

令和 8 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 8（2026）年 8 月 5 日（水）

14:00～17:00

栃木県庁本館 6 階大会議室 2

1 開 会

2 挨拶

3 議 題

(1) 副委員長の選任について

(2) 地方独立行政法人栃木県立岡本台病院の令和 7（2025）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

(3) 地方独立行政法人栃木県立岡本台病院の第 2 期中期目標（素案）について

(4) 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 7（2025）年度業務実績に関する評価について

(5) 地方独立行政法人栃木県立がんセンターの令和 7（2025）年度業務実績及び中期目標期間における業務実績に関する評価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 7（2025）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 7（2025）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 7（2025）年度業務実績に関する全体評価書
- 【資料 4】 （地独）栃木県立岡本台病院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 5】 （地独）栃木県立岡本台病院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 6】 （地独）栃木県立岡本台病院中期目標期間終了時の検討
- 【資料 7】 （地独）栃木県立岡本台病院第 2 期中期目標素案の概要
- 【資料 8】 （地独）栃木県立岡本台病院第 2 期中期目標素案
- 【資料 9】 （地独）栃木県立岡本台病院第 2 期中期目標素案（第 2 期・第 1 期比較）
- 【資料 10】 令和 7（2025）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 11】 （地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和 7（2025）年度業務実績報告書兼中項目別評価書
- 【資料 12】 （地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和 7（2025）年度業務実績に関する全体評価書
- 【資料 13】 令和 7（2025）年度（地独）栃木県立がんセンター決算の概要
- 【資料 14】 （地独）栃木県立がんセンター 令和 7（2025）年度業務実績報告書兼中項目別評価書
- 【資料 15】 （地独）栃木県立がんセンター 令和 7（2025）年度業務実績に関する全体評価書
- 【資料 16】 （地独）栃木県立がんセンター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 17】（地独）栃木県立がんセンター中期目標期間における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
朝日 公彦	栃木県精神衛生協会 会長	出席(WEB)
麻生 好正	獨協医科大学病院 病院長	出席(WEB)
稲野 秀孝	栃木県医師会 会長	欠席
井上 加容子	株式会社井上総合印刷 代表取締役社長	欠席
川合 謙介	自治医科大学附属病院 病院長	出席(WEB)
小松 富恵	栃木県看護協会 会長	出席(現地)
佐藤 由紀	公認会計士	出席(WEB)
松原 由美	早稲田大学 教授	委員長 出席(現地)

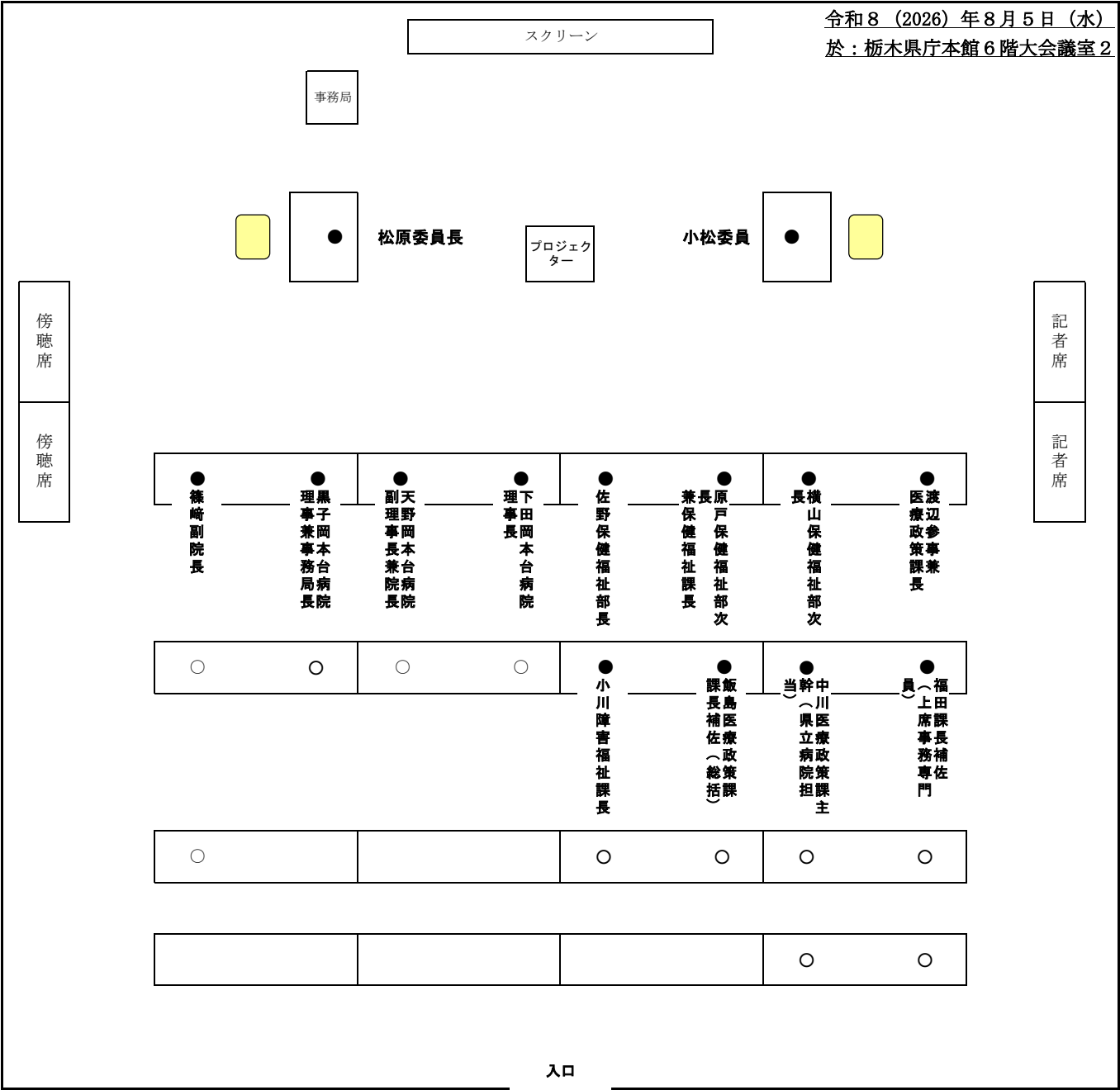
* 敬称略：五十音順

栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会 事務局

R8(2026).4.1

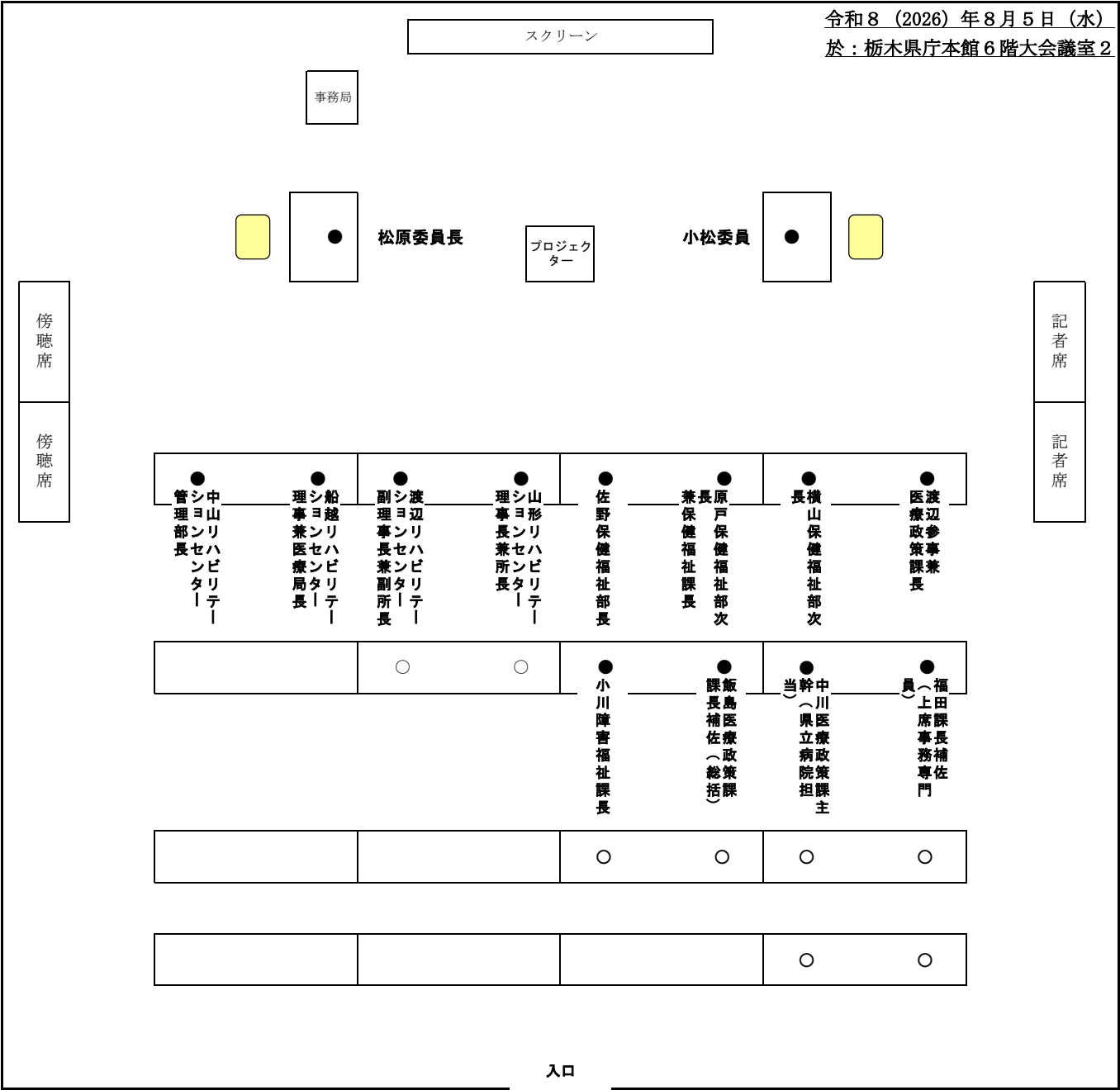
No	氏 名	役 職 名	備 考
1	佐野 圭吾	保健福祉部長	
2	原戸 正道	保健福祉部次長兼保健福祉課長	
3	横山 泰治	保健福祉部次長	
4	渡辺 晃紀	保健福祉部参事兼医療政策課長	
5	吉成 和直	感染症・疾病対策課長	
6	小川 元子	障害福祉課長	
7	飯島 大輔	医療政策課 課長補佐(総括)	
8	中川 友也	医療政策課 主幹(県立病院担当)	
9	福田 研一	医療政策課 課長補佐(上席事務専門員)	
10	尾澤 巖	(地独)栃木県立がんセンター理事長兼センター長	
11	安藤 二郎	(地独)栃木県立がんセンター副理事長兼病院長	
12	関本 充博	(地独)栃木県立がんセンター副理事長兼事務局長	
13	富川 盛啓	(地独)栃木県立がんセンター理事兼副病院長	
14	山形 崇倫	(地独)栃木県立リハビリテーションセンター理事長兼所長	
15	渡辺 直人	(地独)栃木県立リハビリテーションセンター副理事長兼副所長	
16	船越 政範	(地独)栃木県立リハビリテーションセンター理事兼医療局長	
17	下田 和孝	(地独)栃木県立岡本台病院理事長	
18	天野 託	(地独)栃木県立岡本台病院副理事長兼院長	
19	黒子 康彦	(地独)栃木県立岡本台病院理事兼事務局長	

令和8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8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（リハセンター）

令和8（2026）年8月5日（水）
於：栃木県庁本館6階大会議室2



令和8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 8（2026）年 8 月 5 日（水）
於：栃木県庁本館 6 階大会議室 2

スクリーン

事務局

松原委員長

プロジェクト

小松委員

傍聽席

傍聽席

記者席

記者席

● 富川がんセンター
理事兼副病院長

●副理事長兼事務局
長

●安藤がンセンター
副理事長兼病院長

●理事 長兼 センター

●佐野保健福祉部長

● 長 原戸保健福祉部次
兼保健福祉課長

● 横山保健福祉部次長

● 渡辺参事兼
医療政策課長

○

●副病院長兼看護部長

●横島がんセンター
副病院長

● 参 与 兼 經 營 企 業
画 室 長

● 吉成感染症・疾病
対策課長

●飯島医療政策課
長補佐（総括）

● 中川医療政策課主幹（県立病院担当）

● 福田課長補佐
（上席事務専門員）

○

○

○

○

O

C

C

O

○

O

○

O

O

C

C

O

入口

令和 7 (2025) 年度 (地独) 栃木県立岡本台病院決算の概要

保健福祉部医療政策課

(単位：百万円)

区 分		R6 (2024)	R7 (2025)	増減
損 益 計 算 書	総 収 益	2,744	2,882	138
	入 院 収 益	1,345	1,422	77
	外 来 収 益	293	320	27
	一 般 会 計 負 担 金	901	878	△ 23
	補 助 金 等	13	74	62
	総 費 用	2,513	2,590	77
	給 与 費	1,594	1,616	23
	材 料 費	180	147	△ 33
	経 費	362	450	88
	減 価 償 却 費	188	179	△ 9
	純 損 益	231	292	61
貸 借 対 照 表	資 産	4,850	4,936	86
	負 債	2,268	2,062	△ 206
	純 資 産	2,582	2,874	292

※収益及び費用の内訳は内数のため合計等は合わない。

※四捨五入により合計等が合わないものがある。

区 分		R6 (2024)	R7 (2025)	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)	44,537	46,217	1,680
	外来患者数 (人)	35,644	37,747	2,103
	病床利用率 (%)	55.2 [74.0]	57.3 [76.7]	2.1 [2.7]
平均在院日数 (日)		67.0	66.3	△ 0.7
単価	一人一日当入院 (円)	30,207	30,771	564
	一人一日当外来 (円)	8,220	8,487	267
経常収支比率 (%)		109.2	111.3	2.1
修正営業収支比率 (%)		65.7	67.9	2.2

※R4.2から56床は休床中のため、稼働病床数ベースの病床利用率も併記。

※入院患者数、病床利用率、一人一日当入院単価は、退院患者数含む。

【決算の主な特徴】

- ・入院については、任意入院患者の積極的な受入れや病床の効率的な運用に努めた結果、患者数が増加した。また、入院ベースアップ評価料を算定したことで単価・収益ともに増加した。
- ・外来については、紹介患者の増加に加え、診察時間の見直しや、デイケア利用者が定着していることで患者数が増加した。また、予定入院患者の入院前検査を外来受診時に実施したことで単価・収益ともに増加した。
- ・給与改定や物価高騰に伴い費用が増加したものの、医業収益及び物価高騰関連補助金等の増加により黒字幅が拡大し、4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 7 (2025) 年度

自 令和 7 (2025) 年 4 月 1 日
至 令和 8 (2026) 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 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	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	A	S	A	A	A	
5 地域連携の推進	A	A	A	B	B	
6 地域精神医療・福祉への貢献・協働	A	A	A	A	A	
7 災害等への対応	A	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	A	
2 収入の確保及び費用の削減への取組	A	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	S	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	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	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	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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	97.9	97.9%	100.0	iii
2	措置入院患者ケア会議開催率（％）	90.0	90.7	100.8%	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（％）	90.0	75.0	83.3%	90.0	ii
4	アルコール外来初診患者の通院継続率（％）	55.0	59.1	107.5%	50.0	iv
5	自病院退院後再入院率（3か月）（％）	10.0	14.9	51.0%	10.0	i
6	3か月以内退院率（％）	88.0	86.2	98.0%	88.0	iii
7	入院患者のL A I 導入率（％）	15.0	11.9	79.3%		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	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)	R8(2026) 年度 実績値
99.0	99.0	100.0	97.9	
83.0	91.3	88.2	90.7	
81.8	88.9	81.8	75.0	
50.0	53.1	53.4	59.1	
11.4	10.5	9.9	14.9	
86.6	84.4	91.1	86.2	
15.2	11.7	10.7	11.9	
100.0	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など、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169件を実施し、要措置となった93人を受け入れた。また、緊急措置入院不要と診断された患者75人のうち、21人を医療保護入院等で受け入れた。 ②鑑定入院についても積極的な受入れを行った。 ③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、多職種連携会議を毎週開催し、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。 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。	④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、1人が帰住地先に転院した。 ⑤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。 ⑥女性共用ユニットの男女共用化により柔軟な病床コントロールを可能にし、入院対象者の確保に努めた。 ⑦医療観察法による処遇要件を満たしていない対象者1人に対して処遇終了申立てを実施し、医療観察法病棟の適切な運営に努めた。 ⑧医療観察法関連職種研修会（7月）及び全国指定入院医療機関精神保健福祉連絡協議会（11月）に参加し、情報収集を行った。
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 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すとともに、関係機関との連携を強化し、効果的な依存症治療体制を整備する。 また、依存症治療に限らず、専門外来の設置や治療プログラムの充実について検討を進め、多様な精神疾患に対し質の高い医療の提供に努める。	⑨アルコール・薬物・ギャンブル等の各種依存症について、地域の医療機関等を対象に医療従事者研修会を開催し、理解促進を図った。 ⑩アルコール・薬物依存症患者を対象とした依存症ショートケアを実施するとともに、入院患者を対象としたアルコールリハビリテーションプログラムの充実を図り、多職種が連携して効果的なプログラム運営を行った。 ⑪ギャンブル依存症入院患者3人に治療プログラムを実施した。また、外来患者対象の標準的治療プログラム（STEP-G）を行うとともに、11月からはグループミーティングも開始し、多職種が協働して治療内容の充実を図った。 ⑫依存症患者を対象として開始した心理面接を他疾患にも拡大したほか、従来のアルコール家族教室を、依存症全般を対象とした「依存症まなびの広場」に再編・拡充し、対面及びオンラインによるハイブリッド形式で毎月1回開催した。

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とともに、新規導入を推進する。 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。	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、入院患者数が大幅に増加したため、L A I導入率は11.9%となり、前年度より増加したものの目標値には届かなかった。 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は若干減少したが、治療抵抗性統合失調症患者へのクロザリル導入を積極的に行い、6例の新規導入を行った。 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認知行動療法外来を本格的に開始し、新規5人（延べ67人）に実施した。
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やクロザピン治療のみならず、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活用し、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、標準化・均質化した医療の提供に努めた。

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
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、E G U I D E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」に参加してベンチマーク結果を院内で共有するとともに、その結果を分析して当院の医療レベルの検証を行った。 ⑦E G U I D Eプロジェクトにおける普及病院として、ガイドライン講習を受講した医師へのアンケート調査に協力した。
（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、全病棟において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全病棟で多職種によるカンファレンスを実施するとともに、長期入院患者に対する退院支援委員会を開催し、退院支援につなげた。 ②全病棟において、早期の地域移行及び定着を目標として積極的にケア会議を実施した。 ③患者情報や治療方針を共有することで、患者の早期退院、地域移行・定着に向けた治療方針を早期に計画し、各職域ごとに治療介入しやすい体制を整えた。 ④栄養サポートチーム（NST）及び褥瘡対策チームが定期的に活動し、多職種によるチーム医療を提供した。週1回のNST回診により、延べ148人の入院患者に対して栄養サポートを実施した。 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とともに、必要に応じて個別対応も行い、病状の安定を図った。

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
(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。	当院の特色を活かした臨床研究（精神科救急医療及び依存症医療）について、実施状況データベースに基づく研究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専攻医による学会発表を指導・支援し、計3演題の発表を行った。 ②獨協医科大学精神神経医学講座主導の研究に共同研究機関として参加している。

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】「緊急措置入院患者受入れ率」、「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」、「自病院退院後再入院率（3か月）」、「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」、「アルコール外来初診患者の通院継続率」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。 【業務実績】「(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人中21人の受入れを行った。依存症治療については、依存症専門医療機関・治療拠点機関として各種プログラム等の拡充を図るとともに、新たに「依存症まなびの広場」を開催するなど、多職種が連携して効果的な運営を行った。「(2) 医療の質の向上に向けた取組の推進」では、引き続きLAIやクロザピンの導入を推進したほか、認知行動療法外来の本格的な運用を開始した。また、救急病棟やアルコール依存症治療でもクリニカルパスの活用を推進し、治療内容の標準化・均質化を図った。「(3) チーム医療の推進」では、多職種によるカンファレンスやケア会議等を開催するとともに、栄養サポートチーム等による積極的な介入や入院早期からの作業療法の実施など、多職種によるチーム医療を一層推進した。「(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活用した専攻医の学会発表を指導・支援するとともに、大学との共同研究にも参加した。 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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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（％）	85.0	83.2	97.9%	78.0	iii
2	感染管理認定看護師数（人）	1	1	100.0%	1	iv
3	CVPPP習得率（％）	42.0	43.0	102.4%		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	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)	R8(2026) 年度 実績値
83.5	83.9	86.3	83.2	
0	0	1	1	
32.6	37.2	41.0	43.0	

※ 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、安全に対する意識の向上を図る。	①レベル3b事象は前年度から大きく減少したが、一方で誤薬事案が4件発生したため、内容に応じて当事者へ報告書の提出を依頼し、行動及び判断の振り返りを行った。 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、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手技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4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
(1) 医療安全対策の推進（小項目）			
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。 また、患者及びその家族等からの迷惑行為について、対応策の見直し検討を継続的に行う。	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、危険箇所の修繕や衛生環境改善のための物品購入を行った。 ⑥患者及びその家族からの迷惑行為への対策として「地方独立行政法人栃木県立岡本台病院カスタマーハラスメント対策マニュアル」を策定した。
(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徹底する。 また、感染管理認定看護師を活用し、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り、感染対策ラウンドの実施や入院患者の感染対応についての助言を行うなど、院内感染防止体制を強化した。
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	【指標】「感染管理認定看護師数」及び「CVPPP習得率」については、目標値を達成又は上回った。「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」については、年度計画の目標値を高く設定していることもあり、目標値を若干下回った。 【業務実績】「(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、新たに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、患者及びその家族からの迷惑行為に対応するため、カスタマーハラスメント対策マニュアルを策定した。「(2) 院内感染防止対策の強化」では、感染制御チームが中心となって定期的に感染対策ラウンドを行うなど、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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	68.8	94.2%	75.0	iii
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）	1,100	1,114	101.3%		iv
4	栄養食事指導継続率（％）	98.0	97.0	99.0%		iii

（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	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)	R8(2026) 年度 実績値
71.7	67.1	64.7	68.8	
93.7	99.8	100.0	100.0	
21	692	1,125	1,114	
94.7	97.7	100.0	97.0	

※ 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の徹底を図るとともに、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（年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て妥当性を検討し、拘束の早期解除に努めた。
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2名を日本精神科看護協会公認の倫理研修講師として新たに養成し、院内の倫理カンファレンス等に活用した。

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、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、必要な情報について多職種が連携して丁寧に説明を行うとともに、m-E C TやL A I、クロザピンなどの治療を行う際にも十分な情報提供を行い、患者及びその家族が自らの判断で治療方針を決定できるよう支援を行った。
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 患者の支援者に対する支援を拡充するため、これまでの家族教室を発展させ、「依存症まなびの広場」を開催する。 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従来のアルコール家族教室を、依存症全般を対象とした「依存症まなびの広場」として拡充し、対面及びオンラインによるハイブリッド形式で毎月1回実施した。【再掲】 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、個別に疾病教育を実施した。
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内部精度管理に加えて外部精度管理調査にも参加し、良好な検査精度を維持するとともに、検査時間の短縮に努めた（患者検体の97.95%を40分以内に報告）。 ⑤放射線安全管理指針を厳守し、頭部C T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1,114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 外来患者の利便性向上と待ち時間短縮を図るため、外来診療時間の見直しを行うとともに、電子カルテシステムの更新に併せた新たなシステムの導入について検討を行う。	⑦曜日や時間帯による患者数の偏りを改善するため、診療枠の見直しを行った。 ⑧医療情報システムの更新に向けて検討を開始した。
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、多様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770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。 ⑩R7年度から患者給食を全面委託化するに当たり、費用面だけでなく患者満足度の向上にも重点を置いて受託業者を選定した結果、患者満足度の向上につながった。
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ける「当院を全般的に評価したときの満足度」は入院・外来とも改善したが、「外来患者の待ち時間についての満足度」が依然として低く、目標値には届かなかった。 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LINEの活用及び定期的な広報誌の発行により、当院が提供する医療サービスについて分かりやすくタイムリーな情報発信を行う。	①病院ホームページや広報誌「Okadai NEWS」の発行（年4回）により、各種情報を分かりやすく発信した。 ②公式LINEアカウントにおいて、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」を開催し、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」を開催して医療観察法病棟の運営状況等についての情報提供・意見交換を行い、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を図った。
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 広聴広報委員会において、効果的な広報の手法について検討する。	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】「患者満足度割合」及び「栄養食事指導継続率」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」及び「入院患者に対する薬剤管理指導実施件数」は目標値を達成又は上回った。 【業務実績】「(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や行動制限最小化委員会等を開催して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行ったほか、「依存症まなびの広場」の開催や入院患者への服薬指導・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、ホームページや広報誌に加えて、公式LINEアカウントにより随時配信を行うなど、効果的な情報発信に努めた。 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。

4 人材の確保と育成（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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（%）	68.0	67.9	99.9%	60.0	iii
3	定年退職者を除く中途離職率（%）	2.0	2.1	95.0%		iii

（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	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)	R8(2026) 年度 実績値
0	0	1	1	
53.6	60.9	65.4	67.9	
2.1	0.0	4.5	2.1	

※ 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3名を採用した。 ②合同説明会に参加し、医局員自らが当院の特色を積極的に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 業務量に応じた柔軟な人員確保・配置を図るため、定期採用に加え随時採用を行い、志の高い看護師及びその他コメディカルの確保に努める。 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のほか、随時病院見学会を開催するなど、幅広い採用活動を展開する。	③看護師合同説明会への参加や看護師養成校への訪問、病院見学会の開催、求人サイトの活用など職員の確保に向けた活動を幅広く展開し、看護師7名を採用したほか、看護師3名の随時採用を行った。
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 研修等への参加を通して病院経営や医療事務等に精通した事務職員の育成に努める。	④求人サイトを活用し、即戦力となる病院勤務経験者1名を採用した。

