

平成30年度第1回（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次第

平成30（2018）年7月31日（火）

16:00～17:15

県庁本館6階 大会議室2

1 開 会

2 挨拶

3 議 題

- (1) 地方独立行政法人栃木県立がんセンターの平成29（2017）年度業務実績に関する評価について
- (2) その他

4 閉 会

【配付資料】

- 資料1 （地独）栃木県立がんセンター及び（地独）栃木県立リハビリテーションセンターの業務実績に関する評価方法及び評価基準
- 資料2 （地独）栃木県立がんセンター 平成29（2017）年度決算の概要について
- 資料3 （地独）栃木県立がんセンター 平成29（2017）年度業務実績報告書兼中項目別評価書の概要について
- 資料4 （地独）栃木県立がんセンター 平成29（2017）年度業務実績報告書兼中項目別評価書
- 資料5 （地独）栃木県立がんセンター 平成29（2017）年度業務実績に関する全体評価書

参考資料1 （地独）栃木県立がんセンター 平成29（2017）年度 指標名、目標値及び実績値一覧

参考資料2 （地独）栃木県立がんセンター及び（地独）栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会条例（平成30（2018）年4月1日改正）

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

| 氏 名    | 役 職 等                                | 備 考  |
|--------|--------------------------------------|------|
| 太田 照男  | 栃木県医師会 会長                            | 副委員長 |
| 佐田 尚宏  | 自治医科大学附属病院 病院長                       |      |
| 高田 純子  | 公認会計士                                |      |
| 高橋 淑郎  | 日本大学商学部 教授                           | 委員長  |
| 平田 幸一  | 獨協医科大学病院 病院長                         |      |
| 藤沼 千春  | 藤沼労務管理事務所キャリアコンサルタント<br>株式会社カンセキ 取締役 |      |
| 渡邊 カヨ子 | 栃木県看護協会 会長                           |      |

\* 敬称略 : 五十音順

\* 任 期 : 2年(平成29(2017)年4月1日～平成31(2019)年3月31日)

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

## 1 事務局

平成30(2018)年6月20日

| NO | 氏 名    | 役 職 名             | 備 考 |
|----|--------|-------------------|-----|
| 1  | 森澤 隆   | 保健福祉部長            |     |
| 2  | 國井 隆弘  | 保健福祉部次長兼保健福祉課長    |     |
| 3  | 中村 和史  | 保健福祉課 総務主幹        |     |
| 4  | 田中島 浩子 | 保健福祉課 主幹兼課長補佐(総括) |     |
| 5  | 青井 智也  | 保健福祉課 主幹兼県立病院担当GL |     |
| 6  | 吉澤 敏弘  | 医療政策課長            |     |
| 7  | 村上 幸男  | 健康増進課長            |     |
| 8  | 加藤 篤信  | 障害福祉課長            |     |

## 2 出席者((地独)栃木県立がんセンター役員)

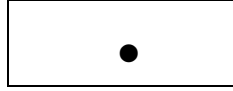
|   |       |                         |  |
|---|-------|-------------------------|--|
| 1 | 菱沼 正一 | (地独)栃木県立がんセンター理事長兼センター長 |  |
| 2 | 尾澤 巖  | (地独)栃木県立がんセンター副理事長兼病院長  |  |
| 3 | 永井 茂明 | (地独)栃木県立がんセンター副理事長兼事務局長 |  |
| 4 | 片野 進  | (地独)栃木県立がんセンター理事兼副病院長   |  |
| 5 | 藤田 伸  | (地独)栃木県立がんセンター理事兼副病院長   |  |

平成30年度第1回（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 座席表

平成30（2018）年7月31日（火）

於：県庁本館6階大会議室2

高橋委員長



● 太田委員



● 佐田委員



● 高田委員



平田委員



藤沼委員



渡邊委員



傍  
聴  
席

記  
者  
席

|                                |                               |                                |                |                                |                |                |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------|----------------|----------------|
| ● 永井<br>副理事<br>がんセンター<br>兼事務局長 | ● 尾澤<br>副理事<br>がんセンター<br>兼病院長 | ● 菱沼<br>理事<br>がんセンター<br>兼センター長 | ● 森澤<br>保健福祉部長 | ● 國井<br>次長<br>兼保健福祉部<br>保健福祉課長 | ● 吉澤<br>医療政策課長 | ● 村上<br>健康増進課長 |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------|----------------|----------------|

|                              |                              |   |                             |   |   |                       |                             |
|------------------------------|------------------------------|---|-----------------------------|---|---|-----------------------|-----------------------------|
| ● 藤田<br>理事<br>がんセンター<br>兼病院長 | ● 片野<br>理事<br>がんセンター<br>兼病院長 | ○ | ● 青井<br>主幹<br>兼県立病院<br>担当GL | ○ | ○ | ● 中村<br>保健福祉課<br>総務主幹 | ● 田中<br>主幹<br>兼課長補佐<br>(総括) |
|------------------------------|------------------------------|---|-----------------------------|---|---|-----------------------|-----------------------------|

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ |
|-------|-------|-------|

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| ○ ○ ○ | ○ ○ ○ | ○ ○ ○ |
|-------|-------|-------|

入り口

入り口

## (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

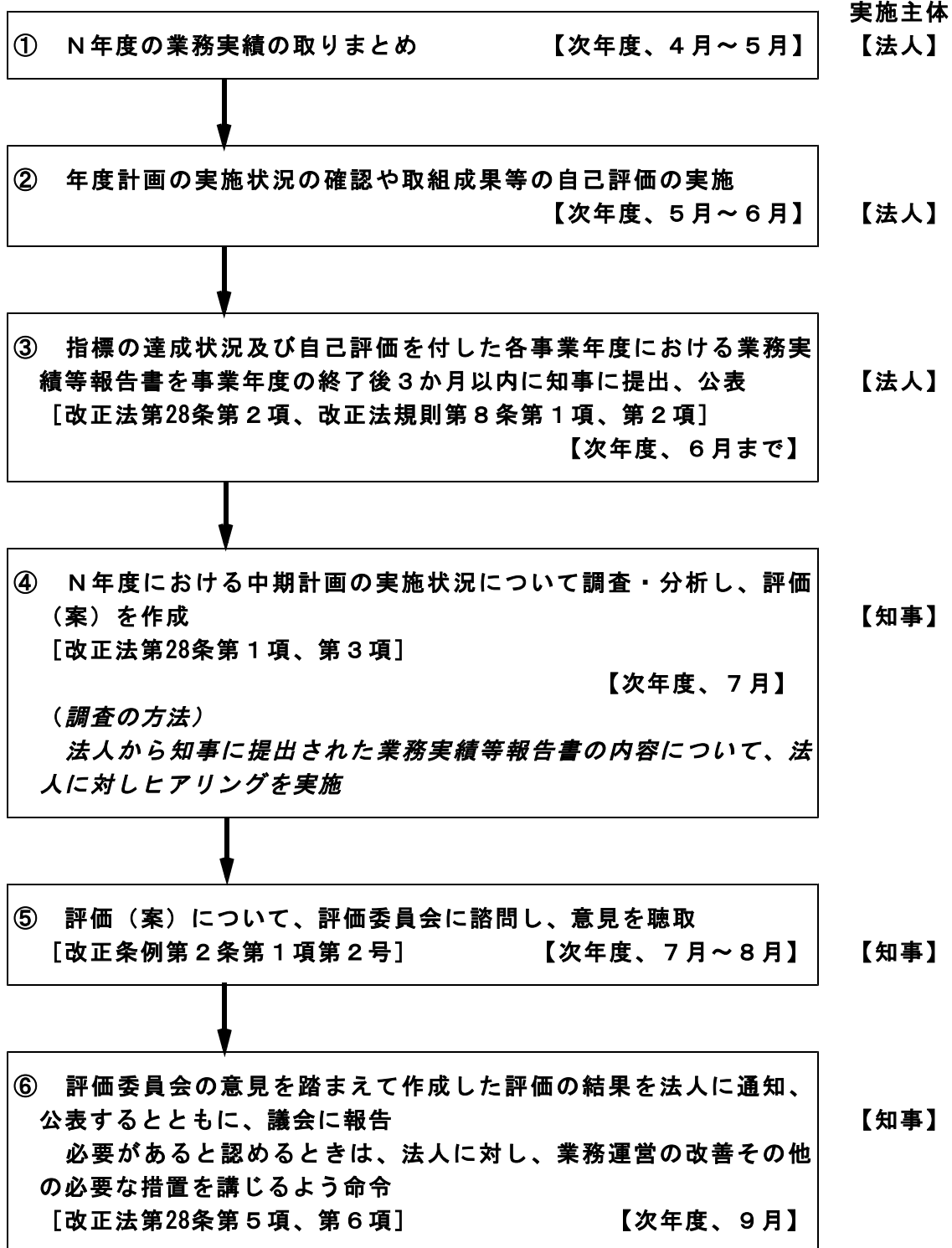
各事業年度における業務実績の評価基準と同様とする。



【参考】

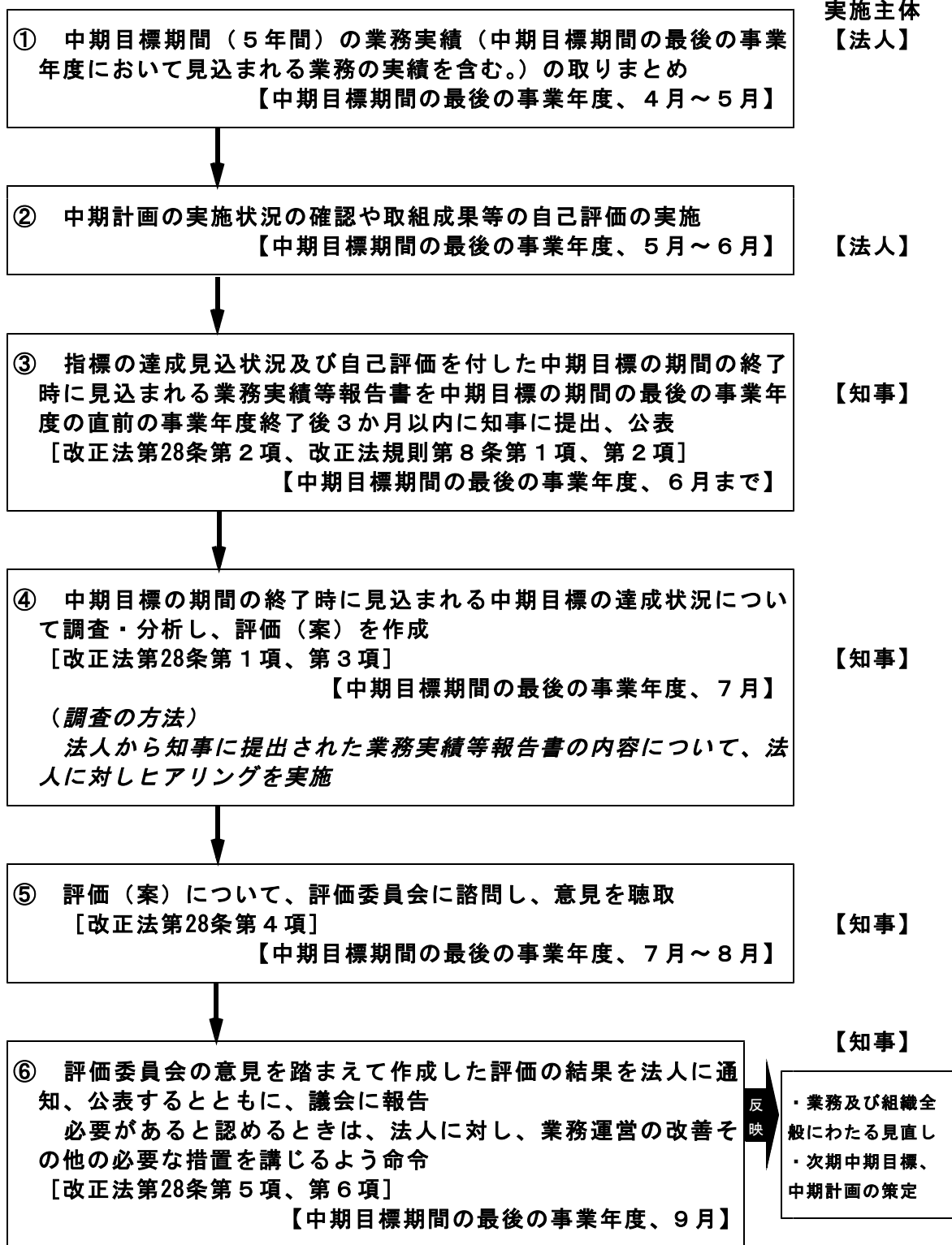
(地独) 栃木県立がんセンター及び(地独) 栃木県立リハビリテーションセンターに係る業務実績の評価フロー

(1) 各事業年度における業務実績の評価



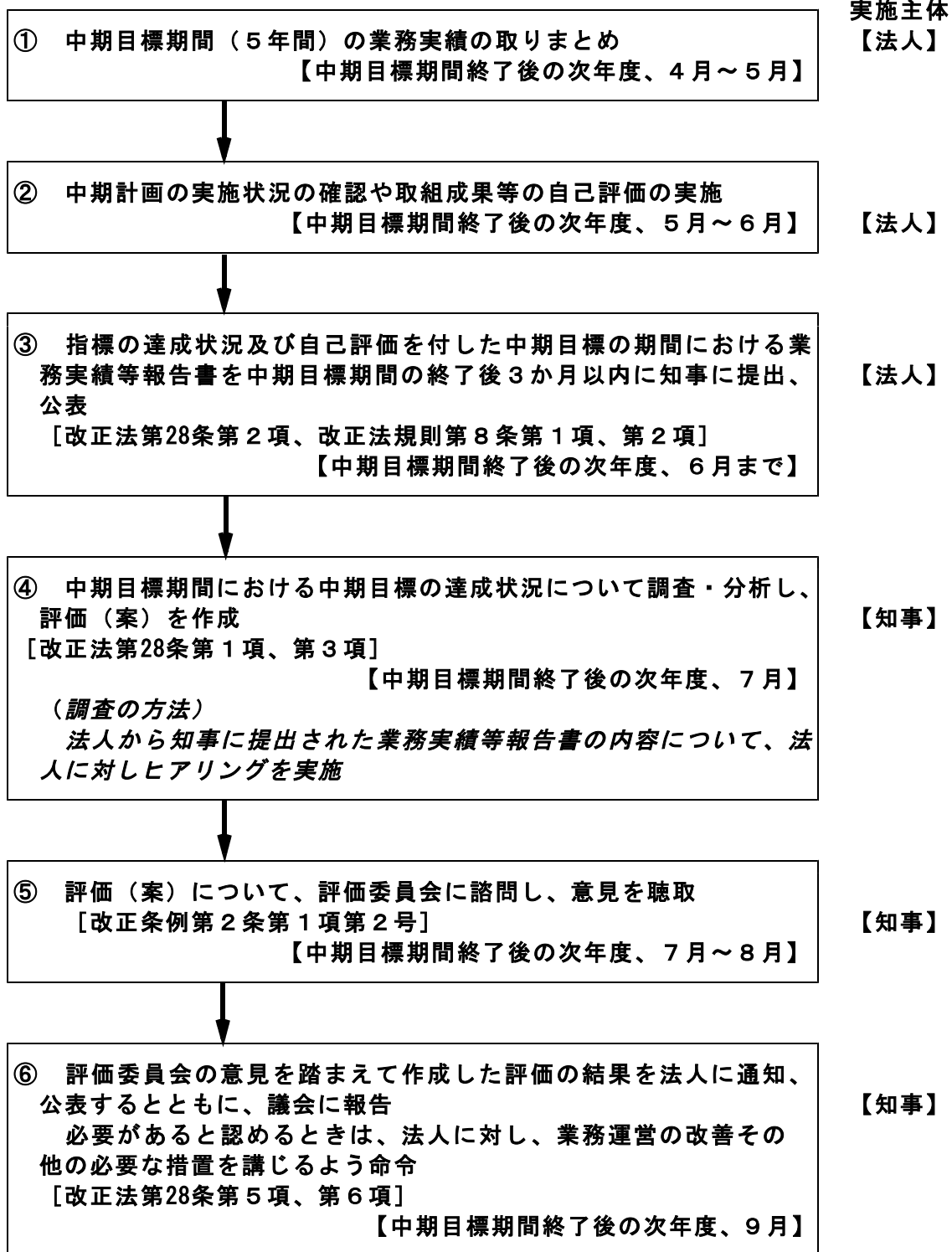
(注) 図中「法」は地方独立行政法人法を、「条例」は地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会条例を、「法規則」は地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンターの業務運営並びに財務及び会計に関する規則を示す。

