

令和3年度第1回栃木県立病院経営改革プラン評価委員会
及び栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会次第

令和3（2021）年8月6日（金）
14:00～17:00
ニューみくら 207・208 会議室

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

【栃木県立病院経営改革プラン評価委員会】

(2) 栃木県立岡本台病院経営改革プラン（第3次）における令和2
（2020）年度業務実績に関する点検・評価について

【栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会】

(3) 地方独立行政法人栃木県立岡本台病院中期目標（素案）について

(4) 地方独立行政法人栃木県立がんセンターの令和2（2020）年度業
務実績に関する評価及び中期目標期間における業務実績に関する
評価について

(5) 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令和
2（2020）年度業務実績に関する評価について

(6) その他

4 閉 会

《配布資料》

委員名簿、事務局名簿、席次表

【資料 1】 栃木県立病院経営改革プラン〔第 3 次〕の概要

【資料 2】 令和 2（2020）年度業務実績評価書（岡本台病院）

【資料 3】 （地独）栃木県立岡本台病院中期目標（素案）の概要及び（地独）栃木県立岡本台病院中期目標（素案）

【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業務実績に関する評価方法及び評価基準

【資料 5】 （地独）栃木県立がんセンター令和 2（2020）年度決算の概要（速報）

【資料 6】 （地独）栃木県立がんセンター令和 2（2020）年度業務実績報告書兼中項目別評価書

【資料 7】 （地独）栃木県立がんセンター令和 2（2020）年度業務実績に関する全体評価書

【資料 8】 （地独）栃木県立がんセンター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

【資料 9】 （地独）栃木県立がんセンター中期目標の期間における業務の実績に関する全体評価書

【資料 10】 （地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和 2（2020）年度決算の概要（速報）

【資料 11】 （地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和 2（2020）年度業務実績報告書兼中項目別評価書

【資料 12】 （地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和 2（2020）年度業務実績に関する全体評価書

【参考資料 1】 栃木県立岡本台病院経営改革プラン〔第 3 次〕

【参考資料 2】 栃木県立病院経営改革プラン評価委員会設置要綱

【参考資料 3】 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会条例

【参考資料 4】 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会に対する諮問書

**栃木県立病院経営改革プラン評価委員会及び
栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会 委員名簿**

任期:令和3(2021)年4月1日～令和5(2023)年3月31日

氏 名	役 職 等	備 考
青木 公平	栃木県精神衛生協会 会長	
朝野 春美	栃木県看護協会 会長	Web
稲野 秀孝	栃木県医師会 会長	
窪田 敬一	獨協医科大学病院 病院長	
佐田 尚宏	自治医科大学附属病院 病院長	Web
佐藤 由紀	公認会計士	Web
高橋 淑郎	日本大学商学部 教授	
藤沼 千春	藤沼労務管理事務所キャリアコンサルタント 株式会社カンセキ 取締役	

* 敬称略 : 五十音順

**栃木県立病院経営改革プラン評価委員会及び
栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会 事務局**

R3(2021).8.6

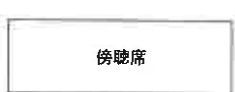
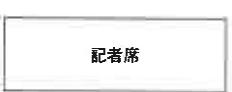
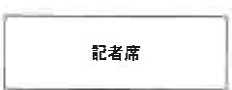
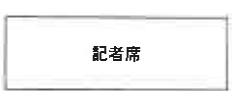
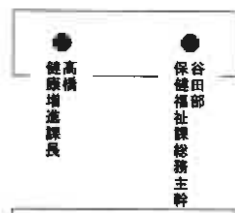
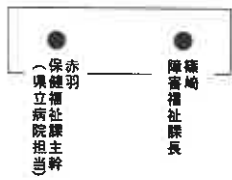
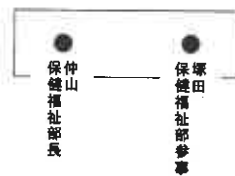
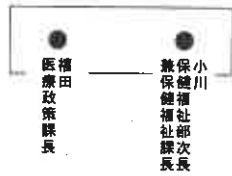
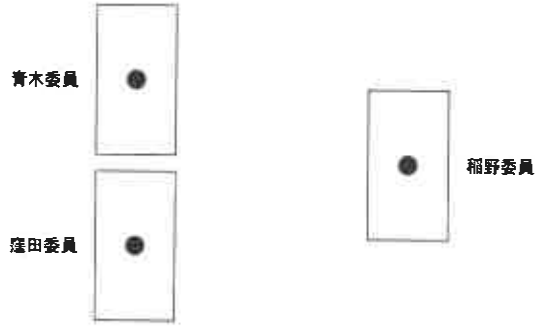
NO	氏 名	役 職 名	備 考
1	仲山 信之	保健福祉部長	
2	小川 俊彦	保健福祉部次長兼保健福祉課長	
3	塚田 三夫	保健福祉部参事	
4	谷田部 貴	保健福祉課 総務主幹	
5	赤羽 久美子	保健福祉課 主幹(県立病院担当)	
6	福田 研一	医療政策課長	
7	高橋 一貴	健康増進課長	
8	篠崎 岳彦	障害福祉課長	
9	増井 晃	岡本台病院長	
10	増淵 一彦	保健福祉部参事兼岡本台病院事務局長	
11	島田 達洋	岡本台病院副院長	
12	菱沼 正一	(地独)栃木県立がんセンター理事長兼センター長	
13	尾澤 巖	(地独)栃木県立がんセンター副理事長兼病院長	
14	五月女 智史	(地独)栃木県立がんセンター副理事長兼事務局長	
15	片野 進	(地独)栃木県立がんセンター理事兼副病院長	
16	藤田 伸	(地独)栃木県立がんセンター理事兼副病院長	
17	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	
18	田崎 宣明	(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	

令和3年度第1回栃木県立病院経営改革プラン評価委員会
及び栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会
席次表

令和3(2021)年8月6日(金)

於：ニューみくら207・208会議室

スクリーン



入口

栃木県立病院経営改革プラン〔第3次〕の概要

1 策定趣旨等

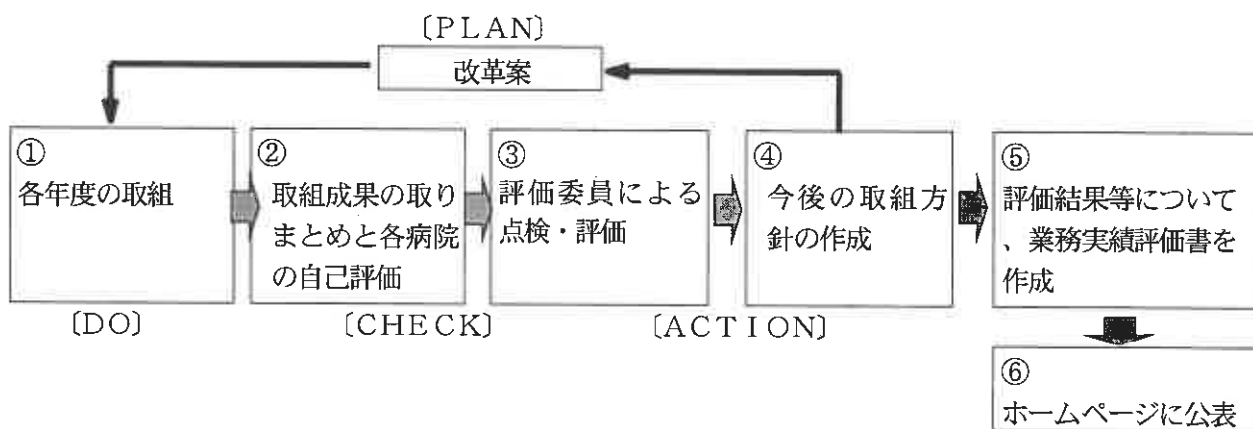
- 県立病院においては総務省の「公立病院改革ガイドライン」（平成 19（2007）年 12 月）に基づき「経営改革プラン（1次）」（平成 21（2009）年 3 月策定、平成 24（2012）年 3 月改定）、「経営改革プラン（2次）」（平成 26（2014）年 3 月策定）を策定し、政策医療の充実や経営改善等の取組を進めてきた。
- 平成 27（2015）年 3 月には総務省から「新公立病院改革ガイドライン」が公表され、将来の医療需要に対応するべく、病院改革を継続する必要性が示された。
新ガイドラインでは、前ガイドラインで示された「経営効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」に「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を加えた 4 つの視点に立つて改革を進めることが必要であるとされた。
これを受け、県立病院としての役割を果たし、地域における良質な医療の確保を図るため、第 3 次プランを策定した。なお、令和 4（2022）年 4 月での地方独立行政法人化に向けて、計画期間の 1 年延長等を行った。

2 計画期間

- 平成 29（2017）年度から令和 3（2021）年度までの 5 年間

3 3次プランの進行管理について

- 毎年度の実績を評価する「単年度評価」（平成 29（2017）～令和 3（2021）年度分）と、最終年度分は「5か年評価」（令和 3（2021）年度分と併せて実施）を、外部有識者からなる「栃木県立病院経営改革プラン評価委員会」の点検・評価により行うものとする。
なお、進行管理に当たっては、下記の PDCA のマネジメントサイクルを活用する。



4 業務実績評価書について

令和〇年度の取組実績	取組実績に対する評価		今後の取組方針
	病院の自己評価	評価委員会の点検・評価	
DO	【数値目標：①】		ACTION
	順調・やや遅延・遅延	CHECK	

[数値目標]

考慮

目標とする指標	令和〇年度			
	目標	実績	達成率	評価
①数値目標	100	100	100%	B

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

5 評価方法

(1) 病院の自己評価の方法について

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

なお、進捗状況を表わす表現として、次の文言に必ずチェックを入れる。

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

(2) 数値目標の評価について

目標数値に対する実績数値の達成率を算出し、次の評価を機械的に記載する。

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

6 評価スケジュールについて

月	評価作業内容
毎月	・各病院において毎月開催される「運営会議」等により、新プランの取組状況を確認
6月	・各病院において前年度の取組実績の取りまとめ、自己評価を実施
8月	・外部有識者で構成される「栃木県立病院改革プラン評価委員会」(公開)において各病院の取組実績に基づく新プランの進捗状況や取組成果等の点検・評価を実施
〃	・各病院で、自己評価及び「栃木県立病院改革プラン評価委員会」の点検・評価を受けて、今後の取組方針を作成
9月	・以上の評価結果等について、業務実績評価書として取りまとめ、県ホームページで公表

7 経営改革プランと中期(年度)計画の評価方法の差異

○ 評価基準(業務実績の評価、中項目ごとの進捗状況)

経営改革プラン(岡台) (進捗状況)		中期(年度)計画(がん・リハ) (業務実績の評価)	
計画どおりの取組が十分に実施され、取組成果が現れている。	順調	計画を上回って実施している。	S
		概ね計画どおり実施している。	A
計画どおりの取組が不十分で、取組成果が限定的である。	やや遅延	計画をやや下回って実施している。	B
計画どおりの取組がなされていない。大幅な取組改善が必要である。	遅延	計画を下回っている、又は実施していない。	C

○ 指標(数値目標)の達成状況

目標達成率	経営改革プラン (岡台)	中期(年度)計画 (がん・リハ)
110%以上	A	v
100%以上～110%未満	B	iv
90%以上～100%未満	C	iii
80%以上～90%未満	D	ii
80%未満	E	i

栃木県立岡本台病院経営改革プラン〔第3次〕 令和2（2020）年度 業務実績評価書

目 次

I	県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項	1
II	業務運営の改善及び効率化に関する事項	3
III	収支の状況等	5
	1 経営の数値目標	5
	2 収支計画	6
IV	その他業務に関する重要事項	8
O	その特記事項	8

【取組の進捗状況を表す表現について】

「順調」・・・計画どおりの取組が十分に実施され、取組成果が現れている。
 「やや遅延」・・・計画どおりの取組が不十分で、取組成果が限定的である。
 「遅延」・・・計画どおりの取組がなされていない。

【数値目標の評価について】

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

I 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項

取組事項	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	令和元 (2019) 年度	令和 2 (2020) 年度
1 質の高い医療の提供	やや遅延	やや遅延	やや遅延	やや遅延 (→)
2 安全で安心な医療の提供	順調	順調	やや遅延	順調 (↑)
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供	やや遅延	やや遅延	遅延	やや遅延 (↑)
4 人材の確保と育成	やや遅延	順調	順調	順調 (→)
5 地域連携の推進	順調	やや遅延	やや遅延	やや遅延 (→)
6 地域医療・福祉への貢献・協働	やや遅延	やや遅延	順調	やや遅延 (↓)
7 災害等への対応	順調	順調	やや遅延	順調 (↑)

II 業務運営の改善及び効率化に関する事項

取組事項	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	令和元 (2019) 年度	令和 2 (2020) 年度
1 業務運営体制の確立	やや遅延	順調	やや遅延	順調 (↑)
2 経営参画意識の向上	やや遅延	やや遅延	遅延	遅延 (→)
3 収入の確保及び費用の削減への取組	やや遅延	やや遅延	やや遅延	やや遅延 (→)

栃木県立岡本病院経営改革プラン
令和2(2020)年度 業務実績評価書

I 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項

	取組実績	自己評価	評価委員会の点検・評価	今後の取組方針
1	<p>1 質の高い医療の提供</p> <p>県内にはほぼ全ての緊急措置診療を受け、要介護となった全ての緊急措置入院の98.3%を当院で受け入れた。また、刑務所からの26条通報による入院4件についても全て当院で受け入れた。医療観察法病棟ではほぼ年間を通して満床状態で患者の治療に当たった。</p> <p>従来からの入院治療に加え、R3年2月から主にアルコール依存症患者を対象とした集団外来プログラム(GTMACK)を開始し、同年3月に県内初の依存症専門医療機関に認定された。精神科専門医療のほか、修正型電気けいれん療法(Ⅱ-ECT)を706回実施し、特に急性期治療において効果を上げた。</p> <p>2 安全で安心な医療の提供</p> <p>医療安全委員会、CVPPP講習会を定期的に開催したほか、毎週医療安全の回診を行い、インシデント事例に対して適切なフィードバックを行った結果、重大な医療事故の発生件数が減少した。</p> <p>また、第2・3病棟の保潔室に新たに録画機能付きモニターを設置するなど、入院患者の安全確保に努めた。</p> <p>年度当初に「COVID-19医療特命チーム」を編成し、獨協医科大学附属病院感染症制御チームの指導の下、新型コロナウイルス感染症予防体制を整備した結果、新入院患者に新型コロナウイルス感染が確認された際にも、県内総合病院と連携した迅速な対応により院内感染の発生を抑えることができた。</p>	<p>【目標指標：02304】 順調</p> <p>精神科救急医療については、効率的なベッドコントロールにより三次救急患者の大半を受け入れた点は高く評価できる。依存症医療についても県の基幹施設として依存症医療の向上に貢献できるような引き継ぎ努力をしていく。目標指標①②③については新型コロナウイルス感染症の拡大の影響等もあり目標には届かなかったが、外来初診やアルコール外来診療を拡大するなど、県民サービスの向上に努めた。④については2年連続で目標を達成できており、総合的に判断し「やや選延」とした。</p>	<p>【目標指標：02304】 順調</p> <p>医療事故件数は減少したが、近年患者同士あるいは職員への暴力事案が増加傾向にあるため、CVPPP習得を更に推進し、患者及び医療スタッフの安全確保に努める。また、新型コロナウイルス対策も引き続き継続し、利用者及び職員の安全・安心を担保する。内容的に判断して「順調」とした。</p>	
3	<p>3 患者・県民等の声に応じた医療の提供</p> <p>外来初診及びアルコール外来診療を拡大したことや一般病棟の多床室に間仕切りカーテンを設置して患者のプライバシーの保護を促進したことにより、患者満足度は「満足」と「やや満足」を合わせて71.4%と前年度より改善したが、更なる満足度向上を目指してR3年3月に外来での待機時間調査を実施し、改善点の把握に努めた。外来患者の利便性向上のため、引き継ぎ院外処方箋を勧める取組を行った結果、院外処方率が14.5%から26.4%に増加した。</p> <p>また、広報紙を発行して県民や関係機関へ積極的に情報発信するとともに、継続的に発行するための体制を整えた。</p> <p>4 人材の確保と育成</p> <p>目標を上回る4名の医師を確保し、診療・教育指導体制をさらに強化したことにより精神科専門研修プログラムの基幹施設として認定を受け、専攻医の確保に努めた。また、新たに精神保健師在院や精神科専門医の資格を申請する医師に対し、ゲーティングを指導・支援した。学会等での研究発表や院内での看護研究を推進し、オンラインングを活用した研修等も積極的に実施した。</p> <p>5 地域連携の推進</p> <p>入院患者の地域移行の取組が成果を上げ長期入院患者の退院が進んだことにより、平均在院日数が大幅に短縮された。また、地域の社会資源と連携して退院患者の地域定着を促進した。引き続き精神科救急や身体合併症を有する精神障害者や院内での上回る4名の医師を確保し、診療・教育指導体制をさらに強化したことにより精神科専門研修プログラムの基幹施設として認定を受け、専攻医の確保に努めた。また、新たに精神保健師在院や精神科専門医の資格を申請する医師に対し、ゲーティングを指導・支援した。学会等での研究発表や院内での看護研究を推進し、オンラインングを活用した研修等も積極的に実施した。</p>	<p>【目標指標：05】 順調</p> <p>⑤患者満足度については年々改善しているが、前年度同様、施設老朽化や待ち時間の長さについての評価が低かった。外来待ち時間調査の結果もまた改善を要する。更なる満足度向上を目指す。目標指標⑥については、新型コロナウイルス感染症拡大に伴う外来患者数の減に伴い実施件数が前年度より減ったものの、4年連続で目標を達成できてきていることから、総合的に判断して「やや選延」とした。</p>	<p>【目標指標：05】 順調</p> <p>2年連続で目標を上回る医師数を確保し、診療体制は着実に向上している。R3年度からの基幹施設としての専攻医の受け入れに向けて教育指導体制も強化した。認定看護師資格の新規取得はなかったが、認定看護師による院内研修の実施等により看護師へのスキル伝達に努めていることから「順調」と判断した。</p>	
4	<p>【目標指標：06】 順調</p> <p>目標を上回る4名の医師を確保し、診療・教育指導体制をさらに強化したことにより精神科専門研修プログラムの基幹施設として認定を受け、専攻医の確保に努めた。また、新たに精神保健師在院や精神科専門医の資格を申請する医師に対し、ゲーティングを指導・支援した。学会等での研究発表や院内での看護研究を推進し、オンラインングを活用した研修等も積極的に実施した。</p>	<p>【目標指標：06】 順調</p> <p>2年連続で目標を上回る医師数を確保し、診療体制は着実に向上している。R3年度からの基幹施設としての専攻医の受け入れに向けて教育指導体制も強化した。認定看護師資格の新規取得はなかったが、認定看護師による院内研修の実施等により看護師へのスキル伝達に努めていることから「順調」と判断した。</p>	<p>【目標指標：06】 順調</p> <p>2年連続で目標を上回る医師数を確保し、診療体制は着実に向上している。R3年度からの基幹施設としての専攻医の受け入れに向けて教育指導体制も強化した。認定看護師資格の新規取得はなかったが、認定看護師による院内研修の実施等により看護師へのスキル伝達に努めていることから「順調」と判断した。</p>	
5	<p>【目標指標：07】 順調</p> <p>目標を上回る4名の医師を確保し、診療・教育指導体制をさらに強化したことにより精神科専門研修プログラムの基幹施設として認定を受け、専攻医の確保に努めた。また、新たに精神保健師在院や精神科専門医の資格を申請する医師に対し、ゲーティングを指導・支援した。学会等での研究発表や院内での看護研究を推進し、オンラインングを活用した研修等も積極的に実施した。</p>	<p>【目標指標：07】 順調</p> <p>2年連続で目標を上回る医師数を確保し、診療体制は着実に向上している。R3年度からの基幹施設としての専攻医の受け入れに向けて教育指導体制も強化した。認定看護師資格の新規取得はなかったが、認定看護師による院内研修の実施等により看護師へのスキル伝達に努めていることから「順調」と判断した。</p>	<p>【目標指標：07】 順調</p> <p>2年連続で目標を上回る医師数を確保し、診療体制は着実に向上している。R3年度からの基幹施設としての専攻医の受け入れに向けて教育指導体制も強化した。認定看護師資格の新規取得はなかったが、認定看護師による院内研修の実施等により看護師へのスキル伝達に努めていることから「順調」と判断した。</p>	
6	<p>【目標指標：08】 順調</p> <p>目標を上回る4名の医師を確保し、診療・教育指導体制をさらに強化したことにより精神科専門研修プログラムの基幹施設として認定を受け、専攻医の確保に努めた。また、新たに精神保健師在院や精神科専門医の資格を申請する医師に対し、ゲーティングを指導・支援した。学会等での研究発表や院内での看護研究を推進し、オンラインングを活用した研修等も積極的に実施した。</p>	<p>【目標指標：08】 順調</p> <p>2年連続で目標を上回る医師数を確保し、診療体制は着実に向上している。R3年度からの基幹施設としての専攻医の受け入れに向けて教育指導体制も強化した。認定看護師資格の新規取得はなかったが、認定看護師による院内研修の実施等により看護師へのスキル伝達に努めていることから「順調」と判断した。</p>	<p>【目標指標：08】 順調</p> <p>2年連続で目標を上回る医師数を確保し、診療体制は着実に向上している。R3年度からの基幹施設としての専攻医の受け入れに向けて教育指導体制も強化した。認定看護師資格の新規取得はなかったが、認定看護師による院内研修の実施等により看護師へのスキル伝達に努めていることから「順調」と判断した。</p>	<p>保健所や地域支援機関等から多くの相談を受けており、専門的知見からのアドバイスを通じて患者の地域生活支援や再発防止に貢献しているが、目標指標⑨については、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため関係者を制限せざるを得なかったことから「やや選延」とした。</p>

7 災害等への対応

DPAT先遣隊員を新たに7名養成し、災害等発生時や県内精神科病院での新型コロナウイルス感染症拡大などの有事に備えて、訓練や機材の整備等を行うとともに、病院機能の維持に必要な物品の備蓄を拡充した。また、宿泊療養施設や県内クラスター発生施設への看護師派遣など、新型コロナウイルス感染症への即応体制を迅速に確立し、県内精神科病院でのクラスター発生時には上都賀総合病院から重症患者の受け入れを行った。

8 やや遅延・遅延

DPAT先遣隊員の養成が着実に進んでおり、院内研修会の実施や院外研修会への講師派遣など、体制強化に向けた取組を継続した。新型コロナウイルス感染症患者の発生時における対応も含め、引き続き積極的に取り組んでいく。

内容的に判断して「順調」とした。

◆ 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に係る数値目標

目標とする指標	平成29(2017)年度				平成30(2018)年度				令和元(2019)年度				令和2(2020)年度			
	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価
① 延べアルコール外来患者数(人)	4,350	3,975	91.4%	C	4,400	4,013	91.2%	C	4,450	3,889	82.9%	D	4,500	3,258	72.4%	E
② 実業種外来患者数(人)	90	58	64.4%	E	100	53	53.0%	E	100	45	45.0%	E	100	47	47.0%	E
③ クロザピン治療対象患者数(人)	27	27	100.0%	B	30	25	83.3%	D	33	28	84.8%	D	35	32	91.4%	C
④ 学会発表の件数(件)	9	7	77.8%	E	10	5	50.0%	E	11	13	118.2%	A	12	14	116.7%	A
⑤ 患者満足度(%)	60	56.2	93.7%	C	70	64.3	91.9%	C	80	62.1	77.6%	E	80	71.4	89.3%	D
⑥ 栄養食事指導実施件数(件)	470	601	127.9%	A	490	735	150.0%	A	510	752	147.5%	A	530	673	127.0%	A
⑦ 精神科認定看護師累計数(人)	6	5	83.3%	D	6	6	100.0%	B	7	6	85.7%	D	7	6	85.7%	D
⑧ 平均在院日数(日) (第7病棟を除く)	129.8	108.3	115.8%	A	129.5	104.9	119.0%	A	129.0	104.6	118.9%	A	128.5	85.0	133.9%	A
⑨ 地域ケア会議開催回数(回)	580	406	70.0%	E	600	438	73.0%	E	620	806	130.0%	A	640	624	97.5%	C
⑩ 訪問看護回数(回)	630	648	102.9%	B	640	629	98.3%	C	650	617	94.9%	C	660	171	25.9%	E

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

II 業務運営の改善及び効率化に関する事項

取組実績	自己評価	評価委員会の点検・評価	今後の取組方針
<p>1 業務運営体制の確立</p> <p>ベッドコントロール会議を毎日開催するとともに、各病棟に病棟管理医を配置することで、入院対応や転機対応が速やかに行える体制を確立した。また、精神科緊急・救急医療等の病棟・外来機能部会において、精神科緊急・救急医療等の充実に向けた病棟機能のあり方や外来診療体制について課題を整理し、改善に向けて具体的な検討を行った。</p>	<p>【目標指標：⑥】 ⑥医師数は3年連続して目標を達成した。病棟管理医を配置することで、よりスムーズなベッドコントロールが可能となった。3年度からは研修指導室を中心として専攻医の指導にも力を入れ、将来的に当院の診療を担っていく人材の確保に繋げたい。引き続き第1病棟の改修に伴う運用体制の整理や外来機能の充実に向けて検討を進めていく。業務運営体制は着実に向上していることから「順調」とした。</p>		
<p>2 経営参画意識の向上</p> <p>病院長は、全職員に対する業績評価面談を通して、各職域の業務とプランの評価項目の関連についての意識を強化し、職員は自分ができていることを自ら考えることにより、経営参画意識を高めることができた。</p>	<p>【目標指標：①】 ①職員満足度は前年度よりも低下し、目標には及ばなかった。職員の経営参画意識は年々向上しているものの、経営形態の見直しに伴う先行きの不透明さによる不安を感じている職員も多く、全体の満足度を下げる要因にもなっているため、引き続き丁寧な説明を行っていく。目標指標の評価から「遅延」とした。</p>		
<p>3 収入の確保及び費用削減への取組</p> <p>ベッドの有効利用のためレスパイト入院の積極的な受入れを行ったほか、患者ブライバシーを確保し多床室の利用促進を図るため、一般病棟の多床室に間仕切りカーテンを設置した。また多職種による医療収益改善ワーキンググループを立ち上げ、収益の確保及び改善に向けた検討を定期的に行った。旧第6病棟を活用してDI(Drug Information)室を立ち上げ、入院患者を対象とした薬剤指導を開始したほか、ジェネリック医薬品の使用促進に継続して取り組んだ結果、後発医薬品使用体制加算1（85%以上）を取得することができた。併せて、院外処方推進したことにより、医薬品費の大幅な削減にもつながった。</p>	<p>【目標指標：②③④⑤⑦⑧】 ②新入薬者数、③新病棟収容床数、④ジェネリック医薬品使用割合は目標を達成できた。⑤新外来患者数は目標には届かなかったが、外来初診及びアレルギー外来診療の拡大により、前年度比126%の601人となった。⑥延べ外来患者数については新型コロナウイルス感染症防止のため再診患者の通院間隔を延ばしたことにより減少した。⑦病床利用率についても目標より低値であったが、これは「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神科医療の方向性や長期入院患者の退院促進等による平均在院日数の大幅な短縮が原因であると考えている。</p>	<p>医療収益改善ワーキングを設置し、新たな診療報酬算定項目の取得に向けた検討・調整等に取り組んだ結果、診療単価の上昇につながっており、今後も積極的に取り組んでいきたい。</p>	<p>総合的に評価し、「やや遅延」とした。</p>

◆ 業務運営の改善及び効率化に係る数値目標

目標とする指標	平成29(2017)年度				平成30(2018)年度				令和元(2019)年度				令和2(2020)年度			
	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価	目標	実績	達成率	評価
① 職員満足度(%)	70	44.4	63.4%	E	80	50.7	63.4%	E	90	50.3	55.9%	E	90	43.9	48.8%	E
② 新入院患者数(人)	438	506	115.5%	A	444	528	118.9%	A	450	471	104.7%	B	456	468	102.6%	B
③ 新外来患者数(人)	555	425	76.0%	E	580	564	97.2%	C	605	476	78.7%	E	630	601	95.4%	C
④ 病床利用率(%)	77.1	75.5	97.9%	C	77.6	75.2	96.9%	C	78.0	70.2	90.0%	C	78.5	58.4	74.4%	E
⑤ 延べ外来患者数(人)	31,218	32,957	105.6%	B	31,385	33,791	107.7%	B	31,552	33,549	106.3%	B	31,720	30,661	96.7%	C
⑥ 医師数(人)	11	10	90.9%	C	12	12	100.0%	B	13	16	123.1%	A	13	14	107.7%	B
⑦ 新規未収金発生額(千円)	437	2,172	▲297.0%	E	2,172	2,788	71.2%	E	2,798	1,116	160.1%	A	1,116	768	131.2%	A
⑧ ジェネリック医薬品使用割合(%)	71.0	73.6	103.7%	B	72.0	73.8	102.5%	B	73.0	74.5	102.1%	B	74.0	89.8	121.4%	A

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

Ⅲ 収支の状況等

1 経営の数値目標

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

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

令和2(2020)年度	評価委員会の点検・評価	今後の取組方針
<p>目標達成又は未達成の要因等</p> <p>入院については、長列入院患者の退院が遅延が重なって医師の入退室が増えたことに加え、医業収益改善ワーキングでの新規加算取得等の取組により入院単価は前年度から約11%上昇したが、平均在院日数の短縮に伴い病床稼働率が大幅に低下したため、入院収益は前年度と比べて約1億円の減少となった。</p> <p>外来については診療体制の拡充により初診患者が大幅に増えたものの、新型コロナウイルス感染症防止のため再診期間を早く設定し、再診患者の通院間隔が延びたことにより、延外来患者数は前年度と比べて減少した。併せて院外処方率が上昇したことにより外来単価も下がったため、外来収益は前年度より約5千万円の減少となった。</p> <p>一方で、医業費用については前年度と比べて約6千万円増加しており、その主な要因は、職員数や退職給付引当金への積立が増えたことによる給与費の増や、地方独立行政法人化の準備に係る委託費の増等である。</p> <p>このように、令和2(2020)年度は医業収益が前年度より大幅に減少したにもかかわらず、医業費用は増加したため、医業損失が拡大し、医業収支比率は目標を達成できなかった。</p> <p>また、給与費の増に伴う負担金の増等により医業外収益は増加したが、医業損失の拡大を補い切れず、経常収支比率についても目標を達成できなかった。</p>		

2 収支計画

(1) 収益的収支(実績)

(単位:百万円)

区分	平成29(2017)年度		平成30(2018)年度		令和元(2019)年度		令和2(2020)年度	
	最終予算	決算	最終予算	決算	最終予算	決算	最終予算	決算
1. 医業収益	1,847	1,784	1,863	1,810	1,827	1,780	1,615	1,619
(1) 料金収入	1,837	1,774	1,853	1,800	1,818	1,770	1,606	1,610
(2) その他	10	10	10	10	9	10	9	9
2. 医業外収益	858	840	915	908	952	940	1,011	1,022
(1) 他会計負担金・補助金	694	686	765	754	825	818	894	894
(2) 国(県)補助金	12	11	13	12	13	6	19	21
(3) 長期前受金戻入	150	140	135	140	111	110	95	103
(4) その他	2	3	2	2	3	6	3	4
(A) 経常収益	2,705	2,624	2,778	2,718	2,779	2,720	2,626	2,641
1. 医業費用	2,554	2,496	2,637	2,573	2,731	2,675	2,791	2,738
(1) 職員給与費	1,659	1,627	1,741	1,692	1,732	1,815	1,919	1,917
(2) 材料費	365	344	344	339	343	338	315	299
(3) 経費	357	345	376	367	497	388	414	384
(4) 減価償却費	165	173	167	167	151	147	138	134
(5) 資産減耗費	1	1	1	1	1	1	1	1
(6) その他	7	6	8	7	7	6	4	3
2. 医業外費用	68	64	65	62	69	67	75	69
(1) 支払利息	6	6	4	4	2	2	1	1
(2) 長期前払消費税額償却	4	4	4	4	4	4	4	4
(3) その他	58	54	57	54	63	61	70	64
(B) 経常費用	2,622	2,560	2,702	2,635	2,800	2,742	2,866	2,807
(C) 経常損益[(A)-(B)]	83	64	76	83	▲21	▲22	▲240	▲166
(D) 特別利益								
(E) 特別損失			11	11				
純損益[(C)+(D)-(E)]	83	64	65	72	▲21	▲22	▲240	▲166
累積欠損金	101	120	55	48	76	70	316	236

(単位:百万円)

(2) 資本的収支(実績)

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

(単位:百万円)

(3) 一般会計等からの繰入金(実績)

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

IV その他業務に関する重要事項

【令和2(2020)年度の取組状況等】

経営形態の見直しに向けた制度設計等について検討するため、令和2(2020)年1月に「岡本台病院地方独立行政法人化検討会」を設置し、同年3月に一般地方独立行政法人化をメインシナリオとして進めていくことから、同年4月には5つの検討部会を設置し、一般地方独立行政法人化に向けて具体的な検討を開始した。同年9月の政策経営会議において、当院の地方独立行政法人化が正式に決定し、検討会及び部会でより具体的な検討を進めるとともに、地方独立行政法人化後の中期計画をまとめた。令和3(2021)年度からの次期経営改革プランの策定を円滑に進めるためのワーキンググループを設置した。しかし、新プラン策定の指針となる国の新公立病院改革ガイドラインが改定されないことから、令和3(2021)年度については現行プランを1年延長し、令和4(2022)年度から経営改革プランを包含する中期計画(令和4～8年度)を策定することとなったため、ワーキンググループにおいて現行プランの問題整理を行い、中期計画に盛り込む内容について検討を進めた。

○ その他特記事項

【令和2(2020)年度の取組状況等】

当院では本県の三次救急を一元的に担っているが、慢性的な保護室不足により救急体制の維持に苦慮していることから、精神科救急医療体制の安定した運用及び効率的な病院運営を図るため、第1病棟の一般病室を改修して保護室を増設する方向で検討を開始し、病棟・外来機能部会等において具体的な検討を重ねた結果、令和3(2021)年度上半期で設計・工事を実施し、10月頃の運用開始を目指して進めていくこととなった。

(地独) 栃木県立岡本台病院 中期目標(素案)の概要について

【中期目標とは】

- ・ 地方独立行政法人法第25条に基づき、設立団体の長である知事が、地方独立行政法人が達成すべき業務運営に関する目標として定めるもの。
- ・ 知事は、中期目標を法人に指示するとともに、公表しなければならぬ。
- ・ 知事は、中期目標を定めるときは、あらかじめ、地方独立行政法人評価委員会委員会の意見を聴くとともに、議会の議決を経なければならない。

【中期目標に定める事項】

第1 中期目標の期間

5年間(令和4(2022)年4月1日～令和9(2027)年3月31日)

第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項

【項目】

- 1 質の高い医療の提供
- 2 安全で安心な医療の提供
- 3 患者・県民の視点に立った医療の提供
- 4 患者・県民の確保と育成
- 4 人材の確保と育成
- 5 地域連携の推進
- 6 地域精神医療・福祉への貢献・協働
- 7 災害等への対応