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など、若手医師にとって魅力ある研修環境を整備する。	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2名が指定医の資格を、1名が専門医の資格を取得した。
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、再構築したクリニカルラダーの運用を開始するなど、教育体制の充実に努める。 また、認定看護師業務基準に基づき、認定看護師を効果的に活用することで、看護師のモチベーション向上及びスキルアップを図る。	③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の運用を開始し、評価者となる師長への研修を実施したほか、運用の振り返りによりブラッシュアップを図った。 ④認定看護師業務基準の運用を開始し、認定看護師が積極的に活動した。
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。	⑤依存症医療の充実のため、医師2名がアルコール依存症に関する研修を、医師2名がギャンブル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。 ⑥認定看護管理者の育成のため、看護師4名が看護管理者教育課程（セカンドレベル1名・ファーストレベル3名）を修了するとともに、看護師1名が臨床実習指導者資格を取得するなど、資格取得に向けて計画的に取り組んだ。
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。	⑦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よう努めた。 ⑧業務分担や勤務割振りを工夫し、各種研修に参加しやすい環境を整えた。

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
(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4年目であり、県からの派遣職員が多く在籍していることから、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について情報収集を行い、検討を進めた。
(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、目標を設定し、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など、職員が心身ともに健康で働き続けられる職場環境づくりに努める。	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(68.5%)。 ②育休法改正に伴い、柔軟な働き方を実現するための措置を講じるとともに、対象者への制度周知及び意向確認を行った。また、子育て応援ハンドブックを活用した子育て支援制度の説明を実施した。 ③業務の状況を考慮し、年度途中でも必要に応じて適宜職員を採用することにより職員の業務負担軽減を図った。 ④患者数増加に伴う看護師の業務負担増を軽減するため、病棟・外来クラークの配置を行った。
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 看護師の2交代制勤務の拡充など、働き方改革に対応した勤務体制の見直しについて検討を行う。	⑤看護師2交代勤務の拡充に向けて、人員確保や時期について検討を進めた。
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 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。	⑥ハラスメント研修を実施し、全職員に受講させた。 ⑦「ハラスメント等相談ホットライン」を運営（誰もが相談しやすいよう、計9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。

4 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】「感染管理認定看護師数」については目標値を達成したが、「職員満足度割合」及び「定年退職者を除く中途離職率」は目標値を若干下回った。 【業務実績】「(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幅広く活動を展開した。「(2) 研修体制の強化」では、精神保健指定医や精神科専門医の資格取得を支援したほか、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運用を開始し、看護師のモチベーション向上及びスキルアップを図った。「(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を行い、検討を進めた。「(4) 働きやすい職場環境づくり」では、休暇の取得を推進するとともに、年度途中での柔軟な職員採用により職員の業務負担軽減に努めた。 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 (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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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】	10.0	14.9	51.0%	10.0	i
2	3か月以内退院率（％）【再掲】	88.0	86.2	98.0%	88.0	iii
3	措置入院患者ケア会議開催率 （％）【再掲】	90.0	90.7	100.8%	87.0	iv
4	紹介率（％）	65.0	70.5	108.5%		iv
5	逆紹介率（％）	50.0	37.8	75.6%		i
6	入院及び診察要請に対する受入れ 率（％）	85.0	83.6	98.4%		iii
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 （％）	75.0	76.6	102.1%		iv
8	入院期間5年以上の患者数（人）	9	8	111.1%		v
9	在宅復帰率（％）	90.0	89.8	99.8%		iii

（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	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)	R8(2026) 年度 実績値
11.4	10.5	9.9	14.9	
86.6	84.4	91.1	86.2	
83.0	91.3	88.2	90.7	
52.0	59.4	65.5	70.5	
44.1	43.2	38.5	37.8	
53.3	78.0	84.9	83.6	
70.3	74.1	80.6	76.6	
16	12	10	8	
83.7	89.7	91.2	89.8	

※ 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。また、精神科救急医療体制についての相互理解を深めるため、救急告示医療機関、救急隊及び警察が参加する事後検証会で、精神科救急に関する説明を行った。
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 不要な緊急措置診察や搬送を削減するため、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、同センターの診察の要否判断に係る調査能力の向上に協力する。	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、休日や平日夜間の救急症例で生じた問題点を適宜情報共有し、相互に医療の質の向上を図った。
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、地域の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。 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も取り組んだが、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が、実施件数は前年度を下回った。 ②退院予定の入院患者に対し、退院後のデイケア利用につながるよう案内するとともに、医師と協働して外来患者の利用を促進するなど、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：R7 5,232人、R6 4,405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、早期から多職種で介入し、積極的に外出支援や退院前訪問を実施した。 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全病棟での多職種によるカンファレンスや、長期入院患者に対する退院支援委員会を開催することにより、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 アウトリーチ事業を実施する精神保健福祉センターと意見交換を行うなど、当院のアウトリーチのあり方について検討を行う。	⑥指定通院患者について看護師や精神保健福祉士、作業療法士が訪問看護を行い、その情報を医師と共有して治療に活用することにより、多職種アウトリーチに準じた支援体制を構築している。
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入院期間が短縮傾向であり、退院支援等に携わるピアサポーターの導入は困難であることから、デイケアでの就労移行支援事業所利用者の体験談を聞くプログラムの実施なども含めて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	B	評 価 理 由	【指標】「措置入院患者ケア会議開催率」、「紹介率」、「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」及び「入院期間5年以上の患者数」については目標値を上回った一方、「自病院退院後再入院率（3か月）」、「3か月以内退院率」、「逆紹介率」、「入院及び診察要請に対する受入れ率」及び「在宅復帰率」については目標値を下回り、半分以上の指標で目標を達成できなかった。 【業務実績】「(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積極的に情報発信を行うことにより、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、多職種で連携して入院早期からのリハビリテーション実施及び退院後のデイケア移行を推進するとともに、地域生活支援を行う事業者との連携も強化し、退院後の地域生活定着及び再発防止に努めた。 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いると判断し、「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。

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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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】	10.0	14.9	51.0%	10.0	i
2	3か月以内退院率（％）【再掲】	88.0	86.2	98.0%	88.0	iii
3	措置入院患者ケア会議開催率 （％）【再掲】	90.0	90.7	100.8%	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	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)	R8(2026) 年度 実績値
11.4	10.5	9.9	14.9	
86.6	84.4	91.1	86.2	
83.0	91.3	88.2	90.7	

※ 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) 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、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精神保健福祉センターが主催する精神保健福祉業務検討会に職員を派遣するなど、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インストラクター等の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情報共有を行いながら、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精神科専門研修基幹施設及び連携施設として専攻医10名を受け入れた。 ②大学から学外実習生14名を受け入れた。 ③県内外の医療スタッフ養成機関から実習生151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への理解促進を図った。【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、専門的立場から助言・支援を行った。 ②中央児童相談所にCVP P P講師を派遣した。【再掲】 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（74件）。

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（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】「措置入院患者ケア会議開催率」については目標値を上回ったが、「自病院退院後再入院率（3か月）」及び「3か月以内退院率」については目標値を下回った。 【業務実績】「(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、保健所による退院後支援へのスムーズな移行を図るため、多職種によるケア会議を開催した。「(2) 地域の医療従事者育成への支援」では、精神科専門研修基幹施設及び連携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する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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	4	133.3%	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	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)	R8(2026) 年度 実績値
3	3	3	4	

※ 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。 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検討を進める。	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・点検及び更新を行った。 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の進捗状況を確認するとともに、災害発生時に備えて地震時アクションカードを作成・配付した。 ③サイバー攻撃を想定したBCP（事業継続計画）を策定した。 ④火災を想定した消防訓練を年2回実施した。 ⑤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。 ⑥感染制御チームを中心として感染症感染拡大時等に備え、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研修を定期的に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、人材育成にも協力する。 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、県の要請に基づき必要な対応を積極的に行う。	①職員4名が日本DPA T隊員技能維持研修を、1名が日本DPA T研修を受講し、常時3チーム編成が可能な体制を維持した（R7隊員数：医師4名、看護師7名、業務調整員4名）。 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開催した。 ③県主催のDPA T隊員養成研修に職員を派遣したほか、県保健医療福祉活動訓練に業務調整員1名が参加した。

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	【指標】「DPA T先遣隊（日本DPA T）チーム数」については、目標値を上回った。 【業務実績】「(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糧の確認・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。併せて、サイバー攻撃を想定したBCP（事業継続計画）を策定し、災害対策を強化した。「(2) 災害等発生時における支援等」では、DPA Tが常時3チーム編成できる体制を維持するとともに、院内における研修会の実施や県主催のDPA T隊員養成研修等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医局や看護部からのベッドコントロールや看護配置の相談に対し、医事課が適宜助言を行うなど、多職種が連携して適切な診療報酬の算定に努めた。 ②増加する外来患者を適切に受け入れられるよう、外来診察枠の見直しを行った。【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、関係する職域と改善策を共有した。
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 当院の特色や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、当院の医療についての情報を分かりやすく発信した。【再掲】 ⑤併せて、公式LINEアカウントにより医師の休診・代診情報等をタイムリーに配信した。【再掲】 ⑥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ホームページに掲載し、透明性の向上に努めた。
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推進するとともに、オンライン受付等の導入について検討を行う。	⑦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（R8(2026)年2月時点での利用率：72%）。 ⑧医療情報システムの更新に当たり、診察順番表示や再来受付機、POSレジ等の導入について本格的な検討を開始した。【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」等を通じ、職員に対して経営状況や課題等を分かりやすく且つ継続的に発信した。 ②毎日の入院患者数や病床稼働率を、病棟別に見える化して周知するとともに、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	適切な診療報酬の算定に努めるとともに、増加する外来患者を可能な限り受け入れられるよう外来診察枠の見直しを行い、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、毎日の入院患者数や病床稼働率を分かりやすく全職員へ周知することで、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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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（％）	55.8	57.3	102.7%	58.8	iv
2	入院単価（円）	25,300	26,236	103.7%	21,200	iv
3	外来単価（円）	8,300	8,487	102.3%	13,000	iv
4	精神科救急急性期医療入院料算定率（％）	80.0	60.1	75.1%		i
5	延べ外来患者数（人）	35,000	37,747	107.8%		iv
6	入院患者に対する薬剤管理指導実施件数（件）【再掲】	1,100	1,114	101.3%		iv
7	デイケア参加率（％）	42.0	44.0	104.8%		iv
8	診療材料費対医業収益比率（％）	1.50	1.18	121.3%		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	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)	R8(2026) 年度 実績値
47.5	53.0	55.2	57.3	
24,973	24,680	25,654	26,236	
13,000	9,183	8,220	8,487	
62.5	73.0	74.4	60.1	
31,660	32,943	35,644	37,747	
21	692	1,125	1,114	
26.8	27.1	36.7	44.0	
1.46	1.11	1.26	1.18	

※ 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・外来間及び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。	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。
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。 また、診療時間の見直しや認知行動療法外来等の専門外来の設置により、外来診療体制を強化する。	②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。 ③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も確実に対応できるよう、計画的に空床を確保した。 ④曜日や時間帯による患者数の偏りを改善し、受診を希望する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行った。 【再掲】 ⑤アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、クロザピン等の専門外来に加えて、認知行動療法外来を本格的に開始するなど、外来診療体制を強化した。【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 新たな診療報酬の取得に積極的に取り組むとともに、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ことにより、減額・返戻の削減に努める。 また、診療単価の維持・向上を図るため、単価を適時把握できるよう努める。	⑥看護配置やベッドコントロールなどに対し、医事課で適宜助言を行い、減収にならないよう努めた。【再掲】 ⑦保険診療委員会において、診療報酬の査定内容を検証し、関係する職域に改善策を共有した。【再掲】 ⑧入院患者をリスト化しデータ管理を簡素化することで、患者単価への影響が大きい在院日数の把握に努めた。
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。	⑨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。 ⑩対象者の臨戸訪問や住民票取得等を行い、連絡先不明の債権者からの未収金回収に繋げた。 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、弁護士法人への未収金回収業務の委託や、長期にわたる債権に係る法的措置などにより、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。 物価高の中でも安定的に病院運営を継続するため、医薬品や診療材料、消耗品等の在庫管理の徹底や調達方法の見直しに取り組むなど、費用の抑制に努める。	①毎月の「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医薬品の発注点の見直しや後発薬への切り替えを行うとともに、物価高騰が続く現状を考慮し、長期保存可能な診療材料等の前倒し購入を行うなど、費用の抑制に努めた。 ③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。
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・バランスの充実に努めるため、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、適切な予防保全及び計画的な修繕を行うことにより、施設の安全性・継続性の確保及び修繕費用の抑制を図る。	⑤破損箇所等の修繕・更新について事務局内で定期的に協議を行い、必要に応じて予防修繕も含めて実施するなど、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】「精神科救急急性期医療入院料算定率」については目標値を下回ったが、それ以外の指標（「病床利用率」、「入院単価」、「外来単価」、「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」、「デイケア参加率」、「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。 【業務実績】「(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により病床利用率が改善したほか、外来診察枠の見直し等の取組により外来患者数も過去最多となった。また、各部署が連携して診療報酬の算定漏れや査定による減収がなくなるよう努めた結果、入院・外来ともに単価増となった。「(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について予防修繕も含め的確に実施し、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

No.	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	111.3	111.3%	100.0	v
2	医業収支比率（％）	68.0	73.1	107.5%	68.0	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	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)	R8(2026) 年度 実績値
118.3	112.1	109.2	111.3	
68.2	71.5	70.9	73.1	

※ 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292百万円を計上し、経常収支比率は111.3%となった。 ②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することにより、職員のコスト意識の醸成に努めた。 ③資金状況の精査により余裕金を把握し、有価証券の取得や定期預金による運用を行った。
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	【指標】「経常収支比率」は111.3%、「医業収支比率」は73.1%となり、ともに目標値を上回った。 【業務実績】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。さらに、有価証券の取得や定期預金による運用を行い、営業外収益の増にも努めた。 ・ 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)	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。医療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」等において、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、公立精神科病院の施設等に関する情報収集を行う。	①県主催の有識者会議において、当院の現状・課題等を報告するとともに、当院が担うべき役割を果たしていけるような整備構想となるよう、積極的に県と意見交換を行った。 ②病院見学も含め、他公立精神科病院の施設等に関する情報収集を行った。

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	・ 現有施設の課題を整理し、県立病院再編に向けて県と積極的に意見交換を行うなど、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行い、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を図った。 ③情報セキュリティ対策の実効性を確保するため、情報セキュリティポリシーを策定した（R8.4.1施行）。 ④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 7（2025）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

令和 7（2025）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、「地域との連携」は計画を下回ったものの、「財務内容の改善に関する事項」は、計画を上回り、それ以外の 10 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 4 年連続で黒字を計上した。
- 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、積極的に経営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

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

(第 1 期中期目標期間：令和 4（2022）年 4 月 1 日～令和 9（2027）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 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）	24
7 災害等への対応（中項目）	27
第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	30
1 業務運営体制の確立（中項目）	30
2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	33
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）	37
第10 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	39
1 施設のあり方の検討（中項目）	39
2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理（中項目）	40

【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4(2022) 年度	令和5(2023) 年度	令和6(2024) 年度	令和7(2025) 年度		中期目標期間の評価 (見込み)	
				法人 評価	知事評価 (案)	法人 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	A	S	A	A	A	A	A
5 地域連携の推進	A	A	A	B	B	A	A
6 地域精神医療・福祉への貢献・協働	A	A	A	A	A	A	A
7 災害等への対応	A	A	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	A	A	A	A	A	A
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	S	A	S	A	S
第10 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	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	A	A	A

(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
全ての項目において、概ね計画の達成が見込まれる状況である。(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	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 実績値	R8(2026) 年度 見込値	R8(2026) 年度 目標値	R8(2026) 年度 達成率 (見込み)	指標の 達成状況
1	緊急措置入院患者受入れ率（％）	99.0	99.0	100.0	97.9	100.0	100.0	100%	iv
2	措置入院患者ケア会議開催率（％）	83.0	91.3	88.2	90.7	90.0	87.0	103%	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（％）	81.8	88.9	81.8	75.0	81.8	90.0	91%	iii
4	アルコール外来初診患者の通院継続率（％）	50.0	53.1	53.4	59.1	55.0	50.0	110%	v
5	自病院退院後再入院率（3か月）（％）	11.4	10.5	9.9	14.9	10.0	10.0	100%	iv
6	3か月以内退院率（％）	86.6	84.4	91.1	86.2	88.0	88.0	100%	iv

	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)	R8(2026) 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提供（小項目）		
精神科緊急及び救急医療や医療観察法医療、アルコール・薬物等の物質使用障害やギャンブル等の行動嗜癖を含む依存症を始めとする多様な精神疾患に対応した専門医療の提供など、県民が様々な病態に応じて必要な精神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。	（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。	

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 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。	・ 緊急措置診察を実施し、要措置となった患者は原則全て受け入れるとともに、緊急措置入院不要と診断された患者についても入院を要する状態であれば医療保護入院等で受け入れた。 ・ 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。
	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。	・ 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。 ・ 当院が主催で医療観察法関連職種研修会（R6.7.19-20）を開催し、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（441人参加）。
	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。	・ アルコール・薬物についてはR6(2024)年3月に、ギャンブル等についてはR7(2025)年2月に「依存症治療拠点機関」に選定され、全ての依存症の「専門医療機関」及び「治療拠点機関」となった。 ・ 各種依存症について、地域の医療機関等を対象とした医療従事者研修会を開催し、理解促進を図った。 ・ 各依存症について、それぞれの専門プログラムの充実を図り、多職種が連携して治療を実施した（アルコール・薬物：依存症ショートケア（R5.5月～）、ギャンブル等：STEP-G（R6.9月～）、グループミーティング（R7.11月～））。 ・ 既存の「アルコール家族教室」を、依存症全般を対象とした「依存症まなびの広場」に再編・拡充し、毎月実施した。

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
（２）医療の質の向上に向けた取組の推進（小項目）		
多剤併用療法の見直しや難治性の統合失調症に対する効果的な治療の拡充など、医療の質の向上に向けた取組を積極的に推進すること。	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ＬＡＩ（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-ECT）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。	・ ＬＡＩの使用を促進し、導入患者数の増加を図った。 ・ 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、新規導入を積極的に推進した。 ・ 治療に対する多様なニーズに応えるため、新たに認知行動療法外来を設置した（R7(2025).1月～）。 ・ クロザピン治療及び修正型電気けいれん療法（m-ECT）について、治療効果のデータ化を進めている。
	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。	・ m-ECTやクロザピン治療だけでなく、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・均質化を図った。
	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、改善につなげることで医療の質の向上に努める。	・ 「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するとともに、その結果を基に当院の医療レベルの検証を行った。

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
（３）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、チーム医療を積極的に推進すること。	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。	・ 全病棟において多職種によるカンファレンスを実施し、退院支援につなげた。 ・ 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。 ・ 栄養サポートチーム及び褥瘡対策チームが定期的に活動し、入院患者に対して多職種によるチーム医療を提供した。 ・ 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し、必要に応じて個別対応も行うなど、患者の病状安定に努めた。
（４）臨床研究の推進（小項目）		
各職種において臨床研究を積極的に推進し、本県における精神医療の質の向上に努めること。	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。	・ 大学病院との共同研究に取り組んでいる（R7(2025)年2月～現在も継続中）。 ・ 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。

1 質の高い医療の提供（中項目）

次期に向けた課題	引き続き、当院の三本柱（精神科救急医療、医療観察法医療、依存症医療）を着実に遂行していく必要がある。
----------	--

法人の自己評価	A	評価理由	「(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についても受入れを行った。依存症医療については、アルコール・薬物・ギャンブル等の各種依存症の専門医療機関及び治療拠点機関となり、治療プログラムの充実を図るとともに、県内の医療機関等に対する医療従事者研修会を実施するなど、情報発信にも努めた。 「(2) 医療の質の向上に向けた取組の推進」では、L A I やクロザピンの導入を推進したほか、アルコール依存症治療等にもクリニカルパスの活用を推進し、治療内容の標準化・均質化を図った。 「(3) チーム医療の推進」では、全病棟における多職種カンファレンスの実施に加え、栄養サポートチームによる栄養管理や入院早期からの作業療法実施など、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、当院における専門医療の実施状況データを専攻医の学会発表に活用するとともに、大学病院との共同研究にも取り組んだ。 - 以上の結果、概ね計画どお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	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 実績値	R8 (2026) 年度 見込値	R8 (2026) 年度 目標値	R8 (2026) 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（％）	83.5	83.9	86.3	83.2	85.0	78.0	109%	iv
2	感染管理認定看護師数（人）	0	0	1	1	1	1	100%	iv

	R4 (2022) 年度	R5 (2023) 年度	R6 (2024) 年度	R7 (2025) 年度 (自己評価)	R8 (2026) 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収集・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。 また、安全な医療を提供するため、医療機器、医薬品、施設内の安全管理を徹底すること。	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。	・ インシデント影響度レベル0－1の割合は一定のレベルを維持できており、事故を予見する視点が強化された。 ・ 医療安全対策研修では、VOD（ビデオ・オン・デマンド）を活用し、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。	・ CVPPP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。 ・ CVPPPトレーナー養成研修を毎年実施し、トレーナー資格取得者の増加を図るとともに、トレーナーを対象としたフォローアップ研修も開催し、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 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。	・ 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について速やかに修繕を行った。 ・ 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った。 ・ 患者及びその家族からの迷惑行為への対策として「地方独立行政法人栃木県立岡本台病院カスタマーハラスメント対策マニュアル」を策定した。
（2）院内感染防止対策の強化（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、院内感染防止対策を強化すること。特に、新型コロナウイルス感染症等の公衆衛生上重大な危機が生じる恐れのある感染症に対する取組を重点的に実施すること。	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って体制の充実を図り、感染対策向上加算2を取得した。 ・ 看護師1名に感染管理認定看護師の資格を取得させ（R6(2024)年11月）、院内感染防止体制を強化した。

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、医療安全対策を推進するとともに、院内感染対策を強化していく必要がある。
法人の自己評価	A	評価理由	「(1) 医療安全対策の推進」では、全インシデント報告に占めるインシデント影響レベル0－1の割合を一定以上の水準で維持することができ、事故を予見する視点が強化された。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。R7(2025)年度には、患者及びその家族からの迷惑行為に対応するため、カスタマーハラスメント対策マニュアルを策定した。 「(2) 院内感染防止対策の強化」では、新たに感染管理認定看護師1名を養成し、感染制御チームが中心となって院内感染防止体制の強化を図った。 - 以上の結果、概ね計画どお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	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	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 実績値	R8(2026) 年度 見込値	R8(2026) 年度 目標値	R8(2026) 年度 達成率 (見込み)	指標の 達成状況
1	患者満足度割合（％）	71.7	67.1	64.7	68.8	70.0	75.0	93%	iii

	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)	R8(2026) 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) 患者の人権を尊重した医療の提供（小項目）		
精神医療においては、患者の人権が侵害されないよう最大限の配慮を行う必要があることから、職員は患者の人権に十分配慮し、適切な対応を行うこと。	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。	・ 身体的拘束マニュアルを改正し、身体的拘束開始時の報告書作成の義務化や、拘束解除に向けた方策・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。	・ 人権研修及び接遇研修を実施し、全職員が受講した。また、外部講師を招いて「やさしい日本語セミナー」を開催し、職員の患者対応スキルの向上を図った。 ・ 日本精神科看護協会公認の倫理研修講師（看護師）を養成し、院内の倫理カンファレンス等に活用した。

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
（２）患者及びその家族等への医療サービスの向上（小項目）		
患者及びその家族等の視点に立ち、必要な医療情報を分かりやすく説明し、インフォームド・コンセントを徹底するとともに、外来診療、調剤、会計などの待ち時間を短縮するなど、患者及びその家族等への医療サービスの向上を図ること。	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。	・ 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など、患者及びその家族等が必要な情報について多職種が連携して分かりやすく説明を行った。
	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。	・ 既存の「アルコール家族教室」を、依存症全般を対象とした「依存症まなびの広場」に拡充し、患者の家族等に対する支援の充実を図った。【再掲】 ・ 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、個別に疾病教育を実施した。
	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。	・ 外部精度管理調査に参加して良好な検査精度を維持するとともに、検査時間の短縮にも努めた。 ・ 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。	・ 外来患者の利便性向上と待ち時間の解消を図るため、全面院外処方に移行した（R5(2023)年10月～）。 ・ 全面院外処方への移行に伴い、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へ向けることにより、薬物療法の効果的な実施につなげた。

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
	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。	・ 週2日のみだった午後の外来診療を毎日行うこととした（R5(2023)年10月～）。また、可能な限り患者を受け入れられるよう、診療時間及び診察枠の見直しを行った（R7(2025)年4月～）。 ・ 初診枠を増やし、速やかに初診予約が取れる体制を整備した。
	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。	・ 栄養食事指導を行い、食生活だけでなく、生活習慣全体の見直しに向けて丁寧な支援を行った結果、100%に近い指導継続率を達成した。 ・ 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。	・ 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の、外来患者については待ち時間に対する満足度が依然として低い状態であるため、R8(2026)年度の医療情報システム更新により改善を図る。 ・ 患者からの意見や要望を院内で共有・検討し、可能な範囲で療養環境の改善を図った。

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) 精神医療に関する情報の発信（小項目）		
県民の精神医療に対する理解を促進するため、ホームページ等を通じて岡本台病院が提供する医療サービスの内容を積極的に情報発信するなど、適切な情報提供を行うこと。	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。	・ 病院ホームページや広報誌「Okadai NEWS」の発行（年4回）により、当院の医療についての情報を分かりやすく発信した。 ・ 公式LINEアカウントを開設し（R6(2024)年4月）、医師の休診・代診情報等をタイムリーに配信した。
	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。	・ 「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。	・ 広聴広報委員会を開催し、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。

