

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

令和7年度 業務実績報告書



令和8年6月

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

□ 全体評価

進捗状況の自己評価

1 はじめに

本業務実績報告書は、地方独立行政法人法第28条第1項の規定に基づき、当該事業年度における業務の実績について埼玉県知事の評価を受けるため、同条第2項の規定に基づき地方独立行政法人埼玉県立病院機構の令和7年度の業務実績について自己評価を行った結果を取りまとめたものである。

令和7年度の埼玉県立病院機構の病院運営は、賃上げや物価の上昇により費用の伸びが収益の伸びを上回り、経営に大きな負担となっている状況下であるが、収益確保や経費削減を推し進めつつ、県立病院本来の役割である高度専門・政策医療の提供に努めた。

2 令和7年度年度計画に掲げる取組内容

中期計画では、少子高齢化や医療技術の高度化、新たな感染症発生リスクの高まりなどの医療環境の変化に柔軟かつ弾力的に対応しながら、県民に対し、民間病院では提供が困難な高度専門医療等を将来にわたり安定的かつ継続的に提供し、県立病院としての公的使命を積極的に果たしていくことを掲げている。

令和7年度年度計画では、中期計画で定めた各目標値を達成するための行動内容や目標値を定めている。

令和7年度年度計画には、以下の5つの大項目について行動計画と目標値を定めている。

(1)大項目第1「県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置」

- ・小項目1「高度専門・政策医療の持続的提供と地域医療への貢献」
- ・小項目2「患者の視点に立った医療の提供」
- ・小項目3「安全で安心な医療の提供」

(2)大項目第2「業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置」

- ・小項目1「優れた経営体に向けた組織づくり」
- ・小項目2「人材の確保と資質の向上」
- ・小項目3「経営基盤の強化」

(3)大項目第3「予算(人件費の見積りを含む。)、収支計画及び資金計画」

(4)大項目第4「県の保健医療行政への協力と災害発生時の支援」

(5)大項目第5「その他業務運営に関する重要事項」

- ・小項目1「法令・社会規範の遵守」
- ・小項目2「計画的な施設及び医療機器の整備」
- ・小項目3「埼玉県立精神医療センター建替えの検討」

3 令和7年度の業務実績及び自己評価

令和7年度における年度計画の達成状況について、以下のとおり自己評価を行った。

(1)大項目第1「県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置」

- ・高度専門・政策医療の持続的提供と地域医療への貢献としては、県立病院として、4病院それぞれの病院機能に応じた質の高い医療を確実に提供するとともに、医師の派遣や地域の医療従事者向けの研修の実施など、地域医療の充実に貢献してきた。
- ・患者の視点に立った医療の提供については、入退院支援センター等による入院前から退院後までの切れ目のない支援を実施するなど、患者サービスの向上に取り組んだ。
- ・安全で安心な医療の提供については、インシデント・アクシデントにおけるレベル0の報告を共有し再発防止策を検討するなど、着実に医療安全対策を推進した。
- ・小項目ごとの評価は、「1 高度専門・政策医療の持続的提供と地域医療への貢献」、「2 患者の視点に立った医療の提供」、「3 安全で安心な医療の提供」がA評価であり、いずれも年度計画を達成しているという評価であった。

(2)大項目第2「業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置」

- ・優れた経営体に向けた組織づくりについては、機構幹部が出席する経営戦略会議等において毎月の経営状況を確認し、課題の把握及び対策の検討を行うとともに、医療用生成AIやRPAツール等を活用することで職員の負担軽減及び業務効率化の取組を推進した。
- ・人材の確保と資質の向上については、研修医や実習生を積極的に受け入れるとともに、連携協定を結んだ埼玉県立大学からのインターンシップを受け入れるなど、地方独立行政法人のメリットを生かした人材の確保などに確実に取り組んだ。また、職種に応じた研修を行うなど資質の向上にも努めた。
- ・経営基盤の強化については、前方後方連携の推進による患者の受入強化や、未収金の早期回収等に努めて収入を確保した。また、共同購入対象品目の拡大や後発医薬品の採用促進など、経費削減に努めた。
- ・小項目ごとの評価は、「1 優れた経営体に向けた組織づくり」、「2 人材の確保と資質の向上」、「3 経営基盤の強化」がA評価であり、いずれも年度計画を達成しているという評価であった。

(3)大項目第3「予算(人件費の見積りを含む。)、収支計画及び資金計画」

- ・中期計画では、中期目標期間内での経常収支均衡を目指すこととしているが、経常収支比率は93.8%と目標の100.0%には至らず、医業収支比率は74.7%と、目標の79.5%に至らなかった。
- ・資金収支は、年度計画上は△797百万円であったが、令和7年度決算では△3,241百万円となった。
- ・コロナ禍前の水準まで患者が戻り切らず、医業収益が計画を下回ったことに加え、賃上げや物価の上昇に伴い医業費用が増加した影響が大きい。
- ・評価結果はB評価で年度計画を概ね達成しているという評価であった。

(4)大項目第4「県の保健医療行政への協力と災害発生時の支援」

- ・県の中核病院として、循・呼センターでは、循環器系及び呼吸器系の高度専門病院として緊急性の高い救急患者の受入を断らない救急に努めた。がんセンターでは、埼玉県のがん診療連携拠点病院として県内の医療機関への情報提供等を行った。小児医療センターでは、県内医療機関への小児科当直医派遣を行った。精神医療センターでは、精神保健指定医の措置診察を土日や夜間を問わず積極的に実施するなど、県の保健医療行政に協力した。
- ・また、埼玉DMAT、埼玉DPATの体制の整備などにも確実に取り組むことで、大規模災害発生に備えた防災体制を強化した。
- ・評価結果はA評価で、年度計画を達成しているという評価であった。

(5)大項目第5「その他業務運営に関する重要事項」

- ・法令・社会規範の遵守として、各種研修を通じて倫理観や社会規範に対する啓発を進めるとともに、ソーシャルメディアなどにより、県民への情報発信に積極的に取り組んだ。
- ・計画的な施設及び医療機器の整備としては、老朽化の度合いや緊急性、必要性を総合的に勘案し、計画的な整備を推進した。
- ・小項目ごとの評価としては、「1 法令・社会規範の遵守」、「2 計画的な施設及び医療機器の整備」、「3 埼玉県立精神医療センター建替えの検討」がA評価であり、いずれも年度計画を達成しているという評価であった。

(6)総括

- ・令和7年度は公定価格である診療報酬の改定がなく、賃上げや物価上昇に伴う費用の増加により収益構造が悪化し、経営の負担が増す中、県立病院が担う高度専門・政策医療の提供について、4病院それぞれが病院機能に応じた医療を提供するとともに、医師の派遣や地域の医療従事者向けの研修の実施など、地域の拠点病院として地域医療水準の向上に貢献し、県民の健康の確保と増進に寄与した。
- ・今後も引き続き入退院支援センター等を活用して積極的な前方連携・後方連携を行うなど、患者数の増加及び収益向上を図り、経営改善に取り組んでいく必要がある。
- ・大項目5項目のうち4項目(大項目1、2、4、5)で全ての小項目がA評価となり年度計画を達成した一方、1項目(大項目3)ではB評価となったことから、年度計画を概ね達成しているものと評価する。

□ 個別評価の基準

大項目 ごとの評価	「大項目」ごとに「記述」による評価	(※1)記載事項ごとの5段階評価 (評価の目安)	(※2)小項目ごとの5段階評価
記載事項 ごとの評価	・年度計画の「記載事項」ごとに業務実績を「記述」により明らかにし「5段階評価」(※1) ・指標(数値目標)ごとに達成状況を「5段階評価」(※1)	S 年度計画を大幅に上回って達成している。 (計画値の120%以上) A 年度計画を達成している。 (計画値の100%以上120%未満) B 年度計画を概ね達成している。 (計画値の80%以上100%未満) C 年度計画を下回っており改善の余地がある。 (計画値の60%以上80%未満) D 年度計画を大幅に下回っており大幅な改善が必要。 (計画値の60%未満)	(1)年度計画の記載事項ごとの自己評価(5段階評価)に「困難度」を反映させて「点数化」 ①5段階評価を「点数化」 S(5点)、A(4点)、B(3点)、C(2点)、D(1点) ②「困難度」を点数に反映 高×1.5 標準×1.0 (2)小項目を構成する記載事項ごとの自己評価を集計(個数・点数・平均点) (3)記載事項ごとの自己評価をもとに、小項目を「5段階評価」 S 5.0点以上 A 4.0~4.9点 B 3.0~3.9点 C 2.0~2.9点 D 1.9点以下
小項目 ごとの評価	5段階評価の結果を集計し「小項目」ごとに「5段階評価」(※2)		

大項目1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置 自己評価
・大項目を構成する3つの小項目について、いずれも「A 年度計画を達成している」という自己評価であった。 ・「1 高度専門・政策医療の持続的提供と地域医療への貢献」 「高度専門・政策医療の持続的提供」 県立病院本来の役割である、高度専門・政策医療の提供について、4病院それぞれが病院機能に応じた医療を提供し、県民の医療水準の向上に貢献した。 循環器・呼吸器病センター(以下、「循・呼センター」という。)では、埼玉県急性期脳梗塞治療ネットワーク(SSN)基幹病院、埼玉県大動脈緊急症治療ネットワーク(SAN)基幹病院Bとして断らない救急に努めるなど、県北部の循環器・呼吸器・脳疾患に対応する拠点としての役割を果たした。 がんセンターでは、ロボット支援手術やがんゲノム医療、IMRT、新規薬物に対する治験などの高度・先進的ながん医療を継続して提供した。 小児医療センターでは、総合周産期医療・小児救命救急医療・小児がん医療、がんゲノム医療・移植医療を中心として質の高い医療を提供した。 精神医療センターでは、地域の医療機関で対応困難な依存症患者、児童思春期精神疾患患者、医療観察法対象患者などに高度な医療を提供するとともに、「断らない救急」をスローガンに救急患者を時間外、夜間・休日にも積極的に受け入れた。 「地域医療への貢献」 4病院とも、地域の医療従事者向けの研修の実施や医師の派遣など、地域の拠点病院として地域医療の充実に貢献した。 ・「2 患者の視点に立った医療の提供」については、入退院支援センター等による患者に寄り添った支援や、接遇研修による職員の接遇能力の向上により、患者の視点に立った医療の提供に努めるとともに、SNSや広報誌を活用した患者への積極的な情報発信を実施した。 ・「3 安全で安心な医療の提供」については、医療安全推進月間における医療安全対策の推進や、インシデント・アクシデントにおけるレベル0報告の共有及び再発防止策の検討により、患者に安全で安心な医療の提供に努めた。 ・総括として、県立病院が担う高度専門・政策医療を持続的に提供するとともに、患者目線の質の高いサービスを提供し、地域の拠点病院として県民の健康の確保と増進に寄与した。

小項目	1 高度専門・政策医療の持続的提供と地域医療への貢献
-----	----------------------------

中期目標	医療環境の変化や県民の医療ニーズ等を踏まえて、先進的医療をはじめ、質の高い高度専門医療等を安定的かつ継続的に提供すること。 また、新たに発生する医療課題や医学・医療の発展に迅速に対応すること。 さらに、医療水準の向上のための調査、研究及び教育研修を行うとともに、他の医療機関との連携を図り、地域医療への支援と貢献を行うこと。 (1) 埼玉県立循環器・呼吸器病センター 循環器・呼吸器系疾患の専門病院として高度専門医療を提供するとともに、専門領域の救急医療などの充実に努め、県北地域の医療を支えること。 特に、脳卒中や心筋梗塞をはじめとする緊急性の高い疾患に対し、24時間365日体制の高度な救急医療を提供すること。 第二種感染症指定医療機関として感染症医療を提供すること。 地域の関係機関と連携し、緩和ケア医療を推進すること。 地域医療支援病院として、地域医療を担う医療従事者への教育・研修を通じて、地域の医療機能向上に貢献すること。 (2) 埼玉県立がんセンター 本県の中核的ながん専門医療機関として常に先進的な医療を県民に提供するとともに、都道府県がん診療連携拠点病院の役割を果たすため地域の医療機関と連携し、本県のがん医療水準の向上と均てん化を図ること。 低侵襲治療であるロボット支援手術や高精度放射線治療などの先進的ながん医療の提供に取り組むこと。 治験、臨床試験などに精力的に関わり、新規化学療法・治療法の開発導入など臨床研究に取り組むこと。 がんゲノム医療拠点病院として患者の遺伝子情報に基づく最適な医療を提供すること。 高齢化による心疾患や糖尿病等を伴うがん患者の増加に対応するため、総合診療機能の強化を図ること。 サルコーマ(肉腫)など希少がんの全県的な受入れを徹底すること。 臨床腫瘍研究所における基盤的かつ先端的研究及び臨床に直結する最先端の専門研究を進め、次世代を担う若手ががん研究者の育成に取り組むこと。 (3) 埼玉県立小児医療センター 小児専門病院として高度な小児急性期医療を提供するとともに、隣接するさいたま赤十字病院との連携により胎児から成人まで成長に合わせた医療を提供すること。 小児がん拠点病院としての機能をより一層充実、強化すること。 がんゲノム医療、CAR-T細胞療法、小児生体肝移植などの先進的な小児医療を提供すること。 小児から成人への移行期医療の総合的な支援機能の構築を図ること。 子供たちの健康増進及び疾病予防に取り組む小児保健活動を推進すること。 発達支援を推進するため、患者家族、教育・福祉の専門職に対する啓発及び研修の実施に努めること。 埼玉県総合医局機構・地域医療教育センターと連携し、医師を地域の拠点病院へ派遣するとともに、地域医療支援病院として将来の小児医療を担う専門医の育成及び人材供給への取組により、地域医療へ貢献すること。 (4) 埼玉県立精神医療センター 県内全域を対象とした精神科救急医療、依存症、児童思春期精神疾患患者、医療観察法対象者、民間医療機関で対応困難な患者等への高度専門医療を提供すること。 精神医療の変化に対応し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療機能の充実と提供に努めること。 障害保健福祉圏域などにおける関係機関との役割分担・協働に努めること。 埼玉県立精神保健福祉センターと一体的な運営を行うことにより、県民の精神保健の向上並びに精神障害者の福祉の増進及び医療の充実に努めること。
------	---

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・ 県立病院の有する医療資源を効率的に活用し、それぞれの病院機能に応じた質の高い医療をより多くの県民に持続的に提供する。	・ 県立病院の有する医療資源を効率的に活用し、それぞれの病院機能に応じた質の高い医療をより多くの県民に持続的に提供するとともに、社会的な要請についても医療資源を有効に活用して対応する。また、感染対策を適切に継続し、院内感染の防止を図ることで、高度専門医療の提供体制を維持する。	(循環)循環器系及び呼吸器系の高度・専門病院として、新型コロナウイルス感染症患者の受入れを継続しながら先進的医療を安定提供し続けるとともに、24時間365日の救急患者受入にも対応し、地域住民の生活を支えた。救急患者受入数は、4,357件と、令和6年度比83件増加した。 (がん)ロボット支援下手術(年度計画400件、実績517件)、がんゲノム医療(年度計画300件、実績329件)、IMRT(年度計画460人、実績558人)、治験(年度計画30件、実績19件)などの高度ながん医療を継続して提供している。職員の感染予防、対策能力の向上のための取組を定期的に行い、新興再興感染症の流行状況を踏まえた強弱のある感染防止対策を徹底し、安心安全な療養環境の整備に努めている。 (小児)県内の小児医療機関との連携の下、三次医療機関として高度政策医療である総合周産期医療、小児救命救急医療、移植医療を提供するとともに、小児がん拠点病院及びがんゲノム医療連携病院として、質の高い医療を展開した。 (精神)他病院で対応困難な患者、依存症患者、児童思春期精神疾患患者、救急患者及び医療観察法対象者に対して医療を提供した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 医療水準の向上のための調査、研究及び教育研修を行うとともに、新たな医療課題やAI・IoTをはじめとする技術革新に速やかに対応する。	・ 医療水準の向上のための調査、研究及び教育研修を行うとともに、新たな医療課題やAI・IoTをはじめとする技術革新や医療DXに速やかに対応する。	(循環)医師や看護師、コメディカルの技術向上に資するよう、学会参加等を支援するとともに、研究委員会を通じて各部門の研究促進を図った。また、地域医療水準向上のため、医師・看護師向けの公開研修を開催した。さらに、診療文書等の作成を行う生成AI等の導入を進めた。 (がん)臨床腫瘍研究所では外部資金(14件)を活用した研究を実施し、新規治験(承認数19件)で医療水準の向上に向けた基礎、臨床研究を行っている。情報技術の活用では、業務の効率化を図るため、複数の部署(栄養部、患者サポートセンター、医療安全管理室)で積極的にRPAを用いた新たなプログラムを作成、栄養部を中心に実用化している。 (小児)小児がん拠点病院として、小児がん治療の改善など医療水準の向上に資する公的研究44件に参画した。また、外部医師との集談会、虐待関連会議などの研修・検討会を実施した。また、音声記録システムについては、R7年度で看護部への全配備が完了し、更に医師にも一部活用を拡大した。これにより、カルテ記載の正確性と業務効率が向上し、医療の質が向上した。更に、医師の業務効率化のため、本部と連携して、医療文書の作成を支援する医療AIの導入を具体的に検討し、R8年度の実現に向けて準備を進めた。 (精神)医療安全職員研修は15テーマ、計19回実施し、延べ1694名が受講した。看護部では埼玉県看護協会主催研修、日本精神科看護協会及び精神科関連の研修・学会に参加できるよう計画し、延べ155人が受講した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 在宅医療への移行や緊急時の後方支援など地域包括ケアシステムの構築に資する取組を行う。	・ 在宅医療への移行や緊急時の後方支援など地域包括ケアシステムの構築に資する取組を行う。	(循環)在宅医療へ円滑に移行できるよう入院前から関係者・関係機関等と情報共有(351件)し、退院前に在宅療養支援1,428件(転院調整670件、施設調整156件、在宅調整602件)、在宅支援チームとのカンファレンス(199件)を行うなどして取り組んだ。また、腹膜透析、重症心不全などの専門的医療依存度の高い患者に訪問看護を開始した(26件)。さらに、転院相談に対応する専用の電話回線を設け336件の転院受入相談に対応したほか、6月から脳卒中地域連携バスの電子化を整備し運用を開始し、5施設と連携した。 (がん)地域医療機関・介護事業所等との連携を強化し、退院時に訪問看護470件、往診285件、転院780件の支援を実施した。ケアマネ対象の勉強会・意見交換会を2回実施し、連携を深め地域のニーズを汲み取り、介護連携指導件数は前年度112件から本年度99件と減少したが、退院時共同指導件数は前年度82件から本年度119件と増加し、積極的な後方支援につなげている。 (小児)関係機関と連携し、在宅移行支援を行った(地域合同カンファレンス43回、院内カンファレンス等1,820回実施)。 (精神)重点的な支援を要する患者20人を対象に、当該患者の地域生活を維持するため支援し、療養生活継続支援加算の算定等を行った。また、鴻巣保健所管内精神保健福祉協議会や上尾桶川伊奈地域自立支援協議会に参加し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に参画した。さらに、4月から精神科入退院支援加算を算定し、多職種チームにより退院支援を実施し、180日以上長期入院患者を37名退院させ、退院後も地域支援機関と連携しながら地域生活の継続を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0

・ 地域における医療ニーズに適切に対応するため、病病連携・病診連携・病薬連携の強化を図り、地域医療機関との連携並びに機能分担を推進し、患者の紹介率・逆紹介率の向上に努める。	・ 地域における医療ニーズに適切に対応するため、病病連携・病診連携・病薬連携の強化を図り、地域医療機関との前方後方連携並びに機能分担を推進し、患者の紹介率・逆紹介率の向上に努める。	(循環) 前方連携として、医療機関と消防署へ127回訪問した(医師との訪問は10回)。7月と12月に熊谷・比企・秩父消防本部との共催にて、救急隊員との脳卒中事例検討会をハイブリッド形式で開催した。熊谷・深谷・比企広域・秩父・県央広域・行田・児玉郡市広域消防より200名超の救急隊員に参加していただいた。脳卒中の救急受け入れに関する事後アンケートを行い、結果を院内関係部署にフィードバックし救急受入体制の強化に努めた。また、後方連携として、日頃連携している41施設と3回以上面会し、病床機能や診療科の変更、空床状況を共有した。深谷寄居医師会、秩父郡市医師会との病診連携会を開催し、地域医療機関より54名の医師が参加した。そのほか、熊谷市医師会や深谷赤十字病院主催の病診連携会にも病院長と各科長、患者サポートセンター職員が参加し関係深化に努めた。さらに、東松山継続看護懇話会や秩父地域看護師会にも参加し、地域の医療ニーズの把握に努めた。 (がん) 近隣医師会との連携を深めるため、10月に北足立郡市医師会、2月に岩槻医師会との「連携を深める会」を開催した。さらに12月5日にがんセンター主催での地域の医療機関を招いた「連携を深める会」を院内開催し、外部の医療機関から44施設77名が参加、互いの医療機能の共有と活発な意見交換を行った。当日は、診療科PRビデオの上映のほか、参加予定者から事前要望の多かった放射線治療、ゲノム医療に関しての講演を行った。紹介患者の獲得のため、医師と地域連携による施設訪問602件(うち医師同行訪問50件)を実施し、前方連携及び逆紹介の向上に努めている。 (小児) 前方連携(施設訪問・来訪)18回、後方連携(施設訪問・来訪)7回、地域医療機関との合同カンファレンス43回、川口市医師会小児科部会講演会2回、蕨戸田市医師会講演会1回、さいたま市与野医師会との病診連携推進の会、春日部市・越谷市医師会合同講演会1回、東入間医師会講演会1回、浦和医師会講演会1回を開催、形成外科診療連携カンファレンス2回、小児疾患集談会を4回開催した(その内2回は専門医共通講習、小児科領域講習の認定講座)。医療連携機関登録制度は新規登録24施設を得た。また、県内2次医療機関との小児看護連携会議を開催し、前方・後方連携の強化に取り組んだ。また、2月には第11回地域連携懇談会を開催し、地域の関係する方との顔の見える連携の場となった。(参加86名) (精神) 救急患者など他医療機関で対応困難な患者を受け入れた。また、入退院支援センター地域連携部門にて地域の医療機関からの診療依頼に迅速かつ的確に対応することで患者を着実に受け入れ、地域の医療ニーズに適切に対応した。なお、入退院支援センター地域連携部門を経由した入院数は186件であった。	A	標準 (×1.0)	4.0
---	---	---	---	--------------	-----

年度計画の指標	病院名	R7目標	R7実績	達成状況	自己評価	困難度	点数
紹介率(%)	循環器・呼吸器病センター	85.0	75.3	88.6%	B	標準 (×1.0)	3.0
	がんセンター	98.0	99.2	101.2%	A	標準 (×1.0)	4.0
	小児医療センター	85.0	86.0	101.2%	A	標準 (×1.0)	4.0
	精神医療センター	58.0	48.9	84.3%	B	標準 (×1.0)	3.0
逆紹介率(%)	循環器・呼吸器病センター	80.5	116.0	144.1%	S	標準 (×1.0)	5.0
	がんセンター	64.0	69.8	109.1%	A	標準 (×1.0)	4.0
	小児医療センター	50.0	62.9	125.8%	S	標準 (×1.0)	5.0
	精神医療センター	62.0	55.7	89.8%	B	標準 (×1.0)	3.0

★中期計画に目標有:「紹介率」R7目標 循環85.0%、がん98.0%、小児85.0%、精神58.0%

★中期計画に目標有:「逆紹介率」R7目標 循環80.5%、がん64.0%、小児50.0%、精神62.0%

(1)循環器・呼吸器病センター

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・ 循環器・呼吸器系疾患の専門病院として高度専門医療を提供するとともに、県北地域の急速な高齢化に対応した医療機能や専門領域の救急医療などの充実に努める。	・ 県北地域の高齢化の進展に対応するため、患者の病態に応じた低侵襲かつ安全で質の高い医療を提供する。	(循環)開胸手術が困難な高齢の方に対して、カテーテル治療や胸腔鏡手術等、患者の病態に応じて負担の少ない治療を提供した。また、院内における高齢者救急の受入体制の整備や県との調整を進め、12月に救急告示医療機関としての認定を受けた。	S	標準 (×1.0)	5.0
・ 埼玉県急性期脳梗塞治療ネットワーク(SSN)基幹病院として、脳卒中患者を積極的に受け入れる。	・ 埼玉県急性期脳梗塞治療ネットワーク(SSN)基幹病院として、t-PA療法に加え、血栓回収療法や開頭手術などの高度な治療を提供することにより、治療困難な脳動脈瘤、脳梗塞、脳腫瘍、血管奇形などの様々な疾患患者の受入拡大を図る。	(循環)埼玉県急性期脳梗塞治療ネットワーク(SSN)基幹病院、日本脳卒中学会一次脳卒中センターコア施設として断らない救急に努め、脳疾患の救急車搬送について693件を受け入れ、救急受入率は95.7%と高い受入率を達成した。また、ハイブリッド手術室、術中ナビゲーションシステムを駆使しながら、開頭手術やt-PA療法、血栓回収療法など様々な治療を実施し、計443件の手術を実施した。	S	標準 (×1.0)	5.0
	・ 日本脳卒中学会認定の一次脳卒中センター(PSC)コア施設として、機械的血栓回収療法を24時間365日行える体制をとり、地域の脳卒中治療の中心施設の役割を担う。	(循環)日本脳卒中学会認定の一次脳卒中センター(PSC)コア施設として、機械的血栓回収療法を24時間365日行える体制を確保し、血栓回収術78件、血管内治療57件を実施した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 消防本部との連携を強化し、心筋梗塞をはじめとする緊急性の高い救急患者に24時間365日対応する体制をとり、救急隊からの患者受入要請に応える。	・ 消防本部との連携を強化しながら、循環器・呼吸器・脳疾患の緊急性の高い救急患者に24時間365日対応する体制をとり、救急患者を積極的に受け入れ、断らない救急に努める。また、埼玉県大動脈緊急症治療ネットワーク(SAN)基幹病院Bとして、救急患者の積極的な受入に努める。	(循環)埼玉県急性期脳梗塞治療ネットワーク(SSN)基幹病院、埼玉県急性大動脈治療ネットワーク(SAN)基幹病院Bとして消防本部と連携をしながら、積極的な受け入れに努めた。救急車による受入救急患者数は2,195人、受入率は82.6%だった。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 全ての診療科において、患者の病態に合わせ、低侵襲かつ安全で質の高い医療を提供する。	・ 手術が困難な重症大動脈弁狭窄症や僧帽弁逆流症の患者に対しては、病態に合わせたTAVIやマイトラクリップなどの最適な医療を提供する。	(循環)県北地域における唯一のTAVI実施機関として、開胸手術が困難な弁膜症患者に対し、カテーテル治療であるTAVIを86件、マイトラクリップを40件実施した。	S	標準 (×1.0)	5.0

	・ 経皮心筋焼灼術(カテーテルアブレーション)用電気手術ユニットを増設することで、新規デバイス導入による診断精度と治療成績の向上、効率的な治療による手技時間の短縮、最新技術の導入による次世代術者の育成と人材の確保を図る。	(循環)経皮心筋焼灼術(カテーテルアブレーション)用電気手術ユニットを増設し、治療方法の選択肢が広がったことで、患者の不整脈の種類に応じた最適なアブレーション治療を実施した(249件)。また、近隣の医療機関を医師が訪問し、当センターの不整脈治療のPRを行うことで地域での周知を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ がん以外の正常組織への影響が最小限となる放射線治療体制を充実させ、高精度な放射線治療を安定提供する。	(循環)最新のリニアック装置を活用した高精度な放射線治療である肺定位照射を延べ194件、脳定位照射を延べ83件実施した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 第二種感染症指定医療機関として、結核や新型インフルエンザをはじめとする感染症医療を提供するとともに、新型コロナウイルス感染症のような新たな感染症にも対応する。	・ 第二種感染症指定医療機関として、結核や新型インフルエンザをはじめとする感染症医療を提供するとともに、新型コロナウイルス感染症のような新たな感染症にも対応する。	(循環)結核病棟にて結核患者を延べ2,636人受入れるとともに、他病院では受入れ困難な維持透析を必要とする結核患者の受入れも行った。また、新型コロナウイルス感染症患者62人(実人数)を受け入れ、他病院では受入れ困難な人工呼吸器管理が必要な重症肺炎患者や、脳梗塞、冠動脈疾患等を併発している患者に対応した。また、近隣の医療機関や保健所と合同で新興感染症対応訓練を実施した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 重症者に対する早期からのリハビリ介入依頼に対し、着実に対応し、良質なリハビリテーションを提供する。	(循環)早期離床・リハビリテーションとして集中治療室入室後48時間以内に多職種チームで計画を作成し、リハビリテーションを提供した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 地域の関係機関と連携し、緩和ケアに対する患者や医療従事者の理解を深め、適切な緩和ケア医療を推進する。	・ 地域の関係機関と連携し、緩和ケアに対する患者や医療従事者の理解を深め、適切な緩和ケア医療を推進する。	(循環)地域における緩和ケアの理解を深めるため地域公開研修を開催したほか、緩和ケアが必要な患者には引き続き緩和ケア医療を提供した。	B	標準 (×1.0)	3.0
・ 地域の医療従事者を対象とした公開研修を積極的に実施するなど地域間における医療機能の向上と連携に努める。	・ 地域の医療機関・関係機関等を積極的に訪問し、連携の現状や課題について意見交換を行うほか、地域の医療従事者に向けて、公開研修を開催し、信頼関係の構築に引き続き努める。	(循環)地域の後方医療機関訪問を42回実施した。連携上の課題や体制の変化、病床機能の変更等について379回意見交換した(連携施設からの来訪を含む)。また、地域の医療介護従事者向けにオンラインによる公開研修を15回開催し、延べ524人が参加した。近隣消防署の救急救命士にも受講してもらい連携強化に貢献している。救急救命士を対象にした脳卒中搬送事例検討会を開催し、救命救急に有用な知識の習得やSSNの活用促進、断らない受入体制等の相互理解を深められた。さらに、在宅腹膜透析患者の支援に関して、地域の訪問診療医、訪問看護ステーション、住宅型施設などへ医師とともに訪問し、受入協力が可能な施設を増やした。連携している透析クリニック等の医師に対する、腹膜透析の選択外来の見学調整や事例検討会、手技習得のための研修会を企画し、地域全体で腹膜透析患者を支える体制整備を継続的に行った。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・ 患者に関する医薬品情報を保険薬局に適切に提供し、病薬連携の推進を図る。	(循環) 保険薬局に対し吸入薬や抗がん剤の情報提供、入院患者の退院時情報提供を行い、病薬連携の強化を図った。薬剤部主催の外来化学療法病薬連携研修会や埼玉循環・薬薬連携研修会を5回開催し、情報提供も行った。	A	標準 (×1.0)	4.0	
	・ TQM推進室では、院内各セクションの業務改善の気運を醸成し、各セクションの医療の質の向上に対する取組を支援する。	(循環) 各部門のQCサークル活動38チームが、3月の報告会で活動報告を行った。優れた取組を表彰することで、医療の質の向上に対する取組を支援した。また、令和8年2月に外部講師によるTQM講演会を開催した。	A	標準 (×1.0)	4.0	
	・ 夏季の病床利用率を上げるための取組について検討し、実施する。【困難度高】	(循環) 季節変動の影響が少ない総合内科を開設し、医師の増員、内視鏡室の増設を進め、専門外の患者の受入体制を整備した。また、救急隊向け研修会を実施し、救急患者の積極的な受入れを行った。さらに、地域住民向けに医師等が出向いて講演を行う「出張いきいき健康塾」を4～9月に5回(R6年度4回)開催し、当センターのPRに努めた。	A	高 (×1.5)	6.0	※1

※1 夏季の病床利用率を上げるための取組については、循環器・呼吸器病センターの特性として、夏が閑散期になる傾向にある中、集患につなげる入口として、これまで、BNP外来の設置や脳ドッグの対象保険者の拡大等により、潜在的な患者の発掘に努めてきたほか、地域の医療機関が感じている紹介の際の敷居の高さを解消するため、医師・患者サポートセンター職員等による地域医療機関訪問や、医師・看護師等による医療従事者向け地域公開研修を積極的に行ってきた。これらに加え、地域医療機関への医師派遣に伴う当センターへの患者紹介働きかけや、地域住民向けに医師等が出向いて講演を行う「出張いきいき健康塾」の開催による当センターのPRに努めた。夏季の病床利用率改善に直結する取組は困難ではあるが、今後も引き続き地道な改善に取り組んでいかなければならないことを踏まえ、「困難度(高)」とした。

年度計画の指標	病院	R7目標	R7実績	達成状況	自己評価	困難度	点数	
★公開研修の年間開催回数(回)	循環器・呼吸器病センター	65	67	103.1%	A	標準 (×1.0)	4.0	
救急車による救急患者数(人)【困難度高】	循環器・呼吸器病センター	2,000	2,195	109.8%	A	高 (×1.5)	6.0	※2
ハイブリット手術室を用いた脳神経外科カテーテル治療件数(件)	循環器・呼吸器病センター	50	149	298.0%	S	標準 (×1.0)	5.0	
肺がん、気胸などに対する単孔式またはそれに準じた胸腔鏡手術件数(件)	循環器・呼吸器病センター	18	28	155.6%	S	標準 (×1.0)	5.0	
SHD(構造的心疾患)に対するカテーテル治療件数(件)	循環器・呼吸器病センター	140	255	182.1%	S	標準 (×1.0)	5.0	
大動脈解離に対する低侵襲ステントグラフト内挿術件数(件)	循環器・呼吸器病センター	11	16	145.5%	S	標準 (×1.0)	5.0	
TQM通信の発行回数(回)	循環器・呼吸器病センター	3	3	100.0%	A	標準 (×1.0)	4.0	

★中期計画に目標有:「公開研修の年間開催回数」R7目標65回

※2 救急車による救急患者数については、新型コロナウイルス感染症感染拡大時の病棟・集中治療室使用制限に伴う救急患者受入制限をしていたため、制限解除後も救急隊への認知に時間がかかり、受入数の急回復が望めない状況であった。これに対し、救急隊への挨拶回りなどにより受入再開の周知を図るとともに、院内の救急受入にかかる意識改革を図ってきた。令和7年度は年間2,000人超えを目標とし、救急隊員向け研修会の開催など更なる救急隊への働きかけを行った結果、目標を上回る2,195人の受入となった。この取組は、高度専門・政策医療の提供に大きく貢献したことを踏まえ、「困難度(高)」とした。

