

業務実績報告書兼中項目別評価書

令和 7 (2025) 年 度

自 令和 7 (2025) 年 4 月 1 日
至 令和 8 (2025) 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
業務実績報告書兼中項目別評価書	
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）	11
3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）	14
4 人材の確保と育成（中項目）	19
5 地域連携の推進（中項目）	26
6 地域医療への貢献（中項目）	30
7 災害等への対応（中項目）	33
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	34
1 業務運営体制の確立（中項目）	34
2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	36
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）	41
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	43
1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討（中項目）	43
2 適正な業務の確保（中項目）	45

【評価基準について】

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

S：計画を上回って実施している。

A：概ね計画どおり実施している。

B：計画をやや下回って実施している。

C：計画を下回っている、又は実施していない。

【指標について】

各指標の達成状況の判断目安は以下のとおりとする。

v：目標達成率110％以上

iv：目標達成率100％以上110％未満

iii：目標達成率90％以上100％未満

ii：目標達成率80％以上90％未満

i：目標達成率80％未満

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表

◆ 中期目標期間における各事業年度の項目別評価

項目	令和3(2021)年度	令和4(2022)年度	令和5(2023)年度	令和6(2024)年度	令和7(2025)年度
第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項					
1 質の高い医療の提供	A	A	A	A	A
2 安全で安心な医療の提供	A	A	A	A	A
3 患者・県民の視点に立った医療の提供	A	A	A	A	A
4 人材の確保と育成	B	B	B	B	B
5 地域連携の推進	A	A	A	A	A
6 地域医療への貢献	A	A	S	A	A
7 災害等への対応	A	S	A	A	A
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項					
1 業務運営体制の確立	A	A	A	A	A
2 収入の確保及び費用の削減への取組	A	B	A	B	B
第3 予算、収支計画及び資金計画					
財務内容の改善に関する事項	A	A	B	B	B
第8 その他業務運営に関する重要事項					
1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討	A	A	A	A	A
2 適正な業務の確保	A	A	A	B	A

(参考) 中期目標期間における各事業年度の全体評価

年度	評価結果
令和3(2021)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。
令和4(2022)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。
令和5(2023)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況であるが、財務内容の改善が望まれる。
令和6(2024)年度	中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。財務内容の速やかな改善が望まれる。
令和7(2025)年度	中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。財務内容の速やかな改善が望まれる。

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）

業務実績報告書兼中項目別評価書

No.	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	高難度手術延べ件数（件）	60	51	85.0%	60	ii
2	バイオバンク登録件数（件）	4,500	3,892	86.5%		ii
3	がんゲノムプロファイリング検査 件数（件）	80	72	90.0%		ii
4	リンパ浮腫に対する施術件数 （件）	860	1,240	144.2%		v
5	臨床研究件数（件）	200	212	106.0%	200	iv
6	緩和ケア外来における緩和ケアセ ンター看護師同席件数（件）	270	295	109.3%	270	iv
7	リハビリテーション新規依頼件数 （件）	1,035	1,519	146.8%	1,035	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

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)
51	48	55	57	51
3,996	8,231	10,399	6,260	3,892
50	60	60	103	72
880	896	987	1,010	1,240
216	203	207	216	212
365	363	364	320	295
1,135	1,055	1,166	1,402	1,519

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))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）		
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。	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。	
ア 局所進行がんや転移がんも含め、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、放射線治療及び薬物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。	ア 局所進行がんや転移がんも含め、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（ロボット支援下手術等を含む）、放射線治療及び薬物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。	① 肝胆膵外科の手術については、割り当てられた手術枠をほぼすべて活用して手術を実施した。一方で、転移性肝腫瘍をはじめとする比較的大規模な手術の中に学会が定める「高難度手術」の要件に該当しない症例が多く含まれていたことに加え、病勢進行により切除適応を見直した症例もあったことから、年度全体の高難度手術件数は51件となり、目標の60件には至らなかった。

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 診療ガイドラインの策定が不十分であるために治療選択に難渋する希少がんに対する理解促進と、適切な医療が提供できるよう多分野、多職種で共同して診療する体制を整備する。 また、バイオバンク（※）を運営し、希少がんに対する研究の基盤づくりに貢献する。 ※ 血液や組織などの試料（検体）とそれに付随する診療情報などを保管し、医学研究に活用する仕組み。	イ ホームページの問い合わせフォーム等を通じて、希少がんの診療方針決定に難渋する院外の患者や医療者からの相談を受け、アドバイスを行う。 また、院内では診療方針を決定するために多職種による希少がんボードカンファレンスを開催するとともに、希少がんに関連する職員研修を定期的に開催する。 さらに、バイオバンク（※）運営においては、全診療科の新規患者に対する同意説明の実施を目指すとともに、信頼性の高い試料を集め、検体を必要とする研究者に広く頒布することで、希少がんや難治がんを含むがん医療の研究促進に貢献する。 ※ 血液や組織などの試料（検体）とそれに付随する診療情報などを保管し、医学研究に活用する仕組み。	② 希少がん専用の問い合わせフォームに年間7件の問い合わせがあり、適切に対応することで顧客満足に寄与した。なお、多職種による希少がんボードカンファレンスは対象症例がなかったため実施できなかった。 ③ 希少がん研修会を年間2回開催した。第8回では骨軟部領域の希少がん、第9回では婦人科領域の希少がんとその治療方法について、院内職員の理解を深めた。また、希少がん啓発月間2026の取組みにも参加した。 ④ バイオバンク運営においては、研究ニーズを踏まえた効率的な収集を行い、参加患者数と症例を安定的に確保した。検査技師が説明同意業務を担う体制が定着し、質の高い試料提供につながった。学会等の展示ブース出展により新たな顧客との接点を持ち、栃木キャンサーバイオバンクの知名度向上にも貢献した。 ⑤ 今年度の検体頒布実績は企業共同研究2件、アカデミア共同研究1件、利活用1件であり、引き続きがん医療研究の推進に向けた検体提供に取り組んだ。

1 質の高い医療の提供（中項目）

ウ ガンゲノムの遺伝子診断を行い、個々のがんの発症と進展に関わる遺伝子の異常を明らかにし、患者及びその家族に最適ながんの診断と治療及び予防の方法を提供する。	ウ ガンゲノム医療を推進するため、がん遺伝子パネル検査の拡大と二次的所見の遺伝性腫瘍に対する、診療科横断的なサーベイランスや遺伝カウンセリングの体制整備に取り組むとともに、がんゲノム医療連携病院として、第三者機関認証（ISO15189）の継続に向け、ISO15189：2022（第4版）に基づく認定への移行審査を受審し承認を受ける。	⑥ ガン予防遺伝カウンセリング外来では、初診62家系92名、再診303家系387名が受診した。（自費検査 12件） ⑦ MSI検査件数は院内総数で15件（MMR-IHC：96件、陽性11件）であった。 ⑧ BRACAnalysis診断システム検査を197件実施し、病的変異・意義不明変異が確認された18件について遺伝カウンセリング外来受診につなげた。 ⑨ myChoice診断システム検査を13件実施し、病的変異が確認された9件について遺伝カウンセリング外来受診を勧奨した。 ⑩ ガンゲノムプロファイリング検査を72件実施した。（内訳：NCCオンコパネル5件、FoundationOneCDx54件、FoundationOne LiquidCDx6件、GenMineTOP7件）また、治験参加のため国立がん研究センター中央病院へ6名の受診予約を行った。 ⑪ ISO15189：2022（第4版）移行審査を受審し、2025年8月に認定を取得した。その後の定期サーベイランスでも認定を更新し、円滑な業務遂行に努めた。
---	---	--

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
エ がん治療に伴う副作用等を軽減し、患者のQOLを向上させるための支持療法を提供する。	エ がん治療に伴うリンパ浮腫の重症化等を抑制するため、専任医師の指示の下、専任看護師による複合的治療を実施する。 また、がん治療に伴う気持ちのつらさに対するケアに取り組む。 さらに、薬剤師による外来診察前面談・病棟業務を通じた、薬物療法の事前説明や治療中の継続的な介入により、副作用の予防や早期発見、支持療法の提案に努める。	⑫ リンパ浮腫ケア外来での年間施術件数（複合的治療料算定件数）は1,240件であり、目標件数を上回った。重症患者の依頼増加により対応頻度が高まったことが要因と考えられる。 ⑬ がん治療に伴う気持ちのつらさを抱える患者・家族に対して個別介入を行い、心理的負担の軽減を図った。（年間依頼件数 15件 ※担当者の事情により1-3月のみ実施） ⑭ 薬剤管理指導業務・診察前面談を含む外来服薬指導により、副作用の予防や早期発見、支持療法の提案に努めた。 （がん患者指導管理料ハ算定件数：314件、外来診察前面談に係る連携充実加算件数：141件、がん薬物療法体制充実加算件数：51件、病棟での薬剤管理指導件数：3,220件）
オ がん専門病院として患者へのより良い診療を提供できるよう、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。	オ 患者がより良い治療を受けられるよう、治験をはじめとした臨床研究や新たな標準治療法の確立のための多機関共同研究に積極的に取り組む。 また、治験依頼者や研究グループからの要求に対し、被験者保護を前提として柔軟に受け入れる。	⑮ 標準治療法確立のための多施設共同研究の実施に、臨床研究コーディネーターが積極的に取り組んだ。 ⑯ 今年度開始した治験は5件（治験エントリー患者数：20名）であり、4月より外部委託治験コーディネーターを活用することで治験の円滑な実施を支援した。 ⑰ JCOG（Japan Clinical Oncology Group）（※）による医師主導治験に新たに参加するとともに、体調測定器データやゲノムシーケンス結果と臨床情報との統合解析をはじめ、多様な研究ニーズに対応した。（※）日本臨床腫瘍研究グループ

1 質の高い医療の提供（中項目）

（2）チーム医療の推進（小項目）

全職員で継続的にチームSTEPPS（※）に取り組み、多職種が専門性を発揮しながら連携、協働し、患者及びその家族もチームの一員として尊重した医療を提供する。また、患者及びその家族の意向も踏まえた治療方針の検討ができるようカンサーボード（症例検討会）の充実を図る。

