

令和6年度第1回栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会次第

令和6（2024）年8月5日（月）

13:30～16:30

栃木県公館 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リハビリテーションセンターの令和5（2023）年度業務実績に関する評価について

(3) 地方独立行政法人栃木県立岡本台病院の令和5（2023）年度業務実績に関する評価について

(4) 地方独立行政法人栃木県立がんセンターの令和5（2023）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、事務局名簿、席次表

【資料1】 令和5（2023）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

【資料2】 （地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和5（2023）年度業務実績報告書兼中項目別評価書

【資料3】 （地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和5（2023）年度業務実績に関する全体評価書

【資料4】 令和5（2023）年度（地独）栃木県立岡本台病院決算の概要

【資料5】 （地独）栃木県立岡本台病院 令和5（2023）年度業務実績報告書兼中項目別評価書

【資料6】 （地独）栃木県立岡本台病院 令和5（2023）年度業務実績に関する全体評価書

【資料7】 令和5（2023）年度（地独）栃木県立がんセンター決算の概要

【資料8】 （地独）栃木県立がんセンター 令和5（2023）年度業務実績報告書兼中項目別評価書

【資料9】 （地独）栃木県立がんセンター 令和5（2023）年度業務実績に関する全体評価書

【参考資料1】 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会条例

【参考資料2】 栃木県立病院地方独立行政法人の業務実績に関する評価方法及び評価基準

【参考資料3】 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会に対する諮問書

栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会委員名簿

任期: 令和5(2023)年4月1日～令和7(2025)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	出席 (会場)
朝日 公彦	栃木県精神衛生協会 会長	出席 (Web)
麻生 好正	獨協医科大学病院 病院長	出席 (Web)
井上 加容子	株式会社井上総合印刷 代表取締役社長	欠席
川合 謙介	自治医科大学附属病院 病院長	出席 (Web)
小沼 一郎	栃木県医師会 会長	出席 (Web)
佐藤 由紀	公認会計士	出席 (Web)
高橋 淑郎 (委員長)	文京学院大学大学院 特任教授	出席 (会場)

* 敬称略 : 五十音順

栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会 事務局

R6(2024).4.1

No	氏 名	役 職 名	備 考
1	岩佐 景一郎	保健福祉部長	
2	高橋 一貴	保健福祉部次長兼保健福祉課長	
3	谷田部 貴	保健福祉部次長	
4	原戸 正道	医療政策課長	
5	半田 富美子	健康増進課長	
6	上野 治久	障害福祉課長	
7	松本 秀一	医療政策課 課長補佐(総括)	
8	小峰 伸也	医療政策課 主幹(県立病院担当)	
9	尾澤 巖	(地独)栃木県立がんセンター理事長兼センター長	
10	藤田 伸	(地独)栃木県立がんセンター副理事長兼副センター長	
11	関本 充博	(地独)栃木県立がんセンター副理事長兼事務局長	
12	安藤 二郎	(地独)栃木県立がんセンター理事兼病院長	
13	平林 かおる	(地独)栃木県立がんセンター理事兼副病院長	
14	山形 崇倫	(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	
15	渡辺 直人	(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	
16	船越 政範	(地独)栃木県立リハビリテーションセンター理事兼医療局長	
17	下田 和孝	(地独)栃木県立岡本台病院理事長兼院長	
18	村上 幸男	(地独)栃木県立岡本台病院副理事長兼事務局長	
19	天野 託	(地独)栃木県立岡本台病院理事兼副院長	

令和6年度第1回栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会 席次表（リハビリテーションセンター）

令和6（2024）年8月5日（月）

於：県公館大会議室



傍聴席

記者席

● 山中リハビリテーションセンター 管理部長	● 船越リハビリテーションセンター 事業医療局長	● 渡辺リハビリテーションセンター 副理事長兼副所長	● 山形リハビリテーションセンター 理事長兼所長	● 岩佐保健福祉部長	● 高橋保健福祉部長 兼保健福祉課長	● 谷田部保健福祉部 次長	● 原戸医療政策課長
○	○	○	○	● 上野障害福祉課長	● 松本医療政策課長 補佐（総括）	● 小峰医療政策課長 主幹（県立病院担当）	○
○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○

入り口

入り口

令和6年度第1回栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会 席次表（岡本台病院）

令和6（2024）年8月5日（月）

於：県公館大会議室



傍聴席

記者席

● 黒子 経営企画室 次長兼	● 天野 兼岡本台 病院理事	● 村上 兼岡本台 事務局副 長	● 下田 兼岡本台 病院理事	● 岩佐 保健福祉 部長	● 高橋 兼保健福 祉部長課	● 谷田 部保健福 祉部長	● 原戸 医療政策 課長
○	○	○	○	● 上野 障害福祉 課長	● 松本 医療政策 課長補佐 (総括)	● 小峰 兼(県立 病院)担 当	○
○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○

入り口

入り口

令和6年度第1回栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会 席次表（がんセンター）

令和6（2024）年8月5日（月）

於：県公館大会議室

● 高橋委員長

● 朝野委員

傍聴席

記者席

● 安藤 理事兼がんセンター長	● 関本 副理事長兼事務局長	● 藤田 副理事長兼副センター長	● 尾澤 理事兼がんセンター長	● 岩佐 保健福祉部長	● 高橋 次長兼保健福祉部長	● 谷田 次長兼保健福祉部長	● 原戸 医療政策課長
○	○	● 五月女 企画室長兼監査室長	● 平林 理事兼副病院長	● 半田 健康増進課長	● 松本 課長補佐（総括）	● 小峰 主幹（県立病院担当）	○
○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○

入り口

入り口

令和5(2023)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

(単位：百万円)

区 分		R4(2022)	R5(2023)	増減
損 益 計 算 書	収 益	3,328	3,437	110
	医 業 収 益	1,503	1,656	153
	入 院 収 益	1,296	1,416	120
	外 来 収 益	195	224	30
	施 設 収 益	329	329	△ 1
	一 般 会 計 負 担 金	680	689	9
	一 般 会 計 交 付 金	498	477	△ 21
	補 助 金 等	15	11	△ 4
	費 用	3,337	3,196	△ 141
	医 業 費 用	2,225	2,210	△ 15
	給 与 費	1,353	1,406	52
	材 料 費	137	154	17
	経 費	447	446	△ 1
	減 価 償 却 費	284	201	△ 83
	施 設 費 用	819	708	△ 111
純 損 益	△ 10	241	251	
貸 借 対 照 表	資 産	6,552	6,379	△ 173
	負 債	5,345	4,969	△ 377
	純 資 産	1,207	1,410	204

※収益及び費用の内訳は内数のため合計等は合わない。
 ※四捨五入により合計等が合わないものがある。

区 分		R4(2022)	R5(2023)	増減
許 可 病 床 数 (床)		120	120	0
年 間 延 患 者 数	入 院 患 者 数 (人)	32,675	36,863	4,188
	外 来 患 者 数 (人)	21,298	24,945	3,647
	病 床 利 用 率 (%)	74.6	83.9	9.3
平 均 在 院 日 数 (日)		63.2	69.6	6.4
単 価	一 人 一 日 当 入 院 (円)	39,676	38,418	△ 1,258
	一 人 一 日 当 外 来 (円)	9,137	8,985	△ 152
年 間 延 施 設 利 用 者 数 (人)		15,691	18,740	3,049
医 業 収 支 比 率 (%)		67.6	74.9	7.3
経 常 収 支 比 率 (%)		99.7	107.5	7.8

※入院患者数、病床利用率、一人一日当入院単価は、退院患者数含む。

【決算の主な特徴】

- ・入院については、回復期リハビリ対象疾患患者以外の受入れ強化などにより、収益・患者数ともに増加した。
- ・外来については、小児科医の増員や退院後の外来リハビリの強化に伴うリハビリ前診察の増加などにより、収益・患者数ともに増加した。
- ・施設については、障害者自立訓練センターの利用者数が増加したことにより施設全体の利用者数は増加したものの、こども発達支援センター及びこども療育センターの利用者数は減少し、収益は昨年度と同水準であった。
- ・入院・外来収益の増加や施設費用の減少などにより、2年ぶりの黒字となった。

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）	10
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供（中項目）	14
4 障害児・障害者の福祉の充実（中項目）	18
5 人材の確保と育成（中項目）	22
6 地域連携の推進（中項目）	26
7 地域医療・福祉への貢献（中項目）	29
8 災害等への対応（中項目）	33
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	35
1 業務運営体制の確立（中項目）	35
2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	37
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）	41
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	43
1 施設・医療機器の計画的な改修・更新整備	43
2 適正な業務の確保	44

【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5(2023)年度	令和6(2024)年度	令和7(2025)年度	令和8(2026)年度	令和9(2027)年度
第1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項					
1 質の高い医療の提供	A				
2 安全で安心な医療の提供	A				
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供	B				
4 障害児・障害者の福祉の充実	A				
5 人材の確保と育成	A				
6 地域連携の推進	A				
7 地域医療・福祉への貢献	A				
8 災害等への対応	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				
2 収入の確保及び費用の削減への取組	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				
第8 その他業務運営に関する重要事項					
1 施設・医療機器の計画的な改修・更新整備	A				
2 適正な業務の確保	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。(案)
令和6(2024)年度	
令和7(2025)年度	
令和8(2026)年度	
令和9(2027)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	R9(2027) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	入院患者一人・一日当たりリハビリテーション実施単位数【一般病棟】(単位)	5.3以上	4.9	92.5%	5.3以上	iii
	入院患者一人・一日当たりリハビリテーション実施単位数【回復期病棟】(単位)	8.0以上	7.5	93.8%	8.0以上	iii
2	発達障害外来受診者数(人)	7,000	8,903	127.2%	7,400	v
3	学齢児の心理面接実施件数(件)	400	789	197.3%	500	v
4	学校等への外来リハビリテーション実施情報提供件数(件)	45	69	153.3%	—	v
5	整形外科手術実施人数(人)	10	9	90.0%	15	iii
6	重症患者の受入れ割合(%)	45以上	48.7	108.2%	45以上	iv
7	退院後の外来リハビリテーション実施単位数(単位)	1,620	3,352	206.9%	2,120	v
8	NST(栄養サポートチーム)の介入件数(件)	25	31	124.0%	—	v
9	療法士及び看護師の学会発表件数(件)	7	9	128.6%	—	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

R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値	R9(2027) 年度 実績値
4.9				
7.5				
8,903				
789				
69				
9				
48.7				
3,352				
31				
9				

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 専門的な医療の提供（小項目）		
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（回復期病床120床、慢性期病床33床）として、以下のとおり、専門的な医療を提供する。	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（回復期病床120床、慢性期病床33床）として、以下のとおり、専門的な医療を提供する。	
ア 専門的な回復期リハビリテーション医療の提供・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、療法士、薬剤師、管理栄養士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。	ア 専門的な回復期リハビリテーション医療の提供・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、療法士、薬剤師、管理栄養士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、入院時合同評価を実施するなど入院後速やかに状況を把握し、入院早期に多職種によるカンファレンスを実施するとともに、患者や家族との面談を行う。	①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士による理学・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。 （一般病棟：患者一人あたり1日4.9単位、回復期病棟：患者一人あたり1日7.5単位） ②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、早期にMSWによる面談（3日以内36件）を行った。 ③97.3%（524人中510人）の入院患者に対し、入院後1週間以内にカンファレンスを実施した。
・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脊髄損傷患者や高次脳機能障害を伴った脳外傷患者等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。	・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脊髄損傷患者や高次脳機能障害を伴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。	④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入れが23.6%（478人中113人）であった。 ⑤特に7%（113人中8人）を占める若年脊髄損傷・脳外傷患者等に対しては、入院中のリハビリテーションの提供に加え、退院後も外来でのリハビリテーションや、併設する障害者自立訓練センター、高次脳機能障害支援拠点機関の機能を活用しながら、復学、就労、社会参加を目的とした関係機関への円滑な移行を図った。

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
・VF/V E（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りハビリテーション医療を提供する。	・VF/V E（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りハビリテーション医療を提供する。	⑥多職種が共同して嚥下造影検査（VF）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した。（年間VF件数17件）
イ 障害児・障害者に対する専門医療の提供 ・肢体不自由児や発達障害児等に対し、施設部門（こども療育センター・こ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。	イ 障害児・障害者に対する専門医療の提供 ・肢体不自由児や発達障害児等に対し、施設部門をはじめ、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。	⑦肢体不自由児や発達障害児の早期療育に資するため、こども療育センターやこども発達支援センターでの直接的な療育支援に加え、わかくさ特別支援学校や地域の相談支援事業所と連携して、診療、療育、教育など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、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作業療法、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。	・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作業療法、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。	⑧幼児期の発達障害児に対し、定期的に各種検査を実施し、個々の発達状態を評価した上で、それぞれの発達課題に応じた専門的なアプローチを行うとともに、保護者に関わり方の指導やアドバイスを行った。（発達障害外来受診者数：8,903人） ⑨医師、療法士、心理士が、定期的にカンファレンスを実施し、情報共有等を行い、より多角的な理解と支援を促進した。
・学齢期の発達障害や適応障害等に対し、専門的な心理検査等に基づき一人ひとりの発達段階や特性に応じた心理療法や薬物療法を実施するなど、児童思春期診療体制の充実を図る。	・学齢期の発達障害や適応障害等に対する、専門的な心理検査等に基づく一人ひとりの発達段階や特性に応じた心理療法や薬物療法の強化に向けて、心理士を1名増員し、児童思春期診療体制の充実を図る。	⑩小児科常勤医師を1名、心理士を1名増員し、学齢期の発達障害や適応障害等に対する児童思春期診療体制の充実を図った。（学齢児の心理面接実施件数：789件）
・病院部門と施設部門（こども療育センター・こども発達支援センター）が連携・協力し、自閉症スペクトラム障害、注意欠陥多動障害（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。	・地域における医療・療育ニーズを的確に捉え、病院部門と施設部門両方の人的・物的資源を有効活用し、自閉症スペクトラム障害や注意欠陥多動障害（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早期から提供する。	⑪診断時から一貫性のあるリハビリテーションを継続的に提供できるよう、病院部門と施設部門が密に情報共有するなど、連携を図った。 ⑫臨床像において個人差が大きく、個々に応じた支援が必要な発達障害に対して、外来療法科やこども発達支援センターでは、ご家族やご本人を取り巻く支援者に対し、専門的立場から障害特性を伝えることで、ご家族の障害の受容や支援者への障害理解などに繋がる支援を行った。

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画 (R5 (2023) ~R9 (2027)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>・病院部門と施設部門（こども療育センター・こども発達支援センター）が連携・協力し、家族や関係者が、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>	<p>・病院部門と施設部門が連携・協力し、家族や関係者が、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。 なお、病院部門に通院している障害児の家族に対しては、各担当からの個別でリアルタイムな評価結果をフィードバックするとともに、必要に応じ、家族の意向も確認しながら、児の在籍する幼稚園や学校などへの情報提供を行う。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、専門職による情報提供を行う機会の充実を図る。</p>	<p>⑬病院部門に通院する障害児に対して医学的なりハビリテーションを提供するとともに、その家族に対し個別的な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に指導・援助した。 ⑭家族の意向に合わせ延べ69名の方の在籍幼稚園・学校などに対し、情報提供を行った。 ⑮こども発達支援センターを利用する障害児に対して定期的に個別訓練を実施するとともに、家族に対しては、おおむね月1回、保護者向けの学習会を開催し、多職種による情報提供を行った。</p>
<p>・脳性麻痺、小児運動器疾患等の障害児・障害者に対し、県内の医療機関との連携により整形外科手術を提供する。</p>	<p>・小児整形外科において、県内の医療機関との連携により、脳性麻痺、小児運動器疾患等の整形外科手術の提供を行う。</p>	<p>⑯自治医科大学小児整形外科との連携により、月に1回の小児整形専門外来を開き、脳性麻痺、小児運動器疾患等の整形外科手術を行った。（年間手術件数9件）</p>
<p>・地域の医療機関等との連携強化により、神経難病患者のリハビリテーション等の充実を図る。</p>	<p>・地域の医療機関等との連携強化により、神経難病患者のリハビリテーション等の充実を図る。</p>	<p>⑰神経内科常勤医師がパーキンソン病や進行性核上性麻痺、筋萎縮性側索硬化症等の神経難病の外来・入院患者を積極的に受け入れた。</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>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 急性期病院との連携を強化し、待機期間の更なる短縮化に努める。</p>	<p>ア 回復期リハビリテーション医療の充実 ・急性期病院との連携を強化し、待機期間の更なる短縮化に努める。</p>	<p>①地域医療連携室と病棟師長が連携し、効率的なベッドコントロールを行い、入院待機期間の短縮化を図った。（入院待機期間は平均10.9日）</p>
<p>・FIM（機能的自立度評価表）の点数の低い重症患者の受入強化を図り、専門的なりハビリテーション医療を提供する。</p>	<p>・FIM（機能的自立度評価表）の点数の低い重症患者の受入強化を図り、専門的なりハビリテーション医療を提供する。また、看護師が適切にFIMの評価を行えるようにするため、回復期リハビリテーション認定看護師による研修会を実施する。</p>	<p>②FIMの点数の低い重症患者を早期に受け入れ、多職種でリハビリテーション総合実施計画書を作成し、定期的な評価を行いながら、専門的なりハビリテーションを実施した。（重症患者の受入れ割合：48.7%） ③回復期リハビリテーション認定看護師が講師となり、FIMテストを実施した上で、間違えやすい項目に焦点をあてた採点方法の勉強会を定期的に行った。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
・回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準を維持するとともに、一般病棟と併せて、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。	・回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準を維持するとともに、一般病棟と併せて、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。	④FIMの点数の低い(55点以下)重症患者を積極的に受け入れ、回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準を維持するとともに、365日休むことなくリハビリテーション医療を集中的に提供した。
・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、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。	・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、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。	⑤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。
・介護保険制度が適用となる患者に対し、在宅での生活が早期に安定するよう、必要な期間、外来リハビリテーション医療等の提供を積極的に行い、維持期・生活期リハビリテーションへ移行する。	・介護保険制度が適用となる患者に対し、自宅復帰後の在宅生活の早期安定化に向けた取組として、入院中に患者及び家族の意向を確認しながら、必要に応じた外来リハビリテーション医療の提供を行う。 また、ケアマネージャーとも連携し介護保険での維持期・生活期リハビリテーションへのスムーズな移行を図る。	⑥介護保険制度が適用となる患者も含めた退院後の患者に対し、自宅復帰後の在宅生活の早期安定化に向けた取組として、外来リハビリテーション医療を提供した。 ⑦ケアマネージャーとも連携し介護保険での維持期・生活期リハビリテーションへの移行を図った。 外来リハビリテーション実施単位数：年間22,019単位 (うち退院後の外来リハビリテーション実施単位数：年間3,352単位)
イ 多職種連携による医療の提供 ・多職種によるカンファレンスを定期的を実施し、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。	イ 多職種連携による医療の提供 ・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、個々の患者に合わせた医療の充実を図る。	⑧多職種による入院当日の合同評価及び1週間以内のカンファレンスにおいて、早期に退院後を見据えた計画策定、及び定期的なカンファレンス(1,276件)を行い、情報交換とともに、治療目標や今後の方向性などの共有化を図り、協働で患者支援を行った。
・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、新たに設置したNST(栄養サポートチーム)のもと、栄養管理体制の充実を図る。	・褥瘡対策委員会を開催するとともに、褥瘡対策チームによる定期的な回診とカンファレンスを実施することにより、患者の皮膚や栄養状態の評価、褥瘡発生予防や改善に向けた取組を推進する。 また、新たに設置したNST(栄養サポートチーム)のもと、栄養管理体制の充実を図る。	⑨委員会を2回開催するとともに、褥瘡患者に褥瘡対策チームが週1回の回診及びカンファレンスを実施するなど、院内における褥瘡発生を予防した。 ⑩委員、看護師、療法士を対象に「褥瘡の予防、基本的なスキンケア」をテーマとした研修会を実施した。 ⑪多職種からなるNSTによる専門的な栄養介入を実施し、効果的なりハビリテーション医療の実施に貢献した。(NST介入件数：31件)

