

【令和6年度評価】中項目ごとの検証・確認における論点整理等

自己評価の区分		判断の目安
IV	年度計画を上回っている	計画の実施状況が100%超
III	概ね年度計画どおり実施している	計画の実施状況が90%超100%以下
II	年度計画を下回っている	計画の実施状況が60%超90%以下
I	年度計画を大幅に下回っている	計画の実施状況が60%以下

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価		評価委員会の検証																																																																					
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）	自己 評価	評価 提案	意見																																																																				
01	4 特定行為看護師、専門 看護師等の資格取得の促進 ・資格取得の希望を把握し、研修の受講を計画的に実施する。 ・臨床輸血看護師、自己血輸血看護師、造血幹細胞移植コーディネーターの資格取得について計画する。 6 専門性を発揮したチーム医療の推進 ・院内迅速対応チーム（R R T）確立のため、特定行為研修終了看護師を中心に、モデル病棟での実践を開始する。 ・医療の質の均一化や適切な入院期間のため、クリニカルパスの新規登録をクリニカルパス推進委員会を通じて働きかけていく。また、バリエーション集計やデータ収集に努め、分析結果を委員会で報告し、医療の質の向上を図る。 9 医療事故防止等医療安全対策の充実 ・医療安全に関する研修会・勉強会、医療安全推進週間のキャンペーン活動等により、医療安全	4 特定行為看護師、認定看護師等の資格取得の促進 ・看護師 1 名が麻酔コース（術中麻酔管理領域）の特定行為看護師研修を修了した。 ・臨床輸血看護師認定研修の資格を 1 名取得した。 ・自己血輸血看護師 1 名が認定資格を取得した。 ・造血細胞移植コーディネーター認定研修に 1 名受講中。 【認定看護師・専門看護師数】 単位：人（各年度末時点） <table><tr><th>区分</th><th>分野</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td rowspan="10">認定</td><td>皮膚・排泄ケア</td><td>3</td><td>3</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>集中ケア</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>緩和ケア</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>がん化学療法看護</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>がん性疼痛看護</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>感染管理</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>新生児集中ケア</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td></tr><tr><td>摂食・嚥下障害看護</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>救急看護（クリティカルケア看護へ移行）</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>慢性心不全看護</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>	区分	分野	R2	R3	R4	R5	R6	認定	皮膚・排泄ケア	3	3	2	2	2	集中ケア	2	2	2	2	2	緩和ケア	1	1	1	1	1	がん化学療法看護	3	3	3	3	3	がん性疼痛看護	1	1	1	1	1	感染管理	2	2	2	2	2	新生児集中ケア	1	1	1	1	0	摂食・嚥下障害看護	1	1	1	1	1	救急看護（クリティカルケア看護へ移行）	1	1	1	1	1	慢性心不全看護	1	1	1	1	1	IV		総合評価はIVで問題ないと思います。インシデント報告は多くあり、従業員の問題解決意識が高い証だと思います。
区分	分野	R2	R3	R4	R5	R6																																																																			
認定	皮膚・排泄ケア	3	3	2	2	2																																																																			
	集中ケア	2	2	2	2	2																																																																			
	緩和ケア	1	1	1	1	1																																																																			
	がん化学療法看護	3	3	3	3	3																																																																			
	がん性疼痛看護	1	1	1	1	1																																																																			
	感染管理	2	2	2	2	2																																																																			
	新生児集中ケア	1	1	1	1	0																																																																			
	摂食・嚥下障害看護	1	1	1	1	1																																																																			
	救急看護（クリティカルケア看護へ移行）	1	1	1	1	1																																																																			
	慢性心不全看護	1	1	1	1	1																																																																			

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価					評価委員会の検証																																																																											
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）					自己 評価	評価 提案	意見																																																																									
	に対する職員の意識を高める。特に医療安全講演会は、職員にとって興味深い内容を厳選し、全職員の受講を目指す。 - インシデント・アクシデント事案の収集・分析結果の検討や、公益財団法人日本医療機能評価機構等が発信する、最新の医療安全に関する情報収集を行い、院内の各種マニュアルや手順書に反映させ、継続的に見直しを行う。 - 臨床工学技士による新人看護師向けの研修や、医療機器導入時の取扱い研修、インシデント・アクシデント事例に基づく、実践的な医療安全管理研修を継続的に実施する。 - 麻薬に特化したラウンドを継続し、麻薬の適正使用・保管の遵守を啓発する。 - 医療安全対策地域連携加算 1－1、1－2 施設間カンファレンスを活用し、客観的な視点による医療安全施策の外部評価を得る。 - 医療安全に関する院外研修に積極的に参加し、安全対策の向上を図る。 - 誤認の無い安全な医療を実施するため、二つの識別子（フルネーム＋ID 番号、フルネーム＋生年月日）による確実な患者確認行動について、委員会等により継続して全職員に周知徹底する。	<table><tr><td></td><td>脳卒中リハビリテーション看護</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>糖尿病看護</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>認知症看護</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td></td><td>訪問看護</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>手術看護</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>透析看護</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>心不全看護</td><td>－</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>小 計</td><td>23</td><td>25</td><td>24</td><td>24</td><td>22</td></tr><tr><td rowspan="2">専門</td><td>がん看護</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>2</td></tr><tr><td>急性・救急看護</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>認定看護管理者</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>		脳卒中リハビリテーション看護	1	1	1	1	1		糖尿病看護	2	2	2	2	1		認知症看護	1	2	2	2	2		訪問看護	1	1	1	1	1		手術看護	1	1	1	1	1		透析看護	1	1	1	1	1		心不全看護	－	1	1	1	1		小 計	23	25	24	24	22	専門	がん看護	3	3	3	3	2	急性・救急看護	1	1	1	1	1		認定看護管理者	1	1	1	1	0	6 専門性を発揮したチーム医療の推進 - 院内迅速対応チーム（RRT）確立のため、救急外来医師 1 名、特定行為看護師 1 名で週 2 回モデル病棟（整形外科病棟）をラウンドした。 - クリニカルパスの新規登録を推進するために、クリニカルパス推進委員会を通じて働きかけ、新規パスが昨年度より 14 件増となった。また、パス利用率は 2.1%増加した。			
	脳卒中リハビリテーション看護	1	1	1	1	1																																																																												
	糖尿病看護	2	2	2	2	1																																																																												
	認知症看護	1	2	2	2	2																																																																												
	訪問看護	1	1	1	1	1																																																																												
	手術看護	1	1	1	1	1																																																																												
	透析看護	1	1	1	1	1																																																																												
	心不全看護	－	1	1	1	1																																																																												
	小 計	23	25	24	24	22																																																																												
専門	がん看護	3	3	3	3	2																																																																												
	急性・救急看護	1	1	1	1	1																																																																												
	認定看護管理者	1	1	1	1	0																																																																												

【診療科別クリニカルパスの内訳】						単位：件
診療科名\年度	R2	R3	R4	R5	R6	
産婦人科	19	19	16	21	23	
整形外科	12	12	12	12	12	
呼吸器科	4	4	4	8	8	
外科・消化器外科	11	13	13	13	13	
循環器科	22	23	20	22	28	
その他	74	76	90	89	95	
合 計	142	147	155	165	179	

【クリニカルパス利用率】				
R2	R3	R4	R5	R6
45.3%	45.0%	49.9%	50.3%	52.4%

10 院内感染防止対策の充実

- 感染管理部が中心となり、ICT（感染防止対策チーム）・AST（抗菌薬適正使用支援チーム）の活動を実践し、院内の感染対策の強化を図る。また、感染対策委員会を毎月 1 回開催し、感染の発生状況や感染対策活動の周知を徹底する。