※ 医療の質及び患者安全の向上のためのチームワークシステム。

継続的にチームSTEPPS（※）に取り組み、各職種が専門性を発揮するとともに患者参加による医療安全を促進し、チームとして医療の安全性を高める。

また、患者及びその家族の意向も踏まえた治療方針の検討ができるようカンサーボード（症例検討会）の充実を図る。

※ 医療の質及び患者安全の向上のためのチームワークシステム。

① 医療安全推進目標にチームSTEPPSを活用し、年間通して各部署で具体的な目標立案、実践に取り組んだ。

② チームSTEPPS研修初級編3回（受講者数49名）、中級編1回（受講者数29名）を実施した。

③ 全死亡症例チェック体制の中から、今後の医療安全に資するM&M（Mortality and Morbidity）カンファレンス（※1）を1回、CPC（Clinico-Pathological Conference）（※2）を1回実施した。

※1 合併症・死亡症例検討会

※2 臨床病理検討会

1 質の高い医療の提供（中項目）
中期計画の

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3) 緩和ケアの推進（小項目）		
緩和ケアセンターが主体となって、緩和ケアに対する意識を共有し協力体制を整え、入院・外来患者及びその家族に継続したサポートを行うなど、がんと診断された時からの緩和ケアを推進する。	緩和ケア外来初診時に緩和ケアセンター看護師が同席するとともに、緩和ケアチームと連携し、入院・外来患者及びその家族を継続的に支援する。 また、ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラム（※）や緩和ケアリンクナース会等研修会を計画的に開催し、基本的緩和ケアから専門的緩和ケアへつなぐ体制を強化する。 ※ エンド・オブ・ライフ・ケアを提供する看護師に必須とされる能力習得のために、アメリカで開発された系統的な教育プログラムの日本版。	① 緩和ケア科外来の初診時に専門・認定看護師が全患者に同席（295件）し、緩和ケア・緩和ケア病棟について補足説明を行った。在宅調整が必要なケースへは直接介入して支援した。 ② 緩和ケアチームの新規依頼件数は昨年度より増加した。外来緩和ケア管理料を10月より算定開始し、目標値を達成した。 ③ 緩和ケアリンクナース会を年間8回開催し、せん妄・疼痛・便秘対応や他職種コミュニケーションに関する事例検討を行い、症状緩和への理解を深めた。 ④ ELNEC-Jコアカリキュラム研修を11月に開催し、院内外の看護師23名が受講した。

1 質の高い医療の提供（中項目）

（4）がん患者リハビリテーションの推進（小項目）

患者の生活の質を維持するために、各診療科や多職種との連携により、多様なリハビリテーション・ニーズに対応する。

生活復帰が早期にできるよう術後合併症予防も含めたリハビリテーションに取り組む。
また、各診療科や多職種との連携により、リハビリテーションが必要な患者に対して確実に介入できるよう努める。
さらに、原疾患やがん治療に伴う運動機能低下に対して、骨転移外来と連携を図りながら、運動器のリハビリテーション介入を推進する。

- ① 術後合併症予防のため外来にて術前呼吸訓練指導を行い、周術期リハビリテーションの充実を図った。（実施患者数：338件）
- ② 多職種からなるがんリハビリテーションセンターのチーム活動として、入院患者全員に医師・看護師・理学療法士・管理栄養士・社会福祉士等によるカンファレンスを定期的に行った。（開催回数：58回）
- ③ 入院外来ともに、リハビリテーション実施患者全員に対してリハビリテーション総合実施計画書を作成し交付した。（作成件数 入院：810件 外来：781件）
- ④ 骨軟部腫瘍・整形外科主催の骨転移カンファレンスでは、多職種による集学的検討によりリハビリテーションを推進した。

1 質の高い医療の提供（中項目）

令和6（2024）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	- 指標の達成状況に関しては、「リンパ浮腫に対する施術件数」「リハビリテーション新規依頼件数」「臨床研究件数」及び「緩和ケア外来における緩和ケアセンター看護師同席件数」の指標で目標値を上回った。一方、「高難度手術延べ件数」「バイオバンク登録件数」「がんゲノムプロファイリング検査件数」は目標値を下回った。 - 年度計画の業務実績に関しては、「高度で専門的な医療の推進」では、肝胆膵外科の高難度手術延べ件数はやや目標を下回ったものの、希少がんに関しては、希少がん専用問合せフォームを通じた相談対応を行うとともに、希少がん研修会を年2回開催した。また、バイオバンクの運営に関しては、バイオバンク登録件数は目標を下回ったものの、検査技師が説明同意業務を担う体制が定着し質の高い試料提供につながるなど、研究基盤の充実を図った。また、「がんゲノム医療の推進」では、がんゲノムプロファイリング検査件数は目標を下回ったものの、ISO15189：2022（第4版）への移行審査を受審し認定を取得するとともに、定期サーベイランスにおいても認定を更新した。さらに、「緩和ケアの推進」では、緩和ケア科外来初診時に専門・認定看護師が全患者に同席し緩和ケアや緩和ケア病棟についての補足説明を行い、在宅調整が必要なケースについては直接介入して支援を行うなど、継続的支援に努めた。加えて、「がん患者リハビリテーションの推進」では、術後合併症予防のため外来にて術前呼吸訓練指導を行い、周術期リハビリテーションの充実を図った。 - 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由 等	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たため、「A」評価とした。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

◆年度計画指標

書兼中	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	全インシデント報告に対するヒヤリハット報告レベル0-1の割合（%）	70.0	74.0	105.7%	70.0	iv
2	感染対策研修受講率（%）	98.0	98.8	100.8%		iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)
63.6	65.6	68.8	72.5	74.0
90.7	91.9	98.7	98.6	98.8

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R3(2021)～R7(2025))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）		
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。	患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策等を推進する。	
ア ヒヤリ・ハット事象の報告を更に促進し、リスクマネージャーや医療安全に関する院内組織を中心に医療事故等の原因分析、再発防止策の検討等を行うとともに、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て事故防止の徹底を図る。	ア 患者への影響を未然に防ぐことができたインシデントレベル0-1の報告を促進し、GOOD-JOB（インシデントを未然に防ぐことにつながった良い気づきや行動等）を共有することで事故を予測する視点の強化につなげ、再発防止や事故防止の徹底を図る。 また、全職員を対象とした医療安全教育の他、対象に応じた教育を実施し、安全重視の行動変容につなげる。	① インシデント影響度レベル0-1の割合の年間実績は73.4%と目標値を3.4%上回った。前年度の実績72.5%からは0.9%増加した。 ② GOOD-JOB報告211件（前年度比+52件）。GOOD-JOB報告の目標値を設定する部署もあり、リスクマネジメント部会でのGOOD-JOB報告事案共有、GOOD-JOB報告推進月間などの取り組みが成果に繋がった。 ③ インシデント報告における要因別「確認を怠った」の件数は、年間749件（前年度比+74件）。 ④ リスクマネージャー・医療安全管理委員の多職種で構成された7つの検証ワーキンググループは、各々が年間12回活動した。 ⑤ リスクマネージャー対象研修を6月に実施し、役割実践の強化を行った。 ⑥ 医療安全に関する研修については、全職員対象研修を2回、その他対象職員に対する研修を18回開催した。（全職員対象研修受講率 第1回：97%、第2回：100%）

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の発生予防及び拡大防止のため、発生状況の把握や感染源及び感染経路に応じた適切な対応を行う。	イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の発生予防及び拡大防止のため、発生状況の把握や感染源及び感染経路に応じた対応を実施する。 また、新興感染症・新感染症発生時のがん治療への影響を低減するために、平時から対策や準備に取り組む。	⑦ 感染対策研修については、感染対策研修を年2回実施し（受講率第1回：98.36%、第2回：99.27%）、年間平均受講率98.81%で、前年度98.6%を上回った。 ⑧ 院内感染対策については、患者・職員の感染発生状況を継続的に把握・院内情報発信し、年間を通じてクラスターの発生は認められなかった。
ウ チームSTEPPSを活かした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し、職種や部署を超えたコミュニケーションを推進することで職員にとっても安全な職場の形成を推進する。	チームSTEPPSのツールを活かして職種や職位を超えたコミュニケーションの取りやすい職場風土を目指し、心理的安全性が保たれる安全文化の醸成に取り組む。	⑨ 毎月のRM（リスクマネジメント）部会では、インシデントの共有事案についてチームSTEPPSのツールを活用し、職種間の連携やコミュニケーションなどの具体的な行動について継続的に情報共有を行った。 ⑩ チームSTEPPS研修を初級編3回・中級編2回の計5回実施した。在職職員のうち初級編受講済の割合は85%に達した。 ⑪ 安全文化調査を実施し、結果を幹部と共有するとともに、医療安全推進活動の改善に反映した。
（2）医療機器、医薬品等の安全管理の徹底（小項目）		
患者に対して安全な医療を提供するため、放射線治療機器の品質管理の徹底等、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。 また、医療機器を安全に使用するため、使用前点検とME機器システムでの中央管理を行い、保守点検を適切に実施する。 さらに、医療機器に関連するインシデント報告を分析し、必要時は医療機器の適正使用に関する院内研修を開催するとともに、医薬品の安全使用のための研修会を定期的に開催する。	① 安全で安心な放射線治療を提供するため、放射線治療の精度管理として、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結果を掲示した。 ② 医薬品の安全使用のための研修会の開催や新卒新採用看護師に向けての講義、医薬品安全性情報の発信等を行い、院内の医薬品安全使用に努めた。 ③ DX対応医療機器の取り扱い説明会を全病棟に実施し安全管理体制を構築した。また、医療機器に関わるインシデントを分析しリスクマネジメント委員会と連携して勉強会を実施した。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

令和6（2024）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	・ 指標の達成状況に関しては、「全インシデント報告に対するヒヤリハット報告レベル0－1の割合」及び「感染対策研修受講率」はともに目標値を上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療安全対策等の推進」では、リスクマネージャー及び医療安全管理委員を中心とした多職種で構成する7つの検証ワーキンググループが各々年間12回活動し、インシデントや事故報告の原因分析や再発防止策の検討・共有を通じて医療安全を推進を図った。また、GOOD－JOB報告は211件（前年度比＋52件）となり、リスクマネジメント部会での事案共有や推進月間等の取組の成果が認められた。また、感染対策研修を年2回実施し年間平均受講率98.81%と目標値を上回るとともに、患者・職員の感染発生状況を継続的に把握・情報発信し、年間を通じてクラスターの発生は認められなかった。さらに、チームSTEPPS研修を初級編3回、中級編2回の計5回実施し、在職職員の初級編受講済割合は85%に達したほか、安全文化調査の結果を幹部と共有し医療安全推進活動の改善に反映した。「医療機器、医薬品等の安全管理の徹底」では、毎月、放射線治療品質管理日を定めて治療機器の精度管理を実施したほか、DX対応医療機器の取り扱い説明会を全病棟で実施し安全管理体制を構築するとともに、医療機器に関わるインシデントを分析しリスクマネジメント委員会と連携して勉強会を実施した。また、医薬品の安全使用のための研修会等を開催した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	・ 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たため、「A」評価とした。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

