

令和 5 年度業務実績に関する小項目評価

令和 6 年 10 月 1 日

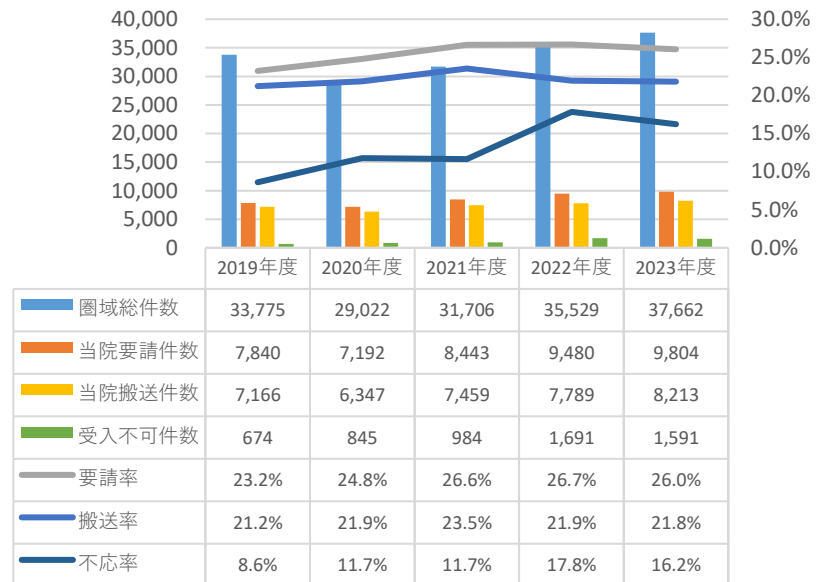
地方独立行政法人加古川市民病院機構評価委員会

第2 住民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項

1 公立病院としての役割の発揮と責務の遂行 (1)救急医療への対応		中期 目標	二次救急医療機関として、重症患者を積極的に受け入れ、受入要請に対する不 応率の更なる低下に努めること。 また、本市の消防本部と連携を図りながら、救命救急体制を堅持すること。				法人 自己評価	委員会 評価	市 評価																																																		
							4	4																																																			
中期計画		年度計画	優先 度	法人の自己評価				評価、意見など																																																			
			達成 状況	判断理由(実施状況など)																																																							
<table><tr><td>目標指標</td><td>2025 年度</td></tr><tr><td>救急車受入件数</td><td>7,800</td></tr><tr><td>救急車受入要請に対する不応率(%)</td><td>8.0</td></tr></table> ・他の医療機関と連携を図り、当該 圏域での2次医療機関として中核 的役割を果たす。 ・小児・周産期・循環器領域の 24 時間 365 日の救急受入体制を堅 持する。 ・外傷系救急の受入体制を整備す る。 ・脳神経領域の救急受入体制を整 備する。 ・救急ワークステーションなどを通 して、加古川市消防本部と連携を 図り、ドクターカーの運行など、救 命体制の充実を図る。		目標指標	2025 年度	救急車受入件数	7,800	救急車受入要請に対する不応率(%)	8.0	<table><tr><td>目標指標</td><td>2023 年度</td></tr><tr><td>救急車受入件数</td><td>8,200</td></tr><tr><td>救急車受入要請に対する不応率(%)</td><td>10.0</td></tr></table> ・新型コロナウイルス感染症の5類 への移行に伴う当該圏域での救急 体制の変動に臨機に対応し、他の 医療機関と連携を図り、当該圏域 の二次救急医療体制を維持する。 ・小児・周産期・循環器領域の 24 時間 365 日の救急受入体制を堅 持する。 ・救急救命士の活用を図り、救急 受入体制を強化する。 ・外傷系救急、小児外傷系救急及 び脳神経領域の受入体制を整備 し、不応率の低下を目指す。 ・加古川市消防本部と連携を図り、 ドクターカーの運行を維持し、救命 体制の充実を図る。	目標指標	2023 年度	救急車受入件数	8,200	救急車受入要請に対する不応率(%)	10.0	◎ ◎ ○ ○ ○ △ ○	<table><tr><td>目標指標</td><td>2022 年度</td><td>2023 年度</td><td>達成率(%)</td></tr><tr><td>救急車受入件数</td><td>8,254</td><td>8,762</td><td>106.9</td></tr><tr><td>救急車受入要請に対する不応率(%)</td><td>17.8</td><td>16.2</td><td>93.1</td></tr></table> <table><tr><td>活動指標</td><td>2022 年度</td><td>2023 年度</td></tr><tr><td>救急外来受診者(人)</td><td>15,409</td><td>16,084</td></tr><tr><td>地域救急貢献率(%)</td><td>21.9</td><td>21.8</td></tr><tr><td>CPA 受入件数</td><td>213</td><td>241</td></tr><tr><td>ドクターカー運行件数</td><td>132</td><td>117</td></tr><tr><td>ドクターヘリによる収容・移送件数</td><td>16</td><td>13</td></tr><tr><td>心因性院外心停止患者の完全社会復帰率(%)</td><td>0</td><td>6</td></tr><tr><td>AIS3 以上の外傷患者の受入件数(重症臓器損傷がある外傷患者)(救急科)</td><td>106</td><td>108</td></tr><tr><td>ISS16 以上の外傷患者受入件数(重症外傷患者)(救急科)</td><td>7</td><td>11</td></tr><tr><td>脳卒中によって救急搬送され入院となった件数</td><td>104</td><td>155</td></tr></table> ・新型コロナウイルス感染症は5類へ移行したものの、当該地域での救急受入体制は変化が見られず、従来の急性疾患に加え発熱を伴う疾患の症例を受け入れ、救急車受入件数は過去最高の件数となった。 ・心臓血管センター、周産母子センター、こどもセンターでは、24 時間 365 日の救急受入体制を維持し、地域における三次救急の役割を担った。 ・脳神経内科によるカルテ遠隔閲覧システムを活用した診療を継続し、脳卒中症例への対応を強化した。 ・救急車受入件数は過去最高の件数となったが、救急要請が増加し、救急外来の処理能力を超える救急要請に対して要請を断るケースが発生し、不応率は 16.2%となった。 ・ドクターカーやドクターヘリを活用した機動的な救急体制を維持した。 ・法改正によって病院内での業務が可能となった救急救命士を活用し、医師や看護師からのタスクシフトを実現し、救急外来のパフォーマンス向上に努めた。	目標指標	2022 年度	2023 年度	達成率(%)	救急車受入件数	8,254	8,762	106.9	救急車受入要請に対する不応率(%)	17.8	16.2	93.1	活動指標	2022 年度	2023 年度	救急外来受診者(人)	15,409	16,084	地域救急貢献率(%)	21.9	21.8	CPA 受入件数	213	241	ドクターカー運行件数	132	117	ドクターヘリによる収容・移送件数	16	13	心因性院外心停止患者の完全社会復帰率(%)	0	6	AIS3 以上の外傷患者の受入件数(重症臓器損傷がある外傷患者)(救急科)	106	108	ISS16 以上の外傷患者受入件数(重症外傷患者)(救急科)	7	11	脳卒中によって救急搬送され入院となった件数	104	155	4・4・4・4
目標指標	2025 年度																																																										
救急車受入件数	7,800																																																										
救急車受入要請に対する不応率(%)	8.0																																																										
目標指標	2023 年度																																																										
救急車受入件数	8,200																																																										
救急車受入要請に対する不応率(%)	10.0																																																										
目標指標	2022 年度	2023 年度	達成率(%)																																																								
救急車受入件数	8,254	8,762	106.9																																																								
救急車受入要請に対する不応率(%)	17.8	16.2	93.1																																																								
活動指標	2022 年度	2023 年度																																																									
救急外来受診者(人)	15,409	16,084																																																									
地域救急貢献率(%)	21.9	21.8																																																									
CPA 受入件数	213	241																																																									
ドクターカー運行件数	132	117																																																									
ドクターヘリによる収容・移送件数	16	13																																																									
心因性院外心停止患者の完全社会復帰率(%)	0	6																																																									
AIS3 以上の外傷患者の受入件数(重症臓器損傷がある外傷患者)(救急科)	106	108																																																									
ISS16 以上の外傷患者受入件数(重症外傷患者)(救急科)	7	11																																																									
脳卒中によって救急搬送され入院となった件数	104	155																																																									
				・心臓血管、周産母子、子ども センターでは 24 時間 365 日の救急受け入れ体制を維 持、地域における三次救急の 役割を担った成果は大きい。 ・概ね所期の結果が得られて いると思いますが、今後の取 組方針として記載いただいた ように、引き続き、不応率の低 下を目指していただけたらと 思います。 ・救急車受入要請に対する不 応率が目標指数に達していな いが、達成度が 90%以上で ある。各センターでは 24 時 間 365 日の救急患者受入体 制を維持し三次救急の役割を 担った。 ・救急車受入要請に対する不 応率は目標に届いていない が、全体としての救急車受入 件数は増加しており、地域の 二次救急医療機関としての役																																																							

割を果たしていると思われます。

圏域救急搬送推移



（課題と今後の取組方針）

- ・医師の働き方改革や高齢者人口の増加など社会環境の変化により、これまでどおりの救急受け入れ体制を維持することが困難になってきている。地域全体での機能分化や役割分担などにより、地域全体での救急受入体制を維持する方法を検討する必要がある。
- ・院内においては、各診療科の総合力により、救急受入体制の維持に努める。

1 公立病院としての役割の発揮と責務の遂行
(2)災害時における機能の強化

中期目標
本市の災害対応病院として、災害発生時には患者の受入れや災害医療チームの派遣等を積極的に実施するとともに、業務継続計画を適切に運用すること。
また、大規模災害の発生に備え、平時から医薬品や衛生資器材等の確保や災害医療チームの活動強化を図ること。

法人 自己評価	委員会 評価	市 評価
4	4	

中期計画	年度計画	優先度	法人の自己評価			評価、意見など																				
			達成状況	判断理由(実施状況など)																						
・災害時に業務継続計画を適切に運用できるよう、日頃から研修や訓練を繰り返し実施する。 ・物資の備蓄や設備のメンテナンスを計画的に実施し、災害時においても安定的に医療が提供できる体制を整える。 ・災害時に対応できる専門性や指導力を備えた人材を育成する。 ・加古川市の防災計画との整合を踏まえて定期的な情報共有を図る。	・災害拠点病院の指定を目指し、体制を整備する。 ・大規模災害訓練、火災時の避難訓練や研修を実施する。 ・物資の備蓄の在庫状況の確認や設備のメンテナンスを計画的に実施する。 ・防災管理講習等の受講や、災害ナースの登録を推奨し、災害時に指導力を発揮できる人材を育成する。 ・加古川市の防災計画との整合を踏まえて定期的な情報共有を図る。 ・水害への対応に備え、インフラの再検討を実施する。	◎	○	<table><tr><th>活動指標</th><th>2022 年度</th><th>2023 年度</th></tr><tr><td>災害訓練・研修実施数(回)</td><td>11</td><td>8</td></tr><tr><td>災害医療派遣チーム訓練参加人数(人)</td><td>12</td><td>15</td></tr><tr><td>災害医療研修の受講率(%)</td><td>83</td><td>83</td></tr><tr><td>防災管理講習受講者数(人)</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>自衛消防業務講習受講者数(人)</td><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td>災害ナース登録数(人)</td><td>14</td><td>14</td></tr></table>	活動指標	2022 年度	2023 年度	災害訓練・研修実施数(回)	11	8	災害医療派遣チーム訓練参加人数(人)	12	15	災害医療研修の受講率(%)	83	83	防災管理講習受講者数(人)	2	2	自衛消防業務講習受講者数(人)	0	1	災害ナース登録数(人)	14	14	4 ・ 4 ・ 4 ・ 4 ・災害拠点病院の指定、災害派遣医療チームの発足より、災害地支援の大きな役割は評価される。新型コロナウイルス感染症 5 類移行後も感染対策を講じて、地域医療に貢献されたことも評価される。 ・計画を十分に達成しているとも評価しうところですが、災害訓練・研修実施数が、昨年比で低下したことから、4とするのが相当と考えます。 ・能登半島地震に対して DMAT、災害支援ナース、JMAT を含む 9 名を派遣し、被災地支援を行った。加古川市の総合防災訓練に医療チームを編成して参加した。 ・2023 年度より新しく災害派遣医療チーム(DMAT)が発足し、災害時における救急体制がより整備されたと考えます。
				活動指標	2022 年度	2023 年度																				
				災害訓練・研修実施数(回)	11	8																				
				災害医療派遣チーム訓練参加人数(人)	12	15																				
				災害医療研修の受講率(%)	83	83																				
				防災管理講習受講者数(人)	2	2																				
				自衛消防業務講習受講者数(人)	0	1																				
				災害ナース登録数(人)	14	14																				
				・9月には災害拠点病院の指定および、災害派遣医療チーム(DMAT)を発足し、初の派遣となった能登半島地震に対しては、DMAT のほか、災害支援ナース、JMAT を含む計 9 名を派遣し、被災地支援を行った。																						
				・厚生労働省が推進する広域災害救急医療情報システム(EMIS)に参加し、災害時の情報共有と受入体制の維持に努めた。																						
・災害時の患者搬送の手段として、エアストレッチャーを用いた垂直・水平移動の訓練を行った。																										
・大規模水害を想定した浸水シミュレーションを元に、止水板を用いた水害対策訓練を実施した。																										
・災害対策委員会による情報発信として、ニュースレターを発行した。																										
・兵庫県合同防災訓練、DMAT 近畿地方ブロック訓練においては、医療チームを編成し、大規模地震を想定した訓練に参加した。																										
・加古川市の総合防災訓練に医師、看護師、調整役からなる医療班として参加した。また、11 月には防災ヘリによる患者搬送訓練に協力参加し、離着陸および患者搬送の運用を確認した。																										
・情報セキュリティ災害に対する医療情報システム BCP を策定したほか、紙伝票運用による BCP 訓練を実施した。また、従来の情報セキュリティ監査のほか、全職員研修や標的型攻撃を模した訓練メール対応テストを通じて、情報セキュリティリテラシの向上を図った。																										
(課題と今後の取組方針) ・災害派遣の経験をもとに、受入・派遣の体制について、具体的な検討・整備を進める。																										

