

令和3（2021）年度  
栃木県立病院経営改革プラン〔第3次〕業務実績評価書

令和4（2022）年9月

栃 木 県

# 目 次

	頁
◎ はじめに	1
1 評価方法	1
2 業務実績評価書（令和3（2021）年度評価）《岡本台病院》	
I 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事項	2
II 業務運営の改善及び効率化に関する事項	5
III 収支の状況等	7
IV その他業務に関する重要事項	10
○ その他特記事項	10
3 5か年のまとめ《岡本台病院》	11
◎ おわりに	13
 (参考資料)	
栃木県立病院経営改革プラン評価委員会設置要綱	14
栃木県立病院経営改革プラン評価委員会名簿	15

◎ はじめに

県立病院は、平成 21（2009）年度から「病院経営改革プラン」、平成 26（2014）年度から「病院経営改革プラン〔第 2 次〕」、平成 29（2017）年度からは、「病院経営改革プラン〔第 3 次〕」に基づき、財務的、政策的及び医療サービスの視点から病院経営全般にわたる改善に取り組むとともに、経営形態のあり方等について検討を行って参りました。

このたび、栃木県立岡本台病院において、「病院経営改革プラン〔第 3 次〕（以下、「第 3 次プラン」という。）」に基づく令和 3（2021）年度及び 5 か年の業務実績とその自己評価、それらに対する栃木県立病院経営改革プラン評価委員会の点検・評価結果、更にこれを受けて今後の取組方針までを記載した「令和 3（2021）年度栃木県立病院経営改革プラン〔第 3 次〕業務実績評価書」を作成しましたので公表します。

1 評価方法

(1) 病院の自己評価の方法について

病院の自己評価に当たっては、関係する数値目標の評価も考慮し、第 3 次プランがどの程度進捗しているのか、また、進捗状況が順調又は思わしくない場合等の原因や理由は何かについて記載する。

なお、進捗状況については、次のとおり 3 段階で評価を行う。

- ① 順調 計画どおりの取組が十分に実施され、取組成果が現れている。
- ② やや遅延 計画どおりの取組が不十分で、取組成果が限定的である。
- ③ 遅延 計画どおりの取組がなされていない。大幅な取組改善が必要である。

(2) 数値目標の評価について

目標数値に対する実績数値の達成率を算出し、次の評価を記載する。

目標達成率	評価
110%以上	A
100%以上～110%未満	B
90%以上～100%未満	C
80%以上～90%未満	D
80%未満	E

栃木県立岡本台病院経営改革プラン  
令和3(2021)年度 業務実績評価書

I 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事項

取組実績	自己評価	評価委員会の点検・評価	今後の取組方針
<p><b>1 質の高い医療の提供</b></p> <p>県内全ての緊急措置診察181件を実施し、84件の緊急措置入院を受け入れた。措置入院49件と合わせて県全体の措置入院の97.1%に当たる133件を当院で受け入れた。</p> <p>医療観察法病棟ではほぼ年間を通して満床状態で治療に当たった。課題となっていた長期入院対象者の通院処遇への移行を進めた。さらに、栃木県の対象者の県外施設入院を防ぐため、第1病棟に特定病床を設け、定数を超えてでも受け入れるよう努力した。</p> <p>慢性的な保護室不足を解消し、精神科救急医療体制の安定した運用及び効率的な病棟運営を図るため、第1病棟の一般病室を改修し保護室を8床増床した。また、ベッドコントロールを困難としていた病棟内の性別区分けを撤廃し、病態別区分けとした。女子閉鎖病棟である第3病棟を男女混合病棟とし、男性患者の緊急入院への対応力を強化した。</p> <p>全国自治体病院協議会の「医療の質の評価・公表等事業」に参加し、自治体病院のベンチマークとの比較を行うことにより、当院の傾向や課題を客観的に分析できる体制を整えた。</p> <p>栄養サポートチーム（NST構成メンバー：医師、管理栄養士、薬剤師、看護師）の立ち上げ準備として、管理栄養士が所定の40時間の研修を終了した。</p>	<p><b>【目標指標：①②③④】</b> 順調 ◯ や遅延・遅延</p> <p>精神科救急医療については、効率的なベッドコントロールにより三次救急患者の大半を受け入れた点は高く評価できる。依存症医療についても県の基幹施設として依存症医療の向上に貢献できている。①延べアルコール外来患者数、②実薬物外来患者数、③クロザピン治療対象患者数、④学会発表件数については、新型コロナウイルス感染拡大の影響もあり目標には届かなかったことから、総合的に判断し「やや遅延」とした。</p>	<p>自己評価は適当と認める。</p>	<p>本県の精神医療の基幹病院として、引き続き精神科緊急及び救急医療、依存症医療、医療観察法医療に取り組む。また、クロザピン治療の積極的な導入やm-ECTの実施等、高度な専門医療を提供する。</p> <p>また、アルコール・薬物依存症専門医療機関として実施している集団外来プログラムを充実させるとともに、行動嗜癖を含む依存症治療の専門外来設置に向けた検討を行う。</p> <p>さらに、院内における臨床研究への積極的な取組を推進し、職員のキャリア形成や医療の質の向上を図る。</p>
<p><b>2 安全で安心な医療の提供</b></p> <p>医療安全対策委員会やリスクマネジメント部会において、事故の再発防止策や安全対策について情報共有するとともに、医療安全研修会、院内感染対策研修会、行動制限最小化研修会を開催し知識と技術の習得を図った。</p> <p>医療安全巡回を行い、インシデント事例への適切なフィードバックを行った結果、濃厚な処置や治療を要した医療事故の発件数が減少した。</p> <p>第1病棟の監視カメラの精度向上および事故検証可能な録画機能付きのものに変更した。</p> <p>新型コロナウイルス感染症については、適宜臨時院内感染防止対策委員会を開催し、当院における予防体制を整備した。その結果、入院患者に新型コロナウイルス感染症の発生はなく、院内感染の発生を抑えることができた。</p>	<p>順調 ◯ や遅延・遅延</p> <p>濃厚な処置や治療を要した医療事故は減少、患者への実害がない事例（ヒヤリハット事例）の報告は増加するなど、医療安全に対する職員の意識が向上し、重大な医療事故の発生防止に役立っている。</p> <p>入院患者の新型コロナウイルス感染の発症や院内感染の発生を抑えるなど適切な感染症対策を取ることができた。</p> <p>一方で、医療安全マニュアル等の遵守について、課題が見られたことから「やや遅延」とした。</p>	<p>自己評価は適当と認める。</p>	<p>インシデント報告事例集の作成や研修会の実施など、医療安全に関する情報の収集・共有化をより一層推進する。</p> <p>また、感染管理認定看護師の育成や感染制御チームの設置に向けて準備を進める。</p> <p>新型コロナウイルス感染症への対応については、引き続き病院を挙げて感染防止対策の徹底に努める。</p>
<p><b>3 患者・県民等の視点に立った医療の提供</b></p> <p>第3病棟の患者用トイレの洋式化など、患者の利便性向上に取り組んだ。患者満足度は「満足」と「やや満足」を合わせて65.1%と前年度より低下した。待ち時間の短縮のため、院外処方箋を効める取組を継続した結果、院外処方率が26.4%から31.4%に増加した。</p> <p>また、広報誌を計4回発行して、県民や関係機関へ積極的に情報発信を行った。外来各部門での所要時間を調査し、待ち時間短縮対策への基礎資料とした。</p> <p>従来の男子閉鎖、女子閉鎖という区分を撤廃することにより、性の多様化にも対応できる体制とした。</p>	<p><b>【目標指標：⑤⑥】</b> 順調 ◯ や遅延・遅延</p> <p>⑤患者満足度については、前年度よりも低下し目標には及ばなかった。主に、老朽化した施設や食事の内容、外来待ち時間についての評価が低かった。⑥栄養食事指導実施件数については、前年度よりも増加し、5年連続で目標を達成できていることから、総合的に判断して「やや遅延」とした。</p>	<p>自己評価は適当と認める。</p>	<p>施設の老朽化が進行する中で、適切な施設修繕を行い患者の療養環境の改善を図る。</p> <p>診療枠の拡大や院外処方の推進、栄養食事指導・服薬指導の充実等を図り、患者満足度の向上を目指す。</p>

