

業務実績報告書兼中項目別評価書

令和 5 (2023) 年度

自 令和 5 (2023) 年 4 月 1 日

至 令和 6 (2024) 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）	7
3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）	11
4 人材の確保と育成（中項目）	16
5 地域連携の推進（中項目）	22
6 地域医療への貢献（中項目）	26
7 災害等への対応（中項目）	29
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	30
1 業務運営体制の確立（中項目）	30
2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	32
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）	36
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	38
1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討（中項目）	38
2 適正な業務の確保（中項目）	39

【評価基準について】

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

- S：計画を上回って実施している。
- A：概ね計画どおり実施している。
- B：計画をやや下回って実施している。
- C：計画を下回っている、又は実施していない。

【指標について】

各指標の達成状況の判断目安は以下のとおりとする。

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

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表

◆ 中期目標期間における各事業年度の項目別評価

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

(参考) 中期目標期間における各事業年度の全体評価

年度	評価結果
令和3(2021)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。
令和4(2022)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。
令和5(2023)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況であるが、財務内容の改善が望まれる。
令和6(2024)年度	
令和7(2025)年度	

第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項（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	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	高難度手術延べ件数（件）	60	55	91.7%	60	iii
2	バイオバンク登録件数（件）	8,000	10,399	130.0%		v
3	がんゲノムプロファイリング検査 件数（件）	60	60	100.0%		iv
4	リンパ浮腫に対する施術件数 （件）	855	987	115.4%		v
5	臨床研究件数（件）	200	207	103.5%	200	iv
6	緩和ケア外来における緩和ケアセ ンター看護師同席件数（件）	262	364	138.9%	270	v
7	リハビリテーション新規依頼件数 （件）	1,035	1,166	112.7%	1,035	v

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値 (再掲)	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値
51	48	55		
3,996	8,231	10,399		
50	60	60		
880	896	987		
216	203	207		
365	363	364		
1,135	1,055	1,166		

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R3(2021)~R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 高度で専門的な医療の推進（小項目）		
患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、がん専門病院として、以下のとおり、高度で専門的な医療を提供する。	患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、がん専門病院として、以下のとおり、高度で専門的な医療を提供する。	
ア 局所進行がんや転移がんも含め、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、手術、放射線治療及び薬物療法を組み合わせた集学的治療の充実を図るなど、高度専門医療を提供する。	ア 局所進行がんや転移がんも含め、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、手術、放射線治療及び薬物療法を組み合わせた集学的治療の充実を図るなど、高度専門医療を提供する。	① 肝胆膵外科の高難度手術は、ステージの高い症例が多かったことや、術前患者の体調不良等による手術予定の変更等もあり、年度全体では55件となり、目標の60件をやや下回った。

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ 診療ガイドラインの策定が不十分であるために治療選択に難渋する希少がんに対する理解促進と、適切な医療が提供できるよう多分野、多職種で共同して診療する体制を整備する。</p> <p>また、バイオバンク（※）を運営し、希少がんに対する研究の基盤づくりに貢献する。</p> <p>※ 血液や組織などの試料（検体）とそれに付随する診療情報などを保管し、医学研究に活用する仕組み。</p>	<p>イ 希少がんの診療課題を解決し、適切な治療方針を決定するため、多職種による希少がんボードカンファレンスを開催する。また、職員研修を定期的に行う。</p> <p>さらに、バイオバンク（※）運営においては、全診療科の新規患者に対する同意説明の実施を図るとともに、確保した試料の精度を高めることにより希少がんや難治がんに対するゲノム医療の推進に努める。</p> <p>※ 血液や組織などの試料（検体）とそれに付随する診療情報などを保管し、医学研究に活用する仕組み。</p>	<p>② 多職種による希少がんボードカンファレンスを2回実施した。</p> <p>③ 職員対象の研修会を2回開催し、治療に繋がる遺伝子パネル検査や、小児・AYA世代がん患者に対する妊孕性温存療法など、希少がんに関する理解促進を図った。（参加者数 6月:75名、12月:51名）</p> <p>④ 希少がん専用の問合せフォームによる問合せに随時対応した。（問合せ13件）</p> <p>⑤ バイオバンク運営においては、新たに一部診療科における初診外来患者対象の当日同意取得・当日採血のフローについて整備・定着化を図り、参加患者数と採血症例数の増加につながった。また、今後の質の高い資料提供のため、組織標本作成への病理診断医の介入を図った。</p>
<p>ウ がんゲノムの遺伝子診断を行い、個々のがんの発症と進展に関わる遺伝子の異常を明らかにし、患者及びその家族に最適ながんの診断と治療及び予防の方法を提供する。</p>	<p>ウ がんゲノム医療を推進するため、がん遺伝子パネル検査の拡大と二次的所見の遺伝性腫瘍に対する、診療科横断的なサーベイランスや遺伝カウンセリングの体制整備に取り組む。</p> <p>また、がんゲノム医療連携病院の要件となっている、臨床検査室の第三者機関認証（ISO15189）を2023年に取得する。</p>	<p>⑥ がん予防遺伝カウンセリング外来では、初診50家系39名、再診172家系217名が受診した。（自費検査 16件）</p> <p>⑦ MSI検査を院内総数で24件実施した。結果、MSI-Highは3件であった。</p> <p>⑧ BRCA Analysis診断システム検査を135件実施し、BRCA1/2病的変異が見つかった15件について、遺伝カウンセリング外来受診につなげた。</p> <p>⑨ myChoice診断システム検査を12件実施し、病的変異が見つかった3件について、遺伝カウンセリング外来受診を勧奨した。</p> <p>⑩ がんゲノムプロファイリング検査を60件（内訳：NCCオンコパネル検査5件、FoundationOneCDx検査50件、FoundationOneLiquidCDx検査5件）実施した。また、治験参加のため国立がん研究センター中央病院へ4名の受診予約を行った。</p> <p>⑪ R5（2023）年12月にISO15189の認定を取得した。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>エ がん治療に伴う副作用等を軽減し、患者のQOLを向上させるための支持療法を提供する。</p>	<p>エ がん手術後のリンパ浮腫の重症化等を抑制するため、リンパ浮腫療法士による専門的なケアを実施する。 また、がん治療に伴う気持ちのつらさに対するケアに取り組む。 さらに、薬剤師による外来診察前面談・病棟業務を通じた、薬物療法の事前説明や治療中の継続的な介入により、副作用の予防や早期発見、支持療法の提案に努める。</p>	<p>⑫ リンパ浮腫ケア外来での年間施術件数は987件であった。院外からの依頼件数の増加により、目標値を上回った。 ⑬ がん治療に伴う気持ちのつらさを抱える患者やその家族に対して個別介入を行い、心理的負担の軽減を図った。（年間依頼件数 67件） ⑭ 薬剤管理指導業務・外来服薬指導により副作用の予防や早期発見、支持療法の提案に努めた。（がん患者指導管理料ハ算定件数358件、外来事前面談に係る連携充実加算件数529件、病棟での薬剤管理指導件数3,308件）</p>
<p>オ がん専門病院として患者へのより良い診療を提供できるよう、治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のための国内外の多施設共同研究に積極的に取り組む。</p>	<p>オ 患者がより良い治療を受けられるよう、治験をはじめとした臨床研究や新たな標準治療法の確立のための多機関共同研究に積極的に取り組む。 また、臨床研究に関する法や指針の改正に関する情報を収集して標準業務手順書を改正し、当センターの研究実施体制を整える。</p>	<p>⑮ 標準治療法の確立のための多施設共同研究の実施に、臨床研究コーディネーターが積極的に取り組んだ。 ⑯ 臨床研究の実施体制整備として、臨床研究審査委員会による監査手続きをマニュアル化し運用を開始した。 ⑰ 治験への患者エントリーを進めた。また、治験および特定臨床研究の実施をサポートした。</p>
<p>（2）チーム医療の推進（小項目）</p>		
<p>全職員で継続的にチームSTEPPS（※）に取り組む、多職種が専門性を発揮しながら連携、協働し、患者及びその家族もチームの一員として尊重した医療を提供する。また、患者及びその家族の意向も踏まえた治療方針の検討ができるようカンサーボード（症例検討会）の充実を図る。 ※ 医療の質及び患者安全の向上のためのチームワークシステム。</p>	<p>継続的にチームSTEPPS（※）に取り組む、各職種が専門性を発揮するとともに患者参加による医療安全を促進し、チームとして医療の安全性を高める。 また、患者及びその家族の意向も踏まえた治療方針の検討ができるようカンサーボード（症例検討会）の充実を図る。 ※ 医療の質及び患者安全の向上のためのチームワークシステム。</p>	<p>① 医療安全推進目標にチームSTEPPSを活用し、年間通して各部署で具体的な目標立案、実践に取り組んだ。 ② チームSTEPPS研修初級編3回（受講者数 60名）、中級編1回（受講者数22名）、上級編1回（受講者数18名）を実施した。 ③ 全死亡症例チェック体制の中から、今後の医療安全に資するM&M（Mortality and Morbidity）カンファレンスを2回、CPCを1回実施した。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画 (R3 (2021)～R7 (2025)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3) 緩和ケアの推進（小項目）		
<p>緩和ケアセンターが主体となって、緩和ケアに対する意識を共有し協力体制を整え、入院・外来患者及びその家族に継続したサポートを行うなど、がんと診断された時からの緩和ケアを推進する。</p>	<p>緩和ケア外来の初診時に緩和ケアセンター看護師が同席することや緩和ケアリンクナースの育成を強化することで、入院・外来患者及びその家族への継続的支援につなげる。 また、緩和ケアに関する研修会を実施し、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>① 緩和ケア科外来初回全患者に専門・認定看護師が同席(325件)し、緩和ケア・緩和ケア病棟について補足説明を行った。また、在宅調整が必要なケースについては直接介入して支援した。また、入院時には病棟看護師に情報提供するなど継続看護に努めた。 ② 入院中の緩和ケアチーム介入患者は、外来においても継続支援した。(実績 53件) ③ 緩和ケアリンクナースの育成を目的に、緩和ケアリンクナース会を計9回実施した。</p>
(4) がん患者リハビリテーションの推進（小項目）		
<p>患者の生活の質を維持するために、各診療科や多職種との連携により、多様なリハビリテーション・ニーズに対応する。</p>	<p>生活復帰が早期にできるよう術後合併症予防も含めたリハビリテーションに取り組む。 また、原疾患やがん治療に伴う運動機能低下に対して、がんロコモ・骨転移外来と連携を図りながら、運動器のリハビリテーション介入を推進する。</p>	<p>① 術後合併症予防のため外来にて術前呼吸訓練指導を行い、周術期リハビリテーションの充実を図った。(実施患者数 237件) ② 多職種からなるがんリハビリテーションセンターのチーム活動として、入院患者全員に、医師や看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、社会福祉士等によるカンファレンスを定期的に行った。(開催回数 58回) ③ 入院リハビリ実施患者の全員に、リハビリテーション総合実施計画書を作成し交付した。(作成件数 656件) ④ 骨軟部腫瘍・整形外科主催の骨転移カンファレンスでは、多職種による集学的検討により、リハビリテーションを推進した。(実施回数5回、患者数5名)</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

