

令和 7 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 7 （2025） 年 7 月 29 日（火）

14:20～17:10

栃木県総合文化センター 第 1 会議室

1 開 会

2 挨 拶

3 議 題

- (1) 委員長及び副委員長の選任について
- (2) 地方独立行政法人栃木県立岡本台病院の令和 6 （2024） 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がんセンターの令和 6 （2024） 年度業務実績及び中期目標期間の終了時に見込まれる中期目標期間における業務実績に関する評価並びに中期目標期間終了時における検討について
- (4) 地方独立行政法人栃木県立がんセンターの第 3 期中期目標（素案）について
- (5) 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 6 （2024） 年度業務実績に関する評価について
- (6) 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 6（2024）年度（地独）栃木県立岡本台病院決算の概要

【資料 2】 （地独）栃木県立岡本台病院 令和 6（2024）年度業務実績報告書兼中項目別評価書

【資料 3】 （地独）栃木県立岡本台病院 令和 6（2024）年度業務実績に関する全体評価書

【資料 4】 令和 6（2024）年度（地独）栃木県立がんセンター決算の概要

【資料 5】 （地独）栃木県立がんセンター 令和 6（2024）年度業務実績報告書兼中項目別評価書

【資料 6】 （地独）栃木県立がんセンター 令和 6（2024）年度業務実績に関する全体評価書

【資料 7】 （地独）栃木県立がんセンター中期目標期間の終了時に見込まれる中期目標期間における業務実績報告書兼中項目別評価書

【資料 8】 （地独）栃木県立がんセンター中期目標期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績に関する全体評価書

【資料 9】 （地独）栃木県立がんセンター中期目標期間終了時の検討

【資料 10】 （地独）栃木県立がんセンター第 3 期中期目標素案の概要

【資料 11】 （地独）栃木県立がんセンター第 3 期中期目標素案

【資料 12】 （地独）栃木県立がんセンター第 3 期中期目標素案（第 2 期・第 3 期比較）

【資料 13】 令和 6（2024）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 14】 （地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和 6（2024）年度業務実績報告書兼中項目別評価書

【資料 15】 （地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和 6（2024）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7(2025)年4月1日～令和9(2027)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	欠席
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	出席 (会場)
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)
松原 由美	早稲田大学 教授	出席 (会場)

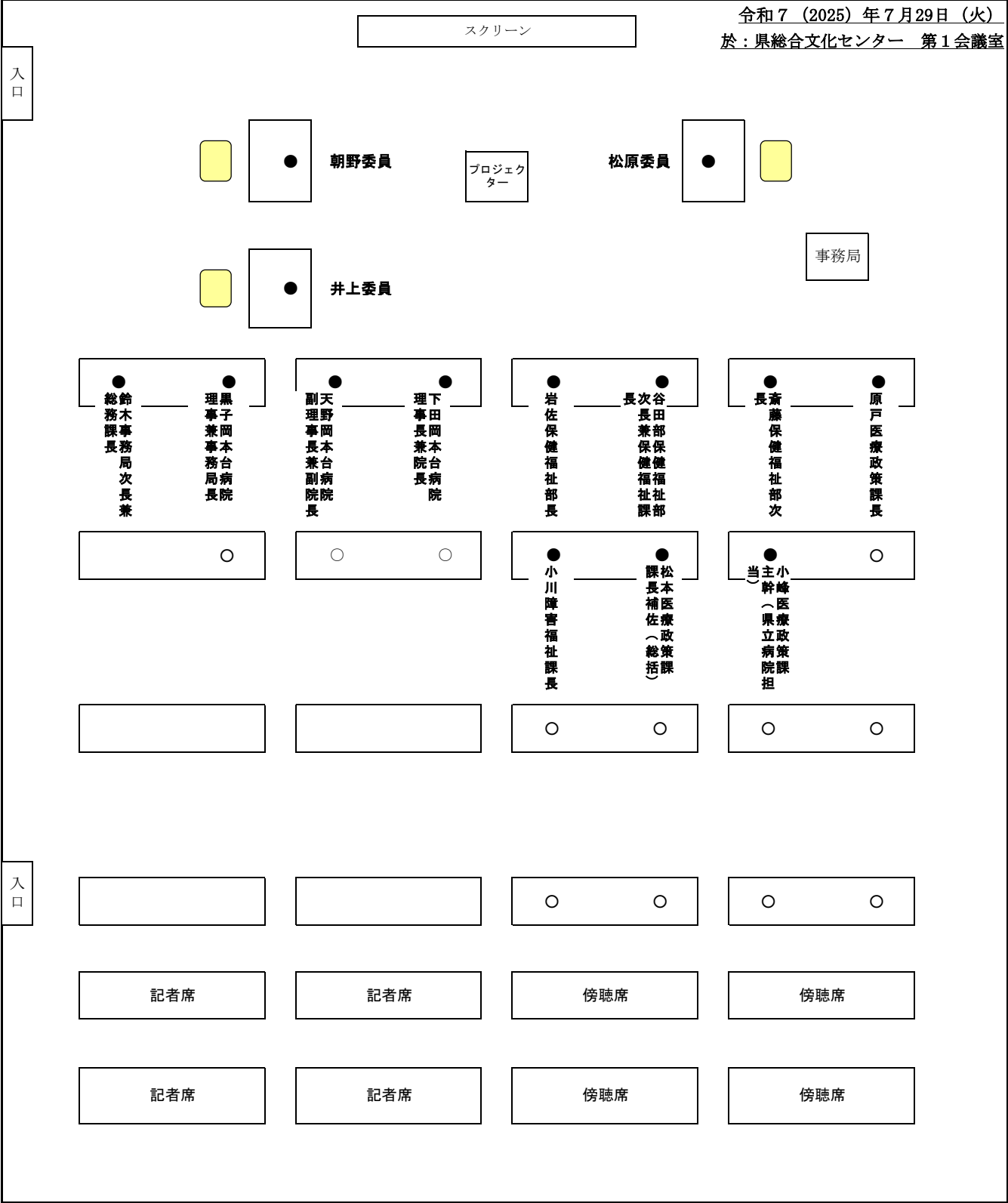
* 敬称略：五十音順

栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会 事務局

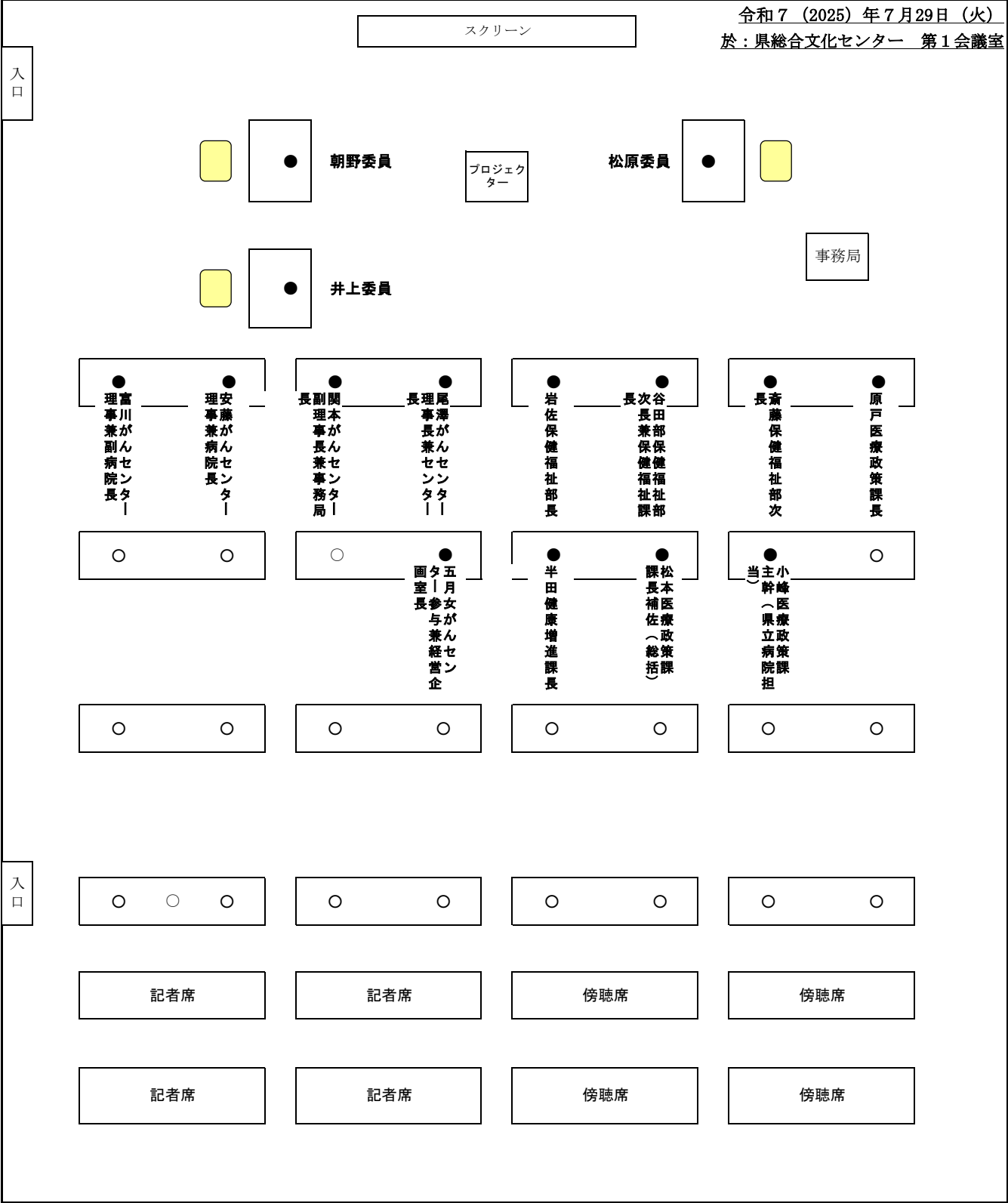
R7(2025).4.1

No	氏 名	役 職 名	備 考
1	岩佐 景一郎	保健福祉部長	
2	谷田部 貴	保健福祉部次長兼保健福祉課長	
3	斎藤 文隆	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	小川 元子	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	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	
11	安藤 二郎	(地独)栃木県立がんセンター理事兼病院長	
12	富川 盛啓	(地独)栃木県立がんセンター理事兼副病院長	
13	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	
14	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	
15	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	
16	下田 和孝	(地独)栃木県立岡本台病院理事長兼院長	
17	天野 託	(地独)栃木県立岡本台病院副理事長兼副院長	
18	黒子 康彦	(地独)栃木県立岡本台病院理事兼事務局長	

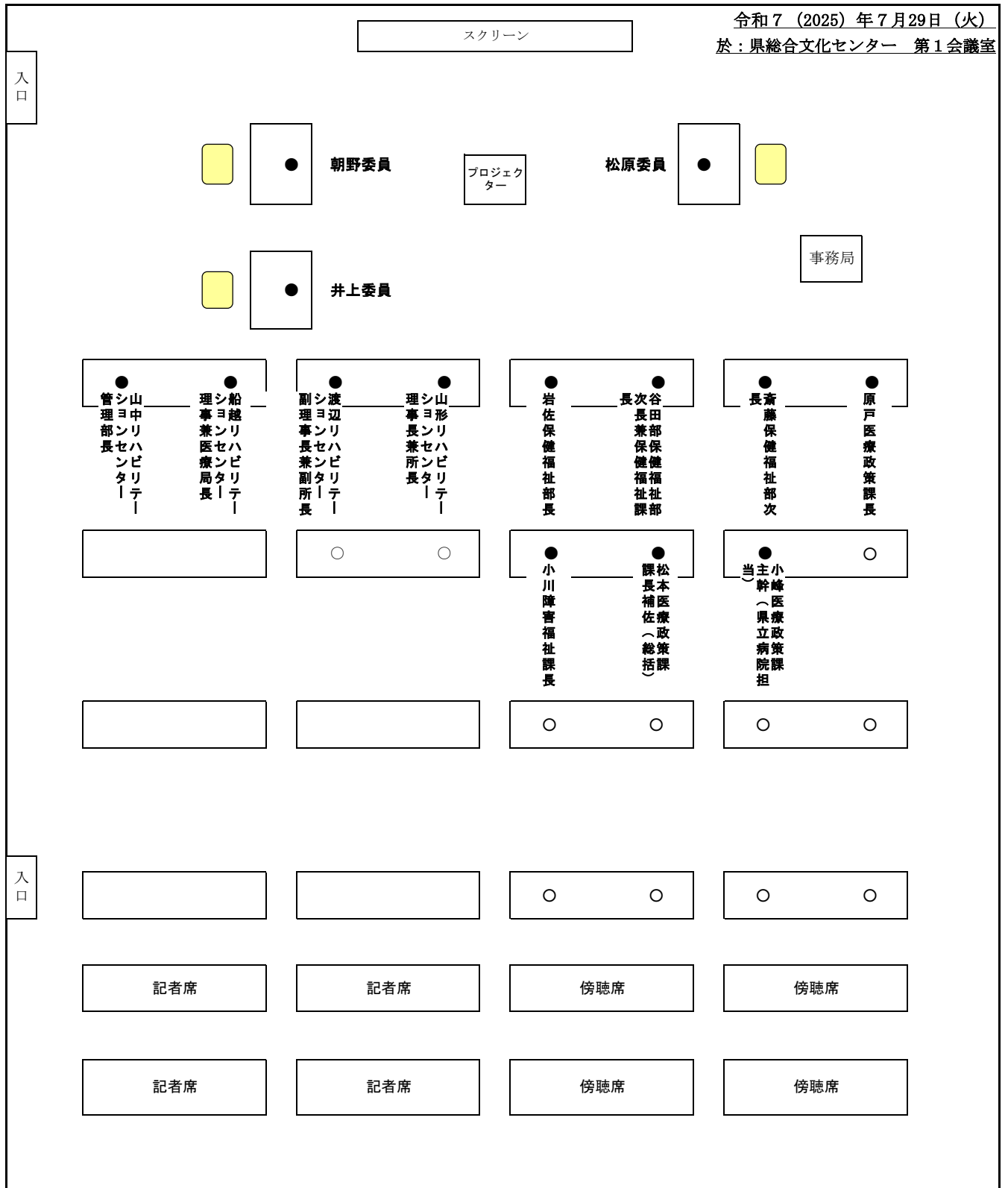
令和7年度第1回栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会 席次表（岡本台病院）



令和7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7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)年度 (地独)栃木県立岡本台病院決算の概要

資料 1

保健福祉部医療政策課

(単位：百万円)

区 分		R5 (2023)	R6 (2024)	増減
損 益 計 算 書	収 益	2,710	2,744	34
	医 業 収 益	1,592	1,651	58
	入 院 収 益	1,279	1,345	66
	外 来 収 益	303	293	△ 9
	一 般 会 計 負 担 金	917	901	△ 16
	補 助 金 等	22	13	△ 9
	費 用	2,418	2,513	95
	医 業 費 用	2,228	2,329	101
	給 与 費	1,507	1,594	86
	材 料 費	189	180	△ 9
	経 費	337	362	25
	減 価 償 却 費	190	188	△ 2
	純 損 益	292	231	△ 61
貸 借 対 照 表	資 産	4,681	4,850	170
	負 債	2,329	2,268	△ 61
	純 資 産	2,351	2,582	231

※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		R5 (2023)	R6 (2024)	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）	42,906	44,537	1,631
	外来患者数（人）	32,943	35,644	2,701
	病床利用率（％）	53.0[71.0]	55.2[74.0]	2.2[3.0]
平均在院日数（日）		79.4	67.0	△ 12.4
単価	一人一日当入院（円）	29,819	30,207	388
	一人一日当外来（円）	9,183	8,220	△ 963
医 業 収 支 比 率 （ ％ ）		71.5	70.9	△0.6
経 常 収 支 比 率 （ ％ ）		112.1	109.2	△2.9

※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、任意入院患者の積極的な受入れや病床の効率的な活用をより意識的に行ったことから、患者数が増加した。また、在院日数の短縮により、患者単価も増加したことから、収益も増加した。
- ・外来については、午後診療の拡充や、デイケア利用が増えたこと、紹介患者の増加などにより、患者数が増加したものの、全面院外処方への移行による外来単価の減により、収益は減少した。
- ・物価高騰関連補助金の減少や、物価高騰や給与改定に伴い費用が増加した影響で、黒字幅は減少したが、入院収益の増加などにより3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（案）

令和 6 (2024) 年度

自 令和 6 (2024) 年 4 月 1 日

至 令和 7 (2025) 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
			法人自 己評価	知事評 価(案)		
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	A	A		
2 安全で安心な医療の提供	A	A	A	A		
3 患者・県民の視点に立った医療の提供	A	A	A	A		
4 人材の確保と育成	A	S	A	A		
5 地域連携の推進	A	A	A	A		
6 地域精神医療・福祉への貢献・協働	A	A	A	A		
7 災害等への対応	A	A	A	A		
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項						
1 業務運営体制の確立	A	A	A	A		
2 収入の確保及び費用の削減への取組	A	A	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	A	S		
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	A	A		
2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理	A	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。
令和6(2024)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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	100.0	100.0%	100.0	iv
2	措置入院患者ケア会議開催率（％）	86.0	88.2	102.6%	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（％）	89.0	81.8	91.9%	90.0	iii
4	アルコール外来初診患者の通院継続率（％）	50.0	53.4	106.8%	50.0	iv
5	自病院退院後再入院率（3か月）（％）	10.5	9.9	105.7%	10.0	iv
6	3か月以内退院率（％）	86.0	91.1	105.9%	88.0	iv
7	入院患者のL A I 導入率（％）	15.0	10.7	71.3%		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	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
99.0	99.0	100.0		
83.0	91.3	88.2		
81.8	88.9	81.8		
50.0	53.1	53.4		
11.4	10.5	9.9		
86.6	84.4	91.1		
15.2	11.7	10.7		
100.0	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）		
（経営強化プラン補足版(R6(2024)～R8(2026))の記載内容） ＜機能ごとの病床数＞ 経営強化プランの対象期間の最終年度である令和8(2026)年度における機能ごとの病床数は、精神病床221床とし、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、地域精神医療の基幹病院として、高度で専門的な医療を提供する。		
ア 精神科救急医療の提供 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。	ア 精神科救急医療の提供 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。 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。	①緊急措置診察174件を実施し、要措置となった97人を全て受け入れた。また、緊急措置入院不要と診断された患者77人のうち33人を医療保護入院等で受け入れた。 ②精神科救急病棟では、精神科救急患者の受入体制を充実するため、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た。

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
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 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。 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。	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 多職種が連携して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。また、これまでの実績に基づき、プログラム内容の見直しを検討する。 併せて、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、必要に応じて特定病床制度を活用する。	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3人が退院した。 ④新たに本県の対象者3人、県外の対象者1人を受け入れた。 ⑤医療観察法関連職種研修会を開催（当院主催）し、全国からの参加病院と治療プログラム等の情報共有を行った。
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。	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・薬物依存症については、依存症に関する情報の発信や医療従事者を対象とした研修会の開催など、依存症治療拠点機関としての役割を果たしていく。 また、ギャンブル等依存症については、専門医療機関として実施している専門プログラムの充実を図るとともに、治療拠点機関の選定に向け実施体制を整備する。	⑥アルコール・薬物・ギャンブル等の各種依存症について、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。 ⑦アルコール依存症について、依存症ショートケアを軌道に乗せるとともに、広報を強化することで、参加者の確保に努めた。また、入院患者に対する集団心理プログラムの充実を図った。 ⑧ギャンブル依存症患者の入院受入れを開始し、プログラムを活用して治療を行った。また、外来では初診枠を拡充するとともに、標準的治療プログラム（STEP-G）を実施した。 ⑨ギャンブル等依存症について、依存症対策会議により情報発信等の実施体制を整備し、令和7(2025)年2月に依存症治療拠点機関の選定を受けた。

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）		
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。 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。 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。	ア 薬物療法及び精神科専門療法の質の向上 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）の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とともに、医師と薬剤師が連携し、院内服薬指導の充実を図る。 また、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。 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は、治療実績のデータの蓄積と分析を進め、より効果的な活用方法の検討を行う。 治療に対する多様なニーズに応えるため、認知行動療法外来の実施体制を整備する。	①L A Iの使用を促進し導入患者数は前年度を上回ったが（R6 82人、R5 75人）、入院患者数が大幅に増加したため、L A Iの導入率は10.7%と目標値に達しなかった。 ②クロザピン治療において、クロザリル患者モニタリングサービス登録医数を維持し、6人の患者に対し新規導入を行った。 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。 ④令和7（2025）年1月に認知行動療法外来を設置した。
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。	イ 治療の標準化・均質な医療の提供 m-E C Tやクロザピン治療についてクリニカルパスの活用を推進するとともに、精神科救急やアルコール依存症治療においてもクリニカルパスを導入し、治療内容の標準化・均質化に努める。	⑤m-E C Tやクロザピン治療だけでなく、救急病棟やアルコール依存症治療においてもクリニカルパスを活用し、治療内容の標準化・明確化を図った。

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
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。	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。 また、EGUIDEプロジェクト（精神医療の普及と教育に対するガイドラインの効果に関する研究）に参加し、若手医師を育成するとともに、より効果的な医療を提供する。	⑥「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。 ⑦EGUIDEプロジェクトの参加者はいなかったが、NCNP（国立精神・神経医療研究センター）に当院の処方データを提供し、精神・神経疾患の臨床研究に協力した。
（3）チーム医療の推進（小項目）		
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。	長期入院患者の地域移行・定着、新規入院患者の早期退院に向け、多職種によるカンファレンスや多角的評価を実施する。 また、褥瘡対策チームや栄養サポートチーム（NST）などの多職種によるチーム医療を推進する。 措置入院患者や急性期の患者に対して、入院早期から作業療法を積極的に導入し、早期退院を促進する。	①全病棟におけるMDT会議や、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。 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栄養サポートチームによる回診を毎週実施し、延べ166人の入院患者に対してチーム医療を提供した。 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（R6 3,252件、R5 2,644件）。

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。	現在実施している臨床研究について、実施状況データベースを活用した進捗管理を継続するとともに、大学との共同臨床研究への参加を推進する。	①当院の依存症医療の実施状況データを活用して、専攻医が学会発表を行った。 ②獨協医科大学病院主導の研究に共同研究機関として参加している。

令和5(2023)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	・ 指標に関しては、「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」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、「緊急措置入院患者受入れ率」、「措置入院患者ケア会議開催率」、「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）」、「3か月以内退院率」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77人中33人の受入れを行った。依存症治療については、ギャンブル依存症専門外来の初診枠を拡充するなど患者の受入体制を充実するとともに、令和7(2025)年2月にギャンブル等依存症の依存症治療拠点機関の選定を受けた。「(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活用を推進し、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による栄養管理や入院早期から作業療法を実施するなど、多職種によるチーム医療を推進した。「(4) 臨床研究の推進」では、当院の依存症医療等の実施状況データを専攻医の学会発表に活用した。 ・ 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 (案)	A	評 価 理 由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 年度 達成率	R8(2026) 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（%）	84.5	86.3	102.1%	78.0	iv
2	感染管理認定看護師数（人）	1	1	100.0%	1	iv
3	CVPPP習得率（%）	40.0	41.0	102.5%		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	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
83.5	83.9	86.3		
0	0	1		
32.6	37.2	41.0		

※ 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) 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 インシデント事例を院内で共有するとともに、原因分析を行い再発防止対策を策定する。さらに、全職員を対象とした医療安全対策研修の実施などにより、安全管理体制を構築する。	①インシデント事例を検証し、その対策を院内に共有したことで、上半期に6件発生したレベル3bの医療事故を、下半期は1件に抑えることができた。 ②医療安全対策研修では、VOD（ビデオ・オンデマンド）の活用により全職員に研修を受講させ、安全管理体制の強化を図った。
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 全職員を対象としたCVPPP（包括的暴力防止プログラム）研修を実施し、病院全体の対応力向上に努める。 また、CVPPPの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、トレーナーを対象としたフォローアップ研修を実施し、スキルの維持・向上に努める。	③CVPPPインストラクターによる身体介入及び暴力ケア習得のための研修を全職員に受講させ、職員の対応力向上を図った。 ④CVPPPトレーナー養成研修を実施し、新たに9名がトレーナー資格を取得した。また、トレーナーを対象としたフォローアップ研修を実施し、スキルの更なる向上に努めた。

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。	⑤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。 ⑥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策定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、引き続き院内感染防止対策を強化する。 また、感染管理認定看護師を養成・活用し、院内感染に関する知識・スキルの向上を図る。	①感染制御チームが中心となって体制の充実を図り、感染対策向上加算2を取得した。 ②看護師1名に感染管理認定看護師の資格を取得させ（令和6(2024)年11月）、院内感染防止体制を強化した。

令和5(2023)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	・指標に関しては、全て（「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」、「感染管理認定看護師数」、「CVPPP習得率」）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)医療安全対策の推進」では、医療安全対策研修を全職員に受講させ、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。「(2)院内感染防止対策の強化」では、看護師1名が感染管理認定看護師の資格を取得したほか、感染防止体制の充実を図り感染対策向上加算2を取得するなど、院内の感染防止対策を強化した。 ・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 (案)	A	評 価 理 由等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	患者満足度割合（％）	73.0	64.7	88.6%	75.0	ii
2	接遇・行動制限最小化研修参加率（％）	100.0	100.0	100.0%		iv
3	入院患者に対する薬剤管理指導実施件数（件）	1,000	1,125	112.5%		v
4	栄養食事指導継続率（％）	96.0	100.0	104.2%		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	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
71.7	67.1	64.7		
93.7	99.8	100.0		
21	692	1,125		
94.7	97.7	100.0		