これまでに担ってきた政策医療の充実強化
精神疾患及び救急医療、医療従事者法医療、アルコール・薬物等
 依存症等の多様な精神疾患に対応した専門医療の提供等

医療サービスの向上
外来患者待ち時間の短縮、
 積極的な情報発信等

独立化のメリット(自律性、機動性、
 透明性)を活かした取組
優れた医療従事者等の確保、
 研修体制の強化等

- ・ 地域精神医療の基幹病院として、県民の医療ニーズを踏まえて、高度で専門的な医療など質の高い医療を提供すること。
- ・ 患者が安心して医療を受けられるよう、医療の安全を確保するとともに、患者・県民の視点に立った医療サービスの提供をほか、人材の確保と育成に取り組むこと。
- ・ 県全体の精神医療水準の向上や精神障害者の地域生活の支援を図るため、地域連携を推進するとともに、地域精神医療・福祉に貢献すること。

入院患者の地域移行・定着の促進、
 保健所による退院後支援への協力等

第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項

【項目】

- 1 業務運営体制の確立
- 2 収入の確保及び費用の削減への取組

【主な内容】

- ・ 地方独立行政法人として、自律的、機動的な経営が行えるよう、業務運営体制を確立するとともに、効果的で効率的な組織を整備すること。
- ・ 職員の経営参画意識の向上を図り、職員が一体となって収入の確保及び費用の削減に取り組む、経営の改善を図ること。

独立化のメリット(自律性、機動性、
 透明性)を活かした取組
効果的な病院管理、診療報酬改定への迅速かつ
 適切な対応、職員全員のコスト意識改革等

第4 財務内容の改善に関する事項

【主な内容】

- ・ 県民が求める高度で専門的な医療を安定的に提供していくため、中期目標期間中に経常収支の黒字化を目指すこと。
- ・ 計画的な資金管理を行うことにより、経営基盤の安定化に努めること。

第5 その他業務運営に関する重要事項

【項目】

- 1 施設のあり方の検討
- 2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理

【主な内容】

- ・ 高度で専門的な医療の提供ができるよう、長期的な視点から今後担うべき診療機能にふさわしい施設のあり方を検討すること。
- ・ 県民に信頼され、県内の精神科医療機関の模範的役割を果たしていただけるよう、法令や社会規範を遵守するとともに、適切な情報管理を行うこと。また、これらを確保するために、更なる内部統制の充実にも努めること。

地方独立行政法人栃木県立岡本台病院中期目標 (素案)

前文

栃木県立岡本台病院（以下「岡本台病院」という。）は、これまで精神科緊急及び救急医療や医療観察法医療、アルコール・薬物依存症に係る専門医療を提供するなど、精神疾患に係る高度で専門的な医療を担う地域精神医療の基幹病院として重要な役割を果たしてきた。

一方、近年は、更なる高齢化の進展、自然災害の頻発・激甚化、新型コロナウイルス感染症の感染拡大などの社会環境の変化に加え、入院医療から地域生活への移行、医療従事者の働き方改革を始めとする国の医療提供体制改革への対応など、精神医療を取り巻く環境は大きな変化に直面している。

こうした状況の中で、岡本台病院は、将来にわたり、精神疾患に係る高度で専門的な医療を安定的に県民に提供するとともに、持続可能な経営基盤を確立することが求められている。

このため、今後とも県立病院としての公的使命を果たしながら、医療環境の変化に迅速に対応するとともに、経営の健全化を図るため、柔軟で弾力的な病院運営が可能となる地方独立行政法人を設立することとした。

この中期目標は、医療サービスの向上、医療従事者の確保と育成、地域の医療機関等との連携、業務運営の改善や効率化など、岡本台病院が達成すべき業務運営の目標や方向性を示すものである。

岡本台病院においては、地方独立行政法人制度の特長である自律性、機動性、透明性を十分に活かして柔軟で弾力的な病院運営を行うことにより、質の高い地域精神医療を安定的に提供するとともに、県内における医療水準の向上に努めるなど、本県の精神医療の健全な発展に貢献することを強く求めるものである。

第1 中期目標の期間

令和4（2022）年4月1日から令和9（2027）年3月31日までの5年間とすること。

第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項

地域精神医療の基幹病院として、県民の医療ニーズを踏まえて、高度で専門的な医療など質の高い医療を提供すること。

また、患者が安心して医療を受けられるよう、医療の安全を確保するとともに、患者・県民の視点に立った医療サービスを提供するほか、人材の確保と育成に取り組むこと。

さらに、県全体の精神医療水準の向上や精神障害者の地域生活の支援を図るため、地域連携を推進するとともに、地域精神医療・福祉に貢献すること。

1 質の高い医療の提供

(1) 高度で専門的な医療の提供

精神科緊急及び救急医療や医療観察法医療、アルコール・薬物等の物

質使用障害やギャンブル等の行動嗜癖を含む依存症を始めとする多様な精神疾患に対応した専門医療の提供など、県民が様々な病態に応じて必要な精神医療を受けられるよう、高度で専門的な医療を提供すること。

(2) 医療の質の向上に向けた取組の推進

多剤併用療法の見直しや離治性の統合失調症に対する効果的な治療の拡充など、医療の質の向上に向けた取組を積極的に推進すること。

(3) チーム医療の推進

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、チーム医療を積極的に推進すること。

(4) 臨床研究の推進

各職種において臨床研究を積極的に推進し、本県における精神医療の質の向上に努めること。

2 安全で安心な医療の提供

(1) 医療安全対策の推進

患者が安心して医療を受けられるよう、医療安全に関する情報の収集・共有化や医療事故の発生原因の分析等を行い事故防止の徹底を図るなど、医療安全対策を推進すること。

また、安全な医療を提供するため、医療機器、医薬品、施設内の安全管理を徹底すること。

(2) 院内感染防止対策の強化

患者が安心して医療を受けられるとともに、職員が安心して働くことができるよう、院内感染防止対策を強化すること。特に、新型コロナウイルス感染症等の公衆衛生上重大な危機が生じる恐れのある感染症に対する取組を重点的に実施すること。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供

(1) 患者の人權を尊重した医療の提供

精神医療においては、患者の人權が侵害されないよう最大限の配慮を行う必要があることから、職員は患者の人權に十分配慮し、適切な対応を行うこと。

(2) 患者及びその家族等への医療サービスの向上

患者及びその家族等の視点に立ち、必要な医療情報を分かりやすく説明し、インフォームド・コンセントを徹底するとともに、外来診療、調剤、会計などの待ち時間を短縮するなど、患者及びその家族等への医療サービスの向上を図ること。

(3) 精神医療に関する情報の発信

県民の精神医療に対する理解を促進するため、ホームページ等を通じて岡本台病院が提供する医療サービスの内容を積極的に情報発信するなど、適切な情報提供を行うこと。

4 人材の確保と育成

(1) 優れた医療従事者等の確保

県民から求められる役割を十分に果たせるよう、専門性を有する医療従事者や病院運営に精通した職員の確保に努めること。

(2) 研修体制の強化

高度で専門的な医療を提供するため、体系的な研修を行うとともに、職員の専門研修への参加促進や資格取得の支援など、研修体制の強化を図ること。

(3) 人事管理制度の構築

職員にとって働きがいのある病院となるよう、人材育成やモチベーションの向上に資する岡本台病院に適した人事管理制度の構築に努めること。

(4) 働きやすい職場環境づくり

職員が安心して働くことができ、心身ともに健康を維持できるよう、職場環境の改善やワーク・ライフ・バランスの推進に努めること。

5 地域連携の推進

(1) 地域の医療機関等との連携強化

本県の精神科救急医療システムの円滑な運用のため、地域精神医療の基幹病院として求められる役割を果たせるよう、精神保健福祉センターや他の医療機関等との連携強化を図ること。

また、患者の状態に合わせた適時適切な医療サービスを提供できるよう、地域の医療機関との連携を強化すること。

さらに、患者及びその家族等に対する支援の充実や治療効果の向上を図るため、自助グループ等の民間団体や専門機関との協働を推進すること。

(2) 入院患者の地域移行・定着の促進

入院患者が地域の一員として安心して自分らしい生活を送ることが

できるよう、入院早期から効果的なリハビリテーションやケア会議の開催等による退院促進に取り組むとともに、地域保健福祉行政機関や地域生活支援を行う事業者との連携強化等により、再発予防と地域生活の定着を促進すること。

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働

(1) 地域精神保健福祉活動への協力

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて、保健所による退院後支援などの地域精神保健福祉活動への協力や地域の関係機関等との協働を積極的に行うこと。

(2) 地域の医療従事者育成への支援

専攻医・研修医を受け入れるほか、看護師養成機関が行う実習への講師派遣、地域医療機関等への精神医療に関する研修の開催など、地域の医療従事者育成のための支援を積極的に行うこと。

(3) 行政その他関係機関等への助言・支援

県内の精神医療水準の向上に貢献できるよう、行政その他関係機関等からの要請に応じ、精神医療の専門的立場からの助言・支援を積極的に行うこと。

7 災害等への対応

(1) 災害等への対策の強化

大規模災害や公衆衛生上重大な危機が生じた場合等に、患者や職員の安全を確保するとともに、病院機能を維持できるよう、実効性のあるBCP（業務継続計画）の策定や医薬品や食品等の適正な備蓄など、災害対策を強化すること。

また、災害等発生時においても本県の精神医療提供体制が維持できるよう、災害拠点精神科病院の指定に向けた体制整備について検討すること。

(2) 災害等発生時における支援等

大規模災害や公衆衛生上重大な危機が生じた場合等に、県からの要請に基づき、D P A T (災害派遣精神医療チーム)や職員を派遣するなど、災害等発生時の支援活動に積極的に取り組むとともに、支援活動を想定した体制の強化に努めること。

第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項

地方独立行政法人として、自律的、機動的な経営が行えるよう、業務運営体制を確立するとともに、効果的で効率的な組織を整備すること。

また、職員の経営参画意識の向上を図り、職員が一体となって収入の確保及び費用の削減に取り組む、経営の改善を図ること。

1 業務運営体制の確立

(1) 効率的で透明性の高い病院運営

質の高い医療を効率的に提供するため、実効性のある組織を整備するとともに、病院の運営状況等について積極的な情報発信に努め、効率的で透明性の高い病院運営を行うこと。

また、最適な職員構成を検討し、適切な職員配置に努めること。

(2) 経営参画意識の向上

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組織文化を醸成すること。

2 収入の確保及び費用の削減への取組

(1) 収入の確保対策

効率的な病床管理や診療報酬改定への迅速かつ適切な対応、未収金の発生防止と回収強化等により、収入の確保に努めること。

(2) 費用の削減対策

経営状況を分析し、費用の適正化について検討を行うとともに、適正な在庫管理の徹底、職員全員のコスト意識改革等により、費用の削減に努めること。

第4 財務内容の改善に関する事項

県民が求める高度で専門的な医療を安定的に提供していくためには、健全な経営と医療の質の維持・向上の両立が重要であることから、中期目標期間中に経常収支の黒字化を目指すこと。

また、計画的な資金管理を行うことにより、経営基盤の安定化に努めること。

第5 その他業務運営に関する重要事項

1 施設のあり方の検討

施設の老朽化が進んでいることに加え、時代の変化に対応した医療サービスの提供に支障を来していることから、高度で専門的な医療の提供ができるよう、長期的な視点から今後担うべき診療機能にふさわしい施設のあり方を検討すること。

2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理

県民に信頼され、県内の精神科医療機関の規範的役割を果たしていただけるよう、引き続き法令や社会規範を遵守するとともに、適切な情報管理を行うこと。

また、これらを確保するために、更なる内部統制の充実に努めること。

(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。

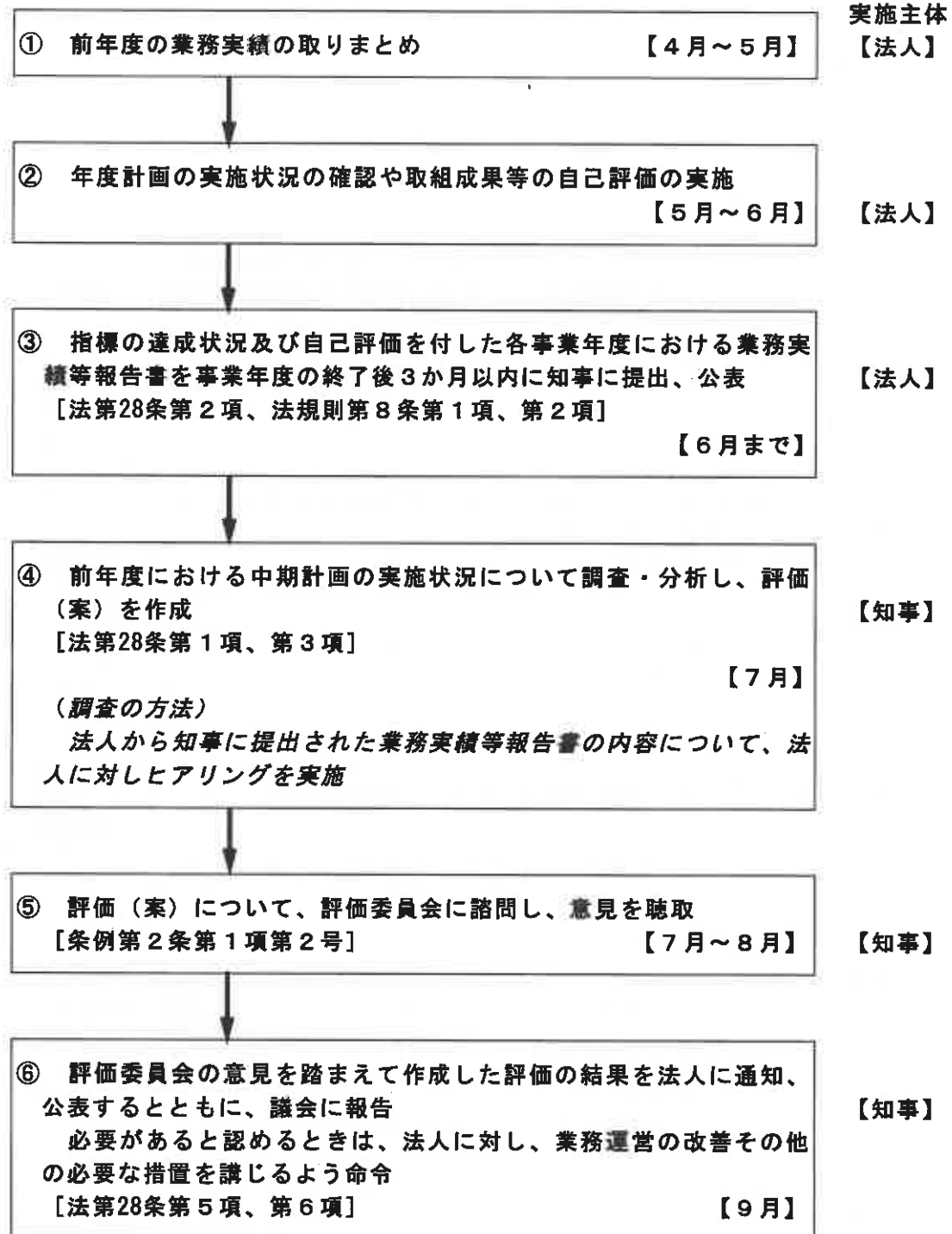
(3) 中期目標の期間における業務実績の評価

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】

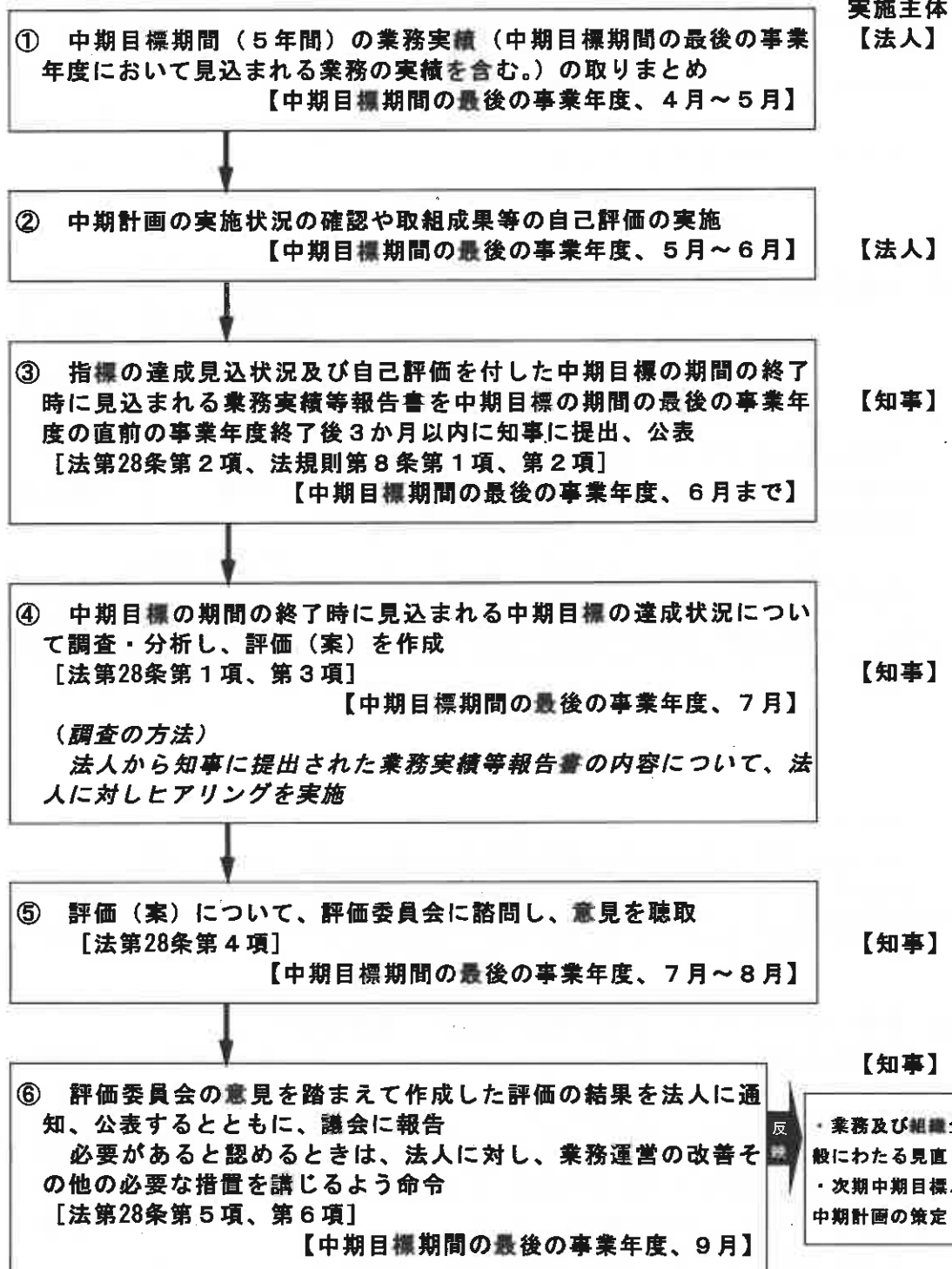
(地独) 栃木県立がんセンター及び(地独) 栃木県立リハビリテーションセンターの業務実績の評価に関するフロー

(1) 各事業年度における業務実績の評価



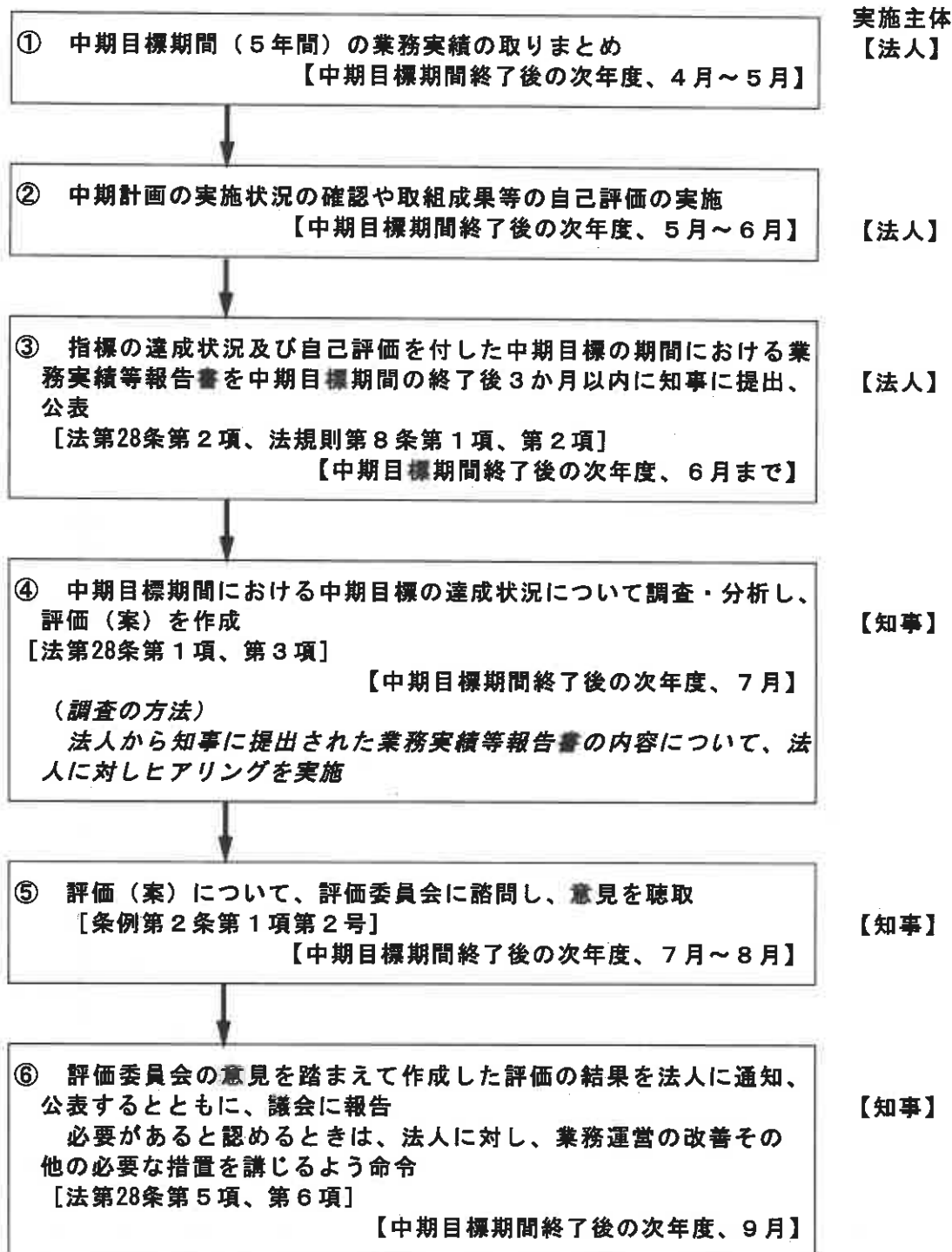
(注) 図中「法」は地方独立行政法人法を、「条例」は地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会条例を、「法規則」は地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンターの業務運営並びに財務及び会計に関する規則を示す。

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



(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、「法規則」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。

(3) 中期目標期間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、「法規則」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。

令和2(2020)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		R元(2019)年度 決算額 A	R2(2020)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)	56,136	54,734	△ 1,402
	1日平均 (人)	153.4	150.0	△ 3.4
	外来患者数 (人)	117,186	113,607	△ 3,579
	1日平均 (人)	484.2	467.5	△ 16.7
	病床利用率※ (%)	52.7	51.5	△ 1.2
単価	一人一日当入院 (円)	69,140	73,074	3,934
	一人一日当外来 (円)	29,893	30,338	445
医業	収支比率 (%)	80.5	83.9	3.4
経常	収支比率 (%)	97.0	101.2	4.2
営業 等 収 支	収入	9,783	9,900	117
	営業収入	9,592	9,800	208
	うち医療収入	7,567	7,620	53
	うち入院収入	3,881	4,000	119
	うち外来収入	3,503	3,447	△ 56
	うち運営費負担	1,419	1,153	△ 266
	うち補助金等	0	406	406
	営業外収入	191	100	△ 91
	うち運営費負担	61	55	△ 6
	臨時利益	0	0	0
	支出	10,090	9,787	△ 303
	営業費用	9,994	9,700	△ 294
	うち医療費	9,399	9,079	△ 320
	うち給与	3,843	3,852	9
	うち給材	2,877	2,871	△ 6
	うち経費	1,668	1,643	△ 25
	うち減価償却	939	652	△ 287
	うち一般管理	146	137	△ 9
	うち給与	125	117	△ 8
	営業外費用	96	87	△ 9
臨時損失	0	0	0	
経常	利益	△ 306	113	419
資本	収入	1,772	1,259	△ 513
収 支	うち企業	1,168	466	△ 702
	うち資本	605	596	△ 9
	支出	2,250	1,728	△ 522
	うち建設	561	526	△ 35
うち企業	1,689	1,202	△ 487	
差	引	△ 477	△ 469	8
県	負担金 (営業等 + 資本)	2,085	1,804	△ 281
貸 借 対 照	資産	12,255	12,344	89
	負債	10,713	10,678	△ 35
	資本	1,542	1,666	124

※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。*四捨五入により合計等が合わないものがある。

【各数値の増減要因等】

(患者数)

- 入院患者数は減少
〔要因〕 新型コロナウイルス感染症患者の受入病床確保に伴う、一般病床の休床による減
- 外来患者数は減少
〔要因〕 新型コロナウイルス感染症の蔓延に伴う年度当初の受入制限による減

(収支関係)

- 入院収益は増加
〔要因〕 患者数は減少したものの、効率的な病床運営や診療科が揃ったことなどにより手術件数や手術単価が増加し、患者一人あたりの単価が増加した
 - 外来収益は減少
〔要因〕 患者一人あたりの単価は増加したものの、受入制限により患者数が減少した影響大
 - 医業費用は減少
〔要因〕 経費削減の努力や高額機器の減価償却が完了した影響大
- ⇒ 医業収益が増加し、医業費用が大きく減少したことから、医業収支及び経常収支ともに改善し、黒字を計上した。

業務実績報告書兼中項目別評価書

令和2(2020)年度
(第5期事業年度)

自 令和2(2020)年4月1日

至 令和3(2021)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）	30
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	31

【評価基準について】

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。

- 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。

【指標について】

各指標の達成状況の判断目安は以下のとおりとする。

- 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

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					
1 質の高い医療の提供	A	A	A	A	A
2 安全で安心な医療の提供	A	A	A	A	B
3 患者・県民の視点に立った医療の提供	A	A	A	A	A
4 人材の確保と育成	A	A	A	A	B
5 地域連携の推進	A	A	B	A	A
6 地域医療への貢献	A	A	B	A	B
7 災害等への対応	A	A	A	A	A
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項					
1 業務運営体制の確立	A	A	A	A	A
2 経営参画意識の向上	A	A	A	A	A
3 収入の確保及び費用の削減への取組	A	B	B	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	B	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	B	B	A	A	B

(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。
令和元(2019)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。
令和2(2020)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)

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	R2(2020) 年度 目標値	R2(2020) 年度 実績値	R2(2020) 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)	60	53	88%	60	ii
2	腫瘍腫瘍及び胸腫腫下手術延べ件数(件)	580	587	103%		iv
3	外来(日帰り)ボリー内視鏡手術延べ件数(件)	900	738	82%		ii
4	高精度放射線治療延べ件数(件)	780	911	117%	780	v
	SBRT	20	4	20%	20	i
5	外来化学療法延べ件数(件)	7,900	8,794	111%	7,900	v
6	臨床研究件数(件)	228	194	85%	228	ii
7	予一ムSTEPPS受診率(%)	100.0	71.2	71%		i
8	緩和ケア勉強会実施回数	年8回	年9回	113%		v
9	地域の緩和ケア連携カンファレンス開催回数	年1回以上	年4回	33%	月1回以上	i
10	がん患者リハビリテーション単位数(単位)	5,900	6,967	118%	17,040	v

※ 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	R2(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値(目標)
69	75	52	61	53
945	358	530	607	597
995	918	984	958	738
777	1,251	2,190	835	911
4	0	8	16	4
7,897	7,573	8,048	8,308	8,794
182	169	183	200	194
43.6	63.9	83.7	77.3	71.2
年10回	年10回	年8回	年8回	年9回
年9回	年10回	年8回	年8回	年4回
2,285	5,438	5,374	5,688	6,967

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>(1) 高度で専門的な医療の推進(小項目) 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させた集学的治療の充実を図る。</p> <p>イ 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させた集学的治療の充実を図る。また、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 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さ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、肉腫をはじめとする希少がんの診療・研究の要となる希少がんセンターを設立し、県内外の医療機関との診療ネットワークの確立、国際的な連携の強化及び病質に対する新しい情報の発信に取り組み。</p> <p>さらに、がんゲノム医療連携病院として、切除不能・再発がん、希少がん、遺伝性がんに対する診断・治療・予防法の提供など、がんゲノム医療を推進する。</p>	<p>① 令和元(2019)年度には61件に増加した肝臓腫瘍外科の高難度手術は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、年度前半(特に5月～6月)の件数が少なく、目標の60件を下回った。</p> <p>② 希少がんの診療、研究を行うため、4月に希少がんセンターが設立され、活動を開始した。院外からの希少がんに関する問い合わせにもHPで積極的に対応しており、症例を蓄積してきた。</p> <p>③ がんゲノムプロファイルリング検査を実施し、治療等の参加希望がある患者に治療実施施設を受診予約や紹介を行い、患者の希望に沿った治療や情報提供を行った。</p>

中計計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>① 低侵襲な腹腔鏡下手術(胆嚢摘出、膵臓摘出)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>① 先進医療である腹腔鏡下手術(動脈リンパ節腫瘍摘出)をはじめ、腹腔鏡及び胸腔鏡下手術を施行するとともに、手術支援ロボットを導入するなど、低侵襲化を推進する。 また、低侵襲的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。 さらに、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>④ 腹腔鏡手術では婦人科症例が多くなってきている。安全で質の高い最先端医療を提供するため、9月から手術支援ロボットによる手術を開始し、泌尿器科を中心に、消化器外科、婦人科で症例を重ねてきた(年間81例)。 ⑤ 昨年度に引き続き、早期の胃・大腸がんに対する低侵襲な治療を推進すること、ESD(内視鏡的粘膜下層剥離術)を積極的に施行し、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、また、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が、新型コロナウイルス感染症による検査制限、検診受診率の低下などの影響で、目標の800件を下回った。</p>
<p>② JMRT(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>② 短時間で効率的にJMRT(強度変調放射線治療)の施行が可能となるVMAT(強度変調回線放射線治療)及びSBRT(体幹部定位放射線治療)を提供する。 また、近隣他施設に先駆けた新しい技術を提供できる治療機器の導入(更新)について検討を進める。</p>	<p>⑥ IMRTは頭頸部科や婦人科の症例数が安定し、目標を達成した。一方、SBRTは目標の20件を下回った。新型コロナウイルス感染症の影響による検診の受診控えにより、1期肺癌の減少の影響が考えられる。</p>
<p>③ 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>③ 医師、薬剤師、看護師等多職種によるカンファレンスを行い、患者についての情報を共有するとともに、レジメン内容や副作用対策について、がん化学療法学看護認定看護師を中心に医師、薬剤師と相談することで、適切かつ安全な化学療法及び看護を提供する。</p>	<p>⑦ 6月より外来化学療法件数が月700件を超え増加し、前年度との比較では400件以上、上回る結果となった。 ⑧ 医師、看護師、薬剤師等多職種での情報交換や共有を図り、日々安全かつ安心して治療が継続できるような努力を。 ⑨ 外来受診の際、患者と医師とのコミュニケーションツールとしての問診票の活用を継続しており、有害事象の早期対応を図ってきた。</p>
<p>④ 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>④ 患者がよりよい治療を受けられるよう、治験をはじめとした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、特定臨床研究に臨床研究コーディネーターを活用し、研究実施体制を強化する。</p>	<p>⑩ 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の実施に、臨床研究コーディネーターが積極的に取り組んだ。 ⑪ 当センターで実施している治験、臨床研究の一覧を作成し、実施状況を広くホームページ上で公開した。 ⑫ 臨床研究法下で行われる臨床研究について、研究グループや学会から発信される情報を収集し、自分たちで運用しながら、より詳細かつ明確な標準作業手順書に改正した。 ⑬ 臨床研究審査委員会メンバーへの臨床研究に関する研修を実施し、臨床研究審査体制の質を確保した。</p>
<p>(2) チーム医療の推進(小項目)</p>	<p>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とともに、上級研修者を対象に、チームSTEPPS推進リーダーの育成に取り組む。 また、キャンサーボード(症例検討会)を定期的に開催する。さらに、タスクエンジェリング推進ワーキンググループで検討を行い、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。 ※ 医療の質及び患者安全の向上のためのチームワークシテム。</p>	<p>① 新型コロナウイルス感染症の影響により、チームSTEPPS研修の開催は中止となった。本年度で初回の履修を全職員が終える予定であったが、年度末時点で初回の履修は310名、未受講者は125名という状況となった。 ② タスクエンジェリング推進ワーキンググループは開催しなかった。国の医師の働き方改革を進めるためのタスクシフト/シェアの推進に関する検討会の情報収集に努めた。</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
<p>(3)緩和ケアの推進(小項目)</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>	<p>① 緩和ケアセンターの体制強化を図るため、毎週木曜日に多職種で緩和ケアセンター運営カンファレンスを開催した。</p> <p>② 緩和ケアカンファレンスの育成を目的に緩和ケアカンファレンス会を計9回実施した。新型コロナウイルス感染症の影響及び病棟編成によるカンファレンスの異動などでも兼ねての開催は2回、その他は電子媒体を活用しながら各自の行動目標を明確にし、1年間の取り組み後、年度末に評価を行った。</p> <p>③ リンクナースが所属部署で基本研修が提供できるような具体的な内容に取り組みと共に関与的緩和ケアにつなぐ役割強化を図った。</p> <p>④ 例年、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棟と協働で開催しているが、新型コロナウイルス感染症の影響により11月まで実施できなかった。12月からはWeb開催とし、訪問診療医や訪問看護士、ケアマネージャー、当センター医師・看護師・MSWなどが参加し、計4回実施した。1事例を展開しながら情報共有を図り、今後の療養上の課題や対応など情報共有を図った。</p>
<p>(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> <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の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の支援として、術後合併症予防と早期生活復帰を図るための周術期リハビリテーションを充実する。 また、理学療法士・作業療法士以外の職種との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>	<p>① 術後合併症予防のため外来にて術前呼吸器訓練指導を行い、周術期リハビリテーションの充実を図った。 実施患者数…237件/年</p> <p>② 多職種からなるがんリハビリテーションセンターのチーム活動として、入院患者全員に、医師や看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、社会福祉士等によるカンファレンスを定期的に行った。 開催回数…50回/年</p>

<p>・ 該当なし</p>	<p>令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等</p> <p>業務運営への反映状況</p>
---------------	--

<p>法人の 自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「胸腔鏡及び胸腔鏡下手術症べ件数」「高精度放射線治療症べ件数(BMRT)」「外来化学療法症べ件数」及び「がん患者リハビリテーション単位数」などの指標で目標値を上回った一方、新型コロナウイルス感染症の影響により、「高精度手術症べ件数」「外来(日帰り)ホリープ内視鏡手術症べ件数」「チームSTEPSS受診率」及び「地域の緩和ケア連携カンファレンス開催回数」などは目標値を下回った。 ・ 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、令和元(2019)年度61件に増加した肝胆臓外科の高精度手術が、新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えにより、令和2(2020)年度には53件に減少する一方、安全で質の高い最先端医療を提供するため、9月から手術支援ロボットによる手術を開始したこと、低侵襲化の推進が図られた。また、「緩和ケアの推進」では、リンクナーズが所属部署で基本的緩和ケアが提供できるよう具体的な内容に取り組みと共に専門的緩和ケアにつなぐ役割強化を図った。さらに、「がん患者のリハビリテーション提供体制の充実」では、術後合併症予防のため外来にて術前呼吸訓練指導を行い、術後リハビリテーションの充実を図ったなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりにも概ね計画どおりにも実施した。 ・ 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>知事の 評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</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。
-------------------	----------	--------------	--