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	引き続き、患者・県民の視点に立った医療サービスの提供に向けて、外来待ち時間の短縮など、患者の利便性向上を図っていく必要がある。		
法人の自己評価	A	評価理由	「(1) 患者の人権を尊重した医療の提供」では、身体的拘束マニュアルを改正し、身体拘束開始時の手順を見直すとともに、1日2回の病棟カンファレンスにおいて身体的拘束の妥当性を検討して早期解除に努めるなど、行動制限の最小化に向けた取組を強化した。 「(2) 患者及びその家族等への医療サービスの向上」では、外来患者の利便性向上と待ち時間の解消を図るため、R5(2023)年度中に全面院外処方へ移行するとともに、外来診療時間を段階的に見直し、より多くの患者を受け入れられるよう努めた。併せて、検査の迅速化や患者への服薬指導、栄養食事指導等の充実を図り、患者サービスの向上に努めた。 「(3) 精神医療に関する情報の発信」では、病院ホームページや広報誌に加え、公式LINEアカウントによる配信も行うなど、情報発信ツールを充実させることにより、効果的な情報発信に努めた。 - 以上の結果、概ね計画どお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	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	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 実績値	R8(2026) 年度 見込値	R8(2026) 年度 目標値	R8(2026) 年度 達成率 (見込み)	指標の 達成状況
1	感染管理認定看護師数（人） 【再掲】	0	0	1	1	1	1	100%	iv
2	職員満足度割合（％）	53.6	60.9	65.4	67.9	65.0	60.0	108%	iv

	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)	R8(2026) 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
(1) 優れた医療従事者等の確保（小項目）		
県民から求められる役割を十分に果たせるよう、専門性を有する医療従事者や病院運営に精通した職員の確保に努めること。	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。	・ 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積極的に専攻医を採用した。 ・ 合同説明会に参加し、当院の特色を積極的に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。	・ 看護師合同説明会や看護師養成校での就職ガイダンスへの参加、病院見学会の開催、求人サイトの活用など、職員の確保に向けた活動を幅広く展開した。

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
	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。	・ 求人サイトを活用して病院勤務経験者等を含む即戦力となる事務職員を採用し、事務局職員の全プロパー化を早期に実現した。 ・ 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。
（２）研修体制の強化（小項目）		
高度で専門的な医療を提供するため、体系的な研修を行うとともに、職員の専門研修への参加促進や資格取得の支援など、研修体制の強化を図ること。	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。	・ 専門医・指定医の資格取得のため、随時「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、新たに専門医・指定医を養成した。 ・ 医師１名を精神科救急学会認定医として養成し、日本精神科救急学会認定施設の認定を受けた（認定期間：R7(2025)年４月～R12(2030)年３月）。

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
	イ クリニカルリーダー（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。	・ 看護師の質や実践能力の向上を図るため、新たなクリニカルリーダーを策定した（R7(2025)年4月）。 ・ 認定看護師業務基準を策定し（R7(2025)年4月）、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。	・ 専門外来の開設に向けた認知行動療法に関する研修や、依存症医療の充実のための各種依存症に関する研修など、医師をはじめ多職種において、各種学会や研修会に計画的に参加した。 ・ 感染防止対策の強化を図るため、看護師1名を感染管理認定看護師として養成した（R6(2024)年11月資格取得）。
	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。	・ 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。 ・ 業務分担や勤務割振りを工夫し、各種研修に参加しやすい環境を整えた。

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）		
職員にとって働きがいのある病院となるよう、人材育成やモチベーションの向上に資する岡本台病院に適した人事管理制度の構築に努めること。	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。	県からの派遣職員が多く在籍していることから、引き続き県準拠の人事管理制度を活用したが、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）		
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、職場環境の改善やワーク・ライフ・バランスの推進に努めること。	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。	- 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毎年度達成した。 - 業務の状況を考慮し、年度途中でも必要に応じて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。 - 患者数増加に伴う看護師の業務負担増を軽減するため、病棟・外来クラークの配置を行った（R7(2025)年12月～）。
	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。	- 看護師について、第1・7病棟に2交代制勤務を導入した（R6(2024)年2月～）。 - 医師の働き方改革に対応するため、労働基準監督署の許可を得て、深夜帯における宿直勤務を導入した（R6(2024)年4月～）。
	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。	- ハラスメント研修を実施し、全職員に受講させた。 - 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」を運営するとともに、相談窓口の拡充を図った。

4 人材の確保と育成（中項目）

次期に向けた課題	引き続き、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等の確保・育成に努める必要がある。		
法人の自己評価	A	評価理由	「(1) 優れた医療従事者等の確保」では、当院独自のプログラム作成に加え、大学病院等とも連携して専攻医を養成するとともに、職員の計画的な採用に向けて活動を幅広く展開した。 「(2) 研修体制の強化」では、若手医師を手厚く支援する体制を整備し、新たに精神保健指定医・精神科専門医を養成するとともに、医師1名を精神科救急学会認定医として養成し、日本精神科救急学会認定施設の認定を受けた。看護部においては、感染防止対策を強化するため、看護師1名を感染管理認定看護師として養成するとともに、新たなクリニカルリーダー及び認定看護師業務基準の運用を開始した。 「(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、休暇の取得を推進するとともに、年度途中での柔軟な職員採用や看護師の2交代制勤務一部導入など、ワーク・ライフ・バランスに配慮した環境づくりに努めた。また、全職員に対するハラスメント対策研修を実施するとともに、相談窓口を運営し、ハラスメントの未然防止及び早期発見に努めた。 - 以上の結果、概ね計画どお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	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。

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	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 実績値	R8(2026) 年度 見込値	R8(2026) 年度 目標値	R8(2026) 年度 達成率 (見込み)	指標の 達成状況
1	自病院退院後再入院率（3か月） （％）【再掲】	11.4	10.5	9.9	14.9	10.0	10.0	100%	iv
2	3か月以内退院率（％）【再掲】	86.6	84.4	91.1	86.2	88.0	88.0	100%	iv
3	措置入院患者ケア会議開催率 （％）【再掲】	83.0	91.3	88.2	90.7	90.0	87.0	103%	iv

	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)	R8(2026) 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
(1) 地域の医療機関等との連携強化（小項目）		
本県の精神科救急医療システムの円滑な運用のため、地域精神医療の基幹病院として求められる役割を果たせるよう、精神保健福祉センターや他の医療機関等との連携強化を図ること。 また、患者の状態に合わせた適時適切な医療サービスを提供できるよう、地域の医療機関との連携を強化すること。 さらに、患者及びその家族等に対する支援の充実や治療効果の向上を図るため、自助グループ等の民間団体や専門機関との協働を推進すること。	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。	・ 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。 ・ 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。

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 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。	・ 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、休日や平日夜間の救急症例で生じた問題点を適宜情報共有し、相互に医療の質の向上を図った。
	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。	・ 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。 ・ 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A A（アルコールクス・アノニマス）等の自助グループやD A R C（ダルク）等の専門機関との連携強化を図る。	・ 断酒会やA A、D A R C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）入院患者の地域移行・定着の促進（小項目）		
入院患者が地域の一員として安心して自分らしい生活を送ることができるよう、入院早期から効果的なリハビリテーションやケア会議の開催等による退院促進に取り組むとともに、地域保健福祉行政機関や地域生活支援を行う事業者との連携強化等により、再発予防と地域生活の定着を促進すること。	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。	・ 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、実施件数が大きく増加した。 ・ また、退院予定の入院患者に対して、退院後のデイケア利用につながるよう案内するとともに、医師との協働により外来患者のデイケア利用を促進するなど、患者の地域生活定着を積極的に支援した。
	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。	・ 患者の円滑な退院促進のため、多職種が連携して積極的に外出支援や退院前訪問を実施した。 ・ 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。 ・ 全病棟において多職種によるカンファレンスや、長期入院患者に対する退院支援委員会を開催し、退院支援につなげた。
	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。	・ 指定通院患者について看護師や精神保健福祉士、作業療法士が訪問看護を行い、患者の病状等の情報を医師と共有して治療に活用することにより、多職種アウトリーチに準じた支援体制を構築した。
	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。	・ デイケアにおいて、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）

次期に向けた課題	引き続き、患者が適切な医療を継続して受けられるよう、地域の医療機関等との連携を強化していく必要がある。
----------	---

法人の自己評価	A	評価理由	「(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、各種依存症の治療拠点機関として当院の取組を情報発信することにより、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、入院早期からの作業療法導入や退院患者のデイケア利用促進に努めた。また、全病棟において多職種カンファレンスや長期入院患者に対する退院支援委員会を開催し、退院支援につなげた。 - 以上の結果、概ね計画どお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	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 地域精神医療・福祉への貢献・協働（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	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 実績値	R8(2026) 年度 見込値	R8(2026) 年度 目標値	R8(2026) 年度 達成率 (見込み)	指標の 達成状況
1	自病院退院後再入院率（3か月） （%）【再掲】	11.4	10.5	9.9	14.9	13.0	10.0	70%	i
2	3か月以内退院率（%）【再掲】	86.6	84.4	91.1	86.2	88.0	88.0	100%	iv
3	措置入院患者ケア会議開催率 （%）【再掲】	83.0	91.3	88.2	90.7	90.0	87.0	103%	iv

	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)	R8(2026) 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) 地域精神保健福祉活動への協力（小項目）		
「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、保健所による退院後支援などの地域精神保健福祉活動への協力や地域の関係機関等との協働を積極的に行うこと。	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。	・ 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。 ・ 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）地域の医療従事者育成への支援（小項目）		
専攻医・研修医を受け入れるほか、看護師養成機関が行う実習への講師派遣、地域医療機関等への精神医療に関する研修の開催など、地域の医療従事者育成のための支援を積極的に行うこと。	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初期研修医、精神科専門研修基幹施設及び連携施設として専攻医を受け入れた。 ・ 大学病院からの学外実習生や、県内医療スタッフ養成機関からの実習生を積極的に受け入れた。 ・ 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。 ・ 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）		
県内の精神医療水準の向上に貢献できるよう、行政その他関係機関等からの要請に応じ、精神医療の専門的立場からの助言・支援を積極的に行うこと。	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。	・ 各種委員会・審査会等の委員、児童相談所等県有施設の嘱託医及びＣＶＰＰＰ講師として職員を派遣した。 ・ 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、当院の医師が医学的助言を行った。

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）

次期に向けた課題	・ 地域精神科医療の基幹施設として、県内の精神科医療・福祉水準の向上に貢献できるよう、引き続き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	・ 「(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初期研修医、精神科専門研修基幹施設及び連携施設として専攻医を受け入れるとともに、医療従事者養成機関の学生等の受入れも積極的に行った。また、各種依存症の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。 ・ 以上の結果、概ね計画どお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	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）

◆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	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 実績値	R8(2026) 年度 見込値	R8(2026) 年度 目標値	R8(2026) 年度 達成率 (見込み)	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	3	4	4	3	133%	v

	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)	R8(2026) 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）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等に、患者や職員の安全を確保するとともに、病院機能を維持できるよう、実効性のあるBCP（業務継続計画）の策定や医薬品や食品等の適正な備蓄など、災害対策を強化すること。 また、災害等発生時においても本県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について検討すること。	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。	・ R6(2024)年4月に策定したBCP（事業継続計画）に基づき、医薬品や備蓄食糧の確保・点検・更新を行うとともに、災害対策委員会を開催して事業継続上の課題と実施すべき事前対策を共有した。 ・ サイバー攻撃を想定したBCP（事業継続計画）を策定した（R8(2026)年4月）。 ・ 災害拠点精神科病院の指定に向けて、施設要件の充足に必要な燃料タンク等の整備を行うとともに、運営体制に係る要件についても確認を行い、年度内の指定を目指す。 ・ 看護師1名に感染管理認定看護師の資格を取得させ（R6(2024)年11月）、院内感染防止体制を強化した。【再掲】

7 災害等への対応（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）災害等発生時における支援等（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等に、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、支援活動を想定した体制の強化に努めること。	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。 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。 （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。	・ 「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（R6(2024)年1月）。 ・ 院内で選定した職員にＤＰＡＴ先遣隊研修を受講させ、先遣隊員の資格取得を計画的に推進した。 ・ ＤＰＡＴ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開催した。 ・ 県主催のＤＰＡＴ隊員養成研修に当院の先遣隊員を講師として派遣した。

7 災害等への対応（中項目）

次期に向けた課題	・ 引き続き、県からの要請に基づきDPA T（災害派遣精神医療チーム）を派遣することができるよう、隊員養成に取り組むとともに、新興感染症の感染拡大等に備え、平時からの取組を強化していく必要がある。 ・ 災害等発生時においても、県内の精神科医療提供体制が維持できるよう、災害拠点精神科病院に求められる体制を整備する必要がある。
----------	---

法人の自己評価	A	評価理由	・ 「(1) 災害等への対策の強化」では、R 6 (2024) 年 4 月に策定した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糧の確認・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。また、個人情報の保護と医療サービスの継続性を確保するため、R 8 (2026) 年 4 月にサイバー攻撃を想定したBCP（事業継続計画）を策定した。 ・ 「(2) 災害等発生時における支援等」では、DPA T先遣隊員の養成を計画的に推進した結果、常時3チーム編成できる体制を整備することができた。また、「令和6年能登半島地震」の際は、支援要請に対し速やかにDPA T先遣隊を編成・派遣し、支援活動を行った。 ・ 以上の結果、概ね計画どお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	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）

	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)	R8(2026) 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) 効率的で透明性の高い病院運営（小項目）		
質の高い医療を効率的に提供するため、実効性のある組織を整備するとともに、病院の運営状況等について積極的な情報発信に努め、効率的で透明性の高い病院運営を行うこと。 また、最適な職員構成を検討し、適切な職員配置に努めること。	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。	・ 「経営企画室」を設置し（R4(2022)年4月）、組織横断的な検討や対応が行える組織体制を整備した。R6(2024)年1月には「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。 ・ 第3病棟を男女混合の精神科急性期治療病棟に再編し（R4(2022)年7月）、急性期患者の受入体制を強化した。 ・ 増加する外来患者を円滑に受け入れるため、段階的に診療時間や診察枠の見直しを行い、外来診療体制を強化した。
	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。	・ 病院ホームページや広報誌「Okadai NEWS」の発行（年4回）により、当院の医療についての情報を分かりやすく発信した。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、透明性の高い病院運営に努めた。
	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。	・ 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（R8(2026)年2月時点での利用率：72%）。 ・ 医療情報システムの更新に当たり、医療事務の効率化を図るとともに、患者の利便性向上を図るシステム（診察順番表示システム、再来受付機等）の導入に向けて検討を進めている。

1 業務運営体制の確立（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）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。	・ 毎月実施する「経営改善・職域連携会議」を通じて、職員に対し病院の経営状況や課題等を継続的に発信し、情報の共有化と一体感の醸成に努めた。 ・ 毎日の入院患者数や病床稼働率を、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、経営参画意識の向上を図った。

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、医療環境の変化に対応し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	- 新たに「経営企画室」や「保険診療委員会」を設置し、組織横断的に経営改善に向けた検討を行うことができる体制を整備した。 - R4(2022)年7月から第3病棟を男女混合の精神科急性期治療病棟に再編し、急性期患者の受入体制を強化した。 - 毎月実施する「経営改善・職域連携会議」において院内全体に経営状況や課題等を共有するとともに、毎日の入院患者数や病床稼働率を「見える化」して周知することで、職員の経営参画意識の向上を図った。 - 以上の結果、概ね計画どお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	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	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 実績値	R8(2026) 年度 見込値	R8(2026) 年度 目標値	R8(2026) 年度 達成率 (見込み)	指標の 達成状況
1	病床利用率（％）	47.5	53.0	55.2	57.3	58.0	58.8	99%	iii
2	入院単価（円）	24,973	24,680	25,654	26,236	26,500	21,200	125%	v
3	外来単価（円）	13,000	9,183	8,220	8,487	8,500	13,000	65%	i

	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)	R8(2026) 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) 収入の確保対策（小項目） 効率的な病床管理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強化等により、収入の確保に努めること。	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。	・ 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 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 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。	・ 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。 ・ 外来診療時間の拡充（R5(2023)年10月～）や外来診察枠の見直し（R7(2025)年4月～）を行い、外来診療体制を強化した。【再掲】 ・ 新たにギャンブル依存症専門外来（R5(2023)年5月）や認知行動療法専門外来（R7(2025)年1月）を開設し、多様な精神疾患に対応できる体制を整備した。
	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。	・ 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」、「栄養サポートチーム加算」等の新たな診療報酬加算を取得した。 ・ 保険診療委員会において、診療報酬の査定内容を検証し、関係する職域と改善策を共有した。 ・ 全面院外処方への移行に伴い、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向けることにより、薬剤管理指導件数が大幅に増加した。
	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。	・ 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。 ・ 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。 ・ 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）費用の削減対策（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等により、費用の削減に努めること。	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。	・ 「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。 ・ 内科診療援助医及び診療専門医（脳波判定医・歯科医）を廃止するとともに、診療援助医師を減らすことにより経費の削減を図った。 ・ 医薬品の発注点の見直しや後発薬への切り替えを行うとともに、適正な在庫管理に努め、材料費の抑制を図った。
	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。	・ 働き方改革の推進及びワーク・ライフ・バランスの充実に図るため、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定期的に促し、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。	・ 破損箇所等の修繕・更新について事務局内で定期的に協議を行い、必要に応じて予防修繕も含めて実施するなど、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）

次期に向けた課題	診療単価の引上げ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、職員のコスト意識を徹底することにより、費用削減にも努めていく必要がある。
----------	---

法人の自己評価	A	評価理由	「(1) 収入の確保対策」では、第3病棟における精神科急性期治療病棟入院料1の算定開始など、各種診療報酬算定項目の取得に努めたほか、外来患者を円滑に受け入れるため、診療時間の拡充や診察枠の見直し、専門外来の設置に取り組んだ結果、外来患者数は過去最多を更新した。 「(2) 費用の削減対策」では、「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。また、適正な在庫管理による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。 - 以上の結果、概ね計画どお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	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	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 実績値	R8(2026) 年度 見込値	R8(2026) 年度 目標値	R8(2026) 年度 達成率 (見込み)	指標の 達成状況
1	経常収支比率（％）	118.3	112.1	109.2	111.3	100.0	100.0	100%	iv
2	医業収支比率（％）	68.2	71.5	70.9	73.1	68.0	68.0	100%	iv

	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)	R8(2026) 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
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には、健全な経営と医療の質の維持・向上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の黒字化を目指すこと。 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。	・ 中期目標期間の全ての年度において、経常収支黒字化を達成する見込みである。 ・ 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の管理を行い、その結果を院内に共有することにより、職員の経営参画意識やコスト意識の醸成に努めた。

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	引き続き、当院が担うべき政策医療を着実に実施しながら、黒字経営を継続する必要がある。		
法人の自己評価	A	評価理由	- 運営会議や経営改善・職域連携会議を通じて経営状況や取り組むべき課題を共有し、職員の経営参画意識の向上に努めた。 - 病棟間の連携を強化した効率的な病床管理により病床利用率を改善させるなど、病院全体で収支改善に取り組んだ結果、4期連続で経常収支の黒字化を達成し、中期目標期間の全ての年度において黒字化を達成する見込みである。 - 以上の結果、概ね計画どお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	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することが見込まれると判断し、「S」評価とした。医療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10 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）

	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)	R8(2026) 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
施設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支障を来していることから、高度で専門的な医療の提供ができるよう、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のあり方を検討すること。	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「岡本台病院の診療機能及び施設のあり方WG」（構成員19名、オブザーバー3名）を設置し、施設・機能面での課題の洗い出しや当院が担うべき診療機能の検討を行い（計7回）、報告書としてとりまとめて県に提出した（R5(2023)年1月）。 - 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。 - 県立病院の再編に向けた基本構想策定に当たり、令和8年度に上記WG（構成員23名）を再開し、当院が担うべき役割を果たすため、どのような機能や施設を整備すべきかについて検討を進めている。

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。
----------	--

法人の自己評価	A	評価理由	「岡本台病院の診療機能及び施設のあり方WG」を設置・運営し、多職種が連携して診療機能及び施設のあり方について検討を行った。 - 以上の結果、概ね計画どお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	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 コンプライアンスの推進と適切な情報管理（中項目）

	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)	R8(2026) 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
県民に信頼され、県内の精神科医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、引き続き法令や社会規範を遵守するとともに、適切な情報管理を行うこと。 また、これらを確保するために、更なる内部統制の充実に努めること。	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。	・ 個人情報の取扱いに関する自主点検や研修を全職員に対して実施し、職員の意識向上を図った。 ・ 「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（R6(2024)年4月）、電磁的記録媒体等の取扱いルールを定めた。また、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。 ・ 情報セキュリティ対策の実効性を確保するため、情報セキュリティポリシーを策定した（R8(2026)年4月）。 ・ 事務局を中心に業務の流れを「業務フロー」として図式化し、業務執行上のリスクとその対応策を整理した。 ・ 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。

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。
----------	---

法人の自己評価	A	評価理由	・ 個人情報の取扱いに関する自主点検や研修を全職員に対して実施し、職員の意識向上を図るとともに、内部監査を実施し、個人情報保護及び情報セキュリティ対策の徹底を図るなど、適正な業務執行に努めた。 ・ 全職員を対象とするコンプライアンス研修の実施により、内部統制の充実を図った。 ・ 以上の結果、概ね計画どお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	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。

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（岡本台病院）

栃木県知事は、地方独立行政法人法第 28 条第 1 項の規定により、地方独立行政法人栃木県立岡本台病院の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ついて、以下のとおり評価を行った。

1 全体評価（案）

（1）評価結果

第一期中期目標期間の業務実績については、全ての中項目において中期計画の達成が見込まれる等、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、「財務内容の改善に関する事項」は S 評価（計画を上回って実施すると見込まれる）、その他の 11 項目は、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。
また、経常収支も 4 年連続で黒字を確保し、令和 8 年度も黒字を確保する見通しである。
- 引き続き、経営環境の変化に柔軟に対応しながら、積極的に経営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

栃木県立岡本台病院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岡本台病院は、令和 4（2022）年 4 月の設立以来、医療環境の変化への迅速な対応と経営の健全化を図りながら、精神疾患に係る高度で専門的な医療を担う地域精神科医療の基幹病院として重要な役割を果たしてきた。

今後についても、質の高い地域精神科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に努めるなど、本県の精神科医療の健全な発展に貢献することが強く求められる。

そのためにも、引き続き地方独立行政法人の自律性を十分に活かした病院運営を行うことにより、精神科医療を取り巻く環境の変化に迅速に対応し、経営改善を図りながら、その役割を着実に果たしていくことに加え、県立病院の再整備の検討状況を踏まえ、今後担うべき診療機能及び施設のあり方を検討していく必要がある。

(地独)栃木県立岡本台病院第二期中期目標(素案)の概要について

R8(2026).6.29 保健福祉部

【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9(2027)年4月1日～令和14(2032)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・県民の視点に立った医療の提供
- 4 人材の確保と育成
- 5 地域連携の推進
- 6 地域精神科医療・福祉への貢献・協働
- 7 災害等への対応

8 新興感染症等への対応

これまで担ってきた政策医療の充実強化
精神科緊急及び救急医療、医療観察法医療、アルコール・薬物・
ギャンブル依存症等の多様な精神疾患に対応した専門医療の提
供等

医療サービスの向上
外来患者待ち時間の短縮、DXの
活用、積極的な情報発信等

独法化のメリット(自律性、機動性、
透明性)を活かした取組
優れた医療従事者等の確保、研修体制の強
化、働き方改革の推進等

災害拠点精神科病院としての体制整備
新興感染症等への対応

【主な内容】

- ・地域精神科医療の基幹病院として、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・県民の視点に立った医療サービスを提供するほか、人材の確保と育成に取り組むこと。
- ・県全体の精神科医療水準の向上や精神障害者の地域生活の支援を図るため、地域連携を推進するとともに、地域科精神医療・福祉に貢献すること。
- ・災害対策の強化と災害拠点精神科病院として必要な体制整備に取り組むとともに、平時からの備えと医療措置協定に基づく新興感染症等への対応に取り組むこと。

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、**安定的**な経営が行えるよう、効果的な効率的な業務運営体制を整備すること。
- ・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医療を安定的に提供していくため、中期目標期間中、**各年度の経常収支の黒字確保**を目指すこと。
- ・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。

前期の実績を踏まえ、**第二期各年度の経常収支の黒字確保**を目指す。

第5 その他業務運営に関する重要事項

【項目】

- 1 施設のあり方の検討
- 2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理

【主な内容】

- ・将来にわたり高度で専門的な医療が提供できるよう、**県立病院再整備の検討状況を踏まえるとともに地域医療構想等の整合性を図りながら、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を検討すること。**
- ・県民に信頼され、県内の精神科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。更なる内部統制の充実に努めること。

県立病院再整備の検討が進められていること等を踏まえ、施設のあり方検討に取り組む。

地方独立行政法人栃木県立岡本台病院

第二期中期目標(素案)

(令和 9 (2027) 年度～令和 13 (2031) 年度)

前文

栃木県立岡本台病院（以下「岡本台病院」という。）は、精神科緊急及び救急医療をはじめ、医療観察法医療、アルコール・薬物・ギャンブル依存症等に係る専門医療を提供するなど、精神疾患に係る高度で専門的な医療を担う地域精神科医療の基幹病院として、県民の医療・福祉の向上に重要な役割を果たしている。

一方、近年は、更なる高齢化の進展、自然災害の頻発・激甚化、新興感染症の感染拡大、物価高騰などの社会環境の変化に加え、入院医療から地域生活への移行、医療従事者の働き方改革、医療DXの推進や新たな地域医療構想の策定等の国の医療提供体制改革への対応など、精神科医療を取り巻く環境は大きく変化している。

こうした状況の中で、岡本台病院は、将来にわたり、精神疾患に係る高度で専門的な医療を安定的に県民に提供するとともに、持続可能な経営基盤を確立するため、令和4（2022）年4月に地方独立行政法人に移行し、医療環境の変化への迅速な対応と経営の健全化を図りながら、県立病院としての公的使命を果たしている。

この中期目標は、医療サービスの向上、医療従事者の確保と育成、地域の医療機関等との連携、業務運営の改善や効率化など、岡本台病院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。

岡本台病院においては、引き続き、地方独立行政法人制度の特長である自律性、機動性、透明性を十分に活かして柔軟で弾力的な病院運営を行うことにより、質の高い地域精神科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に努めるなど、本県の精神科医療の健全な発展に貢献することを強く求めるものである。

また、施設の老朽化が進む中、将来にわたり高度で専門的な医療の提供ができるよう、県立病院の再整備の検討状況を踏まえるとともに、地域医療構想や保健医療計画との整合性を図りながら、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を検討する必要がある。