1 公立病院としての役割の発揮と責務の遂行 (3)感染症対策の強化		中期目標	感染症のまん延防止対策を確保すること。特に大規模な感染症の発生時には、新型コロナウイルス感染症に対応した経験をもとに、自然災害との複合災害への対応も念頭に入れ、地域医療の崩壊を防ぐため、関係機関と連携、協力しながら、医療提供体制を堅持すること。			法人自己評価	委員会評価	市評価
						4	4	

中期計画	年度計画	優先度	法人の自己評価	評価、意見など										
		達成状況	判断理由(実施状況など)											
・新興感染症に対する情報収集や方針決定が迅速に実施できる院内体制を整備する。 ・感染症患者の受入体制(動線分離、隔離)を整備する。 ・感染症に応じた院内感染対策(検温・問診などの水際対策)を徹底する。 ・行政、他の医療機関と役割分担・連携強化を図り、医療提供体制を維持する。 ・衛生資器材の確保と計画的な備蓄を図る。 ・職員及び院内業務従事者への感染教育を徹底する。 ・感染拡大の長期化に対応した業務継続計画(BCP)の策定及び随時改訂を実施する。	・新型コロナウイルス感染症の5類への移行に伴い変化する周辺環境に臨機に対応し、他の医療機関と連携を図り、当該圏域の医療提供体制を維持する。 ・衛生資器材の備蓄状況をモニタリングし、備蓄の確保を図る。 ・職員及び院内業務従事者への感染教育を徹底する。 ・ウィズコロナへの社会情勢の変化に対応できる院内感染対策の構築と新興感染症への対応が可能な体制の整備を行う。	◎	○	<table><tr><th>活動指標</th><th>2022 年度</th><th>2023 年度</th></tr><tr><td>指定感染症患者の受け入れ可能病床数(床)</td><td>52 床(最大)</td><td>36 床(最大)</td></tr><tr><td>感染症対応に必要な個人防護具等の資材の備蓄</td><td>約 3 か月分</td><td>約 3 か月分</td></tr></table> ・新型コロナウイルス感染症の5類への移行に伴い、医療提供体制が段階的に変化する中、県の要請に最大限対応し、最大 36 床の入院受入病床を確保し、小児や妊婦、透析患者など他の医療機関で対応が困難な患者の受入を行った。 ・新たに兵庫県下 24 病院が参加する小児感染症医療情報共有システムが稼働し、入院感染症患者のリアルタイムな情報共有が可能となり、スムーズな入院調整が可能となった。 ・新型コロナウイルス感染症の5類への移行とともに変化する社会環境と院内感染リスクを勘案した感染対策を都度検討し実施したことで、大きなクラスターの発生はなかった。 ・院内感染対策室主導による、感染防護や手洗いに係る教育を継続したほか、職員の行動方針の随時見直しを行い、職員の感染の防止に努めた。 ・約 3 か月分の衛生資材を備え、常に備蓄が不足することなく運用できた。 ・職員の療養および自宅待機状況をリアルタイムに把握できるシステムの活用を継続し、新型コロナウイルス感染症対策診療継続計画(BCP)に定めた優先区分に応じた診療を行い、急性期病院としての診療機能を維持できた。 ・外来エリア毎の患者待ち状況のモニタリングを継続したほか、診察呼び出しシステムや後払いサービスを活用し、3密対策を継続した ・厚生労働省が推進する医療機関等情報支援システム(G-MIS)を通じて、日々の感染症情報の登録を行い、情報共有に努めた。 ・新興感染症への備えとして、医療措置協定の締結に向け、兵庫県との協議を進め、院内体制の整備を進めた。 ・3月に完成した増築棟エリアには、将来の新興感染症の発生に対応可能なエリア陰圧となる10床を整備した。 (課題と今後の取組方針) ・パンデミックと自然災害等との複合災害にも対応するため、関連医療機関と協力しながら、継続計画の見直しを実施していく。 ・新たな新興感染症への備えに対し、医療措置協定の締結に向けた調整を行う。	活動指標	2022 年度	2023 年度	指定感染症患者の受け入れ可能病床数(床)	52 床(最大)	36 床(最大)	感染症対応に必要な個人防護具等の資材の備蓄	約 3 か月分	約 3 か月分	4 ・ 5 ・ 4 ・ 4 ・新型コロナウイルス感染症 5 類移行後も県の要請に最大限病床確保では対応している。変化する社会環境と院内 risk を勘案した感染対策を検討、実施し大きなクラスターの発生が無く医療を維持できた成果は大きい。 ・公立病院として、必要十分なコロナ対応やコロナ患者の受け入れが実践できており、将来の新興感染症への対応も準備を進めている。 ・COVID19 感染症の 5 類移行に伴い、県の要請に最大限対応し 36 床の受け入れ病床を確保した。増築棟エリアには新興感染症発生に対応可能な 10 床を整備した。 ・新型コロナウイルス感染症の 5 類移行に伴い受入可能病床数は減少したが、感染症の情報共有に努めていることを評価します。
		活動指標	2022 年度		2023 年度									
		指定感染症患者の受け入れ可能病床数(床)	52 床(最大)		36 床(最大)									
		感染症対応に必要な個人防護具等の資材の備蓄	約 3 か月分		約 3 か月分									
○	○													
○	○													
○	○													

・人間ドックでは、受診者アンケートを2回実施し、オプション健診の項目を見直し内容を充実させるとともに、閑散期には農業従事者や国保加入者へ受診勧奨キャンペーンを行った。

・コロナ禍において WEB での情報発信にとどまっていた市民向け健康教室については、集合型研修を再開し、3回開催をした。

・年3回加古川市民へ全戸配布している広報誌において、セルフケアの方法やレシピなどの健康や予防医療に関する情報を発信した。

・神戸大学認知症予防推進センターが主催するコグニケアプログラムの定期開催を継続し、認知症予防や健康促進のほか、生涯学習やコミュニティづくりを通じた地域支援を推進した。

・圏域を越えた母体・新生児の救急搬送、カルテ遠隔閲覧システムを活用した機動的な救急体制の構築、医療連携体制の推進、新型コロナウイルス感染症対応など、地域医療への貢献が評価され、令和 5 年度自治体立優良病院総務大臣表彰を受賞した。

(課題と今後の取組方針)

・今後増加していく心不全患者に対して、循環器医師、認定看護師、多職種からなる心不全療養指導士をはじめとする当院の専門知識を有するスタッフによる診療サポート体制を地域の医療機関に拡大し、地域全体で心不全ステージに応じた診療を提供する地域包括ケア体制の構築を進めていく。

・PFM の取組を拡大し、効率的な入院運用を水平展開していくほか、救急入院など入院前の介入ができない場合は、入院日に MSW が介入し、退院あるいは転院の調整を早期に開始する体制整備を行う。

・高齢化社会が加速化していく中、救急搬送の増加が予測される。救急搬送を受け入れる機関とその後の後方入院機関の機能分化とスムーズな転院を実現できるよう、後方支援医療機関と協議を行い、協定できる仕組みの構築を目指す。

2 高度・専門医療の提供
(1)がん医療の充実

中期目標
国指定の地域がん診療連携拠点病院として、がんの病態に応じた手術、放射線療法、薬物療法及び緩和ケアや相談支援など、がん集学的治療センターの更なる充実を図るとともに、ゲノム医療など先進的な医療にも積極的に取り組むこと。

法人 自己評価	委員会 評価	市 評価
3	3	

中期計画		年度計画		優先度	法人の自己評価	評価、意見など																								
				達成状況	判断理由(実施状況など)																									
目標指標	2025 年度	目標指標	2023 年度		<table><tr><td>目標指標</td><td>2022 年度</td><td>2023 年度</td><td>達成率(%)</td></tr><tr><td>がん登録件数</td><td>2,426</td><td>2,250</td><td>90.0</td></tr><tr><td>悪性腫瘍手術件数</td><td>1,611</td><td>1,493</td><td>87.8</td></tr><tr><td>放射線治療計画件数</td><td>432</td><td>393</td><td>93.6</td></tr><tr><td>化学療法件数(ホルモン療法等含む)</td><td>13,392</td><td>14,038</td><td>100.3</td></tr><tr><td>緩和ケアチーム介入件数</td><td>219</td><td>179</td><td>68.8</td></tr></table>	目標指標	2022 年度	2023 年度	達成率(%)	がん登録件数	2,426	2,250	90.0	悪性腫瘍手術件数	1,611	1,493	87.8	放射線治療計画件数	432	393	93.6	化学療法件数(ホルモン療法等含む)	13,392	14,038	100.3	緩和ケアチーム介入件数	219	179	68.8	4・3・3・3
目標指標	2022 年度	2023 年度	達成率(%)																											
がん登録件数	2,426	2,250	90.0																											
悪性腫瘍手術件数	1,611	1,493	87.8																											
放射線治療計画件数	432	393	93.6																											
化学療法件数(ホルモン療法等含む)	13,392	14,038	100.3																											
緩和ケアチーム介入件数	219	179	68.8																											
がん登録件数	3,500	がん登録件数	2,500	△	がん登録件数など目標指標の達成は見られないが、がん相談件数の増加、緩和ケアセンターの役割などは評価される。	・がん登録件数など目標指標の達成は見られないが、がん相談件数の増加、緩和ケアセンターの役割などは評価される。																								
悪性腫瘍手術件数	1,900	悪性腫瘍手術件数	1,700	△																										
放射線治療計画件数	410	放射線治療計画件数	420	△																										
化学療法件数(ホルモン療法等含む)	12,000	化学療法件数(ホルモン療法等含む)	14,000	○																										
緩和ケアチーム介入件数	200	緩和ケアチーム介入件数	260	×																										
国指定地域がん診療連携拠点病院として、高度医療機器を活用した手術や放射線治療をはじめ薬物療法や緩和ケアなど集学的ながん診療体制を強化する。 (重点施策) ・がん治療体制の充実⇒婦人科領域の実施に向けた体制整備／肝胆膵領域の取組を強化 ・診断技術の向上⇒病理診断、放射線画像診断の充実 ・低侵襲外科治療⇒手術支援ロボット手術、鏡視下手術の適用拡大／技術の向上 ・放射線治療の充実⇒放射線治療医の複数配置／定位放射線治療、IMRT の拡大 ・薬物療法の質向上⇒専門スタッフの拡充／多職種チーム医療の充実 ・緩和ケアの充実⇒多職種チーム医療の充実／緩和ケア病棟を持つ医療機関との連携強化 ・がんゲノム医療⇒体制整備／拠点病院との連携強化 ・患者支援体制の充実⇒患者への総合的なサポート体制の充実 ・地域への貢献⇒地域医療機関の他職種への研修／地域住民への情報提供や講演／がん教育		国指定地域がん診療連携拠点病院(高度型)として、高度医療機器を活用した手術や放射線治療をはじめ薬物療法や緩和ケアなど集学的ながん診療体制を強化する。 (重点施策) ・婦人科領域の実施に向け医師確保に努める。 ・手術支援ロボット(ダヴィンチ)では、新たに胃切除の適用開始を目指す。 ・放射線治療では、定位放射線治療や IMRT の実施を拡大し、治療の充実を図る。 ・化学療法を実施しているがん患者に対して、管理栄養士による栄養指導を実施し、治療の充実を図る。 ・固形がんを専門とする腫瘍内科医と各診療科の連携を図り、消化器がんを中心として二次治療以降の化学療法の更なる充実を図る。 ・緩和ケアセンターにおいて、多職種によるチーム医療の充実を図り、タイムリーに介入できる体制を整備する。また、急性期病院における緩和ケア病棟の機能や運用を調査・研究し、整備方針を検討する。		△	・がん集学的治療センターが中心となり、国指定の地域がん診療連携拠点病院として、高度かつ低侵襲な手術療法、薬物療法、放射線療法、緩和ケア、がん相談など、専門治療や患者ケアを推進したほか、地域医療機関と連携したがん治療のセミナーや研究会を開催するなど地域を含めた教育面も精力的に活動を行った。 ・緩和ケアセンターでは、治療中の疼痛ケアだけではなく、診断直後や治療が終わった後での相談も行っている。 ・終末期がん患者の意向やニーズを背景に、緩和ケアセンターの機能を強化し、増改築に合わせ、緩和ケア病棟の開設、緩和ケア科開設に向けた準備を進めた。 ・複数診療科の医師や、薬剤師、専門看護師、がん専門理学療法士等が参加するカンサーボードでは、患者にとって最善となる治療の検討を行っている。 ・AYA支援チームでは、がん患者や家族のみならず職員に対する相談に応じた。 ・がん相談支援室は認定がん相談センターとして活動しており、国立がん研究センター認定がん専門相談員を配備し、当院受診の有無に関わらず利用できるがん相談窓口を設けており、ハローワークとの連携による初回面談の実施、社会保険労務士による治療と就労の両立支援や、外見ケア相談等、がんと生きていく患者や家族を支援した。また、がん相談では電話相談のアクセシビリティ向上のため、直通電話を設置した。また、がんサロンは来院が難しい方への配慮を行い、オンライン開催を各月で実施した。 ・手術支援ロボット(ダヴィンチ)では、新たに胃切除の適用を開始した。 ・放射線治療においては、強度変調放射線治療や動体追跡システムにより、より精密で負担の少ない治療を実施した。	・個別の項目は、ほぼ達成できているものの、数値目標が十分に達成されていない項目が複数あるため、3としました。ただ、数値目標の結果は、一時的なものとの説明でしたので、来年以降の取組に期待。	・悪性腫瘍手術件数が達成率90%未満、緩和ケアチーム介入件数の達成率が70%未満。がん集学的治療センターが中心となり専門治療や患者ケアを推進、地域医療機関とセミナーや研究会を開催した。	・がん登録件数等の減少等で、目標値を下回っている項目が多い。ただ相談件数は増																						