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	R2(2020)年度目標	R2(2020)年度達成率	R2(2020)年度目標達成率	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	95以上	98	100%	iv
2	医療安全管理研修(全職員対象)受講率(%)	3以上	2	67%	3以上
3	感染管理認定看護師数(人)	年1回	0	0%	i
4	医薬品安全使用研修実施回数	年2回	2	100%	iv

※ 中期計画指標のみ記載

※ 医療安全管理研修(全職員対象)の情報は、R5(2018)年度より実施回数から受講率に改定

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2018)年度実績	H29(2017)年度実績	H30(2018)年度実績	R5(2019)年度実績	R2(2020)年度実績(再掲)
年8回	年9回	年7回	-	-
-	-	-	94.5	98
2	2	1	1	2
年1回	年1回	年1回	年1回	0
年2回	年2回	年2回	年2回	2

中期計画(H28(2018)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(1) 医療安全管理等の推進(小項目)</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、医療安全管理等を推進する。</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として、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じ、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>患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全管理等を推進する。</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として、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、GOOD-JOB報告(インシデント)を未然に防ぐことにつながる良質な気づきや行動等の報告の報告推進、共有により、事故防止を図る。</p> <p>また、安全管理に関する研修等により職員間で医療安全に関する学習を深め、患者と職員との対話によって、患者確認防止や医療内務に対する患者の理解を進め、相互信頼の向上につながる患者参加の安全体制を推進する。</p> <p>なお、安全管理に関する研修については、全職員を対象と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、監視、指導、教育等を実施する。</p>	<p>① リスクマネジャー・医療安全管理委員会により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、運用の整備、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。</p> <p>② GOOD-JOB報告は38件/年報告され、リスクマネジメント部室で共有した。</p> <p>③ リスクマネジャー対象研修を2回/年実施し、役割実践の強化に繋がった。</p> <p>④ 病院全体の医療安全推進目標に対し、各部署が具体的目標を立案し、業務の実践と評価・改善に取り組み込んだ。</p> <p>⑤ 医療事故調査制度に係る全死亡症例チェック体制を整備し7月より開始した。</p> <p>⑥ 医療安全に関する研修については、全職員対象研修や職種ごとにテーマを設定した研修を計17回開催した(全職員対象:12回、職種別等:15回)。全職員対象医療安全管理研修では、「心理的安全性と医療安全文化」をテーマに、Eラーニングの実施と書面配達の参加型とし結果のフィードバックを行い実践に繋げる企画とした。</p> <p>⑦ 新型コロナウイルス感染症の影響により、例年実施している定期的な感染対策研修の開催を行うことができなかった。</p> <p>⑧ 中途採用者研修や新型コロナウイルスに伴うコミュニケーション、研修会を開催するとともに、Webでの全体研修を2回開催し、計11回の研修会を開催した。</p> <p>⑨ 感染対策の研修会を開催することで、当該の実施している感染対策の方法を伝達することができた。また、感染対策の手法を統一する内容の研修会を開催することで、院内の感染対策に繋がることができた。新型コロナウイルス感染者の受け入れを開始したが、院内でのクラスター発生は無く経過できた。</p>

業務実績	年度計画の記載内容	中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容
<p>⑩ 新型コロナウイルス感染症の影響により、チームSTEPPS研修の開催が中止となり、多職種連携ロールプレイは実施できなかったが、2019年度要請者を対象にチャレンジ報告(現場実践報告)提出を実施し、安全文化の推進に繋がっていること、課題点などの真摯な対応を行った。</p> <p>⑪ 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。</p> <p>⑫ 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。また、3月に実施した全職員対象医療安全研修では、5年間の経年結果を周知した。</p>	<p>① 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STEPの導入の効果を高める。</p> <p>※ 医療現場で起こった出来事に関わった多職種の職員が実際に再現し、成功要因や失敗要因について振り返りをする研修方法。</p>	<p>(1) 医療安全対策等の推進(小項目) 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文化の形成を推進する。</p>
<p>① 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放射線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WEBサイトに毎月掲載した。</p> <p>② 医薬品の安全管理のための研修を2回(エドベン講習会、COVID-19予防接種ワクチンについて)開催した。うち1回は新型コロナウイルス感染症の影響により資料スライド閲覧での開催とした。</p> <p>③ 医療機器(輸液・輸注ポンプ)の安全使用のための研修会を開催した。</p> <p>④ ME(ME/電気工学)室において医療機器の中央一括管理を行い、機器のより詳細なデータを収集することで、データの信頼性を高めた。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。</p>	<p>① 患者に対して安全で安心な放射線治療を提供するため、毎月放射線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。防犯管理に基づき、個人被ばく量の測定、自主点検及び教育訓練等、適切な放射線管理を実施する。</p> <p>② さらに、医薬品の安全使用のための研修会を定期的に実施するとともに、医療機器の安全性を維持するため、ME(ME/電気工学)室において医療機器管理システムによる中央一括管理を行い、医療機器の信頼性を高める運用と保守点検を適切に実施する。</p>	<p>(2) 医療機器、医薬品等の安全管理の徹底(小項目) 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員の安全管理を徹底する。</p>
<p>① 業務の遂行に必要な法令上の手続については、発議が生じる都度、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。</p> <p>② 栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づき開示請求等に対し、適切に対応した。(栃木県情報公開条例に基づく開示請求9件、診療情報の開示請求(警察署からの操作事項紹介を含む)58件)</p> <p>③ 個人情報保護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資料スライド閲覧で実施した。</p> <p>④ 退職者の連絡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。</p>	<p>ア 県民に信頼され、県内医療機関の信頼的役割を果たしているよう、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。</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>(3) 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理(小項目) 県民に信頼され、県内医療機関の信頼的役割を果たしているよう、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>令和元(2019)年度業務実績の評価における指標等</p>	<p>業務運営への反映状況</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、研修方法を工夫することで「医療安全管理研修(全職員対象)受診率」「医薬品安全管理研修実施回数」は目標を達成したが、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、「多職種連携ロールプレイ研修実施回数」などは目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療安全管理等の推進」では、多職種による検証ワーキンググループを構成し、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、運用の整備、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。また、「医療機器等の安全管理の徹底」では、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に治療機器の精度管理を実施したほか、医療機器の安全使用のための研修会を開催した。 ・ 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	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。引き続き、医療安全管理等の推進に努められたい。
-----------	---	-------	--

3 患者・市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	R2(2020)		R2(2020)		R2(2020)	R2(2020)	R2(2020)	指標の達成 状況
		年度 目標値	年度 実績値	年度 達成率	年度 目標値				
1	カルテ監査実施回数	年2回	2	100%					Ⅳ
2	専門看護相談件数(件)	980	1,242	127%					Ⅴ
3	セカンドオピニオン件数(件)	230	36	16%	230				Ⅰ
4	院内クリティカルパス適用症例率(%)	52.0	54.2	104%					Ⅳ
5	口腔ケア実施件数(件)	500	544	109%					Ⅳ
6	医療相談件数(件)	3,100	4,256	137%					Ⅴ
7	患者満足度割合(%)	90以上	94	104%	90以上				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

年度	R2(2017)		R2(2018)		R2(2019)		R2(2020)	
	年度 実績値	年度 目標値	年度 実績値	年度 目標値	年度 実績値	年度 目標値	年度 実績値(算出)	年度 目標値
年2回	788	991	1,028	1,045	1,242	2		
	148	194	153	107	36			
	48.8	50.2	53.5	51.7	54.2			
	431	571	551	478	544			
	3,301	3,285	3,011	3,370	4,256			
	82	83	87	88	84			

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容

(1) 患者及びその家族への医療サービスの実現(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。

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。

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。

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。

年度計画の記載内容

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 インフォームド・コンセントの徹底を図るため、カルテ監査により、患者の意思決定を支援するとともに、質の高い看護を提供する。

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の充実を図り、患者の意思決定を支援するとともに、質の高い看護を提供する。

ウ 医師をはじめ看護師、診療放射線技師、臨床検査技師等による検査及び治療等の診療前における説明を充実するとともに、対象患者の拡大を図る。
また、患者が、病理解剖から直接病理診断結果の説明を受けられることにより、病状への理解を深め、納得して治療法を選択できるよう、病理外来の充実を図る。

業務実績

- ① カルテ監査を2回実施し、その結果を診療情報委員会に報告するとともに、監査結果を各医師にフィードバックした。
- ② 面談同席によるがん患者指導料算定のほか、各領域の活動を預し、患者・家族、職員に対する相談や、指導のほか、看護実践を行った。特に、がん患者指導料算定につながる面談の同席では、認定看護師が協力し、治療開始前の不安や迷いを訴える患者・家族に対し、安心して治療に臨めるようにサポートを行った。
- ③ 診療放射線技師による検査前説明については2020年度から使用資料を改訂、外来初診患者を対象として改めて開始した。(実施件数2件)
- ④ 診療放射線技師による検体標本を使用した治療前説明については2018年度から開始継続しており(初年度実績8件)、毎年件数は増加している。(2020年度実績33件)
- ⑤ 臨床検査技師が行う検査説明として、不規則抗体保有患者に対して輸血情報カードを配布する際に、不規則抗体に関する説明を13名の患者に対して実施した。
- ⑥ 病理外来については、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、患者の病状に対する理解を深めることができた。(7件実施)

<p>中期計画 (H28(2016)～R2(2020))の記載内容</p> <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>年度計画の記載内容</p> <p>エ セカンドオピニオン(※)外来については、平日午後の他、土曜日の午前にも診療を行う。</p> <p>また、平日早朝の放射線治療を行うとともに、平日におけるCT、MRI等の画像検査の拡大について検討する。</p> <p>※ 患者が納得のいく治療法を選択することができるよう、治療の進行状況、次の段階の治療選択等について、現在診療を受けている担当医と専ら医療機関の医師に「第2の意見」を求めること。</p>	<p>業務実績</p> <p>㉗ セカンドオピニオン実績36件(うち土曜日6件)</p> <p>新型コロナウイルス感染症の影響で、セカンドオピニオン外来を休止する期間が生じたことから受診者数は目標を下回った。今年度からセカンドオピニオン外来を開始した新たな診療科(泌尿器科、産科など)の受診者数が多かった。</p> <p>㉘ 就業支援を目的に平日早朝の放射線治療の運用を継続した。同目的としたマンモグラフィの運用はその必要性について再検討中であるが、平日夕方(16時以降)の枠は開けてあり検査予約可能となっている。</p> <p>平日早朝放射線治療: 15名 369件</p> <p>㉙ CT、MRI検査の朝夕枠については、継続して検討していくこととした。</p>
<p>オ 現在の手術マナジメントセンターの機能を強化した入院センターを新たに設置し、入院前の患者への検査、入院後、待参集管理の説明等、医療サービスの総合的なマナジメントを実施する。</p>	<p>オ 入院センターにおいて、入院前から退院後を早捉えた情報を取集し、必要な支援の早期介入を図ること、円滑な治療への準備や退院支援など、医療サービスの総合的なマナジメントを実施する。</p>	<p>㉚ 入院センター利用者数は、緊急以外の入院患者数の約90%である。</p> <p>㉛ 予約での対応が定着し、事前の患者情報取集により早期介入と入院前退院スクリーニング・実態把握評価・体案内・呼吸訓練・相違支援等多職種での介入と情報共有により、入院前より退院に向けて早期に必要な支援が提供できた。また、待ち時間や対応時間の短縮にも繋がり、患者サービスの向上につながることができた。</p> <p>㉜ 現在患者バスの改善も進行中であり、更に患者がわかり易く理解、納得できる対応に努め、安全で安心できる医療を提供していきたい。</p> <p>㉝ 新型コロナウイルス感染症予防対策を徹底し感染患者の入院防止に取り組み、予定入院患者の感染は無く成果はあった。</p>
<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)の適用症例単の向上を図る。</p>	<p>カ 治療・検査に関する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)の作成を行い、パリアンス評価の重要性を職員へ周知するとともに、適切なパリアンス評価に基づくクリティカルパスの見直しを行い、適用症例単の向上を図る。</p>	<p>㉞ 泌尿器科、産科などを中心に新規手術バスを作成し、手術バスの日数異直しを行い、左院日数短縮のため可能なものは日数を縮小した。また患者用バスシートを見直し、患者が見やすくわかりやすい両面バスシートへの変更を行った。適用症例単は2月末時点で94.2%と目標を上回った。</p>
<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予防のため、質の高い口腔ケアが実施できるよう、スタッフの技術向上と機材の充実を図る。</p>	<p>㉟ がん治療のすべてのステージにおいて、歯科医師及び歯科衛生士による専門口腔ケアを実施した。手術前の口腔ケアについては、口腔内チェックや仮歯的歯科処置、処置等を行うとともに、口腔ケアと呼吸訓練を組み合わせて行うことにより術後合併症の予防に取り組んだ。</p>
<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実施する。</p>	<p>ク 全病棟に配置した専任薬剤師により、病棟薬剤業務や服薬指導等を実施する。</p>	<p>㊱ 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。</p> <p>㊲ 病棟専任薬剤師を中心として、前年度比40%増となる6,000件を超える服薬指導を実施することができた。</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
<p>がん罹患に対する不安解消を図るため、遺伝的要素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>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來者のうち、自費診療が可能な外來を第1・3土曜日に開設するなど、患者が受診しやすい外來診療体制を作るとともに、予防的手術が保険診療にされた遺伝性乳がん腫瘍がん症例の増加に対応できるように院内の関連部署との連携を深める</p>	<p>① がん予防・遺伝カウンセリング外來については、初診69家系102名、再診265家系377名が受診するとともに、発端者42名、血縁者12名の遺伝子検査を実施した。</p> <p>② 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3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1名、シングルサイト検査を8名に実施し、合計12名に対して自費診療で遺伝子検査を実施した。</p> <p>③ コンパニオン診断として、BRACAnalysis診断システム149名、MSI検査74名の検査を実施した。</p> <p>④ 3月からmyChoice診断システム検査を開始した。匿名化管理を行うため、検査結果の管理はゲノムセンターで行った。</p> <p>⑤ NCCオンコパネル検査、FoundationOne CDx検査が保険承認され、NCCオンコパネル検査は13名の検査を提出した。FoundationOne CDx検査は28名の検査を実施した。毎週水曜日13時に拠点病院である国立がん研究センター中央病院とエネパートパネルを行った。治療に有効な遺伝子異常が見つかり、患者が治療を希望したときは、治療可能な病院の受診予約や受診に必要な資料を準備し、患者が受診できるよう案内した。</p> <p>⑥ がんを発症し、HBOCの診断を受けRRSOを希望する患者がおり、関連診療科合同の検討会であるCancer Prevention Boardを7回開催した。乳腺外科や婦人科、病理検査室、遺伝カウンセリング外來医師、認定遺伝カウンセラー、看護師、検査技師等の多職種が参加した。</p> <p>⑦ 今年度、新型コロナウイルス感染症の影響により土曜日のがん予防・遺伝カウンセリング外來は休診となった。</p>
<p>(2)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>栃木県がん対策推進計画(3期計画)や栃木県がん対策推進条例を踏まえ、ハローワーク等関係機関との連携体制を強化し、がん患者の就業支援などの充実を図る。</p> <p>また、がん相談支援センターが、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、早期雇職の防止や仕事と治療の両立を支援する。</p>	<p>① ハローワーク宇都宮と連携して就業支援相談会を10回、栃木産業振興総合支援センターと連携して実施している両立支援相談会を8回開催した。新型コロナウイルス感染症の影響により、開催を中止した月があったが、再就職や職場復帰につながるケースも徐々に増えてきており相談会が定着化した。就業相談件数については、2019年度よりも増加して406件となった。</p>
<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>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 患者の動線に配慮した会計窓口の再整備等を再検討し、外來診療、検査、会計等の待ち時間の短縮を図る。</p>	<p>① 新型コロナウイルス感染症の影響により、接遇研修が実施できない状況ではあったが、職員の接遇マナーの向上に繋がる接遇マニュアルの作成を進めた。</p> <p>② PCR検査の実施にあたり、患者の動線、会計方法等を関係部署と協議することで、円滑な実施につなげることができた。</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>ウ 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>③ コロナ患者受入れにかかる病室整備にあたり、患者のプライバシーに配慮し、ドアガラスに目隠しシートを貼付した。</p> <p>④ 案内板の設置や表示の変更を行い、患者の利便性の向上を図った。</p>

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容

工 女性フロアの開設等、女性に配慮した病院運営を図る。

才 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。

年度計画の記載内容

工 婦人科、乳癌外科及び形成外科を中心とした女性外来や女性の医療スタッフの充実など、女性に配慮した病院運営を図る。

才 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センター内の掲示やホームページにより周知を図る。

業務実績

- ⑤ 女性外来は診察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アの向きの変更や椅子の設置を行った。また、安全に配慮したうえで、パーテーションの位置を変更した。
- ⑥ 患者向けの案内やパンフレットの整備等、清潔な待合環境が維持できるよう配慮した。
- ⑦ コロナ禍の来院患者への理解促進として、ポスター掲示、環境整備を行った。

- ⑧ 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。
- ⑨ 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体的に評価したときの満足度(いつでも満足している)と「やや満足している」の合計について、入院患者で94%(240名/300名、回答率80.0%)の満足度が得られた。(新型コロナウイルス感染症の影響のため、外来患者についての調査は実施しなかった。)

(4) 県民へのがんに関する情報の提供(小項目)

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。

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クキングダムサービス)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。

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。

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。

ア 市民公開講座及びがんセンター公開Day(メディアカルフェスタ)を開催するとともに、メディアやSNS(ソーシャルネットワークキングダムサービス)を活用し、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する。

また、「とちぎのがん教室」を開催し、がん患者及びその家族に対して障がいの正しい知識の普及を図るとともに、患者同士の交流の機会を確保する。

イ 当センターの医師が県内の小学校、中学校を訪問し、喫煙防止教室やがん予防教育講話を実施する。

また、栃木県教育委員会が取り組む「がん教育」の活動に協力し、がん教育の推進に寄与する。

(5) ボランティア等民間団体との協働(小項目)

ア 単者会等と連携、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。

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。

- ① 新設した事業系センターや外来等の紹介を掲載した広報紙「がんセンターだより」を年4回発行し、宇都宮市内及び関係医療機関等に配布した。
- ② ホームページのトップページ及び「専科診療連携・専科外科」のページをリニューアルすると共に、「頭頸科」、「ロボット支援手術センター」、「がんリモモ外来・骨転移外来」、「希少がんセンター」のページを新設した。
- ③ 当センターの診療情報等について、プレスリリースを8回、県政記者クラブへ提供し、新聞に掲載された。
- ④ 「とちぎのがん教室」は、障がんに関する講演や障がんであるが、新型コロナウイルス感染症の感染防止を考慮し開催を見合わせた。
- ⑤ 当センターの医師が、県内の小学校を訪問し、喫煙防止に関する講演を行った(1回実施)。また、がん予防教育の講話を小学校1校で行った。
- ⑥ コロナウイルス感染症の感染拡大防止に配慮しながら、モデル校における講話や教職員等への研修会での講演、普及啓発のための栃木県がん教育ガイドラインの作成等、がん教育の活動に協力することができた。

- ① 患者サロンについては新型コロナウイルス感染症の影響による休止期間があったが、完全予約制にするなど開催方法を工夫して、場の提供に努めた。
- ② 新型コロナウイルス感染症の影響により、2020年2月よりボランティアの活動を休止している。

令和元(2019)年度業務実績の評価における指標等		業務運営への反映状況
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、引き続き、件数増加に向けた一層の取組を期待したい。	セカンドオピニオン実績36件(うち土曜日6件) 新型コロナウイルス感染症の影響で、セカンドオピニオン外来を休止する期間が生じたことから受診者数は目標を下回った。今年度からセカンドオピニオン外来を開始した新たな診療科(泌尿器科、産婦人科など)の受診者数が多かった。【再掲、(1)一エ】	

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、新型コロナウイルス感染症の影響により休止期間が生じたため、「セカンドオピニオン件数」のみ目標値を下回ったが、他の指標については目標を達成した。 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実現」では、就業支援を目的に平日早朝の放射線治療を継続したほか、院内クリティカルパスについては、泌尿器科、産婦人科などを中心に新規手術パスを作成するとともに、「患者の就業等に関する相談支援体制の充実」では、ハローワーク宇都宮と連携して就職支援相談会を、栃木産業保健総合支援センターと連携して両立支援相談会を開催した。また、「患者及びその家族の利便性・快適性の向上」では、コロナ患者受入れにかかると病室整備にあたり、患者のプライバシーに配慮し、ドアガラスに目隠しシートを貼付した。さらに、「県民へのがんに関する情報の提供」では、当センターの診療情報等についてプレスリリースを行い、新聞掲載がされ、県民への情報発信を実施したなど、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	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 人材の確保と育成(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R2(2020)年度 目標値	R2(2020)年度 実績値	R2(2020)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値	R2(2020)年度 実績値	R2(2020)年度 達成率	指標の達成 状況
1	医師数(人)	62	63	102%				IV
2	認定看護師数(人)	14	14	100%				IV
3	職員満足度割合(%)	90以上	74	82%	90以上			II
4	医療倫理研修実施回数	年1回	0	0%				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	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値(目標)
55	55	56	57	63
14	13	12	13	14
66	77	80	78	74
年2回	年1回	年1回	年1回	0

年度計画の記載内容

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>(1)医療従事者の確保と育成(小項目)</p> <p>ア 医師の確保と資質向上 ・ 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> <p>イ 看護師の確保と資質向上 ・ 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増加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、サポートするとともに、新規採用者集合研修や各クリニカルラ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>	<p>① 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」などを送付し、各関係機関との連携強化に努めた。 ② 当センターが日本内視鏡外科学会技術認定医や日本肝臓病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、育成に努めた。(日本内視鏡外科学会技術認定医6名在籍、日本肝臓病外科学会高度技能専門医2名在籍、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医4名在籍)</p> <p>③ 新型コロナウイルス感染症の影響により、看護師確保事業として実施してきた看護師養成校の訪問や企業主催の就職ガイダンスが中止されるなど、従来の採用活動を展開することができなかつた。2021年度採用者は18名、うち1名が10月に前倒し採用とした。次年度に向けた対応策としてホームページの更新のほか、Webによる病院見学会を開始した。 ④ 感染症対策の観点から前期の実習受け入れを中止した。再開後は実習時間と人数を制限し実習の機会を提供した。 ⑤ 看護師の採用については、随時募集を実施し2名を採用した。 ⑥ 看護師全体の離職率は、2019年度は7.4%(定年退職含む)、2020年度は10.6%で3.2%の増となった。 ⑦ 新型コロナウイルス感染症の影響により、予定の長期研修が中止となり、院内の研修も中止や延期が続いた。集合研修からWeb開催に変更するなど形を変え、研修を開催した。院外研修については、看護師の資質向上を図るため、認定資格の取得・維持のための講習会、学会等の内容を吟味し参加を支援した。(感染看護認定看護師取得1名)</p>

<p>中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容</p> <p>ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と質向上 ・大卒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増加に対応した薬剤師、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>	<p>年度計画の記載内容</p> <p>ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と質向上 ・見学会の実施や随時募集により、医療環境や業務量の増加に対応した柔軟な薬剤師、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。</p>	<p>業務実績</p> <p>⑧ 11月に薬剤師1名を採用、病棟専任薬剤師として配置した。 ⑨ 新型コロナウイルス感染症の影響により、病院薬剤師見学会は無しであった。 ⑩ 放射線技術科では、昨年同様放射線治療専門技師(県がん診療拠点病院指定要件)の取得を目的とする教育プログラムを実施した。(Web開催) ⑪ 2020年度、放射線技師の採用は無し。 ⑫ 4月に臨床検査技師3名、5月に1名、計4名の採用があった。 ⑬ がんゲノム医療コーディネーター研修をWebにより2名が受講した。 ⑭ 4月に管理栄養士1名の採用があった。 ⑮ 各種認定試験は、新型コロナウイルス感染症の影響により、ほとんどが中止となった。</p>
<p>工 事務職員の確保と質向上 ・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、専務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。</p>	<p>工 事務職員の確保と質向上 ・医療制度や病院経営に關する、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、専務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。</p>	<p>⑩ 4月に在宅で勤務する画像診断医師1名を採用した。</p>
<p>オ 多様な勤務形態の導入 ・働いた人材を確保するため、短時間勤務制度を導入していくとともに、在宅勤務等の多様な勤務形態の導入に努める。</p>	<p>オ 多様な勤務形態の導入 ・働いた人材を確保するため、短時間勤務制度を導入していくとともに、在宅勤務等の多様な勤務形態の導入に努める。</p>	<p>① 新型コロナウイルス感染症の影響により、全メンバーを招集した研修センター運営会議は未開催であったが、検附専案に対してはメールを活用し意見交換を行った。また、週1回、センター長とゼネラルマネージャー間で打ち合わせを開催して業務を遂行した。 ② 研修センターの位置付けや事業内容を明確にするため、研修センター業務マニュアルを作成した。 ③ 集約研修は未開催。 ④ Web開催の研修を取り入れ、がん専門病院に必要となる人材育成に向けた研修会の企画、運営に取り組んだ。</p>
<p>(2) 研修体制の強化(小項目) 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>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を一元的に管理し、がん専門病院に必要となる人材育成に向けた研修会の企画、運営に計画的に取り組む。</p>	<p>① 新型コロナウイルス感染症の影響により、全メンバーを招集した研修センター運営会議は未開催であったが、検附専案に対してはメールを活用し意見交換を行った。また、週1回、センター長とゼネラルマネージャー間で打ち合わせを開催して業務を遂行した。 ② 研修センターの位置付けや事業内容を明確にするため、研修センター業務マニュアルを作成した。 ③ 集約研修は未開催。 ④ Web開催の研修を取り入れ、がん専門病院に必要となる人材育成に向けた研修会の企画、運営に取り組んだ。</p>

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容

① 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。

年度計画の記載内容

① 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を開催する。
また、後述研修及びハラスメント研修を開催し、全職員の受講を目標とする。
さらに、全職員共通のテーマ別研修の充実を図り、専門的知識を有する人材育成の支援を行う。

業務実績

- ⑤ 新規採用職員を対象とする基本研修は、時短開催として1.5日で開催した。
- ⑥ 新型コロナウイルス感染症の影響により、全職員を対象とする後述研修及びハラスメント防止研修は未開催
- ⑦ 中途採用者研修会は3回開催し、非常勤職員にも参加を義務付けした。
- ⑧ グランドカンファレンスでは、院外講師による特別公演を1回開催した。また、新たに講演内容をDVDに収録し、希望者に貸し出し取り組みを開始した。
- ⑨ 新型コロナウイルス感染症の影響により、院外医療従事者研修会は未開催。

(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評価制度を検討するとともに、医師、その他医療職等の試行結果を分析し、2021年度の本格実施に向け最終調整を行う。

- ① 人事評価シートや評価書の設定について、詳細を作成することができた。
- ② 新たな人事評価制度が職員に定着するには時間を要することから、当面の間、試行評価を継続していくこととした。

(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に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踏まえ、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。

- ① 職員満足度調査の結果、多くの項目で前回の満足度を下回る結果となった。指標として「仕事のやりがい」については前回の78%を下回り74%の4P減の結果となった。他、「勤務意欲」で8P、「学習や成長」で8P 満足度を下げた。
- ② ハラスメント防止研修については、新型コロナウイルス感染症の影響により開催を中止した。
- ③ 新型コロナウイルス感染症の影響による小学校、幼稚園等における臨時休校、休園に伴い、通常、長期休校時に行っている院内保育所における学童保育、一時保育を実施した。また、新型コロナウイルス感染症対策として、空気清浄機、アルコール消毒液ベンチン等々の設置を行った。

(5) 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。

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。

- ① 新型コロナウイルス感染症の影響により、講演形式の研修会および毎年実施している医師の倫理意見交換会が未開催であったが、部署単位の臨床倫理検討会などを開催し、意見交換や相談対応などの取り組みを通して、職員への教育機会とした。

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。

イ 病院臨床倫理委員会を定期開催するとともに、病院臨床倫理委員、医療倫理アドバイザー、リンクスタッフ、現場スタッフ及び事業の関係者によるケースカンファレンスを開催する。
また、医療倫理アドバイザー養成研修の受講を継続的に支援し、院内コンサルテーションに対応できる人材育成に取り組む。

- ② 新型コロナウイルス感染症の影響により、外部委員(委員若ならずびに生査倫理専門家)の招集が行えず、委員会は年間を通して未開催だったが、現場で生じている倫理的問題について多職種カンファレンスを開催した。
- ③ 医師からの臨床倫理的懸念の相談に上級倫理アドバイザーが対応した。
- ④ 次年度は外部委員にZOOMで参加してもらい事例検討会ができるよう計画。
- ⑤ 倫理担当者で当センターの取り組みを学んで養育(オンライン学会)、日本臨床倫理学会主催の討論会にもパネリストとして2度参加するなど、担当者のコンサルテーションスキル維持・向上に努めた。

令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等

- ・ 職員満足度の向上について、一層の取組を期待したい。

業務運営への反映状況

- ・ 職員満足度調査の結果、多くの項目で前回の満足度を下回る結果となった。指標としている「仕事のやりがい」については前回の78%を下回り74%の4P層の結果となった。他、「勤務意欲」で5P、「学習や成長」で8P 満足度を下げた。【再掲、(4)】
- ・ 経営会議及び経営戦略会議を開催し、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。【再掲、2-1】
- ・ 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。【再掲、2-1】
- ・ 「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収益改善に資する取組につながった。(業務改善提案件数2件、うち1件採用)【再掲、2-2】

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、「医師数」及び「認定看護師数」が目標を達成したが、「職員満足度割合」及び新型コロナウイルス感染症の影響により未開催であったため「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、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、育成に努めたほか、在宅で勤務する画像診断医師1名を採用した。また、「研修体制の強化」では、Web開催の研修を取り入れ、がん専門病院に必要となる人材育成に向けた研修会の企画、運営に取り組んだ。 ・ 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	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。引き続き、職員の資質向上に努めるとともに、職員満足度について、より一層の取組を期待したい。
-------	---	-------	--

5 地域連携の推進(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R2(2020)年度実績	R2(2020)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)	313	81%	253	II
2	医薬連携研修実施回数	年2回	100%	2	IV
3	受託検査件数(件)	45	351%	158	V
4	退院調整件数(件)	540	216%	1,164	V
5	紹介率(%)	95.0	102%	96.6	IV
6	逆紹介率(%)	40.0	113%	45.3	V

※ 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

H2(2016)年度実績	H2(2017)年度実績	H3(2018)年度実績	R2(2019)年度実績	R2(2020)年度実績(目標)
39	201	322	306	253
年1回	年2回	年1回	年1回	2
43	42	44	123	158
805	791	593	1,199	1,164
93.5	94.0	94.6	95.7	96.6
38.0	42.8	45.3	44.2	45.3

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容

(1) 地域の医療機関との連携強化(小項目)

患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けられることができれば、以下のとおり、病診・病病連携を強化する。

A 地域の医療機関との連携強化を推進し、あらゆる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。

患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けられることができれば、以下のとおり、病診・病病連携を強化する。

A 他の医療機関では治療が困難な症例について、当センターで対応可能な患者は原則として全例を受け入れるとともに、治療後の診療に関する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。

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施し、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。

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を活用して、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。

業務実績

- ① がんセンターの使命として、がん患者の受け入れを断らない姿勢で地域医療への貢献を図ってきたが、新型コロナウイルス感染症患者受け入れが開始されてからは、受け入れられる患者を限定することが院内で決定し、院内医療機関に、その旨の案内文書を送付した。
- ② 決められた範囲の中ではあるが、継続して当日受診や緊急対応の受け入れを調整した。
- ③ 転医または転院の希望がある場合には、栃木県内外を問わず調整を実施し、切れ目のない医療を受けられるよう配慮した。
- ④ 渉外業務専門員と医師との地域医療機関への訪問については、新型コロナウイルス感染症流行下での訪問の手順書を作成のうえ、院内規程を遵守し、大腸骨髄外科、食道胃外科、泌尿器科で7月～12月まで31カ所を訪問した。
- ⑤ 1月に栃木県に緊急事態宣言が発令されたことや、当院での新型コロナウイルス感染症患者の受け入れが開始となったことを受け、1月からは渉外業務が無期限中止となった。
- ⑥ 与えるネットワーク(地域医療連携ネットワーク)の活用では、新型コロナウイルス感染症流行に伴い、とちまるネットワークにかかる緊急IDの発行対応についての通知が栃木県医師会からあり、発行のための調整を実施し、院内勉強会も開催した。

業務実績	年度計画の記載内容	中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容
<p>⑦ 地域歯科診療所において治療が困難な口腔がんや口腔外科処置が必要な患者を当センターで受け入れた。</p> <p>⑧ 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、地域歯科診療所に逆紹介し、医科歯科連携を推進した。</p>	<p>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>	<p>(1) 地域の医療機関との連携強化(小項目)</p> <p>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>⑨ 栃木県がん診療連携協議会(この研修会は、連携充実加算の施設基準である研修会を兼ねている)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2回開催した。</p> <p>⑩ 当センターと門前保険薬局との連絡会については、新型コロナウイルス感染症の影響により開催されなかった。</p>	<p>当センターと門前保険薬局との連絡会を開催し、地域医療連携ネットワークシステムを利用した患者情報の共有について協議、検討を行う。</p> <p>また、医薬連携を推進するため、保険薬局薬剤師、病院薬剤師等を対象に研修会を実施する。</p>	<p>工 外来化学療法及び在宅緩和医療の推進を図るために、がん疾患に特有用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>⑪ 新型コロナウイルス感染症の影響により、情報交換会の開催や訪問の機会がほとんどなかったことから、新たに受託検査の案内を作成し、8月下旬のがんセンターとより発送時に同封し、医療機関への案内を行った。また、宇都宮市医師会との合同勉強会開催案内にも受託検査の案内同封を行った。</p> <p>⑫ がん診療のための造影MRI受託検査の案内を作成し、11月下旬のがんセンターとより発送時に同封し、医療機関への案内を行った。</p> <p>⑬ 年間件数としては158件と前年度比1.28%の増加となった。</p>	<p>受託検査について、情報交換会開催時や地域医療機関訪問時等の機会を利用し医療機関へ案内する。</p>	<p>才 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>① 新型コロナウイルス感染症の影響による面会禁止の状況で、在宅緩和ケアの選択をされる患者・家族が増えた。その中で、感染対策を講じたうえで面談やカンファレンスを実施し、受け入れられる家族や地域関係者が健康生活をイメージできるような丁寧な対応を心掛けた。</p> <p>② 在宅療養中の患者については、状況に応じて在宅支援・調整を実施した。</p> <p>③ 緊急受診の受け入れも、感染対策を考慮しながら迅速に対応した。</p> <p>④ 保険薬局との連携では、Webでの研修会を開催した。</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士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行う。また、薬剤師のカンファレンス参加、保険薬局との連携強化にも取り組む。医療連携の充実を図る。</p> <p>さらに、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、緊急時の受け入れについても迅速に対応する。</p>	<p>(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> <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士等、地域の医療関係者と退院前カンファレンスを積極的に行うなど、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け入れ等、状況変化に合わせた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>

中期計画(H26(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(3)在宅緩和ケアの推進(小項目)</p> <p>がんに become 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 become 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 様々なツールを活用し、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>① 例年、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共同で開催していたが、今年度は新型コロナウイルス感染症の影響のため11月まで開催はなかった。12月からは、Web開催により訪問診療医や訪問看護師、当センター医師・看護師・MSWなどが参加し計4回実施し、地域連携と緩和ケアの質の向上を図った。</p> <p>② 次年度も済生会宇都宮病院と連携しながらWeb開催を中心に計画立案予定である。</p> <p>③ 現在の体制を活用しながら、他施設などからの受入れ39件、緩和ケア病棟からの自宅退院18件は昨年度より増加した。地域連携センターと連携を図りながら緩和ケア患者の受入れと看取りを含めた在宅緩和ケアの推進を図った。</p> <p>④ 新型コロナウイルス感染症の影響により、2月から他施設からの受入れを中止した。</p>

