

中期目標期間における 業務実績報告書兼中項目別評価書

(第2期中期目標期間：令和3（2021）年4月1日～令和8（2026）年3月31日）

地方独立行政法人栃木県立がんセンター

目 次

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表	1
第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項（大項目）	2
1 質の高い医療の提供（中項目）	2
2 安全で安心な医療の提供（中項目）	7
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供（中項目）	10
4 人材の確保と育成（中項目）	15
5 地域連携の推進（中項目）	20
6 地域医療への貢献（中項目）	23
7 災害等への対応（中項目）	26
第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	28
1 業務運営体制の確立（中項目）	28
2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	30
第4 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）	34
第10 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	36
1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討（中項目）	36
2 適正な業務の確保（中項目）	38

【評価基準について】

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

S：計画を上回って実施している。

A：概ね計画どおり実施している。

B：計画をやや下回って実施している。

C：計画を下回っている、又は実施していない。

【指標について】

各指標の達成状況の判断目安は以下のとおりとする。

v：目標達成率110%以上

iv：目標達成率100%以上110%未満

iii：目標達成率90%以上100%未満

ii：目標達成率80%以上90%未満

i：目標達成率80%未満

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表

◆ 各事業年度及び中期目標期間における項目別評価

項目	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	中期目標期間 の評価
第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項						
1 質の高い医療の提供	A	A	A	A	A	A
2 安全で安心な医療の提供	A	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	A
4 人材の確保と育成	B	B	B	B	B	B
5 地域連携の推進	A	A	A	A	A	A
6 地域医療への貢献	A	A	S	A	A	A
7 災害等への対応	A	S	A	A	A	A
第3 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	A
2 収入の確保及び費用の削減への取組	A	B	A	B	B	B
第4 予算、収支計画及び資金計画						
財務内容の改善に関する事項	A	A	B	B	B	B
第10 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	A
2 適正な業務の確保	A	A	A	B	A	A

(参考) 中期目標の期間における業務に関する全体評価

評価結果
・第二期中期目標期間の業務実績については、多くの項目で目標を達成したものの、「財務内容の改善に関する事項」等一部の項目において目標が達成できなかった。 引き続き、経営環境の変化に対応しながら、積極的に経営改善に取り組む必要がある。

第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項（大項目）

1 質の高い医療の提供（中項目）

◆中期計画指標（中期目標期間の各事業年度の実績）

No.	指標名	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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	高難度手術延べ件数（件）	51	48	55	57	51	60	85.0%	ii
2	臨床研究件数（件）	216	203	207	216	212	200	106.0%	iv
3	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）	365	363	364	320	295	270	109.3%	iv
4	リハビリテーション新規依頼件数（件）	1,135	1,055	1,166	1,402	1,519	1,035	146.8%	v

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	A	A	A	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(1) 高度で専門的な医療の推進（小項目）		
希少がんや難治性がんの特性に応じた医療やがんゲノム医療の提供など、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、高度で専門的な医療を提供すること。	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。 （経営強化プラン補足版(R6(2024)～R7(2025))の記載内容） <機能ごとの病床数> 地域医療構想における推計年及び経営強化プランの対象期間の最終年度である令和7（2025）年度における機能ごとの病床数は、急性期病床291床とし、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、高度で専門的な医療を提供する。	

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ 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。R 4（2022）年度までは、新型コロナウイルス感染症の影響等により、少ない件数で推移した。 ・ R 5（2023）年度以降、年間200件を超えるロボット支援手術を実施した。 ・ R 7（2025）年度は、切除不能症例の散見等の要因により高難度手術件数が目標を下回った。
	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。	・ 希少がん専用の問合せフォームによる問合せに随時対応したほか、希少がんの診療課題を解決し、適切な治療方針を決定するため、多職種による希少がんボードカンファレンスを実施した。 ・ 院内および地域医療機関向けに希少がん研修会を開催し、希少がんに関する理解促進を図った。 ・ バイオバンク運営においては、初診外来患者の当日同意取得・当日採血の診療科を拡大し、参加患者数と採血症例数の安定的な確保が可能となった。また、組織標本作成への病理診断医の介入が定着し、質の高い試料提供につながった。
	ウ がん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。	・ がん予防遺伝カウンセリング外来やMSI検査、BRACAnalysis診断システム検査、myChoice診断システム検査、がんゲノムプロファイリング検査等を実施し、がんゲノム医療を推進した。 ・ R 5（2023）年12月に国際規格「ISO15189（臨床検査室-品質と能力に関する特定要求事項）」の認定機関となり、R 7（2025）年度にはISO15189：2022（第4版）への移行認定を取得した。

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ がん治療に伴うリンパ浮腫の重症化等を抑制するため、リンパ浮腫ケア外来において、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した。 ・ 薬剤師は病棟薬剤業務・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。
	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。	・ 標準治療法の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。 ・ 標準業務手順書改正及び治験依頼者の要望に応じた研究実施体制を整備した。
（2）チーム医療の推進（小項目）		
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、患者及びその家族も一員としたチーム医療を推進すること。	全職員で継続的にチームSTEPPS（※）に取り組む、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。	・ 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。 ・ 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症例検討として、M&M（Mortality and Morbidity）カンファレンス（※1）やCPC（Clinico-Pathological Conference）（※2）を実施した。 ※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）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
（３）緩和ケアの推進（小項目）		
患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、緩和ケアセンターによる緩和ケア提供体制の充実など、がんと診断された時からの緩和ケアを推進すること。	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。	・ 緩和ケア科外来初回全患者に専門・認定看護師が同席し、緩和ケア・緩和ケア病棟について補足説明を行った。また、在宅調整が必要なケースについては直接介入して支援するとともに、入院時には病棟看護師に情報提供するなど継続看護に努めた。 ・ 入院中の緩和ケアチーム介入患者は、外来においても継続支援した。 ・ 緩和ケアリンクナースの育成を目的に、緩和ケアリンクナース会を実施した。 ・ R7（2025）年度は、外来緩和ケア管理料の算定を開始するとともに、E L N E C－J コアカリキュラム研修を開催した。
（４）がん患者リハビリテーションの推進（小項目）		
患者の運動機能の改善及び生活機能の低下予防のため、患者の病態に応じたりハビリテーションの提供を推進すること。	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。	・ 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。 ・ 多職種からなるがんリハビリテーションセンターのチーム活動として、入院患者全員に、医師や看護師、理学療法士、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。 ・ 入院リハビリ実施患者の全員に、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、R6（2024）年6月から、外来リハビリ実施患者全員にリハビリテーション総合実施計画書を作成し交付を開始した。 ・ 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）

