

平成29年度第2回（地独）栃木県立がんセンター
及び（地独）栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会次第

平成29年8月7日(月)

15:00～16:30

県庁本館6階 大会議室1

1 開 会

2 議 題

- (1) 地方独立行政法人栃木県立がんセンターの平成28年度業務実績に関する評価について
- (2) 地方独立行政法人栃木県立がんセンターの平成28年度財務諸表に関する意見について
- (3) その他

3 閉 会

【配付資料】

- 資料1 地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会における評価方法及び評価基準
- 資料2 地方独立行政法人栃木県立がんセンター平成28年度決算概要について
- 資料3 地方独立行政法人栃木県立がんセンター平成28年度業務実績報告書兼中項目別評価書の概要について
- 資料4 地方独立行政法人栃木県立がんセンター業務実績報告書兼中項目別評価書
- 資料5 地方独立行政法人栃木県立がんセンターの平成28年度財務諸表の確認について
- 資料6 地方独立行政法人栃木県立がんセンター財務諸表等
- 参考資料1 地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター中期目標案の概要
- 参考資料2 地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター中期目標案

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

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

* 敬称略 : 五十音順

* 任 期 : 2年(平成29年4月1日～平成31年3月31日)

H29.3.6 地方独立行政法人栃木県立がんセンター評価委員会決定事項

地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会における評価方法及び評価基準

1 趣旨

地方独立行政法人（以下「法人」という。）の各事業年度及び中期目標期間における業務の実績については、地方独立行政法人法第 28 条及び第 30 条の規定に基づき、（地独）栃木県立がんセンター評価委員会（以下「評価委員会」という。）の評価を受けなければならないことから、以下のとおり評価委員会における法人の業務実績に関する評価方法及び評価基準を定めるものとする。

地方独立行政法人法（抄）

第 28 条 地方独立行政法人は、設立団体の規則で定めるところにより、各事業年度における業務の実績について、評価委員会の評価を受けなければならない。

2 前項の評価は、当該事業年度における中期計画の実施状況の調査をし、及び分析をし、並びにこれらの調査及び分析の結果を考慮して当該事業年度における業務の実績の全体について総合的な評定をして、行わなければならない。

第 30 条 地方独立行政法人は、設立団体の規則で定めるところにより、中期目標の期間における業務の実績について、評価委員会の評価を受けなければならない。

2 前項の評価は、当該中期目標の期間における中期目標の達成状況の調査をし、及び分析をし、並びにこれらの調査及び分析の結果を考慮して当該中期目標の期間における業務の実績の全体について総合的な評定をして、行わなければならない。

2 評価の基本方針

- (1) 年度計画の業務実施状況をもとに中期計画の進捗状況を調査、分析し、各事業年度における業務実績について総合的に評価する。
- (2) 中期計画の業務実施状況をもとに中期目標の達成状況を調査、分析し、中期目標期間における業務実績について総合的に評価する。
- (3) 法人の業務の実績の全体について調査、分析を行い、評価すべき点や改善すべき点を明らかにすることにより、法人の業務の質の向上及び効率化に資する。
- (4) 評価を通じて法人の業務運営の状況を分かりやすく示すことにより、法人の業務の透明性確保に資する。

3 評価方法について

- (1) 各事業年度における業務実績の評価（各事業年度終了後に実施）
 - 法人は、各事業年度の業務の実績について、年度計画に掲げた項目（中項目）ごとに自己評価（中項目別評価）を行うとともに、自己評価を付した業務実績に関する報告書（以下「業務実績報告書」という。）を作成し、評価委員会に提出する。
 - 評価委員会は、法人から提出された業務実績報告書に基づき、年度計画に掲げた項目（中項目）ごとに評価（中項目別評価）を行うとともに、業務実績全体の状況について評価（全体評価）を行う。

- 法人の自己評価は、次年度の5月～6月頃に実施し、評価委員会による項目別評価及び全体評価は、7月～8月頃に実施する。

《法人による自己評価》

法人は、自己評価するにあたり、業務実績や年度計画に掲げた指標の達成状況を総合的に検証し、中項目ごとの実施状況について4段階評価（「4 評価基準について」参照。以下同じ。）を行うとともに、その評価理由を記載する。

なお、年度計画に掲げた指標の達成状況の判断目安は、以下のとおり。

【指標の達成状況】

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

《評価委員会による評価》

ア 中項目別評価

法人の業務実績や法人による自己評価結果を総合的に検証し、中項目ごとの実施状況について4段階評価を行うとともに、その評価理由を記載する。

イ 全体評価

上記の中項目別評価を踏まえ、各事業年度における業務実績について、記述式による総合的な評価を行う。

(2) 中期目標期間における業務実績の評価（中期目標期間終了後に実施）

- 法人は、中期目標期間の業務の実績について、中期計画に掲げた項目（中項目）ごとに自己評価（中項目別評価）を行うとともに、自己評価を付した業務実績報告書を作成し、評価委員会に提出する。
- 評価委員会は、法人から提出された業務実績報告書に基づき、中期計画に掲げた項目（中項目）ごとに評価（中項目別評価）を行うとともに、業務実績全体の状況について評価（全体評価）を行う。
- 法人の自己評価は、中期目標期間終了後の次年度5月～6月頃に実施し、評価委員会による項目別評価及び全体評価は、7月～8月頃に実施する。

《法人による自己評価》

法人は、自己評価するにあたり、業務実績や中期計画に掲げた指標の達成状況を総合的に検証し、中項目ごとの実施状況について4段階評価を行うとともに、その評価理由を記載する。

なお、中期計画に掲げた指標の達成状況の判断目安は、年度計画に掲げた指標の達成状況の判断目安と同様とする。

《評価委員会による評価》

ア 中項目別評価

法人の業務実績や法人による自己評価結果を総合的に検証し、中項目ごとの実施状況について、4段階評価を行うとともに、その評価理由を記載する。

イ 全体評価

上記の中項目別評価を踏まえ、中期目標期間における業務実績について、記述式による総合的な評価を行う。

4 評価基準について

(1) 各事業年度における業務実績の評価

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

《評価基準》

S：計画を上回って実施している。

A：概ね計画どおり実施している。

B：計画をやや下回って実施している。

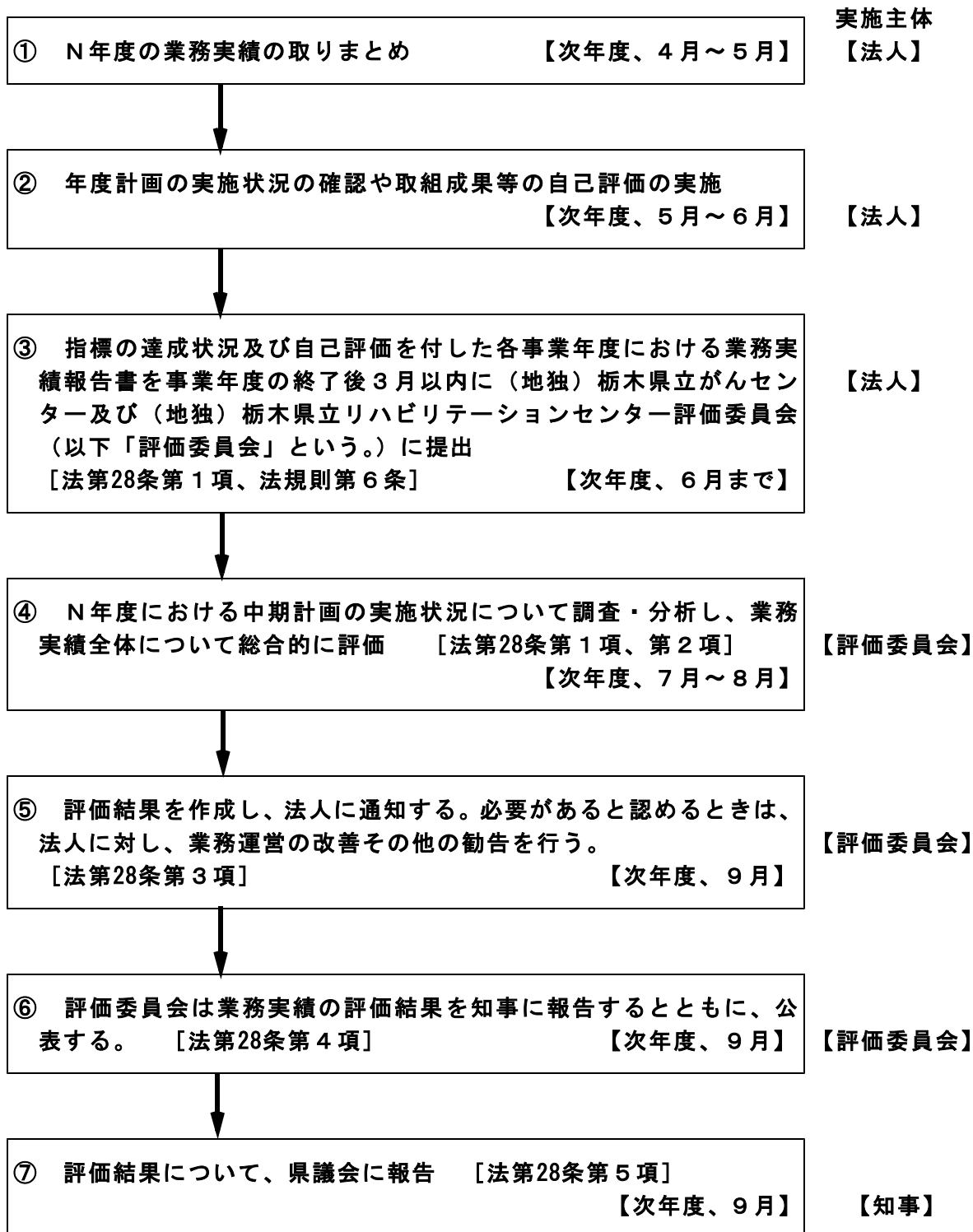
C：計画を下回っている、又は実施していない。

(2) 中期目標期間における業務実績の評価

各事業年度における業務実績の評価基準と同様とする。

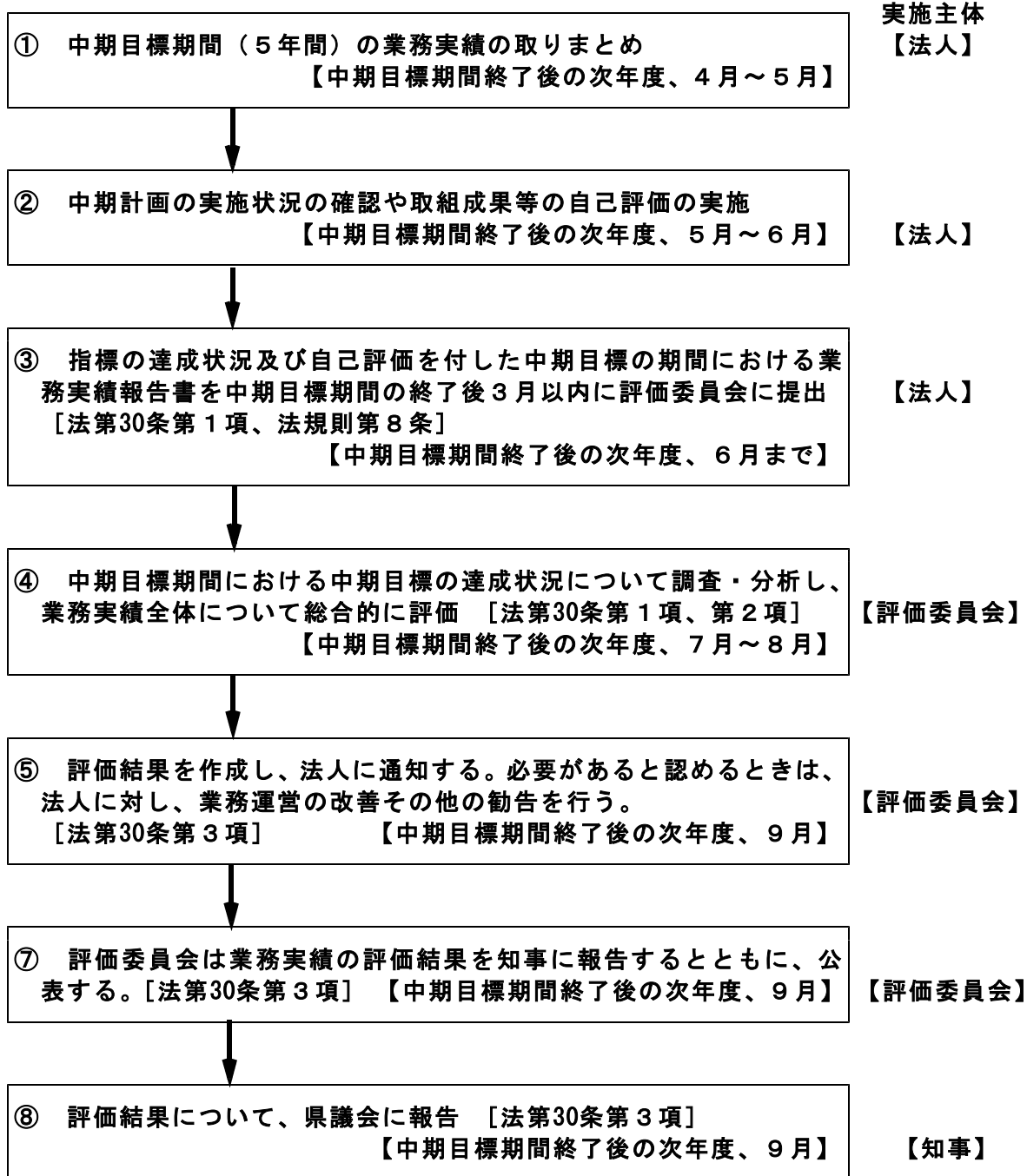
5 (地独) 栃木県立がんセンターに係る業務実績の評価フロー

(1) 各事業年度における業務実績の評価



(注) 図中「法」は地方独立行政法人法を、「法規則」は地方独立行政法人栃木県立がんセンターの業務運営並びに財務及び会計に関する規則を示す。

(2) 中期目標期間における業務実績の評価



(注) 図中「法」は地方独立行政法人法を、「法規則」は地方独立行政法人栃木県立がんセンターの業務運営並びに財務及び会計に関する規則を示す。

地方独立行政法人栃木県立がんセンター及び地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会は、地方独立行政法人法第 28 条（中期目標期間における評価の場合は地方独立行政法人法第 30 条）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業務実績について以下のとおり評価を行った。

全体評価

1 評価結果と判断理由

（評価委員会の評価結果を記載）

（評価結果の判断理由を記載）

2 評価にあたっての意見・指摘等

（評価委員会の意見、指摘等を記載（箇条書））

第〇 (大項目)〇〇〇
 (中項目)〇〇〇
 ◆年度計画指標

各事業年度における業務実績報告書兼中項目別評価書(様式)

※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は「年度計画」を「中期計画」に置き換える。

No	指標名	H28年度 目標値	H28年度 実績	H28年度 達成率(%)	H32年度 目標値※	指標の達成状況

No	指標名	H28年度 目標値	H28年度 実績	H28年度 達成率(%)	H32年度 目標値※	指標の達成状況

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28～H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
(小項目)〇〇〇		
(小項目)〇〇〇		
(小項目)〇〇〇		
(小項目)〇〇〇		

法人の 自己評価		評価理由	
-------------	--	------	--

評価委員会の 評価		評価理由	
--------------	--	------	--

(参考)(地独)栃木県立がんセンター中期計画・年度計画の評価項目(中項目)一覧

○ 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目標を達成するためとるべき措置	
1	質の高い医療の提供
2	安全で安心な医療の提供
3	患者・県民の視点に立った医療の提供
4	人材の確保と育成
5	地域連携の推進
6	地域医療への貢献
7	災害等への対応
○ 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置	
8	業務運営体制の確立
9	経営参画意識の向上
10	収入の確保及び費用の削減への取組
○ 予算、収支計画及び資金計画	
11	財務内容の改善に関する事項(財務内容にかかる中項目をまとめて評価)
○ その他業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置	
12	その他業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置

平成28年度 決算の概要について

(単位:百万円)

区分	H27年度 決算額 A	H28年度 年度計画 B	H28年度 決算額 C	比較 C-B	比較 C-A	
許可病床数(床)	324	291	291	0	△ 33	
年間入院患者数(人)	68,175	66,320	66,495	175	△ 1,680	
1日平均(人)	186.3	181.7	182.2	0.5	△ 4.1	
年間延滞患者数	104,528	104,021	112,014	7,993	7,486	
1日平均(人)	430.2	428.1	461.0	32.9	30.8	
病床利用率(%)	60.2	62.4	62.6	0.2	2.4	
単価						
一人一日当入院(円)	57,788	62,910	60,225	△ 2,685	2,437	
一人一日当外来(円)	26,718	27,797	26,443	△ 1,354	△ 275	
医療収支比率(%)	76.0%	80%以上	79.1%	-	-	
経常収支比率(%)	93.5%	100%以上	101.1%	-	-	
営業等 収支	収入	9,053	9,837	9,866	29	813
	営業収益	8,875	9,645	9,601	△ 44	726
	医療収益	6,977	7,299	7,169	△ 130	192
	うち入院収益	3,940	4,172	4,005	△ 167	65
	うち外来収益	2,793	2,892	2,962	70	169
	運営費負担金	1,372	1,704	1,768	64	396
	その他営業収益	526	642	663	21	138
	営業外収益	178	166	231	65	54
	うち運営費負担金	85	79	79	△ 0	△ 6
	臨時利益	0	26	33	7	33
	支出	9,718	9,812	9,756	△ 56	38
	営業費用	9,551	9,657	9,594	△ 63	43
	医療費用	9,023	9,099	9,069	△ 30	46
	うち給与費	3,746	3,696	3,735	39	△ 11
	うち材料費	2,368	2,360	2,430	70	61
	うち経費	1,681	1,718	1,589	△ 129	△ 92
	一般管理費	159	190	158	△ 32	△ 1
	うち給与費	135	167	137	△ 30	2
	その他営業費用	369	368	367	△ 1	△ 2
	営業外費用	133	127	126	△ 1	△ 7
臨時損失	34	28	35	7	1	
経常損益	△ 632	27	112	85	743	
純利益	△ 666	25	110	85	775	
資本 収支	収入	1,372	1,080	1,057	△ 23	△ 315
	企業債	793	459	435	△ 24	△ 358
	資本収支負担金	579	621	621	0	42
	支出	1,791	1,580	1,557	△ 23	△ 235
	建設改良費	646	304	280	△ 24	△ 366
	企業債償還金等	1,145	1,276	1,277	1	131
差引	△ 419	△ 500	△ 500	0	△ 81	
県負担金(営業等+資本)	2,036	2,404	2,468	64	432	

※ H27年度決算は、独法会計の勘定科目に当てはめたものである。

【各数値の増減要因等】

(患者数)

- 入院患者数は、がん医療が入院中心から外来中心に移行していることや平均在院日数の減等により減少した。
- 外来患者数は、一部の診療科において医師を確保したことにより大きく増加した。

(収支関係)

- 収入のうち、入院収益は、患者数は減少したものの手術件数の増等により増加し、外来収益は、外来患者数の増により大きく増加した。また、企業債償還金の増等に伴い負担金が増加した。
- 費用は、光熱水費等の縮減に努めたものの、高額医薬品の使用量の増やH27年度末に更新したり二アック等の減価償却の開始等により若干増加した。
- 以上のことから、経常損益は大きく改善し、黒字に転換した。

平成28年度業務実績報告書兼中項目別評価書の概要について

1 自己評価について

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

評価基準：S（計画を上回って実施している。）

A（概ね計画どおり実施している。）

B（計画をやや下回って実施している。）

C（計画を下回っている、又は実施していない。）

2 自己評価結果及び理由について

中項目	評価結果	評価理由
質の高い医療の提供 資料4 p1～	A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、地域の基幹病院からの紹介患者の増加に伴い、「高難度手術件数」が増加するなど、目標値を上回る指標がある一方、「がん患者リハビリテーション単位数」は、がん患者リハビリテーション料の算定が10月から開始したことなどから、目標値を下回った。 年度計画の業務実施状況に関しては、SBRT（体幹部定位放射線治療）の開始や済生会宇都宮病院との共催による「宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンス」の開始、がん患者リハビリテーション料の施設基準の取得といった新たな取組を実施するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 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。
安全で安心な医療の提供 資料4 p4～	A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、いずれの指標も目標どおり達成した。 年度計画の業務実施状況に関しては、医療安全に関する研修や院内感染の予防、教育のための勉強会を開催するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 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。
患者・県民の視点に立った医療の提供 資料4 p6～	A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、医師から認定看護師への連絡体制の一本化による「専門看護相談件数」の増加や入退院センターの介入による「口腔ケア実施件数」の増加など、目標値を上回る指標があった一方、「セカンドオピニオン件数」は、主要な医師の退職などにより目標値を下回り、「医療相談件数」についても目標値を下回った。 年度計画の業務実施状況に関しては、土曜日の午前中のセカンドオピニオン外来の開始、外来の採血開始時間の繰上げ、入退院センターによる入院治療前の総合的なマネジメント、コンビニエンスストアの設置といった新たな取組を実施するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 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。

中項目	評価結果	評 価 理 由
人材の確保と育成 資料4 p10～	A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「職員満足度割合」が目標値をやや下回ったものの、全体的には概ね目標どおり達成した。 年度計画の業務実施状況に関しては、医療従事者の確保を図るため、放射線診断医の採用やレジデントの勤務時間の見直し等を実施するとともに、新たに設置した研修センターにより新規採用職員研修や接遇研修を実施するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 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。
地域連携の推進 資料4 p14～	A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「受託検査件数」が目標値をやや下回ったものの、「退院調整件数」は院内体制の強化により目標値を上回り、「逆紹介率」についても目標値を上回るなど、全体的には概ね目標どおり達成した。 年度計画の業務実施状況に関しては、地域医療機関との連携を強化するため、他病院での治療が困難な患者の積極的な受入れや新たに採用した渉外業務を専門的に行う非常勤職員による県内の歯科診療所や医療機関への訪問、医師だけではなく地域医療に携わるあらゆる職種に広げた医療連携情報交換会の開催など、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
地域医療への貢献 資料4 p17～	A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「地域の医療従事者向け研修実施回数」は、目標値を上回ったものの、「都市医師会向け出張講座実施回数」は目標値を下回った。 年度計画の業務実施状況に関しては、都道府県がん診療連携拠点病院として、地域のがん医療の向上・均てん化を推進するとともに、がん登録データの整理、分析等を行い、がん対策事業に貢献するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 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。
災害等への対応 資料4 p19	A	<ul style="list-style-type: none"> 災害対応マニュアルの職員への周知や大地震を想定した防災訓練の実施など、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
業務運営体制の確立 資料4 p20	A	<ul style="list-style-type: none"> 経営企画室を新たに設置し、経営会議等の決定事項を院内で共有化する体制を強化するとともに、医療環境の変化に伴って発生する病院運営上の課題については、タスクフォース等を設置して対応案を検討するなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。

