

令和5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5（2023）年8月4日（金）

14:00～17:00

栃木県総合文化センター 第3会議室

1 開 会

2 挨拶

3 議 題

- (1) 委員長及び副委員長の選任について
- (2) 地方独立行政法人栃木県立岡本台病院の令和4（2022）年度業務実績に関する評価について
- (3) 地方独立行政法人栃木県立がんセンターの令和4（2022）年度業務実績に関する評価について
- (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4（2022）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ついて
- (5) 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 4（2022）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 4（2022）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 4（2022）年度業務実績に関する全体評価書
- 【資料 4】 令和 4（2022）年度（地独）栃木県立がんセンター決算の概要
- 【資料 5】 （地独）栃木県立がんセンター 令和 4（2022）年度業務実績報告書兼中項目別評価書
- 【資料 6】 （地独）栃木県立がんセンター 令和 4（2022）年度業務実績に関する全体評価書
- 【資料 7】 令和 4（2022）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 8】 （地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和 4（2022）年度業務実績報告書兼中項目別評価書
- 【資料 9】 （地独）栃木県立リハビリテーションセンター 令和 4（2022）年度業務実績に関する全体評価書
- 【資料 10】 （地独）栃木県立リハビリテーションセンター 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 11】 （地独）栃木県立リハビリテーションセンター 中期目標期間における業務実績に関する全体評価書
- 【資料 12】 公立病院経営強化プランの策定について
- 【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5(2023)年4月1日~令和7(2025)年3月31日

氏名	役職等	備考
朝野 春美	栃木県看護協会 会長	Web
朝日 公彦	栃木県精神衛生協会 会長	Web
麻生 好正	獨協医科大学病院 病院長	Web
稲野 秀孝	栃木県医師会 会長	会場での出席
井上 加容子	株式会社井上総合印刷 代表取締役社長	会場での出席
川合 謙介	自治医科大学附属病院 病院長	欠席
佐藤 由紀	公認会計士	Web
高橋 淑郎	日本大学商学部 特任教授	会場での出席

* 敬称略 : 五十音順

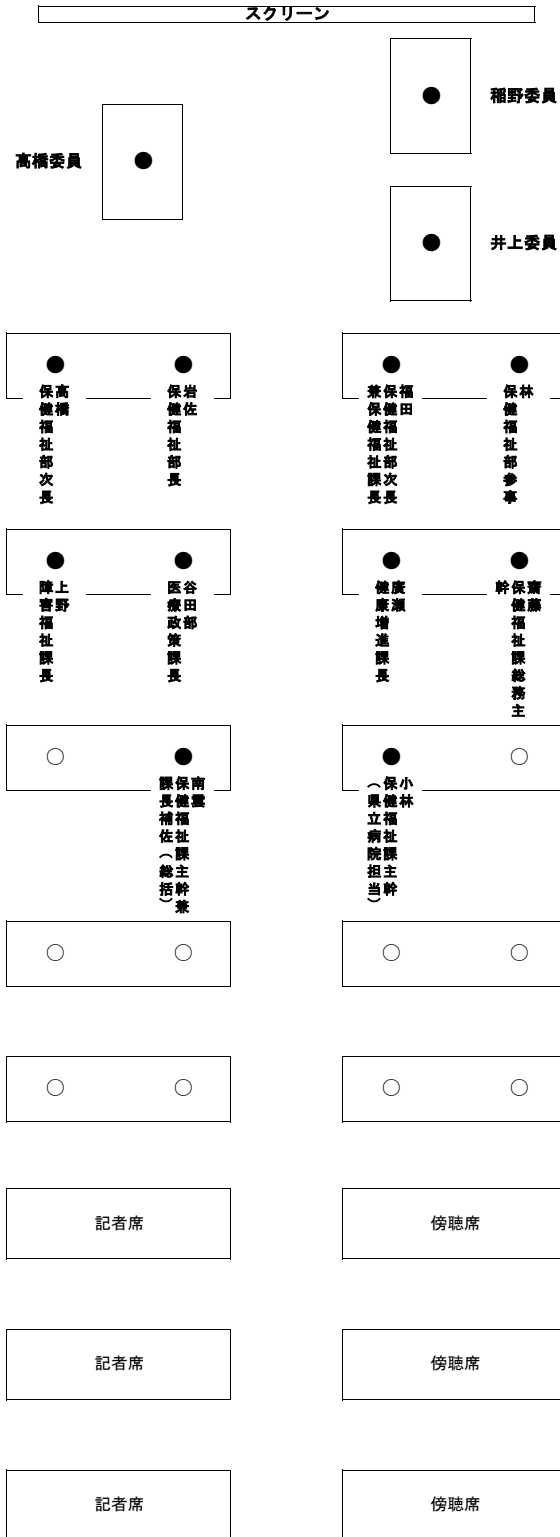
栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会 事務局

R5(2023).4.1

NO	氏 名	役 職 名	備 考
1	岩佐 景一郎	保健福祉部長	
2	福田 研一	保健福祉部次長兼保健福祉課長	
3	高橋 一貴	保健福祉部次長	
4	林 恭子	保健福祉部参事	
5	齋藤 成宏	保健福祉課 総務主幹	
6	南雲 紀子	保健福祉課 主幹兼課長補佐(総括)	
7	小林 理人	保健福祉課 主幹(県立病院担当)	
8	谷田部 貴	医療政策課長	
9	廣瀬 友紀	健康増進課長	
10	上野 治久	障害福祉課長	
11	尾澤 巖	(地独)栃木県立がんセンター理事長兼センター長	
12	藤田 伸	(地独)栃木県立がんセンター副理事長兼副センター長	
13	五月女 智史	(地独)栃木県立がんセンター副理事長兼事務局長	
14	安藤 二郎	(地独)栃木県立がんセンター理事兼病院長	
15	平林 かおる	(地独)栃木県立がんセンター理事兼副病院長	
16	星野 雄一	(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	
17	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	
18	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兼医療局長	
19	増井 晃	(地独)栃木県立岡本台病院理事長	
20	村上 幸男	(地独)栃木県立岡本台病院副理事長兼事務局長	
21	下田 和孝	(地独)栃木県立岡本台病院理事兼院長	
22	天野 託	(地独)栃木県立岡本台病院理事兼副院長	

令和5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

令和5(2023)年8月4日(金)
於：栃木県総合文化センター第3会議室



入口

令和4(2022)年度 (地独) 栃木県立岡本台病院決算の概要

(単位：百万円)

区 分		R3(2021)	R4(2022)	増減
損 益 計 算 書	収 益	2,626	3,058	432
	医 業 収 益	1,530	1,599	69
	入 院 収 益	1,088	1,176	88
	外 来 収 益	428	412	△ 17
	一 般 会 計 負 担 金	917	1,015	98
	補 助 金 等	72	241	168
	費 用	2,826	2,547	△ 280
	医 業 費 用 + 一 般 管 理 費 用	2,746	2,478	△ 268
	給 与 費	1,929	1,611	△ 319
	経 費	391	369	△ 22
減 価 償 却 費	131	207	76	
純 損 益	△ 200	511	711	
貸 借 対 照 表	資 産	3,382	4,476	1,094
	負 債	3,186	2,416	△ 770
	純 資 産	195	2,060	1,864

※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		R3(2021)	R4(2022)	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)	39,619	38,285	△ 1,334
	外来患者数(人)	31,767	31,660	△ 107
	病床利用率(%)	49.1[51.3]	47.5[63.6]	△1.6[12.3]
平均在院日数(日)		86.1	78.6	△ 7.5
単 価	一人一日当入院(円)	27,463	30,729	3,266
	一人一日当外来(円)	13,480	13,000	△ 480
医業収支比率(%)		55.5	68.2	12.7
経常収支比率(%)		92.9	118.3	25.4

※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、臨時医療施設への看護師派遣のため、第5病棟(56床)を休床した影響などにより患者数が減少した。その一方で、措置入院患者の増や第3病棟の精神科急性期治療病棟入院料1の算定開始、早期地域移行の取組により、単価が上がり収益は増加した。
- ・外来については、アルコール患者の減や新型コロナウイルスの影響によるデイケア患者の減などにより、患者数・収益ともに減少した。
- ・新型コロナウイルス感染症関連補助金の増加や給与費及び経費の減少などの特別の要因もあり、地方独立行政法人としての初年度は約5億円の黒字を達成した。

業務実績報告書兼中項目別評価書

令和4(2022)年度

自 令和4(2022)年4月1日

至 令和5(2023)年3月31日

地方独立行政法人栃木県立岡本台病院

目 次

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

【評価基準について】

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

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

【指標について】

各指標の達成状況の判断目安は以下のとおりとする。

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

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表

◆ 中期目標期間における各事業年度の項目別評価

項目	令和4(2022)年度	令和5(2023)年度	令和6(2024)年度	令和7(2025)年度	令和8(2026)年度
第1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項					
1 質の高い医療の提供	A				
2 安全で安心な医療の提供	A				
3 患者・県民の視点に立った医療の提供	A				
4 人材の確保と育成	A				
5 地域連携の推進	A				
6 地域精神医療・福祉への貢献・協働	A				
7 災害等への対応	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				
2 収入の確保及び費用の削減への取組	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				
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				
2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理	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。(案)
令和5(2023)年度	
令和6(2024)年度	
令和7(2025)年度	
令和8(2026)年度	

第1 県民に対して提供する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	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	緊急措置入院患者受入れ率（％）	100.0	99.0	99.0%	100.0	iii
2	措置入院患者ケア会議開催率（％）	85.0	83.0	97.6%	87.0	iii
3	県内に住所を有する医療観察法入院処遇対象者の受入れ率（％）	85.0	81.8	96.2%	90.0	iii
4	アルコール外来初診患者の通院継続率（％）	45.0	50.0	111.1%	50.0	v
5	自病院退院後再入院率（3か月）（％）	11.0	11.4	96.4%	10.0	iii
6	3か月以内退院率（％）	85.0	86.6	101.9%	88.0	iv
7	入院患者のL A I 導入率（％）	15.0	15.2	101.3%		iv
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 (再掲)	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
99.0				
83.0				
81.8				
50.0				
11.4				
86.6				
15.2				
100.0				

※ 中期計画指標のみ記載

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 高度で専門的な医療の提供（小項目）		
<p>ア 精神科救急医療の提供</p> <p>緊急措置入院については、引き続き一元的な受入れを継続するとともに、措置入院・急を要する医療保護入院等についても積極的な受入れを行い、地域の医療機関や一般救急医療機関との連携のもと、県の精神科救急医療の充実に貢献する。</p>	<p>ア 精神科救急医療の提供</p> <p>緊急措置入院については、引き続き一元的な受入れを継続するとともに、緊急措置入院不要と診断された患者についても、必要に応じて医療保護入院等で積極的に受け入れる。</p> <p>併せて、措置入院以外の精神科救急事例についても可能な限り受け入れ、必要に応じて医療保護入院等に対応することにより、本県の精神科救急医療の充実に貢献する。</p>	<p>①県内すべての緊急措置診察184件を実施し、95名の緊急措置入院患者を受け入れた。また、緊急措置入院不要と診断された患者88名のうち25名を医療保護入院等で受け入れた。</p> <p>②措置入院以外の救急患者についても積極的に受け入れられるよう、準保護室を活用し、医師、看護師等が連携して早期退院に努め、病床を確保した。</p>
<p>イ 医療観察法医療の提供及び医療福祉ネットワークの維持・拡充</p> <p>チーム医療体制を強化し、複雑な背景を持つ対象者に対して、多職種による専門治療プログラムを提供するとともに、保護観察所や指定通院医療機関等の地域の関係機関とのネットワークの維持・拡充に努め、緊密な連携により対象者の円滑な社会復帰を促進する。</p> <p>また、本県対象者をできるだけ当院で受け入れるためのベッドコントロールに努めるとともに、ベンチマークを基にして治療内容等を客観的に評価することにより課題抽出及び改善を行い、治療の質の向上を図る。</p>	<p>イ 医療観察法医療の提供及び医療福祉ネットワークの維持・拡充</p> <p>多職種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、エビデンスに準拠した専門治療プログラムを提供するとともに、地域の関係機関との緊密な連携により対象者の早期退院を促進し、平均在院日数の短縮を目指す。</p> <p>また、本県対象者が他県の医療観察法病棟で治療を受けることは、対象者自身にも家族にも負担が大きいことから、必要に応じて特定病床制度も活用するなど、本県対象者をできるだけ当院で受け入れるためのベッドコントロールに努める。</p>	<p>③地域の関係機関と緊密に連携し、長期入院対象者の社会復帰に向けて支援を行った結果、計8名が退院し、平均在院日数が大幅に減少した（R4：820.8日、R3:1070.2日）。</p> <p>④新たに本県の対象者3名を受け入れたほか、県外の対象者4名を受け入れた。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ウ 多様な精神疾患に対応した専門医療の提供 アルコール・薬物依存症専門医療機関として、精神保健福祉センター等の関係機関と連携しながら、物質使用障害治療の拡充を図るとともに、ギャンブル等の行動嗜癖（しへき）を含む依存症治療を実施するための体制を整備する。</p> <p>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。</p> <p>また、閉鎖処遇が必要な児童・思春期の患者については、県の施策を踏まえて当院の役割を検討していく。</p>	<p>ウ 多様な精神疾患に対応した専門医療の提供 アルコール・薬物依存症専門医療機関として実施しているアルコール集団外来プログラムをさらに充実させるため、紹介パンフレット等を作成して積極的にPRすることにより参加者を増やし、集団療法としての機能向上を目指す。</p> <p>併せて、ギャンブル等の行動嗜癖を含む依存症治療のための専門外来設置に向けて体制を整備する。</p> <p>また、県内の精神科医療機関に対し、依存症に関する取組について積極的に情報発信するなど、専門医療機関の充実につながるよう支援し、当院の依存症治療拠点機関としての選定も含め、県全体での体制整備に協力する。</p>	<p>⑤依存症外来については、担当医の減等により延べ患者数が減少した。</p> <p>⑥アルコール初診患者すべてにパンフレットを配付し、集団外来プログラムのPRを行った。</p> <p>⑦依存症ワーキンググループ及びプログラム検討会を設置・開催し、依存症ショートケアプログラムの検討や案内パンフレットの作成・配付を行った。</p> <p>⑧精神保健福祉センター等から紹介されたギャンブル依存症患者について限定的に外来での診療を開始するとともに、ギャンブル等の行動嗜癖研修に職員が参加し治療体制を強化した。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 医療の質の向上に向けた取組の推進（小項目）		
<p>ア 薬物療法及び精神科専門療法の質の向上 安全面に配慮しつつ治療効果を最大限に高めるため、単剤化や積極的なL A I（Long Acting Injection：持続性注射剤）使用を促進し、エビデンスに基づいた薬物療法を提供するとともに、医師と薬剤師の連携強化により、院内薬剤指導の充実を図る。 難治性統合失調症患者に対するクロザピン（商品名：クロザリル）治療については、クロザリル患者モニタリングサービス登録医を増やすことにより治療体制を強化し、院外にも積極的に周知することで新規導入を促進する。 クロザピン治療や修正型電気けいれん療法（m-E C T）などの精神科専門療法についての治療実績を評価・分析し、より効果的な治療法の開発に努める。</p>	<p>ア 薬物療法及び精神科専門療法の質の向上 患者の安全面に配慮して向精神薬の多剤投与の改善に努めるとともに、患者の負担が少なくかつ治療効果の高いL A I（Long Acting Injection：持続性注射剤）使用を促進するため、多職種が連携して様々な観点から導入に向けたアプローチを行うことにより、患者がその有用性を理解し、納得してL A Iを導入できるプログラムの整備を進める。 難治性統合失調症患者に対するクロザピン（商品名：クロザリル）治療については、クロザリル患者モニタリングサービス登録医を増やすことにより治療体制を強化するとともに、クロザピン治療や修正型電気けいれん療法（m-E C T）などの精神科専門療法について治療実績のデータベース化を促進し、評価・分析を行うことにより、さらに効果的な治療法の開発に努める。</p>	<p>①L A Iの導入を促進した結果、入院患者における導入率は15.2%となり目標値を上回った。 ②クロザピン治療等の専門療法について治療実績のデータベース化は図れなかったが、クロザリル患者モニタリングサービス登録医を増員（R3：3名、R4：7名）するなど、治療体制を強化した。</p>
<p>イ 治療の標準化・均質な医療の提供 修正型電気けいれん療法、クロザピン治療、アルコール依存症治療等についてクリニカルパスを導入し、治療を標準化することにより、均質かつ治療効果の高い医療を提供する。</p>	<p>イ 治療の標準化・均質な医療の提供 クロザピンの導入や、外来患者を対象としたm-E C T維持療法についてクリニカルパスを作成し、それに沿った医療を行うことにより、治療スケジュールや治療内容を標準化・明確化し、患者が安心して治療を受けられるようにする。</p>	<p>③m-E C T維持療法及びクロザピン治療におけるクリニカルパスを作成した。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ウ ベンチマークを基にした評価・分析及び改善 全国自治体病院協議会が実施する「医療の質の評価・公表等推進事業」におけるベンチマークを基に当院の医療の状況を評価・分析し、改善につなげるにより医療の質の向上に努める。</p>	<p>ウ ベンチマークを基にした評価・分析及び改善 全国自治体病院協議会が実施する「医療の質の評価・公表等推進事業」におけるベンチマークを基に、自治体病院における当院の医療レベルを評価・分析し、可視化したデータを院内で共有する。</p>	<p>④「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加し、ベンチマーク結果を院内で共有したものの、その結果を分析し、改善につなげるまでは至らなかった。</p>
(3) チーム医療の推進（小項目）		
<p>患者の早期退院と地域移行・定着を図るため、全ての病棟において多職種・多部門によるチーム医療を積極的に推進し、それぞれの専門性を活かした良質な専門医療を提供する。</p>	<p>医療観察法病棟以外の病棟においても、対象患者を限定して多職種チーム（MDT）を組織し、定期的にMDT会議を開催する。 栄養学的な課題を有する入院患者に最適な栄養管理を提供するため、栄養サポートチーム（NST）の立ち上げに向けた準備を行う。 措置入院患者や急性期の患者についても、多職種が連携して入院早期から作業療法が実施できるような体制整備を検討する。 精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導料（精神科退院時共同指導料1・2）及び精神科外来における退院後の多職種による相談支援・指導料（療養生活環境整備指導加算）の算定に向けて、病棟及び外来における多職種チーム医療を積極的に推進する。</p>	<p>①長期入院患者に対して多職種による退院支援委員会を開催し、退院支援につなげた。 ②身体疾患の悪化により急遽転院となった患者等を除き、原則全ての措置入院患者に対して多職種による退院時ケア会議を開催した（実施率83.0%）。 ③措置入院患者に限らず、疾病教育、クライシスプランの作成等を行い、在宅生活を継続するための支援を行った。 ④栄養サポートチームの立上げに向け、医師1名・看護師1名が研修を受講した。 ⑤8月から措置入院患者や急性期患者に対する作業療法を開始した。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(4) 臨床研究の推進（小項目）		
<p>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。</p>	<p>臨床研究実施状況データベースを作成して当院における進捗状況を管理するとともに、大学との共同臨床研究への参加や当院独自の研究プロジェクトを検討する。</p>	<p>①国際医療福祉大学や国立精神・神経医療研究センター等との共同臨床研究を実施した。 ②EGUIDEプロジェクト（精神科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、統合失調症患者及びうつ病患者への処方に関する調査に協力した。統合失調症の処方適性について全国6位の表彰を受けた。 ③臨床研究実施状況データベースは作成できなかった。</p>

<p>法人の 自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評 価 理 由</p>	<p>・指標に関しては、「緊急措置入院患者受入れ率」、「措置入院患者ケア会議開催率」、「県内に住所を有する医療観察法入院処遇対象者の受入れ率」及び「自病院退院後再入院率（3か月）」については目標値をやや下回った一方、「アルコール外来初診患者の通院継続率」、「3か月以内退院率」、「入院患者のLAI導入率」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。</p> <p>・年度計画の業務実績に関しては、「(1) 高度で専門的な医療の提供」では、緊急措置入院の一元的な受入れを継続するとともに、措置入院不要と診断された患者88名中25名の受入れを行った。また、精神保健福祉センター等から紹介されたギャンブル依存症患者について限定的に外来での診療を開始するとともに、行動嗜癖研修へ参加するなど、ギャンブル等の行動嗜癖を含む依存症治療のための専門外来設置に向けて体制を整備した。「(2) 医療の質の向上に向けた取組の推進」では、LAIやクロザピンの導入を推進したほか、クリニカルパスを作成し、治療内容を標準化・明確化した。「(3) チーム医療の推進」では、長期入院患者に対する多職種による退院支援や、栄養サポートチームの立上げに向け、研修を受講した。「(4) 臨床研究の推進」では、EGUIDEプロジェクトに参加し、統合失調症の薬物療法の妥当性について高評価を得た。</p> <p>・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。</p>
<p>知事の 評 価</p>	<p>A</p>	<p>評 価 理 由 等</p>	<p>・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。</p>

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	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 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(%)	77.0	83.5	108.4%	78.0	iv
2	CVPPP習得率(%)	32.0	32.6	101.9%		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 (再掲)	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
83.5				
32.6				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)~R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 医療安全対策の推進(小項目)		
ア 医療安全管理部を中心として、ヒヤリ・ハットも含めた医療事故の発生原因の分析等を行うとともに、安全管理に関する研修を実施し、医療安全に関する情報の収集・共有化を図るなど、医療事故や自殺事故防止の取組を徹底する。	ア インシデントレポートレベル0-1の報告を促進するため、具体例等も交えて各職域に周知して啓発を図るとともに、報告事例集を作成し、院内全体で共有する。 全体研修に加えて、各職域の特性に合わせた研修会を企画・実施し、医療安全に関する情報の収集・共有化をより一層推進する。	①インシデント0-1事例集を作成し、院内に共有することにより医療事故の発生防止に努めた。 ②多職種による処遇困難患者カンファレンスを9回開催し、今後の対応等について検討を行い当該患者への適切な医療へと導いた。
イ 病状により不穏・興奮状態にある患者に対応するため、全職員を対象としてCVPPP(包括的暴力防止プログラム)研修を実施し、習得を推進する。	イ 医師・看護師についてCVPPP(包括的暴力防止プログラム)研修の受講を徹底し、院内インストラクターを活用した院内研修により計画的にトレーナーを養成するとともに、それ以外の職種についても研修受講を積極的に推進し、病院全体での対応力向上に努める。 暴力対応事例について、CVPPPの観点から振り返り検討会を定期的実施する。	③CVPPPトレーナー養成研修を実施し、新たに13名がトレーナー資格を取得した。 ④医療安全研修会及び行動制限最小化研修会において、ロールプレイングを用いた研修を実施し、対応力の向上に努めた。 ⑤患者の暴力事象については、病棟カンファレンスにおいて振り返りを実施し、対応について検討を行った。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
ウ 医薬品、医療機器の管理に加えて、施設内の安全管理や暴力行為・診療妨害行為への対応策の強化など、患者及び職員の安全確保のための取組を徹底する。	ウ 医療安全委員会による巡視に加えて、産業医による職場巡視も定期的を実施し、患者及び職員の安全意識の向上を図り、安全確保に向けた取組を徹底する。	⑥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、職員の安全意識の向上を図るとともに、改善点を確認した。 ⑦建築等技術支援員の巡回により早期に危険箇所の修繕等を行い、院内の安全確保に努めた。
(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。	感染管理認定看護師の育成に向けて候補者を選定し、受講資格を得るための準備を進める。 また、感染管理の専門性を有する医師を新たに採用するとともに、多職種で構成する感染制御チームの設置に向けて準備を開始し、施設基準（感染防止管理加算2）の取得を目標として体制整備を進める。 院内感染防止マニュアルを随時改訂し、新規感染症も含め、状況に応じた迅速な対応ができるようにする。	①感染管理認定看護師教育課程（令和5(2023)年度）について1名の受講が決定した。 ②感染制御チーム（専任医師1名、専任看護師1名）を設置し、がんセンターの感染管理合同カンファレンスに計3回参加した。 ③感染症感染拡大防止のためスクリーニング検査を実施した（患者175名、職員594名、延べ769名）。 ④院内感染防止対策委員会において新型コロナウイルス感染防止における対応等を検討し、マニュアルを作成した。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・指標に関しては、「全インシデント報告に対するヒヤリハット報告レベル0-1の割合」、「CVPPP習得率」ともに目標値を上回った。 ・年度計画の業務実績に関しては、「(1)医療安全対策の推進」では、インシデント0-1事例集を作成し院内で共有したほか、CVPPPトレーナー養成研修を実施し、新たなトレーナーを養成するなど、病院全体での医療事故の発生防止・対応力向上に努めた。また、「(2)院内感染防止対策の強化」では、感染制御チームを設置し、がんセンターの感染管理合同カンファレンスに参加するなど、院内感染防止対策体制の整備を進めた。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 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（％）	71.0	71.7	101.0%	75.0	iv
2	接遇・行動制限最小化研修参加率（％）	95.0	93.7	98.6%		iii
3	入院患者に対する薬剤管理指導実施件数（件）	12	21	175.0%		v
4	栄養食事指導継続率（％）	90.0	94.7	105.2%		iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R4(2022) 年度 実績値 (再掲)	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
71.7				
93.7				
21				
94.7				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 患者の人権を尊重した医療の提供（小項目）		
ア 本人の非同意による治療や人権の制限につながる行動制限の最小化に向けた取組を強化し、法に準拠した適正な医療を徹底する。	ア VTE（静脈血栓塞栓症）予防ガイドラインに基づき、身体拘束の可否についてカンファレンスを実施し、行動制限最小化につなげる。 また、電子カルテシステムの入力手順を見直すことにより、診療録への記載不足を防止するなど、より適正な医療の提供に向けた取組を徹底する。	①行動制限最小化委員会（毎月）、VTE予防対策チーム会議（2回）を開催するとともに、身体拘束時には1日2回のカンファレンスを実施し、行動制限の最小化に努めた。 ②身体拘束チェックシートを電子カルテシステムに取り込み、診療録への記載漏れの防止を徹底した。
イ 患者の人権に配慮した患者中心の医療を提供するため、職員への医療倫理の教育や、接遇マナー向上のための研修を定期的実施し、病院全体での取組を推進する。	イ 職員への医療倫理の教育を行うとともに、接遇マナー向上のための研修を病院全体研修に位置づけ、全職員を対象として実施する。	③接遇研修を病院研修体系の「基本研修」に位置付け、全職員が受講した。 ④人権研修として、医療安全対策研修の中で、障害者虐待防止研修を実施した。 ⑤看護部研修計画に基づき接遇・倫理研修などを定期的実施した。

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
(2) 患者及びその家族等への医療サービスの向上（小項目）		
<p>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。</p>	<p>ア 患者及びその家族等に対して必要な情報を分かりやすく丁寧に説明し、患者が納得して治療を受けられるよう、入院・外来患者に対するインフォームド・コンセントの徹底を図る。</p>	<p>①患者や家族が安心して治療を受けられるよう、入院に関する説明資料等を改訂するとともに、外来で薬や疾病に関する説明パンフレットを配布した。</p>
<p>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。</p>	<p>イ 家族を巻き込む病であるアルコール・薬物等の物質使用障害については、家族相談や家族教室の開催により依存症に関する家族の理解促進を図るとともに、病態に応じた対応が必要となる統合失調症については、疾病教育を個別に実施するなど、患者の家族等に対する支援を強化する。</p>	<p>②新型コロナウイルス感染症の影響により家族教室は開催できなかったが、依存症に関する家族向けの資料を作成・配付した。 ③統合失調症患者の家族に対し、病気への理解や患者との関わり方などについて疾病教育を個別に実施した。</p>
<p>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。</p>	<p>ウ 検査精度の維持向上に努めるとともに、臨床検査のシステム化を推進し、検査時間の短縮化等につなげることにより、検査サービスの向上を図る。</p>	<p>④外部精度管理調査に参加し当院の精度管理を行うとともに、検査時間の短縮に努めた（患者検体の93.3%を40分以内に報告）。 ⑤放射線安全管理指針に基づき、頭部CT被ばく線量低減（最大10%）を実施した（279件、100%実施）。</p>
<p>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。</p>	<p>エ 外来患者の利便性向上と待ち時間の短縮を図るため、引き続き院外処方を推進するとともに、患者が服薬の意味・意義を理解した上で治療方針の決定に積極的に参加し、納得して治療を受けられるよう、服薬指導の充実を図る。</p>	<p>⑥外来患者の利便性向上と待ち時間の解消を図るため、院外処方を推進した結果、令和4年度の院外処方箋発行率は38.8%となった（R3：31.4%）。 ⑦入院患者に対し、薬剤管理指導を21件実施した。</p>

