

〔付〕 1. 平成26年度 事業計画に対する実施結果一覧

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 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。	教育理念・教育目標を再構築 ・教育内容公開数 H25: 1 H26: 1 H27: 1  ・連携大学数 H25: 11 H26: 14 H27: 16  ・留学生の受入数 H25: 43 H26: 44 H27: 50	(医学科) 1. 6年一貫教育の中での初年次教育の充実を図る。 2. 高校との学び方の相違にとまどい、学力低下の目立つ学生に対して、新入生オリエンテーションにおける指導や各ユニット担当者による個別の指導を強化する。 3. 初年次教育充実の為のFDを開催する。  (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継続する。	(医学科) 1. スタートアップ宿泊研修での引率教員に臨床系・基礎系教員を増員し、学生の疑問に答えた。 2. 「初年次教育に関するワークショップ」を開催した。  (看護学科) スタートアップ宿泊研修は平成26年4月12日から13日に開催し、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: 62週 H27: 74週  (看護学科)	(医学科) 1. 平成26年6月に国際認証外部評価を受審する。 2. 医学科達成指針に基づき、系統立てられた各学年のカリキュラムを作成する。	(医学科) 1. 平成26年6月に外部評価を受審し、好評価を得た。 2. カリキュラム委員会にて達成指針に沿ったマイルストーンの作成を進めた。
	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。	H25: 1,260時間 H26: 1,260時間 H27: 1,260時間  ・医学科受験生2,450名以上 (医学科) H25: 2,574名 H26: 2,400名 H27: 2,450名	(医学科) 5年生臨床実習にログブックを試験的に導入し、到達度評価を実施する。  (看護学科) 平成24年度改正カリキュラムの実施と評価を行う。	(医学科) 平成26年7月から平成27年2月に全科でログブックの試験運用を行い、到達度を測定しポートフォリオシステムに登録した。  (看護学科) 平成24年度改正カリキュラムを実施した上で、学生・教学委員会・カリキュラム委員会合同会議、区分会議を実施し、評価を行った。
	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 (看護学科) H25: 574名 H26: 610名 H27: 600名	(医学科) 1. ログブックを試験的に導入しブラッシュアップを行う。 2. 集合教育にて実施する授業科目の具体的内容を検討する。 3. 学生担当教員へのFDを実施する。	(医学科) 1. 平成26年7月から平成27年2月に全科でログブックの試験運用を行い、ログブックのレイアウトを修正するなど全体の構成を見直した。 2. 4年生の集合教育の新たなユニット開講に向け、WGを立ち上げ検討した。 3. 学生担当教員向けに「試験問題作成」、「クリニカルクラークシップ指導医養成」、「OSCE評価者トレーニング」FDを開催した。
	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: 97.1% H27: 100%  (新卒) H25: 97.1% H26: 99.0% H27: 100%  (看護師) H25: 100% H26: 97.4% H27: 100%  (保健師) H25: 97.6% H26: 100% H27: 100%	(医学科・教育センター) 自己主導型学習システム(SeDLES)を用いて、学生の能力特性を判断し学生個々にフィードバックを開始する。	(医学科・教育センター) 学生への成績フィードバックについて教学委員会で検討し、具体的なフィードバック方法の取り決めを決定した。
	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) e-ポートフォリオシステムが完成を迎えるため、引き続きシステムの運用を軌道にのせる。  (教育センター)	(看護学科) e-ポートフォリオシステムが完成し、順調に運用がされた。  (教育センター)	(看護学科) e-ポートフォリオシステムが完成し、順調に運用がされた。  (教育センター) 1. 市民参加型教育の授業が3回行われ、それぞれを支援した。 2. クリッカーの利用が13回あり、双方向性授業を支援した。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 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。		(医学科) 1. 4大学での連携事業を継続実施する。 2. 首都大学東京からの履修生受入れを継続実施する。	(医学科) 1. 4大学間における学生教育交流会、4大学SD研修、教務系職員を対象とした講演会を開催した。 2. 首都大学東京から科目等履修生6名を受入れた。
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。		(教育センター) コンピュータ試験を医学科6回、看護学科2回実施する。 (医学科) 学内CBTに対応したコンピュータ試験システムの構築を検討する。 (看護学科) 2～4年生を対象とした試験とともに、e-ポートフォリオでのリフレクションを含めて実施する。	(教育センター) 医学科で7回、看護学科科目横断試験で1回、計8回のコンピュータ試験実施の支援を行った。 (医学科) 次年度より実施予定の学内CBT(臨床医学Ⅱ総合試験)に対応するため、試験委員長をはじめ関連部署とシステム改修に向けて検討した。 (看護学科) 2から4年生を対象とした科目横断総合試験(コンピュータ試験)を実施し、結果をe-ポートフォリオでのリフレクションに活用した。
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) 1. 卒前英語教育を見直し、カリキュラムに反映する。 2. 国外の大学と連携・協定をすすめる。 (看護学科) 3年後期に開講する国際看護実践の学習内容の充実および海外医療機関の看護研修の拡大を検討する。	(医学科) 1. 英語研究室、国際交流委員と連携し、卒前英語教育の在り方について検討を開始した。また、希望学生を対象に外国人SPを招聘しネイティブOSCEを開催した。 2. 国立台湾大学と教育・研究交流協定を締結した。 (看護学科) 3年後期に開講する国際看護実践の学習内容は、研修の訪問先の実情に即したものとなった。海外医療機関ならびに教育機関における看護研修を企画、複数の訪問先について計画を進めた。
⑩学生の国家試験準備への支援体制を整備する。		(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) 自己主導型学習システム(SeDLES)が多くの学生に利用されるよう周知する。また、利用状況、成績を把握し必要に応じて学生へフィードバックを行う。 (看護学科) 模擬試験の成績が思わしくない科目と学生に対する学習環境の整備、およびグループ学習支援について検討する。	(教育センター) 医師国家試験問題を電子化して過去問DBに登録し、学生の自己学習に活用できるようにした。 (医学科) 自己主導型学習システム(SeDLES)使用方法について学年オリエンテーション、MSメールで学生に周知した。利用状況は教員からの問い合わせに随時報告した。 (看護学科) 模擬試験の成績が思わしくない学生に、個人面談、指導を行った。また全体には主体的なグループ学習を推奨した。
⑪入学試験方法を継続的に改善する。		(医学科) 入試検討委員会にて地域枠の選抜方法を継続検討する。 (看護学科) 入試分析会等での情報収集、学生アンケートにより、効果的な入試対策を検討する。特に、ICTを活用した入試広報の活用可能性について検討をすすめる。	(医学科) 応募者および入学者の出身高校所在地のデータを分析し、地域枠5名の二次合格者を選抜し、うち1名が入学した。 (看護学科) 各種予備校が開催する入試分析会や情報誌、学生アンケート実施により看護系大学の入試動向に関する情報を収集し検討した。ICTを活用した入試広報について検討した。
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・看護学科) 高学年次の医学科生との共修による倫理教育を充実させる。	(医学科) 医学科達成指針と照らし合わせ、高学年における教養教育の在り方についてカリキュラム委員会で検討を開始した。 (看護学科) 4年次の倫理教育に関する共修を10月25日に実施した。
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) 卒前カリキュラムの改定と合わせて、MD-PhDコース導入に向け継続検討する。 (看護学科) 3年前期および4年後期の選択科目の内容を充実させる。	(医学科) 卒前カリキュラムにMD-PhDコース(医学研究)導入に向け検討し、次年度から開講することが決定した。 (看護学科) 救急看護論など6科目を3年次に、創傷ケア論など4科目を4年次に開講し内容の充実を図った。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
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. 予備校説明会、高校模擬授業に積極的に参加する。	(看護学科) 大学ガイド作成、オープンキャンパス、高校での模擬授業、予備校の大学説明会など、予定通り実施した。 オープンキャンパスは、夏・秋ともに前年度より多くの参加者があり、また、模擬講義、予備校の説明会も前年度より多く参加し、大学の広報に貢献した。
⑮総合診療医育成のため教育体制を構築する。		(医学科) 1. 大学院に総合診療医育成コースを新設する。 2. 高齢者医療体験実習新設に向けた準備をすすめる。	(医学科) 1. 大学院博士課程の授業科目「社会保健医学」に「地域医療プライマリケア医学」を設置した。また、日本医療福祉生活協同組合連合会家庭医療学開発センターと協定を結んだ。 2. 高齢者医療体験実習を次年度から実施するため、実習施設と契約を行った。
○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。	<b>臨床を支える研究の推進</b> <b>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</b> <b>・改訂プログラム数</b> H25: 2件 H26: 10件 H27: 2件	(博士課程・修士課程) 4大学院連携事業(昭和大学、星薬科大学、上智大学、本学)としてがん医療人WSを開催する。 (博士課程) 導入したCITI-Japanによるe-learningの有効利用を検討する。	(博士課程・修士課程) 4大学院連携事業(昭和大学、星薬科大学、上智大学、本学)として、本学にて「第2回がん医療人WS」を開催した。 (博士課程) 共通カリキュラム「医の倫理」のシラバスにCITI-Japanによるe-ラーニング受講に関する記載を追加した。
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。	<b>・大学院生数</b> H25: 133名 H26: 135名 H27: 135名 <b>・学位授与数</b> H25: 62名 H26: 49名 H27: 57名	(博士課程) 1. がん治療医療人コースを開始し、4大学間(昭和大学、星薬科大学、上智大学、本学)で連携を図り、がん医療人コースの公開講義を実施する。 2. 萌芽的共同研究推進費の拡充を検討する。	(博士課程) 1. がん治療医療人コースを開始し、4大学間(昭和大学、星薬科大学、上智大学、本学)で連携を図り、がん医療人コースの公開講義を実施した。 2. 萌芽的共同研究推進費の採択件数を3件から5件(400万円増額)へ拡充した。
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。		(博士課程) 継続的に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。	(博士課程) 大学院特別セミナーにて共通カリキュラムに関する意見・要望を調査し、大学院委員会にて改善に向けて検討し見直し案を作成した。
④社会人入学の推進を図る。	<b>・学位論文のインパクトファクター</b> H25: 3.55 (平均) H26: 2.73 (平均) H27: 3.00 (平均)	(博士課程) 1. 大学院生が必要とする情報を随時更新する。提出時に使用する書式をダウンロードできるよう整備する。 2. 導入したCITI-Japanによるe-ラーニングの有効利用を検討する。	(博士課程) 1. イン트라ネット上の大学院のページを分かり易くトップ画面に修正した。提出時に使用する書式をダウンロードできるよう整備した。 2. 共通カリキュラム「医の倫理」のシラバスにCITI-Japanによるe-ラーニング受講に関する記載を追加した。
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。		(修士課程) 大学院生の学会参加、発表を継続して支援する。	(修士課程) 大学院生7名、10件の費用を助成した。
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。		(修士課程) 大学院生とともに行う授業評価を継続し、大学院委員会にフィードバックする。	(修士課程) 前期評価をもって次年度科目責任者交代を実施するべくシラバス作成に反映した。
⑦大学院生の論文作成状況を適切にモニターする。		(博士課程) 継続的に大学院生の研究活動状況調査を行う。	(博士課程) 年度末に大学院生全員に活動状況調査を実施した。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
○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。	<b>毎年の改善と公開</b> <b>・レジデント応募者数、採用数 (応募数)</b> H25：172名 H26：156名 H27：170名  <b>(採用数)</b> H25：153名 H26：143名 H27：150名	(臨床研修センター) 臨床研修プログラムは研修管理委員会を通じて適宜見直し、更なる充実を図る。一方、指導体制の充実に関しては今後も指導医講習会を中心に進める。  (教育センター) 患者安全シミュレーション教育等において10種の教育プログラムを行う。	(臨床研修センター) 臨床研修指導の充実は、研修管理委員会を通じて見直しと共に指導医講習会を8月に開催し、4病院から47名が参加した。また、地域医療セミナーを10月に開催し、地域指導医との意見交換を行った。  (教育センター) 4月と11月に初期臨床研修医1年目全員を対象に13種の教育プログラムによる集合シミュレーション教育を支援した。
②専門修得コース(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。	<b>・医師臨床研修マッチングによる定員充足率</b> H25：91% H26：91% H27：100%	(臨床研修センター) 専門修得コース(レジデント)プログラムはレジデント委員会を通じて各科に適宜見直しを依頼し、更なる充実を図る。プログラムはホームページに掲載すると共に、冊子として広く配布する。  (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12ステーション行う。	(臨床研修センター) レジデントプログラムはレジデント委員会を通じて見直し、プログラムはホームページに掲載すると共に、冊子として広く配布した。 さらに、屋根瓦教育方式の医師教育プログラムと医療安全・感染対策講習をレジデント1年目を対象に、6月と12月に2回開催し本プログラムはレジデントの修了要件とした。  (教育センター) レジデント、医師を対象としたシミュレーション教育などを12種行った。
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 指導者講習会を11回開催する。 2. ナーシングスキルの活用効果を評価し、8部署への拡大を検討する。 3. 看護実践力、看護マネジメント力向上のための段階的研修を3回開催する。	(教育センター) 1. ICLS 指導者講習会を11回開催した。 2. ナーシングスキルの活用についてキャリア構築会議にて有用性を評価し、次年度、葛飾医療センター、第三病院、柏病院の各病院看護部にて利用することとした。 3. エデュケーションナース46名、看護監督者21名が参加した。
(2) 教育の実施体制等に関する目標			
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。	<b>整備する教育環境数</b> <b>・e-ラーニング実施数</b> H25：279件 H26：335件 H27：340件  <b>・シミュレーション教育施設利用数</b> H25：659回 H26：637回 H27：660回	(学事課) 1. 各分院においてシミュレーション教育が出来るよう環境の整備をすすめる。 2. 大学1号館講堂を中心にWiFi環境導入をすすめる。  (教育センター) 1. e-ラーニングシステムの利用を卒前・卒後で250回の実施を支援する。 2. シミュレーション教育環境について、本院、葛飾医療センター、第三病院、柏病院の4機関各々に委員会を設けて管理運営する。 3. ポートフォリオシステムを医学科、看護学科、臨床研修の3領域に拡充する。	(学事課) 1. 分院においてシミュレーション教育ができる環境の整備(分院における臨床実習の拡充)を検討し実施案を作成した。 2. 大学1号館講堂5階、6階講堂にWiFi環境を導入した。  (教育センター) 1. e-ラーニングシステムの利用を卒前・卒後で250回支援した。 2. シミュレーション教育環境について、本院、葛飾医療センター、第三病院、柏病院の4機関各々に委員会を設けて管理運営した。 3. e-ポートフォリオシステムを医学科、看護学科、臨床研修の3領域への拡充を支援した。
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) 次年度教員定数を適切に設定するため、丸毛院長と検討を進めた。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
③教育能力向上のための教育研修を実施する。		<p>(医学科)</p> <p>1. 医学教育セミナーを企画し実施する。</p> <p>2. 臨床実習指導医養成FDを継続実施し、受講者数を200名以上にする。</p> <p>(看護学科)</p> <p>1. 看護学科主催のFDを2回実施する。</p> <p>2. 修士課程と合同のFDを1回実施する。</p> <p>(総務課)</p> <p>生涯教育のための月例セミナーを年8回・夏季セミナーを年1回継続的に開催する。</p> <p>(教育センター)</p> <p>医学教育セミナーを企画し実施を支援する。</p>	<p>(医学科)</p> <p>1. 第56回、第57回および第58回医学教育セミナーを実施した。</p> <p>2. 臨床実習指導医養成FDを継続実施し、267名が受講した。</p> <p>(看護学科)</p> <p>看護学科主催のFDワークショップを2回(教育目標について、学生の主体性を高めるカンファレンス)および大学院合同FDを1回(マネジメント)開催した。</p> <p>(総務課)</p> <p>生涯学習センター主催のセミナーは、予定通り開催された。4月から3月までに月例セミナーを8回開催し、合計140名が参加した。また、8月に夏季セミナーを開催し、113名が参加した。</p> <p>(教育センター)</p> <p>第56回、第57回および第58回医学教育セミナーを企画し実施を支援した。</p>
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。		<p>(医学科)</p> <p>1. 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。</p> <p>2. 分院におけるFD開催を検討する。</p> <p>(臨床研修センター)</p> <p>平成26年度においてもレジデント1年目を対象とする教育に関するFDを年2回開催する。</p>	<p>(医学科)</p> <p>1. クリニカル・クラークシップ指導医養成FD(通算6回目)を10月18日に開催した。</p> <p>2. 分院における新カリキュラム(臨床実習拡充)説明会を通算6回実施した。</p> <p>(臨床研修センター)</p> <p>レジデント1年目を対象とする「屋根瓦方式教育スキルアップのためのレジデントFD」を2回実施した。</p>
⑤教育アドバイザーを導入する。		<p>(学事課・教育センター)</p> <p>教育アドバイザーを導入する。</p>	<p>(学事課・教育センター)</p> <p>教育アドバイザーとして、教育センター教員助教1名を公募した。</p>
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。		<p>(医学科・教育センター)</p> <p>臨床実習協力病院向けに説明会を4回行う。</p> <p>(看護学科)</p> <p>外部実習施設スタッフとの研修会の実施について検討する。</p> <p>(教育センター)</p> <p>学外の3病院に臨床実習の協力を依頼する。また、FDの企画を検討する。</p>	<p>(医学科・教育センター)</p> <p>本学との臨床実習協力病院を選定したが、個別の説明会開催までは至らなかった。</p> <p>(看護学科)</p> <p>学外の実習施設の実習指導者の参加を得て実習連絡会を開催した。6月と9月に市民向け公開講座を企画・実施し、講師は看護学科教員であった。</p> <p>(教育センター)</p> <p>学外の3病院に臨床実習の協力依頼およびFDの企画検討を行った。レジデント1年目を対象とした屋根瓦方式臨床実習指導FDの2回の開催を支援した。</p>
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。		<p>(教員・医師人事室)</p> <p>事務部門による業績入力を100%行い、かつ、教員本人による個別入力も更に促進して教員・医師の昇格審査に活用する。</p>	<p>(教員・医師人事室)</p> <p>関連部門による前年度の業績入力は100%完了した。</p>
<p>(3) 学生への支援に関する目標</p> <p>①学生支援のための教員組織を再構築する。</p>	<p>・医学教育セミナーの開催数</p> <p>H25: 1回</p> <p>H26: 3回</p> <p>H27: 3回</p>	<p>(医学科)</p> <p>本制度を利用しやすいものとするため、父兄会等を通じて広報を行う。</p> <p>(看護学科)</p> <p>学生生活アドバイザー制度の評価を行い充実させる。</p>	<p>(医学科)</p> <p>春期父兄会、秋期父兄会時の学生支援のための教員組織について広報した。</p> <p>(看護学科)</p> <p>前年度の評価に基づいて軌道修正してアドバイザー制度を運用した。年度末に再度評価を実施した。</p>
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。		<p>(医学科)</p> <p>学生が利用しやすい制度となるよう、学生本人や父兄に広報する。</p> <p>(看護学科)</p> <p>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。</p>	<p>(医学科)</p> <p>秋期父兄会時に学年別懇談会を実施し周知した。学力に問題のある学生対策として、試験成績のフィードバックの取り決めを決定した。</p> <p>(看護学科)</p> <p>アドバイザー制度が有効に機能し、問題を抱える学生を早期に識別することが可能となった。また、学生委員会の学年担当との連携で早期対応できる体制を整えた。</p>