<p><b>4 人材の確保と育成</b> 全国的に医師不足に伴う採用困難が伝えられる中で、15名の医師を確保するとともに、精神科専門研修プログラムの基幹施設として専攻医2名を登録した。また、新たに精神保健指定医や精神科専門医の資格を申請する医師に対し、ケースレポートを指導・支援した。学会等での研究発表や院内での看護研究を推進し、eラーニングを活用した研修等も積極的に実施した。</p>	<p>【目標指標:⑦】 順調 <b>やや遅延・遅延</b> 基幹施設として専攻医を積極的に受け入れ、教育指導体制を強化するなど、医師の教育指導体制は着実に向上している。また、認定看護師資格の新規取得はなかったものの、認定看護師による院内研修の実施等により看護師へのスキル伝達に努めていることなどから「順調」と判断した。</p>	<p>自己評価は適当と認める。</p>	<p>引き続き専攻医の研修体制の充実に努めるとともに、精神科救急認定医の育成プログラムを立ち上げ、日本精神科救急学会の認定施設の登録に向け準備を進める。 また、働き方改革に対応した医師や看護師の勤務形態について引き続き検討を進めるほか、意欲あるメディカルスタッフ及び専門的な知識のある事務職員の採用・育成に努める。</p>
<p><b>5 地域連携の推進</b> 入院患者の地域移行が成果を上げ長期入院患者の退院が進んだことにより、平均在院日数が大幅に短縮した。また、地域の入所施設や生活訓練施設等と連携して、退院患者の地域定着を促進した。</p>	<p>【目標指標:⑥⑩】 順調 <b>やや遅延・遅延</b> ⑧平均在院日数については、長期入院患者の退院促進により大幅に短縮した。(全国平均299.8日、R4(2022)年1月)。⑩訪問看護回数については、新型コロナウイルス感染拡大に伴い訪問実施を制限したため、昨年度に引き続き大幅減となったことから、総合的に判断し「やや遅延」とした。</p>	<p>自己評価は適当と認める。 平均在院日数の短縮の方向性は良いが、それにより病床利用率の低下を招いているため、新入院患者数を増加させる対策が望まれる。</p>	<p>精神科救急医療システムの効果的な運用を図るとともに、身体合併症患者の診察要請に対応するため、地域の医療機関との連携強化を図る。 また、依存症専門医療機関として、地域の医療機関との連携を強化することにより、アルコール依存症等患者の紹介率向上につなげる。 さらに、早期退院に向けて多職種・多部門によるチーム医療を推進し、入院患者の地域移行・定着を促進する。</p>
<p><b>6 地域医療・福祉への貢献・協働</b> 新型コロナウイルス感染症がまん延する中、初期研修医のほか、医学生・看護学生を可能な限り受け入れ、実務に即した効果的な指導を行った。 また、教育機関・講習会への講師派遣や関係団体への委員派遣要請にも積極的に応じるとともに、患者支援のための地域ケア会議を感染症対策を徹底した上で可能な限り実施した。</p>	<p>【目標指標:⑨】 順調 <b>やや遅延・遅延</b> 保健所や地域支援機関等から多くの相談を受けており、専門的知見からのアドバイスを通じて患者の地域生活支援に貢献しているが、⑨地域ケア会議開催回数については、入院患者数の減少などによる影響もあり、昨年度よりも減少したことから「やや遅延」とした。</p>	<p>自己評価は適当と認める。</p>	<p>地域の医療従事者育成のため、医療従事者養成機関の学生等を積極的に受け入れるとともに、当院の持つ専門医療に関するノウハウを地域医療機関等にフィードバックし、県内の精神医療水準の向上に努める。</p>
<p><b>7 災害等への対応</b> 災害等発生時にDPAT先遣隊が速やかに出動し活動できるよう、R3(2021)年5月に岡本台病院DPAT委員会を設置し、平時における院内研修や機材の準備、活動後の事後検証等を行う体制を整備した。 また、新型コロナウイルス感染症への対応として、県営ワクチン接種会場や臨時医療施設へ職員を派遣した。</p>	<p>【目標指標:⑧】 順調 <b>やや遅延・遅延</b> DPATについては、院内研修会の実施や院外研修会への講師派遣など、体制強化に向けた取組を実施した。 また、新型コロナウイルス感染症への対応においても積極的に取り組んでいる状況に鑑み、総合的に判断して「順調」とした。</p>	<p>自己評価は適当と認める。</p>	<p>計画的にDPAT隊員を養成し、DPAT先遣隊として、災害医療に適切に対応する。 また、災害等発生時においても病院機能を維持するためのBCP(事業継続計画)を早期に策定する。 新型コロナウイルス感染症への対応については、引き続き病院を挙げて感染防止対策を徹底し、院内感染拡大防止に努める。</p>