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価		評価委員会の検証																																		
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）	自己 評価	評価 提案	意見																																	
	・院内分離菌情報をもとにリスク評価を行い、リスクの高い病棟に対してラウンドを実践する。また、リスクの高い病棟を早期察知、早期介入し、調査、分析、指導を実践する。 ・職業感染対策やワクチン接種を促し、職員に対する感染対策を行う。 ・A S T / I C T 通信を隔月で発行し、職員の感染対策に対する意識を高める。 ・感染対策に関する研修会を年 2 回以上開催する。期間内に受講できなかった職員に対して院内メール等を使用して参加を促し、参加率 1 0 0 % を目指す。 ・厚生労働省や県、保健所等の行政機関や関係学会等が主催する研修会、講習会へ関係職員の参加を促し、感染対策や感染管理に関する知識の維持向上を支援する。 ・新型コロナウイルス等、感染防止対策としてラウンドを実施するとともに、定期的に職員に向けて情報発信を行い、感染対策に対する意識を高める。	9 医療事故防止等医療安全対策の充実 ・第 2 回医療安全講演会は、「心理的安全性」「カルテ記載の重要性」をテーマに講演した。 ・医療安全推進週間の取組みとして、「医療安全、心理的安全性」について川柳を募集し、投票と表彰を行い 掲示板と食堂への掲示を行った。多数の応募があり、病院全体で取り組むことができた。 ・転倒転落事例については S H E L L 分析を行い評価した。 ・医療安全ラウンドを月に 1 回行うことで、麻薬の適正使用・保管の状況の確認、環境の確認を行い、医療安全予防を図った。 ・医療安全対策地域連携加算 1－1、1－2 施設間カンファレンスを行い、他病院での取組みを参考に当院のルールを再確認する機会となった。 ・患者誤認について病院全体での取組みとし、インシデント事例の内容と件数を部会、管理委員会で報告し、改善策の検討、周知ができるよう取組みを行った。この結果、患者誤認の減少に繋げることができた。 【インシデント・アクシデント件数】 単位：件 <table><tr><th>区分\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>インシデント</td><td>4,007</td><td>4,305</td><td>3,960</td><td>3,354</td><td>3,420</td></tr><tr><td>アクシデント</td><td>24</td><td>29</td><td>18</td><td>19</td><td>34</td></tr><tr><td>合計</td><td>4,031</td><td>4,334</td><td>3,978</td><td>3,373</td><td>3,454</td></tr></table> 【医療安全講演会開催実績】 単位：人 <table><tr><th>テーマ（開催日）</th><th>参加数</th><th>参加率（%）</th></tr><tr><td>心理的安全性について SafetyPlus を使用し講演の視聴とアンケートを実施 （1）心理的安全性と現場に心理的安全性がないとき！ （2）心理的安全性と医療安全文化</td><td>1,158</td><td>97.2</td></tr><tr><td>カルテ記載の重要性 ～法的観点からみたカルテ記載のポイント～</td><td>1,068</td><td>90.2</td></tr></table>	区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6	インシデント	4,007	4,305	3,960	3,354	3,420	アクシデント	24	29	18	19	34	合計	4,031	4,334	3,978	3,373	3,454	テーマ（開催日）	参加数	参加率（%）	心理的安全性について SafetyPlus を使用し講演の視聴とアンケートを実施 （1）心理的安全性と現場に心理的安全性がないとき！ （2）心理的安全性と医療安全文化	1,158	97.2	カルテ記載の重要性 ～法的観点からみたカルテ記載のポイント～	1,068	90.2			
区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6																																	
インシデント	4,007	4,305	3,960	3,354	3,420																																	
アクシデント	24	29	18	19	34																																	
合計	4,031	4,334	3,978	3,373	3,454																																	
テーマ（開催日）	参加数	参加率（%）																																				
心理的安全性について SafetyPlus を使用し講演の視聴とアンケートを実施 （1）心理的安全性と現場に心理的安全性がないとき！ （2）心理的安全性と医療安全文化	1,158	97.2																																				
カルテ記載の重要性 ～法的観点からみたカルテ記載のポイント～	1,068	90.2																																				

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価		評価委員会の検証											
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）	自己 評価	評価 提案	意見										
		10 院内感染防止対策の充実 ・感染対策委員会を毎月開催し、感染症の発生状況や AST/ICT の活動報告等を行い注意喚起や感染対策の周知徹底を実施した。全職員に対し、電子カルテの掲示板や院内メールを活用し、情報提供や注意喚起を行った。 ・毎週、院内分離菌情報をもとにリスク評価を行いラウンドを実施し、各部署の委員や所属長へ指導を行った。また、ICT ラウンドの結果は、感染対策委員会及び看護部感染対策委員会で報告し、情報共有を図った。 ・AST/ICT 通信の発行や年2回感染対策講演会を通じ情報提供を行い、感染に対する意識向上を図った。 ・新型コロナウイルス感染症について、適宜マニュアルを修正し対応した。院内メールでマニュアル変更を周知した。 【感染対策教育講演会開催実績】 単位：人 <table><tr><th>テーマ</th><th>参加数</th><th>参加率 (%)</th></tr><tr><td>「抗微生物適正使用の手引きについて」 「潜入！食中毒サミット」</td><td>1,187</td><td>94.4</td></tr><tr><td>「下痢に対する院内の抗菌薬使用状況について」 「感染対策の基礎知識⑥症状別感染予防策 -下痢・嘔吐、発熱、皮膚症状-」</td><td>1,133</td><td>95.4</td></tr></table>	テーマ	参加数	参加率 (%)	「抗微生物適正使用の手引きについて」 「潜入！食中毒サミット」	1,187	94.4	「下痢に対する院内の抗菌薬使用状況について」 「感染対策の基礎知識⑥症状別感染予防策 -下痢・嘔吐、発熱、皮膚症状-」	1,133	95.4				
テーマ	参加数	参加率 (%)													
「抗微生物適正使用の手引きについて」 「潜入！食中毒サミット」	1,187	94.4													
「下痢に対する院内の抗菌薬使用状況について」 「感染対策の基礎知識⑥症状別感染予防策 -下痢・嘔吐、発熱、皮膚症状-」	1,133	95.4													
02	1 待ち時間の改善等 ・開業医への訪問活動、効果的な広報等の実施により、紹介患者数及び高度医療機器の共同利用を促進する。 ・新中央診療棟における待ち時間対策として、外来診察室や会計窓口の他、生理検査、放射線検査についても、呼び出し関連システムの導入を進める。また、現在運用している、スマートフォン等を使用した外来待受け呼出システムについても、利用者拡大を図る。	1 待ち時間の改善等 ・新中央診療棟の開設にあわせ、表示盤を各診察室に設置したほか、生理検査、放射線検査、中央採血についても新たに導入した。 ・携帯電話や Wi-Fi の通信環境の改善工事を行い、待合室の環境改善を図った。 ・保険証確認の端末台数を大幅に増やすと共に、患者の呼び出し画面を分かりやすくカスタマイズすることで受付の効率化を図った。 【平均待ち時間】 単位：分 <table><tr><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>—</td><td>19.8</td><td>23</td><td>25.3</td><td>22.3</td></tr></table> ※待ち時間は病院全体の時間	R2	R3	R4	R5	R6	—	19.8	23	25.3	22.3	IV		
R2	R3	R4	R5	R6											
—	19.8	23	25.3	22.3											