◆年度計画指標

書兼中	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	専門看護相談件数（件）	1,380	1,501	108.8%		iv
2	院内クリニカルパス適用症例率（%）	53.0	52.0	98.1%		iii
3	医療相談件数（件）	4,800	5,041	105.0%		iv
4	患者満足度割合（%）	90以上	86.8	96.4%	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

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)
1,549	1,671	1,481	1,405	1,501
53.1	55.4	53.5	52.3	52.0
3,888	3,742	4,428	4,740	5,041
89.2	85.9	88.8	86.9	86.8

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 患者及びその家族への医療サービスの充実（小項目）		
患者及びその家族への医療サービスの充実が図られるよう、以下の取組を実施する。	患者及びその家族への医療サービスの充実が図られるよう、以下の取組を実施する。	
ア 治療の選択に対して、患者自身が自己の価値観や生活スタイルを踏まえた意思決定ができるよう支援する。	ア 専門・認定看護師、公認心理師による面談同席の機会を通し、意思決定を支援する。	① 治療方針決定時などに面談同席し、意思決定支援や精神面での継続的支援を実践し、専門看護相談件数は目標を上回った。また、専門看護師や各認定看護師が領域の活動を通じ、患者・家族・職員に対する相談・指導・看護実践を行った。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ ACP（アドバンス・ケア・プランニング）（※）支援チーム（仮称）を設置し、患者と医療従事者との話し合いにより、患者自らが望む医療・ケアを受けられるように支援する。 ※将来の治療・ケアについて患者・家族と医療従事者が、患者自らの意向に基づき予め話し合うプロセス。	イ 患者及びその家族にACP（アドバンス・ケア・プランニング）（※）の理解を深める活動を継続し、意思決定が困難な場合には、ACP支援チームが支援を行う。 また、院内職員に対してはACPの理解を深める研修会を開催する。 ※ 将来の治療・ケアについて患者・家族と医療従事者が、患者自らの意向に基づき予め話し合うプロセス。	② 患者総合支援センター等の各所にACPパンフレットを設置し、年間を通じて10部/月前後の配布を継続した（累計で約110部）。また、医師が直接患者にACPのパンフレットを手渡しするなど、ACPの理解を深める活動を継続して行った。
ウ 検査や処置等に関し、その都度、患者及びその家族に対して、医師をはじめ看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等による分かりやすい説明を徹底する。	ウ 医師をはじめ看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等が、薬剤・検査及び治療等の分かりやすい診療前説明を徹底するとともに、対象患者の拡大を図る。	③ 薬剤師による事前の薬物治療の説明は、外来ではがん患者指導管理及び事前面談により、入院では薬剤管理指導業務により実施した。（実績：がん患者指導管理料ハ算定件数314件、外来事前面談に関係する連携充実加算件数141件・がん薬物療法体制充実加算件数51件、病棟での薬剤管理指導件数3,220件） ④ 診療放射線技師による検査前説明について、外来初診患者を対象として実施した。（実績：5件） ⑤ 診療放射線技師が参画した放射線治療前説明を実施した。（実績：40件）
エ 院内クリニカルパス（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標準診療計画）の適用症例率の向上を図る。	エ 治療・検査に関する新規の院内クリニカルパス（※）の作成を行い、適用症例率の向上を図る。 また、運用中クリニカルパスのバリエーション評価を行い、PDCAサイクルによる見直しを行うことで、より適切なクリニカルパスへの修正を行っていく。 ※ 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標準診療計画。	⑥ 新たな検査・治療に対する院内クリニカルパスの作成を行うとともに、既存のパスについても見直しを行い、各疾患に対応した適切なパスへの改定を行った。 ⑦ 院内クリニカルパス適用症例率の年度累計適用率は52.0%であり、目標値53.0%はやや下回ったが、パスの継続的な整備・改定に取り組んだ。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 患者の就労等に関する相談支援機能の充実（小項目）		
患者一人一人のライフステージごとに生じる就学、就労、生殖機能などの多様な支援ニーズに対応できるよう、多職種によるチーム支援やハローワーク、他施設との相談支援のネットワークなど関係機関との連携強化等により、相談支援の充実を図る。	国の第4期がん対策推進基本計画及び栃木県がん対策推進計画（4期計画）等を踏まえ、ハローワークや産業保健総合支援センター等との連携体制を強化し、がん患者の就職支援などの充実を図る。 また、がんと診断された時から正しい情報提供や相談支援を受けることができる体制を整備し、早期離職の防止や仕事と治療の両立を支援する。	① ハローワーク宇都宮と連携して就職支援相談会を年13回、栃木産業保健総合支援センターと連携して両立支援相談会を年12回開催した。（療養・就労両立支援指導料：1件、就職相談：14件、就労総相談：419件） ② 初回入院患者に対して就労に関するアンケートを実施し、早期介入を促進した。 ③ 栃木県地域両立支援推進チームでは、がん専門医療機関としての役割に加え、都道府県がん診療連携拠点病院として県内全体のがん患者等の就労支援に関する情報提供等を行い、関係機関との連携強化に努めた。
(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上（小項目）		
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。	ア 接遇研修を開催するとともに、テーマを決め接遇チェックを行い、職員の接遇マナーの向上を図る。	① 接遇マニュアルを院内情報共有ツールに掲載し、全職員が容易に確認できる環境を整備した。 また、新社会人マナー研修を4月に集合型で実施した。（参加者40名） ② 専門家による事前調査結果を踏まえた接遇研修を12月に開催した。（対象者50名、出席率100%）
イ 患者満足度調査等により、患者及びその家族のニーズを把握しその改善に取り組むなど、利便性・快適性の向上に努める。 (経営強化プラン補足版(R6(2024)～R7(2025))の記載内容) ＜デジタル化への対応＞ マイナンバーカードの健康保険証利用を促進するとともに、新たなデジタル技術の積極的な活用により、医療の質の向上や医療事務の効率化、患者の利便性向上を図る。	イ 患者満足度調査や「みんなの声」等を通して寄せられる患者及びその家族のニーズを把握のうえ、改善に向けた取組を行うとともに、マイナンバーカードの健康保険証利用の促進等、新たなデジタル技術の積極的な活用により、利便性・快適性の向上に努める。	③ 日本医療機能評価機構の調査システムによる患者満足度調査結果は次のとおりである（評価基準：「当院を全般的に評価したときの満足度」）。 ・外来は83%であり、目標値90%には届かなかった。他医療機関との比較では、「診察までの待ち時間」（90位／92施設中）及び「診療時間」（76位／84施設中）の項目の評価が特に低かった。 ・入院は91%であり、目標値90%を達成した。他医療機関との比較においても良好な水準であった。 ④ 病院利用者から寄せられた意見や要望については、アメニティ・患者サービス委員会にて共有し、必要に応じて改善対応を行った。 ⑤ マイナンバーカードの健康保険証利用について、カードリーダーの増設（10台）や院内周知等により利用促進を図った結果、利用率は4月の43%から12月には72.4%まで向上し、患者の利便性向上に寄与した。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(4) 県民へのがんに関する情報の提供（小項目）		
県民のがんに対する理解やがん検診の受診、学校や職域等におけるがん教育を促進するため、県民への情報提供等を通じて、がんに関する知識の普及啓発に努める。	県民のがんに対する理解やがん検診の受診、学校や職域等におけるがん教育を促進するため、県民への情報提供等を通じて、がんに関する知識の普及啓発に努める。	① 現地において、喫煙防止教育を実施した。（小学校12校、中学校2校、大学1校、栃木県保健衛生事業団1、合計16カ所） ② 県民へのがんに関する知識の普及啓発を目的として、がん教育推進協議会へ参画するとともに、市民公開講座の開催や学校・患者団体における講話を実施した。これにより、県民や学生等のがんに関する理解促進および普及啓発を図った。 ③ リレー・フォー・ライフとちぎに参加し、がんに関する講演や展示を通して情報提供を行い、県民のがんに対する知識の普及啓発に努めた。
(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、患者やその家族など同じ立場の人が気軽に語り合える交流の場である「患者サロン」の利用を促進することにより、患者及びその家族の仲間づくりを支援する。	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。	① 患者サロンを年間を通じて集合形式（一部ハイブリッド形式）で開催した。患者同士の語り合い時間の拡充と新規プログラム（フラダンス体験と語り合いの会）の実施により、参加者数は前年度実績を上回った。
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を通して、療養環境の向上を図る。	③ ボランティア運営委員会及びがんセンターボランティアこだまの会総会の開催を経て、院内の感染対策を遵守した上で2024年8月より一部活動を再開し、2025年度は年間を通じてボランティア活動を実施した。ボランティア会員が定期的に本の補充・入替を行い、外来患者が利用できる環境を維持した。 ④ 医師及びボランティア会員の協力のもと、患者や地域住民が医師・医療関係者と気軽に話せる場である「こやまカフェ」を年間を通じて開催した。（月平均開催日数：3.8日、月平均利用者数：8.3人）

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

令和6（2024）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	- 指標の達成状況に関しては、「専門看護相談件数」及び「医療相談件数」の指標で目標値を上回った一方、「院内クリニカルパス適用症例率」及び「患者満足度割合」は目標値をやや下回った。 - 年度計画の業務実績に関しては、「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、治療方針決定時などに面談同席し、意思決定支援や精神面での継続的支援を実践するとともに、ACPパンフレットを各所に設置・配布し患者にACPの理解を深める活動を継続して行った。また、院内クリニカルパスについては、適用症例率は目標をやや下回ったものの、新たなパスの作成や使用中パスの見直し・改定を行い、各疾患に対応した適切なパスへの整備に取り組んだ。「患者の就労等に関する相談支援機能の充実」では、ハローワーク宇都宮と連携して就職支援相談会を年13回、栃木産業保健総合支援センターと連携して両立支援相談会を年12回開催するとともに、初回入院患者に対して仕事に関するアンケートを実施し、就職や復職、仕事と治療の両立について悩みや不安を抱える患者の相談支援を行った。「患者及びその家族の利便性・快適性の向上」では、接遇マニュアルの整備や接遇研修の開催により職員の接遇マナーの向上を図ったほか、マイナンバーカードリーダーの増設等による患者の利便性向上を図ったが、患者満足度調査における外来全般的満足度は目標を下回った。「県民へのがんに関する情報の提供」では、現地において喫煙防止教育を実施するとともに、がん教育推進協議会への参画や市民公開講座の開催等を通じて、がんに関する知識の普及啓発に努めた。「ボランティア等民間団体との協働」では、年間を通じてボランティア活動及び患者サロンを実施し、療養環境の向上と患者同士の交流促進を図った。 - 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	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たため、「A」評価とした。