令和4（2022）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	-

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「がんゲノムプロファイリング検査件数」の指標で目標値と同数となり、「バイオバンク登録件数」「リンパ浮腫に対する施術件数」「臨床研究件数」「緩和ケア外来における緩和ケアセンター看護師同席件数」「リハビリテーション新規依頼件数」の指標で目標値を上回った一方、「高難度手術延べ件数」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「高度で専門的な医療の推進」では、肝胆膵外科の高難度手術延べ件数はやや目標を下回ったものの、希少がんに関しては、多職種による希少がんボードカンファレンスの実施や希少がんに関する研修会を開催したほか、バイオバンクの運営に関しては、新たに一部診療科における初診外来患者対象の当日同意取得・当日採血のフローについて整備・定着化を図り、参加患者数と採血症例数の増加につながった。また、「緩和ケアの推進」では、緩和ケア科外来初回全患者に専門・認定看護師が同席して緩和ケアや緩和ケア病棟についての補足説明を行い、在宅調整が必要なケースについては直接介入して支援を行うなど、継続的支援に努めた。さらに、「がん患者リハビリテーションの推進」では、術後合併症予防のため外来にて術前呼吸訓練指導を行い、周術期リハビリテーションの充実を図った。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由 等	<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	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	全インシデント報告に対するヒヤリハット報告レベル0-1の割合(%)	68.0	68.8	101.2%	70.0	iv
2	感染対策研修受講率(%)	91.0	98.7	108.5%		iv

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

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

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R3(2021)~R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 医療安全対策等の推進（小項目）		
患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策等を推進する。	患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策等を推進する。	
ア ヒヤリ・ハット事象の報告を更に促進し、リスクマネージャーや医療安全に関する院内組織を中心に医療事故等の原因分析、再発防止策の検討等を行うとともに、職員間で再発防止策や医療安全に関する情報を共有化して事故防止の徹底を図る。	ア 患者への影響を未然に防ぐことができたインシデントレベル0-1の報告を促進し、GOOD-JOB（インシデントを未然に防ぐことにつながった良い気づきや行動等）を共有することで事故を予見する視点の強化につなげ、再発防止や事故防止の徹底を図る。 また、全職員を対象とした医療安全教育の他、対象に応じた教育を実施し、安全重視の行動変容につなげる。	① インシデント影響度レベル0-1の割合の年間実績は68.8%と目標値を0.8%上回った。前年度の実績65.6%からは3.2%増加した。 ② GOOD-JOB報告は146件（前年度比+85件）であった。 ③ リスクマネージャー・医療安全管理委員の多職種で構成された7つの検証ワーキンググループは、各々が年間12回活動した。 ④ リスクマネージャー対象研修を2回実施し、役割実践の強化を行った。 ⑤ 医療安全に関する研修については、全職員対象研修や職種ごとにテーマを設定した研修を計22回開催した。（全職員対象：2回、職種別等：20回）

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

中期計画 (R3 (2021) ~R7 (2025)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の発生予防及び拡大防止のため、発生状況の把握や感染源及び感染経路に応じた適切な対応を行う。</p>	<p>イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の発生予防及び拡大防止のため、発生状況の把握や感染源及び感染経路に応じた対応を実施する。 また、新興感染対策病室を有効に活用し、新興感染症のがん治療への影響を低減する。</p>	<p>⑥ 感染対策研修については、Webでの全体研修を2回開催し、院内で実施している感染対策の方法について周知した。(受講率 第1回:97.9%、第2回:99.5%、平均:98.7%) ⑦ 新型コロナウイルス感染症陽性者発生時には迅速な打合せ・意見交換を適時に実施し、クラスター発生なく経過することができた。</p>
<p>ウ チームSTEPPSを活かしたチーム医療を推進することにより、院内に患者安全文化を醸成し、職種や部署を超えたコミュニケーションを推進することで職員にとっても安全な職場の形成を推進する。</p>	<p>ウ チームSTEPPSのツールを活かして職種や職位を超えたコミュニケーションの取りやすい職場風土を目指し、心理的安全性が保たれる安全文化の醸成に取り組む。</p>	<p>⑧ 毎月のRM（リスクマネジメント）部会では、インシデントの共有事案についてチームSTEPPSのツールを活用し、職種間の連携やコミュニケーションなどの具体的な行動について継続的に情報共有を行った。 ⑨ 医療安全担当者が、各部署のカンファレンスに参加し、心理的安全性の思考の定着に努めた。(カンファレンス参加実績:17回) ⑩ チームSTEPPS研修初級編、中級編、上級編を計5回実施した。上級編については、2023年度に初めて開催することができた。 ⑪ 例年どおり医療における安全文化調査を実施した。総合順位は参加196施設中45位で、項目別に見ると「上司の医療安全に対する態度や行動」については9年連続、「部署内でのチームワーク」については5年連続1位であった。調査結果や課題、推進事項は、全職員対象研修によりフィードバックし、安全文化の醸成に取り組んだ。</p>

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 医療機器、医薬品等の安全管理の徹底（小項目）		
<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、医療機器の安全性を維持するため、医療機器管理システムによる中央一括管理を行い、医療機器の信頼を高める運用と保守点検を適切に実施するとともに、医療機器や医薬品の安全使用のための研修会を定期的開催する。</p> <p>さらに、医薬品及び医療機器の適応外使用の体制を整える。</p>	<p>① 安全で安心な放射線治療を提供するため、毎月最終水曜日を放射線治療品質管理日として治療機器の精度管理を実施した。また、精度管理結果を放射線治療品質保証室の前に毎月掲示した。</p> <p>② 医薬品の安全使用のための研修会を2回開催した。(エビペン講習会、レブメイト講習会)</p> <p>③ 医療機器を安全に使用するために院内研修を実施し周知を図った。また、医療機器の中央一括管理のシステムを更新し保守点検の漏れがないようシステムを強化する等、安全管理に努めた。</p> <p>④ 医薬品や医療機器等の適応外使用について、申請フロー、判定委員会規程、手順書を定め、9月から運用を開始した。</p>

令和4(2022)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>—</p>

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

<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、「全インシデント報告に対するヒヤリハット報告レベル0-1の割合」「感染対策研修受講率」は目標値を上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療安全対策等の推進」では、多職種による検証ワーキンググループを構成し、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、医療安全を推進した。また、感染対策研修において、院内で実施している感染対策の方法について周知するとともに、新型コロナウイルス感染症陽性者発生時には迅速な打合せ・意見交換を適時に実施し、院内における感染症の拡大防止に努めた。さらに、「医療機器、医薬品等の安全管理の徹底」では、毎月、放射線治療品質管理日を定めて治療機器の精度管理を実施したほか、医薬品や医療機器等の適応外使用について、申請フロー、判定委員会規程、手順書を定め運用を開始した。 ・ 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</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。

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	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	専門看護相談件数（件）	1,380	1,481	107.3%		iv
2	院内クリニカルパス適用症例率（%）	53.0	53.5	100.9%		iv
3	医療相談件数（件）	3,600	4,428	123.0%		v
4	患者満足度割合（%）	90以上	88.8	98.7%	90以上	iii

