

令和元（2019）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2（2020）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（令和元（2019）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	4
III 収支の状況等	6
IV その他業務に関する重要事項	9
○ その他特記事項	9
◎ おわりに	10
 (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	11
栃木県立病院経営改革プラン評価委員会名簿	12

◎ 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。）に基づく令和元（2019）年度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「令和元（2019）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。

なお、栃木県立リハビリテーションセンターについては、平成 30（2018）年 4 月の地方独立行政法人化に伴い、平成 30（2018）年度以降は、別途、地方独立行政法人法に基づいた評価手続を実施しており、第 3 次プランに基づく業務実績評価の対象ではなくなりました。

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
令和元(2019)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>1 質の高い医療の提供 県内全ての緊急措置診察を実施し、全ての緊急措置入院に対応した。医療観察法病棟(全18床)では、ほぼ年間を通して18人の患者の治療に当たった。 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、結果を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、数年来懸案であったPECOシステムへの参加を果たし、全国標準の中で当院の医療レベルを客観的に評価できる体制を整えた。 また、当院が基幹施設としての精神科専攻医研修プログラムの登録に向け、診療体制を強化した。</p>	<p>【目標指標①②③④】 順調 ◀や遅延▶ 遅延 精神科救急医療については、三次救急患者の大半を受け入れたことは高く評価できるが、満床でないにもかかわらず、保護室確保のため早期に後方病院へ移送させており、減収の一因となっている。 目標指標①②③については達成できていないが、積極的に診療に応じている。④については前年度比260%となり、目標を達成した。次年度に向けてさらに取り組みを進めたい。</p>	<p>自己評価は適当と認める。 栃木県の精神科医療の中核として三次救急を担っていることは評価できる。 医師の確保ができたことは評価できる。</p>	<p>難治性統合失調症患者に対し、クロザピン治療を積極的に導入するなど、高度で専門的な医療を引き続き提供するとともに、慢性的な保護室不足の解消を図るため、第1病棟内での保護室増設等を検討し、精神科救急医療体制の安定運用、措置患者への適切な医療の提供及び効率的な病棟運営を目指す。 また、今後予定されているアルコール等依存症対策の専門医療機関としての指定に向けて、外来治療プログラムの導入や外来診察枠の拡充により、アルコール等依存症医療の診療体制の強化を図る。</p>
<p>2 安全で安心な医療の提供 (1)医療安全委員会、CVPPP講習会を定期的に開催し、事故防止の推進を図ったが、レベル3aの事故が67件及び3bの事故が10件発生した。 (2)新型コロナウイルスによる院内感染防止対策を講じた結果、院内感染の発生を抑えることができた。また、精神科救急医療における新型コロナウイルス感染者対策については、足利赤十字病院との連携体制を構築した。 (3)医療機器の安全管理、医薬品の管理の徹底に取り組んだ。</p>	<p>順調 ◀や遅延▶ 遅延 院内で転倒などによる骨折(3b)が増加し、患者同士あるいは職員への暴力事案が例年以上に発生してしまった。CVPPP研修内容のあり方など見直し、研修効果の客観的評価ができる体制を整える必要がある。 新型コロナウイルス対策は次年度も継続し、利用者及び職員の安全・安心を担保する。</p>		<p>医療安全管理者を中心に、医療事故の発生原因の分析等を行い、情報を共有することにより事故防止の徹底を図る。 増加傾向にある患者の暴力行為に適切に対処するため、多職種で包括的暴力防止プログラム(CVPPP)の考え方を活用し、被暴力リスクを最小限とする取組を行う。 新型コロナウイルス対策については、国及び県における対応方針等を踏まえながら、病院の対策指針を適宜見直し、引き続き感染防止対策に取り組んでいく。</p>
<p>3 患者・県民等の視点に立った医療の提供 日々の診療は順調に行われているが、患者満足度は「満足」と「やや満足」を合わせて62.1%であった。 中断している広報誌の発行に向け、広聴広報委員会で対策を検討するとともに、「地域連絡会議」等において地域・関係機関との情報交換を実施した。外来での院外処方箋を推進した結果、院外処方率は10.9%から14.5%に増加した(Ⅱ-3でも評価)。</p>	<p>【目標指標⑤⑥】 順調・やや遅延 遅延 ⑤患者満足度については、診療に関しては高い評価を得ているものの、施設の老朽化や待ち時間の長さの部分で評価が低かった。目標指標⑥については、実施件数は伸びているが、栄養状態が改善されたかの客観的な評価ができていないため、次年度には実質的效果を含めて検証したい。広報誌の発行もH26年3月以降中断したままで再発行には至らず、県民への情報公開や民間団体との協働においても、目立った成果を上げることができなかった。</p>		<p>医師や看護師、コメディカル等、全ての職員が患者・家族への丁寧な接遇を心がけることはもちろん、入院患者の療養環境の改善や外来患者の待ち時間短縮など、患者のニーズを把握しながら、よりよい患者サービスの向上に努める。 栄養食事指導については、引き続き積極的に実施し、その成果についても検証していく。 また、令和2(2020)年度中に広報誌の発行を再開し、積極的な情報発信に努める。ホームページについても更なる充実を図り、関係機関や県民に開かれた病院づくりを推進する。</p>
<p>4 人材の確保と育成 医師数は病院開設以来初めて16名を確保した。新たに精神保健指定医や精神科専門医の資格申請する医師のケースレポートを指導・支援した。看護研究の推進、院外研修会への職員への派遣等も積極的に実施した。</p>	<p>【目標指標⑦】 順調 ◀や遅延▶ 遅延 医師数に表れているように医療体制は昨年度と比較して格段に向上している。認定看護師資格を新たに取得できた者はおらず目標指標⑦は達成できなかったが、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たことから「順調」と判断した。</p>		<p>引き続き、大学病院と連携しながら、即戦力となる中堅医師(指定医)の確保に努めるとともに、令和3(2021)年度からは、精神科専門研修基幹施設として専攻医の受け入れを開始し、将来的に本県の精神医療を支える人材の育成にも力を入れていく。</p>
<p>5 地域連携の推進 精神科救急、身体合併症を有する精神障害者の医療に関して地域医療機関との連携・調整は進展しなかった。入院患者の地域移行は成果を上げ退院者が増加したが、入院期間は前年度と同等のレベルであった。</p>	<p>【目標指標⑧⑩】 順調 ◀や遅延▶ 遅延 目標指標⑧の評価は「A」であるが、昨年度からの更なる短縮は進まなかった。目標指標⑩については、遠方の患者が多いこともあり実数は増えないことから、総合的に判断し「やや遅延」とした。</p>		<p>地域の関係機関と連携して早期退院支援に取り組むとともに、自治体による退院後支援への協力や、地域援助事業者等と連携した退院後の生活支援体制の強化により、入院患者の地域移行・定着を推進する。</p>
<p>6 地域医療・福祉への貢献・協働 専攻医・初期研修医のほか、医学生・看護学生の臨地実習を全面的に受け入れ、丁寧に指導した。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も可能な限り応じた。患者支援のための地域ケア会議も積極的に行った。</p>	<p>【目標指標⑨】 順調 ◀や遅延▶ 遅延 目標指標⑨については、前年度比185%となり、目標値を130%達成することができた。これ以外にも保健所や地域支援機関等から年間を通じて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や再発防止に寄与した。</p>		<p>専攻医・初期研修医及び看護実習生等について、引き続き積極的に受け入れるとともに、関係機関等からの要請に応じ、精神医療の専門的立場から講師派遣等の支援を行うことにより、本県の精神医療に貢献できるよう努める。 また、患者支援のための地域ケア会議についても継続して実施する。</p>
<p>7 災害等への対応 災害時の地域精神医療の拠点となるべく必要物品の備蓄を行った。当院のDPAT先遣隊は、台風19号で被災した大平下病院への支援だけでなく、新型コロナ感染者対策(帰国者支援事業)にも国からの要請に応じた。</p>	<p>順調 ◀や遅延▶ 遅延 大平下病院での支援活動は、病院の意向や関係機関との調整に手間取り、円滑に進めることができなかった。中国武漢市からの帰国支援事業への協力についても積極的に取り組んだ。</p>		<p>現在、DPAT先遣隊員として7名が登録となっているが、災害発生時における支援活動の充実を図るため、新規隊員の養成を図るなど、体制強化に取り組む。 また、これまでの活動を振り返って見えてきた課題について、関係機関と連携しながら対応を検討していく。</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			
	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			
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			
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			
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			
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			
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			
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			
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			
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			
⑩ 訪問看護回数(回)	630	648	102.9%	B	640	629	98.3%	C	650	617	94.9%	C	660			