中項目	評価結果	評 価 理 由
経営参画意識の向上 資料4 p21	A	<ul style="list-style-type: none"> 職員全員の経営参画意識の向上を図るため、経営会議や経営戦略会議を定期的に開催するとともに、業務改善提案制度を新たに創設して職員からアイデアを収集する取組を実施するなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
収入の確保及び費用の削減への取組 資料4 p22～	A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、ベンチマークシステムの活用などによる「診療材料費対医業収益比率」の低下、医薬品のジェネリックへの積極的な切替えによる「ジェネリック医薬品採用比率」の上昇など、全体的には概ね目標どおり達成した。 年度計画の業務実施状況に関しては、収入の確保を図るため、県内の歯科診療所や医療機関への積極的な訪問、広報誌やホームページ、メディア等による積極的な周知活動等を実施したほか、費用の削減を図るため、経営会議や経営戦略会議を通じた職員のコスト意識の醸成など、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
財務内容の改善に関する事項 資料4 p25	A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「医業収支比率」は目標値をやや下回ったものの、「経常収支比率」は目標値を上回った。 年度計画の業務実施状況に関しては、経営会議や経営戦略会議を通じて月次で収支状況を管理し、経常収支の黒字化を達成するなど、概ね計画どおり実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
その他業務運営に関する重要事項 資料4 p26	B	<ul style="list-style-type: none"> 施設整備のあり方については、「将来構想策定プロジェクトチーム」を設置したものの、具体的な検討には至らなかったことから、当該中項目に関しては、計画をやや下回ったため、「B」評価とした。

○ 指標名、目標値及び実績値

1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項

(1) 質の高い医療の提供

指 標 名	H27年度 実績値	H28年度 目標値	H28年度 実績値
高難度手術延べ件数（件）	64	55	69
腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数（件）	335	285	345
外来（日帰り）ポリープ内視鏡手術延べ件数（件）	935	880	995
高精度放射線治療延べ件数（件）	I M R T	660	777
	S B R T	—	4
外来化学療法延べ件数（件）	7,275	7,300	7,897
臨床研究件数（件）	202	212	182
チームSTEPPS受講率（%）	27	40	44
緩和ケア勉強会実施回数（回）	10	10	10
地域の緩和ケア連携カンファレンス開催回数（回）	—	月1回程度	9
がん患者リハビリテーション単位数（単位）	—	17,040	2,285

(2) 安全で安心な医療の提供

指 標 名	H27年度 実績値	H28年度 目標値	H28年度 実績値
医療安全管理研修（全職員対象）実施回数（回）	6	8	8
感染管理認定看護師数（人）	2	2	2
多職種連携ロールプレイ研修実施回数（回）	1	1	1
医薬品安全使用研修実施回数（回）	2	2	2

(3) 患者・県民の視点に立った医療の提供

指 標 名	H27年度 実績値	H28年度 目標値	H28年度 実績値
カルテ監査実施回数（回）	2	2	2
専門看護相談件数（件）	368	480	788
セカンドオピニオン件数（件）	155	180	148
院内クリティカルパス適用症例率（%）	49.9	53.0	48.8
口腔ケア実施件数（件）	163	200	431
医療相談件数（件）	3,293	3,700	3,301
診察待ち時間の苦情投書件数（件）	4	0	0
患者満足度割合（%）	80	90以上	82

(4) 人材の確保と育成

指 標 名	H27年度 実績値	H28年度 目標値	H28年度 実績値
医師数（人）	53	53	55
認定看護師数（人）	15	14	14
職員満足度割合（％）	63	70以上	66
医療倫理研修実施回数（回）	0	2	2

(5) 地域連携の推進

指 標 名	H27年度 実績値	H28年度 目標値	H28年度 実績値
院外への口腔ケア依頼件数（件）	24	12	39
医薬連携研修実施回数（回）	1	1	1
受託検査件数（件）	38	50	43
退院調整件数（件）	446	650	805
紹介率（％）	92.0	93.0	93.5
逆紹介率（％）	28.7	32.0	38.0

(6) 地域医療への貢献

指 標 名	H27年度 実績値	H28年度 目標値	H28年度 実績値
地域の医療従事者向け研修実施回数（回）	13	15	20
郡市医師会向け出張講座実施回数（回）	18	20	14

2 業務運営の改善及び効率化に関する事項

(3) 収入の確保及び費用の削減への取組

指 標 名	H27年度 実績値	H28年度 目標値	H28年度 実績値
病床利用率（％）（退院患者数を含む）	68.3	66.5	66.8
新入院患者数（人）	4,517	4,300	4,412
新外来患者数（人）	5,859	5,720	6,261
1日当たり入院患者数（人）	186.3	181.7	182.2
1日当たり外来患者数（人）	430.2	426.3	461.0
診療材料費対医業収益比率（％）	8.0	8.8	8.0
ジェネリック医薬品採用比率（％）	65.4	70.0	78.4
委託料対医業収益比率（％）	13.6	12.0	12.4
減価償却費対医業収益比率（％）	16.7	17.0	17.2

3 財務内容の改善に関する事項

指 標 名	H27年度 実績値	H28年度 目標値	H28年度 実績値
経常収支比率（％）	93.5	100以上	101.1
医業収支比率（％）	76.0	80以上	79.1

業務実績報告書兼中項目別評価書

平成28年度
(第1期事業年度)

自 平成28年4月1日

至 平成29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

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
1	質の高い医療の提供（中項目）	1
2	安全で安心な医療の提供（中項目）	4
3	患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）	6
4	人材の確保と育成（中項目）	10
5	地域連携の推進（中項目）	14
6	地域医療への貢献（中項目）	17
7	災害等への対応（中項目）	19
第 2	業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	20
1	業務運営体制の確立（中項目）	20
2	経営参画意識の向上（中項目）	21
3	収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	22
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）	25
第 8	その他業務運営に関する重要事項（大項目）	26

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	H28年度 目標値	H28年度 実績値	H28年度 達成率(%)	H32年度 目標値※	指標の達成 状況
1	高難度手術延べ件数(件)	55	69	125%	60	v
2	腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数(件)	285	345	121%		v
3	外来(日帰り)ポリープ内視鏡手術延べ件数(件)	880	995	113%		v
4	高精度放射線治療延べ件数(件)	IMRT: 660	777	118%	780	v
		SBRT: 4	4	100%	20	iv

No	指標名	H28年度 目標値	H28年度 実績値	H28年度 達成率(%)	H32年度 目標値※	指標の達成 状況
5	外来化学療法延べ件数(件)	7,300	7,897	108%	7,900	iv
6	臨床研究件数(件)	212	182	86%	228	iii
7	チームSTEPPS受講率(%)	40.0%	43.6%	109%		iv
8	緩和ケア勉強会実施回数	年10回	年10回	100%		iv
9	地域の緩和ケア連携カンファレンス開催回数	月1回程度	年9回	90%	月1回以上	iv
10	がん患者リハビリテーション単位数(単位)	17,040	2,285	13%	17,040	i

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
(1)高度で専門的な医療の推進(小項目)		
<p>患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、がん専門病院として、以下のとおり、高度で専門的な医療を提供する。</p> <p>ア 局所進行がんや転移がん、希少がんも含め、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、手術、放射線治療及び化学療法を組み合わせた集学的治療の充実を図るなど、高度専門医療を提供する。</p> <p>イ 低侵襲な鏡視下手術(腹腔鏡、胸腔鏡を入れてモニターを見ながら行う手術)や食道、胃、大腸の内視鏡治療の実施(内視鏡的粘膜下層剥離術:ESD、内視鏡的粘膜切除術:EMR等)等、患者の身体的負担が少ない治療法を引き続き提供し、患者の高齢化への対応を進める。</p> <p>ウ IMRT(強度変調放射線治療)やSBRT(体幹部定位放射線治療)等、患者の状態等に応じた高度な放射線治療を提供する。</p>	<p>患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、がん専門病院として、以下のとおり、高度で専門的な医療を提供する。</p> <p>ア 局所進行がんや転移がん、希少がんも含め、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、手術、放射線治療及び化学療法を組み合わせた集学的治療の充実を図るなど、高度専門医療を提供する。なお、集学的治療の実施状況に関しては、院内がん登録のデータをもとに分析し、一層の充実を図る。</p> <p>イ 低侵襲な腹腔鏡及び胸腔鏡下手術については、手術適応を守りながら安全に施行し、入院期間の短縮に努める。 また、低侵襲な内視鏡治療を実施するとともに、その情報提供を行い、周知に努める。更に、当センターの特長である大腸ポリープの日帰り内視鏡手術を推進する。</p> <p>ウ 短時間で効率的にIMRT(強度変調放射線治療)の施行が可能となるVMAT(強度変調回転照射)の準備を行い、7月から開始する。 また、SBRT(体幹部定位放射線治療)は、10月以降に実施できるよう準備を進める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高度専門医療の一つとして肝胆膵領域の高難度手術を実施した。地域の基幹病院からの紹介患者の増加に伴い、高難度手術件数が増加した。 臓器別や病棟などで多職種参加によるカンサーボード(症例検討会)を開催し、がんの種類や患者の状態に応じて手術療法、放射線療法、化学療法又はそれらを効果的に組み合わせた集学的治療を実施した。 日本内視鏡外科学会技術認定医が多数在籍していることから、手術適応を守りながら質の高い低侵襲な鏡視下手術を施行した結果、術後合併症が減少し、入院期間の短縮にもつながった。 早期の胃・大腸がんに対する低侵襲な治療を推進するため、内視鏡的粘膜下層剥離術を積極的に実施した。また、大腸ポリープについては、外来検査の際にその場でポリープを切除することを推進し、患者に身体的にも経済的にも負担の少ない治療を提供した。 リニアックを臨床稼働しながら特殊治療(VMAT・SBRT)の実施に向けて準備を進め、11月にVMAT(強度変調回転照射)を開始し、12月にSBRT(体幹部定位放射線治療)を開始した。

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
<p>エ 抗がん剤の作用、副作用に熟知した専門医や看護師による高度ながん化学療法を引き続き提供するとともに、他の医療機関では実施困難な最新の化学療法を提供する。</p> <p>オ 患者がよりよい治療を受けられるよう、治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のための国内外の多施設共同研究に積極的に取り組む。</p>	<p>エ 抗がん剤の作用、副作用に熟知した専門医、認定看護師、薬剤師等を含めた多職種により、引き続き最新かつ適切な化学療法を実施する。</p> <p>オ 患者がよりよい治療を受けられるよう、治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のための国内外の多施設共同研究に積極的に取り組む。また、治験依頼者へ積極的に情報発信するとともに、治験コーディネーターを活用するなど実施体制を強化する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 薬物療法専門医、がん化学療法認定看護師、がん薬物療法認定薬剤師を含めた多職種によるチーム医療を重視して院内クリティカルパスを作成し、適切な化学療法を実施した。 高度で専門的な対応を要する希少がんの治療、最新の化学療法、遺伝子検査結果に基づく患者の個人差に配慮した最適な化学療法などを実施した。 承認前の医薬品の治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のため、がん専門病院として国内外の多施設共同研究に積極的に取り組んだ。また、地方独立行政法人化後における治験の実施体制、治験関連規程、臨床研究審査委員会に関する情報などをホームページに掲載し、速やかに治験依頼者へ情報発信した。 当センターやSMO(治験施設支援機関)の臨床研究コーディネーターを積極的に活用して医師の業務を支援することにより、当センターで実施している臨床研究を円滑に進めた。
(2)チーム医療の推進(小項目)		
<p>多職種の医療従事者間で連携、協働し、それぞれの専門性を最大限に発揮できるよう、放射線診断医、病理診断医をはじめとする医療従事者間の連携、協働を実際の臨床の場で実践するため、体系的なチームトレーニングを実施するとともに、がんセンターボード(症例検討会)の一層の充実を図る。</p>	<p>平成28年2月から開始したチームSTEPPS(※)の研修を全職員対象に拡大していく。</p> <p>また、がんセンターボード(症例検討会)は、定期的な開催を目標とし、死亡症例検討会も随時開催できる体制をつくる。</p> <p>※ 医療の質及び患者安全の向上のためのチームワークシステム。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 平成28年2月に開始したチームSTEPPS研修を、全職員を対象を拡大して実施した。(126名参加(基礎編:86名、中級編:40名)) がんセンターボード(症例検討会)については、臓器別や病棟などで定期的に開催した。また、がんセンターボードの主要な構成員である放射線診断医を1月に1名採用し、画像診断の質の向上を図った。 医療事故調査制度の改定に伴い、すべての死亡症例について検証を行う体制を検討し、試行した。
(3)緩和ケアの推進(小項目)		
<p>患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、以下のとおり、がんと診断された時からの緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターの体制を充実させるとともに、緩和ケアセンターが主体となって院内向けに勉強会等を開催し、病院内の全ての職員が緩和ケアに対する意識付けを共有化して協力体制を構築するなど、院内の緩和ケアを推進する。</p> <p>イ 院内のみならず地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域連携カンファレンスの実施、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションとの連携強化、訪問診療の検討を行うなど、地域と連携して在宅緩和ケアを推進する。</p>	<p>患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、以下のとおり、がんと診断された時からの緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターの体制の強化に努める。</p> <p>また、緩和ケアセンターが主体となって院内向けに緩和ケア勉強会を開催する。</p> <p>イ 院内のみならず地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域の医療機関と協働して地域連携カンファレンスを実施する。</p> <p>また、地域との連携を図り、退院前カンファレンスを年1回以上開催するとともに、訪問看護ステーションの看護師と協働して年1回以上患者訪問を実施し、患者及びその家族のサポートを行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 一部の病棟及び外来化学療法センターにおいて「苦痛のスクリーニング」を実施し、その結果を踏まえて、緩和ケアチームが主体となって専門的緩和ケアを提供した。 緩和ケアセンターの体制強化を図るため、毎週月曜日に緩和ケアチーム、緩和ケア外来及び緩和ケア病棟のスタッフを構成員とした緩和ケアセンター運営カンファレンスを開催した。 院内における緩和ケアの質の向上を図るため、緩和ケア勉強会として緩和ケアリンクナース会を10回開催し、緩和ケアリンクナースが緩和ケアに関するコミュニケーション技法などを学んだ。 緩和ケアの質の向上を図るため、当センターと済生会宇都宮病院が共同で「宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンス」を9回開催した。(医師、看護師、薬剤師など多職種が毎回50~80名程度参加) 退院前カンファレンスを3回実施し、緩和ケア病棟、訪問診療医、訪問看護師、ケアマネジャー、訪問薬剤師等との連携を図った。また、緩和ケアセンター及び地域連携センターの看護師が、退院後に自宅を訪問し、患者及び家族のサポートを行った。

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
(4)がん患者のリハビリテーション提供体制の充実(小項目)		
患者の望む生活スタイルを支援するため、リハビリテーションスペースを拡充するとともに理学療法士・作業療法士の充実を図り、がんと診断された時から患者の病態に応じたリハビリテーションを提供する。	患者の望む生活スタイルを支援するため、リハビリテーションスペースを拡充するとともに理学療法士・作業療法士の充実を図り、がんと診断された時から患者の病態に応じたリハビリテーションを10月から提供する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ がん患者リハビリテーション料の算定に向けて、リハビリテーションに関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士が、7月にがんのリハビリテーション研修を受講した。また、9月にがん患者リハビリテーション料の施設基準を取得し、10月からがん患者リハビリテーション料の算定を開始した。 ・ リハビリテーション室の西第3病棟への移転に伴い訓練スペースが拡張されて、これまでよりも数多くの器材が配備されたことから、階段の昇降、日常生活訓練などのプログラムの充実が図られた。 ・ 作業療法士1名及び理学療法士1名を増員し、緩和ケア病棟の入院患者や化学療法を実施している患者に対するリハビリテーションの充実を図った。

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、地域の基幹病院からの紹介患者の増加に伴い、「高難度手術件数」が増加するなど、目標値を上回る指標がある一方、「がん患者リハビリテーション単位数」は、「がん患者リハビリテーション料の算定が10月から開始したことなどから、目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実施状況に関しては、SBRT(体幹部定位放射線治療)の開始や済生会宇都宮病院との共催による「宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンス」の開始、がん患者リハビリテーション料の施設基準の取得といった新たな取組を実施するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 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。
---------	---	------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

評価委員会の評価		評価理由	
----------	--	------	--

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	H28年度 目標値	H28年度 実績値	H28年度 達成率(%)	H32年度 目標値※	指標の達成 状況
1	医療安全管理研修(全職員対象)実施回数	年8回	年8回	100%		iv
2	感染管理認定看護師数(人)	2人	2人	100%	3人以上	iv
3	多職種連携ロールプレイ研修実施回数	年1回	年1回	100%		iv
4	医薬品安全使用研修実施回数	年2回	年2回	100%		iv

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
(1)医療安全対策等の推進(小項目)		
<p>患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策等を推進する。</p> <p>ア リスクマネジャーや医療安全に関する院内組織を中心にヒヤリ・ハットも含めた医療事故の発生原因の分析等を行うとともに、安全管理に関する研修等を通し、職員間で再発防止策や医療安全に関する情報を共有化し、事故防止の徹底を図る。</p> <p>イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の予防、監視、指導、教育等を強化する。</p> <p>ウ チーム医療を推進することにより、院内に患者安全文化を醸成するとともに、職員にとっても安全な職場の形成を推進する。</p>	<p>患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策等を推進する。</p> <p>ア リスクマネジャーや医療安全に関する院内組織を中心にヒヤリ・ハットも含めた医療事故の発生原因の分析等を行うとともに、安全管理に関する研修等を通し、職員間で再発防止策や医療安全に関する情報を共有化し、事故防止の徹底を図る。 なお、安全管理に関する研修については、全職員を対象にした研修を開催するほか、職種や対象に応じた研修を計画的に開催する。</p> <p>イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の予防、教育のための勉強会を年10回開催する。</p> <p>ウ 臨床の安全と質の向上を図るため、医療安全研修の中で多職種連携ロールプレイ研修を実施し、チームSTEPPSの導入の効果を高める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「医療安全管理マニュアル」に基づき、リスクマネジメント部会においてインシデントや事故報告の原因分析や事故防止の具体策などについて調査や検討を行った。また、リスクマネジメント部会の検証ワーキンググループを多職種で構成し、インシデントや事故報告の原因分析、事故防止の具体策の検討、医療事故防止のための啓発、広報などを行い、医療事故の防止に努めた。 また、医療安全の推進に関する目標を各部署で立案し、業務の実践と評価・改善に取り組んだ。 ・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26回開催した。 ・感染対策委員会が中心となって院内感染の予防、教育のための勉強会を12回開催した。 ・医療安全に関する研修の一つとしてチームSTEPPS研修の中で、多職種連携ロールプレイを実施した。 また、平成27年度にチームSTEPPS研修を受講した者が、「チームSTEPPS受講後のチャレンジ報告」として、チャレンジしたこと、チャレンジしてうまくいったこと、うまくいかなかったことなどについて報告した。 ・医療の質及び安全性の向上に向けた取組の効果を可視化するため、全職員を対象に「医療における安全文化調査」を実施した。

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
(2)医療機器、医薬品等の安全管理の徹底(小項目)		
患者に対して安全な医療を提供するため、放射線治療機器の品質管理の徹底や服薬指導の徹底等、医療機器や医薬品をはじめ施設内全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、医薬品の安全使用のための研修会を定期的に実施する。	<ul style="list-style-type: none"> 安全で安心な放射線治療を提供するため、医学物理士を中心に毎月最終水曜日を放射線治療品質管理日として治療機器の精度管理を実施した。また、その結果を放射線品質保証室の前に掲示した。 医薬品の安全使用のための研修会を2回実施した。 エピペン注射液の使用方法等に関する講習会(21名参加) オプジーボに関する適正使用に向けた取組、症例等の報告(120名参加) 「医薬品安全使用のための業務手順書」を改定し、院内に周知した。また、その運用状況を調査したところ、特に問題点は見当たらなかった。
(3)法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理(小項目)		
ア 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守する。	ア 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守する。	<ul style="list-style-type: none"> 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。
イ 栃木県情報公開条例(平成11年栃木県条例第32号)及び栃木県個人情報保護条例(平成13年栃木県条例第3号)に基づき、適切な情報管理を行う。	イ 栃木県情報公開条例(平成11年栃木県条例第32号)及び栃木県個人情報保護条例(平成13年栃木県条例第3号)を遵守し、情報公開及び個人情報に関する各種請求に対して、適正かつ迅速な手続を行う体制を構築する。	<ul style="list-style-type: none"> 栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づく開示請求等に対し、適切に対応した。(栃木県情報公開条例に基づく開示請求1件、栃木県個人情報保護条例に基づく開示請求0件、記録等開示申立41件)
ウ 個人情報漏えいを防ぐため、情報セキュリティ研修を実施するなど、職員の認識を高めるとともに、情報セキュリティ対策を徹底する。	ウ 栃木県個人情報保護条例に基づき個人情報の適正管理に努めるとともに、特に新規採用職員に対して個人情報保護に係る研修を行う。 また、職員の電子機器へのアクセス権限を必要最小限とし、適切に運用、管理を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 全職員を対象に情報セキュリティ研修を実施した。(84名参加) 新規採用職員を対象に個人情報の保護や情報セキュリティに係る研修を実施した。(49名参加) 職員の総合情報システムへのアクセス権限を必要最小限とするため、システムの利用者の登録情報を総点検し、退職者の登録情報を削除するとともに、職種ごとにアクセス権限を再確認した。 また、超音波検査及び内視鏡検査に係る画像情報の匿名化を図り、個人情報の適正管理に努めた。

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、いずれの指標も目標どおり達成した。 年度計画の業務実施状況に関しては、医療安全に関する研修や院内感染の予防、教育のための勉強会を開催するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 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。
---------	---	------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

評価委員会の評価		評価理由	
----------	--	------	--

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	H28年度 目標値	H28年度 実績値	H28年度 達成率(%)	H32年度 目標値※	指標の達成 状況
1	カルテ監査実施回数	年2回	年2回	100%	—	iv
2	専門看護相談件数(件)	480	788	164%	—	v
3	セカンドオピニオン件数(件)	180	148	82%	230	ii
4	院内クリティカルパス適用症例率(%)	53.0	48.8	92%	—	iii
5	口腔ケア実施件数(件)	200	431	216%	—	v

※ 中期計画指標のみ記載

No	指標名	H28年度 目標値	H28年度 実績値	H28年度 達成率(%)	H32年度 目標値※	指標の達成 状況
6	医療相談件数(件)	3,700	3,301	89%	—	ii
7	診察待ち時間の苦情投書件数(件)	0	0	100%	—	iv
8	患者満足度割合	90%以上	82%	91%	90%以上	iii

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
(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 患者及びその家族に必要な情報を分かりやすく説明し、患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、インフォームド・コンセントを徹底する。	ア インフォームド・コンセントの徹底を図るため、カルテ監査による実施状況の検証を行うとともに、外部又は内部講師による教育講演を年1回程度実施する。	・ カルテ監査の中でインフォームド・コンセントの実施状況を確認し、その結果を診療情報管理委員会に報告するとともに、担当医にも個別に報告した。 また、インフォームド・コンセントに関し、中京大学法科大学院の稲葉教授による教育講演を行った。(246名参加)
イ 患者が自身の生活のスタイルに応じて手術以外の治療法も選択できるよう、医療相談等を充実する。	イ 患者が自身の生活のスタイルに応じて手術以外の治療法も選択できるよう、院内又は院外の患者及びその家族に対して専門看護相談を実施する。	・ 患者及びその家族が診断結果、治療方法等について十分に理解し、納得した上で治療方針の選択ができるよう、認定看護師による面接を行った。医師から認定看護師への連絡体制の一本化によって、より多くの面接を実施することができた。
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 臨床検査技師による血液生化学検査の結果説明を開始するとともに、入院患者を対象とした診療放射線技師による画像検査及びIVR(放射線診断技術の治療的応用)の事前説明を計画する。	・ 4月に入院及び外来患者を対象として、診療放射線技師による画像検査に関する説明を開始した。また、12月に入院患者を対象として、臨床検査技師による血液生化学検査に関する説明を開始した。
エ 患者及びその家族の生活の質の向上を図るため、外来診療の充実を図る。具体的には、人員体制に配慮しながら平日朝夕の診療を試行するとともに、セカンドオピニオン外来を平日のみでなく土曜日まで拡大する。	エ セカンドオピニオン外来については、第1四半期から平日午後のみでなく土曜日の午前中まで拡大し、消化器外科、乳腺外科、呼吸器内科及び呼吸器外科において開始する。 また、人員体制等の観点から計画を立て、第3四半期から平日朝の外来診療を試行する。	・ 6月に消化器外科、乳腺外科、呼吸器内科及び呼吸器外科において、土曜日の午前中のセカンドオピニオン外来を開始した。 また、外来化学療法センターにおいて長時間にわたり化学療法の治療を受ける患者が早く帰宅できるよう、11月から外来の採血開始時間を30分繰り上げて、午前8時から開始した。