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画 (R5 (2023) ~R9 (2027)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>・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。</p>	<p>・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、持参薬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。</p>	<p>⑫嚥下困難な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、個々のニーズに合わせたオーダーメイド調剤を実施した。 ⑬服薬指導については、新型コロナウイルス感染症感染防止対策を講じつつ、必要に応じて薬剤師が医師や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適切なタイミングで実施した。</p>
<p>・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。</p>	<p>・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勧める。また、食事摂取の状況等も含め、歯科医師や歯科衛生士、摂食・嚥下障害看護認定看護師等が連携し、患者の口腔ケアの管理の充実を図る。</p>	<p>⑭口腔機能管理フローに沿って、摂食・嚥下障害看護認定看護師（1人）等と歯科衛生士が連携して治療に取り組んだ。 ⑮歯科衛生士が入院早期に患者の口腔衛生状態を確認した上で、口腔ケアの方法を看護師に指導した結果、入院患者の口腔内環境は改善した。 ⑯歯科衛生士の口腔チェックによって歯科依頼がスムーズに行えるようになった。</p>
<p>・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>	<p>・認定看護師を講師とする院内研修会の開催や、看護師や療法士に向けたリハビリテーションに関する勉強会の定期的実施など、計画的に研修会・勉強会を開催し、看護師や療法士等の資質向上を図ることにより、多職種連携による質の高い看護ケアの提供に取り組む。</p>	<p>⑰認定看護師を講師とする院内研修会（退院支援・リハビリテーション看護・高次脳機能障害・補装具）を実施した。 ⑱各部署ごとの学習会（FIM教育・再発予防指導）を行い、リハビリテーション看護の質の向上を図った。</p>
<p>ウ 客観的な評価による医療の質の向上 ・中立的、科学的・専門的な見地からの評価を通じて病院の質の改善活動につなげる病院機能評価の受審に向けた準備を進めるなど、客観性の担保にも留意しながら、リハビリテーション医療の充実を図る。</p>	<p>ウ 客観的な評価による医療の質の向上 ・客観性の担保にも留意しながら、リハビリテーション医療の充実を図るため、中立的、科学的・専門的な見地からの評価を通じて病院の質の改善活動につなげる病院機能評価の受審に向けた準備を進める。</p>	<p>⑲医療機能評価機構が提供する患者満足度・職員やりがい度調査システムを活用し、全国の他医療機関の状況と当センターの現状を比較・分析した。</p>
<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>新たな療法や、ロボットスーツ等先進機器の積極的な導入により、より効果の高いリハビリテーション医療の提供に努める。</p>	<p>より効果の高いリハビリテーション医療の提供を行うため、ロボットスーツ等先進機器の積極的な導入を進める。</p>	<p>①ロボットスーツ（HONDA歩行アシスト）を入院・外来患者に使用しながらデータを蓄積し学会発表を行った。 ②新たに機能的電気刺激装置、体外衝撃波治療器などの導入を行い、研修に参加しつつ知識や情報の収集、データの蓄積を開始した。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(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）		
県立病院・施設として、質の高い医療等を継続して提供していけるよう、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。	県立病院・施設として、質の高い医療等を継続して提供していけるよう、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。	
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。	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ジ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。	①製薬会社と協力し、小児の医薬品使用に対する調査研究の推進を図った。
イ リハビリテーションに関する研修会や事例研究等を計画的に実施するとともに、蓄積した先進的なリハビリテーション医療のデータを活用し、職員の専門的知識及び技能の向上を図る。	イ リハビリテーションに関する研修会や事例研究等を計画的に実施するとともに、蓄積した先進的なリハビリテーション医療のデータを活用し、職員の専門的知識及び技能の向上を図る。また、職員の学会等への積極的な参加と発表の促進により、リハセンターの知見を広く情報発信するとともに職員の啓発にもつなげる。	②院内研究発表したものを学会用にまとめ、リハ関係の学会や自治体病院学会等で9件の発表を行った。（学会発表件数：療法士4件、看護師5件） ③学会参加者を講師として、伝達講習会を開催し、専門的知識や技術の向上を図った。

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
・引き続き、医療ニーズに応じた質の高いリハビリテーション医療の提供を行うとともに、障害児・障害者に対する医療機能の充実を図られたい。	<ul style="list-style-type: none"> ・高まる発達障害に対する診療ニーズに応えるため、医師や療法士、心理士等を増員し、診療体制の充実を図った。 ・FIMの低い重症の入院患者を早期に受け入れ、質の高いリハビリテーション医療を集中的に提供した。 ・病棟退院後の患者に対し、自宅復帰後の在宅生活の早期安定化に向けた取組として、外来リハビリテーション医療を積極的に提供した。

1 質の高い医療の提供（中項目）

<p>法人の 自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評 価 理 由</p>	<p>・指標に関しては、「入院患者一人・一日当たりリハビリテーション実施単位数」及び「整形外科手術実施人数」について目標値を下回った一方、「発達障害外来受診者数」、「学齢児の心理面接実施件数」、「学校等への外来リハビリテーション実施情報提供件数」、「重症患者の受入れ割合」、「退院後の外来リハビリテーション実施単位数」、「NST（栄養サポートチーム）の介入件数」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上回った。</p> <p>・年度計画の業務実績に関しては、「（１）専門的な医療の提供」では、回復期の入院患者に対し、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ほか、高まる発達障害に対する診療ニーズに応えるため、医師や療法士、心理士等を増員し、診療体制の充実を図った。</p> <p>また、「（２）医療機能の充実」では、退院後の患者に対し、自宅復帰後の在宅生活の早期安定化に向けた取組として、外来リハビリテーション医療を提供したほか、多職種からなるNSTによる専門的な栄養介入を実施し、効果的なリハビリテーション医療の実施に貢献した。</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と判断し、「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>

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	R9(2027) 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)	6	7	116.7%	6	v
2	医薬品安全管理研修会の実施回数 (回)	5	5	100.0%	—	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

R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値	R9(2027) 年度 実績値
7				
5				

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) 医療安全対策の推進（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、医療安全対策を推進する。	
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。	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。	①リスクマネジメント委員会を12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、再発防止の具体的検討、実施、評価を行うことにより、医療事故の防止に取り組んだ。 ②転倒・転落検証ワーキンググループを9回開催し、転倒転落発生時の患者家族への説明について転倒転落発生後の報告フローチャートを見直し、各部署で統一した対応がとれるように周知を図った。
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。	イ 院内広報等の他、全職員を対象とした医療安全研修会を開催し、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。	③医療安全研修会を7回開催し、医療安全に関する情報を共有した。 ④外来利用児の所在が分からなくなったときの対応手順を検討し、医療安全対策マニュアルに追記するとともに、リスクマネージャーをとおして周知を図った。 ⑤医療安全の推進に関する院内ラウンドを実施し、他部署での確認の視点や安全対策について情報を共有し医療安全意識の向上を図った。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 院内感染防止対策の強化・新興感染症の感染拡大時等の対応整備（小項目）		
患者が安心して医療を受けられるとともに、職員が安心して働くことができるよう、新興感染症の感染拡大時など、公衆衛生上重大な危機に備え、以下のとおり、院内感染防止対策を強化する。	患者が安心して医療を受けられるとともに、職員が安心して働くことができるよう、新興感染症の感染拡大時など、公衆衛生上重大な危機に備え、以下のとおり、院内感染防止対策を強化する。	
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）を中心に感染源や感染経路に応じた未然防止及び発生時の院内感染対策を実践し、院内感染の防止に努める。 また、地域の感染対策の基幹的な役割を担う医療機関と連携し、地域全体の感染対策の水準の向上に貢献する。	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）を中心に病棟等を定期的に巡回し、感染源や感染経路に応じた未然防止及び発生時の院内感染対策を実践し、院内感染の防止に努める。 また、地域の感染対策の基幹的な役割を担う医療機関と連携し、地域全体の感染対策の水準の向上に貢献する。	①定例の感染対策委員会、月1回のICT会合及び週1回の感染対策ICTラウンドに加え、年4回のがんセンターとの合同カンファレンス等を行った。 ②時々刻々と変わる感染対策に対応するために、感染対策マニュアル及びフローチャートを随時見直し、院内感染対策に努めた。
イ 全職員（委託業者を含む。）を対象とした感染対策研修会を開催するなど、職員の感染防止に係る理解の促進を図る。	イ 全職員（委託業者を含む。）を対象とした感染対策研修会を開催するなど、職員の感染防止に係る理解の促進を図る。	③委託業者を含めた全職員を対象に、2回（標準予防策、環境整備）の感染対策研修会を開催した。
ウ 感染管理認定看護師を新たに配置し、ICTの機能強化を図りながら、感染対策の一層の充実を図る。	ウ 感染管理認定看護師の配置に向けて、教育機関への入学要件を満たす職員の中から候補者の人選を進め、早期の資格取得に向けた準備を行う。	④感染管理認定看護師の配置に向けて、認定看護師養成機関を受験する候補者を人選した。 ⑤人選した候補者が感染リンクナースとして実務経験を積み、資格取得に向けた準備を行った。
エ 新興感染症の感染拡大時などに備え、感染防護具の備蓄や、クラスター発生時を含めた対応方針等の共有を徹底する。	エ 新興感染症の感染拡大時などに備え、感染防護具の備蓄や、クラスター発生時を含めた対応方針等の共有を徹底する。	⑥新型コロナウイルス感染症等のクラスター発生に備えて、個人防護具の4ヶ月想定消費量の備蓄を継続した。
(3) 医療機器、医薬品等の安全管理の徹底（小項目）		
安全な医療を提供するため、以下のとおり、医療機器、医薬品等の安全管理を徹底する。	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徹底する。	

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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の教育を行うなど、医療機器の性能維持と安全性の確保を図る。	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の教育を行うなど、医療機器の性能維持と安全性の確保を図る。 また、医療機器安全管理委員会を開催し、院内の情報共有を図る。	①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うとともに、医療機器安全管理委員会を開催し、医療機器の安全使用の推進を図った。 ②除細動器やCT・MRIなどの医療機器安全使用に関する研修会を開催した。
イ 医薬品の保管・使用に関する研修会の開催等を通じて、医薬品の安全管理、適正使用の徹底を図る。	イ 医薬品安全管理研修会を開催し、医薬品の安全管理、適正使用の徹底を図る。また、リハセンターで新たに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。	③医師や薬剤師など、関係部署の職員に対し、新規採用医薬品や繁用薬剤等に関する研修会を4回開催し、同効薬等の知識及び理解を深めた。 ④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保管方法、消毒薬の使用方法等についての講習会を1回開催した。
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、輸血療法の適応や血液製剤の選択に関する検討等を実施することにより、輸血製剤の適正使用の徹底を図る。	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、輸血療法の適応や血液製剤の選択に関する検討等を実施することにより、輸血製剤の適正使用の徹底を図る。	⑤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が、手術件数9件のうち、輸血を必要とする手術はなかった。

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
・引き続き、第2期中期計画期間中に感染管理認定看護師を確保できるよう、計画的な育成に努められたい。	・感染管理認定看護師の配置に向けて、候補者が感染リンクナースとして実務経験を積むなど、必要な準備を行った。

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"> ・指標に関しては、「医療安全に関する研修会の実施回数」について目標値を上回り、「医薬品安全管理研修会の実施回数」については目標値を達成した。 ・年度計画の業務実績に関しては、「（１）医療安全対策の推進」では、医療安全の推進に関する院内ラウンドを実施し、他部署での確認の視点や安全対策について情報を共有し医療安全意識の向上を図った。 また、「（２）院内感染防止対策の強化・新興感染症の感染拡大時等の対応整備」では、時々刻々と変わる感染対策に対応するために、感染対策マニュアル及びフローチャートを随時見直し、院内感染対策に努めた。 <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と判断し、「A」評価とした。</p>
<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	R5 (2023) 年度 目標値	R5 (2023) 年度 実績値	R5 (2023) 年度 達成率	R9 (2027) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	患者満足度割合 (%)	90	76.5	85.0%	90	ii
2	退院前在宅訪問指導(家屋調査)件数(件)	55	69	125.5%	75	v

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

R5 (2023) 年度 実績値	R6 (2024) 年度 実績値	R7 (2025) 年度 実績値	R8 (2026) 年度 実績値	R9 (2027) 年度 実績値
76.5				
69				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画 (R5 (2023) ~ R9 (2027)) 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 患者や家族の視点に立ち、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。	ア 患者や家族の視点に立ち、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。	①患者自らの判断で治療方針等を選択できるよう、必要に応じて統一様式を活用しながら、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。
イ 患者や家族からの相談については、地域医療連携室を窓口とし、主治医や認定看護師、多職種の医療従事者が連携して、丁寧で一貫性のある対応を図る。	イ 患者や家族からの相談に対して、主治医や認定看護師、多職種の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。	②地域医療連携室のMSWが多職種による合同評価（475回）やカンファレンス（675回）に参加するとともに、電子カルテを活用した情報共有をした上で患者や家族の相談に対応し、必要な情報をフィードバックした。
ウ 患者や家族の利便性、快適性の一層の向上に向けて、診療内容、食事、院内設備及び職員の対応等に関する病院利用者に対する満足度調査を実施し、リハセンターの運営改善や更なる職員の意識向上を図る。	ウ 患者や家族の利便性、快適性の一層の向上に向けて、診療内容、食事、院内設備及び職員の対応等に関する病院利用者に対する満足度調査を実施し、リハセンターの運営改善や更なる職員の意識向上を図る。	③患者満足度調査については、他病院比較ができる医療機能評価機構の調査システムを導入し、調査結果の分析・問題点の洗い出しを行うとともに、患者サービスの向上に向けてプロジェクトチームを作り、改善策の検討を開始した。（患者満足度割合：76.5%、ベンチマーク結果：リハビリ病院20病院中20位）

3 患者・県民等の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R5(2023)~R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
エ 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るとともに、療法士等による退院前在宅訪問指導（家屋調査）を実施し、住宅改修や家庭でのADL（日常生活動作）についての指導・助言を行う。	エ 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、介助指導を実施する。また、必要時には退院前に在宅訪問を実施し、入院患者の家族、介護支援専門員等、関係者とともに、住宅改修や家庭でのADLについての指導・助言を行う。	④理学療法士、作業療法士等が退院予定患者の自宅に伺い、患者本人、家族、介護支援専門員、住宅改修業者等と本人の動線や動作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69件実施した。
オ 受付窓口での分かりやすい案内によりマイナンバーカードの健康保険証利用を促進するほか、新たなデジタル技術の積極的な導入により、患者や家族への利便性向上に努める。	オ 受付窓口での分かりやすい案内によりマイナンバーカードの健康保険証利用を促進するほか、Wi-Fiの活用や新たなデジタル技術の積極的な導入により、患者や家族への利便性向上に努める。	⑤マイナンバーカードの健康保険証利用案内を窓口の目に付きやすい場所に掲示して利用を促進した。 ⑥令和4年度に開始した利用者用Wi-Fiエリアを駒生園にも拡大させて利便性を向上させた。
カ 経済的その他生活に困難を抱える患者に対し必要な医療サービスを提供するため、社会的資源の有効活用の提案など、相談体制の一層の充実を図る。	カ 経済的その他生活に困難を抱える患者に対し必要な医療サービスを提供するため、限度額適用認定制度や生活困窮者貸付事業などの活用を提案するなど、相談体制の一層の充実を図る。	⑦身寄りなしの患者や生活保護、生活困窮者の患者など、社会経済的背景が困難な患者、家族に対して、利用可能な社会資源についての情報提供を行うとともに、地域医療連携室が医事課と連携し分納などの相談対応した。（社会経済的背景が困難な相談調整件数：328件、前年度から28%増加）
（2）リハビリテーション医療等に関する情報提供（小項目）		
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。	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。	
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。	ア リハセンターが提供する医療・福祉サービス等について、栃木県障害者コミュニケーション条例の理念を尊重しながら、ホームページやパンフレット等の活用により、県民や地域の医療機関等に対する時宜を得た情報発信の強化・充実を図る。	①リハセンターが提供する医療・福祉サービス等について広報誌（とちリハ通信）を3回発行し、情報発信を行った。 ②職員の採用募集状況についてわかりやすくホームページに掲載するとともに、福祉サービスの施設案内のパンフレットを作成配布し、情報発信を行った。
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。	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。	③マイナンバーカード、社会保険支払基金及び国保連合会からのポスターについて、患者の見やすい場所に掲示を行った。

3 患者・県民等の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3) 地域に開かれた病院運営（小項目）		
県民サービスの向上を図るため、以下の取組を実施する。	県民サービスの向上を図るため、以下の取組を実施する。	
ア 運営懇談会等を通じて、外部の意見を幅広く聴取し、リハセンターの効果的かつ効率的な運営に反映させる。	ア 県民サービスの向上や運営の効率化を図るため、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で聴取した意見を、リハセンターの運営に反映させる。	①運営懇談会の意見に基づき、障害者自立訓練センターについて、紹介元の関係施設等を巡回し、利用対象者や訓練内容等を説明するなど、周知を図った結果、利用に関する問合せが増加した。
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。	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。	②「とちりハまつり」の再開に向け検討したが、感染対策のため昨年度に引き続き開催を見送った。
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。	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。	③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うとともに、収穫した農産物の販売を通じた地域交流に取り組んだ。 ④春と秋の交通安全県民総ぐるみ運動の期間中、交通安全運動を実施し、地域の社会貢献に努めた。

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
・引き続き、患者満足度の向上に向けて積極的な取組を図られたい。	・患者満足度調査については、他病院比較ができる医療機能評価機構の調査システムを導入し、調査結果の分析・問題点の洗い出しを行うとともに、患者サービスの向上に向けてプロジェクトチームを作り、改善策の検討を開始した。

3 患者・県民等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>B</p>	<p>評 価 理 由</p>	<p>・指標に関しては、「退院前在宅訪問指導（家屋調査）件数」について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。</p> <p>・年度計画の業務実績に関しては、「（１）患者や家族等への医療サービスの充実」では、療法士等が退院予定患者の自宅に伺い、在宅復帰を支援する退院前訪問指導を69件実施した。</p> <p>また、「（３）地域に開かれた病院運営」では、運営懇談会の意見に基づき、障害者自立訓練センターについて、紹介元の関係施設等を巡回し、利用対象者や訓練内容等を説明するなど、周知を図った結果、利用に関する問合せが増加した。</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、計画をやや下回ったと判断し、「B」評価とした。</p>
<p>知事の 評 価</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。引き続き、プロジェクトチームでの改善策の検討等を行い、患者満足度の向上に向けて積極的な取組を図られたい。</p>

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	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R9(2027) 年度 目標値※	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参加人数(人)	90	170	188.9%	100	v
2	医療的ケア児の短期入所及び日中一時支援受入れ数(人)	500	398	79.6%	520	i
3	自立訓練終了後に一般就労等に移行した利用者数(人)	3	5	166.7%	3	v
4	家族会の開催回数(回)	2	2	100.0%	—	iv

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値	R9(2027) 年度 実績値
170				
398				
5				
2				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 療育支援の充実（小項目）		
<p>肢体不自由児や発達障害児、医療的ケア児等が、住み慣れた地域で安心して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等の充実を図る。</p> <p>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。</p>	<p>肢体不自由児や発達障害児、医療的ケア児等が、住み慣れた地域で安心して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等の充実を図る。</p> <p>ア 個別支援計画の立案、実践及び評価に当たり、保護者や支援者との面接、懇談会を通して要望や意見を把握する。</p>	<p>①こども発達支援センターにおいては、入園時や個別支援計画の立案及び評価（ともに前・後期）のタイミングにおいて、個々の保護者と面接を行ったほか、実践（一斉保育、個別訓練、心理）の中で保護者と意見交換を行い、要望や意見を把握した。</p> <p>②保護者学習会やクラス別懇談会、更には保護者アンケートにおいても、都度、要望や意見の把握に努めた。</p> <p>③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、実践及び評価にあたっては、本人、家族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て対応した。</p>

4 障害児・障害者の福祉の充実（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ 多職種によるカンファレンス（評価会議）を実施し、それぞれの専門性を背景とした意見交換を行うことで、より良い療育を行う。</p>	<p>イ 個別支援計画の策定・見直し及び評価に当たっては、医師、療法士、看護師、心理士、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。</p>	<p>④こども発達支援センター及びこども療育センターでは、利用児童の個別支援計画の策定や見直し・評価に際し、医師、看護師、療法士（PT、OT、ST）、心理士、保育士の多種職を交えたカンファレンスを実施した。</p>
<p>ウ こども発達支援センターでは、高度な専門性に基づく児童発達支援サービスを必要とする障害児を積極的に受け入れるなど、地域における中核的な役割を担い、また、その退所児童に対しては、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。</p>	<p>ウ こども発達支援センターでは、高度な専門性に基づく児童発達支援サービスを必要とする障害児（医療的ケア児を含む。）を積極的に受け入れるなど、地域における中核的な役割を担い、また、その退所児童に対しては、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。</p>	<p>⑤児童発達支援事業所等を対象とした研修会や実習の受入れ等を行い、延べ170人が参加した。 ⑥こども発達支援センターの卒園児に対しては、在園時の状態を熟知した療法士や心理士が、同センター内で継続性のある外来リハビリテーション等を提供し、卒園後のフォローアップを推進した。（PT222件、OT398件、ST383件、心理225件）。</p>
<p>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とともに、栃木県自立支援協議会医療的ケア児支援検討部会への参画や栃木県医療的ケア児等支援センターとの連携、協力等を通じて、地域全体の医療的ケア児等の支援体制の充実を図る。</p>	<p>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とともに、栃木県自立支援協議会医療的ケア児支援検討部会への参画や栃木県医療的ケア児等支援センターとの連携、協力等を通じて、地域全体の医療的ケア児等の支援体制の充実を図る。</p>	<p>⑦こども療育センターにおいて、短期入所事業として延べ373人（前年度比105人減）、日中一時支援事業として延べ101人（前年度比56人減）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 76人 医療的ケア児 398人（うち短期307人、日中一時91人）</p>
<p>（2）自立訓練の充実（小項目）</p>		
<p>肢体不自由者や高次脳機能障害者等が、住み慣れた地域で安心して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。</p>	<p>肢体不自由者や高次脳機能障害者等が、住み慣れた地域で安心して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。</p>	
<p>ア 障害者自立訓練センターについては、ニーズの変化等を踏まえたあり方を検討し、必要に応じた見直し等により、自立訓練機能の充実、強化を図る。</p>	<p>ア 障害者自立訓練センターについては、県との調整のもと、自立訓練機能の充実、強化に向けた見直し等も含め、ニーズに基づく公的サービスのあり方を検討する。</p>	<p>①県と調整し、関係医療機関や相談支援事業所等を対象に障害者自立訓練センターに係るニーズ調査を実施した。 ②令和6年度、調査結果の分析を進め、障害者自立訓練センターが提供するサービスのあり方について検討を行う。</p>