※ 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) 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 身体拘束の必要性及び解除指標を明確化するとともに、行動制限最小化委員会において身体拘束の妥当性を常に検証することにより、行動制限の最小化やVTE（静脈血栓塞栓症）の予防に努める。	①身体的拘束マニュアルにおける拘束開始時の報告書作成等の手順を徹底し、適正な行動制限の実施に努めた。 ②行動制限最小化委員会（毎月）及びVTE予防対策チーム会議（2回）に加え、身体的拘束患者について1日2回の病棟カンファレンスを開催し、拘束の早期解除を図った。
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に実施し、病院全体での取組を推進する。	イ 全職員を対象とした人権研修及び接遇マナー向上研修を実施する。	③人権研修及び接遇研修を実施し、全職員が受講した。 ④看護師1名を日本精神科看護協会公認の倫理研修講師として養成し、院内の倫理カンファレンス等に活用した。 ⑤全職員を対象に「やさしい日本語セミナー」を外部講師を招いて開催し、職員の患者対応スキルの向上を図った。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(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、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 精神疾患や依存症に対する家族の理解促進を図るため、家族教室を計画的に開催するとともに広く周知を行う。 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アルコール家族教室の開催について、ドラッグストア等にチラシを配架するなど広く周知を行い、多くの家族に参加いただくとともに、家族教室の充実について検討を行った。 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への参加や定期的な機器メンテナンスなどにより、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97.6%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。
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 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、医師と各病棟の担当薬剤師が連携し、服薬指導の充実を図る。	⑥薬物療法を効果的に実施するため、入院患者に対する服薬指導の充実を図り、目標値を上回る1,125件の薬剤管理指導を実施した。

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
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。	オ 外来患者の待ち時間短縮に向けて、課題の洗い出し及び解決策の検討を行う。	⑦平日日中の予約外の外来患者を可能な限り受け入れられるよう、外来診察枠の見直しを検討した（令和7(2025)年4月、診察枠見直し）。 ⑧電子カルテシステム更新の検討に併せ、利便性向上を図るシステム（診察表示システム等）の導入を検討した。
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。	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、新たなメニューを提供し、入院患者の満足度向上を図る。	⑨入院・外来患者延べ786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丁寧な支援を行った結果、指導の継続率は100%を達成した。 ⑩給食の提供について、行事食の充実を図るなど、入院患者の満足度向上に努めた。
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。	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。	⑪患者満足度調査において、入院患者の満足度は改善したもの、外来患者の待ち時間に対する満足度は依然として低く、全体の満足度は64.7%と、前年度（67.1%）を下回った。 ⑫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。
（3）精神医療に関する情報の発信（小項目）		
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。	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。	①病院ホームページや広報誌「Okadai NEWS」の発行（年4回）により、当院の依存症医療等を分かりやすく発信した。 ②令和6(2024)年4月に公式LINEアカウントを開設し、医師の休診・代診情報等をタイムリーに配信した。

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
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関する情報提供や意見交換等を行い、医療観察法医療に対する理解促進を図る。	③「地域連絡会議」を開催し、地域住民や関係機関等の医療観察法医療に対する理解促進に努めた。
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広聴広報委員会を開催し、翌年度の広報計画を検討するとともに、病院ホームページへのアクセス状況等の分析を行った。

令和5(2023)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	・ 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」は目標値を達成又は上回った。 ・ 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を開催し身体的拘束の早期解除を図ったほか、日本精神科看護協会公認の倫理研修講師（看護師）を養成するなど、患者の人権に配慮した医療の提供に努めた。「(2) 患者及びその家族等への医療サービスの向上」では、患者を円滑に受け入れられるよう外来診察枠の見直しを検討したほか、入院患者への服薬指導や栄養食事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。「(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に公式LINEアカウントを開設するなど、情報発信ツールを充実させた。 ・ 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 (案)	A	評 価 理 由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

4 人材の確保と育成（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	感染管理認定看護師数（人） 【再掲】	1	1	100.0%	1	iv
2	職員満足度割合（％）	63.0	65.4	103.8%	60.0	iv
3	定年退職者を除く中途離職率 （％）	2.0	4.5	▲ 25.0%		i

（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	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
0	0	1		
53.6	60.9	65.4		
2.1	0.0	4.5		

※ 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
(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魅力ある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、専攻医の確保につなげる。 また、連携施設との関係強化や、就職ガイダンスにおいて当院の特色を積極的に広報することにより、医師の確保に努める。	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2名を採用した。 ②合同説明会に参加し、当院の特色をPRすることで医師の確保に努めた。
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 精神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、ホームページ等での情報発信により、職員の確保に努める。	③看護師養成校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10名、精神保健福祉士2名、薬剤師1名、放射線技師1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や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、研修等への参加を通してプロパー職員の資質向上を図る。	④求人サイトを活用し、病院勤務経験者を含む事務職員5名を採用した。 ⑤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参加させ、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）		
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。	ア 精神保健指定医や精神科専門医の資格取得に向けて、研修指導室を中心とした研修体制の充実に努めるとともに、若手医師にとって魅力ある研修環境を整備する。 日本精神科救急学会暫定認定施設から正式認定施設への移行に向け、精神科救急認定医を養成する。	①精神保健指定医や精神科専門医の資格取得に向け、若手医師のレポート作成等を積極的に支援した。 ②新たに1名が指定医の資格を、2名が専門医の資格を取得した。 ③医師1名を精神科救急認定医として養成し、令和7(2025)年3月に日本精神科救急学会認定施設の認定を受けた（認定期間：令和7(2025)年4月～令和12(2030)年3月）。
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。	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再構築を行うなど、教育体制の充実に努める。 また、認定看護師の効果的な活用に向け、認定看護師業務基準の策定を行う。	④看護師の質や実践能力の向上を図るため、新たなクリニカルラダーを策定した（令和7(2025)年4月から運用開始）。 ⑤認定看護師業務基準を策定し（令和7(2025)年4月から運用開始）、認定看護師を効果的に活用する体制を整備した。
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。	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。	⑥専門外来の開設に向け、医師2名が認知行動療法に関する研修を、依存症医療の充実のため、医師2名がゲーム依存症に関する研修を受講するなど、各種学会や研修会に計画的に参加した。 ⑦看護師1名に感染管理認定看護師の資格を取得させ（令和6(2024)年11月）、院内感染防止体制の強化を図った。【再掲】
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。	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、参加できる機会の拡充に努める。また、院内における伝達研修や勉強会などの取組を強化する。	⑧接遇研修や看護職員のレベル別研修において、eラーニングを活用し、対象者全員が研修を受講できる環境を整えた。 ⑨全職員を対象に「やさしい日本語セミナー」を外部講師を招いて開催し、職員の患者対応スキルの向上を図った。【再掲】

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）		
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。	職員のモチベーション向上や職員の能力開発・育成につながる法人独自の人事管理制度の導入に向けて、先進事例等を参考にしながら検討を進める。	①独法化3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。
(4) 働きやすい職場環境づくり（小項目）		
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。	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。	①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した(69.0%)。 ②業務の状況を考慮し、年度途中でも適宜職員を採用することで、職員の業務負担軽減を図った。
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。	イ 医師の働き方改革に対応するため、深夜帯における宿直勤務を導入する。 また、看護師の2交代制勤務の拡充に向け、引き続き検討を進める。	③医師の働き方改革に呼応するため、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した。 ④看護師2交代勤務の拡充については、中・長期的な視点で検討を進めた。
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。	ウ 職場における各種ハラスメントを防止するため、全職員を対象とした研修を実施するとともに、引き続き各職域にハラスメント相談員を配置し、相談体制の充実を図るなど、ハラスメントのない職場環境づくりに努める。	⑤ハラスメント研修を実施し、全職員に受講させた。 ⑥「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6名の相談窓口を設置）するなど、ハラスメントの未然防止及び早期発見に努めたものの、勤務時間外においてハラスメントに該当する事案が1件発生してしまった。

4 人材の確保と育成（中項目）

令和5(2023)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	・ 指標に関しては、「定年退職者を除く中途離職率」が目標値を大きく下回った一方、「感染管理認定看護師数」及び「職員満足度割合」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) 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。「(2) 研修体制の強化」では、精神科救急認定医を養成し、日本精神科救急学会認定施設の認定を受けたほか、看護部において新たなクリニカルリーダー及び認定看護師業務基準の策定を行った。「(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。「(4) 働きやすい職場環境づくり」では、全職員に研修を受講させるなどハラスメントの未然防止に努めたものの、ハラスメントに該当する事案が発生してしまった。 ・ 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 (案)	A	評 価 理 由 等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

5 地域連携の推進（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	9.9	105.7%	10.0	iv
2	3か月以内退院率（％）【再掲】	86.0	91.1	105.9%	88.0	iv
3	措置入院患者ケア会議開催率 （％）【再掲】	86.0	88.2	102.6%	87.0	iv
4	紹介率（％）	60.0	65.5	109.2%		iv
5	逆紹介率（％）	50.0	38.5	77.0%		i
6	入院及び診察要請に対する受入れ 率（％）	75.0	84.9	113.2%		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 （％）	73.0	80.6	110.4%		v
8	入院期間5年以上の患者数（人）	10	10	100.0%		iv
9	在宅復帰率（％）	85.0	91.2	107.3%		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	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
11.4	10.5	9.9		
86.6	84.4	91.1		
83.0	91.3	88.2		
52.0	59.4	65.5		
44.1	43.2	38.5		
53.3	78.0	84.9		
70.3	74.1	80.6		
16	12	10		
83.7	89.7	91.2		

※ 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）		
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。	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、事例を各職域で共有し、事後検証会等において関係機関との相互理解を深める。	①県の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は全て受け入れた。 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。
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。	イ 緊急措置業務を担う精神保健福祉センターへの技術支援や連携強化を通して、緊急措置診察の要否判断に係る調査能力の向上に協力し、不要な診察や搬送の削減に貢献する。	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。
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。	ウ 地域の医療従事者を対象とした依存症に関する研修会等において、当院の取組を情報発信することにより、紹介率の向上を図る。 一方、安定している患者がより身近な地域で適切な医療を受けられるよう、地域医療機関への紹介を推進していく。	④依存症治療拠点機関として当院の取組を情報発信することで、地域の医療機関から当院への依存症患者の紹介受診を促進した。 ⑤訪問看護ステーションや地域包括支援センターと連携し、患者の地域医療機関への紹介に取り組んだが、調整が難航するケースも多く、逆紹介率は目標値を下回った。
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。	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。	⑥断酒会やAA、DARCに適宜ミーティングや患者に対するメッセージ活動を依頼し、入院患者の退院後の支援につながるよう連携を図った。

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）		
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。	ア 作業療法士がチーム医療に参画し、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する。 また、退院後の地域生活定着と再発防止を支援するため、デイケアへの移行を推進する。	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（R6 3,252件、R5 2,644件）。【再掲】 ②また、デイケアについて、多職種で連携し退院予定の入院患者に利用を案内するとともに、外来患者への利用促進を強化するなど、患者の地域生活定着を積極的に支援した（デイケア延べ利用者数：R6 4,405人、R5 3,235人）。
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。	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・定着を支援する。 また、長期入院患者について定期的に支援方針の検討・見直しを行い、退院支援につなげる。	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（47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。 ⑤全病棟におけるMDT会議や、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。【再掲】
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。	ウ 他自治体病院等におけるアウトリーチの取組状況について情報収集を行うとともに、引き続き当院のアウトリーチのあり方や収益性を確保したサービスの提供について検討を行う。	⑥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ることで、訪問結果を治療に活用している。
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。	エ 他医療機関におけるピアサポーター（患者と同じ体験を持つ相談員）の養成・活用状況について情報収集を行い、活用方法を検討する。	⑦デイケアにて、就労移行支援事業所の利用者に講師を依頼するなど、ピアサポーターの活用方法を模索した。

5 地域連携の推進（中項目）

令和5（2023）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	・ 指標に関しては、「逆紹介率」が目標値を下回った一方、「自病院退院後再入院率（3か月）」、「3か月以内退院率」、「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全て受け入れた。また、依存症治療拠点機関としての情報発信により、地域の医療機関から当院への依存症患者の紹介受診を促進した。「(2) 入院患者の地域移行・定着の促進」では、退院後の地域生活定着及び再発防止のため、多職種で連携し患者へのデイケア利用促進に努めた結果、デイケアの利用者数は前年度を大きく上回った。 ・ 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 (案)	A	評 価 理 由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	9.9	105.7%	10.0	iv
2	3か月以内退院率（％）【再掲】	86.0	91.1	105.9%	88.0	iv
3	措置入院患者ケア会議開催率 （％）【再掲】	86.0	88.2	102.6%	87.0	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	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
11.4	10.5	9.9		
86.6	84.4	91.1		
83.0	91.3	88.2		

※ 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) 地域精神保健福祉活動への協力（小項目）		
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。	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。 また、保健所が開催する事例検討会に参加するなど、地域精神保健福祉活動に協力する。	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を図った。 ②児童相談所が開催するケース会議や宇都宮市主催の障がい者自立支援協議会への参加等、地域精神保健福祉活動に協力した。

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）		
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。 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。	協力型臨床研修病院としての研修医や精神科専門研修基幹施設としての専攻医、医療従事者養成機関の学生、精神科認定看護師教育課程の実習生等について積極的な受入れを行う。 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CVP P P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。 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。	①協力型臨床研修病院として初期研修医8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。 ②大学病院から学外実習生9名を受け入れた。 ③県内医療スタッフ養成機関から実習生135名を受け入れた。 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。 ⑤アルコール・薬物・ギャンブル等の各種依存症について、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。【再掲】
(3) 行政その他関係機関等への助言・支援（小項目）		
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。 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。	行政機関が主催する研修会の講師や各種委員会・審査会の委員、県有施設等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。 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。	①各種委員会・審査会等の委員及び児童相談所等県有施設の嘱託医として職員を派遣した。 ②中央児童相談所にCVP P P講師を派遣した。 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（55件）。

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）

令和5(2023)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	・ 指標に関しては、全て（「3か月以内退院率」、「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」）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支援へのスムーズな移行を図った。「(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、依存症治療拠点機関として医療従事者研修会を開催し、県内の依存症医療提供体制の整備に協力した。「(3) 行政その他関係機関等への助言・支援」では、各種委員会・審査会等の委員や県有施設の嘱託医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 (案)	A	評 価 理 由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

7 災害等への対応（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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（日本D P A T） チーム数（チーム）	3	3	100.0%	3	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	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
3	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）		
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。 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。 (経営強化プラン補足版(R6(2024)～R8(2026))の記載内容) ＜新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組＞ ア 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。	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し、病院機能の維持・早期復旧が可能となるよう、BCP（事業継続計画）に基づく教育・訓練の実施や医薬品等の備蓄、その他災害発生時に備えた対策を推進する体制を構築する。 また、新興感染症の感染拡大時等には、医療従事者の派遣のほか、感染症が軽症の精神疾患を有する患者の受入れ等、必要な対応を積極的に行う。	①令和6(2024)年4月に策定したBCP（事業継続計画）に基づき、医薬品や備蓄食料の確保・点検・更新を行った。 ②災害対策委員会を開催し、事業継続上の課題と実施すべき事前対策を共有した。 ③火災を想定した消防訓練を計2回実施した。 ④災害拠点精神科病院の指定について、県と協働し施設要件を充足するための検討を行った。 ⑤看護師1名に感染管理認定看護師の資格を取得させ（令和6(2024)年11月）、院内感染防止体制の強化を図った。【再掲】

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）		
県からの要請に基づきDPA T（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、DPA T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。 また、県のDPA T隊員養成研修に講師を派遣し、人材育成にも貢献する。 （経営強化プラン補足版(R6(2024)～R8(2026))の記載内容） <新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組> イ 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、感染症法に基づく医療措置協定の内容を踏まえ、必要な対応を積極的に行う。	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、DPA T（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。 DPA T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DPA T研修を定期的開催して隊員の技能維持を図る。 また、県のDPA T隊員養成研修に講師を派遣するなど、人材育成に積極的に協力する。	①職員3名（医師1名、看護師2名）がDPA T先遣隊研修を受講し、先遣隊員の資格を取得した。 ②DPA T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。 ③県主催のDPA T隊員養成研修に当院の先遣隊員を講師として派遣した。

令和5(2023)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 ・ 指標に関しては、「DPA T先遣隊（日本DPA T）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、BCP（事業継続計画）に基づき、災害発生時に備え医薬品や備蓄食料の確認・点検を実施したほか、災害対策委員会を開催し、事業継続上の課題等の共有を行った。「(2) 災害等発生時における支援等」では、DPA T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、院内における研修会の実施や県主催のDPA T隊員養成研修への職員派遣を行った。 ・ 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（案）	A	評価理由等 ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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）		
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。	ア 医療環境の変化に的確に対応するため、多職種が連携して新たな診療報酬の算定や外来・病棟機能の見直しなど、戦略的かつ迅速な業務運営を行う。	①「看護職員夜間配置加算」等の新たな診療報酬加算を取得した。 ②平日日中の予約外の外来患者を可能な限り受け入れられるよう、外来診察枠の見直しを検討した（令和7(2025)年4月、診察枠見直し）。【再掲】 ③保険診療委員会において、診療報酬の査定内容を検証し、改善策を関係する職域に共有した。
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。	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。	④病院ホームページや広報誌「Okadai NEWS」の発行（年4回）により、当院の依存症医療等を分かりやすく発信した。【再掲】 ⑤また、ホームページには診療案内のほか、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、発信した。
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。 （経営強化プラン補足版(R6(2024)～R8(2026))の記載内容） ＜デジタル化への対応＞ マイナンバーカードの健康保険証利用を促進するとともに、新たなデジタル技術の積極的な活用により、医療の質の向上や医療事務の効率化、患者の利便性向上を図る。	ウ 医療事務の効率化や患者の利便性向上を図るため、マイナンバーカードの健康保険証利用を促進する。 また、オンライン受付や診察状況が確認できるシステムなど、患者の待ち時間の短縮につながるサービスや新たな電子カルテシステム等について、導入に向けた検討を行う。	⑥ホームページへの掲載や窓口での呼びかけにより、マイナンバーカードの健康保険証利用を促進した。 ⑦電子カルテシステム更新の検討に併せ、利便性向上を図るシステム（診察表示システム等）の導入を検討した。【再掲】 ⑧令和6(2024)年4月に公式LINEアカウントを開設し、医師の休診・代診情報等をタイムリーに配信した。【再掲】

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）		
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。 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。	職員全員が病院運営に対する責任感や使命感を持って積極的に参画できるよう、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。	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。 ②毎日の入院患者数や病床利用率を、病棟別に分かりやすく周知するとともに、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。

令和5(2023)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	・ 新たな診療報酬の算定に積極的に取り組むとともに、増加する外来患者を可能な限り受け入れられるよう検討を行い、効率的な病院運営に努めた。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分かりやすく周知することで、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 (案)	A	評 価 理由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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（％）	54.0	55.2	102.2%	58.8	iv
2	入院単価（円）	25,000	25,654	102.6%	21,200	iv
3	外来単価（円）	8,300	8,220	99.0%	13,000	iii
4	精神科救急急性期医療入院料算定率（％）	70.0	74.4	106.3%		iv
5	延べ外来患者数（人）	33,500	35,644	106.4%		iv
6	入院患者に対する薬剤管理指導実施件数（件）【再掲】	1,000	1,125	112.5%		v
7	デイケア参加率（％）	42.0	36.7	87.4%		ii
8	診療材料費対医業収益比率（％）	1.71	1.26	126.3%		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	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
47.5	53.0	55.2		
24,973	24,680	25,654		
13,000	9,183	8,220		
62.5	73.0	74.4		
31,660	32,943	35,644		
21	692	1,125		
26.8	27.1	36.7		
1.46	1.11	1.26		

※ 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）		
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。	ア 病棟間の連携を強化し適切なベッドコントロールを行うことにより、必要とされる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。	①特定入院料の算定にも留意しながら、病棟間の連携によりベッドコントロールを行うことで、病床利用率の改善とともに、入院単価の向上にも取り組んだ。 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。
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。	イ 日中、夜間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応じる。	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年末年始の長期休暇には、病床利用率を維持しつつ、救急患者の入院に確実に対応できるよう空床を確保した。 ⑤平日日中の予約外の外来患者を可能な限り受け入れられるよう、外来診察枠の見直しを検討した（令和7(2025)年4月、診察枠見直し）。【再掲】 ⑥ギャンブル依存症専門外来の初診枠を拡充した。【再掲】
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。	ウ 令和6(2024)年度の診療報酬改定に迅速かつ的確に対応するとともに、新たな診療報酬の取得を目指す。 また、診療報酬の査定・返戻内容を分析し、関係職域にフィードバックする体制を構築することにより、減額・返戻の削減に努める。	⑦令和6(2024)年6月の診療報酬改定に対し、各種届出の対応を迅速に行った。 ⑧「看護職員夜間配置加算」等の新たな診療報酬加算を取得した。【再掲】 ⑨保険診療委員会において、診療報酬の査定内容を検証し、改善策を関係する職域に共有した。【再掲】
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。	エ 患者の経済状況等に応じ、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。	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未収金管理・回収事務を的確に実施するため、未収金対策マニュアルの見直しを行った。 ⑫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、早期回収に努めた。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(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）		
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。	ア 院内会議において、経営状況や病院運営上の課題を共有することにより、職員に対してコスト削減意識の向上に努める。 医薬品や診療材料、消耗品等の在庫管理を徹底し、費用の抑制に努める。	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、材料費の抑制に努めた。
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。	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。	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、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。
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。	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。	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。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

令和5(2023)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	・ 指標に関しては、「外来単価」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」、「入院単価」、「精神科救急急性期医療入院料算定率」、「延べ外来患者数」、「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、病棟間の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、依存症外来の初診枠拡充等の取組により外来患者数は過去最多となった。また、令和6(2024)年6月の診療報酬改定に迅速に対応するとともに、「看護職員夜間配置加算」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、材料費や経費の抑制に努めつつ、老朽化が進む施設の修繕を的確に実施し、施設の安全性・継続性の確保を図った。 ・ 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と判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価 (案)	A	評 価 理 由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施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	R6 (2024) 年度 目標値	R6 (2024) 年度 実績値	R6 (2024) 年度 達成率	R8 (2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況	R4 (2022) 年度 実績値	R5 (2023) 年度 実績値	R6 (2024) 年度 実績値 (再掲)	R7 (2025) 年度 実績値	R8 (2026) 年度 実績値
1	経常収支比率（％）	100.0	109.2	109.2%	100.0	iv	118.3	112.1	109.2		
2	医業収支比率（％）	67.9	70.9	104.4%	68.0	iv	68.2	71.5	70.9		

※ 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
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。	経常収支の黒字化を図るため、月次で収支状況を管理し、病院全体で共有することにより、収入確保、経費削減に努める。 また、月次で資金管理を行い、経営基盤の安定化に努める。	①経常利益は231百万円を計上し、経常収支比率は109.2%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。

令和5 (2023) 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	・ 指標に関して、「経常収支比率」は109.2%、「医業収支比率」は70.9%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、病棟間の連携強化により効率的な病床管理を行い病床利用率を改善させるなど、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 (案)	S	評価理由等	・ 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。病院を取り巻く環境が厳しい状況においても経常収支黒字化を達成しており、引き続き、目標の達成に向けて取り組まれない。

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。	「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県主催の会議において、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を収集した。

令和5(2023)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(案)	A	評価理由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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
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。 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。	県民から信頼される県立病院として、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や情報セキュリティ対策を徹底する。 また、これらを確保するため、全職員に対する教育・研修や内部監査を実施するなど、内部統制の充実を図る。	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。 ②個人情報保護及び情報セキュリティ対策について内部監査を実施し、監査結果に基づき、個人情報漏えいや院内システムのウイルス感染対策の徹底、文書管理の適正化を図った。 ③内部統制の充実を図るため、全職員を対象にコンプライアンス研修を実施した。

令和5(2023)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	・ 内部監査の実施により、個人情報保護及び情報セキュリティ対策の徹底を図り、適正な業務執行に努めた。また、全職員を対象とする研修の実施により、内部統制の充実を図るなど、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 (案)	A	評価 理由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

令和 6（2024）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 6（2024）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 項目のうち、「財務内容の改善に関する事項」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、3 年連続で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 6 (2024) 年度 (地独) 栃木県立がんセンター決算の概要

保健福祉部医療政策課

(単位：百万円)

区 分			R5 (2023)	R6 (2024)	増減
損 益 計 算 書	収 益	益	10,664	10,428	△ 237
		医 業 収 益	8,312	8,297	△ 15
		入 院 収 益	4,036	4,165	129
		外 来 収 益	4,100	3,956	△ 145
		一 般 会 計 負 担 金	1,437	1,350	△ 87
		補 助 金 等	184	17	△ 167
	費 用	用	11,111	11,367	256
		医 業 費 用	10,330	10,532	202
		給 与 費	3,932	4,043	111
		材 料 費	3,518	3,484	△ 34
		経 費	1,952	2,100	148
		減 価 償 却 費	877	855	△ 22
	純	損 益	△ 447	△ 940	△ 493
貸 借 対 照 表	資 産		13,629	12,668	△ 961
	負 債		10,323	10,298	△ 25
	純 資 産		3,306	2,369	△ 937

※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		R5 (2023)	R6 (2024)	増減
許 可 (稼働) 病床数 (床)		291[225]	291[225]	0[0]
年間 延患 者数	入 院 患 者 数 (人)	54,416	54,307	△ 109
	外 来 患 者 数 (人)	120,304	118,789	△ 1,515
	病 床 利 用 率 (%)	51.1[66.1]	51.1[66.1]	0[0]
平均在院日数 (日)		9.5	8.9	△ 0.6
単価	一人一日当入院 (円)	74,172	76,693	2,521
	一人一日当外来 (円)	34,084	33,299	△ 785
医 業 収 支 比 率 (%)		80.5	78.8	△ 1.7
経 常 収 支 比 率 (%)		95.8	91.7	△ 4.1

※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、外来化学療法患者の一部を入院へ移行したため在院日数が短縮となったが、在院日数の短縮及びHCU加算の算定開始により、患者単価が上昇したことから、入院収益は増加した。
- ・外来については、単価の高い外来化学療法患者の一部を入院へ移行したことなどにより、患者数・患者単価ともに減少し、収益は減少した。
- ・入院収益は増加したものの、外来収益が減少し、また給与費及び経費等の費用が増加したことから2年連続の赤字となった。

