83,117円	81,922円	77,421円		実績	37,337円	38,916円	38,237円	38,961円	39,234円																																																																																																				
外来	指標	17,900円	17,900円	17,900円	17,900円	17,900円	外来	指標	11,376円	11,376円	11,376円	11,376円	11,376円	外来	指標	8,558円	8,558円	8,558円	8,558円	8,558円																																																																																																				
	実績	19,616円	23,467円	24,545円	24,803円	25,989円		実績	12,053円	12,022円	11,842円	12,802円	15,012円		実績	8,564円	8,865円	9,089円	9,063円	9,018円																																																																																																				
		<ul style="list-style-type: none"> <li>評価指標で目標としていた、病床稼働率については、中期計画最終年度の目標を下回ったが、1日1人当たりの入院・外来単価は目標を上回った</li> <li>入院診療単価について、在院日数の短縮(R1 12.9日→R5 10.5日)や新規施設基準の取得(総合入院体制加算、夜間急性期看護補助体制等加算等)によりDPC係数が1.3563から0.1831増加して1.5394としたことで増加</li> <li>外来診療単価について、2人主治医性の推進を行い、単価の低い処方みの患者を一部地域の医療機関へ逆紹介を実施、化学療法の件数増加(R1 59件/月→R5 131件/月)などの取り組みにより増加</li> </ul>	リハ																																																																																																																					

		R5に進捗した事項	R5の課題・問題点	法人評価	
今年度の取組	総合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月次毎に経営指標を分析、改善活動に活用</li> <li>・病院運営戦略会議による経営改善(収益増加案及び費用削減案)に取り組む(再掲)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月初に開催される毎月の幹部会議・部長会に、前月の診療情報統計を報告し、患者数・医療収入・平均単価その他主要診療行為の実績を確認し経営状況を全体で把握</li> <li>・病院運営戦略会議で、経営改善に向けた取り組みとしてPFM(Patient Flow Management)、外来逆紹介、土曜日手術の実施等を提案。それぞれにワーキンググループを立ち上げ具体的な実施に向けて活動中</li> <li>PFMにおいては1月より4階西病棟で導入開始しており、R6.4月より全病棟を対象に実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・麻酔科医指数の不足もあり土曜日手術の実施に至っていないため、外部委託や勤務振替も視野に今後も継続して検討していく</li> </ul>	A
	西和	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院単価、外来単価の増加対策を実施(基礎係数・機能評価係数Ⅰ・Ⅱの増加)</li> <li>・NHA(共同購入)の新規分野に参加し、更なる費用削減に努める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コンサルタント介入によりクリニカルパスを修正し、効率性係数の上昇及び在院日数を短縮</li> <li>・R5.5に血流予備量比コンピュータ断層撮影、R5.8に医師事務作業補助者15対1の新規施設基準を取得</li> <li>・DPC特定病院群取得の取り組みにより、必要な基準値はほぼ上回ったが、1項目満たせず来年度以降も標準病院群で運営</li> <li>・NHA(共同購入)の採用品目への切替により汎用医療材料、ME透析部門、手術分野では採用率50%へと上昇、R5.4～8の基幹において約280万円の費用削減</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・DPC特定病院群の調査期間は2年のうち1年間であり、調査期間対象外に根付いた意識や知識を維持するために全体発信することが重要</li> <li>・クリニカルパス申請手続きに不明点があるとヒアリングにて意見があるため、サポートが必要</li> <li>・R5から新たに追加した分野についても採用品目への切替を実施)</li> </ul>	A
	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員掲示板及びグループウェアに日々の病床運用、リハビリ実施件数等の病院運営に関する最新情報を表示し、全職員の参画意識を強化</li> <li>・医療安全・感染対策研修など教育研修等の情報をグループウェアを活用し発信</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループウェアの活用を実施し、職員への院内決議事項・継続審議事項等の周知徹底のため、幹部会議・各種委員会等の資料・議事録をグループウェア内に格納(再掲)</li> <li>・グループウェアトップページに病床稼働率、リハビリ実施件数等を日々更新し、実績を掲載(再掲)</li> <li>・医療安全・感染対策研修などの教育研修情報をグループウェアのお知らせ機能を活用し発信(再掲)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員配信情報をグループウェアで閲覧することを習慣化し、現状を具体的に把握、職員全員で課題解決に参画する仕組みの構築(再掲)</li> <li>・過去の診療実績データを分析し、現状との比較(収入・支出)を行い、問題点の抽出と改善策の検討</li> </ul>	A