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価		評価委員会の検証																																																																			
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）	自己 評価	評価 提案	意見																																																																		
	・よろず相談、かかりつけ医紹介センターの利用を促し、逆紹介率95%以上を維持する。 ・直来患者のニーズを把握し、希望に沿った開業医を紹介することで、直来患者数の減少を図る。 2 院内環境の快適性の向上 ・院内の照明のLED化や、空調の計画的な更新、壁紙・床の剥がれの修繕などを計画的に実施し、院内環境の快適性の向上を図る。 ・患者からの施設に係る意見、要望について適切な対応を行う。 ・病院給食について、治療効果を高めるため、指示食全量摂取を目標とし、かつ患者に満足いただける食事を提供する。 ・疾患の影響や治療の副作用、機能低下などで喫食量が低下した患者へ早期に介入し、喫食量増加を目指す。また、特別食・がん・低栄養・嚥下食喫食者の栄養指導も含め、栄養管理を継続的に行っていく。 ・栄養不良が疑われる患者に対しては、NST（栄養サポートチーム）の介入で、早期改善を図る。 ・患者用Wi-Fiの不具合対応や、接続が困難な患者には、職員によるフォローを実施する。 4 患者中心の医療の提供及び患者満足度の向上 ・患者サポートカンファレンスを継続して開催し、患者からの要望等を把握・分析し、患者の思いや背景を考慮しながら検討する。 ・がん相談支援センターやがんサロンを有効に	【CT、MRI 検査件数】 単位：件 <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CT 件数</td><td>31,307</td><td>32,682</td><td>30,348</td><td>31,238</td><td>32,377</td></tr> <tr> <td>MRI 件数</td><td>9,677</td><td>10,366</td><td>10,167</td><td>10,175</td><td>10,554</td></tr> </tbody> </table> 【手術件数】 単位：件 <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>手術室</td><td>4,185</td><td>4,509</td><td>4,612</td><td>4,816</td><td>5,114</td></tr> <tr> <td>中放内視鏡</td><td>2,907</td><td>3,207</td><td>3,228</td><td>3,431</td><td>3,228</td></tr> <tr> <td>合 計</td><td>7,092</td><td>7,716</td><td>7,840</td><td>8,247</td><td>8,342</td></tr> </tbody> </table> 2 院内環境の快適性の向上 ・照明等のLED化の補助金を活用し、点灯時間の長い場所を優先的にLED照明に交換した。 ・患者からの要望に対して清掃の回数を増やしたり、不具合等の修繕の対応を行った。 ・患者給食の質の向上を目指し、毎食の残食調査、年6回嗜好調査で患者の満足度調査を行った。また、医師・管理栄養士及び栄養管理委員会委員による検食結果と併せて給食委託会社と協議し、献立や食材、調理方法の見直しを行った。 ・喫食量の低下した患者や低栄養の患者に介入し食事量増加、低栄養改善を目指した。 ・特別食、がん、低栄養、嚥下食患者に対し栄養指導を実施し、栄養指導件数は前年度より1,055件増加した。 ・Wi-Fiに接続できない入院患者へのサポート体制を構築した。 【喫食量の低下・低栄養患者への取組み】 単位：件 <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>栄養指導</td><td>5,317</td><td>5,262</td><td>5,042</td><td>4,917</td><td>5,972</td></tr> <tr> <td>栄養管理</td><td>7,439</td><td>8,691</td><td>8,720</td><td>8,907</td><td>9,309</td></tr> <tr> <td>NST 介入</td><td>696</td><td>1,240</td><td>1,139</td><td>1,046</td><td>1,413</td></tr> </tbody> </table> 4 患者中心の医療の提供及び患者満足度の向上 ・市民公開講座の機会や看護大学、看護学校、地域の図書館等にごがんに関するパンフレットを配布するなどしてがん相談支援センターやがんサロンの活動をPRした。	区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6	CT 件数	31,307	32,682	30,348	31,238	32,377	MRI 件数	9,677	10,366	10,167	10,175	10,554	区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6	手術室	4,185	4,509	4,612	4,816	5,114	中放内視鏡	2,907	3,207	3,228	3,431	3,228	合 計	7,092	7,716	7,840	8,247	8,342	項目\年度	R2	R3	R4	R5	R6	栄養指導	5,317	5,262	5,042	4,917	5,972	栄養管理	7,439	8,691	8,720	8,907	9,309	NST 介入	696	1,240	1,139	1,046	1,413			
区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6																																																																		
CT 件数	31,307	32,682	30,348	31,238	32,377																																																																		
MRI 件数	9,677	10,366	10,167	10,175	10,554																																																																		
区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6																																																																		
手術室	4,185	4,509	4,612	4,816	5,114																																																																		
中放内視鏡	2,907	3,207	3,228	3,431	3,228																																																																		
合 計	7,092	7,716	7,840	8,247	8,342																																																																		
項目\年度	R2	R3	R4	R5	R6																																																																		
栄養指導	5,317	5,262	5,042	4,917	5,972																																																																		
栄養管理	7,439	8,691	8,720	8,907	9,309																																																																		
NST 介入	696	1,240	1,139	1,046	1,413																																																																		

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価		評価委員会の検証																																																							
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）	自己 評価	評価 提案	意見																																																						
	活用していただけるようPRを継続するとともに、患者や家族のニーズを把握し、有益な情報を提供する。 ・患者満足度調査を実施し、当院の運営・管理に反映させる。	・患者満足度調査を実施し、入院・外来共に前年度より満足度が高くなった。 【満足度調査の比較】単位：％ <table><tr><th></th><th></th><th colspan="5">満足度</th></tr><tr><th></th><th></th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td rowspan="2">入院</td><td>当院</td><td>95.3</td><td>95.9</td><td>94.6</td><td>95.8</td><td>98.7</td></tr><tr><td>QI プロジェクト参加病院 (平均値)</td><td>81.9</td><td>91.3</td><td>88.5</td><td>88.0</td><td>89.2</td></tr><tr><td rowspan="2">外来</td><td>当院</td><td>85.0</td><td>85.3</td><td>81.6</td><td>81.8</td><td>87.1</td></tr><tr><td>QI プロジェクト参加病院 (平均値)</td><td>89.5</td><td>83.7</td><td>81.7</td><td>80.3</td><td>79.5</td></tr></table>			満足度							R2	R3	R4	R5	R6	入院	当院	95.3	95.9	94.6	95.8	98.7	QI プロジェクト参加病院 (平均値)	81.9	91.3	88.5	88.0	89.2	外来	当院	85.0	85.3	81.6	81.8	87.1	QI プロジェクト参加病院 (平均値)	89.5	83.7	81.7	80.3	79.5																	
		満足度																																																									
		R2	R3	R4	R5	R6																																																					
入院	当院	95.3	95.9	94.6	95.8	98.7																																																					
	QI プロジェクト参加病院 (平均値)	81.9	91.3	88.5	88.0	89.2																																																					
外来	当院	85.0	85.3	81.6	81.8	87.1																																																					
	QI プロジェクト参加病院 (平均値)	89.5	83.7	81.7	80.3	79.5																																																					
03	1 患者動向や医療需要の変化に即した診療体制の整備・充実 ・医療連携推進協議会、東濃可児地域病病連携会議、地域連携パス合同会議等医師会や他医療機関との情報交換を通して、患者動向や医療需要を把握し、当院の診療体制の整備・充実に活かす。 ・地域医療連携センターと医事課が中心となり、院内各部門と連携しながら、患者動向やデータ分析、地域連携クリニカルパスの運用、入院初期段階からの転院・退院調整等を進める。	1 患者動向や医療需要の変化に即した診療体制の整備・充実 ・入院前や入院初期に介入することで、転院や早期退院の問題となる事象を速やかに把握し、在院日数の短縮を図った。 (DPC 平均在院日数 9.8 日→9.6 日) ・医療連携推進協議会を年4回、地域連携パス合同会議を年3回、東濃・可児地域病病連携推進会議を年2回それぞれ開催し、地域医師会や地域の医療機関との情報交換を行い、患者動向や医療ニーズの把握に努めた。 【連携予約状況】単位：件 <table><tr><th>区分\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>整形外科</td><td>1,212</td><td>1,399</td><td>1,539</td><td>1,561</td><td>1,587</td></tr><tr><td>神経内科</td><td>752</td><td>785</td><td>818</td><td>850</td><td>939</td></tr><tr><td>消化器内科</td><td>1,936</td><td>1,963</td><td>2,065</td><td>2,110</td><td>2,102</td></tr><tr><td>その他</td><td>10,076</td><td>10,653</td><td>10,793</td><td>11,267</td><td>11,965</td></tr><tr><td>合 計</td><td>13,976</td><td>14,800</td><td>15,215</td><td>15,788</td><td>16,593</td></tr></table> 【訪問活動・健康づくり講座】 <table><tr><th>区分\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>訪問活動（件）</td><td>48</td><td>15</td><td>10</td><td>18</td><td>12</td></tr><tr><td>健康づくり講座（回）</td><td>3</td><td>0</td><td>10</td><td>16</td><td>20</td></tr></table>	区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6	整形外科	1,212	1,399	1,539	1,561	1,587	神経内科	752	785	818	850	939	消化器内科	1,936	1,963	2,065	2,110	2,102	その他	10,076	10,653	10,793	11,267	11,965	合 計	13,976	14,800	15,215	15,788	16,593	区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6	訪問活動（件）	48	15	10	18	12	健康づくり講座（回）	3	0	10	16	20	IV		
区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6																																																						
整形外科	1,212	1,399	1,539	1,561	1,587																																																						
神経内科	752	785	818	850	939																																																						
消化器内科	1,936	1,963	2,065	2,110	2,102																																																						
その他	10,076	10,653	10,793	11,267	11,965																																																						
合 計	13,976	14,800	15,215	15,788	16,593																																																						
区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6																																																						
訪問活動（件）	48	15	10	18	12																																																						
健康づくり講座（回）	3	0	10	16	20																																																						