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値 (再掲)	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値
1,549	1,671	1,481		
53.1	55.4	53.5		
3,888	3,742	4,428		
89.2	85.9	88.8		

※ 中期計画指標のみ記載

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

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画 (R3(2021)～R7(2025)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ ACP（アドバンス・ケア・プランニング）（※）支援チーム（仮称）を設置し、患者と医療従事者との話し合いにより、患者自らが望む医療・ケアを受けられるように支援する。 ※将来の治療・ケアについて患者・家族と医療従事者が、患者自らの意向に基づき予め話し合うプロセス。</p>	<p>イ 患者及びその家族に ACP（アドバンス・ケア・プランニング）（※）の理解を深める活動を継続し、意思決定が困難な場合には、ACP支援チームが支援を行う。 また、院内職員に対してもACPの理解を深める研修会を開催する。 ※ 将来の治療・ケアについて患者・家族と医療従事者が、患者自らの意向に基づき予め話し合うプロセス。</p>	<p>② ACP啓発ポスター、パンフレットを利用し、患者にACPの理解を深める活動を継続して行った。また、職員を対象にACP啓発のための動画配信を行った。</p>
<p>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。</p>	<p>ウ 医師をはじめ看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等が、薬剤・検査及び治療等の分かりやすい診療前説明を徹底するとともに、対象患者の拡大を図る。</p>	<p>③ 薬剤師による事前の薬物治療の説明は、外来ではがん患者指導管理・事前面談、入院では病棟薬剤業務・薬剤管理指導業務により実施した。（実績：がん患者指導管理料ハ算定件数358件、外来事前面談に係る連携充実加算件数529件、病棟での薬剤管理指導件数3,308件、病棟薬剤業務実施加算1件数11,076件） ④ 診療放射線技師による検査前説明について、外来初診患者を対象として実施した。（実績：2件） ⑤ 診療放射線技師の参画した放射線治療前説明を実施した。（実績：20件）</p>
<p>エ 院内クリニカルパス（良質な医療を効率的かつ安全、適正に提供するための手段としての標準診療計画）の適用症例率の向上を図る。</p>	<p>エ 治療・検査に関する新規の院内クリニカルパス（※）の作成を行い、適用症例率の向上を図る。 また、運用中クリニカルパスのバリエーション評価を行い、PDCAサイクルによる見直しを行うことで、より適切なクリニカルパス運用に努める。 ※ 良質な医療を効率的かつ安全、適正に提供するための手段としての標準診療計画。</p>	<p>⑥ 使用中のクリニカルパスを見直し、各疾患に対応した治療を提供できる適切なパスへの改定を行った。 ⑦ 院内クリニカルパス適用症例率の年度累計適用率は53.5%と目標値の53%を上回った。</p>

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 患者の就労等に関する相談支援機能の充実（小項目）		
<p>患者一人一人のライフステージごとに生じる就学、就労、生殖機能などの多様な支援ニーズに対応できるよう、多職種によるチーム支援やハローワーク、他施設との相談支援のネットワークなど関係機関との連携強化等により、相談支援の充実を図る。</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・産業保健総合支援センター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、がんと診断された時から正しい情報提供や相談支援を受けることができる体制を整備し、早期離職の防止や仕事と治療の両立を支援する。</p>	<p>① ハローワーク宇都宮と連携して就職支援相談会を13回、また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12回開催した。（療養・就労両立支援指導料算定件数：1件、就労相談件数：536件）</p> <p>② 栃木県地域両立支援推進チームでは、がん専門の医療機関としてだけでなく、都道府県がん診療連携拠点病院として県内全体のがん患者等の就労支援について情報提供等を行い、連携の強化に努めた。</p>
(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上（小項目）		
<p>ア 患者及びその家族の立場に立った医療サービスを提供するため、研修等を実施し、職員の接遇マナーの向上を図る。</p>	<p>ア 接遇研修を開催するとともに、テーマを決め定期的な接遇チェックを行い、職員の接遇マナーの向上を図る。</p>	<p>① 接遇マニュアルを職員全てが容易に確認できる環境へ配置し、周知に努めた。また、新社会人マナーについて、コロナ禍では開催できなかった集合研修をR6（2024）年4月開催で企画した。</p>
<p>イ 患者満足度調査等により、患者及びその家族のニーズを把握しその改善に取り組むなど、利便性・快適性の向上に努める。</p>	<p>イ 患者満足度調査等により、患者及びその家族のニーズを把握しその改善に取り組むなど、利便性・快適性の向上に努める。</p> <p>また、希少がんにかかる患者間もしくは医師との情報交換の場である既存の患者会を活用し、希少がんセンターとしての役割を検討する。</p>	<p>② 患者満足度アンケート結果（評価基準「当院を全般的に評価したときの満足度」）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来は84.5%で、目標値90%に届かなかった。他の医療機関と比較すると、特に「診察までの待ち時間（79/80位）」、「診療時間（71/72位）」の項目の評価が低かった。 ・入院は93.1%で、目標値90%を達成した。他の医療機関と比較しても良い傾向にあり、「総合評価（1/82位）」の項目は評価が高かった。 <p>③ 病院利用者から寄せられた意見や要望については、アメニティ・患者サービス委員会にて共有し、必要に応じて対応した。</p> <p>④ 日本希少がん患者会ネットワークの希少がん啓発月間プログラムに参加した。</p>

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(4) 県民へのがんに関する情報の提供（小項目）		
県民のがんに対する理解やがん検診の受診、学校や職域等におけるがん教育を促進するため、県民への情報提供等を通じて、がんに関する知識の普及啓発に努める。	県民のがんに対する理解やがん検診の受診、学校や職域等におけるがん教育を促進するため、県民への情報提供等を通じて、がんに関する知識の普及啓発に努める。	① リモートまたは現地において、がん予防・喫煙防止教育を実施した。（小学校14回、中学校2回、事業所2回） ② 関係機関等からの依頼に対しては積極的に対応し、がんに関する知識の普及啓発に努めた。 ③ リレー・フォー・ライフとちぎに後援施設として参加し、がんに関する講演や展示を通して情報提供を行い、県民のがんに対する知識の普及啓発に努めた。
(5) ボランティア等民間団体との協働（小項目）		
ア 患者会等と連携、協働し、患者やその家族など同じ立場の人が気軽に語り合える交流の場である「患者サロン」の利用を促進することにより、患者及びその家族の仲間づくりを支援する。	ア 患者会等と連携、協働し、がん患者等と同じ立場の人同士の交流の場である「患者サロン」の利用促進を図る。	① 患者サロンについては、新型コロナウイルス感染症の状況を見ながら、オンライン形式と集合形式（ハイブリットを含む）による柔軟な開催を行い、感染対策と共に参加者の要望にも対応しながら取組を行った。また、集合開催により参加者同士が直接交流や体験をできるようになり、参加者は約1.2倍に増加すると共に満足度の向上も図ることができた。
イ ボランティアと連携、協働し、院内の案内や季節ごとの行事の開催等、療養環境の向上を図る。	イ ボランティアと連携、協働し、院内の案内や季節ごとの行事の開催等、療養環境の向上を図る。	② 新型コロナウイルス感染症の影響により、R2(2020)年2月末よりボランティアの活動を休止しているが、R6(2024)年度の活動再開に向けて、1月にボランティア運営委員会を開催し、再開後の活動内容や今後の再開スケジュール等について検討を行うとともに、現在のボランティア名簿登録者へ活動継続の意思確認を行った。

令和4(2022)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

<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、「専門看護相談件数」「院内クリニカルパス適用症例率」「医療相談件数」の指標で目標値を上回った一方、「患者満足度割合」は目標値をやや下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、治療方針の決定に際し患者自身が自己の価値観や生活スタイルを踏まえた意思決定ができるよう、認定看護師による看護外来を実施するとともに、ACP啓発ポスター、パンフレットを利用し、患者にACPの理解を深める活動を継続して行った。また、院内クリニカルパスについては、使用中のクリニカルパスを見直し、各疾患に対応した治療を提供できる適切なパスへの改定を行い、安全かつ適切な医療の効率的な提供に努めた。「患者の就労等に関する相談支援機能の充実」では、ハローワーク宇都宮と連携して就職支援相談会を、栃木産業保健総合支援センターと連携して両立支援相談会を開催した。「患者及びその家族の利便性・快適性の向上」では、接遇マニュアルを職員全てが容易に確認できる環境へ配置し、さらなる周知に努めるとともに、病院利用者から寄せられた意見や要望について、アメニティ・患者サービス委員会にて共有し、療養環境の向上を図ったが、患者満足度アンケートの結果は目標をやや下回った。一方、「県民へのがんに関する情報の提供」では、リモートまたは現地において、がん予防・喫煙防止教育を実施する等、がんに関する情報提供及び普及啓発に努めた。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
<p>知事の 評 価</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。

4 人材の確保と育成（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	医師数（人）	65	67	103.1%		iv
2	職員満足度割合（%）	85以上	68.7	80.8%	90以上	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

