第３期中期目標期間の業務実績に関する小項目評価

令和８年１１月９日

地方独立行政法人加古川市民病院機構評価委員会

資料２

項目別の状況

大項目　１　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
中項目　１　公立病院としての役割の発揮と責務の遂行
小項目　（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

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

・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。

法人の自己評価

達成状況

○
△
○
○
×
○
○

判断理由（実施状況など）

目標指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度	達成率
救急車受入件数	7,791	8,254	8,762	8,545	7,733	99.1
救急車受入要請に対する不応率(%)	11.7	17.8	16.2	16.6	15.8	91.5

・コロナ禍においては、他の医療機関では受入が困難な疑い患者や感染患者の合併疾患にも積極的に対応し、地域の救急医療体制の維持に貢献した。
・コロナ禍以降受療動向の変化や高齢者の増加など社会環境の変化による救急要請件数の増加に対し、救急受入体制を維持し、救急車受入件数を向上させた。一方、医師の働き方改革の施行などにより地域全体の救急医療体制が逼迫している中、救急受入体制の堅持に努めた。
・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、地域における高度な急性期医療を担った。
・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を向上させた。
・脳神経内科によるカルテ遠隔閲覧システムを活用したオンコール体制を整備し、脳卒中症例への対応を強化した。
・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の維持や、地域医療機関と連携し、ドクターカーによる早期の下り搬送の実現により、地域全体でよりスムーズな救急受入体制を整備した。

活動指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
救急外来受診者（人）	14,456	15,409	15,415	15,637	13,816
地域救急貢献率（%）	23.5	21.9	21.8	21.0	20.7
CPA 受入件数	274	213	241	249	251
ドクターカー運行件数	125	132	117	308	342
ドクターヘリによる収容・移送件数	15	16	13	7	10
心原性院外心停止患者の完全社会復帰率（%）	3	0	6	5	5
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）	133	106	108	118	99
ISS16 以上の外傷患者受入件数（重症外傷患者）（救急科）	20	7	11	9	12
脳卒中によって救急搬送され入院となった件数	106	104	155	136	115

評価、意見など

４・４・４・４

・救急車受入要請に対する不応率は、コロナ禍以降の受療動向や社会環境の変化を十分に見通せない中で設定した目標であったことから、目標指標を達成できなかったが、救急受入体制を継続的に維持し、救急車受入件数は増加傾向にあるほか、達成率も90%以上を確保しており、地域救急医療への貢献という観点から評価できる。

・救急受入体制を維持し、コロナ禍においてもその堅持に努めた。

・救急車受入件数は減少しているが、不応率は若干減少している。ドクターカー運行件数が増加するなど、良くなった数値も悪くなった数値もあるが全体としては救急受入体制を維持しているので、地域の二次救急医療機関としての役割を果たしている。

			・一部達成できていない項目もあるものの、取組事項は概ね目標が達成されており、数値目標も平均して 95%達成されている。24 時間 365 日の受入体制維持も評価できる。

大項目　１ 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
中項目　１公立病院としての役割の発揮と責務の遂行
小項目　（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
5	5	

中期計画	法人の自己評価 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
・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。	○ ○ ○ ○	・2023 年度に災害派遣医療チーム（DMAT）を発足し、災害拠点病院としての体制を整備し、2024 年度には DMAT 隊員の更なる養成を行い、２隊編成が可能となった。また、能登半島地震に対しては DMAT や災害支援ナースを派遣し、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。 ・物資の備蓄や設備のメンテナンスを計画的に実施したほか、食料備蓄の入れ替え時に、災害時食事提供訓練も合わせて実施し、課題認識を行った。 ・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、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。 ・院内では大規模災害時の訓練や、水害時の止水板設置訓練、火災時の避難訓練など、あらゆる災害時への訓練を実施した。 ・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、大規模災害を想定した訓練を継続して実施した。 ・2025 年度には BCP 策定後初めての改訂を行い、災害レベルを４段階に定義し、各レベルに応じた対応を明記するなど、災害時の対応力向上を図った。	５・５・５・５ ・５年間で災害支援看護師の登録者数が増加しており、地域災害拠点病院としての人材確保と災害対応体制の強化が進んでいる点は評価できる。一方、災害派遣医療チームに係る訓練や研修の受講者数については、更なる増加が望まれる。 ・災害拠点病院としての体制を整備し、受入の維持に努めた。 ・DMAT の２隊編成を可能としたこと、及び災害レベルに応じた対応を明記する等、災害時における救急体制がより整備された。 ・取組事項は全て達成されており、実際に DMAT での活動実績もあるうえ、継続的に災害時の対応力の向上を図っている。

活動指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
災害訓練・研修実施数（回）	6	11	8	9	8
災害医療派遣チーム訓練参加人数(人)	6	12	15	18	13
災害医療研修の受講率（%）	86.0	83.0	83.0	83.0	80.9
防災管理講習受講者数（人）	2	2	2	0	1
自衛消防業務講習受講者数（人）	2	0	1	0	0
災害ナース登録数（人）	14	14	14	16	20

大項目　1　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 中項目　1公立病院としての役割の発揮と責務の遂行 小項目　（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
5	5	

中期計画	法人の自己評価 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
・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。	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	・コロナ禍においては、県の要請に臨機に対応し、新型コロナウイルス感染症重点医療機関として、最大52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。また、外来においては、発熱等診療・検査医療機関としての機能を維持した。 ・2023年度には、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。また、新興感染症への備えとして、兵庫県と医療措置協定を締結し、院内体制の整備を行った。 ・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。 ・新型コロナウイルス感染症が５類へ移行するまでは、すべての病院入場者に対する検温や問診等による健康チェックを実施し、感染防止の水際対策を実施した。 ・コロナ禍においては、加古川市が推進するワクチン接種事業に医療従事者を派遣し、感染予防・重症化予防に協力した。また、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。 ・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。 ・感染防護や手洗いに係る教育を継続したほか、業務あるいは病院外での職員行動方針の随時見直しや、院内従事者への感染症発生状況の情報共有により、職員および院内従事者の感染防止に努めた。 ・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。また、院内開発の職員休職管理システムを運用し、職員の休職状況を把握することで、迅速な診療制限の判断が可能となった。 ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大（第６波）時に、沖縄県の医療継続が困難な事態が生じ、全国自治体病院協議会の要請に応じ、看護師２名を沖縄県立病院へ派遣した。	5・5・5・5 ・コロナ禍においては、最大52床の受入病床を確保し､感染拡大期における地域医療体制の維持に貢献した。また､コロナ禍収束後も常時18床の受入病床を確保するとともに、約３か月分の衛生資材を継続的に備蓄するなど、今後も地域の中核医療機関として、感染症対応体制の継続が期待される。 ・新型コロナウイルス感染症重点医療機関として、医療提供体制を堅持した。 ・コロナ禍が落ち着いたとはいえ、備えは必要である。資材の備蓄が３ヶ月分あり、感染症対策診療継続計画に従った診療を行ったことを評価する。 ・取組事項はすべて達成されており、公立病院として、十分な感染症への対応及びそ

活動指標	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
指定感染症患者の受け入れ可能病床数（床）	52床(最大)	52床(最大)	36床(最大)	18床	18床
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	約3か月分	約3か月分	約3か月分

			の強化を行われてきたものと評価できる。

大項目　1　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 中項目　1公立病院としての役割の発揮と責務の遂行 小項目　（4）地域の中核医療機関としての役割の発揮	中期目標：地域医療支援病院として、地域の医療機関等と連携を図り、地域完結型の医療提供体制の中核を担いながら、地域包括ケアシステムの推進に貢献すること。 また、健康寿命の延伸につなげるため、高度で専門的な検査機器を活用した人間ドックの提供や、健康講座や啓発活動などを通じて、地域住民の予防医療への意識啓発に努めること。

法人自己評価	委員会評価	市評価
5	5	

中期計画

目標指標	2025年度
人間ドック受診者数（人）	3,000
紹介率（%）	77.0
逆紹介率（%）	95.0

・在宅療養や退院後の療養生活にスムーズに移行できるよう、地域の医療機関等と連携を図り、患者支援の充実を図る。
・地域連携情報誌「きらり」を定期発行することで、地域の医療機関への絶え間ない情報提供を図る。
・地域の医療機関等へ積極的に訪問することで交流を図り、医療連携体制を一層強化する。
・高度な検査機器を用いた人間ドックにより、疾病の早期発見・早期治療を実現する。
・市民を対象とした各種健康講座の実施により、健康に対する市民意識の高揚を図る。