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
<p>オ 現在の手術マネジメントセンターの機能を強化した入退院センターを新たに設置し、入院前の患者への検査、入退院、持参薬管理の説明等、医療サービスの総合的なマネジメントを実施する。</p>	<p>オ 手術前のマネジメントとして呼吸訓練、患者パスの説明指導、禁煙・口腔ケアのサポート、持参薬の管理を強化するとともに、入院案内、医療費の説明等、患者が入院治療を安心して受けられるよう、医療サービスの総合的なマネジメントを実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 入退院センターを設置し、医師、看護師等の多職種のスタッフが、手術や化学療法、内科的治療などを受ける入院予定の患者に対して入院治療前に総合的なマネジメント(呼吸訓練、患者パスの説明・指導・相談、口腔ケア・禁煙パスのサポート、内服薬の休薬案内、入院前の検査予約など)を実施した。 入退院センターが対応する患者については、当初は手術を予定している患者が中心だったが、徐々に化学療法や内科的治療を行う患者にも拡大し、その患者数も増加した。また、対応する患者の増加に伴い、患者及びその家族からの相談も増加した。
<p>カ 院内クリティカルパス(良質な医療を効率的かつ安全、適正に提供するための手段としての診療計画表)の適用症例率の向上を図る。</p>	<p>カ 薬物治療(主に抗がん剤治療)に関する新規の院内クリティカルパス(良質な医療を効率的かつ安全、適正に提供するための手段としての診療計画表)を2個以上作成し、適用症例率の向上を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法に係る院内クリティカルパスを新たに2件作成した。 また、院内クリティカルパスについては、化学療法に係る院内クリティカルパスを含めて新たに3件作成し、96件となった。
<p>キ がんの治療に伴う口腔合併症を予防し、療養生活の質の向上のために術前の口腔ケアを実施する。</p>	<p>キ がんの治療に伴う口腔合併症を予防するため、口腔ケアの対象患者を拡大するとともに実施件数を増やすなど、周術期口腔機能管理の充実を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 手術前の口腔ケアについては、入院治療前の患者に対して口腔内チェックや応急的歯科処置、抜歯等を行うとともに、口腔ケアと呼吸訓練を組み合わせることにより術後合併症を予防することができた。 また、入退院センターが介入したことにより、院内の診療科から入院治療前の患者に対する口腔ケアの依頼が増加し、口腔ケアの実績件数も増加した。
<p>ク 病棟薬剤師を病棟に配置し、病棟薬剤業務や服薬指導等を充実する。</p>	<p>ク 病棟薬剤業務や服薬指導等を充実させるため、専任の病棟薬剤師を配置する病棟を拡大する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 病棟薬剤業務や服薬指導等に必要な薬剤師を増員するため、病院見学会や説明会を実施するとともに、これまで1回だった採用試験を2回実施した。その結果、平成29年4月に薬剤師2名の採用を予定し、平成29年度において新たに専任の病棟薬剤師を1名配置できるようになった。
<p>ケ がん罹患に対する不安解消を図るため、遺伝的な要因でがんを発症する可能性のある者に対して、がん予防・遺伝カウンセリング及び遺伝子検査を行うとともに、がんの予防や早期発見に必要な報を提供する。</p>	<p>ケ がん罹患に対する不安解消を図るため、がん予防・遺伝カウンセリング及び遺伝子検査に関して、県内の医療機関からの紹介による受診、遺伝カウンセリングを希望する患者及び家族からの直接の受診を促す。</p>	<ul style="list-style-type: none"> がん予防・遺伝カウンセリング外来については、初診32家系46名、再診81家系117名が受診するとともに、発端者16名、血縁者21名の遺伝子検査を実施した。 また、新たに27種類の遺伝性腫瘍の原因遺伝子検査の結果が得られる多遺伝子パネル検査を2月から開始した。
(2) 患者の就労等に関する相談支援体制の充実(小項目)		
<p>患者の就労をはじめ、介護や福祉制度等、社会的支援に関する情報を提供するため、ハローワーク等関係機関との連携を図るとともに、より一層きめ細かな相談に努めるなど、がん相談支援センターの体制の充実を図る。</p>	<p>就労に関するニーズ等を把握するため、都道府県がん診療連携拠点病院として県内の各がん診療連携拠点病院の相談実績の分析や患者会等へのアンケート調査の実施等を行う。</p> <p>また、がん対策加速化プランに基づき、ハローワークとの連携体制を構築し、患者等に対する就労支援を実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 県と協働して「がん患者等の就労に関するアンケート調査」を行い、就労に関する実態を把握するとともに、がん治療と仕事の両立を支援するための方策などを検討した。 6月にハローワーク宇都宮と協働し、新たに毎月第1木曜日に就職相談会を開始した。また、就職相談会は、年度後半から相談者の希望に応じて随時、相談を受けたことから、相談件数が増加した。(就職相談会13回開催、相談件数17件)

中期計画(H28～H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上(小項目)		
<p>ア 患者及びその家族の立場に立った医療サービスを提供するため、研修等を実施し、職員の接遇マナーの向上を図る。</p> <p>イ 外来診察室の増設や患者の動線に配慮した会計窓口の再整備等を行い、外来診療、検査、会計等の待ち時間の短縮を図る。</p> <p>ウ 患者のプライバシーの確保に配慮するなど、患者及びその家族の快適性に配慮した院内環境の整備を計画的に実施する。</p> <p>エ 女性フロアの開設等、女性に配慮した病院運営を図る。</p> <p>オ 患者をはじめとする病院利用者の利便性の向上を図るため、病院施設内のサービスの充実を図る。</p>	<p>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、共通研修の接遇研修を実施し、職員の接遇マナーの向上を図る。</p> <p>イ 診療予約の適切な運用を図るほか、確認計算カウンターを撤去して外来待合スペースの有効活用を図るとともに、外来診察室の増設及び採血室の再整備を行うなど、患者の導線に配慮した取組を実施し、外来診療、検査、会計等の待ち時間の短縮を図る。</p> <p>ウ 患者のプライバシーの確保に配慮するなど、患者及びその家族の快適性に配慮した院内環境の整備を計画的に実施する。</p> <p>エ 婦人科・乳腺外科を中心とした女性患者の専用エリア(外来診察室及び待合室)開設の準備に取りかかる。</p> <p>オ 病院利用者の利便性の向上を図るため、病院利用者が病院施設内サービスへの意見や要望を伝える意見箱の設置場所を拡大するなど、意見箱を利用しやすいよう工夫するとともに、その意見や要望に対する改善策を検討し、実践する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の接遇マナーの向上を図るため、新規採用職員を対象に接遇研修を実施した。(43名参加) また、全職員を対象に接遇研修を2回実施した。(延べ109名参加) ・ 診察等の待ち時間短縮を図るため、生化学・免疫血清の採血管を高速凝固タイプへ変更した。 ・ 会計待ち時間については、現金自動入出金機を導入し、会計窓口の閉鎖を外来診療が概ね終了する時間帯に変更することができたため、苦情の解消につながった。 ・ 有熱者待機室におけるインフルエンザ検査については、医師から臨床検査技師へ検体採取者を変更したことによって、結果報告までの待ち時間が短縮された。 ・ 患者及びその家族の利便性に配慮し、採尿室のトイレを車いすによる利用が可能なトイレへ改修するとともに、歯科口腔外科の診療室のドアを引き戸へ改修した。また、患者の利便性の向上を図るため、内視鏡センター及び超音波センターの改修計画を策定した。 ・ 婦人科及び乳腺外科を中心とした女性患者の専用エリアにおいて、外来診療の効率化やプライバシーの確保を図るため、新たに女性専用の外来診察室や更衣室、授乳室、子どもスペースなどを整備した。 ・ 病院利用者から意見箱「みんなの声」に寄せられた要望については、毎月アメニティ・患者サービス委員会において検討し、可能な範囲で改善に取り組んだ。 ・ コンビニエンスストア及びイートインスペースの設置や、休憩用のベンチの増設を行った。 ・ 患者満足度アンケート(入院・外来)の結果、「病院内の整理整頓や清掃状態」、「病室の居心地(温度、清潔さなど)」、「待合室の雰囲気」、「言葉遣いや態度」、「説明の分かりやすさ」、「質問や相談のしやすさ」及び「患者のプライバシーへの配慮」と回答した人の割合が高く、これらのほとんどが8割を超えていた。
(4) 県民へのがんに関する情報の提供(小項目)		
<p>県民のがんに対する理解やがん検診の受診を促進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 市民公開講座等を通じて、がんに関する普及啓発に努めるとともに、ホームページや広報誌、SNS(ソーシャルネットワークサービス)等を活用し、がんセンターが行う治療方法等について積極的に情報発信する。</p>	<p>県民のがんに対する理解やがん検診の受診を促進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 広報広聴センターを新たに設置し、広報や広聴業務の一元化を図るとともに、各種広報媒体のリニューアルを行う。また、メディアを活用し、積極的に情報発信するとともに、SNS(ソーシャルネットワークサービス)の活用を検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 広報広聴センターを設置し、広報業務の一元化を図った。 ・ 下野新聞の毎週金曜日朝刊における連載記事「がん質問箱@県立がんセンター」に、がんについて一般論などを掲載した。(掲載51回) ・ 広報紙「がんセンターだより」の発行(4回)やホームページへの掲載などにより、当センターの診療内容や施設・組織の概要などを情報発信した。 ・ 「市民公開講座」及びがんセンター公開デー「オープンキャンパス」を各1回開催し、がんに関する情報や当センターの診療内容を広く県民に情報発信した。

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
イ 教育機関等での「がん教育」の取組に協力し、子どもの頃から「がん予防」や「がんを通じた命の大切さ」等の健康教育を促進する。	イ 新たに開始する「がんセンター出前講座」のパンフレットを作成し、宇都宮市を中心に県内の行政機関等に配付するとともに、講演の募集を呼びかけるなど、「がん教育」の取組に協力し、健康教育を促進する。	・ パンフレット「地方独立行政法人栃木県立がんセンター出前講座のご案内」を作成し、栃木県がん集検協議会やがんセンター出前講座などの場において、県内健康増進に係る関係部署・施設に配付した。 出前講座は6回実施し、当センターの医師、看護師、管理栄養士、臨床心理士が、がんについての正しい知識や予防、がん対策などに関する講演を行った。
(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、がん患者等と同じ立場の人の交流の場である「がん患者サロン」の利用促進を図る。	ア 患者会等と連携、協働し、がん患者等と同じ立場の人の交流の場である「がん患者サロン」の利用促進を図る。	・ 「患者サロン」では、講話(ミニレクチャー)及びウィッグ・補整下着等の展示・相談会を毎月開催した。また、がん治療に伴う外見の変化に対してアピランスケアに力を入れて取り組むとともに、新たにストレス対処法としてリラクゼーション(自律神経を整える呼吸法やヨガ療法)を取り入れた。 また、「患者サロンだより」を発行するなど、積極的な周知活動によって「患者サロン」の利用者が増加した。
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。	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。	・ 図書ボランティア、外来ボランティア及び緩和病棟ボランティアと連携、協働し、図書の整理・貸出し、院内の案内、ディルームの整理整頓など療養環境の向上を図るための取組を行った。 ・ 8月から毎週水曜日の午後、こやま文庫内に「こやまカフェ」をオープンし、全31回延べ143名の利用があった。9月21日の下野新聞に「こやまカフェ」に関する記事が掲載されてから、問合せ件数が増加し、当センターの受診患者以外の患者も利用するなど、利用者が増加した。

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、医師から認定看護師への連絡体制の一本化による「専門看護相談件数」の増加や入退院センターの介入による「口腔ケア実施件数」の増加など、目標値を上回る指標があった一方、「セカンドオピニオン件数」は、主要な医師の退職などにより目標値を下回り、「医療相談件数」についても目標値を下回った。 年度計画の業務実施状況に関しては、土曜日の午前中のセカンドオピニオン外来の開始、外来の採血開始時間の繰上げ、入退院センターによる入院治療前の総合的なマネジメント、コンビニエンスストアの設置といった新たな取組を実施するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 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。
---------	---	------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

評価委員会の評価		評価理由	
----------	--	------	--

4 人材の確保と育成(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H28年度 目標値	H28年度 実績値	H28年度 達成率(%)	H32年度 目標値※	指標の達成 状況
1	医師数(人)	53	55	104%		iv
2	認定看護師数(人)	14	14	100%		iv
3	職員満足度割合	70%以上	66%	94%	90%以上	iii
4	医療倫理研修実施回数	年2回	年2回	100%		iv

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
(1)医療従事者の確保と育成(小項目)		
<p>ア 医師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 全国のがん専門病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 ・ 専門医資格取得のための研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保に努める。 <p>イ 看護師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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の充実を図り、計画的に研修を実施する。 	<p>ア 医師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 特に、医師確保が必要である骨軟部腫瘍科、頭頸科、緩和ケア科、リハビリテーション科等に関しては、関東を中心に大学の医局や基幹病院等を訪問して、関係強化を図る。 <p>イ 看護師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、配置に努めるとともに、看護部全体の年間離職率(※)の目標を8%以内とする。 ・ 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の充実を図り、計画的に研修を実施する。 また、新たにキャリア開発ラダーを導入し、院内教育の充実を図るとともに、看護管理者の育成も強化する。 ※ 離職率 = 総退職者数(定年退職を含む)が平均職員数に占める割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師を確保するため、全国がん診療連携拠点病院、医学部を有する大学等に当センターの地方独立行政法人への移行の案内や「診療案内」などを送付し、各関係機関との連携強化に努めた。 ・ 県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師の確保が必要な骨軟部腫瘍科、頭頸科、放射線診断科などの医師の派遣を要請し、1月に放射線診断医を1名採用した。(平成29年4月採用予定:4名) ・ 当センターが日本内視鏡外科学会技術認定医や日本肝胆膵外科学会高度技能専門医などの資格取得に必要な技術指導が受けられる病院であることを情報発信し、若手医師の確保に努めた。 ・ レジデント及びシニアレジデントを確保するため、合同説明会を開催するとともに、レジナビフェアに参加した。(平成29年4月採用予定:3名) <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師を確保するため、看護師養成校の訪問や衛生福祉大学校就職ガイダンスへの参加、病院見学会の開催、インターンシップを実施するとともに、看護師養成機関との連携強化を図った。また、看護師の採用については、新たに随時募集を実施した。(平成29年4月採用予定:15名) ・ 復職に対して不安を持つ看護師を対象に、復職プログラム研修受講者を募集し、看護師として就労が可能な人材の確保に努めた。 ・ 看護部全体の年間離職率は7.9%であり、目標「8%以内」を達成した。 ・ 看護師の資質向上を図るため、研修の受講や認定資格の取得・維持のための講習会、学会等の参加を支援した。(栄養サポートチーム(NST)専門療法士及び学会認定臨床輸血看護師の資格を、それぞれ1名が取得した。) 看護管理者を育成するため看護師長を対象に、新たに「マネジメントラダー」を導入するとともに、月1回勉強会を開催し、「看護管理に活かすコンピテンシー」をテーマに取り組んだ。

中期計画(H28～H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
<p>ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>エ 事務職員の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>オ 多様な勤務形態の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 優れた人材を確保するため、短時間勤務や在宅勤務等、多様な勤務形態の導入を検討する。 	<p>ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 出身大学への訪問及びがんセンター内での就職説明会、見学会の実施等により、医療環境や業務量の変化に応じた薬剤師、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。 また、新規採用技師の専門知識習得のための研修プログラムの作成及び充実を図る。 <p>エ 事務職員の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療制度や病院経営に関する、より専門的な知識及び資格を持った職員の計画的な確保に努める。 ・ 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。 <p>オ 多様な勤務形態の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ レジデントの勤務形態を検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤師、診療放射線技師及び臨床検査技師を確保するため、当センターの見学会の開催や大学訪問などを実施するとともに、薬剤師の採用については、新たに随時募集を実施した。また、新たな職種の採用として臨床工学技士や歯科衛生士、医療映像職の採用を予定した。(平成29年4月採用予定:薬剤師2名、診療放射線技師1名、臨床検査技師4名、臨床工学技士1名、歯科衛生士1名、医療映像職1名) ・ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の資質向上を図るため、研修の受講や認定資格の取得・維持のための講習会、学会等の参加を支援した。(緩和薬物療法認定薬剤師、超音波検査士及び感染制御認定臨床微生物検査技師の資格を、それぞれ1名が取得した。) ・ 薬剤部では、新たに当センターへ配置された職員を対象に専門的な知識を習得するため、「薬剤部人材育成プログラム」を作成し、試行した。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 総務、財務及び医事分野における業務経験を有する職員を4月に5名採用した。(平成29年4月採用予定:6名) また、地域医療機関との連携の強化を図るため、新たに渉外業務を専門的に行う非常勤職員を6月に1名採用した。 ・ 事務職員の資質向上を図るため、地方独立行政法人職員向けの研修や日本医療バランスト・スコアカード研究学会が主催する研修等の参加を支援した。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 優れた人材を確保するため、ワーク・ライフ・バランスに配慮した医師の短時間勤務制度の導入について検討した。また、新たに医師事務作業補助など特定の業務を担う常勤職員制度を創設した。 また、レジデントの確保及び人材育成の強化を図るため、レジデントの勤務時間の見直しを行い、処遇を改善した。
<p>(2)研修体制の強化(小項目)</p> <p>高度で専門的な医療を提供するため、以下のとおり、研修体制を強化する。</p> <p>ア 職員一人一人が高い目標意識、倫理観及び熱意を持ち、最新の技術によるがん医療を提供できるよう、医療人を育成する体系的な研修を一元的に管理する研修センターを新たに設置する。</p> <p>イ 研修センターにおいて、新規採用職員を対象とする基本研修や、医療安全研修等の全職員共通のテーマ別研修を実施するとともに、各部門が行う専門性を有する研修の実施を支援する。</p>	<p>高度で専門的な医療を提供するため、以下のとおり、研修体制を強化する。</p> <p>ア 職員一人一人が高い目標意識、倫理観及び熱意を持ち、最新の技術によるがん医療を提供できるよう、医療人を育成する体系的な研修を一元的に管理する研修センターを新たに設置する。</p> <p>イ 研修センターにおいて、新規採用職員を対象とする基本研修及び全職員を対象とする接遇研修を実施する。また、医療安全研修等、全職員共通のテーマ別研修の実施及び各部門が行う専門性を有する研修の実施を支援する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修センターを設置し、新規採用職員研修や接遇研修、ハラスメント防止研修を実施した。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 新規採用職員研修は、基本研修及び接遇研修を実施した。 ・ 接遇研修は、全職員を対象に実施した。 ・ ハラスメント防止研修は、部下を持つ者及び全職員を対象に実施した。 ・ 研修センターが窓口となって、院外で行われる研修会、講習会、学会などの案内を職員に向けて院内メールで情報提供した。

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
<p>(3)人事管理制度の構築(小項目)</p> <p>職員の勤務成績等を考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する、がんセンターに適した人事管理制度を構築する。</p>	<p>職員の勤務成績等を考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する評価制度を検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の勤務成績等を考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する評価制度を検討するため、他病院の情報収集を行った。
<p>(4)安全で安心な職場環境づくり(小項目)</p> <p>職員が安全かつ安心して働くことができるよう、ハラスメントの防止やワーク・ライフ・バランスを推進するための研修や意識啓発活動に取り組むとともに、土曜保育の実施等、院内保育の充実を図るなど、職員が心身ともに健康を維持できるよう職場環境づくりに努める。</p>	<p>職員満足度調査の実施等により状況を確認し、ハラスメントの防止やワーク・ライフ・バランスを推進するための研修や意識啓発活動に取り組む。</p> <p>また、第1四半期に職員アンケートを実施し、院内保育所の土曜保育の実施を検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 仕事と生活の調和がとれた働きやすい雇用環境の整備を行うため、「地方独立行政法人栃木県立がんセンター次世代育成支援一般事業主行動計画」を策定した。 ・ 部下を持つ者及び全職員を対象にハラスメント防止研修を実施した。(75名参加) ・ 院内保育所における土曜保育の実施について検討するため、小学生以下の子どもを持つ職員に対し、院内保育所に関する無記名アンケートを実施した。その結果、土曜保育については、毎週利用を希望する者が想定よりも少なかったことから、次年度も引き続き検討することとした。 ・ また、小学生以下の子どもを持つ職員の多くが、夏休み期間などの長期休暇における放課後児童クラブの利用可能年齢の引上げを希望していたことから、平成28年度の夏休みから利用可能年齢を引き上げた。 ・ 職員のメンタルヘルス不調の未然防止を図るため、「ストレスチェック」を実施した。 ・ 職員満足度アンケートの結果、「仕事で困ったとき相談できる人がいる」「病院の改革・改善が必要と感じている」、「病院に尊敬できる上司・先輩がいる(OBも可)」、「仕事にやりがいを感じている」及び「がんセンターに勤務して自分の能力が向上した」と回答した人の割合が高く、いずれも6割以上だった。
<p>(5)医療従事者の臨床倫理観の向上(小項目)</p> <p>医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 医療倫理の教育や研修を定期的実施する。</p> <p>イ 医療従事者が、日常の臨床を通じ、臨床倫理に関わる事例について気軽に相談できるよう、院内に医師、看護師等のチームで構成するコンサルテーション(相談支援)体制の構築を図る。</p>	<p>医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 専門家による講演形式の研修会や院内事例を基にした多職種による倫理検討会を開催する。</p> <p>イ 病院臨床倫理委員会を隔月、定期開催するとともに、その中でケースコンサルテーション(相談支援)を実施し、院内の倫理観の向上及びスキルの習得に努め、院内のコンサルテーション体制の構築を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門家による講演形式の医療倫理研修会を2回開催した。また、多職種で構成される病院臨床倫理委員会を6回開催し、その中で院内事例を基にケースコンサルテーション(相談支援)を実施した。 ・ 医師と病院臨床倫理委員会のメンバーによる意見交換会を開催し、診療時における録音の問題、死亡時刻の確認に関する問題などについて討論し、職種による考え方の相違などを確認することができた。 ・ 病院臨床倫理委員会を6回開催し、その中でケースコンサルテーション(相談支援)を実施し、院内の倫理観の向上及びスキルの習得に努めた。 ・ 院内におけるコンサルテーション体制を構築するため、病院臨床倫理委員会のメンバーのうち5名が、医療倫理に関する外部研修を受講した。 <p>生命・医療倫理セミナー基礎コース:看護師1名 臨床倫理認定士コース基礎編 :医師2名、看護師1名、薬剤師1名</p>

法人の 自己評価	A	評価 理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「職員満足度割合」が目標値をやや下回ったものの、全体的には概ね目標どおり達成した。 ・ 年度計画の業務実施状況に関しては、医療従事者の確保を図るため、放射線診断医の採用やレジデントの勤務時間の見直し等を実施するとともに、新たに設置した研修センターにより新規採用職員研修や接遇研修を実施するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 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。
評価委員 会の評価		評価理由	