4 人材の確保と育成（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
書兼中	医師数（人）	65	64	98.5%		iii
2	職員満足度割合（％）	90以上	71.8	79.8%	90以上	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

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)
61	62	67	65	64
69.3	65.8	68.7	70.1	71.8

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 医療従事者の確保と育成（小項目）		
ア 医師の確保と資質向上 - 全国のがん専門病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 - 専門医資格取得のための研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保に努める。	ア 医師の確保と資質向上 - 県養成医師を積極的に受け入れる。 - 全国のがん専門病院や地域の病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 - 専門医資格取得のための研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保に努める。	① 肝胆膵外科学会高度技能修練施設（A）として、専門医資格取得のため51例の高難度手術を実施し、技能習得に努めた。（うち修練医2名は計20例を術者として実施）
イ 看護師の確保と資質向上 - 養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努める。 - 県内トップレベルのがん医療を提供できるよう、認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、新規採用者集合研修や各クリニカルラダーレベルに合わせた実効性のある研修プログラムにより、計画的に研修を実施する。	イ 看護師の確保と資質向上 - 就職ガイダンスはじめ、社会環境に即したPR及び採用活動を推進する。 - 学校訪問など、養成機関との連携を強化する。 - 病院見学会、ナースジョブチャレンジ（職場体験）を開催するとともに、オンラインによる見学・説明会を随時開催する。 - 経験者の中途採用、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保に積極的に取り組み、年間を通して安定した人員配置に努める。 - 専門資格の習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。	② 4月の養成校訪問をはじめ、就職ガイダンスへの参加、オンライン・対面による病院見学会・職場体験を実施した。 ③ 2026年度新卒・新採用14名、既卒10名の採用を確定した。年間を通じて随時採用試験を実施し、中途採用5名の採用を行った。また、県内外の養成学校への募集案内配布・学校訪問を実施し、次年度採用活動を推進した。 ④ 年度計画に基づき、予定の院内研修を開催したほか、院外研修においても参加を奨励し学習の機会を提供した。（次年度1名が認定看護師養成課程に進学が決定）

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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 - 大学及び養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の確保、配置に努める。 - 各種認定資格の取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。	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 - 大学との連携強化や見学会の実施、迅速な採用活動や随時募集により、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。 - 施設基準の要件を満たすために必要となる各種認定資格の取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 - タスク・シフト／シェアに関する講習会等に積極的に参加し、働き方改革の意識向上を図る。	⑤ 薬剤師については、新卒薬剤師の採用試験応募者数の増加を目指し、大学との面談、合同就職説明会への参加、見学会の実施及び随時募集等の採用活動を行った。その結果、2月に薬剤師（産育休代替期限付職員）1名を採用した。また、産育休職員の代替として、9月から調剤薬局薬剤師1名の受入れを開始した。 ⑥ 放射線技師については、パンデミック時の感染症にかかわる業務への介入に備え、診療放射線技師が自己研鑽により感染症関連の認定を取得した。また、第一種放射線取扱主任者の資格取得に向けた専門セミナーの受講体制を整備するとともに、大学との連携による共同研究を推進した。 ⑦ 「タスク・シフト/シェアに関する厚生労働省指定講習会」を臨床検査技師5名が受講した。（計24名受講） ⑧ ISO15189：2022版への移行審査及び第2回定期サーベイランスを受審し、認定を維持した。 ⑨ 薬剤師3名が、日本病院薬剤師会がん薬物療法認定薬剤師の認定を更新した。
エ 事務職員の確保と資質向上 - 医療制度や経営環境の変化に迅速に対応できるよう、病院経営や医療事務等に精通した職員の計画的な確保、配置に努める。 - 各種認定資格の取得や外部研修会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図るなど、事務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。	エ 事務職員の確保と資質向上 - 医療制度や経営環境の変化に迅速に対応できるよう、病院経営や医療事務等に精通した職員の計画的な確保、配置に努める。 - 各種認定資格の取得や外部研修会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図るなど、事務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。	⑩ 医療事務の実務経験や専門性を備えた特定業務職員（医師事務作業補助）2名、産休代替任期付（医師事務作業補助）1名採用することができた。
(2) 研修内容の充実（小項目）		

4 人材の確保と育成（中項目）

がん専門病院として、がん医療における最新の知識と技術を有する人材を育成するため、体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど研修内容の充実を図る。	がん専門病院として、がん医療における最新の知識と技術を有する人材を育成するため、体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど研修内容の充実を図る。 また、集合開催以外の開催を積極的に行うとともに、職員が研修を受講しやすい環境整備を行う。	① 院外医療従事者も対象としたグランドカンファレンスは2回、院内職員のみを対象としたグランドカンファレンスは7回開催した。院外医療従事者も対象とした際は、WEB視聴も可能なハイブリッド形式で開催し、参加しやすい環境を整備した。 ② 新規採用職員を対象とした基本研修は、4月に1日（終日）実施した。（対象者41名、受講者39名。なお前年度中途採用者3名も受講し、全受講者は42名。）また、中途採用職員を対象とした基本研修は、9月、2月にそれぞれ半日ずつ開催し、非常勤職員にも参加を促した。（対象者23名、受講者13名） ③ 県人事課主催の能力開発研修は、所属長から推薦を受けた職員と昨年度までに共通研修受講済みの9名を加えた全33名が共通研修を受け、選択研修を延べ48回履修した。また、能力開発研修以外の研修（一次評価者研修・新任所属長研修）についても対象該当者に受講を促し、3名が履修した。
中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3) 人事管理制度の構築（小項目）		
職員の人材育成やモチベーションの向上に資するため、新しい人事評価制度の適正運用と継続的な見直しを行い、がんセンターに適した人事管理制度を構築する。	職員の人材育成やモチベーションの向上に資するため、新しい人事評価制度の適正な運用と試行結果の検証等、継続的に見直しを行い、がんセンターに適した人事管理制度を構築する。	① 新たな人事評価制度を導入するために必要な事項を検証するとともに、職員に制度を理解してもらうことを目的に、試行評価の実施及び他の医療機関の人事評価制度の研究を行った。

4 人材の確保と育成（中項目）

（4）働きやすい職場環境づくり（小項目）

働きやすい職場環境づくりが図られるよう、以下の取組を実施する。	働きやすい職場環境づくりが図られるよう、以下の取組を実施する。	
ア 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など、職員が心身ともに健康を維持できるよう職場環境づくりに努める。	ア 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など、職員が心身ともに健康を維持できるよう職場環境づくりに努める。	① ハラスメント対策については、院内相談窓口に加え、昨年度に引き続きハラスメント相談ホットラインを契約し、職員が直接院外の相談窓口で相談できる環境を整えた。（外部相談窓口への相談件数：1件） ② 新規採用者及び希望者を対象に、メンタルヘルス研修を開催した。（参加者数：28名） ③ 院内のハラスメント防止対策を徹底するために、今年度はeラーニングを用いて、定期的にハラスメントに関する動画研修（厚労省の研修素材を利用）を実施した。年間を通して、全6回実施し、職員全体の全6回の平均受講率は91.5%だった。 ④ 毎月事業所内で産業カウンセラーによる出張カウンセリングを受けられる体制を整備しており、予約枠に対する利用者の割合は約3割であった。また、職場内の目を気にせず、外部にてカウンセリングを受けられる体制も整えており、2名の利用実績があった。 ⑤ 日本医療機能評価機構の調査システムによる職員満足度調査の結果は、評価基準としている“仕事のやりがい”が72.0%で、前回70.0%から微増したものの、目標値90.0%には届かなかった。なお、仕事のやりがいの他施設との比較ランキングは107施設中20位と比較的上位であり、参加施設数が増加した中でも極端に成績が悪い項目はなかった。また、「勤務条件」「勤務意欲」「処遇条件」など多くの項目で前年度から改善がみられた。
イ 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。	イ 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。	⑥ 在宅で勤務する画像診断医師1名を継続雇用した。また、病理診断医師1名が在宅と出勤のハイブリッド勤務を開始した。

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
ウ 働き方改革を着実に推進していくため、タスクシェア・シフティングや女性職員に対する支援等、勤務環境改善に向けた継続的な取組を実施する。	ウ 法人の働き方改革ワーキンググループ等で検討した内容に基づき、医師をはじめ、専門職が担うべき業務を整理し、タスクシェア・シフティングや新たなデジタル技術の積極的な活用等、勤務環境改善に向けた取組を継続的に実施する。	⑦ 医師の時間外労働時間について、月45時間を超える医師を毎月衛生委員長（病院長）に報告を行った。 ⑧ 看護部の作業軽減のため電子カルテと連携できるバイタル機器を導入した。その他、業務効率化のため会議室に大型モニタを導入し、準備時間の短縮を図った。 ⑨ 「タスク・シフト/シェアに関する厚生労働省指定講習会」を臨床検査技師5名が受講し、また、放射線技師については、パンデミック時の感染症にかかわる業務への介入に備え、診療放射線技師が感染症関連の認定を取得した。
（5）医療従事者の臨床倫理観の向上（小項目）		
医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。	医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。	
ア 医療倫理の教育や研修を定期的に実施する。 また、院内における医療従事者の倫理観向上のための教育企画等を推進するための人材育成に取り組む。	ア 専門家による講演又は教材を用いた倫理教育を実施する。 また、複数の職種が臨床倫理認定士養成研修を受講し、臨床倫理に関する知識の職種格差をなくし、組織的な倫理観向上に取り組む。	① 臨床倫理の啓発活動として、臨床倫理啓発ポスターを作成し院内への周知を図った。また、院外専門家を講師に招き講演会を開催した。（院内60名、院外25名参加）

