

## 〔付〕 1. 平成25年度 事業計画に対する実施結果一覧

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果	
I. 大学の教育・研究・診療等の質の向上に関する目標 1. 教育に関する目標 (1) 教育に関する目標 (医学科・看護学科)  ○卒前教育 ①初年次教育を改善する。	<b>教育理念・教育目標を再構築</b> ・教育内容公開数 H25: 1 H26: 1 ・連携大学数 H25: 11 H26: 13  ・留学生の受入数 H25: 43 H26: 50	(医学科) 3年間のFD(初年次)活動の成果をふまえ、6年一貫教育の中における初年次教育の充実を図る。また、アドバイザー教員による、入学生個々の生活指導の機会を強化する。  (看護学科) スタートアップ宿泊研修および看護総合演習Ⅰの内容について点検評価を行う。	(医学科) 1. 総合教育での人文科学、社会科学の開講数を増加した。 2. スタートアップ宿泊研修等において、学習の進め方等について指導した。 3. 医学科達成指針の作成に主点をおいたため、当該FDは実施しなかった。  (看護学科) スタートアップ宿泊研修および看護総合演習Ⅰの内容について点検評価を行った。	
	②将来を見据えた大学の理念に沿って教育理念・教育目標を再構築する。	・臨床実習週(時間)数 (医学科) H25: 60週 H26: 60週 (看護学科) H25: 13,361時間 H26: 13,360時間	(学事課) 1. 国際基準に対応した医学教育認証取得に向けた準備を行う。 2. 卒業時アウトカムを策定する。	1. 平成26年6月の国際認証外部評価を受審に向けて自己点検報告書を作成した。 2. 医学科達成指針(卒業時アウトカム)を作成し、次年度のシラバス・大学ガイドに掲載した。
	③知識偏重から知識の展開力を重視した教育に切り替える。	(看護学科) H25: 13,361時間 H26: 13,360時間	(医学科) 知識の展開力を測定する評価方法を工夫する。  (看護学科) 21年度・24年度改正カリキュラムの実施と評価を行う。	(医学科) 2～3年生の総合試験において、MCQ問題と論述問題の割合を同一にし口頭試験の評価を重視する形式に変更した。 (看護学科) 1. 平成21年度カリキュラムに沿って卒業生を評価した。 2. 平成24年度改正カリキュラムを3月に実施した。
	④診療参加型臨床実習を中心に臨床実習を拡充する。附属病院の教育機能を充実させる。	・看護学科受験生500名以上 (医学科) H25: 2,574名 H26: 2,600名  (看護学科) H25: 574名 H26: 550名	(学事課) 臨床実習GP実施計画に基づき、平成27年度から新カリキュラムに移行できるよう準備をすすめる。	1. 附属4病院の診療部長会議にて実施計画案を説明した。 2. ログブック・実習予定(案)を作成した。 3. 新カリキュラムにおける試験実施計画案の概略を決定した。
	⑤自己学習を促進する教育手法を導入する。教育内容の公開を促進する。	・医師・看護師・保健師国家試験合格率 (医学科合計) H25: 95.3% H26: 100% (新卒) H25: 97.1% H26: 100% (看護師) H25: 100% H26: 100% (保健師) H25: 97.6% H26: 100%	(医学科) 既出問題DBを活用した自己主導型学習システムを構築し、学生の能力特性に応じた教育を実施する。  (教育センター) 過去問DBを活用した自己主導型学習システムを構築し、学生の能力特性に応じた教育を実施する。	(医学科・教育センター) 自己主導型学習システム(SeDLES)の運用を開始し、過去問題の学習と5～6年生のオリエンテーションの補講に利用した。
	⑥学生の主体性および個性を尊重した教育を実施する。	(看護学科) H25: 100% H26: 100% (保健師) H25: 97.6% H26: 100%	(看護学科) 学生のe-portfolioを軌道に乗せ、システムを有効に活用する体制を整える。  (教育センター) 1. 市民参加型教育を推進し、2回の授業で実践し、学生一人ひとりの他者理解力の向上を図る。 2. 授業へのIT導入とTBLの普及を図る。クリッカーを活用し3回の授業で実践する。	(看護学科) 1. 1年生は、看護総合演習Ⅰにおいてe-portfolioを用いた学習を開始した。 2. 2年生以上は、学習成果物のやりとり機能を活用した学習を開始した。  (医学科・教育センター) 1. 医学科1年、看護学科1年共修科目の医学総論演習の授業を2回実施した。  2. 医学科授業においてクリッカー活用授業を4回行った。 (教育センター) 医学科、看護学科授業において、1年共修科目の医学総論演習授業を含め、クリッカー活用授業を10回行った。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
⑦卒前教育における大学間連携を推進する。		(学事課) 4大学間での学生教育交流会やSD研修、首都大学東京からの特別科目等履修生の受け入れを行い、継続的に大学間連携を行う。	1. 4大学学生教育交流会を2回、4大学SD研修・ワークショップを各1回開催した。 2. 首都大学東京より7名の特別科目等履修生を受け入れ、単位を認定した。
⑧学習記録と連携させた評価システムを構築する。コンピュータ試験を積極的に導入する。		(医学科) 1. e-ラーニングシステムによる学習履歴を構築する。 2. コンピュータ試験を医学科4回、看護学科2回実施する。 (看護学科) 科目横断試験を軌道に乗せ、有効に活用する体制を整える。 (教育センター) 1. e-ラーニングシステムによる学習履歴を構築する。 2. コンピュータ試験を医学科4回、看護学科2回実施する。	(医学科) コンピュータ試験を前期、後期共に3回実施した。  (看護学科) 1. 2、3年生を対象に科目横断試験を4月に実施した。 2. 次年度の科目横断試験の概要を検討し、提出された作問の確認作業を行った。 (教育センター) 1. e-ラーニングシステムによる学習履歴を構築し、4月の学生教育に活用した。 2. コンピュータ試験を医学科7回、看護学科2回実施した
⑨医学教育と連携した外国語教育の改善を図る。医学生・看護学生の外国留学を支援すると共に、外国の留学生を積極的に受け入れる。		(医学科) 外国語教育とGlobal Health教育、海外留学の連携を図り、国際的に活躍できる医師を養成する。 (看護学科) 夏季休暇もしくは春季休暇を利用した短期留学を検討する。	(医学科) 1. 医学英語教育検討WGを発足させ、国外で活躍できる人材育成のための教育手法を検討し、英語教育の重要性をユニットオリエンテーションで説明した。 2. 国際交流委員会主導で、日本学生支援機構の海外留学支援制度に応募し採択された。 (看護学科) 1. 春期休暇を利用した短期留学の具体案として、海外医療機関における看護体験研修を企画した。 2. これまでの実績を継承できるよう環境整備を行った。
⑩学生の国家試験準備への支援体制を整備する。		(医学科) 1. プールした医師国家試験問題や学内試験問題をDB化し、学生の自己学習環境を整備する。 2. グループ学習を支援する。 (看護学科) 模擬試験を計画的に行い、成績が思わしくない科目と学生を中心に補習を実施する。 (教育センター) 医師国家試験問題をDB化し、学生の自己学習環境を整備する。	(医学科) 1. 平成15年度以降の医師国家試験過去問題が利用できる自己主導型学習システム(SeDLES)を導入した。 2. 国試留年者に対して模試受験料の補助を行った。 (看護学科) 模試6回、外部講師による講座1回、教員による補講4回を計画的に行った。また、成績不良学生には個別面談を行い、指導を行った。 (教育センター) 平成25年2月に行われた医師国家試験の問題入力およびDB化を平成25年6月に完了した。
⑪入学試験方法を継続的に改善する。		(医学科) 地域枠の選抜方法を検討する。 (看護学科) 1. 受験生および入学生にアンケートを実施し、その結果を踏まえた対策を検討する。 2. 二次試験(面接)の方法を検討する。	(医学科) 全国5ブロックの地域枠制度について入試検討委員会にて検討を開始した。 (看護学科) 1. 看護師国家試験模試2回、保健師国家試験模試1回を行い、成績不良者に面談指導を行った。 2. 模試5回、業者、内部教員による対策、補講を5回実施し、12月、1月に成績不良者に面談を実施した。
⑫教養教育の高学年への拡充を図る。医師のプロフェッショナルリズムを意識した人格教育・社会教育を充実させる。		(医学科) 高学年における医学科生と看護学科生との共修授業を導入する。 (看護学科) 臨地実習が終了した学年の倫理教育を充実させる。	(医学科) 医学科5年生と看護学科4年生合同で、倫理に関するワークショップを新たに開催した。 (看護学科) 臨地実習終了後、4年生と医学科5年生の共修で、医療倫理に関する講演、SPを交えたロールプレイを1日実施し、充実させた。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成25年度事業計画	平成25年度 実施結果
⑬選択制カリキュラムの充実を図る。 臨床実習の拡充に併せ研究医養成コース・グローバルヘルスコースなどの選択の幅を広げる。		(医学科) MD-PhDコースの導入に向けて検討する。  (看護学科) 4年後期の実習に関連する選択科目の内容を充実させる。	(医学科) 1. カリキュラム委員会にて、MD-phDコースの導入に向けた検討を開始した。 2. 1年生教養ゼミにグローバルヘルスを導入した。  (看護学科) 4年生の実習終了後の選択科目に演習を取り入れ、内容を充実させた。
⑭広報活動に努め、看護学科の受験倍率の確保を図る。		(看護学科) 1. オープンキャンパスを年3回開催する。 2. 高校訪問や大学説明会、模擬授業を積極的に行う。 (広報課) 看護学科と連携しホームページにオープンキャンパス、入試日程等受験生が必要とする基本情報を随時掲載する。	(看護学科) 1. オープンキャンパス2回、ミニオープンキャンパス1回(慈恵祭同時開催)を開催し、参加者数は前年度とほぼ同じであった。 2. 予備校説明会、高校模擬授業、各種広報セミナーに積極的に参加した。 (広報課) 入試事務室からのホームページ更新依頼に基づき、随時更新を行った。
⑮総合診療医育成のため教育体制を構築する。		(医学科) 総合診療医育成のためのカリキュラムを検討する。	(医学科) 1. 未来医療研究人材事業WGを発足し、総合診療育成のためのカリキュラムの検討を開始した。 2. 総合診療文部科学省GP「未来医療研究人材養成拠点形成事業」(総診GP)に応募し採択された。
○大学院教育 ①豊富な症例を対象とした臨床研究を行うため基盤整備を行う。 トランスレーショナル研究を推進する環境を整備する。	臨床を支える研究の推進 高い倫理観と判断力、基礎研究、臨床研究に優れた研究者育成 ・改訂プログラム数 H25: 2件 H26: 2件	(学事課) 1. がん治療医療人コースを開始する。 2. e-ラーニング環境を充実させる。	(博士課程・修士課程) がん治療医療人コースを開始し、ワークショップおよび公開講義を実施した。 (博士課程) 1. 共通カリキュラムの臨床疫学コースにe-ラーニングを導入した。 2. 医の倫理にCITI-Japanによるe-ラーニングを組み入れて実施した。
②研究者として必要な倫理観、判断力を涵養するプログラムの充実を図る。	・大学院生数 H25: 133名 H26: 135名  ・学位授与数 H25: 62名 H26: 64名	(学事課) 1. 他大学と連携した質の高いプログラムの導入を検討する。 2. 研究支援関連委員会との連携を図る。	1. がん治療医療人コースを開始し、4大学(昭和大学、星薬科大学、上智大学、本学)で連携を図り、各大学の専門性を活かした人材育成のためのワークショップを開催し、がん医療人コースの公開講義を14コマ実施した。 2. 臨床講座に所属する教員と基礎医学に所属する教員の共同研究で、次年度の科研費などの外部競争的研究資金を獲得することを目的に萌芽的共同研究推進費を新設した。
③共通カリキュラムの改善を図る。教職員を対象とした公開講義を積極的に行う。	・学位論文のインパクトファクター H25: 3.55 (平均) H26: 3.75 (平均)	(学事課) 大学院生のニーズを調査し、共通プログラムに反映させる。	共通カリキュラム終了後のアンケート調査や院生と大学院教員との意見交換会を開催し、学生の意見を聴取してフィードバックした。
④社会人入学の推進を図る。		(学事課) 社会人大学院生が研究しやすい環境を整備する。 1. イン트라ネットのコンテンツを充実させる。 2. 社会人向けの選択コースを拡大する。	1. イン트라ネットに大学院のホームページを立ち上げ、大学院に関連した最新情報を常時閲覧できるようにした。 2. CITI-Japanによるe-ラーニングを組み入れ、社会人や大学院生が学習しやすい環境を整備した。
⑤看護学専攻修士課程における「教育・研究」を改善し質を高める。		(学事課) 大学院生の学会参加、発表を支援する。	院生指導上、上半期に学会参加の必要性がなく、学会参加と発表は数件程度であった。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
⑥大学院生からの大学院カリキュラム(共通カリキュラム・選択カリキュラム)評価を定期的実施する。		(学事課) 大学院生が行うカリキュラム評価を継続して行い、大学院委員会にフィードバックする。	各科目終了時に院生と教員による話し合いと授業評価を行った結果、次年度科目担当教員の変更について大学院委員会で検討し実施することを確認した。
⑦大学院生の論文作成状況を適切にモニターする。		(学事課) 毎年度、大学院生の研究活動状況調査を行う。	年度末に大学院生全員の研究活動状況を調査した。
○卒業教育 ①初期臨床研修プログラムならびに指導体制の更なる充実を図り学内外の医学生に公開する。	毎年の改善と公開 ・レジデント応募者数、採用数 (応募数) H25:172名 H26:180名  (採用数) H25:153名 H26:155名	(臨床研修センター) 指導医講習会ワークショップを通じて指導体制の充実を図り、指導医講習会記録の発刊を行う。  (教育センター) 患者安全シミュレーション教育等を年8回行う。	(臨床研修センター) 1. 初期臨床研修医の適正指導、初期臨床研修制度に対する大学の現状と問題点の把握、研修カリキュラムを立案する能力の習得を目的に、指導医講習会を8月9日(金)～10日(土)に開催し43名が参加した。 2. 指導医講習会記録を作成し関係者に配布した。 (教育センター) 患者安全シミュレーション教育などを6回行った。
②専門習得コース(レジデント)における各科プログラムの更なる充実を図り学内外の研修医等に公開する。	・医師臨床研修マッチングによる定員充足率 H25:91% H26:100%	(臨床研修センター) レジデント委員会を通じ各科プログラムを見直し。  (教育センター) 心停止予防および臨床指導者養成シミュレーション教育等を年8回行う。	(臨床研修センター) 1. 初期臨床研修医の適正指導、初期臨床研修制度に対する大学の現状と問題点の把握、研修カリキュラムを立案する能力の習得を目的に、指導医講習会を8月9日(金)～10日(土)に開催し43名が参加した。 2. 講習会記録は12月中旬に配布した。 (教育センター) 心停止予防および臨床指導者養成シミュレーション教育などを6回行った。
③看護における臨床技能を高めるための研修を実施する。		(教育センター) 1. ICLS指導者講習会等を年10回行う。 2. 看護臨床技能の生涯学習e-ラーニングについて8部署で検討する。 3. 附属4病院の看護実践力向上のための段階的研修を3回開催する。	1. ICLS指導者講習会などを行った。 2. ナーシングスキル日本版を看護学科、看護専門学校、附属病院看護部などの5部署で導入し、授業、研修、自己学習を推進した。 3. 附属4病院看護部職員に対するエデュケーションナース研修(54名参加)、看護監督者研修(29名)、看護管理者研修(26名)を実施した。
(2) 教育の実施体制等に關する目標 ①効果的な教育ができるように、講義室やICT環境を含む教育設備を整備する。	整備する教育環境数 ・eラーニング実施数 H25:279件 H26:280件  ・シミュレーション教育施設利用数 H25:659回 H26:700回  FDの内容 ・クリニカル・クラークシップ指導医養成FDの実施 教員評価制度の運用	(学事課) 1. シミュレーション教育の環境を整備し、有効に活用する。 2. WiFi等の通信環境を整備する。  (教育センター) 1. PC、スマートフォンを使用したe-ラーニング環境を整備する。 2. シミュレーション教育環境について3機関の整備を推進する。	(学事課) 1. 医学科1年生救急蘇生実習および4年生基本的臨床技能実習にて使用するシミュレーション機器を更新した。 2. 大学1号館8階演習室および管理棟1～2階にWiFi環境を整備した。 (教育センター) 1. e-ラーニングシステム「Moodle」を導入し、医学科29回、看護学科23回、大学院53回、卒業教育など174回、計279回のe-ラーニングを実施した。 2. シミュレーション教育施設にてシミュレータなどを整備すると共に、葛飾医療センターでの運用を本格稼働した結果、利用件数は西新橋502件、国領(第三)70件、葛飾87件、計659件となった。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成25年度事業計画	平成25年度 実施結果
②カリキュラムに見合った、教員の適正配置と教員数を検討する。		(教員・医師人事室) 教員・医師人事室にて関連部署と協力しながら適切な人数を設定する。	教員・医師人事室の提案をもとに丸毛院長と綿密な打ち合わせを行い、次年度の医師定数を決定した。
③教育能力向上のための教育研修を実施する。		(医学科) 医学教育セミナーを企画し実施する。臨床系教員のうち臨床実習指導医養成FDの受講者数を50%にする。 (看護学科) 1. 医学科、修士課程との合同のFDを組み入れる。 2. 看護部と合同で臨床スタッフの実習指導者研修会を開催する。 (総務課) 月例セミナーを年8回、夏季セミナーを年1回実施する。 (教育センター) 医学教育セミナーを企画し実施する。	(医学科) 1. カリキュラム特別検討会を2回開催した。 2. 臨床実習指導医養成FDに47名(実行委員合)が受講し、累計の受講者数は175名となった。 (看護学科) 1. 修士課程との合同FD「看護診断と実践」を9月7日(土)に実施した。 2. 看護学科FD「シミュレーション教育」を8月5日(月)に実施した。 (総務課) 生涯学習センター主催の月例セミナーを8回、夏季セミナーを8月に1回開催した。 (医学科・教育センター) キングス大学から講師を招聘し、医学教育セミナーを平成26年2月に開催した。
④診療参加型臨床実習の拡充のため、臨床実習指導医のFDを充実させる。		(医学科) クリニカル・クラークシップ指導医養成FDを継続実施するとともに、レジデントなど若手教員向けのFD開催を検討する。	クリニカル・クラークシップ指導医養成FDを10月26日(土)に開催し、47名が参加した。
⑤教育アドバイザーを導入する。		(学事課・教育センター) 教育アドバイザー導入について、外部機関と2回の会合を行う。	1. 成医会において、教学委員長より臨床実習拡充に伴う教育アドバイザー導入の趣旨説明が行われた。 2. 教育アドバイザーの候補者と教育センター長との会合を1回行い、次年度の導入について話し合った。
⑥臨床実習を行う学外の協力病院におけるFDを導入する。		(医学科) 学外の病院に臨床実習の協力を依頼する。 (看護学科) 実習を受けている外部施設のスタッフを対象にFDや公開講座を開催する。 (教育センター) 学外の3病院に臨床実習の協力を依頼する。	(学事課・教育センター) 1. 学外の1病院に臨床実習の協力を依頼した。 2. 平成28年度からの本格的な診療参加型臨床実習開始に向け、学外の協力病院等で指導医となる後期研修医1年目に対する臨床実習FDを行った。
⑦教員評価制度の運用に基づく体系的人事制度を構築する。		(教員・医師人事室) 関連部門による業績入力を100%行い、教員本人による個別入力も促進した上で教員・医師の昇格審査に活用する。	1. 関連部門による前年度の業績入力は100%完了した。 2. 教員による個別入力は、専門医資格登録を補佐できるシステム確立に向けた準備を進めた。
<b>(3) 学生への支援に関する目標</b>			
①学生支援のための教員組織を再構築する。	奨学金制度の充実 ・学生のニーズに応じた奨学金の支給  メンタルヘルス教育の充実  ・医学教育セミナーの開催数 H25:1回 H26:2回	(医学科) 学生生活アドバイザー制度を拡充する。 (看護学科) 1. 学生生活アドバイザーへのアンケート調査を実施する。 2. 学生委員会とアドバイザーの情報交換会を年2回開催する。	(医学科) 学生生活アドバイザーとは別の組織として、学生部長を中心した学生を支援するネットワークを構築した。 (看護学科) 1. 今年度より学生委員会の学年担当とアドバイザー合同で活動を行い、効果を上げた。 2. 今年度末に、学生生活アドバイザーに関するアンケート調査を実施した。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成25年度事業計画	平成25年度 実施結果
②学力および経済的に問題のある学生に対応する体制を改善する。		(医学科) 問題のある学生を早期に指導・相談できる体制を構築する。  (看護学科) 学年担当の教学委員と学生委員の合同会議を定期的に開催する。	(医学科) 学生部長を中心とした学生支援ネットワークを生かし、問題を抱える学生を早期に発見し、学生部長、教学委員長中心に対応した。 (看護学科) 教学委員長と学生委員長、学年担当で適宜会議を開催し、共働で学生の対応および指導を行った。
③奨学金制度を充実させる。		(医学科) 新設される慈恵医師会奨学金(海外選択実習奨学金)を円滑運用させる。	慈恵医師会奨学金(海外選択実習奨学金)を5年生11名を対象に計150万円支給した。
④精神的支援を必要とする学生のための支援システムを構築する。		(医学科) 学生相談室と精神神経科教員、学年担当教学委員との連絡体制を構築する。 (看護学科) 学生保健担当委員による健康相談窓口(2回/月)を継続して開催する。	(医学科) 学生相談室、精神神経科、学事課との間で連携が図れるよう月1回の連絡会を開催し、必要に応じて学年担当教学委員、学生部長、教学委員長へフィードバックした。 (看護学科) 新学期(4、5、6月)の期間に、学生の健康相談を実施した。メンタルに問題のある学生に対し面談し、必要があれば医療機関の受診をすすめた。
⑤メンタルヘルスの教育を拡充する。		(医学科) メンタルヘルスに関する医学教育セミナーを開催する。  (看護学科) 近隣大学とメンタルヘルスに関する合同シンポジウム等の開催を検討する。	(医学科) 1. 精神神経科の協力により、春期父兄会総会時にメンタルヘルスについて講演した。 2. 精神神経科より、医学教育セミナー開催の案が提出され、次年度開催に向け検討した。 (看護学科) 近隣大学が参加する多摩未来創造フォーラムに参加し、意見交換を行うなど情報収集を行った。
<b>(4) 看護専門学校に関する目標</b>			
①看護実践を重視した看護教育を行う。	<b>教育の向上 ・臨床実習の充実 国家試験合格率</b> (新橋校) H25:95名(100%) H26:100% (第三校) H25:56名(100%) H26:100%	(看護専門学校) 1. 卒業時看護実践能力の調査の実施 2. 実施自己点検自己評価の推進	1. 卒業時の看護実践能力調査を実施した結果、看護師に必要な実践能力は概ね自信を持ち卒業していることを把握した。 (新橋校のみ実施) 2. 卒業時看護技術到達度は前年度より向上した。 3. 自己点検、自己評価推進のために、授業評価を各校で実施した。
②附属4病院を活用した臨地実習カリキュラムを検討する。	(柏校) H25:78名 (既卒1名含) (96.3%) H26:100% (3校平均) H25:98.7% H26:100%	(看護専門学校) 臨地実習場所の確保	1. 各校が、附属4病院の活用を踏まえた臨地実習を実施した。 2. 助産院、グループホーム、訪問看護ステーション、精神看護など社会情勢に応じた多様な実習場所を開拓した。
③学生生活支援を積極的に行う。		(看護専門学校) 1. 柏看護へのスクールカウンセラーの導入 2. 休学者数の減少 科目未履修者は定員の2割以内 3. ホームページの充実・説明会・オープンキャンパスの推進 4. 学内より定期的に看護教員養成課程への派遣	1. 柏看護専門学校の学生相談室を1月に開設した。 2. 休学者数は減少した。 3. 科目未履修者数は2割以内に留まった。
④学生確保のために積極的な広報活動を行う。	<b>附属病院への就職者率</b> (新橋校) H25:97.8% H26:90%以上 (第三校) H25:90.9% H26:90%以上 (柏校) H25:84% H26:90%以上 (3校平均) H25:91.5% H26:90%以上	(広報課) 看護専門学校と連携しホームページの充実を図る。	(看護専門学校) 1. 3校とも入学予定者は定員を確保できた。 2. 柏看護専門学校に男子学生7名が入学した。 (広報課) 1. 各校のホームページを遅滞なく更新した。 2. 各校合格者の発表も確実かつ定時に掲載した。 3. ホームページアクセス数をカウントし、必要な情報を関係者に提供した。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
⑤看護教員の確保に努める。			1. 新橋校教員定数19に対して18名であり、未充足となっている。 2. 本院看護部、柏病院看護部より東京都看護教員養成研修に2名、国内留学として派遣した。
2. 研究に関する目標 (1) 研究水準および研究成果に関する目標			
①研究業績を把握し評価する。	研究水準の向上 ・文部科学省科学研究費補助金採択件数 H25:146件 H26:156件	(学事課) 研究科教授の研究業績を再評価するため研究科教授(但し平成20年に任用された教授)から過去5年間分の業績を評価する。	平成20年度に任命された教授の評価を実施する準備を行い、次年度より実施予定となった。
②教員の職位に応じた論文発表数の基準を設定し、評価する。	研究成果の向上 ・論文発表数 H25:1,291稿 H26:1,300稿	(学術情報センター) 1. 教員評価データベース管理委員会に参加し、業績(論文発表)の入力機能に関する問い合わせへの対応を担当し、問い合わせ内容を考慮して、システム機能の改善案をまとめる。 2. Read & Researchmap(R&R)の学内連絡部署を担当し、各種連絡についてR&Rと学内該当者との仲介をする。また、教員評価データベースからR&Rへのデータ転送手順とR&Rから教員評価データベースへのデータ転送手順を調査し、R&Rと教員評価データベースの連携方法の案をまとめる。 (看護学科) 研究報告会を充実させる。 (教員・医師人事室) 昇格審査時における各職の論文発表数の基準を設定する。	(学術情報センター) 1. 教員の評価に必要な業績データを入力している教員はごくわずかであり、教員の論文発表数の評価は極めて困難である。 2. 教員評価システム管理委員会にて入力促進の方法を話し合ったり、教員評価システムとresearchmap(旧Read)とのデータ共有機能の開発について検討したが、論文発表データの入力促進につながらなかった。 (教員・医師人事室) 画一的な基準の設定はあえて行っていないが、新学長の意向を踏まえた各職の概ねの基準は設定されており、これに基づき昇格審査が行われている。
③国際誌への投稿を推進し、支援する。論文執筆のためのFDを継続して行う。		(学術情報センター) 1. 講習会出席の機会を増やすために、大学院共通カリキュラムの時間以外にも講習会の開催を企画する。 2. 論文執筆に関する図書の一覧を作成する。 3. 論文執筆時に必要となるデータベース・文献管理システムの利用説明会を開催する。 4. プレゼンテーション資料作成の支援として、学内を対象として、各種プリントアウト、画像や動画の編集・プレゼンテーション資料への挿入の業務を実施する。 5. 国際誌の標準形式に準じた論文執筆の促進のため、医学論文書きかた講習会(大学院共通カリキュラム)を年間4回以上継続して開催する。	1. 大学院共通カリキュラム時間外の講習会については、日程と講師の調整が進まず実現できなかった。 2. 論文執筆時の参考となる図書の一覧を配付した。 3. 図書館では、論文執筆の際必要となるデータベース検索の支援として、「データベース講習会(データベース・文献管理システムの利用説明会)」を3回開催した。 4. 写真室では、論文にて必要となる各種画像データの加工、カラープリントなどの問い合わせや申込みに関わる業務を担当した。 5. 「医学論文書きかた講習会」(大学院共通カリキュラム)を4回開催した。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成25年度事業計画	平成25年度 実施結果
④ Jikeikai Medical Journal、東京慈恵会医科大学雑誌の改善・充実を図る。成医会の改善・充実を図る。		(学術情報センター) 1. 合同編集委員会での審議のための資料として、両誌の掲載記事の動向の分析、他大学発行雑誌との比較をまとめ、報告する。 2. Jikeikai Medical Journal、東京慈恵会医科大学雑誌の合同編集委員会を年4回以上継続して開催し、両誌の改善・充実に向けた審議をする。 3. 両誌の内容をインターネットで参照できるように、掲載記事を本学の機関リポジトリに登録する。 (総務課) 成医会幹事・運営委員会にて、参加者の興味を起こさせるような講演テーマの検討を行う。	(学術情報センター) 1. 学術リポジトリに、東京慈恵会医科大学雑誌129巻6号分 137件、Jikeikai Medical Journal 61巻4号分 20件、教育・研究年報2011 74件、Research Activities 2011 74件、高木兼寛の医学V 18件登録した。 2. 学位規則の改正により、平成25年4月1日以降の博士論文をインターネット公開し、学位論文の学術リポジトリへの登録は47件であった。 3. 学術リポジトリの利用状況は、閲覧428,647件、ダウンロード585,325件であった。 (総務課) 成医会幹事・運営委員会にて、人間教育など様々な観点から興味をひくテーマを広く募集し、テーマを選定して実施した。
⑤ 若手研究者による競争的研究資金の獲得を支援する。		(研究支援課) 科研費申請のための書き方講習会を開催する。	大学院公開講義「研究費申請書の書き方」において、特に若手研究者を対象にした公的資金((独法)日本学術振興会特別研究員)応募申請のための講習会を2回開催した。
(2) 研究実施体制等の整備に関する目標		(研究支援課) 1. 総合医科学研究センターの研究機器を共同利用して臨床研究を支援する。 2. 文科省「私大戦略的研究基盤形成支援事業」等の大型研究費を活用して臨床研究を推進する。 3. 臨床研究推進体制を再構築する。	1. 総合医科学研究センターの研究機器を集中管理し共同利用しやすくするなど、基礎・臨床研究を支援する体制に向けてセンターを改編する方針が決定し、移転計画を決定した。 2. 文科省「私大戦略的研究基盤形成支援事業」については、平成22年度1件、23年度1件、前年度2件が採択されたが、今年度においても新たな研究プロジェクト(研究課題名:痛みの苦痛緩和を目指した集学的脳医科学研究拠点)が採択され、本学の臨床研究を推進する研究基盤の形成に向けて活発に研究が実施されている。 3. 臨床研究支援センターの設立に向けた準備を始めた。
① 臨床研究支援体制を構築する。研究機器の運用効率を高める。 ② 薬物治療学研究室、臨床疫学研究室、分子疫学研究室は臨床試験支援センターと連携し、臨床研究を推進する。	<b>研究実施体制の整備・毎年度4件の大型プロジェクト研究事業の採択数</b> H25:1件 H26:1件 <b>寄付講座設置数</b> H25:2講座 H26:2講座 <b>研究機器の運用効率を高める</b>	(研究支援課) 先端研究を推進するための学内共同研究の成立を支援する。	学内共同研究のシーズが生まれるよう学内研究費制度を見直し、臨床医学講座の研究者と基礎医学講座や総合医科学研究センターの研究者が共同で検索する研究費「東京慈恵会医科大学萌芽的共同研究推進費」を創設した。
③ 先端研究を推進する体制を作る。学内共同研究を推進し、支援する。		(研究支援課) 臨床応用を目指した基礎研究を推進する。	1. 文部科学省「私大戦略的研究基盤形成支援事業」に新たな研究プロジェクトが採択され、臨床応用を目指し基礎研究が推進された。 2. 総合医科学研究センターの組織改編に伴い、臨床医学研究所にトランスレーショナル研究を行う新部門を設置する準備を進めた。
④ トランスレーショナル研究推進体制を作り振興する。		(大学事務部・研究支援課) 寄付講座を維持し研究を推進する。	1. アレルギー学研究講座の設置期間が、平成27年度末まで再延長された。 2. 慢性腎臓病病態治療学講座が平成27年度末までの期間で新設された。
⑤ 寄付講座を振興する。			