	・がんゲノム医療拠点病院の指定を目指し、がんゲノム医療の充実を図る。 ・がんサロンやがん相談、社会保険労務士による就労支援など患者支援体制の充実を図る。 ・地域医療機関の他職種への研修の実施や、地域住民への情報提供や講演など地域社会へのサポートを実施する。	○	○	・通院治療室では専任医師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、認定看護師が化学療法中の患者に対する副作用マネジメントを行っており、急性増悪に対する緊急対応体制を強化したほか、抗がん剤治療によって著しい体重減少や栄養状態低下がみられる患者には管理栄養士が介入するなど多職種によるサポートを行っている。 ・医療用麻薬の調整や薬品に対する相談窓口としてがん性疼痛に精通した薬剤師面談窓口を設けている。 ・がんゲノム医療の充実を目指し、遺伝カウンセラーを養成するため、職員の大学院への進学支援を継続した。 (課題と今後の取組方針) ・年々増加する治療件数に伴い化学療法待ち時間が課題となっており、予約枠の編成や入院運用など引き続き対策を検討していく。 ・慢性的に不足している婦人科領域の医師確保について、継続して働きかけを行う。 ・ロボット支援手術の適用拡大(結腸)を行っていく。 ・国が推奨するがんゲノム医療に対応すべく、引き続き人員確保・育成に努めていく。	えており、活動に結びつく事を期待したい。
--	---	---	---	--	-----------------------------

2 高度・専門医療の提供 (2)循環器疾患にかかる医療の充実

中期目標	地域における循環器疾患の拠点病院として、24時間365日緊急搬送の受入体制を確保するとともに、新たな治療技術を取り込みながら、心臓血管センターの更なる充実を図ること。
------	---

法人自己評価	委員会評価	市評価
4	4	

中期計画		年度計画		優先度	法人の自己評価				評価、意見など
				達成状況	判断理由(実施状況など)				
目標指標	2025 年度	目標指標	2023 年度		目標指標	2022 年度	2023 年度	達成率(%)	4・4・4・4
冠動脈インターベンション(PCI)件数	520	冠動脈インターベンション(PCI)件数	540	△	冠動脈インターベンション(PCI)件数	506	457	84.6	
アブレーション件数	320	アブレーション件数	310	○	アブレーション件数	298	331	106.8	
デバイス治療件数	220	デバイス治療件数	220	○	デバイス治療件数	198	219	99.5	
末梢血管インターベンション(PTA)件数	290	末梢血管インターベンション(PTA)件数	180	×	末梢血管インターベンション(PTA)件数	140	95	52.8	
開心術・大血管手術件数	220	開心術・大血管手術件数	250	○	開心術・大血管手術件数	268	323	129.2	
心臓リハビリテーション単位数	31,600	心臓リハビリテーション単位数	30,000	○	心臓リハビリテーション単位数	26,508	29,560	98.5	
2019 年 12 月に施行された「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病、その他の循環器病に係る対策に関する基本法」及び 2020 年 10 月に閣議決定された「循環器病対策推進基本計画」に基づき、予防や正しい知識の啓発、医療提供体制の充実、研究の推進など、地域の心臓血管センターとして、循環器病対策を総合的に推進していく。 (重点施策) ・救急体制の強化⇒24 時間 365 日緊急搬送受入体制の維持／脳卒中への救急対応の強化 ・低侵襲治療の推進⇒経皮的動脈弁留置術(TAVI)／ステントグラフト治療／小切開手術(MICS) ・新規医療技術の導入⇒経皮的僧帽弁接合不全修復術(MitraClip) ・総合治療体制の充実⇒循環器内科、心臓血管外科、小児循環器内科、脳神経外科、形成外科、放射線科、麻酔科の連携によるチーム医療体制 ・先天性心疾患治療の充実⇒小児循環器内科、循環器内科、心臓血管外科の連携による新生児から移		2019 年 12 月に施行された「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」及び 2020 年 10 月に閣議決定された「循環器病対策推進基本計画」に基づき、予防や正しい知識の啓発、医療提供体制の充実、研究の推進など、地域の心臓血管センターとして、循環器病対策を総合的に推進していく。 (重点施策) ・24 時間 365 日緊急搬送受入体制を維持するとともに、脳卒中への救急対応の強化を図る。 ・経皮的動脈弁留置術(TAVI)や経皮的僧帽弁接合不全修復術(MitraClip)、小切開手術(MICS)など低侵襲治療を推進する。 ・循環器内科、心臓血管外科、小児循環器内科、脳神経外科、形成外科、放射線科、麻酔科の連携によるチーム医療体制を推進する。 ・小児循環器内科、循環器内科、心臓血管外科が連携し、新生児から移行期を経て大人まで切れ目のない先天性心疾患の治療体制を推進する。		◎	◎	活動指標			・24 時間 365 日体制で急性期循環器症例、脳卒中の救急医療体制を確立し維持していることは評価される。 ・数値目標で十分に達成できていない項目が複数あるものの、平均すると達成度は 95%以上となっており、他の項目は十分に所期の目標を達成されていると思われますので、4としました。 ・24 時間 365 日体制で急性循環器疾患の受入等地域の心臓血管センターとしての役割を果たした。心不全連携パスの活用を推進し心不全状態に応じたケアを地域全体で行う体制を構築している。 ・PTA の件数は減少しているものの、リハビリテーション実施件数は大幅に増加しており、積極的な取組を評価します。
				◎	◎	心臓血管センター救急搬送受入件数			
				◎	◎	Door to Balloon time(分)			
				◎	◎	急性大動脈疾患・急性冠動脈疾患等の緊急救命手術件数			
				◎	◎	大動脈瘤ステントグラフト件数			
				◎	◎	小切開手術(MICS)件数			
				◎	◎	先天性心疾患に係る開心術手術件数			
				◎	◎	急性心筋梗塞退院患者数			
				◎	◎	経皮的動脈弁留置術(TAVI)件数			
				◎	◎	超急性期脳卒中加算件数			
				◎	◎	経皮的脳血栓回収術件数			
				◎	◎	頸動脈ステント留置術(CAS)件数			
				◎	◎	心不全地域連携パス件数			
				◎	◎	脳血管リハビリテーション実施件数			
				◎	◎	・2019 年 12 月に施行された「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」及び 2023 年 3 月に閣議決定された「循環器病対策推進基本計画(第 2 期)」に基づき、24 時間 365 日体制で急性期循環器症例の受入や、脳卒中の救急医療体制の確立へ向けた取り組み、低侵襲治療の拡大、循環器領域への緩和ケアの導入など地域の心臓血管センターとしての役割を果たした。 ・経皮的動脈弁留置術(TAVI)、MitraClip、心臓血管外科分野における小切開手術(MICS)など低侵襲治療を推進している。 ・小児循環器内科では、先天性心疾患や川崎病等に対する超音波検査やカテーテル検査等を行い、小児から成人まで幅広い世代の循環器疾患に対する地域完結型の治療体制を確立した。 ・末期心不全患者に対する緩和ケアを推進し、地域医療機関と連携しながら、精神的・倫理的な内容も含めた支援体制を確立した。			

行期を経て大人まで切れ目のない治療体制 ・再発予防・早期社会復帰⇒急性期心臓リハビリテーション／心不全地域連携パスの確立 ・在宅医療支援⇒緩和ケアの推進／地域医療機関との連携による末期心不全患者の在宅医療支援	・心不全地域連携パスの活用を推進し、地域の中で役割分担を行い、地域全体で患者を支援する。 ・緩和ケアセンターを通じて地域医療機関と連携を図り、末期心不全患者への緩和ケアの充実を図る。	○ △ ○ ○	・心不全患者を地域全体で診ていく体制の一步として、心不全ホットラインを開設し、地域の医療機関からの相談がスムーズに行える体制を構築した。 ・カテーテル治療シミュレータ等のトレーニング設備を活用し、若手医師の実践的教育を行った。 (課題と今後の取組方針) ・今後増加が予測される心不全患者に対する地域での役割分担について、近隣医療機関と協議のうえ、当院の循環器内科医師や心不全療養指導士を中心に地域医療スタッフの支援を積極的に行い、心不全の状態に応じたケアを地域全体で行う体制を構築していく。	
--	--	-----------------------	---	--

2 高度・専門医療の提供 (4)周産期医療の充実		中期目標	ハイリスクな妊産婦や超低出生体重児に対する急性期治療に、24時間365日対応するとともに、こどもセンターと連携のうえ、地域周産期母子医療センターの機能を堅持すること。引き続き、産科医等の人材の確保に努め、総合周産期母子医療センターの整備を目指すこと。				法人自己評価	委員会評価	市評価
							3	4	

中期計画		年度計画		優先度	法人の自己評価				評価、意見など			
				達成状況	判断理由(実施状況など)							
目標指標		2025 年度			目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)	
分娩件数		800		△	分娩件数		688		657		87.6	
ハイリスク分娩件数		170		△	ハイリスク分娩件数		128		134		89.3	
地域周産期母子医療センターの機能を発揮し、リスクの高い妊娠・分娩や高度な新生児治療に対応していく。また、産科医の更なる充実に図り、総合周産期母子医療センター機能の整備を目指す。 (重点施策) ・ハイリスク妊産婦の確実な受入⇒ハイリスク妊産婦の受入／緊急母体搬送の受入 ・新生児高度医療の提供⇒NICU・GCU の充実／新生児緊急搬送の受入 ・赤ちゃんにやさしい病院の維持⇒母乳育児の推進 ・産後ケア事業の維持 ・産科医を確保し、総合周産期母子医療センターの整備を目指す。		地域周産期母子医療センターの機能を発揮し、リスクの高い妊娠・分娩や高度な新生児治療に対応していく。また、産科医の更なる充実に図り、総合周産期母子医療センター機能の整備を目指す。 (重点施策) ・ハイリスク妊産婦の確実な受入⇒ハイリスク妊産婦の受入／緊急母体搬送の受入 ・新生児高度医療の提供⇒NICU・GCU の充実／新生児緊急搬送の受入 ・赤ちゃんにやさしい病院の維持⇒母乳育児の推進 ・産後ケア事業の維持 ・産科医を確保し、総合周産期母子医療センターの整備を目指す。 ・麻酔科と連携し、無痛分娩を実施する。 ・遺伝子診療部と連携し、新型出生前診断(NIPT)の認定施設の取得を目指す。		◎	◎	活動指標		2022 年度		2023 年度		
				◎	◎	新生児緊急搬送件数		98		74		
				◎	◎	緊急母体搬送受入件数		62		69		
				◎	◎	新生児集中治療室(NICU)稼働率(%)		93.1		98.8		
				◎	◎	新生児治療回復室(GCU)稼働率(%)		41.3		43.6		
				◎	◎	退院時母乳率(%)		89.0		85.8		
				◎	◎	地域分娩貢献率(%)		13.3		12.7		
				◎	◎	産後2週間後健診外来件数		677		660		
				◎	◎	・地域周産期母子医療センターとして地域の三次救急の役割を担い、24時間365日ハイリスク妊産婦をはじめ緊急性の高い母体、新生児救急症例の受入を行った。 ・合併症や胎児異常が疑われるようなハイリスク妊娠において、小児科や精神科等の専門診療科と連携して適切な母体管理に対応した。また、帝王切開をはじめとする産科緊急手術に迅速に対応するなど、安全な分娩に努めた。 ・産婦人科医師や小児科医師、麻酔科医師との連携による無痛分娩の運用を開始した。 ・ユニセフ認定の赤ちゃんにやさしい病院(BFH)として、母乳育児を推進し健やかな親子関係の形成支援を継続した。また、新生児病棟に入院し母子分離を余儀なくされる親子の絆の形成に尽力しており、新たにBFNICUの認定を受けることとなった。 ・市町の実施する産後ケア事業に協力し、受入機関としての体制を維持した。 ・日本医学会出生前検査認証制度等運営委員会の認定を受け、出生前診断(NIPT)を開始(18件)したほか、知的・発達障害の原因検索を目的とした染色体検査を開始した。 ・当院産科に対する“ハイリスク妊婦専用”や、“質素な給食”というイメージを払拭すべく、地域広報誌やWebサイトに健康妊婦の積極受入や産後食見直しの広報を行った。						
				◎	◎	(課題と今後の取組方針) ・慢性的な産科医不足に対して、確保に向けた働きかけを継続するとともに、産科医を目指す医師を教育できる研修体制の構築を進める。						

3・3・4・3		・産科医の確保、安心できる入院・分娩環境を整備していくことが課題といえる。	・目標達成に向けた努力が伺えますが、数値目標の達成度が80%台で、活動指標も十分とは言えないため、3としました。産科医の確保は難題と思いますが、何とか確保に努めていただきたい。	・ハイリスク妊産婦と緊急母体搬送の受入、それに伴う新生児高度医療の提供体制を完全に整備され維持している。周産期母子センターとして地域の三次救急の役割を充分に担っています。	・達成率が80%台で、活動指標も前年より数値が下がっているものが多かったので3としました。
---------	--	---------------------------------------	--	---	---

2 高度・専門医療の提供
(5)小児医療の充実

中期目標
地域における小児医療の拠点として、24時間365日、小児救急から高度専門医療まで包括的な小児医療を提供し、子育て世代が安心して医療を受けることができるよう、こどもセンターにおける診療機能の更なる充実を図ること。

