

令和元年度第1回地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び
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評価委員会次第

令和元（2019）年8月5日（月）

15:00～16:50

県庁本館6階 大会議室1

1 開 会

2 挨拶

3 議 題

- (1) 委員長及び副委員長の選任について
- (2) 地方独立行政法人栃木県立がんセンターの平成30（2018）年度
業務実績に関する評価について
- (3) 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の平成
30（2018）年度業務実績に関する評価について
- (4) その他

4 閉 会

《配布資料》

委員名簿、事務局等名簿、席次表

- 【資料 1】（地独）栃木県立がんセンター及び（地独）栃木県立リハビリテーションセンターの業務実績に関する評価方法及び評価基準
- 【資料 2】（地独）栃木県立がんセンター平成 30（2018）年度決算の概要（速報）
- 【資料 3】（地独）栃木県立がんセンター平成 30（2018）年度業務実績報告書兼中項目別評価書の概要
- 【資料 4】（地独）栃木県立がんセンター平成 30（2018）年度業務実績報告書兼中項目別評価書
- 【資料 5】（地独）栃木県立がんセンター平成 30（2018）年度業務実績に関する全体評価書
- 【資料 6】（地独）栃木県立リハビリテーションセンター 平成 30（2018）年度決算の概要（速報）
- 【資料 7】（地独）栃木県立リハビリテーションセンター 平成 30（2018）年度業務実績報告書兼中項目別評価書の概要
- 【資料 8】（地独）栃木県立リハビリテーションセンター 平成 30（2018）年度業務実績報告書兼中項目別評価書
- 【資料 9】（地独）栃木県立リハビリテーションセンター 平成 30（2018）年度業務実績に関する全体評価書
- 【参考資料 1】（地独）栃木県立がんセンター平成 30（2018）年度 数値目標及び実績値一覧
- 【参考資料 2】（地独）栃木県立リハビリテーションセンター 平成 30（2018）年度 数値目標及び実績値一覧
- 【参考資料 3】（地独）栃木県立がんセンター及び（地独）栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会条例
- 【参考資料 4】（地独）栃木県立がんセンター及び（地独）栃木県立リハビリテーションセンターの平成 30（2018）年度業務実績評価に関する諮問書

地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び地方独立行政法人
栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会委員名簿

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
太田 照男	栃木県医師会 会長	
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	
平田 幸一	獨協医科大学病院 病院長	
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	欠席
渡邊 カヨ子	栃木県看護協会 会長	

* 敬称略 : 五十音順

**地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び地方独立行政法人
栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会 事務局等**

1 事務局

NO	氏 名	役 職 名	備 考
1	森澤 隆	保健福祉部長	欠席
2	海老名 英治	保健医療監	
3	吉澤 敏弘	保健福祉部次長兼保健福祉課長	
4	福田 研一	保健福祉課 総務主幹	
5	片柳 誠	保健福祉課 主幹兼課長補佐(総括)	
6	藤井 一夫	保健福祉課 主幹兼県立病院担当GL	
7	小川 俊彦	医療政策課長	
8	柏瀬 仁	健康増進課長	
9	加藤 篤信	障害福祉課長	木村課長補佐 (総括)代理出席

2 出席者((地独)栃木県立がんセンター及び(地独)栃木県立リハビリテーションセンター役員)

NO	氏 名	役 職 名	備 考
1	菱沼 正一	(地独)栃木県立がんセンター理事長兼センター長	
2	尾澤 巖	(地独)栃木県立がんセンター副理事長兼病院長	
3	永井 茂明	(地独)栃木県立がんセンター副理事長兼事務局長	
4	片野 進	(地独)栃木県立がんセンター理事兼副病院長	
5	藤田 伸	(地独)栃木県立がんセンター理事兼副病院長	
6	星野 雄一	(地独)栃木県立リハビリテーションセンター理事長兼所長	
7	大塚 崇央	(地独)栃木県立リハビリテーションセンター副理事長兼副所長	

(地独) 栃木県立がんセンター及び(地独) 栃木県立リハビリテーションセンターの業務実績に関する評価方法及び評価基準

1 趣旨

地方独立行政法人（以下「法人」という。）の各事業年度における業務の実績及び中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績並びに中期目標の期間における業務の実績については、地方独立行政法人法第 28 条第 1 項の規定に基づき、知事の評価を受けなければならないことから、以下のとおり法人の業務実績に関する評価方法及び評価基準を定めるものとする。

改正地方独立行政法人法（抄）

第 28 条 地方独立行政法人は、毎事業年度の終了後、当該事業年度が次の各号に掲げる事業年度のいずれかに該当するかに応じ当該各号に定める事項について、設立団体の長の評価を受けなければならない。

- 一 次号及び第三号に掲げる事業年度以外の事業年度 当該事業年度における業務の実績
- 二 中期目標の期間の最後の事業年度の直前の事業年度 当該事業年度における業務の実績及び中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績
- 三 中期目標の期間の最後の事業年度 当該事業年度における業務の実績及び中期目標の期間における業務の実績

2 (略)

- 3 第 1 項の評価は、同項第一号、第二号又は第三号に定める事項について総合的な評定を付して、行わなければならない。この場合において、同項各号に規定する当該事業年度における業務の実績に関する評価は、当該事業年度における中期計画の実施状況の調査及び分析を行い、その結果を考慮して行わなければならない。

2 評価の基本方針

- (1) 各事業年度における業務実績の評価については、年度計画の業務実施状況をもとに中期計画の進捗状況を調査、分析し、総合的に評価する。
- (2) 中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務実績の評価については、中期計画の業務実施状況（中期目標の期間の最後の事業年度において見込まれる業務の実績を含む。）をもとに中期目標の達成状況を調査、分析し、総合的に評価する。
- (3) 中期目標の期間における業務実績の評価については、中期計画の業務実施状況をもとに中期目標の達成状況を調査、分析し、総合的に評価する。
- (4) 法人の業務の実績の全体について調査、分析を行い、評価すべき点や改善すべき点を明らかにすることにより、法人の業務の質の向上及び効率化に資する。
- (5) 評価を通じて法人の業務運営の状況を分かりやすく示すことにより、法人の業務の透明性確保に資する。

3 評価方法について

(1) 各事業年度における業務実績の評価

- 当該評価は、各事業年度終了後に実施する。
- 法人は、各事業年度における業務の実績について、年度計画に掲げた中項目ごとに自己評価を行うとともに、自己評価を付した業務実績に関する報告書（以下「業務実績等報告書」という。）を作成し、知事に提出する。
- 知事は、法人から提出された業務実績等報告書に基づき、年度計画に掲げた中項目ごとに評価を行うとともに、業務実績全体の状況について評価を行う。
- 法人の自己評価は、次年度の5月～6月頃に実施し、知事による項目別評価及び全体評価は、7月～8月頃に（地独）栃木県立がんセンター及び（地独）栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会（以下「評価委員会」という。）の意見を聴取した上で、9月頃に実施する。

《法人による自己評価》

法人は、自己評価するにあたり、業務実績や年度計画に掲げた指標の達成状況を総合的に検証し、中項目ごとの実施状況について4段階評価（「4 評価基準について」参照。以下同じ。）を行うとともに、その評価理由を記載する。

なお、年度計画に掲げた指標の達成状況の判断目安は、以下のとおり。

【指標の達成状況】

- v：目標達成率 110%以上
- iv：目標達成率 100%以上 110%未満
- iii：目標達成率 90%以上 100%未満
- ii：目標達成率 80%以上 90%未満
- i：目標達成率 80%未満

《知事による評価》

ア 中項目別評価

法人の業務実績や法人による自己評価結果を総合的に検証し、中項目ごとの実施状況について4段階評価を行うとともに、その評価理由を記載する。

イ 全体評価

上記の中項目別評価を踏まえ、各事業年度における業務実績について、記述式による総合的な評価を行う。

(2) 中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務実績の評価

- 当該評価は、中期目標の期間の最後の事業年度に実施する。
- 法人は、中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績について、中期計画に掲げた中項目ごとに自己評価を行うとともに、自己評価を付した業務実績等報告書を作成し、知事に提出する。
- 知事は、法人から提出された業務実績等報告書に基づき、中期計画に掲げた中項目ごとに評価を行うとともに、業務実績全体の状況について評価を行う。

- 法人の自己評価は、中期目標の期間の最後の事業年度5月～6月頃に実施し、知事による項目別評価及び全体評価は、7月～8月頃に評価委員会の意見を聴取した上で、9月頃に実施する。

《法人による自己評価》

法人は、自己評価するにあたり、業務実績や中期計画に掲げた指標の達成状況を総合的に検証し、中項目ごとの実施状況について4段階評価を行うとともに、その評価理由を記載する。

なお、中期計画に掲げた指標の達成状況の判断目安は、年度計画に掲げた指標の達成状況の判断目安と同様とする。

《知事による評価》

ア 中項目別評価

法人の業務実績や法人による自己評価結果を総合的に検証し、中項目ごとの実施状況について、4段階評価を行うとともに、その評価理由を記載する。

イ 全体評価

上記の中項目別評価を踏まえ、中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務実績について、記述式による総合的な評価を行う。

(3) 中期目標の期間における業務実績の評価

- 当該評価は、中期目標の期間の終了後の次年度に実施する。
- 法人は、中期目標の期間における業務の実績について、中期計画に掲げた中項目ごとに自己評価を行うとともに、自己評価を付した業務実績等報告書を作成し、知事に提出する。
- 知事は、法人から提出された業務実績等報告書に基づき、中期計画に掲げた中項目ごとに評価を行うとともに、業務実績全体の状況について評価を行う。
- 法人の自己評価は、中期目標の期間の終了後の次年度5月～6月頃に実施し、知事による項目別評価及び全体評価は、7月～8月頃に評価委員会の意見を聴取した上で、9月頃に実施する。

《法人による自己評価》

法人は、自己評価するにあたり、業務実績や中期計画に掲げた指標の達成状況を総合的に検証し、中項目ごとの実施状況について4段階評価を行うとともに、その評価理由を記載する。

なお、中期計画に掲げた指標の達成状況の判断目安は、年度計画に掲げた指標の達成状況の判断目安と同様とする。

《知事による評価》

ア 中項目別評価

法人の業務実績や法人による自己評価結果を総合的に検証し、中項目ごとの実施状況について、4段階評価を行うとともに、その評価理由を記載する。

イ 全体評価

上記の中項目別評価を踏まえ、中期目標の期間における業務実績について、記述式による総合的な評価を行う。

4 評価基準について

(1) 各事業年度における業務実績の評価

法人による自己評価及び知事による評価（中項目別評価）については、以下の基準により判断する。

《評価基準》

S：計画を上回って実施している。

A：概ね計画どおり実施している。

B：計画をやや下回って実施している。

C：計画を下回っている、又は実施していない。

(2) 中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務実績の評価
各事業年度における業務実績の評価基準と同様とする。

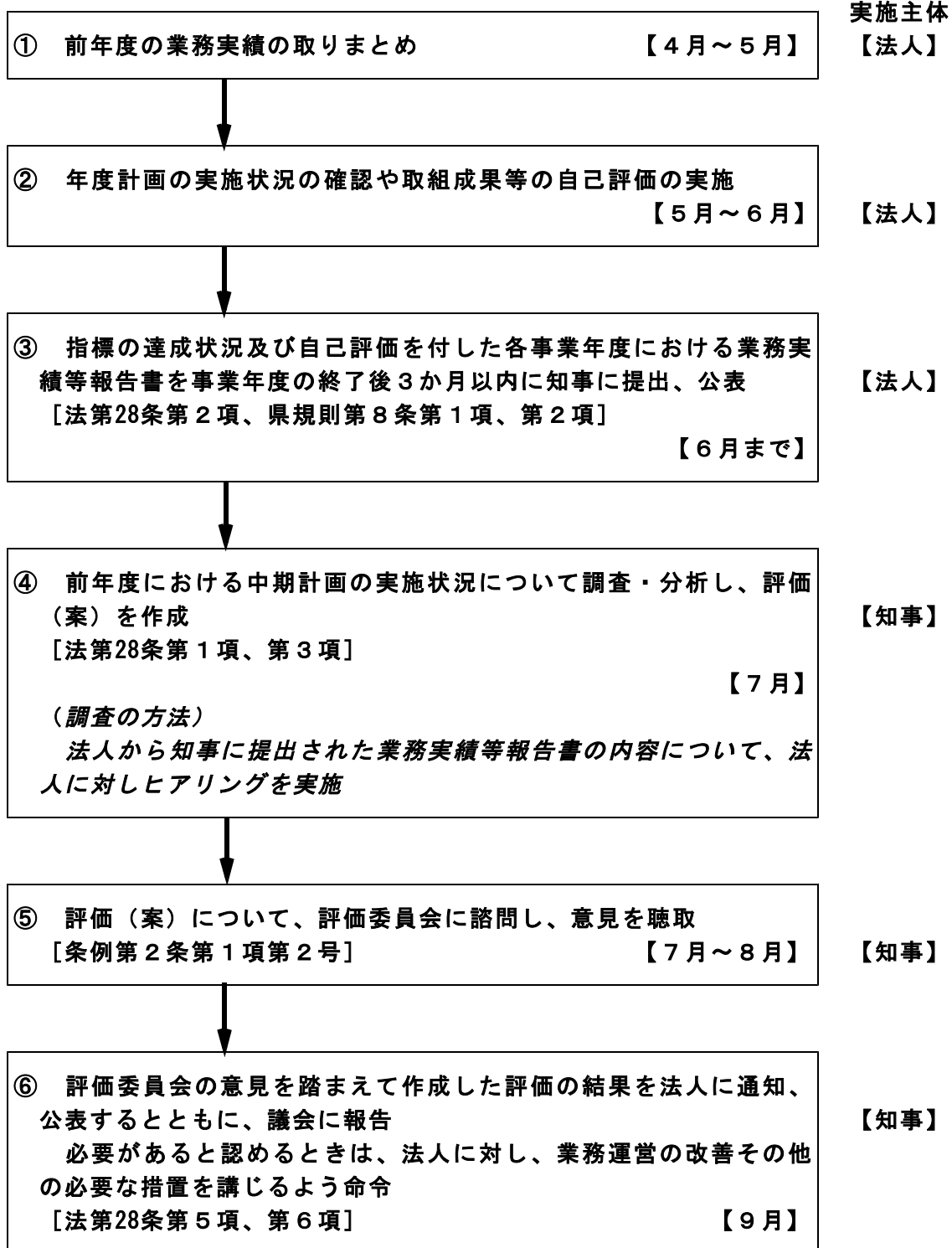
(3) 中期目標の期間における業務実績の評価

各事業年度における業務実績の評価基準と同様とする。

【参考】

(地独) 栃木県立がんセンター及び(地独) 栃木県立リハビリテーションセンターの業務実績の評価に関するフロー

○ 各事業年度における業務実績の評価



(注) 図中「法」は地方独立行政法人法を、「条例」は地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び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評価委員会条例を、「県規則」は地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び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の業務運営並びに財務及び会計に関する規則を示す。

第〇 (大項目)〇〇〇
(中項目)〇〇〇

各事業年度における業務実績報告書兼中項目別評価書(様式)

※中期目標期間における業務実績報告書兼中項目別評価書は「年度計画」を「中期計画」に置き換える。

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率(%)	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(小項目)〇〇〇		
(小項目)〇〇〇		
(小項目)〇〇〇		

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況

法人の 自己評価	評価理由

知事の 評価	評価 理由等

平成30(2018)年度 (地独) 栃木県立がんセンター決算の概要(速報)

〔平成28(2016)年4月 地方独立行政法人化〕

(単位:百万円)

区 分		H29(2017)年度 決算額 A	H30(2018)年度 決算額 B	比較 B-A
許可病床数 (床)		291	291	0
年間 延患者数	入院患者数 (人)	60,561	56,505	△ 4,056
	1日平均 (人)	165.9	154.8	△ 11.1
	外来患者数 (人)	114,984	118,756	3,772
	1日平均 (人)	471.2	486.7	15.5
病床利用率※(%)		57.0	53.2	△ 3.8
単価	一人一日当入院 (円)	63,681	67,406	3,725
	一人一日当外来 (円)	28,463	27,803	△ 660
医療収支比率 (%)		77.8	79.4	1.6
経常収支比率 (%)		98.9	98.0	△ 0.9
営業 等 収 支	収入	9,977	9,646	△ 331
	営業収益	9,707	9,430	△ 277
	医療収益	7,330	7,294	△ 36
	うち入院収益	3,857	3,809	△ 48
	うち外来収益	3,273	3,302	29
	運営費負担金	1,672	1,505	△ 167
	その他営業収益	705	631	△ 74
	営業外収益	270	212	△ 58
	うち運営費負担金	72	67	△ 5
	うちその他営業外収益	197	145	△ 52
	臨時利益	0	4	4
	支出	10,084	9,836	△ 248
	営業費用	9,965	9,729	△ 236
	医療費用	9,426	9,190	△ 236
	うち給与費	3,704	3,824	120
	うち材料費	2,712	2,633	△ 79
	うち経費	1,683	1,675	△ 8
	うち減価償却費	1,250	972	△ 278
	一般管理費用	145	147	2
	うち給与費	124	125	1
その他営業費用	395	392	△ 3	
営業外費用	118	107	△ 11	
臨時損失	0	0	0	
経常損益	△ 106	△ 194	△ 88	
純利益	△ 107	△ 190	△ 83	
資本 収 支 差	収入	1,073	1,129	56
	企業債	430	505	75
	資本収支負担金	643	623	△ 20
	支出	1,598	1,627	29
	建設改良費	290	366	76
企業債償還金等	1,307	1,262	△ 45	
差引	△ 525	△ 499	26	
県負担金(営業等+資本)		2,387	2,195	△ 192
貸借 対照	資産	13,389	12,735	△ 654
	負債	11,373	10,898	△ 475
	資本	2,016	1,837	△ 179

※ 延べ入院患者数(退院日を除く年間入院患者数)を年間延べ病床数で除した割合。

【各数値の増減要因等】

(患者数)

- 入院患者数は減少 [要因] がん医療が入院中心から外来中心に移行していることや一部の診療科における医師の退職等
- 外来患者数は増加 [要因] 常勤医師の確保等

(収支関係)

- 入院収益は減少 [要因] 患者一人当たりの単価が高額治療件数の増により増加したものの、入院患者数減の影響大
- 外来収益は増加 [要因] 患者一人当たりの単価が薬価改定の影響により減少したものの、外来患者数増の影響大
- 医療費用は減少 [要因] 給与費が増加したものの、薬価改定による薬品費の減や減価償却費の減等の影響大

⇒ 費用の減少が収益の減少を上回ったことから、医療収支は改善した。

なお、一般会計負担金(営業外収益)は減少しており、これにより経常損益は悪化した。

平成30（2018）年度業務実績報告書兼中項目別評価書の概要について（がんセンター）

資料3

1 評価方法及び評価基準

評価方法：業務実績や年度計画に掲げた指標の達成状況を総合的に検証し、中項目ごとの実施状況について4段階評価を行う。

- 評価基準：S（計画を上回って実施している。）
 A（概ね計画どおり実施している。）
 B（計画をやや下回って実施している。）
 C（計画を下回っている、又は実施していない。）

2 評価結果及び理由

中項目	法人の自己評価		知事の評価（案）	
	評価結果	評価理由	評価結果	評価理由等
第1 1 質の高い 医療の提供 資料4 p 2～5	A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数」、「高精度放射線治療延べ件数のうちIMRT（強度変調放射線治療）件数」は大きく目標値を上回った一方、「高難度手術延べ件数」は目標値を大きく下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「高度で専門的な医療の推進」では、肝胆膵外科高難度手術を平成24(2012)年から年間50例以上維持し、日本肝胆膵外科学会による修練施設のランクがBからAにアップしたほか、骨軟部腫瘍・整形外科の入院診療を7月から再開し、県内では実施が困難であった整形外科領域における骨軟部腫瘍の治療を実施した。また、「チーム医療の推進」では、多職種の医療従事者間での連携、協働によるチーム医療を推進するため、プロトコールに基づく薬物治療管理の取組を開始したなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。ただし、緩和ケアの推進やがん患者へのリハビリテーション提供体制の充実等については、一層の取組を期待したい。

中項目	法人の自己評価		知事の評価(案)	
	評価結果	評価理由	評価結果	評価理由等
2 安全で安心な医療の提供 資料4 p6～8	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「多職種連携ロールプレイ研修実施回数」、「医薬品安全使用研修実施回数」は目標どおりであったが、「医療安全管理研修(全職員対象)実施回数」、「感染管理認定看護師数」が目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療安全対策等の推進」では、リスクマネジメント部会において、インシデントや事故報告の原因分析や事故防止の具体策などについて調査や検討を実施した。また、「医療機器等の安全管理の徹底」では、医療機器の安全性を維持するため保守点検を実施したほか、医療関係職種等と緊密な連携を行うことで安全の確保に努めたなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
3 患者・県民の視点に立った医療の提供 資料4 p9～13	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「専門看護相談件数」、「院内クリティカルパス適用症例率」が目標値を上回った一方、「セカンドオピニオン件数」については目標値を大きく下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、4月から病理外来を開設し、病理診断結果について病理専門医から患者への説明を開始したほか、10月には、がんゲノム医療連携病院として指定を受けた。また、「患者の就労等に関する相談支援体制の充実」では、8月から入退院センターにおいて仕事に関するアンケートを開始し、支援対象者への早期介入に取り組んだ。さらに、「県民へのがんに関する情報の提供」では、膵がんに対する正しい理解の促進を図るため、3月に県内初となる「とちぎ膵がん教室」を開催したなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。ただし、セカンドオピニオン件数は、目標を大きく下回っているため、次年度は、件数増加に向けた一層の取組を期待したい。
4 人材の確保と育成 資料4 p14～17	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「職員満足度割合」が目標どおりであったが、「医師数」、「認定看護師数」及び「医療倫理研修実施回数」が目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療従事者の確保と育成」では、県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師の確保が必要な骨軟部腫瘍・整形外科、頭頸科などの医師の派遣を要請した。また、「人事管理制度の構築」では、医師の人事評価の試行を実施したほか、コメディカル、看護師の人事評価項目、方法の検討を行ったなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。引き続き医師の確保に積極的に努められたい。

<p>5 地域連携の推進</p> <p>資料4 p18~20</p>	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「院外への口腔ケア依頼件数」が目標値を大きく上回った一方、「医薬連携研修実施回数」、「退院調整件数」が目標値を大きく下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「地域の医療機関との連携強化」では、地域連携センターが対応している他病院からの患者の予約について、全例受け入れを原則として対応したほか、口腔がんや口腔外科処置が必要な症例で、歯科診療所における治療が困難な患者の受け入れを行った。また、「患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化」では、地域の関係者とカンファレンスを通して情報を共有し、退院してからも療養を継続できるように調整を行ったなど、概ね計画どおりに実施したが、「在宅緩和ケアの推進」では、地域医療連携ネットワークシステムや医介連携ネットワークシステムを活用した地域と密着した在宅緩和ケアの推進について、具体的な成果はなかった。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。地域連携の強化及び在宅緩和ケアの推進に向けて一層の取組を期待したい。
<p>6 地域医療への貢献</p> <p>資料4 p21~22</p>	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「地域の医療従事者向け研修実施回数」、「郡市医師会向け出張講座実施回数」とともに目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「地域のがん医療の向上・均てん化のための支援」では、都道府県がん診療連携拠点病院として、栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催したほか、都道府県レベルのがんの診療の質向上に向けた取り組みとして、PDCAサイクル研修を実施した。また、「がん対策事業への貢献」では、県内のすべての病院及び指定診療所から届出のあった全国がん登録情報の審査・整理を行ったなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。都道府県がん診療連携拠点病院として、地域のがん医療の向上・均てん化を推進するため、地域の医療従事者に対する研修の充実に努められた。

中項目	法人の自己評価		知事の評価(案)	
	評価結果	評価理由	評価結果	評価理由等
7 災害等への対応 資料4 p23	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟で火災が発生したことを想定した消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練と、大地震を想定した防災訓練を実施したほか、災害時における事業の継続・早期復旧に向けた対応のため、BCP(事業継続計画)の策定作業を行い素案を作成したなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
第2 1 業務運営体制の確立 資料4 p24	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療環境の変化に伴って発生する病院運営上の課題については、タスクフォースやワーキンググループを設置し、対応策を検討したほか、業務方法書の改正に対応するため、内部統制規程など関係規程の整備を行ったなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
2 経営参画意識の向上 資料4 p25	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員全員の経営参画意識の向上を図るため、経営会議や経営戦略会議を原則毎月開催したほか、業務改善提案制度を活用して職員からアイデアを収集し、医療サービスの向上や業務負担の軽減につながる取組を行ったなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
3 収入の確保及び費用の削減への取組 資料4 p26~28	B	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「新外来患者数」、「1日当たり外来患者数」が目標値を上回った一方、「病床利用率」、「新入院患者数」、「1日当たり入院患者数」、「診療材料費対医業収益比率」及び「減価償却費対医業収益比率」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「収入の確保への取組」では、紹介患者増を目指して、呼吸器内科医と渉外業務専門員による地域医療機関への訪問を実施したほか、初回の化学療法や気管支鏡検査の一部について、患者の安全に配慮し、外来ではなく入院で対応した。また、「費用の削減への取組」では、医薬品、診療材料において、ベンチマークシステムを利用し、適正価格での購入となるよう価格交渉を行ったほか、委託料については、入札方法を指名競争入札から一般競争入札に変更し、費用の削減に努めたなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	B	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。医師の確保等により更なる収入の確保を図るとともに、安全面にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組むなど、より一層の経営改善に努められたい。

<p>第3 財務内容の改善に関する事項</p> <p>資料4 p 29</p>	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「経常収支比率」、「医業収支比率」とともに目標値をやや下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、経営会議や経営戦略会議を通じて月次で収支状況等を管理したほか、診療科ごとにヒアリングを実施し、現状の課題、今後の方針、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体例などについて意見交換を行い、経常収支の黒字化を目指したが、計画をやや下回った。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。経常収支の黒字化に向けて、より一層の経営改善に努められたい。
<p>第8 その他業務運営に関する重要事項</p> <p>資料4 p 30</p>	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設整備のあり方については、ワーキンググループによる検討会、プロジェクトチームによる会議を開催し、今後の医療技術の進歩を見据えた施設への整備を方向性とした、「地方独立行政法人栃木県立がんセンター将来構想」を策定したほか、医療機器について、計画的に更新・整備したなど、当該項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。 	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

業務実績報告書兼中項目別評価書

平成 30(2018) 年 度
(第 3 期事業年度)

自 平成 30(2018)年 4 月 1 日

至 平成 31(2019)年 3 月 31 日

地方独立行政法人栃木県立がんセンター

目 次

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表	1
第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項（大項目）	2
1 質の高い医療の提供（中項目）	2
2 安全で安心な医療の提供（中項目）	6
3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）	9
4 人材の確保と育成（中項目）	14
5 地域連携の推進（中項目）	18
6 地域医療への貢献（中項目）	21
7 災害等への対応（中項目）	23
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	24
1 業務運営体制の確立（中項目）	24
2 経営参画意識の向上（中項目）	25
3 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	26
第3 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）	29
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	30