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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 午後の外来診療を開始し、患者一人当たりの診療時間を十分に確保することにより診療の質を高めるとともに、1日当たりの初診担当医を増やして週当たりの初診予約受付可能数を拡大することにより、受診を希望する患者が速やかに受診できるようにするなど、患者サービスの向上を図る。	⑧週2回（木・金）、午後の外来診療を開始した。 ⑨初診枠を増やし、予約受付数を拡大した。
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 継続的な栄養食事指導を実施することで食生活の安定や体重コントロールが可能となり、ひいては自己効力感の向上にもつながることから、患者の病状に配慮しながら可能な限り指導を継続できるよう努める。 また、栄養面に配慮した安全で美味しい食事の提供に加え、新たな行事食を企画・提供することにより、入院患者の満足度向上を図る。	⑩入院・外来患者延べ687人に対して栄養食事指導を行い、継続率は94.7%であった。継続的に実施することで、食生活に対する意識に変化がみられ、暴飲暴食の行為改善や減量につながった事例もあった。
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 患者満足度調査において改善要望があった事項について、少なくとも1つは改善につなげられるよう具体策を講じる。	⑪患者満足度調査の結果、当院に対する満足度は71.7%で、前年度（65.1%）を上回った（外来：77.8%、入院：52.1%）。 ⑫患者からの意見や要望を院内で共有し、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 病院ホームページを一新し、広報誌等を活用した積極的な情報発信を行うとともに、病院のシンボルマークを新設して病院のPRに活用することで、当院の認知度向上に努める。	①病院ホームページを一新し、より分かりやすい情報発信に努めるとともに、地方独立行政法人としてのイメージアップを図った。 また、当院のシンボルマークを新設し、封筒や名刺等に用いて、認知度向上に努めた。 ②広報誌「Okadai NEWS」を年4回発行し、患者や関係機関等に配布した。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 医療観察法病棟の運営状況等について、地元住民や関係機関で構成される「地域連絡会議」を通じて情報提供や意見交換等を行い、医療観察法医療についての理解促進を図る。	イ 地域住民や関係機関で構成される「地域連絡会議」において、医療観察法病棟の運営状況等について積極的に情報提供を行うとともに、外出・外泊訓練における情報提供のあり方等について意見交換を行うことにより、医療観察法医療についての理解促進を図る。	③地域連絡会議を開催し、医療観察法の概要や病棟の運営状況を情報提供するとともに、各委員からの意見を集約し、医療観察法医療についての理解促進と連携を図った。
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 広報業務全体をマネジメントする広聴広報委員会を定期的に開催し効果的な広報のあり方について検討する。	④広聴広報委員会を開催し、翌年度の広報活動及び独法化後の新たな年報の構成案について検討を行った。

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・指標に関しては、「接遇・行動制限最小化研修参加率」については目標値をやや下回った一方、「患者満足度割合」、「入院患者に対する薬剤管理指導実施件数」及び「栄養食事指導継続率」は目標値を上回った。 ・年度計画の業務実績に関しては、「(1) 患者の人権を尊重した医療の提供」では、VTE予防チーム会議の開催や身体拘束時のカンファレンスを実施するとともに、接遇研修及び倫理研修を実施した。また、「(2) 患者及びその家族等への医療サービスの向上」では、初診枠の拡大や午後診療の一部開始、院外処方の推進などに取り組んだ。さらに、「(3) 精神医療に関する情報の発信」では、ホームページを新たに開設するとともに、定期的に広報誌を発行した。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

4 人材の確保と育成（中項目）

◆年度計画指標

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況	R4(2022) 年度 実績値 (再掲)	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
1	職員満足度割合（％）	44.0	53.6	121.8%	60.0	v	53.6				
2	定年退職者を除く中途離職率（％）	2.1	2.1	100.0%		iv	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充実したプログラム及び研修内容を提供し、それをホームページ等で公開することにより、研修を希望する医師の確保につなげる。	①新専門医制度専門研修プログラムの作成や大学病院等との連携を図った結果、専攻医4名を採用することができた。
イ 看護師及びその他コメディカルの定期的、計画的な採用を実施するとともに、医療系大学及び養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な人員確保、配置に努める。	イ 当院で精神科医療に携わりたいという高いモチベーションを持つプロパー職員を確保するため、看護師及びその他コメディカルの柔軟な採用を実施する。 また、就職ガイダンスへの参加や、ホームページ等での業務内容紹介により当院の魅力を積極的にPRするとともに、医療系大学等を訪問し、就職希望者の確保に努める。	②大学、看護師養成校等での就職ガイダンス参加や求人サイトの活用など、職員の確保に向けた活動を展開し、看護師6名、精神保健福祉士3名、薬剤師1名及び心理職1名を採用した。
ウ 医療制度や経営環境の変化に迅速に対応できるよう、病院経営や医療事務等に精通した事務職員の計画的な確保、配置に努める。	ウ 医療制度や病院経営に関する専門的な知識及び資格を持った事務職員の計画的な採用に努めるとともに、地方独立行政法人職員向けの研修等への参加を積極的に支援することにより、プロパー職員の資質向上を図る。	③求人サイトを活用し、病院勤務経験者等を含む事務職員3名を採用した。 ④事務局職員を対象に病院財務会計研修を実施した。

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）		
<p>ア 精神科専門研修基幹施設として、研修指導室を中心に専攻医の研修体制の充実に努めるとともに、精神保健指定医の資格取得の支援など、若手医師にとって魅力ある研修環境を整備する。</p>	<p>ア 研修指導室を中心として専攻医の研修体制の充実に努めるとともに、精神保健指定医や精神科専門医の資格取得に向けて、当院独自の症例レポート（指定医用・専門医用）の書き方をまとめ、チェック体制を強化する。 精神科救急認定医の育成プログラムを立ち上げ、日本精神科救急学会暫定認定施設から正式認定施設に移行するための準備を進める。</p>	<p>①専門医・指定医の資格取得のため、毎週水曜日に「レポートクリニック」を開催するなど、症例レポートのチェック体制を整備した。 ②精神科救急認定医の育成プログラムの検討を行うなど、日本精神科救急学会正式認定施設に移行するための準備を進めた。</p>
<p>イ クリニカルラダー（臨床看護実践能力習熟度段階研修）を活用した院内での体系的な基礎研修を充実させるとともに、認定看護師等の育成のための支援や、病院全体で専門資格を活用できる取組を推進し、看護師のモチベーション向上及びスキルアップを図る。</p>	<p>イ 看護部教育計画に基づき、クリニカルラダーを活用した院内研修を実施する。また、認定看護師業務マニュアルを作成するなど、認定看護師が活躍できる業務・ポジションを整備し、看護師のモチベーション向上及びスキルアップを図る。</p>	<p>③看護部教育計画に基づき研修会を実施した。 ④認定看護師業務マニュアルの検討を開始したものの作成には至らなかった。一方、各病棟に配置された認定看護師が、病棟を横断してコンサルテーションが行えるよう、手続き等について検討を行った。</p>
<p>ウ 実効性のある院内研修プログラムの充実を図るとともに、各種認定資格の取得や院外専門研修、学会等への参加を奨励、支援することにより、計画的な研修受講や専門資格の取得を推進する。</p>	<p>ウ 各種認定資格の取得や専門知識の習得及びスキルアップのため、意欲のある職員の学会や院外研修会への参加を計画的に進める。</p>	<p>⑤各種学会及び研修会へ計画的に参加した。 ⑥栄養サポートチームの設置に向けた外部研修の受講や、看護師・作業療法士・精神保健福祉士の実習指導者の資格取得等を支援した。</p>
<p>エ 院内における伝達研修（外部機関等が行う研修会に参加した職員が、学んだ知識や技術を他の職員に発表・伝達する研修）や勉強会などの取組を強化し、職員全体のスキルアップを図る。</p>	<p>エ 職員全体のスキルアップを図るため、eラーニングやWEB研修等も活用しながら、院内における伝達研修や勉強会などの取組を強化する。</p>	<p>⑦WEB研修やeラーニングを活用した院内研修を実施した（ハラスメント研修、接遇研修、病院財務研修等）。</p>

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3) 人事管理制度の構築（小項目）		
<p>職員の仕事の成果や能力について適正に評価を行うことにより職員のモチベーション向上を図り、ひいては職員の能力開発や育成につながる公正で透明性の高い人事管理制度を構築する。</p>	<p>引き続き県に準拠した人事管理制度を利用する一方で、当院独自の人事管理制度の構築に向けた調査や情報収集を開始する。</p>	<p>①県からの派遣職員の割合が高いことから、引き続き県準拠の人事管理制度を活用した。 ②先行して独法化した病院の人事管理制度の情報収集に努めた。</p>
(4) 働きやすい職場環境づくり（小項目）		
<p>ア 休暇取得目標の設定や育児・介護等に係る休暇の取得支援など、目標を具体化してワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を推進するとともに、業務の状況に応じて柔軟に職員を配置することにより業務の負担を軽減し、職員が心身ともに健康で働き続けられる職場環境づくりに努める。</p>	<p>ア ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境づくりに向けて改善すべき点を職員満足度調査の結果等から明確化するとともに、休暇取得目標などを具体的に設定する。また、独法化のメリットを活かした柔軟な職員採用により、欠員等に伴う業務の負担を軽減し、職員が心身ともに健康で働き続けられる職場環境づくりに努める。</p>	<p>①ワーク・ライフ・バランスがとれた働きやすい職場環境の整備のため、次世代育成支援一般事業主行動計画を策定し、院内に周知した。 ②女性活躍推進一般事業主計画を策定し、各職域における有給休暇の平均取得率の目標を60%以上と設定した。</p>
<p>イ 働き方改革に対応した医師や看護師等の勤務体制の見直しを行う。</p>	<p>イ 働き方改革に対応し、かつ緊急措置診察や精神科救急情報センターからの診察依頼への対応能力を向上させるため、精神保健指定医の交代制勤務を導入する。 また、看護師の勤務形態変更についても、2交代制の導入を含めて、具体的な検討を進める。</p>	<p>③働き方改革を推進するため、医師を増員するとともに、9月からオンコール制度を導入した（宿日直2名→勤務1名、オンコール1名）。 ④臨時医療施設及びクラスター発生時の病棟において、看護職員の2交代制勤務を試行的に実施し、手当や給与システムの体制を整えた。</p>
<p>ウ 職場の執務環境を悪化させ、円滑な職務遂行を阻害するハラスメント行為の発生を防止するため、研修の実施により職員への周知徹底を図るとともに、相談窓口の設置や相談への適切な対応等により、ハラスメントのない職場環境づくりに努める。</p>	<p>ウ 職場におけるハラスメント行為発生を防止するための研修を全体研修として実施し、全職員への周知徹底を図るとともに、寄せられた相談に対して適切に対応できるよう、各職域に配置したハラスメント相談員に対する研修を実施し、ハラスメントのない職場環境づくりに努める。</p>	<p>⑤ハラスメント研修を実施し、全職員が受講した。 ⑥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（誰もが相談しやすいよう5名の相談窓口を設置）」を運営した。</p>

4 人材の確保と育成（中項目）

<p>法人の 自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価 理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・指標に関しては、「職員満足度割合」、「定年退職者を除く中途離職率」ともに、目標値を達成又は上回った。 ・年度計画の業務実績に関しては、「(1) 優れた医療従事者等の確保」では、大学病院等と連携し専攻医を養成したほか、職員の計画的な採用に向け活動を展開した。また、「(2) 研修体制の強化」では、各種学会や研修会へ計画的に参加するとともに、ハラスメント研修、接遇研修など院内研修を実施した。「(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。さらに、「(4) 働きやすい職場環境づくり」では、ワークライフバランスに配慮した環境づくりに努めるとともに、ハラスメント等相談ホットラインの運営にも取り組んだ。 ・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。
<p>知事の 評価</p>	<p>A</p>	<p>評価 理由等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

5 地域連携の推進（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 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】	11.0	11.4	96.4%	10.0	iii
2	3か月以内退院率（%）【再掲】	85.0	86.6	101.9%	88.0	iv
3	措置入院患者ケア会議開催率 （%）【再掲】	85.0	83.0	97.6%	87.0	iii
4	紹介率（%）	51.0	52.0	102.0%		iv
5	逆紹介率（%）	35.0	44.1	126.0%		v
6	入院及び診察要請に対する受入れ 率（%）	50.0	53.3	106.6%		iv
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 （%）	70.0	70.3	100.4%		iv
8	入院期間5年以上の患者数（人）	25	16	136.0%		v
9	在宅復帰率（%）	83.0	83.7	100.8%		iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R4(2022) 年度 実績値 （再掲）	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
11.4				
86.6				
83.0				
52.0				
44.1				
53.3				
70.3				
16				
83.7				

※ 中期計画指標のみ記載

5 地域連携の推進（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 地域の医療機関等との連携強化（小項目）		
<p>ア 精神科救急医療において課題となっている身体合併症患者への対応について、精神科有床総合病院との連携を更に拡充し、緊急時の受診、入院先の確保を図るとともに、県全体の身体合併症患者に対する救急医療の早期体制整備に協力する。</p>	<p>ア 身体合併症患者への対応については、精神科救急情報センターが精神科救急対応医療機関での治療が可能と判断し、診察要請があった場合には、まずは当院で受け入れることを前提とした体制整備を図る。 また、救急対応する医師・看護師が、病院前救護体制検討部会地域分科会事後検証会（栃木県救急・災害医療運営協議会が主催）へ積極的に参加することにより対応力を強化する。</p>	<p>①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。 栃木県救急・災害医療運営協議会病院前救護体制検討部会の事後検証会に救急対応の医師が参加し、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、県の体制整備に積極的に協力した。</p>
<p>イ 緊急措置診察において措置不要と診断される事例を削減するため、保健所等関係機関との連携を強化し、措置診察の要否判断に係る調査能力向上に協力する。</p>	<p>イ 緊急措置業務が一元化された精神保健福祉センターとの連携を強化し、緊急措置診察の要否判断に係る調査能力の向上に協力することにより、緊急措置入院不要と診断される事例の削減に貢献する。</p>	<p>②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が緊急措置診察（23条通報）の要否判断を行う際に、当院の医師が助言を行った。</p>
<p>ウ 地域の医療機関との連携を強化し、アルコール依存症患者の紹介率を上げる取組を推進するなど、患者の状態に合わせた適時適切な医療サービスを提供し、患者が地域で適切な医療を受けられるよう努める。</p>	<p>ウ 地域連携室が中心となって地域の医療機関等との協議の場を設け、連携に向けた課題について意見交換を実施する。 また、依存症専門医療機関として、地域の医療機関との連携を強化することにより、アルコール依存症等患者の紹介率向上につなげる。</p>	<p>③身体・精神の合併症治療について協力体制を構築するため、近隣病院と計4回意見交換を行った。 ④各病院や保健所等からのアルコール依存症患者の相談に対して、当院における治療内容等を説明し、積極的に患者の受け入れを行った（相談対応件数：26件）。</p>
<p>エ 依存症患者の治療効果の向上を図るため、断酒会やAA（アルコホーリクス・アノニマス）等の自助グループやDARC（ダルク）等の専門機関との連携強化を図る。</p>	<p>エ 依存症患者の治療効果の向上を図るため、断酒会やAA（アルコホーリクス・アノニマス）等の自助グループやDARC（ダルク）等の専門機関との連携強化を図る。</p>	<p>⑤新型コロナウイルス感染症の影響により自助グループとの連絡会等の開催はできなかったが、アルコール依存症については入院患者の退院後の断酒継続や断酒会とのつながり強化を図るため、令和5(2023)年度からオンラインで連絡会が開催できるよう調整した。</p>

5 地域連携の推進（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 入院患者の地域移行・定着の促進（小項目）		
<p>ア 入院早期から患者の能力や特性に応じた多様なリハビリテーションを実施し、退院に向けて地域の支援機関への橋渡しを行うとともに、退院後はデイケアで自己の病氣理解を深め、生活上必要な様々な対処法を習得するためのリハビリテーションを継続することにより、再発防止と地域生活定着を促進する。</p>	<p>ア 各病棟に担当OTを配置し、入院早期から患者の能力や特性に応じて多様なリハビリテーションを実施するための体制を整備するとともに、退院後は外来・デイケアでのサポートへスムーズに移行できるよう、入院中から多職種・多部門によるチーム医療を積極的に推進し、再発防止と地域生活定着を促進する。 なお、デイケアは院内外の連携を強化し、原則有期限有目的の通過型デイケアへの移行を検討する。</p>	<p>①各病棟に担当OTを配置し、措置患者や急性期患者に対しても早期退院に向けて作業療法を実施する体制を整えた。 また、退院後にデイケアでのサポートへスムーズに移行できるよう、多部門における情報交換を積極的に行ったものの、新型コロナウイルス感染症の影響により、デイケアの利用者数が前年度より減少した。</p>
<p>イ 多職種が連携して入院患者の外出支援、退院前訪問、ケア会議等を行い、早期退院促進に取り組むとともに、地域生活支援を行う事業者との連携を強化し、患者の退院後の生活支援体制づくりに協力することにより、患者の地域移行・定着を促進する。</p>	<p>イ 多職種が連携して入院患者の外出支援、退院前訪問、ケア会議等を行い、早期退院促進に取り組むとともに、自治体による精神障害者の退院後支援制度を積極的に活用し、地域生活支援を行う事業者と連携して患者の退院後の生活をサポートすることにより、患者の地域移行・定着を促進する。</p>	<p>②退院促進のため、積極的に外出支援や退院前訪問看護（24件）を実施した。 ③退院後のサポートが必要な患者に対して、ケア会議やケース会議を開催した。</p>
<p>ウ 指定通院患者や措置入院退院後支援対象者に対する多職種アウトリーチ導入について研究を行い、収益性を確保しながら求められるサービスが提供できるよう検討を行う。</p>	<p>ウ 指定通院患者や措置入院退院後支援対象者に対する多職種アウトリーチ導入について研究を行い、収益性を確保しながら求められるサービスが提供できるよう検討を行う。</p>	<p>④他自治体病院でのアウトリーチに関する情報収集を行ったものの、具体的な検討には至らなかった。 なお、指定通院患者に対しては、毎月多職種による支援を行った。</p>
<p>エ 院内での退院支援等におけるピアサポーター（患者と同じ体験を持つ相談員）の活用方法を検討する。</p>	<p>エ 院内での退院支援等におけるピアサポーター（患者と同じ体験を持つ相談員）の活用方法を検討する。</p>	<p>⑤院内でのピアサポーターの活用方法については、検討が進まなかった。今後は、他院における活用事例等、情報収集を行っていく。</p>

5 地域連携の推進（中項目）

<p>法人の 自己評価</p>	<p>B</p>	<p>評 理 由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・指標に関しては、「3か月以内退院率」、「紹介率」、「逆紹介率」、「入院及び診察要請に対する受入れ率」、「自宅退院や施設入所（GH等）に結びついた作業療法終了者の割合」、「入院期間5年以上の患者数」及び「在宅復帰率」が目標値を上回った一方、「自病院退院後再入院率（3か月）」及び「措置入院患者ケア会議開催率」について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、「(1) 地域の医療機関等との連携強化」では、精神疾患合併症観察基準に基づき救急隊により搬送された患者を積極的に受け入れるとともに、合併症治療の協力体制を構築するため、近隣病院と意見交換を行った。一方、新型コロナウイルス感染症の影響により、依存症患者について、自助グループとの連絡会等が開催できなかった。「(2) 入院患者の地域移行・定着の促進」では、退院後にデイケアでのサポートへスムーズに移行できるよう、多部門における情報交換を積極的に行ったものの、デイケア利用者数の増加にはつながらなかった。また、ピアサポーター活用については検討が進まなかった。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回ったと判断し、「B」評価とした。
<p>知事の 評価</p>	<p>A</p>	<p>評 理 由 等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・当該中項目に関しては、指標については一部で目標値をやや下回ったものの、目標値を大きく上回ったものもある。また、業務実績については、新型コロナウイルス感染症の影響を受けながらも、積極的に取組を進めたと認められることから、「A」評価とした。

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 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】	11.0	11.4	96.4%	10.0	iii
2	3か月以内退院率（%）【再掲】	85.0	86.6	101.9%	88.0	iv
3	措置入院患者ケア会議開催率 （%）【再掲】	85.0	83.0	97.6%	87.0	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 (再掲)	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
11.4				
86.6				
83.0				

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

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 地域の医療従事者育成への支援（小項目）		
<p>協力型臨床研修病院としての研修医、精神科専門研修基幹施設としての専攻医や医療従事者養成機関の学生等について積極的な受入れを行い、充実した研修体制を整備して教育機能を発揮するとともに、看護師養成機関や地域の医療従事者を対象とした研修会への講師派遣依頼にも積極的に応じ、県内の精神医療の人材育成に貢献する。</p> <p>また、他の医療機関における依存症治療のスキルアップを支援するため、精神保健福祉センターと連携して医療従事者向けの研修会を開催する。</p>	<p>医療従事者養成機関の学生等について積極的な受入れを行うとともに、看護師養成機関や地域の医療従事者を対象とした院外研修会の講師派遣依頼にも可能な限り応じ、精神科認定看護師やCVPPPインストラクターなど、高いスキルを持つ職員を講師として派遣する。</p> <p>また、精神科認定看護師教育課程の実習生を受け入れる体制を整備し、受け入れ依頼があった場合には積極的に応じる。</p> <p>精神保健福祉センターと連携して医療機関を対象とした依存症に関する研修会を開催し、地域における依存症の医療提供体制の整備に協力する。</p>	<p>①協力型臨床研修病院として初期研修医8名、精神科専門研修基幹施設及び連携施設として専攻医10名を受け入れた。</p> <p>②大学病院から学外実習生17名を受け入れた（医学部4名、看護学部13名）。</p> <p>③県内医療スタッフ養成機関から実習生46名を受け入れた。</p> <p>④看護師養成機関や児童相談所に対し、職員を講師として派遣した。</p> <p>⑤精神保健福祉センターと連携した依存症に関する研修会を予定していたが、新型コロナウイルス感染症の影響により開催できなかった。</p>
(3) 行政その他関係機関等への助言・支援（小項目）		
<p>行政機関が主催する研修会の講師、特別支援学校や県有施設の嘱託医として職員を派遣するとともに、薬物再乱用防止など国や県が実施する取組において専門的立場から助言・指導や支援を行い、県内の精神医療水準の向上に貢献する。</p> <p>また、県が運営する精神科救急情報センターへの技術的助言等を行うなど、県の精神科救急医療の適正かつ円滑な運用に貢献する。</p>	<p>行政機関が主催する研修会の講師や各種委員会・審査会等の委員、特別支援学校や県有施設の嘱託医として独法化後も引き続き職員を派遣し、専門的立場から助言・指導や支援を行う。</p> <p>また、県が運営する精神科救急情報センターへの技術的助言等を行うなど、県の精神科救急医療の適正かつ円滑な運用に貢献する。</p>	<p>①各種委員会・審査会等委員、特別支援学校学校医及び中央児童相談所等県有施設に職員を嘱託医として派遣した。</p> <p>②中央児童相談所にCVPPP講師を派遣した。</p> <p>③精神科救急情報センターの精神医療救急調整員（相談員）に対し医学的指導助言を行った（49件）。</p>

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）

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

7 災害等への対応（中項目）

◆年度計画指標

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

No.	指標名	R4(2022)年度目標値	R4(2022)年度実績値	R4(2022)年度達成率	R8(2026)年度目標値※	指標の達成状況
1	D P A T先遣隊チーム数（チーム）	3	3	100.0%	3	iv

R4(2022)年度実績値（再掲）	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
3				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 災害等への対策の強化（小項目）		
<p>大規模災害や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などに患者の安全を確保するため、医薬品や食品等の適正な備蓄や訓練・研修を実施するとともに、職員の安全も確保しながら病院機能を維持できるよう、感染症対策を含めた実効性のあるBCP（事業継続計画）を策定し、災害対策を強化する。</p> <p>また、災害等発生時においても県内の精神医療提供体制が維持できるよう、災害拠点精神科病院の指定に向けた体制整備を検討する。</p>	<p>大規模災害や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいて患者の安全を確保するため、必要な医薬品や食料品の備蓄を行うとともに、有事に備えた訓練や研修を定期的に実施する。</p> <p>また、災害等発生時においても病院機能を維持するためのBCP（事業継続計画）の策定に向けて、具体的な検討を開始する。</p> <p>新型コロナウイルスの院内感染リスクを低減させるため、院内各職域間でリモート会議が実施できる体制を整備する。</p>	<p>①災害発生時に備え、医薬品や備蓄食料の確保・点検・更新を行った。</p> <p>②給食委託業者に対し非常時の食事提供研修会を計3回実施した。</p> <p>③平日夜間及び昼間の火災を想定した消防訓練を計2回実施した。</p> <p>④BCPについて、他自治体病院に対し情報収集を行った。</p> <p>⑤リモート会議に必要なWi-Fi環境等を整備した。</p>

7 災害等への対応（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 災害等発生時における支援等（小項目）		
<p>県からの要請に基づきDPAT（災害派遣精神医療チーム）や職員を派遣するなど、災害等発生時の支援活動に積極的に取り組むとともに、DPAT先遣隊員を計画的に養成し、平時での訓練・研修を実施することにより体制を強化する。</p> <p>また、県のDPAT隊員養成研修に講師を派遣し、人材育成にも貢献する。</p>	<p>災害等発生時における県からの支援要請に迅速に対応し、DPAT（災害派遣精神医療チーム）や職員を派遣するなど、支援活動に積極的に取り組む。</p> <p>DPATが常時3チーム編成できるよう、計画的に先遣隊員を養成するとともに、院内でDPAT研修を定期的に行い、隊員の技能維持を図る。</p> <p>また、県のDPAT隊員養成研修に講師を派遣するなど、人材育成の面でも積極的に協力する。</p>	<p>①職員2名がDPAT隊員養成研修を受講し、先遣隊員の資格を取得した。</p> <p>②DPAT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2回開催した。</p> <p>③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。</p>

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> ・指標に関しては、「DPAT先遣隊チーム数」について目標値を達成した。 ・年度計画の業務実績に関しては、「(1) 災害等への対策の強化」では、災害発生時に備え医薬品や備蓄食料の確認・点検を実施したほか、病棟での火災を想定した消防訓練を実施した。また、「(2) 災害等発生時における支援等」ではDPATが常時3チーム編成できるよう計画的に先遣隊を養成するとともに、院内における研修会の実施や県主催のDPAT隊員養成研修への職員派遣を行った。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）