法人 自己評価	委員会 評価	市 評価
4	4	

中期計画		年度計画		優先度	達成状況	法人の自己評価 判断理由(実施状況など)	評価、意見など																														
目標指標	2025 年度	目標指標	2023 年度			<table><tr><td>目標指標</td><td>2022 年度</td><td>2023 年度</td><td>達成率(%)</td></tr><tr><td>小児科救急搬送受入件数</td><td>1,978</td><td>2,279</td><td>126.6</td></tr></table>	目標指標	2022 年度	2023 年度	達成率(%)	小児科救急搬送受入件数	1,978	2,279	126.6	5・4・4・4																						
目標指標	2022 年度	2023 年度	達成率(%)																																		
小児科救急搬送受入件数	1,978	2,279	126.6																																		
小児地域医療センターとして、小児救急医療から高度専門治療まで、当該地域のこどもの成長に合わせた総合的な小児医療を提供する。 (重点施策) ・小児救急医療の維持⇒24 時間 365 日の受入体制の維持 ・小児医療の地域内完結率の向上 ・高度専門医療の充実⇒低体温療法／一酸化窒素吸入療法／喉頭気管支鏡を用いた気道評価 ・先天性疾患への対応⇒他の診療科との連携 ・小児在宅医療支援⇒移行期医療／医療的ケア児への支援 ・チーム医療の推進⇒多職種(医師、看護師、心理士、保育士、理学療法士など)		小児地域医療センターとして、小児救急医療から高度専門治療まで、当該地域のこどもの成長に合わせた総合的な小児医療を提供する。 (重点施策) ・24 時間 365 日の救急受入体制を維持する。 ・小児外傷救急の受入体制を整備する。 ・低体温療法、一酸化窒素吸入療法、喉頭気管支鏡を用いた気道評価など高度専門医療の充実を図る。 ・循環器内科、心臓血管外科、形成外科、口腔外科など他の診療科との連携を図り、先天性疾患の治療の充実を図る。 ・医療的ケア児への短期入所事業の継続など、在宅医療への支援を実施する。		◎	○	<table><tr><td>活動指標</td><td>2022 年度</td><td>2023 年度</td></tr><tr><td>小児入院延患者数(人)</td><td>24,847</td><td>24,994</td></tr><tr><td>小児外来延患者数(人)</td><td>40,331</td><td>40,015</td></tr><tr><td>小児外科手術件数</td><td>227</td><td>191</td></tr><tr><td>小児脳神経外科手術件数</td><td>3</td><td>2</td></tr><tr><td>小児循環器手術件数</td><td>29</td><td>35</td></tr><tr><td>小児形成外科手術件数</td><td>143</td><td>137</td></tr><tr><td>重症脳障害患者に対する低体温療法件数(小児)</td><td>12</td><td>27</td></tr><tr><td>低酸素性呼吸不全に対する一酸化窒素吸入療法件数</td><td>33</td><td>29</td></tr><tr><td>喉頭気管支鏡を用いた気道評価件数(小児)</td><td>79</td><td>105</td></tr></table> ・小児地域医療センターとして、24 時間 365 日の救急受入体制を堅持した。 ・重症脳障害に対する低体温療法や呼吸不全に対する一酸化窒素吸入療法、気道狭窄に対するファイバー検査等、高度な治療や検査の体制整備を進めた。 ・心臓血管外科や小児循環器内科を中心とした、先天性心疾患における心臓血管手術やカテーテル検査など、高度専門治療を行った。 ・摂食機能に影響を及ぼす口唇口蓋裂・顎裂の領域では、矯正歯科医、形成外科、小児科と連携しながら不正咬合の治療を行っている。 ・医療的ケア児の短期入所事業について受入体制を維持し、4 件の利用があった。 ・虐待が疑われる患児に対して定期および臨時的の症例検討や通告判定を行い、行政や児童相談所と通告前後の対応を共有している。また、年2回の職員研修を行うなど院内での啓蒙も行った。 (課題と今後の取組方針) ・圏域外からのニーズが増えつつある気道狭窄症例に対応していく。また、その他の小児疾患についても救急医療体制を維持していくとともに、専門領域の拡大に努めていく。	活動指標	2022 年度	2023 年度	小児入院延患者数(人)	24,847	24,994	小児外来延患者数(人)	40,331	40,015	小児外科手術件数	227	191	小児脳神経外科手術件数	3	2	小児循環器手術件数	29	35	小児形成外科手術件数	143	137	重症脳障害患者に対する低体温療法件数(小児)	12	27	低酸素性呼吸不全に対する一酸化窒素吸入療法件数	33	29	喉頭気管支鏡を用いた気道評価件数(小児)	79	105	・24 時間 365 日の受け入れ態勢の維持、小児科救急搬送受入件数は目標指標を大きく上回っていることより評価される。 ・数値目標は十二分に達成できているもの、小児救急の受け入れ体制整備が未達のため、4としています。ただ具体的に対策を取られているようですので、今後、期待しております。 ・救急搬送受入達成率 126.6%。低体温療法や NO 吸入療法、気道狭窄に対するファイバー検査等高度な治療や検査の体制整備を進めた。 ・目標に届かない項目もあるが、救急受入件数を大幅に伸ばしていることを評価します。
活動指標	2022 年度	2023 年度																																			
小児入院延患者数(人)	24,847	24,994																																			
小児外来延患者数(人)	40,331	40,015																																			
小児外科手術件数	227	191																																			
小児脳神経外科手術件数	3	2																																			
小児循環器手術件数	29	35																																			
小児形成外科手術件数	143	137																																			
重症脳障害患者に対する低体温療法件数(小児)	12	27																																			
低酸素性呼吸不全に対する一酸化窒素吸入療法件数	33	29																																			
喉頭気管支鏡を用いた気道評価件数(小児)	79	105																																			

2 高度・専門医療の提供 (6)センター診療機能の更なる充実		中期目標	5大センターに加え、新たなセンター診療機能の構築により、高度で専門的な医療の提供に努めること。	法人自己評価	委員会評価	市評価
				3	3	
中期計画	年度計画	優先度	法人の自己評価 達成状況 判断理由(実施状況など)	評価、意見など		
地域で中核的役割を果たす診療領域や、特に高度な治療を実施する領域において、新たにセンターを設置し、高度・専門医療の充実を図る。	2023 年1月に開設した呼吸器センターについて、運用実績を見ながら更なる機能の拡充を図る。		○ ・2023 年1月に設置した呼吸器センターにおける対外 PR として、地域連携情報誌「きらり」にて、医師(呼吸器・放射線)や看護師(呼吸器疾患看護認定・がん化学療法認定)等の専門職員の配置や、ロボット治療をはじめとする先進医療機器、呼吸器リハビリテーションや多岐に渡る肺機能検査等の集学的治療体制を発信した。 (課題と今後の取組方針) ・その他領域においても、地域で中核的役割を果たす診療領域や高度に治療を実施する領域については、情報収集やデータ分析を行いセンター化の必要性の有無等検討していく。	3 ・ 3 ・ 3 ・ 3 ・情報収集、データ分析より検討を期待する。 ・評価が難しいところですが、呼吸器センターの設置が完了し、PR もできていることから、3 としました。今後は、「運用実績をみながら更なる機能の拡充」の目標に取り組んでいただけたらと思います。 ・「呼吸器センター」においてより高度で専門的な呼吸器疾患に対する医療提供とそれにふさわしい知識と技術の向上、人材の育成に期待します。 ・数値化がむずかしい目標ですが、呼吸器センターの有効活用を期待します。		

2 高度・専門医療の提供
(7)総合診療体制とチーム医療の充実

中期目標	患者の病態に応じて、診療科の枠を越え、各診療科の専門性を生かした総合的な医療を提供できる体制を強化するとともに、医師、看護師、薬剤師など多職種の職員が、連携することによって、質の高いチーム医療を提供すること。 また、高度・専門医療を提供する病院として、臨床研究や治験に積極的に取り組むこと。
------	---

法人 自己評価	委員会 評価	市 評価
4	4	

中期計画	年度計画	優先度	法人の自己評価				評価、意見など																																																																																																																									
			達成状況	判断理由(実施状況など)																																																																																																																												
<table><tr><th>目標指標</th><th>2025 年度</th></tr><tr><td>手術件数</td><td>9,500</td></tr><tr><td>MRI 件数</td><td>23,500</td></tr><tr><td>CT 件数</td><td>56,600</td></tr><tr><td>PET-CT 件数</td><td>2,260</td></tr><tr><td>クリニカルパス使用率 (%)</td><td>65.0</td></tr></table> (総合診療体制の強化) ・各診療科が専門性を発揮し、相互に連携を図り、多様な病態に対応できる治療体制を整備する。 ・各種検査、薬剤指導、栄養指導など診療支援体制の充実を図る。 (高度・専門医療の提供) ・集中治療室管理加算1の取得を目指す。 ・遺伝子診療の充実を図る。 ・高度先進医療や新規技術の導入に積極的に取り組む。 ・臨床研究・治験・学術活動に積極的に取り組み、医療水準の向上を図る。 (チーム医療の推進) ・部門を越えた多職種によるチーム医療を推進する。 ・クリニカルパスを活用し、効率的な医療の提供を目指す。	目標指標	2025 年度	手術件数	9,500	MRI 件数	23,500	CT 件数	56,600	PET-CT 件数	2,260	クリニカルパス使用率 (%)	65.0	<table><tr><th>目標指標</th><th>2023 年度</th></tr><tr><td>手術件数</td><td>8,600</td></tr><tr><td>MRI 件数</td><td>23,250</td></tr><tr><td>CT 件数</td><td>56,300</td></tr><tr><td>PET-CT 件数</td><td>2,220</td></tr><tr><td>クリニカルパス使用率 (%)</td><td>65.0</td></tr></table> (総合診療体制の強化) ・各診療科が専門性を発揮し、相互に連携を図り、多様な病態に対応できる治療体制を整備する。 ・病棟における薬剤指導や栄養指導の徹底を図り、質の高い医療を確保する。 ・急性期における早期リハビリテーションを積極的に実施し、退院後の社会復帰や在宅療養を支援する。 (高度・専門医療の提供) ・急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算の取得を目指す、集中治療体制の充実を図る。 ・遺伝カウンセリングなど診療支援の充実を図り、遺伝子診療体制を維持する。 ・高度先進医療や新規技術の導入に積極的に取り組む。 ・臨床研究・治験・学術活動に積極的に取り組み、医療水準の向上を図る。 (チーム医療の推進) ・クリニカルパスを活用し、効率的な医療の提供を目指す。	目標指標	2023 年度	手術件数	8,600	MRI 件数	23,250	CT 件数	56,300	PET-CT 件数	2,220	クリニカルパス使用率 (%)	65.0	◎	○	<table><tr><th>目標指標</th><th>2022 年度</th><th>2023 年度</th><th>達成率(%)</th></tr><tr><td>手術件数</td><td>8,493</td><td>8,795</td><td>102.3</td></tr><tr><td>MRI 件数</td><td>23,272</td><td>23,747</td><td>102.1</td></tr><tr><td>CT 件数</td><td>65,707</td><td>68,852</td><td>122.3</td></tr><tr><td>PET-CT 件数</td><td>2,217</td><td>2,138</td><td>96.3</td></tr><tr><td>クリニカルパス使用率 (%)</td><td>67.9</td><td>68.4</td><td>105.2</td></tr></table> <table><tr><th>活動指標</th><th>2022 年度</th><th>2023 年度</th></tr><tr><td>全身麻酔実施件数</td><td>4,569</td><td>4,703</td></tr><tr><td>日帰り手術件数</td><td>1,421</td><td>1,109</td></tr><tr><td>ICU 稼働率 (%)</td><td>65.9</td><td>79.6</td></tr><tr><td>糖尿病教育入院患者数(人)</td><td>82</td><td>46</td></tr><tr><td>院内他診療科からの診察依頼件数(精神疾患)</td><td>1,129</td><td>1,195</td></tr><tr><td>マブ・ネティック+ビゲーションシステム稼働件数</td><td>41</td><td>33</td></tr><tr><td>手術支援ロボット(ダヴィンチ)稼働件数(泌尿器科)</td><td>41</td><td>27</td></tr><tr><td>手術支援ロボット(ダヴィンチ)稼働件数(消化器外科)</td><td>13</td><td>31</td></tr><tr><td>手術支援ロボット(ダヴィンチ)稼働件数(呼吸器外科)</td><td>24</td><td>13</td></tr><tr><td>薬剤管理指導実施率 (%)</td><td>82.7</td><td>84.1</td></tr><tr><td>栄養食事指導件数</td><td>6,930</td><td>7,905</td></tr><tr><td>リハビリテーション実施単位数</td><td>15.2</td><td>15.8</td></tr><tr><td>口腔ケア実施件数</td><td>4,729</td><td>4,899</td></tr><tr><td>栄養サポートチーム(NST)実施件数</td><td>1,556</td><td>1,696</td></tr><tr><td>精神科リエゾンチーム診療件数</td><td>505</td><td>595</td></tr><tr><td>褥瘡発生率 (%)</td><td>0.8</td><td>0.7</td></tr><tr><td>院内感染制御チーム(ICT)ラウンド実施回数(回)</td><td>110</td><td>100</td></tr><tr><td>認知症チーム介入件数</td><td>627</td><td>786</td></tr><tr><td>呼吸リハビリテーション(RST)件数</td><td>13,445</td><td>15,645</td></tr><tr><td>ストーマ外来件数</td><td>705</td><td>759</td></tr><tr><td>フットケア外来件数</td><td>187</td><td>263</td></tr><tr><td>心不全外来件数</td><td>688</td><td>605</td></tr><tr><td>リンパ浮腫外来件数</td><td>248</td><td>234</td></tr><tr><td>糖尿病療養指導外来件数</td><td>748</td><td>920</td></tr></table>	目標指標	2022 年度	2023 年度	達成率(%)	手術件数	8,493	8,795	102.3	MRI 件数	23,272	23,747	102.1	CT 件数	65,707	68,852	122.3	PET-CT 件数	2,217	2,138	96.3	クリニカルパス使用率 (%)	67.9	68.4	105.2	活動指標	2022 年度	2023 年度	全身麻酔実施件数	4,569	4,703	日帰り手術件数	1,421	1,109	ICU 稼働率 (%)	65.9	79.6	糖尿病教育入院患者数(人)	82	46	院内他診療科からの診察依頼件数(精神疾患)	1,129	1,195	マブ・ネティック+ビゲーションシステム稼働件数	41	33	手術支援ロボット(ダヴィンチ)稼働件数(泌尿器科)	41	27	手術支援ロボット(ダヴィンチ)稼働件数(消化器外科)	13	31	手術支援ロボット(ダヴィンチ)稼働件数(呼吸器外科)	24	13	薬剤管理指導実施率 (%)	82.7	84.1	栄養食事指導件数	6,930	7,905	リハビリテーション実施単位数	15.2	15.8	口腔ケア実施件数	4,729	4,899	栄養サポートチーム(NST)実施件数	1,556	1,696	精神科リエゾンチーム診療件数	505	595	褥瘡発生率 (%)	0.8	0.7	院内感染制御チーム(ICT)ラウンド実施回数(回)	110	100	認知症チーム介入件数	627	786	呼吸リハビリテーション(RST)件数	13,445	15,645	ストーマ外来件数	705	759	フットケア外来件数	187	263	心不全外来件数	688	605	リンパ浮腫外来件数	248	234	糖尿病療養指導外来件数	748	920	4 ・ 4 ・ 4 ・ 4
目標指標	2025 年度																																																																																																																															
手術件数	9,500																																																																																																																															
MRI 件数	23,500																																																																																																																															
CT 件数	56,600																																																																																																																															
PET-CT 件数	2,260																																																																																																																															
クリニカルパス使用率 (%)	65.0																																																																																																																															
目標指標	2023 年度																																																																																																																															
手術件数	8,600																																																																																																																															
MRI 件数	23,250																																																																																																																															
CT 件数	56,300																																																																																																																															
PET-CT 件数	2,220																																																																																																																															
クリニカルパス使用率 (%)	65.0																																																																																																																															
目標指標	2022 年度	2023 年度	達成率(%)																																																																																																																													
手術件数	8,493	8,795	102.3																																																																																																																													
MRI 件数	23,272	23,747	102.1																																																																																																																													
CT 件数	65,707	68,852	122.3																																																																																																																													
PET-CT 件数	2,217	2,138	96.3																																																																																																																													
クリニカルパス使用率 (%)	67.9	68.4	105.2																																																																																																																													
活動指標	2022 年度	2023 年度																																																																																																																														
全身麻酔実施件数	4,569	4,703																																																																																																																														
日帰り手術件数	1,421	1,109																																																																																																																														
ICU 稼働率 (%)	65.9	79.6																																																																																																																														
糖尿病教育入院患者数(人)	82	46																																																																																																																														
院内他診療科からの診察依頼件数(精神疾患)	1,129	1,195																																																																																																																														
マブ・ネティック+ビゲーションシステム稼働件数	41	33																																																																																																																														
手術支援ロボット(ダヴィンチ)稼働件数(泌尿器科)	41	27																																																																																																																														
手術支援ロボット(ダヴィンチ)稼働件数(消化器外科)	13	31																																																																																																																														
手術支援ロボット(ダヴィンチ)稼働件数(呼吸器外科)	24	13																																																																																																																														
薬剤管理指導実施率 (%)	82.7	84.1																																																																																																																														
栄養食事指導件数	6,930	7,905																																																																																																																														
リハビリテーション実施単位数	15.2	15.8																																																																																																																														
口腔ケア実施件数	4,729	4,899																																																																																																																														
栄養サポートチーム(NST)実施件数	1,556	1,696																																																																																																																														
精神科リエゾンチーム診療件数	505	595																																																																																																																														
褥瘡発生率 (%)	0.8	0.7																																																																																																																														
院内感染制御チーム(ICT)ラウンド実施回数(回)	110	100																																																																																																																														
認知症チーム介入件数	627	786																																																																																																																														
呼吸リハビリテーション(RST)件数	13,445	15,645																																																																																																																														
ストーマ外来件数	705	759																																																																																																																														
フットケア外来件数	187	263																																																																																																																														
心不全外来件数	688	605																																																																																																																														
リンパ浮腫外来件数	248	234																																																																																																																														
糖尿病療養指導外来件数	748	920																																																																																																																														
・概ね目標指標に到達している。各診療科が専門性を発揮し、相互に連携しチーム医療の充実を期待する。																																																																																																																																
・年度計画を十分に達成しており、ハイブリット手術室の設置などチーム医療の推進に向けた取り組みも順調ですが、数値目標がわずかに未達であるため 4 としました。																																																																																																																																
・PET-CT 以外の目標指標件数は全て達成度 100%越え。各診療科が相互に連携を図り多様な病態に対応ができる治療体制を整備している。																																																																																																																																
・PET-CT 件数だけ目標未達であるが、それでも 96.3%であり、活動指標もほとんどの項目で前年を上回っているため、評価 4 としました。																																																																																																																																