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表

◆ 中期目標期間における各事業年度の項目別評価

項目	平成28(2016)年度	平成29(2017)年度	平成30(2018)年度	令和元(2019)年度	令和2(2020)年度
第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項					
質の高い医療の提供	A	A	A		
安全で安心な医療の提供	A	A	A		
患者・県民の視点に立った医療の提供	A	A	A		
人材の確保と育成	A	A	A		
地域連携の推進	A	A	B		
地域医療への貢献	A	A	B		
災害等への対応	A	A	A		
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項					
業務運営体制の確立	A	A	A		
経営参画意識の向上	A	A	A		
収入の確保及び費用の削減への取組	A	B	B		
第3 予算、収支計画及び資金計画					
財務内容の改善に関する事項	A	B	B		
第8 その他業務運営に関する重要事項					
その他業務運営に関する重要事項	B	B	A		

(参考) 中期目標期間における各事業年度の全体評価

年度	評価結果
平成28(2016)年度	全体として中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。
平成29(2017)年度	中期計画の達成に向けてほぼ順調な進捗状況であるが、一部の項目において計画を下回っている。
平成30(2018)年度	中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。(案)
令和元(2019)年度	
令和2(2020)年度	

第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項(大項目)

1 質の高い医療の提供(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018) 年度 目標値	H30(2018) 年度 実績値	H30(2018) 年度 達成率	R2(2020) 年度 目標値※	指標の達成 状況	
1	高難度手術延べ件数(件)	76	52	68%	60	i	
2	腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数(件)	360	530	147%		v	
3	外来(日帰り)ポリープ内視鏡手術延べ件数(件)	927	984	106%		iv	
4	高精度放射線治療延べ件数(件)	IMRT	836	2,190	262%	780	v
		SBRT	8	8	100%	20	iv
5	外来化学療法延べ件数(件)	7,571	8,048	106%	7,900	iv	
6	臨床研究件数(件)	175	183	105%	228	iv	
7	チームSTEPPS受講率(%)	85.0	83.7	98%		iii	
8	緩和ケア勉強会実施回数	年10回	年8回	80%		ii	
9	地域の緩和ケア連携カンファレンス開催回数	年10回	年8回	80%	月1回以上	ii	
10	がん患者リハビリテーション単位数(単位)	6,048	5,374	89%	17,040	ii	

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016) 年度 実績値	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018) 年度 実績値(再掲)	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値
69	75	52		
345	358	530		
995	918	984		
777	1,251	2,190		
4	0	8		
7,897	7,573	8,048		
182	169	183		
43.6	63.9	83.7		
年10回	年10回	年8回		
年9回	年10回	年8回		
2,285	5,438	5,374		

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)高度で専門的な医療の推進(小項目)		
<p>患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、がん専門病院として、以下のとおり、高度で専門的な医療を提供する。</p> <p>ア 局所進行がんや転移がん、希少がんも含め、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、手術、放射線治療及び化学療法を組み合わせた集学的治療の充実を図るなど、高度専門医療を提供する。</p>	<p>患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、がん専門病院として、以下のとおり、高度で専門的な医療を提供する。</p> <p>ア 局所進行がんや転移がん、希少がんも含め、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、手術、放射線治療及び化学療法を組み合わせた集学的治療の充実を図るなど、高度専門医療を提供する。</p> <p>また、骨軟部腫瘍科の入院診療を7月から再開し、県内で実施が困難であった骨軟部腫瘍領域における治療を積極的に進めていく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 当センターは平成24(2012)年から肝胆膵外科高難度手術を年間50例以上維持しており、日本肝胆膵外科学会による修練施設のランクがBからAにアップされた。 高難度手術件数は平成29年度は75例であったが平成30(2018)年度は52例と激減した。特に10~12月の手術件数の減少が著しかったが、1月からは元のペースに戻った。 骨軟部腫瘍・整形外科の入院診療を7月から再開し、県内では実施が困難であった整形外科領域における骨軟部腫瘍の治療を積極的に行った。 多職種参加によるがんボード(症例検討会)を各診療科等で開催し、患者の状態に応じて手術療法、放射線療法、化学療法又はそれらを効果的に組み合わせた集学的治療を実施した。また、新たに骨転移カンファレンスを開始した。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ 低侵襲な鏡視下手術(腹腔鏡、胸腔鏡を入れてモニターを見ながら行う手術)や食道、胃、大腸の内視鏡治療の実施(内視鏡的粘膜下層剥離術:ESD、内視鏡的粘膜切除術:EMR等)等、患者の身体的負担が少ない治療法を引き続き提供し、患者の高齢化への対応を進める。</p> <p>ウ IMRT(強度変調放射線治療)やSBRT(体幹部定位放射線治療)等、患者の状態等に応じた高度な放射線治療を提供する。</p> <p>エ 抗がん剤の作用、副作用に熟知した専門医や看護師による高度ながん化学療法を引き続き提供するとともに、他の医療機関では実施困難な最新の化学療法を提供する。</p> <p>オ 患者がよりよい治療を受けられるよう、治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のための国内外の多施設共同研究に積極的に取り組む。</p>	<p>イ 低侵襲な腹腔鏡及び胸腔鏡下手術については、手術適応を守りながら積極的に施行し、術後合併症の減少と入院期間の短縮に努める。 また、低侵襲な内視鏡治療を実施するとともに、その情報提供を行い、周知に努める。更に、当センターの特長である大腸ポリープの日帰り内視鏡手術を推進する。</p> <p>ウ 短時間で効率的にIMRT(強度変調放射線治療)の施行が可能となるVMAT(強度変調回転照射)及びSBRT(体幹部定位放射線治療)を実施する。</p> <p>エ 抗がん剤の作用、副作用に熟知した専門医、認定看護師、薬剤師等を含めた多職種により、最新かつ適切な化学療法を実施する。</p> <p>オ 患者がよりよい治療を受けられるよう、治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のための国内外の多施設共同研究に積極的に取り組む。 また、治験依頼者へ積極的に情報発信するとともに、治験コーディネーターを活用するなど実施体制を強化する。</p>	<p>・ 腹腔鏡手術の経験豊富な婦人科医を採用し、日本産婦人科内視鏡学会技術認定医が2名となった結果、婦人科領域の腹腔鏡手術が著しく増加した。(年間171例)</p> <p>・ 子宮体がんに対する傍大動脈リンパ節郭清を含めた腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(先進医療)は、当センターが県内で唯一の施行可能な施設となった。</p> <p>・ 消化器外科には日本内視鏡外科学会技術認定医が3名在籍しており、手術適応を守りながら質の高い低侵襲な鏡視下手術を施行した結果、術後合併症が減少し、入院期間の短縮にもつながった。</p> <p>・ 早期の胃・大腸がんに対する低侵襲な治療を推進するため、内視鏡的粘膜下層剥離術を積極的に実施し、その治療成績も良好であった。また、大腸ポリープについては、外来検査の際にその場でポリープを切除することを推進し、患者に身体的にも経済的にも負担の少ない治療を提供した。</p> <p>・ IMRTについては、遠隔転移陽性症例に対し適応が拡大されたことと、泌尿器科医欠員による前立腺手術削減の影響を吸収する受け皿になったことで件数が大幅に増加した。</p> <p>・ 平成29(2017)年度は未実施であったSBRTを施行した。手術例・新規症例増加に関連した実績と推測される。</p> <p>・ 医師、薬剤師、緩和ケアチームの看護師、外来看護師、がん相談支援センター相談員、門前薬局の薬剤師によるカンファレンスを2週間に1回実施し、情報の共有や提供を継続して行った。</p> <p>・ 副作用対策及びレジメンについて、がん化学療法認定看護師を中心に医師、薬剤師と相談、検討した。</p> <p>・ 外来受診の際、有害事象について確認し対応できるよう、化学療法問診票の記載内容や運用方法の見直しについて検討した。</p> <p>・ 承認前の医薬品の治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のため、国内外の多施設共同研究に積極的に取り組み、当センターやSMO(治験施設支援機関)の臨床研究コーディネーターを活用し医師の業務を支援した。</p> <p>・ 当センターにおける治験実施体制、治験関連規程、IRB(臨床研究審査委員会)に関する最新情報を随時ホームページに掲載し、速やかに治験依頼者へ情報発信した。</p> <p>・ 「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」において、臨床研究に関する教育・研修の機会の確保が規定されていることから、eラーニング(ICRweb)を導入し、研究者、外部委員を含めたIRB委員に周知し、活用を開始した。</p> <p>・ 倫理指針、手順書、書式を改正し、IRBの迅速審査と通常審査のライン引きの明確化、IRB小委員会の廃止等、効率化策を盛り込んだ。</p>
(2)チーム医療の推進(小項目)		
<p>多職種の医療従事者間で連携、協働し、それぞれの専門性を最大限に発揮できるよう、放射線診断医、病理診断医をはじめとする医療従事者間の連携、協働を実際の臨床の場で実践するため、体系的なチームトレーニングを実施するとともに、がんセンターボード(症例検討会)の一層の充実を図る。</p>	<p>平成28(2016)年2月から開始したチームSTEPPS(※)の研修を、全職員を対象に実施する。 また、がんセンターボード(症例検討会)を定期的開催する。 ※ 医療の質及び患者安全の向上のためのチームワークシステム。</p>	<p>・ 2月にチームSTEPPS研修を開催し、全職種から108名(初級編87名、中級編21名)が受講した。全職員の受講率は、83.7%となった。次年度は受講率100%を目標に未受講者の受講を推進していく。</p> <p>・ がんセンターボード(症例検討会)については、各診療科等で定期的開催した。</p> <p>・ 多職種の医療従事者間での連携、協働によるチーム医療を推進するため、プロトコールに基づく薬物治療管理の取組を始めた。(作成プロトコール:入院処方入力支援プロトコール、外来化学療法トレーニングレポート活用プロトコール、外来院外処方疑義照会簡素化プロトコール)</p>

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3)緩和ケアの推進(小項目)		
<p>患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、以下のとおり、がんと診断された時からの緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターの体制を充実させるとともに、緩和ケアセンターが主体となって院内向けに勉強会等を開催し、病院内の全ての職員が緩和ケアに対する意識付けを共有化して協力体制を構築するなど、院内の緩和ケアを推進する。</p> <p>イ 院内のみならず地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域連携カンファレンスの実施、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションとの連携強化、訪問診療の検討を行うなど、地域と連携して在宅緩和ケアを推進する。</p>	<p>患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、以下のとおり、がんと診断された時からの緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合した緩和ケアセンターの機能の維持向上を図る。また、緩和ケアセンターで院内向けに緩和ケア勉強会を開催し、基本的緩和ケアから専門的緩和ケアへつなぐ体制を強化する。</p> <p>イ 地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、宇都宮医療圏における他のがん診療連携拠点病院と協働して医療・福祉関係者を対象とした緩和ケア地域連携カンファレンスを実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緩和ケアセンターの体制強化を図るため、毎週月曜日に緩和ケアセンター運営カンファレンスを開催した。緩和ケアリンクナース会を8回開催し、基本的緩和ケアの実践と専門的緩和ケアへつなぐ役割について症例を通して学んだ。 ・ 宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを済生会宇都宮病院と協働で8回開催した。「介護施設での看取りを考える」をテーマに開催し、地域の介護施設での看取り症例などを共有し、地域における緩和ケアの質の向上を図った。
(4)がん患者のリハビリテーション提供体制の充実(小項目)		
<p>患者の望む生活スタイルを支援するため、リハビリテーションスペースを拡充するとともに理学療法士・作業療法士の充実を図り、がんと診断された時から患者の病態に応じたリハビリテーションを提供する。</p>	<p>患者の望む生活スタイルを支援するため、がんと診断された時から患者の病態に応じたリハビリテーションを提供する。また、理学療法士・作業療法士以外の職種と連携を図りながら、総合的なリハビリテーション計画を策定し、質の高いリハビリテーションを提供する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 周術期リハビリテーションへ注力し、術後合併症予防や早期の生活復帰を図った。その結果、実施件数では平成29(2017)年度を上回った。入院患者のリハビリテーションのオーダー数432件(平成29(2017)年度:370件)のうち周術期は171件(平成29(2017)年度:125件)。外来及び入院患者における術前呼吸訓練実施は168件(平成29(2017)年度:133件)。 ・ 入院患者の全員に、リハビリテーション総合実施計画書を作成し交付した。作成件数は520件(平成29(2017)年度:490件)。 ・ 骨軟部腫瘍科医も構成員として加わり、毎週、多職種によるリハビリテーションカンファレンスと病棟回診を実施した。 ・ 骨軟部腫瘍・整形外科主催で毎週開催している骨転移カンファレンスでは、多職種参加による集学的検討を行い、適時的にリハビリテーションを提供することができた。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> ・ 該当なし 	<p style="text-align: center;">—</p>

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数」、「高精度放射線治療延べ件数のうちIMRT(強度変調放射線治療)件数」は大きく目標値を上回った一方、「高難度手術延べ件数」は目標値を大きく下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「高度で専門的な医療の推進」では、肝胆膵外科高難度手術を平成24(2012)年から年間50例以上維持し、日本肝胆膵外科学会による修練施設のランクがBからAにアップしたほか、骨軟部腫瘍・整形外科の入院診療を7月から再開し、県内では実施が困難であった整形外科領域における骨軟部腫瘍の治療を実施した。また、「チーム医療の推進」では、多職種 of 医療従事者間での連携、協働によるチーム医療を推進するため、プロトコールに基づく薬物治療管理の取組を開始したなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
-------------	---	------------------	--



知事の 評価(案)	A	評 価 理 由 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。ただし、緩和ケアの推進やがん患者へのリハビリテーション提供体制の充実等については、一層の取組を期待したい。
--------------	---	-----------------------	---

2 安全で安心な医療の提供(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	医療安全管理研修(全職員対象)実施回数	年8回	年7回	88%		ii
2	感染管理認定看護師数(人)	2	1	50%	3以上	i
3	多職種連携ロールプレイ研修実施回数	年1回	年1回	100%		iv
4	医薬品安全使用研修実施回数	年2回	年2回	100%		iv

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値
年8回	年9回	年7回		
2	2	1		
年1回	年1回	年1回		
年2回	年2回	年2回		

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)医療安全対策等の推進(小項目)		
<p>患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策等を推進する。</p> <p>ア リスクマネジャーや医療安全に関する院内組織を中心にヒヤリ・ハットも含めた医療事故の発生原因の分析等を行うとともに、安全管理に関する研修等を通し、職員間で再発防止策や医療安全に関する情報を共有化し、事故防止の徹底を図る。</p> <p>イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の予防、監視、指導、教育等を強化する。</p> <p>ウ チーム医療を推進することにより、院内に患者安全文化を醸成するとともに、職員にとっても安全な職場の形成を推進する。</p>	<p>患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策等を推進する。</p> <p>ア リスクマネジャーや医療安全に関する院内組織を中心にヒヤリ・ハットや医療事故の発生原因の分析等を行うとともに、安全管理に関する研修等を通して職員間で再発防止策や医療安全に関する情報を共有化し、事故防止の徹底を図る。</p> <p>また、医療事故調査制度の運用体制を整備し、医療の質と安全性の向上を図る。</p> <p>なお、安全管理に関する研修については、全職員を対象にした研修を実施するほか、職種や対象に応じた研修を計画的に実施する。</p> <p>イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の予防、教育のための勉強会を年10回開催する。</p> <p>ウ 医療の安全と質の向上を図るため、医療安全研修の中で多職種連携ロールプレイ研修を実施し、チームSTEPPSの導入の効果を高める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ リスクマネジャーを中心に「医療安全管理マニュアル」全般の見直しを行った。 ・ 「医療安全管理マニュアル」に基づき、リスクマネジメント部会においてインシデントや事故報告の原因分析や事故防止の具体策などについて調査や検討を行った。 ・ リスクマネジメント部会の検証ワーキンググループを多職種で構成し、インシデントや事故報告の原因分析、事故防止の具体策の検討、医療事故防止のための啓発、広報などを行い、医療事故の防止に努めた。 ・ 医療安全の推進に関する目標を各部署で立案し、業務の実践と評価・改善に取り組んだ。 ・ 医療事故調査制度の改定に伴い、すべての死亡症例について検証を行う体制を整備した。 ・ 医療安全に関する研修については、全職員を対象とした研修や職種ごとにテーマを設定した研修を28回開催した。(全職員対象:7回、職種別等:21回) ・ 感染対策委員会が中心となって院内感染の予防、教育のための勉強会を13回開催した。 ・ 医療安全に関する研修の一つとしてチームSTEPPS研修の中で、多職種連携ロールプレイを実施した。 ・ 医療安全推進目標にチームSTEPPSを活用した部署目標を設定し、各部署で前期・年度末評価を行い実践活動につなげた。また、平成29(2017)年度にチームSTEPPS研修を受講した者が、「チームSTEPPS受講後のチャレンジ報告」として、学びの実践について報告し個々の活動につながった。 ・ 医療の質及び安全性の向上に向けた取組の効果を可視化するため、3月に全職員を対象に「医療における安全文化調査」を実施した。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2)医療機器、医薬品等の安全管理の徹底(小項目)		
<p>患者に対して安全な医療を提供するため、放射線治療機器の品質管理の徹底や服薬指導の徹底等、医療機器や医薬品をはじめ施設内全般の安全管理を徹底する。</p>	<p>患者に対して安全で安心な放射線治療を提供するため、毎月最終水曜日を放射線治療品質管理日とし、治療機器の精度管理を実施するとともに、その結果を掲示する。 また、医薬品の安全使用のための研修会を定期的に行うとともに、ME(メディカルエンジニア)室において医療機器の中央一括管理を行い、その安全性を維持するため保守点検を実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・安全で安心な放射線治療を提供するため、医学物理士を中心に毎月最終水曜日を放射線治療品質管理日として治療機器の精度管理を実施した。また、精度管理結果を放射線治療品質保証室の前に毎月掲示した。 ・医薬品の安全使用のための研修会を2回開催した。 ・「医薬品安全使用のための業務手順書」の運用状況を調査した結果、特に問題点はなかった。 ・医療機器(輸液・輸注ポンプ)の安全使用のための研修会を8回開催した。 ・医療機器に係る研修に参加し、医療支援業務の向上、医療機器の運用の効率的な実施に努めた。 ・ME(メディカルエンジニア)室において医療機器の中央一括管理を行うことで、データの信頼を高めた。また、医療機器の安全性を維持するため保守点検を実施するとともに、医療関係職種等と緊密な連携を行うことで、安全の確保に努めた。
(3)法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理(小項目)		
<p>ア 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守する。</p> <p>イ 栃木県情報公開条例(平成11年栃木県条例第32号)及び栃木県個人情報保護条例(平成13年栃木県条例第3号)に基づき、適切な情報管理を行う。</p> <p>ウ 個人情報漏えいを防ぐため、情報セキュリティ研修を実施するなど、職員の認識を高めるとともに、情報セキュリティ対策を徹底する。</p>	<p>ア 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守する。</p> <p>イ 栃木県情報公開条例(平成11年栃木県条例第32号)及び栃木県個人情報保護条例(平成13年栃木県条例第3号)を遵守し、情報公開及び個人情報に関する各種請求に対して、適正かつ迅速な手続を行う体制を構築する。</p> <p>ウ 栃木県個人情報保護条例に基づき個人情報の適正管理に努めるとともに、職員に対して個人情報保護に係る研修を行う。 また、職員の電子機器へのアクセス権限を必要最小限とし、適切に運用、管理を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・業務の遂行に必要な法令上の手続については、疑義が生じる都度、宇都宮労働基準監督署、宇都宮公共職業安定所、宇都宮市南消防署など関係法令を所管する機関へ協議や確認を行い、適正な業務執行に努めた。 ・栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づく開示請求等に対し、適切に対応した。(栃木県情報公開条例に基づく開示請求2件、栃木県個人情報保護条例に基づく開示請求5件、記録等開示申立36件) ・新規採用職員を対象に個人情報の保護や情報セキュリティに係る研修を実施した。(67名参加) ・個人情報の漏えい防止や情報セキュリティ対策の徹底を図るため、全職員を対象に情報セキュリティ研修を実施した。(96名参加) ・退職者の登録情報を削除するとともに、職種ごとにアクセス権限を再確認した。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> ・該当なし 	<p style="text-align: center;">-</p>

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「多職種連携ロールプレイ研修実施回数」及び「医薬品安全使用研修実施回数」は目標どおりであったが、「医療安全管理研修(全職員対象)実施回数」、「感染管理認定看護師数」が目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療安全対策等の推進」では、リスクマネジメント部会において、インシデントや事故報告の原因分析や事故防止の具体策などについて調査や検討を実施した。また、「医療機器等の安全管理の徹底」では、医療機器の安全性を維持するため保守点検を実施したほか、医療関係職種等と緊密な連携を行うことで安全の確保に努めたなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
-------------	---	------------	---



知事の 評価(案)	A	評 価 理 由 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
--------------	---	--------------	--

3 患者・県民の視点に立った医療の提供(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	カルテ監査実施回数	年2回	年2回	100%		iv
2	専門看護相談件数(件)	992	1,026	103%		iv
3	セカンドオピニオン件数(件)	200	153	77%	230	i
4	院内クリティカルパス適用症例率(%)	50.0	53.5	107%		iv
5	口腔ケア実施件数(件)	585	551	94%		iii
6	医療相談件数(件)	3,304	3,011	91%		iii
7	患者満足度割合(%)	90以上	87	97%	90以上	iii

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値
年2回	年2回	年2回		
788	991	1,026		
148	194	153		
48.8	50.2	53.5		
431	571	551		
3,301	3,295	3,011		
82	83	87		

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)患者及びその家族への医療サービスの充実(小項目)		
患者及びその家族への医療サービスの充実が図られるよう、以下の取組を実施する。	患者及びその家族への医療サービスの充実が図られるよう、以下の取組を実施する。	
ア 患者及びその家族に必要な情報を分かりやすく説明し、患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、インフォームド・コンセントを徹底する。	ア インフォームド・コンセントの徹底を図るため、カルテ監査による実施状況の検証を行うとともに、教育講演を年1回程度実施する。	・ インフォームド・コンセントの徹底を図るため、カルテ監査による実施状況の検証を行ったが、教育講演については実施に至らなかった。
イ 患者が自身の生活のスタイルに応じて手術以外の治療法も選択できるよう、医療相談等を充実する。	イ 患者が自身の生活スタイルに応じて最適な治療やケアを選択できるよう、各専門分野の認定看護師による看護外来を充実する。	・ 2分野(乳がん看護、がん性疼痛)の認定看護師による看護外来では、疾病を持ちながら地域で療養・社会生活を営む患者やその家族等に対し、専門的な知識や技術をもった看護師(認定看護師)が療養・社会生活について支援を行った。 ・ がん患者指導管理料イ・ロの算定時に行う看護面談では、治療開始前の不安を訴える患者に寄り添い、安心して治療に臨めるようにサポートを行った。
ウ 検査や処置等に関し、その都度、患者及びその家族に対して、医師をはじめ看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等による分かりやすい説明を徹底する。	ウ 臨床検査技師による血液生化学検査、生理学的検査等の説明や、診療放射線技師による画像検査の説明を充実するとともに、対象患者を拡大する。 また、患者が、病理専門医から直接病理診断結果の説明を受けることにより、病気への理解を深め、納得して治療法を選択できるよう、病理外来を開設する。	・ 臨床検査技師による検査説明は、東2病棟入院患者を対象に平成28(2016)年度から試行しているが、入院患者からのニーズがないため、今後は外来患者を対象とした検査説明を検討していく。 ・ 入院及び外来患者を対象として、診療放射線技師による画像検査に関する説明を実施するとともに、放射線治療を受ける患者に対し、実際に治療装置を見ながら放射線治療について説明した。 ・ 4月から病理外来を開設し、病理専門医から直接病理診断結果を患者に説明した。手術検体の肉眼所見や組織所見を実際に見てもらいながら説明することで、患者の病気に対する理解を深めることができた。(15件実施)

