

地方独立行政法人栃木県立がんセンターの
平成30（2018）年度業務実績に関する評価書

栃 木 県

業務実績報告書兼中項目別評価書

平成 30(2018) 年 度

(第 3 期事業年度)

自 平成 30(2018)年 4 月 1 日

至 平成 31(2019)年 3 月 31 日

地方独立行政法人栃木県立がんセンター

目 次

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表	1
第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項（大項目）	2
1 質の高い医療の提供（中項目）	2
2 安全で安心な医療の提供（中項目）	6
3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）	9
4 人材の確保と育成（中項目）	14
5 地域連携の推進（中項目）	18
6 地域医療への貢献（中項目）	21
7 災害等への対応（中項目）	23
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	24
1 業務運営体制の確立（中項目）	24
2 経営参画意識の向上（中項目）	25
3 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	26
第3 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）	29
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	30

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表

◆ 中期目標期間における各事業年度の項目別評価

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

(参考) 中期目標期間における各事業年度の全体評価

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

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

1 質の高い医療の提供(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018) 年度 目標値	H30(2018) 年度 実績値	H30(2018) 年度 達成率	R2(2020) 年度 目標値※	指標の達成 状況	
1	高難度手術延べ件数(件)	76	52	68%	60	i	
2	腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数(件)	360	530	147%		v	
3	外来(日帰り)ポリープ内視鏡手術延べ件数(件)	927	984	106%		iv	
4	高精度放射線治療延べ件数(件)	IMRT	836	2,190	262%	780	v
		SBRT	8	8	100%	20	iv
5	外来化学療法延べ件数(件)	7,571	8,048	106%	7,900	iv	
6	臨床研究件数(件)	175	183	105%	228	iv	
7	チームSTEPPS受講率(%)	85.0	83.7	98%		iii	
8	緩和ケア勉強会実施回数	年10回	年8回	80%		ii	
9	地域の緩和ケア連携カンファレンス開催回数	年10回	年8回	80%	月1回以上	ii	
10	がん患者リハビリテーション単位数(単位)	6,048	5,374	89%	17,040	ii	

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

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

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)高度で専門的な医療の推進(小項目)		
<p>患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、がん専門病院として、以下のとおり、高度で専門的な医療を提供する。</p> <p>ア 局所進行がんや転移がん、希少がんも含め、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、手術、放射線治療及び化学療法を組み合わせた集学的治療の充実を図るなど、高度専門医療を提供する。</p>	<p>患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、がん専門病院として、以下のとおり、高度で専門的な医療を提供する。</p> <p>ア 局所進行がんや転移がん、希少がんも含め、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、手術、放射線治療及び化学療法を組み合わせた集学的治療の充実を図るなど、高度専門医療を提供する。</p> <p>また、骨軟部腫瘍科の入院診療を7月から再開し、県内で実施が困難であった骨軟部腫瘍領域における治療を積極的に進めていく。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 当センターは平成24(2012)年から肝胆膵外科高難度手術を年間50例以上維持しており、日本肝胆膵外科学会による修練施設のランクがBからAにアップされた。 高難度手術件数は平成29年度は75例であったが平成30(2018)年度は52例と激減した。特に10~12月の手術件数の減少が著しかったが、1月からは元のペースに戻った。 骨軟部腫瘍・整形外科の入院診療を7月から再開し、県内では実施が困難であった整形外科領域における骨軟部腫瘍の治療を積極的に行った。 多職種参加によるがんボード(症例検討会)を各診療科等で開催し、患者の状態に応じて手術療法、放射線療法、化学療法又はそれらを効果的に組み合わせた集学的治療を実施した。また、新たに骨転移カンファレンスを開始した。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ 低侵襲な鏡視下手術(腹腔鏡、胸腔鏡を入れてモニターを見ながら行う手術)や食道、胃、大腸の内視鏡治療の実施(内視鏡的粘膜下層剥離術:ESD、内視鏡的粘膜切除術:EMR等)等、患者の身体的負担が少ない治療法を引き続き提供し、患者の高齢化への対応を進める。</p> <p>ウ IMRT(強度変調放射線治療)やSBRT(体幹部定位放射線治療)等、患者の状態等に応じた高度な放射線治療を提供する。</p> <p>エ 抗がん剤の作用、副作用に熟知した専門医や看護師による高度ながん化学療法を引き続き提供するとともに、他の医療機関では実施困難な最新の化学療法を提供する。</p> <p>オ 患者がよりよい治療を受けられるよう、治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のための国内外の多施設共同研究に積極的に取り組む。</p>	<p>イ 低侵襲な腹腔鏡及び胸腔鏡下手術については、手術適応を守りながら積極的に施行し、術後合併症の減少と入院期間の短縮に努める。 また、低侵襲な内視鏡治療を実施するとともに、その情報提供を行い、周知に努める。更に、当センターの特長である大腸ポリープの日帰り内視鏡手術を推進する。</p> <p>ウ 短時間で効率的にIMRT(強度変調放射線治療)の施行が可能となるVMAT(強度変調回転照射)及びSBRT(体幹部定位放射線治療)を実施する。</p> <p>エ 抗がん剤の作用、副作用に熟知した専門医、認定看護師、薬剤師等を含めた多職種により、最新かつ適切な化学療法を実施する。</p> <p>オ 患者がよりよい治療を受けられるよう、治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のための国内外の多施設共同研究に積極的に取り組む。 また、治験依頼者へ積極的に情報発信するとともに、治験コーディネーターを活用するなど実施体制を強化する。</p>	<p>・ 腹腔鏡手術の経験豊富な婦人科医を採用し、日本産婦人科内視鏡学会技術認定医が2名となった結果、婦人科領域の腹腔鏡手術が著しく増加した。(年間171例)</p> <p>・ 子宮体がんに対する傍大動脈リンパ節郭清を含めた腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(先進医療)は、当センターが県内で唯一の施行可能な施設となった。</p> <p>・ 消化器外科には日本内視鏡外科学会技術認定医が3名在籍しており、手術適応を守りながら質の高い低侵襲な鏡視下手術を施行した結果、術後合併症が減少し、入院期間の短縮にもつながった。</p> <p>・ 早期の胃・大腸がんに対する低侵襲な治療を推進するため、内視鏡的粘膜下層剥離術を積極的に実施し、その治療成績も良好であった。また、大腸ポリープについては、外来検査の際にその場でポリープを切除することを推進し、患者に身体的にも経済的にも負担の少ない治療を提供した。</p> <p>・ IMRTについては、遠隔転移陽性症例に対し適応が拡大されたことと、泌尿器科医欠員による前立腺手術削減の影響を吸収する受け皿になったことで件数が大幅に増加した。</p> <p>・ 平成29(2017)年度は未実施であったSBRTを施行した。手術例・新規症例増加に関連した実績と推測される。</p> <p>・ 医師、薬剤師、緩和ケアチームの看護師、外来看護師、がん相談支援センター相談員、門前薬局の薬剤師によるカンファレンスを2週間に1回実施し、情報の共有や提供を継続して行った。</p> <p>・ 副作用対策及びレジメンについて、がん化学療法認定看護師を中心に医師、薬剤師と相談、検討した。</p> <p>・ 外来受診の際、有害事象について確認し対応できるよう、化学療法問診票の記載内容や運用方法の見直しについて検討した。</p> <p>・ 承認前の医薬品の治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のため、国内外の多施設共同研究に積極的に取り組み、当センターやSMO(治験施設支援機関)の臨床研究コーディネーターを活用し医師の業務を支援した。</p> <p>・ 当センターにおける治験実施体制、治験関連規程、IRB(臨床研究審査委員会)に関する最新情報を随時ホームページに掲載し、速やかに治験依頼者へ情報発信した。</p> <p>・ 「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」において、臨床研究に関する教育・研修の機会の確保が規定されていることから、eラーニング(ICRweb)を導入し、研究者、外部委員を含めたIRB委員に周知し、活用を開始した。</p> <p>・ 倫理指針、手順書、書式を改正し、IRBの迅速審査と通常審査のライン引きの明確化、IRB小委員会の廃止等、効率化策を盛り込んだ。</p>
(2)チーム医療の推進(小項目)		
<p>多職種の医療従事者間で連携、協働し、それぞれの専門性を最大限に発揮できるよう、放射線診断医、病理診断医をはじめとする医療従事者間の連携、協働を実際の臨床の場で実践するため、体系的なチームトレーニングを実施するとともに、がんセンターボード(症例検討会)の一層の充実を図る。</p>	<p>平成28(2016)年2月から開始したチームSTEPPS(※)の研修を、全職員を対象に実施する。 また、がんセンターボード(症例検討会)を定期的開催する。 ※ 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>・ 2月にチームSTEPPS研修を開催し、全職種から108名(初級編87名、中級編21名)が受講した。全職員の受講率は、83.7%となった。次年度は受講率100%を目標に未受講者の受講を推進していく。</p> <p>・ がんセンターボード(症例検討会)については、各診療科等で定期的開催した。</p> <p>・ 多職種の医療従事者間での連携、協働によるチーム医療を推進するため、プロトコールに基づく薬物治療管理の取組を始めた。(作成プロトコール:入院処方入力支援プロトコール、外来化学療法トレーニングレポート活用プロトコール、外来院外処方疑義照会簡素化プロトコール)</p>