4 障害児・障害者の福祉の充実（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 個別支援計画の立案、実践及び評価に当たり、利用者それぞれが希望する形態での自立した生活を実現できるよう、医療従事者の意見の反映など病院部門との連携を強化するとともに、就労支援をはじめとした外部機関の利活用を促進するなど、訓練効果の向上を図る。	イ 個別支援計画の立案、実践及び評価に当たり、利用者それぞれが希望する形態での自立した生活を実現できるよう、医療従事者の意見の反映など病院部門との連携を強化するとともに、就労支援をはじめとした外部機関の利活用を促進するなど、訓練効果の向上を図る。	③病院部門の医師や利用者のかかりつけ医と情報交換を行い、実施するリハビリについて意見をもらうとともに、外部の就労継続支援事業所等の利活用を促進し、訓練効果の向上に努めた。（自立訓練終了後に一般就労等に移行した利用者数：5人）
ウ 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。	ウ 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。	④障害者自立訓練センターでは、利用者のQOLの向上を図るため、栄養指導や公共交通機関利用訓練、買い物・調理訓練等を実施した。
エ 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、心理面談の充実を図るとともに、家族会を開催する。	エ 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。 また、訓練期間中もモチベーションを維持・向上できるよう必要に応じて心理面談を実施する。 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。	⑤全利用者に対して、利用開始1ヶ月以内に心理面談を実施するとともに、家族の障害理解を促すため、計画どおりに家族会（2回）を開催した。
オ 失語症や構音障害を有する者に対する言語聴覚療法や、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。	オ 失語症や構音障害を有する者に対する言語聴覚療法や、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。	⑥失語症や構音障害を有する利用者に対し、月1回、言語聴覚療法を提供した。 ⑦高次脳機能障害を有する利用者に対して、OTが毎週、認知リハビリテーションを行った。
(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）		
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。	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。	
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が合同で事例検討会を行い、連携強化を図る。	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が合同で事例検討会を行い、連携強化を図る。	①入院患者の中から自立訓練サービスの利用が適当と考えられる患者6名について、4～6階病棟からの情報提供を受け、障害者自立訓練センターの利用につなげた。
イ 患者や利用者のサービス需要に的確に対応するため、部門間で柔軟に人員配置を行う。	イ 患者や利用者のサービス需要に的確に対応するため、部門間で柔軟に人員配置を行う。	②新型コロナの5類移行を踏まえ、面会再開や荷物授受に係る受付要員を他部門から派遣したほか、職員の移動制限を緩和し柔軟な人員配置が可能になるようにした。

4 障害児・障害者の福祉の充実（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	<p>・指標に関しては、「医療的ケア児の短期入所及び日中一時支援受入れ数」について目標値を下回ったものの、「児童発達支援事業所等を対象とした研修参加人数」及び「自立訓練終了後に一般就労等に移行した利用者数」は目標値を大幅に上回り、「家族会の開催回数」は目標値を達成した。</p> <p>・年度計画の業務実績については、「（1）療育支援の充実」では、こども発達支援センターの卒園児に対しては、在園時の状態を熟知した療法士や心理士が同センター内で、引き続きリハビリテーション等を提供し、卒園後のフォローアップを推進した。一方、こども療育センターでの医療的ケア児の短期入所及び日中一時支援受入れ数は目標に及ばなかった。</p> <p>また、「（3）病院部門と施設部門が一体となったサービスの提供」では、入院患者の中から自立訓練サービスの利用が適当と考えられる患者6名について、病棟からの情報提供を受け、障害者自立訓練センターの利用につなげた。</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と判断し、「A」評価とした。</p>
知事の 評 価	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>

5 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	R9(2027) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	認定看護師数(人)	7	7	100.0%	—	iv
2	医師数(人)	12	13	108.3%	—	iv
3	療法士数(人)	92	91	98.9%	94	iii
4	職員満足度割合(%)	90	55.6	61.8%	90	i

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値	R9(2027) 年度 実績値
7				
13				
91				
55.6				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R5(2023)～R9(2027))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。	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。	
ア 体系的かつ計画的に職員を育成するため、研修委員会を中心として、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。	ア 体系的かつ計画的に職員を育成するため、研修委員会を中心として、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。	①研修委員会が主体となり、新規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等各種研修を実施した。 ②職員全体研修として、当センターの現状や設立目的、使命等について、理事長による講義を実施した。 ③一般職を対象とした研修として、障害者虐待の防止について、研修会を開催した。 ④管理者を対象とした研修として、クレーム対応について、研修会を開催した。
イ 自己学習の促進や育児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。	イ 自己学習の促進や育児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。	⑤院内の研修会等の資料をイントラネットで情報を共有するとともに、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。

5 人材の確保と育成（中項目）

中期計画 (R5 (2023) ~R9 (2027)) 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）		
<p>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。</p>	<p>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。 さらに、院内看護研究に認定看護師が積極的に参加・指導し、学会等院外発表の充実に図る。</p>	<p>⑥認定看護師（7人）の認定継続や看護の質の向上を図るため、関係職員が学会や院外研修会に積極的に参加した。（認定看護師の内訳：回復期リハ3人、脳卒中3人、摂食嚥下1人）</p>
(2) 医療従事者の安定的な確保（小項目）		
<p>県民から求められる役割を十分に果たすため、以下のとおり、専門性を有する医療従事者や病院経営に精通した事務職員の安定的な確保を図る。</p>	<p>県民から求められる役割を十分に果たすため、以下のとおり、専門性を有する医療従事者や病院経営に精通した事務職員の安定的な確保を図る。</p>	
<p>ア 病院見学会の実施やインターン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、求人活動の計画的な実施とともに、職種ごとの状況を踏まえ、随時の採用試験を実施するなど、適時適切な採用を行う。 さらに、短時間勤務等、多様な勤務形態の運用により、優れた人材の定着を図る。</p>	<p>ア 病院見学会の実施やインターン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、求人活動の計画的な実施とともに、職種ごとの状況を踏まえ、随時の採用試験を実施するなど、適時適切な採用を行う。 さらに、短時間勤務等、多様な勤務形態の運用により、優れた人材の定着を図る。</p>	<p>①看護師については、養成校のガイダンスへの参加に加え、看護学校2校の施設見学会を実施し、施設の概要やリハビリテーション看護についての理解を図った。 ②療法士については、実習や見学を積極的に受け入れるほか、各養成校の就職説明会への参加や施設見学の開催（4回）など、確保に向けた取組を行った。 ③医師については、目標値（12人）を上回る13人を確保した。 ④新規採用計画に基づくほか、状況の変化に応じて、看護師3人、療法士1人を随時採用し、91人を確保した。</p>
<p>イ 医療と福祉が一体となったリハセンターの戦略的かつ効果的な業務運営を担える、病院部門、施設部門双方の運営に精通した人材の確保と育成を図る。</p>	<p>イ 病院部門、施設部門双方の運営に精通した人材の確保と育成を図るとともに、医療と福祉が一体となったリハセンターの戦略的かつ効果的な業務運営に資する適材適所の人員配置を行う。</p>	<p>⑤管理部門の事務職員を病院や施設現場に派遣し研修を行ったほか、看護師、療法士については採用から早い時期に両方の部門を経験させるよう担当部長と協議を行った。 ⑥民間の病院や施設を勤務した経験を持つ人材を採用するため、社会人枠を新たに設定し、幅広い年代を対象に採用を行うなど、病院・施設の運営に適した人材の確保を行った。</p>

5 人材の確保と育成（中項目）

中期計画 (R5 (2023) ~R9 (2027)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3) 人事管理制度の構築（小項目）		
職員の仕事の成果や能力について適正に評価を行い、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、育成につながる法人独自の人事管理制度について、先進事例等を参考にしながら検討を進める。	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、育成につながる法人独自の人事管理制度について、先進事例等を参考にしながら検討を進める。	①令和4年度に評価項目の見直しを行った能力・姿勢評価に加え、令和5年度には業績評価の取組状況や成果を記載すべき内容を具体的に示したほか、運用方法などの先進事例について研究を行った。
(4) 働きやすい職場環境の整備・働き方改革への対応（小項目）		
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、ハラスメントの防止等、働き方改革の総合的な推進によりワーク・ライフ・バランスに配慮した取組をさらに強化し、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。	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、ハラスメントの防止等、働き方改革の総合的な推進によりワーク・ライフ・バランスに配慮した取組をさらに強化し、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。 また、とちりハいいね！カードの活用により職員間の相互理解を進め、働きやすくやりがいのある職場づくりに努める。	①休暇取得目標の設定や育児休業・育児短時間勤務の取得支援、職員研修によるハラスメント防止対策、相談窓口の設置など、職員が心身ともに健康で働き続けられる職場環境づくりに取り組んだ。 ②とちりハいいね！カードの活用により職員間の相互理解を進め、働きやすくやりがいのある職場づくりに努めた。 ③職員満足度調査を実施した結果、満足度割合は55.6%で、目標には届かなかったものの、ベンチマーク結果は調査に参加する282病院中1位だった。

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
・引き続き、医療従事者等の安定的な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。	・養成校のガイダンス・就職説明会に参加するほか、施設見学を開催するなどの取組を行った。また、新規採用のほか、状況に応じた随時採用を行うとともに、事務職については新たに社会人採用枠を設けるなど、多様な採用方法により人材確保に努めた。 ・職員満足度調査を実施した結果、満足度割合は55.6%で、目標には届かなかったものの、ベンチマーク結果は調査に参加する282病院中1位だった。

5 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>	<p>・指標に関しては、「医師数」について目標値を上回り、「認定看護師数」については目標値を達成した一方、「療法士数」については目標値を下回った。 また、「職員満足度割合」については、目標値を下回ったものの、ベンチマーク結果は調査に参加する282病院中1位であった。</p> <p>・年度計画の業務実績に関しては、「（1）職員の資質向上」では、認定看護師の認定継続や看護の質の向上を図るため、関係職員が学会や院外研修会に積極的に参加した。 また、「（2）医療従事者の安定的な確保」では、養成校のガイダンス・就職説明会に参加するほか、施設見学を開催するなどの取組を行った。また、新規採用のほか、状況に応じた随時採用を行うとともに、事務職については新たに社会人採用枠を設けるなど、多様な採用方法により人材確保に努めた。</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、計画をやや下回ったと判断し、「B」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、指標のうち「認定看護師数」及び「医師数」については目標値を達成し、「療法士数」についても目標値を概ね達成している。加えて、「職員満足度割合」については目標値を下回ったものの、ベンチマーク結果は調査に参加する282病院中1位であった。以上を踏まえ、概ね計画どおり実施していると判断し、「A」評価とした。</p>

6 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	R9(2027) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	逆紹介率(%)	55以上	55.2	100.4%	55以上	iv
2	出前講座の実施回数(回)	20	26	130.0%	20	v

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値	R9(2027) 年度 実績値
55.2				
26				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 急性期病院や地域の医療機関等との連携強化（小項目）		
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。	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。	
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、地域医療連携室が中心となって、急性期病院や地域の医療機関等との間における入退院や在宅復帰に向けた連絡調整を行う。 特に、退院後、患者が住み慣れた地域において適切な医療を受けられるよう、かかりつけ医等との連携強化を図るとともに、患者や家族に対し、退院後のかかりつけ医受診等について丁寧な説明を行う。	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、地域医療連携室が中心となって、急性期病院や地域の医療機関（かかりつけ医）との間における入退院や在宅復帰に向けた連絡調整を行う。 患者や家族に対し、退院後のかかりつけ医受診等について丁寧な説明を行い、退院後、患者が住み慣れた地域において適切な医療を受けられるよう支援する。	①主に地域医療連携室が紹介元医療機関との転院に係る情報交換を緊密に行い、648件の入院相談に対応した。 ②患者が退院後、住み慣れた地域において適切な医療を受けられるよう、かかりつけ医への逆紹介を推進した。（逆紹介率：55.2%）
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、ICT（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強化する。	イ 地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）等の体制を整え、急性期病院との連携を強化する。	③急性期病院や地域の医療機関との連携強化のため、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）の利用促進に務めた。

6 地域連携の推進（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(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）		
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等を受けられるよう、以下のとおり、地域支援ネットワークを強化する。	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等を受けられるよう、以下のとおり、地域支援ネットワークを強化する。	
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や福祉サービス等を受けられるよう、栃木県障害者総合相談所、相談支援事業所、市町、医療機関、福祉施設等との連携を強化する。	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や福祉サービス等を受けられるよう、栃木県障害者総合相談所、相談支援事業所、市町、医療機関、福祉施設等と、個々の事例を通し連携を強化する。	①入院患者が当センター退院後の生活期において、適切な医療・介護・福祉サービスを受けられるよう、関係機関との連携を強化した。（関係機関との連携件数：3,091件（うち対面が393件））
イ 肢体不自由児や発達障害児等の早期発見・早期療育を図るため、市町、医療機関、福祉施設、教育機関等との連携及び支援体制を強化するとともに、高度で専門的な支援に係る知見の地域への還元や、地域の児童発達支援事業所等での対応が困難な障害児の適切な受入れに努める。 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支援を行う。	イ 肢体不自由児や発達障害児等の早期発見・早期療育を図るため、市町、医療機関、福祉施設、教育機関等との連携及び支援体制を強化するとともに、高度で専門的な支援に係る知見の地域への還元や、地域の児童発達支援事業所等での対応が困難な障害児の適切な受入れに努める。 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支援を行う。 さらに、こども療育センターに配置したMSWが、入所等の相談から退所時の環境調整に至るまでの間、個別のニーズを把握し、課題を解決するなど、サービスを利用する児童の福祉の向上を図る。	②こども発達支援センター・こども療育センターでは、肢体不自由児、医療的ケア児及び発達障害児等の早期発見・早期療育に資するために、関係機関との前方連携を強化した。 ③こども発達支援センター・こども療育センターでは、研修会の開催、実習の受入れ、保育所等訪問支援事業をとおして、地域の保育園や幼稚園、児童発達支援事業所、相談支援事業所及び教育機関等に対する支援を強化した。 ④こども療育センターに配置したMSWが、関係機関と情報交換を行うなどして、利用者のニーズを踏まえた入退所調整を実施した。
ウ 高次脳機能障害や発達障害等の適切な支援を普及するため、支援関係者に対し、障害者総合相談所等と連携しながら必要な情報を提供する。	ウ 高次脳機能障害や発達障害等の適切な支援を普及するため、支援関係者に対し、障害者総合相談所等と連携しながら必要な情報を提供する。	⑤高次脳機能障害に関する連絡会・協議会への参加や障害者総合相談所からの依頼に応じて、情報提供を行った。
エ 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。	エ リハセンターの有する知見を地域に還元するため、出前講座を開催する。また、講座内容の見直しやリモートの活用等により、関係機関のニーズに対応していく。	⑥リハビリテーションに関する講座のうち、管理栄養士による「食生活の工夫」に関する講座を16回、その他の講師による講座を10回開催し、延べ605名が受講した。

6 地域連携の推進（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"> ・指標に関しては、「逆紹介率」及び「出前講座の実施回数」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、「（1）急性期病院や地域の医療機関等との連携の推進」では、地域医療連携室が紹介元医療機関との転院に係る情報交換を緊密に行い、648件の入院相談に対応した。 また、「（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」では、出前講座を積極的に開催し、延べ605名が受講した。 <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と判断し、「A」評価とした。</p>
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。

7 地域医療・福祉への貢献（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	R9(2027) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	実習生受入れ人数(人)	780	1,050	134.6%	1,130	v
2	児童発達支援事業所等を対象とした研修参加人数(人)【再掲】	90	170	188.9%	100	v
3	医療的ケア児の短期入所及び日中一時支援受入れ数(人)【再掲】	500	398	79.6%	520	i
4	保育所等訪問支援事業契約件数(件)	15	24	160.0%	—	v

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値	R9(2027) 年度 実績値
1,050				
170				
398				
24				

※ 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) 医療・福祉関係者の資質向上に係る支援（小項目）		
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、以下のとおり、医療・福祉関係者の資質向上に係る支援を積極的に行う。	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、以下のとおり、医療・福祉関係者の資質向上に係る支援を積極的に行う。	
ア リハビリテーション科専門研修プログラムの基幹施設（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。	ア 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。	①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出を行っている。 (令和7年度からリハ科の専攻医を受け入れる予定)
イ 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、各養成校の実習指導要綱に基づき、リハセンターの特性を活かした実習を実施し、地域における専門的な人材育成を支援する。 また、民間病院や診療所、福祉施設等の職員のスキルアップのための実習を受け入れ、リハセンターが培った高度かつ専門的な知識、技術の地域全体への還元を行う。	イ 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、各養成校の実習指導要綱に基づき、リハセンターの特性を活かした実習を実施し、地域における専門的な人材育成を支援する。 また、民間病院や診療所、福祉施設等の職員のスキルアップのための実習を受け入れ、リハセンターが培った高度かつ専門的な知識、技術の地域全体への還元を行う。	②新型コロナウイルス感染症の影響下において、感染対策など実習方法を検討しながら、実習生の受け入れに努めた。 ③県内の医療従事者の養成施設などからの実習生及び研修生を延べ1,050人（療法士延べ807人、看護師延べ106人、歯科衛生士等延べ93人、保育士延べ44名）を受け入れた。

7 地域医療・福祉への貢献（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
ウ 児童相談所からの要請を踏まえ、小児神経領域を中心とした医学的な側面からのコンサルテーションを行う。	ウ 児童相談所からの要請を踏まえ、小児神経領域を中心とした医学的な側面からのコンサルテーションを行う。	④児童相談所を6回訪問し、医学的な観点からのコンサルテーションを12例実施した。
エ 患者や家族の要請及び同意に基づき、学習障害や感覚過敏、行動特性などの発達障害の特徴、対応などについて、学校等にも医学的、専門的知見から助言を行うことにより、患者の診療と併せて教育現場の理解の促進を図る。	エ 患者や家族の要請及び同意に基づき、学習障害や感覚過敏、行動特性などの発達障害の特徴、対応などについて、学校等にも医学的、専門的知見から助言を行うことにより、患者の診療と併せて教育現場の理解の促進を図る。	⑤患者が通う学校等の関係者に対して、発達障害の特徴、対応について助言を行う連携外来を34回実施し、教育現場への理解の促進を図った。
オ リハセンターの心理職や療法士が蓄積した知見や能力をセンター外で積極的に活用できるよう、県の発達障害者支援アドバイザーバンクへの登録を促進し、困難事例を抱える事業所等に専門的な立場から助言等を行い、発達障害者の支援体制の強化に貢献する。	オ リハセンターの心理職や療法士が蓄積した知見や能力をセンター外で積極的に活用できるよう、県の発達障害者支援アドバイザーバンクへの登録を促進し、困難事例を抱える事業所等に専門的な立場から助言等を行い、発達障害者の支援体制の強化に貢献する。	⑥県の発達障害者支援アドバイザーバンクに登録する職員（1人）が要請を受け、児童発達支援事業所を訪問し、研修会を計3回実施した。
カ 障害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。	カ 障害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。	⑦障害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た。（実績：宇都宮青葉高等学園実習生1名）
キ 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支援等、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。	キ 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支援等、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。 また、出前講座や院外研修などの講師として認定看護師を派遣し、質の高い看護ケアの提供に貢献する。	⑧「自動車運転再開とリハビリテーション」をテーマにとちリハ病院研修会を開催し、神経内科医師、保健師、作業療法士が自動車運転再開までの評価や支援を実践的な内容で講演した。 ⑨認定看護師による出前講座を1件、看護学校の院外研修講師3件、院外活動（栃木県循環器病対策本部、脳卒中医療ケア従事者連合会、栃木県摂食嚥下障害認定看護師会）の活動を行い、地域の関係機関等に知識・技術の提供を行った。
ク 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。	ク 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。	⑩民生委員、児童委員、社会福祉協議会等からの視察・調査の要望はなかった。