◆ 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係る数値目標

目標とする指標	平成29(2017)年度				平成30(2018)年度				令和元(2019)年度				令和2(2020)年度				令和3(2021)年度			
	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価
① 延べアルコール外来患者数(人)	4,350	3,975	91.4%	C	4,400	4,013	91.2%	C	4,450	3,689	82.9%	D	4,500	3,258	72.4%	E	4,500	3,162	70.3%	E
② 実薬物外来患者数(人)	90	58	64.4%	E	100	53	53.0%	E	100	45	45.0%	E	100	47	47.0%	E	100	43	43.0%	E
③ クロザピン治療対象患者数(人)	27	27	100.0%	B	30	25	83.3%	D	33	28	84.8%	D	35	32	91.4%	C	35	34	97.1%	C
④ 学会発表の件数(件)	9	7	77.8%	E	10	5	50.0%	E	11	13	118.2%	A	12	14	116.7%	A	12	9	75.0%	E
⑤ 患者満足度(%)	60	56.2	93.7%	C	70	64.3	91.9%	C	80	62.1	77.6%	E	80	71.4	89.3%	D	80	65.1	81.4%	D
⑥ 栄養食事指導実施件数(件)	470	601	127.9%	A	490	735	150.0%	A	510	752	147.5%	A	530	673	127.0%	A	680	742	109.1%	B
⑦ 精神科認定看護師累計数(人)	6	5	83.3%	D	6	6	100.0%	B	7	6	85.7%	D	7	6	85.7%	D	7	6	85.7%	D
⑧ 平均在院日数(日) (第7病棟を除く)	129.8	109.3	115.8%	A	129.5	104.9	119.0%	A	129.0	104.6	118.9%	A	128.5	85.0	133.9%	A	102.0	72.9	128.5%	A
⑨ 地域ケア会議開催回数(回)	580	406	70.0%	E	600	438	73.0%	E	620	806	130.0%	A	640	624	97.5%	C	640	556	86.9%	D
⑩ 訪問看護回数(回)	630	648	102.9%	B	640	629	98.3%	C	650	617	94.9%	C	660	171	25.9%	E	660	162	24.5%	E

A:110%以上 B:100~110% C:90~100% D:80~90% E:80%未満

II 業務運営の改善及び効率化に関する事項

取組実績	自己評価	評価委員会の点検・評価	今後の取組方針
<p><b>1 業務運営体制の確立</b>                      電子カルテシステムやグループウェア等のシステムを更新し、円滑に地方独立行政法人に移行できるよう準備した。                      ベッドコントロール会議を毎日開催し、入院対応や転棟対応を速やかに行い、病床不足に起因する措置入院患者の移送件数を減少させた。                      慢性的な保護室不足を解消し、精神科救急医療体制の安定した運用及び効率的な病棟運営を図るため、第1病棟の一般病室を改修し保護室を8床増床した。</p>	<p><b>【目標指標：⑥】</b>  <del>順調</del> やや遅延・遅延                      ⑥医師数は目標値に及ばなかったが、医師確保については順調に進んでいる。また、研修指導室を中心として専攻医の指導にも力を入れ、将来的に当院の診療を担っていく人材の確保に繋げた。                      業務運営体制は着実に向上していることから「順調」とした。</p>	<p>自己評価は適当と認める。</p>	<p>効率的な医療提供体制を目指して、継続的に外来機能、病棟機能を見直し、人員配置等の更なる適正化を図っていく。                      また、当院が今後担うべき診療機能及びその診療機能を果たすために必要な施設のあり方について検討を進める。</p>
<p><b>2 経営参画意識の向上</b>                      毎月、職域連携会議において経営状況の情報共有を図った。                      また、病院長による全職員を対象とした業績評価面接や独法化説明会の場を活用し、各職域の業務と経営改革プランの関連について意識の強化を図り、経営改革意識の醸成を図った。</p>	<p><b>【目標指標：①】</b>  <del>順調</del> やや遅延・遅延                      ①職員満足度は前年度よりも低下し、目標には及ばなかった。経営形態の見直しに伴う先行きの不透明さや病棟の老朽化に対する具体的方針が見えないことに対して不安を感じている職員も多く、満足度低下の要因にもなっている。引き続き、中期計画や経営状況等について共通認識を図るとともに、職域間で意見を交えながら、将来を見据えた病院のあり方について検討を進めていく。目標指標の評価から「遅延」とした。</p>	<p>自己評価は適当と認める。                      収支の厳しい状況について、職員と共通認識を持って取り組まれるとともに、職員一人ひとりの意識改革と主体的行動の促進が望まれる。</p>	<p>院内会議において、定期的に中期計画の進捗状況や経営状況等について情報共有するとともに、業務改善など、職員からの提案を広く吸い上げていく。                      中期計画等に掲げた目標の達成状況を踏まえた業績評価を実施する。</p>
<p><b>3 収入の確保及び費用の削減への取組</b>                      第1病棟保護室の空床確保のために診療報酬の高い患者を転院又は転棟させていた状況を改善するため、第1病棟を改修し、保護室を8床増床した。また、運用効率を上げるため、第1病棟及び第3病棟を男女混合病棟とした。しかし、第1病棟の改修工事に伴う入院制限が収益を低下させ、即時的効果は得られなかった。                      多職種による医業収益改善WGにおいて、収益の確保及び改善に向けた検討を定期的に行った。</p>	<p><b>【目標指標：②③④⑤⑦⑧】</b>  <del>順調</del> やや遅延・遅延                      ⑤延べ外来患者数、⑧ジェネリック医薬品使用割合は目標を達成できた。③新外来患者数は目標には及ばなかったが、前年度比101%の609人となった。④病床利用率についても目標より低値であったが、これは「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神医療の方向性に基づく長期入院患者の退院促進等による平均在院日数の大幅な短縮が原因であると考えている。                      医業収益改善ワーキングにおいて、新たな診療報酬算定項目の取得に向けた検討・調整等に取り組んだ結果、2件の加算を算定できた。今後も積極的に取り組んでいきたい。                      総合的に評価し、「やや遅延」とした。</p>	<p>自己評価は適当と認める。                      平均在院日数の短縮の方向性は良いが、それにより病床利用率の低下を招いているため、新入院患者数を増加させる対策が望まれる。                      また、入院単価を上げるため、引き続き新規加算取得の検討が必要である。</p>	<p>措置入院不要と診断された患者について、医療保護入院や任意入院による積極的な受入れを行うなど、新規入院患者数の増加を図る。                      また、患者の地域移行が進む中、今後も入院患者の大幅な増加は見込めないことから、引き続き新規加算の取得に努めるとともに、外来診療体制の強化などに努めていく。                      さらに、意欲ある若手プロパー職員の計画的な採用等により、職員の年齢構成の均てん化を図る。</p>