中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
(3) 総合医科学研究センターに関する目標  ①自己点検・評価を推進し外部評価を行い、組織を再構築する。  ②学内共同研究を企画・推進する。  ③各部署の特色ある研究を推進し、研究成果を積極的に開示する。	特色ある研究の推進 ・ 総合医科学研究センター研究成果報告会開催数 H25:0回 H26:1回  ・ 学内共同研究数 H25:35件 H26:40件	(研究支援課) 総合医科学研究センター組織を評価し再構築する。	1. 「総合医科学研究センターあり方検討委員会」の答申を公表し、次年度からセンター組織を再構築することを決定した。 2. 研究支援部門の共用研究施設や実験動物研究施設の運営体制や学内ニーズなどの全学的なアンケート調査を行い結果を公表した。
		(研究支援課) 総合医科学研究センターを中心とした共同研究を推進する。	文部科学省「私大戦略的研究基盤形成支援事業」等大型研究費の獲得と共に学内共同研究が順調に実施された。
		(研究支援課) 定期的に研究成果の発表を行い各講座との共同研究を推進する。	総合医科学研究センターの組織改編に伴い研究発表会の開催は見合わせた。
(4) その他  ①知的財産を社会に還元するために市民公開講座を積極的に開催する。	情報公開による社会貢献 ・ 一般市民および地域医療者を対象とした公開講座を毎年20回開催 公開講座開催数 H25:37回 H26:37回	(教育センター) 大学および附属4病院において、年20回の公開講座を開催する。	大学7回、附属4病院30回で合計37回の公開講座を開催した。
3. 附属4病院に関する目標 (1) 附属4病院間の連携強化  ①附属4病院間の機能の有機的活用を図る。  (葛飾) ①葛飾医療センターにない診療科の診療及び治療の連携を強化する。 ②看護師の人事フローを流動化する。	4病院の特色分化を図る 数値目標は各病院で設定	(本院) 病病連携については、本院に配備された救急車を有効活用することにより推進する。  (葛飾医療センター) 1. 救急車両を有効利用し患者の搬送を円滑にする。 2. 看護師の4病院ローテーションを定期的実施する。  (第三病院) 診療科ごとに第三病院の地域性と特色を考慮した機能分化案を策定する。  (柏病院) 災害時参集情報を基に、参集可能機関での研修を定期的実施する。 (企画部) マスタープランの検討委員会で4病院の機能分化を検討する。	(本院) 1. 第2回救急車輻運管委員会を開催し、運用規程を見直した。 2. 運転手(搬送補助者も含む)の確保に関する検討を継続した。 3. 病院救急車を積極的に活用し、本院から各機関へ8件搬送した。  (葛飾医療センター) 1. 救急車輛による本院から葛飾医療センターへの搬送は1件であった。 2. 看護師のトレーディングプレイスを附属4病院間で実施した。  (第三病院) 1. 狛江市・調布市の教育委員会と連携を図り、小児アレルギー対応に関してエビベン講習会を実施、約2,000名の教育関係者に教育を行った。 2. 整形外科の診療体制については、股関節疾患、脊椎疾患、膝関節疾患、肘関節～手の外科を強化した。  (柏病院) 受入側の業務内容を調査する依頼書を作成中であり、職種選択等の具体的な作業には至っていない。 (企画部) 4病院の機能分化については、4病院院長・事務・看護部長会議において各病院の方向性などについて検討されたが、マスタープラン検討委員会での検討はされなかった。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
<p>(2) 医療安全・感染対策の推進</p> <p>①附属4病院間の連携強化と医療安全・感染対策管理体制の整備を図る。</p>	<p>医療安全・感染対策の推進数値目標等は各病院で設定</p> <p>・インシデント・アクシデント報告件数</p> <p>(本院) H25: 4,707件 H26: 4,800件</p> <p>(葛飾) H25: 1,490件 H26: 1,500件</p> <p>(第三) H25: 2,136件 H26: 2,500件</p> <p>(柏) H25: 2,044件 H26: 2,100件</p> <p>・インシデント・アクシデント報告職種別報告件数</p> <p>(本院) H25: 医師389件、 レジデント・ 研修医115件 看護師3,311件 薬剤師538件 放射線技師116件 栄養士31件 事務22件 その他185件</p>	<p>(医療安全管理部)</p> <p>附属4病院セーフティマネジメント委員会および4機関医療安全感染対策合同相互ラウンドによる連携強化を図る。</p>	<p>(医療安全)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 附属4病院の相互ラウンドや年間5回の附属4病院セーフティマネジメント会議を定期開催した。</li> <li>2. セーフティマネジメントシンボウムを附属4病院の合同企画として3回開催した。</li> <li>3. 各専門職（医療安全管理者、薬剤師、臨床工学技師、事務員）が定期的なミーティングを行い、情報共有と改善に向けての相互支援を継続した。</li> <li>4. 平成24年度に再構築した相互ラウンドの運用方法に則り、各病院の医療安全推進室の機能向上とセーフティマネジメントマニュアルを中心とした点検・評価を行った。</li> </ol> <p>(感染)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 附属4病院感染対策ベンチマークを継続実施した。</li> <li>2. 前年度に引き続きサイトビジットを実施し、組織体制のヒアリング、アウトブレイク事例の検討、ディスカッション等を行い情報共有および機能向上を図った。</li> <li>3. ICT: 1回/隔月、看護師: 1回/隔月、薬剤師: 1回/3ヶ月の頻度で附属4病院間のミーティングを開催し、各附属病院の発生事例などの情報共有を図った。</li> <li>4. 附属4病院ICTミーティングを隔月で開催し、ベストプラクティスを共有した。</li> </ol>
<p>②教職員の教育・研修を充実させ医療安全・感染対策に対する意識の向上を図る。</p>	<p>(葛飾) H25: 医師73件 研修医3件 看護師1,270件 薬剤師44件 放射線技師29件 栄養士11件 事務20件 その他40件</p> <p>(第三) H25: 医師143件 研修医26件 看護師1,828件 薬剤師29件 放射線技師22件 栄養士24件 事務11件 その他53件</p> <p>(柏) H25: 医師144件 研修医13件 看護師1,669件 薬剤師52件 放射線技師46件 栄養士12件 事務30件 その他78件</p> <p>・チーム医療構築WG参加者数</p>	<p>(医療安全管理部)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 附属4病院でチームステップスの推進を図るため、講義を含めた積極的な活動を行う。感染対策ベーシックコースの積極的活動の推進。</li> <li>2. e-ラーニングによる研修方法を検討する。</li> </ol>	<p>(医療安全)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医療安全研修を計画的に開催した。</li> <li>2. 医療安全文化の更に醸成に対する取り組みとして、大学全体でTeam STEPPSに積極的に取り組み本院では、全職種対象にエッセンシャルコースを定期開催した</li> <li>3. 附属4病院全体へのTeam STEPPSの導入拡大を図るため、認定トレーナー研修を開催し、トレーナーを育成した。</li> <li>4. 米国で開催されたTeam STEPPSマスターコース研修会に教職員3名が参加し、指導者の養成に取り組んだ。</li> </ol> <p>(感染)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 感染対策ベーシックコースを開催し、感染対策の基礎教育を複数回繰り返し実施し、手指衛生指数を向上させた。</li> <li>2. クロスモニタリングをメインテーマにした教育を実施した。</li> <li>3. 医局会などの出張勉強会を開催した。</li> <li>4. ガフキーカンファレンスを初期臨床研修医の出席を必修として開催し、結核などの画像診断能力の向上に努めた。</li> </ol>
<p>③全国の私立医科大学病院の医療安全・感染対策推進活動に貢献する。</p>	<p>(本院) H25: 194名 H26: 200名</p> <p>(葛飾) H25: 55名 H26: 64名</p> <p>(第三) H25: 136名 H26: 140名</p> <p>(柏) H25: 152名 H26: 155名</p>	<p>(医療安全管理部)</p> <p>私大関係の事務局として相互ラウンド及びサイトビジット、各作業部会などの事業を推進する。</p>	<p>(医療安全)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 平成18年度より実施している都内私立大学病院間の相互ラウンドを継続して実施した。</li> <li>2. 都内私立大学病院医療安全連絡会議の事務局を継続して務め、ラウンド自己評価表など当院がリーダーシップを発揮して作成した。</li> <li>3. 北里大学病院との医療安全相互ラウンドを行った。</li> </ol> <p>(感染)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全国私立大学29大学が参加する私立大学感染対策協議会の事務局の責務を果たした。</li> <li>2. 他大学へのサイトビジット調査員や改善支援ラウンド時の調査員を担当した。</li> </ol>
<p>④システム工学の視点に立った医療安全システムの構築を図る。</p>		<p>(医療安全管理部)</p> <p>東京大学・早稲田大学との共同研究を推進する。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 東大・早大・慈恵共同研究を継続して行い。本院での「持参薬に関する取組」、「安全な中心静脈カテーテル挿入」を検討した。</li> <li>2. 共同研究の成果について日本医療・病院管理学会、医療の質・安全学会学術集会で発表した。</li> <li>3. 葛飾医療センターでの「慈恵標準構築プロジェクト（葛飾モデル）手術業務プロセス標準化について継続検討した。</li> </ol>