(2)がんセンター

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・ がん医療の中核的な病院として、難治性がん、希少がんをはじめ、がんに関する高度専門医療を提供する。	・ 県内がん医療の中核的な拠点として、治療困難な難治性がん、希少がんの患者を受け入れ、高度専門医療を提供する。	(がん)都道府県がん診療連携拠点病院として、他の医療機関では対応が困難な難治性のがん、希少がんなどの症例の受入れを積極的に行うとともに、ロボット支援下手術、がんゲノム医療、IMRT、薬物療法など、各種高度専門医療の提供に努めた。また、また、令和8年度からの新たな核医学治療(PSMA標的治療)の導入に向け、一般病床のうち3床を特別措置病床(※)に改修するなど、必要な環境整備に取り組んだ。(※適切な防護措置及び汚染防止措置を講じた一般病室等)	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 都道府県がん診療連携拠点病院として、地域の医療機関と連携し、技術的支援やがん患者とその家族に対する相談支援を実施する。	・ 都道府県がん診療連携拠点病院として、地域の医療機関への情報提供、研修等をWebの活用も含めて実施する。また、がん診療の質の向上及びがん診療の連携協力体制構築のため、県内のがん診療医療機関の医師等を対象とした研修や協議会開催などの活動を積極的に実施する。	(がん)県内医療機関との「がん診療連携拠点病院協議会」を年2回開催し、協議会の下部組織である6つの各部会の活動報告や県の事業等に関する情報提供、がん相談支援センター等に係る体制について討議・情報提供を行った。また、がん医療の均てん化・集約化に関する取組状況の把握、情報共有のための講演会(7月、2月予定)を開催した。 研修会については、地域の医師・看護師・薬剤師等のがん医療従事者を対象とした、「緩和ケア研修会」(10月)、「地域連携緩和ケアカンファレンス」(毎月)、「がん看護公開講座」(10月、11月)、「多職種連携がん化学療法研修会(12月)」などを開催した。 さらに、連携医療機関に対して、がん化学療法に伴う妊孕性温存に関する幅広い情報提供を行うとともに、小児・AYA終末期医療に関して、AYAサポートニュースの作成や配布、院内電子モニターでの啓発を行い、情報提供に努めた。また毎月、AYAサポートチームで院内の各病棟をラウンドして、患者さんへの支援を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 患者サポートセンターにおいて、入院前から退院後までシームレスに続く患者サービスを提供するなど、患者に必要とされる円滑な支援を実施する。	(がん)入院前から退院後までシームレスな患者サービスの提供を目指し、業務改善に積極的に取り組み、入院支援人数は6,373人(R6)→6,897人(R7)と増加している。新採用医師全員に患者サポートセンターの利用に関するオリエンテーションを実施した。令和7年度入院支援率は80.8%(目標 80%)、退院支援率は97.9%(目標 95%)であった。入院前に得た患者情報をもとに予定入院病棟と多職種で入院前カンファレンスを実施して情報共有を図り、治療方針の決定や安心した療養生活を送るための支援の検討を行った。また、退院時地域医療機関との退院時共同指導などを行い、退院時に患者に必要とされる支援を円滑に実施した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 先進的ながん治療として、患者への負担が少ないロボット支援下手術の積極的な導入やがん以外の正常組織への影響が最小限となるような高精度な放射線治療を実施する。	・ 先進的ながん治療を進めるため、術者となる認定医を育成し、患者への身体的負担の少ないダヴィンチを用いた低侵襲のロボット支援下手術を積極的に実施する。	(がん)同日同室でのロボット支援下手術を2件連続して実施する診療科の拡大を行うことなどにより、1年を通して前年度を上回るロボット支援下手術を実施した。実施総件数は517件で前年度比129.3%で推移している。稼働率も毎月約80～100%で推移し、効率的な運用を行うことができた。また、複数の術式に対応できる術者の認定が進むなど、認定医の育成を推進した。	S	標準 (×1.0)	5.0
	・ 高精度リニアック装置により、高精度放射線治療を更に推進する。また、令和7年度に更新するリニアック装置の搬入、調整を適切に行い、治療を開始する。	(がん)令和7年度に設置したTrueBeam(リニアック)の本格稼働により、年間照射件数は22,425件、うち強度変調放射線治療(IMRT)件数は14,531件となった。 照射件数は前年度比1,446件の減少となったが、これは1回あたりの照射線量を高め照射回数を少なくする寡分割照射の適応拡大によるものであり、通院回数の削減など患者負担の軽減にも寄与している。一方、IMRT件数は前年度比3,371件の大幅な増加となり、治療の高度化・効率化が着実に進展した。	S	標準 (×1.0)	5.0

	CT装置3台の運用により、引き続き検査件数の増加と検査予約待ち日数の短縮を図る。	(がん)稼働状況を定期的に調査しながら適時予約枠の運用調整を行い、効率的な運用に努めた。令和7年度の総検査件数は27,079件となり、前年度とほぼ同数を実施した。新患や緊急対応は即日に対応できる体制を維持するとともに、検査予約待ちについては、化学療法関連において直近での対応が必要な場合に検査枠の運用を工夫し、待ち日数の短縮を図るなど患者ニーズに応じた柔軟な対応を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
薬剤師や治験コーディネーターなど治験管理室の体制を充実させることで、新規治験の受託件数を増やし、新薬・新規化学療法の開発に貢献する。	診療科に対して治験への積極的参加を促し、新規登録症例数の増加を目指す。	(がん)当院における新規治験契約件数は19件(消化器内科11件、呼吸器内科8件)、新規登録症例数は74件(呼吸器科27例、消化器科39例、乳腺科3例、血液科3例、脳神経外科2例)であった。なお、脳神経外科については今期より新たに参画した診療科であり、院内における治験参加促進に向けた積極的な取り組みの成果である。 運営体制の面では、令和7年度より治験コーディネーター(CRC)を1名増員した。これにより院内CRC全体の経験値・対応力が向上し、当初より目標として掲げていた自主臨床試験の完全内製化を達成している。さらに、企業主導治験および医師主導治験の一部についても、院内CRCが主体的に担当できる体制が整備された。この結果、SMO(Site Management Organization: 治験施設支援機関)へのCRC委託と比較して、約2,000万円の経費削減を実現しており、治験運営における質の向上とコスト効率化の両立が可能となった。	B	標準 (×1.0)	3.0
がんゲノム医療拠点病院として、連携病院とも協力しつつ、がんゲノム医療を積極的に推進する。	がんゲノム医療連携病院が参加するエキスパートパネルを週1回開催し、月25件以上を目標に遺伝子パネル検査の結果について検討を行うとともに、連携病院の開拓に努める。	(がん)エキスパートパネルの開催数は年48回であった。症例検討数は329件(月平均27.42件)であり、院内247症例、連携82症例の検討を行った。前年度と比較し、院内は49症例増加、連携は59症例増加となった。EP検討の結果、推奨した薬剤の治療到達率は当センターの検討症例247件のうち、約6.9%の17件であった。 本年度3月1日より新たに済生会川口総合病院が連携病院に加わり、現在当院の連携病院は、6施設(埼玉小児医療センター、佐久総合医療センター、上尾中央総合病院、戸田中央総合病院、春日部市立総合病院、済生会川口総合病院)となった。また、埼玉県内のがんゲノム医療を更に充実・推進することを目指し、新たに1病院の連携病院申請のサポートを行っている。	S	標準 (×1.0)	5.0
総合内科の体制を充実させ、心疾患や糖尿病等の合併症のあるがん患者の受入れを強化する。	総合内科の体制を充実させるとともに、心疾患や糖尿病等の合併症のあるがん患者の受入れを強化する。	(がん)循環器医、感染症医に加え非常勤糖尿病医、上尾中央総合病院からの循環器応援医師らと週5日の総合内科・循環器科外来を行い、がん患者の心血管疾患、糖尿病、感染症などに対応した。また、院内で発症した心血管疾患、感染症に主科として対応し、急変時や重症患者には病病連携で対応した。	A	標準 (×1.0)	4.0
サルコーマ(肉腫)、原発不明がんなど均てん化されない(治療が困難なため対応できる医療機関に限られる状態)希少がんについて、全県からの受入体制を充実させる。	サルコーマ(肉腫)、原発不明がんなど治療が困難なため対応できる医療機関に限られる希少がんについて、積極的に前方連携を行い全県から受け入れる。	(がん)希少がん・サルコーマセンターの研究啓発活動により、県内のクリニックやがん拠点病院からの患者紹介やセカンドオピニオンがみられるようになった。また、整形外科領域の四肢から発生する肉腫のみならず、腫瘍内科、消化器外科、泌尿器科、婦人科領域の腹部・後腹膜・骨盤領域の肉腫の紹介が増えている。他院で散見される皮膚科・形成外科における皮膚領域の肉腫の無計画切除を予防するため、四肢から発生する肉腫の適切な切除に関する啓発動画資料を作成し、適切な肉腫治療の情報提供を行うとともに、当センターの肉腫診療のブランディングを図っている。(原発不明がんの受入数:125件)	A	標準 (×1.0)	4.0
	原発不明がんや希少な腫瘍への対応力向上を目指して新設する腫瘍内科について医師のリクルートを進めるとともに、患者の受入体制を整備する。	(がん)9月1日付で腫瘍内科の標榜を行うとともに1名の腫瘍内科医を配置した。原発不明がんや希少な腫瘍に対して安全で効果的な治療を実践するため、院内コンサルテーションによる診療依頼(プロセス)について確認を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・ 国や県のがん対策に資するため、全国がん登録及び院内がん登録を着実に実施する。	(がん)がん専門病院として、全国及び院内がん登録業務を着実に実施している。本年度は4,474件のがん登録を実施した。また、都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件である、国立がん研究センターへの「がん患者の診断及び治療方針等院内がん登録データ」にDPCデータを提出し、がん対策等に必要情報を提供している。(厚生労働省委託事業QI研究)	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ TQM推進室では、院内の業務を改善する機運を醸成するとともに、各部門における自主的な医療の質の向上に対する取組を支援する。	(がん)TQM推進室では、MSS(認め合い・支え合い・成長する)プロジェクトを病院全体の取組と定め、活動の定着に向けた計画実施表を作成するなどしてインフラの整備を行った。実施状況を定期的に掲示板で発信し、取組状況の共有を図った。働きやすい職場作りの一環として、職員からの意見を募り院内クラウドサービスの仕様変更を行い職員の業務負担軽減に取り組んでいる。また、自主的な業務改善の取組支援の一環としてポスター発表形式によるQC活動報告では17タイトルを報告し、職員投票で評価の高かった7テーマの表彰を実施した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 当院に受診歴のある患者を対象として、運動器評価が可能な多職種連携によるがんロコモ検診事業を開始する。	(がん)2025年5月より、がん患者を対象としたロコモ検診を開始した。がんロコモ検診では、ロコモ度評価、骨格筋量、骨密度の3項目を中心に、骨・筋・歩行機能を統合的に評価し、必要に応じて骨粗鬆症外来との連携を図る仕組みとした。年間50名の受診を目標としていたものの、開始当初は院内周知が十分ではなく、上半期(5～9月)の受診者は6名にとどまった。その後、オープンホスピタルでの周知や、紹介導線の整備と運動器評価の重要性の共有により、受診希望は増加し、下半期(10～3月)は27名となり、年間50名超のペースまで上昇した。4月以降もすでに23名の予約が入っており、リピーターも見られている状況である。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 臨床腫瘍研究所においては、多角的な視点からがん撲滅につなげる専門研究を進め、研究成果を速やかに臨床現場へつなげることを目指すとともに、将来のがん研究に携わる未来の科学者の育成にも努める。	・ 臨床腫瘍研究所においては、研究成果を速やかに臨床現場へ繋げることを目指すとともに、将来のがん研究に携わる未来の科学者の育成に努める。この達成に向けて国等の新規研究費の獲得に努めるとともに、県内をはじめとする関連企業との連携を深め、新規の技術開発・製品化を目指す。	(がん)8月に高校生を対象としたサイエンススクール(参加者14人)を開催した。また10月26日に、彩の国教育の日協賛事業として、一般市民を対象にした第16回埼玉県民がんサイエンスサロン「学ぼう！がん研究の最前線」を開催した。がんの専門研究のために公的な外部資金を用いた14件の研究を実施している。	A	標準 (×1.0)	4.0

年度計画の指標	病院名	R7目標	R7実績	達成状況	自己評価	困難度	点数	
逆紹介割合(%)【困難度高】	がんセンター	30.0	25.4	84.7%	B	高 (×1.5)	4.5	※3
★手術支援ロボット(ダヴィンチ)使用件数(件)	がんセンター	400	517	129.3%	S	標準 (×1.0)	5.0	
手術件数(件)	がんセンター	4,000	3,732	93.3%	B	標準 (×1.0)	3.0	
IMRT(強度変調放射線治療)患者数(人)	がんセンター	460	558	121.3%	S	標準 (×1.0)	5.0	
エキスパートパネル症例検討数(件)【困難度高】	がんセンター	300	329	109.7%	A	高 (×1.5)	6.0	※4
新規治験件数(件)	がんセンター	30	19	63.3%	C	標準 (×1.0)	2.0	
外部資金獲得件数(新規・継続)(件)	がんセンター	7	14	200.0%	S	標準 (×1.0)	5.0	
TQM掲示板更新回数(回)	がんセンター	4	4	100.0%	A	標準 (×1.0)	4.0	

★中期計画に目標有:「手術支援ロボット(ダヴィンチ)使用件数」R7目標400件

※3 逆紹介割合とは、初診・再診患者数に対する他の医療機関への紹介患者の割合(逆紹介患者数÷初診・再診患者数)であり、再診患者を含む点において、逆紹介率とは定義が異なる。「紹介受診重点医療機関」においては、逆紹介割合が30%未満の場合、特定の患者に限り初診料及び外来診療料が減算となる。地域循環型の高度専門医療の提供に向け、医師同行、事務単独を合わせて602件の施設訪問を実施した。効果の現れ方は社会情勢に影響を受けつつ、前方・後方連携といった医療提供体制の構築から集患作用まで多様であることから「困難度(高)」とした。

※4 エキスパートパネル症例検討数については、がんゲノム医療の症例数拡大のため、地域の医療機関と新たな連携協定を締結するなど、対象患者を増やすよう病院をあげて努めた。なお、エキスパートパネルとは、「がん遺伝子パネル検査」の結果を医学的に解釈するための多職種による検討会である。実施可能な施設は①がんゲノム医療中核拠点病院(13か所)、②がんゲノム医療拠点病院(32か所)、③がんゲノム医療連携病院のうち指定を受けた病院に限定されており、当センターは②の指定を受けて専門性の高い討論、医療の提供を行った。検討症例は329件で、うち院内症例が247件、連携症例が82件であった。エキスパートパネルで検討後、結果が実際の治療に結びついたものも15件あるなど、高度専門・政策医療の提供に大きく貢献したことを踏まえ「困難度(高)」とした。

(3)小児医療センター

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・ 小児専門病院として、地域医療機関で対応が困難な小児疾患に関する高度専門医療を提供する。	・ 小児の健康と保健を支える「最後の砦」として、地域医療機関で対応が困難な小児疾患に関する高度専門医療並びに地域と連携した小児保健・発達支援を提供する。	(小児) 県内の出生数が減少し続けている中でも、超低出生体重児52例、小児がん登録62例、小児生体肝移植10例など、地域医療機関で対応が困難な小児疾患に対し高度で専門的な医療を提供した。また、予防接種センターを設置し、地域で予防接種を受けられない児童に接種を行い、県民が安心して予防接種を受けられる体制作りを協力した。発達外来においては、乳幼児健診や発達相談からの院外紹介患者の診療を行い、必要に応じて当センター内での訓練あるいは院外の指導・療育機関を紹介した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 総合周産期母子医療センターとして、さいたま赤十字病院と連携した周産期医療の充実を図るとともに、小児救命救急センターとして小児の第三次救急医療を提供する。	・ 総合周産期母子医療センターとして、さいたま赤十字病院と連携した周産期医療の充実を図り、超低出生体重児の診療や、新生児期の心臓・消化器等の多様な疾患に対する外科的な治療を積極的に行う。	(小児) 超低出生体重児52例など、さいたま赤十字病院と連携し、周産期医療の充実を図った。さいたま赤十字病院からの入院は88例、新生児搬送総数は175件であった。また、新生児・乳児の先天性心疾患63例、先天性外科疾患58例及び外科系以外の胎児診断症例(骨系統疾患、胎児胸水など)12例の新規患者を受け入れ、積極的に治療を行った。	S	標準 (×1.0)	5.0
	・ 小児救命救急センターとして、小児集中治療室を中心とした高度医療を進め、365日24時間体制で県内全域の小児の第三次救急医療を提供する。	(小児) 小児救命救急センターとして24時間365日の体制で医療を提供し、4,254人の救急患者を受け入れた。なお、ERで対応したER受診患者数は6,909人であった。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 小児がん拠点病院として、がんゲノム医療やCAR-T細胞療法を実施し、地域全体の小児・AYA世代のがん医療及び支援に取り組む。	・ 小児がん拠点病院として、がんゲノム医療連携病院の指定によるゲノム医療やCAR-T細胞療法を実施し、地域全体の小児・AYA世代のがん医療及び支援に取り組む。	(小児) 小児がん拠点病院として、地域の医療機関と協力して小児に多い白血病等血液系がんの診療を実施した。最新の化学療法や手術に加えて、難治例ではがんゲノム医療を推進し、小児用のエキスパートパネルを15例実施した。小児がん患者・家族向けセミナーを開催し、またSNSでの発信なども行った。加えて、移行期医療支援セミナーを開催し、患者家族に経験談を語ってもらうなど、AYA世代に対する相談体制の充実に努めた。白血病治療で行った抗がん剤の髄腔内注射後に複数の患者に重い神経症状が発症したため、同治療を中止し、外部有識者による調査対策委員会を設置して、手順確認など原因究明と医療安全対策の強化を進めた。	B	標準 (×1.0)	3.0
	・ 先天性疾患・希少難病・重症疾患を対象に次世代シーケンサーによる遺伝的診察・検査・カウンセリングを着実に実施し、病気の治療に役立てる。	(小児) 院内に適応症例の周知を継続した結果、Rapid-NGS(重症患児の迅速診断)及びGA(病因不詳での死亡児の分子剖検)での活用が増加傾向にあり、次世代シーケンズ遺伝子検査を357件実施した。	A	標準 (×1.0)	4.0

・さいたま赤十字病院と連携して小児生体肝移植を行い、高度で先進的な小児医療を提供する。	・さいたま赤十字病院と連携して小児生体肝移植を積極的に実施する。小児生体肝移植については、県外の患者についても実施し、また、ドナーへ負担が少ない腹腔鏡下肝移植ドナー手術を周知し、日本の肝移植医療において一定の役割を果たしていく。	(小児)さいたま赤十字病院とも連携し、移植以外では救命できない末期肝不全の小児に対し生体肝移植を10例実施した。スタッフの練度の向上に努め、術前術後の管理などマニュアルの適宜見直し、さいたま赤十字病院との合同カンファレンスの実施など周到な準備を行っており、手術成績は国内最高の長期生存率となっている。緊急生体肝移植手術の体制を整備し、また整容性を考慮したレシピエント(患児)の小切開手術、さいたま赤十字病院での腹腔鏡下でのドナー手術導入など、患児やドナーに負担の少ない手術を行っている。	A	標準 (×1.0)	4.0
・小児期発症の病気を抱えたまま成人年齢に達した患者が年齢に見合った包括的な医療を受けられるよう、移行期医療支援センターの仕組みを活用した取組を推進する。	・小児期発症の病気を抱えたまま成人年齢に達した患者が年齢に見合った包括的な医療を受けられるよう移行期医療支援センターの仕組みを活用した取組を推進する。	(小児)小児期発症の病気を抱えたまま成人年齢に達した患者が年齢に見合った包括的な医療を受けられるよう移行期医療支援センターとして相談支援を行った(相談件数904件)。また、8月には移行期医療に関わる相談支援担当者との意見交換会を開催し、相談支援担当者に期待される役割の講演とグループディスカッションを行い、担当者間で課題共有を行った。11月には患者家族向けの「第6回移行期医療支援セミナー」を開催し、免疫疾患から考える移行期医療をテーマに感染免疫科医師と当事者(元患者)2名の講演を行い、87名の参加を得た。12月には医療的ケア児者・重症心身障害児者支援部会のメンバーと移行期医療支援センター合同で意見交換会を開催し、更には、2月に移行期医療支援あり方検討会を開催し、成人科、救急科、小児科などあらゆる立場の関係者が集まり、移行期医療の体制構築に向け協議を進めている。	A	標準 (×1.0)	4.0
・早期の発見が重要とされる先天性代謝異常等について、県内新生児を対象とした検査を実施し、保健予防に努める。	・早期の発見が重要とされる先天性代謝異常等について、県内新生児を対象とした検査(マス・スクリーニング事業)を実施し、保健予防に努める。	(小児)先天性代謝異常等検査の県内唯一の実施機関として、マス・スクリーニング検査(22疾患)を実施した。(マス・スクリーニング受診者数60, 219人)	A	標準 (×1.0)	4.0
・予防接種においては、基礎疾患や合併症などにより地域での実施が困難な子供のみならず、海外渡航をする子供に対しても実施し、疾病予防に努める。	・予防接種においては、基礎疾患や合併症などにより地域での実施が困難な子どものみならず、海外渡航をする子どもに対しても実施し、疾病予防に努める。社会的な要請による予防接種については、医療資源を有効に活用して協力を行っていく。	(小児)基礎疾患や合併症などにより地域で予防接種が困難な子供や海外渡航をする子供に対して予防接種を行うことができる体制を維持した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・地域で活動している小児保健関係者に対する情報提供や相談対応を行う。	・地域で活動している小児保健関係者に対して、情報提供、相談対応、保健教育活動を行う。	(小児)予防接種センターとして地域の保健関係者からの相談に対応するとともに、予防接種に関する知識や情報を提供した(相談対応563件。ワクチンフォーラム、小児保健協会研究会、学術講演等)。また、県児童虐待対応医療ネットワークの活動として、児童虐待に係る医療面のセカンドオピニオン依頼に対応するほか、関係機関向けの研修会等を実施した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・県内の療育機関等と連携し、発達支援のための教育や情報提供を行う。また、発達や行動特性等の養育の悩みを有する家族に対する教育活動に努める。	・県内の療育機関等と連携し、発達支援のための教育や情報提供を行う。また、発達や行動特性等の養育の悩みを有する家族に対する教育活動を行う。	(小児)集団外来を8回開催し、様々な合併症を伴う先天異常症候群の児童とその家族に、個別の外来診療では不足しがちな情報を提供するとともに、心理的支援を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0

・ 地域医療支援病院として、地域の拠点病院へ医師を派遣し、医療水準の向上と医療体制の整備に貢献する。	・ 地域医療支援病院として、地域の拠点病院へ医師を派遣し、医療水準の向上と医療体制の整備に貢献する。	(小児)地域の拠点病院に医師を延べ1,116回派遣し、小児医療水準の向上と地域の小児医療体制の維持に貢献した。 (うち218回は隣接都県への派遣(筑波大学附属病院、自治医科大学附属病院、日本大学医学部附属板橋病院ほか13機関))	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 県と連携して教育・研修体制の充実を図り、もって将来の小児医療を担う人材の育成により地域医療へ貢献する。	・ 県と連携して教育・研修体制の充実を図り、もって将来の小児医療を担う人材の育成により地域医療へ貢献する。	(小児)県医療人材課が運営する「埼玉県総合医局機構 地域医療教育センター」の研修に職員を派遣し、将来の小児医療を担う人材を育成した(麻酔科、集中治療科、消化器・肝臓科、看護部などから合計54回・714人が参加。職種内訳(延べ人数):医師392人、看護師242人、コメディカル80人。)	S	標準 (×1.0)	5.0
・ 小児のサブスペシャリティ領域専門医(小児血液がん、小児神経、小児外科、周産期・新生児など)の取得を推進し、より高度な医療を提供するための人材育成に努める。	・ 小児のサブスペシャリティ領域専門医(小児血液がん、小児神経、小児外科、周産期・新生児など)の取得を推進し、より高度な医療を提供するための人材育成に努める。	(小児)専門医の取得状況について医師の業績評価に追加し人材育成に努め、新たに3人がサブスペシャリティ領域専門医を取得した(新生児科、外科、集中治療科)。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 児童虐待の早期発見・対応ができるよう、児童虐待に係る知識の普及啓発に努めるとともに、適切な支援ができるよう児童相談所、警察、市区町村等との連携を強化する。	(小児)児童虐待ネットワークとして県内全域で児童虐待に対応できる体制作りを進めてきており、7月には研修会を開催し、性的虐待をテーマに連携先機関と情報交換し対応方法や支援方法を共有した。11月は春日部市の関係者を中心に事例検討会、3月は離婚後共同親権制度の導入を踏まえた法的知識の教育講演を開催した。3回の研修会の参加者数は525名で、関心の高い関係者に定着した研修会である。児童虐待ネットワークが機能することにより、比較的軽易な案件については地域の協力機関が対応できる体制となってきたり、当センターでは困難例の相談等を受けている。また、当センターは、県内にとどまらず全国の児童相談所、警察、検察から事例に関するセカンドオピニオンの要請を受け対応している。院内においても頻繁にCAAT(小児虐待対応チーム)で虐待疑い案件の対応を検討するとともに、5月、2月にCAAT研修会を開催し職員への啓発を行った。	S	標準 (×1.0)	5.0
	・ 新生児や小児領域の地域医療体制維持や小児二次救急医療体制の確保のため、県内施設に当直医を派遣する。	(小児)県内8施設に対し計382回の当直医派遣を行い、小児初期救急24時間体制の確保と入院や手術を必要とする重症の小児救急患者への小児二次救急医療体制を確保した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ TQM推進室では、医療の質の評価や改善のための手法について紹介及び周知を行い、院内各セクションの業務改善の気運を醸成するとともに、各セクションの医療の質の向上を支援する。	(小児)年度当初のキックオフミーティングにおいて、前年度開催のTQM講演会の録画を視聴し、新メンバーも含めて改善活動の基本と問題解決の進め方を再確認した。6月には外部講師を招聘してのTQM講演会を開催した(さいたま赤十字病院、機構本部・県立4病院の合計101人受講。)。また、TQMニュースを毎月発行して取組を職員にフィードバックした。医療クオリティマネージャー養成セミナーの受講、医療の改善活動全国大会への職員派遣により、職員の研鑽を支援した。更に、37サークルのQC活動を支援し、活動が順調な4サークルによる中間報告会を実施した(さいたま赤十字病院、機構本部・県立4病院の合計86人出席)。2月には成果報告会を開催して、優秀な4サークルを表彰した。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・ SNSを活用して、患者向けイベント、診療に係るお知らせ、病気の治療などに関する情報を一般向けに分かりやすく発信していく。また、医療者等に講演会や人材募集に関するお知らせを発信し、周知を図る。	(小児)センター内の各セクションにSNS発信やYouTube投稿を奨励し、患者向けの治療・疾病紹介や当センターの取組を積極的にPRした。なお、SNS発信やYouTube動画制作については、有志スタッフで構成する広報部のメンバーが各セクションを支援した。(SNS発信件数210件、YouTube動画4本、制作中のYouTube動画13本)	S	標準 (×1.0)	5.0
	・ 医師のタスクシフトを推進するとともに安定した医療提供体制を構築するため、看護師の特定行為に係る指定研修機関として特定看護師を養成する。	(小児)小児領域での特定行為研修が可能な唯一の小児専門医療施設として、指定研修機関の認定を受け、自施設だけでなく県内を中心に院外からも受入れを行い、特定行為研修を実施した。令和6年11月開講の第1期生が令和7年8月に7人修了(院内5人、院外2人)、令和7年4月開講の第2期生が令和8年1月に4人修了(院内3人、院外1人)となり、プログラムは順調に運営することができた。令和7年11月開講の第3期生については、令和8年8月の修了に向けて8人(院内5人、院外3人)が受講している。院内受講生に対しては、受講しやすい環境を提供し、育成支援を行うとともに、修了者については活躍の場を整備して活動を開始させた。	S	標準 (×1.0)	5.0
	・ 国の臓器提供施設連携体制構築事業における臓器提供支援型拠点病院として、院内の体制を整備する。	(小児)国の臓器提供施設連携体制構築事業における移植医療支援室型拠点施設として、院内の体制を整備するため、医事担当に専従者(非常勤1人)を配置し、関係機関を対象とした「臓器提供施設連携体制構築事業に係るカンファレンス」を4回開催した(9/25、12/16、2/10、3/17)。	A	標準 (×1.0)	4.0

年度計画の指標	病院名	R7目標	R7実績	達成状況	自己評価	困難度	点数	
★小児がん登録数(例)【困難度高】	小児医療センター	90	62	68.9%	C	高 (×1.5)	3.0	※5
超低出生体重児入院数(人)【困難度高】	小児医療センター	40	52	130.0%	S	高 (×1.5)	7.5	※6
救急患者受入数(件)	小児医療センター	4,500	4,254	94.5%	B	標準 (×1.0)	3.0	
手術件数(件)	小児医療センター	3,900	4,015	102.9%	A	標準 (×1.0)	4.0	
小児生体肝移植実施数(例)【困難度高】	小児医療センター	10	10	100.0%	A	高 (×1.5)	6.0	※7
子ども虐待対応案件数 ※8 (児童虐待対応医療ネットワーク相談件数)(件)	小児医療センター	45	9	500.0%	S	標準 (×1.0)	5.0	
医師による兼職での県内施設当直回数(日)	小児医療センター	350	382	109.1%	A	標準 (×1.0)	4.0	
治験実施件数(件)	小児医療センター	45	51	113.3%	A	標準 (×1.0)	4.0	
心臓カテーテルの件数(件) (うちカテーテル治療の件数)(件)	小児医療センター	320 110	325 110	101.6% 100.0%	A	標準 (×1.0)	4.0	
TQM掲示板更新回数(回)	小児医療センター	12	12	100.0%	A	標準 (×1.0)	4.0	
SNS発信件数(回)	小児医療センター	140	210	150.0%	S	標準 (×1.0)	5.0	
次世代シーケンス遺伝子検査件数(件)	小児医療センター	300	357	119.0%	A	標準 (×1.0)	4.0	

★中期計画に目標有:「小児がん登録数」R7目標450例(目標期間累計)

※5 再発・難治性の小児がん患者の支援や、セカンドオピニオン対応、全国からの転院の受け入れなど、小児がん拠点病院として相当の努力が必要である。また、がんゲノム連携病院としては、遺伝子パネル検査を実施し、難治性白血病への画期的治療であるCAR-T療法の導入、治験への参加といった先進的な取り組みも求められる。小児がん登録数62例は、全国トップクラスの値であり、高度専門・政策医療の提供に大きく貢献したことを踏まえ「困難度(高)」とした。

※6 出生数が減少する中、県内地域周産期母子医療機関の小児科病棟の減少に対応し、超早産児、超低出生体重児など最重症ハイリスク新生児や胎児診断された先天性心疾患児/小児外科疾患児の受け入れなど、相当の努力が必要である。また、さいたま赤十字病院と連携して積極的に母体搬送を受け入れ、高度な周産期管理と新生児集中治療を行うなど、先進的な取組をしており、高度専門・政策医療の提供に大きく貢献していることを踏まえ「困難度(高)」とした。

※7 移植の実施に向けて、スタッフの練度向上、マニュアルの見直し(術前術後の管理など)、さいたま赤十字病院との合同カンファレンスの実施など、相当の努力が必要である。また、緊急肝移植を実施するには、短期間での準備が必要となるため、スタッフへの要求水準はさらに高度になる。令和7年度に小児医療センターでは生体肝移植を10例実施したが、令和元年度からの累積症例は62例、累積症例の5年生存率98%となっており、高度で正確な医療を提供した。なお、全国の生体肝移植の約10%を小児医療センターで実施(令和3年(最新データ)の小児生体肝移植の全国の実施数が108例)しており、高度専門・政策医療の提供に大きく貢献したことを踏まえ「困難度(高)」とした。

※8 子ども虐待対応案件数には、セカンドオピニオン依頼への対応は含まない。

(4)精神医療センター

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・ 依存症治療拠点機関・専門医療機関として、依存症に係る高度専門医療を提供する。	・ 精神保健福祉センターと相互に連携した運営により、県内の精神科医療はもとより県内精神保健福祉推進の中核施設として、地域医療機関では対応困難な精神科患者を受け入れるなど高度専門医療を提供する。	(精神)精神保健福祉センターと連携し、アルコール依存症や薬物依存症の家族教室の運営に参画し、講師派遣などの支援を行った。また、入退院支援センター地域連携部門経由で依存症病棟に73人を受け入れた。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 依存症治療拠点機関として、依存症に関する取組の情報発信や医療機関を対象とした依存症に関する研修を実施するとともに、県内依存症専門医療機関の活動実績のとりまとめ等を行う。	(精神)5月に依存症専門医療機関、総合病院精神科と事例検討会を開催した。また、6月に自助グループ・回復施設連絡調整会議を開催した。さらに、7月にアルコール健康障害専門会議、8月にギャンブル依存症専門会議、8月と12月にはさいたま市アルコール関連問題ネットワーク会議、2月には埼玉県依存症対策連絡会議に参加するなどして、県内依存症専門医療機関の活動状況の把握に努めた。また、第50回埼玉アルコール関連問題連絡会を事務局として開催し、22機関75名が参加した。11月に医療機関等を対象とした依存症治療拠点機関研修をオンライン開催し200機関267名が参加した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ スマートフォンやゲームの依存症の治療を必要とする患者の増加が予想される中、ニーズに対して的確に治療に取り組んでいく。	(精神)スマートフォンやゲームの依存症の治療は引き続き対応するとともに、特にギャンブル依存症の患者が増加傾向にあるため、依存症患者の外来枠を増やすなど体制を強化した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 県内唯一の児童思春期精神科専門病棟を有する医療機関として、児童思春期精神疾患に係る高度専門医療を提供する。	・ 県内唯一の児童思春期精神科専門病棟を有する医療機関として積極的に児童思春期の患者を受け入れる。この際、限られた病床を有効かつ効率的に活用するため、市町村、小中学校及び児童相談所等との連携を密にし、円滑に入退院できる環境の整備に努める。	(精神)入院希望が多く、また入院治療期間が長期になりがちのためベッドコントロールが困難な中、児童思春期病棟に加えて救急病棟等でも受け入れを行い、入院患者数は計79人(うち救急病棟等で25人)となった。また、退院支援委員会に児童相談所、市町村職員及びけやき特別支援学校伊奈分校教員等の参加を求めるなど、復学・退院支援を行った。さらに、埼玉子どものこころ連絡協議会を3回開催し、関係機関との連携を図った。加えて、令和6年度に実施したクラウドファンディングにより、整備したICT環境や農園を活用し、療養の質の向上と退院後の生活を見据えた支援を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 児童思春期外来における通院プログラムの充実と実施回数の増加を図る。また、保護者からの相談に応じ、必要な場合には中学校卒業以降の通院先を調整するとともに、引き続き入院を要する場合には、当センターの児童思春期精神科専門病棟以外の病棟で治療を継続していくことを基本とする。	(精神)通院プログラムは41回実施し、参加者は延べ189人、ペアトレーニングは11回実施し、参加者は延べ43人であった。また、中学卒業後の高校生世代への精神医療の提供について、通院先を調整する従来の取組に加えて、当センターで継続的な医療を提供するため成人を対象とした第1外来でも高校生世代の患者に対応することができるよう準備を進め、次年度から随時移行していくことになった。	A	標準 (×1.0)	4.0