法人の自己評価

達成状況

○
○
○
○
○
○
○
○

判断理由（実施状況など）

目標指標	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	達成率
人間ドック受診者数（人）	2,673	2,763	2,827	2,999	3,088	102.9
紹介率（%）	65.5	73.3	78.3	78.9	78.8	102.3
逆紹介率（%）	93.9	103.0	109.7	96.3	95.7	100.7

・外来機能報告制度に対応し、急性期治療終了から速やかにかかりつけ医に逆紹介する方針を明確にし、紹介受診重点医療機関としての役割を発揮した。
・地域連携部門では、PFM 運用を推進し、入院前から治療計画の説明や、老々介護や生活困窮など患者の背景や抱える問題のヒアリングを行い、治療後の療養生活に円滑に移行する支援を行ったことに加えて、治療前に集中する医師や病棟看護師のタスクを軽減した。
・医療機関向け情報誌「きらり」を発行し、当院の治療に関する情報や連携に関する情報の発信を行った。
・コロナ禍で訪問活動は休止していたが、５類移行後は、院内開発の医療機関別の照会モニタリングシステムを活用し、地域医療機関の訪問に活用した。また、地域連携会議も５類移行後は、前方連携医療機関と後方連携医療機関に分けて地域連携セミナーを開催し、入院前から退院後の在宅療養までの連携体制の強化を図った。
・人間ドックでは、受診者アンケートを実施し、質の改善や内容の充実を図るとともに、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。また、広報誌「つつじ」において、専門ドックの内容を掲載し、健診の勧奨と予防医療の必要性を啓蒙した。
・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。また、2024 年度には、公式 LINE での情報発信を開始し、タイムリーな情報発信や情報発信ツールを増やすことで、より多くの方に情報が届くよう努めた。

活動指標	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
高度急性期機能病床数（床）	278	272	272	271	271
急性期機能病床数（床）	322	328	328	329	329
重症度及び医療・看護必要度（%）	41.2	37.4	37.4	①27.4	①26.7

評価、意見など

5・5・5・5

・地域の中核医療機関として求められる役割を着実に果たしており、医療提供体制の充実や地域医療への貢献に継続して取り組んできた結果、５年間を通じて全ての目標指標において 100%を超える実績を達成している点は評価できる。

・目標指標の達成率が 100%以上で、地域医療支援病院として貢献した。

・いずれの目標も達成しており、公式 LINE での情報発信等、住民に対するサービスは向上している。

・数値目標は 100%、取組事項も全て目標を達成されており、地域包括ケアシステムの推進への貢献など十分に目標を達成した。

					②37.2	②36.3
新入院患者紹介率（%）	34.6	33.5	36.8	36.6	35.2
地域医療機関サポート率（%）	83.0	83.0	83.6	84.9	86.4
在宅復帰率（%）	89.4	88.9	89.0	88.1	88.2
市民健康講座・健康教室等開催数（回）	5	2	3	5	5
地域医療従事者向け研修開催数（回）	9	9	9	6	4
地域医療従事者の研修受講者数（人）	172	187	206	180	116
医療型短期入所（ﾚｽﾊﾟｲﾄｹｱ）受入件数	0	7	4	1	2
退院前訪問件数	35	31	26	30	39
退院後訪問件数	85	50	55	63	50

大項目 1 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 中項目 2 高度・専門医療の提供 小項目 （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
4	4	

中期計画	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
がん登録件数	3,500
悪性腫瘍手術件数	1,900
放射線治療計画件数	410
化学療法件数（ホルモン療法等含む）	12,000
緩和ケアチーム介入件数	200

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

達成状況
×
△
○
○
○
○
△
○
○
○
○
○
○
○

目標指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度	達成率
がん登録件数	2,232	2,426	2,250	2,129	2,260	64.6
悪性腫瘍手術件数	1,669	1,611	1,493	1,665	1,630	85.8
放射線治療計画件数	442	432	393	512	474	115.6
化学療法件数（ホルモン療法等含む）	12,133	13,392	14,038	15,573	16,436	137.0
緩和ケアチーム介入件数	164	219	179	222	283	141.5

・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。

・手術支援ロボットでは、新たに肺がん、胃切除、結腸切除の適用を開始し、2025 年度には肝がん、膵体部がん、食道がんの適用を開始した。

・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。また、AI 搭載の治療計画 CT を導入し、CT 撮影と同時に臓器の輪郭抽出が可能となり、治療計画をスムーズに行うことで、治療の早期開始が可能となった。

・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。

・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、2024 年度には緩和ケア科および緩和ケア病棟（PCU）を開設し、運用を開始した。

・がん相談支援室では、認定がん相談センターとして当院受診の有無にかかわらず広くがん相談を受けており、また、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。

・兵庫県と協働し、がんピアサポーターの養成研修を開催するなどピアサポート体制の充実を図った。

・がんゲノム医療連携病院の指定を受け、がんゲノム外来・遺伝性腫瘍外来を開始したほか、遺伝子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、養成を終えた。

・病院 Web サイトでがん関連特設サイトを設け、内容の充実を図り、情報発信を強化した。

4・4・4・4

・がん登録件数は、乳腺外科新設に伴う増加を十分に見込まない高い目標設定により、5年間の達成率は 64.6%にとどまった。しかし、実績を踏まえると登録件数は概ね妥当な水準で推移しており、診療機能の拡充に伴う成果として評価できる。今後は実績や環境変化を踏まえた目標設定と、更なるがん診療体制の充実を期待する。

・がん集学的治療センターが中心となり、専門的治療や患者ケアを推進した。

・がん登録件数及び悪性腫瘍手術件数の達成率が良くないが、目標数値が適切でなかったことを踏まえ、また、他の指標が 100%を超えていることを評価する。

・数値目標は未達のものが２項目あるものの、他の３つの項目が目標を大きく上回っ

<table>
<tr>
<td>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</td>
<td>○</td>
<td>
<table>
<tr><th>活動指標</th><th>2021 年度</th><th>2022 年度</th><th>2023 年度</th><th>2024 年度</th><th>2025 年度</th></tr>
<tr><td>キャンサーボード開催数（回）</td><td>85</td><td>76</td><td>74</td><td>71</td><td>67</td></tr>
<tr><td>がん相談件数</td><td>216</td><td>448</td><td>596</td><td>672</td><td>781</td></tr>
<tr><td>がんリハビリテーション実施件数</td><td>11,935</td><td>12,438</td><td>9,632</td><td>10,235</td><td>8,764</td></tr>
<tr><td>がん退院患者数（人）</td><td>3,260</td><td>3,044</td><td>2,993</td><td>3,079</td><td>3,323</td></tr>
<tr><td>がん地域連携パス件数</td><td>58</td><td>41</td><td>26</td><td>21</td><td>172</td></tr>
<tr><td>がん看護外来件数</td><td>96</td><td>150</td><td>69</td><td>101</td><td>232</td></tr>
</table>
</td>
<td>ていることと、取組事項も概ね達成されている。</td>
</tr>
</table>