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

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 医療従事者の確保と育成（小項目）		
ア 医師の確保と資質向上 <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。 	ア 医師の確保と資質向上 <ul style="list-style-type: none"> 県養成医師を積極的に受け入れる。 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。 	① 昨年度に引き続き、さらに1名の県養成医師の受け入れ（計2名）を行い、消化器外科各科のローテートを通して、医師の育成に努めた。 ② 肝胆膵外科学会高度技能修練施設（A）として、専門医資格取得のため55例の高難度手術を実施し、技能習得に努めた（うち、修練医2名は計28例を術者として実施した）。
イ 看護師の確保と資質向上 <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により、計画的に研修を実施する。 	イ 看護師の確保と資質向上 <ul style="list-style-type: none"> 就職ガイダンスはじめ、社会環境に即したPR活動を推進する。 経験者の採用に積極的に取り組み、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。 学校訪問など、養成機関との連携を強化する。 専門資格の習得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、キャリア開発ラダーレベルに合わせた研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 	③ 養成校訪問を始め各種採用活動を実施した結果、R6（2024）年度については新卒新採10名、既卒9名を採用することができた。 ④ 院内研修については対面開催を主体として、ナーシングスキルの活用を組み入れ、予定の研修を実施することができた。

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画 (R3(2021)～R7(2025)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 大学及び養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の確保、配置に努める。 ・ 各種認定資格の取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 	<p>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薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の確保、配置に努める。 ・ 施設基準の要件を満たすために必要となる各種認定資格の取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 	<p>⑤ 薬剤部では、見学会の実施や随時募集により薬剤師の確保に努め、4月に薬剤師（正職員無期）1名、1月に産育休代替としての薬剤師（正職員有期）1名を採用した。また、8月と3月にR6（2024）年度の薬剤師採用試験を実施し、2名を採用予定とした。見学については、随時対応の他、3月に薬学部5年生を対象に病院薬剤部見学会を実施した。（見学者数：2名）</p> <p>⑥ 医師のタスクシフトを目的とした関係法令改正に基づく告示研修が開始されており、診療放射線技師7名が受講した。（計16名受講済み）</p>
<p>エ 事務職員の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療制度や経営環境の変化に迅速に対応できるよう、病院経営や医療事務等に精通した職員の計画的な確保、配置に努める。 ・ 各種認定資格の取得や外部研修会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図るなど、事務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。 	<p>エ 事務職員の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療制度や経営環境の変化に迅速に対応できるよう、病院経営や医療事務等に精通した職員の計画的な確保、配置に努める。 ・ 各種認定資格の取得や外部研修会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図るなど、事務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。 	<p>⑦ 必要人員の確保には及ばなかったものの、募集媒体を見直し採用の強化を図り、渉外業務経験者等必要な人材を採用することができた。また、事務職員の研修については、外部研修会は例年どおり参加し、内部研修については、昨年度の研修内容を踏まえ、今後の研修についての検討を行った。</p>
<p>（2）研修内容の充実（小項目）</p>		
<p>がん専門病院として、がん医療における最新の知識と技術を有する人材を育成するため、体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど研修内容の充実を図る。</p>	<p>がん専門病院として、がん医療における最新の知識と技術を有する人材を育成するため、体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど研修内容の充実を図る。</p> <p>また、集合開催以外の開催を積極的に行い、職員が研修を受講しやすい環境整備を行う。</p>	<p>① 院外医療従事者も対象としたグランドカンファレンスは2回、院内職員のみを対象としたグランドカンファレンスは10回開催した。</p> <p>② 新規採用職員を対象とした基本研修は、4月に開催期間を1日（終日）実施した。また、中途採用職員を対象とした基本研修は、9月、2月にそれぞれ半日ずつ開催し、非常勤職員にも参加を義務付けた。</p> <p>③ 県人事課主催の能力開発研修は、所属長から推薦を受けた職員の内、共通研修を全17名が、選択研修をのべ31名が履修した。</p>

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画 (R3 (2021) ~R7 (2025)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3) 人事管理制度の構築（小項目）		
<p>職員の人材育成やモチベーションの向上に資するため、新しい人事評価制度の適正運用と継続的な見直しを行い、がんセンターに適した人事管理制度を構築する。</p>	<p>職員の人材育成やモチベーションの向上に資するため、新しい人事評価制度の適正運用と継続的な見直しを行い、がんセンターに適した人事管理制度を構築する。</p>	<p>① 新たな人事評価制度を導入するために必要な事項を検証するとともに、職員に制度を理解してもらうことを目的に、試行評価を実施した。</p>
(4) 働きやすい職場環境づくり（小項目）		
<p>働きやすい職場環境づくりが図られるよう、以下の取組を実施する。</p>	<p>働きやすい職場環境づくりが図られるよう、以下の取組を実施する。</p>	
<p>ア 職員が安全かつ安心して働くことができるよう、ハラスメントの防止やワーク・ライフ・バランスを推進するための研修や意識啓発活動に取り組むなど、職員が心身ともに健康を維持できるよう職場環境づくりに努める。</p>	<p>ア 職員が安全かつ安心して働くことができるよう、ハラスメントの防止やワーク・ライフ・バランスを推進するための研修や意識啓発活動に取り組むなど、職員が心身ともに健康を維持できるよう職場環境づくりに努める。</p>	<p>① ハラスメント防止研修を開催した。（受講者数 一般職向け:328名・受講率83.9%、管理職向け:60名・受講率93.8%、委託業者 4業者） ② 新規採用者及び希望者を対象に、メンタルヘルス研修を開催した。（参加者数 6/19:35名） ③ ハラスメント対策については、今年度から院内相談窓口に加え、ハラスメント相談ほっとラインを契約し、職員が直接院外の相談窓口で相談できる環境を整えた。外部相談窓口への相談件数1件だった。 ④ 毎月事業所内で産業カウンセラーによる出張カウンセリングを受けられる体制を整備しており、予約枠に対する利用者の割合は約5割であった。また、社内の目を気にせず、外部にてカウンセリングを受けられる体制も整えており、1名の利用実績があった。 ⑤ 職員満足度調査の結果は、指標としている“仕事のやりがい”が68.7%で、前回65.8%から微増したものの目標値85%には届かなかった。</p>
<p>イ 優れた人材を確保するため、短時間勤務や在宅勤務等、多様な勤務形態の導入を検討する。</p>	<p>イ 優れた人材を確保するため、短時間勤務や在宅勤務等、多様な勤務形態の導入を検討する。</p>	<p>⑥ 在宅で勤務する画像診断医師1名を継続雇用した。</p>

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画 (R3 (2021)～R7 (2025)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ウ 働き方改革を着実に推進していくため、タスクシェア・シフティングや女性職員に対する支援等、勤務環境改善に向けた継続的な取組を実施する。</p>	<p>ウ 法人の働き方改革ワーキンググループで検討した内容や前年度に実施した医師の勤務実態調査の結果に基づき、「業務」、「自己研鑽」、「業務外の研究」を整理するとともに、職種ごとの働き方改革サブワーキンググループで、医師、看護師、薬剤師などの専門職が担うべき業務を整理し、タスクシェア・シフティング等、勤務環境改善に向けた取組みを継続的に実施する。</p>	<p>⑦ 医師の時間外労働時間について、月45時間を超える医師に関しては毎月衛生委員長（病院長）に報告を行った。 ⑧ 栃木労働局や医師会主催の説明会に積極的に参加し、医師の働き方改革についての理解を深めた。 ⑨ タスク・シェアリング推進ワーキンググループを開催し、共有できる業務を増やすための今後の方向性について検討を行った。</p>
<p>（5）医療従事者の臨床倫理観の向上（小項目）</p>		
<p>医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。</p>	<p>医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。</p>	
<p>ア 医療倫理の教育や研修を定期的実施する。 また、院内における医療従事者の倫理観向上のための教育企画等を推進するための人材育成に取り組む。</p>	<p>ア 専門家による講演又は教材を用いた倫理教育を実施する。 また、複数の職種が臨床倫理認定士養成研修を受講し、臨床倫理に関する知識の職種格差をなくし、組織的な倫理観向上に取り組む。</p>	<p>① 定例委員会を開催したほか、法律の専門家による教育講演会、DNARに関する医師へのアンケートと、それを基にした多職種意見交換会を開催し、職員の倫理観向上に取り組んだ。 ② 臨床倫理担当の上級認定士が日本臨床倫理学会上級研修のファシリテータを務め、知識とスキルの維持向上に努めた。また、日本臨床倫理学会第11回大会で当センターの取り組みを発表した。 ③ 病院機能評価受審に必要な準備、患者の意思決定支援指針をはじめとした各種規程や同意書の作成、ガイドラインの周知などを通して全職員の臨床倫理への関心と知識向上を図った。</p>

