

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 (2026) 年 3 月 31 日

地方独立行政法人栃木県立岡本台病院

目 次

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表	1
第1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項（大項目）	2
1 質の高い医療の提供（中項目）	2
2 安全で安心な医療の提供（中項目）	8
3 患者・県民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）	14
5 地域連携の推進（中項目）	18
6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）	22
7 災害等への対応（中項目）	25
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	27
1 業務運営体制の確立（中項目）	27
2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	29
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）	33
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	34
1 施設のあり方の検討（中項目）	34
2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理（中項目）	35

【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 4 (2022) 年度	令和 5 (2023) 年度	令和 6 (2024) 年度	令和 7 (2025) 年度	令和 8 (2026) 年度
第 1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項						
1	質の高い医療の提供	A	A	A	A	
2	安全で安心な医療の提供	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	
4	人材の確保と育成	A	S	A	A	
5	地域連携の推進	A	A	A	B	
6	地域精神医療・福祉への貢献・協働	A	A	A	A	
7	災害等への対応	A	A	A	A	
第 2 業務運営の改善及び効率化に関する事項						
1	業務運営体制の確立	A	A	A	A	
2	収入の確保及び費用の削減への取組	A	A	A	A	
第 3 予算、収支計画及び資金計画						
	財務内容の改善に関する事項	A	A	S	S	
第 8 その他業務運営に関する重要事項						
1	施設のあり方の検討	A	A	A	A	
2	コンプライアンスの推進と適切な情報管理	A	A	A	A	

(参考) 中期目標期間における各事業年度の全体評価

年度	評価結果
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。
令和6(2024)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7(2025)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8(2026)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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	緊急措置入院患者受入れ率（％）	100.0	97.9	97.9%	100.0	iii
2	措置入院患者ケア会議開催率（％）	90.0	90.7	100.8%	87.0	iv
3	県内に住所を有する医療観察法入院処遇対象者の受入れ率（％）	90.0	75.0	83.3%	90.0	ii
4	アルコール外来初診患者の通院継続率（％）	55.0	59.1	107.5%	50.0	iv
5	自病院退院後再入院率（3か月）（％）	10.0	14.9	51.0%	10.0	i
6	3か月以内退院率（％）	88.0	86.2	98.0%	88.0	iii
7	入院患者のL A I 導入率（％）	15.0	11.9	79.3%		i
8	クロザピン治療新規導入率（％）	100.0	100.0	100.0%		iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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)	R8(2026) 年度 実績値
99.0	99.0	100.0	97.9	
83.0	91.3	88.2	90.7	
81.8	88.9	81.8	75.0	
50.0	53.1	53.4	59.1	
11.4	10.5	9.9	14.9	
86.6	84.4	91.1	86.2	
15.2	11.7	10.7	11.9	
100.0	100.0	100.0	100.0	

※ 中期計画指標のみ記載

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))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提供（小項目）		
（経営強化プラン補足版(R6(2024)～R8(2026))の記載内容） ＜機能ごとの病床数＞ 経営強化プランの対象期間の最終年度である令和8(2026)年度における機能ごとの病床数は、精神病床221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、地域精神医療の基幹病院として、高度で専門的な医療を提供する。		
ア 精神科救急医療の提供 緊急措置入院については、引き続き一元的な受入れを継続するとともに、措置入院・急を要する医療保護入院等についても積極的な受入れを行い、地域の医療機関や一般救急医療機関との連携のもと、県の精神科救急医療の充実に貢献する。	ア 精神科救急医療の提供 緊急措置入院については、引き続き一元的な受入れを継続するとともに、緊急措置入院不要と診断された患者についても、必要に応じて医療保護入院等で積極的に受け入れるなど、本県の精神科救急医療の充実に貢献する。	①緊急措置診察169件を実施し、要措置となった93人を受け入れた。また、緊急措置入院不要と診断された患者75人のうち、21人を医療保護入院等で受け入れた。 ②鑑定入院についても積極的な受入れを行った。 ③精神科救急病棟では、精神科救急患者の受入体制を充実するため、多職種連携会議を毎週開催し、効率的なベッドコントロールや平均在院日数の短縮に努めた。

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 医療観察法医療の提供及び医療福祉ネットワークの維持・拡充 チーム医療体制を強化し、複雑な背景を持つ対象者に対して、多職種による専門治療プログラムを提供するとともに、保護観察所や指定通院医療機関等の地域の関係機関とのネットワークの維持・拡充に努め、緊密な連携により対象者の円滑な社会復帰を促進する。 また、本県対象者をできるだけ当院で受け入れるためのベッドコントロールに努めるとともに、ベンチマークを基にして治療内容等を客観的に評価することにより課題抽出及び改善を行い、治療の質の向上を図る。	イ 医療観察法医療の提供及び医療福祉ネットワークの維持・拡充 多職種が連携して専門治療プログラムを提供するとともに、地域の関係機関との緊密な連携により対象者の早期退院を促進し、平均在院日数の短縮を目指す。 併せて、本県対象者をできるだけ当院で受け入れるためのベッドコントロールに努め、必要に応じて特定病床制度を活用する。	④長期入院対象者の社会復帰に向けて、地域の関係機関や施設等と緊密に連携し支援を行った結果、計3人が退院し、1人が帰住地先に転院した。 ⑤新たに本県の対象者3人、県外の対象者1人を受け入れた。 ⑥女性共用ユニットの男女共用化により柔軟な病床コントロールを可能にし、入院対象者の確保に努めた。 ⑦医療観察法による処遇要件を満たしていない対象者1人に対して処遇終了申立てを実施し、医療観察法病棟の適切な運営に努めた。 ⑧医療観察法関連職種研修会（7月）及び全国指定入院医療機関精神保健福祉連絡協議会（11月）に参加し、情報収集を行った。
ウ 多様な精神疾患に対応した専門医療の提供 アルコール・薬物依存症専門医療機関として、精神保健福祉センター等の関係機関と連携しながら、物質使用障害治療の拡充を図るとともに、ギャンブル等の行動嗜癖（しへき）を含む依存症治療を実施するための体制を整備する。 併せて依存症治療拠点機関として早期に選定を受けられるよう体制を強化し、選定後は県内の医療機関が専門医療機関の選定を受けられるよう支援するとともに、専門医療機関とのネットワークを形成する。 また、閉鎖処遇が必要な児童・思春期の患者については、県の施策を踏まえて当院の役割を検討していく。	ウ 多様な精神疾患に対応した専門医療の提供 依存症に関する情報の発信や医療従事者を対象とした研修会の開催など、依存症治療拠点機関としての役割を果たすとともに、関係機関との連携を強化し、効果的な依存症治療体制を整備する。 また、依存症治療に限らず、専門外来の設置や治療プログラムの充実について検討を進め、多様な精神疾患に対し質の高い医療の提供に努める。	⑨アルコール・薬物・ギャンブル等の各種依存症について、地域の医療機関等を対象に医療従事者研修会を開催し、理解促進を図った。 ⑩アルコール・薬物依存症患者を対象とした依存症ショートケアを実施するとともに、入院患者を対象としたアルコールリハビリテーションプログラムの充実を図り、多職種が連携して効果的なプログラム運営を行った。 ⑪ギャンブル依存症入院患者3人に治療プログラムを実施した。また、外来患者対象の標準的治療プログラム（STEP-G）を行うとともに、11月からはグループミーティングも開始し、多職種が協働して治療内容の充実を図った。 ⑫依存症患者を対象として開始した心理面接を他疾患にも拡大したほか、従来のアルコール家族教室を、依存症全般を対象とした「依存症まなびの広場」に再編・拡充し、対面及びオンラインによるハイブリッド形式で毎月1回開催した。