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>エ 患者及びその家族の生活の質の向上を図るため、外来診療の充実を図る。具体的には、人員体制に配慮しながら平日朝夕の診療を試行するとともに、セカンドオピニオン外来を平日のみでなく土曜日まで拡大する。</p>	<p>エ セカンドオピニオン外来については、消化器外科、乳腺外科、呼吸器内科、呼吸器外科等の診療科において、平日午後及び毎週土曜日午前に行う。 また、平日早朝の放射線治療を行うとともに、平日朝夕におけるCT、MRI等の画像検査の実施について検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平日の午後及び土曜日の午前においてセカンドオピニオン外来を実施した。また、4月からは病理セカンドオピニオン外来を開始した。 ・ 平日早朝の放射線治療を実施するとともに、4月から平日タマンモグラフィの運用を開始した。(平日早朝放射線治療:707件、平日タマンモグラフィ:76件) ・ 2月からリンパ浮腫対応施設がない県北地域において、リンパ浮腫療法士が出張ケアを実施することで治療が継続でき、患者の満足度と生活の質向上を図ることができた。
<p>オ 現在の手術マネジメントセンターの機能を強化した入退院センターを新たに設置し、入院前の患者への検査、入退院、持参薬管理の説明等、医療サービスの総合的なマネジメントを実施する。</p>	<p>オ 入退院センターとして、入院治療に対するマネジメントの充実を図る。また、入院治療患者の情報収集を入退院センターで行い、円滑な治療への準備や退院後を見据えた治療計画の策定など医療サービスの総合的なマネジメントを実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入退院センターの年間利用者数は3,541件、月平均295件となった。診療科別では、乳腺外科が月平均48件と最も多く、平成29(2017)年度から介入を始めた内科は月平均22件で、他の診療科も安定している。 ・ 利用状況では、麻酔科の入院前対応が月30件台に増加し、薬剤師の持参薬確認とセンタースタッフによるスクリーニングにより、リスク低減につなげることができ、手術中止・変更症例数は7件、休薬未実施は0件となった。 ・ 栄養相談・栄養評価については、診療科から直接の栄養指導依頼も増え、入院前からの栄養指導につながった。 ・ 入院前の基礎データ聴取の準備は整い、次年度には開始できる予定であり、治療(退院)後も踏まえた対応により、患者の安心と安全を守る活動が期待できる。
<p>カ 院内クリティカルパス(良質な医療を効率的かつ安全、適正に提供するための手段としての診療計画表)の適用症例率の向上を図る。</p>	<p>カ 薬物治療を中心とした新規の院内クリティカルパス(良質な医療を効率的かつ安全、適正に提供するための手段としての診療計画表)の作成や手術関連の作成済みクリティカルパスの見直しを行い、適用症例率の向上を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 気管支鏡検査やERCP(内視鏡的逆行性膵胆管造影)などの検査を安全に行うことを目的にクリティカルパスを新規作成するとともに、薬物治療クリティカルパスの新規作成を行った。その結果、院内クリティカルパスは計99件となり、適用症例率は53.5%と向上した。
<p>キ がんの治療に伴う口腔合併症を予防し、療養生活の質の向上のために術前の口腔ケアを実施する。</p>	<p>キ がんの治療に伴う口腔合併症を予防するため、口腔ケアの対象患者数を拡大するとともに、周術期口腔機能管理の充実を図る。また、がん患者に対する質の高い口腔ケアが地域で実施できるよう、歯科医療機関を対象に、がん周術期口腔機能管理研修を実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手術前の口腔ケアについては、口腔内チェックや応急的歯科処置、拔牙等を行うとともに、口腔ケアと呼吸訓練を組み合わせることにより術後合併症の予防に取り組んだ。 ・ 県内の歯科医院を対象にがん周術期口腔機能管理研修を実施した。(受講施設:11施設、受講者:40名)
<p>ク 病棟薬剤師を病棟に配置し、病棟薬剤業務や服薬指導等を充実する。</p>	<p>ク 病棟薬剤師の配置をさらに拡大し、病棟薬剤業務や服薬指導等を充実させる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 8月から全病棟に専任薬剤師を配置した。全病棟で病棟薬剤業務実施加算1を算定するため、週20時間以上の病棟薬剤業務を実施した。 ・ 全病棟に専任薬剤師を配置したこと等により服薬指導件数が増加した。また、新たに特定薬剤治療管理料2の算定を開始した。
<p>ケ がん罹患に対する不安解消を図るため、遺伝的な要因でがんを発症する可能性のある者に対して、がん予防・遺伝カウンセリング及び遺伝子検査を行うとともに、がんの予防や早期発見に必要な情報を提供する。</p>	<p>ケ 第3期がん対策推進基本計画に位置づけられた「がんゲノム医療」を推進するため、がんゲノム医療連携病院としての要件を満たすことができるよう、院内体制の整備を進める。 また、遺伝性腫瘍が疑われる患者及び家族に対するがん予防・遺伝カウンセリング外来の受診や多遺伝子パネル検査等の実施を促すとともに、遺伝性乳がん・卵巣がんに係る遺伝子検査等がコンパニオン診断として保険適用された場合の対応について検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ がん予防・遺伝カウンセリング外来については、初診43家系63名、再診124家系188名が受診するとともに、発端者21名、血縁者15名の遺伝子検査を実施した。 ・ 27種類の遺伝性腫瘍の原因遺伝子検査の結果が得られる多遺伝子パネル検査は5名に実施した。同じく、自費検査として実施しているBRCA1/2遺伝子検査は2名に実施し、合計7名に対して自費診療で遺伝子検査を実施した。 ・ コンパニオン診断として、6月にBRCAAnalysis診断システム、12月にMSI検査が保険承認され、BRCAAnalysis診断システム14名、MSI検査32名の検査を実施した。 ・ 10月からゲノムセンターで実施するBRCAAnalysis診断システムに関して、遺伝カウンセリング加算が請求可能となった。 ・ 10月に国立がん研究センター中央病院と慶應義塾大学病院のがんゲノム医療連携病院となった。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(2) 患者の就労等に関する相談支援体制の充実(小項目)</p> <p>患者の就労をはじめ、介護や福祉制度等、社会的支援に関する情報を提供するため、ハローワーク等関係機関との連携を図るとともに、より一層きめ細かな相談に努めるなど、がん相談支援センターの体制の充実を図る。</p>	<p>第3期がん対策推進基本計画及び栃木県がん対策推進計画(3期計画)に基づき、ハローワーク等関係機関との連携体制を強化し、がん患者の就職支援などの充実を図る。</p> <p>また、がんと診断された患者が、診断時から正しい情報提供や相談支援を受けることができる体制を整備し、早期離職の防止や仕事と治療の両立を支援する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栃木労働局長、栃木県産業保健総合支援センター所長、当センター理事長及び関係職員が一堂に会し、両立支援対策についての意見交換会を行い厚生労働省機関紙「労働衛生」に掲載された。 ・ 院内の体制では、両立支援コーディネーター養成基礎研修を2名が修了し、相談体制の充実を図った。 ・ 8月から入退院センターにおいて、仕事に関するアンケートを開始し支援対象者への早期介入に取り組んだ。 ・ 各診療科の診察室に、離職防止のためのメッセージカードを作成し、仕事と治療の両立に悩んでいる患者等に対して医師から手渡してもらえるよう環境を整備した。
<p>(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上(小項目)</p> <p>ア 患者及びその家族の立場に立った医療サービスを提供するため、研修等を実施し、職員の接遇マナーの向上を図る。</p> <p>イ 外来診察室の増設や患者の動線に配慮した会計窓口の再整備等を行い、外来診療、検査、会計等の待ち時間の短縮を図る。</p> <p>ウ 患者のプライバシーの確保に配慮するなど、患者及びその家族の快適性に配慮した院内環境の整備を計画的に実施する。</p> <p>エ 女性フロアの開設等、女性に配慮した病院運営を図る。</p> <p>オ 患者をはじめとする病院利用者の利便性の向上を図るため、病院施設内のサービスの充実を図る。</p>	<p>ア 患者及びその家族の立場に立った医療サービスを提供するため、全職員を対象とする接遇研修を実施し、職員の接遇マナーの向上を図る。</p> <p>イ 診療予約の適切な運用を図るほか、外来診療、検査、会計等の待ち時間の短縮を図る。</p> <p>ウ 患者のプライバシーの確保に配慮するなど、患者及びその家族の快適性に配慮した院内環境の整備に努める。</p> <p>エ 婦人科、乳腺外科及び形成外科を中心とした女性外来(診察室、更衣室、子供スペース、授乳室等)において、女性に配慮した外来の運営を図る。</p> <p>オ 病院利用者の利便性の向上を図るため、病院利用者から寄せられた意見や要望に対する改善策を講じるとともに、意見等に対する回答を当センターのホームページに掲載する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全職員を対象とした接遇研修を実施し、これまで累計292名の職員が受講した。受講者数の職種別累計(受講率)は、医師:25名(42.4%)、技師:43名(74.1%)、看護師:159名(66.3%)、薬剤師:20名(95.2%)、事務:45名(86.5%)となった。 ・ 受付順番の公平性の確保及び動線の改善を図るため、外来エリアレイアウト変更対策タスクフォースを設置し検討したが、再来受付機の移設場所等で院内の調整が必要となり、継続して検討していくこととした。 ・ 外来化学療法センターでは、各診療科の医師に依頼し、水曜日に集中する治療を各曜日に分散したり、短いレジメンを午前中の早い時間帯、もしくは14時半以降に予約を変更するなどし、待ち時間の短縮に努めた。 ・ 売店のイートインスペースに通路との区切り及び個別飲食スペース確保のためのテーブルを設置するなどを行い、利用者の快適性の向上を図った。 ・ 外来化学療法患者のイートインスペースを確保するために、以前使用していた配膳室を改装し休憩や食事ができるようにした。 ・ 本館1階処置室を車椅子トイレに改修し、患者の利便性の向上及び快適性の確保を図った。 ・ 女性外来は診療曜日により混雑が予測されるため、曜日により女性外来スペースのソファの向きの変更や椅子の設置を行った。 ・ 患者向けの案内やパンフレットの整備、清潔な待合環境が維持できるよう配慮した。 ・ 病院利用者から寄せられた意見や要望については、改善策を講じるとともに、よくある質問Q&Aとしてホームページに回答を掲載した。 ・ 患者満足度アンケートの結果、評価項目の当センターを全般的に評価したときの満足度(「とても満足している」と「やや満足している」の合計)について、外来で80%(481名/500名、回答率96.2%)、入院で94%(242名/300名、回答率80.7%)の満足度が得られた。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(4) 県民へのがんに関する情報の提供(小項目)</p> <p>県民のがんに対する理解やがん検診の受診を促進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 市民公開講座等を通じて、がんに関する普及啓発に努めるとともに、ホームページや広報誌、SNS(ソーシャルネットワーキングサービス)等を活用し、がんセンターが行う治療方法等について積極的に情報発信する。</p> <p>イ 教育機関等での「がん教育」の取組に協力し、子どもの頃から「がん予防」や「がんを通じた命の大切さ」等の健康教育を促進する。</p>	<p>県民のがんに対する理解やがん検診の受診を促進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア がんセンター公開Day「メディカルフェスタ」や市民公開講座等を通じて、がんに関する普及啓発に努めるとともに、メディアやSNS(ソーシャルネットワーキングサービス)を活用し、当センターが行う治療方法などを積極的に情報発信する。</p> <p>イ 「がんセンター出前講座」のパンフレットを宇都宮市を中心に県内の行政機関等に配付するとともに、講演の募集を呼びかけるなど、「がん教育」の取組に協力し、健康教育を促進する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 広報紙「がんセンターだより」の発行(4回)やホームページへの掲載などにより、当センターの診療内容や施設・組織の概要などを情報発信した。 ・ ホームページの全面チェックを行うとともに、看護部紹介ページのリニューアルを行った。 ・ 市民公開講座及びがんセンター公開Day「メディカルフェスタ」を開催し、がんに関する情報や当センターの診療内容を広く県民に情報発信した。 ・ 3月に県内初となる「とちぎ隣がん教室」を開催し、隣がんに関する講演や隣がん患者からの体験談の発表を行い、隣がんに対する正しい理解の促進を図った。(151名参加) ・ 栃木県教育委員会が取り組んだ文部科学省委託事業の「栃木県がんの教育総合支援事業」に協力し、栃木県がんの教育連絡協議会の委員に医師が参画した。また、がんの専門医としてモデル校となった中学校、高校において新学習指導要領を見据えた講話を行い、栃木県のがん教育に貢献した。 ・ 3月には、栃木県のがん教育の啓発リーフレットの作成に協力した。 ・ 当センターの医師が、県内外の小学校、中学校、高校を訪問し、喫煙防止に関する講演を行った(73回実施)。また、がん予防教育の講話を宇都宮市内の小学校2校で行った。 ・ 県が作成する妊婦対象の禁煙啓発パンフレット「新しい家族のために～家族みんなでノースモーキング」の監修を行った。
<p>(5) ボランティア等民間団体との協働(小項目)</p> <p>ア 患者会等と連携、協働し、がん患者等と同じ立場の人同士の交流の場である「がん患者サロン」の利用促進を図る。</p> <p>イ ボランティアと連携、協働し、院内の案内や季節ごとの行事の開催等、療養環境の向上を図る。</p>	<p>ア 患者会等と連携、協働し、がん患者等と同じ立場の人同士の交流の場である「患者サロン」の利用促進を図る。</p> <p>イ ボランティアと連携、協働し、院内の案内や季節ごとの行事の開催等、療養環境の向上を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「患者サロン」では、講話(ミニレクチャー)及びウィッグ・補整下着等の展示・相談会等を毎月定例で開催し、場の提供に努めた。また、新たな取り組みとして、リンパ浮腫に悩む患者のために講話のテーマに取り入れ好評を得た。 ・ がん治療に伴う外見の変化に対して行うアピランスケアについては、引き続き男性のアピランスケア研修会を開催した。 ・ 図書ボランティア、外来ボランティア及び緩和ケア病棟ボランティアと連携、協働し、図書の整理・貸出し、院内の案内、ディルームの整理整頓など療養環境の向上を図るための取組を行った。 ・ 毎週水曜日の午後、こやま文庫内に「こやまカフェ」をオープンし、全50回延べ112名の利用があった。延べ利用者数は昨年度より減少したが、当センターの受診患者以外の患者も利用するなど、地域の中でも活動が浸透してきている。 ・ ボランティア歌の会を患者サロンにおいて9回実施した。主に入院患者と家族を対象に、童謡や唱歌を電子ピアノの伴奏で1時間程度、参加者全員で声を合わせて歌った。
<p>平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等</p> <p>・ 該当なし</p>	<p>—</p>	<p>業務運営への反映状況</p>

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「専門看護相談件数」、「院内クリティカルパス適用症例率」が目標値を上回った一方、「セカンドオピニオン件数」については目標値を大きく下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、4月から病理外来を開設し、病理診断結果について病理専門医から患者への説明を開始したほか、10月には、がんゲノム医療連携病院として指定を受けた。また、「患者の就労等に関する相談支援体制の充実」では、8月から入退院センターにおいて仕事に関するアンケートを開始し、支援対象者への早期介入に取り組んだ。さらに、「県民へのがんに関する情報の提供」では、膀胱がんに対する正しい理解の促進を図るため、3月に県内初となる「とちぎ膀胱がん教室」を開催したなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
-------------	---	------------------	--



知事の 評価(案)	A	評 価 理 由 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。ただし、セカンドオピニオン件数は、目標を大きく下回っているため、次年度は、件数増加に向けた一層の取組を期待したい。
--------------	---	-----------------------	---

4 人材の確保と育成(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	医師数(人)	58	56	97%		iii
2	認定看護師数(人)	13	12	92%		iii
3	職員満足度割合(%)	80以上	80	100%	90以上	iv
4	医療倫理研修実施回数	年2回	年1回	50%		i

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値
55	55	56		
14	13	12		
66	77	80		
年2回	年1回	年1回		

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)医療従事者の確保と育成(小項目)		
<p>ア 医師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 全国のがん専門病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 ・ 専門医資格取得のための研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保に努める。 <p>イ 看護師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努める。 ・ 県内トップレベルのがん医療を提供できるよう、認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、新規採用者集合研修や各クリニカルラダーレベルに合わせた実効性のある研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 	<p>ア 医師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 全国のがん専門病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 ・ 専門医資格取得の要件を満たした研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保に努める。 ・ 頭頸科、泌尿器科、緩和ケア科等に関しては、大学の医局や基幹病院等を訪問して常勤医の派遣などに向けて関係強化を図る。 <p>イ 看護師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 養成機関との連携強化や随時募集、復職プログラムによる研修等により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努める。 ・ 県内トップレベルのがん医療を提供できるよう、認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、キャリア開発ラダーレベルに合わせた研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全国のがん診療連携拠点病院、医学部を有する大学等に「診療案内」、「がんセンターだより」などを送付し、各関係機関との連携強化に努めた。 ・ 県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師の確保が必要な骨軟部腫瘍・整形外科、頭頸科などの医師の派遣を要請した。(骨軟部腫瘍・整形外科の医師を1名採用し、7月から入院診療を再開) ・ 当センターが日本内視鏡外科学会技術認定医や日本肝胆膵外科学会高度技能専門医などの資格取得に必要な技術指導が受けられる病院であることを情報発信し、若手医師の確保に努めた。(日本内視鏡外科学会技術認定医3名在籍、日本肝胆膵外科学会高度技能専門医2名在籍、日本産婦人科内視鏡学会技術認定医2名在籍) ・ 複数の関係雑誌に広告を掲載し、広く募集に努めた。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師を確保するため、看護師養成校の訪問や衛生福祉大学校就職ガイダンスへの参加、病院見学会の開催、インターンシップの実施、衛生福祉大学校の臨地実習における丁寧な指導、講義等により看護師養成機関との連携強化を図った。平成30(2018)年4月採用者23名のうち15名が就職ガイダンスや病院見学会、インターンシップのいずれかに参加していた。 ・ 看護師の採用については、随時募集を実施し4名を採用した。 ・ 看護部全体の離職率は、平成29(2017)年度は7.3%であったが、平成30(2018)年度は8.9%(定年退職含む)で1.6%増加した。 ・ 看護師の資質向上を図るため、研修受講や認定資格の取得・維持のための講習会、学会等の参加を支援した。(がん専門看護師資格取得1名、がん化学療法看護認定看護師資格取得1名、がん放射線療法看護分野認定看護師教育課程修了者1名) ・ 看護師長、副看護師長を対象に管理者研修「不満な思いに寄り添う対応—クレーム初期対応—」をテーマに開催した。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> 大学及び養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の確保、配置に努める。 各種認定資格の取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 <p>エ 事務職員の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療制度や経営環境の変化に迅速に対応できるよう、病院経営や医療事務等に精通した職員の計画的な確保、配置に努める。 各種認定資格の取得や外部研修会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図るなど、事務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。 <p>オ 多様な勤務形態の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> 優れた人材を確保するため、短時間勤務や在宅勤務等、多様な勤務形態の導入を検討する。 	<p>ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> 大学が主催する合同就職説明会への参加、見学会の実施等により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の確保、配置に努める。 各種認定資格の取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 また、新規採用職員の専門知識習得のための研修プログラムの作成及び充実を図る。 <p>エ 事務職員の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療制度や病院経営に関する、より専門的な知識及び資格を持った職員の計画的な確保と育成に努める。 各種認定資格の取得や外部研修会等の参加を奨励、支援するとともに、研修プログラムの充実を図るなど、事務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。 <p>オ 多様な勤務形態の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> 優れた人材を確保するため、短時間勤務や在宅勤務等、多様な勤務形態の導入を検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等を確保するため、当センターの見学会の開催や大学の就職説明会などに参加した。 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の資質向上を図るため、研修の受講や認定資格の取得・維持のための講習会、学会等の参加を支援した。(日本薬剤師研修センター認定実務実習指導薬剤師資格取得1名、栄養サポートチーム専門療法士資格取得1名、医学物理士資格取得1名、超音波検査士資格取得1名) 管理栄養士の資質向上を図るため、研修会の受講、学会参加、認定資格の取得を支援した。(がん病態専門管理栄養士認定資格取得2名) 薬剤部では、新卒薬剤師を対象に専門的な知識を習得するため、「薬剤部人材育成プログラム」を実施した。 <ul style="list-style-type: none"> 医療制度や病院経営に関する、より専門的な知識及び資格を持った職員を確保するため、総務、財務及び医事分野における業務経験を有する職員を7名採用した。 事務職員の資質向上を図るため、地方独立行政法人職員向けの研修や日本医療バランス・スコアカード研究学会が主催する研修等の参加を支援した。 <ul style="list-style-type: none"> 育児休業から復帰した医師に配慮し、短時間勤務の制度を取り入れた。
<p>(2)研修体制の強化(小項目)</p> <p>高度で専門的な医療を提供するため、以下のとおり、研修体制を強化する。</p> <p>ア 職員一人一人が高い目標意識、倫理観及び熱意を持ち、最新の技術によるがん医療を提供できるよう、医療人を育成する体系的な研修を一元的に管理する研修センターを新たに設置する。</p> <p>イ 研修センターにおいて、新規採用職員を対象とする基本研修や、医療安全研修等の全職員共通のテーマ別研修を実施するとともに、各部門が行う専門性を有する研修の実施を支援する。</p>	<p>高度で専門的な医療を提供するため、以下のとおり、研修体制を強化する。</p> <p>ア 医療人を育成する体系的な研修の一元的な管理ができるよう、研修センターの位置づけや事業内容を整理する。</p> <p>イ 研修センターにおいて、新規採用職員を対象とする基本研修、全職員を対象とする接遇研修及びハラスメント研修を実施する。また、医療安全研修等、全職員共通のテーマ別研修の実施及び各部門が行う専門性を有する研修の実施を支援する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 院外研修の開催、研修案内ボードの設置、院内メールでの研修案内発信、グラウンドカンファレンス担当を引き継ぐなど研修センターの業務を拡大した。 研修ワーキンググループを設置し、院内における研修体制の整備を始めた。 <ul style="list-style-type: none"> 新規採用職員を対象とする基本研修、全職員を対象とする接遇研修及びハラスメント防止研修を実施した。 平成30(2018)年度より開始した中途採用者研修は、3回実施し15名が参加した。次年度は4回の開催を予定し、非常勤職員まで参加枠を広げることとした。 医療安全研修等、全職員共通のテーマ別研修の実施及び各部門が行う専門性を有する研修に対しては、実施案内の発信等、事務手続きの支援を行った。また、参加状況の数値化を行い、実施評価を行った。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3)人事管理制度の構築(小項目)		
職員の勤務成績等を考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する、がんセンターに適した人事管理制度を構築する。	職員の勤務成績等を考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する評価制度を検討し、平成31(2019)年度の試行を目指す。	・ 医師の人事評価の試行を実施するとともに、コメディカル、看護師の人事評価項目、方法の検討を行った。
(4)安全で安心な職場環境づくり(小項目)		
職員が安全かつ安心して働くことができるよう、ハラスメントの防止やワーク・ライフ・バランスを推進するための研修や意識啓発活動に取り組むとともに、土曜保育の実施等、院内保育の充実を図るなど、職員が心身ともに健康を維持できるような職場環境づくりに努める。	職員満足度調査の実施等により状況を確認し、ハラスメントの防止やワーク・ライフ・バランスを推進するための研修や意識啓発活動に取り組む。 また、院内保育所の充実の方策について検討する。	・ 職員満足調査を実施した結果、仕事のやりがいの項目で満足度(「満足している」と「まあまあ満足している」の合計)が80%となった。 ・ ハラスメント防止研修はこれまでの累計で283名の職員が受講した。職種別の受講者数(受講率)は、医師:33名(55.9%)、技師:39名(67.2%)、看護師:142名(59.2%)、薬剤師:19名(90.5%)、事務:50名(96.2%)となった。 ・ 院内保育所の充実のため、災害時等に園児の速やかな避難・移動ができるよう大型乳母車を更新した。
(5)医療従事者の臨床倫理観の向上(小項目)		
医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。 ア 医療倫理の教育や研修を定期的実施する。 イ 医療従事者が、日常の臨床を通じ、臨床倫理に関わる事例について気軽に相談できるよう、院内に医師、看護師等のチームで構成するコンサルテーション(相談支援)体制の構築を図る。	医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。 ア 専門家による講演形式の研修会や院内事例を基にした多職種による倫理検討会を開催する。 イ 病院臨床倫理委員会を隔月、定期開催するとともに、その中でリンクスタッフから相談された臨床倫理に関わる事例についてケースコンサルテーション(相談支援)を実施し、院内の倫理観の向上及びスキルの習得に努める。 また、院内のコンサルテーション体制の構築を図るため、医療倫理アドバイザー養成研修の受講などを継続的に支援する。	・ 全職員を対象とした研修(聴講式の講演会)を1回開催し160名が参加した。 ・ 多職種チームによる事例検討に力を入れ、現場スタッフと共に倫理的問題を考える機会を増やし、更にチームでの検討結果を委員会で専門家と検討し、専門家の意見を現場にフィードバックするという方法で教育成果の向上につながった。 ・ 病院臨床倫理委員会を隔月開催したほか、院内事例のコンサルテーション体制としてリンクスタッフの配置とチーム制を機能させ、充実した活動になった。 ・ 現場のスタッフを交えたカンファレンスを行った結果、患者にとってより良い医療や看護の提供につながるなど、実態的な成果を上げることができ、組織貢献度の高い活動として実を結びつつある。 ・ 臨床倫理アドバイザー養成研修は4名履修し、アドバイザーは、医師2名、薬剤師1名、看護師3名、診療放射線技師1名、事務職1名となった。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 引き続き医師をはじめとする医療従事者の確保に積極的に努められたい。	・ 県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師の確保が必要な骨軟部腫瘍・整形外科、頭頸科などの医師の派遣を要請した。(骨軟部腫瘍・整形外科の医師を1名採用し、7月から入院診療を再開)【再掲、(1)ーア】 ・ 看護師を確保するため、看護師養成校の訪問や衛生福祉大学校就職ガイダンスへの参加、病院見学会の開催、インターンシップの実施、衛生福祉大学校の臨地実習における丁寧な指導、講義等により看護師養成機関との連携強化を図った。平成30(2018)年4月採用者23名のうち15名が就職ガイダンスや病院見学会、インターンシップのいずれかに参加していた。【再掲、(1)ーイ】 ・ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等を確保するため、当センターの見学会の開催や大学の就職説明会などに参加した。【再掲、(1)ーウ】

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「職員満足度割合」が目標どおりであったが、「医師数」、「認定看護師数」及び「医療倫理研修実施回数」が目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療従事者の確保と育成」では、県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師の確保が必要な骨軟部腫瘍・整形外科、頭頸科などの医師の派遣を要請した。また、「人事管理制度の構築」では、医師の人事評価の試行を実施したほか、コメディカル、看護師の人事評価項目、方法の検討を行ったなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
-------------	---	------------	---



知事の 評価(案)	A	評 価 理 由 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。引き続き医師の確保に積極的に努められたい。
--------------	---	--------------	---

5 地域連携の推進(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	院外への口腔ケア依頼件数(件)	164	322	196%		v
2	医業連携研修実施回数	年2回	年1回	50%		i
3	受託検査件数(件)	43	44	102%		iv
4	退院調整件数(件)	841	593	71%		i
5	紹介率(%)	94.1	94.6	101%	95.0	iv
6	逆紹介率(%)	42.3	45.3	107%	40.0	iv

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値
39	201	322		
年1回	年2回	年1回		
43	42	44		
805	791	593		
93.5	94.0	94.6		
38.0	42.8	45.3		

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)地域医療機関との連携強化(小項目)		
<p>患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、以下のとおり、病診・病病連携を強化する。</p> <p>ア 地域の医療機関との的確な役割分担を意識し、あらゆる進行度のがん患者に対応するとともに、他の医療機関では診療が困難な高齢者に対するがん診療(高齢者手術、放射線治療、緩和医療等)を積極的に実施する。</p> <p>イ 地域連携センターを設置し、日常的に積極的な対外活動を実践し、地域の医療機関と密な協力体制を構築するなど、地域連携機能を充実させる。具体的には、がん種別の地域連携クリティカルパスを有効に活用できるよう、運用を見直すとともに、地域医療連携ネットワークシステムを積極的に活用し、連携医療機関と「顔が見える」関係を構築する。</p> <p>ウ 手術、放射線治療、化学療法等、あらゆる診療段階における医科歯科連携を推進する。</p>	<p>患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、以下のとおり、病診・病病連携を強化する。</p> <p>ア 他の医療機関では治療が困難な症例については、県内外から紹介患者を受け入れるとともに、治療後の診療に関して医療機関と連携診療を行う。 また、遠方の患者は、近隣施設と連携を図りながら、切れ目のない医療を受けられるよう配慮する。</p> <p>イ 職員による地域医療機関の訪問により、当センターに対するニーズを把握しながら、地域の医療機関との協力体制を構築する。 また、当センターへの紹介患者の情報について、地域医療連携ネットワークシステムを活用して地域の医療機関との共有化を図る。</p> <p>ウ 口腔がんなど歯科診療所における治療が困難な症例を当センターで受け入れるとともに、当センターでがん治療を行っている患者の歯科診療については、歯科医に逆紹介し、医科歯科連携を推進する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携センターが対応している他病院からの患者の予約については、全例受け入れを原則として対応した。受け入れを断った患者もあったが、新規紹介を休止している診療科受診に関するものがほとんどであり、その他でも、診療科がなく、当院で対応できない場合のみであった。 ・ 他病院からの当日受診や翌日対応などについても、臨機応変に対応した。 ・ 遠方より来院している患者だけでなく、自宅近隣の医療機関への希望がある場合には、転医などの調整を行った。 ・ 呼吸器内科医と渉外業務専門員による訪問を継続して実施し、呼吸器内科の紹介患者数(初診・初再診を含む)は、平成29(2017)年度と比較し27%増加した。 ・ とちまるネット(地域医療連携ネットワークシステム)の登録は、初診患者を対象に行い、登録患者数は87件となった。 ・ とちまるネットの利用促進のため、勉強会を実施し、医師5名が新たに登録となった。また、今後見込まれる保険薬局等との情報共有のための準備として、薬剤師向け勉強会を実施し、薬剤師18名が登録となった。 ・ 口腔がんや口腔外科処置が必要な症例で、歯科診療所における治療が困難な患者を当センターで受け入れており、それらの院外紹介患者数は増加傾向にある。 ・ 当センターでがん治療を行っている患者の歯科診療については、歯科医に逆紹介し、医科歯科連携を推進した。 ・ がん治療に伴う口腔合併症の予防を目的とした、がん周術期口腔機能管理研修を歯科医と歯科スタッフを対象として実施し、医科歯科連携を強化した。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>エ 外来化学療法及び在宅緩和医療の推進を図るために、がん疾患に特有な薬剤情報を調剤薬局と共有するなど、医薬連携を推進する。</p> <p>オ 近隣の医療機関からの受託検査(CT、MRI、超音波検査、内視鏡等)を積極的に受け入れる。</p>	<p>エ 栃木県がん診療連携協議会の下部組織である地域連携・研修部会において、医薬連携について協議・検討を行う。また、医薬連携を推進するため、保険薬局の薬剤師、病院薬剤師等を対象に研修会を実施する。</p> <p>オ 受託検査に関して、ホームページに最新情報を掲載するとともに、パンフレットを作成して医療機関へ発送する。また、依頼時のタイムリーな対応に努める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栃木県がん診療連携協議会地域連携・研修部会において、がん医療における医薬連携に関する研修会を保険薬局の薬剤師、病院薬剤師を対象に1回開催した。 ・ 外来化学療法トレーシングレポート活用プロトコールに基づく経口抗がん薬治療管理(経口抗がん薬治療を受けている患者に対して、保険薬局が電話で服薬状況や症状を聞き取る事業)について、門前の保険薬局3件で開始した。 ・ 3月開催の県薬剤師会研修会において、外来化学療法トレーシングレポート活用プロトコールに基づく経口抗がん薬治療管理について説明を行い、4月から県内全ての薬局を対象とすることとなった。 ・ ホームページには最新情報を掲載するとともに、パンフレットを作成し、郡市医師会向け出張講座、情報交換会などの機会を活用し、医療機関に配布した。 ・ 受託検査の医療機関からの依頼時だけでなく、返信時においても迅速な対応を行った。
(2) 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化(小項目)		
<p>患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、ケアマネジャーや訪問看護師等、地域の医療関係者と退院前カンファレンスを積極的に実施するなど、退院調整を充実するとともに、在宅療養中の患者の緊急時の受入れ等、状態変化に合わせて迅速に対応するなど、患者の在宅療養を支援するための病診連携を強化する。</p>	<p>患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、ケアマネジャーや訪問看護師など地域の医療関係者と退院前カンファレンスを積極的に実施する。また、在宅療養中の患者は、状況の変化に応じて在宅療養を支援するとともに、緊急時の受入れについても迅速に対応する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療課題がある患者が困ることのないよう、地域の関係者とカンファレンスを通して、情報を共有し、退院してからも療養を継続できるように調整した。 ・ 在宅療養中の患者の緊急時の受診、入院については、医師と連絡調整し、迅速に対応する体制を整えた。 ・ 地域連携センターのスタッフが病棟のカンファレンスに参加し、地域関係者だけでなく、院内関係者との情報共有も実施し、調整を行った。
(3) 在宅緩和ケアの推進(小項目)		
<p>がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮らすことができるよう、以下のとおり、在宅における緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域連携カンファレンスの実施、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションとの連携強化、訪問診療の検討を行うなど、地域と連携して在宅緩和ケアを推進する。</p> <p>イ 在宅緩和ケアの地域連携クリティカルパスを整備するとともに、地域医療連携ネットワークシステムや医介連携ネットワークシステムを活用し、県内の緩和ケアの模範となるように地域と密着した在宅緩和ケアを推進する。</p>	<p>がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮らすことができるよう、以下のとおり、在宅における緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域の医療機関と連携して地域連携カンファレンスを実施する。また、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションとの連携を強化する。</p> <p>イ 地域医療連携ネットワークシステムや医介連携ネットワークシステムを活用し、県内の緩和ケアの模範となるように地域と密着した在宅緩和ケアを推進する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを8回実施した。介護施設での看取りを主たるテーマとして開催し、そこに関わる訪問看護師や診療所の医師も参加した。 ・ ネットワークシステムの活用による地域と密着した在宅緩和ケアの推進については、手順構築等の具体的な成果はなかったが、1月の宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンス次年度準備会議の中で、どこでも連絡帳(医介連携ネットワークシステム)を病院医師が使用する際の課題について話し合った。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	-