業務実績報告書兼中項目別評価書（案）

令和 6（2024）年 度

自 令和 6（2024）年 4 月 1 日

至 令和 7（2025）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）	9
3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）	14
4 人材の確保と育成（中項目）	19
5 地域連携の推進（中項目）	26
6 地域医療への貢献（中項目）	30
7 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 施設整備のあり方・医療機器整備の検討（中項目）	43
2 適正な業務の確保（中項目）	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
				法人自己 評価	知事評価 (案)	
第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項						
1 質の高い医療の提供	A	A	A	A	A	
2 安全で安心な医療の提供	A	A	A	A	A	
3 患者・県民の視点に立った医療の提供	A	A	A	A	A	
4 人材の確保と育成	B	B	B	B	B	
5 地域連携の推進	A	A	A	A	A	
6 地域医療への貢献	A	A	S	A	A	
7 災害等への対応	A	S	A	A	A	
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項						
1 業務運営体制の確立	A	A	A	A	A	
2 収入の確保及び費用の削減への取組	A	B	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	A	B	B	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	A	A	
2 適正な業務の確保	A	A	A	B	B	

(参考) 中期目標期間における各事業年度の全体評価

年度	評価結果
令和3(2021)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。
令和4(2022)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。
令和5(2023)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況であるが、財務内容の改善が望まれる。
令和6(2024)年度	中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。財務内容の速やかな改善が望まれる。(案)
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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	57	95.0%	60	iii
2	バイオバンク登録件数（件）	9,900	6,260	63.2%		i
3	がんゲノムプロファイリング検査 件数（件）	60	103	171.7%		v
4	リンパ浮腫に対する施術件数 （件）	860	1,010	117.4%		v
5	臨床研究件数（件）	200	216	108.0%	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）	266	320	120.3%	270	v
7	リハビリテーション新規依頼件数 （件）	1,035	1,402	135.5%	1,035	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

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値
51	48	55	57	
3,996	8,231	10,399	6,260	
50	60	60	103	
880	896	987	1,010	
216	203	207	216	
365	363	364	320	
1,135	1,055	1,166	1,402	

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
(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。 （経営強化プラン補足版(R6(2024)～R7(2025))の記載内容） ＜機能ごとの病床数＞ 地域医療構想における推計年及び経営強化プランの対象期間の最終年度である令和7（2025）年度における機能ごとの病床数は、急性期病床291床とし、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、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、手術予定患者の中にステージが高く切除不能となる症例が散見されたことや、比較的大きな手術でも学会の定める「高難度手術」の要件を満たさない手術もあり、年度全体では57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
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。 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。 ※ 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。	イ ホームページの問い合わせフォーム等を通じて、希少がんの診療方針決定に難渋する院外の患者や医療者からの相談を受け、アドバイスをを行うとともに、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。 また、院内では診療方針を決定するために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とともに、希少がんに関連する職員研修を定期的に行う。 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。 ※ 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。	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。 ③ 第7回希少がん研修会を開催し、がんサバイバーの講演を聴き、闘病や医療に求めること、AYA世代がん患者特有の困難さへの理解が深まった。（外部参加者数 3名、院内参加者数 57名） ④ 希少がん専用の問合せフォームに9件の問合せがあり、適切な対応をすることで当センターの受診につなげることができた。 ⑤ バイオバンク運営においては、初診外来患者の当日同意取得・当日採血の診療科の拡大をしたことで、参加患者数と採血症例数の安定的な確保が可能となった。また、組織標本作成への病理診断医の介入が定着し、質の高い試料提供につながった。さらに、研究ニーズを踏まえて、一部検体の収集数の見直しをする等、業務効率の改善を図った。

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
ウ ガン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。	ウ ガン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とともに、がんゲノム医療連携病院として、第三者機関認証（ISO15189）の継続に向け努める。	⑥ ガン予防遺伝カウンセリング外来では、初診48家系68名、再診200家系251名が受診した。（自費検査 28件） ⑦ MSI検査件数は院内総数で2件、MSI-Highは0件であった。 ⑧ BRACAnalysis診断システム検査を180件実施し、BRCA1/2遺伝子の病的変異や意義不明変異が見つかった22件について、遺伝カウンセリング外来受診につなげた。 ⑨ myChoice診断システム検査を7件実施し、病的変異が見つかった4件について、遺伝カウンセリング外来受診を勧奨した。 ⑩ ガンゲノムプロファイリング検査を103件（内訳：NCCオンコパネル検査2件、FoundationOneCDx検査74件、FoundationOne LiquidCDx検査15件、GenMineTOP12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2名の受診予約を行った。 ⑪ ISO15189定期サーベイランスが承認され、2025年度のISO15189：2022（第4版）移行審査移行審査に向けた準備を進める等、円滑な業務の遂行に努めた。
エ ガン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。	エ ガン治療に伴うリンパ浮腫の重症化等を抑制するため、専任医師の指示の下、専任看護師による複合的治療を実施する。 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。	⑫ リンパ浮腫ケア外来での年間施術件数（複合的治療料算定件数）は1,010件であった。院内や院外からの依頼件数の増加により、目標値を上回った。 ⑬ ガン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 43件） ⑭ 病棟薬剤業務・薬剤管理指導業務、診察前面談を含む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331件、外来事前面談に係る連携充実加算件数390件、がん薬物療法体制充実加算件数100件、病棟での薬剤管理指導件数2,674件）

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
オ ガン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。	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、治験依頼者や研究グループからの要求に対し、被験者保護を前提として柔軟に受け入れる。	⑮ 標準治療法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 治験の効率化（治験エコシステム導入）を見据え、治験開始までの時間短縮、費用負担軽減に取り組み、治験依頼者の要求を受け入れた。 ⑰ JCOG（Japan Clinical Oncology Group）（※）による施設監査を受審、評価を受けたことで、臨床研究実施体制が保証された。 ※ 日本臨床腫瘍研究グループ
（2）チーム医療の推進（小項目）		
全職員で継続的にチームSTEPPS（※）に取り組み、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がんサード（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。	継続的にチームSTEPPS（※）に取り組み、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がんサード（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。	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54名）、中級編1回（受講者数27名）、上級編1回（受講者数13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（※1）を2回、CPC（Clinico-Pathological Conference）（※2）を1回実施した。 ※1 合併症・死亡症例検討会 ※2 臨床病理検討会
（3）緩和ケアの推進（小項目）		
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。	緩和ケア外来初診時に緩和ケアセンター看護師が同席し、入院・外来患者及びその家族を継続的に支援する。 また、緩和ケアリンクナース会等の研修会を計画的に実施し、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。	① 緩和ケア科外来初回全患者に専門・認定看護師が同席（306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。さらに、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52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。

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
(4) がん患者リハビリテーションの推進（小項目） 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。	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、各診療科や多職種との連携により、リハビリテーションが必要な患者に対して確実に介入できるよう努める。 さらに、原疾患やがん治療に伴う運動機能低下に対して、がんロコモ・骨転移外来と連携を図りながら、運動器のリハビリテーション介入を推進する。	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 312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、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 55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 792件）また、診療報酬改定に伴い、6月より外来リハビリ実施患者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を開始した。（6月～3月 作成件数 529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2回、患者数2名）

令和5（2023）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 質の高い医療の提供（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	- 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」「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」「バイオバンク登録件数」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、研究ニーズを踏まえた一部検体の収集数の見直しにより、バイオバンク登録件数は目標を下回ったものの、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 (案)	A	評 価 理 由等	当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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（％）	69.0	72.5	105.1%	70.0	iv
2	感染対策研修受講率（％）	95.0	98.6	103.8%		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	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値
63.6	65.6	68.8	72.5	
90.7	91.9	98.7	98.6	

※ 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。	

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

（1）医療安全対策等の推進（小項目）

ア ヒヤリ・ハット事象の報告を更に促進し、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72.5%と目標値を3.5%上回った。前年度の実績68.8%からは3.7%増加した。 ② GOOD-JOB報告は148件（前年度比＋2件）。GOOD-JOB報告の目標値を設定する部署もあり、リスクマネジメント部会でのGOOD-JOB報告事案共有、GOOD-JOB報告推進月間などの取り組みが成果に繋がった。 ③ インシデント報告における要因別「確認を怠った」の件数は、年間675件（前年度比▲90件）で報告件数に占める割合としては、49.7%（前年度比▲2.9%）と前年度より減少した。 ④ リスクマネジャー・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。 ⑤ リスクマネジャー対象研修を6月に実施し、役割実践の強化を行った。 ⑥ 医療安全に関する研修については、全職員対象研修を2回、その他対象職員に対する研修を18回開催した。（全職員対象研修受講率 第1回：100%、第2回：97%）
--	--	--

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
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。	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、新興感染症・新感染症発生時のがん治療への影響を低減するために、平時から対策や準備に取り組む。	⑦ 感染対策研修については、全体研修を2回開催した。オンラインで開催し、未受講者に対しては各部門長から受講を促す等、受講率向上を目指した。（受講率 第1回：99.8%、第2回：97.4%、平均：98.6%） ⑧ 院内感染対策については、有症状職員・患者に対して早期対応を実施することで、院内でのクラスター発生がなく経過できた。
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。	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。	⑨ 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。 ⑩ 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：6回） ⑪ チームSTEPPS研修初級編、中級編、上級編を計5回実施した。 ⑫ 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201施設中49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10年連続、「部署内でのチームワーク」については6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。

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）		
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。	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。	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。 ② 医薬品の安全使用のための研修会の開催や新卒新採用看護師に向けての講義、医薬品安全性情報の発信等を行い、院内の医薬品安全使用に努めた。 ③ 新規購入医療機器を安全に使用するために看護部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活用し、保守点検の漏れがないようシステムの強化と安全管理に努めた。さらにME 3名体制となり、手術室業務など円滑に実施することができた。

令和5（2023）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	—

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	・ 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、新興感染症等発生時の対応等について周知するとともに、有症状職員・患者に対して早期対応を実施することで、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、医療機器や医薬品の安全使用のための研修会等を開催した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価 (案)	A	評 価 理由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	1,405	101.8%		iv
2	院内クリニカルパス適用症例率（%）	54.0	52.3	96.9%		iii
3	医療相談件数（件）	3,600	4,740	131.7%		v
4	患者満足度割合（%）	90以上	86.9	96.6%	90以上	iii

※ 中期計画指標のみ記載

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値
1,549	1,671	1,481	1,405	
53.1	55.4	53.5	52.3	
3,888	3,742	4,428	4,740	
89.2	85.9	88.8	86.9	

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 治療方針決定時などに面談同席し、意思決定支援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
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。	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。	② がん相談支援センターにおいて、ACPパンフレットの配布を5月より開始し、63部の受領があった。また、医師が直接患者にACPのパンフレットを直接手渡しする等、ACPの理解を深める活動を継続して行ったほか、職員を対象にACP啓発のための動画配信を行った。
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 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。	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331件、外来事前面談に係る連携充実加算件数390件・がん薬物療法体制充実加算件数100件、病棟での薬剤管理指導件数2,674件、病棟薬剤業務実施加算1件数11,133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：8件）
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。	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。	⑥ 新たな検査や治療に対する院内クリニカルパスの作成を行った。また、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52.3%と目標値の54.0%をやや下回った。

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
(2) 患者の就労等に関する相談支援機能の充実（小項目）		
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。	国の第4期がん対策推進基本計画及び栃木県がん対策推進計画（4期計画）等を踏まえ、ハローワークや産業保健総合支援センター等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。	① ハローワーク宇都宮と連携して就職支援相談会を15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：3件、就労相談件数：551件） ② 初回入院患者に対して仕事に関するアンケートを実施し、就職や復職、仕事と治療の両立について悩みや不安を抱える患者の相談支援を行った。 ③ 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。
(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上（小項目）		
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。	ア 接遇研修を開催するとともに、テーマを決め接遇チェックを行い、職員の接遇マナーの向上を図る。	① 接遇マニュアルを職員全てが容易に確認できるよう、院内の情報共有ツールに掲載し周知に努めた。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月に実施した。加えて、職員の接遇チェック（自己点検）を行った（280名実施）。
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。 （経営強化プラン補足版(R6(2024)～R7(2025))の記載内容） ＜デジタル化への対応＞ マイナンバーカードの健康保険証利用を促進するとともに、新たなデジタル技術の積極的な活用により、医療の質の向上や医療事務の効率化、患者の利便性向上を図る。	イ 患者満足度調査や「みんなの声」等を通して寄せられる患者及びその家族のニーズを把握のうえ、改善に向けた取組を行うとともに、マイナンバーカードの健康保険証利用の促進等、新たなデジタル技術の積極的な活用により、利便性・快適性の向上に努める。	② 日本医療機能評価機構の調査システムによる患者満足度は次のとおり。（評価基準「当院を全般的に評価したときの満足度」） ・外来は82.9%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（97/97位）」、「診療時間（86/87位）」の項目の評価が低かった。 ・入院は90.9%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った。 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。 ④ 患者導線の改善と保険証確認時間の短縮を図るため、マイナンバーカードリーダーを増設した。（R5（2023）年度：1台、R6（2024）年度：2台） ⑤ R6（2024）年6月にモバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムを入退院窓口を導入し、患者の利便性向上を図った。

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
(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 リモート又は現地において、がん予防・喫煙防止教育を実施した。（小学校12校、中学校1校、高等学校5校） ② がんに関する知識の普及啓発のため、がん教育講話を実施した（高等学校5校）。また、栃木県がん教育推進協議会（栃木県健康教育総合推進事業）の委員として、がん教育等の総合的な推進に向けて積極的に取り組んだ。 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集合形式（ハイブリット開催を含む）で開催し、参加者の要望に合わせて新たに同じ疾患の方同士の交流会を開催する等、利用促進に取り組んだ結果、参加者数が前年度の実績を上回った。 ② 患者サロン開設10周年を記念して、患者とその家族向けに乳がんに関する講演会及び交流会を開催した。（講演会参加者：39名、交流会参加者13名）
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を通して、療養環境の向上を図る。	③ ボランティア運営委員会等で協議を重ね、感染対策に配慮しながら活動を再開した。また、外来の待合に新たに本棚を設置し、外来患者が利用できる環境を整備し、ボランティア会員が定期的に本の補充や入替を行った。 ④ 医師やボランティア会員の協力で、患者や地域住民が医師や医療関係者と気軽に話せる場である「こやまカフェ」を10月に再開した。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

令和5（2023）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	- 指標の達成状況に関しては、「専門看護相談件数」「医療相談件数」の指標で目標値を上回った一方、「院内クリニカルパス適用症例率」「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、治療方針決定時などに面談同席し、意思決定支援や精神面での継続的支援を実践するとともに、ACPパンフレットを配布し、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、適用症例率は目標を下回ったものの、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、安全かつ適正な医療の提供に努めた。「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するとともに、初回入院患者に対して仕事に関するアンケートを実施し、就職や復職、仕事と治療の両立について悩みや不安を抱える患者の相談支援を行った。「患者及びその家族の利便性・快適性の向上」では、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ほか、マイナンバーカードリーダーの増設やモバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムを入退院窓口に導入し、患者の利便性向上を図ったが、患者満足度アンケートの結果は目標を下回った。「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。
知事の 評 価 (案)	A	評 価 理 由 等	当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

4 人材の確保と育成（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	65	100.0%		iv
2	職員満足度割合（％）	87.5以上	70.1	80.1%	90以上	ii

（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	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値
61	62	67	65	
69.3	65.8	68.7	70.1	

※ 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) 医療従事者の確保と育成（小項目）		
ア 医師の確保と資質向上 - 全国のがん専門病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 - 専門医資格取得のための研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保に努める。	ア 医師の確保と資質向上 - 県養成医師を積極的に受け入れる。 - 全国のがん専門病院や地域の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、県養成医師の受け入れを行い、消化器外科各科や病理部門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57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22例を術者として実施した。）
イ 看護師の確保と資質向上 - 養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努める。 - 県内トップレベルのがん医療を提供できるよう、認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、新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 - 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。 - 学校訪問など、養成機関との連携を強化する。 - 病院見学会を開催するとともに、オンラインによる見学・説明会を随時開催する。 - 経験者の中途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に取り組み、年間を通して安定した人員配置に努める。 - 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 4月の養成校訪問をはじめ、就職ガイダンスへの参加や職場体験・病院見学会の開催など、各種採用活動を実施した結果、R7（2025）年度の新卒新採15名、既卒6名の採用を確定した。 ④ R6（2024）年度内に23名の既卒者を採用し、途中退職や産育休等による人員の欠員を生じることなく配置することができた。 ⑤ 院内の教育研修は計画に基づき対面で実施できた。また、院外研修もコロナ禍以前の対面形式に移行し、ファーストレベルをはじめとする看護協会主催の研修や各種学会等に参加することができた。

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
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 - 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。	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 - 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。	⑥ 薬剤師については、新卒薬剤師の採用試験応募者増加を目指し、大学訪問や就職説明会への参加、見学会の実施や随時募集等の採用活動を行うとともに、薬剤師の確保に努め、4月に薬剤師（正職員無期）2名、11月に薬剤師（パート職員）1名を採用した。 ⑦ 放射線技師については、産育休による欠員があったものの、中途採用により人員を補充し、業務への影響を最小限に抑えることができた。 ⑧ 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を診療放射線技師1名が受講した。（計17名受講） ⑨ 「タスク・シフト/シェアに関する厚生労働省指定講習会」を臨床検査技師5名が受講した。（計20名受講） ⑩ 臨床検査技師については、産育休による欠員があったものの、部署内で連携・協力して円滑な業務実施に努めるとともに、栃木県臨床検査技師会学会での発表やISOに関連する研修を通じてスキル向上に努め、各種資格取得者も増加した。
エ 事務職員の確保と資質向上 - 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。	エ 事務職員の確保と資質向上 - 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。	⑪ 必要人員の確保には及ばなかったものの、募集要項の見直しにより業務内容を具体的に提示し、応募者には詳細な職務経歴の提出を求めるなど採用活動を工夫した結果、実務経験や専門性を備えた人材を採用することができた。また、診療情報管理業務や診療報酬請求業務を担う特定業務職員として、新卒者3名（R7（2025）年4月入職）を採用した。

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
(2) 研修内容の充実（小項目）		
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。	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。 また、集合開催以外の開催を積極的に行うとともに、職員が研修を受講しやすい環境整備を行う。	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5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。 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。（対象者39名、受講者37名）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促した。（対象者 33名、受講者24名） 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と昨年度までに共通研修受講済みの1名を加えた全36名が共通研修を受け、選択研修を延べ56回履修した。
(3) 人事管理制度の構築（小項目）		
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。	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な運用と試行結果の検証等、継続的に見直しを行い、がんセンターに適した人事管理制度を構築する。	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。
(4) 働きやすい職場環境づくり（小項目）		
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。	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。	

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
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。	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。	① 働きやすい職場環境の構築を目的としてハラスメント防止のe-ラーニング研修を企画・開催した。全職員の96%が受講し、職員自身に気付きの場を提供した。 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:32名） ③ ハラスメント対策については、院内相談窓口に加え、昨年度に引き続き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：2件） 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、職場内の目を気にせず、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、2名の利用実績があった。 ⑤ 日本医療機能評価機構の調査システムによる職員満足度調査の結果は、評価基準としているとしている“仕事のやりがい”が70.1%で、前回68.7%から微増したものの目標値87.5%には届かなかった。
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。	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。	⑥ 在宅で勤務する画像診断医師1名を継続雇用した。

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
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等で検討した内容に基づき、医師をはじめ、専門職が担うべき業務を整理し、タスクシェア・シフティングや新たなデジタル技術の積極的な活用等、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 モバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムを入退院窓口を導入し、患者の利便性向上とともに、入院案内に携わる職員の業務負担軽減を図った。 ⑩ 入退院における施設検索や連携調整のオンラインによる支援ツールを導入し、利用説明会を実施する等、入退院支援に関わる職員の業務負担軽減と効率化を図った。 ⑪ 「タスク・シフト/シェアに関する厚生労働省指定講習会」の受講により、医師の指示の下、超音波検査のために静脈路に造影剤注入装置の接続を実施できる臨床検査技師が増え、タスク・シフト/シェアの推進に繋がった。
（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に実施する。 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 生命倫理の専門家を講師に招き、R7（2025）年2月に会場とオンラインを併用したハイブリッド形式で講演会を開催し、院内から35名、院外から23名の参加があり、医療従事者の倫理観向上に寄与した。

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
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。 ※ 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。	イ 臨床倫理認定士を中心としたカンファレンスを月1回以上実施し、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へ継続的にフィードバックする。加えて、職員に「モヤモヤ報告」（※）の活用を促進することで、倫理的問題意識と倫理的思考力の向上を図る。 ※ 臨床で生じる倫理的な問題について、職員が倫理的思考プロセスを踏みながら簡単に報告できるように構築した電子報告システム。	② 定例カンファレンスを月1回継続開催し、臨床倫理的に問題のある症例への対応を検討し、主治医を含む現場にフィードバックを行った。 ③ 「モヤモヤ報告」を活用した報告件数は34件であった。

令和5（2023）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。	・ 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のほか、入院案内の半自動化システムやオンラインによる入退院支援ツールを導入し、職員の業務負担軽減を図るなど、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）

法人の 自己評価	B	評 価 理 由	- 指標の達成状況に関しては、「医師数」の指標で目標値と同数となり、「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、大学訪問や見学会の実施等により人材確保に努めた。「働きやすい職場環境づくり」では、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とともに、モバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムやオンラインによる入退院支援ツールを導入し、職員の業務負担軽減を図るなど、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、生命倫理の専門家を講師に招き講演会を開催する等、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。
知事の 評 価 (案)	B	評 価 理由等	当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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（％）	78.0	75.4	96.7%		iii
2	受託検査件数（件）	170	185	108.8%		iv
3	退院調整症例の在宅復帰率（％）	89.0	85.0	95.5%		iii
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（％）	40.0	44.8	112.0%		v
5	紹介率（％）	96.8	97.7	100.9%	97.0	iv
6	逆紹介率（％）	49.0	70.1	143.1%	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	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値
81.9	80.6	75.3	75.4	
159	195	179	185.0	
87.3	84.7	86.1	85.0	
63.6	35.8	41.6	44.8	
96.9	95.9	98.0	97.7	
47.3	42.6	58.5	70.1	

※ 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的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。 さらに、紹介受診重点医療機関として、かかりつけ医との連携を推進する。	① 医療連携情報交換会を1回開催した。また、郡市医師会向け講座は3回開催し、うち2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1回開催し、医師7名と医療従事者2名が参加した。（医師の登録率：75.4%）。 ③ R5（2023）年7月から紹介受診重点医療機関となり、引き続き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
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。	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。	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190件行った。
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。	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件数増加に取り組み、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。	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 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。 ⑦ 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、保険薬局薬剤師研修を、前年度から継続の1名を受け入れた。
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。	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、受託検査についてのホームページを適宜見直す。 また、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。	⑧ 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。 ⑨ 受託検査件数については、年度前半は検査枠の確保が困難で件数が減少したが、年度後半より受託検査件数拡大に向けての取組を強化し、単純CT（制限なし）、造影CT（1件/日）、MRI（11時30分枠、依頼日から1週間後）で検査枠を確保した結果、受託検査件数は前年度より6件増の185件となり、目標値を上回ることができた。

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
(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）		
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。	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、退院時サマリーや連携シートなど文書による情報提供を実施する。 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、支援するとともに、緊急時の受入れについて迅速に対応する。	① 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87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行った。 ② 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。
(3) 在宅緩和ケアの推進（小項目）		
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。	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。	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。 ② 緩和ケア病棟をバックベッドとし、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。
令和5（2023）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		—

5 地域連携の推進（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	・ 指標の達成状況に関しては、「受託検査件数」「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」「退院調整症例の在宅復帰率」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3回開催し医師会との連携を図ったほか、紹介受診重点医療機関として、引き続き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、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うとともに、院外施設の関係者と対面で退院前カンファレンスを実施し連携を図るなど、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。
知事の 評 価 (案)	A	評 価 理 由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

6 地域医療への貢献（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	12	200.0%		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	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値
8	8	10	12	

※ 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。	栃木県がん対策推進計画（4期計画）並びに新たな整備指針において都道府県協議会の役割が強化されたことを踏まえ、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。また、引き続き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、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針を踏まえ、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 グループ指定先医療機関である上都賀総合病院（地域がん診療病院）と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
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。	イ 新たな整備指針における「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」を踏まえ、引き続き、普及啓発活動やがん治療医と生殖医療専門医との連携の促進、関係機関等との協働により支援体制の充実を図り、思春期・若年がん患者等の支援を推進する。	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 県内の医療従事者等を対象に研修会を開催し、妊孕性温存後の支援についての理解促進を図った。また妊孕性温存治療助成指定医療機関の特徴や患者の紹介方法等を共有する等、がん・生殖医療に関する情報提供及び普及啓発に取り組んだ。 ⑤ 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を実施した。
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。	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。	⑥ 地域医療機関の関係者が参加可能なグランドカンファレンス特別講演を5回企画・開催した。開催にあたっては、当センターホームページやがんセンターだより、医師会ホームページを通じて広く周知を行い、一部講演ではWeb開催を併用し積極的な参加を促した結果、当センター職員を含め262名（内、院外から参加者50名）が受講した。 ⑦ 県内の放射線治療施設に対して、第三者評価施設として施設訪問による外部監査や線量測定などの技術支援活動を行った。遠隔支援として、Webシステムを用いた放射線治療技術支援会議を8回実施した。また、当センターにおいて15名の医療従事者に対して見学および研修を実施した。 ⑧ 薬剤部では、他施設からがん専門の研修を引き続き受け入れ、認定薬剤師の育成に寄与した。
（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 年度を通じて、正確ながん登録を継続し、質の高いデータを担保した。6月に開催された日本がん登録協議会学術集会では、データの利活用について発表を行った。また、11月にがん登録に関する外部監査を受け、特段の問題は認められなかった。さらに、院内がん登録のデータを利用して、新型コロナウイルス感染症のがん受診への影響を検討するとともに、2月にはがん登録実務者を対象とした研修会を開催した。