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

法人の自己評価	A	評価理由 「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やロボット支援手術を実施した。また、希少がん専用の問合せフォームによる問合せに随時対応したほか、多職種による希少がんボードカンファレンスを実施した。さらに、がんゲノム医療の推進では、R7（2025）年度にISO15189：2022（第4版）への移行認定を取得し、がんゲノム医療体制の質の維持・向上に努めた。 「緩和ケアの推進」では、緩和ケア科外来初回全患者に専門・認定看護師が同席し、緩和ケア・緩和ケア病棟について補足説明を行ったほか、在宅調整が必要なケースについては直接介入して支援するとともに、入院時には病棟看護師に情報提供するなど継続看護に努めた。R7（2025）年度は外来緩和ケア管理料の算定を開始するとともに、ELNEC-Jコアカリキュラム研修を開催した。 「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るとともに、多職種からなるがんリハビリテーションセンターのチーム活動として、入院患者全員に、医師や看護師、理学療法士、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。 - 以上の結果、概ね計画通り実施することが出来たため、「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）

◆中期計画指標（中期目標期間の各事業年度の実績）

No.	指標名	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	R7 (2025) 年度 目標値	R7 (2025) 年度 達成率	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（%）	63.6	65.6	68.8	72.5	74.0	70.0	105.7%	iv

	R3 (2021) 年度	R4 (2022) 年度	R5 (2023) 年度	R6 (2024) 年度	R7 (2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	A	A	A	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(1) 医療安全対策等の推進（小項目）		
患者が安心して医療を受けられるよう、医療安全に関する情報の共有化や医療事故の発生原因の分析等を行い事故防止の徹底を図るなど、医療安全対策を推進するとともに、感染管理体制を充実するなど、院内感染対策を強化すること。	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。	・ インシデント影響度レベル0－1の割合は年々増加しており、事故を予見する視点の強化につないだ。 ・ 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、毎月活動し、インシデントや事故報告の原因分析、事故防止の具体策の検討、運用の整備、医療事故防止のための啓発、広報などを行い、医療事故の防止に努めた。 ・ 医療安全に関する研修については、全職員を対象とした研修や職種ごとにテーマを設定した研修を開催した。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ 新型コロナウイルス感染症陽性者が複数発生し、濃厚接触の影響で一部手術や診療等を縮小を余儀なくされたが、ゾーニングや接触・飛沫対策等により感染拡大防止を図り、対応内容を院内で共有した。 ・ 定期的に新型コロナウイルス感染症対策統括会議を開催し方針を検討した。また、クラスター発生時には早急に対応し入院制限等を最小限に抑えた。 ・ 感染対策研修については、全体研修を毎年2回開催し、院内で実施している感染対策の方法等について周知した。
	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研修を開催したほか、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。 ・ 医療安全担当者が、各部署のカンファレンスに参加し、心理的安全性の思考の定着に努めた。
（2）医療機器、医薬品等の安全管理の徹底（小項目）		
安全な医療を提供するため、放射線治療機器の品質管理の徹底など、医療機器や医薬品等の管理を徹底すること。	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。	・ 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て治療機器の精度管理を実施した。また、精度管理結果を放射線治療品質保証室の前に毎月掲示した。 ・ 医療機器や医薬品の安全使用のための研修会を開催した。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

次期に向けた課題	・ 引き続き、患者が安心して医療を受けられるように、医療安全対策を推進するとともに、院内感染対策を強化する必要がある。
----------	---

法人の自己評価	A	評価理由	「医療安全対策等の推進」では、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、毎月活動し、インシデントや事故報告の原因分析、事故防止の具体策の検討、運用の整備、医療事故防止のための啓発、広報などを行い、医療事故の防止に努めたほか、新型コロナウイルス感染症陽性者陽性者発生時にはゾーニングや接触・飛沫対策等を講じ感染拡大を防ぐとともに、感染対策研修を通じて、院内の感染対策の周知を図った。 「医療機器、医薬品等の安全管理の徹底」では、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、精度管理結果を放射線治療品質保証室の前に毎月掲示した。 - 以上の結果、概ね計画通り実施することが出来たため、「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）

◆中期計画指標（中期目標期間の各事業年度の実績）

No.	指標名	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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	患者満足度割合（％）	89.2	85.9	88.8	86.9	86.8	90以上	96.4%	iii