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
③奨学金制度を充実させる。		(医学科) 慈恵医師会奨学金(海外選択実習奨学金)の公募を継続するとともに、海外にて実習を希望する学生を支援する奨学金制度の導入を検討する。	(医学科) 1. 海外で実習を希望する学生には、慈恵医師会奨学金の制度を継続して活用した。 2. 日本学生支援機構の海外短期派遣助成制度に申請し採択された。
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・精神神経科と定例で行っている打ち合わせ会で得られた情報の活用、情報の提供範囲を検討する。 (看護学科) 現行の健康相談窓口を継続し、更に学生への周知を図り、システムとして軌道に乗せる。	(医学科) 1. 学生生活アドバイザー懇談会、学生部長との昼食会に臨床心理士がメンバーに加わった。 2. 学生相談室・精神神経科との打ち合わせにおいて、従来通りの情報管理を継続することを確認した。 (看護学科) 学生委員会と臨床心理士による定期的な情報交換を行い、学生のプライバシーを尊重しながら学生支援を行った。
⑤メンタルヘルスの教育を拡充する。		(医学科・看護学科) 教職員向けの大学生のメンタルヘルスについての研修会を企画する。	(医学科) 検討段階であり開催できなかった。 (看護学科) 看護学科教員に向けて大学生のメンタルヘルスに関する研修会を1回実施した。また、学生委員会のメンバー1名が大学生のメンタルヘルスに関する外部研修に参加し、委員会メンバーで共有した。
<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: 100% H26: 99.0% H27: 100% (第三校) H25: 100% H26: 100% H27: 100% (柏校) H25: 96.3% (既卒1名含) H26: 100% (既卒3名含) H27: 100% (3校平均) H25: 98.7% H26: 99.6% H27: 100%	(看護専門学校) 1. 卒業時看護実践能力の調査を実施する。 2. 自己点検自己評価を推進する。自己点検自己評価について3校で同じフォーマットを作成評価する。	(看護専門学校) 1. 厚生労働省が提示する技術項目を3校で検討し概ね実施できた。 2. 3校共通のフォーマットを作成した。
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。		(看護専門学校) 多様な臨地実習場所を確保し、臨地実習環境を整備する。	(看護専門学校) 3校とも附属4病院を活用して臨地実習を実施した。
③学生生活支援を積極的に行う。		(看護専門学校) 1. 国家試験・就職100%を支援する。 2. 学生生活の支援を強化する。 3. 休学者・単位未履修者数を減少させる。	(看護専門学校) 1. 慈恵を含め就職希望者は全員就職先が決定した。国家試験結果は、新橋校が1名不合格で99.0%であったが、第三校、柏校とも全員合格した。 2. 多様な背景を持つ学生への生活指導を強化した。 3. 休学者は減少した。単位未履修とならないよう授業に臨む姿勢や学習方法について指導を行った。
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: 92.0% H27: 90%以上 (第三校) H25: 90.9% H26: 91.3% H27: 90%以上 (柏校) H25: 84.0% H26: 87.0% H27: 90%以上 (3校平均) H25: 91.5% H26: 90.1% H27: 90%以上	(看護専門学校) オープンキャンパス、ホームページの充実、高校訪問と予備校との連携を強化する。	(看護専門学校) 広報活動を充実させるほか、ホームページも各校で順次更新を行った。オープンキャンパス参加者、志願者が増加した。
⑤看護教員の確保に努める。		(看護専門学校) 1. 各校で教員を募集し養成する。 2. 学内より看護教員養成講習会へ定期的に派遣する。	(看護専門学校) 定期的に候補者を教員養成研修に派遣した。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
<b>2. 研究に関する目標</b> <b>(1) 研究水準および研究成果に関する目標</b> ①研究業績を把握し評価する。	<b>研究水準の向上</b> ・文部科学省科学研究費補助金採択件数 H25:146件 H26:151件 H27:155件  <b>研究成果の向上</b> ・論文発表数 H25:1,291稿 H26:1,233稿 H27:1,300稿	(博士課程) 継続的に業績評価を実施する。  (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する。 2. ReaD & Researchmap(R&R)の学内連絡部署を担当する。また、R&R活用の必要性について確認する。  (看護学科) 1. 教員の研究推進、研究に関する学内研修を継続する。 2. 第三病院、第三看護専門学校との共同研究の推進を図り研究発表会の開催を計画する。  (教員・医師人事室) 適正な基準の策定に向けて学長諮問会議の中で今後も継続検討する。	(博士課程) 年度末に大学院生全員に活動状況調査を実施した。  (学術情報センター) 教員の論文発表数評価には教員評価システムへのデータ登録が必要だが、researchmap(旧ReaD)へのデータ転送機能が装備されずデータ登録を促進できなかった。 改善策として、教員評価システム登録データのresearchmapへの転送やresearchmapの入力データを教員評価システムに転送できる機能の付加を教員評価データベース管理委員会にて提案した。  (看護学科) 第三病院、第三看護専門学校との共同研究を推進するために、研修会を4回開催した。  (教員・医師人事室) 臨床教授など新たな職名の新設も含めて学長諮問会議にて検討を進めた。
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。		(学術情報センター) 1. 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。 2. 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。 3. プレゼンテーション資料作成業務を支援する。	(学術情報センター) 1. 「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。  2. 「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4月21日から25日および10月20日から24日に開催し、22名が出席した。 3. 論文執筆に必要な画像データ加工・カラープリント出力およびプレゼンテーション用ポスターの作成に対応し568件のポスターを作成した。
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. 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。 2. 両誌の内容をインターネットで参照できるよう掲載記事を本学の機関リポジトリに登録する。  3. Jikeikai Medical Journal、東京慈恵会医科大学雑誌への投稿を呼びかける。  (総務課) 成医会幹事・運営委員会にて、参加者の興味を引くような講演テーマの検討を継続的に行う。	(学術情報センター) 1. 合同編集委員会を6月、9月、12月、3月に開催した(3月はメール審議)。剽窃チェックへの対応としてコピーペースト判定ソフトウェアの使用を開始した。  2. 学術リポジトリに、以下227件の論文・記事を登録した。なお、学術リポジトリの利用状況は、閲覧417,898件、ダウンロード611,120件であった。 ・東京慈恵会医科大学雑誌 129巻2号~130巻1号 計6号 71件 ・Jikeikai Medical Journal 61巻2号~61巻4号 計3号 8件 ・教育・研究年報2012 74件 ・Research Activities 2012 74件 3. Jikeikai Medical Journalを学内各講座・研究施設に配り投稿を呼びかけ、編集委員・編集業務担当者から原稿執筆依頼を進めた。  (総務課) 成医会幹事・運営委員会委員に講演テーマについてアンケートを実施し、その結果を基に委員会にてテーマ選定を検討した。
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。		(研究支援課) 1. 科研費申請のための書き方講習会を開催する。  2. 日本学術振興会特別研究員応募申請のための講習会を開催する。  3. 英文論文の書き方講習会を開催する。	(研究支援課) 1. 大学院共通カリキュラム「医学研究法概論」において、今年度は、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開催した。 2. 大学院共通カリキュラム「医学研究法概論」において、医学論文書き方講習会を開催した。
⑤若手研究者による競争的研究資金の獲得を支援する。			

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
<b>(2) 研究実施体制等の整備に関する目標</b> 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</b> <b>・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 H26：0件 H27：1件  <b>・寄付講座設置数</b> H25：2講座 H26：2講座 H27：3講座	<b>(研究支援課)</b> 1. 臨床研究支援センターを設立し、倫理委員会、利益相反管理委員会と連携し研究内容の精度向上を図る。 2. 総合医科学研究センターの体制移行とともに速やかに研究が開始できるよう実務的なルールと基盤作りを行う。 3. 文部科学省「私大戦略的研究基盤形成支援事業」に新規研究プロジェクトを申請し、臨床研究を推進する。	<b>(研究支援課)</b> 1. 臨床研究支援センターを4月に設立し、SMOによる業務支援、更に7月に統計解析の専門家を招聘し臨床研究の支援体制を強化した。また、利益相反管理委員会のオブザーバに倫理委員会事務担当を加えることで倫理委員会との連携を更に強化した。 2. 総合医科学研究センターの研究機器を共同利用し臨床研究を支援する体制に向けてセンターを改編し、移転が完了した。新体制における規程の改訂を行い整備した。また、私立大学戦略的研究基盤形成事業の研究費によりビタミンDならびに痛みに関する臨床研究を多く実施した。 3. 文部科学省「私立大学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、24年度2件、25年度1件が採択され、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た。今年度は採択に至らなかったが、今後も積極的に申請する。 4. 研究連携促進について、共同研究19件、受託研究23件の合計42件であった。
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。		<b>(研究支援課)</b> 1. 先端研究を推進するための学内共同研究を支援する。 2. 先端医学推進拠点群を設置し、拠点センターにおける研究を推進する。	<b>(研究支援課)</b> 1. 学内共同研究の支援体制の強化を目的として、臨床医学講座に所属する研究者と基礎医学講座、あるいは総合医科学研究センターに所属する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3研究課題から5研究課題へ拡充した。 2. 東京慈恵会医科大学先端医学推進拠点群規程を新規に制定、4月に1カ所、9月に4カ所の研究センターを設置、シンポジウムなどを行い拠点センターにおける研究を推進した。
④トランスレーショナル研究推進体制を作り振興する。		<b>(研究支援課)</b> 大型プロジェクト対策委員会等を通して複数の学内でトランスレーショナル研究を推進する。	<b>(研究支援課)</b> 基礎研究より得られたシーズを臨床応用につなげるいわゆる「トランスレーショナルリサーチ」でセンターとして、 ・悪性腫瘍に対するペプチドワクチン療法 ・悪性腫瘍に対する樹上細胞療法 ・アレルギー緩和剤 ・細胞シートを用いた中耳真珠腫治療 以上4つの早期探索的臨床研究に関与した。
⑤寄付講座を振興する。		<b>(大学事務部・研究支援課)</b> 教育研究助成のため個人または団体からの寄付を受ける研究を推進する。 <b>(研究支援課)</b> 寄付講座の維持、研究の推進を行う。	<b>(大学事務部・研究支援課)</b> 1. 慢性腎臓病病態治療学講座(平成26年4月1日から3年間)、アレルギー学講座(平成23年4月1日から平成27年3月31日)の2講座が開設され研究を実施している。 2. 先進内視鏡治療研究講座(平成27年4月1日より3年間)、先端医療情報技術研究講座(平成27年4月1日より2年間)の設置を決定した。
<b>(3) 総合医科学研究センターに関する目標</b> 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。	<b>特色ある研究の推進</b> <b>・総合医科学研究センター研究成果報告会開催数</b> H25：0回 H26：1回 H27：1回	<b>(研究支援課)</b> 総合医科学研究センターの新体制が円滑に機能するよう組織の維持・管理を集中的に行う。	<b>(研究支援課)</b> 組織を再構築し、研究部門と研究支援部門を分離、研究支援部門にて補助金を活用し円滑に機能する体制とした。
②学内共同研究を企画・推進する。	<b>・学内共同研究数</b> H25：35件 H26：42件 H27：42件	<b>(研究支援課)</b> 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。	<b>(研究支援課)</b> 臨床研究に関して私立大学戦略的研究基盤形成支援事業の研究費を獲得して学内講座などと共同でビタミンDに関する多くの臨床研究を実施するとともに、併せて神経科学研究部においても痛みに関する学内共同研究を推進した。
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。		<b>(研究支援課)</b> 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。	<b>(研究支援課)</b> 総合医科学研究センターの研究発表会を平成27年1月26日に開催した。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
<p>(4) その他</p> <p>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。</p>	<p>情報公開による社会貢献</p> <p>・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</p> <p>公開講座開催数 H25：37回 H26：36回 H27：36回</p>	<p>(教育センター)</p> <p>4機関で30回の公開講座を開催する。</p>	<p>(教育センター)</p> <p>4機関で30回の公開講座を開催した。</p>
<p>3. 附属4病院に関する目標</p> <p>(1) 附属4病院間の連携強化</p> <p>①附属4病院間の機能の有機的活用を図る。</p> <p>(葛飾医療センター)</p> <p>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。</p> <p>②看護師の人事フローを流動化する。</p>	<p>数値目標等は各病院で設定</p>	<p>(本院) (柏病院)</p> <p>平成25年度中に救急車1台(一般)を柏病院に移管するため、次年度からの高規格救急車1台体制に向けての運用面の見直し等を図る。乗務員の増員検討とともに見直す。</p> <p>(葛飾医療センター)</p> <p>放射線治療部門の体制整備を行う。</p> <p>(第三病院)</p> <p>1. 森田療法、結核病棟等の特色を生かし附属4病院の有機的な活用を計画する。</p> <p>2. 診療科ごとの機能分化を進め更なる情報発信に努める。</p> <p>(企画部)</p> <p>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。</p>	<p>(本院)</p> <p>病院救急車が高規格救急車1台体制となり、運用規程を見直した。乗務員の増員も含めて検討したが、病院救急車の使用基準を再度決定する必要もあり、規程変更が遅れた。</p> <p>(柏病院)</p> <p>救急車の運用を開始した。(搬送件数114件、月平均11件)</p> <p>(葛飾医療センター)</p> <p>放射線治療装置の機種選定がされた。また、設置場所である別館増築工事は予定通りに進捗した。次年度の稼働に向け、行政官庁への届出、機器の調整、人員配置などのスケジュールを策定した。</p> <p>(第三病院)</p> <p>森田療法および結核病棟は、当該診療科間で情報を共有しアセスメントを実施し患者を受入れた。</p> <p>(企画部)</p> <p>1. マスタープランの策定に向けて、西新橋再整備計画を進めた。</p> <p>2. 検討組織を立ち上げ、次年度から検討を開始する体制を整えた。</p>
<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>数値目標等は各病院で設定</p> <p>医療安全・感染対策の推進</p> <p>・インシデント・アクシデント報告件数</p> <p>(本院)</p> <p>H25：4,707件 H26：4,674件 H27：4,800件</p> <p>(葛飾医療センター)</p> <p>H25：1,490件 H26：1,542件 H27：1,500件</p> <p>(第三病院)</p> <p>H25：2,136件 H26：2,045件 H27：2,200件</p> <p>(柏病院)</p> <p>H25：2,044件 H26：2,120件 H27：2,400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>(医療安全管理部)</p> <p>1. 4病院セーフティマネジメント会議を定期的に行い、警鐘事例・重要事例の共有や再発予防対策に関する検討を行った。</p> <p>2. 4病院間相互ラウンドについては、柏病院に他の附属3病院が訪問し、医療安全推進室の機能や現場の安全対策に関する評価を行った。本院、第三病院、葛飾医療センターへのラウンドは、3月までに実施した。</p>