5 地域連携の推進(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H28年度 目標値	H28年度 実績値	H28年度 達成率(%)	H32年度 目標値※	指標の達成 状況
1	院外への口腔ケア依頼件数(件)	12	39	325%		v
2	医薬連携研修実施回数	年1回	年1回	100%		iv
3	受託検査件数(件)	50	43	86%		ii
4	退院調整件数(件)	650	805	124%		v
5	紹介率(%)	93.0	93.5	101%	95.0	iv

No	指標名	H28年度 目標値	H28年度 実績値	H28年度 達成率(%)	H32年度 目標値※	指標の達成 状況
6	逆紹介率(%)	32.0	38.0	119%	40.0	v

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
(1)地域の医療機関との連携強化(小項目)		
<p>患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、以下のとおり、病診・病病連携を強化する。</p> <p>ア 地域の医療機関との的確な役割分担を意識し、あらゆる進行度のがん患者に対応するとともに、他の医療機関では診療が困難な高齢者に対するがん診療(高齢者手術、放射線治療、緩和医療等)を積極的に実施する。</p> <p>イ 地域連携センターを設置し、日常的に積極的な対外活動を実践し、地域の医療機関と密な協力体制を構築するなど、地域連携機能を充実させる。具体的には、がん種別の地域連携クリティカルパスを有効に活用できるよう、運用を見直すとともに、地域医療連携ネットワークシステムを積極的に活用し、連携医療機関と「顔が見える」関係を構築する。</p>	<p>患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、以下のとおり、病診・病病連携を強化する。</p> <p>ア 地域の医療機関との的確な役割分担を意識し、治療の可否照会の患者は全例受け入れを原則とし、年齢及び進行度に鑑み、最適な治療方針をカンサーボードで検討する。また、遠方の患者は、近隣施設との連携を密に行い、患者及びその家族の負担軽減に配慮する。</p> <p>イ 地域の医療機関と密な協力体制を構築するため、地域の医療機関を定期的に訪問するスタッフ(医療連携コンシェルジュ)の導入を計画する。また、がん種別の地域連携クリティカルパスを有効に活用できるよう、電子パス化の運用を検討するとともに、地域医療連携ネットワークシステムを積極的に活用し、利用者数の増を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療機関との的確な役割分担を意識しながら、治療の可否照会のあった患者は全例受け入れを原則として対応し、他病院での治療が困難な症例についても積極的に受け入れて病病連携を強化した。 患者の状態や治療内容、患者及び家族の意向を尊重するとともに、患者及びその家族の負担の軽減についても配慮しながら、地域の医療機関への転院を調整した。 住み慣れた地域で可能な限り在宅療養を送れるよう、近隣の医療機関や地域包括ケアセンター、訪問看護ステーションなどの在宅支援関係施設と密に連携しながら、退院調整や在宅支援を行った。 地域医療機関との密な協力体制を構築するため、新たに渉外業務を専門的に行う非常勤職員を1名配置した。 地域医療連携ネットワークシステム(とちまるネット)については、地域医療機関から紹介された患者に対して、受診時に当センターの電子カルテ情報を紹介元の医師と共有するシステムであることを説明し、その場で患者から「とちまるネット同意書」を提出してもらうことにより登録者数が増加した。(年間登録者数287件、累計登録者数451件)。

中期計画(H28～H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
<p>ウ 手術、放射線治療、化学療法等、あらゆる診療段階における医科歯科連携を推進する。</p> <p>エ 外来化学療法及び在宅緩和医療の推進を図るために、がん疾患に特有な薬剤情報を調剤薬局と共有するなど、医薬連携を推進する。</p> <p>オ 近隣の医療機関からの受託検査(CT、MRI、超音波検査、内視鏡等)を積極的に受け入れる。</p>	<p>ウ 術前患者への口腔ケア実施に関する院内体制を整備するとともに、関係する各診療科への周知を図り、医科歯科連携を推進する。</p> <p>エ 栃木県がん診療連携協議会の下部組織である地域連携・研修部会に医薬連携のためのワーキンググループを設置し、調剤薬局の薬剤師、病院薬剤師とともに、地域連携のための研修会を開催する。</p> <p>オ 受託検査に関して、ホームページに最新情報を提示するとともに、パンフレットを作成して医療機関へ発送する。また、依頼時のタイムリーな対応と受入体制の強化を図る。</p>	<p>・ 医科歯科連携を推進するため、歯科口腔外科医及び渉外業務専門員が、県内の歯科診療所や医療機関を訪問した。</p> <p>・ 歯科診療所も含めた県内医療機関に対し、当センターとの連携に係る申込み依頼状を送付し、新たに「医科・歯科連携施設認定証」を発行した。</p> <p>・ 入退院センターを設置し、手術前の患者に対する口腔ケアのサポート体制を充実させたことにより、歯科診療所からの紹介件数及び院外への口腔ケア依頼件数が増加した。</p> <p>・ 栃木県がん診療連携協議会地域連携・研修部会において、がん医療における医薬連携に関する研修会を保険薬局の薬剤師、病院薬剤師を対象に1回開催した。</p> <p>・ 在宅緩和医療を推進するため、「痛みの日記」(自記式の服薬記録)を希望する保険薬局に配付した。</p> <p>・ CT、MRI等の受託検査については、ホームページの情報を更新するとともに、県内の都市医師会向け出張講座の際、チラシを配付し、受託検査について紹介した。</p>
(2) 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化(小項目)		
<p>患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、ケアマネジャーや訪問看護師等、地域の医療関係者と退院前カンファレンスを積極的に実施するなど、退院調整を充実するとともに、在宅療養中の患者の緊急時の受入れ等、状態変化に合わせて迅速に対応するなど、患者の在宅療養を支援するための病診連携を強化する。</p>	<p>患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、ケアマネジャーや訪問看護師等、地域の医療関係者と退院前カンファレンスを積極的に実施するなど、退院調整を充実する。また、ケアマネジャーや訪問看護師等を対象とした勉強会等を通じてコミュニケーションを図り、連携を強化する。</p>	<p>・ 患者が退院後も安心して在宅での療養生活ができるよう、在宅療養の支援が必要な患者について、入院中から合同カンファレンスを86回開催し、開業医、ケアマネジャー、訪問看護師等と情報の共有化や意見交換を行い、地域の医療機関や在宅支援関係者と顔の見える関係の構築とその強化に努めた。</p> <p>・ 医療連携情報交換会については、参加対象者を連携医療機関や医師会所属の医師だけでなく、地域医療機関や在宅支援機関で働く多職種にも広げて2回開催し、地域包括ケアシステムにおける医療倫理を合同で学ぶとともに、意見交換を通して病診連携の強化を図った。</p>
(3) 在宅緩和ケアの推進(小項目)		
<p>がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮らすことができるよう、以下のとおり、在宅における緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域連携カンファレンスの実施、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションとの連携強化、訪問診療の検討を行うなど、地域と連携して在宅緩和ケアを推進する。</p> <p>イ 在宅緩和ケアの地域連携クリティカルパスを整備するとともに、地域医療連携ネットワークシステムや医介連携ネットワークシステムを活用し、県内の緩和ケアの模範となるように地域と密着した在宅緩和ケアを推進する。</p>	<p>がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮らすことができるよう、以下のとおり、在宅における緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域の医療機関と連携して地域連携カンファレンスを実施する。また、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションとの連携を強化する。</p> <p>イ 県共通の緩和ケア地域連携パスを実施するとともに、地域連携カンファレンスを開催し、地域の医療機関との連携強化を図る。</p>	<p>・ 地域の病院や診療所、訪問看護ステーションなどの関係機関と連携強化を図るため、当センターと済生会宇都宮病院が共同で「宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンス」を9回開催した。(医師、看護師、薬剤師など多職種が毎回50～80名程度参加)</p> <p>・ 緩和ケア病棟入院患者の在宅療養への移行時において、県共通の緩和ケア地域連携パスを実施した。</p>

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「受託検査件数」が目標値をやや下回ったものの、「退院調整件数」は院内体制の強化により目標値を上回り、「逆紹介率」についても目標値を上回るなど、全体的には概ね目標どおり達成した。 ・ 年度計画の業務実施状況に関しては、地域医療機関との連携を強化するため、他病院での治療が困難な患者の積極的な受入れや新たに採用した渉外業務を専門的に行う非常勤職員による県内の歯科診療所や医療機関への訪問、医師だけではなく地域医療に携わるあらゆる職種に広げた医療連携情報交換会の開催など、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
-------------	---	------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

評価委員 会の評価		評 価 理 由	
--------------	--	------------	--

6 地域医療への貢献(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H28年度 目標値	H28年度 実績値	H28年度 達成率(%)	H32年度 目標値※	指標の達成 状況
1	地域の医療従事者向け研修実施回数	年15回	年20回	133%		v
2	郡市医師会向け出張講座実施回数	年20回	年14回	70%		i

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
(1) 地域のがん医療の向上・均てん化のための支援(小項目)		
<p>地域のがん医療の向上・均てん化を推進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 都道府県がん診療連携拠点病院として、県内のがん診療に係る情報の共有化や診療の質の向上につながる取組を推進する。</p> <p>イ 緩和ケア研修やがん専門看護師の実習受入れ等、地域医療機関向けの研修会を実施し、がん医療に携わる医療従事者の育成に対して積極的に支援する。</p> <p>ウ 放射線治療専門医が常勤していない放射線治療施設に対して、放射線治療品質保証室による技術的な支援を行う。</p>	<p>地域のがん医療の向上・均てん化を推進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 都道府県がん診療連携拠点病院として、栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催するとともに、地域の医療従事者向けの研修会等を開催する。</p> <p>イ 緩和ケア研修会や郡市医師会に対する出前講座等、地域機関向けの研修会を実施し、がん医療に携わる医療従事者の育成に対して積極的に支援する。</p> <p>ウ 県内における放射線治療の技術の均てん化を支援するため、県内の診療放射線技師及び医学物理士を対象としたセミナーを開催するとともに、県内の放射線治療施設を訪問して線量測定 of 技術指導を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栃木県がん診療連携協議会を1回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の会議の概要の説明や各種情報提供、意見交換等を行った。 ・ 栃木県がん診療連携協議会がん登録部会を1回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会の会議の概要の説明や全国がん登録に関する情報の共有化を図った。 ・ 栃木県がん診療連携協議会相談支援部会を3回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会の会議の概要について説明を行い、情報の共有化を図った。また、リレーフォーライフ及び市民公開セミナーにおいて「がん相談支援センター」の周知活動を行った。 ・ 栃木県がん診療連携協議会緩和ケア部会を1回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会緩和ケア部会の会議の概要の説明や緩和ケアに関する情報の共有化を図った。 ・ 外部講師を招へいた公開カンファレンスやがん相談員研修会など、地域の医療従事者向け研修会を20回開催した。 また、地域の開業医や医療従事者を対象に県内の郡市医師会向けの出張講座を14回実施した。 ・ 県内における放射線治療技術の均てん化を支援するため、放射線治療研修や直線加速器のIGRT(画像誘導放射線治療)の精度管理に関する研修を実施した。
(2) がん対策事業への貢献(小項目)		
<p>がん登録等の情報の整理、分析等を行うとともに、県のがんに関する計画の企画立案等に参画するなど、がん対策事業に対して積極的に貢献する。</p>	<p>がん登録等の情報の整理、分析等を行うとともに、県のがんに関する計画の企画立案等に参画するなど、がん対策事業に対して積極的に貢献する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ がん登録データ(院内・地域等)の整理、分析等を行い、国立がん研究センターがん対策情報センターへデータを提出し、罹患率や生存率の算定等に寄与した。 ・ 地域がん登録から全国がん登録システムへの円滑な移行ができるよう、県と協議を行った。また、がん患者の就労に関するデータ、小児・AYA世代に関するデータ、がんの罹患や死亡に関するデータなどを県に提供した。

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「地域の医療従事者向け研修実施回数」は、目標値を上回ったものの、「都市医師会向け出張講座実施回数」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実施状況に関しては、都道府県がん診療連携拠点病院として、地域のがん医療の向上・均てん化を推進するとともに、がん登録データの整理、分析等を行い、がん対策事業に貢献するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおりに実施することができたため、「A」評価とした。
-------------	---	------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

評価委員 会の評価		評 価 理 由	
--------------	--	------------	--

7 災害等への対応(中項目)

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
<p>災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、救急医療体制の整備のための医薬品の備蓄や被災地の支援等、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。</p> <p>また、災害発生時に患者の安全を確保できるよう、防災訓練等、災害対策を実施する。</p>	<p>災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、救急医療体制の整備のための医薬品の備蓄や被災地の支援等、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。</p> <p>また、災害時において適切な判断と的確な防災活動を遂行できるよう、職員に防災に関するマニュアルを配付して周知徹底を図るとともに、定期的に防災訓練を実施し、防災教育の徹底に努める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 災害対応マニュアル等を院内ネットワークに掲示し、職員の閲覧に供した。 ・ 当センターの防災対応、防火設備の役割等について新規採用職員研修を行い、防災に対する意識を高めた。 ・ 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火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。

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 災害対応マニュアルの職員への周知や大地震を想定した防災訓練の実施など、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
---------	---	------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

評価委員会の評価		評価理由	
----------	--	------	--

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項(大項目)

1 業務運営体制の確立(中項目)

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
<p>安定的な経営基盤を確立するため、ガバナンスを強化するとともに、経営戦略部門を設置し、医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営を行う。</p> <p>また、各部署の権限や責任の所在を明確化し、実効性のある組織体制を構築するとともに、会議・連絡会等を見直し、効率的な体制を構築する。</p>	<p>安定的な経営基盤を確立するため、組織を改編して経営企画室を新たに設置し、医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営に努める。</p> <p>また、各部署の権限や責任の所在を明確化し、実効性のある組織体制を構築するとともに、会議・連絡会等を見直し、効率的な体制を構築する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 経営企画室を設置し、経営会議等の決定事項を周知する体制を強化した。また、経営会議及び経営戦略会議を各11回開催し、毎月の収支状況等(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況など)、決定事項などを周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。 医療環境の変化に伴って発生する病院運営上の課題については、タスクフォースやワーキンググループを設置し、対応案を検討した。決定事項については、速やかに院内へ周知して実施するという流れが定着した。 これまで各部署の役割分担では不明確な部分や重複する部分があったことから、各部署の権限や責任の所在の明確化を図るため、横断的な組織として事業系組織を設置し、より実効性のある組織体制を整備した。また、効率的な体制を構築するため会議・連絡会等の統廃合や、構成員、開催回数の見直しについて検討した。

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 経営企画室を新たに設置し、経営会議等の決定事項を院内で共有化する体制を強化するとともに、医療環境の変化に伴って発生する病院運営上の課題については、タスクフォース等を設置して対応案を検討するなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
---------	---	------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

評価委員会の評価		評価理由	
----------	--	------	--

2 経営参画意識の向上(中項目)

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
<p>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。</p>	<p>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、経営戦略会議等において、業務改善に関する職員からのアイデアの収集と評価を行い、中期目標及び中期計画の考え方を共有できる院内体制を構築する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経営会議及び経営戦略会議を各11回開催し、毎月の収支状況等(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況など)、決定事項などを周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。 ・ 「業務改善提案」の制度を創設し、職員からのアイデアを収集し、患者サービスの向上や収益増につながる取組などを行った。(業務改善提案件数17件) ・ 医療バランスト・スコアカードの手法を用いて「財務の視点」、「顧客の視点」、「業務プロセスの視点」及び「学習・成長の視点」から、各部署で策定した戦略テーマを可視化したうえで、具体的な目標を設定してアクションプランを作成し、各職員がそれを実践した。 ・ 看護部では、適切な褥瘡予防・治療のための総合的な褥瘡対策に取り組み、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定した。 ・ 検査技術科では、職員全員で業務の改善について検討し、遺伝子検査の一部外注化や病理検査におけるブロック数及びスライド数の削減等に取り組んだ。また、このような取組を通じ、職員の経営への参画意識が高まった。 ・ 栄養管理科では、食欲不振など栄養状態に問題がある患者に係る栄養指導の依頼に迅速に対応できるよう、栄養指導体制を強化した。また、入退院センターをはじめ他部署と連携しながら、新たに入院前における栄養指導を実施するとともに、退院後における栄養指導の充実を図った。 ・ 薬剤部では、入院患者への服薬指導の充実を図るため、東第3病棟及び東第4病棟に配置した専任の病棟薬剤師について病棟業務以外の業務の見直し等を行った。また、西第6病棟に服薬指導担当の薬剤師を1名増員し、服薬指導件数が増加した。

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員全員の経営参画意識の向上を図るため、経営会議や経営戦略会議を定期的で開催するとともに、業務改善提案制度を新たに創設して職員からアイデアを収集する取組を実施するなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
---------	---	------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

評価委員会の評価		評価理由	
----------	--	------	--

3 収入の確保及び費用の削減への取組(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H28年度 目標値	H28年度 実績値	H28年度 達成率(%)	H32年度 目標値※	指標の達成 状況
1	病床利用率(%)	66.5	66.8	100%		iv
2	新入院患者数(人)	4,300	4,412	103%		iv
3	新外来患者数(人)	5,720	6,261	109%		iv
4	1日当たり入院患者数(人)	181.7	182.2	100%		iv
5	1日当たり外来患者数(人)	426.3	461.0	108%		iv

No	指標名	H28年度 目標値	H28年度 実績値	H28年度 達成率(%)	H32年度 目標値※	指標の達成 状況
6	診療材料費対医業収益比率(%)	8.8	8.0	110%		v
7	ジェネリック医薬品採用比率(%)	70.0	78.4	112%		v
8	委託料対医業収益比率(%)	12.0	12.4	97%		iii
9	減価償却費対医業収益比率(%)	17.0	17.2	99%		iii

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
(1)収入の確保への取組(小項目)		
<p>収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア より多く患者を紹介してもらえるよう、地域医療機関への積極的な訪問や情報交換会の開催等を通じ、病診・病病連携の強化に努める。</p> <p>イ ホームページやメディア等を通じ、がんセンターの特長を周知するとともに、地域のイベントでのPR活動や出前講座の実施等、積極的な情報発信、広報活動を行う。</p> <p>ウ 効率的かつ柔軟な病棟管理を行い、病床利用率を向上させる。</p>	<p>収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア より多く患者を紹介してもらえるよう、地域医療機関への積極的な訪問を行うとともに、情報交換会や出張講座の開催等を通じて、病診・病病連携の強化に努める。</p> <p>イ ホームページやメディア等を通じ、がんセンターの特長を周知するとともに、地域のイベントでのPR活動や出前講座の実施等、積極的な情報発信、広報活動を行う。</p> <p>ウ 効率的かつ柔軟な病棟管理を行い、病床利用率を向上させる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地方独立行政法人への移行に伴い、あらためて栃木県内2,255の医療機関等に対し、医療及び医科歯科連携に係る案内を郵送し、678施設から連携の申込みがあった。 ・ 地域医療機関との連携を強化するため、8月から歯科口腔外科医と渉外業務専門員が県内の歯科診療所や医療機関を訪問した。また、医療連携情報交換会や郡市医師会向けの出張講座、県内在住・在勤・在学者を対象とした出前講座を開催し、地域との交流を図った。(医療連携情報交換会2回、郡市医師会向け出張講座14回、出前講座6回) ・ 広報紙「がんセンターだより」やホームページ、メディア等により、当センターの診療内容や施設・組織の概要などを周知した。 ・ 「市民公開講座」及びがんセンター公開デー「オープンキャンパス」を開催し、がんに関する情報や当センターの診療内容を広く県民に情報発信した。 また、「県庁de愛ふれあい直売所」における当センターのコーナーの設置や陽南地域におけるイベントの冊子への広告掲載など、当センターの周知活動を行った。 ・ 緊急入院の患者の受入れについては、該当診療科の病棟における対応が困難なときは、他病棟の空床を利用し、病床利用率の向上を図った。 ・ 緩和ケア病棟の入棟判定については、緩和ケア病棟判定会議の開催を週1回から随時開催に変更したことから、患者が入棟を申し込んだ日に入棟判定が行われるようになった。

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
<p>エ 診療情報管理士等、専門的知識を有する職員の確保と育成に努め、診療報酬改定等に迅速かつ適切に対応できる体制を構築する。</p> <p>オ 入院時の丁寧な説明等により未収金の発生防止に努めるとともに、発生した未収金については回収の徹底を図る。</p>	<p>エ 診療情報管理士を医事課に配属するとともに、診療情報管理士を中心に、診療報酬改定に適切に対応し、DPC機能評価係数の上積みを図る。</p> <p>オ 入院時における限度額適用認定証の説明等により未収金の発生防止に努める。また、発生した未収金については、早急な督促、催告及び臨戸訪問を実施するとともに、回収困難債権については、弁護士法人へ回収業務を委託し、回収の徹底を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 4月に診療情報管理士2名を医事課に配置した。診療情報管理士が、保険診療委員会及びDPCコーディング委員会の事務局を担い、DPC分析ベンチマークシステム(EVE)を活用して出来高請求額とDPC請求額を比較し、マイナスの差額が発生する理由について検討を行った。また、病院指標を作成し、データ提出加算の指数が上がった。 平成28年4月の診療報酬改定に適切に対応し、医師事務作業補助体制加算1(25対1)や検体検査管理加算IVが算定されたことにより、DPC機能評価係数が0.2095から0.2280となった。 国民健康保険短期保険証を有する患者を中心に、入院時における限度額適用認定証の説明を重点的に行い、未収金の発生防止に努めた。 発生した未収金は、適宜、督促を実施した。また、回収困難債権については、弁護士法人へ回収業務を委託したことにより、長期にわたり回収ができなかった未収金の一部を回収することができた。
(2)費用の削減への取組(小項目)		
<p>費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 予算と実績の管理を通じ、職員全員に対してコスト意識の徹底を図る。</p> <p>イ 適正な在庫管理の徹底、入札方法の検討、ジェネリック医薬品の積極的な導入等、医薬品や診療材料の調達コストを削減する。</p> <p>ウ 委託料、報償費、光熱水費等、費用全般にわたる支出内容の見直しを実施する。</p> <p>エ 適切なコスト管理等を行うため、診療行為別原価計算を実施する。</p>	<p>費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 病院の収支状況を月次で管理するとともに、予算と実績の管理を通じ、職員全員に対してコスト意識の徹底を図る。</p> <p>イ 関係する部署が連携し、ジェネリック医薬品等、支出を抑制できる材料を積極的に導入する。また、契約方法を見直し、材料費の抑制を進めるとともに、採用しているベンチマークシステムを基に高価な品目について適正価格での納入を図る。</p> <p>ウ 医療機器の保守契約の見直し、光熱水費節約の徹底等、費用全般にわたる支出内容の見直しを実施する。</p> <p>エ 適切なコスト管理等を行うため、診療行為別原価計算を実施するための経営分析システムを導入するとともに、診療科及び部門ごとに収支分析を行い、分析結果を報告するための運用を検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 病院の収支状況を月次で管理するとともに、経営会議や経営戦略会議において収支状況を職員に周知し、コスト意識の醸成に努めた。 医薬品については、先発品からジェネリックへの切替えを積極的に行い、先発品24品目がジェネリックへと切り替えられた。 診療材料については、安価なものへの見直しを行うとともに、種類を統一した。(注射器、針、手袋類、抗がん剤飛まつ汚染防止用ガウンなど) また、ベンチマークシステムを活用して診療材料の購入価格を他病院と比較することにより、購入時における価格交渉を有利に進めることが可能となった。 CT、MRIの保守点検業務委託契約については、フルメンテナンスから定期点検のみとする見直しを行い、費用を削減した。また、駐車場管理補助業務委託契約については、業務時間を2時間短縮する見直しを行った。 光熱費については、毎月の使用電気量、使用ガス量を前年度と対比させて職員へ周知し、節約を呼びかけた。また、光熱費の節約を図るため、外来診察室の照明をLED照明へ交換した。 適切なコスト管理等を行うため、診療行為別原価計算を実施するための経営分析システムを導入した。経営管理システムと人事給与システム・財務システム間におけるデータ連携の確認作業や医師の勤務時間に応じた給与費の配賦を行い、診療科及び部門ごとに収支状況を把握した。