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	A	A	A	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(1) 患者及びその家族への医療サービスの充実（小項目）		
患者及びその家族の視点に立ち、必要な情報を分かりやすく説明することを徹底するとともに、患者の生活スタイルを踏まえた治療法の選択を支援するための医療相談の充実を図るなど、患者及びその家族への医療サービスを充実すること。	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。	・ 専門・認定看護師、公認心理師が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た。また、専門看護師や各認定看護師が領域の活動を通し、患者・家族、職員に対する相談や指導のほか、看護実践を行った。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ R4（2022）年度から本格的にACP支援チームが活動を開始し、患者向けポスターやパンフレットを作成・配布し患者にACPの理解を深める活動を行った。また、職員を対象にACP啓発のための動画配信を行った。
	ウ 検査や処置等に関し、その都度、患者及びその家族に対して、医師をはじめ看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等による分かりやすい説明を徹底する。	・ 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・事前面談、入院では病棟薬剤業務・薬剤管理指導業務により実施した。 ・ 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。 ・ 診療放射線技師の参画した放射線治療前説明を実施した。
	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。	・ 入院薬物治療の種類が増加したことから、新たな薬物治療パスを作成した。 ・ 急な術式の変更にも対応できるようなパスを作成導入した。 ・ 使用中のクリニカルパスを見直し、各疾患に対応した治療を提供できる適切なパスへの改定を行った。
（2）患者の就労等に関する相談支援機能の充実（小項目）		
患者の就労をはじめ、社会的支援に関する情報を提供するため、ハローワークなどの関係機関との連携を図るとともに、相談支援機能を充実すること。	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、相談支援の充実に図る。	・ ハローワーク宇都宮と連携して就職支援相談会を、栃木産業保健総合支援センターと連携して両立支援相談会を開催した。 ・ R6（2024）年度には、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。 ・ 栃木県地域両立支援推進チームでは、がん専門の医療機関としてだけでなく、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ついて情報提供等を行い、連携の強化に努めた。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
（3）患者及びその家族の利便性・快適性の向上（小項目） 職員の接遇マナーの向上を図るとともに、患者のニーズを的確に把握しそれに応える改善に取り組むなど、患者及びその家族の利便性・快適性の向上に努めること。	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。	・ 接遇マニュアルを職員全てが容易に確認できるよう、院内の情報共有ツールに掲載し周知に努めた。 ・ 新社会人マナーについて、コロナ禍では開催できなかった集合研修をR6（2024）年4月に実施し、職員の接遇チェック（自己点検）を行った。
	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。	・ 外来の患者満足度割合は、概ね80%台で推移し、特に「診察までの待ち時間」「診察時間」の項目が低かった。 ・ 入院の患者満足度割合は、概ね90%台で推移し、他の医療機関と比較しても多くの項目で良い傾向にあるが、「建物・設備」の項目は概ね60%～70%台と低かった。 ・ 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、必要に応じて対応した。 ・ 患者導線の改善と保険証確認時間の短縮を図るため、マイナンバーカードリーダーを増設した。（R5（2023）年度：1台、R6（2024）年度：2台） ・ R6（2024）年6月にモバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムを入退院窓口を導入し、患者の利便性向上を図った。 ・ R7（2025）年度は、マイナンバーカードリーダーの増設・周知等により、健康保険証としての利用促進を図り、患者の利便性向上に寄与した。

(4) 県民へのがんに関する情報の提供 (小項目)		
県民のがんに対する理解やがん検診の受診を促進するため、県民に対する普及啓発活動に努めるとともに、ホームページを充実するなど、適切な情報提供を行うこと。	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。	・ R3 (2021) 年11月に「希少がん」をテーマにした市民公開講座を栃木県総合文化センターで開催した。 ・ リモートまたは現地において、がん予防・喫煙防止教育を実施した。 ・ R6 (2024) 年度には、がんに関する知識の普及啓発のため、がん教育講話を実施した (高等学校5校)。また、栃木県がん教育推進協議会 (栃木県健康教育総合推進事業) の委員として、がん教育等の総合的な推進に向けて積極的に取り組んだ。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供 (中項目)

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(5) ボランティア等民間団体との協働 (小項目)		
ボランティアが運営するがん患者等と同じ立場の人同士の交流の場の充実など、ボランティア等民間団体との協働による取組を推進すること。	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。	・ 患者サロンについては、コロナ禍においては対面での開催が難しく、完全予約制やオンライン開催で実施していたが、新型コロナウイルス感染症の発生状況等を見ながら徐々に集合形式での開催を開始し、参加者数の増加につなぐことができた。 ・ R6 (2024) 年12月に患者サロン開設10周年を記念して、患者とその家族向けに乳がんに関する講演会及び交流会を開催した。
	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。	・ 新型コロナウイルス感染症の影響により、R2 (2020) 年2月末からボランティアの活動を休止していたが、ボランティア名簿登録者へ活動継続の意思確認を行い、R6 (2024) 年度にボランティア運営委員会等で協議を重ね、感染対策に配慮しながら活動を再開した。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

次期に向けた課題	患者や県民が当センターに求めるニーズの把握に努め、引き続き、患者や県民の立場に立った医療サービスの提供をしていく必要がある。		
法人の自己評価	A	評価理由	「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、専門・認定看護師、公認心理師が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た。また、R4（2022）年度から本格的にACP支援チームが活動を開始し、患者にACPの理解を深める活動を行った。 「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、栃木産業保健総合支援センターと連携して両立支援相談会を開催したほか、R6（2024）年度から、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、R6（2024）年度にマイナンバーカードリーダーを増設したほか、モバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムを入退院窓口に導入し、患者の利便性向上を図った。R7（2025）年度は専門家による接遇研修の開催やマイナンバーカードの健康保険証利用の促進に取り組んだ。 - 以上の結果、概ね計画通り実施することが出来たため、「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）

◆中期計画指標（中期目標期間の各事業年度の実績）

No.	指標名	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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	職員満足度割合（％）	69.3	65.8	68.7	70.1	71.8	90以上	79.8%	i

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	B	B	B	B	B

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(1) 医療従事者の確保と育成（小項目）		
県民から求められる役割を十分に果たすため、専門性を有する医療従事者や病院経営に精通した事務職員の確保と育成に努めること。	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。	・ 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高難度手術を実施し、技能習得に努めた。 ・ R4（2022）年度より、県養成医師の受入れを行い、消化器外科各科や病理部門のローテーションを通して、医師の育成に努めた。
	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。	・ 新型コロナウイルス感染症の影響により、R3（2021）年度からR4（2022）年度にかけて、病院見学会等を開催する機会が減少したが、Web見学会の開催や企業主催の就職ガイダンスへの参加等、病院をPRする機会を積極的に設けた。また、養成校訪問など積極的な採用活動を実施し、看護師の確保に努めた。 ・ 看護師の資質向上を図るため、ファーストレベルをはじめとする看護協会主催の研修や各種学会等に参加した。また、院内研修については、ナースングスキルの活用を組み入れ、計画的に実施することができた。

4 人材の確保と育成（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ 薬剤師については、大学訪問や就職説明会への参加、見学会の実施や随時募集等の採用活動を実施し、薬剤師の確保に努めた。 ・ 医師のタスクシフトを目的とした関係法令改正に基づく告示研修を診療放射線技師が受講した。（計17名受講） ・ 「タスク・シフト/シェアに関する厚生労働省指定講習会」を臨床検査技師が受講した。（計20名受講） ・ R7（2025）年度は、診療放射線技師が感染症関連の認定取得や大学との共同研究推進により資質向上を図るとともに、臨床検査室のISO15189認定を維持した。
	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。	・ 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等の参加を支援した。 ・ R4（2022）年度に病院経営に関する専門的な知識及び実践力を持った事務職員を育成するため、病院未経験者を対象とした「病院概要入門」研修を実施したほか、簿記資格未保有者を対象とした「簿記初級」、「原価計算初級」研修を実施した。
（2）研修内容の充実（小項目）		
高度で専門的な医療を提供するため、体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど、研修内容の充実を図ること。	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。	・ 職員のための共通の勉強の場として、院内職員を対象としたグランドカンファレンスを開催したほか、院外医療従事者も対象としたグランドカンファレンス（特別講演）を開催した。 ・ 新規採用職員を対象とした基本研修を4月に、中途採用職員を対象とした基本研修は、9月、2月にそれぞれ開催し、非常勤職員にも参加を促した。 ・ 県人事課主催の能力開発研修に参加した。

