

令和2年度第1回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次第

令和2（2020）年7月29日（水）

13:30～15:45

県公館 大会議室

1 開 会

2 挨拶

3 議 題

- (1) 副委員長の選任について
- (2) 地方独立行政法人栃木県立がんセンターの令和元（2019）年度業務実績及び中期目標期間の終了時に見込まれる中期目標期間における業務実績に関する評価並びに中期目標期間終了時における検討について
- (3) 地方独立行政法人栃木県立がんセンターの第2期中期目標素案について
- (4) 地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンターの令和元（2019）年度業務実績に関する評価について
- (5) その他

4 閉 会

《配布資料》

委員名簿、事務局等名簿、席次表

- 【資料 1】（地独）栃木県立がんセンター及び（地独）栃木県立リハビリテーションセンターの業務実績に関する評価方法及び評価基準
- 【資料 2】（地独）栃木県立がんセンター令和元（2019）年度決算の概要（速報）
- 【資料 3】（地独）栃木県立がんセンター令和元（2019）年度業務実績報告書兼中項目別評価書の概要
- 【資料 4】（地独）栃木県立がんセンター令和元（2019）年度業務実績報告書兼中項目別評価書
- 【資料 5】（地独）栃木県立がんセンター令和元（2019）年度業務実績に関する全体評価書
- 【資料 6】（地独）栃木県立がんセンター中期目標期間の終了時に見込まれる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の概要
- 【資料 7】（地独）栃木県立がんセンター中期目標期間の終了時に見込まれる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
- 【資料 8】（地独）栃木県立がんセンター中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績に関する全体評価書
- 【資料 9】（地独）栃木県立がんセンター中期目標期間終了時の検討
- 【資料 10】（地独）栃木県立がんセンター第 2 期中期目標素案の概要
- 【資料 11】（地独）栃木県立がんセンター第 2 期中期目標素案
- 【資料 12】（地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和元（2019）年度決算の概要（速報）
- 【資料 13】（地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和元（2019）年度業務実績報告書兼中項目別評価書の概要
- 【資料 14】（地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和元（2019）年度業務実績報告書兼中項目別評価書
- 【資料 15】（地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和元（2019）年度業務実績に関する全体評価書

- 【参考資料1】（地独）栃木県立がんセンター令和元（2019）年度 数値目標及び実績値一覧
- 【参考資料2】（地独）栃木県立がんセンター中期目標期間の終了時に見込まれる数値目標及び実績値一覧
- 【参考資料3】（地独）栃木県立がんセンター中期目標第1期・第2期の比較
- 【参考資料4】（地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和元（2019）年度 数値目標及び実績値一覧
- 【参考資料5】（地独）栃木県立がんセンター及び（地独）栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会条例
- 【参考資料6】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対する諮問書

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

任期:平成31(2019)年4月1日～令和3(2021)年3月31日

氏 名	役 職 等	備 考
朝野 春美	栃木県看護協会 会長	
稲野 秀孝	栃木県医師会 会長	
窪田 敬一	獨協医科大学病院 病院長	
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	欠席
高橋 淑郎	日本大学商学部 教授	
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	欠席

* 敬称略 : 五十音順

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

1 事務局

NO	氏名	役職名	備考
1	海老名 英治	保健福祉部長	
2	小川 俊彦	保健福祉部次長兼保健福祉課長	
3	関本 充博	保健福祉部次長	欠席
4	谷田部 貴	保健福祉課 総務主幹	
5	河野 美穂子	保健福祉課 主幹兼課長補佐(総括)	
6	藤井 一夫	保健福祉課 主幹兼県立病院担当GL	
7	福田 研一	医療政策課長	
8	柏瀬 仁	健康増進課長	
9	増淵 一彦	障害福祉課長	

2 出席者((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役員)

NO	氏名	役職名	備考
1	菱沼 正一	(地独)栃木県立がんセンター理事長兼センター長	
2	尾澤 巖	(地独)栃木県立がんセンター副理事長兼病院長	
3	五月女 智史	(地独)栃木県立がんセンター副理事長兼事務局長	
4	片野 進	(地独)栃木県立がんセンター理事兼副病院長	
5	藤田 伸	(地独)栃木県立がんセンター理事兼副病院長	
6	星野 雄一	(地独)栃木県立リハビリテーションセンター理事長兼所長	
7	田崎 宣明	(地独)栃木県立リハビリテーションセンター副理事長兼副所長	

令和2年度第1回（地独）栃木県立がんセンター及び（地独）栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会 席次表

令和2（2020）年7月29日（水）

於：県公館大会議室

高橋委員長席

● 朝野委員

● 稲野委員

窪田委員

佐田委員

傍聴席

記者席

● 田嶋 兼リセ ンハピ リテー ション センター 副所長	● 星野 兼リセ ンハピ リテー ション センター 理事	● 尾澤 兼が 事長 兼セン ター 副理	● 菱沼 兼が 長兼 セン ター 理事	● 海老名 保健 福祉 部長	● 小川 社課 長次 長兼 保健 福祉	● 福田 医療 政策 課長	● 柏瀬 健康 増進 課長
○	● 藤田 兼が 理事 兼セン ター 副理	● 片野 兼が 理事 兼セン ター 副理	● 五月 兼が 副理 兼セン ター 事務 局長	● 藤井 主幹 兼保 健福 祉課 長担 当	● 河野 主幹 兼保 健福 祉課 長補 佐（ 総	● 増淵 障害 福祉 課長	● 谷田 幹保 健福 祉課 総務 主任
○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○

入り口

入り口

(地独) 栃木県立がんセンター及び(地独) 栃木県立リハビリテーションセンターの業務実績に関する評価方法及び評価基準

1 趣旨

地方独立行政法人（以下「法人」という。）の各事業年度における業務の実績及び中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績並びに中期目標の期間における業務の実績については、地方独立行政法人法第28条第1項の規定に基づき、知事の評価を受けなければならないことから、以下のとおり法人の業務実績に関する評価方法及び評価基準を定めるものとする。

改正地方独立行政法人法（抄）

第28条 地方独立行政法人は、毎事業年度の終了後、当該事業年度が次の各号に掲げる事業年度のいずれかに該当するかに応じ当該各号に定める事項について、設立団体の長の評価を受けなければならない。

一 次号及び第三号に掲げる事業年度以外の事業年度 当該事業年度における業務の実績

二 中期目標の期間の最後の事業年度の直前の事業年度 当該事業年度における業務の実績及び中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績

三 中期目標の期間の最後の事業年度 当該事業年度における業務の実績及び中期目標の期間における業務の実績

2 (略)

3 第1項の評価は、同項第一号、第二号又は第三号に定める事項について総合的な評定を付して、行わなければならない。この場合において、同項各号に規定する当該事業年度における業務の実績に関する評価は、当該事業年度における中期計画の実施状況の調査及び分析を行い、その結果を考慮して行わなければならない。

2 評価の基本方針

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

3 評価方法について

(1) 各事業年度における業務実績の評価

- 当該評価は、各事業年度終了後に実施する。
- 法人は、各事業年度における業務の実績について、年度計画に掲げた中項目ごとに自己評価を行うとともに、自己評価を付した業務実績に関する報告書（以下「業務実績等報告書」という。）を作成し、知事に提出する。
- 知事は、法人から提出された業務実績等報告書に基づき、年度計画に掲げた中項目ごとに評価を行うとともに、業務実績全体の状況について評価を行う。
- 法人の自己評価は、次年度の5月～6月頃に実施し、知事による項目別評価及び全体評価は、7月～8月頃に（地独）栃木県立がんセンター及び（地独）栃木県立リハビリテーションセンター評価委員会（以下「評価委員会」という。）の意見を聴取した上で、9月頃に実施する。

《法人による自己評価》

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

なお、年度計画に掲げた指標の達成状況の判断目安は、以下のとおり。

【指標の達成状況】

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

《知事による評価》

ア 中項目別評価

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

イ 全体評価

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

(2) 中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務実績の評価

- 当該評価は、中期目標の期間の最後の事業年度に実施する。
- 法人は、中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績について、中期計画に掲げた中項目ごとに自己評価を行うとともに、自己評価を付した業務実績等報告書を作成し、知事に提出する。
- 知事は、法人から提出された業務実績等報告書に基づき、中期計画に掲げた中項目ごとに評価を行うとともに、業務実績全体の状況について評価を行う。

- 法人の自己評価は、中期目標の期間の最後の事業年度5月～6月頃に実施し、知事による項目別評価及び全体評価は、7月～8月頃に評価委員会の意見を聴取した上で、9月頃に実施する。

《法人による自己評価》

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

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

《知事による評価》

ア 中項目別評価

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

イ 全体評価

上記の中項目別評価を踏まえ、中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務実績について、記述式による総合的な評価を行う。

(3) 中期目標の期間における業務実績の評価

- 当該評価は、中期目標の期間の終了後の次年度に実施する。
- 法人は、中期目標の期間における業務の実績について、中期計画に掲げた中項目ごとに自己評価を行うとともに、自己評価を付した業務実績等報告書を作成し、知事に提出する。
- 知事は、法人から提出された業務実績等報告書に基づき、中期計画に掲げた中項目ごとに評価を行うとともに、業務実績全体の状況について評価を行う。
- 法人の自己評価は、中期目標の期間の終了後の次年度5月～6月頃に実施し、知事による項目別評価及び全体評価は、7月～8月頃に評価委員会の意見を聴取した上で、9月頃に実施する。

《法人による自己評価》

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

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

《知事による評価》

ア 中項目別評価

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

イ 全体評価

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

4 評価基準について

(1) 各事業年度における業務実績の評価

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

《評価基準》

S：計画を上回って実施している。

A：概ね計画どおり実施している。

B：計画をやや下回って実施している。

C：計画を下回っている、又は実施していない。

(2) 中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務実績の評価 各事業年度における業務実績の評価基準と同様とする。

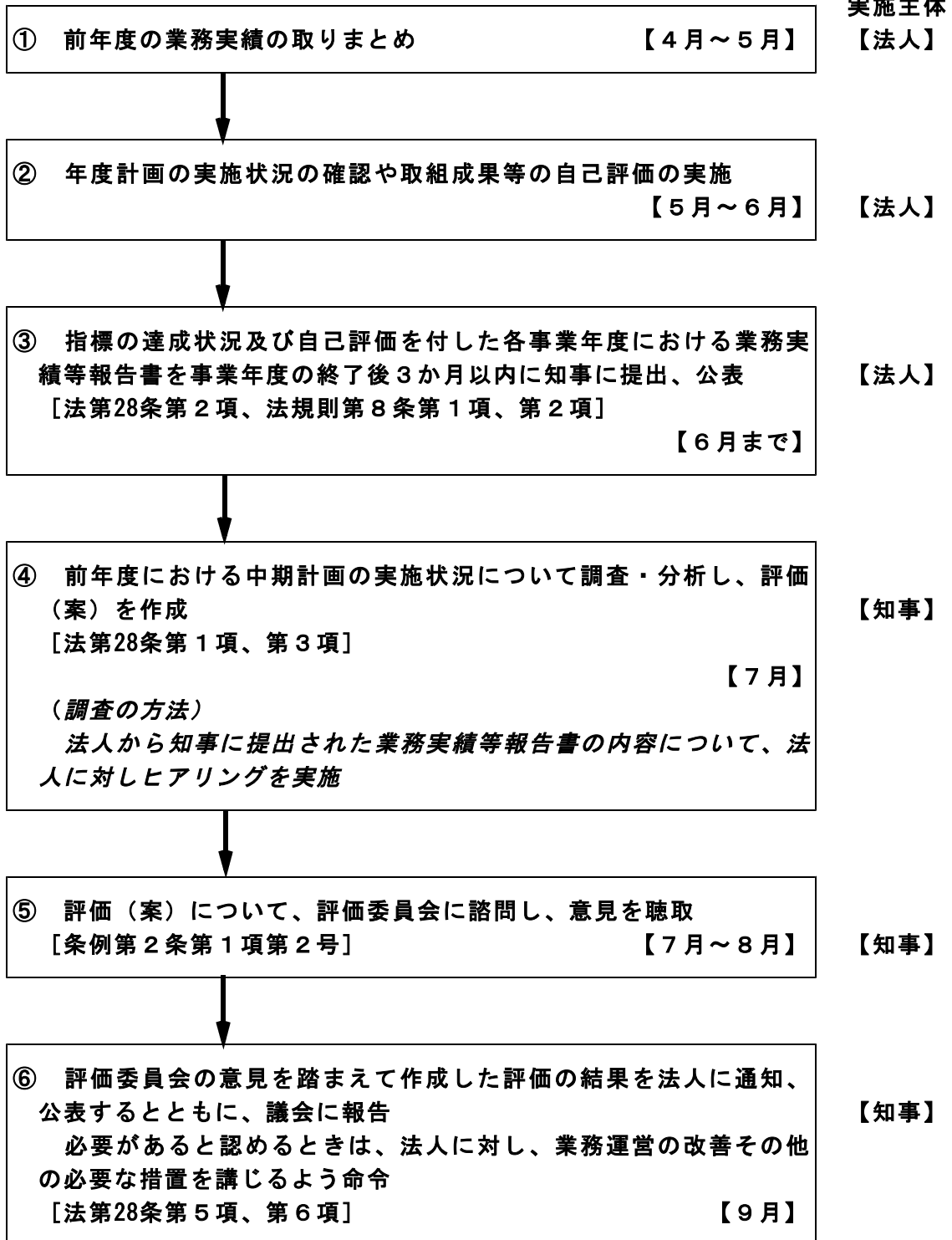
(3) 中期目標の期間における業務実績の評価

各事業年度における業務実績の評価基準と同様とする。

【参考】

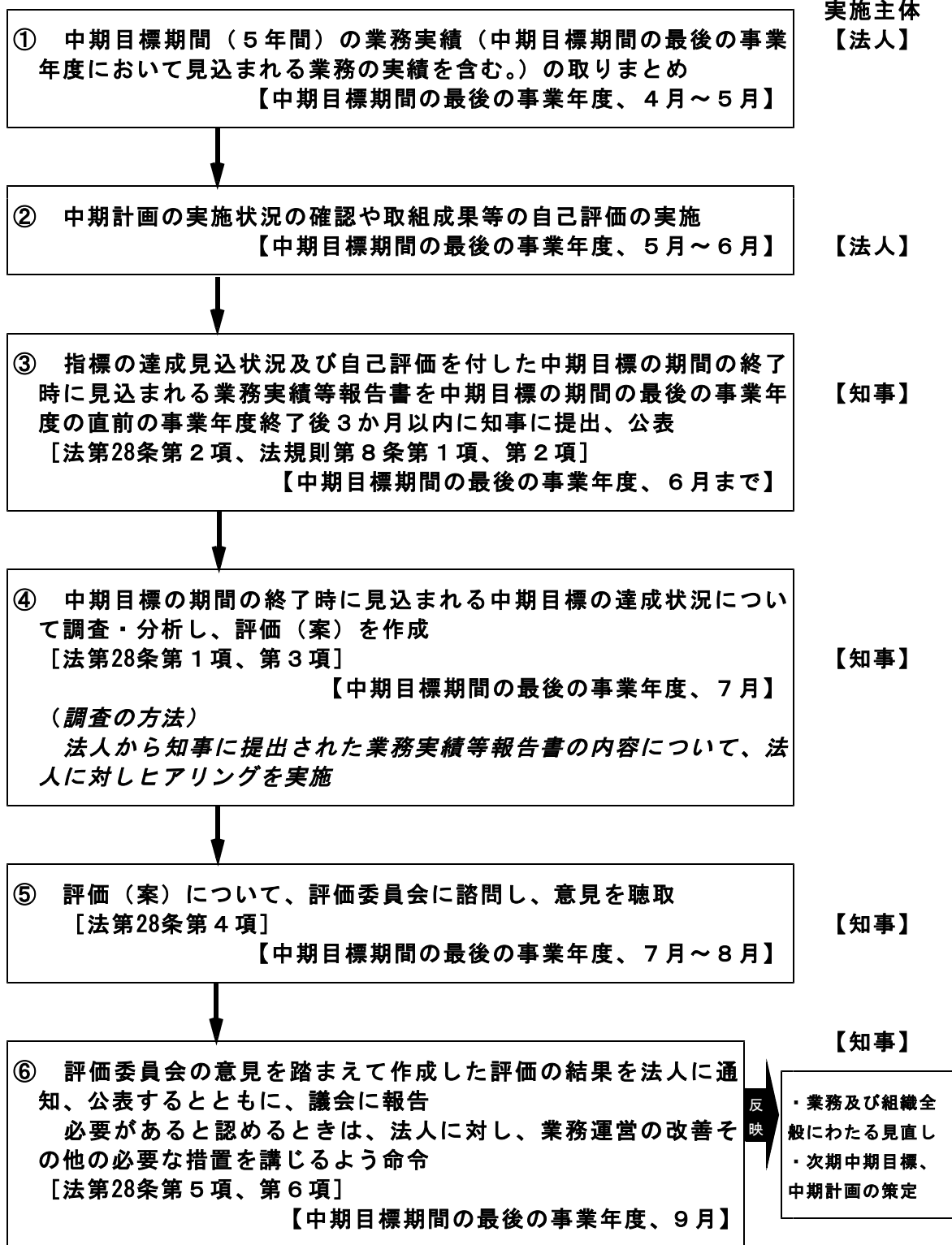
(地独) 栃木県立がんセンター及び(地独) 栃木県立リハビリテーションセンターの業務実績の評価に関するフロー

(1) 各事業年度における業務実績の評価



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

(2) 中期目標の期間の終了時に見込まれる業務実績の評価
(中期目標期間における業務実績の見込み評価)



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

第〇 (大項目)〇〇〇
(中項目)〇〇〇

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率(%)	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況

※ 中期計画指標のみ記載

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」に置き換える。

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値(目標)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容 (小項目)〇〇〇	年度計画の記載内容	業務実績

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況

法人の 自己評価	評価理由

知事の 評価	評価理由等

第〇 (大項目)〇〇〇
(中項目)〇〇〇

◆中期計画指標(中期目標期間における各事業年度の実績)

中期目標の期間における業務実績等報告書(中期目標期間終了後の次年度に作成)は次のとおりとする。
・最後の事業年度に実績値に記載する。また、達成率の「(見込み)」の記載を削除する。

No	指標名	H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R2(2020)年度見込値	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率(見込み)	指標の達成状況

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016)年度	H29(2017)年度	H30(2018)年度	R元(2019)年度 (自己評価)

中期目標の期間における業務実績等報告書(中期目標期間終了後の次年度に作成)は最後の事業年度の中項目別評価を追加する。

中期目標の期間における業務実績等報告書(中期目標期間終了後の次年度に作成)では「中項目期間の業務実績」とする。

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
(小項目)〇〇〇		
(小項目)〇〇〇		
(小項目)〇〇〇		

次期に向けた課題	
----------	--

法人の自己評価	評価理由
---------	------



知事の評価	評価理由等
-------	-------

令和元(2019)年度 (地独) 栃木県立がんセンター決算の概要(速報)

〔平成28(2016)年4月 地方独立行政法人化〕

(単位:百万円)

区 分		H30(2018)年度 決算額 A	R元(2019)年度 決算額 B	比較 B-A	
許可病床数 (床)		291	291	0	
年間 延患者数	入院患者数 (人)	56,505	56,136	△ 369	
	1日平均 (人)	154.8	153.4	△ 1.4	
	外来患者数 (人)	118,756	117,186	△ 1,570	
	1日平均 (人)	486.7	484.2	△ 2.5	
病床利用率 (%)		53.2	52.7	△ 0.5	
単価	一人一日当入院 (円)	67,406	69,140	1,734	
	一人一日当外来 (円)	27,803	29,893	2,090	
医療収支比率 (%)		79.4	80.5	1.1	
経常収支比率 (%)		98.0	97.0	△ 1.0	
営業 等 収 支	収入		9,646	9,783	137
	営業	営業収益	9,430	9,592	162
		医療収益	7,294	7,567	273
		うち入院収益	3,809	3,881	72
		うち外来収益	3,302	3,503	201
		運営費負担金	1,505	1,419	△ 86
		その他営業収益	631	606	△ 25
		営業外収益	212	191	△ 21
		うち運営費負担金	67	61	△ 6
		うちその他営業外収益	145	130	△ 15
		臨時利益	4	0	△ 4
	支出		9,836	10,090	254
	営業	営業費用	9,729	9,994	265
		医療費用	9,190	9,399	209
		うち給与費用	3,824	3,843	19
		うち材料費用	2,633	2,877	244
		うち経費	1,675	1,668	△ 7
		うち減価償却費用	972	939	△ 33
		一般管理費用	147	146	△ 1
		うち給与費用	125	125	0
その他営業費用		392	449	57	
営業外費用		107	96	△ 11	
臨時損失	0	0	0		
経常損益		△ 194	△ 306	△ 112	
純利益		△ 190	△ 306	△ 116	
資本 収 支	収入		1,129	1,772	643
	企業業負債金		505	1,168	663
	資本収支負担金		623	605	△ 18
	支出		1,627	2,250	623
	建設改良費用		366	561	195
	企業債償還金等		1,262	1,689	427
差引		△ 499	△ 477	22	
県負担金 (営業等 + 資本)		2,195	2,085	△ 110	
貸借 対照	資産	12,735	12,255	△ 480	
	負債	10,898	10,713	△ 185	
	資本	1,837	1,542	△ 295	

【各数値の増減要因等】

(患者数)

- 入院患者数は減少
〔要因〕 がん医療が入院中心から外来中心に移行していることや一部の診療科における医師の退職等
- 外来患者数は減少
〔要因〕 一部の診療科では増加しているものの、診療日数の減や医師の退職等により減少

(収支関係)

- 入院収益は増加
〔要因〕 入院患者数は減少したものの、患者一人あたりの単価が高額治療件数の増により増加した影響大
 - 外来収益は増加
〔要因〕 外来患者数は減少したものの、患者一人あたりの単価が高額医薬品の使用量の増により増加した影響大
 - 医療費用は増加
〔要因〕 高額医薬品の使用量が増加した影響大
- ⇒ 費用の増加が収益の増加を上回ったことから、経常収支が悪化し、赤字幅が増加した。

令和元（2019）年度業務実績報告書兼中項目別評価書の概要について（がんセンター）

資料3

1 評価方法及び評価基準

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

評価基準：S（計画を上回って実施している。）

A（概ね計画どおり実施している。）

B（計画をやや下回って実施している。）

C（計画を下回っている、又は実施していない。）

2 評価結果及び理由

中項目	法人の自己評価		知事の評価（案）	
	評価結果	評価理由	評価結果	評価理由等
第1 I 質の高い 医療の提供 資料4 p 2～5	A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「高難度手術延べ件数」、「腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数」及び「高精度放射線治療延べ件数」など、多くの指標で目標値を上回った一方、「チームSTEPS受講率」は新型コロナウイルス感染症の影響で開催回数が減ったため目標値を大きく下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「高度で専門的な医療の推進」では、平成30（2018）年度52件に減少した肝胆膵外科の高難度手術が令和元（2019）年度には61件に増加したほか、婦人科常勤医4名全員が日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医の資格を取得し、婦人科領域の腹腔鏡手術件数が著しく増加した。また、「緩和ケアの推進」では、緩和ケア初回外来時に専任看護師が同席し、今後の療養場所の意思決定支援を行うとともに関係部署と情報を共有し支援継続につなげた。さらに、「がん患者のリハビリテーション提供体制の充実」では、周術期リハビリテーションの充実を図るため、外来での術前呼吸訓練や術後のリハビリテーションを積極的に行ったなど、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。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

中項目	法人の自己評価		知事の評価(案)	
	評価結果	評価理由	評価結果	評価理由等
2 安全で安心な医療の提供 資料4 p6～8	A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「医療安全管理研修(全職員対象)受講率」など、全ての指標が目標を達成した。 年度計画の業務実績に関しては、「医療安全対策等の推進」では、リスクマネ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、「医療機器等の安全管理の徹底」では、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に治療機器の精度管理を実施したほか、医療機器や医薬品の安全使用のための研修会を開催したなど、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。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
3 患者・国民の視点に立った医療の提供 資料4 p9～13	A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「カルテ監査実施回数」及び「医療相談件数」が目標を達成したが、「セカンドオピニオン件数」など他の指標については目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、就業支援を目的に平日早朝の放射線治療及び平日夕方のマンモグラフィの運用を継続したほか、がんゲノム医療では、NCCオンコパネラル検査等が保険承認され検査を開始した。また、「患者の就労等に関する相談支援体制の充実」では、ハローワークと宇都宮との連携して就職支援相談会を開催した。さらに、「患者及びその家族の利便性・快適性の向上」では、照明の一部LED化、診察室・検査室へのカーテン設置などにより、患者の快適性やプライバシーの確保を図ったなど、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。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。ただし、セカンドオピニオン件数は、目標を大きく下回っているため、引き続き、件数増加に向けた一層の取組を期待したい。

<p>4 人材の確保と育成 資料4 p14～17</p>	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「認定看護師数」及び「医療倫理研修実施回数」が目標どおりであったが、「医師数」及び「職員満足度割合」が目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療従事者の確保と育成」では、県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師派遣について要請活動を行った結果、2月に頭頸科の常勤医師1名を採用し、令和2(2020)年4月からは、多くの診療科で常勤医師の採用が予定されているほか、画像診断医師を対象とした在宅勤務制度を導入した。また、「研修体制の強化」では、当センターの研修プログラムを作成し、院内ネットワークに掲示し職員への周知を行ったなど、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。 	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。ただし、職員満足度の向上について、一層の取組を期待したい。
<p>5 地域連携の推進 資料4 p18～20</p>	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「受託検査件数」、「退院調整件数」など多くの指標が目標値を上回った一方、「医薬連携研修実施回数」は、2月に開催予定だった2回目の研修会が、新型コロナウイルス感染症の影響により中止となったことから目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「地域の医療機関との連携強化」では、地域連携センターが対応している他病院からの患者の受け入れ依頼について、全例受け入れを原則として対応したほか、医薬連携では、外来化学療法トレーシングレポート活用プロジェクトに基づく経口抗がん薬治療管理について、4月から県内全ての薬局を対象に実施した。また、「在宅緩和ケアの推進」では、退院調整のための合同カンファレンスに看護師が参加し、訪問看護ステーション看護師やケアマネジャーなどと在宅緩和ケアにつなげる情報を共有したなど、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。 	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

中項目	法人の自己評価		知事の評価(案)	
	評価結果	評価理由	評価結果	評価理由等
6 地域医療への貢献 資料4 p21～22	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」、「郡市医師会向け出張講座実施回数」ともに目標を達成した。 年度計画の業務実績に関しては、「地域のがん医療の向上・均てん化のための支援」では、新たにPDCAサイクル部会と栃木県がん・生殖医療ネットワークを設立し、都道府県がん診療連携拠点病院の役割として県内の診療の質の均てん化や地域連携体制の強化に取り組みだほか、郡市医師会向け出張講座、地域医療機関向けの研修会を実施した。また、「がん対策事業への貢献」では、県内のすべての病院及び指定診療所から届出のあった全国がん登録情報の審査・整理を行ったなど、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。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
7 災害等への対応 資料4 p23	A	<ul style="list-style-type: none"> 病棟で火災が発生したことを想定した消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練と、大地震を想定した防災訓練を実施したほか、災害時のための医薬品や患者用・職員用の非常食及び水を計画的に更新したなど、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。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
第2 業務運営体制の確立 資料4 p24	A	<ul style="list-style-type: none"> 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、対応策を検討したほか、監査室を新たに設置し、医療職の職員を配置したことにより、医療分野における業務フローの作成が進んだなど、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。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
2 経営参画意識の向上 資料4 p25	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原則毎月開催したほか、業務改善提案制度を活用して職員からアイデアを収集し、医療サービスの向上や業務負担の軽減に資する取組につなげたなど、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。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

<p>3 収入の確保及び費用の削減への取組 資料4 p.26～29</p>	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「ジェネリック医薬品採用比率」が目標値を上回ったが、「病床利用率」、「診療材料費対医業収益比率」など、多くの指標が目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「収入の確保への取組」では、紹介患者増を目指して、呼吸器内科だけでなく、9月からは大腸骨盤外科でも医師、渉外業務専門員が地域医療機関への訪問を開始したほか、臨床検査を専ら担当する常勤医師を配置し、検体検査管理加算の区分Ⅳの適用が受けられるよう施設基準の届け出を行った。また、「費用の削減への取組」では、医薬品の価格交渉において従来とは異なる手法で交渉を行い、年間で約19,650千円のコスト削減を達成したほか、委託料については、院内洗濯業務委託の内容及び契約期間を見直し、入札を行った結果、令和2（2020）年度より年間約7,300千円のコスト削減見込みとなったなど、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、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をややや下回っている」と判断したため、「B」評価とした。病床利用率の向上等により更なる収入の確保を図るとともに、安全面にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組むなど、より一層の経営改善に努められた。
<p>第3 財務内容の改善に関する事項 資料4 p.30</p>	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「医業収支比率」が目標値を上回ったが、「経常収支比率」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、経営会議や経営戦略会議を通じて月次で収支状況等を管理したほか、診療科ごとにヒアリングを実施し、課題と今後の方針、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体例などについて意見交換を行い、経常収支の黒字化を目指したが、計画をやや下回った。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をややや下回っている」と判断したため、「B」評価とした。経常収支の黒字化に向けて、より一層の経営改善に努められた。
<p>第8 その他業務運営に関する重要事項 資料4 p.31</p>	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設整備のあり方については、平成30（2018）年度に県に提出した将来構想を受け、さらに具体的な内容とするため新たなメンバーで構成した「TCCみらいSOZ0委員会」を立ち上げたほか、医療機器について、計画的に更新・整備したなど、当該項目に関しては、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。 	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

業務実績報告書兼中項目別評価書

令和元(2019)年度

(第4期事業年度)

自 平成31(2019)年4月1日

至 令和2(2020)年3月31日

地方独立行政法人栃木県立がんセンター

目 次

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表	1
第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項（大項目）	2
1 質の高い医療の提供（中項目）	2
2 安全で安心な医療の提供（中項目）	6
3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）	9
4 人材の確保と育成（中項目）	14
5 地域連携の推進（中項目）	18
6 地域医療への貢献（中項目）	21
7 災害等への対応（中項目）	23
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	24
1 業務運営体制の確立（中項目）	24
2 経営参画意識の向上（中項目）	25
3 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	26
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）	30
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	31

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表

◆ 中期目標期間における各事業年度の項目別評価

項目	平成28(2016)年度	平成29(2017)年度	平成30(2018)年度	令和元(2019)年度	令和2(2020)年度
第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項					
1 質の高い医療の提供	A	A	A	A	A
2 安全で安心な医療の提供	A	A	A	A	A
3 患者・県民の視点に立った医療の提供	A	A	A	A	A
4 人材の確保と育成	A	A	A	A	A
5 地域連携の推進	A	A	B	A	A
6 地域医療への貢献	A	A	B	A	A
7 災害等への対応	A	A	A	A	A
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項					
1 業務運営体制の確立	A	A	A	A	A
2 経営参画意識の向上	A	A	A	A	A
3 収入の確保及び費用の削減への取組	A	B	B	B	B
第3 予算、収支計画及び資金計画					
財務内容の改善に関する事項	A	B	B	B	B
第8 その他業務運営に関する重要事項					
その他業務運営に関する重要事項	B	B	A	A	A

(参考) 中期目標期間における各事業年度の全体評価

年度	評価結果
平成28(2016)年度	全体として中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。
平成29(2017)年度	中期計画の達成に向けてほぼ順調な進捗状況であるが、一部の項目において計画を下回っている。
平成30(2018)年度	中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。
令和元(2019)年度	中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。(案)
令和2(2020)年度	

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

1 質の高い医療の提供(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R元(2019)年度 目標値	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	高難度手術延べ件数(件)	60	61	102%	60	IV
2	腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数(件)	550	607	110%		V
3	外来(日帰り)ポリマー内視鏡手術延べ件数(件)	900	956	106%		IV
4	高精度放射線治療延べ件数(件)	735	835	114%	780	V
	SBRT	8	16	200%	20	V
5	外来化学療法延べ件数(件)	7,600	8,308	109%	7,900	IV
6	臨床研究件数(件)	150	200	133%	228	V
7	予-ΔSTEPPS受講率(%)	100.0	77.3	77%		I
8	緩和ケア勉強会実施回数	年8回	年8回	100%		IV
9	地域の緩和ケア連携カンファレンス開催回数	年10回	年8回	80%	月1回以上	II
10	がん患者リハビリテーション単位数(単位)	7,070	5,668	80%	17,040	II

※ 中期計画指標のみ記載

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値
69	75	52	61	
345	358	530	607	
995	918	984	956	
777	1,251	2,190	835	
4	0	8	16	
7,897	7,573	8,048	8,308	
182	169	183	200	
43.6	63.9	83.7	77.3	
年10回	年10回	年8回	年8回	
年9回	年10回	年8回	年8回	
2,285	5,438	5,374	5,668	

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(1) 高度で専門的な医療の推進(小項目)</p> <p>患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、がん専門病院として、以下のとおり、高度で専門的な医療を提供する。</p> <p>ア 局所進行がんや転移がん、希少がんも含め、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、手術、放射線治療及び化学療法を組み合わせた集学的治療の充実を図るなど、高度専門医療を提供する。</p>	<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>また、インプラント二期再建を再開するなど、患者の希望に沿った手術療法を提供できる体制を整える。</p>	<p>平成30(2018)年度52件に減少した肝胆膵外科の高難度手術は令和元(2019)年度には61件に増加し、目標の60件を上回った。受診当初切除不能であったが、化学療法を行いダウンステージが得られた症例に対しては積極的に手術を試み、その結果切除できた症例も含まれており、集学的治療の成果が得られている。</p> <ul style="list-style-type: none"> 骨軟部腫瘍・整形外科の手術症例数は順調に増加し、同科が常勤二人体制になる令和2(2020)年度は更なる患者の増加が期待できる。 多職種に参加によるキャンサーボード(症例検討会)を各診療科等で開催し、患者の状況に応じて手術療法、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。 インプラント二期再建については、乳房インプラント留置に伴う悪性リンパ腫のリスクが報告され、乳房再建に使用されていたエキスパンダーとインプラントが販売中止となったことから、7月から1月まで手術を休止した。(手術件数:8件)

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ 低侵襲な鏡視下手術(腹腔鏡、胸腔鏡を入れてモニターを見ながら行う手術)や食道、胃、大腸の内視鏡治療の実施(内視鏡的粘膜下層剥離術:ESD、内視鏡的粘膜切除術:EMR等)等、患者の身体的負担が少ない治療法を引き続き提供し、患者の高齢化への対応を進める。</p>	<p>イ 低侵襲な腹腔鏡及び胸腔鏡下手術については、手術適応を守りながら積極的に施行し、術後合併症の減少と入院期間の短縮に努めるとともに、先進医療である腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術を実施する。 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。 さらに、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>・ 婦人科常勤医4名全員が日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医の資格を取得し、婦人科領域の腹腔鏡手術件数が著しく増加した(年間255例)。県内でも指導的立場を維持しており、子宮体がんに対する傍大動脈リンパ節郭清を含めた腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(先進医療)は、当センターが県内で唯一の施行可能な施設となつている(年間10例)。 ・ 消化器・呼吸器領域における鏡視下手術はすでに標準術式になっているが、当センターでは日本内視鏡外科学会技術認定医による質の高い低侵襲な手術を施行しており、術後合併症が少なく、入院期間の短縮にもつながっている。 ・ 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、ESD(内視鏡的粘膜下層剥離術)を積極的に施行し、その治療成績も良好であった。また、大腸ポリープについては、外来検査の際にその場でポリープを切除することを推進し、患者に身体的にも経済的にも負担の少ない治療を提供した。</p>
<p>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>ウ 短時間で効率的にIMRT(強度変調放射線治療)の施行が可能となるVMAT(強度変調回転照射)及びSBRT(体幹部定位放射線治療)を実施する。</p>	<p>・ IMRTは主に泌尿器、婦人科領域に実施した。SBRTは呼吸器の取扱い症例数増加に付随し実施件数が増加し、IMRT、SBRTともおおむね目標を達成した。</p>
<p>エ 抗がん剤の作用、副作用に熟知した専門医や看護師による高度ながん化学療法を引き続き提供するとともに、他の医療機関では実施困難な最新の化学療法を提供する。</p>	<p>エ 抗がん剤の作用、副作用に熟知した専門医、認定看護師、薬剤師等を含めた多職種により、最新かつ適切な化学療法を実施する。</p>	<p>・ 医師、看護師、薬剤師を含めた多職種によるカンファレンスを定期的に実施し、情報の交換や共有に努めることで、適切な化学療法を実施した。 ・ 化学療法件数が増加傾向にある中、安全かつ安心な治療が継続できるよう、多職種で協働し対応した。 ・ 外来受診時における医師と患者のコミュニケーションツールとして問診票を活用し、消化器外科患者を対象に有書事象のスクリーニングを実施した。</p>
<p>オ 患者がよりよい治療を受けられるよう、治療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>オ 患者がよりよい治療を受けられるよう、治療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、治療依頼者へ積極的に情報発信するとともに、治療コーディネーターを活用するなど実施体制を強化する。</p>	<p>・ 承認前の医薬品の治療等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のため、国内外の多施設共同研究に積極的に取り組む。当センターやSMO(治療施設支援機関)の臨床研究コーディネーターを活用し医師の業務を支援した。 ・ 当センターにおける治療実施体制、治療関連規程、IRB(臨床研究審査委員会)に関する最新情報を随時ホームページに掲載し、速やかに治療依頼者へ情報発信した。 ・ 特定臨床研究の運用が定まっていなかったため、他施設や研究事務局から発信される情報や学会参加により情報を収集し、臨床研究法に対応した当センターの標準業務手順書を改訂した。 ・ 臨床試験(患者に介入する研究)は減ったが、観察研究(患者に介入せず経過を観察する研究)が増えたことにより、研究数が増加した。</p>

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(2) チーム医療の推進(小項目)</p> <p>多職種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、キャンサーボード(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、全職員を対象に実施する。</p> <p>また、キャンサーボード(症例検討会)を定期的に関催する。さらに、多職種の医療従事者間での連携、協働によるチーム医療を推進するため、厚生労働省、日本病院薬剤師会、日本医療薬学会等が推奨するプロトコルに基づく薬物治療管理(Protocol Based Pharmacotherapy Management: PBBPM)を実施する。</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>	<p>・ 2月にチームSTEPPS研修を開催し、全職種から60名(初級編36名、中級編24名)が受講した。3月開催分(初級編54名、上級編20名が受講予定)は新型コロナウイルス感染症の影響で期日未定の延期となり、全職員の初級編の履修は333名、未受講者99名となった。</p> <p>・ キャンサーボード(症例検討会)については、各診療科等で定期的に開催した。</p> <p>・ 平成30(2018)年度に開始した、プロトコルに基づく薬物治療管理の取組(入院処方入力支援プロトコル、外来化学療法トレーニングレポート活用プロトコル、外来院外処方箋照会簡素化プロトコル)を継続し、必要に応じてプロトコルの改定を行った。また、がん化学療法の副作用対策を充実させるために、「外来化学療法診察前面談プロトコル」を追加した。</p>
<p>(3) 緩和ケアの推進(小項目)</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緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合した緩和ケアセンターの体制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緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合した緩和ケアセンターの機能の維持向上を図る。また、緩和ケアセンターで院内向けに緩和ケア勉強会を開催し、基本的緩和ケアから専門的緩和ケアへつなぐ体制を強化する。</p> <p>イ 地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、宇都宮医療圏における他のがん診療連携拠点病院と協働して医療・福祉関係者を対象とした緩和ケア地域連携カンファレンスを実施する。</p>	<p>・ 緩和ケアセンターの体制強化を図るため、毎週水曜日に多職種で緩和ケアセンター運営カンファレンスを8回開催した。</p> <p>・ 緩和ケアカンファレンスを8回開催し、基本的緩和ケアの実践と専門的緩和ケアへつなぐ役割について症例検討を中心に実施した。また、緩和ケアカンファレンス育成のため、年度初めに各自の行動目標を明確にし、1年間の取り組み後、年度末に評価を行った。</p> <p>・ 緩和ケア初回外来時に専従看護師が同席し、今後の療養場所の意思決定支援を行うとともに関係部署と情報を共有し支援継続につなげた。</p> <p>・ 緩和ケアチームセルフレックプログラム導入に向けた準備を行った。</p> <p>・ 宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを厚生会宇都宮病院と協働で8回開催した。3月は新型コロナウイルス感染症の影響で中止となったが、緩和ケアに関する講演会、症例検討会、地域医療体制の検討会などを行い、緩和ケアの質の向上を図った。</p> <p>・ 退院調整のための合同カンファレンスに看護師が参加し、訪問看護ステーション看護師やケアマネジャーなどと在宅緩和ケアにつなげる情報を共有した。</p>
<p>(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)</p> <p>患者の望む生活スタイルを支援するため、リハビリテーションスペースを拡充するとともに理学療法士・作業療法士の充実を図り、がんと診断された時から患者の病態に応じたリハビリテーションを提供する。</p>	<p>患者の望む生活スタイルを支援するため、がんと診断された時から患者の病態に応じたリハビリテーションを提供する。また、理学療法士・作業療法士以外の職種と連携を図りながら、総合的なリハビリテーション計画を策定し、質の高いリハビリテーションを提供する。</p>	<p>・ 周術期リハビリテーションの充実を図るため、外来での術前呼吸器訓練や術後のリハビリテーションを積極的に行った。術前呼吸器訓練件数が増加した(令和元年度296件、平成30(2018)年度188件)、入院患者の依頼件数も増加した(令和元年度(2019)年度533件、平成30(2018)年度432件)。</p> <p>・ 入院患者の全員に、リハビリテーション総合実施計画書を作成し交付した(令和元(2019)年度549件、平成30(2018)年度520件)。</p> <p>・ 多職種によるリハビリテーションカンファレンスと病棟回診を毎週実施した。(参加職種:医師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、管理栄養士)</p> <p>・ 骨軟部腫瘍・整形外科主催の骨転移カンファレンスでは、多職種による集学的検討により、リハビリテーションの推進を行うことができた。(実施回数20回、患者数30人)</p>