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画（R4（2022）～R8（2026））の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
（2）医療の質の向上に向けた取組の推進（小項目）		
ア 薬物療法及び精神科専門療法の質の向上 安全面に配慮しつつ治療効果を最大限に高めるため、単剤化や積極的なL A I（Long Acting Injection：持続性注射剤）使用を促進し、エビデンスに基づいた薬物療法を提供するとともに、医師と薬剤師の連携強化により、院内薬剤指導の充実を図る。 難治性統合失調症患者に対するクロザピン（商品名：クロザリル）治療については、クロザリル患者モニタリングサービス登録医を増やすことにより治療体制を強化し、院外にも積極的に周知することで新規導入を促進する。 クロザピン治療や修正型電気けいれん療法（m-E C T）などの精神科専門療法についての治療実績を評価・分析し、より効果的な治療法の開発に努める。	ア 薬物療法及び精神科専門療法の質の向上 患者の負担が少なくかつ治療効果の高いL A I（Long Acting Injection：持続性注射剤）の使用を促進するため、多職種が連携して様々な観点から導入に向けたアプローチを行うとともに、医師と薬剤師が連携し、院内服薬指導の充実を図る。 また、難治性統合失調症患者に対するクロザピン（商品名：クロザリル）治療については、クロザリル患者モニタリングサービス登録医数を維持するとともに、新規導入を推進する。 クロザピン治療や修正型電気けいれん療法（m-E C T）などの精神科専門療法については、治療実績のデータの蓄積と分析を進め、より効果的な活用方法の検討を行う。	①L A Iの使用を促進し、導入患者数は前年度を上回ったが、入院患者数が大幅に増加したため、L A I導入率は11.9%となり、前年度より増加したものの目標値には届かなかった。 ②クロザピン治療において、クロザリル患者モニタリングサービス登録医数は若干減少したが、治療抵抗性統合失調症患者へのクロザリル導入を積極的に行い、6例の新規導入を行った。 ③クロザピン治療及び修正型電気けいれん療法（m-E C T）について、治療効果のデータ化を進めている。 ④認知行動療法外来を本格的に開始し、新規5人（延べ67人）に実施した。
イ 治療の標準化・均質な医療の提供 修正型電気けいれん療法、クロザピン治療、アルコール依存症治療等についてクリニカルパスを導入し、治療を標準化することにより、均質かつ治療効果の高い医療を提供する。	イ 治療の標準化・均質な医療の提供 m-E C Tやクロザピン治療のみならず、精神科救急やアルコール依存症治療においてもクリニカルパスを活用し、治療内容の標準化・均質化に努める。	⑤m-E C Tやクロザピン治療だけでなく、救急病棟やアルコール依存症治療においてもクリニカルパスを活用し、標準化・均質化した医療の提供に努めた。

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画 (R4 (2022) ～R8 (2026)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
ウ ベンチマークを基にした評価・分析及び改善 全国自治体病院協議会が実施する「医療の質の評価・公表等推進事業」におけるベンチマークを基に当院の医療の状況を評価・分析し、改善につなげるにより医療の質の向上に努める。	ウ ベンチマークを基にした評価・分析及び改善 全国自治体病院協議会が実施する「医療の質の評価・公表等推進事業」におけるベンチマークを基に、自治体病院における当院の医療レベルを評価・分析し、改善を図る。 また、E G U I D Eプロジェクト（精神医療の普及と教育に対するガイドラインの効果に関する研究）に参加し、若手医師を育成するとともに、より効果的な医療を提供する。	⑥「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加してベンチマーク結果を院内で共有するとともに、その結果を分析して当院の医療レベルの検証を行った。 ⑦E G U I D Eプロジェクトにおける普及病院として、ガイドライン講習を受講した医師へのアンケート調査に協力した。
（3）チーム医療の推進（小項目）		
患者の早期退院と地域移行・定着を図るため、全ての病棟において多職種・多部門によるチーム医療を積極的に推進し、それぞれの専門性を活かした良質な専門医療を提供する。	長期入院患者の地域移行・定着、新規入院患者の早期退院に向け、全病棟において多職種によるカンファレンスや多角的評価を実施する。 また、褥瘡対策チームや栄養サポートチーム（NST）などの多職種によるチーム医療を推進する。 措置入院患者や急性期の患者に対して、入院早期から作業療法を積極的に導入し、早期退院を促進する。	①全病棟で多職種によるカンファレンスを実施するとともに、長期入院患者に対する退院支援委員会を開催し、退院支援につなげた。 ②全病棟において、早期の地域移行及び定着を目標として積極的にケア会議を実施した。 ③患者情報や治療方針を共有することで、患者の早期退院、地域移行・定着に向けた治療方針を早期に計画し、各職域ごとに治療介入しやすい体制を整えた。 ④栄養サポートチーム（NST）及び褥瘡対策チームが定期的に活動し、多職種によるチーム医療を提供した。週1回のNST回診により、延べ148人の入院患者に対して栄養サポートを実施した。 ⑤措置入院患者や急性期患者に対し、入院早期から作業療法を実施するとともに、必要に応じて個別対応も行い、病状の安定を図った。

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(4) 臨床研究の推進（小項目）		
職種を問わず様々な分野の臨床研究への積極的な取組を推進し、院内の活性化や職員のキャリア形成を図るとともに、研究活動に取り組みやすい環境や制度を整備する。	当院の特色を活かした臨床研究（精神科救急医療及び依存症医療）について、実施状況データベースに基づく研究を継続するとともに、大学との共同臨床研究への参加を推進する。	①専攻医による学会発表を指導・支援し、計3演題の発表を行った。 ②獨協医科大学精神神経医学講座主導の研究に共同研究機関として参加している。

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】「緊急措置入院患者受入れ率」、「県内に住所を有する医療観察法入院処遇対象者の受入れ率」、「自病院退院後再入院率（3か月）」、「3か月以内退院率」及び「入院患者のLAI導入率」については目標値を下回った一方、「措置入院患者ケア会議開催率」、「アルコール外来初診患者の通院継続率」及び「クロザピン治療新規導入率」は目標値を達成又は上回った。 【業務実績】「(1) 高度で専門的な医療の提供」では、緊急措置入院の一元的な受入れを継続するとともに、措置入院不要と診断された患者75人中21人の受入れを行った。依存症治療については、依存症専門医療機関・治療拠点機関として各種プログラム等の拡充を図るとともに、新たに「依存症まなびの広場」を開催するなど、多職種が連携して効果的な運営を行った。「(2) 医療の質の向上に向けた取組の推進」では、引き続きLAIやクロザピンの導入を推進したほか、認知行動療法外来の本格的な運用を開始した。また、救急病棟やアルコール依存症治療でもクリニカルパスの活用を推進し、治療内容の標準化・均質化を図った。「(3) チーム医療の推進」では、多職種によるカンファレンスやケア会議等を開催するとともに、栄養サポートチーム等による積極的な介入や入院早期からの作業療法の実施など、多職種によるチーム医療を一層推進した。「(4) 臨床研究の推進」では、当院の依存症医療等の実施状況データを活用した専攻医の学会発表を指導・支援するとともに、大学との共同研究にも参加した。 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と判断し、「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るため、「A」評価とした。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R7 (2025) 年度 目標値	R7 (2025) 年度 実績値	R7 (2025) 年度 達成率	R8 (2026) 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（％）	85.0	83.2	97.9%	78.0	iii
2	感染管理認定看護師数（人）	1	1	100.0%	1	iv
3	CVPPP習得率（％）	42.0	43.0	102.4%		iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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)	R8 (2026) 年度 実績値
83.5	83.9	86.3	83.2	
0	0	1	1	
32.6	37.2	41.0	43.0	

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 医療安全対策の推進（小項目）		
ア 医療安全管理部を中心として、ヒヤリ・ハットも含めた医療事故の発生原因の分析等を行うとともに、安全管理に関する研修を実施し、医療安全に関する情報の収集・共有化を図るなど、医療事故や自殺事故防止の取組を徹底する。	ア インシデント事例を院内で共有するとともに、原因分析を行い再発防止対策を策定する。さらに、全職員を対象とした医療安全対策研修の実施などにより、安全に対する意識の向上を図る。	①レベル3b事象は前年度から大きく減少したが、一方で誤薬事案が4件発生したため、内容に応じて当事者へ報告書の提出を依頼し、行動及び判断の振り返りを行った。 ②医療安全対策研修では、VOD（ビデオ・オン・デマンド）の活用により全職員に研修を受講させ、安全管理体制の強化を図った。
イ 病状により不穏・興奮状態にある患者に対応するため、全職員を対象としてCVPPP（包括的暴力防止プログラム）研修を実施し、習得を推進する。	イ 全職員を対象としたCVPPP（包括的暴力防止プログラム）研修を実施し、病院全体の対応力向上に努める。 また、CVPPPの院内インストラクターを活用し、計画的にトレーナーを養成するとともに、トレーナーを対象としたフォローアップ研修を実施し、スキルの維持・向上に努める。	③CVPPPインストラクターによる身体介入手技及び暴力ケア習得のための研修を全職員に受講させ、職員の対応力向上を図った。 ④CVPPPトレーナー養成研修を実施し、新たに4名がトレーナー資格を取得した。また、トレーナーを対象としたフォローアップ研修を実施し、スキルの更なる向上に努めた。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容		年度計画の記載内容	業務実績
(1) 医療安全対策の推進（小項目）			
ウ 医薬品、医療機器の管理に加えて、施設内の安全管理や暴力行為・診療妨害行為への対応策の強化など、患者及び職員の安全確保のための取組を徹底する。		ウ 衛生管理者及び医療安全委員会による定期的な職場巡視に加えて、産業医による職場巡視を実施し、安全確保に向けた取組を徹底する。 また、患者及びその家族等からの迷惑行為について、対応策の見直し検討を継続的に行う。	⑤患者及び職員の安全を確保するため、医療安全管理ラウンド及び衛生管理者の職場巡視を毎週実施し、危険箇所の修繕や衛生環境改善のための物品購入を行った。 ⑥患者及びその家族からの迷惑行為への対策として「地方独立行政法人栃木県立岡本台病院カスタマーハラスメント対策マニュアル」を策定した。
(2) 院内感染防止対策の強化（小項目）			
継続的な感染防止対策を行うための感染制御チームの設置や、感染管理認定看護師の育成により体制を強化し、専門家による助言・指導も踏まえながら院内感染のリスク評価及び改善策を実施するとともに、感染症に関する情報の共有化を図り、院内感染防止対策を徹底する。		感染制御チームが中心となり、引き続き院内感染防止対策を徹底する。 また、感染管理認定看護師を活用し、院内感染に関する知識・スキルの向上を図る。	①感染制御チームが中心となり、感染対策ラウンドの実施や入院患者の感染対応についての助言を行うなど、院内感染防止体制を強化した。
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】「感染管理認定看護師数」及び「CVPPP習得率」については、目標値を達成又は上回った。「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」については、年度計画の目標値を高く設定していることもあり、目標値を若干下回った。 【業務実績】「(1) 医療安全対策の推進」では、医療安全対策研修を全職員に受講させ、職員への意識付けを強化したほか、CVPPPトレーナー養成研修を実施し、新たにトレーナーを養成するなど、病院全体での医療事故の発生防止・対応力向上に努めた。また、患者及びその家族からの迷惑行為に対応するため、カスタマーハラスメント対策マニュアルを策定した。「(2) 院内感染防止対策の強化」では、感染制御チームが中心となって定期的に感染対策ラウンドを行うなど、院内の感染防止対策を強化した。 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と判断し、「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るため、「A」評価とした。	

