

業務実績報告書兼中項目別評価書

令和 5 (2023) 年度

自 令和 5 (2023) 年 4 月 1 日

至 令和 6 (2024) 年 3 月 31 日

地方独立行政法人栃木県立岡本台病院

目 次

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

【評価基準について】

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

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

【指標について】

各指標の達成状況の判断目安は以下のとおりとする。

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

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表

◆ 中期目標期間における各事業年度の項目別評価

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

(参考) 中期目標期間における各事業年度の全体評価

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

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

1 質の高い医療の提供（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	緊急措置入院患者受入れ率（％）	100.0	99.0	99.0%	100.0	iii
2	措置入院患者ケア会議開催率（％）	85.0	91.3	107.4%	87.0	iv
3	県内に住所を有する医療観察法入院処遇対象者の受入れ率（％）	85.0	88.9	104.6%	90.0	iv
4	アルコール外来初診患者の通院継続率（％）	46.0	53.1	115.4%	50.0	v
5	自病院退院後再入院率（3か月）（％）	10.5	10.5	100.0%	10.0	iv
6	3か月以内退院率（％）	86.0	84.4	98.1%	88.0	iii
7	入院患者のL A I 導入率（％）	15.0	11.7	78.0%		i
8	クロザピン治療新規導入率（％）	100.0	100.0	100.0%		iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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

※ 中期計画指標のみ記載

1 質の高い医療の提供（中項目）

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

1 質の高い医療の提供（中項目）

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

1 質の高い医療の提供（中項目）

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

1 質の高い医療の提供（中項目）

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

1 質の高い医療の提供（中項目）

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

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

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

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

◆年度計画指標

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

No.	指標名	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	全インシデント報告に対するヒヤリハット報告レベル0-1の割合(%)	83.0	83.9	101.1%	78.0	iv
2	CVPPP習得率(%)	35.0	37.2	106.3%		iv

R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値 (再掲)	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
83.5	83.9			
32.6	37.2			

※ 中期計画指標のみ記載

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

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

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

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

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標に関しては、「全インシデント報告に対するヒヤリハット報告レベル0-1の割合」、「CVPPP習得率」ともに目標値を上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「(1)医療安全対策の推進」では、安全管理に関する研修にVOD研修を取り入れ、研修環境を整えることで職員への意識付けを強化したほか、CVPPPトレーナー養成研修を実施し、新たなトレーナーを養成するなど、病院全体での医療事故の発生防止・対応力向上に努めた。また、「(2)院内感染防止対策の強化」では、組織的な感染防止体制を整備し感染対策向上加算3を取得するなど、院内の感染防止対策に係る体制を強化した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

◆年度計画指標

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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

※ 中期計画指標のみ記載

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

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

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

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

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

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 医療観察法病棟の運営状況等について、地元住民や関係機関で構成される「地域連絡会議」を通じて情報提供や意見交換等を行い、医療観察法医療についての理解促進を図る。	イ 地域住民や関係機関で構成される「地域連絡会議」において、医療観察法病棟の運営状況等について積極的に情報提供や意見交換等を行い、医療観察法医療についての理解促進を図る。	③新型コロナウイルス感染症の影響で中止していた「地域連絡会議」を対面方式で4年ぶりに開催し、地域住民や関係機関等の医療観察法医療への理解促進に努めた。
ウ 広報業務全体をマネジメントする広聴広報委員会を定期的に開催し、効果的な広報のあり方について検討する。	ウ 広報業務全体をマネジメントする広聴広報委員会を定期的に開催し効果的な広報のあり方について検討する。	④患者からの要望に応え、外来担当医の変更などタイムリーな情報の提供を目的として、公式LINEアカウントを開設することとした（令和6(2024)年4月開設）。

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

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

4 人材の確保と育成（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	職員満足度割合（％）	55.0	60.9	110.7%	60.0	v
2	定年退職者を除く中途離職率（％）	2.1	0.0	200.0%		v

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値 (再掲)	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
53.6	60.9			
2.1	0.0			

