

# 平成28年度BSCフォローアップシート（年度末評価用）

所属名： 成人病センター

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容			年間期進捗状況				評価・今後の対応	
		業績評価指標	数値目標	主なアクションプラン	アクションプラン取組の有無	アクションプラン実績	数値目標実績	4段階評価		
顧客の視点	病院機能の向上	入院患者満足度調査評点 外来患者満足度調査評点	入院4.5 外来4.5	1	接遇および患者さんの視点に立った病院機能の向上	○	・7月に患者満足度調査を実施し、結果を院内に周知するとともにホームページにアップした。 ・外部講師による接遇研修(10月)、接遇トレーナー養成研修参加(11月)、クリスマスコンサート(12月)、車椅子・インスタントシニア体験(1月)を行った。	入院4.5 外来4.1	B	・昨年度と比べて入院患者満足度調査点は0.1ポイント評価を上げて、目標を達成することができた。接遇研修、接遇トレーナー養成研修への参加、クリスマスコンサート、車椅子・インスタントシニア体験(院内ラウンド)も実施時期の変更などはあったものの、無事に実施することができ、今後の患者満足度向上に寄与することが期待できる。 ・次年度にも同様調査、院内周知、公表の流れを迅速に行い、結果を病院機能の向上に生かす。
				2	相談機能(総合相談等)の充実	○	・相談件数も増え、医療・福祉相談についての周知を図れた。また、個々の案件で患者さんの満足度は高い。 ・相談内容については、毎週患者相談検討会を開催し相談内容、対応について相談員で共有を行うとともに、懸案事項について医療安全対策室員も含め検討を行った。		B	・患者相談件数は増加しており、医療・福祉相談室としての院内外の周知を図ることができた。 ・新病棟開設に伴う相談窓口移転の広報を行ったことにより、スムーズな移行ができた。 ・次年度も院内外への周知を徹底し、相談支援の充実を図る。
				3	病院機能の再構築(新病棟の建設)	◎	・新病棟建設工事完了(8月) ・医療機器・什器備品の購入、物品移転、機器移設、患者移送(約150名) ・竣工式典の実施(10月22日)、新病棟開院(11月7日) ・西館改修工事業者選定・工事着工		B+	・新病棟建設工事については、計画どおり工事が完了し、建物の引渡しを受けることができた。また、その後の移転も大きな問題なく無事に完了し、計画通り11月7日に開院を迎えた。今後、新病棟としての機能を発揮していく。 ・平成29年度に西館改修が完了し(6月30日建物引渡し予定)、移転や東館の工事が行われることを念頭に、工事業者との調整を行う。
	全県型医療および近未来型地域医療福祉の展開	健康情報の発信回数	12	4	遠隔・迅速病理診断支援の実施体制の確立・推進(基盤部分)	○	・病理診断事業定例会を開催。(毎週) ・平成28年度滋賀県病理ICT協議会を2回開催。(7月7日)(3月22日) ・遠隔病理システムの更新を検討した。 ・内閣官房(AMED)補助事業「AIを活用した病理画像データベース」案件の対応を継続している。 ・びわ湖細胞病理テュートリアル、病理技術向上講座、地域ICT活用広域連携シンポジウムを開催。 ・第15回しが医工連携ものづくりネットワーク会議、全国自治体病院学会、関西健康・医療創生会議等で遠隔病理診断について講演。 ・びわ湖放送「健康フィロソフィ」、滋賀プラスワンで遠隔病理診断ネットワークを紹介。	12	B	・さざなみ病理ネットを全国に広げたいとの思いから国に支援をお願いしていたが、病理画像の集積およびAIによる画像解析、自動診断の研究についてAMEDの研究事業を日本病理学会が受託することとなり、その一部を滋賀県が請け負うこととなった。