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3)緩和ケアの推進(小項目)		
<p>患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、以下のとおり、がんと診断された時からの緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターの体制を充実させるとともに、緩和ケアセンターが主体となって院内向けに勉強会等を開催し、病院内の全ての職員が緩和ケアに対する意識付けを共有化して協力体制を構築するなど、院内の緩和ケアを推進する。</p> <p>イ 院内のみならず地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域連携カンファレンスの実施、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションとの連携強化、訪問診療の検討を行うなど、地域と連携して在宅緩和ケアを推進する。</p>	<p>患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、以下のとおり、がんと診断された時からの緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合した緩和ケアセンターの機能の維持向上を図る。また、緩和ケアセンターで院内向けに緩和ケア勉強会を開催し、基本的緩和ケアから専門的緩和ケアへつなぐ体制を強化する。</p> <p>イ 地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、宇都宮医療圏における他のがん診療連携拠点病院と協働して医療・福祉関係者を対象とした緩和ケア地域連携カンファレンスを実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緩和ケアセンターの体制強化を図るため、毎週月曜日に緩和ケアセンター運営カンファレンスを開催した。緩和ケアリンクナース会を8回開催し、基本的緩和ケアの実践と専門的緩和ケアへつなぐ役割について症例を通して学んだ。 ・ 宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを済生会宇都宮病院と協働で8回開催した。「介護施設での看取りを考える」をテーマに開催し、地域の介護施設での看取り症例などを共有し、地域における緩和ケアの質の向上を図った。
(4)がん患者のリハビリテーション提供体制の充実(小項目)		
<p>患者の望む生活スタイルを支援するため、リハビリテーションスペースを拡充するとともに理学療法士・作業療法士の充実を図り、がんと診断された時から患者の病態に応じたリハビリテーションを提供する。</p>	<p>患者の望む生活スタイルを支援するため、がんと診断された時から患者の病態に応じたリハビリテーションを提供する。また、理学療法士・作業療法士以外の職種と連携を図りながら、総合的なリハビリテーション計画を策定し、質の高いリハビリテーションを提供する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 周術期リハビリテーションへ注力し、術後合併症予防や早期の生活復帰を図った。その結果、実施件数では平成29(2017)年度を上回った。入院患者のリハビリテーションのオーダー数432件(平成29(2017)年度:370件)のうち周術期は171件(平成29(2017)年度:125件)。外来及び入院患者における術前呼吸訓練実施は168件(平成29(2017)年度:133件)。 ・ 入院患者の全員に、リハビリテーション総合実施計画書を作成し交付した。作成件数は520件(平成29(2017)年度:490件)。 ・ 骨軟部腫瘍科医も構成員として加わり、毎週、多職種によるリハビリテーションカンファレンスと病棟回診を実施した。 ・ 骨軟部腫瘍・整形外科主催で毎週開催している骨転移カンファレンスでは、多職種参加による集学的検討を行い、適時的にリハビリテーションを提供することができた。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> ・ 該当なし 	<p style="text-align: center;">—</p>

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数」、「高精度放射線治療延べ件数のうちIMRT(強度変調放射線治療)件数」は大きく目標値を上回った一方、「高難度手術延べ件数」は目標値を大きく下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「高度で専門的な医療の推進」では、肝胆膵外科高難度手術を平成24(2012)年から年間50例以上維持し、日本肝胆膵外科学会による修練施設のランクがBからAにアップしたほか、骨軟部腫瘍・整形外科の入院診療を7月から再開し、県内では実施が困難であった整形外科領域における骨軟部腫瘍の治療を実施した。また、「チーム医療の推進」では、多職種 of 医療従事者間での連携、協働によるチーム医療を推進するため、プロトコールに基づく薬物治療管理の取組を開始したなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
-------------	---	------------------	--



知事の 評価	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。ただし、緩和ケアの推進やがん患者へのリハビリテーション提供体制の充実等については、一層の取組を期待したい。
-----------	---	-----------------------	---

2 安全で安心な医療の提供(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	医療安全管理研修(全職員対象)実施回数	年8回	年7回	88%		ii
2	感染管理認定看護師数(人)	2	1	50%	3以上	i
3	多職種連携ロールプレイ研修実施回数	年1回	年1回	100%		iv
4	医薬品安全使用研修実施回数	年2回	年2回	100%		iv

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

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

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)医療安全対策等の推進(小項目)		
<p>患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策等を推進する。</p> <p>ア リスクマネジャーや医療安全に関する院内組織を中心にヒヤリ・ハットも含めた医療事故の発生原因の分析等を行うとともに、安全管理に関する研修等を通し、職員間で再発防止策や医療安全に関する情報を共有化し、事故防止の徹底を図る。</p> <p>イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の予防、監視、指導、教育等を強化する。</p> <p>ウ チーム医療を推進することにより、院内に患者安全文化を醸成するとともに、職員にとっても安全な職場の形成を推進する。</p>	<p>患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策等を推進する。</p> <p>ア リスクマネジャーや医療安全に関する院内組織を中心にヒヤリ・ハットや医療事故の発生原因の分析等を行うとともに、安全管理に関する研修等を通して職員間で再発防止策や医療安全に関する情報を共有化し、事故防止の徹底を図る。</p> <p>また、医療事故調査制度の運用体制を整備し、医療の質と安全性の向上を図る。</p> <p>なお、安全管理に関する研修については、全職員を対象にした研修を実施するほか、職種や対象に応じた研修を計画的に実施する。</p> <p>イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の予防、教育のための勉強会を年10回開催する。</p> <p>ウ 医療の安全と質の向上を図るため、医療安全研修の中で多職種連携ロールプレイ研修を実施し、チームSTEPPSの導入の効果を高める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ リスクマネジャーを中心に「医療安全管理マニュアル」全般の見直しを行った。 ・ 「医療安全管理マニュアル」に基づき、リスクマネジメント部会においてインシデントや事故報告の原因分析や事故防止の具体策などについて調査や検討を行った。 ・ リスクマネジメント部会の検証ワーキンググループを多職種で構成し、インシデントや事故報告の原因分析、事故防止の具体策の検討、医療事故防止のための啓発、広報などを行い、医療事故の防止に努めた。 ・ 医療安全の推進に関する目標を各部署で立案し、業務の実践と評価・改善に取り組んだ。 ・ 医療事故調査制度の改定に伴い、すべての死亡症例について検証を行う体制を整備した。 ・ 医療安全に関する研修については、全職員を対象とした研修や職種ごとにテーマを設定した研修を28回開催した。(全職員対象:7回、職種別等:21回) ・ 感染対策委員会が中心となって院内感染の予防、教育のための勉強会を13回開催した。 ・ 医療安全に関する研修の一つとしてチームSTEPPS研修の中で、多職種連携ロールプレイを実施した。 ・ 医療安全推進目標にチームSTEPPSを活用した部署目標を設定し、各部署で前期・年度末評価を行い実践活動につなげた。また、平成29(2017)年度にチームSTEPPS研修を受講した者が、「チームSTEPPS受講後のチャレンジ報告」として、学びの実践について報告し個々の活動につながった。 ・ 医療の質及び安全性の向上に向けた取組の効果を可視化するため、3月に全職員を対象に「医療における安全文化調査」を実施した。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(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や服薬指導の徹底等、医療機器や医薬品をはじめ施設内全般の安全管理を徹底する。</p>	<p>患者に対して安全で安心な放射線治療を提供するため、毎月最終水曜日を放射線治療品質管理日とし、治療機器の精度管理を実施するとともに、その結果を掲示する。 また、医薬品の安全使用のための研修会を定期的実施するとともに、ME(メディカルエンジニア)室において医療機器の中央一括管理を行い、その安全性を維持するため保守点検を実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 安全で安心な放射線治療を提供するため、医学物理士を中心に毎月最終水曜日を放射線治療品質管理日として治療機器の精度管理を実施した。また、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。 医薬品の安全使用のための研修会を2回開催した。 「医薬品安全使用のための業務手順書」の運用状況を調査した結果、特に問題点はなかった。 医療機器(輸液・輸注ポンプ)の安全使用のための研修会を8回開催した。 医療機器に係る研修に参加し、医療支援業務の向上、医療機器の運用の効率的な実施に努めた。 ME(メディカルエンジニア)室において医療機器の中央一括管理を行うことで、データの信頼を高めた。また、医療機器の安全性を維持するため保守点検を実施するとともに、医療関係職種等と緊密な連携を行うことで、安全の確保に努めた。
(3)法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理(小項目)		
<p>ア 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守する。</p> <p>イ 栃木県情報公開条例(平成11年栃木県条例第32号)及び栃木県個人情報保護条例(平成13年栃木県条例第3号)に基づき、適切な情報管理を行う。</p> <p>ウ 個人情報漏えいを防ぐため、情報セキュリティ研修を実施するなど、職員の認識を高めるとともに、情報セキュリティ対策を徹底する。</p>	<p>ア 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守する。</p> <p>イ 栃木県情報公開条例(平成11年栃木県条例第32号)及び栃木県個人情報保護条例(平成13年栃木県条例第3号)を遵守し、情報公開及び個人情報に関する各種請求に対して、適正かつ迅速な手続を行う体制を構築する。</p> <p>ウ 栃木県個人情報保護条例に基づき個人情報の適正管理に努めるとともに、職員に対して個人情報保護に係る研修を行う。 また、職員の電子機器へのアクセス権限を必要最小限とし、適切に運用、管理を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 業務の遂行に必要な法令上の手続については、疑義が生じる都度、宇都宮労働基準監督署、宇都宮公共職業安定所、宇都宮市南消防署など関係法令を所管する機関へ協議や確認を行い、適正な業務執行に努めた。 栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づく開示請求等に対し、適切に対応した。(栃木県情報公開条例に基づく開示請求2件、栃木県個人情報保護条例に基づく開示請求5件、記録等開示申立36件) 新規採用職員を対象に個人情報の保護や情報セキュリティに係る研修を実施した。(67名参加) 個人情報の漏えい防止や情報セキュリティ対策の徹底を図るため、全職員を対象に情報セキュリティ研修を実施した。(96名参加) 退職者の登録情報を削除するとともに、職種ごとにアクセス権限を再確認した。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 該当なし 	<p>—</p>

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「多職種連携ロールプレイ研修実施回数」及び「医薬品安全使用研修実施回数」は目標どおりであったが、「医療安全管理研修(全職員対象)実施回数」、「感染管理認定看護師数」が目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療安全対策等の推進」では、リスクマネジメント部会において、インシデントや事故報告の原因分析や事故防止の具体策などについて調査や検討を実施した。また、「医療機器等の安全管理の徹底」では、医療機器の安全性を維持するため保守点検を実施したほか、医療関係職種等と緊密な連携を行うことで安全の確保に努めたなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
-------------	---	------------	---



知事の 評 価	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

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	カルテ監査実施回数	年2回	年2回	100%		iv
2	専門看護相談件数(件)	992	1,026	103%		iv
3	セカンドオピニオン件数(件)	200	153	77%	230	i
4	院内クリティカルパス適用症例率(%)	50.0	53.5	107%		iv
5	口腔ケア実施件数(件)	585	551	94%		iii
6	医療相談件数(件)	3,304	3,011	91%		iii
7	患者満足度割合(%)	90以上	87	97%	90以上	iii