	令和6年度にクラウドファンディングにより整備したICT環境や農園を活用し、退院後を見据えた入院治療を実施することで療養の質の向上と円滑な退院促進を図る。	(精神)クラウドファンディングにより整備した農園を活用し、協同作業を行い、実際に収穫をする体験の機会を提供した。また、ICT環境についても、インターネットの利用について県警に講師を依頼し正しい利用方法を学ぶ機会を提供したことで、療養の質の向上と円滑な退院促進を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0
埼玉県精神科救急医療体制の常時対応施設として、自傷他害のおそれのある精神障害者等の急性期の患者に対して救急医療を提供する。	埼玉県精神科救急医療体制の常時対応施設として、深夜帯における精神科救急患者を受け入れるとともに、輪番病院が満床の場合や輪番病院では治療困難な患者の受入れを行う。	(精神)言語、経済状況、帰住先がないなど民間医療機関では対応が困難な患者も含め、「断らない救急」をスローガンに保健所、精神科救急情報センター及び地域医療機関と連携し、精神保健指定医の確保及び救急病棟における病床の確保を行うなど24時間365日の受け入れ態勢を引き続き維持し、計352件に対応した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たす医療機関として、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療に努める。	(精神)常時対応施設が県内で4病院指定されている中でも積極的な受け入れを行い、時間外・休日・深夜における入院件数は計105件を受入れた。そのうち言語、経済状況、帰住先が無いなど民間医療機関では対応が困難な患者を37件受け入れた。	A	標準 (×1.0)	4.0
医療観察法に基づく指定医療機関として、対象者に係る高度専門医療を提供する。	心神喪失者等医療観察法の指定医療機関として、国と連携して患者を受け入れ、多職種チームによる専門治療プログラムに沿った入院医療及び通院医療を実施する。	(精神)国の要請に応じて、新規入院患者10人(転入院を含む)、新規通院処遇2人を受け入れた。入院処遇ガイドライン及び通院処遇ガイドラインに基づき、医師、看護師及び精神保健福祉士を始めとしたコメディカルなど多職種チームによる専門治療を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
精神科診療所の要請に応じて、通院患者の医療中断時の訪問診療、訪問看護や急変時の患者の受入れを実施できるよう連携体制を確立し、また、地域の要請に応じて、未治療者へのアウトリーチを行うための体制を検討するなど地域包括ケアシステムの充実に努める。	精神科診療所の要請に応じて、通院患者の医療中断時の訪問診療、訪問看護や急変時の患者の受入れを実施できるよう連携体制を確立し、また、地域の要請に応じて、未治療者などへのアウトリーチを保健所と協働して行うなど地域包括ケアシステムの充実に努める。	(精神)通院患者の地域生活継続を支援するため、療養生活継続支援加算を新規で11人、精神科訪問看護・指導料を2人算定した。また、入退院支援センター地域連携担当を窓口として、精神科診療所からの入院要請に応え、85件受け入れを行った。	A	標準 (×1.0)	4.0

・保健所への医学的助言などの技術協力や普及啓発、教育研修、調査研究等を埼玉県立精神保健福祉センターと協働して企画、実施するなど引き続き一体的な運営を行い、精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的な技術センターとして機能を最大限に発揮する。	・保健所への医学的助言などの技術協力や普及啓発、教育研修、調査研究等を精神保健福祉センターと協働して企画、実施するなど引き続き一体的な運営を行う。	(精神)保健所のニーズに合わせた対応に徹し、医師派遣回数は計98件となった。技術協力の具体的な内容としては、患者本人や家族との面接、患者の退院後のフォロー、ケアマネージャーへの助言及び講演会の対応等で、延べ1,324件の事例に対して助言・指導を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・特定の医療機関でしか実施できないクロザピン処方や電気けいれん療法を継続するなど治療困難な患者に対して高度専門医療を実施する。	(精神)クロザリル適正使用委員会において、新規及び継続使用について審議・評価した。クロザピン(クロザリル)の新規導入患者数は9人で、月平均62人に適正に処方した。クロザピン(クロザリル)を処方できる県内医療機関は限られており、対応患者数はトップレベルにある。また、電気けいれん療法を早期に実施し治療困難な患者に対する高度専門医療を適切に実施した。	S	標準 (×1.0)	5.0
	・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの確立に資するために、「断らない救急」をスローガンに、精神科診療所の通院患者やダルクなどの施設利用者の急変時等に診療所や施設の要請に応じるとともに、医療連携室が地域の医療機関からの診療依頼に迅速かつ的確に対応して、患者を着実に受け入れることにより、在宅療養後方支援機能の充実に図る。	(精神)他医療機関からの窓口である入退院支援センターを中心に、診療依頼に迅速かつ的確に対応した。また、通院や入院依頼に対して「断らない救急」をスローガンに患者を着実に受け入れることで、精神科診療所の紹介初診患者数は延べ237人、うち55人が初診日に入院となった。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・隔離又は身体拘束など行動制限の最小化を図るとともに、患者による暴力行為を防止するための取組を推進する。	(精神)7月に行動制限に関する研修を「精神保健福祉法」のテーマで開催した。当日参加できなかった職員に対しても録画視聴により研修を実施し、計205名が受講した。また、2月に「組織やチームで取り組む行動制限最小化」をテーマに外部講師の講演による研修を開催し、116名が受講した。暴力対応に関する研修として「CVPPP」の研修を9月と1月に実践力向上に繋げられるよう演習を主とした内容として開催し、計44名が受講した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・TQM推進室では、院内の業務改善に取り組み、各部門による自主的な医療の質の向上を促進する。	(精神)院内の業務改善の機運を醸成するためQCサークル活動を実施し、計15部署が参加した。10月に中間報告会、3月に最終報告会を開催し、各部署の発表内容に対して病院長や副病院長が講評し取組の最も優れた部署には最優秀賞を贈るなど、自主的な医療の質の向上を促進した。	A	標準 (×1.0)	4.0

年度計画の指標	病院名	R7目標	R7実績	達成状況	自己評価	困難度	点数
★依存症プログラムの年間参加延べ人数(人)	精神医療センター	6,600	6,742	102.2%	A	標準 (×1.0)	4.0
依存症治療拠点機関・専門医療機関としての講師派遣件数(件)	精神医療センター	9	24	266.7%	S	標準 (×1.0)	5.0
依存症治療拠点機関・専門医療機関としての研修開催参加施設団体数(団体)	精神医療センター	56	200	357.1%	S	標準 (×1.0)	5.0
児童思春期入院患者の実患者数(人)【困難度高】	精神医療センター	68	88	129.4%	S	高 (×1.5)	7.5
精神科救急対応年間延べ患者数(人)	精神医療センター	265	382	144.2%	S	標準 (×1.0)	5.0
クロザピン処方実患者数(人)	精神医療センター	30	63	210.0%	S	標準 (×1.0)	5.0
クロザピン新規導入患者数(件)	精神医療センター	6	10	166.7%	S	標準 (×1.0)	5.0
診療所等入院要請受入延べ患者数(人)	精神医療センター	130	256	196.9%	S	標準 (×1.0)	5.0
保健所への技術協力への医師の参加回数(回)	精神医療センター	97	98	101.0%	A	標準 (×1.0)	4.0
精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数(件)	精神医療センター	75	112	149.3%	S	標準 (×1.0)	5.0
医療連携室を経由した入院件数(件)	精神医療センター	144	198	137.5%	S	標準 (×1.0)	5.0
行動制限に関する研修参加人数(人)	精神医療センター	156	348	223.1%	S	標準 (×1.0)	5.0
CVPPP研修の参加人数(人)	精神医療センター	370	388	104.9%	A	標準 (×1.0)	4.0
TQM推進だよりの発行回数(回)	精神医療センター	3	3	100.0%	A	標準 (×1.0)	4.0

※9

★中期計画に目標有:「依存症プログラムの年間参加延べ人数」R7目標6,600人

※9 限られた病床を有効かつ効率的に活用し、児童思春期病棟と救急病棟で計72人の患者を受け入れた。早期の退院実現にあたっては、院内の退院支援委員会に関係機関職員の参加を求めて、復学・退院支援を行った。また、地域においては埼玉子供のこころ連絡協議会を開催し、関係機関との連携を図った。県内唯一の特別支援学校分校が併設された児童思春期精神科専門病棟を有する医療機関として、高度専門・政策医療の提供に大きく貢献したことを踏まえて「困難度(高)」とした。

※記載事項ごとの自己評価

集計					
区分 a	個数 b	小計 c=a×b	加点 d	合計 e=c+d	平均点 f=e/b
S(5点)	34	170.0	5.0	175.0	4.3
A(4点)	72	288.0	8.0	296.0	
B(3点)	9	27.0	1.5	28.5	
C(2点)	2	4.0	1.0	5.0	
D(1点)	0	0.0		0.0	
計	117	489.0	15.5	504.5	

小項目評価

小項目	評価区分		自己評価
1 高度専門・政策医療の持続的提供と地域医療への貢献	S	年度計画を大幅に上回って達成している	A
	A	年度計画を達成している	
	B	年度計画を概ね達成している	
	C	年度計画を下回っており改善の余地がある	
	D	年度計画を大幅に下回っており大幅な改善が必要である	

自己評価の理由
・県立病院として高度専門・政策医療を持続的に提供するとともに、前方後方連携を強化し、地域医療への貢献を最大限実施してきた。 ・S評価34個、A評価72個と計画比100%以上の項目の割合が約91%となった。 ・循・呼センターでは大動脈解離に対する低侵襲ステントグラフト内挿術件数、がんセンターでは手術支援ロボット(ダヴィンチ)使用件数、小児医療センターでは超低出生体重児入院数、精神医療センターでは精神科救急対応年間延べ患者数などの高度専門・政策医療の提供の分野に加え、小児医療センターの子ども虐待対応案件数や、精神医療センターの依存症治療拠点機関・専門医療機関としての研修開催参加施設団体数など、地域医療の貢献分野においてもS評価となる項目があった。 ・一方でB評価が9個、C評価が2個と計画比100%未満の項目の割合が約9%となった。 ・C評価となったのは、がんセンターの新規治験件数と小児医療センターの小児がん登録数であり、治験推進を担う医師の不在や、髄注対応の影響により白血病の受入患者数が減少したことにより目標に満たなかったものである。 ・小項目を構成する記載事項ごとの自己評価の平均点は4.3点であった。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該小項目に関しては年度計画を達成しているため、「A」評価とした。

小項目	2 患者の視点に立った医療の提供
-----	------------------

中期目標	患者の視点に立った病院運営を進めるため、より安心して治療を受けられるよう、分かりやすい説明、相談、情報提供等を行うこと。 また、患者等の意見を反映して、より利用しやすい病院運営を目指すこと。 (1) 患者等の満足度向上 ア 患者サービスの向上 患者の権利を尊重し、信頼と満足が得られる医療サービスを提供すること。 患者を対象とした満足度調査を定期的に行い、外来診察や検査及び会計に係る待ち時間の改善、打診から初診までの待ち期間や手術待ち期間の短縮に努めるなど患者サービスの向上に取り組むこと。 イ 患者支援体制の充実 患者とその家族に対して入院から退院まで一貫した支援を行うなど、相談機能を充実すること。 入院を予定している患者が安心して入院医療を受けられるよう入院前から支援を行うとともに、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活ができるよう入退院支援を行うこと。 (2) 積極的な情報発信 臨床評価指標（クリニカルインディケーター）などの診療情報や診療内容をホームページや公開講座などを通じて積極的に情報発信すること。 (3) 医療の標準化と最適な医療の提供 クリニカルパスの適用を推進し、治療内容とスケジュールを明確に示すことで患者の不安を解消するとともに、治療手順の標準化、治療の効率化など医療の質の向上を図り、患者にとって最適な医療を提供すること。
------	---

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
県立病院と患者及びその家族との相互理解を深めるため、医療情報の提供や患者の利便性を向上させる取組を推進し、患者が自らの治療に主体的に関わることができるような患者の視点に立った医療を提供する。	・ 県立病院と患者及びその家族との相互理解を深め、医療情報の提供や患者の利便性を向上させる取組を着実に推進し、各項目において設定した令和7年度の目標を達成するための取組を進める。	(循環) 患者サポートセンターで、治療内容の説明や入院療養の流れについて入院前から説明を行い、安心して入院できるよう3,009件の入院支援をした。予定入院患者への支援率は90.3%である。栄養士が患者サポートセンターに常駐し、入院前から栄養面談を実施した。入院支援で行う説明と問診に関し、LINEをプラットフォームとして活用するコミュニケーションツールを2月より導入した。また、脳卒中相談(7,059件)、がん相談(891件)、仕事と治療の両立支援(62件)、緊急入院患者と家族への医療コーディネーターの介入(91件)に対応するとともに、社会保障制度の利用や在宅療養の手続きなどを記載した「いきつく情報」を適宜更新し、患者及びその家族が必要な情報を主体的に取得できるようにした。 (がん) 9月末時点で入院前後の患者の負担や不安を軽減するため、患者サポートセンターで入院前支援として予定入院患者8,535人のうち6,897人(支援率80.8%)に支援を行った。また、退院支援については、死亡退院を除く予定退院者9,731人のうち9,527人(支援率97.9%)に支援を行った。 (小児) 地域連携・相談支援センターや入退院支援センターで、医療情報の提供や入院療養についての説明を行い、患者の不安や負担を和らげるため、様々な相談に対応した。(地域連携・相談支援センター相談件数10,910件、入退院支援センター支援件数13,188件) (精神) 入退院支援センターで医療機関からの相談に対応し、診療への円滑な調整を図った。また、入院に対する患者の不安や負担を和らげるため、療養援助部において医療情報の提供や入院療養についての説明を行うなど様々な相談に対応した。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・ 患者を中心とした患者目線の医療を提供し、丁寧なサポートと説明を行うことで患者が自らの治療に主体的に関わることができるようにする。	(循環) 入院支援では、入院目的や治療に応じた動画視聴、クリニカルパスの患者説明用紙などを活用して、患者と家族の理解を促し、安心・納得して入院し治療を受けられるよう支援した。また、患者サポートセンターの相談員が入院時重症患者対応メディエーターとして患者家族に介入し、患者・家族の意思表明等を支援した。 (がん) 入院を控えた患者家族に向けて、入院支援担当者によって入院生活がイメージできるような丁寧な面談を行っている。例えば、クリニカルパスの場合は、高齢患者の理解が進むよう入院中の生活を図やイラストを載せた説明用紙を提示して理解しやすくするなど全病棟とクリニカルパスの見直しを行った結果クリニカルパス適応率が上昇した。特殊な治療室(RI治療、骨髄移植等)への入院、発声機能を失う手術、人工肛門を造設するなど、大きなボディイメージの変更を余儀なくされる場合には、治療による日常生活への変化がイメージできるように多職種連携により支援した。意思決定に関する支援が必要な場合は認定看護師の看護外来へつなげ、主体的な選択ができるよう支援した。 (小児) 子どもにも理解できるように絵や写真を使用し、丁寧に視覚的な説明を行った。入院説明用紙に「転倒転落予防」「手術入院手順」「入院までの流れ」などの動画の二次元コードを添付し、理解促進に努めた。また、手術室の紹介や患児向けクリニカルパス等をYouTube動画で提供し、患者本人が主体的に治療を受けられるよう支援した。 (精神) 日本語が分からない外国出身の入院患者に対して翻訳機を使用して説明するなど患者目線で医療を提供し、丁寧なサポートと説明を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
--	---	---	---	--------------	-----

(1) 患者等の満足度向上
ア 患者サービスの向上

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・ 患者の基本的な権利を尊重するとともに、患者及び家族が医療内容を適切に理解し、安心して治療を選択できるようインフォームド・コンセントを推進する。	・ 患者の基本的な権利を尊重するとともに、患者及び家族が医療内容を適切に理解し、安心して治療を選択できるようインフォームド・コンセントを推進して、よりわかりやすい書面による患者への説明と理解を促し、患者や家族の同意に基づいた治療方法の選択ができるようにする。	(循環) 患者が治療内容について理解できるよう丁寧に説明し、同意に基づく医療提供を行った。また、患者及び家族が医療内容を適切に理解し、治療を選択できるよう説明書・同意書を見直した。また、検査・治療内容の動画化を進め繰り返し視聴できるようなシステム(ポケさぼ)を導入した。 (がん) 患者に正確かつ適切に必要な十分な医療行為に関する情報を提供するために院内の各種説明書・同意書の内容を見直し、書式の統一化を更に進めて利便性の向上を図るとともに、文書管理室を中心に文書の統合的な管理を行っている。 (小児) 入院前支援として、入退院支援センターにて、主に学童期以上の子どもを対象に、入院に関する患児向けクリニカルパスによる説明を697件、絵や写真を使用したプレパレーションを1,824件実施した。 (精神) 認知度・理解度が低い患者には理解を深めるために分かりやすい図をその場で記載するなどして、重要事項を丁寧に説明した。	A	標準 (×1.0)	4.0

・ 患者の視点に立った県立病院の運営を実現するため、患者満足度調査を実施し、改善策を講じる。	・ 患者の視点に立った病院運営を実現するため、患者満足度調査を実施し、すぐに改善が可能な点は改善策を講じ、さらに翌年度に向けて改善すべき点について抽出し、患者及び家族のニーズを踏まえた具体的な改善策を推進する。	(循環) 前年度に患者満足度調査の結果を踏まえ、各部署で対策を立案、実施した。患者の多くが高齢者であるため、高齢者への理解を深める目的で、職員の「高齢者体験」を実施した。11月に「高齢者理解からはじめる接遇研修」というテーマで接遇研修を実施した。患者サービス・接遇委員会において、病院長への手紙に寄せられた患者の意見を参考に、改善策を検討した。 (がん) 前年度に実施した患者満足度調査の結果を踏まえ、各部署ごとに課題と対応策を策定し、案内表示の見直しや接遇強化などの課題の解決に向けた取組を行うとともに本年度に実施した調査結果を踏まえ、翌年度に向けた対応策をまとめた。全体として調査内容を院内で共有することで、PDCAサイクルを回した。 (小児) 12月に患者満足度調査を実施し、すぐに改善が可能なものから改善を進め、改善に向けて課題が残るものについては不断に検討するとともに、集計結果はHP上で公表した。また、病院長への手紙で寄せられた要望についても、関係セクションや患者支援チームなどで検討を行い、改善を要するものについては速やかに対応した。 (精神) 退院時に患者さんにアンケート用紙を渡すことで入院患者満足度調査を実施し、毎月開催するサービス向上委員会において、集計結果の共有及び改善に向けた検討を行い、速やかに対応した。また、精神科病床を有する他の病院の状況や入院患者の意見を参考に、第1病棟と第2病棟に加えて第6病棟でも、プライバシー保護等の観点から使用のルールを定めた上で患者のスマートフォンの利用を開始した。	B	標準 (×1.0)	3.0
・ 患者及び家族の立場に立ったサービスを提供するため、研修等を実施し、職員の接遇能力の向上を図るとともに、外来診療待ち時間や、予約から初診・検査・手術までの待機日数の短縮に向けた取組を進める。	・ 患者及び家族の立場に立ったサービスを提供するため、接遇研修等を実施し、職員の接遇能力の向上を図る。	(循環) 7月に接遇評価を実施し、自己及び部署の接遇について考えてもらう機会を作った。「笑顔が良いと思う職員」「言葉使いがよいと思う職員」には、多くの職員が選出され、院内に周知した。9月は接遇月間とし、ポスターを作成し掲示することで啓蒙活動を行った。また、窓口業務職員に実演を伴う接遇研修を複数回実施した。11月に「高齢者理解からはじめる接遇研修」というテーマで接遇研修を行った。接遇力向上の目的で、外来接遇ラウンドも1月に実施した。 (がん) 7月から9月に全職員を対象に接遇研修を実施し、「新医療人としてのビジネスマナー：電話編」及び「信頼関係を築く医療接遇のあり方」の2テーマについてe-ラーニングによる動画視聴を行った。また、7月から8月に接遇チェックを実施し、接遇に関する20項目について自己評価、部署評価を行い、結果をフィードバックするとともに多くの職員から推薦された者を「接遇マスター」として表彰した。病院長への手紙に寄せられた意見をもとに、職員向けに接遇に関する啓発ポスターを定期的に作成し掲示した。 (小児) 「病院長への手紙」に寄せられた職員の接遇に関する御意見を四半期毎にまとめて、全職員にフィードバックし、各自の行動の振り返りを促した。8月には接遇研修(接遇に関する教材を読んで、Webアンケートで気付きを回答する。)を実施した。また、接遇に優れた職員を接遇マイスターとして表彰した。 (精神) 7月及び1月に自己の接遇を改めて振り返るための接遇評価を、9月に全職員を対象とした接遇研修(動画視聴)を実施し、結果をフィードバックした。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 外来診療待ち時間や、予約から初診・検査・手術までの待機日数について、人員配置や診療枠などの課題を抽出し具体的な改善策を実施することにより、待ち時間及び待機日数の短縮に努める。	(循環) 初診の患者・紹介状持参の患者・予約外の患者に分けた受付番号票の交付による効率的な受付運用を開始したほか、診療開始時間に合わせた予約時間の適正化を実施し、外来診療待ち時間の短縮を図った。 (がん) 電話予約枠とオンライン予約枠に分離し運用していた初診予約枠を統合し、どちらの予約手段であっても最短の空き枠で予約を取得できる仕組みを導入した。これにより打診から初診までの平均待ち日数は、R6年度平均値9.0日からR7年度平均値8.6日と、0.4日短縮した。 (小児) 学校の夏休み期間中は外来患者が多く、待ち時間が長くなりがちであるため、掲示などにより、診察待ちの間に保険証確認ができる旨を患者・家族に周知し、会計待ち時間短縮に努めた。さらに、稼働中のLINE呼出しシステムについては、運用会議を定期的に開催し、より効率的な運用を検討している。12月には、LINE呼出しシステムに会計呼出機能を追加して、患者の利便性を向上した。 (精神) 受付番号票とモニター表示による呼出しを徹底し、また、3月には自動精算機の稼働を開始し、患者の待ち時間の短縮に努めた。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・ 受診を希望する患者に円滑に対応するため、外来初診枠や検査枠の拡大、予約方式の改善を図る。	(循環) 肺がん検診異常の患者が早期受診できる呼吸器外科CT外来の開設について、周辺医師会へ周知した。また、消化器内視鏡検査体制の整備に伴い地域の医療機関への案内及び簡易な紹介フローを作成するとともに予約受付まで患者サポートセンターで行うことで予約方式の改善を図った。また、初診患者が速やかに受診できるよう、状況に合わせ初診枠を拡大するなどの対応をした。さらに、試行的に土曜診療を実施し、患者サービスの向上に取り組んだ。 (がん) 各診療科の初診予約枠の再編を行い、インターネット予約と電話予約を統合するとともに、院内・院外初診に区分を整理した。これにより予約経路が明確化され、インターネットからの予約件数は前年度比150%と大幅に増加した。また、一部診療科において隔週土曜日に初診枠および検査枠を新設し、待機期間のさらなる短縮に向けた体制を整備した。 (小児) 電話が混みあう時間帯は、委託スタッフ間の応援やシフト調整などにより予約受付スタッフを増強して改善を図った。 (精神) 初診枠の増加を図るとともに、地域医療機関からの緊急の依頼に対して、地域連携枠を設けて早期に対応するなどの改善を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 診察前検査の拡充を図り、結果を聞くためのみの来院を減らし患者サービスの向上を図る。	(循環) 外来診察日に検査も併せて行い、当日に結果まで伝えるなど、患者の負担を減らす取組を行った。 (がん) 外来検査においては当日中に結果を報告するなど、迅速な対応に努めた。また、入院時に実施していた抗原定量検査(新型コロナ対策)については、最新の知見および社会情勢の変化を踏まえた積極的な運用見直しにより原則不要とし、患者負担の軽減と業務効率の向上を両立した。 (小児) 初診時に検査も行い、当日中に検査結果を伝えるなど、来院を減らし患者・家族の負担軽減に努めている。 (精神) 外来時に検査も併せて行い、当日中に検査結果を説明できるよう取組を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 手術までの待ち日数短縮のため、手術枠や病床の配分などの定期的な見直しを行う。	(循環) 手術室の枠の見直しを行い、循環器内科の枠を広げることで、時間内に手術を行えるように改善した。効率よく枠を利用することで、1,660件の手術を行った。 (がん) PDCAサイクルを回すため、毎月、院内に常駐する院内物流業者を交え、各診療科に割当てた手術枠の運用状況と手術場の各部屋の使用状況についてモニタリングを行い、手術枠の利用率が低い診療科については、個別に事情を確認しながら、配分や使い方の適正を図った。また、ロボット手術の同日同部屋2件実施の取組を拡大した結果、ロボット支援下手術実施件数は前年度比71件増(+16%)となった。 (小児) 手術室運営会議により、手術室の効率的な運用に努めた。また、混合病棟を基本として、病床稼働状況に応じて診療科ごとの病床配分を随時見直し、共用ベッドを設けて病床の有効利用を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・ 患者及び家族に安心して治療を受けてもらえるように、平時からの感染対策として、来院時検温や初診・入院時のスクリーニング及び面会者の健康チェックなどを行う。	(循環) 来院時の検温、手指消毒等の感染防止対策を実施した。発熱等の症状がある患者及び気管内挿管を伴う手術を行う患者に対し、入院時スクリーニング検査を実施し感染対策を行った。面会者に対しては、面会前の体温測定や健康チェック、感染者との接触歴等の問診を徹底した。 (がん) 初診時および入院時にスクリーニングを実施し、感染症を疑う症状のある患者の早期発見に努めた。また、来院者全員へ不織布マスクの着用を実施し、飛沫感染防止策に努め、面会者には検温と健康チェックを行い、感染症持ち込み防止に努めた。 (小児) 入院時のスクリーニング、標準予防策の徹底、入館制限、面会者の健康チェック、及びマスクの着用協力依頼など、感染症防止対策を徹底した。 (精神) 来院者に対して、院内入口で検温等の健康観察を実施した。また、風邪症状のある方はマスクを着用するよう案内し、飛沫感染防止策に努めた。	A	標準 (×1.0)	4.0
--	---	--	---	--------------	-----

年度計画の指標	病院名	R7目標	R7実績	達成状況	自己評価	困難度	点数
★入院患者満足度(%)	循環器・呼吸器病センター	92.5	91.2	98.6%	B	標準 (×1.0)	3.0
	がんセンター	90.0	88.4	98.2%	B	標準 (×1.0)	3.0
	小児医療センター	95.0	89.9	94.6%	B	標準 (×1.0)	3.0
	精神医療センター	80.0	86.3	107.9%	A	標準 (×1.0)	4.0
★外来患者満足度(%)	循環器・呼吸器病センター	80.5	75.8	94.2%	B	標準 (×1.0)	3.0
	がんセンター	88.0	85.5	97.2%	B	標準 (×1.0)	3.0
	小児医療センター	87.0	90.4	103.9%	A	標準 (×1.0)	4.0
	精神医療センター	85.0	86.7	102.0%	A	標準 (×1.0)	4.0

★中期計画に目標有:「入院患者満足度」R7目標 循環92.5%、がん90.0%、小児95.0%、精神80.0%

★中期計画に目標有:「外来患者満足度」R7目標 循環80.5%、がん88.0%、小児87.0%、精神85.0%

イ 患者支援体制の充実

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・ 入退院支援センターを活用し、入院前から積極的な支援を行うとともに、早い段階から退院後の受入医療機関の調整を実施することで、患者満足度と医療の質の向上及び効率的な医療の提供を図る。	・ 入退院支援センター等を活用し、入院前から積極的な支援を行う対象患者を増加させるとともに、早い段階から退院後の受入れ医療機関の調整を実施することで、患者満足度と医療の質の向上及び効率的な医療の提供を図る。	令和7年4月1日に精神医療センターに入退院支援センターを発足し、全病院において、入退院支援センター及び患者サポートセンターによる入院前からの患者支援や、早期からの退院後の受入れ医療機関との調整体制を整備した。 (循環) 患者サポートセンター等において、入院前から担当ケアマネージャーや訪問看護師、薬局、維持透析施設等と情報共有し、積極的に支援を行う対象者を抽出した。入院患者には、退院支援看護師が面談して早期から退院後を見据えた情報を提供し、ニーズに応じた療養先を調整した。入院支援3,024件、退院支援4,532件を実施した。転院調整件数は670件である。 (がん) 入院前から退院後を見据えて必要時入院前カンファレンスを多職種で積極的に実施した。患者サポートセンターで得た入院前の療養状況の情報をもとに、MSWや地域連携担当が、速やかに地域の医療機関への連携を図り、患者の希望を取り入れた調整を細やかに実施している。退院時においても、早期から検討を開始し、速やかな転院、在宅医療へとつなげている。 (小児) 入退院支援センターを中心に入院前支援を行うとともに、退院後の地域連携施設の情報を提供するなど13,173件の支援を行い、切れ目なく支援した。 (精神) すべての入院患者(657名)に対し、入退院支援部門のスタッフが入院時診察に同席して患者情報を整理した。その上で入院時ケースカンファレンスを開催したのちに担当看護師と協働し患者本人を交えて7日以内に退院支援計画書を作成した。随時計画を見直しながら、院内多職種チームのカンファレンス、関係機関会議、退院支援委員会などに参加し、必要に応じて他科受診や退院前訪問にも同行した。退院後の生活定着支援のための訪問、外来受診時支援なども実施した。	S	標準 (×1.0)	5.0

・ 患者が安心して治療を受けられるよう地域連携・相談支援センター等において、患者とその家族に対して治療や生活上の問題、就労支援等の多様な相談を実施する。	・ 患者が安心して治療を受けられるよう、入退院支援センター等において、治療の過程で発生することが予測される生活上の問題、就労支援等の多様な相談に対応できる体制を維持するとともに、支援を行う。	(循環) 患者サポートセンターにおいて、医療相談(他院からの相談や、患者からの治療についての相談など)や、受診に関する相談、社会的相談(生活保護や難病申請の相談など)など、様々な相談に対応した(相談件数:9,523件)。なお、企業と連携した仕事と治療の両立支援を行ったものの、壮年期の患者が少なかったため62件にとどまった。 (がん) 治療過程で発生が予測される多様な相談に対応する窓口としての患者サポートセンターの周知に力を入れた。センターのホームページの改定や初診時にパンフレットを配布し、入院支援面談で相談窓口としてのセンターの利用を案内した。相談に対応する認定がん専門相談員の育成や資格の更新など相談員としての資質向上も継続して行った。経済面・就労支援の相談は、社会保険労務士やファイナンシャルプランナー、ハローワーク大宮のスタッフによる個別相談を定期的に開催した。 (小児) 地域連携・相談支援センターにおいて、患者とその家族に対して、治療や生活上の問題などについて相談対応を行った。相談件数10,910件。 (精神) 受診調整、障害福祉サービス等の利用支援、経済的問題解決支援、居住支援、児童思春期患者の復学支援等様々な問題に対して支援を行った。作業療法士、精神保健福祉士、及び公認心理師が患者、家族から受けた相談件数は、41,971件であった。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 特に、がんセンターについては、がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援を、小児医療センターについては、小児・AYA世代に対する教育、就労、妊孕性温存等の相談体制をそれぞれ充実させる。	・ 循環器・呼吸器病センターでは、脳卒中相談窓口を院内外に周知し、療養の場の変化に応じた多職種による継続支援体制を充実する。また、心疾患患者・がん患者への療養と就労の両立について、患者・事業者と連携し、きめ細やかな支援につなげる。	(循環) 脳卒中相談窓口において、脳卒中療養相談士の認定を受けた医師・看護師をはじめとする多職種チームが、治療経過に応じた7,095件の患者及び家族からの相談に対応した。また、患者サポートセンターでは、治療と仕事の両立支援もサポートした。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ がんセンターでは、がん患者の治療と仕事の両立支援はもちろん、アピアランスケア、就学をはじめAYA世代患者がライフイベントの過程で体験する問題に多職種で支援する。	(がん) がん患者の治療と仕事の両立の支援について、院内のデジタル掲示やホームページ等で積極的に広報活動を行っている。「仕事」と「お金」の無料個別相談会の新規相談件数は、22件(R6)→26件(R7)と予約件数は増えており、ファイナンシャルプランナーや社会保険労務士などの専門家と協働し支援をしている。患者サポートセンターの情報コーナーに、AYA世代支援のコーナーを特設し、市町村毎の助成金の情報など最新情報を更新し提供している。アピアランスケアでは、治療により生ずる脱毛や爪皮膚障害など外見の変化に対し、がん化学療法認定看護師や薬剤師と連携し、丁寧なケアを提供している。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 小児医療センターでは、患者、家族が安心して治療が受けられるよう、地域連携・相談支援センターで治療や生活上の問題、就労につなげる支援等の多様な相談を実施する。特に、がん患者の小児・AYA世代に対する教育、就労、妊孕性温存等の相談体制を充実する。	(小児) 地域連携・相談支援センターで治療や生活上の問題等についての相談を10,910件受け付けた。ソーシャルワーカーを中心に、医師、看護師、チャイルド・ライフ・スペシャリスト等の専門職が連携して、がん患者の小児・AYA世代が直面する様々な課題についての個別相談対応やセミナー開催等の患者支援を行った。9月に小児がん患者家族きょうだいサロンを開催し、患者家族同士の交流を深めるとともに、小児がんの啓発を行った。10月に小児がん患者を対象に患者家族セミナーを開催し、30名の参加があった。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・精神医療センターでは、依存症外来プログラムや外来作業療法等、外来支援体制を充実する。また、地域の医療機関からの診療依頼に医療連携室へ窓口を一本化し対応することで、断ることなく入院ニーズに迅速に対応していく。さらに、早期退院を目指し、多職種・多機関連携による支援を実施する。	(精神)アルコール、薬物、ギャンブルの外来依存症プログラムを計88回実施した。また令和6年9月から女性グループを月1回の頻度で開始し、令和7年4月からは月2回定期的に開催している。入退院支援センター地域連携部門では、地域医療機関からの相談や診療依頼に対して適切かつ迅速に対応した(相談1,334件、入院受け入れ186件、外来診療210件)。	A	標準 (×1.0)	4.0
--	--	---	---	--------------	-----