6 地域医療への貢献（中項目）

令和5（2023）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	- 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、グループ指定先医療機関である上都賀総合病院（地域がん診療病院）と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、県内の医療従事者等を対象に研修会を開催し、妊孕性温存後の支援についての理解促進を図った。さらに、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を実施した。 - 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価 (案)	A	評 価 理由等	当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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
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。 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。 （経営強化プラン補足版(R6(2024)～R7(2025))の記載内容） ＜新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組＞ ア 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。 イ 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、感染症法に基づく医療措置協定の内容を踏まえ、必要な対応を積極的に行う。	新型コロナウイルス感染症の患者を受入れ、陽性患者とともに入院中の非陽性患者の安全を確保する。 新興感染症・新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、感染症法に基づく医療措置協定の内容を踏まえ、必要な対応を積極的に行うとともに、平時から新興感染症・新感染症発生時の対策や準備を行うことにより、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を遂行する。 併せて、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、迅速に病院機能の復旧・維持ができるよう、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、さらに「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づく事業継続計画（BCP）の策定及び訓練の実施を目指す。 また、医薬品や感染防護具の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。	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204名） ② 有症状職員・患者に対して早期対応を実施することで、院内でのクラスター発生がなく経過できた。 ③ 県と締結している医療措置協定の内容を踏まえ、新興感染症の感染拡大時等に備え、必要な物品の備蓄を継続して行うとともに、新興感染症発生を想定した訓練を実施した。 ④ 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。 ⑤ 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。 ⑥ 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。 ⑦ 情報セキュリティ対策の一環として、栃木県警察と協力し、標的型攻撃メール対策訓練を実施した。

令和5（2023）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	新型コロナウイルス感染症陽性患者の受入れのほか、有症状職員・患者に対して早期対応を実施することで、院内でのクラスター発生がなく経過できた。また、県と締結している医療措置協定の内容を踏まえ、新興感染症の感染拡大時等に備え、必要な物品の備蓄を継続して行うとともに、新興感染症発生を想定した訓練を実施した。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、情報セキュリティ対策の一環として、栃木県警察と協力し、標的型攻撃メール対策訓練を実施するなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価 (案)	A	評 価 理 由等	当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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）		
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。 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。	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。 また、質の高い医療を効率的に提供するため、各職員のスキルの向上と経営効率の高い職員構成と配置に努める。	① A Y A世代への支援強化のため、事業系組織にA Y A支援チームを新設した。 ② R 7 (2025)年度に向けた組織改編として、老朽化により設備の維持・管理に係る業務が増大していることから、専門的に対応する部署として施設課を新設した。
（2）経営参画意識の向上（小項目）		
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。	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）、経営改善策、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。 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30件、うち28件採用（継続検討含む））

令和5（2023）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	・ A Y A 世代への支援強化のため、事業系組織に A Y A 支援チームを新設したほか、R 7 (2025) 年度に向けた組織改編として、老朽化により設備の維持・管理に係る業務が増大していることから、専門的に対応する部署として施設課を新設した。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。
知事の 評価 (案)	A	評価 理由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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）	4,600	5,037	109.5%		iv
2	新外来患者数（人）	7,000	5,554	79.3%		i
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（％）	10.2	10.2	100.0%		iv
5	ジェネリック医薬品採用比率（％）	85.0	87.0	102.4%		iv

※ 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

（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	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値
4,239	4,200	4,675	5,037	
6,620	7,727	6,773	5,554	
70.6	67.0	66.1	66.1	
9.4	9.8	9.6	10.2	
88.1	85.9	86.4	87.0	

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、事業所・市町・学校からの依頼による講師派遣（オンライン含む）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」を年4回発行し、宇都宮市内及び関係医療機関等に配布した。 ② 5つのイベントに出展し、PR活動を行うとともに、県民に向けたがんの普及啓発に取り組んだ。5月に開催した企業主催のイベントでは、当センターブースに約450名が来場し、当センターを広く周知する機会となった。 ③ PR動画を4本制作し、YouTubeに公開した。 ④ 10件の取材を受け、新聞や雑誌等に掲載された。 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及び啓発グッズ等の配布を行った。 ⑥ リモート又は現地において、がん予防・喫煙防止教育を実施した。（小学校12校、中学校1校、高等学校5校）（再掲）

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
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。	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。 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。 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。	⑦ 散発的に発生する新型コロナウイルス感染症患者の受入れ調整や、設備の不具合による緊急工事に伴う病床減少などに対して適切かつ効率的に対応した。 ⑧ 適切な病床管理を推進するため、DPC入院期間Ⅱの最終日を指標とし「在院日数の適正化」を推進するとともに、電子カルテトップ画面に在院患者数のグラフによる可視化（毎日更新）を行い、職員への情報共有を強化した。
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。	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。 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。 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。	⑨ 専門的な知識を持った特定業務職員の増員を図るため、診療情報管理士の育成・指導に注力し、1名が診療情報管理士の資格を取得した。また、診療情報管理士の資格を持った特定業務職員1名（R7（2025）年4月入職）を採用することができた。 ⑩ 診療報酬請求は遅滞なく実施することができた。 ⑪ ハイケアユニット入院医療管理料1を10月から算定開始した。
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。 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。	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。 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。	⑫ 会計窓口や相談窓口、MSW等と連携を図り、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。 ⑬ 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。（13人分 2,849,784円）

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の実施により、ほぼ全ての卸業者で値下げが実現し、ヒアリング後の加重平均値引率が改善された。 ③ 診療材料については、ベンチマークシステムを活用した単価の減額交渉や安価品への切替え等により、費用削減を図った。特に、試薬については、事業者ヒアリングを実施し、契約単価の見直しによる費用削減を行った。 ④ R6(2024)年10月分からの電気料について、入札により最終保障契約から電気小売り事業者との契約へ変更し、費用の削減を図った。
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、業務の効率化と見直しなどに対する職員の意識啓発に努め、組織全体及び各部署ごとの業務改善と時間外勤務の縮減を図る。	⑤ 職員の時間外勤務の状況について、月45時間超の人数、各部署の時間外勤務時間数及び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。 ⑥ モバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムを入退院窓口を導入し、患者の利便性向上とともに、入院案内に携わる職員の業務負担軽減を図った。（再掲） ⑦ 入退院における施設検索や連携調整のオンラインによる支援ツールを導入し、利用説明会を実施する等、入退院支援に関わる職員の業務負担軽減と効率化を図った。（再掲） ⑧ 業務効率化のための情報システム活用を検討し、RPAのトライアル等を行い関係者へ意識付けを行った。

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
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。	⑨ 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5（2023）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	- 指標の達成状況に関しては、「診療材料費対医業収益比率」の指標で目標値と同数となり、「新入院患者数」「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」の発行や、イベントの出展、PR動画の作成等、積極的な広報活動を行った。また、適切な病床管理を推進するため、「在院日数の適正化」を推進するとともに、電子カルテトップ画面に在院患者数のグラフによる可視化（毎日更新）を行い、職員への情報共有を強化した。さらに、会計窓口や相談窓口、MSW等と連携を図り、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 (案)	B	評 価 理由等	当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。計画を下回った原因について速やかに分析を進め、必要な対策を講じ、評価することで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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	91.7	91.7％	100以上	iii
2	医業収支比率（修正医業収支比率）（％）	85以上	78.8	92.7％	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	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値
118.9	101.7	95.8	91.7	
85.5	79.4	80.5	78.8	

※ 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
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。 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。	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。 さらに、クラウドファンディング等の新しい資金確保策に取り組む。	① 経常収支は約9億4,000万円の赤字となり、経常収支比率は91.7%となった。 ② 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の収支状況の周知や経営改善策の検討等を行い、経常収支の黒字化を目指した。 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を行った。 ④ 在院日数の適正化の推進やハイケアユニット入院医療管理料1の算定開始等、収益確保に向けた取組を行った。 ⑤ クラウドファンディングについては、資金使途、目標金額について、クラウドファンディングサービス会社を活用し、先行事例等を参考に検討を進めた。

令和5（2023）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
・ 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。	・ 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の収支状況の周知や経営改善策の検討等を行い、経常収支の黒字化を目指すとともに、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。 ・ 在院日数の適正化の推進やハイケアユニット入院医療管理料1の算定開始等、収益確保に向けた取組を行った。

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）

法人の 自己評価	B	評 価 理 由	- 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の収支状況の周知や経営改善策の検討等を行ったほか、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を行った。また、在院日数の適正化やハイケアユニット入院医療管理料1の算定開始等、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。
知事の 評 価 (案)	B	評 価 理 由等	当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。計画を下回った原因について速やかに分析を進め、必要な対策を講じ、評価することで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
・ 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。	・ 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。	① 当センターの今後の施設整備を見据え、本館地下1階から2階にかけて設備配管の調査を実施し、劣化状況や修繕可能箇所等について検討を行った。 ② 当センターの診療機能及び施設整備のあり方について、院内のWGを8回開催するとともに、県のWGや検討会に参加し、地域医療構想や県の救急医療提供体制の検討の進捗等も踏まえつつ、県とともに検討を行った。
・ 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。	・ 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。	③ 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、医療技術の進展に応えるため、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。

令和5（2023）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	・ 当センターの今後の施設整備を見据え、本館地下1階から2階にかけて設備配管の調査を実施し、劣化状況や修繕可能箇所等について検討を行った。また、当センターの診療機能及び施設整備のあり方について、院内のWGを開催するとともに、県のWGや検討会に参加し、県とともに検討を行った。さらに、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（案）	A	評価理由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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
・ 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。	・ 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。	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。
・ 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。	・ 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。	② 診療情報開示請求59件、その他警察署からの捜査事項照会25件、栃木県情報公開条例に基づく開示請求3件に対応した。
・ 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。	・ 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。	③ 情報セキュリティに関する情報発信を通じて職員への啓発を行うとともに、標的型攻撃メール訓練を実施し、身近な危険性への気づきを促した。 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）を導入した。
・ 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。	・ 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。	⑤ 内部監査の実施やコンプライアンスに関する情報の周知等、リスク管理に努めたものの、一部において服務に関する規程等に違反する事案が発生した。

令和5（2023）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	・ 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59件、その他警察署からの捜査事項照会25件に対応したほか、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標的型攻撃メール訓練を実施したほか、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）を導入した。さらに、内部監査の実施やコンプライアンスに関する情報の周知等、リスク管理に努めたものの、一部において服務に関する規程等に違反する事案が発生した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
知事の評価（案）	B	評価理由等	・ 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。内部統制を徹底し、服務規律違反等の再発防止に努められたい。

令和 6（2024）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 6（2024）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。財務内容の速やかな改善が望まれる。

（2）判断理由等

- 12 の項目のうち、「質の高い医療の提供」等の 8 項目については、概ね計画どおり実施したが、「人材の確保と育成」、「収入の確保及び費用の削減への取組」、「財務内容の改善に関する事項」及び「適正な業務の確保」の 4 項目については、計画をやや下回り、経常収支も 2 年連続で赤字を計上した。
- 近年の経営状況の悪化を踏まえ、経営改善に早急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

中期目標期間の終了時に見込まれる中期目標期間に おける業務実績報告書兼中項目別評価書（案）

（第2期中期目標期間：令和3（2021）年4月1日～令和8（2026）年3月31日）

地方独立行政法人栃木県立がんセンター

目 次

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表	1
第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項（大項目）	2
1 質の高い医療の提供（中項目）	2
2 安全で安心な医療の提供（中項目）	7
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供（中項目）	10
4 人材の確保と育成（中項目）	15
5 地域連携の推進（中項目）	20
6 地域医療への貢献（中項目）	23
7 災害等への対応（中項目）	26
第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	28
1 業務運営体制の確立（中項目）	28
2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	30
第4 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）	34
第10 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	36
1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討（中項目）	36
2 適正な業務の確保（中項目）	38

【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

◆ 各事業年度及び中期目標期間における項目別評価

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		中期目標期間 の評価 (見込み)	
				法人自己 評価	知事評価 (案)	法人自己 評価	知事評価 (案)
第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項							
1 質の高い医療の提供	A	A	A	A	A	A	A
2 安全で安心な医療の提供	A	A	A	A	A	A	A
3 患者・県民の視点に立った医療の提供	A	A	A	A	A	A	A
4 人材の確保と育成	B	B	B	B	B	B	B
5 地域連携の推進	A	A	A	A	A	A	A
6 地域医療への貢献	A	A	S	A	A	A	A
7 災害等への対応	A	S	A	A	A	A	A
第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項							
1 業務運営体制の確立	A	A	A	A	A	A	A
2 収入の確保及び費用の削減への取組	A	B	A	B	B	B	B
第4 予算、収支計画及び資金計画							
財務内容の改善に関する事項	A	A	B	B	B	B	B
第10 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	A	A	A	A
2 適正な業務の確保	A	A	A	B	B	A	B

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

評価結果
中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。財務内容の速やかな改善が望まれる。(案)

第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項（大項目）

1 質の高い医療の提供（中項目）

◆中期計画指標（中期目標期間における事業年度の実績）

No.	指標名	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 見込値	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率 (見込み)	指標の 達成状況
1	高難度手術延べ件数（件）	51	48	55	57	60	60	100%	iv
2	臨床研究件数（件）	216	203	207	216	200	200	100%	iv
3	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）	365	363	364	320	270	270	100%	iv
4	リハビリテーション新規依頼件数（件）	1,135	1,055	1,166	1,402	1,035	1,035	100%	iv

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度 (自己評価)	R7(2025) 年度
各事業年度の中項目別評価	A	A	A	A	

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(1) 高度で専門的な医療の推進（小項目）		
希少がんや難治性がんの特性に応じた医療やがんゲノム医療の提供など、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、高度で専門的な医療を提供すること。	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。 （経営強化プラン補足版(R6(2024)～R7(2025))の記載内容） <機能ごとの病床数> 地域医療構想における推計年及び経営強化プランの対象期間の最終年度である令和7（2025）年度における機能ごとの病床数は、急性期病床291床とし、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、高度で専門的な医療を提供する。	

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ 高度専門医療の一つとして肝胆膵領域の高難度手術を実施した。R4（2022）年度までは、新型コロナウイルス感染症の影響等により、少ない件数で推移した。 ・ R5（2023）年度以降、年間200件を超えるロボット支援手術を実施した。
	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。 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。 ※ 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。	・ 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ほか、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実施した。 ・ 院内および地域医療機関向けに希少がん研修会を開催し、希少がんに関する理解促進を図った。 ・ バイオバンク運営においては、初診外来患者の当日同意取得・当日採血の診療科を拡大し、参加患者数と採血症例数の安定的な確保が可能となった。また、組織標本作成への病理診断医の介入が定着し、質の高い試料提供につながった。
	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。	・ がん予防遺伝カウンセリング外来やMSI検査、BRACAnalysis診断システム検査、myChoice診断システム検査、がんゲノムプロファイリング検査等を実施し、がんゲノム医療を推進した。 ・ R5（2023）年12月に国際規格「ISO15189（臨床検査室-品質と能力に関する特定要求事項）」の認定機関となった。

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ がん治療に伴うリンパ浮腫の重症化等を抑制するため、リンパ浮腫ケア外来において、専任医師の指示の下、専任看護師による複合的治療を実施した。 ・ 薬剤師は病棟薬剤業務・薬剤管理指導業務、診察前面談を含む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。
	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。	・ 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。 ・ 標準業務手順書改正及び治験依頼者の要望に応じた研究実施体制を整備した。
（2）チーム医療の推進（小項目）		
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、患者及びその家族も一員としたチーム医療を推進すること。	全職員で継続的にチームSTEPPS（※）に取り組み、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。	・ 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。 ・ 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症例検討として、M&M（Mortality and Morbidity）カンファレンス（※1）やCPC（Clinico-Pathological Conference）（※2）を実施した。 ※1 合併症・死亡症例検討会 ※2 臨床病理検討会

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
（３）緩和ケアの推進（小項目）		
患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、緩和ケアセンターによる緩和ケア提供体制の充実など、がんと診断された時からの緩和ケアを推進すること。	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。	・ 緩和ケア科外来初回全患者に専門・認定看護師が同席し、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するとともに、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。 ・ 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。 ・ 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実施した。
（４）がん患者リハビリテーションの推進（小項目）		
患者の運動機能の改善及び生活機能の低下予防のため、患者の病態に応じたリハビリテーションの提供を推進すること。	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。	・ 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。 ・ 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、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。 ・ 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。また、R6（2024）年6月から、外来リハビリ実施患者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を開始した。 ・ 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。

1 質の高い医療の提供（中項目）

次期に向けた課題	がん専門病院の使命として、引き続き、希少がん、難治性がんを含め、高度で専門的な医療を提供していくとともに、がんゲノム医療を推進していく必要がある。
----------	---

法人の自己評価	A	評価理由	「高度で専門的な医療の推進」では、肝胆膵領域での高難度手術やロボット支援手術を実施した。また、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ほか、多職種による希少がんボードカンファレンスを実施した。 「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、緩和ケア・緩和ケア病棟について補足説明を行ったほか、在宅調整が必要なケースについては直接介入して支援するとともに、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。 「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るとともに、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、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。 - 以上の結果、概ね計画通り実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
知事の評価（案）	A	評価理由等	当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

◆中期計画指標（中期目標期間における事業年度の実績）

No.	指標名	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 見込値	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率 (見込み)	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（％）	63.6	65.6	68.8	72.5	70.0	70.0	100%	iv

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度 (自己評価)	R7(2025) 年度
各事業年度の中項目別評価	A	A	A	A	

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(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、医療安全に関する情報の共有化や医療事故の発生原因の分析等を行い事故防止の徹底を図るなど、医療安全対策を推進するとともに、感染管理体制を充実するなど、院内感染対策を強化すること。	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。	・ インシデント影響度レベル0－1の割合は年々増加しており、事故を予見する視点の強化につないだ。 ・ 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、毎月活動し、インシデントや事故報告の原因分析、事故防止の具体策の検討、運用の整備、医療事故防止のための啓発、広報などを行い、医療事故の防止に努めた。 ・ 医療安全に関する研修については、全職員を対象とした研修や職種ごとにテーマを設定した研修を開催した。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ 新型コロナウイルス感染症陽性者が複数発生し、濃厚接触の影響で一部手術や診療等を縮小を余儀なくされたが、ゾーニングや接触・飛沫対策等により感染拡大防止を図り、対応内容を院内で共有した。 ・ 定期的に新型コロナウイルス感染症対策統括会議を開催し方針を検討した。また、クラスター発生時には早急に対応し入院制限等を最小限に抑えた。 ・ 感染対策研修については、全体研修を毎年2回開催し、院内で実施している感染対策の方法等について周知した。
	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。	・ チームSTEPPS研修を開催したほか、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。 ・ 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。
（2）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、放射線治療機器の品質管理の徹底など、医療機器や医薬品等の管理を徹底すること。	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。	・ 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。 ・ 医療機器や医薬品の安全使用のための研修会を開催した。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

次期に向けた課題	引き続き、患者が安心して医療を受けられるように、医療安全対策を推進するとともに、院内感染対策を強化する必要がある。
----------	---

法人の自己評価	A	評価理由	「医療安全対策等の推進」では、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、毎月活動し、インシデントや事故報告の原因分析、事故防止の具体策の検討、運用の整備、医療事故防止のための啓発、広報などを行い、医療事故の防止に努めたほか、新型コロナウイルス感染症陽性者陽性者発生時にはゾーニングや接触・飛沫対策等を講じ感染拡大を防ぐとともに、感染対策研修を通じて、院内の感染対策の周知を図った。 「医療機器、医薬品等の安全管理の徹底」では、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、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。 - 以上の結果、概ね計画通り実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
知事の評価（案）	A	評価理由等	当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

◆中期計画指標（中期目標期間における事業年度の実績）

No.	指標名	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 見込値	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率 (見込み)	指標の 達成状況
1	患者満足度割合（％）	89.2	85.9	88.8	86.9	90.0	90以上	100%	iv

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度 (自己評価)	R7(2025) 年度
各事業年度の中項目別評価	A	A	A	A	

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(1) 患者及びその家族への医療サービスの充実（小項目）		
患者及びその家族の視点に立ち、必要な情報を分かりやすく説明することを徹底するとともに、患者の生活スタイルを踏まえた治療法の選択を支援するための医療相談の充実を図るなど、患者及びその家族への医療サービスを充実すること。	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。	・ 専門・認定看護師、公認心理師が治療方針決定時などに面談同席し、意思決定支援や精神面での継続的支援を実践した。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）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ R4（2022）年度から本格的にACP支援チームが活動を開始し、患者向けポスターやパンフレットを作成・配布し患者にACPの理解を深める活動を行った。また、職員を対象にACP啓発のための動画配信を行った。
	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。	・ 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。 ・ 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。 ・ 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。
	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。	・ 入院薬物治療の種類が増加したことから、新たな薬物治療パスを作成した。 ・ 急な術式の変更にも対応できるようなパスを作成導入した。 ・ 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。
（2）患者の就労等に関する相談支援機能の充実（小項目）		
患者の就労をはじめ、社会的支援に関する情報を提供するため、ハローワークなどの関係機関との連携を図るとともに、相談支援機能を充実すること。	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。	・ 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。 ・ R6（2024）年度には、初回入院患者に対して仕事に関するアンケートを実施し、就職や復職、仕事と治療の両立について悩みや不安を抱える患者の相談支援を行った。 ・ 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。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
（３）患者及びその家族の利便性・快適性の向上（小項目）		
職員の接遇マナーの向上を図るとともに、患者のニーズを的確に把握しそれに応える改善に取り組むなど、患者及びその家族の利便性・快適性の向上に努めること。	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。	・ 接遇マニュアルを職員全てが容易に確認できるよう、院内の情報共有ツールに掲載し周知に努めた。 ・ 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月に実施し、職員の接遇チェック（自己点検）を行った。
	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。 （経営強化プラン補足版（Ｒ６（２０２４）～Ｒ７（２０２５））の記載内容） ＜デジタル化への対応＞ マイナンバーカードの健康保険証利用を促進するとともに、新たなデジタル技術の積極的な活用により、医療の質の向上や医療事務の効率化、患者の利便性向上を図る。	・ 外来の患者満足度割合は、概ね８０％台で推移し、特に「診察までの待ち時間」「診察時間」の項目が低かった。 ・ 入院の患者満足度割合は、概ね９０％台で推移し、他の医療機関と比較しても多くの項目で良い傾向にあるが、「建物・設備」の項目は概ね６０％～７０％台と低かった。 ・ 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。 ・ 患者導線の改善と保険証確認時間の短縮を図るため、マイナンバーカードリーダーを増設した。（Ｒ５（２０２３）年度：１台、Ｒ６（２０２４）年度：２台） ・ Ｒ６（２０２４）年６月にモバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムを入退院窓口を導入し、患者の利便性向上を図った。
（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を促進するため、県民に対する普及啓発活動に努めるとともに、ホームページを充実するなど、適切な情報提供を行うこと。	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。	・ Ｒ３（２０２１）年１１月に「希少がん」をテーマにした市民公開講座を栃木県総合文化センターで開催した。 ・ 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。 ・ Ｒ６（２０２４）年度には、がんに関する知識の普及啓発のため、がん教育講話を実施した（高等学校５校）。また、栃木県がん教育推進協議会（栃木県健康教育総合推進事業）の委員として、がん教育等の総合的な推進に向けて積極的に取り組んだ。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(5) ボランティア等民間団体との協働（小項目）		
ボランティアが運営するがん患者等と同じ立場の人同士の交流の場の充実など、ボランティア等民間団体との協働による取組を推進すること。	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。	・ 患者サロンについては、コロナ禍においては対面での開催が難しく、完全予約制やオンライン開催で実施していたが、新型コロナウイルス感染症の発生状況等を見ながら徐々に集合形式での開催を開始し、参加者数の増加につなぐことができた。 ・ R 6（2024）年12月に患者サロン開設10周年を記念して、患者とその家族向けに乳がんに関する講演会及び交流会を開催した。
	イ ボランティアと連携、協働し、院内の案内や季節ごとの行事の開催等、療養環境の向上を図る。	・ 新型コロナウイルス感染症の影響により、R 2（2020）年2月末からボランティアの活動を休止していたが、ボランティア名簿登録者へ活動継続の意思確認を行い、R 6（2024）年度にボランティア運営委員会等で協議を重ね、感染対策に配慮しながら活動を再開した。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

次期に向けた課題	患者や県民が当センターに求めるニーズの把握に努め、引き続き、患者や県民の立場に立った医療サービスの提供をしていく必要がある。		
法人の自己評価	A	評価理由	「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、専門・認定看護師、公認心理師が治療方針決定時などに面談同席し、意思決定支援や精神面での継続的支援を実践した。また、R4（2022）年度から本格的にACP支援チームが活動を開始し、患者にACPの理解を深める活動を行った。 「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ほか、R6（2024）年度には、初回入院患者に対して仕事に関するアンケートを実施し、就職や復職、仕事と治療の両立について悩みや不安を抱える患者の相談支援を行った。 「患者及びその家族の利便性・快適性の向上」では、R6（2024）年度にマイナンバーカードリーダーを増設したほか、モバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムを入退院窓口を導入し、患者の利便性向上を図った。 - 以上の結果、概ね計画通り実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
知事の評価（案）	A	評価理由等	当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。

4 人材の確保と育成（中項目）

◆中期計画指標（中期目標期間における事業年度の実績）

No.	指標名	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 見込値	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率 (見込み)	指標の 達成状況
1	職員満足度割合（％）	69.3	65.8	68.7	70.1	70.0	90以上	78%	i

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度 (自己評価)	R7(2025) 年度
各事業年度の中項目別評価	B	B	B	B	

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(1) 医療従事者の確保と育成（小項目）		
県民から求められる役割を十分に果たすため、専門性を有する医療従事者や病院経営に精通した事務職員の確保と育成に努めること。	ア 医師の確保と資質向上 ・ 全国のがん専門病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 ・ 専門医資格取得のための研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保に努める。	・ 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高難度手術を実施し、技能習得に努めた。 ・ R4（2022）年度より、県養成医師の受入れを行い、消化器外科各科や病理部門のローテーションを通して、医師の育成に努めた。
	イ 看護師の確保と資質向上 ・ 養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努める。 ・ 県内トップレベルのがん医療を提供できるよう、認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、新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。	・ 新型コロナウイルス感染症の影響により、R3（2021）年度からR4（2022）年度にかけて、病院見学会等を開催する機会が減少したが、Web見学会の開催や企業主催の就職ガイダンスへの参加等、病院をPRする機会を積極的に設けた。また、養成校訪問など積極的な採用活動を実施し、看護師の確保に努めた。 ・ 看護師の資質向上を図るため、ファーストレベルをはじめとする看護協会主催の研修や各種学会等に参加した。また、院内研修については、ナースングスキルの活用を組み入れ、計画的に実施することができた。