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	患者満足度割合（％）	73.0	68.8	94.2%	75.0	iii
2	接遇・行動制限最小化研修参加率（％）	100.0	100.0	100.0%		iv
3	入院患者に対する薬剤管理指導実施件数（件）	1,100	1,114	101.3%		iv
4	栄養食事指導継続率（％）	98.0	97.0	99.0%		iii

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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)	R8(2026) 年度 実績値
71.7	67.1	64.7	68.8	
93.7	99.8	100.0	100.0	
21	692	1,125	1,114	
94.7	97.7	100.0	97.0	

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 患者の人権を尊重した医療の提供（小項目）		
ア 本人の非同意による治療や人権の制限につながる行動制限の最小化に向けた取組を強化し、法に準拠した適正な医療を徹底する。	ア 身体拘束の必要性及び解除指標の徹底を図るとともに、行動制限最小化委員会において身体拘束の妥当性を常に検証することにより、行動制限の最小化やVTE（静脈血栓塞栓症）の予防に努める。	①身体的拘束マニュアルにおける拘束開始時の報告書作成等の手順を徹底し、適正な行動制限の実施に努めた。 ②行動制限最小化委員会（毎月）及びVTE予防対策チーム会議（年2回）に加え、身体的拘束患者について1日2回の病棟カンファレンスを開催して妥当性を検討し、拘束の早期解除に努めた。
イ 患者の人権に配慮した患者中心の医療を提供するため、職員への医療倫理の教育や、接遇マナー向上のための研修を定期的に実施し、病院全体での取組を推進する。	イ 全職員を対象とした人権研修及び接遇マナー向上研修を実施する。	③人権研修及び接遇研修を実施し、全職員が受講した。 ④看護師2名を日本精神科看護協会公認の倫理研修講師として新たに養成し、院内の倫理カンファレンス等に活用した。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 患者及びその家族等への医療サービスの向上（小項目）		
ア 患者及びその家族等に対して必要な情報を分かりやすく丁寧に説明し、患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、インフォームド・コンセントを徹底する。	ア 患者及びその家族等に対して必要な情報を分かりやすく丁寧に説明し、患者が納得して治療を受けられるよう、インフォームド・コンセントの徹底を図る。	①患者及びその家族に対し、必要な情報について多職種が連携して丁寧に説明を行うとともに、m-E C TやL A I、クロザピンなどの治療を行う際にも十分な情報提供を行い、患者及びその家族が自らの判断で治療方針を決定できるよう支援を行った。
イ 精神障害者を抱える家族間の交流や、精神疾患に関する家族の理解促進を図るため、家族教室の機能を充実させるなど、患者の家族等に対する支援を強化する。	イ 患者の支援者に対する支援を拡充するため、これまでの家族教室を発展させ、「依存症まなびの広場」を開催する。 また、病態に応じた対応が必要となる統合失調症については、引き続き個別での疾病教育を実施するなど、患者の家族等に対する支援を強化する。	②従来のアルコール家族教室を、依存症全般を対象とした「依存症まなびの広場」として拡充し、対面及びオンラインによるハイブリッド形式で毎月1回実施した。【再掲】 ③統合失調症患者の家族に対し、病気への理解や患者との関わり方などについて、個別に疾病教育を実施した。
ウ 正確で迅速な臨床検査結果を提供するため、検査精度の維持向上を図り、診察時に検査結果の確認が可能で早期治療につながる診療前検査の実施を引き続き推進する。	ウ 外部の検査精度管理調査への参加や定期的な機器メンテナンスなどにより、検査精度の維持向上に努めるとともに、検査時間を短縮し、外来診療の待ち時間短縮を図る。	④内部精度管理に加えて外部精度管理調査にも参加し、良好な検査精度を維持するとともに、検査時間の短縮に努めた（患者検体の97.95%を40分以内に報告）。 ⑤放射線安全管理指針を厳守し、頭部C T被ばく線量の低減を図った。
エ 外来患者の利便性向上のため、院外処方を推進するとともに、患者が服薬の意味・意義を理解して積極的に治療に参加できるよう、院内服薬指導の充実を図る。	エ 患者が服薬の意味・意義を理解した上で治療を受けられるよう、医師と各病棟の担当薬剤師が連携し、服薬指導の充実を図る。	⑥薬物療法を効果的に実施するため、入院患者に対する服薬指導の充実を図り、目標値を上回る1,114件の薬剤管理指導を実施した。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
オ 外来患者の利便性向上と待ち時間の短縮を図るため、外来診療時間を延長するなど、根本的な改善策を実施・検討する。	オ 外来患者の利便性向上と待ち時間短縮を図るため、外来診療時間の見直しを行うとともに、電子カルテシステムの更新に併せた新たなシステムの導入について検討を行う。	⑦曜日や時間帯による患者数の偏りを改善するため、診療枠の見直しを行った。 ⑧医療情報システムの更新に向けて検討を開始した。
カ 継続的な栄養食事指導を実施し、その評価をフィードバックすることにより、患者の生活習慣病予防や規則正しい食生活習慣の定着、自己効力感（自己に対する信頼感や有能感）の向上など、自立した生活基盤の確保に向けた支援を行う。また、栄養面に配慮した安全で美味しい食事や行事食の提供により、入院患者の満足度向上を図る。	カ 患者の病状に配慮しながら継続的に栄養食事指導を行うことにより、食生活の安定や体重コントロールを支援する。 また、栄養面に配慮した安全で美味しい食事の提供に加え、多様なメニューを提供し、入院患者の満足度向上を図る。	⑨入院・外来患者延べ770人に対して栄養食事指導を行い、食生活だけでなく、生活習慣全体を見直すよう丁寧な支援を行った。 ⑩R7年度から患者給食を全面委託化するに当たり、費用面だけでなく患者満足度の向上にも重点を置いて受託業者を選定した結果、患者満足度の向上につながった。
キ 患者のニーズを把握しながら、可能な範囲での療養環境の整備や患者プライバシーへの配慮を検討し、アメニティの向上を図る。	キ 患者満足度調査等において、患者のニーズを把握し、療養環境の整備やアメニティの向上を図る。	⑪患者満足度調査における「当院を全般的に評価したときの満足度」は入院・外来とも改善したが、「外来患者の待ち時間についての満足度」が依然として低く、目標値には届かなかった。 ⑫患者からの意見や要望を院内で共有し、療養環境の改善を図った。
（3）精神医療に関する情報の発信（小項目）		
ア ホームページの内容充実、広報誌の定期的な発行などにより、当院が提供する医療サービスについて積極的な情報発信を行い、県民に信頼される開かれた病院づくりを推進する。	ア 病院ホームページやLINEの活用及び定期的な広報誌の発行により、当院が提供する医療サービスについて分かりやすくタイムリーな情報発信を行う。	①病院ホームページや広報誌「Okadai NEWS」の発行（年4回）により、各種情報を分かりやすく発信した。 ②公式LINEアカウントにおいて、医師の休診・代診情報等をタイムリーに配信した。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 医療観察法病棟の運営状況等について、地元住民や関係機関で構成される「地域連絡会議」を通じて情報提供や意見交換等を行い、医療観察法医療についての理解促進を図る。	イ 地域住民や関係機関で構成される「地域連絡会議」を開催し、医療観察法病棟の運営状況等に関する情報提供や意見交換等を行い、医療観察法医療に対する理解促進を図る。	③「地域連絡会議」を開催して医療観察法病棟の運営状況等についての情報提供・意見交換を行い、地域住民や関係機関等の医療観察法医療に対する理解促進を図った。
ウ 広報業務全体をマネジメントする広聴広報委員会を定期的に開催し、効果的な広報のあり方について検討する。	ウ 広聴広報委員会において、効果的な広報の手法について検討する。	④広聴広報委員会を開催し、翌年度の広報計画を検討するとともに、病院ホームページへのアクセス状況等の分析を行った。