◆ 業務運営の改善及び効率化に係る数値目標

目標とする指標	平成29(2017)年度				平成30(2018)年度				令和元(2019)年度				令和2(2020)年度				令和3(2021)年度			
	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価
① 職員満足度(%)	70	44.4	63.4%	E	80	50.7	63.4%	E	90	50.3	55.9%	E	90	43.9	48.8%	E	90	40.6	45.1%	E
② 新入院患者数(人)	438	506	115.5%	A	444	528	118.9%	A	450	471	104.7%	B	456	468	102.6%	B	471	447	94.9%	C
③ 新外来患者数(人)	555	425	76.6%	E	580	564	97.2%	C	605	476	78.7%	E	630	601	95.4%	C	630	609	96.7%	C
④ 病床利用率(%)	77.1	75.5	97.9%	C	77.6	75.2	96.9%	C	78.0	70.2	90.0%	C	78.5	58.4	74.4%	E	78.5	49.1	62.5%	E
⑤ 延べ外来患者数(人)	31,218	32,957	105.6%	B	31,385	33,791	107.7%	B	31,552	33,549	106.3%	B	31,720	30,661	96.7%	C	31,720	31,767	100.1%	B
⑥ 医師数(人)	11	10	90.9%	C	12	12	100.0%	B	13	16	123.1%	A	13	14	107.7%	B	16	15	93.8%	C
⑦ 新規未収金発生額(千円)	437	2,172	▲297.0%	E	2,172	2,798	71.2%	E	2,798	1,116	160.1%	A	1,116	768	131.2%	A	768	791	97.0%	C
⑧ ジェネリック医薬品使用割合(%)	71.0	73.6	103.7%	B	72.0	73.8	102.5%	B	73.0	74.5	102.1%	B	74.0	89.8	121.4%	A	85.0	92.0	108.2%	B

A:110%以上 B:100~110% C:90~100% D:80~90% E:80%未満



Ⅲ 収支の状況等

1 経営の数値目標

目標とする指標	平成29(2017)年度				平成30(2018)年度				令和元(2019)年度				令和2(2020)年度				令和3(2021)年度			
	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価
① 経常収支比率(%)	102.7	102.5	99.8%	C	103.1	103.1	100.0%	B	102.5	99.2	96.8%	C	100.3	94.1	93.8%	C	100.3	92.9	92.6%	C
② 医業収支比率(%)	74.9	71.5	95.5%	C	74.9	70.3	93.9%	C	75.5	66.6	88.2%	D	75.6	59.2	78.3%	E	70.2	55.5	79.1%	E

A:110%以上 B:100~110% C:90~100% D:80~90% E:80%未満

令和3(2021)年度		
目標達成又は未達成の要因等	評価委員会の点検・評価	今後の取組方針
<p>入院については、平均在院日数が短縮したことに加え、医業収益改善WGでの新規加算取得等の取組により入院単価は前年度から約8.8%上昇したが長期入院患者の減少及び第1病棟改修工事に伴う入院制限等の影響を受け病床稼働率が大幅に低下したため、入院収益は前年度と比べて約1億円の減となった。</p> <p>外来については、院外処方率が上昇したことにより外来単価が下がったものの、延べ外来患者数が前年度と比べて増加したため、外来収益は前年度より約8百万円の増となった。</p> <p>一方で、医業費用については前年度と比べて約1千8百万円増加しており、その主な要因は、職員数が増えたことによる給与費の増や、地方独立行政法人化の準備に係る委託費の増加によるものである。</p> <p>このように、令和3(2021)年度は医業収益が前年度より大幅に減少したにもかかわらず、医業費用は増加したため、医業損失が拡大し、医業収支比率は目標を達成できなかった。</p> <p>また、給与費の増に伴う負担金の増等により医業外収益は増加したが、医業損失の拡大を補い切れず、経常収支比率についても目標を達成できなかった。</p>	<p>自己評価は適当と認める。</p> <p>平均在院日数の短縮の方向性は良いが、それにより病床利用率の低下を招いているため、新入院患者数を増加させる対策が望まれる。</p> <p>また、入院単価を上げるため、引き続き新規加算取得の検討が必要である。</p>	<p>医業収支比率及び病床利用率が年々減少している状況から、患者の療養環境の向上に配慮しながら、病棟の再編による収益確保及び経費削減に取り組み、医業収支比率の向上を図る。</p> <p>また、措置入院不要と診断された患者について、医療保護入院や任意入院による積極的な受入れを行うとともに、外来診療時間の延長や、依存症医療等の専門外来の充実に向けた具体的な検討を行うなどにより、患者数の増加に努め、医業収益の改善を図る。</p>

2 収支計画

(1) 収益の収支(実績)

(単位:百万円)

区分	平成29(2017)年度		平成30(2018)年度		令和元(2019)年度		令和2(2020)年度		令和3(2021)年度	
	最終予算	決算	最終予算	決算	最終予算	決算	最終予算	決算	最終予算	決算
1. 業収益	1,847	1,784	1,863	1,810	1,827	1,780	1,615	1,619	1,558	1,529
(1) 料金収入	1,837	1,774	1,853	1,800	1,818	1,770	1,606	1,610	1,544	1,516
(2) その他	10	10	10	10	9	10	9	9	14	13
2. 業外収益	858	840	915	908	952	940	1,011	1,022	1,035	1,097
(1) 他会計負担金・補助金	694	686	765	754	825	818	894	894	917	917
(2) 国(県)補助金	12	11	13	12	13	6	19	21	21	73
(3) 長期前受金戻入	150	140	135	140	111	110	95	103	95	103
(4) その他	2	3	2	2	3	6	3	4	2	4
(A) 経常収益	2,705	2,624	2,778	2,718	2,779	2,720	2,626	2,641	2,593	2,626
1. 業費用	2,554	2,496	2,637	2,573	2,731	2,675	2,791	2,738	2,843	2,756
(1) 職員給与費	1,659	1,627	1,741	1,692	1,732	1,815	1,919	1,917	1,969	1,929
(2) 材料費	365	344	344	339	343	338	315	299	314	291
(3) 経費	357	345	376	367	497	368	414	384	404	391
(4) 減価償却費	165	173	167	167	151	147	138	134	145	131
(5) 資産減耗費	1	1	1	1	1	1	1	1	8	11
(6) その他	7	6	8	7	7	6	4	3	3	3
2. 業外費用	68	64	65	62	69	67	75	69	74	70
(1) 支払利息	6	6	4	4	2	2	1	1	1	1
(2) 長期前払消費税額償却	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
(3) その他	58	54	57	54	63	61	70	64	69	65
(B) 経常費用	2,622	2,560	2,702	2,635	2,800	2,742	2,866	2,807	2,917	2,826
(C) 経常損益[(A)-(B)]	83	64	76	83	▲ 21	▲ 22	▲ 240	▲ 166	▲ 324	▲ 200
(D) 特別利益										
(E) 特別損失			11	11						
純損益[(C)+(D)-(E)]	83	64	65	72	▲ 21	▲ 22	▲ 240	▲ 166	▲ 324	▲ 200
累積欠損金	101	120	55	48	76	70	316	236	640	436