1 業務運営体制の確立（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 効率的で透明性の高い病院運営（小項目）		
<p>ア 多様化する医療ニーズに対応した外来・病棟機能の見直しや、適正な病床数及び人員配置の検討を行うため、医療環境の変化に応じて迅速な意思決定が行える組織体制を整備するとともに、多職種が連携した機能別内部組織の編成や各種委員会活動の活性化により、質の高い医療をより効率的に提供することを目指す。</p>	<p>ア 医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営を行うため、新たに経営企画室を設置するとともに、多職種が連携して病院運営の改善に向けた取組を推進するため、「病棟再編チーム（仮称）」等の内部組織を立ち上げ、今後担うべき診療機能にふさわしい病床数の検討や、それを踏まえた病棟再編案を作成する。</p>	<p>①医療を取り巻く環境の変化に適切に対応するため、4月から「経営企画室」を設置し、組織横断的な検討や対応が行える組織体制を整備した。</p> <p>②第3病棟を精神科急性期治療病棟に再編し、急性期患者の受け入れ体制を強化した。</p>
<p>イ 病院の運営状況等についてホームページや広報誌等を活用して積極的に情報発信を行い、透明性の高い病院運営に努める。</p>	<p>イ 病院の運営状況等についてホームページや広報誌等を活用して積極的に情報発信を行い、透明性の高い病院運営に努める。</p>	<p>③広報誌「Okadai NEWS」を年4回発行し、患者や関係機関等に配付した。また、ホームページに診療案内のほか、中期計画や年度計画、理事会情報等を掲載し、情報発信を行った。</p>
<p>ウ オンライン受付や診察状況が確認できるシステムなど患者の利便性向上につながるサービスの導入や、ICT（情報通信技術）の活用による業務の効率化、テレワークの推進など、効率的な医療提供体制の整備を検討する。</p>	<p>ウ オンライン受付や待ち時間が確認できるシステム、オンライン診療など、患者の利便性向上につながるサービスの導入に向けて、費用対効果・導入可能時期についての検討や、患者ニーズ等の調査を開始する。</p>	<p>④待ち時間表示システムや自動精算機等の導入費を調査したが、病院の今後のあり方について検討を行っていたため、具体的な検討には至らなかった。</p>

1 業務運営体制の確立（中項目）

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

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	・経営企画室を設置し、組織横断的な検討や取組が行える体制を整備するとともに、経営改善・職域連携会議において経営状況や課題等を共有し職員の経営参画意識の向上を図るなど、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 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（％）	58.8	47.5	80.8%	58.8	ii
2	入院単価（円）	20,400	24,973	122.4%	21,200	v
3	外来単価（円）	13,500	13,000	96.3%	13,000	iii
4	精神科救急性期医療入院料算定率（％）	60.0	62.5	104.2%		iv
5	延べ外来患者数（人）	32,670	31,660	96.9%		iii
6	入院患者に対する薬剤管理指導実施件数（件）【再掲】	12	21	175.0%		v
7	デイケア参加率（％）	42.0	26.8	63.8%		i
8	診療材料費対医業収益比率（％）	1.77	1.46	117.8%		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 (再掲)	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
47.5				
24,973				
13,000				
62.5				
31,660				
21				
26.8				
1.46				

※ 中期計画指標のみ記載

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 収入の確保対策（小項目）		
<p>ア ベッドコントロール会議等の実施により病棟間の連携を強化するとともに、患者のプライバシー確保に配慮しながら多床室の有効活用に努め、効率的な病床管理を行う。</p>	<p>ア 入院料算定額の高い第1病棟（救急病棟）の機能強化により、治療途中で他院への移院や他の病棟への転棟を減らし、必要とされる手厚い医療を退院時まで継続して提供することにより、収益増加につなげる。</p>	<p>①第1病棟に保護室を追加整備し効率的に活用したことにより、入院患者の移送・転棟が減少し、収益増加につながった。</p>
<p>イ 措置入院患者に加えて急性期患者の入院要請にも24時間体制で応じられる体制を整備するとともに、診療時間の延長や専門外来の設置など外来診療体制も強化し、病院全体の機動力を高めて収益の確保につなげる。</p>	<p>イ 急性期患者の入院要請にも応じられる体制を整備し、日中の他機関からの依頼に基づいた入院受け入れを拡充する。 午後の外来診療開始に加えて、新たに専門外来の設置を検討し、外来診療体制を強化する。</p>	<p>②第3病棟を精神科急性期治療病棟に再編し、急性期患者の受入れ体制を強化した。【再掲】 ③週2回（木・金）、午後の外来診療を開始した。【再掲】 ④精神保健福祉センター等から紹介されたギャンブル依存症患者について限定的に外来での診療を開始した。【再掲】</p>
<p>ウ 医業収益改善ワーキンググループが中心となり、施設基準該当等に係る適時適切な確認を行うとともに、診療報酬の改定等に迅速に対応し、新たな診療報酬加算の取得に努めるなど、質の高い医療の提供に対して認められた診療報酬を漏れなく請求することにより、診療単価の引き上げを図る。</p>	<p>ウ 令和4年度の診療報酬改定に迅速に対応するとともに、医業収益ワーキンググループの検討結果を踏まえ、「看護職員夜間配置加算」の取得及び「医療安全対策加算」の格上げを目指す。 入院患者に対する服薬指導の充実を図り、薬剤管理指導料等の適切な算定を目指す。</p>	<p>⑤令和4年度の診療報酬改定に迅速に対応した。 ⑥「診療録管理体制加算2」及び「データ提出加算1」の施設基準の取得や「医療安全対策加算」の格上げに取り組むとともに、第3病棟における「精神科急性期治療病棟入院料1」の算定を開始した。 ⑦入院患者に対し、薬剤管理指導を21件実施した。【再掲】</p>
<p>エ 患者の経済状況に応じて必要な公的扶助制度等を活用できるよう、早い段階から支援することにより未収金の発生を防止するとともに、発生してしまった未収金については、病院全体で未納者情報の一元管理を行って早期回収を図り、回収困難債権については弁護士法人へ回収業務を委託して回収の徹底を図る。</p>	<p>エ 患者の状況に応じ、多職種が連携して早期から介入・支援することにより未収金の発生を防止するとともに、病院全体で未納者情報の一元管理を行って未収金の早期回収を図る。 また、回収困難債権については弁護士法人へ回収業務を委託するだけでなく、必要に応じて法的措置を講じることも検討する。</p>	<p>⑧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。 ⑨職種間で連携を密にし、未収金の発生・増加防止に努めるとともに、弁護士法人へ未収金の回収業務を委託し、未収金の早期改修に努めた。</p>

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 費用の削減対策（小項目）		
<p>ア 予算と実績の管理を通じ、職員全員に対してコスト意識の徹底を図るとともに、医薬品、診療材料、消耗品について適正な在庫管理に努め、費用対効果を意識した業務改善に取り組むことにより費用の抑制や削減を行う。</p>	<p>ア 意欲のある若手プロパー職員を積極的に採用することにより、偏った年齢構成を是正し、給与費全体の適正化を目指す。 内科診療援助医・診療専門医を廃止するとともに、診療援助医体制を見直し、当直医の人数を削減することにより報償費を削減する。 患者給食委託業務の内容を大幅に見直すことにより、委託費を削減する。</p>	<p>①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。 ②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4名から3名に減らすことにより経費の削減を図った。 ③医師の働き方改革に対応するため、交代制勤務を導入し宿日直手当を削減した。 ④給食委託業務の設計見直しにより委託費を削減した（年間2,100万円削減）。</p>
<p>イ 働き方改革を推進していく中で、業務の効率化などに対する職員の意識啓発に努め、病院全体で組織や業務の見直しなどを行うことにより、時間外勤務の縮減を図る。</p>	<p>イ 働き方改革を推進していく中で、業務の効率化などに対する職員の意識啓発に努め、病院全体で組織や業務の見直しなどを行うことにより、時間外勤務の縮減を図る。</p>	<p>⑤働き方改革の推進及びワーク・ライフ・バランスの充実を図るため、定期的に、業務の効率化（見直し）や年休の取得促進、定時帰宅を全職員に対し促すなどにより、時間外勤務の縮減を図った。</p>
<p>ウ 病院の主要な建物の経年劣化が進んでいるため、適切な予防保全を行うことにより、施設の安全性・継続性を確保するとともに、修繕費用を抑制する。</p>	<p>ウ 病院の主要な建物の経年劣化が進んでいるため、適切な予防保全を行うことにより、施設の安全性・継続性を確保するとともに、修繕費用を抑制する。</p>	<p>⑥事務局において、定期的に破損箇所等の修繕・更新について協議を行い、修繕費用を抑制しつつ、施設の安全性・継続性の確保に努めた。</p>

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・指標に関しては、「病床利用率」、「外来単価」、「延べ外来患者数」及び「デイケア参加率」については目標値を下回った一方、「入院単価」、「精神科救急急性期医療入院料算定率」、「入院患者に対する薬剤管理指導実施件数」及び「診療材料費対医業収益比率」については目標値を上回った。 ・年度計画の業務実績に関しては、「(1) 収入の確保対策」では、医療安全対策加算の格上げや第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。また、「(2) 費用の削減対策」では、若手職員の採用による年齢構成の適正化を図るとともに、診療援助医師の体制や給食委託業務を見直すことにより経費の削減に努めた。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

第3 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）

◆年度計画指標

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

No.	指標名	R4(2022)	R4(2022)	R4(2022)	R8(2026)	指標の 達成状況	R4(2022)	R5(2023)	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)
		年度 目標値	年度 実績値	年度 達成率	年度 目標値※		年度 実績値 (再掲)	年度 実績値	年度 実績値	年度 実績値	年度 実績値
1	経常収支比率（％）	100.0	118.3	118.3%	100.0	v	118.3				
2	医業収支比率（％）	65.0	68.2	104.9%	68.0	iv	68.2				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>県民が求める高度で専門的な医療を安定的に提供していくため、中期目標期間中に経常収支の黒字化を目指す。</p> <p>また、計画的な資金管理を行い、経営基盤の安定化に努める。</p>	<p>月次で収支状況を管理し、経常収支の黒字化を目指す。</p> <p>また、月次で資金管理を行い、経営基盤の安定化に努める。</p>	<p>①経常利益は465百万円を計上し、経常収支比率は118.3%となった。</p> <p>②経常収支の黒字化を目指すため、月次で収支状況及び資金状況の管理を行い、その結果を院内に共有し、職員全員の経営改善の意識向上に努めた。</p>

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・指標に関して、「経常収支比率」は118.3%と目標値を上回った。また、「医業収支比率」は68.2%となり目標値を上回った。 ・年度計画の業務実績に関しては、運営会議や経営改善・職域連携会議を通じて経営状況の共有を行い、職員の経営参画意識の向上に努めた。また、第1病棟における保護室の効率的な運用や第3病棟における「精神科急性期治療病棟入院料1」の算定、委託料の削減等、収支改善に取り組んだ結果、経常収支の黒字化を達成した。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

第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。	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立ち上げ、施設等のハード面及び病棟機能・人員配置等のソフト面における当院の課題を洗い出すとともに、検討に必要な基本的医療情報の収集に着手する。	①「岡本台病院の診療機能及び施設のあり方WG」を設置（構成員19名、オブザーバー3名）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。 ②建替えを行った他県立精神科病院を視察し、機能や施設整備等について情報収集を行った。

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うなど、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>県民から信頼され、県内の精神科医療機関の模範的役割を果たせるよう、引き続き法令や社会規範を遵守するとともに、栃木県情報公開条例（平成11年栃木県条例第32号）及び栃木県個人情報保護条例（平成13年栃木県条例第3号）に基づく適切な情報管理と情報セキュリティ対策を徹底する。</p> <p>また、これらを確保するため、内部監査の実施や院内におけるリスク評価及び対応策の見直しを随時行い、内部統制の充実を図る。</p>	<p>県民から信頼され、県内の精神科医療機関の模範的役割を果たせるよう、引き続き法令や社会規範を遵守するとともに、栃木県情報公開条例（平成11年栃木県条例第32号）及び栃木県個人情報保護条例（平成13年栃木県条例第3号）に基づく適切な情報管理と情報セキュリティ対策を徹底する。</p> <p>また、これらを確保するため、内部監査の実施や院内におけるリスク評価及び対応策の見直しを随時行い、内部統制の充実を図る。</p>	<p>①病院運営に必要な法令上の手続きについては、疑義が生じる都度、労働基準監督署や消防署など関係機関に協議や確認を行い、適正な執行に努めた。</p> <p>②個人情報保護と情報セキュリティに関する研修を実施し、個人情報保護等に関する意識の向上を図った。</p> <p>③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について整理を行った。また、当該業務フローに基づき、内部監査を実施し、業務の一部見直しを行った。</p>

法人の自己評価	A	評価理由	・病院運営に必要な法令上の手続きについて、所管の関係機関へ協議や確認を行い、適正な業務執行に努めた。また、業務の流れを図式化することで、業務執行上のリスクと対応策の整理を行うとともに、内部監査を実施し業務の見直しを行うなど、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

令和 4（2022）年度業務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令和 4（2022）年度の業務実績について、以下のとおり評価を行った。

1 全体評価（案）

(1) 評価結果

令和 4（2022）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

- 全ての項目について、概ね計画どおり実施し、経常収支も黒字を計上した。
- 引き続き、経営環境の変化に柔軟に対応しながら、サービスや業務の質の向上を図るとともに、財務の改善に取り組む必要がある。

2 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会の意見・指摘等

令和4(2022)年度 (地独) 栃木県立がんセンター決算の概要

(単位：百万円)

区 分		R3(2021)	R4(2022)	増減
損 益 計 算 書	収 益	11,758	10,622	△ 1,136
	医 業 収 益	7,850	7,707	△ 143
	入 院 収 益	3,957	3,768	△ 189
	外 来 収 益	3,736	3,785	49
	一 般 会 計 負 担 金	1,394	1,345	△ 48
	補 助 金 等	1,818	1,000	△ 818
	費 用	9,888	10,441	553
	医 業 費 用	9,183	9,708	525
	給 与 費	3,632	3,770	138
	経 費	1,776	1,984	209
減 価 償 却 費	665	827	162	
純 損 益	1,870	181	△ 1,689	
貸 借 対 照 表	資 産	15,753	15,335	△ 418
	負 債	12,205	11,594	△ 611
	純 資 産	3,548	3,741	193

※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		R3(2021)	R4(2022)	増減
許可(稼働)病床数(床)		291[210]	291[210]	0[0]
年間 延患 者数	入院患者数(人)	54,099	51,387	△ 2,712
	外来患者数(人)	121,268	125,351	4,083
	病床利用率(%)	50.9[70.6]	48.4[67.0]	△2.5[△3.6]
平均在院日数(日)		10.5	10.0	△ 0.5
単価	一人一日当入院(円)	73,150	73,323	173
	一人一日当外来(円)	30,808	30,199	△ 609
医業収支比率(%)		85.5	79.4	△ 6.1
経常収支比率(%)		118.9	101.7	△ 17.2

※81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、令和4年8月、令和5年1月の院内クラスター発生に伴う制限の影響などにより、患者数・収益ともに減少した。
- ・外来については、コロナで入院できない患者を外来で診療している状況や外来化学療法が増などにより、患者数・収益ともに増加した。
- ・3年連続で黒字となったが、入院収益及び補助金の減少や物価高騰に伴う経費の増加などにより、黒字幅は大幅に減少した。

業務実績報告書兼中項目別評価書

令和4(2022)年度

自 令和4(2022)年4月1日

至 令和5(2023)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）	7
3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）	11
4 人材の確保と育成（中項目）	16
5 地域連携の推進（中項目）	22
6 地域医療への貢献（中項目）	26
7 災害等への対応（中項目）	29
第2 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）	32
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）	36
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	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

◆ 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
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			
2 安全で安心な医療の提供	A	A			
3 患者・県民の視点に立った医療の提供	A	A			
4 人材の確保と育成	B	B			
5 地域連携の推進	A	A			
6 地域医療への貢献	A	A			
7 災害等への対応	A	S			
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項					
1 業務運営体制の確立	A	A			
2 収入の確保及び費用の削減への取組	A	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			
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			
2 適正な業務の確保	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。(案)
令和5(2023)年度	
令和6(2024)年度	
令和7(2025)年度	

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

1 質の高い医療の提供（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 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	48	80.0%	60	ii
2	バイオバンク登録件数（件）	3,000	8,231	274.4%		v
3	がんゲノムプロファイリング検査 件数（件）	47	60	127.7%		v
4	リンパ浮腫に対する施術件数 （件）	855	896	104.8%		iv
5	臨床研究件数（件）	200	203	101.5%	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）	258	363	140.7%	270	v
7	リハビリテーション新規依頼件数 （件）	1,035	1,055	101.9%	1,035	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 (再掲)	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値
51	48			
3,996	8,231			
50	60			
880	896			
216	203			
365	363			
1,135	1,055			

※ 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) 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、放射線治療及び薬物療法を組み合わせた集学的治療の充実を図るなど、高度専門医療を提供する。	① 肝胆膵外科の高難度手術は、前年度に引き続き新型コロナウイルス感染症の影響等により5月（0件）及び1～3月期（9件）の件数が少なく、目標の60件を下回った。

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>※ 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。</p>	<p>イ 希少がん症例の診療上の課題を解決し、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定期的開催する。</p> <p>また、バイオバンク（※）運営において、保管対象となる試料の幅の拡大や頒布ユーザー側のニーズに沿った試料品質・データ品質の達成、凍結組織や培地浸漬凍結組織の保存にも努めることで、希少がん、難治性がんに対する探索的研究及びゲノム医学を推進する。</p> <p>※ 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。</p>	<p>② 希少がんセンター講演会を2回開催し、希少がんに関する理解促進を図った。（参加者数 5月:131名、12月:165名）</p> <p>③ 希少がん専用の問合せフォーム等による問合せに随時対応した。（問合せ8件）</p> <p>④ 希少がんのうち骨軟部腫瘍については、小児AYA世代の肉腫に対応するために、R3（2021）年6月に自治医科大学とちぎ子ども医療センターとの連携体制を構築し、継続して治療の充実化を図った。また、県内のみならず、北関東圏の骨軟部腫瘍患者の治療の充実を図るため、当センター及び埼玉県立がんセンター整形外科、群馬県立がんセンター骨軟部腫瘍科と連携し、R4（2022）年11月に北関東骨軟部腫瘍ネットワークを発足した。</p> <p>⑤ バイオバンクの運営においては、肝胆脾を対象とした新規外来患者の当日同意取得・当日採血のフローを整備・定着化したことにより、目標数の2倍以上の検体を登録した。また、診療情報管理士による頒布リストの情報整備により、前年度比倍以上の頒布案件に対応した。</p>
<p>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。</p>	<p>ウ 遺伝性乳がん・卵巣がん症候群、MSI陽性腫瘍、切除不能・再発がん、希少がん、原発不明がん、遺伝性がんに対する診断・治療・予防法の提供など、がんゲノム医療を推進する。</p> <p>また、がんゲノム医療連携病院の要件となっている、臨床検査室の第三者機関認証（ISO15189）を2023年に取得することを目標に取り組む。</p>	<p>⑥ がん予防遺伝カウンセリング外来では、初診31家系44名、再診154家系195名が受診した。（自費検査 17件）</p> <p>⑦ MSI検査を院内総数で109件実施した。結果、MSI-Highは8件であった。</p> <p>⑧ BRCAAnalysis診断システム検査を109件実施し、BRCA1/2病的変異が見つかった14件について、遺伝カウンセリング外来受診につなげた。</p> <p>⑨ myChoice診断システム検査を10件実施し、病的変異が見つかった4件について、遺伝カウンセリング外来受診を勧奨した。</p> <p>⑩ がんゲノムプロファイリング検査を60件（内訳:NCCオンコパネル検査10件、FoundationOneCDx検査34件、FoundationOne LiquidCDx検査16件）実施した。また、治験参加のため国立がん研究センター中央病院へ4名の受診予約を行った。</p> <p>⑪ ISO15189認定に向けてR4（2022）年4月から手順書、環境整備を進め、R5（2023）年3月に認定申請した。</p>

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 がん手術後のリンパ浮腫の重症化等を抑制するため、リンパ浮腫療法士による専門的なケアを実施する。 また、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。 さらに、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。	⑫ リンパ浮腫ケア外来での施術件数は896件であった。院内からの早期依頼件数の増加などにより、目標値を上回った。 ⑬ 薬剤管理指導業務・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。(外来事前面談に関する連携充実加算件数 425件、病棟での薬剤管理指導件数 2,981件) ⑭ がん治療に伴う気持ちのつらさを抱える患者やその家族に対して個別介入を行い、心理的負担の軽減を図った。(年間依頼件数 67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。	⑮ 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。 ⑯ 個人情報保護法の改正に伴い、オプトアウトの取扱い、ホームページ上での情報公開方法を検討した。 ⑰ 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。 ⑱ 呼吸器内科5件、乳腺外科1件の新規治験を受け入れた。また、患者エントリーのための支援を開始した。
(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。	継続的にチームSTEPPS（※）に取り組む、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研修初級編を4回実施した。(受講者数 73名) 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) カンファレンスを2回実施した。

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3) 緩和ケアの推進（小項目）		
<p>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。</p>	<p>緩和ケア外来の初診時に緩和ケアセンター看護師が同席することや緩和ケアリンクナースの育成を強化することで、入院・外来患者及びその家族への継続的支援につなげる。 また、緩和ケアに関する研修会を実施し、基本的緩和ケアから専門的緩和ケアへつなぐ体制を強化する。</p>	<p>① 緩和ケア科外来初回全患者に専門・認定看護師が同席(349件)し、緩和ケア・緩和ケア病棟について補足説明を行った。また、在宅調整が必要なケースについては直接介入して支援した。 ② 入院中の緩和ケアチーム介入患者は、外来においても継続支援した。(実績 53件) ③ 緩和ケアリンクナースの育成を目的に、緩和ケアリンクナース会を計9回実施した。</p>
(4) がん患者リハビリテーションの推進（小項目）		
<p>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。</p>	<p>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、原疾患やがん治療に伴う運動機能低下に対して、がん口コモ・骨転移外来と連携を図りながら、運動器のリハビリテーション介入を推進する。</p>	<p>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 234件) ② 多職種からなるがんリハビリテーションセンターのチーム活動として、入院患者全員に、医師や看護師、理学療法士、作業療法士、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 50回) ③ 入院リハビリ実施患者の全員に、リハビリテーション総合実施計画書を作成し交付した。(作成件数 565件) ④ 骨軟部腫瘍・整形外科主催の骨転移カンファレンスでは、多職種による集学的検討により、リハビリテーションを推進した。(実施回数 5回、患者数 5名)</p>

令和3（2021）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
<p>・ 該当なし</p>	<p>—</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「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」「リンパ浮腫に対する施術件数」「臨床研究件数」「緩和ケア外来における緩和ケアセンター看護師同席件数」「リハビリテーション新規依頼件数」の指標で目標値を上回った一方、前年度に引き続き新型コロナウイルス感染症の影響により、「高難度手術延べ件数」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が、新型コロナウイルス感染症の影響により目標達成に至らなかったものの、希少がんに関する講演会等を開催し理解促進を図ったほか、バイオバンクの運営に関しては、肝胆膵を対象とした新規外来患者の当日同意取得・当日採血のフローを整備・定着化し、目標数の2倍以上の検体を登録・頒布するなど、希少がんに関する研究の基盤づくりを促進した。また、「緩和ケアの推進」では、緩和ケア科外来初回全患者に専門・認定看護師が同席して緩和ケアや緩和ケア病棟についての補足説明を行い、在宅調整が必要なケースについては直接介入して支援を行うなど、きめ細かなケアを推進した。さらに、「がん患者リハビリテーションの推進」では、術後合併症予防のため外来にて術前呼吸訓練指導を行い、周術期リハビリテーションの充実を図った。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 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(%)	67.0	65.6	97.9%	70.0	iii
2	感染対策研修受講率(%)	90.0	91.9	102.1%		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 (再掲)	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値
63.6	65.6			
90.7	91.9			

※ 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。	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65.6%と目標値を1.4%下回った。前年度の実績63.6%からは2%増加した。 ② GOOD-JOB報告は61件（前年度比+16件）であった。 ③ 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、各々が12回/年活動した。 ④ リスクマネージャー対象研修を2回実施し、役割実践の強化を行った。 ⑤ 医療安全に関する研修については、全職員対象研修や職種ごとにテーマを設定した研修を計21回開催した。（全職員対象:2回、職種別等:19回）

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。	<p>⑥ 感染対策研修については、Webでの全体研修を2回開催し、院内で実施している感染対策の方法について周知した。(受講率 第1回：95.2%、第2回：88.6%、平均：91.9%)</p> <p>⑦ 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、院内の方針を検討した。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。</p>
ウ チームSTEPPSを活かしたチーム医療を推進することにより、院内に患者安全文化を醸成し、職種や部署を超えたコミュニケーションを推進することで職員にとっても安全な職場の形成を推進する。	ウ チームSTEPPSのツールを活かして職種や職位を超えたコミュニケーションの取りやすい職場風土を目指し、心理的安全性が保たれる安全文化の醸成に取り組む。	<p>⑧ 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具体的な行動を継続的に発信した。</p> <p>⑨ 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対策検討を支援した。(カンファレンス参加実績：16回)</p> <p>⑩ チームSTEPPS研修を4回実施した。</p> <p>⑪ 例年どおり医療における安全文化調査を実施した。総合順位は参加196施設中41位で、項目別に見ると「上司の医療安全に対する態度や行動」については8年連続、「部署内でのチームワーク」については4年連続1位であった。調査結果や課題、推進事項は、全職員対象研修によりフィードバックし、安全文化の醸成に取り組んだ。</p>

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 医療機器、医薬品等の安全管理の徹底（小項目）		
<p>患者に対して安全な医療を提供するため、放射線治療機器の品質管理の徹底等、医療機器や医薬品をはじめ施設内全般の安全管理を徹底する。</p>	<p>患者に対して安全で安心な放射線治療を提供するため、毎月最終水曜日を放射線治療品質管理日とし、治療機器の精度管理を実施するとともに、その結果を掲示する。</p> <p>また、医薬品の安全使用のための研修会を定期的に行い、医療機器の安全性を維持するため、ME（メディカルエンジニア）室において医療機器管理システムによる中央一括管理を行い、医療機器の信頼を高める運用と保守点検を適切に実施する。</p>	<p>⑫ 安全で安心な放射線治療を提供するため、医学物理士を中心に毎月最終水曜日を放射線治療品質管理日として治療機器の精度管理を実施した。また、精度管理結果を放射線治療品質保証室の前に毎月掲示した。</p> <p>⑬ 医薬品の安全使用のための研修会を4回開催した。（レブメイト講習会、ゾラデックス&フェソロデックス注射講習会、エピペン講習会、アナフィラキシー勉強会）</p> <p>⑭ 医療機器について、スケジュールに沿った定期点検を実施した。また、人工呼吸器、血液浄化装置について、患者使用中においてもミニレクチャーを実施する等、安全管理に努めた。</p>

令和3（2021）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 該当なし 	<p>—</p>

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「感染対策研修受講率」は目標値を上回った一方、「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」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療安全対策等の推進」では、多職種による検証ワーキンググループを構成し、インシデントや事故報告の原因分析、事故防止の具体策の検討、運用の整備、医療事故防止のための啓発、広報などを行い、医療安全を推進した。また、感染対策研修の実施、新型コロナウイルス感染症対策統括会議の定期開催により、院内における感染症の拡大防止に努めた。さらに、「医療機器、医薬品等の安全管理の徹底」では、医学物理士を中心に、毎月、放射線治療品質管理日を定めて治療機器の精度管理を実施したほか、医薬品や医療機器の安全使用のための研修会の開催、定期点検の実施等により安全管理に努めた。 ・ 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	A	評 価 理 由 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 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）	1,350	1,671	123.8%		v
2	院内クリニカルパス適用症例率（%）	53.0	55.4	104.5%		iv
3	医療相談件数（件）	3,500	3,742	106.9%		iv
4	患者満足度割合（%）	90以上	85.9	95.4%	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 (再掲)	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値
1,549	1,671			
53.1	55.4			
3,888	3,742			
89.2	85.9			