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
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>・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)</p> <p>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>H26: 医師361件 レジデント・研修医107件 看護師3,276件 薬剤師584件 放射線技師72件 栄養士37件 事務17件 その他220件</p> <p>(葛飾医療センター)</p> <p>H25: 医師49件 レジデント・研修医27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>H26: 医師49件 レジデント・研修医27件 看護師1,317件 薬剤師59件 放射線技師25件 栄養士26件 事務13件 その他26件</p> <p>(第三病院)</p> <p>H25: 医師143件 レジデント・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>H26: 医師121件 レジデント・研修医25件 看護師1,740件 薬剤師45件 放射線技師30件 栄養士34件 事務2件 その他48件</p> <p>(柏病院)</p> <p>H25: 医師144件 研修医13件 看護師1,669件 薬剤師51件 放射線技師46件 栄養士12件 事務30件 その他78件</p> <p>H26: 医師121件 研修医14件 看護師1,815件 薬剤師36件 放射線技師32件 栄養士19件 事務16件 その他71件</p>	<p>(医療安全管理部)</p> <p>1. 附属4病院でTeam STEPPS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。</p> <p>2. e-ラーニングによる研修方法を検討する。</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>(医療安全管理部)</p> <p>1. TeamSTEPPSの活動は認定トレーナーを中心にエッセンシャルコースの教育活動を行った。</p> <p>2. 医療安全活動における、現場のリーダーシップを高め、TeamSTEPPSを推進する目的で、各診療部長、セーフティマネージャーなど管理者のための医療安全・感染対策研修を行った。</p> <p>3. e-ラーニングによる研修を継続して検討した。</p> <p>(医療安全管理部)</p> <p>都内11私立大学の医療安全連絡会議の事務局として、会議を定期開催した。 今年度は、聖マリアンナ医科大学病院、帝京大学ちば総合医療センターとの相互ラウンドを行った。</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。			

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
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。	<b>・チーム医療構築WG参加者数 (H26終了)</b> (本院) H25: 194名 H26: 265名 (葛飾医療センター) H25: 55名 H26: 42名 (第三病院) H25: 136名 H26: 85名 (柏病院) H25: 152名 H26: 124名	(医療安全管理部) 東京大学・早稲田大学との共同研究を推進する。	(医療安全管理部) 1. 持参薬管理を含む内服プロセスの標準化に関して、附属4病院で共通のテーマを掲げ、システム工学の視点を活用し、検討を開始した。 2. 医療の質安全学会・日本医療病院管理学会にてこれまでの研究成果を発表した。 3. 実態調査と分析に基づく持参薬鑑定業務の問題特定のテーマで論文を発表した。
<b>(3) 先進医療の推進</b> ①患者ニーズに応える先進医療に取り組む。	<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: 6件 H27: 8件 (葛飾医療センター) H25: 0件 H26: 0件 H27: 1件 (第三病院) H25: 1件 H26: 1件 H27: 1件 (柏病院) H25: 3件 H26: 2件 H27: 3件  <b>・先進医療の実施件数</b> (本院) H25: 112件 H26: 64件 H27: 80件 (葛飾医療センター) H25: 0件 H26: 0件 H27: 10件 (第三病院) H25: 5件 H26: 9件 H27: 10件 (柏病院) H25: 24件 H26: 10件 H27: 10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: 1件 H27: 2件 ※H25の申請件数は2件 (葛飾医療センター) 新規導入 H25: 0件 H26: 0件 H27: 1件 (第三病院)年間1件以上 H25: 0件 H26: 0件 H27: 1件 (柏病院)年間1件以上 H25: 新規0件 H26: 1件 H27: 1件	(本院) 診療科からの要望に対応できるよう常に最新の情報を収集し、医療の質・技術向上に取り組み、患者からのニーズに対応した先進医療を提供する。 (葛飾医療センター) 診療部に対する先進医療に係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) 新規申請1件以上を目標に、各診療科に情報提供を実施する。 (柏病院) 先進医療委員会への継続的な報告と要請により、年間1件以上の申請を目指す。	(本院) 下半期に先進医療審査委員会を開催し、現在認められている医療技術の実施体制や効果などについての審議を行った。  (葛飾医療センター) 眼科にて申請を検討しており、症例実績を積み上げ申請準備を進めた。  (第三病院) 診療部会議で先進医療申請に関する情報提供を行い、眼科、産婦人科にて申請を検討した。 (柏病院) 継続している先進医療が1件(10例)あるが新規の申請はなかった。

中期計画	指標(平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成26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>数値目標等は各病院で設定</p>	<p>(患者支援・医療連携センター・柏病院)</p> <p>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>(柏病院)</p> <p>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>入院前から退院後の生活を見据えた退院支援スクリーニングの全患者実施を目指し、退院支援・退院調整実施運用基準とフローシートを作成した。病棟ラウンドやカンファレンスなどにおいて、現場の退院支援・退院調整に関する意識を高めた結果、予約入院患者の入院前および救急入院患者の48時間以内の退院支援スクリーニングの実施率は100%、退院アセスメント実施率・退院支援計画書の提示率は60%となった。なお、退院支援計画書の提示件数は1049件となり対前年度比589件増加した。</p> <p>(柏病院)</p> <p>1. 入院前看護面談を全診療科の予約入院に拡大し、入院前から開始する退院調整を強化した。</p> <p>2. 電子カルテシステムを利用し、各科において検査予約がとれるようになり、患者支援・医療連携センターにおいて、内視鏡、放射線、各検査の説明を一括して行い、患者サービスと安全の向上を図った。</p>
<p>②ICTを用いて地域医療連携を強化する。</p>	<p>数値目標等は各病院で設定</p>	<p>(患者支援・医療連携センター)</p> <p>1. 患者支援・医療連携センターを中心に各部門との協力のもと、Web予約の導入を前提とした診療予約枠の拡大により患者の受入を強化する。</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大がんの全県共用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)</p> <p>1. web予約導入WGを6回開催し、web導入に向け各診療科のFAX予約枠利用状況と全科外来初診・紹介患者受診動向を曜日ごとに調査した。また、外来予約枠の各科別ルールを抽出、調査し適正化に向けて検討を行った。これをもとに全科予約枠拡大を目指し作業を進めた。</p> <p>(柏病院)</p> <p>1. 地域連携バス(大腸・胃・肝臓)の連携登録機関の届出を行った結果、がん治療連携診療計画策定料の算定可能施設数は27施設まで広がり、取扱い件数は12件であった。しかし、ICTを用いた地域医療連携までは至らなかった。</p> <p>2. 連携登録医制度の見直しを図り、更新された全登録医療機関への訪問を完了した。また、医療連携フォーラムを10月下旬に定例開催した。地域医療機関向けの広報誌「かしのわ」は年3回定期的に発行しており、ホームページとともに広報を充実した。</p>
<p>③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>数値目標等は各病院で設定</p>	<p>(ボランティア事務局)</p> <p>土曜日の活動業務内容を拡大する。</p> <p>(葛飾医療センター)</p> <p>ボランティアの受け入れ可能な業務を検討し積極的に採用する。</p> <p>(第三病院)</p> <p>1. 地域との連携をより密にする事を目的として、ボランティア活動者の増員を図る。</p> <p>2. 電子カルテ、自動再来機・自動精算機の導入後の状況を確認し、ボランティアの配置場所を検証し、貢献度を高める。</p> <p>3. ボランティア活動者とのミーティング等の開催を計画し、活動内容の拡充化を図る。</p> <p>(柏病院)</p> <p>ボランティアの活動範囲を拡大する。</p>	<p>(ボランティア事務局)</p> <p>12月より毎週土曜日、新たに中央棟15階病棟での活動を開始した。</p> <p>(葛飾医療センター)</p> <p>今年度3名のボランティアを受入れ、外来案内係として配置した。</p> <p>(第三病院)</p> <p>案内ボランティア4名を新規採用し外来フロアに配置した。</p> <p>(柏病院)</p> <p>1. 柏市の広報誌を通じてボランティアを募集したが応募はなかった。</p> <p>2. ボランティアの応募は4名であった。</p>

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
<b>(5) 効率的な医療の推進</b> ① 附属4病院で効率的なDPC運用を図る。 ② 職種間の効率的な協働体制を構築する。 ③ 科学的根拠に基づく医療の効率化を推進する。 ④ 患者にとって効率的な医療を実践する。	<b>数値目標等は各病院で設定</b> <b>DPC効率性指数の向上</b> <b>・平均在院日数の短縮</b> (本院) H25: 11.2日 H26: 12.8日 H27: 12.5日 (葛飾医療センター) H25: 10.4日 H26: 11.2日 H27: 11.5日 (第三病院) H25: 13.5日 H26: 14.5日 H27: 14.0日 (柏病院) H25: 12.6日 H26: 14.2日 H27: 11~12日  <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> (本院) H25: 37.7% H26: 38.9% H27: 40.0% (葛飾医療センター) H25: 47.9% H26: 54.9% H27: 55.0% (第三病院) H25: 28.1% H26: 38.6% H27: 40.0% (柏病院) H25: 37.9% H26: 36.1% H27: 40.0%	(本院) 1. 各診療科の使用頻度が高いクリニカルパスを対象に、臨床面や経済的視点(後発品の使用促進やDPCとの整合性の検証)の両観点から改定を試み、医療の質向上と効率化を図る。 2. DPC機能評価係数Ⅱの取得に向けての取り組みを進める。 3. 各職種の協力のもと診療報酬改定後の検証を行い、増収に繋がる施策を講じる。 4. 診断書や各種証明書の代行登録の実施率を拡大し、医師の事務的作業の軽減を推進する。 5. PFMや患者相談窓口を患者支援・医療連携センターに統合することを検討し、より有機的な組織を構築する。 6. SCUの導入を早急に実現する。 7. 他大学とのベンチマークを行い、効率的な医療を実践する。 8. 循環型・地域完結型医療を推進する。	(本院) 1. 後発薬品推進ロードマップにおいて該当の薬剤が組み込まれているクリニカルパスの見直しおよび抗菌薬ガイドラインに準拠した内容への変更を行った。 2. DPC機能評価係数Ⅱの向上のため、がん地域連携パス使用数を増加した。(70件) 3. 短期滞手術等基本料3に関しては、白内障、ポリペクトミーの運用見直しを図った。 4. 難病の代行拡大および生活保護要否意見書の代行を開始した。 5. PFM、患者相談室を患者支援・医療連携センターに統合するまでには至らなかった。 6. SCU運営委員会において導入案を検討し、平成27年1月改修工事実施となった。平成27年5月1日より稼働予定である。 7. 都内主要大学との第1四半期経営指標ベンチマークを行い、診療報酬改定の影響度分析を行った。 8. 前方連携、後方連携を強化、推進するためにweb予約や同窓マップ、FAX予約などを通じて患者支援・医療連携センターを中心に循環型・地域完結型医療を推進した。
		(葛飾医療センター) 1. クリパスの拡大と適用率の向上を図る。 2. チーム医療を推進する。 3. 疾患(DPC分類)別の原価分析を行い医療資源の投入を行う。 4. 地域医療連携を推進する。	(葛飾医療センター) 1. 診療報酬改定に伴い、クリニカルパスを疾病症例ごとに診療日数の見直しを図った。また、医療の質の維持および安全性を担保するため更に拡大した。クリニカルパスの今年度の利用実績は、5,459件(対前年度比709件増加)、適用率54.9%であった。 2. 医師・看護師・臨床工学技士・理学療法士・事務員による呼吸療法サポートチーム(RST)を立ち上げ、9月より活動を開始した。 3. 今年度はクリニカルパスの拡大および診療科の特性に応じた診療実績に基づく科別分析などを優先し実施した。 4. 医療連携フォーラムの開催、医療機関訪問の実施、NKネットによる病連携および脳卒中地域連携パスの実践を推進した。また、地域からの要望が高い訪問看護ステーションへの支援策として、訪問看護ステーションからの相談や同行訪問に応じる体制を整えた。
		(第三病院) 電子カルテ導入に伴い、下記項目を推進する。 1. DWHデータを検証し、適正なクリニカルパス作成を図る。 2. PFM、グリーンカウンターの運用を検証し、見直しを行う。 3. DWHデータ・DPCデータを基に、クリニカルパスの見直し等により平均在院日数12日台とする。 4. 情報を共有し入院患者受入れ、救急患者受入れでのPFMの効率化を図る。	(第三病院) 1. クリニカルパスの見直しに向けコンサルタント契約を締結し検討を開始した。 2. クリニカルパスWGより、クリニカルパスのアウトカム評価およびバリエーションの登録を要請した。 3. 二次医療圏内DPC対象病院とのベンチマークを実施した。 4. 短期滞手術基本料3を取得するためのクリニカルパスを見直した。