## (2) 資本的収支(実績)

(単位:百万円)

区分	平成29(2017)年度		平成30(2018)年度		令和元(2019)年度		令和2(2020)年度		令和3(2021)年度	
	最終予算	決算	最終予算	決算	最終予算	決算	最終予算	決算	最終予算	決算
1. 企業債	35	32	155	142	91	81	26	18	329	304
2. 他会計出資金										
3. 他会計負担金	141	141	141	141	121	121	73	73	27	27
4. 他会計借入金										
5. 他会計補助金										
6. 国(県)補助金										
7. その他										
(a) 収入計	176	173	296	283	212	202	99	91	356	331
(b) うち翌年度へ繰り越される支出の財源充当額										
(c) 前年度許可債で当年度借入分										
(A) 純計[(a)-(b)+(c)]	176	173	296	283	212	202	99	91	356	331
1. 建設改良費	21	18	88	76	86	76	26	18	316	292
2. 企業債償還金	256	255	309	309	217	216	135	135	69	69
3. 他会計長期借入金返還金										
4. その他										
(B) 支出計	277	273	397	385	303	292	161	153	385	361
(C) 差引不足額[(B)-(A)]	101	100	101	102	91	90	62	62	29	30

## (3) 一般会計等からの繰入金(実績)

(単位:百万円)

区分	平成29(2017)年度		平成30(2018)年度		令和元(2019)年度		令和2(2020)年度		令和3(2021)年度	
	最終予算	決算	最終予算	決算	最終予算	決算	最終予算	決算	最終予算	決算
収益的収支	694	686	765	754	825	818	894	894	917	917
資本的収支	141	141	141	141	121	121	73	73	27	27
合計	835	827	906	895	946	939	967	967	944	944

#### IV その他業務に関する重要事項

##### 【令和3(2021)年度 of 取組状況等】

令和2(2020)年度に設置した次期経営改革プラン策定WGにおいて、現行プランにおける課題や当院に求められている役割等を踏まえ、地方独立行政法人化後の中期計画(令和4(2022)～8(2026)年度)及び地方独立行政法人化初年度の年度計画について検討を行った。数値目標については、各職域が自らの業務を数値化できる指標の作成に向けて取り組んだ。

#### ○ その他特記事項

##### 【令和3(2021)年度 of 取組状況等】

令和3(2021)年度は、精神科救急医療体制の安定した運用及び効率的な病棟運営を図るため、第1病棟の一般病室を改修し保護室を8床増床した。また、グループウェア等システムの更新など、円滑に地方独立行政法人に移行できるよう準備した。