※ 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 認定看護師による看護外来において、生活スタイルに応じた支援を行う。 また、専門・認定看護師に対する面談同席依頼の機会を通し、意思決定を支援する。	① 治療方針決定時の面談同席で関わった患者の継続的な支援に努めたことや、R4(2022)年度から公認心理師による面談同席が加わったことにより、専門看護相談件数が目標を上回った。また、各認定看護師が領域の活動を通し、患者・家族、職員に対する相談や指導のほか、看護実践を行った。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>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。</p>	<p>イ ACP（アドバンス・ケア・プランニング） （※）支援チームの活動を本格的に開始し、ACP支援を行う。 患者および家族にACPの理解をより広め、相談しやすい環境整備を行う。 ※ 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。</p>	<p>② ACP支援チームの活動を開始し、今年度の活動目標であった患者向けポスター及びパンフレット、全職員向けのACP啓発ビデオを計画どおり作成した。</p>
<p>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。</p>	<p>ウ 医師をはじめ看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等による薬剤・検査及び治療等の診療前における説明を充実するとともに、対象患者の拡大を図る。</p>	<p>③ 薬剤師による事前の薬物治療の説明は、入院では病棟薬剤業務・薬剤管理指導業務、外来ではがん患者指導管理、事前面談により実施した。（薬剤管理指導件数 2,981件、がん患者指導管理料ハ算定件数 348件、連携充実加算件数 425件） ④ 診療放射線技師による検査前説明については2020年度から資料を改訂し、外来初診患者を対象として改めて開始した。（実績：5件） ⑤ 診療放射線技師の参画した放射線治療前説明については、2018年度から継続している。（実績：11件）</p>
<p>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。</p>	<p>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アウトカムに対する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、適切なクリニカルパス運用に努める。 ※ 良質な医療を効率的かつ安全、適正に提供するための手段としての標準診療計画。</p>	<p>⑥ 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。 ⑦ 院内クリニカルパス適用症例率については、新型コロナウイルス感染症の影響で手術や入院が制限された8月及び9月を除き、概ね50%以上を維持し、R4（2022）年度累計で55.4%と目標を達成した。</p>

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(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）		
<p>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。</p>	<p>栃木県がん対策推進計画（3期計画）や栃木県がん対策推進条例等を踏まえ、ハローワーク・産業保健センター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。</p> <p>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。</p>	<p>① ハローワーク宇都宮と連携して就職支援相談会を15回、また栃木産業保健総合支援センターと連携して両立支援相談会を12回開催した。（療養・就労両立支援指導料算定件数：4件、就労相談件数：510件）</p>
(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上（小項目）		
<p>ア 患者及びその家族の立場に立った医療サービスを提供するため、研修等を実施し、職員の接遇マナーの向上を図る。</p>	<p>ア 希少がんにかかる患者間もしくは医師との情報交換の場である患者会の開催を目指す。</p> <p>イ 接遇研修を開催するとともに、テーマを決め定期的な接遇チェックを行い、職員の接遇マナーの向上を図る。</p>	<p>① Webを利用し、肉腫患者会と骨軟部腫瘍医師との交流を図った。</p> <p>② 医療接遇セミナーをオンラインで開催した。（受講者数：105名）また、看護部では、年間を通じて定期的な接遇チェックを実施した。</p>

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>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。</p>	<p>ウ 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。</p>	<p>③ 患者満足度アンケート結果（評価基準「当院を全般的に評価したときの満足度」）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来は83.9%で、前年度と同程度の水準ではあるものの、目標値90%に届かなかった。他の医療機関と比較すると、特に診察までの待ち時間に対する評価が低かった。（67/69位） ・入院は87.8%で、5年ぶりに目標値90%に届かなかった。 <p>項目別に見ると、特に建物や設備に関する項目の評価の低下（▲9ポイント）が目立ったが、無線Wi-Fiの運用ルールを整備し、入院患者の療養環境向上を図った。</p> <p>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、必要に応じて対応した。</p>

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(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 新設した事業系センターや外来等の紹介を掲載した広報紙「がんセンターだより」を年5回発行し、宇都宮市内及び関係医療機関等に配布した。 ② リモートによる喫煙防止教育を実施した。（小学校14回、中学校2回） ③ ホームページをリニューアルし、更新方法を容易にすることで適時の情報提供を可能にするとともに、ウェブアクセシビリティに配慮した仕様とすることで閲覧者の利便性向上を図った。
(5) ボランティア等民間団体との協働（小項目）		
ア 患者会等と連携、協働し、患者やその家族など同じ立場の人が気軽に語り合える交流の場である「患者サロン」の利用を促進することにより、患者及びその家族の仲間づくりを支援する。	ア 患者会等と連携、協働し、がん患者等と同じ立場の人同士の交流の場である「患者サロン」の利用促進を図る。	① 患者サロンについては、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から完全予約制やオンライン開催で実施し、情報提供や交流の場の確保に努めた。実施回数、参加者数ともに前年度の実績を上回った。
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、療養環境の向上を図る。	② 新型コロナウイルス感染症の影響により、R2(2020)年2月末よりボランティアの活動を休止しているが、活動が再開できるようになった場合に備えて、現在のボランティア名簿登録者へ活動継続の意思確認を行った。

令和3(2021)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	—

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「専門看護相談件数」「院内クリニカルパス適用症例率」「医療相談件数」の指標で目標値を上回った一方、「患者満足度割合」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、治療方針の決定に際し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、認定看護師による看護外来を実施するとともに、2021年度に組織したACP支援チームの活動を開始し、患者向けポスター及びパンフレット、全職員向けの啓発ビデオを作成した。また、院内クリニカルパスについては、急な術式変更に対応するためのパスを作成、導入し、安全かつ適切な医療の効率的な提供に努めた。「患者の就労等に関する相談支援機能の充実」では、ハローワーク宇都宮と連携して就職支援相談会を、栃木産業保健総合支援センターと連携して両立支援相談会を開催した。「患者及びその家族の利便性・快適性の向上」では、医療接遇セミナーの開催、定期的な自己点検等により接遇意識の向上を図りつつ、入院患者の療養環境向上を目指して無線Wi-Fiの運用ルールを整備したが、患者満足度アンケート調査の結果は例年より低調であった。一方、「県民へのがんに関する情報の提供」では、ホームページのリニューアルにより県民への情報発信基盤を強化したほか、Webを活用した講座等の開催によりがんに関する情報提供及び普及啓発に努めた。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

4 人材の確保と育成（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	医師数（人）	62	62	100.0%		iv
2	職員満足度割合（％）	82.5以上	65.8	79.8%	90以上	i

（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 (再掲)	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値
61	62			
69.3	65.8			

※ 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) 医療従事者の確保と育成（小項目）		
<p>ア 医師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 全国のがん専門病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 ・ 専門医資格取得のための研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保に努める。 	<p>ア 医師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県養成医師を積極的に受け入れる。 ・ 全国のがん専門病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 ・ 専門医資格取得のための研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保に努める。 	<p>① 初めて県養成医師の受け入れを行い、肝胆膵外科及び病理診断科のローテートを通して、医師の育成に努めた。</p> <p>② 肝胆膵外科学会高度技能修練施設（A）として、専門医資格取得のため48例の高難度手術を実施し、技能習得に努めた（うち、修練医3名は計27例を術者として実施した）。</p>
<p>イ 看護師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努める。 ・ 県内トップレベルのがん医療を提供できるよう、認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、新規採用者集合研修や各クリニカルラダーレベルに合わせた実効性のある研修プログラムにより、計画的に研修を実施する。 	<p>イ 看護師の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 就職ガイダンスはじめ、社会環境に即したPR活動を推進する。 ・ 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。 ・ 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。 	<p>③ 2023年度採用については5回の採用試験を実施し、19名を採用した。採用活動では、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、対面でのインターンシップ、病院見学会が開催できない状況が続いたが、可能な限り、Webによる見学会に対応した。感染状況が落ち着いた3月には、インターンシップを再開することができた。</p>

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
<p>ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 大学及び養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の確保、配置に努める。 ・ 各種認定資格の取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 	<p>ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 見学会の実施や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の確保、配置に努める。 ・ 施設基準の要件を満たすために必要となる各種認定資格の取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。 	<p>④ 薬剤部では、見学会の実施や随時募集により薬剤師の確保に努め、4月、5月、11月の各月において薬剤師（正職員）を1名ずつ計3名、3月に薬剤師（パート）1名を採用した。また、見学については、随時対応の他、3月に薬学部5年生を対象に病院薬剤部見学会を実施した。（見学者数：5名）</p> <p>⑤ 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が開始され、診療放射線技師9名が受講した。</p>
<p>エ 事務職員の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療制度や経営環境の変化に迅速に対応できるよう、病院経営や医療事務等に精通した職員の計画的な確保、配置に努める。 ・ 各種認定資格の取得や外部研修会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図るなど、事務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。 	<p>エ 事務職員の確保と資質向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療制度や経営環境の変化に迅速に対応できるよう、病院経営や医療事務等に精通した職員の計画的な確保、配置に努める。 ・ 各種認定資格の取得や外部研修会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図るなど、事務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。 	<p>⑥ 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12名が受講した。また、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13名が受講した。</p>
（2）研修内容の充実（小項目）		
<p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>① 院外医療従事者研修会はWebで3回開催し、延べ104名が参加した。</p> <p>② 院内職員を対象としたグランドカンファレンスは、オンデマンド配信が可能な形態にて1回開催した。</p> <p>③ 新規採用職員を対象とした基本研修は、4月に開催期間を1日に短縮して実施した。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義務付けた。</p> <p>④ 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全32名が履修した。</p>

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
(3) 人事管理制度の構築（小項目）		
<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>① 新たな人事評価制度を導入するために必要な事項を検証するとともに、職員に制度を理解してもらうことを目的に、試行評価を実施した。</p>
(4) 働きやすい職場環境づくり（小項目）		
<p>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。</p>	<p>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。</p>	
<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>① 前回開催以降の入職者を対象にハラスメント防止研修を開催した。（受講者数 一般職向け:137名、管理職向け:30名） 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2回開催した。（参加者数 6/20:26名、12/12:4名） ③ 職員満足度調査の結果、多くの項目で前回の満足度を下回る結果となった。指標としている“仕事のやりがい”についても65.8%で、前回の69.3%を下回った。 ④ 院内保育園では、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。また、感染担当看護師と園内のラウンドを実施し、環境クローズの利用や空気の流れを作るために扇風機を設置する等の対策を講じた。 ⑤ 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3割であった。また、社内の目を気にせず、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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>⑥ 在宅で勤務する画像診断医師1名を継続雇用した。 ⑦ 優秀な研究者等の確保のため、職員が当センターと別の機関の双方に身分を有し、勤務割合に応じて双方で業務を行うクロスアポイントメント制度により研究職1名を採用した。</p>

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 働き方改革を着実に推進していくため、法人の働き方改革ワーキンググループでの検討を進める。 また、職種毎の働き方改革サブワーキンググループを立ち上げ検討を進めることで、タスクシェア・シフティング等、勤務環境改善に向けた継続的な取組を実施する。	⑧ 働き方改革ワーキンググループを開催し、今後の活動について検討を実施した。また、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。 ⑨ 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。
(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 隔月で定例委員会を開催したほか、2年間開催していなかった医師との倫理意見交換会、教育講演会も開催し、職員の倫理観向上に取り組んだ。 ② 臨床倫理認定士養成研修基礎編を公認心理師、がん専門看護師、理学療法士が受講して臨床倫理認定士となり、基礎編修了者は7職種計10名となった。同上級編は薬剤師、がん専門看護師、理学療法士が受講し、上級認定士は4職種6名となった。また、臨床倫理担当の上級認定士が日本臨床倫理学会上級研修のファシリテータを務め、知識とスキルの維持向上に努めた。 ③ 機能評価解説資料の臨床倫理に係る評価項目を委員会メンバーと共有し、各自が自施設の体制や実態を再点検する取組を実施することで、臨床倫理に関する意識向上を図った。

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
<p>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。</p> <p>※ 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。</p>	<p>イ 臨床倫理認定士を中心にしたチーム制コンサルテーションを臨床現場で実施し、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にフィードバックすることで職員の倫理的思考力の向上を図る。</p>	<p>④ 外部委員（委員長及び生命倫理専門家）も交えて計画どおり委員会を開催した。年間6回開催のうち、外部委員は、4回がWeb、2回は現地招集を行い、専門家の視点からコメントを得て、充実したコンサルテーション活動が行えた。</p> <p>⑤ 現場から寄せられた重要な事案に関するコンサルテーションについて多職種で議論することにより現場支援と職員の倫理的思考向上を推進した。また、日常の身近な出来事に目を向け、倫理的な視点で問題提起できるよう「モヤモヤシート」を作成し活用を開始した。</p> <p>⑥ 外部委員を交えて、患者の意思決定支援指針を作成した。また、アルコール含有薬剤を使用する化学療法患者への対応についても取り上げ、組織的な検討を経て方針を示す準備に取り掛かった。</p>

令和3（2021）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、職員の資質向上に努めるとともに、職員満足度向上に向けた取組を期待したい。 	<ul style="list-style-type: none"> 学会や院外の研修について、引き続き職員の参加を推奨した。また、病院における事務未経験者や簿記資格未保有者を対象とした基礎研修を新たに実施し、事務職員の資質向上に努めた。 働き方改革推進のための勤務実態調査の実施、新たな人事評価制度の導入に向けた検討等、勤務環境改善に向けた取組を継続した。

4 人材の確保と育成（中項目）

法人の 自己評価	B	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「医師数」は目標を達成した一方、「職員満足度割合」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療従事者の確保と育成」では、医師については、県養成医師を受け入れて人的交流を図ったほか、肝胆膵外科学会高度技能修練施設として、修練医を術者とする高難度手術を多数実施し、技能向上を図った。看護師と薬剤師については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況を見ながら、Webを活用した見学会の開催、インターンシップの再開等により人材確保に努めた。また、事務職員についても、病院における事務未経験者や簿記資格未保有者を対象とした基礎研修を新たに実施し、資質向上に努めた。「働きやすい職場環境づくり」では、在宅勤務の画像診断医師を継続雇用するとともに、働き方改革推進のための勤務実態調査の実施、新たな人事評価制度の導入に向けた検討等、勤務環境改善に向けた取組を継続したが、病棟での新型コロナウイルス感染症クラスターの発生等、職員に過度な負担がかかったこと等により、職員満足度調査の結果は低迷した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
知事の 評 価	B	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。引き続き、医師や看護師等、職員の確保に努めるとともに、職員満足度の向上に向けて積極的な取組を図られたい。

5 地域連携の推進（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 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 (%)	81.0	80.6	99.5%		iii
2	受託検査件数 (件)	150	195	130.0%		v
3	退院調整症例の在宅復帰率 (%)	80.0	84.7	105.9%		iv
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 (%)	30.0	35.8	119.3%		v
5	紹介率 (%)	96.4	95.9	99.5%	97.0	iii
6	逆紹介率 (%)	47.0	42.6	90.6%	50.0	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 (再掲)	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値
81.9	80.6			
159	195			
87.3	84.7			
63.6	35.8			
96.9	95.9			
47.3	42.6			

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R3(2021)~R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 地域の医療機関等との連携強化（小項目）		
患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、以下のとおり、地域の医療機関等との連携を強化する。	患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、以下のとおり、地域の医療機関等との連携を強化する。	
ア 地域の医療機関への対外活動を実施するとともに、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）を活用するなどして、地域の医療機関との的確な役割分担を意識しつつ連携の充実を図る。	ア 医療連携情報交換会・郡市医師会向けの講座などを開催するとともに、受診に関する案内を適時発信するなど、地域の医療機関との連携体制を構築する。 また、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）の活用を促進するため、勉強会を開催し、とちまるネットの利用者登録を進める。	① 郡市医師会出張講座は年間を通して、9回開催することができた。新型コロナウイルス感染症の状況からWebで開催したが、うち1回は感染対策を実施し現地集合開催した。 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開催し、登録を促した。（医師の登録率：80.6%）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。

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連携を推進し、医科歯科連携を推進する。	③ 当センターでがん治療を受けている患者に対して、かかりつけ歯科を持ち、継続した口腔管理を受けることを推奨している。また、患者の希望がある場合は、かかりつけ歯科に対して、現在のがんの状態や当院でのがん治療内容、歯科治療上の注意点などの診療情報提供を225例に行った。2例の緩和期の患者に対して、地域歯科診療所と連携し、在宅での口腔管理が行われた。
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）を利用した患者情報の共有について協議、検討を行い、トレーシングレポート共有の更なる利活用体制を整備する。 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。	④ 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。 ⑤ とちまるネットを利用した医薬連携推進について、12月から、実患者でのとちまるネットを介したトレーシングレポート授受の運用を開始した。 ⑥ 保険薬局薬剤師の研修を、R4（2022）2月から9月まで1名受け入れ、さらにR5（2023）1月から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、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。	⑦ 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。 ⑧ 受託検査の予約は、時間短縮、事故防止の観点から2名体制で迅速に対応し、予約件数は年間195件で昨年度より36件増加した。

5 地域連携の推進（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化（小項目）		
<p>患者が退院後、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。</p>	<p>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、連携先には治療・看護・リハビリテーションの退院時サマリーなど、文書による情報提供を実施する。</p> <p>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、在宅療養を支援するとともに、緊急時の受入れについても迅速に対応する。</p>	<p>① 新型コロナウイルス感染症対策のための面会禁止が影響し、在宅緩和ケアを選択する患者・家族が増加した。</p> <p>② 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い、院外施設の関係者と連携を図った。</p>
(3) 在宅緩和ケアの推進（小項目）		
<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>① 宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスを済生会宇都宮病院と共同でWeb開催し年9回実施し、訪問診療医や訪問看護師、当センター医師、看護師、MSWなどが参加した。</p> <p>② 緩和ケア病棟をバックベツとし、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。</p>
令和3（2021）年度業務実績の評価における指摘等		業務運営への反映状況
・ 該当なし		-

5 地域連携の推進（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「受託検査件数」「退院調整症例の在宅復帰率」「在宅療養中に関係機関と連携した患者の在宅看取り率」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」「紹介率」「逆紹介率」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「地域の医療機関等との連携強化」では、郡市医師会出張講座を9回開催し医師会との連携を図ったほか、当センターでがん治療を受けている患者のかかりつけ歯科に対する診療情報の提供や、地域歯科診療所と連携した在宅での口腔管理を行い、医科歯科連携を推進した。また、「患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化」では、新型コロナウイルス感染症の影響による面会禁止の影響で、在宅緩和ケアを選択する患者・家族が増えたが、感染対策を講じたうえで面談やカンファレンスを行い、院外施設の関係者と連携を図るなど、いずれの小項目においても概ね計画どおりに実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

6 地域医療への貢献（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 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 (再掲)	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値
8	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) 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。	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。	ア 都道府県がん診療連携拠点病院として、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する取組の企画立案、関係機関との調整等を行い、栃木県がん診療連携協議会に提案し、実施する。	① 栃木県がん診療連携協議会及び各部会をオンラインにて開催し、R4(2022)8月1日に新しく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て、栃木県がん診療連携協議会の機能強化に向けた取組等を含めた検討を行った。 ② 北関東甲信越ブロック地域相談支援フォーラムの幹事県として、オンラインにてフォーラムを開催し、がん相談支援業務を行う相談員等を対象に「がん相談と倫理」について研修を行った。

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
<p>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。</p>	<p>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・若年がん患者等や県民への情報提供、がん治療医と生殖医療専門施設との連携促進のための取組の企画立案、関係機関との調整等を行い、同ネットワーク会議において提案し、実施する。</p>	<p>③ 栃木県がん・生殖医療ネットワーク会議を開催し、がん治療医と生殖医療医との連携促進を図った。 ④ 広報紙「がんセンターだより」への記事掲載により、がん・生殖医療の継続的な普及啓発を図った。 ⑤ オンライン研修会を開催し、医療機関内におけるがん・生殖医療への理解促進を図った。 ⑥ 県内で、がん・生殖医療に携わる医療従事者を対象に、各職種の専門性と役割、支援等について情報交換や研修を行い、新たに誕生したがん・生殖医療専門心理士の今後の活動内容や取組について検討し、まずは顔の見える連携体制の構築を目指し活動を開始した。 ⑦ 院内においては、AYA世代支援体制の構築と早期介入（支援）を目的にAYAスクリーニングシートを作成し、試行した。（実績：延べ52件）</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>⑧ 院外医療従事者研修（連携施設）をWeb形式で3回実施した。</p>

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。	① 院内がん登録、全国がん登録を継続して行い、加えて、新型コロナウイルス感染症が栃木県のがん診療に与えた影響について前年度に引き続き検討を行った。

令和3（2021）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 由	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「地域医療機関向け研修実施回数」について、目標値を上回った。 年度計画の業務実績に関しては、「地域のがん医療の質の向上のための支援」では、栃木県がん診療連携協議会及び各部会をオンラインで計画どおり開催し、R4（2022）年8月1日に新しく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、栃木県がん診療連携協議会の機能強化に向けた取組等を含めて検討を行った。また、北関東甲信越ブロック地域相談支援フォーラムの幹事県として、オンラインにてフォーラムを開催し、がん相談支援業務を行う相談員等を対象に「がん相談と倫理」について研修を行った。さらに、栃木県がん・生殖医療ネットワークの事務局として、がん・生殖医療に携わる医療従事者を対象に、各職種の専門性と役割、支援等について情報交換や研修を行い、新たに誕生したがん・生殖医療専門心理士の今後の活動内容や取組について検討し、まずは顔の見える連携体制の構築を目指し活動を開始した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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
<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>新型コロナウイルス感染症の患者受入れ等、県と調整を図りながら引き続き新型コロナウイルス感染症対策に協力していくとともに、周期的に訪れると予想される新規感染症への対応、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遂行のため、感染症への対策や準備を行う。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>① 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。</p> <p>② 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するため、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。</p> <p>③ 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。</p> <p>④ 事業継続計画（BCP）については、昨年度作成した原案について、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、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。</p>

令和3（2021）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
<p>・ 該当なし</p>	<p>—</p>

法人の自己評価	A	評価理由	<p>・ 病棟で火災が発生したことを想定した消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練と、大地震を想定した防災訓練を実施したほか、災害時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、また、より実効性のある事業継続計画（BCP）を策定するなど、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。</p>
知事の評価	S	評価理由等	<p>・ 当該中項目に関しては、新型コロナウイルス感染症入院受入医療機関として、県内の医療提供体制の維持に貢献したことを踏まえ、計画を上回って実施していると判断し、「S」評価とした。</p>

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）		
<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>① 診療機能を充実させるため、R4(2022)年11月に総合内科を新設した。</p> <p>② R5(2023)年度に向けた組織改編として、「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。</p>
(2) 経営参画意識の向上（小項目）		
<p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>① 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の収支状況（予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等）、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。</p> <p>② 「業務改善提案」の制度を活用し、職員からのアイデアを収集し、医療サービスの向上や収益改善に資する取組につなげた。（業務改善提案件数10件、うち6件採用）</p>

令和3（2021）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	<ul style="list-style-type: none"> ・ R4(2022)年11月に診療機能を充実させるため、総合内科を新設したほか、R5(2023)年度に向けた組織改編として、「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。また、職員全員の経営参画意識の向上を図るため、経営会議や経営戦略会議を開催したほか、「業務改善提案」の制度を活用し、職員から医療サービスの向上や収益改善に資する取組のアイデアを採用するなど、効果的かつ効率的な業務運営を図った。 ・ いずれの小項目についても、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

2 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	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	新入院患者数（人）	4,460	4,200	94.2%		iii
2	新外来患者数（人）	6,940	7,727	111.3%		v
3	運用病床利用率（％）※	85以上	67.0	78.8%	85以上	i
4	診療材料費対医業収益比率（％）	9.1	9.8	92.3%		iii
5	ジェネリック医薬品採用比率（％）	86.1	85.9	99.8%		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 (再掲)	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値
4,239	4,200			
6,620	7,727			
70.6	67.0			
9.4	9.8			
88.1	85.9			

※ 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

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 ホームページの全面的なリニューアルを実施し、同時にアクセシビリティやSEO対策の見直しを行い、より幅広いユーザーに広報活動するための基盤を整えた。 ② 新設した事業系センターや外来等の紹介を掲載した広報紙「がんセンターだより」を年5回発行し、宇都宮市内及び関係医療機関等に配布した。 ③ 「がんセンター出前講座」は、新型コロナウイルス感染症の影響により実施できなかった。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>④ R4(2022)年8月、R5(2023)年1月には病棟で新型コロナウイルス感染症クラスターが発生したため、強い入院制限を行ったが、新型コロナウイルス感染症病棟以外の病床稼働率（退院日を含む）は80%近くに達し、限られた病床を効率的に運用することができた。</p>
<p>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。</p>	<p>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、相応しい対応の検討を行う。 さらに、ベンチマークシステム等を活用し、加算の算定率の向上を図る。</p>	<p>⑤ 一般職員が施設基準管理士を取得し、特定業務職員が診療情報管理士の取得を目指すなど、自己研鑽に励む職員が増えた。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>⑥ 会計窓口や相談窓口と連携を図り、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。 ⑦ 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。（4人分1,313,307円）。</p>

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 費用の削減への取組（小項目）		
費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。	費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。	
ア 予算と実績の管理を通じ、職員全員に対してコスト意識の徹底を図る。	ア 病院の収支状況を月次で管理するとともに、予算と実績の管理を通じ、職員全員に対してコスト意識の徹底を図る。	① 病院の収支状況を月次で管理するとともに、経営会議や経営戦略会議において収支状況等を職員に周知し、コスト意識の徹底に努めた。
イ 医薬品、診療材料、消耗品の適切な管理及び費用対効果を意識した業務改善への取組により費用の抑制や削減を行う。	イ ベンチマークシステムを活用した価格交渉を行うことで、医薬品や診療材料の適正価格での納入を図る。 また、物品管理委員会、診療材料委員会、物品WGを通して同等品でより安価な材料への切り替えを積極的に検討し、職員全員が費用削減に対する意識を持つよう努める。	② 医薬品については、ベンチマークシステムを活用した価格交渉を実施し、交渉期限を延長し粘り強く交渉した結果、一部品目でより安価な納品価格となり、加重平均値引率の上昇につながった。 ③ 診療材料については、前年に引き続き突発的な欠品が度々発生したが、運用方法の変更や代替品の確保など、診療に影響を及ぼさないよう在庫調整に努めた。また、診療材料委員会にてベンチマークを活用した価格交渉により、全国のベンチマーク導入施設を下回る価格評価であるS、A判定の割合が昨年度より増加した（R3(2021)年 26%、R4(2022)年 35%）

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
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、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。	④ 働き方改革ワーキンググループを開催し、今後の活動について検討を実施した。 ⑤ 全職種を対象に勤務実態調査を実施し、労働時間の把握を行い、働き方改革ワーキンググループ内で調査結果を報告した。 ⑥ 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。

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、収支の推移等进行分析し、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、収支の年度別推移进行分析し、診療科及び部門ごとに適切なコスト管理等を行う。	⑦ 経営分析システムにより診療科別に収支の年度別推移をまとめ、会議や診療科長ヒアリング時の資料として提示し、適切なコスト管理を呼びかけた。

令和3（2021）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

<p>法人の 自己評価</p>	<p>B</p>	<p>評 価 理 由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「新外来患者数」の指標で目標値を上回った一方、「新入院患者数」「運用病床利用率」「診療材料費対医業収益比率」「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」では、ホームページの全面的なリニューアルの実施などにより、より幅広いユーザーに広報活動するための基盤を整えた。また、病棟で新型コロナウイルス感染症クラスターが発生したため、強い入院制限を行ったことから、院内全体での運用病床利用率が低迷したものの、新型コロナウイルス感染症病棟以外の病床稼働率（退院日を含む）は80%近くに達し、限られた病床を効率的に運用できた。さらに、会計窓口や相談窓口と連携を図り、医療費の支払いに係る相談に積極的に介入し、未収金の発生防止に努めた。「費用の削減への取組」では、病院の収支状況を月次で管理するとともに、経営会議や経営戦略会議において収支状況等を職員に周知し、コスト意識の徹底に努めた。また、医薬品及び診療材料の価格交渉において、ベンチマークシステムを活用することにより値引率の向上を図った。一方で、診療材料は新型コロナウイルス感染症の影響で欠品、遅延が多かったが、診療に影響を及ぼさないよう在庫調整が出来たものの、入院制限による医業収益の減少に伴い、診療材料費対医業収益比率は低迷した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
<p>知事の 評 価</p>	<p>B</p>	<p>評 価 理 由等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。引き続き、運用病床利用率の向上を図るとともに、収益の確保及び費用の削減に努められたい。