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>1 業務運営体制の確立 社会復帰科から心理部門を分離し地域連携科とすることで、内外にその機能を明確に示すとともに、心理職は診療科に配置して医師との連携を強化し、治療効果を高めるよう体制の整備を図った。 電子カルテを最新バージョンに更新するとともに、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。</p>	<p>【目標指標：⑥】 順調 やや遅延 遅延 ⑥医師数は大学病院から若手医師の派遣を受け目標を達成できている。今後は、専門医や指導医の資格を有する中堅医師の獲得に努め、直接的な診療の質の向上につなげたい。現在の電子カルテについては、データベース機能を高めるため、今後見直しが必要であると考えている。</p>	<p>自己評価は適当と認める。 入院治療から地域生活への移行が進んでいることや、長期入院患者の退院促進により入院患者数が減少している中、現在の病床数を維持するかどうか、検討が必要である。</p>	<p>組織改編を行った地域連携科が中心となり、早期退院支援及び退院後の地域支援に向けた体制強化を図る。 また、依存症専門医療機関・治療拠点機関としての役割を果たすための体制を整備する。 令和3(2021)年度の電子カルテ更新に向けて、必要な機能を整理し、より効果的な運用が可能となるよう準備を進める。</p>
<p>2 経営参画意識の向上 これまで職域連携会議において各リーダーに対し経営戦略を指示をしてきたが、R元(2019)年度は病院長が職員全員の業績評価面接を通して、経営改革プラン(第3次)の周知及び業務の中で評価項目を向上させるために個人ができることを考えさせ、経営参画意識を刺激した。</p>	<p>【目標指標：①】 順調 やや遅延 遅延 ①職員満足度は目標に達しなかったものの、過半数の職員が「全体として今の職場や仕事に満足している」と回答した。昇給・昇格や人事評価に対する満足度が20%台と極端に低いことが全体の満足度を下げる要因となっているが、病院長との面談を通して職員の経営参画意識の向上を図った。</p>		<p>経営形態の見直しについて検討を進めていくにあたり、今後はこれまで以上に自律的な病院運営が求められることから、中長期の経営の方向性や経営課題等について職員一人一人が共通認識を持ち、積極的に経営に参画できるよう、院内会議等で経営状況に関する情報を定期的に職員へ周知していく。 また、病院長との面談実施など、率直な意見を吸い上げる取組を継続するとともに、職員が働きやすい環境整備を引き続き進め、職員満足度の向上を図る。</p>
<p>3 収入の確保及び費用の削減への取組 収益の確保や病床稼働率の改善を図るため、病棟機能の強化等について具体的な検討を始めた。 原材料名処方箋を導入し、外来での収益性を高めたほか、旧第6病棟の有効活用(DI室や心理室)を図った。薬品費の削減のため、納入方法を見直すとともに院外処方箋を推進し、院外処方率が10.9%から14.5%まで上昇した。</p>	<p>【目標指標：②③④⑤⑦⑧】 順調 やや遅延 遅延 ②新入院患者数、⑤延べ外来患者数、⑦新規未収金発生額、⑧ジェネリック医薬品使用割合は目標を達成できたが、③新外来患者数は前年度を下回り、目標を達成できなかった。 また、④病床利用率についても目標を達成できなかったが、これは例年になく措置入院患者が少なかったことや、平均在院日数の短縮及び長期入院患者の退院促進等により延入院患者数が減少したことが原因であるとされている。</p>		<p>「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健福祉施策の流れを受けて、平均在院日数の短縮や長期入院患者の退院促進が進んでおり、今後も入院患者数の増加は見込めない状況にあることから、収益の確保に向けて、外来診療体制の強化を図る。 また、多様化する医療ニーズに対応できるよう、病棟機能の見直しや適正な病床数についても検討を行う。 院内にWGを編成し、診療報酬算定の精度向上を図る。 院外処方については、院内に検討チームを設置し、病院内外を含め利便性のよい院外薬局の方向性について具体的な検討を進める。</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			
	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			
② 新入院患者数(人)	438	506	115.5%	A	444	528	118.9%	A	450	471	104.7%	B	456			
③ 新外来患者数(人)	555	425	76.6%	E	580	564	97.2%	C	605	476	78.7%	E	630			
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			
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			
⑥ 医師数(人)	11	10	90.9%	C	12	12	100.0%	B	13	16	123.1%	A	13			
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			
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			