令和元(2019)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
<p>・ 該当なし。</p>	

法人の自己評価	評価理由	指標の達成状況については、「院外への口腔ケア依頼件数」のみ目標値を下回ったが、他の指標については目標を達成した。
<p>A</p>	<p>・ 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、当センターでの新型コロナウイルス感染症患者受け入れが開始されてからは、受け入れる患者を限定することとなったが、継続して当日受診や緊急対応の受け入れを調整したほか、転医または転院の希望がある場合には、栃木県内外を問わず調剤を実施し、切れ目のない医療を受けられるよう配慮した。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、新型コロナウイルス感染症の影響による面会禁止の状況で、在宅緩和ケアの選択をされる患者・家族が増えたが、感染対策を踏まえて面談やカンファレンスを実施し、受け入れる家族や地域関係者が療養生活をイメージできるよう、丁寧な対応を心掛けたなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</p> <p>・ 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>	

知事の自己評価	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。
<p>A</p>		

6 地域医療への貢献(中項目)

◆ 年度計画指標

No	指標名	R2(2020)		R2(2020)		R2(2020)		指標の達成状況
		年度実績	目標値	年度実績	目標値	年度実績	目標値	
1	地域の医療従事者向け研修実施回数	6	6	43%	43%	43%	43%	1
2	都市医師会向け出張講座実施回数	1	1	9%	9%	9%	9%	1

(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	H29(2017)年度実績	H30(2018)年度実績	R1(2019)年度実績		R2(2020)年度実績	
			目標値	実績値	目標値	実績値
年20回	年22回	年14回	年18回	年18回	年18回	年18回
年14回	年13回	年11回	年10回	年10回	年10回	年10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	実績実績
<p>(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> <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講習受入れ等、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地域を連携し、情報の共有化や診療の質の向上に寄与する。</p> <p>イ 都市医師会向け出張講座、医療従事者の講習受入れ等、地域医療機関向けの研修会を実施し、地域の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、放射線治療施設を訪問して輸量測定などの技術指導を行う。</p>	<p>① 栃木県がん診療連携協議会にかかる県会や都議会、研修会などの開催が年度後半にずれ込むと共に、予定していた開催を中止したり内容を変更したりするなどの対応を行った。新型コロナウイルス感染症の影響により、研修は全てWeb開催に変更して実施した。</p> <p>② 研修センター担当分のグラウンドカンファレンス(公開カンファレンス)、海外医療従事者研修(連携施設)は、新型コロナウイルス感染症の影響により開催を見送った。</p> <p>③ 都市医師会向け出張講座は新しい試みとしてWeb(サテライト会場あり)を活用し、宇都宮市医師会との講座を1回開催した。</p> <p>④ 新型コロナウイルス感染症の影響により、技術指導および研修会の開催はメールやWebを用いて実施した。概ね計画どおり実施した。</p>
<p>(2) がん対策事業への貢献(小項目)</p> <p>がん予防啓発の積極的整理、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。</p>	<p>がん啓発等の積極的整理、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。</p> <p>また、県と連携し、「がん啓発からがん対策への期待」をテーマに開催する日本がん登録協議会学術集巻に協力する。</p>	<p>① 県と連携し、「がん啓発からがん対策への期待」をテーマにした日本がん登録協議会学術集巻をWeb開催し、栃木県だけでなく全国へ向けて「データに基づくがん対策」を発信した。</p> <p>② 栃木県のがん登録協議会として「全国がん登録の届出」についてWebで実施した。さらに、がん診療連携拠点病院を中心に「院内がん登録の研修会」もWebで実施した。</p>

令和元(2019)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、新型コロナウイルス感染症の影響により、「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」とも目標を下回った。 ・ 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、栃木県がん診療連携推進委員会にかかる研修を全てWeb開催に変更して実施したほか、都市医師会向け出張講座は新しい試みとしてWeb(サテライト会場あり)を活用して実施するなど、新型コロナウイルス感染症の影響のなか、実施方法を工夫した。また、「がん対策事業への貢献」では、「がん登録からがん対策への期待」をテーマに日本がん登録協賛会学術基金をWeb開催し、全国へ向け「データに基づくがん対策」を発信した。 ・ 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	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ため、「B」評価とした。引き続き、実施方法の工夫による研修等の開催に期待したい。
-----------	---	-----------	--

7 災害等への対応(中項目)

<p>中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容</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 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への支援等、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。 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>年度計画の記載内容</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への支援等、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。 また、災害発生時に適切な対応ができるよう、職員に災害時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。 さらに、2019年度に策定に至らなかったBCP(事業継続計画)について、早急に策定する。</p>	<p>業務実績</p> <p>① 当センターの防災対応、防火対応、防火設備の役割等について新機操用職員研修を行い、防災に対する意識を高めた。 ② 医療機関として火災等発生時の患者の人命救助を確保を行うため、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。 ③ 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。 ④ BCP(事業継続計画)については、最終策定までに至らなかった。</p>
---	---	---

<p>令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等</p>	<p>業務運営への反映状況</p>
----------------------------------	-------------------

<p>法人の 自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>
	A	<p>・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>



<p>知事 の評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p>
	A	<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)

<p>中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容 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、経営戦略部門を設け、医療環境の変化に対応した戦略的かつ迅速な業務運営を行う。 また、各部署の幅原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、全職・専任等を見直し、効率的な体制を構築する。</p>	<p>年度計画の記載内容 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、医療環境の変化に対応した戦略的かつ迅速な業務運営を行う。 また、業務プロセスや想定されるリスクを可視化した業務フローを活用し、各部署の幅原や責任の所在を明確化し、効率的な組織運営体制を構築する。</p>	<p>業務実績 ① 経営会議及び経営戦略会議を開催し、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。 ② 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。 ③ 監査室において内部監査を実施し、業務フローの点検、見直しを実施した。</p>
---	---	---

<p>令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等</p>	<p>業務運営への反映状況</p>
----------------------------------	-------------------

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>	<p>・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、監査室において内部監査を実施し、業務フローの点検、見直しを実施したなど、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。</p>
----------------	----------	-------------	---



<p>知事の評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p>	<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>
--------------	----------	--------------	--

2 経営参画意識の向上(中項目)

<p>中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容 職員全員が組織における価値観や中長期的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参画するよう、経営戦略会議等において積極的に参画するよう、経営に関する情報を分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。</p>	<p>年度計画の記載内容 職員全員が組織における価値観や中長期的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参画するよう、経営戦略会議等において積極的に参画するよう、経営に関する情報を分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。</p>	<p>業務実績 ① 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の取支状況(予算、実績、診療料)の息否数・収益、取支改善の状況等)、決定事項等を周知し、経営に関する情報の共有と一体感の醸成に努めた。 ② 「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、医療サービス向上や収益改善に資する取組につなげた。(業務改善提案件数2件、うち1件採用) ③ 医療バランス・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実践した。</p>
--	--	--

<p>令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等</p>	<p>業務運営への反映状況</p>
----------------------------------	-------------------

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>	<p>・ 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資する取組につなげたなど、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。</p>
----------------	----------	-------------	--



<p>知事の評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p>	<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>
--------------	----------	--------------	---

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	R2(2020)年度実績	R2(2020)年度目標	R2(2020)年度達成率	R2(2020)年度目標達成率	指標の達成状況
1	病床利用率(%)	85.9	85.9	85%	85%	II
2	新入院患者数(人)	4,809	4,875	101%	101%	IV
3	新外来患者数(人)	7,145	5,889	82%	82%	II
4	1日当たり入院患者数(人)	179.0	150.0	84%	84%	II
5	1日当たり外来患者数(人)	507.0	488.3	92%	92%	III
6	診療材料費対医療収益比率(%)	8.1	8.9	80%	80%	III
7	ジェネリック医薬品採用比率(%)	83.0	83.8	101%	101%	IV
8	薬剤料対医療収益比率(%)	11.3	12.4	90%	90%	III
9	設備費対医療収益比率(%)	7.8	8.7	88%	88%	II

※ 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

H26(2017)年度実績	H30(2018)年度実績	R1(2019)年度実績	R2(2020)年度実績
88.8	80.9	57.0	56.7
4,412	4,093	3,884	4,278
6,261	6,773	6,958	6,814
182.2	185.9	154.8	153.4
481.0	471.2	488.7	484.2
8.0	7.6	8.1	7.9
78.4	82.4	79.8	82.7
12.4	12.7	12.9	12.8
17.2	17.2	13.5	12.5
			8.7

中期計画(H26(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(1)収入の確保への取組(小項目)</p> <p>収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>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・病棟連携の強化に努むる。</p> <p>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。</p>	<p>収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 情報交換会や郡市医師会向け出張講座を開催し、医師間の交流を図るとともに、海外業務専門員と診療科医師が地域医療機関へ積極的に訪問することで連携医療機関との病診・病棟連携を強化し、紹介患者数の増加を目指す。 なお、情報交換会や出張講座には、当センター医師の参加を促し、当センターの医師並びに専門的な医療をPRする機会とする。</p> <p>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。</p>	<p>① 新型コロナウイルス感染症の影響により、医療連携情報交換会の開催は見送った。郡市医師会向け出張講座の開催については、新しい試みとしてWeb(オンライン)会場ありを活用し、宇都宮市医師会との開催を1回開催した。</p> <p>② 海外業務専門員と医師との地域医療機関への訪問については、新型コロナウイルス感染症流行下の訪問の手順書を作成のうえ、院内規程を遵守し、大腸外科、食道胃外科、泌尿器科で7月～12月まで計31カ所を訪問した。</p> <p>③ 1月に栃木県に緊急事態宣言が発令されたことや、当院での新型コロナウイルス感染症の受け入れが開始となったことを受け、1月からは海外業務が無期限中止となった。</p> <p>④ ホームページのトップページ及び「保健部医務・整形外科」のページをリニューアルすると共に、「頭頸科」、「ロボット支援手術センター」、「がん科モモ外来・骨転移外来」、「希少がんセンター」のページを新設した。</p> <p>⑤ 新設した事業センターや外来等の紹介を掲載した広報紙「がんセンターだより」を年4回発行し、宇都宮市内及び関係医療機関等に配布した。</p> <p>⑥ 当センターの診療情報等について、プレスリリースを8回、県政記者クラブへ提供し、新聞に掲載された。</p> <p>⑦ 新型コロナウイルス感染症の影響により、地域のイベントでのPR活動、「がんセンター」出前講座については実施ができなかった。</p>

<p>中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容</p> <p>ウ 効果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>年度計画の記載内容</p> <p>ウ 効果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>また、化学療法が必要な外来患者のうち、初回や遠方の患者については、入院での診療も選択できるよう柔軟に対応する。</p>	<p>業務実績</p> <p>⑤ 病床利用率については、新型コロナウイルス感染症による診療制限などにより、計画を下回った。</p> <p>⑥ 新型コロナウイルス感染症拡大防止に努め、患者の状況に応じ、入院もしくは外来での診療を継続した。</p> <p>⑦ 薬物療法が予定されている患者の生活環境等により、入院による治療に対応できるようにすることができた。</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>エ 診療情報管理士等、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。</p> <p>また、診療報酬改定に際する情報を早めに入手するとともに、改定に対応した施設基準の届出ができるよう、体制の整備に努める。</p> <p>さらに、ベンチマークシステム等を活用し、加算の算定率の向上を図る。</p>	<p>⑧ ベンチマークシステムを活用し、特別食加算の算定率向上を図るため、関係部署との調整のうえ運用の見直しを行った。</p> <p>⑨ 入院食計担当職員を2名採用した。メニューを指名して育成に努めた。</p> <p>⑩ 手術支援ロボットの導入に際して関係部署と連携して、施設基準の届出を滞りなく行い、診療報酬の請求においても滞りなく担当部署間で十分な対応を事前にとることができた。</p>
<p>(2)費用の削減への取組(小項目)</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、入れ方法の検討、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>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 適正な在庫管理により過剰在庫を抑制し、関係する部署との連携やベンチマークシステムの活用、他病院との情報交換を通じて、医薬品や診療材料の適正価格での購入を図る。</p>	<p>⑪ 未収金発生への恐れのある患者に対する相談等と連携して実施し、早期から積極的に介入するよう努めた。</p> <p>⑫ 未収金回収業務を委託している弁護士法人と協議し、回収が困難と判断される債権について整理した(3人分 1,241,430円)。</p> <p>⑬ 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を職員に周知し、コスト意識の徹底に努めた。</p> <p>⑭ 医薬品の価格交渉において、ベンチマークシステムを活用した交渉を行い、加算平均値引率で昨年度を上回ることでできた(2019年度 13.8%、2020年度 14.5%)。</p> <p>⑮ 手術支援ロボットによる手術で使用する材料をベンチマークシステムを参考に価格交渉し、29品目中25品目がSA判定と全国のベンチマーク導入施設より下回る価格で輸入することが出来た。</p>

<p>中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容 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>エ 経営分析システムを活用し、収支の年度別推移を分析し、診療料及び部門ごとに適切なコスト管理等を行う。</p>	<p>年度計画の記載内容 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> <p>エ 経営分析システムを活用し、収支の年度別推移を分析し、診療料及び部門ごとに適切なコスト管理等を行う。</p>	<p>業務実績</p> <p>④ リノン総合業務における院外洗濯物品の一部単価を見直し、半年で約80万円の単価削減となった。</p> <p>⑤ 給食業務委託の内装の見直しにより、12月から調理師1名、1月から栄養士1名減とし、年間210万円の委託料削減となった。また、2021年度からの3年間の契約切り替えに際し、仕様の見直しを行い、前年度比額より5,540万円の削減となった。</p> <p>⑥ 経営分析システムにより診療科別に収支の年度別推移をまとめ、診療科長ヒアリング時の資料として提示し、適切なコスト管理を呼びかけた。</p>
<p>令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等 ・ 病床利用率の向上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。</p>	<p>業務運営への反映状況</p> <p>・ 院外業務専門員と医師との地域医療連携圏への訪問については、新型コロナウイルス感染症流行下での訪問の手厚さを確保するため、院内規程を遵守し、大腸胃腸外科、泌尿器科で7月～12月まで計31カ所を訪問した。【再掲、(1)～ア】</p> <p>・ 新設した栄養センターや外来等の紹介を掲載した広報誌「がんセンターだより」を年4回発行し、宇都宮市内及び関係医療機関等に配布した。【再掲、(1)～イ】</p> <p>・ 当センターの診療情報等について、プレスリリースを8回、県政記者クラブへ提供し、新聞に掲載された。【再掲、(1)～イ】</p> <p>・ 病床利用率については、新型コロナウイルス感染症による診療制限などの影響により、計画を下回った。【再掲、(1)～ウ】</p> <p>・ ベンチマークシステムを活用し、特別追加東の算定率向上を図るため、関係部署との調整のうえ運用の見直しを行った。【再掲、(1)～エ】</p> <p>・ 未収金発生恐れのある患者に対する相談等を関係部署と連携して実施し、早期から積極的に介入するよう努めた。【再掲、(1)～オ】</p> <p>・ 医薬品の価格交渉において、ベンチマークシステムを活用した交渉を行い、加重平均値引率で昨年度を上回ることができた(2018年度 13.8%、2020年度 14.6%)。【再掲、(2)～イ】</p> <p>・ 手術支援ロボットによる手術で使用する材料をベンチマークシステムを参考に価格交渉し、29品目中25品目がSA判定と全国のベンチマーク導入施設より下回る価格で納入することが出来た。【再掲、(2)～イ】</p> <p>・ リノン総合業務における院外洗濯物品の一部単価を見直し、半年で約80万円の単価削減となった。【再掲、(2)～ウ】</p> <p>・ 給食業務委託の内装の見直しにより、12月から調理師1名、1月から栄養士1名減とし、年間210万円の委託料削減となった。また、2021年度からの3年間の契約切り替えに際し、仕様の見直しを行い、前年度比額より5,540万円の削減となった。【再掲、(2)～ウ】</p>	<p>業務実績</p> <p>④ リノン総合業務における院外洗濯物品の一部単価を見直し、半年で約80万円の単価削減となった。</p> <p>⑤ 給食業務委託の内装の見直しにより、12月から調理師1名、1月から栄養士1名減とし、年間210万円の委託料削減となった。また、2021年度からの3年間の契約切り替えに際し、仕様の見直しを行い、前年度比額より5,540万円の削減となった。</p> <p>⑥ 経営分析システムにより診療科別に収支の年度別推移をまとめ、診療科長ヒアリング時の資料として提示し、適切なコスト管理を呼びかけた。</p>

<p>・指標の達成状況に関しては、「新入院患者数」「ジェネリック医薬品採用比率」が目標値を上回ったが、「病床利用率」、「診療材料費対医療収益比率」など、多くの指標が目標値を下回った。</p>		<p>・ 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、新型コロナウイルス感染症の影響により、渉外業務が中止となり、また診療制限などの影響により、病床利用率は計画を下回ったが、化学療法においては、新型コロナウイルス感染症拡大防止に努めながら、患者の状況に応じ、入院もしくは外来での治療継続を図ることで、患者の利便性を図った。また、「費用の削減」では、医薬品及び手術支援ロボットによる手術で使用する材料の価格交渉において、ベンチマークを活用することにより値引率の向上を達成したほか、委託料については、給食業務委託の内容を見直し、入札を行った結果、前 回契約(契約期間3年間)より5,540万円のコスト削減となった。</p>	<p>・ 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>
<p>法人の 自己評価</p>	<p>B</p>	<p>評価 理由</p>	



<p>知事の 評価</p>	<p>B</p>	<p>評価 理由等</p>	<p>・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。引き続き、病床利用率の向上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 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	R2(2020)年度 目標値	R2(2020)年度 実績値	R2(2020)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	101.2	101%	100以上	iv
2	医療収支比率(%)	85以上	83.9	99%	85以上	iii

※ 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	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値(内規)
101.1	98.9	98.0	97.0	101.2
79.1	77.8	79.4	80.5	83.9

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>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。</p>	<p>月次で収支状況を管理し、経常収支の黒字化を目指す。</p>	<p>① 経常収支は113,043,025円を計上し、経常収支比率は101.2%となった。 ② 経営会議及び経営戦略会議を開催し、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す。 ③ 診療科及び専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・費用の推移、経営分析システムによる収支の年度別推移などをもとに、課題と今後の方針、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。</p>	

令和元(2019)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
<p>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>	<p>・ 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す。【再掲】 ・ 診療科及び専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・費用の推移、経営分析システムによる収支分析結果などをもとに、課題と今後の方針、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】</p>	

法人の自己評価	評価理由	評価
A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「経常収支比率」が目標値を上回ったが、「医療収支比率」は目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、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、課題と今後の方針、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す、計画を上回った。 以上を総合的に勘案した結果、当該項目に関しては、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

知率の評価	評価理由等	評価
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。 	A

第8 その他業務運営に関する重要事項(大項目)

<p>中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容 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。 また、医療機器については、県民の医療ニーズ、医療技術の進歩に対応するため、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>年度計画の記載内容 算定した将来機器を基に、具体的整備に向けた今後の取組について、果とともに検討していく。 また、医療機器について、計画的に更新・整備する。</p>	<p>業務実績 ① 新型コロナウイルス感染症の影響により、病院の将来のあり方について、具体的整備に向けた今後の取組についての検討が実施できなかった。 ② 医療機器については、頭部を撮影するレントゲン装置(ノント玉撮影装置)、体電計に手術室1～7に電源を供給する機器「医療用CVCF装置」、血糖コントロールの指標として、ヘモグロビンA1cを測定する装置などを企業様により計画的に更新・整備した。(32品目、計145,843,135円)</p>
---	---	--

<p>・該当なし</p>	<p>令和元(2019)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</p>
--------------	--

<p>法人の自己評価</p>	<p>B</p>	<p>評価理由</p>	<p>・医療機器については、計画的に更新・整備したものの、施設整備のあり方については、新型コロナウイルス感染症の影響により、病院の将来のあり方について、具体的整備に向けた今後の取組についての検討が実施できなかったため、「B」評価とした。</p>
----------------	----------	-------------	--



<p>知事の評価</p>	<p>B</p>	<p>評価理由等</p>	<p>・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。引き続き、今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方の具体的な検討を進められたい。</p>
--------------	----------	--------------	---

令和 2（2020）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令和 2（2020）年度の業務実績について、以下のとおり評価を行った。

1 全体評価（案）

(1) 評価結果

令和 2（2020）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。

(2) 判断理由等

- 12 の中項目のうち、概ね計画どおり実施している項目は、「質の高い医療の提供」等 7 項目であったほか、経常収支が 4 年ぶりに黒字に転じた。
- 一方で、「安全で安心な医療の提供」、「人材の確保と育成」、「地域医療への貢献」、「収入の確保及び費用の削減への取組」が、計画をやや下回った。
- 引き続き、経営環境の変化に柔軟に対応しながら、サービスや業務の質の向上と財務の改善に取り組む必要がある。

2 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会の意見・指摘等

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

(第1期中期目標期間：平成28(2016)年4月1日～令和3(2021)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2 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)	5
3 患者・県民の視点に立った医療の提供 (中項目)	7
4 人材の確保と育成 (中項目)	11
5 地域連携の推進 (中項目)	14
6 地域医療への貢献 (中項目)	16
7 災害等への対応 (中項目)	18
第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項 (大項目)	19
1 業務運営体制の確立 (中項目)	19
2 経営参画意識の向上 (中項目)	20
3 収入の確保及び費用の削減への取組 (中項目)	21
第4 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)	23
第10 その他業務運営に関する重要事項 (大項目)	24

【評価基準について】

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。

- 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。

【指標について】

各指標の達成状況の判断目安は以下のとおりとする。

- 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

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表

◆ 各事業年度及び中期目標期間における項目別評価

項目	各事業年度における項目別評価					中期目標期間 の評価
	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	A	A	A
安全で安心な医療の提供	A	A	A	A	B	A
患者・県民の視点に立った医療の提供	A	A	A	A	A	A
人材の確保と育成	A	A	A	A	B	A
地域連携の推進	A	A	B	A	A	A
地域医療への貢献	A	A	B	A	B	A
災害等への対応	A	A	A	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	A	A	A
経営参画意識の向上	A	A	A	A	A	A
収入の確保及び費用の削減への取組	A	B	B	B	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	B	A	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	A	B	B

(参考) 中期目標の期間における業務に関する全体評価

評価結果

第一期中期目標期間の業務実績については、一部の項目において目標が達成できなかったが、概ね目標を達成した。

第2 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)

◆中期計画指標(中期目標期間の各事業年度の実績)

No	指標名	H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R2(2020)年度実績値	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率	指標の達成状況
1	高難症手術延べ件数(件)	69	75	52	61	53	60	88%	ii
2	高精度放射線治療延べ件数(件)	777	1,251	2,190	835	911	780	117%	v
	IMRT								
	SBRT	4	0	8	16	4	20	20%	i
3	外来化学療法延べ件数(件)	7,897	7,573	8,048	8,308	8,734	7,900	111%	v
4	臨床研究件数(件)	182	169	183	200	194	228	85%	ii
5	地域の緩和ケア連携カンファレンス開催回数								
	年9回								
6	がん患者リハビリテーション単位数(単位)	2,285	5,438	5,374	5,668	6,967	17,040	41%	i

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016)年度	H29(2017)年度	H30(2018)年度	R元(2019)年度	R2(2020)年度(自己評価)
	A	A	A	A	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
<p>(1) 高度で専門的な医療の推進(小項目)</p> <p>局所進行がんや転移がんの患者に対する医療の提供など、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、高度で専門的な医療を提供すること。</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提供する。</p>	<p>① 高度専門医療の一つとして肝胆膵領域の高難度手術を実施した。受診当初は切除不能であったが、化学療法を行いダウンステージが得られた症例に対しては積極的に手術を試み、その結果切除できた症例も含まれており、集学的治療の成果が得られている。</p> <p>② 骨軟部腫瘍・整形外科の入院診療を平成30(2018)年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。</p> <p>③ 臓器別や病態などで多職種参加によるキヤンサーボード(症例検討会)を開催し、がんの種類や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初次的に組み合わせた集学的治療を実施した。</p> <p>④ 平成30(2018)年10月に国立がん研究センター中央病院のがんゲノム医療連携病院となった。</p> <p>⑤ 希少がんの診療、研究を行うため、令和2(2020)年4月に希少がんセンターを設立した。</p>
<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覗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>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覗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>⑥ 令和元(2019)年度までに、婦人科常勤医4名全員が日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医の資格を取得し、婦人科領域の腹腔鏡手術件数が著しく増加した。</p> <p>⑦ 消化器・呼吸器領域における鏡視下手術はすでに標準術式になっているが、当センターでは日本内視鏡外科学会技術認定医による質の高い低侵襲な手術を施行しており、術後合併症が少なく、入院期間の短縮にもつながった。</p> <p>⑧ 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、ESD(内視鏡的粘膜下層剥離術)を積極的に施行し、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>⑨ 令和2(2020)9月から手術支援ロボットによる手術を開始した。</p>

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
<p>(2) チーム医療の推進(小項目)</p> <p>多職種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、放射線診断医をはじめとする医療従事者間の連携、協働を実際の臨床現場で実践するため、体系的なチームトレーニングを実施するとともに、キャンサーボード(症例検討会)の一層の充実を図る。</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>工 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継ぎ提供するとともに、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>⑬ リニアックを臨床稼働しながら特殊治療(VMAT・SBRT)の実施に向けて準備を進め、平成28(2016)年11月にVMAT(強度変調回転照射)を、12月にSBRT(体幹部定位放射線治療)を開始した。</p> <p>⑭ IMRTは主に泌尿器、婦人科、頭頸科領域に実施した。SBRTは呼吸器の取扱い症例数増加に付随して実施件数が増加した。</p> <p>⑮ 医師、看護師、薬剤師を含めた多職種によるカンファレンスを定期的に実施し、情報の交換や共有に努めることで、適切な化学療法を実施した。</p> <p>⑯ 抗がん剤によるアレルギー症状の早期対応や副作用症状に対するケアなど、外来患者、家族に対し安全で安心できる治療と看護を提供した。</p> <p>⑰ 高度で専門的な対応を要する希少がんの治療、最新の化学療法、遠くへ検査結果に基づく患者の個人差に配慮した最適な化学療法などを実施した。</p> <p>⑱ 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>⑲ 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>⑳ 臨床研究審査委員会メンバーへの臨床研究に関する研修を実施し、臨床研究審査体制の質を確保した。</p>
<p>(3) 緩和ケアの推進(小項目)</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、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つ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>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、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つ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>㉑ 平成28(2016)年2月に開始したチームSTEPPS(※)研修と、全職員に対する研修を拡大して実施した。</p> <p>㉒ キャンサーボード(症例検討会)については、各診療科等で定期的に開催した。</p> <p>※ 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>(3) 緩和ケアの推進(小項目)</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、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つ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>① 緩和ケアセンターの体制強化を図るため、毎週水曜日に緩和ケアチーム、緩和ケア外来及び緩和ケア病棟のスタッフを構成員とした緩和ケアセンター運営カンファレンスを開催した。</p> <p>② 院内における緩和ケアの質の向上を図るため、緩和ケア勉強会として緩和ケアアソシエーション会を開催し、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。また、緩和ケアアソシエーション会育成のため、年度初めに各自の行動目標を明確にし、1年間の取り組み後、年度末に評価を行った。</p> <p>③ 緩和ケア初回外来時に専任看護師が同席し、今後の療養場所の意思決定支援を行うとともに関係部署と情報共有し支援体制につなげた。</p> <p>④ 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開催した。緩和ケアに関する講演会、症例検討会、地域医療体制の検討会などを行い、緩和ケアの質の向上を図った。</p> <p>⑤ 退院調整のための合同カンファレンスに看護師が参加し、訪問看護ステーション看護師やケアマネジャーなどと在宅緩和ケアにつなげる情報を共有した。</p>	<p>① 緩和ケアセンターの体制強化を図るため、毎週水曜日に緩和ケアチーム、緩和ケア外来及び緩和ケア病棟のスタッフを構成員とした緩和ケアセンター運営カンファレンスを開催した。</p> <p>② 院内における緩和ケアの質の向上を図るため、緩和ケア勉強会として緩和ケアアソシエーション会を開催し、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。また、緩和ケアアソシエーション会育成のため、年度初めに各自の行動目標を明確にし、1年間の取り組み後、年度末に評価を行った。</p> <p>③ 緩和ケア初回外来時に専任看護師が同席し、今後の療養場所の意思決定支援を行うとともに関係部署と情報共有し支援体制につなげた。</p> <p>④ 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開催した。緩和ケアに関する講演会、症例検討会、地域医療体制の検討会などを行い、緩和ケアの質の向上を図った。</p> <p>⑤ 退院調整のための合同カンファレンスに看護師が参加し、訪問看護ステーション看護師やケアマネジャーなどと在宅緩和ケアにつなげる情報を共有した。</p>

中期目標の記載内容		中期計画の記載内容		中期目標期間の業務実績	
<p>(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> <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こと。</p>		<p>① がん患者リハビリテーション料の算定に向けて、リハビリテーションに関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士が、がんのリハビリテーション研修を受講し、平成28(2016)年10月からがん患者リハビリテーション料の算定を開始した。</p> <p>② リハビリテーション室の西第3病棟への移転に伴い訓練スペースが拡張され、これまでよりも数多くの器材が配備されたことから、階段の昇降、日常生活訓練などのプログラムの充実が図られた。</p> <p>③ 入院患者全員に、リハビリテーション総合実施計画書を作成し交付した。</p> <p>④ 入院患者全員に、医師や看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、社会福祉士等によるカンファレンスを行った。</p>			

<p>次期に向けた課題</p>	<p>・ がん専門病院の使命として、引き継ぎ、希少がん、難治性がんを含め、高度で専門的な医療を提供していくとともに、がんゲノム医療を推進していく必要がある。</p>
-----------------	--

法人の自己評価	評価理由
A	<p>「高度で専門的な医療の推進」では、肝胆膵領域での高難度手術を実施したほか、平成30(2018)年7月から骨軟部腫瘍・整形外科の診療を再開し、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。がんの種類や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による手術を開始した。</p> <p>・ 「緩和ケアの推進」では、緩和ケアセンターの体制強化を図るため、毎週、緩和ケアチーム、緩和ケア外来及び緩和ケア病棟のスタッフを構成員とした緩和ケアセンター運営カンファレンスを開催した。</p> <p>・ 「がん患者のリハビリテーション提供体制の充実」では、リハビリテーション室の移転により訓練スペースが拡張され、日常生活訓練などのプログラムの充実が図られた。</p> <p>・ 以上の結果、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	評価理由等
A	<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施したと認められるため、「A」評価とした。</p>

2 安全で安心な医療の提供(中項目)

◆中期計画指標(中期目標期間の各事業年度の実績)

No	指標名	H28(2016)年度実績	H29(2017)年度実績	H30(2018)年度実績	R元(2019)年度実績	R2(2020)年度実績	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率	指標の達成状況
1	感染管理認定看護師数(人)	2	2	1	1	2	3人以上	67%	i

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016)年度	H29(2017)年度	H30(2018)年度	R元(2019)年度	R2(2020)年度 (自己評価)
	A	A	A	A	B

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
<p>(1) 医療安全対策等の推進(小項目) 患者が安心して医療を受けられるよう、医療安全に関する情報の共有化や医療事故の発生原因の分析等を行い、事故防止の徹底を図るなど、医療安全対策を推進するとともに、感染管理体制を充実するなど、院内感染対策を強化すること。</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。 ア リスクマネジメント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じ、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。 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。 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>① 医療安全管理規程に基づき、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。 ② リスクマネージャー、医療安全管理委員により検証ワーキンググループを多種で構成し、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、運用の整備、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。 ③ 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開催した。 ④ 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開催した。 ⑤ 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。 ⑥ 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・年度未評価を行い実践活動に向けた取組の効果を可視化するため、全職員を対象に「医療における安全文化調査」を実施した。</p>
<p>(2) 医療機器、医薬品等の安全管理の徹底(小項目) 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医薬品等の管理を徹底すること。</p>	<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医薬品等の管理を徹底する。</p>	<p>① 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、結果を掲示した。 ② 医薬品の安全使用のための研修会及び医療機器の安全使用のための研修会を開催した。 ③ 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、機器のより詳細なデータを収集することで、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。</p>

中期計画の記載内容		中期目標期間の業務実績
<p>中期目標の記載内容</p> <p>(3)法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理(小項目) 県民に信頼され、県内医療機関の規範的役割を果たしているよう、法令や社会規範を遵守すること。また、情報セキュリティ対策を徹底すること。</p>	<p>ア 県民に信頼され、県内医療機関の規範的役割を果たしているよう、法令や社会規範を遵守すること。</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>① 業務の遂行に必要な法令上の手続については、既述が生じる範囲、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。</p> <p>② 栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づき開示請求等に対し、適切に対応した。</p> <p>③ 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。</p> <p>④ 個人情報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。</p> <p>⑤ 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。</p>
<p>次期に向けた課題</p>	<p>・ 引き続き、患者が安心して医療を受けられるよう、医療安全対策に取り組んでいく必要がある。</p>	
<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>「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。</p> <p>「医療機器等の安全管理の徹底」では、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、医療機器の安全性を維持するため保守点検を実施した。</p> <p>・ 以上の結果、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>
<p>知事の評価</p>	<p>A</p>	<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施したと認められるため、「A」評価とした。</p>

3 患者・県民の視点に立った医療の提供(中項目)

◆中期計画指標(中期目標期間の各事業年度の実績)

No	指標名	H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R2(2020)年度実績値	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率	指標の達成状況
1	セカンドオピニオン件数(件)	148	194	153	107	36	230	16%	i
2	患者満足度割合(%)	82	83	87	88	94	90以上	104%	iv

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016)年度	H29(2017)年度	H30(2018)年度	R元(2019)年度	R2(2020)年度(自己評価)
	A	A	A	A	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
<p>(1)患者及びその家族への医療サービスの充実(小項目)</p> <p>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に、インフォームド・コンセントを徹底するとともに、セカンドオピニオン外来の充実など、患者及びその家族への医療サービスを充実すること。</p>	<p>患者及びその家族への医療サービスの充実を図られるよう、以下の取組みを実施する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>エ 患者及びその家族の生活の向上を図るため、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>① 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。</p> <p>② インフォームド・コンセントに関し、法令や判例に基づき説明の実践について学ぶため、法科大学院の教授による教育講演を行った。</p> <p>③ 患者及びその家族が診断結果、治療方法等について十分に理解し、納得した上で治療方針の選択ができるよう、認定看護師による面接を積極的に行った。</p> <p>④ 平成30(2018)年2月から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を開院した。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・社会生活についてタイムリーに支援することができるようになった。</p> <p>⑤ 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)年度から試行した。</p> <p>⑥ 診療放射線技師による放射線検査及び放射線治療に関する説明は、入院及び外来患者を対象として、施設装置及びプレゼンテーション(説明用資料及び機材)を使用して実施した。また、治療前説明については治療バスを使用した対応も開始した。</p> <p>⑦ 平成30(2018)年4月から病理外来を開院し、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。</p> <p>⑧ 平成28(2016)年6月に消化器外科、乳癌外科、呼吸器内科及び呼吸器外科において、土曜日の午前中のセカンドオピニオン外来を開始したほか、平成30(2018)年4月から、病理セカンドオピニオン外来を開始した。</p> <p>⑨ 令和2(2020)年12月から、泌尿器科において、土曜日の午前中のセカンドオピニオン外来を開始した。</p> <p>⑩ 外来化学療法センターにおいて長時間にわたり化学療法の治療を受ける患者が早く帰宅できるように、平成28(2016)年11月から外来の採血開始時間を30分繰り上げて、午前8時から開始した。</p> <p>⑪ 平成29(2017)年11月から平日早朝の放射線治療を実施するとともに、平成30(2018)年4月から平日タマンゴグラフィの運用を開始した。</p>