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 病院臨床倫理委員会メンバー並びにリンクスタッフ（※）で構成する多職種コンサルテーション（相談支援）チームによる支援体制を充実するとともに、臨床で生じる倫理的問題に対して適切に対応できるよう、臨床倫理認定士を中心とした専門的な介入を実施する。 ※ 医療者の倫理観向上のための活動やコンサルテーションをより効果的、機動的に実践するために各部署から選出されたスタッフ。	イ 臨床倫理認定士を中心としたカンファレンスを月1回以上実施し、カンファレンス結果に対する法律や倫理の専門家からのコメントを現場へ継続的にフィードバックする。加えて、職員に「モヤモヤ報告」（※）の活用を継続して促進し、倫理的問題意識と倫理的思考力の向上を図る。 ※ 臨床で生じる倫理的な問題について、職員が倫理的思考プロセスを踏みながら簡単に報告できるように構築した電子報告システム。	② 定例カンファレンスを月1回継続開催し、臨床倫理的に問題のある症例への対応を検討し、主治医を含む現場にフィードバックを行った。（定例20例、臨時2例 計22例検討） ③ 「モヤモヤ報告」を活用した報告件数は40件であった。また、臨床倫理学会においてモヤモヤ報告の運用と活用について発表した。

令和6（2024）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 職員満足度の向上に向けて積極的な取組を図られたい。	職員満足度の向上に向けて、院内外の相談窓口の継続運用やe-ラーニングを活用したハラスメント防止研修の定期実施、産業カウンセラーによるカウンセリング体制の整備など、職員が相談しやすい環境の確保に努めた。

4 人材の確保と育成（中項目）

法人の 自己評価	B	評 価 理 由	・ 指標の達成状況に関しては、「医師数」の指標で目標値をわずかに下回り、「職員満足度割合」も目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療従事者の確保と育成」において、医師については、肝胆膵外科学会高度技能修練施設（A）として修練医を術者とする高難度手術を実施し、専門医資格取得に向けた技能向上を図った。看護師については、就職ガイダンスへの参加や病院見学会・職場体験の実施など各種採用活動を行い、次年度採用者の確保に努めた。薬剤師については、大学との面談や合同就職説明会への参加、見学会の実施などの採用活動を行うとともに、産休代替職員の確保などにより人材確保に努めた。また、放射線技師及び臨床検査技師については、タスク・シフト／シェアに関する講習会の受講や各種資格の取得を通じて資質向上を図るとともに、ISO15189の認定を維持した。 ・ 「研修内容の充実」においては、グランドカンファレンスを院外対象2回、院内対象7回開催するとともに、新規採用職員及び中途採用職員を対象とした基本研修を実施したほか、県人事課主催の能力開発研修への参加を促進した。 ・ 「人事管理制度の構築」においては、新たな人事評価制度の導入に向けて試行評価の実施し、制度の検証を進めた。 ・ 「働きやすい職場環境づくり」においては、ハラスメント防止対策として院外相談窓口を継続して設置するとともに、e-ラーニング研修を定期的に実施した。また、医師の時間外労働状況の毎月報告や電子カルテ連携バイタル機器の導入など、勤務環境改善に向けた取組を継続した。しかし、職員満足度調査の結果においては、評価基準としている「仕事のやりがい」が前回から微増したものの目標値には達しなかった。 ・ 「医療従事者の臨床倫理観の向上」においては、院外専門家を講師に招いた講演会を開催するとともに、定例臨床倫理カンファレンスを月1回継続開催し、倫理観の向上に努めた。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
知事の 評 価	B	評 価 理 由等	・ 当該中項目に関しては、計画を下回っていることから「B」評価とした。引き続き人材の確保と育成に積極的に取り組まれない。

5 地域連携の推進（中項目）

◆年度計画指標

書兼中	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	医師のとちまるネット利用登録率（％）	78.0	71.4	91.5%		iii
2	受託検査件数（件）	180	255	141.7%		v
3	退院調整症例の在宅復帰率（％）	89.0	88.5	99.4%		iii
4	在宅療養中に関係機関と連携した患者の在宅看取り率（％）	42.0	38.5	91.7%		iii
5	紹介率（％）	97.0	98.7	101.7%	97.0	iv
6	逆紹介率（％）	50.0	72.3	144.6%	50.0	v

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)
81.9	80.6	75.3	75.4	71.4
159	195	179	185	255
87.3	84.7	86.1	85.0	88.5
63.6	35.8	41.6	44.8	38.5
96.9	95.9	98.0	97.7	98.7
47.3	42.6	58.5	70.1	72.3

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 地域の医療機関等との連携強化（小項目）		
患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、以下のとおり、地域の医療機関等との連携を強化する。	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、地域の医療機関等との連携を強化する。	
ア 地域の医療機関への対外活動を実施するとともに、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）を活用するなどして、地域の医療機関との的確な役割分担を意識しつつ連携の充実を図る。	ア 医療連携情報交換会・郡市医師会向けの講座などを効率よく開催するとともに、受診に関する案内を適時発信するなど、地域の医療機関との連携体制を構築し、紹介患者数の増加を目指す。 また、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）の活用を促進するため、勉強会を開催し、とちまるネットの利用者登録を進める。 さらに、紹介受診重点医療機関として、かかりつけ医との連携を推進するとともに、逆紹介割合を恒常的に30%以上維持できる体制作りを進める。	① 医療連携情報交換会を2回開催した。また、郡市医師会向け講座は今年度の開催実績がなかったことから、来年度より製薬会社との共催形式に変更し、開催体制を見直すこととした。 ② 地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）については、とちまるネット勉強会を4月採用の医師向けに1回開催した。（医師の登録率：4月時点80.0%→3月時点71.4%） ③ 紹介受診重点医療機関として、引き続きかかりつけ医との連携を推進し、逆紹介割合30%以上の維持に努めた。

5 地域連携の推進（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 手術、放射線治療、薬物療法等、あらゆる診療段階において、がん患者に対する口腔機能の維持、向上を図るため、院内や地域の歯科医師との連携を推進する。	イ 当センターでがん治療を行っている患者の口腔機能の維持、向上を図るため、院内や地域の歯科医師との医科歯科連携を推進する。	④ 当センターでがん治療を受けている患者に対して、かかりつけ歯科を持ち、継続した口腔管理を受けることを推奨した。また、患者の希望がある場合は、かかりつけ歯科に対して、現在のがんの状態や当院でのがん治療内容、歯科治療上の注意点などの診療情報提供を177件行った。
ウ 外来薬物療法及び在宅緩和医療の推進を図るために、とちまるネットなどICTネットワークシステムを活用し、がん治療に関連した薬剤情報を保険薬局と共有するなど、医薬連携を推進する。	ウ 医薬連携を推進するため、保険薬局薬剤師、病院薬剤師等を対象に研修会を実施するとともに、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）を利用したトレーニングレポート共有の件数増加に取り組み、とちまるネット活用の充実を図る。 また、臨床腫瘍薬学会がん診療病院連携研修事業のがん診療研修病院として、適宜保険薬局薬剤師の研修を受け入れる。	⑤ 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。 ⑥ 地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）活用について、前年度に引き続きトレーニングレポート共有を中心に取り組んだ。 ⑦ 臨床腫瘍薬学会がん診療病院連携研修事業のがん診療研修病院として、保険薬局薬剤師研修を1名受け入れた。
エ 近隣の医療機関からの受託検査（CT、MRI、超音波検査等）を受け入れる。	エ 受託検査についての案内を県内医療機関へ送付するとともに、受託検査についてのホームページを適宜見直すほか、各医療機関訪問時に検査依頼方法を説明し、受託検査件数増加を目指す。 また、短時間での予約取得と検査結果のスムーズな返信が維持できるよう努める。	⑧ 受託検査依頼件数は年間255件（前年度実績185件から70件増）となり大幅に増加した。全四半期で前年同時期を上回る件数を達成し、取り組み強化の成果が現れた。

5 地域連携の推進（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
（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）		
患者が退院後、安心して療養生活を送ることができるよう、ケアマネジャーや訪問医、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。	患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、地域の医療関係者と退院前カンファレンスを実施し情報の共有を行う。なお、カンファレンスを実施しない場合も、退院時サマリーや連携シートなど文書による情報提供を実施する。 また、在宅療養中の患者は、状況の変化に応じて医療機関、訪問看護、介護事業所等の職員と情報共有を行い、支援するとともに、緊急時の受入れについて迅速に対応する。	①退院前カンファレンス件数は2024年度と比較して37件減少した。なお、カンファレンスを実施しなかった場合には、電話や文書を用いて情報共有した。 ②在宅療養中の患者については、「どこでも連絡帳」を活用しながら関係機関等と連携を図り、緊急入院要請時には速やかに対応できた。
（３）在宅緩和ケアの推進（小項目）		
がん患者の在宅療養を支援するため、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、院内関連部署との連携を図り、早期から計画的に介入し、緩和ケア病棟の活用を含めた在宅緩和ケアを推進する。	がん患者の在宅療養を支援するため、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、介護支援事業所、院内関連部署と連携を図り、早期から計画的に介入し、緊急時の緩和ケア病棟への受入れを含めた在宅緩和ケアを推進する。	①今年度から、地域連携チーム、相談支援チーム及び緩和ケアセンターに所属する医療ソーシャルワーカー（MSW）並びに緩和ケアセンター看護師が後方支援を行った。 ②緩和ケア病棟をバックベッドとして活用し、緩和ケア患者の受入れ及び看取りを含めた在宅緩和ケアの推進を図った。 ③宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスについては、当初９回の開催を計画していたが、済生会担当回で休会があり、計８回の開催となった。テーマとして食事支援や身寄りのいない方への支援を取り上げたことにより、栄養士及び介護支援専門員の新たな参加につながった。

5 地域連携の推進（中項目）

令和6（2024）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	指標の達成状況に関しては、「受託検査件数」「紹介率」及び「逆紹介率」の指標で目標値を上回った一方、「医師のとちまるネット利用登録率」「退院調整症例の在宅復帰率」及び「在宅療養中に関係機関と連携した患者の在宅看取り率」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「地域の医療機関等との連携強化」において、医療連携情報交換会を2回開催し地域医療機関との連携を図ったほか、とちまるネット勉強会を開催し医師の利用登録促進に取り組んだ。また、紹介受診重点医療機関として引き続きかかりつけ医との連携を推進するとともに、当センターでがん治療を受けている患者のかかりつけ歯科に対し診療情報の提供（177件）を行い、医科歯科連携を推進した。さらに、がん医療における医薬連携研修会を保険薬局及び病院薬剤師を対象に2回開催したほか、受託検査件数は前年度比70件増の255件となり、目標値を大幅に上回った。 ・ 「患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化」においては、退院前カンファレンスの実施や電話・文書による情報提供を通じて、患者・家族との連携を図るとともに、在宅療養中の患者の緊急入院要請にも速やかに対応した。 ・ 「在宅緩和ケアの推進」においては、今年度から地域連携チーム、相談支援チーム及び緩和ケアセンター所属の医療ソーシャルワーカー（MSW）及び看護師が後方支援を担う体制に移行するとともに、緩和ケア病棟をバックベッドとして活用し、在宅緩和ケアの推進を図った。また、宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを年8回開催し、食事支援や身寄りのない方への支援をテーマとして取り上げた結果、管理栄養士や介護支援専門員の新たな参加につながるなど、多職種連携の充実を図った。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	・ 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たため、「A」評価とした。