・医科・歯科の連携を推進し、治療実績の向上を図る。
・新たに非がんを含めた包括的な緩和ケアを推進するため、緩和ケアセンターを設置する。

・非がんを含めた包括的な緩和ケアセンターを中心に、患者とその家族の苦痛を緩和し、QOLを少しでも高い状態での療養生活が送れるよう支援を行う。
・認定看護師や専門看護師による11の看護外来を実施し、ストーマ、フットケア、心不全、リンパ浮腫などの疾患に対して、より細やかな相談や療養サポート体制を推進する。

○ ○
○ ○

臨床研究件数(研究倫理審査委員会承認件数)	212	217
特定臨床研究件数(代表・分担機関)	代表2件、 分担13件	代表2件、 分担12件
治験実施件数	3	3
臨床倫理コンサルテーション件数	10	12
多職種倫理カンファレンス件数	16	12

(総合診療体制の強化)

・集中治療室では早期離床のためのリハビリテーションを行ったほか、専任の管理栄養士を配置し、集中治療の初期段階から栄養介入を行い、早期退院や退院後のQOL向上に係る体制を強化した。
・前年度診療科と症例を限定して開始した周術期栄養管理について、一般病棟すべてに対象を拡大し、手術後患者に対しエビデンスに基づく早期栄養管理介入を行い、術後経過を向上させ、結果として在院日数を短縮できた。
・臨床遺伝専門医と各診療科医師の連携により、先天性疾患や遺伝性神経難病、遺伝性循環器疾患、遺伝性乳がん・卵巣がん症候群などの幅広い遺伝性疾患を診療した。

(高度・専門医療の提供)

・地域における高度・急性期医療の提供体制が評価され、急性期充実体制加算の算定が可能となった。
・集中治療領域においては従来のICU病棟を再編成し、より高度な体制を要するSuper-ICU(特定集中治療室管理料1)と、ハイリスク手術後の集中管理行うHCUに機能集中と役割分担を行った。
・増築棟が完成し、手術室2室を増室し、うち1室はハイブリット手術室を整備し、脳血管治療をはじめ循環器領域の手術の拡充が図れた。
・低被ばく線量認定施設として、低放射線量での検査や治療体制を維持した。
・臨床研究治験分野に知見の深い医師を招聘し体制整備を行った。また、第3相以降としていたフェーズを2相以降に拡大するなど実施可能性を広げた。
・脳死下臓器提供に関する体制整備を行った。法的脳死判定の習得を目的とする運用シミュレーションを行い、兵庫県臓器移植コーディネーターを含む25名が参加した。

(チーム医療の推進)

・在宅酸素療法の導入時には、管理栄養士による栄養評価や食事指導を行うとともに、理学療法士による患者の生活にあった酸素吸入機器の提案を行っている。
・看護外来は、12の看護外来(糖尿病療養指導、糖尿病フットケア、ストーマ、リンパ浮腫、がん看護、心不全看護、産後2週間健診、助産師、創傷外来、周産期メンタルヘルス看護、成長ホルモン看護、LTFU(移植後長期フォローアップ))を運用し、専門知識をもった看護師が外来診療を展開し、多職種と連携しながら、在宅療養の継続が行われるよう支援を行った。
・緩和ケアセンターでは、従来の疼痛緩和介入や専門看護外来に加えて、地域医療機関と連携し、療養期移行後も患者や家族への負担軽減に係る相談を行うなど統合的な活動によって切れ目ないケア体制を整備した。心不全など非がん疾患についても介入を行った。

				・臨床検査室が主体となり、病院全体で業務手順の見直しや改善活動を行い、臨床検査部門における国際認証である ISO15189 の認定を取得した。 (課題と今後の取組方針) ・遺伝診療に係る職員の確保、育成に注力し、国が推奨するゲノム医療に対応していく。	
--	--	--	--	--	--

2 高度・専門医療の提供

(8)高度・専門医療を提供する人材の確保と育成

中
期
目
標

安定的な医療提供体制を維持し、高度で専門的な医療を継続して提供するために必要な医療従事者の確保に努めるとともに、人材育成に注力すること。
また、基幹型初期臨床研修病院や、専門医制度の基幹施設としての役割を十分に発揮するため、大学病院や協力病院とも連携を図り、「学べる病院」として魅力を高め、若手医師の確保と育成に努めること。
さらに、地域の医療実習施設として、未来の地域医療を支える人材の育成に貢献すること。

法人 自己評価	委員会 評価	市 評価
4	4	

中期計画		年度計画		優先度	達成状況	法人の自己評価				評価、意見など	
						判断理由(実施状況など)					
目標指標	2025 年度	目標指標	2023 年度			目標指標	2022 年度	2023 年度	達成率(%)	4 ・ 5 ・ 4 ・ 4 ・看護職員では大学院への進学、特定行為認定研修施設として、高度で専門的な医療の提供に必要な医療従事者の確保に取り組んでいる。 ・全ての数値目標を 100%達成されているうえ、人材確保のポイントとなる初期研修医の確保も順調であるため、「学べる病院」として十分な成果を出していると考えます。 ・急性期総合病院として、様々な症例の経験や地域医療研修などプログラムを用意して学べる病院としての機能を発揮した。特定行為認定研修施設として安全に実施出来る看護師を育成している。 ・医師、看護師の数も目標を達成しており、研修制度も充実していることが窺えます。今後は、さらに高度な資格取得を期待します。	
医師数(人)＊	159	医師数(人)＊	182	○	○	医師数(人)＊	171	182	100.0		
専門医研修医数(専攻医)(人)	62	専門医研修医数(専攻医)(人)	62	○	○	専門医研修医数(専攻医)(人)	62	62	100.0		
初期臨床研修医数(人)	31	初期臨床研修医数(人)	29	○	○	初期臨床研修医数(人)	28	29	100.0		
＊専門医研修医及び初期臨床研修医を除く。 ・医師にとって魅力的な病院となるよう、最先端の医療機器の導入など診療環境の整備を行う。 ・幅広い診療科目を有する急性期病院として、初期研修医や専攻医に様々な研修プログラムを用意し、知識と経験を習得する場を提供する。 ・専門職として自律した看護師を育成するため、研修や資格取得によりキャリアアップを支援する。 ・医療に携わることを志す実習生を幅広く積極的に受入れ、人材育成に寄与する。		＊専門医研修医及び初期臨床研修医を除く。 ・幅広い診療科目を有する急性期病院として、初期研修医や専攻医に様々な研修プログラムを用意し、知識と経験を習得する場を提供する。 ・キャリアデザインに沿った研修や資格取得を支援し、専門職として自律した看護師を育成する。 ・高度専門医療を提供するために必要な専門資格の取得を推奨し、研修や就学への支援を強化する。 ・特定行為研修施設としての運用を開始し、特定看護師の養成を行う。 ・医療に携わることを志す実習生を幅広く積極的に受け入れ、人材育成に寄与する。		○	○	＊専門医研修医及び初期臨床研修医を除く。 活動指標					
						看護師数(人)	789	810			
						医療技術職員数(人)	258	268			
						臨床研修指導医資格取得者数(人)	81	87			
						初期臨床研修医募集定員充足率(%)	100	100			
						学会認定等施設件数	105	105			
						専門医資格取得数(人)	266	278			
						専門看護師数(人)	6	8			
						認定看護師数(人)	20	20			
						特定認定看護師(人)	2	5			
						特定行為看護師(人)	1	11			
						認定看護管理者数(人)	6	5			
						看護師クリニカルラダー取得者数(人)	総計:679 Ⅰ:74 Ⅱ:115 Ⅲ:185 Ⅳ:194 Ⅴ:111	総計:631 Ⅰ:65 Ⅱ:120 Ⅲ:158 Ⅳ:186 Ⅴ:104			
						助産師ラダー取得者数(人)	総計:19 新人: 3 Ⅰ: 1 Ⅱ: 1 Ⅲ: 14	総計:23 新人: 7 Ⅰ: 1 Ⅱ: 1 Ⅲ: 14			
						アドバンス助産師取得者数(人)	9	9			
						看護師マネジメントラダー取得者数(人)	総計:48 副師長Ⅰ:8	総計:60 副師長Ⅰ:15			

	副師長Ⅱ:21 師長Ⅰ:6 師長Ⅱ:13	副師長Ⅱ:19 師長Ⅰ:12 師長Ⅱ:14
ラダー階層別取得率(%)	94.3 Ⅰ:10.3 Ⅱ:16.0 Ⅲ:25.7 Ⅳ:26.9 Ⅴ:15.4	87.6 Ⅰ:9 Ⅱ:16.6 Ⅲ:21.9 Ⅳ:25.7 Ⅴ:14.4
薬剤師資格取得者数(人)	74(18)	79(18)
放射線技師資格取得者数(人)	61(15)	59(11)
臨床検査技師資格取得者数(人)	76(4)	83(3)
リハビリテーション室資格取得者数(人)	82(24)	88(28)
管理栄養士資格取得者数(人)	33(16)	26(7)
臨床工学技士資格取得者数(人)	29(5)	36(8)
口腔管理室資格取得者数(人)	9	9
診療情報管理士数(人)	20	22
医療情報技師数(人)	8	12
実習生受入件数	878	1,005

・幅広い診療科目を有する急性期総合病院として、様々な症例の経験や、専門的なトレーニング機器を用いたシミュレーション、離島を含めた地域医療研修など、様々な研修プログラムを用意し、学べる病院としての機能を発揮した。なお、初期研修医のマッチングは定員に対して一般12名産婦人科育成2名のフルマッチとなり、一般の1位希望人数は兵庫県2位となる32人となった。

・職員の高度な技術習得の意思を支援するため、職員を大学院へ派遣する仕組みを推進した。

・看護職員の育成では、高度な医療に対応するための知識・技術習得に加え、倫理観をもって診療にあたることを目的とし、クリニカルラダーとマネジメントラダー制度を導入している。

・特定行為認定研修施設として、高レベル相対的医行為である“特定行為”を実践するための知識と技術を学び、様々なシーンで安全に実施できる看護師を育成することを目的として5区分8行為の研修から始まり、2023年9月より新たに5行為の研修を開始した。2023年度は当院5名、他施設1名が研修を修了したほか、当院の3名が科目追加研修を修了した。さらに、他の研修指定機関からの実習生6名を協力施設として受入れ、実技の研修を実施した。