年度計画の指標	病院名	R7目標	R7実績	達成状況	自己評価	困難度	点数
相談件数(件)	循環器・呼吸器病センター	9,000	9,523	105.8%	A	標準 (×1.0)	4.0
	がんセンター	28,240	30,386	107.6%	A	標準 (×1.0)	4.0
	小児医療センター	11,000	10,910	99.2%	B	標準 (×1.0)	3.0
	精神医療センター	34,500	41,971	121.7%	S	標準 (×1.0)	5.0

(2)積極的な情報発信

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・県立病院の機能を客観的に表す臨床評価指標(クリニカルインディケーター)等について、ホームページによる情報発信を積極的に行う。	・県立病院の機能を客観的に表す臨床評価指標(クリニカルインディケーター)等について、ホームページによる情報発信を積極的に行う。	4病院全てにおいて、臨床評価指標をホームページに掲載した。また、掲載する指標や内容について見直しを行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・患者が自ら病院を選択できるよう、ホームページやSNSの更新管理を行い、最新情報が提供できるようにする。また、見やすさとともに、病院の診療実績等、情報量を増やし、ホームページをより充実させていく。	機構全体として、各病院からの改修要望に沿って適宜対応を行い、視認性・可視性の向上に努めた。また、がんセンターホームページの再構築を支援した。(循環)ホームページの更新を随時行い、最新情報が提供できるようにした。また、YouTubeチャンネル、X更新による情報発信を行った。さらに、医師・病院紹介の書籍と同時にWeb版で医師・診療実績等について情報発信を行った。(がん)常に最新の情報が反映されるよう、ホームページおよびSNSの適時更新に努めた。ホームページについては、利用者の利便性向上を目的とした再構築に向けた取組を進めた。X(旧Twitter)ではイベントや院内活動の情報を発信するとともに、YouTubeにおいては患者サポートセンターや各診療科の紹介動画など24本の動画を新たに公開した。(小児)診療実績、スタッフ紹介、セミナー開催告知など、機動的にホームページを更新(168回)するとともに、トップページの充実を図った(「総合周産期母子医療センター・胎児診断外来」、「センターだより」バナーを追加)。また、SNS発信210件、YouTube動画を4本制作(累計52本)して、患者向け情報の発信に努めた。翌年度に向け、YouTube動画を13本制作中。(精神)看護部及び各病棟のページの内容を見直し、情報の更新を行った。また、診療予約の電話番号の確認が分かりやすくなるよう、トップページの更新を行った。さらに、令和6年度クラウドファンディング事業効果検証報告書(中間報告)を掲載した。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・ ホームページの構成はウェブアクセシビリティに十分に配慮したものとする。また、ウェブアクセシビリティについて、定期的にチェックを行う。	機構全体として、総務省の「みんなの公共サイト運用ガイドライン」への適否について、総務省が提供しているツールによる適合検査を実施した。 (循環) 記事掲載時、更新時にはウェブアクセシビリティを確認し、閲覧者に読みやすいホームページとなるよう配慮した。 (がん) ウェブアクセシビリティに配慮し、随時更新作業を行っている。また、総務省の「みんなの公共サイト運用ガイドライン」を参照し定期的なチェックを行った。 (小児) ウェブアクセシビリティに十分配慮しつつ、ホームページ更新時には、必ずチェックを行った。 (精神) ウェブアクセシビリティに十分配慮しつつ、定期的にチェックを行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 新たな診断技法や治療法について、県民を対象とした公開講座を開催し、医療に関する知識の普及や啓発を行う。	・ 県民を対象とした公開講座を開催し、県立病院の取組を広く周知するとともに、新たな診断技法や治療法等、医療に関する知識の普及や啓発を行う。また、公開講座は会場だけでなくWebでも開催するとともにアーカイブ動画をSNS上に掲載するなど、受講者の利便性が向上するようにする。	(循環) 地域の市民を対象にした健康啓発活動「出張いきいき健康塾」を近隣の市町村などとコラボレーションし、14回開催した。演者は、医師、薬剤師、専門・認定看護師、理学療法士が行い、895名が参加した。また、YouTube「さいたま循環チャンネル」として17本の動画を引き続き掲載した。 (がん) 開院50周年記念事業として、令和7年10月4日に地域住民を対象としたイベント「オープンホスピタル2025秋」を開催した。体験コーナーや講演会(最新の肺がん治療、遺伝性がんと遺伝カウンセラー)、ミニコンサートなど多彩なプログラムを実施し、地域への情報発信および病院の取組に対する理解促進を図った。また、県民を対象とした講演会「がんの集い」を令和8年1月24日に開催したほか、参加が困難な県民に対しては公式YouTubeチャンネルを通じた情報配信を行い、広く県民へのがん情報の普及啓発に努めた。 (小児) 県民のための医療セミナーとして「小児運動器センター開設記念 第1回運動器教室」をWithYouさいたまとの共催事業で開催し、46名の参加があった。 (精神) 11月に医療機関等を対象とした依存症治療拠点機関研修をオンラインで開催し、200機関267名の参加があった。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 患者や地域医療機関向けに医療情報を提供する民間のポータルサイトを活用するなど、希少疾患や高度専門医療に関する周知を図る。	(循環) 医療情報発信業者のWebサイトを活用。Webサイトをホスピタル・ファイルに一元化し、脳動脈瘤、脳梗塞の予防的治療などの情報発信を行った。また、書籍(ムック本)及びWebにてTAVI、ステントグラフト内挿術などの治療法などをPRした。 (がん) 患者や地域医療機関に向けた医療情報の提供については、民間のポータルサイトの活用に加え、対面での活動を積極的に推進するとともに、院内で作成する病院情報誌「Hearts Tree」や「がんセンターだより」を通じて、希少疾患や高度専門医療に関する周知を図った。 (小児) 患者向け医療情報サイト(「メディカルノート」、「ホスピタルズ・ファイル」等)上に、疾病や治療に関する記事を継続掲載するとともに、病院長メッセージを更新して、当センターが提供する高度専門医療をPRした。 (精神) m3.comから「埼玉県立精神医療センターの取り組み」というテーマで取材を受け、当センターの診療体制やクラウドファンディングの取組み等に関する記事が9月に掲載された。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ Web媒体だけでなく、各病院の広報誌といった紙媒体なども活用し、県民のニーズに合わせた多角的な情報発信を行う。	(循環) 紙媒体による「循環ニュース」を発刊し、院内での配布、医師会や連携医療施設のほか県庁の県民案内室や熊谷保健所への送付に加え、保健センター、消防、介護施設などにも新たに送付し、情報発信を行った。また、朝日新聞に当院の取組が掲載されるなど、当センターの提供している医療や地域における役割について、地域住民にPRした。 (がん) がんに関する知識の普及啓発および情報提供を目的とする広報誌「がんセンターだより」を年3回(9月・12月・3月)発行したほか、情報誌「Hearts Tree」においてはがん種ごとに特集を組み、治療内容等に関する情報発信を行った。また、開院50周年を記念して記念誌を発刊し、当センターのこれまでの歩みと取組を広く県民に発信した。これらの紙媒体を積極的に活用することにより、Web媒体と組み合わせた多角的な情報発信に努めた。 (小児) 広報誌「埼玉県立小児医療センターだより」を3回(6月、10月、3月)発行し、院内に配架するとともに関係機関に送付して情報発信した。また、PDF版をHPに掲載して多角的な情報発信に努めた。 (精神) ホームページのほか、6月、3月の2回ニュースレターを発行した。また、地域医療機関を16件訪問し地域医療機関主催の医療連携の会に参加するなど、病院機能の広報を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0

循環器・呼吸器病センターでは、SNSを活用して、病気の予防や治療に関する情報を一般向けに分かりやすく発信していく。	(循呼)YouTubeチャンネルの「循呼チャンネル」において、「【心不全】後編:再入院を繰り返さない生活のコツ」、「呼吸器外科医師に聞く 肺がん手術について」、循環器内科医師が説明する「心臓弁膜症ってどんな病気?～最新の診断と治療とは～」など、一般の方に分かりやすい病気や治療に関する情報を引き続き発信した。また、病院のトピックや感染症の流行状況などをXで発信した。	A	標準 (×1.0)	4.0
がんセンターでは、SNSを活用して、患者や家族に役立つ情報を一般向けに分かりやすく発信していく。	(がん)X(旧Twitter)では、イベントなどの案内を写真を交えてタイムリーに発信し、YouTubeでは新たに、患者サポートセンターの紹介動画等を公開している。また、新たにInstagramを開設した。	A	標準 (×1.0)	4.0
小児医療センターでは、SNSを活用して、患者向けイベント、診療に係るお知らせ、病気の治療などに関する情報を一般向けに分かりやすく発信していく。また、医療者等に講演会や人材募集に関するお知らせを発信し、周知を図る。(再掲)	(小児)センター内の各セクションにSNS発信やYouTube投稿を奨励し、患者向けの治療・疾病紹介や当センターの取組を積極的にPRした。なお、SNS発信やYouTube動画制作については、有志スタッフで構成する広報部のメンバーが各セクションを支援した。(SNS発信件数210件、YouTube動画4本、制作中のYouTube動画13本)	S	標準 (×1.0)	5.0
精神医療センターでは、ホームページの充実等とあわせて、依存症治療拠点機関として、依存症に関する情報発信や医療機関を対象とした人材育成のための研修等を行う。	(精神)依存症専門医療機関との事例検討会に総合病院精神科も加え開催した。また、医療機関等を対象とした依存症治療拠点機関研修をオンラインにて開催し、200機関267名の参加があった。	A	標準 (×1.0)	4.0

年度計画の指標	病院名	R7目標	R7実績	達成状況	自己評価	困難度	点数
ホームページ更新回数(回)	循環器・呼吸器病センター	300	1,091	363.7%	S	標準 (×1.0)	5.0
	がんセンター	350	504	144.0%	S	標準 (×1.0)	5.0
	小児医療センター	150	168	112.0%	A	標準 (×1.0)	4.0
	精神医療センター	28	34	121.4%	S	標準 (×1.0)	5.0

(3)医療の標準化と最適な医療の提供

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
入院患者の負担軽減及び診療内容の標準化のため、地域医療機関を含めたクリニカルパスの作成、適用及び見直しを進め、治療の効率化と質の高い効果的な医療を提供する。	・診療内容の標準化による医療の質の向上のため、クリニカルパスの作成を推進するとともに、適切な入院期間の設定などの見直しを行う。	(循環)クリニカルパス委員会を6回開催。開心術等9件を新規のクリニカルパスとして承認し、虚血性心疾患の緊急入院患者を対象としたクリニカルパスの試行を開始した。 (がん)クリニカルパス委員会を中心に、効率的で使いやすいクリニカルパスの普及と適応の推進を目的として、既に活用しているクリニカルパスの見直しと新規クリニカルパス追加について検討を行った。年間での適用率は53.0%と目標を大きく上回った。 (小児)クリニカルパス委員会を6回開催し、臨床に即したパスの整備に努めた(新規:17件、改訂:37件、廃止:4件)。11月にクリニカルパス関連規程集の改訂を行った。 (精神)クリニカルパス委員会を計4回実施し、見直し等の必要性を検討するために依存症Ⅰ・Ⅱ期など全5種類の運用状況を確認した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・がんセンターでは、手術、放射線治療、免疫療法を含むがん薬物療法、緩和ケアなどによる集学的ながん医療を推進する。	(がん)各種がんセンターボード、遺伝子パネル検査、多職種・多部門が参加するカンファレンスを適宜開催し、集学的治療の実施に向けて、方針を決定した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・精神医療センターでは、第2病棟のアルコール依存症リハビリテーションプログラムの対象者が、依存症(Ⅱ期)クリニカルパスを終了できるよう、多職種チームで対象者を支援する。	(精神)看護師と作業療法士など多職種のチームを構成し役割分担を行った結果、患者の様々なプログラムに適材適所に対応することができ、計211名の対象者がクリニカルパスを終了できるよう支援した。	A	標準 (×1.0)	4.0

年度計画の指標	病院名	R7目標	R7実績	達成状況	自己評価	困難度	点数
★クリニカルパス適用率(%)	循環器・呼吸器病センター	60.5	68.1	112.6%	A	標準 (×1.0)	4.0
	がんセンター	45.0	53.0	117.8%	A	標準 (×1.0)	4.0
	小児医療センター	35.0	43.6	124.6%	S	標準 (×1.0)	5.0
	精神医療センター	40.0	37.5	93.8%	B	標準 (×1.0)	3.0

★中期計画に目標有:「クリニカルパス適用率」R7目標 循環60.5%、がん44.0%、小児35.0%、精神40.0%

※記載事項ごとの自己評価

集計					
区分 a	個数 b	小計 c=a×b	加点 d	合計 e=c+d	平均点 f=e/b
S(5点)	7	35.0		35.0	4.0
A(4点)	34	136.0		136.0	
B(3点)	8	24.0		24.0	
C(2点)	0	0.0		0.0	
D(1点)	0	0.0		0.0	
計	49	195.0	0.0	195.0	

小項目評価

小項目	評価区分		自己評価
2 患者の視点に立った医療の提供	S	年度計画を大幅に上回って達成している	A
	A	年度計画を達成している	
	B	年度計画を概ね達成している	
	C	年度計画を下回っており改善の余地がある	
	D	年度計画を大幅に下回っており大幅な改善が必要である	

自己評価の理由
・入退院支援センター等による患者への積極的な支援や、患者からの多様な相談への対応、外来待ち時間や手術までの待機日数の短縮など、患者及びその家族の視点に立った医療を最大限進めるとともに、クリニカルパス作成の推進などによる医療の標準化に努めた。 ・一方で、患者満足度などで目標未達の項目があり、より一層改善に取り組んでいく必要がある。 ・S評価7個、A評価34個と計画比100%以上の項目の割合が約84%となった。 ・S評価となったのは、SNS・ホームページによる情報発信、クリニカルパスの適用率等であり、患者の支援体制の充実や、患者や県民に向けた積極的な情報発信を行うとともに、医療の質の向上の取組を進めてきた。 ・一方でB評価が8個と計画比100%未満の項目の割合は約16%であった。入院患者満足度については、循・呼センター、がんセンター、小児医療センターでB評価となり、外来患者満足度については、循・呼センター、がんセンターでB評価となった。待ち時間の長さに関する意見等があり、引き続き患者及びその家族の視点に立ったサービスの提供に努めていく必要がある。 ・小項目を構成する記載事項ごとの自己評価の平均点は4.0点であった。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該小項目に関しては年度計画を達成しているため、「A」評価とした。

小項目	3 安全で安心な医療の提供
-----	---------------

中期目標	患者の理解と信頼を得た安全で安心な医療を提供するため、医療安全対策、感染症対策、災害対策等を推進すること。 (1) 医療安全対策の推進と適切な情報管理 安全で安心な医療を提供するため、医療事故などを防止するための医療安全対策を徹底するとともに、医療事故発生時には原因の究明と再発防止を図る体制を確保すること。 医療安全文化の醸成に継続的に取り組むこと。 個人情報の適切な管理と情報セキュリティの強化に努めること。 (2) 感染症対策の強化 院内感染症対策を強化し、感染症管理体制の充実を図るとともに、感染症に関する取組を進めること。 (3) 災害対策の推進 策定したBCPに基づき、災害時にも継続的に医療を提供するための体制を整備するなど、埼玉県地域防災計画に基づく県立病院としての役割を果たすこと。
------	--

(1) 医療安全対策の推進と適切な情報管理

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・ 医師や看護師等の研修の充実及び医療安全ラウンドなど医療安全対策を推進する。	・ 職員対象の研修を継続して実施し、職員の危険予知力の向上、チームステップスの推進やインシデント・アクシデント事例の分析、再発防止策の周知を行う。	機構全体として、令和6年度の各病院の医療安全管理の取組内容やインシデント・アクシデント報告事例等を取りまとめ、ホームページで公表した。また、本部主催の医療安全研修を開催し医療安全対策を推進した。 (循環) 医療安全カンファレンスでインシデント・アクシデントを共有し、医療安全関連の委員会で警鐘事例や対策を検討、周知した。医療安全研修は、e-ラーニングも活用しながら開催した。全職員を対象にチームステップス研修を4回実施した。 (がん) 医療安全管理委員会、医療安全管理室会議を定期的に行い、インシデント・アクシデント報告、警鐘事例の報告の共有、分析を行い、職員への周知を行った。また、医療安全研修は必須研修を2テーマ決め全職員に受講を推進した。チームステップス基礎編未受講者を対象に集合研修を企画し、全4回開催した他、次のレベルに相当する中級編も再開した。 (小児) 医療安全管理研修の実施、インシデント・アクシデント事例の分析、再発防止策の周知を行った。警鐘報告として、医療安全ニュースを8回発行し注意喚起を行った。また、Team STEPPS®(チームステップス)研修を対面で8回実施した(参加者275人)。 (精神) 医療安全管理委員会やリスクマネジメント推進委員会において、インシデント・アクシデント統計報告及び警鐘事例を共有。医療安全ニュースレターを6回発刊し、レベル0報告数推移や前向きインシデント等を広く周知した。また、各部署においてKYT研修を実施し、各部署で実施したKYTの内容を院内に掲示した。チームSTEPPSに関しては、6月と1月に基礎編を実施、8月と2月に外部講師を招き、アドバンスコースを実施し、計113名が受講した。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・医療安全ラウンドの実施などにより、医療安全上の課題を早期に発見して改善につなげるとともに、医療安全文化の醸成に向けて、医療安全管理室とTQM推進室が協働して医療の質向上に関する取組を行う。	機構全体として、医療安全管理者会議を開催し、医療安全ラウンドを実施するとともに、各病院の医療安全の取組、インシデント・アクシデント事例を共有した。 (循環)医療安全ラウンドでは、インシデント発生時の状況を確認し、再発防止対策を協議するとともに転倒転落防止対策として療養環境監査を病棟主任看護師と行い、療養環境の改善に取り組んだ。また、院内迅速対応チーム(RRT)においては、チームで毎週ラウンドして9件介入し、1件起動した。さらに、医療安全管理室とTQM推進室が協働し、医療の質向上に関する研修を開催した。 (がん)各病棟、部署での生体情報モニターアラーム管理のラウンドを実施し、管理状況や課題について医療安全管理委員会で報告、共有した。また、入院患者のリストバンドの装着状況の確認と推進のためのラウンドを毎月実施し、リストバンド装着の定着と職員の意識向上を図った。 (小児)毎月1回医療安全ラウンドを実施し、各セクションのリスクマネージャーと連携し、「輸液管理」「5S」「時刻確認」などの視点で行った。本年度新たに4セクション追加し、延べ36箇所のラウンドを行った。また、ラウンドメンバーに事務部門のスタッフも加わった。ラウンド結果はこれまで口頭伝達であったが、本年度からは書面通知とし、ポジティブ・フィードバックも盛り込んだ。物品管理や作業環境等を改善するとともに、医療安全対策を実施した。 (精神)安全な医療を提供する環境等を整備するため、各部署をラウンドする安全パトロールを月に1回実施した。部署毎に作成したチェック表を用いて確認することにより問題点の改善に繋がった。	A	標準 (×1.0)	4.0
・インシデント・アクシデントにおけるレベル0の積極的な報告を推進し、再発防止策を講じることで重大事故の未然防止に努める。	・インシデント・アクシデント事例におけるレベル0の積極的な報告を推進し、重大事象を未然に防ぐ対策に繋げる。	(循環)インシデントレベルの定義を周知し、レベル0の報告割合は増加した(報告割合R6:25.4%→R7:47.12%)。また、医療安全ニュースでの発信、医療安全推進担当者会議でのレベル0報告推進や、インシデント報告「good job!」のフィードバックにより、重大事象の未然防止に努めた。 (がん)レベル0の割合増加を医療事故防止の基本的な重点目標とし、0レベルに該当する具体的な内容を提示して啓発に努めた。年間の累計でレベル0の報告割合は、30.4%と目標水準を達成した。 (小児)院内全体でインシデント・アクシデント事例におけるレベル0の積極的な報告・共有に努め、レベル0の割合は55.0%であった。集めた情報を職員が共有し、重大事故の未然防止に努めた。 (精神)意義の理解、発見する能力の向上、報告する習慣の3つを柱に、レベル0の積極的な報告を推進するために、レベル0報告の推移や特に前向きだと思えるレベル0インシデントを各委員や医療安全ニュースレターに掲載した。レベル0報告数は731件(報告割合は41.0%)であった。	A	標準 (×1.0)	4.0

・ 予測されない事態の発生時には迅速に対応し、状況分析や再発防止策を適切に行う。	・ アクシデント、医療事故やその他予測されない事態の発生時には、迅速な対応、分析を行い、再発防止策を検討するなど、組織全体で取り組む。	機構全体として、重大なアクシデントや医療事故について、法人幹部職員にも適切に報告を行ったほか、法律相談により必要な支援、助言等を行うなど、発生時にはすみやかに対応した。 ただし、小児医療センターにおいて髄腔内注射後に重篤な神経症状が発症した事案については、3例目発生後に監督官庁であるさいたま市保健所へ抗がん剤の髄腔内注射治療一時中止の報告を行ったものの、県への報告については、別の薬液が重篤な神経症状の原因である可能性が高いことが判明してから行った。 県への報告が遅れた理由として、別の薬液が重篤な神経症状の原因である可能性が高いことが判明して初めて事故・事件両面の可能性が高いものとして認識したことと、機構から県への報告に関するルールが定められていなかったことがある。 そのため、機構から県への報告に関するルールを定め、報告すべき事案が発生した場合は速やかに県に報告する体制を作ることが課題となった。 (循環)医療事故や重大事象発生時には、迅速な対応のうえ、速やかに病院長以下関係職員でカンファレンスを行い、再発防止策を検討した。検討した内容については、医療安全推進担当者会で共有したうえで、職員に周知した。合併症事例は、多職種で検討会を開催し振り返りを行った(4回)。 (がん)特に重大報告は、医療安全管理室会議で検討された後、医療安全管理委員会で共有、分析し、改善策を検討し、病院全体での運用につなげ、現場にフィードバックしている。 (小児)アクシデントや医療事故、その他予測されない事態の発生時には、迅速な対応と分析を行い、再発防止策を検討するなど組織全体で取り組んだ。 特に、白血病の治療のため抗がん剤の髄腔内注射を実施した後、複数の患者が重篤な神経症状を発症した事案について、当初は、髄腔内注射による非常に稀な合併症等の可能性を考えていたものの、3例目の発症後、医学的な検討を行い、因果関係を否定できないものとして、中止を判断した。 外部の有識者らで構成する調査対策委員会を設置し、髄腔内注射治療の工程及び手順を詳細に確認する等、原因の究明と、医療安全のより一層の向上のための対策検討に取り組んだ。 髄腔内注射の治療を受けている患者やその家族に対し、丁寧な説明を行った上で、他施設に転院していただく等により治療を継続してもらい、治療への影響や患者の負担が極力生じないよう努めた。 (精神)医療安全管理委員会(月1回)、医療安全管理室会議(週1回)においてインシデント・アクシデント報告や警鐘事例の共有を行った。令和7年度からImSAFER分析手法を導入し、より環境やシステムを意識した改善対策に取り組んだ。また、突発的に起こる暴力事象や自殺企図などは迅速に対応し、関係職員への情報共有や今後の防止策、ハード面の改善などを速やかに検討した。	C	標準 (×1.0)	2.0
---	--	---	---	--------------	-----

・医療安全活動を通じたチーム医療の質の向上及び組織における医療安全文化の醸成を図る。	・医療安全に関して病院全体で取組を行う「医療安全推進月間」を設けるなど、医療安全活動を通じたチーム医療の質の向上及び組織における医療安全文化の醸成を図る。	常勤・非常勤職員に対して医療安全文化調査を実施し、組織の医療安全文化状況の可視化と取組課題を明らかにし、対策を共有した。令和7年度の回収率は92.77% (0.14ポイント増)。経年目標は「①4病院の平均総合評価偏差値が50以上、②令和5年度よりも総合評価の偏差値を上昇させる」としている。①4病院とも達成(循呼54.56 がん52.67 小児55.01 精神54.89)された。②偏差値平均は0.37ポイント増の53.87(循呼▲0.02 がん▲0.06 小児1.65 精神1.53)であった。 (循呼)11月の1か月を「医療安全推進月間」として、全部署で医療安全に関する目標を3Wordメッセージにまとめ、写真を撮影し掲示した。また、医療安全に関する川柳を募集し掲示、職員とともに患者さんやご家族にも参加していただき、よいと思う作品への投票するなど医療安全に対する意識向上に取り組んだ。 (がん)11月を医療安全推進月間と定め、啓発ポスターの掲示や、職員が自らの名札に「医療安全推進月間」と記載したシールを貼付することで医療安全を常に意識づける取組を行い、職員個々の意識向上を図った。また、医療安全に関連した標語・短歌・川柳を募集し院内に掲示するとともに、職員のみならず患者・家族にも参加を呼びかけ、投票形式による優秀作品の選出を行うなど、患者・家族を含めた医療安全意識の醸成に取り組んだ。 (小児)入院中の患者・家族及び院内医療スタッフを対象に、独自の「指し呼称に関するアンケート」による他者評価を実施(6月、10月)し、結果は2階エントランスホールと6階管理フロアに掲示した。また、アンケート結果を元に、全職員が安全確認行動に取り組んだ。さらに、11月の医療安全推進月間の取組として、各セクションが安全につながる3ワードを「医療安全宣言」として掲げて、2階エントランスホールと6階管理フロアに掲示して、医療安全文化の醸成を図った。 (精神)年度当初に本年度の医療安全管理室の活動目標として「オープンなコミュニケーションの活性化」を掲げた。8月と2月に開催したチームSTEPPSアドバンスコースでは、オープンなコミュニケーションやチーム医療を推進していくためには何が必要かということ、グループワーク(演習含む)を通じて考える内容を盛り込んだ。11月に「医療における安全文化に関する調査」を実施。また、医療安全推進月間として、各部署の「医療安全推進活動宣言」を写真撮影やKYTの取組を掲示して共有した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・埼玉県個人情報保護条例(平成16年埼玉県条例第65号)、埼玉県情報公開条例(平成12年埼玉県条例第77号)及びその他の関係法令等を遵守し、カルテなど患者の個人情報を適正に管理する。	・個人情報の保護に関する法律施行条例(令和4年12月23日条例第50号)、埼玉県情報公開条例(平成12年12月26日条例第77号)及びその他の関係法令等を遵守し、カルテなど患者の個人情報を適正に管理する。	県や個人情報保護委員会からの通知等を本部内及び4病院に周知した。個人情報の保護に関する法律施行条例、埼玉県情報公開条例及びその他の関係法令等を遵守し、個人情報を適正に管理した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・情報セキュリティに関する研修を実施するなど、職員の情報管理意識を高め、適切な情報管理に努める。	・個人情報の適切な管理と情報セキュリティ対策の強化を図るため、情報の取出し制限など関係法令等に従い適切なルールを定めるとともに、職員等を対象とした研修を実施する。	機構全体としては、本部及び各病院で情報管理行動計画を策定し、情報セキュリティ対策に取り組んだ。また、情報セキュリティに係る研修情報を提供し、院内での研修実施を支援した。 (循呼)全職員を対象に情報セキュリティ研修を実施するとともに厚労省の医療機関向けセキュリティ教育(動画研修)を部門ごとに実施した。また、四半期ごとに情報セキュリティ自己点検を実施した。 (がん)貸出用USBの運用規程を見直し、使用前と使用後に管理者がチェックを行うなどより厳格な運用を行った。また、パソコンなどの情報資産を院外に持ち出す際の手順について、改めて院内に周知を行い、重要な文書等の持ち出し(入手)等管理台帳の整備を行った。その他、9月から10月にかけて全職員対象の情報セキュリティ研修を実施するなど、職員の意識啓発を図るよう取組をすすめた。 (小児)情報管理年度計画に基づき、情報セキュリティ自己点検を年4回(6.9,12.3月)実施し、10月には全職員を対象とした情報セキュリティ部門別研修を実施した。 (精神)専用ツールによる電磁的外部記録装置(USBメモリー)の利用制限を実施し、個人情報を適切に管理した。また、情報管理年度計画を策定し、計画記載の研修を全て行った。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・ 情報セキュリティについては、研修等を通じて職員一人一人の情報管理意識の向上に努め、人的セキュリティ対策を高める。	機構全体として、情報セキュリティの自己点検を四半期毎に実施するとともに、実施率の向上に努めることで職員の意識向上を図った。また、本部及び各病院のシステム担当職員には、外部団体が主催するセキュリティ研修を受講させ、インシデント発生時における対応方法の習得を支援した。 (循環)情報セキュリティの自己点検を四半期ごとに実施し、職員の意識向上を図った。 (がん)情報管理行動計画に基づき、8月に幹部職員やコメディカルの部門長に厚労省の研修動画の受講を案内した。また、令和7年度新規採用職員にも別途、厚労省の研修動画の受講を案内した。 (小児)私用USBメモリーの使用を禁止するとともに、院内共用USBを用意し、使用前にはウイルスチェックを義務付けて、ウイルス感染を防止した。 (精神)情報管理年度計画記載の各種研修について企画立案し、計画記載の各種研修全てを実施した。全体研修では情報処理推進機構作成のセキュリティ対策の動画視聴を依頼し、医療機関におけるサイバーセキュリティ対策の必要性について理解を深めた。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 物理的セキュリティについては通信回線や端末管理などの、技術的セキュリティについてはアクセス制御や不正プログラム対策などの対策を十分に行い、サイバー攻撃訓練等を通じてICT-BCPを適宜修正し、保有する情報資産の適切な保護に努める。	機構全体として、資産管理ソフトにより端末管理対策を、ファイアウォールやウイルス対策ソフト等により、アクセス制御や不正プログラム対策を実施した。 (循環)情報漏えい対策のため、私物USBメモリーの使用禁止、外部記録媒体への書き込み可能端末の限定を継続した。 (がん)四半期毎に情報セキュリティ自己点検を実施し、職員の情報管理意識の向上を図った。また、2月末に機構本部と県警が主催したサイバーセキュリティ訓練にシステム担当が参加し、実際にサイバー攻撃を受けた際の対応方法などを確認した。さらに、ICT-BCP及び医療情報システム運用管理規程を新たに定めるなど、規程の整備に努めた。 (小児)サイバーセキュリティ対策として、電子カルテについては閉域網を構築し、外部からリモート接続する際には、機構本部が発行した電子証明書を提供して接続を制限している。また、ICT-BCPに基づくサイバー攻撃訓練を3月に実施した。 (精神)情報管理年度計画に基づいて、四半期毎に情報セキュリティ自己点検を実施し、職員の意識向上を図った。また、自己点検回答を踏まえて、不正プログラム検出時の対応について全体に再周知を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0

年度計画の指標	病院名	R7目標	R7実績	達成状況	自己評価	困難度	点数
★インシデント・アクシデント報告件数に占めるレベル0の割合(%)	循環器・呼吸器病センター	20.0	45.0	225.0%	S	標準 (×1.0)	5.0
	がんセンター	12.0	30.0	250.0%	S	標準 (×1.0)	5.0
	小児医療センター	25.0	55.0	220.0%	S	標準 (×1.0)	5.0
	精神医療センター	42.0	41.0	97.6%	B	標準 (×1.0)	3.0

★中期計画に目標有:「インシデント・アクシデント報告件数に占めるレベル0の割合」R7目標 循環20.0%、がん12.0%、小児20.0%、精神42.0%

(2)感染症対策の強化

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
院内感染の発生及び拡大の防止のため、感染源や感染経路等に応じた適切な予防策を実施するなど院内感染対策を充実する。	・ 院内感染の発生及び拡大防止のため、感染源や感染経路等に応じた適切な感染予防対策を実施するなど院内感染防止対策を徹底する。	(循環) 新型コロナウイルスによる院内クラスター発生時は、当該病棟の面会制限や入院制限を行い、同室患者など濃厚接触者に対しては検査を実施し感染拡大防止に努めた。その他の感染症に対しても感染管理室から必要な対策について説明し、感染拡大の防止に努めた。 (がん) センター内の感染症発生情報を感染管理室で集約し、早期に部署介入を行い拡大防止に努めた。また、適時感染防止マニュアルを見直し、周知・徹底を図った。 (小児) 院内感染の発生及び拡大防止のため、感染源や感染経路等に応じた適切な感染予防策を実施した。 (精神) 感染症発生報告は院内コミュニティのメッセージ機能を利用して迅速な情報共有を行い、その都度、職員の健康管理においても注意喚起を行った。施設内感染防止のため、外来受付ロビーでは機器による体温測定、サージカルマスク有料販売機を設置し、適切な水際対策を実施した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 院内感染対策委員会を定期的に開催し、感染症対策や多剤耐性菌に係る情報を共有するとともに、手指衛生の実践状況の調査や手指消毒剤の積極的な活用を図ることにより、感染防止の徹底に努める。	(循環) 毎月感染症対策委員会を開催し、感染情報レポート、院内主要抗生剤使用状況報告、ICTからの報告等を行い、院内で情報共有した。手指衛生について、使用量(1患者1日あたり手指衛生実施回数)調査を毎月実施し、定期的にフィードバックしたほか、手指衛生直接観察による適正実施率の調査を行い指導した。手指衛生推進のため、全職員を対象に手指衛生キャンペーンを実施した。看護部感染制御委員会で手指衛生のタイミングに関する動画を3本作成し、院内感染対策研修会で全職員へ公開した。 (がん) 毎月感染対策委員会を開催し、耐性菌の動向や抗菌薬適正使用に関する情報、手指衛生実施状況について情報共有を行った。また、看護部感染対策委員による直接観察法を3回、ICTによる手技確認を2回実施した。さらに、コメディカルの手指衛生の向上を目指し、センター職員全体で手指衛生向上に向けた取組を実施している。 (小児) 院内の感染対策委員会を毎月開催した。電子カルテのポータル画面を活用して感染症対策、多剤耐性菌について院内で情報共有し、感染防止の徹底に努めた。また、手指衛生の実施状況調査を適宜実施し、手指消毒剤の使用量について毎月委員会に報告した。 (精神) 施設内感染対策委員会を毎月開催し、感染情報や抗菌薬使用状況等の情報共有を行った。また、リンクナースを中心に感染ラウンドを実施して院内の環境整備に努めるとともに、適正な感染予防について啓発活動を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 新興・再興感染症を含め、流行感染症を中心とした対策マニュアルの適宜見直しを行い、それを活用した職員研修等を行うなど啓発に努め、標準的な予防策及び発生時の対応を徹底する。	(循環) 病院感染防止マニュアルを見直し一部改訂した。新型コロナウイルス感染症の対応については、マニュアル改訂前に委員会で説明したほか、全部署に周知文書を配布した。また、尿路感染症の予防と治療について感染対策研修会を実施し、啓発に努めた。 (がん) 新型コロナウイルス対策マニュアルを改訂し、最新の知見を取り入れながら、現場に即したマニュアルを策定し周知・徹底を行った。また、全職員を対象とし、部署ごとに新興感染症を想定したフルPPE着脱演習を行った。 (小児) 手指衛生をはじめとした標準予防策の徹底、院内ラウンドの実施、感染症防止対策マニュアルのアップデート、ICT研修等の実施、院内における医療関連感染の発生に関するデータ収集・分析に努めた。 (精神) 今年初旬に『感染関連マニュアル』を見直し改訂を行った。また、全職員を対象に感染対策に関する研修会をWeb教材等を利用して行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 感染症防護用具の備蓄状況や利用しやすい状態で配置されているか等を定期的に確認し、日常的に体制を整えておく。	(循環) 月に1回ICTで各部署の環境ラウンドを実施し、個人防護具が適切に設置・管理されているかチェックした。備蓄状況は感染管理室とSPD、用度担当で情報共有した。 (がん) 個人防護具の備蓄状況と供給・払出の状況をSPDと共有している。また、標準予防策で使用する防護具に関しては全病室入口に設置し、必要な時に使用できる環境の整備を継続している。 (小児) 在庫状況について毎週確認し、日常的に体制を整えた。 (精神) 感染症防護具の在庫状況を在庫管理ファイル等で毎週確認し、日常的に体制を整えた。	A	標準 (×1.0)	4.0