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価		評価委員会の検証																																																			
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）	自己 評価	評価 提案	意見																																																		
		【医療連携交流会】 単位：人 <table><tr><th>区分\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>院外参加者数</td><td>開催自粛</td><td>開催自粛</td><td>開催自粛</td><td>開催自粛</td><td>49</td></tr><tr><td>院内参加者数</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>30</td></tr><tr><td>合 計</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>79</td></tr></table>	区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6	院外参加者数	開催自粛	開催自粛	開催自粛	開催自粛	49	院内参加者数					30	合 計					79																													
区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6																																																		
院外参加者数	開催自粛	開催自粛	開催自粛	開催自粛	49																																																		
院内参加者数					30																																																		
合 計					79																																																		
04	1 近隣の医療機関との役割分担の明確化と連携強化による紹介率・逆紹介率の維持・向上 ・病病連携の推進を図るため、定期的に東濃・可児地域病病連携推進会議を開催するとともに、近隣の医療機関との間で急性期医療、回復期医療の提供体制について、意見交換等を行う。 ・近隣医療機関への訪問活動等を通じ、診療所等との連携を深めるとともに、当院以外でも診療可能な診療科や疾患を分析し、高度急性期・急性期病院としての役割を全うするための検討材料とする。 ・連携予約の強化及びかかりつけ医紹介を推進するとともに、病診連携システム（多治見シャトル）、地域医療連携ネットワークシステム（たじみのネット）を効果的に活用し、近隣の医療機関との協力体制の充実により紹介・逆紹介の増加を促進する。	1 近隣の医療機関との役割分担の明確化と連携強化による紹介率・逆紹介率の維持・向上 ・東濃・可児地域病病連携推進会議を年2回開催し、地域の医療機関と急性期医療、回復期医療の提供体制について、意見交換を行った。 ・多治見シャトル（病診連携システム）やたじみのネット（地域医療連携ネットワークシステム）の効果的な活用等により、紹介率、逆紹介率とも高い水準を維持できた。 【多治見シャトル利用】 単位：件 <table><tr><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>2, 834</td><td>3, 273</td><td>3, 321</td><td>3, 202</td><td>3, 368</td></tr></table> 【紹介患者のうち医療連携予約の割合】 単位：％ <table><tr><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>82. 0</td><td>80. 7</td><td>79. 0</td><td>79. 8</td><td>84. 5</td></tr></table> 【紹介率・逆紹介率】 <table><tr><th>区分\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>紹介率 (単位：％)</td><td>74. 3</td><td>72. 8</td><td>73. 3</td><td>74. 8</td><td>73. 3</td></tr><tr><td>紹介実件数 (単位：件)</td><td>17, 048</td><td>18, 345</td><td>19, 250</td><td>19, 776</td><td>19, 637</td></tr><tr><td>逆紹介率 (単位：％)</td><td>98. 6</td><td>97. 4</td><td>100. 5</td><td>98. 2</td><td>95. 3</td></tr><tr><td>逆紹介実件数 (単位：件)</td><td>16, 590</td><td>17, 638</td><td>18, 149</td><td>17, 967</td><td>18, 127</td></tr></table>	R2	R3	R4	R5	R6	2, 834	3, 273	3, 321	3, 202	3, 368	R2	R3	R4	R5	R6	82. 0	80. 7	79. 0	79. 8	84. 5	区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6	紹介率 (単位：％)	74. 3	72. 8	73. 3	74. 8	73. 3	紹介実件数 (単位：件)	17, 048	18, 345	19, 250	19, 776	19, 637	逆紹介率 (単位：％)	98. 6	97. 4	100. 5	98. 2	95. 3	逆紹介実件数 (単位：件)	16, 590	17, 638	18, 149	17, 967	18, 127	IV		県立多治見病院が地域の住民の方から高く評価され、頼りにされているのはデータからも評判からもわかります。また診療所との、多治見シャトル等で連携もうまくいっていると思います。下り搬送は最近増加したものの、近隣の病院間で役割分担を明確化しているようには見えません。また、地域連携パスの実績も、手術数等に比較すると高いとは言えません。東濃の中核病院であるがゆえに、診療所、近隣病院等とも、連携を深めていただけるとよいと思います。
R2	R3	R4	R5	R6																																																			
2, 834	3, 273	3, 321	3, 202	3, 368																																																			
R2	R3	R4	R5	R6																																																			
82. 0	80. 7	79. 0	79. 8	84. 5																																																			
区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6																																																		
紹介率 (単位：％)	74. 3	72. 8	73. 3	74. 8	73. 3																																																		
紹介実件数 (単位：件)	17, 048	18, 345	19, 250	19, 776	19, 637																																																		
逆紹介率 (単位：％)	98. 6	97. 4	100. 5	98. 2	95. 3																																																		
逆紹介実件数 (単位：件)	16, 590	17, 638	18, 149	17, 967	18, 127																																																		

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価		評価委員会の検証																																																													
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）	自己 評価	評価 提案	意見																																																												
		【高度医療機器利用状況】単位：件<table><tr><th>機器名\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>CT</td><td>856</td><td>907</td><td>867</td><td>1,028</td><td>1,010</td></tr><tr><td>MRI</td><td>601</td><td>608</td><td>620</td><td>588</td><td>705</td></tr><tr><td>RI</td><td>194</td><td>197</td><td>197</td><td>214</td><td>233</td></tr><tr><td>PET</td><td>61</td><td>47</td><td>74</td><td>37</td><td>50</td></tr><tr><td>骨密度</td><td>79</td><td>99</td><td>99</td><td>97</td><td>103</td></tr><tr><td>合 計</td><td>1,791</td><td>1,858</td><td>1,857</td><td>1,964</td><td>2,101</td></tr></table> 【開放型病床利用】単位：件<table><tr><th>区分\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>医科</td><td>1</td><td>11</td><td>9</td><td>21</td><td>18</td></tr><tr><td>歯科</td><td>20</td><td>35</td><td>44</td><td>36</td><td>39</td></tr></table>	機器名\年度	R2	R3	R4	R5	R6	CT	856	907	867	1,028	1,010	MRI	601	608	620	588	705	RI	194	197	197	214	233	PET	61	47	74	37	50	骨密度	79	99	99	97	103	合 計	1,791	1,858	1,857	1,964	2,101	区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6	医科	1	11	9	21	18	歯科	20	35	44	36	39			
機器名\年度	R2	R3	R4	R5	R6																																																												
CT	856	907	867	1,028	1,010																																																												
MRI	601	608	620	588	705																																																												
RI	194	197	197	214	233																																																												
PET	61	47	74	37	50																																																												
骨密度	79	99	99	97	103																																																												
合 計	1,791	1,858	1,857	1,964	2,101																																																												
区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6																																																												
医科	1	11	9	21	18																																																												
歯科	20	35	44	36	39																																																												
05	1 救急医療 ・近隣消防本部等の関係機関と緊密な連携により、円滑な患者受け入れ体制を維持するとともに、救急医療部門の体制を拡充し救急医療の充実を図る。 3 がん医療 ・地域がん診療連携拠点病院としての要件を整え、質の高いがん医療が提供できる体制を構築するとともに、院内がん登録数、がん相談件数等を増加させる。また、がん看護専門看護師や、がん関連の認定看護師と協働して患者支援にあたる。 ・手術支援ロボット、ハイブリッド手術室を導入したことにより、前立腺がん等の手術へ活用し、高度な医療を提供する。 ・県内で数少ない 骨髄移植が可能な医療機関として、治療 を実施する。 ・高精度放射線治療装置「ノバルスT x」「トゥル	1 救急医療 ・救急医療用の病床確保のため、下り搬送の受入れ先として周辺医療機関8施設と新たに協定を締結した。 救急救命士による下り搬送が行えるよう体制の整備を行っている。 <table><tr><th>下り搬送受入先医療機関</th></tr><tr><td>多治見市民病院（多治見市）</td></tr><tr><td>多治見第一病院（多治見市）</td></tr><tr><td>高井病院（土岐市）</td></tr><tr><td>東海記念病院（春日井市）</td></tr><tr><td>土岐市立総合病院（土岐市）</td></tr><tr><td>春日井リハビリテーション病院（春日井市）</td></tr><tr><td>城山病院（中津川市）</td></tr><tr><td>中津川市民病院（中津川市）</td></tr></table> 【救命救急センター受入実績（延患者数及び病床利用率）】<table><tr><th>年度</th><th colspan="2">R2</th><th colspan="2">R3</th><th colspan="2">R4</th></tr><tr><th>項目</th><th>延べ患者数 （人）</th><th>病床利用率 （％）</th><th>延べ患者数 （人）</th><th>病床利用率 （％）</th><th>延べ患者数 （人）</th><th>病床利用率 （％）</th></tr></table>	下り搬送受入先医療機関	多治見市民病院（多治見市）	多治見第一病院（多治見市）	高井病院（土岐市）	東海記念病院（春日井市）	土岐市立総合病院（土岐市）	春日井リハビリテーション病院（春日井市）	城山病院（中津川市）	中津川市民病院（中津川市）	年度	R2		R3		R4		項目	延べ患者数 （人）	病床利用率 （％）	延べ患者数 （人）	病床利用率 （％）	延べ患者数 （人）	病床利用率 （％）	IV																																							
下り搬送受入先医療機関																																																																	
多治見市民病院（多治見市）																																																																	
多治見第一病院（多治見市）																																																																	
高井病院（土岐市）																																																																	
東海記念病院（春日井市）																																																																	
土岐市立総合病院（土岐市）																																																																	
春日井リハビリテーション病院（春日井市）																																																																	
城山病院（中津川市）																																																																	
中津川市民病院（中津川市）																																																																	
年度	R2		R3		R4																																																												
項目	延べ患者数 （人）	病床利用率 （％）	延べ患者数 （人）	病床利用率 （％）	延べ患者数 （人）	病床利用率 （％）																																																											