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、ベンチマークシステムの活用などによる「診療材料費対医業収益比率」の低下、医薬品のジェネリックへの積極的な切替えによる「ジェネリック医薬品採用比率」の上昇など、全体的には概ね目標どおり達成した。 ・ 年度計画の業務実施状況に関しては、収入の確保を図るため、県内の歯科診療所や医療機関への積極的な訪問、広報誌やホームページ、メディア等による積極的な周知活動等を実施したほか、費用の削減を図るため、経営会議や経営戦略会議を通じた職員のコスト意識の醸成など、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
-------------	---	------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

評価委員 会の評価		評 価 理 由	
--------------	--	------------	--

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	H28年度 目標値	H28年度 実績値	H28年度 達成率(%)	H32年度 目標値※	指標の達成 状況
1	経常収支比率(%)	100%以上	101.1%	101%	100%以上	iv
2	医業収支比率(%)	80%以上	79.1%	99%	85%以上	iii

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
<p>県民が求める高度で専門的ながん医療を安定的に提供していくため、中期目標期間を累計した経常収支比率を100%以上とする。また、各年度において経常収支の黒字化を目指す。</p>	<p>月次で収支状況を管理し、経常収支の黒字化を目指す。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経常収支 は111,514,400円を計上し、経常収支比率は101.1%となった。 ・ 経営会議及び経営戦略会議を各11回開催し、毎月の収支状況等(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況など)などを周知し、経常収支の黒字化を目指した。 ・ 理事長が診療科及び事業系センターごとにヒアリングを実施し、平成27年度の実績を振り返りながら、平成28年度の目標や課題、取組などについて話し合った。

法人の 自己評価	A	評価 理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「医業収支比率」は目標値をやや下回ったものの、「経常収支比率」は目標値を上回った。 ・ 年度計画の業務実施状況に関しては、経営会議や経営戦略会議を通じて月次で収支状況を管理し、経常収支の黒字化を達成するなど、概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
-------------	---	----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

評価委員 会の評価		評価 理由	
--------------	--	----------	--

第8 その他業務運営に関する重要事項(大項目)

中期計画(H28~H32)の記載内容	年度計画の記載内容	年度計画の業務実施状況
<p>病院施設の老朽化の状況や求められる機能を踏まえ、院内にプロジェクトチームを設置して、長期的な視点から、がん専門病院として今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を検討する。</p> <p>また、医療機器については、県民の医療ニーズ、医療技術の進展に応えるため、費用対効果等を総合的に勘案し、計画的な更新・整備に努める。</p>	<p>病院施設の老朽化の状況や求められる機能を踏まえ、院内にプロジェクトチームを設置して、長期的な視点から、がん専門病院として今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を検討する。</p> <p>また、医療機器については、計画的に更新・整備する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 長期的な視点から、今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を検討するため、他施設の状況調査を行うとともに、将来構想策定プロジェクトチームを設置した。 ・ 医療機器については、リハビリテーション室の開設に伴うリハビリ機器、超音波画像診断装置、血液検査システムなどを計画的に更新・整備した。(38品目、計126,787,788円)

法人の自己評価	B	評価理由	<p>・ 施設整備のあり方については、「将来構想策定プロジェクトチーム」を設置したものの、具体的な検討には至らなかったことから、当該中項目に関しては、計画をやや下回ったため、「B」評価とした。</p>
---------	---	------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

評価委員会の評価		評価理由	
----------	--	------	--

地方独立行政法人栃木県立がんセンターの平成 28 年度財務諸表の確認について

1 確認の方針

財務諸表は、県民その他の利害関係者の判断を誤らせることのないよう財政状態及び運営状況について適切に示すことが必要である。

また、知事による財務諸表の承認にあたっては、地方独立行政法人法第 34 条の規定により、評価委員会により意見を聴取することとなっている。

このことから、財務諸表中、監事による監査において精査された数値以外の内容について、合規性と表示内容の適正性の観点から、事務局において確認を行った。

地方独立行政法人法（抄）

第 34 条 地方独立行政法人は、毎事業年度、貸借対照表、損益計算書、利益の処分又は損失の処理に関する書類その他設立団体の規則で定める書類及びこれらの附属明細書（以下「財務諸表」という。）を作成し、当該事業年度の終了後 3 か月以内に設立団体の長に提出し、その承認を受けなければならない。

3 設立団体の長は、財務諸表を承認しようとするときは、あらかじめ評価委員会の意見を聴かなければならない。

2 承認の手続等

(1) 評価委員会に提出する資料

県は、法人の財務諸表の承認にあたっては、法人から提出された財務諸表等について評価委員会から意見を聴取する。

- ・ 財務諸表（貸借対照表、損益計算書、利益の処分又は損失の処理に関する書類、キャッシュ・フロー計算書、行政サービス実施コスト計算書及びこれらの附属明細書）
- ・ 事業報告書
- ・ 決算報告書
- ・ 監事の監査報告書

(2) 評価委員会における確認

評価委員会は、財務諸表の内容について、確認を行う。

(3) 評価委員会の意見

評価委員会は、確認した内容を基に審議を行い、知事へ意見内容を報告する。

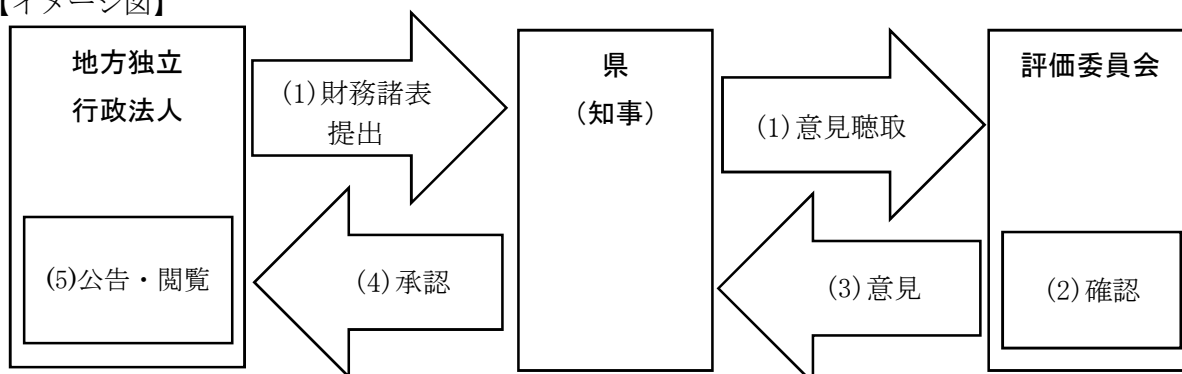
(4) 財務諸表の承認

県は、評価委員会の意見を踏まえて、財務諸表の承認を行う。

(5) 財務諸表の公告・閲覧

法人は、県から財務諸表の承認を経た後、遅滞なく、財務諸表を公告し、県の規則で定める期間（5年間）、一般の閲覧に供する。

【イメージ図】



3 確認（チェック）項目（事務局が実施）

財務諸表の承認について、下記項目により確認を行った。

(1) 合规性（合规性の遵守の観点から確認を行う）

確認事項	確認結果
① 提出期限は遵守されたか。 (法第 34 条第 1 項)	平成 29 年 6 月 26 日に提出されている。
② 必要な書類は全て提出されたか。 【財務諸表】 ・ 貸借対照表、損益計算書、利益の処分又は損失の処理に関する書類 ・ キャッシュ・フロー計算書 ・ 行政サービス実施コスト計算書 【添付書類】 ・ 事業報告書 ・ 決算報告書 ・ 監事の意見	全て提出されている。
③ 監事の監査報告書に、財務諸表の承認にあたり考慮すべき意見はないか。	考慮すべき意見なし。

(2) 適正性（表示内容の適正性の観点から確認を行う）

確認事項	確認結果
① 財務諸表に記載すべき項目について、遺漏はないか。	表示科目、会計方針、その他注記等の遺漏はないことを確認した。
② 決算報告書は、予算の区分に従い作成されているか。	法人の年度計画予算の区分に従い作成されている。
③ 行うべき処理等を行っているか。	以下の事項について遺漏等が無いことを確認した。 ① 事業報告書（法第 34 条第 2 項） ② 利益の処分（法第 40 条第 1 項） ③ 剰余金の使途（法第 40 条第 3 項） ④ 栃木県以外からの長期借入（法第 41 条第 5 項） ⑤ 短期借入金の限度超過（法第 41 条第 1 項） ⑥ 余裕金の運用（法第 43 条） ⑦ 条例で定める重要な財産にかかる処分（法第 44 条第 1 項）

(参考) 根拠法令等

地方独立行政法人法

(財務諸表等)

- 第 34 条** 地方独立行政法人は、毎事業年度、貸借対照表、損益計算書、利益の処分又は損失の処理に関する書類その他設立団体の規則で定める書類及びこれらの附属明細書(以下「財務諸表」という。)を作成し、当該事業年度の終了後 3 月以内に設立団体の長に提出し、その承認を受けなければならない。
- 2** 地方独立行政法人は、前項の規定により財務諸表を設立団体の長に提出するときは、これに当該事業年度の事業報告書及び予算の区分に従い作成した決算報告書を添え、並びに財務諸表及び決算報告書に関する監事の意見(次条の規定により会計監査人の監査を受けなければならない地方独立行政法人にあっては、監事及び会計監査人の意見。第 4 項及び第 9 9 条第 8 号において同じ。)を付けなければならない。
- 3** 設立団体の長は、第一項の規定により財務諸表を承認しようとするときは、あらかじめ、評価委員会の意見を聴かなければならない。
- 4** 地方独立行政法人は、第一項の規定による設立団体の長の承認を受けたときは、遅滞なく、財務諸表を公告し、かつ、財務諸表並びに第二項の事業報告書、決算報告書及び監事の意見を記載した書面を、各事務所に備えて置き、設立団体の規則で定める期間、一般の閲覧に供しなければならない。

地方独立行政法人栃木県立がんセンターの業務運営並びに財務及び会計に関する規則

(財務諸表)

- 第 9 条** 法第 34 条第 1 項の規則で定める書類は、地方独立行政法人会計基準及び地方独立行政法人会計基準注解(平成 16 年総務省告示第 221 号)に定めるキャッシュ・フロー計算書及び行政サービス実施コスト計算書とする。

(財務諸表等の閲覧機関)

- 第 10 条** 法第 34 条第 4 項の規則で定める期間は、5 年とする。

財務諸表等

平成28年度
(第1期事業年度)

自 平成28年4月1日

至 平成29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

貸借対照表	1
損益計算書	3
キャッシュ・フロー計算書	4
利益の処分に関する書類	5
行政サービス実施コスト計算書	6
注記事項	7
附属明細書	
1 固定資産の取得及び処分並びに減価償却費の明細	12
2 たな卸資産の明細	13
3 長期借入金の明細	14
4 移行前地方債償還債務の明細	15
5 引当金の明細	18
6 資本金及び資本剰余金の明細	19
7 運営費負担金債務及び運営費負担金収益の明細	20
8 地方公共団体等からの財源措置の明細	21
9 役員及び職員の給与の明細	22
10 開示すべきセグメント情報	23
11 上記以外の主な資産、負債、費用及び収益の明細	24
添付資料	
決算報告書	(別冊)
事業報告書	(別冊)

財 務 諸 表

貸借対照表
(平成29年3月31日)

【地方独立行政法人 栃木県立がんセンター】

(単位:円)

科 目	金 額
資 産 の 部	
I 固 定 資 産	
1 有形固定資産	
土地	2,875,000,000
建物	6,161,805,433
建物減価償却累計額	▲ 409,914,473 5,751,890,960
構築物	94,295,180
構築物減価償却累計額	▲ 20,598,659 73,696,521
器械備品	2,912,396,290
器械備品減価償却累計額	▲ 800,219,647 2,112,176,643
有形固定資産合計	10,812,764,124
2 無形固定資産	
電話加入権	22,500
無形固定資産合計	22,500
3 投資その他の資産	
長期貸付金	920,840
長期前払消費税	491,795,118
投資その他の資産合計	492,715,958
固定資産合計	11,305,502,582
II 流 動 資 産	
現金及び預金	1,506,779,459
医業未収金	1,169,673,630
貸倒引当金	▲ 9,575,963 1,160,097,667
未収金	10,762,537
たな卸資産	78,459,476
流動資産合計	2,756,099,139
資産合計	14,061,601,721

貸借対照表
(平成29年3月31日)

【地方独立行政法人 栃木県立がんセンター】

(単位:円)

科 目	金 額	
負債の部		
I 固定負債		
長期借入金	357,160,000	
移行前地方債償還債務	7,182,803,014	
資産見返負債		
資産見返運営費負担金	910,089,142	
資産見返補助金等	181,895,899	
資産見返寄付金	<u>37,282,016</u>	1,129,267,057
引当金		
退職給付引当金	<u>1,093,691,180</u>	1,093,691,180
固定負債合計		9,762,921,251
II 流動負債		
1年以内返済予定長期借入金	78,168,000	
1年以内返済予定移行前地方債償還債務	1,230,272,463	
未払費用	2,828,192	
未払金	587,709,403	
未払消費税及び地方消費税	17,031,291	
前受金	24,490	
預り金	26,006,700	
引当金		
賞与引当金	244,556,000	
流動負債合計		<u>2,186,596,539</u>
負債合計		11,949,517,790
純資産の部		
I 資本金		
設立団体出資金	<u>1,992,164,214</u>	
資本金合計		1,992,164,214
II 資本剰余金		
資本剰余金	<u>10,392,244</u>	
資本剰余金合計		10,392,244
III 利益剰余金		
当期末処分利益	<u>109,527,473</u>	
(うち当期総利益)	(109,527,473)	
利益剰余金合計		<u>109,527,473</u>
純資産合計		<u>2,112,083,931</u>
負債純資産合計		<u>14,061,601,721</u>

損益計算書

(平成28年4月1日から平成29年3月31日まで)

【地方独立行政法人 栃木県立がんセンター】

(単位:円)

科 目	金 額
営業収益	
医業収益	
入院収益	4,004,671,365
外来収益	2,961,940,943
その他医業収益	202,761,001
運営費負担金収益	7,169,373,309
資産見返負債戻入	1,768,027,000
資産見返運営費負担金戻入	612,615,378
資産見返補助金等戻入	32,189,104
資産見返寄付金戻入	7,553,393
受託事業等収益	652,357,875
営業収益合計	11,020,836
	9,600,779,020
営業費用	
医業費用	
給与費	3,735,251,832
材料費	2,429,590,853
経費	1,588,768,313
減価償却費	1,222,719,229
研究研修費	92,494,787
一般管理費	9,068,825,014
給与費	136,866,258
経費	10,899,251
減価償却費	10,300,476
控除対象外消費税損失	158,065,985
資産取得控除対象外消費税償却	303,791,191
営業費用合計	63,533,936
	9,594,216,126
営業利益	6,562,894
営業外収益	
運営費負担金収益	78,525,000
財務収益	19,100
補助金等収益	21,469,000
寄付金収益	2,458,500
その他営業外収益	128,968,742
営業外収益合計	231,440,342
営業外費用	
財務費用	119,983,071
雑損失	6,505,765
営業外費用合計	126,488,836
経常利益	111,514,400
臨時利益	
資産見返運営費負担金戻入	1,767,123
その他臨時利益	31,668,834
臨時利益合計	33,435,957
臨時損失	
固定資産除却損	3,754,050
その他臨時損失	31,668,834
臨時損失合計	35,422,884
当期純利益	109,527,473
当期総利益	109,527,473

キャッシュ・フロー計算書

(平成28年4月1日から平成29年3月31日まで)

【地方独立行政法人栃木県立がんセンター】

(単位:円)

科 目	当 年 度
I 業務活動によるキャッシュ・フロー	
医療材料の購入による支出	▲ 2,608,788,892
人件費支出	▲ 3,782,405,924
その他業務支出	▲ 1,899,414,548
医業収入	7,077,920,263
運営費負担金収入	1,846,552,000
運営費交付金収入	0
補助金等収入	18,016,000
寄附金収入	0
その他業務収入	172,970,636
小計	824,849,535
利息受取額	19,100
利息支払額	▲ 119,983,071
業務活動によるキャッシュ・フロー	704,885,564
II 投資活動によるキャッシュ・フロー	
有形固定資産の取得による支出	▲ 616,888,764
有形固定資産の売却による収入	0
無形固定資産の取得による支出	0
無形固定資産の売却による収入	0
投資その他の資産の取得による支出	0
投資その他の資産の売却による収入	0
運営費負担金収入	621,281,000
定期預金の払い戻しによる収入	0
定期預金の預け入れによる支出	0
その他の投資活動による支出	▲ 960,877
その他の投資活動による収入	0
投資活動によるキャッシュ・フロー	3,431,359
III 財務活動によるキャッシュ・フロー	
短期借入金による収入	0
短期借入金の返済による支出	0
長期借入金による収入	435,328,000
長期借入金の返済による支出	0
移行前地方債償還債務の償還による支出	▲ 1,275,675,057
その他財務活動による収入	0
その他財務活動による支出	0
財務活動によるキャッシュ・フロー	▲ 840,347,057
IV 資金の増加額(又は減少額)	▲ 132,030,134
V 資金の期首残高	1,638,809,593
VI 資金の期末残高	1,506,779,459

利益の処分に関する書類(案)
(平成29年3月31日)

【地方独立行政法人 栃木県立がんセンター】

(単位:円)

科 目	金 額	
I 当期末処分利益		109,527,473
当期総利益	109,527,473	
II 利益処分額		
目的積立金	<u>109,527,473</u>	<u>109,527,473</u>

行政サービス実施コスト計算書
(平成28年4月1日から平成29年3月31日まで)

【地方独立行政法人 栃木県立がんセンター】

(単位:円)

科 目	金 額		
I 業務費用			
1 損益計算書上の費用			
医業費用	9,068,825,014		
一般管理費	158,065,985		
控除対象外消費税損失	303,791,191		
資産取得控除対象外消費税償却	63,533,936		
営業外費用	126,488,836		
臨時損失	35,422,884	9,756,127,846	
2 (控除)自己収入等			
医業収益	▲ 7,169,373,309		
資産見返負債戻入	▲ 7,553,393		
その他収益	▲ 142,467,178	▲ 7,319,393,880	
業務費用合計 (うち減価償却費充当補助金相当額)			2,436,733,966 (646,571,605)
II 引当外退職給付増加見積額	30,121,192		30,121,192
III 機会費用			
国又は地方公共団体財産の無償又は減額 された使用料による貸借取引の機会費用	0		
地方公共団体出資等の機会費用	1,298,284		1,298,284
IV 行政サービス実施コスト			2,468,153,442

注 記 事 項

I 重要な会計方針

1 運営費負担金収益の計上基準

期間進行基準を採用しております。

ただし、建設改良に要する経費等（移行前地方債元金利息償還金に要する経費等）については費用進行基準を採用しております。

2 減価償却の会計処理方法

(1) 有形固定資産

定額法を採用しております。

なお、主な資産の耐用年数は以下のとおりです。

建物	2年～39年
構築物	2年～15年
機器備品	2年～10年

3 退職給付に係る引当金及び見積額の計上基準

職員の退職給付に備えるため、当事業年度末における退職給付債務の見込額に基づき計上しております。

数理計算上の差異は、各事業年度の発生時における職員の平均残存勤務期間内の一定の年数(9年)による定額法により按分した額をそれぞれ発生の翌事業年度から費用処理することとしております。

なお、行政サービス実施コスト計算書における引当外退職給付増加見積額は、事業年度末に在籍する派遣職員について、期末の自己都合要支給額から期首の自己都合要支給額を控除して計算しております。

4 貸倒引当金の計上基準

債権の貸倒れによる損失に備えるため、一般債権については貸倒実績率により、貸倒懸念債権等特定の債権については、個別に回収可能性を勘案し、回収不能見込額を計上しております。

5 賞与引当金の計上基準

職員に対して支給する賞与に備えるため、当事業年度に負担すべき支給見込額を計上しております。

6 たな卸資産の評価基準及び評価方法

最終仕入原価法に基づく低価法によっております。

7 行政サービス実施コスト計算書における機会費用の計上方法

10年利付国債の平成29年3月末における利回りを参考に0.065%で計算しております。

8 消費税等の会計処理

消費税及び地方消費税の会計処理は、税抜方式によっております。

II キャッシュ・フロー計算書関係

資金の期末残高と貸借対照表に掲記されている科目の金額との関係

現金及び預金勘定	<u>1,506,779,459</u> 円
資金期末残高	<u><u>1,506,779,459</u></u> 円

III オペレーティング・リース取引関係

該当ありません。

IV 金融商品関係

1 金融商品の状況に関する事項

当法人は、資金運用については預金、国債、地方債及び政府保証債等に限定し、また、資金調達については、設立団体からの借入りに限定しております。

当法人が保有する金融資産は主として診療報酬債権であり、このうち患者に対する医業未収金に係る信用リスクは、会計規程等に沿ってリスク管理を行っております。

2 金融商品の時価等に関する事項

期末日における貸借対照表計上額、時価及びこれらの差額については、次のとおりであります。

(単位：円)

区分	貸借対照表計上額	時 価	差 額
(1)現金及び預金	1,506,779,459	1,506,779,459	—
(2)未収金	1,180,436,167	1,180,436,167	—
(3)長期借入金	(435,328,000)	(435,600,495)	▲272,495
(4)移行前地方債償還債務	(7,104,635,014)	(9,096,781,545)	▲683,706,068
(5)未払金	(587,709,403)	(587,709,403)	—

(注1) 負債で計上されているものは()で表示しております。

(注2) 金融商品の時価の算出方法

(1) 現金及び預金、(2) 未収金、(5) 未払金

これらは短期間で決済されるため、時価は帳簿価額にほぼ等しいことから、当該帳簿価額によっております。

(3) 長期借入金、(4) 移行前地方債償還債務

これらの時価については、元利金の合計額を同様の新規借入を行った場合に想定される利率で割り引いて算出する方法によっております。

なお、長期借入金及び移行前地方債償還債務には、1年以内返済予定の金額を含めて記載しております。

V 退職給付関係

1 退職給付債務に関する事項

退職給付債務	1,935,936,111 円
地方独立行政法人会計基準注 33 に基づく移行時差異	<u>▲842,244,931 円</u>
退職給付引当金	1,093,691,180 円

2 退職給付費用に関する事項

勤務費用	134,882,870 円
利息費用	0 円
会計基準変更時差異 (移行時差異)	<u>210,561,233 円</u>
退職給付費用	345,444,103 円

3 退職給付債務等の計算の基礎に関する事項

割引率	0.0%
退職給付見込額の期間配分方法	期間定額基準
数理計算上の差異の処理年数	9年

VI 固定資産の減損関係

1 固定資産のグルーピング方法

当法人は単独の病院のみを運営しているため、全体で1つの資産グループとしております。

2 共用資産の概要及び減損の兆候の把握等における取扱い方法

当法人は単独の病院のみを運営しているため、共用資産はありません。

VII 重要な債務負担行為

当事業年度末までに契約を締結し、翌事業年度以降に支払いが発生する重要なものは、以下のとおりです。

(単位：円)

契約内容	契約金額	翌事業年度以降の支払金額
中央監視等業務委託	258,228,000	172,152,000
医事業務委託	539,698,734	207,435,438

附 属 明 细 书

1 固定資産の取得及び処分並びに減価償却の明細

(単位:円)