法人の 自己評価	B	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「院外への口腔ケア依頼件数」が目標値を大きく上回った一方、「医薬連携研修実施回数」、「退院調整件数」が目標値を大きく下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「地域の医療機関との連携強化」では、地域連携センターが対応している他病院からの患者の予約について、全例受け入れを原則として対応したほか、口腔がんや口腔外科処置が必要な症例で、歯科診療所における治療が困難な患者の受け入れを行った。また、「患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化」では、地域の関係者とカンファレンスを通して情報を共有し、退院してからも療養を継続できるように調整を行ったなど、概ね計画どおりに実施したが、「在宅緩和ケアの推進」では、地域医療連携ネットワークシステムや医介連携ネットワークシステムを活用した地域と密着した在宅緩和ケアの推進について、具体的な成果はなかった。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
-------------	---	------------	--



知事の 評価(案)	B	評 価 理 由 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。地域連携の強化及び在宅緩和ケアの推進に向けて一層の取組を期待したい。
--------------	---	--------------	---

6 地域医療への貢献(中項目)

◆年度計画指標

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	地域の医療従事者向け研修実施回数	年21回	年14回	67%		i
2	郡市医師会向け出張講座実施回数	年13回	年11回	85%		ii

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値
年20回	年22回	年14回		
年14回	年13回	年11回		

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)地域のがん医療の向上・均てん化のための支援(小項目)		
<p>地域のがん医療の向上・均てん化を推進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 都道府県がん診療連携拠点病院として、県内のがん診療に係る情報の共有化や診療の質の向上につながる取組を推進する。</p> <p>イ 緩和ケア研修やがん専門看護師の実習受入れ等、地域医療機関向けの研修会を実施し、がん医療に携わる医療従事者の育成に対して積極的に支援する。</p> <p>ウ 放射線治療専門医が常勤していない放射線治療施設に対して、放射線治療品質保証室による技術的な支援を行う。</p>	<p>地域のがん医療の向上・均てん化を推進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 都道府県がん診療連携拠点病院として、栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催するとともに、地域の医療従事者向けの研修会等を実施する。</p> <p>イ 郡市医師会向け出張講座、医療従事者の実習受入れ等、地域医療機関向けの研修会を実施し、がん医療に携わる医療従事者の育成に対して積極的に支援する。</p> <p>ウ 県内における放射線治療技術の均てん化を支援するため、県内の診療放射線技師及び医学物理士を対象としたセミナーを開催するとともに、県内の放射線治療施設を訪問して線量測定技術指導を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栃木県がん診療連携協議会を1回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の会議の概要説明や各種情報提供、意見交換等を行った。 ・ 栃木県がん診療連携協議会がん登録部会及び実務者研修会を各1回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会の会議の概要説明や全国がん登録に関する情報の共有化を図った。 ・ 栃木県がん診療連携協議会相談支援部会を3回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会の会議の概要について説明を行い、情報の共有化を図った。また、リレーフォーライフにおいて「がん相談支援センター」の周知活動を行うとともに、就労支援の取り組みについて検討を行った。 ・ 相談支援研修では、国立がん研究センターの支援を受け、相談対応の質保証(QA)を学ぶ研修を開催し、県内相談員の資質の向上に貢献した。 ・ 栃木県がん診療連携協議会緩和ケア部会を2回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会緩和ケア部会の会議の概要説明や県がん対策推進計画(3期計画)の推進に関しての意見交換等を行った。 ・ 都道府県レベルでのがんの診療の質向上に向けた取り組みとしてPDCAサイクル研修を実施した。次年度は、栃木県がん診療連携協議会にPDCAサイクル部会(仮)を設置する予定である。 ・ 郡市医師会向け出張講座を11回、地域医療機関向けの研修会を14回実施するとともに、医療機関から医療従事者の実習受入れ等を行った。 ・ 県内における放射線治療技術の均てん化を支援するため、県内の診療放射線技師及び医学物理士を対象に「直線加速器のQA(Quality Assurance)／QC(Quality Control)」をテーマにセミナーを開催した。 ・ 那須赤十字病院を訪問し、電離箱の相互校正を実施した。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2)がん対策事業への貢献(小項目) がん登録等の情報の整理、分析等を行うとともに、県のがんに関する計画の企画立案等に参画するなど、がん対策事業に対して積極的に貢献する。	がん登録等の情報の整理、分析等を行うとともに、県のがんに関する計画の企画立案等に参画するなど、がん対策事業に対して積極的に貢献する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県内のすべての病院及び指定診療所から届出を受け、全国がん登録情報の審査・整理を行い、全国がん登録(国)に提出し、公表に貢献した。 ・ 県が全国がん登録の実務に携わる者を対象として実施した、全国がん登録実務者研修会の開催に協力し、円滑な届出事務が行えるようにした。 ・ 市町のがん検診の精度管理を支援する、がん検診精度管理支援事業に引き続き取り組んだ。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の自己評価	B	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「地域の医療従事者向け研修実施回数」、「都市医師会向け出張講座実施回数」ともに目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「地域のがん医療の向上・均てん化のための支援」では、都道府県がん診療連携拠点病院として、栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催したほか、都道府県レベルでのがんの診療の質向上に向けた取り組みとして、PDCAサイクル研修を実施した。また、「がん対策事業への貢献」では、県内のすべての病院及び指定診療所から届出のあった全国がん登録情報の審査・整理を行ったなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
---------	---	------	---



知事の評価(案)	B	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。都道府県がん診療連携拠点病院として、地域のがん医療の向上・均てん化を推進するため、地域の医療従事者に対する研修の充実に努められたい。
----------	---	-------	---

7 災害等への対応(中項目)

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、救急医療体制の整備のための医薬品の備蓄や被災地の支援等、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。</p> <p>また、災害発生時に患者の安全を確保できるよう、防災訓練等、災害対策を実施する。</p>	<p>災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、救急医療体制の整備のための医薬品の備蓄や被災地の支援等、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。</p> <p>また、災害時に的確な対応ができるよう、職員に災害対応業務の周知徹底を図るとともに、定期的に防災訓練等を実施し、防災教育の徹底に努める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 当センターの防災対応、防火設備の役割等について新規採用職員研修を行い、防災に対する意識を高めた。 医療機関として火災等発生時の患者の人命救助を確実にを行うため、病棟で火災が発生したことを想定して、消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練を実施するとともに、大地震を想定した防災訓練を実施した。 災害時のための医薬品や患者用・職員用の非常食及び水を計画的に更新した。 災害時における事業の継続・早期復旧に向けた対応のため、BCP(事業継続計画)検討ワーキンググループを設置し策定作業を行い素案を作成した。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 該当なし 	—

法人の自己評価	評価	評価理由
A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 病棟で火災が発生したことを想定した消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練と、大地震を想定した防災訓練を実施したほか、災害時における事業の継続・早期復旧に向けた対応のため、BCP(事業継続計画)の策定作業を行い素案を作成したなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。



知事の評価(案)	評価	評価理由等
A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項(大項目)

1 業務運営体制の確立(中項目)

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>安定的な経営基盤を確立するため、ガバナンスを強化するとともに、経営戦略部門を設置し、医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営を行う。</p> <p>また、各部署の権限や責任の所在を明確化し、実効性のある組織体制を構築するとともに、会議・連絡会等を見直し、効率的な体制を構築する。</p>	<p>安定的な経営基盤を確立するため、ガバナンスを強化するとともに、医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営を行う。</p> <p>また、各部署の権限や責任の所在を明確化し、実効性のある組織体制を構築するとともに、会議・連絡会等を見直し、効率的な体制を構築する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の収支状況(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)、決定事項等を周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。 医療環境の変化に伴って発生する病院運営上の課題については、タスクフォースやワーキンググループを設置し、対応策を検討した。決定事項については、速やかに院内へ周知して実施した。 監事と連携し、内部監査を実施した結果、事務部門の業務フローの見直しにつながり、権限や責任の所在の明確化が図られた。 業務方法書の改正に対応するため、内部統制規程など関係規程の整備を行った。 定例幹部会議の開催回数を月3回から月2回に変更し、効率的な運営に努めた。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 医療環境の変化に伴って発生する病院運営上の課題については、タスクフォースやワーキンググループを設置し、対応策を検討したほか、業務方法書の改正に対応するため、内部統制規程など関係規程の整備を行ったなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
---------	---	------	---



知事の評価(案)	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
----------	---	-------	--

2 経営参画意識の向上(中項目)

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画するよう、経営に関する情報を分かりやすく職員へ周知するとともに、職員からの業務改善に関する提案の積極的な採用に努める。	職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画するよう、経営戦略会議等において経営に関する情報を分かりやすく職員へ周知する。 また、職員からの業務改善に関する提案の積極的な採用に努める。	<ul style="list-style-type: none"> 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の収支状況(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)、決定事項等を周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。 「業務改善提案」の制度を活用し、職員からのアイデアを収集し、医療サービスの向上や業務負担の軽減につながる取組などを行った。(業務改善提案件数8件) 医療バランスト・スコアカードの手法を用いて「財務の視点」、「顧客の視点」、「業務プロセスの視点」及び「学習・成長の視点」から、各部署で策定した戦略テーマを可視化したうえで、具体的な目標を設定してアクションプランを作成し、各職員がそれを実践した。 新規採用職員を対象に、新人同士の交流を深めることと、中途採用者が多いことから他の病院の良い文化を取り入れることを目的に新人ワールドカフェを開催した。 看護部では、適切な褥瘡予防・治療のための総合的な褥瘡対策に取り組み、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定した。 栄養管理科では、原則1枠1名の栄養指導枠を状況に応じて1枠複数名枠として柔軟な対応を図った。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 職員全員の経営参画意識の向上を図るため、経営会議や経営戦略会議を原則毎月開催したほか、業務改善提案制度を活用して職員からアイデアを収集し、医療サービスの向上や業務負担の軽減につながる取組を行ったなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
---------	---	------	---



知事の評価(案)	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
----------	---	-------	--

3 収入の確保及び費用の削減への取組(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018) 年度 目標値	H30(2018) 年度 実績値	H30(2018) 年度 達成率	R2(2020) 年度 目標値※	指標の達成 状況
1	病床利用率(%)	69.7	57.0	82%		ii
2	新入院患者数(人)	4,698	3,984	85%		ii
3	新外来患者数(人)	6,880	6,958	101%		iv
4	1日当たり入院患者数(人)	190.0	154.8	81%		ii
5	1日当たり外来患者数(人)	453.0	486.7	107%		iv
6	診療材料費対医業収益比率(%)	7.1	8.1	86%		ii
7	ジェネリック医薬品採用比率(%)	82.5	79.6	96%		iii
8	委託料対医業収益比率(%)	12.5	12.9	97%		iii
9	減価償却費対医業収益比率(%)	12.1	13.5	88%		ii

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016) 年度 実績値	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018) 年度 実績値(再掲)	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値
66.8	60.9	57.0		
4,412	4,093	3,984		
6,261	6,773	6,958		
182.2	165.9	154.8		
461.0	471.2	486.7		
8.0	7.6	8.1		
78.4	82.4	79.6		
12.4	12.7	12.9		
17.2	17.2	13.5		

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 収入の確保への取組(小項目)		
収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。 ア より多く患者を紹介してもらえよう、地域医療機関への積極的な訪問や情報交換会の開催等を通じ、病診・病病連携の強化に努める。 イ ホームページやメディア等を通じ、がんセンターの特長を周知するとともに、地域のイベントでのPR活動や出前講座の実施等、積極的な情報発信、広報活動を行う。	収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。 ア より多く患者を紹介してもらえよう、地域医療機関への積極的な訪問を行うとともに、情報交換会や郡市医師会向け出張講座の開催等を通じて、病診・病病連携の強化に努める。 イ ホームページやメディア等を通じ、がんセンターの特長を周知するとともに、地域のイベントでのPR活動、「がんセンター出前講座」の実施等、積極的な情報発信、広報活動を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸器内科の患者増を目指して、呼吸器内科医と渉外業務専門員が地域医療機関への訪問を実施したところ平成29(2017)年度と比べ、紹介患者数は27%増加した。 医療連携情報交換会は2回開催した。医師・歯科医師・コメディカルなど院外より87名が参加した。情報交換会の最後には顔の見える関係づくりのため、挨拶や名刺交換の時間を設けた。 郡市医師会向け出張講座は11回開催した。郡市医師会の意向を確認し、内容の決定、講師の選定を行った。 広報紙「がんセンターだより」やホームページ、メディア等により、当センターの診療内容や施設・組織の概要などを周知した。 「がんセンター出前講座」は12回開催し、地域でリーダーシップを発揮するシルバー、AYA世代のがん患者や子供に対する役割が求められている教員、社員の健康増進を目的とした企業、思春期の禁煙教育に取り組む学校など、多様な対象から申し込みがあり、対象に応じた効果的ながん教育を実施するとともに、あらゆる世代の県民や地域との交流を図った。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ウ 効率的かつ柔軟な病棟管理を行い、病床利用率を向上させる。</p> <p>エ 診療情報管理士等、専門的知識を有する職員の確保と育成に努め、診療報酬改定等に迅速かつ適切に対応できる体制を構築する。</p> <p>オ 入院時の丁寧な説明等により未収金の発生防止に努めるとともに、発生した未収金については回収の徹底を図る。</p>	<p>ウ 効率的かつ柔軟な病棟管理を行い、病床利用率を向上させる。</p> <p>エ 保険診療委員会のメンバーが中心となって、診療報酬改定に適切に対応する。</p> <p>オ 入院時における限度額適用認定証の説明等により未収金の発生防止に努める。また、発生した未収金については、早急な督促、催告及び臨戸訪問を実施するとともに、回収困難債権については、弁護士法人へ回収業務を委託し、回収の徹底を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 入院病棟に関しては看護部や医事課の病床運営担当等が病床運営状況を見て、入院病棟を決定した。 緊急入院の患者の受入れについて、該当診療科の病棟における対応が困難なときは、他病棟の空床を利用し、病床利用率の向上を図った。 初回の化学療法や気管支鏡検査の一部について、患者の安全に配慮し、外来ではなく入院で対応した。 診療報酬改定に伴う対応策等について保険診療委員会で周知を行った。 診療報酬改定等に迅速かつ適切に対応できるよう、診療情報管理士1名のほか、病院会計の知識を有する職員を採用した。 国民健康保険短期保険証を有する患者を中心に、入院時における限度額適用認定証の説明を重点的に行い、未収金の発生防止に努めた。(平成29(2017)年度未収金発生額:25,836千円、平成30(2018)年度未収金発生額:21,114千円) 発生した未収金は、適宜、督促を実施した。また、回収困難債権については、弁護士法人へ回収業務を委託したことにより、長期にわたり回収ができなかった未収金の一部を回収することができた。
(2)費用の削減への取組(小項目)		
<p>費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 予算と実績の管理を通じ、職員全員に対してコスト意識の徹底を図る。</p> <p>イ 適正な在庫管理の徹底、入札方法の検討、ジェネリック医薬品の積極的な導入等、医薬品や診療材料の調達コストを削減する。</p> <p>ウ 委託料、報償費、光熱水費等、費用全般にわたる支出内容の見直しを実施する。</p>	<p>費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 病院の収支状況を月次で管理するとともに、予算と実績の管理を通じ、職員全員に対してコスト意識の徹底を図る。</p> <p>イ 関係する部署が連携し、ジェネリック医薬品等、支出を抑制できる材料を積極的に導入する。また、採用しているベンチマークシステムを基に高価な品目について適正価格での納入を図る。</p> <p>ウ 委託料、光熱水費等、費用全般にわたる支出内容の見直しを実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 病院の収支状況を月次で管理するとともに、経営会議や経営戦略会議において収支状況等を職員に周知し、コスト意識の徹底に努めた。 医薬品、診療材料において、ベンチマークシステムを利用し、適正価格での購入となるよう、価格交渉を行った。 医薬品については、先発品から後発品への切替えを4品目行ったほか、業者との価格交渉を行い、上半期に約16,000千円、下半期に約2,200千円のコスト削減を達成した。また、在庫管理をSPD(物品の供給・管理業務)事業者へ委託し、薬剤師の業務軽減および棚卸差額の減少に努めた。 診療材料については、各部署に定数ヒアリングを実施し院内在庫の見直しで約400千円の在庫減となった。その他、院内で使用する、採血キット、ニトリルグローブ、ロールシートの切替えを実施した。また、業者との価格交渉を実施し、次年度は平成30(2018)年度比約4,010千円(診療材料:2,250千円、特殊検査:1,760千円)のコスト削減を見込んでいる。 人工呼吸器の機種の見直し及び通年から必要時のレンタルに変更し、費用の削減を図った。 委託料については、電話交換業務委託の入札方法を指名競争入札から一般競争入札に変更し、約1,870千円の削減となった。 光熱水費については、毎月の使用電気量、使用ガス量を前年度と対比させて職員へ周知し、節約を呼びかけたが、燃料費調整単価の増加等により、費用の削減には至らなかった。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
エ 適切なコスト管理等を行うため、診療行為別原価計算を実施する。	エ 適切なコスト管理等を行うため、経営分析システムを活用し、診療科及び部門ごとの収支分析の精度の向上を図る。	・ 適切なコスト管理等を行うため、診療行為別原価計算を実施するための経営分析システムの精度向上に努めた。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病診・病病連携の強化や医師の確保等により更なる収入の確保を図るとともに、安全面にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組むなど、より一層の経営改善に努められたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 呼吸器内科の患者増を目指して、呼吸器内科医と渉外業務専門員が地域医療機関への訪問を実施したところ平成29年度と比べ、紹介患者数は27%増加した。【再掲、(1)ーア】 ・ 医療連携情報交換会は2回開催した。医師・歯科医師・コメディカルなど院外より87名が参加した。情報交換会の最後には顔の見える関係づくりのため、挨拶や名刺交換の時間を設けた。【再掲、(1)ーア】 ・ 医薬品については、先発品から後発品への切替えを4品目行ったほか、業者との価格交渉を行い、上半期に約16,000千円、下半期に約2,200千円のコスト削減を達成した。また、在庫管理をSPD(物品の供給・管理業務)事業者へ委託し、薬剤師の業務軽減および棚卸差額の減少に努めた。【再掲、(2)ーイ】 ・ 診療材料については、各部署に定数ヒアリングを実施し院内在庫の見直しで約400千円の在庫減となった。その他、院内で使用する、採血キット、ニトリルグローブ、ロールシーツの切替えを実施した。また、業者との価格交渉を実施し、次年度は平成30(2018)年度比約4,010千円(診療材料:2,250千円、特殊検査:1,760千円)のコスト削減を見込んでいる。【再掲、(2)ーイ】 ・ 人工呼吸器の機種の見直し及び通年から必要時のレンタルに変更し、費用の削減を図った。【再掲、(2)ーウ】 ・ 委託料については、電話交換業務委託の入札方法を指名競争入札から一般競争入札に変更し、約1,870千円の削減となった。【再掲、(2)ーウ】

法人の自己評価	B	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「新外来患者数」、「1日当たり外来患者数」が目標値を上回った一方、「病床利用率」、「新入院患者数」、「1日当たり入院患者数」、「診療材料費対医業収益比率」及び「減価償却費対医業収益比率」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「収入の確保への取組」では、紹介患者増を目指して、呼吸器内科医と渉外業務専門員による地域医療機関への訪問を実施したほか、初回の化学療法や気管支鏡検査の一部について、患者の安全に配慮し、外来ではなく入院で対応した。また、「費用の削減への取組」では、医薬品、診療材料において、ベンチマークシステムを利用し、適正価格での購入となるよう価格交渉を行ったほか、委託料については、入札方法を指名競争入札から一般競争入札に変更し、費用の削減に努めたなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
---------	---	------	--



知事の評価(案)	B	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。医師の確保等により更なる収入の確保を図るとともに、安全面にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組むなど、より一層の経営改善に努められたい。
----------	---	-------	--

第3 予算、収支計画及び資金計画(財務内容の改善に関する事項)(大項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	経常収支比率(%)	100以上	98.0	98%	100以上	iii
2	医業収支比率(%)	80以上	79.4	99%	85以上	iii

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値
101.1	98.9	98.0		
79.1	77.8	79.4		

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
県民が求める高度で専門的ながん医療を安定的に提供していくため、中期目標期間を累計した経常収支比率を100%以上とする。また、各年度において経常収支の黒字化を目指す。	月次で収支状況を管理し、経常収支の黒字化を目指す。	<ul style="list-style-type: none"> 経常収支は▲193,631,214円を計上し、経常収支比率は98.0%となった。 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の収支状況等(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)を周知し、経常収支の黒字化を目指した。 診療科及び事業系センターごとに、幹部職員によるヒアリングを実施した。診療科のヒアリングでは、近年の入院患者や収益の推移、経営分析システムによる収支分析結果、紹介元医療機関数の推移のデータをもとに、現状の課題、今後の方針、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体例などについて意見交換した。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 経常収支の黒字化に向けて、より一層の経営改善に努められたい。 	<ul style="list-style-type: none"> 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の収支状況等(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)を周知し、経常収支の黒字化を目指した。【再掲】 診療科及び事業系センターごとに、幹部職員によるヒアリングを実施した。診療科のヒアリングでは、近年の入院患者や収益の推移、経営分析システムによる収支分析結果、紹介元医療機関数の推移のデータをもとに、現状の課題、今後の方針、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体例などについて意見交換した。【再掲】

法人の 自己評価	B	評価 理由
		<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「経常収支比率」、「医業収支比率」ともに目標値をやや下回った。 年度計画の業務実績に関しては、経営会議や経営戦略会議を通じて月次で収支状況等を管理したほか、診療科ごとにヒアリングを実施し、現状の課題、今後の方針、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体例などについて意見交換を行い、経常収支の黒字化を目指したが、計画をやや下回った。 以上を総合的に勘案した結果、当該項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。



知事の 評価(案)	B	評価 理由等
		<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。経常収支の黒字化に向けて、より一層の経営改善に努められた。

第8 その他業務運営に関する重要事項(大項目)

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>病院施設の老朽化の状況や求められる機能を踏まえ、院内にプロジェクトチームを設置して、長期的な視点から、がん専門病院として今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を検討する。</p> <p>また、医療機器については、県民の医療ニーズ、医療技術の進展に応えるため、費用対効果等を総合的に勘案し、計画的な更新・整備に努める。</p>	<p>将来構想策定プロジェクトチームとその下部組織であるワーキンググループにおいて、病院施設の老朽化の状況や求められる機能を踏まえ、長期的な視点から、がん専門病院として今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を具体的に検討する。</p> <p>また、医療機器については、計画的に更新・整備する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ワーキンググループによる検討会、プロジェクトチームによる会議を開催した結果、施設の老朽化の状況から「建替」による再整備が必要であり、また、整備のあり方として、今後の医療技術の進歩を見据えた施設への整備を方向性とした、「地方独立行政法人栃木県立がんセンター将来構想」を策定し、県に提出した。 医療機器については、電子カルテとの連携を図りながら手術室・HCUの患者生体情報を共通のシステムで管理、閲覧することができる「手術室・リカバリ周術期麻酔記録システム」や、放射線技術科の「X線TV装置」、臨床検査センターの「生化学自動分析装置」、手術室の「手術用内視鏡システム」、超音波センターの「超音波診断装置」などを計画的に更新・整備した。(27品目、計245,900,144円)

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 今後担うべき診療機能の在り方にふさわしい施設整備の在り方について、速やかに具体的な検討を進められたい。 計画の策定に当たっては、二次医療圏における患者の地域構成を考慮されたい。また、建物が老朽化し使えなくなるといった事態を想定し、合併症を有する患者に対応するための他病院との連携等も視野に入れ、是非10年後の姿を描いてほしい。 人口が減少していく中、まちづくりの要素の一つとして、病院のあり方を検討していく必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ワーキンググループによる検討会、プロジェクトチームによる会議を開催した結果、施設の老朽化の状況から「建替」による再整備が必要であり、また、整備のあり方として、今後の医療技術の進歩を見据えた施設への整備を方向性とした、「地方独立行政法人栃木県立がんセンター将来構想」を策定し、県に提出した。【再掲】