第1 中期目標の期間

令和9（2027）年4月1日から令和14（2032）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

地域精神科医療の基幹病院として、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・県民の視点に立った医療サービスを提供するほか、人材の確保と育成に取り組むこと。

さらに、県全体の精神科医療水準の向上や精神障害者の地域生活の支援を図るため、県民の精神科医療への理解促進に努めながら、地域連携を推進するとともに、地域精神科医療・福祉に貢献すること。

1 質の高い医療の提供

（1）高度で専門的な医療の提供

県民が様々な病態に応じて必要な精神科医療を受けられるよう、精神

科緊急及び救急医療をはじめ、医療観察法医療、アルコール健康障害・薬物依存等の物質使用障害やギャンブル依存等の^{しへき}嗜癖行動障害に係る医療など、多様な精神疾患に対応した高度で専門的な医療を提供すること。

(2) 医療の質の向上に向けた取組の推進

多剤併用療法の見直しや難治性の統合失調症に対する効果的な治療の拡充、地域との連携など、医療の質の向上に向けた取組を積極的に推進すること。

(3) 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できるよう、チーム医療を積極的に推進すること。

(4) 臨床研究の推進

各職種において臨床研究を積極的に推進し、本県における精神科医療の質の向上に努めること。

2 安全で安心な医療の提供

(1) 医療安全対策の推進

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収集・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。

また、安全な医療を提供するため、医療機器、医薬品及び施設内の安全管理を徹底するとともに、患者及び職員の安全を確保するためのカスタマーハラスメント対策を講じること。

(2) 院内感染防止対策の強化

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、院内感染防止対策を強化すること。特に、新型コロナウイルス

ス感染症をはじめとする新興感染症や公衆衛生上重大な危機が生じる恐れのある感染症に対する取組を重点的に実施すること。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供

(1) 患者の人権を尊重した医療の提供

精神科医療においては、患者の人権が侵害されないよう最大限の配慮を行う必要があることから、職員は患者の人権に十分配慮し、適切な対応を行うこと。

(2) 患者及びその家族等への医療サービスの向上

患者及びその家族等の視点に立って必要な医療情報を分かりやすく説明し、インフォームド・コンセントを徹底するとともに、外来診療や会計等に係る待ち時間を短縮するなど、医療D×も活用しながら患者及びその家族等への医療サービスの向上を図ること。

(3) 精神科医療に関する情報の発信

県民の精神科医療及び岡本台病院に対する理解を促進するため、ホームページ等を通じて岡本台病院が提供する医療サービスの内容を積極的に情報発信するなど、適切な情報提供を行うこと。

4 人材の確保と育成

(1) 優れた医療従事者等の確保

県民から求められる役割を十分に果たせるよう、専門性を有する医療従事者や病院運営に精通した職員の確保に努めること。

(2) 研修体制の強化

高度で専門的な医療を提供するため、体系的な研修を行うとともに、職員の専門研修への参加促進や資格取得の支援など、研修体制の強化を

図ること。

(3) 人事管理制度の構築

職員にとって働きがいのある病院となるよう、人材育成やモチベーションの向上に資する岡本台病院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

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、職場環境の改善やワーク・ライフ・バランスの推進に努めること。

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、医療D×の活用等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 地域連携の推進

(1) 地域の医療機関等との連携強化

本県の精神科救急医療システムの円滑な運用により、地域精神科医療の基幹病院として求められる役割を果たせるよう、精神保健福祉センターや他の医療機関等との連携強化を図ること。

また、患者の状態に合わせた適時適切な医療サービスを提供できるよう、地域の医療機関との連携を強化すること。

さらに、患者及びその家族等に対する支援の充実や治療効果の向上を図るため、自助グループ等の民間団体や専門機関との協働を推進すること。

(2) 入院患者の地域移行・定着の促進

入院患者が地域の一員として安心して自分らしい生活を送ることができるよう、入院早期から効果的なリハビリテーションやケア会議の開催等による退院促進に取り組むとともに、地域保健福祉行政機関や地域生

活支援を行う事業者との連携強化等により、再発予防と地域生活の定着を促進すること。

6 地域精神科医療・福祉への貢献・協働

(1) 地域精神保健福祉活動への協力

「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、保健所による退院後支援などの地域精神保健福祉活動への協力や地域の関係機関等との協働を積極的に行うこと。

(2) 地域の医療従事者育成への支援

専攻医・研修医を受け入れるほか、看護師養成機関が行う実習への講師派遣、地域医療機関等への精神医療に関する研修の開催など、地域の医療従事者育成のための支援を積極的に行うこと。

(3) 行政その他関係機関等への助言・支援

県内の精神科医療水準の向上に貢献できるよう、行政その他関係機関等からの要請に応じ、精神科医療の専門的立場からの助言・支援を積極的に行うこと。

7 災害等への対応

(1) 災害等への対策の強化

大規模災害や公衆衛生上重大な危機が生じた場合等に、患者や職員の安全を確保するとともに、病院機能を維持できるよう、策定したBCP（業務継続計画）の実効性の確保や医薬品・食品等の適正な備蓄など、災害対策を強化すること。

また、災害等発生時においても本県の精神科医療提供体制が維持できるよう、災害拠点精神科病院として必要な体制整備に努めること。

(2) 災害等発生時における支援等

大規模災害や公衆衛生上重大な危機が生じた場合等に、県からの要請に基づき、D P A 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、支援活動を想定した体制の強化に努めること。

8 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B C P（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、医療を取り巻く環境の変化に応じて、自律的、機動的かつ安定的な経営が行えるよう、効果的で効率的な業務運営体制を整備すること。

また、職員の経営参画意識の向上を図り、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) 効率的で透明性の高い病院運営

質の高い医療を効率的に提供するため、実効性のある組織を整備するとともに、病院の運営状況等について積極的な情報発信に努め、透明性の高い病院運営を行うこと。

また、上記の病院運営に向けて、最適な職員構成を検討し、適切な職

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) 収入の確保対策

効率的な病床管理や外来診療体制の強化、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強化等により、収入の確保に努めること。

(2) 費用の削減対策

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等により、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維持・向上の両立が重要であることから、中期目標期間中、各年度の経常収支の黒字確保を目指すこと。

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。

第5 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

施設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支障を来していることから、将来にわたり高度で専門的な医療が提供できるよう、県立病院の再整備の検討状況を踏まえるとともに、地域医療構想や保健医療計画との整合性を図りながら、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を検討すること。

2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理

県民に信頼され、県内の精神科医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、引き続き法令や社会規範を遵守するとともに、適切な情報管理を行うこと。

上記の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、情報管理の実効性を確保するために、更なる内部統制の充実に努めること。

地方独立行政法人栃木県立岡本台病院 中期目標素案（第2期、第1期の比較）

資料9

第2期中期目標（R9(2027)年度～R13(2031)年度）案	第1期中期目標（R4(2022)年度～R8(2026)年度）	備考
前文 栃木県立岡本台病院（以下「岡本台病院」という。）は、<u>精神科緊急及び救急医療をはじめ、医療観察法医療、アルコール・薬物・ギャンブル依存症等に係る専門医療を提供するなど、精神疾患に係る高度で専門的な医療を担う地域精神科医療の基幹病院として、県民の医療・福祉の向上に重要な役割を果たしている。</u> 一方、近年は、更なる高齢化の進展、自然災害の頻発・激甚化、<u>新興感染症の感染拡大、物価高騰などの社会環境の変化に加え、入院医療から地域生活への移行、医療従事者の働き方改革、医療DXの推進や新たな地域医療構想の策定等の国の医療提供体制改革</u>への対応など、<u>精神科医療</u>を取り巻く環境は大きく変化している。 こうした状況の中で、岡本台病院は、将来にわたり、精神疾患に係る高度で専門的な医療を安定的に県民に提供するとともに、持続可能な経営基盤を確立するため、<u>令和4（2022）年4月に地方独立行政法人に移行し、医療環境の変化への迅速な対応と経営の健全化を図りながら、県立病院としての公的使命を果たしている。</u> この中期目標は、医療サービスの向上、医療従事者の確保と育成、地域の医療機関等との連携、業務運営の改善や効率化など、岡本台病院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。 岡本台病院においては、<u>引き続き</u>、地方独立行政法人制度の特長である自律性、機動性、透明性を十分に活かして柔軟で弾力的な病院運営を行うことにより、質の高い<u>地域精神科医療</u>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に努めるなど、本県の<u>精神科医療</u>の健全な発展に貢献することを強く求めるものである。 <u>また、施設の老朽化が進む中、将来にわたり高度で専門的な医療が提供できるよう、県立病院の再整備の検討状況を踏まえるとともに、地域医療構想や保健医療計画との整合性を図りながら、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を検討する必要がある。</u>	前文 栃木県立岡本台病院（以下「岡本台病院」という。）は、<u>これまで精神科緊急及び救急医療や医療観察法医療、アルコール・薬物依存症に係る専門医療を提供するなど、精神疾患に係る高度で専門的な医療を担う地域精神科医療の基幹病院として重要な役割を果たしてきた。</u> 一方、近年は、更なる高齢化の進展、自然災害の頻発・激甚化、<u>新型コロナウイルス感染症の感染拡大などの社会環境の変化に加え、入院医療から地域生活への移行、医療従事者の働き方改革を始めとする国の医療提供体制改革</u>への対応など、<u>精神科医療</u>を取り巻く環境は大きな変化に直面している。 こうした状況の中で、岡本台病院は、将来にわたり、精神疾患に係る高度で専門的な医療を安定的に県民に提供するとともに、持続可能な経営基盤を確立することが求められている。 <u>このため、今後とも県立病院としての公的使命を果たしながら、医療環境の変化に迅速に対応するとともに、経営の健全化を図るため、柔軟で弾力的な病院運営が可能となる地方独立行政法人を設立することとした。</u> この中期目標は、医療サービスの向上、医療従事者の確保と育成、地域の医療機関等との連携、業務運営の改善や効率化など、岡本台病院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。 岡本台病院においては、地方独立行政法人制度の特長である自律性、機動性、透明性を十分に活かして柔軟で弾力的な病院運営を行うことにより、質の高い<u>地域精神科医療</u>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に努めるなど、本県の<u>精神科医療</u>の健全な発展に貢献することを強く求めるものである。	・「精神医療」⇒「精神科医療」に統一（以下同じ） ・ 外部環境の変化を修正 ・ 文言の修正 ・ 地方独立行政法人への移行後の状況を記載 ・ 県立病院再整備の検討が進んでいること等を踏まえて診療機能と施設のあり方を検討する必要があることを追加
第1 中期目標の期間	第1 中期目標の期間	
<u>令和9（2027）年4月1日から令和14（2032）年3月31日までの5年間とする。</u>	<u>令和4（2022）年4月1日から令和9（2027）年3月31日までの5年間とする。</u>	
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	
<u>地域精神科医療の基幹病院として、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。</u> 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・県民の視点に立った医療サービスを提供するほか、人材の確保と育成に取り組むこと。 さらに、県全体の<u>精神科医療水準の向上や精神障害者の地域生活の支援を図るため、県民の精神科医療への理解促進に努めながら、</u>地域連携を推進するとともに、<u>地域精神科医療・福祉に貢献すること。</u>	<u>地域精神科医療の基幹病院として、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。</u> 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・県民の視点に立った医療サービスを提供するほか、人材の確保と育成に取り組むこと。 さらに、県全体の<u>精神科医療水準の向上や精神障害者の地域生活の支援を図るため、地域連携を推進するとともに、地域精神科医療・福祉に貢献すること。</u>	・ 県民の理解促進の視点を追加
1 質の高い医療の提供	1 質の高い医療の提供	
(1) 高度で専門的な医療の提供	(1) 高度で専門的な医療の提供	
<u>県民が様々な病態に応じて必要な精神科医療を受けられるよう、精神科緊急及び救急医療をはじめ、医療観察法医療、アルコール健康障害・薬物依存等の物質使用障害やギャンブル依存等の嗜癖行動障害に係る医療など、多様な精神疾患に対応した高度で専門的な医療を提供すること。</u>	精神科緊急及び救急医療や医療観察法医療、<u>アルコール・薬物等の物質使用障害やギャンブル等の行動嗜癖を含む依存症を始めとする多様な精神疾患に対応した専門医療の提供など、県民が様々な病態に応じて必要な精神医療を受けられるよう、</u>高度で専門的な医療を提供すること。	・ 文言の修正 ・ 栃木県依存症対策推進計画や国際疾病分類第11版を踏まえ文言修正

(2) 医療の質の向上に向けた取組の推進 多剤併用療法の見直しや難治性の統合失調症に対する効果的な治療の拡充、<u>地域との連携</u>など、医療の質の向上に向けた取組を積極的に推進すること。	(2) 医療の質の向上に向けた取組の推進 多剤併用療法の見直しや難治性の統合失調症に対する効果的な治療の拡充など、医療の質の向上に向けた取組を積極的に推進すること。	・地域との連携の視点を追加
(3) 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できるよう、チーム医療を積極的に推進すること。	(3) 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できるよう、チーム医療を積極的に推進すること。	
(4) 臨床研究の推進 各職種において臨床研究を積極的に推進し、本県における<u>精神科医療</u>の質の向上に努めること。	(4) 臨床研究の推進 各職種において臨床研究を積極的に推進し、本県における<u>精神医療</u>の質の向上に努めること。	
2 安全で安心な医療の提供 (1) 医療安全対策の推進 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収集・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。 また、安全な医療を提供するため、医療機器、医薬品<u>及び</u>施設内の安全管理を徹底する<u>とともに、患者及び職員の安全を確保するためのカスタマーハラスメント対策を講じること。</u>	2 安全で安心な医療の提供 (1) 医療安全対策の推進 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収集・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。 また、安全な医療を提供するため、医療機器、医薬品、<u>施設内の安全管理</u>を徹底する<u>こと。</u>	・文言の修正 ・県条例の制定や法改正等、カスタマーハラスメント対策が求められていることを踏まえ追加
(2) 院内感染防止対策の強化 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、院内感染防止対策を強化すること。特に、<u>新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症</u>や公衆衛生上重大な危機が生じる恐れのある感染症に対する取組を重点的に実施すること。	(2) 院内感染防止対策の強化 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、院内感染防止対策を強化すること。特に、<u>新型コロナウイルス感染症等の</u>公衆衛生上重大な危機が生じる恐れのある感染症に対する取組を重点的に実施すること。	・改正感染症法を踏まえ文言を修正
3 患者・県民の視点に立った医療の提供 (1) 患者の人権を尊重した医療の提供 <u>精神科医療</u>においては、患者の人権が侵害されないよう最大限の配慮を行う必要があることから、職員は患者の人権に十分配慮し、適切な対応を行うこと。	3 患者・県民の視点に立った医療の提供 (1) 患者の人権を尊重した医療の提供 <u>精神医療</u>においては、患者の人権が侵害されないよう最大限の配慮を行う必要があることから、職員は患者の人権に十分配慮し、適切な対応を行うこと。	
(2) 患者及びその家族等への医療サービスの向上 患者及びその家族等の視点に<u>立って</u>必要な医療情報を分かりやすく説明し、インフォームド・コンセントを徹底するとともに、外来診療<u>や会計等に</u>係る待ち時間を短縮するなど、<u>医療DXも活用しながら</u>患者及びその家族等への医療サービスの向上を図ること。	(2) 患者及びその家族等への医療サービスの向上 患者及びその家族等の視点に<u>立ち、</u>必要な医療情報を分かりやすく説明し、インフォームド・コンセントを徹底するとともに、外来診療、<u>調剤、会計などの</u>待ち時間を短縮するなど、患者及びその家族等への医療サービスの向上を図ること。	・文言の修正 ・院外処方を実施済みであることを踏まえ文言を修正 ・医療DX活用の視点を追加
(3) <u>精神科医療</u>に関する情報の発信 県民の<u>精神科医療及び岡本台病院</u>に対する理解を促進するため、ホームページ等を通じて岡本台病院が提供する医療サービスの内容を積極的に情報発信するなど、適切な情報提供を行うこと。	(3) <u>精神医療</u>に関する情報の発信 県民の<u>精神医療</u>に対する理解を促進するため、ホームページ等を通じて岡本台病院が提供する医療サービスの内容を積極的に情報発信するなど、適切な情報提供を行うこと。	・岡本台病院に対する理解促進の視点を追加
4 人材の確保と育成 (1) 優れた医療従事者等の確保 県民から求められる役割を十分に果たせるよう、専門性を有する医療従事者や病院運営に精通した職員の確保に努めること。	4 人材の確保と育成 (1) 優れた医療従事者等の確保 県民から求められる役割を十分に果たせるよう、専門性を有する医療従事者や病院運営に精通した職員の確保に努めること。	
(2) 研修体制の強化 高度で専門的な医療を提供するため、体系的な研修を行うとともに、職員の専門研修への参加促進や資格取得の支援など、研修体制の強化を図ること。	(2) 研修体制の強化 高度で専門的な医療を提供するため、体系的な研修を行うとともに、職員の専門研修への参加促進や資格取得の支援など、研修体制の強化を図ること。	

(3) 人事管理制度の構築 職員にとって働きがいのある病院となるよう、人材育成やモチベーションの向上に資する岡本台病院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 職員にとって働きがいのある病院となるよう、人材育成やモチベーションの向上に資する岡本台病院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 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、職場環境の改善やワーク・ライフ・バランスの推進に努めること。 <u>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、医療DXの活用等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。</u>	(4) 働きやすい職場環境づくり 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、職場環境の改善やワーク・ライフ・バランスの推進に努めること。	・働き方改革推進の視点を追加
5 地域連携の推進 (1) 地域の医療機関等との連携強化 本県の精神科救急医療システムの円滑な運用により、 <u>地域精神科医療</u> の基幹病院として求められる役割を果たせるよう、精神保健福祉センターや他の医療機関等との連携強化を図ること。 また、患者の状態に合わせた適時適切な医療サービスを提供できるよう、地域の医療機関との連携を強化すること。 さらに、患者及びその家族等に対する支援の充実や治療効果の向上を図るため、自助グループ等の民間団体や専門機関との協働を推進すること。	5 地域連携の推進 (1) 地域の医療機関等との連携強化 本県の精神科救急医療システムの円滑な運用のため、 <u>地域精神科医療</u> の基幹病院として求められる役割を果たせるよう、精神保健福祉センターや他の医療機関等との連携強化を図ること。 また、患者の状態に合わせた適時適切な医療サービスを提供できるよう、地域の医療機関との連携を強化すること。 さらに、患者及びその家族等に対する支援の充実や治療効果の向上を図るため、自助グループ等の民間団体や専門機関との協働を推進すること。	・文言の修正
(2) 入院患者の地域移行・定着の促進 入院患者が地域の一員として安心して自分らしい生活を送ることができるよう、入院早期から効果的なりハビリテーションやケア会議の開催等による退院促進に取り組むとともに、地域保健福祉行政機関や地域生活支援を行う事業者との連携強化等により、再発予防と地域生活の定着を促進すること。	(2) 入院患者の地域移行・定着の促進 入院患者が地域の一員として安心して自分らしい生活を送ることができるよう、入院早期から効果的なりハビリテーションやケア会議の開催等による退院促進に取り組むとともに、地域保健福祉行政機関や地域生活支援を行う事業者との連携強化等により、再発予防と地域生活の定着を促進すること。	
6 地域精神科医療・福祉への貢献・協働 (1) 地域精神保健福祉活動への協力 「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、保健所による退院後支援などの地域精神保健福祉活動への協力や地域の関係機関等との協働を積極的に行うこと。	6 地域精神科医療・福祉への貢献・協働 (1) 地域精神保健福祉活動への協力 「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、保健所による退院後支援などの地域精神保健福祉活動への協力や地域の関係機関等との協働を積極的に行うこと。	
(2) 地域の医療従事者育成への支援 専攻医・研修医を受け入れるほか、看護師養成機関が行う実習への講師派遣、地域医療機関等への精神医療に関する研修の開催など、地域の医療従事者育成のための支援を積極的に行うこと。	(2) 地域の医療従事者育成への支援 専攻医・研修医を受け入れるほか、看護師養成機関が行う実習への講師派遣、地域医療機関等への精神医療に関する研修の開催など、地域の医療従事者育成のための支援を積極的に行うこと。	
(3) 行政その他関係機関等への助言・支援 県内の <u>精神科医療</u> 水準の向上に貢献できるよう、行政その他関係機関等からの要請に応じ、 <u>精神科医療</u> の専門的立場からの助言・支援を積極的に行うこと。	(3) 行政その他関係機関等への助言・支援 県内の <u>精神医療</u> 水準の向上に貢献できるよう、行政その他関係機関等からの要請に応じ、 <u>精神医療</u> の専門的立場からの助言・支援を積極的に行うこと。	
7 災害等への対応 (1) 災害等への対策の強化 大規模災害や公衆衛生上重大な危機が生じた場合等に、患者や職員の安全を確保するとともに、病院機能を維持できるよう、 <u>策定したBCP（業務継続計画）の実効性の確保</u> や医薬品・食品等の適正な備蓄など、災害対策を強化すること。 また、災害等発生時においても本県の <u>精神科医療</u> 提供体制が維持できるよう、災害拠点精神科病院として必要な体制整備に努めること。	7 災害等への対応 (1) 災害等への対策の強化 大規模災害や公衆衛生上重大な危機が生じた場合等に、患者や職員の安全を確保するとともに、病院機能を維持できるよう、 <u>実効性のあるBCP（業務継続計画）の策定</u> や医薬品や食品等の適正な備蓄など、災害対策を強化すること。 また、災害等発生時においても本県の <u>精神医療</u> 提供体制が維持できるよう、災害拠点精神科病院の <u>指定に向けた体制整備について検討</u> すること。	・BCPが策定済みであることを踏まえ修正 ・文言の修正 ・本年度中の災害拠点精神科病院指定を目指していることを踏まえ修正

(2) 災害等発生時における支援等 大規模災害や公衆衛生上重大な危機が生じた場合等に、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、支援活動を想定した体制の強化に努めること。	(2) 災害等発生時における支援等 大規模災害や公衆衛生上重大な危機が生じた場合等に、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、支援活動を想定した体制の強化に努めること。	
8 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。		・改正感染症法や栃木県感染症予防計画等を踏まえ項目を新設
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、医療を取り巻く環境の変化に応じて、自律的、機動的かつ安定的な経営が行えるよう、効果的で効率的な業務運営体制を整備すること。 また、職員の経営参画意識の向上を図り、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、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。	・外部環境の変化の視点を追加 ・第一期期間中に組織整備が進展していること等を踏まえ、文言を修正
1 業務運営体制の確立 (1) 効率的で透明性の高い病院運営 質の高い医療を効率的に提供するため、実効性のある組織を整備するとともに、病院の運営状況等について積極的な情報発信に努め、透明性の高い病院運営を行うこと。 また、上記の病院運営に向けて、最適な職員構成を検討し、適切な職員配置に努めること。	1 業務運営体制の確立 (1) 効率的で透明性の高い病院運営 質の高い医療を効率的に提供するため、実効性のある組織を整備するとともに、病院の運営状況等について積極的な情報発信に努め、効率的で透明性の高い病院運営を行うこと。 また、最適な職員構成を検討し、適切な職員配置に努めること。	・文言の修正
(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 (1) 収入の確保対策 効率的な病床管理や外来診療体制の強化、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強化等により、収入の確保に努めること。	2 収入の確保及び費用の削減への取組 (1) 収入の確保対策 効率的な病床管理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強化等により、収入の確保に努めること。	・外来診療においても収入の確保に取り組んでいることを踏まえ、文言を修正
(2) 費用の削減対策 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等により、費用の削減に努めること。	(2) 費用の削減対策 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等により、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維持・向上の両立が重要であることから、中期目標期間中、各年度の経常収支の黒字確保を目指すこと。 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。	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維持・向上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の黒字化を目指すこと。 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。	・第一期期間初年度に経常収支が黒字化し、以降、黒字確保が継続していることを踏まえ、内容を修正

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 施設のあり方の検討	1 施設のあり方の検討	
施設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支障を来していることから、<u>将来にわたり高度で専門的な医療が提供できるよう、県立病院の再整備の検討状況を踏まえるとともに、地域医療構想や保健医療計画との整合性を図りながら、今後担うべき診療機能及びそれにふさわしい施設</u>のあり方を検討すること。	施設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支障を来していることから、高度で専門的な<u>医療の提供ができるよう、長期的な視点から</u>今後担うべき<u>診療機能にふさわしい施設</u>のあり方を検討すること。	・県立病院再整備の検討が進んでいることを踏まえて診療機能と施設のあり方を検討する必要があることから、内容を修正
2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理	2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理	
県民に信頼され、県内の精神科医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、引き続き法令や社会規範を遵守するとともに、適切な情報管理を行うこと。 <u>上記の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、<u>情報管理の実効性</u>を確保するために、更なる内部統制の充実に努めること。	県民に信頼され、県内の精神科医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、引き続き法令や社会規範を遵守するとともに、適切な情報管理を行うこと。 また、<u>これら</u>を確保するために、更なる内部統制の充実に努めること。	・法令等が改正され、サイバーセキュリティ対策の強化が求められていることを踏まえ、内容を修正 ・文言の修正

令和7(2025)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		R6(2024)	R7(2025)	増減
損 益 計 算 書	総 収 益	3,552	3,771	219
	入 院 収 益	1,562	1,571	9
	外 来 収 益	243	256	12
	施 設 収 益	359	390	32
	一 般 会 計 負 担 金	633	816	183
	一 般 会 計 交 付 金	476	472	△ 4
	補 助 金 等	1	45	44
	総 費 用	3,491	3,770	279
	給 与 費	1,592	1,744	152
	材 料 費	154	179	25
	経 費	470	474	5
	減 価 償 却 費	205	244	39
	施 設 費 用	768	818	50
	純 損 益 (医 療)	87	59	△ 28
	純 損 益 (施 設)	△ 26	△ 58	△ 33
	純 損 益	61	1	△ 60
貸 借 対 照 表	資 産	6,404	6,486	82
	負 債	4,970	5,087	118
	純 資 産	1,434	1,399	△ 36