7 地域医療・福祉への貢献（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 一次予防に係る地域の取組への支援（小項目）		
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、以下のとおり、専門的な立場から積極的に支援する。	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、以下のとおり、専門的な立場から積極的に支援する。	
ア フレイル・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、ロコモ度テスト、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。	ア フレイル・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、ロコモ度テスト、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。	①ロコモアドバイザーとちぎに登録する療法士（20人）が、研修会等のイベントに参加し、ロコモ度テスト、ロコモトレーニング等についての普及啓発を図った。
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。	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。	②高齢者等の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。
(3) 障害児の地域における療育の質の向上に係る支援（小項目）		
<p>肢体不自由児や発達障害児、医療的ケア児等が、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に、障害児の家族や保育所、幼稚園、児童発達支援事業所等を対象に相談や専門的な助言を行うとともに、地域療育支援事業等により地域における療育の質の向上を図る。</p> <p>また、こども発達支援センター退所児童への支援として、関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等に技術支援を行うほか、障害児が利用している保育所等を訪問し、当該児童や職員に対し専門的な支援・助言等を行う保育所等訪問支援事業により、地域における障害児の療育支援を行う。</p>	<p>肢体不自由児や発達障害児、医療的ケア児等が、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に、障害児の家族や保育所、幼稚園、児童発達支援事業所等を対象に相談や専門的な助言を行うとともに、地域療育支援事業等により地域における療育の質の向上を図る。</p> <p>また、こども発達支援センター退所児童への支援として、関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等に技術支援を行うほか、障害児が利用している保育所等を訪問し、当該児童や職員に対し専門的な支援・助言等を行う保育所等訪問支援事業により、地域における障害児の療育支援を行う。</p>	<p>①地域療育支援事業として、感染対策に十分配慮しつつ医師や療法士等を講師とした研修会（児童発達支援事業所等の療育機関や市町の職員を対象）を2回開催（参加者：計92人）するとともに、児童発達支援事業所等の職員を対象とした受入れ実習を40回（延べ63人）行った。</p> <p>②センター退所児童への支援である保育所等訪問支援事業は、令和5年度において、22人の児童（前年比5人増）に対し233回（前年比96回増）の訪問を行った。</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		

7 地域医療・福祉への貢献（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"> ・指標に関しては、「医療的ケア児の短期入所及び日中一時支援受入れ数」について目標値を下回ったものの、「実習生受入れ人数」、「児童発達支援事業所等を対象とした研修参加人数」及び「保育所等訪問支援事業契約件数」については目標を大幅に上回った。 ・年度計画の業務実績に関しては、「（1）医療・福祉関係者の資質向上に係る支援」では、県内の医療従事者の養成施設などからの実習生及び研修生を延べ1,050人受け入れた。 また、「（3）障害児の地域における療育の質の向上に係る支援」では、地域療育支援事業として、医師や療法士等を講師とした研修会を開催するとともに、受入れ実習を40回（延べ63人）行った。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
<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。

8 災害等への対応（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	R9(2027) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	BCPに基づく研修・検討会の実施回数(回)	2	2	100.0%	—	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

R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値	R9(2027) 年度 実績値
2				

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
県立病院・施設として、以下のとおり、災害等への対応を行う。	県立病院・施設として、以下のとおり、災害等への対応を行う。	
ア 災害の発生に備え、定期的な訓練や研修に加えて、個々の患者や利用者の特性を踏まえた避難行動等を日頃から意識し職員同士で確認することなどにより、リハセンター利用者等の生命及び安全確保のための体制を整備・維持する。	ア 災害の発生に備え、定期的な訓練や研修に加えて、個々の患者や利用者の特性を踏まえた避難行動等を日頃から意識し職員同士で確認することなどにより、リハセンター利用者等の生命及び安全確保のための体制を整備・維持する。	①消防署職員の協力も得ながら、職員だけでなく、利用者も参加する形でより実践的な消防訓練を7月25日に実施した。
イ 災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合に早期に診療機能を回復できるよう、地域の災害拠点病院との連携も視野に入れたBCP（業務継続計画）について、災害等の状況に応じた訓練及び研修を通じて継続的な見直しを行い、備えの強化を図る。	イ 災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合に早期に診療機能を回復できるよう、地域の災害拠点病院との連携も視野に入れたBCP（業務継続計画）について、災害等の状況に応じた訓練及び研修を通じて継続的な見直しを行い、備えの強化を図る。	②令和5年度から運用開始となったBCPについて、運用ルールについて職員に周知するための研修会を行うとともに、マニュアルと実態との乖離がないかなど確認しながら日常業務を行い、問題点の洗い出し等を行った。 ③能登半島地震への職員派遣を踏まえた災害対応の事例についての報告会を行った。
ウ 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（一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会）による支援活動等に職員を積極的に派遣する。	ウ 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（一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会）による支援活動等に職員を積極的に派遣する。 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。	④JRATの運営を支援するため、リハビリテーション科医師がJRAT広報委員会委員長として、JRATの運営委員会や広報委員会に毎回参加した。 ⑤栃木県災害リハビリテーション連絡会を通して、能登半島地震の被災地支援にセンター職員を延べ44人(人数×日数)を派遣した。 ⑥派遣した職員は、各市町村の保健医療調整本部への参加、ロジスティクス業務、避難所の巡回、環境調整、仮設住宅の評価、リハビリテーショントリアージ等の支援を行った。

8 災害等への対応（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
エ 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。	エ 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。	⑦栃木県災害リハビリテーション連絡会の定例会や研修会に職員が参加し、医療救護活動訓練や能登半島地震の被災地支援について、具体的な協議を行った。
オ 新興感染症の感染拡大時など公衆衛生上重大な危機が生じた場合には、新たに配置する感染管理認定看護師を含めた医療従事者の派遣や、後方支援医療機関として感染症から回復した患者の受入れ等、必要な対応を積極的に行う。	オ 新興感染症の感染拡大時など公衆衛生上重大な危機が生じた場合には、医療従事者の派遣のほか、後方支援医療機関として感染症から回復した患者の受入れ等、必要な対応を積極的に行う。	⑧新興感染症の発生・蔓延期における対応について、県と医療措置協定（病床確保、発熱外来の実施等）を締結した。

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"> ・指標に関しては、「BCPに基づく研修・検討会の実施回数」について目標値を達成した。 ・年度計画の業務実績に関しては、栃木県災害リハビリテーション連絡会を通して、能登半島地震の被災地支援にセンター職員を延べ44人(人数×日数)を派遣し、各市町村の保健医療調整本部への参加、ロジスティクス業務、避難所の巡回、環境調整、仮設住宅の評価、リハビリテーショントリアージ等の支援を行った。 また、新興感染症の発生・蔓延期における対応について、県と医療措置協定を締結した。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由 等	<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 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置（大項目）

1 業務運営体制の確立（中項目）

中期計画 (R5 (2023) ~R9 (2027)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 効果的で効率的な病院・施設経営（小項目）		
<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、経営企画室を中心として、医療や福祉を取り巻く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、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、病院部門・施設部門にまたがる取組を充実させ、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、ガバナンスを強化するとともに、経営企画室を中心として、医療や福祉を取り巻く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、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、病院部門・施設部門にまたがる取組を充実させ、効果的かつ効率的な業務運営を図る。</p>	<p>①入院審査会や回復期病棟調整会議を定期的に開催し、患者の紹介状況や病床利用率等の情報を共有し、必要に応じて経営改善施策を協議し、収益改善につなげた。</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、管理運営会議において、経常収支比率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、業務運営につながる職員提案制度を活用し、効果的かつ効率的な業務運営を図る。</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、管理運営会議や所内連絡会議において、経常収支比率や医業収支比率等の主要経営指標を用いた経営分析やその報告を定例的に実施し、職員の経営参画意識の向上を図る。</p> <p>また、業務運営につながる職員提案制度を活用し、効果的かつ効率的な業務運営を図る。</p>	<p>①経営企画室が中心となって、管理運営会議（13回：部長以上）や所内連絡会議（12回：科室長以上）において、年度計画や経営指標の実績等を共有するとともに、状況に応じて計画を上回る目標設定を行うなど、職員の経営参画意識の形成を図った。</p> <p>②職員提案制度により、サービス向上、コスト削減、働き方改革等に係る23件の提案があり、うち15件を採用し運営改善につなげた。</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		

1 業務運営体制の確立（中項目）

法人の 自己評価	A	評価 理由	<ul style="list-style-type: none"> ・年度計画や経営指標の実績等を共有するとともに、状況に応じて計画値を上回る目標設定を行うなど、職員の経営参画意識の形成を図った結果、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評価	A	評価 理由等	<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	R9(2027) 年度 目標値※	指標の 達成状況
2	医師数(人)【再掲】	12	13	108.3%	—	iv
3	療法士数(人)【再掲】	92	91	98.9%	94	iii
4	病床利用率(%)	78.4	83.9	107.0%	87.3	iv
5	ジェネリック医薬品使用割合(%)	90以上	96.8	107.6%	90以上	iv

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値	R9(2027) 年度 実績値
13				
91				
83.9				
96.8				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R5(2023)～R9(2027))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。	
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、必要なリハビリテーションを着実に実施する。	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、必要なリハビリテーションを着実に実施する。	①新規採用のほか、状況の変化に応じた随時の採用により、医師13人（目標：12人）、療法士91人（目標：92人）を確保した。
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 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。	②待機状況や空床状況を定期的に発信するなど、紹介元医療機関との連携を強化した。（新規入院相談件数：543件）
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的確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 電子カルテのベッドコントロールを活用し、各病棟における入退院予定者を把握し、入院予定者のスムーズな受入れ、急性期病院への入院待機状況の定期的な情報提供等により、効果的な病床管理を行い、病床利用率の向上に努める。	③病棟師長が中心となって、効果的な病床管理を行った結果、病床利用率は年度計画の目標（78.4%）を上回る83.9%を達成した。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画 (R5 (2023) ~R9 (2027)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>エ 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。</p> <p>また、診療報酬の改定内容等を早期かつ正確に把握するとともに、病棟専従医師の配置等による体制強化加算の算定も含め、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む。</p>	<p>エ 診療報酬等改善・診療情報管理委員会において、レセプトの減額（返戻）等に係る事案や原因等について情報を共有し、診療報酬の適正な請求に努める。</p> <p>また、診療報酬の改定内容等を早期かつ正確に把握するとともに、病棟専従医師の配置等による体制強化加算の算定を始め、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む。</p>	<p>④診療報酬等改善・診療情報管理委員会を開催し、査定や返戻の情報を共有し、適正な請求に努めた。</p> <p>⑤医事課を中心に、令和6年度診療報酬改定の内容や特徴を理解し、新たに取得可能な診療報酬項目の抽出と算定に向けた準備を行った。</p>
<p>オ 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。</p> <p>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>オ 入院時に、診療費等の支払いが困難であると判断された場合、分割納入についての説明を行った。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を行うなど、未収金の発生防止に努める。</p> <p>また、未収金が発生した場合は、電話や書面により納入の説明・協議を行うとともに、納期限までに納入されない場合は、債権回収業務委託先に依頼するなど、督促や催告の措置を講じ、未収金の早期回収を図る。</p>	<p>⑥入院時の説明及び誓約書の提出の徹底を図るとともに、医療費に係る公費負担制度や助成制度等の説明を行い、未収金の発生防止に努めた。</p> <p>⑦支払の困難な患者に対しては、分納の提案等を行うなど未収金回収確保に努めた。（分納申請：7件）</p> <p>⑧未収金回収マニュアルに基き、速やかな回収に努めたほか、未収金回収委託先を通し過年度未収金を回収した。（全額回収：5件）</p>
<p>カ 医薬品の採用ごとに、医薬品の品質や供給体制等に加えて薬価差益なども含めた総合的な検討を行い、患者の安全性や利便性の向上とともに、収益増の確保も図る。</p>	<p>カ 医薬品の採用ごとに、医薬品の品質や供給体制等に加えて薬価差益なども含めた総合的な検討を行い、患者の安全性や利便性の向上とともに、収益増の確保も図る。</p>	<p>⑨医薬品の供給不足が深刻化しており、選定にあたり全医薬品を精査することは不可能となってしまうが、安定供給可能な医薬品の中で可能な限り医薬品の品質や薬価差益などを含めた総合的な検討を行なった。</p>
<p>キ リハセンターで保有しているMRI、CT等の高度医療機器の地域の医療機関との共同利用の推進により、地域医療への貢献及び連携の強化を図りながら、医療機器の待機時間を有効活用した収益の増加を図る。</p>	<p>キ リハセンターで保有しているMRI、CT等の高度医療機器の地域の医療機関との共同利用の推進により、地域医療への貢献及び連携の強化を図りながら、医療機器の待機時間を有効活用した収益の増加を図る。</p>	<p>⑩近隣の医療機関からのMRI等高度医療機器の受託検査の積極的な受入れに努め、医療機器の効果的活用を図った結果、令和5年度の共同利用は前年比37%増の287件となった。</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 予算と実績の管理を通じ、職員全員のコスト意識の徹底を図るとともに、費用対効果を意識した業務改善に取り組むことにより、費用の抑制や削減を行う。</p>	<p>ア 予算と実績の管理を通じ、職員全員のコスト意識の徹底を図るとともに、費用対効果を意識した業務改善に取り組むことにより、費用の抑制や削減を行う。</p>	<p>①決算見込みの状況を踏まえ、予算執行説明会において職員全員のコスト意識の徹底を図るとともに、費用対効果を意識した業務改善に向け周知を図った。</p> <p>②部門毎に経営状況に関する意見交換会を開催し、現状と課題の共有を図った。</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 (R5 (2023) ~R9 (2027)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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同席して専門的見地から価格交渉を行う。	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、診療放射線技師の意見を考慮して価格交渉を行う。	③医薬品医療機器の購入に際しては、専門的見地から医師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師の意見を考慮して価格交渉を行った。 ④年1回の価格交渉を年2回実施し、安定供給及び費用の削減を図った。
ウ 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。	ウ 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。	⑤医薬品の供給不安が続く中、後発医薬品の採用や切替に最大限に取り組み、後発医薬品の調剤割合90%以上を維持し、医薬品費及び患者の経済的負担の軽減に寄与した。（後発医薬品使用割合：96.8%）
エ 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。	エ 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。	⑥医薬品については定期的な使用量を把握し、在庫管理システムで適正在庫量や発注点を設定することにより、医薬品の適正管理を徹底した。
オ 各種システム更新時に、アクセス権限を付与した上での電子データの保存、閲覧方式を検討するなど、ペーパーレス化を積極的に進める。	オ 人事給与システム等の更新に向けて、アクセス権限を付与した上での電子データの保存、閲覧方式など、ペーパーレス化を前提にした検討を進める。	⑦人事給与システム等の更新に伴い、給与明細等についてペーパーレス化を図るとともに、電子帳簿保存について整備を行った。
令和4（2022）年度業務実績の評価における指摘等 ・該当なし	業務運営への反映状況	

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・指標に関しては、「医師数」、「病床利用率」及び「ジェネリック医薬品使用割合」について目標値を上回った一方、「療法士数」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、「（１）収入の確保対策」では、効果的な病床管理を行った結果、病床利用率は年度計画の目標（78.4%）を上回る83.9%を達成した。 「（２）費用の削減対策」では、決算見込みの状況を踏まえ、部門毎に経営状況に関する意見交換会を開催し、費用対効果を意識した業務改善に向け周知を図った。 また、医薬品の供給不安が続く中、後発医薬品の採用や切替に最大限に取り組み、後発医薬品の調剤割合90%以上を維持し、医薬品費及び患者の経済的負担の軽減に寄与した。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由 等	<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	R9(2027) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	経常収支比率(%)	100以上	107.5	107.5%	100以上	iv
2	医業収支比率・修正医業収支比率(%)	70以上	74.9	107.0%	75以上	iv

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値	R9(2027) 年度 実績値
107.5				
74.9				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R5(2023)～R9(2027))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ビリテーション医療等を安定的に提供していくため、中期目標期間を累計した経常収支比率を100%以上とするとともに、各年度において経常収支の黒字を目指す。</p> <p>また、計画的な資金管理と、病床利用率等の見込に基づく資金の定期的な予測により、経営基盤の安定化を図る。</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>また、収入においては、病床利用率等の動向を予測し、支出においては、物価変動の推移を踏まえ、経営基盤の安定化を図る。</p>	<p>①毎月、科室長以上が出席する所内連絡会議において入院別・診療別の稼働額等を周知・共有し、経営参画意識を向上させるとともに、収益の維持・増加や支出削減に向けた取組を推進した。</p> <p>②4半期ごとに決算見込み値を算出し、以後の改善取組みに役立てた。</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）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・指標に関しては、「経常収支比率」、「医業収支比率・修正医業収支比率」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、所内連絡会議において入退院別・診療別の稼働額等を周知・共有し、経営参画意識を向上させるとともに、収益の維持・増加や支出削減に向けた取組を推進した。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<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8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）

1 施設・医療機器の計画的な改修・更新整備（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>施設の状況を踏まえ、医療や福祉サービスの提供に支障を来すことのないよう、計画的な改修に努める。</p> <p>また、医療機器について、地域の医療機関との共同利用も含め、県民の医療ニーズや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ながら、計画的な更新・整備に努める。</p>	<p>施設の状況を踏まえ、医療や福祉サービスの提供に支障を来すことのないよう、計画的な改修に努める。</p> <p>また、医療機器について、地域の医療機関との共同利用も含め、県民の医療ニーズや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ながら、計画的な更新・整備に努める。</p>	<p>①医療機器の調達にあたって、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、必要性を十分に検討した上で整備を行った。</p> <p>②MRI等高度医療機器の受託検査の積極的な受け入れに努め、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
・該当なし	

法人の自己評価	A	評価理由	・医療機器の調達にあたって、投資計画及び購入予定機器の機能や仕様を精査し、必要性を十分に検討した上で整備を行ったほか、MRI等の共同利用を推進するなど、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）
2 適正な業務の確保（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))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けるよう、法令や社会規範を遵守する。</p> <p>また、適切な情報管理を行うとともに、個人情報漏えいを防ぐため、情報セキュリティ研修の実施と併せて、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その都度職員に周知し、サイバー攻撃への備えを含めて情報セキュリティ対策を徹底する。</p> <p>さらに、これらを確実に実施するため、内部統制の充実を図る。</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けるよう、法令や社会規範を遵守する。</p> <p>また、適切な情報管理を行うとともに、個人情報漏えいを防ぐため、情報セキュリティ研修の実施と併せて、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その都度職員に周知し、サイバー攻撃への備えを含めて情報セキュリティ対策を徹底する。</p> <p>さらに、これらを確実に実施するため、内部統制の充実を図る。</p>	<p>①栃木県情報公開条例、個人情報保護法に基づき、公文書及び個人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った。</p> <p>②情報システム担当者が、栃木県警察の警備部が主催するサイバーセキュリティ研修に参加するとともに、研修内容を職員にフィードバックした。</p> <p>③各システムの委託業者に、サイバーセキュリティ対策の徹底を要望した。</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
・該当なし	

法人の自己評価	A	評価理由	<p>・栃木県情報公開条例、個人情報保護法に基づき、公文書及び個人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った。</p> <p>また、情報システム担当者がサイバーセキュリティ研修に参加し研修内容を職員にフィードバックするとともに、各システムの委託業者にサイバーセキュリティ対策の徹底を要望した結果、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。</p>
知事の評価	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>

令和 5（2023）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）

1 全体評価（案）

(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。

(2) 判断理由等

- 13 の項目のうち、「患者・県民等の視点に立った医療の提供」については、計画をやや下回ったが、「質の高い医療の提供」等の 12 項目については、概ね計画どおり実施しており、経常収支も黒字を計上した。
- 引き続き、経営環境の変化に柔軟に対応しながら、サービスや業務の質の向上を図るとともに、財務の改善に取り組む必要がある。

2 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会の意見・指摘等

令和 5 (2023) 年度 (地独) 栃木県立岡本台病院決算の概要

(単位：百万円)

区 分		R4(2022)	R5(2023)	増減
損 益 計 算 書	収 益	3,058	2,710	△ 348
	医 業 収 益	1,599	1,592	△ 6
	入 院 収 益	1,176	1,279	103
	外 来 収 益	412	303	△ 109
	一 般 会 計 負 担 金	1,015	917	△ 98
	補 助 金 等	241	22	△ 219
	費 用	2,547	2,418	△ 129
	医 業 費 用	2,344	2,228	△ 116
	給 与 費	1,508	1,507	0
	材 料 費	287	189	△ 98
経 費	350	337	△ 13	
減 価 償 却 費	195	190	△ 5	
純 損 益	511	292	△ 220	
貸 借 対 照 表	資 産	4,476	4,681	205
	負 債	2,416	2,329	△ 87
	純 資 産	2,060	2,351	292

※収益及び費用の内訳は内数のため合計等は合わない。
 ※四捨五入により合計等が合わないものがある。

区 分		R4(2022)	R5(2023)	増減
許可 (稼働) 病床数 (床)		221[165]	221[165]	0[0]
年 間 延 患 者 数	入院患者数 (人)	38,285	42,906	4,621
	外来患者数 (人)	31,660	32,943	1,283
	病床利用率 (%)	47.5[63.6]	53.0[71.0]	5.5[7.4]
平均在院日数 (日)		78.6	79.4	0.8
単 価	一人一日当入院 (円)	30,729	29,819	△ 910
	一人一日当外来 (円)	13,000	9,183	△ 3,817
医業収支比率 (%)		68.2	71.5	3.3
経常収支比率 (%)		118.3	112.1	△6.2