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価						評価委員会の検証				
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）						自己 評価	評価 提案 意見			
	一ビーム」の2台体制により、根治照射・予防照射・緩和照射等、正確で症例に適した質の高い治療を提供する。 ・がんゲノム医療連携病院として、がんゲノム医療への積極的な参加を各診療科に働きかける。 ・他施設のがん相談支援センター等との連携により、治療と就労の両立など患者の就労支援も含めた相談支援体制を充実させる。 ・肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関として、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業 報告ができるよう、データ作成を行う。 6 レスパイトケアのための短期入所施設の整備・充実 ・医療的ケア児を対象とした、短期入所事業の運用が開始できるよう、医師、看護師、事務部門のメンバーでプロジェクトチームを編成し、詳細な検討を行う。また、必要な設備・備品や人員体制の整備と事業所開設の手続きを計画的に進める。 ・レスパイトケアの運用が効率的にできるよう、情報システムの導入を進める。	ICU	1,567	53.7	1,531	53.9	1,722	59.0				
		CCU	768	70.1	745	68.8	747	68.2				
		HCU	1,032	31.4	957	29.4	1,000	30.4				
		合計	3,367	46.1	3,233	45.1	3,469	47.5				
		年度	R5		R6							
		項目	延べ患者数 (人)	病床利用率 (%)	延べ患者数 (人)	病床利用率 (%)						
		ICU	1,778	60.9	1,836	62.9						
		CCU	731	66.8	730	66.7						
		HCU	1,088	33.1	1,352	41.2						
		合計	3,597	49.3	3,918	53.7						
		【救急車両受入台数】 単位：台										
		区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6					
		受入台数	4,110	4,554	4,469	4,652	4,376					
一日平均台数	11.3	12.5	12.2	12.7	11.9							
【心臓血管手術症例数】 単位：件												
区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6							
虚血性心疾患	28	22	17	33	18							
弁膜症	36	20	27	35	31							
大動脈	39	54	40	46	34							
その他	40	36	76	47	61							
合 計	143	132	160	161	144							
【手術・検査件数】 単位：件												
区分\年	R2	R3	R4	R5	R6							
心カテ	828	838	762	762	617							
PCI※	351	436	397	384	343							
※PCI：冠動脈形成術												
【循環器系】 単位：件												
区分\年	R2	R3	R4	R5	R6							
アブレーション	222	194	260	271	265							

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価					評価委員会の検証																																																																																													
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）	自己 評価	評価 提案	意見																																																																																															
		<table><tr><td>PMI※</td><td>38</td><td>84</td><td>70</td><td>93</td><td>89</td></tr><tr><td>ICD※</td><td>8</td><td>16</td><td>19</td><td>16</td><td>20</td></tr></table> ※PMI：ペースメーカー埋込 ICD：植え込み型除細動器 【狭心症・心筋梗塞パルス運用実績】 <table><tr><th>項目\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>パルス運用（単位：件）</td><td>11</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>登録医師数（単位：人）</td><td>63</td><td>63</td><td>63</td><td>63</td><td>63</td></tr></table> 3 がん医療 ・県内で数少ない造血幹細胞移植施設として9件の移植を行った。 ・高精度放射線治療装置（ノバリス Tx）と新放射線治療装置（トゥルービーム）の2台体制により IMRT 等質の高い治療を提供した。 ・がん登録数は1,997 件で、相談件数は1,238 件であった。 ・新中央診療棟への移転と同時に手術支援ロボット「ダヴィンチ」を導入し、泌尿器科、外科、産婦人科をはじめとする患者への手術時の負担軽減を可能とした。 ・大動脈弁狭窄症に対するカテーテル治療「TAVI」の実施に向け準備を開始した。 【がん患者等の状況】 <table><tr><th colspan="2">項目\年度</th><th>R1</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th></tr><tr><td colspan="2">入院患者数（単位：人）</td><td>2,808</td><td>2,671</td><td>2,889</td><td>2,926</td><td>3,030</td></tr><tr><td colspan="2">外来患者数（単位：人）</td><td>1,923</td><td>2,162</td><td>2,221</td><td>2,189</td><td>1,969</td></tr><tr><td colspan="2">手術件数</td><td>945</td><td>959</td><td>983</td><td>972</td><td>1,102</td></tr><tr><td rowspan="2">化学療法件数</td><td>入院</td><td>1,760</td><td>1,583</td><td>1,663</td><td>1,646</td><td>1,477</td></tr><tr><td>外来</td><td>11,176</td><td>12,528</td><td>12,871</td><td>12,683</td><td>12,338</td></tr><tr><td rowspan="2">放射線治療施行回数</td><td>入院</td><td>2,835</td><td>2,621</td><td>2,150</td><td>1,826</td><td>2,453</td></tr><tr><td>外来</td><td>5,834</td><td>5,914</td><td>5,453</td><td>4,660</td><td>5,081</td></tr></table> 【がんパルス件数】 単位：件 <table><tr><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>19</td><td>13</td><td>15</td><td>25</td><td>30</td></tr></table> 【高精度放射線治療システム（ノバリス Tx・トゥルービーム）】	PMI※	38	84	70	93	89	ICD※	8	16	19	16	20	項目\年度	R2	R3	R4	R5	R6	パルス運用（単位：件）	11	2	1	0	0	登録医師数（単位：人）	63	63	63	63	63	項目\年度		R1	R2	R3	R4	R5	入院患者数（単位：人）		2,808	2,671	2,889	2,926	3,030	外来患者数（単位：人）		1,923	2,162	2,221	2,189	1,969	手術件数		945	959	983	972	1,102	化学療法件数	入院	1,760	1,583	1,663	1,646	1,477	外来	11,176	12,528	12,871	12,683	12,338	放射線治療施行回数	入院	2,835	2,621	2,150	1,826	2,453	外来	5,834	5,914	5,453	4,660	5,081	R2	R3	R4	R5	R6	19	13	15	25	30				
PMI※	38	84	70	93	89																																																																																															
ICD※	8	16	19	16	20																																																																																															
項目\年度	R2	R3	R4	R5	R6																																																																																															
パルス運用（単位：件）	11	2	1	0	0																																																																																															
登録医師数（単位：人）	63	63	63	63	63																																																																																															
項目\年度		R1	R2	R3	R4	R5																																																																																														
入院患者数（単位：人）		2,808	2,671	2,889	2,926	3,030																																																																																														
外来患者数（単位：人）		1,923	2,162	2,221	2,189	1,969																																																																																														
手術件数		945	959	983	972	1,102																																																																																														
化学療法件数	入院	1,760	1,583	1,663	1,646	1,477																																																																																														
	外来	11,176	12,528	12,871	12,683	12,338																																																																																														
放射線治療施行回数	入院	2,835	2,621	2,150	1,826	2,453																																																																																														
	外来	5,834	5,914	5,453	4,660	5,081																																																																																														
R2	R3	R4	R5	R6																																																																																																
19	13	15	25	30																																																																																																