※ 中期計画指標のみ記載

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

4 人材の確保と育成（中項目）

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

4 人材の確保と育成（中項目）

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

4 人材の確保と育成（中項目）

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

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

5 地域連携の推進（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	自病院退院後再入院率（3か月） （%）【再掲】	10.5	10.5	100.0%	10.0	iv
2	3か月以内退院率（%）【再掲】	86.0	84.4	98.1%	88.0	iii
3	措置入院患者ケア会議開催率 （%）【再掲】	85.0	91.3	107.4%	87.0	iv
4	紹介率（%）	52.0	59.4	114.2%		v
5	逆紹介率（%）	50.0	43.2	86.4%		ii
6	入院及び診察要請に対する受入れ 率（%）	52.0	78.0	150.0%		v
7	自宅退院や施設入所（GH等）に 結びついた作業療法終了者の割合 （%）	72.0	74.1	102.9%		iv
8	入院期間5年以上の患者数（人）	14	12	114.3%		v
9	在宅復帰率（%）	84.0	89.7	106.8%		iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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

※ 中期計画指標のみ記載

5 地域連携の推進（中項目）

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

5 地域連携の推進（中項目）

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

5 地域連携の推進（中項目）

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

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標に関しては、「3か月以内退院率」及び「逆紹介率」については目標値を下回った一方、「自病院退院後再入院率（3か月）」、「措置入院患者ケア会議開催率」、「紹介率」「入院及び診察要請に対する受入れ率」、「自宅退院や施設入所（GH等）に結びついた作業療法終了者の割合」、「入院期間5年以上の患者数」及び「在宅復帰率」については目標値を達成又は上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「(1) 地域の医療機関等との連携強化」では、精神疾患合併症観察基準に基づき救急隊により搬送された患者を積極的に受け入れた。また、依存症患者について、新型コロナウイルス感染症の影響により中止していた自助グループとの連絡会等を再開し、連携強化を図った。「(2) 入院患者の地域移行・定着の促進」では、入院中から多職種によるチーム医療を推進し、退院予定の入院患者に対するデイケアの利用促進に努めた。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）

◆年度計画指標

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

No.	指標名	R5(2023)	R5(2023)	R5(2023)	R8(2026)	指標の 達成状況	R4(2022)	R5(2023)	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)
		年度 目標値	年度 実績値	年度 達成率	年度 目標値※		年度 実績値	年度 実績値 (再掲)	年度 実績値	年度 実績値	年度 実績値
1	自病院退院後再入院率（3か月） （%）【再掲】	10.5	10.5	100.0%	10.0	iv	11.4	10.5			
2	3か月以内退院率（%）【再掲】	86.0	84.4	98.1%	88.0	iii	86.6	84.4			
3	措置入院患者ケア会議開催率 （%）【再掲】	85.0	91.3	107.4%	87.0	iv	83.0	91.3			

※ 中期計画指標のみ記載

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

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）

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

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）

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

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標に関しては、「3か月以内退院率」が目標値をやや下回った一方、「自病院退院後再入院率（3か月）」及び「措置入院患者ケア会議開催率」は目標値を上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「(1) 地域精神保健福祉活動への協力」では、当院で受け入れた措置入院患者に対して、入院後速やかに多職種によるケア会議を開催し、保健所による退院後の支援につなげることができた。また、「(2) 地域の医療従事者育成への支援」では、協力型臨床研修病院としての研修医、精神科専門研修基幹施設としての専攻医や医療従事者養成機関の学生等を積極的に受け入れたほか、関係機関に講師として職員を派遣した。さらに、「(3) 行政その他関係機関等への助言・支援」では、各種委員会・審査会等委員や研修会の講師として職員を派遣するとともに、精神科救急情報センターに対し医学的助言を行うなど、県の精神科救急医療の運用に積極的に貢献した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

7 災害等への対応（中項目）

◆年度計画指標

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

No.	指標名	R5(2023) 年度 目標値	R5(2023) 年度 実績値	R5(2023) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	D P A T先遣隊チーム数（チーム）	3	3	100.0%	3	iv

R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値 (再掲)	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
3	3			