中期計画	指標(平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成26年度実施結果
		<p>(柏病院)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>収支分析を基にクリニカルパスの見直しを行うとともに、収益型クリニカルパス作成・拡大を図り、疾病原価管理を強化する。またクリニカルパスの適用件数・適用率の向上を図る。</li> <li>医師事務支援室を設立し、専従職員を配置して医師の業務軽減対策としての文書作成補助を本格的に開始する。医師事務作業補助体制加算を申請する。</li> <li>病院情報システム(電子カルテシステム)導入に向け、事務組織の再構築を行う。また、医師・看護師が行っている業務で事務が行うことで効率化できる業務を整理する。</li> <li>クリニカルパス検討委員会等によるDPCに対応したクリニカルパスの改善・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。</li> <li>平成27年1月に電子カルテを導入する。</li> <li>柏市で開発、活用している在宅患者支援システム(カナミック)の利用を拡大する。</li> <li>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。</li> </ol>	<p>(柏病院)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1月の電子カルテ導入時に既存クリニカルパスの見直しを行ったが、収益型のクリニカルパス作成・拡大には至らなかった。</li> <li>4月より、勤務医の業務負担軽減を目的に、診断書や主治医意見書などの文書作成補助を行う医師事務作業補助者を6名配置した。介護保険主治医意見書、生活保護要否意見書、生命保険会社証明書(診断書)などの院内文書作成率は37%であったが、対象文書を拡大し、3月には87.8%に向上した。ほぼ全ての文書作成に医師事務作業補助者が関与したことにより、医師の診断書などの文書作成に係る業務負担は大きく削減した。なお、「100対1」の医師業務作業補助体制加算を届け出た。</li> <li>保険請求知識は、業務課と看護部事務員とのナレッジ共有により、両部署での相互補完関係を円滑に行うために、11月より相互研修を行った。その結果、患者フローの把握や双方の顔のみえる関係が構築された。また、事務職員がチーム医療の一員として、医師や看護師の業務軽減につなげ、本来業務に専念できる環境や医療の質を高める組織を作るため、1月の電子カルテ導入時に看護部・業務課事務組織を再構築した。</li> <li>電子カルテ導入に伴い、全てのクリニカルパスの内容を見直した。また、診療報酬改定により平均在院日数の算出方法が変更され、平均在院日数は14.2日(対前年比+1.6日)となった。</li> <li>平成27年1月に電子カルテを導入した。</li> <li>柏市の在宅患者支援システム(カナミック)について、柏市および柏市医師会との契約を締結した。</li> <li>7月に後発医薬品19品目を切替え、平成25年10月から26年9月の後発医薬品使用割合は33.3%となった。更に平成27年1月に使用量の多い生理食塩水100ml、3月に19品目を後発薬品に切り替えた。</li> </ol>
<p>(6) 予防医学の推進</p> <p>①大学として予防医学に貢献する。</p> <p>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。</p>	<p>予防医学の推進</p> <p>・特定保健指導実施率10%UP H25: 2.2% H26: 1.5% H27: 10.0%</p> <p>・論文発表数: 10稿 H25: 4稿 H26: 6稿 H27: 6稿</p> <p>・学会発表数: 15題 H25: 7題 H26: 12題 H27: 10題</p> <p>・提携団体数: 2 H25: 1 H26: 1 H27: 2</p>	<p>(総合健診・予防医学センター)</p> <p>総合健診・予防医学として、健診後の特定保健指導及び卒煙教室を継承していく。</p> <p>(スポーツウェルネスクリニック)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>体力医学研究の学会発表や論文発表を行う。</li> </ol>	<p>(総合健診・予防医学センター)</p> <p>看護師による特定保健指導を738名実施した。また禁煙教室も毎月1回継続して開催している。</p> <p>(スポーツウェルネスクリニック)</p> <p>学会発表を12件、論文6編、論文投稿中2編であり、予定通り発表した。</p>

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
(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。			(本院) 毎月、医療収入および経費分析を行い医業利益予算を達成できるよう取り組んだが、診療報酬改定などの影響により、医療収入医業利益共に未達成となった。 (葛飾医療センター) DPCにおける医療機関別係数の低減、診療報酬改定の影響、患者数の減少などにより医療収入は未達成であったが、医業利益は達成した。 (第三病院) 診療報酬改定の影響、DPC医療機関係数の低減、患者数および手術件数の減少などで医療収入は未達成であったが、医業利益は達成した。 (柏病院) 診療報酬改定の影響、DPC医療機関係数の低減、外来患者数および手術件数の減少などにより医療収入予算は未達成であったが、医業利益は達成した。
●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)	(管理課) 特定機能病院の要件見直しに対応する。	(管理課) 平成26年4月1日付で改定された特定機能病院の要件を満たすべく各部門と調整し、要件をクリアした。
②がん診療連携拠点病院としての機能を充実させる。	・先進医療承認件数 H25: 7件 H26: 6件 H27: 8件  ・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: 67.5% H27: 70.0%  (機能充実関連) ・逆紹介率50%以上を目標とする。 H25: 30.5% H26: 52.5% H27: 60.0%	(管理課) 1. 院内がん登録の推進  2. がん相談支援体制の確立  3. ホームページ等を用いた院内外への広報活動  4. 緩和ケア体制拡充  5. がん連携パスの運用件数の増加	(管理課) 1. 院内がん登録件数は目標値、3,200件に対して3,426件の実績となり、目標を達成した。また、ホームページにて部位別の院内がん登録集計を掲載した。 2. 「がん相談支援室」から「がん相談支援センター」と改称し、明確な業務サポート体制を構築した。 3. 3回の市民公開講座、2回の緩和ケア研修会開催に際し、ホームページにて広報活動を行った。 4. 緩和ケアチームによる毎日の病棟ラウンドと、週2回の緩和ケア外来にて件数が増加した。 5. 年間(平成25年10月から平成26年9月)70件であり、前年度より増加し、目標値を上回った。10月から3月の実績は43件となり前年同期比で17件増加した。
③人材育成(スキルアップ)を行う。	・DPC病院1群としての各機能評価を充実させる。	(臨床研修センター) 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100%を目標とする。	(臨床研修センター) 医療安全カンファレンス4回、CPC6回の症例検討を開催した。CPCの研修医の出席率は98.6%(休職者を除く)であった。
④院内研修制度の充実を図る。	・効率性 H25: 0.00565 H26: 0.00857 ・複雑性 H25: 0.00000 H26: 0.00000	(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。	(教員・医師人事室) 医療安全推進室との連携によって周知徹底を図り受講率は向上傾向にあるものの、受講率100%は達成できなかった。
⑤専門職の充実	・複雑性指数を「0」より上げる ・カバー率 H25: 0.00476 H26: 0.00932 ・救急医療 H25: 0.00226 H26: 0.00464 ・地域医療 H25: 0.00189 H26: 0.00459  ・DPC地域医療指数・体制評価指数のアップを図る。 H25: 9.1P H26: 9.6P H27: 10.0P	(看護部) 1. 新たに5名の認定看護師資格を取得させる。(慢性心不全看護、不妊症看護、集中ケア、感染看護、小児救急看護) 2. 平成27年度の資格取得を目指し、8名の看護師を養成課程に進学させる。新規3分野4名(認知症看護2名、脳卒中リハビリテーション看護、手術看護)、現有4分野4名(皮膚・排泄ケア、感染管理、糖尿病看護、がん化学療法看護)	(看護部) 1. 予定通り5分野5名認定看護師資格を取得した。  2. 予定通り8名が進学し、さらに予定外に1名(透析看護)進学者が出た。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平 成 2 6 年 度 実 施 結 果
⑥チーム医療の強化・推進	がん診療連携拠点病院 ・ 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 ・ パス運用数 H25: 51件 H26: 87件 H27: 80件 ・ 公開講座数 H25: 3回 H26: 3回 H27: 3回  人材育成 ・ 研修医のCPC出席 H25: 100% H26: 100% H27: 100% ・ 認定看護師が2名以上いる認定分野数 H25: 4名 H26: 5名 H27: 8名	(病院事務部) Team STEPPSを中心に医療安全及び医療の質の向上を目指す。	(病院事務部) 診療部長・所属長・セーフティマネージャーなどの全管理者に対する医療安全管理に係わる研修会を年4回開催し、医療安全・感染対策の周知・徹底および医療の質の向上を図った。
⑦救命救急体制の強化を図る。		(業務課) コンビニ受診の抑制により二次・三次救急の受入を強化することで効率的な救急体制を構築する。	(業務課) 救急患者数は1日平均14名減少し軽症のコンビニ受診抑制には一定の効果は出ているが、救急搬送件数の大幅な増加には繋がらなかった。
(2) 先進(高度)医療を開発し、施行する。	新規認定数 H25: 0件 H26: 1件 H27: 2件 ※H25の申請件数は2件	(管理課) 1. 各診療科へ病院としての支援策を強化する。 2. 実施申請方法の簡素化に向けた検討を行う。 3. 厚生労働省のホームページ等の随時チェックを励行し、最新の情報入手する。	(管理課) 1. 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診療科への申請支援などを実施した。 2. 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。 3. 新規申請手続きが煩雑なため、当該が医師のサポートを行い、一定数の新規申請および承認件数を確保できた。
(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: 391 H26: 309 H27: 268  カンファレンス数 H25: 63件 H26: 78件 H27: 102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. Team STEPPSを主体とした医療安全文化の醸成を図る。 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。	(医療安全管理部・感染対策室) 1. 術前合同カンファレンスの範囲を拡大し内科的なハイリスク症例の検討も開始した。名称を「ハイリスク合同カンファレンス」と改定、60回開催し、現場に定着した。 2. Team STEPPS推進メンバーを各部署各診療科より選出し、年間目標を定めて現場の活動の充実を図った。医療安全推進週間には、活動報告会を開催し、多職種からの発表があり参加者から好評を得た。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
<p>(4) 患者・家族の満足度の向上を図る。</p> <p>①インフォームド・コンセントを徹底する。</p>	<p><b>苦情・クレーム件数10%削減 (平成24年度実績ベース)</b> (管理課) H25: 283件 H26: 315件 H27: 250件 (看護部) H25: 104件 H26: 113件 H27: 100件以下</p> <p><b>説明と同意書の整備件数</b> H25: 3件 H26: 3件 H27: 5件</p>	<p>(病院事務部) インフォームド・コンセントは、患者と医療従事者との双方向のコミュニケーションにより成立するものである。同意書や説明書などがその視点で反映されているか等を関連部署と検証する。 (管理課) クレーム対応やご意見箱への投書内容から抽出したインフォームド・コンセント関連項目を該当部署へフィードバックを徹底する。 (医療安全管理部) 医療安全に関する事例において、患者に対して説明・同意が適正に行われているか等、それぞれの案件ごとに検証する。</p>	<p>(病院事務部) 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行わ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周知徹底を図った。苦情・クレーム件数(管理課扱い分)は315件(対前年度比65件増加)であった。 (管理課・業務課) 説明と同意に関する運用案を策定し、患者を主体とし、患者の合意に基づくインフォームド・コンセントの体制を整備した。また、ご意見箱に関しても設置場所の増設により、より多くの意見を収集するような体制に改めた。 なお、説明と同意書およびご意見箱の主管課は業務課に移管された。 (医療安全管理部) 1. 説明と同意書の整備件数は5件であり、内訳は次の通り。 ・CVポート関連 ・医療保護入院同意書 ・輸血関連同意書3件 2. 医療安全に関する事例において、患者に対して説明・同意が適正に行われているかなど、それぞれの案件ごとに検証し、指導した。侵襲的医療行為に関する説明・同意書の新規作成時にはセーフティマネジメント委員会にて検討し、適正な説明内容となるよう指示した。</p>
<p>(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。</p> <p>①患者支援・医療連携センターの機能を十分に発揮する。</p>	<p><b>保険法紹介率50%以上</b> H25: 46.8% H26: 67.5% H27: 70.0%</p> <p><b>逆紹介率50%以上</b> H25: 30.5% H26: 52.5% H27: 60.0%</p>	<p>(患者支援・医療連携センター) 1. 前方医療連携拡大のためFAX枠の拡充と産業医との緊密な連携を図り紹介患者を増加させる。 2. PFMを推進する学外の医療機関の地域医療連携を学ぶ。 3. センター機能の拡充を検討し業務見直しを行う。業務効率向上のために統合可能な部署については随時集約しセンター化する。</p>	<p>(患者支援・医療連携センター) 1. 7施設を訪問し、顔の見える環境づくりと産業医の要望に基づく改善を図り、患者紹介の拡充に努めた。また、新規取組みとして「働く人の健康支援研究会」を支援し、近隣施設に対して医療連携部門の案内を行った。 2. PFMを推進する学外の医療機関の地域医療連携を学ぶことについては、具体的な取り組み事項はなかった。 3. 西新橋再整備計画に参画し、ハード・ソフト両面における提言を行った。</p>
<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>(治験センター) 1. 治験、臨床研究に関する法令、指針の変更について適時情報収集し運用ガイダンス等を把握しながら、研究実施面のサポートを強化する 2. 臨床試験を推進するため、臨床研究コーディネーターによる支援を拡大する。 3. 臨床研究支援センターと協力し、臨床試験がより適正に実施できるよう支援する。</p>	<p>(治験センター) 1. 疫学および臨床研究に関する倫理指針の改訂に伴い、変更内容を確認しながら、今後必要となるモニタリングなどの体制整備について検討を開始した。 2. 院内および派遣の臨床研究コーディネーターが協力して、臨床研究の実施を支援した。 3. 臨床研究の実施およびデータの信頼性確保に向け、臨床研究支援センターと連携して、研究者への支援および倫理指針教育を開始した。</p>