取組項目②		業務の効率化・適正化の推進		中期計画期間(R1~R5)の実績		法人評価																							
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 職員相互による業務指導を推進します</li> <li>✓ 電子カルテの導入を推進します</li> </ul>		リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、電子カルテの導入については、令和2年に導入し、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>・R2.12電子カルテ導入、稼働</li> <li>・R7の3センター統合の電子カルテ導入に向けて、R5に仕様を作成し、仕様確定後ベンダー及び部門システムの選定実施</li> </ul>	A																							
	評価指標	業務指導の実施回数																											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">本部</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5目標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>3回</td> <td>3回</td> <td>3回</td> <td>3回</td> <td>3回</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>1回</td> <td>3回</td> <td>2回</td> <td>4回</td> <td>4回</td> </tr> </tbody> </table>		本部						区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5目標	指標	3回	3回	3回	3回	3回	実績	1回	3回	2回	4回	4回		
		本部																											
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5目標																								
指標	3回	3回	3回	3回	3回																								
実績	1回	3回	2回	4回	4回																								
電子カルテの導入の進捗																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">リハ</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1実績</th> <th>R2実績</th> <th>R3実績</th> <th>R4実績</th> <th>R5目標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>検討</td> <td>構築</td> <td>本稼働</td> <td>本稼働</td> <td>本稼働</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>ベンダー変更準備</td> <td>本稼働</td> <td>本稼働</td> <td>本稼働</td> <td>本稼働</td> </tr> </tbody> </table>		リハ						区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5目標	指標	検討	構築	本稼働	本稼働	本稼働	実績	ベンダー変更準備	本稼働	本稼働	本稼働	本稼働	本部	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、業務指導の実施回数については、中期計画最終年度の目標を上回った</li> <li>・コロナの影響等により、一部所属の内部監査を見送らざるを得ない年度もあったが、R4、R5は、全所属に対して内部監査を実施し、改善提案等を行った</li> <li>・その対応策の報告を求め、翌年度には報告事項の確認等を行うことにより、適正化の推進が図れた</li> </ul>	A
リハ																													
区分	R1実績	R2実績	R3実績	R4実績	R5目標																								
指標	検討	構築	本稼働	本稼働	本稼働																								
実績	ベンダー変更準備	本稼働	本稼働	本稼働	本稼働																								
今年度の取組			R5に進捗した事項		R5の課題・問題点		法人評価																						
	3センター	<ul style="list-style-type: none"> <li>・R7に電子カルテ更新予定、電子カルテ統合に向け各センターの運用に適した仕様書を作成、仕様書に基づくプランを作成</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ベンダー各者に対しR7の電子カルテ統合に関する見積を依頼し、回答入手</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・見積条件の変更が必要となったものが一部あるため、調達本番までに各センターを交え、詳細内容の確定を予定</li> </ul>		B																					
	リハ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・電子カルテデータの経営改善への活用方法を検討(再掲)</li> <li>・電子カルテの安定運用のため新人職員教育を充実</li> <li>・R6診療報酬改定の情報収集を積極的に行い、当センターに適した施設基準を検討(再掲)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・電子カルテの操作方法は、各部門での教育及び情報システム担当が随時対応</li> <li>・入職時に担当者が入職時教育対応</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・電子カルテデータの経営改善への活用システムの導入について検討(再掲)</li> <li>・医事会計システム・リハビリ部門システムのレベルアップ及びDWH・地域連携サービスの導入が決定したため、導入内容について検討</li> </ul>		A																					
本部	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本部監査員が、各所属に対して内部監査を実施し、業務の有効性、効率性、適法性の確保等の状況の評価</li> <li>・各所属が、内部統制にかかるモニタリング(自己評価チェックシートの作成)を実施し、業務を自己点検・評価</li> <li>・上記両取組の評価結果を理事長、内部統制委員会に報告</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・全所属に対し、内部監査を実施</li> <li>・モニタリングの実施を依頼し各所属からの報告を受け結果を内部統制委員会に報告</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己評価チェックシートのチェック項目の見直しを検討(現在の状況にそぐわないもの、陳腐化したものがないか、新たにチェックする事項はないか等)</li> </ul>		A																						