4 人材の確保と育成（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
（３）人事管理制度の構築（小項目）		
職員の勤務成績などを考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する、がんセンターに適した人事管理制度の構築に努めること。	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。	・ 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、試行評価を実施した。（医師や看護師等の専門職については行動評価、事務職員については県に準じた業績評価の方法により試行評価を実施） ・ R 7（2025）年度は、引き続き試行評価を実施するとともに、他法人の人事評価制度の調査を行い、がんセンターに適した制度構築に向けた検討を進めた。
（４）働きやすい職場環境づくり（小項目）		
医療従事者の勤務環境の改善やワーク・ライフ・バランスの推進など、職員が安心して働くことができ、心身ともに健康を維持できるよう職場環境の整備に努めること。 また、タスク・シフティングの推進による労働時間の短縮や多様な勤務形態の導入など、働き方改革の取組を推進すること。	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。	・ ハラスメント防止研修やメンタルヘルス研修を継続して開催した。 ・ R 2（2020）年度に引き続き、R 3（2021）年度及びR 4（2022）年度において、院内保育園では、感染対策を行いつつ、新型コロナウイルス感染症発生による保育園・幼稚園等の休園、小学校休校に伴う臨時の受入れを行った。 ・ ハラスメント対策については、R 5（2023）年度から院内相談窓口に加え、ハラスメント相談ほっとラインを契約し、職員が直接院外の相談窓口で相談できる環境を整えた。 ・ 職員満足度割合は、目標の達成には及ばず概ね70%前後で推移した。
	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。	・ 在宅で勤務する画像診断医師 1 名を継続雇用した。 ・ R 7（2025）年度は、病理診断医師が在宅と出勤を組み合わせた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）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
（４）働きやすい職場環境づくり（小項目）		
	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。	・ R3（2021）年度に法人の働き方改革ワーキンググループを立ち上げ検討を始めた。 ・ R4（2022）年度に全職種を対象に勤務実態調査を実施して労働時間の把握を行い、ワーキンググループ内で調査結果を報告した。 ・ 栃木労働局や医師会主催の説明会に積極的に参加し、医師の働き方改革についての理解を深めた。 ・ 医師の時間外労働時間について、月45時間を超える医師に関しては毎月衛生委員長（病院長）に報告を行った。 ・ R5（2023）年度にタスク・シェアリング推進ワーキンググループを開催し、共有できる業務を増やすための今後の方向性について検討を行った。 ・ R6（2024）年度にモバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムやオンラインによる入退院支援ツールを導入し、患者の利便性向上とともに、入院案内に携わる職員の業務負担軽減を図った。 ・ R7（2025）年度は、電子カルテと連携できるバイタル機器の導入など、業務効率化に向けたデジタル技術の活用を推進した。
（５）医療従事者の臨床倫理観の向上（小項目）		
患者の尊厳などを守るため、医療倫理の教育や研修を定期的実施するなど、医療従事者の臨床倫理観の向上を図ること。	医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。	
	ア 医療倫理の教育や研修を定期的実施する。 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。	・ 倫理担当者ががん専門看護師と共に日本臨床倫理学会事例検討セッションのファシリテーターを務めた。 ・ 定例委員会を開催したほか、法律の専門家による教育講演会、DNA Rに関する医師へのアンケートと、それを基にした多職種意見交換会を開催し、職員の倫理観向上に取り組んだ。 ・ 法律や生命倫理の専門家を講師に招いた講演会を開催し、医療従事者の倫理観向上に寄与した。

4 人材の確保と育成（中項目）

	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ 外部委員を交えて、患者の意思決定支援指針を作成した。 ・ 定例カンファレンスを月1回継続開催し、臨床倫理的な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。 ・ R5（2023）年度にインシデント報告・分析システム「CLIP」を用いた「モヤモヤ報告（※）」の構築を行い活用を推進した。 ・ R5（2023）年10月に受審した病院機能評価の倫理的活動の項目について「S」評価を得た。 ※ 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。

次期に向けた課題	・ 県民から求められる役割を十分に果たすため、引き続き専門性を有する医療従事者や病院経営に精通した事務職員の確保と育成に努める必要がある。
----------	---

法人の自己評価	B	評価理由	・ 「医療従事者の確保と育成」では、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高難度手術を実施し技能習得に努めた。また、看護師養成校訪問や病院見学会の開催、大学訪問や就職説明会への参加等、各種採用活動を実施したほか、研修の受講や学会等への参加を支援し、医療従事者の資質向上を図った。R7（2025）年度は、診療放射線技師が感染症関連認定の取得・大学共同研究推進により資質向上を図るとともに、臨床検査室のISO15189認定を維持した。 ・ 「働きやすい職場環境づくり」では、ハラスメント防止研修やメンタルヘルス研修を継続して開催したほか、R5（2023）年度から院内相談窓口に加え、ハラスメント相談ほっとラインを契約し、職員が直接院外の相談窓口にご相談できる環境を整えたが、職員満足度割合は、概ね70%前後で推移し、目標の達成には及ばなかった。 ・ 以上の結果、計画を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）

◆中期計画指標（中期目標期間の各事業年度の実績）

No.	指標名	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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	紹介率（％）	96.9	95.9	98.0	97.7	98.7	97.0	101.8%	iv
2	逆紹介率（％）	47.3	42.6	58.5	70.1	72.3	50.0	144.6%	v

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	A	A	A	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(1) 地域の医療機関との連携強化（小項目）		
患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、ニーズを把握しながら、地域の医療機関との的確な役割分担を行い、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、病診・病病連携を強化すること。	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。	・ 医療連携情報交換会や都市医師会向け講座を開催し、地域の医療機関との連携の強化を図った。 ・ 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、とちまるネット勉強会を開催し登録を促した。また、緊急時にとちまるネットを活用した画像の情報共有に関する対応を行った。 ・ R5（2023）年7月から紹介受診重点医療機関となり、かかりつけ医との連携を推進した。