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
<p>(3) 先進医療の推進</p> <p>①患者ニーズに応える先進医療に取り組む。</p>	<p><b>先進医療の推進</b>  <b>数値目標等は各病院で設定</b>  <b>先進医療の推進</b>  <b>・先進医療の承認件数</b>  (本院)  H25：7件  H26：9件  (葛飾)  H25：0件  H26：1件  (第三)  H25：1件  H26：1件  (柏)  H25：3件  H26：5件  <b>・先進医療の実施件数</b>  (本院)  H25：112件  H26：120件  (葛飾)  H25：0件  H26：10件  (第三)  H25：5件  H26：5件  (柏)  H25：24件  H26：30件  <b>・新規先進医療承認件数</b>  (本院) 承認数2件以上  H25：0件  H26：2件  ※H25の申請件数は2件  (葛飾) 新規導入  H25：0件  H26：1件  (第三) 年間1件以上  H25：0件  H26：1件  (柏) 年間1件以上  H25：新規0件  H26：1件</p>	<p>(本院)  患者ニーズに対応した先進医療を提供するため、診療部会議にて先進医療の周知を行い、新規先進医療の推進を図る。  (葛飾医療センター)  診療部に対する先進医療に関する啓蒙を行い新規の先進医療実施の可能性を確認する。  (第三病院)  各診療科からの要望に応えられるよう情報収集を行い、医療の質・技術向上に取組み患者ニーズに対応した先進医療を提供する。  (柏病院)  先進医療検討委員会において、定期的に先進医療承認医療技術を報告し、申請可能な技術を申請する。また、ホームページに実績を掲載し、患者への情報提供を行う。</p>	<p>(本院)  産婦人科に関わる先進医療審査委員会を1回開催し、新規医療技術の拡充を図った。  (葛飾医療センター)  診療部長宛てに先進医療に係る情報提供とアンケート調査を実施し、診療部会議で啓蒙した。  (第三病院)  先進医療承認件数を伸ばすことを目的に情報共有を行い認識を高めたが新規申請には至らなかった。  (柏病院)  外科、産婦人科の先進医療は継続しているが追加申請には至っていない。(乳癌に対する凍結療法は自由診療とする予定)</p>

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
<p>(4) 患者サービス・医療連携の推進</p> <p>①患者中心の医療を円滑に推進する。</p>	<p>ボランティアサービスの充実 数値目標等は各病院で設定 地域医療連携強化 ・紹介率 ・逆紹介率</p>	<p>(患者支援・医療連携センター) 医療機関等への戸別訪問により患者の紹介、逆紹介を推進する。(療養型病院、回復期リハビリ病院、訪問看護ステーションならびに本学・学術連絡委員、支部長訪問など) (柏病院)</p> <p>1. 患者の入退院に対する不安を軽減して、安心して治療に臨め、切れ目のない医療を提供するためのPFMシステム(入退院のコーディネート・事前リスクの回避・社会資源の活用)の機能を強化する。</p> <p>2. 手術説明・術前指導・入院前オリエンテーション、退院調整支援を行う。</p>	<p>(患者支援・医療連携センター)</p> <p>1. 療養型、回復期リハビリ病院、訪問看護ステーションへの訪問は、上半期以降も継続的に実施した。</p> <p>2. 本学同窓の支部長訪問に関しては、5地区の新支部長訪問を実施した。</p> <p>(柏)</p> <p>1. グリーンカウンターにおいて外来診察だけでは確認できない患者の不安などを引き出し看護上の調整課題を入院病棟へ繋げ、切れ目のない看護を実践した</p> <p>2. グリーンカウンターにおける入院前面談を、全外科系患者と内科患者(消化器内科神経内科)まで拡充した。</p>
<p>②住民参加によるボランティアサービスの充実を図る。</p>	<p>(ボランティア事務局) 活動者の多い土曜日の業務内容を拡大する。</p> <p>(葛飾医療センター) 行政と連携し、広報や活動内容・場所を検討し、受入れ体制を強化する。</p> <p>(第三病院)</p> <p>1. 広報活動や活動場所を検討し、受入れ体制を強化する。</p> <p>2. 退職者を中心にボランティアの体制組織を構築する。</p> <p>3. 案内係ボランティア一日2名確保。</p> <p>(柏病院) 外来におけるボランティアサービスを週6日とする。</p>	<p>(ボランティア事務局)</p> <p>1. 一般病棟での活動を導入し、毎週土曜日、患者の話し相手やイベント等の活動に参加した。</p> <p>2. 今年度は70名新規に採用した。</p> <p>(葛飾医療センター) 夏期に2名のボランティアを採用した。</p> <p>(第三病院)</p> <p>1. ボランティア募集について、ホームページに掲載し、希望者から多数の問い合わせがあった。</p> <p>2. 今年度は6名のボランティアを採用した。</p> <p>3. 平成26年2月以降、1階の患者案内ボランティアに自動再来機の一部対応を開始した。今後自動精算機への対応を含めボランティアによる対応をの拡充を図る予定である。</p> <p>(柏病院) 平成26年1月に柏市社会福祉協議会と柏市福祉活動推進課にボランティア募集に関する登録を行った。現時点では応募者はいないが、数件の問合せがあった。</p>	
<p>③ICTを用いて地域医療連携を強化する。</p>	<p>(患者支援・医療連携センター) 同窓開業マップの作成と活用</p> <p>(柏病院)</p> <p>1. 地域医療機関と円滑な患者情報を提供・共有化し、4疾病・5大がんの全県共有地域連携パスを普及する。</p> <p>2. 連携機関・施設への訪問・調整、医療連携フォーラムの開催、広報活動の充実を図り、顔の見える関係を構築する。</p>	<p>(患者支援・医療連携センター) 同窓会ホームページの掲載により、学外からの閲覧が可能となり同窓の先生からの登録依頼が増加した。</p> <p>(柏)</p> <p>1. 胃がん、大腸がん、肝がん、子宮頸がん、前立腺がんの計22件のパスを実施した。</p> <p>2. 連携協力機関として、新たに15施設の訪問を行い連携強化に努めた。</p> <p>3. 連携登録医制度の見直しを図り、規程を改定した。</p> <p>4. 地域の医療機関との連携強化の取り組みとしてフォーラムを開催し、70施設計268名が参加した。</p>	

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成25年度事業計画	平成25年度 実施結果
<p><b>(5) 効率的な医療の推進</b></p> <p>①附属4病院で効率的なDPC運用を図る。</p> <p>②職種間の効率的な協働体制を構築する。</p> <p>③科学的根拠に基づく医療の効率化を推進する。</p> <p>④患者にとって効率的な医療を実践する。</p>	<p><b>DPC 効率性指数の向上</b>  <b>数値目標等は各病院で設定</b>  <b>・平均在院日数の短縮</b></p> <p>(本院)  H25: 11.2日  H26: 11.0日</p> <p>(葛飾)  H25: 10.4日  H26: 11.5日</p> <p>(第三)  H25: 13.5日  H26: 13.0日</p> <p>(柏)  H25: 12.6日  H26: 11~12日</p> <p><b>クリニカルパスの効率的運用</b>  <b>・クリニカルパス適応率</b></p> <p>(本院)  H25: 37.7%  H26: 40%</p> <p>(葛飾)  H25: 47.9%  H26: 48%</p> <p>(第三)  H25: 28.1%  H26: 28.5%</p> <p>(柏)  H25: 37.9%  H26: 40%</p> <p><b>包括効果額 (原価率資料)</b></p> <p>(本院)  H25: 805,107,570円</p> <p>(葛飾)  H25: 226,636,000円</p> <p>(第三)  H25: 336,291,560円</p> <p>(柏)  H25: 520,939,560円</p>	<p>(本院)  現行の診療内容(薬剤、特材、消耗品)を経済的な視点から検証し、医療の質を維持しつつコストを下げる改善案をクリパスを通じて改定する。材料費、薬品費の支出合計を1%削減(平成24年度実績ベース)</p> <p>(葛飾医療センター)  クリパスの活用を通して標準化を推進し医療の質と安全性、効率化と収益性を確保する。</p> <p>(第三病院)  クリパスWG等によるDPCに対応したクリニカルパスの導入により、標準化、安全と効率化を図る。クリニカルパスの導入、標準化、効率化により、平均在院日数を12日以内に短縮する。</p> <p>(柏病院)  1. 診療報酬改正による影響を踏まえ、減収症例の改善策をクリニカルパスに反映させる。  2. クリニカルパスの適応疾患を拡大し、ブラッシュアップにより精度を高める。</p>	<p>(本院)  1. 「抗菌薬使用ガイドライン」に添った投与日数に全クリパスを変更することはできなかった。  2. PFMを中心とした病床稼働効率向上に向けた取り組みを実践し、病床稼働率増加に繋げることができた。  3. クリニカルパス委員会で多職種の連携により、術後感染予防の抗生剤を統一する提案を行った。経済効果は次年度に反映する計画である。  4. 医療事務員、看護師及び医師の協力の基で、医師事務作業軽減に繋がる作業を拡大した。</p> <p>(葛飾医療センター)  1. クリニカルパスの拡大: クリニカルパス数4,780件、昨年比較+1,070件、適応率47.9%、昨年比+10.2ポイントの実績である。医療コンサルを活用し、効率性、収益性の観点から、クリニカルパスの前段階のマップに評価を加え、多数のクリニカルパスを成立させ成果を得た。  2. チーム医療の実践: 薬剤師の集中治療室常駐(午前)、健康診断業務の事務作業補助、臨床工学部の麻酔器の事前チェック、神経内科の介護保険主治意見書の下書の実施を開始した。  3. 全診療科の診療部長を対象に各科の医療収入、疾病構成、診療圏、疾患別原価計算を基に面談を実施し、効率的な病院運営につなげた。</p> <p>(第三病院)  1. 既存・新規に作成したクリニカルパスに対し適正な入院日数の検討、採算性の取れたクリニカルパスへの移行処理を行い148件のクリニカルパスを移行した。適応率は1~2月で平均34.9%(24年度28.75%)であった。  2. 全診療部を対象にPFMの導入を図り、大幅な病床運用の効率化が実現できた。  3. 平成26年1月からの電子カルテ導入に合わせ、グリーンカウンター(旧ふれあいカウンター)の機能拡張を行った。  4. 早期退院サポートプロジェクトチームにおいて、以下の通り対策を行ったが、稼働率の維持を優先させた結果、在院日数の短縮には至らなかった。  ①最も収益のあがる在院日数について検討し、診療科にクリニカルパスの見直しを含めた継続検討を依頼した。  ②在院日数が長期に及ぶ疾患の要因及び改善策について、全診療科にアンケートを行った。  ③早期リハビリを開始する入院関連機能障害予防システム(HPS)の運用を開始をした。  ④在院日数が長期に及ぶ患者について、項目別に在院日数延長理由を明示した資料を毎月作成、検討、「主要後方支援病院リスト」を作成し、今後も半年毎に検討・更新することとした。  ⑤看護部が主体の臨床研究として「医療者間カンファレンスによる合意形成と退院支援のアウトカム・フィードバックを強化した退院支援プログラム改変の評価に関する研究」を、2月より段階的に開始する。  5. PFMの適用を全診療部に広げ、効率的な病床運用が図れた。</p> <p>(柏病院)  1. パス導入率が6割を下回るもの及びバリエーション症例数が多いパスの見直しとなる対象はなかった。次年度は、紙パスの見直しとオーダ化を行う予定であり、平成27年1月に導入予定の電子カルテより運用を開始すべく紙パスの収集は完了している。  2. 診療科別、疾患別の原価計算分析を実施し、診療部長面談を行い改善策を提示した。収益分析に基づく既存クリニカルパスの検証及び最適化への見直しを実施し、収益力の改善を図った。</p>