・感染症が発生した際には、標準予防策の再確認と今後の防止対策を迅速に協議し、院内、必要に応じて機構内における情報共有を図り、二次感染を予防する。	(循呼) 感染症発生時は感染管理室が中心となり感染対策の指導を行った。クラスター等発生時は病院長、感染管理室長、感染症対策部長を中心とした対策の協議を行い、院内に周知した。薬剤耐性菌の発生状況は、院内での情報共有システムを利用し、毎週職員に周知した。 (がん) 耐性菌によるアウトブレイクは発生していないが、センター全体の耐性菌検出数が増加している。患者に触れる前、清潔/無菌操作の前、体液に曝露するリスク後といった「手指衛生5つのタイミング」で正しい手技で手指消毒を実施するよう教育を行い、手袋着用場面についてもマニュアルの見直しを行った。COVID-19やインフルエンザの流行期には、全職員へ向けて通知を配信した。 (小児) 機構イントラネット上で、ICT(院内感染対策チーム)及びAST(抗菌薬適正使用支援チーム)から、感染関連の情報共有とアラートを実施した。 (精神) 感染症発生報告は院内コミュニティのメッセージ機能を利用して迅速な情報共有を行い、その都度、職員の健康管理においても注意喚起を行っている。感染拡大有無を注視し必要に応じて臨時の対策委員会を招集する体制を常に整えている。	A	標準 (×1.0)	4.0
・新たな感染症や結核等の再興感染症に対しては、関係機関と連携しながら、各病院の機能及び特性を生かした取組を推進するとともに、通常診療との両立に努める。	(循呼) 保健所や近隣病院、近隣医師会と連携しながら、結核や新型コロナウイルス患者の受入れを行った。特に重症の新型コロナウイルス患者は積極的に受け入れた。また、毎月当センター職員と各保健所の職員でDOTS(直接服薬確認療法)カンファレンスを開催し、病院と地域が連携して結核患者を支えることができるよう取り組んだ。 (がん) 当センターがかりつけの新型コロナウイルス感染症患者の対応を継続し、診療科病棟で対応できるようマニュアルを整備した。結核の早期診断を目指し、T-SPOT検査(※)結果を感染管理室に集約し、陽性者について診療科医師と感染管理室で相談しながら対応する仕組みを構築した。結核については結核指定医療機関となり、必要に応じて当院でも抗結核薬投与が行える体制を構築した。 ※T-SPOT検査: 血液中のリンパ球の反応を調べることで結核感染の有無を判定する検査。ツベルクリン反応検査と比べ、BCGワクチン接種の影響を受けにくく精度が高い。 (小児) 感染対策向上加算の要件を満たすため、地域医療機関及び保健所との地域連携カンファレンスを4回開催(5月、7月、9月、11月。保健所3、連携医療機関3、他に81医療機関参加)し、クリニックとのカンファレンスを2回実施した(8月、2月。19医療機関)。 (精神) 他の精神科病院で対応できない感染症患者等の受け入れ態勢を常時整えている。	A	標準 (×1.0)	4.0
・会議や研修会においては、感染症リスクを考慮し、状況に応じてオンライン開催する。	各病院との打合せ・会議について、Web会議ツールを活用し、対面による開催を極力削減した。また、参加人数が多い研修は、Web会議ツールを利用した研修開催にした。 (循呼) 会議や研修会の対面開催の必要性を検討し、Web会議ツールを利用したハイブリッド会議やeラーニングによる動画研修等を開催した。 (がん) 勤務中のマスク着用、手指消毒の徹底、職員の健康管理を行うとともに、会議や研修会については、開催方法の制限を撤廃し感染対策を実施しながら、集合またはWebを使い分けて開催している。研修が原因となった感染は発生していない。 (小児) Web会議ツールを利用したハイブリッド会議やセミナーの開催、動画を利用したオンライン研修など、状況に応じて参加者が参加しやすい形態で実施した。 (精神) 感染症のリスクを踏まえ、外部との会議は極力オンラインで対応した。また、研修会は現地とオンラインのハイブリッド会議やオンデマンド配信にすることで参加しやすい環境を整えた。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・ 院内感染防止対策及び抗菌薬適正使用に係る教育、研修を行い、意識、技能の向上を図る。	(循環)1回目は尿路感染の予防と治療、2回目は手指衛生のタイミングと抗菌薬スペクトルについて研修を開催し、職員の意識や知識の向上を図った。 (がん)感染対策委員会主催で外部講師を招聘し、感染対策・抗菌薬合同の研修会を開催した。2回目はフルPPE着脱訓練とASTはチームメンバーが講師となり動画研修を実施した。 (小児)AST(抗菌薬適正使用支援チーム)研修会を2回開催し、抗菌薬の適正使用に係る情報共有を行い意識と技能の向上を図った。また、ICT(感染対策チーム)研修会を2回開催し、感染対策の基本について理解を深めた。いずれの研修も悉皆研修とし、対面/オンラインのハイブリッド開催に加えて録画データの見逃し配信、受講後アンケートによる習熟度チェックも行った。 (精神)感染防止対策研修会(Web研修含む)を通じて、全職員による感染対策への意識向上を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0
--	--	--	---	--------------	-----

年度計画の指標	病院名	R7目標	R7実績	達成状況	自己評価	困難度	点数
院内感染対策委員会開催回数(回)	循環器・呼吸器病センター	12	12	100.0%	A	標準 (×1.0)	4.0
	がんセンター	12	12	100.0%	A	標準 (×1.0)	4.0
	小児医療センター	12	12	100.0%	A	標準 (×1.0)	4.0
	精神医療センター	12	12	100.0%	A	標準 (×1.0)	4.0

(3)災害対策の推進

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
職員が災害時に的確な対応ができるようBCP(事業継続計画)に基づき災害対応訓練を定期的に行うなど、災害時における病院機能の維持と医療救護活動拠点の役割を果たすための体制構築に努める。	・ 職員が災害時に的確な対応ができるようBCP(事業継続計画)に基づき災害対応訓練を定期的に行うなど、BCPを理解するための教育に引き続き取り組むとともに、災害時における病院機能維持と医療救護活動拠点の役割を果たすための体制構築に努める。	9月3日に各病院の危機管理担当で危機管理担当者会議を本部で開催し、災害に対する防災意識の醸成及び各病院の情報共有を実施した。また、台風等の自然災害発生の可能性のある発表は各病院へ警戒及び報告体制確認について周知した。さらに、1月19日に本部及びがんセンター臨床腫瘍研究所合同で防災訓練を実施した。 (循環)8月に消防訓練(休日夜間の地震による火災発生を想定)を実施した。また、2月に総合防災訓練を実施し、3月には事務局コアメンバーを対象としたBCP図上訓練を実施した。 (がん)10月に総合防災訓練として、大規模地震後の火災発生を想定した通報訓練、避難誘導訓練、水消火器を使用した消火訓練を実施するとともに、BCPに基づき栄養部による炊き出し訓練を実施した。1月に夜間を想定した夜間防災訓練を実施した。当直者のみでの初期対応、消火訓練、通報訓練、避難訓練を実施した。 (小児)災害対策本部設営訓練(5/21、6/18、6/24)、第1回災害対策訓練(BCP訓練:7/16)、火災を想定した水平避難・消防訓練(9/4、10/3)、第2回災害対策訓練(トリアージ訓練:2/25)を実施した。 (精神)大規模災害対応BCPと防災計画の内容の確認を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0

・ パンデミックや様々な災害に対応するため、定期的な訓練や状況変化に応じてこれまでに策定したBCPの見直しを必要に応じて進める。	病院の防災訓練に併せ衛星電話及び防災無線の通話訓練を実施した。本部BCPは適宜見直しを実施した。 (循環)感染症発生時の診療継続のための病院感染防止マニュアルについて、見直し箇所の有無を検討した。また、災害時対応BCPを見直した。 (がん)大規模災害等を想定したBCPについて、災害発生時に近隣住民が一時避難してきた際の対応を検討した。 (小児)BCP行動計画として策定した各マニュアル(災害対策本部、火災・地震初動対応・当直時災害対応、交通途絶対応、災害トリアージ)を活用し、災害時本部設営訓練、消防訓練等を実施した。災害対策WGにおいて、結果の共有、検証を行った。 (精神)大規模災害対応BCP及び感染症対策BCPの内容を確認し適宜見直しを行った。火災訓練は夜間の想定も含めて年2回、BCP訓練は年1回実施した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 災害発生に備え、患者・職員別の非常用食品、医薬品、診療材料などについて備蓄を行い、適切に管理する。	本部の防災備蓄を5日分確保した。備蓄の維持管理はSmartOfficeを活用している。 (循環)非常用食品は、あらかじめ献立を作成した患者用(280人分)に加え、職員用(300人分)3日分を保有。また、医薬品については通常の在庫に加え(10日前後)、災害時必要な特定品目を選定し、7日程度上乗せて在庫を確保している。さらに、診療材料について一定期間稼働可能な在庫を常時保有した。 (がん)患者・職員の非常用食品の備蓄を行うとともに、定期的に消費期限の確認と使用期限を考慮した入替を行った。非常用食料は5日分を保有し、薬品、診療材料についても一定期間稼働可能な在庫を常時保有した。新たに防災アルミブランケットを100枚購入した。 (小児)非常用備蓄食品は計画的に更新し、非常時に必要な備品を随時整備した。患者用食品は入院患者5日分、職員用食品は200人3日分の備蓄を保有。診療材料、医薬品、消耗品は通常診療の3日間分を備蓄している。 (精神)非常食料は患者・職員用で3日分を保有し計画的に更新している。また、薬品、診療材料は1週間分の在庫を常時保有した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 県からの要請に基づく医療的支援を実施するため、体制を整備する。	(循環)埼玉県が活用しているEMIS(広域災害救急医療情報システム)に参加し、定期的に訓練を実施した。 (がん)埼玉県が活用しているEMIS(広域災害救急医療情報システム)に参加し、定期的に訓練を実施した。 (小児)大規模地震時医療活動訓練(9/5-7)への参加を始め、資格取得研修等に参加しDMATの体制維持に務めたほか、埼玉県が活用しているEMIS(広域災害救急医療情報システム)に参加し、定期的に訓練を実施した。 (精神)EMIS(広域災害救急医療情報システム)に参加し、定期的に訓練を実施した。また、県主催のDPAT研修に企画段階から参加し、機能の維持に努めた。	A	標準 (×1.0)	4.0

※記載事項ごとの自己評価

集計					
区分 a	個数 b	小計 c=a×b	加 点 d	合 計 e=c+d	平均点 f=e/b
S(5点)	3	15.0		15.0	4.0
A(4点)	24	96.0		96.0	
B(3点)	1	3.0		3.0	
C(2点)	1	2.0		2.0	
D(1点)	0	0.0		0.0	
計	29	116.0	0.0	116.0	

小項目評価

小項目	評価区分		自己評価
3 安全で安心な医療の提供	S	年度計画を大幅に上回って達成している	A
	A	年度計画を達成している	
	B	年度計画を概ね達成している	
	C	年度計画を下回っており改善の余地がある	
	D	年度計画を大幅に下回っており大幅な改善が必要である	

自己評価の理由
・医療安全対策の推進や感染防止対策に着実に取り組むとともに、災害時にも継続的に医療を提供するための体制を整備するなど、県立病院としての役割を果たした。 ・S評価3個、A評価24個と、計画比100%以上の項目の割合が約93%となった。 ・インシデント・アクシデント報告件数に占めるレベル0の割合では循・呼センター、がんセンター、小児医療センターでS評価となり、院内感染対策委員会開催回数では4病院全てでA評価となった。インシデント・アクシデントの事例について医療安全推進担当者会議等で報告数や内容を共有し、再発防止策を講じることで医療安全対策を推進するとともに、感染症や多剤耐性菌対策として院内感染対策委員会を4病院とも毎月開催し、感染防止対策を徹底した。 ・一方でB評価1個、C評価1個と、計画比100%未満の項目の割合は約7%となった。 ・小児医療センターにおいて抗がん剤の髄腔内注射を実施した後、複数の患者が重篤な神経症状を発症した事案について、機構として県への報告が遅れたことを踏まえ、機構から県へ報告すべき事案が発生した場合は速やかに報告する体制を作ることが課題となったため、当項目をC評価とした。 ・小項目を構成する記載事項ごとの自己評価の平均点は4.0点であった。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該小項目に関しては年度計画を達成しているため、「A」評価とした。

大項目2	業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置
自己評価	
・大項目を構成する3つの小項目のうち、3項目とも「A 年度計画を達成している」という自己評価となった。 ・「1 優れた経営体に向けた組織づくり」については、機構幹部が出席する経営戦略会議等において毎月の経営状況を確認するとともに、課題の把握及び対策の検討を行った。また、医療用生成AIやRPAツール等を活用することで職員の負担軽減及び業務効率化の取組を推進した。 ・「2 人材の確保と資質の向上」については、看護師養成校と連携した説明会の開催等による人材の確保や、優れた人材を育成するための教育研修機能の充実により、高度専門医療を安定的に提供する体制の整備に取り組んだ。 ・「3 経営基盤の強化」については、前方・後方連携の推進による患者の受入強化や、未収金の早期回収等に努めて収入を確保した。また、共同購入対象品目の拡大や後発医薬品の採用促進など、経費削減に努めた。 ・総括として、賃上げや物価上昇による費用の増加といった厳しい経営環境の中、法人化の利点を生かした業務運営を進め、効率的で質の高い医療の提供に取り組むとともに、診療を支える人材の確保・育成に努めた。	

中期目標	地方独立行政法人制度の強みである経営体としての柔軟性、自律性、迅速性を生かしながら、より一層効率的・効果的な業務運営を行い、経営改善を図ること。
------	--

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
地方独立行政法人制度の特長である自律性、機動性、透明性を活かし、医療環境の変化に柔軟に対応する業務運営体制を構築する。	・ 地方独立行政法人制度の特長である自律性、機動性、透明性を活かし、医療環境の変化に柔軟に対応する業務運営体制を推進する。	地方独立行政法人制度の特長を生かし、医療環境の変化に柔軟に対応する業務運営体制の構築を図った。 (循環)夏季の病床利用率が低下する時期は、埼玉県立小児医療センターが夏季繁忙期のため、看護師を派遣することで法人内での人材活用に柔軟に対応した。 (がん)使命である安心安全で安定した高度専門医療の提供に向け、初診予約枠の運用方法を見直し、予防医療の維持・促進を目指した柔軟な業務運営を行っている。整形外科では民間事業者と連携した運動療法支援を目的とした取組を開始し、県の健康づくり事業団とがん検診に関する業務支援連携の枠組みをとりまとめた。 (小児)循環器・呼吸器病センターICUに小児医療センターの医師を派遣し、循環器系の集中治療室の体制を維持した。また、繁忙期に合わせて循環器・呼吸器病センターから看護師の派遣を受けるなどして、協力体制を築いている。 (精神)少ない人員体制の検査部においては、既存の職員の専門分野だけでは検査できない検査項目もあったため、がんセンターとの業務フォロー体制に基づき職員をがんセンターでの研修へ派遣し、新たな検査領域の技術を取得させ、適切な検査業務体制を確保した。	A	標準 (×1.0)	4.0
高度専門医療の安定的な提供のため、専門資格を有する医療従事者を確保するとともに働き方改革を推進し、より質が高く安全で効率的な医療を実現する業務運営を行う。	・ 高度専門医療の安定的な提供のため、専門資格を有する医療従事者を確保するとともに働き方改革を推進し、より質が高く安全で効率的な医療を実現する業務運営を行う。	(循環)ICU医師について、埼玉県立がんセンター及び埼玉県立小児医療センターと調整を行い、応援医師を派遣してもらうことでICU夜勤運営を実施した。また、医師労働時間短縮計画に基づき、タスクシフトシェアの推進を行った。 (がん)働き方改革の推進を重点目標に位置付け、医師事務作業補助者を2名増員し、医師のタスクシフトを進めた。医師事務作業補助体制加算は令和7年10月より従前の30対1から25対1の加算となった。 (小児)R7年度医師労働時間短縮計画に基づき、B水準医師については、年間7日以上の子休取得を目標とさせたほか、年間の時間外が多くなる見込みの医師に対しては、1週間の定時出退勤を命令するなど、医師の時間外労働を削減できるよう取り組んだ。 (精神)長期入院患者の早期退院の実現のため、令和7年4月1日付け入退院支援センターの設置に併せて精神保健福祉士の増員を行った。また、働き方改革として夏季休暇及び5日以上の年次休暇取得に向けた勧奨を行い、全職員が年次休暇と夏季休暇を5日間取得した。	A	標準 (×1.0)	4.0

安定した経営基盤を構築するため、収益を確保し、費用を削減するための経営改善の取組を推進する。	・ 安定した経営基盤を構築するため、収益を確保し、費用を削減するための経営改善の取組を推進する。	(循環) 収益確保のため、前方連携として地域医療機関訪問を行うとともに、病診連携会、救急隊向け研修会などを開催した。費用削減のため納入価の高い診療材料の値引き交渉を行うなど費用の削減に努めた。さらにハイケアユニット8床を既存の特定集中治療室に編成することで特定集中治療室を20床とし、増収を図った。 (がん) 収益確保策として、がん診療のボリューム回復を掲げ、手術件数の増加、新規外来患者数の増加に向けた各種の取組を進めている。収益確保の観点では、前方連携の強化の一環で紹介の多い医療施設への積極的訪問を実施し、オンライン予約システムの周知を図っている。また、一部診療科で土曜初診外来を開始した。費用削減策としては、RPAによるロボットを積極的に導入し、時間外労働の縮減を進めるとともに、消耗品のNHA製品への切替について適宜検討を行った。 (小児) 収益確保のため、前方連携の取組(医師会訪問、医療連携登録制度、診療案内(6月))及び広報誌(6,10,3月)の発行を行い集患に努めた。また、引き続き省エネルギー対策を実施するとともに、毎月の病院運営会議で使用状況を共有した。更に本年度からは新たに、消耗品費の執行状況も病院運営会議で報告し、節約を呼び掛けて費用削減に努めた。8月には、病院長から全職員に向けてメッセージを发出し「今年度残り7か月 今やれることは全部やろう」と、更なる診療実績向上を呼び掛けた。1月には、本部と病院をWebでつないで、理事長からのメッセージを幹部職員やセクションの長がリアルタイムで視聴し、その後経営改善に向けた意見交換を行った。 (精神) 院内で経営改善戦略会議を毎月開催し、経営課題を全部署で共有し解決策について議論した。収益確保のため、入退院支援センター(地域連携部門)を中核に、地域の医療機関と連携を深め、102件の入院を受け入れた。また、診療材料のNHA製品への切り替え検討を進めるなど費用削減策を講じた。	A	標準 (×1.0)	4.0
---	---	--	----------	----------------------	------------

小項目	1 優れた経営体に向けた組織づくり
-----	-------------------

中期目標	(1) 業務運営体制の構築 病院経営に関する意思決定を主体的かつ迅速に行える組織づくりを進め、医療環境の変化に柔軟に対応できる効率的な業務運営体制を整備すること。 理事会を適正に機能させるなどガバナンスの強化を図ること。 (2) 業績評価指標による改善活動 医療機能や経営に対する業績評価指標を整備し、その指標に基づいた医療の提供と病院経営を行うことで、PDCAサイクルを強化し、中期計画などの目標管理の徹底に努めること。 (3) 勤務環境の向上 職員が意欲を持って働き、その能力を十二分に発揮できるよう、チーム医療体制の推進及び活発なコミュニケーション機会を通じた組織の活性化に努めること。 職員のワークライフバランスに配慮し、多様で柔軟な働き方を支援するなど働き方改革の取組を推進すること。
------	--

(1)業務運営体制の構築

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・ 県立病院の特性に応じた課題に迅速に取り組むため、病院機構本部と県立病院間の適切な権限配分による効率的な組織体制を整備する。	・ 県立病院の特性に応じた課題に迅速に取り組むため、病院機構本部と病院間の適切な権限配分により効率的な業務運営を行う。	各病院長を役員(理事)とし、各病院長が経営者として権限と責任を持ち、それぞれの病院を運営する体制を推進した。病院長の権限として、医師の実績評価や、予算執行上の権限を与え、病院経営における各病院長のガバナンスを強化し、課題に迅速に対応できる体制を継続することにより、効率的な業務運営を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 経営状況を分析し、医療環境の変化に柔軟に対応するための経営企画機能を強化する。	・ 病院機構本部にて経営担当理事及び経営企画担当と財務担当を統括する企画幹のもと、経営企画機能の充実を推進する。	機構本部において、経営担当理事及び企画幹を中心に、経営企画担当と財務担当が密に情報交換しながら機構幹部や各病院との業務運営を進め、診療報酬制度研修の企画運営、業務効率化に資するRPA(Robotic Process Automation)導入の推進、診療材料をはじめとした物価高騰等を踏まえた予算策定など、今後の経営改善に資する取組を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 各県立病院に配置した経営を担当する企画部長及び企画課長のもと、各病院の経営部門の強化を図り、経営改善を推進する。	(循環)企画部長及び企画課長を中心に経営サポートチームで経営課題等について検討した。経営改善の取組として、7月から特定集中治療室12床に加えてハイケアユニット8床を特定集中治療室とし、20床を一体化運用する病棟再編成を行った。 (がん)企画部長を中心に経営サポートチームで経営の課題について密に検討を行うとともに、院内の経営分析において、セコムSMASHを活用して多角的に指標の分析を行っている。関係部署へ定例の報告に加え、各施策の取組の素案の作成や周知、進捗管理を行っている。 (小児)企画部が、各セクション長以上で構成する病院運営会議を開催して、毎月の診療実績や経営指標を報告するとともに、経営担当病院長補佐などが経営分析レクチャーを行い、経営改善を推進した。また、電子カルテのポータル画面に経営指標などを掲載し、経営改善の意識を高めた。 (精神)企画部長を中心に、経営サポートチーム等で経営課題について議論した。また、院内あり方検討会議を計12回開催した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 地方独立行政法人としての主体的な運営を実現するため、理事長のリーダーシップのもと理事会を中心とした業務運営体制を確立する。	・ 地方独立行政法人としての主体的な運営を実現するため、理事長のリーダーシップのもと、理事会を中心とした業務運営体制を推進する。	毎月1回定例的に理事会を開催し、予算や重要事業などについて、社会情勢の変化などを踏まえ適時適切に機構としての意思決定を行うとともに、第2期中期計画の策定に伴う臨時理事会の開催による機動的な対応など、理事長のリーダーシップによる効果的な業務運営体制の推進を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0

・ 病院機構本部と県立病院間で経営課題を共有し、法人運営と県立病院の特性を踏まえた組織的な対応を決定し、職員に浸透させることでガバナンスを強化する。	・ 経営戦略会議を中心に病院機構本部と県立病院間で緊密に連携し、経営課題を共有する。また、法人全体の運営にかかる視点及び各病院の特性による視点の双方を踏まえた意思決定を行い、組織として職員に浸透させることで共通認識に基づいた運営を行い、ガバナンスの強化を図る。	毎月1回理事長、副理事長、経営担当理事、病院長、副病院長ほか病院幹部が一堂に会する経営戦略会議を開催し、毎月の経営状況やKPIの進捗状況を確認しつつ経営課題を共有した。また、四半期ごとに病院長の四半期戦略を策定し、経営課題の把握と対策及び評価を行い、PDCAサイクルに基づくガバナンスの強化を図った。また、会議では機構全体の令和7年度経営スローガン『チームの力で成果を出そう！～第1期締めくくり、未来に繋げる1年に～』の取組状況を共有するなど、職員への経営意識の浸透を進めた。さらに、1月には理事長が第1期中期計画期間の経営状況及び第2期における取組等について、全職員を対象にメッセージを発出し、職員一人一人の経営意識の醸成を図った。	S	標準 (×1.0)	5.0
	・ 経営担当理事を中心に、経営サポートチームにおいて病院機構本部と各病院が経営上の課題を情報共有し、意見交換を行うとともに、課題解決に向けた取組を推進する。	毎月1回経営担当理事と、副病院長ほか病院経営担当者とが経営サポートチームにおいて経営上の課題を共有し、課題解決に向けた議論を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0

(2)業績評価指標による改善活動

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・ 中期計画及び年度計画に掲げる組織目標の着実な達成に向けて、セクションごとに医療機能や経営に対する業績評価指標を整備する。	・ 第一期中期計画及び令和7年度年度計画に掲げる組織目標の着実な達成に向けて、セクションごとに医療機能や経営に対する業績評価指標を整備する。	4病院全てにおいて、中期計画・年度計画の達成に向け、KPIを作成し、毎月モニタリングを実施した。	A	標準 (×1.0)	4.0

・業績評価指標の活用により、業務の進捗状況や課題を定期的に把握・評価し、主体的に改善活動を行う。	・業績評価指標の活用により、全職員が業務の進捗状況や課題を定期的に把握・評価し、主体的に改善活動を行う。	(循環)KPIを毎月モニタリングし、進捗状況や課題を月ごとに把握・評価した。進捗が芳しくない部署に対しては、状況の確認を行い、運営会議で課題等を検討・共有した。 (がん)業績評価指標(KPI)について、毎月院内の部局長会議で進捗状況の報告と評価を行い、課題を関係者で共有し、改善に向けた取組を進めている。 (小児)KPIを毎月の病院運営会議でモニタリングすることにより、進捗状況や課題を把握・評価した。更に、AIを活用した経営指標分析により課題を見える化して、運営会議で共有するとともに、電子カルテのポータル画面に重要業績評価指標(KPI)を分かりやすく掲載して、職員の経営意識を高めて主体的な改善活動につなげた。 (精神)年度計画の達成に向けて、年度当初に経営改善に関するスローガンや目標数値を部署ごとに設定した。また、経営改善戦略会議でその進捗状況等を確認し、改善に向けて全部署で議論した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・業績評価指標は毎月開催する経営戦略会議でモニタリングを行い、進捗管理を徹底し、随時改善活動に結びつけるなど、PDCAサイクルを回す体制を推進する。	機構全体として、経営戦略会議を毎月開催し、各病院の業績評価指標の進捗状況を確認し、必要な改善を進める体制を構築した。また、各病院長が四半期戦略を立案し、四半期ごとにPDCAサイクルを回す体制とした。 (循環)毎月開催される経営戦略会議にて業績評価指標について報告し、進捗管理を行った。病院長の四半期戦略についても四半期ごとにPDCAサイクルを回し、進捗を管理した。 (がん)毎月開催される経営戦略会議での指摘事項を院内に部局長会議を通じて周知するとともに、月の目標に届かない項目については注意喚起し、PDCAサイクルが切れ目なく回るように改善を促している。 (小児)KPIについて、毎月開催する経営戦略会議で報告し、進捗管理を徹底した。また、病院長の四半期戦略では、特に注力する指標を四半期ごとに選定し数値目標の設定と進捗管理を行った。 (精神)経営戦略会議で指摘があった項目は、病院長から速やかに担当部署に改善に向けた指示を出すなど改善活動に取り組み、PDCAサイクルを回す体制を確立した。	A	標準 (×1.0)	4.0

(3)勤務環境の向上

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・働き方改革を推進するため、医師事務作業補助者や看護補助作業員へのタスクシフティングを推進し、IoTやAIの技術を活用するなど業務の効率化に取り組む。	・働き方改革を推進するため、医師事務作業補助者や看護補助作業員などへのタスクシフティングを推進する。	看護師のタスクシフト／シェアの取組として、各病院での看護補助者の配置を推進している。 (循環)医師事務作業補助者の採用活動を積極的に行い増員した。看護補助者は、有資格者の採用を積極的に行うこととし、有資格者へのタスクシフトを推進した。 (がん)看護師が看護業務に注力できるよう、日勤帯及び夜勤帯に看護補助者を配置している。また、医師事務作業補助者を追加配置し、医療従事者の負担軽減や働き方改革を促進した。 (小児)看護補助者の安定的な確保のため、勤務時間や時間帯などを柔軟に設定した。さらに、8月から夜間看護補助者を派遣業務委託により導入し、夜間帯の看護師の負担軽減を図った。また、医師事務作業補助体制加算(25:1)の算定に向けて、医師事務作業補助者の増員を進めた。 (精神)看護師の負担を軽減するとともに患者サービス向上のため、令和8年度からの専門業者による入院セットレンタルの導入に向けて、院内及び業者との調整を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・医療DXに積極的に対応するとともに、IoTやAIなどの技術を活用し、業務効率化を推進する。	RPAツールの調達及び開発・運用サポートに関する業務委託を締結することで、医療現場における業務の効率化を推進した。 (循環) 定例業務にRPA(Robotic Process Automation)プログラムを活用し、業務の効率化を図った。また、診療文書等の作成を行う医療用生成AIを導入し、業務の効率化を図った。 (がん) 定例業務を自動化するRPAの取組を進めた。複数の部署で新たなプログラム作成を開始し業務の効率化を図った。また、動画を用いた説明業務の実施を開始し、麻酔科外来及び内視鏡外来において運用を行った。 (小児) RPAによる帳票類作成の自動化(薬剤部、栄養部)により、引き続き業務効率化に取り組んでいる。更に、AIを活用した経営指標分析により、課題を可視化して、経営改善に対する職員の共通認識を深めた。また、音声記録システムについては、R7年度で看護部への全配備が完了し、更に医師にも一部活用を拡大した。これにより、カルテ記載の正確性と業務効率性が向上し、医療の質が向上した。更に、医師の業務効率化のため、本部と連携して、医療文書の作成を支援する医療AIの導入を具体的に検討し、R8年度の実現に向けて準備を進めた。 (精神) 入退院支援センターにて無料で利用できる地域の医療機関との情報共有システムを運用し、他の医療機関にも利用を促した。入院依頼は従来の電話に加えて本システムでも受付可能となり業務効率化につながった。また、退院支援に結びつく患者情報を院内・多職種で確実に共有するため、RPAの導入に向けた準備を進めた。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・職員の心身の健康状態の把握と向上を目指し、ストレスチェックの実施、研修の実施、メンタルヘルスケア対策の充実に取り組む。また、子育て支援の充実など、職員のワークライフバランスに十分に配慮し、良好な就労環境を整備する。	病院への臨床心理士の派遣を行うことでメンタルヘルスケア対策を進めた。また、機構全体として、経営戦略会議において4か月ごとに1テーマを設定し、明るい職場づくりに資する取組を実施するとともに、ワークライフバランスに資する取組を推進し、良好な就労環境の整備を進めた。 (循環) 熊谷心理センターによる公認心理師のこころの相談窓口を院内実施し、職員のメンタルヘルスケアを行った。また、ストレスチェック等も適宜実施した。さらに、ワークライフバランスを推進するため、各セクションの代表者に年休取得を促した。 (がん) 職員のメンタルヘルス対策として、ストレスチェックを実施したほか、臨床心理士による相談を実施した。また、職員のワークライフバランス確保のため、2か月ごとに年次休暇の取得状況を確認し、各セクション長を通じて積極的な年次休暇取得を呼びかけた。 (小児) ストレスチェックを実施し、ハラスメント相談窓口を周知した。また、ワーク・ライフ・バランスを推進するため、年休取得状況を各セクション長に通知し、年休取得を促した。 (精神) センターのハラスメント対策を全職員に周知し、働きやすい職場づくりに努めた。また、ストレスチェックを適宜実施し、前年度比でストレス値の改善がみられた。ワークライフバランス確保の取組として、衛生委員会において時間外勤務の特に多い職員の状況把握及び産業医との面談の案内を行った。また全職員に対して、育児支援・介護支援の制度を周知した。	A	標準 (×1.0)	4.0