(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。

## 平成29(2017)年度 決算の概要について

(単位:百万円)

| 区 分          | H28(2016)<br>年度<br>決算額 A | H29(2017)<br>年度<br>年度計画 B | H29(2017)<br>年度<br>決算額 C | 比較<br>C-B | 比較<br>C-A |
|--------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------|-----------|
| 許可病床数(床)     | 291                      | 291                       | 291                      | 0         | 0         |
| 年間入院患者数(人)   | 66,495                   | 79,935                    | 60,561                   | △ 19,374  | △ 5,934   |
| 1日平均(人)      | 182.2                    | 219.0                     | 165.9                    | △ 53.1    | △ 16.3    |
| 年間延べ患者数      | 112,014                  | 112,972                   | 114,984                  | 2,012     | 2,970     |
| 1日平均(人)      | 461.0                    | 463.0                     | 471.2                    | 8.2       | 10.3      |
| 病床利用率※1(%)   | 62.6                     | 75.3                      | 57.0                     | △ 18.3    | △ 5.6     |
| 単価           |                          |                           |                          |           |           |
| 一人一日当入院(円)   | 60,225                   | 57,584                    | 63,681                   | 6,097     | 3,456     |
| 一人一日当外来(円)   | 26,443                   | 25,998                    | 28,463                   | 2,465     | 2,020     |
| 医療収支比率(%)    | 79.1%                    | 80%以上                     | 77.8%                    | △ 2.2     | △ 1.3     |
| 経常収支比率(%)    | 101.1%                   | 100%以上                    | 98.9%                    | △ 1.1     | △ 2.2     |
| 営業等          |                          |                           |                          |           |           |
| 収入           | 9,866                    | 10,333                    | 9,977                    | △ 356     | 112       |
| 営業収益         | 9,601                    | 10,113                    | 9,707                    | △ 406     | 106       |
| 医療収益         | 7,169                    | 7,747                     | 7,330                    | △ 417     | 161       |
| うち入院収益       | 4,005                    | 4,603                     | 3,857                    | △ 746     | △ 148     |
| うち外来収益       | 2,962                    | 2,937                     | 3,273                    | 336       | 311       |
| 運営費負担金       | 1,768                    | 1,668                     | 1,672                    | 4         | △ 96      |
| その他営業収益      | 663                      | 698                       | 705                      | 7         | 42        |
| 営業外収益        | 231                      | 220                       | 270                      | 50        | 38        |
| うち運営費負担金     | 79                       | 76                        | 72                       | △ 4       | △ 6       |
| うちその他営業外収益   | 153                      | 144                       | 197                      | 53        | 45        |
| 臨時利益         | 33                       | 0                         | 0                        | 0         | △ 33      |
| 支出           | 9,756                    | 10,317                    | 10,084                   | △ 233     | 328       |
| 営業費用         | 9,594                    | 10,195                    | 9,965                    | △ 230     | 371       |
| 医療費用         | 9,069                    | 9,633                     | 9,426                    | △ 207     | 357       |
| うち給与費        | 3,735                    | 3,911                     | 3,704                    | △ 207     | △ 31      |
| うち材料費        | 2,430                    | 2,577                     | 2,712                    | 135       | 282       |
| うち経費         | 1,589                    | 1,749                     | 1,683                    | △ 66      | 94        |
| うち減価償却費      | 1,223                    | 1,263                     | 1,250                    | △ 13      | 27        |
| 一般管理費        | 158                      | 168                       | 145                      | △ 23      | △ 13      |
| うち給与費        | 137                      | 148                       | 124                      | △ 24      | △ 13      |
| その他営業費用      | 367                      | 394                       | 395                      | 1         | 27        |
| 営業外費用        | 126                      | 122                       | 118                      | △ 4       | △ 8       |
| 臨時損失         | 35                       | 0                         | 0                        | 0         | △ 35      |
| 経常損益         | 112                      | 16                        | △ 106                    | △ 122     | △ 218     |
| 純利益          | 110                      | 16                        | △ 107                    | △ 123     | △ 216     |
| 資本           |                          |                           |                          |           |           |
| 収入           | 1,057                    | 1,116                     | 1,073                    | △ 43      | 16        |
| 企業債          | 435                      | 473                       | 430                      | △ 43      | △ 5       |
| 資本収支負担金      | 621                      | 643                       | 643                      | 0         | 21        |
| 支出           | 1,557                    | 1,634                     | 1,598                    | △ 36      | 41        |
| 建設改良費        | 280                      | 326                       | 290                      | △ 36      | 10        |
| 企業債償還金等      | 1,277                    | 1,308                     | 1,307                    | △ 1       | 31        |
| 差引           | △ 500                    | △ 518                     | △ 525                    | △ 7       | △ 25      |
| 県負担金(営業等+資本) | 2,468                    | 2,387                     | 2,387                    | 0         | △ 81      |

※1 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。

※2 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、がん医療が入院中心から外来中心に移行していることや一部の診療科において医師が退職したこと等により減少した。
- 外来患者数は、渉外活動に力を入れたこと等により増加した。

(収支関係)

- 収入のうち、入院収益は患者一人当たりの単価は手術手技料の増等により増加したものの、入院患者数の減により減少した。  
また、外来収益は患者一人当たりの単価が高額医薬品の使用量の増により増加するとともに、外来患者数の増により増加した。
- 費用は、高額医薬品の使用量の増に加え、修繕料や委託料等の増により増加した。
- 以上のことから、経常損益は悪化し、赤字に転じた。

## 平成29（2017）年度業務実績報告書兼中項目別評価書の概要について

## 1 評価方法及び評価基準

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

評価基準：S（計画を上回って実施している。）

A（概ね計画どおり実施している。）

B（計画をやや下回って実施している。）

C（計画を下回っている、又は実施していない。）

## 2 評価結果及び理由

| 中項目                      | 法人の自己評価 |   | 知事の評価（案） |  |
|--------------------------|---------|---|----------|--|
|                          | 評価結果    | 評価理由  | 評価結果     | 評価理由等  |
| 質の高い医療の提供<br>資料4<br>p2～5 | A       | <ul style="list-style-type: none"> <li>指標の達成状況に関しては、「高難度手術延べ件数」、「高精度放射線治療延べ件数のうちIMRT（強度変調放射線治療）件数」及び「がん患者リハビリテーション単位数」は大きく目標値を上回った一方、「高精度放射線治療延べ件数のうちSBRT（体幹部定位放射線治療）件数」は実施に至らなかった。</li> <li>年度計画の業務実績に関しては、「高度で専門的な医療の推進」では、肝胆膵領域での高難度手術の実施に加え、非切除乳腺IMRT（固定3門）及び頭頸部・骨盤VMA T（強度変調回転照射）を新規に開始するとともに、「がん患者のリハビリテーション提供体制の充実」では、入退院センターと連携し、開腹手術予定者のうちハイリスク患者に対し術前呼吸訓練を実施するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</li> <li>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。</li> </ul> | A        | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul> |

| 中項目                                | 法人の自己評価 |  | 知事の評価（案） |  |
|------------------------------------|---------|--|----------|--|
|                                    | 評価結果    | 評価理由   | 評価結果     | 評価理由等  |
| 安全で安心な医療の提供<br>資料4<br>p 6～7        | A       | <ul style="list-style-type: none"> <li>指標の達成状況に関しては、「医療安全管理研修（全職員対象）実施回数」が目標を上回り、他の指標はいずれも目標どおり達成した。</li> <li>年度計画の業務実績に関しては、「医療安全対策等の推進」では、すべての死亡症例について医療安全管理委員会からの院内報告を開始するとともに、「医療機器、医薬品等の安全管理の徹底」では、医療機器の中央一括管理を行うためME（メディカルエンジニア）室を設置するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</li> <li>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。</li> </ul>  | A        | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul> |
| 患者・県民の視点に立った医療の提供<br>資料4<br>p 8～12 | A       | <ul style="list-style-type: none"> <li>指標の達成状況に関しては、「セカンドオピニオン件数」や「口腔ケア実施件数」が大きく目標値を上回った一方、「診察待ち時間の苦情投書件数」や「専門看護相談件数」については目標値を下回った。</li> <li>年度計画の業務実績に関しては、「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、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認定看護師による看護外来を開設したほか、「患者の就労等に関する相談支援体制の充実」では、治療と仕事との両立支援相談を開始するとともに、「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、子どもスペースなどを整備するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</li> <li>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。</li> </ul> | A        | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul> |

|                                    |          |   |          |   |
|------------------------------------|----------|---|----------|---|
| <p>人材の確保と育成<br/>資料4<br/>p13~16</p> | <p>A</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>指標の達成状況に関しては、「職員満足度割合」が目標値を上回ったものの、「認定看護師数」と「医療倫理研修実施回数」が目標値を下回った。</li> <li>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、新たな職種として臨床工学技士や歯科衛生士を採用するとともに、「人事管理制度の構築」では、人事評価制度検討ワーキンググループを設置し検討を開始するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</li> <li>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。</li> </ul>   | <p>A</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。引き続き医師をはじめとする医療従事者の確保に積極的に努められたい。</li> </ul> |
| <p>地域連携の推進<br/>資料4<br/>p17~19</p>  | <p>A</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>指標の達成状況に関しては、「院外への口腔ケア依頼件数」、「医薬連携研修実施回数」及び「逆紹介率」が目標値を大きく上回った一方、「受託検査件数」が目標値をやや下回った。</li> <li>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、歯科医院を対象にがん周術期口腔機能管理研修を開催するとともに、「患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化」では、在宅療養の支援が必要な患者について、入院中から合同カンファレンスを開催するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</li> <li>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。</li> </ul> | <p>A</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>                                  |
| <p>地域医療への貢献<br/>資料4<br/>p20~21</p> | <p>A</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>指標の達成状況に関しては、「地域の医療従事者向け研修実施回数」、「郡市医師会向け出張講座実施回数」とともに目標値を上回った。</li> <li>年度計画の業務実績に関しては、「地域のがん医療の向上・均てん化のための支援」では、都道府県がん診療連携拠点病院として、栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催するとともに、「がん対策事業への貢献」では、全国がん登録情報の審査、整理等を行うなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</li> <li>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。</li> </ul>                               | <p>A</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>                                  |

| 中項目                               | 法人の自己評価 |  | 知事の評価(案) |   |
|-----------------------------------|---------|--|----------|---|
|                                   | 評価結果    | 評価理由   | 評価結果     | 評価理由等   |
| 災害等への対応<br>資料4<br>p22             | A       | <ul style="list-style-type: none"> <li>災害対応マニュアルの職員への周知や大地震を想定した防災訓練の実施など、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。</li> </ul>   | A        | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>  |
| 業務運営体制の確立<br>資料4<br>p23           | A       | <ul style="list-style-type: none"> <li>経営会議等の決定事項を院内で共有化する体制を整備するとともに、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、タスクフォース等を設置して対応案を検討するなど、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。</li> </ul>  | A        | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>  |
| 経営参画意識の向上<br>資料4<br>p24           | A       | <ul style="list-style-type: none"> <li>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するとともに、業務改善提案制度を活用して職員からアイデアを収集する取組を実施するなど、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。</li> </ul>   | A        | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>  |
| 収入の確保及び費用の削減への取組<br>資料4<br>p25~27 | B       | <ul style="list-style-type: none"> <li>指標の達成状況に関しては、「新外来患者数」、「1日当たり外来患者数」、「診療材料費対医業収益比率」及び「ジェネリック医薬品採用比率」が目標値を上回った一方、「病床利用率」、「新入院患者数」及び「1日当たり入院患者数」は目標値を大きく下回った。</li> <li>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、患者が減少している診療科の渉外活動を強化したほか、出前講座等の実施により積極的に情報発信や広報活動をするとともに、「費用の削減への取組」では、医薬品について先発品から後発品への切替えをしたほか、図書室の司書業務の委託を廃止するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。</li> </ul> | B        | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。病診・病病連携の強化や医師の確保等により更なる収入の確保を図るとともに、安全面にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組むなど、より一層の経営改善に努められたい。</li> </ul> |



|                               |   |   |   |  |
|-------------------------------|---|---|---|--|
|                               |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>  |   |  |
| 財務内容の改善に関する事項<br>資料4<br>p28   | B | <ul style="list-style-type: none"> <li>指標の達成状況に関しては、「経常収支比率」、「医業収支比率」ともに目標値をやや下回った。</li> <li>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を管理したほか、診療科及び事業系センターごとにヒアリングを実施し、経常収支の黒字化を目指したが、計画をやや下回った。</li> <li>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。</li> </ul> | B | <ul style="list-style-type: none"> <li>当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。経常収支の黒字化に向けて、より一層の経営改善に努められたい。</li> </ul>                  |
| その他業務運営に関する重要事項<br>資料4<br>p29 | B | <ul style="list-style-type: none"> <li>施設整備のあり方については、ワーキンググループによる検討は行ったが、「将来構想策定プロジェクトチーム」による具体的な検討には至らなかったことから、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。</li> </ul>   | B | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方について、速やかに具体的な検討を進められたい。</li> </ul> |

# 業務実績報告書兼中項目別評価書

平成 29 (2017) 年 度

(第 2 期事業年度)

自 平成 29 (2017) 年 4 月 1 日

至 平成 30 (2018) 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）                  | 8  |
| 4 人材の確保と育成（中項目）                           | 13 |
| 5 地域連携の推進（中項目）                            | 17 |
| 6 地域医療への貢献（中項目）                           | 20 |
| 7 災害等への対応（中項目）                            | 22 |
| 第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）                | 23 |
| 1 業務運営体制の確立（中項目）                          | 23 |
| 2 経営参画意識の向上（中項目）                          | 24 |
| 3 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）                   | 25 |
| 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）      | 28 |
| 第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）                   | 29 |

# 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 | 平成31(2019)年度 | 平成32(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            |              |              |              |
| 安全で安心な医療の提供                          | A            | A            |              |              |              |
| 患者・県民の視点に立った医療の提供                    | A            | A            |              |              |              |
| 人材の確保と育成                             | A            | A            |              |              |              |
| 地域連携の推進                              | A            | A            |              |              |              |
| 地域医療への貢献                             | A            | A            |              |              |              |
| 災害等への対応                              | 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            |              |              |              |
| 経営参画意識の向上                            | A            | A            |              |              |              |
| 収入の確保及び費用の削減への取組                     | A            | 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            |              |              |              |
| 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            |              |              |              |