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 施設整備のあり方については、ワーキンググループによる検討会、プロジェクトチームによる会議を開催し、今後の医療技術の進歩を見据えた施設への整備を方向性とした、「地方独立行政法人栃木県立がんセンター将来構想」を策定したほか、医療機器について、計画的に更新・整備したなど、当該項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
---------	---	------	--



知事の評価(案)	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
----------	---	-------	--

平成30（2018）年度業務実績に関する全体評価書（がんセンター）

栃木県知事は、地方独立行政法人法第28条第1項の規定により、地方独立行政法人栃木県立がんセンターの平成30（2018）年度の業務実績について、以下のとおり評価を行った。

全体評価（案）**1 評価結果と判断理由**

（評価結果）

平成30（2018）年度の業務実績については、中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。

（判断理由等）

- 「質の高い医療の提供」等、12の中項目中8項目についてA評価（概ね計画どおり実施している）と判断した一方、「地域連携の推進」等、4項目についてはB評価（計画をやや下回って実施している）と判断した。
- 在宅緩和ケアの推進や地域の医療従事者に対する研修の充実等、「地域連携の推進」及び「地域医療への貢献」については、一層の取組が必要である。

また、「収入の確保及び費用の削減への取組」及び「財務内容の改善に関する事項」については、入院患者数の減少等により、1億9千万円の純損失となっており、経常収支の黒字化に向けて、医師の確保や費用の削減等、引き続き経営改善に取り組む必要がある。

2 （地独）栃木県立がんセンター及び（地独）栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会の意見・指摘等

平成30(2018)年度 (地独) 栃木県立リハビリテーションセンター決算の概要(速報)

[平成30(2018)年4月 地方独立行政法人化]

(単位:百万円)

区分		H29(2017)年度 決算額 A ※3	H30(2018)年度 決算額 B	比較 B-A		
許	可 病 床 数 (床)	120	153	33		
医療 ※1	年間 延患者数	入 院 患 者 数 (人)	26,995	34,689	7,694	
		1 日 平 均 (人)	74.0	95.0	21.0	
		外 来 患 者 数 (人)	22,941	21,525	△ 1,416	
		1 日 平 均 (人)	94.0	88.2	△ 6.0	
	単価	病 床 利 用 率 ※2 (%)	92.4	79.2	△ 13.2	
		一 人 一 日 当 院 (円)	32,336	34,152	1,816	
施設 ※1	利用者数	一 人 一 日 当 外 来 (円)	9,009	8,973	△ 36	
		施 設 利 用 者 数 (人)	25,311	24,610	△ 701	
経	施 設 利 用 率 (%)	57.6	56.0	△ 1.6		
常	収 支 比 率 (%)	102.5	101.4	△ 1.1		
営 業 等 収 支	収	入	2,963	3,301	338	
	営	業 業 収 益	2,894	3,216	322	
		医	業 業 収 益	1,095	1,391	296
			う ち 入 院 収 益	873	1,185	312
			う ち 外 来 収 益	207	193	△ 14
			施 設 収 益	348	335	△ 13
		運 営 費 負 担 金	737	763	26	
		運 営 費 交 付 金	517	527	10	
		そ の 他 営 業 収 益	196	200	4	
		営	業 外 収 益	69	71	2
			う ち 運 営 費 負 担 金	65	59	△ 6
	臨	時 利 益	0	14	14	
	支	出	2,913	3,299	386	
	営	業 業 費 用	2,818	3,147	329	
		医	業 業 費 用	1,851	2,144	293
			う ち 給 与 費	1,086	1,273	187
			う ち 材 料 費	154	144	△ 10
			う ち 経 費	418	413	△ 5
		う ち 減 価 償 却 費	185	304	119	
		施	設 費 用	766	753	△ 13
			う ち 給 与 費	471	509	38
		う ち 経 費	293	242	△ 51	
		一	般 管 理 費	134	154	20
		う	ち 給 与 費	111	121	10
		そ	の 他 営 業 費 用	66	95	29
	営	業 外 費 用	95	95	0	
	臨	時 損 失	0	57	57	
	経	常 損 益	50	46	△ 4	
	経	常 損 益 (医 業)	50	62	12	
	経	常 損 益 (施 設)	0	△ 16	△ 16	
	純	利 益	50	2	△ 48	
	資 本 収 支	収	入 債 金	1,038	350	△ 688
			企 業 収 支 負 担 金	541	85	△ 456
資 本 収 支 交 付 金			251	264	13	
資 本 収 支 交 付 金			0	1	1	
支		補 助 金	246	0	△ 246	
		出 金	1,193	511	△ 682	
支		建 設 改 良 費	786	77	△ 709	
		企 業 債 償 還 金 等	408	434	26	
差		引	△ 155	△ 160	△ 5	
県		負 担 金 (営 業 等 + 資 本)	1,053	1,086	33	
貸 借 対 照	資 産	8,179	7,475	△ 704		
	負 債	7,114	6,450	△ 664		
	資 本	1,064	1,025	△ 39		

※1 医療とは「医療センター」、施設とは「こども発達支援センター」「こども療育センター」「障害者自立訓練センター(駒生園)」のことをいう。

※2 延べ入院患者数(退院日を除く年間入院患者数)を年間延べ病床数で除した割合。

※3 H30(2018)決算値に合わせ、H29(2017)決算値も施設部門を含めた数値を記載。(経常収支比率は病院事業会計(医療のみ)について記載。)
(地方独立行政法人化により、病院事業会計(医療)と一般会計(施設)を一元化。)

【各数値の増減要因等】

(患者数)

○ 入院患者数は増加 [要因] 回復期リハビリテーション病棟の増床(6階病棟:40床)

○ 外来患者数は減少 [要因] 療法士不足及び直入院患者の増

(収支関係)

○ 医業収益は増加 [要因] 増床に伴う入院患者数の増

○ 医業費用は増加 [要因] 職員数増による給与費の増加や償却資産の増による減価償却費の増

⇒ 収益の増加が費用の増加を上回ったことから、医業収支は改善した。

なお、施設部門で経常損失を計上しており、リハセンター全体の経常収支は悪化した(黒字は確保)。

平成30（2018）年度業務実績報告書兼中項目別評価書の概要について（リハビリテーションセンター）

資料7

1 評価方法及び評価基準

評価方法：業務実績や年度計画に掲げた指標の達成状況を総合的に検証し、中項目ごとの実施状況について4段階評価を行う。

評価基準：S（計画を上回って実施している。）

A（概ね計画どおり実施している。）

B（計画をやや下回って実施している。）

C（計画を下回っている、又は実施していない。）

2 評価結果及び理由

中項目	法人の自己評価		知事の評価（案）	
	評価結果	評価理由	評価結果	評価理由等
第1 1 質の高い 医療の提供 資料8 p 2～5	B	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「重症患者の受入れ割合」、「休日におけるリハビリテーション実施単位数」、「療法士及び看護師の学会発表件数」等が目標値を上回った一方、「リハビリテーション実施単位数」、「発達障害外来受診者数」、「整形外科手術実施人数」及び「ブレイス（装具）クリニック実施件数」については目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「専門的な医療の提供」では、入院後1週間以内のカンファレンス実施や重症患者の積極的な受け入れに加え、外来リハビリテーションの提供に努めたほか、「障害児・障害者に対する専門医療の提供」として、病院と施設で連携し障害児の発達を促すとともに、介護保険制度の適用外となる患者に対し、継続的に外来リハビリテーション医療を提供した。さらに「医療機能の充実」として、独法化と併せて40床増床し、10月から回復期リハビリテーション病棟として稼働させるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	B	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。医療従事者の安定的な確保に努め、リハビリテーション実施単位数の増加と障害児・障害者に対する専門医療の充実を図られたい。

中項目	法人の自己評価		知事の評価(案)	
	評価結果	評価理由	評価結果	評価理由等
2 安全で安心な医療の提供 資料8 p6～7	A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「医療安全に関する研修会の実施回数」、「集中ラウンド実施回数」、「医薬品安全管理研修会の実施回数」ともに目標値を上回った。 年度計画の業務実績に関しては、「医療安全対策の推進」では、医療安全研修を8回開催し、医療安全に関する情報を共有したほか、「院内感染防止対策の推進」では、ICTが週1回病棟等を巡回するとともに全職員対象に感染対策講習会を年2回開催し、職員の感染防止への意識・知識の向上に努めるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供 資料8 p8～9	A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「退院前在宅訪問指導(家屋調査)件数」は目標値を上回った一方、「患者満足度割合」については目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「患者や家族等への医療サービスの充実」では、新たに設置した地域医療連携室の職員が合同評価やカンファレンスに参加し他部署と情報共有を図った上で、患者や家族の相談に対応したほか、「地域に開かれた病院運営」では新たに設置した「栃木県立リハビリテーションセンター運営懇談会」において、当センターの運営に関する意見や提案をいただくなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
4 障害児・障害者の福祉の充実 資料8 p10～11	B	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「児童発達支援事業所等を対象とした研修回数」は目標値を上回った一方、「子ども療育センター短期入所契約者数」、「自立訓練後に一般就労等に移行した利用者数」については目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「療育支援の充実」では、個別支援計画の立案、実践及び評価を通して療育支援の充実を図ったほか、「自立訓練の充実」では、利用開始時及び訓練期間中の心理職による面談を充実させるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	B	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。医療従事者の安定的な確保及び利用促進のための普及啓発に努め、療育支援及び自立支援の充実を図りたい。

<p>5 人材の確保と育成</p> <p>資料8 p12～13</p>	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「認定看護師数」、「療法士数」は目標値を上回った一方、「医師数」、「職員満足度割合」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「職員の資質向上」では、新規採用職員研修や年度の途中で採用された職員に対して研修を実施したほか、e-ラーニング等web教育サービスを導入し、「医療従事者の安定的な確保」では、看護師養成校や県内医療系専門学校を訪問するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。 	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。医療従事者の安定的な確保に努めるとともに、職員満足度割合の向上を図られたい。
<p>6 地域連携の推進</p> <p>資料8 p14～15</p>	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「逆紹介率」は目標値を上回った一方、「出前講座の実施回数」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「急性期病院や地域の医療機関等との連携の推進」では、入院申込みから入院までの期間の短縮を図ったほか、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）の活用にあたり、常勤医師全員が利用登録を行ったほか、「リハビリテーション医療及び福祉に係る地域支援ネットワークの強化」では、こども発達支援センター通園中及び退園後に、通園児が関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等との情報交換や技術支援を行うなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。地域の医療機関や福祉施設等を対象とした出前講座の件数を増加させる等、地域連携の強化に努められたい。
<p>7 地域医療・福祉への貢献</p> <p>資料8 p16～17</p>	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「児童発達支援事業所等を対象とした研修回数」、は目標値を上回った一方、「療法士の実習生受入れ人数」、「こども療育センター短期入所契約者数」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療・福祉関係者の資質向上に係る支援」では、リハビリテーション科専門医の増員が図られたほか、「障害児の地域におけるリハビリテーションへの支援」では、地域療育支援事業として、地域の療育機関等を対象とした研修会を実施するとともに、療育に携わる職員の実習を受け入れるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。実習生及び研修生の受入れの拡大等により医療・福祉関係者の資質向上に努められたい。

中項目	法人の自己評価		知事の評価(案)	
	評価結果	評価理由	評価結果	評価理由等
8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理 資料8 p18	A	・ 栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づく開示請求に対し適切に対応し、職員に対し情報管理について注意喚起を図るなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。	A	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
9 災害等への対応 資料8 p19	A	・ 県が実施するセミナーへ担当職員を派遣し、BCPの策定に必要な情報の収集に努めたほか、平成30(2018)年7月豪雨JRA T災害対策本部(東京本部)に職員を派遣するとともに、JRA Tや栃木県災害リハビリテーション連絡会の定例会に職員を派遣するなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。	A	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
第2 1 業務運営体制の確立 資料8 p20	S	・ 新たに設置した経営企画室において、回復期リハ病棟入院料算定の準備や職員の随時採用をするとともに、組織改編や意思決定の効率化に資する規程の改正をするなど、計画を上回って実施することができたため、「S」評価とした。	A	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していると判断したため、「A」評価とした。複合施設としてのリハビリテーションセンターの機能を最大限に発揮するため、安定的な経営基盤の確立に努められたい。
2 経営参画意識の向上 資料8 p21	A	・ 管理運営会議で経営方針の検討や経営情報を共有するとともに、その結果を所内連絡会議等に報告するなど職員の経営参画意識の向上を図るとともに、新たに職員の相互承認を促進する取組を行うなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。	A	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

<p>3 収入の確保及び費用の削減への取組</p> <p>資料8 p 22～24</p>	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「療法士数」、「新入院患者数」、「ジェネリック医薬品使用割合」は目標値を上回った一方、「リハビリテーション実施単位数」、「病床利用率」については目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「収入の確保対策」では、新たに開棟した6階病棟について回復期リハビリテーション入院料1の算定に向けた検討を通して、段階的に病床機能を向上(地域一般入院料3→回復期リハビリテーション入院料5)させた。また、各職種間で診療報酬制度について積極的な情報共有を図るとともに、加算取得に向け研修会に参加したほか、「費用の削減対策」では、医薬品の定期的な使用量を把握し、医薬品管理の効率化及び適正化を図るなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。リハビリテーション実施単位数の増加や医師の安定的な確保により更なる収入の確保を図るとともに、安全面にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組むなど、より一層の経営改善に努められたい。
<p>第3 財務内容の改善に関する事項</p> <p>資料8 p 25</p>	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「経常収支比率」は目標値を上回った一方、「医業収支比率」については目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、毎月、中堅幹部職員以上が出席する所内連絡会議において、入退院別・診療科別の前月までの稼働額を周知し、経営情報の共有を行うとともに収益の維持・増加に向けた取り組みの強化を働きかけた。平成30(2018)年度の経常収支は101.4%となり目標を達成した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。 	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。ただし、医業収支比率の改善に向け、より一層の経営改善に努められたい。
<p>第8 その他業務運営に関する重要事項</p> <p>資料8 p 26</p>	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医療機器等の調達に当たっては、管理運営会議において投資計画を精査し、計画的な更新・整備を行うことができたことから、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。 	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

業務実績報告書兼中項目別評価書

平成 30 (2018) 年 度

(第 1 期事業年度)

自 平成 30 (2018) 年 4 月 1 日

至 平成 31 (2019) 年 3 月 31 日

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

目 次

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表	1
第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項（大項目）	2
1 質の高い医療の提供（中項目）	2
2 安全で安心な医療の提供（中項目）	6
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供（中項目）	8
4 障害児・障害者の福祉の充実（中項目）	10
5 人材の確保と育成（中項目）	12
6 地域連携の推進（中項目）	14
7 地域医療・福祉への貢献（中項目）	16
8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理（中項目）	18
9 災害等への対応（中項目）	19
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	20
1 業務運営体制の確立（中項目）	20
2 経営参画意識の向上（中項目）	21
3 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	22
第3 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）	25
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	26

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表

◆ 中期目標期間における各事業年度の項目別評価

項目	平成30(2018)年度	令和元(2019)年度	令和2(2020)年度	令和3(2021)年度	令和4(2022)年度
第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項					
質の高い医療の提供	B				
安全で安心な医療の提供	A				
患者・県民等の視点に立った医療の提供	A				
障害児・障害者の福祉の充実	B				
人材の確保と育成	B				
地域連携の推進	B				
地域医療・福祉への貢献	B				
法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理	A				
災害等への対応	A				
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項					
業務運営体制の確立	A				
経営参画意識の向上	A				
収入の確保及び費用の削減への取組	B				
第3 予算、収支計画及び資金計画					
財務内容の改善に関する事項	A				
第8 その他業務運営に関する重要事項					
その他業務運営に関する重要事項	A				

(参考) 中期目標期間における各事業年度の全体評価

年度	評価結果
平成30(2018)年度	中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。(案)
令和元(2019)年度	
令和2(2020)年度	
令和3(2021)年度	
令和4(2022)年度	

第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項(大項目)

1 質の高い医療の提供(中項目)

◆年度計画指標

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R4(2022)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	リハビリテーション実施単位数(単位)	280,000	210,482	75%	303,000	i
2	重症患者の受入れ割合(%)	24.0	29.0	121%	30.0	v
3	発達障害外来受診者数(人)	6,800	5,739	84%	7,400	ii
4	整形外科手術実施人数(人)	25	11	44%	45	i
5	ブレイス(装具)クリニック実施件数(件)	1,400	1,080	77%		i
6	休日におけるリハビリテーション実施単位数(単位)	35,000	47,462	136%		v
7	社会福祉士数(人)	3	3	100%		iv
8	療法士及び看護師の学会発表件数(件)	4	9	225%		v

H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値	R3(2021)年度 実績値	R4(2022)年度 実績値
210,482				
29.0				
5,739				
11				
1,080				
47,462				
3				
9				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)専門的な医療の提供(小項目)		
<p>心身に障害のある乳幼児から高齢者までのあらゆる年齢層の患者が必要なリハビリテーション医療を受けられるよう、リハビリテーションの専門病院として、以下のとおり、専門的な医療を提供する。</p> <p>ア 専門的な回復期リハビリテーション医療の提供 ・ 脳卒中、脳外傷、骨折等による運動障害、高次脳機能障害、失語症等のある回復期の患者に対し、医師、看護師、療法士、薬剤師、管理栄養士、心理職等の多職種チームによる医学的・社会的・心理的アプローチを通じて、専門的かつ集中的なリハビリテーション医療を提供する。</p> <p>・ FIM(機能的自立度評価表)の点数の低い重症患者を積極的に受け入れ、専門的なリハビリテーション医療を提供する。</p> <p>・ 社会、教育、職業といった各分野と連携したリハビリテーションが必要な脊髄損傷患者や高次脳機能障害を伴った脳外傷患者等を積極的に受け入れ、専門的なリハビリテーション医療を提供する。</p>	<p>心身に障害のある乳幼児から高齢者までのあらゆる年齢層の患者が必要なリハビリテーション医療を受けられるよう、リハビリテーションの専門病院として、以下のとおり、専門的な医療を提供する。</p> <p>ア 専門的な回復期リハビリテーション医療の提供 ・ 脳卒中、脳外傷、骨折等による運動障害、高次脳機能障害、失語症等のある回復期の患者に対し、医師、看護師、療法士、薬剤師、管理栄養士、心理職等の多職種チームによる医学的・社会的・心理的アプローチを通じて、専門的かつ集中的なリハビリテーション医療を提供する。 なお、入院前に比べADL(日常生活活動)が低下し、退院後の生活様式の再編が必要となるなど、退院困難な要因を有している患者については、入院後速やかに状況を把握し、入院早期に多職種によるカンファレンスを実施するとともに、患者や家族との面談を行う。</p> <p>・ FIM(機能的自立度評価表)の点数の低い重症患者を積極的に受け入れ、専門的なリハビリテーション医療を提供する。</p> <p>・ 社会、教育、職業といった各分野と連携したリハビリテーションが必要な脊髄損傷患者や高次脳機能障害を伴った脳外傷患者等を積極的に受け入れ、一定期間が経過してもリハビリテーション医療を継続して提供し、社会福祉施設や特別支援学校等の関係機関への円滑な移行を図っていく。</p>	<p>・ 回復期の患者に対し、医師を中心とした診療、専門性を有する療法士による理学・作業・言語の各療法等、専門的かつ集中的なリハビリテーション医療を提供した。 なお、入院前に比べADL(日常生活活動)が低下し、退院後の生活様式の再編が必要となるなど、退院困難な要因を有している患者については、入院時に多職種による評価で状況を把握し、医療ソーシャルワーカー(以下「MSW」)による面談を行った。また、93.8%(615人中577人)の入院患者について、入院後1週間以内にカンファレンスを実施した。</p> <p>・ 新たに地域医療連携室を設置したことにより紹介元病院との患者の重症度等に関する情報共有が充実し、入院患者に占める重症患者の割合は目標を上回り29%となった。</p> <p>・ 社会、教育、職業といった各分野と連携が必要な65歳未満の患者のリハビリテーション目的での受け入れが19.7%(615人中121人)であった。特に9.9%(121人中12人)を占める若年脊髄損傷・脳外傷患者に対しては、入院中のリハビリテーションの提供に加え、退院後も外来でのリハビリテーションや、併設する障害者自立訓練センターや高次脳機能障害支援拠点機関の機能を活用しながら、復学、就労、社会参加を目的とした関係機関への円滑な移行を図った。</p>

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<ul style="list-style-type: none"> VF/VE(嚥下造影検査・嚥下内視鏡検査)等を活用して、経管栄養や胃瘻設置の患者に経口摂取を目指したリハビリテーション医療を提供する。 イ 障害児・障害者に対する専門医療の提供 <ul style="list-style-type: none"> 肢体不自由児や発達障害児等に対し、施設部門(こども療育センター・こども発達支援センター)をはじめ、栃木県障害者総合相談所や相談支援事業所、特別支援学校と連携して、相談から診療、療育、教育に至る一貫した総合的なリハビリテーションを提供する。 幼児期の発達障害児に対し、個々の発達状態を定期的に評価し、それぞれの発達状態に応じて感覚統合療法、言語聴覚療法、心理療法を実施するなど、専門的なリハビリテーション医療を集中的に提供する。 病院部門と施設部門(こども療育センター・こども発達支援センター)が連携・協力し、自閉スペクトラム症、注意欠如多動性障害(ADHD)、脳性麻痺等の障害児に対し、専門的かつ継続的なリハビリテーション医療を提供する。 病院部門と施設部門(こども療育センター・こども発達支援センター)が連携・協力し、保護者が、障害のある子及びその兄弟への適切な関わり方や日常生活の中で実施できる訓練等を学ぶことができるよう、家庭や地域における療育を支援する。 脳性麻痺、小児運動器疾患等の障害児・障害者に対し、整形外科手術を実施する。 介護保険制度の適用外となる脳性麻痺、脳外傷、脊髄損傷、上肢・下肢の切断等の患者に対し、リハビリテーションの効果が高められるよう、継続的に外来リハビリテーション医療を提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> VF(嚥下造影検査)/VE(嚥下内視鏡検査)等を活用して、経管栄養や胃瘻設置の患者に経口摂取を目指したリハビリテーション医療を提供する。 イ 障害児・障害者に対する専門医療の提供 <ul style="list-style-type: none"> 肢体不自由児や発達障害児に対し、施設部門をはじめ、相談支援機関や特別支援学校と連携して相談から診療、療育、教育に至る一貫した総合的なリハビリテーションを提供する。 幼児期の発達障害児に対し、個々の発達状態を定期的に評価し、それぞれの発達状態に応じて感覚統合療法、言語聴覚療法、心理療法を実施するなど、専門的なリハビリテーション医療を集中的に提供する。 早期発見・早期療育の理念のもと、地域における療育ニーズを的確に捉え、病院部門と施設部門における人的・物的資源を有効活用しながら、自閉スペクトラム症、注意欠如多動性障害(ADHD)、脳性麻痺等の障害児に対する専門的かつ継続的なリハビリテーション医療を提供する。 病院部門と施設部門が連携・協力し、保護者が、障害のある子及びその兄弟への適切な関わり方や日常生活の中で実施できる訓練等を学ぶことができるよう、家庭や地域における養育を支援する。 具体的には、病院部門に通院している障害児の家族に対しては、各担当からの個別でリアルタイムな評価結果をフィードバックし、施設部門に通院している障害児の家族に対しては、保護者向けの学習会を開催するなど、専門職種による情報提供を行う機会の充実を図る。 県内の医療機関との連携を強化し、医療機関からの患者の紹介件数を増やすことにより、脳性麻痺、小児運動器疾患等の整形外科手術の件数増を図る。 介護保険制度の適用外となる脳性麻痺、脳外傷、脊髄損傷、上肢・下肢の切断等の患者に対し、リハビリテーションの効果が高められるよう、継続的に外来リハビリテーション医療を提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師を始め多職種が共同して各種検査を実施し、患者の状態に合わせたリハビリテーション計画を立案し、経口摂取を目指した。 肢体不自由児や発達障害児の早期療育に資するため、県健康福祉センターや市町の乳幼児二次健診、児童相談所や教育委員会での相談事業に小児科医を派遣し、地域の関係機関に対し療育支援を行うことを通じて、対象児童を当センターでの診療、療育に繋げるなど、一貫したリハビリテーションの推進に努めた。 定期的に各種検査を実施し、個々の発達課題に応じた専門的なアプローチを実施した。併せて保護者へ関わり方の指導やアドバイスも行った。さらに、職種間で情報共有等を行い、より多角的な理解と支援を行えるように工夫した。 こども発達支援センターでの親子通園や、病院での外来通院のリハビリテーションを有効活用し、障害児本人の発達を促すとともに、家族への支援を行った。 病院部門に通院している障害児に対して医学的リハビリテーションを実施するとともに、その家族に対しても各担当から個別的な評価をフィードバックし、家庭や学校等の生活場面で実際に生かせるよう指導・援助した。さらに、装具・車椅子・座位保持装置などを作製する際は、必要に応じて、現在の能力でより高い次元のADL(日常生活活動)が獲得できるよう、アドバイスをを行った。 また、施設部門に通院している障害児の家族に対しては、概ね月1回、保護者向けの学習会を開催し、医師や療法士等の専門職による情報提供を行った。 小児整形外科を担当する医師が不在であったことから、脳性麻痺や小児運動器疾患等以外の手術も積極的に実施することとし、自治医科大学等県内の医療機関との連携により、成人の整形外科領域の手術に取り組んだが、目標件数25件のところ11件に止まった。 介護保険制度の適用外となる脳性麻痺、脳外傷、脊髄損傷、上肢・下肢の切断等の患者に対し、継続的に外来リハビリテーション医療を提供した(外来リハビリテーション実施件数14,147単位)。
(2)医療機能の充実(小項目)		
<ul style="list-style-type: none"> リハセンターに求められる質の高い医療を継続して提供できるよう、以下のとおり、医療機能の充実を図る。 ア 回復期リハビリテーション医療の充実 <ul style="list-style-type: none"> 急性期病院との連携を強化し、回復期リハビリテーション医療の対象となる患者を受け入れる。 	<ul style="list-style-type: none"> リハセンターに求められる質の高い医療を継続して提供できるよう、以下のとおり、医療機能の充実を図る。 ア 回復期リハビリテーション医療の充実 <ul style="list-style-type: none"> 急性期病院が患者を紹介しやすくなるよう、地域医療連携室が窓口となり、外来を介さずに入院患者を直接受け入れるなど、患者の受入れ体制を強化する。 	<ul style="list-style-type: none"> 整形外科疾患患者が入院する際、地域医療連携室が窓口となり紹介元病院から患者の診療情報等を入手することにより、外来での診察を行うことなく、直接入院させる体制を整備した結果、急性期病院から転院した患者のうち86.7%(615人中533人)が直接入院となった。