(課題と今後の取組方針)

・診療報酬算定要件のなかで、認定資格や研修受講の有無が問われるようになってきており、資格取得の支援を進め、質の向上を進めていく。

・特定行為研修を充実させ、タスクシフトに対応した看護師育成に向けた整備を進める。

3 安全で信頼される医療の提供

(1) 医療安全管理及び感染対策の徹底

中期目標	医療事故を発生させないという強い意識のもと、医療安全管理を徹底し、安全性の向上に取り組むとともに、透明性の確保に努め、患者から信頼され、安全で質の高い医療を継続して提供すること。 また、平時より院内感染に対する職員教育を徹底するとともに、新型コロナウイルス感染症に対応した経験を生かし、新たな感染症発生時には病院全体で対応できる体制を整備するなど、感染対策の強化に努めること。
------	---

法人自己評価	委員会評価	市評価
4	4	

中期計画	年度計画	優先度	達成状況	法人の自己評価	評価、意見など																					
				判断理由(実施状況など)																						
・ヒヤリハットレポート、インシデントレポートの事象の把握、分析を行い、対策の立案と定期的な評価による対策の妥当性と継続性を分析することで、再発防止に積極的に取り組む。 ・医療安全研修やリスクマネージャー部会での情報の共有、医療安全推進室員による定期的なラウンドを行うことで、安全な職場環境を整え、医療安全文化を醸成する。 ・手術の際に生じる事象(合併症を含む)について、有害事象や過失の有無に関係なく、典型的に医療安全を脅かす確率が高い事象について報告するシステムの構築と、全合併症を含む発生状況の把握、合併症抑止策の検討を行う。 ・院内感染対策室活動を引き続き強め、院内感染防止・管理を徹底する。 ・職員に対する院内感染対策研修を継続的に実施する。	・ヒヤリハットレポート、インシデントレポートの事象の把握、分析を行い、対策の立案と定期的な評価による対策の妥当性と継続性を分析することで、再発防止に積極的に取り組む。 ・医療安全研修やリスクマネージャー部会での情報の共有、医療安全推進室員による定期的なラウンドを行うことで、安全な職場環境を整え、医療安全文化を醸成する。 ・手術の際に生じる事象(合併症を含む)について、有害事象や過失の有無に関係なく、典型的に医療安全を脅かす確率が高い事象について報告することで、発生状況の把握と合併症抑止策の検討を行う。 ・AI による読影支援システムや、検査結果の既読管理システムを導入し、検査結果の見落とし・見逃し防止を強化する。 ・RRS の本格的な運用を開始し、院内心肺停止を未然に防止することで、予期せぬ急変による死亡を減少させる。 ・業務の点検及び見直しを実施し、病院機能評価の更新を目指す。 ・臨床検査における品質マネジメントと臨床検査の種類に応じた技術能力に関する国際規格である、ISO15189 の取得を目指す。 ・院内感染対策室活動を引き続き強め、院内感染防止・管理を徹底する。	○	○	<table><tr><th>活動指標</th><th>2022 年度</th><th>2023 年度</th></tr><tr><td>ヒヤリハットレポート件数</td><td>2,645</td><td>2,481</td></tr><tr><td>インシデント件数</td><td>10</td><td>17</td></tr><tr><td>転倒・転落発生率(%)</td><td>0.17</td><td>0.18</td></tr><tr><td>医療安全研修回数/参加者数(人)</td><td>2 回/3,041 人</td><td>2 回/3,128 人</td></tr><tr><td>感染対策研修回数/参加者数(人)</td><td>2 回/3,042 人</td><td>2 回/2,990 人</td></tr><tr><td>オカレンス報告率(%)</td><td>99.5</td><td>100</td></tr></table>	活動指標	2022 年度	2023 年度	ヒヤリハットレポート件数	2,645	2,481	インシデント件数	10	17	転倒・転落発生率(%)	0.17	0.18	医療安全研修回数/参加者数(人)	2 回/3,041 人	2 回/3,128 人	感染対策研修回数/参加者数(人)	2 回/3,042 人	2 回/2,990 人	オカレンス報告率(%)	99.5	100	4 ・ 4 ・ 4 ・ 4 ・医療安全管理を徹底し、医療安全管理の徹底による結果は評価される。大きな院内クラスターの発生が無く、地域医療の提供が継続できたことは評価される。 ・年度計画の目標は、十分達成されていますが、インシデント件数、転倒・転落発生率がわずかに増加している点などを勘案して、4としました。 ・医療安全管理を徹底し安全で質の高い医療を継続して提供している。病院全体で新興感染症発生に対応できる体制を整備し感染対策の強化に努めている。 ・ヒヤリハット件数は減少しているが、インシデント件数が増加しているのが気になります。それ以外は ISO15189 の取得等、安全管理に対する意欲が感じられます。
				活動指標	2022 年度	2023 年度																				
				ヒヤリハットレポート件数	2,645	2,481																				
				インシデント件数	10	17																				
				転倒・転落発生率(%)	0.17	0.18																				
				医療安全研修回数/参加者数(人)	2 回/3,041 人	2 回/3,128 人																				
				感染対策研修回数/参加者数(人)	2 回/3,042 人	2 回/2,990 人																				
				オカレンス報告率(%)	99.5	100																				
				・各部署のリスクマネージャーが、過去のインシデントレポートの分析を行い、再発防止策について再評価を行った。また、繰り返すインシデントについて手順書の見直しを行った。																						
				・病棟では、超音波センサーにより自動で膀胱内尿量を計測し排尿タイミングを予測するシステムと睡眠・覚醒状況を把握する非接触型睡眠計測マットを試験的に導入し、患者の動きだし予測や排尿誘導等に活用し、転倒転落の発生抑制の検証を開始した。																						
・外来部門では、転倒転落防止の注意喚起として、待ち番号表示システムに川柳など目を引く工夫を凝らした掲示を行った。																										
・オカレンス報告制度では、医療安全管理部門が手術部門や診療科との情報共有を密にし、各診療科の責任者が新規医療技術・高難度手技に伴うリスクの点検を行い、報告を行う流れが定着した。																										
・医療安全推進室による定期ラウンドを実施し、各現場の安全意識の向上を図った。																										
・患者とのトラブルを紛争化させないために、事務職員が早期に介入することで現場スタッフとの情報共有が円滑に進められ、病院として迅速に対応方針が決定でき、事案の早期解決が図られた。																										
・AIを用いた医用画像診断支援システムの活用により、肺の悪性所見の見落としとリスクの低減している。また、従来の病理細胞診、組織診、内視鏡レポートに対する要注意所見を覚知するパニックアラート運用に加えて、放射線、内視鏡、一般検体検査、心電図、超音波等、多岐に渡る部門検査の未読結果・レポートを通知する既読管理システムを新たに導入し、見落とし防止を図った。																										
・RRT の呼出・出動体制を整備し、正式に RRS 運用を開始したが、出動件数は 19 件に留まっている。RRT とコール基準の周知を目的とした RRS ニュースを発行した。																										
・病院機能評価の更新受診に向け、業務のマニュアル、手順、記録などの再確認や見直しを実施し、高評価にて更新認定された。																										
・臨床検査部門において、手順、文書管理等の再確認や見直しを実施し、国際規格 ISO 15189 の取得ができた。																										

	・職員に対する院内感染対策研修を継続的に実施する。	○	○	・抗菌薬適正使用支援チーム(AST)では、病棟ラウンドやカンファレンスを通したスムーズな介入を実現したほか、薬剤師による抗菌薬選択相談を行った。 ・院内感染対策室では、現場ラウンドなど従来業務や新型コロナウイルスに対する手指消毒実技や防護具着脱、PCR検査トレーニングを継続したほか、新興感染症対策として、医師会をはじめ地域全体での訓練を実施した。 (課題と今後の取組方針) ・肝炎ウイルス等見落としが重大な案件に繋がる可能性がある検査や、処方監査の方法等に対し、より安全な診療体制を検討していく。 ・RRS の体制について、チームの認知やコール基準の認識が浸透に係る啓発活動として、研修コンテンツの充実やチーム活動の院内周知を行う。	
--	----------------------------------	---	---	--	--

3 安全で信頼される医療の提供 (2)患者とともに進める医療の推進とサービスの充実

中期目標	患者中心の医療を実践するため、患者が治療方針や治療内容を十分に理解することで、自らの意志で医療を選択できるよう、インフォームド・コンセントを徹底するとともに、相談・支援体制の更なる充実に努めること。 また、的確に患者ニーズを把握し、提供するサービス全般にわたり、患者満足度の向上を目指すこと。
------	---

法人自己評価	委員会評価	市評価
4	4	

中期計画		年度計画		優先度	法人の自己評価	評価、意見など												
				達成状況	判断理由(実施状況など)													
目標指標	2025 年度	目標指標	2023 年度		<table><tr><td>目標指標</td><td>2022 年度</td><td>2023 年度</td><td>達成率(%)</td></tr><tr><td>患者満足度/入院(%)</td><td>95.4</td><td>94.5</td><td>99.5</td></tr><tr><td>患者満足度/外来(%)</td><td>83.3</td><td>86.6</td><td>101.9</td></tr></table>	目標指標	2022 年度	2023 年度	達成率(%)	患者満足度/入院(%)	95.4	94.5	99.5	患者満足度/外来(%)	83.3	86.6	101.9	
目標指標	2022 年度	2023 年度	達成率(%)															
患者満足度/入院(%)	95.4	94.5	99.5															
患者満足度/外来(%)	83.3	86.6	101.9															
・患者と医療専門職の間での対話を促進し、協働で意思決定をするSDM(shared decision making)を実践する。		・患者と医療専門職の間での対話を促進し、協働で意思決定をするSDM(shared decision making)を実践する。		○		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4												
・セカンドオピニオンに積極的に取り組む。		・重症患者対応メディエーターを配置し、重症患者や家族に対し治療方針の理解と意向確認の支援を行う。		○														
・医療相談、がん相談などの相談窓口の体制を充実させる。		・セカンドオピニオンに積極的に取り組む。		○														
・ご意見箱や患者満足度調査(1回/年)により、患者又は利用者のニーズを把握し、提供するサービスの改善を図る。		・医療相談、がん相談などの患者相談窓口の充実を図る。		○														
・ホスピタリティマインドを醸成させる。		・ご意見箱や患者満足度調査(1回/年)により、患者又は利用者のニーズを把握し、提供するサービスの改善を図る。		○														
・診察・検査・会計の各部門での待ち時間の短縮に努める。		・ホスピタリティリーダーを養成し、各部署での取組を推進する。		○														
		・待ち時間のモニタリングや、メール案内システムの案内などを継続し、待ち時間の短縮に努める。		○														
		・オンライン資格確認を推進し、幅広い医療情報の参照による、効率的・効果的な医療を提供する。		○														
		・患者向けフリーWi-Fi を提供し、療養環境の向上を図る。		○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														
				○														

第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項

1 自律性・機動性・透明性の高い組織運営 (1)効率的・効果的な組織運営		中期目標	地方独立行政法人制度の特徴を十分に生かした組織マネジメントを強化し、より一層効率的・効果的な業務運営を行うこと。組織マネジメントにあたっては、目標管理制度の充実により法人の目標を全職員が共有するとともに、組織力の向上に努めること。 また、従来の業務のやり方の見直しを図りながら、ICTやAIなどのデジタル技術を積極的に導入し、業務の効率化に努めること。 なお、病院の運営状況や取組みについては、地域住民にわかりやすく情報を発信し、地域に開かれた病院づくりに努めること。			法人自己評価	委員会評価	市評価
			4	4				