## (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 |  |
| 平成31(2019)年度 |  |
| 平成32(2020)年度 |  |

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

## 1 質の高い医療の提供(中項目)

## ◆年度計画指標

| No | 指標名                     | H29(2017)<br>年度<br>目標値 | H29(2017)<br>年度<br>実績値 | H29(2017)<br>年度<br>達成率(%) | H32(2020)<br>年度<br>目標値 ※1 | 指標の達成<br>状況 |
|----|-------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------|
| 1  | 高難度手術延べ件数(件)            | 66                     | 75                     | 114%                      | 60                        | v           |
| 2  | 腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数(件)      | 337                    | 358                    | 106%                      |                           | iv          |
| 3  | 外来(日帰り)ポリープ内視鏡手術延べ件数(件) | 944                    | 918                    | 97%                       |                           | iii         |
| 4  | 高精度放射線治療延べ件数(件)         | IMRT: 690              | 1,251                  | 181%                      | 780                       | v           |
|    |                         | SBRT: 8                | 0                      | 0%                        | 20                        | i           |
| 5  | 外来化学療法延べ件数(件)           | 8,047 ※2               | 7,573                  | 94%                       | 7,900                     | iii         |
| 6  | 臨床研究件数(件)               | 208                    | 169                    | 81%                       | 228                       | ii          |
| 7  | チームSTEPPS受講率(%)         | 60                     | 63.9                   | 107%                      |                           | iv          |
| 8  | 緩和ケア勉強会実施回数             | 年10回                   | 年10回                   | 100%                      |                           | iv          |
| 9  | 地域の緩和ケア連携カンファレンス開催回数    | 月1回程度                  | 年10回                   | 100%                      | 月1回以上                     | iv          |
| 10 | がん患者リハビリテーション単位数(単位)    | 3,600                  | 5,438                  | 151%                      | 17,040                    | v           |

※1 中期計画指標のみ記載

※2 H30(2018)年度第1回(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評価委員会時資料から訂正あり(誤:7,583 → 正:7,573)

## (参考)中期目標期間における各事業年度の実績

| H28(2016)<br>年度<br>実績 | H29(2017)<br>年度<br>実績(再掲) | H30(2018)<br>年度<br>実績 | H31(2019)<br>年度<br>実績 | H32(2020)<br>年度<br>実績 |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 69                    | 75                        |                       |                       |                       |
| 345                   | 358                       |                       |                       |                       |
| 995                   | 918                       |                       |                       |                       |
| 777                   | 1,251                     |                       |                       |                       |
| 4                     | 0                         |                       |                       |                       |
| 7,897                 | ※2 7,573                  |                       |                       |                       |
| 182                   | 169                       |                       |                       |                       |
| 43.6                  | 63.9                      |                       |                       |                       |
| 年10回                  | 年10回                      |                       |                       |                       |
| 年9回                   | 年10回                      |                       |                       |                       |
| 2,285                 | 5,438                     |                       |                       |                       |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容   | 年度計画の記載内容  | 業務実績   |
|--|--|--|
| (1)高度で専門的な医療の推進(小項目)   |  |  |
| <p>患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、がん専門病院として、以下のとおり、高度で専門的な医療を提供する。</p> <p>ア 局所進行がんや転移がん、希少がんも含め、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、手術、放射線治療及び化学療法を組み合わせた集学的治療の充実を図るなど、高度専門医療を提供する。</p> | <p>患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、がん専門病院として、以下のとおり、高度で専門的な医療を提供する。</p> <p>ア 局所進行がんや転移がん、希少がんも含め、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、手術、放射線治療及び化学療法を組み合わせた集学的治療の充実を図るなど、高度専門医療を提供する。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。地域の基幹病院からの紹介患者の増加に伴い、高難度手術件数が増加した。</li> <li>臓器別や病棟などで多職種によるカンサーボード(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効果的に組み合わせた集学的治療を実施した。</li> </ul> |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容   | 年度計画の記載内容   | 業務実績   |
|--|---|--|
| <p>イ 低侵襲な鏡視下手術(腹腔鏡、胸腔鏡を入れてモニターを見ながら行う手術)や食道、胃、大腸の内視鏡治療の実施(内視鏡的粘膜下層剥離術:ESD、内視鏡的粘膜切除術:EMR等)等、患者の身体的負担が少ない治療法を引き続き提供し、患者の高齢化への対応を進める。</p> <p>ウ IMRT(強度変調放射線治療)やSBRT(体幹部定位放射線治療)等、患者の状態等に応じた高度な放射線治療を提供する。</p> <p>エ 抗がん剤の作用、副作用に熟知した専門医や看護師による高度ながん化学療法を引き続き提供するとともに、他の医療機関では実施困難な最新の化学療法を提供する。</p> <p>オ 患者がよりよい治療を受けられるよう、治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のための国内外の多施設共同研究に積極的に取り組む。</p> | <p>イ 低侵襲な腹腔鏡及び胸腔鏡下手術については、手術適応を守りながら積極的に施行し、術後合併症の減少と入院期間の短縮に努める。<br/>また、低侵襲な内視鏡治療を実施するとともに、その情報提供を行い、周知に努める。更に、当センターの特長である大腸ポリープの日帰り内視鏡手術を推進する。</p> <p>ウ 短時間で効率的にIMRT(強度変調放射線治療)の施行が可能となるVMAT(強度変調回転照射)及びSBRT(体幹部定位放射線治療)を実施する。</p> <p>エ 抗がん剤の作用、副作用に熟知した専門医、認定看護師、薬剤師等を含めた多職種により、最新かつ適切な化学療法を実施する。</p> <p>オ 患者がよりよい治療を受けられるよう、治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のための国内外の多施設共同研究に積極的に取り組む。<br/>また、治験依頼者へ積極的に情報発信するとともに、治験コーディネーターを活用するなど実施体制を強化する。</p> | <p>・ 日本内視鏡外科学会技術認定医が多数在籍していることから、手術適応を守りながら質の高い低侵襲な鏡視下手術を施行した結果、術後合併症が減少し、入院期間の短縮にもつながった。</p> <p>・ 早期の胃・大腸がんに対する低侵襲な治療を推進するため、内視鏡的粘膜下層剥離術を積極的に実施した。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>・ 症例を限定して、非切除乳腺IMRT(固定3門)及び、頭頸部VMAT、骨盤VMATを新規に開始した。</p> <p>・ 担当医、がん化学療法認定看護師、がん薬物療法認定薬剤師を含めた多職種と連携を図り、チーム医療を進めた。</p> <p>・ 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>・ 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、遺伝子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>・ 外来化学療法センターに関する患者満足度調査を実施し、治療環境や個人情報への配慮、職員の対応について、7割以上が良いと評価した。患者1人1人に対し丁寧に対応するなどサービス向上に努めた。</p> <p>・ 倫理指針に基づく適正な臨床研究を実施するため、臨床倫理指針説明会を5月に開催した。</p> <p>・ 承認前の医薬品の治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のため、国内外の多施設共同研究に積極的に取り組み、当センターやSMO(治験施設支援機関)の臨床研究コーディネーターを活用し医師の業務を支援した。</p> <p>・ 当センターにおける治験実施体制、治験関連規程、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>(2)チーム医療の推進(小項目)</p> <p>多職種の医療従事者間で連携、協働し、それぞれの専門性を最大限に発揮できるよう、放射線診断医、病理診断医をはじめとする医療従事者間の連携、協働を実際の臨床の場で実践するため、体系的なチームトレーニングを実施するとともに、がんボード(症例検討会)の一層の充実を図る。</p>   | <p>平成28(2016)年2月から開始したチームSTEPPS(※)の研修を、全職員対象に実施する。<br/>また、がんボード(症例検討会)を定期的で開催する。<br/>※ 医療の質及び患者安全の向上のためのチームワークシステム。</p>   | <p>・ 2月と3月にチームSTEPPS研修を実施し、全職種から120名(初級編:86名、中級編:34名)が参加し、3年間の受講率は63.9%となった。</p> <p>・ がんボード(症例検討会)については、臓器別や病棟などで定期的開催した。</p>  |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容  | 年度計画の記載内容   | 業務実績  |
|---|---|---|
| <b>(3)緩和ケアの推進(小項目)</b>  |   |   |
| <p>患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、以下のとおり、がんと診断された時からの緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターの体制を充実させるとともに、緩和ケアセンターが主体となって院内向けに勉強会等を開催し、病院内の全ての職員が緩和ケアに対する意識付けを共有化して協力体制を構築するなど、院内の緩和ケアを推進する。</p> <p>イ 院内のみならず地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域連携カンファレンスの実施、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションとの連携強化、訪問診療の検討を行うなど、地域と連携して在宅緩和ケアを推進する。</p> | <p>患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、以下のとおり、がんと診断された時からの緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合した緩和ケアセンターの体制の強化に努める。また、緩和ケアセンターが主体となって院内向けに緩和ケア勉強会を開催する。</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、地域の医療機関と協働して地域連携カンファレンスを実施する。また、地域との連携を図り、訪問看護ステーションの看護師と協働して年1回以上患者訪問を実施し、患者及びその家族のサポートを行う。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 緩和ケアセンターの体制強化を図るため、毎週月曜日に緩和ケアセンター運営カンファレンスを開催した。</li> <li>・ 国立がん研究センター主催の「地域緩和ケア連携調整員研修」、「地域における緩和ケア研修企画・実施にかかる指導者養成研修」に参加した。</li> <li>・ 緩和ケアリンクナース会を10回開催し、基本的緩和ケアの実践と専門的緩和ケアへ繋ぐ役割について学んだ。</li> <li>・ 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10回開催した。</li> <li>・ 患者訪問については対象者がいなかったこと、昨年度実施後の課題整理、体制整備が不十分であることから実施に至らなかった。</li> </ul>                 |
| <b>(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)</b>  |   |   |
| <p>患者の望む生活スタイルを支援するため、リハビリテーションスペースを拡充するとともに理学療法士・作業療法士の充実を図り、がんと診断された時から患者の病態に応じたリハビリテーションを提供する。</p>   | <p>患者の望む生活スタイルを支援するため、がんと診断された時から患者の病態に応じたリハビリテーションを提供する。また、理学療法士・作業療法士以外の職種と連携を図りながら、総合的なリハビリテーション計画を策定し、質の高いリハビリテーションを提供する。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん患者リハビリテーション料の算定については、対象の患者は漏れがないように進めた。</li> <li>・ 入院患者の全員に、リハビリテーション総合実施計画書を作成し交付した。また、毎週1回、多職種によるチームでのリハビリテーションカンファレンスと病棟回診を実施した。</li> <li>・ 開腹手術予定の患者のうち、ハイリスク患者では術前呼吸訓練を実施した。その対象患者の抽出については、入退院センターと連携しながら行った。</li> <li>・ 乳がん術後の患者のうち、リンパ節郭清術を伴う患者には、術前から介入した。その対象患者の抽出については、クリティカルパスに沿い、乳腺外科医と連携しながら行った。また、退院後は外来でのフォローを積極的に行った。</li> </ul> |

|             |   |            |  |
|-------------|---|------------|--|
| 法人の<br>自己評価 | A | 評 価<br>理 由 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指標の達成状況に関しては、「高難度手術延べ件数」、「高精度放射線治療延べ件数のうちIMRT(強度変調放射線治療)件数」及び「がん患者リハビリテーション単位数」は大きく目標値を上回った一方、「高精度放射線治療延べ件数のうちSBRT(体幹部定位放射線治療)件数」は実施に至らなかった。</li> <li>・ 年度計画の業務実績に関しては、「高度で専門的な医療の推進」では、肝胆膵領域での高難度手術の実施に加え、非切除乳腺IMRT(固定3門)及び頭頸部・骨盤VMAT(強度変調回転照射)を新規に開始するとともに、「がん患者のリハビリテーション提供体制の充実」では、入退院センターと連携し、開腹手術予定者のうちハイリスク患者に対し術前呼吸訓練を実施するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</li> <li>・ 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。</li> </ul> |
|-------------|---|------------|--|



|              |   |              |  |
|--------------|---|--------------|--|
| 知事の<br>評価(案) | A | 評 価<br>理 由 等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> |
|--------------|---|--------------|--|



## 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                 | H29(2017)<br>年度<br>目標値 | H29(2017)<br>年度<br>実績値 | H29(2017)<br>年度<br>達成率(%) | H32(2020)<br>年度<br>目標値※ | 指標の達成<br>状況 |
|----|---------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------|
| 1  | 医療安全管理研修(全職員対象)実施回数 | 年8回                    | 年9回                    | 113%                      |                         | v           |
| 2  | 感染管理認定看護師数(人)       | 2                      | 2                      | 100%                      | 3以上                     | iv          |
| 3  | 多職種連携ロールプレイ研修実施回数   | 年1回                    | 年1回                    | 100%                      |                         | iv          |
| 4  | 医薬品安全使用研修実施回数       | 年2回                    | 年2回                    | 100%                      |                         | iv          |