大項目 1 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 中項目 2 高度・専門医療の提供 小項目 （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	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 冠動脈インターベンション（PCI）件数 / 520 アブレーション件数 / 320 デバイス治療件数 / 220 末梢血管インターベンション（PTA）件数 / 290 開心術・大血管手術件数 / 220 心臓リハビリテーション単位数 / 31,600	△ ○ ○ × ○ ○	目標指標 / 2021 年度 / 2022 年度 / 2023 年度 / 2024 年度 / 2025 年度 / 達成率 冠動脈インターベンション（PCI）件数 / 535 / 506 / 457 / 404 / 458 / 88.1 アブレーション件数 / 289 / 298 / 331 / 350 / 402 / 125.6 デバイス治療件数 / 206 / 198 / 219 / 219 / 245 / 111.4 末梢血管インターベンション（PTA）件数 / 151 / 140 / 95 / 94 / 70 / 24.1 開心術・大血管手術件数 / 284 / 268 / 323 / 352 / 329 / 149.5 心臓リハビリテーション単位数 / 26,636 / 26,508 / 29,560 / 28,726 / 33,946 / 107.4	4・4・4・4 ・PCI 件数の減少は、対象となる症例数の減少に伴うものであり、地域の疾病動向や患者ニーズの変化を反映した結果と考えられる。また、PTA 件数の達成率が 24.1%にとどまった要因としては、専門医の異動により実施件数が減少したことが挙げられる。しかし、その他の目標指標については全て 100%を超える実績を達成しており、診療機能の維持・向上に努め、地域医療に貢献している点は評価できる。 ・救急体制・低侵襲治療・新規医療技術・総合治療体制の推進、導入、充実に努めた。 ・PCI、PTA の達成率が低下しているが、心不全ホットラインの開設等、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する。
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。	○	・24 時間 365 日体制で急性期循環器症例の受入を堅持し、脳卒中の救急医療体制の確立へ向けた取組、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。 ・経皮的大動脈弁留置術（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。小切開手術（MICS）では、より低侵襲を目指した３port system による完全鏡視下手術を導入した。 ・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。また、心不全患者を地域全体で診ていく体制の一歩として、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。 ・病院 Web サイトで心臓血管センター関連特設サイトを設け、内容の充実を図り、情報発信を強化した。	
（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⇒経皮的大動脈弁留置術（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	○		

活動指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
心臓血管センター救急搬送受入件数	1,422	1,369	1,259	1,298	1,552
Door to Balloon time（分）	96.7	91.6	86.7	80.3	86.8
急性大動脈疾患・急性冠動脈疾患等の緊急救命手術件数	84	81	86	146	114
大動脈瘤ステントグラフト件数	42	41	57	71	69
小切開手術（MICS）件数	5	5	7	3	7
先天性心疾患に係る開心術手術件数	27	22	21	28	22

・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	○ ○ ○	急性心筋梗塞退院患者数	215	217	237	226	243	・数値目標は未達のものが２項目あるものの、想定外の事情があり他の４つの項目が目標を上回っていることと、取組事項も概ね達成されているため、心臓血管センターの充実は図られた。
		経皮的大動脈弁留置術（TAVI）件数	60	47	75	60	59	
		超急性期脳卒中加算件数	0	1	0	3	1	
		経皮的脳血栓回収術件数	4	3	7	6	10	
		頸動脈ステント留置術（CAS）件数	15	16	14	16	16	
		心不全地域連携パス件数	53	41	0	0	0	
		脳血管リハビリテーション実施件数	19,098	16,958	20,537	21,518	19,874	

大項目 1 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 中項目 2 高度・専門医療の提供 小項目 （3）消化器疾患にかかる医療の充実	中期目標	幅広い消化器領域に対して、内視鏡的治療など高度専門医療を提供するとともに、消化器内科と外科が一体となって、総合的な診療体制を築き、消化器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	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
上部内視鏡検査件数	8,650
下部内視鏡検査件数	4,300
内視鏡的粘膜切除術（EMR）件数	800
内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）件数	160

がん集学的治療センターと連携し、消化器がんの総合診療機能の充実を図るとともに、救急疾患への対応を強化する。

（重点施策）

・救急医療体制の強化⇒吐下血、急性腹症など消化器領域の救急医療体制の強化

・肝胆膵領域の治療の充実⇒肝胆膵外科高度技能修練施設認定による高難度症例の推進

・特殊内視鏡検査の診断レベルの向上

・低侵襲治療の充実⇒内視鏡治療・鏡視下手術の技術向上/手術支援ロボットの適用拡大

・新たな治療技術への取組⇒腹腔鏡・内視鏡合同手術（LECS）

達成状況
○
○
△
△
○
○
△
○
○
○

目標指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度	達成率
上部内視鏡検査件数	9,045	8,992	8,918	8,661	8,849	102.3
下部内視鏡検査件数	4,247	4,271	4,151	4,264	4,563	106.1
内視鏡的粘膜切除術（EMR）件数	565	621	570	559	605	75.6
内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）件数	141	121	130	130	128	80.0

・総合的な診療体制により、出血を伴う消化管急性疾患や、胆管炎、胆道閉塞などの急性疾患に対する緊急内視鏡治療に対応し、地域の救急医療をカバーしている。

・新たに胃がん、結腸がんに対する手術支援ロボット（ダヴィンチ）の適用を開始し、2025 年度には肝がん、膵体部がん、食道がんの適用を開始した。

・直腸がんに対する経肛門的直腸間膜切除術（TaTME）を軌道に乗せ、従来の腹腔鏡下手術では対応が困難な症例においても低侵襲の治療が可能になった。

・高度肥満疾患に対する胃スリーブ切除手術を行っており、また、消化器外科・内科医、糖尿病内科医、精神科医、麻酔科医、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、看護師からなる肥満外科チームによる患者支援の取組が評価され、2023 年度に肥満外科手術施設認定を受けた。

活動指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
救急搬送後消化器センター入院となった件数	614	650	707	631	667
内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査（ERCP）件数	972	923	950	833	789
超音波内視鏡検査（EUS）件数	519	448	424	434	415
消化器外科鏡視下手術件数	555	605	602	618	724
消化器外科緊急手術件数	408	360	357	313	326
肝胆膵高難度手術症例	39	44	44	48	43

4・4・4・4

・EMR 及び ESD 件数が目標未達成となった要因としては、５年間で内視鏡治療における処置方法や適応が変化したことが影響したと考えられる。一方、その他の目標指標については全て 100%を超える実績を達成しており、診療機能の充実と質の高い医療提供体制を維持している点は評価できる。

・救急医療体制の充実を図った。特殊内視鏡検査のレベル向上を図った。

・目標未達の項目もあるが、納得できる理由があり、ダヴィンチでの手術の適用範囲を結腸がんに広げる等、新しい治療方法を推進した。

・数値目標は未達が２項目あるものの、想定外の事情もあり、他の４つの項目が目標を上回っていることと、取組事

			項も概ね達成されている。

大項目 1 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 中項目 2 高度・専門医療の提供 小項目 （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
4	4	

中期計画	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 分娩件数 800 ハイリスク分娩件数 170	○ △	目標指標 2021 年度 2022 年度 2023 年度 2024 年度 2025 年度 達成率 分娩件数 781 688 657 843 797 99.6 ハイリスク分娩件数 154 128 134 166 152 89.4	4・4・4・4
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を図り、総合周産期母子医療センター機能の整備を目指す。	○	・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ほか、圏域外からの新型コロナウイルス感染症母体受入要請にも対応した。 ・多くの外科系診療科と連携して、染色体異常児や多発奇形児を含め、あらゆる新生児疾患に対応した。 ・産婦人科医や小児科医、麻酔科医との連携による無痛分娩の運用を開始した。	・全分娩件数に占めるハイリスク分娩の割合は約 20％で推移しており、概ね目標値を達成しているものと評価できる。また、無痛分娩による分娩件数の増加が見込まれる中、今後も安全かつ質の高い周産期医療を継続的に提供できるよう、ハイリスク分娩への対応体制の維持・強化を図るとともに、産婦人科医や助産師など必要な人材の確保・育成に努めることが期待される。
（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	○	・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。 ・2025 年には NIPT 基幹施設の認定を取得し、ゲノム医療提供体制を強化した。	
・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	○	・ユニセフ認定の赤ちゃんにやさしい病院（BFH）/（BFNICU）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。	・地域周産期母子医療センターの機能を堅持し、新生児高度医療の提供に努めた。
・赤ちゃんにやさしい病院の維持⇒母乳育児の推進	○	・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。	
・産後ケア事業の維持	○	活動指標 2021 年度 2022 年度 2023 年度 2024 年度 2025 年度 新生児緊急搬送件数 98 98 74 82 62 緊急母体搬送受入件数 87 62 69 75 67 新生児集中治療室（NICU）稼働率（%） 97.9 93.1 98.8 98.9 95.0 新生児治療回復室（GCU）稼働率（%） 48.2 41.3 43.6 51.2 41.9 退院時母乳率（%） 85.4 89.0 85.8 88.6 89.4 地域分娩貢献率（%） 14.1 13.3 12.7 16.4 15.8 産後 2 週間後健診外来件数 652 677 660 661 678	
・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	△		・ハイリスク分娩の件数の達成率が低いが、無痛分娩の運用を開始するなど、地域周産期母子医療センターの機能を果たしている。 ・数値目標が平均して 90％