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟を中心に、365日間、一人ひとりの患者に対し、質の高いリハビリテーション医療を集中的に提供する。 県内の回復期の医療需要増に適切に対応するため、回復期リハビリテーション病棟を増床(40床)するとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に適合する体制整備を目指すなど、合併症等で看護必要度の高い患者も積極的に受け入れる。 イ 多職種連携による医療の提供 <ul style="list-style-type: none"> 多職種によるカンファレンスを定期的実施し、患者に関する情報の共有化や治療目標の統一化等により、患者一人ひとりの視点に立った医療を充実する。 褥瘡対策委員会の運営等を通じて、患者の皮膚や栄養の状態の評価、褥瘡の防止や改善に向けた取組を推進するとともに、NST(栄養サポートチーム)の設置について検討を進める。 嚥下の困難な患者に対する錠剤の粉碎等、個々の患者の状態に応じた調剤を行うとともに、薬剤師による病棟での服薬指導を充実する。 病棟での口腔衛生指導等、歯科医師や歯科衛生士による指導を充実し、入院患者等の口腔衛生の向上に努める。 認定看護師の専門性等を活用するなどして、質の高い看護ケアの提供に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟を中心に、365日間、一人ひとりの患者に対し、質の高いリハビリテーション医療を集中的に提供する。 なお、療法士の更なる確保を図り、休日におけるリハビリテーションの充実を目指す。 県内の回復期の医療需要増に適切に対応するため、回復期リハビリテーション病棟を増床(40床)するとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に適合する体制整備を目指すため、地域医療連携室を設置し、社会福祉士を配置する。 イ 多職種連携による医療の提供 <ul style="list-style-type: none"> 多職種による入院早期のカンファレンス、患者ごとの定期的なカンファレンスの実施を行うとともに、電子カルテ導入により、カンファレンスにおける情報や治療目標の共有化を有効に行う。 褥瘡対策委員会を開催するとともに、褥瘡対策チームによる定期的な回診を実施することにより、患者の皮膚や栄養状態の評価、褥瘡の防止や改善に向けた取組を推進する。 また、褥瘡を防止し、効果的なリハビリテーション医療を実施するため、NST(栄養サポートチーム)の設置について検討を進める。 嚥下の困難な患者に対し、錠剤の粉碎や散薬への切替え等、個々の患者の状態に応じた調剤を行う。 また、持参薬からリハセンターの処方薬への切替え時や退院時における服薬指導を重点的に実施する。 歯科衛生士が定期的に入院患者の口腔衛生状態をチェックし、個別的な口腔ケアを患者や家族に実施するとともに、必要に応じて歯科治療を勧める。 また、食事摂取の状況等も含め、歯科医師や歯科衛生士と病棟看護師が情報を共有し、患者の口腔ケアの管理の充実を図る。 認定看護師を講師とする院内研修会を計画的に開催し、看護師や療法士等の資質向上を図ることにより、多職種連携による質の高い看護ケアの提供に取り組む。 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期病棟では365日リハを実施し、患者一人あたり1日平均6.36単位(平日6.99単位、休日5.04単位)を提供した。 療法士の不足から一般病棟では、平成25(2013)年7月から日曜日の休日リハを休止しているが今年度も再開できなかった。 平成30(2018)年4月から40床増床するとともに、地域医療連携室を設置し社会福祉士3名を配置した。10月からは新たに増床した6階病棟についても回復期リハビリテーション病棟(入院料5)として算定を開始し、平成31(2019)年3月には、4月からの入院料3取得のための届け出を行った。 多職種による入院早期(入院後1週間まで)のカンファレンスや患者ごとの定期的なカンファレンスを行うとともに、電子カルテ導入により、カンファレンスにおける情報や治療目標を共有した。(カンファレンス総件数1,081件) 管理栄養士や医師、看護師、臨床検査技師等を構成員とする褥瘡対策委員会を2回開催した。委員会においては全職員対象に褥瘡の栄養管理をテーマとした研修を1回実施した。 また、給食委員会においてNSTの設置について検討した。 嚥下困難患者や経管栄養患者に対して錠剤を粉碎したり多種の散剤を混合し一包化するなど、個々の患者のニーズに合わせたオーダーメイド調剤を実施した。 服薬指導については、薬剤師が病棟の看護師と連携して患者の理解度に合わせたきめ細やかな指導を実施した。 歯科衛生士が、週3回定期的に病院・施設を巡回し、入院患者や入所児、入所者の口腔衛生状態をチェックし、その結果を看護師等と情報共有し、口腔内の保清に努めた。 看護部教育委員会と認定看護師会が連携して院内研修会の年間計画を立案した。全職員を対象として研修会を3回実施し、病院全体の資質の向上に取り組んだ。
(3)先進的なリハビリテーション医療の提供(小項目)		
<ul style="list-style-type: none"> ポツリヌス療法等の新たな療法に積極的に取り組むとともに、ロボットスーツ等、先進的なリハビリテーション医療技術の導入について継続的に研究を進める。 	<ul style="list-style-type: none"> ポツリヌス療法等の新たな療法に積極的に取り組むとともに、ロボットスーツ等、先進的なリハビリテーション医療技術の導入について継続的に研究を進める。 	<ul style="list-style-type: none"> ポツリヌス療法に積極的に取り組み、58人(注射料算定延べ27,750単位)に実施した。また、先進的なリハビリテーション医療技術の導入のために学会参加や院内での最新機器のデモンストレーションを通して先進的な医療技術に関する知識や情報を収集した。

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(4)リハビリテーションに関する調査研究等の推進(小項目)		
<p>県立病院・施設として、質の高い医療等を継続して提供していけるよう、以下のとおり、リハビリテーションに関する調査研究等を推進する。</p> <p>ア リハセンターが有するノウハウ及び医療現場のニーズを県内のヘルスケア産業等に情報提供するなど、患者や家族が望む新たな医療機器の製品開発等に貢献する。</p> <p>イ リハビリテーションに関する研修会や学会等に職員を積極的に参加させるとともに、リハセンター内における研修会や事例研究等を計画的に実施し、職員の専門的知識及び技能の向上を図る。</p>	<p>県立病院・施設として、質の高い医療等を継続して提供していけるよう、以下のとおり、リハビリテーションに関する調査研究等を推進する。</p> <p>ア 患者や家族が望む新たな医療機器の製品開発等に貢献するため、患者が必要とする具体的なサービスや医療機器のイメージ等に関して県内のヘルスケア産業等と情報交換する機会を企画する。</p> <p>イ リハビリテーションに関する研修会や学会等に職員を積極的に参加させるとともに、リハセンター内における研修会や事例研究等を計画的に実施し、職員の専門的知識及び技能の向上を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 県内のヘルスケア産業に関わる事業者が参加する「とちぎヘルスケア産業協議会」に参加するとともに、平成30(2018)年9月には当センターで同協議会の部会が開催され、当センターの職員が臨床現場からのニーズを発表した。 リハ関係学会や自治体病院学会等での発表・参加を促し、9件の発表を行った。また、院外の研修で得た知見(「褥瘡予防のためのポジショニング」「小児の高次脳機能障害のリハビリテーション」「川平法の理論と実技」など)を基に、院内の職員を対象に伝達研修を行い、職員の専門的知識及び技能の向上を図った。

法人の自己評価	B	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「重症患者の受入れ割合」、「休日におけるリハビリテーション実施単位数」、「療法士及び看護師の学会発表件数」等が目標値を上回った一方、「リハビリテーション実施単位数」、「発達障害外来受診者数」、「整形外科手術実施人数」及び「ブレイス(装具)クリニック実施件数」については目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「専門的な医療の提供」では、入院後1週間以内のカンファレンス実施や重症患者の積極的な受け入れに加え、外来リハビリテーションの提供に努めたほか、「障害児・障害者に対する専門医療の提供」として、病院と施設で連携し障害児の発達を促すとともに、介護保険制度の適用外となる患者に対し、継続的に外来リハビリテーション医療を提供した。さらに「医療機能の充実」として、独法化と併せて40床増床し、10月から回復期リハビリテーション病棟として稼働させるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
---------	---	------	---



知事の評価(案)	B	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。医療従事者の安定的な確保に努め、リハビリテーション実施単位数の増加と障害児・障害者に対する専門医療の充実を図られたい。
----------	---	-------	--

2 安全で安心な医療の提供(中項目)

◆年度計画指標

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R4(2022)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	医療安全に関する研修会の実施回数(回)	5	8	160%	6	v
2	集中ラウンド実施回数(回)	2	2	100%		iv
3	医薬品安全管理研修会の実施回数(回)	2	2	100%		iv

H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値	R3(2021)年度 実績値	R4(2022)年度 実績値
8				
2				
2				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 医療安全対策の推進(小項目)		
<p>患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策を推進する。</p> <p>ア 医療安全管理者を中心とした、インシデント・アクシデントレポートの収集・分析、再発防止策の立案・実施・評価等により、医療安全対策の推進を図る。</p> <p>イ 研修会や院内広報等により、医療安全に関する情報の共有化に努め、職員の医療安全に対する意識の向上と医療事故の発生防止を図る。</p>	<p>患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策を推進する。</p> <p>ア リスクマネジメント委員会やその下部組織である転倒・転落検証ワーキンググループにおいて、院内で発生したインシデント・アクシデント事例の発生要因等を分析し、再発防止に向けた対策を立案・実施・評価することにより、医療事故の発生防止に努める。</p> <p>イ 医療安全研修会や院内広報等により、職員の医療安全に対する意識の向上を図るとともに、事故防止等に関する情報を共有し、医療事故の発生防止を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ リスクマネジメント委員会を12回、転倒転落検証ワーキンググループを10回開催し、インシデント・アクシデント事例について発生要因を調査、分析し、再発防止の具体策検討、実施、評価を行い、医療事故の防止に取り組んだ。 ・ 医療安全研修を8回開催し、医療安全に関する情報を共有した。また、医療安全の推進に関する標語を全職員から募集し、代表となる標語を全部署に配布し医療安全意識の向上を図った。
(2) 院内感染防止対策の推進(小項目)		
<p>患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、院内感染防止対策を推進する。</p> <p>ア 感染対策委員会において、院内感染の監視、指導、教育等、防止対策を充実させるとともに、ICT(感染対策チーム)を中心に感染源や感染経路に応じた未然防止及び発生時の院内感染対策を実践し、院内感染の防止に努める。 また、感染防止対策が充実している外部の医療機関との連携体制を強化する。</p> <p>イ 全職員(委託業者を含む。)を対象とした感染対策研修会を開催するなど、職員の感染防止に係る理解の促進を図る。</p>	<p>患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、院内感染防止対策を推進する。</p> <p>ア 感染対策委員会において、院内感染の監視、指導・教育等、防止対策を充実させるとともに、ICT(感染防止対策チーム)を中心に病棟等を定期的に巡回し、感染源や感染経路に応じた未然防止及び活性時の院内感染対策を実践し、院内感染の防止に努める。 また、外部の医療機関との共同カンファレンスに参加し、感染症発生状況等の情報共有を図る。</p> <p>イ 全職員(委託業者を含む。)を対象とした感染対策研修会を年2回開催するなど、職員の感染防止に係る理解の促進を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染対策委員会を12回開催したほか、院内で感染症が発生した際には臨時に委員会を招集し対策を検討し実行した。 さらに、ICTが週1回病棟等を巡回するとともに全職員対象に感染対策講習会を年2回開催し、職員の感染防止への意識・知識の向上に努めた。 また、栃木県立がんセンターICTと共同カンファレンスを年4回開催し、感染症発生状況を共有し、対策の報告や相談をするとともに、双方で巡回を年2回行い、環境改善及び感染症の防止に努めた。 ・ 感染対策研修会として全職員を対象に「手指衛生とインフルエンザ感染対策」「麻疹、風疹、RSウイルス感染対策」をテーマに研修を実施した。
(3) 医療機器、医薬品等の安全管理の推進(小項目)		
<p>安全な医療を提供するため、以下のとおり、医療機器、医薬品等の安全管理を推進する。</p> <p>ア 医療機器安全管理責任者の下、医療機器の保守管理計画を策定し、適切な保守点検や計画的な機器更新、職員に対する機器操作方法の教育を行うなど、医療機器の性能維持と安全性の確保を図る。</p>	<p>安全な医療を提供するため、以下のとおり、医療機器、医薬品等の安全管理を推進する。</p> <p>ア 医療機器安全管理責任者の下、医療機器の保守管理計画の策定について検討するとともに、適切な保守点検や計画的な機器更新、職員に対する機器操作方法の教育を行うなど、医療機器の性能維持と安全性の確保に努める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機器安全管理責任者の下、部門ごとに医療機器の保守点検計画の策定に向けた検討を行うとともに、医療機器の保守点検を行った。また、心電図、除細動器、輸液ポンプなどの適切な使用方法について、研修会を行った。

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ 医薬品の保管・使用に関する研修会の開催等を通じて、医薬品の安全管理、適正使用の推進を図る。</p> <p>ウ 手術時における安全・安心な輸血を実施するため、手術・輸血療法委員会を開催し、輸血療法の適応や血液製剤の選択に関する検討等を実施することにより、輸血製剤の適正使用の推進を図る。</p>	<p>イ 医薬品安全管理研修会を開催し、医薬品の安全管理、適正使用の推進を図る。また、リハセンターで新たに扱うこととなった薬剤等についての研修会を開催し、職員の理解を深める。</p> <p>ウ 手術時における安全・安心な輸血を実施するため、手術・輸血療法委員会を開催し、輸血療法の適応や血液製剤の選択に関する検討等を実施することにより、輸血製剤の適正使用の推進を図る。</p>	<p>・ 主に新規採用看護師を対象に、当センターでの処方薬の流れや病棟での管理、消毒薬の使用方法等について講習会を開催した。また、薬剤科職員に対して常用薬剤について研修会を開催し、同効薬等の知識及び理解を深めた。</p> <p>・ 手術・輸血療法委員会を1回開催し、手術や輸血の実施状況の確認・振り返り及び改善点の検討を行った。 なお、平成30(2018)年度の手術件数は11件、うち輸血を行った手術は1件であった。</p>

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「医療安全に関する研修会の実施回数」、「集中ラウンド実施回数」、「医薬品安全管理研修会の実施回数」ともに目標値を上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療安全対策の推進」では、医療安全研修を8回開催し、医療安全に関する情報を共有したほか、「院内感染防止対策の推進」では、ICTが週1回病棟等を巡回するとともに全職員対象に感染対策講習会を年2回開催し、職員の感染防止への意識・知識の向上に努めるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
---------	---	------	--



知事の評価(案)	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
----------	---	-------	--

3 患者・県民等の視点に立った医療の提供(中項目)

◆年度計画指標

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R4(2022)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	患者満足度割合(%)	90	82	91%	90以上	iii
2	退院前在宅訪問指導(家屋調査)件数 (件)	52	62	119%	55	v

H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値	R3(2021)年度 実績値	R4(2022)年度 実績値
82				
62				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 患者や家族等への医療サービスの充実(小項目)		
<p>患者や家族等への医療サービスの充実が図られるよう、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 患者や家族に対し、リハビリテーションの目標とその達成状況、併存疾患の治療状況等について、必要な情報を分かりやすい言葉で説明し、患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、インフォームド・コンセントの徹底を図る。</p> <p>イ 患者や家族からの相談については、地域医療連携室を窓口とし、主治医や多職種の医療従事者が連携して、丁寧で一貫性のある対応を図る。</p> <p>ウ 診療内容、食事、院内設備及び職員の対応等に関する病院利用者に対する満足度調査を実施し、リハセンターの運営改善や更なる職員の意識の向上を図る。</p> <p>エ 入院患者の在宅生活や在宅療養を支援するため、家族に対し、患者の状態把握のためのリハビリテーション見学を勧めるとともに、療法士等による退院前在宅訪問指導(家屋調査)を実施し、住宅改修や家庭でのADL(日常生活動作)についての指導・助言を行う。</p> <p>オ 患者や家族に対する相談を充実させるため、認定看護師等を活用した相談体制を構築する。</p>	<p>患者や家族等への医療サービスの充実が図られるよう、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 患者や家族に対し、リハビリテーションの目標とその達成状況、併存疾患の治療状況等について、必要な情報を分かりやすい言葉で説明し、患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、インフォームド・コンセントの徹底を図る。 また、入院の目的やリハビリテーションの目標、リスク等を明確化し、患者や家族に分かりやすく説明するための統一様式の整備について検討を行う。</p> <p>イ 患者や家族からの相談に対して、主治医や多職種の医療従事者が連携し、丁寧で一貫性のある対応を行うため、地域医療連携室を設置するとともに、電子カルテを活用し情報の共有化を図る。</p> <p>ウ 病院利用者の利便性の向上を図るため、患者満足度調査を実施し、利用者の意見や要望を把握するとともに、利用者の期待に応えられるよう改善策を講じる。</p> <p>エ 入院患者の在宅生活や在宅療養を支援するため、家族に対し、患者の状態把握のためのリハビリテーション見学を勧め、介助指導を実施する。 また、リハセンターの療法士をはじめ、入院患者の家族、介護保険施設職員、介護支援専門員等、関係者が一堂に会して退院前に在宅訪問を実施し、住宅改修や家庭でのADL(日常生活動作)についての指導・助言を行う。</p> <p>オ 患者や家族に対する相談を充実させるため、認定看護師等を活用した相談体制の構築について検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、必要に応じて患者の病状や要望・治療方針等についてインフォームド・コンセントを行った。また、説明に使用する様式について、患者・家族の状況や疾患の状態によって、説明に必要となる情報が異なることを踏まえ、検討を行った。 新設した地域医療連携室に配置したMSWが、多職種のスタッフが合同で行う評価(162件)やカンファレンス(320件)に参加するとともに、各職員が電子カルテを活用するなど情報を共有した上で、患者や家族の相談に対応した。 平成30(2018)年12月から翌年1月にかけて患者満足度調査を実施した結果、82.4%の患者が「満足」「やや満足」と回答した(外来83.3%、入院は81.1%)。外来における「放射線技師・臨床検査技師・薬剤師の対応」及び入院における「療法士の対応」について「満足」「やや満足」と回答した割合が90%を超えた。 一方、「食事の内容」については、「満足」「やや満足」と回答した割合が63.3%に止まった。 理学療法士と作業療法士が退院予定の自宅に伺い、患者本人・家族・介護保険施設職員・介護支援専門員・住宅改修業者等とともに、退院前訪問指導を62回実施した。本人の動線を確認するとともに住宅改修や日常生活上のアドバイスを行い、在宅復帰を支援した。 退院を控えた患者の家族を対象に脳卒中の再発予防をテーマに認定看護師による「家族教室」を2回実施した。退院に向けて患者・家族の不安を軽減させることができた。
(2) リハビリテーション医療等に関する情報提供(小項目)		
<p>県民のリハビリテーション医療等に対する理解を促進するため、以下のとおり、リハビリテーション医療等に関する積極的な情報提供を行う。</p>	<p>県民のリハビリテーション医療等に対する理解を促進するため、以下のとおり、リハビリテーション医療等に関する積極的な情報提供を行う。</p>	

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ア ホームページや広報誌を活用し、リハセンターが提供する医療・福祉サービスの内容、調査研究の成果等について積極的に情報発信を行う。</p> <p>イ 医療制度や障害者総合支援制度等、国及び地方の施策や民間団体の取組等に関する情報発信を行う。</p>	<p>ア ホームページやパンフレット等を活用し、リハセンターが提供する医療・福祉サービス等について、県民や地域の医療機関等に対して適時適切に情報発信していく。</p> <p>イ 医療制度や障害者総合支援制度、国や地方の施策等について、院内掲示や資料配布等により、利用者に対して適時適切に情報発信していく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 独法移行に合わせホームページのリニューアルを行い、内容を充実させたほか、見やすく、わかりやすいサイトにして県民や地域の医療機関等への情報発信を強化した。 地方独立行政法人移行後のパンフレットを作成し、関係機関に配布しセンターのPRに努めた。 ・ 国や地方自治体の医療制度及び障害者に関するマーク等を外来待合室や会計待合室等にわかりやすく掲示したり、診療情報に関する資料等を配布するなどして利用者に情報提供した。
(3)地域に開かれた病院運営(小項目)		
<p>県民サービスの向上を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 運営協議会等を通じて、外部の意見を幅広く聴取し、リハセンターの効果的かつ効率的な運営に反映させる。</p> <p>イ 公開セミナー等地域住民が気軽に参加できる行事を開催し、地域住民等に開かれた病院を目指す。</p> <p>ウ 患者や施設利用者に対する受付案内等のボランティアを受け入れるとともに、職員による社会貢献活動を推進することにより、地域との交流を図る。</p>	<p>県民サービスの向上を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 医療機関や福祉施設等の関係機関の外部委員で構成する運営協議会を開催し、リハセンターの運営全般に関することを協議するとともに、当該関係機関との連携を推進する。 また、当センターの病院部門を円滑に運営するため、運営協議会の下部組織である医療連携部会を開催し、関係医療機関等との連携を推進する。</p> <p>イ 公開セミナーや講演会等、一般の方々や地域住民が気軽に参加できる行事を検討する。</p> <p>ウ 施設部門を中心に園芸ボランティア等、環境整備に関わるボランティアの受け入れを実施し、地域との交流を図る。 また、交通安全週間における交差点での啓発活動等、ボランティア活動を通じて、社会貢献に努める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平成29(2017)年度まで設置していた「とちぎリハビリテーションセンター運営協議会」と「同協議会医療連携部会」の機能を継承するため、新たに、医療従事者団体、行政機関、地域中核病院、高齢者施設等を構成員とした「栃木県立リハビリテーションセンター運営懇談会」を設置した。平成31(2019)年2月に開催した懇談会において、紹介患者に関する診療情報の共有方法等についての要望やその他の意見を踏まえて、運営方法を改善するなど、関係機関との連携を推進した。 ・ 一般の方々や地域住民が参加できる行事として、平成30(2018)年10月に「とちりハマつり」を、平成30(2018)年11月に「とちりハ病院研修会」を開催した。 ・ 園芸ボランティアを受け入れ、グリーンカーテン設置など環境整備を行った。 また、春と秋の交通安全県民総ぐるみ運動の期間中、職員からボランティア(延べ36人)を募り、小学生が安全に登校できるよう街頭活動を行った。

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「退院前在宅訪問指導(家屋調査)件数」は目標値を上回った一方、「患者満足度割合」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「患者や家族等への医療サービスの充実」では、新たに設置した地域医療連携室の職員が合同評価やカンファレンスに参加し他部署と情報共有を図った上で、患者や家族の相談に対応したほか、「地域に開かれた病院運営」では新たに設置した「栃木県立リハビリテーションセンター運営懇談会」において、当センターの運営に関する意見や提案をいただくなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
---------	---	------	---



知事の評価(案)	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
----------	---	-------	--

4 障害児・障害者の福祉の充実(中項目)

◆年度計画指標

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R4(2022)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	児童発達支援事業所等を対象とした研修実施回数(回)	18	26	144%	22	v
2	こども療育センター短期入所契約者数(人)	40	27	68%	44	i
3	家族会の開催回数(回)	1	1	100%		iv
4	自立訓練後に一般就労等に移行した利用者数(人)	6	3	50%	9	i

H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値	R3(2021)年度 実績値	R4(2022)年度 実績値
26				
27				
1				
3				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)療育支援の充実(小項目)		
<p>肢体不自由児や発達障害児等が、地域社会で自立した生活を送ることができるよう、以下のとおり、こども発達支援センター及びこども療育センターにおける療育支援の充実を図る。</p> <p>ア 個別支援計画の立案、実践及び評価に当たり、保護者との面接や懇談会を通して要望や意見を把握する。</p> <p>イ 多職種によるカンファレンス(評価会議)を実施し、訓練効果の向上を図る。</p> <p>ウ こども発達支援センターの退所児童に対し、外来診療を通して発達状態に応じた適切なリハビリテーションを提供する。</p> <p>エ こども療育センターにおいて、在宅障害児等の家族に対する支援(レスパイト)を強化するため、短期入所事業や日中一時支援事業において肢体不自由児や医療的ケア児を積極的に受け入れる。</p>	<p>肢体不自由児や発達障害児等が、地域社会で自立した生活を送ることができるよう、以下のとおり、こども発達支援センター及びこども療育センターにおける療育支援の充実を図る。</p> <p>ア 個別支援計画の立案、実践及び評価に当たり、保護者との面接や懇談会を通して要望や意見を把握する。</p> <p>イ 個別支援計画の策定、見直し及び年間評価に当たっては、医師、療法士、心理職、保育士等、多職種によるカンファレンスを実施する。 また、入所児については、大きな環境変化が見込まれる入退所や特別支援学校入学時等において、別途、多職種によるカンファレンスを実施する。</p> <p>ウ こども発達支援センター利用児童が退所(卒園)後も環境を変えずに療育支援を受けられるよう、当施設を利用したりリハビリテーションを提供する。</p> <p>エ こども療育センターにおいて、在宅障害児等の家族に対する支援(レスパイト)を強化するため、短期入所事業や日中一時支援事業で肢体不自由児や医療的ケア児を積極的に受け入れる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> こども療育センターを利用する児童の個別支援計画の立案、実践及び評価に当たっては、本人、家族との面談や相談支援機関との連絡調整等を通じて希望や意向を確認した。また、こども発達支援センターにおいて保護者懇談会を3回実施し、要望や意見の聴取に努めた。 こども発達支援センターを利用する児童の個別支援計画の策定、見直し及び年間評価に当たっては、施設内の医師、看護師、療法士、保育士に加え、栄養士、就学児については学校担任も交えたカンファレンスで案を作成した。 また、こども療育センターを利用する児童については児童相談所等も含めた関係職員のカンファレンスを11回実施した。 こども発達支援センターの卒園児に対し、こども発達支援センターの訓練室で、通園療育課職員が継続してリハビリテーションを提供した(367件)。 こども療育センターの短期入所事業として409人(平成29(2017)年393人)、日中一時支援事業として177人(平成29(2017)年223人)の児童を受け入れ、在宅障害児の家族を支援した。(利用者の内訳:肢体不自由児等389人、医療的ケア児197人)
(2)自立訓練の充実(小項目)		
<p>肢体不自由者や高次脳機能障害者等が、地域社会で自立した生活を送ることができるよう、以下のとおり、障害者自立訓練センターにおける自立訓練の充実を図る。</p> <p>ア 個別支援計画の立案、実践及び評価に当たり、利用者の希望を踏まえるとともに、医療従事者の意見を反映させる等、病院部門との連携を強化し、訓練効果の向上を図る。</p>	<p>肢体不自由者や高次脳機能障害者等が、地域社会で自立した生活を送ることができるよう、以下のとおり、障害者自立訓練センターにおける自立訓練の充実を図る。</p> <p>ア 個別支援計画の立案、実践及び評価に当たり、利用者の希望を踏まえるとともに、病院部門の医師等も含め、療法士、看護師等、多職種によるカンファレンス(支援会議)を開催する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 障害者自立訓練センター利用者の個別支援計画については利用者や家族からの希望を踏まえて立案・実施するとともに、その評価はサービス管理責任者、生活支援員、看護師、OT・PTなど多職種で構成する支援会議で定期的に行った。支援会議ではケースにより心理職が参加するとともに、医師の意見を看護師等を通して支援会議に反映させた。