6 地域医療への貢献（中項目）

◆年度計画指標

書兼中	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	地域医療機関向け研修実施回数 (回)	6	8	133.3%		v

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)
8	8	10	12	8.0

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 地域のがん医療の質の向上のための支援（小項目）		
地域のがん医療の質の向上を推進するため、以下の取組を実施する。	栃木県がん対策推進計画（4期計画）及びがん診療連携拠点病院等の整備に関する指針を踏まえ、地域のがん医療の質の向上及び他の医療機関等との連携を推進するため、以下の取組を実施する。	
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を運営し、県内におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し中心的な役割を担う。	ア 都道府県がん診療連携拠点病院として、県内のがん医療の中心的な役割を担う。また、引き続き他の拠点病院等の主体的な参画を図るため、医療機関間の役割分担の検討を含め体制の見直し等を行い、がん診療の連携協力体制を整備する。	① 栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催し、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針を踏まえ、医療機関間の役割分担の検討を進め、連携協力体制の整備に取り組んだ。また、がん診療連携協議会の運営に行政が参加する体制への移行について、協議会及び緩和ケア部会において周知を行った。 ② グループ指定先医療機関である上都賀総合病院（地域がん診療病院）と県西保健医療圏におけるがん診療提供体制の確保に努めた。

6 地域医療への貢献（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 栃木県がん・生殖医療ネットワークの事務局として、思春期・若年がん患者等への情報提供や、がん治療医と生殖医療専門施設との連携の促進等により、県内におけるがん・生殖医療の推進について中心的な役割を担う。	イ 栃木県がん・生殖医療ネットワークの事務局として、引き続き、普及啓発活動やがん治療医と生殖医療専門医との連携の促進、関係機関等との協働により支援体制の充実を図り、思春期・若年がん患者等の支援を推進する。	③ 栃木県がん・生殖医療ネットワーク会議を2回開催し、がん治療医と生殖医療医との連携促進を図った。 ④ 院内においては、AYA世代の患者への早期介入（支援）を目的としてAYAスクリーニングシートを実施するとともに、月1回AYA支援カンファレンスを開催し、支援体制の充実を図った。
ウ 地域医療機関向けの研修会の実施や実習受入れ等、がん医療に携わる医療従事者の育成に対して支援する。	ウ 県内医療機関及び医療連携施設のがん医療の質の向上と均てん化への取り組みの一環として、研修会の実施や実習受入れ等を行い、がん医療に携わる医療従事者の育成を支援する。	⑥ 県内の放射線治療施設に対して、第三者評価施設として施設訪問による外部監査や線量測定などの技術支援活動を行った。遠隔支援として、Webシステムを用いた放射線治療技術支援会議を実施した。また、当センターにおいて放射線治療を実施している4施設の医療従事者に対して実務研修を実施した。 ⑦ 地域医療機関の関係者が参加可能なグランドカンファレンス特別講演を2回企画・開催した。開催にあたっては、当センターホームページやがんセンターだより等を通じて広く周知を行い、Web開催を併用し積極的な参加を促した結果、当センター職員を含め179名（内、院外から参加者56名）が受講した。 ⑧ 薬剤部では、県内の病院・保険薬局からがん専門の研修を受け入れ、認定薬剤師の育成に継続的に寄与した。今年度の研修受講者2名が外来がん治療認定薬剤師の認定を取得し、これまでの累計認定取得者は8名となった。 ⑨ 緩和ケアチームでは、他院緩和ケアチームの受入れを行い、チーム活動や多職種カンファレンスへの同行を通じて研修・交流の場を提供した。

6 地域医療への貢献（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) がん対策事業への貢献（小項目）		
がん登録等の情報の整理、分析等を行うとともに、県のがんに関する施策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、県のがんに関する施策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。	年度を通じて、正確ながん登録を継続し、質の高いデータの担保に努めた。6月に開催された日本がん登録協議会学術集会では、がん登録データを活用し、栃木県における将来的ながん対策の取り組みについて考察した発表が行なわれた。新型コロナウイルス感染症ががん検診や受診に与えた影響を経年で観察する取組については、観察年度を追加しながら引き続き実施しており、来年度も継続する予定である。2月には、がん登録実務者を対象とした研修会を開催した。

令和6（2024）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	- 指標の達成状況に関しては、「地域医療機関向け研修実施回数」において目標値を上回った。 - 年度計画の業務実績に関しては、「地域のがん医療の質の向上のための支援」において、栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催し、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針を踏まえた医療機関間の役割分担の検討を進め、連携協力体制の整備に取り組んだ。また、がん診療連携協議会の運営に行政参加体制への移行について関係機関に周知を行ったほか、グループ指定先医療機関である上都賀総合病院（地域がん診療病院）と連携し、県西保健医療圏におけるがん診療提供体制の確保に努めた。さらに、栃木県がん・生殖医療ネットワーク会議を2回開催しがん治療医と生殖医療医との連携促進を図るとともに、A Y Aスクリーニングシートの実施及び月1回のA Y A支援カンファレンスの開催により支援体制の充実を図った。加えて、地域医療機関の関係者が参加可能なグランドカンファレンス特別講演を2回開催（参加者179名、うち院外56名）するとともに、県内の放射線治療施設への技術支援活動や薬剤部でのがん専門研修受入れ（外来がん治療認定薬剤師の累計認定取得者8名）、他院緩和ケアチームの受入れ等を通じて、がん医療に携わる医療従事者の育成支援に取り組んだ。 「がん対策事業への貢献」においては、年度を通じて正確ながん登録を継続し質の高いデータを担保したほか、日本がん登録協議会学術集会における発表や、院内がん登録データを活用した新型コロナウイルス感染症のがん受診への影響に関する検討、がん登録実務者を対象とした研修会の開催等を通じて、がん対策事業に積極的に貢献した。 - 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	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たため、「A」評価とした。

7 災害等への対応（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
業務実績報告書兼中項目別評価書	新型コロナウイルス感染症の患者を受入れ、陽性患者とともに入院中の非陽性患者の安全を確保する。 新興感染症・新感染症の感染拡大時など公衆衛生上重大な危機が生じた場合には、感染症法に基づく医療措置協定の内容を踏まえ、必要な対応を積極的に行うとともに、平時から新興感染症・新感染症発生時の対策や準備を行うことにより、がん診療の機能維持、及び県立病院として求められる役割を遂行する。 併せて、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とともに、迅速に病院機能の復旧・維持ができるよう、感染症対策を含めた事業継続計画（BCP）の継続的な見直しを行い、さらに「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づく事業継続計画（BCP）の策定及び訓練を実施するとともに、訓練の結果を踏まえ、必要に応じ改善に向けた対応を行う。 また、医薬品や感染防護具の備蓄等により救急医療体制を整備し、災害や公衆衛生上の重大な危機等が発生した場合は、被災地の支援等について、近隣病院と連携しつつ、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。	① 部署内で複数名のCOVID-19陽性者が発生した際も、感染対策を徹底することによりクラスターの発生や更なる感染拡大を防止し、病棟閉鎖を行うことなく対応できた。 ② 当センターの防災対応や防火設備の役割等について、新規採用職員研修用資料を作成し、防災意識の向上を図った。 ③ 医療機関として火災等発生時における患者の人命救助を確実にを行うため、病棟火災を想定した消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練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。 ④ 災害時用の医薬品や患者用・職員用の非常食及び飲料水を計画的に更新した。 ⑤ 事業継続計画（BCP）「情報セキュリティインシデント発生時編」を策定し、幹部会議及び経営会議の承認を経て理事会へ報告した。

令和6（2024）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の自己評価	A	評価理由	・ 感染対策を徹底することにより、部署内でCOVID-19陽性者が発生した際もクラスターの発生や感染拡大を防止し、病棟閉鎖を実施することなく対応できた。また、新規採用職員向けの防災研修用資料を作成し防災意識の向上を図るとともに、病棟火災を想定した消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練並びに大地震を想定した防災訓練を実施した。さらに、災害時用の医薬品や患者用・職員用の非常食及び飲料水を計画的に更新したほか、BCP（事業継続計画）「情報セキュリティインシデント発生時編」を策定し、幹部会議及び経営会議での承認を得て理事会へ報告するなど、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。
知事の評価	A	評価理由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められたため、「A」評価とした。

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）

1 業務運営体制の確立（中項目）

業務実績報告書兼中項目別評価書	年度計画の記載内容	業務実績
（1）効率的な組織体制の構築（小項目）		
安定的な経営基盤を確立するため、医療環境の変化に応じて戦略的かつ迅速な意思決定を行えるよう、組織体制を検討し、効果的かつ効率的な業務運営体制を構築する。 また、質の高い医療を効率的に提供するため、最適な職員構成と各自のスキルの向上を図るとともに経営効率の高い職員配置に努める。	安定的な経営基盤を確立するため、医療環境の変化に応じて戦略的かつ迅速な意思決定を行えるよう、組織体制を検討し、効果的かつ効率的な業務運営体制を構築する。 また、質の高い医療を効率的に提供するため、各職員のスキルの向上と経営効率の高い職員構成と配置に努める。	① 施設の老朽化に伴う修繕業務等に迅速に対応するため、事務局に施設課を新設した。 ② R8（2026）年度に向けた組織改編として、「がん予防・遺伝カウンセリング科」の診療体制強化に伴い、今後の遺伝診療の拡大を見据え、診療科名称を「遺伝子診療科」に変更した。
（2）経営参画意識の向上（小項目）		
職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画するよう、経営に関する情報を分かりやすく職員へ周知するとともに、職員からの業務改善に関する提案の積極的な採用に努める。	職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画するよう、経営戦略会議等において経営に関する情報を分かりやすく職員へ周知する。 また、職員からの業務改善に関する提案の積極的な採用に努める。	③ 経営会議・経営戦略会議を毎月開催し、収支状況・経営改善策・決定事項を周知し、経営情報の共有化と一体感の醸成に努めた。 ④ 「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た。大会議室への大型モニターの整備や医療連携情報交換会の開催強化など、医療サービスの向上や地域連携強化に資する取組につなげた。（業務改善提案件数12件、うち7件採用）