※ 中期計画指標のみ記載

## (参考)中期目標期間における各事業年度の実績

| H28(2016)<br>年度<br>実績 | H29(2017)<br>年度<br>実績(再掲) | H30(2018)<br>年度<br>実績 | H31(2019)<br>年度<br>実績 | H32(2020)<br>年度<br>実績 |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 年8回                   | 年9回                       |                       |                       |                       |
| 2                     | 2                         |                       |                       |                       |
| 年1回                   | 年1回                       |                       |                       |                       |
| 年2回                   | 年2回                       |                       |                       |                       |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容  | 年度計画の記載内容   | 業務実績   |
|---|---|--|
| (1)医療安全対策等の推進(小項目)  |   |  |
| <p>患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策等を推進する。</p> <p>ア リスクマネジャーや医療安全に関する院内組織を中心にヒヤリ・ハットも含めた医療事故の発生原因の分析等を行うとともに、安全管理に関する研修等を通し、職員間で再発防止策や医療安全に関する情報を共有化し、事故防止の徹底を図る。</p> <p>イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の予防、監視、指導、教育等を強化する。</p> <p>ウ チーム医療を推進することにより、院内に患者安全文化を醸成するとともに、職員にとっても安全な職場の形成を推進する。</p> | <p>患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策等を推進する。</p> <p>ア リスクマネジャーや医療安全に関する院内組織を中心にヒヤリ・ハットや医療事故の発生原因の分析等を行うとともに、安全管理に関する研修等を通して職員間で再発防止策や医療安全に関する情報を共有化し、事故防止の徹底を図る。</p> <p>また、当センターにおける死亡症例の全例を検証できるような医療事故調査制度の運用体制を構築し、医療の質と安全性の向上を図る。</p> <p>なお、安全管理に関する研修については、全職員を対象にした研修を開催するほか、職種や対象に応じた研修を計画的に開催する。</p> <p>イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の予防、教育のための勉強会を年10回開催する。</p> <p>ウ 医療の安全と質の向上を図るため、医療安全研修の中で多職種連携ロールプレイ研修を実施し、チームSTEPPSの導入の効果を高める。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>「医療安全管理マニュアル」に基づき、リスクマネジメント部会においてインシデントや事故報告の原因分析や事故防止の具体策などについて調査や検討を行った。</li> <li>リスクマネジメント部会の検証ワーキンググループを多職種で構成し、インシデントや事故報告の原因分析、事故防止の具体策の検討、医療事故防止のための啓発、広報などを行い、医療事故の防止に努めた。</li> <li>医療安全の推進に関する目標を各部署で立案し、業務の実践と評価・改善に取り組んだ。</li> <li>医療事故調査制度の改定に伴い、すべての死亡症例について検証を行う体制を検討し、医療安全管理委員会からの院内報告を10月から開始した。今後、医療安全マニュアルに運用を加えていく。</li> <li>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33回開催した。(全職員:9回、職種別等:24回)</li> <li>感染対策委員会が中心となって院内感染の予防、教育のための勉強会を13回開催した。</li> <li>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。</li> <li>平成28(2016)年度にチームSTEPPS研修を受講した者が、「チームSTEPPS受講後のチャレンジ報告」として、チャレンジしたこと、チャレンジしてうまくいったこと、うまくいかなかったことなどについて報告した。</li> <li>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、全職員を対象に「医療における安全文化調査」を実施した。</li> </ul> |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容   | 年度計画の記載内容  | 業務実績  |
|--|--|---|
| <b>(2)医療機器、医薬品等の安全管理の徹底(小項目)</b>   |  |   |
| 患者に対して安全な医療を提供するため、放射線治療機器の品質管理の徹底や服薬指導の徹底等、医療機器や医薬品をはじめ施設内全般の安全管理を徹底する。 | 患者に対して安全で安心な放射線治療を提供するため、毎月最終水曜日を放射線治療品質管理日とし、治療機器の精度管理を実施するとともに、その結果を掲示する。<br>また、医薬品の安全使用のための研修会を定期的実施するとともに、医療機器の安全性の向上を図るため、ME(メディカルエンジニア)室を設置する。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>安全で安心な放射線治療を提供するため、医学物理士を中心に毎月最終水曜日を放射線治療品質管理日として治療機器の精度管理を実施した。また、その結果を放射線治療品質保証室の前に掲示した。</li> <li>医薬品の安全使用のための研修会を2回開催した。</li> <li>「医薬品安全使用のための業務手順書」の運用状況を調査したところ、特に問題点は見当たらなかった。</li> <li>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、機器修理及び呼吸器・血液浄化などの安全性を維持するため保守点検を実施するとともに、その他の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。</li> </ul> |
| <b>(3)法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理(小項目)</b>                                       |  |   |
| ア 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守する。                           | ア 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守する。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>業務の遂行に必要な法令上の手続については、疑義が生じる都度、宇都宮労働基準監督署、宇都宮公共職業安定所、宇都宮市南消防署など関係法令を所管する機関へ協議や確認を行い、適正な業務執行に努めた。</li> </ul>   |
| 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。  | イ 栃木県情報公開条例(平成11年栃木県条例第32号)及び栃木県個人情報保護条例(平成13年栃木県条例第3号)を遵守し、情報公開及び個人情報に関する各種請求に対して、適正かつ迅速な手続を行う体制を構築する。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づく開示請求等に対し、適切に対応した。<br/>(栃木県情報公開条例に基づく開示請求5件、栃木県個人情報保護条例に基づく開示請求5件、記録等開示申立37件)</li> </ul>   |
| 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。          | ウ 栃木県個人情報保護条例に基づき個人情報の適正管理に努めるとともに、特に新規採用職員に対して個人情報保護に係る研修を行う。<br>また、職員の電子機器へのアクセス権限を必要最小限とし、適切に運用、管理を行う。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。(46名参加)</li> <li>個人情報の漏えい防止や情報セキュリティ対策の徹底を図るため、外部講師を招き情報セキュリティ研修を実施した。(108名参加)</li> <li>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。</li> </ul>   |

|         |   |      |   |
|---------|---|------|---|
| 法人の自己評価 | A | 評価理由 | <ul style="list-style-type: none"> <li>指標の達成状況に関しては、「医療安全管理研修(全職員対象)実施回数」が目標を上回り、他の指標はいずれも目標どおり達成した。</li> <li>年度計画の業務実績に関しては、「医療安全対策等の推進」では、すべての死亡症例について医療安全管理委員会からの院内報告を開始するとともに、「医療機器、医薬品等の安全管理の徹底」では、医療機器の中央一括管理を行うためME(メディカルエンジニア)室を設置するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</li> <li>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。</li> </ul> |
|---------|---|------|---|



|          |   |       |  |
|----------|---|-------|--|
| 知事の評価(案) | A | 評価理由等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul> |
|----------|---|-------|--|

## 3 患者・県民の視点に立った医療の提供(中項目)

## ◆年度計画指標

| No | 指標名                | H29(2017)<br>年度<br>目標値 | H29(2017)<br>年度<br>実績値 | H29(2017)<br>年度<br>達成率(%) | H32(2020)<br>年度<br>目標値※ | 指標の達成<br>状況 |
|----|--------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------|
| 1  | カルテ監査実施回数          | 年2回                    | 年2回                    | 100%                      |                         | iv          |
| 2  | 専門看護相談件数(件)        | 1,153                  | 991                    | 86%                       |                         | ii          |
| 3  | セカンドオピニオン件数(件)     | 150                    | 194                    | 129%                      | 230                     | v           |
| 4  | 院内クリティカルパス適用症例率(%) | 50.0                   | 50.2                   | 100%                      |                         | iv          |
| 5  | 口腔ケア実施件数(件)        | 420                    | 571                    | 136%                      |                         | v           |
| 6  | 医療相談件数(件)          | 3,248                  | 3,295                  | 101%                      |                         | iv          |
| 7  | 診察待ち時間の苦情投書件数(件)   | 0                      | 2                      | 0%                        |                         | i           |
| 8  | 患者満足度割合(%)         | 90以上                   | 83                     | 92%                       | 90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)<br>年度<br>実績 | H29(2017)<br>年度<br>実績(再掲) | H30(2018)<br>年度<br>実績 | H31(2019)<br>年度<br>実績 | H32(2020)<br>年度<br>実績 |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 年2回                   | 年2回                       |                       |                       |                       |
| 788                   | 991                       |                       |                       |                       |
| 148                   | 194                       |                       |                       |                       |
| 48.8                  | 50.2                      |                       |                       |                       |
| 431                   | 571                       |                       |                       |                       |
| 3,301                 | 3,295                     |                       |                       |                       |
| 0                     | 2                         |                       |                       |                       |
| 82                    | 83                        |                       |                       |                       |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容   | 年度計画の記載内容   | 業務実績   |
|--|---|--|
| (1)患者及びその家族への医療サービスの充実(小項目)<br>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。<br><br>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。<br><br>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。 | 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。<br><br>ア インフォームド・コンセントの徹底を図るため、カルテ監査による実施状況の検証を行うとともに、教育講演を年1回程度実施する。<br><br>イ 患者が自身の生活スタイルに応じて手術以外の治療法も選択できるよう、各専門分野の認定看護師による看護相談外来を充実する。 | ・ カルテ監査の中でインフォームド・コンセントの実施状況を確認し、その結果を診療情報管理委員会に報告するとともに、担当医にも個別に報告した。<br>・ インフォームド・コンセントに関し、法科大学院の教授による教育講演を行った。(191名参加)<br><br>・ 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。また、統括診療連絡会及び当センターのシステムネットワークを利用し月別の実施データを報告・周知し医師への協力を依頼することで、医師の意識付けも向上し、より多くの面接を実施することができた。<br>・ 2月から毎週金曜日に2分野の認定看護師による看護外来を開設した。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。 |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容  | 年度計画の記載内容  | 業務実績   |
|---|--|--|
| <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>ウ 臨床検査技師による血液生化学検査、生理学的検査等の説明や、診療放射線技師による画像検査の説明を充実するとともに、対象患者を拡大する。<br/>また、患者が病理専門医から直接病理診断結果の説明を受けることにより、病気への理解を深めて納得のいく治療法を選択することができるよう、病理外来の開設について検討する。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>入院及び外来患者を対象として、診療放射線技師による画像検査に関する説明を実施するとともに、放射線治療を受ける患者に対し、実際に治療装置を見ながら放射線治療について説明した。</li> <li>病理外来の開設に向けて院内で検討した結果、平成30(2018)年4月に開設することとした。</li> </ul>  |
| <p>エ 患者及びその家族の生活の質の向上を図るため、外来診療の充実を図る。具体的には、人員体制に配慮しながら平日朝夕の診療を試行するとともに、セカンドオピニオン外来を平日のみでなく土曜日まで拡大する。</p> | <p>エ セカンドオピニオン外来については、消化器外科、乳腺外科、呼吸器内科、呼吸器外科等の診療科において、平日午後及び毎週土曜日午前に行う。<br/>また、平日朝夕におけるCT、MRI等の画像検査の実施や放射線治療の実施について検討する。</p>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>消化器外科、乳腺外科、呼吸器内科及び呼吸器外科では、平日の午後及び土曜日の午前においてセカンドオピニオン外来を実施した。特に、土曜日のセカンドオピニオン外来については件数に伸びが見られた。</li> <li>タスクフォースを設置し検討した結果、午前8時からの放射線治療を11月から開始した。また、午後4時からのマンモグラフィを平成30(2018)年4月から開始することとした。</li> </ul>   |
| <p>オ 現在の手術マネジメントセンターの機能を強化した入退院センターを新たに設置し、入院前の患者への検査、入退院、持参薬管理の説明等、医療サービスの総合的なマネジメントを実施する。</p>           | <p>オ 手術前のマネジメントとして、呼吸訓練、患者パスの説明指導、禁煙・口腔ケアのサポート、持参薬の管理等を強化するとともに、入院案内、医療費の説明等、患者が入院治療を安心して受けられるよう、医療サービスの総合的なマネジメントを実施する。</p>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>入退院センター設置から2年が経過し、利用者数は年間3,582件、平成29(2017)年度目標の月平均250件を上回る300件となった。手術予定患者の99%に介入し、平成29(2017)年度から内科系の介入を開始、356件(化学療法・内視鏡治療・IVRなど)と拡大している。</li> <li>看護師と医師事務作業補助員に加え、管理栄養士、薬剤師、保健師、医療ソーシャルワーカー、麻酔科医師、歯科口腔外科医師など、多職種での業務運用に拡大されてきた。対応内容も充実し、入院前の準備と不安の軽減が確実に進められるようになった。</li> <li>サービス向上のため患者の要望にも対応し、必要物品のセット販売などを実施した。</li> <li>入院前データベースの聴取の準備が整いつつあり、入院前からの支援強化や退院調整に向けた取組を進めた。</li> </ul> |
| <p>カ 院内クリティカルパス(良質な医療を効率的かつ安全、適正に提供するための手段としての診療計画表)の適用症例率の向上を図る。</p>                                     | <p>カ 薬物治療(主に抗がん剤治療)を中心に、新規の院内クリティカルパス(良質な医療を効率的かつ安全、適正に提供するための手段としての診療計画表)の作成や作成済みクリティカルパスの見直しを行い、適用症例率の向上を図る。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>薬物治療パスに係る院内クリティカルパスを新たに1件、手術パスも新たに2件作成したが、同一経過内容の手術パスの統合や未使用のパス削除を行ったため、院内クリティカルパスは、計95件となった。</li> <li>入院期間短縮やドレーン本数の減少など、実臨床に適合するよう手術・治療パスを中心に見直しを行った。</li> </ul>  |
| <p>キ がんの治療に伴う口腔合併症を予防し、療養生活の質の向上のために術前の口腔ケアを実施する。</p>   | <p>キ がんの治療に伴う口腔合併症を予防するため、口腔ケアの対象患者を拡大するとともに実施件数を増やすなど、周術期口腔機能管理の充実を図る。</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術前の口腔ケアについては、入院治療前の患者に対して口腔内チェ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ることにより術後合併症の予防に取り組んだ。</li> <li>入退院センターの介入により、院内の診療科から入院治療前の患者に対する口腔ケアの依頼が増加し、口腔ケアの実績件数も増加した。</li> </ul>   |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容  | 年度計画の記載内容   | 業務実績  |
|---|---|---|
| <p>ク 病棟薬剤師を病棟に配置し、病棟薬剤業務や服薬指導等を充実する。</p> <p>ケ がん罹患に対する不安解消を図るため、遺伝的な要因でがんを発症する可能性のある者に対して、がん予防・遺伝カウンセリング及び遺伝子検査を行うとともに、がんの予防や早期発見に必要な情報を提供する。</p> | <p>ク 病棟薬剤師の配置を拡大し、病棟薬剤業務や服薬指導等を充実させる。</p> <p>ケ がん罹患に対する不安解消を図るため、がん予防・遺伝カウンセリング及び遺伝子検査に関して、県内の医療機関からの紹介による受診、遺伝カウンセリングを希望する患者及び家族からの直接の受診を促す。<br/>また、多遺伝子パネル検査等を実施することにより、提供可能な遺伝子検査の選択肢を増やす。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病棟薬剤業務や服薬指導等に必要な薬剤師を増員するため、病院見学会の実施や大学の就職説明会に参加した。採用試験のほかに随時募集を実施した結果、4月に薬剤師2名、10月に1名を採用でき、西2病棟に病棟薬剤師を配置した。</li> <li>・ 化学療法入院患者への服薬指導を積極的に行う等により指導件数が増加した。</li> <li>・ 入院持参薬の聞き取り、入力を病棟薬剤師が行う試行を開始した。</li> <li>・ がん予防・遺伝カウンセリング外来については、初診44家系66名、再診89家系139名が受診するとともに、発端者29名、血縁者9名の遺伝子検査を実施した。</li> <li>・ 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2月から開始し、8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10名(血縁者1名を含む)に実施し、合計18名に対して自費診療で遺伝子検査を実施した。</li> </ul> |
| (2) 患者の就労等に関する相談支援体制の充実(小項目)  |   |   |
| <p>患者の就労をはじめ、介護や福祉制度等、社会的支援に関する情報を提供するため、ハローワーク等関係機関との連携を図るとともに、より一層きめ細かな相談に努めるなど、がん相談支援センターの体制の充実を図る。</p>  | <p>都道府県がん診療連携拠点病院として、治療と仕事の両立・就労継続支援等に向けた具体的な対策について、県と協働し、検討していく。<br/>また、がん対策加速化プランに基づき、ハローワークとの連携を図り、患者等に対する就労支援を実施する。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栃木県がん対策推進計画(3期計画)のがん患者等の就労支援に関する項目において県拠点病院、栃木県がん総合対策検討会及び就労支援部会等の立場で参画し策定に協力した。</li> <li>・ 栃木労働局との連携が強化され、「栃木県地域両立支援推進チーム」の発足による活動が開始された。</li> <li>・ 栃木産業保健総合支援センターと協働し、2月から新たに毎月第2水曜日に両立支援相談を開始した。<br/>(就職相談会17回開催、相談件数28件/両立支援相談2回開催、相談件数2件)</li> </ul>   |
| (3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上(小項目)  |   |   |
| <p>ア 患者及びその家族の立場に立った医療サービスを提供するため、研修等を実施し、職員の接遇マナーの向上を図る。</p> <p>イ 外来診察室の増設や患者の動線に配慮した会計窓口の再整備等を行い、外来診療、検査、会計等の待ち時間の短縮を図る。</p>                    | <p>ア 患者及びその家族の立場に立った医療サービスを提供するため、全職員を対象とする接遇研修を実施し、職員の接遇マナーの向上を図る。</p> <p>イ 診療予約の適切な運用を図るほか、患者の動線に配慮した取組を実施し、外来診療、検査、会計等の待ち時間の短縮を図る。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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(基礎編:36名参加、応用編:33名参加)及び、全職員を対象とした接遇研修(52名参加)を実施した。</li> <li>・ 受付時間前に来院する患者の混乱防止のため、中央受付前のレイアウトを変更した。</li> <li>・ 外来化学療法センターでは、患者及び家族に治療までの待ち時間や状況など伝えるとともに、事前にオリエンテーションを行うことで外来での待ち時間の短縮に努めた。</li> </ul>   |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容  | 年度計画の記載内容  | 業務実績   |
|---|--|--|
| <p>ウ 患者のプライバシーの確保に配慮するなど、患者及びその家族の快適性に配慮した院内環境の整備を計画的に実施する。</p> <p>エ 女性フロアの開設等、女性に配慮した病院運営を図る。</p> <p>オ 患者をはじめとする病院利用者の利便性の向上を図るため、病院施設内のサービスの充実を図る。</p>  | <p>ウ 患者のプライバシーの確保に配慮するなど、患者及びその家族の快適性に配慮した院内環境の整備を計画的に実施する。</p> <p>エ 婦人科・乳腺外科を中心とした女性患者の専用エリア(外来診察室及び待合室)を整備する。</p> <p>オ 病院利用者の利便性の向上を図るため、病院利用者から寄せられた意見や要望に対する改善策を講じるとともに、意見等に対する回答を当センターのホームページに掲載する。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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間口の広い検査室へと改修した。</li> <li>・ 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た。</li> <li>・ 病院利用者から意見箱「みんなの声」に寄せられた要望については、毎月アメニティ・患者サービス委員会において検討し改善に努めた。</li> <li>・ 意見等に対する回答方法については、当センターのホームページへの掲載も含め検討を継続していく。</li> <li>・ 患者満足度アンケートの結果、全般的な満足度は外来73%、入院93%であった。「看護師の説明の分かりやすさ、相談や質問のしやすさ」、「医師による診療・治療内容」、「医師との対話」及び「痛みを和らげる対応」の項目で入院患者の満足度が90%を超えた。</li> </ul> |
| (4) 県民へのがんに関する情報の提供(小項目)  |  |  |
| <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サービス)等を活用し、がんセンターが行う治療方法等について積極的に情報発信する。</p> <p>イ 教育機関等での「がん教育」の取組に協力し、子どもの頃から「がん予防」や「がんを通じた命の大切さ」等の健康教育を促進する。</p> | <p>県民のがんに対する理解やがん検診の受診を促進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 開院30周年記念事業や市民公開講座等を通じて、がんに関する普及啓発に努めるとともに、メディアやSNS(ソーシャルネットワークワーキングサービス)を活用し、当センターが行う治療方法などを積極的に情報発信する。</p> <p>イ 「がんセンター出前講座」のパンフレットを宇都宮市を中心に県内の行政機関等に配付するとともに、講演の募集を呼びかけるなど、「がん教育」の取組に協力し、健康教育を促進する。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 下野新聞に連載された「がん質問箱」の書籍化をした。</li> <li>・ 広報紙「がんセンターだより」の発行(4回)やホームページへの掲載などにより、当センターの診療内容や施設・組織の概要などを情報発信した。</li> <li>・ 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デー「メディカルフェスタ」を開催し、がんに関する情報や当センターの診療内容を広く県民に情報発信した。</li> <li>・ 出前講座は7回開催した。7月には日光学校保健会より依頼があり、学校で行うがん教育について、養護教諭向けに講座を開催することができた。また、文星大学附属中学校・高校では「高校生のための喫煙防止教室」を開催し、中高生・学校教諭が正しい喫煙についての知識を習得することができ、がん予防に係るがん教育の一環となった。</li> <li>・ 当センターの呼吸器内科の医師が、県内の小学校、中学校、高校を訪問し、喫煙防止に関する講演を行った。(61回実施)</li> </ul>   |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容                         | 年度計画の記載内容  | 業務実績   |
|--|--|--|
| (5) ボランティア等民間団体との協働(小項目)                               |  |  |
| ア 患者会等と連携、協働し、がん患者等と同じ立場の人同士の交流の場である「がん患者サロン」の利用促進を図る。 | ア 患者会等と連携、協働し、がん患者等と同じ立場の人同士の交流の場である「患者サロン」の利用促進を図る。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「患者サロン」では、講話(ミニレクチャー)及びウィッグ・補整下着等の展示・相談会を毎月開催した。また、がん治療に伴う外見の変化に対して行うアピランスケアに力を入れて取り組み、男性のアピランスケア研修会を開催した。</li> <li>・ 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。</li> </ul>   |
| 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。          | 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。        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 図書ボランティア、外来ボランティア及び緩和ケア病棟ボランティアと連携、協働し、図書の整理・貸出し、院内の案内、ディルール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。</li> <li>・ 毎週水曜日の午後、こやま文庫内に「こやまカフェ」をオープンし、全48回延べ200名程度の利用があった。当センターの受診患者以外の患者も利用するなど、利用者が定着してきた。</li> <li>・ ボランティア歌の会を患者サロンにおいて9回実施した。主に入院患者と家族を対象に、童謡や唱歌を電子ピアノの伴奏で1時間程度、参加者全員で声を合わせて歌った。参加者は毎回10名程度だが、ポスター等で周知を図った。</li> </ul> |