業務運営への反映状況	業務運営への反映状況
<p>平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等は、一層の取組を期待したい。</p>	<p>緩和ケアセンターの体制強化を図るため、毎週水曜日に多職種で緩和ケアセンター運営カンファレンスを開催した。【再掲、(3)ーア】</p> <ul style="list-style-type: none"> 緩和ケアリンクナース会を8回開催し、基本的緩和ケアの実践と専門的緩和ケアへつなぐ役割について症例検討を中心に実施した。また、緩和ケアリンクナース育成のため、年度初めに各自の行動目標を明確にし、1年間の取り組み後、年度末に評価を行った。【再掲、(3)ーア】 緩和ケア初回外来時に専従看護師が同席し、今後の療養場所の意思決定支援を行うとともに関係部署と情報を共有し支援継続につなげた。【再掲、(3)ーア】 緩和ケアチームセルフチェックプログラム導入に向けた準備を行った。【再掲、(3)ーア】 高橋期リハビリテーションの充実を図るため、外来での術前呼吸訓練や術後のリハビリテーションを積極的に行った。術前呼吸訓練件数が増加し(令和元(2019)年度296件、平成30(2018)年度168件)、入院患者の依頼件数も増加した(令和元(2019)年度533件、平成30(2018)年度432件)。【再掲、(4)】 入院患者の全員に、リハビリテーション総合実施計画書を作成し交付した(令和元(2019)年度549件、平成30(2018)年度520件)。【再掲、(4)】 多職種によるリハビリテーションカンファレンスと病棟回診を毎週実施した。(参加職種:医師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、管理栄養士)【再掲、(4)】 専攻部随導・整形外科主権の骨転移カンファレンスでは、多職種による集学的検討により、リハビリテーションの推進を行うことができた。(実施回数20回、患者数30人)【再掲、(4)】

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「高難度手術延べ件数」、「腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数」及び「高精度放射線治療延べ件数」など、多くの指標で目標値を上回った一方、「チームSTEPS受講率」は新型コロナウイルス感染症の影響で開催回数が減ったため目標値を大きく下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「高度で専門的な医療の推進」では、平成30(2018)年度52件に減少した肝胆膵外科の高難度手術が令和元(2019)年度には61件に増加したほか、婦人科常勤医師4名全員が日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医の資格を取得し、婦人科領域の腹腔鏡手術件数が著しく増加した。また、「緩和ケアの推進」では、緩和ケア初回外来時に専従看護師が同席し、今後の療養場所の意思決定支援を行うとともに関係部署と情報を共有し支援継続につなげた。さらに、「がん患者のリハビリテーション提供体制の充実」では、高橋期リハビリテーションの充実を図るため、外来での術前呼吸訓練や術後のリハビリテーションを積極的に行ったなど、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。
----------------	----------	-------------	--



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

2 安全で安心な医療の提供(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R元(2019)年度 目標値	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 達成率	R2(2020)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	-	-	-	-	-
2	医療安全管理研修(全職員対象)受講率(%)	90以上	94.5	105%		IV
3	感染管理認定看護師数(人)	1	1	100%	3以上	IV
4	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
5	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

※ 医療安全管理研修(全職員対象)の指標は、R元(2019)年度より実施回数から受講率に変更

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値
年8回	年9回	年7回	-	-
-	-	-	94.5	
2	2	1	1	1
年1回	年1回	年1回	年1回	年1回
年2回	年2回	年2回	年2回	年2回

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容		年度計画の記載内容	業務実績
<p>(1) 医療安全対策等の推進(小項目)</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じ、職員間で再発防止策や医療安全に関する情報を共有化し、事故防止の徹底を図る。</p> <p>イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の予防、監視、指導、教育等を強化する。</p> <p>ウ チーム医療を推進することにより、院内に患者安全文化を醸成するとともに、職員にとっても安全な職場の形成を推進する。</p>		<p>患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策等を推進する。</p> <p>ア リスクマネジャーや医療安全に関する院内組織を中心にヒヤリ・ハットや医療事故の発生原因の分析等を行うとともに、安全管理に関する研修等を通して職員間で再発防止策や医療安全に関する情報を共有化し、事故防止の徹底を図る。</p> <p>また、医療事故調査制度の運用体制を整備し、医療の質と安全性の向上を図る。</p> <p>なお、安全管理に関する研修については、全職員を対象にした研修を実施するほか、職種や対象に応じた研修を計画的に実施する。</p> <p>イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の予防、教育のための勉強会を年10回開催する。</p> <p>ウ 医療の安全と質の向上を図るため、医療安全研修の中で多職種連携ロールプレイ研修(*)を実施し、チームSTEPPSの導入の効果を高める。</p> <p>※ 医療現場で起こった出来事に関わった多職種の職員が実際に再現し、成功要因や失敗要因について振り返りをする研修方法。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ リスクマネジャーを中心に「医療安全管理マニュアル」の見直しを行った。 ・ 医療安全管理規程に基づき、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。 ・ リスクマネジャー、医療安全管理委員により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、運用の整備、医療事故防止のための啓発・広報などをを行い、医療事故の防止に努めた。 ・ 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。 ・ 医療事故調査制度に係る全死亡症例チェックについて運用整備を進めた。 ・ 医療安全に関する研修については、全職員を対象とした研修や職種ごとにテーマを設定した研修を27回開催した。(全職員対象:2回、職種別等:25回) ・ 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13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。 ・ 医療安全推進目標にチームSTEPPSを活用した部署目標を設定し、各部署で前期・年度末評価を行い実践活動につなげた。また、平成30(2018)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、学びの実践について報告し個々の活動につなげた。 ・ 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、3月に全職員を対象に「医療における安全文化調査」を実施した。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(2)医療機器、医薬品等の安全管理の徹底(小項目)</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>また、平成31(2019)年9月に施行される改正放射線障害防止法(昭和32年法律第167号)及び同法関連規則に基づき、当センターの放射線障害予防規程を改定し、この規程の遵守と教育訓練の充実化により職員の意識向上を図り適切な放射線管理を実施する。</p> <p>さらに、医薬品の安全管理のための研修会を定期的実施するとともに、医療機器の安全性を維持するため、ME(メディカルエンジニア)室において新しい医療機器管理システムによる中央管理の合理化を行い、保守点検を適切に実施する。</p>	<p>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、精度管理結果を放射線治療品質保証室の前に毎月掲示した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当センターに放射線障害予防規程を改定し、放射線業務従事者及び一時立ち入り者を対象に教育訓練を8回開催し、併せて防護訓練も実施した。 ・医薬品の安全管理のための研修会を2回開催した。うち1回は新型コロナウイルス感染症の影響により資料配布とした。 ・医療機器(輸液・輸注ポンプ)の安全使用のための研修会を8回開催した。 ・医療機器に係る研修に参加し、医療支援業務の向上、医療機器の運用の効率的な実施に努めた。 ・ME(メディカルエンジニア)室において医療機器の中央一括管理を行い、機器のより詳細なデータを収集することで、データの信頼を高めた。また、医療機器の安全性を維持するための保守点検を実施するとともに、医療関係職種等と緊密な連携を行うことで、安全の確保に努めた。
<p>(3)法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理(小項目)</p> <p>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るよう、法令や社会規範を遵守する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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るよう、法令や社会規範を遵守する。</p> <p>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。</p> <p>ウ 栃木県個人情報保護条例に基づき個人情報保護の適正管理に努めるとともに、職員に対して個人情報保護に係る研修を行う。</p> <p>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。</p>	<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。 ・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7件、記録等開示申立47件) ・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。(50名参加) ・個人情報の漏えい防止や情報セキュリティ対策の徹底を図るため、全職員を対象に情報セキュリティ研修を実施した。(35名参加) ・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。
<p>・該当なし</p>	<p>—</p>	<p>業務運営への反映状況</p>
<p>平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等</p>		

法人の 自己評価	A	評 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「医療安全管理研修(全職員対象)受講率」など、全ての指標が目標を達成した。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療安全管理の推進」では、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休策などについて調査や検討を行った。また、「医療機器等の安全管理の徹底」では、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に治療機器の精度管理を実施したほか、医療機器や医薬品の安全使用のための研修会を開催したなど、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。
-------------	---	-------------	---



知事の 評価(案)	A	評 理 由 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
--------------	---	------------------	--

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

◆年度計画指標

No	指標名	R元(2019)年度 目標値	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 達成率	R2(2020)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)	1,080	1,045	97%		iii
3	セカンドオピニオン件数(件)	200	107	54%	230	i
4	院内グリテイクアルバス適用症例率(%)	52.0	51.7	99%		iii
5	口腔ケア実施件数(件)	540	478	89%		ii
6	医療相談件数(件)	3,100	3,370	109%		iv
7	患者満足度割合(%)	90以上	88	98%	90以上	iii

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値
年2回	年2回	年2回	年2回	
788	991	1,026	1,045	
148	194	153	107	
48.8	50.2	53.5	51.7	
431	571	551	478	
3,301	3,295	3,011	3,370	
82	83	87	88	

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容		年度計画の記載内容	業務実績
(1)患者及びその家族への医療サービスの実績(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実績が図られるよう、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実績が図られるよう、以下の取組を実施する。	・ 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った。
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。	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った。	・ 認定看護師による看護外来では、年度途中からがん放射線療法看護認定看護師が加わり、面談の同席を実施した。年間の目標件数にはわずかに届かなかったが、認定看護師が協力し治療開始前の不安や迷いを訴える患者・家族に対し、安心して治療に臨めるようにサポートを行った。
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 患者が自身の生活スタイルに応じて最適な治療やケアを選択できるよう、各専門分野の認定看護師による看護外来の充実を図り、質の高い看護を提供する。	イ 患者が自身の生活スタイルに応じて最適な治療やケアを選択できるよう、各専門分野の認定看護師による看護外来の充実を図り、質の高い看護を提供する。	・ 臨床検査技師による検査説明は、東2病棟入院患者を対象に平成28(2016)年度から試行しているが、入院患者からのニーズがなかった。今後は、医師と協議のうえ、検査方法の説明等の実施について検討する。
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、生理学的検査等の説明や、診療放射線技師による画像検査の説明を充実するとともに、対象患者を拡大する。 また、患者が、病理専門医から直接病理診断結果の説明を受けられることにより、病気の理解を深め、納得して治療法を選択できるよう、病理外来の充実を図る。	ウ 臨床検査技師による検査説明は、東2病棟入院患者を対象に平成28(2016)年度から試行しているが、入院患者からのニーズがなかった。今後は、医師と協議のうえ、検査方法の説明等の実施について検討する。	・ 診療放射線技師による放射線検査及び放射線治療に関する説明は、入院及び外来患者を対象として、施設装置及びフレトレーション(説明用資料及び機材)を使用して実施した。また、治療前説明については治療バスを使用した対応も開始した。今後は対象者の拡大について検討する。
			・ 病理外来については、病理専門医から直接病理診断結果を患者に説明した。手術体の肉眼所見や組織所見を実際に見てもらいながら説明することで、患者の病気に対する理解を深めることができた。(10件実施)

<p>中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容</p> <p>工 患者及びその家族の生活の質の向上を図るため、外来診療の充実を図る。具体的には、人員体制に配慮しながら平日朝夕の診療を試行するとともに、セカンドオピニオン外来を平日のみでなく土曜日まで拡大する。</p>	<p>年度計画の記載内容</p> <p>エ セカンドオピニオン(※)外来については、平日午後その他、土曜日の午前にも診療を行う。 また、平日早期の放射線治療を行うとともに、平日朝夕におけるCT、MRI等の画像検査の実施について検討する。 さらに、リンパ浮腫ケア対応施設のない東北地域において、看護師による出張ケアを実施する。 ※ 患者が納得のいく治療法を選択することができるよう、治療の進行状況、次の段階の治療選択等について、現在診療を受けている担当医と連携医療機関の医師に「第2の意見」を求めること。</p>	<p>業務実績</p> <p>・ 平日の午後及び土曜日の午前においてセカンドオピニオン外来を実施した。がんゲノム医療に関するセカンドオピニオン外来の土曜日開設を検討したが、自費検査に対するニーズが多いことから、セカンドオピニオン外来ではなく、がん予防・遺伝カウンセリング外来の枠を令和2(2020)年度から土曜日にも拡大対応することとした。 ・ 就業支援を目的に平日早期の放射線治療及び平日夕方(16時以降)マンモグラフィの運用を継続した。(平日早期放射線治療:487件、平日夕方マンモグラフィ:70件(マンモグラフィは就業支援目的以外を含む。)) ・ CT、MRI検査の朝夕枠については、継続して検討していくこととした。 ・ リンパ浮腫ケアについては、院内対応172日、東北地域における院外対応20日で合計192日にわたり、1,139件に対応した。様々な要因から発生するリンパ浮腫に対して、リンパドレナージや圧迫療法の設定と指導、スキンケアをはじめとする日常生活の指導を実施し、患者の満足度と生活の質向上を図ることができた。</p>
<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院退院センターを新たに設置し、入院前の患者への検査、入院退院、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 入院退院センターとして、入院治療に対するマネジメントの充実を図る。 また、入院治療患者の情報収集を入院退院センターで行い、円滑な治療への準備や退院後を見据えた治療計画の策定など医療サービスの総合的なマネジメントを実施する。</p>	<p>・ 入院退院センターの年間利用者数は3,702件、月平均308件となった。診療科別では、乳腺外科が月平均76件と最も多く、次いで婦人科の58件であった。他の診療科も横ばいもしくは増加の傾向にあった。 ・ 利用状況では、麻酔科の入院前対応が月平均83件と前年度と比較し2倍以上に増加し、麻酔科医師とセクスタースタッフとの連携により、リスク低減につなげることができ、手術中止・変更症例数は6件(休業未実施0件・高血圧1件・静脈血栓2件・循環器内科精査3件)にとどまった。 ・ 入院前からの栄養評価がほぼ全例に実施できたことで、入院前や入院直後からの栄養指導等、管理栄養士の介入につなげることができた。 ・ 入院前の基礎データを確実に確保し、患者の安心と安全を守る活動につなげることができた。</p>
<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)の作成や、バリアンス評価に基づく作成済みクリティカルパスの見直しを行い、適用症例率の向上を図る。</p>	<p>カ 治療・検査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)の作成や、バリアンス評価に基づく作成済みクリティカルパスの見直しを行い、適用症例率の向上を図る。</p>	<p>・ CVポート留置及び除去などの処置用パス、薬物治療のクリティカルパスを新規作成するとともに、甲狀腺3-ド治療、直腸ストマパスの見直しなどを行った。適用症例率は51.7%と目標をわずかに下回った。</p>
<p>キ がんの治療に伴う口腔併症を予防し、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併症予防のため、質の高い口腔ケアが実施できるよう、スタッフの技術向上と機材の充実を図る。</p>	<p>・ がん治療のすべてのステージにおいて、歯科医師及び歯科衛生士による専門口腔ケアを実施した。手術前の口腔ケアについては、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併症の予防に取り組んだ。 ・ 県内の歯科医院を対象にがん周術期口腔機能管理研修を実施した。(受講施設:2施設、受講者:14名)</p>
<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 全病棟に配置した専任薬剤師により、病棟薬剤業務や服薬指導等を適切に行う。</p>	<p>・ 全病棟に専任薬剤師を配置し、全病棟で病棟薬剤業務実施加算1を算定するため、週20時間以上の病棟薬剤業務を実施した。 ・ 全病棟に専任薬剤師を配置したこと等により服薬指導件数を維持し、特定薬剤治療管理料2の算定を継続することができた。</p>

<p>中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容</p> <p>ケ がん罹患に対する不安解消を図るため、遺伝的な要因でがんを発症する可能性のある者に対して、がん予防・遺伝カウンセリング及び遺伝子検査を行うとともに、がんの予防や早期発見に必要な情報を提供する。</p>	<p>年度計画の記載内容</p> <p>ケ 第3期がん対策推進基本計画に位置づけられたがんゲノム医療を推進するため、がんゲノム医療連携病院として求められている機能を発揮することができるよう、院内体制の整備を進める。</p> <p>また、遺伝性腫瘍が疑われる患者及び家族に対するがん予防・遺伝カウンセリング外来の受診を促すとともに、コンパニオン診断として保険承認された遺伝性乳がん・卵巣がんに係るBRCA1/2遺伝子検査に加え、平成31(2019)年度に保険承認予定の多遺伝子パネル検査をゲノムセンター外来で実施する。</p> <p>さらに、ゲノムセンターの業務をホームページに公開し、県民への周知を図る。</p>	<p>業務実績</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94家系164名、再診172家系262名が受診するとともに、発端者59名、血縁者11名の遺伝子検査を実施した。 ・ 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は24名に実施した。同じく、自費検査として実施しているBRCA1/2遺伝子検査は8名、シングルサイト検査を3名に実施し、合計35名に対して自費診療で遺伝子検査を実施した。 ・ コンパニオン診断として、BRACAnalysis診断システム33名、MSI検査61名の検査を実施した。 ・ NCCオンコパネル検査、FoundationOne CDx検査が保険承認され、NCCオンコパネル検査は7月から開始し42名の検査を提出した。FoundationOne CDx検査は3月から開始したが出検はなかった。 ・ 12月にがんゲノム医療連携体制の再編が行われ、当センターは国立がん研究センター中央病院のがんゲノム医療連携病院となった。 ・ ゲノムセンターの業務を紹介するホームページを開設したところ、他病院を受診中の患者及び家族からの直接の問い合わせが多くあったが、ゲノム医療の可否の判断には、これまでに受けてきた治療内容や切除標本の利用可能性等の情報が必須のため、ホームページでの公開を一旦中止した。今後は他院の主治医を介して受診を申し込んでもらう形式に変更する予定で準備していくこととした。
<p>(2) 患者の就労等に関する相談支援体制の充実(小項目)</p> <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>栃木県がん対策推進計画(3期計画)や栃木県がん対策推進条例等を踏まえ、ハローワーク等関係機関との連携体制を強化し、がん患者の就職支援などの充実を図る。</p> <p>また、がんと診断された患者が、診断時から正しい情報提供や相談支援を受けられることができる体制を整備し、早期離職の防止や仕事と治療の両立を支援する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ ハローワーク宇都宮と連携して就職支援相談会を15回、栃木産業保健総合支援センターと連携して実施している両立支援相談会を11回開催した。平成30(2018)年度より実施回数、相談者数ともに増加した。再就職や職場復帰につながるケースも徐々に増えてきており相談会が定着化してきた。 ・ 入退院センターにおいて、仕事に関するアンケートを1,126件実施した(平成30(2018)年度は8月から部分的に開始し183件実施)。平成30(2018)年度アンケート対象者への追跡調査を実施したところ、退職者は3%であった。
<p>(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上(小項目)</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、職員と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した院内環境の整備を図る。</p>	<p>ア 患者及びその家族の立場に立った医療サービスを提供するため、全職員を対象とする接遇研修を実施し、職員の接遇マナーの向上を図る。</p> <p>イ 患者の動線に配慮した会計窓口の再整備等をタスクフォースで検討し、外来診療、検査、会計等の待ち時間の短縮を図る。</p> <p>ウ 患者及びその家族の快適性に配慮した院内環境の整備に努める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全職員を対象とした接遇研修を2回(第1回29名、第2回28名受講)実施し、研修教材の内容に当センター利用者から寄せられた意見等を取り入れる工夫をした。これまででのセンター全体での受講状況は、432名中345名が受講し、受講率は79.9%となった。 ・ 外来患者の予約状況等に応じて医師事務作業補助員を柔軟に配置し、患者の待ち時間短縮に努めた。 ・ 患者の動線確保に配慮し、頭頸科診察室を一部改修した。 ・ 照明の一部LED化、診察室・検査室へのカーテン設置などにより、患者の快適性やプライバシーの確保を図った。 ・ 患者の快適性・安全性に配慮し、内視鏡室の扉の付け替えを行った。 ・ 患者の声を反映し、アメニティ(トイレ内ゴミ箱)や表示の改善を行った。

<p>中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容</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>年度計画の記載内容</p> <p>エ 婦人科、乳腺外科及び形成外科を中心とした女性外来や女性の医療スタッフの充実など、女性に配慮した病院運営を図る。</p> <p>オ 病院利用者の利便性の向上を図るため、病院利用者から寄せられた意見や要望に対する改善策を講じるとともに、意見等に対する回答をセンター内の掲示やホームページにより周知を図る。</p>	<p>業務実績</p> <p>・ 女性外来は診療曜日により混雑が予測されるため、曜日により女性外来スペースのソファへの向きの変更や椅子の設置を行った。また、安全に配慮したうえで、パーテーションの位置を変更した。</p> <p>・ 患者向けの案内やパンフレットの整備等、清潔な待合環境が維持できるよう配慮した。</p> <p>・ 病院利用者から寄せられた意見や要望については、改善策を講じるとともに、よくある質問Q&Aとしてホームページに回答を掲載した。</p> <p>・ 患者満足度アンケートの結果、評価項目の当センターを全般的に評価したときの満足度(「とても満足している」や「やや満足している」の合計)について、外来で80%(494名/500名、回答率98.8%)、入院で96%(226名/300名、回答率75.3%)の満足度が得られた。</p>
<p>(4) 県民へのがんに関する情報の提供(小項目)</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 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)等を活用し、がんセンターが行う治療方法等について積極的に情報発信する。</p> <p>イ 教育機関等での「がん教育」の取組に協力し、子どもの頃から「がん予防」や「がんを通じた命の大切さ」等の健康教育を促進する。</p>	<p>県民のがんに対する理解やがん検診の受診を促進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア がんセンター公開Day「メディカルフェスタ」や市民公開講座等を通じて、がんに関する普及啓発に努めるとともに、メディアやSNS(ソーシャルネットワーク)キングサービス)を活用し、当センターが行う治療方法などを積極的に情報発信する。また、「とちぎがん教室」を開催し、がん患者及びその家族に対してがんの正しい知識の普及を図るとともに、患者同士の交流の機会を確保する。</p> <p>イ 当センターの医師が県内の小学校、中学校を訪問し、喫煙防止教室やがん予防教育講話を実施する。また、栃木県教育委員会が取り組む「栃木県がんの教育総合支援事業」に協力し、地域の実情を踏まえたがん教育を推進するための活動に寄与する。</p>	<p>・ 市民公開講座及びがんセンター公開Day「メディカルフェスタ」を開催し、がんに関する情報や当センターの診療内容を広く県民に情報発信した。</p> <p>・ 広報紙「がんセンターだより」の発行のほか、特別号として頭頸科、腫瘍内科、泌尿器科、骨軟部腫瘍・整形外科の紹介号を発行した。</p> <p>・ ホームページについて、利用者がより見やすいものとなるよう診療科のページの改善を進めた。</p> <p>・ 「とちぎがん教室」を開催し、隣がんに関する講演や隣がん患者及び家族間で意見交換を行い、隣がんに対する正しい理解の促進を図った。(4回開催、3月は新型コロナウイルス感染症の影響により中止)</p> <p>・ 当センターの医師が、県内外の小学校、中学校、高校を訪問し、喫煙防止に関する講演を行った(98回実施)。また、がん予防教育の講話を小学校2校と中学校1校で行った。</p> <p>・ 栃木県教育委員会が取り組んでいる文部科学省委託事業の「栃木県がんの教育総合支援事業」に協力し、栃木県がんの教育連絡協議会の委員に医師が参画した。また、がんの専門医としてモデル校となった中学校2校において新学習指導要領を見据えた講話を行うとともに、栃木県がん教育実践事例集の作成に協力した。</p>
<p>(5) ボランティア等民間団体との協働(小項目)</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>・ 「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・相談会等を毎月定例で開催し、場の提供に努めた。</p>

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容 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。	年度計画の記載内容 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。	業務実績 ・ 図書ボランティア、外来ボランティア及び緩和ケア病棟ボランティアと連携、協働し、図書の整理・貸出し、院内の案内、ティー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。 ・ 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45回延べ71名の利用があった。当センターの受診患者以外の患者も利用するなど、地域の中でも活動が浸透してきている。 ・ ボランティア歌の会を患者サロンにおいて6回実施した。主に入院患者と家族を対象に、童謡や唱歌を電子ピアノの伴奏で1時間程度、参加者全員で声合わせて歌った。
--	--	---

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等 ・ セカンドオピニオン件数は、目標を大きく下回っているため、件数増加に向けて一層の取組を期待したい。	業務運営への反映状況 ・ 平日の午後及び土曜日の午前においてセカンドオピニオン外来を実施した。がんゲノム医療に関するセカンドオピニオン外来の土曜日開設を検討したが、自費検査に対するニーズが多いことから、セカンドオピニオン外来ではなく、がん予防・遺伝カウンセリング外来の枠を令和2(2020)年度から土曜日にも拡大し対応することとした。【再掲、(1)～(2)】
--	--

法人の自己評価	A	評価理由 ・ 指標の達成状況に関しては、「カルテ監査実施回数」及び「医療相談件数」が目標を達成したが、「セカンドオピニオン件数」など他の指標については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、就業支援を目的に平日早朝の放射線治療及び平日夕方のマンモグラフィの運用を継続したほか、がんゲノム医療では、NCCオンコパネル検査等が保険承認され検査を開始した。また、「患者の就労等に関する相談支援体制の充実」では、ハローワーク宇都宮と連携して就職支援相談会を、栃木産業保健総合支援センターと連携して両立支援相談会を開催した。さらに、「患者及びその家族の利便性・快適性の向上」では、照明の一部LED化、診察室・検査室へのカーテン設置などにより、患者の快適性やプライバシーの確保を図ったなど、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。
---------	---	---



知事の評価(案)	A	評価理由等 ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。ただし、セカンドオピニオン件数は、目標を大きく下回っているため、引き続き、件数増加に向けた一層の取組を期待したい。
----------	---	--

4 人材の確保と育成(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R元(2019)年度 実績値	R元(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	医師数(人)	58	57	98%		III
2	認定看護師数(人)	13	13	100%		IV
3	職員満足度割合(%)	85以上	78	92%	90以上	III
4	医療倫理研修実施回数	年1回	年1回	100%		IV

※ 中期計画指標のみ記載

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値
55	55	56	57	57
14	13	12	13	13
66	77	80	78	78
年2回	年1回	年1回	年1回	年1回

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容		年度計画の記載内容	業務実績
(1) 医療従事者の確保と育成(小項目)			
ア 医師の確保と資質向上 ・ 全国のがん専門病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 ・ 専門医資格取得のための研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保、育成に努める。 ・ 頭頸科、泌尿器科、緩和ケア科等に関しては、大学の医局や基幹病院等を訪問して常勤医の派遣などに向けて関係強化を図る。	ア 医師の確保と資質向上 ・ 全国のがん専門病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 ・ 専門医資格取得の要件を満たした研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保、育成に努める。 ・ 頭頸科、泌尿器科、緩和ケア科等に関しては、大学の医局や基幹病院等を訪問して常勤医の派遣などに向けて関係強化を図る。	ア 医師の確保と資質向上 ・ 全国のがん専門病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 ・ 専門医資格取得の要件を満たした研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保、育成に努める。 ・ 頭頸科、泌尿器科、緩和ケア科等に関しては、大学の医局や基幹病院等を訪問して常勤医の派遣などに向けて関係強化を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全国のがん診療連携拠点病院、医学部を有する大学等に「診療案内」、「がんセンター」などを送付し、各関係機関との連携強化に努めるとともに、複数の関係雑誌に広告を掲載した。 ・ 県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師派遣について要請活動を行った結果、2月に頭頸科の常勤医師1名を採用し、令和2(2020)年4月からは、多くの診療科で常勤医師の採用が予定されている。(令和2(2020)年4月採用者:医師14名) ・ 当センターが日本内視鏡外科学会技術認定医や日本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、育成に努めた。(日本内視鏡外科学会技術認定医4名在籍、日本胆膵外科学会高度技能専門医2名在籍、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医4名在籍)
イ 看護師の確保と資質向上 ・ 養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努める。 ・ 県内トップレベルのがん医療を提供できるよう、認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、新築採用者集台研修や各クリニカル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。	イ 看護師の確保と資質向上 ・ 養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努める。 ・ 県内トップレベルのがん医療を提供できるよう、認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、新築採用者集台研修や各クリニカル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。	イ 看護師の確保と資質向上 ・ 養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努める。 ・ 県内トップレベルのがん医療を提供できるよう、認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、新築採用者集台研修や各クリニカル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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師確保事業として、看護師養成学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した。令和2(2020)年4月採用者13名のうち10名が、病院見学会、インターンシップのいずれかの参加者だった。 ・ 衛生福祉大学校の臨地実習における丁寧な指導、講義等により看護師養成機関との連携強化を図った。令和2(2020)年4月採用者13名のうち新卒者は11名、そのうち10名は当センターで実習を受け入れた衛生福祉大学校の卒業生であった。 ・ 年度末に実施される就職ガイダンスは、新型コロナウイルス感染症のため中止となった。次年度採用に大きく影響するため、対応策としてホームページに募集案内のほか教育体制の情報などを掲載した。 ・ 看護師の採用については、随時募集を実施し1名を採用した。 ・ 看護部全体の離職率は、平成30(2018)年度は8.9%(定年退職含む)、令和元(2019)年度は7.4%(定年退職含む)で1.5%減少した。 ・ 看護師の資質向上を図るため、研修受講や認定資格の取得・維持のための講習会、学会等の参加を支援した。(がん放射線療法看護認定看護師取得1名、感染看護分野認定看護師教育課程修了者1名) ・ 看護師長を対象に目標面談のスキルアップを目的として、外部講師による管理者研修を開催した。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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变化に対応した薬剤師、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>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"> ・ 見学会の実施等により、医療環境や業務量の变化に応じた柔軟な薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の確保、配置に努める。 ・ 各種認定資格の取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等を確保するため、当センターの見学会の開催や大学の就職説明会などに参加した。(令和2(2020)年4月採用者:薬剤師1名、臨床検査技師3名、管理栄養士1名) ・ 随時募集を行い、薬剤師(正職員)1名、育休代替職員としてがん薬物療法認定薬剤師1名を中途採用した。 ・ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等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。(がん薬物療法認定薬剤師資格取得1名、医療情報技師資格取得1名、放射線治療品質管理士資格取得1名、師がんCT検査認定技師資格取得1名、放射線治療品質管理士資格更新2名、検診マンモグラフィ認定更新1名、認定臨床微生物検査技師資格取得1名、感染制御認定臨床微生物検査技師資格取得1名、緊急臨床検査士資格取得2名、栄養サポートチーム専任管理栄養士資格取得1名) ・ 薬剤師部では、新卒薬剤師を対象に専門的な知識を習得するため、「薬剤師人材育成プログラム」を実施した。 ・ 放射線技術科では、放射線治療専門技師(県がん診療拠点病院指定要件)の取得を目的とする教育プログラムを実施した。
<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と、事務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。 	<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と育成に努める。 ・ 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、研修プログラムの充実を図ると、事務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療情報管理士11名、入院会計担当2名、医師事務作業補助員2名を採用した。うち3名は医療機関経験者であり、診療情報管理業務、会計業務等の質向上を図ることができた。 ・ 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等の参加を支援した。 ・ 画像診断医師を対象とした在宅勤務制度を導入した。
<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>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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 画像診断医師を対象とした在宅勤務制度を導入した。
<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>高度で専門的な医療を提供するため、以下のとおり、研修体制を強化する。</p> <p>ア 医療人を育成する体系的な研修の一元的な管理を行うため、研修センターの位置づけや事業内容を明確にし、職員に提示する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修センター運営会議は2か月に1回の定期開催及び臨時運営会議を2回開催した。また、不定期ではあるが、センター長、副センター長、ゼネラルマネージャー、事務担当者が参加する打ち合わせを開催して業務の遂行、拡大を図った。 ・ 研修センターの位置づけや事業内容を明確にするため、研修センター業務マニュアルを作成した。 ・ 当センターの研修プログラムを作成し、研修をカテゴリー化した。プログラムは製本化するとともに、院内ネットワークに掲載し職員への周知を行った。 ・ 過去の研修費の見直しを行い、問題点を洗い出し、院内基準案を作成した。

中期計画(H28(2016)～F2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<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>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、全職員を対象とする接遇研修及びハラスメント研修を実施する。 また、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院内外研修の実施及び受講の支援を行う。</p>	<p>・ 新規採用職員を対象とする基本研修、全職員を対象とする接遇研修及びハラスメント防止研修を各2回実施した。 ・ 中途採用者研修会は3回開催し、非常勤職員にも参加を義務付けた。 ・ 業者主催のWebセミナー、院内研修会を積極的に開催し、職員が最新情報を習得し知識の向上を図る機会を提供した。 ・ グランドカンファレンスでは、院外講師による特別公演を6回開催した。また、新たな取り組みとして院内の有資格者の活動報告会を行った。 ・ 院外医療従事者研修会は年間計画どおり4回開催した。 ・ 各種開催した研修ごとに、職種、部署別に参加状況をデータ化し実施評価を行い、研修開催部署にフィードバックした。</p>
<p>(3)人事管理制度の構築(小項目) 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し、医師の試行に続き、平成31(2019)年度は、その他医療職等の試行を目指す。</p>	<p>・ 医師の上半期の行動評価の検証と医師の業績評価の項目検討を実施した。また、医師に続き、コメディカル、看護師の人事評価を試行した。</p>
<p>(4)安全で安心な職場環境づくり(小項目) 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み、土曜保育の実施等、院内保育の充実を図るとともに、職員が心身ともに健康を維持できるような職場環境づくりに努める。</p>	<p>職員満足度調査の実施等により状況を確認し、ハラスメントの防止やワーク・ライフ・バランスを推進するための研修や意識啓発活動に取り組み。 また、院内保育所の充実の方策について検討する。</p>	<p>・ 職員満足度調査を実施した結果、仕事のやりがいの項目で満足度(「満足している」と「まあまあ満足している」の合計)が78%であった。 ・ ハラスメント防止研修はこれまでの累計で308名の職員が受講した。職種別の受講者数(受講率は、医師:35名(59%)、技師:44名(75%)、看護師:169名(70%)、薬剤師:17名(81%)、事務:43名(77%)となった。 ・ 新型コロナウイルス感染症対策のための小学校等における一斉臨時休校に伴い、通常、長期休校時にのみ行っている院内保育所における学童保育を、急きよ3月2日から実施した。</p>
<p>(5)医療従事者の臨床倫理観の向上(小項目) 医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。 ア 医療倫理の教育や研修を定期的に実施する。</p>	<p>医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。 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>・ 毎年実施している医師との臨床倫理意見交換会には医師32名、その他の職種17名、計39名が参加し、医療倫理の基礎に関するミレクチャーとACP(Advance Care Planning)やDNAR(Do Not Attempt Resuscitation)についての意見交換を実施した。 ・ 専門家による教育講演会には105名が参加した。組織的に臨床倫理に取り組む意義について学び、当センターにおける事例検討内容を共有して臨床倫理観の向上を図る機会とした。</p>

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<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>イ 病院臨床倫理委員会を定期開催するとともに、病院臨床倫理委員、医療倫理アドバイザー、リンクスタッフ、現場スタッフ及び事業の関係者によるケースカンファレンスを行う。また、医療倫理アドバイザーによる養成研修の受講を継続的に支援し、院内コンサルテーションに対応できる人材育成に取り組む。</p>	<p>・ 3月の病院臨床倫理委員会は新型コロナウイルス感染症の影響でメンバーを集せず、メールで事例の共有やこれまでの取り組みについて評価する方式に変更したが、それ以外は予定どおり定期開催した。</p> <p>・ 医師との意見交換会や教育講演などを通じて医師へも倫理的取り組みが少しずつ浸透し、現在進行中の事業の相談が急増した。現場スタッフにも倫理的取り組みを知ってもらうよう、診察室やナースステーションでカンファレンスを行ってきたことにも効果があった。</p> <p>・ 日本臨床倫理学会から臨床倫理に先駆的に取り組んでいる組織、20団体に県内で唯一選抜され、医師2名、看護師1名が上級臨床倫理認定士コースを受講した。上級コースに選抜されたことは、これまでの取り組みが評価されたことであり、今後は地域における倫理的活動のリーダーシップが求められることになる。</p>

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<p>・ 引き続き医師の確保に積極的に努められたい。</p>	<p>・ 全国のがん診療連携拠点病院、医学部を有する大学等に「診療案内」、「がんセンターだより」などを送付し、各関係機関との連携強化に努めるとともに、複数の関係雑誌に広告を掲載した。【再掲、(1)ーア】</p> <p>・ 県内・県外の病院や大学等に訪問し、医師派遣について要請活動を行った結果、2月に頭頸科の常勤医師1名を採用し、令和2(2020)年4月からは、多くの診療科で常勤医師の採用が予定されている。(令和2(2020)年4月採用者:医師14名)【再掲、(1)ーア】</p> <p>・ 当センターが日本内視鏡外科学会高度技術認定医や日本肝胆膵外科学会高度技術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、育成に努めた。(日本内視鏡外科学会技術認定医4名在籍、日本肝胆膵外科学会高度技術認定医2名在籍、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医4名在籍)【再掲、(1)ーア】</p>

法人の自己評価	A	評価理由	指標の達成状況に関しては、「認定看護師数」及び「医療倫理研修実施回数」が目標どおりであったが、「医師数」及び「職員満足度割合」が目標値を下回った。
<p>・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療従事者の確保と育成」では、県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師派遣について要請活動を行った結果、2月に頭頸科の常勤医師1名を採用し、令和2(2020)年4月からは、多くの診療科で常勤医師の採用が予定されているほか、画像診断医師を対象とした在宅勤務制度を導入した。また、「研修体制の強化」では、当センターの研修プログラムを作成し、院内ネットワークに掲示し職員への周知を行ったなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</p> <p>・ 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。</p>	<p>A</p>	<p>・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療従事者の確保と育成」では、県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師派遣について要請活動を行った結果、2月に頭頸科の常勤医師1名を採用し、令和2(2020)年4月からは、多くの診療科で常勤医師の採用が予定されているほか、画像診断医師を対象とした在宅勤務制度を導入した。また、「研修体制の強化」では、当センターの研修プログラムを作成し、院内ネットワークに掲示し職員への周知を行ったなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。</p> <p>・ 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。</p>	<p>・ 指標の達成状況に関しては、「認定看護師数」及び「医療倫理研修実施回数」が目標どおりであったが、「医師数」及び「職員満足度割合」が目標値を下回った。</p>



知事の評価(案)	A	評価理由等	当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。ただし、職員満足度の向上について、一層の取組を期待したい。
<p>知事の評価(案)</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p>	<p>当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。ただし、職員満足度の向上について、一層の取組を期待したい。</p>

5 地域連携の推進(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R元(2019)年度 目標値	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 達成率	R2(2020)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)	344	306	89%		ii
2	医業連携研修実施回数	年2回	年1回	50%		i
3	受託検査件数(件)	45	123	273%		v
4	退院調整件数(件)	547	1,199	219%		v
5	紹介率(%)	94.5	95.7	101%	95.0	iv
6	逆紹介率(%)	43.3	44.2	102%	40.0	iv