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

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

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)患者及びその家族への医療サービスの充実(小項目)		
患者及びその家族への医療サービスの充実が図られるよう、以下の取組を実施する。	患者及びその家族への医療サービスの充実が図られるよう、以下の取組を実施する。	
ア 患者及びその家族に必要な情報を分かりやすく説明し、患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、インフォームド・コンセントを徹底する。	ア インフォームド・コンセントの徹底を図るため、カルテ監査による実施状況の検証を行うとともに、教育講演を年1回程度実施する。	・ インフォームド・コンセントの徹底を図るため、カルテ監査による実施状況の検証を行ったが、教育講演については実施に至らなかった。
イ 患者が自身の生活のスタイルに応じて手術以外の治療法も選択できるよう、医療相談等を充実する。	イ 患者が自身の生活スタイルに応じて最適な治療やケアを選択できるよう、各専門分野の認定看護師による看護外来を充実する。	・ 2分野(乳がん看護、がん性疼痛)の認定看護師による看護外来では、疾病を持ちながら地域で療養・社会生活を営む患者やその家族等に対し、専門的な知識や技術をもった看護師(認定看護師)が療養・社会生活について支援を行った。 ・ がん患者指導管理料イ・ロの算定時に行う看護面談では、治療開始前の不安を訴える患者に寄り添い、安心して治療に臨めるようにサポートを行った。
ウ 検査や処置等に関し、その都度、患者及びその家族に対して、医師をはじめ看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等による分かりやすい説明を徹底する。	ウ 臨床検査技師による血液生化学検査、生理学的検査等の説明や、診療放射線技師による画像検査の説明を充実するとともに、対象患者を拡大する。 また、患者が、病理専門医から直接病理診断結果の説明を受けることにより、病気への理解を深め、納得して治療法を選択できるよう、病理外来を開設する。	・ 臨床検査技師による検査説明は、東2病棟入院患者を対象に平成28(2016)年度から試行しているが、入院患者からのニーズがないため、今後は外来患者を対象とした検査説明を検討していく。 ・ 入院及び外来患者を対象として、診療放射線技師による画像検査に関する説明を実施するとともに、放射線治療を受ける患者に対し、実際に治療装置を見ながら放射線治療について説明した。 ・ 4月から病理外来を開設し、病理専門医から直接病理診断結果を患者に説明した。手術検体の肉眼所見や組織所見を実際に見てもらいながら説明することで、患者の病気に対する理解を深めることができた。(15件実施)

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>エ 患者及びその家族の生活の質の向上を図るため、外来診療の充実を図る。具体的には、人員体制に配慮しながら平日朝夕の診療を試行するとともに、セカンドオピニオン外来を平日のみでなく土曜日まで拡大する。</p>	<p>エ セカンドオピニオン外来については、消化器外科、乳腺外科、呼吸器内科、呼吸器外科等の診療科において、平日午後及び毎週土曜日午前に行う。 また、平日早朝の放射線治療を行うとともに、平日朝夕におけるCT、MRI等の画像検査の実施について検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 平日の午後及び土曜日の午前においてセカンドオピニオン外来を実施した。また、4月からは病理セカンドオピニオン外来を開始した。 平日早朝の放射線治療を実施するとともに、4月から平日タマンモグラフィの運用を開始した。(平日早朝放射線治療:707件、平日タマンモグラフィ:76件) 2月からリンパ浮腫対応施設がない県北地域において、リンパ浮腫療法士が出張ケアを実施することで治療が継続でき、患者の満足度と生活の質向上を図ることができた。
<p>オ 現在の手術マネジメントセンターの機能を強化した入退院センターを新たに設置し、入院前の患者への検査、入退院、持参薬管理の説明等、医療サービスの総合的なマネジメントを実施する。</p>	<p>オ 入退院センターとして、入院治療に対するマネジメントの充実を図る。また、入院治療患者の情報収集を入退院センターで行い、円滑な治療への準備や退院後を見据えた治療計画の策定など医療サービスの総合的なマネジメントを実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 入退院センターの年間利用者数は3,541件、月平均295件となった。診療科別では、乳腺外科が月平均48件と最も多く、平成29(2017)年度から介入を始めた内科は月平均22件で、他の診療科も安定している。 利用状況では、麻酔科の入院前対応が月30件台に増加し、薬剤師の持参薬確認とセンタースタッフによるスクリーニングにより、リスク低減につなげることができ、手術中止・変更症例数は7件、休薬未実施は0件となった。 栄養相談・栄養評価については、診療科から直接の栄養指導依頼も増え、入院前からの栄養指導につながった。 入院前の基礎データ聴取の準備は整い、次年度には開始できる予定であり、治療(退院)後も踏まえた対応により、患者の安心と安全を守る活動が期待できる。
<p>カ 院内クリティカルパス(良質な医療を効率的かつ安全、適正に提供するための手段としての診療計画表)の適用症例率の向上を図る。</p>	<p>カ 薬物治療を中心とした新規の院内クリティカルパス(良質な医療を効率的かつ安全、適正に提供するための手段としての診療計画表)の作成や手術関連の作成済みクリティカルパスの見直しを行い、適用症例率の向上を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 気管支鏡検査やERCP(内視鏡的逆行性膵胆管造影)などの検査を安全に行うことを目的にクリティカルパスを新規作成するとともに、薬物治療クリティカルパスの新規作成を行った。その結果、院内クリティカルパスは計99件となり、適用症例率は53.5%と向上した。
<p>キ がんの治療に伴う口腔合併症を予防し、療養生活の質の向上のために術前の口腔ケアを実施する。</p>	<p>キ がんの治療に伴う口腔合併症を予防するため、口腔ケアの対象患者数を拡大するとともに、周術期口腔機能管理の充実を図る。また、がん患者に対する質の高い口腔ケアが地域で実施できるよう、歯科医療機関を対象に、がん周術期口腔機能管理研修を実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 手術前の口腔ケアについては、口腔内チェックや応急的歯科処置、抜歯等を行うとともに、口腔ケアと呼吸訓練を組み合わせることにより術後合併症の予防に取り組んだ。 県内の歯科医院を対象にがん周術期口腔機能管理研修を実施した。(受講施設:11施設、受講者:40名)
<p>ク 病棟薬剤師を病棟に配置し、病棟薬剤業務や服薬指導等を充実する。</p>	<p>ク 病棟薬剤師の配置をさらに拡大し、病棟薬剤業務や服薬指導等を充実させる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 8月から全病棟に専任薬剤師を配置した。全病棟で病棟薬剤業務実施加算1を算定するため、週20時間以上の病棟薬剤業務を実施した。 全病棟に専任薬剤師を配置したこと等により服薬指導件数が増加した。また、新たに特定薬剤治療管理料2の算定を開始した。
<p>ケ がん罹患に対する不安解消を図るため、遺伝的な要因でがんを発症する可能性のある者に対して、がん予防・遺伝カウンセリング及び遺伝子検査を行うとともに、がんの予防や早期発見に必要な情報を提供する。</p>	<p>ケ 第3期がん対策推進基本計画に位置づけられた「がんゲノム医療」を推進するため、がんゲノム医療連携病院としての要件を満たすことができるよう、院内体制の整備を進める。 また、遺伝性腫瘍が疑われる患者及び家族に対するがん予防・遺伝カウンセリング外来の受診や多遺伝子パネル検査等の実施を促すとともに、遺伝性乳がん・卵巣がんに係る遺伝子検査等がコンパニオン診断として保険適用された場合の対応について検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> がん予防・遺伝カウンセリング外来については、初診43家系63名、再診124家系188名が受診するとともに、発端者21名、血縁者15名の遺伝子検査を実施した。 27種類の遺伝性腫瘍の原因遺伝子検査の結果が得られる多遺伝子パネル検査は5名に実施した。同じく、自費検査として実施しているBRCA1/2遺伝子検査は2名に実施し、合計7名に対して自費診療で遺伝子検査を実施した。 コンパニオン診断として、6月にBRCAAnalysis診断システム、12月にMSI検査が保険承認され、BRCAAnalysis診断システム14名、MSI検査32名の検査を実施した。 10月からゲノムセンターで実施するBRCAAnalysis診断システムに関して、遺伝カウンセリング加算が請求可能となった。 10月に国立がん研究センター中央病院と慶應義塾大学病院のがんゲノム医療連携病院となった。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 患者の就労等に関する相談支援体制の充実(小項目)		