中期目標の記載内容

中期計画の記載内容

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、医療サードピスの総合的なマネジメントを実施する。

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。

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。

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。

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。

(2) 患者の就労等に関する相談支援体制の充実(小項目)

患者の就労も含めた社会的支援に関する情報を提供するとともに、相談支援体制を充実すること。

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。

中期目標期間の業務実績

① 平成28(2016)年4月に入退院センターを設置し、医師、看護師等の多職種スタッフが、手術や化学療法、内科的治療などを受ける入院予定の患者に対し入院治療前に総合的なマネジメント(呼吸訓練、患者バスの説明・指導・相談、口腔ケア・禁煙バスのサポート、内服薬の休薬案内、入院前の検査予約など)を実施した。

② 令和元(2019)年度からは入院前の基礎データを確実に取得できるようにになり、病棟と連携し、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につなげることができた。

③ 気管支鏡検査やERCP(内視鏡的逆行性胆管造影)などの検査用バス、CVポート留置及び抜去などの処置用バス、薬物治療のクリティカルパスを新規作成した。

④ 患者用バスシートについて、両面バスシートへの変更を行った。

⑤ がん治療のすべてのステージにおいて、歯科医師及び歯科衛生士による専門口腔ケアを実施した。手術前の口腔ケアについては、口腔内子エックや応急的歯科処置、抜歯等を行うとともに、口腔ケアと呼吸訓練を組み合わせたことにより術後合併症の予防に取組んだ。

⑥ 平成30(2018)年8月から全病棟に専任薬剤師を配置した。週20時間以上の病棟薬剤業務を実施し、全病棟で病棟薬剤業務実施加算1を算定することができた。

⑦ 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。

⑧ がん予防・遺伝カウンセリング外来において、カウンセリング及び遺伝子検査を実施した。

⑨ 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を平成29(2017)年2月から開始した。

⑩ コンパニオン診断として、平成30(2018)年6月にBRACAnalysis診断システム、12月にMSI検査が保険承認され、検査を開始した。

⑪ 平成30(2018)年10月に国立がん研究センター中央病院のがんゲノム医療連携病院となった。

⑫ NCCオンコパネル検査、FoundationOne CDx検査が保険承認され、NCCオンコパネル検査は令和元(2019)年7月から、FoundationOne CDx検査は令和2(2020)年3月から検査を開始した。

⑬ 令和3(2021)年3月からmyChoice診断システム検査を開始した。

⑭ ハローワーク部署と協働し、平成28(2016)年6月から就職相談会を開始した。

⑮ 新産業保険総合支援センターと協働し、平成30(2018)年2月から両立支援相談を開始した。

⑯ 平成30(2018)年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組んだ。

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
<p>(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上(小項目) 職員の接遇マナーの向上を図るとともに、外来診療、検査、会計などの待ち時間の短縮やプライバシーへの配慮など、患者及びその家族の利便性・快適性の向上に努めること。</p>	<p>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>外来診療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>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>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>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>① 職員の接遇マナーの向上を図るため、新規採用職員向け接遇研修及び全職員を対象とした接遇研修を実施した。</p> <p>② 会計待ち時間については、平成28(2016)年5月から現金自動入出金機を導入し、会計窓口の閉鎖を外来診療が概ね終了する時間帯に変更することができたため、苦情の解消につながった。</p> <p>③ 超音波センター改修工事により各検査ブースが拡張され、生検時の安全性の確保及び患者の快適性の向上が図られた。また、2重カーテンに改修したことにより、患者のプライバシーの確保が大幅に改善された。</p> <p>④ 泌尿器科診察室の一角で行われていた尿流量測定を、新たに導入された検査専用トイレでの検査に変更したことにより、患者のプライバシー及び快適性の確保が図られた。</p> <p>⑤ 内視鏡センターの検査室について、患者の安全性、利便性を考慮し、車椅子やストレッチャーが利用できる開口の広い検査室へと改修した。</p> <p>⑥ 婦人科及び乳腺外科を中心とした女性患者の専用エリアにおいて、外来診療の効率化やプライバシーの確保を図るため、新たに女性専用の外来診察室や更衣室、授乳室、子どもスペースなどを整備し、平成29(2017)年11月から女性外来を開始した。</p> <p>⑦ 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。</p>
<p>(4) 県民へのがんに関する情報の提供(小項目) 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クワーキンググループ)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 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クワーキンググループ)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>① 広報紙「がんセンターだより」の発行、ホームページへの掲載やプレスリリースなどにより、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。</p> <p>② 市民公開講座及びがんセンター公開Day「メデイカルフェスタ」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。</p> <p>③ 平成31(2019)年3月に県内初となる「どらぎ隊がん教室」を開催し、隊がんに関する講演や隊がん患者からの体験談の発表を行い、隊がんに対する正しい理解の促進を図った。</p> <p>④ 栃木県教育委員会が取り組んでいる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加した。また、がんの専門医としてモデル校となった中学校において新学習指導要領を見据えた講演を行うとともに、栃木県がん教育実践事例集の作成に協力した。</p> <p>⑤ 当センターの医師が、県内外の小中学校、中学校、高校を訪問し、喫煙防止に関する講演を行った。</p>

中期計画の記載内容		中期目標期間の業務実績
<p>中期目標の記載内容</p> <p>(5) ボランティア等民間団体との協働(小項目)</p> <p>ボランティアが運営するがん患者等と同じ立場の人同士の交流の場の提供、がん患者等と同じ立場の人同士の交流の場の充実を図る。</p> <p>「がん患者サロンの利用促進を図る。</p> <p>ア 患者会等と連携、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>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>「がん患者サロン」では、調剤(ミニレクチャー)及びウィッグ、補聴器等の展示・相談会等を毎月定例で開催し、場の提供に努めた。</p> <p>② 患者サロンの活動を下野新聞で紹介(掲載)してもらったり、患者サロンだよりを発行したりするなど、積極的な周知活動に取り組んだ。</p> <p>③ 図書館ボランティア、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、ティー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。</p>	

<p>次期に向けた課題</p>	<p>・ 患者や県民が当センターに求めるニーズの把握に努め、引き続き、患者や県民の立場に立った医療サービスの提供をしていく必要がある。</p>
-----------------	---

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>
<p>・ 「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、平成28(2016)年6月から土曜日のセカンドオピニオン外来を、平成28(2016)年11月から外来の早朝探血を、平成29(2017)年11月から平日早朝の放射線治療を開始したほか、平成28(2016)年4月に入院予定の患者に対して総合的なマネジメントを実施する入院センターを設置した。また、ゲノム医療では、平成30(2018)年10月に「がんゲノム医療連携病院となりNCGオオパネル検査等を実施した。</p> <p>・ 「患者の就労等に関する相談支援体制の充実」では、関係機関と連携し、平成28(2016)年6月から就職相談会を、平成30(2018)年2月から両立支援相談を開始した。</p> <p>・ 「患者及びその家族の利便性・快適性の向上」では、新たに女性専用の外来診察室や更衣室、授乳室などを整備し、平成29(2017)年11月から女性外来を開始した。</p> <p>・ 以上の結果、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>		



<p>知事の評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p>
<p>-当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施したと認められるため、「A」評価とした。</p>		

4 人材の確保と育成(中項目)

◆中期計画指標(中期目標期間の各事業年度の実績)

No	指標名	H28(2016)	H29(2017)	H30(2018)	R元(2019)	R2(2020)	指標の達成状況
		年度 実績値	年度 実績値	年度 実績値	年度 目標値	年度 実績値	
1	職員満足度割合(%)	66	77	80	78	74	90以上 82%
							ii

各事業年度の 中項目評価	H28(2016)	H29(2017)	H30(2018)	R元(2019)	R2(2020)
	年度 実績	年度 実績	年度 実績	年度 目標	年度 実績
	A	A	A	A	B

中期目標の記載内容		中期計画の記載内容		中期目標期間の業務実績	
(1)医療従事者の確保と育成(小項目)	<p>① 国民から求められる役割を十分に果たすため、専門性を有する医療従事者の確保と育成に努めること。</p> <p>② 医師の確保と専門性向上</p> <p>③ 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。</p> <p>④ 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> <p>⑤ 看護士の確保と専門性向上</p> <p>⑥ 養成機関との連携強化や随時募集による、医療環境や業務量の増加に合わせた看護士の確保、配置に努める。</p> <p>⑦ 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ック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> <p>⑧ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と専門性向上</p> <p>⑨ 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増加に合わせた薬剤師、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。</p> <p>⑩ 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> <p>⑪ 事務職員の確保と専門性向上</p> <p>⑫ 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。</p> <p>⑬ 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>	<p>① 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」などより、各関係機関との連携強化に努めた。</p> <p>② 県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師の確保に必要な診療科への医師の派遣を要請し、整形外科、泌尿科、産科、泌尿器科などで医師を採用した。</p> <p>③ 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、育成に努めた。</p> <p>④ 看護士確保事業として、看護士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、インターンシップを実施した。</p> <p>⑤ 衛生福祉大学校の協賛によるインターンシップを実施した。</p> <p>⑥ 随時募集により看護士の採用を行った。</p> <p>⑦ 復職に対して不安を持つ看護士を対象に、復職プログラム研修受講者を募集し、看護士として就業が可能な人材の確保に努めた。</p> <p>⑧ 看護士の専門性向上を図るため、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。</p> <p>⑨ 看護士管理を育成するため看護士長を対象に勉強会を開催した。</p> <p>⑩ 薬剤師、診療放射線技師及び臨床検査技師を確保するため、当センターの見学会の開催や大学訪問などを実施するとともに、随時募集を実施した。</p> <p>⑪ 新たな職種として臨床工学技士や歯科衛生士、医療映像職を採用した。</p> <p>⑫ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の専門性向上を図るため、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。</p> <p>⑬ 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、「薬剤師人育成プログラム」を実施した。</p> <p>⑭ 放射線治療科では、放射線治療専門技師(県がん診療拠点病院指定要件)の取得を目的とする教育プログラムを実施した。</p> <p>⑮ 医療制度や経営環境に関する、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採用した。</p> <p>⑯ 事務職員の専門性向上を図るため、地方独立行政法人職員向けの研修や日本医療ハラスメント・スコープカード研究会が主催する研修等の参加を支援した。</p>	<p>① A</p> <p>② A</p> <p>③ A</p> <p>④ A</p> <p>⑤ A</p> <p>⑥ A</p> <p>⑦ A</p> <p>⑧ A</p> <p>⑨ A</p> <p>⑩ A</p> <p>⑪ A</p> <p>⑫ A</p> <p>⑬ A</p> <p>⑭ A</p> <p>⑮ A</p>		

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
<p>(2) 研修体制の強化(小項目)</p> <p>高産で専門的な医療を提供するため、体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど、研修体制を強化すること。</p>	<p>多様な勤務形態の導入 ・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> <p>高産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。 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。 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>① 医師専任者補助や診療報酬請求事務などの特定の業務を担う常勤職員制度を創設した。 ② 看護師の有期雇用短時間勤務職員について、無期雇用転換制度を創設した。 ③ 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。 ④ 産科診療師を対象とした在宅勤務制度を導入し、令和2(2020)年4月に産科診療師1名を採用した。</p> <p>① 平成28(2016)年4月に研修センターを設置した。 ② 当センターの研修プログラムを作成し、研修をカテゴリー化した。プログラムは製本化するとともに、院内ネットワークに掲載し職員への周知を行った。 ③ 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後援研修及びハラスメント防止研修を実施した。 ④ 業者主催のWebセミナー、院内研修会を積極的に開催し、職員が最新情報を習得し知識の向上を図る機会を提供した。 ⑤ 各種開催した研修ごとに、職種、部署別に参加状況をデータ化し実施評価を行い、研修開催部署にフィードバックした。</p>
<p>(3) 人事管理制度の構築(小項目)</p> <p>職員の勤務成績などを考慮し、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こと。</p>	<p>職員の勤務成績などを考慮し、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。</p>	<p>① 平成30(2018)年度に医師の人事評価を試行した。 ② 令和元(2019)年度には、医師の上半期の行動評価の検証と医師の業績評価の項目検討を実施した。また、医師に続き、コメディカル、看護師の人事評価を試行した。</p>
<p>(4) 安全で安心な職場環境づくり(小項目)</p> <p>医療従事者の勤務環境の改善やワーク・ライフ・バランスの推進など、職員が安全かつ安心して働くことができ、心身ともに健康を維持できるような職場環境の整備に努めること。</p>	<p>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・バランスの推進など、職員が安全かつ安心して働くことができ、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。</p>	<p>① 平成29(2017)年7月から院内ハラスメント相談窓口を設置した。また、廊下を待つ者及び全職員を対象にハラスメント防止研修を実施するとともに、ワーク・ライフ・バランスの推進に向けた研修を実施した。 ② 外部委託による職員のメンタルヘルスに係るカウンセリング窓口を平成29(2017)年6月に設置した。 ③ 院内保育所の充実に向け、保育対象を長期休暇者(産育休・傷病休)の子にも拡大した。また、体調不良の園児の発生時、他園児への感染防止を図るため保健室を増設した。</p>
<p>(5) 医療従事者の臨床倫理観の向上(小項目)</p> <p>患者の尊厳などを守るため、医療倫理の教育や研修を定期的に行うなど、医療従事者の臨床倫理観の向上を図ること。</p>	<p>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に行うなど、医療従事者の臨床倫理観の向上を図ること。</p> <p>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。</p>	<p>① 全職員を対象に専門家による教育講演会を開催し、組織的に臨床倫理に取り組む意識等について学んだ。 ② 医師と病院臨床倫理委員会のメンバーによる意見交換会を開催し、職種による考え方の相違などを確認することができた。 ③ 病院臨床倫理委員会を開催し、その中で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た。 ④ 病院臨床倫理委員会規程で各部門にリンクスタップを置き、委員会と現場の連絡を密にするためのチーム体制を構築した。多職種チームが現場のスタッフと交えて倫理的問題を議論できるようになった。 ⑤ 学芸発表や討論会へのパネリストとしての参加を通じ、倫理担当者のコンサルテーションスキル維持・向上に努めた。</p>

・ 医療現場や業務量の変化に応じた適正な人員配置を考慮しつつ、引き続き医療従事者の確保に取り組みでいく必要がある。

<p>法人の 自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価 理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「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、医師の派遣を要請し、骨軟部腫瘍・整形外科、泌尿科などで医師を採用したほか、新たな職種として、臨床工学技士や歯科衛生士を採用した。また、医療従事者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。 ・ 「研修体制の強化」では、平成28(2016)年4月に研修センターを設置し、新規採用職員研修や接遇研修などを実施した。 ・ 以上の結果、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</p>	<p>A</p>	<p>評価 理由等</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たと認められるため、「A」評価とした。
-------------------	----------	-------------------	--

5 地域連携の推進(中項目)

◆中期計画指標(中期目標期間の各事業年度の実績)

No	指標名	H28(2016)	H29(2017)	H30(2018)	R元(2019)	R2(2020)	R2(2020)	R2(2020)	指標の達成状況
		年度実績値	年度実績値	年度実績値	年度実績値	年度実績値	年度実績値	年度実績率	
1	紹介率(%)	93.5	94.0	94.6	95.7	96.6	95.0	102%	IV
2	逆紹介率(%)	38.0	42.8	45.3	44.2	45.3	40.0	113%	V

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016)	H29(2017)	H30(2018)	R元(2019)	R2(2020)
	年度	年度	年度	年度	年度
	A	A	B	A	A

中期目標の記載内容	中期目標期間の業務実績
<p>(1) 地域の医療機関との連携強化(小項目)</p> <p>患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けられることができるよう、がん種別の地域連携クリティカルパスや地域医療連携ネットワークシステムの活用など、地域の医療機関との的確な役割分担を行い、病診・病病連携を強化すること</p>	<p>① 地域の医療機関との的確な役割分担を意識しながら、治療の可否照会があった患者は全例受け入れを原則として対応し、他病院での治療が困難な症例についても積極的に受け入れて病病連携を強化した。</p> <p>② 平成28(2016)年4月に地域連携センターを設置し、地域医療機関との密な協力体制を構築するため、新たに配置した渉外業務を専門的に行う非常勤職員と医師による訪問を実施した。</p> <p>③ 胃がんの地域連携クリティカルパスを有効に活用できるよう、運用を見直した。</p> <p>④ 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った。</p> <p>⑤ 地域歯科診療所において治療が困難な口腔がんや口腔外科処置が必要な患者を当センターで受け入れた。</p> <p>⑥ 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、地域歯科診療所に逆紹介し、医科歯科連携を推進した。</p> <p>⑦ がん治療に伴う口腔腫瘍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開催し、医科歯科連携を強化した。</p> <p>⑧ 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療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開催した。</p> <p>⑨ 外来化学療法トレーニングレポート活用プロトコ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、平成31(2019)年4月から県内全ての薬局を対象に実施した。</p>

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
<p>(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) がんになっても住み慣れた地域で療養すること ができるよう、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の活動支援など、患者の在 宅療養を支援するための病診連携を強化するこ と。</p> <p>(3) 在宅緩和ケアの推進(小項目) 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、地域連 携クリティカルパスの整備など、在宅における緩 和ケアを推進すること。</p>	<p>才 近隣の医療機関からの受託検査(GT、MRI、超音波検査、内視鏡等)を積 極的に受け入れる。</p> <p>患者が安心して在宅での重篤な生活ができるよう、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け入れ等、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>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>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>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>⑩ 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、都市 医師会向け出張講座、情報交換会、合同勉強会などの機会を活用し、医療機 関に配布した。</p> <p>⑪ 予約取得時間を短縮し、迅速に対応できるように受託検査の運用等を見直 した。</p> <p>① 医療課題がある患者が安心して在宅での重篤な生活ができるよう、退院前カ ンファレンスを積極的に開催し、地域関係者だけでなく、院内関係者とも情報を 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。</p> <p>② 在宅療養中の患者について緊急時の受け入れなど、迅速に対応した。</p> <p>① 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 で開催した。緩和ケアに関する講演会、症例検討会、地域医療体制の検討会な どを行い、緩和ケアの質の向上を図った。</p> <p>② 退院調整のための合同カンファレンスに看護師が参加し、訪問看護ステ ーション看護師やケアマネジャーなどと在宅緩和ケアにつなげる情報を共有した。</p> <p>③ 緩和ケア病棟入院患者の在宅療養への移行時において、県共通の緩和ケ ア地域連携バスを実施した。</p> <p>④ ネットワークシステムを活用した在宅緩和ケアの推進に ついては、体細構築等の具体的な成果はなかったが、当センター医師によると ちまるネットの利用促進を図るため、勉強会を実施し、医師を新たに登録した。</p>
<p>次期に 向けた 課題</p>	<p>・ 地域の医療機関との的確な役割分担を意図していく必要がある。</p>	
<p>法人の 自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価 理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「地域の医療機関との連携強化」では、平成28(2016)年4月に地域連携センターを設置し、地域の医療機関との的確な役割分担を意識しながら、治療の可否照会のあった患者は全例受け入れを原則として対応した。 ・ 「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。 ・ 「在宅緩和ケアの推進」では、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開催した。 ・ 以上の結果、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</p>	<p>A</p>	<p>評価 理由等</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たと認められるため、「A」評価とした。
--	----------	---

6 地域医療への貢献(中項目)

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016) 年度	H29(2017) 年度	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度 (自己評価)
	A	A	B	A	B

中期計画の記載内容		中期目標期間の業務実績	
<p>(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> <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け入れ等、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>① 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・各都府県がん診療連携共有や意見交換等を行った。</p> <p>② 令和元(2019)年度にPDCAサイクル部会と栃木県がん・生殖医療ネットワークを設立し、都道府県がん診療連携拠点病院の役割(指定要件)として県内の診療の質の均てん化や地域連携体制の強化に取り組んだ。</p> <p>③ 都府医師会向け出張講座、地域医療機関向けの研修会を実施するとともに、医療機関から医療従事者の実習受け入れ等を行った。</p> <p>④ 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セミナーを開催した。</p> <p>⑤ 那須赤十字病院を訪問し、電離線の相互校正を実施した。</p>		
<p>(2) がん対策事業への貢献(小項目)</p> <p>がん登録のデータ収集や分析を行うなど、国や県などが効果的ながん対策事業を実施できるよう、積極的に貢献すること。</p>	<p>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。</p>	<p>① 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。</p> <p>② 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とした。</p> <p>③ 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取り組んだ。</p> <p>④ 県と連携し、「がん登録からがん対策への期待」をテーマに日本がん登録協議会学術集会をWeb開催し、全国へ向けて「データに基づくがん対策」を発信した。</p>	

・ 都道府県がん診療連携拠点病院として、引き続き、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していく必要がある。

次期に向けた課題

法人の 自己評価	A	評価 理由	<ul style="list-style-type: none"> ・「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、令和元(2019)年度には、新たにPDCAサイクル部会と栃木県がん・生殖医療ネットワークを設立した。 ・「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。 ・ 以上の結果、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	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たと認められるため、「A」評価とした。
-----------	---	-----------	---

7 災害等への対応(中項目)

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016) 年度	H29(2017) 年度	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度 (自己評価)
	A	A	A	A	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
<p>災害の発生や公衆衛生上重大な危険が生じた場合などにおいては、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応すること。 また、災害発生時に患者の安全を確保できるよう対策を講ずること。</p>	<p>災害の発生や公衆衛生上重大な危険が生じた場合などにおいては、緊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、迅速に対応すること。 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>① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ BCP(事業継続計画)については、最終策定までに至らなかった。</p>

<p>次期に向けた課題</p>	<p>・ 災害発生時に患者の安全を確保できるよう、引き継ぎ、防災訓練等、災害対策を実施していくとともに、策定予定のBCP(事業継続計画)について、感染症対策等、状況に応じた見直しを進めていく必要がある。</p>
-----------------	---

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>	<p>・ 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。 ・ 以上の結果、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>
----------------	----------	-------------	--



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

第3 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)

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016) 年度	H29(2017) 年度	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度 (自己評価)
	A	A	A	A	A

中期計画の記載内容		中期目標期間の業務実績	
<p>経営責任の所在の明確化を図り、医療環境の変化に応じて迅速な意思決定を行うこと。 また、医療資源を最大限有効活用できるよう、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こと。</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、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。 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>① 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部門として、平成28(2016)年4月に経営企画室を設置した。 ② 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。 ③ 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。 ④ これまで各部署の役割分担では不明確な部分や重複する部分があったことから、各部署の権限や責任の所在の明確化を図るため、横断的な組織として事業系組織を設置し、より実効性のある組織体制を整備した。 ⑤ 効率的な体制を構築するため、委員会の開催回数、構成員の見直しを行った。 ⑥ 平成31(2019)年4月に監査室を新たに設置し、医療職の職員を配置したことにより、これまで事務分野が中心だった業務フローについて、医療分野においても作成が進んだ。</p>	<p>中期目標期間の業務実績</p>

次期に向けた課題	引き続き、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とともに、業務の適正を確保するため、内部統制の充実な推進を図っていく必要がある。
----------	--

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営を行う部門として、平成28(2016)年4月に経営企画室を設置したほか、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。 以上の結果、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。
---------	---	------	--



知事の自己評価	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たと認められるため、「A」評価とした。
---------	---	-------	--

2 経営参画意識の向上(中項目)

各事業年度の 中項目別評価	H28(2018) 年度	H29(2017) 年度	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度 (自己評価)
	A	A	A	A	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
<p>職員全員が組織における価値観や中長期的経営の方向性を共有しながら、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もち、経営に参画する積極的な情報を分かちあがり、職員への周知するとともに、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。</p>	<p>職員全員が組織における価値観や中長期的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もち、経営に参画する積極的な情報を分かちあがり、職員への周知するとともに、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。</p>	<p>① 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の取支状況(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、取支改善の状況等)、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。 ② 「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収益改善などに資する取組につながった。 ③ 医療ハラスメント・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実施した。 ④ 新鋭採用職員を対象に、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。</p>

<p>次期に向けた課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 引き続き、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など、職員の経営参画意識の向上を図っていく必要がある。 	<p>法人の自己評価</p>	<p>評価理由</p> <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収益改善などに資する取組につながった。 以上の結果、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</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</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たと認められるため、「A」評価とした。
--------------	----------	---

3 収入の確保及び費用の削減(中項目)

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016) 年度	H29(2017) 年度	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度 (自己評価)
	A	B	B	B	B

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
<p>(1)収入の確保への取組(小項目)</p> <p>病診・病病連携の強化や積極的な情報発信と質の高いがん医療の提供などにより、患者を確保すること。</p> <p>また、病床利用率の向上策や診療報酬の精度管理の充実、未収金の発生防止と回収の徹底などにより、収入を確保すること。</p>	<p>収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>ウ 効果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>① 地方独立行政法人への移行に伴い、あらためて県内2,255の医療機関等に對し、医療及び医療科連携に係る案内を郵送し、678施設から連携の申込みがあった。</p> <p>② 地域医療機関との連携を強化するため、医師と渉外業務専門員が県内の医療機関や歯科診療所を訪問した。</p> <p>③ 医療連携情報交換会や都市医師会向けの出張講座を開催した。</p> <p>④ 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。</p> <p>⑤ 開院30周年記念式典・記念講演、「市民公開講座」及びがんセンター公開Day「メディアカルフュエスタ」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。</p> <p>⑥ 關南地域におけるイベントの冊子への広告掲載など、当センターの周知活動を行った。</p> <p>⑦ 「がんセンター出前講座」は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。</p> <p>⑧ 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棟運営状況を毎日、入院病棟を決定した。</p> <p>⑨ 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。</p> <p>⑩ 初回の化学療法について、患者の安全に配慮し、外来ではなく入院で対応した。</p> <p>⑪ 令和2(2020)年4月に常勤医師14名を採用し、全ての診療科において診療体制を整った。</p> <p>⑫ 他の医療機関で診療情報管理業務の経験を有する診療情報管理士を採用し、若手診療情報管理士の育成に努めた。</p> <p>⑬ 診療情報管理士を医事課に配置し、診療情報管理士が保険診療委員会及びDPCコーディング委員会の事務局を担い、DPC分析ベンチマークシステム(EVE)を活用して出来高請求額とDPC請求額を比較し、マイナスの差額が発生する理由を分析し、対応について検討を行った。</p> <p>⑭ 診療報酬改定内容を関係部署に周知し、施設基準の届出に向けて院内調整を行った。</p>

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
<p>(2)費用の削減への取組(小項目) 適正な在庫管理の徹底、医薬品や診療材料の調達コストの削減、職員全員のコスト意識改革及び原価計算の確立などにより、費用を削減すること。</p>	<p>中期計画の記載内容 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。 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。 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。 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。 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。</p>	<p>中期目標期間の業務実績 ⑮ 国民健康保険短期保険証を有する患者を中心に、入院時に占める原価減適用認定証の説明を重点的にを行い、未収金の発生防止に努めた。 ⑯ 発生した未収金は、週毎、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。 ⑰ 未収金発生のおそれのある患者に対しては、関係部署と連携し、早期から積極的に介入するよう努めた。 ① 病院の収支状況や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。 ② 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。 ③ 医薬品については、左旋体から後発品への切替えを行ったほか、在庫管理をSPD(物品の供給・管理業務)専業者に委託し、薬剤師の業務軽減及び棚卸差額の減少に努めた。 ④ 診療材料については、各部署に定数にアライングを実施し院内在庫の見直しを行った。 ⑤ 診療材料の棚卸しの結果を踏まえ、各部署の在庫管理方法や、物品管理委員会や物品ワーキンググループで検討、情報共有した。 ⑥ CT、MRIの保守点検業務委託契約については、フルメンテナンスから定期点検のみとする見直しを行い、費用を削減した。 ⑦ 図書室関係の支出について図書委員会と検討し、司書業務の委託廃止や、図書購入費用の削減等を行った。 ⑧ 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することや、給食業務委託の内容の見直しにより、経費を削減することができた。 ⑨ 光熱水費については、毎月の電気使用量、ガス使用量を前年度と対比させ職員へ周知し、節約を呼びかけた。 ⑩ 院内各会議におけるペーパーレス化を推進し、コピー用紙代の削減に努めた。 ⑪ 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費分析システムの精度向上に努めた。</p>
<p>次期に向けた課題</p>	<p>医師の確保等により更なる収入の確保を図るとともに、安全にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組んでいく必要がある。</p>	
<p>法人の自己評価</p>	<p>B 理由 ・「収入の確保への取組」では、紹介患者増を目指して、医師と渉外業務専門員が県内の医療機関や歯科診療所を訪問したほか、診療情報管理士を医事課に配置し、DPC分析ベンチマークシステムを活用して出来高請求額とDPC請求額を比較し、マイナスの差額が発生する理由を分析し、対応について検討を行った。また、令和2(2020)年4月に常勤医師14名を採用し、全ての診療科において診療体制が整った。 ・「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て、入札方法の変更や委託内容の見直しにより、費用の削減に努めた。 ・ 以上の結果、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。</p>	
<p>知事の自己評価</p>	<p>B 理由等 ・当該中項目に関しては、計画をやや下回ったと判断したため、「B」評価とした。引き続き、病状利用率の向上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4 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)

◆ 中期計画指標(中期目標期間の各事業年度の実績)

No	指標名	H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R2(2020)年度実績値	R2(2020)年度達成率	指標の達成状況
1	経常収支比率(%)	101.1	98.9	98.0	97.0	101.2	101%	IV
2	医療収支比率(%)	79.1	77.8	79.4	80.5	83.9	85以上	前

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016)年度	H29(2017)年度	H30(2018)年度	R元(2019)年度	R2(2020)年度 (自己評価)
	A	B	B	B	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
<p>中期目標の記載内容</p> <p>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には、健全な経営と医療の質の確保の両立が重要であることから、中期目標期間中に経常収支を黒字化すること。</p>	<p>中期計画の記載内容</p> <p>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。</p>	<p>中期目標期間の業務実績</p> <p>① 平成28(2016)年度の経常収支は111,514,400円を計上し、経常収支比率は101.1%となったが、平成29(2017)年度は令和元(2019)年度は3年連続で経常収支比率は100%に達しなかった。 ② 令和2(2020)年度の経常収支は113,043,025円を計上し、経常収支比率は101.2%となった。 ③ 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。 ④ 診療科及び専業系センターごとに、幹和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・費用の推移、経営分析システムによる収支分析結果などをもとに、課題と今後の方針、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。</p>

<p>次期に向けた課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 経常収支において、令和2(2020年度)は黒字となったものの、平成29(2017)年度から3年連続赤字という事態を踏まえ、経営状況の改善に取り組みしていく必要がある。 		
<p>法人の自己評価</p> <p>B</p>	<p>評価理由</p> <p>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、課題と今後の方針、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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成28(2016)年度の経常収支は111,514,400円を計上し、経常収支比率は101.1%となったが、平成29(2017)年度から令和元(2019)年度は3年連続で経常収支比率は100%に達しなかった。 令和2(2020)年度の経常収支は113,043,025円を計上し、経常収支比率は101.2%となった。 以上の結果、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	



<p>知事の自己評価</p> <p>B</p>	<p>評価理由等</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、計画をやや下回ったと判断したため、「B」評価とした。経常収支の黒字化の維持に向けて、より一層の経営改善に努められたい。
--------------------------------	---

第10 その他業務運営に関する重要事項(大項目)

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016) 年度	H29(2017) 年度	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度 (自己評価)
	B	B	A	A	B

中期目標の記載内容		中期計画の記載内容		中期目標期間の業績実績	
<p>病院施設の老朽化の状況や求められる価値を踏まえ、長期的な視点から、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こと。</p> <p>また、医療機器の進捗に於けるため、費用対効果等を総合的に勘案し、計画的な更新・整備に努めること。</p>	<p>病院施設の老朽化の状況や求められる価値を踏まえ、院内にプロジェクトチームを設置し、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、医療技術の進展に於けるため、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>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「代替」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、「地方独立行政法人栃木県立がんセンター将来構想」を平成30(2018)年度に策定し、県に提出した。</p> <p>② 県に提出した将来構想を受け、さらに具体的な内容とするため新たなメンバーで構成した「TCGみらいSOZO委員会」を令和元(2019)年度に立ち上げた。</p> <p>③ 医療機器については、毎年度計画的に更新・整備した。</p>	<p>中期目標期間の業績実績</p>		
<p>次期に向けた課題</p>	<p>・ 病院施設の老朽化が進んでいることから、地域医療構想調整会議での協議内容も踏まえ、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果とともに具体的に検討していく。</p>				
<p>法人の自己評価</p>	B	<p>評価理由</p>	<p>・ 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、「地方独立行政法人栃木県立がんセンター将来構想」を平成30(2018)年度に策定し、県に提出した。</p> <p>・ 医療機器については、毎年度計画的に更新・整備した。</p> <p>・ 以上の結果、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。</p>		
<p>知事の評価</p>	B	<p>評価理由等</p>	<p>・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回ったと判断したため、「B」評価とした。引き続き、今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方の具体的な検討を進められたい。</p>		

中期目標期間における業務の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中期目標期間における業務実績について、以下のとおり評価を行った。

1 全体評価（案）

(1) 評価結果

第一期中期目標期間の業務実績については、一部の項目において目標が達成できなかったが、概ね目標を達成した。

(2) 判断理由等

- 「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」について、概ね計画どおり実施できた。
- 一方で、「収入の確保及び費用の削減への取組」と「財務内容の改善に関する事項」について、計画をやや下回ったこと、平成 29 年度から令和元年度までの経常収支が赤字となったことが、第 2 期中期目標期間に向けての課題となっている。
- 引き続き、経営環境の変化に柔軟に対応しながら、サービスや業務の質の向上や財務の改善に取り組む必要がある。

2 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会の意見・指摘等

令和2(2020)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		R元(2019)年度 決算額 A	R2(2020)年度 決算額 B	比較 B-A
許	可 病 床 数 (床)	153	153	0
病院	入院患者数 (人)	37,641	33,439	△ 4,202
	年間延患者数			
	1 日 平 均 (人)	102.8	91.6	△ 11.2
	外 来 患 者 数 (人)	20,020	18,547	△ 1,473
	1 日 平 均 (人)	83.4	76.3	△ 7.1
	病 床 利 用 率 ※ (%)	85.7	76.3	△ 9.4
	単価			
一人一日当入院 (円)	36,106	40,151	4,045	
一人一日当外来 (円)	8,432	8,922	490	
医 業 収 支 比 率 (%)	68.9	67.9	△ 1.0	
施設	利用者数	22,249	18,675	△ 3,574
	施設 利 用 率 (%)	50.5	43.5	△ 7.0
経	常 収 支 比 率 (%)	104.1	104.9	0.8
営業等 収 支	収			
	入 収	3,497	3,449	△ 48
	営 業 収 益	3,428	3,387	△ 41
	うち 医 業 収 益	1,540	1,521	△ 19
	うち 入 院 収 益	1,359	1,343	△ 16
	うち 外 来 収 益	169	165	△ 4
	うち 施 設 収 益	373	350	△ 23
	うち 運 営 費 負 担 金	713	725	12
	うち 運 営 費 交 付 金	513	498	△ 15
	営 業 外 収 益	69	63	△ 6
	うち 運 営 費 負 担 金	55	51	△ 4
	臨 時 利 益	0	0	0
	支			
	営 業 費 用 出 支	3,360	3,288	△ 72
	営 業 費 用	3,271	3,206	△ 65
	うち 医 業 費 用	2,234	2,241	7
	うち 給 与 費	1,350	1,405	55
	うち 材 料 費	125	117	△ 8
	うち 経 費	434	420	△ 14
	うち 減 価 償 却 費	315	297	△ 18
	うち 施 設 費 用	780	723	△ 57
	うち 給 与 費	558	516	△ 42
	うち 一 般 管 理 費	220	205	△ 15
	うち 給 与 費	158	139	△ 19
	うち 給 与 費	127	108	△ 19
	営 業 外 費 用	89	82	△ 7
	臨 時 損 失	0	0	0
経	常 損 益 (医 業)	137	162	25
経 常 損 益 (施 設)	134	131	△ 3	
純 利 益	3	31	28	
資	本 収 入	137	162	25
資本	うち 企 業 債 金	389	404	15
	うち 資 本 収 支 負 担 金	73	78	5
	うち 資 本 収 支 交 付 金	310	316	6
	うち 資 本 収 支 交 付 金	6	9	3
	支			
うち 建 設 改 良 費 出 支	596	612	16	
うち 企 業 債 償 還 金	71	52	△ 19	
差				
引				
県 負 担 金 (営 業 等 + 資 本)	524	560	36	
	△ 206	△ 208	△ 2	
資 産 債 権	1,078	1,091	13	
貸 借 対 照 資 産	7,130	6,943	△ 187	
負債	6,007	5,699	△ 308	
資 本	1,122	1,244	122	