※R4.2から56床は休床中のため、稼働病床数ベースの病床利用率も併記。
 ※入院患者数、病床利用率、一人一日当入院単価は、退院患者数含む。

【決算の主な特徴】

- ・入院については、アルコール依存症患者を含めた任意入院患者の積極的な受入れや平均在院日数の増加などにより、収益・患者数ともに増加した。
- ・外来については、アルコール依存症の初診枠増加などに伴い、初診・再診患者数ともに増加したものの、全面院外処方への移行に伴う薬品収益の減少などにより、収益は減少した。
- ・新型コロナウイルス関連補助金の減少などにより、黒字幅は減少したものの、医業収支比率が改善し、2年連続の黒字を達成した。

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岡本台病院

目 次

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表	1
第1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項（大項目）	2
1 質の高い医療の提供（中項目）	2
2 安全で安心な医療の提供（中項目）	8
3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）	10
4 人材の確保と育成（中項目）	14
5 地域連携の推進（中項目）	18
6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）	22
7 災害等への対応（中項目）	25
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	27
1 業務運営体制の確立（中項目）	27
2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	29
第3 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）	33
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	34
1 施設のあり方の検討（中項目）	34
2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理（中項目）	35

【評価基準について】

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

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

【指標について】

各指標の達成状況の判断目安は以下のとおりとする。

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

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表

◆ 中期目標期間における各事業年度の項目別評価

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

(参考) 中期目標期間における各事業年度の全体評価

年度	評価結果
令和4(2022)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。
令和5(2023)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。(案)
令和6(2024)年度	
令和7(2025)年度	
令和8(2026)年度	

第1 県民に対して提供する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	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	緊急措置入院患者受入れ率（％）	100.0	99.0	99.0%	100.0	iii
2	措置入院患者ケア会議開催率（％）	85.0	91.3	107.4%	87.0	iv
3	県内に住所を有する医療観察法入院処遇対象者の受入れ率（％）	85.0	88.9	104.6%	90.0	iv
4	アルコール外来初診患者の通院継続率（％）	46.0	53.1	115.4%	50.0	v
5	自病院退院後再入院率（3か月）（％）	10.5	10.5	100.0%	10.0	iv
6	3か月以内退院率（％）	86.0	84.4	98.1%	88.0	iii
7	入院患者のL A I 導入率（％）	15.0	11.7	78.0%		i
8	クロザピン治療新規導入率（％）	100.0	100.0	100.0%		iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値 (再掲)	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
99.0	99.0			
83.0	91.3			
81.8	88.9			
50.0	53.1			
11.4	10.5			
86.6	84.4			
15.2	11.7			
100.0	100.0			

※ 中期計画指標のみ記載

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 高度で専門的な医療の提供（小項目）		
<p>ア 精神科救急医療の提供</p> <p>緊急措置入院については、引き続き一元的な受入れを継続するとともに、措置入院・急を要する医療保護入院等についても積極的な受入れを行い、地域の医療機関や一般救急医療機関との連携のもと、県の精神科救急医療の充実に貢献する。</p>	<p>ア 精神科救急医療の提供</p> <p>緊急措置入院については、引き続き一元的な受入れを継続するとともに、緊急措置入院不要と診断された患者についても、必要に応じて医療保護入院等で積極的に受け入れる。</p> <p>併せて、措置入院以外の精神科救急事例についても可能な限り受け入れ、必要に応じて医療保護入院等に対応することにより、本県の精神科救急医療の充実に貢献する。</p>	<p>①県内全ての緊急措置診察178件（うち要措置103件）を実施し、身体疾患の治療を優先する患者1名を除き102名の緊急措置入院患者を受け入れた。また、緊急措置入院不要と診断された患者75名のうち18名を医療保護入院等で受け入れた。</p> <p>②精神科救急病棟では、週1回多職種連携会議を開催し、効率的なベッドコントロールや平均在院日数の短縮に努め、精神科救急患者の受入体制を充実した。</p>
<p>イ 医療観察法医療の提供及び医療福祉ネットワークの維持・拡充</p> <p>チーム医療体制を強化し、複雑な背景を持つ対象者に対して、多職種による専門治療プログラムを提供するとともに、保護観察所や指定通院医療機関等の地域の関係機関とのネットワークの維持・拡充に努め、緊密な連携により対象者の円滑な社会復帰を促進する。</p> <p>また、本県対象者をできるだけ当院で受け入れるためのベッドコントロールに努めるとともに、ベンチマークを基にして治療内容等を客観的に評価することにより課題抽出及び改善を行い、治療の質の向上を図る。</p>	<p>イ 医療観察法医療の提供及び医療福祉ネットワークの維持・拡充</p> <p>複雑な背景を持つ対象者に対し、多職種が連携してエビデンスに準拠した専門治療プログラムを提供するとともに、地域の関係機関との緊密な連携により対象者の早期退院を促進し、平均在院日数の短縮を目指す。</p> <p>また、本県対象者が他県の医療観察法病棟で治療を受けることは、対象者自身やその家族にとって負担が大きいことから、必要に応じて特定病床制度も活用するなど、本県対象者をできるだけ当院で受け入れるためのベッドコントロールに努める。</p>	<p>③長期入院対象者の社会復帰に向けて、地域の関係機関や施設等と緊密に連携し支援を行った結果、計6名が退院した。</p> <p>④新たに本県の対象者1名を受け入れたほか、県外の対象者5名を受け入れた。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ウ 多様な精神疾患に対応した専門医療の提供 アルコール・薬物依存症専門医療機関として、精神保健福祉センター等の関係機関と連携しながら、物質使用障害治療の拡充を図るとともに、ギャンブル等の行動嗜癖（しへき）を含む依存症治療を実施するための体制を整備する。 併せて依存症治療拠点機関として早期に選定を受けられるよう体制を強化し、選定後は県内の医療機関が専門医療機関の選定を受けられるよう支援するとともに、専門医療機関とのネットワークを形成する。 また、閉鎖処遇が必要な児童・思春期の患者については、県の施策を踏まえて当院の役割を検討していく。</p>	<p>ウ 多様な精神疾患に対応した専門医療の提供 アルコール・薬物依存症専門医療機関として実施している依存症専門プログラムをさらに充実させるため、引き続き内容を検討するとともに、紹介パンフレット等を活用して積極的にPRすることにより参加者を増やし、集団療法としての機能向上を目指す。 併せて、ギャンブル等の行動嗜癖（しへき）を含む依存症治療のための専門外来を設置する。 また、県内の精神科医療機関に対し、依存症に関する取組について積極的に情報発信するなど、専門医療機関の充実につながるよう支援し、当院の依存症治療拠点機関としての選定も含め、県全体での体制整備に協力する。</p>	<p>⑤依存症外来については、延べ患者数はわずかに減少したが、アルコール外来初診患者の通院継続率は前年度を上回った。 ⑥令和5(2023)年5月から、関係科連携により依存症ショートケアを開始し、多職種によるプログラムを展開する等、依存症患者のケアを充実させた。 ⑦令和5(2023)年5月にギャンブル依存症専門外来を設置した。 ⑧依存症対策チーム会議等の体制を整備し、令和6(2024)年3月に依存症治療拠点機関（アルコール・薬物）及び依存症専門医療機関（ギャンブル）の選定を受けた。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 医療の質の向上に向けた取組の推進（小項目）		
<p>ア 薬物療法及び精神科専門療法の質の向上 安全面に配慮しつつ治療効果を最大限に高めるため、単剤化や積極的なL A I（Long Acting Injection：持続性注射剤）使用を促進し、エビデンスに基づいた薬物療法を提供するとともに、医師と薬剤師の連携強化により、院内薬剤指導の充実を図る。</p> <p>難治性統合失調症患者に対するクロザピン（商品名：クロザリル）治療については、クロザリル患者モニタリングサービス登録医を増やすことにより治療体制を強化し、院外にも積極的に周知することで新規導入を促進する。</p> <p>クロザピン治療や修正型電気けいれん療法（m-E C T）などの精神科専門療法についての治療実績を評価・分析し、より効果的な治療法の開発に努める。</p>	<p>ア 薬物療法及び精神科専門療法の質の向上 患者の安全面に配慮して向精神薬の多剤投与の改善に努めるとともに、患者の負担が少なくかつ治療効果の高いL A I（Long Acting Injection：持続性注射剤）使用を促進するため、多職種が連携して様々な観点から導入に向けたアプローチを行うことにより、患者がその有用性を理解し、納得してL A Iを導入できるプログラムの整備を進める。</p> <p>難治性統合失調症患者に対するクロザピン（商品名：クロザリル）治療については、クロザリル患者モニタリングサービス登録医数を維持することにより治療体制を継続する。</p> <p>また、クロザピン治療や修正型電気けいれん療法（m-E C T）などの精神科専門療法について治療実績のデータベース化を推進し、評価・分析を行うことにより、さらに効果的な治療法の開発に努める。</p>	<p>①L A Iの導入患者数は前年度とほぼ同数であったが、入院患者数が大幅に増加したため、L A Iの導入率は11.7%と目標値に達しなかった。</p> <p>②クロザリル患者モニタリングサービス登録医を増員するなど、治療体制を強化した。</p> <p>③クロザピン治療及び修正型電気けいれん療法（m-E C T）について、治療効果のデータ化を進めている。</p>
<p>イ 治療の標準化・均質な医療の提供 修正型電気けいれん療法、クロザピン治療、アルコール依存症治療等についてクリニカルパスを導入し、治療を標準化することにより、均質かつ治療効果の高い医療を提供する。</p>	<p>イ 治療の標準化・均質な医療の提供 外来患者を対象としたm-E C T維持療法やクロザピン治療においてクリニカルパスを活用することにより、治療スケジュールや治療内容を標準化・明確化し、患者が安心して治療を受けられるようにする。</p>	<p>④救急病棟やアルコール依存症治療でクリニカルパスの運用を開始し、治療内容の標準化・明確化を図った。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ウ ベンチマークを基にした評価・分析及び改善 全国自治体病院協議会が実施する「医療の質の評価・公表等推進事業」におけるベンチマークを基に当院の医療の状況を評価・分析し、改善につなげるにより医療の質の向上に努める。</p>	<p>ウ ベンチマークを基にした評価・分析及び改善 全国自治体病院協議会が実施する「医療の質の評価・公表等推進事業」におけるベンチマークを基に、自治体病院における当院の医療レベルを評価・分析し、改善を図る。</p>	<p>⑤「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加し、ベンチマーク結果を院内で共有したものの、その結果を分析し、改善につなげるまでは至らなかった。</p>
<p>（3）チーム医療の推進（小項目）</p>		
<p>患者の早期退院と地域移行・定着を図るため、全ての病棟において多職種・多部門によるチーム医療を積極的に推進し、それぞれの専門性を活かした良質な専門医療を提供する。</p>	<p>医療観察法病棟における多職種チーム（MDT）会議や、措置入院患者に係るケア会議を引き続き開催するほか、他の病棟においても、対象となる患者に対してMDTを組織し、定期的にMDT会議を開催する。 栄養学的な課題を有する入院患者に最適な栄養管理を提供するため、栄養サポートチーム（NST）の立ち上げに向け、関係職種の研修受講を推進する。 措置入院患者や急性期の患者について、引き続き多職種が連携して入院早期から作業療法を実施する。 精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導料（精神科退院時共同指導料2）の算定に向けて、病棟における多職種チーム医療を積極的に推進する。</p>	<p>①全病棟においてMDT会議を開催したほか、長期入院患者に対して多職種による退院支援委員会を開催し、退院支援につなげた。 ②身体疾患の悪化により急遽転院となった患者等を除き、原則全ての措置入院患者に対して多職種による退院時ケア会議を開催した（実施率91.3%）。 ③措置入院患者に限らず、疾病教育、クライシスプランの作成等を行い、在宅生活を継続するための支援を行った。 ④令和5(2023)年4月に栄養サポートチームを立ち上げ、5月から栄養サポートチーム加算の算定を開始した。 ⑤措置入院患者や急性期患者に対し、入院早期から作業療法を実施するよう努めた結果、実施件数は前年度を大きく上回った（R5 2,644件、R4 1,369件）。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(4) 臨床研究の推進（小項目）		
職種を問わず様々な分野の臨床研究への積極的な取組を推進し、院内の活性化や職員のキャリア形成を図るとともに、研究活動に取り組みやすい環境や制度を整備する。	臨床研究実施状況データベースを作成して当院における進捗状況を管理するとともに、大学との共同臨床研究への参加や当院独自の研究プロジェクトを検討する。	①当院独自の研究プロジェクトに活用するため、精神科救急及び依存症治療の実施状況のデータベース化を進めている。 ②国際医療福祉大学等との共同臨床研究を実施した。 ③専攻医教育の一環として、専攻医に対しデータ分析等の指導を行い、4演題の学会発表を行った。

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	—

法人の自己評価	A	<p>評価理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 指標に関しては、「緊急措置入院患者受入れ率」、「3か月以内退院率」及び「入院患者のLAI導入率」については目標値を下回った一方、「措置入院患者ケア会議開催率」、「県内に住所を有する医療観察法入院処遇対象者の受入れ率」、「アルコール外来初診患者の通院継続率」、「自病院退院後再入院率（3か月）」及び「クロザピン治療新規導入率」は目標値を達成又は上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「(1) 高度で専門的な医療の提供」では、緊急措置入院の一元的な受入れを継続するとともに、措置入院不要と診断された患者75名中18名の受入れを行った。依存症治療については、新たにギャンブル依存症専門外来を設置するなど依存症治療体制を充実させ、令和6(2024)年3月に依存症治療拠点機関（アルコール・薬物）及び依存症専門医療機関（ギャンブル）の選定を受けた。「(2) 医療の質の向上に向けた取組の推進」では、LAIやクロザピンの導入を推進したほか、救急病棟やアルコール依存症治療でクリニカルパスの運用を開始し、治療内容の標準化・明確化を図った。「(3) チーム医療の推進」では、栄養サポートチームを立ち上げ、入院患者の栄養管理を充実させたほか、全病棟においてMDT会議を開催し、多職種によるチーム医療を強化した。「(4) 臨床研究の推進」では、精神科救急及び依存症治療のデータベースの作成に向け、治療実績の蓄積を進めている。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	<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

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

No.	指標名	R5 (2023)	R5 (2023)	R5 (2023)	R8 (2026)	指標の 達成状況	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)
		年度 目標値	年度 実績値	年度 達成率	年度 目標値※		年度 実績値	年度 実績値 (再掲)	年度 実績値	年度 実績値	年度 実績値
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 (%)	83.0	83.9	101.1%	78.0	iv	83.5	83.9			
2	CVPPP習得率 (%)	35.0	37.2	106.3%		iv	32.6	37.2			

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 医療安全対策の推進（小項目）		
ア 医療安全管理部を中心として、ヒヤリ・ハットも含めた医療事故の発生原因の分析等を行うとともに、安全管理に関する研修を実施し、医療安全に関する情報の収集・共有化を図るなど、医療事故や自殺事故防止の取組を徹底する。	ア インシデントレポートレベル0-1の報告を促進し、報告事例を共有するとともに、発生事例における原因分析を行い、再発防止や事故防止の徹底を図る。 また、全ての職員が安全管理に対する視点を持って業務に当たるよう、安全管理に関する病院全体研修を実施する。	①インシデント0-1事例集を作成し、院内に共有することにより医療事故の発生防止に努めた。 ②安全管理に関する研修にVOD（ビデオ・オンデマンド）研修を取り入れ、全職員が研修を受講できる環境を整えた。
イ 病状により不穏・興奮状態にある患者に対応するため、全職員を対象としてCVPPP（包括的暴力防止プログラム）研修を実施し、習得を推進する。	イ 医師・看護師についてCVPPP（包括的暴力防止プログラム）研修の受講を徹底し、院内インストラクターを活用した院内研修により計画的にトレーナーを養成するとともに、それ以外の職種についても研修受講を積極的に推進し、病院全体での対応力向上に努める。 暴力対応事例について、CVPPPの観点から振り返り検討会を実施する。	③CVPPPトレーナー養成研修を実施し、新たに10名がトレーナー資格を取得した。 ④医療安全研修会及び行動制限最小化研修会において、ロールプレイングを用いた研修を実施し、対応力の向上に努めた。 ⑤患者の暴力事象については、病棟カンファレンスにおいて振り返りを実施し、対応について検討を行った。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
ウ 医薬品、医療機器の管理に加えて、施設内の安全管理や暴力行為・診療妨害行為への対応策の強化など、患者及び職員の安全確保のための取組を徹底する。	ウ 衛生管理者及び医療安全委員会による定期的な職場巡視に加えて、産業医による職場巡視を実施し、安全確保に向けた取組を徹底する。	⑥患者及び職員の安全を確保するため、医療安全管理ラウンド及び衛生管理者の職場巡視を毎週実施し、確認された危険箇所の修繕等を行った。 ⑦インシデント発生の現場確認や状況調査を行い、リスクマネジメント部会にて再発防止策の検討及び周知を行うとともに、産業医による職場巡視も実施した。
(2) 院内感染防止対策の強化（小項目）		
継続的な感染防止対策を行うための感染制御チームの設置や、感染管理認定看護師の育成により体制を強化し、専門家による助言・指導も踏まえながら院内感染のリスク評価及び改善策を実施するとともに、感染症に関する情報の共有化を図り、院内感染防止対策を徹底する。	感染制御チームが中心となり、院内感染防止対策を強化するとともに、施設基準（感染対策向上加算3）の取得を目標として体制整備を進める。 また、感染管理認定看護師教育課程に看護師を派遣し、感染管理認定看護師を養成する。	①感染制御チームが中心となり、組織的に感染防止を実施する体制を整備し、令和5(2023)年6月に感染対策向上加算3を取得した。 ②感染防止対策の強化を図るため、1名を感染管理認定看護師教育課程に派遣し、受講させた（令和6(2024)年度に試験を受け資格取得予定）。

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」、「CVPPP習得率」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、「(1) 医療安全対策の推進」では、安全管理に関する研修にVOD研修を取り入れ、研修環境を整えることで職員への意識付けを強化したほか、CVPPPトレーナー養成研修を実施し、新たなトレーナーを養成するなど、病院全体での医療事故の発生防止・対応力向上に努めた。また、「(2) 院内感染防止対策の強化」では、組織的な感染防止体制を整備し感染対策向上加算3を取得するなど、院内の感染防止対策に係る体制を強化した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	<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

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

No.	指標名	R5(2023)	R5(2023)	R5(2023)	R8(2026)	指標の 達成状況	R4(2022)	R5(2023)	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)
		年度 目標値	年度 実績値	年度 達成率	年度 目標値※		年度 実績値	年度 実績値 (再掲)	年度 実績値	年度 実績値	年度 実績値
1	患者満足度割合（％）	73.0	67.1	91.9%	75.0	iii	71.7	67.1			
2	接遇・行動制限最小化研修参加率（％）	95.0	99.8	105.1%		iv	93.7	99.8			
3	入院患者に対する薬剤管理指導実施件数（件）	250	692	276.8%		v	21	692			
4	栄養食事指導継続率（％）	95.0	97.7	102.8%		iv	94.7	97.7			