病理画像集積用大規模データベースを構築する案件は、病理学会を事業主体として、さざなみ病理事業を引き続き協力・押し進めることとなった。 ・全国病理ネットワークの敷設と、既存ネットワークの接続に係る仕様を検討する。 ・びわ湖メディカルネットへの移行を来年度中を目標として対応することが協議会で確認された。 ・新たなネットワーク参加施設はないが、既参加施設間において、遠隔術中迅速診断、意見コンサルテーションなど順調に稼働、運用されている。 ・びわ湖細胞病理テュートリアル、病理技術向上講座、地域ICT活用広域連携シンポジウムを開催し多数の参加を得ている。 ・各講演会や広報媒体を通じて遠隔病理診断ネットワークの普及啓発に努めている。
				5	健康情報の発信	○	・「健康教室」を毎月1回定期的に開催し、計画通り年間で12回実施した。 ・各回の内容をDVD化すると同時にホームページで動画配信を行った。 ・健康教室の広報に毎回しらがメールを利用した。また、そのメールで動画配信についても告知した。		A	・計画どおり事業が実施できた。 ・しらがメールの利用など、広報を工夫したことで、健康教室の参加者や動画視聴回数などが増加した。 ・次年度も同様に月1回の健康教室の開催を実施していく。
				6	入院・外来患者への栄養情報の提供	○	・栄養情報の作成・配布(12回、1747枚) ・入院患者へのリーフレットの作成・配布(12回、1878枚)		A	・予定どおり配布し、情報発信ができています。 ・次年度も継続
紹介患者数(月平均)	930	8	地域医療連携の推進(病診在宅連携体制の構築)	◎	・地域医療支援病院の標榜、診療所訪問、連携登録医拡充等、積極的に行った。 ・下半期に、連携登録医内覧会、連携登録医研修会、地域医療支援病院運営委員会の開催等を実施した。 ・湖西地域の登録医を新規開拓し17件増加した。また、介護施設とも新たに1件連携することとなった。 ・連携登録医を紹介する広報資料を新たに作成し、1Fロビーに設置した。	1000	A+	・積極的に退院支援をするとともに、診療所訪問や内覧会、研修会等で連携登録医との関係を強化したことにより、計画通り紹介患者数の増加を図ることができた。引き続き、連携登録医との関係強化を行うなど地域医療連携を推進する。 ・開業医訪問、広報資料の整備、委員会での意見交換など多角的に病診在宅連携体制の構築に寄与できた。 ・新たな中期計画に基づき、地域医療支援病院として、地域の医療関係者との協議を継続する。		
				◎	・地域医療支援病院の標榜、診療所訪問、連携登録医拡充等、積極的に行った。 ・下半期に、連携登録医内覧会、連携登録医研修会、地域医療支援病院運営委員会の開催等を実施した。 ・湖西地域の登録医を新規開拓し17件増加した。また、介護施設とも新たに1件連携することとなった。 ・連携登録医を紹介する広報資料を新たに作成し、1Fロビーに設置した。		A+			
				◎	・地域医療支援病院の標榜、診療所訪問、連携登録医拡充等、積極的に行った。 ・下半期に、連携登録医内覧会、連携登録医研修会、地域医療支援病院運営委員会の開催等を実施した。 ・湖西地域の登録医を新規開拓し17件増加した。また、介護施設とも新たに1件連携することとなった。 ・連携登録医を紹介する広報資料を新たに作成し、1Fロビーに設置した。		A+			
退院調整カンファレンスの開催回数	275	10	地域医療ネットワークシステムによる医療情報共有(基盤構築・運用)	○	・予約機能追加のプロポーザル入札を行った。 ・総務省補助事業に係る技術的支援を継続している。	281	A	・予約機能を導入・実装する。 ・総務省補助事業(小規模医療機関における双方向情報開示)の検討を押し進める。		