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
		<p>(本院) 多職種による連携を図りチーム力を強化する。</p> <p>(第三病院) PFMの運用により効率的な情報共有の推進を図る。</p> <p>(葛飾医療センター) チーム医療を推進する。</p> <p>(柏病院)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医師の事務作業を軽減するため、医師事務作業補助者を養成・配置し、診断書の作成をサポートする。</li> <li>2. 医師・看護師の本来業務以外に混在している業務を整理し、コメディカル・事務員等が遂行可能な業務を移行し、本来業務に専念出来る環境を作り、医療資源の効率化を図る。</li> </ol> <hr/> <p>(本院) クリニカル・インディケータ、他大学とのベンチマークなどを通じて、当院独自のEBMを実践する。</p> <p>(葛飾医療センター) 各診療科別、疾患（DPC分類）別の原価計算を行い医療資源の投入を行う。</p> <p>(第三病院) クリパスWG等によるDPCに対応したクリニカルパスの導入により、標準化、安全と効率化を図り、平均在院日数を短縮する（平成25年度目標：平均在院日数13日以内）。</p> <p>(柏病院) 疾病別原価分析を行い、科学的根拠に基づく医療の効率化を評価する。</p> <hr/> <p>(本院) 医療の機能分化を図る上で、紹介率および逆紹介率を向上させる。</p> <p>(葛飾医療センター)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. クリニカルパスを推進する。</li> <li>2. 地域医療連携を強化する。</li> </ol> <p>(第三病院) PFMの推進により効率化を進める。</p> <p>(柏病院)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発薬品への切り替えを押し進める。</li> <li>2. 患者の医療情報をIT化し、官公庁を含む関係機関との共有による患者本位の医療の提供を実践する。電子カルテおよびi-stroke等統一化されたシステム構築の準備を行う。</li> </ol> <p>(薬剤部) 医療安全面に考慮しながら、後発薬品への切替を適切に進める。</p>	

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成25年度事業計画	平成25年度 実施結果
(6) 予防医学の推進 ①大学として予防医学に貢献する。	予防医学の推進 ・特定保健指導実施率10%UP ・論文発表数：10稿 H25：4稿 H26：5稿 ・学会発表数：15題 H25：7題 H26：7題 ・提携団体数：2 H25：1 H26：2	(総合健診・予防医学センター) 健診後の特定保健指導の充実	同窓会ホームページの掲載により、学外からの閲覧が可能となり同窓の先生からの登録依頼が増加した。
②スポーツウェルネスクリニックとスポーツ医学研究の推進。		(整形外科) 1. 競技団体との共同での骨代謝動態について測定を推進し、結果を発表する。 2. 体力医学研究の学会発表や論文発表を行う。	1. 論文作成中。 2. スポーツ関連 学会発表:8題、論文:4編。
(7) 財務の改善・充実を図る 毎期設定される収益目標を達成する。	毎期設定される収益目標を達成する。		(本院) 下半期の病床稼働率は、PFMを中心とした向上対策により回復してきたが、上半期の稼働率低下、および診療単価の伸び悩みにより、今年度の医療収入は対予算比で未達成となった。 (葛飾医療センター) 医療収入は、人件費および医療経費などで予算超過が見込まれ、収益目標は予算に対し不足する見込みである。 (第三病院) 患者数(特に外来)は目標に達しないが診療単価上昇により収入目標は達成できる見込みである。また、施設関連支出も当初計画より抑えられる見込みである。 (柏病院) 医療収入が増加し、経費抑制に取り組んだ結果、収益目標を達成することが出来た。
●本院に関する目標 (1) 医療の質の向上を図る。 ①特定機能病院としての機能を充実させる。	特定機能病院としての施設基準を維持し、さらに機能を充実させる。 (施設要件関連) ・先進医療2件以上、又は先進医療1件かつ特定疾患治療研究事業に係る年間500人以上の患者を診療する。 H25：7件 H26：9件	(管理課) 特定機能病院としての機能を充実させるための院内体制整備と特定機能病院としての基準要件(先進医療等)の申請支援の実施。	特定機能病院としての機能充実のため、高度医療技術の推進および医療安全の向上を中心に実施した。 1. 毎月の診療部会議にて、各診療科で実施している臨床研究で特に先進性の高いものを新規申請するよう促した。また、本邦で認められている高度医療・先進医療の全リストを各診療科に配布し、当院での実施状況を確認し、さらに新規申請手続きが非常に煩雑であるため、管理課事務員が医師のサポートを行い、一定数の新規申請、承認件数を維持している。なお、平成26年3月現在の承認件数は7件である。 2. 症例確保においては、経費の一部を病院が負担した。 3. 医療の安全性については関東信越厚生局による立入検査(平成25年12月実施予定)における指摘事項を改善した。 4. その他、施設基準の届出事項(患者紹介率等)は毎月確認した。専門医、指導医の人数も充足した。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
②がん診療連携拠点病院としての機能を充実させる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・紹介患者50%以上 (概ね5年間に10%以上の紹介率を高める) H25: 46.8% H26: 50.0%</li> <li>(機能充実関連)</li> <li>・逆紹介率50%以上を目標とする。 H25: 30.5% H26: 50.0%</li> <li>・DPC病院1群としての各機能評価を充実させる。(効率性、複雑性、カバー率、救急医療、地域医療)</li> </ul>	(管理課) 1. 地域がん診療連携拠点病院としての更なる機能充実を図る。(院内がん登録の促進、がん相談支援体制の確立、ホームページ等を用いた院内外への広報活動、緩和ケア体制拡充) 2. がん関連会議への積極的参加により他のがん拠点病院とのカンファレンスや研修会等による情報共有を行う。	1. 地域がん拠点病院としての機能充実を積極的に図った。 2. 下半期は医師のための緩和ケア研修会を9月と2月の2回開催し、各回ともに20名を超える受講者が参加した。 3. その他公開市民講座は10月と3月の2回開催し、広報の強化などにより100名を超える参加者を得た。
③人材育成 (スキルアップ)を行う。		(教員・医師人事室) カンファレンス・CPCによる症例検討への出席を推進し、CPCに関しては研修医の出席率を100%とする。	研修医のCPCへの出席率は100%である。
④院内研修制度の充実を図る。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・DPC地域医療指数</li> <li>・体制評価指数のアップを図る。 H25: 9.11P H26: 10P (上限値)</li> </ul>	(教員・医師人事室) 医師の採用時オリエンテーションの充実を医療安全推進室と共に推進し、受講率を100%とする。	医療安全推進室との連携により周知徹底を図っている。しかし、受講率は向上傾向にあるものの、現時点で100%には達していない。
⑤専門職の充実	がん診療連携拠点病院 <ul style="list-style-type: none"> <li>・5大がん+前立腺がんのパス運用数年間40件、公開講座開催件数年間2回以上</li> <li>・パス運用数 H25: 51件 H26: 60件</li> <li>・公開講座数 H25: 3回 H26: 3回</li> </ul>	(看護部) 1. 認定看護師の育成と活用を推進する。 2. 平成26年度資格取得を目指して、教育機関受講者を増やす。 ①新規5分野養成 ②現有2分野追加養成	1. 認定看護師は、1名柏病院へ異動、1名産休となり、2名減少したが、感染管理、褥瘡対策、緩和ケア、メンタルサポートチーム等の組織横断的チームの専従、専任者となって医療の質向上に貢献した。 2. 次年度認定看護師資格取得予定者5名、教育課程進学予定者8名と次年度以降の増加が見込まれる。助産師の能力が向上し、今年度は助産師養成課程の他大学生3名の実習生を受け入れることができた。うち2名が当院へ就職することになった。
⑥チーム医療の強化・推進	人材育成 <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修医のCPC出席100% (正規の理由により届を提出した者を除く) H25: 100% H26: 100%</li> <li>・認定看護師等の育成計画に沿って主たる分野で各2名以上 H25: 4名 H26: 5名</li> </ul>	(病院事務部) チームステップス受講によるヒューマンエラー対策の強化	(病院事務部) 1. 紹介率は、保険法46.8% (昨年比+2.9p) で50%には満たないが5年計画で50%以上を掲げているので、今年度の目標はほぼ達成されたと判断している。また、逆紹介率は、30.5% (昨年比+4.7p) と増加した。 2. DPC機能係数のうち地域医療係数の脳卒中地域連携パスは下半期更に10件、がん地域連携も下半期は更に26件登録された。 (薬剤部) 1. 年間においては、先進医療件数は7件、特定疾患治療事業に関しては4,200件強の診療を行った。 2. 紹介率は徐々に増加している。平成26年度診療報酬改正による紹介率(50%)は算定式の変更もありクリアできる。また、脳卒中地域連携パス及びがん地域連携の件数拡大は、職員の協力によりDPC係数に反映され、指数が前回より4.58ポイント増加し、関東の私立医科大学においてトップクラスとなった。
⑦救命救急体制の強化を図る。	救命救急 <ul style="list-style-type: none"> <li>・新外来棟での救命救急センター開設</li> </ul>	(救急部) 本院新外来棟開院時の救命救急展開に向けての準備	1. 4病院の救急医療連携を図る目的で、学内専用の救急患者搬送車の運用が開始した。 2. 4病院救急部診療部長会議の活性化。 3. RRS体制の確立。



中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
(2) 先進（高度）医療を開発し、施行する。	新規認定数 H25：0件 H26：2件 ※H25の申請件数は2件	(管理課) 先進（高度）医療の開発を支援（人的・物的）する仕組みを提案する。	特定機能病院としての機能充実のため、高度医療技術の推進と医療安全の向上を中心に実施した。診療部会議にて各科で実施している臨床研究で特に先進性が高いものを新規申請するよう促した。また本邦で認められている高度医療・先進医療の全リストを各科に配布し、当院での実施状況を確認し、更には新規申請手続きが煩雑なため、当課が医師のサポートを行い、一定数の新規申請及び承認件数を確保している。
(3) 医療安全・感染対策管理体制の充実と推進を図る。 ①医療安全・感染対策に関する組織横断的な活動を推進する。	アクシデント事例の減少 院内感染の防止 ラウンド数 H25：67/391 H26：67/367  カンファレンス数 H25：63件	(医療安全管理部・感染対策室) 1. 術前合同カンファレンスの活性化と円滑な運用を図る。 2. チームステップスを主体とした医療安全文化の醸成を図るとともにトレーナー育成を進める。 3. 集中治療部門以外の一般病棟における標準的感染対策のボトムアップを図る。 4. セーフティマネージャー中心の病棟単位の積極的な感染対策の実践。	(医療安全) 1. 術前合同カンファレンスは各診療科が主体的に参加し年間63件開催した。また、名称をハイリスク症例カンファレンスに改称し、手術関連以外の治療方針に関する意見の共有目的でも開催可能とした。 2. TeamSTEPS エssenシャルコースを定期的に開催した。  (感染対策) 3. 手指衛生指数の向上を図り院内感染防止に繋げている。(平成24年度：8.13→平成25年度：12.48) 4. 今年度から病棟ICTが組織され、定期的なミーティングの開催、年間の数値目標を設定しての改善活動、アウトブレイク発生時の対応等、感染対策室と共働して病棟単位の感染対策を推進した。
(4) 患者・家族の満足度の向上を図る。 ①インフォームド・コンセントを徹底する。	苦情・クレーム件数 10%削減（平成24年度実績ベース） (管理課) H25：283件 H26：250件 (看護部) H25：186件 H26：167件 説明と同意書の整備件数 H25：3件	(管理課・医療安全管理部・看護部) 患者からの苦情や意見を統計化し、インフォームド・コンセントに関する事項については該当科ヘフィードバックし、説明と同意書の整備や医師教育の徹底も図る。	(管理課) 患者からの苦情や意見があった場合、現場でのインフォームドコンセントが確実に実施されていたか状況を確認した。徹底されていない場合には直接注意指導を行い、警鐘事例は患者サポート打ち合わせ、セーフティマネージャー会議や診療部会議にて報告したが、院内他部署からの依頼による当課クレーム・トラブルの対応件数は増加傾向にある。 (医療安全管理部) 説明と同意書を3件審査した。
(5) 地域連携促進ときめ細やかな医療サービスを提供する。 ①患者支援・医療連携センターの機能を十分に発揮する。	保険法紹介率50%以上 H25：46.8% H26：50.0%  逆紹介率50%以上 H25：30.5% H26：50.0%	(患者支援・医療連携センター) 1. 3部門における相互支援体制の強化と業務効率の推進 2. 当センターで発刊している「診療のご案内」や「外来担当医表」の全面改訂をはじめ広報誌によりセンター内の動きなどをアピールする。	1. 「診療のご案内」に関しては、次年度に向け新たな構成（業者の選定も含む）も検討した。 2. 当センターの部署間での情報交換を更に密にするためにミーティングなどで情報共有を図った。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
<p>(6) 臨床研究を促進する。</p> <p>①薬物治療学研究室、臨床疫学研究室、分子疫学研究室と連携し、臨床研究を推進する。</p>	<p><b>臨床研究数</b> H25：370 (附属4病院)</p>	<p>(臨床試験支援センター) 申請手続きを簡略化するためにIT化、検討・申請書の負担減と申請もれを防止する。</p>	<p>1. 薬物治療学研究室等と連携を必要とするような臨床研究のコンサルテーションの依頼はなかった。 2. 治験に関する受託申請等の事務手続きシステムは、滞りなく機能し、来年度も継続して活用する予定である。 3. 治験及び臨床研究へのコーディネーター業務は5年連続で年間稼働のべ件数を増やしており、派遣コーディネーターと分担して、今後さらに効率的なサポート体制を構築する。</p>
<p>(7) 効率的医療を推進する。</p> <p>①効率的な診療体制の構築を図る。</p>	<p><b>中央棟手術室利用率 (日勤帯) 60%以上維持</b> H25：70% H26：70%</p> <p><b>外来棟手術室利用率 60%以上目標</b> H25：42% H26：50%</p> <p><b>新外来棟での救命救急センター開設</b></p>	<p>(病院事務部) 多職種による連携を図りチーム力を強化する。</p>	<p>1. 手術件数の減少に伴い、手術室の利用率は、平成26年2月までの実績で中央棟手術室73%、外来棟手術室40%でわずかに目標に届かなかった。 2. 手術件数減少は、血管外科、耳鼻咽喉科の影響が大きい。一方、精神神経科の修正電気痙攣療法、麻酔科のCV挿入が減少したが、本来手術室で行わなくてもよい処置の減少は妥当であるといえる。</p>
<p>②手術室の安全で効率的な運用を図る。</p>		<p><b>【運用面】</b> 1. 手術室利用率の向上。特に外来棟手術室は50%以上の利用率とし、中央棟手術室の負担軽減と更なる有効利用を図る。 2. 手術室枠の定期的な見直しを実施する。</p> <p><b>【安全対策】</b> 1. 感染防止対策を強化する。特にSSI(術野感染)発生数の減少を図る。 2. 再手術数の状況調査と検証を行う。 3. 手術室規約違反手術の削減。</p> <p><b>【管理面】</b> 1. 人員の適正配置、手術時間の適正化、医療材料の適正利用により、手術室利用の平準化を図る。そのための対策として、看護師本来業務の状況調査、医療材料等管理システムの導入検討を行う。 2. 術式に対する使用機器の調査を行う。その後術式に対する使用機器のデータ化やオーダーの紐付けを実施し、機器の計画的な更新や新規購入の必要性を評価することで、無駄を省き、効率的な運用を図る。</p>	<p><b>【運用面】</b> 利用率・手術件数に関してはは同程度で推移している。</p> <p><b>【安全対策】</b> 1. 再手術などは減少傾向にあり、手術時間超過も増加はしていない。 2. タイムアウトの再検討など、安全対策は徐々にであるが、進んでいると考えている。</p> <p><b>【管理面】</b> 1. 棚卸し、不動在庫なども定期的にチェックが行われている。カード紛失なども経時的に観察出来ている。 2. 医療機器に関しては、更新計画のために今後は購入時期、利用状況の把握などの購入後のトレースのシステム作りを検討する。</p>
<p>③救急患者受入れの体制整備と推進を行う。</p>		<p>(救急部) 救急患者来院後に速やかに患者の状態を評価し、緊急度に応じた優先順位づけを行うトリアージ体制の充実を図る。</p>	<p>附属4病院 ICLS コースを継続的に開催した。救急部リーダー医師のPHSを同窓へ公開した。</p>