4 人材の確保と育成（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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 ・ 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。	・ 薬剤師については、大学訪問や就職説明会への参加、見学会の実施や随時募集等の採用活動を実施し、薬剤師の確保に努めた。 ・ 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を診療放射線技師が受講した。（計17名受講） ・ 「タスク・シフト/シェアに関する厚生労働省指定講習会」を臨床検査技師が受講した。（計20名受講）
	エ 事務職員の確保と資質向上 ・ 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。	・ 事務職員の資質向上を図るため、地方独立行政法人職員向けの研修等の参加を支援した。 ・ R4（2022）年度に病院経営に関する専門的な知識及び実践力を持った事務職員を育成するため、病院未経験者を対象とした「病院概要入門」研修を実施したほか、簿記資格未保有者を対象とした「簿記初級」、「原価計算初級」研修を実施した。
（2）研修内容の充実（小項目）		
高度で専門的な医療を提供するため、体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど、研修内容の充実を図ること。	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。	・ 職員のための共通の勉強の場として、院内職員を対象としたグランドカンファレンスを開催したほか、院外医療従事者も対象としたグランドカンファレンス（特別講演）を開催した。 ・ 新規採用職員を対象とした基本研修を4月に、中途採用職員を対象とした基本研修は、9月、2月にそれぞれ開催し、非常勤職員にも参加を促した。 ・ 県人事課主催の能力開発研修に参加した。

4 人材の確保と育成（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
（３）人事管理制度の構築（小項目）		
職員の勤務成績などを考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する、がんセンターに適した人事管理制度の構築に努めること。	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。	・ 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。（医師や看護師等の専門職については行動評価、事務職員については県に準じた業績評価の方法により試行評価を実施）
（４）働きやすい職場環境づくり（小項目）		
医療従事者の勤務環境の改善やワーク・ライフ・バランスの推進など、職員が安心して働くことができ、心身ともに健康を維持できるよう職場環境の整備に努めること。 また、タスク・シフティングの推進による労働時間の短縮や多様な勤務形態の導入など、働き方改革の取組を推進すること。	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。	
	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。	・ ハラスメント防止研修やメンタルヘルス研修を継続して開催した。 ・ R2（2020）年度に引き続き、R3（2021）年度及びR4（2022）年度において、院内保育園では、感染対策を行いつつ、新型コロナウイルス感染症発生による保育園・幼稚園等の休園、小学校休校に伴う臨時の受入れを行った。 ・ ハラスメント対策については、R5（2023）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。 ・ 職員満足度割合は、目標の達成には及ばず概ね70%前後で推移した。
	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。	・ 在宅で勤務する画像診断医師1名を継続雇用した。

4 人材の確保と育成（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
（４）働きやすい職場環境づくり（小項目）		
	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。	・ R3（2021）年度に法人の働き方改革ワーキンググループを立ち上げ検討を始めた。 ・ R4（2022）年度に全職種を対象に勤務実態調査を実施して労働時間の把握を行い、ワーキンググループ内で調査結果を報告した。 ・ 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。 ・ 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。 ・ R5（2023）年度にタスク・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。 ・ R6（2024）年度にモバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムやオンラインによる入退院支援ツールを導入し、患者の利便性向上とともに、入院案内に携わる職員の業務負担軽減を図った。
（５）医療従事者の臨床倫理観の向上（小項目）		
患者の尊厳などを守るため、医療倫理の教育や研修を定期的実施するなど、医療従事者の臨床倫理観の向上を図ること。	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。	・ 倫理担当者ががん専門看護師と共に日本臨床倫理学会事例検討セッションのファシリテーターを務めた。 ・ 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、DNA R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。 ・ 法律や生命倫理の専門家を講師に招いた講演会を開催し、医療従事者の倫理観向上に寄与した。

4 人材の確保と育成（中項目）

	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。 ※ 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。	・ 外部委員を交えて、患者の意思決定支援指針を作成した。 ・ 定例カンファレンスを月1回継続開催し、臨床倫理的な問題のある症例への対応を検討し、主治医を含む現場にフィードバックを行った。 ・ R5（2023）年度にインシデント報告・分析システム「CLIP」を用いた「モヤモヤ報告（※）」の構築を行い活用を推進した。 ・ R5（2023）年10月に受審した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。 ※ 臨床で生じる倫理的な問題について、職員が倫理的思考プロセスを踏みながら簡単に報告できるように構築した電子報告システム。

次期に向けた課題	・ 県民から求められる役割を十分に果たすため、引き続き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確保と育成に努める必要がある。
----------	---

法人の自己評価	B	評価理由	・ 「医療従事者の確保と育成」では、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高難度手術を実施し技能習得に努めた。また、看護師養成校訪問や病院見学会の開催、大学訪問や就職説明会への参加等、各種採用活動を実施したほか、研修の受講や学会等への参加を支援し、医療従事者の資質向上を図った。 ・ 「働きやすい職場環境づくり」では、ハラスメント防止研修やメンタルヘルス研修を継続して開催したほか、R5（2023）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が、職員満足度割合は、概ね70%前後で推移し、目標の達成には及ばなかった。 ・ 以上の結果、計画を下回って実施する見込みであると判断し、「B」評価とした。
知事の評価（案）	B	評価理由等	・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回るものと見込まれるため、「B」評価とした。職員満足度向上に向けた取組を期待したい。

5 地域連携の推進（中項目）

◆中期計画指標（中期目標期間における事業年度の実績）

No.	指標名	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 見込値	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率 (見込み)	指標の 達成状況
1	紹介率（％）	96.9	95.9	98.0	97.7	97.0	97.0	100%	iv
2	逆紹介率（％）	47.3	42.6	58.5	70.1	50.0	50.0	100%	iv

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度 (自己評価)	R7(2025) 年度
各事業年度の中項目別評価	A	A	A	A	

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(1) 地域の医療機関との連携強化（小項目）		
患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、ニーズを把握しながら、地域の医療機関との的確な役割分担を行い、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）を活用するなどして、病診・病病連携を強化すること。	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的確な役割分担を意識しつつ連携の充実を図る。	・ 医療連携情報交換会や都市医師会向け講座を開催し、地域の医療機関との連携の強化を図った。 ・ 地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）について、とちまるネット勉強会を開催し登録を促した。また、緊急時にとちまるネットを活用した画像の情報共有に関する対応を行った。 ・ 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）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ 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た。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行い地域の歯科医師との連携を推進した。
	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。	・ 栃木県がん診療連携協議会地域連携・研修部会において、がん医療における医薬連携に関する研修会を保険薬局の薬剤師、病院薬剤師を対象に開催した。 ・ R4（2022）年12月から、とちまるネットを利用した薬薬連携推進について、実患者でのとちまるネットを介したトレーニングレポート授受の運用を開始した。
	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。	・ 広報誌がんセンターだよりに受託案内の資料を封入し、栃木県内の医療機関へ周知した。 ・ R6（2024）年度に受託件数拡大に向けての取組を強化し、検査枠を確保することで件数の増加を図った。
（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）		
がんになっても住み慣れた地域で療養することができるよう、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションの活動支援など、患者の在宅療養を支援するための病診連携を強化すること。	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。	・ 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行った。 ・ 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。

5 地域連携の推進（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
（３）在宅緩和ケアの推進（小項目）		
がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮らすことができるよう、在宅における緩和ケアを推進すること。	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。	・ 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開催にて実施し、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。 ・ 緩和ケア病棟をバックベッドとし、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。

次期に向けた課題	・ 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、引き続き地域の医療機関等との連携を強化する必要がある。
----------	--

法人の自己評価	A	評価理由	・ 「地域の医療機関との連携強化」では、医療連携情報交換会や郡市医師会向け講座を開催し、地域の医療機関との連携の強化を図ったほか、とちまるネットの活用を推進した。また、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。 ・ 「患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化」では、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ほか、院外施設の関係者と対面で退院前カンファレンスを実施し連携を図った。 ・ 「在宅緩和ケアの推進」では、宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを済生会宇都宮病院と共同で開催した。 ・ 以上の結果、概ね計画通り実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
知事の評価（案）	A	評価理由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。

6 地域医療への貢献（中項目）

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度 (自己評価)	R7(2025) 年度
各事業年度の中項目別評価	A	A	S	A	

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(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、がん医療に携わる医療従事者の育成に対する積極的な支援等を行うこと。 また、AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがん患者支援を推進するため、がん治療医と生殖医療専門医の連携体制の促進に努めること。	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。	
	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。	・ 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、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。 ・ R5（2023）年4月から「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。
	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。	・ 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。 ・ 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。 ・ R6（2024）年度には、院内において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を実施した。

6 地域医療への貢献（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ 地域医療機関の関係者が参加可能なグラウンドカンファレンス特別講演を企画・開催した。 ・ R6（2024）年度には、県内の放射線治療施設に対して、第三者評価施設として施設訪問による外部監査や線量測定などの技術支援活動を行った。遠隔支援として、Webシステムを用いた放射線治療技術支援会議を8回実施した。また、当センターにおいて15名の医療従事者に対して見学および研修を実施した。 ・ 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。
（2）がん対策事業への貢献（小項目）		
がん登録のデータ収集や分析を行うなど、国や県などが効果的ながん対策事業を実施できるよう、積極的に貢献すること。	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。	・ 全国がん登録実務者研修会のコンテンツを作成し、研修に協力をした。 ・ 院内がん登録、全国がん登録を継続して行うとともに、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。 ・ 院内がん登録のデータを利用して、新型コロナウイルス感染症のがん受診への影響を検討した。

6 地域医療への貢献（中項目）

次期に向けた課題	都道府県がん診療連携拠点病院として、引き続き、県内におけるがん診療の質の向上につながる取組を推進していく必要がある。
----------	--

法人の自己評価	A	評価理由	「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連携協力体制の整備に取り組んだほか、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。 「がん対策事業への貢献」では、全国がん登録実務者研修会のコンテンツを作成し、研修に協力をしたほか、がん登録の精度の検討や、院内がん登録のデータを利用して、新型コロナウイルス感染症のがん受診への影響を検討した。 - 以上の結果、概ね計画通り実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
知事の評価（案）	A	評価理由等	当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。

7 災害等への対応（中項目）

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度 (自己評価)	R7(2025) 年度
各事業年度の中項目別評価	A	S	A	A	

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
被災状況を想定した訓練・研修の実施等により、災害発生時に患者の安全を確保できるよう対策を講じるとともに、BCP（事業継続計画）を継続的に見直すことにより、災害発生時の事業の継続・早期復旧に向けた備えを強化すること。 また、災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応すること。 （経営強化プラン補足版(R6(2024)～R7(2025))の記載内容) ＜新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組＞ ア 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。 イ 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、感染症法に基づく医療措置協定の内容を踏まえ、必要な対応を積極的に行う。	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。 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。	・ 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。 ・ 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。 ・ 事業継続計画（BCP）については、院内での新型コロナウイルス感染症への経験を考慮するなど、さらに見直しを行い、R4（2022）年度に、大規模災害発生時編、新興感染症発生時編、情報セキュリティインシデント発生時編の三つに整理し、より実効性のある計画を策定した。 ・ 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。 ・ R3（2021）年1月以降、継続して新型コロナウイルス感染症患者の入院受入れを行った。 ・ 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。 ・ 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。 ・ 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R6（2024）年3月に県と締結した。

7 災害等への対応（中項目）

次期に向けた課題	・ 災害発生時に患者の安全を確保できるよう、引き続き、防災訓練等、災害対策を実施し、事業継続計画（ＢＣＰ）の継続的な見直しを行うとともに、新興感染症の感染拡大時等に備え、平時から取り組む必要がある。
----------	---

法人の自己評価	A	評価理由	・ 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。 ・ R3（2021）年1月以降、継続して新型コロナウイルス感染症患者の入院受入れを行った。 ・ R4（2022）年度に、事業継続計画（ＢＣＰ）について、大規模災害発生時編、新興感染症発生時編、情報セキュリティインシデント発生時編の三つに整理し、より実効性のある計画を策定した。 ・ 以上の結果、概ね計画通り実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
知事の評価（案）	A	評価理由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。

第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）

1 業務運営体制の確立（中項目）

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度 (自己評価)	R7(2025) 年度
各事業年度の中項目別評価	A	A	A	A	

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(1) 効率的な組織体制の構築（小項目）		
医療環境の変化に応じて迅速な意思決定を行えるよう、法人の組織体制を検討し、より効果的かつ効率的な業務運営体制を構築すること。 また、質の高い医療を効率的に提供するため、最適な職員構成を検討し、経営効率の高い職員配置に努めること。	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。 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。	・ R4(2022)年度に、感染症対策を強化するため「感染症対策センター」を新設するとともに、戦略的な情報発信を行うため広報業務を経営企画室へ集約した。 ・ R5(2023)年度に、「患者総合支援センター・がん相談支援センター」を新設するとともに、遺伝カウンセラーを配置するため「臨床遺伝科」を新設した。 ・ R6(2024)年度に、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。 ・ R6(2024)年度に、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体制の整備を推進した。 ・ R6(2024)年度に、AYA世代への支援強化のため、「AYA支援チーム」を新設した。 ・ R7(2025)年度に向けた組織改編として、老朽化により設備の維持・管理に係る業務が増大していることから、専門的に対応する部署として「施設課」を新設した。
(2) 経営参画意識の向上（小項目）		
職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画する組織文化を醸成すること。	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。	・ 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）、経営改善策、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収益改善に資する取組につなげた。

1 業務運営体制の確立（中項目）

次期に向けた課題	・ 引き続き、医療環境の変化に応じた効果的かつ効率的な業務運営体制を構築するとともに、職員全員が積極的に経営に参画する組織文化を醸成する必要がある。
----------	--

法人の自己評価	A	評価理由	・ R4（2022）年度に、感染症対策を強化するため「感染症対策センター」を新設したほか、医療環境の変化に応じ、効果的かつ効率的な業務運営体制の構築に努めた。 ・ 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の収支状況、経営改善策、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収益改善に資する取組につなげた。 ・ 以上の結果、概ね計画通り実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
知事の評価（案）	A	評価理由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

◆中期計画指標（中期目標期間における事業年度の実績）

No.	指標名	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 見込値	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率 (見込み)	指標の 達成状況
1	運用病床利用率（％）※	70.6	67.0	66.1	66.1	70.0	85以上	82%	ii

※ 運用病床利用率は、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

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度 (自己評価)	R7(2025) 年度
各事業年度の中項目別評価	A	B	A	B	

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
(1) 収入の確保への取組（小項目）		
病診・病病連携の強化や積極的な情報発信と質の高いがん医療の提供などにより、患者を確保すること。 また、病床利用率の向上策や診療報酬改定への迅速かつ適切な対応、未収金の発生防止と回収の徹底などにより、収入を確保すること。	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。	・ 広報紙「がんセンターだより」を発行し、宇都宮市内及び関係医療機関等に配布した。 ・ R5(2023)年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。 ・ R5(2023)年度にレディオベリー「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。 ・ R5(2023)年度にYouTubeチャンネルを開設し、PR動画を3本制作・公開した。R6(2024)年度には新たに4本のPR動画を制作・公開し、継続的に広報活動を行った。 ・ R6(2024)年5月に開催した企業主催のイベントでは、当センターブースに約450名が来場し、当センターを広く周知する機会となった。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ 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った。 ・ R 6（2024）年9月から、適切な病床管理を推進するため、DPC入院期間Ⅱの最終日を指標とし「在院日数の適正化」を推進するとともに、電子カルテトップ画面に在院患者数のグラフによる可視化（毎日更新）を行い、職員への情報共有を強化した。
	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。	・ R 4（2022）年度に職員1名が施設基準管理士の資格を取得した。 ・ R 5（2023）年10月に受審した病院機能評価において、診療情報管理業務はA評価を得た。 ・ 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、R 6（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。 ・ R 6（2024）年度に職員1名が診療情報管理士の資格を取得した。 ・ 診療情報管理士の資格を持った特定業務職員1名（R 7（2025）年4月入職）を採用した。
	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。 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。	・ 会計窓口や相談窓口、MSW等と連携を図り、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。 ・ 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。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
（２）費用の削減への取組（小項目）		
経営状況を分析し、費用の適正化について検討を行うとともに、適正な在庫管理の徹底、職員全員のコスト意識改革及び原価計算の実施などにより、費用の削減に努めること。	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。	・ 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。	・ 医薬品、診療材料については、ベンチマークシステムを活用した価格交渉や個別に事業者ヒアリングを実施し、費用の削減を図った。 ・ 診療材料について、Ｒ３（２０２１）年度、Ｒ４（２０２２）年度において、新型コロナウイルス感染症の影響で海外製品の欠品、遅延が多発したが、運用方法の変更や代替品の確保に努め、診療に影響を及ぼさないよう在庫調整を行った。 ・ Ｒ６（２０２４）年１０月分からの電気料について、入札により最終保障契約から電気小売り事業者との契約へ変更し、費用の削減を図った。
	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。	・ Ｒ３（２０２１）年度に法人の働き方改革ワーキンググループを立ち上げ検討を始めた。（再掲） ・ Ｒ４（２０２２）年度に全職種を対象に勤務実態調査を実施して労働時間の把握を行い、ワーキンググループ内で調査結果を報告した。（再掲） ・ 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。（再掲） ・ Ｒ５（２０２３）年度にタスク・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。（再掲） ・ Ｒ６（２０２４）年度にモバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムやオンラインによる入退院支援ツールを導入し、患者の利便性向上とともに、入院案内に携わる職員の業務負担軽減を図った。（再掲）

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	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。	・ 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。

次期に向けた課題	・ 患者確保や病床利用率の向上等により更なる収入の確保を図るとともに、費用の適正化の検討を行い、職員全員のコスト意識の徹底を図る等、更なる費用の削減に努める必要がある。
----------	--

法人の自己評価	B	評価理由	・ 「収入の確保への取組」では、新聞での連載やラジオ番組への出演、各種イベントへの出展、PR動画の制作・公開等、広報活動を強化しがんセンターの周知を図るとともに、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た。また、R 6（2024）年9月から、適切な病床管理を推進するため、DPC入院期間Ⅱの最終日を指標とし「在院日数の適正化」を推進するとともに、電子カルテトップ画面に在院患者数のグラフによる可視化（毎日更新）を行い、職員への情報共有を強化した。 ・ 「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、診療材料については、ベンチマークシステムを活用した価格交渉や個別に事業者ヒアリングを実施した。 ・ 収入の確保や費用削減への取組に努めたものの、各事業年度の中項目別評価では、R 4（2022）年度及びR 6（2024）年度において「B」評価であった。 ・ 以上の結果、計画を下回って実施する見込みであると判断し、「B」評価とした。
知事の評価（案）	B	評価理由等	・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回るものと見込まれるため、「B」評価とした。計画を下回る見込みである原因について速やかに分析を進め、必要な対策を講じ、評価することで経営改善に努められたい。

第4 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）

◆中期計画指標（中期目標期間における事業年度の実績）

No.	指標名	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 見込値	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率 (見込み)	指標の 達成状況
1	経常収支比率(%)	118.9	101.7	95.8	91.7	100.0	100以上	100%	iv
2	医業収支比率(%)	85.5	79.4	80.5	78.8	85.0	85以上	100%	iv

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度 (自己評価)	R7(2025) 年度
各事業年度の中項目別評価	A	A	B	B	

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
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には、健全な経営と医療の質の確保の両立が重要であることから、中期目標期間中に経常収支を黒字化すること。 また、計画的な資金管理を行うことにより、経営基盤の安定化に努めること。	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。 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。	・ R3(2021)年度の経常収支が約18億7,000万円で経常収支比率が118.9%、R4(2022)年度の経常収支が約1億8,100万円で経常収支比率が101.7%となったが、R5(2023)年度とR6(2024)年度の経常収支比率は100%に達しなかった。 ・ 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の収支状況の周知や経営改善策の検討等を行い、経常収支の黒字化を目指した。 ・ 診療科及び事業系センターごとに、幹部職員によるヒアリングを実施した。診療科のヒアリングでは、近年の入院患者や収益・費用の推移、経営分析システムによる収支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を行った。 ・ 在院日数の適正化の推進やハイケアユニット入院医療管理料1の算定開始等、収益確保に向けた取組を行った。

第4 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）

次期に向けた課題	・ R5（2023）年度とR6（2024）年度において、経常収支が2年連続赤字という状況を踏まえ、更なる経営改善に取り組む必要がある。		
法人の自己評価	B	評価理由	・ 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の収支状況の周知や経営改善策の検討等を行ったほか、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、課題と今後の方針などについて意見交換を行った。また、在院日数の適正化の推進やハイケアユニット入院医療管理料1の算定開始等、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。 ・ R3（2021）年度の経常収支が約18億7,000万円で経常収支比率が118.9%、R4（2022）年度の経常収支が約1億8,100万円で経常収支比率が101.7%となったが、R5（2023）年度とR6（2024）年度の経常収支比率は100%に達しなかった。 ・ 以上の結果、計画を下回って実施する見込みであると判断し、「B」評価とした。
知事の評価（案）	B	評価理由等	・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回るものと見込まれるため、「B」評価とした。計画を下回る見込みである原因について速やかに分析を進め、必要な対策を講じ、評価することで経営改善に努められたい。

第10 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）

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度 (自己評価)	R7(2025) 年度
各事業年度の中項目別評価	A	A	A	A	

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
病院施設の老朽化や地域の医療機関の状況等を踏まえ、長期的な視点から、今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を具体的に検討すること。 また、医療機器については、近隣の医療機関との共同利用や費用対効果等を総合的に勘案した上で、県民の医療ニーズ、医療技術の進展に対応するため、計画的な更新・整備に努めること。	・ 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S.O.Z.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。 ・ 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。	・ R4（2022）年度に、当センターの今後担うべき診療機能及びそれにふさわしい施設のあり方について、当センター内での検討WGを5回開催、県庁内での検討WGに4回参加し、意見交換を行った。 ・ R5（2023）年度に、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。 ・ R6（2024）年度に、当センターの今後の施設整備を見据え、本館地下1階から2階にかけて設備配管の調査を実施し、劣化状況や修繕可能箇所等について検討を行った。また、当センターの診療機能及び施設整備のあり方について、院内のWGを8回開催するとともに、県のWGや検討会に参加し、地域医療構想や県の救急医療提供体制の検討の進捗等も踏まえつつ、県とともに検討を行った。 ・ 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、医療技術の進展に応えるため、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。

次期に向けた課題	・ 引き続き、今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方について、県と共に検討していく必要がある。
----------	--

1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	・ 当センターの今後担うべき診療機能及び施設整備のあり方について、院内のWGや県庁内のWGにて検討を行った。また、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の検討のほか、本館地下1階から2階にかけて設備配管の調査を実施し、劣化状況や修繕可能箇所等について検討を行った ・ 医療機器については、一般競争入札等で費用を抑えながら、毎年度計画的に購入することができた。 ・ 以上の結果、概ね計画通り実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価 (案)	A	評 価 理 由等	・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施するものと見込まれるため、「A」評価とした。

第10 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）

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度 (自己評価)	R7(2025) 年度
各事業年度の中項目別評価	A	A	A	B	

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守するとともに、適切な情報管理を行うこと。また、これらを確保するために、内部統制を充実すること。	・ 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。 ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。	・ 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。 ・ 診療情報開示請求、警察署からの捜査事項照会、栃木県情報公開条例に基づく開示請求に適切に対応した。 ・ 全職員へのサイバーセキュリティに関する情報発信や標的型攻撃メール訓練の実施を通じ、情報セキュリティ意識の向上を図るとともに、制度改正に対応したバックアップ体制の構築や新たなセキュリティツール及びEDR（MDR）を導入した。 ・ 内部監査の実施やコンプライアンスに関する情報の周知等、リスク管理に努めたものの、R6（2024）年度に、一部において服務に関する規程等に違反する事案が発生した。

次期に向けた課題	・ 引き続き、法令や社会規範を遵守するとともに、適切な情報管理や情報セキュリティ対策の実施、院内におけるリスク管理の取組を推進する必要がある。
----------	---

2 適正な業務の確保（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	・ 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、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。 ・ 診療情報開示請求、警察署からの捜査事項照会、栃木県情報公開条例に基づく開示請求に適切に対応した。 ・ 標的型攻撃メール訓練の実施等、情報セキュリティ意識の向上を図るとともに、制度改正に対応したバックアップ体制の構築や新たなセキュリティツール及びEDR（MDR）を導入した。 ・ 内部監査の実施やコンプライアンスに関する情報の周知等、リスク管理に努めたものの、R6（2024）年度に、一部において服務に関する規程等に違反する事案が発生した。 ・ 以上の結果、概ね計画通り実施する見込みであると判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価 （案）	B	評 価 理 由等	・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回るものと見込まれるため、「B」評価とした。内部統制を徹底し、服務規律違反等の再発防止に努められたい。

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

1 全体評価（案）

（1）評価結果

（評価結果）

第二期中期目標期間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。財務内容の速やかな改善が望まれる。

（2）判断理由等

- 12 の項目のうち、「質の高い医療の提供」等の 8 項目については、A 評価（概ね計画どおり実施すると見込まれる）と判断した一方、「人材の確保と育成」及び「収入の確保及び費用の削減への取組」、「財務内容の改善に関する事項」、「適正な業務の確保」については、B 評価（計画をやや下回って実施すると見込まれる）と判断した。

また、経常収支も 2 年連続で赤字を計上した。

B 評価と判断した 4 項目については、職員満足度の改善策の検討や内部統制の充実強化に取り組む必要があるほか、近年の経営状況の悪化を踏まえ、経営改善に早急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