平成28年度BSCフォローアップシート（年度末評価用）

所属名： 成人病センター

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容			年間進捗状況				評価・今後の対応	
		業績評価指標	数値目標	主なアクションプラン	アクションプラン取組の有無	アクションプラン実績	数値目標実績	4段階評価		
顧客の視点	がん・血管病・生活習慣病治療の充実	がん患者数(年間退院患者数)	3,210	12	がん診療成績等の積極的な公表	○	・地域がん登録統計をHPに公表し、「滋賀県のがん統計」リーフレットを発行した。 ・院内がん登録に関して、院内に向けて「がん登録だより」をサイハウス 掲示板に公開した。	2,928	B	・地域がん登録情報は予定どおり公開できた。 ・院内がん登録は、院外への公表の前に、まず院内へ公表した。今後、院外に向けてHPを更新する予定。 ・5年生存率は、全がん協の施設別統計サイトへのリンクを公開予定。
		脳神経疾患・心臓血管疾患・糖尿病患者数(年間退院患者数)	2,480	13	高度医療機器の計画的な導入	○	・医療機器整備委員会を10回開催し、整備医療機器の選定、仕様検討、戦略的整備備品の検討を行い、新病棟へ導入した。	1,825	B	・故障や老朽化により更新を要する機器が増加するため、新規購入のみならず、更新時にも必要性等を十分検討し、計画的な整備を進め、購入後の稼働について評価する。
		悪性腫瘍手術件数(うち5大がん)	1030(530)	14	手術療法、化学療法、放射線療法、緩和ケアの充実	○	・がん診療セミナーを10回(県民公開講座3回を含む)開催した。 ・新病棟開設を機に、化学療法室を化学療法センターへ新設した。 ・滋賀県緩和ケア研修を開催した。 ・がん医療推進委員会を開催した。 ・放射線療法の充実・強化のために受入体制・品質管理を充実させた。	1005(445)	B	・がん関係の研修、がん診療セミナーをほぼ計画どおり開催できた。次年度も継続する。 ・がん医療推進委員会にて、拠点病院現況報告書の説明、BSCのうちがん診療に関する取組の進捗確認等を行い、情報共有した。 ・放射線療法の件数増加に向け、受入体制・品質管理の充実の継続。
		放射線治療件数(月平均)	1,060	15	がん相談支援センターの機能充実	◎	・がん相談支援センターの周知を図ることにより相談件数が増加した。(目標790件に対して実績2,026件) ・がん患者サロンの運営(毎月1回) ・社労士ならびにハローワークによる就労支援を毎月定期的の実施した。 ・新病棟の移転に伴い、がん相談支援センターならびに併設するがん情報コーナーを充実させた。	867	B+	・がん相談支援センターの周知、がん患者サロンの開催、就労支援の定期実施など多角的に機能の充実に寄与できた。 ・新病棟開設に伴うがん相談支援センターおよびがん情報コーナーの移転に伴う広報をしっかりと行うとともに、アピアランス支援の充実等、質も向上にも努めた。 ・引き続き多面的に機能を充実させていく。