・勤務時間の適正管理に努めるとともに、労働関係法規の遵守やハラスメント相談窓口の設置など職員が安心して働ける環境を整備する。	・勤怠管理システムなどによる勤務時間の適正管理を進め、業務の標準化による効率化等に努め、時間外勤務の縮減と職員の健康維持・増進を図る。また、労働関係法規を遵守し、職員が安心して働ける環境を整備する。	時間外勤務の多い職員について、時間外勤務の縮減に向けた対策を個別の職員ごとに作成するなど、時間外勤務の適正な管理に努めた。 また、年末調整管理システムを継続して利用することで、機構全体の時間外勤務縮減を図った。 (循環)時間外勤務の事前命令の徹底、出退勤記録と時間外労働時間の相違を随時確認し、相違がある場合は理由の確認を行うなど、時間外勤務の適正な管理について院内に周知徹底を図った。また、事務局にてノー残業デーを導入した。 (がん)事務局における事前命令やノー残業デーの徹底などによる時間外勤務の縮減対策を実施した。 衛生委員会において、時間外勤務が多い職員に対する産業医との面談について周知を図った。出退勤記録を確認し、時間外申請と30分以上乖離している職員に対して、個別に適正な申請をするよう呼びかけた。 (小児)勤怠アプリにより医師の勤務時間の適正管理に努めた。また、時間外勤務の多い職員については削減に向けた取組をセクション長と検討したり、産業医との面談を勧奨したりすることで、時間外勤務の縮減や健康維持に取り組んだ。 (精神)衛生委員会において、時間外勤務の特に多い職員の状況把握及び産業医との面談の案内を行った。また、全職員及び各セクション長に改めて適正な勤怠管理を行うように周知し、労働関係法規を遵守する環境を整えた。事務局において、ノー残業デーを実施するとともに、院内への横展開を図るため周知した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ハラスメント防止のための研修の実施や相談窓口の設置などによりハラスメントを許さない職場づくりを行う。	機構全体として、要綱に基づき本部及び各所属にハラスメント相談窓口を設置している。また、ハラスメント防止啓発ポスターの掲示やパワーハラ防止に関する研修の実施(オンライン研修講座の受講)などを通して、ハラスメント防止に取り組んだ。 (循環)ハラスメントによる相談窓口を設置するとともに周知し、職員が安心して働ける環境を整備した。看護師には、看護の相談窓口を新たに設定した。 (がん)ハラスメントの相談をしやすい環境を目指し、各部門からハラスメント相談係を選出し、ハラスメントの相談窓口を院内全体に周知した。また、院内の全職員を対象にしたハラスメント研修を実施した。 (小児)ハラスメント相談窓口を設置し、全職員に周知した。また、「明るい職場づくりキャンペーン」の8～11月の取組としてパワー・ハラスメント防止を取り上げ、ハラスメント防止に関する研修動画を周知した。 (精神)ハラスメントに関する相談窓口や自所属以外の上司に相談できる制度を周知し、働きやすい職場づくりに努めた。	A	標準 (×1.0)	4.0

・ 職員満足度調査を実施することで職員の意見を的確に把握し、職員のモチベーションと就労環境の向上に努める。	・ 職員満足度調査を実施することで職員の意見を的確に把握し、結果の評価及び課題について改善を図っていくことで職員のモチベーションと就労環境の向上に努める。	病院を対象とした職員満足度調査を実施した。各病院では、調査結果をそれぞれのセクションにフィードバックして実情を認識させ、課題について改善を図ることで、職員のモチベーションと就労環境の向上に努めた。 (循環) 令和7年10月2日から令和7年10月16日に職員満足度調査を実施した。院内全体の平均点は72.1点で、4病院全体の平均より1.6点上回った。看護部では、始業前の時間外業務の改善を目的に申し送り時間を調整し情報収集の時間を確保した。また業務改善やノー残業デイの推進に取組み、時間外業務の削減に努めた。心の相談室や衛生管理者の職場巡視、面談により職員の声に対応できる体制づくりを行った。 (がん) 職員満足度向上のために有給休暇等の奨励を行うなど、職務環境の向上に努めたほか、「50周年記念オープンホスピタル」など全職種対象の病院を挙げたイベントを実施し、職員のモチベーションの向上に努めた。その結果、令和7年10月4日から10月17日にかけて実施した職務満足度調査は全体の平均点(67.7点)が目標(66.0点)を上回った。一方、改善すべき点として、「労働時間」の項目について不満を持っている職員が多いため、引き続き有給休暇等の取得奨励や、タスクシフティングによる時間外労働削減等の施策を行っていく。 (小児) 令和7年10月2日から令和7年10月16日に実施。相談窓口、産業医・衛生管理者による職場巡視を継続して、更なる就労環境の改善に努めた。また、看護部において、看護補助者の増員、育児短時間勤務者のうちで夜勤が可能な者はシフトに入れるなど、職員間の業務負担を平準化した。 (精神) 令和6年度の職員満足度調査の結果、労働時間に関する満足度が低かったため、令和7年度はTQM活動にて院内全体へ「ノー残業デー」や「変則勤務(ずらし勤務)」の取組を周知、実践した。また、休業等で欠員が生じているセクションに非常勤を配置できるように様々な媒体で募集活動を行い、速やかな採用を行うなど職務環境の改善に努めた。結果、令和7年度の調査では令和6年度より職員満足度を改善することができた。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 常に相互に情報の発信・共有を行い、所属を超えた円滑なコミュニケーションを実現させるとともに、風通しのよい働きやすい職場のもとで、職員一人ひとりの自己実現を図る。	機構全体として、明るい職場づくりキャンペーンの実施により、働きやすく風通しのよい職場づくりを進めた。 (循環) 明るい職場づくりキャンペーンについて、代表者会議で周知した。また、看護部では「ナース通信」を発行し、「自己紹介」を病棟内に掲示するなどして明るい職場づくりに努めた。 (がん) 前年度に続き、看護部の取組であった「MSS(認め合い、支え合い、成長する)」を院内全体へと拡大し、多職種協働を推進するプロジェクトとして取組んでいる。「がん医療のやりがい」を共有できる多職種カンファレンスとして推進している。 (小児) 機構イントラネットを活用し、所属を超えた情報発信・共有の円滑化を図った。また、電子カルテのポータル画面で、感染症アラートや医療安全管理に関するタイムリーな情報を提供して、職員の情報共有の強化に努めた。 (精神) 明るい職場づくりのキャンペーンの取組を実施した。また、病院全体での歓送迎会の実施などで所属を超えたコミュニケーションを深めた。加えて、地元地域との関わりにおいても納涼盆踊り大会の共催や地元文化祭などへ参加し、関係強化に努めた。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・高度専門医療の提供と職員の負担軽減のため、老朽化した医療機器を先進的な機能を備えた機器に計画的に更新する。	機構全体として、老朽化した医療機器の更新を計画的に行い、高度・専門医療の提供体制を整備した。 (循環)経皮心筋焼灼術(カテーテルアブレーション)に使用する最新の電気手術ユニットを増設し、治療の選択の幅を広げた。 (がん)老朽化したX線TV装置やMG撮影装置などの更新を計画的に行った。また、錠剤自動半切機の更新により、職員の業務負担の軽減を図った。 (小児)生体情報モニタリングシステムの更新に当たっては、3年計画で複数病院分をまとめて本部執行とするなど、スケールメリットを利かせて価格を抑えた。また、医薬品の入出庫を自動記録し、在庫状況を可視化する個別化医薬品流通管理プラットフォームシステムの拡大を計画して、期限切れ廃棄を削減するとともに、在庫管理業務の効率化を図った(R7～R8年度執行) (精神)超音波診断装置や尿蛋白定量装置など、老朽化した機器の計画的更新を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0
--	---	---	---	--------------	-----

年度計画の指標	病院名	R7目標	R7実績	達成状況	自己評価	困難度	点数
★職員満足度(点)	循環器・呼吸器病センター	70.0	72.1	103.0%	A	標準 (×1.0)	4.0
	がんセンター	66.0	67.7	102.6%	A	標準 (×1.0)	4.0
	小児医療センター	70.0	70.7	101.0%	A	標準 (×1.0)	4.0
	精神医療センター	75.0	75.1	100.1%	A	標準 (×1.0)	4.0

★中期計画に目標有:「職員満足度」R7目標 循環70.0%、がん66.0%、小児70.0%、精神75.0%

※記載事項ごとの自己評価

集計					
区分 a	個数 b	小計 c=a×b	加点 d	合計 e=c+d	平均点 f=e/b
S(5点)	1	5.0		5.0	4.0
A(4点)	20	80.0		80.0	
B(3点)	0	0.0		0.0	
C(2点)	0	0.0		0.0	
D(1点)	0	0.0		0.0	
計	21	85.0	0.0	85.0	

小項目評価

小項目	評価区分		自己評価
1 優れた経営体に向けた組織づくり	S	年度計画を大幅に上回って達成している	A
	A	年度計画を達成している	
	B	年度計画を概ね達成している	
	C	年度計画を下回っており改善の余地がある	
	D	年度計画を大幅に下回っており大幅な改善が必要である	

自己評価の理由

- ・経営戦略会議や経営サポートチームにおいて経営上の課題を共有し、課題解決に向けた取組を推進したほか、医療用生成AIやRPAツール等を活用することで職員の負担軽減及び業務効率化の取組を推進した。
- ・S評価1個、A評価20個と、全て計画比100%以上の項目となった。
- ・小項目を構成する記載事項ごとの自己評価の平均点は4.0点であった。
- ・以上を総合的に勘案した結果、当該小項目に関しては年度計画を達成しているため、「A」評価とした。

小項目	2 人材の確保と資質の向上
-----	---------------

中期目標	(1) 医療人材の確保 質の高い医療を継続的に提供するため、専門性が高く成熟した医療人材の確保に努めること。 (2) 人材の育成 優れた人材を育成するため、教育研修機能を充実させ、キャリアパスづくり及び職務に関連する専門資格の取得等をサポートする仕組みづくりを進めること。 研修医及び実習生等を積極的に受け入れ、人材養成に貢献すること。 事務職員には、病院運営を支えるため医事や経営等に関する深い専門知識が求められることから、こうした専門性を有した事務職員の確保及び育成に計画的に取り組むこと。 (3) 職員の経営参画意識の向上 職員の経営参画意識を醸成し、職員の業務改善に対する意欲を高めるとともに、職員が病院運営に積極的に参画していく仕組みを構築すること。
------	---

(1) 医療人材の確保

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・ 優れた人材の確保に向けて、大学などの教育養成機関との連携を強化する。	・ 優れた人材の確保に向けて、大学などの教育養成機関との連携を強化し、病院機構の仕事の魅力等をPRするとともに、看護師の指定校推薦を継続して実施することで医療人材の確保に結びつける。	機構全体として、看護師養成校との連携による就職説明会の開催や看護師の指定校推薦の実施により人材確保に努めたほか、埼玉県立大学との連携協定の取組の一つとして、事務職のインターンシップ募集などの取組を行った。 (循環) 薬剤師確保に向け、埼玉県病院薬剤師会や大学等と連携し、合同説明会に参加してPRを行った。看護師については、指定校推薦者を採用したほか、インターンシップで看護学生を受け入れた。 (がん) 看護学生及び看護師を対象に大学等で病院説明会を6回実施し、インターンシップ及び見学会については常時受入れを行った。看護師については実習生335人、インターンシップ及び見学会で100人の看護学生を受け入れた。 (小児) 看護部においては、日本赤十字看護大学、埼玉県立常盤高等学校、埼玉県立大学へ説明会等を通じて、当センターの魅力をPRした。また、薬剤部では、薬学生向けのインターンシップにおいて小児薬学療法の講義と実地を通じて当センターの業務に対する理解を深める取組を実施した。そのほか、全ての職種において随時病院見学を受け入れている。 (精神) 看護学生を対象とした病院説明会を計2回実施、8月及び3月にはインターンシップを実施し計24人が参加した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 専門性に応じた処遇を可能とする人事給与制度を構築し、専門資格を有する医療人材を着実に確保し、人材の定着を進める。	・ 病院機構が独自の制度として導入した医師の経験や知識、専門性を評価して処遇に反映する給与制度の利点を活かし、他の医療機関との差別化を図ることで医師の確保を更に進めていく。	医師の給与制度のPRを積極的に行うことで、医師の計画的な採用や欠員の補充に向けたリクルートを行った。 (循環) 勤務希望の医師には病院見学をしてもらい、見学時に業務や病院機構独自の年俸制についてPRを実施した。 (がん) 診療科各科のホームページにおいて特色のある取組を掲載するとともに、仕事の内容や病院機構独自の年俸制などをPRした。レジデント・フェローの採用については、募集枠を超える応募があった。 (小児) 学生説明会などで本部作成のパンフレットを活用し、給与体系や育成制度、各診療科の特色のある取組をPRした。加えて、後期研修医含む医師22人(延べ)に対して病院見学を実施した。 (精神) 勤務希望の医師計12人に対して、病院見学の対応をした。病院見学時に病院長もしくは副病院長が直接対応し、業務内容や病院機構独自の年俸制についてPRした。	A	標準 (×1.0)	4.0

・ ホームページで県立病院の特長や魅力を発信するなど効果的な広報活動を展開し、適時適切な職員募集を行う。	・ ホームページや各種媒体で県立病院の特長や魅力を発信するなど、ターゲットに応じた効果的な広報活動を展開し、適時適切な職員募集を行う。	機構全体として、法人ホームページや民間人材サービス業者のサイトへの掲載等を行い、適時適切に職員募集を行った。 (循環)民間業者の人材紹介プラットフォームを活用し、医師確保に取り組んだ。また、各診療科や部署の紹介記事を載せている「循環News」をホームページに掲載するとともに、近隣都市医師会や保健所等に送付した。 (がん)ホームページで優秀な職員の確保に向けて病院の特徴や魅力をアピールし、職員募集に努めた。また、各種求人サイトや学会のホームページ、学会誌等に求人を掲載し、職員募集に努めた。その結果、医学物理士等の採用困難職種の採用につながった。 (小児)令和5年度から開設された専攻医を対象とした埼玉県専門研修プログラムPR特設WEBサイトにおいて、当院の特徴や魅力を紹介する動画を作成し掲載している。看護師については、機構の採用情報ページで先輩看護師の声や病院の紹介を掲載したパンフレットのデータを掲載するなど、職員採用に努めた。 (精神)ハローワークやホームページでの広報を中心としながら、必要に応じて、求人掲載サイトや派遣会社を活用しながら職員確保を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 県立病院の特色を活かした研修プログラムの充実を図り、未来の人材確保につながる研修医や実習生を積極的に受け入れる。	・ 病院機構職員の業務に必要な研修の実施を検討するとともに、県立病院の特色を生かした研修プログラムの充実を図り、未来の人材確保につながる研修医や実習生を積極的に受け入れる。	(循環)埼玉医科大学の人材育成事業に参画し、実習生を積極的に受け入れた。また、埼玉県中西部地域における医療従事者の人材育成、人材交流及び相互の連携強化を目的として、埼玉医科大学が設立準備を進める地域医療連携推進法人への参加を決定した。なお、これ以外の案件も含めて、埼玉医科大学8人、東京慈恵会医科大学1人、日本大学1人の実習生を受け入れた。 (がん)研修医への各診療科による独自の講義を実施するなど積極的な人材確保と知識向上に努め、2人のレジデントの採用を行った。また、新人職員研修の一環として、当院の特徴や機能に沿ったビデオ研修を実施した。 (小児)専攻医を5人採用し、連携施設からの研修医を29人受け入れた。また、実習生については、薬剤師10人、放射線技師3人、理学療法士2人、作業療法士7人、言語聴覚士4人、心理職12人、臨床工学技士2人、看護1963人、医師事務3人を受け入れた(延べ) (精神)翌年度からの専攻医に向けたプログラム説明会を6月に実施し5名の参加があった。また、連携施設から専攻医7人、研修医38人を受け入れた。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 医療環境や業務量の変化に即した柔軟なマンパワーを確保するため、短時間勤務など多様な勤務形態の導入を検討する。	・ 医療環境や業務量の変化に即した柔軟なマンパワーを確保するため、短時間勤務など多様な勤務形態を導入する。	機構全体として、育児短時間勤務や特例勤務など、多様な勤務形態を導入している。また、病院間の相互応援などにより、柔軟なマンパワーの確保に努めた。 (循環)育児短時間勤務、フレックス勤務等、制度の範囲内で多様な働き方を導入した。 (がん)読影業務等について、在宅で実施できるように体制を整備している。また、育児休業の取得、短時間勤務などを積極的に導入し柔軟な勤務体制を確保した。時間外から発生する業務がある所属においては、遅出勤務を適用して職員の負担を軽減した。 (小児)フレックス勤務、育児休業、短時間勤務などを導入し、柔軟な勤務体制を構築した。また、繁忙期に合わせて循環器・呼吸器病センターから看護師の派遣を受け、柔軟な応援体制を築いている。 (精神)医療従事者10人(延べ人数)が育児短時間勤務制度等を利用し、柔軟な勤務体制を確保している。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 採用試験の適切な見直しにより応募者の負担を軽減し、より質の高い応募者の確保を目指す。	質の高い人員を確保するため、病院各セクションとの意見交換を重ね、採用試験の実施方法の見直しを進めた。	A	標準 (×1.0)	4.0

(2)人材の育成

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・ 教育及び研修体制の充実により、高度専門医療等を担う資質を有した医療人材を育成する。	・ 教育及び研修体制の充実により、高度専門医療等を担う資質を有した医療人材を育成する。	クリニカルラダーレベルⅣ・Ⅴ認定を目指す看護師を対象とした研修を4回実施、計271名修了した。 (循環)看護部でクリニカルラダー研修を71コース実施した。また、専門・認定看護師による専門研修を4コース開催した。さらに、全職員を対象にした医療安全や感染管理等の研修を開催し、当日参加できない職員のために動画配信も行った。 (がん)看護部ではクリニカルラダー研修や専門研修等を企画・運営するとともに、がん看護を担う人材育成を行った。院外研修では、RI内用療法開始に伴い放射線療法看護の研修やがん薬物療法看護、アピアランスケア等、がん看護の質向上に寄与する研修に49名が参加した。また、病院全体でも医療安全・感染管理の他、AYA世代支援研修を実施し、参加できない職員向けの動画配信も行った。 (小児)看護部でクリニカルラダーによる教育体制を整備し、58コースの研修会を実施、延べ2493人が受講した。職員全員を対象に医療安全、感染管理、児童虐待対応、行動制限最小化など研修を実施し、当日参加できない職員向けに動画配信も行った。 (精神)看護部ではクリニカルラダーに沿って研修を実施し、本年度は19人がクリニカルラダーの認定を申請した。また、日本看護協会主催の研修や日本精神科看護協会及び精神科関連の研修・学会への参加を促進するとともに、日本精神科看護専門学術集会では、認定看護師によるテーマセッションに参加した。精神科看護専門研修を企画し病院機構の他の3病院に公開した。医療安全職員研修は15テーマ、計19回の研修を開催し、延べ1694名が受講した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 各職種におけるキャリアパスづくりなどを通じて、職員の医療人としてのキャリアデザイン実現を支援するとともに、着実な専門性の向上を図る。	・ 各職種におけるキャリアパスづくりなどを通じて、職員の医療人としてのキャリアデザインの実現を支援するとともに、着実な専門性の向上を図る。	機構全体として、事務職員やコメディカル職員について、彩の国さいたま人づくり広域連合主催の階層別研修等に派遣した。 また、各病院の医事担当職員の専門性向上のため、機構本部において診療報酬に関する研修を開催した。 さらに、認定看護師育成研修派遣者、特定行為研修派遣者を要綱に基づき決定し、助成金の支給支援を行った。また、研修修了者からの業務成果報告により、業務還元の結果を確認した。 (循環)学会参加費や研修参加費を補助し、専門性向上のための支援を行った。看護部においては、キャリアパスを作成し、職員一人一人に合った研修派遣を行った。また、専門・認定看護師の学会参加を推奨し、ステップアップに向けて支援した。 (がん)看護部では、各職員のキャリアデザインの実現に向けて、クリニカルラダーレベル認定の申請を確認し、令和7年度は146名のラダー認定を行った。また、各種学会の参加費や院外研修参加費を補助し、専門性向上の支援を行った。 (小児)学会・研修参加、資格取得のため、勤務シフトに配慮し費用を補助して、専門性向上を支援した。 (精神)職員個々のキャリア形成に向けた研修・学会派遣を計画し、研修・学会参加費を補助した。また、院内専門研修を実施し、専門性向上のための支援を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 高度専門医療の提供に必要な能力に応じ、年功や年次にとらわれることなく、若手職員の積極的な登用などを検討する。	定期人事異動では、能力・実績を踏まえた職員の積極的な登用を実現するとともに、若手から中堅職員について他の病院の経験を積ませる戦略的人事異動を実施した。 (循環)研修参加者や様々な担当者の選出においては、年功や年次にとらわれず職員の能力や意欲に合わせて積極的な登用を行った。 (がん)年功・年次にとらわれることなく、様々な経験を積んで成長できるよう、担当者の選出や研修参加は各部署からの自薦および他薦をもって選考を行った。看護部では患者説明用動画の作成やSNSでの広報活動などに若手職員が積極的に参加できるよう実施した。 (小児)積極的な登用を実現するため、意欲のある職員に上位職の業務の一部を経験させ、能力の向上を支援した。 (精神)幹部候補の医師に対して令和7年10月1日付で”病院長補佐”の院内辞令を交付し、能力に応じた配置を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0

・ 特定行為研修を修了した看護師や認定看護師など各職種の専門性向上に寄与する資格等の取得推奨と支援体制の充実を図る。	・ 特定行為研修を修了した看護師や認定看護師など各職種の専門性向上に寄与する資格等の取得推奨を支援する。	機構全体として、各病院からの推薦を受け、認定看護師育成派遣(感染管理 B課程含む)1名。特定行為に係る研修(集中治療パッケージ)1名を派遣し、派遣要綱に基づき助成金を支給した。また、研修修了者からの業務成果報告により、業務還元の成果を確認した。 (循環)各資格取得に向けて看護部から情報提供を適宜行い、取得に向けての支援を行った。また、関連する学会や研修会の参加を奨励した。特定行為研修希望者に支援を行い、1名受講した。また、次年度も1名特定行為研修派遣が決定した。 (がん)感染管理認定看護師教育課程研修に1名派遣し、令和8年3月に修了した。各種資格等の取得に向けて、関連する委員会や必要な研修への参加を奨励し支援を行った。また、新たに希望する人材の発掘を行い、認定看護師資格取得志願者に対して研修支援を行い、1名が次年度摂食・嚥下障害看護認定看護師教育課程の受講決定となった。 (小児)機構の認定看護師派遣研修を積極的に活用し、資格取得を推奨した。1人が看護師特定行為研修の「創傷管理関連」を修了した。 特定行為研修については、令和6年度からの5名の院内受講者に加え、4月に3名が受講し、令和7年度内に計8名が修了した。また、11月から5名の受講が開始しており、令和8年度に修了予定である。 (精神)看護管理会議において、認定看護師資格支援を推奨している旨を看護管理者に伝え、各部署で周知を行った。また、精神科認定看護師等の資格取得やキャリアアップに向けて、ラダー取得の推進を進めるため、看護管理者が面談の際、助言するなどしてキャリアアップのための研修等の受講支援を実施した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 看護職員については、より実践的な知識の習得のため、「埼玉県立病院機構看護職員教育・研修計画」に基づき法人独自で研修を実施する。	「埼玉県立病院機構看護職員教育・研修計画」に基づき看護管理研修・新規採用職員研修・ラダー別研修を実施した。トピックス研修として、外部講師による看護管理者向け研修として「看護管理者のための自分の育て方～看護の魅力を再発見して、学習する組織をめざす～」、全看護職員向け研修として「経験学習を支援する指導方法ー認知的徒弟制の6ステップアプローチ」を開催した。 (循環)クリニカルラダーによる看護体系を見直し、クリニカルラダー研修を行い延べ1,307名が参加した。また、次期看護管理者の育成に向けて、主任・師長を対象にマネジメントラダーの学習会・対話会を行った。 (がん)法人のクリニカルラダーに則った教育体系を整備し、研修の企画・運営を実施した。院内研修は、64コースの研修を行い、延べ1878名が参加した。マネジメントラダーは、4病院統一で活用が開始され、各項目の共通理解を高めるために看護管理者、主任看護師を対象に学習会を実施した。 (小児)法人のクリニカルラダーによる教育体系を整備し、58コースの研修会の企画・運営を行い2493人の看護師が受講した。(再掲) 小児特有の研修は、小児セルフケア不足理論を基盤とし、ラダーⅠ～Ⅲまでの研修を企画し実施した。研修をより多くのスタッフが受講できるように、参加人数の多い研修については2回開催するなどして支援を行った。地域貢献を目的とした公開研修を開催した。院内外の看護師の交流の場ともなり、研修の評価は良好だった。 (精神)法人のクリニカルラダーに対応した院内研修を企画・運営し、延べ346人が受講した。また、包括的暴力防止プログラムや行動制限最小化に向けた研修を実施した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 事務職員の計画的な人事異動や専門研修の受講推奨などにより、診療報酬や経営に関する専門性を向上させる。	・ 広域的視点からの企画力の養成及び階層別マネジメント能力の向上を図るため、彩の国さいたま人づくり広域連合主催のカリキュラムを活用した研修を実施する。	機構全体として、事務職員やメディカル職員について、彩の国さいたま人づくり広域連合主催の階層別研修等に派遣した。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・ 事務職員については、計画的な人事異動や外部団体主催の専門研修の受講推奨などにより、診療報酬や経営に関する専門性を向上させ、将来の病院機構を支える人材を育成する。	機構全体の人事異動方針として、人材育成の観点から、事務職員の異動を積極的に行った。 また、事務職員の専門性を向上させるため、機構本部において各病院の医事担当などを対象とした診療報酬に関する研修を開催した。 (循環) 医事担当職員が外部団体の病院経営や診療情報管理に関する専門研修に参加して専門性の向上を図った。また、自治体病院協議会の学会において発表を行った。 (がん) 都道府県がん診療連携拠点病院の職員として求められる院内研修をはじめ、医療安全や感染対策、接遇に関する研修等を受講することで事務職員としての素養を身につけ、高めるよう取組を進めた。 (小児) 院内で医療マネジメント講座を4回シリーズで開催し、経営意識とリーダーシップの醸成を図った。 また、診療報酬事務コンサルティングを受託するウォーム・ハーツによる医事担当職員向け研修に職員を出席させ、診療報酬制度の理解促進に努めた。 (精神) 彩の国さいたま人づくり広域連合主催の階層別研修への参加や外部団体主催研修の周知及び受講を推奨した。また、施設基準に関する資格試験の受験費用の補助を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 病院機構としての独自の職員採用については、長期的な視点の中で進めることにより、病院経営に関する優れた人材を段階的に育成していく。	・ 病院機構としての独自の職員採用について、中長期的な視点の下、医療を取り巻く環境の変化を捉えた適切な人員を計画的に確保し、段階的に育成していく。	機構全体として、長期的なキャリア形成や年齢バランスを考慮しながら、医事や情報システム等の業務経験がある職員を経験者採用選考で確保するとともに、将来の病院機構を支える人材を確保するため、新卒の採用選考を実施するなど計画的な採用を行った。 (精神) 精神科入退院支援加算の算定に必要な専従職員を確保するため、令和7年4月1日付けで精神保健福祉士1名を増員した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 診療報酬制度にかかる職員向けの研修を病院機構全体で定期的実施することにより、職員の知識の底上げや継続した学習にかかる意欲の向上を図る。また、研修で得た知識を基に、具体的な改善策の提案に繋げる。	機構本部において、職員の診療報酬制度への理解を深める取組として、7月に各病院の企画担当、医事担当を対象とした研修を開催した。 (循環) 本部実施の診療報酬研修に医事職員が参加した。また、診療報酬請求のコンサルタントによる協力を受けながら、診療報酬の算定アップに向け、院内で改善を図った。 (がん) 医療経営コンサルティングが開催する診療報酬に関するオンラインセミナーを厳選し、受講を促すとともに、解説で使用された資料を共有することで、知識の習得に限らず、医療と経営の質向上に向けた意識啓発を行っている。また、新規採用者・転入者が機構本部が主催した医事担当職員研修(6月)に出席し、知識の習得を図った。 (小児) 機構本部主催の医事担当職員(基礎)研修に新規採用者及び転入者が参加し、保険診療制度の知識の習得と情報共有を行った。 そのほか、看護部が行う看護管理研修Ⅱへ医事課長が講師として参加し、対象の看護職員に対して診療報酬制度にかかる知識の底上げを行った。 (精神) 6月に機構本部主催の医事(基礎)研修に計3名が参加し、診療報酬制度に関する理解を深めた。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 埼玉県立大学と締結した包括連携協定に基づき、看護の質向上に向けた看護職員研修や看護研究等を実施する。	7月に「新人看護師のメンタルヘルス研修」の講義を依頼し開催した。また、埼玉県立病院機構と埼玉県立大学の連携「看護 打ち合わせ会議」を2回、包括連携協定に基づく「連携促進会議」を1回開催した。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・ 大学院等の教育機関と連携し、医科学研究の素養を備えた医療人材の育成に努める。	質の高い研究実績と人材育成を図ることを目的とした国立大学法人群馬大学大学院医学系研究科との連携協力協定により、病院における臨床と研究を両立しながら学位の取得を可能とすることで、医療人材の確保・育成を推進した。 (がん) 国立大学法人群馬大学大学院医学系研究科との連携大学院協定に基づき、豊富な臨床症例を活かした研究活動を通じてがん医療を担う人材の育成を図っており、令和7年度は当センターの医師1名が本制度を活用した。 (小児) 国立大学法人群馬大学大学院への研究派遣について、対象となる医師に個別に制度を案内して募集・選考を行い、R8年度派遣予定者2名を内定した。	A	標準 (×1.0)	4.0
--	--	---	---	--------------	-----

(3) 職員の経営参画意識の向上

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・ 職員の経営参画意識の醸成を図るため、職員が経営ビジョンを理解し、自らのミッションに責任感と使命感を持って主体的に取り組めるよう経営情報を分かりやすく周知する。	・ 職員の経営参画意識の醸成を図るため、職員が経営ビジョンを理解し、自らのミッションに責任感と使命感を持って主体的に取り組めるよう、病院機構統一の経営スローガンを作成し、職員に周知するとともに、取組状況を把握し、フォローアップを行う。	機構全体として、令和7年度経営スローガンを策定し、職員一人一人が経営スローガンを意識して日々の業務に取り組むよう周知した。 (循環) 機構全体の経営スローガンについて、運営会議・代表者会議で各部門の代表者に周知するとともに、院内各所及び職員コミュニケーションツールに掲示し、職員の意識向上を図った。 (がん) 電子カルテのトップページに月内の病床利用状況と新規外来患者数をグラフで示すとともに、1日平均に換算した前月の経営実績を表示し、経営状況のトレンドに対する意識の啓発に努めている。指標については適宜見直しを図り、その他、病院機構全体の経営スローガンを掲げ、取組むべき方向性を明確に打ち出している。 (小児) 院内病院運営会議で、経営スローガン、年度計画に基づく目標値、病院長の四半期戦略などを周知し、経営改善意識の向上を促進した。また、医療マネジメント講座を4回開催し、病院の経営に関する実践的な知識を提供した。 (精神) 機構全体の経営スローガンを院内に周知するとともに、各部署が経営スローガン及び経営目標を作成し院内全体で共有した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 職員向け広報誌「病院機構スタッフ通信」を毎月1回発行し、理事長から全職員向けにメッセージを発信するとともに、その中で最新の経営情報を分かりやすく職員へ周知する。	機構全体として、理事長のメッセージや毎月の経営情報、理事会情報などを盛り込んだ「病院機構スタッフ通信」を毎月1回発行した。職員の主体性を促すよう、職員の声も多く掲載した。また、各病院の特徴ある取組や新しい取組を紹介し、職員間に広げるなど、各病院の最新の経営状況をわかりやすく職員に周知することに努めた。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 職員の目標達成への意欲を高めるため、経営に対する多様なアイデアや業務改善などの職員提案を奨励するとともに、その提案内容を検討し、優れた取組内容を表彰する。	・ 職員の目標達成への意欲を高めるため、経営に対する多様なアイデアや業務改善などの職員提案を奨励するとともに、その提案内容を検討し、優れた取組内容を表彰する。	(循環) TQM推進委員会で医療の質向上に向けた業務改善のテーマを募集し、42チームが参加した。3月に優れた演題を5チーム選出し、院内報告会で表彰した。 (がん) QCサークル活動として、院内ネットワークを活用し業務改善の取組について募集を行い、ポスター発表形式で取組の発表を行った。職員投票により反響の大きかったテーマを優れた取組として表彰した。 (小児) TQM推進室の主導の下、37サークルのQC活動を支援した。外部講師を招いた講演会の開催(6月)、QCサークル中間報告会(10月)、成果報告会(2月)を実施し、優秀な取組4サークルを表彰した。 (精神) TQM推進室にてQCサークル活動を1年を通して実施し、最も優れた取組を行った部署を表彰した。	A	標準 (×1.0)	4.0

・ 職員の経営に対するモチベーションを上げ、経営改善への取組が県立病院全体に浸透するよう職員間で取組内容を共有する。	・ 職員の経営に対するモチベーションを上げ、経営改善への取組が県立病院全体に浸透するよう職員間で取組内容を共有する。	機構全体として、各職員の経営に対するモチベーション向上のため、経営改善に関して良い取組を行った職員に対して表彰できるよう、各病院長に裁量経費を配分した。 (循環) 地域包括医療病棟開設準備等の経営改善の取り組みを職員説明会として開催し、取組を共有した。また、TQM活動として経営改善に関する取組を行った。 (がん) 小児医療センターで開催していた外部講師(東京大学非常勤講師 グロービス経営大学院准教授)を招聘した「医療マネジメント講座」(4テーマ1コース)の開催拠点を拡大し、企画・運営を行っている。2拠点開催とすることで受講機会を増やし、組織運営を理解し、持続可能な成長を目指す意識の醸成に取り組んでいる。全テーマ終了後に23名に対して修了証を発行した。 (小児) 病院運営会議の場で重要業績評価指標の進捗報告や、その取組を共有するなど、職員の経営改善意識の向上を図った。 (精神) 経営改善戦略会議において、これまでの数値事項の報告に加えて業務効率を意識した報告・提案も各部署に依頼し、経営改善スローガンの達成に向けた機運を醸成した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 看護部副部長(診療報酬担当)と医事担当が連携し、各職員が診療報酬制度をはじめとした病院運営についての理解を深め、職種や病院の枠組みにとらわれない協力体制を整える。	(循環) 診療報酬算定について、医事担当、看護部副部長及びコメディカルで連携を図り、施設基準届出等の事務を進めた。また、病棟再編においても密に連携しながら対応した。 (がん) 診療報酬制度とその分析にもとづき、看護部と医事部が連携して対応した。算定可能な施設基準(病棟薬剤業務実施加算や短期滞在手術等基本料1など)や加算項目について検討を行い、協力して病院運営に努めている。 (小児) 看護職員のラダー研修や、感染症対策等の研修において、それぞれの分野に関わる診療報酬の研修を設け、看護部をはじめ各セクションにおいて、診療報酬の理解を深めるなどの対応を行った。 (精神) 診療報酬遵守のための新規入院患者割合、クロザピン導入実績、在宅移行率は定期的に医事担当と数値を確認し、協力体制で実施した。本年度より精神科入退院支援加算の算定が開始となり職員への説明の実施や、算定に係るマニュアルを作成し、協力して病院経営の改善に努めた。	A	標準 (×1.0)	4.0