	プランの主な取組成果	自己評価	進捗状況	今後の課題
I-1 質の高い医療の提供	<p>①県内ほぼ全ての緊急措置診察を実施し、要措置となった全ての緊急措置入院患者を受け入れた。</p> <p>②栃木県精神科緊急医療実施要綱に基づき、三次救急(*1)患者の受入れ及び後方病院への移院を実施した。また、休日・夜間等における精神疾患の急激な発症や精神症状の悪化等により緊急に精神科治療を必要とする患者を対象に、二次救急(*2)及び一次救急(*3)にも積極的に取り組んだ。</p> <p>③慢性的な保護室不足を解消し、精神科救急医療体制の安定した運用を図るため、第1病棟の保護室を12床から20床に増床し、病棟内区分けを性別から病態別に変更した。</p> <p>④第3病棟を女子閉鎖病棟から男女混合閉鎖病棟に機能変更した。</p> <p>⑤医療観察法病棟では、ほぼ年間を通して満床の状態での患者の治療に当たった。また、満床時には第1病棟に特定病床を設け、県内対象者の受入れに対応した。</p> <p>⑥精神科専門医療として、治療抵抗性統合失調症に対するクロザピン治療のほか、修正型電気けいれん療法(m-ECT)を実施した。</p> <p>⑦クロザピン登録医師の拡充に努めた。</p> <p>⑧R3(2021)年2月から主にアルコール依存症患者を対象とした集団外来プログラム(GTMACK)を開始し、同年3月に県内初の依存症専門医療機関に選定された。</p> <p>⑨診療・教育指導体制を強化し、精神科専門研修プログラムの基幹施設としての認定を受け、R3(2021)年4月から専攻医の受入れを開始した。</p> <p>⑩入院治療の標準化に向け緊急措置診察結果をデータベース化し、各指定医にフィードバックできる体制を構築するとともに、全国自治体病院協議会の「医療の質の評価・公表等事業」に参加し、自治体病院のベンチマークとの比較を行うことにより、当院の傾向や課題を客観的に分析できる体制を整えた。</p> <p>*1:措置入院、緊急措置入院、応急入院 *2:医療保護入院 *3:外来診療、任意入院</p>	<p>①県内の措置入院患者及び緊急措置入院患者を一元的に受け入れ、自傷他害の恐れのある患者に対し、適切な医療の提供と安全な身体保護を行った。また、休日・夜間等の救急診察の要請にも対応し、症状が悪化した患者に対して救急医療を提供した。</p> <p>②アルコール外来患者数及び実薬物外来患者数は目標を達成できなかったが、依存症専門医療機関として、今後も積極的に取り組んでいく。</p> <p>③栃木県の精神科救急医療システムでは、当院が全ての緊急措置診察と入院患者の受け入れを行うこととなっていることから、病棟間でのベッドコントロールにより常に空床を確保するとともに、必要に応じて後方病院への移院を行うことにより、令和2(2020)年度に例外的に民間病院で受け入れた1件を除き、全ての緊急措置入院に対応することができたことは高く評価できる。</p> <p>④医療観察法入院対象者に対する特定病床制度を活用し、第1病棟で受け入れを行うことにより、本県対象者ができる限り入院できるようベッドコントロールに努めた結果、県内対象者の割合が増加した。今後も県内対象者を全て当院で受け入れられるよう、引き続き取り組んでいく。</p>	<p>順調</p> <p>やや遅延</p> <p>遅延</p>	<p>①地域精神医療の基幹病院として、引き続き二次救急患者及び三次救急患者を積極的に受け入れ、本県の精神科救急医療の充実に貢献する。</p> <p>②近隣二次救急医療機関との連携を強化し、精神科二次救急として救急隊からの受入要請に全面的に応じられる体制を整備する。</p> <p>③アルコール・薬物依存症専門医療機関として実施している集団外来プログラムを充実させるとともに、行動嗜癖を含む依存症治療の専門外来設置に向けて体制を整備する。併せて依存症治療拠点機関の選定に向けて体制を強化する。</p> <p>④その他、クロザピン治療の積極的な導入やm-ECTの実施等、引き続き高度な専門医療を提供していく必要がある。</p>
I-2 安全で安心な医療の提供	<p>①医療安全管理担当に専任担当者を配置し、医療事故防止の徹底を図った。</p> <p>②医療安全対策委員会及びリスクマネジメント部会を開催したほか、医療安全の巡回を行い、インシデント事例に対して適切なフィードバックを行った。</p> <p>③毎週水曜日には医療安全管理者を中心となり各職域を巡回し、点検と指導を行っている。</p> <p>④包括的暴力防止プログラム(CVPPP)(*4)研修会を開催し、職員の技術習得を支援した。</p> <p>⑤R2(2020)年度に「COVID-19医療特命チーム」を編成し、新型コロナウイルス感染予防体制を整備した。</p> <p>⑥第2病棟・第3病棟の保護室に監視カメラ(録画機能付き)を設置した。</p> <p>⑦第1病棟の監視カメラの精度向上および事故検証可能な録画機能付きのものに変更した。</p> <p>*4:医療現場における暴力に対する介入や対処技術を習得するプログラム</p>	<p>①医療安全対策委員会やリスクマネジメント部会の取組により、職員間で事故の再発防止策や安全対策の共有化が図られ、濃厚な処置や治療を要した医療事故件数を減少させることができた。</p> <p>②医療事故等の報告件数は増加傾向にあるが、これは患者への実害がないヒヤリハット事例の報告件数が増加しているものであり、医療安全に対する職員の意識が向上している。</p> <p>③CVPPPトレーナー資格を取得した職員が増加した。</p>	<p>順調</p> <p>やや遅延</p> <p>遅延</p>	<p>①CVPPP研修の受講を徹底し、院内インストラクターを活用した院内研修により計画的にトレーナーを養成する。</p> <p>②インシデント報告事例集の作成や研修会を実施し、医療安全に関する情報の収集・共有化をより一層推進する。</p> <p>③感染管理認定看護師の育成や感染制御チームの設置に向けて体制を強化する。</p>
I-3 患者・県民等の視点に立った医療の提供	<p>①県民に身近な病院となるよう、R2(2020)年度から広報誌「Okadai NEWS」の定期発行を開始し、広報・広聴にも注力した。</p> <p>②外来初診及びアルコール外来診療の枠を拡大した。</p> <p>③一般病棟多床室への間仕切りカーテン設置、第3病棟トイレの洋式化等、患者の療養環境の改善を図った。</p> <p>④外来での待ち時間短縮のため、待ち時間調査を実施し改善点の把握に努めた。</p> <p>⑤外来患者の利便性向上のため、院外処方箋を推進した。</p> <p>⑥患者や家族からの受診・入院相談及び退院時の生活相談等に多職種が連携して対応し、入院患者の退院促進、地域生活への不安の軽減を図った。また、家族教室を開催し、患者家族への治療等への理解を深め、療養生活を支援した。</p> <p>⑦外来やデイケア、入院患者に対して栄養食事指導を行い、生活習慣病や合併症、肥満の予防及び改善の普及啓発に努めた。</p>	<p>①栄養指導実施件数は5年連続で目標を達成した。</p> <p>②広報誌を継続的に発行し、県民や関係機関に積極的に情報発信を行った。</p> <p>③患者満足度については、施設や食事内容、外来待ち時間についての評価が低く、目標値には及ばなかったが、引き続き、適切な施設の修繕等を行い、患者の療養環境の改善を図り、満足度の向上に努める。</p>	<p>順調</p> <p>やや遅延</p> <p>遅延</p>	<p>①行動制限最小化に向けた取組を強化し、全職員を対象とした接遇マナー研修を実施する。</p> <p>②午後の外来診療を開始し、患者一人当たりの診療時間を確保するとともに、初診予約受付可能数を拡大することにより、外来患者の利便性を図る。</p> <p>③施設の老朽化が進行する中で、適切な施設修繕を行い患者の療養環境の改善を図る。</p> <p>④栄養指導や服薬指導の充実、患者の希望に添った院外処方の推進等を図り、患者満足度の向上を目指す。</p>
I-4 人材の確保と育成	<p>①医師確保を図るため、R2(2020)年度に精神科専門研修プログラムの基幹施設の認定を受け、R3(2021)年4月から専攻医の受入れを開始した。</p> <p>②精神保健指定医や精神科専門医の資格申請のためのケースレポートを指導・支援した。</p> <p>③学会等での研究発表や院内での看護研究を推進し、eラーニングを活用した研修等も積極的に実施した。</p>	<p>①精神科専門研修プログラムの基幹施設として専攻医を受け入れ、教育指導体制も強化した。医師数は増加し、診療体制は着実に向上している。</p> <p>②H30(2018)年度以降、認定看護師資格の新規取得はないが、認定看護師による院内研修の実施等により看護師へのスキル伝達に努めている。</p>	<p>順調</p> <p>やや遅延</p> <p>遅延</p>	<p>①精神科専門研修基幹施設として、専攻医プログラムの提供による医師確保、意欲あるメディカルスタッフ及び専門的な知識のある事務職員の柔軟な採用を実施する。</p> <p>②引き続き専攻医の研修体制の充実に努めるとともに、精神科救急認定医の育成プログラムを立ち上げ、日本精神科救急学会の正式な認定施設の登録に向け準備を進める。</p> <p>③働き方改革に対応した医師や看護師の勤務形態変更に向け具体的に検討する。</p> <p>④看護師のスキルアップを進めるため、クリニカルラダーの見直しを行う。</p>
I-5 地域連携の推進	<p>①入院患者の地域移行の取組が成果を上げ、長期入院者の退院が進んだことにより、平均在院日数が大幅に短縮した。</p> <p>②地域の社会資源と連携して退院患者の地域定着を推進した。</p> <p>③栃木県精神科救急医療システム連絡調整委員会身体合併症課題検討部会に参画し、身体合併症患者の搬送ルールをとりまとめた。</p> <p>④アルコール・薬物医療については、断酒会やDARC(*5)と連携して、患者、家族の生活支援や再発防止に取り組んだ。</p> <p>*5:覚せい剤等の薬物から解放されるためのプログラムを行う民間の薬物依存症リハビリ施設</p>	<p>①地域精神医療の基幹病院として、栃木県精神科救急医療システムの円滑な運用に寄与した。</p> <p>②長期入院患者の退院促進により平均在院日数が大幅に短縮した。</p> <p>③訪問看護については、新型コロナウイルス感染拡大防止により訪問を制限したため、R2(2020)・R3(2021)年度は大幅減した。</p>	<p>順調</p> <p>やや遅延</p> <p>遅延</p>	<p>①精神科救急医療システムの効果的な運用を確保するため、精神科救急情報センター等との連携を強化する。</p> <p>②身体合併症患者の診察要請への対応について、地域の医療機関との連携強化を図る。</p> <p>③早期退院に向けた多職種・多部門でのチーム医療の推進による入院患者の地域移行・定着を促進する。</p>