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ 利用者の日常生活能力及び社会生活能力を向上させるため、医療従事者と生活支援員が連携し、施設内外の様々な場面を活用した訓練を行う。</p> <p>ウ 利用者や家族が訓練目標を明確に持ち、訓練に対するモチベーションを維持・向上できるよう、心理面談の充実を図るとともに、新たに家族会を開催する。</p> <p>エ 失語症や構音障害を有する者に対する言語聴覚療法による訓練や、高次脳機能障害を有する者に対する認知リハビリテーション等を実施する。</p> <p>オ 病院部門の医療従事者と連携して就労特性の評価を実施するとともに、外部の就労支援機関の利用を促進するなど、利用者に対する就労支援を強化する。</p>	<p>イ 医師、療法士、看護師、管理栄養士、生活支援員等による、保健指導、栄養指導、公共交通機関利用訓練、買い物・調理訓練等を実施する。</p> <p>ウ 利用開始に当たり、利用者や家族が訓練目標の設定に資するよう心理面談を実施する。 また、訓練期間中もモチベーションを維持・向上できるよう必要に応じて心理面談を実施する。 さらに、当事者家族の障害理解を促すとともに、サービス利用後に適切な関わりができるよう、家族会を開催する。</p> <p>エ 失語症や構音障害を有する者に対する言語聴覚療法による訓練や、高次脳機能障害を有する者に対する認知リハビリテーション等を実施する。</p> <p>オ 就労を目指す利用者の目標達成に資するため、医師、療法士、生活支援員等、多職種が連携して就労特性の評価を実施するとともに、評価の結果を踏まえ外部の就労支援機関を積極的に活用する。</p>	<p>・ 障害者自立訓練センターにおいて、自立訓練として公共交通機関利用訓練・外出訓練を延べ31人、買い物・調理訓練を延べ24人に実施した。また、看護師が必要に応じ保健指導を行うとともに、管理栄養士による栄養指導を2件実施した。</p> <p>・ 障害者自立訓練センターの利用開始時及び訓練期間中、必要に応じて心理職による面談を実施した。さらに、年度中の面談状況を踏まえ心理職の関与の在り方を整理し、機能訓練利用者は利用開始時に全員に対して面談を行い、生活訓練利用者については、面談の必要性を検討した上で面談を実施することとした。 「とちぎ高次脳機能障害友の会」の役員を講師として講演を行い、併せて、講演後に講師を交えて家族会を1回開催した。(9月20日)</p> <p>・ 失語症や構音障害を有する障害者自立訓練センターの利用者に対し、標準化された検査を実施し、客観的データを元に退院後の生活を考え、各個人に合わせたプログラムを立案した。適宜プログラムを修正しながら質の高いリハビリテーションの提供に努めた。</p> <p>・ 障害者自立訓練センター利用者のうち就労を希望する方について、支援会議等で多職種による評価を行うとともに就労に必要な支援を行い、3名の利用者が就労(復職)に結びついた。</p>
(3) 病院部門と施設部門が一体となったサービスの提供(小項目)		
<p>病院部門と施設部門が一体となったサービスが提供できるよう、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 医療と福祉の複合施設という特長を活かした総合的なリハビリテーションが提供できるよう、病院部門と施設部門の間で事例検討会を行い、連携強化を図る。</p> <p>イ 患者や利用者のサービス需要に的確に対応するため、部門間の柔軟な人員配置が可能となる体制を確立させる。</p>	<p>病院部門と施設部門が一体となったサービスが提供できるよう、以下の取組を実施する。</p> <p>ア リハセンター入院患者のうち、退院後に障害者自立訓練センターの利用が適当と考えられる者について、病院から施設への円滑な移行や訓練の質の向上を図るため、入院中に病院部門と施設部門が共同で事例を検討する。</p> <p>イ 看護師、療法士の所属をそれぞれ看護部、リハビリテーション部に一元化し、業務の状況に応じて病院部門と施設部門との間で柔軟な人員配置が可能となる組織体制を構築する。</p>	<p>・ 医療センター入院患者のうち、機能訓練又は生活訓練の利用が適当と考えられる方(6名)について、医師等から情報提供を受けながら随時検討を行い、障害者自立訓練センターの利用に繋げた。</p> <p>・ 看護師、療法士の所属を看護部、リハビリテーション部に一元化するとともに、年度途中に人員の再配置を実施した。具体的には、日中、こども療育センターのスタッフを4~6階病棟に配置するなど時間帯ごとの柔軟な配置を行った。</p>

法人の自己評価	B	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「児童発達支援事業所等を対象とした研修回数」は目標値を上回った一方、「こども療育センター短期入所契約者数」、「自立訓練後に一般就労等に移行した利用者数」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「療育支援の充実」では、個別支援計画の立案、実践及び評価を通して療育支援の充実を図ったほか、「自立訓練の充実」では、利用開始時及び訓練期間中の心理職による面談を充実させるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
---------	---	------	--



知事の評価(案)	B	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。医療従事者の安定的な確保及び利用促進のための普及啓発に努め、療育支援及び自立支援の充実を図りたい。
----------	---	-------	--

5 人材の確保と育成(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R4(2022)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	認定看護師数(人)	8	9	113%		v
2	医師数(人)	13	11	85%		ii
3	療法士数(人)	70	71	101%		iv
4	職員満足度割合(%)	90	58	64%	90以上	i

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値	R3(2021)年度 実績値	R4(2022)年度 実績値
9				
11				
71				
58				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)職員の資質向上(小項目)		
<p>リハセンターに求められる質の高いリハビリテーション医療等を継続的に提供できるよう、以下のとおり、職員の資質向上を図る。</p> <p>ア 体系的かつ計画的に職員を育成するため、新たに研修委員会を設置し、研修計画の策定や個々の職員の能力段階の確認・評価等を行う。</p> <p>イ 自己学習の促進や育児休暇中の職員の復職支援として、広報誌や研修会資料等による定期的な情報提供を行うとともに、e-ラーニングを活用した研修を実施する。</p> <p>ウ 認定看護師等の資格取得や専門医等の資質向上のため、関係職員を積極的に学会や研修会に参加させる。</p>	<p>リハセンターに求められる質の高いリハビリテーション医療等を継続的に提供できるよう、以下のとおり、職員の資質向上を図る。</p> <p>ア 新設する研修委員会が主体となって、新採用職員研修等の各種共通研修等を実施するとともに、研修体系の整理を行う。また、職員の能力段階の確認・評価等の手法について検討する。</p> <p>イ 自己学習の促進や育児休暇中の職員の復職支援として、広報誌や研修会資料等による定期的な情報提供を行うとともに、e-ラーニングを活用した研修の実施について検討する。</p> <p>ウ 認定看護師等の資格取得や専門医等の資質向上のため、関係職員を積極的に学会や研修会に参加させる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 研修委員会を新設し、新規採用職員研修や年度の途中で採用された職員に対する新任研修、接遇研修、ハラスメント予防基本研修を実施した。また、看護部門において、5段階のクリニカルラダーを設定し、各段階での臨床実践能力(看護実践、管理、教育、自己開発・研究)の開発を支援した。 院内の研修会等の資料をイントラネットで情報共有するとともに、看護部におけるe-ラーニング等web教育サービスの利用により、職員の自己学習の促進を図った。また、育児休暇中の職員に対し広報誌等を送付し復職支援を行った。 年間計画を立案し、認定看護師が認定を継続できるよう、学会や研修会へ参加した。また、摂食・嚥下認定看護師取得のため6ヶ月間の長期研修に看護師1名を派遣した。
(2)医療従事者の安定的な確保(小項目)		
<p>病院見学会の実施やインターンシップの活用を積極的に推進するとともに、就職支援担当者との継続的な情報交換等、日頃から医療系大学や養成校との連携に努めるなど、医療従事者の安定的な確保を図る。</p> <p>また、優れた人材を確保するため、短時間勤務等、多様な勤務形態の導入を検討する。</p>	<p>病院見学会の実施やインターンシップの活用を積極的に推進するとともに、就職支援担当者との情報交換等、日頃から医療系大学や養成校との連携に努めるなど、医療従事者の安定的な確保を図る。</p> <p>また、療法士について、勤務時間のニーズに応じてパート勤務の導入を検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 看護師養成校や県内医療系専門学校を訪問し、就職担当者等と意見交換を行うなど職員確保に向け連携に努めた。また、療法士について、パート勤務職員の採用を行った。(1名) 医師数については、目標13名のところ、平成30(2018)年度当初11名でスタートしたが、平成30(2018)年度末に小児科医2名が退職となる一方、平成31(2019)年4月から小児科医1名、神経内科医1名が新たに採用となり、合計数は維持された(11名)。しかしながら小児科医については2名以上の配置が望まれるところであり、医師の確保が求められる。
(3)人事管理制度の構築(小項目)		
<p>職員の仕事の成果や能力について適正に評価を行い、職員のモチベーションの向上を図り、ひいては職員の能力開発、育成につながる人事管理制度を構築する。</p>	<p>職員の勤務成績等を考慮し、人材育成やモチベーションの向上に資する評価制度の構築に向けた検討を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 法人独自の人事評価制度の構築に向け、先進事例や構築する上での留意点を把握するため、研修・セミナーに参加するとともに、センター内で検討を行った。なお、当該年度中の人事評価については、栃木県の評価制度を準用して能力評価及び業績評価を行った。
(4)ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務環境の整備(小項目)		
<p>休暇取得目標の設定、育児休業や育児短時間勤務の取得支援等、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を積極的に推進し、職員が心身ともに健康で働き続けられる職場環境づくりに取り組む。</p>	<p>職員満足度調査の実施等によりワーク・ライフ・バランスへの配慮に対する満足度を確認し、ワーク・ライフ・バランスの推進を図る。</p> <p>夏季休暇について、取得可能期間を延長するなど、心身ともに健康で働き続けられる職場環境づくりに取り組む。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 平成31(2019)年2月に全職員を対象に満足度調査を行った結果、ワークライフバランスに配慮されているかを問う調査項目において「とてもそう思う」「そう思う」と回答した職員は44.9%であり、対前年比で9.5%改善した。 また、夏期休暇の取得可能期間については、独法化前は7月から9月の3ヶ月であったところ、シフト勤務であっても取得しやすいよう6月から10月までの5ヶ月間に延長し職場環境の改善を図った。

法人の 自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「認定看護師数」、「療法士数」は目標値を上回った一方、「医師数」、「職員満足度割合」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「職員の資質向上」では、新規採用職員研修や年度の途中で採用された職員に対して研修を実施したほか、e-ラーニング等web教育サービスを導入し、「医療従事者の安定的な確保」では、看護師養成校や県内医療系専門学校を訪問するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
-------------	---	------	---



知事の 評価(案)	B	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。医療従事者の安定的な確保に努めるとともに、職員満足度割合の向上を図られたい。
--------------	---	-------	---

6 地域連携の推進(中項目)

◆年度計画指標

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R4(2022)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	逆紹介率(%)	51.0	55.5	109%	55.0	iv
2	出前講座の実施回数(回)	17	10	59%	20	i

H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値	R3(2021)年度 実績値	R4(2022)年度 実績値
55.5				
10				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)急性期病院や地域の医療機関等との連携の推進(小項目)		
<p>リハビリテーション医療を必要とする患者に対し、切れ目のない効果的なリハビリテーション医療が提供できるよう、以下のとおり、病診・病病連携を強化する。</p> <p>ア 患者に対する切れ目のない効果的なリハビリテーション医療の提供とスムーズな地域移行を支援するために、地域医療連携室を設置し、急性期病院や地域の医療機関等との間における入退院や在宅復帰に向けた連絡調整を強化する。 特に、退院後、患者が住み慣れた地域において適切な医療を受けられるよう、かかりつけ医等との連携強化を図るとともに、患者や家族に対し、退院後のかかりつけ医受診等について丁寧な説明を行う。</p> <p>イ 地域医療連携ネットワークシステム(とちまるネット)等、ICT(情報通信技術)を活用し、急性期病院や地域の医療機関等との連携を推進する。</p>	<p>リハビリテーション医療を必要とする患者に対し、切れ目のない効果的なリハビリテーション医療が提供できるよう、以下のとおり、病診・病病連携を強化する。</p> <p>ア 地域医療連携室を設置し、急性期病院との前方連携により患者が当センターに入院するまでの期間の短縮を図る。また、後方連携として、地域のかかりつけ医等への紹介件数や介護保険施設等との連携件数の増加を図る。</p> <p>イ 医師及び医療社会事業士(MSW)が地域医療連携ネットワークシステム(とちまるネット)を活用し、急性期病院や地域の医療機関等との連携を推進する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 新設した地域医療連携室の職員が紹介元病院と連携を図ることにより、入院申込みから2週間以内で入院となった割合が、平成29(2017)年度は約67%だったところ平成30(2018)年度は79%に向上した。 後方連携として、かかりつけ医への逆紹介率は目標値を達成したほか(55.5%)、ケアマネージャーや地域包括支援センターなどとの対面での連携件数は平成29(2017)年度は41件だったところ平成30(2018)年度は250件に向上した。 平成30(2018)年度に転入した医師についてもとちまるネットの利用登録を行い、引き続き常勤医師全員が利用できる体制を整えるとともに、とちまるネット利用の同意が得られた患者7名について、照会元病院の検査結果等をネットワークを経由して取得し、診療の参考とした。
(2)リハビリテーション医療及び福祉に係る地域支援ネットワークの強化(小項目)		
<p>患者や障害児・障害者が、住み慣れた地域において必要なリハビリテーション医療や福祉サービスを受けられるよう、以下のとおり、地域支援ネットワークを強化する。</p> <p>ア リハビリテーションを必要とする患者が、回復期を経て生活期(在宅復帰・在宅療養)へ至るまで、各段階に応じた効果的なリハビリテーションを受けられるよう、栃木県障害者総合相談所、相談支援事業所、市町、医療機関、福祉施設等と地域支援ネットワークの強化を図る。</p> <p>イ 肢体不自由児や発達障害児等の早期発見を図るため、医療、福祉、教育機関等への支援を強化する。 また、地域の関係機関と支援者会議等により情報交換を密にし、施設利用者やその家族のニーズにあった円滑な退所調整を行う。</p> <p>ウ 県内の関係機関等を対象にリハビリテーションに関する出前講座等を開催し、リハセンターの有する知見を地域に還元する。</p>	<p>患者や障害児・障害者が、住み慣れた地域において必要なリハビリテーション医療や福祉サービスを受けられるよう、以下のとおり、地域支援ネットワークを強化する。</p> <p>ア リハビリテーションを必要とする患者が、回復期を経て生活期(在宅復帰・在宅療養)へ至るまで、各段階に応じた効果的なリハビリテーションを受けられるよう、相談支援機関(障害者総合相談所等)、市町、医療機関、福祉施設等と地域支援ネットワークの強化を図る。</p> <p>イ 地域の関係機関が実施する乳幼児健診への支援を通して、肢体不自由児や発達障害児等の早期発見を図る。 また、保育園や幼稚園等、通園児の進路先等と適切に情報交換を行い、一貫した療育が継続されるように支援する。</p> <p>ウ リハセンターの有する知見を地域に還元するため、ホームページに出前講座の募集案内サイトを開設する。 また、適宜、講座内容の見直しを行い、県民のニーズに対応していく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関との地域支援ネットワークの強化を図るため、地域医療連携室職員が、医療機関の連携実務者のネットワーク構築を目的とした会議や行政主体の医療・介護従事者間の連携強化のための会議、地域包括推進に関する会議・研修に参加した。(延べ17名) 当センターの小児科医が県健康福祉センター主催の乳幼児健診に出向き、肢体不自由児や発達障害児等の早期発見に努めた。 また、こども発達支援センター通園中及び退園後に、通園児が関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等に対し児童の発達状況や障害特性に応じた保育・療育に係る技術支援等を33件行った。 ホームページに出前講座の募集案内サイトを開設し、募集の受付を行った。なお、講座内容については、募集案内サイト等で事前に周知した以外の内容であっても対応する体制を整えた。(出前講座実施件数10件)

法人の 自己評価	B	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「逆紹介率」は目標値を上回った一方、「出前講座の実施回数」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「急性期病院や地域の医療機関等との連携の推進」では、入院申込みから入院までの期間の短縮を図ったほか、地域医療連携ネットワークシステム(とちまるネット)の活用にあたり、常勤医師全員が利用登録を行ったほか、「リハビリテーション医療及び福祉に係る地域支援ネットワークの強化」では、こども発達支援センター通園中及び退園後に、通園児が関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等との情報交換や技術支援を行うなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
-------------	---	------	--



知事の 評価(案)	B	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。地域の医療機関や福祉施設等を対象とした出前講座の件数を増加させる等、地域連携の強化に努められたい。
--------------	---	-------	--

7 地域医療・福祉への貢献(中項目)

◆年度計画指標

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R4(2022)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	療法士の実習生受入れ人数(人)	400	353	88%	440	ii
2	児童発達支援事業所等を対象とした研修回数(回)【再掲】	18	26	144%	22	v
3	こども療育センター短期入所契約者数(人)【再掲】	40	27	68%	44	i

H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値	R3(2021)年度 実績値	R4(2022)年度 実績値
353				
26				
27				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)医療・福祉関係者の資質向上に係る支援(小項目)		
<p>地域のリハビリテーション医療及び福祉の向上を図るため、下記のとおり、医療・福祉関係者の資質向上に係る支援を積極的に行う。</p> <p>ア 新専門医制度の運用開始にあたり、基幹施設(病院)とともに作成した専門研修プログラムにより、専攻医の積極的な受入れに努める。</p> <p>イ 看護師、療法士等の医療・福祉従事者について、医療系大学や養成校からの実習生や研修生を積極的に受け入れ、それぞれのレベルに対応した研修実施計画の下、リハセンターの特性を活かした効果的かつ効率的な研修を実施し、専門的な人材育成を支援する。</p> <p>ウ 乳幼児から高齢者に至る幅広いリハビリテーション医療や発達障害児等に係る療育指導等、地域の関係機関等を対象とする専門研修や「とちりハ病院研修会」、出前講座等を積極的に実施する。</p> <p>エ 民生委員、児童委員等の地域福祉を担う団体等の視察・調査を積極的に受け入れる。</p>	<p>地域のリハビリテーション医療及び福祉の向上を図るため、下記のとおり、医療・福祉関係者の資質向上に係る支援を積極的に行う。</p> <p>ア 専門医取得のための研修病院として、各診療科(整形外科、リハビリテーション科、小児科)の基幹病院と連携し、専攻医の積極的な受入れに努める。</p> <p>イ 看護師、療法士等の医療・福祉従事者について、医療系大学や養成校からの実習生や研修生を積極的に受け入れ、それぞれのレベルに対応した研修実施計画の下、リハセンターの特性を活かした効果的かつ効率的な研修を実施し、専門的な人材育成を支援する。</p> <p>ウ 乳幼児から高齢者に至る幅広いリハビリテーション医療や発達障害児等に係る療育指導等、地域の関係機関等を対象とする専門研修や「とちりハ病院研修会」、出前講座等を積極的に実施する。</p> <p>また、出前講座や院外研修などの講師として認定看護師を派遣し、質の高い看護ケアの提供に貢献する。</p> <p>エ 民生委員、児童委員等の地域福祉を担う団体等の視察・調査を積極的に受け入れ、障害福祉に関する理解促進を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 専門医取得のための研修病院として各診療科の基幹病院と連携し、研修関連施設としての届け出を行っている。リハビリテーション科専門医を新たに2人が取得し年度末に5人となり、栃木県内で最多の専門医数の病院となり、専攻医の受け入れ体制が充実した。 県内の看護師や療法士の養成施設等から、937名(看護師354名、療法士353名、保育士55名ほか)の実習生及び研修生を受け入れた。 平成30(2018)年11月「とちりハ病院研修会」を開催し、一般の県民や医療従事者等145名が参加した。また、出前講座において認定看護師が講師となる講座内容として「介助する家族の支援」や「口腔衛生、入浴や更衣(着脱)の方法」を開設した。出前講座10件中、2件について認定看護師を派遣した。 民生委員・児童委員のほか3団体の視察・調査を受け入れ、障害福祉に関する知識やリハビリテーションに関する情報を提供した。
(2)一次予防に係る地域の取組への支援(小項目)		
<p>市町や地域の団体が行う疾病予防や介護予防等の一次予防に係る取組に対して、下記のとおり、専門的な立場から積極的に支援する。</p> <p>ア ロコモティブシンドローム(以下「ロコモ」という。)に関係するイベントに積極的に参加するとともに、ロコモ度テスト、ロコモトレーニング等について、インターネット等を通じて情報発信し、広く普及啓発を図る。</p> <p>イ 講演会(講師)や市町の健康づくり事業、介護予防事業への職員の派遣、ロコモ度テストに係る機材の貸出し等、地域の一次予防に係る取組を支援し、高齢者等の運動器(運動機能)及び口腔等の機能の維持及び向上を図る。</p>	<p>市町や地域の団体が行う疾病予防や介護予防等の一次予防に係る取組に対して、下記のとおり、専門的な立場から積極的に支援する。</p> <p>ア ロコモティブシンドローム(以下「ロコモ」という。)に関係するイベントに積極的に参加するとともに、ロコモ度テスト、ロコモトレーニング等について、インターネット等を通じて情報発信し、広く普及啓発を図る。</p> <p>イ 講演会(講師)や市町の健康づくり事業、介護予防事業への職員の派遣、ロコモ度テストに係る機材の貸出し等、地域の一次予防に係る取組を支援し、高齢者等の運動器(運動機能)及び口腔等の機能の維持及び向上を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ロコモに関係する情報発信・普及啓発を図るため、「とちぎロコモプロジェクト」などに参加したほか、講演会の講師を行った(12件)。また、当センターホームページにおいても関連情報の案内をするなど普及啓発を図った。 高齢者等の運動器(運動機能)及び口腔等の機能の維持及び向上を図るため、外部機関に対し、ロコモ度テストを行う機材の貸出しを行った(89件)。

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3)障害児の地域におけるリハビリテーションへの支援(小項目)		
<p>肢体不自由児や発達障害児等が、住み慣れた地域で必要な医療・福祉サービスを利用できるよう、地域の児童発達支援事業所を対象とした地域療育支援事業の実施等により、障害児の地域におけるリハビリテーションへの積極的な支援を図る。</p> <p>また、こども発達支援センターの退所児童に関し、関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等へ定期的に技術支援を行うとともに、必要に応じて、医療・福祉サービスを提供する事業者への情報提供等を行う。</p>	<p>肢体不自由児や発達障害児等が、住み慣れた地域で必要な医療・福祉サービスを利用できるよう、地域療育支援事業として地域の児童発達支援事業所を対象とした研修会や技術支援を目的とした実習受け入れ等を実施し、障害児の地域におけるリハビリテーションへの積極的な支援を図る。</p> <p>また、こども発達支援センターの退所児童に関し、関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等へ定期的に技術支援を行うとともに、必要に応じて、サービス担当者会議等への参加や医療・福祉サービスを提供する事業者への情報提供を行う。</p>	<p>・ 地域療育支援事業として、児童発達支援事業所等の療育機関や市町の職員を対象とした医師、療法士等による研修会を3回開催するとともに、療育に携わる職員に対するセンターでの実習受け入れを26回(延べ45人)行った。</p> <p>また、こども発達支援センターの退所児童について、必要に応じて通園児の進路先の施設を訪問し、技術支援及び情報提供を行った(10件)。</p>

法人の自己評価	B	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「児童発達支援事業所等を対象とした研修回数」、は目標値を上回った一方、「療法士の実習生受け入れ人数」、「こども療育センター短期入所契約者数」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療・福祉関係者の資質向上に係る支援」では、リハビリテーション科専門医の増員が図られたほか、「障害児の地域におけるリハビリテーションへの支援」では、地域療育支援事業として、地域の療育機関等を対象とした研修会を実施するとともに、療育に携わる職員の実習を受け入れるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
---------	---	------	--



知事の評価(案)	B	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。実習生及び研修生の受け入れの拡大等により医療・福祉関係者の資質向上に努められたい。
----------	---	-------	--

8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理(中項目)

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>県民に信頼され、県内医療・福祉機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守する。</p> <p>また、栃木県情報公開条例(平成11年栃木県条例第32号)及び栃木県個人情報保護条例(平成13年栃木県条例第3号)に基づき、適切な情報管理を行う。</p> <p>さらに、個人情報漏えいを防ぐため、情報セキュリティ研修を実施するなど、職員の認識を高めるとともに、情報セキュリティ対策を徹底する。</p>	<p>県民に信頼され、県内医療・福祉機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守する。</p> <p>また、栃木県情報公開条例(平成11年栃木県条例第32号)及び栃木県個人情報保護条例(平成13年栃木県条例第3号)に基づき、適切な情報管理を行う。</p> <p>さらに、個人情報漏えいを防ぐため、情報セキュリティ研修を実施するなど、職員の認識を高めるとともに、情報セキュリティ対策を徹底する。</p>	<p>・業務の遂行に必要な法令上の手続については、疑義が生じる都度、宇都宮労働基準監督署、宇都宮公共職業安定所、宇都宮市西消防署など関係法令を所管する機関へ協議や確認を行い、適正な業務執行に努めた。</p> <p>また、栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づく開示請求に対し、適切に対応した(栃木県情報公開条例に基づく開示請求4件、記録等開示申立0件)。また、新規採用職員研修において情報管理について周知し、職員の意識を高めた。</p> <p>・さらに、県内外で発生した情報セキュリティインシデント事例を定期的に職員に周知し、個人情報の漏洩等の防止を図った。</p>

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づく開示請求に対し適切に対応し、職員に対し情報管理について注意喚起を図るなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
---------	---	------	--



知事の評価(案)	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
----------	---	-------	---

9 災害等への対応(中項目)

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>県立病院・施設として、下記のとおり、災害等への対応を行う。</p> <p>ア 被災後、地域の災害拠点病院との連携も視野に入れて、早期に診療機能を回復できるようBCP(業務継続計画)を整備し、被災した状況を想定した訓練及び研修を実施する。</p> <p>イ 大規模災害が発生した場合に、被災者の日常活動を低下させないためのリハビリテーション専門職による支援や心理的なサポート等を行うJRAT(大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会)による支援活動等に職員を積極的に派遣する。</p> <p>ウ リハビリテーション関係団体と協働して研修会等を開催するとともに、県医師会等の関係機関や関係団体が開催する災害を想定した医療救護活動訓練に参加するなど、関係機関等との連携体制を強化し、大規模災害発生時の的確な対応に努める。</p>	<p>県立病院・施設として、下記のとおり、災害等への対応を行う。</p> <p>ア 業務継続計画(BCP)の必要性や目的等について、講演会等を通じて職員の理解を深める。</p> <p>イ JRAT(大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会)の運営を支援するため、平常時から必要に応じて同協議会の広報委員会に職員を派遣する。 また、災害が発生した場合には、支援活動等に職員を積極的に派遣する。</p> <p>ウ リハビリテーション関係団体である栃木県災害リハビリテーション連絡会の定例会に参加し、研修会の開催に向けて協議する。 また、県医師会等の関係機関や関係団体が開催する災害を想定した医療救護活動訓練に参加するなど、関係機関等との連携体制を強化し、大規模災害発生時の的確な対応に努める。</p>	<p>・ 県が実施するセミナーへ担当職員を派遣し、BCPの策定に必要な情報の収集に努めた。</p> <p>・ JRATの運営を支援するため、JRAT協議会の広報委員会に職員を4回派遣した。 また、平成30(2018)年7月豪雨JRAT災害対策本部(東京本部)に職員を1回派遣した。</p> <p>・ 栃木県災害リハビリテーション連絡会の定例会が2回開催され、職員を2名ずつ参加させた。また、平成30(2018)年8月にリハセンターで開催された災害対策研修会に関係職員を参加させるとともに、職員2名が講師を務めた。なお、医療救護活動訓練については、参加要請があれば参加できる体制を整えた。</p>

法人の自己評価	A	評価理由	<p>・ 県が実施するセミナーへ担当職員を派遣し、BCPの策定に必要な情報の収集に努めたほか、平成30(2018)年7月豪雨JRAT災害対策本部(東京本部)に職員を派遣するとともに、JRATや栃木県災害リハビリテーション連絡会の定例会に職員を派遣するなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。</p>
---------	---	------	---



知事の評価(案)	A	評価理由等	<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。</p>
----------	---	-------	---

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項(大項目)

1 業務運営体制の確立(中項目)