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画 (R3 (2021) ~R7 (2025)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ 病院臨床倫理委員会メンバー並びにリンクスタッフ（※）で構成する多職種コンサルテーション（相談支援）チームによる支援体制を充実するとともに、臨床で生じる倫理的問題に対して適切に対応できるよう、臨床倫理認定士を中心とした専門的な介入を実施する。</p> <p>※ 医療者の倫理観向上のための活動やコンサルテーションをより効果的、機動的に実践するために各部署から選出されたスタッフ。</p>	<p>イ 臨床倫理認定士を中心としたチーム制コンサルテーションを臨床現場で実施し、カンファレンス結果に対する法律や倫理の専門家からのコメントを現場にフィードバックすることで職員の倫理的思考力の向上を図る。</p>	<p>④ 臨床倫理クルーが中心になり、毎月第3木曜日に定例倫理カンファレンスを開催した。</p> <p>⑤ 新型コロナウイルス感染症が5類に移行し、臨床倫理活動を本格的に再開するにあたり、臨床倫理委員会直轄のリンクスタッフ制を廃止し、医療安全リスクマネージャーの役割に臨床倫理推進に関する事項を追加し、リンクスタッフを担う体制にする等、臨床倫理体制の見直しを行った。また、インシデント報告・分析システム「CLIP」を用いたモヤモヤ報告の構築を行った。</p> <p>⑥ 病院機能評価の倫理的活動の項目について「S」評価を得た。</p>

令和4（2022）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"> 引き続き、医師や看護師等、職員の確保に努めるとともに、職員満足度の向上に向けて積極的な取組を図られたい。 	<ul style="list-style-type: none"> 昨年に引き続き、県養成医師を受け入れ、医師の育成に努めた。看護師については養成校訪問等の各種採用活動を実施し、看護師の確保に努めた。 働き方改革推進のため、医師の時間外労働時間についての衛生委員長への報告、タスク・シェアリング推進ワーキンググループの開催、新たな人事評価制度の導入に向けた検討等、勤務環境改善に向けた取組を継続した。

4 人材の確保と育成（中項目）

<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、「医師数」は目標を達成した一方、「職員満足度割合」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療従事者の確保と育成」では、医師については、昨年度に引き続き県養成医師を受け入れて人的交流を図ったほか、肝胆膵外科学会高度技能修練施設として、修練医を術者とする高難度手術を多数実施し、技能向上を図った。看護師については、養成校訪問を始め各種採用活動を実施し、看護師の確保に努めた。薬剤師については、見学会の実施や随時募集により人材確保に努めた。また、事務職員については、募集媒体を見直すことで採用の強化を図り、渉外業務経験者等必要な人材を採用することができた。「働きやすい職場環境づくり」では、在宅勤務の画像診断医師を継続雇用するとともに、栃木労働局や医師会主催の説明会に積極的に参加し、医師の働き方改革についての理解を深める等、勤務環境改善に向けた取組を継続したが、職員満足度調査の結果は、目標値である「仕事のやりがい」が前回から微増したものの目標値には届かなかった。「医療従事者の臨床倫理観の向上」では、臨床倫理体制の見直しや、インシデント報告・分析システム「CLIP」を用いたモヤモヤ報告の構築等、倫理観の向上に努めた。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
<p>知事の 評 価</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、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。引き続き、医師や看護師等、職員の確保に努めるとともに、職員満足度の向上に向けて積極的な取組を図られたい。

5 地域連携の推進（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	医師のとちまるネット利用登録率 (%)	80.0	75.3	94.1%		iii
2	受託検査件数 (件)	170	179	105.3%		iv
3	退院調整症例の在宅復帰率 (%)	80.0	86.1	107.6%		iv
4	在宅療養中に関係機関と連携した患者の在宅看取り率 (%)	35.0	41.6	118.9%		v
5	紹介率 (%)	96.6	98.0	101.4%	97.0	iv
6	逆紹介率 (%)	48.0	58.5	121.9%	50.0	v

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値 (再掲)	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値
81.9	80.6	75.3		
159	195	179		
87.3	84.7	86.1		
63.6	35.8	41.6		
96.9	95.9	98.0		
47.3	42.6	58.5		

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R3(2021)~R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 地域の医療機関等との連携強化（小項目）		
患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、以下のとおり、地域の医療機関等との連携を強化する。	患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、以下のとおり、地域の医療機関等との連携を強化する。	
ア 地域の医療機関への対外活動を実施するとともに、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）を活用するなどして、地域の医療機関との確な役割分担を意識しつつ連携の充実を図る。	ア 医療連携情報交換会・郡市医師会向けの講座などを開催するとともに、受診に関する案内を適時発信するなど、地域の医療機関との連携体制を構築する。 また、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）の活用を促進するため、勉強会を開催し、とちまるネットの利用者登録を進める。	① 医療連携情報交換会を2回開催した。また、郡市医師会向け講座は8回開催し、うち6回は集合で開催し、顔の見える関係作りや連携の強化を図ることができた。 ② 地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）については、とちまるネット勉強会を3回開催し、医師7名と医療従事者1名が参加した。（医師の登録率：75.3%）また、登録率向上を図るため、とちまるネット勉強会をR6（2024）年度から医師の新採用者研修に組み込むことを決定した。 ③ R5（2023）年7月から紹介受診重点医療機関となり、かかりつけ医との連携を推進した。

5 地域連携の推進（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ 手術、放射線治療、薬物療法等、あらゆる診療段階において、がん患者に対する口腔機能の維持、向上を図るため、院内や地域の歯科医師との連携を推進する。</p>	<p>イ 当センターでがん治療を行っている患者の口腔機能の維持、向上を図るため、院内や地域の歯科医師との医科歯科連携を推進する。</p>	<p>④ 当センターでがん治療を受けている患者に対して、かかりつけ歯科を持ち、継続した口腔管理を受けることを推奨している。また、患者の希望がある場合は、かかりつけ歯科に対して、現在のがんの状態や当院でのがん治療内容、歯科治療上の注意点などの診療情報提供を453件（R4（2022）年度の実績は225件）行った。また、2件の緩和期の患者に対して、地域歯科診療所と連携し、在宅での口腔管理が行われた。</p>
<p>ウ 外来薬物療法及び在宅緩和医療の推進を図るために、とちまるネットなどICTネットワークシステムを活用し、がん治療に関連した薬剤情報を保険薬局と共有するなど、医薬連携を推進する。</p>	<p>ウ 医薬連携を推進するため、保険薬局薬剤師、病院薬剤師等を対象に研修会を実施するとともに、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）を利用したトレーニングレポート共有の実用化を進め、とちまるネット活用の充実を図る。 また、臨床腫瘍薬学会がん診療病院連携研修事業のがん診療研修病院として、適宜保険薬局薬剤師の研修を受け入れる。</p>	<p>⑤ 栃木県がん診療連携協議会地域連携・研修部会において、がん医療における医薬連携に関する研修会を保険薬局の薬剤師、病院薬剤師を対象に2回開催した。 ⑥ 日本病院薬剤師会のがん薬物療法認定薬剤師研修として、他施設の薬剤師を1名受け入れた。 ⑦ 地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）活用について、前年度に引き続きトレーニングレポート共有を中心に取り組んだ。 ⑧ 臨床腫瘍薬学会がん診療病院連携研修事業のがん診療研修病院として、保険薬局薬剤師の研修を3名受け入れた。（うち1名は来年度も継続）</p>
<p>エ 近隣の医療機関からの受託検査（CT、MRI、超音波検査等）を受け入れる。</p>	<p>エ 受託検査についての案内を県内医療機関へ送付するとともに、短時間での予約取得と検査結果のスムーズな返信が維持できるよう努める。</p>	<p>⑨ がんセンターだよりに受託検査の案内を封入し、栃木県内の医療機関へ周知した。 ⑩ 受託検査の予約は、時間短縮、事故防止の観点から2名体制で迅速に対応し、目標値は達成したものの、予約件数は年間179件となり昨年度より16件減少した。</p>

5 地域連携の推進（中項目）

中期計画 (R3 (2021) ~R7 (2025)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化（小項目）		
<p>患者が退院後、安心して療養生活を送ることができるよう、ケアマネジャーや訪問医、訪問看護師等、地域の医療関係者と退院前カンファレンスを積極的に実施するなど、退院調整を充実するとともに、在宅療養中の患者の緊急時の受入れ等、状態変化に合わせて迅速に対応するなど、患者の在宅療養を支援するための病診連携を強化する。</p>	<p>患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、地域の医療関係者と退院前カンファレンスを実施し情報の共有を行う。なお、カンファレンスを実施しない場合も、連携先には治療・看護・リハビリテーションの退院時サマリーなど、文書による情報提供を実施する。</p> <p>また、在宅療養中の患者は、状況の変化に応じて医療機関、訪問看護、介護事業所等の職員と情報共有を行い、在宅療養を支援するとともに、緊急時の受入れについても迅速に対応する。</p>	<p>① 新型コロナウイルス感染症対策のための面会制限が影響し、在宅緩和ケアを選択する患者・家族が増加した。</p> <p>② 在宅調整が円滑に進むように患者・家族との面談やカンファレンスを行った。また、院外施設の関係者と対面で退院前カンファレンスを52件実施し連携を図った。さらに、カンファレンスを実施しない場合は、電話や文書により情報提供を実施した。</p> <p>③ 在宅療養中の患者については、文書やどこでも連絡帳、電話連絡等で院外施設の関係者と連携を図った。また、患者の在宅療養を支援するため、在宅医からの緩和ケア外来受け入れや、訪問診療、訪問看護からの緊急入院受け入れについて速やかに対応した。</p>
(3) 在宅緩和ケアの推進（小項目）		
<p>がん患者の在宅療養を支援するため、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーション、院内関連部署との連携を図り、早期から計画的に介入し、緩和ケア病棟の活用を含めた在宅緩和ケアを推進する。</p>	<p>がん患者の在宅療養を支援するため、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーション、院内関連部署との連携を図り、早期から計画的に介入し、緩和ケア病棟の活用を含めた在宅緩和ケアを推進する。</p>	<p>① 宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを済生会宇都宮病院と共同でWeb開催にて年9回実施し、訪問診療医や訪問看護師、当センター医師、看護師、MSWなどが参加した。</p> <p>② 緩和ケア病棟をバックベットのし、緩和ケア患者の受入れと看取りを含めた在宅緩和ケアの推進を図った。</p>