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 患者の人権を尊重した医療の提供（小項目）		
ア 本人の非同意による治療や人権の制限につながる行動制限の最小化に向けた取組を強化し、法に準拠した適正な医療を徹底する。	ア VTE（静脈血栓塞栓症）予防ガイドラインに基づき、身体拘束の可否についてカンファレンスを実施し、行動制限の最小化につなげる。 また、行動制限に係る手続きのマニュアル化を図るなど、患者の人権尊重に最大限努める。	①行動制限最小化委員会（毎月）、VTE予防対策チーム会議（2回）を開催するとともに、1日2回の病棟カンファレンスにおいて身体拘束の必要性の協議を積極的に行った。 ②身体的拘束マニュアルを改正し、身体拘束開始時に報告書の作成を義務化し、拘束解除に向けた方策や解除目安の明確化を図った。
イ 患者の人権に配慮した患者中心の医療を提供するため、職員への医療倫理の教育や、接遇マナー向上のための研修を定期的実施し、病院全体での取組を推進する。	イ 全職員を対象とした接遇マナー向上のための研修を実施する。 特に、患者と接する機会が多い看護部職員においては、全体研修及びレベル別研修で接遇・倫理研修を実施する。	③接遇研修を病院研修体系の「基本研修」に位置付け、全職員が受講した。 ④人権研修として、医療安全対策研修の中で、障害者虐待防止研修を実施した。 ⑤日本精神科看護協会主催の「倫理カンファレンス」に看護師2名を参加させ、倫理カンファレンス実践のためのファシリテーターを養成した。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 患者及びその家族等への医療サービスの向上（小項目）		
ア 患者及びその家族等に対して必要な情報を分かりやすく丁寧に説明し、患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、インフォームド・コンセントを徹底する。	ア 患者及びその家族等に対して必要な情報を分かりやすく丁寧に説明し、患者が納得して治療を受けられるよう、入院・外来患者に対するインフォームド・コンセントの徹底を図る。	①患者及びその家族に対し、医師・薬剤師による服薬指導や、医師・精神保健福祉士による退院に向けた環境調整の説明等を丁寧に行った。また、アルコール依存症治療では、クリニカルパスを活用して治療内容を分かりやすく説明するなど、患者目線に立った医療サービスを提供した。
イ 精神障害者を抱える家族間の交流や、精神疾患に関する家族の理解促進を図るため、家族教室の機能を充実させるなど、患者の家族等に対する支援を強化する。	イ 家族を巻き込む病であるアルコール・薬物等の物質使用障害については、家族相談や家族教室の開催により依存症に関する家族の理解促進を図る。 また、病態に応じた対応が必要となる統合失調症については、引き続き個別での疾病教育を実施するなど、患者の家族等に対する支援を強化する。	②新型コロナウイルス感染症の影響により中止していたアルコール家族教室を、対面方式とオンライン方式の併用で再開し、参加者の利便性向上を図った。 ③統合失調症患者の家族に対し、病気への理解や患者との関わり方などについて疾病教育を個別に実施した。
ウ 正確で迅速な臨床検査結果を提供するため、検査精度の維持向上を図り、診察時に検査結果の確認が可能で早期治療につながる診療前検査の実施を引き続き推進する。	ウ 外部の検査精度管理調査に参加するなど、検査精度の維持向上に努めるとともに、検査時間を短縮し、外来診療の待ち時間短縮を図る。	④外部精度管理調査に参加し、当院の精度管理を行うとともに、検査時間の短縮に努めた（患者検体の96.9%を40分以内に報告）。 ⑤放射線安全管理指針を厳守し、頭部CT被ばく線量の低減を図った（最大10%、700件、100%実施）。
エ 外来患者の利便性向上のため、院外処方を推進するとともに、患者が服薬の意味・意義を理解して積極的に治療に参加できるよう、院内服薬指導の充実を図る。	エ 外来患者の待ち時間短縮とかかりつけ薬剤師・薬局による服薬情報の一元管理を推進するため、全面院外処方に移行するとともに、患者が服薬の意味・意義を理解した上で治療を受けられるよう、服薬指導の充実を図る。	⑥外来患者の利便性向上と待ち時間の解消を図るため、令和5(2023)年10月から全面院外処方（院外処方99.6%）に移行した。 ⑦全面院外処方に伴い、外来処方に費やしていた労力を入院患者に対する服薬指導に振り向け、目標値を大きく上回る692件を実施した。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>オ 外来患者の利便性向上と待ち時間の短縮を図るため、外来診療時間を延長するなど、根本的な改善策を実施・検討する。</p>	<p>オ 受診を希望する患者が速やかに受診できるよう、午後の外来診療の拡充や初診受入枠の拡大など、患者サービスの向上を図る。</p>	<p>⑧木・金曜日のみだった午後の外来診療時間を拡充し、令和5(2023)年10月から毎日(月～金曜日)午後診療を行うこととした。 ⑨初診枠を増やし、予約受付数を拡大した。</p>
<p>カ 継続的な栄養食事指導を実施し、その評価をフィードバックすることにより、患者の生活習慣病予防や規則正しい食生活習慣の定着、自己効力感(自己に対する信頼感や有能感)の向上など、自立した生活基盤の確保に向けた支援を行う。また、栄養面に配慮した安全で美味しい食事や行事食の提供により、入院患者の満足度向上を図る。</p>	<p>カ 患者の病状に配慮しながら継続的に栄養食事指導を行うことにより、食生活の安定や体重コントロールを図れるように支援する。 また、栄養面に配慮した安全で美味しい食事の提供に加え、新たな行事食を企画・提供することにより、入院患者の満足度向上を図る。</p>	<p>⑩入院・外来患者延べ777人に対して栄養食事指導を行い、食生活だけでなく、生活習慣全体を見直すよう指導した。継続率は97.7%で、運動が習慣化し、体重減少と血液検査値の改善に結びついた事例もあった。 ⑪患者の要望を踏まえ給食の提供方法を改善したほか、行事食の充実等により、入院患者の満足度向上を図った。</p>
<p>キ 患者のニーズを把握しながら、可能な範囲での療養環境の整備や患者プライバシーへの配慮を検討し、アメニティの向上を図る。</p>	<p>キ 患者満足度調査等において、患者のニーズを把握し、療養環境の整備やアメニティの向上を図る。</p>	<p>⑫患者満足度調査の結果、当院に対する満足度は67.1%で、前年度(71.7%)を下回ったが、全面院外処方に移行したことで、課題となっている外来待ち時間については満足度が改善された。(待ち時間満足度：R5 38.2%、R4 31.3%)。 ⑬患者からの意見や要望を院内で共有し、療養環境の改善を図った。</p>
<p>(3) 精神医療に関する情報の発信（小項目）</p>		
<p>ア ホームページの内容充実、広報誌の定期的な発行などにより、当院が提供する医療サービスについて積極的な情報発信を行い、県民に信頼される開かれた病院づくりを推進する。</p>	<p>ア 病院ホームページや広報誌を活用し、当院が提供する医療サービスについて分かりやすく情報発信を行う。</p>	<p>①地方独立行政法人化に合わせ新しい病院ホームページにより、分かりやすい情報発信に努めた。 ②広報誌「Okadai NEWS」を年4回発行し、患者や関係機関等に配布した。「教えてドクター」の連載では、精神疾患について分かりやすく情報発信を行った。</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(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 医療観察法病棟の運営状況等について、地元住民や関係機関で構成される「地域連絡会議」を通じて情報提供や意見交換等を行い、医療観察法医療についての理解促進を図る。	イ 地域住民や関係機関で構成される「地域連絡会議」において、医療観察法病棟の運営状況等について積極的に情報提供や意見交換等を行い、医療観察法医療についての理解促進を図る。	③新型コロナウイルス感染症の影響で中止していた「地域連絡会議」を対面方式で4年ぶりに開催し、地域住民や関係機関等の医療観察法医療への理解促進に努めた。
ウ 広報業務全体をマネジメントする広聴広報委員会を定期的に開催し、効果的な広報のあり方について検討する。	ウ 広報業務全体をマネジメントする広聴広報委員会を定期的に開催し効果的な広報のあり方について検討する。	④患者からの要望に応え、外来担当医の変更などタイムリーな情報の提供を目的として、公式LINEアカウントを開設することとした（令和6(2024)年4月開設）。

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	<p>評価理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 指標に関しては、「患者満足度割合」が目標値を下回った一方、「接遇・行動制限最小化研修参加率」、「入院患者に対する薬剤管理指導実施件数」及び「栄養食事指導継続率」は目標値を上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「(1) 患者の人権を尊重した医療の提供」では、病棟カンファレンスにおいて積極的に身体拘束の必要性を協議したほか、身体拘束開始時の手順を見直すなど、行動制限の最小化に向けた取組を強化した。また、「(2) 患者及びその家族等への医療サービスの向上」では、開院日全日の午後診療開始や、全面院外処方への移行による外来の待ち時間短縮、入院患者への服薬指導の充実等の取組により、患者サービスの向上を図った。さらに、「(3) 精神医療に関する情報の発信」では、効果的に当院の情報を発信するための公式LINEアカウントを開設することとした。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	<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

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	職員満足度割合（％）	55.0	60.9	110.7%	60.0	v
2	定年退職者を除く中途離職率（％）	2.1	0.0	200.0%		v

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	R8(2026) 年度 実績値
53.6	60.9			
2.1	0.0			

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 優れた医療従事者等の確保（小項目）		
ア 精神科専門研修基幹施設として専攻医の受入れを行い、連携施設と更なる連携強化を図ることにより、安定した医師確保を推進する。	ア 精神科専門研修基幹施設として充実したプログラム及び研修内容を提供し、ホームページ等で公開することにより、研修を希望する医師の確保につなげる。	①当院独自のプログラム作成に加え、大学病院等との連携により、精神科専門研修基幹施設として、専攻医1名を採用することができた。
イ 看護師及びその他コメディカルの定期的、計画的な採用を実施するとともに、医療系大学及び養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な人員確保、配置に努める。	イ 当院で精神科医療に携わりたいという高いモチベーションを持つプロパー職員を確保するため、看護師及びその他コメディカルの柔軟な採用を実施する。 また、就職ガイダンスへの参加や、ホームページ等で業務内容を紹介するなど、当院の魅力を積極的にPRすることにより、就職希望者の確保に努める。	②大学、看護師養成校等での就職ガイダンスへの参加や求人サイトの活用など、職員の確保に向けた活動を展開し、看護師8名、精神保健福祉士3名及び心理職1名を採用した。
ウ 医療制度や経営環境の変化に迅速に対応できるよう、病院経営や医療事務等に精通した事務職員の計画的な確保、配置に努める。	ウ 医療制度や病院経営に関する専門的な知識及び資格を持った事務職員の計画的な採用に努めるとともに、地方独立行政法人職員向けの研修等への参加を積極的に支援することにより、プロパー職員の資質向上を図る。	③求人サイトを活用し、病院勤務経験者等を含む事務職員5名を採用した。 ④全国地方独立行政法人病院協議会主催の事務職員向けセミナーに新規採用職員を派遣し、資質向上を図った。

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 研修体制の強化（小項目）		
<p>ア 精神科専門研修基幹施設として、研修指導室を中心に専攻医の研修体制の充実に努めるとともに、精神保健指定医の資格取得の支援など、若手医師にとって魅力ある研修環境を整備する。</p>	<p>ア 研修指導室を中心として専攻医の研修体制の充実に努めるとともに、精神保健指定医や精神科専門医の資格取得に向けて積極的に支援するなど、若手医師にとって魅力ある研修環境を整備する。 精神科救急認定医の育成プログラムを立ち上げ、日本精神科救急学会暫定認定施設から正式認定施設に移行するための準備を進める。</p>	<p>①専門医・指定医の資格取得のため、毎週「レポートクリニック」を開催するとともに、症例レポートを積極的にチェックするなど、若手医師を手厚く支援する体制を整備している。 ②医師1名を精神科救急認定医の資格取得に向けて研修カリキュラムを受講させる等、日本精神科救急学会正式認定施設に移行するための準備を進めた。</p>
<p>イ クリニカルラダー（臨床看護実践能力習熟度段階研修）を活用した院内での体系的な基礎研修を充実させるとともに、認定看護師等の育成のための支援や、病院全体で専門資格を活用できる取組を推進し、看護師のモチベーション向上及びスキルアップを図る。</p>	<p>イ 看護部教育計画に基づき院内研修を実施するとともに、クリニカルラダーの見直しを行うなど、教育体制の充実を図る。 また、認定看護師業務基準の策定に向けた調査や情報収集を開始する。</p>	<p>③看護部教育計画に基づき研修会を実施したが、クリニカルラダーの見直しは実施できなかった。 ④認定看護師業務基準の策定に向け、他病院の調査や情報収集を開始した。</p>
<p>ウ 実効性のある院内研修プログラムの充実を図るとともに、各種認定資格の取得や院外専門研修、学会等への参加を奨励、支援することにより、計画的な研修受講や専門資格の取得を推進する。</p>	<p>ウ 各種認定資格の取得や専門知識の習得及びスキルアップのため、意欲のある職員の学会や院外研修会への参加を計画的に進める。</p>	<p>⑤各種学会及び研修会へ計画的に参加した。 ⑥感染防止対策の強化を図るため、1名を感染管理認定看護師教育課程に派遣し、受講させた（令和6(2024)年度に試験を受け資格取得予定）。【再掲】</p>
<p>エ 院内における伝達研修（外部機関等が行う研修会に参加した職員が、学んだ知識や技術を他の職員に発表・伝達する研修）や勉強会などの取組を強化し、職員全体のスキルアップを図る。</p>	<p>エ 職員全体のスキルアップを図るため、eラーニングやWEB研修等も活用しながら、院内における伝達研修や勉強会などの取組を強化する。</p>	<p>⑦WEB研修やeラーニングを活用した院内研修を実施した（ハラスメント研修、接遇研修、インボイス制度の勉強会等）。</p>

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3) 人事管理制度の構築（小項目）		
<p>職員の仕事の成果や能力について適正に評価を行うことにより職員のモチベーション向上を図り、ひいては職員の能力開発や育成につながる公正で透明性の高い人事管理制度を構築する。</p>	<p>引き続き県に準拠した人事管理制度を活用しながら、当院独自の人事管理制度の構築に向け、具体的な検討を開始する。</p>	<p>①独法化2年目であり、県からの派遣職員の割合が高いことから、引き続き県準拠の人事管理制度を活用した。 ②先行して独法化した病院の人事管理制度の情報収集に努めた。</p>
(4) 働きやすい職場環境づくり（小項目）		
<p>ア 休暇取得目標の設定や育児・介護等に係る休暇の取得支援など、目標を具体化してワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を推進するとともに、業務の状況に応じて柔軟に職員を配置することにより業務の負担を軽減し、職員が心身ともに健康で働き続けられる職場環境づくりに努める。</p>	<p>ア 休暇取得目標の設定や育児・介護等に係る休暇の取得支援など、目標を具体化してワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を推進する。 また、業務の状況に応じて柔軟に職員を配置することにより業務の負担を軽減し、職員が心身ともに健康で働き続けられる職場環境づくりに努める。</p>	<p>①ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組として、当院の子育て支援制度をまとめた「子育て応援ハンドブック」を作成し、出産予定の職員及び妻が出産予定の男性職員に対して制度の説明を行った。 ②各職域における有給休暇の平均取得率について、60%以上とした目標値を達成することができた(69.7%)。 ③医師事務作業補助員を1名増員し、医師の業務負担の軽減を図った。</p>
<p>イ 働き方改革に対応した医師や看護師等の勤務体制の見直しを行う。</p>	<p>イ 看護師の勤務形態変更について、2交代制の導入を含め、具体的な検討を進める。</p>	<p>④看護師について、令和6(2024)年2月から1・7病棟に2交代制勤務を導入した。 ⑤医師の働き方改革に対応するとともに、医師の負担軽減を図るため、労働基準監督署の許可を得て、令和6(2024)年4月から、深夜帯における宿直勤務を導入することとした。</p>
<p>ウ 職場の執務環境を悪化させ、円滑な職務遂行を阻害するハラスメント行為の発生を防止するため、研修の実施により職員への周知徹底を図るとともに、相談窓口の設置や相談への適切な対応等により、ハラスメントのない職場環境づくりに努める。</p>	<p>ウ 職場におけるハラスメント行為発生を防止するための研修を実施し、全職員への周知徹底を図るとともに、引き続き各職域にハラスメント相談員を配置し、寄せられた相談に対して適切な対応に努めるなど、ハラスメントのない職場環境づくりに努める。</p>	<p>⑥ハラスメント研修を実施し、全職員に受講させた。 ⑦ハラスメントの未然防止及び早期発見につなげるため、「ハラスメント等相談ホットライン」を運営（誰もが相談しやすいよう、計5人の相談窓口を設置）している。</p>

4 人材の確保と育成（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 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標に関しては、「職員満足度割合」、「定年退職者を除く中途離職率」とともに、目標値を上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「(1) 優れた医療従事者等の確保」では、大学病院等と連携し専攻医を養成したほか、職員の計画的な採用に向け活動を展開した。また、「(2) 研修体制の強化」では、日本精神科救急学会正式認定施設への移行に向けた準備を進めたほか、認定看護師業務基準の策定について検討を行った。「(3) 人事管理制度の構築」では、当院独自の人事管理制度の構築に向け、先行して独法化した病院の人事管理制度の情報収集に努めた。さらに、「(4) 働きやすい職場環境づくり」では、看護師の勤務形態に2交代制勤務を導入するなどワーク・ライフ・バランスに配慮した環境づくりに努めた結果、中途離職者を0人に抑えることができた。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評価	S	評 価 理 由 等	<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と判断し、「S」評価とした。引き続き、研修体制の強化や働きやすい職場環境づくりに努め、人材の確保と育成を図りたい。

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	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	自病院退院後再入院率（3か月） （%）【再掲】	10.5	10.5	100.0%	10.0	iv
2	3か月以内退院率（%）【再掲】	86.0	84.4	98.1%	88.0	iii
3	措置入院患者ケア会議開催率 （%）【再掲】	85.0	91.3	107.4%	87.0	iv
4	紹介率（%）	52.0	59.4	114.2%		v
5	逆紹介率（%）	50.0	43.2	86.4%		ii
6	入院及び診察要請に対する受入れ 率（%）	52.0	78.0	150.0%		v
7	自宅退院や施設入所（GH等）に 結びついた作業療法終了者の割合 （%）	72.0	74.1	102.9%		iv
8	入院期間5年以上の患者数（人）	14	12	114.3%		v
9	在宅復帰率（%）	84.0	89.7	106.8%		iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値 (再掲)	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
11.4	10.5			
86.6	84.4			
83.0	91.3			
52.0	59.4			
44.1	43.2			
53.3	78.0			
70.3	74.1			
16	12			
83.7	89.7			

※ 中期計画指標のみ記載

5 地域連携の推進（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 地域の医療機関等との連携強化（小項目）		
<p>ア 精神科救急医療において課題となっている身体合併症患者への対応について、精神科有床総合病院との連携を更に拡充し、緊急時の受診、入院先の確保を図るとともに、県全体の身体合併症患者に対する救急医療の早期体制整備に協力する。</p>	<p>ア 身体合併症患者について、精神科救急情報センターから精神疾患合併症観察基準に基づく診察要請があった場合には、積極的に受け入れる。なお、受入れ後の対応困難事例については、症例の蓄積を行い、県等の関係機関と協議していく。 また、救急対応する医師・看護師が、病院前救護体制検討部会地域分科会事後検証会（栃木県救急・災害医療運営協議会が主催）へ積極的に参加することにより対応力を強化する。</p>	<p>①県が作成した精神疾患合併症観察基準に基づき救急隊により搬送された患者を積極的に受け入れた。 ②医師が病院前救護体制検討部会地域分科会事後検証会に参加し、身体合併症患者の救急搬送事例等について意見交換を行うなど、県の救急医療体制の整備に協力した。また県が主催する精神科救急の受入体制に関する研修会に医師が講師として参加した。</p>
<p>イ 緊急措置診察において措置不要と診断される事例を削減するため、保健所等関係機関との連携を強化し、措置診察の要否判断に係る調査能力向上に協力する。</p>	<p>イ 緊急措置業務を担う精神保健福祉センターとの連携を強化し、緊急措置診察の要否判断に係る調査能力の向上に協力することにより、不要な診察や搬送の削減に貢献する。</p>	<p>③緊急措置入院不要と診断される事例の削減を図るため、精神科救急情報センターとの連携を図り、緊急措置診察（23条通報）の要否判断を行う際に、当院の医師が助言を行った。</p>
<p>ウ 地域の医療機関との連携を強化し、アルコール依存症患者の紹介率を上げる取組を推進するなど、患者の状態に合わせた適時適切な医療サービスを提供し、患者が地域で適切な医療を受けられるよう努める。</p>	<p>ウ 他医療機関と積極的に情報交換を行うなど、職員同士のつながりを強化することで、病態や患者のニーズに合わせた医療が提供できるよう努める。 また、紹介や逆紹介患者の事例を通して、連携先病院の機能を具体的に把握し院内で共有することで、スムーズな紹介・逆紹介を行える体制を整える。</p>	<p>④アルコール・薬物依存症について、令和6(2024)年2月に当院の治療プログラムを基に県内の医療機関を対象にして、医療従事者研修会を開催した。 ⑤患者の紹介・逆紹介の事例を通じて、連携先病院と緊密に連絡を取り合うなど、他院との円滑な連携体制を維持した。</p>
<p>エ 依存症患者の治療効果の向上を図るため、断酒会やAA（アルコールリクス・アノニマス）等の自助グループやDARC（ダルク）等の専門機関との連携強化を図る。</p>	<p>エ 依存症患者の治療効果の向上を図るため、断酒会やAA（アルコールリクス・アノニマス）等の自助グループやDARC（ダルク）等の専門機関との連携強化を図る。</p>	<p>⑥新型コロナウイルス感染症の影響により、対面での実施を中止していた断酒会院内例会、AAメッセージを再開し、自助グループの当事者と情報の共有を図り、連携を強化した。</p>