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			
	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			
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			

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

令和元(2019)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
<p>外来診療日数が前年度より少なかったことが影響し、延外来患者数は減少したが、長期処方や高額な薬品を使用する患者が増えたことにより外来単価が上がったため、外来収益は前年度より増加した。</p> <p>一方で、措置入院患者の大幅な減少により延入院患者数が減少し、入院単価は医療観察法病棟の入院患者数が増えたこと等により上がったものの、入院収益は前年度よりも減少した。</p> <p>外来収益の増よりも入院収益の減の方が大きかったため、医業収益全体としては、前年度を下回る結果となった。</p> <p>また、医業費用については前年度より増加したが、その主な要因は、職員数や退職給付引当金への積立が増えたことによる給与費の増や、人件費の高騰による委託費の増等である。</p> <p>このように、R元(2019)年度は医業収益は前年度より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>医師増員により給与費が増加した一方、医業収益は減少している。増加した医師数に見合うように、収益を増加させる方策が必要である。</p>
今後の取組方針	<p>医師が増えたことにより、患者への対応が手厚くできるようになったことが結果として長期入院患者の退院促進や平均在院日数の短縮につながっている。直ちに収益の増加につながるものばかりではないが、精神障害者の地域移行・定着を推進するため、今後とも積極的に取り組んでいく。</p> <p>一方で、医業収益の増減に措置入院患者数の動向が大きく影響することが課題となっているため、第1病棟内での保護室増設等を検討し、より効率的な病棟運営を図る。</p> <p>また、依存症専門医療機関・治療拠点機関としての選定を見据え、外来診療体制を充実させることにより、医業収支比率の改善及び経常収支の黒字化を目指す。</p>