		外来化学療法件数(月平均)	650	16	がん診療連携の推進	○	・滋賀県がん診療連携協議会について、計画どおり運営することが出来た。 ・歯科医師会主催の医科歯科連携講習会に医師を派遣し連携を深める等の取組を行った。 ・がん医療フォーラムを開催し情報提供を行った。	435	B	・がん診療連携協議会や各部会、がん医療フォーラムを計画通り実施することはできた。今後も継続する。 ・がん診療医科歯科連携講習会に参加することで連携を深めることができた。今後も継続する。 ・新指針や今後見直しが見込まれる第3次がん対策推進基本計画を見据え、協議会・部会の体制を検討する。
			17	病理診断の迅速化	○	・消化器生検などの小さな検体については約2-3日、大きな手術標本については約1週間を目途にして診断を返却。		B	・消化器生検などの小さな検体については約2-3日、大きな手術標本については約1週間を目途にして診断を返却しており、迅速な対応ができています。大きな手術標本などでは固定に時間がかかり、固定終了までは次のステップに進めないため、やむを得ず1週間を超えることもある。今後とも、病理診断の迅速化を進める。	
	医療安全の徹底	インシデント・アクシデントレポートに対する分析・活用件数	80	18	インシデント、アクシデントレポートの分析・活用および院内周知	○	・インシデント・アクシデントレポート分析・活用件数 →医療安全カンファレンスでのSHELL分析・Medical SAFER分析6回/ヒヤリング回数13回/その他40回 ・院内周知 →お知らせ・ニュース・ポスターなどの発行3回/ヒヤリハット劇場3事例 ・チーム活動(各所属) →SHELL分析・Medical SAFER分析29回	65	B	・平成23年より医療安全カンファレンスの定例化を実践、ヒヤリハット劇場や医療安全推進者研修等の実施により、医療安全に対する意識の向上や改善が図られた。今後は、医療安全推進者に加え職員全体の分析能力の底上げが今後必要である。
		MRSA感染件数	0.5%	19	感染対策の充実	○	・院内感染対策サーベイランス ・カルバペネム系抗菌薬届出および抗MRSA薬届出の率の向上 ・ICT感染症ラウンドおよびカルテラウンドを継続し検出菌、抗菌薬使用状況を情報共有し、主治医に抗菌薬適正使用および培養検査を依頼。 ・標準予防策および接触感染予防策実施の指導 ・院内感染対策ラウンドの実施 ・感染防止講演会の開催 ・ICP会の活動 ・血液培養2セット実施の啓蒙	0.21%	A	・ICT感染症ラウンドおよびカルテラウンドを毎週施行し、中間評価以降は特に抗菌薬適正使用について主治医へメッセージを発信する取り組みが実践できた。その取り組みなどの結果により、MRSA感染率は前年度(0.3%)から大幅に低下した。 ・引き続きの抗菌薬適正使用に対する意識付けと、それに対する啓蒙が必要である。 ・ICTにより、抗菌薬適正使用について一般的な指導を行うとともに、難治・重症感染症例に対する、感染症専門医の指導を受けられる機会が増え治療の充実が計られた。 ・薬剤耐性菌の発生を予防することと伝播防止の強化を行う。発生予防は抗菌薬適正使用、伝播防止は標準予防策を中心とした対策を周知徹底する。