|         |   |      |   |
|---------|---|------|---|
| 法人の自己評価 | A | 評価理由 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指標の達成状況に関しては、「セカンドオピニオン件数」や「口腔ケア実施件数」が大きく目標値を上回った一方、「診察待ち時間の苦情投書件数」や「専門看護相談件数」については目標値を下回った。</li> <li>・ 年度計画の業務実績に関しては、「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、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認定看護師による看護外来を開設したほか、「患者の就労等に関する相談支援体制の充実」では、治療と仕事との両立支援相談を開始するとともに、「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、子どもスペースなどを整備するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</li> <li>・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおりに実施することができたため、「A」評価とした。</li> </ul> |
|---------|---|------|---|



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

4 人材の確保と育成(中項目)

◆年度計画指標

| No | 指標名        | H29(2017)年度<br>目標値 | H29(2017)年度<br>実績値 | H29(2017)年度<br>達成率(%) | H32(2020)年度<br>目標値※ | 指標の達成<br>状況 |
|----|------------|--------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|-------------|
| 1  | 医師数(人)     | 55                 | 55                 | 100%                  |                     | iv          |
| 2  | 認定看護師数(人)  | 15                 | 13                 | 87%                   |                     | ii          |
| 3  | 職員満足度割合(%) | 70以上               | 77                 | 110%                  | 90以上                | v           |
| 4  | 医療倫理研修実施回数 | 年2回                | 年1回                | 50%                   |                     | i           |

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

| H28(2016)年度<br>実績 | H29(2017)年度<br>実績(再掲) | H30(2018)年度<br>実績 | H31(2019)年度<br>実績 | H32(2020)年度<br>実績 |
|-------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 55                | 55                    |                   |                   |                   |
| 14                | 13                    |                   |                   |                   |
| 66                | 77                    |                   |                   |                   |
| 年2回               | 年1回                   |                   |                   |                   |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容   | 年度計画の記載内容   | 業務実績   |
|--|---|--|
| <b>(1)医療従事者の確保と育成(小項目)</b>   |   |  |
| <b>ア 医師の確保と資質向上</b><br>・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。<br>・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。  | <b>ア 医師の確保と資質向上</b><br>・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。<br>・専門医資格取得の要件を満たした研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保に努める。<br>・骨軟部腫瘍科、頭頸科、緩和ケア科、リハビリテーション科等に関しては、大学の医局や基幹病院等を訪問して関係強化を図る。        | ・全国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」、「栃木県立がんセンター開院30周年記念誌」、「がん登録30周年のあゆみ」などを送付し、各関係機関との連携強化に努めた。<br>・県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師の確保が必要な骨軟部腫瘍科、頭頸科などの医師の派遣を要請し、平成30(2018)年4月に骨軟部腫瘍科医1名の採用を予定した。<br>・当センターが日本内視鏡外科学会技術認定医や日本肝胆膵外科学会高度技能専門医などの資格取得に必要な技術指導が受けられる病院であることを情報発信し、若手医師の確保に努めた。<br>・レジデント及びシニアレジデントを確保するため、合同説明会を開催するとともに、レジナビフェアに参加した。   |
| <b>イ 看護師の確保と資質向上</b><br>・養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努める。<br>・県内トップレベルのがん医療を提供できるよう、認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、新規採用者集合研修や各クリニカルリーダーレベルに合わせた実効性のある研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 | <b>イ 看護師の確保と資質向上</b><br>・養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努める。<br>・県内トップレベルのがん医療を提供できるよう、認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、キャリア開発ラダーレベルに合わせた研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 | ・看護師を確保するため、看護師養成校の訪問や衛生福祉大学校就職ガイダンスへの参加、病院見学会の開催、インターンシップの実施、衛生福祉大学校の臨地実習における丁寧な指導、講義等により看護師養成機関との連携強化を図った。<br>・看護師の採用については、随時募集を実施し7名を採用した。(平成30(2018)年4月採用予定:23名)<br>・復職に対して不安を持つ看護師を対象に、復職プログラム研修受講者を募集し、看護師として就労が可能な人材の確保に努めた。<br>・看護部全体の離職率は、平成28(2016)年度は7.9%であったが、平成29(2017)年度は7.3%に減少した。<br>・看護師の資質向上を図るため、研修受講や認定資格の取得・維持のための講習会、学会等の参加を支援した。(認定看護管理者教育課程サードレベル修了者1名、大学院看護学研究科修了者1名、がん化学療法看護分野認定看護師教育課程修了者1名)<br>・看護管理者を育成するため看護師長を対象に勉強会を開催し、「看護管理に活かすコンピテンシー」をテーマに取り組んだ。 |



| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容  | 年度計画の記載内容   | 業務実績   |
|---|---|--|
| <p>ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 大学及び養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の確保、配置に努める。</li> <li>・ 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。</li> </ul> <p>エ 事務職員の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul> <p>オ 多様な勤務形態の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> | <p>ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 出身大学への訪問及びがんセンター内での就職説明会、見学会の実施等により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の確保、配置に努める。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ また、新規採用職員の専門知識習得のための研修プログラムの作成及び充実を図る。</li> <li>・ 生命維持装置等の医療機器の安全管理の徹底及び有効活用に資するため、臨床工学技士を採用する。</li> </ul> <p>エ 事務職員の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療制度や病院経営に関する、より専門的な知識及び資格を持った職員の計画的な確保と育成に努める。</li> <li>・ 各種認定資格の取得や外部研修会等の参加を奨励、支援するとともに、研修プログラムの充実を図るなど、事務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。</li> </ul> <p>オ 多様な勤務形態の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> | <p>業務実績</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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の就職説明会などに参加した。薬剤師については4月に2名採用のほか随時募集により10月に1名採用した。診療放射線技師については4月に1名、臨床検査技師については4月に4名採用し、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な医療従事者の確保、配置に努めた。</li> <li>・ 新たな職種として、4月に臨床工学技士1名を採用し医療機器の安全管理の徹底及び有効活用が図られるようになった。同じく4月に歯科衛生士1名を採用し歯科口腔外科の体制が整備された。また、委託であった医療映像職を4月から職員として採用し業務に応じた柔軟な対応が可能となった。</li> <li>・ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の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。(資格取得者:超音波検査士2名、医学物理士1名、放射線治療専門放射線技師1名)</li> <li>・ 薬剤部では、新卒薬剤師を対象に専門的な知識を習得するため、「薬剤部人材育成プログラム」を実施した。</li> <li>・ 栄養サポートチーム(NST)活動を進めるため、NST専門療法士受験資格要件の研修会への参加を支援した。また、専門管理栄養士制度導入によりがん専門管理栄養士の育成を進めた。</li> <li>・ 栄養管理科では、診療報酬の改定に伴う業務の拡大と専門管理栄養士等人材の育成のため業務経験のある管理栄養士の採用を予定した。(平成30(2018)年4月採用予定:2名)</li> <li>・ 地域連携業務やがん相談業務の強化のため医療ソーシャルワーカーの採用を予定した。(平成30(2018)年4月採用予定:2名)</li> <li>・ ゲノム医療の体制整備のため、遺伝カウンセラーの採用を予定した。(平成30(2018)年4月採用予定:1名)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療制度や病院経営に関する、より専門的な知識及び資格を持った職員を確保するため、総務、財務及び医事分野における業務経験を有する職員を8名採用した。(平成30(2018)年4月採用予定:3名、5月採用予定:1名)</li> <li>・ 事務職員の資質向上を図るため、地方独立行政法人職員向けの研修や日本医療バランス・スコアカード研究学会が主催する研修等の参加を支援した。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師事務作業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、職員2名を採用した。(平成30(2018)年4月採用予定:5名)</li> <li>・ 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。</li> </ul> |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容   | 年度計画の記載内容  | 業務実績  |
|--|--|---|
| (2) 研修体制の強化(小項目)   |  |   |
| <p>高度で専門的な医療を提供するため、以下のとおり、研修体制を強化する。</p> <p>ア 職員一人一人が高い目標意識、倫理観及び熱意を持ち、最新の技術によるがん医療を提供できるよう、医療人を育成する体系的な研修を一元的に管理する研修センターを新たに設置する。</p> <p>イ 研修センターにおいて、新規採用職員を対象とする基本研修や、医療安全研修等の全職員共通のテーマ別研修を実施するとともに、各部門が行う専門性を有する研修の実施を支援する。</p> | <p>高度で専門的な医療を提供するため、以下のとおり、研修体制を強化する。</p> <p>ア 医療人を育成する体系的な研修の一元的な管理ができるよう、研修センターのあり方について検討する。</p> <p>イ 研修センターにおいて、新規採用職員を対象とする基本研修及び全職員を対象とする接遇研修を実施する。また、医療安全研修等、全職員共通のテーマ別研修の実施及び各部門が行う専門性を有する研修の実施を支援する。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研修センターのあり方については引き続き検討していくこととした。</li> <li>・ 研修センター運営会議は月1回定期的に開催した。なお、欠席者に対しては議事録での周知を行った。</li> <li>・ 新規採用職員を対象とする基本研修及び全職員を対象とする接遇研修を実施した。</li> <li>・ 研修センターが窓口となり、院外で行われる研修会、講習会、学会などの案内を職員に向けて院内メールで発信・情報提供した。</li> </ul>  |
| (3) 人事管理制度の構築(小項目)   |  |   |
| <p>職員の勤務成績等を考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する、がんセンターに適した人事管理制度を構築する。</p>  | <p>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。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人事評価制度検討ワーキンググループを設置し、現状の人事評価制度の課題等について、検討を開始した。</li> <li>・ 同ワーキンググループにおいて、職員のモチベーションの向上を図るため職員表彰制度について検討を行い、職員表彰を実施した。</li> </ul>   |
| (4) 安全で安心な職場環境づくり(小項目)   |  |   |
| <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・バランスを推進するための研修や意識啓発活動に取り組むとともに、土曜保育の実施等、院内保育の充実を図るなど、職員が心身ともに健康を維持できるような職場環境づくりに努める。</p>  | <p>職員満足度調査の実施等により状況を確認し、ハラスメントの防止やワーク・ライフ・バランスを推進するための研修や意識啓発活動に取り組む。</p> <p>また、院内保育所の充実の方策について検討する。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員満足度アンケートの結果、「現在の仕事にやりがいがある」、「職場の雰囲気や人間関係は良好」と回答した人の割合が高く、いずれも満足度が70%以上だった。</li> <li>・ 7月から院内ハラスメント相談窓口を設置した。また、部下を持つ者及び全職員を対象にハラスメント防止研修を実施した。(87名参加)</li> <li>・ 新たにワーク・ライフ・バランスの推進に向けた研修を実施した。(103名参加)</li> <li>・ 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6月に設置した。</li> <li>・ 院内保育所の充実に向け、食器類の入替えを実施したり、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。</li> </ul> |
| (5) 医療従事者の臨床倫理観の向上(小項目)  |  |   |
| <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。</p> <p>ア 医療倫理の教育や研修を定期的実施する。</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。</p> <p>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。</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門家による講演会を1回開催した。医療従事者の臨床倫理観向上に向けた取組としてアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及が並行して行われた。</li> <li>・ 病院臨床倫理委員会で事例検討チーム体制を構築し、平成28(2016)年度臨床倫理認定士コースを受講した4名が中心となり院内事例を基にした多職種検討会を3回開催した。</li> </ul>  |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容   | 年度計画の記載内容  | 業務実績  |
|--|--|---|
| 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隔月、定期開催するとともに、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る。<br>また、院内のコンサルテーション体制の構築を図るため、医療倫理アドバイザー養成研修の受講などを継続的に支援する。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院臨床倫理委員会を6回開催し、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。</li> <li>・ 病院臨床倫理委員会規程で各部門にリンクスタッフを置き、委員会と現場の連携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を交えて倫理的問題を議論できるようになった。</li> <li>・ 医療倫理アドバイザー養成研修の受講者はなかった。平成30(2018)年度は多職種の受講を目指していく。</li> </ul> |

|             |   |      |   |
|-------------|---|------|---|
| 法人の<br>自己評価 | A | 評価理由 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指標の達成状況に関しては、「職員満足度割合」が目標値を上回ったものの、「認定看護師数」と「医療倫理研修実施回数」が目標値を下回った。</li> <li>・ 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、新たな職種として臨床工学技士や歯科衛生士を採用するとともに、「人事管理体制の構築」では、人事評価制度検討ワーキンググループを設置し検討を開始するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</li> <li>・ 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。</li> </ul> |
|-------------|---|------|---|



|              |   |       |   |
|--------------|---|-------|---|
| 知事の<br>評価(案) | A | 評価理由等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。引き続き医師をはじめとする医療従事者の確保に積極的に努められたい。</li> </ul> |
|--------------|---|-------|---|