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成25年度事業計画	平成25年度 実施結果
(8) ICTを充実し、有効活用する。 ①電子カルテを導入する。	電子カルテの導入	(システム課) 新外来棟の建築に向けた電子カルテの導入準備	情報システム統括委員会を含む関連委員会にて導入に向けた計画策定を開始した。導入時期については隣接の都有地や新外来棟の建築計画を踏まえ検討している。
(9) コスト管理の強化と収益性の向上を図る。 ①月次医療収支額を把握し活用する。	<b>年度予算の収益目標額以上の達成</b> <b>特殊材料費・消耗品費 経費率1%削減 (平成24年度実績ベース)</b> H25: 1.13%削減 H26: 1%削減	(病院事務部) 病院運営会議において毎月収益状況報告を行い、必要に応じて各科へのフィードバックを行う。	特殊材料は前年同月比-1.3%で目標達成したが、医療消耗品は-0.5%と目標未達成であった。
②他大学とのDPCデータのベンチマークを実施し、活用する。	<b>原価率</b> H25: 90.3% (第3四半期) H26: 90%以下  <b>ベンチマークによる改善の提言</b>  <b>BSCの推進</b>  <b>後発医薬品の数量シェア</b> H25: 24.5% H26: 30.0%	(企画部) DPCベンチマークを実践し、経営上の改善点を提案する。	6大学ベンチマークにおいて、医療の質の評価を目的にDPCデータの様式1、Dファイルを利用したベンチマークの実施に関わる協定書を締結し、診療圏、救急、がんや脳卒中等の疾患、薬剤などの16領域の交換指標(案)を選定し、分析を実施した。次年度以降も分析の精度を高め、経営上の改善点を提案する。
③医療材料のSPD業務の再編の評価を行う。	<b>ベンチマークによる改善の提言</b>  <b>BSCの推進</b>  <b>後発医薬品の数量シェア</b> H25: 24.5% H26: 30.0%	(病院事務部・施設課・企画部) SPD業務の再編後の評価を行うため、物流全般にわたる現行の制度を効率面且つ経済的視点から検証し、経費抑制を図る。	医材・物流ワーキンググループを継続すると共に、今年度より「コストマネージメント・プロジェクト」を立ち上げた。
(10) 情報公開の条件を整備する。 ①診療情報を評価するシステムを構築する。	<b>情報公開項目数(手術、合併症率、再入院率、再手術率等)</b> <b>4項目以上達成</b> H25: 0件 H26: 4件	(管理課) 病院年報作成委員会にて選定された指標を公開する。その他ホームページへの公開。	平成25年10月に平成24年度版を発刊した。
(11) 晴海トリートメントクリニックの現状評価と将来構想 ①晴海トリートメントクリニックの機能(組織・診療体制・健診体制)を点検・評価する。	<b>現状評価と将来構想の策定</b>  <b>独自のビジョンとアクションプランの策定</b>	(晴海トリートメントクリニック) 中断している晴海トリートメントクリニック検討委員会の再開	平成26年1月に検討委員会設置の方針が決まったが、その後具体的な実施は行われていない。
②医療機器の計画的な更新を図る。		(晴海トリートメントクリニック) 内視鏡システムの更新、MR装置の今後を検討	一部機器の更新が決定、実施されているが全体的な方針は未実施である。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
(12) 総合健診・予防医学センターの充実			
①がんを中心とした早期発見のため画像伝送システムをはじめ検査伝送システムの病院との連携強化を図る。	がん早期発見率のデータ分析方法を確立し10%以上上昇させる。 (平成24年度実績ベース) H25: 0.1% H26: 0.1%	(総合健診・予防医学センター) 健診3ヶ月後の追跡調査の徹底	平成26年3月10日より紹介状および検査依頼票などオーダーリングシステム報告書を導入し、病院との連携を図った。
②特定保健指導を充実させメタボリックシンドローム該当者を減らす。		(総合健診・予防医学センター) 頸動脈超音波による動脈硬化診断の開始。	教職員の間ドック受診者に対する指導について衛生委員会で承認され、該当者に指導を行った。
③女性検診の充実化を図る。	メタボリックシンドローム該当者5%軽減 (平成24年度実績ベース) H25: 14% H26: 14%  女性検診での早期異常状態発見の10%アップ (平成24年度実績ベース) H25: 3.4% H26: 3.5%	(総合健診・予防医学センター) 女性検診に乳腺超音波検査の導入を検討する。	午後の婦人科検診および乳腺超音波検査実施までには至っておらず継続検討中である。
●葛飾医療センターに関する目標			
(1) コンプライアンスとガバナンスを強化する。			
①病院機能評価を受審し認定病院となる。	5年以内に病院機能評価認定 毎期設定される収益目標を達成する。 患者紹介率:50%(保険法)	(葛飾医療センター) 病院機能評価受審PTの立ち上げ	所属長、責任者会議が主導し職員レベルの委員会を設置した。各部門で規程などの確認を行い、評価項目毎に自己点検を実施中である。
(2) 健全財政を維持する。			
①医療の効率化、透明化、標準化を推進する。	H25: 49.4% H26: 50%	(葛飾医療センター) DPC分析とクリニカルパスの実践・推進	医療の質を担保しつつ、DPC/PDPSに適用したクリカルパスを計画的に拡大し、適用率は47.9%、昨年比+10.2ポイントの実績となった。
②コスト管理を徹底し収支差額を増大させる。	逆紹介率: 25% H25: 17.9% H26: 18%	(葛飾医療センター) 1. 医療収入と医療材料費の相関チェック 2. 人件費と委託費の相関チェック	予実管理表に基づき医療収入と医療経費および人件費の相関チェックを行い対策を講じた。
③データウェアハウスを活用し管理会計を強化する。	公開講座平均参加者数100名 H25: 112名 H26: 100名	(葛飾医療センター) 1. 病棟毎の原価計算の試行 2. 疾病毎の原価計算の試行	医療コンサルタントから提案を受け、データウェアハウスからのデータ抽出により、科別・疾患別原価計算におけるDPC/PDPSの限界利益を見出し、効率的な経営資料とした。
(3) オープン・システムを拡大する。			
①附属4病院、地区医師会、連携医療施設、行政とのネットワークを拡大する。	年間救急搬送数: 4,200件 H25: 3,532件 H26: 3,650件  年間手術件数: 5,000件 H25: 4,494件 H26: 4,600件	(葛飾医療センター) 1. 登録医の拡大 2. NKネットの連携強化  3. 小児初期救急医療の連携	1. 登録医の拡大: 4施設、6名の追加登録 2. NKネット強化: 病病連携は50件の転院実績。在宅医療への軸足が移る現状があり転院希望が減少している。〈紹介率 医療法52.5%、保険法49.4%、逆紹介17.9%〉
②教育研修制度を整備する。	血液透析件数: 1ベッドあたり2回転 H25: 1.38回転 H26: 1.40回転	(葛飾医療センター) 1. 看護師復職支援事業の継続 2. シミュレーション教育施設の活用促進	1. 看護職員復職支援研修は7月、11月、1月に開催し、計11名の研修および11名の就業支援相談に対応した。 2. 鏡視下手術認定制度については、他機関と同様に利用の促進に努めた。
③地域の健康管理・健康増進に貢献する。	BCPの策定と継続的な検証、更新	(葛飾医療センター) 公開講座の開催と充実	公開セミナーは、6月(141名)、9月(137名)、2月(59名)開催した。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成25年度事業計画	平成25年度 実施結果
(4) 診療重点機能を強化する。 ①プライマリーケア・ユニット (救急部・総合内科・小児科)の機能を強化する。		(葛飾医療センター) 総合内科の定員充足	1. 総合内科は、定員7名に対し、常勤はレジデントを含め8名、非常勤3名を配置している。救急搬送件数は、3,532件(昨年比-348件)であった。 2. プライマリーケア・ユニット検討委員会を発足させ、救急診療の強化を図るべく検討を重ねている。看護師による救急受け入れのトリアージの拡大、昼間の救急を断らないためのホットラインの設置など今後取り組む予定である。
②手術室を効率的に運用する。		(葛飾医療センター) 土曜日予定手術の実施	1. 手術室の稼働率の向上を目指し、引き続きインターバルの短縮を検討した。手術件数は、4,494件、昨年比-52件減少した。 2. 土曜日の局麻手術の実施計画や手術件数と看護要員の労務状況の相関などを分析したが、目標値を達成出来なかった。
③集中治療室 (ICU・CCU)を効率的に運用する。		(葛飾医療センター) SIの利用と内科の入棟基準の検討	1. 麻酔管理部門システムPIMSを利用し、医療上の質と安全性が担保できた。 2. 病床利用率は、48.7%、昨年比+0.9Pt上昇した。内科の入棟基準は継続検討中である。
④当初の計画通り、血液透析ベッドを拡張する。		(葛飾医療センター) 血液透析導入患者の漸増	透析件数は、8,382件(昨年比較+1,378件)、1床当たり1.41回転と大幅な増加を図り、外来部門の医療収入増に貢献した。当初の目標は40床、1床当たり2.0回転としていることから、労務と人員数のバランスを図り、費用対効果を考慮して計画を推進する。
⑤がん治療を重点化する。		(葛飾医療センター) 東京都がん診療連携協力病院 (部位別) の認可	1. 東京都がん診療連携協力病院の認可を受け、東京都に受理された院内がん登録件数は509件であった。 2. 協力病院として提出義務のある国立がん研究センターへのデータ件数は487件であった。
(5) 大規模災害に備える。 ①BCP (事業継続計画)を策定する。		(葛飾医療センター) 1. 教職員安否確認システムの導入 2. サプライチェーンの確認	1. 安否確認システムは、導入準備は整ったものの、システム課と調整した結果、次年度以降の導入となった。 2. サプライチェーンは、薬品卸及びSPD、メーカーの確認を継続して実施した。
②DMAT (災害派遣医療チーム)を編成する。		(葛飾医療センター) DMATの組織化と規程の制定	日本DMAT講習会を終了し10月30日付で指定された。規程は次年度早期に制定予定である。
(6) 第二期建築計画を実現する。 ①部門毎に活動性を検証し基本計画を立案する。		(葛飾医療センター) 将来拡張部門の選定	別館建築計画WGによる基本計画を完了し、年度末時点で詳細設計に入った。
●第三病院に関する目標 (1) 総合医療サービスにより安心な医療と思いやりのある対応で地域に信頼される病院になる。 ①救急搬送患者の受け入れを強化し、断らない救急を実現する。	救急搬送数350/月 H25: 383件 H26: 400件  手術件数年間6,000件 H25: 5,757件 H26: 6,000件  一般病床稼働率90%以上 H25: 84.0% H26: 88.0%	(第三病院) 1. 救急室管理における内科系・外科系救急体制を実行し、近隣医療機関との連携を通じて受入救急患者の増加を図る(200人/月増加)。 2. 昼間時間帯の救急部での受入救急患者の増加を図る(1日平均30名)。	病床運用の効率化を図り、医師・看護師と連携を図り円滑な救急搬送患者の受け入れを遂行した。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
②手術室の運用改善により手術件数の増加と緊急手術に対応する。	紹介率40%以上 H25：38.2% H26：40.0%  逆紹介率30%以上 H25：18.6% H26：23.0%  毎期の資金収支を黒字とする	(第三病院) 1. 手術枠を基本とした柔軟な手術申込の実施 2. 各科の全身麻酔手術の増加と午前の運用率の向上(午前稼働率50%) 3. 手術件数増加に対する医療スタッフの業務量増加に対して手術関連器械の整備と本来外業務を委託業者へ委託する。	1. 電子カルテ導入に伴い、手術・中材委員会を中心に調査・検討などを行い手術枠の柔軟な運用を図った。 2. 午前稼働率については57.7%から60.2%に向上した。  3. 今年度は中材滅菌機材準備スタッフを1名増員した。次年度は手術室・中材業務における看護師の間接業務についても委託化する。年間手術件数目標を6,000件としたが、11月末で3,971件と目標に近い数値で推移した。
③病床の運用を改善し、入院の必要性に応える。	中期大型投資計画・資金計画予定表の作成  新病院建築へ向けた敷地内建物の許認可状況の整理	(第三病院) PFMを全患者に適用し、病床運用の効率化を図る。	1. 平成25年5月よりPFMを外科系から内科にも拡大し、患者情報が周知され、効率的な運用に繋がっている。 2. 早期退院サポートプロジェクトチームを立ち上げ、各診療科にて適切な平均在院日数の推進を図り、また、急性疾患の治療中に発生する新たな機能障害を予防するため、入院関連機能障害予防システム(HPS)の運用を開始した。
④医療連携を強化し、紹介患者の増加を図る。 在宅医療を推進する。	建築委員会による地域自治体の意見を参考とした新病院要件仕様の検討開始  入院患者数 (1日平均) 16名 H25：10名 H26：12名	(第三病院) 1. 近隣の前方連携医療機関を訪問し、「顔の見える医療連携」を実施することで紹介件数増加を図る。 2. 紹介元医療機関のニーズを的確に把握し迅速に対応する。	1. 玉川医師会より申請のあった55名の会員を第三病院登録医として認定し前方連携医療機関増加を図った。  2. 電子カルテシステム導入以降も、紹介患者報告書未発行の患者をリスト化し、未発行数の減少、紹介元への逆紹介の推進を図った。
(2) 新病院建築に向け病院機能と財政基盤を確立する。	外来患者満足度70%以上 「次回も当院をご利用いただけますか」 H25：91% H26：91%	(第三病院) 安定的な財政体質の確立に向け、収入・支出に対しての不断の改善努力を継続する。	医療収入は2月末時点で累計達成率100.7%であり目標を達成できる見込みである。
①収支を改善し、新病院建築前まで単独での投資資金を確保する。	入院患者満足度90%以上 「あなたは家族や友人に当院への入院を勧めますか」 H25：84% H26：84%	(第三病院) 建物・設備、大型医療機器の投資計画、資金計画の収支バランスを評価できる計画表を策定する。	大型の投資計画については未確定の部分が多く、資金計画については作成できていない。
②中期的な大型投資計画、資金計画を策定し、経営課題を分析改善する仕組みを作る。	労働生産性向上一人当たり労働生産性=(医療収入-医療経費)/教職員数  実効性のあるBCP(事業継続計画)の完備	(第三病院) 新医局棟建築工事およびエントランス周辺駐車場整備工事を実施する。	1. 第1駐車場を整備し、患者用駐車台数を増設した。慈恵東通りへの通行を可能とする車路を設置し、ロータリー周辺の混雑が緩和され救急車待機スペースを確保した。 2. 第1駐車場は災害時のトリアージ・スペースとして使用可能となった。
(3) 新病院の基本構想、基本計画を策定する。	大規模災害に備えた新病院構想を地域自治体と協力し策定する。	(第三病院) 粕江市・調布市等の近隣地域自治体と連携をとり、要望を聴取した上で新病院の構想を検討する。	国領町八丁目・和泉本町四丁目地区まちづくり協議会を通じて高さ制限緩和に向け協議した。取りまとめに第三病院要望事項を盛り込んだ。
(4) 特色ある医療を強化する。	DMAT(災害派遣チーム)設置	(第三病院) 1. 関係医療機関に年2回診療案内を送付する。 2. 市民向け公開講座を実施する。 3. 精神科および心理臨床関係の各種学会や雑誌において、森田療法の治療成果を年4回報告する。	1. 関係医療機関に3回診療案内を送付した。 2. 市民向け公開講座を10月5日に実施した。 3. 学会にて約20回、雑誌に約10編、成果を報告した。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成25年度事業計画	平成25年度 実施結果
②患者満足度の高い病院への改善を図る。		(第三病院) 1. 外来会計の待ち時間短縮を図る(5分短縮)。 2. 電子カルテ導入後の待ち時間短縮策を検討する(再診患者在院時間1時間以内)。 3. 病院玄関前の混雑緩和と患者用駐車場増設のため整備工事を実施する。	1. 電子カルテ導入前の外来会計待ち時間は様々な取り組みにより大幅に短縮された。 2. 電子カルテ導入に伴い、ブロック受付、会計カウンター等の改修等を検討実施した。より良い患者動線を構築し大幅な患者待ち時間短縮実現した。 3. 病院玄関前と患者用駐車場の整備工事を実施した結果、混雑状況はほぼ解消した。
(5) ICT技術の活用により医療の効率化を実現する。 ①電子カルテを導入し、医療の効率化と医療データの有効利用を実現する。		(第三病院) HIS委員会を中心に、WGを定期開催し準備を進め、電子カルテを平成26年1月5日より稼働する。	予定通り平成26年1月1日に電子カルテシステムの稼働を開始した。特筆すべきシステム障害も発生することはなかった。更なる診療の効率化・患者サービスを向上させるよう運用及び詳細設定を改善している。
(6) 大規模災害に備える。 ①BCP(事業継続計画)を策定する。		(第三病院) BCPの根幹となる部分を策定する。	ベースとなるBCPはあるものの、災害状況を想定した防災計画を超える事業継続計画はできていない。
②DMAT(災害派遣医療チーム)を編成する。		(第三病院) 第三病院としてのDMATを編成する。	本年7月に研修を終了し、日本DMAT隊員として登録された。今後第2チーム編成にむけて隊員の募集を図る。
(7) 人材確保・育成・活用の推進を図る。 ①職員の人材育成制度を強化する。		(第三病院) 1. 職員の学会活動等対外的な活動を通じ人材の育成を図る。 2. 横断的な多職種によるチーム医療を推進する。 3. 多職種によるチーム医療関連研修会を年6回開催する。 4. スタットコール対応体制を確立する。	1. 第三病院人事係で受付・対応した参加申請は研修会14件、学会2件、この他、法人人事課受付分もあり、参加者自身の育成と職場へのフィードバックは一定の成果があったと考える。 2. チーム医療について、チームごとに活動の拡充を図るべく、活動が展開された。 3. 緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、感染対策チームの開催する研修会はより多数の教職員が参加し易くなる様、複数回開催し、更に開催時間も夕方の他に昼の時間帯を活用して行われた。
●柏病院に関する目標 (1) 医療の標準化・効率化を推進する。 ①医療の標準化、効率化により、医療の質の向上と安全を確保する。	DPC効率性指数の向上 H25: 0.00577 H26: 0.00816  外保連手術指数の向上 H25: 15.53 H26: 13.81  レジメン登録件数の適正化 H25: 430件 H26: 450件	(柏病院) 1. レジメンオーダーの全科(入院・外来)稼働と申請レジメンの適正管理を図る。 2. 誤薬防止のための処方箋様式を変更する。  (柏病院) 3. 電子カルテ導入やITによるネットワーク化、統一化されたシステム構築に向けた将来像を策定する。	1. レジメンオーダーの完全実施と薬剤師による抗がん剤調製の一元化は、適正管理だけでなく医療の質と安全の向上に繋がった。レジメン新規登録56件、削除3件となった。 2. 処方箋様式(与薬指示票(看護控))の帳票統一を完了した。  今年度のレジメン申請は新規56種、削除3種であった。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
②手術室の安全性の向上と効率化を図る。	<b>1C手術室利用件数の増加</b> 手術件数年間 7,000件 H25: 7,839件 H26: 7,000件	(柏病院) 1C手術室の有効利用を図ると共に安全性を確保するための手術件数を設定する。	局麻手術などは1C手術室で行い、難易度の高い手術を3階中央手術室にて受け入れる環境を整備した。8月より開始した周術期外来診察枠の拡大を図るとともに、手術時間割当表を改定し、午前、午後枠を撤廃することで手術室の有効利用を図った。
③医療材料を中心としたSPD方式の手術キット、DRGセットを評価し、効率化と医療経費の削減を図る。	<b>手技の特性に応じて専用キット化を推進する(現在は複数キットを使用)</b>	(柏病院) 看護部や業者を含めて実態把握するとともに、使用頻度が低い器材等の洗い出しを定期的(年2回)に行い、内容の見直しを行う。	附属4病院物流WGでの検討に基づき定数配置の見直し(種類、量)を行い経費節減に繋げた。
④DPCに対応したクリニカルパスの見直しを行う。	<b>クリニカルパスの導入件数</b> H25: 5,354件 H26: 5,600件	(柏病院) DPC請求と出来高請求の比較分析を実施し、見直しが必要なクリニカルパスについては、各診療部へ情報提供と改善提案を行い、効率的なパス作成を推進する。	サイプレス、girasolを活用し、診療科別診断群分類のコストと疾病原価の分析を行い、9診療部の診療部長と面談を実施し、パスの見直し及び入院日数の短縮等の協力要請を行った。
⑤患者のためのチーム医療を推進する。	<b>緩和ケアチーム年間介入数年間600件以上</b> H25: 95件 H26: 110件  <b>院内褥瘡発生率</b> H25: 1.11% H26: 0.99%  <b>NST介入件数</b> H25: 443件 H26: 450件	(柏病院) 1. 医療スタッフの専門性の向上、スタッフ間の連携・補完を推進し、患者・家族と共に質の高い医療の提供を実現する。  2. ガイドライン・プロトコル等を活用した治療の標準化を浸透させ、疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上を図る。医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上を実現する。	1. 緩和ケアチーム: 患者の様々な苦痛を取り除くことにより、心身の安定が図られ、治療やケアに安心して臨めるようになった。専門チームのサポートが入ることで、患者の対応に疲弊しがちな主治医や看護師の業務・負担軽減となった。専門的な医療チームが関わることで患者ケアがきめ細かくなり、患者と家族の満足度向上に繋がった。 2. 栄養サポートチーム(NST): 患者の栄養状態を回復させることを主な目的とし、チームでのNSTカンファレンス・回診(算定件数443件)に取り組んだ。勉強会は年間8回延べ283人の参加があり、また成医会や日本静脈経腸栄養学会にも発表出来た。3月から手術前の代謝を改善し周術期の回復過程を促進する「ERAS食」を開始した。 3. 褥瘡対策チーム: 褥瘡のリスクファクターおよび患者状態を各専門職の視点から多面的に評価し、患者個々の特性に応じた効果的な対策、治療を実践した。褥瘡発生・重症化予防、早期治癒およびこれらによる原疾患に対する治療効果の向上を図った。 4. 感染制御チーム(ICT): 各部署で手指衛生回数(1日1患者あたりの手指衛生回数)の目標値を設定し取り組んだ結果、9.76(前年度7.0)まで増加し、MRSA院内発生率は前年度0.6から0.35へ低減した。抗菌薬使用量については横ばいであり、ラウンドの回数を増やして対応している。
(2) 地域中核病院として十分に機能する。	<b>年間3診療部のBSC作成</b> H25: 20部門 H26: 30部門  <b>病院BSCの毎年のブラッシュアップ</b>  <b>市民公開講座開催件数年間2回以上</b> H25: 2回 H26: 2回	(柏病院) 1. 柏病院BSCのブラッシュアップと全部署BSCを作成する。  (柏病院) 2. 市民公開講座の開催等、地域住民や行政への医療啓発を更に充実させる。  (柏病院) 3. 救急搬送、救急患者増加に向けてER診療体制の更なる充実化を図り、積極的に救急患者を受け入れる。救急隊との顔の見える関係を強化し、積極的に患者を受け入れる。	全部署(42部署)のうち、20部署が作成した。  1. 地域がん診療連携拠点病院主催で9月14日(土)に開催した「がんと食事・お口のケアについて」の参加者は165名であった。 2. 平成26年3月1日(土)に開催した「がん診療における漢方と緩和ケアについて」の参加者は136名であった。  1C病棟改修に伴い救命救急センターの病床数を5床から8床へと変更し、急性期医療への対応体制を強化した。しかし受入実績は救急搬送数は対前年比-5.8%、3次救急患者数は-7.8%、2次救急患者数は-9.8%、1次救急患者数は-7.7%とすべて前年を下回った。