大項目Ⅳ. 自立した法人経営

中項目3. 経営感覚・改革意欲に富んだ人材の確保・育成

◆取組項目① 経営情報等の共有と経営参画意識の向上

◆取組項目② 計画的な人材確保と人員配置

中期目標の達成に向けた今年度の目標値													
主要目標						関連目標							
事務部門におけるプロパー職員の割合の向上						経営改善・業務改善に向けた職員提案件数の増加							
所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	所属	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績		
本部	指標	60%	60%	70%	75%	77%	法人全体	指標	1件以上	6件	4件	10件	10件
	実績	58%	65%	72%	75%	79%		実績	5件	3件	10件	9件	22件

法人の評価		
年度	評価	総評
R5	A	<p>○ニュースレターの発行及びセンターでの各種会議において、経営情報等の共有を推進し、職員の経営参画意識の向上を図った。</p> <p>○経営改善・業務改善では、旅費にかかる事務の簡素化、内部手続きにおける押印見直し、及び「リスク管理シート」の見直し等、22件(目標:10件)の職員提案を行った。</p> <p>○専門性の高い職員を確保・育成するため、積極的にプロパー職員を採用した結果、事務部門におけるプロパー職員の割合が年々増加した。総合では入院会計事務、リハではリハビリテーション科受付業務のプロパー化を行った。</p>
中期計画期間(R1~R5)	A	○評価指標で目標としていた、プロパー職員の割合の向上、経営改善・業務改善に向けた職員提案件数について、中期計画最終年度の目標を達成した。

取組項目①	経営情報等の共有と経営参画意識の向上	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																						
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ニュースレターを発行し、経営情報等の共有を推進します</li> </ul>	<p>本部</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、ニュースレターの発行回数については、中期計画最終年度の目標を上回った</li> <li>・期間中の目標である20回に対し実績は18回となり、達成率は90%</li> <li>・ニュースレターを継続的・定期的に発行できており、経営情報等を、法人全体に周知する仕組みが定着</li> </ul>																						
	評価指標	<p>ニュースレターの発行回数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">本部</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>4回</td> <td>4回</td> <td>4回</td> <td>4回</td> <td>4回</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>3回</td> <td>2回</td> <td>2回</td> <td>6回</td> <td>5回</td> </tr> </tbody> </table>		本部						区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	4回	4回	4回	4回	4回	実績	3回	2回	2回
本部																									
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																				
指標	4回	4回	4回	4回	4回																				
実績	3回	2回	2回	6回	5回																				
今年度の取組	<p>本部</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・以下の予定でニュースレターを発行</li> <li>1. 4月頃 法人理念・年度計画 等</li> <li>2. 7月頃 決算概要と経営状況 年度評価 等</li> <li>3. 10月頃 休暇取得の促進について 等</li> <li>4. 11月頃 中期目標・中期計画の半期評価 等</li> <li>その他、法人全体に周知すべきトピックスを随時発信</li> </ul>	<p>R5に進捗した事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・5回のニュースレターを発行した</li> <li>○年度計画(4月)</li> <li>○決算概要、ストレスチェック(ともに8月)</li> <li>○年度評価の概要(9月)</li> <li>○年休取得の推進(11月)</li> </ul>	<p>R5の課題・問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人全体に周知すべきトピックスを引き続き発信する</li> </ul>	A																					