中期目標期間終了時の検討について

1 概 要

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

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

地方独立行政法人法

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

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

2 中期目標期間の終了時までに行う検討（案）

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

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

そのためにも一層の経営改善に取り組むことで経営基盤の強化を図りつつ、がん医療を取り巻く環境の変化に迅速に対応し、役割を着実に果たしていくことに加え、施設の著しい老朽化への対応や今後担うべき診療機能等について検討していく必要がある。

(地独) 栃木県立がんセンター中期目標の概要について(素案)

【中期目標とは】

- ・ 地方独立行政法人法第25条に基づき、設立団体の長である知事が、地方独立行政法人が達成すべき業務運営に関する目標として定めるもの。
- ・ 知事は、中期目標を法人に指示するとともに、公表しなければならない。
- ・ 知事は、中期目標を定めるときは、あらかじめ、地方独立行政法人評価委員会の意見を聴くとともに、議会の議決を経なければならない。

【中期目標に定める事項】

第1 中期目標の期間

5年間(令和8(2026)年4月1日～令和13(2031)年3月31日)

第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項

【項目】

- 1 質の高い医療の提供
- 2 安全で安心な医療の提供
- 3 患者・県民等の視点に立った医療の提供
- 4 がん医療に関する調査及び研究の促進
- 5 人材の確保と育成
- 6 地域連携の推進
- 7 地域医療への貢献
- 8 災害等への対応
- 9 新興感染症等への対応

院内感染対策の推進
平時からの対応を検討し、発生時に適切な対応をする

医療DXの推進
医療DXを活用し、患者及び家族の利便性・快適性の向上を図る

がん医療に関する調査及び研究について
外部資金の獲得等に努めながら、医療の質向上等に資する調査・研究を実施

働きやすい職場環境づくり
医師を含む職員の労働時間の管理や業務負担軽減に取り組む

新興感染症への対応
平時から対策や準備、発生時の対応について記載

都道府県がん診療連携拠点病院としての役割を明記

【主な内容】

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

第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項

【項目】

- 1 業務運営体制の確立
- 2 収入の確保及び費用の削減への取組

【主な内容】

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

第4 財務内容の改善に関する事項

【主な内容】

- ・ 県民が求める高度で専門的ながん医療を安定的に提供していくため、中期目標期間中に経常収支を黒字とすること。
- ・ 全国がんセンターの修正営業収支比率を参考に数値目標を定め達成すること。
- ・ 計画的な資金管理を行うことにより、経営基盤の安定化に努めること。

近年の経営状況を踏まえ、修正営業収支比率に関する数値目標を設定

第5 その他業務運営に関する重要事項

【項目】

- 1 診療機能及び施設整備のあり方・医療機器整備の検討
- 2 適正な業務の確保

【主な内容】

- ・ 今後担うべき診療機能及びそれにふさわしい施設整備のあり方について、医療需要の変化や病院施設の老朽化、地域の医療機関の状況等を踏まえ、長期的な視点から、具体的に検討すること。
- ・ 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範の遵守を徹底すること。
適切な情報管理にあたっては、国通知等に基づき、必要な措置を講じること。
また、これらを確保するために、内部統制を充実・強化すること。

・サイバーセキュリティに関する取組を追加
・法令や社会規範遵守を強化

県立病院の再整備に向けた検討等の進捗を踏まえることを追記

地方独立行政法人栃木県立がんセンター

第3期中期目標 素案

(令和8(2026)年度～令和12(2030)年度)

前文

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

令和3（2021）年度から令和7（2025）年度までの第2期中期目標期間においては、患者総合支援センター・がん相談支援センターを新設し、安心してがん医療を受けられるよう体制整備を行うなど、医療の質の向上とその提供体制づくりに取り組んできた。

一方、経営面においては、令和3（2021）年度及び令和4（2022）年度はコロナ患者の受け入れによる補助金の影響等により経常収支の黒字化を達成したものの、令和5（2023）年度以降は純損失を計上しており、極めて厳しい経営状況が続いている。

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

令和8（2026）年度からの5年間の第3期中期目標期間においては、こうした医療環境の変化に迅速に対応し、抜本的な経営改善に取り組むことにより経営の健全化を図るとともに、県民に対する医療サービスをさらに充実させていくことが求められることに加え、施設の老朽化への対応や今後担うべき診療機能など県立病院の再整備に向けた検討を進める必要がある。

この第3期中期目標は、第2期中期目標期間における業務実績や経営状況、医療環境の変化、県立病院の再整備に向けた有識者会議の議論等を踏まえながら、医療サービスの向上、医療従事者の確保と育成、地域の医療機関との連携、業務運営の改善や効率化など、がんセンターが達成すべき業務運営の目標や方向性を示すものである。

がんセンターにおいては、地方独立行政法人の利点を十分に活かした病院運営を通じて経営基盤の強化を図りつつ、質の高いがん医療を安定的に提供する

とともに、県内における医療水準の向上を推進するなど、県民の健康の確保及び増進に寄与することを強く求めるものである。

第1 中期目標の期間

令和8（2026）年4月1日から令和13（2031）年3月31日までの5年間とすること。

第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項

県民の医療ニーズを踏まえて、高度で専門的な医療など質の高い医療を提供すること。

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

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

1 質の高い医療の提供

（1）高度で専門的な医療の推進

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

（2）チーム医療の推進

多職種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しつつ、個々の患者の状況に応じた適切ながん治療が受けられるよう、患者及びその家族も一員としたチーム医療を推進すること。

（3）緩和ケアの推進

患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセン

ターによる緩和ケア提供体制の充実など、がんと診断された時からの緩和ケアを推進すること。

(4) がん患者リハビリテーションの推進

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

2 安全で安心な医療の提供

(1) 医療安全対策等の推進

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

(2) 院内感染対策の推進

平時から感染発生時の対応を検討し、感染発生時には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こと。

(3) 医療機器、医薬品等の安全管理の徹底

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

3 患者・県民の視点に立った医療の提供

(1) 患者及びその家族への医療サービスの充実

患者及びその家族の視点に立ち、必要な情報を分かりやすく説明することを徹底するとともに、患者が生活スタイルに応じた治療法を選択するための医療相談の充実やACP（人生会議）の啓発、高齢者の意思決定支援の推進など、患者及びその家族への医療サービスを充実すること。

(2) 患者の就労等に関する相談支援機能の充実

患者の就労をはじめ、社会的支援に関する情報を提供するため、ハロ

一ワークなどの関係機関との連携を図るとともに、相談支援機能を充実すること。

(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上

職員の接遇マナーの向上を図るとともに、患者のニーズを的確に把握し医療DXの活用を含めた改善に取り組むなど、患者及びその家族の利便性・快適性の向上に努めること。

(4) 県民へのがんに関する情報の提供

県民のがんに対する理解やがん検診の受診を促進するため、県民に対し、市民公開講座等を通じてがんに関する普及啓発に努めるとともに、ホームページを充実するなど、適切な情報提供を行うこと。

(5) ボランティア等民間団体との協働

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

4 がん医療に関する調査及び研究の促進

県民に提供するがん医療の質の向上及び県内の医療水準の向上を図るため、調査及び研究を行うこと。

また、研究者の育成や大学等の研究機関及び企業との共同研究等を促進するとともに、その成果を生かした医療を提供するよう努めること。

なお、調査や研究の実施にあたっては、積極的に外部資金を獲得するなど、収入の確保に努めること。

5 人材の確保と育成

(1) 医療従事者の確保と育成

県民から求められる役割を十分に果たすため、専門性を有する医療従事者や病院経営に精通した事務職員の確保と育成に努めること。

(2) 研修体制の強化

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

(3) 人事管理制度の構築

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

(4) 働きやすい職場環境づくり

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

また、医師を含む職員の労働時間を適切に管理しながら、タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進による業務負担軽減や労働時間の短縮に取り組むなど、働き方改革の取組を推進すること。

(5) 医療従事者の臨床倫理観の向上

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

6 地域連携の推進

(1) 地域の医療機関との連携強化

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

(2) 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化

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

(3) 在宅緩和ケアの推進

がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮ら

すことができるよう、在宅における緩和ケアを推進すること。

7 地域医療への貢献

(1) 地域のがん医療の質の向上のための支援

都道府県がん診療連携拠点病院として、がん医療の質の向上及びがん診療の連携協力体制の構築等に関し中心的な役割を担うこと。特に、地域がん診療連携拠点病院等の地域におけるがん医療を担う医療機関と連携し、情報提供、症例相談及び診療支援を行うとともに、がん医療に携わる医療従事者の育成に対する積極的な支援等を行うこと。

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

(2) がん対策事業への貢献

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

8 災害等への対応

被害状況を想定した訓練・研修等の実施により、災害発生時に患者の安全を確保できるよう対策を講じるとともに、BCP（事業継続計画）を適宜見直すことにより災害発生時の事業の継続・早期復旧に向けた備えを強化すること。

また、災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応すること。

9 新興感染症等への対応

新興感染症等発生時に備え、必要な物品の備蓄や感染症対策に関するBCP（事業継続計画）を適宜見直すなど、平時から対策や準備に取り組むこと。

また、新興感染症等発生時には、医療措置協定に基づき、必要な医療を提

供するとともに、状況に応じて協定の内容を見直すなど、機動的に対応すること。

第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項

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

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

1 業務運営体制の確立

(1) 効率的な組織体制の構築

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

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

(2) 経営参画意識の向上

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

2 収入の確保及び費用の削減への取組

(1) 収入の確保への取組

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

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

(2) 費用の削減への取組

原価計算の実施などにより、経営状況を分析し、費用の適正化につい

て検討を行うとともに、適正な在庫管理の徹底、職員全員のコスト意識改革などにより、費用の削減に努めること。

第4 財務内容の改善に関する事項

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

また、地方独立行政法人が運営する全国がんセンターの修正営業収支比率を参考に適切な数値目標を定め達成すること。

さらに、計画的な資金管理を行うことにより、経営基盤の安定化に努めること。

第5 その他業務運営に関する重要事項

1 診療機能及び施設整備のあり方・医療機器整備の検討

今後担うべき診療機能及びそれにふさわしい施設整備のあり方について、医療需要の変化や病院施設の老朽化、地域の医療機関の状況等を踏まえ、長期的な視点から、具体的に検討すること。

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

なお、これらについては、県立病院の再整備に向けた検討等の進捗を踏まえること。

2 適正な業務の確保

県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範の遵守を徹底すること。

適切な情報管理にあたっては、「地方公共団体におけるサイバーセキュリティを確保するための方針の策定又は変更に関する指針」等に基づき、必要

な措置を講じること。

また、これらを確保するために、内部統制を充実・強化すること。

地方独立行政法人栃木県立がんセンター 中期目標 素案 (第2期、第3期の比較)

R7(2025).7.29

資料12

第3期中期目標 (R8(2026)年度～R12(2030)年度)	第2期中期目標 (R3(2021)年度～R7(2025)年度)	備考
前文 栃木県立がんセンター（以下「がんセンター」という。）は、県民が求める高度で専門的ながん医療を提供するとともに、都道府県がん診療連携拠点病院として栃木県のがんの医療水準の向上・均てん化を推進するなど、県内におけるがん医療に対して極めて重要な役割を果たしている。 <u>令和3（2021）年度から令和7（2025）年度までの第2期中期目標期間においては、患者総合支援センター・がん相談支援センターを新設し、安心してがん医療を受けられるよう体制整備を行うなど、医療の質の向上とその提供体制づくりに取り組んできた。</u> 一方、経営面においては、<u>令和3（2021）年度及び令和4（2022）年度はコロナ患者の受け入れによる補助金の影響等により経常収支の黒字化を達成したものの、令和5（2023）年度以降は純損失を計上しており、極めて厳しい経営状況が続いている。</u> また、近年、急速な高齢化の進展に伴う医療需要の変化や、入院治療から外来治療への移行、医療技術の進歩など、医療を取り巻く環境は大きく変化している。 <u>令和8（2026）年度からの5年間の第3期中期目標期間においては、こうした医療環境の変化に迅速に対応し、抜本的な経営改善に取り組むことにより経営の健全化を図るとともに、県民に対する医療サービスをさらに充実させていくことが求められることに加え、施設の老朽化への対応や今後担うべき診療機能など県立病院の再整備に向けた検討を進める必要がある。</u> この第3期中期目標は、第2期中期目標の業務実績や経営状況、医療環境の変化、<u>県立病院の再整備に向けた有識者会議の議論等を踏まえながら</u>、医療サービスの向上、医療従事者の確保と育成、地域医療機関との連携、業務運営の改善や効率化など、がんセンターが達成すべき業務運営の目標や方向性を示すものである。 がんセンターにおいては、地方独立行政法人の利点を十分に活かした病院運営を通じて、経営基盤の強化を図りつつ、質の高いがん医療を安定的に提供するとともに、県内における医療水準の向上を推進するなど、県民の健康の確保及び増進に寄与することを強く求めるものである。	前文 栃木県立がんセンター（以下「がんセンター」という。）は、県民が求める高度で専門的ながん医療を提供するとともに、都道府県がん診療連携拠点病院として栃木県のがんの医療水準の向上・均てん化を推進するなど、県内におけるがん医療に対して極めて重要な役割を果たしている。 <u>平成28（2016）年度から令和2（2020）年度までの第1期中期目標期間においては、がんリハビリテーション提供体制の整備やゲノムセンターの開設を行うとともに、地方独立行政法人制度の特長を活かして、専門的な資格やノウハウを持った職員を随時採用するなど、医療の質の向上とその体制づくりに取り組んできた。</u> 一方、経営面においては、<u>平成28（2016）年度は経常収支の黒字化を達成したものの、平成29（2017）年度以降は純損失を計上しており、非常に厳しい経営状況が続いている。</u> また、近年、急速な高齢化の進展や、入院治療から外来治療への移行、医療技術の進歩など、医療を取り巻く環境は大きく変化している。 <u>令和3（2021）年度からの5年間の第2期中期目標期間においては、こうした医療環境の変化に迅速に対応し、経営の健全化を図るとともに、県民に対する医療サービスをさらに充実させていくことが求められる。</u> この第2期中期目標は、第1期中期目標の業務実績や経営状況、医療環境の変化などを踏まえ、医療サービスの向上、医療従事者の確保と育成、地域医療機関との連携、業務運営の改善や効率化など、がんセンターが達成すべき業務運営の目標や方向性を示すものである。 がんセンターにおいては、地方独立行政法人の利点を十分に活かした病院運営を行うことにより、経営改善を図りつつ、質の高いがん医療を安定的に提供するとともに、県内における医療水準の向上を推進するなど、県民の健康の確保及び増進に寄与することを強く求めるものである。	・第2期の実績 ・第2期の経営状況を記載 ・外部環境の変化を修正 ・第2期の実績等を踏まえた、第3期の方向性
第1 中期目標の期間	第1 中期目標の期間	
令和8（2026）年4月1日から令和13（2031）年3月31日までの5年間とすること。	令和3（2021）年4月1日から令和8（2026）年3月31日までの5年間とすること。	
第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項	第2 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項	
県民の医療ニーズを踏まえて、高度で専門的な医療など質の高い医療を提供すること。 また、患者が安心して医療を受けられるよう、医療の安全を確保するとともに、患者・県民の視点に立って医療を提供するほか、人材の確保と育成に取り組むこと。 さらに、県全体のがん医療水準の向上や在宅医療の充実を図るため、地域連携を推進するとともに、地域医療に貢献すること。	県民の医療ニーズを踏まえて、高度で専門的な医療など質の高い医療を提供すること。 また、患者が安心して医療を受けられるよう、医療の安全を確保するとともに、患者・県民の視点に立って医療を提供するほか、人材の確保と育成に取り組むこと。 さらに、県全体のがん医療水準の向上や在宅医療の充実を図るため、地域連携を推進するとともに、地域医療に貢献すること。	

3 患者・県民の視点に立った医療の提供 (1) 患者及びその家族への医療サービスの充実 患者及びその家族の視点に立ち、必要な情報を分かりやすく説明することを徹底するとともに、患者の生活スタイルを踏まえた治療法の選択を支援するための医療相談の充実やACP（人生会議）の啓発、高齢者の意思決定支援の推進など、患者及びその家族への医療サービスを充実すること。	3 患者・県民の視点に立った医療の提供 (1) 患者及びその家族への医療サービスの充実 患者及びその家族の視点に立ち、必要な情報を分かりやすく説明することを徹底するとともに、患者の生活スタイルを踏まえた治療法の選択を支援するための医療相談の充実を図るなど、患者及びその家族への医療サービスを充実すること。	
(2) 患者の就労等に関する相談支援機能の充実 患者の就労をはじめ、社会的支援に関する情報を提供するため、ハローワークなどの関係機関との連携を図るとともに、相談支援機能を充実すること。	(2) 患者の就労等に関する相談支援機能の充実 患者の就労をはじめ、社会的支援に関する情報を提供するため、ハローワークなどの関係機関との連携を図るとともに、相談支援機能を充実すること。	国がん対策推進計画及び県第4期がん対策推進計画に基づき記載を追加
(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上 職員の接遇マナーの向上を図るとともに、患者ニーズを的確に把握し医療DXの活用を含めた改善に取り組むなど、患者及びその家族の利便性・快適性の向上に努めること。	(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上 職員の接遇マナーの向上を図るとともに、患者ニーズを的確に把握しそれに応える改善に取り組むなど、患者及びその家族の利便性・快適性の向上に努めること。	医療DXを活用し、患者及び家族の利便性・快適性の向上を図るため、記載を追加
(4) 県民へのがんに関する情報の提供 県民のがんに対する理解やがん検診の受診を促進するため、県民に対する普及啓発活動に努めるとともに、ホームページを充実するなど、適切な情報提供を行うこと。	(4) 県民へのがんに関する情報の提供 県民のがんに対する理解やがん検診の受診を促進するため、県民に対する普及啓発活動に努めるとともに、ホームページを充実するなど、適切な情報提供を行うこと。	
(5) ボランティア等民間団体との協働 ボランティアが運営するがん患者等と同じ立場の人同士の交流の場の充実など、ボランティア等民間団体との協働による取組を推進すること。	(5) ボランティア等民間団体との協働 ボランティアが運営するがん患者等と同じ立場の人同士の交流の場の充実など、ボランティア等民間団体との協働による取組を推進すること。	
4 がん医療に関する調査及び研究の促進		
県民に提供するがん医療の質の向上及び県内の医療水準の向上を図るため、調査及び研究を行うこと。 また、研究者の育成や大学等の研究機関及び企業との共同研究等を促進するとともに、その成果を生かした医療を提供するよう努めること。 なお、調査や研究の実施にあたっては、積極的に外部資金を獲得するなど、収入の確保に努めること。	新設	R5年度から研究に関する取組を強化したことを受けて、項目を新設

5 人材の確保と育成 (1) 医療従事者の確保と育成 県民から求められる役割を十分に果たすため、専門性を有する医療従事者や病院経営に精通した事務職員の確保と育成に努めること。	4 人材の確保と育成 (1) 医療従事者の確保と育成 県民から求められる役割を十分に果たすため、専門性を有する医療従事者や病院経営に精通した事務職員の確保と育成に努めること。	
(2) 研修内容の充実 高度で専門的な医療を提供するため、体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど、研修内容の充実を図ること。	(2) 研修内容の充実 高度で専門的な医療を提供するため、体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど、研修内容の充実を図ること。	
(3) 人事管理制度の構築 職員の勤務成績などを考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する、がんセンターに適した人事管理制度の構築に努めること。	(3) 人事管理制度の構築 職員の勤務成績などを考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する、がんセンターに適した人事管理制度の構築に努めること。	
(4) 働きやすい職場環境づくり 医療従事者の勤務環境の改善やワーク・ライフ・バランスの推進など、職員が安心して働くことができ、心身ともに健康を維持できるよう職場環境の整備に努めること。 また、 <u>医師を含む職員の労働時間を適切に管理しながら、タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進による業務負担軽減や労働時間の短縮</u> に取り組むなど、働き方改革の取組を推進すること。	(4) 働きやすい職場環境づくり 医療従事者の勤務環境の改善やワーク・ライフ・バランスの推進など、職員が安心して働くことができ、心身ともに健康を維持できるよう職場環境の整備に努めること。 また、 <u>タスク・シフティングの推進による労働時間の短縮や多様な勤務形態の導入</u> など、働き方改革の取組を推進すること。	R6医師の働き方改革を受けて記載を追加
(5) 医療従事者の臨床倫理観の向上 患者の尊厳などを守るため、医療倫理の教育や研修を定期的実施するなど、医療従事者の臨床倫理観の向上を図ること。	(5) 医療従事者の臨床倫理観の向上 患者の尊厳などを守るため、医療倫理の教育や研修を定期的実施するなど、医療従事者の臨床倫理観の向上を図ること。	
6 地域連携の推進 (1) 地域の医療機関との連携強化 患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、地域の医療機関のニーズを把握しながら、地域の医療機関との的確な役割分担を行い、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）を活用するなどして、病診・病病連携を強化すること。	5 地域連携の推進 (1) 地域の医療機関との連携強化 患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、ニーズを把握しながら、地域の医療機関との的確な役割分担を行い、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）を活用するなどして、病診・病病連携を強化すること。	
(2) 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化 がんになっても住み慣れた地域で療養することができるよう、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションの活動支援など、患者の在宅療養を支援するための病診連携を強化すること。	(2) 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化 がんになっても住み慣れた地域で療養することができるよう、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーションの活動支援など、患者の在宅療養を支援するための病診連携を強化すること。	

(3) 在宅緩和ケアの推進 がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮らすことができるよう、在宅における緩和ケアを推進すること。	(3) 在宅緩和ケアの推進 がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮らすことができるよう、在宅における緩和ケアを推進すること。	
<u>7</u> 地域医療への貢献	<u>6</u> 地域医療への貢献	
(1) 地域のがん医療の質の向上のための支援 都道府県がん診療連携拠点病院として、がん医療の質の向上及びがん診療の連携協力体制の構築等に関し中心的な役割を担うこと。特に、地域がん診療連携拠点病院等の地域におけるがん医療を担う医療機関と連携し、情報提供、症例相談及び診療支援を行うとともに、がん医療に携わる医療従事者の育成に対する積極的な支援等を行うこと。 また、AYA (Adolescent and Young Adult) 世代（思春期世代と若年成人世代）のがん患者支援を推進するため、がん治療医と生殖医療専門医の連携体制の促進に努めること。	(1) 地域のがん医療の質の向上のための支援 地域のがん医療の質の向上を推進するため、がん医療に携わる医療従事者の育成に対する積極的な支援等を行うこと。 また、AYA (Adolescent and Young Adult) 世代（思春期世代と若年成人世代）のがん患者支援を推進するため、がん治療医と生殖医療専門医の連携体制の促進に努めること。	都道府県がん診療連携拠点病院として当県のがん医療体制における中心的な役割を引き続き担っていただくため明記する。
(2) がん対策事業への貢献 がん登録のデータ収集や分析を行うなど、国や県などが効果的ながん対策事業を実施できるよう、積極的に貢献すること。	(2) がん対策事業への貢献 がん登録のデータ収集や分析を行うなど、国や県などが効果的ながん対策事業を実施できるよう、積極的に貢献すること。	
<u>8</u> 災害等への対応 被害状況を想定した訓練・研修の実施等により、災害発生時に患者の安全を確保できるよう対策を講じるとともに、BCP（事業継続計画）を適宜見直すことにより災害発生時の事業の継続・早期復旧に向けた備えを強化すること。 また、災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応すること。	<u>7</u> 災害等への対応 被害状況を想定した訓練・研修の実施等により、災害発生時に患者の安全を確保できるよう対策を講じるとともに、BCP（事業継続計画）を継続的に見直すことにより災害発生時の事業の継続・早期復旧に向けた備えを強化すること。 また、災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応すること。	文言修正
<u>9</u> 新興感染症等への対応 新興感染症等発生時に備え、必要な物品の備蓄や感染症対策に関するBCP（事業継続計画）を適宜見直すなど、平時から対策や準備に取り組むこと。 また、新興感染症等発生時には、医療措置協定に基づき、必要な医療を提供するとともに、状況に応じて協定の内容を見直すなど、機動的に対応すること。	新設	・新興感染症に対する取組について中項目を新設

第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項 地方独立行政法人として、自律的、機動的な経営が行えるよう、業務運営体制を確立するとともに、効果的で効率的な組織を整備すること。 また、経営参画意識の向上を図り、職員が一体となって収入の確保及び費用の削減に取り組み、経営の改善を図ること。	第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項 地方独立行政法人として、自律的、機動的な経営が行えるよう、業務運営体制を確立するとともに、効果的で効率的な組織を整備すること。 また、経営参画意識の向上を図り、職員が一体となって収入の確保及び費用の削減に取り組み、経営の改善を図ること。	
1 業務運営体制の確立	1 業務運営体制の確立	
(1) 効率的な組織体制の構築 医療環境の変化に応じて迅速な意思決定を行えるよう、法人の組織体制を検討し、より効果的かつ効率的な業務運営体制を構築すること。 また、質の高い医療を効率的に提供するため、最適な職員構成を検討し、経営効率の高い職員配置に努めること。	(1) 効率的な組織体制の構築 医療環境の変化に応じて迅速な意思決定を行えるよう、法人の組織体制を検討し、より効果的かつ効率的な業務運営体制を構築すること。 また、質の高い医療を効率的に提供するため、最適な職員構成を検討し、経営効率の高い職員配置に努めること。	
(2) 経営参画意識の向上 職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画する組織文化を醸成すること。	(2) 経営参画意識の向上 職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画する組織文化を醸成すること。	
2 収入の確保及び費用の削減への取組	2 収入の確保及び費用の削減への取組	
(1) 収入の確保への取組 病診・病病連携の強化や積極的な情報発信と質の高いがん医療の提供などにより、患者を確保すること。 また、病床利用率の向上策や診療報酬改定への迅速かつ適切な対応、未収金の発生防止と回収の徹底などにより、収入を確保すること。	(1) 収入の確保への取組 病診・病病連携の強化や積極的な情報発信と質の高いがん医療の提供などにより、患者を確保すること。 また、病床利用率の向上策や診療報酬改定への迅速かつ適切な対応、未収金の発生防止と回収の徹底などにより、収入を確保すること。	
(2) 費用の削減への取組 <u>原価計算の実施などにより</u> 、経営状況を分析し、費用の適正化について検討を行うとともに、適正な在庫管理の徹底、職員全員のコスト意識改革などにより、費用の削減に務めること。	(2) 費用の削減への取組 経営状況を分析し、費用の適正化について検討を行うとともに、適正な在庫管理の徹底、職員全員のコスト意識改革及び <u>原価計算の実施などにより</u> 、費用の削減に務めること。	表現を修正