※ 中期計画指標のみ記載

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値
39	201	322	306	
年1回	年2回	年1回	年1回	
43	42	44	123	
805	791	593	1,199	
93.5	94.0	94.6	95.7	
38.0	42.8	45.3	44.2	

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容		年度計画の記載内容	業務実績
<p>(1) 地域の医療機関との連携強化(小項目)</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、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>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 他の医療機関では診療が困難な症例については、県内外から紹介患者を受け入れるとともに、治療後の診療に関して医療機関と連携診療を行う。 また、遠方の患者は、近隣施設と連携を図りながら、切れ目のない医療を受けられるよう配慮する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携センターが対応している他病院からの患者の受け入れ依頼については、全例受け入れを原則として対応した。受け入れを断った患者もあったが、新規紹介を休止している診療科への受診、全身管理が必要等の理由により総合病院を受診した方が患者に有益と判断された場合及び診療科がなく当院で対応できない場合があった。 ・ 他病院からの当日受診や体調不良の緊急対応受け入れなどについても、臨機応変に対応した。 ・ 遠方より来院している患者だけでなく、自宅近隣の医療機関への希望がある場合には、転医や外来受診予約などの調整を行った。
<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に、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>イ 職員による地域医療機関の訪問により、当センターに対するニーズを把握しながら、地域の医療機関との協力体制を構築する。 また、当センターへの紹介患者の情報について、地域医療連携ネットワークシステムを活用して地域の医療機関との共有を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 呼吸器内科医と渉外業務専門員による地域の医療機関への訪問を継続して実施し、呼吸器内科の紹介患者数(初診・初再診を含む)は、平成30(2018)年度と比較し約2%増加した。また、9月からは大腸胃盤外科でも訪問を開始した。 ・ どちらのネットワーク(地域医療連携ネットワークシステム)の登録は、初診患者を対象に行い、登録患者数は102件となった。 ・ どちらのネットワークの利用促進のため、勉強会を実施し、医師7名が新たに登録となった。
<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>ウ 口腔がんなど歯科診療所における治療が困難な症例を当センターで受け入れるとともに、当センターでがん治療を行っている患者の歯科診療については、歯科医に逆紹介、医科歯科連携を推進する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域歯科診療所において治療が困難な口腔がんや口腔外科処置が必要な患者を当センターで受け入れた。 ・ 当センターでがん治療を行っている患者の歯科診療については、地域歯科診療所に逆紹介し、医科歯科連携を推進した。 ・ がん治療に伴う口腔合併症の予防を目的とした、がん周術期口腔機能管理研修を継続し、医科歯科連携を強化した。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>工 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>工 栃木県がん診療連携協議会の下部組織である地域連携・研修部会において、医薬連携について協議、検討を行う。また、医薬連携を推進するため、保険薬局薬剤師、病院薬剤師等を対象に研修を実施する。</p>	<p>業務実績</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。2月に開催予定だった2回目の研修会については、新型コロナウイルス感染症の影響により中止となった。 ・ 外来化学療法トレーニングングレポート活用プロジェクトに基づく経口抗がん薬治療管理(経口抗がん薬治療を受けている患者に対して、保険薬局が電話で服薬状況や症状を聞き取る事業)について、門前の保険薬局3件で実施していたが、4月から県内全ての薬局を対象に実施した。 ・ 県業務課からの業務委託(単年度専業)で、薬業連携として、保険薬局薬剤師12名を3日間受け入れ、病院薬剤師実地研修を実施した。また、がんセンターから保険薬局研修に薬剤師3名を派遣した。
<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>オ 受託検査対象を拡大し、各診療科に合った内容の案内を作成して医療機関に送付する。また、受付から検査、検査結果レポート送付までの一連の業務を迅速に行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新たに大腸CT検査(CTC)の受託を開始した。 ・ 予約取得時間を短縮し、迅速に対応できるように受託検査の運用等を見直した結果、受託件数が増加した。 ・ ホームページには、最新情報を掲載するとともに、パンフレットを作成し、郡市医師会向け出張講座、情報交換会などの機会を活用し、医療機関に配布した。
<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> <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け入れ等、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など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。また、薬剤師のカンファレンス参加、保険薬局との連携強化にも取り組み、医薬連携の充実を図る。さらに、在宅療養中の患者は、状況の変化に応じて在宅療養を支援するとともに、緊急時の受け入れについても迅速に対応する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療課題がある患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、退院前カンファレンスを積極的に開催し、地域関係者だけでなく、院内関係者とも情報を共有し、退院してからでも療養を継続できるように調整した。 ・ 在宅療養中の患者の緊急時の受け入れなど、迅速に対応した。 ・ 保険薬局との連携については、保険薬局の薬剤師、病院薬剤師を対象に研修会を1回開催した。2回目は新型コロナウイルス感染症の影響で中止となった。
<p>(3) 在宅緩和ケアの推進(小項目)</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師との連携強化、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師との連携強化を図る。</p> <p>イ 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>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを済生会宇都宮病院と協働で8回開催した。3月は新型コロナウイルス感染症の影響で中止となったが、緩和ケアに関する講演会、症例検討会、地域医療体制の検討会などを行い、緩和ケアの質の向上を図った。 ・ 退院調整のための合同カンファレンスに看護師が参加し、訪問看護ステーション看護師やケアマネジャーなどと在宅緩和ケアにつなげる情報を共有した。 ・ どちらもあるネット等、ネットワークシステムの活用による地域と密着した在宅緩和ケアの推進については、体制構築等の具体的な成果はなかったが、当センター医師によるとちまるとのネットの利用促進を図るため、勉強会を実施し、医師7名を新たに登録した。

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等		業務運営への反映状況	
<ul style="list-style-type: none"> 地域連携の強化及び在宅緩和ケアの推進に向けて一層の取組を期待したい。 		<ul style="list-style-type: none"> 地域連携センターが対応している他病院からの患者の受け入れ依頼については、全例受け入れを原則として対応した。受け入れを断った患者もあつたが、新規紹介を休止している診療科への受診、全身管理が必要等の理由により総合病院を受診した方が患者に有益と判断された場合及び診療科がなく当院で対応できない場合であつた。【再掲、(1)ーア】 他病院からの当日受診や体調不良の緊急対応受け入れなどについても、随機応変に対応した。【再掲、(1)ーア】 遠方より来院している患者だけでなく、自宅近隣の医療機関への希望がある場合には、転医や外来受診予約などの調整を行った。【再掲、(1)ーア】 宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを済生会宇都宮病院と協働で8回開催した。3月は新型コロナウイルス感染症の影響で中止となつたが、緩和ケアに関する講演会、地域医療体制の検討会などを行い、緩和ケアの質の向上を図つた。【再掲、(3)ーア】 退院調整のための合同カンファレンスに看護師が参加し、訪問看護ステーション看護師やケアマネジャーなどと在宅緩和ケアにつなげる情報を共有した。【再掲、(3)ーア】 	

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、「受診検査件数」、「退院調整件数」など多くの指標が目標値を上回つた一方、「医薬連携研修実施回数」は、2月に開催予定だった2回目の研修会が、新型コロナウイルス感染症の影響により中止となつたことから目標値を下回つた。 年度計画の業務実績に関しては、「地域の医療機関との連携強化」では、地域連携センターが対応している他病院からの患者の受け入れ依頼について、全例受け入れを原則として対応したほか、医薬連携では、外来化学療法トレーシングレポート活用プロジェクトに基づく経口抗がん薬治療管理について、4月から県内全ての薬局を対象に実施した。また、「在宅緩和ケアの推進」では、退院調整のための合同カンファレンスに看護師が参加し、訪問看護ステーション看護師やケアマネジャーなどと在宅緩和ケアにつなげる情報を共有したなど、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。
---------	---	------	---



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

6 地域医療への貢献(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R元(2019)年度実績値	R元(2018)年度実績値	R元(2019)年度達成率	R2(2020)年度目標値※	指標の達成状況
1	地域の医療従事者向け研修実施回数	年15回	年16回	107%		IV
2	都市医師会向け出張講座実施回数	年10回	年10回	100%		IV

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度実績値	H28(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値(再掲)	R2(2020)年度実績値
年20回	年22回	年14回	年16回	
年14回	年13回	年11回	年10回	

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容		年度計画の記載内容	業務実績
(1) 地域のがん医療の向上・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美習受入れ等、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営働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、地域の医療従事者等、地域医療機関向けの研修会を開催し、地域の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>イ 都市医師会向け出張講座、医療従事者の美習受入れ等、地域医療機関向けの研修会を実施し、地域のがん医療に携わる医療従事者の育成に対して積極的に支援する。</p> <p>ウ 県内における放射線治療技術の均てん化を支援するため、県内における放射線治療技術及び医学物理士を対象としたセミナーを開催するとともに、県内の放射線治療施設を訪問して線量測定の実地指導を行う。</p>	<p>・ 新たにPDCAサイクル部会と栃木県がん・生殖医療ネットワークを設立し、都道府県がん診療連携拠点病院の役割(指定要件)として県内の診療の質の均てん化や地域連携体制の強化に取り組んだ。</p> <p>・ 新型コロナウイルス感染症の影響で、2月後半の医薬連携研修会と相談支援部会、PDCAサイクル担当が会議等が中止になったが、会議関係はメール等による対応に切り替え、概ね計画どおり実施した。</p> <p>・ 都市医師会向け出張講座を10回(新型コロナウイルス感染症の影響で1回が中止)、地域医療機関向けの研修会を16回実施するとともに、医療機関から医療従事者の美習受入れ等を行った。</p> <p>・ 放射線治療技術の均てん化を支援するため、県内の診療放射線技師及び医学物理士を対象に「PDDとTMRを理解しよう」をテーマにセミナーを開催した。</p> <p>・ 公益社団法人日本放射線技術学会と共催し、関東甲信越の診療放射線技師を対象に、放射線治療セミナー基礎コース及びスキルアップコースを実施した。</p>
(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>・ 県内のすべての病院及び指定診療所から届出を受け、全国がん登録情報の審査・整理を行い、全国がん登録(国)に提出し、公表に貢献した。</p> <p>・ 県が全国がん登録の実務に携わる者を対象として実施した、全国がん登録実務者研修会の開催に協力し、円滑な届出事務が行えるようにした。</p> <p>・ 市町のがん検診の精度管理を支援する、がん検診精度管理支援事業に引き続き取り組んだ。</p>

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等		業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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ため、地域の医療従事者に対する研修の充実を努められたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新型コロナウイルス感染症の影響で、2月後半の医薬連携研修会と相談支援部会、PDCAサイクル担当者会議等が中止になったが、会議関係はメール等による対応に切り替え、概ね計画どおり実施した。【再掲、(1)ーア】 ・ 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・均てん化のための支援では、新たにPDCAサイクル部会と栃木県がん・生殖医療ネットワークを設立し、都道府県がん診療連携拠点病院の役割として県内の診療の質の均てん化や地域連携体制の強化に取り組んだほか、都道府県医師会向け出張講座、地域医療機関向けの研修会を実施した。【再掲、(1)ーイ】 ・ 放射線治療技術の均てん化を支援するため、県内の診療放射線技師及び医学物理士を対象に「PDDとTMRを理解しよう」をテーマにセミナーを開催した。【再掲、(1)ーウ】 ・ 公益社団法人日本放射線技術学会と共催し、関東甲信越の診療放射線技師を対象に、放射線治療セミナー―基礎コース及びスキルアップコースを実施した。【再掲、(1)ーウ】 	

法人の自己評価	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」、「都道府県医師会向け出張講座実施回数」ともに目標を達成した。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「地域のがん医療の向上・均てん化のための支援」では、新たにPDCAサイクル部会と栃木県がん・生殖医療ネットワークを設立し、都道府県がん診療連携拠点病院の役割として県内の診療の質の均てん化や地域連携体制の強化に取り組んだほか、都道府県医師会向け出張講座、地域医療機関向けの研修会を実施した。また、「がん対策事業への貢献」では、県内のすべての病院及び指定診療所から届出のあった全国がん登録情報の審査・整理を行ったなど、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。
---------	---	---



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

7 災害等への対応(中項目)

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、救急医療体制の整備のための医薬品の備蓄や被災地の支援等、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。</p> <p>また、災害発生時に患者の安全を確保できるよう、防災訓練等、災害対策を実施する。</p>	<p>災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、救急医療体制の整備のための医薬品の備蓄や被災地の支援等、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。</p> <p>また、災害発生時に適切な対応ができるよう、職員に災害時対応業務の周知徹底を図るとともに、定期的に防災訓練等を実施し、防災教育の徹底に努める。</p> <p>さらに、災害時において、事業の継続、早期復旧に向けて対応するために、BCP(事業継続計画)を策定する。</p>	<p>・ 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。</p> <p>・ 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行うため、病棟で火災が発生したことを想定して、消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練を実施するとともに、大地震を想定した防災訓練を実施した。</p> <p>・ 災害時のための医薬品や患者用・職員用の非常食及び水を計画的に更新した。</p> <p>・ BCP(事業継続計画)については、最終策定までに至らなかった。</p>

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<p>・ 該当なし</p>	<p>—</p>

法人の自己評価	評価理由
A	<p>・ 病棟で火災が発生したことを想定した消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練と、大地震を想定した防災訓練を実施したほか、災害時のための医薬品や患者用・職員用の非常食及び水を計画的に更新したなど、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。</p>



知事の評価(案)	評価理由等
A	<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。</p>

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項(大項目)

1 業務運営体制の確立(中項目)

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>安定的な経営基盤を確立するため、ガバナンスを強化するとともに、経営戦略部門を設置し、医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営を行う。</p> <p>また、各部署の権限や責任の所在を明確化し、実効性のある組織体制を構築するとともに、協議・連絡会等を員直し、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、新たに監査室を設置し、ガバナンスを強化するとともに、医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営を行う。</p> <p>また、業務プロセスや想定されるリスクを可視化した業務フローを活用し、各部署の権限や責任の所在を明確化し、効率的な組織運営体制を構築する。</p>	<p>・ 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の収支状況(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)、決定事項等を周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。</p> <p>・ 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、対応策を検討した。決定事項については、速やかに院内へ周知して実施した。</p> <p>・ 監査室を新たに設置し、医療職の職員を配置したことにより、これまで事務分野が中心だった業務フローについて、医療分野においても作成が進んだ。</p> <p>・ 内部統制に関する研修会を開催し、当センターの内部統制のしくみ、公益通報の制度などについて職員に周知した。</p>

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<p>・ 該当なし</p>	<p>-</p>

法人の自己評価	評価理由	<p>・ 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、対応策を検討したほか、監査室を新たに設置し、医療職の職員を配置したことにより、医療分野における業務分野における業務プロセスの作成が進んだなど、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。</p>
<p>A</p>	<p>・ 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、対応策を検討したほか、監査室を新たに設置し、医療職の職員を配置したことにより、医療分野における業務分野における業務プロセスの作成が進んだなど、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。</p>	<p>・ 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、対応策を検討したほか、監査室を新たに設置し、医療職の職員を配置したことにより、医療分野における業務分野における業務プロセスの作成が進んだなど、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。</p>



知事の評価(案)	評価理由等	<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。</p>
<p>A</p>	<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。</p>	<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。</p>

2 経営参画意識の向上(中項目)

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<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持ち寄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持ち寄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>経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の収支状況(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)、決定事項等を周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「業務改善提案」の制度を活用し、職員からのアイデアを収集し、医療サービスの向上や収益改善に資する取組につなげた。(業務改善提案件数15件、うち4件採用) 医療バランス・コスト・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実践した。 新採用職員を対象に、新人同士の交流を深めることと、中途採用者が多いことから他の病院の良い文化を取り入れることを目的に新人ワールドカフェを開催した。 収益を増やし支出を減らすために、職員一人一人が実践すべきことを分かりやすくまとめた「病院経営のためにできること」を作成し全職員に周知した。

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 該当なし 	<p style="text-align: center;">-</p>

法人の自己評価	評価理由
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原則毎月開催したほか、業務改善提案制度を活用して職員からアイデアを収集し、医療サービスの向上や業務負担の軽減に資する取組につなげたなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。



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

3 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	R元(2019)年度 目標値	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	病床利用率(%)	65.1	56.7	87%		ii
2	新入院患者数(人)	4,540	4,276	94%		iii
3	新外来患者数(人)	7,053	6,814	97%		iii
4	1日当たり入院患者数(人)	177.0	153.4	87%		ii
5	1日当たり外来患者数(人)	494.0	484.2	98%		iii
6	診療材料費対医薬収益比率(%)	7.6	7.9	96%		iii
7	ジェネリック医薬品採用比率(%)	82.5	82.7	100%		iv
8	委託料対医薬収益比率(%)	12.6	12.8	98%		iii
9	減価償却費対医薬収益比率(%)	11.6	12.5	92%		iii

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値
66.8	60.9	57.0	56.7	
4,412	4,093	3,984	4,276	
6,261	6,773	6,958	6,814	
182.2	165.9	154.8	153.4	
481.0	471.2	486.7	484.2	
8.0	7.6	8.1	7.9	
78.4	82.4	79.6	82.7	
12.4	12.7	12.9	12.8	
17.2	17.2	13.5	12.5	

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容		年度計画の記載内容	業務実績
(1) 収入の確保への取組(小項目)	収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。 ア より多く患者を紹介してもらえよう、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。 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。	収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。 ア 情報交換会や郡市医師会向け出張講座を開催し、医師間の交流を図るとともに、渉外業務専門員と診療科医師が地域医療機関へ積極的に訪問することで連携医療機関との病診・病病連携を強化し、紹介患者数の増加を目指す。 なお、情報交換会や出張講座には、当センター医師の参加を促し、当センターの医師並びに専門的な医療をPRする機会とする。 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、がんセンター出前講座」の実施等、積極的な情報発信、広報活動を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸器内科に加え、9月からは大腸骨盤外科でも医師、渉外業務専門員が地域医療機関への訪問を開始した。 医療連携情報交換会は2回開催予定であったが、新型コロナウイルス感染症の影響から1回の開催となった。参加者は院外32名、院内28名の合計60名で、参加施設数は25施設となった。 郡市医師会向け出張講座は10回(新型コロナウイルス感染症の影響で1回が中止)開催した。郡市医師会の意向を確認し、内容の決定、講師の選定を行った。 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。 「がんセンター出前講座」は6回開催し、思春期の禁煙教育に取り組み、学校や地域の学童支援員等の實質向上を目指す市のごも福祉課など、多様な対象から申し込みがあり、目的に応じた講座を実施するとともに、あらゆる世代の県民や地域との交流を図った。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ウ 効率的かつ柔軟な病棟管理を行い、病床利用率を向上させる。</p> <p>エ 診療情報管理士等 専門的知識を有する職員の確保と育成に努め、診療報酬改定等に迅速かつ適切に対応できる体制を構築する。</p> <p>オ 入院時の丁寧な説明等により未収金の発生防止に努めるとともに、発生した未収金については回収の徹底を図る。</p>	<p>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>また、化学療法が必要な外来患者のうち、初回や遠方の患者については、入院での診療も選択できるよう柔軟に対応する。</p> <p>エ 診療情報管理士等、より専門的な知識及び資格を持った職員の計画的な確保と育成に努める。</p> <p>また、適正な水準の料金(セカンドオピニオン外来、特別室等の料金)の設定について検討する。</p> <p>さらに、施設基準の届出が新たにできるよう、体制の整備に努める。(検体検査管理加算(IV)等)</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。</p> <p>また、発生した未収金については、早急な督促、催告及び随時訪問を実施するとともに、回収困難債権については、弁護士法人へ回収業務を委託し、回収の徹底を図る。</p>	<p>入院病棟に関しては看護部や医事課の病床運営担当等が病床運営状況を見ながら、入院病棟を決定した。</p> <p>緊急入院の患者の受入れについて、該当診療科の病棟における対応が困難な場合は、他病棟の空床を利用して、病床利用率の向上を図った。</p> <p>初回の化学療法について、患者の安全に配慮し、外来ではなく入院で対応した。</p> <p>入院での化学療法について、ワーキンググループを設置し、対象とするレジメンの検討を行った。</p> <p>他の医療機関で診療情報管理業務の経験を有する診療情報管理士1名を採用し、若手診療情報管理士の育成に努めた。また、診療情報管理業務の経験を有する事務職員1名を中途採用し、施設基準の順守に努めた。</p> <p>セカンドオピニオン外来等の自由診療、個室使用料、診療情報の開示に係る手数料について、10月からの消費税改正に伴う増税分を料金に転嫁した。</p> <p>病床検査を専ら担当する常勤医師を配置し、検体検査管理加算の区分IV(従前は区分II)の適用が受けられるよう施設基準の届け出を行った。</p> <p>職員からの業務改善提案を採用し、X線シミュレーター装置を用いた二次元的治療計画から、CT装置を用いた三次元的治療計画への切り替えを12月から実施した。CT装置を用いることで、線量分布図の作成が可能になり、放射線管理料と放射線治療専任加算を算定することができ、約30万円(12月～3月の実績)の増収につながった。</p> <p>国民健康保険短期保険証を有する患者を中心に、入院時における限度額適用認定証の説明を重点的に行い、未収金の発生防止に努めた。(平成30(2018)年度未収金発生額:21,114千円、令和元(2019)年度未収金発生額:20,107千円)</p> <p>発生した未収金は、適宜、督促を実施した。また、回収困難債権については、弁護士法人へ回収業務を委託したことにより、長期にわたり回収ができなかった未収金の一部を回収することができた。</p>
<p>(2)費用の削減への取組(小項目)</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 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>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 適正な在庫管理により過剰在庫を抑制し、関係する部署との連携やベンチマークシステムの活用、他病院との情報交換を通じて、医薬品や診療材料の適正価格での納入を図る。</p>	<p>病院の収支状況を月次で管理するとともに、経営会議や経営戦略会議において収支状況等を職員に周知し、コスト意識の徹底に努めた。</p> <p>在庫管理について、医薬品では棚卸しを頻繁に行い、棚卸し差異の要因を分析することにより、棚卸し差額が減少するように努めた。</p> <p>医薬品の価格交渉においては従来とは異なる手法(病院側の希望価格を先に提示)で交渉を行い、年間で約19,650千円のコスト削減を達成した。</p> <p>診療材料の棚卸しの結果を踏まえ、各部署の在庫管理方法を、物品管理委員会や物品ワーキンググループで検討、情報共有したことにより、棚卸し差額が平成30(2018)年度と比較し約322千円のマイナスとなった。</p>

<p>中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容</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>年度計画の記載内容</p> <p>ウ 委託料、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>業務実績</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 消耗品については、リサイクルトナーの導入の他、職員にリサイクル物品の使用を呼びかけ、約5,000千円の削減となった。 ・ 委託料については、院内洗濯業務委託の内容及び契約期間を見直し、入札を行った結果、令和2(2020)年度より年間約7,300千円のコスト削減見込みとなった。 ・ 光熱水費については、毎月の電気使用量、ガス使用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。電気料については、使用量の減により、約1,790千円の減となり、都市ガスについては、単価の減により約2,270千円の減となった。 <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の精度向上に努めた。</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>エ 経営分析システムを活用し、収支の年度別推移を分析し、診療科及び部門ごとに通切なコスト管理等を行う。</p>	<p>・ 適切なコスト管理等を行うため、診療行為別原価計算を実施するための経営分析システムの精度向上に努めた。</p>

<p>平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等</p> <p>・ 医師の確保等により更なる収入の確保を図るとともに、安全面にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組むなど、より一層の経営改善に努めたい。</p>	<p>業務運営への反映状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 全国のがん診療連携拠点病院、医学部を有する大学等に「がんセンターだより」などを送付し、各関係機関との連携強化に努めるとともに、複数の関係雑誌に広告を掲載した。【再掲、1-4-(1)-ア】 ・ 県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師派遣について要請活動を行った結果、2月に頭頸科の常勤医師1名を採用し、令和2(2020)年4月から、多くの診療科で常勤医師の採用が予定されている。(令和2(2020)年4月採用者:医師14名)【再掲、1-4-(1)-ア】 ・ 臨床検査を専ら担当する常勤医師を配置し、検体検査管理加算の区分Ⅳ(従前は区分Ⅱ)の適用が受けられるよう施設基準の届け出を行った。【再掲、(1)-エ】 ・ 職員からの業務改善提案を採用し、X線シミュレーター装置を用いた二次元的治療計画から、CT装置を用いた三次元的治療計画への切り替えを12月から実施した。CT装置を用いることで、線量分布図の作成が可能になり、放射線管理料と放射線治療専任加算を算定することができ、約30万円(12月～3月の実績)の増収につながった。【再掲、(1)-エ】 ・ 在庫管理において、医薬品では棚卸しを頻繁に行い、棚卸し差異の要因を分析することにより、棚卸し差額が減少するよう努めた。【再掲、(2)-イ】 ・ 医薬品の価格交渉においては従来とは異なる手法(病院側の希望価格を先に提示)で交渉を行い、年間で約19,650千円のコスト削減を達成した。【再掲、(2)-イ】 ・ 診療材料の棚卸しの結果を踏まえ、各部署の在庫管理方法を、物品管理委員会や物品ワーキンググループで検討、情報共有したことにより、棚卸し差額が平成30(2018)年度と比較し約322千円のマイナスとなった。【再掲、(2)-イ】 ・ 消耗品については、リサイクルトナーの導入の他、職員にリサイクル物品の使用を呼びかけ、約5,000千円の削減となった。【再掲、(2)-ウ】 ・ 委託料については、院内洗濯業務委託の内容及び契約期間を見直し、入札を行った結果、令和2(2020)年度より年間約7,300千円のコスト削減見込みとなった。【再掲、(2)-ウ】 ・ 光熱水費については、毎月の電気使用量、ガス使用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。電気料については、使用量の減により、約1,790千円の減となり、都市ガスについては、単価の減により約2,270千円の減となった。【再掲、(2)-ウ】
--	--

法人の 自己評価	B	評価 理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「ジェネリック医薬品採用比率」が目標値を上回ったが、「病床利用率」、「診療材料費対医業収益比率」など、多くの指標が目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「収入の確保への取組」では、紹介患者増を旨として、呼吸器内科だけでなく、9月からは大腸骨盤外科でも医師、渉外業務専門員が地域医療機関への訪問を開始したほか、臨床検査を専ら担当する常勤医師を配置し、検体検査管理加算の区分Ⅳの適用が受けられるよう施設基準の届け出を行った。また、「費用の削減への取組」では、医薬品の価格交渉において従来とは異なる手法で交渉を行い、年間で約19,650千円のコスト削減を達成したほか、委託料については、院内洗濯業務委託の内容及び契約期間を見直し、入札を行った結果、令和2(2020)年度より年間約7,300千円のコスト削減見込みとなったなど、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、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
-------------	---	----------	---



知事の 評価(案)	B	評価 理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。病床利用率の向上等により更なる収入の確保を図るとともに、安全面にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組みむなど、より一層の経営改善に努められたい。
--------------	---	-----------	--

第3 予算、収支計画及び資金計画(財務内容の改善に関する事項)(大項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	経常収支比率(%)	97.0	97%	100以上	III
2	医業収支比率(%)	80.5	101%	85以上	IV

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値
101.1	98.9	98.0	97.0	
79.1	77.8	79.4	80.5	

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容		年度計画の記載内容	業務実績
<p>市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>	<p>経常収支は▲306,414,508円を計上し、経常収支比率は97.0%となった。 ・ 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の収支状況等(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)を周知し、経常収支の黒字化を目指した。 ・ 診療科及び事業系センターごとに、幹部職員によるヒアリングを実施した。診療科のヒアリングでは、近年の入院患者や収益・費用の推移、経営分析システムによる収支分析結果などをとくに、課題と今後の方針、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体例などについて意見交換した。</p>	

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等		業務運営への反映状況
<p>経常収支の黒字化に向けて、より一層の経営改善に努められたい。</p>	<p>経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の収支状況等(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)を周知し、経常収支の黒字化を目指した。【再掲】 ・ 診療科及び事業系センターごとに、幹部職員によるヒアリングを実施した。診療科のヒアリングでは、近年の入院患者や収益・費用の推移、経営分析システムによる収支分析結果などをとくに、課題と今後の方針、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体例などについて意見交換した。【再掲】</p>	

法人の自己評価	評価理由	指標の達成状況に関しては、「医業収支比率」が目標値を上回ったが、「経常収支比率」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、経営会議や経営戦略会議を通じて月次で収支状況等を管理したほか、診療科ごとにヒアリングを実施し、課題と今後の方針、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体例などについて意見交換を行い、経常収支の黒字化を目指したが、計画をやや下回った。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
B		



知事の評価(案)	評価理由等	当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。経常収支の黒字化に向けて、より一層の経営改善に努められたい。
B		

第8 その他業務運営に関する重要事項(大項目)

<p>中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容 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。 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>年度計画の記載内容 策定した将来構想を基に、具体的整備に向けた今後の取組について、県とともに検討していく。 また、医療機器について、計画的に更新・整備する。</p>	<p>業務実績 ・ 平成30(2018)年度に県に提出した将来構想を受け、さらに具体的な内容とするため新たなメンバーで構成した「TCCみらいSOZO委員会」を立ち上げ、10月より計4回の委員会を開催した。委員会には県担当若も出席し、県との情報共有を行った。 ・ 医療機器については、VR科にてX線により体内部を透視・撮影・治療する「血管造影装置(NVR-CT装置)」、診療材料・消耗品・ME機器などを一元管理する「物品管理システム」、全身麻酔を行う「全身麻酔システム」、「手術台」、顕微鏡手術にて使用する顔面神経を刺激する「筋電計」などを計画的に更新・整備した。(17品目、計419,231,640円)</p>
---	---	---

<p>・ 該当なし</p>	<p>平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等 業務運営への反映状況</p>
---------------	---

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>	<p>施設整備のあり方については、平成30(2018)年度に県に提出した将来構想を受け、さらに具体的な内容とするため新たなメンバーで構成した「TCCみらいSOZO委員会」を立ち上げたほか、医療機器については、計画的に更新・整備したなど、当該項目に関しては、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。</p>
----------------	----------	-------------	---



<p>知事の評価(案)</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p>	<p>当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。</p>
-----------------	----------	--------------	---

令和元（2019）年度業務実績に関する全体評価書（がんセンター）

栃木県知事は、地方独立行政法人法第 28 条第 1 項の規定により、地方独立行政法人栃木県立がんセンターの令和元（2019）年度の業務実績について、以下のとおり評価を行った。

1 全体評価（案）

(1) 評価結果

令和元（2019）年度の業務実績については、中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。

(2) 判断理由等

- 12 の中項目中「質の高い医療の提供」等の 10 項目については、A 評価（概ね計画どおり実施している）と判断した一方、「収入の確保及び費用の削減への取組」及び「財務内容の改善に関する事項」の 2 項目については、B 評価（計画をやや下回って実施している）と判断した。
- B 評価と判断した 2 項目については、医業収支は改善したものの、3 億 6 百万円の純損失となっており、経常収支の黒字化に向けて、患者数の増加や費用の削減等、引き続き経営改善に取り組む必要がある。

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

中期目標期間の終了時に見込まれる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の概要について（がんセンター）

1 評価方法及び評価基準

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

評価基準：S（計画を上回って実施すると見込まれる。）

A（概ね計画どおり実施すると見込まれる。）

B（計画をやや下回って実施すると見込まれる。）

C（計画を下回るものと見込まれる、又は実施が見込めない。）

2 評価結果及び理由

中項目	法人の自己評価		知事の評価（案）	
	評価結果	評価理由	評価結果	評価理由
第2 1 質の高い 医療の提供 資料7 p.2～4	A	<ul style="list-style-type: none"> 「高度で専門的な医療の推進」では、肝胆膵領域での高難度手術を実施したほか、平成30（2018）年7月から骨軟部腫瘍・整形外科の診療を再開し、県内では実施が困難であった整形外科領域における骨軟部腫瘍の治療を実施した。また、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。 「緩和ケアの推進」では、緩和ケアセンターの体制強化を図るため、毎週、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。 「がん患者のリハビリテーション提供体制の充実」では、リハビリテーション室の移転により訓練スペースが拡張され、日常生活訓練などのプログラムの充実が図られた。 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。

中項目	法人の自己評価		知事の評価(案)	
	評価結果	評価理由	評価結果	評価理由等
2 安全で安心な医療の提供 資料7 p5～6	A	<ul style="list-style-type: none"> 「医療安全対策等の推進」では、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実施した。 「医療機器等の安全管理の徹底」では、ME(メデイカルエンジニア)室において医療機器の中央一括管理を行い、医療機器の安全性を維持するため保守点検を実施した。 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に見込まれるため、「A」評価とした。
3 患者・県民の視点に立った医療の提供 資料7 p7～10	A	<ul style="list-style-type: none"> 「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、平成28(2016)年6月から土曜日のセカンドオピニオン外来を、平成28(2016)年11月から外来の早朝採血を、平成29(2017)年11月から平日早朝の放射線治療を開始したほか、平成28(2016)年4月に入院予定の患者に対して総合的なマネジメントを実施する入退院センターを設置した。また、ゲノム医療では、平成30(2018)年10月にがんゲノム医療連携病院となりNCCオンコパネル検査等を実施した。 「患者の就労等に関する相談支援体制の充実」では、関係機関と連携し、平成28(2016)年6月から就職相談会を、平成30(2018)年2月から両立支援相談を開始した。 「患者及びその家族の利便性・快適性の向上」では、新たに女性専用の外来診察室や更衣室、授乳室などを整備し、平成29(2017)年11月から女性外来を開始した。 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に見込まれるため、概ね計画どおり実施する見込み、引き続き、県民ニーズの把握に努め、患者・県民の視点に立った医療の提供に努められたい。
4 人材の確保と育成 資料7 p11～13	A	<ul style="list-style-type: none"> 「医療従事者の確保と育成」では、県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師の派遣を要請し、骨軟部腫瘍・整形外科、頭頸科、泌尿器科などで医師を採用したほか、新たな職種として、臨床工学技士や歯科衛生士を採用した。また、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。 「研修体制の強化」では、平成28(2016)年4月に研修センターを設置し、新規採用職員研修や接遇研修などを実施した。 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に見込まれるため、「A」評価とした。引き続き、医療従事者の安定的な確保と育成に努められたい。

<p>5 地域連携の推進 資料7 p14～15</p>	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「地域の医療機関との連携強化」では、平成28(2016)年4月に地域連携センターを設置し、地域の医療機関との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た。 「患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化」では、地域の関係者とカンファレンスを通して情報を共有し、退院してからも療養を継続できるように調整を行った。 「在宅緩和ケアの推進」では、宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを済生会宇都宮病院と協働で開催した。 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。 	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。
<p>6 地域医療への貢献 資料7 p16～17</p>	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「地域のがん医療の向上・均てん化のための支援」では、都道府県がん診療連携拠点病院として、栃木県がん診療連携協議会及び各部署会を開催したほか、令和元(2019)年度には、新たにPDCAサイクル部会と栃木県がん・生殖医療ネットワークを設立した。 「がん対策事業への貢献」では、県内のすべての病院及び指定診療所から届出のあった全国がん登録情報の審査・整理を行った。 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。 	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。

中項目	法人の自己評価		知事の評価(案)	
	評価結果	評価理由	評価結果	評価理由等
7 災害等への対応 資料7 p18	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟で火災が発生したことを想定した消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練と、大地震を想定した防災訓練を実施したほか、災害時のための医薬品や患者用・職員用の非常食及び水を画的に更新した。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。
第3 1 業務運営体制の確立 資料7 p19	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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部門として、平成28(2016)年4月に経営企画室を設置したほか、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、対応策を検討した。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。
2 経営参画意識の向上 資料7 p20	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原則毎月開催したほか、業務改善提案制度を活用して職員からアイデアを収集し、医療サービスの向上や収益改善などに資する取組につながった。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。
3 収入の確保及び費用の削減への取組 資料7 p21～22	A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「収入の確保への取組」では、紹介患者増を目指して、医師と渉外業務専門員が県内の医療機関や歯科診療所を訪問したほか、診療情報管理士を医事課に配置し、DPC分析ベンチマークシステム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を分析し、対応について検討を行った。また、令和2(2020)年4月に常勤医師14名を採用し、全ての診療科において診療体制が整ったことから、手術件数の増加及び病床利用率の向上等による医業収益の増加が見込まれる。 ・ 「費用の削減への取組」では、医薬品、診療材料において、ベンチマークシステムを利用し、適正価格での購入となるよう価格交渉を行ったほか、委託料については、入札方法を指名競争入札から一般競争入札に変更し、費用の削減に努めた。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。 	B	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回るものと見込まれるため、「B」評価とした。病床利用率の向上等により更なる収入の確保を図るとともに、安全面にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組むなど、より一層の経営改善に努められたい。

<p>第4 財務内容の改 善に関する事 項 資料7 p.23</p>	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経営会議や経営戦略会議を通じて月次で収支状況等を管理したほか、診療科ごとにヒアリングを実施し、課題と今後の方針、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体的な見直しを行い、経常収支の黒字化を目指した。 ・ 平成28（2016）年度の経常収支は111,514,400円を計上し、経常収支比率は101.1%となったが、平成29（2017）年度から令和元（2019）年度は3年連続で経常収支比率は100%に達しなかった。 ・ 以上の結果、計画を下回って実施する見込みであると判断し、「B」評価とした。 	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をややや下回るものと見込まれるため、「B」評価とした。経常収支の黒字化に向けて、より一層の経営改善に努められたい。
<p>第10 その他業務運 営に関する重 要事項 資料7 p.24</p>	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ ワーキンググループによる検討会、プロジェクトチームによる会議を開催した結果、「地方独立行政法人栃木県立がんセンター将来構想」を平成30（2018）年度に策定し、県に提出した。 ・ 医療機器については、毎年度計画的に更新・整備した。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。 	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。

中期目標期間の終了時に見込まれる中期目標期間に

おける業務実績報告書兼中項目別評価書

(第1期中期目標期間：平成28(2016)年4月1日～令和3(2021)年3月31日)

地方独立行政法人栃木県立がんセンター

目 次

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表	1
第2 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項（大項目）	2
1 質の高い医療の提供（中項目）	2
2 安全で安心な医療の提供（中項目）	5
3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）	7
4 人材の確保と育成（中項目）	11
5 地域連携の推進（中項目）	14
6 地域医療への貢献（中項目）	16
7 災害等への対応（中項目）	18
第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	19
1 業務運営体制の確立（中項目）	19
2 経営参画意識の向上（中項目）	20
3 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	21
第4 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）	23
第10 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	24

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表

◆ 各事業年度及び中期目標期間における項目別評価

項目	各事業年度における項目別評価				中期目標期間 の評価 (見込み)
	平成28(2016) 年度	平成29(2017) 年度	平成30(2018) 年度	令和元(2019) 年度	
第2 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項					
1 質の高い医療の提供	A	A	A	A	A
2 安全で安心な医療の提供	A	A	A	A	A
3 患者・県民の視点に立った医療の提供	A	A	A	A	A
4 人材の確保と育成	A	A	A	A	A
5 地域連携の推進	A	A	B	A	A
6 地域医療への貢献	A	A	B	A	A
7 災害等への対応	A	A	A	A	A
第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項					
1 業務運営体制の確立	A	A	A	A	A
2 経営参画意識の向上	A	A	A	A	A
3 収入の確保及び費用の削減への取組	A	B	B	B	B
第4 予算、収支計画及び資金計画					
財務内容の改善に関する事項	A	B	B	B	B
第10 その他業務運営に関する重要事項					
その他業務運営に関する重要事項	B	B	A	A	A

(参考) 中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務に関する全体評価

評価結果

概ね目標を達成すると見込まれるが、一部の項目において目標の達成が困難な見込みである。(案)

第2 県民に対して提供してい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)

◆中期計画指標(中期目標期間における各事業年度の実績)

No	指標名	H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R2(2020)年度見込み値	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率(見込み)	指標の達成状況
1	高難度手術延べ件数(件)	69	75	52	61	60	60	100%	iv
2	高精度放射線治療延べ件数(件)	777	1,251	2,190	835	780	780	100%	iv
	SBRT	4	0	8	16	20	20	100%	iv
3	外来化学療法延べ件数(件)	7,897	7,573	8,048	8,308	7,900	7,900	100%	iv
4	臨床研究件数(件)	182	169	183	200	228	228	100%	iv
5	地域の緩和ケア連携カンファレンス開催回数	年9回	年10回	年8回	年8回	月1回	月1回以上	100%	iv
6	がん患者リハビリテーション単位数(単位)	2,285	5,438	5,374	5,668	5,900	17,040	35%	i