	プランの主な取組成果	自己評価	進捗状況	今後の課題
I-6 地域医療・福祉への貢献・協働	①専攻医・初期研修医のほか、医学生や看護学生の臨地実習を受け入れ、実務に即した効果的な指導を行った。 ②教育機関、講習会への講師派遣や関係団体への委員派遣要請にも積極的に応じた。 ③患者支援のための地域ケア会議を実施した。 ④医療従事者養成機関から実習生を受け入れた。(H29(2017):311人、H30(2018):272人、R元(2019):245人、R2(2020):165人、R3(2021):153人)	①保健所や地域支援機関等から多くの相談を受け、専門的知見からのアドバイスを通じて患者の地域生活支援や再発防止に貢献した。 ②医師・看護師養成機関へのスタッフ派遣や看護師・精神保健福祉士・作業療法士養成機関からの実習生受け入れなどを通じて、県内の精神医療・福祉の人材育成に貢献した。	順調 やや遅延 遅延	①当院の持つ専門医療に関するノウハウを地域医療機関等にフィードバックし、県内の精神医療水準の向上に貢献する。 ②地域の医療従事者育成のため、医療従事者養成機関の学生等を積極的に受け入れるとともに、当院の研修・教育機能を充実する。
I-7 災害等への対応	①R3(2021)年5月にDPAT委員会を設置し、資機材の確認や院内研修の検討を行い、災害発生時に円滑に行動できる体制を整えた。隊員の養成は着実に進んでおり、令和4(2022)年3月末時点で14名となった。 ②宿泊療養施設や臨時医療施設、県内クラスター発生施設への看護師派遣など、新型コロナウイルス感染症への即応体制を確立した。 ③栃木県DPAT先遣隊として、令和元(2019)年10月に発生した台風19号で被災した県下の精神科病院へ職員を派遣するとともに、令和2(2020)年2月には、新型コロナウイルス感染者対策として、中国武漢市からの帰国者及び援助者への心のケアに当たった。 ④新型コロナウイルス感染症への対応として、臨時医療施設へ看護師を派遣した。	①DPAT先遣隊として、被災地における心のケアに貢献することができた。 ②DPAT先遣隊員の養成は着実に進んでおり、院内研修会の実施や院外研修会への講師派遣など、体制強化に向けた取組を実施した。 ③新型コロナウイルス感染症への対応についても積極的に取り組んでいく。	順調 やや遅延 遅延	①DPAT先遣隊として、災害医療に適切に対応する。 ②計画的に隊員を養成するとともに、院内研修を開催し隊員の技能維持を図る。 ③災害等発生時においても病院機能を維持するためのBCP(事業継続計画)の策定に向けて具体的な検討を開始する。 ④新型コロナウイルス感染症への対応については、引き続き病院を挙げて取り組んでいく。
II-1 業務運営体制の確立	①ベッドコントロール会議を開催するとともに、各病棟に病棟管理医を配置することで、入院対応や転棟対応が速やかに行える体制を確立した。 ②精神科緊急・救急医療等の充実に向けた病棟機能のあり方や外来診療体制について課題を整理し、具体的な検討を行った。 ③診療体制の充実を図るため医師を確保するとともに、地域連携の担い手である精神保健福祉士及び心理職を増員した。また、診療報酬の算定及び施設基準の管理等を担う医事管理等業務嘱託員を配置した。 ④電子カルテシステムを更新するとともに、操作研修会等を開催し、業務の効率化及び運営体制の強化を図った。 ⑤グループウェアの更新などにも取り組み、円滑に地方独立行政法人に移行できるよう準備した。	①医師確保は順調に進み、医療提供体制は着実に向上している。 ②電子カルテシステムやグループウェア等を活用することにより、業務の効率化が図られている。	順調 やや遅延 遅延	①建て替えについて、R4(2022)年度の県における協議議題となることと決定し、今後は全庁的な課題の一つとして進行管理されることから、R4(2022)年4月に院内WGを設置した。当院が今後担うべき診療機能及びその診療機能を果たすために必要な施設のあり方について検討し、病院の将来構想策定の準備を進める。 ②患者の利便性向上につながるサービスの導入に向けて、費用対効果や導入可能時期等について検討する。
II-2 経営参画意識の向上	①病院長が全職員の業績評価面接を行い、各職域の業務と経営改革プラン(第3次)評価項目の関連を意識させ、職員が自ら考えることで経営参画意識の向上に取り組んだ。 ②職域連携会議において、医業収支状況を報告するとともに、「院内通信」の発行により、運営上の課題や経営状況について共通認識を図った。 ③H29(2017)年に「岡本台病院あり方検討会」を設置し、当院の目指す方向性や将来のあり方について、2か年にわたり検討を行い、職員の意見を踏まえた報告書を取りまとめた。 ④中期計画の数値目標作成に向け、各職域で自ら理論的な目標値を設定し、それに向けて業務を効率化できるよう取り組んだ。	①病院長が全職員の業績評価面接を行い、プランの評価項目を向上させるために自分ができることを考えさせることで、経営参画意識を醸成した。 ②職員満足度は目標値に及ばなかった。職員の経営参画意識は向上しているものの、経営形態の見直しに伴う将来への不安や、病棟の老朽化に対する具体的方針が見えてこないことが、満足度低下の要因にもなっている。	順調 やや遅延 遅延	①経営状況等を職員に周知し、経営課題についての共通認識を図る。 ②中期計画等に掲げた目標の達成状況を踏まえた業績評価を実施する。 ③患者や県民の視点に立ったサービスの向上や業務改善など、職員からの提案を広く吸い上げる仕組みを制度化する。
II-3 収入の確保及び費用の削減への取組	①R2(2020)に多職種による医業収益改善WGを立ち上げ、新規加算取得等の収益確保及び改善に向けた検討を行った。 ②DI室(*6)を立ち上げ、入院患者を対象とした薬剤指導を開始した。 ③後発医薬品の採用を進め、後発医薬品使用体制加算1(85%以上)を取得するとともに、院外処方方の推進により、医薬品費を大幅に削減した。 ④ベッドコントロール会議を開催し、保護室の確保や多床室の有効利用など効果的な病棟運営に努め、収益確保を図った。 ⑤入院単価の引き上げ(5年連続の増加) ⑥施設の安全性・継続性を確保するために必要となる修繕を計画的に実施することにより、修繕費用の抑制に努めた。  *6:医薬品情報管理室	①長期入院患者の退院促進等による平均在院日数の短縮等により病床利用率は目標を大幅に下回った。新入院患者数は、臨時医療施設への看護師派遣による第5病棟休止によりR3(2021)年度は目標を下回ったが、R2(2020)年度までは目標を達成している。 ②新たな診療報酬算定項目の取得に向けた検討・調整等に取り組んだ結果、診療単価の増加につながった。 ③診療報酬改定等に迅速に対応するとともに、新規加算取得等に努めた結果、入院単価の大幅な引き上げにつながった。特にR2(2020)年度以降の伸び率が大きく、医業収益改善WGでの取組の成果が表れている。 ④施設の老朽化に伴い、修繕費の増加が避けられない中で、中期的な視野に立った計画的な修繕を実施することにより、施設の安全性・継続性を確保しつつ、修繕費を大幅に抑制することができた。	順調 やや遅延 遅延	①病棟再編により急性期患者の入院要請に応じられる体制を整備する。 ②入院患者に対する服薬指導の充実により収益を確保する。 ③診療報酬改定への迅速な対応及び新規加算取得による更なる単価引き上げを目指す。 ④若手プロパー職員を計画的に採用するなど、給与費全体の適正化を図る。
III 収支の状況等	①医業収益改善WGにおいて新規加算取得等に向けた検討・調整等に取り組んだ。 ②臨時医療施設へ第5病棟看護師を派遣した。 ③医療観察法病棟については、R元(2019)年度以降はほぼ満床の状態を推移しており、入院収益の増加につながった。 ④全国的に措置入院患者数の減少が続いており、入院単価の高い措置入院患者の減により入院収益が大幅に減少したが、収益悪化の大きな要因となった。(H29(2017)年度:14,288人→R3(2021)年度:6,914人)	①医療費用が医業収益を上回り、医業収支比率は5年間達成できなかった。 ②R2(2020)～R3(2021)年度については、「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神医療の基本的な考えのもと積極的な退院促進を行った結果、長期入院患者の退院が進んだことで延べ入院患者数が大幅に減り、入院収益は減少した。(H29(2017)年度:117.4日→R3(2021)年度:86.1日) ③措置入院患者の減少に伴う入院収益の減については当院の努力で改善できるものではないが、措置不要となった患者を医療保護入院等で積極的に受け入れることにより収益確保を図るなど、収益改善に向けた取組を行った。	順調 やや遅延 遅延	①医業収支比率及び病床利用率が年々減少している状況から、当院は過大な病床を抱え、必要以上の費用を支出していると思われるため、患者の療養環境の向上に配慮しながら、病棟の再編による経費削減に取り組み、医業収支比率の向上を図る。