2 収支計画

(1) 収益的収支(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	
	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) 料金収入	1,837	1,774	1,853	1,800	1,818	1,770		
(2) その他	10	10	10	10	9	10		
2. 業外収益	858	840	915	908	952	940		
(1) 他会計負担金・補助金	694	686	765	754	825	818		
(2) 国(県)補助金	12	11	13	12	13	6		
(3) 長期前受金戻入	150	140	135	140	111	110		
(4) その他	2	3	2	2	3	6		
(A) 経常収益	2,705	2,624	2,778	2,718	2,779	2,720		
1. 業費用	2,554	2,496	2,637	2,573	2,731	2,675		
(1) 職員給与費	1,659	1,627	1,741	1,692	1,732	1,815		
(2) 材料費	365	344	344	339	343	338		
(3) 経費	357	345	376	367	497	368		
(4) 減価償却費	165	173	167	167	151	147		
(5) 資産減耗費	1	1	1	1	1	1		
(6) その他	7	6	8	7	7	6		
2. 業外費用	68	64	65	62	69	67		
(1) 支払利息	6	6	4	4	2	2		
(2) 長期前払消費税額償却	4	4	4	4	4	4		
(3) その他	58	54	57	54	63	61		
(B) 経常費用	2,622	2,560	2,702	2,635	2,800	2,742		
(C) 経常損益[(A)-(B)]	83	64	76	83	▲ 21	▲ 22		
(D) 特別利益								
(E) 特別損失			11	11				
純損益[(C)+(D)-(E)]	83	64	65	72	▲ 21	▲ 22		
累積欠損金	101	120	55	48	76	70		

(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	
	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		
2. 他会計出資金								
3. 他会計負担金	141	141	141	141	121	121		
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		
(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		
1. 建設改良費	21	18	88	76	86	76		
2. 企業債償還金	256	255	309	309	217	216		
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		
(C) 差引不足額[(B) - (A)]	101	100	101	102	91	90		

(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	
	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		
資本的収支	141	141	141	141	121	121		
合計	835	827	906	895	946	939		

IV その他業務に関する重要事項

【令和元(2019)年度を取組状況等】

令和2(2020)年1月に「岡本台病院地方独立行政法人化検討会」を設置し、経営形態の見直しに向けた制度設計等について検討を開始した。3月末までに計3回の検討会を実施し、岡本台病院の経営形態のあり方について、一般地方独立行政法人化をメインシナリオとして進めていくことで合意を得た。

○ その他特記事項

【令和元(2019)年度を取組状況等】

令和元(2019)年度は、施設の長寿命化を図るための計画的改修として、受水槽及び高架水槽等の更新工事を実施した。一方で小規模な修繕については、必要最低限の実施にとどめることで修繕費を節約し、メリハリのある事業執行に努めた。

また、未収金の回収に積極的に取り組んだ結果、未収金残高が大きく減少したことから、貸倒引当金の戻入を行った。

◎ おわりに

平成 29（2017）年度から令和 2（2020）年度を計画期間とする第 3 次プランの 3 年目となる令和元（2019）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。

一方で、経営形態のあり方については、がんセンターに続いて、とちぎリハビリテーションセンターが平成 30（2018）年 4 月に一般地方独立行政法人へ移行し、地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンターとして新たにスタートいたしました。残る岡本台病院に関しても、課題等を整理しながら地方独立行政法人化に向け検討を進めることとしております。

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、栃木県立病院経営改革プラン評価委員会の御意見等も踏まえながら、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 委員会には、委員長及び副委員長を置く。
- 3 委員長は、委員の互選により定め、副委員長は、委員のうちから委員長が指名する。
- 4 委員長は、委員会を主宰し、会務を総理する。
- 5 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。

栃木県立病院経営改革プラン評価委員会名簿

任期:平成31(2019)年4月1日～令和3(2021)年3月31日

氏 名	役 職 等	備 考
青木 公平	栃木県精神衛生協会 会長	
朝野 春美	栃木県看護協会 会長	
稲野 秀孝	栃木県医師会 会長	
窪田 幸一	獨協医科大学病院 病院長	
佐田 尚宏	自治医科大学附属病院 病院長	
高田 純子	公認会計士	
高橋 淑郎	日本大学商学部 教授	
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	

* 敬称略 : 五十音順