※収益及び費用の内訳は内訳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。

※外来・施設収益及び外来患者数は、前年度と計上科目及び集計方法が異なる。

区 分		R6(2024)	R7(2025)	増減
許 可 病 床 数 (床)		120	120	0
年間 延患 者数	入 院 患 者 数 (人)	38,983	39,004	21
	外 来 患 者 数 (人)	27,714	26,635	△ 1,079
	病 床 利 用 率 (%)	89.0	89.1	0.1
平均在院日数(日)		74.3	72.2	△ 2.1
単価	一人一日当入院(円)	40,057	40,272	215
	一人一日当外来(円)	8,782	9,597	815
年間延施設利用者数(人)		19,716	18,551	△ 1,165
経 常 収 支 比 率 (%)		101.8	100.0	△ 1.8
修 正 営 業 収 支 比 率 (%)		63.3	60.0	△ 3.3

※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、病床の効率的な運用に取り組んだ結果、高い病床利用率を維持し、入院患者数・収益ともに増加した。
- ・外来については、外来患者数は減少したものの、小児科及び神経内科の患者数が増加したことにより、患者単価が上昇し、収益は増加した。
- ・施設については、こども療育センターの利用者数の増加等により、収益は増加した。
- ・物価高騰やベースアップ等により費用は増加したものの、医療・施設収益及び物価高騰関連補助金の増加により、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 7（2025）年 度

自 令和 7（2025）年 4 月 1 日

至 令和 8（2026）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	A		
2 安全で安心な医療の提供	A	A	A	A		
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供	B	A	A	A		
4 障害児・障害者の福祉の充実	A	A	A	A		
5 人材の確保と育成	A	A	A	A		
6 地域連携の推進	A	A	A	A		
7 地域医療・福祉への貢献	A	S	A	S		
8 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	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	A		
2 適正な業務の確保	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	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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	5.6	105.7%	5.3以上	iv
	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	7.7	96.3%	8.0以上	iii
2	発達障害外来受診者数(人)	7,400	8,924	120.6%	7,400	v
3	学齢児の心理面接実施件数(件)	500	1,178	235.6%	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)	80	96	120.0%	—	v
5	整形外科手術実施人数(人)	15	20	133.3%	15	v
6	重症患者の受入れ割合(%)	45以上	62.1	138.0%	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	3,042	143.5%	2,120	v
8	NST(栄養サポートチーム)の介入件数(件)	25	29	116.0%	—	v
9	療法士及び看護師の学会発表件数(件)	7	13	185.7%	—	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	5.6		
7.5	7.5	7.7		
7,538	8,403	8,924		
789	933	1,178		
69	100	96		
9	17	20		
48.7	54.0	62.1		
3,352	3,741	3,042		
31	27	29		
9	8	13		

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、医療ソーシャルワーカー（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5.6単位、回復期病棟：患者一人あたり1日7.7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必要な患者に対しては、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など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多職種が共同して嚥下造影検査（V F）を実施し、経口摂取をを目指して患者の状態に合わせたリハビリテーション計画を立案し、提供した。（年間V F件数27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 神経発達症（発達障害）の児童や肢体不自由児等に対し、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、学校、幼稚園等の関係機関と連携して、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。	幼児期の神経発達症の児童に対し、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。 また、神経発達症の児童と保護者の相互交流を深め、親子関係の質を高めることによって回復に向かうよう働きかけるP C I T（親子相互交流療法）を導入し、保護者支援の強化を図る。	⑥幼児期の神経発達症に対し、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心理療法やリハビリテーションを提供した。（発達障害外来受診者数：8,924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）を実施した。
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。	学齢期の神経発達症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、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、遺伝子検査及び遺伝カウンセリング外来を実施する。	⑨学齢期の神経発達症や適応障害等に対し、心理検査を実施し、発達段階や特性の把握を行い、その結果に基づき、個々の状況に応じた作業療法・言語聴覚療法・心理療法・薬物療法を適切に提供した。（学齢児の心理面接実施件数：1,178件） ⑩発達の遅れがみられる子どもの家族に対し、原因や遺伝性の確認を目的として遺伝カウンセリングを実施し、疾患理解のための説明や情報提供、相談対応を行った。 ⑪遺伝学的検査の希望があった4家族を対象に、染色体微小変化や遺伝子解析などの検査を実施した。

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、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双方の人的・物的資源を有効活用し、自閉症スペクトラム症や注意欠陥多動症（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。	⑫外来通院する自閉スペクトラム症や注意欠陥多動症（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、卒園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。
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。	病院部門に通院している障害児の家族に対し、各担当から評価結果やプログラムを具体的に説明するとともに、必要に応じ、児童の在籍する幼稚園や学校などへの情報提供を行う。 また、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。 さらに、施設部門と病院部門が連携して2歳児未満の児童を対象とした乳幼児クラスを新設し、発達や子育ての相談及び早期療育を行う。	⑬外来通院する障害児の家族に対し、評価結果やプログラムを具体的に説明し、家庭や学校などの生活場面で実際に活かせるように指導・援助した。 ⑭家族の意向に応じて、延べ96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。 ⑮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。 ⑯2歳未満児を対象とした乳幼児クラスを新設し、早期の段階から発達や子育て相談及び療育指導を行った。（3クラス：利用者数28名）
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児童等に対し、整形外科手術を積極的に行う。	⑰自治医科大学附属病院との連携により、小児整形外科手術を年間20件実施した。
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、神経難病患者の外来リハビリテーション及び入院による短期リハビリテーションの充実を図る。	⑱パーキンソン病の短期集中的なリハビリテーションを目的とした入院を積極的に行うほか、神経系・非神経系を問わず難病患者を幅広く受け入れた。 ⑲自動車運転評価のための短期入院受け入れを開始した。

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
(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。	
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活用し、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15.0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：62.1%） 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測定については、看護師と療法士が合同で実施し、月3回の測定体制を確保することで評価の適正化に取り組んだ。
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、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した。（一般病棟：患者一人あたり1日5.6単位、回復期病棟：患者一人あたり1日7.7単位）
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継続的に提供した。

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
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、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う。 また、ケアマネジャー等と適切な時期に連携し、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失語症や高次脳機能障害等により退院後も継続的なリハビリテーションを必要とする患者に対し、自宅復帰後の在宅生活の早期安定を目的として、外来リハビリテーションを実施した（退院後の外来リハビリテーションの年間実施単位数：3,042単位）。 ⑨介護保険の適用となる際には、ケアマネジャーと連携し、介護保険による維持期・生活期リハビリテーションへの円滑な移行を図った。
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定期的なカンファレンスを個々に応じて実施するとともに、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多職種による入院当日の合同評価及び1週間以内のカンファレンスにおいて、早期に退院後を見据えた計画策定及び定期カンファレンス(1,381件)を実施し、治療目標や今後の方向性などの共有化を図り、協働で患者支援を行った。
褥瘡対策委員会の運営等を通じて、患者の皮膚や栄養の状態の評価、褥瘡の防止や改善に向けた取組を推進するとともに、新たに設置したNST（栄養サポートチーム）のもと、栄養管理体制の充実を図る。	褥瘡対策委員会を開催するとともに、褥瘡対策チームによる定期的な回診とカンファレンスを実施することにより、患者の皮膚や栄養状態の評価、褥瘡発生予防や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多職種からなるNSTの専門的な栄養介入を実施し、効果的なリハビリテーション医療に貢献した。（NST介入件数：29件） ⑫褥瘡発生予防のため、褥瘡対策チームによる週1回の回診及びカンファレンスを実施するとともに、「床ずれ対策とエアマットの使用法」をテーマとした研修会を実施した。
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装するなど、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たきめ細やかな服薬指導を適切なタイミングで実施した。

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。 さらに、歯科医師による口腔機能管理を強化し、歯科の患者サービスの更なる向上を図る。	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。（口腔ケアラウンド実施件数 246件） ⑯患者の状態に応じて、歯科医師による口腔機能評価と管理計画の策定を通じて継続的な口腔機能管理を行った。
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。	⑰認定看護師を講師として、「入院日の看護師の役割・リハビリテーション看護」についての研修を実施した。 ⑱各部署において「FIM教育・再発予防指導」についての勉強会を実施し、リハビリテーション看護の質の向上を図った。
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。	⑲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て行った調査の結果を確認し、患者満足度や職員満足度に関する課題の把握と内部検討を通じて、サービスの質改善につなげた。

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
(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、神経筋電気刺激装置や体外衝撃波治療器等を活用し、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。	①機能的電気刺激装置や対外衝撃波治療器を活用し、より効果的なリハビリテーション医療を提供するとともに、これらの症例について学会発表を行った。 ②令和8年度のロボットスーツHALの導入に向け、安全講習の受講など必要な準備を行った。
(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。	①障害者の移動支援の観点から、電動カート等を活用した移動支援の取組に関連し、療法士が操作性や安全性、利用者特性等について県内企業と情報交換を行った。
イ リハビリテーションに関する研修会や事例研究等を計画的に実施するとともに、蓄積した先進的なリハビリテーション医療のデータを活用し、職員の専門的知識及び技能の向上を図る。	イ リハビリテーションに関する研修会や事例研究等を計画的に実施するとともに、蓄積した先進的なリハビリテーション医療のデータを活用し、職員の専門的知識及び技能の向上を図る。 また、職員の学会等への積極的な参加と発表の促進により、リハセンターの知見を広く情報発信するとともに職員の啓発にもつなげる。	②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、13件の発表を行った。（学会発表件数：看護師2件、療法士11件） ③研修会に参加し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。 ④令和8年度全国障害者リハビリテーション研究集会の本県開催に向け、必要な準備を進めた。

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（回復期病棟）」は、目標値を下回ったものの、「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）」「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りハビリテーション医療を提供した、また、幼児期や学齢期の神経発達症等に対し、個々の発達段階に応じた作業療法・言語療法・心理療法・薬物療法を適切に提供したほか、自動車運転評価のための短期入院を開始した。 「（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、専門的なり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。 「（３）先進的なりハビリテーション医療の提供」では、令和8年度のロボットスーツHALの導入に向け、安全講習の受講など必要な準備を行った。 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。

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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	14	233.3%	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	14		
5	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年間12回開催し、患者への影響度が高いインシデント・アクシデント事例を多職種で共有するとともに、再発防止に向けて発生要因の分析を行い、具体的な対策の検討・実施・評価を通じて医療事故の発生防止に努めた。 ②転倒・転落検証ワーキングを10回開催し、転倒・転落防止対策マニュアルの作成、安全対策表示板の検討、特性要因図を用いた転倒事例の分析などを行った。 ③転倒転落防止に向けた課題を明確化し、患者の機能を維持しながら、事故発生防止に努めた。
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14回開催し、医療安全に関する情報共有を行った。 ⑤医療安全推進週間に、医療安全の推進に関する掲示を行い、医療安全に関する意識の向上に努めた。 ⑥針刺し、苦情・暴言暴力のレベル分類や、食物アレルギー対応手順を医療安全対策マニュアルに追加し、医療安全の推進に努めた。

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、施設ラウンドを年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市中での感染症に関する情報、感染対策について②感染予防のためのワクチンについて）
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 感染対策の部門に専従する看護師が、院内感染対策の計画や実施、評価等を行い、感染対策の一層の充実を図るとともに、感染管理認定看護師の育成に向けて必要な支援を行う。	⑤教育機関での感染管理に関する教育課程（7ヶ月間）を修了した看護師を、医療安全管理室へ配属し、院内感染対策の基盤強化に取り組んだ。
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 使用に際して注意の必要な医薬品や新たに扱うこととなった医薬品等について医薬品安全管理研修会を開催し、医薬品の適正使用や安全管理の徹底を図る。	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障害者自立訓練センターの利用者及び看護師、療法士等を対象に医薬品の正しい使用方法等について研修会を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・輸血療法委員会を開催し、手術及び輸血の実施状況を振り返り、改善点の検討を行った。

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、患者への影響度が高いインシデント・アクシデント事例を多職種で共有するとともに、再発防止に向けて発生要因の分析を行い、具体的な対策の検討・実施・評価を通じて医療事故の発生防止に努めたほか、医療安全の推進に関する掲示を行い、医療安全に関する意識の向上に努めた。 「（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、教育機関での感染管理に関する教育課程（７ヶ月間）を修了した看護師を、医療安全管理室へ配属し、院内感染対策の基盤強化に取り組むなど、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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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(%)	90.0	79.3	88.1%	90.0	ii
2	退院前在宅訪問指導(家屋調査)件数(件)	65	89	136.9%	75	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
76.5	78.8	79.3		
69	92	89		

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。 また、医療・ケア意思決定支援の指針に基づき、多職種による医療・ケアチームで、人生の最終段階における患者の意思決定を支援する。	①患者が自ら治療方針を選択できるよう、必要に応じて統一様式を用いて病状・要望・治療方針等に関するインフォームド・コンセントを行った。 ②医療・ケアの意思決定支援の指針策定及び方針決定に関する検討・助言を行うため、弁護士等の外部委員を含む倫理委員会を設置・開催した。
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、電子カルテを通じて情報の共有化を図りながら、丁寧で一貫性のある対応を行う。	③多職種による合同評価（470回）や定期的なカンファレンス（549回）に地域医療連携室のMSWが参加し、治療目標や現状・課題等を共有するとともに、必要な情報をフィードバックし、一貫性のある支援につなげた。

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
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、患者サービス向上プロジェクトチームにおいて具体的な改善策を検討し、患者に寄り添った医療の提供に努めるとともに、職員の更なる意識向上を図る。	④患者満足度調査で寄せられた意見等についてセンター内で情報共有を行い、患者サービス向上に向けた課題の整理と改善策の検討を進めた。 （患者満足度は79.3%。ベンチマーク結果：入院患者に関する調査はリハビリ病院21病院中18位、外来患者に関する調査は14病院中9位）
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。	⑤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。 ⑥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89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 マイナナンバーカードと医療費助成の受給者証の一体化に対応したシステム整備や患者用WiFiの通信改善とエリア拡大、さらに電子処方箋の導入等を通して、患者や家族への利便性向上に努める。	⑦マイナ保険証の利用案内を窓口の目につきやすい場所に掲示して利用促進を図るとともに、マイナ保険証を利用できない患者には個別に丁寧な案内を行った結果、利用率は80%に達し、窓口におけるマイナ保険証利用の定着が進んだ。
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。 また、リハセンター内に産業保健総合支援センターの出張窓口を開設し、入院・通院患者の治療と仕事の両立を支援する。	⑧身寄りのない患者や生活保護・生活困窮の患者など、経済面・生活面に困難を抱える患者・家族に対し、丁寧に状況を聴取して現状把握に努め、活用可能な社会資源の情報提供や調整支援を行った。 ⑨地域医療連携室は医事課と連携し、分納等の相談にも対応した。 （経済面・生活面に困難を抱える患者に関する相談・調整件数：69件） ⑩地域医療連携室内に産業保健総合支援センターの出張窓口を設置し、治療と仕事の両立を支援した。（毎月第3木曜日。相談者7人、延べ相談件数11回）

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
(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 リハセンターの公式ホームページを刷新し、提供する医療・福祉サービスや採用情報等に係るコンテンツの充実とユーザビリティの向上を図り、情報発信力を強化する。	①令和7年4月にホームページを全面的にリニューアルし、医療・福祉サービスや採用情報等に係るコンテンツを充実させた。 ②スマートフォン対応のホームページにすることで、ユーザビリティの向上及び情報発信力の強化を図った。
イ 医療制度や障害者総合支援制度等、国及び地方の施策や民間団体の取組等に関する情報発信を行う。	イ 医療や福祉に関する各種制度、国や地方の施策等について、院内掲示や資料配布等により、利用者に対して適時適切に情報発信していく。	③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) 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 医療・福祉サービスの向上や経営の効率化等を図るため、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を開催し、聴取した意見をリハセンターの運営に反映させる。	①運営懇談会において、人材確保を取り巻く厳しい状況や、良好な労働環境の整備に関する意見を受け、採用強化に向けた取組を推進した。
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、地域住民等に関わった病院を目指す。	イ 公開セミナーや講演会等、一般の方々や地域住民が気軽に参加できる行事を実施する。	②専門的知見を還元する出前講座を継続的に実施し、地域の医療・福祉への理解促進に取り組んだ。（延べ18回開催、692人が受講）
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。	③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
・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」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、医療・ケアの意思決定支援の指針策定及び方針決定に関する検討・助言を行うため、弁護士等の外部委員を含む倫理委員会を設置・開催したほか、身寄りのない患者や生活保護・生活困窮の患者など、経済面・生活面に困難を抱える患者・家族に対し、丁寧に状況を聴取して現状把握に努め、活用可能な社会資源の情報提供や調整支援を行った。さらに、地域医療連携室内に設置した産業保健総合支援センターの出張窓口で、治療と仕事の両立に関する相談を行った。 「（２）リハビリテーション医療等に関する情報提供」では、スマートフォン対応のホームページにすることで、ユーザビリティの向上及び情報発信力の強化を図ったほか、保険証新規発行停止やマイナ保険証利用について、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。 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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	176	176.0%	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)	510	512	100.4%	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	5	166.7%	3	v
4	家族会の開催回数(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
170	136	176		
398	520	512		
5	3	5		
2	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
(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。 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。	神経発達症の児童や肢体不自由児、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、個別支援計画の立案・実践・評価に当たり、保護者や支援者との面接や懇談会を通じて要望や意見を把握するとともに、保護者及び児童相談所の意向を確認し、移行先の検討・調整に努めた。

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、こども療育センターを利用する児童については、大きな環境変化が見込まれる入退所時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、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した。 ④こども療育センターの入所児については、入所時にこれまで関わってきた支援者から詳細に児童の容態や児童の背景等を聞く機会を設けたほか、大きな環境変化が見込まれる退所時や特別支援学校入学時等に、今後関わる多職種の支援者を含めたカンファレンスを実施した。
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、近年の利用状況の変化を踏まえ、未就学障害児の保護者等からの各種相談対応や、他の児童発達支援事業所や教育機関、市町への支援など、地域における中核的な施設としてのあり方について検討する。 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。 さらに、早期療育や、保護者の就労と療育の両立支援等のため、2歳未満児を対象とした乳幼児クラスの新設や通園日数の柔軟な対応を行う。	⑤児童発達支援事業所等を対象とした研修会や実習の受入れ等を行い、延べ176人が参加した。 ⑥未就学障害児の保護者等から療育等の相談(66件)を受けるとともに、地域における中核的な施設としてのあり方に対する検討会（5回）を実施した。 ⑦卒園児に対しては、在園時の状態を熟知した療法士や心理士が、同センター内で継続性のある外来リハビリテーション等を提供し、卒園後のフォローアップを推進した。（PT536件、OT380件、ST657件、心理170件）。 ⑧乳幼児クラス（3クラス：利用者数28人）の新設に加え、通常クラス（週3日利用）に週2日利用の選択肢を設けるなど、利用者の利用ニーズに応じた柔軟なクラス編成に努めた。

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
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の短期入所事業や日中一時支援事業においては、利用者や家族の状況に応じて、緊急的な受入を行うなど、在宅生活する肢体不自由児や医療的ケア児への支援を強化するとともに、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。	⑨こども療育センターにおいて、短期入所事業として延べ554人、日中一時支援事業として延べ166人の児童を受け入れ、在宅障害児の家族を支援した。 ⑩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174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：512人） （短期入所事業の利用者の内訳） ・医療的ケア児 458人 ・その他 96人 （日中一時事業の利用者の内訳） ・医療的ケア児 54人 ・その他 112人
（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 重症化、障害の多様化など訓練を必要とする利用者像の変化に的確に対応し、適切な自立訓練サービスを提供するとともに、高次脳機能障害支援の強化を図る。 また、医療機関や相談支援事業所等との連携を強化し、潜在ニーズの掘り起こしを行う。	①障害福祉課が実施したニーズ調査の結果や利用者アンケートを踏まえ、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訓練の実態に合わせ、機能訓練と生活訓練の統合について検討を行い、その結果については、R8年度中に変更届出を行うこととした。
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に加え、センターの持つ知識を提供することで、利用者の特性に応じた自立生活を実現できるようにする。 また、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により、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：5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
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 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、医師・療法士・看護師・管理栄養士・生活支援員等、多職種による保健指導、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 利用者や家族が、訓練目標を明確に持ち訓練に取り組むよう、利用開始に当たり心理面談を実施する。 また、訓練期間中に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。
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 失語症の利用者の増加に対応し、言語聴覚士による訓練を充実するほか、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強化する。	⑥失語症や構音障害を有する利用者に対して、外来リハビリテーションでの言語聴覚療法を実施した。 ⑦高次脳機能障害を有する利用者に対して、作業療法士が毎週、認知リハビリテーションを行った。
（3）病院部門と施設部門が一体となったサービスの提供（小項目）		
病院部門と施設部門が一体となったサービスが提供できるよう、以下の取組を実施する。	病院部門と施設部門が一体となったサービスが提供できるよう、以下の取組を実施する。	
ア 医療と福祉の複合施設という特長を活かした総合的なリハビリテーションが提供できるよう、病院部門と施設部門が合同で事例検討会を行い、連携強化を図る。	ア 医療と福祉の複合施設という特長を活かした総合的なリハビリテーションが提供できるよう、病院部門と施設部門が合同で事例検討会を行い、連携強化を図る。	①小児科医とこども発達支援センター職員によるカンファレンスを毎週実施し、医療的視点と療育的支援の両面から総合的な支援体制の充実を図った。 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において、乳幼児クラス（３クラス：利用者数28人）を新設したほか、通常クラス（週３日利用）に週２日利用の選択肢を設けるなど、利用者の利用ニーズに応じた柔軟なクラス編成に努めた。さらに、こども療育センターの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174人を受け入れた。 「（２）自立訓練の充実」では、失語症や構音障害を有する利用者に対して、外来リハビリテーションでの言語聴覚療法を実施したほか、高次脳機能障害を有する利用者に対して、作業療法士が毎週、認知リハビリテーションを行った。 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。

5 人材の確保と育成（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 年度 達成率	R9(2027) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	認定看護師数(人)	7	7	100.0%	—	iv
2	医師数(人)	13	12	92.3%	—	iii
3	療法士数(人)	94	103	109.6%	94	iv
4	職員満足度割合(%)	90.0	50.9	56.6%	90.0	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	7		
13	15	12		
91	97	103		
55.6	51.4	50.9		

※ 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
(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研修委員会を中心に研修計画を策定し、職員の能力段階の確認及び評価を行うなど、体系的かつ計画的な人材育成に取り組んだ。（令和7年度の実施内容：新規採用職員研修、中途採用職員研修、ADHDの病態と治療（所長講話）、接遇・マナー研修（一般職研修）、ハラスメント研修（管理職研修））
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。	②職員の自己学習を促進するため、e-ラーニングを活用した研修を計画的に実施し、専門知識の習得と学習機会の拡充を図った。

5 人材の確保と育成（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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。	③看護の質の向上を図るために、認定看護師7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2人、脳卒中3人、摂食嚥下1人、感染1人） ④回復期リハビリテーション認定看護師の新規取得研修に看護師2人、感染管理認定看護師の新規取得研修に看護師1人が参加した。
（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への参加するなど、人員確保に向けた取組を行い、目標値（94人）を上回る103人を確保した。 ③医師数は目標値13人に対し12人とどまった。 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。
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・施設双方の経験を積ませられるように担当部長と協議を行った。

5 人材の確保と育成（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
（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向けて、他の公立病院等の人事評価制度の調査検討を行った。
（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11.5日であった。 ②育児休業の取得促進やハラスメント相談窓口の対応を行った。 ③職員満足度調査を実施した結果、満足度割合は50.9%と目標値には届かなかった。（ベンチマーク結果：全300病院中7位、リハビリ病院に27病院中2位） ④傷病休暇を取得した職員が復帰する際に、必要に応じて産業医の助言を踏まえた復職プログラムを作成し円滑な職場復帰に努めた。

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、「医師数」は目標値を下回ったものの、「認定看護師数」「療法士数」は、目標値を達成又は上回った。「職員満足度割合」は、目標値を大きく下回ったものの、ベンチマーク結果は調査に参加する300病院中7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7人が学会や研修会に積極的に参加したほか、認定看護師の新規取得研修に3人が参加した。 「（2）医療従事者の安定的な確保」では、養成校のガイダンスや就職説明会への参加、施設見学会の実施及び見学の積極的な受け入れを通じて、医療従事者の安定的な確保に努めたほか、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、年度内の欠員に対して、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	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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	61.1	111.1%	55以上	v
2	出前講座の実施回数(回)	20	18	90.0%	20	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

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	61.1		
26	40	18		

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。 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る。	①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、741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：61.1%）
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地域連携システムを利用することで、入退院調整業務の迅速化、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患者が退院後の生活期に適切な医療・介護・福祉サービスを受けられるよう、MSWが関係機関との情報交換を実施し、連携強化に努めた（関係機関との連携件数：3,078件〔うち対面386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 肢体不自由児や神経発達症の児童等の早期発見・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の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 高次脳機能障害や神経発達症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・協議会に参加するほか、障害者総合相談所からの依頼に基づき情報提供を実施し、併せて高次脳機能障害ピアサポーター養成講座及び家族教室の講師を務めた。

6 地域連携の推進（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
エ 県内の関係機関等を対象にリハビリテーションに関する出前講座等を開催し、リハセンターの有する知見を地域に還元する。	エ リハセンターの有する知見を地域に還元するため、出前講座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5回、「高次脳機能障害」についての講座5回、その他「介助」や「予防」「口腔ケア」「失語症」に関する講座等を開催した。（延べ18回開催、692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、「出前講座の実施回数」は、目標値を下回ったものの、「逆紹介率」は、目標値を上回った。 年度計画の業務実績に関しては、「（１）急性期病院や地域の医療機関等との連携の推進」では、地域医療連携室が紹介元医療機関との転院に係る情報交換を緊密に行い、741件の入院相談に対応した。 「（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、こども発達支援センター及びこども療育センターにおいて、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。 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 地域医療・福祉への貢献（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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)	940	1,141	121.4%	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	176	176.0%	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】	510	512	100.4%	520	iv
4	保育所等訪問支援事業契約件数(件)	22	33	150.0%	—	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	1,141		
170	136	176		
398	520	512		
24	32	33		

※ 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れに努める。	ア 専門医取得のための研修病院として、各診療科（整形外科、リハビリテーション科、小児科）の基幹病院と連携し、専攻医の積極的な受入れに努める。	①専門医取得のための研修病院として各診療科の基幹病院と連携し、専攻医の積極的な受入れに努め、リハビリテーション科の専攻医1人（常勤）を受け入れた。