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
・ 該当なし	—

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	【指標】「患者満足度割合」及び「栄養食事指導継続率」が目標値を下回った一方、「接遇・行動制限最小化研修参加率」及び「入院患者に対する薬剤管理指導実施件数」は目標値を達成又は上回った。 【業務実績】「(1) 患者の人権を尊重した医療の提供」では、病棟カンファレンスや行動制限最小化委員会等を開催して身体的拘束の早期解除を図ったほか、日本精神科看護協会公認の倫理研修講師（看護師）を養成するなど、患者の人権に配慮した医療の提供に努めた。「(2) 患者及びその家族等への医療サービスの向上」では、患者を円滑に受け入れられるよう外来診察枠の見直しを行ったほか、「依存症まなびの広場」の開催や入院患者への服薬指導・栄養食事指導の充実等の取組により、患者サービスの向上を図った。「(3) 精神医療に関する情報の発信」では、ホームページや広報誌に加えて、公式LINEアカウントにより随時配信を行うなど、効果的な情報発信に努めた。 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と判断し、「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るため、「A」評価とした。

4 人材の確保と育成（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	感染管理認定看護師数（人） 【再掲】	1	1	100.0%	1	iv
2	職員満足度割合（％）	68.0	67.9	99.9%	60.0	iii
3	定年退職者を除く中途離職率 （％）	2.0	2.1	95.0%		iii

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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)	R8(2026) 年度 実績値
0	0	1	1	
53.6	60.9	65.4	67.9	
2.1	0.0	4.5	2.1	

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 優れた医療従事者等の確保（小項目）		
ア 精神科専門研修基幹施設として専攻医の受入れを行い、連携施設と更なる連携強化を図ることにより、安定した医師確保を推進する。	ア 精神科専門研修基幹施設として魅力あるプログラム及び研修内容を提供し、ホームページ等で公開することにより、専攻医の確保につなげる。 また、連携施設との関係強化や、就職ガイダンスにおいて当院の特色を積極的に広報することにより、医師の確保に努める。	①当院独自のプログラム作成に加え、大学病院等との連携により、精神科専門研修基幹施設として、専攻医3名を採用した。 ②合同説明会に参加し、医局員自らが当院の特色を積極的にPRすることで医師の確保に努めた。
イ 看護師及びその他コメディカルの定期的、計画的な採用を実施するとともに、医療系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柔軟な人員確保、配置に努める。	イ 業務量に応じた柔軟な人員確保・配置を図るため、定期採用に加え随時採用を行い、志の高い看護師及びその他コメディカルの確保に努める。 また、就職ガイダンスへの参加や、ホームページ等での情報発信のほか、随時病院見学会を開催するなど、幅広い採用活動を展開する。	③看護師合同説明会への参加や看護師養成校への訪問、病院見学会の開催、求人サイトの活用など職員の確保に向けた活動を幅広く展開し、看護師7名を採用したほか、看護師3名の随時採用を行った。
ウ 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事務職員の計画的な確保、配置に努める。	ウ 研修等への参加を通して病院経営や医療事務等に精通した事務職員の育成に努める。	④求人サイトを活用し、即戦力となる病院勤務経験者1名を採用した。

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))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）		
ア 精神科専門研修基幹施設として、研修指導室を中心に専攻医の研修体制の充実に努めるとともに、精神保健指定医の資格取得の支援など、若手医師にとって魅力ある研修環境を整備する。	ア 精神保健指定医や精神科専門医の資格取得に向けて、研修指導室を中心とした研修体制の充実に努めるなど、若手医師にとって魅力ある研修環境を整備する。	①精神保健指定医や精神科専門医の資格取得に向け、若手医師のレポート作成等を積極的に支援した。 ②新たに2名が指定医の資格を、1名が専門医の資格を取得した。
イ クリニカルラダー（臨床看護実践能力習熟度段階研修）を活用した院内での体系的な基礎研修を充実させるとともに、認定看護師等の育成のための支援や、病院全体で専門資格を活用できる取組を推進し、看護師のモチベーション向上及びスキルアップを図る。	イ 看護部教育計画に基づき院内研修を実施するとともに、再構築したクリニカルラダーの運用を開始するなど、教育体制の充実に努める。 また、認定看護師業務基準に基づき、認定看護師を効果的に活用することで、看護師のモチベーション向上及びスキルアップを図る。	③看護師の質や実践能力の向上を図るため、新たなクリニカルラダーの運用を開始し、評価者となる師長への研修を実施したほか、運用の振り返りによりブラッシュアップを図った。 ④認定看護師業務基準の運用を開始し、認定看護師が積極的に活動した。
ウ 実効性のある院内研修プログラムの充実を図るとともに、各種認定資格の取得や院外専門研修、学会等への参加を奨励、支援することにより、計画的な研修受講や専門資格の取得を推進する。	ウ 各種認定資格の取得や専門知識の習得及びスキルアップのため、意欲ある職員の学会や院外研修会への参加を計画的に進める。	⑤依存症医療の充実のため、医師2名がアルコール依存症に関する研修を、医師2名がギャンブル依存症に関する研修を受講するなど、各種学会や研修会に計画的に参加した。 ⑥認定看護管理者の育成のため、看護師4名が看護管理者教育課程（セカンドレベル1名・ファーストレベル3名）を修了するとともに、看護師1名が臨床実習指導者資格を取得するなど、資格取得に向けて計画的に取り組んだ。
エ 院内における伝達研修（外部機関等が行う研修会に参加した職員が、学んだ知識や技術を他の職員に発表・伝達する研修）や勉強会などの取組を強化し、職員全体のスキルアップを図る。	エ 職員全体のスキルアップを図るため、eラーニングやWEB研修等も活用し、参加できる機会の拡充に努める。また、院内における伝達研修や勉強会などの取組を強化する。	⑦接遇研修や看護職員のレベル別研修において、eラーニングを活用し、対象者全員が研修を受講できるよう努めた。 ⑧業務分担や勤務割振りを工夫し、各種研修に参加しやすい環境を整えた。

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))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）		
職員の仕事の成果や能力について適正に評価を行うことにより職員のモチベーション向上を図り、ひいては職員の能力開発や育成につながる公正で透明性の高い人事管理制度を構築する。	職員のモチベーション向上や職員の能力開発・育成につながる法人独自の人事管理制度の導入に向けて、先進事例等を参考にしながら検討を進める。	①独法化4年目であり、県からの派遣職員が多く在籍していることから、引き続き県準拠の人事管理制度を活用した。 ②先行して独法化した病院の人事管理制度について情報収集を行い、検討を進めた。
(4) 働きやすい職場環境づくり（小項目）		
ア 休暇取得目標の設定や育児・介護等に係る休暇の取得支援など、目標を具体化してワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を推進するとともに、業務の状況に応じて柔軟に職員を配置することにより業務の負担を軽減し、職員が心身ともに健康で働き続けられる職場環境づくりに努める。	ア 休暇取得目標の設定や育児・介護等に係る休暇の取得支援など、目標を設定し、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を推進する。 また、業務の状況に応じて柔軟に職員を配置するなど、職員が心身ともに健康で働き続けられる職場環境づくりに努める。	①各職域における有給休暇の平均取得率について、60%以上とした目標値を達成した(68.5%)。 ②育休法改正に伴い、柔軟な働き方を実現するための措置を講じるとともに、対象者への制度周知及び意向確認を行った。また、子育て応援ハンドブックを活用した子育て支援制度の説明を実施した。 ③業務の状況を考慮し、年度途中でも必要に応じて適宜職員を採用することにより職員の業務負担軽減を図った。 ④患者数増加に伴う看護師の業務負担増を軽減するため、病棟・外来クラークの配置を行った。
イ 働き方改革に対応した医師や看護師等の勤務体制の見直しを行う。	イ 看護師の2交代制勤務の拡充など、働き方改革に対応した勤務体制の見直しについて検討を行う。	⑤看護師2交代勤務の拡充に向けて、人員確保や時期について検討を進めた。
ウ 職場の執務環境を悪化させ、円滑な職務遂行を阻害するハラスメント行為の発生を防止するため、研修の実施により職員への周知徹底を図るとともに、相談窓口の設置や相談への適切な対応等により、ハラスメントのない職場環境づくりに努める。	ウ 各種ハラスメントを防止するため、全職員を対象とした研修を実施するとともに、引き続き各職域にハラスメント相談員を配置し、相談体制の充実を図るなど、ハラスメントのない職場環境づくりに努める。	⑥ハラスメント研修を実施し、全職員に受講させた。 ⑦「ハラスメント等相談ホットライン」を運営（誰もが相談しやすいよう、計9名の相談窓口を設置）するなど、ハラスメントの未然防止及び早期発見に努めた。