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価					評価委員会の検証																							
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）					自己 評価	評価 提案	意見																					
		<table><tr><th>項目\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>患者数（単位：人）</td><td>446</td><td>441</td><td>435</td><td>402</td><td>447</td></tr><tr><td>強度変調放射線治療（IMRT） 患者数（単位：人）</td><td>392</td><td>305</td><td>296</td><td>263</td><td>313</td></tr><tr><td>延べ件数（単位：件）</td><td>9,040</td><td>8,911</td><td>7,940</td><td>6,754</td><td>8,064</td></tr></table> 6 レスパイトケアのための短期入所施設の整備・充実 - 医師、看護師、事務職員で構成したプロジェクトチームで、他病院の視察等を実施するなど具体的かつ詳細な検討を行った。 - 令和7年度内に運用開始できるよう、関係機関への事前相談を開始した。	項目\年度	R2	R3	R4	R5	R6	患者数（単位：人）	446	441	435	402	447	強度変調放射線治療（IMRT） 患者数（単位：人）	392	305	296	263	313	延べ件数（単位：件）	9,040	8,911	7,940	6,754	8,064				
項目\年度	R2	R3	R4	R5	R6																									
患者数（単位：人）	446	441	435	402	447																									
強度変調放射線治療（IMRT） 患者数（単位：人）	392	305	296	263	313																									
延べ件数（単位：件）	9,040	8,911	7,940	6,754	8,064																									
10	1 地域医療水準の向上 - 高度医療機器や開放型病床の共同利用について継続的にPRし、利用を促進する。 - 地域医療連携推進協議会の開催や、医療連携登録医等への継続的な訪問活動を通じて、医療連携の強化、各医療機関の役割分担の明確化を図り、地域医療支援病院の指定に必要な紹介率・逆紹介率の確保を目指す。 - 医療機関等を訪問し、積極的に情報交換を行い、地域医療水準の向上を図る。また、問題解決が困難な事例検討を行い、今後の課題を明確にする。 - 東濃精神科医療連絡会を開催し、地域の精神科医療水準の向上を図る。 - 東濃医学会学術集会などの積極的な演題発表や座長を務めるなどにより、地域の医療水準の向上に貢献する。 2 医師不足地域や医師不足診療科、へき地診療所等への人的支援を含む診療支援による地域医療の確保 - 国民健康保険上矢作病院に対し、定期的な医師	1 地域医療水準の向上 - 岐阜県病院協会医学会にて、当院からは3名が座長を務め、11名が発表した。うち1名が優秀演題賞に選出された。 - 恵那医師会主催の東濃医学会学術集会にて、当院は5演題を発表した。 - 精神地域包括ケアシステム連携会議、東濃3市による自殺予防対策会議に参加し、地域の現状を把握し課題等を共有した。	IV		中核病院であるがゆえに、医師不足地域や診療科への医師派遣をよりいっそう行っていたいただいたほうが良いと思います。 東濃圏域内の施設への支援を行っている。																									

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価		評価委員会の検証																															
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）	自己 評価	評価 提案	意見																														
	の派遣支援を継続する。 ・へき地医療に関して、岐阜県へき地医療支援機構の求めに応じ、医師の派遣を行う。 ・東濃地域等の他院からの依頼に応じ、可能な限り医師の派遣を行う。																																		
11	社会的な要請への協力 ・医療系専門学校、大学等の要請に応じ、実習生を受け入れる。 ・自治体、医師会等の社会的な要請に応じ、医療に関する鑑定・調査及び講師派遣を行う。また、自治体等で開催される各種イベントで、子宮頸がん検診等の推進活動を行う。 ・医療系専門学校、大学、企業、地域や介護老人福祉施設などの要請に応じ、講師の派遣を行う。 ・地域の中学生、高校生の職場体験実習等に協力する。	・大学、専門学校等からの要請に応じ、講師の派遣や実習生の受入れを行った。 ・「ふれあい看護体験」を7月と8月の2回に分けて開催し、合計 70 名の高校生が参加した。 ・多治見市内の中学生の職場体験に各部署で協力した。 ・健康づくり講座への講師として医師、看護師及びコメディカルの職員を派遣した。 【講師等派遣の状況】 単位：人 <table><tr><th>区分\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>医師</td><td>106</td><td>197</td><td>191</td><td>199</td><td>193</td></tr><tr><td>看護師</td><td>40</td><td>39</td><td>53</td><td>72</td><td>62</td></tr><tr><td>コメディカル</td><td>22</td><td>17</td><td>14</td><td>26</td><td>41</td></tr><tr><td>合 計</td><td>168</td><td>253</td><td>258</td><td>297</td><td>296</td></tr></table>	区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6	医師	106	197	191	199	193	看護師	40	39	53	72	62	コメディカル	22	17	14	26	41	合 計	168	253	258	297	296	IV		
区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6																														
医師	106	197	191	199	193																														
看護師	40	39	53	72	62																														
コメディカル	22	17	14	26	41																														
合 計	168	253	258	297	296																														
12	1 公開講座、医療相談会等の定期的開催 ・医師、看護師等が地域に出向き、地域住民を対象とした講座（健康づくり講座）を継続的に実施する。 ・地域住民、医療従事者等を対象とした、公開講座を開催する。 2 保健医療、健康管理等の情報提供 ・当院広報誌「けんぴょういん」を定期的に発行し、医療情報を発信する。 ・地域情報誌等に医療情報を掲載し、幅広く情報を発信する。 ・ホームページに保健医療、健康管理等の情報を	1 公開講座、医療相談会等の定期的開催 ・1月に多治見市のバロー文化ホールで健康フェスタを開催し、体験ブースや病院紹介ブースの設置、外部講師による市民公開講座を実施した。 ・地域住民を対象とした健康づくり講座について、昨年度より4回多い20回開催した。 【市民公開講座】 単位：人 <table><tr><th>開催日</th><th>講演会等名</th><th>参加者</th></tr><tr><td>1/13</td><td>市民公開講座 野菜・果物の積極的摂取による脳心腎疾患予防と総死亡率の低下～多施設大規模臨床試験からのメッセージ～</td><td>157</td></tr></table>	開催日	講演会等名	参加者	1/13	市民公開講座 野菜・果物の積極的摂取による脳心腎疾患予防と総死亡率の低下～多施設大規模臨床試験からのメッセージ～	157	IV																										
開催日	講演会等名	参加者																																	
1/13	市民公開講座 野菜・果物の積極的摂取による脳心腎疾患予防と総死亡率の低下～多施設大規模臨床試験からのメッセージ～	157																																	

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価		評価委員会の検証												
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）	自己 評価	評価 提案	意見											
	発信する。 ・公開講座や健康づくり講座等をWe b 上で配信し、地域住民、医療従事者等へ情報を発信する。	2 保健医療、健康管理等の情報提供 ・病院広報誌「けんびょういん」について、各診療科の新しい治療等について取り上げ、9月と3月に発行した。 ・地域情報誌において、隔月で医療情報を発信した。 ・公式LINE で病院イベントを周知し、あわせて広報誌での紙面を活用して情報発信した。														
13	1 医療救護活動の拠点機能の充実 ・24時間対応可能な救急医療体制を維持し、災害発生時の救急・重篤患者を受け入れる。 ・東濃地域唯一の結核指定医療機関及び感染症指定医療機関として、対象患者を受け入れる体制を維持する。 ・当院が担う病院機能を維持するため、必要な施設設備の修繕、改修等維持管理を行う。また、より効果的な災害実動訓練、消防訓練を実施し、有事対応能力の向上を図る。 ・新中央診療棟で新たに導入した、設備や備品の点検を進めるとともに、災害時に使用できるよう訓練を実施する。	1 医療救護活動の拠点機能の充実 ・新中央診療棟開院後、初めてとなる災害実動訓練に向け、災害時の体制等の見直しを行った。 ・消防訓練では消防署の職員を招き指導を受けながら机上訓練を行った。 【災害訓練の実績】 <table><tr><th>訓練内容</th><th>開催日</th><th>備考</th></tr><tr><td>災害実動訓練</td><td>10/23</td><td>大地震の発生を想定し、後方支援病院としての傷病者受入訓練を実施した。</td></tr><tr><td rowspan="2">消防訓練</td><td>6/28</td><td>多治見南消防の協力のもと、火災図上訓練（FIG）を実施した。</td></tr><tr><td>1/22</td><td>中央診療棟 2F 外来部を出火元と想定し、避難誘導・初期消火訓練を実施した。</td></tr></table>	訓練内容	開催日	備考	災害実動訓練	10/23	大地震の発生を想定し、後方支援病院としての傷病者受入訓練を実施した。	消防訓練	6/28	多治見南消防の協力のもと、火災図上訓練（FIG）を実施した。	1/22	中央診療棟 2F 外来部を出火元と想定し、避難誘導・初期消火訓練を実施した。	IV		
訓練内容	開催日	備考														
災害実動訓練	10/23	大地震の発生を想定し、後方支援病院としての傷病者受入訓練を実施した。														
消防訓練	6/28	多治見南消防の協力のもと、火災図上訓練（FIG）を実施した。														
	1/22	中央診療棟 2F 外来部を出火元と想定し、避難誘導・初期消火訓練を実施した。														
14	1 DMAT及びDPATの質の向上と維持 ・国、県、消防等が開催する訓練等に参加し、DMAT隊員の対応力強化を図る。 ・DMAT、DPATとの情報共有を図るため、合同定例会を行う。	1 DMAT及びDPATの質の向上と維持 ・訓練や毎月の定例会等を通じて、令和6年能登半島地震の派遣を機に有事に対応する体制を維持している。 ・国が主催する大規模地震時の医療活動訓練に参加した。 ・各隊員が技能維持研修に参加した。 ・中部ブロック訓練に参加した。 【主なDMAT活動訓練等実績】 <table><tr><th>実施期間</th><th>訓練内容</th><th>参加人数</th></tr><tr><td>9/28</td><td>大規模地震時医療活動</td><td>8</td></tr></table>	実施期間	訓練内容	参加人数	9/28	大規模地震時医療活動	8	IV							
実施期間	訓練内容	参加人数														
9/28	大規模地震時医療活動	8														