平成28年度BSCフォローアップシート（年度末評価用）

所属名： 成人病センター

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容			年間進捗状況				評価・今後の対応	
		業績評価指標	数値目標	主なアクションプラン	アクションプラン取組の有無	アクションプラン実績	数値目標実績	4段階評価		
財務の視点	財務管理の徹底	医業収支比率	95.9%	20 診療科別収益目標の設置・管理	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年度当初に診療科別病床配置を決定し、毎月、運営会議で科別稼働率を報告を行った。</li> <li>・各診療科にヒアリングを行った。</li> <li>・外来、入院収益を執行部会議メンバーに周知した。</li> <li>・執行部会議、経営会議にて協議し、病院長より各診療科へ指示を出した。</li> </ul>	88.0%	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続き、診療科別の稼働状況を報告し、執行部により、診療科長から状況を聞き取るなどの対応を行う。</li> </ul>	
				21 経営状況の院内周知	◎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月次稼働状況等の診療科長へ配布した。</li> <li>・執行部会議、運営会議をはじめとした院内会議において月次患者動向及び収支状況の報告を行った。</li> </ul>				B
	適切な収益の拡大	一日平均入院患者数	445	22 効率的なベットコントロールの実施	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟別の病床利用状況を発信した。(平日毎日タ1回)</li> <li>・病床配分の見直しを行った。(年1回)</li> <li>・地域医療連携室と連携し、入院時より退院調整を行った。</li> <li>・病床管理のあり方について病床管理委員会で検討した。</li> </ul>	399.9	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院支援センターと地域医療連携室の退院支援室との連携の強化を進める。</li> </ul>	
				23 加算の請求漏れ防止対策および未収金対策の徹底	◎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月レセプト検討会実施</li> <li>・保険医療委員会開催(年4回)</li> <li>・運営会議で指導</li> <li>・弁護士事務所と未収金回収業務委託契約の締結。</li> </ul>				B
		一日平均外来患者数	880	24 検体検査迅速化および生理検査実施件数の増加	◎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新病棟移転およびエコーセンター立ち上げ。</li> <li>・検体検査迅速化について、外来化学療法患者の採血管ラベルの手書き目印からオーダーリングに変更し、また結果送信時に診療側に電話連絡の体制も構築した。</li> <li>・生理検査実施件数の増加について、エコー予約枠の拡大、新規項目の追加(関節エコー)、入院患者エコー検査の予約枠廃止と随時検査の導入などを行った。生理機能検査の総件数は、昨年度比5.7%増加。特にエコーは、心臓(116.2%)頸部血管(161.6%)、下肢(124.3%)、腹部(-1.2%)であった。</li> </ul>		899.7	A+	
				25 診療材料購入費用の削減	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・材料費分析資料の作成</li> <li>・経営コンサルタントの導入</li> <li>・診療材料の半期入札制の導入</li> </ul>				29.9%
	経費の削減	医業収益に占める材料費の割合	24.6%	26 DPCコストデータの活用	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・DPC検討部会および病院長の診療科ヒアリングにおいてDPCデータからみた情報の提案した。</li> <li>・DPC検討委員会を開催した。(4回)</li> <li>・レセプト点検のかかわり方について見直し、適正なDPCコーディングの選択を実施した。</li> </ul>	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成30年の診療報酬改定に向けての情報収集や準備を引き続き行う。</li> </ul>		
				27 後発医薬品の採用推進	◎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品の情報収集、薬事委員会開催、後発医薬品の提案、採用後発薬の周知およびマスター切り替え等の関連作業などを定期的に実施した。(採用品目数目標216件に対して実績284件)</li> </ul>			B	
	経費の削減	医業収益に占める職員給与費の割合	46.7%	28 時間外勤務の削減	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各所属長に適正な労務管理と時間外勤務の縮減について通知した。</li> <li>・外来の診療時間を17時終了とした。</li> </ul>	50.7%	B		