資産の種類		期首残高	当期増加額	当期減少額	期末残高	減価償却累計額		減損損失累計額		差引当期末残高	摘要
						当期償却額	当期減損損失				
有形固定資産 (償却費損益内)	建物	6,017,647,145	144,158,288	0	6,161,805,433	409,914,473	409,914,473	0	0	5,751,890,960	
	構築物	53,830,487	42,507,121	2,042,428	94,295,180	20,598,659	21,534,770	0	0	73,696,521	
	器械備品	2,798,998,738	117,396,100	3,998,548	2,912,396,290	800,219,647	801,570,462	0	0	2,112,176,643	
	車両	0			0	0	0	0	0	0	
	計	8,870,476,370	304,061,509	6,040,976	9,168,496,903	1,230,732,779	1,233,019,705	0	0	7,937,764,124	
非償却資産	土地	2,875,000,000	0	0	2,875,000,000	0	0	0	0	2,875,000,000	
	建設仮勘定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	その他有形固定資産	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	計	2,875,000,000	0	0	2,875,000,000	0	0	0	0	2,875,000,000	
有形固定資産 合計	土地	2,875,000,000	0	0	2,875,000,000	0	0	0	0	2,875,000,000	
	建物	6,017,647,145	144,158,288	0	6,161,805,433	409,914,473	409,914,473	0	0	5,751,890,960	
	構築物	53,830,487	42,507,121	2,042,428	94,295,180	20,598,659	21,534,770	0	0	73,696,521	
	器械備品	2,798,998,738	117,396,100	3,998,548	2,912,396,290	800,219,647	801,570,462	0	0	2,112,176,643	
	車両	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	建設仮勘定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	その他有形固定資産	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	計	11,745,476,370	304,061,509	6,040,976	12,043,496,903	1,230,732,779	1,233,019,705	0	0	10,812,764,124	
無形固定資産	ソフトウェア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	電話加入権	22,500	0	0	22,500	0	0	0	0	22,500	
	その他無形固定資産	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	計	22,500	0	0	22,500	0	0	0	0	22,500	
投資その他の 資産	長期貸付金	0	920,840	0	920,840	0	0	0	0	920,840	
	長期前払消費税	535,220,500	20,108,554	0	555,329,054	63,533,936	63,533,936	0	0	491,795,118	
	計	535,220,500	21,029,394	0	556,249,894	63,533,936	63,533,936	0	0	492,715,958	

2 たな卸資産の明細

(単位:円)

種類	期首残高	当期増加額		当期減少額		期末残高	摘要
		当期購入・ 製造・振替	その他	払出・振替	その他(注1)		
薬品	50,614,139	1,803,639,282		1,809,055,796	1,872,495	43,325,130	
診療材料	33,762,283	526,068,480		525,778,514	1,911,627	32,140,622	
給食材料	534,280	505,687		534,280	0	505,687	
燃料	3,177,962	54,205		713,410	30,720	2,488,037	
計	88,088,664	2,330,267,654	0	2,336,082,000	3,814,842	78,459,476	

(注)当期減少額のその他には、期限切れによる廃棄もしくは滅失した資産を記載しております。

3 長期借入金の明細

(単位:円)

区 分	期首残高	当期増加	当期減少	期末残高	平均利率(%)	返済期限	摘要
(株)足利銀行 がんセンター器械備品整備事業(借換債)	0	156,328,000	0	156,328,000	0.05 %	平成31. 3. 24	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	0	153,000,000	0	153,000,000	0.01 %	平成39. 3. 20	
(株)足利銀行 がんセンター器械備品整備事業	0	126,000,000	0	126,000,000	0.05 %	平成34. 3. 24	
計	0	435,328,000	0	435,328,000			

4 移行前地方債償還債務の明細

(単位:円)

銘 柄	期首残高	当期増加	当期減少	期末残高	利率(%)	償還期限	摘要
財務省資金運用部資金 がんセンター放射線治療棟建設事業	163,510,881	—	12,115,385	151,395,496	2.10 %	平成40. 3. 1	
財務省資金運用部資金 がんセンター放射線治療棟建設事業	124,654,669	—	9,288,976	115,365,693	2.00 %	平成40. 3. 25	
財務省資金運用部資金 がんセンター拡充整備事業	50,751,585	—	3,808,972	46,942,613	1.10 %	平成40. 9. 25	
財務省資金運用部資金 がんセンター職員宿舎建設事業	244,355,095	—	28,358,273	215,996,822	2.10 %	平成36. 3. 1	
財務省資金運用部資金 がんセンター職員宿舎建設事業	172,510,520	—	20,020,456	152,490,064	2.10 %	平成36. 3. 1	
財務省資金運用部資金 がんセンター拡充整備事業	552,624,690	—	36,273,983	516,350,707	1.90 %	平成41. 9. 25	
財務省資金運用部資金 がんセンター拡充整備事業	3,129,046,469	—	186,703,520	2,942,342,949	2.10 %	平成42. 9. 25	
財務省財政融資資金 がんセンター拡充整備事業	1,069,849,969	—	62,726,997	1,007,122,972	1.80 %	平成43. 3. 25	
財務省財政融資資金 がんセンター拡充整備事業	36,455,100	—	1,923,819	34,531,281	2.20 %	平成44. 3. 1	
独立行政法人郵便貯金・簡易生命保険管理機 構 がんセンター駐車場用地取得事業	68,948,912	—	3,777,752	65,171,160	2.20 %	平成43. 9. 30	
(株)足利銀行 がんセンター施設整備事業	5,040,000	—	5,040,000	0	0.41 %	平成29. 3. 26	
財務省財政融資資金 がんセンター施設整備事業	7,848,258	—	3,902,605	3,945,653	1.10 %	平成30. 3. 1	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	7,942,122	—	3,942,375	3,999,747	1.45 %	平成30. 3. 20	

銘 柄	期首残高	当期増加	当期減少	期末残高	利率(%)	償還期限	摘要
(株)足利銀行 がんセンター施設整備事業	680,000	—	220,000	460,000	1.46 %	平成31. 3. 25	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	1,033,084	—	340,590	692,494	1.10 %	平成31. 3. 20	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	5,150,350	—	1,699,687	3,450,663	1.00 %	平成31. 3. 20	
財務省財政融資資金 がんセンター施設整備事業	13,390,910	—	4,419,186	8,971,724	1.00 %	平成31. 3. 25	
(株)足利銀行 がんセンター施設整備事業	5,837,000	—	1,666,000	4,171,000	1.390 %	平成31. 9. 25	
財務省財政融資資金機構 がんセンター施設整備事業	17,722,988	—	4,371,246	13,351,742	0.90 %	平成32. 3. 1	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	12,269,762	—	3,026,247	9,243,515	0.90 %	平成32. 3. 20	
(株)足利銀行 がんセンター建設事業	2,145,000	—	2,145,000	0	0.533 %	平成29. 3. 25	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	35,062,043	—	6,887,037	28,175,006	0.90 %	平成33. 3. 20	
(株)足利銀行 がんセンター器械備品整備事業	234,496,000	—	234,496,000	0	0.41 %	平成29. 3. 25	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	37,667,807	—	6,184,316	31,483,491	0.60 %	平成34. 3. 20	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	3,363,197	—	552,171	2,811,026	0.60 %	平成34. 3. 20	
(株)足利銀行 がんセンター器械備品整備事業	304,664,000	—	76,168,000	228,496,000	0.19 %	平成30. 3. 25	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	49,195,149	—	6,943,909	42,251,240	0.40 %	平成35. 3. 20	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	13,274,882	—	1,873,754	11,401,128	0.40 %	平成35. 3. 20	

銘 柄	期首残高	当期増加	当期減少	期末残高	利率(%)	償還期限	摘要
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	18,777,936	—	2,634,590	16,143,346	0.60 %	平成35. 3. 20	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	48,986,112	—	6,037,967	42,948,145	0.40 %	平成36. 3. 20	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	114,004,044	—	14,051,996	99,952,048	0.40 %	平成36. 3. 20	
(株)足利銀行 がんセンター器械備品整備事業	363,332,000	—	72,668,000	290,664,000	0.27 %	平成31. 3. 25	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	67,000,000	—	7,385,057	59,614,943	0.20 %	平成37. 3. 20	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	32,000,000	—	3,527,191	28,472,809	0.20 %	平成37. 3. 20	
(株)足利銀行 がんセンター器械備品整備事業	1,823,000,000	—	303,834,000	1,519,166,000	0.19 %	平成32. 3. 25	
(株)足利銀行 がんセンター器械備品整備事業 (借換債)	59,160,000	—	59,160,000	0	0.19 %	平成29. 3. 25	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	154,000,000	—	0	154,000,000	0.10 %	平成38. 3. 20	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	28,000,000	—	0	28,000,000	0.10 %	平成38. 3. 20	
地方公共団体金融機構 がんセンター施設整備事業	18,000,000	—	0	18,000,000	0.10 %	平成38. 3. 20	
(株)足利銀行 がんセンター器械備品整備事業	438,000,000	—	0	438,000,000	0.07 %	平成33. 3. 25	
(株)足利銀行 がんセンター器械備品整備事業 (借換債)	155,000,000	—	77,500,000	77,500,000	0.07 %	平成30. 3. 25	
合 計	9,688,750,534	0	1,275,675,057	8,413,075,477			

5 引当金の明細

(単位:円)

区分	期首残高	当期増加額	当期減少額		期末残高	摘要
			目的使用	その他		
退職給付引当金	752,274,659	345,444,103	4,027,582	0	1,093,691,180	
賞与引当金	235,285,000	244,556,000	235,285,000	0	244,556,000	
貸倒引当金	10,096,050	393,000	913,087	0	9,575,963	
計	997,655,709	590,393,103	240,225,669	0	1,347,823,143	

6 資本金及び資本剰余金の明細

(単位:円)

区分		期首残高	当期増加額	当期減少額	期末残高	摘要
資本金	設立団体出資金	1,992,164,214	0	0	1,992,164,214	
	計	1,992,164,214	0	0	1,992,164,214	
資本剰余金	資本剰余金					
	運営費負担金	0	10,392,244	0	10,392,244	(注)
	補助金等	0	0	0	0	
	その他		0	0	0	
	計	0	10,392,244	0	10,392,244	
	損益外減価償却累計額	0	0	0	0	
	損益外減損損失累計額	0	0	0	0	
	差引額	0	10,392,244	0	10,392,244	

(注)運営費負担金の当期増加額には、土地取得に係る移行前地方債償還債務の元金償還金に対する運営費負担金を記載しております。

7 運営費負担金債務及び運営費負担金収益の明細

(1) 運営費負担金債務

(単位:円)

交付年度	期首残高	負担金 当期交付額	当期振替額				期末残高
			運営費負担金 収益	資産見返運営費 負担金	資本剰余金	小計	
平成28年度	0	2,467,833,000	1,846,552,000	610,888,756	10,392,244	2,467,833,000	0
合計	0	2,467,833,000	1,846,552,000	610,888,756	10,392,244	2,467,833,000	0

(2) 運営費負担金収益

(単位:円)

業務等区分	平成28年度負担分	合計
期間進行基準	1,768,027,000	1,768,027,000
費用進行基準	78,525,000	78,525,000
合計	1,846,552,000	1,846,552,000

8 地方公共団体等からの財源措置の明細

補助金等の明細

(単位:円)

区分	当期交付額	左の会計処理内訳					摘要
		建設仮勘定 補助金等	資産見返 補助金等	資産剰余金	長期預り 補助金等	収益計上	
がん診療連携拠点病院機能強化 事業補助金	18,016,000					18,016,000	
新人看護職員研修事業補助金	530,000					530,000	
がんのゲノム医療・集学的治療 推進事業補助金	2,923,000					2,923,000	
合計	21,469,000					21,469,000	

9 役員及び職員の給与の明細

(単位:千円、人)

区分	報酬または給与		退職給与	
	支給額	支給人数	支給額	支給人数
役員	(598)	(1)	(0) 0	(0) 0
職員	(121,688) 2,978,486	(61) 488	(0) 4,028	(0) 7
合計	(122,286) 2,978,486	(62) 488	(0) 4,028	(0) 7

(注1)

非常勤・有期職員については、外数として()内に記載しています。
また、支給人数については、年間平均支給人数で記載しています。

(注2)

役員報酬については、「地方独立行政法人栃木県立がんセンター役員報酬規程」に基づき支給しています。
職員給与及び退職給与については、「地方独立行政法人栃木県立がんセンター職員給与規程」及び「地方独立行政法人栃木県立がんセンター職員退職手当規程」に基づき支給しています。

(注3)

上記明細には、法定福利費は含めていません。

10 開示すべきセグメント情報

単一セグメントのため該当ありません

11 上記以外の主な資産、負債、費用及び収益の明細

(1) 医業費用及び一般管理費の明細

(単位:円)

科目		金額	
医業費用			
給与費			
給料	1,538,063,548		
手当	1,107,462,696		
賃金等	106,883,957		
報酬	0		
法定福利費	402,741,528		
退職給付費用	345,444,103		
賞与引当金繰入額	234,656,000		
			<u>3,735,251,832</u>
材料費			
薬品費	1,809,021,356		
診療材料費	572,141,890		
給食材料費	39,353,285		
医療消耗備品費	5,259,480		
たな卸資産減耗費	3,814,842		
			<u>2,429,590,853</u>
経費			
厚生福利費	10,160,857		
報償費	222,764,172		
旅費交通費	3,927,836		
消耗品費	36,777,721		
消耗備品費	7,154,580		
職員被服費	561,126		
光熱水費	118,805,725		
燃料費	56,686,571		
食料費	998,106		
印刷製本費	8,542,150		

(単位:円)

科目	金額	
修繕費	120,390,108	
保険料	9,164,952	
租税公課費	2,814,200	
使用料及び賃借料	83,936,315	
委託料	882,642,055	
手数料	8,995,496	
広告料	1,247,300	
通信運搬費	9,699,673	
諸会費	2,217,252	
交際費	152,680	
医業貸倒損失	150,800	
貸倒引当金繰入額	393,000	
雑費	585,638	1,588,768,313
減価償却費		
建物減価償却費	409,011,991	
構築物減価償却費	21,534,770	
器械備品減価償却費	792,172,468	1,222,719,229
研究研修費		
研究材料費	8,459,280	
謝金	1,595,200	
図書費	16,905,361	
旅費	13,846,714	
研究雑費	51,688,232	92,494,787
医業費用合計		9,068,825,014

(単位:円)

科目	金額	
一般管理費		
給与費		
給料	64,620,948	
手当	33,651,643	
賃金等	14,803,605	
報酬	0	
法定福利費	13,890,062	
退職給付費用	0	
賞与引当金繰入額	9,900,000	136,866,258
経費		
旅費交通費	512,642	
消耗品費	1,578,414	
消耗備品費	0	
職員被服費	0	
光熱水費	767,329	
燃料費	362,152	
印刷製本費	48,000	
使用料及び賃借料	321,561	
委託料	7,301,162	
手数料	0	
通信運搬費	0	
諸会費	0	
交際費	0	
雑費	7,991	10,899,251
減価償却費		
建物減価償却費	902,482	
構築物減価償却費	0	
器械備品減価償却費	9,397,994	10,300,476
一般管理費合計		158,065,985

(2) 現金及び預金の内訳

(単位:円)

区分	期末残高	備考
現金	1,038,088	
普通預金	1,505,741,371	
定期預金	0	
計	1,506,779,459	

(3) 医業未収金の内訳

(単位:円)

区分	期末残高	備考
医療保険者等	1,139,112,158	
患者等	30,409,402	
その他	152,070	
計	1,169,673,630	

決算報告書

平成 28 年度
(第 1 期事業年度)

自 平成 28 年 4 月 1 日

至 平成 29 年 3 月 31 日

地方独立行政法人栃木県立がんセンター

○ 平成28年度決算報告書

【地方独立行政法人栃木県立がんセンター】

(単位：円、消費税込み)

区分	予算額	決算額	差額 (決算額－予算額)	備考
収入				
営業収益	9,026,761,000	8,966,392,401	▲ 60,368,599	
医業収益	7,322,317,000	7,186,331,479	▲ 135,985,521	患者数の減による入院収益の減
運営費負担金等	1,704,444,000	1,768,027,000	63,583,000	
その他営業収益	0	12,033,922	12,033,922	地域がん登録事業収益（医業収益から科目変更）
営業外収益	171,180,000	240,263,246	69,083,246	
運営費負担金	79,044,000	78,525,000	▲ 519,000	
補助金等	10,735,000	21,469,000	10,734,000	独法化による県補助金受入
その他営業外収益	81,401,000	140,269,246	58,868,246	受託研究費収入の増、委託研究費の受入
資本収入	1,080,609,000	1,056,192,055	▲ 24,416,945	
運営費負担金	621,281,000	620,864,055	▲ 416,945	
長期借入金	459,328,000	435,328,000	▲ 24,000,000	企業債借入の減
計	10,278,550,000	10,262,847,702	▲ 15,702,298	
支出				
営業費用	7,995,364,000	7,729,908,085	▲ 265,455,915	
医業費用	7,813,755,000	7,574,003,999	▲ 239,751,001	
給与費	3,328,715,000	3,157,122,202	▲ 171,592,798	賃金・法定福利費の減
材料費	2,541,359,000	2,619,866,523	78,507,523	薬品費の増
経費	1,840,317,000	1,698,325,410	▲ 141,991,590	光熱水費・燃料費の単価の減、委託料の減（入札差金）
研究研修費	103,364,000	98,689,864	▲ 4,674,136	
一般管理費	168,609,000	138,872,795	▲ 29,736,205	給与費の減
その他営業費用	13,000,000	17,031,291	4,031,291	
営業外費用	125,797,000	126,517,319	720,319	
資本支出	1,579,509,000	1,556,560,085	▲ 22,948,915	
建設改良費	303,833,000	279,964,188	▲ 23,868,812	機械備品費の減
償還金	1,275,676,000	1,275,675,057	▲ 943	
投資	0	920,840	920,840	
計	9,700,670,000	9,412,985,489	▲ 287,684,511	

(注) 損益計算書の計上額と決算額の集計区分等の相違の概要は、以下のとおりであります。

(1) 損益計算書の営業収益の以下の科目の一部は、決算報告書上は資本収入に含まれております。

運営費負担金収益のうち、移行前地方債の元金に充てたものは、資本収入の「運営費負担金」としております。

(2) 損益計算書において計上されている現物による収入・費用は含んでおりません。

(3) 上記数値は消費税込みの金額を記載しております。

事業報告書

平成 28 年度
(第 1 期事業年度)

自 平成 28 年 4 月 1 日

至 平成 29 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

I 法人の概要

1	名称	1
2	所在地	1
3	法人設立年月日	1
4	設立団体	1
5	設立目的	1
6	業務の範囲	1
7	資本金の額	1
8	役員	1
9	組織図	2
10	職員の状況	3
11	法人が設置・運営する病院の概要	3

II 平成 28 年度における事業報告

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	4
(1)	質の高い医療の提供	4
(2)	安全で安心な医療の提供	5
(3)	患者・県民の視点に立った医療の提供	6
(4)	人材の確保と育成	9
(5)	地域連携の推進	11
(6)	地域医療への貢献	12
(7)	災害等への対応	13
2	業務運営の改善及び効率化に関する事項	13
(1)	業務運営体制の確立	13
(2)	経営参画意識の向上	14
(3)	収入の確保及び費用の削減への取組	14
3	財務内容の改善に関する事項	16
4	その他業務運営に関する重要事項	16

I 法人の概要

1 名称

地方独立行政法人栃木県立がんセンター

2 所在地

栃木県宇都宮市陽南4丁目9番13号

3 法人設立年月日

平成28年4月1日

4 設立団体

栃木県

5 設立目的

栃木県のがん医療政策として求められる高度専門医療を提供するとともに、医療に関する調査及び研究を行い、県内における医療水準の向上を図り、もって県民の健康の確保及び増進に寄与することを目的とする。

6 業務の範囲

- (1) 医療を提供すること。
- (2) 医療に関する調査及び研究を行うこと。
- (3) 医療に関する技術者の研修を行うこと。
- (4) 上記に掲げる業務に附帯する業務を行うこと。

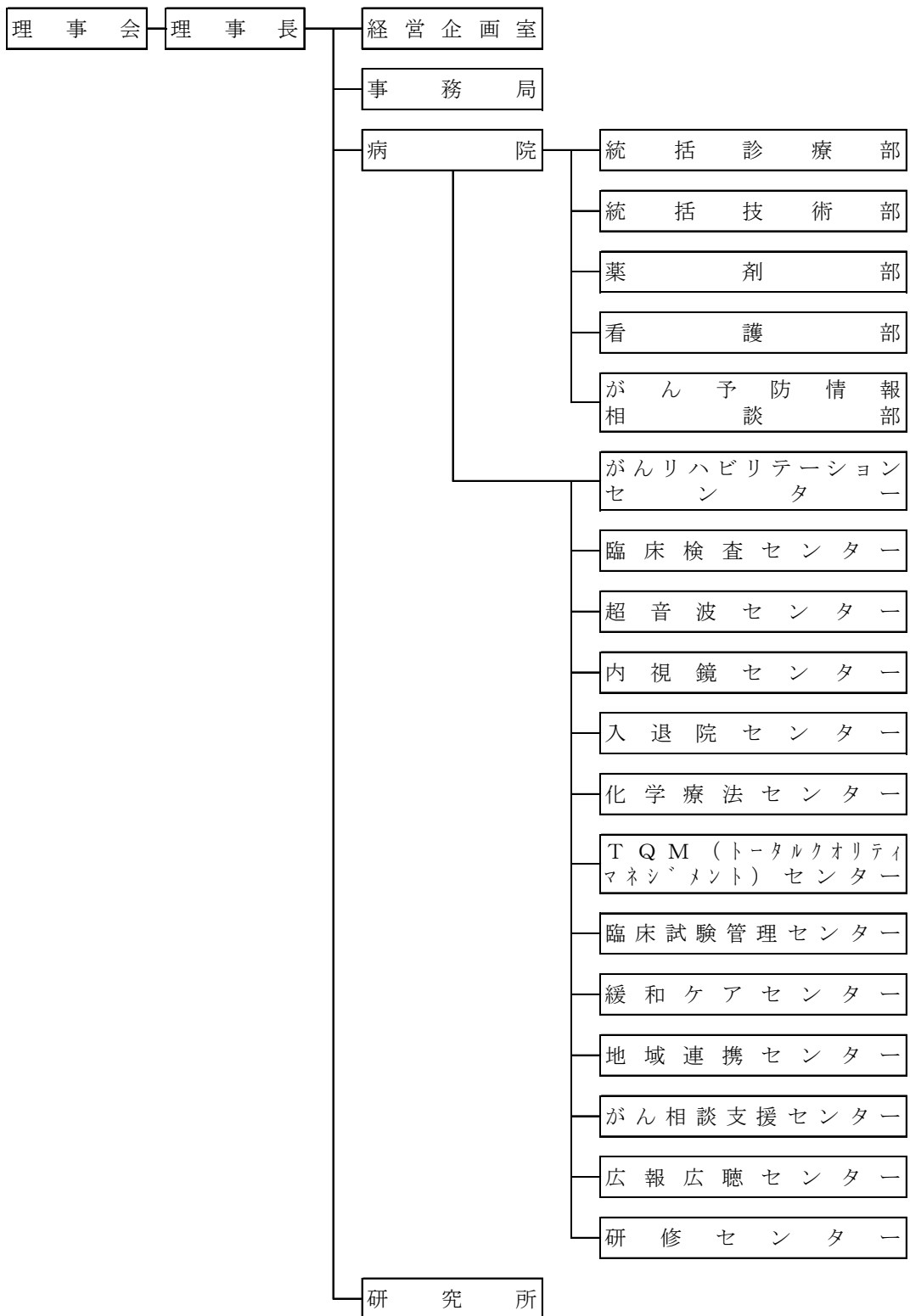
7 資本金の額

19億9,216万4,214円

8 役員（平成28年4月1日現在）

役職	区分	氏名	備考
理事長	常勤	清水 秀昭	センター長
副理事長	常勤	菱沼 正一	病院長
副理事長	常勤	永井 茂明	事務局長
理事	常勤	尾澤 巖	副病院長
理事	常勤	片野 進	副病院長
理事	非常勤	若尾 文彦	
理事	非常勤	小林 健二	
監事	非常勤	大川 容子	弁護士
監事	非常勤	佐藤 千鶴子	公認会計士

