

業務実績報告書兼中項目別評価書

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
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・県民の視点に立った医療の提供	A	A	A		
4 人材の確保と育成	A	S	A		
5 地域連携の推進	A	A	A		
6 地域精神医療・福祉への貢献・協働	A	A	A		
7 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	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		
2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理	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。
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	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	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	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	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	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 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	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	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	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	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	（参考）中期目標期間における各事業年度の実績				
		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	経常収支比率（％）	100.0	109.2	109.2%	100.0	iv
2	医業収支比率（％）	67.9	70.9	104.4%	68.0	iv

※ 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	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、経常収支黒字化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	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	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

（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。