中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成25年度事業計画	平成25年度 実施結果
②周産期センター化を検討する。	救急搬送数・救急患者数対前年度比増 (救急搬送数) H25: 3,034件 H26: 3,100件 (救急患者数) H25: 6,230名 H26: 6,300名	(柏病院) 周産期センター化に向けた将来構想を検討する。	第23回病院運営会議において、柏病院将来構想検討委員会(第1次)で解決できなかった課題やその後新たに発生した課題などについて、次年度に「第2次柏病院将来構想検討会」を設置し、変わりゆく医療情勢の中で、当院が医療の質と安全性の向上、効率化を推し進める上で取り組むべき課題を整理し、具体的な項目を中期実行計画として取りまとめる。
③患者支援・医療連携センターの機能強化と患者相談・支援窓口(PFM)の充実により、病床の効率的な運用と医療の質の向上を図る。	平均在院日数の短縮 (目標11~12日) H25: 12.6日 H26: 12.5日	(柏病院) 1. PFMシステムの機能を強化し、病床管理を徹底する。 2. 同一疾病、同一治療の在院日数の共通化。午前退院、午後入院を推進する。	1. MSW・退院調整看護師の介入により、受入医療機関との連携を密にし、長期入院患者(30日以上)を転院させることができた。 2. PFMの介入件数も本年2月には400件以上着手しており効率的な運用を図った。
④東葛北部医療圏が求める外来および入院機能の拡充、先進医療を推進する。	外来患者数1日平均 1,600人以上 H25: 1,551名 H26: 1,552名  入院患者数1日平均 570人以上 H25: 541名 H26: 542名	(柏病院) 1. 新外来棟を建設する。外来診療棟の改修・病棟改修に向けた準備を進める。	1. 管理棟(仮称)の建物名称をD棟とした。 2. 外来増築・D棟新築工事は今冬の天候や資材調達の関係で若干遅れているが、平成26年8月から着工予定の病棟改修工事は計画通り進捗する予定である。
⑤連携病院を拡充し、地域連携を強化する。	先進医療の承認および実施件数年間1件以上 H25: 3件24症例、新規承認0件 H26: 30症例  紹介率50%以上 H25: 55.0% H26: 55.0%  逆紹介率30%以上 H25: 36.7% H26: 50.0%  地域連携診療計画管理料算定患者数(脳卒中地域連携:脳卒中のみ評価) H25: 7名 H26: 10名	(柏病院) 1. 前方連携の拡大(連携登録医の見直し、紹介元医療機関の拡大と紹介患者増) 2. 後方連携病院の開拓と関係強化 3. 在宅医療推進のための地域訪問看護ステーションとの連携強化	1. 積極的なMSW、退院調整看護師の介入により、連携病院と調整を図り、長期入院患者(30日以上)のスムーズな転院が実現した。 2. 連携登録医の制度を見直し、地域連携を強化するため、より実効性の高いシステムへと変更した。 3. 近隣医療機関の訪問、広報誌を通じた登録医療機関の紹介を行うなど、連携病院との関係を強化した。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平成 25 年度 実施 結果
<p>(3) がん診療連携拠点病院として必要な質の高い診療を実践する。</p> <p>①がん診療連携拠点病院として必要な施設を整備し、高度がん医療を提供する。</p>	<p><b>年間外来がん患者延数7,700人以上</b> H25：7,500名 H26：7,700名</p> <p><b>年間入院がん患者数3,500人以上</b> H25：3,286名 H26：3,500名</p>	<p>(柏病院) 口腔ケアなどがん診療連携拠点病院として必要な医療提供に対応できるよう診療体制の整備を図る。</p>	<p>1. 地域がん診療連携拠点病院の指定要件に沿った設備、機能の整備を図った。</p> <p>2. 年2回の市民公開講座にて口腔ケアや食事、漢方・緩和治療などの医療知識の提供に努めた。</p> <p>3. がん講演会では免疫力を高める食事、リンパ浮腫予防、心のケアなどがん治療に関連する医療知識の提供に努め、病院スタッフが一丸となって、がん予防、がん医療の提供に取り組んだ。</p>
<p>②化学療法および緩和ケアの提供体制の充実を図る。</p>	<p><b>地域がん登録件数</b> H25：1,582名 H26：1,700名</p> <p><b>がん治療連携計画策定料算定患者数(がん地域連携)</b> H25：7名 H26：10名</p>	<p>(柏病院)</p> <p>1. 外来化学療法室ベッド回転率の向上。時間帯、曜日の偏在性を解消し、効率的な運用を図る。</p> <p>2. 緩和ケア体制の整備を図り、がん診療連携拠点病院としての質の向上、入・外緩和ケア診療加算算定に伴う増収へ繋げる。</p>	<p>1. 外来化学療法室のベッド回転率向上を図るための当番医、予約枠等について調査分析を行い、改善に向けて検討した。また、次年度より施設基準に基づいた該当薬剤の運用幅を広げ、更なるベッド回転率の向上に努めていく。</p> <p>2. 緩和ケア体制の整備を図り、緩和ケア診療加算算定に伴う増収へ努めた。また医療費改定に伴い細分化される緩和ケアを主体とするがん患者指導管理料に対応できる体制整備、また、外来緩和ケア管理料に伴う体制整備を検討中である。</p>
<p>③各医療機関からの紹介患者の受入れを行う。また、地域連携バスを活用し、病病連携・病診連携を推進する。</p>	<p><b>外来化学療法室月平均延患者数430人以上</b> H25：409名 H26：430名</p> <p><b>緩和ケアチーム年間介入数年間600件以上</b> H25：95件 H26：110件</p> <p><b>地域連携バスのバス種の拡大と稼働3バス以上</b> H25：5 H26：8</p> <p><b>バス使用件数年間5件以上</b> H25：14件 H26：20件</p>	<p>(柏病院) 地域連携バス体制整備、拡大を図り、地域連携バス件数増に努め、医療連携強化を図る。</p>	<p>1. 今年度の地域連携バス実績は29件、うち計画策定料算定件数は15件であった。</p> <p>2. 脳卒中バスの回復期連携病院は新たに1施設が新規加入し、3施設での連携となった。</p>
<p>(4) 救命救急センターとしての診療体制および機能を強化する。</p> <p>①重症および複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる。</p>	<p><b>3次救急搬送件数120件増/年間</b> H25：755件 H26：875件</p> <p><b>救命救急入院料の算定件数増</b> H25：1,594件 H26：2,000件</p> <p><b>救急車で来院し、入院となった患者数(救急医療入院のみ)</b> H25：1,514名 H26：1,600名</p>	<p>(柏病院) 1C病棟改修工事の終了と共に病棟内に3床増床となる。各診療科に対して当直体制及びER体制の見直しを図ると共に1C手術室の有効利用を図る。</p>	<p>1. 救急患者数減少により、実績においては、救急搬送数は対前年比-5.8%、3次救急患者数は-7.8%、2次救急患者数は-9.8%、1次救急患者数は-7.7%であった。</p> <p>2. 1C手術室の利用拡大推進、午前午後手術枠の撤廃、麻酔科周術期外来の開始、手術申し込み期限の前倒しによる計画的な手術室運用を図った。</p>
<p>②救命救急センターの円滑な運営のための全診療科のバックアップ体制を構築する。</p>	<p><b>救急車で来院し、入院となった患者数(救急医療入院のみ)</b> H25：1,514名 H26：1,600名</p>	<p>(柏病院) 全診療科による救急支援体制を構築する。</p>	<p>1. 入院総件数13,899件、救急搬送数3,034件の内、救急入院は2,455件(80.9%)であった。</p> <p>2. 超緊急帝王切開手術に対し、全科で麻酔や機械出し等の支援を依頼するために、カイザーコールの検討を行った。</p>
<p>③手術室を効率的に運用し、救急患者の受入れを強化する。</p>		<p>(柏病院) 1C手術室の有効利用を図り、緊急手術の受入体制を整備する。</p>	<p>定時手術を時間内に終了するよう改善し、緊急手術への対応を可能にした。</p>
<p>④医学生、臨床研修医、看護系学生および救急救命士等に対する救急医療の臨床教育を行う。</p>		<p>(柏病院) ICLSコースの受入体制を整備する。また、医療従事者に対する救急医療教育を行う。</p>	<p>1. 研修医へACLS講習を11月と12月に各1回実施した。</p> <p>2. 救急救命士に対し、気管挿管実習を10月から3月まで3名(90症例)、再教育実習を10月から3月まで38名、就業前病院実習を5月、6月に2名を受入れた。</p>