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
(7) 効率的医療を推進する。 ①効率的な診療体制の構築を図る。		(病院事務部) 1. 患者支援・医療連携センターを中心に各部門との協力のもと、Web予約の導入を前提とした診療予約枠の拡大により患者の受入を強化する。 2. ストロークセンターなど新外来棟建築に向けた「緩やかなセンター化構想」を実現する。 3. 資格職が本来業務に専念し、生産性が高められるような体制を構築する。	(病院事務部) 1. web予約導入WGを6回開催し、web導入に向け各診療科のFAX予約枠利用状況と全科外来初診・紹介患者受診動向を曜日ごとに調査した。また、外来予約枠の各科別ルールを抽出、調査し適正化に向けた検討を行った。これらをもとに全科予約枠拡大を目指し作業を進めた。 2. SCU運営委員会において、導入案を検討し、平成27年1月改修工事を開始した。運用開始は、平成27年5月1日の予定である。
②手術室の安全で効率的な運用を図る。	中央棟手術室利用率(日勤帯) 60%以上維持 H25: 70% H26: 70% H27: 70%  外来棟手術室利用率 60%以上目標 H25: 42% H26: 37% H27: 45%	(管理課) 【運用面】 1. 中央棟手術室の利用率70%を維持しつつ緊急手術を受け入れられる余裕を持った術室利用をする。 2. 外来棟手術室の利用率を45%とする。 3. 利用率を手術・処置・検査にわけ、適正利用に向けた検討を行うことで救急ストップを回避する。 4. 手術室枠の定期的な見直しを実施する。 【安全対策】 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を削減させる。 【管理面】 1. 新外来棟建設後を見据えた、人員の確保と教育の実施。クリティカル領域の壁を排除した柔軟な人員配置などを検討していく。 2. オペラマスターデータ(ORSYS、AIS)と術式別器械セットデータを紐付けるシステムを構築する。 医療機器稼働モニタリングを実施し、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。 3. 看護補助員・器械セット系の業務を見直す。 4. 医療材料管理の精度を向上させる。	(管理課) 【運用面】 手術申込件数は減少したが、従来通りの管理体制のもと大きなトラブルに至らなかった。また、手術枠の見直しについても検討した。  【安全対策】 再手術の原因、対策の提案などは医療安全推進室と検討は進めたが、実際の再手術件数の減少に至らなかった。SSI発生率は、心臓外科が12.98%(対前年度比4.93%増加)と増加しており、ICTカンファレンスなどで対策を講じた。  【管理面】 医療材料、機器の管理方法の改善について検討したが実現には至らなかった。柔軟な人員配置について、一部門で実施された。補助員・セット系の業務改善については、看護師を介入することで実施された。
③救急患者受入れの体制整備と推進を行う。		(業務課) 1. 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。 2. 救急搬送患者の受入促進を図る。	(業務課) 事務作業効率化によるトリアージ体制の充実を図るために、救急来院患者データベースシステムの導入を検討した。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
<p>(8) ICTを充実し、有効活用する。</p> <p>①電子カルテを導入する。</p>		<p>(システム課)</p> <p>1. 電子カルテの導入時期を検討する。</p> <p>2. メーカーの選定について情報を収集する。</p>	<p>(システム課)</p> <p>1. 電子カルテの稼働開始予定日を平成30年1月に決定した。</p> <p>2. 本院以外の附属病院および他大学での稼働状況、実績を附属病院のメーカー選定のための情報として収集した。</p>
<p>(9) コスト管理の強化と収益性の向上を図る。</p> <p>①月次医療収支額を把握し活用する。</p> <p>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。</p>	<p>特殊材料費・消耗品費 経費率削減 (平成24年度実績ベース) ・特殊材料費</p> <p>H25: 0.26%減少 H26: 0.003%減少 H27: 0.5%以内の増加</p> <p>・消耗品費</p> <p>H25: 0.05%減少 H26: 0.12%増加 H27: 1.0%減少</p> <p>・原価率</p> <p>H25: 93.1% H26: 計算中 H27: 平成26年度分確定後設定</p> <p>後発医薬品の数量シェア</p> <p>H25: 24.5% H26: 41.3% H27: 60.0%</p>	<p>(病院事務部)</p> <p>毎月の収益実績から収支差額分析を行い、予算収益目標を達成する。</p> <p>(企画部)</p> <p>1. DPCデータによるベンチマークの本格活用と経営上有益なデータを提供する。</p> <p>2. 病院機能分化に伴う特定機能病院の要件に関わる分析・情報提供を行う。</p>	<p>(病院事務部)</p> <p>毎月の医療収支実績をもとに分析・評価を行ったが、医業利益予算は未達成となった。</p> <p>(企画部)</p> <p>1. 日本医科大学を新たに加え、7大学によるベンチマークを実施した。</p> <p>2. 特定機能病院およびがん診療連携拠点病院の新規指標を交換した。</p> <p>3. 病院減収が顕著なため、迅速に第3四半期報告を行った。</p> <p>4. DPCデータの様式1の指標の交換を新たに開始した。</p> <p>5. 交換指標の定義の統一と指標を整理した。</p>
<p>③医療材料のSPD業務の再編の評価を行う。</p>		<p>(病院事務部・企画部・施設課)</p> <p>コストマネジメント・プロジェクトを中心とした物流管理システムの効率的運用を図る。</p> <p>1. 物流全般に関する組織(慈恵実業、慈恵メディカルサービス、SPD、卸売業者等)の見直しとコンプライアンスを含めた評価を行う。</p> <p>2. 4病院医材・物流WGによる適正化の推進</p> <p>3. 物流、医療材料の正確なモニタリング(4病院共通)</p> <p>4. 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。</p>	<p>(病院事務部・施設課)</p> <p>1. 慈恵実業、慈恵メディカルサービスによる購買体制を確認した。</p> <p>2. 共同購入については、耐圧チューブ、シリンジ、X線ガーゼ、廃液バッグ、人工鼻の提案を行ったが、導入に至ったのは耐圧チューブのみである。なお、在庫量については概ね横ばいで推移した。</p> <p>3. 定数配置額、不動率、紛失率などは4病院共通の指標で管理した。</p> <p>4. 物流面に関しては問題となる欠品などは発生しなかった。なお、SPDに対する経済的検証は行わなかった。</p> <p>(病院事務部)</p> <p>機能評価係数の対象期間平成25年10月から平成26年9月の後発薬品数量シェアは29.6%であったが、平成26年10月から平成27年3月は50.7%と大幅に増加し、後発薬品導入ロードマップの目標数値30%を達成した。</p> <p>(企画部)</p> <p>経費削減と効率化を図り、堅調な財政基盤を構築することを目的にコストマネジメント・プロジェクトの活動を実施した。附属病院と柏病院の収益構造を比較し、柏病院の利益率の高さについて要因を把握するため様々な分析を行い、病院間、年度間の差異を可視化した。原因を特定するには至らなかった。</p>

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
<p>(10) 情報公開の条件を整備する。</p> <p>①診療情報を評価するシステムを構築する。</p>	<p>情報公開項目数(手術、合併症率、再入院率、再手術率等)4項目以上達成</p> <p>H25: 0件 H26: 0件 H27: 4件</p>	<p>(管理課) 情報公開項目の公開条件の確認を行う。</p>	<p>(管理課) 今後の診療報酬改定において、臨床指標が評価対象となる動きもあり、7大学ベンチマーク会議などで検討を行ったが、情報公開には至らなかった。</p>
<p>(11) 晴海トリトクリニックの現状評価と将来構想</p> <p>①晴海トリ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。</p> <p>②医療機器の計画的な更新を図る。</p>		<p>(晴海トリトクリニック) 晴海トリトクリニックあり方検討会において、診療体制・健診体制の将来構想を策定する。</p> <p>(晴海トリトクリニック) 開院当初から設置している医療機器等の老朽化やサポート終了した医療機器等々を更新する。</p>	<p>(晴海トリトクリニック) 1. あり方検討委員会が開催されていないため、単年度毎の現状の改善に努めた。 2. 常勤医師の減少が続いており、患者数が大きく減少した。</p> <p>(晴海トリトクリニック) 1. 将来構想などの策定ができていないため、高額機器などの更新計画は未定である。 2. 故障頻発機器やリース満了機器などの個別対応を行なった。</p>
<p>(12) 総合健診・予防医学センターの充実</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>③女性検診の充実化を図る。</p>	<p>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)</p> <p>H25: 0.1% H26: 0.1% H27: 0.1%</p> <p>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)</p> <p>H25: 14% H26: 7% H27: 6%</p> <p>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)</p> <p>H25: 3.4% H26: 3.0% H27: 3.5%</p>	<p>(総合健診・予防医学センター)</p> <p>1. 医療機関に受診が必要な健診者に紹介状を同封し、受診を強化し早期発見に努める。 2. 人間ドック健診施設機能評価更新を平成26年12月迄に受審する。 3. がん早期発見率のデータ分析方法を確立し5%以上上昇させる。 4. メタボリックシンドローム該当者を3%軽減する。 5. 女性検診での早期異常状態発見を5%アップする。</p>	<p>(総合健診・予防医学センター)</p> <p>1. 受診が必要な健診者7月、8月分受診者162名に紹介状を同封し12名から回答があった。回答率は7%であった。 2. 人間ドック機能評価を平成27年2月6日に受審し更新された。 3. がん登録を検討した。 4. 結果説明後食事指導が必要な場合は看護師より食事および運動指導を行った。 5. 経膈超音波検査を増やし子宮頸癌だけではなく子宮体癌の発見率向上に努めた。</p>
<p>●葛飾医療センターに関する目標</p> <p>(1) コンプライアンスとガバナンスを強化する。</p> <p>①病院機能評価を受審し認定病院となる。</p>		<p>(葛飾医療センター) 病院としてプロジェクトの立ち上げ時期を検討する。</p>	<p>(葛飾医療センター) プロジェクトの立ち上げに向け、本院、第三病院、柏病院の病院機能評価受審に関係者で見学し情報収集を行った</p>
<p>(2) 健全財政を維持する。</p> <p>①医療の効率化、透明化、標準化を推進する。</p>		<p>(葛飾医療センター) DPC分析とクリニカルパスの拡充・推進を図る。</p>	<p>(葛飾医療センター) 医療の質を担保しつつ、DPCに適用したクリニカルパスの拡大を推進し、新たに4件の運用を開始した。クリニカルパスの適用率は54.9%で対前年度比7.0ポイント増加した。</p>