第4 財務内容の改善に関する事項 県民が求める高度で専門的ながん医療を安定的に提供していくためには、健全な経営と医療の質の確保の両立が重要であることから、中期目標期間中に経常収支を黒字化すること。 また、<u>地方独立行政法人が運営する全国がんセンターの修正営業収支比率を参考に適切な数値目標を定め達成すること。</u> <u>さらに、</u>計画的な資金管理を行うことにより、経営基盤の安定化に努めること。	第4 財務内容の改善に関する事項 県民が求める高度で専門的ながん医療を安定的に提供していくためには、健全な経営と医療の質の確保の両立が重要であることから、中期目標期間中に経常収支を黒字化すること。 <u>また、</u>計画的な資金管理を行うことにより、経営基盤の安定化に努めること。	経営状況を踏まえ、修正営業収支比率に関する記載を追加
第5 その他業務運営に関する重要事項	第5 その他業務運営に関する重要事項	
1 <u>診療機能及び施設整備のあり方・医療機器整備の検討</u> <u>今後担うべき診療機能及びそれにふさわしい施設整備のあり方について、医療需要の変化や</u>病院施設の老朽化、地域の医療機関の状況等を踏まえ、長期的な視点から、具体的に検討すること。 また、医療機器については、<u>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た上で、近隣の医療機関との共同利用や</u>計画的な更新・整備に努めること。 <u>なお、これらについては、県立病院の再整備に向けた検討等の進捗を踏まえること。</u>	1 <u>施設整備のあり方・医療機器整備の検討</u> 病院施設の老朽化や地域の医療機関の状況等を踏まえ、長期的な視点から、<u>今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方</u>を具体的に検討すること。 また、医療機器については、<u>近隣の医療機関との共同利用や費用対効果等を総合的に勘案した上で、県民の医療ニーズ、医療技術の進展に応えるため、</u>計画的な更新・整備に努めること。	・施設整備だけでなく診療機能のあり方についても検討するため記載を追加 ・県立病院あり方検討の状況も踏まえた検討とするため、記載を追加
2 適正な業務の確保 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を適切に果たしていけるよう、法令や<u>社会規範の遵守を徹底すること。</u> <u>適切な情報管理にあたっては、「地方公共団体におけるサイバーセキュリティを確保するための方針の策定又は変更に関する指針」等に基づき、必要な措置を講じること。</u>また、これらを確保するために、内部統制を充実・強化すること。	2 適正な業務の確保 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を適切に果たしていけるよう、法令や<u>社会規範を遵守するとともに、適切な情報管理を行うこと。</u>また、これらを確保するために、内部統制を<u>充実</u>すること。	R7.4.1総務省通知等に基づきサイバーセキュリティに関する記載を追記 ・法令、社会規範の遵守について記載を強化

令和6(2024)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

保健福祉部医療政策課

(単位：百万円)

区 分		R5 (2023)	R6 (2024)	増減
損益計算書	収 益	3,437	3,552	115
	医 業 収 益	1,656	1,818	162
	入 院 収 益	1,416	1,562	145
	外 来 収 益	224	243	19
	施 設 収 益	329	359	30
	一 般 会 計 負 担 金	689	633	△ 55
	一 般 会 計 交 付 金	477	476	△ 1
	補 助 金 等	11	1	△ 10
	費 用	3,196	3,491	295
	医 業 費 用	2,210	2,426	216
	給 与 費	1,406	1,592	187
	材 料 費	154	154	0
	経 費	446	470	24
	減 価 償 却 費	201	205	4
	施 設 費 用	708	768	60
	純 損 益	241	61	△ 180
貸借対照表	資 産	6,379	6,404	25
	負 債	4,969	4,970	1
	純 資 産	1,410	1,434	24

※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		R5 (2023)	R6 (2024)	増減
許 可 病 床 数 (床)		120	120	0
年間延患者数	入 院 患 者 数 (人)	36,863	38,983	2,120
	外 来 患 者 数 (人)	24,945	27,714	2,769
	病 床 利 用 率 (%)	83.9	89.0	5.1
平均在院日数(日)		69.6	74.3	4.7
単価	一人一日当入院(円)	38,418	40,057	1,639
	一人一日当外来(円)	8,985	8,782	△ 203
年間延施設利用者数(人)		18,113	19,716	1,603
医 業 収 支 比 率 (%)		74.9	74.9	0
経 常 収 支 比 率 (%)		107.5	101.7	△ 5.8

※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、より効率的な病床活用に取り組んだ結果、病床利用率が向上し、患者数が増加した。また、患者一人あたりのリハビリテーション実施単位数増により、入院単価が上昇したことなどから、収益も増加した。
- ・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より、収益・患者数ともに増加した。
- ・施設については、こども療育センター及び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、収益は増加した。
- ・物価高騰やベースアップなどにより費用は増加したが、入院・外来収益の増加により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（案）

令和 6（2024）年度

自 令和 6（2024）年 4 月 1 日

至 令和 7（2025）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）	11
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供（中項目）	15
4 障害児・障害者の福祉の充実（中項目）	19
5 人材の確保と育成（中項目）	24
6 地域連携の推進（中項目）	28
7 地域医療・福祉への貢献（中項目）	31
8 災害等への対応（中項目）	36
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	39
1 業務運営体制の確立（中項目）	39
2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	41
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）	45
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	47
1 施設・医療機器の計画的な改修・更新整備	47
2 適正な業務の確保	48

【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
		法人自 己評価	知事評 価(案)			
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	A			
2 安全で安心な医療の提供	A	A	A			
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供	B	A	A			
4 障害児・障害者の福祉の充実	A	A	A			
5 人材の確保と育成	B	A	A			
6 地域連携の推進	A	A	A			
7 地域医療・福祉への貢献	A	A	S			
8 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						
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	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	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	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。
令和6(2024)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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	5.1	96.2%	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）	7,400	8,403	113.6%	7,400	v
3	学齢児の心理面接実施件数（件）	500	933	186.6%	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）	65	100	153.8%	—	v
5	整形外科手術実施人数（人）	11	17	154.5%	15	v
6	重症患者の受入れ割合（%）	45以上	54.0	120.0%	45以上	v
7	退院後の外来リハビリテーション実施単位数（単位）	2,120	3,741	176.5%	2,120	v
8	NST（栄養サポートチーム）の介入件数（件）	25	27	108.0%	—	iv
9	療法士及び看護師の学会発表件数（件）	7	8	114.3%	—	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	5.1			
7.5	7.5			
7,538	8,403			
789	933			
69	100			
9	17			
48.7	54			
3,352	3,741			
31	27			
9	8			

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の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の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。	①回復期の患者に対し、医師や看護師、療法士、薬剤師、管理栄養士、MSW等の多職種の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した。（一般病棟：患者一人あたり1日5.1単位、回復期病棟：患者一人あたり1日7.5単位）
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するとともに、社会福祉施設等の関係機関への円滑な移行を図っていく。	②社会、教育、職業といった各分野と連携が特に必要な65歳未満の患者に対しては、入院中のリハビリテーションの提供に加え、必要に応じて退院後も外来でのリハビリテーションの提供を継続した。 ③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、高次脳機能障害支援拠点機関として専門的な医療を提供するとともに、必要に応じて、障害者自立訓練センターや他の社会福祉施設等への円滑な移行を図った。
V F/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リハビリテーション医療を提供する。	V F/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リハビリテーション医療を提供する。	④多職種が協働して嚥下造影検査（V F）を実施し、経口摂取を目指して患者の状態に合わせたリハビリテーション計画を立案、提供した。（年間V F件数21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
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。	⑤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。	⑥幼児期の発達障害児に対し、定期的に個々の発達状態を評価し、発達課題に応じた専門的な診療とリハビリテーションを提供した。（発達障害外来受診者数：8,403人） ⑦医師、療法士、心理師が、毎週開催する定期カンファレンスで情報共有を行い、多職種協働による支援を促進した。 ⑧子どものこころや行動の問題や育児に悩む保護者に対し、P C I T（親子相互交流療法）を開始した。
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。また、遺伝性・先天性疾患に対し、遺伝子検査を実施するとともに、遺伝カウンセリング外来を開設する。	⑨小児科常勤医師3人、心理師6人体制に加え、新たに子どものこころの専門医による月1回の外来診療を開始し、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更なる充実を図った。（学齢児の心理面接実施件数：933件） ⑩学齢期の発達障害児に対し、心理検査によるアセスメントを踏まえ、心理療法・薬物療法と併せて、作業療法・言語聴覚療法等を組み合わせた個別支援を行い、適応行動や社会性の改善を図った。
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外来受診する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をこども発達支援センターでの療育支援につなげるとともに、こども発達支援センター卒園児に対しては、退所後も外来リハビリテーションを継続するなど、病院部門と施設部門が連携・協力し、専門的かつ継続的なリハビリテーションを提供した。

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
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。	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、各担当からの個別的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。	⑫外来通院する障害児の家族に対し、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。 ⑬家族の意向に応じて、延べ100人の在籍幼稚園や学校などに対し、電話等で情報提供を行った。 ⑭こども発達支援センターに通園している障害児に対し、個別訓練や個別療育を実施するとともに、おおむね月1回、多職種による保護者向け学習会を開催し、情報提供を行った。
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。	県内の大学病院をはじめとする医療機関との連携により、脳性麻痺、小児運動器疾患等の障害児・障害者に対して整形外科手術を行う。	⑮自治医科大学小児整形外科との連携により、月1回の小児整形外科専門外来を開くとともに、脳性麻痺や小児運動器疾患等の整形外科手術を積極的に行った。（年間手術件数17件）
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。	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。	⑯神経内科常勤医師がパーキンソン病等の神経難病の外来・入院患者を積極的に受け入れた。
（2）医療機能の充実（小項目）		
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。	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。	

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
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。	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。	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。 ②地域連携システムを導入し、急性期病院との連携を強化し、待機期間の短縮に努めた。（入院待機期間：平均14.7日）
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、専門的なリハビリテーション医療を提供する。	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、専門的なリ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。	③FIMの点数の低い重症患者を積極的に受け入れ、専門的なリハビリテーションを実施した。（重症患者の受入れ割合：54.0%） ④回復期リハビリテーション認定看護師が講師となり、FIM測定に関する院内研修を実施した。 ⑤FIM測定は看護師と療法士が合同で実施するよう運用を変更するとともに、測定する回数を月1回から3回に増やし、評価の適正化を図った。
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。	⑥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、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の集中的に提供した。
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。	⑦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ついては、医療保険での外来リハビリテーションを提供できることから継続的に提供した。
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。	⑧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て、外来リハビリテーション医療を提供した。（退院後の外来リハビリテーションの年間実施単位数3,741単位） ⑨介護保険制度が適用となる患者に対しては、ケアマネジャーと連携し介護保険での維持期・生活期リハビリテーション等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
イ 多職種の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 多職種の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。	⑩多職種で入院時合同評価及び定期カンファレンス(1,409件)を実施し、治療目標や今後の方向性などの共有を図り、必要に応じて早期にMSWが介入し、スムーズな退院支援につなげた。
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、褥瘡発生予防や発生時の対策等を検討する取組を推進する。 また、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。	⑪褥瘡発生予防のため、褥瘡対策チームによる週1回の回診及び定期カンファレンスを実施するとともに、「スキンテア」をテーマとした研修会を実施した。 ⑫NSTによる専門的な栄養介入により、リハビリテーションの効果を高めた。（NST介入件数：27件）
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。	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、入院時や退院時に加えて、疾病の再発防止や地域生活への円滑な移行に向け、入院中における服薬指導の充実を図る。	⑬嚥下困難な患者や経管栄養患者に対し、錠剤の粉碎や多種の散剤を混合一包化するなど、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。 ⑭必要に応じて薬剤師が、医師や看護師と連携し患者の理解度に合わせてきめ細やかな服薬指導を適切なタイミングで実施した。
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。	歯科衛生士が入院初期に歯・口腔衛生状況をチェックし、義歯・齲歯等の状況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。	⑮歯科衛生士及び摂食嚥下障害看護認定看護師が口腔ケアアラウンドを実施し、口腔ケアが必要な患者を歯科診療につなげるとともに、言語聴覚士や看護師が摂食機能療法を提供した。（口腔ケアアラウンド実施件数83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
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。	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、多職種の連携による質の高い看護ケアの提供に取り組む。	⑩認定看護師を講師とする院内研修会（入院日の看護師の動き・リハビリテーション看護・補装具）を実施した。 ⑪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。看護管理者を対象とする集合研修を行い、労務管理についての課題について共有した。
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。	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。	⑫日本医療機能評価機構の患者満足度・職員やりがい度調査システムを活用し、満足度の低かった項目について改善策を講じ、患者サービスの向上に努めた。
（3）先進的なリハビリテーション医療の提供（小項目）		
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。	ロボットスーツに加え、歩行神経筋電気刺激装置や体外衝撃波治療器を活用し、乳幼児から高齢者までのあらゆる年齢層の患者に対し、より効果の高いリハビリテーション医療を提供する。	⑬ロボットスーツ（physibo gait）や機能的電気刺激装置、対外衝撃波治療器などを活用し、より効果の高いリハビリテーション医療を提供するとともに、それらの症例について学会で発表した。
（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。	⑭下肢不自由により自立歩行が困難な高齢者等が自力でトイレに行く事を可能にする車椅子の開発を手がける民間業者と意見交換を行った。

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
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全国自治体病院学会や回復期リハビリテーション病棟協会研究大会等において、8件の発表を行った。（学会発表件数：看護師2件、療法士6件） ③学会発表を行った職員がセンター内で伝達講習会を開催し、看護師及び療法士の専門的知識や技術の向上を図った。

1 質の高い医療の提供（中項目）

令和6（2024）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	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」は、目標値を下回ったものの、「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」、「整形外科手術実施人数」、「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」は、目標値を上回った。 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、新たに子どものこころの専門医による月１回の外来診療を開始し、学齢期の発達障害や適応障害等に対する診療体制の更なる充実を図った。 また、「（２）医療機能の充実」では、FIMの点数の低い重症患者を積極的に受け入れ、専門的なリハビリテーションを実施したほか、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て、外来リハビリテーション医療を提供した。 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 (案)	A	評 価 理由等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	10	166.7%	6	v
2	医薬品安全管理研修会の実施回数 (回)	5	5	100.0%	—	iv

（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	10			
5	5			

※ 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) 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10回開催し、トランス評価表、運用マニュアルを現状に合わせて、一部追加修正した。 ③部署ラウンドを実施し、その結果と安全表示板の課題について意見交換し、次年度の検討課題を整理した。
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。	④医療安全研修会を10回開催し、医療安全に関する情報を共有した。 ⑤医療安全の推進に関する院内ラウンドを実施し、安全対策の実施状況を確認した。 ⑥医療安全対策マニュアルの全面改定を実施し、リスクマネージャー、医療安全管理室を通じて周知を図った。 ⑦医療安全への取組強化を目的に、医療安全週間に標語の募集及び優秀作品の表彰を行い、職員の安全意識の啓発を行った。

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、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、感染症法に基づく医療措置協定の内容を踏まえ、必要な対応を積極的に行う。	①定例の感染対策委員会、月１回のＩＣＴ会議及び週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がんセンターの感染管理認定看護師と連携して、院内ラウンドを年２回実施した。 ③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。	④全職員（委託業者を含む。）を対象に、２回の感染対策研修会を開催した。（①新型コロナウイルス感染症の最新情報と正しいＰＰＥ装着の再確認及び抗原定性キットの正しい検査方法、②環境整備及びノロウイルスについて）
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を育成するため、院内感染対策に専門的に取り組む専従の看護師を配置するとともに、教育機関受験資格の早期取得に向けて必要な支援を行う。	⑤感染管理認定看護師の養成候補者が、教育機関の教育課程の入学試験に合格した。
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、個人防護具を、想定消費数（前年度払い出し数４ヶ月分）を備蓄した。
（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、部門毎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、医薬品の安全管理や適正使用の徹底を図る。また、リハセンターで新たに取り扱うこととなった薬剤等についての研修会を開催し、職員の理解を深める。	③医師、薬剤師、看護師、コメディカルなど関係部署の職員に対し、新規採用医薬品や常用医薬品に関する研修会を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の流れや病棟での医薬品の保管方法、消毒薬の使用方法等についての研修会を１回開催し、医薬品の安全管理、適正使用の徹底を図った。
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。 （手術件数17件のうち、自己血輸血の使用が１件）

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

令和6（2024）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	指標に関しては、「医療安全に関する研修会の実施回数」及び「医薬品安全管理研修会の実施回数」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）医療安全対策の推進」では、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、評価を実施したほか、院内ラウンドを実施し、安全対策の実施状況を確認するなど、医療事故の防止に取り組んだ。 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、がんセンターの感染管理認定看護師と連携して、院内ラウンドを実施したほか、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すなど、院内感染対策に努めた。 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 (案)	A	評 価 理 由 等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	78.8	87.6%	90	ii
2	退院前在宅訪問指導(家屋調査)件数(件)	60	92	153.3%	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	78.8			
69	92			

※ 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・コンセントを適切に行った。
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地域医療連携室が多職種合同評価（493回）や定期カンファレンス（718回）に参加し、治療目標や現状・課題等を共有した上で、患者や家族の相談に対応した。
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 患者満足度調査の分析結果を基に、具体的な改善策を検討する所内プロジェクトチームを組織し、患者の声に寄り添ったリハセンターの運営や更なる職員の意識向上を図る。	③患者満足度調査で寄せられた意見等を患者サービス向上PTに諮り、改善策を検討し、実行した。（患者満足度割合：78.8%、ベンチマーク結果：入院調査はリハビリ病院23病院中15位、外来調査はリハビリ病院17病院中11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入院患者の在宅生活や在宅療養を支援するため、リハビリテーション見学を勧め、多職種でのリハ指導を実施した。 ⑤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、住宅改修業者等と住宅改修や家庭でのADLについて相談・助言する退院前訪問指導を92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 マイナンバーカードの健康保険証利用を促進するほか、障害者自立訓練センターにおけるWiFiの整備や外来診療におけるWeb予約システムの検討を進め、患者や家族への利便性向上に努める。	⑥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つきやすい場所に掲示して利用を促進し、利用率が47%（※）向上した。 ※令和6年12月分外来レセプト件数ベースで、令和5年10月分と比較した場合
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、MSWが、利用可能な社会資源についての情報提供及び調整サポート等の支援を実施した。 （社会経済的背景が困難な相談調整件数：176件）
（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、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・充実を図るために、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、わかりやすいホームページやパンフレットづくりを進める。	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、県民や地域の医療機関等に対する情報発信の充実強化を図るために、目的の情報にアクセスしやすく、わかりやすいホームページにリニューアルした。
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。	②社会保険支払基金及び国保連合会から送付されたポスター等を患者の見やすい場所に掲示するとともに、保険証新規発行停止やマイナ保険証利用については、ホームページ掲載や職員による声かけで利用者への周知を行った。

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運営懇談会での提言を受け、委員が所属する団体に出前講座のリーフレットを送付し、利用促進を図った。 ②宇都宮市子ども発達センターの療育の質の向上及び地域の障害児支援の中核機能等に関する報告を踏まえ、子ども発達支援センターにおいて既存の週3クラスのほか、より利用しやすい週2クラスを追加するとともに、早期療育を支援する乳幼児クラスを新設した。
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。	③「とちりハまつり」の再開を検討したが、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入れを実施し、地域との交流を図る。	④障害者自立訓練センターでは園芸ボランティアを受け入れ、ガーデニング等の環境整備を行うとともに、収穫した農作物の販売を通じた地域交流に取り組んだ。

3 患者・県民等の視点に立った医療の提供（中項目）

令和6（2024）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、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りたい。	患者満足度調査で寄せられた意見等を患者サービス向上PTに諮り、改善策を検討し、実行した。【患者満足度割合】R5:76.5%→R6:78.8%、【他リハビリ病院とのベンチマーク結果】入院調査 R5:20位/20病院→R6:15位/23病院、外来調査 R5:6位/12病院→R6:11位/17病院

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	指標に関しては、「患者満足度割合」は、目標値を下回ったものの、「退院前在宅訪問指導（家屋調査）件数」は、目標値を上回った。 年度計画の業務実績に関しては、「（１）患者や家族等への医療サービスの充実」では、患者の病状や要望・治療方針等についてインフォームド・コンセントを適切に行ったほか、入院患者の在宅生活や在宅療養を支援するため、リハビリテーション見学を勧め、多職種でのリハ指導を実施した。 また、「（２）リハビリテーション医療等に関する情報提供」では、リハセンターが提供する医療・福祉サービス等について、県民や地域の医療機関等に対する情報発信の充実強化を図るために、目的の情報にアクセスしやすく、わかりやすいホームページにリニューアルした。 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 (案)	A	評 価 理 由等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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)	100	136	136.0%	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)	505	520	103.0%	520	iv
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	3	100.0%	3	iv
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	136			
398	520			
5	3			
2	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）		
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。	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。	
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。	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。	①こども発達支援センターでは、保護者学習会やクラス別懇談会、保護者アンケート等を通じて、保護者の要望や意見を把握し、個別支援計画を策定した。 ②こども療育センターでは、家族や相談支援機関との調整を通じて、保護者の希望や意向を確認し、個別支援計画を策定した。

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 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。	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。	③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・評価を行う際には、医師、看護師、療法士、心理師、保育士の多職種を交えたカンファレンスにより意見交換を行い、療育支援の充実に努めた。
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。	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とともに、未就学障害児の保護者等からの各種相談にも応じたり、他の児童発達支援事業所や教育機関を支援するなど、地域における中核的な役割を担う。また、卒園児童に対しては、フォローアップ相談や外来診療を通じて、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。	④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136人が参加した。 ⑤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師が、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実施した。（PT222件、OT471件、ST703件、心理193件）。
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。	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。	⑥こども療育センターにおいて、短期入所事業として延べ534人、日中一時支援事業として延べ87人の児童を受け入れ、在宅障害児の家族を支援した。 ⑦短期入所においては、予期しない事情により保護者が介護できない場合等における緊急受入を開始し、延べ37人を受け入れた。 （医療的ケア児の短期入所及び日中一時支援受入れ数：520人） （短期入所事業の利用者の内訳） ・医療的ケア児 467人 ・その他 67人 （日中一時事業の利用者の内訳） ・医療的ケア児 53人 ・その他 34人

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
(2) 自立訓練の充実（小項目）		
肢体不自由者や高次脳機能障害者等が、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。	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。	
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。	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引き続き検討する。	①障害福祉課が実施したニーズ調査の結果を踏まえ、利用者の受入体制を充実させるとともに、県内の回復期リハビリテーション病院との連携を強化した。 ②利用実態に合わせ、自立訓練（機能訓練）及び施設入所支援の定員の適正化を図った。
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病院部門の医師やかかりつけ医と情報交換を行い、個別支援計画に反映させるとともに、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：3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利用者のQOL向上を図るため、公共交通機関利用訓練や外出、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、利用者本人や家族の障害の受容・理解が進むよう、グループ訓練や家族会（2回開催）への参加を促した。

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
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の増加に対応するために、障害者自立訓練センター利用中に医療センターの外来リハビリテーションでの言語聴覚療法を令和7年度から実施できる体制を検討した。 ⑦高次脳機能障害を有する利用者に対する認知リハビリテーションをOTが毎週行った。
（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外来療法科とこども発達支援センターの療法士が合同で事例検討会を実施し、知識・技術の向上に努めた。 ②各病棟との連携を強化し、入院患者のうち自立訓練の利用が適当と考えられる患者6人を、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。	③サービス需要に的確に対応するため、部門間での人事異動を柔軟に実施した。

4 障害児・障害者の福祉の充実（中項目）

令和6（2024）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	指標に関しては、「児童発達支援事業所等を対象とした研修参加人数」、「医療的ケア児の短期入所及び日中一時支援受入れ数」、「自立訓練終了後に一般就労等に移行した利用者数」及び「家族会の開催回数」は、目標値を達成又は上回った。 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、在園時の状態を熟知した療法士や心理師が、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実施したほか、こども療育センターの短期入所において、予期しない事情により保護者が介護できない場合等の緊急受入を開始し、延べ37人を受け入れた。 また、「（２）自立訓練の充実」では、障害福祉課が実施したニーズ調査の結果を踏まえ、利用者の受入体制を充実させるとともに、県内の回復期リハビリテーション病院との連携を強化した。 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 (案)	A	評 価 理 由 等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

5 人材の確保と育成（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	8	114.3%	—	v
2	医師数(人)	13	15	115.4%	—	v
3	療法士数(人)	94	97	103.2%	94	iv
4	職員満足度割合(%)	90	51.4	57.1%	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	8			
13	15			
91	97			
55.6	51.4			

※ 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中途採用の職員に対する研修を実施した。 ②職員全体研修として、小児疾患に対する遺伝治療について、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、クレーム対応について、研修会を開催した。 ④管理者を対象とした研修として、アンガーマネジメント・カスハラ対応について、研修会を開催した。 ⑤新規採用職員を対象に、県人権男女共同参画課による人権研修を開催した。

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
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。	⑥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した。
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。	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を図る。	①看護の質の向上を図るために、認定看護師8人が学会や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、感染1人） ②看護師1人が回復期リハビリテーション認定看護師新規取得のための研修に参加した。
（2）医療従事者の安定的な確保（小項目）		
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。	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。	
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。	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。	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に参加するなど、人員確保に向けた取組を行い、目標値（94人）を上回る97人を確保した。 ③医師については、目標値（13人）を上回る15人を確保した。 ④新規採用計画に基づき、適正数を確保したほか、年度内の欠員に対しては、随時の補充採用を行った。 （令和7年度新規採用数：看護師3人、療法士13人、医師2人）