5 地域連携の推進（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ 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行い地域の歯科医師との連携を推進した。
	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。	・ 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開催した。 ・ R4（2022）年12月から、とちまるネットを利用した薬薬連携推進について、実患者でのとちまるネットを介したトレーニングレポート授受の運用を開始した。 ・ R7（2025）年度は、がん診療研修病院として保険薬局薬剤師の研修受入れを行い、医薬連携の強化に努めた。
	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。	・ 広報誌がんセンターだよりに受託案内の資料を封入し、栃木県内の医療機関へ周知した。 ・ R6（2024）年度に受託件数拡大に向けての取組を強化し、検査枠を確保することで件数の増加を図った。R7（2025）年度も引き続き取組を継続し、受託検査件数が前年度から大幅に増加した。
（2）患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化（小項目）		
がんになっても住み慣れた地域で療養することができるよう、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションの活動支援など、患者の在宅療養を支援するための病診連携を強化すること。	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。	・ 在宅調整が円滑に進むように患者・家族との面談やカンファレンスを行った。また、院外施設の関係者と対面で退院前カンファレンスを実施し連携を図った。さらに、カンファレンスを実施しない場合は、電話や文書により情報提供を行った。 ・ 在宅療養中の患者については、文書やどこでも連絡帳、電話連絡等で院外施設の関係者と連携を図った。また、患者の在宅療養を支援するため、在宅医からの緩和ケア外来受け入れや、訪問診療、訪問看護からの緊急入院受け入れについて速やかに対応した。

5 地域連携の推進（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
（３）在宅緩和ケアの推進（小項目）		
がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮らすことができるよう、在宅における緩和ケアを推進すること。	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。	・ 宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを済生会宇都宮病院と共同開催にて実施し、訪問診療医や訪問看護師、当センター医師、看護師、MSWなどが参加した。 ・ 緩和ケア病棟をバックベッドとし、緩和ケア患者の受入れと看取りを含めた在宅緩和ケアの推進を図った。

次期に向けた課題	・ 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、引き続き地域の医療機関等との連携を強化する必要がある。
----------	--

法人の自己評価	A	評価理由	・ 「地域の医療機関との連携強化」では、医療連携情報交換会や郡市医師会向け講座を開催し、地域の医療機関との連携の強化を図ったほか、とちまるネットの活用を推進した。また、R5（2023）年7月から紹介受診重点医療機関となり、かかりつけ医との連携を推進した。R7（2025）年度は、がん診療研修病院として保険薬局薬剤師の研修受入れを行うとともに、受託検査件数が前年度から大幅に増加し、地域医療機関との連携拡充の成果につながった。 ・ 「患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化」では、在宅調整が円滑に進むように患者・家族との面談やカンファレンスを行ったほか、院外施設の関係者と対面で退院前カンファレンスを実施し連携を図った。 ・ 「在宅緩和ケアの推進」では、宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを済生会宇都宮病院と共同で開催した。 ・ 以上の結果、概ね計画通り実施したため、「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）

指標名	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	A	S	A	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(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、がん医療に携わる医療従事者の育成に対する積極的な支援等を行うこと。 また、AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがん患者支援を推進するため、がん治療医と生殖医療専門医の連携体制の促進に努めること。	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。	
	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。	・ 栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催し、R4（2022）年8月に示された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。 ・ R5（2023）年4月から「地域がん診療病院」の指定を受けた上都賀総合病院のグループ指定先医療機関となり、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。
	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。	・ 栃木県がん・生殖医療ネットワーク会議を開催し、がん治療医と生殖医療医との連携促進を図った。 ・ 県内の医療従事者等を対象に研修会を開催し、がん・生殖医療に関する意思決定支援について理解促進を図った。 ・ R6（2024）年度には、院内においてAYA世代支援体制の構築と早期介入（支援）を目的としたAYAスクリーニングシートを実施した。 ・ R7（2025）年度は、月1回AYA支援カンファレンスを定例開催し、AYA世代患者への支援体制の充実を図った。

6 地域医療への貢献（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ 地域医療機関の関係者が参加可能なグラウンドカンファレンス特別講演を企画・開催した。 ・ R6（2024）年度には、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8回実施した。また、当センターにおいて15名の医療従事者に対して見学および研修を実施した。 ・ 薬剤部では、他施設からがん専門の研修を受け入れ、認定薬剤師の育成に寄与した。 ・ R7（2025）年度は、緩和ケアチームにおいても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参加を通じて研修・交流の場を提供した。
（2）がん対策事業への貢献（小項目）		
がん登録のデータ収集や分析を行うなど、国や県などが効果的ながん対策事業を実施できるよう、積極的に貢献すること。	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。	・ 全国がん登録実務者研修会のコンテンツを作成し、研修に協力をした。 ・ 院内がん登録、全国がん登録を継続して行うとともに、がん登録の精度を検討し、年度毎に着実に向上していることが示された。 ・ 院内がん登録のデータを利用して、新型コロナウイルス感染症のがん受診への影響を検討した。

6 地域医療への貢献（中項目）

次期に向けた課題	・ 都道府県がん診療連携拠点病院として、引き続き、県内におけるがん診療の質の向上につながる取組を推進していく必要がある。
----------	--

法人の自己評価	A	評価理由	・ 「地域のがん医療の質の向上のための支援」では、栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催し連携協力体制の整備に取り組んだほか、栃木県がん・生殖医療ネットワーク会議を開催し、がん治療医と生殖医療医との連携促進を図った。 ・ 「がん対策事業への貢献」では、全国がん登録実務者研修会のコンテンツを作成し、研修に協力をしたほか、がん登録の精度の検討や、院内がん登録のデータを利用して、新型コロナウイルス感染症のがん受診への影響を検討した。 ・ 以上の結果、概ね計画通り実施することが出来たため、「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）