9 組織図（平成 28 年 4 月 1 日現在）



10 職員の状況

職 種	平成 28 年 度 職 員 数		平成 29 年 度 職 員 数
	平成 28 年 4 月 1 日現在	平成 29 年 3 月 1 日現在	平成 29 年 4 月 1 日現在
医 師	5 1	5 3	5 3
歯 科 医 師	2	2	2
レジデント・シニアレジデント	5	3	5
看 護 師	2 4 3	2 3 7	2 3 1
臨 床 検 査 技 師	2 7	2 7	2 7
診 療 放 射 線 技 師	1 8	1 9	1 9
薬 剤 師	1 4	1 4	1 6
管 理 栄 養 士	3	3	3
保 健 師	3	3	3
理 学 療 法 士	2	3	3
作 業 療 法 士	1	1	1
歯科衛生士	0	0	1
臨床工学技士	0	0	1
医療映像職	0	0	1
臨 床 心 理 士	1	1	1
M S W	2	1	1
事 務	2 7	2 7	3 0
特定業務職員 (医師事務作業補助)	0	0	2
合 計	3 9 9	3 9 4	4 0 0

11 法人が設置・運営する病院の概要

病 院 名	栃木県立がんセンター
所 在 地	栃木県宇都宮市陽南 4 丁目 9 番 13 号
診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科、血液内科、内分泌内科、心療内科、内視鏡内科、緩和ケア科、ペインクリニック内科、腫瘍内科、外科、呼吸器外科、消化器外科、脳神経外科、乳腺外科、整形外科、形成外科、内視鏡外科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線診断科、放射線治療科、病理診断科、臨床検査科、麻酔科、歯科、歯科口腔外科 (計 31 科)
病 床 数	一般病床 291 床 (うち緩和ケア病棟 24 床)
入院基本料 (施設基準)	一般病床 専門病院入院基本料 (7 対 1 入院基本料) 緩和ケア病棟 緩和ケア病棟入院料

II 平成 28 年度における事業報告

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

ア 高度で専門的な医療の推進

- ・ 高度専門医療の一つとして肝胆膵領域の高難度手術を実施した。地域の基幹病院からの紹介患者の増加に伴い、高難度手術件数が増加した。
- ・ 臓器別や病棟などで多職種の参加によるがんサージボード（症例検討会）を開催し、がんの種類や患者の状態に応じて手術療法、放射線療法、化学療法又はそれらを効果的に組み合わせた集学的治療を実施した。
- ・ 日本内視鏡外科学会技術認定医が多数在籍していることから、手術適応を守りながら質の高い低侵襲な鏡視下手術を施行した結果、術後合併症が減少し、入院期間の短縮にもつながった。
- ・ 早期の胃・大腸がんに対する低侵襲な治療を推進するため、内視鏡的粘膜下層剥離術を積極的に実施した。また、大腸ポリープについては、外来検査の際にその場でポリープを切除することを推進し、患者に身体的にも経済的にも負担の少ない治療を提供した。
- ・ リニアックを臨床稼働しながら特殊治療（VMAT・SBRT）の実施に向けて準備を進め、11月にVMAT（強度変調回転照射）を開始し、12月にSBRT（体幹部定位放射線治療）を開始した。
- ・ 薬物療法専門医、がん化学療法認定看護師、がん薬物療法認定薬剤師を含めた多職種によるチーム医療を重視して院内クリティカルパスを作成し、適切な化学療法を実施した。

高度で専門的な対応を要する希少がんの治療、最新の化学療法、遺伝子検査結果に基づく患者の個人差に配慮した最適な化学療法などを実施した。

- ・ 承認前の医薬品の治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のため、がん専門病院として国内外の多施設共同研究に積極的に取り組んだ。また、地方独立行政法人化後における治験の実施体制、治験関連規程、臨床研究審査委員会に関する情報などをホームページに掲載し、速やかに治験依頼者へ情報発信した。

当センターやSMO（治験施設支援機関）の臨床研究コーディネーターを積極的に活用して医師の業務を支援することにより、当センターで実施している臨床研究を円滑に進めた。

イ チーム医療の推進

- ・ 平成 28 年 2 月に開始したチームSTEPPS研修を、全職員を対象を拡大して実施した。（126名参加（基礎編：86名、中級編：40名））
- ・ サージボード（症例検討会）については、臓器別や病棟などで定期的を開催した。また、サージボードの主要な構成員である放射線診断医を1月に1名採用し、画像診断の質の向上を図った。
- ・ 医療事故調査制度の改定に伴い、すべての死亡症例について検証を行う体制を検討し、試行した。

ウ 緩和ケアの推進

- ・ 一部の病棟及び外来化学療法センターにおいて「苦痛のスクリーニング」を実施し、その結果を踏まえて、緩和ケアチームが主体となって専門的緩和ケアを提供した。
- ・ 緩和ケアセンターの体制強化を図るため、毎週月曜日に緩和ケアチーム、緩和ケア外来及び緩和ケア病棟のスタッフを構成員とした緩和ケアセンター運営カンファレンスを開催した。
- ・ 院内における緩和ケアの質の向上を図るため、緩和ケア勉強会として緩和ケアリンクナース会を10回開催し、緩和ケアリンクナースが緩和ケアに関するコミュニケーション技法などを学んだ。
- ・ 緩和ケアの質の向上を図るため、当センターと済生会宇都宮病院が共同で「宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンス」を9回開催した。（医師、看護師、薬剤師など多職種が毎回50～80名程度参加）
- ・ 退院前カンファレンスを3回実施し、緩和ケア病棟、訪問診療医、訪問看護師、ケアマネジャー、訪問薬剤師等との連携を図った。また、緩和ケアセンター及び地域連携センターの看護師が、退院後に自宅を訪問し、患者及び家族のサポートを行った。

エ がん患者のリハビリテーション提供体制の充実

- ・ がん患者リハビリテーション料の算定に向けて、リハビリテーションに関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士が、7月にがんのリハビリテーション研修を受講した。また、9月にがん患者リハビリテーション料の施設基準を取得し、10月からがん患者リハビリテーション料の算定を開始した。
- ・ リハビリテーション室の西第3病棟への移転に伴い訓練スペースが拡張されて、これまでよりも数多くの器材が配備されたことから、階段の昇降、日常生活訓練などのプログラムの充実が図られた。
- ・ 作業療法士1名及び理学療法士1名を増員し、緩和ケア病棟の入院患者や化学療法を実施している患者に対するリハビリテーションの充実を図った。

(2) 安全で安心な医療の提供

ア 医療安全対策等の推進

- ・ 「医療安全管理マニュアル」に基づき、リスクマネジメント部会においてインシデントや事故報告の原因分析や事故防止の具体策などについて調査や検討を行った。また、リスクマネジメント部会の検証ワーキンググループを多職種で構成し、インシデントや事故報告の原因分析、事故防止の具体策の検討、医療事故防止のための啓発、広報などを行い、医療事故の防止に努めた。

また、医療安全の推進に関する目標を各部署で立案し、業務の実践と評価・改善に取り組んだ。

- ・ 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26回開催した。
- ・ 感染対策委員会が中心となって院内感染の予防、教育のための勉強会を12回開催した。

- ・ 医療安全に関する研修の一つとしてチームSTEPPS研修の中で、多職種連携ロールプレイを実施した。

また、平成 27 年度にチームSTEPPS研修を受講した者が、「チームSTEPPS受講後のチャレンジ報告」として、チャレンジしたこと、チャレンジしてうまくいったこと、うまくいかなかったことなどについて報告した。

- ・ 医療の質及び安全性の向上に向けた取組の効果を可視化するため、全職員を対象に「医療における安全文化調査」を実施した。

イ 医療機器、医薬品等の安全管理の徹底

- ・ 安全で安心な放射線治療を提供するため、医学物理士を中心に毎月最終水曜日を放射線治療品質管理日として治療機器の精度管理を実施した。また、その結果を放射線品質保証室の前に掲示した。

- ・ 医薬品の安全使用のための研修会を 2 回実施した。
エピペン注射液の使用方法等に関する講習会（21 名参加）
オプジーボに関する適正使用に向けた取組、症例等の報告（120 名参加）
- ・ 「医薬品安全使用のための業務手順書」を改定し、院内に周知した。また、その運用状況を調査したところ、特に問題点は見当たらなかった。

ウ 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理

- ・ 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、栃木県個人情報保護条例に基づく開示請求等に対し、適切に対応した。（栃木県情報公開条例に基づく開示請求 1 件、栃木県個人情報保護条例に基づく開示請求 0 件、記録等開示申立 41 件）

- ・ 全職員を対象に情報セキュリティ研修を実施した。（84 名参加）
- ・ 新規採用職員を対象に個人情報の保護や情報セキュリティに係る研修を実施した。（49 名参加）
- ・ 職員の総合情報システムへのアクセス権限を必要最小限とするため、システムの利用者の登録情報を総点検し、退職者の登録情報を削除するとともに、職種ごとにアクセス権限を再確認した。

また、超音波検査及び内視鏡検査に係る画像情報の匿名化を図り、個人情報の適正管理に努めた。

(3) 患者・県民の視点に立った医療の提供

ア 患者及びその家族への医療サービスの充実

- ・ カルテ監査の中でインフォームド・コンセントの実施状況を確認し、その結果を診療情報管理委員会に報告するとともに、担当医にも個別に報告した。

また、インフォームド・コンセントに関し、中京大学法科大学院の稲葉教授による教育講演を行った。（246 名参加）

- ・ 患者及びその家族が診断結果、治療方法等について十分に理解し、納得した上で治療方針の選択ができるよう、認定看護師による面接を行った。医師から認定看護師への連絡体制の一本化によって、より多くの面接を実施することができた。

- ・ 4月に入院及び外来患者を対象として、診療放射線技師による画像検査に関する説明を開始した。また、12月に入院患者を対象として、臨床検査技師による血液生化学検査に関する説明を開始した。

- ・ 6月に消化器外科、乳腺外科、呼吸器内科及び呼吸器外科において、土曜日の午前中のセカンドオピニオン外来を開始した。

また、外来化学療法センターにおいて長時間にわたり化学療法の治療を受ける患者が早く帰宅できるよう、11月から外来の採血開始時間を30分繰り上げて、午前8時から開始した。

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

入退院センターが対応する患者については、当初は手術を予定している患者が中心だったが、徐々に化学療法や内科的治療を行う患者にも拡大し、その患者数も増加した。また、対応する患者の増加に伴い、患者及びその家族からの相談も増加した。

- ・ 化学療法に係る院内クリティカルパスを新たに2件作成した。

また、院内クリティカルパスについては、化学療法に係る院内クリティカルパスを含めて新たに3件作成し、96件となった。

- ・ 手術前の口腔ケアについては、入院治療前の患者に対して口腔内チェックや応急的歯科処置、抜歯等を行うとともに、口腔ケアと呼吸訓練を組み合わせることにより術後合併症を予防することができた。

また、入退院センターが介入したことにより、院内の診療科から入院治療前の患者に対する口腔ケアの依頼が増加し、口腔ケアの実績件数も増加した。

- ・ 病棟薬剤業務や服薬指導等に必要な薬剤師を増員するため、病院見学会や説明会を実施するとともに、これまで1回だった採用試験を2回実施した。その結果、平成29年4月に薬剤師2名の採用を予定し、平成29年度において新たに専任の病棟薬剤師を1名配置できるようになった。

- ・ がん予防・遺伝カウンセリング外来については、初診32家系46名、再診81家系117名が受診するとともに、発端者16名、血縁者21名の遺伝子検査を実施した。また、新たに27種類の遺伝性腫瘍の原因遺伝子検査の結果が得られる多遺伝子パネル検査を2月から開始した。

イ 患者の就労等に関する相談支援体制の充実

- ・ 県と協働して「がん患者等の就労に関するアンケート調査」を行い、就労に関する実態を把握するとともに、がん治療と仕事の両立を支援するための方策などを検討した。

- ・ 6月にハローワーク宇都宮と協働し、新たに毎月第1木曜日に就職相談会を開始した。また、就職相談会は、年度後半から相談者の希望に応じて随時、相談を受けたことから、相談件数が増加した。（就職相談会13回開催、相談件数17件）

ウ 患者及びその家族の利便性・快適性の向上

- ・ 職員の接遇マナーの向上を図るため、新規採用職員を対象に接遇研修を実施した。(43名参加)

また、全職員を対象に接遇研修を2回実施した。(延べ109名参加)

- ・ 診察等の待ち時間短縮を図るため、生化学・免疫血清の採血管を高速凝固タイプへ変更した。

会計待ち時間については、現金自動入出金機を導入し、会計窓口の閉鎖を外来診療が概ね終了する時間帯に変更することができたため、苦情の解消につながった。

有熟者待機室におけるインフルエンザ検査については、医師から臨床検査技師へ検体採取者を変更したことによって、結果報告までの待ち時間が短縮された。

- ・ 患者及びその家族の利便性に配慮し、採尿室のトイレを車いすによる利用が可能なトイレへ改修するとともに、歯科口腔外科の診療室のドアを引き戸へ改修した。

また、患者の利便性の向上を図るため、内視鏡センター及び超音波センターの改修計画を策定した。

- ・ 婦人科及び乳腺外科を中心とした女性患者の専用エリアにおいて、外来診療の効率化やプライバシーの確保を図るため、新たに女性専用の外来診察室や更衣室、授乳室、子どもスペースなどを整備した。
- ・ 病院利用者から意見箱「みんなの声」に寄せられた要望については、毎月アメニティ・患者サービス委員会において検討し、可能な範囲で改善に取り組んだ。
- ・ コンビニエンスストア及びイートインスペースの設置や、休憩用のベンチの増設を行った。
- ・ 患者満足度アンケート（入院・外来）の結果、「病院内の整理整頓や清掃状態」、「病室の居心地(温度、清潔さなど)」、「待合室の雰囲気」、「言葉遣いや態度」、「説明の分かりやすさ」、「質問や相談のしやすさ」及び「患者のプライバシーへの配慮」と回答した人の割合が高く、これらのほとんどが8割を超えていた。

エ 県民へのがんに関する情報の提供

- ・ 広報広聴センターを設置し、広報業務の一元化を図った。
- ・ 下野新聞の毎週金曜日朝刊における連載記事「がん質問箱@県立がんセンター」に、がんについての一般論などを掲載した。(掲載51回)
- ・ 広報紙「がんセンターだより」の発行(4回)やホームページへの掲載などにより、当センターの診療内容や施設・組織の概要などを情報発信した。
- ・ 「市民公開講座」及びがんセンター公開デー「オープンキャンパス」を各1回開催し、がんに関する情報や当センターの診療内容を広く県民に情報発信した。
- ・ パンフレット「地方独立行政法人栃木県立がんセンター出前講座のご案内」を作成し、栃木県がん集検協議会やがんセンター出前講座などの場において、県内健康増進に係る関係部署・施設に配付した。

出前講座は6回実施し、当センターの医師、看護師、管理栄養士、臨床心理士が、がんについての正しい知識や予防、がん対策などに関する講演を行った。

オ ボランティア等民間団体との協働

- ・ 「患者サロン」では、講話（ミニレクチャー）及びウィッグ・補整下着等の展示・相談会を毎月開催した。また、がん治療に伴う外見の変化に対してアピアランスケアに力を入れて取り組むとともに、新たにストレス対処法としてリラクゼーション（自律神経を整える呼吸法やヨガ療法）を取り入れた。
また、「患者サロンだより」を発行するなど、積極的な周知活動によって「患者サロン」の利用者が増加した。
- ・ 図書ボランティア、外来ボランティア及び緩和病棟ボランティアと連携、協働し、図書の整理・貸出し、院内の案内、ディルームの整理整頓など療養環境の向上を図るための取組を行った。
- ・ 8月から毎週水曜日の午後、こやま文庫内に「こやまカフェ」をオープンし、全31回延べ143名の利用があった。9月21日の下野新聞に「こやまカフェ」に関する記事が掲載されてから、問合せ件数が増加し、当センターの受診患者以外の患者も利用するなど、利用者が増加した。

(4) 人材の確保と育成

ア 医療従事者の確保と育成

- ・ 医師を確保するため、全国がん診療連携拠点病院、医学部を有する大学等に当センターの地方独立行政法人への移行の案内や「診療案内」などを送付し、各関係機関との連携強化に努めた。
- ・ 県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師の確保が必要な骨軟部腫瘍科、頭頸科、放射線診断科などの医師の派遣を要請し、1月に放射線診断医を1名採用した。（平成29年4月採用予定：4名）
- ・ 当センターが日本内視鏡外科学会技術認定医や日本肝胆膵外科学会高度技能専門医などの資格取得に必要な技術指導が受けられる病院であることを情報発信し、若手医師の確保に努めた。
- ・ レジデント及びシニアレジデントを確保するため、合同説明会を開催するとともに、レジナビフェアに参加した。（平成29年4月採用予定：3名）
- ・ 看護師を確保するため、看護師養成校の訪問や衛生福祉大学校就職ガイダンスへの参加、病院見学会の開催、インターンシップを実施するとともに、看護師養成機関との連携強化を図った。また、看護師の採用については、新たに随時募集を実施した。（平成29年4月採用予定：15名）
- ・ 復職に対して不安を持つ看護師を対象に、復職プログラム研修受講者を募集し、看護師として就労が可能な人材の確保に努めた。
- ・ 看護部全体の年間離職率は7.9%であり、目標「8%以内」を達成した。
- ・ 看護師の資質向上を図るため、研修の受講や認定資格の取得・維持のための講習会、学会等の参加を支援した。（栄養サポートチーム（NST）専門療法士及び学会認定臨床輸血看護師の資格を、それぞれ1名が取得した。）

看護管理者を育成するため看護師長を対象に、新たに「マネジメントリーダー」を導入するとともに、月1回勉強会を開催し、「看護管理に活かすコンピテンシー」をテーマに取り組んだ。

- ・ 薬剤師、診療放射線技師及び臨床検査技師を確保するため、当センターの見学会の開催や大学訪問などを実施するとともに、薬剤師の採用については、新たに随時募集を実施した。また、新たな職種の採用として臨床工学技士や歯科衛生士、医療映像職の採用を予定した。（平成 29 年 4 月採用予定：薬剤師 2 名、診療放射線技師 1 名、臨床検査技師 4 名、臨床工学技士 1 名、歯科衛生士 1 名、医療映像職 1 名）
- ・ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の資質向上を図るため、研修の受講や認定資格の取得・維持のための講習会、学会等の参加を支援した。（緩和薬物療法認定薬剤師、超音波検査士及び感染制御認定臨床微生物検査技師の資格を、それぞれ 1 名が取得した。）
- ・ 薬剤部では、新たに当センターへ配置された職員を対象に専門的な知識を習得するため、「薬剤部人材育成プログラム」を作成し、試行した。
- ・ 総務、財務及び医事の分野における業務経験を有する職員を 4 月に 5 名採用した。（平成 29 年 4 月採用予定：6 名）
また、地域医療機関との連携の強化を図るため、新たに渉外業務を専門的に行う非常勤職員を 6 月に 1 名採用した。
- ・ 事務職員の資質向上を図るため、地方独立行政法人職員向けの研修や日本医療バランスト・スコアカード研究学会が主催する研修等の参加を支援した。
- ・ 優れた人材を確保するため、ワーク・ライフ・バランスに配慮した医師の短時間勤務制度の導入について検討した。また、新たに医師事務作業補助など特定の業務を担う常勤職員制度を創設した。
また、レジデントの確保及び人材育成の強化を図るため、レジデントの勤務時間の見直しを行い、処遇を改善した。

イ 研修体制の強化

- ・ 研修センターを設置し、新規採用職員研修や接遇研修、ハラスメント防止研修を実施した。
- ・ 新規採用職員研修は、基本研修及び接遇研修を実施した。
- ・ 接遇研修は、全職員を対象に実施した。
- ・ ハラスメント防止研修は、部下を持つ者及び全職員を対象に実施した。
- ・ 研修センターが窓口となって、院外で行われる研修会、講習会、学会などの案内を職員に向けて院内メールで情報提供した。

ウ 人事管理制度の構築

職員の勤務成績等を考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する評価制度を検討するため、他病院の情報収集を行った。

エ 安全で安心な職場環境づくり

- ・ 仕事と生活の調和がとれた働きやすい雇用環境の整備を行うため、「地方独立行政法人栃木県立がんセンター次世代育成支援一般事業主行動計画」を策定した。
- ・ 部下を持つ者及び全職員を対象にハラスメント防止研修を実施した。

- ・ 院内保育所における土曜保育の実施について検討するため、小学生以下の子どもを持つ職員に対し、院内保育所に関する無記名アンケートを実施した。その結果、土曜保育については、毎週利用を希望する者が想定よりも少なかったことから、次年度も引き続き検討することとした。

また、小学生以下の子どもを持つ職員の多くが、夏休み期間などの長期休暇における放課後児童クラブの利用可能年齢の引上げを希望していたことから、平成28年度の夏休みから利用可能年齢を引き上げた。

- ・ 職員のメンタルヘルス不調の未然防止を図るため、「ストレスチェック」を実施した。
- ・ 職員満足度アンケートの結果、「仕事で困ったとき相談できる人がいる」「病院の改革・改善が必要と感じている」、「病院に尊敬できる上司・先輩がいる（OBも可）」、「仕事にやりがいを感じている」及び「がんセンターに勤務して自分の能力が向上した」と回答した人の割合が高く、いずれも6割以上だった。

オ 医療従事者の臨床倫理観の向上

- ・ 専門家による講演形式の医療倫理研修会を2回開催した。また、多職種で構成される病院臨床倫理委員会を6回開催し、その中で院内事例を基にケースコンサルテーション（相談支援）を実施した。
- ・ 医師と病院臨床倫理委員会のメンバーによる意見交換会を開催し、診療時における録音の問題、死亡時刻の確認に関する問題などについて討論し、職種による考え方の相違などを確認することができた。
- ・ 病院臨床倫理委員会を6回開催し、その中でケースコンサルテーション（相談支援）を実施し、院内の倫理観の向上及びスキルの習得に努めた。
- ・ 院内におけるコンサルテーション体制を構築するため、病院臨床倫理委員会のメンバーのうち5名が、医療倫理に関する外部研修を受講した。

生命・医療倫理セミナー基礎コース：看護師1名

臨床倫理認定士コース基礎編：医師2名、看護師1名、薬剤師1名

(5) 地域連携の推進

ア 地域の医療機関との連携強化

- ・ 地域の医療機関との的確な役割分担を意識しながら、治療の可否照会のあった患者は全例受入れを原則として対応し、他病院での治療が困難な症例についても積極的に受け入れて病病連携を強化した。
- ・ 患者の状態や治療内容、患者及び家族の意向を尊重するとともに、患者及びその家族の負担の軽減についても配慮しながら、地域の医療機関への転院を調整した。
- ・ 住み慣れた地域で可能な限り在宅療養を送れるよう、近隣の医療機関や地域包括ケアセンター、訪問看護ステーションなどの在宅支援関係施設と密に連携しながら、退院調整や在宅支援を行った。
- ・ 地域医療機関との密な協力体制を構築するため、新たに渉外業務を専門的に行う非常勤職員を1名配置した。