			を大きく上回り、取組項目も概ね達成されている。引き続き総合周産期母子医療センターの整備に取り組んでいただきたい。

大項目 1 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 中項目 2 高度・専門医療の提供 小項目 （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
5	5	

中期計画	法人の自己評価 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
小児科救急搬送受入件数	1,600

目標指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度	達成率
小児科救急搬送受入件数	1,496	1,978	2,279	1,919	1,599	99.9

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。 ○

・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、従来の緊急性の高い疾患に加えて、新型コロナウイルス感染症患児の治療を行った。
・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。特に、気道疾患に対し、気道外来や入院で、気管支ファイバースコープや、Sp02 解析、EtC02 解析を用いて診断と治療のできる症例が増加し、哺乳嚥下不良、体重増加不良、呼吸障害などの症状に潜む気道疾患についても診断と最適な治療の提供が可能となった。
・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、受入体制を維持した。

（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） ○

活動指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
小児入院延患者数（人）	25,546	24,847	24,994	26,459	23,847
小児外来延患者数（人）	42,069	40,331	40,015	39,659	35,503
小児外科手術件数	218	227	191	215	198
小児脳神経外科手術件数	6	3	2	3	5
小児循環器手術件数	31	29	35	30	28
小児形成外科手術件数	172	143	137	150	155
重症脳障害患者に対する低体温療法件数（小児）	24	12	27	9	12
低酸素性呼吸不全に対する一酸化窒素吸入療法件数	46	33	29	29	9
喉頭気管支鏡を用いた気道評価件数（小児）	38	79	105	136	234

5・5・5・5

・多岐にわたる小児医療の実践に加え、24 時間 365 日体制で小児救急患者の受入に継続して取り組むなど、地域における小児医療の中核的役割を果たしている。こうした取組の結果、中期計画における目標は 99.9%を達成しており、質の高い小児医療及び救急医療を安定的に提供している点は評価できる。

・小児救急から高度専門治療まで、総合的な小児医療を提供し続けた。

・達成率はほぼ 100%であり、様々な治療を行って小児医療の地域の拠点となっている。

・数値目標がほぼ 100%達成されており、取組事項もすべて達成されている。小児地域医療センターにおいて、中期目標に沿った十分な小児医

			療を提供されたと評価できる。

大項目　１ 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 中項目　２ 高度・専門医療の提供 小項目　（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
4	4	

中期計画	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）	
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月に設置した呼吸器センターでは、がん化学療法における術前・術後への適用拡大に対応し、呼吸器内科・呼吸器外科の連携を一層強化することで、センターとしての機能を充実させた。 ・病院ホームページにおいて、がん関連特設サイトに続き心臓血管センターの特設サイトを開設し、各センターの機能を地域へ発信した。	４・４・４・４ ・各センターの活動は指標データがないため、ホームページ掲載内容を基に評価した。新たな呼吸器センターの設置による専門医療体制の充実に加え、周産母子センター及びがん集学的治療センターの医師による動画配信は、地域住民への分かりやすい情報提供と安心感の醸成に寄与している。また、こどもセンターでは育児サークルの活動が可視化されており、市民がニーズに応じて利用を選択できる環境が整備されている点は評価できる。 ・６大センター各々で高度・専門医療の提供に努めた。 ・呼吸器センターを有効活用し、センター機能を地域に発信することでより地域医療に貢献することを期待する。 ・すでに６大センターの設置

			を完了されたうえで、情報発信も行っており、今後も具体的な機能強化を検討されている点は評価できる。

大項目 1 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 中項目 2 高度・専門医療の提供 小項目 （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
5	5	

中期計画	法人の自己評価 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
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

（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。 ○

目標指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度	達成率
手術件数	8,370	8,493	8,795	9,293	9,374	98.7
MRI 件数	23,319	23,272	23,747	24,086	24,784	105.5
CT 件数	66,325	65,707	68,852	70,443	71,928	127.1
PET-CT 件数	2,179	2,217	2,138	2,210	2,151	95.2
クリニカルパス使用率(%)	64.7	67.9	68.4	67.9	69.0	106.2

（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。

・周術期栄養管理について、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。

・認知症疾患医療センターではもの忘れ専門外来を維持し、新たに抗体製剤外来を設置し、軽度認知障害の治療体制を整備した。

（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を取得・維持した。

・2024 年 12 月にゲノム医療連携病院の指定を受け、がんゲノム外来を開始した。2025 年度には新たに遺伝性腫瘍外来を設置し、がん発症者のみではなく、血縁者を含めた健康管理や遺伝カウンセリングを実施できる体制を整備した。

・2025 年には NIPT 基幹施設の認定を取得し、ゲノム医療提供体制を強化した。

・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。

・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。

・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 と、ハイリスク手術後の集中管理を行う HCU に機能集中と役割分担を行った。

・血管造影と CT 撮影を同時にできるハイブリッド型 IVR-CT を運用し、より正確で安全な治療を行うための環境を推進した。

5・5・5・5

・手術件数は年々増加しており、診療機能の充実が図られている。また、早期栄養管理介入による術後在院日数の短縮など、多職種連携によるチーム医療の推進により、各目標指標は概ね 100%前後の達成率を維持しており評価できる。

・多職種によるチーム医療を推進して高度・専門医療を提供した。

・目標数値をほぼ達成しており、高度・専門医療の提供及びチーム医療も推進している。

・数値目標がほぼ 100%達成されており、取組事項もすべて達成されている。地域における高度・急性期医療の提供体制が評価されている点も踏まえれば、一部数値目標が

・手術室２室を増室したことにより、手術件数は増加した。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。
・臨床研究治験分野に知見の深い医師を招聘し、体制整備を行ったほか、科学研究費助成事業に採択された研究を実施し、臨床研究治験分野の充実を図った。
・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、脳死下臓器提供に関する体制を維持した。2025 年度には、当院初めての脳死下臓器提供を実施した。

わずかに未達でも、中期計画は十分に達成されたと評価してよい。

（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。
・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。

○
○
○
○

（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、13 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）、慢性腎臓病療養支援外来（CKD））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。
・新型コロナウイルス感染症の診療を安全かつ効率的に行うために、感染症パス、感染症妊婦パスを運用し、改善を加えながら様々な疾患を合併するコロナ患者に臨機応変に対応した。
・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。また、心不全など非がん疾患についても介入を行った。
・身体拘束ラウンドから身体拘束最小化チームへ改組し、安全に配慮しながら、多職種でのラウンド・助言を重ね身体拘束率の低下を図った。

活動指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
全身麻酔実施件数	4,564	4,569	4,703	4,958	5,386
日帰り手術件数	1,028	1,421	1,109	1,108	1,034
ICU 稼働率（%）	67.7	65.9	79.6	78.8	82.4
糖尿病教育入院患者数（人）	140	158	133	142	106
院内他診療科からの診察依頼件数（精神疾患）	1,155	1,129	1,195	1,182	1,128
マグネティックナビゲーションシステム稼働件数	38	41	33	31	23
手術支援ロボット(ダヴィンチ) 稼働件数（泌尿器科）	36	41	27	45	39
手術支援ロボット(ダヴィンチ) 稼働件数（消化器外科）	15	13	31	48	57
手術支援ロボット(ダヴィンチ) 稼働件数（呼吸器外科）	13	24	13	22	42
薬剤管理指導実施率（%）	82.9	82.7	84.1	81.3	76.0
栄養食事指導件数	4,675	4,383	4,619	4,943	5,300
リハビリテーション実施単位数	15.2	15.2	15.8	15.6	15.5
口腔ケア実施件数	4,721	4,729	4,899	5,574	5,318
栄養サポートチーム（NST）実施件数	1,490	1,556	1,696	1,290	1,089
精神科リエゾンチーム診療件数	500	505	595	629	579