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	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 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	101.7	101.7%	100以上	iv
2	医業収支比率（％）	85以上	79.4	93.4%	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 (再掲)	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値
118.9	101.7			
85.5	79.4			

※ 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
<p>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。</p> <p>また、計画的な資金管理を行い、経営基盤の安定化に努める。</p>	<p>月次で収支状況を管理し、経常収支の黒字化を目指す。</p> <p>また、月次で資金管理を行い、経営基盤の安定化に努める。</p>	<p>① 経常収支は約181百万円を計上し、経常収支比率は101.7%となった。</p> <p>② 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の収支状況等を周知し、経常収支の黒字化を目指した。</p> <p>③ 診療科及び事業系センターごとに、幹部職員によるヒアリングを実施した。診療科のヒアリングでは、近年の入院患者や収益・費用の推移、経営分析システムによる収支の年度別推移などをもとに、課題と今後の方針などについて意見交換した。</p>

令和3（2021）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	—

第3 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「経常収支比率」が目標値を上回ったが、新型コロナウイルス感染症クラスターによる入院制限の影響等により、「医業収支比率」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、経営会議や経営戦略会議を通じて月次で収支状況等を管理したほか、診療科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。 ・ 概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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
<ul style="list-style-type: none"> 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SOZO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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<p>① 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ワーキンググループを5回開催、県庁内での検討ワーキンググループに4回参加し、意見交換を行った。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<p>② 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、少しでも費用を抑えるよう一般競争入札等で機器を購入することができた。</p>

令和3（2021）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 該当なし 	—

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 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、当センター内及び県庁内での検討ワーキンググループにおいて、意見交換を行った。また、医療機器については、一般競争入札等で費用を抑制しながら計画的に更新・整備することができたため、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

2 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。	・ 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。	② 診療情報開示請求75件、その他警察署からの捜査事項照会20件に対応した。
・ 個人情報漏えいを防ぐため、情報セキュリティ研修を実施するなど、職員の認識を高めるとともに、情報セキュリティ対策を徹底する。	・ 個人情報漏えいを防ぐため、情報セキュリティ研修を実施するなど、情報セキュリティ対策を徹底する。	③ サイバーセキュリティに関する情報を発信するなど、全職員に向けて意識付けを実施した。
・ 内部統制の充実を図るため、内部監査の実施等、院内におけるリスク管理の取組を推進する。	・ 内部統制の充実を図るため、内部監査の実施等、院内におけるリスク管理の取組を推進する。	④ 内部監査を実施し、リスク管理に努めた。

令和3（2021）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	・ 業務の遂行に必要な法令上の手続については、所管する関係機関へ協議や確認を行い、適正な業務執行に努めた。また、診療情報開示請求75件、その他警察署からの捜査事項照会20件に対応したほか、サイバーセキュリティに関する情報を発信するなど、適切に対応することができたため、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	・ 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 4（2022）年度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令和 4（2022）年度の業務実績について、以下のとおり評価を行った。

1 全体評価（案）

(1) 評価結果

令和 4（2022）年度の業務実績については、中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。

(2) 判断理由等

- 12 の項目のうち、「人材の確保と育成」及び「収入の確保及び費用の削減への取組」の 2 項目が計画をやや下回ったが、「災害等への対応」は計画を上回り、それ以外の 9 項目も概ね計画どおり実施しており、経常収支も黒字を計上した。
- 引き続き、経営環境の変化に柔軟に対応しながら、サービスや業務の質の向上を図るとともに、財務の改善に取り組む必要がある。

2 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会の意見・指摘等

令和4(2022)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

(単位：百万円)

区 分		R3(2021)	R4(2022)	増減
損 益 計 算 書	収 益	3,286	3,328	42
	医 業 収 益	1,419	1,503	84
	入 院 収 益	1,238	1,296	59
	外 来 収 益	169	195	25
	施 設 収 益	334	329	△ 4
	一 般 会 計 負 担 金	728	680	△ 48
	一 般 会 計 交 付 金	494	498	4
	補 助 金 等	20	15	△ 5
	費 用	3,237	3,337	101
	医 業 費 用	2,144	2,225	82
	給 与 費	1,321	1,353	33
	経 費	426	447	21
	減 価 償 却 費	281	284	3
	施 設 費 用	788	819	31
純 損 益	49	△ 10	△ 59	
貸 借 対 照 表	資 産	6,916	6,552	△ 364
	負 債	5,662	5,345	△ 317
	純 資 産	1,255	1,207	△ 48

※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		R3(2021)	R4(2022)	増減
許 可 病 床 数 (床)		120	120	0
年 間 延 患 者 数	入 院 患 者 数 (人)	31,710	32,675	965
	外 来 患 者 数 (人)	18,772	21,298	2,526
	病 床 利 用 率 (%)	72.4	74.6	2.2
平 均 在 院 日 数 (日)		67.5	63.2	△ 4.3
単 価	一 人 一 日 当 入 院 (円)	39,027	39,676	649
	一 人 一 日 当 外 来 (円)	9,024	9,137	113
年 間 延 施 設 利 用 者 数 (人)		16,494	15,691	△ 803
医 業 収 支 比 率 (%)		66.2	67.6	1.4
経 常 収 支 比 率 (%)		101.5	99.7	△ 1.8

※入院患者数、病床利用率、一人一日当入院単価は、退院患者数含む。

【決算の主な特徴】

- ・入院については、宿泊療養施設やワクチン接種会場への看護師派遣により制限を行っていた令和3年度と比較すると、収益・患者数ともに増加した。
- ・外来については、小児科医の増員や退院患者に対する外来リハビリの推進によるリハ前診察の増などにより、収益・患者数ともに増加した。
- ・施設については、こども療育センター及び障害者自立訓練センター（駒生園）の入所利用者の減などにより、収益・患者数ともに減少した。
- ・収益は増加したものの、医業費用及び施設費用の増加がそれを上回ったため赤字となり、5年連続黒字は達成できなかった。

業務実績報告書兼中項目別評価書

令和 4 (2022) 年度

自 令和 4 (2022) 年 4 月 1 日

至 令和 5 (2023) 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）	25
6 地域連携の推進（中項目）	29
7 地域医療・福祉への貢献（中項目）	32
8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理（中項目）	36
9 災害等への対応（中項目）	37
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 経営参画意識の向上（中項目）	40
3 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）	46
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	47

【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	平成30(2018)年度	令和元(2019)年度	令和2(2020)年度	令和3(2021)年度	令和4(2022)年度
第1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項					
1 質の高い医療の提供	B	B	B	B	B
2 安全で安心な医療の提供	A	S	S	A	B
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供	A	A	A	A	B
4 障害児・障害者の福祉の充実	B	B	B	B	A
5 人材の確保と育成	B	B	A	B	B
6 地域連携の推進	B	A	B	A	A
7 地域医療・福祉への貢献	B	B	B	B	A
8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理	A	A	A	A	A
9 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 経営参画意識の向上	A	A	A	A	A
3 収入の確保及び費用の削減への取組	B	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	B
第8 その他業務運営に関する重要事項					
その他業務運営に関する重要事項	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
平成30(2018)年度	中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。
令和元(2019)年度	中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。
令和2(2020)年度	中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。
令和3(2021)年度	中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。
令和4(2022)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。(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

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R4(2022) 年度 目標値※	指標の 達成状況	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値 (再掲)
1	リハビリテーション実施単位数 (単位)	303,000	254,239	84%	303,000	ii	210,482	258,102	268,466	245,531	254,239
2	重症患者の受入れ割合(%)	30.0	54.0	180%	30.0	v	29.0	36.8	49.5	51.4	54.0
3	発達障害外来受診者数(人)	7,400	5,872	79%	7,400	i	5,739	4,956	4,670	5,223	5,872
4	整形外科手術実施人数(人)	45	4	9%	45	i	11	5	4	7	4
5	ブレイス(装具)クリニック実施 件数(件)	1,300	890	68%		i	1,080	947	1,069	988	890
6	休日におけるリハビリテーション 実施単位数(単位)	85,000	78,696	93%		iii	47,462	65,274	83,058	78,233	78,696
7	療法士及び看護師の学会発表件数 (件)	6	7	117%		v	9	7	3	7	7

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)～R4(2022))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として、以下のとおり、専門的な医療を提供する。	

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ア 専門的な回復期リハビリテーション医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、心理職等の多職種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。 	<p>ア 専門的な回復期リハビリテーション医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ なお、入院前に比べADL（日常生活活動）が低下し、退院後の生活様式の再編が必要となるなど、退院困難な要因を有している患者については、入院時合同評価を実施するなど入院後速やかに状況を把握し、入院早期に多職種によるカンファレンスを実施するとともに、患者や家族との面談を行う。 	<p>① 回復期の患者に対し、医師を中心とした診療、専門性を有する療法士による理学・作業・言語の各療法等、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。</p> <p>・ なお、入院前に比べADL（日常生活活動）が低下し、退院後の生活様式の再編が必要となるなど、退院困難な要因を有している患者については、入院時に多職種による評価で状況を把握し、早期に医療ソーシャルワーカー（以下「MSW」）による面談（3日以内39件）を行った。また、97.5%（512人中499人）の入院患者に対し、入院後1週間以内にカンファレンスを実施した。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ FIM（機能的自立度評価表）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医療を提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ FIM（機能的自立度評価表）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。 	<p>② FIM（機能的自立度評価法）の点数の低い重症患者を積極的に受け入れた結果、入院患者に占める重症患者の割合は目標（30.0%）を上回り54.0%となった。</p> <p>③ FIM評価の統一化を図るため、リハビリテーション実績指数の算出ルール（講師：医事課職員）やFIMの各項目に対する評価方法（講師：回復期リハビリテーション認定看護師）についての研修会を実施した。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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、専門的なりハビリテーション医療を提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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し、社会福祉施設や特別支援学校等の関係機関への円滑な移行を図っていく。 	<p>④ 社会、教育、職業といった各分野と連携が必要な65歳未満の患者のリハビリテーション目的での受入れが 20.9% (417人中87人)であった。特に10.3%(87人中9人)を占める若年脊髄損傷・脳外傷患者等に対しては、入院中のリハビリテーションの提供に加え、退院後も外来でのリハビリテーションや、併設する障害者自立訓練センター、高次脳機能障害支援拠点機関の機能を活用しながら、復学、就労、社会参加を目的とした関係機関への円滑な移行を図った。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ VF/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りハビリテーション医療を提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ VF（嚥下造影検査）/V E（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りハビリテーション医療を提供する。 	<p>⑤ 多職種が共同して嚥下造影検査（VF）を実施し、経口摂取を目指して患者の状態に合わせたリハビリテーション計画を立案、提供した。（年間VF件数39件）</p>
<ul style="list-style-type: none"> 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りハビリテーションを提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> 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に対し、施設部門をはじめ、相談支援機関や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りハビリテーションを提供する。 	<p>⑥ 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務所と連携して、診療、療育、教育等総合的なりハビリテーションを提供した。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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感覚統合療法、言語聴覚療法、心理療法を実施するなど、専門的なりハビリテーション医療を集中的に提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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感覚統合療法、言語聴覚療法、心理療法を実施するなど、専門的なりハビリテーション医療を集中的に提供する。 ・ 学齢期の発達障害や適応障害等に対する診療ニーズに適切に対応するため、必要な人員の確保等体制の整備を図る。 	<p>⑦ 幼児期の発達障害児に対し、定期的に各種検査を実施し、個々の発達課題に応じた専門的なアプローチを実施するとともに、保護者へ関わり方の指導やアドバイスも行った。さらに、職種間で情報共有等を行い、より多角的な理解と支援を促進した。</p> <p>⑧ 学齢期の発達障害等に対する診療ニーズに応えるため、6月に小児科常勤医師1人を増員し、診療体制の強化を図った。心理職についても、高まるニーズに対応できるよう、令和5（2023）年度に1人増員となる予定である。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>・ 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、自閉スペクトラム症、注意欠如多動性障害（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。</p>	<p>・ 早期発見・早期療育の理念のもと、地域における療育ニーズを的確に捉え、病院部門と施設部門における人的・物的資源を有効活用しながら、自閉スペクトラム児就学前グループ指導を実施するほか、注意欠如多動性障害（ADHD）や脳性麻痺等の障害児に対する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。</p>	<p>⑨ こども発達支援センターでの親子通園や、病院での外来リハビリテーションの活用のほか、高機能自閉症児等就学前グループ指導を実施（こどもグループ6回、親グループ5回）し、障害児本人の発達を促すとともに、家族への支援を行った。</p>
<p>・ 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、保護者が、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。</p>	<p>・ 病院部門と施設部門が連携・協力し、保護者が、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養育を支援する。 なお、病院部門に通院している障害児の家族に対しては、各担当からの個別でリアルタイムな評価結果をフィードバックし、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。</p>	<p>⑩ 医療センターに通院している障害児に対して医学的リハビリテーションを提供するとともに、その家族に対し個別的な評価をフィードバックし、家庭や学校等の生活場面で実際に活かせるよう指導・援助した。さらに、装具・車椅子・座位保持装置などを作製する際は、必要に応じて、現在の能力でより高い次元のADL（日常生活活動）が獲得できるよう、アドバイスを行った。 ⑪ 施設部門に通園している障害児に対して定期的に個別訓練を実施するとともに、家族に対しては、概ね月1回、保護者向けの学習会を開催し、多種の専門職による情報提供を行った。</p>
<p>・ 脳性麻痺、小児運動器疾患等の障害児・障害者に対し、整形外科手術を実施する。</p>	<p>・ 小児整形外科において、県内の医療機関との連携により紹介件数を増やすことにより、脳性麻痺、小児運動器疾患等の整形外科手術の件数増を図る。</p>	<p>⑫ 自治医科大学小児整形外科との連携により、月に1回の小児整形外科を開き、脳性麻痺、小児運動器疾患等の整形外科手術を行った。（年間手術件数4件）</p>
<p>・ 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。</p>	<p>・ 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。</p>	<p>⑬ 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、継続的に外来リハビリテーション医療を提供した（外来リハビリテーション年間総実施単位数16,545単位）。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
	<ul style="list-style-type: none"> 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、新たに外来療法科を設置し、退院後の継続的な外来リハビリテーション医療の提供に向けた体制整備を行う。 	<p>⑭ 回復期リハビリテーション病棟退棟後3ヶ月以内や疾患別リハビリテーションの標準的算定日数内の患者に対し、在宅生活の早期の安定を目的に、退院後も継続して外来リハビリテーションが実施できるよう、8月以降は外来療法科職員を1人増やし、平均7人体制とした。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 小児に対する医療・福祉サービスのあり方検討結果を踏まえ、引き続き医療・福祉サービスの充実に向けた取組を行う。 	<p>⑮ 小児に対する医療・福祉サービスのあり方検討結果を踏まえ、こども療育センターにおいては、昨年度より配置した社会福祉士(MSW)により、関係機関等との連携強化を継続した。</p> <p>なお、医療的ケア児等の短期・日中一時の受入れ人数については、548人で、令和3(2021)年度より66人増加した。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 神経難病外来において病院等からの紹介患者を受け入れるなど地域との連携を強化するとともに、難病のリハビリテーション等の充実を図る。 	<p>⑯ 令和4(2022)年度は、特定医療費(指定難病)受給者証を未取得の神経難病患者の受入れを開始し、パーキンソン病を中心に4人の新規患者を受け入れた。</p>
(2) 医療機能の充実(小項目)		
<p>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。</p>	<p>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。</p>	
<p>ア 回復期リハビリテーション医療の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期病院との連携を強化し、回復期リハビリテーション医療の対象となる患者を受け入れる。 	<p>ア 回復期リハビリテーション医療の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期病院からの入院待機期間の短縮を図り、回復期時期の切れ目のないリハビリ提供体制に努めていく。 	<p>① 地域医療連携室が急性期医療機関からの転院相談窓口となり、597件の新規入院相談を受け、急性期病院からの入院患者全体の99.4%(499人中496人)が直接入院となった。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟を中心に、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。 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟、一般病棟ともに、休日を含め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。 	<p>② 回復期病棟、一般病棟ともに365日毎日、リハビリテーションを実施し、患者一人あたりの1日平均の単位数としては、回復期病棟で8.11単位(平日8.21単位、休日8.10単位)、一般病棟で5.48単位(平日5.50単位、休日5.42単位)を提供した。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<ul style="list-style-type: none"> 県内の回復期の医療需要増に適切に対応するため、回復期リハビリテーション病棟を増床（40床）するとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に適合する体制整備を目指すなど、合併症等で看護必要度の高い患者も積極的に受け入れる。 	<ul style="list-style-type: none"> 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、合併症等で看護必要度の高い患者も積極的に受け入れる。 	<p>③ FIM（機能的自立度評価法）の点数の低い重症患者を積極的に受け入れ、入院患者に占める重症患者の割合は施設基準（40.0%）を上回る50.8%となり、回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定を継続した。</p> <p>また、合併症や併存症を有した医療依存度の高い患者を積極的に受け入れた。</p>
<p>イ 多職種連携による医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 	<p>イ 多職種連携による医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> 多職種による入院早期のカンファレンスや患者ごとの定期的なカンファレンスを実施するとともに、電子カルテを有効に活用し、カンファレンスにおける情報や治療目標の共有化をすすめ、個々の患者に合わせた医療の充実を図る。 	<p>④ 多職種による入院当日の合同評価や1週間以内のカンファレンスを実施（97.5%）し、早期から退院後を見据えた計画策定、定期的なカンファレンス（1,223件）を行い、情報交換とともに、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。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 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、NST（栄養サポートチーム）の設置について検討を進める。 	<ul style="list-style-type: none"> 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、褥瘡発生予防や改善に向けた取組を推進する。 また、効果的なリハビリテーション医療を実施するため、多職種による栄養サポートの取組を進めるとともに、NST（栄養サポートチーム）を新たに設置する。 	<p>⑤ 管理栄養士や医師、看護師、臨床検査技師等を構成員とする褥瘡対策委員会を開催するとともに、委員、看護師、療法士を対象に「スキンの予防と管理」をテーマとした研修を実施した。</p> <p>⑥ 令和4（2022）年4月にNSTを設置し、多職種による栄養サポートの取り組みを推進し、効果的なリハビリテーション医療の実施に貢献した。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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、持参薬からリハセンターの処方薬への切替え時や退院時における服薬指導を重点的に実施する。 	<p>⑦ 嚥下困難患者や経管栄養患者に対して錠剤を粉碎したり多種の散剤を混合し一包化するなど、個々の患者のニーズに合わせたオーダーメイド調剤を実施した。</p> <p>⑧ 服薬指導については、新型コロナウイルス感染症感染防止対策を講じつつ、必要に応じて薬剤師が病棟の看護師と連携して患者の理解度に合わせたきめ細やかな指導を実施した。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 歯科衛生士が定期的に入院患者の口腔衛生状態をチェックし、個別的な口腔ケアを患者や家族に実施するとともに、必要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。 	⑨ 歯科衛生士が、週3回定期的に病院・施設の巡回を継続し、入院患者や入所児、入所者の口腔衛生状態をチェックし、その結果を看護師等と情報共有し、口腔内の保清に努めた。
<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 認定看護師を講師とする院内研修会の開催や、認定看護師と療法士が連携し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、多職種連携による質の高い看護ケアの提供に取り組む。 	⑩ 認定看護師会が、看護部教育委員会と共同した院内研修会を計3回、各病棟の特殊性に応じ療法士も参加する研修会を計3回実施し、看護師、療法士の質の向上を図った。 ⑪ 摂食嚥下障害看護認定看護師が、今年度発足したNSTの一員として勉強会を計画実施し、効果的なNST運営に貢献した。
（3）先進的なリハビリテーション医療の提供（小項目）		
<ul style="list-style-type: none"> ボツリヌス療法等の新たな療法に積極的に取り組むとともに、ロボットスーツ等、先進的なリハビリテーション医療技術の導入について継続的に研究を進める。 	<ul style="list-style-type: none"> ボツリヌス療法等の新たな療法に積極的に取り組むとともに、ロボットスーツ（HONDA歩行アシスト）の活用と導入効果の検証を進める。 	① ボツリヌス療法に積極的に取り組み、152人に実施した。 ② 令和元（2019）年に導入したロボットスーツ（HONDA歩行アシスト）については、入院・外来患者に使用しながらデータを蓄積し、学会発表を行うとともに、先進的な医療技術に関する知識や情報を収集した。
（4）リハビリテーションに関する調査研究等の推進（小項目）		
<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	
<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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 令和3（2021）年度に引き続き、新型コロナウイルス感染症の影響により、「とちぎヘルスケア産業協議会」の部会が中止となるとともに、リハセンターにおけるヘルスケア関連ミーティングも開催を見送った。

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ リハビリテーションに関する研修会や学会等に職員を積極的に参加させるとともに、リハセンター内における研修会や事例研究等を計画的に実施し、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学会等に職員を積極的に参加させるとともに、リハセンター内における研修会や事例研究等を計画的に実施し、職員の専門的知識及び技能の向上を図る。 また、看護師養成機関と連携を図りながら院内研究を充実させる。	② リハ関係学会や自治体病院学会等での発表・参加を促し、7件の発表を行った。 ③ 院外の研修で得た知見（「移乗動作やリフトの使用」「認知関連行動アセスメント」「脳卒中患者の上肢機能アプローチ」「災害支援ナース 基礎知識・養成講座」「日本臨床栄養代謝学会 関越支部学術集会」「患者にしか語れない言葉に耳を傾け患者主体の看護を創造する」など）を基に、院内の職員を対象に伝達研修を行い、職員の専門的知識及び技能の向上を図った。 ④ 看護研究を進めるに当たって、看護師養成機関と連携を図り、院内看護研究の質の向上を図った。

令和3（2021）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、重症患者の積極的な受入に努めるとともに、リハビリテーション実施単位数の増加と障害者・障害児に対する医療機能の充実を図られたい。 	<ul style="list-style-type: none"> 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医療を提供することに努めた。 学齢期の発達障害や適応障害等に対する診療ニーズに適切に対応するため、必要な人員の確保等体制の整備を図った。 効果的なりハビリテーション医療を実施するため、多職種による栄養サポートの取組を進めるとともに、NST（栄養サポートチーム）を新たに設置した。

1 質の高い医療の提供（中項目）

法人の 自己評価	B	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「重症患者の受入れ割合」、「療法士及び看護師の学会発表件数」が目標値を上回った一方、「リハビリテーション実施単位数」、「発達障害外来受診者数」、「整形外科手術実施人数」、「ブレイス（装具）クリニック実施件数」及び「休日におけるリハビリテーション実施単位数」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「専門的な医療の提供」では、FIM（機能的自立度評価法）の点数の低い重症患者を50%以上受け入れ、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。「障害児・障害者に対する専門医療の提供」では、小児科常勤医師を1人増員し、診療体制の強化を図った。「医療機能の充実」では、新たに、NST（栄養サポートチーム）を設置し、他職種による栄養サポートの取り組みを推進した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
知事の 評 価	B	評 価 理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。引き続き、医療ニーズに応じた質の高いリハビリテーション医療の提供を行うとともに、障害児・障害者に対する医療機能の充実を図られたい。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

◆年度計画指標

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R4(2022) 年度 目標値※	指標の 達成状況	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値 (再掲)
1	医療安全に関する研修会の実施回数（回）	6	9	150%	6	v	8	9	9	11	9
2	感染管理認定看護師数（人）	1	0	0%	1	i	0	0	0	0	0
3	集中ラウンド実施回数（回）	3	3	100%		iv	2	3	3	3	3
4	医薬品安全管理研修会の実施回数（回）	5	5	100%		iv	2	8	5	5	5

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)～R4(2022))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进行分析し、再発防止に向けた対策を立案・実施・評価することにより、医療事故の発生防止に努める。	① リスクマネジメント委員会を12回、転倒・転落検証ワーキンググループを10回開催し、インシデント・アクシデント事例について発生要因を調査、分析し、再発防止の具体的検討、実施、評価を行うことにより、医療事故の防止に取り組んだ。 ② 転倒・転落検証ワーキンググループにおいて、転倒転落発生時の患者家族への説明について検討し、転倒転落発生後の報告フローチャートを作成、各部署で統一した対応がとれるように周知を図った。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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。	③ 医療安全研修会を9回開催し、医療安全に関する情報を共有した。 ④ 物品破損等への対応についてリスクマネジメント委員会で検討し医療安全対策マニュアルに追記、リスクマネージャーをとおしてセンター内への周知を図った。 ⑤ 医療安全の推進に関する標語を全職員から募集し、代表となる標語をポスターにて掲示し医療安全意識の向上を図った。
(2)院内感染防止対策の推進（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、院内感染防止対策を推進する。	患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、院内感染防止対策を推進する。	
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、感染防止対策が充実している外部の医療機関との連携体制を強化する。	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（感染防止対策チーム）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、外部の医療機関との共同カンファレンスに参加し、感染症発生状況等の情報共有を図る。	① 定例の感染対策委員会および月2回のICT会合、必要時に新型コロナウイルス感染症対策本部会議を開催した。 ② ICT中心に週1回の感染対策ICTラウンドおよび年3回の集中ラウンド、年2回の感染対策講習会、年4回のがんセンターなどとの合同カンファレンスを行った。 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を見直すとともに、新たにフローチャートを作成し、院内感染対策の防止に努めた。
	イ センター内での新型コロナウイルス感染の再発防止に向け、新型コロナウイルス感染症対策本部が中心となり、感染対策委員会及びICTとの連携のもと、変異株の特性等も踏まえた感染対策の更なる徹底を図る。	④ 新型コロナウイルス感染の再発防止に向けて、県の警戒度レベルに応じて随時、新型コロナウイルス感染症対策本部を開催し、県内の感染状況や対策に係る情報の共有を図るとともに、ICTと連携しながら、感染防止対策を徹底した。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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。	ウ 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。また、新型コロナウイルス感染症についても研修内容に盛り込むことで、職員の感染防止に係る理解を深める。	⑤ 全職員を対象に、2回の感染対策研修会を開催した。全職員対象に行ったICTに係るアンケート結果やICTラウンド結果を基に標準予防策の解説を行った。 また、改編した感染対策マニュアルやフローチャート等の説明を行い、職員の感染対策向上への取組みを強化した。
（3）医療機器、医薬品等の安全管理の推進（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推進する。	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推進する。	
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。	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するとともに、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に努める。 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、部門ごと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った。 ② 心電図、除細動器などの適切な使用方法について、研修会を行った。
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、適正使用の推進を図る。	イ 医薬品安全管理研修会を開催し、医薬品の安全管理、適正使用の推進を図る。また、リハセンターで新たに取り扱うこととなった薬剤等についての研修会を開催し、職員の理解を深める。	③ 医務課、薬剤科及び関係部署の職員に対して新規採用医薬品や繁用薬剤について研修会を4回開催し、同効薬等の知識及び理解を深めた。 ④ 新規採用看護師等を対象に、医薬品の処方から服薬までの流れや病棟での管理、消毒薬の使用方法等について講習会を1回開催した。
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推進を図る。	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推進を図る。	⑤ 手術・輸血療法委員会を1回開催し、手術や輸血の実施状況の確認・振り返り及び改善点の検討を行った。 なお、手術件数4件のうち、輸血を必要とする手術はなかった。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