地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）については、地域医療機関から紹介された患者に対して、受診時に当センターの電子カルテ情報を紹介元の医師と共有するシステムであることを説明し、「とちまるネット同意書」を提出してもらうことによって登録者数が増加した。（年間登録者数 287 件、累計登録者数 451 件）

- ・ 医科歯科連携を推進するため、歯科口腔外科医及び渉外業務専門員が、県内の歯科診療所や医療機関を訪問した。
- ・ 歯科診療所も含めた県内医療機関に対し、当センターとの連携に係る申込み依頼状を送付し、新たに「医科・歯科連携施設認定証」を発行した。
- ・ 入退院センターを設置し、手術前の患者に対する口腔ケアのサポート体制を充実させたことにより、歯科診療所からの紹介件数及び院外への口腔ケア依頼件数が増加した。
- ・ 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 1 回開催した。
- ・ 在宅緩和医療を推進するため、「痛みの日記」（自記式の服薬記録）を希望する保険薬局に配付した。
- ・ CT、MRI 等の受託検査については、ホームページの情報を更新するとともに、県内の郡市医師会向け出張講座の際、チラシを配付し、受託検査について紹介した。

イ 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化

- ・ 患者が退院後も安心して在宅での療養生活が送れるよう、在宅療養の支援が必要な患者について、入院中から合同カンファレンスを 86 回開催し、開業医、ケアマネジャー、訪問看護師等と情報の共有化や意見交換を行い、地域の医療機関や在宅支援関係者と顔の見える関係の構築とその強化に努めた。
- ・ 医療連携情報交換会については、参加対象者を連携医療機関や医師会所属の医師だけではなく、地域医療機関や在宅支援機関で働く多職種にも広げて 2 回開催し、地域包括ケアシステムにおける医療倫理を合同で学ぶとともに、意見交換を通して病診連携の強化を図った。

ウ 在宅緩和ケアの推進

- ・ 地域の病院や診療所、訪問看護ステーションなどの関係機関と連携強化を図るため、当センターと済生会宇都宮病院が共同で「宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンス」を 9 回開催した。（医師、看護師、薬剤師など多職種が毎回 50～80 名程度参加）
- ・ 緩和ケア病棟入院患者の在宅療養への移行時において、県共通の緩和ケア地域連携パスを実施した。

(6) 地域医療への貢献

ア 地域のがん医療の向上・均てん化のための支援

- ・ 栃木県がん診療連携協議会を 1 回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の会議の概要の説明や各種情報提供、意見交換等を行った。

- ・ 栃木県がん診療連携協議会がん登録部会を1回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会の会議の概要の説明や全国がん登録に関する情報の共有化を図った。
- ・ 栃木県がん診療連携協議会相談支援部会を3回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会の会議の概要について説明を行い、情報の共有化を図った。また、リレーフォーライフ及び市民公開セミナーにおいて「がん相談支援センター」の周知活動を行った。
- ・ 栃木県がん診療連携協議会緩和ケア部会を1回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会緩和ケア部会の会議の概要の説明や緩和ケアに関する情報の共有化を図った。
- ・ 外部講師を招へいした公開カンファレンスやがん相談員研修会など、地域の医療従事者向け研修会を20回開催した。
また、地域の開業医や医療従事者を対象に県内の郡市医師会向けの出張講座を14回実施した。
- ・ 県内における放射線治療技術の均てん化を支援するため、放射線治療研修や直線加速器のIGRT(画像誘導放射線治療)の精度管理に関する研修を実施した。

イ がん対策事業への貢献

- ・ がん登録データ(院内・地域等)の整理、分析等を行い、国立がん研究センターがん対策情報センターへデータを提出し、罹患率や生存率の算定等に寄与した。
- ・ 地域がん登録から全国がん登録システムへの円滑な移行ができるよう、県と協議を行った。また、がん患者の就労に関するデータ、小児・AYA世代に関するデータ、がんの罹患や死亡に関するデータなどを県に提供した。

(7) 災害等への対応

- ・ 災害対応マニュアル等を院内ネットワークに掲示し、職員の閲覧に供した。
- ・ 当センターの防災対応、防火設備の役割等について、新規採用職員研修を行い、防災に対する意識を高めた。
- ・ 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火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。

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

- ・ 経営企画室を設置し、経営会議等の決定事項を周知する体制を強化した。また、経営会議及び経営戦略会議を各11回開催し、毎月の収支状況等(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況など)、決定事項などを周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。
- ・ 医療環境の変化に伴って発生する病院運営上の課題については、タスクフォースやワーキンググループを設置し、対応案を検討した。決定事項については、速やかに院内へ周知して実施するという流れが定着した。

- ・ これまで各部署の役割分担では不明確な部分や重複する部分があったことから、各部署の権限や責任の所在の明確化を図るため、横断的な組織として事業系組織を設置し、より実効性のある組織体制を整備した。また、効率的な体制を構築するため会議・連絡会等の統廃合や、構成員、開催回数の見直しについて検討した。

(2) 経営参画意識の向上

- ・ 経営会議及び経営戦略会議を各 11 回開催し、毎月の収支状況等（予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況など）、決定事項などを周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。
- ・ 「業務改善提案」の制度を創設し、職員からアイデアを収集し、患者サービスの向上や収益増につながる取組などを行った。（業務改善提案件数 17 件）
- ・ 医療バランスト・スコアカードの手法を用いて「財務の視点」、「顧客の視点」、「業務プロセスの視点」及び「学習・成長の視点」から、各部署で策定した戦略テーマを可視化したうえで、具体的な目標を設定してアクションプランを作成し、各職員がそれを実践した。
- ・ 看護部では、適切な褥瘡予防・治療のための総合的な褥瘡対策に取り組み、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定にもつながった。
- ・ 検査技術科では、職員全員で業務の改善について検討し、遺伝子検査の一部外注化や病理検査におけるブロック数及びスライド数の削減等に取り組んだ。
また、このような取組を通じ、職員の経営への参画意識が高まった。
- ・ 栄養管理科では、食欲不振など栄養状態に問題がある患者に係る栄養指導の依頼に迅速に対応できるよう、栄養指導体制を強化した。また、入退院センターをはじめ他部署と連携しながら、新たに入院前における栄養指導を実施するとともに、退院後における栄養指導の充実を図った。
- ・ 薬剤部では、入院患者への服薬指導の充実を図るため、東第 3 病棟及び東第 4 病棟に配置した専任の病棟薬剤師について病棟業務以外の業務の見直し等を行った。また、西第 6 病棟に服薬指導担当の薬剤師を 1 名増員し、服薬指導件数が増加した。

(3) 収入の確保及び費用の削減への取組

ア 収入の確保への取組

- ・ 地方独立行政法人への移行に伴い、あらためて栃木県内 2,255 の医療機関等に対し、医療及び医科歯科連携に係る案内を郵送し、678 施設から連携の申込みがあった。
- ・ 地域医療機関との連携を強化するため、8 月から歯科口腔外科医と渉外業務専門員が県内の歯科診療所や医療機関を訪問した。また、医療連携情報交換会や郡市医師会向けの出張講座、県内在住・在勤・在学者を対象とした出前講座を開催し、地域との交流を図った。（医療連携情報交換会 2 回、郡市医師会向け出張講座 14 回、出前講座 6 回）
- ・ 広報紙「がんセンターだより」やホームページ、メディア等により、当センターの医療の診療内容や施設・組織の概要などを周知した。
- ・ 「市民公開講座」及びがんセンター公開デー「オープンキャンパス」を開催し、がんに関する情報や当センターの診療内容を広く県民に情報発信した。

また、「県庁 de 愛ふれあい直売所」における当センターのコーナーの設置や陽南地域におけるイベントの冊子への広告掲載など、当センターの周知活動を行った。

- ・ 緊急入院の患者の受入れについては、該当診療科の病棟における対応が困難なときは、他病棟の空床を利用し、病床利用率の向上を図った。
- ・ 緩和ケア病棟の入棟判定については、緩和ケア病棟判定会議の開催を週1回から随時開催に変更したことから、患者が入棟を申し込んだ日に入棟判定が行われるようになった。
- ・ 4月に診療情報管理士2名を医事課に配置した。診療情報管理士が、保険診療委員会及びDPCコーディング委員会の事務局を担い、DPC分析ベンチマークシステム（EVE）を活用して出来高請求額とDPC請求額を比較し、マイナスの差額が発生する理由について検討を行った。また、病院指標を作成し、データ提出加算の指数が上がった。
- ・ 平成28年4月の診療報酬改定に適切に対応し、医師事務作業補助体制加算1（25対1）や検体検査管理加算Ⅳが算定されたことにより、DPC機能評価係数が0.2095から0.2280となった。
- ・ 国民健康保険短期保険証を有する患者を中心に、入院時における限度額適用認定証の説明を重点的に行い、未収金の発生の防止に努めた。

発生した未収金は、適宜、督促を実施した。また、回収困難債権については、弁護士法人へ回収業務を委託したことにより、長期にわたり回収ができなかった未収金の一部を回収することができた。

イ 費用の削減への取組

- ・ 病院の収支状況を月次で管理するとともに、経営会議や経営戦略会議において収支状況を職員に周知し、コスト意識の醸成に努めた。
- ・ 医薬品については、先発品からジェネリックへの切替えを積極的に行い、先発品24品目がジェネリックへと切り替えられた。

診療材料については、安価なものへの見直しを行うとともに、種類を統一した。（注射器、針、手袋類、抗がん剤飛まつ汚染防止用ガウンなど）また、ベンチマークシステムを活用して診療材料の購入価格を他病院と比較することにより、購入時における価格交渉を有利に進めることが可能となった。

- ・ CT、MRIの保守点検業務委託契約については、フルメンテナンスから定期点検のみとする見直しを行い、費用を削減した。また、駐車場管理補助業務委託契約については、業務時間を2時間短縮する見直しを行った。

光熱費については、毎月の使用電気量、使用ガス量を前年度と対比させて職員へ周知し、節約を呼びかけた。また、光熱費の節約を図るため、外来診察室の照明をLED照明へ交換した。

- ・ 適切なコスト管理等を行うため、診療行為別原価計算を実施するための経営分析システムを導入した。経営管理システムと人事給与システム・財務システム間におけるデータ連携の確認作業や医師の勤務時間に応じた給与費の配賦を行い、診療科及び部門ごとに収支状況を把握した。

3 財務内容の改善に関する事項

- ・ 経常収支 は 111,514,400 円を計上し、経常収支比率は 101.1%となった。
- ・ 経営会議及び経営戦略会議を各 11 回開催し、毎月の収支状況等（予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況など）などを周知し、経常収支の黒字化を目指した。
- ・ 理事長が診療科及び事業系センターごとにヒアリングを実施し、平成 27 年度の実績を振り返りながら、平成 28 年度の目標や課題、取組などについて話し合った。

4 その他業務運営に関する重要事項

- ・ 長期的な視点から、今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を検討するため、他施設の状況調査を行うとともに、将来構想策定プロジェクトチームを設置した。
- ・ 医療機器については、リハビリテーション室の開設に伴うリハビリ機器、超音波画像診断装置、血液検査システムなどを計画的に更新・整備した。
(38 品目、計 126,787,788 円)

監査報告書

平成29年6月13日

地方独立行政法人 栃木県立がんセンター
理事長 清水 秀 昭 様

地方独立行政法人栃木県立がんセンター

監事 大川 容子



監事 佐藤千鶴子



私たち監事は、地方独立行政法人法第13条第4項の規定に基づき、地方独立行政法人栃木県立がんセンターの平成28年4月1日から平成29年3月31日までの第1期事業年度における業務の執行について監査を行いました。その結果について、次のとおり報告いたします。

1 監査の方法の概要

私たち監事は、地方独立行政法人栃木県立がんセンター監事監査規程に従い、理事会その他の重要な会議に出席し理事の業務執行の状況を聴取するほか、重要な決裁書類等を閲覧し、関係する職員から説明を受け、業務及び財産の状況を調査しました。

また、財務諸表、すなわち、貸借対照表、損益計算書、利益の処理に関する書類(案)、キャッシュ・フロー計算書、行政サービス実施コスト計算書及び附属明細書並びに事業報告書及び決算報告書について検討を加えました。

2 監査の結果

- (1) 財務諸表(利益の処理に関する書類(案)を除く)は、当法人の財政状態、運営状況、キャッシュ・フローの状況及び行政サービス実施コストの状況を適正に表示しているものと認めます。
- (2) 利益の処理に関する書類(案)は、法令に適合しているものと認めます。
- (3) 事業報告書は、当法人の業務運営の状況を正しく示しているものと認めます。
- (4) 決算報告書は、当法人の予算区分に従って決算の状況を正しく示しているものと認めます。
- (5) 理事の業務執行に関し、不正の行為又は法令若しくは規程に違反する重大な事実は認められません。

以上

地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター中期目標案の概要

地方独立行政法人とは

住民の生活、地域社会及び地域経済の安定等の公共上の見地からその地域において確実に実施されることが必要な事務及び事業であって、地方公共団体が自ら主体となって直接に実施する必要のないもののうち、民間の主体にゆだねた場合には必ずしも実施されないおそれがあるものを効率的かつ効果的に行わせることを目的として、地方公共団体が設立する法人

中期目標：栃木県知事が、地方独立行政法人が達成すべき業務運営に関する目標として定めるもの。

《前文》

地方独立行政法人化の必要性

- 超高齢社会の到来、医療技術の進歩、県民の医療に対する意識の変化など、医療を取り巻く環境は大きく変化している
 - ⇒ **県民に対する医療サービスの充実が必要**
- 障害児・障害者の地域社会における共生の実現に向け、日常生活及び社会生活を総合的に支援する必要がある
 - ⇒ **県民に対する障害福祉サービスの充実が必要**



そのためには

経営形態が変わるが、県立病院・施設であることには変わりはない

今後とも公的使命を果たしながら、県民ニーズや新たな課題等に適切かつ迅速に対応するためには、柔軟で弾力的な運営が可能となる地方独立行政法人への移行が必要

今後の方向性

- 地方独立行政法人制度の特長である自律性、機動性、透明性を十分に活かして柔軟で弾力的な運営を実施
 - ⇒ **質の高い総合的なリハビリテーションを安定的に提供するとともに、県内における医療及び福祉の向上を図り、より一層、心身に障害のある県民の自立と社会参加の促進に寄与していく**

《中期目標に定める事項》

第1 中期目標の期間 5年間(平成30年4月1日～平成35年3月31日)

第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項

【項目】

- 1 質の高い医療の提供
- 2 安全で安心な医療の提供
- 3 患者・県民等の視点に立った医療の提供
- 4 障害児・障害者の福祉の充実
- 5 人材の確保と育成
- 6 地域連携の推進
- 7 地域医療・福祉への貢献
- 8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理
- 9 災害等への対応

【主な内容】

- ・ 県民の医療ニーズを踏まえて、質の高いリハビリテーション医療を提供するとともに、安全・安心で、患者・県民等の視点に立った医療を推進すること。
- ・ 障害児・障害者が地域社会で自立した生活を送ることができるよう、障害児・障害者の福祉の充実を図ること。
- ・ 県民から求められる役割を十分に果たすため、人材の確保と育成に取り組むほか、県全体のリハビリテーション医療及び福祉の向上を図るため、地域連携を推進するとともに、地域医療・福祉に貢献すること。

第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項

【項目】

- 1 業務運営体制の確立
- 2 経営参画意識の向上
- 3 収入の確保及び費用の削減への取組

【主な内容】

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

第4 財務内容の改善に関する事項

【主な内容】

- ・ 県民が求める専門的なリハビリテーション医療等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を黒字化すること。

第5 その他業務運営に関する重要事項

【主な内容】

- ・ 医療機器について、県民の医療ニーズや医療技術の進展に応えるため、費用対効果等を総合的に勘案し、計画的な更新・整備に努めること。

地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター

中期目標案

前文

とちぎリハビリテーションセンター（以下「リハセンター」という。）は、これまで心身に障害のある乳幼児から高齢者に至る幅広い年齢層の県民に対しライフステージに応じた専門的なリハビリテーションを総合的に提供するなど、心身に障害のある県民の自立と社会参加を促進するための医療と福祉の複合施設として重要な役割を果たしてきた。

一方、近年は、超高齢社会の到来、医療技術の進歩、県民の医療に対する意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変化しており、県民に対する医療サービスの充実が求められている。

また、障害児・障害者の地域社会における共生の実現に向け、日常生活及び社会生活を総合的に支援するため、障害福祉サービスの充実も求められている。

このようなことから、今後とも公的使命を果たしながら、県民ニーズや新たな課題等に適切かつ迅速に対応するとともに、経営の健全化を図るため、柔軟で弾力的な運営が可能となる地方独立行政法人を設立することとした。

この中期目標は、医療・福祉サービスの向上、人材の確保と育成、地域の関係機関との連携、業務運営の改善や効率化など、リハセンターが達成すべき業務運営の目標や方向性を示すものである。

リハセンターにおいては、地方独立行政法人制度の特長である自律性、機動性、透明性を十分に活かして柔軟で弾力的な運営を行うことにより、質の高い総合的なリハビリテーションを安定的に提供するとともに、県内における医療及び福祉の向上を図り、より一層、心身に障害のある県民の自立と社会参加の促進に寄与することを強く求めるものである。

第1 中期目標の期間

平成30年4月1日から平成35年3月31日までの5年間とすること。

第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項

県民の医療ニーズを踏まえて、質の高いリハビリテーション医療を提供するとともに、安全・安心で、患者・県民等の視点に立った医療を推進すること。

また、障害児・障害者が地域社会で自立した生活を送ることができるよう、障害児・障害者の福祉の充実を図ること。

さらに、県民から求められる役割を十分に果たすため、人材の確保と育成に取り組むほか、県全体のリハビリテーション医療及び福祉の向上を図るため、地域連携を推進するとともに、地域医療・福祉に貢献すること。

1 質の高い医療の提供

(1) 専門的な医療の提供

心身に障害のある乳幼児から高齢者に至るまでの幅広い年齢層の患者が必要なリハビリテーション医療を受けられるよう、専門的な回復期リハビリテーション医療や障害児・障害者に対する専門医療など、専門的な医療を提供すること。

(2) 医療機能の充実

リハセンターに求められる質の高い医療を継続して提供できるよう、回復期リハビリテーション医療の充実や多職種連携による医療の提供など、医療機能を充実させること。

(3) 先進的なリハビリテーション医療の提供

新たな療法に積極的に取り組むなど、先進的なリハビリテーション医療を提供すること。

(4) リハビリテーションに関する調査研究等の推進

県立病院・施設として、質の高い医療等を継続して提供していけるよう、積極的にリハビリテーションに関する調査研究等を推進すること。

2 安全で安心な医療の提供

(1) 医療安全対策の推進

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

(2) 院内感染防止対策の推進

患者が安心して医療を受けられるよう、感染管理体制を充実させるなど、院内感染防止対策を推進すること。

(3) 医療機器、医薬品等の安全管理の推進

安全な医療を提供するため、医療機器の品質管理を徹底するなど、医療機器や医薬品等の安全管理を推進すること。

3 患者・県民等の視点に立った医療の提供

(1) 患者や家族等への医療サービスの充実

患者や家族等に対し必要な情報を分かりやすく説明し、患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、インフォームド・コンセントの徹底を図るなど、患者や家族等への医療サービスを充実させること。

(2) リハビリテーション医療等に関する情報提供

県民のリハビリテーション医療等に対する理解を促進するため、ホームページ等を通じて、リハセンターが提供する医療・福祉サービスの内容等を積極的に情報発信するなど、適切な情報提供を行うこと。

(3) 地域に開かれた病院運営

県民サービスの向上を図るため、地域住民との交流の機会の創出や病院ボランティアの受入れなど、地域に開かれた病院運営を目指すこと。

4 障害児・障害者の福祉の充実

(1) 療育支援の充実

肢体不自由児や発達障害児等が、地域社会で自立した生活を送ることができるよう、各々の発達状態に応じた専門的なリハビリテーションを提供するなど、療育支援を充実させること。

(2) 自立訓練の充実

肢体不自由者や高次脳機能障害者等が、地域社会で自立した生活を送ることができるよう、各々の障害に応じた機能訓練や生活訓練を実施するなど、自立訓練を充実させること。

(3) 病院部門と施設部門が一体となったサービスの提供

医療と福祉の複合施設の特長を活かした総合的なリハビリテーションが提供できるよう、病院部門と施設部門の連携強化を図り、一体となったサービス提供体制を確立させること。

5 人材の確保と育成

(1) 職員の資質向上

リハセンターに求められる質の高いリハビリテーション医療等を継続的に提供できるよう、研修体制を強化するなど、職員の資質向上に努めること。

(2) 医療従事者の安定的な確保

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の安定的な確保に努めること。

(3) 人事管理制度の構築

職員にとって働きがいのある病院・施設となるよう、人材育成やモチベーションの向上に資するリハセンターに適した人事管理制度の構築に努めること。

(4) ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務環境の整備

職員が安全かつ安心して働くことができ、心身ともに健康を維持できるよう、ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務環境の整備に努めること。

6 地域連携の推進

(1) 急性期病院や地域の医療機関等との連携の推進

リハビリテーション医療を必要とする患者に対し、切れ目のない効果的なリハビリテーション医療が提供できるよう、地域医療連携ネットワークシステムを活用するなど、急性期病院や地域の医療機関等との連携を推進すること。

(2) リハビリテーション医療及び福祉に係る地域支援ネットワークの強化

患者や障害児・障害者が、住み慣れた地域において必要なリハビリテーション医療や福祉サービスを受けられるよう、地域の医療機関や介護保険事業所、福祉施設等の関係機関との地域支援ネットワークを強化すること。

7 地域医療・福祉への貢献

(1) 医療・福祉関係者の資質向上に係る支援

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

(2) 一次予防に係る地域の取組への支援

市町や地域の団体が行う疾病予防や介護予防等の一次予防に係る取組に対して、専門的な立場から積極的に支援すること。

(3) 障害児の地域におけるリハビリテーションへの支援

肢体不自由児や発達障害児が、住み慣れた地域で必要な医療・福祉サービスを利用できるよう、地域の療育機関等への指導や助言など、障害児の地域におけるリハビリテーションへの積極的な支援を図ること。

8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理

県民に信頼され、県内医療・福祉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、情報セキュリティ対策を徹底すること。

9 災害等への対応

県立病院・施設として、県からの要請又は自らの判断に基づき、災害発生時の支援活動に積極的に取り組むとともに、関係機関との連携を強化すること。

また、災害発生時に患者の安全を確保できるよう対策を講じること。

第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項

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

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

1 業務運営体制の確立

経営責任の所在の明確化を図り、医療環境の変化に応じて迅速な意思決定を行うこと。

また、医療資源を最大限有効活用できるよう、各部署の権限や責任を明確化した実効性のある組織を整備すること。

2 経営参画意識の向上

職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画する組織文化を醸成すること。

3 収入の確保及び費用の削減への取組

(1) 収入の確保対策

医師、療法士等の適正配置によるリハビリテーション医療提供体制の充実や急性期病院等との連携等により、患者の安定的な確保に努めること。

また、病床利用率の向上策や診療報酬の精度管理の充実、未収金の発生防止と回収の徹底などにより、収入を確保すること。

(2) 費用の削減対策

適正な在庫管理の徹底、医薬品や診療材料の調達コストの削減、職員全員のコスト意識改革及び原価計算の確立などにより、費用を削減すること。

第4 財務内容の改善に関する事項

県民が求める専門的なリハビリテーション医療等を安定的に提供していくためには、健全な経営と医療・福祉サービス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。

第5 その他業務運営に関する重要事項

医療機器について、県民の医療ニーズや医療技術の進展に応えるため、費用対効果等を総合的に勘案し、計画的な更新・整備に努めること。