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
②コスト管理を徹底し収支差額を増大させる。		(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を行う。 2. 人件費と委託費の相関チェックを行う。	(葛飾医療センター) 予算執行額一覧、予算執行収支バランス表に基づき、医療収入と医療経費、人件費と委託費の相関チェックを実施した。
③データウェアハウスを活用し管理会計を強化する。		(葛飾医療センター) 入院予約、手術申込み状況、救急応需率を把握し事前に対策する。	(葛飾医療センター) DWHによるデータ抽出を月次業務にて行い、経営指標や各種委員会資料として活用し随時対策を講じた。
<b>(3) オープン・システムを拡大する。</b>			
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。	<b>患者紹介率：50% (保険法)</b> H25：49.4% H26：59.9% H27：65.0%	(葛飾医療センター) 1. 登録医を拡大する。 2. NKネットの連携強化を図る。	(葛飾医療センター) 1. 登録医は4施設拡大し、5名を追加登録した。 2. NKネットの病病連携は31件の転院実績となるが在宅医療へ軸足が移行する現状があり転院希望が減少した。紹介率(保険法)は59.9%、逆紹介率は26.2%であった。
②教育研修制度を整備する。	<b>逆紹介率：25%</b> H25：17.9% H26：26.2% H27：30.0%	(葛飾医療センター) 看護師復職支援事業の継続を検討する。	(葛飾医療センター) 看護師復職支援事業は見送り、地域からの要望が高い訪問看護ステーションへの支援として「ICTを活用した訪問看護ステーション情報集約・発信モデル事業」への登録を行い、訪問看護ステーションからの相談や同行訪問に応じる体制を整えた。
③地域の健康管理・健康増進に貢献する。	<b>公開講座平均参加者数100名</b> H25：112名 H26：97名 H27：130名	(葛飾医療センター) 公開セミナーを充実させる。	(葛飾医療センター) 公開セミナーは6月「排尿にまつわる病気と気になる尿もれについて」(参加者87名)、9月「乳がんについて知ろう語ろう」(参加者75名)、2月「脂肪肝のお話～ならないために、なったときのために～」(参加者128名)の3回開催した。参加者の身近なテーマであり充実した内容であった。
<b>(4) 診療重点機能を強化する。</b>			
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。	<b>年間救急搬送数：4,200件</b> H25：3,532件 H26：3,771件 H27：3,850件 <b>年間手術件数：5,000件</b> H25：4,494件 H26：4,519件 H27：4,600件 <b>血液透析件数：1ベッドあたり2回転</b> H25：1.38回転 H26：1.60回転 H27：1.50回転	(葛飾医療センター) 1. PCU(プライマリー・ケアユニット)と専門外来の連携を強化する。 2. 救急受け入れ体制の強化による救急車応需率アップと救急患者数を増加させる。	(葛飾医療センター) 1. 3月現在の総合内科は、定員7名に対し、常勤4名、レジデント3名の体制で稼働したが、4月より常勤2名、レジデント1名となるため、内科間で連携を図る体制を整備した。 2. 救急受け入れ体制は、日勤の受け入れを救急部医師が担当する運用に変更し、救急搬送件数は3,771件、対前年度比で239件増加した。
②手術室を効率的に運用する。		(葛飾医療センター) 手術室の稼働率アップ及び手術患者数を増加する。	(葛飾医療センター) 手術部の効率化推進と手術室の稼働率向上のため、手術枠、予約締り日の見直し、インターバルの短縮を検討した。今年度の手術件数実績は4,519件で対前年度比25件増加した。
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) 麻酔部人員の充足と集中治療室病床の増床稼働を図る。	(葛飾医療センター) 1. 麻酔部の定員6名に対し、常勤医師5名、レジデント6名の体制である。集中治療部門と連携し、患者状態の把握と医療の質・安全性向上に努めた。 2. 集中治療室の増床稼働は、診療体制および看護要員数などを鑑み、現時点では実施しなかった。 3. 循環器内科のIVR患者数減少により、CCUの稼働が減少し、看護要員を含めたフレキシブルな人員配置を検討した。
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と増床を検討する。	(葛飾医療センター) 透析件数は9,995件(対前年度比1,613件増加)、1床当たり1.60回転(対前年度比0.18増加)であった。
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(大腸がん)事業を推進する。	(葛飾医療センター) 東京都がん診療連携協力病院として、院内緩和ケアカンファレンス体制も整備し、院内がんカウンセリングの運用も開始した。院内がん登録も、今年度708件(対前年度比151件増加)を東京都へ提出した。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
(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) BCPの実効性の検証を行う。	(葛飾医療センター) BCP教育訓練の実施として、平成26年11月9日に葛飾区総合防災訓練を行った。本訓練にて、災害時の当医療センターの最高決定機関である災害対策本部を立ち上げ、衛星電話、防災行政無線、デジタル無線など災害時の通信ツールを幅広く活用することで、それぞれの機器操作、感度、利便性などを検証することができた。
②DMAT（災害派遣医療チーム）を編成する。		(葛飾医療センター) DMAT隊員の増員を検討する。	(葛飾医療センター) 東京都との調整において増員申請に必要な講習会への参加枠が提示されていないため実施には至っていないが、受講でき次第増員する予定である。
(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) 設計・建築工事を開始する。	(葛飾医療センター) 基本設計・詳細設計が完了し、8月1日別館増築工事を着工した。
●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: 332件 H27: 300件	(第三病院) 救急部専任医師の増員を図り、救急搬送患者の更なる受入れを強化する。	(第三病院) 内科救急診療体制の変更により、救急ストップ回数が増加し救急搬送患者が減少したが、救急応需率は高い水準を維持した。
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。	手術件数年間6,000件 H25: 5,757件 H26: 5,654件 H27: 6,000件	(第三病院) 1. 緊急手術に対応できる8室利用でのスリム化運用 同一科での縦運用の徹底と外来スケジュールと手術日の見直しにより手術6,000件の達成。 2. SSI（手術部位感染）低下に向けた取り組み（安全で質の高い医療の提供） 3. 長時間手術での抗生剤投与、手袋交換等多角的に取り組むことで発症を抑える。	(第三病院) 1. オペラマスターを導入し手術枠の利用率、手術室稼働率を分析し8月に手術枠の見直しを実施したが、年間手術件数は5,654件で目標未達成となった。 2. 平成26年2月より閉創セット運用を開始し大腸、直腸症例でSSIデータ分析を実施し、減少が認められた。 3. 抗生剤投与は3時間毎の追加投与が徹底された。 4. 手袋交換についても3時間毎の交換と閉創時の交換が徹底でき、手術部全体でSSI低下に向け取り組んだ。
③病床の運用を改善し、入院の必要性に応える。	一般病床稼働率90%以上 H25: 84.0% H26: 83.6% H27: 88.0%	(第三病院) 電子カルテ導入後のシステムを利用し更なる病床運用の効率化を図る。	(第三病院) 病床管理システムにより、空床や予定入院、患者の状態が共有され病床の効率運用が図られた。
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。	紹介率40%以上 H25: 38.2% H26: 53.9% H27: 55.0%	(第三病院) 1. 電子カルテ導入後のシステムを利用し返書管理を強化する。 2. 連携機関との共有利用可能な医療連携システムの導入を図る。	(第三病院) 1. 紹介・逆紹介WGを設置し紹介率53.9%、逆紹介率32.0%で目的を達成した。 2. 紹介患者報告書運用手順を作成し返書管理を強化した。 3. 地域医療連携システムは次年度導入に向け院内外に仕様に係るアンケート調査を実施した。
② 逆紹介率30%以上 H25: 18.6% H26: 32.0% H27: 35.0%			
(2) 新病院建築に向け病院機能と財政基盤を確立する。 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。		(第三病院) 平成26年度に第三病院単体での新病院建築の資金計画を検討する。	(第三病院) 着手しなかった。
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。		(第三病院) 長期の高額診療機器導入計画予定表に従い、長期的な視点で購入計画、資金計画を作成する。	(第三病院) 着手しなかった。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
(3) 新病院の基本構想、基本計画を策定する。 ①第三病院の将来像を見据え、附属4病院の機能連携を考えた新病院構想・計画を策定する。 ②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) 第三病院、国領キャンパス内の建物を整理し、具体的な新病院計画を協議できる環境を整える。	(第三病院) 平成27年1月、新医局棟が竣工した。既存建物の撤去と外構整備を継続した。
		(第三病院) 調布市、狛江市と協議を続け新病院構想の具体案を検討する。	(第三病院) 緊急医療救護所設置に必要な調布狛江市の行政所有のテントなど備品の保管に関して、自院正面玄関付近に防災倉庫の設置を継続検討中である。
(4) 特色ある医療を強化する。 ①森田療法センターを本学の特色ある医療として内外に強く再アピールする。 ②患者満足度の高い病院への改善を図る。	精神神経科入院患者数(1日平均)16名 H25:10名 H26:10名 H27:12名  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% H26:92% H27:90%  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% H26:98% H27:90%	(第三病院) 1. 紹介元医療機関の一覧を作成し、年2回以上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学会や雑誌において、森田療法の治療成果を年5回以上報告する。 4. 森田療法センターホームページの充実を図る。	(第三病院) 院内外において森田療法に係る情報提供を行った。
	(第三病院) 1. 電子カルテ導入に伴い、待ち時間の短縮及び院内サイン全体の見直しを図る。 2. 来院患者の車輛集中時の動線改善と駐輪場整備を図る。 3. 老朽化した施設設備を改修し療養環境を整える。	(第三病院) 1. 病院情報システム導入により患者待ち時間が短縮され患者サービスが向上した。 2. デザインを統一し患者にとって分かりやすい院内サインに改修した。 3. 新医局棟竣工後に外構整備を進めている。 4. トイレを含む病棟などの整備を実施しアメニティが向上した。	
(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) 電子カルテ導入後の運用を検証し、改善を図る。	(第三病院) 電子カルテなど病院情報システムの検証を実施、システム改修および追加はHIS委員会で検討し統括委員会へ上申した。
(6) 大規模災害に備える。 ①BCP(事業継続計画)を策定する。 ②DMAT(災害派遣医療チーム)を編成する。		(第三病院) 災害程度を想定した人員、資金、供給体制等を含めた整備を行いBCPの完成度を高める。	(第三病院) 参集体制の充実を図るために、看護師寮の稼働率を高める暫定施策を講じ、次年度からの運用体制(新人以外の看護師の入寮)を整備した。
		(第三病院) DMAT活動の実践および第2チームの編成を図る。	(第三病院) 内閣府主催の広域医療搬送実働訓練(熊本)、東京都福祉保健局関東ブロック訓練(群馬)にチームを派遣した。今年度は第2チームの募集がなかった。
(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. 接遇改善に向けた研修会を開催する。 2. 職員の対外的な学会活動等を通じ、学外の状況を理解し職能のスキルアップを図る。 3. 電子カルテ導入後の運用に合致したチーム医療主体の研修会の開催を企画し、業務・運用の最適化を図る。	(第三病院) 1. 職員研修委員会主催接遇研修を2回実施し193名が参加した。 2. 学会等参加申請件数34件。終了後は各部署で資料回覧や報告会で職場周知を図った。 3. 医師事務支援室を設置し、医師事務作業補助に係る研修を受講した。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
<p>●柏病院に関する目標</p> <p>(1) 医療の標準化・効率化を推進する。</p> <p>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。</p>	<p><b>DPC効率性指数の向上</b></p> <p>H25：0.00577 H26：0.00739 H27：0.00816</p> <p><b>レジメン登録件数の適正化</b></p> <p>H25：430件 H26：470件 H27：500件</p>	<p>(柏病院)</p> <p>1. レジメンオーダーの安全な電子カルテへの移行と更なる適正管理を図る。</p> <p>2. 誤薬防止のための処方箋様式変更を実施し、誤薬要因の分析及び導入後の評価を行う。</p>	<p>(柏病院)</p> <p>1. 平成27年1月の新病院情報システム稼働に向けて、レジメンオーダーの再確認、電子カルテへの登録を予定通りに実施した。レジメン登録件数は470件であった。</p> <p>2. 処方箋様式の変更は平成26年6月に完了した。処方箋様式の統一化により、処方内容の確認はしやすくなったが、誤薬報告件数は横ばい状態となった。</p>
<p>②手術室の安全性の向上と効率化を図る。</p>	<p><b>1 C手術室利用件数の増加</b></p> <p><b>手術件数年間7,000件</b></p> <p>H25：7,839件 H26：7,628件 H27：7,000件</p> <p><b>クリニカルパスの導入件数</b></p> <p>H25：5,354件 H26：5,103件 H27：6,000件</p>	<p>(柏病院)</p> <p>1. 全11室（3階手術室10室と1C手術室1室）の稼働状況を検証し、適正手術件数を設定する。</p> <p>2. 運用面や手術科別配分を見直し、手術件数増加の検討を行う。</p>	<p>(柏病院)</p> <p>1. 手術枠の見直しを行い、年間目標件数7,000件に対して7,628件（全身麻酔手術3,563件、局所麻酔4,065件）を実施した。術間インターバルの縮減対策や業務効率化などにより、効果的な手術室利用に努めたが、対前年度比193件減少した要因としては、12月より眼科の硝子体注入術を外来へ移行したこと（実績値123件）、耳鼻咽喉科の悪性手術の増加により1件あたりの手術時間の増加、さらに救命救急センターとして緊急手術用に1室空ける運用へ変更したためである。</p> <p>2. 緊急手術件数（臨時手術含む）は、今年度1,352件、対前年同期比148件と増加した。なお、効率的な運用や手術枠の見直しについては、手術室・中材運営委員会で検討を行い、定期的に見直した。</p>
<p>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。</p>	<p><b>緩和ケアチーム年間介入数年間600件以上</b></p> <p>H25：95件 H26：116件 H27：130件</p>	<p>(柏病院)</p> <p>1. SPD方式の手術キット、DRGセットの使用頻度が低い器材を洗い出し、内容の見直しを行う。</p> <p>2. 更に4機関共同購入品目についても見直しを行う。</p>	<p>(柏病院)</p> <p>1. DRGセットは209セットから200セットに集約、手術キットについては21キットを見直した。</p> <p>2. 共同購入についても、提案品すべてを切替えを行い価格を削減した。</p>
<p>④DPCに対応したクリニカルパスの見直しを行う。</p>	<p><b>院内褥瘡発生率</b></p> <p>H25：1.11% H26：0.80% H27：0.79%</p>	<p>(柏病院)</p> <p>1. 収支分析を基にクリニカルパスを見直し、収益型クリニカルパス作成・拡大を図り、疾病原価管理を強化する。</p> <p>2. クリニカルパスの適用件数・適用率の向上を図る。</p>	<p>(柏病院)</p> <p>1. 後発医薬品への切替えや術前ERAS食（Enhanced recovery after surgery）導入に伴うクリニカルパス変更を行った。</p> <p>2. クリニカルパスの適用率については、2ヶ月連続で適用率6割を下回るクリニカルパスの該当がなく、高い適用率を保った。</p>
<p>⑤患者のためのチーム医療を推進する。</p>	<p><b>NST介入件数</b></p> <p>H25：443件 H26：443件 H27：450件</p>	<p>(柏病院)</p> <p>1. 緩和ケアチーム 厚生労働省より提示予定の緩和ケアセンター構想案に則った運用体制の整備を図る。</p> <p>①外来緩和ケアの専門的医療の充実</p> <p>②外来緩和ケア管理料の算定</p> <p>2. 栄養サポートチーム（NST）</p> <p>①NSTの介入および算定数増を図る。</p> <p>②NST勉強会の更なる充実を図る。</p> <p>③平成27年1月の電子カルテ導入に向け、効率の良いNSTカルテの作成に取り組む。</p> <p>3. 褥瘡対策チーム</p> <p>①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。</p> <p>②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。</p> <p>4. 感染制御チーム（ICT）</p> <p>薬剤耐性菌対策を継続し、広域スペクトラム抗菌薬の適正使用を推進する。</p>	<p>(柏病院)</p> <p>(緩和ケアチーム)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>年間新規介入件数は116件となり、目標110件を達成した。</li> <li>外来緩和ケア管理料の算定については、算定可能医師（緩和ケア研修修了者）の調査を実施し算定に向け運用を調整した。</li> </ul> <p>(栄養サポートチーム（NST）)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>NST介入および算定数増は、450件を予定していたが443件であった。</li> <li>NST勉強会の充実については、内容の充実も図り、開催回数も前年度と同様に実施出来た。</li> <li>NSTカルテについては電子カルテ上に載せ、効率的な運用ができた。</li> </ul> <p>(褥瘡対策チーム)</p> <p>今年度の院内褥瘡発生率は0.8%であり、急性期患者の褥瘡の予防・回復促進・重症化予防に努めることができた。</p> <p>(感染制御チーム（ICT）)</p> <p>今年度の薬剤耐性菌院内発生率はMRSA0.32（対前年度比0.04減少）、ESBL0.14（対前年度比0.04減少）と低下した。抗菌薬の使用密度は4病院の中で最も高く、継続して適正使用推進に取り組んだ。</p>

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
<b>(2) 地域中核病院として十分に機能する。</b>  ①病院のビジョンを共有し、急性期医療・地域医療に貢献する。	<b>年間3診療部のBSC作成</b> H25：20部門 H26：22部門 H27：30部門 <b>市民公開講座開催件数 年間2回以上</b> H25：2回 H26：3回 H27：3回	(柏病院) BSCをブラッシュアップする。	(柏病院) 今年度柏病院BSC(バランス・スコアカード)のKPIなどの検証を行った。
	<b>救急搬送数・救急患者数対前年度比増(救急搬送数)</b> H25：3,034件 H26：4,246件 H27：4,300件	(柏病院) 1. 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。 2. 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。	(柏病院) 1. 救急部と全診療科が連携し急患の積極的な受入れを行い、救急患者数は7,537名で対前年度比446名増加した。 2. 救急隊と定期的な打ち合わせを行い関係を強化し、救急搬送数は4,258件で対前年度比1,224件増加した。
	<b>(救急患者数)</b> H25：7,112名 H26：7,537名 H27：7,600名	(柏病院) 周産期センター化は中長期計画として、実現に向けて検討を継続する。	(柏病院) 4B病棟(産婦人科病棟)が12月20日より運用を開始した。4C病棟(小児病棟)を含めて、周産期センター化について中長期的に継続検討した。
	<b>②周産期センター化を検討する。</b>	(柏病院) PFMシステムをさらに機能強化し、病床の効率的運用を推進し、平均在院日数を短縮する。	(柏病院) 1. 入院から退院までの患者支援を行うことで、早期退院を促進し病床の効率的な運用に努めた。しかし、4B病棟開設に伴う、4A病棟の改修工事により、49床が使用できないため、統計上の病床稼働率は低下した。 2. 平成26年度診療報酬改定により、平均在院日数の算定方法が変更となったことと一部の診療科の在院日数が増加したことにより、平均在院日数が増加した。 ・今年度病床稼働率86.9%(対前年度比1.4%減少) ・平均在院日数14.2日(対前年度比1.6日増加) ・PFM介入件数6,698件(対前年度比60%増加)
<b>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。</b>	<b>平均在院日数の短縮(目標11~12日)</b> H25：12.6日 H26：14.2日 H27：11~12日  <b>外来患者数1日平均1,600人以上</b> H25：1,551名 H26：1,477名 H27：1,445名	(柏病院) 1. 外来部門の拡張と4B病棟(38床)の増床。  2. 先進医療の申請を年間1件以上を目指す。 3. 特徴的な医療を推進する。	(柏病院) 1. 外来部門の増築は平成26年7月末竣工した。外来部門の改修工事は平成27年3月に完成した。また、4B病棟改修工事は平成26年11月30日に完成し、12月20日に4A病棟から移転し運用を開始した。これにより、届出床が627床から664床(38床増加)となった。 2. 継続している先進医療が1件あるが新規の申請はなかった。 3. 乳癌に対する凍結療法を自由診療として許可した。
<b>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。</b>	<b>入院患者数1日平均570人以上</b> H25：541名 H26：543名 H27：574名  <b>先進医療の承認および実施件数年間1件以上</b> H25：3件24症例、新規承認0件 H26：2件10症例、新規承認1件 H27：3件10症例、新規承認1件	(柏病院) 1. 外来部門の拡張と4B病棟(38床)の増床。  2. 先進医療の申請を年間1件以上を目指す。 3. 特徴的な医療を推進する。	(柏病院) 1. 外来部門の増築は平成26年7月末竣工した。外来部門の改修工事は平成27年3月に完成した。また、4B病棟改修工事は平成26年11月30日に完成し、12月20日に4A病棟から移転し運用を開始した。これにより、届出床が627床から664床(38床増加)となった。 2. 継続している先進医療が1件あるが新規の申請はなかった。 3. 乳癌に対する凍結療法を自由診療として許可した。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平 成 26 年 度 実 施 結 果
⑤連携病院を拡充し、地域連携を強化する。	<b>紹介率50%以上</b> H25：55.0% H26：63.4% H27：60.0%  <b>逆紹介率30%以上</b> H25：36.7% H26：46.9% H27：50.0%  <b>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)</b> H25：7名 H26：2名 H27：10名	(柏病院) 1. 前方連携を拡大する。(連携登録医制度の更新、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を図る。  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を図る。	(柏病院) 1. 連携登録医制度を改定し、242施設が更新した。紹介率は、医療法62.9%、保険法63.4%、逆紹介率46.9%、FAX予約件数9,538件となった。紹介率、逆紹介率ともに目標値には到達しているものの、算定方法の変更により対前年度比では、紹介率は3.2%減少した。逆紹介は、対前年度比10.2%増加した。FAX予約は近隣医療機関の検査開始などに伴い、放射線科、循環器内科の予約件数が低迷した。 2. 救急部診療部長が救急患者の後方連携病院の連携強化のため連携登録医療機関を訪問した。また、患者数の変動が多い登録機関(23施設)は院長・副院長が訪問した。また、4月の連携登録医制度更新に伴い、患者支援・医療連携センターが全ての登録医療機関を訪問した。 3. 東葛北部医療圏の訪問診療医・訪問看護ステーションスタッフとの地域医療連携懇談会を開催し、連携強化を図った。
<b>(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。</b>  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。	<b>年間外来がん患者延数7,700人以上</b> H25：7,500名 H26：8,175名 H27：8,300名  <b>年間入院がん患者数3,500人以上</b> H25：3,286名 H26：3,611名 H27：3,800名  <b>地域がん登録件数</b> H25：1,582名 H26：1,755名 H27：1,800名  <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 H26：12名 H27：20名  <b>外来化学療法室月平均延患者数430人以上</b> H25：409名 H26：455名 H27：460名  <b>緩和ケアチーム年間介入数年間600件以上</b> H25：95件 H26：116件 H27：130件  <b>地域連携パスのパス種の拡大と稼働3パス以上</b> H25：5 H26：8 H27：15  <b>パス使用件数年間5件以上</b> H25：14件 H26：31件 H27：50件	(柏病院) 地域がん診療連携拠点病院の新たな要件に沿った拠点病院運営体制を整備する。  (柏病院) 1. 外来化学療法室9ベッド増床とベッド回転率を向上させる。  2. 地域がん診療連携拠点病院の指定要件に沿った緩和ケア体制を構築する。  (柏病院) 地域連携パス体制整備、拡大を図り、地域連携パス件数増に努め、医療連携強化を図る。	(柏病院) 地域がん診療連携拠点病院の指定更新を申請し、訪問審査などを経て認可された。「緩和ケアの提供がなされる旨を患者・家族に対してわかりやすく情報提供する」「緩和ケア専従医師のがん診療に関する病棟回診への参加」「院内がん登録数・臓器別5年生存率をホームページに掲載し情報公開実施」など、新要件に合わせ、拠点病院としての運営体制を整備した。  (柏病院) 1. 平成26年12月27日、外来化学療法室改修工事が完成し、平成27年1月より9ベッド増床の24床がフルオープンとなった。月平均患者数は455.4名、病床稼働率は108.9%(対前年度比112.3%)であった。 2. 緩和ケア新規介入件数は116件で目標件数の110件を上回った。また、介入件数(ラウンド回数)も1,325回となった。  (柏病院) 今年度地域医療連携パス実施件数は次の通りとなった。 ・胃がん1件 (対前年度比 ±0) ・大腸がん3件 (対前年度比 ±0) ・肝がん0件 (対前年度比 1件減少) ・子宮頸がん6件 (対前年度比 2件減少) ・前立腺がん0件 (対前年度比 3件減少) ・脳卒中2件 (対前年度比 5件減少) 実施件数の減少要因は症例数の減少によるものであり、脳卒中パスの減少は医師の人事などが影響した。
②化学療法および緩和ケアの提供体制の充実を図る。			
③各医療機関からの紹介患者の受入れを行う。また、地域連携パスを活用し、病病連携・病診連携を推進する。			