取組項目②	計画的な人材確保と人員配置	中期計画期間(R1~R5)の実績	法人評価																									
中期計画	具体的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 事務職員のプロパー化により専門性の高い職員を確保・育成します</li> </ul>	<p>総合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、委託業務の内製化については、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>・事務職員のプロパー化も進み、年を増すごとに経験や知識が増え幅広い業務に対応できる職員が増加している</li> <li>・入院会計事務を委託から派遣へ切り替えを実施</li> <li>・入院会計事務の管理を医事課の係長が実施し、新たに新規で1名採用</li> </ul>	S																								
	評価指標	<p>委託業務の内製化の進捗</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">3センター共通</th> </tr> <tr> <th>区分</th> <th>R1 実績</th> <th>R2 実績</th> <th>R3 実績</th> <th>R4 実績</th> <th>R5 実績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標</td> <td>検討</td> <td>検討</td> <td>検討～導入 ～点検～改善</td> <td>検討～導入 ～点検～改善</td> <td>検討～導入 ～点検～改善</td> </tr> <tr> <td>実績</td> <td>検討</td> <td>検討</td> <td>検討～導入 ～点検～改善</td> <td>検討～導入 ～点検～改善</td> <td>検討～導入 ～点検～改善</td> </tr> </tbody> </table>	3センター共通						区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績	指標	検討	検討	検討～導入 ～点検～改善	検討～導入 ～点検～改善	検討～導入 ～点検～改善	実績	検討	検討	検討～導入 ～点検～改善	検討～導入 ～点検～改善	検討～導入 ～点検～改善	<p>西和</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、委託業務の内製化については、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>・入院算定業務について委託していたが、R5から派遣契約に切替</li> <li>・直接マネジメントによる業務の効率化(西和のルールや方針に則り作業を進められる)と安定した人的有効活用で休日出勤の100%振替取得及び有給消化、夏期休暇100%取得でき、働き方改革の実現を達成</li> </ul>	A
	3センター共通																											
区分	R1 実績	R2 実績	R3 実績	R4 実績	R5 実績																							
指標	検討	検討	検討～導入 ～点検～改善	検討～導入 ～点検～改善	検討～導入 ～点検～改善																							
実績	検討	検討	検討～導入 ～点検～改善	検討～導入 ～点検～改善	検討～導入 ～点検～改善																							
		<p>リハ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標で目標としていた、委託業務の内製化については、中期計画最終年度の目標を達成した</li> <li>・プロパー化の検討を継続</li> <li>・R5リハビリテーション科受付業務を委託から内製化</li> </ul>	A																									
今年度の取組	<p>総合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院会計事務職員のプロパー化に向けて体制を整備</li> </ul> <p>西和</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院算定業務のプロパー化に向けて体制を整備</li> </ul> <p>リハ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医事業務のプロパー化を検討</li> <li>・事務部門勉強会の定期開催により、専門的知識習得による事務職全体のボトムアップを図る</li> </ul>	<p>R5に進捗した事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院会計事務職員のプロパー化に向けて、医事課係長が入院会計の管理を開始し、業務の整理と調整を実施。1名入院会計事務を新規採用</li> <li>・入院算定業務に専任の職員を配置</li> <li>・入院算定業務従事者を請負から派遣に変更し、職員の直接マネジメントが効く体制に変更した(R5.4)(再掲)</li> <li>・リハビリ受付を業務委託からプロパー化し、リハビリ科事務作業の効率化</li> <li>・事務職員を対象に、年10回勉強会を開催</li> </ul>	<p>R5の課題・問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の公募を継続して実施するも応募が少なく、人員確保が難しい中で、様々なアイデアにより公募を実施</li> <li>・当初予定人数に対して欠員が発生しており、その補充がスムーズにいかないこと(再掲)</li> <li>・事務部門間での専門的知識の共有をより強化するために勉強会の定期開催を継続</li> </ul>	<p>総合</p> <p>A</p> <p>西和</p> <p>B</p> <p>リハ</p> <p>A</p>																								