5 地域連携の推進（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 入院患者の地域移行・定着の促進（小項目）		
<p>ア 入院早期から患者の能力や特性に応じた多様なリハビリテーションを実施し、退院に向けて地域の支援機関への橋渡しを行うとともに、退院後はデイケアで自己の病氣理解を深め、生活上必要な様々な対処法を習得するためのリハビリテーションを継続することにより、再発防止と地域生活定着を促進する。</p>	<p>ア 各病棟の作業療法士が中心となり、入院早期から患者の能力や特性に応じて多様なリハビリテーションを実施する。 また、退院後は外来・デイケアでのサポートへスムーズに移行できるよう、入院中から多職種・多部門によるチーム医療を積極的に推進し、再発防止と地域生活定着を促進する。</p>	<p>①措置入院患者や急性期患者に対し、入院早期から作業療法を実施するよう努めた結果、実施件数は前年度を大きく上回った（R5 2,644件、R4 1,369件）。【再掲】 ②また、退院予定の入院患者に対しては、多職種で連携しデイケアの見学案内を促すなど、デイケアの利用促進に努めた。</p>
<p>イ 多職種が連携して入院患者の外出支援、退院前訪問、ケア会議等を行い、早期退院促進に取り組むとともに、地域生活支援を行う事業者との連携を強化し、患者の退院後の生活支援体制づくりに協力することにより、患者の地域移行・定着を促進する。</p>	<p>イ 多職種が連携して入院患者の外出支援、退院前訪問、ケア会議等を行い、早期退院促進に取り組むとともに、自治体による精神障害者の退院後支援制度を積極的に活用し、地域生活支援を行う事業者と連携して患者の退院後の生活をサポートすることにより、患者の地域移行・定着を促進する。</p>	<p>③患者の円滑な退院促進のため、積極的に外出支援や退院前訪問（36件）を実施した。 ④市町の地域移行・地域生活支援事業を活用し、関係機関と連携して患者の退院後の環境調整を行ったほか、退院後のサポートが必要な患者に対して、ケア会議やケース会議を開催した。</p>
<p>ウ 指定通院患者や措置入院退院後支援対象者に対する多職種アウトリーチ導入について研究を行い、収益性を確保しながら求められるサービスが提供できるよう検討を行う。</p>	<p>ウ 指定通院患者や措置入院退院後支援対象者に対する多職種アウトリーチ導入について研究を行い、収益性を確保しながら求められるサービスが提供できるよう検討を行う。</p>	<p>⑤指定通院患者については、看護師や精神保健福祉士、作業療法士が訪問看護を行い、患者の病状等を医師に伝え、治療に活用している。</p>
<p>エ 院内での退院支援等におけるピアサポーター（患者と同じ体験を持つ相談員）の活用方法を検討する。</p>	<p>エ 他医療機関等におけるピアサポーター（患者と同じ体験を持つ相談員）の活用状況について調査するとともに、実際に活動しているピアサポーターから活動内容の聞き取りを行い、活用方法を検討する。</p>	<p>⑥ピアサポーターの活用状況について、県外の先行事例の調査を行った。今後は、その調査結果を踏まえ、当院での活用方法を検討していく。</p>

5 地域連携の推進（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"> ・ 指標に関しては、「3か月以内退院率」及び「逆紹介率」については目標値を下回った一方、「自病院退院後再入院率（3か月）」、「措置入院患者ケア会議開催率」、「紹介率」「入院及び診察要請に対する受入れ率」、「自宅退院や施設入所（GH等）に結びついた作業療法終了者の割合」、「入院期間5年以上の患者数」及び「在宅復帰率」については目標値を達成又は上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「(1) 地域の医療機関等との連携強化」では、精神疾患合併症観察基準に基づき救急隊により搬送された患者を積極的に受け入れた。また、依存症患者について、新型コロナウイルス感染症の影響により中止していた自助グループとの連絡会等を再開し、連携強化を図った。「(2) 入院患者の地域移行・定着の促進」では、入院中から多職種によるチーム医療を推進し、退院予定の入院患者に対するデイケアの利用促進に努めた。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<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 地域精神医療・福祉への貢献・協働（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	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況	R4(2022)	R5(2023)	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)
							年度 実績値	年度 実績値 (再掲)	年度 実績値	年度 実績値	年度 実績値
1	自病院退院後再入院率（3か月） （%）【再掲】	10.5	10.5	100.0%	10.0	iv	11.4	10.5			
2	3か月以内退院率（%）【再掲】	86.0	84.4	98.1%	88.0	iii	86.6	84.4			
3	措置入院患者ケア会議開催率 （%）【再掲】	85.0	91.3	107.4%	87.0	iv	83.0	91.3			

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 地域精神保健福祉活動への協力（小項目）		
<p>県や市町、関係機関等が実施するケア会議や、県民への精神疾患や精神障害者に対する正しい理解を普及・啓発する活動、保健所が主体となり実施する措置入院患者への退院後支援などの地域精神保健福祉活動に協力するとともに、地域の関係者と積極的に協働し、精神障害者の地域生活を支えていく。</p>	<p>当院で受け入れた措置入院患者について、入院後速やかにケア会議の準備を進め、保健所による退院後支援へスムーズに移行できるよう、確実にケア会議を開催する。</p> <p>また、精神障害者の地域生活を支えるための地域精神保健福祉活動に協力するとともに、保健所が開催する事例検討会等にも積極的に参加し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて協働する。</p>	<p>①身体疾患の悪化により急遽転院となった患者等を除き、原則全ての措置入院患者に対して、保健所と協力し退院後支援計画に関する説明の場を設けるとともに、多職種による退院時ケア会議を開催し、退院後のスムーズな地域移行につなげることができた。</p> <p>②児童相談所が開催するケース会議や宇都宮市保健所主催の事例検討会に参加した。</p>

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 地域の医療従事者育成への支援（小項目）		
<p>協力型臨床研修病院としての研修医、精神科専門研修基幹施設としての専攻医や医療従事者養成機関の学生等について積極的な受入れを行い、充実した研修体制を整備して教育機能を発揮するとともに、看護師養成機関や地域の医療従事者を対象とした研修会への講師派遣依頼にも積極的に応じ、県内の精神医療の人材育成に貢献する。</p> <p>また、他の医療機関における依存症治療のスキルアップを支援するため、精神保健福祉センターと連携して医療従事者向けの研修会を開催する。</p>	<p>医療従事者養成機関の学生や精神科認定看護師教育課程の実習生等について、WEB対応も含め、積極的な受入れを行う。</p> <p>また、看護師養成機関や地域の医療従事者を対象とした研修会の講師派遣依頼にも積極的に応じ、精神科認定看護師やCVPPインストラクターなど、高いスキルを持つ職員を講師として派遣する。</p> <p>精神保健福祉センターと連携して医療機関を対象とした依存症に関する研修会を開催し、地域における依存症の医療提供体制の整備に協力する。</p>	<p>①協力型臨床研修病院として初期研修医10名、精神科専門研修基幹施設及び連携施設として専攻医9名を受け入れた。</p> <p>②大学病院から学外実習生17名を受け入れた（医学部4名、看護学部13名）。</p> <p>③県内医療スタッフ養成機関から実習生170名を受け入れた。</p> <p>④看護師養成機関や児童相談所に対し、職員を講師として派遣した。</p> <p>⑤医療機関等を対象に医療従事者研修会を開催し、地域の医療従事者の依存症に関する理解促進を図った。</p>
(3) 行政その他関係機関等への助言・支援（小項目）		
<p>行政機関が主催する研修会の講師、特別支援学校や県有施設の嘱託医として職員を派遣するとともに、薬物再乱用防止など国や県が実施する取組において専門的立場から助言・指導や支援を行い、県内の精神医療水準の向上に貢献する。</p> <p>また、県が運営する精神科救急情報センターへの技術的助言等を行うなど、県の精神科救急医療の適正かつ円滑な運用に貢献する。</p>	<p>行政機関が主催する研修会の講師や各種委員会・審査会等の委員、特別支援学校や県有施設の嘱託医として職員を派遣し、専門的立場から助言・指導や支援を行う。</p> <p>また、県が運営する精神科救急情報センターへの技術的助言等を行うなど、県の精神科救急医療の適正かつ円滑な運用に貢献する。</p>	<p>①各種委員会・審査会等委員及び中央児童相談所等県有施設に職員を嘱託医として派遣した。</p> <p>②中央児童相談所にCVPPP講師を派遣した。</p> <p>③精神科救急情報センターの精神医療救急調整員（相談員）に対し医学的助言を行った（54件）。</p>

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（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"> ・ 指標に関しては、「3か月以内退院率」が目標値をやや下回った一方、「自病院退院後再入院率（3か月）」及び「措置入院患者ケア会議開催率」は目標値を上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「(1) 地域精神保健福祉活動への協力」では、当院で受け入れた措置入院患者に対して、入院後速やかに多職種によるケア会議を開催し、保健所による退院後の支援につなげることができた。また、「(2) 地域の医療従事者育成への支援」では、協力型臨床研修病院としての研修医、精神科専門研修基幹施設としての専攻医や医療従事者養成機関の学生等を積極的に受け入れたほか、関係機関に講師として職員を派遣した。さらに、「(3) 行政その他関係機関等への助言・支援」では、各種委員会・審査会等委員や研修会の講師として職員を派遣するとともに、精神科救急情報センターに対し医学的助言を行うなど、県の精神科救急医療の運用に積極的に貢献した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<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）

◆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	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	D P A T先遣隊チーム数（チーム）	3	3	100.0%	3	iv

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	R8(2026) 年度 実績値
3	3			

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 災害等への対策の強化（小項目）		
<p>大規模災害や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などに患者の安全を確保するため、医薬品や食品等の適正な備蓄や訓練・研修を実施するとともに、職員の安全も確保しながら病院機能を維持できるよう、感染症対策を含めた実効性のあるBCP（事業継続計画）を策定し、災害対策を強化する。</p> <p>また、災害等発生時においても県内の精神医療提供体制が維持できるよう、災害拠点精神科病院の指定に向けた体制整備を検討する。</p>	<p>大規模災害や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいて患者の安全を確保するため、必要な医薬品や食料品の備蓄を行うとともに、有事に備えた訓練や研修を定期的に実施する。</p> <p>また、災害等発生時においても病院機能を維持するためのBCP（事業継続計画）の策定を進める。</p>	<p>①災害発生時に備え、医薬品や備蓄食料の確保・点検・更新を行った。</p> <p>②火災を想定した消防訓練を計2回実施した。</p> <p>③災害時の事業継続を目的としたBCP（事業継続計画）及び災害時の初動対応についてとりまとめた「災害対応マニュアル」の策定を進めた（令和6(2024)年4月策定）。</p>

7 災害等への対応（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 災害等発生時における支援等（小項目）		
<p>県からの要請に基づきDPAT（災害派遣精神医療チーム）や職員を派遣するなど、災害等発生時の支援活動に積極的に取り組むとともに、DPAT先遣隊員を計画的に養成し、平時での訓練・研修を実施することにより体制を強化する。</p> <p>また、県のDPAT隊員養成研修に講師を派遣し、人材育成にも貢献する。</p>	<p>災害等発生時における県からの支援要請に迅速に対応し、DPAT（災害派遣精神医療チーム）や職員を派遣するなど、支援活動に積極的に取り組む。</p> <p>DPATが常時3チーム編成できるよう、計画的に先遣隊員を養成するとともに、院内でDPAT研修を定期的に開催して隊員の技能維持を図る。</p> <p>また、県のDPAT隊員養成研修に講師を派遣するなど、人材育成の面でも積極的に協力する。</p>	<p>①令和6(2024)年1月に発生した「令和6年能登半島地震」への支援要請に対して、DPAT（災害派遣精神医療チーム）先遣隊を2チーム派遣し、支援活動に取り組んだ。</p> <p>②職員2名にDPAT先遣隊研修を受講させ、先遣隊員の資格を取得させた。</p> <p>③DPAT隊員の技能維持を図るため院内において独自に研修会を3回開催した。</p> <p>④県主催のDPAT隊員フォローアップ研修に当院の先遣隊員を講師として派遣した。</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
・ 該当なし	—

法人の自己評価	A	<p>評価理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 指標に関しては、「DPAT先遣隊チーム数」について目標値を達成した。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「(1) 災害等への対策の強化」では、災害等発生時に病院機能を維持するためのBCP（事業継続計画）の策定を進めたほか、災害発生時に職員が適切に対応するための災害対応マニュアルの策定も進めた。また、「(2) 災害等発生時における支援等」では、「令和6年能登半島地震」への支援要請に対し、速やかにDPAT先遣隊を編成・派遣し、支援活動を行った。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	<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。

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）

1 業務運営体制の確立（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 効率的で透明性の高い病院運営（小項目）		
<p>ア 多様化する医療ニーズに対応した外来・病棟機能の見直しや、適正な病床数及び人員配置の検討を行うため、医療環境の変化に応じて迅速な意思決定が行える組織体制を整備するとともに、多職種が連携した機能別内部組織の編成や各種委員会活動の活性化により、質の高い医療をより効率的に提供することを目指す。</p>	<p>ア 医療環境の変化に応じた戦略的かつ効率的な業務運営を行うため、多職種が連携して、新たな診療報酬の算定や外来・病棟機能の見直しを行う。</p>	<p>①令和6(2024)年1月に「保険診療委員会」を立ち上げ、新たな診療報酬算定項目の取得に向けた検討及び調整を行う体制を整備した。 ②木・金曜日のみだった午後の外来診療時間を拡充し、令和5(2023)年10月から毎日（月～金曜日）午後診療を行うこととした。【再掲】 ③外来患者の利便性向上と待ち時間の解消を図るため、令和5(2023)年10月から全面院外処方（院外処方99.6%）に移行した。【再掲】</p>
<p>イ 病院の運営状況等についてホームページや広報誌等を活用して積極的に情報発信を行い、透明性の高い病院運営に努める。</p>	<p>イ 病院の運営状況等についてホームページや広報誌等を活用して積極的に情報発信を行い、透明性の高い病院運営に努める。</p>	<p>④広報誌「Okadai NEWS」を年4回発行し、患者や関係機関等に配布した。【再掲】 ⑤また、ホームページに診療案内のほか、中期計画や年度計画、財務諸表等の病院運営に係る情報を掲載し、情報発信を行った。</p>
<p>ウ オンライン受付や診察状況が確認できるシステムなど患者の利便性向上につながるサービスの導入や、ICT（情報通信技術）の活用による業務の効率化、テレワークの推進など、効率的な医療提供体制の整備を検討する。</p>	<p>ウ オンライン受付や診察状況が確認できるシステムなど、患者の利便性向上につながるサービスの導入について、費用対効果等を考慮しながら、導入に向けた検討を行う。</p>	<p>⑥電子カルテシステム更新の検討に併せ、各種システムの導入検討を行った。 ⑦患者からの要望に応え、外来担当医の変更などタイムリーな情報の提供を目的として、公式LINEアカウントを開設することとした（令和6(2024)年4月開設）。【再掲】</p>

1 業務運営体制の確立（中項目）

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

法人の自己評価	A	評価理由	・「保険診療委員会」を設置し、収益の改善に向け検討及び調整を行う場を整備することで、新たな診療報酬の算定に的確に対応した。また、経営改善・職域連携会議において経営状況を共有するだけでなく、毎日の入院患者数を「見える化」することで、職員の経営参画意識をさらに高めるなど、計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	病床利用率（％）	52.5	53.0	101.0%	58.8	iv
2	入院単価（円）	25,000	24,680	98.7%	21,200	iii
3	外来単価（円）	10,300	9,183	89.2%	13,000	ii
4	精神科救急性期医療入院料算定率（％）	61.8	73.0	118.1%		v
5	延べ外来患者数（人）	33,275	32,943	99.0%		iii
6	入院患者に対する薬剤管理指導実施件数（件）【再掲】	250	692	276.8%		v
7	デイケア参加率（％）	42.0	27.1	64.5%		i
8	診療材料費対医業収益比率（％）	1.90	1.11	141.6%		v

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値 (再掲)	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
47.5	53.0			
24,973	24,680			
13,000	9,183			
62.5	73.0			
31,660	32,943			
21	692			
26.8	27.1			
1.46	1.11			

※ 中期計画指標のみ記載

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 収入の確保対策（小項目）		
<p>ア ベッドコントロール会議等の実施により病棟間の連携を強化するとともに、患者のプライバシー確保に配慮しながら多床室の有効活用に努め、効率的な病床管理を行う。</p>	<p>ア 適切なベッドコントロールにより、他院への移院や他の病棟への転棟を減らし、必要とされる手厚い医療を退院時まで継続して提供する。 また、他院からのクロザピン導入目的の入院患者受入れも積極的に行う。</p>	<p>①病棟間の連携により、病状に応じた適切なベッドコントロールを行い、患者のプライバシーの確保に配慮しつつ、必要とされる医療を提供した。 ②他院からのクロザピン導入目的の入院患者受入れを行った。</p>
<p>イ 措置入院患者に加えて急性期患者の入院要請にも24時間体制で応じられる体制を整備するとともに、診療時間の延長や専門外来の設置など外来診療体制も強化し、病院全体の機動力を高めて収益の確保につなげる。</p>	<p>イ 日中における他機関からの急性期患者の入院要請に積極的に対応する。 また、午後の外来診療の拡充やギャンブル等依存症外来の設置を図り、外来診療体制を強化する。</p>	<p>③日中に他機関からの入院要請があった際には、速やかにベッドコントロールを行い、積極的に要請に応じた。 ④木・金曜日のみだった午後の外来診療時間を拡充し、令和5(2023)年10月から毎日（月～金曜日）午後診療を行うこととした。【再掲】 ⑤令和5(2023)年5月にギャンブル依存症専門外来を設置した。【再掲】 ⑥また、アルコール依存症等についても初診枠を拡大した。</p>
<p>ウ 医業収益改善ワーキンググループが中心となり、施設基準該当等に係る適時適切な確認を行うとともに、診療報酬の改定等に迅速に対応し、新たな診療報酬加算の取得に努めるなど、質の高い医療の提供に対して認められた診療報酬を漏れなく請求することにより、診療単価の引き上げを図る。</p>	<p>ウ 経営企画室及び医事課が中心となり、「看護補助体制充実加算」等の新たな診療報酬加算の取得を目指す。 また、入院患者に対する服薬指導の充実に図り、薬剤管理指導料等の適切な算定を目指す。</p>	<p>⑦「栄養サポートチーム加算」や「感染対策向上加算3」等の新たな診療報酬加算を取得した。 ⑧令和6(2024)年1月に「保険診療委員会」を立ち上げ、新たな診療報酬算定項目の取得に向けた検討及び調整を行う体制を整備した。【再掲】 ⑨全面院外処方に伴い、外来処方に費やしていた労力を入院患者に対する服薬指導に振り向け、目標値を大きく上回る692件を実施した。【再掲】</p>
<p>エ 患者の経済状況に応じて必要な公的扶助制度等を活用できるよう、早い段階から支援することにより未収金の発生を防止するとともに、発生してしまった未収金については、病院全体で未納者情報の一元管理を行って早期回収を図り、回収困難債権については弁護士法人へ回収業務を委託して回収の徹底を図る。</p>	<p>エ 患者の状況に応じ、多職種が連携して早期から介入・支援することにより未収金の発生を防止するとともに、病院全体で未納者情報の一元管理を行うなどにより、未収金の早期回収を図る。 また、回収困難債権については弁護士法人へ回収業務を委託するだけでなく、必要に応じて法的措置を講じることも検討する。</p>	<p>⑩患者の家族構成や経済状況を踏まえ、公的扶助制度の活用などを助言、支援した。 ⑪職種間で連携を密にし、未収金の発生・増加防止に努めるとともに、弁護士法人へ未収金の回収業務を委託し、未収金の早期改修に努めた。</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(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 費用の削減対策（小項目）		
<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とともに、医薬品、診療材料、消耗品について適正な在庫管理に努め、費用対効果を意識した業務改善に取り組むことにより費用の抑制や削減を行う。</p>	<p>ア 院内会議において、経営状況や課題を共有するとともに、職員に対してコスト削減意識の向上に努める。 意欲のある若手プロパー職員を積極的に採用することにより、偏った年齢構成を是正し、給与費全体の適正化を目指す。 全面院外処方への移行に併せて、医薬品等の在庫管理を徹底することにより、材料費を削減する。</p>	<p>①「経営改善・職域連携会議」において月次決算及び決算見込みを示し、経営状況や課題を共有することで、職員のコスト意識の醸成に努めた。 ②若手プロパー職員の採用により職員の年齢構成の適正化を図った。 ③全面院外処方への移行に併せ、医薬品の発注点の見直しや後発薬への切り替えを行い、材料費を削減した。</p>
<p>イ 働き方改革を推進していく中で、業務の効率化などに対する職員の意識啓発に努め、病院全体で組織や業務の見直しなどを行うことにより、時間外勤務の縮減を図る。</p>	<p>イ 働き方改革を推進していく中で、業務の効率化などに対する職員の意識啓発に努め、病院全体で組織や業務の見直しなどを行うことにより、時間外勤務の縮減を図る。</p>	<p>④働き方改革の推進及びワーク・ライフ・バランスの充実を図るため、定期的に、業務の効率化（見直し）や年休の取得促進、定時帰宅を全職員に対して促し、時間外勤務の縮減を図った。</p>
<p>ウ 病院の主要な建物の経年劣化が進んでいるため、適切な予防保全を行うことにより、施設の安全性・継続性を確保するとともに、修繕費用を抑制する。</p>	<p>ウ 病院の主要な建物の経年劣化が進んでいるため、適切な予防保全を行うことにより、施設の安全性・継続性を確保するとともに、修繕費用を抑制する。</p>	<p>⑤事務局において、定期的に破損箇所等の修繕・更新について協議を行い、修繕費用を抑制しつつ、施設の安全性・継続性の確保に努めた。</p>