◎ おわりに

平成 29（2017）年度から令和 3（2021）年度を計画期間とする第 3 次プランの 5 年目となる令和 3（2021）年度の業務実績評価については、経営の健全化やサービスその他業務の質の向上等に係る数値目標において未達成となった項目もあることから、安定した経営の下、引き続き良質な医療を提供していけるよう、病院関係職員全員による更なる努力と改善が必要となっています。

なお、経営形態のあり方については、がんセンター、リハビリテーションセンターに続いて、岡本台病院が令和 4（2022）年 4 月に一般地方独立行政法人へ移行しました。

今後とも、必要な医療機能の充実と持続可能な経営の両立が図られるよう、更なる病院改革に取り組んで参ります。

## 栃木県立病院経営改革プラン評価委員会設置要綱

### (設置)

第1条 県立病院が策定した病院経営改革プラン（以下「改革プラン」という。）の達成状況等を点検・評価するため、「栃木県立病院経営改革プラン評価委員会」（以下「委員会」という。）を設置する。

### (検討事項)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について検討する。

- (1) 改革プランの実施状況に係る点検・評価に関すること。
- (2) その他必要な事項に関すること。

### (組織)

第3条 委員会は、8名以内の委員をもって構成する。

- 2 委員会に、委員長及び副委員長を置き、委員の互選により選任する。
- 3 委員長は、委員会を主宰し、会務を総理する。
- 4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるときはその職務を代理する。

### (任期)

第4条 委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

- 2 委員は、再任されることができる。

### (会議)

第5条 委員会は、委員長が招集し、議長となる。

- 2 委員長が必要と認めるときは、委員以外の者を出席させ、意見を求めることができる。

### (庶務)

第6条 委員会の庶務は、保健福祉部保健福祉課において処理する。

### (委任)

第7条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

#### 附 則

この要綱は、平成21年9月9日から適用する。

#### 附 則

この要綱は、平成24年6月5日から適用する。

#### 附 則

この要綱は、改革プランの計画期間の平成23年度分の点検・評価が終了する日の翌日から適用する。

#### 附 則

この要綱は、平成26年4月1日から適用する。

#### 附 則

この要綱は、平成27年4月1日から適用する。

#### 附 則

この要綱は、令和3年7月15日から適用する。



## 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会委員名簿

任期: 令和3(2021)年4月1日～令和5(2023)年3月31日

氏 名	役 職 等	備 考
朝野 春美	栃木県看護協会 会長	Web
朝日 公彦	栃木県精神衛生協会 会長	新任 Web
麻生 好正	獨協医科大学病院 病院長	新任 Web
稲野 秀孝	栃木県医師会 会長	副委員長 現地
川合 謙介	自治医科大学附属病院 病院長	新任 Web
佐藤 由紀	公認会計士	Web
高橋 淑郎	日本大学商学部 特任教授	委員長 現地
藤沼 千春	藤沼労務管理事務所キャリアコンサルタント 株式会社カンセキ 取締役	Web

\* 敬称略 : 五十音順