※ 中期計画指標のみ記載

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

7 災害等への対応（中項目）

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

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

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

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）

1 業務運営体制の確立（中項目）

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

1 業務運営体制の確立（中項目）

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

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

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

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

◆年度計画指標

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

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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

※ 中期計画指標のみ記載

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 収入の確保対策（小項目）		
<p>ア ベッドコントロール会議等の実施により病棟間の連携を強化するとともに、患者のプライバシー確保に配慮しながら多床室の有効活用に努め、効率的な病床管理を行う。</p>	<p>ア 適切なベッドコントロールにより、他院への移院や他の病棟への転棟を減らし、必要とされる手厚い医療を退院時まで継続して提供する。 また、他院からのクロザピン導入目的の入院患者受入れも積極的に行う。</p>	<p>①病棟間の連携により、病状に応じた適切なベッドコントロールを行い、患者のプライバシーの確保に配慮しつつ、必要とされる医療を提供した。 ②他院からのクロザピン導入目的の入院患者受入れを行った。</p>
<p>イ 措置入院患者に加えて急性期患者の入院要請にも24時間体制で応じられる体制を整備するとともに、診療時間の延長や専門外来の設置など外来診療体制も強化し、病院全体の機動力を高めて収益の確保につなげる。</p>	<p>イ 日中における他機関からの急性期患者の入院要請に積極的に対応する。 また、午後の外来診療の拡充やギャンブル等依存症外来の設置を図り、外来診療体制を強化する。</p>	<p>③日中に他機関からの入院要請があった際には、速やかにベッドコントロールを行い、積極的に要請に応じた。 ④木・金曜日のみだった午後の外来診療時間を拡充し、令和5(2023)年10月から毎日（月～金曜日）午後診療を行うこととした。【再掲】 ⑤令和5(2023)年5月にギャンブル依存症専門外来を設置した。【再掲】 ⑥また、アルコール依存症等についても初診枠を拡大した。</p>
<p>ウ 医業収益改善ワーキンググループが中心となり、施設基準該当等に係る適時適切な確認を行うとともに、診療報酬の改定等に迅速に対応し、新たな診療報酬加算の取得に努めるなど、質の高い医療の提供に対して認められた診療報酬を漏れなく請求することにより、診療単価の引き上げを図る。</p>	<p>ウ 経営企画室及び医事課が中心となり、「看護補助体制充実加算」等の新たな診療報酬加算の取得を目指す。 また、入院患者に対する服薬指導の充実に図り、薬剤管理指導料等の適切な算定を目指す。</p>	<p>⑦「栄養サポートチーム加算」や「感染対策向上加算3」等の新たな診療報酬加算を取得した。 ⑧令和6(2024)年1月に「保険診療委員会」を立ち上げ、新たな診療報酬算定項目の取得に向けた検討及び調整を行う体制を整備した。【再掲】 ⑨全面院外処方に伴い、外来処方に費やしていた労力を入院患者に対する服薬指導に振り向け、目標値を大きく上回る692件を実施した。【再掲】</p>
<p>エ 患者の経済状況に応じて必要な公的扶助制度等を活用できるよう、早い段階から支援することにより未収金の発生を防止するとともに、発生してしまった未収金については、病院全体で未納者情報の一元管理を行って早期回収を図り、回収困難債権については弁護士法人へ回収業務を委託して回収の徹底を図る。</p>	<p>エ 患者の状況に応じ、多職種が連携して早期から介入・支援することにより未収金の発生を防止するとともに、病院全体で未納者情報の一元管理を行うなどにより、未収金の早期回収を図る。 また、回収困難債権については弁護士法人へ回収業務を委託するだけでなく、必要に応じて法的措置を講じることも検討する。</p>	<p>⑩患者の家族構成や経済状況を踏まえ、公的扶助制度の活用などを助言、支援した。 ⑪職種間で連携を密にし、未収金の発生・増加防止に努めるとともに、弁護士法人へ未収金の回収業務を委託し、未収金の早期改修に努めた。</p>