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
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。	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。	⑤看護師・療法士は採用後早い段階で病院・施設双方の部門の経験を積ませられるように、担当部長と協議を行った。 ⑥事務職においては、社会人を対象とした採用試験を実施し、病院・施設の運営に適した人材を確保した。
（３）人事管理制度の構築（小項目）		
職員の仕事の成果や能力について適正に評価を行い、職員のモチベーションの向上を図り、ひいては職員の能力開発、育成につながる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法人独自の人事評価の構築にむけて、県内・外の公立病院等の人事評価制度の検討を行った。
（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、働き方改革の一環として、医師事務作業補助者を新たに配置し、医師のタスク・シェア/シフトを進める。	①年次休暇取得推進目標を12日以上と定め、各部に取得の推進を要請した結果、今年度の平均取得日数は11.8日であった。 ②育児休業等の取得促進やハラスメント相談窓口での対応を行った。 ③職員満足度調査を実施した結果、満足度割合は51.4%と目標には届かなかったものの、他病院比較では調査に参加する294病院中5位だった。（リハビリ病院に限ると、27病院中1位） ④医師事務作業補助者の配置により、診断書の作成業務等のタスク・シフトを行い、医師が診療に集中できる体制を整備した。

5 人材の確保と育成（中項目）

令和6（2024）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	指標に関しては、「認定看護師数」、「医師数」及び「療法士数」は、目標値を上回った。「職員満足度割合」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294病院中5位であった。 年度計画の業務実績に関しては、「（１）職員の資質向上」では、看護の質の向上を図るために、認定看護師が学会や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への参加に加え、施設見学会を実施するなど、医療従事者の安定的な確保に努めた。必要人員については、新規採用計画に基づき、適正数を確保したほか、年度内の欠員に対しては、随時の補充採用を行った。 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 (案)	A	評 価 理 由等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

6 地域連携の推進（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	58.8	106.9%	55以上	iv
2	出前講座の実施回数(回)	20	40	200.0%	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	58.8			
26	40			

※ 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、715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：58.8%）
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）を積極的に活用し、急性期病院が保管する診療情報を共有し、よりシームレスな医療連携を実現する。	③紹介元医療機関と協調して新たに地域連携システムを導入することで、入退院調整業務の効率化及び病病連携の強化を図った。

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、MSWが関係機関との連携強化に努めた。 （関係機関との連携件数：3,003件（うち対面が359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、関係機関を訪問するなど、連携を強化した。 ③両センターでは、研修会の開催、実習の受入れ、保育所等訪問支援事業を通して、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行った。
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や、高次脳機能障害セミナーの講師を行った。

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
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、各専門職による出前講座や地域貢献活動を積極的に行う。	⑥県内の関係機関等を対象に、「食事」や「食生活の工夫」に関する講座を14回、「子供の発達」についての講座10回、その他「介助」や「予防」など「生活の支援」に関する講座等を開催した。（延べ40回開催、1,003人が受講）

令和6（2024）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	指標に関しては、「逆紹介率」及び「出前講座の実施回数」は、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協調して新たに地域連携システムを導入することで、入退院調整業務の効率化及び病病連携の強化を図った。 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、県内の関係機関に対し、出前講座を延べ40回開催し、延べ1,003人が受講した。 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 (案)	A	評 価 理 由 等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

7 地域医療・福祉への貢献（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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)	860	999	116.2%	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】	100	136	136.0%	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】	505	520	103.0%	520	iv
4	保育所等訪問支援事業契約件数(件)	20	32	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	999			
170	136			
398	520			
24	32			

※ 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) 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、専攻医の積極的な受入に努めた。令和6年度は、リハビリテーション科の専攻医（非常勤医師）1人を受け入れた。（令和7年度は常勤として受入れ）

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
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999人（療法士延べ880人、看護師延べ57人、保育士延べ33人、歯科衛生士等延べ29人）を受け入れた。
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学校等の求めに応じて、発達障害の特徴や対応等についての助言を行う連携外来を50回実施し、教育現場で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療法士1人が県の発達障害者支援アドバイザーバンクに登録しているが、令和6年度は要請実績はなかった。
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、宇都宮青葉学園の実習生を受け入れ、令和7年度からの採用につなげた（1人・3回）

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
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「とちりハ病院研修会」、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「とちりハ病院研修会」、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「小児の神経発達症（発達障害）」をテーマにとちりハ病院研修会を開催し、小児科医師、心理師、保育士が発達障害の診断や取り組みについて講演した。 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視察について問い合わせはあったものの、受け入れまでには至らなかった。
（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。		
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。）に係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。）に係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）が研修会等に参加し、フレイル・ロコモシンドローム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維持向上を図るため、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。

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
(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）		
肢体不自由児や発達障害児、医療的ケア児等が、住み慣れた地域に必要な医療・福祉サービスを利用できるよう、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。 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。	肢体不自由児や発達障害児、医療的ケア児等が、住み慣れた地域に必要な医療・福祉サービスを利用できるよう、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（研修会や受入れ実習の実施）等により地域における療育の質の向上を図る。 また、こども発達支援センター卒園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、当該児童の保護者や施設職員に対し専門的な支援・助言等を行うことで、地域における障害児の療育支援を行う。	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105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実習を延べ31人受け入れた。 ②保育所等訪問支援事業は、令和6年度においては、32人の児童に対し248回の訪問を行った。（前年比10人増、15回増）

7 地域医療・福祉への貢献（中項目）

令和6（2024）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	指標に関しては、「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」、「医療的ケア児の短期入所及び日中一時支援受入れ数」及び「保育所等訪問支援事業契約件数」は、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・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999人を受け入れた。 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２回開催（参加者：計105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実習を延べ31人受け入れた。 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 (案)	S	評 価 理 由 等	・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。引き続き実習生及び研修生の受入れに努めるなど、地域医療・福祉への貢献に向けて取り組まれない。

8 災害等への対応（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 年度 達成率	R9(2027) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	B C P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	2			

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
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災害の発生に備え、個々の患者や利用者の特性を踏まえた避難訓練を実施した。(2024/7/25実施)
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B C P（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B C P（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こども発達支援センター、こども療育センター、障害者自立訓練センターにおいて、業務継続計画を策定し、訓練及び研修を実施した。（B C Pに基づく研修・検討会の実施回数：2回）
ウ 大規模災害が発生した場合に、被災者の日常活動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J R A T（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、被災者の日常活動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J R A T（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。	③J R A Tの運営を支援するため、リハビリテーション科医師がJ R A T広報委員会委員長として、J R A Tの運営委員会や広報委員会に毎回参加した。 ④当センターのリハビリテーション科の医師や療法士が所属する栃木県災害リハビリテーション支援関連団体協議会（栃木J R A T）が、災害時のリハビリ支援活動に関する協定を県と締結した。

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。	⑤栃木県災害リハビリテーション支援関連団体協議会（栃木J R A T）の定例会や研修会に職員が参加し、医療救護活動訓練等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。 （経営強化プラン補足版(R6(2024)～R9(2027))の記載内容） ・新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組 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、感染症法に基づく医療措置協定の内容を踏まえ、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。	⑥新興感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置を講ずるため、個人防護具を4ヶ月分備蓄するなど、新たな感染症の発生に備えた。

8 災害等への対応（中項目）

令和6（2024）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	指標に関しては、「BCPに基づく研修・検討会の実施回数」は、目標値を達成した。 年度計画の業務実績に関しては当センターのリハビリテーション科の医師や療法士が所属する栃木県災害リハビリテーション支援関連団体協議会（栃木JRAT）が、災害時のリハビリ支援活動に関する協定を県と締結した。 また、新興感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置を講ずるため、個人防護具を4ヶ月分備蓄するなど、新たな感染症の発生に備えた。 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 (案)	A	評 価 理 由 等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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）		
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。 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。	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。 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。	①病院部門では、診療報酬改定により新設されたベースアップ評価料を算定するとともに、倫理委員会や身体拘束適正化委員会を立ち上げた。 ②施設部門では、こども発達支援センターにおいて、障害福祉サービス報酬改定で新設された中核機能強化加算の算定に向けた準備を行うとともに、児童発達支援医療型・福祉型の一元化を図った。
（2）経営参画意識の向上（小項目）		
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。 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。	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。 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。	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醸成を図った。 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14件の提案があり、運営改善につながった。

1 業務運営体制の確立（中項目）

令和6（2024）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	診療報酬及び障害福祉サービス報酬の同時改定に適切に対応するとともに、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醸成を図った結果、概ね計画どおりに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 (案)	A	評価理由等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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	R6 (2024) 年度 目標値	R6 (2024) 年度 実績値	R6 (2024) 年度 達成率	R9 (2027) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	医師数(人)【再掲】	13	15	115.4%	—	v
2	療法士数(人)【再掲】	94	97	103.2%	94	iv
3	病床利用率(%)	86	89.0	103.5%	87.3	iv
4	ジェネリック医薬品使用割合(%)	90以上	96.5	107.2%	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	15			
91	97			
83.9	89.0			
96.8	96.5			

※ 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。		
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高い病床利用率を維持しながら、リハビリの実施単位数を増加させるために、採用活動を強化し、医師15人（目標：13人）、療法士97人（目標：94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、情報交換を密にはかりながら、紹介元 医療機関との連携を強化した。（新規入院患者数：547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、医師の協力の下、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（86.0%）を上回る 89.0%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
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。 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。	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。 また、診療報酬改定の内容等を正確に把握し院内周知を速やかに行うとともに、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。	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。 令和6年度診療報酬改定内容に則し、意思決定支援の指針及び身体拘束等の適正化のための指針を制定した。 ⑤これまで無料で実施してきた小児科の連携外来について、有料化を検討し、県及び市町教育委員会等との調整及び周知を行った。（令和7年4月から有料化に移行）
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。 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。	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り、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。 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。	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。 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：6件） ⑦未収金回収マニュアルの見直しとともに、新たな未収金回収委託先と契約を締結し、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。（回収件数：2件、金額：271,040円）
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。	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。	⑧医薬品供給不足が続く中、安定供給可能な医薬品の中で可能な限り品質や薬価差益等を含めた総合的な検討を行った。
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。	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。	⑨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6年度の共同利用は297件（前年比10件増）となった。
（2）費用の削減対策（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。	

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
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。	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。	①科室長以上が参加する所内連絡会議等において、経営状況や予算管理、業務の効率化等について、周知を図った。
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、専門的な見地から医師やコメディカルの意見を考慮し、価格交渉を行う。	②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、専門的な見地から医師やコメディカルの意見を考慮し、価格交渉を行った。
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。	③医薬品供給不足の深刻化が続く中、後発医薬品の採用及び先発医薬品からの切替に最大限に取り組み、後発医薬品使用割合90%以上を維持し医薬品費およ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：96.5%）
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使用状況を把握し、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。	④医薬品について、定量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、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より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、ペーパーレス化を進める。	⑤人事給与システムを更新し、給与明細の電子化・ペーパーレス化を進めた。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

令和6（2024）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	指標に関しては、「医師数」、「療法士数」、「病床利用率」及び「ジェネリック医薬品使用割合」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、病棟師長が中心となって、医師の協力の下、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（86.0％）を上回る 89.0％を達成した。 また、「（２）費用の削減対策」では、人事給与システムを更新し、給与明細の電子化・ペーパーレス化を進めたほか、医薬品供給不足の深刻化が続く中、後発医薬品の採用及び先発医薬品からの切替に最大限に取り組み、後発医薬品使用割合90％以上を維持し医薬品費およ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 (案)	A	評 価 理 由等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	101.8	101.8%	100以上	iv
2	医業収支比率・修正医業収支比率(%)	73以上	74.9	102.6%	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	101.8			
74.9	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
県民が求める専門的なリハビリテーション医療等を安定的に提供していくため、中期目標期間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。 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。	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。 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。	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、職員の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。 ②4半期毎に決算見込値を算出し、以後の改善取組に役立てた。 (経常収支比率101.8%、医業収支比率・修正医業収支比率74.9%)

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）

令和6（2024）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	指標に関しては、「経常収支比率」及び「医業収支比率・修正医業収支比率」は、目標値を上回った。 年度計画の業務実績に関しては、毎月、科室長以上が出席する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、職員の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 （案）	A	評 価 理 由等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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
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。 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。	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。 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。	①必要性や優先順位を精査し、無停電電源設備や医療ガス設備等の改修・更新を計画的に行った。 建物工事や器械備品の購入に当たっては、費用対効果等を総合的に勘案しながら、計画的に更新・整備を行うことが必要であることから、機器購入等選定委員会を新たに設置した。（令和7年度運用開始） ②県からの借入金を財源として整備する建物工事や器械備品の購入等の3か年計画（令和8～10年度）を、目的や必要性を十分に精査して策定した。

令和6（2024）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	建物工事や器械備品の購入に当たっては、費用対効果等を総合的に勘案しながら、計画的に更新・整備を行うことが必要であることから、機器購入等選定委員会を新たに設置したほか、県からの借入金を財源として整備する建物工事や器械備品の購入等の3か年計画（令和8～10年度）を、目的や必要性を十分に精査して策定した結果、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。
知事の 評価 (案)	A	評価 理由等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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
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。 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。 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。	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。 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。 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。	①内部統制の一環で、個人情報等の適正管理に関するアンケート調査（自己点検）を実施した。 ②情報システム担当者が、栃木県警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、栃木県警の協力のもと、ランサムウェア感染を想定した机上訓練を実施し、サイバーインシデント対応能力を強化した。 ③サイバー攻撃を想定したBCP（事業継続計画）の策定に向けた検討を行った。

令和6（2024）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	内部統制の一環で、個人情報等の適正管理に関するアンケート調査（自己点検）を実施したほか、栃木県警の協力のもと、ランサムウェア感染を想定した机上訓練を実施し、サイバーインシデント対応能力の強化を図った結果、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 （案）	A	評 価 理 由 等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

令和 6（2024）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 6（2024）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 項目のうち、「地域医療・福祉への貢献」については計画を上回り、それ以外の 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

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価を付して、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。

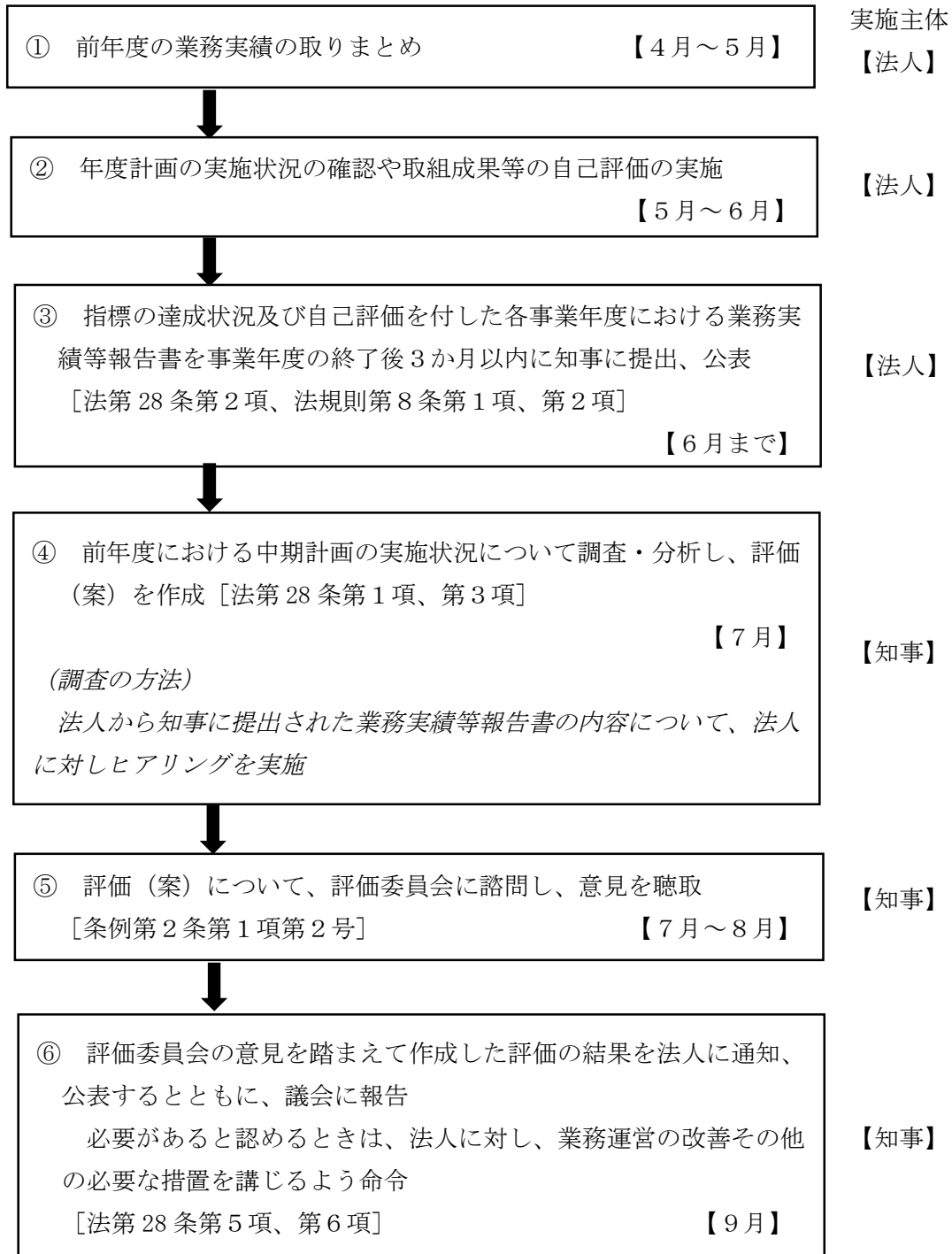
(3) 中期目標の期間における業務実績の評価

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】

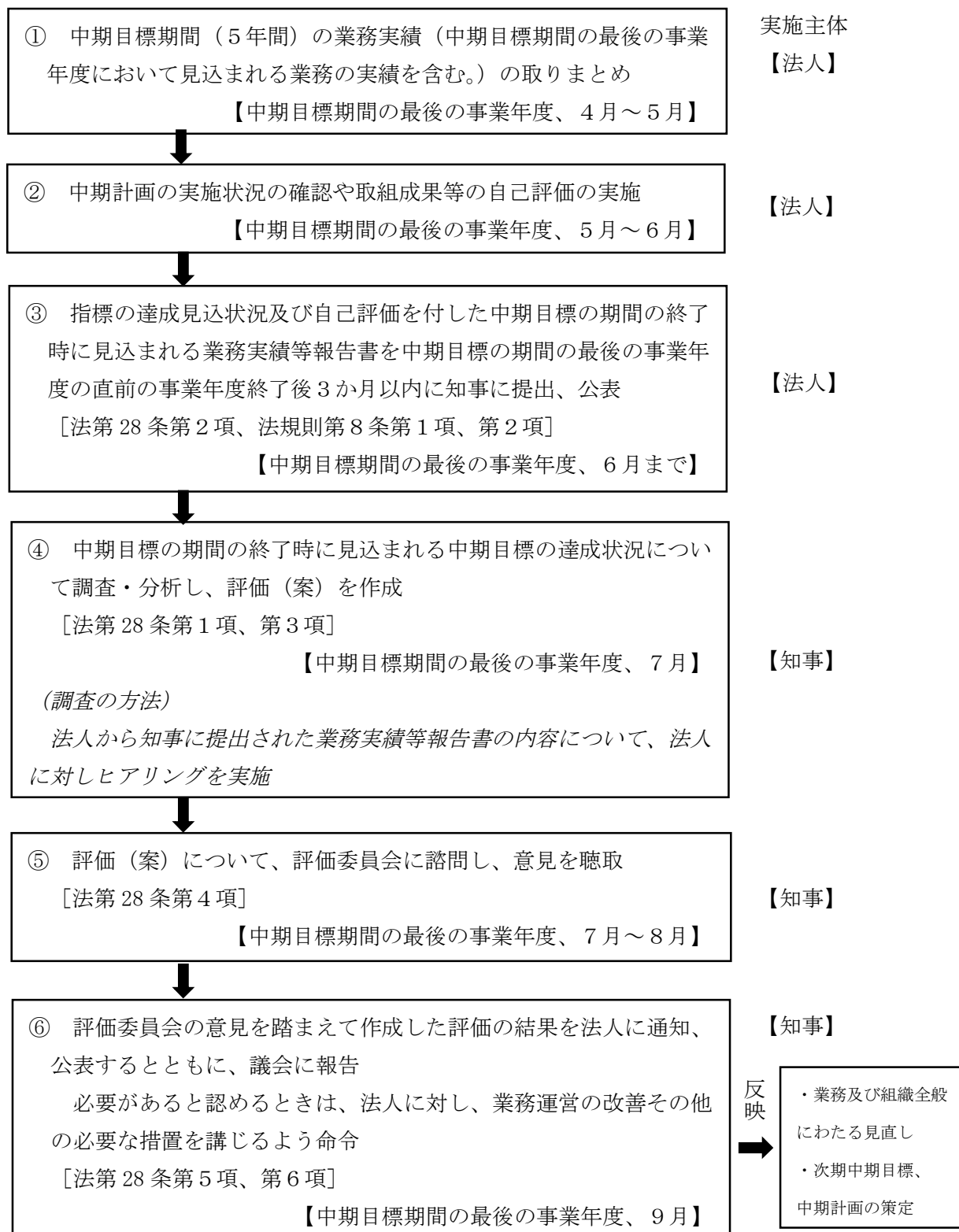
栃木県立病院地方独立行政法人の業務実績の評価に関するフロー

(1) 各事業年度における業務実績の評価



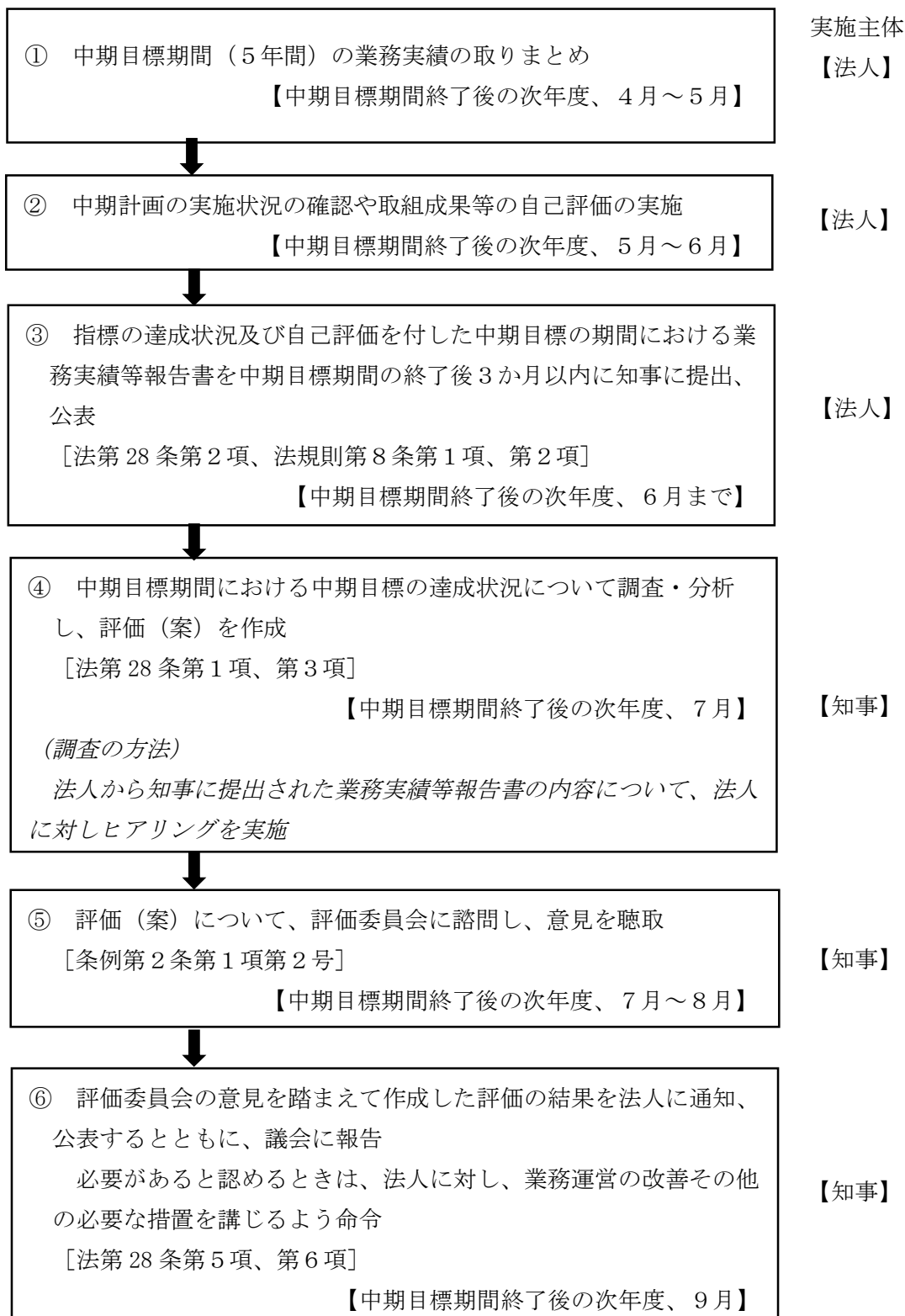
(注) 図中「法」は地方独立行政法人法を、「条例」は栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会条例を、「法規則」は栃木県立病院地方独立行政法人の業務運営並びに財務及び会計に関する規則を示す。

(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415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 7（2025）年 7 月 29 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（以下「県立がんセンター」という。）、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 6（2024）年度における業務の実績に関する評価に係る意見
- 2 地方独立行政法人法（平成15年法律第118号）（以下「法」と言う。）第28条 第 4 項の規定に基づく県立がんセンターの第 2 期中期目標期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績に関する評価に係る意見
- 3 法第30条第 2 項の規定に基づく県立がんセンターについて第 2 期中期目標期間の終了時までに行う業務の継続又は組織の存続の必要性その他その業務及び組織の全般にわたる検討に係る意見
- 4 法第25条第 3 項の規定に基づく県立がんセンターの第 3 期中期目標の策定に係る意見