4 人材の確保と育成（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】「感染管理認定看護師数」については目標値を達成したが、「職員満足度割合」及び「定年退職者を除く中途離職率」は目標値を若干下回った。 【業務実績】「(1) 優れた医療従事者等の確保」では、大学病院等と連携し専攻医を養成したほか、職員の計画的な採用に向け幅広く活動を展開した。「(2) 研修体制の強化」では、精神保健指定医や精神科専門医の資格取得を支援したほか、看護部において新たなクリニカルラダー及び認定看護師業務基準の運用を開始し、看護師のモチベーション向上及びスキルアップを図った。「(3) 人事管理制度の構築」では、当院独自の人事管理制度の構築に向け、先行して独法化した病院の人事管理制度の情報収集を行い、検討を進めた。「(4) 働きやすい職場環境づくり」では、休暇の取得を推進するとともに、年度途中での柔軟な職員採用により職員の業務負担軽減に努めた。 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と判断し、「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るため、「A」評価とした。

5 地域連携の推進（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	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	自病院退院後再入院率（3か月） （％）【再掲】	10.0	14.9	51.0%	10.0	i
2	3か月以内退院率（％）【再掲】	88.0	86.2	98.0%	88.0	iii
3	措置入院患者ケア会議開催率 （％）【再掲】	90.0	90.7	100.8%	87.0	iv
4	紹介率（％）	65.0	70.5	108.5%		iv
5	逆紹介率（％）	50.0	37.8	75.6%		i
6	入院及び診察要請に対する受入れ 率（％）	85.0	83.6	98.4%		iii
7	自宅退院や施設入所（GH等）に 結びついた作業療法終了者の割合 （％）	75.0	76.6	102.1%		iv
8	入院期間5年以上の患者数（人）	9	8	111.1%		v
9	在宅復帰率（％）	90.0	89.8	99.8%		iii

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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)	R8(2026) 年度 実績値
11.4	10.5	9.9	14.9	
86.6	84.4	91.1	86.2	
83.0	91.3	88.2	90.7	
52.0	59.4	65.5	70.5	
44.1	43.2	38.5	37.8	
53.3	78.0	84.9	83.6	
70.3	74.1	80.6	76.6	
16	12	10	8	
83.7	89.7	91.2	89.8	

※ 中期計画指標のみ記載

5 地域連携の推進（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))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）		
ア 精神科救急医療において課題となっている身体合併症患者への対応について、精神科有床総合病院との連携を更に拡充し、緊急時の受診、入院先の確保を図るとともに、県全体の身体合併症患者に対する救急医療の早期体制整備に協力する。	ア 身体合併症患者について、精神科救急情報センターから精神疾患合併症観察基準に基づく診察要請があった場合には、積極的に受け入れる。 なお、受入れ後の対応困難事例については、事例を各職域で共有し、事後検証会等において関係機関との相互理解を深める。	①県の精神疾患合併症観察基準に基づき救急隊により搬送された患者は全て受け入れた。 ②県が主催する精神科救急の受入体制に関する研修会に医師が講師として参加した。また、精神科救急医療体制についての相互理解を深めるため、救急告示医療機関、救急隊及び警察が参加する事後検証会で、精神科救急に関する説明を行った。
イ 緊急措置診察において措置不要と診断される事例を削減するため、保健所等関係機関との連携を強化し、措置診察の要否判断に係る調査能力向上に協力する。	イ 不要な緊急措置診察や搬送を削減するため、緊急措置業務を担う精神保健福祉センターへの技術支援や連携強化を通して、同センターの診察の要否判断に係る調査能力の向上に協力する。	③緊急措置入院不要と診断される事例の削減を図るため、精神科救急情報センターとの連携を図り、休日や平日夜間の救急症例で生じた問題点を適宜情報共有し、相互に医療の質の向上を図った。
ウ 地域の医療機関との連携を強化し、アルコール依存症患者の紹介率を上げる取組を推進するなど、患者の状態に合わせた適時適切な医療サービスを提供し、患者が地域で適切な医療を受けられるよう努める。	ウ 地域の医療従事者を対象とした依存症に関する研修会等において、当院の取組を情報発信することにより、紹介率の向上を図る。 一方、安定している患者がより身近な地域で適切な医療を受けられるよう、地域の医療機関への紹介を推進していく。	④依存症治療拠点機関として当院の取組を情報発信することにより、地域の医療機関から当院への依存症患者の紹介受診を促進した。 ⑤訪問看護ステーションや地域包括支援センターと連携し、患者の地域医療機関への紹介にも取り組んだが、調整が難航するケースも多く、逆紹介率は目標値を下回った。
エ 依存症患者の治療効果の向上を図るため、断酒会やAA（アルコールクス・アノニマス）等の自助グループやDARC（ダルク）等の専門機関との連携強化を図る。	エ 依存症患者の治療効果の向上を図るため、断酒会やAA（アルコールクス・アノニマス）等の自助グループやDARC（ダルク）等の専門機関との連携強化を図る。	⑥断酒会やAA、DARCに適宜ミーティングや患者に対するメッセージ活動を依頼し、入院患者の退院後の支援につながるよう連携を図った。

5 地域連携の推進（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 入院患者の地域移行・定着の促進（小項目）		
ア 入院早期から患者の能力や特性に応じた多様なリハビリテーションを実施し、退院に向けて地域の支援機関への橋渡しを行うとともに、退院後はデイケアで自己の病氣理解を深め、生活上必要な様々な対処法を習得するためのリハビリテーションを継続することにより、再発防止と地域生活定着を促進する。	ア 作業療法士がチーム医療に参画し、入院早期から患者の能力や特性に応じた多様なリハビリテーションを実施する。 また、退院後の地域生活定着と再発防止を支援するため、デイケアへの移行を推進する。	①措置入院患者や急性期患者に対し、入院早期から作業療法を実施するよう努めたが、実施件数は前年度を下回った。 ②退院予定の入院患者に対し、退院後のデイケア利用につながるよう案内するとともに、医師と協働して外来患者の利用を促進するなど、患者の地域生活定着を積極的に支援した（デイケア延べ利用者数：R7 5,232人、R6 4,405人）。
イ 多職種が連携して入院患者の外出支援、退院前訪問、ケア会議等を行い、早期退院促進に取り組むとともに、地域生活支援を行う事業者との連携を強化し、患者の退院後の生活支援体制づくりに協力することにより、患者の地域移行・定着を促進する。	イ 多職種が連携して入院患者の外出支援、退院前訪問、ケア会議等を行い、早期退院促進に取り組むとともに、地域生活支援を行う事業者と連携して患者の退院後の生活をサポートすることにより、患者の地域移行・定着を支援する。 また、長期入院患者について定期的に支援方針の検討・見直しを行い、退院支援につなげる。	③患者の円滑な退院促進のため、早期から多職種で介入し、積極的に外出支援や退院前訪問を実施した。 ④市町の地域移行・地域生活支援事業を活用し、関係機関と連携して患者の退院後の環境調整を行ったほか、退院後のサポートが必要な患者に対して、ケア会議やケース会議を開催した。 ⑤全病棟での多職種によるカンファレンスや、長期入院患者に対する退院支援委員会を開催することにより、退院支援につなげた。【再掲】
ウ 指定通院患者や措置入院退院後支援対象者に対する多職種アウトリーチ導入について研究を行い、収益性を確保しながら求められるサービスが提供できるよう検討を行う。	ウ アウトリーチ事業を実施する精神保健福祉センターと意見交換を行うなど、当院のアウトリーチのあり方について検討を行う。	⑥指定通院患者について看護師や精神保健福祉士、作業療法士が訪問看護を行い、その情報を医師と共有して治療に活用することにより、多職種アウトリーチに準じた支援体制を構築している。
エ 院内での退院支援等におけるピアサポーター（患者と同じ体験を持つ相談員）の活用方法を検討する。	エ 他医療機関におけるピアサポーター（患者と同じ体験を持つ相談員）の養成・活用状況について情報収集を行い、活用方法を検討する。	⑦入院期間が短縮傾向であり、退院支援等に携わるピアサポーターの導入は困難であることから、デイケアでの就労移行支援事業所利用者の体験談を聞くプログラムの実施なども含めてピアサポーターの活用方法を模索した。