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016)年度	H29(2017)年度	H30(2018)年度	R元(2019)年度 (自己評価)
	A	A	A	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
<p>(1) 高度で専門的な医療の推進(小項目)</p> <p>局所進行がんや転移がんの患者に対する医療の提供など、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、高度で専門的な医療を提供すること。</p>	<p>患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、がん専門病院として、以下のとおり、高度で専門的な医療を提供する。</p> <p>ア 局所進行がんや転移がん、希少がんも含め、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、手術、放射線治療及び化学療法を組み合わせた集学的治療の充実を図るなど、高度専門医療を提供する。</p> <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>	<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。受診当初は切除不能であったが、化学療法を行いダウンステージが得られた症例に対しては積極的に手術を試み、その結果切除できた症例も含まれており、集学的治療の成果が得られている。 骨軟部腫瘍・整形外科の入院診療を平成30(2018)年7月から再開し、県内では実施が困難であった整形外科領域における骨軟部腫瘍の治療を積極的に行った。 臓器別や病棟などで多職種参加によるキヤンサーボード(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る集学的治療を実施した。 平成30(2018)年10月に国立がん研究センター中央病院のがんゲノム医療連携病院となった。 令和元(2019)年度までに、婦人科常勤医4名全員が日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医の資格を取得し、婦人科領域の腹腔鏡手術件数が著しく増加した。 消化器・呼吸器領域における鏡視下手術はすでに標準術式になっているが、当センターでは日本内視鏡外科学会技術認定医による質の高い低侵襲な手術を施行しており、術後合併症が少なく、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、ESD(内視鏡的粘膜下層剥離術)を積極的に施行し、その治療成績も良好であった。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。

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
<p>(2) チーム医療の推進(小項目)</p> <p>多職種の間で連携、協働し、それぞれの専門性を最大限に発揮できるように、がん診療連携推進機構やがん診療連携推進機構の推進を図ること。</p>	<p>ウ IMRT(強度変調放射線治療)やSBRT(体幹部定位放射線治療)等、患者の状態等に応じた高度な放射線治療を提供する。</p> <p>エ 抗がん剤の作用、副作用に熟知した専門医や看護師による高度ながん化学療法を引き続き提供するとともに、他の医療機関では実施困難な最新の化学療法を提供する。</p> <p>オ 患者がよりよい治療を受けられるよう、治療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>・ 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、平成28(2016)年11月にVMAT(強度変調回転照射)を、12月にSBRT(体幹部定位放射線治療)を開始した。</p> <p>・ IMRTは主に泌尿器、婦人科領域に実施した。SBRTは呼吸器の取扱い症例数増加に付随し実施件数が増加した。</p> <p>・ 医師、看護師、薬剤師を含めた多職種によるカンファレンスを定期的に実施し、情報の交換や共有に努めることで、適切な化学療法を実施した。</p> <p>・ 抗がん剤によるアレルギー一症状の早期対応や副作用症状に対するケアなど、外来患者、家族に対し安全で安心できる治療と看護を提供した。</p> <p>・ 高度で専門的な対応を要する希少がんの治療、最新の化学療法、遺伝子検査結果に基づく患者の個人差に配慮した最適な化学療法などを実施した。</p> <p>・ 承認前の医薬品の治療等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のため、国内外の多施設共同研究に積極的に取り組み、当センターやSMO(治療施設支援機関)の臨床研究コーディネーターを活用し、医師の業務を支援した。</p> <p>・ 当センターにおける治療実施体制、治療関連規程、IRB(臨床研究審査委員会)に関する最新情報を随時ホームページに掲載し、速やかに治験依頼者へ情報発信した。</p>
<p>(3) 緩和ケアの推進(小項目)</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、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構築すること。</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、がん診療連携推進機構やがん診療連携推進機構の推進を図ること。</p> <p>ア 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つ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>・ 緩和ケアセンターの体制強化を図るため、毎週水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。</p> <p>・ 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カンファレンス会を開催し、基本的緩和ケアの実践と専門的緩和ケアへつなぐ役割について症例を通して学んだ。また、緩和ケアカンファレンス育成のため、年度初めに各自の行動目標を明確にし、1年間の取り組み後、年度末に評価を行った。</p> <p>・ 緩和ケア初回外来時に専従看護師が同席し、今後の療養場所の意思決定支援を行うとともに関係部署と情報を共有し支援継続につなげた。</p> <p>・ 宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを済生会宇都宮病院と協働で開催した。緩和ケアに関する講演会、症例検討会、地域医療体制の検討会などを行い、緩和ケアの質の向上を図った。</p> <p>・ 退院調整のための合同カンファレンスに看護師が参加し、訪問看護ステーション看護師やケアマネジャーなどと在宅緩和ケアに関する情報を共有した。</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>

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
(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) 患者の運動機能の改善及び生活機能の低下予防のため、がんと診断された時から患者の病態に応じたリハビリテーション提供体制を充実すること。	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。	<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、がんのリハビリテーション研修を受講し、平成28(2016)年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、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。 ・ 入院患者の全員に、リハビリテーション総合実施計画書を作成し交付した。

次期に向けた課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ がん専門病院の使命として、引き続き、希少がん、難治性がんを含め、高度で専門的な医療を提供していくとともに、がんゲノム医療を推進していく必要がある。
----------	---

法人の自己評価	A	評価理由 「高度で専門的な医療の推進」では、肝胆臓領域での高難度手術を実施したほか、平成30(2018)年7月から骨軟部腫瘍・整形外科の診療を再開し、県内では実施が困難であった整形外科領域における骨軟部腫瘍の治療を実施した。また、がんの種類や患者の状態に応じて手術療法、放射線療法、化学療法又はそれを効果的に組み合わせた集学的治療を実施した。 ・ 「緩和ケアの推進」では、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。 ・ 「がん患者のリハビリテーション提供体制の充実」では、リハビリテーション室の移転により訓練スペースが拡張され、日常生活訓練などのプログラムの充実が図られた。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
---------	---	---



知事の評価(案)	A	評価理由等 ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。
----------	---	---

2 安全で安心な医療の提供(中項目)

◆中期計画指標(中期目標期間における各事業年度の実績)

No	指標名	H28(2016)年度実績値	H28(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R2(2020)年度見込み値	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率(見込み)	指標の達成状況
1	感染管理認定看護師数(人)	2	2	1	1	3	3人以上	100%	iv

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016)年度	H29(2017)年度	H30(2018)年度	R元(2019)年度 (自己評価)
	A	A	A	A

中期目標の記載内容		中期目標の記載内容	中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
(1)医療安全対策等の推進(小項目)	<p>患者が安心して医療を受けられるよう、医療安全に関する情報の共有化や医療事故の発生原因の分析等を行い、事故防止の徹底を図るなど、医療安全対策を推進するとともに、感染管理体制を充実するなど、院内感染対策を強化すること。</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。</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>・ 医療安全管理規程に基づき、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。</p> <p>・ リスクマネジャー、医療安全管理委員により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、運用の整備、医療事故防止のための啓発、広報などを行い、医療事故の防止に努めた。</p> <p>・ 医療安全に関する研修については、全職員を対象とした研修や職種ごとにテーマを設定した研修を開催した。</p> <p>・ 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開催した。</p> <p>・ 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。</p> <p>・ 医療安全推進目標にチームSTEPPSを活用した部署目標を設定し、各部署で前期・年度末評価を行い実践活動につなげた。</p> <p>・ 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。</p>	<p>安全で安心な放射線治療を提供するため、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。</p> <p>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。</p>
(2)医療機器、医薬品等の安全管理の徹底(小項目)	<p>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など、医療機器や医薬品等の管理を徹底すること。</p>	<p>安全で安心な放射線治療を提供するため、放射線治療機器の品質管理の徹底や服薬指導の徹底など、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。</p> <p>・ 医薬品の安全使用のための研修会及び医療機器の安全使用のための研修会を開催した。</p> <p>・ MIE(メディカルエンジニア)室において医療機器の中央一括管理を行い、機器のより詳細なデータを収集することで、データの信頼を高めた。また、医療機器の安全性を維持するため保守点検を実施するとともに、医療関係職種等と緊密な連携を行うことで、安全の確保に努めた。</p>	<p>安全で安心な放射線治療を提供するため、放射線治療機器の品質管理の徹底や服薬指導の徹底など、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。</p> <p>・ 医薬品の安全使用のための研修会及び医療機器の安全使用のための研修会を開催した。</p> <p>・ MIE(メディカルエンジニア)室において医療機器の中央一括管理を行い、機器のより詳細なデータを収集することで、データの信頼を高めた。また、医療機器の安全性を維持するため保守点検を実施するとともに、医療関係職種等と緊密な連携を行うことで、安全の確保に努めた。</p>

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
<p>(3)法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理(小項目)</p> <p>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るよう、法令や社会規範を遵守すること。また、情報セキュリティ対策を徹底すること。</p>	<p>中期計画の記載内容</p> <p>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るよう、法令や社会規範を遵守する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績</p> <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。 栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づき開示請求等に対し、適切に対応した。 新規採用職員を対象に個人情報保護や情報セキュリティに係る研修を実施した。 個人情報の漏えい防止や情報セキュリティ対策の徹底を図るため、全職員を対象に情報セキュリティ研修を実施した。 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。

・引き続き、患者が安心して医療を受けられるよう、医療安全対策に取り組んでいく必要がある。

次期に向けた課題	評価理由	評価
<p>法人の自己評価</p>	<p>「医療安全対策等の推進」では、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実施した。</p> <p>「医療機器等の安全管理の徹底」では、ME(メディカルエンジニア)室において医療機器の中央一括管理を行い、医療機器の安全性を維持するため保守点検を実施した。</p> <p>以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。</p>	A



知事の自己評価(案)	評価理由等	評価
<p>知事の自己評価(案)</p>	<p>当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。</p>	A

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

◆中期計画指標（中期目標期間における各事業年度の実績）

No	指標名	H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2018)年度実績値	R2(2020)年度見込み値	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率(見込み)	指標の達成状況
1	セカンドオピニオン件数(件)	148	194	153	107	130	230	57%	i
2	患者満足度割合(%)	82	83	87	88	90	90以上	100%	iv

各事業年度の中項目別評価	H28(2016)年度	H29(2017)年度	H30(2018)年度	R元(2019)年度(自己評価)
	A	A	A	A

中期目標の記載内容

(1) 患者及びその家族への医療サービスの充実(小項目)
 患者及びその家族に必要十分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に、インフォームド・コンセントを徹底するとともに、セカンドオピニオン外来の充実など、患者及びその家族への医療サービスを充実すること。

中期計画の記載内容

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、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。
 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に、インフォームド・コンセントを徹底する。

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、医療相談等を充実する。

中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績

・ 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った。
 ・ インフォームド・コンセントに関し、法令や判例に基づく説明の実践について学ぶため、法科大学院の教授による教育講演を行った。

・ 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談を積極的に行った。
 ・ 平成30(2018)年2月から2分野(乳がん看護、がん性疼痛)の認定看護師による看護外来を開設した。疾病をもちながら地域で療養・社会生活を営む患者やその家族等に対し、専門的な知識や技術をもった看護師(認定看護師)が療養・社会生活についてタイムリーに支援することができるようになった。

・ 臨床検査技師による検査説明は、東2病棟入院患者を対象に平成28(2016)年度から試行した。
 ・ 診療放射線技師による放射線検査及び放射線治療に関する説明は、入院及び外来患者を対象として、施設装置及びブレハレーション(説明用資料及び機材)を使用して実施した。また、治療前説明については治療パスを使用した対応も開始した。
 ・ 平成30(2018)年4月から病理外来を開設し、病理専門医から直接病理診断結果を患者に説明した。手術検体の肉眼所見や組織所見を実際に見てもらいながら説明することで、患者の病気に対する理解を深めることができた。

・ 平成28(2016)年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、平成30(2018)年4月から、病理セカンドオピニオン外来を開始した。
 ・ 外来化学療法センターにおいて長時間にわたる化学療法を受けられる患者が早く帰宅できるよう、平成28(2016)年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。
 ・ 平成29(2017)年11月から平日早朝の放射線治療を実施するとともに、平成30(2018)年4月から平日夕間モグラファイの運用を開始した。

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
<p>(2) 患者の就労等に関する相談支援体制の充実(小項目)</p> <p>患者の就労も含めた社会的支援に関する情報を提供するため、ハローワークなどとの連携を図るとともに、相談支援体制を充実すること。</p>	<p>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>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>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>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>がん罹患に対する不安解消を図るため、遺伝的要因でがんを発症する可能性のある者に対して、がん予防・遺伝カウンセリング及び遺伝子検査を行うとともに、がんの予防や早期発見に必要な情報を提供する。</p>	<p>平成28(2016)年4月に入退院センターを設置し、医師、看護師等の多職種スタッフや、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、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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和元(2019)年度からは入院前の基礎データを確実に聴取できるようになり、病棟と連携し、治療(退院)後も踏まえた対応により、患者の安心と安全を守る活動につなげることができた。 気管支鏡検査やERCP(内視鏡的逆行性胆管造影)などの検査用パス、CVポート留置及び抜去などの処置用パス、薬物治療のクリティカルパスを新規作成した。 がん治療のすべてのステージにおいて、歯科医師及び歯科衛生士による専門口腔ケアを実施した。手術前の口腔ケアについては、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でより術後合併症の予防に取り組んだ。 平成30(2018)年8月から全病棟に専任薬剤師を配置した。週20時間以上の病棟薬剤業務を実施し、全病棟で病棟薬剤業務実数1を算定することができた。 全病棟に専任薬剤師を配置したこと等により服薬指導件数が増加した。 がん予防・遺伝カウンセリング外来において、カウンセリング及び遺伝子検査を実施した。 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平成29(2017)年2月から開始した。 コンパニオン診断として、平成30(2018)年6月にBRACAnalysis診断システム、12月にMSI検査が保険承認され、検査を開始した。 平成30(2018)年10月に国立がん研究センター中央病院のがんゲノム医療連携病院となった。 NCCオンコパネル検査、FoundationOne CDx検査が保険承認され、NCCオンコパネル検査は令和元(2019)年7月から、FoundationOne CDx検査は令和2(2020)年3月から検査を開始した。
<p>(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上(小項目)</p> <p>職員の接遇マナーの向上を図るとともに、外来診療、検査、会計などの待ち時間の短縮やプライハシーへの配慮など、患者及びその家族の利便性・快適性の向上に努めること。</p>	<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>	<ul style="list-style-type: none"> ハローワーク宇都宮と協働し、平成28(2016)年6月から就職相談会を開始した。 栃木産業保健総合支援センターと協働し、平成30(2018)年2月から両支援相談を開始した。 平成30(2018)年8月から入退院センターにおいて、仕事に関するアンケートを開始し支援対象者への早期介入に取り組んだ。
<p>(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上(小項目)</p> <p>職員の接遇マナーの向上を図るとともに、外来診療、検査、会計などの待ち時間の短縮やプライハシーへの配慮など、患者及びその家族の利便性・快適性の向上に努めること。</p>	<p>患者及びその家族の立場に立った医療サービスの提供するため、研修等を実施し、職員の接遇マナーの向上を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 職員の接遇マナーの向上を図るため、新規採用職員向け接遇研修及び全職員を対象とした接遇研修を実施した。

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
	<p>イ 外来診療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>・ 会計待ち時間については、平成28(2016)年5月から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。</p> <p>・ 超音波センター改修工事により各検査ブースが拡張され、生検時の安全性の確保及び患者の快適性の向上が図られた。また、2重カーテンに改修したことにより、患者のプライバシーの確保が大幅に改善された。</p> <p>・ 泌尿器科診療室の一角で行われていた尿流量測定を、新たに導入された検査専用トイレでの検査に変更したことにより、患者のプライバシー及び快適性の確保が図られた。</p> <p>・ 内視鏡センターの検査室について、患者の安全性、利便性を考慮し、車椅子やストレッチャーが利用できる間口の広い検査室へと改修した。</p> <p>・ 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療室や更衣室、授乳室、子どもスペースなどを整備し、平成29(2017)年11月から女性外来を開始した。</p> <p>・ 病院利用者から寄せられた意見や要望については、改善策を講じるとともに、よくある質問Q&Aとしてホームページに回答を掲載した。</p>
<p>(4) 県民へのがんに関する情報の提供(小項目)</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、市民公開講座を通じてがんに関心する普及啓発に努めるとともに、ホームページを充実するなど、適切な情報提供を行うこと。</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 市民公開講座等を通じて、がんに関する普及啓発に努めるとともに、ホームページや広報誌、SNS(ソーシャルネットワークワーキンググループ)等を活用し、がんセンターが行う治療方法等について積極的に情報発信する。</p> <p>イ 教育機関等での「がん教育」の取組に協力し、子どもの頃から「がん予防」や「がんを通じた命の大切さ」等の健康教育を促進する。</p>	<p>・ 広報紙「がんセンターだより」の発行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。</p> <p>・ 市民公開講座及びがんセンター公開Day「メディアカルフェスタ」を開催し、がんに関する情報や当センターの診療内容を広く県民に情報発信した。</p> <p>・ 平成31(2019)年3月に県内初となる「とちぎがん教室」を開催し、陣がんに関する講演や陣がん患者からの体験談の発表を行い、陣がんに対する正しい理解の促進を図った。</p> <p>・ 栃木県教育委員会が取り組んでいる文部科学省委託事業の「栃木県のがん教育総合支援事業」に協力し、栃木県のがん教育連絡協議会の委員に医師が参画した。また、がんの専門医としてモデル校となった中学校において新学習指導要領を見据えた講話を行うとともに、栃木県がん教育実践事例集の作成に協力した。</p> <p>・ 当センターの医師が、県内外の小学校、中学校、高校を訪問し、喫煙防止に関する講演を行った。</p>
<p>(6) ボランティア等民間団体との協働(小項目)</p> <p>ボランティアが運営するがん患者等と同じ立場の人同士の交流の場である「がん患者サロンの充実など、ボランティア等民間団体との協働による取組を推進すること。</p>	<p>ア 患者会等と連携、協働し、がん患者等と同じ立場の人同士の交流の場である「がん患者サロンの」利用促進を図る。</p>	<p>・ 「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・相談等を毎月定例で開催し、場の提供に努めた。</p> <p>・ 患者サロンの活動を下野新聞で紹介(掲載)してもらったり、患者サロンだよりを発行したりするなど、積極的な周知活動に取り組んだ。</p>

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
次期に向けた課題	<p>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。</p>	<p>・ 図書ボランティア、外来ボランティア及び緩和ケア病棟ボランティアと連携、協働し、図書の整理・貸出し、院内の案内、ティー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。</p>
法人の自己評価	A	評価理由
		<p>・ 「患者及びその家族への医療サービス」では、平成28(2016)年6月から土曜日のセカンドオピニオン外来を、平成28(2016)年11月から外来の早期採血を、平成29(2017)年11月から平日早朝の放射線治療を開始したほか、平成28(2016)年4月に入院予定の患者に対して総合的なマネージメントを実施する入退院センターを設置した。また、ゲノム医療では、平成30(2018)年10月にがんゲノム医療連携病院となりNCCオオコバネル検査等を実施した。</p> <p>・ 「患者の就労等に関する相談支援体制の充実」では、関係機関と連携し、平成28(2016)年6月から就職相談会を、平成30(2018)年2月から面立支援相談を開始した。</p> <p>・ 「患者及びその家族の利便性・快適性の向上」では、新たに女性専用の外来診察室や更衣室、授乳室などを整備し、平成29(2017)年11月から女性外来を開始した。</p> <p>・ 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。</p>
知事の評価(案)	A	評価理由等
		<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。引き続き、県民ニーズの把握に努め、患者・県民の視点に立った医療の提供に努められたい。</p>



4 人材の確保と育成(中項目)

◆中期計画指標(中期目標期間における各事業年度の実績)

No	指標名	H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R2(2020)年度見込値	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率(見込み)	指標の達成状況
1	職員満足度割合(%)	66	77	80	78	90	90以上	100%	iv

各事業年度の中項目別評価	H28(2016)年度	H29(2017)年度	H30(2018)年度	R元(2019)年度(自己評価)
	A	A	A	A

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
<p>(1)医療従事者の確保と育成(小項目)</p> <p>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確保と育成に努めること。</p>	<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>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、実効性の高い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に、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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全国のがん診療連携拠点病院、医学部を有する大学等に「診療案内」、「がんセンター」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診療科への医師の派遣を要請し、骨軟部腫瘍・整形外科、頭頸科、泌尿器科などで医師を採用した。 ・ 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、育成に努めた。 ・ 看護師確保事業として、看護師養成校の訪問や衛生福祉大学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した。 ・ 衛生福祉大学校の随地実習における丁寧な指導、講義等により看護師養成機関との連携強化を図った。 ・ 随時募集により看護師の採用を行った。 ・ 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。 ・ 看護師の資質向上を図るため、研修受講や認定資格の取得・維持のための講習会、学会等の参加を支援した。 ・ 看護管理者を育成するため看護師長を対象に勉強会を開催した。 ・ 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、随時募集を実施した。 ・ 新たな職種として臨床工学技士や歯科衛生士、医療映像職を採用した。 ・ 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。 ・ 薬剤部では、新卒薬剤師を対象に専門的な知識を習得するため、「薬剤部人材育成プログラム」を実施した。 ・ 放射線技術科では、放射線治療専門技師(県がん診療拠点病院指定要件)の取得を目的とする教育プログラムを実施した。 ・ 医療制度や病院経営に関する、より専門的な知識及び資格を持った職員を確保するため、総務、財務及び医事の分野における業務経験を有する職員を採用した。 ・ 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ピックスコアカード研究会が主催する研修等の参加を支援した。

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
	<p>多様な勤務形態の導入 ・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>	<p>医師事務作業補助や診療報酬請求事務などの特定の業務を担う常勤職員制度を創設した。 ・看護師の有期雇用短時間勤務職員について、無期雇用転換制度を創設した。 ・育児休業から復帰した医師に配慮し、短時間勤務の制度を取り入れた。 ・画像診断医師を対象とした在宅勤務制度を導入した。</p>
(2) 研修体制の強化(小項目) 高度で専門的な医療を提供するため、体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど、研修体制を強化すること。	<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。 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。 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>平成28(2016)年4月に研修センターを設置した。 ・当センターの研修プログラムを作成し、研修をカテゴリー化した。プログラムは製本化するとともに、院内ネットワークに掲示し職員への周知を行った。 ・新規採用職員を対象とする基本研修、全職員を対象とする接遇研修及びびハラメント防止研修を実施した。 ・業者主催のWebセミナー、院内研修会を積極的に開催し、職員が最新情報を習得し知識の向上を図る機会を提供した。 ・各種開催した研修ごとに、職種、部署別に参加状況をデータ化し実施評価を行い、研修開催部署にフィードバックした。</p>
(3) 人事管理制度の構築(小項目) 職員の勤務成績などを考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する、がんセンターに適した人事管理制度を構築すること。	<p>職員の勤務成績などを考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する、がんセンターに適した人事管理制度を構築する。</p>	<p>平成30(2018)年度に医師の人事評価を試行した。 ・令和元(2019)年度には、医師の上半期の行動評価の検証と医師の業績評価の項目検討を実施した。また、医師に続き、コメディカル、看護師の人事評価を試行した。</p>
(4) 安全で安心な職場環境づくり(小項目) 医療従事者の勤務環境の改善やワーク・ライフ・バランスの推進など、職員が安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な職場環境の整備に努めること。	<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・バランスの推進するための研修や意識啓発活動に取り組むとともに、土曜保育の実施等、院内保育の充実を図るなど、職員が心身ともに健康を維持できるような職場環境づくりに努める。</p>	<p>平成29(2017)年7月から院内ハラスメント相談窓口を設置した。また、部下を持つ者及び全職員を対象にハラスメント防止研修を実施するとともに、ワーク・ライフ・バランスの推進に向けた研修を実施した。 ・外部委託による職員のメンタルヘルスに係るカウンセリング窓口を平成29(2017)年6月に設置した。 ・院内保育所の充実に向け、保育対象を長期休暇者(産育休・傷病休)の子にも拡大した。また、体調不良の園児の発生時、他園児への感染防止を図るため保健室を増設した。</p>
(5) 医療従事者の臨床倫理観の向上(小項目) 患者の尊厳などを守るため、医療倫理の教育や研修を定期的に行うなど、医療従事者の臨床倫理観の向上を図ること。	<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。 ア 医療倫理の教育や研修を定期的に行う。 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>全職員を対象に専門家による教育講演会を開催し、組織的に臨床倫理に取り組む意識等について学んだ。 ・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、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びスキルの習得に努めた。 ・病院臨床倫理委員会規程で各部門にリンクスタッフを置き、委員会と現場の連携を密にするためのチーム体制を構築した。多職種チームが現場のスタッフを交えて倫理的問題を議論できるようになった。</p>

<p>次期に向けた課題</p>	<p>・ 医療環境や業務量の変化に応じた適正な人員配置を考慮しつつ、引き続き医療従事者の確保に取り組みでいく必要がある。</p>	
-----------------	--	--

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「医療従事者の確保と育成」では、県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師の派遣を要請し、骨軟部腫瘍・整形外科、頭頸科、泌尿器科などで医師を採用したほか、新たな職種として、臨床工学技士や歯科衛生士を採用した。また、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。 ・ 「研修体制の強化」では、平成28(2016)年4月に研修センターを設置し、新規採用職員研修や接遇研修などを実施した。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
----------------	----------	-------------	--



<p>知事の評価(案)</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。引き続き、医療従事者の安定的な確保と育成に努められたい。
-----------------	----------	--------------	--

5 地域連携の推進(中項目)

◆中期計画指標(中期目標期間における各事業年度の実績)

No	指標名	H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R2(2020)年度見込み値	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率(見込み)	指標の達成状況
1	紹介率(%)	93.5	94.0	94.6	95.7	95.0	95.0	100%	iv
2	逆紹介率(%)	38.0	42.8	45.3	44.2	40.0	40.0	100%	iv

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016)年度	H29(2017)年度	H30(2018)年度	R元(2019)年度 (自己評価)
	A	A	B	A

中期目標の記載内容

(1) 地域の医療機関との連携強化(小項目)

患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けられることができるよう、がん種別の地域連携クリティカルパスや地域医療連携ネットワークシステムの活用など、地域の医療機関との確かな役割分担を行い、病診・病病連携を強化すること

患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けられ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。

ア 地域の医療機関との確かな役割分担を認識し、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。

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。

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。

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利情報を調剤薬局と共有するなど、医薬連携を推進する。

中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績

・ 地域の医療機関との確かな役割分担を認識しながら、治療の可否照会が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。

・ 平成28(2016)年4月に地域連携センターを設置し、地域医療機関との密な協力体制を構築するため、新たに配置した渉外業務を専門的に行う非常勤職員と医師による訪問を実施した。

・ 胃がんの地域連携クリティカルパスを有効に活用できるよう、運用を見直した。とちまるネット(地域医療連携ネットワークシステム)の登録は、初診患者を対象に行なった。

・ 地域歯科診療所において治療が困難な口腔がんや口腔外科処置が必要な患者を当センターで受け入れた。
 ・ 当センターでがん治療を行っている患者の歯科診療については、地域歯科診療所に逆紹介し、医科歯科連携を推進した。
 ・ がん治療に伴う口腔合併症の予防を目的とした、がん周術期口腔機能管理研修を開催し、医科歯科連携を強化した。

・ 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開催した。
 ・ 外来化学療法トレーニングレポート活用プロジェクトに基づく経口抗がん薬治療管理(経口抗がん薬治療を受けている患者に対して、保険薬局が電話で服薬状況や症状を聞き取る事業)について、平成31(2019)年4月から県内全ての薬局を対象に実施した。

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
<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> <p>がんになっても住み慣れた地域で療養すること ができるよう、在宅療養支援機能を担う診療所や 訪問看護ステーションの活動支援など、患者の在 宅療養を支援するための病診連携を強化するこ と。</p>	<p>才 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>中期計画の記載内容</p> <p>・ 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>・ 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け入れ等、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>・ ホームページには最新情報を掲載するとともに、パンフレットを作成し、郡市 医師会向け出張講座、情報交換会などの機会を活用し、医療機関に配布した。 ・ 予約取得時間を短縮し、迅速に対応できるように受託検査の運用等を見直し た。</p> <p>・ 医療課題がある患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、退院前カン ファレンスを積極的に開催し、地域関係者だけでなく、院内関係者とも情報を共 有し、退院してから療養を継続できるように調整した。 ・ 在宅療養中の患者についても緊急時の受け入れなど、迅速に対応した。</p>
<p>(3) 在宅緩和ケアの推進(小項目)</p> <p>がんになっても住み慣れた地域で医療サ―ビス を受け、安心して暮らすことができるよう、地域連 携クリティカルパスの整備など、在宅における緩和 ケアを推進すること。</p>	<p>がんになっても住み慣れた地域で医療サ―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師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>・ 宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを済生会宇都宮病院と協働で 開催した。緩和ケアの質の向上を図った。 ・ 退院調整のための合同カンファレンスに看護師が参加し、訪問看護ステ― ション看護師やケアマネジャーなどと在宅緩和ケアにつなげる情報を共有した。 ・ 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。 ・ ネットワークシステムの活用による地域と密着した在宅緩和ケアの推進につ いては、体制構築等の具体的な成果はなかったが、当センター医師によるどちま のネットの利用促進を図るため、勉強会を実施し、医師を新たに登録した。</p>

・ 地域の医療機関との的確な役割分担を意識しつつ、引き続き地域の医療機関との協働体制を構築していく必要がある。

法人の 自己評価	A	評価 理由	・ 「地域の医療機関との連携強化」では、平成28(2016)年4月に地域連携センターを設置し、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た。 ・ 「患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化」では、地域の関係者とカンファレンスを通して情報を共有し、退院してから療養を継続できるように調 整を行った。 ・ 「在宅緩和ケアの推進」では、宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを済生会宇都宮病院と協働で開催した。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。



知事の 評価(案)	A	評価 理由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。
--------------	---	-----------	--

6 地域医療への貢献(中項目)

	H28(2016) 年度	H29(2017) 年度	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度 (自己評価)
各事業年度の 中項目別評価	A	A	B	A

中期目標の記載内容		中期計画の記載内容		中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
(1) 地域のがん医療の向上・均てん化のための支援(小項目) 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。 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。 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。 ウ 放射線治療専門医が常動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。	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。 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。 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。 ウ 放射線治療専門医が常動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。	<ul style="list-style-type: none"> 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・各都府県がん診療連携協議会を関与し、情報共有や意見交換等を行った。 令和元(2019)年度にPDCAサイクル部会と栃木県がん・生殖医療ネットワークを設立し、都道府県がん診療連携拠点病院の役割(指定要件)として県内の診療の質の均てん化や地域連携体制の強化に取り組んだ。 郡市医師会向け出張講座、地域医療機関向けの研修会を実施するとともに、医療機関から医療従事者の実習受入れ等を行った。 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、県内の診療放射線技師及び医学物理士を対象にセミナーを開催した。 那須赤十字病院を訪問し、電離箱の相互校正を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> 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・各都府県がん診療連携協議会を関与し、情報共有や意見交換等を行った。 令和元(2019)年度にPDCAサイクル部会と栃木県がん・生殖医療ネットワークを設立し、都道府県がん診療連携拠点病院の役割(指定要件)として県内の診療の質の均てん化や地域連携体制の強化に取り組んだ。 郡市医師会向け出張講座、地域医療機関向けの研修会を実施するとともに、医療機関から医療従事者の実習受入れ等を行った。 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、県内の診療放射線技師及び医学物理士を対象にセミナーを開催した。 那須赤十字病院を訪問し、電離箱の相互校正を実施した。 	
(2) がん対策事業への貢献(小項目) がん登録の予一タ収集や分析を行うなど、国や県などが効果的ながん対策事業を実施できるよう、積極的に貢献すること。	がん登録等の情報の整理、分析等を行うとともに、県のがんに関する計画の企画立案等に参画するなど、がん対策事業に対して積極的に貢献する。	<ul style="list-style-type: none"> 県内のすべての病院及び指定診療所から届出を受け、全国がん登録情報の審査・整理を行い、全国がん登録(国)に提出し、公表に貢献した。 県が全国がん登録の実務に携わる者を対象として実施した、全国がん登録実務者研修会の開催に協力し、円滑な届出事務が行えるようにした。 市町のがん検診の精度管理を支援する、がん検診精度管理支援事業に取り組んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> 県内のすべての病院及び指定診療所から届出を受け、全国がん登録情報の審査・整理を行い、全国がん登録(国)に提出し、公表に貢献した。 県が全国がん登録の実務に携わる者を対象として実施した、全国がん登録実務者研修会の開催に協力し、円滑な届出事務が行えるようにした。 市町のがん検診の精度管理を支援する、がん検診精度管理支援事業に取り組んだ。 	

<ul style="list-style-type: none"> 都道府県がん診療連携拠点病院として、引き続き、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していく必要がある。
<p>次期に向けた課題</p>

法人の 自己評価	A	評価 理由	<ul style="list-style-type: none"> ・「地域のがん医療の向上・均てん化のための支援」では、都道府県がん診療連携拠点病院として、栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催したほか、令和元(2019)年度には、新たにPDCAサイクル部会と栃木県がん・生殖医療ネットワークを設立した。 ・「がん対策事業への貢献」では、県内のすべての病院及び指定診療所から届出のあった全国がん登録情報の審査・整理を行った。 ・以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
-------------	---	----------	---



知事の 評価(案)	A	評価 理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。
--------------	---	-----------	---

7 災害等への対応(中項目)

	H28(2016)年度	H29(2017)年度	H30(2018)年度	R元(2019)年度(自己評価)
各事業年度の 中項目別評価	A	A	A	A

<p>中期目標の記載内容</p> <p>災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合には、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応すること。 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ずること。</p>	<p>中期計画の記載内容</p> <p>災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合には、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、迅速に対応すること。 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>中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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行うため、病棟で火災が発生したことを想定して、消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練を実施するとともに、大地震を想定した防災訓練を実施した。 ・ 災害時のための医薬品や患者用・職員用の非常食及び水を計画的に更新した。 ・ 令和2(2020)年度中にBCP(事業継続計画)を策定予定としている。
---	---	--

<p>次期に向けた課題</p>	<p>・ 災害発生時に患者の安全を確保できるよう、引き続き、防災訓練等、災害対策を実施していくとともに、策定予定のBCP(事業継続計画)について、感染症対策等、状況に応じた見直しを進めていく必要がある。</p>	
-----------------	---	--

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟で火災が発生したことを想定した消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練と、大地震を想定した防災訓練を実施したほか、災害時のための医薬品や患者用・職員用の非常食及び水を計画的に更新した。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
----------------	----------	-------------	--



<p>知事の 評価(案)</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。
----------------------	----------	--------------	--

第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項(大項目)

1 業務運営体制の確立(中項目)

	H28(2016) 年度	H29(2017) 年度	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度 (自己評価)
各事業年度の 中項目別評価	A	A	A	A

<p>中期目標の記載内容</p> <p>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。</p>	<p>中期計画の記載内容</p> <p>安定的な経営基盤を確立するため、ガバナンスを強化するとともに、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。 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>中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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部門として、平成28(2016)年4月に経営企画室を設置した。 ・ 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の収支状況(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)、決定事項等を周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。 ・ 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、対応策を検討した。決定事項については、速やかに院内へ周知して実施した。 ・ 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。 ・ 効率的な体制を構築するため、委員会の開催回数、構成員の見直しを行った。 ・ 平成31(2019)年4月に監査室を新たに設置し、医療職の職員を配置したことにより、これまで事務分野が中心だった業務フローについて、医療分野においても作成が進んだ。
--	---	--

<p>次期に向けた課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 引き続き、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とともに、業務の適正を確保するため、内部統制の着実な推進を図っていく必要がある。
-----------------	--

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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部門として、平成28(2016)年4月に経営企画室を設置したほか、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、対応策を検討した。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
----------------	----------	-------------	--



<p>知事の評価(案)</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。より効果的かつ効率的な業務運営体制を構築すること。
-----------------	----------	--------------	---

2 経営参画意識の向上(中項目)

	H28(2016) 年度	H29(2017) 年度	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度 (自己評価)
各事業年度の 中項目別評価	A	A	A	A

<p>中期目標の記載内容</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もち、経営に参画すること、経営に関する情報を共有し、経営改善の取組を推進すること、経営改善の取組を推進すること、経営改善の取組を推進すること。</p>	<p>中期計画の記載内容</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、経営に関する責任感や使命感をもち、経営に参画すること、経営に関する情報を共有し、経営改善の取組を推進すること、経営改善の取組を推進すること、経営改善の取組を推進すること。</p>	<p>中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績</p> <ul style="list-style-type: none"> 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の収支状況(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)、決定事項等を周知し、経営に関する情報の共有と一体感の醸成に努めた。 「業務改善提案」の制度を活用し、職員からのアイデアを収集し、医療サービスの向上や収益改善などに資する取組につながった。 医療バランス・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実践した。 新規採用職員を対象に、新人同士の交流を深めることと、中途採用者が多いことから他の病院の良い文化を取り入れることを目的に新人ワールドカフェを開催した。
--	--	--

<p>次期に向けた課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、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など、職員の経営参画意識の向上を図っていく必要がある。
-----------------	--

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>	<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原則毎月開催したほか、業務改善提案制度を活用して職員からアイデアを収集し、医療サービスの向上や収益改善などに資する取組につながった。 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
----------------	----------	-------------	---



<p>知事の 評価(案)</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p>	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。
----------------------	----------	--------------	--

3 収入の確保及び費用の削減への取組(中項目)

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016) 年度	H29(2017) 年度	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度 (自己評価)
	A	B	B	B

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
<p>(1)収入の確保への取組(小項目)</p> <p>病診・病病連携の強化や積極的な情報発信と質の高いがん医療の提供などにより、患者を確保すること。</p> <p>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。</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、がんセンターの特色を周知するとともに、地域のイベントでのPR活動や出前講座の実施等、積極的な情報発信、広報活動を行う。</p> <p>ウ 効率的かつ柔軟な病棟管理を行い、病床利用率を向上させる。</p> <p>エ 診療情報管理士等、専門的知識を有する職員の確保と育成に努め、診療報酬改定等に迅速かつ適切に対応できる体制を構築する。</p>	<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、医師と渉外業務専門員が県内の医療機関や歯科診療所を訪問した。 ・ 医療連携情報交換会や郡市医師会向けの出張講座を開催した。 ・ 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。 ・ 開院30周年記念式典・記念講演「市民公開講座」及びがんセンター公開Day「メディカルフェスタ」を開催し、がんに関する情報や当センターの診療内容を広く県民に情報発信した。 ・ 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。 ・ 「がんセンター出前講座」は多様な対象から申し込みがあり、対象に応じた効果的ながん教育を実施するとともに、あらゆる世代の県民や地域との交流を図った。 ・ 入院病棟に関しては看護部や医事課の病床運営担当等が病床運営状況を見て、入院病棟を決定した。 ・ 緊急入院の患者の受入れについて、該当診療科の病棟における対応が困難なときは、他病棟の空床を利用し、病床利用率の向上を図った。 ・ 初回の化学療法について、患者の安全に配慮し、外来ではなく入院で対応した。 ・ 令和2(2020)年4月に常勤医師14名を採用し、全ての診療科において診療体制が整ったことから、手術件数の増加及び病床利用率の向上等による医療収益の増加が見込まれる。 ・ 他の医療機関で診療情報管理業務の経験を有する診療情報管理士を採用し、若手診療情報管理士の育成に努めた。 ・ 診療情報管理士を医事課に配置し、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(EV E)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を分析し、対応について検討を行った。 ・ 診療報酬改定内容に関係部署に周知し、施設基準の届出に向けて院内調整を行った。