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価				評価委員会の検証	
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）			自己 評価	評価 提案	意見
			訓練（政府訓練）				
16	1 新型インフルエンザ等発生時における受入れ体制の整備 ・新型インフルエンザ等発生時における、業務計画に沿った対策について職員へ周知し、必要な物資及び資材の備蓄等の整備を計画的に実施する。 ・パンデミックへの対応に必要な個人防護具等について、県の備蓄計画と連携しながら必要量の確保に努めるとともに、感染の規模によっては物資不足が広域に及ぶことも視野に入れ、供給ルート分散を図っていく。	1 新型インフルエンザ等発生時における受入体制の整備 ・新興感染症への対応を強化するため、県と医療措置等の協定を締結し、当院は第1種協定指定医療機関として流行初期段階から入院や発熱外来の受入れ等を行う体制を整えた。 ・個人防護具等の在庫について、県で30日分備蓄見込みであることを考慮し、院内で30日分確保した。			IV		
17	3 ICT（情報通信技術）の活用等による経営効率の高い業務執行体制の充実 ・ICTデバイスだけでなく、多様なリソースにより効率を上げるような情報システムの導入を検討する。 ・職員基本情報管理システムの運用を調整し、事務を効率化するとともに、職員の個人情報保護する。 ・医療DXを推進するため、課題ごとのプロジェクトチーム設置等について、院内で検討を行う。 ・利用や導入する情報システムの費用対効果について、情報システム管理委員会で検討を行う。	3 ICT（情報通信技術）の活用等による経営効率の高い業務執行体制の充実 ・電子カルテ画面をスマートフォン型端末に表示することで、病棟を巡回する看護師の業務効率向上を図った。			IV		

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価		評価委員会の検証	
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）	自己 評価	評価 提案	意見
21	1 業務執行におけるコンプライアンスの徹底 ・医療法をはじめとする国の法令や関係規程、法人が定める倫理方針や各種規程の遵守を徹底する。 ・コンプライアンスの体制を確立するため、就業規則や倫理規程等のパンフレットや院内広報誌の作成及び研修の実施により、意識啓発や周知徹底を図るとともに、監事監査、内部監査、内部統制等を実施し、適正な業務執行の確認体制を継続する。		Ⅲ	Ⅲ	コンプライアンス研修会、仮に Web だとしても、全職員参加は凄いです。
22	1 情報セキュリティ監視機能の充実・強化等 ・不正プログラム、不正アクセス対策等のため、関係規程の見直しを実施する。また、医療機器に附属する情報機器について、納入ベンダー等との連絡体制の強化を図ることで、情報システム資産の監視強化を図る。	1 情報セキュリティ監視機能の充実・強化等 ・情報セキュリティ管理士の資格を 1 名取得した。 ・厚生労働省のサイバーセキュリティ確保事業を活用し専門家の現地調査等による脆弱性診断を行った。	Ⅳ		
23	1 調達の効率化及び適正な契約事務の実施 ・共同購入について、現在参加する日本ホスピタルアライアンスと連携し、最適な効果が得られるよう進めていく。 ・汎用品について、削減効果の大きい物品から順次切り替えていく。また、専門分野における医療材料の選定にあたっては、各診療科等と協議しながら進めていく。 ・工事の発注、物品調達等の性質に合わせ、効果的な契約手法を選択し、価格を抑えつつ品質の確保が可能な調達を図る。また、政府調達案件	1 調達の効率化及び適正な契約事務の実施 ・診療材料の価格交渉を進めるうえで病院単独交渉には限界があることから、共同購入組織に調達業務を委託し価格低減を図った。 ・MRP ベンチマークシステムを活用することで適正価格を把握することができ、入札時には複数の応札があり競争が生まれた。 ・目的が異なる機器の共通部品（ディスプレイ）を一括調達することで安価に購入するとともに事務量の省力化を図った。	Ⅳ		

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価		評価委員会の検証																																								
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）	自己 評価	評価 提案	意見																																							
	は、制度に則り適正な競争入札を実施する。 ・高額医療機器については、プロポーザルや購入後のメンテナンス費用も含めた複数年契約など多様な契約手法の導入により、整備費用の削減を図る。また、原則2機種以上で比較検討及び価格競争を促すとともに、ベンチマークを利用することにより、さらなる整備費用の削減を図る。 ・専門的知識が必要な情報システムや、部門間で連携する医療機器等の調達において、情報システム管理委員会で、費用や情報セキュリティの観点から適正な契約ができるよう審議を行う。																																											
25	1 医薬品・診療材料等の購入方法の見直し及び適正な 在庫管理の徹底 ・四半期ごとに提供される自治体病院共済会の値引率調査の状況を基に目標値を設定し、薬価交渉を進めることによって、費用の削減を図る。 ・専門分野 における 診療材料について、共同購入による費用の削減を図り、ベンチマークを利用し業者に対する価格交渉を行う。 ・汎用品の共同購入について、共同購入選定品の採用を進めるとともに、より安価な材料がないか模索する。	1 医薬品・診療材料等の購入方法の見直し及び適正な在庫管理の徹底 ・汎用分野の診療材料については、統一価格品への切替提案や部署へのサンプリングを行い選定品採用の促進を図り年間約6,900万円の削減効果を得た。 ・薬品について、薬価交渉を行い年間約920万円の削減効果を得た。 【医薬収益に対する材料費比率】 単位：％ <table><tr><th>区分\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>薬品費</td><td>18.5</td><td>18.5</td><td>20.3</td><td>21.4</td><td>21.8</td></tr><tr><td>診療材料費</td><td>10.9</td><td>11.1</td><td>11.6</td><td>12.2</td><td>12.1</td></tr><tr><td>材料費全体</td><td>29.5</td><td>29.8</td><td>31.9</td><td>33.8</td><td>34.1</td></tr></table> 【薬品費及び診療材料費】 単位：千円 <table><tr><th>区分\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th></tr><tr><td>薬品費</td><td>3,142,369</td><td>3,410,882</td><td>3,688,839</td></tr><tr><td>診療材料費</td><td>1,850,991</td><td>2,048,555</td><td>2,092,256</td></tr></table><table><tr><th>区分\年度</th><th>R5</th><th>R6</th></tr></table>	区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6	薬品費	18.5	18.5	20.3	21.4	21.8	診療材料費	10.9	11.1	11.6	12.2	12.1	材料費全体	29.5	29.8	31.9	33.8	34.1	区分\年度	R2	R3	R4	薬品費	3,142,369	3,410,882	3,688,839	診療材料費	1,850,991	2,048,555	2,092,256	区分\年度	R5	R6	IV		
区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6																																							
薬品費	18.5	18.5	20.3	21.4	21.8																																							
診療材料費	10.9	11.1	11.6	12.2	12.1																																							
材料費全体	29.5	29.8	31.9	33.8	34.1																																							
区分\年度	R2	R3	R4																																									
薬品費	3,142,369	3,410,882	3,688,839																																									
診療材料費	1,850,991	2,048,555	2,092,256																																									
区分\年度	R5	R6																																										