令和6（2024）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

1 業務運営体制の確立（中項目）

法人の 自己評価	A	評価 理由	- 施設の老朽化に伴う修繕業務への迅速な対応等を目的として事務局に施設課を新設したほか、R8（2026）年度に向けた組織改編として「がん予防・遺伝カウンセリング科」の診療体制強化に伴い診療科名称を「遺伝子診療科」に変更した。また、職員全員の経営参画意識の向上を図るため、経営会議及び経営戦略会議を毎月開催し、収支状況や経営改善策、決定事項の周知に努めた。さらに、「業務改善提案」の制度を活用し、大会議室への大型モニターの整備や医療連携情報交換会の開催強化など、医療サービスの向上や地域連携強化に資する取組につなげるなど、効果的かつ効率的な業務運営を図った。（業務改善提案件数：12件、うち7件採用） - いずれの小項目についても、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評価	A	評価 理由等	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たため、「A」評価とした。

2 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

書兼中	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	新入院患者数（人）	5,000	5,492	109.8%		iv
2	新外来患者数（人）	5,600	5,591	99.8%		iii
3	運用病床利用率（％）※	85以上	67.2	79.1%	85以上	i
4	診療材料費対医業収益比率（％）	10.6	10.5	100.9%		iv
5	ジェネリック医薬品採用比率（％）	85.0	83.2	97.8%		iii

※ 中期計画指標のみ記載

※ No.3の運用病床率は、延べ入院者数（退院日を含む年間入院者数）を年間延べ病床数（運用病床ベース）で除した率

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)
4,239	4,200	4,675	5,037	5,492
6,620	7,727	6,773	5,554	5,591
70.6	67.0	66.1	66.1	67.2
9.4	9.8	9.6	10.2	10.5
88.1	85.9	86.4	87.0	83.2

中期計画(R3(2021)～R7(2025))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。	収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。	
ア ホームページや広報誌等を通じ、がんセンターの特長の周知や診療情報を提供するとともに、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。	ア ホームページや広報誌等を通じ、がんセンターの特長の周知や診療情報を提供するとともに、メディアへの情報提供、地域のイベントでのPR活動、事業所・市町・学校からの依頼による講師派遣（オンライン含む）や出前講座の実施等、積極的な情報発信、広報活動を行う。	① 広報紙「がんセンターだより」を年3回発行し、宇都宮市内及び関係医療機関等に配布した。 ② 5つのイベントに出展し、PR活動を行うとともに、県民に向けたがんの普及啓発に取り組んだ。 ③ YouTubeに動画を11本公開した。 ④ 14件の取材を受け、新聞や雑誌等に掲載された。 ⑤ 2月4日ワールドキャンサーデーに合わせ、県庁昭和館のライトアップ及び啓発グッズ等の配布を行った。 ⑥ リモート又は現地において、がん予防・喫煙防止教育を実施した。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 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。	イ 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。 また、緊急入院時には、空床状況に応じた柔軟な病棟管理を行う。 さらに、化学療法が必要な外来患者のうち、初回や遠方の患者については、入院での診療も選択できるよう柔軟に対応する。	⑦ 医師・看護師・病棟クランク等との多職種連携のもと、入退院情報及び病床情報のリアルタイム把握を徹底するとともに、緊急入院や予定外入院に対しても空床状況を踏まえた柔軟な病棟調整を行い、安定的な受入体制を維持した。 ⑧ 適切な病床管理を推進するため、DPC入院期間Ⅱの最終日を指標とし「在院日数の適正化」を推進した。これらの取組により、年間を通じて一般病床の病床稼働率（退院日を含む）を一定水準で推移させた。
ウ 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、適切な診療情報の管理と診療報酬の請求を図るとともに、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。	ウ 診療情報管理士等、より専門的な知識及び資格を持った職員の計画的な確保と育成に努める。 また、診療報酬改定や医療現場の環境の変化に係る情報の入手に努め、迅速かつ適切に対応する。 さらに、ベンチマークシステム等を活用し、加算の算定率向上等、収入確保への取組を行う。	⑨ 診療報酬請求は、年間を通じて遅滞なく適切に実施した。 ⑩ 専門的な知識を有する特定業務職員の増員を図るため、診療情報管理士の資格取得を目指す職員に対し、既取得者による指導・助言等を通じた育成を行った。 ⑪ 診療報酬改定に関する情報収集を行い、タスクフォースを開催して院内関係部署と共有するなど、次年度改定に向けた準備を進めた。
エ 関係部署が連携を密にして、患者の医療費負担に係る不安軽減を図り、未収金の発生防止に努める。 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、回収の徹底を図る。	エ 関係部署が連携を密にして、患者に適宜相談を行うことにより医療費負担に係る不安軽減を図り、未収金の発生防止に努める。 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、回収の徹底を図る。	⑫ 会計窓口・相談窓口及びMSW等と連携を図り、医療費の支払いに係る相談について早期から積極的に介入し、患者の不安軽減を図るとともに、未収金の発生防止に努めた。また、入院中から退院後を見据えた支援を行い、円滑な会計処理の推進及び未収金発生リスクの低減を図った。 ⑬ 未収金回収業務を委託している弁護士法人と連携し、長期未収金の一部について回収を実現した（4件（3人）221,189円）。また、回収が困難と判断される債権について整理した。（25件（5人）1,255,591円）

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 費用の削減への取組（小項目）		
費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。	費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。	
ア 予算と実績の管理を通じ、職員全員に対してコスト意識の徹底を図る。	ア 病院の収支状況を月次で周知するとともに、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。	① 病院の収支状況を月次で管理するとともに、経営会議及び経営戦略会議において収支状況等を職員に周知し、コスト意識の徹底に努めた。 ② 収支実績資料を刷新し、各会議体において継続的に活用・改善を図った。
イ 医薬品、診療材料、消耗品の適切な管理及び費用対効果を意識した業務改善への取組により費用の抑制や削減を行う。	イ ベンチマークシステムを活用し、医薬品や診療材料の適正価格での納入、価格交渉を図る。 また、物品管理委員会、診療材料委員会、物品WGを通して同等品でより安価な材料への切り替えを積極的に検討し、職員全員が費用削減に対する意識を持つよう努める。	③ 医薬品については、ベンチマークシステムを活用した価格交渉を前年度より1回多く実施し、ほぼ全ての卸業者において値下げが実現した結果、ヒアリング後の加重平均値引率が改善した。 ④ 診療材料については、ベンチマークシステムを活用した価格交渉の実施や、ニトリルグローブの安価な同等品への切替えにより費用削減を図った。また、手術で使用するシーリングデバイスの同等品への統一化を行い、1品目あたりの使用量を増加させることで価格の抑制につなげた。
ウ 働き方改革を推進していく中で、職員全員の業務の効率化などに対する意識啓発に努めるとともに、職場全体において、組織や業務の見直しなどを行い、時間外勤務の縮減を図る。	ウ 働き方改革を推進していく中で、業務の効率化と見直しなどに対する職員の意識啓発に努め、組織全体及び各部署ごとの業務改善と時間外勤務の縮減を図る。	⑤ 職員の時間外勤務の状況について、月45時間超の人数、各部署の時間外勤務時間数及び1人当たりの時間外勤務時間数を集計し、毎月の衛生委員会において報告した。 ⑥ 業務効率化を目的として5月よりRPAを正式導入し、在院日数の適正化、算定率の向上及び職員アカウント登録作業の効率化など、複数業務の自動化を推進した。また、院内へのRPA周知及び利活用促進を目的として勉強会を2回開催した。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
エ 原価計算の実施などにより、収支の推移等を分析し、診療科及び部門ごとに適切なコスト管理を行う。	エ 経営分析システムを活用し、収支の年度別推移を分析し、診療科及び部門ごとに適切なコスト管理等を行う。	⑦ 経営分析システムを活用し、手術室運営会議においてデータを提示することで、曜日ごとの手術件数の平準化や手術枠の再編に取り組んだ。また、資材管理の改善により期限切れによる廃棄額の削減を図った。 ⑧ 診療科ヒアリング（23科・1部門）を実施し、初の試みとして各診療科から目標入院患者数及びその達成に向けた施策案について協議した。 ⑨ 事業系センターヒアリング（20部署）を実施し、経営改善タスクフォースの取組に準じて経営改善の現状把握及び課題共有を行った。 ⑩ 収支実績資料を各会議体において継続的に活用し、経営分析結果を経営改善に反映させた。

中期計画の

令和6（2024）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・計画を下回った原因について速やかに分析を進め、必要な対策を講じ、評価することで経営改善に努められたい。	前年度に計画を下回った「運用病床利用率」「新外来患者数」等について要因分析を行い、経営改善タスクフォースを中心に収益改善に向けた取組を推進した。多職種連携のもと入退院情報のリアルタイム把握の徹底や在院日数の適正化を推進するとともに、診療科ヒアリングにおいて各診療科の目標入院患者数及びその施策案を協議するなど、収益改善に向けた取組を強化した。費用面においても、RPAの活用による業務自動化や医薬品・診療材料の価格交渉及び同等品切替えにより費用削減を図った。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

法人の 自己評価	B	評 価 理 由	・ 指標の達成状況に関しては、「新入院患者数」及び「診療材料費対医業収益比率」において目標値を上回った一方、「新外来患者数」「運用病床利用率」及び「ジェネリック医薬品採用比率」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「収入の確保への取組」において、広報紙「がんセンターだより」の年3回発行やイベント出展、YouTube動画11本の公開、14件のメディア掲載等、積極的な広報活動を行うとともに、広報誌発行部数の最適化や新聞購読方法の見直し等による広報コストの合理化を図った。また、医師、看護師及び病棟クランク等との多職種連携のもと、入退院情報及び病床情報のリアルタイム把握を徹底するとともに、DPC入院期間Ⅱの最終日を指標とした在院日数の適正化を推進した。さらに、診療報酬請求を年間を通じて遅滞なく適切に実施したほか、会計窓口、相談窓口及びMSW等と連携し、医療費の支払いに係る相談に早期から積極的に介入して未収金の発生防止に努めるとともに、弁護士法人と連携し、長期未収金の一部回収及び回収困難債権の整理を行った。「費用の削減への取組」においては、病院の収支状況を月次で管理するとともに、経営会議及び経営戦略会議において収支状況等を職員に周知し、コスト意識の徹底に努めた。また、医薬品及び診療材料の価格交渉においてベンチマークシステムの活用するとともに、同等品への切替えにより費用削減を図ったほか、主要ベンダーとの価格交渉により情報システム保守費用を削減した。さらに、RPAを正式導入し、在院日数の適正化、算定率の向上及び業務の自動化等を推進するとともに、診療科及び事業系センターヒアリングを実施し、その結果を経営改善に反映させた。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
知事の 評 価	B	評 価 理 由等	・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回ったことから「B」評価とした。計画を下回った原因について速やかに分析を進め、必要な対策を講じ、評価することで経営改善に努められたい。