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
<p>(2) 費用の削減への取組(小項目)</p> <p>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。</p>	<p>中期計画の記載内容</p> <p>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>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>中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 国民健康保険短期保険証を有する患者を中心に、入院時ににおける限度額適用認定証の説明を重点的にを行い、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。 <p>病院の収支状況を月次で管理するとともに、経営会議や経営戦略会議において収支状況を職員に周知し、コスト意識の徹底に努めた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医薬品、診療材料において、ベンチマークシステムを利用し、適正価格での購入となるよう、価格交渉を行った。 ・ 医薬品については、先薬品から後発品への切替えを行ったほか、在庫管理をSPD(物品の供給・管理業務)事業者へ委託し、薬剤師の業務軽減及び棚卸差額の減少に努めた。 ・ 診療材料については、各部署に定数ヒアリングを実施し院内在庫の見直しを行った。 ・ 診療材料の棚卸しの結果を踏まえ、各部署の在庫管理方法を、物品管理委員会や物品ワーキンググループで検討、情報共有した。 ・ CT、MRIの保守点検業務委託契約については、フルメンテナンから定期点検のみとする見直しを行い、費用を削減した。 ・ 図書室関係の支出について図書委員会と検討し、司書業務の委託廃止や、図書購入費用の削減等を行った。 ・ 電話交換業務委託の入札方法を指名競争入札から一般競争入札に変更し、経費を削減することができた。 ・ 光熱水費については、毎月の電気使用量、ガス使用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。 ・ 院内各会議におけるペーパーレス化を推進し、コピー用紙代の削減に努めた。 ・ 適切なコスト管理等を行うため、診療行為別原価計算を実施するための経営分析システムの精度向上に努めた。
<p>次期に向けた課題</p>	<p>医師の確保等により更なる収入の確保を図るとともに、安全面にも積極的に取り組んでいく必要がある。</p>	
<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p> <p>評価理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「収入の確保への取組」では、紹介患者増を目指して、医師と渉外業務専門員が県内の医療機関や歯科診療所を訪問したほか、診療情報管理士を医事課に配置し、DPC分析ベンチマークシステム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を分析し、対応について検討を行った。また、令和2(2020)年4月に常勤医師14名を採用し、全ての診療科において診療体制が整ったことから、手術件数の増加及び病床利用率の向上等による医療収益の増加が見込まれる。 ・ 「費用の削減への取組」では、医薬品、診療材料において、ベンチマークシステムを利用し、適正価格での購入となるよう価格交渉を行ったほか、委託料については、入札方法を指名競争入札から一般競争入札に変更し、費用の削減に努めた。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。 	
<p>知事の評価(案)</p>	<p>B</p> <p>評価理由等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回るものと見込まれるため、「B」評価とした。病床利用率の向上等により更なる収入の確保を図るとともに、安全面にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組むなど、より一層の経営改善に努められたい。 	



第4 予算、収支計画及び資金計画(財務内容の改善に関する事項)(大項目)

◆中期計画指標(中期目標期間における各事業年度の実績)

No	指標名	H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R2(2020)年度見込み値	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率(見込み)	指標の達成状況
1	経常収支比率(%)	101.1	98.9	98.0	97.0	100	100以上	100%	iv
2	医業収支比率(%)	79.1	77.8	79.4	80.5	85	85以上	100%	iv

各事業年度の 中項目別評価	H28(2016)年度	H29(2017)年度	H30(2018)年度	R元(2019)年度 (自己評価)
	A	B	B	B

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績
<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、健全な経営と医療の確保の高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。</p>	<p>中期計画の記載内容</p> <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、中期目標期間中に経常収支比率を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>・平成28(2016)年度の経常収支は111,514,400円を計上し、経常収支比率は101.1%となったが、平成29(2017)年度から令和元(2019)年度は3年連続で経常収支比率は100%に達しなかった。</p> <p>・経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の収支状況等(予算、実績、診療料)と患者数・収益、収支改善の状況等を周知し、経常収支の黒字化を目指した。</p> <p>・診療料及び事業系センターごとに、幹部職員によるヒアリングを実施した。診療料のヒアリングでは、近年の入院患者や収益・費用の推移、経営分析システムによる収支分析結果などをもとに、課題と今後の方針、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体例などについて意見交換した。</p>

<p>次期に向けた課題</p>	<p>・経常収支において、平成29(2017)年度から3年連続赤字という事態を踏まえ、経営状況の改善に取り組んでいく必要がある。</p>
-----------------	--

法人の自己評価	評価理由
B	<p>経営会議や経営戦略会議を通じて月次で収支状況等を管理したほか、診療料ごとにヒアリングを実施し、課題と今後の方針、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体例などについて意見交換を行い、経常収支の黒字化を目指した。</p> <p>・平成28(2016)年度の経常収支は111,514,400円を計上し、経常収支比率は101.1%となったが、平成29(2017)年度から令和元(2019)年度は3年連続で経常収支比率は100%に達しなかった。</p> <p>・以上の結果、計画を下回って実施する見込みであると判断し、「B」評価とした。</p>



知事の評価(案)	評価理由等
B	<p>・当該中項目に関しては、計画をやや下回るものと見込まれるため、「B」評価とした。経常収支の黒字化に向けて、より一層の経営改善に努められたい。</p>

第10 その他業務運営に関する重要事項(大項目)

	H28(2016)年度	H29(2017)年度	H30(2018)年度	R元(2019)年度(自己評価)
各事業年度の 中項目別評価	B	B	A	A

<p>中期目標の記載内容</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、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こと。 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 대응するため、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。</p>	<p>中期計画の記載内容</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、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。 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 対応するため、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>中期目標の期間終了時に見込まれる中期目標期間の業務実績</p> <ul style="list-style-type: none"> ワーキンググループによる検討会、プロジェクトチームによる会議を開催した結果、施設の老朽化の状況から「建替」による再整備が必要であり、また、整備のあり方として、今後の医療技術の進歩を見据えた施設への整備を方向性とした。「地方独立行政法人栃木県立がんセンター将来構想」を平成30(2018)年度に策定し、県に提出した。 県に提出した将来構想を受け、さらに具体的な内容とするため新たなメンバーで構成した「TCGみらいSOZO委員会」を令和元(2019)年度に立ち上げた。 医療機器については、毎年度計画的に更新・整備した。
---	---	---

<p>次期に向けた課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、県立病院として求められるあり方や提供する医療の内容について、県とともに検討していく必要がある。
-----------------	--

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ワーキンググループによる検討会、プロジェクトチームによる会議を開催した結果、「地方独立行政法人栃木県立がんセンター将来構想」を平成30(2018)年度に策定し、県に提出した。 医療機器については、毎年度計画的に更新・整備した。 以上の結果、概ね計画どおり実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
----------------	----------	-------------	---



<p>知事の 評価(案)</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p>	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。
----------------------	----------	--------------	--

中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績に関する全体評価書（がんセンター）

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

1 全体評価（案）

(1) 評価結果

第一期中期目標期間の業務実績については、概ね目標を達成すると見込まれるが、一部の項目において目標の達成が困難な見込みである。

(2) 判断理由等

- 12 の中項目中「質の高い医療の提供」等の 10 項目については、A 評価（概ね計画どおり実施すると見込まれる）と判断した一方、「収入の確保及び費用の削減への取組」及び「財務内容の改善に関する事項」の 2 項目については、B 評価（計画をやや下回って実施すると見込まれる）と判断した。
- B 評価と判断した 2 項目については、医業収支は改善しているものの、経常収支は平成 29 年度から 3 年続けて赤字となっており、経常収支の黒字化に向けて、患者数の増加や費用の削減等、引き続き経営改善に取り組む必要がある。

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

中期目標期間終了時の検討について

1 概 要

地方独立行政法人法第 30 条第 1 項により、設立団体の長は、中期目標期間の終了時までには法人の業務の継続又は組織の存続の必要性等について検討を行い、検討結果に基づく措置を行う。

検討にあたっては、同条第 2 項により評価委員会から意見を聴くこととされている。

地方独立行政法人法

第 30 条 設立団体の長は、第 28 条第 1 項第 2 号に規定する中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績に関する評価を行ったときは、中期目標の期間の終了時までには、当該地方独立行政法人の業務の継続又は組織の存続の必要性その他その業務及び組織の全般にわたる検討を行い、その結果に基づき、業務の廃止若しくは移管又は組織の廃止その他の所要の措置を講ずるものとする。

2 設立団体の長は、前項の規定による検討を行うにあたっては、評価委員会の意見を聴かなければならない。

2 中期目標期間の終了時までに行う検討（案）

地方独立行政法人栃木県立がんセンターは、平成 28（2016）年 4 月の設立以来、質の高いがん医療を安定的に提供するとともに県内における医療水準の向上・均てん化を推進してきた。

今後についても、地方独立行政法人の利点を十分に活かした病院運営により、急速な高齢化の進展や、入院治療から外来治療への移行、医療技術の進歩などの医療を取り巻く環境変化に迅速に対応し、経営の健全化を図るとともに、県民に対する医療サービスをさらに充実させていくことが求められる。

【中期目標とは】

- ・ 地方独立行政法人法第25条に基づき、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。栃木県知事は、これを当該法人に指示するとともに、公表しなければならない。
- ・ 栃木県知事は、中期目標を定めるときは、あらかじめ、地方独立行政法人評価委員会の意見を聴くとともに、議会の議決を経なければならない。

《中期目標に定める事項》

第1 中期目標の期間 5年間(令和3(2021)年4月1日～令和8(2026)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

【主な内容】

- ・ 県民の医療ニーズを踏まえて、高度で専門的な医療など質の高い医療を提供すること。
- ・ 患者が安心して医療を受けられるよう、医療の安全を確保するとともに、患者・県民の視点に立って医療を提供するほか、人材の確保と育成に取り組むこと。
- ・ 県全体のがん医療水準の向上や在宅医療の充実を図るため、地域連携を推進するとともに、地域医療に貢献すること。

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 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。
- ・ 職員の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、中期目標期間中に経常収支を黒字化すること。
- ・ 計画的な資金管理を行うことにより、経営基盤の安定化に努めること。

第5 その他業務運営に関する重要事項

- 【項目】 1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討 2 適正な業務の確保

【主な内容】

- ・ 病院施設の老朽化や地域の医療機関の状況等を踏まえ、長期的な視点から、今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を具体的に検討すること。
- ・ 医療機器については、近隣の医療機関との共同利用や費用対効果等を総合的に勘案した上で、県民の医療ニーズ等に対応するため、計画的な更新・整備に努めること。
- ・ 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守するとともに、適切な情報管理を行うこと。また、これらを確保するために、内部統制を充実すること。

地方独立行政法人栃木県立がんセンター
第2期中期目標・中期計画 策定スケジュール

時 期	行 事	中期目標	中期計画
7/29	第1回 法人評価委員会	素案の提示	—
10月中旬	第2回 法人評価委員会	修正案の提示 → 承認	素案の提示
12月	12月議会	議案上程 → 議決後、法人 への指示	→ 法人から県への 認可申請
1月上旬	第3回 法人評価委員会	—	修正案の提示 → 承認
2月	2月議会	—	議案上程
3月		—	→ 議決後、法人 への認可

地方独立行政法人栃木県立がんセンター
第2期中期目標 素案
(令和3(2021)年度～令和7(2025)年度)

前文

栃木県立がんセンター（以下「がんセンター」という。）は、県民が求める高度で専門的ながん医療を提供するとともに、都道府県がん診療連携拠点病院として栃木県のがんの医療水準の向上・均てん化を推進するなど、県内におけるがん医療に対して極めて重要な役割を果たしている。

平成 28（2016）年度から令和 2（2020）年度までの第一期中期目標期間においては、がんリハビリテーション提供体制の整備やゲノムセンターの開設を行うとともに、地方独立行政法人制度の特長を活かして、専門的な資格やノウハウを持った職員を随時採用するなど、医療の質の向上とその提供体制づくりに取り組んできた。

一方、経営面においては、平成 28（2016）年度は経常収支の黒字化を達成したものの、平成 29（2017）年度以降は純損失を計上しており、非常に厳しい経営状況が続いている。

また、近年、急速な高齢化の進展や、入院治療から外来治療への移行、医療技術の進歩など、医療を取り巻く環境は大きく変化している。

令和 2（2020）年度からの 5 年間の第 2 期中期目標期間においては、こうした医療環境の変化に迅速に対応し、経営の健全化を図るとともに、県民に対する医療サービスをさらに充実させていくことが求められる。

この第 2 期中期目標は、第 1 期中期目標期間における業務実績や経営状況、医療環境の変化などを踏まえ、医療サービスの向上、医療従事者の確保と育成、地域の医療機関との連携、業務運営の改善や効率化など、がん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。

がんセンターにおいては、地方独立行政法人の利点を十分に活かした病院運営を行うことにより、経営改善を図りつつ、質の高いがん医療を安定的に提供するとともに、県内における医療水準の向上を推進するなど、県民の健康の確保及び増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

令和3（2021）年4月1日から令和8（2026）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、高度で専門的な医療など質の高い医療を提供すること。

また、患者が安心して医療を受けられるよう、医療の安全を確保するとともに、患者・県民の視点に立って医療を提供するほか、人材の確保と育成に取り組むこと。

さらに、県全体のがん医療水準の向上や在宅医療の充実を図るため、地域連携を推進するとともに、地域医療に貢献すること。

1 質の高い医療の提供

（1）高度で専門的な医療の推進

希少がんや難治性がんの特性に応じた医療やがんゲノム医療の提供など、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、高度で専門的な医療を提供すること。

（2）チーム医療の推進

多職種 of 医療従事者間で連携、協働し、それぞれの専門性を最大限に発揮できるよう、患者及びその家族も一員としたチーム医療を推進すること。

（3）緩和ケアの推進

患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、緩和ケアチーム、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による緩和ケア提供体制の充実など、がんと診断された時からの緩和ケアを推進すること。

（4）がん患者リハビリテーションの推進

患者の運動機能の改善及び生活機能の低下予防のため、がんと診断された時から患者の病態に応じたリハビリテーションの提供を推進すること。

2 安全で安心な医療の提供

(1) 医療安全対策等の推進

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化や医療事故の発生原因の分析等を行い事故防止の徹底を図るなど、医療安全対策を推進するとともに、感染管理体制を充実するなど、院内感染対策を強化すること。

(2) 医療機器、医薬品等の安全管理の徹底

安全な医療を提供するため、放射線治療機器の品質管理の徹底など、医療機器や医薬品等の管理を徹底すること。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供

(1) 患者及びその家族への医療サービスの充実

患者及びその家族の視点に立ち、必要な情報を分かりやすく説明することを徹底するとともに、患者が生活スタイルに応じた治療法を選択するための医療相談の充実を図るなど、患者及びその家族への医療サービスを充実すること。

(2) 患者の就労等に関する相談支援機能の充実

患者の就労をはじめ、社会的支援に関する情報を提供するため、ハローワークなどの関係機関との連携を図るとともに、相談支援機能を充実すること。

(3) 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とともに、患者のニーズを的確に把握しその改善に取り組むなど、患者及びその家族の利便性・快適性の向上に努めること。

(4) 県民へのがんに関する情報の提供

県民のがんに対する理解やがん検診の受診を促進するため、県民に対し、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、ホームページを充実するなど、適切な情報提供を行うこと。

(5) ボランティア等民間団体との協働

ボランティアが運営するがん患者等と同じ立場の人同士の交流の場の充実など、ボランティア等民間団体との協働による取組を推進すること。

4 人材の確保と育成

(1) 医療従事者の確保と育成

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確保と育成に努めること。

(2) 研修体制の強化

高度で専門的な医療を提供するため、体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど、研修体制を強化すること。

(3) 人事管理制度の構築

職員の勤務成績などを考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する、がんセンターに適した人事管理制度の構築に努めること。

(4) 働きやすい職場環境づくり

医療従事者の勤務環境の改善やワーク・ライフ・バランスの推進など、職員が安心して働くことができ、心身ともに健康を維持できるよう職場環境の整備に努めること。

また、タスク・シフティングの推進による労働時間の短縮や多様な勤務形態の導入など、働き方改革の取組を推進すること。

(5) 医療従事者の臨床倫理観の向上

患者の尊厳などを守るため、医療倫理の教育や研修を定期的実施するなど、医療従事者の臨床倫理観の向上を図ること。

5 地域連携の推進

(1) 地域の医療機関との連携強化

患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、ニーズを把握しながら、地域の医療機関との的確な役割分担を行い、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）を活用するなどして、病診・病病連携を強化すること。

(2) 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化

がんになっても住み慣れた地域で療養することができるよう、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションの活動支援など、患者の在宅療養を支援するための病診連携を強化すること。

(3) 在宅緩和ケアの推進

がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮らすことができるよう、在宅における緩和ケアを推進すること。

6 地域医療への貢献

(1) 地域のがん医療の質の向上のための支援

地域のがん医療の質の向上を推進するため、がん医療に携わる医療従事者の育成に対する積極的な支援等を行うこと。

また、AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがん患者支援を推進するため、がん治療医と生殖医療専門医の連携体制の促進に努めること。

(2) がん対策事業への貢献

がん登録のデータ収集や分析を行うなど、国や県などが効果的ながん対策事業を実施できるよう、積極的に貢献すること。

7 災害等への対応

災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、県から

の要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応すること。

また、BCP（業務継続計画）の継続的な見直し及びBCPに基づく被災状況を想定した訓練・研修の実施等により、災害発生時に患者の安全を確保できるよう対策を講じること。

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

(1) 効率的な組織体制の構築

医療環境の変化に応じて迅速な意思決定を行えるよう、法人の組織体制を検討し、より効果的かつ効率的な業務運営体制を構築すること。

また、質の高い医療を効率的に提供するため、最適な職員構成を検討し、経営効率の高い職員配置に努めること。

(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。

2 収入の確保及び費用の削減への取組

(1) 収入の確保への取組

病診・病病連携の強化や積極的な情報発信と質の高いがん医療の提供などにより、患者を確保すること。

また、病床利用率の向上策や診療報酬改定への迅速かつ適切な対応、未収金の発生防止と回収の徹底などにより、収入を確保すること。

(2) 費用の削減への取組

経営状況を分析し、費用の適正化について検討を行うとともに、適正な在庫管理の徹底、職員全員のコスト意識改革及び原価計算の実施などにより、費用の削減に努めること。

第4 財務内容の改善に関する事項

県民が求める高度で専門的ながん医療を安定的に提供していくためには、健全な経営と医療の質の確保の両立が重要であることから、中期目標期間中に経常収支を黒字化すること。

また、計画的な資金管理を行うことにより、経営基盤の安定化に努めること。

第5 その他業務運営に関する重要事項

1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討

病院施設の老朽化や地域の医療機関の状況等を踏まえ、長期的な視点から、今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を具体的に検討すること。

また、医療機器については、近隣の医療機関との共同利用や費用対効果等を総合的に勘案した上で、県民の医療ニーズ、医療技術の進展に対応するため、計画的な更新・整備に努めること。

2 適正な業務の確保

県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守するとともに、適切な情報管理を行うこと。また、これらを確保するために、内部統制を充実すること。

令和元(2019)年度 (地独)栃木県立リハビリテーションセンター決算の概要(速報)

〔平成30(2018)年4月 地方独立行政法人化〕

(単位:百万円)

区分		H30(2018)年度 決算額 A	R元(2019)年度 決算額 B	比較 B-A	
許可病床数(床)		153	153	0	
病院	年間 延患者数	入院患者数(人)	34,689	37,641	2,952
		1日平均(人)	95.0	102.8	7.8
		外来患者数(人)	21,525	20,020	△1,505
		1日平均(人)	88.2	83.4	△4.8
	病床利用率(%)		79.2	85.7	6.5
	単価	一人一日当入院(円)	34,152	36,106	1,954
		一人一日当外来(円)	8,973	8,432	△541
医業収支比率(%)		64.9	68.9	4.0	
施設	利用者数	24,610	22,249	△2,361	
	施設利用率(%)	56.0	50.5	△5.5	
経常収支比率(%)		101.4	104.1	2.7	
営業等 収支	収入		3,301	3,497	196
	営業	営業収益	3,216	3,428	212
		医業収益	1,391	1,540	149
		うち入院収益	1,185	1,359	174
		うち外来収益	193	169	△24
		施設収益	335	373	38
		運営費負担金	763	713	△50
		運営費交付金	527	513	△14
		その他営業収益	200	290	90
		営業外収益	71	69	△2
		うち運営費負担	59	55	△4
	臨時利益	14	0	△14	
	支出		3,299	3,360	61
	営業	営業費用	3,147	3,271	124
		医業費用	2,144	2,234	90
		うち給与費	1,273	1,350	77
		うち材料費	144	125	△19
		うち経費	413	434	21
		うち減価償却費	304	315	11
		施設費用	753	780	27
		うち給与費	509	558	49
		うち経費	242	220	△22
		一般管理費	154	158	4
		うち給与費	121	127	6
		その他営業費用	95	99	4
	営業外費用	95	89	△6	
	臨時損失	57	0	△57	
経常損益		46	137	91	
経常損益(医業)		62	134	72	
経常損益(施設)		△16	3	19	
純利益		2	137	135	
資本 収支	収入		350	389	39
	企業債	85	73	△12	
	資本収支	264	310	46	
	資本収支	1	6	5	
	支出		511	596	85
	建設改良費	77	71	△6	
	企業債償還金等	434	524	90	
差引		△160	△206	△46	
県負担金(営業等+資本)		1,086	1,078	△8	
貸借 対照	資産	7,475	7,130	△345	
	負債	6,450	6,007	△443	
	資本	1,025	1,122	97	

【各数値の増減要因等】

(患者数)

- 入院患者数は増加
〔要因〕回復期リハビリテーション病棟の増床(6階病棟:40床、H30.4月から段階的に受入れ)
- 外来患者数は減少
〔要因〕小児科医師の減及び直入院患者の増

(収支関係)

- 医業収益は増加
〔要因〕増床に伴う入院患者数の増加やリハ実施単位数の増による患者単価の増加
 - 医業費用は増加
〔要因〕療法士数増による給与費の増加等
- ⇒ 収益の増加が費用の増加を上回ったことから、医業収支が改善し、黒字を計上した。

令和元（2019）年度業務実績報告書兼中項目別評価書の概要について（リハビリテーションセンター）

1 評価方法及び評価基準

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

評価基準：S（計画を上回って実施している。）

A（概ね計画どおり実施している。）

B（計画をやや下回って実施している。）

C（計画を下回っている、又は実施していない。）

2 評価結果及び理由

中項目	法人の自己評価		知事の評価（案）	
	評価結果	評価理由	評価結果	評価理由等
第1 1 質の高い 医療の提供 資料13 p 2～6	B	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「重症患者の受入れ割合」、「休日におけるリハビリテーション実施単位数」が目標値を上回った一方、「リハビリテーション実施単位数」、「発達障害外来受診者数」、「整形外科手術実施人数」、「ブレイブ（器具）クリニック実施件数」及び「療法士及び看護師の学会発表件数」については目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「専門的な医療の提供」では、入院時の多職種による評価及びMSWによる面談の実施や重症患者の積極的な受け入れに加え、外来リハビリテーションの提供に努めたほか、「障害児・障害者に対する専門医療の提供」として、病院と施設で連携し障害児の発達を促すとともに、介護保険制度の適用外となる患者に対し、継続的に外来リハビリテーション医療を提供した。さらに「医療機能の充実」として、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び入院料3の要件に適合するよう定期的に検討会を開催したほか、365日リハを充実させるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	B	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。医師の安定的な確保に努め、整形外科手術の積極的な実施を図るとともに、医療・福祉ニーズの的確な把握に努め、障害児・障害者の施設利用件数の増加を図りたい。

中項目	法人の自己評価		知事の評価(案)	
	評価結果	評価理由	評価結果	評価理由等
2 安全で安心な医療の提供 資料13 p 7～8	S	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「医療安全に関する研修会の実施回数」、「集中ラウンド実施回数」、「医薬品安全管理研修会の実施回数」ともに目標値を上回った。 年度計画の業務実績に関しては、「医療安全対策の推進」では、医療安全研修を9回開催し、医療安全に関する情報を共有したほか、「院内感染防止対策の推進」では、定例の感染対策委員会及びICT会議をそれぞれ12回開催したほか、新型コロナウイルス感染症対策についてICT臨時会議を8回開催するなど様々な対策を実施し、感染の発生を防ぐ(感染者なし)など、いずれの小項目においても計画どおり又は計画を上回って実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画を上回って実施することができたため、「S」評価とした。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることと判断したため、「A」評価とした。引き続き、研修会等の充実や職員等の意識向上に努め、医療事故等の発生防止を図られたい。
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供 資料13 p 9～11	A	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「退院前在宅訪問指導(家屋調査)件数」は目標値を上回った一方、「患者満足度割合」については目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「患者や家族等への医療サービス」では、地域医療連携室の職員が合同評価やカンファレンスに参加し他部署と情報共有を図った上で、患者や家族の相談に対応したほか、療法士等による退院前在宅訪問指導により在宅復帰を支援するなど、医療サービスの充実を図った。さらに、「地域に開かれた病院運営」では、「栃木県立リハビリテーションセンター運営懇談会」において、当センターの運営に関する意見や提案をいただくなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 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。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。病院利用者の意見や要望に適切に応えよう努め、患者満足度割合の向上を図りたい。
4 障害児・障害者の福祉の充実 資料13 p 12～14	B	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「児童発達支援事業所等を対象とした研修実施回数」及び「家族会の開催回数」は目標値を上回った一方、「子ども療育センター短期入所契約者数」、「自立訓練終了後に一般就労等に移行した利用者数」については目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「療育支援の充実」では、個別支援計画の立案、実践及び評価を通して療育支援の充実を図ったほか、「自立訓練の充実」では、利用開始時及び訓練期間中の心理職による面談を充実させるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	B	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていることと判断したため、「B」評価とした。医師の安定的な確保及び利用促進のための普及啓発に努め、障害児・障害者の施設利用件数の増加を図りたい。

<p>5 人材の確保と育成 資料13 p 15～16</p>	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「療法士数」「医師数」「職員満足度割合」については、「認定看護師数」「医師数」「職員満足度割合」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「職員の資質向上」では、新規採用職員研修や年度途中で採用された職員に対して研修を実施したほか、e-ラーニング等web教育サービスを導入し、「医療従事者の安定的な確保」では、看護師養成校や県内医療系専門学校への訪問や随時の採用試験を実施するなど、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、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていることと判断したため、「B」評価とした。医療従事者の安定的な確保に努めるとともに、ワーク・ライフ・バランスの推進に努め、職員満足度割合の向上を図られたい。
<p>6 地域連携の推進 資料13 p 17～18</p>	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「逆紹介率」、「出前講座の実施回数」ともに目標値を上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「急性期病院や地域の医療機関等との連携の推進」では、入院申込みから入院までの期間の短縮を図ったほか、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）を活用し、急性期病院との連携を図った。また、「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」では、こども発達支援センター通園中及び退園後に、通園児が関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等との情報交換や技術支援を行うなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 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。 	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
<p>7 地域医療・福祉への貢献 資料13 p 19～20</p>	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「療法士の実習生受入れ人数」及び「児童発達支援事業所等を対象とした研修実施回数」は目標値を上回った一方、「看護師の実習生受入れ人数」及び「こども療育センター短期入所契約者数」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療・福祉関係者の資質向上に係る支援」では、看護師、療法士等の実習生及び研修生を積極的に受け入れたほか、「障害児の地域におけるリハビリテーションへの支援」では、地域療育支援事業として、地域の療育機関等を対象とした研修会を実施するとともに、療育に携わる職員の実習を受け入れるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。 	<p>B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていることと判断したため、「B」評価とした。実習生及び研修生の受入れの拡大等により医療・福祉関係者の資質向上に努めるとともに、施設利用の普及啓発に努め、療育支援の充実を図られたい。

中項目	法人の自己評価		知事の評価(案)	
	評価結果	評価理由	評価結果	評価理由等
8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理 資料13 p 21	A	<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き、公文書及び個人情報情報を適切に管理し、職員に対し情報管理について注意喚起を図るなど、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。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関して、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
9 災害等への対応 資料13 p 22	A	<ul style="list-style-type: none"> 県が実施するセミナーへ担当職員を派遣し、BCPの策定に必要な情報の収集に努めたほか、BCP策定の前段として災害対応マニュアルを策定した。また、令和元(2019)年台風19号豪雨JRA T災害対策本部(東京本部)に職員を派遣するとともに、JRA Tや栃木県災害リハビリテーション連絡会の定例会に職員を派遣するなど、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。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
第2 1 業務運営体制の確立 資料13 p 23	A	<ul style="list-style-type: none"> 経営企画室を中心として、内部監査によるガバナンスの強化や小児整形外来、神経難病外来等の新設による業務運営の充実を図ったほか、事務決裁規程の改正により事務処理の効率化を図るなど、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。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。
2 経営参画意識の向上 資料13 p 24	A	<ul style="list-style-type: none"> 管理運営会議で経営方針の検討や経営情報を共有するとともに、その結果を所内連絡会議等に報告するなど職員の経営参画意識の向上を図るとともに、新たに業務改善に係る職員提案制度を開始するなど、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。 	A	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

<p>3 収入の確保及び費用の削減への取組</p> <p>資料13 p 25～27</p>	<p>A</p>	<p>・ 指標の達成状況に関しては、「療法士数」、「新入院患者数」、「ジェネリック医薬品使用割合」及び「材料費対医療収益比率」は目標値を上回った一方、「リハビリテーション実施単位数」、「医師数」、「病床利用率」については目標値を下回った。</p> <p>・ 年度計画の業務実績に関しては、「収入の確保対策」では、令和2（2020）年1月から5階及び6階病棟において回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定を開始したほか、「費用の削減対策」では、医薬品の定期的な使用量を把握し、医薬品管理の効率化及び適正化を図るなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。</p> <p>・ 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。</p>	<p>A</p>	<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。リハビリテーション実施単位数の増加や医師の安定的な確保により更なる収入の確保を図るとともに、病床利用率の向上に努められた。</p>
<p>第3 財務内容の改善に関する事項</p> <p>資料13 p 28</p>	<p>A</p>	<p>・ 指標の達成状況に関しては、「経常収支比率」は目標値を上回った一方、「医療収支比率」については目標値を下回った。</p> <p>・ 年度計画の業務実績に関しては、毎月、中堅幹部職員以上が出席する所内連絡会議において、入院別・診療科別の前月までの稼働額を周知し、経営情報の共有を行うとともに収益の維持・増加に向けた取り組みの強化を働きかけた。令和元（2019）年度の経常収支比率は104.1%となり目標を達成した。</p> <p>・ 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。</p>	<p>A</p>	<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。ただし、医療収支比率の改善に向け、より一層の経営改善に努められたい。</p>
<p>第8 その他業務運営に関する重要事項</p> <p>資料13 p 29</p>	<p>A</p>	<p>・ 医療機器等の調達に当たっては、管理運営会議において投資計画を精査し、計画的な更新・整備を行うことができたことから、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。</p>	<p>A</p>	<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。</p>

業務実績報告書兼中項目別評価書

令和元(2019)年度

(第2期事業年度)

自 平成31(2019)年4月1日

至 令和2(2020)年3月31日

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

目 次

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表	1
第1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項（大項目）	2
1 質の高い医療の提供（中項目）	2
2 安全で安心な医療の提供（中項目）	7
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供（中項目）	9
4 障害児・障害者の福祉の充実（中項目）	12
5 人材の確保と育成（中項目）	15
6 地域連携の推進（中項目）	17
7 地域医療・福祉への貢献（中項目）	19
8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理（中項目）	21
9 災害等への対応（中項目）	22
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	23
1 業務運営体制の確立（中項目）	23
2 経営参画意識の向上（中項目）	24
3 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	25
第3 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）	28
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	29

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表

◆ 中期目標期間における各事業年度の項目別評価

項目	平成30(2018)年度	令和元(2019)年度	令和2(2020)年度	令和3(2021)年度	令和4(2022)年度
第1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項					
1 質の高い医療の提供	B	B			
2 安全で安心な医療の提供	A	A			
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供	A	A			
4 障害児・障害者の福祉の充実	B	B			
5 人材の確保と育成	B	B			
6 地域連携の推進	B	A			
7 地域医療・福祉への貢献	B	B			
8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理	A	A			
9 災害等への対応	A	A			
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項					
1 業務運営体制の確立	A	A			
2 経営参画意識の向上	A	A			
3 収入の確保及び費用の削減への取組	B	A			
第3 予算、収支計画及び資金計画					
財務内容の改善に関する事項	A	A			
第8 その他業務運営に関する重要事項					
その他業務運営に関する重要事項	A	A			

(参考) 中期目標期間における各事業年度の全体評価

年度	評価結果
平成30(2018)年度	中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。
令和元(2019)年度	中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。(案)
令和2(2020)年度	
令和3(2021)年度	
令和4(2022)年度	

第1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項(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	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 目標値	R元(2019)年度 達成率	R4(2022)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	リハビリテーション実施単位数(単位)	258,102	300,000	86%	303,000	ii
2	重症患者の受入れ割合(%)	36.8	30.0	144%	30.0	v
3	発達障害外来受診者数(人)	4,956	7,400	71%	7,400	i
4	整形外科手術実施人数(人)	30	45	17%	45	i
5	プレイス(装置)クリニック実施件数(件)	947		67%		i
6	休日におけるリハビリテーション実施単位数(単位)	65,274	50,000	131%		v
7	療法師及び看護師の学会発表件数(件)	7	8	88%		ii

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値	R3(2021)年度 実績値	R4(2022)年度 実績値
210,482	258,102			
29.0	36.8			
5,739	4,956			
11	5			
1,080	947			
47,462	65,274			
9	7			

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(1) 専門的な医療の提供(小項目)</p> <p>心身に障害のある乳幼児から高齢者までのあらゆる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、リハビリテーションの専門病院として、以下のとおり、専門的な医療を提供する。</p> <p>ア 専門的な回復期リハビリテーション医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> 脳卒中、脳外傷、骨折等による運動障害、高次脳機能障害、失語症等のある回復期の患者に対し、医師、看護師、療法師、薬剤師、管理栄養士、心理職等の多職種チームによる医学的・社会的・心理的アプローチを通じて、専門的かつ集中的なリハビリテーション医療を提供する。 なお、入院前に比べADL(日常生活活動)が低下し、退院後の生活様式が再編が必要となるなど、退院困難な要因を有している患者については、入院時に多職種による評価で状況を把握し、医療ソーシャルワーカー(以下「MSW」)による面談を实行了。また、99.4%(620人中616人)の入院患者について、入院後一週間以内にカンファレンスを実施した。 <p>イ FIM(機能的自立度評価表)の点数の低い重症患者を積極的に受け入れ、専門的なリハビリテーション医療を提供する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 社会、教育、職業といった各分野と連携したリハビリテーションが必要な若年若くは高齢者や高次脳機能障害を併った脳外傷患者等を積極的に受け入れ、一定期間が経過してもリハビリテーション医療を継続して提供し、社会福祉施設や特別支援学校等の関係機関への円滑な移行を図っていく。 	<p>心身に障害のある乳幼児から高齢者までのあらゆる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、リハビリテーションの専門病院として、以下のとおり、専門的な医療を提供する。</p> <p>ア 専門的な回復期リハビリテーション医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> 脳卒中、脳外傷、骨折等による運動障害、高次脳機能障害、失語症等のある回復期の患者に対し、医師、看護師、療法師、薬剤師、管理栄養士、心理職等の多職種チームによる医学的・社会的・心理的アプローチを通じて、専門的かつ集中的なリハビリテーション医療を提供する。 なお、入院前に比べADL(日常生活活動)が低下し、退院後の生活様式が再編が必要となるなど、退院困難な要因を有している患者については、入院時に多職種による評価で状況を把握し、医療ソーシャルワーカー(以下「MSW」)による面談を实行了。また、99.4%(620人中616人)の入院患者について、入院後一週間以内にカンファレンスを実施した。 <p>イ FIM(機能的自立度評価表)の点数の低い重症患者を積極的に受け入れ、専門的なリハビリテーション医療を提供する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 社会、教育、職業といった各分野と連携したリハビリテーションが必要な若年若くは高齢者や高次脳機能障害を併った脳外傷患者等を積極的に受け入れ、一定期間が経過してもリハビリテーション医療を継続して提供し、社会福祉施設や特別支援学校等の関係機関への円滑な移行を図っていく。 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期の患者に対し、医師を中心とした診療、専門性を有する療法師による理学・作業・言語の各療法等、専門的かつ集中的なリハビリテーション医療を提供した。 なお、入院前に比べADL(日常生活活動)が低下し、退院後の生活様式の再編が必要となるなど、退院困難な要因を有している患者については、入院時に多職種による評価で状況を把握し、医療ソーシャルワーカー(以下「MSW」)による面談を实行了。また、99.4%(620人中616人)の入院患者について、入院後一週間以内にカンファレンスを実施した。 FIM(機能的自立度評価表)の点数の低い重症患者を積極的に受け入れた結果、入院患者に占める重症患者の割合は目標(25.5%)を上回り36.8%となった。 社会、教育、職業といった各分野と連携が必要な65歳未満の患者のリハビリテーション目的での受け入れが、29.1%(612人中178人)であった。特に5.1%(178人中9人)を占める若年若くは高齢者や高次脳機能障害を併った脳外傷患者等を積極的に受け入れ、一定期間が経過してもリハビリテーション医療を継続して提供し、社会福祉施設や特別支援学校等の関係機関への円滑な移行を図った。

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>・ VF/VIE(嚥下造影検査・嚥下内視鏡検査)等を活用して、経管栄養や胃瘻設置の患者に経口摂取を目指したリハビリテーション医療を提供する。</p> <p>イ 障害児・障害者に対する専門医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 肢体不自由児や発達障害児等に対し、施設部門(子ども療育センター・子ども発達支援センター)をはじめ、栃木県障害者総合相談所や相談支援事業所、特別支援学校と連携して、相談から診療、療育、教育に至る一貫した総合的なリハビリテーションを提供する。 ・ 幼児期の発達障害児に対し、個々の発達状態を定期的に評価し、それぞれの発達状態に応じて感覚統合療法、言語聴覚療法、心理療法を実施するなど、専門的なリハビリテーション医療を集中的に提供する。 ・ 病院部門と施設部門(子ども療育センター・子ども発達支援センター)が連携・協力し、自閉スペクトラム症、注意欠如多動性障害(ADHD)、脳性麻痺等の障害児に対し、専門的かつ継続的なリハビリテーション医療を提供する。 ・ 病院部門と施設部門(子ども療育センター・子ども発達支援センター)が連携・協力し、保護者が、障害のある子及びその兄弟への適切な関わり方や日常生活の中で実施できる訓練等を学ぶことができるよう、家庭や地域における療育を支援する。 	<p>・ VF(嚥下造影検査)/VIE(嚥下内視鏡検査)等を活用して、経管栄養や胃瘻設置の患者に経口摂取を目指したリハビリテーション医療を提供する。</p> <p>イ 障害児・障害者に対する専門医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 肢体不自由児や発達障害児等に対し、施設部門をはじめ、相談支援機関や特別支援学校と連携して相談から診療、療育、教育に至る一貫した総合的なリハビリテーションを提供する。 ・ 幼児期の発達障害児に対し、個々の発達状態を定期的に評価し、それぞれの発達状態に応じて感覚統合療法、言語聴覚療法、心理療法を実施するなど、専門的なリハビリテーション医療を集中的に提供する。 ・ 早期発見・早期療育の理念のもと、地域における療育ニーズを的確に捉え、病院部門と施設部門における人的・物的資源を有効活用しながら、自閉スペクトラム症、注意欠如多動性障害(ADHD)、脳性麻痺等の障害児に対する専門的かつ継続的なリハビリテーション医療を提供する。 ・ 病院部門と施設部門が連携・協力し、保護者が、障害のある子及びその兄弟への適切な関わり方や日常生活の中で実施できる訓練等を学ぶことができるよう、家庭や地域における療育を支援する。 ・ 施設部門に個別のリアルタイムな評価結果をフィードバックし、施設部門に通園している障害児の家族に対しては、保護者向けの学習会を開催するなど、専門職種による情報提供を行う機会の充実を図る。 	<p>・ 医師を始め多職種が共同して各種検査を実施し、経口摂取を目指して患者の状態に合わせたリハビリテーション計画を立案、提供した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 肢体不自由児や発達障害児の早期療育に資するため、子ども療育センターや子ども発達支援センターでの直接的な療育支援に加え、わかさ特別支援学校や地域との相談支援事務所と連携して、診療、療育、教育等総合的なリハビリテーションを提供した。 ・ 幼児期の発達障害児に対し、定期的に各種検査を実施し、個々の発達課題に応じた専門的なアプローチを実施するとともに、保護者へ関わり方の指導やアドバイスも行った。さらに、職種間で情報共有等を行い、より多角的な理解と支援を促進した。 ・ 子ども発達支援センターでの親子通園や、病院での外来リハビリテーションを活用し、障害児本人の発達を促すとともに、家族への支援を行った。 ・ 医療センターに通院している障害児に対して医学的リハビリテーションを提供するとともに、その家族に対して個別の評価をフィードバックし、家庭や学校等の生活場面で実際に活かせるよう指導・援助した。さらに、装具・車椅子・座位保持装置などを作製する際は、必要に応じて、弱在の能力でより高いADL(日常生活活動)が獲得できるよう、アドバイスをを行った。 ・ また、施設部門に通園している障害児に対して定期的な個別訓練を実施するとともに、家族に対しては、毎月1回、保護者向けの学習会を開催し、療法士や心理職等の専門職による情報提供を行った。
<p>・ 脳性麻痺、小児運動器疾患等の障害児・障害者に対し、整形外科手術を実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険制度の適用外となる脳性麻痺、脳外傷、背髄損傷、上肢・下肢の切断傷、上肢・下肢の切断等の患者に対し、継続的に外来リハビリテーション医療を提供する。 	<p>・ 県内の医療機関との連携を強化し、医療機関からの患者の紹介件数を増やすことにより、脳性麻痺、小児運動器疾患等の整形外科手術の件数増を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険制度の適用外となる脳性麻痺、脳外傷、背髄損傷、上肢・下肢の切断等の患者に対し、リハビリテーションの効果を高められるよう、継続的に外来リハビリテーション医療を提供する。 ・ 医療機関を受診する発達障害者数の増加や周産期医療の進歩に伴う医療的ケア児の増加など医療・福祉ニーズの変化を踏まえ、リハセンターが果たすべき役割や機能、提供する医療・福祉サービスについて検討を行う。 	<p>・ 自治医科大学小児整形外科との連携により「小児整形外来」を開設し、脳性麻痺、小児運動器疾患等の整形外科手術の積極的な実施に努めた(年間手術件数5件)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険制度の適用外となる脳性麻痺、脳外傷、背髄損傷、上肢・下肢の切断等の患者に対し、継続的に外来リハビリテーション医療を提供した(外来リハビリテーション年間総実施単位数13,891単位)。 ・ リハセンターが果たすべき役割・機能及び提供すべき医療・福祉サービスについて検討を行うため、リハセンターの関係職員及び県庁関係課を構成員とする「小児医療・福祉サービスあり方検討ワーキンググループ」を設置し、計4回の検討を行い、医療的ケア児や発達障害児への支援など今後、リハセンターが取り組むべき課題の整理を行った。 ・ 県指定の「難病医療協力病院」として地域の医療機関との連携を図るとともに、「神経難病外来」を開設し、紹介患者の積極的な受け入れに努めた。