2 収入の確保及び費用の削減への取組（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"> ・ 指標に関しては、「入院単価」、「外来単価」、「延べ外来患者数」及び「デイケア参加率」については目標値を下回った一方、「病床利用率」、「精神科救急急性期医療入院料算定率」、「入院患者に対する薬剤管理指導実施件数」及び「診療材料費対医業収益比率」については目標値を上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「(1) 収入の確保対策」では、多職種連携を強化し適切なベッドコントロールに努めたことで病床利用率を改善したほか、開院日全日の午後診療開始やギャンブル依存症専門外来の設置等により、外来診療体制の強化にも取り組んだ。また、「栄養サポートチーム加算」や「感染対策向上加算3」等の新たな診療報酬算定項目の取得にも努めた。「(2) 費用の削減対策」では、若手職員の採用による年齢構成の適正化を図るとともに、全面院外処方への移行に伴い医薬品の発注方法を見直す等により経費の削減に努めた。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評価	A	評価理由等	<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

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

No.	指標名	R5(2023)	R5(2023)	R5(2023)	R8(2026)	指標の 達成状況	R4(2022)	R5(2023)	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)
		年度 目標値	年度 実績値	年度 達成率	年度 目標値※		年度 実績値	年度 実績値 (再掲)	年度 実績値	年度 実績値	年度 実績値
1	経常収支比率（％）	100.0	112.1	112.1%	100.0	v	118.3	112.1			
2	医業収支比率（％）	66.0	71.5	108.3%	68.0	iv	68.2	71.5			

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>県民が求める高度で専門的な医療を安定的に提供していくため、中期目標期間中に経常収支の黒字化を目指す。 また、計画的な資金管理を行い、経営基盤の安定化に努める。</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。 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経常利益は292百万円を計上し、経常収支比率は112.1%となった。 ②経常収支の黒字化を目指すため、月次で収支状況及び資金状況の管理を行い、その結果を院内に共有し、職員のコスト意識の醸成に努めた。</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	—

法人の 自己評価	A	<p>評価理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 指標に関して、「経常収支比率」は112.1%、「医業収支比率」は71.5%となり、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、運営会議や経営改善・職域連携会議を通じて経営状況の共有を行い、職員の経営参画意識の向上に努めた。また、多職種連携強化による効率的な病床管理や診療時間の拡充等による外来診療体制の強化、全面院外処方への移行による薬剤部門の業務見直し等、収支改善に取り組んだ結果、経常収支の黒字化を達成した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評価	A	<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。

第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）

1 施設のあり方の検討（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
竣工から30年以上経過し、病院の主要な建物の老朽化が進んでいることに加え、時代の変化に対応した医療サービスの提供にも支障を来していることから、今後の施設のあり方を検討するためのプロジェクトチームを設置して必要な情報を収集するとともに、当院に求められる医療機能及びそのために必要な施設設備、病床数等について検討を行う。	令和4年度に設置した「診療機能及び施設のあり方検討ワーキンググループ」において、引き続き当院に求められる医療機能及びそのために必要な施設設備、病床数等の検討を行うとともに、他公立精神科病院の施設等に関する情報収集を行う。	①県と協議を行い、継続して現有施設の課題整理及び当院に求められる医療機能等の検討を行うとともに、他公立精神科病院の情報収集を行った。

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	—

法人の自己評価	A	評価理由	・ 現有施設の課題整理及び当院に求められる医療機能等の検討を行うなど、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>県民から信頼され、県内の精神科医療機関の模範的役割を果たせるよう、引き続き法令や社会規範を遵守するとともに、栃木県情報公開条例（平成11年栃木県条例第32号）及び栃木県個人情報保護条例（平成13年栃木県条例第3号）に基づく適切な情報管理と情報セキュリティ対策を徹底する。</p> <p>また、これらを確保するため、内部監査の実施や院内におけるリスク評価及び対応策の見直しを随時行い、内部統制の充実を図る。</p>	<p>県民から信頼され、県内の精神科医療機関の模範的役割を果たせるよう、引き続き法令や社会規範を遵守するとともに、個人情報保護法及び栃木県情報公開条例に基づく適切な情報管理と情報セキュリティ対策を徹底する。</p> <p>また、これらを確保するため、内部監査の実施や院内におけるリスク評価及び対応策の見直しを随時行い、内部統制の充実を図る。</p>	<p>①個人情報の取扱いに関する自主点検や研修を全職員を対象に実施し、職員の意識向上を図った。また、個人情報保護制度見直し（令和5(2023)年4月）に伴う所要の事務に適切に対応した。</p> <p>②「電磁的記録媒体及びPC端末運用管理マニュアル」を策定し、電磁的記録媒体等の取扱いルールを定めた。また、当院が保有する情報システム資産について再調査を行い管理体制を明確にすることで、情報セキュリティ対策を強化した。</p> <p>③個人情報保護と情報セキュリティ対策を重点項目とした内部監査を実施した。</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
・ 該当なし	—

法人の自己評価	A	評価理由	・ 病院運営に必要な法令上の手続きについて、所管の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、内部監査を実施し情報セキュリティ対策を強化するなど、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

令和 5（2023）年度業務実績に関する全体評価書（岡本台病院）

1 全体評価（案）

（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。

（2）判断理由等

- 12 の項目のうち、「人材の確保と育成」については、計画を上回り、それ以外の 11 項目については、概ね計画どおり実施しており、経常収支も黒字を計上した。
- 引き続き、経営環境の変化に柔軟に対応しながら、サービスや業務の質の向上を図るとともに、財務の改善に取り組む必要がある。

2 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会の意見・指摘等

令和 5 (2023) 年度 (地独) 栃木県立がんセンター決算の概要

(単位：百万円)

区 分		R4 (2022)	R5 (2023)	増減
損 益 計 算 書	収 益	10,622	10,664	42
	医 業 収 益	7,707	8,312	605
	入 院 収 益	3,768	4,036	268
	外 来 収 益	3,785	4,100	315
	一 般 会 計 負 担 金	1,345	1,437	92
	補 助 金 等	1,000	184	△ 816
	費 用	10,441	11,111	670
	医 業 費 用	9,708	10,330	622
	給 与 費	3,770	3,932	162
	材 料 費	3,084	3,518	434
	経 費	1,984	1,952	△ 32
減 価 償 却 費	827	877	50	
純 損 益	181	△ 447	△ 628	
貸 借 対 照 表	資 産	15,335	13,629	△ 1,706
	負 債	11,594	10,323	△ 1,271
	純 資 産	3,741	3,306	△ 435

※収益及び費用の内訳は内数のため合計等は合わない。

※四捨五入により合計等が合わないものがある。

区 分		R4 (2022)	R5 (2023)	増減
許可 (稼働) 病床数 (床)		291 [210]	291 [225]	0 [15]
年間 延患 者数	入院患者数 (人)	51,387	54,416	3,029
	外来患者数 (人)	125,351	120,304	△ 5,047
	病床利用率 (%)	48.4 [67.0]	51.1 [66.1]	2.7 [△0.9]
平均在院日数 (日)		10.0	9.5	△ 0.5
単価	一人一日当入院 (円)	73,323	74,172	849
	一人一日当外来 (円)	30,199	34,084	3,885
医業収支比率 (%)		79.4	80.5	1.1
経常収支比率 (%)		101.7	95.8	△5.9

※66床は休床中のため、稼働病床数ベースの病床利用率も併記。

※入院患者数、病床利用率、一人一日当入院単価は、退院患者数含む。

※平均在院日数は、緩和ケア病棟を除く。

【決算の主な特徴】

- ・入院については、医師数の増加や、新型コロナウイルスによる入院制限がなかったことなどにより、患者数・収益ともに増加した。
- ・外来については、令和4年度に比べて患者数は減少したものの、外来化学療法の増加に伴い単価が上がったことなどにより、収益は増加した。
- ・入院・外来収益ともに増加し、医業収支比率は改善したものの、新型コロナウイルス関連補助金の減少や、薬品費などの材料費の増加などにより、4年連続の黒字は達成できなかった。

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。(案)
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開催する。</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、がん口コモ・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ションを通して、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
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。	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を継続的に実施する。	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。
(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。	医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。	
ア 医療倫理の教育や研修を定期的実施する。 また、院内における医療従事者の倫理観向上のための教育企画等を推進するための人材育成に取り組む。	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。	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。

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校祭への出展、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校祭への出展、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。

令和 5（2023）年度業務実績に関する全体評価書（がんセンター）

1 全体評価（案）

（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・指摘等

栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会条例

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、栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会(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 8 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。

附 則(令和3年条例第12号)

この条例は、令和3年4月1日から施行する。

栃木県立病院地方独立行政法人の業務実績に関する評価方法及び評価基準

1 趣旨

地方独立行政法人栃木県立がんセンター、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及び地方独立行政法人栃木県立岡本台病院（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。

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月頃に栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会（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。

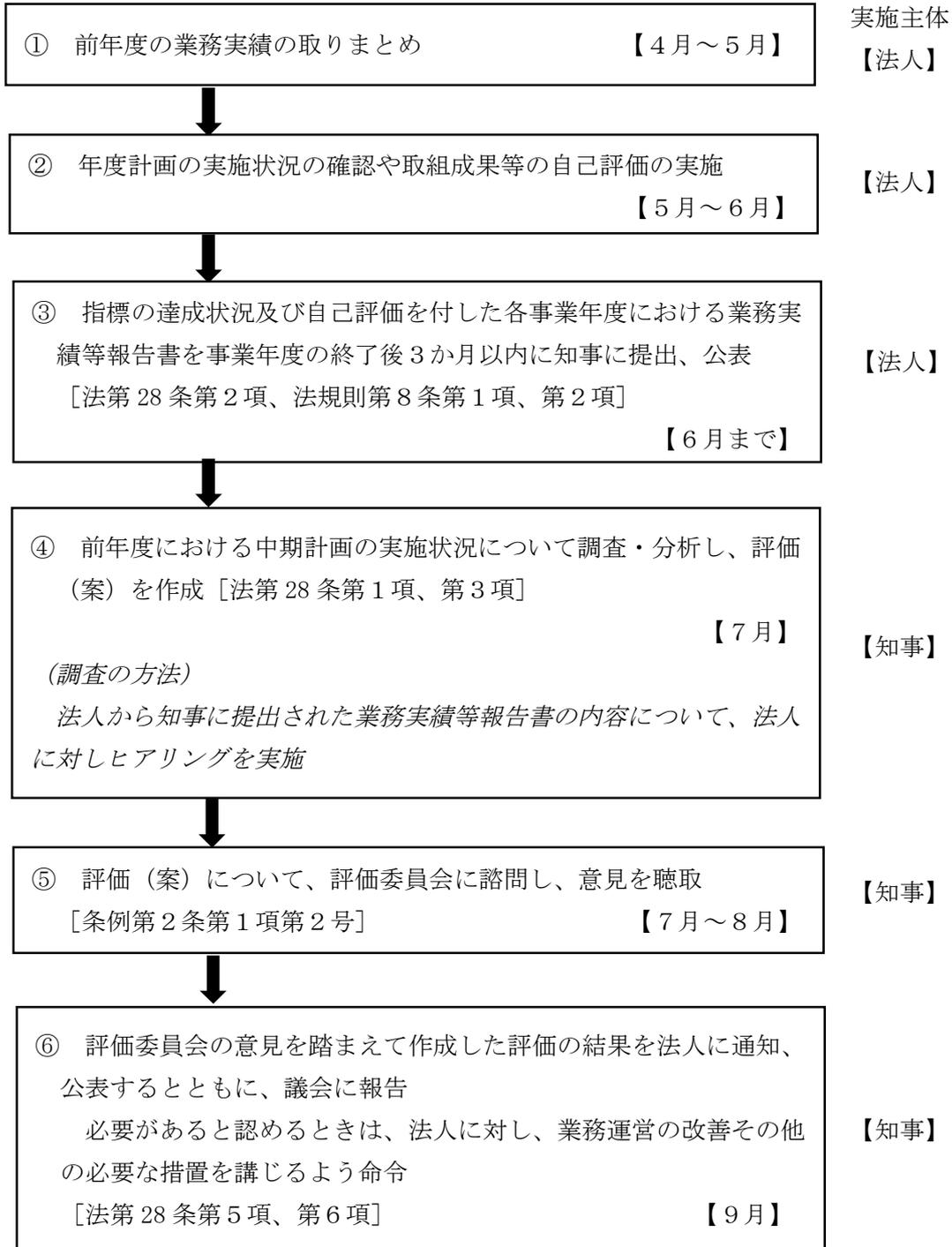
(3) 中期目標の期間における業務実績の評価

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】

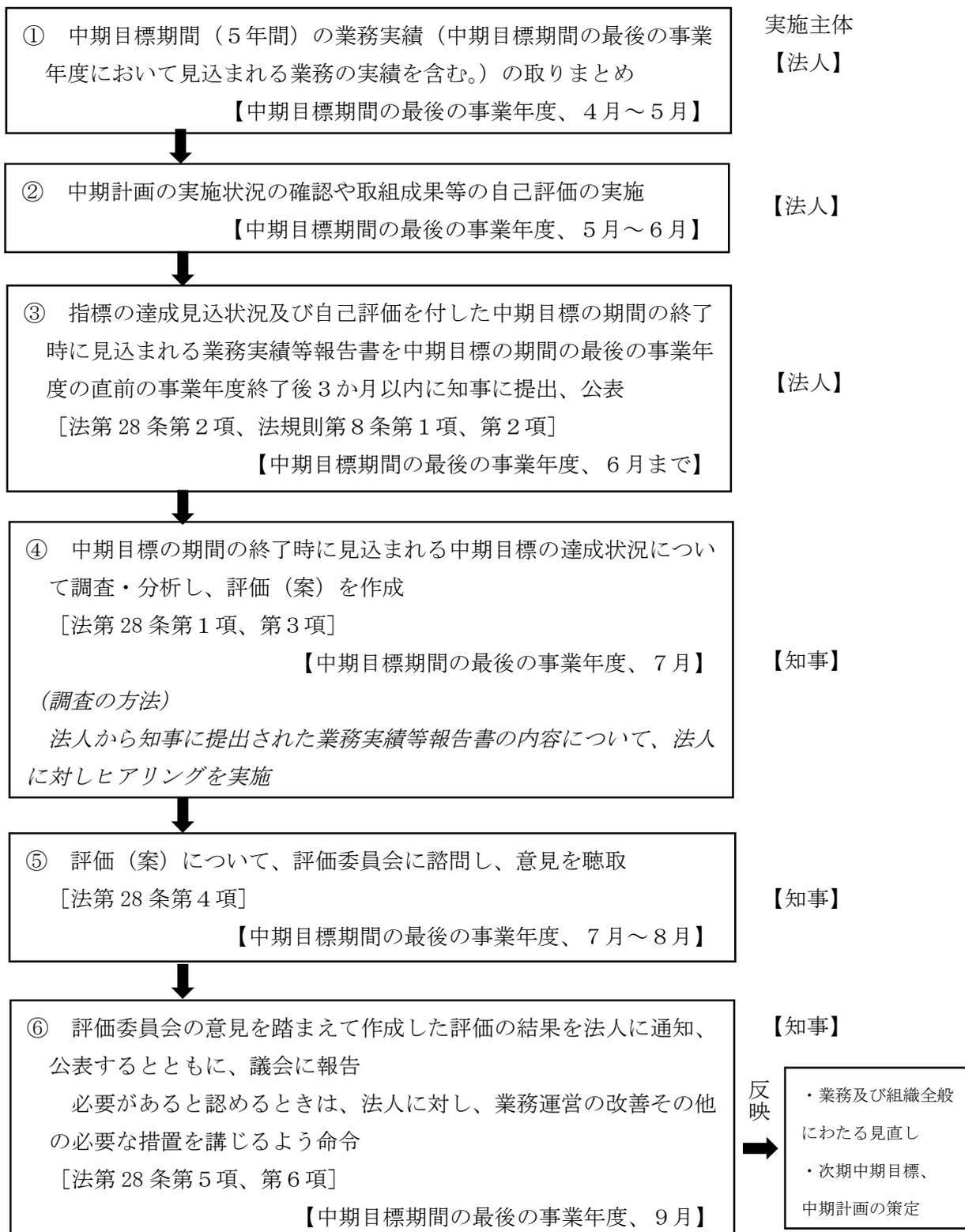
栃木県立病院地方独立行政法人の業務実績の評価に関するフロー

(1) 各事業年度における業務実績の評価



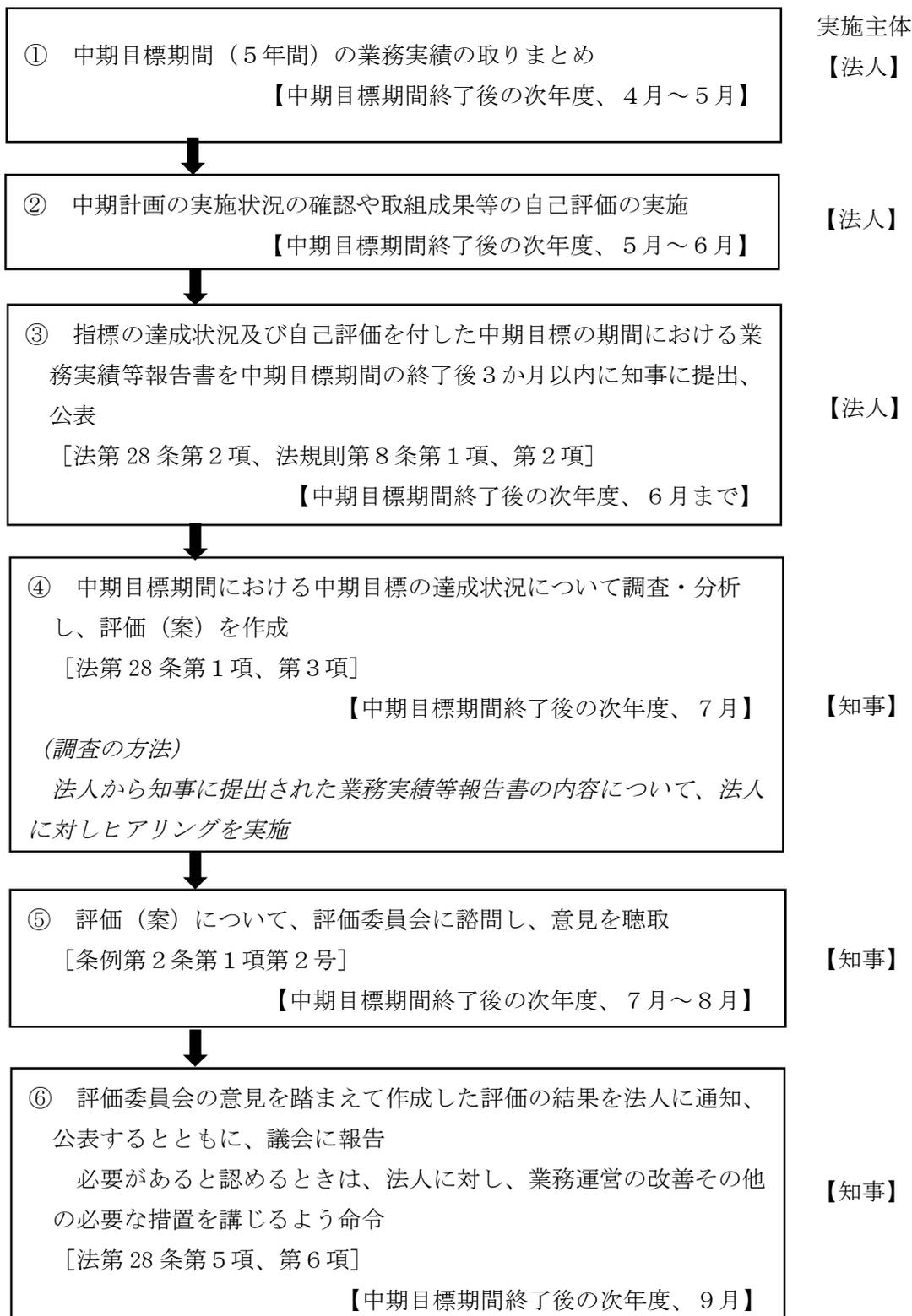
(注) 図中「法」は地方独立行政法人法を、「条例」は栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会条例を、「法規則」は栃木県立病院地方独立行政法人の業務運営並びに財務及び会計に関する規則を示す。

(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」は栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会条例を、「法規則」は栃木県立病院地方独立行政法人の業務運営並びに財務及び会計に関する規則を示す。

(3) 中期目標期間における業務実績の評価



(注) 図中「法」は地方独立行政法人法を、「条例」は栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会条例を、「法規則」は栃木県立病院地方独立行政法人の業務運営並びに財務及び会計に関する規則を示す。

医政第477号
栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会

下記について、貴評価委員会の意見を求めます。

令和6（2024）年8月5日

栃木県知事 福田 富一

記

- 1 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会条例（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、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及び地方独立行政法人栃木県立岡本台病院の令和5（2023）年度における業務の実績に関する評価に係る意見