指標名	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	S	A	A	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
被災状況を想定した訓練・研修の実施等により、災害発生時に患者の安全を確保できるよう対策を講じるとともに、BCP（事業継続計画）を継続的に見直すことにより、災害発生時の事業の継続・早期復旧に向けた備えを強化すること。 また、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、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応すること。 （経営強化プラン補足版(R6(2024)～R7(2025))の記載内容) ＜新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組＞ ア 新興感染症の感染拡大時などに備え、感染防護具の備蓄やクラスター発生時を含めた対応方針等の共有を徹底する。 イ 新興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。	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、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、実効性のある計画とする。 また、医薬品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。	・ 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用資料を作成し、防災に対する意識を高めた。 ・ 医療機関として火災等発生時の患者の人命救助を確実にを行うため、病棟で火災が発生したことを想定して、消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練を実施するとともに、大地震を想定した防災訓練を実施した。 ・ 事業継続計画（BCP）については、院内での新型コロナウイルス感染症への経験を考慮するなど、さらに見直しを行い、R4（2022）年度に、大規模災害発生時編、新興感染症発生時編、情報セキュリティインシデント発生時編の三つに整理し、より実効性のある計画を策定した。 ・ 災害時のための医薬品や患者用・職員用の非常食及び水を計画的に更新した。 ・ R3（2021）年1月以降、継続して新型コロナウイルス感染症患者の入院受入れを行った。 ・ R6（2024）年1月に発生した能登半島地震では、栃木県看護協会の依頼により、石川県に災害支援ナース1名の派遣を行った。 ・ 感染症法改正に伴い、R6（2024）年3月に県と医療措置協定を締結した。 ・ 改正医療法に基づく栃木県における災害支援ナースの派遣に関する協定をR6（2024）年3月に県と締結した。

7 災害等への対応（中項目）

次期に向けた課題	・ 災害発生時に患者の安全を確保できるよう、引き続き、防災訓練等、災害対策を実施し、事業継続計画（BCP）の継続的な見直しを行うとともに、新興感染症の感染拡大時等に備え、平時から取り組む必要がある。
----------	---

法人の自己評価	A	評価理由	・ 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。 ・ R3（2021）年1月以降、継続して新型コロナウイルス感染症患者の入院受入れを行った。 ・ R4（2022）年度に、事業継続計画（BCP）について、大規模災害発生時編、新興感染症発生時編、情報セキュリティインシデント発生時編の三つに整理し、より実効性のある計画を策定した。 ・ 以上の結果、概ね計画通り実施することが出来たため、「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3 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）

1 業務運営体制の確立（中項目）

指標名	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	A	A	A	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(1) 効率的な組織体制の構築（小項目）		
医療環境の変化に応じて迅速な意思決定を行えるよう、法人の組織体制を検討し、より効果的かつ効率的な業務運営体制を構築すること。 また、質の高い医療を効率的に提供するため、最適な職員構成を検討し、経営効率の高い職員配置に努めること。	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。	・ R4(2022)年度に、感染症対策を強化するため「感染症対策センター」を新設するとともに、戦略的な情報発信を行うため広報業務を経営企画室へ集約した。 ・ R5(2023)年度に、「患者総合支援センター・がん相談支援センター」を新設するとともに、遺伝カウンセラーを配置するため「臨床遺伝科」を新設した。 ・ R6(2024)年度に、昨今進歩の著しい免疫チェックポイント阻害薬による有害事象の治療を当センターで完結するために、「集中治療科」を新設した。 ・ R6(2024)年度に、患者総合支援センターの機能強化を図るため、人員配置や運用の見直し、新たなデジタル技術の導入等、PFM体制の整備を推進した。 ・ R6(2024)年度に、AYA世代への支援強化のため、「AYA支援チーム」を新設した。 ・ R7(2025)年度に向けた組織改編として、老朽化により設備の維持・管理に係る業務が増大していることなどから、専門的に対応する部署として「施設課」を新設し、また、「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。

(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組織文化を醸成すること。	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。	・ 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の収支状況（予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等）、経営改善策、決定事項等を周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。 ・ 「業務改善提案」の制度を活用し、職員からのアイデアを収集し、医療サービスの向上や収益改善に資する取組につなげた。

1 業務運営体制の確立 (中項目)

次期に向けた課題	・ 引き続き、医療環境の変化に応じた効果的かつ効率的な業務運営体制を構築するとともに、職員全員が積極的に経営に参画する組織文化を醸成する必要がある。
----------	--

法人の自己評価	A	評価理由	・ R4 (2022) 年度に、感染症対策を強化するため「感染症対策センター」を新設したほか、医療環境の変化に応じ、効果的かつ効率的な業務運営体制の構築に努めた。R7 (2025) 年度は、施設の老朽化等に対応する「施設課」を新設するとともに、「がん予防・遺伝カウンセリング科」の診療科名称を「遺伝子診療科」に変更した。 ・ 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の収支状況、経営改善策、決定事項等を周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。 ・ 「業務改善提案」の制度を活用し、職員からのアイデアを収集し、医療サービスの向上や収益改善に資する取組につなげた。 ・ 以上の結果、概ね計画通り実施することが出来たため、「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）

◆中期計画指標（中期目標期間における事業年度の実績）

No.	指標名	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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	運用病床利用率（％）※	70.6	67.0	66.1	66.1	67.2	85以上	79.1%	i