<p>中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容</p>	<p>年度計画の記載内容</p>	<p>業務実績</p>
<p>(2)医療機能の充実(小項目)</p> <p>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、以下のとおり、医療機能の充実を図る。</p> <p>ア 回復期リハビリテーション医療の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期病院との連携を強化し、回復期リハビリテーション医療の対象となる患者を受け入れる。 回復期リハビリテーション病棟を中心に、365日間、一人ひとりの患者に対し、質の高いリハビリテーション医療を集中的に提供する。 県内の回復期の医療需要増に適切に対応するため、回復期リハビリテーション病棟を増床(40床)するとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に適合する体制整備を目指すなど、合併症等で看護必要度の高い患者も積極的に受け入れる。 <p>イ 多職種連携による医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> 多職種によるカンファレンスを定期的の実施し、患者に関する情報の共有化や治療目標の統一化等により、患者一人ひとりの視点に立った医療を充実する。 褥瘡対策委員会の運営等を通じて、患者の皮膚や栄養の状態の評価、褥瘡の防止や改善に向けた取組を推進するとともに、NST(栄養サポートチーム)の設置について検討を進める。 嚥下の困難な患者に対する錠剤の粉碎等、個々の患者の状態に応じた調剤を行うとともに、薬剤師による病棟での服薬指導を充実する。 病棟での口腔衛生指導等、歯科医師や歯科衛生士による指導を充実し、入院患者等の口腔衛生の向上に努める。 認定看護師の専門性等を活用するなどして、質の高い看護ケアの提供に取り組む。 	<p>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、以下のとおり、医療機能の充実を図る。</p> <p>ア 回復期リハビリテーション医療の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期病院が患者を紹介しやすくなるよう、地域医療連携室が窓口となり、外来を介さず入院患者を直接受け入れるなど、患者の受け入れ体制を強化する。 回復期リハビリテーション病棟を中心に、365日間、一人ひとりの患者に対し、質の高いリハビリテーション医療を集中的に提供する。 なお、療法士の更なる確保を図り、休日におけるリハビリテーションの充実を目指す。 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る重症患者割合及び重症患者回復率、在宅復帰率、リハビリテーション実績指標の各施設基準が入院料1あるいは入院料3の要件に適合するよう必要なチェック体制を構築する。 <p>イ 多職種の連携による医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> 多職種による入院早期のカンファレンスや患者ごとの定期的なカンファレンスを実施するとともに、電子カルテを有効に活用し、カンファレンスにおける情報や治療目標の共有化をすすめる。 褥瘡対策委員会を開催することにより、褥瘡対策チームによる定期的な回診を実施することにより、患者の皮膚や栄養状態の評価、褥瘡の防止や改善に向けた取組を推進するとともに、褥瘡を防止し、効果的なリハビリテーション医療を実施するため、NST(栄養サポートチーム)の設置について検討を進める。 嚥下の困難な患者に対し、錠剤の粉碎や散薬への切替え等、個々の患者の状態に応じた調剤を行う。 また、特診室からリハセンターの処方薬への切替え時や退院時における服薬指導を重点的に実施する。 歯科衛生士が定期的に入院患者の口腔衛生状態をチェックし、個別的な口腔ケアを患者や家族に実施するとともに、必要に応じて歯科治療を進める。 また、食事摂取の状況等も含め、歯科医師や歯科衛生士と病棟看護師が情報を共有し、患者の口腔ケアの管理の充実を図る。 認定看護師と講師とする院内研修会を計画的に開催し、看護師や療法士の資質向上を図ることにより、多職種の連携による質の高い看護ケアの提供に取り組む。 	<p>地域医療連携室が窓口となり紹介元病院から患者の診療情報等入手し、外来での診察を行うことなく直接入院させる体制を整備することにより、急性期病院から転院した患者のうち92.7%(605人中561人)が直接入院となった。</p> <ul style="list-style-type: none"> 回復期病棟では365日リハを実施し、患者一人あたり1日平均7.13単位(平日7.89単位、休日5.66単位)を提供した。 一般病棟では、平成25(2013)年7月から休止していた日曜日の休日リハを、令和元(2019)年10月から一部再開し(理学療法)、365日リハを実施することができた。令和2(2020)年1月からは作業療法も不定期ではあるが再開した。 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び入院料3の要件に関する検討会を毎月1回定期的に開催し、令和2(2020)年1月から5階及び6階病棟において入院料1の算定を開始した。 患者ごとの多職種による入院早期(入院後1週間まで)のカンファレンスや定期的なカンファレンスを行うとともに、電子カルテを活用し、カンファレンスにおける情報や治療目標を共有した。(カンファレンス総件数1,134件) 管理栄養士や医師、看護師、臨床検査技師等を構成員とする褥瘡対策委員会を2回開催した。委員会においては全職員対象に褥瘡の「外用薬の使用について」をテーマとした研修を1回実施した。 また、給食委員会においてNSTの設置について検討した。 嚥下困難患者や経管栄養患者に対して錠剤を粉碎したり多種の散剤を混合し一包化するなど、個々の患者のニーズに合わせたオーダーメイド調剤を実施した。 服薬指導については、入院時は4階病棟を中心に、退院時は求めに応じて薬剤師が病棟の看護師と連携して患者の理解度に合わせたきめ細やかな指導を実施した。 歯科衛生士が、週3回定期的に病院施設の巡回を継続し、入院患者や入所児、入所者の口腔衛生状態をチェックし、その結果を看護師等と情報共有し、口内の保清に努めた。 看護部教育委員会と認定看護師会が連携して全職員を対象とした院内研修会を計画的に実施した。また、認定看護師会とリハ部が連携し、看護師、療法士を対象としたチームアプローチに関する研修会を3回実施し、職員の資質向上を図った。

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(3)先進的なリハビリテーション医療の提供(小項目)</p> <p>ポツリヌス療法等の新たな療法に積極的に取り組むとともに、ロボットスーツ等、先進的なリハビリテーション医療技術の導入について継続的に研究を進める。</p> <p>(4)リハビリテーションに関する調査研究等の推進(小項目)</p> <p>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るよう、以下のとおり、リハビリテーションに関する調査研究等を推進する。</p> <p>ア リハセンターが有するノウハウ及び医療現場のニーズを県内のヘルスケア産業等に情報提供するなど、患者や家族が望む新たな医療機器の製品開発等に貢献する。</p> <p>イ リハビリテーションに関する研修会や学会等に職員を積極的に参加させるとともに、リハセンター内における研修会や事例研究等を計画的に実施し、職員の専門的知識及び技能の向上を図る。</p>	<p>ポツリヌス療法等の新たな療法に積極的に取り組むとともに、ロボットスーツ等、先進的なリハビリテーション医療技術の導入について継続的に研究を進める。</p> <p>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るよう、以下のとおり、リハビリテーションに関する調査研究等を推進する。</p> <p>ア 患者や家族が望む新たな医療機器の製品開発等に貢献するため、患者が必要とする具体的なサービスや医療機器のイメーজ等に関して県内のヘルスケア産業等と情報交換を推進していく。</p> <p>イ リハビリテーションに関する研修会や学会等に職員を積極的に参加させるとともに、リハセンター内における研修会や事例研究等を計画的に実施し、職員の専門的知識及び技能の向上を図る。</p>	<p>ポツリヌス療法に積極的に取り組み、62人(注射料算定延べ27,400単位)に実施した。また、先進的なリハビリテーション医療技術の導入のために学会参加や院内でのデモンストレーション(3回)を通して先進的な医療技術に関する知識や情報を収集し、ロボットスーツ(HONDA歩行アシスト)を導入した。</p> <p>県内のヘルスケア産業に関わる事業者が参加する「とちぎヘルスケア産業協議会」の部会に参加するとともに、当センターにおいてヘルスケア関連のミーティングを開催し、事業者からヘルスケア関連の商品の説明やデモを受けるとともに、当センターのニーズを共有した。</p> <p>リハ関係学会や自治体病院学会等での発表・参加を促し、7件の発表を行った。また、院外の研修で得た知見(「感覚統合認定講習会」「人工関節置換術後の運動療法」「高次脳機能障害相談支援」「開示や訴訟に耐える看護記録」「在宅支援のあり方と看護の課題」「認定看護師教育課程 摂食嚥下障害看護分野」など)を基に、院内の職員を対象に伝達研修を行い、職員の専門的知識及び技能の向上を図った。</p>

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<p>医療従事者の安定的な確保に努め、リハビリテーション実施単位数の増加と障害児・障害者に対する専門医療の充実を図られた。</p>	<p>介護保険制度の適用外となる脳性麻痺、脳外傷、脊髄損傷、上肢・下肢の切断等の患者に対し、継続的に外来リハビリテーション医療を提供した(外来リハビリテーション年間総実施単位数13,891単位)。【再掲、(1)～イ】</p> <p>リハセンターが果たすべき役割・機能及び提供すべき医療・福祉サービスについて検討を行うため、リハセンターの関係職員及び県庁関係課を構成員とする「小児医療・福祉サービスあり方検討ワーキンググループ」を設置し、計4回の検討を行い、医療的ケア関係や発達障害児への支援など今後、リハセンターが取り組むべき課題の整理を行った。【再掲、(1)～イ】</p> <p>回復期病棟では365日リハを実施し、患者一人あたり1日平均7.13単位(平日7.89単位、休日5.66単位)を提供した。一般病棟では、平成25(2013)年7月から休止していた日曜日の休日リハを、令和元(2019)年10月から一部再開し、365日リハを実施することができた。【再掲、(2)～ア】</p>

法人の自己評価	B	評価理由
<p>指標の達成状況に関しては、「重症患者の受入れ割合」、「休日におけるリハビリテーション実施単位数」、「整形外科手術実施人数」、「整形外科手術実施人数」、「整形外科手術実施人数」が目標値を上回った一方、「リハビリテーション実施単位数」、「発達障害外来受診者数」、「整形外科手術実施人数」、「プレイス(装具)クリニック実施件数」及び「療養士及び看護士の学会発表件数」については目標値を下回った。</p> <p>年度計画の業務実績に関しては、「専門的な医療の提供」では、入院時の多職種による評価及びMSWIによる面談の実施や重症患者の積極的な受け入れに加え、外来リハビリテーションの提供に努めたほか、「障害児・障害者に対する専門医療の提供」として、病院と施設で連携し障害児の発達を促すとともに、介護保険制度の適用外となる患者に対し、継続的に外来リハビリテーション医療を提供した。さらに「医療機能の充実」として、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び入院料3の要件に適合するよう定期的に検討会を開催したほか、365日リハを充実させるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。</p> <p>以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。</p>	<p>B</p>	<p>指標の達成状況に関しては、「重症患者の受入れ割合」、「休日におけるリハビリテーション実施単位数」、「整形外科手術実施人数」、「整形外科手術実施人数」が目標値を上回った一方、「リハビリテーション実施単位数」、「発達障害外来受診者数」、「整形外科手術実施人数」、「プレイス(装具)クリニック実施件数」及び「療養士及び看護士の学会発表件数」については目標値を下回った。</p> <p>年度計画の業務実績に関しては、「専門的な医療の提供」では、入院時の多職種による評価及びMSWIによる面談の実施や重症患者の積極的な受け入れに加え、外来リハビリテーションの提供に努めたほか、「障害児・障害者に対する専門医療の提供」として、病院と施設で連携し障害児の発達を促すとともに、介護保険制度の適用外となる患者に対し、継続的に外来リハビリテーション医療を提供した。さらに「医療機能の充実」として、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び入院料3の要件に適合するよう定期的に検討会を開催したほか、365日リハを充実させるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。</p> <p>以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。</p>



知事の 評価(案)	B	評 価 理 由 等	<ul style="list-style-type: none">・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。医師の安定的な確保に努め、整形外科手術の積極的な実施を図るとともに、医療・福祉ニーズの確な把握に努め、障害児・障害者の施設利用件数の増加を図りたい。
--------------	----------	--------------	---

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	R元(2019) 年度 実績値	R元(2019) 年度 目標値	R元(2019) 年度 達成率	R4(2022) 年度 目標値※	指標の達成 状況
1	医療安全に関する研修会の実施回数(回)	5	9	180%	6	V
2	集中ラウンド実施回数(回)	2	3	150%		V
3	医薬品安全管理研修会の実施回数(回)	2	8	400%		V

※ 中期計画指標のみ記載

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値(目標)	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値
8	9			
2	3			
2	8			

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(1) 医療安全対策の推進(小項目)</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、医療安全対策を推進する。</p> <p>ア 医療安全管理者を中心とした、インシデント・アクシデントレポートの収集・分析、再発防止策の立案・実施・評価等により、医療安全対策の推進を図る。</p> <p>イ 研修会や院内広報等により、医療安全に関する情報の共有化に努め、職員の医療安全に対する意識の向上と医療事故の発生防止を図る。</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、医療安全対策を推進する。</p> <p>ア リスクマネジメント委員会やその下部組織である転倒・転落検証ワーキンググループにおいて、院内で発生したインシデント・アクシデント事例の発生要因等を分析し、再発防止に向けた対策を立案・実施・評価することにより、医療事故の発生防止に努める。</p> <p>イ 医療安全研修会や院内広報等により、職員の医療安全に対する意識の向上を図るとともに、事故防止等に関する情報を共有し、医療事故の発生防止を図る。</p>	<p>・ リスクマネジメント委員会を12回、転倒転落検証ワーキンググループを10回開催し、インシデント・アクシデント事例について発生要因を調査、分析し、再発防止の具休策検討、実施、評価を行い、医療事故の防止に取り組んだ。転倒転落検証ワーキンググループでは、1つの病棟で実施していた対策を現場に出向き検討し、他の病棟でも実施、転倒防止に取り組んだ。</p> <p>・ 医療安全研修会を9回開催し、医療安全に関する情報を共有した。アクシデントレポート事例から各部署で管理する物品の種類と定数を決めるとともに、その後、リスクマネージャーが院内11カ所をラウンドし、管理状況をチェックした。また、薬剤科・看護部合同会議を立ち上げ、日々の業務で気づいた事項に関する話し合いの場を設け、医療安全の意識向上を図った。</p>
<p>(2) 院内感染防止対策の推進(小項目)</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、院内感染防止対策を推進する。</p> <p>ア 感染対策委員会において、院内感染の監視、指導、教育等、防止対策を充実させるとともに、ICT(感染対策チーム)を中心に感染経路や感染源を定期的巡回し、感染経路に於いた未然防止及び発生時の院内感染の防止に努める。</p> <p>また、感染防止対策が充実している外部の医療機関との連携体制を強化する。</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、院内感染防止対策を推進する。</p> <p>ア 感染対策委員会において、院内感染の監視、指導、教育等、防止対策を充実させるとともに、ICT(感染対策チーム)を中心に感染経路や感染源を定期的巡回し、感染経路に於いた未然防止及び発生時の院内感染の防止に努める。</p> <p>また、外部の医療機関との共同カンファレンスに参加し、感染症発生状況等の情報共有を図る。</p>	<p>・ 定例の感染対策委員会及びICT会議をそれぞれ12回開催したほか、院内で感染症が発生した際や新型コロナウイルス感染症の感染防止について臨時に委員会を16回招集(うち新型コロナウイルス感染症対策ICT臨時会議8回)し、対策を検討し実行した結果、感染の発生を防いだ。</p> <p>さらに、ICTが週1回病棟等を巡回(うち年3回は集中ラウンドを実施)するとともに全職員を対象に感染対策講習会を2回開催し、職員の感染防止への意識・知識の向上に努めた。</p> <p>また、栃木県立がんセンターICTと共同カンファレンスを4回開催し、感染症発生状況を共有し、対策の報告や相談をするとともに、双方で巡回を2回行い、環境改善及び感染症の防止に努めた。</p> <p>・ 感染対策研修会として全職員を対象に「結核の基礎知識と対策」「感染対策の基本」をテーマに研修を実施した。</p>
<p>(3) 医療機器、医薬品等の安全管理の推進(小項目)</p> <p>安全な医療を提供するため、以下のとおり、医療機器、医薬品等の安全管理を推進する。</p> <p>ア 医療機器安全管理責任者の下、医療機器の保守管理計画を策定し、適切な保守点検や計画的な機器更新、職員に対する機器操作方法的な教育を行うなど、医療機器の性能維持と安全性の確保を図る。</p>	<p>安全な医療を提供するため、以下のとおり、医療機器、医薬品等の安全管理を推進する。</p> <p>ア 医療機器安全管理責任者の下、医療機器の保守管理計画の策定について検討するとともに、適切な保守点検や計画的な機器更新、職員に対する機器操作方法的な教育を行うなど、医療機器の性能維持と安全性の確保に努める。</p>	<p>・ 医療機器安全管理責任者の下、部門ごとに医療機器の保守点検計画を策定し、医療機器の保守点検を行った。また、心電図、除細動器などの適切な使用方法について、研修会を行った。</p>

<p>中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容</p> <p>イ 医薬品の保管・使用に関する研修会の開催等の進捗を図る。 医薬品の安全管理、適正使用の推進を図る。</p> <p>ウ 手術時における安全・安心な輸血を実施するため、手術・輸血療法委員会を開催し、輸血療法の実施状況の確認・振り返り及び改善点の検討を行った。</p>	<p>年度計画の記載内容</p> <p>イ 医薬品安全管理研修会を開催し、医薬品の安全管理、適正使用の推進を図る。また、リハセンターで新たに取り扱うこととなった薬剤等についての研修会を開催し、職員の理解を深める。</p> <p>ウ 手術時における安全・安心な輸血を実施するため、手術・輸血療法委員会を開催し、輸血療法の実施状況の確認・振り返り及び改善点の検討を行った。</p>	<p>業務実績</p> <p>・ 主に新規採用看護師を対象に、医薬品の処方から服薬までの流れや病棟での管理、消毒薬の使用方法等について講習会を1回開催した。また、薬剤科職員や医師、関係部署の職員に対して薬用薬剤について研修会を7回開催し、同作業等の知識及び理解を深めた。</p> <p>・ 手術・輸血療法委員会を1回開催し、手術や輸血の実施状況の確認・振り返り及び改善点の検討を行った。</p>
---	--	---

<p>・ 該当なし</p>	<p>平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等</p> <p>-</p> <p>業務運営への反映状況</p>
---------------	--

<p>法人の自己評価</p>	<p>S</p>	<p>評価理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「医療安全に関する研修会の実施回数」、「集中ラウンド実施回数」、「医薬品安全管理研修会の実施回数」ともに目標値を上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療安全対策の推進」では、医療安全研修会を9回開催し、医療安全に関する情報を共有したほか、「院内感染防止対策の推進」では、定例の感染対策委員会及びICT会議をそれぞれ12回開催したほか、新型コロナウイルス感染症対策についてICT臨時会議を8回開催するなど様々な対策を実施し、感染の発生を防ぐ(感染者なし)など、いずれの小項目においても計画どおり又は計画を上回って実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画を上回って実施することができたため、「S」評価とした。
----------------	----------	--



<p>知事の評価(案)</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していると判断したため、「A」評価とした。引き続き、研修会等の充実や職員の意識向上に努め、医療事故等の発生防止を図りたい。
-----------------	----------	--

3 患者・県民等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	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 目標値	R元(2019)年度 達成率	R4(2022)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	患者満足度割合(%)	90	90	90%	90以上	III
2	退院前在宅訪問指導(家屋調査)件数(件)	54	115	213%	55	V

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値	R3(2021)年度 実績値	R4(2022)年度 実績値
82	81			
62	115			

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 患者や家族等への医療サービスの充実(小項目) 患者や家族等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。	患者や家族等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 患者や家族に対し、リハビリテーションの目標とその達成状況、併存疾患の治療状況等について、必要な情報を分かりやすい言葉で説明し、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。 また、入院の目的やリハビリテーションの目標、リスク等を明確化し、患者や家族に分かりやすく説明するための統一形式の整備について検討を行う。 イ 患者や家族からの相談に対して、主治医や多職種医療従事者が連携し、丁寧で一貫性のある対応を行うため、電子カルテを活用し情報の共有化を図る。 ウ 診療内容、食事、院内設備及び職員の対応等に関する病室利用者に対する満足度調査を実施し、リハビリテーションの運営改善や更なる職員の意識の向上を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、必要に応じて患者の病状や要望・治療方針等についてインフォームド・コンセントを行った。また、説明に使用する様式について、患者・家族の状況や疾患の状態によって、説明に必要な情報が異なることを踏まえ、検討を行った。 地域医療連携室の社会福祉士が、多職種のスタッフが合同で行う評価(473件)やカンファレンス(396件)に参加するとともに、各職員が電子カルテを活用するなど情報を共有した上で、患者や家族の相談に対応した。 令和元(2019)年12月に患者満足度調査を実施した結果、全体的な満足度は前年度から1.3ポイント減少し、「満足」やや満足」に回答した患者は81.1%であった(外来83.9%、入院77.2%)。 ・入院部門において、入院時服薬指導を開始したことから、薬剤師の対応についての満足度は76.9%となり、前年度から21.3ポイント改善が図られた。 理学療法士と作業療法士が退院予定の自宅に伺い、患者本人、家族、介護保険施設職員、介護支援専門員、在宅改修等と本人の動線を確認し住宅改修や日常生活上のアドバイスを行い、在宅復帰を支援する退院前訪問指導を115回実施した。 退院に向けて患者・家族の不安を軽減させるため、「脳卒中再発予防」をテーマに認定看護師による「家族教室」を3回実施した。
入院患者の在宅生活や在宅療養を支援するため、家族に対し、患者の状態把握のためのリハビリテーション見学を勧め、助指指導を実施する。 また、リハビリテーションの療法士をはじめ、入院患者の家族、介護保険施設職員、介護支援専門員等、関係者が同行して退院前に在宅訪問を実施し、住宅改修や家庭でのADL(日常生活活動)についての指導・助言を行う。	入院患者の在宅生活や在宅療養を支援するため、家族に対し、患者の状態把握のためのリハビリテーション見学を勧め、助指指導を実施する。 また、リハビリテーションの療法士をはじめ、入院患者の家族、介護保険施設職員、介護支援専門員等、関係者が同行して退院前に在宅訪問を実施し、住宅改修や家庭でのADL(日常生活活動)についての指導・助言を行う。	
患者や家族に対する相談を充実させるため、認定看護師等を活用した相談体制を構築する。	患者や家族に対する相談を充実させるため、認定看護師等を活用した相談体制の構築について検討する。	

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(2)リハビリテーション医療等に関する情報提供(小項目)</p> <p>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、以下のとおり、リハビリテーション医療等に関する積極的な情報提供を行う。</p> <p>ア ホームページや広報誌を活用し、リハセンターが提供する医療・福祉サービスの内容、調査研究の成果等について積極的に情報発信を行う。</p> <p>イ 医療制度や障害者総合支援制度等、国及び地方の施策や民間団体の取組等に関する情報発信を行う。</p>	<p>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、以下のとおり、リハビリテーション医療等に関する積極的な情報提供を行う。</p> <p>ア ホームページやパンフレット等を活用し、リハセンターが提供する医療・福祉サービス等について、県民や地域の医療機関等に対して適時適切に情報発信していく。</p> <p>イ 医療や福祉に関する各種制度、国や地方の施策等について、院内掲示や資料配布等により、利用者に対して適時適切に情報発信していく。</p>	<p>・ センター広報誌「とちリハ通信」を3回発行し、関係機関に配布するなどセンターのPRに努めた。</p> <p>・ 障害者自立訓練センター(駒生園)の生活訓練として行ったグリーンカーテンや、園芸作物栽培についてセンターホームページに掲載した。</p> <p>・ 当センター独自のパンフレットに加え、とちぎ健康の森全体のパンフレットにも当センターの概要を掲載し周知の拡大を図った。</p> <p>・ 国や地方自治体の医療制度及び障害者に関するマーク等を外来待合室や会計待合室等に掲示したほか、診療情報に関する資料等を配布するなど情報発信に努めた。</p>
<p>(3)地域に開かれた病院運営(小項目)</p> <p>県民サービスの向上を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 運営協議会等を通じて、外部の意見を幅広く聴取し、リハセンターの効率的かつ効果的な運営に反映させる。</p> <p>イ 公開セミナー等地域住民が気軽に参加できる行事を開催し、地域住民等に開かれた病院を目指す。</p> <p>ウ 患者や施設利用者に対する受付案内等のボランティアを受け入れられるとともに、職員による社会貢献活動を推進することにより、地域との交流を図る。</p>	<p>県民サービスの向上を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 医療機関や福祉施設等の関係機関の外部委員で構成する運営懇談会において、リハセンターの運営に関する意見交換を行い、当該関係機関との連携を推進する。</p> <p>イ 公開セミナーや講演会等、一般の方々や地域住民が気軽に参加できる行事を実施する。</p> <p>ウ 園芸ボランティア等、環境整備に関わるボランティアの受け入れを実施し、地域との交流を図る。 また、交通安全週間における交差点での啓発活動等、ボランティア活動を通じて、社会貢献に努める。</p>	<p>・ 令和元(2019)年10月に医療従事者団体、行政機関、地域中核病院及び高齢者施設等を構成員とした運営懇談会を開催し、委員からの意見・要望を伺うとともに、意見交換を行った。</p> <p>・ 懇談会で要望のあった、出前講座の周知、講師依頼に関する意見に対しては、出前講座を希望する団体に出向き、内容、依頼方法の説明を行うなど、関係機関との連携を推進した。</p> <p>・ 一般の方々や地域住民が参加できる行事として、令和元(2019)年10月に「とちリハまつり」を、令和元(2019)年11月に「高次脳機能障害セミナー(栃木県障害者総合相談所と共催)」を開催した。</p> <p>・ 園芸ボランティアを受け入れ、グリーンカーテン設置やアサガオの栽培など環境整備を行った。</p> <p>・ とも発達支援センターで活動する健康体操ボランティアを受け入れた。</p> <p>・ 春と秋の交通安全県民総ぐるみ運動の期間中、職員からボランティア(延べ47人)を募り、小学生が安全に登校できるよう街頭活動を行った。</p>

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<p>・ 該当なし</p>	<p>-</p>

<p>法人の 自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「退院前在宅訪問指導(家屋調査)件数」は目標値を上回った一方、「患者満足度割合」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「患者や家族等への医療サービスの充実」では、地域医療連携室の職員が合同評価やカンファレンスに参加し他部署と情報共有を図った上で、患者や家族の相談に対応したほか、療法師等による退院前在宅訪問指導により在宅復帰を支援するなど、医療サービスの充実を図った。さらに、「地域に開かれた病院運営」では、「栃木県立リハビリテーションセンター運営懇談会」において、当センターの運営に関する意見や提案をいただくなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 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。
---------------------	----------	-------------	---



<p>知事の 評価(案)</p>	<p>A</p>	<p>評価理由等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。病院利用者の意見や要望に適切に応えられるよう努め、患者満足度割合の向上を図りたい。
----------------------	----------	--------------	---

4 障害児・障害者の福祉の充実(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R元(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R元(2020)年度実績値	R元(2021)年度実績値	R元(2022)年度実績値	指標の達成状況
1	児童発達支援事業所等を対象とした研修実施回数(回)	19	20	105%	22	22	IV
2	こども療育センター短期入所契約者数(人)	41	26	63%	44	44	I
3	家族会の開催回数(回)	1	3	300%			V
4	自立訓練終了後に一般就労等に移行した利用者数(人)	6	3	50%	9	9	I

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値(目標)	R2(2020)年度実績値	R3(2021)年度実績値	R4(2022)年度実績値
26	20			
27	26			
1	3			
3	3			

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容

(1)療育支援の充実(小項目)

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、以下のとおり、こども発達支援センター及びこども療育センターにおける療育支援の充実を図る。

ア 個別支援計画の立案、実践及び評価に当たり、保護者との面接や懇談会を通して要望や意見を把握する。

イ 多職種によるカンファレンス(評価会議)を実施し、訓練効果の向上を図る。

ウ こども発達支援センターの退所児童に対し、外来診療を通して発達状態に応じた適切なリハビリテーションを提供する。

エ こども療育センターにおいて、在宅障害児等の家族に対する支援(レスパイト)を強化するため、短期入所事業や日中一時支援事業において肢体不自由児や医療的ケア児を積極的に受け入れる。

(2)自立訓練の充実(小項目)

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、以下のとおり、障害者自立訓練センターにおける自立訓練の充実を図る。

ア 個別支援計画の立案、実践及び評価に当たり、利用者の希望を踏まえ、同時に、医療従事者の意見を反映させる等、病院部門との連携を強化し、訓練効果の向上を図る。

年度計画の記載内容

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、以下のとおり、こども発達支援センター及びこども療育センターにおける療育支援の充実を図る。

ア 個別支援計画の立案、実践及び評価に当たり、保護者との面接や懇談会を通して要望や意見を把握する。

イ 個別支援計画の策定、見直し及び年間評価に当たっては、医師、療法士、心理職、保育士等、多職種によるカンファレンスを実施する。

また、入所児については、大きな環境変化が見込まれる入退所や特別支援学校入学時等において、別途、多職種によるカンファレンスを実施する。

ウ こども発達支援センター利用児童が退所(卒園)後も環境を変えずに療育支援を受けられるよう、当施設を利用したりハビリテーションを提供する。

エ こども療育センターにおいて、在宅障害児等の家族に対する支援(レスパイト)を強化するため、短期入所事業や日中一時支援事業で肢体不自由児や医療的ケア児を積極的に受け入れる。

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、以下のとおり、障害者自立訓練センターにおける自立訓練の充実を図る。

ア 個別支援計画の立案、実践及び評価に当たり、利用者の希望を踏まえ、同時に、病院部門の医師等も含め、療法士、看護師等、多職種によるカンファレンス(支援会議)を開催する。

業務実績

- こども療育センターを利用する児童の個別支援計画の立案、実践及び評価に当たっては、本人、家族との面談や相談支援機関との連絡調整等を通じて希望や意向を確認した。また、こども発達支援センターにおいて保護者懇談会を3回実施し、要望や意見の聴取に努めた。
- こども発達支援センターを利用する児童の個別支援計画の策定、見直し及び年間評価に当たっては、施設内の医師、看護師、療法士、心理士、保育士、栄養士等多職種を交えたカンファレンスで案を作成した。
- また、こども療育センターに入所する児童については個別支援計画の策定、見直し及び年間評価に当たっては、施設内の医師、看護師、療法士、保育士に加え、栄養士、就学児については学校担任も交えたカンファレンスで案を作成した。この他、児童相談所等も含めた関係職員のカンファレンスを17回実施した。

こども発達支援センターの卒園児に対し、こども発達支援センターの訓練室で、こども発達支援センターの利用時に担当していた職員が継続してリハビリテーションを提供した(781件)。

こども療育センターの短期入所事業として536人、日中一時支援事業として128人の児童を受け入れ、在宅障害児の家族を支援した(利用者の内訳:肢体不自由児等455人、医療的ケア児209人)。なお、短期入所契約者数は目標41名のところ、26名に止まった。

障害者自立訓練センター利用者の個別支援計画については、利用者や家族からの希望を踏まえ立案・実施するとともに、3ヶ月毎にサービスマネジメント、生活支援員、看護師、OT・PTなど多職種で構成する支援会議を開催し、支援計画の評価・見直しを行った。支援会議にはケースにより心理職も参加し、看護師等を通して医師の意見も計画に反映させた。

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ 利用者の日常生活能力及び社会生活能力を向上させるため、医療従事者と生活支援員が連携し、施設内外の様々な場面を活用した訓練を行う。</p> <p>ウ 利用者や家族が訓練目標を明確に持ち、訓練に対するモチベーションを維持・向上できるように、心理面談の充実を図るとともに、新たに家族会を開催する。</p> <p>エ 失語症や構音障害を有する者に対する言語聴覚療法による訓練や、高次脳機能障害を有する者に対する認知リハビリテーション等を実施する。</p> <p>オ 病院部門の医療従事者と連携して就労特性の評価を実施するとともに、外部の就労支援機関の利用を促進するなど、利用者に対する就労支援を強化する。</p>	<p>イ 医師、療法士、看護師、管理栄養士、生活支援員等による、保健指導、栄養指導、公共交通機関利用訓練、買い物・調理訓練等を実施する。</p> <p>ウ 利用開始に当たり、利用者や家族が訓練目標の設定に資するよう心理面談を実施する。</p> <p>また、訓練期間中もモチベーションを維持・向上できるように、必要に応じて心理面談を実施する。</p> <p>さらに、当事者家族の障害理解を促すとともに、サービス利用後に適切な関わりができるよう、家族会を開催する。</p> <p>エ 失語症や構音障害を有する者に対する言語聴覚療法による訓練や、高次脳機能障害を有する者に対する認知リハビリテーション等を実施する。</p> <p>オ 就労を目指す利用者の目標達成に資するため、医師、療法士、生活支援員等、多職種が連携して就労特性の評価を実施するとともに、評価の結果を踏まえ外部の就労支援機関を積極的に活用する。</p>	<p>・ 障害者自立訓練センターにおいて、自立訓練として公共交通機関利用訓練・外出訓練を延べ73人、買い物・調理訓練を延べ37人に実施した。また、看護師が必要に応じて保健指導を行うとともに、管理栄養士による栄養指導を7件実施した。</p> <p>・ 障害者自立訓練センターの利用開始時及び訓練期間中、必要に応じて心理面談による面談を実施した。さらに、支援会議に心理職が参加し、支援計画の評価・見直しに心理面談の結果等を反映させた。</p> <p>・ 当事者、家族の障害理解を促進するため、令和元(2019)年9月に「とちぎ高次脳機能障害友の会」の役員を講師として講演を行い、併せて、講演後に講師を交えた家族会を開催した。また、訓練に対するモチベーションを図るため、当事者、家族を対象に栃木障害者職業センター職員を講師として勉強会を開催し、令和2(2020)年1月)するとともに、当該センターの見学(令和2(2020)年2月)を家族会として行った。</p> <p>・ 失語症や構音障害を有する障害者自立訓練センターの利用者に対し、標準化された検査を実施し、客観的データを元に退院後の生活を考え、各個人に合わせたプログラムを立案した。適宜プログラムを修正しながら質の高いリハビリテーションの提供に努めた。また、高次脳機能障害を有する利用者に対しては、他職種と連携を取りながら認知リハビリテーションを実施した。</p> <p>・ 障害者自立訓練センター利用者の中から就労を希望する方について、支援会議等で多職種による評価を行うとともに、関係機関等連携を図りながら就労に必要な支援を行い、3名の利用者が就労(復職1名/就労継続2名)に結びついた。</p>
<p>(3)病院部門と施設部門が一体となったサービスの提供(小項目)</p> <p>病院部門と施設部門が一体となったサービスが提供できるよう、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 医療と福祉の複合施設という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間で事例検討会を行い、連携強化を図る。</p> <p>イ 患者や利用者のサービス需要に的確に対応するため、部門間の柔軟な人員配置が可能となる体制を確立させる。</p>	<p>ア リハセンター入院患者のうち、退院後に障害者自立訓練センターの利用が適当と考えられる者について、病院から施設への円滑な移行や訓練の質の向上を図るため、入院中に病院部門と施設部門が共同で事例を検討する。</p> <p>イ 看護師、療法士の所属をそれぞれ看護部、リハビリテーション部に一元化し、業務の状況に応じて病院部門と施設部門との間で柔軟な人員配置が可能となる組織体制を構築する。</p>	<p>・ 医療センター入院患者のうち、機能訓練又は生活訓練の利用が適当と考えられる方(3名)について、医師等から情報提供を受けながら随時検討を行い、障害者自立訓練センターの利用に繋げた。</p> <p>・ 看護師、療法士の所属を看護部、リハビリテーション部に一元化することにより、日中、こども療育センターのスタッフが4～6階南棟の支援を行うなど時間帯ごとの柔軟な配置を行った。</p>
<p>平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等</p> <p>・ 医療従事者の安定的な確保及び利用促進のための普及啓発に努め、療育支援及び自立支援の充実を図りたい。</p>	<p>業務運営への反映状況</p> <p>こども発達支援センター利用児及びこども療育センター入所児の個別支援計画の策定、見直し及び年間評価に当たっては多職種を交えたカンファレンスで案を作成した。</p> <p>この他、児童相談所等も含めた関係職員の方のアレンジメントを17回実施した。【再掲、(1)-(イ)】</p> <p>こども療育センターの短期入所について、障害児相談支援事業所へのリーフレットの送付やNICUを設置している医療機関への訪問等により利用促進の普及啓発に努めた。</p> <p>・ 障害者自立訓練センター利用者個別支援計画については、利用者や家族からの希望を踏まえて立案・実施するとともに、3ヶ月毎にサービス管理責任者、生活支援員、看護師、OT・PTなど多職種で構成する支援会議を開催し、支援計画の評価・見直しを行った。支援会議にはケースにより心理職も参加し、看護師等を通して医師の意見も計画に反映させた。【再掲、(2)-(ア)】</p>	<p>・ 障害者自立訓練センターにおいて、自立訓練として公共交通機関利用訓練・外出訓練を延べ73人、買い物・調理訓練を延べ37人に実施した。また、看護師が必要に応じて保健指導を行うとともに、管理栄養士による栄養指導を7件実施した。</p> <p>・ 障害者自立訓練センターの利用開始時及び訓練期間中、必要に応じて心理面談による面談を実施した。さらに、支援会議に心理職が参加し、支援計画の評価・見直しに心理面談の結果等を反映させた。</p> <p>・ 当事者、家族の障害理解を促進するため、令和元(2019)年9月に「とちぎ高次脳機能障害友の会」の役員を講師として講演を行い、併せて、講演後に講師を交えた家族会を開催した。また、訓練に対するモチベーションを図るため、当事者、家族を対象に栃木障害者職業センター職員を講師として勉強会を開催し、令和2(2020)年1月)するとともに、当該センターの見学(令和2(2020)年2月)を家族会として行った。</p> <p>・ 失語症や構音障害を有する障害者自立訓練センターの利用者に対し、標準化された検査を実施し、客観的データを元に退院後の生活を考え、各個人に合わせたプログラムを立案した。適宜プログラムを修正しながら質の高いリハビリテーションの提供に努めた。また、高次脳機能障害を有する利用者に対しては、他職種と連携を取りながら認知リハビリテーションを実施した。</p> <p>・ 障害者自立訓練センター利用者の中から就労を希望する方について、支援会議等で多職種による評価を行うとともに、関係機関等連携を図りながら就労に必要な支援を行い、3名の利用者が就労(復職1名/就労継続2名)に結びついた。</p> <p>・ 医療センター入院患者のうち、機能訓練又は生活訓練の利用が適当と考えられる方(3名)について、医師等から情報提供を受けながら随時検討を行い、障害者自立訓練センターの利用に繋げた。</p> <p>・ 看護師、療法士の所属を看護部、リハビリテーション部に一元化することにより、日中、こども療育センターのスタッフが4～6階南棟の支援を行うなど時間帯ごとの柔軟な配置を行った。</p>