<p>患者の就労をはじめ、介護や福祉制度等、社会的支援に関する情報を提供するため、ハローワーク等関係機関との連携を図るとともに、より一層きめ細かな相談に努めるなど、がん相談支援センターの体制の充実を図る。</p>	<p>第3期がん対策推進基本計画及び栃木県がん対策推進計画(3期計画)に基づき、ハローワーク等関係機関との連携体制を強化し、がん患者の就職支援などの充実を図る。 また、がんと診断された患者が、診断時から正しい情報提供や相談支援を受けることができる体制を整備し、早期離職の防止や仕事と治療の両立を支援する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栃木労働局長、栃木県産業保健総合支援センター所長、当センター理事長及び関係職員が一堂に会し、両立支援対策についての意見交換会を行い厚生労働省機関紙「労働衛生」に掲載された。 ・ 院内の体制では、両立支援コーディネーター養成基礎研修を2名が修了し、相談体制の充実を図った。 ・ 8月から入退院センターにおいて、仕事に関するアンケートを開始し支援対象者への早期介入に取り組んだ。 ・ 各診療科の診察室に、離職防止のためのメッセージカードを作成し、仕事と治療の両立に悩んでいる患者等に対して医師から手渡してもらえるよう環境を整備した。
(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上(小項目)		
<p>ア 患者及びその家族の立場に立った医療サービスを提供するため、研修等を実施し、職員の接遇マナーの向上を図る。</p> <p>イ 外来診察室の増設や患者の動線に配慮した会計窓口の再整備等を行い、外来診療、検査、会計等の待ち時間の短縮を図る。</p> <p>ウ 患者のプライバシーの確保に配慮するなど、患者及びその家族の快適性に配慮した院内環境の整備を計画的に実施する。</p> <p>エ 女性フロアの開設等、女性に配慮した病院運営を図る。</p> <p>オ 患者をはじめとする病院利用者の利便性の向上を図るため、病院施設内のサービスの充実を図る。</p>	<p>ア 患者及びその家族の立場に立った医療サービスを提供するため、全職員を対象とする接遇研修を実施し、職員の接遇マナーの向上を図る。</p> <p>イ 診療予約の適切な運用を図るほか、外来診療、検査、会計等の待ち時間の短縮を図る。</p> <p>ウ 患者のプライバシーの確保に配慮するなど、患者及びその家族の快適性に配慮した院内環境の整備に努める。</p> <p>エ 婦人科、乳腺外科及び形成外科を中心とした女性外来(診察室、更衣室、子供スペース、授乳室等)において、女性に配慮した外来の運営を図る。</p> <p>オ 病院利用者の利便性の向上を図るため、病院利用者から寄せられた意見や要望に対する改善策を講じるとともに、意見等に対する回答を当センターのホームページに掲載する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全職員を対象とした接遇研修を実施し、これまで累計292名の職員が受講した。受講者数の職種別累計(受講率)は、医師:25名(42.4%)、技師:43名(74.1%)、看護師:159名(66.3%)、薬剤師:20名(95.2%)、事務:45名(86.5%)となった。 ・ 受付順番の公平性の確保及び動線の改善を図るため、外来エリアレイアウト変更対策タスクフォースを設置し検討したが、再来受付機の移設場所等で院内の調整が必要となり、継続して検討していくこととした。 ・ 外来化学療法センターでは、各診療科の医師に依頼し、水曜日に集中する治療を各曜日に分散したり、短いレジメンを午前中の早い時間帯、もしくは14時半以降に予約を変更するなどし、待ち時間の短縮に努めた。 ・ 売店のイートインスペースに通路との区切り及び個別飲食スペース確保のためのテーブルを設置するなどを行い、利用者の快適性の向上を図った。 ・ 外来化学療法患者のイートインスペースを確保するために、以前使用していた配膳室を改装し休憩や食事ができるようにした。 ・ 本館1階処置室を車椅子トイレに改修し、患者の利便性の向上及び快適性の確保を図った。 ・ 女性外来は診療曜日により混雑が予測されるため、曜日により女性外来スペースのソファの向きの変更や椅子の設置を行った。 ・ 患者向けの案内やパンフレットの整備、清潔な待合環境が維持できるよう配慮した。 ・ 病院利用者から寄せられた意見や要望については、改善策を講じるとともに、よくある質問Q&Aとしてホームページに回答を掲載した。 ・ 患者満足度アンケートの結果、評価項目の当センターを全般的に評価したときの満足度(「とても満足している」と「やや満足している」の合計)について、外来で80%(481名/500名、回答率96.2%)、入院で94%(242名/300名、回答率80.7%)の満足度が得られた。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(4) 県民へのがんに関する情報の提供(小項目)</p> <p>県民のがんに対する理解やがん検診の受診を促進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 市民公開講座等を通じて、がんに関する普及啓発に努めるとともに、ホームページや広報誌、SNS(ソーシャルネットワーキングサービス)等を活用し、がんセンターが行う治療方法等について積極的に情報発信する。</p> <p>イ 教育機関等での「がん教育」の取組に協力し、子どもの頃から「がん予防」や「がんを通じた命の大切さ」等の健康教育を促進する。</p>	<p>県民のがんに対する理解やがん検診の受診を促進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア がんセンター公開Day「メディカルフェスタ」や市民公開講座等を通じて、がんに関する普及啓発に努めるとともに、メディアやSNS(ソーシャルネットワーキングサービス)を活用し、当センターが行う治療方法などを積極的に情報発信する。</p> <p>イ 「がんセンター出前講座」のパンフレットを宇都宮市を中心に県内の行政機関等に配付するとともに、講演の募集を呼びかけるなど、「がん教育」の取組に協力し、健康教育を促進する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 広報紙「がんセンターだより」の発行(4回)やホームページへの掲載などにより、当センターの診療内容や施設・組織の概要などを情報発信した。 ・ ホームページの全面チェックを行うとともに、看護部紹介ページのリニューアルを行った。 ・ 市民公開講座及びがんセンター公開Day「メディカルフェスタ」を開催し、がんに関する情報や当センターの診療内容を広く県民に情報発信した。 ・ 3月に県内初となる「とちぎ隣がん教室」を開催し、隣がんに関する講演や隣がん患者からの体験談の発表を行い、隣がんに対する正しい理解の促進を図った。(151名参加) ・ 栃木県教育委員会が取り組んだ文部科学省委託事業の「栃木県がんの教育総合支援事業」に協力し、栃木県がんの教育連絡協議会の委員に医師が参画した。また、がんの専門医としてモデル校となった中学校、高校において新学習指導要領を見据えた講話を行い、栃木県のがん教育に貢献した。 ・ 3月には、栃木県のがん教育の啓発リーフレットの作成に協力した。 ・ 当センターの医師が、県内外の小学校、中学校、高校を訪問し、喫煙防止に関する講演を行った(73回実施)。また、がん予防教育の講話を宇都宮市内の小学校2校で行った。 ・ 県が作成する妊婦対象の禁煙啓発パンフレット「新しい家族のために～家族みんなでノースモーキング」の監修を行った。
<p>(5) ボランティア等民間団体との協働(小項目)</p> <p>ア 患者会等と連携、協働し、がん患者等と同じ立場の人同士の交流の場である「がん患者サロン」の利用促進を図る。</p> <p>イ ボランティアと連携、協働し、院内の案内や季節ごとの行事の開催等、療養環境の向上を図る。</p>	<p>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。</p> <p>イ ボランティアと連携、協働し、院内の案内や季節ごとの行事の開催等、療養環境の向上を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「患者サロン」では、講話(ミニレクチャー)及びウィッグ・補整下着等の展示・相談会等を毎月定例で開催し、場の提供に努めた。また、新たな取り組みとして、リンパ浮腫に悩む患者のために講話のテーマに取り入れ好評を得た。 ・ がん治療に伴う外見の変化に対して行うアピランスケアについては、引き続き男性のアピランスケア研修会を開催した。 ・ 図書ボランティア、外来ボランティア及び緩和ケア病棟ボランティアと連携、協働し、図書の整理・貸出し、院内の案内、ディルームの整理整頓など療養環境の向上を図るための取組を行った。 ・ 毎週水曜日の午後、こやま文庫内に「こやまカフェ」をオープンし、全50回延べ112名の利用があった。延べ利用者数は昨年度より減少したが、当センターの受診患者以外の患者も利用するなど、地域の中でも活動が浸透してきている。 ・ ボランティア歌の会を患者サロンにおいて9回実施した。主に入院患者と家族を対象に、童謡や唱歌を電子ピアノの伴奏で1時間程度、参加者全員で声を合わせて歌った。
<p>平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等</p> <p>・ 該当なし</p>	<p>—</p>	<p>業務運営への反映状況</p>