※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。

*四捨五入により合計等が合わないものがある。

【各数値の増減要因等】

(患者数)

- 入院患者数は減少
〔要因〕 紹介元である急性期病院からの新規入院患者数の減少
- 外来患者数は減少
〔要因〕 初診患者数の減による再診患者数の減少

(収支関係)

- 営業収益は減少
〔要因〕 入院・外来患者数や施設利用者数の減による医業収益及び施設収益の減少
 - 営業費用は減少
〔要因〕 職員の減による施設費用及び一般管理費の減少
- ⇒ 費用の減少が収益の減少を上回ったことから、経常収支が向上し、黒字を計上した。

業務実績報告書兼中項目別評価書

令和 2 (2020) 年度

(第 3 期事業年度)

自 令和 2 (2020) 年 4 月 1 日

至 令和 3 (2021) 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)	7
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供 (中項目)	9
4 障害児・障害者の福祉の充実 (中項目)	12
5 人材の確保と育成 (中項目)	15
6 地域連携の推進 (中項目)	17
7 地域医療・福祉への貢献 (中項目)	19
8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理 (中項目)	22
9 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

【評価基準について】

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。

- 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。

【指標について】

各指標の達成状況の判断目安は以下のとおりとする。

- 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

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	B	B	B		
2 安全で安心な医療の提供	A	S	S		
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供	A	A	A		
4 障害児・障害者の福祉の充実	B	B	B		
5 人材の確保と育成	B	B	A		
6 地域連携の推進	B	A	B		
7 地域医療・福祉への貢献	B	B	B		
8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理	A	A	A		
9 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					
1 業務運営体制の確立	A	A	A		
2 経営参画意識の向上	A	A	A		
3 収入の確保及び費用の削減への取組	B	A	A		
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	A	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	A	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。
令和元(2019)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。
令和2(2020)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3(2021)年度	
令和4(2022)年度	

第1 泉民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項(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	R2(2020)年度 目標値	R2(2020)年度 実績値	R2(2020)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)	301,000	268,466	89%	303,000	II
2	重症患者の受入れ割合(%)	30.0	49.5	165%	30.0	V
3	発達障害外来受診者数(人)	5,500	4,670	85%	7,400	II
4	整形外科手術実施人数(人)	17	4	24%	45	I
5	プレイス(職員)クリニック実施件数(件)	1,100	1,069	97%		III
6	休日におけるリハビリテーション実施単位数(単位)	70,000	83,058	119%		V
7	療養士及び看護士の学芸発表件数(件)	6	3	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

H30(2018)年度 実績値	R元(2018)年度 計画値	R2(2020)年度 実績値	R3(2021)年度 計画値	R4(2022)年度 計画値
210,462	258,102	268,466		
28.0	36.8	49.5		
5,739	4,956	4,670		
11	5	4		
1,080	947	1,069		
47,462	65,274	83,058		
9	7	3		

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>(1) 専門的な医療の提供(小項目)</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ら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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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対しては、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、98.3%(543人中534人)の入院患者について、入院後一週間以内にカンファレンスを実施した。 	<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ら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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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・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、入院時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>① 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療法・作業療法・言語療法等の各療法等、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、98.3%(543人中534人)の入院患者について、入院後一週間以内にカンファレンスを実施した。</p> <p>② 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た結果、入院患者に占める重症患者の割合は目標(30.0%)を上回り49.5%となった。また、回復期リハビリテーション認定看護師4名によるFIM向上に向けた研修会を1回実施した。</p>

<p>中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容</p>	<p>年度計画の記載内容</p>	<p>業務実績</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となる発達障害者や高次脳機能障害者に対する個別支援プログラムを構築し、専門的なリハビリテーション医療を提供する。</p> <p>・ VF/VE(嚥下造影検査・嚥下内視鏡検査)等を活用して、経口摂取を促進し、嚥下困難を改善する。</p> <p>イ 障害児・障害者に対する専門医療の提供</p> <p>・ 肢体不自由児や発達障害児等に対し、施設部門(子ども療育センター)・子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。</p> <p>・ 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。</p> <p>・ 病院部門と施設部門(子ども療育センター)・子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。</p> <p>・ 病院部門と施設部門(子ども療育センター)・子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。</p> <p>・ 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。</p> <p>・ 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となる発達障害者や高次脳機能障害者に対する個別支援プログラムを構築し、専門的なリハビリテーション医療を提供する。</p> <p>・ VF/VE(嚥下造影検査)・AVE(嚥下内視鏡検査)等を活用して、経口摂取を促進し、嚥下困難を改善する。</p> <p>イ 障害児・障害者に対する専門医療の提供</p> <p>・ 肢体不自由児や発達障害児等に対し、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。</p> <p>・ 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、言語療法、心理療法、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。</p> <p>・ 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把握し、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の未就学児に対する「高機能自閉症児等就学前グループ指導」を実施するほか、注意欠如多動性障害(ADHD)や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。</p> <p>・ 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療育を支援する。</p> <p>なお、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の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、専門職による情報提供を行う機会を充実を図る。</p> <p>・ 小児整形外科において、県内の医療機関との連携により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。</p> <p>・ 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を高めるよう、継続的に外来リハビリテーション医療を提供する。</p>	<p>① 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目的の受け入れが24.5%(543人中133人)であった。特に7.5%(133人中10人)を占める若年育適齢期・脳外傷患者等に対しては、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、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> <p>④ 医師を始め多職種が共同して各種検査を実施し、経口摂取を目指して患者の状況に合わせてリハビリテーション計画を立案、提供した。</p> <p>⑤ 肢体不自由児や発達障害児の早期療育に資するため、子ども療育センターや子ども発達支援センターでの画一的な療育支援に加え、わかくさ特別支援学校や地域の相談支援事業所と連携して、診療、療育、教育等総合的なリハビリテーションを提供した。</p> <p>⑥ 幼児期の発達障害児に対し、定期的に各種検査を実施し、個々の発達課題に対応した専門的なアプローチを実施するとともに、保護者へ関わり方の指導やアドバイスを行った。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促進した。</p> <p>⑦ 子ども発達支援センターでの親子通園や、病院での外来リハビリテーションの活用のほか、高機能自閉症児等就学前グループ指導を実施(子どもグループ6回、親グループ5回)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。</p> <p>⑧ 医療センター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提供するとともに、その家族に対し個別的な評価をフィードバックし、家庭や学校等の生活面で実際に活かせるよう指導・援助した。さらに、器具・車椅子・座位保持装置などを製作する際は、必要に応じて、現在の能力でより高い次のADL(日常生活活動)が作れるよう、アドバイスを行った。</p> <p>また、施設部門に通院している障害児に対して定期的な個別評価を実施するとともに、家族に対しては、毎月1回、保護者向けの学習会を開催し、専業主や心理職等の専門職による情報提供を行った。</p> <p>⑨ 自治医科大学小児整形外科との連携により、脳性麻痺、小児運動器疾患等の整形外科手術を行った。(年間手術件数4件)</p> <p>⑩ 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年間総実施単位数13,320単位)。</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>(2)医療機能の充実(小項目) 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に、以下のとおり、医療機能の充実を図る。</p> <p>ア 回復期リハビリテーションセンター医療の充実 ・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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センター病棟入院料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。</p> <p>イ 多職種連携による医療の提供 ・多職種によるカンファレンスを定期的に行い、患者に関する情報の共有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。</p> <p>・看護対策委員会の運営等を通じて、患者の皮膚や栄養の状況の把握、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。</p> <p>・嚥下の困難な患者に対する錠剤の粉碎等、個々の患者の状況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。</p>	<p>・小児に対する医療・福祉サービスのあり方検討結果を踏まえ、リハセンターが果たすべき役割や機能、提供する医療・福祉サービスのあり方について引き続き検討を行う。</p> <p>・神経難病外来において診療所等からの紹介患者を受け入れるなど地域との連携を強化するとともに、難病に関する診療やリハビリテーションの充実を図る。</p> <p>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に、以下のとおり、医療機能の充実を図る。</p> <p>ア 回復期リハビリテーションセンター医療の充実 ・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、直接入院受け入れ機能を強化し特機期間の原簿に努める。</p> <p>・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こととし、休日におけるリハビリテーションの充実を図る。</p> <p>・回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準を維持するとともに、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。</p> <p>イ 多職種連携による医療の提供 ・多職種による入院早期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実施するとともに、電子カルテを有効に活用し、カンファレンスにおける情報や治療目標の共有化を目指す。</p> <p>・看護対策委員会を開催するとともに、看護対策チームによる定期的な回診とカンファレンスを実施することにより、患者の皮膚や栄養状態の評価、褥瘡発生予防や改善に向けた取組を推進する。</p> <p>また、褥瘡を防止し、効果的なリハビリテーション医療を推進するため、NST(栄養サポートチーム)の設置について検討を進める。</p> <p>・嚥下の困難な患者に対し、錠剤の粉碎や飲薬への代替え等、個々の患者の状況に応じた調剤を行う。</p> <p>また、特命医からリハセンターの処方箋への代替え時や退院時における服薬指導を重点的に実施する。</p>	<p>⑩ 小児に対する医療・福祉サービスのあり方検討結果を踏まえ、こども療育センターの増設と併せて職員配置を拡充し、医療的ケア児等の受け入れ体制の充実を図った。</p> <p>⑪ 新型コロナウイルス感染症対策を徹底しながら、紹介患者8名中7名が受診し(1名は自己都合により辞退)外来リハを開始した。</p>
<p>① 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。</p> <p>② 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。</p> <p>③ 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センター病棟入院料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。</p> <p>④ 多職種連携による医療の提供 ・多職種による入院早期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実施するとともに、電子カルテを有効に活用し、カンファレンスにおける情報や治療目標の共有化を目指す。</p> <p>⑤ 看護対策委員会を開催するとともに、看護対策チームによる定期的な回診とカンファレンスを実施することにより、患者の皮膚や栄養状態の評価、褥瘡発生予防や改善に向けた取組を推進する。</p> <p>また、褥瘡を防止し、効果的なリハビリテーション医療を推進するため、NST(栄養サポートチーム)の設置について検討を進める。</p> <p>・嚥下の困難な患者に対する錠剤の粉碎や飲薬への代替え等、個々の患者の状況に応じた調剤を行う。</p> <p>また、特命医からリハセンターの処方箋への代替え時や退院時における服薬指導を重点的に実施する。</p>	<p>① 地域医療連携室が急性期医療機関からの転院相談窓口となり、884件の入院相談を受け、急性期病院からの入院患者全体の98.2%(525人中521人)が直接入院となった。</p> <p>② 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8.37単位(平日8.41単位、休日8.31単位)を提供した。</p> <p>③ 重症度の高い患者の受け入れを積極的に行い、令和2(2020)年1月から予定を開始した回復期リハビリテーション病棟入院料1(5階及び6階病棟)を、令和2(2020)年の診療報酬改定(実績指数40以上、重症患者3割以上の施設基準)後も維持した。</p> <p>④ 多職種による入院当日の合同評価や一週以内のカンファレンスを実施(98.3%)し、早期から退院後を見据えた計画策定、定期的なカンファレンス(1,135件)を行い、情報交換とともに、治療目標や今後の方向性などの共有化を図り協働で患者支援を行った。</p> <p>⑤ 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看護対策委員会を2回開催した。委員会においては委員、看護師を対象に「褥瘡ケア」をテーマとした研修を1回実施した。</p> <p>また、NSTの設置に向けて、多職種による栄養サポートの取組の試行として各種カンファレンスにて栄養評価を実施した。</p> <p>⑥ 嚥下の困難な患者や経管栄養患者に対して錠剤を粉碎したり多量の飲薬を混合し一包化するなど、個々の患者のニーズに合わせてオーダーメイド調剤を実施した。服薬指導については、新型コロナウイルス感染症感染防止対策を講じつつ、必要に応じて薬剤師が病棟の看護士と連携して患者の理解促進に合わせたきめ細やかな指導を実施した。</p>	<p>① 地域医療連携室が急性期医療機関からの転院相談窓口となり、884件の入院相談を受け、急性期病院からの入院患者全体の98.2%(525人中521人)が直接入院となった。</p> <p>② 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8.37単位(平日8.41単位、休日8.31単位)を提供した。</p> <p>③ 重症度の高い患者の受け入れを積極的に行い、令和2(2020)年1月から予定を開始した回復期リハビリテーション病棟入院料1(5階及び6階病棟)を、令和2(2020)年の診療報酬改定(実績指数40以上、重症患者3割以上の施設基準)後も維持した。</p> <p>④ 多職種による入院当日の合同評価や一週以内のカンファレンスを実施(98.3%)し、早期から退院後を見据えた計画策定、定期的なカンファレンス(1,135件)を行い、情報交換とともに、治療目標や今後の方向性などの共有化を図り協働で患者支援を行った。</p> <p>⑤ 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看護対策委員会を2回開催した。委員会においては委員、看護師を対象に「褥瘡ケア」をテーマとした研修を1回実施した。</p> <p>また、NSTの設置に向けて、多職種による栄養サポートの取組の試行として各種カンファレンスにて栄養評価を実施した。</p> <p>⑥ 嚥下の困難な患者や経管栄養患者に対して錠剤を粉碎したり多量の飲薬を混合し一包化するなど、個々の患者のニーズに合わせてオーダーメイド調剤を実施した。服薬指導については、新型コロナウイルス感染症感染防止対策を講じつつ、必要に応じて薬剤師が病棟の看護士と連携して患者の理解促進に合わせたきめ細やかな指導を実施した。</p>

<p>中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	<p>年度計画の記載内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、個別の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、摂食・嚥下障害看護認定看護師等が連携し、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の開催や、認定看護師と療法士が連携したリハビリテーションに関する勉強会の定期的実施など、計画的に研修会・勉強会を開催し、看護師や療法士等の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。 	<p>業務実績</p> <p>① 歯科衛生士が、週3回定期的に病棟・病室の巡回を継続し、入院患者や入居児、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、口腔内の保清潔に努めた。</p> <p>② 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を計画立案、1回来賓した。認定看護師会が病棟の特殊性に応じた研修会を計画、13回実施し、看護師の質向上を図った。</p>
<p>(3)先進的なリハビリテーション医療の提供(小項目)</p> <p>ボ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。</p>	<p>ボ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(HONDA歩行アシスト)の活用と導入物業の検証を進める。</p>	<p>① ボツリヌス療法に積極的に取り組み、189人に実施した。また、令和元(2019)年に導入したロボットスーツ(HONDA歩行アシスト)については、入院・外来患者に使用しながらデータを蓄積し、学会で症例報告を行うとともに、先進的な医療技術に関する知識や情報を収集した。</p>
<p>(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> <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くよう、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取り組む。</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くよう、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を推進していく。</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>また、看護師養成機関と連携を図りながら院内研究を充実させる。</p>	<p>① 新型コロナウイルス感染症の影響により、「どぎろヘルスケア産業協議会」の部会が中止となるとともに、リハセンターにおけるヘルスケア関連ミーティングも開催を見送った。</p> <p>② リハ関係学会や自治体病院学会等での発表・参加を促し、3件の発表を行った。また、院外の研修で職員の「大腿骨骨折後の介入」「感染管理の知識と活動ポイント」「脳卒中患者の上肢機能アプローチ」「医療安全の基礎」「看護が見える看護記録の書き方」「急変時のフィジカルアセスメント」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。</p> <p>さらに、看護研究を進めるに当たって、看護師養成機関と連携を図り、院内看護研究の質の向上を図った。</p>
<p>令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の安定的な確保に努め、整形外科手術の積極的な実施を図るとともに、医療・福祉二一ズの確かな把握に努め、障害児・障害児・障害者の施設利用件数の増加を図られた。 	<p>業務運営への反映状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の確保に努め、目標である11人を確保できた。 ・ 自治医科大学小児整形外科との連携により、整形外科手術の積極的な実施に努めた。【再掲、(1)-ア】 ・ 小児に対する医療・福祉サービスのあり方検討結果を踏まえ、こども療育センターの設置ごとの職員配属を見直し、医療的ケア児等の受入れ体制の充実を図るなど、利用件数の確保に努めた。【再掲、1-イ】 	<p>令和元(2019)年度業務実績の振り返り</p> <p>令和元(2019)年度業務実績の振り返り</p>

法人の 自己評価	B	<p>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」、「緊急外来受診者数」、「整形外科手術実施人数」、「ブレイス(装具)クリニック実施件数」及び「看護士の学舎発表件数」については目標値を下回った。</p> <p>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、入院時の多職種による評価及びMSWIによる面談の実施や重症患者の積極的な受入れに加え、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、こども療育センターの職種ごとの職員配置数の見直しにより、医療的ケア児等の受入れ体制の充実を図った。さらに「医療機能の充実」として、回復期リハビリテーション病棟入院科1を維持するとともに、365日リハの更なる充実など、新型コロナウイルス感染症の影響によりやむを得ないものを除いて、いずれの項目においても概ね計画どおり実施した。</p> <p>・ 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>
知事の 評価	B	<p>・ 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。引き続き、重症患者の積極的な受入れに努めるとともに、リハビリテーション実施単位数の増加と障害児・障害者に対する医療機能の充実を図りたい。</p>

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	R2(2020)年度		R2(2020)年度		R4(2022)年度		指標の達成状況
		目標値	実績値	達成率	目標値	実績値	達成率	
1	医療安全に関する研修会の実施回数(回)	6	9	150%	6	V		
2	集中ラウンド実施回数(回)	2	3	150%	V			
3	医薬品安全管理研修会の実施回数(回)	2	5	250%	V			

※ 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

R4(2022)年度	R3(2021)年度	R2(2020)年度	R1(2019)年度	R4(2022)年度	R3(2021)年度	R2(2020)年度	R1(2019)年度
8	9	9	9	2	3	3	3
2	3	3	3	2	8	5	5

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) 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。 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。	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。 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・転落防止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。 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。	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。 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・転落防止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。 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。	① リスクマネジメント委員会を12回、転倒・転落防止ワーキンググループを10回開催し、インシデント・アクシデント事例の発生要因を調査、分析の上で、再発防止の具体策検討、実施、評価を行うことにより、医療事故の防止に取り組んだ。転倒・転落防止ワーキンググループでは、同様の要因による事例に対し、現場検証を行い、各部署のメンバーが検証結果と注意喚起ポスターにより、自部署のスタッフへの周知を図った。 ② 医療安全研修会を9回開催し、医療安全に関する情報を共有した。また、緊急時の全館放送(コードブルー・コードホワイト・解除コール)について、新型コロナウイルス感染症発生防止対策として実施しているソートンに合せてコードブルーの内容を変更し、イエローコードを追加した。さらに、アレクゾー一本の臨配膳防止のための対策について、次年度からの実施に向けて、給食部全、リスクマネジメント委員会での検討とセンター内周知を図った。
(2) 院内感染防止対策の推進(小項目) 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。 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迅速に対応した未然防止及び発生時の院内感染対策を迅速に実施し、院内感染の発生防止に努める。 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。	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。 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迅速に対応した未然防止及び発生時の院内感染対策を迅速に実施し、院内感染の発生防止に努める。 また、外部の医療機関との共同カンファレンスに参加し、感染発生状況等の情報共有を図る。	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。 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迅速に対応した未然防止及び発生時の院内感染対策を迅速に実施し、院内感染の発生防止に努める。 また、外部の医療機関との共同カンファレンスに参加し、感染発生状況等の情報共有を図る。	① 定例の感染対策委員会及びICT会議をそれぞれ12回開催したほか、新型コロナウイルス感染症発生防止のため臨時に委員会を24回開催した。さらには令和2(2020)年11月には新型コロナウイルス感染症対策本部を設置し、情報共有の徹底と、センター内における感染対策の検討を十分に行い、最大限の取組を実施した結果、院内感染の発生を防止した。 また、ICTが週1回研修等を巡回(うち年3回は集中ラウンドを実施)するとともに全職員を対象に感染対策講習会を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。 このほか、栃木県立がんセンターICTと共同カンファレンスを4回開催し、感染発生状況の共有とともに、対策の報告や相談を行い、環境改善及び感染症の発生防止に努めた。 ② 感染対策研修会として全職員を対象に「新型コロナウイルス」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) 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。	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。	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>中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容</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手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>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、輸血療法の見直しや血液製剤の選別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>年度計画の記載内容</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手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> <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取り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、輸血療法の見直しや血液製剤の選別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>業務実績</p> <p>① 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を策定し、医療機器の保守点検を行った。また、心電図、除細動器などの適切な使用方法について、研修会を行った。</p> <p>② 主に新規採用看護師を対象に、医薬品の処方から服薬まで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1回開催した。また、薬剤科職員や医師、関係部署の職員に対して薬用薬剤について研修会を4回開催し、同作業等の知識及び理解を深めた。</p> <p>③ 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。</p> <p>なお、手術件数4件のうち、輸血を必要とする手術はなかった。</p>
---	--	---

<p>令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等</p> <p>・ 引き継ぎ、研修会等の充実や職員の意識向上に努め、医療事故等の発生防止を図</p>	<p>業務運営への反映状況</p> <p>新型コロナウイルス感染症の発生防止のため、院内にICT委員会を24回開催し、さらには令和2(2020)年11月には新型コロナウイルス感染症対策本部を設置の上で対策を進めるとした結果、感染の発生を防いだ。【再掲、(2)-ア】</p>
--	--

<p>法人の自己評価</p>	<p>S</p>	<p>評価理由</p>
<p>・ 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。</p> <p>・ 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、医療安全研修会を9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、定例の感染対策委員会及びICT会議(各12回)に加えて、新型コロナウイルス感染症対策のためICT臨時会議を24回開催し、さらには新型コロナウイルス感染症対策本部を設置の上で様々な対策を実施し、感染の発生を防止する(感染者なし)など、いずれの小項目においても計画どおり又は計画を上回って実施した。</p> <p>・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画を上回って実施することができたため、「S」評価とした。</p>	<p>S</p>	<p>評価理由</p>

<p>知事の評価</p>	<p>S</p>	<p>評価理由等</p>
<p>・ 当該中項目に関しては、計画を上回って実施していることが認められるため、「S」評価とした。</p>	<p>S</p>	<p>評価理由等</p>

3 患者・親民等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	R2(2020)年度		R2(2020)年度		R4(2022)年度		指標の達成状況
		計画値	実績値	達成率	目標値	実績値	達成率	
1	患者満足度割合(%)	90	81	90%	90以上	III		
2	退院前在宅訪問指導(家庭調査)件数(件)	54	74	137%	55	V		

※ 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

年度	R2(2020)年度		R3(2021)年度		R4(2022)年度	
	計画値	実績値	計画値	実績値	計画値	実績値
82	81	81				
62	115	74				

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>(1) 患者や家族等への医療サービスの実現が図られるよう、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、院内設備及び職員への対応等に関する病棟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、リハセンターによる退院前在宅訪問指導(家庭調査)を実施し、在宅改善や家族でのADL(日常生活活動)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。</p> <p>なお、患者の判断に資するため、必要に応じて所内で個別・整備した統一様式を活用する。</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、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。</p> <p>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、関係者が同行して退院前に在宅訪問を実施し、在宅改善や家族でのADL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引き続き検討する。</p> <p>さらに、認定看護師を中心に、退院患者家族を対象とした講座中や骨折等の再発予防に関する勉強会を定期的に実施する。</p>	<p>① 患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、必要に応じて統一様式を活用しながら、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。</p> <p>② 地域医療連携室のMSWGが、多職種による合同評価(469件)やカンファレンス(605件)に参加するとともに、電子カルテを活用するなど情報共有の上で、患者家族の相談に対応した。</p> <p>③ 令和2(2020)年9月から11月にかけて患者満足度調査を実施した結果、全体的な満足度は入院・外来ともに前年度から向上し、「満足」「やや満足」と回答した患者は81.3%であった(外来84.1%、入院79.4%)。</p> <p>④ 外来部門において、「療法士の対応」「受付・会計・養護員の対応」について「満足」「やや満足」と回答した割合が90%を超えた一方で、入院部門において、「生活の説明」「食事の内容」について「満足」「やや満足」と回答した割合は60%台に止まった。</p> <p>⑤ 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、住宅改修業者等と本人の動機を確認し住宅改修や日常生活上のアドバイスを行い、在宅復帰を支援する退院前訪問指導を74回実施した。また、新型コロナウイルス感染症感染拡大時には、退院前訪問に代わり、タブレット端末で撮影した動画を活用した家族指導を実施し、在宅復帰を支援した。</p> <p>⑥ 看護師一人ひとりが、患者に対して再発予防教育が行えるよう「再発予防パンフレット」の作成を開始した。</p>

業務実績	
中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容
<p>(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> <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>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・福祉サービス等について、県民や地域の医療機関等に対する情報発信を強化・充実する。</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>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>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する情報発信を強化・充実する。</p> <p>イ 医療や福祉に関する各種制度、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>
<p>(3)地域に開かれた病院運営(小項目)</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 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>① センター広報誌「とちリハ通信」に、検査科下障者認定看護士の活動、HONDA歩行アシストを活用したリハビリ、MRI等の医療機器の共同利用に関する取組を掲載し、また、新型コロナウイルス感染症防止対策の取組についてもホームページや広報誌を通じて周知を図った。</p> <p>② 国や自治体の医療制度の最新情報を外来や会計待合室等に掲示したほか、診察情報に関する資料等を配布するなど情報発信に努めた。また新型コロナウイルス感染症に関する情報についても、患者や利用者に分かりやすく掲示を行った。</p>
<p>(3)地域に開かれた病院運営(小項目)</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において、リハセンターの運営に関する意見交換を行い、当該関係機関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実施する。</p> <p>ウ 国策ボランティア等、環境意識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通安全点検での啓発活動等、ボランティア活動を通じて、社会貢献に努める。</p>	<p>① 新型コロナウイルス感染症対策として、令和2(2020)年度の運営協議会の開催を早送りつつ、書面により委員から意見を聴取し、回答を行うことで、関係機関との連携を図った。</p> <p>② 例年開催している「とちリハまつり」、「とちリハ病院研修会」、「高次医療機能障害セミナー」については、新型コロナウイルス感染症の影響により開催を見送った。</p> <p>③ 国策ボランティアを受け入れ、グリーンカーテン設置やアサガオの栽培など環境整備を行った。</p> <p>④ 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30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。</p>
<p>令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等</p> <p>・ 病院利用者の意見や要望に適切に対応されるよう努め、患者満足度割合の向上を図られた。</p>	<p>業務運営への反映状況</p> <p>患者満足度調査の結果、全体的な満足度として「満足」「やや満足」(外来84.1%、入院79.4%)となり、入院・外来ともに前年度から向上した。【再掲、(1)-(4)】</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、「退院前在宅訪問指導(家庭調査)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実践」では、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、療養士等による退院前在宅訪問指導では、新型コロナウイルス感染症大時にはデジタル活用などの工夫をこらしながら在宅復帰を支援するなど、医療サービスの充実を図った。さらに、「地域に開かれた病院運営」では、新型コロナウイルス感染症防止のため「栃木県立リハビリテーションセンター運営懇談会」の開催を見送った。一方で、新設新型コロナウイルス感染症の影響によりやむを得ないものを除いて、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	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

No	指標名	R2(2020)年度実績	R2(2020)年度目標	R2(2020)達成率	R4(2022)年度目標	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)	20	13	65%	22	い
2	子ども療育センター短期入所契約者数(人)	36	22	61%	44	い
3	家族会の開催回数(回)	2	1	50%		い
4	自立訓練施設に移行した利用者数(人)	5	3	60%	9	い

※ 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

H30(2018)年度	R元(2019)年度	R2(2020)年度	R3(2021)年度	R4(2022)年度
26	20	13		
27	26	22		
1	3	1		
3	3	3		

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>(1)療育支援の充実(小項目)</p> <p>身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、子ども発達支援センター及び子ども療育センターにおける療育支援の充実を図る。</p> <p>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 子ども発達支援センターの週所原簿に対し、外若診療を通して発達状態に応じた適切なハビリテーションを提供する。</p> <p>エ 子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身体不自由児や医療的ケア児を積極的に受け入れる。</p> <p>(2)自立訓練の充実(小項目)</p> <p>身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>身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、子ども発達支援センター及び子ども療育センターにおける療育支援の充実を図る。</p> <p>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。</p> <p>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 子ども発達支援センター利用児童が退所(卒園)後も環境を要えずに療育支援を受けられるよう、当施設を利用したりハビリテーションを提供する。</p> <p>エ 子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身体不自由児や医療的ケア児を積極的に受け入れる。</p> <p>身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>業務実績</p> <p>① 子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把握した。また、子ども発達支援センターにおいて保護者懇談会を5回実施し、要望や意見の聴取に努めた。</p> <p>② 子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、心理士、保育士、栄養士等多職種を交えたカンファレンスで案を作成した。</p> <p>また、子ども療育センターに入所する児童については個別支援計画の策定、見直し及び年間評価に当たっては学校担任も交えたカンファレンスで案を作成した。この他、児童相談所等も含めた関係職員のカンファレンスを17回実施した。</p> <p>③ 子ども発達支援センターの卒園児に対し、子ども発達支援センターの訓練室で、子ども発達支援センターの利用時に担当していた職員が継続してハビリテーションを提供した(977件)。</p> <p>④ 子ども療育センターの短期入所事業として314人、日中一時支援事業として102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119人、医療的ケア児297人)。なお、短期入所契約者数は、新型コロナウイルス感染症対策として一時受入を停止していた影響もあり、22人に止まった。</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
<p>ア 個別支援計画の立案、実施及び評価に当たり、利用者の希望を踏まえ、医療従事者の意見も反映させる等、病院部門との連携を強化し、訓練効果の向上を図る。</p> <p>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・向上できるように、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>ア 個別支援計画の立案、実施及び評価に当たり、利用者の希望を踏まえ、医療従事者の意見も踏まえ、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> <p>イ 医師、療法士、看護師、管理栄養士、生活支援員等による個別指導、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。</p> <p>エ また、訓練期間中もモチベーションを維持・向上できるように必要に応じて心理面談を実施する。</p> <p>オ 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>イ 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>① 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、利用者等から承諾を得た上で実施した。個別支援計画は3ヶ月毎にサービスマネジメント、生活支援員、看護師、OT、PTなど多職種で構成する支援会議を開催し、評価・見直しを行った。また、支援会議にはケースにより心理職も参加し、看護師等を通して医師の意見も計画に反映させるとともに、必要に応じて外部機関である県障害者総合相談所等も参加した。</p> <p>② 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3人、買い物・調理訓練を延べ23人に実施した。また、看護師が必要に応じて保健指導を行うとともに、管理栄養士による栄養指導も1件実施した。</p> <p>③ 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、支援会議に心理職が参加し、支援計画の評価・見直しに心理面談の結果等を反映させた。</p> <p>④ 当事者、家族の障害理解を促進するため、令和2(2020)年9月に「どちぎ高次脳機能障害者友の会」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た家族会を開催した。</p> <p>⑤ 新年会の出し物(ハンドベル)を訓練に取り入れられたり、座談会を開催し利用者相互で障害や訓練状況を理解し合うことで、モチベーションの維持・向上を図った。</p> <p>⑥ 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、各個人に合わせてプログラムを立案し、適宜プログラムを修正しながら高いリハビリテーションを取りながら認知リハビリテーションを実施した。</p> <p>⑦ 障害者自立訓練センター利用者への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、関係機関等連携を図りながら就労に必要な支援を行い、3名の利用者が就労(就労継続)に結びついた。</p>
<p>(3)病院部門と施設部門が一体となったサービスを提供できるよう、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>① リハビリ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 患者や利用者のサービス需要に的確に対応するため、施設基準を遵守した上で、業務の状況に応じて、随時、病院部門と施設部門との間で柔軟な人員配置を行う。</p>	<p>① 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(7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>② 新型コロナウイルス感染症対策として、療法士・看護師・保育士等が原則として他部署への支援を行わない体制(ソーシング)を要請した。</p>

<p>令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師の安定的な配置及び利用促進のための普及啓発に努め、障害児・障害者の施設利用件数の増加を図りたい。 	<p>業務運営への反映状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師の採用に努めた結果、目標である11人を確保できた。 小児に対する医療・福祉サービスのある方検討結果を踏まえ、こども療育センターの職種ごとの職員配置数を見直し、医療的ケア児等の受入れ体制の充実を図るなど、利用件数の確保に努めた。
---	--

<p>法人の自己評価</p>	<p>C</p>	<p>評価理由</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実施回数」、「こども療育センター短期入所契約者数」、「家族会の開催回数」、「自立訓練終了後に一般就労等に移行した利用者数」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、「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、計画を下回っているため、「C」評価とした。
----------------	----------	--



<p>知事の自己評価</p>	<p>B</p>	<p>評価理由等</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、新型コロナウイルス感染症の影響により、施設部門の受入れを一部停止するなどやむを得ない事情もあり、指標についてはいずれも計画を下回ったが、そのような状況下においても療育支援の充実にも、病院部門と施設部門の連携により自立訓練の充実に取り組みんでいると判断したため、「B」評価とした。引き続き、障害児・障害者の受入れ体制の充実を図り、施設利用件数の増加に努められたい。
----------------	----------	---

5 人材の確保と育成(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R2(2020)年度		R2(2020)年度		R4(2022)年度		指標の達成状況
		員数	実績値	達成率	員数	実績値	員数	
1	認定看護師数(人)	8	8	100%				IV
2	医師数(人)	11	11	100%				IV
3	療法士数(人)	81	93	115%				V
4	職員満足度割合(%)	90	81	68%				90以上

※ 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

年度	R元(2018)年度		R2(2020)年度		R3(2021)年度		R4(2022)年度	
	実績値	目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	実績値	目標値
9	9	9	8	8				
11	11	11	11	11				
71	89	89	93	93				
58	66	66	61	61				