※記載事項ごとの自己評価

集計					
区分 a	個数 b	小計 c=a×b	加 点 d	合 計 e=c+d	平均点 f=e/b
S(5点)	0	0.0		0.0	4.0
A(4点)	22	88.0		88.0	
B(3点)	0	0.0		0.0	
C(2点)	0	0.0		0.0	
D(1点)	0	0.0		0.0	
計	22	88.0	0.0	88.0	

小項目評価

小項目	評価区分		自己評価
2 人材の確保と資質の向上	S	年度計画を大幅に上回って達成している	A
	A	年度計画を達成している	
	B	年度計画を概ね達成している	
	C	年度計画を下回っており改善の余地がある	
	D	年度計画を大幅に下回っており大幅な改善が必要である	

自己評価の理由

- ・医療人材の確保に向け、看護師養成校と連携した説明会などによる看護人材の確保や、研修医及び実習生の積極的な受入れにより、未来の人材確保につながる取組を進めた。また、繁忙期に合わせた病院間の相互応援による柔軟なマンパワーの確保に努め、職員の負担軽減を図った。
- ・A評価22個と、全て計画比100%以上の割合となった。
- ・小項目を構成する記載事項ごとの自己評価の平均点は4.0点であった。
- ・以上を総合的に勘案した結果、当該小項目に関しては年度計画を達成しているため、「A」評価とした。

小項目	3 経営基盤の強化
-----	-----------

中期目標	(1) 収入の確保 新規患者の受入れを拡大し、病床の効率的な運用を図ること。 診療報酬改定時など、各病院の特性に応じた施設基準を速やかに取得し、収益の確保に努めること。 診療報酬の請求漏れの防止や未収金対策の強化を図ること。 (2) 費用の削減 材料費や経費の縮減に努めること。 共同購入組織の最大限の活用や後発医薬品の採用促進など、引き続き費用削減に向けた様々な取組を行うこと。
------	--

(1) 収入の確保

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・ 地域の医療機関との前方連携及び後方連携を進め、新規外来患者の受入れの強化と入院患者の増加を図るなど病床の効率的な運用に努める。	・ 地域の医療機関との前方連携及び後方連携を進め、新規外来患者の受入れの強化と入院患者の増加、退院先の確保を図り、病床の効率的な運用に努める。	(循環) 医師・事務員による医療機関訪問、診療科ごとのホットライン運用、専用ダイヤルでの転院受入相談、消防隊員向けの症例検討会の開催などにより、地域連携を推進した。また、脳卒中地域連携パスを電子化するとともに、在宅腹膜透析患者の情報をオンラインでリアルタイムに共有し、連携施設とのスムーズな情報共有を図った。さらに、照会元への返書管理の強化を図るため、返書管理システムを導入し、3月から運用開始した。 (がん) 前方連携として、戦略的地域連携の活動方針のもと、事務職員単独での医療機関訪問の強化に加え、各診療科の医師を帯同した地域医療機関への訪問を積極的に推進した結果、令和7年度の訪問件数は602件(前年度比365件増)と大幅に増加した。また、地域の医師会との対面による連携会を開催するとともに、令和7年12月5日には当センター主催の「地域連携の会」を初めて院内で開催し、地域医療機関との関係強化を図った。 (小児) 前方連携として、病院・地区医師会訪問、広報誌の発行、地域医療機関との症例検討会を実施した。後方連携として、診療情報提供書の記載内容の充実と発行を促進し、地域医療機関に対してより具体的に患者情報を伝達して、後方連携の強化を図った。また、県内2次病院との小児看護連携会議を開催し、前方・後方連携の強化に取り組んだ。 (精神) 入退院支援センターでは、地域連携部門にて地域の医療機関からの相談や診療依頼に対して適切かつ迅速に対応した。また、ニュースレターの発行、地域医療機関16か所を訪問して情報交換を図るなど連携を図った。また、後方連携として入退院支援部門では、病棟担当精神保健福祉士とともに、地域医療機関との転院調整、医療機関のみではなく、地域関係機関との連携会議への出席、退院患者に対して地域関係機関と協力して支援することで、長期入院、処遇困難患者の退院の促進を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 診療報酬改定情報やDPCなどを踏まえた経営分析により、医療の質の向上にもつながる県立病院の特性に最適な施設基準を取得する。	・ 診療報酬改定に速やかに対応し、各病院の特性に応じた施設基準を届け出る。	(循環) 診療報酬改定前から中医協の動向を注視し、診療報酬改定セミナーなどに参加して施設基準のトレンドをいち早く察知するよう努めるとともに、診療報酬改定やDPC算定など他病院との情報交換等により積極的な情報収集を行い、診療報酬改定に速やかに対応した。 (がん) 主に人員配置や研修修了により要件を満たした施設基準の届出を実施した。具体的には、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ→Ⅱ)、看護補助体制充実加算、病棟薬剤業務実施加算、医師事務作業補助体制加算(30対1→25対1)等や、手術届出を1件実施した。 (小児) 令和6年度診療報酬改定において未届出の新設項目及び既設項目について、関係部署と施設基準を満たすための協議を行い、医療DX推進体制整備加算、移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法、重症患者初期支援充実加算、ハイケアユニット入院医療管理料等の届出を順次行った。 (精神) 令和7年4月1日付で入退院支援センターを発足させ、令和6年度診療報酬改定で新設された精神科入退院支援加算の届出を行った。また、北里メディカルセンターとの連携協定締結に伴い、5月から精神科身体合併症管理加算の算定を開始した。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・ 経営分析ソフトウェアを多角的に活用したDPC分析や経営分析機能を強化し経営改善につながる方策を検討する。	機構全体として、セコムSMASH(DPC分析ツール)を導入したうえで、操作研修を開催して利用促進を図った。また、当ソフトを活用して診療科別の収益状況を抽出して課題を分析するなど、経営改善の方策を検討した。 (循環) 病院長と診療科長の面談時に、病院経営情報分析ソフトで作成した資料を活用した。また、運営会議で資料を使って説明し、診療材料費の比率が特に高い診療科などには、診療材料費の抑制を依頼した。 (がん) セコムSMASH(DPC分析ツール)を用いた経営分析資料を毎月の部局長会議資料として共有し、経営意識の醸成を図っている。また、各診療科長と病院長とのヒアリング時に、診療科ごとの分析結果を示して認識の共有を行い、目標設定の参考として活用した。 (小児) 医療用データウェアハウスシステム(電子カルテや手術室システムなどの各部門システムのデータを集約し、横断的な統計・検索が可能)を活用して、DPC分析や病床利用状況の分析等により、経営改善策を検討した。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 病床利用率や地域別、診療科及び疾患別の新規外来患者数などについて、細分化した経営分析を行うことなどにより、効率的な病院経営に努めていく。	機構全体として、毎月開催する経営戦略会議の中で、各病院の経営状況を把握し、課題の把握、対応の検討を進めた。 (循環) 毎週運営会議で病棟別・科別の病床利用率等の経営報告を行い、月1回の代表者会議で令和元年度、前年度、本年度比の資料で経営状況を説明した。説明資料は、院内で閲覧できるよう情報共有した。 (がん) 毎月の院内経営戦略会議で経営状況を報告している。診療科別の経営指標のモニタリングを継続し、変化の大きい内容については、DPC分析ソフトや個別に診療科長への聞き取りを行っている。全体のトレンドを医局ラウンジ内の掲示板に掲示し、効率的な病院経営に向けた理解促進に努めている。 (小児) 病床利用率については、診療科別・病棟別に毎月比較を行うとともに、病棟別の病床利用率については、毎日幹部等職員へ情報提供した。新規外来患者数については、診療科ごとに毎月比較を行い、新患減少傾向の見られる診療科の分析を行った。 (精神) 病棟、外来別に経営指標を毎月作成して周知することで、効率的な病院経営に活用した。毎日のスタートアップミーティング等で日々の病床利用・外来状況等を全部門で共有することで経営状況を把握し、病床利用率の向上を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 精神医療センターでは、入退院支援室を設置し精神科入退院支援加算の算定を図り、平均在院日数短縮による入院単価の上昇に努める。	(精神) 令和7年度から新たに算定対象となった入退院支援加算については95.7%と高い算定率となった。平均在院日数については、全病棟で短縮に向けて取り組んだ結果、病院全体で68日となり、前年度比10日の短縮を達成した。入院患者の早期退院と地域移行の推進を図るとともに入院単価の上昇につなげた。	A	標準 (×1.0)	4.0

・ 適正なレセプト作成に努めることで請求漏れを防止し、診療行為の確実な収益化を図る。	・ 適正なレセプト作成に努めることで請求漏れや返戻の防止、査定の削減につなげる。また、保留レセプトの解消及び返戻レセプトへの対応を速やかに進めることで、診療行為の確実な収益化を図る。	機構全体としてコンサルタントと協働し、カルテ点検によるレセプト精度診断を実施し、各診療科にフィードバックを実施し収益力の向上を図った。 (循環) 毎月開催の保険委員会において、請求額、査定・返戻状況について周知し、医師へ啓発した。院内に掲示している医事通信にも診療科別の保留・査定状況を掲載し、意識づけを行った。また、医師のレセプトチェックの機会を増やすなどして保留額の減額に努めた。 (がん) 保留及び返戻レセプトについて、医事担当を中心に請求が遅れないよう適切な進捗管理を行った。査定は影響金額の大きい項目から内容を分析し、保険・DPC委員会及び経営戦略会議で報告するとともに、再審査請求の対応を行っている。 (小児) DPC・保険委員会において適正なレセプト作成に努めるとともに、レセプト内容の適正化に努め、保留や再審査請求の進捗状況について医事担当で管理し、経営戦略会議で定期的にモニタリングを行い、小児生体肝移植に係る保留レセプトの解消に努めた。8月の病院運営会議において、DPC・保険委員長が査定についてレクチャーして、職員に注意喚起した。 (精神) 委託業者協力のもと請求漏れや返戻・査定の削減につながるよう医師に注意喚起を行ったうえで適正なレセプト作成に努めた。また、返戻・査定となった項目については毎月の保険委員会にて報告を行い、保留レセプトの進捗状況については経営戦略会議にて報告を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 患者自己負担金に係る未収金については、定期的な請求・督促等の債権管理のほか回収業務の専門家への委託なども活用し、早期の回収に努める。	・ 患者自己負担金に係る未収金については、新規未収金の発生防止と発生した未収金の早期回収により残高の減少に努める。発生した未収金については、定期的な請求・督促等の債権管理のほか回収業務の専門家への委託なども活用し、早期の回収に努める。	機構全体として、滞納未収金整理要領と未収金回収マニュアルに基づき、定期的な請求・督促等の債権管理のほか回収業務委託の活用により早期回収に努めた。この結果、未収金残高は前年度から660万円減少し、回収率も42.1%と目標を大きく上回った。新規発生額は前年度比100万円増の5,600万円となり、令和7年度末の未収金は1億1,400万円となった。	S	標準 (×1.0)	5.0
	・ 診療報酬の確実な請求、管理を行うため、専門人材の育成等、医事業務の直営化に向けた検討を行い、請求漏れの防止を含め確実な収益を図る体制を構築する。	機構全体として、事務部門の体制強化の一つとして、事務職員の採用を進めた。 (循環) 診療報酬の確実な請求を行うため、少額査定についても科別に一覧を作成し医師に配布することで、医師の診療報酬に対する意識づけを行った。また、長期の保留とならないよう、毎月保留状況の確認を行い、速やかな解消に努めた。 (がん) 医事担当内の新規採用者及び転入者に向けて、診療報酬や施設基準に係るレクチャーを実施するとともに、院内の各部署からの診療報酬に関する照会へ迅速に対応し、確実な請求となるよう体制構築に努めている。 (小児) 診療報酬の確実な請求、管理を行うため、各診療科にレセプト点検医師を配置し、点検スケジュールの事前周知、点検期限に未提出の場合は催促を行い、請求漏れ等を防ぐ体制を整えた。毎月レセプト回収期限前に電子カルテのポータル画面にお知らせを掲載し、適正なレセプト作成に努めた。 (精神) 診療報酬の確実な請求のため保険委員会にて毎月の査定状況や傾向を情報共有し、適宜医局会で注意喚起を行うなど医師の診療報酬に対する意識の強化を図った。また、施設基準に関する医事担当職員の講習受講料を補助するなど、専門人材の育成を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・診療報酬制度に確実に対応するため、医療経営コンサルタントを活用し、情報収集を強化するとともに、レセプト精度調査・分析の実施により現状と課題を把握して対策を講じる。	(循環)施設基準を随時見直し、医療経営コンサルタントに意見を求め、回答を参考にした上で算定した。 (がん)機構本部が契約しているコンサルタントに対し、保険・DPC委員会へのアドバイザーとして会議に参加してもらい、返戻・査定等の改善に向けて対策を講じた。 (小児)令和6年度診療報酬改定において未届出の新設項目及び既設項目の施設基準の解釈について、医療経営コンサルタントを活用し情報収集を強化した。 また、令和4年度より行っているレセプト精度診断について、継続して調査・分析を行い対策を行った。 (精神)前年度初めて受検したレセプト精度診断の結果をもとに対応可能な項目について適宜対応した。精神科身体合併症管理加算の算定に伴う医師からの疑義について医療経営コンサルタントに意見を求め解消したことでスムーズな運用につなげた。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・TQM推進室において、医療の質の向上に向けた分析を行い、院内掲示等により職員間で情報を共有し、院内各セクションが提供するサービスの質の向上を支援する。	(循環)TQM推進だよりを年3回発行し、情報を共有した。日本病院会のQIプロジェクトのデータをTQM推進室で検討し、臨時TQM推進だよりにて職員へ周知した。また、患者に向けて、医療の質向上に向けての取組を外来モニターなどでアピールした。 (がん)TQM掲示板を設置し、医療の質向上に関する資料の掲示や、職員から寄せられた意見への対応集を作成し情報共有を図り、院内における医療の質向上の取組について支援を行った。 (小児)TQM掲示板等で医療の質向上に係る情報を共有するとともに、キックオフミーティングや講演会を開催し、院内のQCサークル活動を支援して、医療の質向上に努めた。 (精神)TQM推進だよりを計3回発行し、ガルーンによる全職員への送付や院内への掲示により、職員間で情報共有を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・地域医療機関訪問などの地域連携の強化や講演会、県民への医療機能のPRなどにより、新規外来患者の確保に努める。	(循環)集患および後方連携強化を目的として、379件の地域医療機関等との往来により、新規事業の案内、連携上の課題や体制変更、病床機能の変更などに関する情報を共有した。紹介元からのクレームは患者サポートセンターが窓口となり、適宜診療科長や病院長と共有し速やかに対応した。地域住民向けに医師等が出向いて講演を行う「出張いきいき健康塾」を14回開催し、当センターのPRを行った。 (がん)戦略的地域訪問活動と銘打って直近5年間の紹介実績より医師会トップ4(北足立郡市医師会、大宮医師会、南埼玉郡市医師会、上尾市医師会)のエリアからそれぞれ上位10施設+α(4医師会以外の主要な医療機関)を選定し特別対応施設として訪問活動にあたった。医師の同行訪問では50件、事務訪問では552件合計602件訪問し、紹介患者の獲得に努めた。また地域住民に向けた出張医療講演を9回開催し講演の他、当センターの機能についてのPRを行った。地域医療機関主催の連携会にも連携の強化を目的とし医師等が積極的に参加し懇親を深めるとともに地域のニーズの把握にも努めた。 (小児)紹介元医療機関とは当センターの医療連携機関登録制度に基づき、定期的に病院の取組等の情報発信を行った。また、地区医師会での講演会や産科医療機関への訪問等、地域性や紹介患者数を考慮して連携強化に取組んだ。 (精神)地域医療機関への訪問(16か所)、地域医療機関主催の医療連携の会への参加及び地域の医療機関向けへのニュースレターの発行など、病院機能の広報と地域医療機関のニーズの把握に努めた。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・診療科と病棟で連携し、空床状況や退院予定の情報を共有する等、ベッドコントロールの強化と病床の効率的な運用に努める。	(循環)ベッドコントロール体制の見直しを行い、空床状況を1日2回全体で把握し、どの病棟でも受入可能な体制を整備した。ICU20床となったことで、さらに集中治療室の受入れが拡大された。地域の医療機関からの受入れは、患者サポートセンターに窓口を一本化したため順調に受入れが行えた。 (がん)各部署の看護師長と当該診療科で入退院の状況を把握し、他部署と連携してベッドコントロールを行った。利用実態に即した病床のダウンサイジングに関して検討し、令和8年2月に9階西病棟を休床とした。また、病棟運営委員会において病床利用率や個室病床の運用について検討し、入院時スクリーニングなどの感染対策や重症患者の受入れに個室を効率的に利用できるよう検討を継続している。 (小児)入退院支援センターが中心となり、集中系病棟と一般病棟の連携を密にして日々のベッドコントロールと入退院の調整を行った。集中治療室が満床のときは入退院支援センターが院内にアラートを発信し、退院・転棟促進を呼び掛けて、病院全体が一致団結して入院患者を受け入れた。 (精神)毎朝の看護部内ベッドコントロールミーティングを行い入退院患者状況、空床を確認し、転棟による加算が可能か判断した上で転棟の調整を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0
--	---	---	---	--------------	-----

年度計画の指標	病院名	R7目標	R7実績	達成状況	自己評価	困難度	点数
★新規外来患者数(人)	循環器・呼吸器病センター	5,700	4,378	76.8%	C	標準 (×1.0)	2.0
	がんセンター	8,800	7,634	86.8%	B	標準 (×1.0)	3.0
	小児医療センター	12,000	13,791	114.9%	A	標準 (×1.0)	4.0
	精神医療センター	913	1,308	143.3%	S	標準 (×1.0)	5.0
★病床利用率(%)	循環器・呼吸器病センター	81.0	65.8	81.2%	B	標準 (×1.0)	3.0
	がんセンター	82.2	70.2	85.4%	B	標準 (×1.0)	3.0
	小児医療センター	83.5	82.0	98.2%	B	標準 (×1.0)	3.0
	精神医療センター	84.5	83.1	98.3%	B	標準 (×1.0)	3.0
患者自己負担金に係る未収金の対前年度末残高に対する回収率(%)	機構全体	35.0	42.1	120.3%	S	標準 (×1.0)	5.0

★中期計画に目標有:「新規外来患者数」R7目標 循環5,700人、がん8,800人、小児12,000人、精神913人

★中期計画に目標有:「病床利用率」R7目標 循環81.0%、がん82.2%、小児83.5%、精神84.5%

(2)費用の削減

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・業務量に柔軟に対応した職員配置や組織の見直しを行うとともに、働き方改革を推進し、時間外勤務を縮減するなど人件費の適正化に努める。	・業務量に柔軟に対応した職員配置や組織の見直しを行うとともに、働き方改革を推進し、時間外勤務を縮減するなど人件費の適正化に努める。	業務量に柔軟に対応した職員の配置とともに、病院間の相互応援を積極的に行った。看護補助者の配置の推進など他職種へのタスクシフト／シェアの取組等により、時間外勤務の縮減に努めた。 (循環)医師の働き方改革について、勤務間インターバル、代償休息、面接指導を適切に行った。さらに、欠員が生じた部署には非常勤職員を配置するなど柔軟な対応を図った。 (がん)働き方改革の推進を重点目標に位置付け、医師事務作業補助者を2名増員し、医師のタスクシフトを進めたほか、看護師が看護業務に注力できるよう、日勤帯及び夜勤帯の看護補助者へ身体介助等の業務の割り振りを行っている。 (小児)欠員が生じていたり時間外勤務が多かったりするセクションには、非常勤職員を配置するなど柔軟に取り組んだ。引き続き、医師労働時間短縮計画に基づき、医師の時間外労働の削減に取り組んだ。 (精神)時間外勤務の多い医師に対して面談で指導するなど、時間外勤務の縮減に取り組んだ。事務局では4月に効率的に業務を行うための「仕事のルール」を設定し、時間外勤務の縮減に向けた仕組みづくりを図った。加えて、検査部では特例勤務を活用し朝の勤務開始時間を早めることで、従前は勤務時間外に行っていた検査機器の立ち上げを時間内の業務へ置き換えることで時間外を縮減する工夫を講じた。	A	標準 (×1.0)	4.0
・医薬品や診療材料の購入に当たっては、共同購入対象品目の拡大やベンチマークシステムを活用した価格交渉、物流管理システムによる適正な在庫管理を行うなど材料費の縮減に取り組む。	・医薬品の購入にあたっては、一括調達やベンチマークシステムを活用した価格交渉を行うなど医薬品費の縮減に取り組む。	機構全体として、医薬品の一括調達を推進するとともに、購入単価の遡及変更契約により、医薬品費の縮減を図った。 (循環)医薬品は機構本部による一括調達にて入札を行い、スケールメリットを生かし費用削減を図った。 (がん)医薬品は、本部主導による一括購入により費用縮減が図られている。SPDにより一元的に在庫管理を行うことで在庫の合理的かつ効率的な管理を行った。 (小児)医薬品の購入については、可能な限り共同購入対象品目への切替えを進めた。また、入出庫を自動記録し在庫状況を可視化する個別化医薬品流通管理プラットフォームシステムを導入して、期限切れ廃棄を削減するとともに、在庫管理業務の効率化を図った。 (精神)医薬品は4病院一括での入札を実施しており、スケールメリットを活かした縮減を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・診療材料の購入にあたっては、共同購入対象品目の拡大やベンチマークシステムを活用した価格交渉、物流管理システムによる適正な在庫管理を行うなど材料費の縮減に取り組む。	機構全体として、診療材料の共同購入対象品目(NHA品)拡大のため、SPD業者と連携しNHA品の新規採用やNHA新規分野の加盟を推進した。また、ベンチマークを活用した材料費の縮減に取り組んだ。 (循環)NHAによる共同購入の推進やSPDによる在庫管理のほか、8月に卸業者との価格交渉の場を設けて費用削減に努めた。また、新たに採用する診療材料は診材委員会において審議し、価格についてもベンチマークシステムを活用することで材料費縮減を図った。特にNHA品採用促進に向けて、各部署と連携し積極的に提案を進めることで多くの材料が切り替えられた(51品提案のうち28品採用)。 (がん)4月から新たに21分類、37品目を共同購入品に切替え、共同購入対象品目の拡大に努めた。また、SPD導入による無駄のない在庫管理、現行品より安価な製品への切替え、購入額の多いメーカーに対する価格交渉により経費縮減に努めた。 (小児)診療材料の新規品目を要望するセクションは、同数の品目を減らす「1増1減」の原則を徹底するとともに、新規採用前にSPDによる価格交渉を実施することで費用削減に取り組んだ。また、SPDによる効率的な在庫管理により費用削減に努めた。 (精神)共同購入品への切替えを積極的に行い、診療材料費の縮減を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0

・医薬品の有効性や安全性に留意しながら後発医薬品の導入を進め、薬品費の縮減と患者の経済的負担の軽減を図る。	・医薬品の有効性や安全性に留意しながら後発医薬品の導入を進め、医薬品費の縮減と患者の経済的負担の軽減を図る。	(循環) 後発医薬品の供給が安定しない中でも高い水準(後発品割合:平均95.7%)での後発医薬品使用割合を維持した。医薬品コストの削減を継続して行った。 (がん) この数年間にわたる医薬品の供給不安定により、日常の医療行為継続が困難となる状況にある。有効性や安全性の確認も重要であるが、それ以上に供給の安定性の確保が最優先となっている。慎重に調査して導入した後発医薬品が供給不良となり、更に別の後発医薬品に切り替えたり、先発医薬品に戻さざるを得ない状況が続いている。そのような状況の中でも後発医薬品導入の取り組みを慎重に進め、令和7年度の後発医薬品の使用割合は93.2%となった。 (小児) 医薬品の有効性や安全性に留意しながら後発医薬品の導入を進め、後発医薬品の使用割合を前年度より高めた。 (精神) 医薬品の有効性や安全性に留意しながら後発医薬品の導入を進め、後発医薬品の使用割合を前年度より高めた。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・後発医薬品については、昨今の供給不安を鑑み、安定供給と品質確保を考慮した利用促進に努める。	(循環) 後発医薬品の供給状況に応じて発注の調整をするとともに、供給が滞る恐れがある場合は速やかに他の後発医薬品への切り替えを行い、安定的に後発医薬品が使用できるよう努めた。 (がん) 近年の医薬品の供給不良は、多分野・多品目にわたって続発的に発生しており、その中には医療の基本を支えるような医薬品も含まれるため、日常の医療行為に支障を来す状況となっている。特に後発医薬品の問題は深刻で、十分な調査・検討を重ねて後発医薬品の導入を行っても、切り替えたことが原因で、過去の実績による配分が受けられず、その成分の医薬品の入手が不可能となる事態も生じている。医薬品の供給不良による日常診療への影響を最小限に留めるように努力をしながら、後発薬切替えを行う品目を増やして、利用促進に努めている。 (小児) 小児用の後発医薬品が少ない中で、医薬品の有効性や安全性に留意しながら後発医薬品の導入を進めた。 (精神) 医薬品の流通状況に留意しながら、後発医薬品の安定供給や採用促進に努めた。	A	標準 (×1.0)	4.0
・委託契約に当たっては、競争性を確保するとともに提案方式による業者選定や複数年契約、複合契約など多様な契約手法を活用し、経費節減を進める。	・委託契約に当たっては、業務内容の見直しを行った上で、競争性を確保するとともに提案方式による業者選定や複数年契約、複合契約など多様な契約手法の活用や契約内容の見直しなどを実施し、患者へのサービス低下を招かないよう配慮しつつ経費節減に取り組んでいく。	機構全体として、スケールメリットを生かせるケースでは、複数病院で共通する業務委託契約に関し共同調達方式を推進した。 (循環) 委託契約に当たっては、可能な限り競争性のある一般競争入札を実施するほか、複数年契約(中央監視業務など)を活用した。また、フルメンテナンスの保守委託の見直しや統合によりコスト削減を図った。 (がん) 委託契約については、可能な限り競争性のある一般競争入札を実施するほか、複数年契約(建物管理業務ほか)を活用して経費節減を進めた。 令和8年度から運用を開始するRI内用療法特別措置病室について除染等業務の準備を進め、単価契約として必要経費の変動に対応できる契約形態とした。 (小児) 競争性が高い一般競争入札のほか、複数年契約を活用し、経費を節減した。 (精神) 競争性のある一般競争入札のほか複数年契約を活用し、経費節減に努めた。委託以外の予算執行時は、可能な限り複数見積を徴取して契約額を精査するなどの対応を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
・部門ごとの適切なコスト管理と県立病院全体のコスト意識向上のため、診療科別原価計算の導入を検討する。	・部門ごとの適切なコスト管理とコスト意識向上のための取組を検討する。	各部門で使用する診療材料の調達コストをベンチマークシステムを用いて全国比較・分析し、各診療部門に情報共有するとともに、新規の診療材料を採用する際にはベンチマークシステムの価格を参照し、根拠を明確するなど、適切なコスト意識の向上に務めた。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・ 光熱水費の削減に病院機構全体を挙げて取り組み、使用量の抑制と費用削減に努める。	(循環) 電気代節約のため、職員全員に対し、消灯の徹底およびエアコンの温度設定への配慮など節電を呼びかけ費用削減に取り組んだ。 (がん) 病院内で常時運転している冷水・温水ポンプの熱搬送効率の向上に加え、換気ファン節電運転制御の活用、外調機インバータ設定見直しにより、省エネルギー化を図った。 (小児) 空調機の設定温度の調整など、病院を挙げて省エネルギーを推進し、猛暑だったにも関わらず総エネルギー使用量は前年度1%減となり、費用削減に努めた。 (精神) 講堂や体育館など空調負荷の大きい大空間について、こまめに発停運転管理を行った。また職員へのエアコンの設定温度を周知するなど節電による費用の削減に取り組んだ。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 循環器・呼吸器病センターでは、共同購入対象品目の拡大、後発医薬品の割合の維持、血液製剤の破棄率の低下、医療ポンプ及び除細動器の保守点検の職員による実施等により費用削減に取り組んでいく。	(循環) 共同購入対象分野として、心臓血管外科分野、EVT分野、ME・透析関連分野の加入を継続し、対象品目の拡大を図った。また、後発医薬品の割合は高水準を維持した。血液製剤の廃棄率は、輸血管理室による手術室や集中治療室の血液製剤保冷庫管理等を行うことで廃棄率が低下した(R6:2.5% R7:2.2%)。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ がんセンターでは、院内薬事委員会等で定期的に後発医薬品の適用割合を把握し、費用削減のため流通状況を鑑みながら積極的に導入を推進する。また、SPD外で購入した診療材料について、在庫の適正管理による廃棄削減に取り組む。	(がん) 新規の抗がん薬が続発的に発売され、それらを導入し患者に対する適切な治療を実践していることで、医薬品費の上昇も続いているが、医薬品費削減に貢献するべく後発医薬品の導入拡大の努力を続け、後発医薬品の割合(数量ベース)は、令和6年度の92.4%に対して、令和7年度は93.2%と微増させることができた。 また、診療材料については、年度末の棚卸時に残数を把握し、適正管理を呼びかるとともに、SPD単価契約が可能なものは切替えを推進し、廃棄の削減に取り組んだ。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 小児医療センターでは、後発医薬品の採用促進に努め、医薬品購入費の節減を図る。また、診療材料については、ベンチマークシステムを用いた適正な価格調査を継続的に行うとともに、SPDで取り扱うことのできる診療材料への切替えを積極的に推進し、費用の削減に取り組んでいく。	(小児) 後発医薬品の採用促進に努めた。令和7年度には、薬剤部及び経営担当院長補佐医師にて、関係各診療科(消化器肝臓、感染免疫、血液腫瘍)へヒアリングを実施し、後発医薬品の採用促進を図った。診療材料については、SPDで取り扱うことのできる診療材料への切替えを積極的に推進するとともに、新たな診療材料の購入を希望するセクションに対しては、何かの診療材料を減らすという、1増1減の原則を適用し、費用の削減に取り組んだ。	A	標準 (×1.0)	4.0
	・ 精神医療センターでは、処方量が多い医薬品について、視認性が良く、一包化等に問題がない後発医薬品への切替えを進めていく。	(精神) 処方量が多い医薬品について、院内薬事委員会で後発医薬品の採用について検討し、切替えを実施した。	A	標準 (×1.0)	4.0

	・ 精神医療センターでは、令和5年度に導入した電子カルテの利便性向上に取り組む。	(精神) 人事異動に伴い、医療情報システム委員会にて委員の変更に伴う緊急時の連絡先などについて確認を行った。また、病歴委員会・医療安全管理室と連携して、仕様の変更、加算項目の追加、書式の追加、修正を行い、利便性の向上を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0
--	--	---	---	--------------	-----

年度計画の指標	病院名	R7目標	R7実績	達成状況	自己評価	困難度	点数	
★材料費対医業収益比率(%) ※10 【困難度高】	循環器・呼吸器病センター	38.1	39.3	96.9%	B	高 (×1.5)	4.5	※11
	がんセンター	38.1	44.2	86.2%	B	高 (×1.5)	4.5	
	小児医療センター	32.0	30.6	104.6%	A	高 (×1.5)	6.0	
	精神医療センター	7.0	7.2	97.2%	B	高 (×1.5)	4.5	
★後発医薬品の割合(数量ベース)数(%) 【困難度高】	循環器・呼吸器病センター	90.0	95.3	105.9%	A	高 (×1.5)	6.0	※12
	がんセンター	93.0	93.1	100.1%	A	高 (×1.5)	6.0	
	小児医療センター	75.0	84.4	112.5%	A	高 (×1.5)	6.0	
	精神医療センター	80.0	85.6	107.0%	A	高 (×1.5)	6.0	

★中期計画に目標有:「材料費対医業収益比率」R7目標 循呼38.2%、がん38.1%、小児32.0%、精神7.0%

★中期計画に目標有:「後発医薬品の割合(数量ベース)数」R7目標 循呼90.0%、がん93.0%、小児75.0%、精神80.0%

※10 「材料費対医業収益比率」はより低い割合を目標としている指標のため、目標を下回った割合を達成状況として評価する。なお、同指標について、小児医療センターで使用する高額な薬剤(ゾルゲンスマ、キムリア、イズカーゴ、ユニツキシリンに限る)については、薬品費が高額であること、また診療報酬と薬品費がほぼ同額である特殊な薬品であることから、これに係る材料費については上記の計算対象から除外する。

※11 医薬品の一括調達の推進やベンチマークシステムを活用した価格交渉等によって積極的にコスト削減を行っている中、物価高騰の影響により診療材料費が増加している状況を踏まえ、「困難度(高)」とした。

※12 後発医薬品の使用については、供給状況を慎重に見極めながら、必要に応じて他の後発医薬品へ切り替えるといった対応を実施してきたことで、機構全体として非常に高い水準を維持し、医薬品費の縮減と患者の経済的負担の軽減に大きく貢献してきたが、全国的な後発医薬品の供給不足が改善されていない状況を踏まえ、「困難度(高)」とした。

※記載事項ごとの自己評価

集計					
区分 a	個数 b	小計 c=a×b	加点 d	合計 e=c+d	平均点 f=e/b
S(5点)	3	15.0		15.0	4.2
A(4点)	30	120.0	10	130.0	
B(3点)	8	24.0	4.5	28.5	
C(2点)	1	2.0		2.0	
D(1点)	0	0.0		0.0	
計	42	161.0	14.5	175.5	

小項目評価

小項目	評価区分		自己評価
3 経営基盤の強化	S	年度計画を大幅に上回って達成している	A
	A	年度計画を達成している	
	B	年度計画を概ね達成している	
	C	年度計画を下回っており改善の余地がある	
	D	年度計画を大幅に下回っており大幅な改善が必要である	

自己評価の理由

- ・前方・後方連携の推進による患者の受入強化や未収金の早期回収等に努めて収入を確保するとともに、委託契約の見直しや、共同購入対象品目（NHA品）拡大のため、SPD業者と連携してNHA新規分野の加盟を推進するなど、経費削減に努めた。
- ・S評価3個、A評価30個と、計画比100%以上の項目の割合が約79%となった。
- ・一方でB評価8個、C評価1個と、計画比100%未満の項目の割合が約21%となった。
- ・C評価については、循・呼センターにおいてコロナ禍で減少した患者数の回復が遅れ、新規外来患者数が伸びなかったことによるものであり、今後前方連携の強化に努める必要がある。
- ・小項目を構成する記載事項ごとの自己評価の平均点は4.2点であった。
- ・以上を総合的に勘案した結果、当該小項目に関しては年度計画を達成しているため、「A」評価とした。