		褥瘡発生率（%）	1.1	0.8	0.7	0.7	0.6
		院内感染制御チーム（ICT）ラウンド実施回数（回）	112	110	100	130	250
		認知症チーム介入件数	495	627	786	639	840
		呼吸リハビリテーション（RST）件数	14,176	13,445	15,645	15,623	17,205
		ストーマ外来件数	1,069	705	759	865	948
		フットケア外来件数	316	187	263	217	185
		心不全外来件数	654	688	605	540	619
		リンパ浮腫外来件数	232	248	234	268	305
		糖尿病療養指導外来件数	882	748	920	1,390	1,235
		臨床研究件数（研究倫理審査委員会承認件数）	203	212	217	344	396
		特定臨床研究件数（代表・分担機関）	代表2件 分担9件	代表2件 分担13件	代表2件 分担12件	代表2件 分担14件	代表2件、 分担18件
		治験実施件数	2	3	3	3	5
		臨床倫理コンサルテーション件数	13	10	12	12	10
		多職種倫理カンファレンス件数	17	16	12	20	14

大項目　1　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

中項目　2　高度・専門医療の提供

小項目　（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
5	5	

中期計画

目標指標	2025 年度
医師数（人）＊	159
専門医研修医数（専攻医）（人）	62
初期臨床研修医数（人）	31

＊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。

法人の自己評価

達成状況

○

○

○

○

○

○

判断理由（実施状況など）

目標指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度	達成率
医師数（人）＊	173	171	182	179	179	112.6
専門医研修医数(専攻医)(人)	60	62	62	65	79	127.4
初期臨床研修医数（人）	30	28	29	31	34	109.7

＊専門医研修医及び初期臨床研修医を除く。

・カテーテルシミュレータを導入し、治療を実践的に習熟できる環境を整備したほか、ダヴィンチのコンソールを増設し、術者の他に上級医師が同じ画面を目視しながら安全に指導できる環境を構築した。

・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能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。

・卒後臨床研修評価機構（JCEP）による臨床研修体制の第３者評価を受け、基準を満たしている研修施設として認定を受けた。

・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。

・特定行為認定施設として、特定行為を実践するための知識と技術を学ぶ研修を実施し、当院及び他施設の看護師に研修を実施した。

活動指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
看護師数（人）	785	789	810	799	801
医療技術職員数（人）	248	258	268	268	271
臨床研修指導医資格取得者数（人）	82	81	87	91	95
初期臨床研修医募集定員充足率（%）	100	100	100	100	100
学会認定等施設件数	96	105	105	108	110

評価、意見など

5・5・5・5

・目標指標の達成率は 100%を超えており、計画に沿った取組が着実に実施されていると評価できる。また、専門職を対象とした研修やキャリアアップ支援により資格取得者が年々増加していることは、人材育成の成果として評価できる。これらの取組は職員の専門性向上と、より質の高い医療・サービスの提供につながり、組織全体の機能強化に寄与している。

・2025 年度の初期研修医はフルマッチとなり、1 位希望人数が兵庫県 4 位となった。目標指標の達成率も充実したものであった。

・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。専門医の資格取得者も増えており、人材確保

		専門医資格取得数（人）	257	266	278	306	335
		専門看護師数（人）	5	6	8	8	5
		認定看護師数（人）	21	20	20	19	18
		特定認定看護師（人）	0	2	5	8	11
		特定行為看護師（人）	0	1	11	13	13
		認定看護管理者数（人）	5	6	5	5	3
		看護師クリニカルラダー取得者数（人）	総計：669 Ⅰ：62 Ⅱ：107 Ⅲ：198 Ⅳ：185 Ⅴ：117	総計：679 Ⅰ：74 Ⅱ：115 Ⅲ：185 Ⅳ：194 Ⅴ：111	総計：633 Ⅰ：65 Ⅱ：120 Ⅲ：158 Ⅳ：186 Ⅴ：104	総計：644 Ⅰ：78 Ⅱ：123 Ⅲ：132 Ⅳ：195 Ⅴ：116	総計：663 Ⅰ：101 Ⅱ：152 Ⅲ：125 Ⅳ：208 Ⅴ：77
		助産師ラダー取得者数（人）	総計：18 新人：4 Ⅰ：1 Ⅱ：0 Ⅲ：13	総計：19 新人：3 Ⅰ：1 Ⅱ：1 Ⅲ：14	総計：23 新人：7 Ⅰ：1 Ⅱ：1 Ⅲ：14	総計：19 新人：4 Ⅰ：1 Ⅱ：1 Ⅲ：13	総計：16 新人：2 Ⅰ：1 Ⅱ：0 Ⅲ：13
		アドバンス助産師取得者数（人）	10	9	9	8	7
		看護師マネジメントラダー取得者数（人）	総計：45 副師長Ⅰ：5 副師長Ⅱ：20 師長Ⅰ：7 師長Ⅱ：13	総計：48 副師長Ⅰ：8 副師長Ⅱ：21 師長Ⅰ：6 師長Ⅱ：13	総計：60 副師長Ⅰ：15 副師長Ⅱ：19 師長Ⅰ：12 師長Ⅱ：14	総計：58 副師長Ⅰ：16 副師長Ⅱ：18 師長Ⅰ：12 師長Ⅱ：12	総計：57 副師長Ⅰ：14 副師長Ⅱ：20 師長Ⅰ：10 師長Ⅱ：13
		ラダー階層別取得率（%）	92.8 Ⅰ：8.6 Ⅱ：14.8 Ⅲ：27.5 Ⅳ：25.7 Ⅴ：16.2	94.3 Ⅰ：10.3 Ⅱ：16.0 Ⅲ：25.7 Ⅳ：26.9 Ⅴ：15.4	87.6 Ⅰ：9.0 Ⅱ：16.6 Ⅲ：21.9 Ⅳ：25.7 Ⅴ：14.4	83.3 Ⅰ：10.1 Ⅱ：15.9 Ⅲ：17.1 Ⅳ：25.2 Ⅴ：15.0	94.8 Ⅰ：14.4 Ⅱ：21.7 Ⅲ：17.9 Ⅳ：29.8 Ⅴ：11.0
		薬剤師資格取得者数（人）	65(18)	74(18)	79(18)	77(19)	71(17)
		放射線技師資格取得者数（人）	61(15)	61(15)	59(11)	62(11)	67(12)
		臨床検査技師資格取得者数（人）	64(4)	76(4)	83(3)	83(3)	97(5)
		リハビリテーション室資	76(24)	82(24)	88(28)	88(28)	103(34)

と育成の点で十分な結果を残している。

・数値目標が全て 100%を超える高い水準で達成されており、取組事項もすべて達成されている。研修医からの評価が地域でも継続的にトップレベルであることなどを考えれば中期計画を十分に達成していると評価できる。

		格取得者数（人）					
		管理栄養士資格取得者数（人）	19(12)	33(16)	26(7)	27(7)	29(7)
		臨床工学技士資格取得者数（人）	28(5)	29(5)	36(8)	38(7)	42(8)
		口腔管理室資格取得者数（人）	8	9	9	9	11
		診療情報管理士数（人）	22	20	22	23	22
		医療情報技師数（人）	10	8	12	12	12
		実習生受入件数	3,899	5,612	5,556	5,082	5,195
		診療部（神戸大学医学部生）	576	878	1,005	854	994
		看護部	2,125	3,092	2,900	2,660	2,743
		薬剤部	165	110	165	55	110
		臨床検査室	28	30	82	128	203
		放射線室	56	236	236	236	236
		リハビリテーション室	348	459	402	435	389
		臨床工学室	192	295	218	218	186
		栄養管理室	287	270	334	260	113
		口腔管理室	122	242	174	236	221
		医療業務部	0	0	40	0	0