令和4（2022）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>

5 地域連携の推進（中項目）

<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、「受託検査件数」「退院調整症例の在宅復帰率」「在宅療養中に関係機関と連携した患者の在宅看取り率」「紹介率」「逆紹介率」の指標で目標値を上回った一方、「医師のとちまるネット利用登録率」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「地域の医療機関等との連携強化」では、郡市医師会出張講座を8回開催し医師会との連携を図ったほか、R5（2023）年7月から紹介受診重点医療機関となり、かかりつけ医との連携を推進した。また、当センターでがん治療を受けている患者のかかりつけ歯科に対する診療情報の提供や、地域歯科診療所と連携した在宅での口腔管理を行い、医科歯科連携を推進した。「患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化」では、新型コロナウイルス感染症対策のための面会制限の影響で、在宅緩和ケアを選択する患者・家族が増えたが、感染対策を講じたうえで面談やカンファレンスを行い、院外施設の関係者と連携を図るなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
<p>知事の 評 価</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。

6 地域医療への貢献（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	地域医療機関向け研修実施回数 (回)	6	10	166.7%		v

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

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

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R3(2021)~R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 地域のがん医療の質の向上のための支援（小項目）		
地域のがん医療の質の向上を推進するため、以下の取組を実施する。	地域のがん医療の質の向上及び他の医療機関等との連携を推進するため、以下の取組を実施する。	
ア 都道府県がん診療連携拠点病院として、栃木県がん診療連携協議会を運営し、県内におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し中心的な役割を担う。	ア 都道府県がん診療連携拠点病院として、県内のがん医療の中心的な役割を担うとともに、栃木県がん診療連携協議会の運営を行ってきたが、2022年8月に発出された新たな整備指針では、今まで以上に県全体のがん医療の質を向上させるため、都道府県協議会の役割が強化された。そこで、他の拠点病院等の主体的な参画を図るため、医療機関間の役割分担の検討を含め体制の見直し等を行い、がん診療の連携協力体制を整備する。	① 栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催し、R4(2022)年8月1日に新しく示されたがん診療連携拠点病院等の整備に関する指針を踏まえた医療機関間の役割分担の検討を進め、連携協力体制の整備に取り組んだ。 ② R5(2023)年4月1日から「地域がん診療病院」の指定を受けた上都賀総合病院のグループ指定先医療機関となり、県西保健医療圏におけるがん診療提供体制の確保に努めた。

6 地域医療への貢献（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ 栃木県がん・生殖医療ネットワークの事務局として、思春期・若年がん患者等への情報提供や、がん治療医と生殖医療専門施設との連携の促進等により、県内におけるがん・生殖医療の推進について中心的な役割を担う。</p>	<p>イ 2022年8月に発出された新たな整備指針において、都道府県がん診療連携協議会と地域がん・生殖医療ネットワークとの連携が明記されたことを踏まえ、栃木県がん・生殖医療ネットワーク会員だけでなく、栃木県がん診療連携協議会員や、2021年度に「AYA世代のがん患者等支援事業」を開始した栃木県とも協働して、思春期・若年がん患者等の支援を推進する。</p>	<p>③ 栃木県がん・生殖医療ネットワーク会議を開催し、がん治療医と生殖医療医との連携促進を図った。 ④ 県民公開講座の開催及びリーフレットの更新の他、製薬会社の主催するセミナーや下野新聞連載等の機会を捉え、がん・生殖医療の継続的な普及啓発を図った。 ⑤ 県内の医療従事者等を対象に研修会を開催し、がん・生殖医療に関する意思決定支援について理解促進を図った。 ⑥ 院内においては、AYA世代支援体制の構築と早期介入（支援）を目的としたAYAスクリーニングシートの試行を継続した。</p>
<p>ウ 地域医療機関向けの研修会の実施や実習受入れ等、がん医療に携わる医療従事者の育成に対して支援する。</p>	<p>ウ 県内医療機関及び医療連携施設のがん医療の質の向上と均てん化への取り組みの一環として、研修会の実施や実習受入れ等を行い、がん医療に携わる医療従事者の育成を支援する。</p>	<p>⑦ 地域医療機関の関係者が現地又はWebいずれでも参加可能なグランドカンファレンス特別講演を2回開催した。 ⑧ 県内の放射線治療施設に対して、品質管理に関する遠隔支援として、月1回程度、メールやWebを用いた教育的支援を実施した。また、地域の診療放射線技師を対象とした研修会で施設における教育方法について講演を行った。さらに、県内放射線治療施設の診療放射線技師2名に対して当センターで研修を実施した。 ⑨ 薬剤部では、他施設からがん専門の研修を受け入れ、認定薬剤師の育成に寄与した。</p>

6 地域医療への貢献（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) がん対策事業への貢献（小項目）		
がん登録等の情報の整理、分析等を行うとともに、県のがんに関する施策の企画立案等に参画するなど、がん対策事業に対して積極的に貢献する。	がん登録等の情報の整理、分析等を行うとともに、県のがんに関する施策の企画立案等に参画するなど、がん対策事業に対して積極的に貢献する。	① 院内がん登録、全国がん登録を継続して行った。がん登録の精度を検討し、年度毎に着実に向上していることが示された。

令和4（2022）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「地域医療機関向け研修実施回数」について、目標値を上回った。 年度計画の業務実績に関しては、「地域のがん医療の質の向上のための支援」では、栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催し、R4（2022）年8月1日に新しく示されたがん診療連携拠点病院等の整備に関する指針を踏まえた医療機関間の役割分担の検討を進め、連携協力体制の整備に取り組んだほか、R5（2023）年4月1日から「地域がん診療病院」の指定を受けた上都賀総合病院のグループ指定先医療機関となり、県西保健医療圏におけるがん診療提供体制の確保に努めた。また、栃木県がん・生殖医療ネットワーク会議を開催し、がん治療医と生殖医療医との連携促進を図るとともに、県民公開講座の開催及びリーフレットの更新の他、製薬会社の主催するセミナーや下野新聞連載等の機会を捉え、がん・生殖医療の継続的な普及啓発を図った。さらに、県内の医療従事者等を対象に研修会を開催し、がん・生殖医療に関する意思決定支援について理解促進を図った。 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	S	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、計画を上回って実施していることが認められるため、「S」評価とした。引き続き、地域のがん医療の質の向上のための支援を行うなど、地域医療への貢献に向けて取り組まれない。

7 災害等への対応（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>災害発生時に患者の安全を確保できるよう、防災訓練等、災害対策を実施するとともに、感染症対策を含めた事業継続計画（BCP）の継続的な見直しを行い、実効性のある計画とする。</p> <p>また、医薬品備蓄等により救急医療体制を整備し、災害や公衆衛生上の重大な危機等が発生した場合は、被災地の支援等について、近隣病院と連携しつつ、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。</p>	<p>新型コロナウイルス感染症の患者受入れ等、県と調整を図りながら引き続き新型コロナウイルス感染症対策に協力していくとともに、周期的に訪れると予想される新規感染症への対応、がん診療の機能維持、及び県立病院として求められる役割遂行のため、感染症への対策や準備を行う。</p> <p>災害発生時に患者の安全を確保できるよう、防災訓練等、災害対策を実施するとともに、感染症対策を含めた事業継続計画（BCP）の継続的な見直しを行い、実効性のある計画とする。</p> <p>また、医薬品備蓄等により救急医療体制を整備し、災害や公衆衛生上の重大な危機等が発生した場合は、被災地の支援等について、近隣病院と連携しつつ、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。</p>	<p>① 新型コロナウイルス感染症陽性患者の入院を受け入れた。（延べ入院患者数305名）</p> <p>② 感染症法改正に伴い、R6（2024）年3月に県と医療措置協定を締結した。</p> <p>③ R6（2024）年1月に発生した能登半島地震では、栃木県看護協会の依頼により、R6（2024）年1月に石川県に災害支援ナース1名の派遣を行った。</p> <p>④ R6（2024）年3月に改正医療法に基づく栃木県における災害支援ナースの派遣に関する協定を県と締結した。</p> <p>⑤ 当センターの防災対応、防火設備の役割等について新規採用職員研修用資料を作成し、防災に対する意識を高めた。</p> <p>⑥ 医療機関として火災等発生時の患者の人命救助を確実にを行うため、病棟で火災が発生したことを想定して、消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練を実施するとともに、大地震を想定した防災訓練を実施した。</p> <p>⑦ 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>⑧ 情報セキュリティに関する事業継続計画（BCP）の整備に向けて、栃木県警察と情報共有を行った。</p>