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>安定的な経営基盤を確立するため、ガバナンスを強化するとともに、経営戦略の立案等を担う経営企画室を設置し、医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営を行う。</p> <p>また、各部署の権限や責任を明確化した実効性のある組織を整備するとともに、複合施設としてのリハセンターの機能を最大限に発揮するため、病院部門・施設部門にまたがる組織横断的な委員会活動等を充実させ、効果的かつ効率的な業務運営を図る。</p>	<p>安定的な経営基盤を確立するため、経営企画室を新設し、医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営に努める。</p> <p>また、医療センターや障害者自立訓練センター等の各部署の権限や責任を明確化した実効性のある組織を整備するとともに、複合施設としてのリハセンターの機能を最大限に発揮するため、病院・施設部門にまたがる組織横断的な委員会活動を充実させる。</p>	<p>・ 独法化に併せて新設した経営企画室が主宰した「6階病棟運営調整会議」において回復期リハ病棟入院料の算定の準備を進めたほか、随時に職員採用を行うなど、独法のメリットを活かし迅速な業務運営に努めた。(随時採用22名)</p> <p>また、各部署の権限や責任を明確にするとともに、診療科ごとに組織的に活動しやすい環境を整備するため、常設科ごとに組織上の「科」を設置したほか、迅速かつ効率的な意思決定に資するため、部課長に対し所長及び副所長の決裁権限の一部を専決権限として付与した。</p>

法人の自己評価	S	評価理由	<p>・ 新たに設置した経営企画室において、回復期リハ病棟入院料算定の準備や職員の随時採用をするとともに、組織改編や意思決定の効率化に資する規程の改定をするなど、計画を上回って実施することができたため、「S」評価とした。</p>
---------	---	------	--



知事の評価(案)	A	評価理由等	<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していると判断したため、「A」評価とした。複合施設としてのリハビリテーションセンターの機能を最大限に発揮するため、安定的な経営基盤の確立に努められたい。</p>
----------	---	-------	---

2 経営参画意識の向上(中項目)

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画するよう、経営改善推進会議において、経常収支比率や医業収支比率等の主要経営指標を用いた経営分析を定例的に実施するとともに、その結果を所内連絡会議等に報告し、職員の経営参画意識の向上を図る。</p> <p>また、職員の多様なアイデアを、効果的かつ効率的に業務運営につなげられるよう、業務改善に係る職員提案を制度化する。</p>	<p>職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画するよう、経営改善推進会議において、経常収支比率や医業収支比率等の主要経営指標を用いた経営分析を定例的に実施するとともに、その結果を所内連絡会議等に報告し、職員の経営参画意識の向上を図る。</p> <p>また、職員の多様なアイデアを、効果的かつ効率的に業務運営につなげられるよう、業務改善に係る職員提案の制度化について検討する。</p>	<p>・ 各部長以上を構成員とする管理運営会議(14回開催)において、主要経営指標の実績等を共有・分析し、翌月以降の病院・施設の取組方針を決定するとともに、その結果を所内連絡会議等に報告し、さらに、全体研修会を開催し、法人の基本方針や中期計画、年度計画の内容を説明することにより職員の経営参画意識の醸成を図った。</p> <p>また、他病院で勤務経験のある職員と、当センターで参考にすべき他病院の運営方法などについて意見交換を行うなど業務改善に係る検討を行ったが、職員提案の制度化には至らなかった。なお、業務に取り組む意識を高めるため、職員の日頃の業務に対する姿勢等について相互に承認し合う(褒め合う)制度「とちりハいいね！カード」を導入した。</p>

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 管理運営会議で経営方針の検討や経営情報を共有するとともに、その結果を所内連絡会議等に報告するなど職員の経営参画意識の向上を図るとともに、新たに職員の相互承認を促進する取組を行うなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
---------	---	------	--



知事の評価(案)	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
----------	---	-------	--

3 収入の確保及び費用の削減への取組(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R4(2022)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	リハビリテーション実施単位数(単位)【再掲】	280,000	210,482	75%	303,000	i
2	医師数(人)【再掲】	13	11	85%		ii
3	療法士数(人)【再掲】	70	71	101%		iv
4	病床利用率(%)	84.8	80.5	95%	91.4	iii
5	新入院患者数(人)	450	615	137%		v
6	社会福祉士数(人)【再掲】	3	3	100%		iv
7	ジェネリック医薬品使用割合(%)	70	70.6	101%	75.0	iv
8	材料費対医業収益比率(%)	10.9	10.4	105%		iv

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値	R3(2021)年度 実績値	R4(2022)年度 実績値
210,482				
11				
71				
80.5				
615				
3				
70.6				
10.4				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)収入の確保対策(小項目)		
収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。		
<p>ア リハセンターの規模に見合った医師、療法士等を適正に配置し、リハビリテーション実施単位数の着実な増加を図る。</p> <p>イ リハセンターのリハビリテーション医療の現況等について定期的に情報提供するなど、急性期病院や整形外科病院との連携を強化し、患者の安定的な確保を図る。</p> <p>ウ 地域医療連携室において、各病棟における退院予定者の的確な管理と入院予定者のスムーズな受入れ等、効果的な病床管理を行い、病床利用率の向上に努める。</p>	<p>ア リハセンターの規模に見合った医師、療法士等を適正に配置し、リハビリテーション実施単位数の着実な増加を図る。</p> <p>イ 患者紹介につながるよう、急性期病院への訪問を通じて情報交換を密に行うとともに、随時、入院患者の待機状況等の情報発信を行う。</p> <p>ウ 地域医療連携室において、各病棟における退院予定者の的確な管理と入院予定者のスムーズな受入れ等、効果的な病床管理を行い、病床利用率の向上に努める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師数については、目標13名のところ、平成30(2018)年度当初11名でスタートしたが、平成30(2018)年度末に小児科医2名が退職となる一方、平成31(2019)年4月から小児科医1名、神経内科医1名が新たに採用となり、合計数は維持された(11名)。しかしながら小児科医については2名以上の配置が望まれるところであり、医師の確保が求められる。【再掲】 ・ 療法士数については、随時採用を行うことにより目標の71名を達成し、リハビリテーション実施単位数についても昨年度比50,284単位増の210,482単位となったが、新たに採用となった療法士に対しては一定の教育訓練期間が必要であり、教育訓練期間中は新採用職員はもちろん指導する職員においても、時間あたりのリハビリテーション実施単位数が減少したことから、目標の280,000単位に届かなかった。 ・ 年度当初に急性期病院への訪問を実施し、その後は病床の状況を踏まえ適宜急性期病院への情報交換に努め、666件の新規患者相談があった。 ・ 地域医療連携室において、各病棟における退院予定者の管理を行ったほか、紹介元病院と緊密な連絡調整を行い、スムーズかつ迅速な入院手続きを進めた。病床利用率については、4月に開棟した6階病棟について段階的に入院患者を増加させたことから、目標84.8%のところ80.5%に止まった。

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>エ 診療報酬請求等改善委員会において、レセプトの減額(返戻)等に係る原因や背景について検討し、診療報酬の適正な請求に努める。 また、診療報酬の改定内容等を早期かつ正確に把握して、取得可能な診療報酬項目について施設基準等の達成に取り組む。</p> <p>オ 回復期の医療需要増への対応や質の高いリハビリテーション医療の提供により、回復期リハビリテーション病棟入院料1や体制強化加算の算定を目指す。</p> <p>カ 入院等に際して、患者や家族に診療費の概算額を提示するとともに、医療費に係る公費負担制度や助成制度等について丁寧に説明し、未収金の発生防止を図る。 また、未収金が発生した場合は、電話や家庭訪問による納入(分割納入)の指導を行うとともに、納期限までに納入されない場合は、債権回収会社への委託を検討するなど、督促や催告の措置を講じ、未収金の早期回収を図る。</p>	<p>エ 診療に携わる職員全員が診療報酬制度の理解に努めるとともに、多職種が連携して記録管理を確実にし、診療報酬の適正な請求を行っていく。 また、院外の研修会等を通じて情報収集を行い、新たな加算等の取得を目指す。</p> <p>オ 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に適合する体制整備に向けて、地域医療連携室を設置し、社会福祉士を配置するとともに、体制強化加算の算定を目指す。</p> <p>カ 入院等に際して、患者や家族に診療費の概算額を提示するとともに、医療費に係る公費負担制度や助成制度等について丁寧に説明し、未収金の発生防止を図る。 また、未収金が発生した場合は、電話や家庭訪問による納入(分割納入)の指導を行うとともに、納期限までに納入されない場合は、債権回収会社への委託を検討するなど、督促や催告の措置を講じ、未収金の早期回収を図る。</p>	<p>・ 各職種間において診療報酬制度について積極的な情報共有を図るとともに、加算取得等に資する研修会に管理部職員が参加した(5回 延べ8名)。</p> <p>・ 平成30(2018)年4月に地域医療連携室を設置し、保健師1名社会福祉士3名を配置した。 さらに、「6階病棟連絡調整会議」を定期的開催し、「回復期リハ病棟入院料1」の算定に向けた検討を行うことを通じて、平成30(2018)年10月に「入院料5」を、平成31(2019)年4月に「入院料3」を算定するなど、「入院料1」及び体制強化加算の算定に向けた準備を段階的に進めた。</p> <p>・ 入院時の説明及び誓約書の提出の徹底を図るとともに、支払の困難な患者からの相談対応を通じ分納の提案等、未収金回収確保に努めた(平成30(2018)年度分納申請 2件)(参考:平成29(2017)年度未収金発生額754千円)。 また、未収金回収業務委託を通じ、過年度未収金の回収を図ることができた(回収が図られた対象者 6名)。</p>
(2)費用の削減対策(小項目)		
<p>費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア リハセンターで保有しているMRI、骨密度測定装置等の高度医療機器について、地域の医療機関との連携強化及び医療機器の効果的活用の観点から、共同利用について検討する。</p> <p>イ 医薬品や医療機器の購入に当たっては、事務担当者に加え、医師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師も交渉の場に同席して専門的見地から価格交渉を行う。 また、医薬品の有効性・安全性、供給の安定性等に留意しつつ、ジェネリック医薬品(後発医薬品)の調剤割合の向上に努め、医薬品費及び患者の経済的負担の軽減を図る。</p> <p>ウ 医薬品や診療材料について、在庫量が必要最小限のレベルとなるよう、患者ごとの処方及び処方量等を的確に予測するなど、適正管理の徹底を図る。</p> <p>エ 障害児・障害者に係る政策的な医療や福祉等に対する適切なコスト管理等を行うため、診療科目別、部門別原価計算を実施する。</p>	<p>費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア リハセンターで保有しているMRI、骨密度測定装置等の高度医療機器について、地域の医療機関との連携強化及び医療機器の効果的活用の観点から、近隣の医療機関からの受託検査を積極的に受け入れるとともに、共同利用について検討する。</p> <p>イ 医薬品や医療機器の購入に当たっては、事務担当者に加え、医師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師も交渉の場に同席して専門的見地から価格交渉を行う。 また、医薬品の有効性・安全性、供給の安定性等に留意しつつ、ジェネリック医薬品(後発医薬品)の調剤割合の向上に努め、医薬品費及び患者の経済的負担の軽減を図る。</p> <p>ウ 使用頻度の少ない医薬品等を中心に、患者の診察日を事前に確認し必要予定数を予測して購入するなど、在庫量が必要最小限のレベルとなるよう、適正管理を行う。</p> <p>エ 診療科目別、部門別原価計算を実施するための経営分析システムを導入し、複数の部門に勤務する職員の人件費等の配賦基準の検討を行う。</p>	<p>・ リハセンターの高度医療機器について、地域の医療機関に利用を呼びかけるとともに、MRIの有効利用を図るため、関係機関と脳ドック実施によるMRIの活用について協議を行った。</p> <p>・ 医薬品や医療機器の購入の交渉に際しては多職種で価格交渉を行った。 また、先発医薬品と同等以上の品質である後発医薬品を積極的に採用し、後発医薬品の使用割合を70.6%(前年度比3.3%増)まで引き上げ、医療費及び患者の経済的負担の軽減を図った。</p> <p>・ 医薬品の定期的な使用量を把握し、適正在庫量や発注点を設定することにより医薬品管理の効率化及び適正化を図った。</p> <p>・ 診療科目別、部門別原価計算を実施するための経営分析システムを導入し、当センターのデータを蓄積するとともに、複数の部門に勤務する職員の人件費等の配賦基準の検討を行った。</p>

法人の 自己評価	B	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「療法士数」、「新入院患者数」、「ジェネリック医薬品使用割合」は目標値を上回った一方、「リハビリテーション実施単位数」、「病床利用率」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「収入の確保対策」では、新たに開棟した6階病棟について回復期リハビリテーション入院料1の算定に向けた検討を通して、段階的に病床機能を向上(地域一般入院料3→回復期リハビリテーション入院料5)させた。また、各職種間で診療報酬制度について積極的な情報共有を図るとともに、加算取得に向け研修会に参加したほか、「費用の削減対策」では、医薬品の定期的な使用量を把握し、医薬品管理の効率化及び適正化を図るなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
-------------	---	------	--



知事の 評価(案)	B	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。リハビリテーション実施単位数の増加や医師の安定的な確保により更なる収入の確保を図るとともに、安全面にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組むなど、より一層の経営改善に努められたい。
--------------	---	-------	---

第3 予算、収支計画及び資金計画(財務内容の改善に関する事項)(大項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R4(2022)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	経常収支比率(%)	100以上	101.4	101%	100以上	iv
2	医業収支比率(%)	70以上	64.9	93%	75以上	iii

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値	R3(2021)年度 実績値	R4(2022)年度 実績値
101.4				
64.9				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
県民が求める専門的なりハビリテーション医療等を安定的に提供していくため、中期目標期間を累計した経常収支比率を100%以上とする。 また、各年度において経常収支の黒字化を目指す。	月次で収支進捗状況を管理し、経常収支の黒字化を目指す。	<ul style="list-style-type: none"> 毎月、中堅幹部職員以上が出席する所内連絡会議において、入退院別・診療科別の前月までの稼働額を周知し、経営情報の共有を行うとともに収益の維持・増加に向けた取り組みの強化を働きかけた。 平成30(2018)年度の経常収支は101.4%となり、目標を達成した。

法人の 自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「経常収支比率」は目標値を上回った一方、「医業収支比率」については目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、毎月、中堅幹部職員以上が出席する所内連絡会議において、入退院別・診療科別の前月までの稼働額を周知し、経営情報の共有を行うとともに収益の維持・増加に向けた取り組みの強化を働きかけた。平成30(2018)年度の経常収支は101.4%となり目標を達成した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
-------------	---	------	---



知事の 評価(案)	A	評価理由等	当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。ただし、医業収支比率の改善に向け、より一層の経営改善に努められたい。
--------------	---	-------	--

第8 その他業務運営に関する重要事項(大項目)

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
医療機器について、県民の医療ニーズや医療技術の進展に応えるため、費用対効果等を総合的に勘案し、計画的な更新・整備に努める。	医療機器等の調達に当たっては、新たに委員会を設けて投資計画を精査し、計画的な更新・整備に努める。	・ 医療機器の調達にあたり、部長以上を構成員とする管理運営会議において、当該年度の購入予定機器の機能や仕様を精査し、病院・施設運営に必要な十分な機器の整備を行った。

法人の 自己評価	A	評価理由	・ 医療機器等の調達に当たっては、管理運営会議において投資計画を精査し、計画的な更新・整備を行うことができたことから、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
-------------	---	------	---



知事の 評価(案)	A	評価理由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
--------------	---	-------	--

平成 30（2018）年度業務実績に関する全体評価書（リハビリテーションセンター）

栃木県知事は、地方独立行政法人法第 28 条第 1 項の規定により、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の平成 30（2018）年度の業務実績について、以下のとおり評価を行った。

全体評価（案）

1 評価結果と判断理由

（評価結果）

平成 30（2018）年度の業務実績については、中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。

（判断理由等）

- 「患者・県民等の視点に立った医療の提供」等、14 の中項目中 8 項目について A 評価（概ね計画どおり実施している）と判断した一方、「質の高い医療の提供」等、6 項目については B 評価（計画をやや下回って実施している）と判断した。
- 「質の高い医療の提供」、「人材の確保育成」及び「収入の確保及び費用の削減への取組」については、リハビリテーション実施単位数や職員満足度割合等が目標を下回っており、医療従事者の安定的な確保や職員満足度の向上等に取り組む必要がある。
また、療育支援及び自立支援の充実等、「障害児・障害者の福祉の充実」についても、一層の取組が必要である。
さらに、「地域連携の推進」、「地域医療・福祉への貢献」については、出前講座の実施や実習生の受入れ等、医療・福祉関係者の資質向上に係る支援等の拡大に努める必要がある。

2 （地独）栃木県立がんセンター及び（地独）栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会の意見・指摘等

平成30（2018）年度 数値目標及び実績値一覧（がんセンター）

参考資料 1

【指標の達成状況の判断目安】

v : 目標達成率110%以上 iv : 目標達成率100%以上110%未満 iii : 目標達成率90%以上100%未満
 ii : 目標達成率80%以上90%未満 i : 目標達成率80%未満

第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項

1 質の高い医療の提供

指標名	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018)年度				R2(2020) 年度 目標値※1	
		目標値	実績値	達成率	評価		
高難度手術延べ件数(件)	75	76	52	68%	i	60	
腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数(件)	358	360	530	147%	v		
外来(日帰り)ポリープ内視鏡手術延べ件数(件)	918	927	984	106%	iv		
高精度放射線治療延べ件数(件)	IMRT	1,251	836	2,190	262%	v	780
	SBRT	0	8	8	100%	iv	20
外来化学療法延べ件数(件)	7,573	7,571	8,048	106%	iv	7,900	
臨床研究件数(件)	169	175	183	105%	iv	228	
チームSTEPPS受講率(%)	63.9	85.0	83.7	98%	iii		
緩和ケア勉強会実施回数(回)	10	10	8	80%	ii		
地域の緩和ケア連携カンファレンス開催回数(回)	10	10	8	80%	ii	月1回以上	
がん患者リハビリテーション単位数(単位)	5,438	6,048	5,374	89%	ii	17,040	

2 安全で安心な医療の提供

指標名	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018)年度				R2(2020) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
医療安全管理研修(全職員対象)実施回数(回)	9	8	7	88%	ii	
感染管理認定看護師数(人)	2	2	1	50%	i	3以上
多職種連携ロールプレイ研修実施回数(回)	1	1	1	100%	iv	
医薬品安全使用研修実施回数(回)	2	2	2	100%	iv	

3 患者・県民の視点に立った医療の提供

指標名	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018)年度				R2(2020) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
カルテ監査実施回数(回)	2	2	2	100%	iv	
専門看護相談件数(件)	991	992	1,026	103%	iv	
セカンドオピニオン件数(件)	194	200	153	77%	i	230
院内クリティカルパス適用症例率(%)	50.2	50.0	53.5	107%	iv	
口腔ケア実施件数(件)	571	585	551	94%	iii	
医療相談件数(件)	3,295	3,304	3,011	91%	iii	
患者満足度割合(%)	83	90以上	87	97%	iii	90以上

4 人材の確保と育成

指標名	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018)年度				R2(2020) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
医師数(人)	55	58	56	97%	iii	
認定看護師数(人)	13	13	12	92%	iii	
職員満足度割合(%)	77	80以上	80	100%	iv	90以上
医療倫理研修実施回数(回)	1	2	1	50%	i	

5 地域連携の推進

指 標 名	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018)年度				R2(2020) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
院外への口腔ケア依頼件数(件)	201	164	322	196%	v	
医薬連携研修実施回数(回)	2	2	1	50%	i	
受託検査件数(件)	42	43	44	102%	iv	
退院調整件数(件)	791	841	593	71%	i	
紹介率(%)	94.0	94.1	94.6	101%	iv	95.0
逆紹介率(%)	42.8	42.3	45.3	107%	iv	40.0

6 地域医療への貢献

指 標 名	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018)年度				R2(2020) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
地域の医療従事者向け研修実施回数(回)	22	21	14	67%	i	
郡市医師会向け出張講座実施回数(回)	13	13	11	85%	ii	

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項

3 収入の確保及び費用の削減への取組

指 標 名	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018)年度				R2(2020) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
病床利用率(%) ※2	60.9	69.7	57.0	82%	ii	
新入院患者数(人)	4,093	4,698	3,984	85%	ii	
新外来患者数(人)	6,773	6,880	6,958	101%	iv	
1日当たり入院患者数(人)	165.9	190.0	154.8	81%	ii	
1日当たり外来患者数(人)	471.2	453.0	486.7	107%	iv	
診療材料費対医業収益比率(%)	7.6	7.1	8.1	86%	ii	
ジェネリック医薬品採用比率(%)	82.4	82.5	79.6	96%	iii	
委託料対医業収益比率(%)	12.7	12.5	12.9	97%	iii	
減価償却費対医業収益比率(%)	17.2	12.1	13.5	88%	ii	

第3 財務内容の改善に関する事項

指 標 名	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018)年度				R2(2020) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
経常収支比率(%)	98.9	100以上	98.0	98%	iii	100以上
医業収支比率(%)	77.8	80以上	79.4	99%	iii	85以上

※1 R2(2020)年度目標値については、中期計画指標のみ記載。

※2 延べ入院患者数(退院日を含む年間入院患者数)を年間延べ病床数で除した割合。

平成30（2018）年度 数値目標及び実績値一覧（リハビリテーションセンター）

【指標の達成状況の判断目安】

v : 目標達成率110%以上 iv : 目標達成率100%以上110%未満 iii : 目標達成率90%以上100%未満
 ii : 目標達成率80%以上90%未満 i : 目標達成率80%未満

第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項

1 質の高い医療の提供

指標名	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018)年度				R4(2022) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
リハビリテーション実施単位数(単位)	160,115	280,000	210,482	75%	i	303,000
重症患者の受入れ割合(%)	23.0	24.0	29.0	121%	v	30.0
発達障害外来受診者数(人)	5,932	6,800	5,739	84%	ii	7,400
整形外科手術実施人数(人)	9	25	11	44%	i	45
ブレイス(装具)クリニック実施件数(件)	1,219	1,400	1,080	77%	i	
休日におけるリハビリテーション実施単位数(単位)	29,848	35,000	47,462	136%	v	
社会福祉士数(人)	0	3	3	100%	iv	
療法士及び看護師の学会発表件数(件)	4	4	9	225%	v	

2 安全で安心な医療の提供

指標名	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018)年度				R4(2022) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
医療安全に関する研修会の実施回数(回)	5	5	8	160%	v	6
集中ラウンド実施回数(回)	2	2	2	100%	iv	
医薬品安全管理研修会の実施回数(回)	2	2	2	100%	iv	

3 患者・県民等の視点に立った医療の提供

指標名	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018)年度				R4(2022) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
患者満足度割合(%)	83	90	82	91%	iii	90以上
退院前在宅訪問指導(家屋調査)件数(件)	43	52	62	119%	v	55

4 障害児・障害者の福祉の充実

指標名	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018)年度				R4(2022) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
児童発達支援事業所等を対象とした研修回数(回)	21	18	26	144%	v	22
こども療育センター短期入所契約者数(人)	40	40	27	68%	i	44
家族会の開催回数(回)	-	1	1	100%	iv	
自立訓練後に一般就労等に移行した利用者数(人)	5	6	3	50%	i	9

5 人材の確保と育成

指標名	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018)年度				R4(2022) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
認定看護師数(人)	8	8	9	113%	v	
医師数(人)	10	13	11	85%	ii	
療法士数(人)	49	70	71	101%	iv	
職員満足度割合(%)	65	90	58	64%	i	90以上

6 地域連携の推進

指標名	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度				R4(2022)年度目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
逆紹介率(%)	50.4	51.0	55.5	109%	iv	55.0
出前講座の実施回数(回)	17	17	10	59%	i	20

7 地域医療・福祉への貢献

指標名	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度				R4(2022)年度目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
療法士の実習生受入れ人数(人)	381	400	353	88%	ii	440
児童発達支援事業所等を対象とした研修回数(回)【再掲】	21	18	26	144%	v	22
こども療育センター短期入所契約者数(人)【再掲】	40	40	27	68%	i	44

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項

3 収入の確保及び費用の削減への取組

指標名	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度				R4(2022)年度目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
リハビリテーション実施単位数(単位)【再掲】	160,115	280,000	210,482	75%	i	303,000
医師数(人)【再掲】	10	13	11	85%	ii	
療法士数(人)【再掲】	49	70	71	101%	iv	
病床利用率(%)※2	94.1	84.8	80.5	95%	iii	91.4
新入院患者数(人)	490	450	615	137%	v	
社会福祉士数(人)【再掲】	0	3	3	100%	iv	
ジェネリック医薬品使用割合(%)	67.3	70.0	70.6	101%	iv	75.0
材料費対医業収益比率(%)	12.3	10.9	10.4	105%	iv	

第3 財務内容の改善に関する事項

指標名	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度				R4(2022)年度目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
経常収支比率(%)	※3 102.5	100以上	101.4	101%	iv	100以上
医業収支比率(%)	58.1	70以上	64.9	93%	iii	75以上

※1 R4(2022)年度目標値については、中期計画指標のみ記載。

※2 延べ入院患者数(退院日を含む年間入院患者数)を年間延べ病床数で除した割合。

※3 H29(2017)年度実績値(経常収支比率)は地方独立行政法人移行前の病院事業会計について記載。

地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び地方独立行政法人
 栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会条例

平成 27 年 3 月 13 日

栃木県条例第 1 号

(設置)

第 1 条 地方独立行政法人法(平成 15 年法律第 118 号。以下「法」という。)第 11 条第 1 項の規定に基づき、地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び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評価委員会(以下「委員会」という。)を置く。

(所掌事務)

第 2 条 委員会は、法の規定によりその権限に属させられた事項を処理するほか、次に掲げる事務をつかさどる。

- 一 法第 26 条第 1 項の認可に関する事項について、知事の諮問に応じて意見を述べること。
- 二 法第 28 条第 1 項の評価に関する事項について、知事の諮問に応じて意見を述べること。

(組織)

第 3 条 委員会は、委員 7 人以内で組織する。

- 2 委員は、学識経験のある者のうちから、知事が任命する。
- 3 委員会に、特別の事項を調査審議させるため必要があるときは、臨時委員を置くことができる。
- 4 臨時委員は、当該特別の事項に関し学識経験のある者のうちから、知事が任命する。

(委員の任期等)

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。
- 3 臨時委員は、その者の任命に係る当該特別の事項に関する調査審議が終了したときは、解任されるものとする。

(委員長及び副委員長)

第 5 条 委員会に、委員長及び副委員長 1 人を置き、委員の互選により選任する。

- 2 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。
- 3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 委員会の会議は、委員長が招集する。

2 委員会は、委員及び議事に関係のある臨時委員の過半数が出席しなければ、会議を開き、議決することができない。

3 委員会の議事は、委員及び議事に関係のある臨時委員で会議に出席したものの過半数で決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

(庶務)

第7条 委員会の庶務は、保健福祉部において処理する。

(雑則)

第8条 この条例に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が委員会に諮って定める。

附 則

この条例は、公布の日から施行する。

附 則(平成29年条例第12号)

この条例は、平成29年4月1日から施行する。

附 則(平成30年条例第14号)

この条例は、平成30年4月1日から施行する。

保福第377号
地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び
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評価委員会

地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び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評価委員会条例（平成27年栃木県条例第1号）第2条第2号の規定に基づき、下記の事項について、貴評価委員会の意見を求めます。

令和元（2019）年8月5日

栃木県知事 福田 富



記

- 1 地方独立行政法人栃木県立がんセンターの平成30（2018）年度業務実績に関する評価について
- 2 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の平成30（2018）年度業務実績に関する評価について