※ 運用病床利用率は、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

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	B	A	B	B

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(1) 収入の確保への取組（小項目）		
病診・病病連携の強化や積極的な情報発信と質の高いがん医療の提供などにより、患者を確保すること。 また、病床利用率の向上策や診療報酬改定への迅速かつ適切な対応、未収金の発生防止と回収の徹底などにより、収入を確保すること。	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。	・ 広報紙「がんセンターだより」を発行し、宇都宮市内及び関係医療機関等に配布した。 ・ R5(2023)年4月から、下野新聞で連載「がんカウンセリング」を月2回（計23回）掲載した。 ・ R5(2023)年度にレディオベリー「教えてドクター」に出演しがんに関する情報発信（計22回）を行った。 ・ R5(2023)年度にYouTubeチャンネルを開設し、PR動画を3本制作・公開した。R6(2024)年度には新たに4本のPR動画を制作・公開し、継続的に広報活動を行った。 ・ R6(2024)年5月に開催した企業主催のイベントでは、当センターブースに約450名が来場し、当センターを広く周知する機会となった。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ 新型コロナウイルス感染症患者が散発的に発生する中、感染症患者の受入れと、がん患者に対する一般病床の運営を効率的に行った。 ・ R 6（2024）年9月から、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」を推進するとともに、電子カルテトップ画面に在院患者数のグラフによる可視化（毎日更新）を行い、職員への情報共有を強化した。
	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。	・ R 4（2022）年度に職員1名が施設基準管理士の資格を取得した。 ・ R 5（2023）年10月に受審した病院機能評価において、診療情報管理業務はA評価を得た。 ・ 専門的な知識を持った特定業務職員の定着・確保を図るため、R 6（2024）年度から診療情報管理室、入院会計担当等の特定業務職員に対し業務手当を創設した。 ・ R 6（2024）年度に職員1名が診療情報管理士の資格を取した。 ・ R 7（2025）年度は、診療報酬改定に関するタスクフォースを開催し、次年度改定に向けた院内準備を進めた。
	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。	・ 会計窓口や相談窓口、MSW等と連携を図り、医療費の支払いに係る相談に積極的に介入し、未収金の発生防止に努めた。 ・ 未収金回収業務を委託している弁護士法人と協議し、債権の回収が困難と判断される債権について整理した。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
（２）費用の削減への取組（小項目）		
経営状況を分析し、費用の適正化について検討を行うとともに、適正な在庫管理の徹底、職員全員のコスト意識改革及び原価計算の実施などにより、費用の削減に努めること。	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。	・ 病院の収支状況を月次で管理するとともに、経営会議や経営戦略会議において収支状況等を職員に周知し、コスト意識の徹底に努めた。
	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。	・ 医薬品、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や個別に事業者ヒアリングを実施し、費用の削減を図った。 ・ 診療材料について、Ｒ３（２０２１）年度、Ｒ４（２０２２）年度において、新型コロナウイルス感染症の影響で海外製品の欠品、遅延が多発したが、運用方法の変更や代替品の確保に努め、診療に影響を及ぼさないよう在庫調整を行った。 ・ Ｒ６（２０２４）年１０月分からの電気料について、入札により最終保障契約から電気小売り事業者との契約へ変更し、費用の削減を図った。
	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。	・ Ｒ３（２０２１）年度に法人の働き方改革ワーキンググループを立ち上げ検討を始めた。（再掲） ・ Ｒ４（２０２２）年度に全職種を対象に勤務実態調査を実施して労働時間の把握を行い、ワーキンググループ内で調査結果を報告した。（再掲） ・ 医師の時間外労働時間について、月４５時間を超える医師に関しては毎月衛生委員長（病院長）に報告を行った。（再掲） ・ Ｒ５（２０２３）年度にタスク・シェアリング推進ワーキンググループを開催し、共有できる業務を増やすための今後の方向性について検討を行った。（再掲） ・ Ｒ６（２０２４）年度にモバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムやオンラインによる入退院支援ツールを導入し、患者の利便性向上とともに、入院案内に携わる職員の業務負担軽減を図った。（再掲）

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	エ 原価計算の実施などにより、収支の推移等进行分析し、診療科及び部門ごとに適切なコスト管理を行う。	・ 経営分析システムにより診療科別に収支の年度別推移をまとめ、会議や診療科長ヒアリング時の資料として提示し、適切なコスト管理を呼びかけた。 ・ R 7（2025）年度は、手術室運営会議でのデータ提示により手術枠の効率化に取り組むとともに、診療科・事業系センターヒアリングを実施し、経営改善の現状把握と課題共有を行った。

次期に向けた課題	・ 患者確保や病床利用率の向上等により更なる収入の確保を図るとともに、費用の適正化の検討を行い、職員全員のコスト意識の徹底を図る等、更なる費用の削減に努める必要がある。
----------	--

法人の自己評価	B	評価理由	・ 「収入の確保への取組」では、新聞での連載やラジオ番組への出演、各種イベントへの出展、PR動画の制作・公開等、広報活動を強化しがんセンターの周知を図るとともに、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た。また、R 6（2024）年9月から、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」を推進するとともに、電子カルテトップ画面に在院患者数のグラフによる可視化（毎日更新）を行い、職員への情報共有を強化した。R 7（2025）年度は、弁護士法人との連携による長期未収金の一部回収や、経営改善タスクフォースの開催等、収入確保に向けた取組を推進した。 ・ 「費用の削減への取組」では、病院の収支状況を月次で管理するとともに、経営会議や経営戦略会議において収支状況等を職員に周知し、コスト意識の徹底に努めた。また、医薬品、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や個別に事業者ヒアリングを実施した。 ・ 収入の確保や費用削減への取組に努めたものの、各事業年度の中項目別評価では、R 4（2022）年度、R 6（2024）年度及びR 7（2025）年度において「B」評価であった。 ・ 以上の結果、計画を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4 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）

◆中期計画指標（中期目標期間の各事業年度の実績）

No.	指標名	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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	経常収支比率(%)	118.9	101.7	95.8	91.7	93.1	100以上	93.1%	iii
2	医業収支比率(%)	85.5	79.4	80.5	78.8	80.3	85以上	94.5%	iii

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	A	B	B	B

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
県民が求める高度で専門的ながん医療を安定的に提供していくためには、健全な経営と医療の質の確保の両立が重要であることから、中期目標期間中に経常収支を黒字化すること。 また、計画的な資金管理を行うことにより、経営基盤の安定化に努めること。	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。	・ R3(2021)年度の経常収支が約18億7,000万円で経常収支比率が118.9%、R4(2022)年度の経常収支が約1億8,100万円で経常収支比率が101.7%となったが、R5(2023)年度とR6(2024)年度の経常収支比率は100%に達しなかった。R7(2025)年度も経常収支比率は93.1%にとどまったものの、赤字額は前年度から圧縮された。 ・ 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。 ・ 診療科及び事業系センターごとに、幹部職員によるヒアリングを実施した。診療科のヒアリングでは、近年の入院患者や収益・費用の推移、経営分析システムによる収支の年度別推移などをもとに、課題と今後の方針などについて意見交換を行った。 ・ 在院日数の適正化の推進やハイケアユニット入院医療管理料1の算定開始等、収益確保に向けた取組を行った。R7(2025)年度は、経営改善タスクフォースを中心に、在院日数の適正化・算定率の向上を図るとともに、HCU加算の向上及び病棟再編を実施した。