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
<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</b> 120件増/年間 H25: 755件 H26: 881件 H27: 900件</p> <p><b>救命救急入院料の算定件数増</b> H25: 1,594件 H26: 1,273件 H27: 1,500件</p>	<p>(柏病院) ER診療体制の充実と積極的な救急患者の受け入れを行う。</p>	<p>(柏病院) 救急部と全診療科が連携し、救急患者の積極的な受け入れ体制を整備した。受け入れ件数は、1次救急搬送件数4,215件(対前年度比493件増加)、2次救急搬送件数2,194件(対前年度比488件増加)、3次救急搬送件数881件(対前年度比126件増加)であった。救急受け入れコールはトリアージナースが1次、2次救急を担当し、3次救急は救急医師が対応し、救急搬送患者数および救急患者数は7,537名(対前年度比446名増加)と、増加した。</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: 1,907名 H27: 2,000名</p>	<p>(柏病院) 全診療科による救急支援体制を強化する。</p>	<p>(柏病院) 1. CCUホットラインの急患要請は、直接受け入れる対応とした。 2. 3次救急は、救急医師、1次・2次救急はトリアージナースが対応する円滑な運用へ変更し、救急搬送件数が増加した。</p>
<p>③手術室を効率的に運用し、救急患者の受け入れを強化する。</p>		<p>(柏病院) 手術室の更なる効率的運用を図るとともに、安全な手術体制を整備する。</p>	<p>(柏病院) 緊急手術などの実施件数は増加し、救急患者の受け入れは強化できた。緊急手術件数は755件(対前年同月比43件増加)、臨時手術件数は597件(対前年同月比195件増加)であった。また、平成26年5月より緊急手術枠を設け、安全な手術体制を整備した。</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) 1. 研修医のICLSコースを2回開催する。 2. BLSコースを開催する。</p>	<p>(柏病院) 1. ICLSは2名の専門医により5回実施した。(1回は医学生対象) 2. ACLSコース2回のうち1回はBLSを行った。</p>
<p>(5) 収益の向上を図る。</p> <p>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</p>		<p>(柏病院) 平成25年度に実施した収益向上策を検証し、さらなる対策を講じる。</p>	<p>(柏病院) 1. 毎月の病院運営会議および院長連絡会議に患者数、初診患者数、紹介率、新患者数、急患数、救急搬送数、医療収入状況などを報告した。また、診療部会議に病院全体と当該料の患者数および医療収入状況などの詳細データを配布し、病院全体で情報共有するとともに、各診療部に対して、医療経費の抑制やマイナス指標の協力要請を行った。 2. 7月に救急部診療部長が救急患者の後方病院の連携強化のために連携登録医療機関を訪問した。 3. 医療連携推進のため、患者数の変動が多い登録機関(23施設)を院長・副院長が訪問した。また、4月の連携登録医制度更新に伴い、患者支援・医療連携センターが全ての登録医療機関を訪問した。 4. 12月から硝子体注射を眼科外来で実施し、救急手術室を常時確保した。 5. 院長と診療部長の面談を実施した。</p>
<p>(6) ICT推進による医療の効率化・共有化を推進する。</p> <p>①平成26年度中に電子カルテを導入する。</p>		<p>(柏病院) 各WGで運用を確認しながらマスターと運用マニュアルの作成を進める。</p>	<p>(柏病院) 平成27年1月より新病院情報システム(電子カルテシステム)の稼働を開始した。</p>
<p>(7) 災害拠点病院としての体制を整備する。</p> <p>①自己完結型のDMAT(災害派遣医療チーム)を創設する。</p>		<p>(柏病院) DMATの要員(業務調整員)を増員する。</p>	<p>(柏病院) 12月に開催されたCLDMAT講習会に5名(医師1名、看護師2名、業務調整員2名)、3月に開催された同講習会に1名(医師1名)が参加し、県内における災害発生時および日本DMAT後方支援への対応能力が充実した。</p>

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
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. 備品、資器材食料等の備蓄量を増加する。 2. 保管場所や管理方法の再検討 3. 重症患者・傷病者・DMATの受け入れ体制や資器材の貸し出し体制の整備 4. 地域を含めたトリアージ等の実施	(柏病院) 1. 食料の備蓄量を定期的に増量する計画だが、保管場所の確保が困難な状況であり、備蓄量を増加させることはできなかった。 2. D棟横に資機材・備品の保管倉庫を設置し、保管スペースを確保した。 3. 傷病者を受入れるためのソファベッドをエントランス改修工事後に8台設置した。また、平成27年2月に災害対策訓練を実施し、その検証結果を基にWGを立ち上げ、DMAT受け入れ体制の整備の検討を行った。 4. 2月11日に柏市・柏市医師会と共同し、トリアージを含めた災害訓練を実施した。
③BCP（事業継続計画）を策定する。		(柏病院) BCPの検証と見直しを行う。	(柏病院) BCP作成が遅延し、未達成となった。
II. 法人運営の改善および効率化に関する目標 1. 運営体制の改善に関する目標			
①内部監査の充実を図る。	申請過誤の削減（申請過誤 0 件） H25：0 件 H26：0 件 H27：0 件  科学研究費の適正使用（不適切使用なし） H25：5 件 H26：0 件 H27：0 件	(監査室) 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。 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。	(監査室) 1. 補助金監査では監査項目を増加し、業務監査においては規定類の整備状況の確認を行った。 2. 監事および外部監査人との連携は強化することができた。
②理事会機能を検証する。理事の担当役割を明確にする。		(理事会) 自己点検評価委員会にて法人全体の機能を検証する。	(理事会) 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。
③慈恵大学行動憲章・行動規範の周知を徹底する。		(人事課) 慈恵大学行動憲章・行動規範の周知徹底のための具体的対策を講じる。 (教員・医師人事室) 新規採用教員・医師全員に教員・医師ハンドブックを配布し、本学の行動憲章、行動規範に関する周知徹底を図る。	(人事課) 新入職員オリエンテーションや各階層別研修などで配布並びに説明し周知した。 (教員・医師人事室) 新規採用者に「教員・医師ハンドブック」を配布するとともに、各科医局にも配布して更なる徹底を図った。
④法令遵守の徹底を図る。		(総務課・人事課) 重大な法令違反案件抑止のために学内活動を検証する。	(総務課) 1. 学内の規程表記の統一化を図るため、「諸規程の制定・改定および廃止手続き要領」に沿って点検および提言を行った。 2. 職員所属長会議において、コンプライアンスに関する提言を行った。 (人事課) 大学ホームページの「コンプライアンスの取組」欄の再整備を行い、公益通報制度や監査室の活用を促進した。
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。		(経理課) 経常費補助金一般補助の充足条件の検証を継続して行う。特に交付額に影響する項目の点検を強化する。 (研究支援課) 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。	(経理課) 前年度分の検証を行い、関係部署に報告した。  (研究支援課) 関連部署との連携を図り管理の徹底を図った。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 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・管理課 (4病院))</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4病院合同の講演会を年1回実施する。</li> <li>2. オールユーザーメールにて注意喚起メールを年2回配信する。</li> <li>3. 各機関で研修会を開催する。</li> <li>4. 教職員へチェックシートを配布し自己診断させる。</li> </ol>	<p>(総務課)</p> <p>12月に外部講師による4病院合同の講演会を実施した。また、オールユーザーにて注意喚起メールを配信した。</p> <p>(本院)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4病院合同の講演会を12月4日に開催したが出席者数が前年度実績を下回った。</li> <li>2. オールユーザーメールにて4月10日、10月27日に注意喚起メールを配信した。</li> </ol> <p>(葛飾医療センター)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4病院合同の研修会は12月に開催し、57名が参加した。</li> <li>2. 注意喚起としてのオールユーザーメールを2回配信した。</li> <li>3. 新入職員を対象に研修会を開催し、62名が参加した。また、全教職員対象の研修会を2月に開催し、53名が参加した。</li> <li>4. 教職員へのセルフチェックシートによる自己診断を実施し、統計を作成した。</li> </ol> <p>(第三病院)</p> <p>電子カルテ導入に伴い業務外の個人情報閲覧禁止の注意喚起を文書で周知した。</p> <p>(柏病院)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 平成27年2月12日柏病院における個人情報保護セミナーを開催した。</li> <li>2. 前年度末に実施したアンケート結果を報告した。今年度の実施に向けて設問の見直しを進めていたが、実施には至らなかった。</li> </ol>
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)</p> <p>主要メディア掲載一覧をイントラネットに掲載し、主要メディア掲載数を、今年度の5%増とする。</p> <p>(学術情報センター)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 各教員の情報(社会貢献、研究成果、医療貢献)のデータ入力促進を図る。(教員評価システムの使用法の説明会を開催)</li> <li>2. 情報公開のため教育評価システムの今後の在り方について案をまとめる。</li> </ol>	<p>(広報課)</p> <p>主要メディア掲載数は729件(年間目標725件)であり、前年度実績689件に対し40件増加した。教育・研究分野では103件の掲載があり、対前年度比53件の増加となった。</p> <p>メディア掲載一覧をイントラに掲載する件については、イントラでの項目調整や一覧の加工があり、掲載には至らなかった。</p> <p>(学術情報センター)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「教員評価システム業績データ登録説明会」を7月10日、7月18日に開催した。教員による情報入力を促進することはできず、教育・研究年報への掲載が必須な情報のみの入力にとどまった。</li> <li>2. 科学技術振興機構(JST)が運営する研究者データベースであるresearchmapとのデータ連携により教員評価システムへのデータ入力を促進する案を教員評価システム管理委員会にて説明した。</li> </ol>
⑧事業計画の実施状況を確認する。		<p>(企画部)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 中期目標・中期計画と単年度事業計画との連動を周知する。</li> <li>2. 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。</li> </ol>	<p>(企画部)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 連動性を示すフローチャートを作成し、中期目標の冊子や学内ポスターにて周知した。</li> <li>2. 年度の中間評価から年末評価に変更し、次年度目標の設定を同時期に行うことでPDCAサイクルがより実践できるようにした。</li> <li>3. 重点施策に対する評価を新たに行った。</li> </ol>
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)</p> <p>BSC標準使用に向けて数部署でパイロット運用を開始する。</p>	<p>(企画部)</p> <p>BSCの標準使用に向け、作成状況の把握、内容検証、未作成部署への指導などを行い、次年度より職員全部署でBSCによる目標管理が行われることになった。</p>