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	B	評価 理由	【指標】「措置入院患者ケア会議開催率」、「紹介率」、「自宅退院や施設入所（GH等）に結びついた作業療法終了者の割合」及び「入院期間5年以上の患者数」については目標値を上回った一方、「自病院退院後再入院率（3か月）」、「3か月以内退院率」、「逆紹介率」、「入院及び診察要請に対する受入れ率」及び「在宅復帰率」については目標値を下回り、半分以上の指標で目標を達成できなかった。 【業務実績】「(1) 地域の医療機関等との連携強化」では、精神疾患合併症観察基準に基づき救急隊により搬送された患者を全て受け入れた。また、依存症治療拠点機関として積極的に情報発信を行うことにより、地域の医療機関から当院への依存症患者の紹介受診を促進した。「(2) 入院患者の地域移行・定着の促進」では、多職種で連携して入院早期からのリハビリテーション実施及び退院後のデイケア移行を推進するとともに、地域生活支援を行う事業者との連携も強化し、退院後の地域生活定着及び再発防止に努めた。 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いると判断し、「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、計画をやや下回っていると判断したため、「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。

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（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	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	自病院退院後再入院率（3か月） （％）【再掲】	10.0	14.9	51.0%	10.0	i
2	3か月以内退院率（％）【再掲】	88.0	86.2	98.0%	88.0	iii
3	措置入院患者ケア会議開催率 （％）【再掲】	90.0	90.7	100.8%	87.0	iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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)	R8(2026) 年度 実績値
11.4	10.5	9.9	14.9	
86.6	84.4	91.1	86.2	
83.0	91.3	88.2	90.7	

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 地域精神保健福祉活動への協力（小項目）		
県や市町、関係機関等が実施するケア会議や、県民への精神疾患や精神障害者に対する正しい理解を普及・啓発する活動、保健所が主体となり実施する措置入院患者への退院後支援などの地域精神保健福祉活動に協力するとともに、地域の関係者と積極的に協働し、精神障害者の地域生活を支えていく。	措置入院患者について、保健所による退院後支援へスムーズに移行できるよう、確実にケア会議を開催する。 また、保健所が開催する事例検討会に参加するなど、地域精神保健福祉活動に協力する。	①身体疾患の悪化により急遽転院となった患者等を除き、原則全ての措置入院患者に対して、保健所と協力し退院後支援計画に関する説明の場を設けるとともに、多職種による退院時ケア会議を開催し、退院後のスムーズな地域移行を図った。 ②精神保健福祉センターが主催する精神保健福祉業務検討会に職員を派遣するなど、地域精神保健福祉活動に協力した。

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 地域の医療従事者育成への支援（小項目）		
協力型臨床研修病院としての研修医、精神科専門研修基幹施設としての専攻医や医療従事者養成機関の学生等について積極的な受入れを行い、充実した研修体制を整備して教育機能を発揮するとともに、看護師養成機関や地域の医療従事者を対象とした研修会への講師派遣依頼にも積極的に応じ、県内の精神医療の人材育成に貢献する。 また、他の医療機関における依存症治療のスキルアップを支援するため、精神保健福祉センターと連携して医療従事者向けの研修会を開催する。	協力型臨床研修病院としての研修医や精神科専門研修基幹施設としての専攻医、医療従事者養成機関の学生、精神科認定看護師教育課程の実習生等について積極的な受入れを行う。 また、看護師養成機関や地域の医療従事者を対象とした研修会の講師派遣依頼にも積極的に応じ、精神科認定看護師やCVP P Pインストラクター等の高いスキルを持つ職員を講師として派遣する。 精神保健福祉センターと情報共有を行いながら、医療機関を対象とした依存症に関する研修会を開催し、地域における依存症の医療提供体制の整備に協力する。	①精神科専門研修基幹施設及び連携施設として専攻医10名を受け入れた。 ②大学から学外実習生14名を受け入れた。 ③県内外の医療スタッフ養成機関から実習生151名を受け入れた。 ④看護師養成機関や児童相談所に対し、職員を講師として派遣した。 ⑤アルコール・薬物・ギャンブル等の各種依存症について、医療機関等を対象に医療従事者研修会を開催し、地域の医療従事者の依存症への理解促進を図った。【再掲】
(3) 行政その他関係機関等への助言・支援（小項目）		
行政機関が主催する研修会の講師、特別支援学校や県有施設の嘱託医として職員を派遣するとともに、薬物再乱用防止など国や県が実施する取組において専門的立場から助言・指導や支援を行い、県内の精神医療水準の向上に貢献する。 また、県が運営する精神科救急情報センターへの技術的助言等を行うなど、県の精神科救急医療の適正かつ円滑な運用に貢献する。	行政機関が主催する研修会の講師や各種委員会・審査会の委員、県有施設等の嘱託医として職員を派遣し、専門的立場から助言・指導や支援を行う。 また、県が運営する精神科救急情報センターへの技術的助言等を行うなど、県の精神科救急医療の円滑な運用に貢献する。	①各種委員会・審査会等の委員及び児童相談所等県有施設の嘱託医として職員を派遣し、専門的立場から助言・支援を行った。 ②中央児童相談所にCVP P P講師を派遣した。【再掲】 ③精神科救急情報センターの精神医療救急調整員（相談員）に対し医学的助言を行った（74件）。

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（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】「措置入院患者ケア会議開催率」については目標値を上回ったが、「自病院退院後再入院率（3か月）」及び「3か月以内退院率」については目標値を下回った。 【業務実績】「(1) 地域精神保健福祉活動への協力」では、当院で受け入れた措置入院患者に対し、保健所による退院後支援へのスムーズな移行を図るため、多職種によるケア会議を開催した。「(2) 地域の医療従事者育成への支援」では、精神科専門研修基幹施設及び連携施設としての専攻医や、医療従事者養成機関の学生等を積極的に受け入れたほか、依存症治療拠点機関として医療従事者研修会を開催し、県内の依存症医療提供体制の整備に協力した。「(3) 行政その他関係機関等への助言・支援」では、各種委員会・審査会等の委員や県有施設の嘱託医として職員を派遣するとともに、精神科救急情報センターに対する医学的助言を行うなど、県の精神科救急医療の運用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と判断し、「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るため、「A」評価とした。

7 災害等への対応（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	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	D P A T先遣隊（日本D P A T） チーム数（チーム）	3	4	133.3%	3	v

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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)	R8(2026) 年度 実績値
3	3	3	4	

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 災害等への対策の強化（小項目）		
大規模災害や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などに患者の安全を確保するため、医薬品や食品等の適正な備蓄や訓練・研修を実施するとともに、職員の安全も確保しながら病院機能を維持できるよう、感染症対策を含めた実効性のあるBCP（事業継続計画）を策定し、災害対策を強化する。 また、災害等発生時においても県内の精神医療提供体制が維持できるよう、災害拠点精神科病院の指定に向けた体制整備を検討する。 (経営強化プラン補足版(R6(2024)～R8(2026))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。	大規模災害や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などに患者の安全を確保し、病院機能の維持・早期復旧が可能となるよう、BCP（事業継続計画）に基づく教育・訓練の実施や医薬品等の備蓄、その他災害発生時に備えた対策を推進する。 また、災害等発生時においても県内の精神医療提供体制が維持できるよう、災害拠点精神科病院の指定に向けた検討を進める。	①令和6(2024)年4月に策定したBCP（事業継続計画）に基づき、医薬品や備蓄食料の確保・点検及び更新を行った。 ②災害対策委員会を開催し、事業継続上の課題と実施すべき事前対策の進捗状況を確認するとともに、災害発生時に備えて地震時アクションカードを作成・配付した。 ③サイバー攻撃を想定したBCP（事業継続計画）を策定した。 ④火災を想定した消防訓練を年2回実施した。 ⑤災害拠点精神科病院の指定について、県と協働し施設要件を充足するための検討を行った。 ⑥感染制御チームを中心として感染症感染拡大時等に備え、院内感染防止体制の強化を図った。【再掲】

7 災害等への対応（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 災害等発生時における支援等（小項目）		
県からの要請に基づきDPA T（災害派遣精神医療チーム）や職員を派遣するなど、災害等発生時の支援活動に積極的に取り組むとともに、DPA T先遣隊員を計画的に養成し、平時での訓練・研修を実施することにより体制を強化する。 また、県のDPA T隊員養成研修に講師を派遣し、人材育成にも貢献する。 （経営強化プラン補足版(R6(2024)～R8(2026))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＞ 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。	災害等発生時における県からの支援要請に迅速に対応し、DPA T（災害派遣精神医療チーム）や職員を派遣するなど、支援活動に積極的に取り組む。 DPA Tが常時3チーム編成できるよう、計画的に先遣隊員を養成するとともに、院内でDPA T研修を定期的を開催して隊員の技能維持を図る。 また、県のDPA T隊員養成研修に講師を派遣するなど、人材育成にも協力する。 新興感染症の感染拡大時等には、医療従事者の派遣のほか、感染症が軽症の精神疾患を有する患者の受入れ等、県の要請に基づき必要な対応を積極的に行う。	①職員4名が日本DPA T隊員技能維持研修を、1名が日本DPA T研修を受講し、常時3チーム編成が可能な体制を維持した（R7隊員数：医師4名、看護師7名、業務調整員4名）。 ②DPA T隊員の技能維持を図るため、院内において独自に研修会を開催した。 ③県主催のDPA T隊員養成研修に職員を派遣したほか、県保健医療福祉活動訓練に業務調整員1名が参加した。