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「専門看護相談件数」、「院内クリティカルパス適用症例率」が目標値を上回った一方、「セカンドオピニオン件数」については目標値を大きく下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、4月から病理外来を開設し、病理診断結果について病理専門医から患者への説明を開始したほか、10月には、がんゲノム医療連携病院として指定を受けた。また、「患者の就労等に関する相談支援体制の充実」では、8月から入退院センターにおいて仕事に関するアンケートを開始し、支援対象者への早期介入に取り組んだ。さらに、「県民へのがんに関する情報の提供」では、膀胱がんに対する正しい理解の促進を図るため、3月に県内初となる「とちぎ膀胱がん教室」を開催したなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
-------------	---	------------------	--



知事の 評価	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。ただし、セカンドオピニオン件数は、目標を大きく下回っているため、次年度は、件数増加に向けた一層の取組を期待したい。
-----------	---	-----------------------	---

4 人材の確保と育成(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	医師数(人)	58	56	97%		iii
2	認定看護師数(人)	13	12	92%		iii
3	職員満足度割合(%)	80以上	80	100%	90以上	iv
4	医療倫理研修実施回数	年2回	年1回	50%		i

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

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

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)医療従事者の確保と育成(小項目)		
<p>ア 医師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 全国のがん専門病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 ・ 専門医資格取得のための研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保に努める。 <p>イ 看護師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努める。 ・ 県内トップレベルのがん医療を提供できるよう、認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、新規採用者集合研修や各クリニカルラダーレベルに合わせた実効性のある研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 	<p>ア 医師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 全国のがん専門病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 ・ 専門医資格取得の要件を満たした研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保に努める。 ・ 頭頸科、泌尿器科、緩和ケア科等に関しては、大学の医局や基幹病院等を訪問して常勤医の派遣などに向けて関係強化を図る。 <p>イ 看護師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 養成機関との連携強化や随時募集、復職プログラムによる研修等により、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、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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全国のがん診療連携拠点病院、医学部を有する大学等に「診療案内」、「がんセンターだより」などを送付し、各関係機関との連携強化に努めた。 ・ 県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師の確保が必要な骨軟部腫瘍・整形外科、頭頸科などの医師の派遣を要請した。(骨軟部腫瘍・整形外科の医師を1名採用し、7月から入院診療を再開) ・ 当センターが日本内視鏡外科学会技術認定医や日本肝胆膵外科学会高度技能専門医などの資格取得に必要な技術指導が受けられる病院であることを情報発信し、若手医師の確保に努めた。(日本内視鏡外科学会技術認定医3名在籍、日本肝胆膵外科学会高度技能専門医2名在籍、日本産婦人科内視鏡学会技術認定医2名在籍) ・ 複数の関係雑誌に広告を掲載し、広く募集に努めた。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師を確保するため、看護師養成校の訪問や衛生福祉大学校就職ガイダンスへの参加、病院見学会の開催、インターンシップの実施、衛生福祉大学校の臨地実習における丁寧な指導、講義等により看護師養成機関との連携強化を図った。平成30(2018)年4月採用者23名のうち15名が就職ガイダンスや病院見学会、インターンシップのいずれかに参加していた。 ・ 看護師の採用については、随時募集を実施し4名を採用した。 ・ 看護部全体の離職率は、平成29(2017)年度は7.3%であったが、平成30(2018)年度は8.9%(定年退職含む)で1.6%増加した。 ・ 看護師の資質向上を図るため、研修受講や認定資格の取得・維持のための講習会、学会等の参加を支援した。(がん専門看護師資格取得1名、がん化学療法看護認定看護師資格取得1名、がん放射線療法看護分野認定看護師教育課程修了者1名) ・ 看護師長、副看護師長を対象に管理者研修「不満な思いに寄り添う対応—クレーム初期対応—」をテーマに開催した。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> 大学及び養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の確保、配置に努める。 各種認定資格の取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 <p>エ 事務職員の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療制度や経営環境の変化に迅速に対応できるよう、病院経営や医療事務等に精通した職員の計画的な確保、配置に努める。 各種認定資格の取得や外部研修会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図るなど、事務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。 <p>オ 多様な勤務形態の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> 優れた人材を確保するため、短時間勤務や在宅勤務等、多様な勤務形態の導入を検討する。 	<p>ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> 大学が主催する合同就職説明会への参加、見学会の実施等により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の確保、配置に努める。 各種認定資格の取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 また、新規採用職員の専門知識習得のための研修プログラムの作成及び充実を図る。 <p>エ 事務職員の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療制度や病院経営に関する、より専門的な知識及び資格を持った職員の計画的な確保と育成に努める。 各種認定資格の取得や外部研修会等の参加を奨励、支援するとともに、研修プログラムの充実を図るなど、事務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。 <p>オ 多様な勤務形態の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> 優れた人材を確保するため、短時間勤務や在宅勤務等、多様な勤務形態の導入を検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等を確保するため、当センターの見学会の開催や大学の就職説明会などに参加した。 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の資質向上を図るため、研修の受講や認定資格の取得・維持のための講習会、学会等の参加を支援した。(日本薬剤師研修センター認定実務実習指導薬剤師資格取得1名、栄養サポートチーム専門療法士資格取得1名、医学物理士資格取得1名、超音波検査士資格取得1名) 管理栄養士の資質向上を図るため、研修会の受講、学会参加、認定資格の取得を支援した。(がん病態専門管理栄養士認定資格取得2名) 薬剤部では、新卒薬剤師を対象に専門的な知識を習得するため、「薬剤部人材育成プログラム」を実施した。 医療制度や病院経営に関する、より専門的な知識及び資格を持った職員を確保するため、総務、財務及び医事分野における業務経験を有する職員を7名採用した。 事務職員の資質向上を図るため、地方独立行政法人職員向けの研修や日本医療バランス・スコアカード研究学会が主催する研修等の参加を支援した。 育児休業から復帰した医師に配慮し、短時間勤務の制度を取り入れた。
<p>(2)研修体制の強化(小項目)</p> <p>高度で専門的な医療を提供するため、以下のとおり、研修体制を強化する。</p> <p>ア 職員一人一人が高い目標意識、倫理観及び熱意を持ち、最新の技術によるがん医療を提供できるよう、医療人を育成する体系的な研修を一元的に管理する研修センターを新たに設置する。</p> <p>イ 研修センターにおいて、新規採用職員を対象とする基本研修や、医療安全研修等の全職員共通のテーマ別研修を実施するとともに、各部門が行う専門性を有する研修の実施を支援する。</p>	<p>高度で専門的な医療を提供するため、以下のとおり、研修体制を強化する。</p> <p>ア 医療人を育成する体系的な研修の一元的な管理ができるよう、研修センターの位置づけや事業内容を整理する。</p> <p>イ 研修センターにおいて、新規採用職員を対象とする基本研修、全職員を対象とする接遇研修及びハラスメント研修を実施する。また、医療安全研修等、全職員共通のテーマ別研修の実施及び各部門が行う専門性を有する研修の実施を支援する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 院外研修の開催、研修案内ボードの設置、院内メールでの研修案内発信、グラウンドカンファレンス担当を引き継ぐなど研修センターの業務を拡大した。 研修ワーキンググループを設置し、院内における研修体制の整備を始めた。 新規採用職員を対象とする基本研修、全職員を対象とする接遇研修及びハラスメント防止研修を実施した。 平成30(2018)年度より開始した中途採用者研修は、3回実施し15名が参加した。次年度は4回の開催を予定し、非常勤職員まで参加枠を広げることとした。 医療安全研修等、全職員共通のテーマ別研修の実施及び各部門が行う専門性を有する研修に対しては、実施案内の発信等、事務手続きの支援を行った。また、参加状況の数値化を行い、実施評価を行った。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3)人事管理制度の構築(小項目)		
職員の勤務成績等を考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する、がんセンターに適した人事管理制度を構築する。	職員の勤務成績等を考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する評価制度を検討し、平成31(2019)年度の試行を目指す。	・ 医師の人事評価の試行を実施するとともに、コメディカル、看護師の人事評価項目、方法の検討を行った。
(4)安全で安心な職場環境づくり(小項目)		
職員が安全かつ安心して働くことができるよう、ハラスメントの防止やワーク・ライフ・バランスを推進するための研修や意識啓発活動に取り組むとともに、土曜保育の実施等、院内保育の充実を図るなど、職員が心身ともに健康を維持できるような職場環境づくりに努める。	職員満足度調査の実施等により状況を確認し、ハラスメントの防止やワーク・ライフ・バランスを推進するための研修や意識啓発活動に取り組む。 また、院内保育所の充実の方策について検討する。	・ 職員満足調査を実施した結果、仕事のやりがいの項目で満足度(「満足している」と「まあまあ満足している」の合計)が80%となった。 ・ ハラスメント防止研修はこれまでの累計で283名の職員が受講した。職種別の受講者数(受講率)は、医師:33名(55.9%)、技師:39名(67.2%)、看護師:142名(59.2%)、薬剤師:19名(90.5%)、事務:50名(96.2%)となった。 ・ 院内保育所の充実のため、災害時等に園児の速やかな避難・移動ができるよう大型乳母車を更新した。
(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。 ア 医療倫理の教育や研修を定期的実施する。 イ 医療従事者が、日常の臨床を通じ、臨床倫理に関わる事例について気軽に相談できるよう、院内に医師、看護師等のチームで構成するコンサルテーション(相談支援)体制の構築を図る。	医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。 ア 専門家による講演形式の研修会や院内事例を基にした多職種による倫理検討会を開催する。 イ 病院臨床倫理委員会を隔月、定期開催するとともに、その中でリンクスタッフから相談された臨床倫理に関わる事例についてケースコンサルテーション(相談支援)を実施し、院内の倫理観の向上及びスキルの習得に努める。 また、院内のコンサルテーション体制の構築を図るため、医療倫理アドバイザー養成研修の受講などを継続的に支援する。	・ 全職員を対象とした研修(聴講式の講演会)を1回開催し160名が参加した。 ・ 多職種チームによる事例検討に力を入れ、現場スタッフと共に倫理的問題を考える機会を増やし、更にチームでの検討結果を委員会で専門家と検討し、専門家の意見を現場にフィードバックするという方法で教育成果の向上につながった。 ・ 病院臨床倫理委員会を隔月開催したほか、院内事例のコンサルテーション体制としてリンクスタッフの配置とチーム制を機能させ、充実した活動になった。 ・ 現場のスタッフを交えたカンファレンスを行った結果、患者にとってより良い医療や看護の提供につながるなど、実態的な成果を上げることができ、組織貢献度の高い活動として実を結びつつある。 ・ 臨床倫理アドバイザー養成研修は4名履修し、アドバイザーは、医師2名、薬剤師1名、看護師3名、診療放射線技師1名、事務職1名となった。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 引き続き医師をはじめとする医療従事者の確保に積極的に努められたい。	・ 県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師の確保が必要な骨軟部腫瘍・整形外科、頭頸科などの医師の派遣を要請した。(骨軟部腫瘍・整形外科の医師を1名採用し、7月から入院診療を再開)【再掲、(1)ーア】 ・ 看護師を確保するため、看護師養成校の訪問や衛生福祉大学校就職ガイダンスへの参加、病院見学会の開催、インターンシップの実施、衛生福祉大学校の臨地実習における丁寧な指導、講義等により看護師養成機関との連携強化を図った。平成30(2018)年4月採用者23名のうち15名が就職ガイダンスや病院見学会、インターンシップのいずれかに参加していた。【再掲、(1)ーイ】 ・ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等を確保するため、当センターの見学会の開催や大学の就職説明会などに参加した。【再掲、(1)ーウ】

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「職員満足度割合」が目標どおりであったが、「医師数」、「認定看護師数」及び「医療倫理研修実施回数」が目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療従事者の確保と育成」では、県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師の確保が必要な骨軟部腫瘍・整形外科、頭頸科などの医師の派遣を要請した。また、「人事管理制度の構築」では、医師の人事評価の試行を実施したほか、コメディカル、看護師の人事評価項目、方法の検討を行ったなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
-------------	---	------------	---



知事の 評 価	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。引き続き医師の確保に積極的に努められたい。
------------	---	--------------	---

5 地域連携の推進(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	院外への口腔ケア依頼件数(件)	164	322	196%		v
2	医業連携研修実施回数	年2回	年1回	50%		i
3	受託検査件数(件)	43	44	102%		iv
4	退院調整件数(件)	841	593	71%		i
5	紹介率(%)	94.1	94.6	101%	95.0	iv
6	逆紹介率(%)	42.3	45.3	107%	40.0	iv