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価				評価委員会の検証																																															
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）				自己 評価	評価 提案 意見																																														
		薬品費	3, 911, 475	3, 700, 989																																																	
		診療材料費	2, 224, 529	2, 521, 379																																																	
27	1 育児・介護との両立支援や離職防止・復職支援体制の充実 ・職員募集や再雇用制度などを活用した職員数の確保や、育児部分休業の活用など仕事と家庭を両立させるための柔軟な勤務時間体制の推進により、職員のライフスタイルにあわせた働きやすい環境づくりに努め、離職防止を図る。 ・職員相談支援室における、障がい者を含めた職員に対する相談支援業務を充実するとともに、定期的に情報（院内広報誌「土岐川のしらべ」等）を発信する等の活動により、院内相談窓口の機能を維持する。 2 働き方改革の実現に向けた取組 ・働き方改革会議及び働き方改革検討委員会において、協議、検討を行い、医師労働時間短縮計画に基づき、職員の長時間労働の改善や、有給休暇取得促進などワークライフバランスを充実させる。 ・医師の業務負担軽減のため、医師事務作業補助者等による安定した業務の提供体制の充実を図る。 ・全職員の健康管理対策及びメンタルヘルス対策の充実を図るため、衛生管理者や保健師を活用し、法定健診（定期健康診断、人間ドック）、任意検査等（各種抗体検査、各種予防接種）の	1 育児・介護との両立支援や離職防止・復職支援体制の充実 ・育児部分休業の活用等、仕事と家庭を両立させるための柔軟な勤務時間体制を推進した結果、育児部分休業及び育児短時間勤務利用者数は 62 名となった。 ・働き方改革・職員相談支援室において、職場環境や人間関係等の悩みを相談できる体制を確保しており、看護部についてはナースサポートセンターとして専任の看護師が対応を行った。また、院内広報誌「土岐川のしらべ」を隔週で発行し、相談機能の充実に努めた。 【有給休暇取得率】 単位：％ <table><tr><th>区分\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>年次休暇</td><td>43. 9</td><td>40. 1</td><td>44. 1</td><td>48. 9</td><td>52. 2</td></tr></table> 【医師・看護師事務作業補助者数】 単位：人（各年度末時点） <table><tr><th>区分\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>医師事務作業補助者（医療クラーク）</td><td>37</td><td>36</td><td>36</td><td>32</td><td>29</td></tr><tr><td>病棟事務補助者（看護クラーク）</td><td>18</td><td>18</td><td>13</td><td>18</td><td>18</td></tr><tr><td>合 計</td><td>55</td><td>54</td><td>49</td><td>50</td><td>47</td></tr></table> 【育児部分休業及び育児短時間勤務利用者数】 単位：人（各年度末時点） <table><tr><th>区分\年度</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>利用者数</td><td>40</td><td>55</td><td>61</td><td>69</td><td>62</td></tr></table> 2 働き方改革の実現に向けた取組 ・院長、副院長を構成員とする働き方改革会議を毎月開催し、各部門ごとの時間外勤務の状況や、各医師の毎月の時間外勤務の推移を把握した。また、月の長時間労働該当医師の診療科部長に対し文書にて注意喚起を行った。 ・看護職員向けに、顔認証を利用して勤怠管理を行う勤怠申請システムを構築している。本システムの運用開始にあたっては、看護職員の時間外勤務、各種手当及び休暇等の申請を紙申請からシステム申請に変更することとなり、看護職員の負担軽減を見込んでいる。 ・前期定期健康診断とあわせて、「ストレスチェック」を全職員	区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6	年次休暇	43. 9	40. 1	44. 1	48. 9	52. 2	区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6	医師事務作業補助者（医療クラーク）	37	36	36	32	29	病棟事務補助者（看護クラーク）	18	18	13	18	18	合 計	55	54	49	50	47	区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6	利用者数	40	55	61	69	62	IV		メンタルヘルスケアへの対策がなされている。
区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6																																																
年次休暇	43. 9	40. 1	44. 1	48. 9	52. 2																																																
区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6																																																
医師事務作業補助者（医療クラーク）	37	36	36	32	29																																																
病棟事務補助者（看護クラーク）	18	18	13	18	18																																																
合 計	55	54	49	50	47																																																
区分\年度	R2	R3	R4	R5	R6																																																
利用者数	40	55	61	69	62																																																

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価		評価委員会の検証																					
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）	自己 評価	評価 提案	意見																				
	実施や、作業環境管理の改善に向けた取組みを行う。 ・サーマルカメラを利用した顔認証による入退室管理システムを活用して、職員の勤怠管理を行い、医師以外の職員も時間外勤務の他、各種手当や休暇等の申請をシステムで行えるようにすることで、時間外勤務の削減に繋げる。 3 職員のモチベーション向上に資する取組 ・目標管理と連動し、公正で客観的な人事評価制度を円滑に運用する。 ・職員食堂において新メニューを考案し提供する等、福利厚生の実をを図る。 ・職員の福利厚生充実に向け、継続的に他院の状況や職員のニーズ等を把握する。	対象に実施した。（受検率95.1%） ・ 定期健康診断の受診率は99.5%であり、要精密検査等の指示のあった職員へのフォローを実施した。 【メンタルヘルスケア相談件数】 単位：件 <table><tr><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>8</td><td>9</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr></table> 【メンタルヘルス講習会参加者数】 単位：人 <table><tr><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>48</td><td>55</td></tr></table> ※令和2～4年度は、新型コロナウイルス感染拡大防止のため開催を見送った。また、令和5年度から当日参加できない職員にも配慮し、WEB で後日視聴が可能となるようにした。 3 職員のモチベーション向上に資する取組 ・ 夜間看護割増手当を新設し、モチベーションの向上に努めた。	R2	R3	R4	R5	R6	8	9	5	5	5	R2	R3	R4	R5	R6	—	—	—	48	55			
R2	R3	R4	R5	R6																					
8	9	5	5	5																					
R2	R3	R4	R5	R6																					
—	—	—	48	55																					
29	1 新中央診療棟などの施設の計画的な整備 ・既存棟の改修工事を施工し、患者総合支援センター、化学療法センター等を整備することで、医療機能の整備を完結する。 ・手術支援ロボット、ハイブリッド手術室、増設強化したMRI装置を有効活用するため、東濃圏域等へのPR活動や院内調整を行い、円滑かつ効果的に運用できるように努める。 2 医療機器の計画的な更新・整備 ・過剰な整備とならないよう、現場を熟知している臨床工学技士 と連携し、機器整備の必要性・	1 新中央診療棟等の施設の計画的な整備 ・既存棟の改修工事（患者総合支援センター、化学療法センター、管理部門等の整備）は必要な財源を確保できるまで発注を延期したが、化学療法の患者数増加に対応するため、旧外来の空きスペースに最小限の改修を行って、第2化学療法センターを開設した。 ・手術支援ロボット、ハイブリッド手術室、増設強化したMRI装置について有効活用するため、東濃圏域等へのPR活動や院内調整を行い、円滑かつ効果的に運用できるように努めた。 2 医療機器の計画的な更新・整備 ・厳しい経営状況から、整備対象を緊急性の高い医療機器、収益性の高い医療機器、複数の診療科で共同利用する医療機器に厳選して整備を行った。 【総投資額】 （単位：百万円） <table><tr><th>区分</th><th>R2</th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	区分	R2	R3	R4	R5	R6							IV										
区分	R2	R3	R4	R5	R6																				

項目 No.	R 6 年度計画	年度計画に係る業務実績、法人の自己評価						評価委員会の検証		
		・特に進捗した取組 ・その他の主な取組 ・今後の課題・問題点（●）						自己 評価	評価 提案	意見
	妥当性を確認したうえで購入機器を決定する。 また、 複数診療科による医療機器の共同利用 を推進することで、現有機器の有効活用を図 る。	新 棟 建 設	建築工事		700	2,814	4,942	—		
			電気設備工事		0	0	2,204	—		
			空調設備工事		0	119	2,238	—		
			衛生設備工事		0	0	1,621	—		
			エレベーター設備		0	0	91	—		
			工事監理		30	52	39	—		
			小 計		730	2,985	11,135	—		
			医療機器等整備	562	358	184	3510	134		
			施設等整備	101	100	145	47	32		
			合 計	663	1,188	3,314	14,692	166		