7 地域医療・福祉への貢献（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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県内の医療従事者の養成施設などからの実習生及び研修生を、延べ1,141人（療法士延べ939人、看護師延べ63人、保育士延べ66人、歯科衛生士延べ73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。	③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、限局性学習症（学習障害）や感覚過敏、行動特性などの神経発達症の特徴、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。	④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22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、神経発達症の支援体制の強化に貢献する。	⑤発達障害者支援アドバイザーバンク登録の療法士が、県内自治体の特別支援教育支援員を対象に限局性学習症に関する講義を実施し、神経発達症に係る支援体制の強化に寄与した。
カ 障害者の就労を支援するため、障害児者の就労実習を積極的に受け入れる。	カ 障害者の就労を支援するため、障害児者の就労実習を積極的に受け入れる。	⑥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1人受け入れた。

7 地域医療・福祉への貢献（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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神経発達症の児童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。	⑦「子どもたちの”歩く”を応援する」をテーマにとちりハ病院研修会を開催し、小児整形外科医師、理学療法士が歩き方から診る小児特有の整形疾患やリハビリの取り組みについて講演した。 ⑧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（日本脳卒中医療ケア従事者連合会栃木県支部、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。	⑨民生委員・児童委員や健康保険組合等の視察を受け入れ、障害福祉への理解促進を図った。
（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。	市町や地域の団体が行う疾病予防や介護予防等の一次予防に係る取組に対して、以下のとおり、専門的な立場から積極的に支援する。	
ア フレイル・ロコモティブシンドローム（以下「ロコモ」という。）に関係するイベントに積極的に参加するとともに、ロコモ度テスト、ロコモトレーニング等について、インターネット等を通じて情報発信し、広く普及啓発を図る。	ア フレイル・ロコモティブシンドローム（以下「ロコモ」という。）に関係するイベントに積極的に参加するとともに、ロコモ度テスト、ロコモトレーニング等について、インターネット等を通じて情報発信し、広く普及啓発を図る。	①ロコモアドバイザーとちぎに登録する療法士（20人）が研修会等に参加し、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、住み慣れた地域で必要な医療・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。	神経発達症の児童、肢体不自由児や医療的ケア児等が、住み慣れた地域で必要な医療・福祉サービスを利用できるよう、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（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。	①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（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129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47人受け入れた。 ②保育所等訪問支援事業は、令和7年度においては、33人の児童に対し335回の訪問を行った。（前年比1人増、87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、「子どもたちの”歩く”を応援する」をテーマにとちりハ病院研修会を開催し、小児整形外科医師、理学療法士が歩き方から診る小児特有の整形疾患やリハビリの取り組みについて講演したほか、民生委員・児童委員や健康保険組合等の視察を受け入れた。 「（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（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129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47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	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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 年度 達成率	R9(2027) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	ＢＣＰに基づく研修・検討会の実施回数(回)	2	3	150.0%	—	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
2	2	3		

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。	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。(7/24：消防署立会いのもと施設単独の避難訓練を実施、11/25：共同防火管理に基づく合同避難訓練を実施)
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ＢＣＰ（業務継続計画）について、災害等の状況に応じた訓練及び研修を通じて継続的な見直しを行い、備えの強化を図る。	イ 災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合に早期に診療機能を回復できるよう、地域の災害拠点病院との連携も視野に入れたＢＣＰ（業務継続計画）について、災害等の状況に応じた訓練及び研修を通じて継続的な見直しを行い、備えの強化を図る。	②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、業務継続計画に基づき、訓練及び研修を実施した。(ＢＣＰに基づく研修・検討会の実施回数：3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ＪＲＡＴ（一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会）による支援活動等に職員を積極的に派遣する。	ウ 大規模災害が発生した場合に、被災者の日常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ＪＲＡＴ（一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会）による支援活動等に職員を積極的に派遣する。 また、災害が発生した場合には、支援活動等に職員を積極的に派遣する。	③ＪＲＡＴの運営を支援するため、リハビリテーション科医師がＪＲＡＴ広報委員会委員長として、ＪＲＡＴの運営委員会や広報委員会に毎回参加した。

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支援関連団体協議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。	④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）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。	⑤県との協定に基づき、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、目標値を上回った。 年度計画の業務実績に関しては、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ほか、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。また、新興感染症等に係る県との協定に基づき、個人防護具の備蓄を行った。 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ベースアップ評価料を引き続き算定するとともに、倫理委員会や身体拘束適正化委員会を計画どおりに開催した。 ②こども療育センターでは、算定要件である第三者評価を受け、中核機能強化加算を届出した。
（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、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等について定期報告し、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。	①経営企画室が中心となって、管理運営会議（13回：部長以上）や所内連絡会議（12回：科室長以上）において、年度計画や経営指標の実績等を共有するとともに、状況に応じて計画を上回る目標設定を行うなど、職員の経営参画意識の形成を図った。 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6件の提案があり、運営改善につなげた。

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	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	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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	12	92.3%	—	iii
2	療法士数(人)【再掲】	94	103	109.6%	94	iv
3	病床利用率(%)	87.3	89.1	102.1%	87.3	iv
4	ジェネリック医薬品使用割合(%)	90以上	96	106.7%	90以上	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
13	15	12		
91	97	103		
83.9	89.0	89.1		
96.8	96.5	96		

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 収入の確保対策（小項目）		
収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。	収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。	
ア リハセンターの規模に見合った医師、療法士等を適正に配置し、必要なリハビリテーションを着実に実施する。	ア リハセンターの規模に見合った医師、療法士等を適正に配置し、必要なリハビリテーションを着実に実施する。	①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12人（目標：13人）、療法士103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、情報交換を密に図りながら、紹介元 医療機関との連携を強化した。（新規入院相談件数：741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 ベッドコントロールを担当する医師、看護師長、MSW等が、電子カルテの病床管理機能や入院調整カレンダー等を活用し、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（87.3%）を上回る 89.1%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、ベースアップ評価料の算定を始め、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。 ⑤令和8年度診療報酬改定に関する通知・説明資料等を早期に把握し、算定要件の確認や体制整備など必要な対応を進めた。 ⑥診断書作成料等の自費診療の一部の料金増額に取り組んだ。 ⑦医療・ケアの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に基づき、委員会運営や職員への研修など必要な運用を実施した。
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。	⑧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。 ⑨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）
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。	⑩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。	⑪近隣の医療機関からのMRI等高度医療機器の受託検査について、積極的な受入に努め、医療機器の効果的活用を図った結果、検査件数は前年比29%増の380件、収益は前年比3割増の575万円へと向上した。

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
(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。	
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、専門的見地から医師やコメディカルの意見を考慮して価格交渉を行う。	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及び患者の経済的負担の軽減に寄与した。（後発医薬品使用割合：96.0%）
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 電子カルテ及びグループウェア等の更新により、DX化を推進し、業務効率化やペーパーレス化、セキュリティの向上等につなげる。	⑤電子カルテ及びグループウェア等の更新によりDX化を図るとともに、ペーパーレス化の更なる促進に向け、新たに業務効率化検討委員会を設置し、令和8年度に検討を行う体制を整備した。

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」は目標値を下回ったものの、「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、待機状況や空床状況を定期的に発信、情報交換を密に図りながら、紹介元医療機関との連携を強化するとともに、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。 「（２）費用の削減対策」では、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及び患者の経済的負担の軽減に寄与した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	・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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	100.0	100.0%	100以上	iv
2	医業収支比率・修正医業収支比率(%)	75以上	69.7	92.9%	75以上	iii

(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	100.0		
74.9	74.9	69.7		

※ 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。 ②4半期毎に決算見込値を算出し、収益見込等の経営情報を共有し、年度後半の病床利用率の向上につなげた。 (経常収支比率100.0%、医業収支比率・修正医業収支比率69.7%)

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、「医業収支比率・修正医業収支比率」は、目標値を下回ったものの、「経常収支比率」は、目標値を達成した。 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するとともに、4半期毎に決算見込値を算出し、収益見込等の経営情報を共有し、年度後半の病床利用率の向上につなげた。 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必要性と優先順位を踏まえ、非常用発電装置や照明器具(LED化)の改修・更新を計画的に実施した。 ②建物工事や器械備品の購入に当たっては、機器購入選定委員会にて、費用対効果等を総合的に勘案しながら、計画的に更新・整備を進めた。

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、機器購入選定委員会にて、費用対効果等を総合的に勘案しながら、計画的に更新・整備を進めるなど、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）

2 適正な業務の確保（中項目）

中期計画(R5(2023)～R9(2027))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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労働基準監督署による定期監査結果を踏まえ「勤怠管理と超過勤務に関する基本方針」等を策定するほか、育児・介護休業法の改正に合わせて、育児・介護と仕事の両立を図るための関係諸規程の整備を行った。 ②栃木県警察本部によるサイバーセキュリティに関する院内研修会を開催し、職員の知識向上を図るとともに、情報システム担当者が栃木県警サイバー対策センターとの定期的な打合せを通じて情報共有を行い、サイバーインシデント対応能力の強化に取り組んだ。 ③電子カルテ更新に合わせて、厚生労働省が定める「医療情報システム安全管理ガイドライン6.0」に適合したサイバー攻撃発生時のBCP（事業継続計画）を策定した。 ④全職員を対象とした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）を実施するほか、管理部において、リスク評価シートに基づく内部監査を新たに実施した。 ⑤内部監査により判明した不適切な事務処理事案については、監事による業務監査の意見等を踏まえ、上司による業務進捗管理の徹底などの対応策を講じた。

2 適正な業務の確保（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	B	評価理由	勤怠管理と超過勤務に関する基本方針、育児・介護と仕事の両立を図るための関係諸規程、サイバー攻撃発生時のBCP（事業継続計画）等を整備・策定するとともに、サイバーインシデント対応能力の強化や個人情報の適正管理に関する自己点検の実施等により、法令や社会規範の遵守及び適正な業務の確保に努めた。しかし、内部監査により不適切な事務処理事案の発生が判明したことから、当該中項目は計画をやや下回るものと判断し、「B」評価とした。
知事の 評価	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。

令和 7（2025）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

令和 7（2025）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、「適正な業務の確保」は計画を下回ったものの、「地域医療・福祉への貢献」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 3 期連続で黒字を計上した。
- 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、積極的に経営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7(2025)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		R6(2024)	R7(2025)	増減
損 益 計 算 書	総 収 益	10,428	10,678	250
	入 院 収 益	4,165	4,426	261
	外 来 収 益	3,956	3,946	△ 10
	一 般 会 計 負 担 金	1,350	1,287	△ 63
	補 助 金 等	17	111	94
	総 費 用	11,367	11,468	101
	給 与 費	4,043	4,116	72
	材 料 費	3,484	3,604	120
	経 費	2,100	2,132	33
	減 価 償 却 費	855	761	△ 94
	純 損 益	△ 940	△ 790	149
貸 借 対 照 表	資 産	12,668	11,077	△ 1,590
	負 債	10,298	9,482	△ 816
	純 資 産	2,369	1,595	△ 775

※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		R6(2024)	R7(2025)	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)	54,307	55,196	889
	外来患者数 (人)	118,789	119,473	684
	病床利用率 (%)	51.1[66.1]	52.0[67.2]	0.9[1.1]
平均在院日数 (日)		8.9	8.2	△ 0.7
単価	一人一日当入院 (円)	76,693	80,185	3,492
	一人一日当外来 (円)	33,299	33,027	△ 272
経常収支比率 (%)		91.7	93.1	1.4
修正営業収支比率 (%)		74.2	75.8	1.6

※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、前年度に引き続き、化学療法患者の受入拡大に努めたことなどから、患者数が増加した。また、手術件数の増加、HCU（ハイケアユニット）の運用見直し等により、患者単価も上昇したことから、入院収益は増加した。
- ・外来については、患者数が増加したものの、外来化学療法患者の割合が低下したことなどから、患者単価が低下し、外来収益は減少した。
- ・入院収益及び物価高騰関連補助金が増加し、収支比率は改善したものの、給与費及び材料費等の費用が増加したことから、3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 7 (2025) 年 度

自 令和 7 (2025) 年 4 月 1 日
至 令和 8 (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）	11
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）	34
1 業務運営体制の確立（中項目）	34
2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	36
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）	45

【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	A
2 安全で安心な医療の提供	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
4 人材の確保と育成	B	B	B	B	B	B
5 地域連携の推進	A	A	A	A	A	A
6 地域医療への貢献	A	A	S	A	A	A
7 災害等への対応	A	S	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	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
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	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	A
2 適正な業務の確保	A	A	A	B	A	A

(参考) 中期目標期間における各事業年度の全体評価

年度	評価結果
令和3(2021)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。
令和4(2022)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。
令和5(2023)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況であるが、財務内容の改善が望まれる。
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。
令和7(2025)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)

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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	51	85.0%	60	ii
2	バイオバンク登録件数（件）	4,500	3,892	86.5%		ii
3	がんゲノムプロファイリング検査 件数（件）	80	72	90.0%		ii
4	リンパ浮腫に対する施術件数 （件）	860	1,240	144.2%		v
5	臨床研究件数（件）	200	212	106.0%	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）	270	295	109.3%	270	iv
7	リハビリテーション新規依頼件数 （件）	1,035	1,519	146.8%	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	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)
51	48	55	57	51
3,996	8,231	10,399	6,260	3,892
50	60	60	103	72
880	896	987	1,010	1,240
216	203	207	216	212
365	363	364	320	295
1,135	1,055	1,166	1,402	1,519

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。	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（ロボット支援下手術等を含む）、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 肝胆膵外科の手術については、割り当てられた手術枠をほぼすべて活用して手術を実施した。一方で、転移性肝腫瘍をはじめとする比較的大規模な手術の中に学会が定める「高難度手術」の要件に該当しない症例が多く含まれていたことに加え、病勢進行により切除適応を見直した症例もあったことから、年度全体の高難度手術件数は51件となり、目標の60件には至らなかった。

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、アドバイスを行う。 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開催する。 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目指すとともに、信頼性の高い試料を集め、検体を必要とする研究者に広く頒布することで、希少がんや難治がんを含むがん医療の研究促進に貢献する。 ※ 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。	② 希少がん専用の問合せフォームに年間7件の問合せがあり、適切に対応することで顧客満足に寄与した。なお、多職種による希少がんボードカンファレンスは対象症例がなかったため実施できなかった。 ③ 希少がん研修会を年間2回開催した。第8回では骨軟部領域の希少がん、第9回では婦人科領域の希少がんとその治療方法について、院内職員の理解を深めた。また、希少がん啓発月間2026の取組みにも参加した。 ④ バイオバンク運営においては、研究ニーズを踏まえた効率的な収集を行い、参加患者数と症例を安定的に確保した。検査技師が説明同意業務を担う体制が定着し、質の高い試料提供につながった。学会等の展示ブース出展により新たな顧客との接点を持ち、栃木キャンサーバイオバンクの知名度向上にも貢献した。 ⑤ 今年度の検体頒布実績は企業共同研究2件、アカデミア共同研究1件、利活用1件であり、引き続きがん医療研究の推進に向けた検体提供に取り組んだ。

1 質の高い医療の提供（中項目）

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、ISO15189：2022（第4版）に基づく認定への移行審査を受審し承認を受ける。	⑥ ガン予防遺伝カウンセリング外来では、初診62家系92名、再診303家系387名が受診した。（自費検査 12件） ⑦ MSI検査件数は院内総数で15件（MMR-IHC：96件、陽性11件）であった。 ⑧ BRACAnalysis診断システム検査を197件実施し、病的変異・意義不明変異が確認された18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13件実施し、病的変異が確認された9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72件実施した。（内訳：NCCオンコパネル5件、FoundationOneCDx54件、FoundationOne LiquidCDx6件、GenMineTOP7件）また、治験参加のため国立がん研究センター中央病院へ6名の受診予約を行った。 ⑪ ISO15189：2022（第4版）移行審査を受審し、2025年8月に認定を取得した。その後の定期サーベイランスでも認定を更新し、円滑な業務遂行に努めた。
---	---	--

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
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。	エ がん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1,240件であり、目標件数を上回った。重症患者の依頼増加により対応頻度が高まったことが要因と考えられる。 ⑬ がん治療に伴う気持ちのつらさを抱える患者・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 15件 ※担当者の事情により1-3月のみ実施） ⑭ 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：314件、外来診察前面談に係る連携充実加算件数：141件、がん薬物療法体制充実加算件数：51件、病棟での薬剤管理指導件数：3,220件）
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。	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 今年度開始した治験は5件（治験エントリー患者数：20名）であり、4月より外部委託治験コーディネーターを活用することで治験の円滑な実施を支援した。 ⑰ JCOG（Japan Clinical Oncology Group）（※）による医師主導治験に新たに参加するとともに、体調測定器データやゲノムシーケンス結果と臨床情報との統合解析をはじめ、多様な研究ニーズに対応した。（※）日本臨床腫瘍研究グループ

1 質の高い医療の提供（中項目）

（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。

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。

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49名）、中級編1回（受講者数29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1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

1 質の高い医療の提供（中項目）
中期計画の

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3) 緩和ケアの推進（小項目）		
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するとともに、緩和ケアチームと連携し、入院・外来患者及びその家族を継続的に支援する。 また、ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラム（※）や緩和ケアリンクナース会等研修会を計画的に開催し、基本的緩和ケアから専門的緩和ケアへつなぐ体制を強化する。 ※ エンド・オブ・ライフ・ケアを提供する看護師に必須とされる能力習得のために、アメリカで開発された系統的な教育プログラムの日本版。	① 緩和ケア科外来の初診時に専門・認定看護師が全患者に同席（295件）し、緩和ケア・緩和ケア病棟について補足説明を行った。在宅調整が必要なケースへは直接介入して支援した。 ② 緩和ケアチームの新規依頼件数は昨年度より増加した。外来緩和ケア管理料を10月より算定開始し、目標値を達成した。 ③ 緩和ケアリンクナース会を年間8回開催し、せん妄・疼痛・便秘対応や他職種コミュニケーションに関する事例検討を行い、症状緩和への理解を深めた。 ④ ELNEC-Jコアカリキュラム研修を11月に開催し、院内外の看護師23名が受講した。

1 質の高い医療の提供（中項目）

（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、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：338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・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：58回）
- ③ 入院外来ともに、リハビリテーション実施患者全員に対して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 入院：810件 外来：781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。

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	- 指標の達成状況に関しては、「リンパ浮腫に対する施術件数」「リハビリテーション新規依頼件数」「臨床研究件数」及び「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」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」「がんゲノムプロファイリング検査件数」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、希少がん専用問合せフォームを通じた相談対応を行うとともに、希少がん研修会を年2回開催した。また、バイオバンクの運営に関しては、バイオバンク登録件数は目標を下回ったものの、検査技師が説明同意業務を担う体制が定着し質の高い試料提供につながるなど、研究基盤の充実を図った。また、「がんゲノム医療の推進」では、がんゲノムプロファイリング検査件数は目標を下回ったものの、ISO15189：2022（第4版）への移行審査を受審し認定を取得するとともに、定期サーベイランスにおいても認定を更新した。さらに、「緩和ケアの推進」では、緩和ケア科外来初診時に専門・認定看護師が全患者に同席し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。加えて、「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たため、「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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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（％）	70.0	74.0	105.7%	70.0	iv
2	感染対策研修受講率（％）	98.0	98.8	100.8%		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	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)
63.6	65.6	68.8	72.5	74.0
90.7	91.9	98.7	98.6	98.8

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 医療安全対策等の推進（小項目）		
患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策等を推進する。	患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、医療安全対策等を推進する。	
ア ヒヤリ・ハット事象の報告を更に促進し、リスクマネ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73.4%と目標値を3.4%上回った。前年度の実績72.5%からは0.9%増加した。 ② GOOD-JOB報告211件（前年度比＋52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749件（前年度比＋74件）。 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：97%、第2回：100%）

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、感染対策研修を年2回実施し（受講率第1回：98.36%、第2回：99.27%）、年間平均受講率98.81%で、前年度98.6%を上回った。 ⑧ 院内感染対策については、患者・職員の感染発生状況を継続的に把握・院内情報発信し、年間を通じてクラスターの発生は認められなかった。
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 チームSTEPPS研修を初級編3回・中級編2回の計5回実施した。在職職員のうち初級編受講済の割合は85%に達した。 ⑪ 安全文化調査を実施し、結果を幹部と共有するとともに、医療安全推進活動の改善に反映した。
（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、医療機器を安全に使用するため、使用前点検とME機器システムでの中央管理を行い、保守点検を適切に実施する。 さらに、医療機器に関連するインシデント報告を分析し、必要時は医療機器の適正使用に関する院内研修を開催するとともに、医薬品の安全使用のための研修会を定期的に開催する。	① 安全で安心な放射線治療を提供するため、放射線治療の精度管理として、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結果を掲示した。 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 DX対応医療機器の取り扱い説明会を全病棟に実施し安全管理体制を構築した。また、医療機器に関わるインシデントを分析しリスクマネジメント委員会と連携して勉強会を実施した。

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」及び「感染対策研修受講率」は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、「医療安全対策等の推進」では、リスクマネージャー及び医療安全管理委員を中心とした多職種で構成する7つの検証ワーキンググループが各々年間12回活動し、インシデントや事故報告の原因分析や再発防止策の検討・共有を通じて医療安全を推進を図った。また、GOOD－JOB報告は211件（前年度比＋52件）となり、リスクマネジメント部会での事案共有や推進月間等の取組の成果が認められた。また、感染対策研修を年2回実施し年間平均受講率98.81%と目標値を上回るとともに、患者・職員の感染発生状況を継続的に把握・情報発信し、年間を通じてクラスターの発生は認められなかった。さらに、チームSTEPPS研修を初級編3回、中級編2回の計5回実施し、在職職員の初級編受講済割合は85%に達したほか、安全文化調査の結果を幹部と共有し医療安全推進活動の改善に反映した。「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、DX対応医療機器の取り扱い説明会を全病棟で実施し安全管理体制を構築するとともに、医療機器に関わるインシデントを分析しリスクマネジメント委員会と連携して勉強会を実施した。また、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たため、「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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	1,501	108.8%		iv
2	院内クリニカルパス適用症例率（%）	53.0	52.0	98.1%		iii
3	医療相談件数（件）	4,800	5,041	105.0%		iv
4	患者満足度割合（%）	90以上	86.8	96.4%	90以上	iii

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)
1,549	1,671	1,481	1,405	1,501
53.1	55.4	53.5	52.3	52.0
3,888	3,742	4,428	4,740	5,041
89.2	85.9	88.8	86.9	86.8

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 患者及びその家族への医療サービスの充実（小項目）		
患者及びその家族への医療サービスの充実が図られるよう、以下の取組を実施する。	患者及びその家族への医療サービスの充実が図られるよう、以下の取組を実施する。	
ア 治療の選択に対して、患者自身が自己の価値観や生活スタイルを踏まえた意思決定ができるよう支援する。	ア 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じ、患者・家族・職員に対する相談・指導・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、院内職員に対しては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 患者総合支援センター等の各所にACPパンフレットを設置し、年間を通じて10部/月前後の配布を継続した（累計で約110部）。また、医師が直接患者にACPのパンフレットを手渡しするなど、ACPの理解を深める活動を継続して行った。
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及び事前面談により、入院では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314件、外来事前面談に関係する連携充実加算件数141件・がん薬物療法体制充実加算件数51件、病棟での薬剤管理指導件数3,220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：5件） ⑤ 診療放射線技師が参画した放射線治療前説明を実施した。（実績：40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への修正を行っていく。 ※ 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・治療に対する院内クリニカルパスの作成を行うとともに、既存のパスについても見直しを行い、各疾患に対応した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52.0%であり、目標値53.0%はやや下回ったが、パスの継続的な整備・改定に取り組んだ。

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年13回、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年12回開催した。（療養・就労両立支援指導料：1件、就職相談：14件、就労総相談：419件） ② 初回入院患者に対して就労に関するアンケートを実施し、早期介入を促進した。 ③ 栃木県地域両立支援推進チームでは、がん専門医療機関としての役割に加え、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関する情報提供等を行い、関係機関との連携強化に努めた。
（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 接遇マニュアルを院内情報共有ツールに掲載し、全職員が容易に確認できる環境を整備した。 また、新社会人マナー研修を4月に集合型で実施した。（参加者40名） ② 専門家による事前調査結果を踏まえた接遇研修を12月に開催した。（対象者50名、出席率100%）
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。	③ 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調査結果は次のとおりである（評価基準：「当院を全般的に評価したときの満足度」）。 ・外来は83%であり、目標値90%には届かなかった。他医療機関との比較では、「診察までの待ち時間」（90位／92施設中）及び「診療時間」（76位／84施設中）の項目の評価が特に低かった。 ・入院は91%であり、目標値90%を達成した。他医療機関との比較においても良好な水準であった。 ④ 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、必要に応じて改善対応を行った。 ⑤ マイナンバーカードの健康保険証利用について、カードリーダーの増設（10台）や院内周知等により利用促進を図った結果、利用率は4月の43%から12月には72.4%まで向上し、患者の利便性向上に寄与した。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(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 現地において、喫煙防止教育を実施した。（小学校12校、中学校2校、大学1校、栃木県保健衛生事業団1、合計16カ所） ② 県民へのがんに関する知識の普及啓発を目的として、がん教育推進協議会へ参画するとともに、市民公開講座の開催や学校・患者団体における講話を実施した。これにより、県民や学生等のがんに関する理解促進および普及啓発を図った。 ③ リレー・フォー・ライフとちぎに参加し、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 患者サロンを年間を通じて集合形式（一部ハイブリッド形式）で開催した。患者同士の語り合い時間の拡充と新規プログラム（フラダンス体験と語り合いの会）の実施により、参加者数は前年度実績を上回った。
イ ボランティアと連携、協働し、院内の案内や季節ごとの行事の開催等、療養環境の向上を図る。	イ ボランティアと連携、協働し、院内の案内や季節ごとの行事の開催等を通して、療養環境の向上を図る。	③ ボランティア運営委員会及びがんセンターボランティアこだまの会総会の開催を経て、院内の感染対策を遵守した上で2024年8月より一部活動を再開し、2025年度は年間を通じてボランティア活動を実施した。ボランティア会員が定期的に本の補充・入替を行い、外来患者が利用できる環境を維持した。 ④ 医師及びボランティア会員の協力のもと、患者や地域住民が医師・医療関係者と気軽に話せる場である「こやまカフェ」を年間を通じて開催した。（月平均開催日数：3.8日、月平均利用者数：8.3人）