5 地域連携の推進(中項目)

◆年度計画指標

| No | 指標名             | H29(2017)年度<br>目標値 | H29(2017)年度<br>実績値 | H29(2017)年度<br>達成率(%) | H32(2020)年度<br>目標値※ | 指標の達成<br>状況 |
|----|-----------------|--------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|-------------|
| 1  | 院外への口腔ケア依頼件数(件) | 59                 | 201                | 341%                  |                     | v           |
| 2  | 医薬連携研修実施回数      | 年1回                | 年2回                | 200%                  |                     | v           |
| 3  | 受託検査件数(件)       | 43                 | 42                 | 98%                   |                     | iii         |
| 4  | 退院調整件数(件)       | 764                | 791                | 104%                  |                     | iv          |
| 5  | 紹介率(%)          | 94.0               | 94.0               | 100%                  | 95.0                | iv          |
| 6  | 逆紹介率(%)         | 38.0               | 42.8               | 113%                  | 40.0                | 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<br>実績 | H29(2017)年度<br>実績(再掲) | H30(2018)年度<br>実績 | H31(2019)年度<br>実績 | H32(2020)年度<br>実績 |
|-------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 39                | 201                   |                   |                   |                   |
| 年1回               | 年2回                   |                   |                   |                   |
| 43                | 42                    |                   |                   |                   |
| 805               | 791                   |                   |                   |                   |
| 93.5              | 94.0                  |                   |                   |                   |
| 38.0              | 42.8                  |                   |                   |                   |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容  | 年度計画の記載内容   | 業務実績   |
|---|---|--|
| <b>(1)地域の医療機関との連携強化(小項目)</b>  |   |  |
| <p>患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、以下のとおり、病診・病病連携を強化する。</p> <p>ア 地域の医療機関との的確な役割分担を意識し、あらゆる進行度のがん患者に対応するとともに、他の医療機関では診療が困難な高齢者に対するがん診療(高齢者手術、放射線治療、緩和医療等)を積極的に実施する。</p> <p>イ 地域連携センターを設置し、日常的に積極的な対外活動を実践し、地域の医療機関と密な協力体制を構築するなど、地域連携機能を充実させる。具体的には、がん種別の地域連携クリティカルパスを有効に活用できるよう、運用を見直すとともに、地域医療連携ネットワークシステムを積極的に活用し、連携医療機関と「顔が見える」関係を構築する。</p> | <p>患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、以下のとおり、病診・病病連携を強化する。</p> <p>ア 地域の医療機関との的確な役割分担を意識し、当センターで診療可能な患者は原則として全例を受け入れることとし、遠方の患者は、近隣施設と連携を図りながら、患者及びその家族の負担軽減に配慮する。</p> <p>イ 職員による地域医療機関の訪問により、当センターに対するニーズを把握しながら、地域の医療機関との協力体制を構築する。<br/>また、地域医療連携ネットワークシステムを積極的に活用し、利用者数の増を図るとともに、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。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>患者の状態や治療内容、患者及び家族の意向を尊重するとともに、患者及びその家族の負担の軽減についても配慮しながら、地域の医療機関への転院を調整した。</li> <li>住み慣れた地域で可能な限り在宅療養を送れるよう、近隣の医療機関や地域包括ケアセンター、訪問看護ステーションなどの在宅支援関係施設と密に連携しながら、退院調整や在宅支援を行った。</li> <li>歯科口腔外科だけでなく、呼吸器内科についても渉外業務を拡大し、医療機関への訪問により、協力体制が構築された。</li> <li>地域医療連携ネットワークシステムへの登録患者数は増加した。</li> <li>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。</li> </ul> |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容   | 年度計画の記載内容  | 業務実績   |
|--|--|--|
| <p>ウ 手術、放射線治療、化学療法等、あらゆる診療段階における医科歯科連携を推進する。</p> <p>エ 外来化学療法及び在宅緩和医療の推進を図るために、がん疾患に特有な薬剤情報を調剤薬局と共有するなど、医薬連携を推進する。</p> <p>オ 近隣の医療機関からの受託検査(CT、MRI、超音波検査、内視鏡等)を積極的に受け入れる。</p>  | <p>ウ 手術、放射線治療、化学療法等あらゆる診療段階において必要な口腔ケアを実施するため、院内外の連携体制を強化し、医科歯科連携を推進する。</p> <p>エ 栃木県がん診療連携協議会の下部組織である地域連携・研修部会において、医薬連携について協議・検討を行う。また、医薬連携を推進するため、保険薬局の薬剤師、病院薬剤師等を対象に研修会を開催する。</p> <p>オ 受託検査に関して、ホームページに最新情報を掲載するとともに、パンフレットを作成して医療機関へ発送する。また、依頼時のタイムリーな対応に努める。</p> | <p>・ 歯科医院への訪問を継続して実施し、連携施設数は増加した。院外からの紹介患者数も維持できた。</p> <p>・ 12月からがん周術期口腔機能管理研修Ⅰが開始となるため、11月にがん周術期口腔機能管理に関する研修歯科医療機関の案内を開始し、1月から研修を開催した。</p> <p>・ 栃木県がん診療連携協議会地域連携・研修部会において、がん医療における医薬連携に関する研修会を保険薬局の薬剤師、病院薬剤師を対象に2回開催した。</p> <p>・ 在宅緩和医療をより推進するため、「痛みの日記」(自記式の服薬記録)の改訂を行った。</p> <p>・ CT、MRI等の受託検査については、ホームページの情報を更新するとともに、県内の都市医師会向け出張講座の際、チラシを配付し、受託検査についての紹介を継続して実施した。検査数は減少したが、新たな施設からの申し込みが増加した。</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>患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、ケアマネジャーや訪問看護師等、地域の医療関係者と退院前カンファレンスを積極的に実施するなど、退院調整を充実するとともに、在宅療養中の患者の緊急時の受入れ等、状態変化に合わせて迅速に対応するなど、患者の在宅療養を支援するための病診連携を強化する。</p>  | <p>患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、ケアマネジャーや訪問看護師等、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。また、ケアマネジャーや訪問看護師等を対象とした勉強会等を通じてコミュニケーションを図り、連携を強化する。</p>  | <p>・ 患者が退院後も安心して在宅での療養生活を送れるよう、在宅療養の支援が必要な患者について、入院中から合同カンファレンスを開催し、開業医、ケアマネジャー、訪問看護師等と情報の共有化や意見交換を行い、地域の医療機関や在宅支援関係者と顔の見える関係の構築とその強化に努めた。</p> <p>・ 医療連携情報交換会については、参加対象者を連携医療機関や医師会所属の医師だけではなく、地域医療機関や在宅支援機関で働く多職種を対象に2回開催し、重粒子線治療及び、がんと漢方について学ぶとともに、開催終了後に意見交換を実施し、病診連携の強化を図った。</p>   |
| (3) 在宅緩和ケアの推進(小項目)   |  |  |
| <p>がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮らすことができるよう、以下のとおり、在宅における緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域連携カンファレンスの実施、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションとの連携強化、訪問診療の検討を行うなど、地域と連携して在宅緩和ケアを推進する。</p> <p>イ 在宅緩和ケアの地域連携クリティカルパスを整備するとともに、地域医療連携ネットワークシステムや医介連携ネットワークシステムを活用し、県内の緩和ケアの模範となるように地域と密着した在宅緩和ケアを推進する。</p> | <p>がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮らすことができるよう、以下のとおり、在宅における緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域の医療機関と連携して地域連携カンファレンスを実施する。また、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションとの連携を強化する。</p> <p>イ 県共通の緩和ケア地域連携パスを実施するとともに、地域連携カンファレンスを開催し、地域の医療機関との連携強化を図る。</p>                          | <p>・ 宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを10回実施した。そのうち1回は緩和ケアリンクナース会との共催で訪問看護師に参加してもらい、患者事例を通して勉強会を実施した。</p> <p>・ 県共通の緩和ケア地域連携パスを使用した在宅移行はなかった。</p>   |

|             |   |            |   |
|-------------|---|------------|---|
| 法人の<br>自己評価 | A | 評 価<br>理 由 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指標の達成状況に関しては、「院外への口腔ケア依頼件数」、「医薬連携研修実施回数」及び「逆紹介率」が目標値を大きく上回った一方、「受託検査件数」が目標値をやや下回った。</li> <li>・ 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、歯科医院を対象にがん周術期口腔機能管理研修を開催するとともに、「患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化」では、在宅療養の支援が必要な患者について、入院中から合同カンファレンスを開催するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</li> <li>・ 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。</li> </ul> |
|-------------|---|------------|---|



|              |   |              |  |
|--------------|---|--------------|--|
| 知事の<br>評価(案) | A | 評 価<br>理 由 等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> |
|--------------|---|--------------|--|

6 地域医療への貢献(中項目)

◆年度計画指標

| No | 指標名              | H29(2017)年度目標値 | H29(2017)年度実績値 | H29(2017)年度達成率(%) | H32(2020)年度目標値※ | 指標の達成状況 |
|----|------------------|----------------|----------------|-------------------|-----------------|---------|
| 1  | 地域の医療従事者向け研修実施回数 | 年15回           | 年22回           | 147%              |                 | v       |
| 2  | 郡市医師会向け出張講座実施回数  | 年12回           | 年13回           | 108%              |                 | iv      |

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

| H28(2016)年度実績 | H29(2017)年度実績(再掲) | H30(2018)年度実績 | H31(2019)年度実績 | H32(2020)年度実績 |
|---------------|-------------------|---------------|---------------|---------------|
| 年20回          | 年22回              |               |               |               |
| 年14回          | 年13回              |               |               |               |

※ 中期計画指標のみ記載

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容  | 年度計画の記載内容   | 業務実績  |
|---|---|---|
| <b>(1)地域のがん医療の向上・均てん化のための支援(小項目)</b>  |   |   |
| <p>地域のがん医療の向上・均てん化を推進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 都道府県がん診療連携拠点病院として、県内のがん診療に係る情報の共有化や診療の質の向上につながる取組を推進する。</p> <p>イ 緩和ケア研修やがん専門看護師の実習受入れ等、地域医療機関向けの研修会を実施し、がん医療に携わる医療従事者の育成に対して積極的に支援する。</p> <p>ウ 放射線治療専門医が常勤していない放射線治療施設に対して、放射線治療品質保証室による技術的な支援を行う。</p> | <p>地域のがん医療の向上・均てん化を推進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 都道府県がん診療連携拠点病院として、栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催するとともに、地域の医療従事者向けの研修会等を開催する。</p> <p>イ 郡市医師会向け出張講座、医療従事者の実習受入れ等、地域医療機関向けの研修会を実施し、がん医療に携わる医療従事者の育成に対して積極的に支援する。</p> <p>ウ 県内における放射線治療技術の均てん化を支援するため、県内の診療放射線技師及び医学物理士を対象としたセミナーを開催するとともに、県内の放射線治療施設を訪問して線量測定の技術指導を行う。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栃木県がん診療連携協議会を1回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の会議の概要説明や各種情報提供、意見交換等を行った。</li> <li>・ 栃木県がん診療連携協議会がん登録部会を1回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会の会議の概要説明や全国がん登録に関する情報の共有化を図った。</li> <li>・ 栃木県がん診療連携協議会相談支援部会を3回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会の会議の概要について説明を行い、情報の共有化を図った。また、リレーフォーライフにおいて「がん相談支援センター」の周知活動を行うとともに、患者必携「あなたとあなたの家族のためのがんの療養情報」冊子の改訂を行った。</li> <li>・ 栃木県がん診療連携協議会緩和ケア部会を3回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会緩和ケア部会の会議の概要説明や県がん対策推進計画(3期計画)に関しての意見交換等を行った。</li> <li>・ 地域の開業医や医療従事者を対象に県内の郡市医師会向けの出張講座を13回実施した。今年度はカンファレンス方式で講座を開催するなど、地域の開業医の方に関心を持ってもらえるような取組を実施し、好評であった。</li> <li>・ 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「電子線フィールドにおける相互校正の実際」をテーマにセミナーを開催するとともに、那須赤十字病院にて訪問測定を実施した。</li> </ul> |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容   | 年度計画の記載内容  | 業務実績  |
|--|--|---|
| (2)がん対策事業への貢献(小項目)<br>がん登録等の情報の整理、分析等を行うとともに、県のがんに関する計画の企画立案等に参画するなど、がん対策事業に対して積極的に貢献する。 | がん登録等の情報の整理、分析等を行うとともに、県のがんに関する計画の企画立案等に参画するなど、がん対策事業に対して積極的に貢献する。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県内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(データ)の審査・整理を行い、全国がん登録(国)に提出した。</li> <li>・ 県が全国がん登録の実務に携わる者を対象として実施した、全国がん登録実務者研修会の開催に協力し、円滑な届出事務が行えるようにした。</li> <li>・ 市町のがん検診の精度管理を支援する、がん検診精度管理支援事業に引き続き取り組んだ。</li> <li>・ 県内のがん罹患者に関する報告書「栃木県のがん2015(平成27年)」の作成を行った。</li> </ul> |

|             |   |         |  |
|-------------|---|---------|--|
| 法人の<br>自己評価 | A | 評 価 理 由 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指標の達成状況に関しては、「地域の医療従事者向け研修実施回数」、「郡市医師会向け出張講座実施回数」ともに目標値を上回った。</li> <li>・ 年度計画の業務実績に関しては、「地域のがん医療の向上・均てん化のための支援」では、都道府県がん診療連携拠点病院として、栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催するとともに、「がん対策事業への貢献」では、全国がん登録情報の審査、整理等を行うなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</li> <li>・ 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。</li> </ul> |
|-------------|---|---------|--|



|              |   |           |  |
|--------------|---|-----------|--|
| 知事の<br>評価(案) | A | 評 価 理 由 等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> |
|--------------|---|-----------|--|