令和3（2021）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	-

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「医療安全に関する研修会の実施回数」、「集中ラウンド実施回数」、「医薬品安全管理研修会の実施回数」が目標値を達成又は上回った一方、「感染管理認定看護師数」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療安全対策の推進」では、医療安全研修を9回開催し、医療安全に関する情報を共有したほか、「院内感染防止対策の推進」では、定例の感染対策委員会及びICT会議に加えて、新型コロナウイルス感染症対策本部を定期的を開催し、院内感染防止に努めるなど、いずれの小項目においても計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	B	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、第1期中期計画期間中に感染管理認定看護師の育成に向けて取組が進まなかった点を考慮し、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。第2期中期計画期間中に感染管理認定看護師を確保できるよう、計画的な育成に努められたい。

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

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R4(2022) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	患者満足度割合（％）	90	75	83%	90以上	ii
2	退院前在宅訪問指導（家屋調査） 件数（件）	55	28	51%	55	i

H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値 (再掲)
82	81	81	81	75
62	115	74	32	28

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)～R4(2022))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 患者や家族に対し、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 患者や家族に対し、リハビリテーションの目標とその達成状況、併存疾患の治療状況等について、必要な情報を分かりやすい言葉で説明し、患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、インフォームド・コンセントの徹底を図る。	① 患者自らの判断で治療方針等を選択できるよう、必要に応じて統一様式を活用しながら、患者の病状や要望・治療方針等についてインフォームド・コンセントを行った。
イ 患者や家族からの相談については、地域医療連携室を窓口とし、主治医や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、主治医や多職種の医療従事者が連携し、丁寧で一貫性のある対応を行うため、電子カルテを活用し情報の共有化を図る。	② 地域医療連携室の社会福祉士が、多職種による合同評価（448件）やカンファレンス（605件）に参加するとともに、電子カルテを活用するなど情報を共有した上で、患者や家族の相談に対応した。

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 (H30 (2018) ~R4 (2022)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ウ 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の向上を図る。</p>	<p>ウ 病院利用者の利便性の向上を図るため、患者満足度調査を実施し、利用者の意見や要望を把握するとともに、利用者の期待に応えられるよう改善策を講じる。</p>	<p>③ 令和4(2022)年9月から11月にかけて患者満足度調査を実施した結果、全体的な満足度は、「満足」「やや満足」と回答した患者は75.2%であった(外来79.6%、入院71.6%)。「療法士の対応」が79.9%、「薬剤師の対応」が81.1%と「満足」「やや満足」と回答した割合が高い一方で、「管理栄養士の対応」「入院生活の説明」「食事の内容」について「満足」「やや満足」と回答した割合は50~60%台に止まった。</p>
<p>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(日常生活活動)についての指導・助言を行う。</p>	<p>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、リハセンターの療法士をはじめ、入院患者の家族、介護保険施設職員、介護支援専門員等、関係者が同行して退院前に在宅訪問を実施し、住宅改修や家庭でのADLについての指導・助言を行う。</p>	<p>④ 理学療法士と作業療法士が退院予定患者の自宅に伺い、患者本人、家族、介護保険施設職員、介護支援専門員、住宅改修業者等と本人の動線を確認し住宅改修や日常生活上のアドバイスを行い、在宅復帰を支援する退院前訪問指導を28回実施した。 ⑤ 新型コロナウイルス感染症感染状況に合わせ、退院前訪問に代わり、タブレット端末で撮影した動画等を活用した家族指導やリモートでのリハ見学、退院指導を実施し、在宅復帰を支援した(退院前訪問の振替え分も含めたりハ指導等件数242件)。</p>
<p>オ 患者や家族に対する相談を充実させるため、認定看護師等を活用した相談体制を構築する。</p>	<p>オ 患者や家族に対する相談を充実させるため、認定看護師等を活用した相談体制の構築について引き続き検討する。 さらに、認定看護師を中心に、退院患者家族を対象とした脳卒中や骨折等の再発予防に関する勉強会を定期的実施する。</p>	<p>⑥ 新型コロナウイルス感染防止のための面会制限により、「家族教室」の開催は見送り、個別に生活指導を実施した。 ⑦ 再発予防リーフレットを作成し、各看護師が患者・家族へ再発予防指導を含む退院支援ができるよう支援した。</p>
	<p>エ 新たに整備したWiFiを活用し、患者や家族等へのサービスの充実を図る。</p>	<p>⑧ 令和4(2022)年4月に院内WiFiの運用開始及び周知を行い、患者や家族等へのサービスを向上させた。</p>

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(H30(2018)～R4(2022))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 リハセンターが提供する医療・福祉サービス等について、ホームページやパンフレット等を活用しながら、県民や地域の医療機関等に対する時宜を得た情報発信の強化・充実を図る。	① センター広報誌「とちリハ通信」において、「新たなMRIについて」や「ふれあい看護体験について」、さらには、「退院後の外来リハビリテーションについて」など、当センターの活動や取組の積極的な情報発信を行った。
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。	② 国や自治体の医療制度の最新情報を外来や会計待合室等に掲示したほか、診療情報に関する資料等を配布するなど情報発信に努めた。 ③ 新型コロナウイルス感染症に関する情報や、ワクチン接種に関する情報、オンライン資格確認サービスの利用についても掲示を行うなど周知に努めた。
(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 運営協議会等を通じて、外部の意見を幅広く聴取し、リハセンターの効果的かつ効率的な運営に反映させる。	ア 県民サービスの向上や運営の効率化を図るため、医療機関や福祉施設等の関係機関の外部委員で構成する運営懇談会で聴取した意見を、リハセンターの運営に反映させる。	① 令和4(2022)年8月にオンライン形式により運営懇談会を開催し、令和3(2021)年度業務実績や第2期中期計画案について委員と意見交換を行った。委員からの意見・要望等も踏まえ、第2期中期計画を策定した。
イ 公開セミナー等地域住民が気軽に参加できる行事を開催し、地域住民等に開かれた病院を目指す。	イ 公開セミナーや講演会等、一般の方々や地域住民が気軽に参加できる行事を実施する。	② 令和3(2021)年度に引き続き、「とちリハまつり」は、新型コロナウイルス感染症の影響により開催を見送った。 ③ 「とちリハ病院研修会」(WEB)及び「高次脳機能障害セミナー」(対面・WEB)を令和4(2022)年11月に開催した。

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(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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け入れを実施し、地域との交流を図る。 また、交通安全週間における交差点での啓発活動等、ボランティア活動を通じて、社会貢献に努める。	④ 園芸ボランティアを受け入れ、グリーンカーテン設置やアサガオの栽培など環境整備を行うとともに、収穫した農産物の販売を通じた地域交流に取り組んだ。 ⑤ 春と秋の交通安全県民総ぐるみ運動の期間中、職員からボランティア(延べ59人)を募り、小学生が安全に登校できるよう街頭活動を行った。

令和3(2021)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	-

法人の自己評価	B	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「患者満足度割合」及び「退院前在宅訪問指導（家屋調査）件数」とともに目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「患者や家族等への医療サービスの充実」では、新型コロナウイルス感染症の感染状況に合わせ、タブレット端末を活用した家族指導やリモートでのリハ見学や退院指導を実施したほか、令和4(2022)4月に院内WiFiを整備するなど、サービスの充実を図った。さらに、「地域に開かれた病院運営」では、栃木県立リハビリテーションセンター運営懇談会オンライン形式にて開催し、第2期中期計画案に係る意見交換を行い、委員からの意見・要望等も踏まえ、中期計画を策定した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回っているため、「B」評価とした。
知事の評価	B	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。患者満足度の向上に向けて積極的な取組を図られたい。

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	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R4(2022) 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実施回数（回）	22	47	214%	22	v
2	こども療育センター短期入所契約者数（人）	44	23	52%	44	i
3	家族会の開催回数（回）	2	2	100%		iv
4	自立訓練終了後に一般就労等に移行した利用者数（人）	9	2	22%	9	i

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値 (再掲)
26	20	13	25	47
27	26	22	25	23
1	3	1	2	2
3	3	3	2	2

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)～R4(2022))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）		
<p>肢体不自由児や発達障害児等が、地域社会で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の充実を図る。</p>	<p>肢体不自由児や発達障害児等が、地域社会で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の充実を図る。</p>	
<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>① こども療育センターを利用する児童の個別支援計画の立案、実践及び評価に当たっては、本人、家族との面談や相談支援機関との連絡調整等を通じて希望や意向を確認した。</p> <p>② こども発達支援センターにおいては、入園時や個別支援計画の立案及び評価（ともに前・後期）タイミングにおいて、個々の保護者と面接を行ったほか、実践（一斉保育、個別訓練、心理）の中で保護者と意見交換を行い、要望や意見を把握した。</p> <p>また、保護者学習会やクラス別懇談会、更には保護者アンケートにおいても、都度、要望や意見の把握に努めた。</p>

4 障害児・障害者の福祉の充実（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))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、訓練効果の向上を図る。	イ 個別支援計画の策定・見直し及び年間評価に当たっては、医師、療法士、心理職、保育士等、多職種によるカンファレンスを実施する。 また、入所児については、大きな環境変化が見込まれる入退所や特別支援学校入学時等において、別途、多職種によるカンファレンスを実施する。	③ こども発達支援センターにおいては、利用児童の個別支援計画の策定や見直し・評価に際し、医師、看護師、療法士（PT、OT、ST）、心理士、保育士の多職種を交えたカンファレンスで案を作成した。 ④ こども療育センターに入所する児童については個別支援計画の策定、見直し、及び年間評価に当たっては、施設内の医師、看護師、療法士、保育士に加え、栄養士、就学児については学校担任も交えたカンファレンスで案を作成した。この他、児童相談所等も含めた関係職員のカンファレンスを30回実施した。
ウ こども発達支援センターの退所児童に対し、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利用児童が退所(卒園)後も環境を変えずに療育支援を受けられるよう、当施設を利用したリハビリテーションを提供する。	⑤ こども発達支援センターの卒園児に対し、児童が安心して落ち着いて過ごせる同センター内で、通園時に当該児童を担当し、その状況を熟知している療法士や心理士が、引き続き、在園時と継続性のあるリハビリテーション等を提供した（PT166件、OT364件、ST383件、心理165件）。
エ こども療育センターにおいて、在宅障害児等の家族に対する支援（レスパイト）を強化するため、短期入所事業や日中一時支援事業において肢体不自由児や医療的ケア児を積極的に受け入れる。	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で肢体不自由児や医療的ケア児を積極的に受け入れる。	⑥ こども療育センターの短期入所契約者数は目標44人のところ、23人に留まったものの、短期入所事業として延べ478人（前年比53人増）、日中一時支援事業として延べ156人（前年比43人増）の児童を受け入れ、在宅障害児の家族を支援した（利用者の内訳：肢体不自由児等86人、医療的ケア児548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、地域社会で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、地域社会で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。	

4 障害児・障害者の福祉の充実（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ア 個別支援計画の立案、実践及び評価に当たり、利用者の希望を踏まえるとともに、医療従事者の意見を反映させる等、病院部門との連携を強化し、訓練効果の向上を図る。</p>	<p>ア 個別支援計画の立案、実践及び評価に当たり、利用者の希望を踏まえるとともに、病院部門の医師等も含め、療法士、看護師等、多職種によるカンファレンス（支援会議）を開催する。</p>	<p>① 障害者自立訓練センターでは、施設見学・面談等を通じて利用者や家族、相談支援事業所等から必要な情報収集を行い、利用者等の希望も踏まえて個別支援計画を立案し、承諾を得た上で実施した。利用開始後は、1ヶ月間の利用状況をアセスメントし、サービス管理責任者、生活支援員、看護師、OT・PTなど多職種で構成する支援会議を開催し、個別支援計画の評価・見直しを行った。</p> <p>② 支援会議にはケースにより心理職も参加し、看護師等を通して医師の意見も計画に反映させるとともに、必要に応じて外部機関である県障害者総合相談所等も参加した。2回目以降の支援会議は3ヶ月ごとに開催した。評価・見直し等を行った個別支援計画は、その都度、利用者・家族に説明し承諾を得た。</p>
<p>イ 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。</p>	<p>イ 医師、療法士、看護師、管理栄養士、生活支援員等による、保健指導、栄養指導、公共交通機関利用訓練、買い物・調理訓練等を実施する。</p>	<p>③ 障害者自立訓練センターでは、自立訓練として公共交通機関利用訓練・外出訓練を延べ5人に、買い物・調理訓練を延べ4人に実施した。</p> <p>④ 看護師が必要に応じ保健指導を行うとともに、管理栄養士による栄養指導を実施した。</p> <p>⑤ グループ訓練で栄養士から栄養をテーマにした講義を受けた。</p> <p>⑥ 訓練の一環としてガーデニングで収穫した農産物を販売しているが、収穫数量が少なくても販売するようにし回数を増やした。</p>

4 障害児・障害者の福祉の充実（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ウ 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、新たに家族会を開催する。</p>	<p>ウ 利用開始に当たり、利用者や家族が訓練目標の設定に資するよう心理面談を実施する。</p> <p>また、訓練期間中もモチベーションを維持・向上できるよう必要に応じて心理面談を実施する。</p> <p>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。</p>	<p>⑦ 障害者自立訓練センターの利用開始時及び訓練期間中、必要に応じて心理職による面談を実施した。さらに、支援会議に心理職が参加し、支援計画の評価・見直しに心理面談の結果等を反映させた。</p> <p>⑧ 当事者、家族の障害理解を促進するため、令和4(2022)年8月と11月に家族会を開催した。8月は福祉サービスをテーマにし宇都宮市職員(出前講座)による講義、11月は「とちぎ高次脳機能障害友の会」役員を講師とした講演と座談会を行った。</p> <p>⑨ 障害者文化祭への参加や施設内イベントでの発表演目(ハンドベル等)を訓練に取り入れた。</p> <p>⑩ グループ訓練の中で利用者交流会を開催し利用者相互で障害や訓練状況を理解し合うことで、モチベーションの維持・向上を図った。</p>
<p>エ 失語症や構音障害を有する者に対する言語聴覚療法による訓練や、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。</p>	<p>エ 失語症や構音障害を有する者に対する言語聴覚療法による訓練や、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。</p>	<p>⑪ 失語症や構音障害を有する障害者自立訓練センターの利用者に対し、標準化された検査を実施し、客観的データを基に退院後の生活を考え、各個人に合わせたプログラムを立案し、適宜プログラムを修正しながら質の高いリハビリテーションの提供に努めた。</p> <p>⑫ 高次脳機能障害を有する利用者に対しても、他職種と連携を取りながら認知リハビリテーションを実施した。</p>
<p>オ 病院部門の医療従事者と連携して就労特性の評価を実施するとともに、外部の就労支援機関の利用を促進するなど、利用者に対する就労支援を強化する。</p>	<p>オ 就労を目指す利用者の目標達成に資するため、医師、療法士、生活支援員等、多職種が連携して就労特性の評価を実施するとともに、評価の結果を踏まえ外部の就労支援機関を積極的に活用する。</p>	<p>⑬ 障害者自立訓練センター利用者のうち就労希望者について、就労訓練の結果を多職種による支援会議等で評価を行うとともに、関係機関等と連携を図りながら、就労体験など必要な支援を行い、利用者2人が就労に結びついた。</p> <p>また、復職希望者2人について、職場と連携を密にし試験就労が円滑に行えるように支援した。</p>
	<p>カ 障害者自立訓練センターのニーズを踏まえ、果たすべき役割や機能、提供するサービスについて検討を進める。</p>	<p>⑭ 障害者自立訓練センターについては、自立訓練機能の充実・強化を図るために、ニーズの変化等を踏まえ、提供するサービスに係る見直し等の検討を継続した。</p>

4 障害児・障害者の福祉の充実（中項目）

(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の間で事例検討会を行い、連携強化を図る。	ア リハセンター入院患者のうち、退院後に障害者自立訓練センターの利用が適切と考えられる者について、病院から施設への円滑な移行や訓練の質の向上を図るため、入院中に病院部門と施設部門が共同で事例を検討する。	① 医療センター入院患者や通院患者のうち、機能訓練又は生活訓練の利用が適切と考えられる者(4人)について、医師等から情報提供を受けながら随時検討を行い、障害者自立訓練センターの利用に繋げた。
イ 患者や利用者のサービス需要に的確に対応するため、部門間の柔軟な人員配置が可能となる体制を確立させる。	イ 患者や利用者のサービス需要に的確に対応するため、施設基準を遵守した上で、業務の状況に応じて、随時、病院部門と施設部門との間で柔軟な人員配置を行う。	② 新型コロナウイルス感染症対策として、療法士・看護師・保育士等が原則として他部署へ出入りしない体制（ゾーニング）を継続した。
令和3（2021）年度業務実績の評価における指摘等		業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、障害児・障害者の受入れ体制の充実を図り、施設利用件数の増加に努められたい。 		<ul style="list-style-type: none"> こども発達支援センターでは、紹介元関係機関との連携強化を図り、福祉型の利用増につなげた。（延べ3,819人（前年比1,389人増））。 こども療育センターでは、短期入所事業として延べ478人（前年比53人増）、日中一時支援事業として延べ156人（前年比43人増）の児童を受け入れた。 障害者自立訓練センターでは、自立訓練機能の充実・強化を図るために、提供するサービスに係る見直し等の検討を継続した。

4 障害児・障害者の福祉の充実（中項目）

法人の 自己評価	B	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「児童発達支援事業所等を対象とした研修実施回数」、「家族会の開催回数」が目標を達成又は上回った一方、「こども療育センター短期入所契約者数」、「自立訓練終了後に一般就労等に移行した利用者数」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「療育支援の充実」では、面接や学習会、懇談会、アンケート等を通じて保護者の要望・意見の把握に努め、療育支援の充実を図ったほか、「自立訓練の充実」では、自立訓練機能の充実・強化を図るために、提供するサービスに係る見直し等の検討を継続するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回っているため、「B」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、一部の指標で目標値を下回ったものの、関係機関との連携強化等により、こども発達支援センターの福祉型やこども療育センターの短期入所及び日中一時支援の利用増に努めたことを踏まえ、概ね計画どおり実施していると判断し、「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	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R4(2022) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	医師数（人）	12	11	92%		iii
2	療法士数（人）	87	86	99%		iii
3	職員満足度割合（%）	90	63	70%	90以上	i

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値 (再掲)
11	11	11	10	11
71	89	93	91	86
58	66	61	67	63

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)～R4(2022))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、新たに研修委員会を設置し、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 研修委員会が主体となり、研修体系に沿って、職員の資質向上に資する研修を実施する。	① 研修委員会が主体となり、新規採用職員研修や年度の途中で採用された職員に対する新任研修等の各種研修を実施した。 ② アンガーマネジメント研修では、業務中における精神的安定に関するポイントを学ぶ研修を実施した。 ③ 職員全体研修では、リハビリテーションセンターの使命や今後のあり方について、理事長による講義を実施した。 ④ 看護部においては、5段階のクリニカルラダーを活用し、各段階での臨床実践能力（看護実践、管理、教育、自己開発・研究）の開発を支援した。

5 人材の確保と育成（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>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。</p>	<p>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とともに研修効果を把握する。</p>	<p>⑤ 院内の研修会等の資料をイントラネットで情報共有するとともに、看護部におけるe-ラーニング等web教育サービスの利用により、職員の自己学習の促進を図った。また、育児休暇中の職員に対し広報誌等を送付し復職支援を行った。</p>
<p>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。</p>	<p>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に努める。</p>	<p>⑥ 年間計画を立案し、認定看護師が認定を継続できるよう学会や研修会への参加を図った。 ⑦ 看護研究に認定看護師が積極的に関わることにより、看護の質の向上を図った。</p>
<p>（2）医療従事者の安定的な確保（小項目）</p>		
<p>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、優れた人材を確保するため、短時間勤務等、多様な勤務形態の導入を検討する。</p>	<p>医師をはじめとした医療従事者について、目指す医療・福祉サービスを提供するために必要な人員を確保する。 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情報交換等、日頃から医療系大学や養成校との連携を図る。 また、求人活動を計画的に実施するとともに、職種ごとの求人状況を踏まえ、随時に採用試験を実施し、適時適切な採用を行う。 さらに、必要に応じて短時間勤務などニーズに応じた雇用形態に必要な規定を整備する。</p>	<p>① 医師数については、目標12人のところ11人となり、目標を下回った。 ② 新型コロナウイルス感染症の影響から、看護師養成校や県内医療系専門学校への直接の訪問は見送ったものの、電話等を通して、就職支援担当者等との情報交換に努めた。 ③ 求人状況に応じた随時の採用試験の実施などにより、看護師、療法士の人員確保を図り、令和4（2022）年度中に看護師8人、療法士3人を採用した。</p>

5 人材の確保と育成（中項目）

中期計画 (H30 (2018) ~R4 (2022)) 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、育成につながる人事管理制度を構築する。	職員の勤務成績等を考慮し、人材育成やモチベーションの向上に資する評価制度を構築し、適切な運用を行う。	① センターの人材育成等の方針に沿った内容に修正するため、先進事例等を参考に、人事評価の具体的な評価項目や評価方法等の改正を行った。 なお、改正した人事評価については、能力姿勢評価を先行して、当該年度から試行運用を開始し、業績評価については、次年度から実施する。
(4) ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務環境の整備（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等、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を積極的に推進し、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。	職員満足度調査の実施等によりワーク・ライフ・バランスへの配慮に対する満足度を確認し、ワーク・ライフ・バランスの推進を図る。 夏季休暇の取得可能期間延長や超過勤務時間の縮減、ハラスメント防止啓発など、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、とちりハいいね！カードの活用により職員間の相互理解を進め、働きやすくやりのある職場づくりに努める。	① 令和5（2023）年1月に実施した職員満足度調査の結果、前年度から4.2ポイント低下し、56.7%の職員がワークライフバランスに配慮されていると回答した。また、調査項目中、「仕事へのやりがい」については前年度から4.8ポイント低下し、62.6%が満足以上となった。 ② 有給休暇については、各部門長の指導等により全職員が5日以上取得できた。 ③ ハラスメント防止啓発に関して、ハラスメント対策研修を実施するとともに、苦情相談の窓口について職員に周知した。 ④ とちりハいいね！カードについて、回収箱の活用を促し、職員が相互に讃え合うことで、働きやすくやりのある職場づくりを推進した。

令和3（2021）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 引き続き、医療従事者の安定的な確保に努めるとともに、職員満足度向上に向けた取組を期待したい。	・ 医療従事者を安定的に確保するために、医療系大学や養成校との連携を図った。 ・ 人材育成や職員のモチベーションの向上を図るために、人事評価の具体的な評価項目や評価方法等の改正を行った。

5 人材の確保と育成（中項目）

法人の 自己評価	B	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「医師数」、「療法士数」及び「職員満足度割合」、ともに目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「職員の資質向上」では、新規採用職員研修や職員全体研修等を開始し、職員の資質向上を図った。また、「人事管理制度の構築」では、人材育成や職員のモチベーションの向上を図るために、人事評価の具体的な評価項目や評価方法等の改正を行うなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回っているため、「B」評価とした。
知事の 評 価	B	評 価 理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回っていると判断したため、「B」評価とした。引き続き、医療従事者等の安定的な確保に努めるとともに、職員満足度の向上に向けて積極的な取組を図られたい。

6 地域連携の推進（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R4(2022) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	逆紹介率（％）	55.0	58.5	106%	55.0	iv
2	出前講座の実施回数（回）	20	30	150%	20	v

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値 (再掲)
55.5	60.0	55.7	58.8	58.5
10	19	6	20	30

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)～R4(2022))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の推進（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に、地域医療連携室を設置し、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強化する。 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 地域医療連携室が窓口となり、積極的に直接入院を受け入れ、急性期病院が患者を紹介しやすくするとともに、待機期間の短縮に努める。 また、後方連携として、地域のかかりつけ医等への紹介件数や介護支援専門員等との連携件数を増加させるとともに退院後の在宅生活の向上を図る。	① 紹介元病院との連携を強化し、入院待機期間の短縮に努め、新型コロナウイルス感染症の対応を余儀なくされながらも、平均待機期間は10.2日（前年度11.7日）となり、前年度から改善を図った。 ② 後方連携として、かかりつけ医への逆紹介率(58.5%)は目標値を達成したほか、ケアマネージャーや地域包括支援センターなど介護事業所関係者や施設相談員との対面での連携件数は252件であった。
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推進する。	イ 地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）を活用し、急性期病院や地域の医療機関等との連携を推進する。	③ 今年度はとちまるネットの利用はなかったものの、紹介元の急性期病院との連携強化を図るため、利用の促進を引き続き行った。

6 地域連携の推進（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))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、福祉施設等と地域支援ネットワークの強化を図る。	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を受けられるよう、医療・介護従事者の連携強化のための会議や地域包括推進に関する研修等に積極的に参加することにより、地域支援ネットワークの強化を図る。	① 新型コロナウイルス感染症の影響で、オンライン形式が主流となった会議や研修会に積極的に参加した（延べ10人）。
イ 肢体不自由児や発達障害児等の早期発見を図るため、医療、福祉、教育機関等への支援を強化する。 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調整を行う。	イ 保育園や幼稚園等、通園児の進路先等と適切に情報交換を行い、一貫した療育が継続されるように支援する。 また、地域の関係機関と支援者会議等により情報交換を充実させ、施設利用者やその家族のニーズにあった円滑な退所調整を行う。 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 発達障害児等の早期発見を図るため、こども発達支援センターの職員が、一部の市町の乳児検診に協力したほか、卒園児の進路先を訪問し、あるいは進路先からの訪問や電話相談を受け、卒園児の特性や接し方等についてアドバイスを行った。 ③ こども療育センターに配置したMSWが、関係機関との緊密な情報交換を行うことなどで、利用者のニーズを踏まえた入退所調整を行った。

6 地域連携の推進（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
ウ 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。	ウ リハセンターの有する知見を地域に還元するため、出前講座を開催する。	④ 受講者側の希望に応じ、オンライン形式と対面形式を交えながら、開催することにより、目標を上回る30回（前年比10回増）、延べ718人参加（前年比401人増）の実施となった。

令和3（2021）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「逆紹介率」、「出前講座の実施回数」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、「急性期病院や地域の医療機関等との連携の推進」では、入院患者のスムーズな受入れ体制をさらに進め、待機期間を前年度より短縮させた。また、「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、オンライン形式を交え出前講座を積極的に開催するなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施したため、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

7 地域医療・福祉への貢献（中項目）

◆年度計画指標

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R4(2022) 年度 目標値※	指標の 達成状況	H30(2018)	R元(2019)	R2(2020)	R3(2021)	R4(2022)
							年度 実績値	年度 実績値	年度 実績値	年度 実績値	年度 実績値 (再掲)
1	療法士の実習生受入れ人数（人）	440	650	148%	440	v	353	458	217	365	650
2	看護師の実習生受入れ人数（人）	450	421	94%		iii	354	755	221	277	421
3	児童発達支援事業所等を対象とした研修実施回数（回）【再掲】	22	47	214%	22	v	26	20	13	25	47
4	こども療育センター短期入所契約者数（人）【再掲】	44	23	52%	44	i	27	26	22	25	23

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)～R4(2022))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、下記のとおり、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、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 新専門医制度の運用開始にあたり、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、研修関連施設としての届出を行っている。
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、それぞれのレベルに対応した研修実施計画の下、リハセンターの特性を活かした効果的かつ効率的な研修を実施し、専門的な人材育成を支援する。	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、それぞれのレベルに対応した研修実施計画の下、リハセンターの特性を活かした効果的な研修を実施し、専門的な人材育成を支援する。	② 新型コロナウイルス感染症の影響下において、感染対策など実習方法を検討しながら、実習生の受入れに努めた。県内の医療従事者の養成施設等からの実習生及び研修生を、療法士650人、看護師421人、歯科衛生士等28人、保育士4人を受け入れた。 ③ 児童発達支援事業所等の職員を対象とした地域療育支援事業（受入れ実習）では45回（延べ57人）を受け入れた。