中期計画	年度計画	優先度	達成状況	法人の自己評価 判断理由(実施状況など)	評価、意見など															
・所管業務や職務権限を明確にする とともに、組織内の情報共有の徹底を図る。 ・医療環境の変化に対応するための組織改変や弾力的な人員配置を行う。 ・病院長、副院長、センター長など幹部職員の分任体制(マネジメント)を推進する。 ・全部門において目標管理制度を推進し、年度計画の着実な達成を図る。 ・ICTを活用しDPCデータや収支状況などの経営情報をわかりやすくタイムリーに提供し、職員の経営参加を促進する。 ・統合グループウェアの活用や事務支援システムを順次導入し、事務の効率化を図る。 ・ムダ、ムラ、ミリの根絶に努め、間接業務の建設的な廃止・デジタル化、ペーパーレス化、自動化を推進する。 ・稼働状況に応じて病床配置を適宜見直し、効率的な患者受入体制を整備する。 ・タイムリーでわかりやすい情報発信に努め、開かれた病院運営を行う。	・所管業務や職務権限を明確にする とともに、組織内の情報共有の徹底を図る。 ・医療環境の変化に対応するための組織改変や弾力的な人員配置を行う。 ・病院長、副院長、センター長など幹部職員の分任体制(マネジメント)を推進する。 ・全部門において目標管理制度を徹底し、年度計画の着実な達成を図る。 ・ICTを活用しDPCデータや収支状況などの経営情報をわかりやすくタイムリーに提供し、職員の経営参加を促進する。 ・ワークフローシステムの運用を開始し、申請や承認に係る事務の効率化を図る。 ・ペーパーレス会議システムやWEB会議システムの効率的な運用を促進する。 ・稼働状況に応じて病床配置を適宜見直し、効率的な患者受入体制を整備する。また、今後の医療需要を予測し、増築棟における適切な病床配置を検討する。 ・タイムリーでわかりやすい情報発信に努め、開かれた病院運営を行う。	○	○	<table><tr><th>活動指標</th><th>2022 年度</th><th>2023 年度</th></tr><tr><td>機構ニュースレター発行回数</td><td>5</td><td>7</td></tr><tr><td>広報誌「つつじ」発行数(回)/(部)</td><td>3 回 /各 103,800 部</td><td>3 回 /各 104,000 部</td></tr><tr><td>地域連携広報誌「きらり」発行数(回)/(部)</td><td>6 回 /9,000 部</td><td>6 回 /9,000 部</td></tr><tr><td>ホームページに対する満足度(%)</td><td>81.1</td><td>80</td></tr></table> ・部門別の稼働状況や重要な情報を共有する運営協議会の月次開催を継続したほか、事務局内の情報共有会議を定期開催し、組織横断的な対応力を強化した。 ・年度計画は、幹部職員が各担当分野の計画提案を行うことで、各部門が目標を意識し、行動計画を作成し、着実な達成に向けて業務を遂行している。 ・全部署でBSCシートによる目標管理を実施し、院長ヒアリングを通じて進捗管理と課題の共有を行っている。 ・稼働状況、収益、DPC、重症度・医療・看護必要度など各種経営指標を日計で表示し、全ての職員が閲覧可能な状態で公開しており、職員の経営参画意識を醸成している。 ・電子決裁システムを導入し、事務の効率化を図った。 ・新型コロナウイルス感染症確保病床との調整を行いながら、医療ニーズに応じた病床配置の見直しを行った。 ・動画配信プラットフォームを活用し、入院説明オリエンテーションや、CVポート挿入中の患者家族に対する抜針方法の説明、乳房切除術後の自宅リハビリテーション等の動画コンテンツを提供し、患者理解を深めるとともに、説明や問合せ対応を効率的・効果的に運用した。 ・タブレット端末を用いたペーパーレス会議システムを導入し、コピー代や印刷用紙が削減できた。 ・病院Webサイトのリニューアルを行い、モバイル端末からのアクセスに適したインターフェースを作成した。 ・病院Webサイトでがん関連特設サイトを設け、内容の充実を図るための検討を始めた。 (課題と今後の取組方針) ・電子カルテの更新を進めており、更新に合わせて新たな機能の導入を検討していく。	活動指標	2022 年度	2023 年度	機構ニュースレター発行回数	5	7	広報誌「つつじ」発行数(回)/(部)	3 回 /各 103,800 部	3 回 /各 104,000 部	地域連携広報誌「きらり」発行数(回)/(部)	6 回 /9,000 部	6 回 /9,000 部	ホームページに対する満足度(%)	81.1	80	4・4・4・4 ・タブレット端末の活用など、各部署で目標管理を行い、進捗管理と課題の情報共有がなされていることは評価できる。 ・年度計画を十分に達成されているため、大変素晴らしいですが、導入されたICTを活用したDPCデータやワークフローシステムの実際の活用・稼働状況が不明なため、4としています。 ・運営協議会の月次開催を継続し、事務局内の情報共有会議で組織横断的な対応力を強化した。各種経営指標を日計で表示し職員の経営参画意識を醸成した。 ・ニュースレター、広報紙の発行により、地域住民に組織運営の情報を提供していることを評価します。電子化の推進等、更なる効率化を期待します。
				活動指標	2022 年度	2023 年度														
機構ニュースレター発行回数	5	7																		
広報誌「つつじ」発行数(回)/(部)	3 回 /各 103,800 部	3 回 /各 104,000 部																		
地域連携広報誌「きらり」発行数(回)/(部)	6 回 /9,000 部	6 回 /9,000 部																		
ホームページに対する満足度(%)	81.1	80																		

1 自律性・機動性・透明性の高い組織運営 (2)コンプライアンスの徹底		中期目標	関係法令を遵守し、行動規範と職員倫理を確立、実践することにより、公平性を確保した病院運営を行うこと。 また、個人情報の保護や情報セキュリティ対策を適切に実施するとともに、情報公開や内部通報制度を適切に運用し、組織全体の透明性を確保すること。			法人自己評価	委員会評価	市評価
						3	3	

中期計画	年度計画	優先度	達成状況	法人の自己評価			評価、意見など									
				判断理由(実施状況など)												
・病院運営の理念や基本方針、職業倫理などの周知徹底を図り、組織人としての自覚と使命感の涵養を図る。 ・会計監査人による監査や病院機能評価など外部評価による課題の改善に取り組む。 ・情報セキュリティ対策を強化する。 ・情報開示による透明性や公益通報制度の適切な運用によりコンプライアンスを確保する。 ・防災や防犯対策について必要な措置を講じる。 ・患者の義務と権利及び機構の規程等を遵守し、診療情報開示の求めに対して適切かつ迅速に対応する。	・病院運営の理念や基本方針、職業倫理などの周知徹底を図り、組織人としての自覚と使命感の涵養を図る。 ・ハラスメントの通報窓口・相談窓口を周知し、早期に介入できる体制を目指す。 ・ハラスメントや人権に関する研修を実施し、人を大切にする職場づくりを推進する。 ・ハラスメントに関する職員アンケートを実施し、ハラスメントへの理解度や課題の把握を行い、対応策を検討する。 ・会計監査人による監査や病院機能評価など外部評価による課題の改善に取り組む。 ・サイバーテロへの対応を含めた情報セキュリティの対策を強化する。 ・情報開示や内部通報制度を適切に運用し、コンプライアンスを確保する。	○	○	<table><tr><th>活動指標</th><th>2022 年度</th><th>2023 年度</th></tr><tr><td>情報開示件数</td><td>221</td><td>214</td></tr><tr><td>コンプライアンス研修参加者数(人)</td><td>1,173</td><td>1,273</td></tr></table>	活動指標	2022 年度	2023 年度	情報開示件数	221	214	コンプライアンス研修参加者数(人)	1,173	1,273			3 ・ 4 ・ 3 ・ 3 ・コンプライアンス研修への取り組み、参加者数は評価できる。多様なハラスメントに対しても対応を期待する。 ・コンプライアンス研修参加者も昨年比で 100 名も増加し、その他の年度計画も達成されていますが、多様化巧妙化していくサイバーテロ対策が課題とのことでしたので、4としました。 ・サイバーテロへの対応を含めた情報セキュリティへの対策の強化。全職員を対象としたパワーハラスメントアンケート調査の実施、外部弁護士等による相談窓口の継続。 ・サイバーテロへの対策、コンプライアンスの徹底は数値化が難しい項目ですが、常に意識していただきたいです。
				活動指標	2022 年度	2023 年度										
				情報開示件数	221	214										
				コンプライアンス研修参加者数(人)	1,173	1,273										
				○	○	・コンプライアンス推進委員会では、「風通しの良い職場づくり」を達成するために、アクションチェックリストを導入し、各職場で身近な取組を通して、協力や連携が進められるよう自発的な活動を推進した。 ・前年度に引き続き、全職員を対象としたパワーハラスメントアンケート調査を実施し、ハラスメントに関する職員の意識や実態を把握した。 ・ハラスメントに関する相談窓口として、外部弁護士、内部職員、委託心理士による相談窓口を継続した。 ・コンプライアンスに関する通報窓口も外部弁護士及び内部職員による相談窓口を継続した。 ・内部監査、監事監査、会計監査法人による監査など、中立的な立場から監査を実施し、指摘された課題に対し迅速に是正・改善を図った。 ・情報セキュリティ対策では、従来の意識調査やインターネット不適切使用調査等の取組を継続した。また、前年度に引き続き標的型メールに対する訓練を実施し、サイバー攻撃の手口が巧妙化していることの理解を深めたほか、全体研修の実施や、バックアップの強化等に取り組んだ。 ・診療情報の開示資料のペーパーレス化により、業務を効率化させるとともに、サービスの向上を図った。 ・病院機能評価を受診し、高評価で更新が認定された。 ・院内ニュースレター(コンプライアス通信)を定期刊行し、職員のコンプライアンス意識を醸成した。										
○	○	(課題と今後の取組方針) ・多様化、巧妙化していくサイバーテロに対して、情報システム非常時対応体制を整備するとともに、全体研修等を通じて職員の意識向上を図っていく。 ・ハラスメントに関して、更に啓発を進めていく。														
○	○															
○	○															

2 働きやすく、やりがいのある職場づくり (1)やりがいづくり、モチベーションアップへの取組の充実
--

中期目標	コミュニケーションの活性化により、風通しのよい職場づくりに取り組むとともに、職員の専門知識の習得や資格取得の支援を充実させ、働きがいを高める病院づくりに努めること。 また、能力が客観的に、適正に評価される人事評価を行うとともに、給与制度については、人事評価や法人の業務実績を適正に反映することにより、職員のモチベーションアップにつなげること。
------	---

法人 自己評価	委員会 評価	市 評価
4	4	

中期計画		年度計画		優先度	達成状況	法人の自己評価				判断理由(実施状況など)				評価、意見など			
目標指標		2025 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			
職員満足度(満足と答えた割合)		70				職員満足度(満足と答えた割合)		74.8		74.3		106.1					
・次の①～③の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②努力が承認される組織風土を育む。 ③個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事制度のルールに従い、評価者に制度の目的と仕組みを十分に理解させる。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。		・次の①～④の姿を目指し、コミュニケーション活性化プロジェクトを推進する。 ①職員が自信と誇りを持って働ける病院になる。 ②コミュニケーションが活発で楽しい職場を創る。 ③努力が承認される組織風土を育む。 ④個人と組織が互いに成長できる関係を築く。 ・人事評価制度の目的と仕組みを正しく理解するため、新たに評価者となった管理職に研修を実施する。 ・評価と処遇のメリハリを強め、成果の所在をわかりやすくする。 ・職員満足度調査を継続して実施することで、職員の意向の変化を適切に把握する。		○	○	○		○		○		○		○		○	
目標指標		2023 年度				目標指標		2022 年度		2023 年度		達成率(%)		4 ・ 4 ・ 4 ・ 4			

2 働きやすく、やりがいのある職場づくり (2)働き方改革の推進		中期目標	令和6年(2024年)4月からの医師の時間外労働規制導入への対応や、タスクシフティングの推進、多様な勤務形態の導入や院内保育の充実などにより、職員が離職することなく働き続けられるよう、職員の働き方改革を推進すること。			法人自己評価	委員会評価	市評価
						4	4	

中期計画	年度計画	優先度	法人の自己評価				評価、意見など	
			達成状況	判断理由(実施状況など)				
・労働、自己研鑽、兼業等の時間を管理する勤務管理システムの構築を進める。 ・変形労働時間制を十分に活用して、24 時間 365 日をカバーする柔軟で効率的な勤務シフトを活用する。 ・24 時間保育、病児保育に続いて、災害時等に保護が必要な家族を抱える職員への支援の仕組みを構築する。 ・医師から多職種へのタスクシフティングを現行の制度下において可能な領域について、医療安全を確保しつつ、円滑に導入する。 ・看護師・助産師が特定行為を実施するための資格を取得するための研修機関の指定を目指し、特定行為が実施できる看護師を養成し、医師のタスクシフト/タスクシェアを推進する。	・労働、自己研鑽、兼業等の時間を区別した時間管理を行う。 ・変形労働時間制を十分に活用して、24 時間 365 日をカバーする柔軟で効率的な勤務シフトを活用する。 ・24 時間院内保育を維持し、災害時等に保護が必要な家族を抱える職員への支援の仕組みを検討する。 ・医師から多職種へのタスクシフトを現行の制度下において可能な領域について、医療安全を確保しつつ、円滑に導入する。 ・特定行為研修施設として、教育課程を拡充させ、医師のタスクシフトを推進する。 ・診療科責任医師に対してマネジメント研修等を実施し、人事・労務管理や各種規程に則した職場管理を促進する。 ・策定した医師労働時間短縮計画を達成できるよう、モニタリングを実施し、課題の解決を図る。	◎	○	活動指標	2022 年度	2023 年度	4 ・ 4 ・ 4 ・ 4 ・医師、看護師など業務内容を検討し、効果的な業務内容により働き方改革の推進を期待する。 ・最新の法改正にも十分対応され、年度計画もすべて達成済みで素晴らしいです。ただ、労務管理に完璧はないことから、更なる拡充を期して 4 としています。 ・医師の働き方改革制度に対して適宜指示調整を行い、時間外勤務の削減等の取り組みを進めた。夜間の看護業務を補助するナイトサポーターを活用して業務負担を軽減している。 ・連休の取得等、様々な取り組みを行っているが、長時間勤務実績はあまり減少していないので、更なる推進を期待します。	
				院内保育園利用者数(医師職)(人)	658	487		
				育児休業取得割合(医師職)(%)	100	100		
				育児短時間勤務者数(医師職)(人)	9	11		
				長時間勤務実績・医師職(時間/月/人)	45.9	50.2		
				長時間勤務実績・看護職(時間/月/人)	8.8	7.9		
				長時間勤務実績・医療技術職(時間/月/人)	19.9	20.3		
				長時間勤務実績・事務職(時間/月/人)	6.9	6.3		
				年間休日日数(日)	122	123		
				変形労働適用率(看護部除く)(%)	88.4	88.7		
				タスクシフティング推進委員会実行件数	3	8		
				特定行為研修修了者数(人)	6	16		
				医師事務作業補助者数(人)	79	79		
				臨床心理士相談件数	71	38		
				リエゾンナース相談件数	25	27		
				・厚生労働省が推進する 2024 年度の医師の働き方改革制度に対し、労働および労働以外の時間区分のモニタリングシステムを活用し、管理者が適宜指示調整を行い、変則労働時間の設定やシフト勤務を活用しながら時間外勤務の削減等の取組みを進めた。 ・A 水準での対応が困難な一部診療科については、「医師労働時間短縮計画」を策定し、B 水準の承認となった。 ・特定行為研修機関として、全国から看護師の受入を行った。院内医療現場においても、創傷管理関連や呼吸器管理関連、動脈血液ガス分析関連の業務を担い、医師の業務負担軽減の効果を上げている。 ・造影剤の静脈投与、病棟薬剤処方の代行入力や手術前の輸血の説明、PFMIに係る入院前の治療説明、透析患者のシャント穿刺、麻酔科医の統計業務など、医師の業務を各診療支援職種の協力のもとにタスクシフトを継続した。 ・医師事務作業補助者の質の向上を推進し、専門性の高いスペシャル・メディカル・アシスタント(SMA)を育成し、医師の負担軽減を促進した。 ・病棟看護師の事務作業を軽減するために、病棟クラークの追加配置に向けて人員確保を進めた。 ・夜間の看護業務を補助するナイトサポーターを活用し、病棟看護師の業務負担を軽減している。また、病棟師長を中心に看護補助者との協業に係る研修に順次参加し、効率的な業務分担の整備を進めている。				