平成28年度BSCフォローアップシート（年度末評価用）

所属名： 成人病センター

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容			年間進捗状況				評価・今後の対応	
		業績評価指標	数値目標	主なアクションプラン	アクションプラン取組の有無	アクションプラン実績	数値目標実績	4段階評価		
内部プロセスの視点	効率的な運営体制の構築	総医師数(年度当初)	109	29	医療環境の変化を踏まえた医師の招聘	◎	平成28年4月に医師1名体制で形成外科を新設し、平成29年4月からはさらに医師1名を確保して医師2名体制となった。	105	B+	引き続き、大学との連携を強化し、医療環境に即した医師の確保を行う。
		専攻医医師数	18	30	専攻医等の確保	○	専攻医制度の改正に対応し、内科専門医研修プログラムを作成した。	10	C	内科専門医の確保に向けて、募集活動を強化する。
		総看護師数(年度当初)	465	31	看護師確保対策の充実	◎	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師部ホームページの充実</li> <li>看護学生アルバイト、インターンシップの積極的な受入れ</li> <li>看護師教育プログラム(卒後教育)の充実</li> <li>県内外の学校訪問による積極的な求人活動の実施</li> <li>時差出勤、短時間勤務等、柔軟な勤務シフトによる子育て等支援</li> <li>職員のメンタル面での支援</li> <li>看護師の求人・求職動向に応じた新規施策の検討</li> </ul>	466	A+	<ul style="list-style-type: none"> <li>募集人数に満たない状況であるが、年度当初の看護師総数は目標の数値をクリア。</li> <li>離職率が依然高止まりしているため、師長会等で離職率を上げないための効果的な取組を検討する。</li> </ul>
		看護師の離職率	6.5%					8.4%	B	
		医師1人当たり時間外勤務時間数	34	32	情報システムの整備と有効活用	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎月システム定例会を開催。</li> <li>診療情報管理委員会と連携し、電子カルテシステムのバージョンアップを検討した。</li> </ul>	34.0	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>安定稼働と不具合削減を目指し、電子カルテシステムのさらなる向上を検討した後、バージョンアップを行った。また、次期システム更新プロジェクトチーム会議を立ち上げ、システム更新の検討を行った。引き続き、システムの整備と有効活用方法を検討する。</li> </ul>
	医師事務等軽減対策の推進	△	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師事務等軽減対策委員会を開催(6月24日)。</li> <li>ドクターエイドについて(28年6月時点で22名)</li> <li>異動→2名退職、2名採用、2名産休、1名産休代替え事務採用</li> <li>育成→研修(基礎研修1か月、実地研修5か月)とミーティングの実施。</li> <li>周知→業務内容を明確化し、理解の促進を図った。</li> </ul>							
	職員満足度の向上	職員アンケート項目「改善や工夫を意識して仕事に取り組んでいるか」での肯定的回答(そう思う、ややそう思う)率	85.0%	34	職員満足度調査結果の病院運営への反映	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>全職員を対象とする職員アンケートを実施した。(実施期間6/24~7/15)</li> <li>配布1002、回収613(医師38、看護師357、コメディカル等145、事務72、無回答1)、回収率61.2%</li> <li>病院事業庁にて集計された調査結果は広報誌「チャンネル3+ i」に掲載。</li> </ul>	87.0%	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>肯定的回答率が緩やかに増加しており、4年連続で増加。昨年度に比べて1ポイント増加し、目標を達成した。</li> <li>アンケート結果の病院運営への活用について検討する。</li> </ul>
		職員アンケート項目「現在の仕事に充実感や達成感を感じているか」での肯定的回答(そう思う、ややそう思う)率	70.0%					65.0%	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>肯定的回答率が緩やかに増加しており、3年連続で増加。昨年度に比べて3ポイント増加したものの、目標値には届かなかった。</li> <li>アンケート結果の病院運営への活用について検討する。</li> </ul>
	チーム医療の推進	クリニカルパス適用率	50%	35	クリニカルパスの適用推進	◎	<ul style="list-style-type: none"> <li>適用率が目標値の50%を上回った。</li> <li>アウトカム志向パスを108件完成、運用開始。パス大会を2回開催。パス学会演題発表。</li> </ul>	53.9%	A+	<ul style="list-style-type: none"> <li>パスの内容を重視するためパスの適用を厳格化し、パス適用率目標値を50%に設定したが、53.9%と目標値を上回ることができた。29年度から業績評価指標をバリエーション分析施行パス数に設定し、バリエーション分析を行なうことで更なる医療の質の向上を図る。</li> </ul>
				36	多職種間での情報の共有	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟運営会議の開催</li> <li>外来・病棟でのインフォームドコンセントへの同席</li> <li>年度始めに関係所属と調整を行い開催日を決定し症例カンファレンスを実施</li> <li>多職種カンファレンスの記録の定着</li> </ul>		A	<ul style="list-style-type: none"> <li>多職種でのカンファレンスが定着してきており、月平均4.6回開催できた。しかしながら、部署により差があるため、その改善を図るとともに、医師・看護師間はもちろん、多職種間での情報の共有を推進していく。</li> </ul>
37				医師・看護師間のコミュニケーションの活性化	○		A			