第3 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）

業務実績報告書兼中項目別評価書

No.	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	経常収支比率（％）	100以上	93.1	93.1％	100以上	iii
2	医業収支比率（修正医業収支比率）（％）	85以上	80.3	94.5％	85以上	iii

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)
118.9	101.7	95.8	91.7	93.1
85.5	79.4	80.5	78.8	80.3

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R3(2021)～R7(2025))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に、中期目標期間中の各年度において経常収支の黒字化を目指す。 また、計画的な資金管理を行い、経営基盤の安定化に努める。	月次で収支状況を管理し、経常収支の黒字化を目指す。 また、月次で資金管理を行い、経営基盤の安定化に努めるとともに、クラウドファンディング等の資金確保策に引き続き取り組む。	① 経常収支は約7億9,000万円の赤字となり、経常収支比率は93.1%となった。 ② 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の収支状況の周知や経営改善策の検討等を行い、経常収支の黒字化を目指した。 ③ 収支状況の報告様式を刷新し、各会議体を通じて継続的に活用した。 ④ 経営改善タスクフォースをはじめとした改善活動の取組を推進した。RPAを活用した在院日数の適正化や算定率の向上を図るとともに、HCU加算の向上及び病棟再編を実施した。 ⑤ クラウドファンディングについては、サービス会社を活用し複数案を検討したが、実施内容等を総合的に勘案した結果、今年度の実施は見送ることとした。

第3 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）

令和6（2024）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 計画を下回った原因について速やかに分析を進め、必要な対策を講じ、評価することで経営改善に努められたい。	収支状況の報告様式を刷新して各会議体での継続的な活用を図るとともに、経営改善タスクフォースを中心に在院日数の適正化・算定率の向上、HCU加算の向上及び病棟再編を実施するなど、具体的な収益改善策を講じた。引き続き経営会議及び経営戦略会議を通じて月次での収支状況を共有・分析し、経常収支の黒字化に向けた取組を継続する。

法人の 自己評価	B	評 価 理 由	- 指標の達成状況に関しては、「経常収支比率」、「医業収支比率」ともに目標値を下回った。なお、経常収支の赤字額は前年度の約9億4,000万円から約7億9,000万円へと圧縮された。 - 年度計画の業務実績に関しては、経営会議及び経営戦略会議を通じて月次での収支状況の周知や経営改善策の検討等を行うとともに、収支状況の報告様式を刷新し各会議体を通じて継続的に活用した。また、経営改善タスクフォースをはじめとした改善活動の取組を推進し、RPAを活用した在院日数の適正化や算定率の向上を図るとともに、HCU加算の向上及び病棟再編を実施するなど、収益確保に向けた取組を行い、経常収支の黒字化を目指したが、計画をやや下回った。 - 以上を総合的に勘案した結果、当該項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
知事の 評 価	B	評 価 理由等	・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回ったことから「B」評価とした。計画を下回った原因について速やかに分析を進め、必要な対策を講じ、評価することで経営改善に努められたい。

第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）
1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討（中項目）

業務実績報告書兼中項目別評価書	年度計画の記載内容	業務実績
・ 病院施設の老朽化の状況や地域医療構想調整会議での協議内容も踏まえ、TCCみらいS.O.Z.O委員会（※）などを活用しつつ、長期的な視点から、がん専門の公立病院として担うべき役割に最適な施設整備、病床数の検討及びそれらの柔軟な対応を実施する。 ※ 当センターの再整備を視野に入れ、『みらい創造のために独創的な想像を』 自由闊達に議論する場として設置。	・ 建物・設備の状況などの内的要因、及び県立病院として求められる役割などの外的要因を踏まえた将来的な施設整備のあり方について、県とともに検討していく。	① 建物については、特記事項なし。 ② 当センターの診療機能及び施設整備のあり方について、県の庁内ワーキンググループや地域医療構想調整会議への参加を通じ、県とともに検討を行った。また、県が設置した「県立病院あり方検討有識者会議」（全3回）に参加し、県立病院の総合病院化の必要性等の提言を受けた。同会議の提言を踏まえ、3月に県と国立病院機構との間で、県立病院と国立病院機構栃木医療センターの再編統合に向けた協議を進めるにあたっての基本合意書が締結された。
・ 医療機器については、地域医療構想区域内における共同利用を含め、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。	・ 医療機器について、必要性や費用対効果等を考慮し、計画的に整備・更新する。	① 医療機器については、与えられた予算内で県民の医療ニーズ、医療技術の進展に応えるため、一般競争入札等で費用を抑えながら、防犯カメラ、放射性医薬品の内用療法治療における特別措置病室に係る備品調達一式、電動リモートコントロールベッド、上部消化管LED内視鏡システム、下部消化管LED内視鏡システム、超音波画像診断装置、勤怠管理システム、安全管理カメラなどを計画的に更新した。

令和6（2024）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	・ 当センターの診療機能及び施設整備のあり方について、県の庁内ワーキンググループや地域医療構想調整会議への参加を通じ県と検討を行うとともに、県が設置した「県立病院あり方検討有識者会議」（全3回）に参加し、県立病院の総合病院化の必要性等の提言を受けた。また、同会議の提言を踏まえ、3月に県と国立病院機構との間で、県立病院と国立病院機構栃木医療センターの再編統合に向けた協議を進めるにあたっての基本合意書が締結された。さらに、医療機器については、与えられた予算内で県民の医療ニーズ、医療技術の進展に応えるため、一般競争入札等で費用を抑えながら、防犯カメラ、放射性医薬品の内用療法治療における特別措置病室に係る備品調達一式、電動リモートコントロールベッド、上部消化管LED内視鏡システム、下部消化管LED内視鏡システム、超音波画像診断装置、勤怠管理システム、安全管理カメラなどを計画的に更新・整備することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由 等	・ 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たため、「A」評価とした。

2 適正な業務の確保（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
業務実績報告書兼中項目別評価書	・ 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。	① 業務の遂行に必要な法令上の手続については、疑義が生じる都度、宇都宮労働基準監督署、宇都宮公共職業安定所、宇都宮市南消防署など関係法令を所管する機関へ協議や確認を行い、適正な業務執行に努めた。
・ 栃木県情報公開条例（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。	・ 個人情報保護法及び栃木県情報公開条例（平成11年栃木県条例第32号）に基づき、適切な情報管理を行う。	② 診療情報開示請求78件、その他警察署からの捜査事項照会44件、栃木県情報公開条例に基づく開示請求4件に対応した。
・ 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。	・ 個人情報漏えいを防ぐため、情報セキュリティに関する情報共有及び研修を実施するなど、情報セキュリティ対策を徹底する。	③ 委託先事業所における要配慮個人情報漏洩事案を受け職員に個人情報の取扱いへの注意喚起を行った。 ④ 情報セキュリティに関する注意喚起・情報共有を年間を通じて継続して行い、職員への啓発に努めた。また、BCP（事業継続計画）「情報セキュリティインシデント発生時編」を12月に策定し、幹部会議及び経営会議にて承認を得るとともに、理事会へ報告した。さらに、栃木県警察と定期的にサイバーセキュリティに関する情報共有を行い、連携体制の構築を図った。
・ 内部統制の充実を図るため、内部監査の実施等、院内におけるリスク管理の取組を推進する。	・ 内部統制の充実を図るため、内部監査の実施等、院内におけるリスク管理の取組を推進する。	⑤ 今年度の監査計画に基づく内部監査及び監事による業務監査を実施し、リスク管理に努めた。また、監事業務監査では全部署を対象に業務フロー文書の現状調査を行い、文書管理体制の課題を把握するとともに、内部統制の強化に向けた対応方針について意見交換を行った。あわせて、コンプライアンスに関する情報の周知を通じ、法令遵守意識の維持・向上を図った。

令和6（2024）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・内部統制を徹底し、服務規律違反等の再発防止に努められたい。	監事業務監査において全部署を対象に業務フロー文書の現状調査を実施し、文書管理体制の課題を把握するとともに、給与関係や在庫管理など金銭・経営管理に関わる業務における承認・チェック体制の明確化など、内部統制強化に向けた対応方針について意見交換を行った。

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	・業務の遂行に必要な法令上の手続については、所管する関係機関へ協議や確認を行い、適正な業務執行に努めるとともに、診療情報開示請求78件、その他警察署からの捜査事項照会44件、栃木県情報公開条例に基づく開示請求4件に対応した。また、情報セキュリティに関する注意喚起・情報共有を年間を通じて継続し、BCP（事業継続計画）「情報セキュリティインシデント発生時編」を策定して承認を得るとともに、栃木県警察と定期的なサイバーセキュリティに関する情報共有を行い連携体制の構築を図った。さらに、今年度監査計画に基づく内部監査及び監事による業務監査を実施し、リスク管理に努めた。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由 等	・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たため、「A」評価とした。

令和 7（2025）年度業務実績に関する全体評価書（がんセンター）

1 全体評価

（1）評価結果

（評価結果）

令和 7（2025）年度の業務実績については、中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。財務内容の速やかな改善が望まれる。

（2）判断理由等

- 12 の項目のうち、「質の高い医療の提供」等の 9 項目については、概ね計画どおり実施したが、「人材の確保と育成」、「収入の確保及び費用の削減への取組」及び「財務内容の改善に関する事項」の 3 項目については、計画をやや下回り、経常収支も 3 年連続で赤字を計上した。
- 近年の厳しい経営状況を踏まえ、収入の確保と費用の削減に努めることにより財務内容の改善を図る等、引き続き積極的に経営改善に取り組む必要がある。

2 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会の意見・指摘等

令和 7（2025）年度における業務の実績に関する知事の評価案については、適当と認める。