7 地域医療・福祉への貢献（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
	ウ 児童相談所からの要請を踏まえ、小児神経領域を中心とした医学的な側面からのコンサルテーションを行う。	④ 児童相談所を6回訪問し、医学的な観点からのコンサルテーションを11例実施した。
	エ 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。	⑤ 特別支援学校生徒1人の就労実習を受け入れ、事務補助、リハビリ訓練機器の清拭などを実践してもらい、卒業後の就労に向けた支援を行った。
ウ 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指導等、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。	オ 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指導等、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。	⑥ 令和4(2022)年11月にオンライン形式で「とちりハ病院研修会」を開催。「脳卒中と転倒」をテーマに転倒防止につながる情報提供・知識の還元機会とし、39施設(128人)が参加した。
エ 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。	カ 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。	⑦ 新型コロナウイルス感染症の影響により、地域福祉団体等の視察・調査の受入れを見送った。
(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、下記のとおり、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、専門的な立場から積極的に支援する。	
ア ロコモティブシンドローム（以下「ロコモ」という。）に関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 ロコモに関する情報発信・普及啓発を図るため、「とちぎロコモプロジェクト」への参加(1回)、日本医学会連合「フレイル・ロコモ克服のための医学会宣言」の発出に委員として協力した。ロコモ関連の講演会の講師を行った(6回)。また、当センターホームページにおいても関連情報の案内をするなど普及啓発を図った。

7 地域医療・福祉への貢献（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>② 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（5件）。</p>
（3）障害児の地域におけるリハビリテーションへの支援（小項目）		
<p>肢体不自由児や発達障害児等が、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、地域の児童発達支援事業所を対象とした地域療育支援事業の実施等により、障害児の地域におけるリハビリテーションへの積極的な支援を図る。</p> <p>また、こども発達支援センターの退所児童に関し、関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等へ定期的に技術支援を行うとともに、必要に応じて、医療・福祉サービスを提供する事業者への情報提供等を行う。</p>	<p>肢体不自由児や発達障害児等が、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、地域療育支援事業として地域の児童発達支援事業所を対象とした研修会や技術支援を目的とした実習受入れ等を実施し、障害児の地域におけるリハビリテーションへの積極的な支援を図る。</p> <p>また、こども発達支援センターを退所後に利用する保育所等を訪問し、当該児童及び保育所等のスタッフに対し、専門的な支援・指導等を行う保育所等訪問支援事業を実施する。</p> <p>さらに、退所児童に関し、関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等へ定期的に技術支援を行うとともに、必要に応じて、サービス担当者会議等への参加や医療・福祉サービスを提供する事業者への情報提供を行う。</p>	<p>① 地域療育支援事業として、感染対策に十分配慮しつつ医師や療法士等を講師とした研修会（児童発達支援事業所等の療育機関や市町の職員を対象）とした研修会を2回開催（参加者：計119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受入れ実習）を45回（延べ57人）行った。</p> <p>② 保育所等訪問支援事業は、昨年引き続き新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響を受け、訪問が制限されたものの、17人の児童に対し137回の訪問を行った。（前年比2人・20回の増加）</p> <p>なお、同様の理由により、こども発達支援センターを卒園した児童の進路先への技術支援や情報提供も、進路先の意向もあり少数にとどまった。</p>

7 地域医療・福祉への貢献（中項目）

令和3（2021）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、実習生等の積極的な受入れにより、医療・福祉関係者の資質向上に努められたい。 	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス感染症の影響下において、感染対策を踏まえた実習方法を検討しながら、実習生の受入れに努めた。県内の医療従事者の養成施設等からの実習生及び研修生を、療法士650人、看護師421人、歯科衛生士等28人、保育士4人を受け入れた。また、児童発達支援事業所等の職員を対象とした地域療育支援事業（受入れ実習）では45回（延べ57人）を受け入れた。

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「児童発達支援事業所等を対象とした研修実施回数」、「療法士の実習生受入れ人数」は目標値を上回った一方、「看護師の実習生受入れ人数」及び「こども療育センター短期入所契約者数」については目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、「医療・福祉関係者の資質向上に係る支援」では、医療従事者養成施設から、実習生及び研修生を積極的に受け入れたほか、「障害児の地域におけるリハビリテーションへの支援」では、療育機関や市町の職員を対象とした研修会や保育所等訪問支援事業などを通して、障害児の地域におけるリハビリテーションを支援するなど、新型コロナウイルス感染症の影響によりやむを得ないものを除いて、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施したため、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>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。</p> <p>また、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。</p> <p>さらに、個人情報漏えいを防ぐため、情報セキュリティ研修を実施するなど、職員の認識を高めるとともに、情報セキュリティ対策を徹底する。</p>	<p>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。</p> <p>また、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。</p> <p>さらに、個人情報漏えいを防ぐため、情報セキュリティ研修を実施するなど、職員の認識を高めるとともに、情報セキュリティ対策を徹底する。</p>	<p>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、宇都宮市西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。</p> <p>② 栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づき、公文書管理、個人情報の管理を行った。新規採用職員研修において情報管理について周知し、職員の意識を高めた。</p> <p>③ 県内外で発生した情報セキュリティに関するインシデント事例をその都度職員に周知し、個人情報の漏えい等の防止を図った。</p>

令和3（2021）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	・ 栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づき、公文書及び個人情報を適切に管理し、職員に対し情報管理について注意喚起を図るなど、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	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。

9 災害等への対応（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>県立病院・施設として、下記のとおり、災害等への対応を行う。</p>	<p>県立病院・施設として、下記のとおり、災害等への対応を行う。</p>	
<p>ア 被災後、地域の災害拠点病院との連携も視野に入れて、早期に診療機能を回復できるようBCP（業務継続計画）を整備し、被災した状況を想定した訓練及び研修を実施する。</p>	<p>ア 業務継続計画（BCP）の策定のため設置した検討委員会において、具体的な内容の検討を行い、BCPを策定する。</p>	<p>① BCP策定検討委員会で業務継続計画の検討作業を重ね、令和5（2023）年2月の防災委員会において決定した。また、職員への周知とともに、次年度以降、必要に応じた見直しを行っていくこととした。</p>
<p>イ 大規模災害が発生した場合に、被災者の日常生活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（大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会）による支援活動等に職員を積極的に派遣する。</p>	<p>イ JRAT（一般社団法人日本リハビリテーション支援協会）の運営を支援するため、平常時から必要に応じて同協議会の広報委員会に職員を派遣する。 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。</p>	<p>② JRATの運営を支援するため、医師がJRAT広報委員会委員長としてJRAT広報委員会に5回、JRAT理事会に5回参加した。</p>
<p>ウ 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。</p>	<p>ウ 栃木県災害リハビリテーション連絡会の定例会に参加し、研修会の開催に向けて協議する。 また、県医師会等の関係機関や関係団体が開催する災害を想定した医療救護活動訓練に参加するなど、関係機関等との連携体制を強化し、大規模災害発生時の的確な対応に努める。</p>	<p>③ 栃木県災害リハビリテーション連絡会の定例会に職員が出席したほか、研修に6人参加させた。</p>
	<p>エ 災害対応マニュアルに基づき、災害発生時における医療的ケア児等への支援を行う。</p>	<p>④ 地域の人工呼吸器利用者への充電支援等について、県健康福祉センターから災害時個別支援計画の提供を受け、災害時の対応に備えた。</p>

9 災害等への対応（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
	オ 新型コロナウイルス感染症に係る県等からの協力要請に応じ、積極的に支援を行う。	⑤ 令和3（2021）年度に続き令和4（2022）年4月から令和5（2023）年1月まで、県営ワクチン接種センターへの医師及び看護師の派遣を実施した。 ⑥ ワクチン巡回接種に医師の派遣を実施した。 ⑦ その他、県営ワクチン接種センターで使用するワクチンを保管する冷凍冷蔵庫設置場所の提供、ワクチンの保管管理等の支援を行った。 ⑧ 令和4（2022）年8月から県央臨時医療施設に看護師の派遣を実施した。 ⑨ 令和4（2022）年9月から後方支援病院として患者の受入れを実施した。

令和3（2021）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 該当なし 	-

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 災害等の緊急事態から計画的に医療機能を復旧し提供できるよう、BCPの策定を行った。また、JRATや栃木県災害リハビリテーション連絡会の定例会に職員が参加したほか、新型コロナウイルス感染症に係る県等からの協力要請に応じ、看護師の派遣等を積極的に行うなど、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

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(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>安定的な経営基盤を確立するため、ガバナンスを強化するとともに、経営戦略の立案等を担う経営企画室を設置し、医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営を行う。</p> <p>また、各部署の権限や責任を明確化した実効性のある組織を整備するとともに、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組織横断的な委員会活動等を充実させ、効果的かつ効率的な業務運営を図る。</p>	<p>安定的な経営基盤を確立するため、経営企画室を中心として、経営環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営に努める。</p> <p>また、各部署の権限や責任を明確化した実効性のある組織を整備するとともに、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・施設部門にまたがる活動を充実させ、効果的かつ効率的な業務運営を図る。</p>	<p>① 入院審査会、回復期病棟調整会議を定期的で開催し、患者の紹介状況や病床利用率等の情報を共有し、必要に応じて経営改善施策を協議し、収益改善につなげた。</p> <p>② 県が行う新型コロナウイルス感染症対策への支援として、臨時医療施設への医療従事者の派遣や、後方支援医療機関として回復患者の受入れを行うに当たって、病床利用率への影響を抑えつつ、医業収益の低減防止に努めた。</p>

令和3（2021）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
<p>・ 該当なし</p>	<p>-</p>

法人の自己評価	A	評価理由	<p>・ 安定的な経営基盤を確立するため、効率的な業務運営と経営環境の変化に応じた施設運営を実行し、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。</p>
知事の評価	A	評価理由等	<p>・ 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。</p>

2 経営参画意識の向上（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>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、経営改善推進会議において、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。</p> <p>また、職員の多様なアイデアを、効果的かつ効率的に業務運営につなげられるよう、業務改善に係る職員提案を制度化する。</p>	<p>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。</p> <p>また、業務改善に係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行う。</p>	<p>① 各部長以上を構成員とする管理運営会議(13回開催)や所内連絡会議(12回開催)において、主要経営指標の実績等を分析・共有し、翌月以降の病院・施設の取組方針を決定・報告した。</p> <p>② 所長による職員向けの研修会(1回)を開催し、法人の基本方針や前年度決算、年度計画実績等の内容を説明することにより職員の経営参画意識の醸成を図った。</p> <p>③ 職員の多様なアイデアを業務運営に活かしていくため令和元(2019)年度から開始した職員提案制度「とちりハ提案制度」により、サービス向上、コスト削減、働き方改革、その他の4部門を設定し提案を募集した結果、22件の提案が寄せられ、うち14件について採用(又は一部採用・採用に向け検討)とした。</p>

令和3(2021)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
<ul style="list-style-type: none"> 該当なし 	-

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 管理運営会議での経営方針の検討結果や経営状況を所内連絡会議等で共有するとともに、業務改善に係る職員提案制度により職員一人ひとりの経営参画意識の向上を図るなど、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	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

2 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

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R4(2022) 年度 目標値※	指標の 達成状況	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値 (再掲)
1	リハビリテーション実施単位数 (単位) 【再掲】	303,000	254,239	84%	303,000	ii	210,482	258,102	268,466	245,531	254,239
2	医師数(人) 【再掲】	12	11	92%		iii	11	11	11	10	11
3	療法士数(人) 【再掲】	87	86	99%		iii	71	89	93	91	86
4	病床利用率(%)	91.4	74.6	82%	91.4	ii	80.5	87.1	77.6	72.4	74.6
5	新入院患者数(人)	500.0	512.0	102%		iv	615	620	543	476	512
6	ジェネリック医薬品使用割合 (%)	75.0	92.1	123%	75.0	v	70.6	82.1	88.0	92.1	92.1
7	材料費対医業収益比率(%)	8.0	9.1	86%		ii	10.4	8.1	7.7	7.9	9.1

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)～R4(2022))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、リハビリテーション実施単位数の着実な増加を図る。	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、リハビリテーション実施単位数の着実な増加を図る。	① 学齢期の発達障害等に対する診療ニーズに応えるため、6月に小児科常勤医師1人を増員し、医師数については11人となったものの、目標には届かなかった。引き続き、医師の確保が求められる。 ② 療法士数については、県派遣職員の引上げや育児休業取得職員の代替職員の確保が困難等の影響により、目標に届かなかった。育児休業取得等を想定した療法士数の確保により、リハビリテーションの着実な提供が求められる。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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 患者紹介につながるよう、急性期病院との情報交換を密に行うとともに、随時、入院患者の待機状況等の情報発信を行う。	③ 患者紹介につながるよう、急性期病院へ待機状況をFAX及び電話連絡にて情報提供を行ったほか、オンライン形式の会議・研修会等を活用し、急性期病院のMSWと情報交換に努め、598件の新規入院相談があった。
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 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把握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。	④ 地域医療連携室において、各病棟師長との緊密な連携により、電子カルテの機能を活用しながら病床管理を行い、スムーズかつ迅速な入院手続きを進めた。 ⑤ 病床利用率については、県立病院の使命として、県の新型コロナウイルス感染症感染防止対策への支援やコロナ病床緩和のための後方支援を積極的に行うことに伴う病床利用の調整による影響等により、病床利用率は74.6%となった。
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して、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、各部署からそれぞれに関わる新たな加算について、積極的に意見を挙げてもらい、加算取得に必要な体制整備を目指す。 具体的には排尿自立支援加算、体制強化加算の取得に向けて体制整備していく。	⑥ 診療報酬等改善委員会・診療情報管理委員会において、新たな診療報酬算定項目の取得に向けた検討・調整や診療報酬の査定返戻に対する改善検討を行ったほか、査定返戻の要因分析等について多職種間で共有した。 ⑦ 回復期リハビリテーション病棟における体制強化加算の施設基準や算定ルールの確認と体制整備を進め、次年度からの加算取得につなげた。
オ 回復期の医療需要増への対応や質の高いリハビリテーション医療の提供により、回復期リハビリテーション病棟入院料1や体制強化加算の算定を目指す。	オ 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準を維持しつつ、入退院支援加算1の算定体制を継続し、新たに体制強化加算を算定できる体制を整備する。	⑧ 重症患者の受入れ基準（重症患者率4割以上、リハビリテーション実績指数40点以上）の達成により、回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定体制を維持した。また、地域医療連携室の社会福祉士が中心となり、退院支援の充実・強化を図り、入退院支援加算1の算定を維持したほか、回復期リハビリテーション病棟における体制強化加算の算定に向け、病棟専従医師等の業務内容の確認や勤務時間等を見直すなど施設基準の届け出に向けた準備を行った。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>カ 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。</p> <p>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。</p>	<p>カ 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。</p> <p>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、弁護士事務所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。</p>	<p>⑨ 入院時の説明及び誓約書の提出の徹底を図り、医療費に係る公費負担制度や助成制度等の説明を行った。支払の困難な患者に対しては、分納の提案等を行うなど未収金回収確保に努めた（令和4(2022)年度 分納申請8件）（参考：令和3(2021)年度未収金発生額 1,170千円）。</p> <p>⑩ 未収金回収マニュアルにおける内規を制定し速やかな回収に努めたほか、未収金回収委託先を通し過年度未収金を回収した（全額回収：2件）。</p>
	<p>キ 医薬品の採用に当たっては、薬価差益の観点も含めた検討を行い、収益の増加を図る。</p>	<p>⑪ 医薬品全般の安定的な確保が困難な中、後発医薬品の採用や切替えに努め、医薬品購入費を約195万円削減し、薬価差による収益約14万円に寄与した。</p>
<p>（2）費用の削減対策（小項目）</p>		
<p>費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。</p>	<p>費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。</p>	
<p>ア リハセンターで保有しているMRI、骨密度測定装置等の高度医療機器について、地域の医療機関との連携強化及び医療機器の効果的活用の観点から、共同利用について検討する。</p>	<p>ア リハセンターで保有しているMRI・CT等の高度医療機器について、地域の医療機関との連携強化及び医療機器の効果的活用の観点から、近隣の医療機関からの受託検査の受入れを継続するとともに、共同利用をより一層推進する。</p>	<p>① 近隣の医療機関からのMRI等高度医療機器の受託検査の積極的な受入れに努めるとともに、令和4(2022)年度の共同利用は210件と、地域の医療機関との連携強化及び医療機器の効果的活用を図った。</p>

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>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。</p> <p>また、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。</p>	<p>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。</p> <p>また、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。</p>	<p>② 医薬品の安定的な確保が困難な中、先発医薬品と同等以上の品質である安定供給可能な後発医薬品を積極的に採用し、後発医薬品の使用割合90%以上を維持し、医療費及び患者の経済的負担の軽減を図った。</p> <p>③ 医薬品や医療機器の購入に際しては、他職種での専門的な見地を取り入れながら価格交渉を行った。</p>
<p>ウ 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。</p>	<p>ウ 医薬品の処方量の把握に努め、また、社会情勢の変化を踏まえながら在庫量を適正に管理する。診療材料については、使用見込みの把握に努めるなど適正な管理を行う。</p>	<p>④ 医薬品については、国全体の医薬品供給が不安定な中、メーカー変更や剤形変更などを模索しながら定期的な使用量を把握し、適正在庫量や発注点を設定及び活用することにより医薬品管理の効率化及び適正化を図った。</p> <p>⑤ 診療材料については、在庫数及び使用量を把握し、適正な管理に努めた。</p>
<p>エ 障害児・障害者に係る政策的な医療や福祉等に対する適切なコスト管理等を行うため、診療科目別、部門別原価計算を実施する。</p>	<p>エ 政策的な医療や福祉等に対する適切なコスト管理等を行う。</p>	<p>⑥ 経営分析システムに当センターのデータを蓄積するとともに、病院・施設ごとの人件費等の費用の配分について検討を行い、第2期中期計画の収支シミュレーションに反映させた。</p>
	<p>オ 職員のコスト意識を高めるため、コピー単価の表示や、裏面利用の啓発・掲示等を行い節約に努める。</p>	<p>⑦ コピー単価の表示や、裏面利用の啓発・掲示、節電の啓発等を行い、節約及び職員のコスト意識の高揚に努めた。</p> <p>⑧ 年度当初に実施した予算執行説明会において、コスト意識の高揚及び経費節減について周知を図った。</p>

令和3（2021）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	-

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

<p>法人の 自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評価 理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標の達成状況に関しては、「新入院患者数」、「ジェネリック医薬品使用割合」、及び「材料費対医業収益比率」は目標値を上回った一方、「リハビリテーション実施単位数」、「医師数」、「療養士数」、「病床利用率」については目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「収入の確保対策」では、空床状況を小まめに急性期病院に情報提供し、新規入院患者の受入れを促進した。また、「費用の削減対策」では、医薬品の定期的な使用量を把握し、医薬品管理の効率化及び適正化を図るなど、いずれの小項目においても概ね計画どおり実施した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
<p>知事の 評価</p>	<p>A</p>	<p>評価 理由等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

第3 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）

◆年度計画指標

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

No.	指標名	R4(2022)	R4(2022)	R4(2022)	R4(2022)	指標の 達成状況	H30(2018)	R元(2019)	R2(2020)	R3(2021)	R4(2022)
		年度 目標値	年度 実績値	年度 達成率	年度 目標値※		年度 実績値	年度 実績値	年度 実績値	年度 実績値	年度 実績値
1	経常収支比率（％）	100以上	99.7	100%	100以上	iii	101.4	104.1	104.9	101.5	99.7
2	医業収支比率（％）	75以上	67.5	90%	75以上	iii	64.9	68.9	67.9	66.2	67.5

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>県民が求める専門的なり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。 また、各年度において経常収支の黒字化を目指す。</p>	<p>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。</p>	<p>① 毎月、中堅幹部職員以上が出席する所内連絡会議において、入退院別・診療科別の前月までの稼働額を周知し、経営情報の共有を行うとともに収益の維持・増加や支出の削減に向けた取り組みを強化させた。 ② 物価高騰等による費用の増加に伴い経費削減に努めるとともにセンター内に収支情報の共有を図った。</p>

令和3（2021）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	-

法人の 自己評価	A	評価 理由	<ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「経常収支比率」及び「医業収支比率」ともに目標値を下回った。 年度計画の業務実績に関しては、毎月、中堅幹部職員以上が出席する所内連絡会議において、収益の維持・増加及び、支出の削減に向けた取り組みを強化させた。令和4（2022）年度の経常収支比率は99.7%となった。 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	B	評価 理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施していると判断したため、「B」評価とした。経常収支の黒字化に向けて、より一層の経営改善に努められたい。

第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）

中期計画(H30(2018)～R4(2022))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
医療機器について、県民の医療ニーズや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。	医療機器等の調達に当たっては、管理運営会議において投資計画を精査し、計画的な更新・整備に努める。	① 医療機器の調達に当たり、部長以上を構成員とする管理運営会議において、投資計画及び購入予定機器の機能や仕様を精査し、病院・施設運営に必要な十分な機器の整備を行った。

令和3(2021)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	・ 医療機器等の調達に当たっては、管理運営会議において投資計画を精査し、計画的な更新・整備を行うことができたことから、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	・ 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 4（2022）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）

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リハビリテーションセンターの令和 4（2022）年度の業務実績について、以下のとおり評価を行った。

1 全体評価（案）

(1) 評価結果

令和 4（2022）年度の業務実績については、中期計画の達成に向けた進捗にやや遅れが見られる。

(2) 判断理由等

- 14 の項目のうち、「障害児・障害者の福祉の充実」等の 9 項目については、概ね計画どおり実施したが、「質の高い医療の提供」等の 5 項目については、計画をやや下回り、経常収支は赤字を計上した。
- 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、経常収支の黒字化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1期中期目標期間：平成30(2018)年4月1日～令和5(2023)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）	9
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供（中項目）	13
4 障害児・障害者の福祉の充実（中項目）	17
5 人材の確保と育成（中項目）	22
6 地域連携の推進（中項目）	25
7 地域医療・福祉への貢献（中項目）	29
8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理（中項目）	33
9 災害等への対応（中項目）	35
第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	37
1 業務運営体制の確立（中項目）	37
2 経営参画意識の向上（中項目）	39
3 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	41
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）	45
第10 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	47

【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すると見込まれる。
- A：概ね計画どおり実施すると見込まれる。
- B：計画をやや下回って実施すると見込まれる。
- C：計画を下回るものと見込まれる、又は実施が見込めない。

【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	平成30(2018) 年度	令和元(2019) 年度	令和2(2020) 年度	令和3(2021) 年度	令和4(2022) 年度	中期目標期間 の評価
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	B	B	B	B	B	B
2 安全で安心な医療の提供	A	S	S	A	B	A
3 患者・県民等の視点に立った医療の提供	A	A	A	A	B	A
4 障害児・障害者の福祉の充実	B	B	B	B	A	B
5 人材の確保と育成	B	B	A	B	B	B
6 地域連携の推進	B	A	B	A	A	A
7 地域医療・福祉への貢献	B	B	B	B	A	A
8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理	A	A	A	A	A	A
9 災害等への対応	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
2 経営参画意識の向上	A	A	A	A	A	A
3 収入の確保及び費用の削減への取組	B	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	A	A	B	A
第5 その他業務運営に関する重要事項						
その他業務運営に関する重要事項	A	A	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1期中期目標期間における業務実績については、一部の項目において目標が達成できなかったが、概ね目標を達成した。(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	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	リハビリテーション実施単位数 (単位)	210,482	258,102	268,466	245,531	254,239	303,000	84%	ii
2	発達障害外来受診者数(人)	5,739	4,956	4,670	5,223	5,872	7,400	79%	i
3	整形外科手術実施人数(人)	11	5	4	7	4	45	9%	i
4	重症患者の受入れ割合(%)	29.0	36.8	49.5	51.4	54.0	30.0	180%	v

	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度
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) 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に至るまでの幅広い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、専門的な回復期リハビリテーション医療や障害児・障害者に対する専門医療等、専門的な医療を提供すること。	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として、以下のとおり、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
	<p>ア 専門的な回復期リハビリテーション医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、心理職等の多職種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。 	<p>① 回復期の患者に対し、医師を中心とした診療、専門性を有する療法士による理学・作業・言語の各療法等、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。</p> <p>なお、入院前に比べADL（日常生活活動）が低下し、退院後の生活様式の再編が必要となるなど、退院困難な要因を有している患者については、入院時に多職種による評価で状況を把握し、医療ソーシャルワーカー（以下「MSW」）による面談を行った。また、入院後1週間以内のカンファレンスを9割を超える入院患者に対して実施した。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> FIM（機能的自立度評価表）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医療を提供する。 	<p>② FIM（機能的自立度評価表）の点数の低い重症患者を積極的に受け入れた結果、入院患者に占める重症患者の割合は目標（30.0%）を上回った。</p> <p>また、令和2（2020）年度以降、回復期リハビリテーション認定看護師4名によるFIM向上に向けた研修会に加え、看護部ではより具体的な講習会を実施するなど、FIM向上に向けた取組を積極的に行った。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<p>③ 社会、教育、職業といった各分野と連携が必要な65歳未満の患者のうち、特に若年脊髄損傷・脳外傷患者等に対し、入院中のリハビリテーションの提供に加え、退院後も外来でのリハビリテーションや、併設する障害者自立訓練センター、高次脳機能障害支援拠点機関の機能を活用しながら、復学、就労、社会参加を目的とした関係機関への円滑な移行を図った。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> VF/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りハビリテーション医療を提供する。 	<p>④ 医師を始め多職種が共同して各種検査を実施し、経口摂取を目指して患者の状態に合わせたリハビリテーション計画を立案、提供した。</p>

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
	<p>イ 障害児・障害者に対する専門医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	<p>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務所と連携して、診療、療育、教育等総合的なリハビリテーションを提供した。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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感覚統合療法、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。 	<p>⑥ 幼児期の発達障害児に対し、定期的に各種検査を実施し、個々の発達課題に応じた専門的なアプローチを実施するとともに、保護者へ関わり方の指導やアドバイスも行った。さらに、職種間で情報共有等を行い、より多角的な理解と支援を促進した。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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、自閉スペクトラム症、注意欠如多動性障害（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。 	<p>⑦ こども発達支援センターでの親子通園や、病院での外来リハビリテーションの活用のほか、高機能自閉症児等就学前グループ指導を実施し、障害児本人の発達を促すとともに、家族への支援を行った。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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、保護者が、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。 	<p>⑧ 医療センターに通院している障害児に対して医学的リハビリテーションを提供するとともに、その家族に対し個別的な評価をフィードバックし、家庭や学校等の生活場面で実際に活かせるよう指導・援助した。さらに、装具・車椅子・座位保持装置などを作製する際は、必要に応じて、現在の能力でより高い次元のADL（日常生活活動）が獲得できるよう、アドバイスをを行った。</p> <p>また、施設部門に通園している障害児に対して定期的に個別訓練を実施するとともに、家族に対しては、概ね月1回、保護者向けの学習会を開催し、療法士や心理職等の専門職による情報提供を行った。</p>