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

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

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)地域医療機関との連携強化(小項目)		
<p>患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、以下のとおり、病診・病病連携を強化する。</p> <p>ア 地域の医療機関との的確な役割分担を意識し、あらゆる進行度のがん患者に対応するとともに、他の医療機関では診療が困難な高齢者に対するがん診療(高齢者手術、放射線治療、緩和医療等)を積極的に実施する。</p> <p>イ 地域連携センターを設置し、日常的に積極的な対外活動を実践し、地域の医療機関と密な協力体制を構築するなど、地域連携機能を充実させる。具体的には、がん種別の地域連携クリティカルパスを有効に活用できるよう、運用を見直すとともに、地域医療連携ネットワークシステムを積極的に活用し、連携医療機関と「顔が見える」関係を構築する。</p> <p>ウ 手術、放射線治療、化学療法等、あらゆる診療段階における医科歯科連携を推進する。</p>	<p>患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、以下のとおり、病診・病病連携を強化する。</p> <p>ア 他の医療機関では治療が困難な症例については、県内外から紹介患者を受け入れるとともに、治療後の診療に関して医療機関と連携診療を行う。 また、遠方の患者は、近隣施設と連携を図りながら、切れ目のない医療を受けられるよう配慮する。</p> <p>イ 職員による地域医療機関の訪問により、当センターに対するニーズを把握しながら、地域の医療機関との協力体制を構築する。 また、当センターへの紹介患者の情報について、地域医療連携ネットワークシステムを活用して地域の医療機関との共有化を図る。</p> <p>ウ 口腔がんなど歯科診療所における治療が困難な症例を当センターで受け入れるとともに、当センターでがん治療を行っている患者の歯科診療については、歯科医に逆紹介し、医科歯科連携を推進する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携センターが対応している他病院からの患者の予約については、全例受け入れを原則として対応した。受け入れを断った患者もあったが、新規紹介を休止している診療科受診に関するものがほとんどであり、その他でも、診療科がなく、当院で対応できない場合のみであった。 ・ 他病院からの当日受診や翌日対応などについても、臨機応変に対応した。 ・ 遠方より来院している患者だけでなく、自宅近隣の医療機関への希望がある場合には、転医などの調整を行った。 ・ 呼吸器内科医と渉外業務専門員による訪問を継続して実施し、呼吸器内科の紹介患者数(初診・初再診を含む)は、平成29(2017)年度と比較し27%増加した。 ・ とちまるネット(地域医療連携ネットワークシステム)の登録は、初診患者を対象に行い、登録患者数は87件となった。 ・ とちまるネットの利用促進のため、勉強会を実施し、医師5名が新たに登録となった。また、今後見込まれる保険薬局等との情報共有のための準備として、薬剤師向け勉強会を実施し、薬剤師18名が登録となった。 ・ 口腔がんや口腔外科処置が必要な症例で、歯科診療所における治療が困難な患者を当センターで受け入れており、それらの院外紹介患者数は増加傾向にある。 ・ 当センターでがん治療を行っている患者の歯科診療については、歯科医に逆紹介し、医科歯科連携を推進した。 ・ がん治療に伴う口腔合併症の予防を目的とした、がん周術期口腔機能管理研修を歯科医と歯科スタッフを対象として実施し、医科歯科連携を強化した。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>エ 外来化学療法及び在宅緩和医療の推進を図るために、がん疾患に特有な薬剤情報を調剤薬局と共有するなど、医薬連携を推進する。</p> <p>オ 近隣の医療機関からの受託検査(CT、MRI、超音波検査、内視鏡等)を積極的に受け入れる。</p>	<p>エ 栃木県がん診療連携協議会の下部組織である地域連携・研修部会において、医薬連携について協議・検討を行う。また、医薬連携を推進するため、保険薬局の薬剤師、病院薬剤師等を対象に研修会を実施する。</p> <p>オ 受託検査に関して、ホームページに最新情報を掲載するとともに、パンフレットを作成して医療機関へ発送する。また、依頼時のタイムリーな対応に努める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栃木県がん診療連携協議会地域連携・研修部会において、がん医療における医薬連携に関する研修会を保険薬局の薬剤師、病院薬剤師を対象に1回開催した。 ・ 外来化学療法トレーシングレポート活用プロトコールに基づく経口抗がん薬治療管理(経口抗がん薬治療を受けている患者に対して、保険薬局が電話で服薬状況や症状を聞き取る事業)について、門前の保険薬局3件で開始した。 ・ 3月開催の県薬剤師会研修会において、外来化学療法トレーシングレポート活用プロトコールに基づく経口抗がん薬治療管理について説明を行い、4月から県内全ての薬局を対象とすることとなった。 ・ ホームページには最新情報を掲載するとともに、パンフレットを作成し、郡市医師会向け出張講座、情報交換会などの機会を活用し、医療機関に配布した。 ・ 受託検査の医療機関からの依頼時だけでなく、返信時においても迅速な対応を行った。
(2) 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化(小項目)		
<p>患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、ケアマネジャーや訪問看護師等、地域の医療関係者と退院前カンファレンスを積極的に実施するなど、退院調整を充実するとともに、在宅療養中の患者の緊急時の受入れ等、状態変化に合わせて迅速に対応するなど、患者の在宅療養を支援するための病診連携を強化する。</p>	<p>患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、ケアマネジャーや訪問看護師など地域の医療関係者と退院前カンファレンスを積極的に実施する。また、在宅療養中の患者は、状況の変化に応じて在宅療養を支援するとともに、緊急時の受入れについても迅速に対応する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療課題がある患者が困ることのないよう、地域の関係者とカンファレンスを通して、情報を共有し、退院してからも療養を継続できるように調整した。 ・ 在宅療養中の患者の緊急時の受診、入院については、医師と連絡調整し、迅速に対応する体制を整えた。 ・ 地域連携センターのスタッフが病棟のカンファレンスに参加し、地域関係者だけでなく、院内関係者との情報共有も実施し、調整を行った。
(3) 在宅緩和ケアの推進(小項目)		
<p>がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮らすことができるよう、以下のとおり、在宅における緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域連携カンファレンスの実施、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションとの連携強化、訪問診療の検討を行うなど、地域と連携して在宅緩和ケアを推進する。</p> <p>イ 在宅緩和ケアの地域連携クリティカルパスを整備するとともに、地域医療連携ネットワークシステムや医介連携ネットワークシステムを活用し、県内の緩和ケアの模範となるように地域と密着した在宅緩和ケアを推進する。</p>	<p>がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮らすことができるよう、以下のとおり、在宅における緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域の医療機関と連携して地域連携カンファレンスを実施する。また、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションとの連携を強化する。</p> <p>イ 地域医療連携ネットワークシステムや医介連携ネットワークシステムを活用し、県内の緩和ケアの模範となるように地域と密着した在宅緩和ケアを推進する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを8回実施した。介護施設での看取りを主たるテーマとして開催し、そこに関わる訪問看護師や診療所の医師も参加した。 ・ ネットワークシステムの活用による地域と密着した在宅緩和ケアの推進については、手順構築等の具体的な成果はなかったが、1月の宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンス次年度準備会議の中で、どこでも連絡帳(医介連携ネットワークシステム)を病院医師が使用する際の課題について話し合った。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

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、「院外への口腔ケア依頼件数」が目標値を大きく上回った一方、「医薬連携研修実施回数」、「退院調整件数」が目標値を大きく下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「地域の医療機関との連携強化」では、地域連携センターが対応している他病院からの患者の予約について、全例受け入れを原則として対応したほか、口腔がんや口腔外科処置が必要な症例で、歯科診療所における治療が困難な患者の受け入れを行った。また、「患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化」では、地域の関係者とカンファレンスを通して情報を共有し、退院してからも療養を継続できるように調整を行ったなど、概ね計画どおりに実施したが、「在宅緩和ケアの推進」では、地域医療連携ネットワークシステムや医介連携ネットワークシステムを活用した地域と密着した在宅緩和ケアの推進について、具体的な成果はなかった。 ・ 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	B	評 価 理 由 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。地域連携の強化及び在宅緩和ケアの推進に向けて一層の取組を期待したい。
------------	---	--------------	---

6 地域医療への貢献(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	地域の医療従事者向け研修実施回数	年21回	年14回	67%		i
2	郡市医師会向け出張講座実施回数	年13回	年11回	85%		ii

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値(再掲)	R元(2019)年度 実績値	R2(2020)年度 実績値
年20回	年22回	年14回		
年14回	年13回	年11回		

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)地域のがん医療の向上・均てん化のための支援(小項目)		
<p>地域のがん医療の向上・均てん化を推進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 都道府県がん診療連携拠点病院として、県内のがん診療に係る情報の共有化や診療の質の向上につながる取組を推進する。</p> <p>イ 緩和ケア研修やがん専門看護師の実習受入れ等、地域医療機関向けの研修会を実施し、がん医療に携わる医療従事者の育成に対して積極的に支援する。</p> <p>ウ 放射線治療専門医が常勤していない放射線治療施設に対して、放射線治療品質保証室による技術的な支援を行う。</p>	<p>地域のがん医療の向上・均てん化を推進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 都道府県がん診療連携拠点病院として、栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催するとともに、地域の医療従事者向けの研修会等を実施する。</p> <p>イ 郡市医師会向け出張講座、医療従事者の実習受入れ等、地域医療機関向けの研修会を実施し、がん医療に携わる医療従事者の育成に対して積極的に支援する。</p> <p>ウ 県内における放射線治療技術の均てん化を支援するため、県内の診療放射線技師及び医学物理士を対象としたセミナーを開催するとともに、県内の放射線治療施設を訪問して線量測定技術指導を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栃木県がん診療連携協議会を1回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の会議の概要説明や各種情報提供、意見交換等を行った。 ・ 栃木県がん診療連携協議会がん登録部会及び実務者研修会を各1回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会の会議の概要説明や全国がん登録に関する情報の共有化を図った。 ・ 栃木県がん診療連携協議会相談支援部会を3回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会の会議の概要について説明を行い、情報の共有化を図った。また、リレーフォーライフにおいて「がん相談支援センター」の周知活動を行うとともに、就労支援の取り組みについて検討を行った。 ・ 相談支援研修では、国立がん研究センターの支援を受け、相談対応の質保証(QA)を学ぶ研修を開催し、県内相談員の資質の向上に貢献した。 ・ 栃木県がん診療連携協議会緩和ケア部会を2回開催し、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会緩和ケア部会の会議の概要説明や県がん対策推進計画(3期計画)の推進に関しての意見交換等を行った。 ・ 都道府県レベルでのがんの診療の質向上に向けた取り組みとしてPDCAサイクル研修を実施した。次年度は、栃木県がん診療連携協議会にPDCAサイクル部会(仮)を設置する予定である。 ・ 郡市医師会向け出張講座を11回、地域医療機関向けの研修会を14回実施するとともに、医療機関から医療従事者の実習受入れ等を行った。 ・ 県内における放射線治療技術の均てん化を支援するため、県内の診療放射線技師及び医学物理士を対象に「直線加速器のQA(Quality Assurance)／QC(Quality Control)」をテーマにセミナーを開催した。 ・ 那須赤十字病院を訪問し、電離箱の相互校正を実施した。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(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、県のがんに関する計画の企画立案等に参画するなど、がん対策事業に対して積極的に貢献する。	がん登録等の情報の整理、分析等を行うとともに、県のがんに関する計画の企画立案等に参画するなど、がん対策事業に対して積極的に貢献する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県内のすべての病院及び指定診療所から届出を受け、全国がん登録情報の審査・整理を行い、全国がん登録(国)に提出し、公表に貢献した。 ・ 県が全国がん登録の実務に携わる者を対象として実施した、全国がん登録実務者研修会の開催に協力し、円滑な届出事務が行えるようにした。 ・ 市町のがん検診の精度管理を支援する、がん検診精度管理支援事業に引き続き取り組んだ。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