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】「DPA T先遣隊（日本DPA T）チーム数」については、目標値を上回った。 【業務実績】「(1) 災害等への対策の強化」では、BCP（事業継続計画）に基づき、災害発生時に備え医薬品や備蓄食糧の確認・点検を実施したほか、災害対策委員会を開催し、事業継続上の課題等の共有を行った。併せて、サイバー攻撃を想定したBCP（事業継続計画）を策定し、災害対策を強化した。「(2) 災害等発生時における支援等」では、DPA Tが常時3チーム編成できる体制を維持するとともに、院内における研修会の実施や県主催のDPA T隊員養成研修等への職員派遣を行った。 ・ 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と判断し、「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るため、「A」評価とした。

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）

1 業務運営体制の確立（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
（1）効率的で透明性の高い病院運営（小項目）		
ア 多様化する医療ニーズに対応した外来・病棟機能の見直しや、適正な病床数及び人員配置の検討を行うため、医療環境の変化に応じて迅速な意思決定が行える組織体制を整備するとともに、多職種が連携した機能別内部組織の編成や各種委員会活動の活性化により、質の高い医療をより効率的に提供することを目指す。	ア 医療環境の変化に的確に対応するため、多職種が連携して新たな診療報酬の算定や外来・病棟機能の見直しなど、戦略的かつ迅速な業務運営を行う。	①医局や看護部からのベッドコントロールや看護配置の相談に対し、医事課が適宜助言を行うなど、多職種が連携して適切な診療報酬の算定に努めた。 ②増加する外来患者を適切に受け入れられるよう、外来診察枠の見直しを行った。【再掲】 ③保険診療委員会において、診療報酬の査定内容を検証し、関係する職域と改善策を共有した。
イ 病院の運営状況等についてホームページや広報誌等を活用して積極的に情報発信を行い、透明性の高い病院運営に努める。	イ 当院の特色や運営状況等についてホームページや広報誌等を活用して積極的に情報発信を行い、透明性の高い病院運営に努める。	④病院ホームページや広報誌「Okadai NEWS」の発行（年4回）により、当院の医療についての情報を分かりやすく発信した。【再掲】 ⑤併せて、公式LINEアカウントにより医師の休診・代診情報等をタイムリーに配信した。【再掲】 ⑥中期計画や年度計画、財務諸表等の病院運営に係る情報をホームページに掲載し、透明性の向上に努めた。
ウ オンライン受付や診察状況が確認できるシステムなど患者の利便性向上につながるサービスの導入や、ICT（情報通信技術）の活用による業務の効率化、テレワークの推進など、効率的な医療提供体制の整備を検討する。 （経営強化プラン補足版(R6(2024)～R8(2026))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。	ウ 医療事務の効率化や患者の利便性向上を図るため、マイナンバーカードの健康保険証利用を推進するとともに、オンライン受付等の導入について検討を行う。	⑦ホームページへの掲載や窓口での呼びかけにより、マイナンバーカードの健康保険証利用を促進した（R8(2026)年2月時点での利用率：72%）。 ⑧医療情報システムの更新に当たり、診察順番表示や再来受付機、POSレジ等の導入について本格的な検討を開始した。【再掲】

1 業務運営体制の確立（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 経営参画意識の向上（小項目）		
職員一人一人が病院経営についての意識を高く持ち、どのように病院経営に貢献していくかを常に考えながら自らの業務を行えるよう、経営戦略会議において定期的に経営分析を行い、その結果を分かりやすく職員へ周知する。 また、患者や県民の視点に立ったサービスの向上、業務改善、経営の効率化、収益の確保及び費用の削減等に関する職員からの提案を広く吸い上げる仕組みを制度化し、ボトムアップ方式による経営改革を推進する。	職員全員が病院運営に対する責任感や使命感を持って積極的に参画できるよう、院内会議等において、定期的に経営状況等を分かりやすく周知するとともに、中期計画等に掲げた目標の達成状況を全職員の業績評価に反映させることにより、経営参画意識の向上を図る。	①「経営改善・職域連携会議」等を通じ、職員に対して経営状況や課題等を分かりやすく且つ継続的に発信した。 ②毎日の入院患者数や病床稼働率を、病棟別に見える化して周知するとともに、管理職による全職員への業績評価面談を実施し、経営参画意識の醸成を図った。

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
・ 該当なし	—

法人の自己評価	A	評価理由	適切な診療報酬の算定に努めるとともに、増加する外来患者を可能な限り受け入れられるよう外来診察枠の見直しを行い、効率的な病院運営に努めた。また、経営改善・職域連携会議において経営状況を共有するだけでなく、毎日の入院患者数や病床稼働率を分かりやすく全職員へ周知することで、職員の経営参画意識をさらに高めるなど、計画どおり実施することができたと判断し、「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るため、「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

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	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	病床利用率（％）	55.8	57.3	102.7%	58.8	iv
2	入院単価（円）	25,300	26,236	103.7%	21,200	iv
3	外来単価（円）	8,300	8,487	102.3%	13,000	iv
4	精神科救急急性期医療入院料算定率（％）	80.0	60.1	75.1%		i
5	延べ外来患者数（人）	35,000	37,747	107.8%		iv
6	入院患者に対する薬剤管理指導実施件数（件）【再掲】	1,100	1,114	101.3%		iv
7	デイケア参加率（％）	42.0	44.0	104.8%		iv
8	診療材料費対医業収益比率（％）	1.50	1.18	121.3%		v

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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)	R8(2026) 年度 実績値
47.5	53.0	55.2	57.3	
24,973	24,680	25,654	26,236	
13,000	9,183	8,220	8,487	
62.5	73.0	74.4	60.1	
31,660	32,943	35,644	37,747	
21	692	1,125	1,114	
26.8	27.1	36.7	44.0	
1.46	1.11	1.26	1.18	