令和4（2022）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>	<p>・ 新型コロナウイルス感染症陽性患者の受入れのほか、R6（2024）年3月には県と医療措置協定を締結する等、感染症対策に努めた。また、R6（2024）年1月に発生した能登半島地震では、栃木県看護協会の依頼により、石川県に災害支援ナース1名の派遣を行ったほか、R6（2024）年3月に改正医療法に基づく栃木県における災害支援ナースの派遣に関する協定を県と締結する等、災害対策への協力を努めた。さらに、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、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ほか、情報セキュリティに関する事業継続計画（BCP）の整備に向けて、栃木県警察と情報共有を行うなど、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>知事の評価</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>

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(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 効率的な組織体制の構築（小項目）		
<p>安定的な経営基盤を確立するため、医療環境の変化に応じて戦略的かつ迅速な意思決定を行えるよう、組織体制を検討し、効果的かつ効率的な業務運営体制を構築する。</p> <p>また、質の高い医療を効率的に提供するため、最適な職員構成と各自のスキルの向上を図るとともに経営効率の高い職員配置に努める。</p>	<p>安定的な経営基盤を確立するため、医療環境の変化に応じて戦略的かつ迅速な意思決定を行えるよう、組織体制を検討し、効果的かつ効率的な業務運営体制を構築する。</p> <p>また、質の高い医療を効率的に提供するため、最適な職員構成と各自のスキルの向上を図るとともに、経営効率の高い職員配置に努める。</p>	<p>① R6(2024)年度に向けた組織改編として、昨今進歩の著しい免疫チェックポイント阻害薬による有害事象の治療を当センターで完結するために、集中治療科を新設した。</p> <p>② 患者総合支援センターの機能強化を図るため、人員配置や運用の見直し、新たなデジタル技術の導入等、PFM（ペイシエント・フロー・マネジメント）（※）体制の整備を推進した。</p> <p>※ 患者の情報を入院前もしくは適切なタイミングで把握し、患者に対して適切な医療提供体制を整え、病床の管理や職員の連携を合理的に行うことを目的とする病院内の組織またはその仕組み。</p>
(2) 経営参画意識の向上（小項目）		
<p>職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画するよう、経営に関する情報を分かりやすく職員へ周知するとともに、職員からの業務改善に関する提案の積極的な採用に努める。</p>	<p>職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画するよう、経営戦略会議等において経営に関する情報を分かりやすく職員へ周知する。</p> <p>また、職員からの業務改善に関する提案の積極的な採用に努める。</p>	<p>① 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の収支状況（予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等）、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>② 「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13件採用）</p>
令和4（2022）年度業務実績の評価における指摘等		業務運営への反映状況
・ 該当なし		-

1 業務運営体制の確立（中項目）

<p>法人の 自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評 価 理 由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ R6(2024)年度に向けた組織改編として、昨今進歩の著しい免疫チェックポイント阻害薬による有害事象の治療を当センターで完結するために、集中治療科を新設したほか、患者総合支援センターの機能強化を図るため、PFM体制の整備を推進した。また、職員全員の経営参画意識の向上を図るため、経営会議や経営戦略会議を開催したほか、「業務改善提案」の制度を活用し、職員から医療サービスの向上や収益改善に資する取組のアイデアを採用するなど、効果的かつ効率的な業務運営を図った。 ・ いずれの小項目についても、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
<p>知事の 評 価</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 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	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	新入院患者数（人）	4,300	4,675	108.7%		iv
2	新外来患者数（人）	7,400	6,773	91.5%		iii
3	運用病床利用率（%）※	85以上	66.1	77.8%	85以上	i
4	診療材料費対医業収益比率（%）	10.5	9.6	108.6%		iv
5	ジェネリック医薬品採用比率（%）	85.0	86.4	101.6%		iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値 (再掲)	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値
4,239	4,200	4,675		
6,620	7,727	6,773		
70.6	67.0	66.1		
9.4	9.8	9.6		
88.1	85.9	86.4		

※ 中期計画指標のみ記載

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

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 収入の確保への取組（小項目）		
収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。	収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。	
ア ホームページや広報誌等を通じ、がんセンターの特長の周知や診療情報を提供するとともに、地域のイベントでのPR活動や出前講座の実施等、積極的な情報発信、広報活動を行う。	ア ホームページや広報誌等を通じ、がんセンターの特長の周知や診療情報を提供するとともに、メディアへの情報提供、地域のイベントでのPR活動や出前講座の実施等、積極的な情報発信、広報活動を行う。	① 広報紙「がんセンターだより」の内容をリニューアルし、年4回発行した。外来・病棟・患者支援センターに配置し、宇都宮市内及び関係医療機関等に配布した。 ② 4月から、下野新聞で連載「がんカウンセリング」を月2回（計23回）掲載した。 ③ 5月、6月、9月、10月、11月にレディオベリー「教えてドクター」に出演しがんに関する情報発信（計22回）を行った。 ④ 9月に地域自治会の祭り、10月に県立衛生福祉大学校の学校祭に出展し、地域住民と交流しながらがんの普及啓発活動を行った。 ⑤ 2月4日ワールドキャンサーデーに合わせ、県庁昭和館のライトアップを行った。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
		<p>⑥ PR動画（看護師採用動画、ダビンチ紹介動画、放射線治療紹介動画）を3本制作し、YouTubeチャンネルを開設、動画を公開した。</p> <p>⑦ 「がんセンター出前講座」は、新型コロナウイルス感染症は5類移行となったが、感染状況について引き続き注視していく必要があることから実施出来なかった。</p>
<p>イ 効率的かつ柔軟な病棟管理を行い、病床利用率を向上させる。</p>	<p>イ 効率的かつ柔軟な病棟管理を行い、病床利用率を向上させる。</p> <p>また、緊急入院時には、空床状況に応じた柔軟な病棟管理を行う。</p> <p>さらに、化学療法が必要な外来患者のうち、初回や遠方の患者については、入院での診療も選択できるよう柔軟に対応する。</p>	<p>⑧ 新型コロナウイルス感染症患者が散発的に発生する中、感染症患者の受入れと、がん患者に対する一般病床の運営を効率的に行い、一般病床の病床稼働率(退院日を含む)は年間を通じて概ね80%前後であった。</p>
<p>ウ 診療情報管理士等、専門的知識を有する職員の確保と育成に努め、適切な診療情報の管理と診療報酬の請求を図るとともに、診療報酬改定等に迅速かつ適切に対応できる体制を構築する。</p>	<p>ウ 診療情報管理士等、より専門的な知識及び資格を持った職員の計画的な確保と育成に努める。</p> <p>また、診療報酬改定や医療現場の環境の変化に係る情報の入手に努め、迅速かつ適切に対応する。</p> <p>さらに、ベンチマークシステム等を活用し、加算の算定率向上等、収入確保への取組を行う。</p>	<p>⑨ 専門的な知識を持った特定業務職員の定着・確保を図るため、R6(2024)年度から診療情報管理室、入院会計担当等の特定業務職員に対し業務手当を創設した。また、病院機能評価において診療情報管理業務はA評価を得ることができ、さらに、診療報酬請求は遅滞なく実施することができた。</p> <p>⑩ 保険診療委員会の下部組織として診療報酬改定への対応を検討する会議を設け、情報交換を2回実施した。</p>
<p>エ 関係部署が連携を密にして、患者の医療費負担に係る不安軽減を図り、未収金の発生防止に努める。</p> <p>また、回収困難債権については、弁護士法人へ回収業務を委託し、回収の徹底を図る。</p>	<p>エ 関係部署が連携を密にして、患者に適宜相談を行うことにより医療費負担に係る不安軽減を図り、未収金の発生防止に努める。</p> <p>また、回収困難債権については、弁護士法人へ回収業務を委託し、回収の徹底を図る。</p>	<p>⑪ 会計窓口や相談窓口と連携を図り、医療費の支払いに係る相談に積極的に介入し、未収金の発生防止に努めた。</p> <p>⑫ 未収金回収業務を委託している弁護士法人と協議し、債権の回収が困難と判断される債権について整理した。(5人分1,453,980円)</p>