3 患者・県民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
・ 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」及び「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」及び「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パンフレットを各所に設置・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やや下回ったものの、新たなパスの作成や使用中パスの見直し・改定を行い、各疾患に対応した適切なパスへの整備に取り組んだ。「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年13回、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年12回開催するとともに、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、接遇マニュアルの整備や接遇研修の開催により職員の接遇マナー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等による患者の利便性向上を図ったが、患者満足度調査における外来全般的満足度は目標を下回った。「県民へのがんに関する情報の提供」では、現地において喫煙防止教育を実施するとともに、がん教育推進協議会への参画や市民公開講座の開催等を通じて、がんに関する知識の普及啓発に努めた。「ボランティア等民間団体との協働」では、年間を通じてボランティア活動及び患者サロンを実施し、療養環境の向上と患者同士の交流促進を図った。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価 (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たため、「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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	64	98.5%		iii
2	職員満足度割合（％）	90以上	71.8	79.8%	90以上	i

※ 中期計画指標のみ記載

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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 実績値 (再掲)
61	62	67	65	64
69.3	65.8	68.7	70.1	71.8

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 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51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20例を術者として実施）
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及び採用活動を推進する。 - 学校訪問など、養成機関との連携を強化する。 - 病院見学会、ナースジョブチャレンジ（職場体験）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、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積極的に取り組み、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。	② 4月の養成校訪問をはじめ、就職ガイダンスへの参加、オンライン・対面による病院見学会・職場体験を実施した。 ③ 2026年度新卒・新採用14名、既卒10名の採用を確定した。年間を通じて随時採用試験を実施し、中途採用5名の採用を行った。また、県内外の養成学校への募集案内配布・学校訪問を実施し、次年度採用活動を推進した。 ④ 年度計画に基づき、予定の院内研修を開催したほか、院外研修においても参加を奨励し学習の機会を提供した。（次年度1名が認定看護師養成課程に進学が決定）

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 - 大学との連携強化や見学会の実施、迅速な採用活動や随時募集により、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。 - 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。 - タスク・シフト／シェアに関する講習会等に積極的に参加し、働き方改革の意識向上を図る。	⑤ 薬剤師については、新卒薬剤師の採用試験応募者数の増加を目指し、大学との面談、合同就職説明会への参加、見学会の実施及び随時募集等の採用活動を行った。その結果、2月に薬剤師（産育休代替期限付職員）1名を採用した。また、産育休職員の代替として、9月から調剤薬局薬剤師1名の受入れを開始した。 ⑥ 放射線技師については、パンデミック時の感染症にかかわる業務への介入に備え、診療放射線技師が自己研鑽により感染症関連の認定を取得した。また、第一種放射線取扱主任者の資格取得に向けた専門セミナーの受講体制を整備するとともに、大学との連携による共同研究を推進した。 ⑦ 「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24名受講） ⑧ ISO15189：2022版への移行審査及び第2回定期サーベイランスを受審し、認定を維持した。 ⑨ 薬剤師3名が、日本病院薬剤師会がん薬物療法認定薬剤師の認定を更新した。
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。	⑩ 医療事務の実務経験や専門性を備えた特定業務職員（医師事務作業補助）2名、産休代替任期付（医師事務作業補助）1名採用することができた。
(2) 研修内容の充実（小項目）		

4 人材の確保と育成（中項目）

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2回、院内職員のみを対象としたグランドカンファレンスは7回開催した。院外医療従事者も対象とした際は、WEB視聴も可能なハイブリッド形式で開催し、参加しやすい環境を整備した。 ② 新規採用職員を対象とした基本研修は、4月に1日（終日）実施した。（対象者41名、受講者39名。なお前年度中途採用者3名も受講し、全受講者は42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23名、受講者13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9名を加えた全33名が共通研修を受け、選択研修を延べ48回履修した。また、能力開発研修以外の研修（一次評価者研修・新任所属長研修）についても対象該当者に受講を促し、3名が履修した。
中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3) 人事管理制度の構築（小項目）		
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、試行評価の実施及び他の医療機関の人事評価制度の研究を行った。

4 人材の確保と育成（中項目）

（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。	
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 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ホットラインを契約し、職員が直接院外の相談窓口で相談できる環境を整えた。（外部相談窓口への相談件数：1件） 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：28名） ③ 院内のハラスメント防止対策を徹底するために、今年度はeラーニングを用いて、定期的にハラスメントに関する動画研修（厚労省の研修素材を利用）を実施した。年間を通して、全6回実施し、職員全体の全6回の平均受講率は91.5%だった。 ④ 毎月事業所内で産業カウンセラーによる出張カウンセリングを受けられる体制を整備しており、予約枠に対する利用者の割合は約3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“仕事のやりがい”が72.0%で、前回70.0%から微増したものの、目標値90.0%には届かなかった。なお、仕事のやりがいの他施設との比較ランキングは107施設中20位と比較的上位であり、参加施設数が増加した中でも極端に成績が悪い項目はなかった。また、「勤務条件」「勤務意欲」「処遇条件」など多くの項目で前年度から改善がみられた。
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。また、病理診断医師1名が在宅と出勤のハイブリッド勤務を開始した。

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時間を超える医師を毎月衛生委員長（病院長）に報告を行った。 ⑧ 看護部の作業軽減のため電子カルテと連携できるバイタル機器を導入した。その他、業務効率化のため会議室に大型モニタを導入し、準備時間の短縮を図った。 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、また、放射線技師については、パンデミック時の感染症にかかわる業務への介入に備え、診療放射線技師が感染症関連の認定を取得した。
（5）医療従事者の臨床倫理観の向上（小項目）		
医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。	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 臨床倫理の啓発活動として、臨床倫理啓発ポスターを作成し院内への周知を図った。また、院外専門家を講師に招き講演会を開催した。（院内60名、院外25名参加）

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」（※）の活用を継続して促進し、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。（定例20例、臨時2例 計22例検討） ③ 「モヤモヤ報告」を活用した報告件数は40件であった。また、臨床倫理学会においてモヤモヤ報告の運用と活用について発表した。

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
・ 職員満足度の向上に向けて積極的な取組を図られたい。	職員満足度の向上に向けて、院内外の相談窓口の継続運用やe-ラーニングを活用したハラスメント防止研修の定期実施、産業カウンセラーによるカウンセリング体制の整備など、職員が相談しやすい環境の確保に努めた。

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」の指標で目標値をわずかに下回り、「職員満足度割合」も目標値を下回った。 ・ 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」において、医師については、肝胆膵外科学会高度技能修練施設（A）として修練医を術者とする高難度手術を実施し、専門医資格取得に向けた技能向上を図った。看護師については、就職ガイダンスへの参加や病院見学会・職場体験の実施など各種採用活動を行い、次年度採用者の確保に努めた。薬剤師については、大学との面談や合同就職説明会への参加、見学会の実施などの採用活動を行うとともに、産休代替職員の確保などにより人材確保に努めた。また、放射線技師及び臨床検査技師については、タスク・シフト／シェアに関する講習会の受講や各種資格の取得を通じて資質向上を図るとともに、ISO15189の認定を維持した。 ・ 「研修内容の充実」においては、グランドカンファレンスを院外対象2回、院内対象7回開催するとともに、新規採用職員及び中途採用職員を対象とした基本研修を実施したほか、県人事課主催の能力開発研修への参加を促進した。 ・ 「人事管理制度の構築」においては、新たな人事評価制度の導入に向けて試行評価の実施し、制度の検証を進めた。 ・ 「働きやすい職場環境づくり」においては、ハラスメント防止対策として院外相談窓口を継続して設置するとともに、e-ラーニング研修を定期的に実施した。また、医師の時間外労働状況の毎月報告や電子カルテ連携バイタル機器の導入など、勤務環境改善に向けた取組を継続した。しかし、職員満足度調査の結果においては、評価基準としている「仕事のやりがい」が前回から微増したものの目標値には達しなかった。 ・ 「医療従事者の臨床倫理観の向上」においては、院外専門家を講師に招いた講演会を開催するとともに、定例臨床倫理カンファレンスを月1回継続開催し、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、計画を下回っていることから「B」評価とした。引き続き人材の確保と育成に積極的に取り組まれない。

5 地域連携の推進（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	71.4	91.5%		iii
2	受託検査件数（件）	180	255	141.7%		v
3	退院調整症例の在宅復帰率（％）	89.0	88.5	99.4%		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（％）	42.0	38.5	91.7%		iii
5	紹介率（％）	97.0	98.7	101.7%	97.0	iv
6	逆紹介率（％）	50.0	72.3	144.6%	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	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)
81.9	80.6	75.3	75.4	71.4
159	195	179	185	255
87.3	84.7	86.1	85.0	88.5
63.6	35.8	41.6	44.8	38.5
96.9	95.9	98.0	97.7	98.7
47.3	42.6	58.5	70.1	72.3

※ 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効率よく開催するとともに、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し、紹介患者数の増加を目指す。 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とともに、逆紹介割合を恒常的に30%以上維持できる体制作りを進める。	① 医療連携情報交換会を2回開催した。また、郡市医師会向け講座は今年度の開催実績がなかったことから、来年度より製薬会社との共催形式に変更し、開催体制を見直すこととした。 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4月採用の医師向けに1回開催した。（医師の登録率：4月時点80.0%→3月時点71.4%） ③ 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、逆紹介割合30%以上の維持に努めた。

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177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1名受け入れた。
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ほか、各医療機関訪問時に検査依頼方法を説明し、受託検査件数増加を目指す。 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 受託検査依頼件数は年間255件（前年度実績185件から70件増）となり大幅に増加した。全四半期で前年同時期を上回る件数を達成し、取り組み強化の成果が現れた。

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退院前カンファレンス件数は2024年度と比較して37件減少した。なお、カンファレンスを実施しなかった場合には、電話や文書を用いて情報共有した。 ②在宅療養中の患者については、「どこでも連絡帳」を活用しながら関係機関等と連携を図り、緊急入院要請時には速やかに対応できた。
（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、介護支援事業所、院内関連部署と連携を図り、早期から計画的に介入し、緊急時の緩和ケア病棟への受入れを含めた在宅緩和ケアを推進する。	①今年度から、地域連携チーム、相談支援チーム及び緩和ケアセンターに所属する医療ソーシャルワーカー（MSW）並びに緩和ケアセンター看護師が後方支援を行った。 ②緩和ケア病棟をバックベッドとして活用し、緩和ケア患者の受入れ及び看取りを含めた在宅緩和ケアの推進を図った。 ③宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスについては、当初９回の開催を計画していたが、済生会担当回で休会があり、計８回の開催となった。テーマとして食事支援や身寄りのいない方への支援を取り上げたことにより、栄養士及び介護支援専門員の新たな参加につながった。

5 地域連携の推進（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	指標の達成状況に関しては、「受託検査件数」「紹介率」及び「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」及び「在宅療養中に関係機関と連携した患者の在宅看取り率」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」において、医療連携情報交換会を2回開催し地域医療機関との連携を図ったほか、とちまるネット勉強会を開催し医師の利用登録促進に取り組んだ。また、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するとともに、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し診療情報の提供（177件）を行い、医科歯科連携を推進した。さらに、がん医療における医薬連携研修会を保険薬局及び病院薬剤師を対象に2回開催したほか、受託検査件数は前年度比70件増の255件となり、目標値を大幅に上回った。 ・ 「患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化」においては、退院前カンファレンスの実施や電話・文書による情報提供を通じて、患者・家族との連携を図るとともに、在宅療養中の患者の緊急入院要請にも速やかに対応した。 ・ 「在宅緩和ケアの推進」においては、今年度から地域連携チーム、相談支援チーム及び緩和ケアセンター所属の医療ソーシャルワーカー（MSW）及び看護師が後方支援を担う体制に移行するとともに、緩和ケア病棟をバックベッドとして活用し、在宅緩和ケアの推進を図った。また、宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを年8回開催し、食事支援や身寄りのない方への支援をテーマとして取り上げた結果、管理栄養士や介護支援専門員の新たな参加につながるなど、多職種連携の充実を図った。 ・ 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たため、「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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	8	133.3%		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	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)
8	8	10	12	8.0

※ 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）及びがん診療連携拠点病院等の整備に関する指針を踏まえ、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。また、がん診療連携協議会の運営に行政が参加する体制への移行について、協議会及び緩和ケア部会において周知を行った。 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 栃木県がん・生殖医療ネットワークの事務局として、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2回開催し、がん治療医と生殖医療医との連携促進を図った。 ④ 院内においては、AYA世代の患者への早期介入（支援）を目的としてAYAスクリーニングシートを実施するとともに、月1回AYA支援カンファレンスを開催し、支援体制の充実を図った。
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 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実施した。また、当センターにおいて放射線治療を実施している4施設の医療従事者に対して実務研修を実施した。 ⑦ 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2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等を通じて広く周知を行い、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179名（内、院外から参加者56名）が受講した。 ⑧ 薬剤部では、県内の病院・保険薬局からがん専門の研修を受け入れ、認定薬剤師の育成に継続的に寄与した。今年度の研修受講者2名が外来がん治療認定薬剤師の認定を取得し、これまでの累計認定取得者は8名となった。 ⑨ 緩和ケアチームでは、他院緩和ケアチームの受入れを行い、チーム活動や多職種カンファレンスへの同行を通じて研修・交流の場を提供した。

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
(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。	年度を通じて、正確ながん登録を継続し、質の高いデータの担保に努めた。6月に開催された日本がん登録協議会学術集会では、がん登録データを活用し、栃木県における将来的ながん対策の取り組みについて考察した発表が行なわれた。新型コロナウイルス感染症ががん検診や受診に与えた影響を経年で観察する取組については、観察年度を追加しながら引き続き実施しており、来年度も継続する予定である。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。

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」にお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」において、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。また、がん診療連携協議会の運営に行政参加体制への移行について関係機関に周知を行ったほか、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）と連携し、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。さらに、栃木県がん・生殖医療ネットワーク会議を2回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、AYAスクリーニングシートの実施及び月1回のAYA支援カンファレンスの開催により支援体制の充実を図った。加えて、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2回開催（参加者179名、うち院外56名）するとともに、県内の放射線治療施設への技術支援活動や薬剤部でのがん専門研修受入れ（外来がん治療認定薬剤師の累計認定取得者8名）、他院緩和ケアチームの受入れ等を通じて、がん医療に携わる医療従事者の育成支援に取り組んだ。 「がん対策事業への貢献」においては、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ほか、日本がん登録協議会学術集会における発表や、院内がん登録データを活用した新型コロナウイルス感染症のがん受診への影響に関する検討、がん登録実務者を対象とした研修会の開催等を通じて、がん対策事業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たため、「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）の策定及び訓練を実施するとともに、訓練の結果を踏まえ、必要に応じ改善に向けた対応を行う。 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 部署内で複数名のCOVID-19陽性者が発生した際も、感染対策を徹底することによりクラスターの発生や更なる感染拡大を防止し、病棟閉鎖を行うことなく対応できた。 ② 当センターの防災対応や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、防災意識の向上を図った。 ③ 医療機関として火災等発生時における患者の人命救助を確実にを行うため、病棟火災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。 ④ 災害時用の医薬品や患者用・職員用の非常食及び飲料水を計画的に更新した。 ⑤ 事業継続計画（BCP）「情報セキュリティインシデント発生時編」を策定し、幹部会議及び経営会議の承認を経て理事会へ報告した。

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	・ 感染対策を徹底することにより、部署内でCOVID-19陽性者が発生した際もクラスターの発生や感染拡大を防止し、病棟閉鎖を実施することなく対応できた。また、新規採用職員向けの防災研修用資料を作成し防災意識の向上を図るとともに、病棟火災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並びに大地震を想定した防災訓練を実施した。さらに、災害時用の医薬品や患者用・職員用の非常食及び飲料水を計画的に更新したほか、BCP（事業継続計画）「情報セキュリティインシデント発生時編」を策定し、幹部会議及び経営会議での承認を得て理事会へ報告するなど、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たため、「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 施設の老朽化に伴う修繕業務等に迅速に対応するため、事務局に施設課を新設した。 ② R8（2026）年度に向けた組織改編として、「がん予防・遺伝カウンセリング科」の診療体制強化に伴い、今後の遺伝診療の拡大を見据え、診療科名称を「遺伝子診療科」に変更した。
（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。	③ 経営会議・経営戦略会議を毎月開催し、収支状況・経営改善策・決定事項を周知し、経営情報の共有化と一体感の醸成に努めた。 ④ 「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た。大会議室への大型モニターの整備や医療連携情報交換会の開催強化など、医療サービスの向上や地域連携強化に資する取組につなげた。（業務改善提案件数12件、うち7件採用）

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	—

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	- 施設の老朽化に伴う修繕業務への迅速な対応等を目的として事務局に施設課を新設したほか、R 8（2026）年度に向けた組織改編として「がん予防・遺伝カウンセリング科」の診療体制強化に伴い診療科名称を「遺伝子診療科」に変更した。また、職員全員の経営参画意識の向上を図るため、経営会議及び経営戦略会議を毎月開催し、収支状況や経営改善策、決定事項の周知に努めた。さらに、「業務改善提案」の制度を活用し、大会議室への大型モニターの整備や医療連携情報交換会の開催強化など、医療サービスの向上や地域連携強化に資する取組につなげるなど、効果的かつ効率的な業務運営を図った。（業務改善提案件数：12件、うち7件採用） - 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たため、「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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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）	5,000	5,492	109.8%		iv
2	新外来患者数（人）	5,600	5,591	99.8%		iii
3	運用病床利用率（％）※	85以上	67.2	79.1%	85以上	i
4	診療材料費対医業収益比率（％）	10.6	10.5	100.9%		iv
5	ジェネリック医薬品採用比率（％）	85.0	83.2	97.8%		iii

※ 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	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)
4,239	4,200	4,675	5,037	5,492
6,620	7,727	6,773	5,554	5,591
70.6	67.0	66.1	66.1	67.2
9.4	9.8	9.6	10.2	10.5
88.1	85.9	86.4	87.0	83.2

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3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。 ③ YouTubeに動画を11本公開した。 ④ 14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。

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 医師・看護師・病棟クラーク等との多職種連携のもと、入退院情報及び病床情報のリアルタイム把握を徹底するとともに、緊急入院や予定外入院に対しても空床状況を踏まえた柔軟な病棟調整を行い、安定的な受入体制を維持した。 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」を推進した。これらの取組により、年間を通じて一般病床の病床稼働率（退院日を含む）を一定水準で推移させた。
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 診療報酬請求は、年間を通じて遅滞なく適切に実施した。 ⑩ 専門的な知識を有する特定業務職員の増員を図るため、診療情報管理士の資格取得を目指す職員に対し、既取得者による指導・助言等を通じた育成を行った。 ⑪ 診療報酬改定に関する情報収集を行い、タスクフォースを開催して院内関係部署と共有するなど、次年度改定に向けた準備を進めた。
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・相談窓口及びMSW等と連携を図り、医療費の支払いに係る相談について早期から積極的に介入し、患者の不安軽減を図るとともに、未収金の発生防止に努めた。また、入院中から退院後を見据えた支援を行い、円滑な会計処理の推進及び未収金発生リスクの低減を図った。 ⑬ 未収金回収業務を委託している弁護士法人と連携し、長期末収金の一部について回収を実現した（4件（3人）221,189円）。また、回収が困難と判断される債権について整理した。（25件（5人）1,255,591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周知するとともに、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、経営会議及び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。 ② 収支実績資料を刷新し、各会議体において継続的に活用・改善を図った。
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。	③ 医薬品については、ベンチマークシステムを活用した価格交渉を前年度より1回多く実施し、ほぼ全ての卸業者において値下げが実現した結果、ヒアリング後の加重平均値引率が改善した。 ④ 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の実施や、ニトリルグローブの安価な同等品への切替えにより費用削減を図った。また、手術で使用するシーリングデバイスの同等品への統一化を行い、1品目あたりの使用量を増加させることで価格の抑制につなげた。
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、毎月の衛生委員会において報告した。 ⑥ 業務効率化を目的として5月よりRPAを正式導入し、在院日数の適正化、算定率の向上及び職員アカウント登録作業の効率化など、複数業務の自動化を推進した。また、院内へのRPA周知及び利活用促進を目的として勉強会を2回開催した。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
エ 原価計算の実施などにより、収支の推移等を分析し、診療科及び部門ごとに適切なコスト管理を行う。	エ 経営分析システムを活用し、収支の年度別推移を分析し、診療科及び部門ごとに適切なコスト管理等を行う。	⑦ 経営分析システムを活用し、手術室運営会議においてデータを提示することで、曜日ごとの手術件数の平準化や手術枠の再編に取り組んだ。また、資材管理の改善により期限切れによる廃棄額の削減を図った。 ⑧ 診療科ヒアリング（23科・1部門）を実施し、初の試みとして各診療科から目標入院患者数及びその達成に向けた施策案について協議した。 ⑨ 事業系センターヒアリング（20部署）を実施し、経営改善タスクフォースの取組に準じて経営改善の現状把握及び課題共有を行った。 ⑩ 収支実績資料を各会議体において継続的に活用し、経営分析結果を経営改善に反映させた。

中期計画の

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
・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。	前年度に計画を下回った「運用病床利用率」「新外来患者数」等について要因分析を行い、経営改善タスクフォースを中心に収益改善に向けた取組を推進した。多職種連携のもと入退院情報のリアルタイム把握の徹底や在院日数の適正化を推進するとともに、診療科ヒアリングにおいて各診療科の目標入院患者数及びその施策案を協議するなど、収益改善に向けた取組を強化した。費用面においても、RPAの活用による業務自動化や医薬品・診療材料の価格交渉及び同等品切替えにより費用削減を図った。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

法人の 自己評価	B	評 価 理 由	・ 指標の達成状況に関しては、「新入院患者数」及び「診療材料費対医業収益比率」において目標値を上回った一方、「新外来患者数」「運用病床利用率」及び「ジェネリック医薬品採用比率」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「収入の確保への取組」において、広報紙「がんセンターだより」の年3回発行やイベント出展、YouTube動画11本の公開、14件のメディア掲載等、積極的な広報活動を行うとともに、広報誌発行部数の最適化や新聞購読方法の見直し等による広報コストの合理化を図った。また、医師、看護師及び病棟クランク等との多職種連携のもと、入退院情報及び病床情報のリアルタイム把握を徹底するとともに、DPC入院期間Ⅱの最終日を指標とした在院日数の適正化を推進した。さらに、診療報酬請求を年間を通じて遅滞なく適切に実施したほか、会計窓口、相談窓口及びMSW等と連携し、医療費の支払いに係る相談に早期から積極的に介入して未収金の発生防止に努めるとともに、弁護士法人と連携し、長期未収金の一部回収及び回収困難債権の整理を行った。「費用の削減への取組」においては、病院の収支状況を月次で管理するとともに、経営会議及び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するとともに、同等品への切替えにより費用削減を図ったほか、主要ベンダーとの価格交渉により情報システム保守費用を削減した。さらに、RPAを正式導入し、在院日数の適正化、算定率の向上及び業務の自動化等を推進するとともに、診療科及び事業系センターヒアリングを実施し、その結果を経営改善に反映させた。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、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、計画をやや下回ったことから「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	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 実績値	R7(2025) 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	93.1	93.1％	100以上	iii
2	医業収支比率（修正医業収支比率）（％）	85以上	80.3	94.5％	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	R7(2025) 年度 実績値 (再掲)
118.9	101.7	95.8	91.7	93.1
85.5	79.4	80.5	78.8	80.3

※ 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とともに、クラウドファンディング等の資金確保策に引き続き取り組む。	① 経常収支は約7億9,000万円の赤字となり、経常収支比率は93.1%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 収支状況の報告様式を刷新し、各会議体を通じて継続的に活用した。 ④ 経営改善タスクフォースをはじめとした改善活動の取組を推進した。RPAを活用した在院日数の適正化や算定率の向上を図るとともに、HCU加算の向上及び病棟再編を実施した。 ⑤ クラウドファンディングについては、サービス会社を活用し複数案を検討したが、実施内容等を総合的に勘案した結果、今年度の実施は見送ることとした。

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）

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
・ 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。	収支状況の報告様式を刷新して各会議体での継続的な活用を図るとともに、経営改善タスクフォースを中心に在院日数の適正化・算定率の向上、HCU加算の向上及び病棟再編を実施するなど、具体的な収益改善策を講じた。引き続き経営会議及び経営戦略会議を通じて月次での収支状況を共有・分析し、経常収支の黒字化に向けた取組を継続する。

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」ともに目標値を下回った。なお、経常収支の赤字額は前年度の約9億4,000万円から約7億9,000万円へと圧縮された。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、経営会議及び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うとともに、収支状況の報告様式を刷新し各会議体を通じて継続的に活用した。また、経営改善タスクフォースをはじめとした改善活動の取組を推進し、RPAを活用した在院日数の適正化や算定率の向上を図るとともに、HCU加算の向上及び病棟再編を実施するなど、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、計画をやや下回ったことから「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。	・ 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 建物については、特記事項なし。 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、県の庁内ワーキンググループや地域医療構想調整会議への参加を通じ、県とともに検討を行った。また、県が設置した「県立病院あり方検討有識者会議」（全3回）に参加し、県立病院の総合病院化の必要性等の提言を受けた。同会議の提言を踏まえ、3月に県と国立病院機構との間で、県立病院と国立病院機構栃木医療センターの再編統合に向けた協議を進めるにあたっての基本合意書が締結された。
・ 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。	① 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、防犯カメラ、放射性医薬品の内用療法治療における特別措置病室に係る備品調達一式、電動リモートコントロールベッド、上部消化管LED内視鏡システム、下部消化管LED内視鏡システム、超音波画像診断装置、勤怠管理システム、安全管理カメラなどを計画的に更新した。