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 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。	教育制度構築 教職員アンケートにおける満足度10%UP(平成24年度実績ベース) H25: 53.9% H26: 51.3% H27: 60.0%	(人事課) 1. 目指すべき人材育成像を確立し、現行研修を評価する。 2. 管理職育成プログラム終了後の管理職育成方法について検討する。	(人事課) 1. 現行研修については中間監督職クラスの研修内容を見直し、次年度に反映させる。 2. 管理職5年目クラスを対象としたアセスメントと育成研修を計画、次年度より実施に向けて調整した。
②人材の有効活用のための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: 3%(119名) H27: -4%(110名)	(人事課) データベースに収録した情報を各部署にフィードバックし、人材育成に活用する。	(人事課) 次年度の人材育成に活用するため、今年度の人事考課結果を集計し、現所属長へフィードバックするための準備を進めた。
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% H27: 100%	(人事課・給与厚生課) 1. 教職員アンケートの実施と職場環境の改善。 2. ワークライフバランスに有益な情報の提供。 3. 給与・福利厚生施策を適宜実施する。 4. 就業規則関連規程を適宜改定する。	(人事課・給与厚生課) 1. 企画部などと協力し、アンケート項目の再整備を行い、教職員アンケート調査を実施した。 2. 研修開催、子育てサポートブック改定、イントラネットに行政の子育て支援サービスを掲載した。 3. 給与・互助会制度を適宜改定した。 4. 就業規則関連規程を必要に応じて適宜改定した。
④看護師の雇用安定化を図る。	看護師年間退職率11.6%以内(平成24年度実績ベース) H25: 12.2% H26: 11.8% H27: 11.0%以下	(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。	(教員・医師人事室) 今年度の退職者は119名で前年度より5名増加した。中長期的な視点では、退職者数は減少傾向にある。
		(人事課・ナース就職支援室) 1. 平成27年当初採用目標人員を確保すると共に、良質な人材を確保し、4機関看護要員の均衡化を図る。特に柏病院要員確保を最重要事項とする。 2. インターンシップ・病院見学参加者からの応募者増につながる仕組みを作る。 3. 採用環境の的確な把握は、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. 学内生の就職率向上に向け、更なる学校及び臨床との連携を強化する。 5. 学校推薦応募制度を制定し、要員確保の安定化を図る。 6. 助産師確保に向け、助産学校への求人活動の強化を図る。 7. 継続して、国内留学制度等を積極的に活用し、スキルアップの機会拡大とモチベーション向上を図る。	(人事課・ナース就職支援室) 1. 次年度採用者については、柏病院を含む4機関全体で目標人員数を確保した。 2. 今年度はインターンシップの特別版を企画するなど創意工夫を行い、インターンシップ参加者は平成24年度比で3倍となり、また採用試験応募者も新卒を中心に増加した。 3. 学内生の対応と並行しつつ、7月に2回、8月に3回の採用試験を実施することにより、良質な人材を獲得することができた。 4. 前年度より始めた看護学科生、慈恵看護専門学校生のバス見学を引き続き実施し、学内平均就職率は前年度85.6%に対し、今年度は89.8%であった。 5. 柏病院に限定して制度を運用したが今年度は推薦応募はなかった。 6. 新たに助産師求人用パンフレットを作成し、積極的に求人活動を行い、目標人員の66名に対し9名多い75名を確保した。
		(看護部) 1. 就職希望者が最も多い附属病院から他機関異動とトレーディング・プレイスを引き続き行い、4病院の看護師の確保を行う。 2. 労務管理の向上と適正配置によって看護師の職務満足度を高める。	(看護部) 1. 今年度当初必要数に満たない第三病院へ他3病院から転勤、トレーディングプレイスによる人員調整を行った。今年度初の取り組みとして、附属病院から第三病院へ、人員補充を兼ねた主任2名の機関異動を実施した。 2. 時間外労働は減少せず、育児休職者は前年度より増加傾向にあり、年度後半の人員不足感が強く、職務満足度は前年度より低下した。 3. 国内留学制度の人数枠を広げる措置により、4病院合計16名の看護師が国内留学で就学した。認定看護師計10名(附属病院8名、第三病院1名、柏病院1名)、看護教員2名(附属病院、柏病院各1名)、助産師4名(附属病院2名、葛飾医療センター1名、第三病院1名)。皆意欲的に修学した。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
⑤労働生産性を向上させる。		(人事課) 労働生産性向上WG活動を各機関に展開し、労働生産性向上を図る。 (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WG活動は概ね予定通り進行した。労働生産性に対する意識向上と成果について報告会を実施した。  (教員・医師人事室) 業務課が中心となり、文書カウンターによる取扱文書の範囲が随時拡大された。
<b>3. 事務の効率化・合理化に関する目標</b>			
①適正なICTグランドデザインを構築し、ICT戦略を策定する。		(システム課) 本学での活用方法のための情報収集(メーカーの説明会や展示会、他大学での導入事例等)について、検討する。	(システム課) 「私立医科大学情報処理研究会」および「千葉県地域医療情報交換会」などで他院の導入事例を確認し、本学導入時の参考とした。
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) 1. 新原価計算システムによる迅速な情報提供を行う。 2. コックピットの利用率向上に向けた改善策を講じる。	(企画部) 1. 新原価計算システムによる原価計算を実施できなかった。 2. コックピットの見直しを検討したが、実施には至らなかった。
③各部門間の連携と相互補完体制を検討する。		(人事課) 標準作業手順書の改善と活用促進を図る。 (企画部) 事業計画を確認し、部署間の連携を図る。	(人事課) 自部署における活用方法の取り決めに留まり、他部署へのヒアリング調査の実施には至らなかった。 (企画部) 1. 病院の事業計画を病院BSCに移行する提案をした結果、次年度より採用されることになった。 2. 各部署BSCと事業計画との連動性を高めるために次年度より職員全部署でBSCが標準使用されることになった。
<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。	経常収支の状況 経常費補助金の獲得額 H25: 35.3億円 H26: 33.0億円 H27: 34.1億円	(経理課) 導入した経理システムを活用し予算の進捗管理・分析を行い、主に経費の予算申請額の適正化を推進する。	(経理課) 平成26年2月より導入した会計システムで、今年度より予算部署毎に決算科目での予算管理ができるようになり、実態に近い予算申請ができるようになった。
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。	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) H25: 21億円 H26: 16.8億円 H27: 5億円以下	(財務部) 西新橋キャンパス再整備の資金計画を策定する。 (企画部) マスタープランを策定し、必要に応じて検討組織を立ち上げる。	(財務部) 平成40年度迄の長期資金計画を作成し、建築準備委員会、常任理事会、拡大教授会で説明した。 (企画部) マスタープランの策定に向けて、西新橋再整備計画を進めた。検討組織を立ち上げ、次年度から検討を開始する体制を整えた。
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。	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 H25: 3位 H26: 2位 H27: 3位以内を維持  毎年度4件の大型プロジェクト研究事業を維持 H25: 5 H26: 5 H27: 5	(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。	(研究支援課) 1. 平成26年度文部科学省「私立大学戦略的研究基盤形成支援事業」に申請した研究プロジェクト「脳卒中の集学的治療研究開発拠点の形成」は残念ながら不採択となった。なお、当事業では平成22年度1件、23年度1件、24年度2件、25年1件が採択された。 また、平成27年3月末時点における文部科学省科学研究費助成事業(科研費)の件数および総額は、合計151件、総額316,160千円(間接経費含む)である。厚生労働省科学研究費補助金および独立行政法人の研究開発費等研究課題は、合計52件、総額にして201,537千円(間接経費含む)であった。 2. 経常費補助金は対前年度比170,665千円減少の、総額3,296,606千円であった。一般補助の圧縮率の増加によるもので、産業医科大学を除く私立医科大学28校中での順位は9位であった。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 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。	医療経費率 H25：34.7% H26：35.2% H27：35.2%以下	(施設課) 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、経費抑制を図る。	(施設課) 共同購入について検討したのは、耐圧チューブ、シリンジ、X線ガーゼ、廃液バッグ、人工鼻であり、このうち導入に至ったのは耐圧チューブのみであった。
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13%削減 (本院) H25：9.3%削減 H26：9.5%削減 H27：13.0%削減 (葛飾医療センター) H25：22.0%削減 H26：25.4%削減 H27：13.0%削減 (第三病院) H25：22.0%削減 H26：20.0%削減 H27：10.0%削減 (柏病院) H25：8.9%削減 H26：2.1%増加 H27：0.5%削減	(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。なお、平成26年度診療報酬の改定内容によっては、後発薬品切替スピードを更に高める。 (本院) 26年度より発足するコストマネージメント・プロジェクトを中心に、経費全般にわたり効率的・経済的視点で取り組む。 (葛飾医療センター・柏病院) 手術キット、DRGセットの適正化を図る。また、現状及び改善状況を見える化にし、各部署への広報活動を行い、経費抑制を行う。 (第三病院) 1. 医療消耗品が医療収入の4.5%以内の目標を踏襲する、平成26年1月より運用を行う手術室物品管理システムを活用し、使用量、原価の把握を行い材料管理を行う。 2. 手術原価の正確な把握と4病院比較を実施し、手術の標準化、適正化を図る。	(薬剤部) 機能評価係数の対象期間平成25年10月から平成26年9月の後発薬品数量シェアは29.6%であったが、平成26年10月は39.7%、平成26年11月は53.6%と順調に増加し、慈恵大学における後発薬品導入ロードマップで示した30%を達成できた。 (本院) 今年度の医療経費率は35.2%で、目標値より0.3ポイント増加した。 (葛飾医療センター) 1. 11月10日から11月14日にかけてDRGセットを含めた手術キットの内容精査の結果、セット・キット内容の構成を見直し、使用しない物品を削除することにより適正化を図った。 2. 関係部署に対し、紛失・不動材料上位品目のポスターを作成し経費抑制に対する広報活動を行った。 3. 各部署で不必要となった医療材料の回収を行い、利用可能部署への再配置を行うことで経費抑制を図った。 (第三病院) 1. 2月末現在の医療収入対医療消耗品費比率は4.5%となった。 2. 10月にオペラマスターを導入し手術室効率化に向けた情報収集を行っており、術式毎の原価計算や4病院のベンチマークを毎月実施し、手術キットの再見直しを行い更なる適正化を図った。 (柏病院) 7月に後発医薬品へ19品目切替えを行い、平成25年10月から平成26年9月までの後発医薬品数量シェアは平均33.3%となった。7月以降の月平均は55%前後を推移している。 (施設課) 1. 東京都温室効果ガス排出総量削減義務と排出量取引制度における第一計画期間(2010年度～2014年度)の排出削減量は、基準年度(2002年度～2004年度)の排出量(基準排出量26,357CO <sub>2</sub> -t)に対し、8%削減する義務を負っていた。この目標値に対しては、2014年度のエネルギー使用量を2013年度並みとした場合、約1,220CO <sub>2</sub> -t上回り達成した。 2. 第二計画期間(2015年度～2019年度)の削減義務は、17%から4%削減の13%を目標とした。 (企画部) 経費削減と効率化を図り、堅調な財政基盤を構築することを目的にコストマネージメント・プロジェクトの活動を実施した。本院と柏病院の収益構造を比較し、柏病院の利益率の高さについて要因を把握するため様々な分析を行い、病院間、年度間の差異を可視化した。原因を特定するには至らなかった。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
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。		<p>(施設課)</p> <p>東京都温室効果ガス排出量26,357t/CO<sub>2</sub>換算に対し、目標8%以下とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2010年度～2014年度平均8%削減を達成する。</li> <li>2015年度～2019年度平均13%削減目標への対応策を立案する。</li> </ol> <p>(葛飾医療センター)</p> <p>ESCO事業省エネルギー効果検証報告書に基づき東京都温室効果ガス基準排出量4,378t/CO<sub>2</sub>換算に対し目標8%(4,028t/CO<sub>2</sub>換算)以下を達成する。</p> <p>(第三病院)</p> <p>省エネ委員会の発信情報により省エネ意識を徹底し、CO<sub>2</sub>排出基準15%削減を達成する。</p> <p>(柏病院)</p> <p>温室効果ガス排出量の1%削減とエネルギー管理指定工場として毎年1%以上の改善を図る。</p>	<p>(施設課)</p> <p>東京都温室効果ガス排出総量削減義務と排出量取引制度における第一計画期間(2010年度～2014年度)の排出削減量は、基準年度(2002年度～2004年度)の排出量(基準排出量26,357CO<sub>2</sub>-t)に対し、8%削減する義務であったが、約9.5%削減され目標値を達成した。</p> <p>(葛飾医療センター)</p> <p>省エネ活動並びにESCO設備により今年度の東京都温室効果ガス排出量は3,266t/CO<sub>2</sub>であり、基準排出量4,378t/CO<sub>2</sub>に対し74.6%の使用量、削減率25.4%を達成することができた。</p> <p>(第三病院)</p> <p>CO<sub>2</sub>排出削減率は目標を大きく超え20%を達成した。</p> <p>(柏病院)</p> <p>柏市地球温暖化対策条例に基づく削減計画により前年度に次年度までの3年間で8%の削減を目標としたが、今年度建物の新築および増築による温室効果ガス排出量が対前年度比2.1%増加した。</p>
④ICTの適正導入と評価を行う。		<p>(システム課)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>電子カルテシステムにおける仮想化対応について、附属病院へ導入時の検討材料とする。</li> <li>既に本学で使用している「遠隔画像診断システム(i-stroke)の拡充、及び電子カルテシステムの指示承認機能(カウンターサイン)において、スマートデバイスの使用優位性について確認する。</li> </ol>	<p>(システム課)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>電子カルテシステムの仮想化対応について、現在機能を有するメーカーの機能確認を行い費用対効果および本院を除く附属病院との整合性も踏まえ情報収集・検討を継続した。</li> <li>第三病院で実施している指示承認機能におけるスマートデバイス利用可否、および利便性・効率化についてメーカーや関連部署と確認・検討を行った。</li> </ol>
<p>3. 資産の運用管理の改善に関する目標</p> <p>①施設・設備の効率的な維持管理と計画的整備を図る。</p>		<p>(施設課)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>平面図を最新の状態に維持する。</li> <li>電気、ガス、水道の使用量を建物またはメーター毎に記録、管理し、増減の原因を把握する。</li> <li>建物及び設備毎の整備記録を台帳化し、整備・更新を進める。</li> </ol>	<p>(施設課)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>医療監視、共同指導、機能評価などの機会を通じ、既存図面の精査を行い、100%達成した。</li> <li>建物またはメーター毎に電気、ガス、水道の使用量記録を管理した。</li> <li>全建物および全設備の総括した台帳化には至らず、現状は各設備毎に整備記録を個々に行った。</li> </ol>
②機器・備品の効率的な管理、投資計画を策定する。		<p>(施設課)</p> <p>診療機器の一覧表を基に、適切な稼働状況を把握する。</p>	<p>(施設課)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>高額放射線機器一覧を基に次年度経常外予算の検討、保守料金を見直した。</li> <li>機器毎の稼働状況は放射線部に把握しており、今後の機器更新計画について更新時期、機種選定の参考にした。</li> </ol>
<p>IV 自己点検・評価の充実に関する目標 対策(アクションプラン)</p> <p>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。</p> <p>②平成28年度に大学基準協会の認証評価を受審する。</p>		<p>(総務部・大学事務部)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>平成28年度の大学基準協会の認証評価受審に向けて準備を進める。</li> </ol>	<p>(総務部・大学事務部)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ホームページの情報公開の内容を充実した。</li> <li>大学基準協会の点検項目に沿った自己点検を進めた。</li> </ol>

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
<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。 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。		(西新橋再整備準備室) 港工業高校跡地の活用を含めた西新橋キャンパス全体計画を具現化する。 (西新橋再整備準備室) 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。	(西新橋再整備準備室) 1. 新病院、新大学2号館の基本設計は完了した。 2. 新外来棟基本設計に関わる検討を開始した。 (西新橋再整備準備室) 1. 各病院ごとに将来構想の検討がされたが、附属4病院全体の骨子をまとめることができなかった。 2. 新病院、新大学2号館の基本設計を策定した。
<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。		(企画部) マスタープランを策定する。	(企画部) マスタープランの策定に向けて、西新橋再整備計画を進めた。検討組織を立ち上げ、次年度から検討を開始する体制を整えた。
<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> H25：11.0億円 H26：12.4億円 H27：14億円	(西新橋再整備準備室) 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し、基本計画を策定する。 (財務部(募金事務局)) 同窓会HPに分かり易い「創立130年記念事業募金の手順」を掲載し、同窓からの一層の寄付を募る。	(西新橋再整備準備室) 1. 新病院、新大学2号館の基本設計を策定した。 2. 新外来棟基本設計策定に向けた検討を開始した。 (財務部(募金事務局)) 原稿を作成し、ホームページへの掲載を同窓会にて検討した。
<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。	<b>本学全建物の耐震基準充足(充足率100%)</b> H25：85% H26：95% H27：100%	(総務部・病院事務部・大学事務部) 1. BCPについて、大学、附属病院の策定、改定、訓練を進め、大規模災害発生時の適切な行動、事業運営に備える。 2. 災害用備蓄品について、継続的な拡充を進めると同時に、災害発生時のスムーズな対応に向けた保管場所の改善と拠出方法を策定する。 3. 地域と協力して緊急医療救護所設置訓練・トリアージ訓練を実施する。	(総務部) 1. BCPについては、主管部署との調整が進んでおらず改定に至らなかった。 2. 備蓄品の拡充を行い、F棟2階の防災倉庫を整理した。 3. 11月28日に地域大規模災害対策訓練を、みなと保健所や芝消防署と協力して実施した。 (病院事務部) 本院においては、事業継続計画(BCP)策定委員会にて第1版BCPの見直しや更新を進めた。また、有事の際も業務継続が求められる看護部などの5部門に関わる部署別BCPの新規作成に向けた検討を進めた。 (大学事務部) 今年度は前年度に6カ所の初動対応・事業継続・再開マニュアルを作成し物をベースに、他部署に拡大する計画であったが、実行できなかった。

中 期 計 画	指標 (平成27年度は目標値)	平成26年度事業計画	平成 26 年 度 実 施 結 果
②大規模災害に対応する施設・設備を整備する。		(施設課) 新外来棟の建築、西新橋整備計画を注視しながら、対応計画を柔軟に策定する。	(施設課) 1. 大地震に対する什器、備品の耐震率を高め、学内全域の耐震固定を完了した。基礎講座の大型実験機器や大型ポンペなどの固定作業も完了した。 2. 災害対策SWGにて想定患者数、トリアージなど、災害時対応に必要な施設規模・内容案を策定した。 備蓄倉庫は、中央棟地下2階旧ギャベジ室ならびにF棟2階にスペースを確保し、備蓄充足に努めた。
③被災地への支援体制を構築する。		(管理課 (4病院)) 1. DMATの技能維持研修への参加準備及びDMAT隊員の増員を検討する。 2. 被災地への支援体制について中長期的視野で検討する。	(本院) 1. 技能維持研修について2名参加した。 2. 広域医療搬送実機研修に4名が参加したが、新規隊員養成研修については、受講枠が無く増員できなかった。 3. 派遣時に持参する物品関係を購入し、整備した。 (葛飾医療センター) 1. 11月28、29日の2日間の日程でDMAT隊が技能維持研修に参加した。また、隊員の増員について検討した。 2. 有事に備えた更なる技能習得のため、3月16日にDMAT隊が技能維持研修に参加した。 (第三病院) 内閣府主催の広域医療搬送実働訓練(熊本)、東京都福祉保健局関東ブロック訓練(群馬)にチームを派遣した。今年度は第2チームの募集はなかった。 (柏病院) 1. 12月に開催されたCLDMAT講習会に5名(医師1名、看護師2名、業務調整員2名)、3月に開催された同講習会に1名(医師1名)が参加し県内における災害発生時および日本DMAT後方支援への対応能力が充実した。 2. 有事に備え、8月に政府主催の広域医療搬送訓練、11月にDMAT関東ブロック訓練、1月に柏市消防局多数傷病者救助訓練にDMATが参加した。
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。		(企画部) 今期中期計画完了後に総合的な評価を行う。	(企画部) 今年度は未実施。