## 7 災害等への対応(中項目)

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容   | 年度計画の記載内容   | 業務実績  |
|--|---|---|
| <p>災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、救急医療体制の整備のための医薬品の備蓄や被災地の支援等、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。</p> <p>また、災害発生時に患者の安全を確保できるよう、防災訓練等、災害対策を実施する。</p> | <p>災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、救急医療体制の整備のための医薬品の備蓄や被災地の支援等、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。</p> <p>また、災害時において的確な対応ができるよう、職員に災害対応業務の周知徹底を図るとともに、定期的に防災訓練等を実施し、防災教育の徹底に努める。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 災害対応マニュアル等を院内ネットワークに掲示し、職員に周知した。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 医療機関として火災等発生時の患者の人命救助を確実にを行うため、病棟で火災が発生したことを想定して、消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練を実施するとともに、大地震を想定した防災訓練を実施した。</li> <li>・ 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。</li> </ul> |

|             |   |          |  |
|-------------|---|----------|--|
| 法人の<br>自己評価 | A | 評価<br>理由 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 災害対応マニュアルの職員への周知や大地震を想定した防災訓練の実施など、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。</li> </ul> |
|-------------|---|----------|--|



|              |   |           |  |
|--------------|---|-----------|--|
| 知事の<br>評価(案) | A | 評価<br>理由等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul> |
|--------------|---|-----------|--|

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項(大項目)

1 業務運営体制の確立(中項目)

| 中期計画(H28(2016)~H32(2020))の記載内容  | 年度計画の記載内容  | 業務実績  |
|---|--|---|
| <p>安定的な経営基盤を確立するため、ガバナンスを強化するとともに、経営戦略部門を設置し、医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営を行う。</p> <p>また、各部署の権限や責任の所在を明確化し、実効性のある組織体制を構築するとともに、会議・連絡会等を見直し、効率的な体制を構築する。</p> | <p>安定的な経営基盤を確立するため、ガバナンスを強化するとともに、医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営を行う。</p> <p>また、各部署の権限や責任の所在を明確化し、実効性のある組織体制を構築するとともに、会議・連絡会等を見直し、効率的な体制を構築する。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>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、収支改善の状況など)、決定事項などを周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。</li> <li>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、対応案を検討した。決定事項については、速やかに院内へ周知して実施した。</li> <li>各部署の業務プロセスをフローチャートにし、権限や責任の所在を明確化するとともに、誤謬発生・不正介入等を防止するため、リスクコントロールシートを活用し、実効性のある組織体制の構築に努めた。</li> <li>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。</li> </ul> |

|         |   |      |   |
|---------|---|------|---|
| 法人の自己評価 | A | 評価理由 | <ul style="list-style-type: none"> <li>経営会議等の決定事項を院内で共有化する体制を整備するとともに、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、タスクフォース等を設置して対応案を検討するなど、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。</li> </ul> |
|---------|---|------|---|



|          |   |       |  |
|----------|---|-------|--|
| 知事の評価(案) | A | 評価理由等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul> |
|----------|---|-------|--|

## 2 経営参画意識の向上(中項目)

| 中期計画(H28(2016)~H32(2020))の記載内容   | 年度計画の記載内容  | 業務実績   |
|--|--|--|
| 職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画するよう、経営に関する情報を分かりやすく職員へ周知するとともに、職員からの業務改善に関する提案の積極的な採用に努める。 | 職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画するよう、経営戦略会議等において経営に関する情報を分かりやすく職員へ周知する。<br>また、職員からの業務改善に関する提案の積極的な採用に努める。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>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、収支改善の状況など)、決定事項などを周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。</li> <li>厚生労働省の公開データを使用し、栃木県内の病院における当センターの疾患別シェアを分析し、経営戦略会議、診療科ヒアリングの際に発表した。</li> <li>禁煙指導、服薬指導、がん性疼痛緩和指導料の算定率や紹介状に対する返書記載率等の分析を行い、経営戦略会議で発表し、医療の質及び経営の質改善に向けた働きかけを行った。</li> <li>「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、患者サービスの向上や収益増につながる取組などを行った。(業務改善提案件数5件)</li> <li>医療バランスト・スコアカードの手法を用いて「財務の視点」、「顧客の視点」、「業務プロセスの視点」及び「学習・成長の視点」から、各部署で策定した戦略テーマを可視化した上で、具体的な目標を設定してアクションプランを作成し、各職員がそれを実践した。</li> <li>看護部では、適切な褥瘡予防・治療のための総合的な褥瘡対策に取り組み、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定した。</li> <li>栄養管理科では、増加する栄養指導の依頼に対応するため、栄養指導の予約枠を拡大した。また、治療食の喫食者で新たに栄養指導が必要な患者、栄養指導実施者で継続指導が必要と思われる患者の主治医に栄養指導依頼の勧奨を行い、入院前から、入院中、退院後まで、一貫して栄養指導の強化を図った。</li> </ul> |

|         |   |      |  |
|---------|---|------|--|
| 法人の自己評価 | A | 評価理由 | <ul style="list-style-type: none"> <li>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するとともに、業務改善提案制度を活用して職員からアイデアを収集する取組を実施するなど、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。</li> </ul> |
|---------|---|------|--|



|          |   |       |  |
|----------|---|-------|--|
| 知事の評価(案) | A | 評価理由等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul> |
|----------|---|-------|--|

### 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              | H29(2017)年度<br>目標値 | H29(2017)年度<br>実績値 | H29(2017)年度<br>達成率(%) | H32(2020)年度<br>目標値※ | 指標の達成<br>状況 |
|----|------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|-------------|
| 1  | 病床利用率(%)         | 80.3               | 60.9               | 76%                   |                     | i           |
| 2  | 新入院患者数(人)        | 5,364              | 4,093              | 76%                   |                     | i           |
| 3  | 新外来患者数(人)        | 6,439              | 6,773              | 105%                  |                     | iv          |
| 4  | 1日当たり入院患者数(人)    | 219.0              | 165.9              | 76%                   |                     | i           |
| 5  | 1日当たり外来患者数(人)    | 463.0              | 471.2              | 102%                  |                     | iv          |
| 6  | 診療材料費対医業収益比率(%)  | 7.8                | 7.6                | 103%                  |                     | iv          |
| 7  | ジェネリック医薬品採用比率(%) | 80.0               | 82.4               | 103%                  |                     | iv          |
| 8  | 委託料対医業収益比率(%)    | 12.5               | 12.7               | 98%                   |                     | iii         |
| 9  | 減価償却費対医業収益比率(%)  | 16.3               | 17.2               | 95%                   |                     | iii         |

#### (参考)中期目標期間における各事業年度の実績

| H28(2016)年度<br>実績 | H29(2017)年度<br>実績(再掲) | H30(2018)年度<br>実績 | H31(2019)年度<br>実績 | H32(2020)年度<br>実績 |
|-------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 66.8              | 60.9                  |                   |                   |                   |
| 4,412             | 4,093                 |                   |                   |                   |
| 6,261             | 6,773                 |                   |                   |                   |
| 182.2             | 165.9                 |                   |                   |                   |
| 461.0             | 471.2                 |                   |                   |                   |
| 8.0               | 7.6                   |                   |                   |                   |
| 78.4              | 82.4                  |                   |                   |                   |
| 12.4              | 12.7                  |                   |                   |                   |
| 17.2              | 17.2                  |                   |                   |                   |

※ 中期計画指標のみ記載

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容  | 年度計画の記載内容   | 業務実績   |
|---|---|--|
| (1)収入の確保への取組(小項目)   |   |  |
| 収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。<br><br>ア より多く患者を紹介してもらえるよう、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。 | 収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。<br><br>ア より多く患者を紹介してもらえるよう、地域医療機関への積極的な訪問を行うとともに、情報交換会や郡市医師会向け出張講座の開催等を通じて、病診・病病連携の強化に努める。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者が減少している呼吸器内科の患者増を目指して呼吸器内科医師と渉外業務専門員が訪問を強化した。総連携施設数は、852件となり、目標を3%上回った。</li> <li>・ 医療連携情報交換会の述べ参加人数は、開業の医師27名・歯科医師37名・ケアマネジャーなどのコメディカル31名、計95名であった。また、連携施設との顔の見える関係強化として院内からも医師が56名参加した。</li> <li>・ 郡市医師会向け出張講座は、講義形式講座だけでなく、多科参加によるカンファレンス形式でも開催し、専門病院ならではの医療を紹介し好評を得た。(医療連携情報交換会2回、郡市医師会向け出張講座13回)</li> </ul> |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容  | 年度計画の記載内容   | 業務実績  |
|---|---|---|
| <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 効率的かつ柔軟な病棟管理を行い、病床利用率を向上させる。</p> <p>エ 診療情報管理士等、専門的知識を有する職員の確保と育成に努め、診療報酬改定等に迅速かつ適切に対応できる体制を構築する。</p> <p>オ 入院時の丁寧な説明等により未収金の発生防止に努めるとともに、発生した未収金については回収の徹底を図る。</p> | <p>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、開院30周年記念事業や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>ウ 効率的かつ柔軟な病棟管理を行い、病床利用率を向上させる。</p> <p>エ 医事課及び保険診療委員会が中心となって、次期診療報酬改定に適切に対応する。</p> <p>オ 入院時における限度額適用認定証の説明等により未収金の発生防止に努める。また、発生した未収金については、早急な督促、催告及び臨戸訪問を実施するとともに、回収困難債権については、弁護士法人へ回収業務を委託し、回収の徹底を図る。</p> | <p>・ 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>・ 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デー「オープンキャンパス」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。また、「県庁de愛ふれあい直売所」における当センターのコーナーの設置や陽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>・ ドラマ撮影のために施設を提供し、医師や技師が技術支援等を行った。また、ドラマ事前番組では、当センターの紹介カットや病院長のがんについてのインタビューが放送された。</p> <p>・ 「がんセンター出前講座」は7回開催し、地域でリーダーシップを発揮するシルバー、AYA世代のがん患者や子供に対する役割が求められている教員、社員の健康増進を目的とした社員研修、思春期の禁煙教育として中高生と教員など、多様な対象から申し込みがあり、対象に応じた効果的ながん教育を実施するとともに、あらゆる世代の県民や地域との交流を図った。</p> <p>・ 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>・ 診療報酬改定前の施設基準届出内容を関係部署に配布して、現況の確認をした。</p> <p>・ 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> <p>・ 施設基準の届出期限に間に合うよう届出の準備を行った。</p> <p>・ 収集した診療報酬改定の情報をもとに関係部署と調整し、当センターの実態に即したシステムの改修を行った。</p> <p>・ 国民健康保険短期保険証を有する患者を中心に、入院時における限度額適用認定証の説明を重点的に行い、未収金の発生防止に努めた。</p> <p>・ 発生した未収金は、適宜、督促を実施した。また、回収困難債権については、弁護士法人へ回収業務を委託したことにより、長期にわたり回収ができなかった未収金の一部を回収することができた。</p> |
| (2)費用の削減への取組(小項目)   |   |   |
| <p>費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 予算と実績の管理を通じ、職員全員に対してコスト意識の徹底を図る。</p>   | <p>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>・ 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、コスト意識の醸成に努めた。</p>   |

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容                              | 年度計画の記載内容   | 業務実績   |
|---|---|--|
| 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。 | イ 関係する部署が連携し、ジェネリック医薬品等、支出を抑制できる材料を積極的に導入する。また、契約方法を見直し、材料費の抑制を進めるとともに、採用しているベンチマークシステムを基に高価な品目について適正価格での納入を図る。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医薬品については、先発品から後発品への切替えを5品目行った。また、薬価の高い抗がん剤についても、バイオシミラー品の導入を検討した。</li> <li>・ 診療材料については、コスト削減のため、院内で使用する手袋の切替えを行った。平成30(2018)年度の単価契約に係る価格交渉を行い、平成29(2017)年度比で約170万円のコスト削減が可能となる見込みとなっている。</li> </ul> |
| 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。                      | ウ 医療機器の保守契約の見直し、光熱水費節約の徹底等、費用全般にわたる支出内容の見直しを実施する。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 図書室関係の支出について図書委員会で検討し、司書業務の委託廃止や、図書購入費用の削減等を行った。また、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。</li> </ul>   |
| エ 適切なコスト管理等を行うため、診療行為別原価計算を実施する。                            | エ 適切なコスト管理等を行うため、経営分析システムを活用し、診療科及び部門ごとの収支分析の精度の向上を図る。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 適切なコスト管理等を行うため、診療行為別原価計算を実施するための経営分析システムの精度向上に努めた。経営分析システムと人事給与システム、財務システム、物流システム間におけるデータ連携の確認作業を行い、診療科ごとに収支状況を把握した。</li> </ul>   |

|         |   |      |   |
|---------|---|------|---|
| 法人の自己評価 | B | 評価理由 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指標の達成状況に関しては、「新外来患者数」、「1日当たり外来患者数」、「診療材料費対医業収益比率」及び「ジェネリック医薬品採用比率」が目標値を上回った一方、「病床利用率」、「新入院患者数」及び「1日当たり入院患者数」は目標値を大きく下回った。</li> <li>・ 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、患者が減少している診療科の渉外活動を強化したほか、出前講座等の実施により積極的に情報発信や広報活動をするとともに、「費用の削減への取組」では、医薬品について先発品から後発品への切替えをしたほか、図書室の司書業務の委託を廃止するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</li> <li>・ 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。</li> </ul> |
|---------|---|------|---|



|          |   |       |   |
|----------|---|-------|---|
| 知事の評価(案) | B | 評価理由等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。病診・病病連携の強化や医師の確保等により更なる収入の確保を図るとともに、安全面にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組むなど、より一層の経営改善に努められたい。</li> </ul> |
|----------|---|-------|---|

## 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       | H29(2017)<br>年度<br>目標値 | H29(2017)<br>年度<br>実績値 | H29(2017)<br>年度<br>達成率(%) | H32(2020)<br>年度<br>目標値※ | 指標の達成<br>状況 |
|----|-----------|------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------|
| 1  | 経常収支比率(%) | 100以上                  | 98.9                   | 99%                       | 100以上                   | iii         |
| 2  | 医業収支比率(%) | 80以上                   | 77.8                   | 97%                       | 85以上                    | iii         |

## (参考)中期目標期間における各事業年度の実績

| H28(2016)<br>年度<br>実績 | H29(2017)<br>年度<br>実績(再掲) | H30(2018)<br>年度<br>実績 | H31(2019)<br>年度<br>実績 | H32(2020)<br>年度<br>実績 |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 101.1                 | 98.9                      |                       |                       |                       |
| 79.1                  | 77.8                      |                       |                       |                       |