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、「地域の医療従事者向け研修実施回数」、「都市医師会向け出張講座実施回数」ともに目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「地域のがん医療の向上・均てん化のための支援」では、都道府県がん診療連携拠点病院として、栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催したほか、都道府県レベルでのがんの診療の質向上に向けた取り組みとして、PDCAサイクル研修を実施した。また、「がん対策事業への貢献」では、県内のすべての病院及び指定診療所から届出のあった全国がん登録情報の審査・整理を行ったなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、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	B	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。都道府県がん診療連携拠点病院として、地域のがん医療の向上・均てん化を推進するため、地域の医療従事者に対する研修の充実に努められたい。
-------	---	-------	---

7 災害等への対応(中項目)

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、救急医療体制の整備のための医薬品の備蓄や被災地の支援等、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。</p> <p>また、災害発生時に患者の安全を確保できるよう、防災訓練等、災害対策を実施する。</p>	<p>災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、救急医療体制の整備のための医薬品の備蓄や被災地の支援等、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。</p> <p>また、災害時に的確な対応ができるよう、職員に災害対応業務の周知徹底を図るとともに、定期的に防災訓練等を実施し、防災教育の徹底に努める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 当センターの防災対応、防火設備の役割等について新規採用職員研修を行い、防災に対する意識を高めた。 医療機関として火災等発生時の患者の人命救助を確実にを行うため、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。 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。 災害時における事業の継続・早期復旧に向けた対応のため、BCP(事業継続計画)検討ワーキンググループを設置し策定作業を行い素案を作成した。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 該当なし 	—

法人の自己評価	評価	評価理由
	A	<ul style="list-style-type: none"> 病棟で火災が発生したことを想定した消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練と、大地震を想定した防災訓練を実施したほか、災害時における事業の継続・早期復旧に向けた対応のため、BCP(事業継続計画)の策定作業を行い素案を作成したなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。



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

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項(大項目)

1 業務運営体制の確立(中項目)

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>安定的な経営基盤を確立するため、ガバナンスを強化するとともに、経営戦略部門を設置し、医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営を行う。</p> <p>また、各部署の権限や責任の所在を明確化し、実効性のある組織体制を構築するとともに、会議・連絡会等を見直し、効率的な体制を構築する。</p>	<p>安定的な経営基盤を確立するため、ガバナンスを強化するとともに、医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営を行う。</p> <p>また、各部署の権限や責任の所在を明確化し、実効性のある組織体制を構築するとともに、会議・連絡会等を見直し、効率的な体制を構築する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の収支状況(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)、決定事項等を周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。 医療環境の変化に伴って発生する病院運営上の課題については、タスクフォースやワーキンググループを設置し、対応策を検討した。決定事項については、速やかに院内へ周知して実施した。 監事と連携し、内部監査を実施した結果、事務部門の業務フローの見直しにつながり、権限や責任の所在の明確化が図られた。 業務方法書の改正に対応するため、内部統制規程など関係規程の整備を行った。 定例幹部会議の開催回数を月3回から月2回に変更し、効率的な運営に努めた。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 医療環境の変化に伴って発生する病院運営上の課題については、タスクフォースやワーキンググループを設置し、対応策を検討したほか、業務方法書の改正に対応するため、内部統制規程など関係規程の整備を行ったなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
---------	---	------	---



知事の評価	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 経営参画意識の向上(中項目)

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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。	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。 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。	<ul style="list-style-type: none"> 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の収支状況(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)、決定事項等を周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。 「業務改善提案」の制度を活用し、職員からのアイデアを収集し、医療サービスの向上や業務負担の軽減につながる取組などを行った。(業務改善提案件数8件) 医療バランスト・スコアカードの手法を用いて「財務の視点」、「顧客の視点」、「業務プロセスの視点」及び「学習・成長の視点」から、各部署で策定した戦略テーマを可視化したうえで、具体的な目標を設定してアクションプランを作成し、各職員がそれを実践した。 新規採用職員を対象に、新人同士の交流を深めることと、中途採用者が多いことから他の病院の良い文化を取り入れることを目的に新人ワールドカフェを開催した。 看護部では、適切な褥瘡予防・治療のための総合的な褥瘡対策に取り組み、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定した。 栄養管理科では、原則1枠1名の栄養指導枠を状況に応じて1枠複数名枠として柔軟な対応を図った。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 職員全員の経営参画意識の向上を図るため、経営会議や経営戦略会議を原則毎月開催したほか、業務改善提案制度を活用して職員からアイデアを収集し、医療サービスの向上や業務負担の軽減につながる取組を行ったなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
---------	---	------	---



知事の評価	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 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	H30(2018) 年度 目標値	H30(2018) 年度 実績値	H30(2018) 年度 達成率	R2(2020) 年度 目標値※	指標の達成 状況
1	病床利用率(%)	69.7	57.0	82%		ii
2	新入院患者数(人)	4,698	3,984	85%		ii
3	新外来患者数(人)	6,880	6,958	101%		iv
4	1日当たり入院患者数(人)	190.0	154.8	81%		ii
5	1日当たり外来患者数(人)	453.0	486.7	107%		iv
6	診療材料費対医業収益比率(%)	7.1	8.1	86%		ii
7	ジェネリック医薬品採用比率(%)	82.5	79.6	96%		iii
8	委託料対医業収益比率(%)	12.5	12.9	97%		iii
9	減価償却費対医業収益比率(%)	12.1	13.5	88%		ii

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016) 年度 実績値	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018) 年度 実績値(再掲)	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値
66.8	60.9	57.0		
4,412	4,093	3,984		
6,261	6,773	6,958		
182.2	165.9	154.8		
461.0	471.2	486.7		
8.0	7.6	8.1		
78.4	82.4	79.6		
12.4	12.7	12.9		
17.2	17.2	13.5		

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 収入の確保への取組(小項目)		
収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。 ア より多く患者を紹介してもらえよう、地域医療機関への積極的な訪問や情報交換会の開催等を通じ、病診・病病連携の強化に努める。 イ ホームページやメディア等を通じ、がんセンターの特長を周知するとともに、地域のイベントでのPR活動や出前講座の実施等、積極的な情報発信、広報活動を行う。	収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。 ア より多く患者を紹介してもらえよう、地域医療機関への積極的な訪問を行うとともに、情報交換会や郡市医師会向け出張講座の開催等を通じて、病診・病病連携の強化に努める。 イ ホームページやメディア等を通じ、がんセンターの特長を周知するとともに、地域のイベントでのPR活動、「がんセンター出前講座」の実施等、積極的な情報発信、広報活動を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸器内科の患者増を目指して、呼吸器内科医と渉外業務専門員が地域医療機関への訪問を実施したところ平成29(2017)年度と比べ、紹介患者数は27%増加した。 医療連携情報交換会は2回開催した。医師・歯科医師・コメディカルなど院外より87名が参加した。情報交換会の最後には顔の見える関係づくりのため、挨拶や名刺交換の時間を設けた。 郡市医師会向け出張講座は11回開催した。郡市医師会の意向を確認し、内容の決定、講師の選定を行った。 広報紙「がんセンターだより」やホームページ、メディア等により、当センターの診療内容や施設・組織の概要などを周知した。 「がんセンター出前講座」は12回開催し、地域でリーダーシップを発揮するシルバー、AYA世代のがん患者や子供に対する役割が求められている教員、社員の健康増進を目的とした企業、思春期の禁煙教育に取り組む学校など、多様な対象から申し込みがあり、対象に応じた効果的ながん教育を実施するとともに、あらゆる世代の県民や地域との交流を図った。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ウ 効率的かつ柔軟な病棟管理を行い、病床利用率を向上させる。</p> <p>エ 診療情報管理士等、専門的知識を有する職員の確保と育成に努め、診療報酬改定等に迅速かつ適切に対応できる体制を構築する。</p> <p>オ 入院時の丁寧な説明等により未収金の発生防止に努めるとともに、発生した未収金については回収の徹底を図る。</p>	<p>ウ 効率的かつ柔軟な病棟管理を行い、病床利用率を向上させる。</p> <p>エ 保険診療委員会のメンバーが中心となって、診療報酬改定に適切に対応する。</p> <p>オ 入院時における限度額適用認定証の説明等により未収金の発生防止に努める。また、発生した未収金については、早急な督促、催告及び臨戸訪問を実施するとともに、回収困難債権については、弁護士法人へ回収業務を委託し、回収の徹底を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 入院病棟に関しては看護部や医事課の病床運営担当等が病床運営状況を見て、入院病棟を決定した。 緊急入院の患者の受入れについて、該当診療科の病棟における対応が困難なときは、他病棟の空床を利用し、病床利用率の向上を図った。 初回の化学療法や気管支鏡検査の一部について、患者の安全に配慮し、外来ではなく入院で対応した。 診療報酬改定に伴う対応策等について保険診療委員会で周知を行った。 診療報酬改定等に迅速かつ適切に対応できるよう、診療情報管理士1名のほか、病院会計の知識を有する職員を採用した。 国民健康保険短期保険証を有する患者を中心に、入院時における限度額適用認定証の説明を重点的に行い、未収金の発生防止に努めた。(平成29(2017)年度未収金発生額:25,836千円、平成30(2018)年度未収金発生額:21,114千円) 発生した未収金は、適宜、督促を実施した。また、回収困難債権については、弁護士法人へ回収業務を委託したことにより、長期にわたり回収ができなかった未収金の一部を回収することができた。
(2)費用の削減への取組(小項目)		
<p>費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 予算と実績の管理を通じ、職員全員に対してコスト意識の徹底を図る。</p> <p>イ 適正な在庫管理の徹底、入札方法の検討、ジェネリック医薬品の積極的な導入等、医薬品や診療材料の調達コストを削減する。</p> <p>ウ 委託料、報償費、光熱水費等、費用全般にわたる支出内容の見直しを実施する。</p>	<p>費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 病院の収支状況を月次で管理するとともに、予算と実績の管理を通じ、職員全員に対してコスト意識の徹底を図る。</p> <p>イ 関係する部署が連携し、ジェネリック医薬品等、支出を抑制できる材料を積極的に導入する。また、採用しているベンチマークシステムを基に高価な品目について適正価格での納入を図る。</p> <p>ウ 委託料、光熱水費等、費用全般にわたる支出内容の見直しを実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 病院の収支状況を月次で管理するとともに、経営会議や経営戦略会議において収支状況等を職員に周知し、コスト意識の徹底に努めた。 医薬品、診療材料において、ベンチマークシステムを利用し、適正価格での購入となるよう、価格交渉を行った。 医薬品については、先発品から後発品への切替えを4品目行ったほか、業者との価格交渉を行い、上半期に約16,000千円、下半期に約2,200千円のコスト削減を達成した。また、在庫管理をSPD(物品の供給・管理業務)事業者へ委託し、薬剤師の業務軽減および棚卸差額の減少に努めた。 診療材料については、各部署に定数ヒアリングを実施し院内在庫の見直しで約400千円の在庫減となった。その他、院内で使用する、採血キット、ニトリルグローブ、ロールシーツの切替えを実施した。また、業者との価格交渉を実施し、次年度は平成30(2018)年度比約4,010千円(診療材料:2,250千円、特殊検査:1,760千円)のコスト削減を見込んでいる。 人工呼吸器の機種の見直し及び通年から必要時のレンタルに変更し、費用の削減を図った。 委託料については、電話交換業務委託の入札方法を指名競争入札から一般競争入札に変更し、約1,870千円の削減となった。 光熱水費については、毎月の使用電気量、使用ガス量を前年度と対比させて職員へ周知し、節約を呼びかけたが、燃料費調整単価の増加等により、費用の削減には至らなかった。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
エ 適切なコスト管理等を行うため、診療行為別原価計算を実施する。	エ 適切なコスト管理等を行うため、経営分析システムを活用し、診療科及び部門ごとの収支分析の精度の向上を図る。	・ 適切なコスト管理等を行うため、診療行為別原価計算を実施するための経営分析システムの精度向上に努めた。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病診・病病連携の強化や医師の確保等により更なる収入の確保を図るとともに、安全面にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組むなど、より一層の経営改善に努められたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 呼吸器内科の患者増を目指して、呼吸器内科医と渉外業務専門員が地域医療機関への訪問を実施したところ平成29年度と比べ、紹介患者数は27%増加した。【再掲、(1)ーア】 ・ 医療連携情報交換会は2回開催した。医師・歯科医師・コメディカルなど院外より87名が参加した。情報交換会の最後には顔の見える関係づくりのため、挨拶や名刺交換の時間を設けた。【再掲、(1)ーア】 ・ 医薬品については、先発品から後発品への切替えを4品目行ったほか、業者との価格交渉を行い、上半期に約16,000千円、下半期に約2,200千円のコスト削減を達成した。また、在庫管理をSPD(物品の供給・管理業務)事業者へ委託し、薬剤師の業務軽減および棚卸差額の減少に努めた。【再掲、(2)ーイ】 ・ 診療材料については、各部署に定数ヒアリングを実施し院内在庫の見直しで約400千円の在庫減となった。その他、院内で使用する、採血キット、ニトリルグローブ、ロールシーツの切替えを実施した。また、業者との価格交渉を実施し、次年度は平成30(2018)年度比約4,010千円(診療材料:2,250千円、特殊検査:1,760千円)のコスト削減を見込んでいる。【再掲、(2)ーイ】 ・ 人工呼吸器の機種の見直し及び通年から必要時のレンタルに変更し、費用の削減を図った。【再掲、(2)ーウ】 ・ 委託料については、電話交換業務委託の入札方法を指名競争入札から一般競争入札に変更し、約1,870千円の削減となった。【再掲、(2)ーウ】