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成25年度事業計画	平成25年度 実施結果
(5) 収益の向上を図る。 収益月次報告により、予算に対する執行額および収支バランスを把握し、収益目標額を達成する。 ・医療経費（特殊材料費、消耗品費等）の削減 ・原価率 ・診療単価と手術単価	<b>每期設定される収益目標を達成する。</b>	(柏病院) 病院運営会議及び診療部会議において、患者数および収益状況の報告を行う。また、各診療部（科）に対して、手術件数、診療単価、DPC分析、クリパスの見直し等を提案し、収益向上策を実施する。	1. 診療科別、疾患別の原価計算分析を実施し、診療部長面談で改善策を提示した。 2. 収益分析に基づく既存クリカルパスの検証及び最適化への見直しを行い、収益力の改善を図った。
(6) ICT推進による医療の効率化・共有化を推進する。 ①平成26年度中に電子カルテを導入する。	<b>電子カルテの導入</b>	(柏病院) システムベンダーを検討する。	平成27年1月の電子カルテ導入に向けて、スケジュール通り、ベンダー選定、プロジェクトリーダー及び各部門のリーダー、サブリーダー、メンバーの選出、各ワーキンググループの新設、部門システムベンダーを選定した。
(7) 災害拠点病院としての体制を整備する。 ①自己完結型のDMAT（災害派遣医療チーム）を創設する。	<b>DMAT（災害派遣医療チーム）の指定</b>  <b>災害対策の再整備</b>  <b>BCP（事業継続計画）策定</b>	(柏病院) 1. DMAT派遣人員数を決め、講習会等に参加させるとともに、派遣できる体制を整備する。 2. 被災地における自己完結型の医療救護に対応できる携行式の応急用医療資器材、応急用医薬品、テント、発電機等の設備を整える。	1. 9月20日・21日関東ブロックの訓練、2月4日柏市消防局による多傷病者事故救急救助訓練、3月6日広域医療搬送実機訓練に参加し、実践的かつ機動力の向上を図った。 2. DMAT車両を配備し、車両内に携行資器材を整備した。
②災害拠点病院としての受け入れ体制等を整備する。		(柏病院) 1. 被災地からの重症患者の受け入れ、DMAT等の医療チームの受け入れ、傷病者等の受け入れ及び広域搬送への対応、地域医療機関へ応急用資器材の貸し出し等の体制を整備する。 2. 必要備品・器材の確保。 3. 自家発電機の燃料を3日分程度確保。 4. 食料、飲料水、医薬品等の3日程度の備蓄。 5. 簡易ベッド等備蓄倉庫の確保。 6. 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の情報を入力する複数担当者を定め、入力内容や操作方法などの研修・訓練を実施する。 7. 地域の二次救急医療機関や行政機関等との定期的な訓練を計画する。	1. 平成26年度の災害時受け入れ訓練会場として準備を進めることとした。 2. 災害拠点病院としての要件を整理・確認し、必要な備品などを備蓄した。また、各病棟に入院患者と夜間・休日病棟勤務者の1食分と教職員の3食分の食品と飲料水を追加した。 3. 柏市より貸与された衛星電話の訓練を実施し、操作と受信可能場所の確認を行った。 4. 医薬品の備蓄については、外来分100人分から1,000人分確保に変更した。 6. 千葉県との通信訓練並びに柏市との衛星電話の送受信訓練を実施した。 7. 柏市立病院、松戸市立病院で実施された訓練に参加し、今後の計画に向けた情報収集を行った。
③BCP（事業継続計画）を策定する。		(柏病院) 他3機関（東京都）の計画を参考とし、千葉県における計画に準拠した柏病院版を策定する。	本院より資料を入手したが、検討には至っていない。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
<p>II. 法人運営の改善および効率化に関する目標</p> <p>1. 運営体制の改善に関する目標</p> <p>①内部監査の充実を図る。</p>	<p>法令遵守と内部統制の強化</p> <p>理事の担当役割の明確化</p> <p>大学プランの策定と公開</p> <p>不適切な個人情報管理をなくす。</p>	<p>(監査室)</p> <p>1. 公的補助金(研究費、経常費補助金等)監査および業務監査を充実させ、的確な評価・検証・改善提言を行う。</p> <p>2. 監事、外部監査人との連携を強化し、内部統制の整備、運用状況を確認する。</p>	<p>1. 補助金監査の予定項目の他に、モニタリングの項目を増やすなどの対応を行った。</p> <p>2. 業務監査は規程類の整備状況を確認した。内部監査協会・大学監査協会の研修会に積極的に参加し、内部統制に関する情報を収集した。</p> <p>3. 監事・外部監査法人との連携を図り、指摘事項への対応を該当部署と協議した。</p>
<p>②理事会機能を検証する。理事の担当役割を明確にする。</p>	<p>事業計画の課題100%実施</p> <p>申請過誤の削減(申請過誤0件) H25年度:0件</p> <p>研究費不適切使用の排除(研究費不適切使用0件) H25年度:0件</p>	<p>(理事会)</p> <p>自己点検評価委員会にて法人全体の機能を検証する。</p>	<p>大学自己点検評価委員会にて、慈恵大学事業計画を検討し必要な助言を行った。理事会機能について、常任理事の役割分担を確認した。</p>
<p>③慈恵大学行動憲章・行動規範の周知を徹底する。</p>		<p>(人事課)</p> <p>周知浸透方法の工夫目的にて他事業体の行動憲章・行動規範情報を収集する。</p> <p>(教員・医師人事部)</p> <p>新規採用教員・医師全員(100%)に教員・医師ハンドブックの配布を通じて本学の行動憲章、行動規範の周知を図る。</p> <p>(広報課)</p> <p>広報誌及びホームページなど広報ツールを活用し、内外に向けて発信・周知する。ホームページの掲載、The JIKEI、慈恵ニュース(各年2回発行)に掲載し周知を図る。</p>	<p>(人事課)</p> <p>1. 行動憲章、行動規範の浸透を図るため、他事業体の情報並びに周知方法について情報収集を行った。</p> <p>2. 慈恵大学行動憲章・行動規範については、研修時に紙面を配付して周知した。</p> <p>(教員・医師人事部)</p> <p>新規採用教員および非常勤医師の全員に、各機関の協力を得ながら「教員・医師ハンドブック」を配布した。</p>
<p>④法令遵守の徹底を図る。</p>		<p>(総務部)</p> <p>法令違反0件とする。</p>	<p>慈恵大学行動憲章・行動規範について、本年度実施の階層別研修時に紙面を配付の上、説明を行い、法令順守の徹底を図るよう指導した。</p>
<p>⑤補助金(公的研究費、私立大学等経常費補助金等)に係る管理体制を充実する。</p>		<p>(経理課・研究支援課)</p> <p>補助金(公的研究費、私立大学等経常費補助金等)の管理体制と内部統制の強化を推進する。</p>	<p>経常費補助金配分額計算表をもとに、前年度経常費補助金一般補助の本学の傾向分析を行い、前々年度とほぼ同じ条件で経常費補助金一般補助の交付を受けたこと、条件の充足状況に問題がないことを確認した。</p>

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成25年度事業計画	平成25年度 実施結果
⑥個人情報保護の重要性を認識し、教育・指導を行う。		<p>(総務課) 外部講師による4病院合同の講演会を実施し、注意喚起を行う。また、オールユーザーにて注意喚起メールを配信する。</p> <p>(管理課) 教職員の関心を集める講演会を企画開催することにより講演会参加者数増を図り、教育啓蒙を推進する。</p> <p>(葛飾医療センター) 個人情報保護に関する研修会を開催し啓蒙を図る。</p> <p>(第三病院) 診療録やUSBメモリの取扱い方法等、イントラネットや院内のセミナーを通じて教職員へ啓蒙を図る。</p> <p>(柏病院) 定期的に研修会を開催するとともに、セルフチェックを行う。</p>	<p>(総務課) 1. 個人情報の適正管理を徹底するために、平成26年1月29日に外部講師による「個人情報保護研修会」を4病院合同で開催した。</p> <p>2. オールユーザーにて注意喚起メールを配信した。</p> <p>(管理課) 1. 個人情報保護委員会を年間4回開催し、個人情報保護管理体制、診療データの取り出し責任者を見直した。</p> <p>2. 他機関で発生した「患者個人情報の取り扱いに係る不適切管理事例」に関しては診療連絡速報にて、全教職員に注意喚起した。</p> <p>(葛飾医療センター) 個人情報の適正管理に関する注意喚起を通知するとともに、平成26年1月29日に「個人情報保護研修会」を開催した。</p> <p>(第三病院) 1. LINEの使用に関して教職員に問題提起するなど、個人情報の適正化管理に関する注意喚起ならびに啓蒙活動を行った。</p> <p>2. 平成26年1月に「個人情報保護研修会」を開催した。</p> <p>(柏病院) 1. 3月下旬にセルフチェック表を教職員に配布した。</p> <p>2. 4月中旬に回収し、分析後に診療連絡速報等でフィードバックする。平成26年1月に「個人情報保護研修会」を開催した。</p>
⑦本学の情報（社会貢献、研究成果、医療貢献）を学内外に発信する。		<p>(広報課) 最新情報を掲載できるようホームページの更新を定期的に行う。メディア取材、広報誌・ホームページを行うとともに、主要メディア掲載件数（慈恵トピックス掲示板への掲載を含む）を500件程度にする。</p> <p>(学術情報センター) 1. 教員評価システムの使用法の説明会を開催し、本学各教員の情報（社会貢献、研究成果、医療貢献）のデータ入力の促進をはかる。</p> <p>2. 本学各教員の情報（社会貢献、研究成果、医療貢献）のうち、大学基準協会の評価で必要となるデータを教員評価システムから抽出することができるかを、大学自己点検・評価の関連部署と確認する。</p>	<p>(広報課) 1. 本院ホームページをリニューアルした。</p> <p>2. The JIKEI、慈恵ニュースをそれぞれ年2回発行した。</p> <p>3. PROSPECTUSは、次年度の組織改編なども組み込み、年度明けの発行に向け準備を進めた。</p> <p>4. 主要メディア掲載数は、年間650件を超えた。講座・研究室のプレスリリース方法の相談に的確に対応し、掲載の機会を広げた。</p> <p>(学術情報センター) 1. 「東京慈恵会医科大学教育・研究年報2012」「英文研究年報 Research Activities2012」の編集・発行作業を行い、インターネットに公開した。</p> <p>2. 「教員評価システム業績データ登録説明会」を年2回開催した。</p> <p>3. 教員評価システムへ教員ごとの業績データの登録が促進される方法を検討した。</p>
⑧事業計画の実施状況を確認する。		<p>(企画部) 数値による達成状況の把握により、未達成項目に対する具体的な方策を検討する。</p>	<p>1. 前期6年間（平成19年度～平成24年度）の中期目標・中期計画の達成状況の自己評価を再評価し、大学全体の実績としてまとめた。全154項目のうち116項目（75%以上）が達成、改善され、未達成は38項目であった。なお、今期（平成25年度～平成30年度）の中期目標・中期計画に対する数値目標を新たに設定し、評価検証の精度を高める取り組みを進めた。</p> <p>2. 平成24年度事業計画の実施結果評価を行うと共に平成25年度事業計画を策定し中間評価を行った。</p>
⑨事業計画を実施するためにBSCを活用し、継続的に評価する。		<p>(企画部) 各部門にBSCを浸透し事業計画と連動することで、大学の目標達成につなげていく。</p>	<p>1. 事業計画と各部署の業務目標を連動させることを目的に業務目標をBSCに変更する提案をし、次年度より実施することになった。</p> <p>2. 西新橋キャンパスでは、新規8部門と本院BSCが作成された。</p>