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 費用の削減対策（小項目）		
<p>ア 予算と実績の管理を通じ、職員全員に対してコスト意識の徹底を図るとともに、医薬品、診療材料、消耗品について適正な在庫管理に努め、費用対効果を意識した業務改善に取り組むことにより費用の抑制や削減を行う。</p>	<p>ア 院内会議において、経営状況や課題を共有するとともに、職員に対してコスト削減意識の向上に努める。 意欲のある若手プロパー職員を積極的に採用することにより、偏った年齢構成を是正し、給与費全体の適正化を目指す。 全面院外処方への移行に併せて、医薬品等の在庫管理を徹底することにより、材料費を削減する。</p>	<p>①「経営改善・職域連携会議」において月次決算及び決算見込みを示し、経営状況や課題を共有することで、職員のコスト意識の醸成に努めた。 ②若手プロパー職員の採用により職員の年齢構成の適正化を図った。 ③全面院外処方への移行に併せ、医薬品の発注点の見直しや後発薬への切り替えを行い、材料費を削減した。</p>
<p>イ 働き方改革を推進していく中で、業務の効率化などに対する職員の意識啓発に努め、病院全体で組織や業務の見直しなどを行うことにより、時間外勤務の縮減を図る。</p>	<p>イ 働き方改革を推進していく中で、業務の効率化などに対する職員の意識啓発に努め、病院全体で組織や業務の見直しなどを行うことにより、時間外勤務の縮減を図る。</p>	<p>④働き方改革の推進及びワーク・ライフ・バランスの充実を図るため、定期的に、業務の効率化（見直し）や年休の取得促進、定時帰宅を全職員に対して促し、時間外勤務の縮減を図った。</p>
<p>ウ 病院の主要な建物の経年劣化が進んでいるため、適切な予防保全を行うことにより、施設の安全性・継続性を確保するとともに、修繕費用を抑制する。</p>	<p>ウ 病院の主要な建物の経年劣化が進んでいるため、適切な予防保全を行うことにより、施設の安全性・継続性を確保するとともに、修繕費用を抑制する。</p>	<p>⑤事務局において、定期的に破損箇所等の修繕・更新について協議を行い、修繕費用を抑制しつつ、施設の安全性・継続性の確保に努めた。</p>

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

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

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標に関しては、「入院単価」、「外来単価」、「延べ外来患者数」及び「デイケア参加率」については目標値を下回った一方、「病床利用率」、「精神科救急急性期医療入院料算定率」、「入院患者に対する薬剤管理指導実施件数」及び「診療材料費対医業収益比率」については目標値を上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「(1) 収入の確保対策」では、多職種連携を強化し適切なベッドコントロールに努めたことで病床利用率を改善したほか、開院日全日の午後診療開始やギャンブル依存症専門外来の設置等により、外来診療体制の強化にも取り組んだ。また、「栄養サポートチーム加算」や「感染対策向上加算3」等の新たな診療報酬算定項目の取得にも努めた。「(2) 費用の削減対策」では、若手職員の採用による年齢構成の適正化を図るとともに、全面院外処方への移行に伴い医薬品の発注方法を見直す等により経費の削減に努めた。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

第3 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）

◆年度計画指標

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>県民が求める高度で専門的な医療を安定的に提供していくため、中期目標期間中に経常収支の黒字化を目指す。 また、計画的な資金管理を行い、経営基盤の安定化に努める。</p>	<p>月次で収支状況を管理し、経常収支の黒字化を目指す。 また、月次で資金管理を行い、経営基盤の安定化に努める。</p>	<p>①経常利益は292百万円を計上し、経常収支比率は112.1%となった。 ②経常収支の黒字化を目指すため、月次で収支状況及び資金状況の管理を行い、その結果を院内に共有し、職員のコスト意識の醸成に努めた。</p>

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

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

第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）

1 施設のあり方の検討（中項目）

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

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

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

2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理（中項目）

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

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

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

全体評価書

1 全体評価

(1) 評価結果

(評価結果)

令和5（2023）年度の業務実績については、中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。

(2) 判断理由等

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

2 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会の意見

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