法人の 自己評価	B	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「児童発達支援事業所等を対象とした研修実施回数」及び「家族会の開催回数」は目標値を上回った一方、「こども療育センター短期入所契約者数」、「自立訓練終了後に一般就労等に移行した利用者数」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「療育支援の充実」では、個別支援計画の立案、実践及び評価を通して療育支援の充実を図ったほか、「自立訓練の充実」では、利用開始時及び訓練期間中の心理職による面談を充実させるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
-------------	---	------	--



知事の 評価(案)	B	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。医師の安定的な確保及び利用促進のための普及啓発に努め、障害児・障害者の施設利用件数の増加を図りたい。
--------------	---	-------	---

5 人材の確保と育成(中項目)

◆年度計画指標

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

No	指標名	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 達成率	R4(2022)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	認定看護師数(人)	10	90%		iii
2	医師数(人)	13	85%		ii
3	療法士数(人)	75	119%		v
4	職員満足度割合(%)	90	73%	90以上	i

H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値	R3(2021)年度 実績値	R4(2022)年度 実績値
9	9			
11	11			
71	89			
58	66			

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 職員の資質向上(小項目) 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、以下のとおり、職員の資質向上を図る。 A 体系的かつ計画的に職員を育成するため、新たに研修委員会を設置し、研修計画の策定や個々の職員の能力段階の確認・評価等を行う。 イ 自己学習の促進や育休休暇中の職員の復職支援として、広報誌や研修会資料等による定期的な情報提供を行うとともに、eラーニングを活用した研修を実施する。 ウ 認定看護師等の資格取得や専門医等の資質向上のため、関係職員を積極的に学会や研修会に参加させる。	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、以下のとおり、職員の資質向上を図る。 A 研修委員会が主体となり、研修体系に沿って、新採用職員研修等の各種共通研修等を実施する。 イ 自己学習の促進や育休休暇中の職員の復職支援として、広報誌や研修会資料等による定期的な情報提供を行うとともに、eラーニングを活用した研修を実施するとともに研修効果を把握する。 ウ 認定看護師等の資格取得や専門医等の資質向上のため、関係職員を積極的に学会や研修会に参加させる。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修委員会が主体となり、新採用職員研修や年度の途中で採用された職員に対する新任研修、接遇研修、ハラズメント予防基本研修を実施した。また、看護部においては5段階のクリニカルラーを活用し、各段階での臨床実践能力(看護実践、管理、教育、自己開発・研究)の開発を支援した。 ・ 拙法化後に行ってきた取組を検証し、リハビリテーションセンターの今後のあり方を考え、職員個々の更なる意識改善を図るため、理事長が講師となり全職員を対象とした研修を実施した。 ・ 院内の研修会等の資料をインターネットで情報共有するとともに、看護部におけるeラーニング等web教育サービスの利用により、職員の自己学習の促進を図った。また、育休休暇中の職員に対し広報誌等を送付し復職支援を行った。 ・ 年間計画を立案し、認定看護師が認定を継続できるよう、学会や研修会へ参加した。専食・障下障書看護認定看護師教育課程を修了した看護師が7月に認定看護師として登録された。
(2) 医療従事者の安定的な確保(小項目) 病院長 学会の実施やインタナーシップの活用を積極的に推進するとともに、就職支援担当者との継続的な情報交換等、日頃から医療系大学や養成校との連携に努めるなど、医療従事者の安定的な確保を図る。 また、働いた人材を確保するため、短時間勤務等、多様な勤務形態の導入を検討する。	医師をはじめとした医療従事者について、目指す医療・福祉サービスを提供するために必要な人員を確保する。 病院長 学会の実施やインタナーシップの活用を積極的に推進するとともに、就職支援担当者との情報交換等、日頃から医療系大学や養成校との連携に努めるなど、医療従事者の安定的な確保を図る。 また、療法士について、勤務時間のニーズに応じてパート勤務の導入を検討する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師数については、目標13名のところ11名となり、目標を下回った。特に小児科医については2名以上の配置が望まれるところであり、医師の確保が求められる。 ・ 看護師養成校や県内医療系専門学校を訪問し、就職担当者等と意見交換を行うなど職員確保に向け連携に努めた。 ・ 看護師、療法士の求人状況に応じて、随時の採用試験を実施して人員確保を図り、令和元(2019)年度中に看護師12名、療法士18名を採用した。 ・ また、勤務時間のニーズに応じたパート勤務について制度化し、人材確保に向けて体制を整備した。
(3) 人事管理制度の構築(小項目) 職員の仕事の成果や能力について適正に評価を行い、職員のモチベーションの向上を図り、ひいては職員の能力開発、育成につながる人事管理制度を構築する。	職員の勤務成績等を考慮し、人材育成やモチベーションの向上に資する評価制度を構築し、適切な運用を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人独自の人事評価制度の構築に向け、先進事例や構築する上での留意点を把握するため、研修・セミナーに参加するとともに、他の地方独立行政法人の試行的調査を行った。なお、当該年度中の人事評価については、栃木県の評価制度を準用して能力評価及び業績評価を行った。

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(4)ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務環境の整備(小項目)</p> <p>休暇取得目標の設定、育児休業や育児短時間勤務の取得支援等、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を積極的に推進し、職員が心身ともに健康で働き続けられる職場環境づくりに取り組む。</p>	<p>職員満足度調査の実施等によりワーク・ライフ・バランスへの配慮に対する満足度を確認し、ワーク・ライフ・バランスの推進を図る。</p> <p>夏季休暇の取得可能期間延長や年次休暇の年5日取得、超過勤務時間の削減などにより、心身ともに健康で働き続けられる職場環境づくりに取り組む。</p> <p>また、とちりハルハル！カードの活用により職員間の相互理解を進め、働きやすくなり、のびのびとした職場づくりに努める。</p>	<p>令和2(2020)年2月に実施した職員満足度調査の結果、前年度から4.0ポイント改善し、48.9%の職員がワーク・ライフ・バランスに配慮されていると回答した。また、調査項目中、「仕事へのやりがい」については前年度から8.3ポイント改善し、66.4%となった。</p> <p>令和元(2019)年度から義務化された有給休暇の年5日取得について、各部門長の指導等により全職員が取得できた。</p> <p>とちりハルハル！カードについては、強化月間を設けて活用を促し、職員が相互に譲り合うことで、働きやすくなり、のびのびとした職場づくりに努めた。</p>

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<p>・ 医療従事者の安定的な確保に努めるとともに、職員満足度割合の向上を図らたい。</p>	<p>・ 看護師養成校や県内医療系専門学校を訪問し、就職担当者等と意見交換を行うなど職員確保に向け連携に努めた。【再掲、(2)】</p> <p>・ 看護師、療法士の求人状況に応じて、随時の採用試験を実施して人員確保を図り、令和元(2019)年度中に看護師12名、療法士18名を採用した。【再掲、(2)】</p> <p>・ また、勤務時間のニーズに応じたパート勤務について制度強化し、人材確保に向けて体制を整備した。【再掲、(2)】</p> <p>・ 令和2(2020)年2月に実施した職員満足度調査の結果、「仕事へのやりがい」については前年度から8.3ポイント改善し、66.4%となった。【再掲、(4)】</p>

<p>法人の自己評価</p>	<p>B</p>	<p>評価理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「療法士数」は目標値を上回った一方、「認定看護師数」、「医師数」、「職員満足度割合」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「職員の資質向上」では、新規採用職員研修や年度の途中で採用された職員に対して研修を実施したほか、e-ラーニング等web教育サービスを導入し、「医療従事者の安定的な確保」では、看護師養成校や県内医療系専門学校への訪問や随時の採用試験を実施するなど、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、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
----------------	-----------------	-------------	---



<p>知事の自己評価(案)</p>	<p>B</p>	<p>評価理由等</p>	<p>・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。医療従事者の安定的な確保に努めるとともに、ワーク・ライフ・バランスの推進に努め、職員満足度割合の向上を図りたい。</p>
-------------------	-----------------	--------------	--

6 地域連携の推進(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 目標値	R元(2019)年度 達成率	R4(2022)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	逆紹介率(%)	52.0	60.0	115%	55.0	V
2	出前講座の実施回数(回)	18	19	106%	20	IV

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値	R3(2021)年度 実績値	R4(2022)年度 実績値
55.5	60.0			
10	19			

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(1)急性期病院や地域の医療機関等との連携の推進(小項目)</p> <p>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、以下のとおり、病診・病病連携を強化する。</p> <p>ア 患者に対する切れ目のない効果的なリハビリテーション医療の提供とスムーズな地域移行を支援するために、地域医療連携室を設置し、急性期病院や地域の医療機関等との間に併設する。また、地域のかかりつけ医等への紹介件数や介護保険施設等との連携件数の増加を図る。</p> <p>イ 地域医療連携ネットワークシステム(とちまるネット)等、IC T(情報通信技術)を活用し、急性期病院や地域の医療機関等との連携を推進する。</p>	<p>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、以下のとおり、病診・病病連携を強化する。</p> <p>ア 急性期病院との密接な連携により患者が当センターに入院するまでの期間の短縮を図る。</p> <p>また、地域のかかりつけ医等への紹介件数や介護保険施設等との連携件数の増加を図る。</p> <p>イ 医師及び医療社会事業士(MSW)が地域医療連携ネットワークシステム(とちまるネット)を活用し、急性期病院や地域の医療機関等との連携を推進する。</p>	<p>・ 紹介元病院と連携を図ることにより、入院待機期間の短縮に努めた。入院申込みから2週間以内で入院となった割合は、入院相談後に病状不安定等により連絡待ちになった患者が多く75%にとどまったが、平均待機期間は12.6日であった。</p> <p>・ 後方連携として、かかりつけ医への逆紹介率を目標値を達成したほか(60.0%)、ケアマネージャーや地域包括支援センターなど介護事業所関係者や施設相談員との対面での連携件数は246件であった。</p> <p>・ とちまるネット利用の同意が得られた患者8名について、紹介元病院の検査結果等をネットワークを経由して取得し、診療の参考とした。</p>
<p>(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(小項目)</p> <p>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、以下のとおり、地域支援ネットワークを強化する。</p> <p>ア リハビリテーションを必要とする患者が、回復期を経て生活期(在宅復帰・在宅療養)へ至るまで、各段階に応じた効果的なリハビリテーションを受けられるよう、相談支援機関(障害者総合相談所等)、市町、医療機関、福祉施設等と地域支援ネットワークの強化を図る。</p> <p>イ 肢体不自由児や発達障害児等の早期発見を図るため、医療、福祉、教育機関等への支援を強化する。</p> <p>また、地域の関係機関と支援者会議等により情報交換を密にし、施設利用者やその家族のニーズにあった円滑な退所調整を行う。</p> <p>ウ 県内の関係機関等を対象にリハビリテーションに関する出前講座等を開催し、リハセンターの有する知見を地域に還元する。</p>	<p>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、以下のとおり、地域支援ネットワークを強化する。</p> <p>ア リハビリテーションを必要とする患者が、回復期を経て生活期(在宅復帰・在宅療養)へ至るまで、各段階に応じた効果的なリハビリテーションを受けられるよう、相談支援機関(障害者総合相談所等)、市町、医療機関、福祉施設等と地域支援ネットワークの強化を図る。</p> <p>イ 保育園や幼稚園等、通園児の進路先等と適切に情報交換を行い、一貫した療育が継続されるように支援する。</p> <p>ウ リハセンターの有する知見を地域に還元するため、ホームページに出前講座の募集案内サイトを開設する。また、適宜、講座内容の見直しを行い、県民のニーズに対応していく。</p>	<p>・ 関係機関との地域支援ネットワークの強化を図るため、地域医療連携室職員が、医療機関の連携実務者のネットワーク構築を目的とした会議や行政主体の医療・介護従事者間の連携強化のための会議、地域包括推進に関する会議・研修に参加した。(延べ15名)</p> <p>・ ども発達支援センター通園中及び退園後に、通園児が関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等に対し児童の発達状況や障害特性に応じた保育・療育に係る技術支援等を行った(38件)。</p> <p>・ ホームページに出前講座の募集案内サイトを開設し、募集の受付を行ったほか、看護師長会等の会議や市町主催の会議・研修会での案内配布及び関係機関への事業案内など周知の機会を増やした。</p> <p>また、講座内容について検討し、新たに項目を増やしたほか、募集案内サイトで事前に周知した以外の内容であっても対応する体制を継続した。(出前講座実施回数19回)</p>

<p>平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等</p>	<p>業務運営への反映状況</p>
<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療機関や福祉施設等を対象とした出前講座の件数を増加させる等、地域連携の強化に努められたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ホームページに出前講座の募集案内サイトを開設し、募集の受付を行ったほか、看護師長会等の会議や市町主催の会議・研修会での案内配布及び関係機関への事業案内など周知の機会を増やした。 また、講座内容について検討し、新たに項目を増やしたほか、募集案内サイト等で事前に周知した以外の内容であっても対応する体制を継続すること等により、19回開催し、目標を達成した。【再掲、(2)～(ウ)】

<p>法人の自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「逆紹介率」、「出前講座の実施回数」ともに目標値を上回った。 年度計画の業務実績に関しては、「急性期病院や地域の医療機関等との連携の推進」では、入院申込みから入院までの期間の短縮を図ったほか、地域医療連携ネットワークシステム(とちまるネット)を活用し、急性期病院との連携を図った。また、「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」では、こども発達支援センター通園中及び退園後に、通園児が関係する保育園、幼稚園、相談支援事業所等との情報交換や技術支援を行うなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 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。
----------------	----------	-------------	---



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

7 地域医療・福祉への貢献(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R元(2019)年度実績値	R元(2019)年度目標値	R元(2019)年度達成率	R4(2022)年度目標値※	指標の達成状況
1	療法士の実習生受入れ人数(人)	410	458	112%	440	V
2	看護師の実習生受入れ人数(人)	1,200	755	63%		I
3	児童発達支援事業所等を対象とした研修実施回数(回)【再掲】	19	20	105%	22	IV
4	子ども療育センター短期入所契約者数(人)【再掲】	41	26	63%	44	I

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値(再掲)	R2(2020)年度実績値	R3(2021)年度実績値	R4(2022)年度実績値
353	458			
354	755			
26	20			
27	26			

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容		年度計画の記載内容	業務実績
<p>(1)医療・福祉関係者の資質向上に係る支援(小項目)</p> <p>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、下記のとおり、医療・福祉関係者の資質向上に係る支援を積極的に進め、医療・福祉関係者の資質向上に貢献する。</p> <p>・ 新専門医制度の運用開始にあたり、基幹施設(病院)とともに作成した専門研修プログラムにより、専攻医の積極的な受入れに努める。</p> <p>・ 看護師、療法士等の医療・福祉従事者について、医療系大学や養成校からの実習生や研修生を積極的に受け入れ、それぞれのレベルに対応した研修実施計画の下、リハビリテーションの特性を活かした効果的かつ効果的な研修を実施し、専門的な人材育成を支援する。</p> <p>・ 乳幼児から高齢者に至る幅広いリハビリテーション医療や発達障害児等に係る療育指導等、地域の関係機関等を対象とする専門研修や「とちリハ病院研修会」、出前講座等を積極的に実施する。</p> <p>・ 民生委員、児童委員等の地域福祉を担う団体等の視察・調査を積極的に受け入れる。</p>	<p>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進め、医療・福祉関係者の資質向上に貢献する。</p> <p>・ 専門医取得のための研修病院として、各診療科(整形外科、リハビリテーション科、小児科)の基幹病院と連携し、専攻医の積極的な受入れに努める。</p> <p>・ 看護師、療法士等の医療・福祉従事者について、医療系大学や養成校からの実習生や研修生を積極的に受け入れ、それぞれのレベルに対応した研修実施計画の下、リハビリテーションの特性を活かした効果的な研修を実施し、専門的な人材育成を支援する。</p> <p>・ 障害児者の就労を支援するため、障害児者の就労実習を積極的に受け入れる。</p> <p>・ 乳幼児から高齢者に至る幅広いリハビリテーション医療や発達障害児等に係る療育指導等、地域の関係機関等を対象とする専門研修や「とちリハ病院研修会」、出前講座等を積極的に実施する。</p> <p>・ 民生委員、児童委員等の地域福祉を担う団体等の視察・調査を積極的に受け入れ、障害福祉に関する理解促進を図る。</p>	<p>・ 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、専門医取得のための研修病院として各診療科の基幹病院と連携し、研修関連施設としての届け出を行った。</p> <p>・ 県内の看護師や療法士の養成施設等から、看護師755名、療法士458名、保育士66名等の実習生及び研修生を受け入れた。</p> <p>・ 特別支援学校生徒2名の就労実習を受け入れ、事務補助、リハビリ訓練機器の清拭などを実践してもらい、卒業後の就労に向けた支援を行った。</p> <p>・ 令和元(2019)年11月に「とちリハ病院研修会」を開催し、ロコモについて疾患や予防についての情報提供や知識技術の還元を機軸とした。介護保険事業所や医療従事者等165名が参加した。</p> <p>・ 出前講座は、新たに項目を増やし、また、募集案内サイト等で事前に周知した以外の内容についても対応する体制を継続して行い、19回延べ661名が参加した。うち3回については、認定看護師を派遣し、質の高い看護ケアの提供に貢献した。</p> <p>・ 県外の社会福祉協議会の視察を受け入れ、障害福祉に関する知識やリハビリテーションに関する情報を提供した。</p> <p>・ タイ王国医療団体の視察を受け入れ、新たに作成した英語のパンフレットを活用し、リハビリテーションに関する情報を提供するとともに、両国の意見交換を行った。</p>	
<p>(2)一次予防に係る地域の取組への支援(小項目)</p> <p>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、下記のとおり、専門的な立場から積極的に支援する。</p> <p>・ ロコモティブシンドローム(以下「ロコモ」という。)に関係するイベントに積極的に参加するとともに、ロコモテスト、ロコモトレーニング等について、インターネット等を通じて情報発信し、広く普及啓発を図る。</p>	<p>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。</p> <p>・ ロコモティブシンドローム(以下「ロコモ」という。)に関係するイベントに積極的に参加するとともに、ロコモテスト、ロコモトレーニング等について、インターネット等を通じて情報発信し、広く普及啓発を図る。</p>	<p>・ ロコモに関係する情報発信・普及啓発を図るため、「とちリハプロジェクト」への参加、日本医学会「ロコモ・フレイル対策の推進に向けたWG」の会議への出席(2件)のほか、講演会の講師を行った(11件)。また、当センターホームページにおいて関連情報の案内をするなど普及啓発を図った。</p>	

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ 講演会(講師)や市町の健康づくり事業、介護予防事業への職員の派遣、ロコモ度テストに係る機材の貸出し等、地域の一次予防に係る取組を支援し、高齢者等の運動器(運動機能)及び口腔等の機能の維持及び向上を図る。</p> <p>(3)障害児の地域におけるリハビリテーションへの支援(小項目)</p> <p>肢体不自由児や発達障害児等が、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、地域の児童発達支援事業所を対象とした地域療育支援事業の実施等により、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。</p> <p>また、こども発達支援センターの退所児童に関し、関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等へ定期的に技術支援を行うとともに、必要に応じて、医療・福祉サービスを提供する事業者への情報提供等を行う。</p>	<p>イ 講演会(講師)や市町の健康づくり事業、介護予防事業への職員の派遣、ロコモ度テストに係る機材の貸出し等、地域の一次予防に係る取組を支援し、高齢者等の運動器(運動機能)及び口腔等の機能の維持及び向上を図る。</p> <p>肢体不自由児や発達障害児等が、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、地域の児童発達支援事業所を対象とした地域療育支援事業の実施等により、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。</p> <p>また、こども発達支援センターの退所児童に関し、関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等へ定期的に技術支援を行うとともに、必要に応じて、医療・福祉サービスを提供する事業者への情報提供等を行う。</p>	<p>・ 高齢者等の運動器(運動機能)及び口腔等の機能の維持及び向上を図るため、外部機関に対し、ロコモ度テストを行う機材の貸出しを行った(132件)。</p> <p>・ 地域療育支援事業として、児童発達支援事業所等の療育機関や市町の職員を対象とした医師、療法師等による研修会を3回開催するとともに、療育に携わる職員に対するセンターでの実習受け入れを20回(延べ41人)行った。</p> <p>また、こども発達支援センターの退所児童について、必要に応じて通園児の進路先の施設を訪問し、技術支援及び情報提供を行った(16件)。</p>

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等	
<p>・ 実習生及び研修生の受入れの拡大等により医療・福祉関係者の資質向上に努められた。</p>	<p>業務運営への反映状況</p> <p>・ 専門医取得のための研修病院として各診療科の基幹病院と連携し、研修関連施設としての届け出を行った。【再掲、(1)～ア】</p> <p>・ 県内の看護師や療法師の養成施設等から、看護師755名、療法師458名、保育士66名等の実習生及び研修生を受け入れた。【再掲、(1)～イ】</p> <p>・ 地域療育支援事業として、児童発達支援事業所等の療育機関や市町の職員を対象とした医師、療法師等による研修会を3回開催するとともに、療育に携わる職員に対するセンターでの実習受け入れを20回(延べ41人)行った。【再掲、(3)】</p>

法人の自己評価	B	評価理由
<p>・ 指標の達成状況に関しては、「療法師の実習生受入れ人数」及び「児童発達支援事業所等を対象とした研修実施回数」は目標値を上回った一方、「看護師の実習生受入れ人数」及び「こども療育センター短期入所契約者数」については目標値を下回った。</p> <p>・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療・福祉関係者の資質向上に係る支援」では、看護師、療法師等の実習生及び研修生を積極的に受け入れたほか、「障害児の地域におけるリハビリテーションへの支援」では、地域の療育機関等を対象とした研修会を実施するとともに、療育に携わる職員の実習を受け入れるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。</p> <p>・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。</p>	<p>・ 指標の達成状況に関しては、「療法師の実習生受入れ人数」及び「児童発達支援事業所等を対象とした研修実施回数」は目標値を上回った一方、「看護師の実習生受入れ人数」及び「こども療育センター短期入所契約者数」については目標値を下回った。</p>	<p>・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療・福祉関係者の資質向上に係る支援」では、看護師、療法師等の実習生及び研修生を積極的に受け入れたほか、「障害児の地域におけるリハビリテーションへの支援」では、地域の療育機関等を対象とした研修会を実施するとともに、療育に携わる職員の実習を受け入れるなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。</p> <p>・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。</p>



知事の評価(案)	B	評価理由等
<p>・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。実習生及び研修生の受入れの拡大等により医療・福祉関係者の資質向上に努めるとともに、施設利用の普及啓発に努め、療育支援の充実を図りたい。</p>	<p>・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。実習生及び研修生の受入れの拡大等により医療・福祉関係者の資質向上に努めるとともに、施設利用の普及啓発に努め、療育支援の充実を図りたい。</p>	<p>・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。実習生及び研修生の受入れの拡大等により医療・福祉関係者の資質向上に努めるとともに、施設利用の普及啓発に努め、療育支援の充実を図りたい。</p>

8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理(中項目)

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>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ただけるよう、法令や社会規範を遵守する。 また、栃木県情報公開条例(平成11年栃木県条例第32号)及び栃木県個人情報保護条例(平成13年栃木県条例第3号)に基づき、適切な情報管理を行う。 さらに、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、職員の見識を高めるとともに、情報セキュリティ対策を徹底する。</p>	<p>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ただけるよう、法令や社会規範を遵守する。 また、栃木県情報公開条例(平成11年栃木県条例第32号)及び栃木県個人情報保護条例(平成13年栃木県条例第3号)に基づき、適切な情報管理を行う。 さらに、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、職員の見識を高めるとともに、情報セキュリティ対策を徹底する。</p>	<p>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、宇都宮市西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。 また、栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づき、公文書管理、個人情報管理を行った。新規採用職員研修において情報管理について周知し、職員の意識を高めた。 さらに、県内外で発生した情報セキュリティインシデント事例を都度職員に周知し、個人情報の漏洩等の防止を図った。</p>

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 該当なし 	-

法人の自己評価	評価理由
A	<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き、公文書及び個人情報情報を適切に管理し、職員に対し情報管理について注意喚起を図るなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。



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

9 災害等への対応(中項目)

業務実績	年度計画の記載内容	中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容
<p>県立病院・施設として、下記のとおり、災害等への対応を行う。</p> <p>ア 業務継続計画(BCP)の必要性や目的等について、講演会等を通じて職員の理解を深める。</p> <p>イ JRAT(大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会)の運営を支援するため、平常時から必要に応じて同協議会の広報委員会に職員を派遣する。 また、災害が発生した場合には、支援活動等に職員を積極的に派遣する。</p> <p>ウ 栃木県災害リハビリテーション連絡会の定例会に参加し、研修会の開催に向けて協議する。 また、県医師会等の関係機関や関係団体が開催する災害を想定した医療救護活動訓練に参加するなど、関係機関等との連携体制を強化し、大規模災害発生時の的確な対応に努める。</p>	<p>県立病院・施設として、下記のとおり、災害等への対応を行う。</p> <p>ア 業務継続計画(BCP)の必要性や目的等について、講演会等を通じて職員の理解を深める。</p> <p>イ JRAT(大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会)の運営を支援するため、平常時から必要に応じて同協議会の広報委員会に職員を派遣する。 また、災害が発生した場合には、支援活動等に職員を積極的に派遣する。</p> <p>ウ 栃木県災害リハビリテーション連絡会の定例会に参加し、研修会の開催に向けて協議する。 また、県医師会等の関係機関や関係団体が開催する災害を想定した医療救護活動訓練に参加するなど、関係機関等との連携体制を強化し、大規模災害発生時の的確な対応に努める。</p>	<p>中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容</p> <p>県立病院・施設として、下記のとおり、災害等への対応を行う。</p> <p>被災後、地域の災害拠点病院との連携も視野に入れて、早期に診療機能を回復できるようBCP(業務継続計画)を整備し、被災した状況を想定した訓練及び研修を実施する。</p> <p>大規模災害が発生した場合に、被災者の日常生活を低下させないためのリハビリテーション専門職による支援や心理的なサポート等を行うJRAT(大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会)による支援活動等に職員を積極的に派遣する。</p> <p>リハビリテーション関係団体と協働して研修会等を開催するとともに、県医師会等の関係機関や関係団体が開催する災害を想定した医療救護活動訓練に参加するなど、関係機関等との連携体制を強化し、大規模災害発生時の的確な対応に努める。</p>

業務運営への反映状況	平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等	該当なし
	-	-

法人の自己評価	評価理由	評価理由
A	A	<p>県が実施するセミナーへ担当職員を派遣し、BCPの策定に必要な情報の収集に努めたほか、BCP策定の前段として災害対応マニュアルを策定した。また、令和元(2019)年台風19号豪雨JRAT災害対策本部(東京本部)に職員を派遣するとともに、JRATや栃木県災害リハビリテーション連絡会の定例会に職員を派遣することができたため、「A」評価とした。</p>



知事の評価(案)	評価理由等	評価理由等
A	A	<p>当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。</p>

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(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>安定的な経営基盤を確立するため、ガバナンスを強化するとともに、経営戦略の立案等を担う経営企画室を設置し、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。また、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とともに、複合施設としてのリハセンターの機能を最大限に発揮するために、病院・施設部門・施設部門にまたがる組織横断的な委員会活動を充実させ、効果的かつ効率的な業務運営を図る。</p>	<p>安定的な経営基盤を確立するため、経営企画室を中心とし、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。また、医療センターや障害者自立訓練センター等の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とともに、複合施設としてのリハセンターの機能を最大限に発揮するために、病院・施設部門にまたがる組織横断的な委員会活動を充実させる。</p>	<p>・ 医事業務や医療機器の保守などの委託契約について、内部監査を通して改善点を抽出し、課題を整理するなど経営改善やガバナンスの強化に取り組んだ。さらに、新たに小児整形外来や神経難病外来、小児科外来における人工呼吸器装着児の受け入れなどを実施し、リハセンターに求められる機能や役割を踏まえた業務運営の充実に向けた取り組みを行った。 また、令和元(2019)年4月に行った事務決裁規程の改正により部長に一部の権限が付与され、責任の所在がより明確になるとともに、事務処理の効率化が図られた。</p>

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等		業務運営への反映状況
<p>・ 複合施設としてのリハビリテーションセンターの機能を最大限に発揮するため、安定的な経営基盤の確立に努められた。</p>	<p>・ 医事業務や医療機器の保守などの委託契約の強化に取り組んだ。さらに、新たに小児整形外来や神経難病外来、小児科外来における人工呼吸器装着児の受け入れなどを実施し、リハセンターに求められる機能や役割を踏まえた業務運営の充実に向けた取り組みを行った。</p>	<p>・ 医事業務や医療機器の保守などの委託契約について、新たに開始した内部監査を通して改善点を抽出し、課題を整理するなど経営改善やガバナンスの強化に取り組んだ。さらに、新たに小児整形外来や神経難病外来、小児科外来における人工呼吸器装着児の受け入れなどを実施し、リハセンターに求められる機能や役割を踏まえた業務運営の充実に向けた取り組みを行った。</p>

法人の自己評価	A	評価理由	<p>・ 経営企画室を中心として、内部監査によるガバナンスの強化や小児整形外来、神経難病外来等の新設による業務運営の充実を図ったほか、事務決裁規程の改正により事務処理の効率化を図るなど、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。</p>
---------	---	------	--



知事の評価(案)	A	評価理由等	<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。</p>
----------	---	-------	---

2 経営参画意識の向上(中項目)

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<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、経営改善推進会議において、経営分析や医業収支比率等の主要経営指標を用いた経営分析を定例的に実施するとともに、その結果を所内連絡会議等に報告し、職員の経営参画意識の向上を図る。</p> <p>また、職員の多様なアイデアを、効果的かつ効率的に業務運営につなげられるよう、業務改善に係る職員提案を制度化する。</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、管理運営会議において、経営分析や医業収支比率等の主要経営指標を用いた経営分析を定例的に実施するとともに、その結果を所内連絡会議等に報告し、職員の経営参画意識の向上を図る。</p> <p>また、職員の多様なアイデアを、効果的かつ効率的に業務運営につなげられるよう、業務改善に係る職員提案の制度化について検討する。</p>	<p>各部長以上を構成員とする管理運営会議(13回開催)において、主要経営指標の実績等を共有・分析し、翌月以降の病院・施設の取組方針を決定するとともに、その結果を所内連絡会議等に報告した。</p> <p>さらに、所長による職員向けの全体研修会(1回)、経営企画室による経営に関する研修会(2回)を開催し、法人の基本方針や中期計画、年度計画の内容を説明することにより職員の経営参画意識の醸成を図った。</p> <p>また、職員の多様なアイデアを業務運営に活かしていくため、職員提案制度「どちりハ提案制度」を開始した。サービス向上、コスト削減、働き方改革、その他の4部門を設定し提案を募集した結果、15件の提案が寄せられ、うち9件について採用(又は一部採用)とした。</p>

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<p>・ 該当なし</p>	-

法人の自己評価	評価理由
A	<p>・ 管理運営会議で経営方針の検討や経営情報を共有するとともに、その結果を所内連絡会議等に報告するなど職員に経営参画意識の向上を図るとともに、新たに業務改善に係る職員提案制度を開始するなど、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。</p>



知事の評価(案)	評価理由等
A	<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。</p>

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	R元(2019) 年度 目標値	R元(2019) 年度 実績値	R元(2019) 年度 達成率	R4(2022) 年度 目標値※	指標の達成 状況
1	リハビリテーション実施単位数(単位) 【再掲】	300,000	258,102	86%	303,000	ii
2	医師数(人)【再掲】	13	11	85%		ii
3	療法士数(人)【再掲】	75	89	119%		v
4	病床利用率(%)	90.0	87.1	97%	91.4	iii
5	新入院患者数(人)	470	620	132%		v
6	ジェネリック医薬品使用割合(%)	72.0	82.1	114%	75.0	v
7	材料費対医薬収益比率(%)	10.2	8.1	121%		v

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値(再掲)	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値
210,482	258,102			
11	11			
71	89			
80.5	87.1			
615	620			
70.6	82.1			
10.4	8.1			

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容		年度計画の記載内容	業務実績
(1)収入の確保対策(小項目)	収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。	収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。	業務実績
ア	リハセンターの規模に見合った医師、療法士等を適正に配置し、リハビリテーション実施単位数の着実な増加を図る。	ア リハセンターの規模に見合った医師、療法士等を適正に配置し、リハビリテーション実施単位数の着実な増加を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 医師数については、目標13名のところ11名となり、目標を下回った。特に小児科医については2名以上の配置が望まれるところであり、医師の確保が求められる。療法士教については、随時採用を行うことにより目標を上回る89名を配置し、リハビリテーション実施単位数についても昨年度比47,620単位増の258,102単位となったが、新たに採用となった療法士に対しては一定の教育訓練期間が必要であり、教育訓練期間中は新採用職員はもちろん指導する職員においても、時間あたりのリハビリテーション実施単位数が減少したことから、目標の300,000単位に届かなかった。
イ	リハセンターのリハビリテーション医療の現況等について定期的に情報提供するなど、急性期病院や整形外科病院との連携を強化し、患者の安定的な確保を図る。	イ 患者紹介につながるよう、急性期病院への訪問を通じて情報交換を密に行う。	<ul style="list-style-type: none"> 患者紹介につながるよう、急性期病院へ待機状況を電話連絡にて情報提供を行ったほか、会議・研修会等で急性期病院MSWと情報交換に努めた。
ウ	地域医療連携室において、各病棟における退院予定者の確かな管理と入院予定者のスムーズな受入れ等、効果的な病床管理を行い、病床利用率の向上に努める。	ウ 地域医療連携室において、各病棟における退院予定者の確かな管理と入院予定者のスムーズな受入れ等、効果的な病床管理を行い、病床利用率の向上に努める。	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療連携室において、各病棟師長との連携を密に図り病床管理を行ったほか、紹介元病院と緊密な連絡調整を行い、スムーズかつ迅速な入院手続きを進めた。 病床利用率については、秋頃の紹介患者減少の影響もあり、前年度よりは高くなったものの、目標90.0%のところ87.1%に止まった。

<p>中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容</p>	<p>年度計画の記載内容</p>	<p>業務実績</p>
<p>工 診療報酬請求等改善委員会において、レセプトの減額(返戻)等に係る原因や背景について検討し、診療報酬の適正な請求に努める。 また、診療報酬の改定内容等を早期かつ正確に把握し、取得可能な診療報酬項目について施設基準等の達成に取り組み。 オ 回復期の医療需要増への対応や質の高いリハビリテーション医療の提供により、回復期リハビリテーション病棟入院料1や体制強化加算の算定の算定を目指す。</p>	<p>工 診療に携わる職員全員が診療報酬制度の理解に努めるとともに、多職種が連携して記録管理を確実にし、診療報酬の適正な請求を行っていく。 また、院外の研修会等を通じて情報収集を行い、新たな加算等の取得を目指す。 オ 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準や各種加算を算定できる体制整備を推進する。</p>	<p>・ 診療報酬等改善委員会を隔月開催し、査定減額となった事例について、その理由と今後の対応を明確にし、情報共有することで適正な請求を行うことができた。平成30(2018)年1月から12月の査定件数は計84件であったが、平成31(2019)年1月から令和元(2019)年12月の査定件数は計37件となり、47件の減となった。 ・ 令和2(2020)年1月から5階及び6階病棟において、回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定を開始した。また、回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準の維持及び各種加算の算定に向け検討を行った。令和2(2020)年3月には「入退院支援加算1」の届出を行った。</p>
<p>カ 入院等に際して、患者や家族に診療費の概算額を提示するとともに、医療費に係る公費負担制度や助成制度等について丁寧に説明し、未収金の発生防止を図る。 また、未収金が発生した場合は、電話や家庭訪問による納入(分割納入)の指導を行うとともに、納期限までに納入されない場合は、債権回収会社への委託を検討するなど、督促や催告の措置を講じ、未収金の早期回収を図る。</p>	<p>カ 入院等に際して、患者や家族に診療費の概算額を提示するとともに、医療費に係る公費負担制度や助成制度等について丁寧に説明し、未収金の発生防止を図る。 また、未収金が発生した場合は、電話や家庭訪問による納入(分割納入)の指導を行うとともに、納期限までに納入されない場合は、債権回収会社への委託を検討するなど、督促や催告の措置を講じ、未収金の早期回収を図る。 キ 医薬品の採用に当たっては、薬価差益の観点も含めた検討を行い、収益の増加を図る。</p>	<p>・ 入院時の説明及び誓約書の提出の徹底を図るとともに、支払の困難な患者からの相談対応を通分納の提案等、未収金回収確保に努めた(令和元(2019)年度分納申請 3件)(参考:平成30(2018)年度未収金発生額 241千円)。 また、未収金回収業務委託を通じ、過年度未収金を回収した(2件)。 ・ 後発医薬品の積極的な採用や切替えを行い、医薬品購入費を約140万円削減し、薬価差による収益約24万円に寄与した。</p>
<p>(2) 費用の削減対策(小項目)</p>	<p>費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。</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 リハセンターで保有しているMRI、骨密度測定装置等の高度医療機器について、地域の医療機関との連携強化及び医療機器の効果的活用について検討する。</p>	<p>ア リハセンターで保有しているMRI等の高度医療機器について、地域の医療機関との連携強化及び医療機器の効果的活用の観点から、近隣の医療機関からの受託検査を積極的に受け入れられる。</p>	<p>・ 地域の医療機関との連携強化及び医療機器の効果的活用の観点から、近隣の医療機関からの受託検査の積極的な受け入れに努めた。 ・ 医薬品や医療機器の購入に当たっては、多職種で価格交渉を行った。 ・ 先発医薬品と同等以上の品質である後発医薬品を積極的に採用し、後発医薬品の使用割合を82.1%まで引き上げ、医療費及び患者の経済的負担の軽減を図った。</p>
<p>イ 医薬品や医療機器の購入に当たっては、事務担当者に加え、医師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師も交渉の場に参加して専門的見地から価格交渉を行う。 また、医薬品の有効性・安全性、供給の安定性等に留意しつつ、ジェネリック医薬品(後発医薬品)の調剤割合の向上に努め、医薬品費及び患者の経済的負担の軽減を図る。</p>	<p>イ 医薬品や医療機器の購入に当たっては、事務担当者に加え、医師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師も交渉の場に参加して専門的見地から価格交渉を行う。 また、医薬品の有効性・安全性、供給の安定性等に留意しつつ、ジェネリック医薬品(後発医薬品)の調剤割合の向上に努め、医薬品費及び患者の経済的負担の軽減を図る。</p>	<p>・ 医薬品や医療機器の購入の交渉に際しては多職種で価格交渉を行った。 ・ 先発医薬品と同等以上の品質である後発医薬品を積極的に採用し、後発医薬品の使用割合を82.1%まで引き上げ、医療費及び患者の経済的負担の軽減を図った。</p>
<p>ウ 医薬品や診療材料について、在庫量が必要最小限のレベルとなるよう、患者ごとの処方及び処方量等を的確に予測するなど、適正管理の徹底を図る。</p>	<p>ウ 処方量の把握に努め、医薬品の在庫量を適正に管理する。</p>	<p>・ 医薬品の定期的な使用量を把握し、適正在庫量や発注点を設定することにより医薬品管理の効率化及び適正化を図った。</p>
<p>エ 障害児・障害者に係る政策的な医療や福祉等に対する適切なコスト管理等を行うため、診療科目別、部門別原価計算を実施する。</p>	<p>エ 診療科目別、部門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、複数の部門に勤務する職員の人件費等の配賦基準の検討を行う。</p>	<p>・ 経営分析システムに当センターのデータを蓄積するとともに、実績データを基に複数の部門に勤務する職員の人件費等の配賦基準の妥当性について検討を行った。</p>

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等		業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション実施単位数の増加や医師の安定的な確保により更なる収入の確保を図るとともに、安全面にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組むなど、より一層の経営改善に努められたい。 	<ul style="list-style-type: none"> 療法士数については、随時採用を行うことにより目標を上回る89名を配置し、リハビリテーション実施単位数についても昨年度比47,620単位増の258,102単位となった。【再掲、(1)-ア】 令和2(2020)年1月から5階及び6階病棟において、回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定を開始した。また、令和2(2020)年3月には「入院退院支援加算1」の届出を行った。【再掲、(1)-オ】 医薬品や医療機器の購入の交渉に際しては多職種で価格交渉を行った。 後発医薬品を積極的に採用し、後発医薬品の使用割合を82.1%まで引き上げ、医療費及び患者の経済的負担の軽減を図った。【再掲、(2)-イ】 	