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	・ 当センターの診療機能及び施設整備のあり方について、県の庁内ワーキンググループや地域医療構想調整会議への参加を通じ県と検討を行うとともに、県が設置した「県立病院あり方検討有識者会議」（全3回）に参加し、県立病院の総合病院化の必要性等の提言を受けた。また、同会議の提言を踏まえ、3月に県と国立病院機構との間で、県立病院と国立病院機構栃木医療センターの再編統合に向けた協議を進めるにあたっての基本合意書が締結された。さらに、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、防犯カメラ、放射性医薬品の内用療法治療における特別措置病室に係る備品調達一式、電動リモートコントロールベッド、上部消化管LED内視鏡システム、下部消化管LED内視鏡システム、超音波画像診断装置、勤怠管理システム、安全管理カメラなどを計画的に更新・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たため、「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78件、その他警察署からの捜査事項照会44件、栃木県情報公開条例に基づく開示請求4件に対応した。
・ 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、情報セキュリティに関する情報共有及び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 委託先事業所における要配慮個人情報漏洩事案を受け職員に個人情報の取扱いへの注意喚起を行った。 ④ 情報セキュリティに関する注意喚起・情報共有を年間を通じて継続して行い、職員への啓発に努めた。また、BCP（事業継続計画）「情報セキュリティインシデント発生時編」を12月に策定し、幹部会議及び経営会議にて承認を得るとともに、理事会へ報告した。さらに、栃木県警察と定期的にサイバーセキュリティに関する情報共有を行い、連携体制の構築を図った。
・ 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 今年度の監査計画に基づく内部監査及び監事による業務監査を実施し、リスク管理に努めた。また、監事業務監査では全部署を対象に業務フロー文書の現状調査を行い、文書管理体制の課題を把握するとともに、内部統制の強化に向けた対応方針について意見交換を行った。あわせて、コンプライアンスに関する情報の周知を通じ、法令遵守意識の維持・向上を図った。

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
・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。	監事業務監査において全部署を対象に業務フロー文書の現状調査を実施し、文書管理体制の課題を把握するとともに、給与関係や在庫管理など金銭・経営管理に関わる業務における承認・チェック体制の明確化など、内部統制強化に向けた対応方針について意見交換を行った。

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、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るとともに、診療情報開示請求78件、その他警察署からの捜査事項照会44件、栃木県情報公開条例に基づく開示請求4件に対応した。また、情報セキュリティに関する注意喚起・情報共有を年間を通じて継続し、BCP（事業継続計画）「情報セキュリティインシデント発生時編」を策定して承認を得るとともに、栃木県警察と定期的なサイバーセキュリティに関する情報共有を行い連携体制の構築を図った。さらに、今年度監査計画に基づく内部監査及び監事による業務監査を実施し、リスク管理に努めた。 ・ 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たため、「A」評価とした。

令和 7（2025）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 7（2025）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 9 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」及び「財務内容の改善に関する事項」の 3 項目については、計画をやや下回り、経常収支も 3 年連続で赤字を計上した。
- 近年の厳しい経営状況を踏まえ、収入の確保と費用の削減に努めることにより財務内容の改善を図る等、引き続き積極的に経営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

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

(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	令和7(2025) 年度		中期目標期間 の評価		
					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	A	
2 安全で安心な医療の提供	A	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	A	
4 人材の確保と育成	B	B	B	B	B	B	B	B	
5 地域連携の推進	A	A	A	A	A	A	A	A	
6 地域医療への貢献	A	A	S	A	A	A	A	A	
7 災害等への対応	A	S	A	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	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	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	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	A	
2 適正な業務の確保	A	A	A	B	A	A	A	A	

(参考) 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
・第二期中期目標期間の業務実績については、多くの項目で目標を達成したものの、「財務内容の改善に関する事項」等一部の項目において目標が達成できなかった。引き続き、経営環境の変化に対応しながら、積極的に経営改善に取り組む必要がある。(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（中期目標期間の各事業年度の実績）

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 実績値	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	高難度手術延べ件数（件）	51	48	55	57	51	60	85.0%	ii
2	臨床研究件数（件）	216	203	207	216	212	200	106.0%	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	295	270	109.3%	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	1,519	1,035	146.8%	v

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	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。R 4（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。 ・ R 5（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。 ・ R 7（2025）年度は、切除不能症例の散見等の要因により高難度手術件数が目標を下回った。
	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。 ・ R 5（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）」の認定機関となり、R 7（2025）年度にはISO15189：2022（第4版）への移行認定を取得した。

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（※）に取り組む、多職種が専門性を発揮しながら連携、協働し、患者及びその家族もチームの一員として尊重した医療を提供する。また、患者及びその家族の意向も踏まえた治療方針の検討ができるようカンサーボード（症例検討会）の充実を図る。 ※ 医療の質及び患者安全の向上のためのチームワークシステム。	・ 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。 ・ R7（2025）年度は、外来緩和ケア管理料の算定を開始するとともに、E L N E C－J コアカリキュラム研修を開催した。
（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。さらに、がんゲノム医療の推進では、R7（2025）年度にISO15189：2022（第4版）への移行認定を取得し、がんゲノム医療体制の質の維持・向上に努めた。 「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。R7（2025）年度は外来緩和ケア管理料の算定を開始するとともに、ELNEC-Jコアカリキュラム研修を開催した。 「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ことが出来たため、「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たため、「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（中期目標期間の各事業年度の実績）

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 実績値	R7 (2025) 年度 目標値	R7 (2025) 年度 達成率	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	74.0	70.0	105.7%	iv

	R3 (2021) 年度	R4 (2022) 年度	R5 (2023) 年度	R6 (2024) 年度	R7 (2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	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ことが出来たため、「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たため、「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（中期目標期間の各事業年度の実績）

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 実績値	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	患者満足度割合（％）	89.2	85.9	88.8	86.9	86.8	90以上	96.4%	iii

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	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。 ・ R7（2025）年度は、マイナンバーカードリーダーの増設・周知等により、健康保険証としての利用促進を図り、患者の利便性向上に寄与した。

(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がることができた。 ・ R6 (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、R2 (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、R6 (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）年度から、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に導入し、患者の利便性向上を図った。R7（2025）年度は専門家による接遇研修の開催やマイナンバーカードの健康保険証利用の促進に取り組んだ。 ・ 以上の結果、概ね計画通り実施することが出来たため、「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たため、「A」評価とした。

4 人材の確保と育成（中項目）

◆中期計画指標（中期目標期間の各事業年度の実績）

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 実績値	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	職員満足度割合（％）	69.3	65.8	68.7	70.1	71.8	90以上	79.8%	i

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	B	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） ・ R7（2025）年度は、診療放射線技師が感染症関連の認定取得や大学との共同研究推進により資質向上を図るとともに、臨床検査室のISO15189認定を維持した。
	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。	・ 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） ・ R 7（2025）年度は、引き続き試行評価を実施するとともに、他法人の人事評価制度の調査を行い、がんセンターに適した制度構築に向けた検討を進めた。
（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。 ・ R 2（2020）年度に引き続き、R 3（2021）年度及びR 4（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、R 5（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。 ・ R 7（2025）年度は、病理診断医師が在宅と出勤を組み合わせたハイブリッド勤務を開始した。

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。 ・ R7（2025）年度は、電子カルテと連携できるバイタル機器の導入など、業務効率化に向けたデジタル技術の活用を推進した。
（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。R7（2025）年度は、診療放射線技師が感染症関連認定の取得・大学共同研究推進により資質向上を図るとともに、臨床検査室のISO15189認定を維持した。 ・ 「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にご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、計画を下回っていることから「B」評価とした。引き続き人材の確保と育成に積極的に取り組まれない。

5 地域連携の推進（中項目）

◆中期計画指標（中期目標期間の各事業年度の実績）

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 実績値	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	紹介率（％）	96.9	95.9	98.0	97.7	98.7	97.0	101.8%	iv
2	逆紹介率（％）	47.3	42.6	58.5	70.1	72.3	50.0	144.6%	v

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	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。 ・ 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。 ・ R7（2025）年度は、がん診療研修病院として保険薬局薬剤師の研修受入れを行い、医薬連携の強化に努めた。
	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。R7（2025）年度も引き続き取組を継続し、受託検査件数が前年度から大幅に増加した。
（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。R7（2025）年度は、がん診療研修病院として保険薬局薬剤師の研修受入れを行うとともに、受託検査件数が前年度から大幅に増加し、地域医療機関との連携拡充の成果につながった。 ・ 「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、概ね計画通り実施したため、「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たため、「A」評価とした。

6 地域医療への貢献（中項目）

指標名	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	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
(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推進に努めること。	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月に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。 ・ R7（2025）年度は、月1回AYA支援カンファレンスを定例開催し、AYA世代患者への支援体制の充実を図った。

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。 ・ R7（2025）年度は、緩和ケアチームにおいても他院緩和ケアチームの受入れを行い、チーム活動や多職種カンファレンスへの参加を通じて研修・交流の場を提供した。
（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ことが出来たため、「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たため、「A」評価とした。

7 災害等への対応（中項目）

指標名	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	S	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
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ことが出来たため、「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たため、「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）

指標名	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	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などから、専門的に対応する部署として「施設課」を新設し、また、「がん予防・遺伝カウンセリング科」の診療体制強化に伴い、診療科名称を「遺伝子診療科」に変更した。

(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。R7 (2025) 年度は、施設の老朽化等に対応する「施設課」を新設するとともに、「がん予防・遺伝カウンセリング科」の診療科名称を「遺伝子診療科」に変更した。 ・ 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ことが出来たため、「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たため、「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 実績値	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	運用病床利用率（％）※	70.6	67.0	66.1	66.1	67.2	85以上	79.1%	i

※ 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	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	B	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
(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した。 ・ R 7（2025）年度は、診療報酬改定に関するタスクフォースを開催し、次年度改定に向けた院内準備を進めた。
	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。 ・ R 7（2025）年度は、手術室運営会議でのデータ提示により手術枠の効率化に取り組むとともに、診療科・事業系センターヒアリングを実施し、経営改善の現状把握と課題共有を行った。

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。R 7（2025）年度は、弁護士法人との連携による長期未収金の一部回収や、経営改善タスクフォースの開催等、収入確保に向けた取組を推進した。 ・ 「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、R 6（2024）年度及びR 7（2025）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、計画をやや下回ったことから「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（中期目標期間の各事業年度の実績）

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 実績値	R7(2025) 年度 目標値	R7(2025) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	経常収支比率(%)	118.9	101.7	95.8	91.7	93.1	100以上	93.1%	iii
2	医業収支比率(%)	85.5	79.4	80.5	78.8	80.3	85以上	94.5%	iii

	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	A	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
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。R7(2025)年度も経常収支比率は93.1%にとどまったものの、赤字額は前年度から圧縮された。 ・ 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。R7(2025)年度は、経営改善タスクフォースを中心に、在院日数の適正化・算定率の向上を図るとともに、HCU加算の向上及び病棟再編を実施した。

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）年度からR7（2025）年度まで、経常収支が3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。R7（2025）年度は、経営改善タスクフォースを中心に在院日数の適正化・算定率向上、HCU加算の向上及び病棟再編を実施するなど、具体的な収益改善策に取り組んだ。 ・ 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、R6（2024）年度及びR7（2025）年度の経常収支比率は100%に達しなく、目標を下回った。 ・ 以上の結果、計画を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、計画をやや下回ったことから「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）

指標名	R3 (2021) 年度	R4 (2022) 年度	R5 (2023) 年度	R6 (2024) 年度	R7 (2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	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。 ・ 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。 ・ R7（2025）年度は、県の庁内ワーキンググループや地域医療構想調整会議への参加を通じ引き続き県とともに検討を行うとともに、県が設置した「県立病院あり方検討有識者会議」に参加し、県立病院の総合病院化の必要性等の提言を受けた。同会議の提言を踏まえ、R8（2026）年3月に県と国立病院機構との間で、県立病院と国立病院機構栃木医療センターの再編統合に向けた協議を進めるにあたっての基本合意書が締結された。 ・ 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。R7（2025）年度は、県が設置した「県立病院あり方検討有識者会議」に参加し、総合病院化の必要性等の提言を受けるとともに、県と国立病院機構との間で再編統合に向けた基本合意書が締結された。 - 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ことが出来たため、「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たため、「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）

指標名	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度 (自己評価)
各事業年度の中項目別評価	A	A	A	B	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
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。 ・ R6（2024）年度は、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。再発防止のため、理事長から直ちに全職員に対して服務規律の確保について注意喚起するとともにR7（2025）年度に勤怠管理システムを導入し職員の服務と業務の管理を徹底した。 ・ R7（2025）年度は、BCP「情報セキュリティインシデント発生時編」を策定し承認を得るとともに、栃木県警察と定期的にサイバーセキュリティに関する情報共有を行い、連携体制の構築を図った。

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。R6（2024）年度は、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。再発防止のため、理事長から直ちに全職員に対して服務規律の確保について注意喚起するとともにR7（2025）年度に勤怠管理システムを導入し職員の服務と業務の管理を徹底した。 ・ R7（2025）年度は、BCP「情報セキュリティインシデント発生時編」の策定・承認、栃木県警察とのサイバーセキュリティに関する連携体制の構築に取り組んだ。 ・ 以上の結果、概ね計画通り実施することが出来たため、「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たため、「A」評価とした。

中期目標期間における業務実績に関する全体評価書（がんセンター）

栃木県知事は、地方独立行政法人法第 28 条第 1 項の規定により、地方独立行政法人栃木県立がんセンターの中期目標期間における業務実績について、以下のとおり評価を行った。

1 全体評価（案）

(1) 評価結果

第二期中期目標期間の業務実績については、多くの項目で計画を概ね達成したものの、「財務内容の改善に関する事項」等一部の項目において計画が達成できなかった。経営環境の変化に的確に対応しながら財務の改善を図る等、引き続き、積極的に経営改善に取り組む必要がある。

(2) 判断理由等

- 12 の項目のうち、「質の高い医療の提供」等の 9 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」及び「財務内容の改善に関する事項」の 3 項目については、計画をやや下回り、経常収支も 3 年連続で赤字を計上した。
- 近年の厳しい経営状況を踏まえ、経営環境の変化に的確に対応するとともに、計画を下回った原因の分析を進め、必要な対策を講じ、評価しながら、収入の確保と費用の削減に努め、財務の改善を図る等、引き続き積極的に経営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。

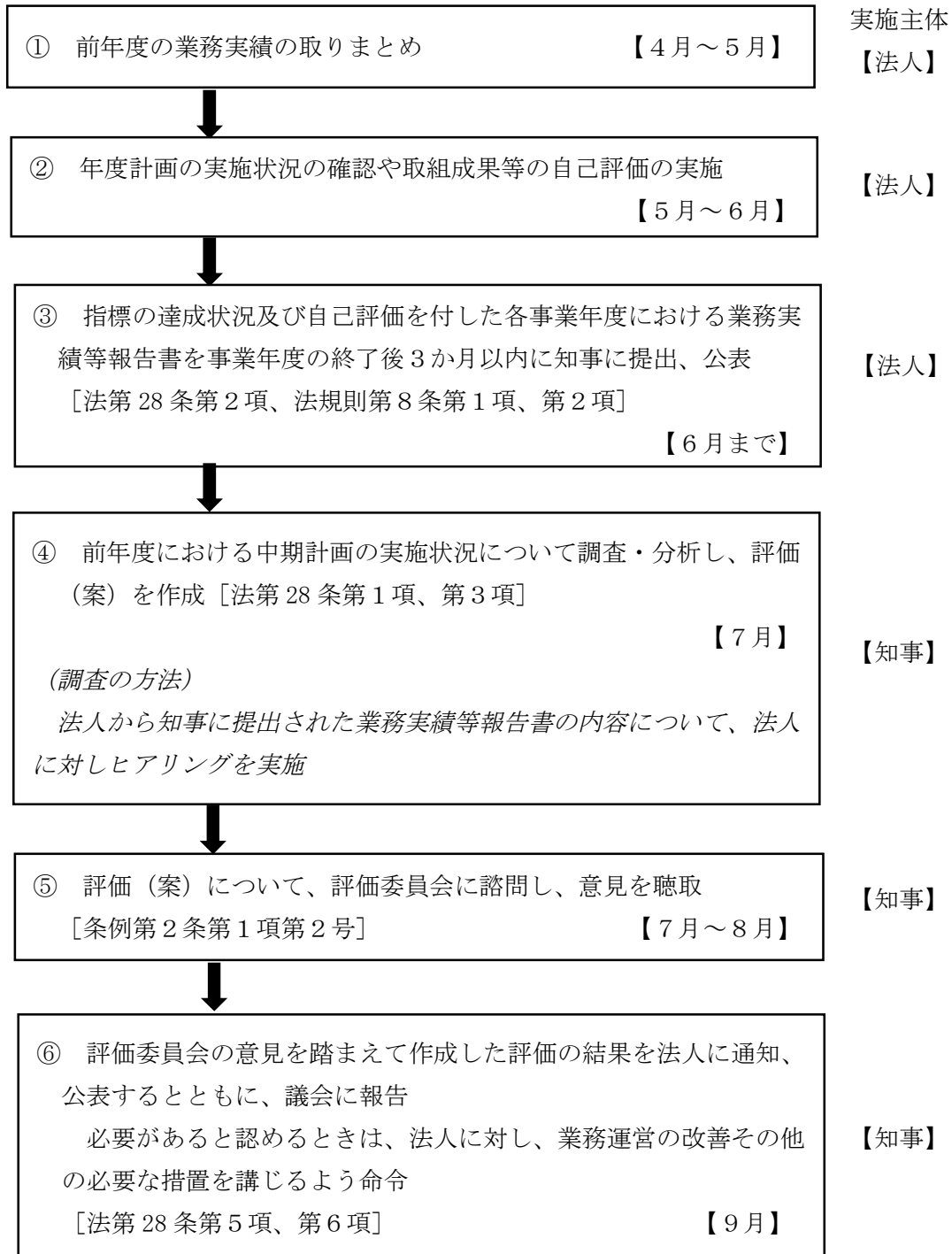
(3) 中期目標の期間における業務実績の評価

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】

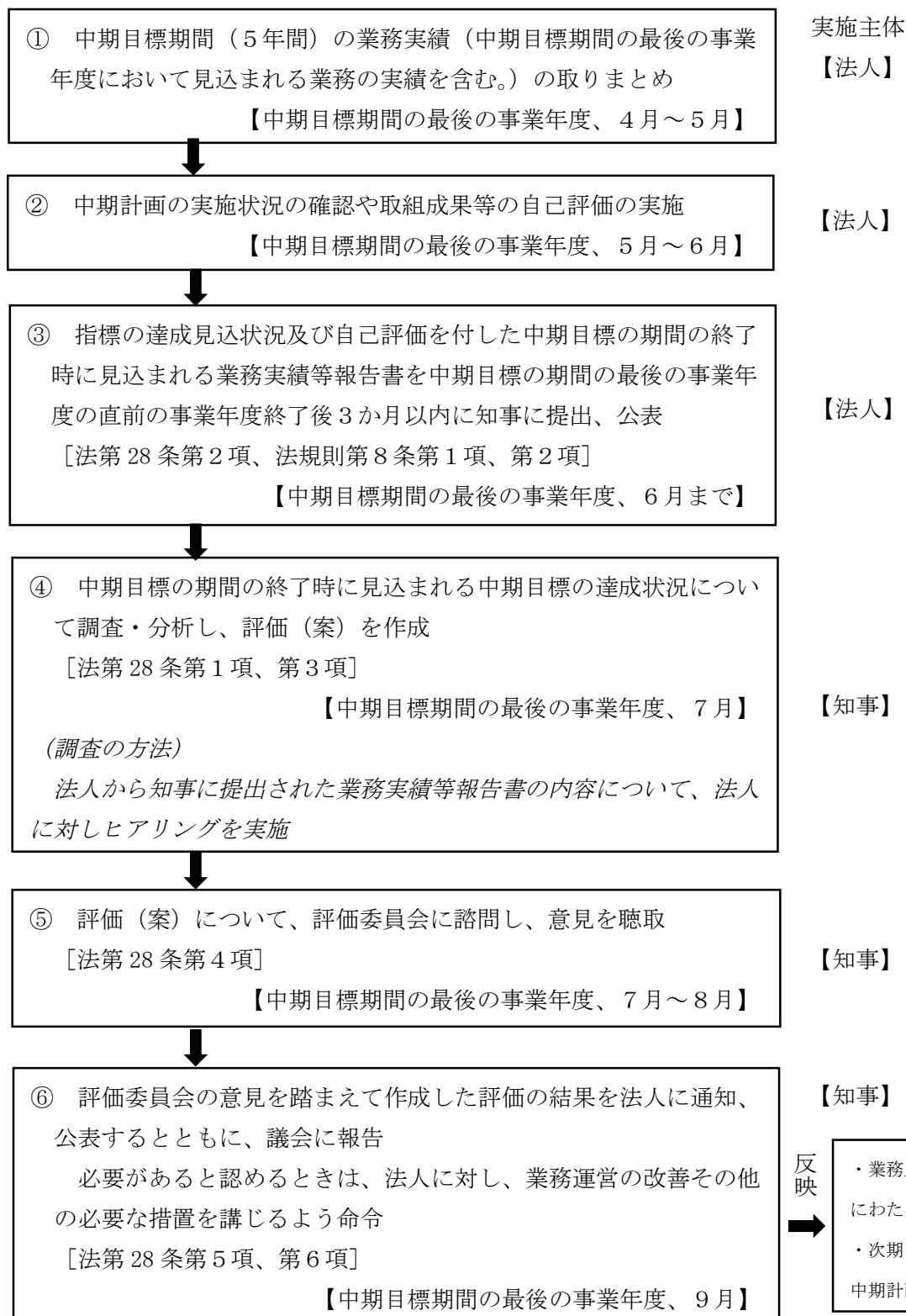
栃木県立病院地方独立行政法人の業務実績の評価に関するフロー

(1) 各事業年度における業務実績の評価



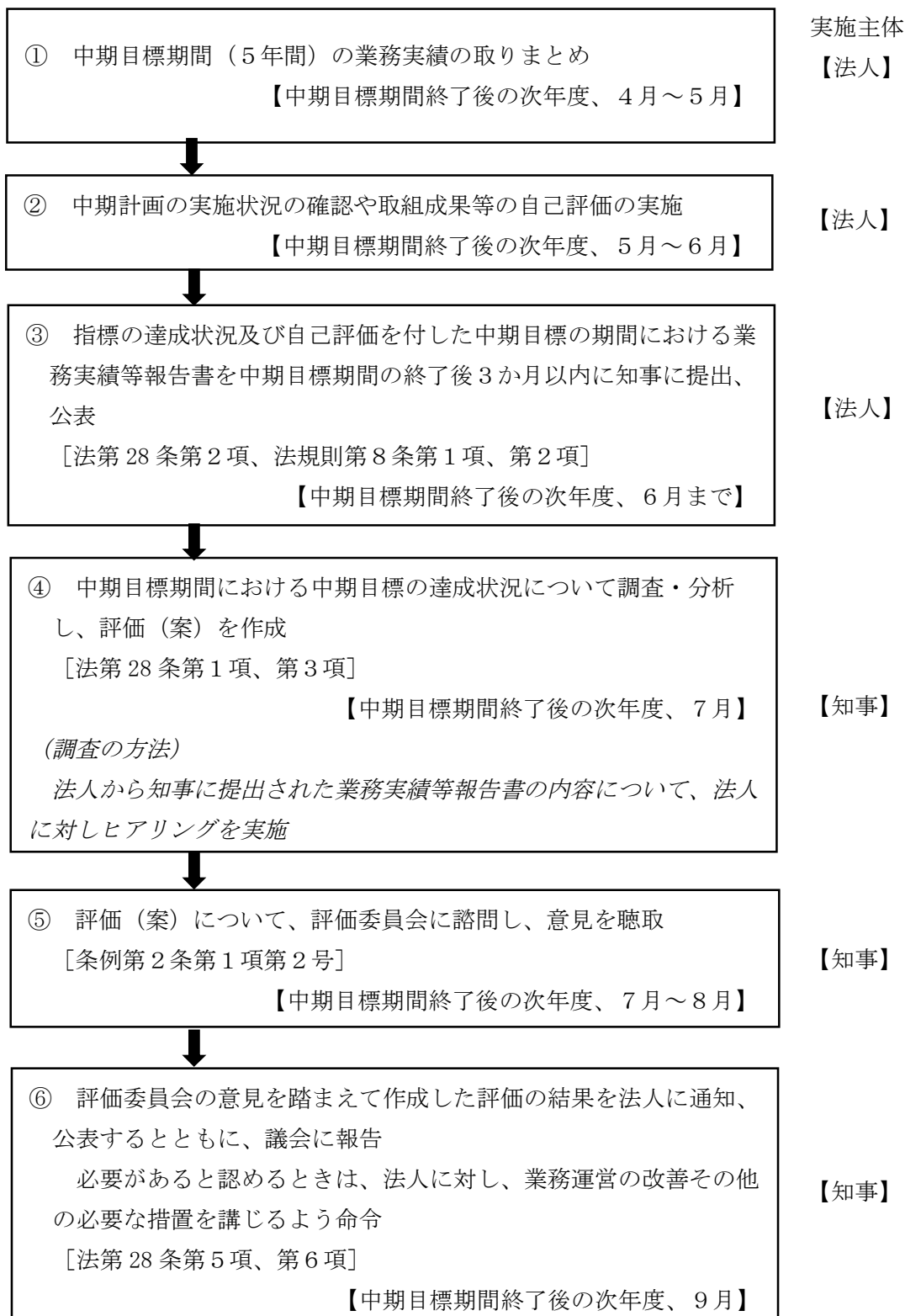
(注) 図中「法」は地方独立行政法人法を、「条例」は栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会条例を、「法規則」は栃木県立病院地方独立行政法人の業務運営並びに財務及び会計に関する規則を示す。

(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398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 8（2026）年 8 月 5 日

栃木県知事 福 田 富 一

記

- 1 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会条例（平成 27 年栃木県条例第 1 号）第 2 条第 2 号の規定に基づく地方独立行政法人栃木県立がんセンター（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（以下「県立岡本台病院」という。）の令和 7（2025）年度における業務の実績、並びに県立がんセンターの第二期中期目標期間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」という。）第28条第 4 項の規定に基づく県立岡本台病院の第 1 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岡本台病院について第 1 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岡本台病院の第 2 期中期目標の策定に係る意見