大項目3	予算(人件費の見積りを含む。)、収支計画及び資金計画
自己評価	
・大項目を構成する業務実績は、全て「B 年度計画を概ね達成している」という自己評価であった。 ・令和7年度は、公定価格である診療報酬の改定がなく、賃上げや物価上昇に伴う費用の増加により収益構造が悪化し、資金収支は年度計画上△797百万円であったが、令和7年度決算では△3,241百万円となった。 ・今後、安定した経営を行うためには医業収益の確保が課題となるため、積極的な前方連携・後方連携により集患を強化するとともに、業務運営の効率化を着実に進めることで、経常収支比率及び医業収支比率の改善に努めていく必要がある。	

中期目標	県立病院としての使命を果たすため業務運営の改善及び効率化を着実に進め、中期目標期間内に経常収支の均衡を達成すること。
------	--

年度計画の指標	病院名	R7目標	R7実績	達成状況	自己評価	困難度	点数
★経常収支比率(%)	機構全体	100.0	93.8	97.5%	B	標準 (×1.0)	3.0
★医業収支比率(%)【困難度高】	機構全体	79.5	74.7	96.5%	B	高 (×1.5)	4.5

★中期計画に目標有:「経常収支比率」R7目標 100%以上

★中期計画に目標有:「医業収支比率」R7目標 79.5%以上

※13 賃上げや物価の上昇に伴い費用が増加する一方で、診療報酬制度は2年に1度の改定にとどまるため、医業収益の改善に時間を要する状況にあることを踏まえて「困難度(高)」とした。

※13

小項目	3 資金計画(令和4年度)
-----	---------------

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数																																																																																																																																																						
資金計画(令和3年度～令和7年度) (単位：百万円)	予算(令和7年度) (単位：百万円)	決算(令和7年度) (単位：百万円)																																																																																																																																																									
<table><tr><th>区分</th><th>金額</th></tr><tr><td>資金収入</td><td>348,434</td></tr><tr><td> 業務活動による収入</td><td>303,729</td></tr><tr><td> 診療活動による収入</td><td>237,693</td></tr><tr><td> 運営費負担金による収入</td><td>62,187</td></tr><tr><td> その他の業務活動による収入</td><td>3,849</td></tr><tr><td> 投資活動による収入</td><td>15,956</td></tr><tr><td> 運営費負担金による収入</td><td>14,879</td></tr><tr><td> その他の投資活動による収入</td><td>1,077</td></tr><tr><td> 財務活動による収入</td><td>28,749</td></tr><tr><td> 長期借入れによる収入</td><td>28,749</td></tr><tr><td> その他の財務活動による収入</td><td>0</td></tr><tr><td>資金支出</td><td>349,917</td></tr><tr><td> 業務活動による支出</td><td>290,318</td></tr><tr><td> 給与費支出</td><td>135,914</td></tr><tr><td> 材料費支出</td><td>93,991</td></tr><tr><td> その他の業務活動による支出</td><td>60,413</td></tr><tr><td> 投資活動による支出</td><td>14,095</td></tr><tr><td> 有形固定資産の取得による支出</td><td>14,095</td></tr><tr><td> その他の投資活動による支出</td><td>0</td></tr><tr><td> 財務活動による支出</td><td>45,504</td></tr><tr><td> 移行前地方債償還債務の償還による支出</td><td>41,850</td></tr><tr><td> 長期借入金の返済による支出</td><td>3,654</td></tr><tr><td> その他の財務活動による支出</td><td>0</td></tr><tr><td>次期中期目標期間への繰越金</td><td>△ 1,483</td></tr></table> (注1) 計数は端数をそれぞれ四捨五入している。 (注2) 期間中の診療報酬改定、給与改定及び物価変動は考慮していない。	区分	金額	資金収入	348,434	業務活動による収入	303,729	診療活動による収入	237,693	運営費負担金による収入	62,187	その他の業務活動による収入	3,849	投資活動による収入	15,956	運営費負担金による収入	14,879	その他の投資活動による収入	1,077	財務活動による収入	28,749	長期借入れによる収入	28,749	その他の財務活動による収入	0	資金支出	349,917	業務活動による支出	290,318	給与費支出	135,914	材料費支出	93,991	その他の業務活動による支出	60,413	投資活動による支出	14,095	有形固定資産の取得による支出	14,095	その他の投資活動による支出	0	財務活動による支出	45,504	移行前地方債償還債務の償還による支出	41,850	長期借入金の返済による支出	3,654	その他の財務活動による支出	0	次期中期目標期間への繰越金	△ 1,483	<table><tr><th>区分</th><th>金額</th></tr><tr><td>資金収入</td><td>78,038</td></tr><tr><td> 業務活動による収入</td><td>68,313</td></tr><tr><td> 診療活動による収入</td><td>55,035</td></tr><tr><td> 運営費負担金による収入</td><td>12,423</td></tr><tr><td> その他の業務活動による収入</td><td>855</td></tr><tr><td> 投資活動による収入</td><td>2,818</td></tr><tr><td> 運営費負担金による収入</td><td>2,712</td></tr><tr><td> その他の投資活動による収入</td><td>106</td></tr><tr><td> 財務活動による収入</td><td>6,907</td></tr><tr><td> 長期借入れによる収入</td><td>6,907</td></tr><tr><td> その他の財務活動による収入</td><td>0</td></tr><tr><td>資金支出</td><td>78,835</td></tr><tr><td> 業務活動による支出</td><td>66,254</td></tr><tr><td> 給与費支出</td><td>30,285</td></tr><tr><td> 材料費支出</td><td>21,737</td></tr><tr><td> その他の業務活動による支出</td><td>14,232</td></tr><tr><td> 投資活動による支出</td><td>4,113</td></tr><tr><td> 有形固定資産の取得による支出</td><td>4,113</td></tr><tr><td> その他の投資活動による支出</td><td>0</td></tr><tr><td> 財務活動による支出</td><td>8,468</td></tr><tr><td> 移行前地方債償還債務の償還による支出</td><td>6,121</td></tr><tr><td> 長期借入金の返済による支出</td><td></td></tr><tr><td> その他の財務活動による支出</td><td>2,347</td></tr><tr><td>当該事業年度における資金収支</td><td>△797</td></tr></table> (注1) 計数は端数をそれぞれ四捨五入しており、足上げが一致しないことがある。 (注2) 期間中の診療報酬改定、給与改定及び物価変動は考慮していない。	区分	金額	資金収入	78,038	業務活動による収入	68,313	診療活動による収入	55,035	運営費負担金による収入	12,423	その他の業務活動による収入	855	投資活動による収入	2,818	運営費負担金による収入	2,712	その他の投資活動による収入	106	財務活動による収入	6,907	長期借入れによる収入	6,907	その他の財務活動による収入	0	資金支出	78,835	業務活動による支出	66,254	給与費支出	30,285	材料費支出	21,737	その他の業務活動による支出	14,232	投資活動による支出	4,113	有形固定資産の取得による支出	4,113	その他の投資活動による支出	0	財務活動による支出	8,468	移行前地方債償還債務の償還による支出	6,121	長期借入金の返済による支出		その他の財務活動による支出	2,347	当該事業年度における資金収支	△797	<table><tr><th>区分</th><th>金額</th></tr><tr><td>資金収入</td><td>73,255</td></tr><tr><td> 業務活動による収入</td><td>63,926</td></tr><tr><td> 診療活動による収入</td><td>50,231</td></tr><tr><td> 運営費負担金による収入</td><td>12,425</td></tr><tr><td> その他の業務活動による収入</td><td>1,269</td></tr><tr><td> 投資活動による収入</td><td>2,778</td></tr><tr><td> 運営費負担金による収入</td><td>2,710</td></tr><tr><td> その他の投資活動による収入</td><td>69</td></tr><tr><td> 財務活動による収入</td><td>6,551</td></tr><tr><td> 長期借入れによる収入</td><td>6,551</td></tr><tr><td> その他の財務活動による収入</td><td>0</td></tr><tr><td>資金支出</td><td>76,496</td></tr><tr><td> 業務活動による支出</td><td>64,219</td></tr><tr><td> 給与費支出</td><td>31,107</td></tr><tr><td> 材料費支出</td><td>21,107</td></tr><tr><td> その他の業務活動による支出</td><td>12,005</td></tr><tr><td> 投資活動による支出</td><td>3,619</td></tr><tr><td> 有形固定資産の取得による支出</td><td>3,350</td></tr><tr><td> その他の投資活動による支出</td><td>269</td></tr><tr><td> 財務活動による支出</td><td>8,659</td></tr><tr><td> 移行前地方債償還債務の償還による支出</td><td>6,126</td></tr><tr><td> 長期借入金の返済による支出</td><td>2,342</td></tr><tr><td> その他の財務活動による支出</td><td>191</td></tr><tr><td>当該事業年度における資金収支</td><td>△3,241</td></tr></table> (注) 計数は端数をそれぞれ四捨五入しており、足上げが一致しないことがある。	区分	金額	資金収入	73,255	業務活動による収入	63,926	診療活動による収入	50,231	運営費負担金による収入	12,425	その他の業務活動による収入	1,269	投資活動による収入	2,778	運営費負担金による収入	2,710	その他の投資活動による収入	69	財務活動による収入	6,551	長期借入れによる収入	6,551	その他の財務活動による収入	0	資金支出	76,496	業務活動による支出	64,219	給与費支出	31,107	材料費支出	21,107	その他の業務活動による支出	12,005	投資活動による支出	3,619	有形固定資産の取得による支出	3,350	その他の投資活動による支出	269	財務活動による支出	8,659	移行前地方債償還債務の償還による支出	6,126	長期借入金の返済による支出	2,342	その他の財務活動による支出	191	当該事業年度における資金収支	△3,241	B	標準 (×1.0)	3.0
区分	金額																																																																																																																																																										
資金収入	348,434																																																																																																																																																										
業務活動による収入	303,729																																																																																																																																																										
診療活動による収入	237,693																																																																																																																																																										
運営費負担金による収入	62,187																																																																																																																																																										
その他の業務活動による収入	3,849																																																																																																																																																										
投資活動による収入	15,956																																																																																																																																																										
運営費負担金による収入	14,879																																																																																																																																																										
その他の投資活動による収入	1,077																																																																																																																																																										
財務活動による収入	28,749																																																																																																																																																										
長期借入れによる収入	28,749																																																																																																																																																										
その他の財務活動による収入	0																																																																																																																																																										
資金支出	349,917																																																																																																																																																										
業務活動による支出	290,318																																																																																																																																																										
給与費支出	135,914																																																																																																																																																										
材料費支出	93,991																																																																																																																																																										
その他の業務活動による支出	60,413																																																																																																																																																										
投資活動による支出	14,095																																																																																																																																																										
有形固定資産の取得による支出	14,095																																																																																																																																																										
その他の投資活動による支出	0																																																																																																																																																										
財務活動による支出	45,504																																																																																																																																																										
移行前地方債償還債務の償還による支出	41,850																																																																																																																																																										
長期借入金の返済による支出	3,654																																																																																																																																																										
その他の財務活動による支出	0																																																																																																																																																										
次期中期目標期間への繰越金	△ 1,483																																																																																																																																																										
区分	金額																																																																																																																																																										
資金収入	78,038																																																																																																																																																										
業務活動による収入	68,313																																																																																																																																																										
診療活動による収入	55,035																																																																																																																																																										
運営費負担金による収入	12,423																																																																																																																																																										
その他の業務活動による収入	855																																																																																																																																																										
投資活動による収入	2,818																																																																																																																																																										
運営費負担金による収入	2,712																																																																																																																																																										
その他の投資活動による収入	106																																																																																																																																																										
財務活動による収入	6,907																																																																																																																																																										
長期借入れによる収入	6,907																																																																																																																																																										
その他の財務活動による収入	0																																																																																																																																																										
資金支出	78,835																																																																																																																																																										
業務活動による支出	66,254																																																																																																																																																										
給与費支出	30,285																																																																																																																																																										
材料費支出	21,737																																																																																																																																																										
その他の業務活動による支出	14,232																																																																																																																																																										
投資活動による支出	4,113																																																																																																																																																										
有形固定資産の取得による支出	4,113																																																																																																																																																										
その他の投資活動による支出	0																																																																																																																																																										
財務活動による支出	8,468																																																																																																																																																										
移行前地方債償還債務の償還による支出	6,121																																																																																																																																																										
長期借入金の返済による支出																																																																																																																																																											
その他の財務活動による支出	2,347																																																																																																																																																										
当該事業年度における資金収支	△797																																																																																																																																																										
区分	金額																																																																																																																																																										
資金収入	73,255																																																																																																																																																										
業務活動による収入	63,926																																																																																																																																																										
診療活動による収入	50,231																																																																																																																																																										
運営費負担金による収入	12,425																																																																																																																																																										
その他の業務活動による収入	1,269																																																																																																																																																										
投資活動による収入	2,778																																																																																																																																																										
運営費負担金による収入	2,710																																																																																																																																																										
その他の投資活動による収入	69																																																																																																																																																										
財務活動による収入	6,551																																																																																																																																																										
長期借入れによる収入	6,551																																																																																																																																																										
その他の財務活動による収入	0																																																																																																																																																										
資金支出	76,496																																																																																																																																																										
業務活動による支出	64,219																																																																																																																																																										
給与費支出	31,107																																																																																																																																																										
材料費支出	21,107																																																																																																																																																										
その他の業務活動による支出	12,005																																																																																																																																																										
投資活動による支出	3,619																																																																																																																																																										
有形固定資産の取得による支出	3,350																																																																																																																																																										
その他の投資活動による支出	269																																																																																																																																																										
財務活動による支出	8,659																																																																																																																																																										
移行前地方債償還債務の償還による支出	6,126																																																																																																																																																										
長期借入金の返済による支出	2,342																																																																																																																																																										
その他の財務活動による支出	191																																																																																																																																																										
当該事業年度における資金収支	△3,241																																																																																																																																																										

※記載事項ごとの自己評価

集計					
区分 a	個数 b	小計 c=a×b	加点 d	合計 e=c+d	平均点 f=e/b
S(5点)	0	0.0		0.0	3.5
A(4点)	0	0.0		0.0	
B(3点)	3	9.0	1.5	10.5	
C(2点)	0	0.0		0.0	
D(1点)	0	0.0		0.0	
計	3	9.0	1.5	10.5	

小項目評価

小項目	評価区分		自己評価
予算(人件費の見積りを含む。)、収支計画及び資金計画	S	年度計画を大幅に上回って達成している	B
	A	年度計画を達成している	
	B	年度計画を概ね達成している	
	C	年度計画を下回っており改善の余地がある	
	D	年度計画を大幅に下回っており大幅な改善が必要である	

自己評価の理由

- ・令和7年度は、公定価格である診療報酬の改定がなく、賃上げや物価上昇に伴う費用の増加により収益構造が悪化した。
- ・経常収支比率、医業収支比率はともに目標値を下回ったことからB評価となり、資金収支も年度計画上は△797百万円であったが、令和7年度決算では△3,241百万円となったことから、B評価とした。
- ・3項目全てがB評価となり、小項目を構成する記載事項ごとの自己評価の平均点は3.5点であった。
- ・以上を総合的に勘案した結果、当該大項目に関しては年度計画を概ね達成している水準となる「B」評価とした。

大項目4	県の保健医療行政への協力と災害発生時の支援
自己評価	
・大項目を構成する業務実績は、全て「A 年度計画を達成している」という自己評価であった。 ・県の中核病院として、循環器系及び呼吸器系の高度専門病院として緊急性の高い救急患者の受入れを断らない救急に努めた。 ・がんセンターでは、埼玉県のがん診療連携拠点病院として県内の医療機関への情報提供等を行った。 ・小児医療センターでは、県内医療機関への小児科当直医派遣を行った。 ・精神医療センターでは、精神保健指定医の措置診察を土日や夜間を問わず積極的に実施するなど、県の保健医療行政に協力した。 ・また、災害支援を行う埼玉DMAT、埼玉DPATが正しく機能するよう訓練や説明会を実施し、防災体制を強化した。	

中期目標	県が進める保健医療行政に積極的に協力すること。 新たな感染症などの発生時には、関係機関と連携し、迅速な対応を図ること。 大規模な災害が発生した場合は、埼玉県立小児医療センター（災害拠点病院、埼玉DMAT指定病院）、埼玉県立精神医療センター（埼玉DPAT先遣隊）はもとより、各病院は救護活動などの対応を迅速かつ適切に行うこと。 埼玉県立精神医療センターを災害拠点精神科病院に指定するために必要な整備を行うこと。
------	--

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・埼玉県5か年計画や埼玉県地域保健医療計画を踏まえ、「第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置」で掲げた事項のほか、県の救急医療における適正受診推進等への取組に協力するなど県が進める保健医療行政に積極的に協力する。	・埼玉県5か年計画や埼玉県地域保健医療計画（第8次）を踏まえ、「第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置」で掲げた事項のほか、効率的で質の高い医療提供体制の構築に協力するなど県が進める保健医療行政に積極的に協力する。	（循環）循環器系及び呼吸器系の高度専門病院として、当センターに求められる役割を果たしつつ、緊急性の高い救急患者においては、24時間365日受入れを断らない救急に努めた。また、結核患者を延べ2,636人受け入れ、県の保健医療行政に協力した。 （がん）県立のがん専門病院として、県内のがん医療の中核となる高度・先進的ながん医療の提供とともにがん検診の精度向上に向けた取組を進めた。また、埼玉県のがん診療連携拠点病院として、県内医療機関への情報提供等に努め、ゲノム医療拠点の使命を果たすべく連携医療機関の拡大に努め、82件の連携症例についてエキスパートパネルを開催した。 （小児）「高度専門・政策医療の持続的提供と地域医療への貢献」「患者の視点に立った医療の提供」「安全で安心な医療の提供」の各々について取り組むとともに、県内医療機関への小児科当直医派遣など、県が進める保健医療行政に積極的に協力した。 （精神）講演会の講師派遣などに積極的に貢献するほか、保健所の技術協力や県職員健康審査会など県からの業務依頼にも協力した。また、県知事からの命令に基づく精神保健指定医の措置診察等も積極的に実施した。	A	標準 (×1.0)	4.0

・ 新型コロナウイルス感染症などの新たな感染症対策として、標準的な予防策及び発生時の初期対応を徹底し、関係機関との連携強化を図るとともに、県立病院の機能、特性及び専門人材を生かした取組を推進する。	・ 新興感染症対策として、標準予防策及び発生時の初期対応を徹底し、関係機関との連携強化を図るとともに、県立病院の機能、特性及び専門人材を生かした取組を推進する。	(循環)近隣の医療機関、保健所、医師会と連携し、新興感染症発生時の対応訓練を実施した。また、連携している病院に赴き感染対策の指導を行ったほか、近隣病院で新型コロナウイルス感染症によるクラスターが発生した際は、院内感染対策に対する助言を行うなど、地域の感染対策における基幹的役割を果たした。 (がん)感染防止マニュアルとは別に策定している新型コロナウイルス対策マニュアルの改訂を行い、全職員へ周知・徹底を行った。また、入院時スクリーニングを継続し、積極的に抗原定量検査を行い、標準予防策と組み合わせ、感染拡大防止に努めた。さらに、加算1施設(地域の感染症対策の中心的役割を担う)として、保健所、医師会と連携し新興感染症を想定した合同訓練を開催した。 (小児)標準予防策や症状確認などを徹底し、感染症防止対策の徹底に努めるとともに、保健所や地域の医療機関と連携し取組を推進した。また、感染対策向上加算について、関係医療機関及び保健所との地域連携カンファレンスを4回開催し、地域のクリニックとのカンファレンスを2回実施した(8月、2月。19医療機関)。 (精神)標準予防策や初期対応を徹底し、他の精神科病院で対応できない新型コロナウイルス感染症患者を受け入れ、関係機関と連携しながら対応した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 埼玉県立小児医療センターについては、災害拠点病院及び埼玉DMAT指定病院として、大規模災害発生時には重篤救急患者の受入れや災害派遣医療チーム(DMAT)の派遣を行う。	・ 小児医療センターは、災害拠点病院及び埼玉DMAT指定病院として、マニュアルの整備や訓練を行い、大規模災害発生時には重篤救急患者の受入れや災害派遣医療チーム(DMAT)の派遣を行う。	(小児)災害拠点病院及び埼玉DMAT指定病院として、大規模災害発生時の対応について「災害対策本部マニュアル」「トリアージマニュアル」「火災・地震初動マニュアル」に基づき、災害対策訓練(7/16)を実施したほか、DMATの体制維持のため各種訓練、研修に参加した。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 災害時に新生児等の搬送のコーディネート機能を担う災害時小児周産期リエゾンを養成する。	・ 小児医療センターは、災害時に新生児等の搬送のコーディネート機能を担う災害時小児周産期リエゾンを養成する。	(小児)災害時小児周産期リエゾンの養成に努め、医師8人、看護師3人がリエゾンとして指定されている。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 埼玉県立精神医療センターについては、DPAT先遣隊登録機関として災害時等においてDPAT先遣隊を派遣する。	・ 精神医療センターは、DPAT先遣隊登録機関として災害時等においてDPAT先遣隊を派遣する。	(精神)県からの要請に応じてDPAT先遣隊を速やかに派遣できるように、備品や食料等の在庫状況を点検・管理した。また、1月に開催された県主催の埼玉県DPAT研修に研修内容の検討段階から参加し、事前学習のための動画作成、研修当日のファシリテーターを行うことで、技能の維持を図った。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 災害時に精神科医療を必要とする患者の受入れ及び搬送等を行う災害拠点精神科病院の指定を目指して、必要な施設・設備の整備や運営体制の構築を図る。	・ 精神医療センターは、災害時に精神科医療を必要とする患者の受入れ及び搬送等を行えるよう、既存施設や新たに整備した備蓄倉庫などを十分に活用して必要な施設・設備の整備や運営体制の構築に引き続き取り組む。	(精神)災害拠点精神科病院の指定について、現在検討している精神医療センターの建替え等の計画の中に組み込むことで引き続き整備に向けた検討を進めた。また、冷風機等を購入し備蓄倉庫内の装備品の拡充を行うなど、災害時の備品の充実に努めた。	A	標準 (×1.0)	4.0

※記載事項ごとの自己評価

集計					
区分 a	個数 b	小計 c=a×b	加 点 d	合 計 e=c+d	平均点 f=e/b
S(5点)	0	0.0		0.0	4.0
A(4点)	6	24.0		24.0	
B(3点)	0	0.0		0.0	
C(2点)	0	0.0		0.0	
D(1点)	0	0.0		0.0	
計	6	24.0	0.0	24.0	

小項目評価

小項目	評価区分		自己評価
県の保健医療行政への協力と災害発生時の支援	S	年度計画を大幅に上回って達成している	A
	A	年度計画を達成している	
	B	年度計画を概ね達成している	
	C	年度計画を下回っており改善の余地がある	
	D	年度計画を大幅に下回っており大幅な改善が必要である	

自己評価の理由

- ・各病院は各々が県の中核病院として県の保健医療行政に取り組むとともに、DMATやDPAT等の体制整備や訓練を実施することで災害発生時の対応力を高めた。
- ・A評価6個と、全て計画比100%以上の項目となった。
- ・大項目を構成する記載事項ごとの自己評価の平均点は4.0点であった。
- ・以上を総合的に勘案した結果、当該大項目に関しては年度計画を達成しているため、「A」評価とした。

大項目5	その他業務運営に関する重要事項
自己評価	
・大項目を構成する3つの小項目は、全て「A 年度計画を達成している」という自己評価であった。 ・「1 法令・社会規範の遵守」については、職員への倫理観や社会規範に対する啓発を進めるとともに、病院運営の透明性を確保するための情報発信に取り組んだ。 ・「2 計画的な施設及び医療機器の整備」については、緊急性、必要性を考慮しながら、老朽化した施設の整備を行い、県民の医療ニーズや費用対効果、医療技術の進展等を考慮しながら、医療機器の整備を行った。 ・「3 精神医療センター建替えの検討」については、精神科医療の将来需要推計に係る調査分析を行い、将来的な精神科医療ニーズを踏まえた精神医療センターの在り方の検討を進めた。 ・総括として、県立病院として、職員一人ひとりが法令、社会規範を遵守するための取組を確実に行うとともに、必要性や費用対効果等を総合的に勘案し、計画的に施設や医療機器の整備を進めた。	

小項目	1 法令・社会規範の遵守
-----	--------------

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・職員一人ひとりが県立病院としての公的使命を認識し、医療法(昭和23年法律第205号)をはじめとする法令を遵守し、高い倫理観を持って社会規範を尊重する。	・職員一人ひとりが県立病院としての公的使命を認識し、医療法(昭和23年法律第205号)をはじめとする法令を遵守し、高い倫理観を持って社会規範を尊重する。	職員一人ひとりが法令を遵守し、医療者として常に高い倫理観を持って業務にあたるとともに、社会規範の尊重に努めた。具体的には、年5日の年休の確実な取得など、法に定められる事項に係る周知などを通して、倫理観や社会規範に対する職員への啓発を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
・県民に信頼される県立病院として、法人運営の透明性の確保に努め、業務内容や業務改善等の情報発信に積極的に取り組む。	・県民に信頼される県立病院として、法人運営の透明性の確保に努め、業務内容や業務改善等の情報発信に積極的に取り組む。	機構全体として、地方独立行政法人としてホームページ上で発信すべき情報については、県民や患者に適切な情報が発信されるよう取り組んだ。また、理事会情報や職員採用情報、入札情報など必要な情報を適宜発信した。 (循環)適時のホームページ更新、院内広報によって情報発信に積極的に取り組むとともに、病院長への手紙、患者アンケート等患者からの意見に対して、誠実な対応に努めた。 (がん)適宜ホームページの更新を行い、情報の発信を行っている。また病院長への手紙等患者からの意見への誠実な対応に努め、対応をホームページや院内掲示板で公開している。公開情報へのアクセス性と一層の高い親和性の実現に向け、令和8年度内を目標にホームページのリニューアルを計画している。 (小児)ホームページ、SNS、広報誌を通じて情報発信に努めた。また、病院長への手紙等で患者から寄せられた意見については、関係部署で共有して誠実に対応した。更に改善状況は院内掲示により公表した。 (精神)地域医療機関への訪問(16か所)、地域医療機関主催の医療連携の会への参加及び地域の医療機関向けのニュースレターの発行など病院機能の広報と地域医療機関のニーズの把握に努めた。	A	標準 (×1.0)	4.0

※記載事項ごとの自己評価

集計					
区分 a	個数 b	小計 c=a×b	加点 d	合計 e=c+d	平均点 f=e/b
S(5点)	0	0.0		0.0	4.0
A(4点)	2	8.0		8.0	
B(3点)	0	0.0		0.0	
C(2点)	0	0.0		0.0	
D(1点)	0	0.0		0.0	
計	2	8.0	0.0	8.0	

小項目評価

小項目	評価区分		自己評価
1 法令・社会規範の遵守	S	年度計画を大幅に上回って達成している	A
	A	年度計画を達成している	
	B	年度計画を概ね達成している	
	C	年度計画を下回っており改善の余地がある	
	D	年度計画を大幅に下回っており大幅な改善が必要である	

自己評価の理由

- ・県立病院として職員一人ひとりが法令を遵守し、研修の実施を通じて醸成した倫理観をもって業務に取り組んだ。各病院の活動については、透明性の確保を図るため各病院のホームページなどで積極的な発信を行った。
- ・A評価2個と、全て計画比100%以上の項目となった。
- ・小項目を構成する記載事項ごとの自己評価の平均点は4.0点であった。
- ・以上を総合的に勘案した結果、当該小項目に関しては年度計画を達成しているため、「A」評価とした。

小項目	2 計画的な施設及び医療機器の整備
-----	-------------------

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
・ 施設については、老朽化の度合いや県立病院の運営上の緊急性や必要性等を考慮し計画的に整備する。	・ 施設については、老朽化の度合いや緊急性、必要性等を考慮し計画的に整備する。	老朽化したエネルギー棟熱源設備改修工事(循・呼センター)、本館棟屋上防水改修工事(精神医療センター)をはじめ、老朽化の度合いや病院運営上の緊急性や必要性等を考慮し計画的に施設整備を行った。	A	標準 (×1.0)	4.0
・ 医療機器については、県民の医療ニーズや費用対効果、医療技術の進展等を考慮し計画的に更新する。	・ 医療機器については、県民の医療ニーズや費用対効果、医療技術の進展等を考慮し計画的に整備する。	手術用顕微鏡・内視鏡手術システム(小児医療センター)、経皮心筋焼灼術用電気手術ユニット(循・呼センター)などの高額医療機器をはじめ、県民の医療ニーズや費用対効果、医療技術の進展等を考慮し計画的に医療機器の更新手続を進めた。 (循呼)高圧蒸気滅菌器の更新に当たり、滅菌業務の効率向上を図るため必要な機能要件を見直しつつ費用対効果を踏まえて購入費の削減を図った。 (がん)老朽化したX線TV装置やMG撮影装置などの更新を計画的に行い、県民の医療ニーズに応えることのできる体制を整備した。 (小児)生体情報モニタリングシステムの更新に当たっては、3年計画で複数病院分をまとめて本部執行とするなど、スケールメリットを生かして価格を抑えた。また、手術用顕微鏡の更新を進めて、手術収益の維持向上に努めた。更に、医薬品の入出庫を自動記録し、在庫状況を可視化する個別化医薬品流通管理プラットフォームシステムの拡大を計画して、期限切れ廃棄を削減するとともに、在庫管理業務の効率化を図った(R7～R8年度執行)。 (精神)超音波診断装置や尿蛋白定量装置など、費用対効果等を踏まえて計画的に更新した。	A	標準 (×1.0)	4.0

中期計画			年度計画			業務実績	
内 容	予定額	財 源	内 容	予定額	財 源	内 容	実績額
施設及び医療機器の整備	14,095	埼玉県長期借入金等	施設及び医療機器の整備	4,113	埼玉県長期借入金等	施設及び医療機器の整備	3,772

※記載事項ごとの自己評価

集計					
区分 a	個数 b	小計 c=a×b	加点 d	合計 e=c+d	平均点 f=e/b
S(5点)	0	0.0		0.0	4.0
A(4点)	2	8.0		8.0	
B(3点)	0	0.0		0.0	
C(2点)	0	0.0		0.0	
D(1点)	0	0.0		0.0	
計	2	8.0	0.0	8.0	

小項目評価

小項目	評価区分		自己評価
2 計画的な施設及び医療機器の整備	S	年度計画を大幅に上回って達成している	A
	A	年度計画を達成している	
	B	年度計画を概ね達成している	
	C	年度計画を下回っており改善の余地がある	
	D	年度計画を大幅に下回っており大幅な改善が必要である	

自己評価の理由

- ・診療機能の維持、向上を図るために緊急性、必要性を考慮しながら、老朽化した施設の改修工事を実施した。また医療機器については、更新時期について費用対効果を検証しながら計画的な整備に取り組んだ。
- ・A評価2個と全て計画比100%以上の項目となった。
- ・小項目を構成する記載事項ごとの自己評価の平均点は4.0点であった。
- ・以上を総合的に勘案した結果、当該小項目に関しては年度計画を達成しているため、「A」評価とした。

小項目	3 埼玉県精神医療センター建替えの検討
-----	---------------------

中期計画	年度計画	業務実績	自己評価	困難度	点数
埼玉県立精神医療センターについては、中期計画期間中の建替えを視野に、将来的な精神科医療ニーズ等を見込んだ検討を進める。	精神医療センターについては、中期計画期間中の建替えを視野に、将来的な精神科医療ニーズ等を踏まえた病棟機能の再編や外来機能の充実などについてこれまでの「精神医療センターの在り方検討会議」から外部有識者を交えた検討に移行するなど、検討を進める。	(精神)院内あり方検討会議を計12回開催し、災害拠点精神科病院の指定に向けた整備、高校生年代への対応、身体合併症患者への対応、外来機能の強化及び外国人患者への対応を中心に検討したうえで基本構想のたたき台を策定した。策定したたたき台のブラッシュアップのため建替えに係る職員アンケート、全国の児童・思春期精神科入院医療管理料を算定している医療機関へ向けたアンケート、併せて県内の特別支援教育コーディネーターに向けたアンケートの計3種類のアンケートを実施しその結果を取りまとめた。並行して、精神科医療の将来需要推計に係る調査分析をコンサルタントに委託して実施した。さらに、分析結果とアンケートの結果をもとに、1月と3月に外部有識者を交えた将来構想検討委員会を開催して建替えに向けた検討を重ねた。	A	標準 (×1.0)	4.0

※記載事項ごとの自己評価

集計					
区分 a	個数 b	小計 c=a×b	加点 d	合計 e=c+d	平均点 f=e/b
S(5点)	0	0.0		0.0	4.0
A(4点)	1	4.0		4.0	
B(3点)	0	0.0		0.0	
C(2点)	0	0.0		0.0	
D(1点)	0	0.0		0.0	
計	1	4.0	0.0	4.0	

小項目評価

小項目	評価区分		自己評価
3 埼玉県精神医療センター建替えの検討	S	年度計画を大幅に上回って達成している	A
	A	年度計画を達成している	
	B	年度計画を概ね達成している	
	C	年度計画を下回っており改善の余地がある	
	D	年度計画を大幅に下回っており大幅な改善が必要である	

自己評価の理由
- 精神医療センターにおける院内在り方検討会議にて、災害拠点精神科病院の指定に向けた整備、高校生年代への対応、身体合併症患者への対応及び外来機能の強化および外国人患者への対応を中心に検討するとともに、精神科医療の将来需要推計に係る調査分析を行った。 - 当該小項目に関しては年度計画を達成しているため、「A」評価とした。

□ その他評価外項目

大項目6 短期借入金の限度額		
中期計画	年度計画	業務実績
1 限度額 10,400百万円 2 想定される短期借入金の発生理由 運営費負担金の受入れ遅延等による一時的な資金不足、想定外の退職者の発生に伴う退職手当等多額の資金需要への対応	1 限度額 10,400百万円 2 想定される短期借入金の発生理由 運営費負担金の受入れ遅延等による一時的な資金不足、想定外の退職者の発生に伴う退職手当等多額の資金需要への対応	借入の必要なし。

大項目7 重要な財産を譲渡し、又は担保に供する計画		
中期計画	年度計画	業務実績
なし	なし	なし

大項目8 剰余金の使途		
中期計画	年度計画	業務実績
決算において剰余が発生した場合は、病院施設の整備、医療機器の購入、高度医療を担う人材育成等に充てる。	決算において剰余が発生した場合は、病院施設の整備、医療機器の購入、高度医療を担う人材育成等に充てる。	令和7年度決算においては、利益剰余金が発生していない。