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、「療法士数」、「新入院患者数」、「ジェネリック医薬品使用割合」及び「材料費対医療収益比率」は目標値を上回った一方、「リハビリテーション実施単位数」、「医師数」、「病床利用率」については目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「収入の確保対策」では、令和2(2020)年1月から5階及び6階病棟において回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定を開始したほか、「費用の削減対策」では、医薬品の定期的な使用量を把握し、医薬品管理の効率化及び適正化を図るなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
---------	---	------	--



知事の評価(案)	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。リハビリテーション実施単位数の増加や医師の安定的な確保により更なる収入の確保を図るとともに、病床利用率の向上に努められたい。
----------	---	-------	--

第3 予算、収支計画及び資金計画(財務内容の改善に関する事項)(大項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 達成率	R4(2022)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	経常収支比率(%)	100以上	104.1	104%	100以上	IV
2	医業収支比率(%)	70以上	68.9	98%	75以上	III

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値	R3(2021)年度 実績値	R4(2022)年度 実績値
101.4	104.1			
64.9	68.9			

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>県民が求める専門的なりハ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>月次で収支進捗状況を管理し、経常収支の黒字化を目指す。</p>	<p>・ 毎月、中堅幹部職員以上が出席する所内連絡会議において、入退院別・診療科別の前月までの稼働額を周知し、経営情報の共有を行うとともに収益の維持・増加に向けた取り組みの強化を働きかけた。 ・ 令和元(2019)年度の経常収支比率は104.1%となり、目標を達成した。</p>

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<p>・ 医業収支比率の改善に向け、より一層の経営改善に努められたい。</p>	<p>・ 毎月、中堅幹部職員以上が出席する所内連絡会議において、入退院別・診療科別の前月までの稼働額を周知し、経営情報の共有を行うとともに収益の維持・増加に向けた取り組みの強化を働きかけた。【再掲】</p>

法人の自己評価	評価理由
A	<p>・ 指標の達成状況に関しては、「経常収支比率」は目標値を上回った一方、「医業収支比率」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、毎月、中堅幹部職員以上が出席する所内連絡会議において、入退院別・診療科別の前月までの稼働額を周知し、経営情報の共有を行うとともに収益の維持・増加に向けた取り組みの強化を働きかけた。令和元(2019)年度の経常収支比率は104.1%となり目標を達成した。 ・ 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。</p>



知事の評価(案)	評価理由等
A	<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。ただし、医業収支比率の改善に向け、より一層の経営改善に努められたい。</p>

第8 その他業務運営に関する重要事項(大項目)

中期計画(H30(2018)~R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>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。</p>	<p>医療機器等の調達に当たっては、管理運営会議において投資計画を精査し、計画的な更新・整備に努める。</p>	<p>医療機器の調達に当たり、部長以上を構成員とする管理運営会議において、投資計画及び購入予定機器の機能や仕様を精査し、病院・施設運営に必要な十分な機器の整備を行った。</p>

平成30(2018)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<p>・ 該当なし</p>	-

法人の自己評価	評価理由
A	<p>・ 医療機器等の調達に当たっては、管理運営会議において投資計画を精査し、計画的な更新・整備を行うことができたことから、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。</p>



知事の評価(案)	評価理由等
A	<p>・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。</p>

令和元（2019）年度業務実績に関する全体評価書（リハビリテーションセンター）

栃木県知事は、地方独立行政法人法第 28 条第 1 項の規定により、地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンターの令和元（2019）年度の業務実績について、以下のとおり評価を行った。

1 全体評価（案）

(1) 評価結果

令和元（2019）年度の業務実績については、中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。

(2) 判断理由等

- 14 の中項目中「安全で安心な医療の提供」等の 10 項目については、A 評価（概ね計画どおり実施している）と判断した一方、「質の高い医療の提供」等の 4 項目については、B 評価（計画をやや下回って実施している）と判断した。
- B 評価と判断した「質の高い医療の提供」及び「人材の確保と育成」の 2 項目については、リハビリテーション実施単位数や整形外科手術実施人数のほか、職員満足度割合等が目標を下回っており、医師の安定的な確保や職員満足度の向上等に取り組む必要がある。
また、「障害児・障害者の福祉の充実」及び「地域医療・福祉への貢献」の 2 項目については、施設利用の普及啓発に努めるとともに、実習生の受入れ等、医療・福祉関係者の資質向上に取り組む必要がある。

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

【指標の達成状況の判断目安】

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

第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項

1 質の高い医療の提供

指標名	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度				R2(2020)年度目標値※1	
		目標値	実績値	達成率	評価		
高難度手術延べ件数(件)	52	60	61	102%	iv	60	
腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数(件)	530	550	607	110%	v		
外来(日帰り)ポリープ内視鏡手術延べ件数(件)	984	900	956	106%	iv		
高精度放射線治療延べ件数(件)	IMRT	2,190	735	835	114%	v	780
	SBRT	8	8	16	200%	v	20
外来化学療法延べ件数(件)	8,048	7,600	8,308	109%	iv	7,900	
臨床研究件数(件)	183	150	200	133%	v	228	
チームSTEPPS受講率(%)	83.7	100.0	77.3	77%	i		
緩和ケア勉強会実施回数	年8回	年8回	年8回	100%	iv		
地域の緩和ケア連携カンファレンス開催回数	年8回	年10回	年8回	80%	ii	月1回以上	
がん患者リハビリテーション単位数(単位)	5,374	7,070	5,668	80%	ii	17,040	

2 安全で安心な医療の提供

指標名	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度				R2(2020)年度目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
医療安全管理研修(全職員対象)実施回数	年7回	—	—	—	—	
医療安全管理研修(全職員対象)受講率(%)	—	90以上	94.5	105%	iv	
感染管理認定看護師数(人)	1	1	1	100%	iv	3以上
多職種連携ロールプレイ研修実施回数	年1回	年1回	年1回	100%	iv	
医薬品安全使用研修実施回数	年2回	年2回	年2回	100%	iv	

※ 医療安全管理研修(全職員対象)の指標は、R元(2019)年度より実施回数から受講率に変更

3 患者・県民の視点に立った医療の提供

指標名	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度				R2(2020)年度目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
カルテ監査実施回数	年2回	年2回	年2回	100%	iv	
専門看護相談件数(件)	1,026	1,080	1,045	97%	iii	
セカンドオピニオン件数(件)	153	200	107	54%	i	230
院内クリティカルパス適用症例率(%)	53.5	52.0	51.7	99%	iii	
口腔ケア実施件数(件)	551	540	478	89%	ii	
医療相談件数(件)	3,011	3,100	3,370	109%	iv	
患者満足度割合(%)	87	90以上	88	98%	iii	90以上

4 人材の確保と育成

指標名	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度				R2(2020)年度目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
医師数(人)	56	58	57	98%	iii	
認定看護師数(人)	12	13	13	100%	iv	
職員満足度割合(%)	80	85以上	78	92%	iii	90以上
医療倫理研修実施回数	年1回	年1回	年1回	100%	iv	

5 地域連携の推進

指 標 名	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度				R2(2020)年度目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
院外への口腔ケア依頼件数(件)	322	344	306	89%	ii	
医薬連携研修実施回数	年1回	年2回	年1回	50%	i	
受託検査件数(件)	44	45	123	273%	v	
退院調整件数(件)	593	547	1,199	219%	v	
紹介率(%)	94.6	94.5	95.7	101%	iv	95.0
逆紹介率(%)	45.3	43.3	44.2	102%	iv	40.0

6 地域医療への貢献

指 標 名	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度				R2(2020)年度目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
地域の医療従事者向け研修実施回数	年14回	年15回	年16回	107%	iv	
郡市医師会向け出張講座実施回数	年11回	年10回	年10回	100%	iv	

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項

3 収入の確保及び費用の削減への取組

指 標 名	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度				R2(2020)年度目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
病床利用率(%)※2	57.0	65.1	56.7	87%	ii	
新入院患者数(人)	3,984	4,540	4,276	94%	iii	
新外来患者数(人)	6,958	7,053	6,814	97%	iii	
1日当たり入院患者数(人)	154.8	177.0	153.4	87%	ii	
1日当たり外来患者数(人)	486.7	494.0	484.2	98%	iii	
診療材料費対医業収益比率(%)	8.1	7.6	7.9	96%	iii	
ジェネリック医薬品採用比率(%)	79.6	82.5	82.7	100%	iv	
委託料対医業収益比率(%)	12.9	12.6	12.8	98%	iii	
減価償却費対医業収益比率(%)	13.5	11.6	12.5	92%	iii	

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

指 標 名	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度				R2(2020)年度目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
経常収支比率(%)	98.0	100以上	97.0	97%	iii	100以上
医業収支比率(%)	79.4	80以上	80.5	101%	iv	85以上

※1 R2(2020)年度目標値については、中期計画指標のみ記載。

※2 延べ入院患者数(退院日を含む年間入院患者数)を年間延べ病床数で除した割合。

中期目標期間の終了時に見込まれる数値目標及び実績値一覧（がんセンター）

【指標の達成状況の判断目安】

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

第2 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	H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R2(2020)年度見込値	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率(見込み)	指標の達成状況	
高難度手術延べ件数(件)	69	75	52	61	60	60	100%	iv	
高精度放射線治療延べ件数(件)	IMRT	777	1,251	2,190	835	780	780	100%	iv
	SBRT	4	0	8	16	20	20	100%	iv
外来化学療法延べ件数(件)	7,897	7,573	8,048	8,308	7,900	7,900	100%	iv	
臨床研究件数(件)	182	169	183	200	228	228	100%	iv	
地域の緩和ケア連携カンファレンス開催回数	年9回	年10回	年8回	年8回	月1回	月1回以上	100%	iv	
がん患者リハビリテーション単位数(単位)	2,285	5,438	5,374	5,668	5,900	17,040	35%	i	

2 安全で安心な医療の提供

指標名	H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R2(2020)年度見込値	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率(見込み)	指標の達成状況
感染管理認定看護師数(人)	2	2	1	1	3	3以上	100%	iv

3 患者・県民の視点に立った医療の提供

指標名	H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R2(2020)年度見込値	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率(見込み)	指標の達成状況
セカンドオピニオン件数(件)	148	194	153	107	130	230	57%	i
患者満足度割合(%)	82	83	87	88	90	90以上	100%	iv

4 人材の確保と育成

指標名	H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R2(2020)年度見込値	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率(見込み)	指標の達成状況
職員満足度割合(%)	66	77	80	78	90	90以上	100%	iv

5 地域連携の推進

指標名	H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R2(2020)年度見込値	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率(見込み)	指標の達成状況
紹介率(%)	93.5	94.0	94.6	95.7	95.0	95.0	100%	iv
逆紹介率(%)	38.0	42.8	45.3	44.2	40.0	40.0	100%	iv

第4 予算、収支計画及び資金計画

財務内容の改善に関する事項

指標名	H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値	R2(2020)年度見込値	R2(2020)年度目標値	R2(2020)年度達成率(見込み)	指標の達成状況
経常収支比率(%)	101.1	98.9	98.0	97.0	100.0	100以上	100%	iv
医業収支比率(%)	79.1	77.8	79.4	80.5	85.0	85以上	100%	iv

第一期中期目標 骨子			第二期中期目標 骨子(案)			考え方等
大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	
前文			前文			環境の変化、第1期の実績・課題、第2期の方向性を記載
第1	中期目標の期間	・ 5年間 (H28(2016).4.1～H33(2021).3.31)	第1	中期目標の期間	・ 5年間 (R3(2021).4.1～R8(2026).3.31)	
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		第2	県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項		
	1	質の高い医療の提供 (1) 高度で専門的な医療の推進 (2) チーム医療の推進 (3) 緩和ケアの推進 (4) がん患者のリハビリテーション提供体制の充実		1	質の高い医療の提供 (1) 高度で専門的な医療の推進 (2) チーム医療の推進 (3) 緩和ケアの推進 変更 (4) がん患者リハビリテーションの 推進	リハビリスペース等の提供体制は整備済み
	2	安全で安心な医療の提供 (1) 医療安全対策等の推進 (2) 医療機器、医薬品等の安全管理の徹底 (3) 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理		2	安全で安心な医療の提供 (1) 医療安全対策等の推進 (2) 医療機器、医薬品等の安全管理の徹底 移動 (3) (第5-2に記載)	
	3	患者・県民の視点に立った医療の提供 (1) 患者及びその家族への医療サービスの充実 (2) 患者の就労等に関する相談支援体制の充実 (3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上 (4) 県民へのがんに関する情報の提供 (5) ボランティア等民間団体との協働		3	患者・県民の視点に立った医療の提供 (1) 患者及びその家族への医療サービスの充実 変更 (2) 患者の就労等に関する相談支援 機能 の充実 (3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上 (4) 県民へのがんに関する情報の提供 (5) ボランティア等民間団体との協働	体制は整備済み
	4	人材の確保と育成 (1) 医療従事者の確保と育成 (2) 研修体制の強化 (3) 人事管理制度の構築 (4) 安全で安心な職場環境づくり (5) 医療従事者の臨床倫理観の向上		4	人材の確保と育成 (1) 医療従事者の確保と育成 (2) 研修体制の強化 (3) 人事管理制度の構築 変更 (4) 働きやすい 職場環境づくり (5) 医療従事者の臨床倫理観の向上	働き方改革関連を追記
	5	地域連携の推進 (1) 地域の医療機関との連携強化 (2) 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化 (3) 在宅緩和ケアの推進		5	地域連携の推進 (1) 地域の医療機関との連携強化 (2) 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化 (3) 在宅緩和ケアの推進	
	6	地域医療への貢献 (1) 地域のがん医療の向上・均てん化のための支援 (2) がん対策事業への貢献		6	地域医療への貢献 (1) 地域のがん医療の 質 の向上のための支援 (2) がん対策事業への貢献	「均てん化」削除
	7	災害等への対応 ・ 県立病院としての災害等への対応		7	災害等への対応 ・ 県立病院としての災害等への対応 追記 ・ BCP(業務継続計画)の継続的な見直し	災害対応の強化が求められるため追記
第3	業務運営の改善及び効率化に関する事項		第3	業務運営の改善及び効率化に関する事項		
	1	業務運営体制の確立 ・ 経営責任の所在の明確化 ・ 実効性のある組織の整備		1	業務運営体制の確立 変更 (1) 効率的な組織体制の構築 ・ 効果的・効率的な業務運営体制の構築 ・ 経営効率の高い職員配置 移動 (2) 経営参画意識の向上 (第3-2から移動) ・ 積極的に経営に参画する組織文化の醸成	医療環境の変化への対応が求められるため変更 業務運営体制に関するものであるため、1に整理
	2	経営参画意識の向上 ・ 積極的に経営に参画する組織文化の醸成		2	(第3-1(2)に記載) 移動	

第一期中期目標 骨子			第二期中期目標 骨子(案)			考え方等
大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	
	3	収入の確保及び費用の削減への取組 (1) 収入の確保への取組 ・ 積極的な情報発信と質の高いがん医療の提供による患者の確保 ・ 病診・病病連携による患者の確保 ・ 病床利用率向上策の検討 ・ 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 (2) 費用の削減への取組 ・ 適正な在庫管理 ・ 医薬品及び診療材料の調達コストの削減 ・ コスト意識改革 ・ 原価計算の確立		2	収入の確保及び費用の削減への取組 (1) 収入の確保への取組 ・ 積極的な情報発信と質の高いがん医療の提供による患者の確保 ・ 病診・病病連携による患者の確保 ・ 病床利用率向上策の検討 変更 ・ <u>診療報酬改定への迅速かつ適切な対応</u> ・ 未収金の発生防止と回収の徹底 (2) 費用の削減への取組 追記 ・ <u>経営状況の分析を踏まえた費用の適正化</u> ・ 適正な在庫管理 削除 ・ コスト意識改革 ・ 原価計算の <u>実施</u>	診療報酬改定による経営への影響を考慮 費用面の分析が必要と判断し追記 費用の適正化に整理 原価計算導入済み
	第4	財務内容の改善に関する事項 ・ 中期目標期間中の経常収支の黒字化		第4	財務内容の改善に関する事項 ・ 中期目標期間中の経常収支の黒字化 追記 ・ <u>計画的な資金管理</u>	資金不足に陥ることのないよう追記
	第5	その他業務運営に関する重要事項 ・ 長期的な視点による施設整備のあり方の検討 ・ 計画的な医療機器の更新・整備		第5	その他業務運営に関する重要事項 1. <u>施設整備のあり方・医療機器整備の検討</u> 変更 ・ <u>地域の医療機関の状況等を踏まえた</u> 施設整備のあり方の <u>具体的な</u> 検討 ・ 計画的な医療機器の更新・整備 2. <u>適正な業務の確保</u> (第2-2(3)から移動) ・ 法令・社会規範の遵守 ・ 適切な情報管理 追記 ・ <u>内部統制の充実</u>	第2期において施設整備に向けた具体的な検討が必要なため変更 地独法改正(H30.4月)を受け追記

第1期中期目標 (H28(2016)年度～R2(2020)年度)	第2期中期目標 (R3(2021)年度～R7(2025)年度) (素案)	備考
<p>前文</p> <p>栃木県立がんセンター（以下「がんセンター」という。）は、これまで県民が求める高度で専門的ながん医療を提供するとともに、都道府県がん診療連携拠点病院として栃木県のがんの医療水準の向上・均てん化を推進するなど、県内におけるがん医療に対して極めて重要な役割を果たしてきた。</p> <p>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变化など、医療を取り巻く環境は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。</p>	<p>前文</p> <p>栃木県立がんセンター（以下「がんセンター」という。）は、県民が求める高度で専門的ながん医療を提供するとともに、都道府県がん診療連携拠点病院として栃木県のがんの医療水準の向上・均てん化を推進するなど、県内におけるがん医療に対して極めて重要な役割を果たしている。</p> <p>平成28（2016）年度から令和2（2020）年度までの第1期中期目標期間においては、がんリハビリテーション提供体制の整備やゲノムセンターの開設を行うとともに、地方独立行政法人制度の特長を活かして、専門的な資格やノウハウを持った職員を随時採用するなど、医療の質の向上とその提供体制づくりに取り組んできた。</p> <p>一方、経営面においては、平成28（2016）年度は経常収支の黒字化を達成したものの、平成29（2017）年度以降は純損失を計上しており、非常に厳しい経営状況が続いている。</p> <p>また、近年、急速な高齢化の進展や、入院治療から外来治療への移行、医療技術の進歩など、医療を取り巻く環境は大きく変化している。</p> <p>令和2（2020）年度からの5年間の第2期中期目標期間においては、こうした医療環境の変化に迅速に対応し、経営の健全化を図るとともに、県民に対する医療サービスのさらなる充実させていくことが求められる。</p> <p>この第2期中期目標は、第1期中期目標期間における業務実績や経営状況、医療環境の変化などを踏まえ、医療サービスの向上、医療従事者の確保と育成、地域の医療機関との連携、業務運営の改善や効率化など、がん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。</p> <p>がんセンターにおいては、地方独立行政法人の利点を十分に活かした病院運営を行うことにより、経営改善を図りつつ、質の高いがん医療を安定的に提供するとともに、県内における医療水準の向上を推進するなど、県民の健康の確保及び増進に寄与することを強く求めるものである。</p>	<p>備考</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 第1期の実績 ・ 第1期の課題 ・ 外部環境の変化 ・ 第1期の実績等を踏まえた、第2期の方向性 ・ 均てん化は、一定の成果が得られているので削除
<p>第1 期中期目標の期間</p> <p>平成28年4月1日から平成33年3月31日までの5年間とすること。</p>	<p>第1 期中期目標の期間</p> <p>令和3（2021）年4月1日から令和8（2026）年3月31日までの5年間とすること。</p>	
<p>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</p> <p>県民の医療ニーズを踏まえて、高度で専門的な医療など質の高い医療を提供すること。</p> <p>また、患者が安心して医療を受けられるよう、医療の安全を確保するとともに、患者・県民の視点に立って医療を提供するほか、人材の確保と育成に取り組むこと。</p> <p>さらに、県全体のがん医療水準の向上や在宅医療の充実を図るため、地域連携を推進するとともに、地域医療に貢献すること。</p>	<p>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</p> <p>県民の医療ニーズを踏まえて、高度で専門的な医療など質の高い医療を提供すること。</p> <p>また、患者が安心して医療を受けられるよう、医療の安全を確保するとともに、患者・県民の視点に立って医療を提供するほか、人材の確保と育成に取り組むこと。</p> <p>さらに、県全体のがん医療水準の向上や在宅医療の充実を図るため、地域連携を推進するとともに、地域医療に貢献すること。</p>	

第1期中期目標 (H28(2016)年度～R2(2020)年度)	第2期中期目標 (R3(2021)年度～R7(2025)年度) (案)	備考
1 質の高い医療の提供	1 質の高い医療の提供	
(1) 高度で専門的な医療の推進 局所進行がんや転移がんの患者に対する医療の提供など、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、高度で専門的な医療を提供すること。	(1) 高度で専門的な医療の推進 希少がんや難治性がんの特性に応じた医療やがんゲノム医療の提供など、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、高度で専門的な医療を提供すること。	・第2期にがんセンターが担う政策医療
(2) チーム医療の推進 多職種医療従事者間で連携、協働し、それぞれの専門性を最大限に発揮できるよう、患者及びその家族も一員としたチーム医療を推進すること。	(2) チーム医療の推進 多職種医療従事者間で連携、協働し、それぞれの専門性を最大限に発揮できるよう、患者及びその家族も一員としたチーム医療を推進すること。	
(3) 緩和ケアの推進 患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、緩和ケアチーム、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充実など、がん診断された時から緩和ケアを推進すること。	(3) 緩和ケアの推進 患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、緩和ケアチーム、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による緩和ケア提供体制の充実など、がん診断された時から緩和ケアを推進すること。	
(4) がん患者のリハビリテーション提供体制の充実 患者の運動機能の改善及び生活機能の低下予防のため、がん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提供体制を充実すること。	(4) がん患者リハビリテーションの推進 患者の運動機能の改善及び生活機能の低下予防のため、がん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の提供を推進すること。	・文言修正 ・リハビリスペース等の提供体制は整備済み
2 安全で安心な医療の提供	2 安全で安心な医療の提供	
(1) 医療安全対策等の推進 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化や医療事故の発生原因の分析等を行い事故防止の徹底を図るなど、医療安全対策を推進するとともに、感染管理体制を充実するなど、院内感染対策を強化すること。	(1) 医療安全対策等の推進 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化や医療事故の発生原因の分析等を行い事故防止の徹底を図るなど、医療安全対策を推進するとともに、感染管理体制を充実するなど、院内感染対策を強化すること。	
(2) 医療機器、医薬品等の安全管理の徹底 安全な医療を提供するため、放射線治療機器の品質管理の徹底など、医療機器や医薬品等の管理を徹底すること。	(2) 医療機器、医薬品等の安全管理の徹底 安全な医療を提供するため、放射線治療機器の品質管理の徹底など、医療機器や医薬品等の管理を徹底すること。	
(3) 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理 国民に信頼され、真実医療機関の規範的役割を果たしていきけるよう、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。	(記載箇所変更→第5-2)	・他県を参考に記載箇所移動

第1期中期目標 (H28(2016)年度～R2(2020)年度)	第2期中期目標 (R3(2021)年度～R7(2025)年度) (素案)	備考
<p>3 患者・県民の視点に立った医療の提供</p> <p>(1) 患者及びその家族への医療サービスの充実</p> <p>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、インフォオムド・コンセンストを徹底するとともに、セカンドオピニオン外来の充実など、患者及びその家族への医療サービスの充実すること。</p>	<p>3 患者・県民の視点に立った医療の提供</p> <p>(1) 患者及びその家族への医療サービスの充実</p> <p>患者及びその家族の視点に立ち、必要な情報を分かりやすく説明することと徹底するとともに、患者が生活スタイルに応じた治療法を選択するための医療相談の充実を図るなど、患者及びその家族への医療サービスの充実すること。</p>	<p>・インフォオムド・コンセンストは今更記載すべきものでない、セカンドオピニオン外来の充実は対応済みであることから削除</p>
<p>(2) 患者の就労等に関する相談支援体制の充実</p> <p>患者の就労も含めた社会的支援に関する情報を提供するため、ハローワークなどとの連携を図るとともに、相談支援体制を充実すること。</p>	<p>(2) 患者の就労等に関する相談支援機能の充実</p> <p>患者の就労をはじめ、社会的支援に関する情報を提供するため、ハローワークなどとの関係機関との連携を図るとともに、相談支援機能を充実すること。</p>	<p>・文言修正</p> <p>・患者の就労支援は充実を図る必要があることから変更</p> <p>・体制は整備済み</p>
<p>(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上</p> <p>職員の接遇マナーの向上を図るとともに、外来診療、検査、会計などの待ち時間の短縮やプライバシーへの配慮など、患者及びその家族の利便性・快適性の向上に努めること。</p>	<p>(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上</p> <p>職員の接遇マナーの向上を図るとともに、患者のニーズを的確に把握し、改善に取り組みなど、患者及びその家族の利便性・快適性の向上に努めること。</p>	<p>・患者満足度アンケートの結果を踏まえた改善に取り組むこととする(プライバシーへの配慮は対応済み(女性フロア等))</p>
<p>(4) 県民へのがんに関する情報の提供</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、県民に対し、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、ホームページを充実するなど、適切な情報提供を行うこと。</p>	<p>(4) 県民へのがんに関する情報の提供</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、県民に対し、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、ホームページを充実するなど、適切な情報提供を行うこと。</p>	
<p>(5) ボランティア等民間団体との協働</p> <p>ボランティアが運営するがん患者等と同じ立場の同士の交流の場の充実など、ボランティア等民間団体との協働による取組を推進すること。</p>	<p>(5) ボランティア等民間団体との協働</p> <p>ボランティアが運営するがん患者等と同じ立場の同士の交流の場の充実など、ボランティア等民間団体との協働による取組を推進すること。</p>	
<p>4 人材の確保と育成</p> <p>(1) 医療従事者の確保と育成</p> <p>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確保と育成に努めること。</p>	<p>4 人材の確保と育成</p> <p>(1) 医療従事者の確保と育成</p> <p>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確保と育成に努めること。</p>	
<p>(2) 研修体制の強化</p> <p>高度で専門的な医療を提供するため、体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど、研修体制を強化すること。</p>	<p>(2) 研修体制の強化</p> <p>高度で専門的な医療を提供するため、体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど、研修体制を強化すること。</p>	
<p>(3) 人事管理制度の構築</p> <p>職員の勤務成績などを考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する、がんセンターに適した人事管理制度の構築に努めること。</p>	<p>(3) 人事管理制度の構築</p> <p>職員の勤務成績などを考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する、がんセンターに適した人事管理制度の構築に努めること。</p>	<p>・人事管理制度は、R3からの稼働を目指しているが、稼働後も引き続き見直し検討</p>

第1期中期目標 (H28(2016)年度～R2(2020)年度)	第2期中期目標 (R3(2021)年度～R7(2025)年度) (素案)	備考
<p>(4) 安全で安心な職場環境づくり 医療従事者の勤務環境の改善やワーク・ライフ・バランスの推進など、職員が安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な職場環境の整備に努めること。</p>	<p>(4) 働きやすい職場環境づくり 医療従事者の勤務環境の改善やワーク・ライフ・バランスの推進など、職員が安心して働くことができ、心身ともに健康を維持できるような職場環境の整備に努めること。 また、タスク・シフトインゲの推進による労働時間の短縮や多様な勤務形態の導入など、働き方改革の取組を推進すること。</p>	<p>・文言修正 ・時間外労働規制 (R6～) 等を踏まえ追加</p>
<p>(5) 医療従事者の臨床倫理観の向上 患者の尊厳などを守るため、医療倫理の教育や研修を定期的に実施するなど、医療従事者の臨床倫理観の向上を図ること。</p>	<p>(5) 医療従事者の臨床倫理観の向上 患者の尊厳などを守るため、医療倫理の教育や研修を定期的に実施するなど、医療従事者の臨床倫理観の向上を図ること。</p>	
<p>5 地域連携の推進</p>	<p>5 地域連携の推進</p>	
<p>(1) 地域の医療機関との連携強化 患者がどこに住んでも質の高い医療を受けられるよう、がん種別の地域連携クリティカルパスや地域医療連携ネットワークシステムの活用など、地域の医療機関との確かな役割分担を行い、病診・病連携を強化すること。</p>	<p>(1) 地域の医療機関との連携強化 患者がどこに住んでも質の高い医療を受けられるよう、二二三を把握しながら、地域の医療機関との確かな役割分担を行い、地域医療連携ネットワークシステム(とちまるネット)を活用するなどして、病診・病連携を強化すること。</p>	<p>・地域医療連携の手段について、記載を修正</p>
<p>(2) 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化 がんになっても住み慣れた地域で療養することができるよう、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションの活動支援など、患者の在宅療養を支援するための病診連携を強化すること。</p>	<p>(2) 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化 がんになっても住み慣れた地域で療養することができるよう、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションの活動支援など、患者の在宅療養を支援するための病診連携を強化すること。</p>	
<p>(3) 在宅緩和ケアの推進 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のできるよう、地域連携クリティカルパスの整備など、在宅における緩和ケアを推進すること。</p>	<p>(3) 在宅緩和ケアの推進 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のできるよう、在宅における緩和ケアを推進すること。</p>	<p>・地域医療連携の手段について、記載を修正</p>
<p>6 地域医療への貢献</p>	<p>6 地域医療への貢献</p>	
<p>(1) 地域のがん医療の向上・均てん化のための支援 地域のがん医療の向上・均てん化を推進するため、がん医療に携わる医療従事者の育成に対する積極的な支援等を行うこと。</p>	<p>(1) 地域のがん医療の質の向上のための支援 地域のがん医療の質の向上を推進するため、がん医療に携わる医療従事者の育成に対する積極的な支援等を行うこと。 また、AYA (Adolescent and Young Adult) 世代(思春期世代と若年成人世代)のがん患者支援を推進するため、がん治療医と生腫瘍専門医の連携体制の促進に努めること。</p>	<p>・文言修正 ・均てん化は、一定の成果が得られているので削除 ・栃木県がん・生腫瘍ネットワーク事務局としての役割を考慮</p>

第1期中期目標 (H28(2016)年度～R2(2020)年度)	第2期中期目標 (R3(2021)年度～R7(2025)年度) (草案)	備考
<p>(2) がん対策事業への貢献 がん登録のデータ収集や分析を行うなど、国や県などが効果的ながん対策事業を実施できるよう、積極的に貢献すること。</p>	<p>(2) がん対策事業への貢献 がん登録のデータ収集や分析を行うなど、国や県などが効果的ながん対策事業を実施できるよう、積極的に貢献すること。</p>	
<p>7 災害等への対応 災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応すること。 また、BCP(業務継続計画)の継続的な見直し及びBCPに基づく被災状況を想定した訓練・研修の実施等により、災害発生時に患者の安全を確保できるよう対策を講じること。</p>	<p>7 災害等への対応 災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応すること。 また、BCP(業務継続計画)の継続的な見直し及びBCPに基づく被災状況を想定した訓練・研修の実施等により、災害発生時に患者の安全を確保できるよう対策を講じること。</p>	<p>・BCP (R2策定予定) の見直し、訓練の実施を追加</p>
<p>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む、経営の改善を図ること。</p>	<p>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む、経営の改善を図ること。</p>	
<p>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。</p>	<p>1 業務運営体制の確立 (1) 効果的な組織体制の構築 医療環境の変化に応じて迅速な意思決定を行えるよう、法人の組織体制を検討し、より効果的かつ効率的な業務運営体制を構築すること。 また、質の高い医療を効率的に提供するため、最適な職員構成を検討し、経営効率の高い職員配置に努めること。</p>	<p>・経営企画室を効果的に機能させる体制の検討について記載 ・適切な職員配置数の検討を追加</p>
<p>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使命感を共有しながら、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。</p>	<p>(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使命感を共有しながら、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。</p>	<p>・「1 業務運営体制の確立」にまとめた</p>
<p>3 収入の確保及び費用の削減への取組 (1) 収入の確保への取組 病診・病連携の強化や積極的な情報発信と質の高いがん医療の提供などにより、患者を確保すること。 また、病床利用率の向上策や診療報酬の精度管理の充実、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。</p>	<p>2 収入の確保及び費用の削減への取組 (1) 収入の確保への取組 病診・病連携の強化や積極的な情報発信と質の高いがん医療の提供などにより、患者を確保すること。 また、病床利用率の向上策や診療報酬改定への迅速かつ適切な対応、未収金の発生防止と回収の徹底などにより、収入を確保すること。</p>	<p>・診療報酬改定の影響は大きいと思われるので、その対応について記載</p>

第1期中期目標 (H28(2016)年度～R2(2020)年度)	第2期中期目標 (R3(2021)年度～R7(2025)年度) (案案)	備考
<p>(2) 費用の削減への取組 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。</p>	<p>(2) 費用の削減への取組 経営状況を分析し、費用の適正化について検討を行うとともに、適正な在庫管理の徹底、職員全員のコスト意識改革及び原価計算の実施などにより、費用の削減に努めること。</p>	<p>費用面の経営分析が必要と判断し、費用の適正化について記載 ・原価計算は導入済み</p>
<p>第4 財務内容の改善に関する事項 県民が求める高度で専門的ながん医療を安定的に提供していくためには、健全な経営と医療の質の確保の両立が重要であることから、中期目標期間中に経常収支を黒字化すること。</p>	<p>第4 財務内容の改善に関する事項 県民が求める高度で専門的ながん医療を安定的に提供していくためには、健全な経営と医療の質の確保の両立が重要であることから、中期目標期間中に経常収支を黒字化すること。 また、計画的な資金管理を行うことにより、経営基盤の安定化に努めること。</p>	<p>・資金不足に陥ることのないよう資金管理を追加</p>
<p>第5 その他業務運営に関する重要事項 病院施設の老朽化の状況や求められる機能を踏まえ、長期的な視点から、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こと。 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 대응するため、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。</p>	<p>第5 その他業務運営に関する重要事項 1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討 病院施設の老朽化や地域の医療機関の状況等を踏まえ、長期的な視点から、今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を具体的に検討すること。 また、医療機器については、近隣の医療機関との共同利用や費用対効果等を総合的に勘案した上で、県民の医療ニーズ、医療技術の進展に対応するため、計画的な更新・整備に努めること。</p>	<p>・地域医療構想を考慮 ・外来医療計画（医療機器の効果的な活用）を考慮</p>
<p>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。</p>	<p>2 適正な業務の確保 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守するとともに、適切な情報管理を行うこと。また、これを確保するために、内部統制を充実すること。</p>	<p>・文言修正 ・他県を参考に記載箇所移動 ・地税法改正（H30.4月）を受け、内部統制（内部監査等）の充実について記載</p>

令和元（2019）年度 数値目標及び実績値一覧（リハビリテーションセンター）

【指標の達成状況の判断目安】

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

第1 県民に対して提供する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	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度				R4(2022)年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
リハビリテーション実施単位数(単位)	210,482	300,000	258,102	86%	ii	303,000
重症患者の受入れ割合(%)	29.0	25.5	36.8	144%	v	30.0
発達障害外来受診者数(人)	5,739	7,000	4,956	71%	i	7,400
整形外科手術実施人数(人)	11	30	5	17%	i	45
プレイス(装具)クリニック実施件数(件)	1,080	1,420	947	67%	i	
休日におけるリハビリテーション実施単位数(単位)	47,462	50,000	65,274	131%	v	
療法士及び看護師の学会発表件数(件)	9	8	7	88%	ii	

2 安全で安心な医療の提供

指標名	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度				R4(2022)年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
医療安全に関する研修会の実施回数(回)	8	5	9	180%	v	6
集中ラウンド実施回数(回)	2	2	3	150%	v	
医薬品安全管理研修会の実施回数(回)	2	2	8	400%	v	

3 患者・県民等の視点に立った医療の提供

指標名	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度				R4(2022)年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
患者満足度割合(%)	82	90	81	90%	iii	90以上
退院前在宅訪問指導(家屋調査)件数(件)	62	54	115	213%	v	55

4 障害児・障害者の福祉の充実

指標名	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度				R4(2022)年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
児童発達支援事業所等を対象とした研修実施回数(回)	26	19	20	105%	iv	22
こども療育センター短期入所契約者数(人)	27	41	26	63%	i	44
家族会の開催回数(回)	1	1	3	300%	v	
自立訓練終了後に一般就労等に移行した利用者数(人)	3	6	3	50%	i	9

5 人材の確保と育成

指標名	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度				R4(2022)年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
認定看護師数(人)	9	10	9	90%	iii	
医師数(人)	11	13	11	85%	ii	
療法士数(人)	71	75	89	119%	v	
職員満足度割合(%)	58	90	66	73%	i	90以上

6 地域連携の推進

指 標 名	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019)年度				R4(2022) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
逆紹介率(%)	55.5	52.0	60.0	115%	v	55.0
出前講座の実施回数(回)	10	18	19	106%	iv	20

7 地域医療・福祉への貢献

指 標 名	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019)年度				R4(2022) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
療法士の実習生受入れ人数(人)	353	410	458	112%	v	440
看護師の実習生受入れ人数(人)	354	1,200	755	63%	i	
児童発達支援事業所等を対象とした研修実施回数(回)【再掲】	26	19	20	105%	iv	22
こども療育センター短期入所契約者数(人)【再掲】	27	41	26	63%	i	44

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項

3 収入の確保及び費用の削減への取組

指 標 名	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019)年度				R4(2022) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
リハビリテーション実施単位数(単位)【再掲】	210,482	300,000	258,102	86%	ii	303,000
医師数(人)【再掲】	11	13	11	85%	ii	
療法士数(人)【再掲】	71	75	89	119%	v	
病床利用率(%)※2	80.5	90.0	87.1	97%	iii	91.4
新入院患者数(人)	615	470	620	132%	v	
ジェネリック医薬品使用割合(%)	70.6	72.0	82.1	114%	v	75.0
材料費対医業収益比率(%)	10.4	10.2	8.1	121%	v	

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

指 標 名	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019)年度				R4(2022) 年度 目標値※1
		目標値	実績値	達成率	評価	
経常収支比率(%)	101.4	100以上	104.1	104%	iv	100以上
医業収支比率(%)	64.9	70以上	68.9	98%	iii	75以上

※1 R4(2022)年度目標値については、中期計画指標のみ記載

※2 延べ入院患者数(退院日を含む年間入院患者数)を年間延べ病床数で除した割合。

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

平成 27 年 3 月 13 日

栃木県条例第 1 号

(設置)

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

(所掌事務)

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

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

(組織)

第 3 条 委員会は、委員 7 人以内で組織する。

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

(委員の任期等)

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

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

(委員長及び副委員長)

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

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

(会議)

第6条 委員会の会議は、委員長が招集する。

2 委員会は、委員及び議事に関係のある臨時委員の過半数が出席しなければ、会議を開き、議決することができない。

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

(庶務)

第7条 委員会の庶務は、保健福祉部において処理する。

(雑則)

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

附 則

この条例は、公布の日から施行する。

附 則(平成29年条例第12号)

この条例は、平成29年4月1日から施行する。

附 則(平成30年条例第14号)

この条例は、平成30年4月1日から施行する。

保福第 号
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

下記について、貴評価委員会の意見を求めます。

令和 2（2020）年 7 月 29 日

栃木県知事 福 田 富 一

記

- 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条例（平成 27 年栃木県条例第 1 号）第 2 条第 2 号の規定に基づく地方独立行政法人栃木県立がんセンター（以下「県立がんセンター」と言う。）及び地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンターの令和元(2019)年度の業務の実績に関する評価に係る意見
- 2 地方独立行政法人法（平成 15 年法律第 118 号）（以下「法」と言う。）第 28 条第 4 項の規定に基づく県立がんセンターの第一期中期目標期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績に関する評価に係る意見
- 3 法第 30 条第 2 項の規定に基づく県立がんセンターについて第一期中期目標期間の終了時までに行う業務の継続又は組織の存続の必要性その他その業務及び組織の全般にわたる検討に係る意見
- 4 法第 25 条第 3 項の規定に基づく県立がんセンターの第二期中期目標の策定に係る意見