大項目　1　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 中項目　3　安全で信頼される医療の提供 小項目　（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	法人の自己評価 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
・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、類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。	○ ○ ○ ○ ○	・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。 ・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。 ・オカレンス報告制度を導入し、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。 ・AI を用いた医用画像診断支援システムを導入し、肺の悪性所見の見落としリスクを低減している。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の運用手順の確認に加えて、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導入し、適正な監視体制を継続することで、見落とし防止を図った。 ・転倒・転落防止に対して、リスク患者に対し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システムを試験的に導入し、転倒転落の発生抑制の検証を継続した。 ・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実施したほか、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。	4・4・4・4 ・2025 年度のインシデント件数は前年度の約５倍となっているが、積極的な報告は医療安全に対する職員の意識向上の表れとも評価できる。今後はインシデント分析結果の共有と手順書の活用を通じて、再発防止と医療安全の更なる向上につながることを期待する。 ・医療安全文化の確立、新興感染症対策の整備に努めた。 ・ヒヤリハットレポート件数は減少しているがインシデント件数は増加している。しかし、定期的な研修を行い、院内の安全・感染対策に注力していることを評価する。 ・取組事項はすべて達成され、医療安全管理や感染症対策は万全と思われるため、5の評価でも良いと考えるが、インシデント件数の増加と

活動指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
ヒヤリハットレポート件数	2,536	2,645	2,481	2,783	2,377
インシデント件数	4	10	17	11	55
転倒・転落発生率（%）	0.15	0.17	0.18	0.16	0.14
医療安全研修回数/参加者数（人）	1 回 /1,501 人	2 回 /3,041 人	2 回 /3,128 人	2 回 /3,165 人	2 回 /3,196 人
感染対策研修回数/参加者数（人）	2 回 /2,911 人	2 回 /3,042 人	2 回 /2,990 人	2 回 /3,133 人	2 回 /3,227 人
オカレンス報告率（%）	93.7	99.5	100	100	100

			更なる改善の余地があることを踏まえ、法人自己評価と同じにした。

大項目　1　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
中項目　3　安全で信頼される医療の提供
小項目　（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	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
患者満足度/入院（%）	95.0
患者満足度/外来（%）	85.0

・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。
・セカンドオピニオンに積極的に取り組む。
・医療相談、がん相談などの相談窓口の体制を充実させる。
・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。
・ホスピタリティマインドを醸成させる。
・診察・検査・会計の各部門での待ち時間の短縮に努める。

達成状況：○

目標指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度	達成率
患者満足度/入院（%）	94.2	95.4	94.5	94.0	96.0	101.1
患者満足度/外来（%）	89.4	83.3	86.6	87.3	87.1	102.5

・入院時重症患者対応メディエーターを配置し、重症患者や先天的な疾患をもつ患児の家族に寄り添い、容態や治療方針、将来的な内容を含めた生活など、家族が医療者に聞きづらい内容の相談に対応した。
・療養・就労両立支援について、社会保険労務士による無料相談を毎月開催するなど、がん以外の疾患に対しても取組を拡充した。
・患者用 Wi-Fi や、人間ドック利用者に向けたオンラインマガジンサービスを活用し、外来診察待ち時間や、入院中の療養環境の向上を図った。
・ホスピタリティリーダーの養成や、接遇研修を継続し、ホスピタリティマインドの醸成を図った。
・外来待ち時間対策として、座席利用状況や診察予約状況の調査、診察待ち案内メールの案内を継続し、待ち時間の短縮に努めた。また、国が推奨するオンライン資格確認の利用率の向上や電子処方箋の導入を図り、効率的・効果的な医療の提供を図った。さらに、料金後払いシステムを導入し、会計待ち時間の短縮を図った。

活動指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
患者支援センター医療相談件数	21,934	24,439	26,946	29,159	29,569
患者相談窓口相談件数(括弧内はがん相談支援センターへの取次を除いた件数)	730(586)	769(519)	816(464)	487(422)	507(471)
医師からの病状説明に対する満足度（%）	93.8	93.8	88.9	93.1	92.9
セカンドオピニオン紹介件数	51	55	39	55	63
外来平均待ち時間（分）	43	46	40	37	38
メール呼び出しサービス利用率（%）	26.0	26.8	26.5	25.1	24.6
接遇・応対の満足度/入院（%）	92.2	94.5	91.7	95.1	93.9
接遇・応対の満足度/外来（%）	89.0	83.8	85.8	88.1	86.9
ご意見箱意見回収件数	327	280	320	250	220
意見回収件数に占める感謝の割合（%）	26.3	23.2	25.3	27.2	24.1
意見回収件数に占める苦情の割合（%）	73.7	76.8	74.7	72.8	75.9

4・4・4・5

・入院・外来患者満足度はいずれも目標を 100%超で達成しており評価できる。一方、感謝の意見に比べ苦情の割合が 3 倍以上となっていることから改善の余地が認められる。

・インフォームド・コンセントの徹底、相談・支援体制の充実を図った。

・目標数値は達成しており、サービスの充実に努めている。

・数値目標は 100%、取組事項も全て目標を達成されており、安全で信頼される医療の推進とサービスは十分に達成されている。

大項目 2 業務運営の改善及び効率化に関する事項 中項目 1 自律性・機動性・透明性の高い組織運営 小項目 （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	法人の自己評価 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、ムリの根絶に努め、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。	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	・医療安全や感染対策など迅速な意思決定と円滑な情報伝達が求められる業務について、病院長直轄の組織体制へと刷新するとともに、医師の臨床研修部門を教育支援センターから病院診療部へ移管し、業務と指導体制の整合性を図った。また、全部門参加のもと運営協議会を毎月開催し、稼働実績や経理状況など病院の経営情報を共有する風土が定着した。 ・高度急性期機能として呼吸器センターや集中治療部を新設するとともに、地域で医療ニーズの高い緩和ケア専用病棟の開設や医療 DX の司令塔となる情報統括センター及び医療情報部の設置など、医療を取り巻く環境の変化に即応できる組織や人員体制を適時整備した。 ・年次的な重点行動方針を機構、病院幹部が担当領域の計画として進捗管理を行うことで、理事長・病院長の権限移譲を適切に推進した。 ・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タイムリーにモニタリングできるシステムとして開発したダッシュボードは、随時新たな機能を追加拡充させ、職員による経営分析や戦略立案を効果的にサポートする体制を構築できた。 ・事務部門を中心にワークフローシステムを導入し、電子決裁を基盤とした文書管理により業務の効率化を推進した。 ・院内の主要な会議や委員会では、ペーパーレス会議の運用が定着しており、資料準備の省力化や印刷コストの削減などの効果を上げている。 ・病棟ごとの稼働状況を定期的に検証することで、病床配置の適正化を図り、効率的な運用を行うことで、臨機な患者受入を実現し、稼働率の向上を果たしてきた。また、病院棟の増築及び改修によって、将来の医療需要にも対応できる病床配置や療養環境を整備した。 ・電子カルテ更新に合わせて、部門システムやパソコンの更新を行い、事務の効率化を推進した。 ・特設サイトや WEB マガジンなど特色あるホームページと公式 LINE や広報誌つつじなど様々なメディアを使い分けて、効果的かつ魅力ある情報の発信を進めた。 ・病院ホームページでがん関連特設サイトに引き続き、心臓血管センターの特設サイトを開設し、よりわかりやすい情報発信に努めた。	4・4・4・4 ・広報誌の発行やホームページを活用した情報発信に継続して取り組み、病院の取組や医療情報を地域住民へ効果的に発信している点は評価できる。機構ニュースレターの発行回数は 2023 年度の 7 回から 2025 年度には 3 回へ減少しているものの、広報誌やホームページを活用した情報発信は維持されている。また、ホームページの満足度が 80%を超えていることから、利用者のニーズに応じた情報提供が行われており、情報発信に関する中期計画は概ね達成されていると評価した。 ・所管業務や職務権限を明確にし、効率的・効果的な業務運営を実現した。 ・ニュースレターの発行回数は減少しているが、ホームペ

		<table><tr><th>活動指標</th><th>2021 年度</th><th>2022 年度</th><th>2023 年度</th><th>2024 年度</th><th>2025 年度</th></tr><tr><td>機構ニュースレター発行回数</td><td>4</td><td>5</td><td>7</td><td>4</td><td>3</td></tr><tr><td>広報誌「つつじ」発行数(回)/(部)</td><td>3 回/各 103,220 部</td><td>3 回/各 103,800 部</td><td>3 回/各 104,000 部</td><td>3 回/各 104,000 部</td><td>3 回/各 105,000 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><td>6 回/9,000 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>未実施</td><td>81.1</td><td>80.0</td><td>84.0</td><td>87.0</td></tr></table>	ージの満足度は上昇しており、地域住民に情報を提供している。また、電子カルテ更新により効率的な運営が実現されている。 ・取組事項はすべて達成されており、概ね目的は達成されていると評価できる。他方で、ニュースレターの発行回数が減少傾向にあることと、課題があるという法人自己評価を踏まえて同じとした。