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>(1) 職員の資質向上(小項目)</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 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保・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 研修委員会が主体となり、研修体系に沿って、新採用職員研修等の各種共通研修等を実施する。</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>また、院内看護研究に認定看護師が積極的に参加・指導し、学会等院外発表の充実を図る。</p>	<p>① 研修委員会が主体となり、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等の各種研修を実施した。</p> <p>② ハラスメント研修では、パワハラ防止等の法改正のポイント等の講義をリモートにより実施した。</p> <p>③ 職員全体研修では、リハビリテーションセンターの使命や今後のあるべきあり方について、理事長による講義を実施した。</p> <p>④ 中期計画において策定されている業務継続計画(BCP)の目的や策定手法を学ぶ研修を実施した。</p> <p>⑤ 看護部においては5段階のクリニカルラーダーを活用し、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。</p> <p>⑥ 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。</p> <p>⑦ 年間計画を立案し、認定看護師が認定を継続できるよう研修会への参加を図った。また、看護研究に認定看護師が積極的に関わることにより、看護の質の向上を図った。</p>
<p>(2) 医療従事者の安定的な確保(小項目)</p> <p>国民生活の質向上やインテグレーションの活用を積極的に推進するとともに、就業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>医師をはじめとした医療従事者について、目指す医療・福祉サービスを提供するために必要な人員を確保する。</p> <p>病院見学会の実施やインテグレーションの活用を積極的に推進するとともに、就業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を図る。</p> <p>また、求人状況を踏まえ、随時に採用試験を実施し、適時適切な採用を行う。</p> <p>さらに、短時間勤務などニーズに応じたパート勤務を実施する。</p>	<p>① 医師部については、目標11人のところ11人となり、目標を達成した。</p> <p>② 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た連携に努めた。</p> <p>③ 求人状況に応じた随時の採用試験の実施などにより、看護師、療法士の人員確保を図り、令和2(2020)年度中に看護師13人、療法士8人を採用した。</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
<p>(3)人事管理制度の構築(小項目) 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を構築し、適切な運用を行う。</p>	<p>① 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、他の地方独立行政法人の試行例の調査を行った。なお、当該年度中の人事評価については、新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。</p>
<p>(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) 休暇取得目標の設定、有休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>職員満足度調査の結果等によりワーク・ライフ・バランスへの配慮に対する満足度を検証し、ワーク・ライフ・バランスの推進を図る。 夏季休暇の取得可能期間延長や年次休暇の年5日取得、超える職場環境づくりに取り組む。 また、どちらがいいね！カードの活用により職員間の相互理解を進め、働きやすきやりがいのある職場づくりに努める。さらに、2交代制勤務の試行結果に基づき、2交代制勤務を導入し、看護師の負担軽減を図る。</p>	<p>① 令和3(2021)年1月に実施した職員満足度調査の結果、前年度から10.5ポイント改善し、59.4%の職員がワーク・ライフ・バランスに配慮されていると回答した。また、調査項目中、「仕事へのやりがい」については前年度から5.4ポイント低下し、61.0%となった。 ② 有給休暇については、各部門長の指導等により全職員が5日以上取得できた。 ③ どちらがいいね！カードについて、発北月間を設けて活用を促し、職員が相互に提案合うことで、働きやすきやりがいのある職場づくりを推進した。 ④ 令和2(2020)年4月から、看護師の2交代制を開始し、負担軽減を図った。</p>

令和元(2019)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
<p>・ 医療従事者の安定的な確保に努めるとともに、ワーク・ライフ・バランスの推進に努め、職員満足度割合の向上を図られた。 ・ 医師及び療法士の採用に努めた結果、いずれも目標を達成できた。【再掲、(2)】 ・ 職員満足度調査の結果、前年度から10.5ポイント改善し、59.4%の職員がワーク・ライフ・バランスに配慮されていると回答した。【再掲、(4)】</p>	

法人の自己評価	A	評価理由	指標の達成状況に関しては、「認定看護師教」、「医師教」、「療法士教」、「職員満足度割合」については目標値を下回った。
		<p>・ 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教育サービスを活用し、「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への訪問や随時の採用試験を実施するなど、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>	

知事の評価	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>

6 地域連携の推進(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度実績値	R2(2020)年度達成率	R4(2022)年度目標値	R4(2022)年度実績値	指標の達成状況
1	逆紹介率(%)	53.0	55.7	105%	55.0	55.7	iv
2	出前講座の実施回数(回)	19	6	32%	20	1	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

H30(2018)年度実績値	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	60.0	55.7		
10	19	6		

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>(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> <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。</p> <p>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 急性期病院との密接な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。</p> <p>また、地域のかかりつけ医等への紹介件数や介護支援専門員等との連携件数を増加させるとともに退院後の在宅生活の向上を図る。</p> <p>イ 地域医療連携ネットワークシステム(とちままるネット)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>	<p>① 紹介元病院と連携を図ることにより、入院待機期間の短縮に努め、入院申込みから、平均待機期間は9.9日と前年から短縮できた。</p> <p>② 後方連携として、かかりつけ医への逆紹介率(55.7%)は目標値を達成したほか、ケアマネージャーや地域包括支援センターなど介護事業所関係者や施設相談員との対応での連携件数は365件であった。</p> <p>③ 院内医師全員がとちままるネットの研修を受講しており、1名の患者について、紹介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。</p>
<p>(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> <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、新木原障害者総合相談所、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。</p> <p>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>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、医療・介護従事者の連携強化のための会議や地域包括推進に関する研修等に積極的に参加することにより、地域支援ネットワークの強化を図る。</p> <p>イ 保育園や幼稚園等、通園児の送迎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支援する。</p> <p>また、地域の関係機関と支援者会議等により情報交換を充実させ、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>① 新型コロナウイルス感染症の影響でネットワークの強化を目的とした会議や研修会の機会が減ったものの、オンラインでの会議・研修会に積極的に参加した(延べ5名)。</p> <p>② 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行うとともに、施設利用者やその家族のニーズにあった退所調整に努めた(21件)。</p>

<p>中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容 県内の関係機関等と連携し、リハビリテーションに関する出前講座等を開催し、リハビリテーションの有する知見を地域に還元する。</p>	<p>年度計画の記載内容 リハビリテーション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し、利用件数の増加に努める。 また、通直、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>	<p>業務実績 ③ 新型コロナウイルス感染症の影響で出前講座時の開催が困難となる中、リモートや感染防止対策を講じた上での開催を検討し、6回(延べ101人参加)実施した。</p>
--	--	---

<p>令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等</p> <p>・ 該当なし</p>	
--	--

<p>法人の自己評価</p>	<p>B</p>	<p>評価理由</p>	<p>・ 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>
----------------	----------	-------------	---



<p>知事の評価</p>	<p>B</p>	<p>評価理由等</p>	<p>・ 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。引き続き、急性期病院や地域の医療機関等との連携を推進するとともに、リハビリテーションセンターの有する知見の還元を努められたい。</p>
--------------	----------	--------------	---

7 地域医療・福祉への貢献(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R2(2020)年度 目標値	R2(2020)年度 実績値	R2(2020)年度 達成率	R4(2022)年度 目標値	R4(2022)年度 実績値	指標の達成 状況
1	療法士の実習生受入れ人数(人)	420	217	52%	440	440	○
2	看護師の実習生受入れ人数(人)	800	221	28%			○
3	児童発達支援事業所等実習生受入れ人数(回)【再掲】	20	13	65%	22	22	○
4	こども発達センター短期入所契約者数(人)【再掲】	36	22	61%	44	44	○

※ 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

年度	R元(2018)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
療法士	353	458	217	
看護師	354	755	221	
児童発達支援事業所等実習生	26	20	13	
こども発達センター短期入所契約者	27	26	22	

年度計画の記載内容

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容

(1)医療・福祉関係者の資質向上に係る支援(小項目)
地域のリハビリテーション医・看護師及び福祉の向上を図るため、医療・福祉関係者の資質向上に係る支援を積極的に行う。

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を図る。

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な研修を実施し、専門的な人材育成を支援する。

ウ 児童相談所からの要請を踏まえ、小児神経領域を中心とした医学的な側面からのコンサルテーションを行う。

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。

エ 民生委員、児童委員等の地域福祉を担う団体等の視察・調査を積極的に行い受け入れる。

地域のリハビリテーション医・看護師及び福祉の向上を図るため、医療・福祉関係者の資質向上に係る支援を積極的に行う。

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)の積極的な受入れを図る。

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な研修を実施し、専門的な人材育成を支援する。

ウ 児童相談所からの要請を踏まえ、小児神経領域を中心とした医学的な側面からのコンサルテーションを行う。

エ 障害者の就労を支援するため、障害児者の就労実習を積極的に行い受け入れる。

オ 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。

カ 民生委員、児童委員等の地域福祉を担う団体等の視察・調査を積極的に行い受け入れ、障害福祉に関する理解促進を図る。

業務実績

① 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。

② 新型コロナウイルス感染症の影響により、県内の看護師や療法士の養成施設等からの実習生及び研修生の受入れは、看護師221人、療法士217人、保育士22人等に止まった。

③ 児童相談所を6回訪問し、医学的な観点からのコンサルテーションを10例実施した。

④ 特別支援学校生徒3人の就労実習を受け入れ、事務補助、リハビリ訓練機器の清掃などの業務を通じて、卒業後の就労に向けた支援を行った(うち1人は令和3(2021)年4月からパート職員として当センターに就労)。

⑤ 新型コロナウイルス感染症の影響により、「とちりハ病院研修会」の開催を見送った。

⑥ 新型コロナウイルス感染症の影響により、地域福祉団体等の視察・調査の受け入れを見送った。

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>(2)一次予防に係る地域の取組への支援(小項目)</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、ロコモテスト、ロコモトレニング等について、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、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、ロコモテスト、ロコモトレニング等について、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>① 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」への参加、日本医学会「ロコモ・フレイル対策の推進に向けたWG」の会議への出席(4件)のほか、講演会の講師を行った(4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。さらに、県内の小学校全校に「子どもの運動器の障害に関するパンフレット」を配布(4万5千部)し、ロコモの啓発を図った。</p> <p>② 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、ロコモテストを行う機材の貸出しを行った(26件)。</p>
<p>(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> <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に、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關し、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>さらに、退所後に利用する保育所等を訪問し、当該児童及び保育所等のスタッフに対し、専門的な支援・相談等を行う保育所等訪問支援事業の実施に向けた準備を行う。</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に、地域療育支援事業所を対象とした地域療育支援事業を実施し、障害児の地域支援を目的とした実習受入れ等を実施し、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關し、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>さらに、退所後に利用する保育所等を訪問し、当該児童及び保育所等のスタッフに対し、専門的な支援・相談等を行う保育所等訪問支援事業の実施に向けた準備を行う。</p>	<p>① 地域療育支援事業として、児童発達支援事業所等の保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1回開催(参加者38人)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入れを13回(延べ22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、必要に応じて退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(7件)。</p> <p>さらに、保育所等訪問支援事業の令和3(2021)年度からの実施に向けた体制整備を行った。</p>

令和元(2019)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
<p>・実習生及び研修生の受入れの拡大等により医療・福祉関係者の業務支援の充実を図りたい。</p> <p>めるとともに、施設利用の普及啓発に努め、療育支援の充実を図りたい。</p>	<p>・新型コロナウイルス感染症防止対策を徹底しながら、県内の看護師や療法士の養成施設等から、看護師221人、療法士217人、保育士22人等の実習生及び研修生を受け入れた。【再掲、(1)～(4)】</p> <p>・地域療育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1回開催(参加者38人)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入れを13回(延べ22人)行った。【再掲、(3)】</p>

法人の 自己評価	C	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「療法士の実習生受入れ人数」、「看護師の実習生受入れ人数」、「児童発達支援事業所等を対象とした研修実施回数」、「こども療育センター短期入所契約者数」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、「医療・福祉関係者の資質向上に係る支援」では、新型コロナウイルス感染症防止対策を徹底しながら、看護師、療法士等の実習生及び研修生を受け入れたほか、「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、新型コロナウイルス感染症の影響によりやむを得ないものを除いて、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、計画を下回っているため、「C」評価とした。
-------------	---	------	---



知事の 評価	B	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、新型コロナウイルス感染症の影響により、実習生の受入れを一時停止するなどやむを得ない事情もあり、指標についてはいずれも計画を下回ったが、そのような状況下においても感染防止対策を徹底しながら実習生等の受入れに努め、医療・福祉関係者の資質向上に取り組みんでいると判断したため、「B」評価とした。引き続き、実習生等の積極的な受入れに努められたい。
-----------	---	-------	--

8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理(中項目)

<p>中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容</p> <p>県民に信頼され、県内医療・福祉機関の役割的役割を果たしていただけるよう、法令や社会規範を遵守する。 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。 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、職員の高めるとともに、情報セキュリティ対策を徹底する。</p>	<p>年度計画の記載内容</p> <p>県民に信頼され、県内医療・福祉機関の役割的役割を果たしていただけるよう、法令や社会規範を遵守する。 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。 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>業務実績</p> <p>① 業務の遂行に必要な法令上の手順については、取違が生じる高度、宇都宮労働基準監督署、宇都宮公共職業安定所、宇都宮市消防署など関係法令を所管する機関へ説明や確認を行い、適正な業務執行に努めた。 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き、公文書管理、個人情報情報の管理を行った。新潟採用職員研修において情報管理について周知し、職員の高めを促した。 ② さらに、県内外で発生した情報セキュリティに関するインシデント事例をその都度職員に周知し、個人情報情報の漏えい等の防止を図った。</p>
---	---	---

<p>・該当なし</p>	<p>令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等</p>	<p>業務運営への反映状況</p>
--------------	----------------------------------	-------------------

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p> <p>・ 栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づき、公文書及び個人情報を適切に管理し、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。</p>
<p>知事の評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p> <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>

9 災害等への対応(中項目)

<p>中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容</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>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に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>① 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>② 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>年度計画の記載内容</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>① 業務継続計画(BCP)の策定に向けた検討体制を整備し、具体的な検討に着手する。</p> <p>② 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。</p> <p>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>③ 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。</p> <p>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>④ 災害発生時の医療的ケア児等への支援内容を検討・整備するとともに、その内容を医療的ケア児の家族等に周知する。</p>	<p>業務実績</p> <p>① 所内各部署の代表者で構成するBCP策定検討委員会を設置し、具体的検討に着手し、各部門業務のリストアップを行った。</p> <p>② 策定作業に資するため、民間コンサルに委託し、BCP研修を実施した。</p> <p>③ JRATの運営を支援するため、JRAT協議会の広報委員会(リモート開催)に職員が6回参加した。</p> <p>④ 栃木県災害リハビリテーション連絡会の定例会(リモートにより1回開催)に職員が出席したほか、研修会3回に2名ずつ参加させた。</p> <p>⑤ 令和2(2020)年4月に災害対応マニュアルを策定し、地域の人工呼吸器利用者への充電支援等の体制を整備した。</p>
---	---	--

<p>令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等</p>	<p>業務運営への反映状況</p>
<p>該当なし</p>	

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>
	A	<p>BCP策定検討委員会を設置し、具体的な検討に着手した。また、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が参加したほか、地域の人工呼吸器利用者への充電支援等の体制を整備するなど、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>
<p>知事の評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p>
	A	<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)

<p>中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容 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。また、各病室の機能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>年度計画の記載内容 安定的な経営基盤を確立するため、経営企画室を中心として、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。 また、組織改編の効果が発揮されるよう適切な組織運営を行うとともに、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、効果的かつ効率的な業務運営を図る。</p>	<p>業務実績 ① こども療育センターの職種ごとの職員配置数の見直しによる医療的ケア児等の受入れ体制の充実を図った。 ② 県が行う新型コロナウイルス感染症対策等への支援として、宿泊療養施設等への看護師派遣を実施するに当たって、6階病棟の病床利用率を調整しつつ、医療取巻の低減防止に努めた。</p>
---	--	--

<p>令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等</p>	<p>業務運営への反映状況</p>
----------------------------------	-------------------

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>	<p>・ 経営企画室を中心として、こども療育センターの職種ごとの職員配置数の見直しによる医療的ケア児等の受入れ体制の充実を図ったほか、新型コロナウイルス感染症による取巻への影響を最小限に止めるなど、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>
----------------	----------	-------------	--



<p>知事の評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p>	<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>
--------------	----------	--------------	---

2 経営参画意識の向上(中項目)

<p>中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容 職員全員が組織における価値観や中長期的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参画するよう、経営改善推進会議において、経営収支比率や医療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。 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>年度計画の記載内容 職員全員が組織における価値観や中長期的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参画するよう、管理運営会議において、経常収支比率や医療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。 また、業務改善に係る職員提案制度を活用し、効果的かつ効率的な業務運営を行う。</p>	<p>業務実績 ① 各部長以上を構成員とする管理運営会議(13回開催)において、主要経営指標の実績等を分析・共有し、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で報告した。 さらに、所長による職員向けの研修会(1回)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。 また、職員の多様なアイデアを業務運営に活かしていくため令和元(2019)年度から開始した職員提案制度「どらりハ提案制度」により、サービズ向上、コスト削減、働き方改革、その他の4部門を設定し提案を募集した結果、15件の提案が寄せられ、うち9件について採用(又は一部採用・採用に向け検討)とした。</p>
--	--	---

<p>・該当なし</p>	<p>令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等 -</p>	<p>業務運営への反映状況</p>
--------------	---	-------------------

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>	<p>・ 管理運営会議での経営方針の検討結果や経営状況を所内連絡会議等で共有するとともに、業務改善に係る職員提案制度により職員一人ひとりの経営参画意識の向上を図るなど、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。</p>
----------------	----------	-------------	---



<p>知事の評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p>	<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>
--------------	----------	--------------	---

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	R2(2020)年		R2(2020)年		R4(2022)年		相違の達成状況
		目標値	実績値	達成率	達成率	目標値	実績値	
1	リハビリテーション実施単位数(単位) 【再掲】	301,000	268,466	89%	89%	303,000	268,466	ii
2	医師数(人)【再掲】	11	11	100%	100%		11	iv
3	療法士数(人)【再掲】	81	93	115%	115%		93	v
4	病床利用率(%)	90.3	77.6	86%	86%	91.4	77.8	ii
5	新入院患者数(人)	475	543	114%	114%		543	v
6	ジェネリック医薬品使用割合(%)	73.0	88.0	121%	121%	75.0	88.0	v
7	材料費対医薬収比率(%)	10.7	7.7	128%	128%		7.7	v

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期日曜期間における各事業年度の実績

年度	R元(2018)		R2(2020)		R3(2021)		R4(2022)	
	年度	実績値	年度	実績値	年度	実績値	年度	実績値
2018	210,482	258,102	210,482	258,102	210,482	258,102	210,482	258,102
2019	11	11	11	11	11	11	11	11
2020	71	89	71	89	71	89	71	89
2021	80.5	87.1	80.5	87.1	80.5	87.1	80.5	87.1
2022	81.5	82.1	81.5	82.1	81.5	82.1	81.5	82.1
2023	10.4	8.1	10.4	8.1	10.4	8.1	10.4	8.1

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状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け入れ等、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、急性期病院に訪問するほか、MSWの研修会や会議へ出席し情報交換を密に行うとともに、随時、入院患者の特徴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け入れ等、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>収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。</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、急性期病院に訪問するほか、MSWの研修会や会議へ出席し情報交換を密に行うとともに、随時、入院患者の特徴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け入れ等、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>① 医師数については11名となり、目標を達成した。療法士数については、目標を上回る93名を配置した。リハビリテーション実施単位数については、休日リハの増(昨年度比17,784単位増の83,058単位)等による入院患者一人当たり実施単位数の増(昨年度比1.14単位増の7.63単位)により、昨年度比10,364単位増の268,466単位となったが、新型コロナウイルス感染症の影響による病床利用率の低下や、ソニーグループによるリハビリテーション実施単位数の低下等により、目標の301,000単位には届かなかった。</p> <p>② 患者紹介につながるよう、急性期病院へ待機状況を電話連絡にて情報提供を行ったほか、会議・研修会等で急性期病院MSWと情報交換に努め、684件の新規入院相違があった。</p> <p>③ 地域医療連携室において、各病棟医師との連携を密に図り病床管理を行ったほか、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、県立病院の使命として、県の新型コロナウイルス感染症対策防止対策への支援を積極的に行った結果、宿泊療養施設等への看護師派遣に伴う、6階病棟の病床利用率の調整により、目標90.3%のところ77.8%となった。</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
<p>工 診療報酬改定等委員会において、レセプトの減価(返戻)に際しては、診療報酬の適正な請求に努める。</p> <p>また、診療報酬の改定内容等を早期かつ正確に把握し、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み。</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。</p> <p>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>キ 医薬品の取用に当たっては、薬価利益の観点も含めた検討を行い、収益の増加を図る。</p>	<p>工 診療報酬改定委員会において、各部署からそれぞれに異なる新たな加算について、積極的に意見を挙げてもらい、加算取得に必要な体制整備を目指す。</p> <p>オ 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準を維持しつつ、入退院支援加算や体制強化加算を算定できる体制を整備する。</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。</p> <p>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>キ 医薬品の取用に当たっては、薬価利益の観点も含めた検討を行い、収益の増加を図る。</p>	<p>④ 診療報酬改善委員会を隔月で開催し、査定・差戻の事柄とその理由、今後の対応等について情報共有した結果、令和2(2020)年度の査定率は1%未満となった。また、新たな加算として、令和2(2020)年4月から「入退院支援加算1」を算定開始した。</p> <p>⑤ 令和2年(2020)4月の診療報酬改定後も、回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定体制を維持しているほか、令和2年(2020)4月からの「入退院支援加算1」の算定開始により、患者支援体制の強化を図った。</p> <p>⑥ 入院時の取用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た分納の提案等、未収金回収確保に努めた(令和2(2020)年度 分納申請 6件)(参考:令和元(2019)年度未収金発生額 576千円)。</p> <p>また、未収金回収業務委託を通じ、過年度未収金を回収した(2件)。</p> <p>⑦ 後発医薬品の積極的な採用や切替えを行い、医薬品購入費を約180万円削減し、薬価差による収益約45万円に寄与した。</p>
<p>(2)費用の削減対策(小項目)</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を図る。</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参加し、専門的見地から価格交渉を行う。</p> <p>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・障害者に関す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を図るとともに、近隣の医療機関からの受託検査を積極的に受け入れる。</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参加し、専門的見地から価格交渉を行う。</p> <p>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 医薬品の処方箋の把握に努め、在庫量を適正に管理する。診療材料については、使用見込みの把握に努めるなど適正な管理を行う。</p> <p>エ 経営分析システムの機能を活用し、引き継ぎ業務の部門に勤務する職員の人員費等の施設基準の検討を行う。</p> <p>オ 職員のコスト意識を高めるため、コピ一単価の表示や、裏面利用の啓発・掲示等を行い節約に努める。</p>	<p>① 近隣の医療機関からのMRI等高度医療機器の受託検査の積極的な受入れに努めるとともに、令和2(2020)年10月から新たに契約医療機関との間で共同利用を開始(86件実施)し、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を図った。</p> <p>② 医薬品や医療機器の購入に際しては、各部署で価格交渉を行った。</p> <p>③ 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88.0%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>④ 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>・診療材料については、在庫数及び使用量を把握し、より適正な管理に努めた。</p> <p>⑤ 経営分析システムに当センターのデータを蓄積するとともに、施設部門の人員費等の施設基準について検討を行った。</p> <p>⑥ コピ一単価の表示や、裏面利用の啓発・掲示、節電の啓発等を行い、節約及び職員のコスト意識の高揚に努めた。</p>

令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等

・リハビリテーション業務量増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、病床利用率の向上に努められたい。

業務運営への反映状況

・医師数については11名となり、目標を達成した。【再掲、(1)-ア】
 ・病床利用率については、県立病院の救命として、県の新型コロナウイルス感染症感染防止対策への支援を積極的に行った結果、宿泊療養施設等への看護師派遣に伴う、6階病棟の病床利用率の調整により、目標90.3%のところ77.6%となった。【再掲、(1)-ウ】
 ・療護士について、目標を上回る93名を配置した。また、リハビリテーション実施単位数については、休日リハの増等による入院患者一人当たり実施単位数の増により、昨年度比10,364単位増の268,466単位実施したが、新型コロナウイルス感染症の影響による病床利用率の低下や、ソニーングによるリハビリテーション実施効率の低下等により、目標の301,000単位には届かなかった。【再掲(1)-ア】
 ・回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定体制維持のほか、令和2年(2020)4月からの「入退院支援加算1」の算定開始により、更なる収入の確保を図った。【再掲、(1)-エ、オ】

法人の自己評価	A	指標の達成状況に関しては、「医師数」、「療護士数」、「新入院患者数」、「ジェネリック医薬品使用割合」及び「材料費対医業収益比率」は目標値を達成又は上回った一方、「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、5階及び6階病棟において回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定を維持したほか、新たに入院支援加算1を開始した。「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、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	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	R2(2020)年度 実績値	R2(2020)年度 目標値	R2(2020)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(%)	104.9	100以上	105%	100以上	Ⅳ
2	医業収支比率(%)	67.9	75以上	91%	75以上	Ⅲ

※ 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

H30(2018)年度 実績値	R示(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	104.1	104.9		
64.9	68.9	67.9		

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>国民が求める専門的なりハビリテーション医療等を定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。</p> <p>また、各年度において経常収支の黒字化を目指す。</p>	<p>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。</p>	<p>① 毎月、中堅幹部職員以上が出席する所内運営会議において、入院院別・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・増加や支出の削減に向けた取り組みの強化を働きかけた。</p> <p>② 令和2(2020)年度の経常収支比率は104.9%となり、目標を達成した。</p>

令和元(2019)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
<p>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>	<p>毎月、中堅幹部職員以上が出席する所内運営会議において、入院院別・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・増加や支出の削減に向けた取り組みの強化を働きかけた。[再掲]</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、「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運営会議において、入院院別・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・増加や支出の削減に向けた取り組みの強化を働きかけた。令和2(2020)年度の経常収支比率は104.9%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	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8 その他業務運営に関する重要事項(大項目)

<p>中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容 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。</p>	<p>年度計画の記載内容 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・整備に努める。</p>	<p>業務実績 ① 医療機器の調達に当たり、部長以上を副委員長とする管理運営会議において、 投資計画及び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 機器の整備を行った。</p>
<p>令和元(2019)年度業務実績の評価における指摘等 ・ 該当なし</p>		
<p>業務運営への反映状況</p>		
<p>法人の 自己評価</p>	<p>A</p>	<p>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。</p>
<p>知事の 評価</p>	<p>A</p>	<p>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。</p>

令和 2（2020）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令和 2（2020）年度の業務実績について、以下のとおり評価を行った。

1 全体評価（案）

(1) 評価結果

令和 2（2020）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。

(2) 判断理由等

- 14 の中項目のうち、計画を上回って実施している項目は、「安全で安心な医療の提供」の 1 項目、概ね計画どおり実施している項目は、「患者・県民等の視点に立った医療の提供」等 9 項目であったほか、延べ患者数が、入院・外来ともに前年度を下回ったが、経常収支は黒字を維持した。
- 一方で、「質の高い医療の提供」、「障害児・障害者の福祉の充実」、「地域連携の推進」、「地域医療・福祉への貢献」が、計画をやや下回った。
- 引き続き、医療と福祉の複合施設として、その機能を十分発揮しながら、サービスや業務の質の向上に取り組む必要がある。

2 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会の意見・指摘等

栃木県立岡本台病院

経営改革プラン〔第3次〕

【平成29（2017）年度～令和3（2021）年度】

平成29（2017）年3月

〔令和3（2021）年3月一部改定〕

栃木県立岡本台病院

目 次

前文	・ ・ ・ ・ ・ 1
1 3次プラン策定の趣旨	
2 3次プラン策定に係る基本方針	
3 3次プランの位置付け	
第1 3次プランの計画期間	・ ・ ・ ・ ・ 3
第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項	・ ・ ・ ・ ・ 3
1 質の高い医療の提供	
2 安全で安心な医療の提供	
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供	
4 人材の確保と育成	
5 地域連携の推進	
6 地域医療・福祉への貢献・協働	
7 災害等への対応	
◆ 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に係る数値目標	・ ・ ・ ・ ・ 14
第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項	・ ・ ・ ・ ・ 15
1 業務運営体制の確立	
2 経営参画意識の向上	
3 収入の確保及び費用の削減への取組	
◆ 業務運営の改善及び効率化に係る数値目標	・ ・ ・ ・ ・ 18
第4 財務内容の改善に関する事項	・ ・ ・ ・ ・ 19
◆ 財務内容の改善に係る数値目標	・ ・ ・ ・ ・ 19
1 収支計画（収益的収支）	
2 収支計画（資本的収支）	
3 一般会計等からの繰入金の見通し	
第5 その他業務運営に関する重要事項	・ ・ ・ ・ ・ 22
1 将来の診療機能整備の検討	
2 法制度の改正への対応	
● 巻末資料	・ ・ ・ ・ ・ 23
1 前プラン（平成26（2014）年度から平成28（2016）年度）の主な取組内容等	
2 一般会計負担金の算定基準	
3 3次プランの進行管理手法	

前文

1 3次プラン策定の趣旨

岡本台病院は、精神科緊急及び救急医療、アルコール・薬物依存症医療、医療観察法医療など、精神疾患に係る高度・専門の医療を担う県の基幹病院として、県民の精神医療・福祉の向上に寄与している。「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健福祉施策の流れを受け、社会復帰に向けたデイケア診療の充実、退院後の患者の治療の継続や再発防止、さらには、生活の質の向上などを目的とする訪問看護の機能強化など、社会復帰部門の充実を図っている。

一方、わが国の医療を取り巻く環境は、急速に進む少子高齢化、医療技術の進歩、医療人材の不足など大きく変化している。こうした状況の中で、県立病院は、将来にわたり、政策医療や高度・専門医療を安定的かつ継続的に県民に提供していくことが求められている。

これまで、岡本台病院では、総務省の「公立病院改革ガイドライン」に基づき、平成21(2009)年3月に「栃木県立岡本台病院経営改革プラン」を策定し、以来、プランの改定を行いながら、医療機能の向上（医療観察法に基づく指定通院医療機関及び鑑定入院医療機関の指定・登録、指定入院医療機関としての新病棟の整備等）及び経営改善の取組（電子カルテシステムの導入、病棟個室化の推進による効率的な病床管理等）を進めてきたところである。

こうした経営全般にわたる改革の更なる推進を図るとともに、今後とも県民が求める高度・専門的な医療を担う県立病院としての使命を果たしていくため、総務省から新たに示された「新公立病院改革ガイドライン」を踏まえ、次の4点を基本方針として栃木県立岡本台病院経営改革プラン〔第3次〕（以下、「3次プラン」という。）を策定する。

2 3次プラン策定に係る基本方針

(1) 県民サービスの充実

県民が必要とする精神医療のニーズに適切に対応できる医療機能の充実及び医療の質の向上を目指すとともに、精神障害者が安心して地域で生活できるよう、地域での医療・福祉活動及び社会資源との連携を強化する。

(2) 資源の有効活用

岡本台病院が有する医療資源等を最大限有効活用できるよう、機能分化を含めた業務全般にわたる改善及び効率化を進める。

(3) 職員のモチベーションの向上

職員一人ひとりの経営参画意識を高めるとともに、人材育成とモチベーション向上に資する仕組みを構築するなど、働きがいのある職場環境を整備する。

(4) 経営形態の見直し

将来にわたり質の高い精神医療を効果的・安定的に提供していくための経営形態見直しの方向としては一般地方独立行政法人化が最も適当との判断のもと、引き続き、課題等を整理しながら独法化に向けた検討を進める。

3 3次プランの位置付け

このプランは、次の性格を有する。

- (1) 栃木県保健医療計画、栃木県地域医療構想、栃木県障害者計画（新とちぎ障害者プラン21）、その他保健、医療、福祉に関する諸計画と調和が保たれたプラン
- (2) 精神医療の提供に係る県立病院としての役割を示すプラン

第1 3次プランの計画期間

平成29（2017）年4月1日から令和4（2022）年3月31日までの5年間とする。

第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項

岡本台病院の基本理念である「地域精神医療の基幹病院として役割を果たすとともに、患者さん一人ひとりの人権を尊重し、より良質な医療の提供により、県民の精神医療と福祉の向上に寄与します。」を踏まえ、地域の医療機関との適切な連携と役割分担のもと、県民が必要とする高度・専門的な精神医療を提供する。

1 質の高い医療の提供

本県の精神医療における基幹病院として、診療体制の一層の充実強化を図りながら、県民に対し、質の高い精神医療を提供する。

(1) 高度・専門医療の提供

ア 精神科緊急及び救急医療の提供

- ・ 精神科救急医療における三次救急（緊急措置入院、措置入院及び応急入院）患者の受入れとともに、二次救急（医療保護入院）患者についても積極的な受入れを行い、地域の精神科医療機関や一般救急医療機関との連携のもと、県の精神科救急医療の充実に貢献する。

イ 司法精神医療の提供

- ・ 医療観察法病棟について、引き続き安定的運営を図る。
- ・ 医療観察法に基づく指定入院医療機関として、国からの対象者の受入要請については、原則としてすべて対応する。
- ・ 複雑な背景を持った対象者に対し、多職種チーム（医師・看護師・心理士・作業療法士・精神保健福祉士・薬剤師・栄養士等）による専門治療プログラムに沿った質の高い医療を提供するとともに、保護観察所や指定通院医療機関等の地域の関係機関との連携を図りながら、

対象者の円滑な社会復帰を推進する。

ウ 県民ニーズに対応する専門医療の提供

- ・ アルコール・薬物依存症については、「アルコール・薬物専門外来」を中心に、入院医療も含めた依存症医療を継続して行う。特にアルコールについては、依存症専門医療機関として外来アルコールプログラムを実施するなど、アルコール依存症患者が地域で適切な医療を受けられるようにするための取組を実施する。
- ・ アルコールや薬物による依存症は「家族を巻き込む病い」であることから、家族に対する援助や教育を充実するとともに、治療効果の向上を図るため、断酒会やAA（アルコホーリクス・アノニマス）等の自助グループやダルク等の専門機関との連携強化を図る。
- ・ 閉鎖処遇が必要な児童思春期の患者や大人の発達障害、高次脳機能障害の患者に対応できる体制について検討する。
- ・ 認知症については、今後とも周辺症状への対応を必要とする患者を受け入れる。

エ 薬物療法の充実

- ・ 薬物療法は、副作用のリスクを十分考慮し、安全面に配慮しつつ治療効果を最大限に高められる薬物療法を採用する。
- ・ 多剤併用療法の改善や難治性の統合失調症に対して効果のあるクロザピンの積極的な導入など、薬物療法の充実を図る。

オ チーム医療の推進

- ・ 多職種協働によるチーム医療を展開することで、より複雑で困難な問題を適切に解決する。

カ 治療の標準化

- ・ 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）の導入拡大や治療プログラムの充実等を図る。

(2) 臨床研究の推進

- ・ 医師や看護師、コメディカルが、様々な分野の臨床研究に積極的に取り組み、臨床現場からの知見を広く発信し、精神医療全体の質の向上に寄与する。
 - ・ 院内に設置した倫理委員会において、臨床研究等の倫理的妥当性について検討し、委員会としての提言や諮問事項に対する答申を行う。
- (3) 病院機能評価の受審等の検討
- ・ 病院機能評価については、病院の現状を客観的に把握し、また、職員の自覚の醸成と意欲改善など、本評価を受審することにより相当程度の効果が期待されることから、受審に向けた課題等を整理していく。
- また、病院の機能を電子カルテを用いて客観的に評価するため、P E C Oシステム*への参加を検討する。

※精神科入院医療の中身について、客観的なデータに基づき、国際的な比較も視野に置いたベンチマーキングを提供するための研究事業

2 安全で安心な医療の提供

医療事故防止対策、院内感染防止対策及び医薬品、医療機器等の安全管理に係る取組を推進し、安全で安心な医療の提供に努める。

(1) 医療安全対策の推進

- ・ 医療安全管理者を中心にヒヤリ・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により、職員間で再発防止策や医療安全に関する情報を収集・共有化し、事故防止の徹底を図る。
- ・ 自殺事故防止研修の充実や自殺事故防止マニュアルの整備等を行い、自殺の未然防止に努める。
- ・ 患者の暴力行為に適切に対処するため、C V P P P（包括的暴力防止プログラム）を習得し、実践する。