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 費用の削減への取組（小項目）		
費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。	費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。	
ア 予算と実績の管理を通じ、職員全員に対してコスト意識の徹底を図る。	ア 病院の収支状況を月次で管理するとともに、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。	① 病院の収支状況を月次で管理するとともに、経営会議や経営戦略会議において収支状況等を職員に周知し、コスト意識の徹底に努めた。
イ 医薬品、診療材料、消耗品の適切な管理及び費用対効果を意識した業務改善への取組により費用の抑制や削減を行う。	イ ベンチマークシステムを活用し、医薬品や診療材料の適正価格での納入、価格交渉を図る。 また、物品管理委員会、診療材料委員会、物品WGを通して同等品でより安価な材料への切り替えを積極的に検討し、職員全員が費用削減に対する意識を持つよう努める。	② 医薬品については、ベンチマークシステムを活用した価格交渉を実施した。理事長・薬剤部・経営企画室の同席のもと、上半期に主要卸業者5社、下半期に主要メーカー6社を対象に個別ヒアリングを行い、契約単価の見直しにより加重平均値引率が改善された。（期首12.92%→取組後13.90%） ③ 診療材料についてはベンチマークを活用し、新規採用品や採用品の中でコストが高い物品について交渉を行い、費用削減に努めた。また特殊検査において検査技術科・経営企画室の同席のもと、事業者ヒアリング（新規事業者を含む）を行い、契約単価の見直しと合わせ、高額な検査項目の契約先見直しにより費用削減を行った。
ウ 働き方改革を推進していく中で、職員全員の業務の効率化などに対する意識啓発に努めるとともに、職場全体において、組織や業務の見直しなどを行い、時間外勤務の縮減を図る。	ウ 働き方改革を推進していく中で、職員全員の業務の効率化などに対する意識啓発に努めるとともに、職場全体において、組織や業務の見直しなどを行い、時間外勤務の縮減を図る。	④ 職員の時間外勤務状況について、月45時間を超えて時間外勤務をしている人数や各部署の時間外勤務時間数、各部署1人当たりの時間外勤務時間数を集計し、衛生委員会にて報告を行った。 ⑤ タスク・シェアリング推進ワーキンググループを開催し、共有できる業務を増やすための今後の方向性について検討を行った。 ⑥ R6(2024)年4月開始予定の医師の働き方改革に向けて、長時間労働医師への面接指導実施医師養成講習会を医師3名が受講した。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
エ 原価計算の実施などにより、収支の推移等を分析し、診療科及び部門ごとに適切なコスト管理を行う。	エ 経営分析システムを活用し、収支の年度別推移を分析し、診療科及び部門ごとに適切なコスト管理等を行う。	⑦ 経営分析システムにより診療科別に収支の年度別推移をまとめ、会議や診療科長ヒアリング時の資料として提示し、適切なコスト管理を呼びかけた。

令和4(2022)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"> 引き続き、運用病床利用率の向上を図るとともに、収益の確保及び費用の削減に努められたい。 	<ul style="list-style-type: none"> 広報紙「がんセンターだより」のリニューアルや、レディオベリー「教えてドクター」への出演、地域自治会の祭りや県立衛生福祉大学祭への出展、ワールドキャンサーデーへの参画やPR動画の作成等、積極的な広報活動を行った。 会計窓口や相談窓口と連携を図り、医療費の支払いに係る相談に積極的に介入し、未収金の発生防止に努めた。 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。 医薬品及び診療材料の価格交渉において、ベンチマークシステムの活用や、個別ヒアリングの実施により値引率の向上を図った。

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、「新入院患者数」「診療材料費対医業収益比率」「ジェネリック医薬品採用比率」の指標で目標値を上回った一方、「新外来患者数」「運用病床利用率」は目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「収入の確保への取組」では、広報紙「がんセンターだより」のリニューアルや、下野新聞で連載「がんカウンセリング」の掲載、レディオベリー「教えてドクター」への出演、地域自治会の祭りや県立衛生福祉大学祭への出展、ワールドキャンサーデーへの参画やPR動画の作成等、積極的な広報活動を行った。また、会計窓口や相談窓口と連携を図り、医療費の支払いに係る相談に積極的に介入し、未収金の発生防止に努めた。「費用の削減への取組」では、病院の収支状況を月次で管理するとともに、経営会議や経営戦略会議において収支状況等を職員に周知し、コスト意識の徹底に努めた。また、医薬品及び診療材料の価格交渉において、ベンチマークシステムの活用や、個別ヒアリングの実施により値引率の向上を図った。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、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	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、一部の指標で目標値を下回ったものの、他の指標の達成状況や年度計画の業務実績を総合的に判断し、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

第3 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	経常収支比率（％）	100以上	95.8	95.8%	100以上	iii
2	医業収支比率（％）	85以上	80.5	94.7%	85以上	iii

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<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に、中期目標期間中の各年度において経常収支の黒字化を目指す。</p> <p>また、計画的な資金管理を行い、経営基盤の安定化に努める。</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>また、月次で資金管理を行い、経営基盤の安定化に努める。</p>	<p>① 経常収支は約4億7,000万円の赤字となり、経常収支比率は95.8%となった。</p> <p>② 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の収支状況等を周知し、経常収支の黒字化を目指した。</p> <p>③ 診療科及び事業系センターごとに、幹部職員によるヒアリングを実施した。診療科のヒアリングでは、近年の入院患者や収益・費用の推移、経営分析システムによる収支の年度別推移などをもとに、課題と今後の方針などについて意見交換した。</p> <p>④ 在院日数の適正化の検討等、収益確保に向けた取組を行った。</p>

令和4（2022）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

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）

<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、「経常収支比率」、「医業収支比率」ともに目標値をやや下回った。 ・ 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、診療科及び事業系センターごとに、幹部職員によるヒアリングを実施した。診療科のヒアリングでは、近年の入院患者や収益・費用の推移、経営分析システムによる収支の年度別推移などをもとに、課題と今後の方針などについての意見交換や在院日数の適正化の検討等、収益確保に向けた取組を行い、経常収支の黒字化を目指したが、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>知事の 評 価</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。

第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）

1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<ul style="list-style-type: none"> 病院施設の老朽化の状況や地域医療構想調整会議での協議内容も踏まえ、TCCみらいSOZ O委員会（※）などを活用しつつ、長期的な視点から、がん専門の公立病院として担うべき役割に最適な施設整備、病床数の検討及びそれらの柔軟な対応を実施する。 ※ 当センターの再整備を視野に入れ、『みらい創造のために独創的な想像を』自由闊達に議論する場として設置。 	<ul style="list-style-type: none"> 建物・設備の状況などの内的要因、及び県立病院として求められる役割などの外的要因を踏まえた将来的な施設整備のあり方について、県とともに検討していく。 	<p>① 当センターの今後の施設整備のあり方の検討に向けて、建築物の劣化状況の確認や大規模改修の可否等について検討を行い、県と情報共有を図った。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 医療機器については、地域医療構想区域内における共同利用を含め、県民の医療ニーズ、医療技術の進展に 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機器について、必要性や費用対効果等を考慮し、計画的に整備・更新する。 	<p>② 医療機器については、与えられた予算内で県民の医療ニーズ、医療技術の進展に 対応するため、一般競争入札等で費用を抑えながら、計画的に購入することができた。</p>

令和4（2022）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	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 当センターの今後の施設整備のあり方の検討に向けて、建築物の劣化状況の確認や大規模改修の可否等について検討を行い、県と情報共有を図った。また、医療機器については、一般競争入札等で費用を抑制しながら計画的に更新・整備することができたため、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	<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 適正な業務の確保（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<ul style="list-style-type: none"> 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守する。 	<ul style="list-style-type: none"> 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守する。 	<ul style="list-style-type: none"> ① 業務の遂行に必要な法令上の手続については、疑義が生じる都度、宇都宮労働基準監督署、宇都宮公共職業安定所、宇都宮市南消防署など関係法令を所管する機関へ協議や確認を行い、適正な業務執行に努めた。
<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 個人情報保護法及び栃木県情報公開条例（平成11年栃木県条例第32号）に基づき、適切な情報管理を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ② 診療情報開示請求58件、その他警察署からの捜査事項照会31件、栃木県情報公開条例に基づく開示請求4件に対応した。
<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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、情報セキュリティ対策を徹底する。 	<ul style="list-style-type: none"> ③ サイバーセキュリティに関する情報を発信するなど、全職員に向けて意識付けを実施した。 ④ 改正医療法施行規則や医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版に対応するため、医療情報システムのバックアップ体制の構築やサイバー攻撃を防御するための新たなセキュリティツール及びEDR（MDR）導入の検討を進めた。
<ul style="list-style-type: none"> 内部統制の充実を図るため、内部監査の実施等、院内におけるリスク管理の取組を推進する。 	<ul style="list-style-type: none"> 内部統制の充実を図るため、内部監査の実施等、院内におけるリスク管理の取組を推進する。 	<ul style="list-style-type: none"> ⑤ 内部監査を実施し、リスク管理に努めた。

令和4（2022）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	A	評価理由	<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、所管する関係機関へ協議や確認を行い、適正な業務執行に努めた。また、診療情報開示請求58件、その他警察署からの捜査事項照会31件に対応したほか、全職員に向けたサイバーセキュリティに関する情報の発信や、医療情報システムのバックアップ体制の構築等の検討など、適切に対応することができたため、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	<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。

全体評価書

1 全体評価

(1) 評価結果

(評価結果)

令和5（2023）年度の業務実績については、中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況であるが、財務内容の改善が望まれる。

(2) 判断理由等

- 12の項目のうち、「地域医療への貢献」については、計画を上回ったとともに、「質の高い医療の提供」等の9項目についても、概ね計画どおり実施したが、「人材の確保と育成」及び「財務内容の改善に関する事項」については、計画をやや下回り、経常収支も赤字を計上した。
- 引き続き、経営環境の変化に柔軟に対応しながら、サービスや業務の質の向上を図るとともに、経常収支の黒字化に取り組む必要がある。

2 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会の意見

令和5（2023）年度における業務の実績に関する知事の評価案については、適当と認める。