大項目 2 業務運営の改善及び効率化に関する事項
中項目 1 自律性・機動性・透明性の高い組織運営
小項目 （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
4	4	

中期計画	法人の自己評価 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
・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。	○ ○ ○ ○ ○ ○	・毎年度コンプライアンス推進行動計画を策定し、風通しの良い職場づくりを目標に掲げ、アクションチェックリストを活用した実践活動を各職場で取り組んだ。 ・内部監査員、監事、会計監査法人など、中立的な立場から事務手続きや業務運営について監査を受け、指摘事項や課題を共有し、迅速かつ適切に是正・改善を図った。 ・情報セキュリティ対策では、システムに係る職員の意識やインターネット不適切使用調査、標的型メールに対する模擬訓練を実施するとともに、情報漏えいに対する注意喚起を適宜発出し、情報管理の徹底を図った。 ・不正やハラスメントに関する公益通報体制として、外部弁護士、内部職員、委託心理士による窓口を複数確保するとともに、苦情処理委員会を設置し職員からの相談に中立的な立場で公平に対応した。 ・大規模災害に備えて策定した業務継続計画（BCP）をもとに、毎年度災害訓練を実施し初動体制や連絡網の確認と改善に全部署で取り組んだ。また、院内の防犯カメラの設置体制を整備するとともに安全安心の配置等による保安体制を強化した。 ・診療記録の開示及び第三者提供に係る取扱要綱を策定し、手続きや審査等の事務を統一することで適正な業務運営の確保に努めた。	4・4・4・5 ・コンプライアンスに関する研修会への参加者数は年々増加しており、院内におけるコンプライアンスに対する認識の共有と統一が図られ、適正な組織運営を支える基盤の強化につながっている。 ・個人情報の保護や情報セキュリティ対策を適切に実施し、組織全体の透明性を確保した。 ・情報開示件数、コンプライアンス研修参加者数ともに増加しており、病院全体での意識の高さが窺える。 ・取組事項はすべて達成されており、目的は達成されていると評価できる。情報開示やコンプライアンス研修参加者も顕著に伸長しており、所期の目的を十分に達成した。

活動指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
情報開示件数	219	221	214	260	307
コンプライアンス研修参加者数（人）	988	1,173	1,273	1,419	1,812

大項目 2 業務運営の改善及び効率化に関する事項
中項目 2 働きやすく、やりがいのある職場づくり
小項目 （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

目標指標	2025 年度
職員満足度（満足と答えた割合）	70

・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充分に理解させる。
・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。

法人の自己評価

達成状況

○
○
○
○

判断理由（実施状況など）

目標指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度	達成率
職員満足度（満足と答えた割合）	75.6	74.8	74.3	70.3	73.3	104.7

・システミックコーチングの導入により、活発なコミュニケーションを図り、風通しの良い組織づくりや誇りを持って働ける風土が定着しつつある。
・半期ごとの所属長による評価面談の機会を通して、職員が設定した目標とその達成状況を振り返ることで、主体的な人事評価が機能し、成果の承認や課題の認識によって職員自身の成長を促した。
・外郭団体主催の研修へのエントリーや学会や院内の学術研究発表会等における優秀な演題として選出された功績に対して、機構総会において職員表彰を行い、それぞれの活動を奨励することで、意欲の向上を図った。
・職員満足度調査を継続し、職員のニーズの変化の把握に努めた。

活動指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
仕事にやりがいや誇りを感じると答えた割合（%）	76.4	79.3	79.9	76.1	76.4
システミックコーチング（院内コーチ・SH）人数（人）	院内コーチ 14/SH166	院内コーチ 19/SH264	院内コーチ 24/SH495	院内コーチ 28/SH60	院内コーチ 26/SH53
機構学術研究会発表件数	15	15	16	15	17
TQM 委員会発表件数	6	5	6	7	6
クリニカルパス委員会発表件数	0	4	4	3	3

評価、意見など

4・4・4・5

・職員満足度に係る目標指標は、継続して 70%を超えており、一定の成果が認められる。一方で、満足度の評価項目が明確でないため、数値のみでは具体的な評価が難しい。今後は調査項目や分析結果を明示し、課題の把握と改善につなげることを期待する。

・コミュニケーション活性化プロジェクトを推進して職員満足度の向上に努めた。

・職員満足度は上昇しているが、2 年前よりは減少している。システミックコーチングの導入によりコミュニケーションの活性化を図り、仕事への意欲の向上に努めている。

・数値目標は 100%超で、取組事項はすべて達成されており、目的は十分に達成されていると評価できる。まだ伸

			長の余地がある部分とは思うが、当該取組が実際に人材獲得・医師の確保においても高い評価を得られており、特に評価できる。

大項目 2 業務運営の改善及び効率化に関する事項 中項目 2 働きやすく、やりがいのある職場づくり 小項目 （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	法人の自己評価 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
・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。	○ ○ ○ ○ ○	・2022 年度には、労働及び労働以外の時間区分のモニタリングシステムを開発し、管理者が適時指示調整を行い、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に取り組み、2024 年度施行の医師の働き方改革への対応を進め、すべての診療科において承認された計画どおり進捗している。 ・コロナ禍において、遠方通勤や家庭内の状況等により、感染症対応に従事した職員が帰宅困難な場合に宿泊施設を確保し、安心して勤務できる環境を確保した。 ・院内保育園では 24 時間 365 日の保育を継続し、コロナ禍で休止していた病児保育も再開した。 ・様々な業務において、多職種の協力のもとにタスクシフト/シェアを実施したほか、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。 ・病棟クラークの増員や、夜間の看護業務を補助するナイトサポーターを導入し、病棟看護師の負担を軽減した。 ・2022 年度に特定行為研修機関として開校し、全国から看護師の受入を開始した。また、院内医療現場においては、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。	4・4・4・4 ・働き方改革の推進に継続して取り組んでいる点は評価できる。一方、長時間勤務の実績が増加していることから、労働時間の適切な管理と継続的なモニタリングを行い、職員の健康確保と働きやすい職場環境の整備に一層努める必要がある。 ・医療安全を確保しつつ、医師から多職種へのタスクシフティングを円滑に推進した。 ・長時間勤務実績は増加しているものの、変形労働適用率も上昇しており、働き方改革は進んでいるものと認められる。 ・取組目標は全て達成されていますが、院内保育利用者数が減少傾向にあることや、労働時間管理の問題があったことから、更なる向上を期待

活動指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
院内保育園利用者数（医師職）（人）	832	658	487	201	180
育児休業取得割合（医師職）（%）	100	100	100	100	100
育児短時間勤務者数（医師職）（人）	6	9	11	6	10
長時間勤務実績・医師職（時間/月/人）	46.1	45.9	50.2	51.2	53.6
長時間勤務実績・看護職（時間/月/人）	9.7	8.8	7.9	5.8	8.7
長時間勤務実績・医療技術職（時間/月/人）	18.7	19.9	20.3	19.3	22.6
長時間勤務実績・事務職（時間/月/人）	6.6	6.9	6.3	5.1	8.0
年間休日日数（日）	123	122	123	122	123
変形労働適用率（看護部除く）（%）	88.8	88.4	88.7	93.8	95.8
タスクシフティング推進委員会実行件数	8	3	8	0	0
特定行為研修修了者数（人）	1	6	16	20	22
医師事務作業補助者数（人）	80	79	79	86	82
臨床心理士相談件数	124	71	38	60	91
リエゾンナース相談件数	32	25	27	14	0

			する。

大項目 3 財務内容の改善に関する事項
中項目 1 経営基盤の強化
小項目 ー

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

目標指標	2025 年度
累積経常利益（百万円）	11,493
経常収支比率（%）	101.7
医業収支比率（%）	100.3
医業収益（百万円）	24,785
入院収益（百万円）	16,317
外来収益（百万円）	7,869