(2) 院内感染防止対策の強化

- ・ 院内感染防止活動の実施により、院内感染の予防、監視、指導、教育

等を強化する。特に、感染が拡大している新型コロナウイルス感染症に対する取組を重点的に実施する。

(3) 医薬品及び医療機器等の安全管理の徹底

- ・ 医療安全に関する情報の収集及び共有、医薬品及び医療機器並びに施設内の安全管理等の徹底に取り組む。

3 患者・県民等の視点に立った医療の提供

患者及び家族や県民に対して分かりやすい精神医療情報の提供等を行い、精神疾患に関する理解促進を図るほか、外部の意見等を病院運営に取り入れ、より効果的な治療が行える環境の整備を図る。

(1) 患者及びその家族等への医療サービスの向上

- ・ 患者及びその家族に必要な情報を平易な言葉で提供、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。
- ・ 入院から退院、地域生活まで、それぞれの段階に応じ、患者及び家族の病気や生活に対する不安の軽減、入院患者の退院促進、地域での安定した生活の維持等に資するため、ソーシャルワークの充実を図る。
- ・ 精神障害者を抱える家族間の交流や、家族の精神疾患に関する理解の促進を図るため、家族教室の機能の充実など、患者の家族に対する支援を強化する。
- ・ 看護師や精神保健福祉士等による初診患者・家族等への丁寧なオリエンテーションを行うとともに、退院直後の来院患者・家族等に対して生活状況等を確認する面接を行うなど、外来機能の充実に努める。
- ・ 未受診の精神障害者や地域で生活する重症の精神障害者の生活を支援し、医療につなげ、治療を継続することができるよう、保健所等と連携して多職種アウトリーチチームが訪問する等の体制について検討する。
- ・ 患者のニーズを把握しながら、外来待合室の環境改善や入院患者の

療養環境の改善を推進する。

- ・ 栄養食事指導の充実による患者の生活習慣病の予防、規則正しい食生活習慣の定着、健康に関わる自己効力感（自己に対する信頼感や有能感）の向上など、患者の自立した生活基盤の確保に向けた支援を行う。また、安全で美味しく、より家庭に近い食事を提供することで、患者の栄養状態の改善を図る。
- ・ 診察時に検査結果が分かり、早期治療につながる診療前検査の実施を推進する。
- ・ 患者の利便性向上のため、患者の希望に添った院外処方の推進を図る。また、患者の服薬アドヒアランスの向上を図り、服薬指導を充実する。
- ・ 外来患者の診療や会計時の待ち時間の短縮のため、総合受付機や自動精算機の導入について検討する。

(2) 県民等への精神医療情報の提供

- ・ 精神医療情報の提供を通じ、精神疾患や精神障害者に対する県民の理解促進や精神的健康の増進のための普及啓発を図るなど、一次予防に努める。
- ・ ホームページの内容充実、広報誌「岡本台病院だより」の定期的な発行など、病院運営に関する積極的な情報発信を行い、県民に信頼される病院づくりを推進する。
- ・ 広報業務全体をマネジメントする広聴広報委員会を定期的に関催し、効果的な広報のあり方について検討する。
- ・ 医療観察法病棟の運営状況等について、地元住民や関係機関で構成される「地域連絡会議」を通じた情報提供や意見交換等を行い、司法精神医療に関する理解促進を図る。

(3) 民間団体等の外部機関との協働

- ・ 「岡本台病院運営協議会」等の開催を通して、外部の委員から幅広く意見等を聴取し、病院運営等に反映することで、患者サービスの向上を

図る。

- ・ 患者の治療効果の向上とともに、精神障害への県民等の理解の促進を図るため、様々な医療活動の場面において、ボランティア等の民間団体と協働する。
- ・ ピアサポーター（患者と同じ体験を持つ相談員）の活用や、関係団体が参加する形での、アルコール・薬物依存者に対する技術支援のための研修会の開催等を検討する。
- ・ 「岡本台病院ふれあいまつり」の開催等を通じ、地域住民等から信頼される開かれた病院づくりを推進する。

4 人材の確保と育成

岡本台病院に求められる質の高い精神医療を継続的に提供するため、医療従事者の確保と育成に努めるとともに、勤務環境の整備など、職員を支援するための取組を推進する。特に地域移行支援体制を強化するため精神保健福祉士などのコメディカル等の医療従事者の確保に努める。

(1) 医療従事者の確保

- ・ 精神科救急医療・緊急医療やアルコール・薬物依存症、医療観察法医療等様々な事例を経験できるという当院の強みを活かし、大学病院との連携協力、ホームページ等による公募、医学生・臨床研修医と病院とのマッチングのための合同説明会への参加等により、医師の確保に努める。
- ・ 精神科専門研修基幹施設として専攻医の受け入れを開始し、連携施設と更なる連携強化を図ることにより、安定した医師確保を推進する。
- ・ 看護師養成機関との連携強化や就職ガイダンスへの参加等により、看護師の確保に努める。
- ・ 広報活動の充実を通して、岡本台病院の役割、業務内容等を多くの医療従事者に周知し、人材確保に努める。

(2) 研修体制の強化

- ・ 医師の臨床研修体制の強化、精神保健指定医の資格取得の支援など、

若手医師にとっての魅力的な環境整備を図る。

- ・ 新たな専門医制度の精神科領域に対応する研修連携施設に加え、基幹施設として更なる専攻医の研修体制の充実に努める。
- ・ クリニカルラダー（臨床看護実践能力習熟度段階研修）を活用した基礎的な研修内容の充実のほか、専門研修への参加促進、専門資格の取得に向けた支援を強化し、専門領域の有資格者の育成を図るなど、看護師のスキルアップを進める。
- ・ 各職種の専門技術の向上、精神保健福祉に関連する法令等の理解及び時代の流れに応じた個別支援技術獲得のため、計画的な研修受講を推進する。また、院内における伝達研修（外部機関等が行う研修会に参加した職員が、学んだ知識や技術を他の職員に発表・伝達する研修）の取組を推進する。

(3) ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務環境の整備

- ・ ワーク・ライフ・バランスの取組推進等を通じ、職員が安心して、意欲をもって心身ともに健康で働くことができる職場環境の確保に努める。
- ・ 医療現場の負担軽減を図るため、業務の委託による対応、嘱託・パート等の非常勤職員の採用を検討する。

(4) 医療従事者の臨床倫理観の向上

- ・ 患者の尊厳等を守るため、医療倫理の研修を定期的実施し、取組状況を検証するなど、医療従事者の臨床倫理観の向上を図る。

5 地域連携の推進

地域の医療機関との病病・病診連携や福祉サービス等提供事業者等との連携を推進することにより、精神科救急医療システム及び司法精神医療福祉ネットワークの強化を図るほか、入院患者の地域移行に取り組む。

(1) 精神保健医療に係る関係機関等とのネットワークの強化

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、病病・病診連携を強化する。

ア 精神科救急医療システムの強化

- ・ 精神科救急医療システムの円滑な運用のため、精神科救急医療の基幹病院として、精神科救急情報センター及び輪番病院等との連携強化や措置入院患者の後方病院へ移院促進を図る。
- ・ (一財)栃木県精神衛生協会等の関係機関との緊密な連携体制のもと、救急患者への医療サービスを効果的、効率的に提供できる精神科救急医療システムの充実を図る。
- ・ 精神科救急医療においては身体合併症患者への対応が課題となっており、今後、高齢化の進行等に伴い、身体合併症患者の一層の増加が見込まれることから、地域の一般医療機関及び精神科病床を有する総合病院との連携を強化し、緊急時の受診、入院先の確保を図るほか、栃木県精神科救急医療システム連絡調整委員会の検討状況を見据えながら、県全体の身体合併症患者に対する救急医療の早期の体制整備に協力する。

イ 司法精神医療福祉ネットワークの強化

- ・ 医療観察法の対象者の社会復帰に向けた支援の質を高めるために、保護観察所と協働しながら、県内における指定通院医療機関等との連絡協議会や、関係機関を対象としたセミナーを開催するなど、ネットワークの強化に努める。

(2) 医療連携等の推進

- ・ 精神障害や生活障害の程度に応じて、民間の精神科病院・診療所や相談、福祉、介護、生活支援、就労サービスを提供する事業者との連携を推進する。

(3) 入院患者の地域移行・定着の推進

精神保健福祉施策の基本的な方向は「入院医療中心から地域生活中心へ」であり、精神障害者が住み慣れた地域で本人の意向に即し充実した生活を送ることができるよう、地域医療機関等との連携を図りながら入院患者の地域移行を推進する。

- ・ 入院後の各治療ステージに応じ、社会参加のための機能回復に向けたリハビリテーションを多職種チームにより積極的に展開し、早期の退院につなげるための取組を強化する。
- ・ 社会復帰に向けた相談・援助業務を積極的に行うとともに、地域の社会資源と連携し、生活支援体制づくりに協力して地域移行・定着を推進する。
- ・ 特に入所施設や生活訓練施設等の地域の社会資源と連携し、患者の退院後の生活の場を確保、開拓し、患者の地域移行・定着を促進する。
- ・ 長期入院患者の実態調査を毎年行い、退院支援の体制を組織的に強化して、地域の関係機関と連携しながら退院に向けた取組を推進する。
- ・ 患者の地域での生活を強力にサポートするため、訪問看護やデイ・ケアを充実するほか、ナイト・ケアやACT（多職種チームで時間外の訪問も行える訪問診療）の実施を検討するなど、退院後の支援を強化する。
- ・ 入院患者の地域移行、地域生活の安定等の社会復帰に向けた組織体制の強化を図る。

6 地域医療・福祉への貢献・協働

地域精神医療を支える関係機関との協働や精神医療を支える人材育成等を通して、県内の精神医療全体の水準向上に貢献する。

(1) 地域精神保健福祉活動への協力

- ・ 県の健康福祉センターや精神保健福祉センター及び市町が実施するケース検討会や県民向け啓発講習会等の地域精神保健福祉活動に協力するとともに、関係機関と積極的に協働し、精神障害者の地域での生活を支えていく。

(2) 精神科医療機関への技術支援等

- ・ 医療観察法病棟で実践する多職種チーム医療や、CVPPP（包括的暴力防止プログラム）等の専門医療に関するノウハウを地域医療機関等にフィードバックすることで、県内の精神医療水準の向上に貢献する。

(3) 医療従事者の育成等

- ・ 協力型臨床研修病院としての卒後臨床研修医、さらには新専門医制度における研修病院として専攻医を積極的に受け入れるほか、地域の精神科医療機関の職員や医療従事者育成機関の学生等を対象とした充実した研修体制を整備し教育機能を発揮することで、県内の精神医療の人材育成に貢献する。
- ・ 要請に応じ、看護師養成機関での授業や地域医療機関の医療従事者を対象とした研修会に講師を派遣する。

(4) 行政その他関係機関への助言・支援等

県の精神医療全体の水準向上に貢献するため、関係機関等からの要請に応じ、精神医療の専門的立場からの助言・指導や支援等を行う。

- ・ 矯正施設や行政機関が主催する研修会の講師、特別支援学校の学校医等として病院職員を派遣する。
- ・ 市町が主催する障害者自立支援協議会に参画し、障害者の社会復帰の促進や地域ケアに関する取組を支援する。
- ・ 国や県で実施している薬物再乱用防止の取組への支援・協力を行う。

7 災害等への対応

県立病院として災害対策を強化するとともに災害発生時の支援活動に積極的に取り組む。

(1) 災害対策の強化

- ・ 災害発生時の患者の安全確保と病院機能の維持に向けて、医薬品や食品等を適正に備蓄するなど、災害対策の強化を図る。

(2) 災害発生時における支援活動の充実

- ・ D P A T（災害派遣精神医療チーム）に率先して参加するなど、災害発生時の支援活動に積極的に取り組む。

(3) 新型コロナウイルス感染症患者の発生時における対応

- ・ 新型コロナウイルス感染症患者が発生した場合には、新型コロナウ

ウイルス感染症医療特命チームが中心となって適切な感染防止対策を実施することにより、院内感染拡大防止に努める。

◆県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に係る数値目標

目標とする指標	年度	H27	H29	H30	R1	R2	R3
		(2015)	(2017)	(2018)	(2019)	(2020)	(2021)
		実績	目標	目標	目標	目標	目標
①延べアルコール外来患者数（人）		4,043	4,350	4,400	4,450	4,500	4,500
アルコール依存症を主病名とする外来患者の延べ人数							
②実薬物外来患者数（人）		69	90	100	100	100	100
薬物依存症を主病名とする外来患者の実人員数							
③クロザピン治療対象患者数（人）		10	27	30	33	35	35
当該年度にクロザピンの投与を受けたことのある患者の実人員数							
④学会発表の件数（件）		5	9	10	11	12	12
学会で当院の職員が研究発表を行った件数							
⑤患者満足度（％）		—	60	70	80	80	80
患者満足度調査で「当院を全般的に評価したときの満足度」について「非常に満足」又は「満足」を選択した患者の割合							
⑥栄養食事指導実施件数（件）		357	470	490	510	530	680
医師の指示に基づき管理栄養士が行った栄養食事指導の件数							
⑦精神科認定看護師累計数（人）		5	6	6	7	7	7
精神科認定看護師の累計数							
⑧平均在院日数（第7病棟を除く）（日）		131.2	129.8	129.5	129.0	128.5	102.0
延べ入院患者数（退院日の退院患者数を含む） / （新入院患者数+退院患者数） × 1 / 2							
⑨地域ケア会議開催回数（回）		—	580	600	620	640	640
「患者又は家族」、「病院職員」、「地域関係者」の三者をメンバーとする患者支援を目的とする会議の開催回数							
⑩訪問看護回数（回）		578	630	640	650	660	660
訪問看護の実施延べ回数							

第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項

岡本台病院が有する医療資源の最大限の有効活用を図りながら、業務運営全般にわたる改善と効率化を推進する。また、医療環境の変化に応じて迅速な意思決定を行う。

1 業務運営体制の確立

病院機能を有効に発揮し、安定的な経営を実現するため、効率的で効果的な組織体制の構築を推進する。

(1) 効率的かつ効果的な組織体制の構築

- ・ 精神疾患の多様化に伴う医療ニーズに対し、効果的なサービスを提供できるよう、外来機能、病棟機能を見直し、適正な病床数及び人員配置を確保する。
- ・ 多職種が連携して質の高い医療を効率的に提供することを目指して、職能別組織とは別に機能（目的）別内部組織の編成を検討する。

(2) ICTの活用等による効果的な医療提供の推進

- ・ 電子カルテシステムを効果的に運用し、正確かつ迅速な情報伝達の体制を確保することにより、多職種間で患者情報を共有・分析し、質の高い、より安全で効率的な医療を提供する。

2 経営参画意識の向上

- ・ 職員一人ひとりが病院経営に参画している意識を持つよう、病院の抱える課題や経営状況について随時周知し、職員の共通認識を図る。
- ・ 患者や県民の視点に立ったサービスの向上、業務改善、経営の効率化、増収及び経費節減等に関する提案を求め、優れた提案に対する表彰制度を設けるなど、ボトムアップ方式による経営改革を推進する。

3 収入の確保及び費用の削減への取組

入院患者及び外来患者の確保に努め、適正な診療報酬の請求を行い、収

入確保を図るとともに、未収金の発生防止と回収強化に努める。

また、医薬品、検査試薬及び診療材料に係る価格交渉力を強化し、廉価での購入に努めるとともに、職員のコスト意識を高め、患者の療養環境の向上に努めながら経費削減に取り組む。

(1) 効果的な病床管理等

- ・ 個室と多床室をその機能に応じて有効に利用するとともに、各病棟間の連携を図り、効率的な病床管理を行う。
- ・ 各病棟を効率的、効果的に利用できるよう、病棟の機能別再編を検討する。
- ・ 病病連携や病診連携、地域との連携を強め、入院患者、外来患者の確保に努める。

(2) 各種診療報酬の施設基準取得等

- ・ 診療報酬研修会へ参加し、必要な情報を院内で共有するとともに、施設基準該当等に係る適時適切な確認を行い、新たな診療報酬加算の取得に努めるなど、診療報酬の改定等に迅速に対応する。

(3) 未収金の発生防止策等

- ・ 未収金の適切な債権管理のため、栃木県病院事業未収金対策マニュアル（改訂第2版）〔平成28年3月作成〕に基づき、病院全体で未納者情報の一元管理を行い、未収金の発生防止及び早期回収を図る。
- ・ 精神保健福祉士と徴収担当職員が連携し、患者の経済状況の把握に努めるとともに、必要に応じ、公的扶助制度等を活用できるよう支援する。

(4) その他の収入確保対策の推進

- ・ 閉鎖した旧第6病棟や使用されていない医師公舎等の活用方法を検討する。
- ・ 入院患者私物の洗濯費用など、本来患者が負担すべき費用の徴収について検討する。

(5) 医薬品費の削減対策の強化

- ・ 専門的見地から価格交渉を実施し、医薬品費の削減を図る。
 - ・ 医薬品の在庫量が適正なレベルとなるよう、適正管理の徹底を図る。
- (6) ジェネリック医薬品の効果的活用
- ・ 医薬品の有効性や安全性、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）の使用をさらに促進することで、医薬品費の削減及び患者の経済的負担の軽減を図る。
- (7) その他の経費削減対策の推進
- ・ 病院の主要な建物の経年劣化が進んでいるが、計画的・効果的な施設の修繕計画を策定し、適切なメンテナンスを行うことで、施設の安全性の確保と、長寿命化を図る。

◆業務運営の改善及び効率化に係る数値目標

目標とする指標	年 度	H27	H29	H30	R1	R2	R3
		(2015)	(2017)	(2018)	(2019)	(2020)	(2021)
		実績	目標	目標	目標	目標	目標
①職員満足度 (%)		51	70	80	90 以上	90 以上	90 以上
仕事のやりがい、能力開発、ワーク・ライフ・バランス等、仕事の内容や職場環境に係る職員満足度調査の結果、「満足している」又は「ほぼ（やや）満足している」と回答した割合の合計							
②新入院患者数 (人)		420	438	444	450	456	471
③新外来患者数 (人)		491	555	580	605	630	630
年度内に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数							
④病床利用率 (%)		63.3	77.1	77.6	78.0	78.5	78.5
延べ入院患者数（退院日を含む年間入院患者数）／年間延べ病床数（許可病床数）×100							
⑤延べ外来患者数 (人)		31,051	31,218	31,385	31,552	31,720	31,720
初診患者数＋再診患者数							
⑥医師数 (人)		10	11	12	13	13	16
常勤医師数							
⑦新規未収金発生額 (千円)		113	前年度より低い額				
目標年度の前年度に調定したもののうちで、目標年度末に未収金となっている額							
⑧ジェネリック医薬品使用割合 (%)		69.6	71.0	72.0	73.0	74.0	85.0
後発医薬品の数量を後発医薬品のある先発医薬品の数量と後発医薬品の数量の合計で除した割合							

第4 財務内容の改善に関する事項

高度・専門的な精神医療を県民に安定して提供していくためには、健全な経営と医療の質の確保が重要であることから、病床利用率の向上を図り経常収支の黒字を維持するとともに、医師を含めた人材の確保・育成に努め、改革プランの各数値目標の達成を目指す。

◆財務内容の改善に係る数値目標

年 度	H27	H29	H30	R1	R2	R3
	(2015)	(2017)	(2018)	(2019)	(2020)	(2021)
目標とする指標	実績	目標	目標	目標	目標	目標
①経常収支比率 (%)	106.1	102.7	103.1	102.5	100.3	100.3
経常収益／経常費用×100						
②医業収支比率 (%)	76.3	74.9	74.9	75.5	75.6	70.2
医業収益／医業費用×100						

1. 収支計画（収益的収支）

（単位：百万円、％）

年度		H27 (2015) 実績	H29 (2017)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)
区分							
収 入	1. 医 業 収 益 a	1,890	1,902	1,911	1,929	1,947	2,005
	(1) 料 金 収 入	1,881	1,892	1,902	1,920	1,938	1,994
	(2) そ の 他	9	9	9	9	9	11
	うち他会計負担金	0	0	0	0	0	0
	2. 医 業 外 収 益	810	776	788	762	714	938
	(1) 他会計負担金・補助金	654	631	642	643	608	831
	(2) 国（県）補助金	4	4	4	4	4	10
	(3) 長期前受金戻入	147	139	139	112	99	94
	(4) そ の 他	4	3	3	3	3	3
	経 常 収 益 (A)	2,700	2,678	2,699	2,691	2,662	2,943
支 出	1. 医 業 費 用 b	2,476	2,540	2,553	2,554	2,575	2,855
	(1) 職 員 給 与 費 c	1,608	1,654	1,672	1,690	1,690	1,920
	(2) 材 料 費	404	406	408	410	412	336
	(3) 経 費	288	303	303	303	303	440
	(4) 減 価 償 却 費	172	170	162	143	162	145
	(5) そ の 他	5	7	7	7	7	14
	2. 医 業 外 費 用	70	67	66	72	80	80
	(1) 支 払 利 息	10	6	4	2	2	1
	(2) そ の 他	60	61	62	70	78	79
	経 常 費 用 (B)	2,546	2,607	2,619	2,626	2,654	2,935
経 常 損 益 (A)-(B) (C)	154	71	80	65	7	8	
特 別 損 益	1. 特 別 利 益 (D)	0	0	0	0	0	0
	2. 特 別 損 失 (E)	0	0	0	0	0	0
	特 別 損 益 (D)-(E) (F)	0	0	0	0	0	0
純 損 益 (C)+(F)	154	71	80	65	7	8	
累 積 欠 損 金 (G)	▲ 290	▲ 139	▲ 59	6	14	▲ 302	
不 良 債 務	流 動 資 産 (ア)	531	553	566	584	604	719
	流 動 負 債 (イ)	504	565	473	391	345	381
	うち一時借入金	0	0	0	0	0	0
	翌年度繰越財源(ウ)	0	0	0	0	0	0
	当年度同意等債で未借入 又は未発行の額 (エ)	0	0	0	0	0	0
	不良債務 差引 [(イ)-(エ)]-(ア)-(ウ) (オ)	▲ 27	12	▲ 94	▲ 192	▲ 259	▲ 338
経 常 収 支 比 率 $\frac{(A)}{(B)} \times 100$	106.1	102.7	103.1	102.5	100.3	100.3	
不 良 債 務 比 率 $\frac{(オ)}{a} \times 100$	▲ 1.4	0.6	▲ 4.9	▲ 10.0	▲ 13.3	▲ 16.9	
医 業 収 支 比 率 $\frac{a}{b} \times 100$	76.3	74.9	74.9	75.5	75.6	70.2	
職 員 給 与 費 対 医 業 収 益 比 率 $\frac{c}{a} \times 100$	85.1	87.0	87.5	87.6	86.8	95.8	
地方財政法施行令第15条第1項 により算定した資金の不足額 (H)	0	0	0	0	0	0	
資 金 不 足 比 率 $\frac{(H)}{a} \times 100$	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
病 床 利 用 率	63.3	77.1	77.6	78.0	78.5	78.5	

2. 収支計画(資本的収支)

(単位:百万円、%)

年度		H27 (2015) 実績	H29 (2017)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)
収 入	1. 企 業 債	89	35	141	278	13	329
	2. 他 会 計 出 資 金	0	0	0	0	0	0
	3. 他 会 計 負 担 金	142	142	141	121	74	27
	4. 他 会 計 借 入 金	0	0	0	0	0	0
	5. 他 会 計 補 助 金	0	0	0	0	0	0
	6. 国 (県) 補 助 金	0	0	0	0	0	0
	7. そ の 他	0	0	0	0	0	0
	収 入 計 (a)	211	177	282	399	87	356
	うち翌年度へ繰り越される 支出の財源充当額 (b)	0	0	0	0	0	0
	前年度許可債で当年度借入分 (c)	0	0	0	0	0	0
純計(a)-(b)+(c) (A)	211	177	282	399	87	356	
支 出	1. 建 設 改 良 費	56	20	72	271	11	316
	2. 企 業 債 償 還 金	254	255	310	217	136	69
	3. 他 会 計 長 期 借 入 金 返 還 金	0	0	0	0	0	0
	4. そ の 他	0	0	0	0	0	0
	支 出 計 (B)	310	275	381	488	147	385
差 引 不 足 額 (B)-(A) (C)	99	98	99	88	60	29	
補 て ん 財 源	1. 損 益 勘 定 留 保 資 金	99	98	99	88	60	29
	2. 利 益 剰 余 金 処 分 額	0	0	0	0	0	0
	3. 繰 越 工 事 資 金	0	0	0	0	0	0
	4. そ の 他	0	0	0	0	0	0
計 (D)	99	98	99	88	60	29	
補てん財源不足額 (C)-(D) (E)	0	0	0	0	0	0	
当年度同意等債で未借入 又は未発行の額 (F)	0	0	0	0	0	0	
実質財源不足額 (E)-(F)	0	0	0	0	0	0	

3. 一般会計等からの繰入金の見通し

(単位:百万円)

	H27 (2015) 実績	H29 (2017)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)
収 益 的 収 支	(0) 654	(0) 631	(0) 642	(0) 643	(0) 608	(0) 831
資 本 的 収 支	(0) 142	(0) 142	(0) 141	(0) 121	(0) 74	(0) 27
合 計	(0) 796	(0) 773	(0) 784	(0) 765	(0) 682	(0) 858

(注)

- ()内はうち基準外繰入金額である。
- 「基準外繰入金」とは、「地方公営企業繰出金について」(総務副大臣通知)に基づき他会計から公営企業会計へ繰り入れられる繰入金以外の繰入金をいうものである。

第5 その他業務運営に関する重要事項

1 将来の診療機能整備の検討

岡本台病院は、施設の老朽化が進んでいることから、今後も本県の精神医療の基幹病院として求められる医療を適切に提供できるよう、病院の改築計画を含め、医療機能や病床数、病棟構成、施設・設備のあり方等について、検討を進めていく。

2 法制度の改正への対応

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律など精神保健医療福祉に関する法制度の運用においては、制度改正により生じる新たな役割に適切に対応する。

● 巻末資料

1 前プラン（平成 26（2014）年度から平成 28（2016）年度）の主な取組内容等

（1）県民に対し提供するサービスその他の業務の質の向上に係る主な取組内容等

項目	取組内容
①精神科救急医療・緊急医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・県における精神科救急医療システムを支える基幹病院として、精神科救急医療における三次救急患者を積極的に受け入れるとともに、一次・二次救急患者の受け入れにも努めてきた。
②司法精神医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・医療観察法医療の全対象者を受け入れ、多職種によるきめ細かいチーム医療を中心に多様な心理社会治療プログラムを行い、複雑な背景・環境を抱えた対象者の社会復帰を進めた。 ・第7病棟開棟後は、指定通院医療機関連絡会議や医療観察制度セミナーを開催した。
③アルコール・薬物依存症医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・アルコール依存症患者を対象とした専門的な診療・治療が可能な医療機関として、アルコール依存症リハビリテーションプログラム等に取り組んだ。 ・薬物依存症医療については、栃木DARCと連携して、「DARCミーティング」や「栃木DARC連絡会」を実施した。
④薬物療法の充実	<ul style="list-style-type: none"> ・多剤併用療法の改善を進めたほか、難治性の統合失調症の患者に対して、クロザピンを積極的に導入し治療効果を高めた。
⑤医療安全対策の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月、医療安全対策委員会及びリスクマネジメント部会を開催したほか、医療安全管理者が定期的に院内の事故発生場所の確認を行った。 ・包括的暴力防止プログラム研修会を開催し、患者の暴力行為への適切な対応を学んだ。
⑥ソーシャルワークの実施及び地域連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・「精神障害者への援助・患者家族への援助・地域への働きかけ」を三本柱として、患者や家族に対する日常生活相談や社会復帰相談のほか、家族教室の実施や「ふれあいまつり」の開催等を行った。
⑦外部委員からの意見聴取	<ul style="list-style-type: none"> ・外部委員からの意見を幅広く聴取し、それを病院運営に反映するほか、患者サービスの向上を図るため、平成 26（2014）年度に「岡本台病院運営協議会」を設置した。
⑧訪問看護の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護の充実により患者の支援を強化したことで、治療の継続が可能になったほか、家族が本人や病院に対して協力的になるなどの変化が見られた。
⑨リハビリテーションの実施	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者の社会復帰を促進するため、再発防止・生活リズムの立て直し・対人関係の改善・自立支援・就労支援などを通じた精神科リハビリテーションを実施した。
⑩患者サービスの向上	<ul style="list-style-type: none"> ・平成 26（2014）年度及び平成 27（2015）年度に病棟保護室の改修工事を実施した。 ・平成 28（2016）年度に外来待合室トイレの洋式化を実施した。

(2) 業務運営の改善及び効率化に係る主な取組内容等

項目	取組内容
①常勤医師の確保	・平成 27 (2015) 年度に 1 名の常勤医師を、平成 28 (2016) 年度には 2 名の常勤医師を確保した。
②認定看護師の育成	・平成 26 (2014) 年度に精神科認定看護師を 1 名育成し、合計 5 名とした。
③電子カルテシステムの効果的な運用	・電子カルテを活用し、医療全般における円滑な情報共有を図った。
④未収金対策の強化	・未納者情報を一元管理し、確実な督促などにより、未収金の早期回収を行った。

(3) 経営状況等の推移

年度		1次プラン					2次プラン		
		H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
財務に係る数値	目標	98.9	99.8	100.6	100.4	98.4	99.8	100.0	99.2
	実績	97.9	97.7	101.0	97.5	97.3	92.0	106.1	104.2
経常収支比率 (%)	目標	73.7	75.2	76.4	74.1	76.0	82.2	82.6	82.5
	実績	74.2	74.2	78.0	72.2	80.3	74.0	76.3	74.4
医業収支比率 (%)	目標	92.3	90.8	89.5	87.8	86.1	76.2	76.2	76.1
	実績	90.5	88.9	83.9	90.5	80.3	83.9	80.4	83.4
職員給与比率 (%)	目標	77.6	78.0	78.5	80.2	76.8	79.2	79.0	79.2
	実績	77.8	74.1	78.3	74.5	75.5	68.7	63.3	77.4

(4) 一般会計からの繰入金(実績額)の推移

(単位：千円)

年度	1次プラン					2次プラン		
	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
収益的収支	546,000	505,000	510,000	470,000	314,000	381,000	654,000	648,000
資本的収支	85,000	94,744	102,265	110,912	115,692	123,336	141,672	142,873
合計	631,000	599,744	612,265	580,912	429,692	504,336	795,672	790,873

2 一般会計負担金の算定基準

一般会計負担金の算定基準（岡本台病院）

区 分		算出方法	
収益的 収支 (*)	精神医療に要する経費	1床当たりの増嵩経費（地財単価）×病床数	
	高度医療に要する経費	①高度医療機器の整備・運用に要する経費	
		ア 高度医療機器運用経費	職員給与費＋材料費＋経費－診療収入
		イ 高度医療機器設置経費	経費＋減価償却費
		ウ 高度医療機器整備経費	減価償却費×1/2（H14(2002)年度以前分1/3）
	保健衛生行政事務に要する経費	①行政への協力に要する経費	職種別平均時間給×従事時間数
		②看護師養成校への職員派遣に要する経費	職種別平均時間給×派遣時間数
		③看護実習生等受入れ・指導に要する経費	職種別平均時間給×実習延べ時間数×従事割合
		④医療従事研修生の受入れ・指導に要する経費	職種別平均時間給×実習延べ時間数×従事割合
	経営基盤強化対策に要する経費	①医師及び看護師等の研究研修に要する経費	[研究研修費－特定財源＋（職種別平均給与×従事日数）]×1/2
②共済追加費用の負担に要する経費		年間給料額×負担金率/1,000	
③医師確保対策に要する経費		派遣を受ける非常勤医師に係る交通費、宿泊費等	
基礎年金拠出金に係る公的負担に要する経費		年間給料額×負担金率/1,000＋年間期末勤勉手当額×負担金率/1,000	
児童手当に要する経費		児童手当のうち3歳に満たない児童を対象とする給付に要する額の8/15	
企業債利息に要する経費		企業債利息×1/2（H14(2002)年度以前分：2/3）	
資本的 収支	建設改良に要する経費	①建設改良に要する経費	（建設改良費－企業債等特定財源）×1/2
		②企業債償還に要する経費	企業債償還金×1/2（H14(2002)年度以前分：2/3）

*本県では、経営改善の取組を実効あるものとするため、平成17（2005）年度から、同種・同規模で全国トップレベルの経営成績を収めている自治体病院の経営内容を参考に、本県病院の病床規模、人員体制等において実現可能な目標収益・目標費用を算出し、その「モデル収支」に基づき、職員給与費を除いた現金収支差に係る目標額を設定することにより、収益的収支に係る負担金の抑制に努めている。
各年度の収益的収支に係る負担金については、上記の「職員給与費を除く現金収支差目標額」と「職員給与費」との差額をベースに予算計上すること

3 3次プランの進行管理手法

(1) 点検・評価の体制

3次プランに基づく経営改善の取組状況については、以下の体制により点検・評価を行っていく。

① 院内での進捗状況の管理

毎月1回開催される「運営会議」において、当該年度における重点施策等の進捗状況を管理するとともに、経営改善に係る取組状況やその効果等について精査し、必要に応じて取組内容の見直しや追加的な対応策を検討する。

運営会議の構成メンバーは、院長、副院長、事務局長、医務局長、看護部長、事務局長補佐（総括）、総務課長、医事栄養課長とする。

② 外部委員による点検・評価

外部有識者や県民代表等をメンバーとする「栃木県立病院経営改革プラン評価委員会」（以下「評価委員会」という。）を設置し、前年度の当院を含む県立2病院の3次プランの達成状況や具体的な取組内容等について、点検・評価を受ける。

(2) 点検・評価の時期及び公表の方法等

① 点検・評価のスケジュール

事業年度（毎月）	毎月の運営会議において、3次プランの取組状況を確認
次年度 6月	運営会議において、前年度の目標の達成状況や具体的な取組実績について総合的に評価を実施
7月	評価委員会において、数値目標の達成状況や経営改善の取組状況等について点検・評価の実施
8月	自己評価及び評価委員会の点検・評価を受けて今後の取組方針を作成
9月	以上の評価結果等について、3次プランの業務実績評価書として取りまとめ公表

② 業務実績評価書の公表方法

業務実績評価書をホームページへ掲載し公表する。

栃木県立病院経営改革プラン評価委員会設置要綱

(設置)

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

(検討事項)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について検討する。

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

(組織)

第3条 委員会は、8名以内の委員をもって構成する。

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

(任期)

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

- 2 委員は、再任されることができる。

(会議)

第5条 委員会は、委員長が招集し、議長となる。

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

(庶務)

第6条 委員会の庶務は、保健福祉部保健福祉課において処理する。

(委任)

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

附 則

この要綱は、平成21年9月9日から適用する。

附 則

この要綱は、平成24年6月5日から適用する。

附 則

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

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和3年7月15日から適用する。

栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会条例

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、栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会(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 8 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。

附 則(令和3年条例第12号)

この条例は、令和3年4月1日から施行する。

保福第331号
栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会

下記について、貴評価委員会の意見を求めます。

令和3（2021）年8月6日

栃木県知事 福田 富一

記

- 1 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会条例（平成27年栃木県条例第1号）第2条第2号の規定に基づく地方独立行政法人栃木県立がんセンター（以下「県立がんセンター」という。）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令和2（2020）年度の業務の実績、並びに県立がんセンターの第一期中期目標期間における業務の実績に関する評価に係る意見
- 2 地方独立行政法人法（平成15年法律第118号）第25条第3項の規定に基づく地方独立行政法人栃木県立岡本台病院の中期目標の策定に係る意見