法人の自己評価	B	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「新外来患者数」、「1日当たり外来患者数」が目標値を上回った一方、「病床利用率」、「新入院患者数」、「1日当たり入院患者数」、「診療材料費対医業収益比率」及び「減価償却費対医業収益比率」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「収入の確保への取組」では、紹介患者増を目指して、呼吸器内科医と渉外業務専門員による地域医療機関への訪問を実施したほか、初回の化学療法や気管支鏡検査の一部について、患者の安全に配慮し、外来ではなく入院で対応した。また、「費用の削減への取組」では、医薬品、診療材料において、ベンチマークシステムを利用し、適正価格での購入となるよう価格交渉を行ったほか、委託料については、入札方法を指名競争入札から一般競争入札に変更し、費用の削減に努めたなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
---------	---	------	--



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

第3 予算、収支計画及び資金計画(財務内容の改善に関する事項)(大項目)

◆年度計画指標

No	指標名	H30(2018)年度 目標値	H30(2018)年度 実績値	H30(2018)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	経常収支比率(%)	100以上	98.0	98%	100以上	iii
2	医業収支比率(%)	80以上	79.4	99%	85以上	iii

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

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

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
県民が求める高度で専門的ながん医療を安定的に提供していくため、中期目標期間を累計した経常収支比率を100%以上とする。また、各年度において経常収支の黒字化を目指す。	月次で収支状況を管理し、経常収支の黒字化を目指す。	<ul style="list-style-type: none"> 経常収支は▲193,631,214円を計上し、経常収支比率は98.0%となった。 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の収支状況等(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)を周知し、経常収支の黒字化を目指した。 診療科及び事業系センターごとに、幹部職員によるヒアリングを実施した。診療科のヒアリングでは、近年の入院患者や収益の推移、経営分析システムによる収支分析結果、紹介元医療機関数の推移のデータをもとに、現状の課題、今後の方針、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体例などについて意見交換した。

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、毎月の収支状況等(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)を周知し、経常収支の黒字化を目指した。【再掲】 診療科及び事業系センターごとに、幹部職員によるヒアリングを実施した。診療科のヒアリングでは、近年の入院患者や収益の推移、経営分析システムによる収支分析結果、紹介元医療機関数の推移のデータをもとに、現状の課題、今後の方針、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体例などについて意見交換した。【再掲】

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、「経常収支比率」、「医業収支比率」とも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、診療科ごとにヒアリングを実施し、現状の課題、今後の方針、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体例などについて意見交換を行い、経常収支の黒字化を目指したが、計画をやや下回った。 以上を総合的に勘案した結果、当該項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。



知事の 評価	B	評価 理由等
		<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。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。

第8 その他業務運営に関する重要事項(大項目)

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>病院施設の老朽化の状況や求められる機能を踏まえ、院内にプロジェクトチームを設置して、長期的な視点から、がん専門病院として今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を検討する。</p> <p>また、医療機器については、県民の医療ニーズ、医療技術の進展に応えるため、費用対効果等を総合的に勘案し、計画的な更新・整備に努める。</p>	<p>将来構想策定プロジェクトチームとその下部組織であるワーキンググループにおいて、病院施設の老朽化の状況や求められる機能を踏まえ、長期的な視点から、がん専門病院として今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を具体的に検討する。</p> <p>また、医療機器については、計画的に更新・整備する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ワーキンググループによる検討会、プロジェクトチームによる会議を開催した結果、施設の老朽化の状況から「建替」による再整備が必要であり、また、整備のあり方として、今後の医療技術の進歩を見据えた施設への整備を方向性とした、「地方独立行政法人栃木県立がんセンター将来構想」を策定し、県に提出した。 医療機器については、電子カルテとの連携を図りながら手術室・HCUの患者生体情報を共通のシステムで管理、閲覧することができる「手術室・リカバリ周術期麻酔記録システム」や、放射線技術科の「X線TV装置」、臨床検査センターの「生化学自動分析装置」、手術室の「手術用内視鏡システム」、超音波センターの「超音波診断装置」などを計画的に更新・整備した。(27品目、計245,900,144円)

平成29(2017)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 今後担うべき診療機能の在り方にふさわしい施設整備の在り方について、速やかに具体的な検討を進められたい。 計画の策定に当たっては、二次医療圏における患者の地域構成を考慮されたい。また、建物が老朽化し使えなくなるといった事態を想定し、合併症を有する患者に対応するための他病院との連携等も視野に入れ、是非10年後の姿を描いてほしい。 人口が減少していく中、まちづくりの要素の一つとして、病院のあり方を検討していく必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ワーキンググループによる検討会、プロジェクトチームによる会議を開催した結果、施設の老朽化の状況から「建替」による再整備が必要であり、また、整備のあり方として、今後の医療技術の進歩を見据えた施設への整備を方向性とした、「地方独立行政法人栃木県立がんセンター将来構想」を策定し、県に提出した。【再掲】

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 施設整備のあり方については、ワーキンググループによる検討会、プロジェクトチームによる会議を開催し、今後の医療技術の進歩を見据えた施設への整備を方向性とした、「地方独立行政法人栃木県立がんセンター将来構想」を策定したほか、医療機器について、計画的に更新・整備したなど、当該項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
---------	---	------	--



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。
-------	---	-------	--

栃木県知事は、地方独立行政法人法第 28 条第 1 項の規定により、地方独立行政法人栃木県立がんセンターの平成 30（2018）年度の業務実績について、以下のとおり評価を行った。

1 全体評価

(1) 評価結果

平成 30（2018）年度の業務実績については、中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。

(2) 判断理由等

- 「質の高い医療の提供」等、12 の中項目中 8 項目について A 評価（概ね計画どおり実施している）と判断した一方、「地域連携の推進」等、4 項目については B 評価（計画をやや下回って実施している）と判断した。
- 在宅緩和ケアの推進や地域の医療従事者に対する研修の充実等、「地域連携の推進」及び「地域医療への貢献」については、一層の取組が必要である。

また、「収入の確保及び費用の削減への取組」及び「財務内容の改善に関する事項」については、入院患者数の減少等により、1 億 9 千万円の純損失となっており、経常収支の黒字化に向けて、医師の確保や費用の削減等、引き続き経営改善に取り組む必要がある。

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

(1) 評価に対する評価委員会の意見

平成 30（2018）年度業務実績に関する知事の評価案については、適当と認める。

(2) 各委員からの主な意見

- 病床利用率が低いことから、地域医療構想の実現に向けた議論の動向等を踏まえつつ、適正な病床数について検討する必要がある。
- 病床利用率の目標達成に向けては、看護師等の職員が疲弊することのないよう、十分に留意されたい。
- 県からの負担金を繰入れているという観点から、がんセンターが担う政策医療を明確にする必要がある。