第4 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）

次期に向けた課題	・ R5（2023）年度からR7（2025）年度まで、経常収支が3年連続赤字という状況を踏まえ、更なる経営改善に取り組む必要がある。		
法人の自己評価	B	評価理由	・ 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ったほか、診療科及び事業系センターごとに、幹部職員によるヒアリングを実施し、課題と今後の方針などについて意見交換を行った。また、在院日数の適正化の推進やハイケアユニット入院医療管理料1の算定開始等、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。R7（2025）年度は、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に取り組んだ。 ・ R3（2021）年度の経常収支が約18億7,000万円で経常収支比率が118.9%、R4（2022）年度の経常収支が約1億8,100万円で経常収支比率が101.7%となったが、R5（2023）年度、R6（2024）年度及びR7（2025）年度の経常収支比率は100%に達しなく、目標を下回った。 ・ 以上の結果、計画を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10 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）

指標名	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	A	A	A	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
病院施設の老朽化や地域の医療機関の状況等を踏まえ、長期的な視点から、今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を具体的に検討すること。 また、医療機器については、近隣の医療機関との共同利用や費用対効果等を総合的に勘案した上で、県民の医療ニーズ、医療技術の進展に対応するため、計画的な更新・整備に努めること。	・ 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SOZ 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。 ・ 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。	・ R4（2022）年度に、当センターの今後担うべき診療機能及びそれにふさわしい施設のあり方について、当センター内での検討WGを5回開催、県庁内での検討WGに4回参加し、意見交換を行った。 ・ R5（2023）年度に、当センターの今後の施設整備のあり方の検討に向けて、建築物の劣化状況の確認や大規模改修の可否等について検討を行い、県と情報共有を図った。 ・ R6（2024）年度に、当センターの今後の施設整備を見据え、本館地下1階から2階にかけて設備配管の調査を実施し、劣化状況や修繕可能箇所等について検討を行った。また、当センターの診療機能及び施設整備のあり方について、院内のWGを8回開催するとともに、県のWGや検討会に参加し、地域医療構想や県の救急医療提供体制の検討の進捗等も踏まえつつ、県とともに検討を行った。 ・ R7（2025）年度は、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引き続き県とともに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」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、R8（2026）年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、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、計画的に購入することができた。

次期に向けた課題	引き続き、今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方について、県と共に検討していく必要がある。
----------	--

1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討（中項目）

法人の自己評価	A	評価理由	- 当センターの今後担うべき診療機能及び施設整備のあり方について、院内のWGや県庁内のWGにて検討を行った。また、建築物の劣化状況の確認や大規模改修の可否等についての検討のほか、本館地下1階から2階にかけて設備配管の調査を実施し、劣化状況や修繕可能箇所等について検討を行った。R7（2025）年度は、県が設置した「県立病院あり方検討有識者会議」に参加し、総合病院化の必要性等の提言を受けるとともに、県と国立病院機構との間で再編統合に向けた基本合意書が締結された。 - 医療機器については、一般競争入札等で費用を抑えながら、毎年度計画的に購入することができた。 - 以上の結果、概ね計画通り実施することが出来たため、「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10 その他業務運営に関する重要事項（大項目）

2 適正な業務の確保（中項目）

指標名	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	A	A	B	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
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とともに、適切な情報管理を行うこと。また、これらを確保するために、内部統制を充実すること。	・ 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。 ・ 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。 ・ 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。	・ 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。 ・ 診療情報開示請求、警察署からの捜査事項照会、栃木県情報公開条例に基づく開示請求に適切に対応した。 ・ 全職員へのサイバーセキュリティに関する情報発信や標的型攻撃メール訓練の実施を通じ、情報セキュリティ意識の向上を図るとともに、制度改正に対応したバックアップ体制の構築や新たなセキュリティツール及びEDR（MDR）を導入した。 ・ R6（2024）年度は、内部監査の実施やコンプライアンスに関する情報の周知等、リスク管理に努めたものの、一部において服務に関する規程等に違反する事案が発生した。再発防止のため、理事長から直ちに全職員に対して服務規律の確保について注意喚起するとともにR7（2025）年度に勤怠管理システムを導入し職員の服務と業務の管理を徹底した。 ・ R7（2025）年度は、BCP「情報セキュリティインシデント発生時編」を策定し承認を得るとともに、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。

次期に向けた課題	引き続き、法令や社会規範を遵守するとともに、適切な情報管理や情報セキュリティ対策の実施、院内におけるリスク管理の取組を推進する必要がある。
----------	---

2 適正な業務の確保（中項目）

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、疑義が生じる都度、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。 - 診療情報開示請求、警察署からの捜査事項照会、栃木県情報公開条例に基づく開示請求に適切に対応した。 - 標的型攻撃メール訓練の実施等、情報セキュリティ意識の向上を図るとともに、制度改正に対応したバックアップ体制の構築や新たなセキュリティツール及びEDR（MDR）を導入した。R6（2024）年度は、内部監査の実施やコンプライアンスに関する情報の周知等、リスク管理に努めたものの、一部において服務に関する規程等に違反する事案が発生した。再発防止のため、理事長から直ちに全職員に対して服務規律の確保について注意喚起するとともにR7（2025）年度に勤怠管理システムを導入し職員の服務と業務の管理を徹底した。 - R7（2025）年度は、BCP「情報セキュリティインシデント発生時編」の策定・承認、栃木県警察とのサイバーセキュリティに関する連携体制の構築に取り組んだ。 - 以上の結果、概ね計画通り実施することが出来たため、「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。

中期目標期間における業務実績に関する全体評価書（がんセンター）

栃木県知事は、地方独立行政法人法第 28 条第 1 項の規定により、地方独立行政法人栃木県立がんセンターの中期目標期間における業務実績について、以下のとおり評価を行った。

1 全体評価

(1) 評価結果

第二期中期目標期間の業務実績については、多くの項目で計画を概ね達成したものの、「財務内容の改善に関する事項」等一部の項目において計画が達成できなかった。経営環境の変化に的確に対応しながら財務の改善を図る等、引き続き、積極的に経営改善に取り組む必要がある。

(2) 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、経営環境の変化に的確に対応するとともに、計画を下回った原因の分析を進め、必要な対策を講じ、評価しながら、収入の確保と費用の削減に努め、財務の改善を図る等、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

第二期中期目標期間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。