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
2. 人材確保・育成・活用に関する目標			
①職員の人材育成制度を強化する。	教職員アンケート調査における満足度10%UP (平成24年度実績ベース) H25: 53.9% H26: H25に対し5%Up	(人事課) 1. 新入職員研修～入職3年目研修を再評価する。 2. 管理職育成プログラムを再評価する。 3. 自己啓発制度、管理職研修の対象に新たなプログラムを追加する。	(人事課) 1. 若手職員育成対策の一環として、新入職員研修の内容を一部見直した。 2. 管理職育成プログラムを再評価し、次年度より内容を見直す。また、成果発表のあり方を再検討し、次年度より実施する。 3. 自己啓発制度などの新プログラムの追加については十分な検討ができなかったため、次年度も継続して検討する。
②人材の有効活用のための適性の把握・評価方法を検証する。	教職員全体退職率5%減少 (平成24年度実績ベース) H25: ±0% (115名) H26: -5% (100%)	(人事課) 人材活用データベースを構築する。	人材活用データベースは50%の構築であり達成には至っていない。
③教職員の満足度を向上させ教職員の定着率を高める。	看護要員確保率100% (平成24年度実績ベース) H25: 100% H26: 100%  看護師年間退職率11.6%以内 (平成24年度実績ベース) H25: 12.6% H26: 12%以下	(人事課) 1. 教職員アンケートの実施 2. 表彰制度の改定検討 3. 人事給与制度の改定検討  (教員・医師人事室) 教員・医師の自己都合による退職者を前年実績以下にとどめる。	(人事課・給与厚生課) 1. 企画部及び教員・医師人事室と検討の上、設問内容の改善を図った。 2. 制度改定の検討には至っていないが、労働生産性向上WG活動成果の表彰制度を策定した。 3. 労働保険料を法人一括納付へ変更した。 4. EAP業者を変更し、相談体制の充実とコストダウンを図った。 5. 所属長会議にて管理職向けに職場の健康管理の徹底を周知した。 (教員・医師人事室) 今年度の退職者数は例年並みであるが、教員(医師)の離職を最小限にとどめる施策の構築には至らなかった。
④看護師の雇用安定化を図る。		(人事課・ナース就職支援室・看護部) 1. 平成26年当初採用目標人員を確保すると共に、良質な人材を確保する。特に柏病院要員確保を最重要事項とする。 2. 人事課・ナース就職支援室・看護部の連携を強化し応募者増を図る。 3. 採用環境の的確な把握、競合する他大学の求人状況を把握し求人活動に反映する。 4. ナース就職支援室としての役割が最大限に発揮できる仕組みを確立する。 5. 4機関看護要員の人事交流を促進する。 6. 助産師採用予定者の貸付制度を制定する。 7. 国内留学制度の見直しを行う。	(人事課) 1. 次年度当初の目標人員(4機関合計)と機関別目標人員を確保した。 2. 人事課、看護部との連携強化により、病院見学、インターンシップ参加者は前年比3倍であったが、応募は微増に留まった。 3. 採用環境の的確な把握については、広告媒体企業・求人校からの情報収集、及び都内7医大との情報交換を実施した。学生の就職活動に合わせた求人活動を展開し、11月中旬に募集を停止した。 4. 各機関看護部、人事課、看護学校との連携が更に強化され、合同就職説明会、インターンシップ、病院見学の参加者増につながった。また学内生の病院バス見学の実施により就職率向上を図ると共に、内定辞退防止策として、学外内定者を対象に国家試験対策セミナーを実施し、全員合格した。 5. 助産師奨学貸付制度を制定し、4名の応募につながった。 6. 国内留学制度を積極的に活用し、スキルアップの機会拡大とモチベーション向上を図った。 (ナース就職支援室) 5. 平成26年度の看護師確保がやや不足する第三病院へ主任看護師の異動と看護師のトレーディング・ブレイスを実施した。 7. 認定看護師、助産師、看護教員の増員に向け、5年間の育成計画を立てた。 (看護部) 5. 第三病院へ他3機関からトレーディング・ブレイス5名と転勤5名(主任2名・看護師3名)で人員調整を行った。 7. 平成26年度の国内留学予定者は附属4病院合計で18名(認定看護師12名、助産師4名、看護教員2名)となった。進学者予定者数を除いた看護要員が確保された。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成25年度事業計画	平成25年度 実施結果
⑤労働生産性を向上させる。		(人事課) 時間外労働縮減、有給休暇取得向上WG活動による変形労働、業務のスリム化、風土改革の推進を行う。 (教員・医師人事室) 医療従事者勤務適正化委員会を通じて医師の業務軽減策を新たに実施し、医師の配置を効率化する。	(人事課) 労働生産性向上に向けたWG活動を策定し、平成26年2月より西新橋地区にて活動を開始した。  (教員・医師人事室) 文書カウンターによる取り扱い文書の拡大および病棟への業務課職員の配置拡大により、医師の事務作業を軽減した。
<b>3. 事務の効率化・合理化に関する目標</b>	<b>適正なICTの導入 事務組織の効率化</b>	(システム課) クラウドサービスを用いた機器統合による経費の圧縮やスマートデバイスの医療現場・教育分野における活用など情報・知識の共有を推進する。	クラウドサービスの導入実績について、私大情報処理研究会を通じて情報収集を行った。国立大学に比べ実績が少なく、メーカーの取り組みも含め引き続き情報収集する。
①適正なICTランドデザインを構築し、ICT戦略を策定する。			
②経営管理データを一元管理し、経営判断を迅速に行えるよう情報提供をする。		(企画部) 新原価計算システムによる迅速な情報提供を行う。	既存の原価計算システムの新原価システムへの移行準備は80%完了し、平成26年度より稼働する予定である。
③各部門間の連携と相互補完体制を検討する。		(総務部・企画部) 標準業務手順書の完成と実践を図る。	(人事課) 標準作業手順書に作業時間が記載されていないものもある為、労働生産性向上WG活動の中において、各部署に対して作業時間を把握記載し、併せて作業プロセスの見直しを行う仕組みを策定した。
<b>Ⅲ. 財務の改善に関する目標</b> <b>1. 収支改善・外部資金獲得に関する目標</b>			
①予算実績管理体制を強化して効率的な運用推進の仕組みを策定する。	<b>経常収支の状況 経常費補助金の獲得額</b> H25： 3,533,202,000円	(経理課) 経理システムの更新（H26年度）に合わせ、予算管理機能を盛り込む。	予算申請、進捗を一元管理する仕組みを備える経理システムが新たに稼働し、次年度から新システムで予算管理を行う。
②経営改善重要項目ごとに検討組織を設置し改善を推進する。		(理事会) 大学マスタープランを策定して改善に着手する。	大学マスタープランの重要項目である、西新橋キャンパス再整備計画を進捗させることを主に業務を進めた。
③本学の補助金獲得内容を分析し、増加のための対策を推進する。	<b>経費予算と経費実績 差異の減少 (各部署・科目毎の誤差5%以内/除く、医療経費)</b> H25：21億円 H26：21億円以下  <b>経常費補助交付額 (医学部)で私立医科大学29校中3位を維持</b>  <b>毎年度4件の大型プロジェクト研究事業を維持</b> H25：5 H26：6	(研究支援課) 政府各省庁・民間財団等が公募する大型プロジェクト研究事業に大学として積極的に応募する。	1. 今年度の文部科学省「私大戦略的研究基盤形成支援事業」申請研究プロジェクトが採択された。同事業による研究プロジェクトは今回分を含めて5件となった。 2. 文部科学省「平成25年度私立大学等改革総合支援事業」のタイプ1（建学の精神を生かした大学教育の質向上）ならびにタイプ2（特色を発揮し、地域の発展を重層的に支える大学づくり）に選定された。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平成 25 年度 実施 結果
2. 経費の抑制に関する目標			
①物流の見直し、購入組織の見直し、個別、疾病別の医療材料費を把握することにより改善を推進する。	医療材料費削減プロジェクト削減目標の達成 医療経費率 H25：34.7% H26：34.7%以下	(施設課) 慈恵実業と連携し、医療材料費削減プロジェクトを発足し、4病院での共同購入、安価な製品への切替え、無駄の防止を図り、経費抑制を推進する。	4病院医材・物流WGを中心に、安価な医療材料への切り替えや、返品材料の再配送などの取り組みにより経費削減につなげた。
②医療経費の抑制を図る。	本院の東京都温室効果ガス排出総量削減目標の達成 東京都削減目標 2013年度～2014年度平均8%削減 2015年度～2019年度平均17%削減 (本院) H25：9.3%削減 H26：8%減 (葛飾) H25：22%削減 H26：8%削減 (第三) H25：22%削減 H26：9%削減 (柏) H25：8.9%削減 H26：8%削減  ICT経費の適正化	(病院事務部) 物流全般にわたる現行の制度を効率面且つ経済的視点から検証し、経費抑制を図る。 (葛飾医療センター) 1. 後発薬品の採用を拡大する。 2. 手術キットの内容を精査する。 3. 特殊材料の歩留まり状況を精査する。 (第三病院) 医療消耗品が医療収入の4.5%以内を目標に無駄な使用削減を徹底する。  (柏病院) 医療材料のSPD方式の手術キット、DRGセットの適正化を図り、効率化と医療経費の削減を図る。年々増加する現状を説明し、適正使用の協力を要請する。 (企画部) 4病院全体の経費支出状況を分析し、改善点を提案する。経費率を前年度比で下回る。  (薬剤部) 医療安全面に考慮しながら、後発薬品への切替を適切に進める。	(病院事務部) 1. 手術キットの価格見直しにより、経費削減を実現した。 2. 抗生剤(注射薬)8品目を後発品に切り替えた。  (葛飾医療センター) 1. 内服薬や注射薬を後発品に切替えた。 2. 手術キットの使用状況を確認し見直しを行った。 3. 特殊材料経費の歩留まり精査：使用数と保険請求、査定のチェックを実施した。 (第三病院) 1. 4病院医材・物流WGでの提案品目に対し、各現場にサンプリング等を実施した。 2. 看護部、SPDを通じ医療材料の定数を見直し、経費削減につなげた。 3. 医療収入比については、2月末数値で4.32%と堅調である。 (柏病院) 4. 薬事委員会、後発品導入WGと連携し、内服薬、注射薬を後発医薬品への切り替えた。 5. 手術キットを見直し、経費削減につなげた。 6. 医療材料の配置定数の見直しや不在庫の削減を行い、経費を削減した。 (企画部) 1. 医療経費の抑制については、支出状況について分析をしたが改善策の提案に至らなかった。 2. 経費削減を目的に新設されたコストマネージメント・プロジェクトを立ち上げた。本年度は永続的な活動ができる体制作りのための検討を行った。 (薬剤部) 薬事委員会、後発品導入WG連携し、後発品へ切り替えた。
③地球温暖化防止関連法規を遵守し、エコ活動を推進する。		(施設課・管理課(葛飾・第三・柏)) 省エネ委員会を中心に、省エネ法、東京都環境確保条例遵守する。	(施設課) 東京都環境確保条例に対するCO2削減は、第一期計画期間(平成22年度から26年度)の削減義務率8%に対し、9.6%の削減率を達成した。平成22年度から25年度の平均削減率も8.8%と順調に推移している。 (葛飾医療センター) 省エネ委員会、ESCOの活動を通して計画通り進捗し、良好な結果が得られた。 (第三病院) 東京都温室効果ガス排出総量削減目標CO2排出基準7,330tに対し5,716tで、8%削減に対し19%削減を達成した。 (柏病院) 平成25年12月に柏市地球温暖化対策条例に基づく削減計画書を提出した。温室効果ガス排出量基準10,073t-CO2に対し9,956t-CO2で、1.16%削減した。
④ICTの適正導入と評価を行う。		(システム課) 1. 電子カルテ導入時にクラウドサービスの適用可否を見定め、機器の統合を行う。 2. 医療現場や教育分野へのスマートデバイス導入、またそれに伴うインフラ整備を行う。	1. クラウド(仮想化)対応の電子カルテシステム導入実績を調査したが、私立大学では1病院と導入費用やランニングコストを含めて情報が少なく、引き続き情報収集を行う。 2. スマートデバイスの導入については、会議資料作成時の労力軽減や用紙の削減を主眼として、iPadを利用した「ペーパーレス会議システム」を導入した。また、学生向け無線LAN(wi-fi)を設置し学生への利便性向上を行った。



中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成25年度事業計画	平成25年度 実施結果
<b>3. 資産の運用管理の改善に関する目標</b> ①施設・設備の効率的な維持管理と計画的整備を図る。	<b>中期計画（施設・設備）に基づく施設・設備および機器・備品の適正管理実現</b>	(施設課) 管理項目を選定し（建物、ガス、水回り、電気、空調等）、現状を把握する。	1. 平面図の整備を行い、最新の状態に更新した。 2. エネルギー管理は、電気、ガス、水道の使用量を建物またはメーター毎に過去10年の推移を記録管理した。 3. 建物ごとに建物情報（竣工年、床面積）等の施設項目並びに修繕費や光熱水費、付帯設備の費用等、設備要素に参考となる資料を作成した。
②機器・備品の効率的な管理、投資計画を策定する。	<b>中期計画（機器・備品）に基づく施設・設備および機器・備品の適正管理実現</b>	(施設課) 1. 管理項目を選定し、(放射線機器)、現状を把握する。(4機関における放射線機器の機種、設置日、経費を一覧表にて作成出来るようにする。) 2. 中央管理している医療機器は臨床工学部と共有の電子台帳による固定資産管理運用の改善を推進させる。(共有できる機器管理システム導入を目指す。)	高額機器の一覧表を作成し、今年度の高額機器更新(MRI・CT)および次年度の超高額機器(ガンマカメラ・MIR)の更新計画に活用した。
<b>IV. 自己点検・評価の充実に関する目標</b> ①自己点検・評価を公表し、運営(中期目標・計画、支援、設備整備等)に関わる検討組織の審議に反映できるシステムを構築、運営する。 ②平成28年度に大学基準協会の認証評価を受審する。	<b>自己点検評価結果報告書の公開</b>  <b>大学基準協会認定評価の認定</b>	(総務部・大学事務部) 1. 学校法人慈恵大学、東京慈恵会医科大学の情報公開を進める。 2. 大学基準協会から提言された勧告、助言項目の回答内容を公開する。	1. ホームページの情報公開の内容を充実させた。 2. 大学基準協会に行った勧告、助言項目に対する回答内容を、ホームページに公開した。
<b>V. その他事業運営に関する重要目標</b> <b>1. 本院新外来棟建築に関する目標</b> ①西新橋キャンパス全体を視野に入れ建築計画を策定する。	<b>新外来棟の建設</b>	(企画部) 本院新外来棟建築計画の基本構想をもとに基本計画を策定する。	1. 本院新外来棟の基本構想(案)をもとにした基本計画、基本設計の策定等を担当する設計事務所を選定した。 2. 旧都立港工業高校の跡地については、「都有地活用による医療インフラ整備における都有地利用事業者選定事業」に応募し、事業予定者として決定された。
②本院の機能分化と西新橋キャンパスの有効利用を考慮した外来棟の基本コンセプトを策定する。		(企画部) 1. 外来棟建築に向け、附属4病院の機能分化の方向性を検討し、骨子をまとめる。 2. 本院新外来棟建築計画の基本構想をもとに基本計画を策定する。	1. 国の医療政策を注視しながら、4病院院長・事務・看護部長会議において各附属病院の方向性について検討した。 2. 本院新外来棟の基本構想(案)をもとにした基本計画、基本設計の策定等を担当する設計事務所を選定した。 3. 旧都立港工業高校の跡地については、「都有地活用による医療インフラ整備における都有地利用事業者選定事業」に応募し、事業予定者として決定された。
<b>2. 大学マスタープランの策定に関する目標</b> ①教育・研究・診療機能を総合的に考慮したマスタープランを策定する。	<b>マスタープランの策定</b>	(企画部) マスタープランを策定する。	西新橋キャンパスの再整備計画を中心に検討を重ねたが、教育・研究・診療機能を総合的に考慮したマスタープランの策定には至らなかった。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平 成 25 年 度 実 施 結 果
<b>3. 創立130年記念事業に関する目標</b> ①記念事業「本院新外来棟建築を主とした西新橋キャンパス再整備」を実施する。 ②記念事業に必要な寄付金を募集する。	<b>記念事業募金目標20億円の達成</b> H25：1,095百万円 H26：1,280百万円	(企画部) 本院新外来棟建築計画をもとに西新橋キャンパス再整備計画を推進する。 (財務部 (募金事務局)) 法人先への再申し入れを行う。	1. 本院新外来棟の基本構想(案)をもとにした基本計画、基本設計の策定等を担当する設計事務所を選定した。 2. 旧都立港工業高校の跡地については、「 <b>都有地活用による医療インフラ整備における都有地利用事業者選定事業</b> 」に応募し、事業予定者として決定された。 今年度記念事業募金金額は185百万円で、申込金額は募金開始以来の通算で1095百万円であった。(目標20億円比54.7%) 平成24年12月に行った「法人先への再申し入れ」は相応の効果を挙げたが、全体の進捗率は54.7%と今一つであった。
<b>4. 大規模災害時の対応に関する目標</b> ①大規模災害時の体制を強化する。 ②大規模災害に対応する施設・設備を整備する。	<b>BCP (事業継続計画) 策定と災害対策の再整備</b> <b>大学全体のDMATの構築</b> <b>本学全建物の耐震基準充足 (充足率100%)</b> H25：85% H26：90% <b>西新橋地区再整備計画に大規模災害対応を織り込む。(備蓄倉庫・被災者収容対応・断水対応の井水整備等)</b>	(総務部) 1. 大規模災害発生時の新たな体制を構築し、それを基にした訓練を実施する。 2. ・備蓄食品、備品の管理方法の見直しを図る。 ・日常在庫量、収納場所を検証し災害時の薬品全般の在庫確保と供給体制の改善 ・大規模災害発生時の供給体制をメーカー毎にリストアップし供給体制を検討 3. 職員の参集体制を構築し周知を図り、スタッフの出勤困難時の対応策を構築する。 4. 災害対策マニュアルを基点として災害対策本部マニュアル、備蓄品、備蓄食の管理、抛出方法のマニュアルを策定し、訓練を実施する。 (施設課) 1. 建物の現状を把握し、対応計画を策定する。 2. 地震による建物及び什器・医療機器、実験機器の調査を行い、転倒・落下対策工事を平成25年度に行う。 3. 機器固定等の経費として、平成25年度予算として、3,500万円を計上したことにより、西新橋校キャンパスにおける現状の大規模災害の対応は終了する。	(総務課) 1. 附属病院では、管理課に事業継続計画策定委員会を設置し、第1版を基に改定作業を進めた。 2. 大学では、学事課に大学事業継続計画策定委員会を設置し、附属病院BCPをベースにして、初動対応・業務継続・再開マニュアルを薬理学、解剖学(旧第2)、悪性腫瘍治療研究部(GMP対応施設含む)、アイソトープ実験研究施設、実験動物研究施設の5部門で作成し、第1版の策定を行った。 1. 備蓄食品、備蓄品を拡充した。 2. 附属病院防火災害対策委員会を中心に、トリアージセンターマニュアルを改定した。 3. 携帯用防災カードを作成した。 4. 災害対策本部マニュアルの策定作業を進めた。 (大学事務局) 事業継続計画策定委員会を設置し、モデル部門として薬理学講座、悪性腫瘍治療研究部、GMP対応施設、アイソトープ実験研究施設、解剖学講座、実験動物研究施設の事業継続基本指針、行動計画、初動対応・事業継続・再開マニュアルの作成を行った。次年度には他部門の体制、学生の授業中・病院実習中での対応を検討する。 1. オフィス家具等の転倒防止対策は概ね完了した。柏病院は、院内の8割程度の地震対策を完了した。大学・病院については、地震による二次災害予防対策(転倒・落下対策)に関するアンケート調査をもとに、計画的に実施した。芝消防署立入検査の事前準備でも、未対応箇所の補完作業を行った。 2. 3. 基礎講座部門における大型研究機器転倒対策を完了した。作業は避難通路の障害、人的被害の恐れがある箇所を未然に防ぐためインキュベーターなどの重量機器、大型ボンベ、フリーザ類の地震対策を講じた。

中 期 計 画	指標 (平成26年度は目標値)	平成 25 年度事業計画	平成 25 年度 実施 結果
③被災地への支援体制を構築する。		<p>(管理課) 大規模災害発生時の医療支援体制整備等、社会貢献を含めた被災地への支援体制を構築する。</p> <p>(葛飾医療センター) 1. DMATを整備する。 2. トリアージ訓練を実施する。</p> <p>(第三病院) 大規模災害発生時の医療支援体制を整備し狛江市・調布市・消防署と協力して、大規模災害訓練を実施する。</p> <p>(柏病院) 1. 災害拠点病院として必要となる人員及び器材の確保を行う。 2. 各部署の支援可能者を把握する。</p>	<p>(管理課) 1. 7月に5名の初期隊員が研修受講を完了し、日本DMATの指定を受けた。 2. 医師の派遣や甲状腺検査施行等による被災地(福島、茨城)支援も継続実施している。</p> <p>(葛飾医療センター) 1. 10月30日付で日本DMAT指定され、備品の調達は年度内に完了した。 2. 3月末に座学にてトリアージ訓練を実施した。</p> <p>(第三病院) 狛江市、調布市と「災害時における緊急医療救護所に関する協定」を締結し、狛江市、調布市を核に消防署、医師会、看護学生、近隣住民による大規模震災を想定した緊急医療救護所設置訓練を実施した。</p> <p>(柏病院) 2月4日柏市消防局による多傷病者事故救急救助訓練、3月6日広域医療搬送実機訓練に参加し、実践的且つ機動性のスキルアップを図ったが、支援体制の構築は継続的に検討する。</p>
5. 葛飾医療センター開設後の評価を行う。  新病院建設後の投資効果や初期目標の達成度などの全体的な評価を行う。			<p>青戸病院リニューアルコンセプトの重点機能のうち、手術室、ICUの拡充、人工透析ベッド増床については、当初予定していた稼働率に達成していないため、継続した改善の取り組みが求められる。一方、オープン・システムの拡大による登録医の増加、NKネットワーク(南葛飾地区の医療機関、訪問看護ステーション間での転院支援・逆紹介ネットワーク)の強化、紹介率、逆紹介率の向上を図ると共に、第Ⅱ期建築計画によりがん治療の重点化計画を策定した。</p>