平成28年度BSCフォローアップシート（年度末評価用）

所属名： 成人病センター

区分	戦略的目標	BSCの当初目標設定内容			年間期進捗状況			評価・今後の対応		
		業績評価指標	数値目標	主なアクションプラン	アクションプラン取組の有無	アクションプラン実績	数値目標実績	4段階評価		
学習と成長の視点	将来を担う人材の育成	部長および副部長のうち研修指導医(研修修了者)である医師の割合	100%	38	院内の人材育成の推進	○	指導医講習会に2名が参加し、部長および副部長47名のうち46名が受講済みとなった。	97.9%	B	未受講の医師に対し、引き続き講習会参加を受講を促す。
		がん専門医臨床研修プログラム修了者数	10	39	がん専門医臨床研修プログラムの推進	○	・がん診療セミナーを10回開催(県民公開講座3回含む) ・セミナーに参加できなかったプログラム参加者のためにDVDの貸出しを準備 ・プログラム研修科目の履修計画の整備を行った。	5	B	・新規参加者の募集、がん診療セミナーの定期開催、履修計画の整備などを行ったが、目標には届かなかった。 ・がん専門医臨床研修プログラム推進チームを廃止し、がん医療推進委員会の専門部会としてがん診療教育推進部会を設置。次年度以降は、日本がん治療認定機構等が定める研修のカリキュラムに基づきがん治療研修と指導責任者の証明のみで対応する。
				40	研究所と診療部門との連携による臨床研究の推進	◎	<画像研究部門> 第41回日本脳卒中学会総会での発表、脳卒中患者のPET製剤(FMZ)研究を論文掲載(Stroke誌)、前立腺がん患者のPET製剤(MeAIB)研究を論文掲載(AnnNuclMed誌)、肝臓有機アニオン輸送体のPET製剤(PTV-F1)研究を論文掲載(J Lab Comp Radiopharm誌)、第59回日本脳循環代謝学会学術集会での発表、第56回日本核医学会学術総会での発表、アミノ酸輸送体のPET製剤(MeAIB)の基礎研究を論文掲載(Nucl Med Biol誌)、PET化学ワークショップ2017での講演、脳卒中/バイパス患者のPET製剤(FMZ)研究を論文掲載(AJNR誌)、第42回日本脳卒中学会総会での発表、日本薬学会第137年会での発表  <遺伝子研究部門> 赤血球前駆細胞の培養法確立、ヘモグロビン欠損マウス繁殖成功、ヘモグロビン欠損マウスに細胞移植  <神経病態研究部門> 研究成果を福井大学にて講演、投稿中の論文のリバイズ実験を行った。研究成果を国立遺伝学研究所にて講演、研究成果を神戸大学にて講演、Notchシグナルの異常がドーパミン感受性制御異常を通じて行動異常を起こす分子機構を解明し論文掲載(Translational Psychiztry誌)、共同研究の成果を論文掲載(Scientific Reports誌)  <聴覚研究部門> 研究成果の国際学会発表、市民講座で講演し一般市民へ難聴に対する啓発を行う。研究成果の国内学会発表、AMED・ACT-Mプロジェクト(新型人工内耳)進捗報告会を行い、後日「計画通り推進して良い」との良好な評価を得る。			<画像研究部門> 研究は順調で、4本の論文発表を行うことができた。現存のPET/CT装置でガス検査を行なうシステムを整備でき、来年度から検査可能予定である。総括研究員の後任を確保できることとなった。PETが老朽化し、故障の修理に多大の費用がかかるのが問題である。  <遺伝子研究部門> 当初の計画通り研究が進行した。  <神経病態研究部門> 部門は、予定通りに研究成果を論文にまとめ、順調に実績をあげている。  <聴覚研究部門> 聴覚専用の実験室の完成を受け、研究の進捗は順調である。平成29年度の計画に向け、準備を進めている。
臨床倫理の浸透	臨床倫理啓発講演会開催数	2	41	臨床倫理啓発活動	○	・臨床倫理研修会の開催(1回) ・臨床倫理専門部会の開催(6回) ・DNR(蘇生措置拒否)の運用規定について検討	1	B	・招聘講師による臨床倫理研修会を1回開催するとともに、臨床倫理専門部会を6回開催し、臨床倫理にかかる課題の整理を行った。引き続き臨床倫理啓発活動を行い、臨床倫理の浸透に努める。	