※ 中期計画指標のみ記載

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容   | 年度計画の記載内容                 | 業務実績   |
|--|---------------------------|--|
| 県民が求める高度で専門的ながん医療を安定的に提供していくため、中期目標期間を累計した経常収支比率を100%以上とする。また、各年度において経常収支の黒字化を目指す。 | 月次で収支状況を管理し、経常収支の黒字化を目指す。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>経常収支は△106,455,844円を計上し、経常収支比率は98.9%となった。</li> <li>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、収支改善の状況など)などを周知し、経常収支の黒字化を目指した。</li> <li>理事長が診療科及び事業系センターごとにヒアリングを実施し、平成28(2016)年度の実績を振り返りながら、平成29(2017)年度の目標や課題、取組などについて話し合った。</li> </ul> |

|             |          |      |   |
|-------------|----------|------|---|
| 法人の<br>自己評価 | <b>B</b> | 評価理由 | <ul style="list-style-type: none"> <li>指標の達成状況に関しては、「経常収支比率」、「医業収支比率」ともに目標値をやや下回った。</li> <li>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を管理したほか、診療科及び事業系センターごとにヒアリングを実施し、経常収支の黒字化を目指したが、計画をやや下回った。</li> <li>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。</li> </ul> |
|-------------|----------|------|---|



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

第8 その他業務運営に関する重要事項(大項目)

| 中期計画(H28(2016)～H32(2020))の記載内容   | 年度計画の記載内容  | 業務実績   |
|--|--|--|
| <p>病院施設の老朽化の状況や求められる機能を踏まえ、院内にプロジェクトチームを設置して、長期的な視点から、がん専門病院として今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を検討する。</p> <p>また、医療機器については、県民の医療ニーズ、医療技術の進展に応えるため、費用対効果等を総合的に勘案し、計画的な更新・整備に努める。</p> | <p>将来構想策定プロジェクトチームにおいて、病院施設の老朽化の状況や求められる機能を踏まえ、長期的な視点から、がん専門病院として今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を検討する。</p> <p>また、医療機器については、計画的に更新・整備する。</p> | <p>・プロジェクトチームでの議論の前段階として、ワーキンググループによる検討会を2回開催し、策定作業中であった栃木県がん対策推進計画(3期計画)や地域医療構想を踏まえた当センターの今後の役割や機能について検討を行った。</p> <p>・医療機器については、電子カルテとの連携を図りながら全病棟・HCUの患者生体情報を共通のシステムで管理、閲覧することができる「生体情報統合システム」や、がん遺伝子研究室の「分子画像解析システム」、内視鏡センターの「内視鏡用光源装置」、臨床検査センターの「全自動輸血検査装置」などを計画的に更新・整備した。(37品目、計185,373,299円)</p> |

|         |          |      |   |
|---------|----------|------|---|
| 法人の自己評価 | <b>B</b> | 評価理由 | <p>・施設整備のあり方については、ワーキンググループによる検討は行ったが、「将来構想策定プロジェクトチーム」による具体的な検討には至らなかったことから、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(案) | <b>B</b> | 評価理由等 | <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。今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方について、速やかに具体的な検討を進められたい。</p> |
|----------|----------|-------|--|



## 平成 29（2017）年度業務実績に関する全体評価書

栃木県知事は、地方独立行政法人法第 28 条第 1 項の規定により、地方独立行政法人栃木県立がんセンターの平成 29（2017）年度の業務実績について、以下のとおり評価を行った。

**全体評価（案）****1 評価結果と判断理由**

（評価結果）

**平成 29（2017）年度の業務実績は、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。**

（判断理由等）

- 「質の高い医療の提供」、「安全で安心な医療の提供」等、12 の中項目中 9 項目について A 評価（概ね計画どおり実施している）と判断した。
- 一方、「収入の確保及び費用の削減への取組」、「財務内容の改善に関する事項」については、入院患者数の減少等により、経常収支が約 1 億円の赤字となったことから B 評価（計画をやや下回って実施している）と判断した。経常収支の黒字化に向けて、より一層の経営改善に取り組む必要がある。

また、「その他業務運営に関する重要事項」についても、施設整備のあり方について具体的な検討に至らなかったことから、B 評価（計画をやや下回っている）と判断した。今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方について、速やかに具体的な検討を進める必要がある。

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

平成29(2017)年度 指標名、目標値及び実績値一覧

【指標の達成状況の判断目安】

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

第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項

1 質の高い医療の提供

| 指標名                     | H29(2017)年度 |         |       |      | 小項目 | H28(2016)年度 |       |      |      | H32(2020)年度<br>目標値※1 |     |
|-------------------------|-------------|---------|-------|------|-----|-------------|-------|------|------|----------------------|-----|
|                         | 目標値         | 実績値     | 達成率   | 評価   |     | 目標値         | 実績値   | 達成率  | 評価   |                      |     |
| 高難度手術延べ件数(件)            | 66          | 75      | 114%  | v    | (1) | 55          | 69    | 125% | v    | 60                   |     |
| 腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数(件)      | 337         | 358     | 106%  | iv   | (1) | 285         | 345   | 121% | v    |                      |     |
| 外来(日帰り)ポリープ内視鏡手術延べ件数(件) | 944         | 918     | 97%   | iii  | (1) | 880         | 995   | 113% | v    |                      |     |
| 高精度放射線治療延べ件数(件)         | IMRT        | 690     | 1,251 | 181% | v   | (1)         | 660   | 777  | 118% | v                    | 780 |
|                         | SBRT        | 8       | 0     | 0%   | i   | (1)         | 4     | 4    | 100% | iv                   | 20  |
| 外来化学療法延べ件数(件)           | 8,047       | ※27,573 | 94%   | iii  | (1) | 7,300       | 7,897 | 108% | iv   | 7,900                |     |
| 臨床研究件数(件)               | 208         | 169     | 81%   | ii   | (1) | 212         | 182   | 86%  | iii  | 228                  |     |
| チームSTEPPS受講率(%)         | 60          | 63.9    | 107%  | iv   | (2) | 40.0        | 43.6  | 109% | iv   |                      |     |
| 緩和ケア勉強会実施回数(回)          | 10          | 10      | 100%  | iv   | (3) | 10          | 10    | 100% | iv   |                      |     |
| 地域の緩和ケア連携カンファレンス開催回数(回) | 月1回程度       | 10      | 100%  | iv   | (3) | 月1回程度       | 9     | 90%  | iv   | 月1回以上                |     |
| がん患者リハビリテーション単位数(単位)    | 3,600       | 5,438   | 151%  | v    | (4) | 17,040      | 2,285 | 13%  | i    | 17,040               |     |

2 安全で安心な医療の提供

| 指標名                    | H29(2017)年度 |     |      |    | 小項目 | H28(2016)年度 |     |      |    | H32(2020)年度<br>目標値※1 |
|------------------------|-------------|-----|------|----|-----|-------------|-----|------|----|----------------------|
|                        | 目標値         | 実績値 | 達成率  | 評価 |     | 目標値         | 実績値 | 達成率  | 評価 |                      |
| 医療安全管理研修(全職員対象)実施回数(回) | 8           | 9   | 113% | v  | (1) | 8           | 8   | 100% | iv |                      |
| 感染管理認定看護師数(人)          | 2           | 2   | 100% | iv | (1) | 2           | 2   | 100% | iv | 3人以上                 |
| 多職種連携ロールプレイ研修実施回数(回)   | 1           | 1   | 100% | iv | (1) | 1           | 1   | 100% | iv |                      |
| 医薬品安全使用研修実施回数(回)       | 2           | 2   | 100% | iv | (2) | 2           | 2   | 100% | iv |                      |

3 患者・県民の視点に立った医療の提供

| 指標名                | H29(2017)年度 |       |      |     | 小項目 | H28(2016)年度 |       |      |     | H32(2020)年度<br>目標値※1 |
|--------------------|-------------|-------|------|-----|-----|-------------|-------|------|-----|----------------------|
|                    | 目標値         | 実績値   | 達成率  | 評価  |     | 目標値         | 実績値   | 達成率  | 評価  |                      |
| カルテ監査実施回数(回)       | 2           | 2     | 100% | iv  | (1) | 2           | 2     | 100% | iv  |                      |
| 専門看護相談件数(件)        | 1,153       | 991   | 86%  | ii  | (1) | 480         | 788   | 164% | v   |                      |
| セカンドオピニオン件数(件)     | 150         | 194   | 129% | v   | (1) | 180         | 148   | 82%  | ii  | 230                  |
| 院内クリティカルパス適用症例率(%) | 50.0        | 50.2  | 100% | iv  | (1) | 53.0        | 48.8  | 92%  | iii |                      |
| 口腔ケア実施件数(件)        | 420         | 571   | 136% | v   | (1) | 200         | 431   | 216% | v   |                      |
| 医療相談件数(件)          | 3,248       | 3,295 | 101% | iv  | (2) | 3,700       | 3,301 | 89%  | ii  |                      |
| 診察待ち時間の苦情投書件数(件)   | 0           | 2     | 0%   | i   | (3) | 0           | 0     | 100% | iv  |                      |
| 患者満足度割合(%)         | 90以上        | 83    | 92%  | iii | (1) | 90以上        | 82    | 91%  | iii | 90以上                 |

## 4 人材の確保と育成

| 指 標 名         | H29(2017)年度 |     |      |    | 小項目 | H28(2016)年度 |     |      |     | H32(2020)年度<br>目標値※1 |
|---------------|-------------|-----|------|----|-----|-------------|-----|------|-----|----------------------|
|               | 目標値         | 実績値 | 達成率  | 評価 |     | 目標値         | 実績値 | 達成率  | 評価  |                      |
| 医師数(人)        | 55          | 55  | 100% | iv | (1) | 53          | 55  | 104% | iv  |                      |
| 認定看護師数(人)     | 15          | 13  | 87%  | ii | (1) | 14          | 14  | 100% | iv  |                      |
| 職員満足度割合(%)    | 70以上        | 77  | 110% | v  | (4) | 70以上        | 66  | 94%  | iii | 90以上                 |
| 医療倫理研修実施回数(回) | 2           | 1   | 50%  | i  | (5) | 2           | 2   | 100% | iv  |                      |

## 5 地域連携の推進

| 指 標 名           | H29(2017)年度 |      |      |     | 小項目 | H28(2016)年度 |      |      |    | H32(2020)年度<br>目標値※1 |
|-----------------|-------------|------|------|-----|-----|-------------|------|------|----|----------------------|
|                 | 目標値         | 実績値  | 達成率  | 評価  |     | 目標値         | 実績値  | 達成率  | 評価 |                      |
| 院外への口腔ケア依頼件数(件) | 59          | 201  | 341% | v   | (1) | 12          | 39   | 325% | v  |                      |
| 医薬連携研修実施回数(回)   | 1           | 2    | 200% | v   | (1) | 1           | 1    | 100% | iv |                      |
| 受託検査件数(件)       | 43          | 42   | 98%  | iii | (1) | 50          | 43   | 86%  | ii |                      |
| 退院調整件数(件)       | 764         | 791  | 104% | iv  | (2) | 650         | 805  | 124% | v  |                      |
| 紹介率(%)          | 94.0        | 94.0 | 100% | iv  | (1) | 93.0        | 93.5 | 101% | iv | 95.0                 |
| 逆紹介率(%)         | 38.0        | 42.8 | 113% | v   | (1) | 32.0        | 38.0 | 119% | v  | 40.0                 |

## 6 地域医療への貢献

| 指 標 名               | H29(2017)年度 |     |      |    | 小項目 | H28(2016)年度 |     |      |    | H32(2020)年度<br>目標値※1 |
|---------------------|-------------|-----|------|----|-----|-------------|-----|------|----|----------------------|
|                     | 目標値         | 実績値 | 達成率  | 評価 |     | 目標値         | 実績値 | 達成率  | 評価 |                      |
| 地域の医療従事者向け研修実施回数(回) | 15          | 22  | 147% | v  | (1) | 15          | 20  | 133% | v  |                      |
| 郡市医師会向け出張講座実施回数(回)  | 12          | 13  | 108% | iv | (1) | 20          | 14  | 70%  | i  |                      |

## 第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項

### 3 収入の確保及び費用の削減への取組

| 指 標 名                              | H29(2017)年度 |       |      |     | 小項目 | H28(2016)年度 |       |      |     | H32(2020)年度<br>目標値※1 |
|------------------------------------|-------------|-------|------|-----|-----|-------------|-------|------|-----|----------------------|
|                                    | 目標値         | 実績値   | 達成率  | 評価  |     | 目標値         | 実績値   | 達成率  | 評価  |                      |
| 病床利用率(%) <small>(退院患者数を含む)</small> | 80.3        | 60.9  | 76%  | i   | (1) | 66.5        | 66.8  | 100% | iv  |                      |
| 新入院患者数(人)                          | 5,364       | 4,093 | 76%  | i   | (1) | 4,300       | 4,412 | 103% | iv  |                      |
| 新外来患者数(人)                          | 6,439       | 6,773 | 105% | iv  | (1) | 5,720       | 6,261 | 109% | iv  |                      |
| 1日当たり入院患者数(人)                      | 219.0       | 165.9 | 76%  | i   | (1) | 181.7       | 182.2 | 100% | iv  |                      |
| 1日当たり外来患者数(人)                      | 463.0       | 471.2 | 102% | iv  | (1) | 426.3       | 461.0 | 108% | iv  |                      |
| 診療材料費対医業収益比率(%)                    | 7.8         | 7.6   | 103% | iv  | (2) | 8.8         | 8.0   | 110% | v   |                      |
| ジェネリック医薬品採用比率(%)                   | 80.0        | 82.4  | 103% | iv  | (2) | 70.0        | 78.4  | 112% | v   |                      |
| 委託料対医業収益比率(%)                      | 12.5        | 12.7  | 98%  | iii | (2) | 12.0        | 12.4  | 97%  | iii |                      |
| 減価償却費対医業収益比率(%)                    | 16.3        | 17.2  | 95%  | iii | (2) | 17.0        | 17.2  | 99%  | iii |                      |

## 第3 財務内容の改善に関する事項

| 指 標 名     | H29(2017)年度 |      |     |     | 小項目 | H28(2016)年度 |       |      |     | H32(2020)年度<br>目標値※1 |
|-----------|-------------|------|-----|-----|-----|-------------|-------|------|-----|----------------------|
|           | 目標値         | 実績値  | 達成率 | 評価  |     | 目標値         | 実績値   | 達成率  | 評価  |                      |
| 経常収支比率(%) | 100以上       | 98.9 | 99% | iii |     | 100以上       | 101.1 | 101% | iv  | 100以上                |
| 医業収支比率(%) | 80以上        | 77.8 | 97% | iii |     | 80以上        | 79.1  | 99%  | iii | 85以上                 |

※1 H32(2020)年度目標値については、中期計画指標のみ記載

※2 H30(2018)年度第1回(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時資料から訂正あり(誤:7.583→正:7.573)

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

平成 27 年 3 月 13 日  
 栃木県条例第 1 号

(設置)

**第 1 条** 地方独立行政法人法（平成 15 年法律第 118 号）第 11 条第 1 項の規定に基づき、地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(所掌事務)

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

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

(組織)

**第 3 条** 委員会は、委員 7 人以内で組織する。

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

(委員の任期等)

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

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

(委員長及び副委員長)

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

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

(会議)

**第 6 条** 委員会の会議は、委員長が招集する。

- 2 委員会は、委員及び議事に関係のある臨時委員の過半数が出席しなければ会議を開

き、議決することができない。

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

(庶務)

第7条 委員会の庶務は、保健福祉部において処理する。

(雑則)

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

#### 附 則

この条例は、公布の日から施行する。

附 則 (平成29年条例第12号)

この条例は、平成29年4月1日から施行する。

附 則 (平成30年条例第14号)

この条例は、平成30年4月1日から施行する。