			・救急外来において、救急救命士が救急隊からの電話対応や患者搬送など看護師のタスクをシフトしたことで看護師の負担軽減が図れた。 ・職員向けのがんサロンを開催し、相談や情報共有を通して治療と仕事の両立を支援した。 ・従来の夏季休暇について、取得期間を年度内に延長した健康増進休暇とし、連休取得を促進している。 ・医師による患者への手術説明について、一部の手術を動画配信による説明に置換えて運用し、医師の勤務時間削減に寄与した。 ・院内保育園ではコロナ禍で休止していた病児保育を再開し、職員の勤務支援を行った。 ・職員食堂の食材費への補助を行いメニューの充実を図るとともに、奥のテラスを昼食時に開放し、リフレッシュと混雑緩和に繋げた。 ・安全安心相談員による医療従事者のための護身術研修会を行った。 (課題と今後の取組方針) ・高稼働状態が続く一方で、医師の働き方改革への対応をしていく必要があるため、地域医療機能分化やタスクシフトを推進し、効率的な業務体制を構築する。	
--	--	--	---	--

第4 財務内容の改善に関する事項

1 経営基盤の強化				中期目標	人口減少や少子高齢化、医療提供体制の変化や感染症の流行など、病院経営を取り巻く環境が変化する中においても、迅速かつ柔軟な経営判断のもと、経営基盤を強化し、本目標期間中における経常収支の均衡を図ること。 また、安定した病院運営を長期的に確保するため、本市の財政状況に影響されない経営を常に目指すこと。	法人自己評価	委員会評価	市評価
					5	5		

中期計画		年度計画		優先度	達成状況	法人の自己評価				評価、意見など	
						判断理由(実施状況など)					
目標指標	2025 年度	目標指標	2023 年度			目標指標	2022 年度	2023 年度	達成率(%)	5 ・ 5 ・ 5 ・ 5 ・目標指標、活動指標が達成されていることは評価できる。	
累積経常利益(百万円)	11,493	累積経常利益(百万円)	15,507	○		累積経常利益(百万円)	15,614	16,326	105.3		
経常収支比率(%)	101.7	経常収支比率(%)	100.6	○		経常収支比率(%)	109.7	102.5	101.9		
医業収支比率(%)	100.3	医業収支比率(%)	100.0	○		医業収支比率(%)	105.1	102.4	102.4		
医業収益(百万円)	24,785	医業収益(百万円)	26,951	○		医業収益(百万円)	26,562	27,115	100.6		
入院収益(百万円)	16,317	入院収益(百万円)	17,936	○		入院収益(百万円)	17,712	17,929	100.0		
外来収益(百万円)	7,869	外来収益(百万円)	8,452	○		外来収益(百万円)	8,346	8,702	103.0		
						活動指標	2022 年度	2023 年度		・数値目標、年度計画とも十分に達成されており、5と評価します。	
						償却前経常収支比率(%)	116.4	108.2			
						償却前医業収支比率(%)	112.0	108.6			
						運営費負担金比率(%)	4.8	5.0		・目標指標達成率が全て100%以上。BIシステムによって病院経営に関する指標をタイムリーにモニタリングし迅速な対応を実現している。	
・医療動向や周辺環境の変化を的確に把握し、迅速かつ柔軟な意思決定のもと、計画期間中の経常収支の均衡を図る。		・医療動向や周辺環境の変化を的確に把握し、迅速かつ柔軟な意思決定のもと、経常収支の均衡を図る。		◎	○	・人口推計やDPCデータを用いた将来受療予測を行い、働き方改革を踏まえた人員配置計画や地域連携活動に活用した。 ・病院経営に影響する様々な指標を院内開発のBIシステムによってタイムリーにモニタリングし、経営課題を的確に把握することで、迅速な対応を実現している。 ・理事会や執行部会議などで経営状況を共有し、経営課題の共通認識を図った。 (課題と今後の取組方針) ・患者の受療動向や物価変動など経済状況、周辺医療環境の変化など常に状況把握を行い、臨機応変に課題に対応していく必要がある。				・目標数値をすべて達成しており、経営基盤はより強固となっていると考えます。	

2 収入の確保及び費用の最適化				中期目標	診療報酬の改定や医療制度の変更に迅速かつ的確に対応し、収入の確保に努めるとともに、コスト管理を徹底し、費用の最適化を図ること。 また、医療機器の導入・更新等については、中長期的な視点で計画的に実施すること。				法人自己評価	委員会評価	市評価
					4	4					

中期計画		年度計画		優先度	達成状況	法人の自己評価				評価、意見など	
						判断理由(実施状況など)					
目標指標	2025 年度	目標指標	2023 年度			目標指標	2022 年度	2023 年度	達成率(%)	4 ・ 4 ・ 4 ・ 4 ・急性期病院に望まれる充実した体制の整備、加算の算定を開始している点、病院全体でコスト削減を意識した取り組みは評価される。 ・概ね年度計画を達成されていますが、1 日あたりの患者数のほか、物価高の社会情勢ゆえやむを得ない部分もありますが、診療材料費比率及び医薬品費比率が悪化していることから、4 としました。 ・診療報酬の査定原点の詳細な分析・検討を行い、各診療科にフィードバックし要注意項目に対して医師と事務が協力して対策に取り組んだ。 ・材料費、医薬品費の値上がりが今後も続くと思われるので、収入を増加させながら費用の削減にも注力して頂きたい。	
入院診療単価(円/人・日)	83,000	入院診療単価(円/人・日)	91,000	○	○	入院診療単価(円/人・日)	94,584	93,587	102.8		
外来診療単価(円/人・日)	23,000	外来診療単価(円/人・日)	23,500	○	○	外来診療単価(円/人・日)	23,138	24,566	104.5		
1 日あたり入院患者数(人)	540	1 日あたり入院患者数(人)	540	○	○	1 日あたり入院患者数(人)	513	523	96.9		
1 日あたり外来患者数(人)	1,410	1 日あたり外来患者数(人)	1,480	○	○	1 日あたり外来患者数(人)	1,484	1,458	98.5		
病床稼働率(%)	90.0	病床稼働率(%)	90.0	○	○	病床稼働率(%)	85.5	87.2	96.9		
給与費比率/対医業収益(%)	48.0	給与費比率/対医業収益(%)	48.4	○	○	給与費比率/対医業収益(%)	46.1	45.7	105.9		
診療材料費比率(%)	14.7	診療材料費比率(%)	15.8	△	△	診療材料費比率(%)	15.5	16.7	94.6		
医薬品費比率(%)	15.4	医薬品費比率(%)	15.0	△	△	医薬品費比率(%)	14.5	15.9	94.3		
経費比率/対医業収益(%)	12.9	経費比率/対医業収益(%)	14.1	○	○	経費比率/対医業収益(%)	12.8	13.4	105.2		
・社会環境の変化や周辺環境の変化、医療需要の動向などの分析を行い、当該地域で急性期医療を必要と指定する患者の確保に努める。 ・施設基準の新規取得や診療報酬改定に着実に対応し、適正な収益確保に努める。 ・診療報酬の請求漏れ防止や査定減の極小化を図る。 ・将来にわたり負担となる人的投資や設備投資については、長期財政計画においても経営基盤の安定化が図られるか検討のうえ実施する。		・常に患者動向を分析し、当該地域で急性期医療を必要としている患者の確保に努める。 ・平均在院日数、診療密度、医療・看護必要度などのモニタリングを継続し、適正な収益確保に努める。 ・施設基準の届出や診療報酬の請求漏れ防止や査定減の極小化を図る。 ・費用については、対医業収益比率のモニタリングを行い、適正な支出となるよう努める。 ・材料費、経費など物価高騰により費用増が見込まれるため、使用効率を促進し使用量の減少を図る。		◎	◎	活動指標		2022 年度	2023 年度		
						新入院患者数(人)		19,198	19,529		
						平均在院日数(日)		9.8	9.8		
						DPC 期間Ⅱ内退院率(%)		70.9	72		
						DPC 評価係数		1.5827	1.5359		
						診療報酬査定減率(%)		0.28	0.35		
						後発医薬品の数量割合(%)		94.5	93.8		
						・地域医療機関の紹介状況や動向を分析し、地域連携活動を行っている。 ・BIシステムによる各種経営指標モニタリングを病院全体に共有しており、諸課題に対して迅速に対応した。 ・RRSチームの開設や化学療法患者の急性増悪対応など、急性期病院に望まれる充実した体制を整備し、急性期充実体制加算の算定を開始した。 ・診療報酬の査定減点の詳細な分析を行い、委員会で検討した。内容は各診療科にフィードバックし、要注意項目に対して医師と事務が協力して対策を行った。 ・コスト削減プロジェクトを立ち上げ、使用材料の見直しや運用方法の見直し、節電への取り組み、廃棄物の分別の徹底、コピーの使用方法の見直しなど病院全体でコスト削減を意識した取り組みを進めた。					
						(課題と今後の取組方針) ・様々な要因により物価の上昇が続いているため、費用は増加傾向にある。適正価格を見極め、コストの増加抑制に努めていく。					

第5 その他業務運営に関する重要事項

1 地域社会への貢献 (1)地域社会との協働の推進		中期目標	医療の専門集団として、行政が進めるまちづくりに参画するとともに、地域住民との交流等を通じて、信頼され、地域に開かれた病院となるよう努めること。			法人自己評価	委員会評価	市評価
						3	3	

中期計画	年度計画	優先度	法人の自己評価	評価、意見など															
		達成状況	判断理由(実施状況など)																
・加古川市をはじめ行政機関の協議会や委員会に参画し、医療や健康増進の視点でまちづくりに貢献する。 ・住民とともに進める病院運営を実現するため、病院ボランティアを養成し、積極的な活用を行う。 ・地域住民との交流事業を推進し、住民とのコミュニケーションを図る。	・加古川市をはじめ行政機関の協議会や委員会に参画し、医療や健康増進の視点でまちづくりに貢献する。 ・住民とともに進める病院運営を実現するため、病院ボランティアを養成し、積極的な活用を行う。 ・新型コロナウイルス感染症の5類への移行に伴い、地域住民とのコミュニケーション図る機会の検討を行う。	○ ○	<table><tr><th>活動指標</th><th>2022 年度</th><th>2023 年度</th></tr><tr><td>ボランティア登録者数(人)</td><td>30</td><td>15</td></tr><tr><td>ボランティア実働時間(分)</td><td>378</td><td>290</td></tr><tr><td>地域イベント等への救護班の派遣人数(人)</td><td>2</td><td>7</td></tr><tr><td>地域イベントへの参加件数</td><td>0</td><td>1</td></tr></table>	活動指標	2022 年度	2023 年度	ボランティア登録者数(人)	30	15	ボランティア実働時間(分)	378	290	地域イベント等への救護班の派遣人数(人)	2	7	地域イベントへの参加件数	0	1	3 ・ 3 ・ 3 ・ 3 ・緩和ケアを含めたボランティア数増加、地域イベントの拡大を期待する。 ・ボランティア登録者数の大幅な減少や、ボランティア実働時間の減少などがありますが、新型コロナウイルス感染症という非常事態に起因するものとのことです、3としています。 ・健康講座をオンライン開催から現地での開催を再開し病院と地域とのコミュニケーションの場を提供した。救急フェアへ救急救命士を派遣して救急医療への啓発を行った。 ・最近イベントも増加していると思われるので、今後は救護班の派遣等地域社会との協働を進めて頂きたい。
		活動指標	2022 年度	2023 年度															
ボランティア登録者数(人)	30	15																	
ボランティア実働時間(分)	378	290																	
地域イベント等への救護班の派遣人数(人)	2	7																	
地域イベントへの参加件数	0	1																	
△ ○	・行政が主催する、障害者の自立支援、虐待対策、難病、メディカルコントロール、2次救急など様々な分野での協議会や会議へ参画した。 ・地域住民に向けた健康講座をオンライン開催から現地での開催を再開し、健康促進や病院と地域とのコミュニケーションの場を提供した。 ・加古川市のソーデーマーチでは、救護班として看護師の派遣や、内科医師による糖尿病予防啓蒙活動を行った。 ・ふれあい看護体験を開催し、バイタル測定や AED 等の体験を通じて看護職を志す地元高校生と交流を図った。 ・神戸市で行われた糖尿病ウォークラリーに医師・臨床検査技師・看護師ら糖尿病チームが初参加した。 ・認知症疾患医療センターが主催する認知症患者・家族交流会「おれんじサロンきらり」を通じて、今後の生活や認知症に対する不安の軽減に係るサポートを行った。 ・加古川市消防本部が主催する救急フェアへ当院救急救命士を派遣し、地域住民との交流や救急医療への啓発を行った。 ・加古川マラソンでは、医師が救護班として参加した。 (課題と今後の取組方針) ・地域住民との交流事業において、積極的に参加する。 ・病院でも地域住民と交流できるイベントの開催を検討する。																		

1 地域社会への貢献 (2)市施策への協力		中期目標 本市では、令和3年度から新たなまちづくりの方針となる総合計画に沿った施策が展開される。今後も継続的に実施される施策や新たに展開される施策に対して、積極的に協力すること。		法人 自己評価	委員会 評価	市 評価
				3	3	
中期計画	年度計画	優先度	達成状況	法人の自己評価 判断理由(実施状況など)	評価、意見など	
・加古川市の施策に積極的に協力を行う。	・加古川市の施策に積極的に協力する。		○	・加古川市養護学校の修学旅行へ小児科医師、看護師が同行した。 ・加古川市国際交流協会が主催する障害児の海外派遣に小児科医医師が同行を調整していたが、参加者希望者が少なくイベントが中止となった。 ・加古川市のイベント(ツーデーマーチ、加古川マラソン)に救護班として医師・看護師を派遣した。 (課題と今後の取組方針) 積極的に協力をしていく。	3 ・ 3 ・ 3 ・ 3 ・養護学校の修学旅行に医療従事者が同行したことより今後も、加古川市の施策に協力を期待する。 ・公立病院として、引き続き、積極的なご協力をよろしくお願いいたします。 ・養護学校の修学旅行・ツーデーマーチ・マラソン大会に医師、看護師を派遣した。 ・加古川市主催のイベントに救護班の派遣をする等、地域社会との協働を進めて頂きたい。	