・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。

法人の自己評価

達成状況

目標指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度	達成率	達成状況
累積経常利益（百万円）	12,979	15,614	16,326	17,208	17,724	154.2	○
経常収支比率（%）	111.9	109.7	102.5	103.0	101.6	99.9	○
医業収支比率（%）	104.6	105.1	102.4	103.9	101.7	101.4	○
医業収益（百万円）	26,292	26,562	27,115	28,208	29,495	119.0	○
入院収益（百万円）	17,704	17,712	17,929	18,437	18,994	116.4	○
外来収益（百万円）	7,933	8,346	8,702	9,240	9,914	126.0	○

判断理由（実施状況など）

・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。
・コロナ患者の受入病床を県のフェーズに合わせて臨機に調整し、通常の医療への影響を適宜予測するなど、柔軟なベッドコントロールを実行することで、コロナ禍において医療と経営の両立を図り、経営の安定を実現した。
・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。
・物価高騰や賃金上昇などの影響により費用が上昇する中、収益の確保と可能な限りの費用の抑制ができ収支均衡を図れた。

活動指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
償却前経常収支比率（%）	120.0	116.4	108.2	109.5	107.9
償却前医業収支比率（%）	112.9	112.0	108.6	111.0	108.5
運営費負担金比率（%）	5.6	4.8	5.0	5.2	4.9

評価、意見など

5・5・5・5

・全ての目標指標で達成率100%以上を維持しており、計画に基づく取組が着実に実施され、十分な成果を上げている。

・収益の確保と費用の抑制により収支の均衡を図った。

・経常収支比率のみ低下しているが、ほぼ健全な状態で、経営基盤はより強固となっている。

・99.9%の項目が１つあるものの、他の数値目標は高水準で達成され、取組事項も全て達成している。医療を取り巻く経営環境の厳しさも踏まえると、この実績は素晴らしいと評価できる。

大項目　3　財務内容の改善に関する事項
中項目　2　収入の確保及び費用の最適化
小項目　　ー

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
5	5	

中期計画

目標指標	2025 年度
入院診療単価（円/人・日）	83,000
外来診療単価（円/人・日）	23,000
1 日あたり入院患者数（人）	540
1 日あたり外来患者数（人）	1,410
病床稼働率（%）	90.0
給与費比率/対医業収益（%）	48.0
診療材料費比率（%）	14.7
医薬品費比率（%）	15.4
経費比率/対医業収益（%）	12.9

・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してい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。

法人の自己評価

達成状況

○
○
○
○
○
○
△
△
△
○
○
○
○

判断理由（実施状況など）

目標指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度	達成率
入院診療単価（円/人・日）	90,746	94,584	93,587	93,800	97,630	117.6
外来診療単価（円/人・日）	22,251	23,138	24,566	25,140	27,172	118.1
1 日あたり入院患者数（人）	534	513	523	539	533	98.7
1 日あたり外来患者数（人）	1,473	1,484	1,458	1,519	1,508	107.0
病床稼働率（%）	89.1	85.5	87.2	89.8	88.8	98.7
給与費比率/対医業収益（%）	46.3	46.1	45.7	43.9	45.6	105.3
診療材料費比率（%）	15.4	15.5	16.7	16.1	16.1	91.3
医薬品費比率（%）	13.5	14.5	15.9	16.4	18.2	84.6
経費比率/対医業収益（%）	13.1	12.8	13.4	13.4	13.6	94.9

・部署ごとの目標管理を徹底し、各部署において目標が達成できるよう、支援を行った。
・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、諸課題に対して迅速に対応した。
・DPC 係数に対するモニタリングを実施し、係数アップに向けて検討を行った。
・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た。
・急性期病院に望まれる充実した体制を整備し、2023 年度から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。
・2022 年度には、電気料金高騰への対策として、照明電灯の LED 化を実施した。
・2023 年度には、コスト削減プロジェクトを立ち上げ、使用材料や運用方法の見直し、節電への取組、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組を進めた。

活動指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
新入院患者数（人）	19,724	19,198	19,529	20,490	20,568
平均在院日数（日）	9.9	9.8	9.8	9.9	9.5
DPC 期間Ⅱ内退院率（%）	73.3	70.9	72.0	71.9	72.5
DPC 評価係数	1.5613	1.5827	1.5359	1.5331	1.5306
診療報酬査定減率（%）	0.27	0.28	0.35	0.35	0.45
後発医薬品の数量割合（%）	95.2	94.5	93.8	93.6	93.1

評価、意見など

5・5・4・4

・コスト削減プロジェクトを立ち上げ、病院全体でコスト意識の醸成と経営改善に向けた取組を推進している点は評価できる。こうした取組の結果、各目標指標の達成率は概ね 100%前後で推移しており、効率的かつ安定的な病院運営に努めている。

・急性期基幹病院としての患者の確保と、コスト管理を徹底して費用の最適化を実施できた。

・目標指標は平均では 100%を超えているが、個別の達成率にはバラツキがある。材料費、医薬品費の比率が高い。これらの値上がりは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いただきたい。

・財務面では素晴らしい結果であり、材料費・医薬品費が高騰する中で、上手くコント

			ロールしているが、評価基準に沿うと 5/9 の数値目標が未達で、今後の更なる努力も期して、4 とする。

大項目　4　その他業務運営に関する重要事項 中項目　1　地域社会への貢献 小項目　（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
4	4	

中期計画	法人の自己評価 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。	○ ○ ○	・行政が主催する障がい者の自立支援、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。 ・コロナ禍以降、ボランティア活動については減少傾向であるが、活動を再開し、今後充実に向け取組を進めていく。 ・コロナ禍で休止していた加古川市のツーデーマーチをはじめとしたイベントに医師や看護師等を派遣し、地域住民との交流や医療への啓発を行った。 ・病院フェスタや地域住民に向けた健康講座を開催し、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。	4・4・4・4 ・地域住民との交流事業への参加機会を拡充することは重要であるが、職員の業務負担の増加が懸念される。持続的な事業運営を図るためには、ボランティア登録者数の確保・拡大に努め、職員の負担軽減と地域連携活動の充実を両立できる体制を整備する必要がある。 ・行政機関の委員会に参画、ボランティア活動で地域住民とのコミュニケーションを図った。 ・ボランティアの時間数が減少しているのが気になるが、多くのイベントに参加し、救護班の派遣等地域社会との協働を進めていただきたい。 ・取組事項は達成され、積極的な地域社会への貢献も認められる。他方で、ボランティア登録者数と、実働時間が減少している。

活動指標	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度
ボランティア登録者数（人）	28	30	15	17	14
ボランティア実働時間（分）	9,312	22,686	17,403	16,500	14,868
地域イベント等への救護班の派遣人数（人）	0	2	7	4	4
地域イベントへの参加件数	0	0	1	1	1

大項目　４　その他業務運営に関する重要事項 中項目　１　地域社会への貢献 小項目　（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
4	4	

中期計画	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）	
・加古川市の施策に積極的に協力を行う。	○	・コロナ禍において、加古川市が推進する市民へのワクチン接種事業に協力し、スタッフの派遣を行った。 ・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。 ・加古川市のイベント（ツーデーマーチ、加古川マラソン、加古川リレーマラソン）に救護班として医師・看護師を派遣した。 ・加古川市消防本部が実施する救急フェアに救急救命士とドクターカーを派遣し、啓発活動を行った。 ・トライやるウィークの受入を再開し、医療従事者を目指す中学生に病院での体験を通じて、将来を考えるサポートを行った。	４・４・４・４ ・加古川市の各種イベントに救護班として医師・看護師を派遣するとともに、養護学校の修学旅行に小児科医及び看護師が同行するなど、地域行事に対して継続的かつ積極的に協力している点は評価できる。これらの取組を通じて、地域住民の安全・安心の確保や地域との連携強化に貢献しており、地域に根ざした医療機関としての役割を果たしているものと評価する。 ・教育委員会が推進する、同性医師の中学校内科健診に女性医師を派遣した。新型コロナウイルスのワクチン接種に参加協力した。 ・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いただきたい。 ・コロナ禍におけるワクチン

			接種事業やスタッフ派遣のほか、加古川市のイベントにも積極的に参加しており、市施策に積極的に協力していると評価できる。