※ 中期計画指標のみ記載

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 収入の確保対策（小項目）		
ア ベッドコントロール会議等の実施により病棟間の連携を強化するとともに、患者のプライバシー確保に配慮しながら多床室の有効活用に努め、効率的な病床管理を行う。	ア 病棟・外来間及び病棟間の連携を強化し適切なベッドコントロールを行うことにより、必要とされる医療を退院時まで継続して提供する。	①特定入院料の算定にも留意しながら、病棟間の連携によりベッドコントロールを行うことで、病床利用率の改善とともに、入院単価の向上にも取り組んだ。
イ 措置入院患者に加えて急性期患者の入院要請にも24時間体制で応じられる体制を整備するとともに、診療時間の延長や専門外来の設置など外来診療体制も強化し、病院全体の機動力を高めて収益の確保につなげる。	イ 日中、夜間における他機関からの急性期患者の入院要請に積極的に応じる。 また、診療時間の見直しや認知行動療法外来等の専門外来の設置により、外来診療体制を強化する。	②日中に他機関からの入院要請があった際には、速やかにベッドコントロールを行い、積極的に要請に応じた。 ③年末年始の長期休暇には、病床利用率を維持しつつ救急患者の入院にも確実に対応できるよう、計画的に空床を確保した。 ④曜日や時間帯による患者数の偏りを改善し、受診を希望する患者を可能な限り受け入れられるよう、外来診察枠の見直しを行った。 【再掲】 ⑤アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、クロザピン等の専門外来に加えて、認知行動療法外来を本格的に開始するなど、外来診療体制を強化した。【再掲】
ウ 医業収益改善ワーキンググループが中心となり、施設基準該当等に係る適時適切な確認を行うとともに、診療報酬の改定等に迅速に対応し、新たな診療報酬加算の取得に努めるなど、質の高い医療の提供に対して認められた診療報酬を漏れなく請求することにより、診療単価の引き上げを図る。	ウ 新たな診療報酬の取得に積極的に取り組むとともに、診療報酬の査定・返戻内容を分析し、関係職域にフィードバックすることにより、減額・返戻の削減に努める。 また、診療単価の維持・向上を図るため、単価を適時把握できるよう努める。	⑥看護配置やベッドコントロールなどに対し、医事課で適宜助言を行い、減収にならないよう努めた。【再掲】 ⑦保険診療委員会において、診療報酬の査定内容を検証し、関係する職域に改善策を共有した。【再掲】 ⑧入院患者をリスト化しデータ管理を簡素化することで、患者単価への影響が大きい在院日数の把握に努めた。
エ 患者の経済状況に応じて必要な公的扶助制度等を活用できるよう、早い段階から支援することにより未収金の発生を防止するとともに、発生してしまった未収金については、病院全体で未納者情報の一元管理を行って早期回収を図り、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て回収の徹底を図る。	エ 患者の経済状況等に応じ、多職種が連携して早期から介入・支援することにより未収金の発生を防止するとともに、病院全体で未納者情報の一元管理を行うなどにより、未収金の早期回収を図る。 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するだけでなく、必要に応じて法的措置を講じる。	⑨患者の家族構成や経済状況を踏まえ、公的扶助制度の活用などを助言・支援した。 ⑩対象者の臨戸訪問や住民票取得等を行い、連絡先不明の債権者からの未収金回収に繋げた。 ⑪職種間で連携を密にし、未収金の発生・増加防止に努めるとともに、弁護士法人への未収金回収業務の委託や、長期にわたる債権に係る法的措置などにより、早期回収に努めた。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 費用の削減対策（小項目）		
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とともに、医薬品、診療材料、消耗品について適正な在庫管理に努め、費用対効果を意識した業務改善に取り組むことにより費用の抑制や削減を行う。	ア 院内会議において、経営状況や病院運営上の課題を共有することにより、職員に対してコスト削減意識の向上に努める。 物価高の中でも安定的に病院運営を継続するため、医薬品や診療材料、消耗品等の在庫管理の徹底や調達方法の見直しに取り組むなど、費用の抑制に努める。	①毎月の「経営改善・職域連携会議」において月次決算及び決算見込みを示し、経営状況や課題を共有することで、職員のコスト意識の醸成に努めた。 ②医薬品の発注点の見直しや後発薬への切り替えを行うとともに、物価高騰が続く現状を考慮し、長期保存可能な診療材料等の前倒し購入を行うなど、費用の抑制に努めた。 ③若手プロパー職員の採用により職員の年齢構成の適正化を図った。
イ 働き方改革を推進していく中で、業務の効率化などに対する職員の意識啓発に努め、病院全体で組織や業務の見直しなどを行うことにより、時間外勤務の縮減を図る。	イ 働き方改革を推進していく中で、業務の効率化などに対する職員の意識啓発に努め、病院全体で組織や業務の見直しなどを行うことにより、時間外勤務の縮減を図る。	④働き方改革の推進及びワーク・ライフ・バランスの充実に努めるため、定期的に業務の効率化（見直し）や年休の取得、定時帰宅を全職員に対して促し、時間外勤務の縮減を図った。
ウ 病院の主要な建物の経年劣化が進んでいるため、適切な予防保全を行うことにより、施設の安全性・継続性を確保するとともに、修繕費用を抑制する。	ウ 病院の主要な建物の経年劣化が進んでいるため、適切な予防保全及び計画的な修繕を行うことにより、施設の安全性・継続性の確保及び修繕費用の抑制を図る。	⑤破損箇所等の修繕・更新について事務局内で定期的に協議を行い、必要に応じて予防修繕も含めて実施するなど、施設の安全性・継続性の確保に努めた。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（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】「精神科救急急性期医療入院料算定率」については目標値を下回ったが、それ以外の指標（「病床利用率」、「入院単価」、「外来単価」、「延べ外来患者数」、「入院患者に対する薬剤管理指導実施件数」、「デイケア参加率」、「診療材料費対医業収益比率」）については目標値を上回った。 【業務実績】「(1) 収入の確保対策」では、病棟間の連携を強化し適切なベッドコントロールに努めたことにより病床利用率が改善したほか、外来診察枠の見直し等の取組により外来患者数も過去最多となった。また、各部署が連携して診療報酬の算定漏れや査定による減収がなくなるよう努めた結果、入院・外来ともに単価増となった。「(2) 費用の削減対策」では、材料費や経費の抑制に努めつつ、老朽化が進む施設の修繕について予防修繕も含め的確に実施し、施設の安全性・継続性の確保を図った。 ・ 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と判断し、「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るため、「A」評価とした。

第3 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	経常収支比率（％）	100.0	111.3	111.3%	100.0	v
2	医業収支比率（％）	68.0	73.1	107.5%	68.0	iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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)	R8(2026) 年度 実績値
118.3	112.1	109.2	111.3	
68.2	71.5	70.9	73.1	

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))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医療を安定的に提供していくため、中期目標期間中に経常収支の黒字化を目指す。 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。	経常収支の黒字化を図るため、月次で収支状況を管理し、病院全体で共有することにより、収入確保、経費削減に努める。 また、月次で資金管理を行い、経営基盤の安定化に努める。	①経常利益は292百万円を計上し、経常収支比率は111.3%となった。 ②月次で収支状況及び資金状況の管理を行い、その結果を院内に共有することにより、職員のコスト意識の醸成に努めた。 ③資金状況の精査により余裕金を把握し、有価証券の取得や定期預金による運用を行った。
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
・ 該当なし		—

法人の 自己評価	A	評価理由	【指標】「経常収支比率」は111.3%、「医業収支比率」は73.1%となり、ともに目標値を上回った。 【業務実績】運営会議や経営改善・職域連携会議を通じて経営状況の共有を行い、職員の経営参画意識の向上に努めた。また、病棟間の連携強化により効率的な病床管理を行い病床利用率を改善させるなど、収支改善に取り組んだ結果、経常収支の黒字化を達成した。さらに、有価証券の取得や定期預金による運用を行い、営業外収益の増にも努めた。 ・ 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と判断し、「A」評価とした。
知事の 評価	S	評価理由等	・ 当該中項目に関しては、計画を上回って実施していると判断し、「S」評価とした。医療を取り巻く環境が厳しい状況においても経常収支黒字化を達成しており、引き続き、目標の達成に向けて取り組まれない。

第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）

1 施設のあり方の検討（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
竣工から30年以上経過し、病院の主要な建物の老朽化が進んでいることに加え、時代の変化に対応した医療サービスの提供にも支障を来していることから、今後の施設のあり方を検討するためのプロジェクトチームを設置して必要な情報を収集するとともに、当院に求められる医療機能及びそのために必要な施設設備、病床数等について検討を行う。	「診療機能及び施設のあり方検討ワーキンググループ」等において、引き続き当院に求められる医療機能及び必要な施設設備、病床数等の検討を行うとともに、公立精神科病院の施設等に関する情報収集を行う。	①県主催の有識者会議において、当院の現状・課題等を報告するとともに、当院が担うべき役割を果たしていけるような整備構想となるよう、積極的に県と意見交換を行った。 ②病院見学も含め、他公立精神科病院の施設等に関する情報収集を行った。

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
・ 該当なし	—

法人の自己評価	A	評価理由	・ 現有施設の課題を整理し、県立病院再編に向けて県と積極的に意見交換を行うなど、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「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るため、「A」評価とした。

2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
県民から信頼され、県内の精神科医療機関の模範的役割を果たせるよう、引き続き法令や社会規範を遵守するとともに、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）に基づく適切な情報管理と情報セキュリティ対策を徹底する。 また、これらを確保するため、内部監査の実施や院内におけるリスク評価及び対応策の見直しを随時行い、内部統制の充実を図る。	県民から信頼される県立病院として、引き続き法令や社会規範を遵守するとともに、個人情報保護法及び栃木県情報公開条例に基づく適切な情報管理や情報セキュリティ対策を徹底する。 また、これらを確保するため、全職員に対する教育・研修や内部監査を実施するなど、内部統制の充実を図る。	①個人情報の取扱いに関する自主点検や研修を全職員を対象に実施し、職員の意識向上を図った。 ②個人情報保護及び情報セキュリティ対策について内部監査を行い、監査結果に基づき、個人情報漏えいや院内システムのウイルス感染対策の徹底を図った。 ③情報セキュリティ対策の実効性を確保するため、情報セキュリティポリシーを策定した（R8.4.1施行）。 ④内部統制の充実を図るため、全職員を対象にコンプライアンス研修を実施した。

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	内部監査の実施により個人情報保護及び情報セキュリティ対策の徹底を図り、適正な業務執行に努めた。また、全職員を対象とする研修の実施により、内部統制の充実を図るなど、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「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るため、「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（岡本台病院）

1 全体評価

(1) 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て概ね順調な進捗状況である。

(2) 判断理由等

- 12 項目のうち、「地域との連携」は計画を下回ったものの、「財務内容の改善に関する事項」は、計画を上回り、それ以外の 10 項目については、概ね計画どおり実施しており、経常収支も 4 年連続で黒字を計上した。
- 引き続き、経営環境の変化に柔軟に対応しながら、サービスや業務の質の向上を図るとともに、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。