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
	<ul style="list-style-type: none"> 脳性麻痺、小児運動器疾患等の障害児・障害者に対し、整形外科手術を実施する。 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。 	<p>⑨ 自治医科大学小児整形外科との連携により令和元(2019)年度に「小児整形外来」を開設し、脳性麻痺、小児運動器疾患等の整形外科手術を行った。</p> <p>⑩ 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、継続的に外来リハビリテーション医療を提供した。</p>
(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、回復期リハビリテーション医療の充実や多職種連携による医療の提供等、医療機能を充実させること。	<p>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。</p> <p>ア 回復期リハビリテーション医療の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期病院との連携を強化し、回復期リハビリテーション医療の対象となる患者を受け入れる。 回復期リハビリテーション病棟を中心に、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。 県内の回復期の医療需要増に適切に対応するため、回復期リハビリテーション病棟を増床（40床）するとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に適合する体制整備を目指すなど、合併症等で看護必要度の高い患者も積極的に受け入れる。 <p>イ 多職種連携による医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> 多職種によるカンファレンスを定期的に実施し、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。 	<p>① 地域医療連携室が窓口となり、紹介元病院から入手した患者の診療情報等をもとに、外来での診察を行うことなく、直接入院させる体制を整備した。</p> <p>② 回復期病棟に加え、一般病棟においても令和2（2020）年5月から365日リハを実施し、リハビリテーション医療を集中的に提供する体制を整えた。</p> <p>③ 平成30(2018)年4月に6階病棟を開棟（40床）後、令和2（2020）年1月から5階及び6階病棟において回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定を開始した。</p> <p>④ 多職種による入院当日の合同評価や一週間以内のカンファレンス、退院後を見据えた早期の計画策定、定期的なカンファレンスにより情報交換を図るとともに、治療目標や今後の方向性などの統一化を行うなど、協働での患者支援を行った。</p>

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
	<ul style="list-style-type: none"> 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、NST（栄養サポートチーム）の設置について検討を進める。 	<p>⑤ 管理栄養士や医師、看護師、臨床検査技師等を構成員とする褥瘡対策委員会を毎年開催し、褥瘡をテーマに研修を実施した。</p> <p>また、多職種による栄養サポートの取組の試行を重ねながら、令和4（2022）年4月にNST（栄養サポートチーム）を設置し活動を開始した。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<p>⑥ 嚥下困難患者や経管栄養患者に対して錠剤を粉碎したり多種の散剤を混合し一包化するなど、個々の患者のニーズに合わせたオーダーメイド調剤を実施した。</p> <p>服薬指導については、薬剤師が病棟の看護師と連携し、患者の理解度に合わせたきめ細やかな指導を適切なタイミングで実施した。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<p>⑦ 歯科衛生士が、週3回定期的に病院・施設の巡回を継続し、入院患者や入所児、入所者の口腔衛生状態をチェックし、その結果を看護師等と情報共有し、口腔内の保清に努めた。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<p>⑧ 看護部教育委員会と認定看護師会が連携して院内研修会を実施したほか、認定看護師会による病棟の特殊性に応じた研修会や、認定看護師と多職種協働した研修会などにより、看護師や療法士の質の向上を図った。</p>
（3）先進的なリハビリテーション医療の提供（小項目）		
<p>新たな療法に積極的に取り組むなど、先進的なリハビリテーション医療を提供すること。</p>	<p>ボツリヌス療法等の新たな療法に積極的に取り組むとともに、ロボットスーツ等、先進的なリハビリテーション医療技術の導入について継続的に研究を進める。</p>	<p>① ボツリヌス療法に積極的に取り組んだほか、令和元（2019）年に導入したロボットスーツ（HONDA歩行アシスト）を入院・外来患者に使用しながらデータを蓄積し、学会で症例報告を行うなど、先進的な医療技術に関する知識や情報収集等を行った。</p>

1 質の高い医療の提供（中項目）

(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）		
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
<p>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、積極的にリハビリテーションに関する調査研究等を推進すること。</p>	<p>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。</p>	
	<p>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。</p>	<p>① 新型コロナウイルス感染症の影響による中止や開催見送りがあったものの、県内のヘルスケア産業に関わる事業者が参加する「とちぎヘルスケア産業協議会」の部会への参加や、当センターにおけるヘルスケア関連のミーティング開催により、新たな医療機器の製品開発等への貢献を行った。</p>
	<p>イ リハビリテーションに関する研修会や学会等に職員を積極的に参加させるとともに、リハセンター内における研修会や事例研究等を計画的に実施し、職員の専門的知識及び技能の向上を図る。</p>	<p>② リハ関係学会や自治体病院学会等への職員の参加・発表のほか、院外研修で得られた知見の院内への伝達研修を促進するなど、職員の専門的知識及び技能の向上を図った。 また、看護研究に当たって、看護師養成機関との連携を図るなど、院内看護研究の質の向上を図った。</p>

<p>次期に向けた課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> 平成30（2018）年度から5年連続で目標値を下回ったリハビリテーション実施単位数について、より多くの患者が専門的な回復期リハビリテーション医療の提供を受けられることができるよう、新型コロナウイルス感染症の収束に合わせた病床利用率の早期回復等に取り組んでいく必要がある。 発達障害外来の受診ニーズに応えられるよう、令和4（2022）年度中に確保した小児科医2名体制の継続及び更なる充実に向けて、引き続き医師確保に取り組んでいく必要がある。
-----------------	--

1 質の高い医療の提供（中項目）

法人の 自己評価	B	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「専門的な医療の提供」では、入院時の多職種による評価及びMSWによる面談の実施に加え、重症患者の受入れ割合の増加を図ったほか、自治医科大学小児整形外科との連携により令和元(2019)年度に「小児整形外科」を開設し、脳性麻痺、小児運動器疾患等の整形外科手術を行った。 ・ 「医療機能の充実」では、直接入院の推進を図ったほか、平成30(2018)年4月の6階病棟の開棟や、令和2(2020)年1月からの回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定(5階及び6階)、同年5月からの365日リハの完全実施、さらには、令和4(2022)年4月のNSTの活動開始など、患者提供サービスの充実を行った。 ・ 「先進的なリハビリテーション医療の提供」では、ボツリヌス療法に積極的に取り組んだほか、令和元(2019)年に導入したロボットスーツ(HONDA歩行アシスト)のデータを蓄積し、学会で症例報告を行った。 ・ 以上の結果、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
知事の 評 価	B	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回ったと判断したため、「B」評価とした。引き続き、医療ニーズに応じた質の高いリハビリテーション医療の提供を行うとともに、障害児・障害者に対する医療機能の充実を図りたい。

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	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 達成率	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）	8	9	9	11	9	6	150%	v
2	感染管理認定看護師数（人）	0	0	0	0	0	1	0%	i

	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度
各事業年度の中項目別評価	A	S	S	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) 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共有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。	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。	① リスクマネジメント委員会及び転倒・転落検証ワーキンググループを開催し、インシデント・アクシデント事例の発生要因を調査、分析の上で、再発防止の具体策検討、実施、評価を行うことにより、医療事故の防止に取り組んだ。転倒・転落検証ワーキンググループでは、同様の要因による事例に対し、現場検証を行い、各部署のメンバーが検証結果と注意喚起ポスターにより自部署スタッフへの周知を図るなど再発防止の徹底を図った。

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 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。	② 医療安全研修に加え、医療安全の推進に関する標語の募集や、リスクマネージャーによる院内ラウンド、新型コロナウイルス対策としてイエローコールの追加、安全防護具の適正使用など、職員の意識向上につながる新たな取組の実施を常に心がけ、医療事故等の発生防止に努めた。
(2) 院内感染防止対策の推進（小項目）		
患者が安心して医療を受けられるよう、感染管理体制を充実させるなど、院内感染防止対策を推進すること。	患者が安心して医療を受けられるよう、以下のとおり、院内感染防止対策を推進する。	
	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、感染防止対策が充実している外部の医療機関との連携体制を強化する。	① 定例の感染対策委員会及びICT（感染対策チーム）会議に加え、新型コロナウイルス感染症の発生防止のための臨時委員会等を随時開催した。また、令和2（2020）年11月にはセンター内に新型コロナウイルス感染症対策本部を設置し、情報共有の徹底と、センター内における感染症対策の検討を行う体制を整備した。 さらに、ICTが週1回病棟等を巡回（うち年3回は集中ラウンドを実施）するとともに全職員対象に感染対策講習会を開催するなど、職員の感染防止への意識・知識の向上に努めた。 このほか、栃木県立がんセンターICTとの共同カンファレンスにより、感染症発生状況や対策の情報共有を行い、環境改善及び感染症の発生防止に努めた。
	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。	② 感染対策研修会として、全職員を対象に、新型コロナウイルス感染症対策をテーマに含めた研修を実施した。

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
(3) 医療機器、医薬品等の安全管理の推進（小項目）		
安全な医療を提供するため、医療機器の品質管理を徹底するなど、医療機器や医薬品等の安全管理を推進すること。	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推進する。	
	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。	① 医療機器安全管理責任者の下、部門ごと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った。また、心電図、除細動器などの適切な使用方法について、研修会を行った。
	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、適正使用の推進を図る。	② 薬剤科職員や医師、関係部署の職員に対して新規採用医薬品や繁用薬剤、新薬に関する研修会を開催し、同効薬等の知識及び理解を深めた。また、新規採用看護師等を対象に、医薬品の処方から服薬までの流れや病棟での管理、消毒薬の使用方法等について講習会を開催した。
	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推進を図る。	③ 手術・輸血療法委員会を毎年開催し、手術や輸血の実施状況の確認・振り返り及び改善点の検討を行った結果、特に問題となる症例の発生はなかった。

次期に向けた課題	・ 感染管理認定看護師の育成に向けた継続的な取組などにより、引き続き患者が安心して医療を受けられるよう、医療安全対策に取り組んでいく必要がある。
----------	--

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

法人の 自己評価	A	評 理 価 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「医療安全対策の推進」では、医療安全研修の開催や、医療安全に関する情報共有に加え、医療安全の推進に関する標語の募集や、リスクマネージャーによる院内ラウンド、新型コロナウイルス対策としてイエローコールの追加、安全防護具の適正使用など、職員の意識向上につながる新たな取組の実施を常に心がけた。 ・ 「院内感染防止対策の推進」では、定例の感染対策委員会及びICT会議（各12回）に加えて、新型コロナウイルス感染症対策のために臨時委員会等を随時開催し、さらには新型コロナウイルス感染症対策本部を設置の上で様々な対策を実施し、感染の発生防止を図った。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 理 由 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、感染管理認定看護師を確保できなかったものの、中期目標期間全体を通して、医療安全対策や院内感染防止対策の推進に努めてきたことから、概ね計画どおり実施したと認められるため、「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）

◆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	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	退院前在宅訪問指導（家屋調査） 件数（件）	62	115	74	32	28	55	51%	i
2	患者満足度割合（％）	82	81	81	81	75	90	83%	ii

	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度
各事業年度の中項目別評価	A	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) 患者や家族等への医療サービスの充実（小項目）		
患者や家族等に対し必要な情報を分かりやすく説明し、患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、インフォームド・コンセントの徹底を図るなど、患者や家族等への医療サービスを充実させること。	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 患者や家族に対し、リハビリテーションの目標とその達成状況、併存疾患の治療状況等について、必要な情報を分かりやすい言葉で説明し、患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、インフォームド・コンセントの徹底を図る。	① 患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、必要に応じて統一様式を活用しながら、患者の病状や要望・治療方針等についてインフォームド・コンセントを行った。

3 患者・県民等の視点に立った医療の提供（中項目）

中期目標の記載内容	中期計画の記載内容	中期目標期間の業務実績
	イ 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。	② 地域医療連携室のMSW（社会福祉士）が、多職種による合同評価やカンファレンスに参加するとともに、電子カルテを活用するなど情報を共有した上で、患者家族の相談に対応した。
	ウ 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の向上を図る。	③ 毎年、患者満足度調査を実施し、約8割の患者から「満足」「やや満足」との回答を得た。一方で、「食事の内容」など満足度が低かった項目については、利用者の期待に応えられるよう、改善策の検討を行った。
	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（日常生活活動）についての指導・助言を行う。	④ 理学療法士と作業療法士が退院予定患者の自宅に伺い、患者本人、家族、介護保険施設職員、介護支援専門員、住宅改修業者等と動線を確認しながら、住宅改修や日常生活上のアドバイスを行い、在宅復帰を支援する退院前訪問指導を実施した。また、新型コロナウイルス感染症感染拡大時には、退院前訪問に代わり、タブレット端末で撮影した動画等を活用した家族指導を実施し、在宅復帰を支援した。
	オ 患者や家族に対する相談を充実させるため、認定看護師等を活用した相談体制を構築する。	⑤ 退院を控えた患者の家族を対象に、再発予防をテーマに認定看護師による「家族教室」を実施した。新型コロナウイルス感染症感染拡大後は、面会制限のため、「家族教室」に代わり、看護師一人ひとりが患者・家族に対して再発予防教育が行えるよう「再発予防パンフレット」を作成し、退院支援に取り組んだ。
(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、ホームページ等を通じて、リハセンターが提供する医療・福祉サービスの内容等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。	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。	

3 患者・県民等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
	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。	① センター広報誌「とちりハ通信」に、認定看護師の活動や、HONDA 歩行アシストを活用したリハビリ、MRI等の医療機器の共同利用など、当センターの活動、取組を掲載し、積極的な情報発信を行った。
	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。	② 国や自治体の医療制度の最新情報を外来や会計待合室等に掲示したほか、診療情報に関する資料等を配布するなど情報発信に努めた。また新型コロナウイルス感染症に関する情報や、ワクチン接種に関する情報、オンライン資格確認サービスの利用についても掲示を行うなど周知に努めた。
(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、地域住民との交流の機会の創出や病院ボランティアの受入れ等、地域に開かれた病院運営を目指すこと。	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 運営協議会等を通じて、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。	① 平成30（2018）年度に設置した、医療従事者団体、行政機関、地域中核病院、高齢者施設等を構成員とした「栃木県立リハビリテーションセンター運営懇談会」の開催により、関係者と幅広く意見交換を行い、センターの効果的な運営に反映させた。
	イ 公開セミナー等地域住民が気軽に参加できる行事を開催し、地域住民等に開かれた病院を目指す。	② 地域住民が参加できる行事として、「とちりハまつり」や「高次脳機能障害セミナー（栃木県障害者総合相談所と共催）」を開催した。
	ウ 患者や施設利用者に対する受付案内等のボランティアを受け入れるとともに、職員による社会貢献活動を推進することにより、地域との交流を図る。	③ 園芸ボランティアを受け入れ、グリーンカーテン設置やアサガオの栽培など環境整備を行った。 また、春と秋の交通安全県民総ぐるみ運動の期間中、職員からボランティアを募り、小中学生が安全に登校できるよう街頭活動を行った。

3 患者・県民等の視点に立った医療の提供（中項目）

次期に向けた課題	<ul style="list-style-type: none"> 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、県民の立場に立った医療の提供を行っていく必要がある。 		
法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 「患者や家族等への医療サービスの充実」では、地域医療連携室のMSW（社会福祉士）が合同評価やカンファレンスに参加し、他部署と情報共有を図った上で患者や家族の相談に対応したほか、療法士等による退院前在宅訪問指導では、新型コロナウイルス感染拡大時においてもデジタル活用などの工夫をこらしながら在宅復帰を支援した。 「地域に開かれた病院運営」では、新型コロナウイルス感染症の影響で開催見送り等はあったものの、「栃木県立リハビリテーションセンター運営懇談会」や「とちりハまつり」、「高次脳機能障害セミナー（栃木県障害者総合相談所と共催）」を開催した。 以上の結果、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、新型コロナウイルス感染症の影響を受けながらも、デジタル技術を活用した在宅復帰支援を行うなど、工夫をこらしながら患者サービスの充実に努めてきたことから、概ね計画どおり実施したと認められるため、「A」評価とした。

4 障害児・障害者の福祉の充実（中項目）

◆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	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 達成率	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実施回数（回）	26	20	13	25	47	22	214%	v
2	こども療育センター短期入所契約者数（人）	27	26	22	25	23	44	52%	i
3	自立訓練終了後に一般就労等に移行した利用者数（人）	3	3	3	2	2	9	22%	i

	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度
各事業年度の中項目別評価	B	B	B	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
(1) 療育支援の充実（小項目）		
肢体不自由児や発達障害児等が、地域社会で自立した生活を送ることができるよう、各々の発達状態に応じた専門的なりハビリテーションを提供するなど、療育支援を充実させること。	肢体不自由児や発達障害児等が、地域社会で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。	① こども療育センターを利用する児童の個別支援計画の立案、実践及び評価に当たっては、本人、家族との面談や相談支援機関との連絡調整等を通じて希望や意向を確認した。また、こども発達支援センターにおいて保護者懇談会を毎年開催し、要望や意見の聴取に努めた。

4 障害児・障害者の福祉の充実（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 多職種によるカンファレンス（評価会議）を実施し、訓練効果の向上を図る。	② こども発達支援センターを利用する児童の個別支援計画の策定、見直し及び年間評価に当たっては、施設内の医師、看護師、療法士、心理士、保育士、栄養士等多職種を交えたカンファレンスで案を作成した。 また、こども療育センターに入所する児童の個別支援計画の策定、見直し及び年間評価に当たっては、施設内の医師、看護師、療法士、保育士に加え、栄養士、就学児については学校担任も交えたカンファレンスで案を作成した。その他、児童相談所等も含めた関係職員のカンファレンスを実施した。
	ウ こども発達支援センターの退所児童に対し、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。	③ こども発達支援センターの卒園児に対し、こども発達支援センターの訓練室で、利用時に担当していた職員が継続してリハビリテーションを提供した。
	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。	④ こども療育センターの短期入所事業及び日中一時支援事業として、医療的ケア児を含めた児童を受け入れ、在宅障害児の家族を支援した。
（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、地域社会で自立した生活を送ることができるよう、各々の障害に応じた機能訓練や生活訓練を実施するなど、自立訓練を充実させること。	肢体不自由者や高次脳機能障害者等が、地域社会で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。	

4 障害児・障害者の福祉の充実（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
	<p>ア 個別支援計画の立案、実践及び評価に当たり、利用者の希望を踏まえるとともに、医療従事者の意見を反映させる等、病院部門との連携を強化し、訓練効果の向上を図る。</p>	<p>① 障害者自立訓練センター利用者の個別支援計画は、施設見学・面談等を通じて利用者や家族、相談支援事業所等から必要な情報の収集を行い、利用者等の希望も踏まえて立案し、承諾を得た上で実施した。加えて、生活訓練利用者は医療センターの外来受診や訓練の体験によるアセスメントも実施している。利用開始後は、1ヶ月間の利用状況をアセスメントし、サービス管理責任者や生活支援員、看護師、療法士など多職種で構成する支援会議を開催し、個別支援計画の評価・見直しを行った。また、支援会議にはケースにより心理職も参加し、看護師等を通して医師の意見も計画に反映させるとともに、必要に応じて外部機関である県障害者総合相談所等の参加も得た。</p>
	<p>イ 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。</p>	<p>② 障害者自立訓練センターでの自立訓練として、公共交通機関利用訓練や外出訓練、買い物・調理訓練等を実施した。また、看護師が必要に応じ保健指導を行うとともに、管理栄養士による栄養指導を実施した。</p>
	<p>ウ 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・向上できるように、心理面談の充実を図るとともに、新たに家族会を開催する。</p>	<p>③ 障害者自立訓練センターの利用開始時及び訓練期間中、必要に応じて心理職による面談を実施した。さらに、支援会議に心理職が参加し、支援計画の評価・見直しに心理面談の結果等を反映させた。 ④ 当事者、家族の障害理解を促進するため、毎年、家族会を開催した。 ⑤ イベントでの発表（ハンドベル等）を訓練に取り入れ、座談会を開催し利用者相互で障害や訓練状況を理解し合うことで、モチベーションの維持・向上を図った。</p>
	<p>エ 失語症や構音障害を有する者に対する言語聴覚療法による訓練や、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。</p>	<p>⑥ 失語症や構音障害を有する利用者に対し、標準化された検査を実施し、客観的データを元に退院後の生活を考え、各個人に合わせたプログラムにより質の高いリハビリテーションの提供に努めた。また、高次脳機能障害を有する利用者に対し、他職種と連携を取りながら認知リハビリテーションを実施した。</p>

4 障害児・障害者の福祉の充実（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 病院部門の医療従事者と連携して就労特性の評価を実施するとともに、外部の就労支援機関の利用を促進するなど、利用者に対する就労支援を強化する。	⑦ 障害者自立訓練センター利用者のうち就労を希望する利用者について、支援会議等で多職種による評価を行うとともに、関係機関等と連携を図りながら就労に必要な支援を行った。
（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）		
医療と福祉の複合施設の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の連携強化を図り、一体となったサービス提供体制を確立させること。	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の間で事例検討会を行い、連携強化を図る。	① 機能訓練又は生活訓練の利用が適切と考えられる医療センター入院患者について、医師等から情報提供を受けながら随時検討を行い、障害者自立訓練センターの利用に繋げた。
	イ 患者や利用者のサービス需要に的確に対応するため、部門間の柔軟な人員配置が可能となる体制を確立させる。	② 看護師、療法士の所属を看護部、リハビリテーション部に一元化するなどにより、時間帯ごとの業務量に応じた柔軟な人員配置を行った。 ③ 新型コロナウイルス感染症対策として、療法士・看護師・保育士等が原則として他部署への支援を行わない体制（ゾーニング）を整備した。

次期に向けた課題	<ul style="list-style-type: none"> 平成30（2018）年度から5年連続で目標値を下回った自立訓練終了後に一般就労等に移行した利用者数について、障害者自立訓練センターの運営体制の見直し等を通じた自立訓練の充実、強化に取り組んでいく必要がある。
----------	---

4 障害児・障害者の福祉の充実（中項目）

法人の 自己評価	B	評価 理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「療育支援の充実」では、個別支援計画の立案、実践及び評価を通して療育支援の充実を図ったほか、医療的ケア児を含めた短期入所や日中一時支援により、在宅障害児の家族支援を推進した。 ・ 「自立訓練の充実」では、利用開始時及び訓練期間中の心理職による面談の充実に加え、家族会の開催により当事者及び家族の障害理解の促進を図り、また、就労を希望する利用者について関係機関等と連携した支援を行った。 ・ 以上の結果、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
知事の 評価	B	評価 理由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、計画をやや下回ったと判断したため、「B」評価とした。引き続き、障害児・障害者の福祉の充実に積極的に取り組まれない。

5 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	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	職員満足度割合（%）	58	66	61	67	63.0	90以上	70%	i

	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度
各事業年度の中項目別評価	B	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) 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、研修体制を強化するなど、職員の資質向上に努めること。	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、新たに研修委員会を設置し、研修計画の策定や個々の職員の能力段階の確認・評価等を行う。	① 研修委員会が主体となり、新規採用職員研修や年度の途中で採用された職員に対する新任研修等を実施したほか、ハラスメント研修や看護部における能力開発研修、業務継続計画（BCP）の目的や策定手法を学ぶ研修等を計画的に実施した。
	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 院内の研修会等の資料をイントラネットで情報共有するとともに、看護部におけるe-ラーニング等web教育サービスの利用により、職員の自己学習の促進を図った。また、育児休暇中の職員に対し広報誌等を送付し復職支援を行った。

5 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
	<p>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。</p>	<p>③ 年間計画を立案し、認定看護師が認定を継続できるよう研修会への参加を図った。 また、令和元(2019)年度には、摂食・嚥下障害看護認定看護師が1名登録となった。</p>
<p>（2）医療従事者の安定的な確保（小項目）</p>		
<p>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の安定的な確保に努めること。</p>	<p>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、優れた人材を確保するため、短時間勤務等、多様な勤務形態の導入を検討する。</p>	<p>① 看護師養成校や県内医療系専門学校を訪問し、就職担当者等と意見交換を行うなど職員確保に向けた連携に努めた。 ② 求人状況に応じた随時の採用試験の実施などにより、看護師、療法士の人員確保を図った。</p>
<p>（3）人事管理制度の構築（小項目）</p>		
<p>職員にとって働きがいのある病院・施設となるよう、人材育成やモチベーションの向上に資するリハセンターに適した人事管理制度の構築に努めること。</p>	<p>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、育成につながる人事管理制度を構築する。</p>	<p>① 法人独自の人事評価制度の構築に向け、研修・セミナーに参加するとともに、他の地方独立行政法人の事例を調査の上で、令和4（2022）年度に新たな評価制度の試行運用を開始した。</p>
<p>（4）ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務環境の整備（小項目）</p>		
<p>職員が安全かつ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、ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務環境の整備に努めること。</p>	<p>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等、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を積極的に推進し、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。</p>	<p>① 職員同士の気付きと相互の讃え合いによりモチベーションアップを図ることを目的に、平成30（2018）年10月に「とちりハいいね！カード」制度を開始し、強化月間の導入などにより、働きやすくやりがいのある職場づくりを推進した。 ② 令和元（2019）年度から義務化された有給休暇の年5日取得について、各部門長の指導等により全職員が5日以上取得した。 ③ 令和2（2020）年4月から、看護師の2交代制を開始し、負担軽減を図った。 ④ 職員満足度調査の結果を分析し、各部門で必要に応じて面談を実施するなど、課題の把握と改善に努めた。</p>

5 人材の確保と育成（中項目）

次期に向けた課題	<ul style="list-style-type: none"> 「とちりハいいね！カード」制度による一層の活性化や、職員提案の積極的な採用と早期の実現などにより、職員満足度を向上させるとともに、必要な人材の確保と育成を図りながら、当センターを取り巻く環境や業務量、内容の変化に応じた適切な人員配置に引き続き取り組んでいく必要がある。 		
法人の自己評価	B	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 「職員の資質向上」では、新規採用職員研修や年度の途中で採用された職員に対する研修、e-ラーニング等web教育サービスを活用した職員の自己学習の促進に加え、認定看護師の資格取得を支援した。 「医療従事者の安定的な確保」では、看護師養成校や県内医療系専門学校への訪問や随時の採用試験実施により、看護師や療法士の人員確保を図った。 「人事管理制度の構築」では、研修・セミナーへの参加や、他の地方独立行政法人の事例を調査の上で、令和4（2022）年度に新たな人事評価制度の試行運用を開始した。 「ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務環境の整備」では、平成30（2018）年の「とちりハいいね！カード」制度の創設や、令和2（2020）年からの看護師の2交代制導入などにより、健康で働き続けられる職場環境づくりを行った。 以上の結果、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
知事の評価	B	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、計画をやや下回ったと判断したため、「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。

6 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	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	逆紹介率（％）	56	60	56	59	59	55	106%	iv
2	出前講座の実施回数（回）	10	19	6	20	30	20	150%	v

	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度
各事業年度の中項目別評価	B	A	B	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) 急性期病院や地域の医療機関等との連携の推進（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、地域医療連携ネットワークシステムを活用するなど、急性期病院や地域の医療機関等との連携を推進すること。	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。	

6 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
	<p>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に、地域医療連携室を設置し、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強化する。</p> <p>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。</p> <p>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推進する。</p>	<p>① 紹介元病院と連携を図ることにより、入院待機期間の短縮を図った。</p> <p>② 後方連携として、かかりつけ医への逆紹介に努めたほか、ケアマネージャーや地域包括支援センターなど介護事業所関係者や施設相談員との対面での連携を行った。</p> <p>③ 院内医師全員がとちまるネットの研修を受講しており、紹介元病院の検査結果等をネットワークを経由し取得、活用するなど急性期医療機関と連携を推進した。</p>
（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）		
<p>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、地域の医療機関や介護保険事業所、福祉施設等の関係機関との地域支援ネットワークを強化すること。</p>	<p>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。</p> <p>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、福祉施設等と地域支援ネットワークの強化を図る。</p>	<p>① 関係機関との地域支援ネットワークの強化を図るため、地域医療連携室職員が、医療機関の連携実務者のネットワーク構築を目的とした会議や行政主体の医療・介護従事者間の連携強化のための会議、地域包括推進に関する会議・研修に参加した。新型コロナウイルス感染症の影響で会議・研修会の機会が少なくなる中においても、オンラインでの会議・研修会に積極的に参加した。</p>

6 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
	<p>イ 肢体不自由児や発達障害児等の早期発見を図るため、医療、福祉、教育機関等への支援を強化する。 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調整を行う。</p> <p>ウ 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。</p>	<p>② こども発達支援センター通園児が関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等に対し、児童の発達状況や障害特性に応じた保育・療育に係る技術支援等を行うとともに、施設利用者やその家族のニーズにあった退園調整及び退園後の支援を行った。</p> <p>③ ホームページに出前講座の募集案内サイトを開設したほか、看護師長会等の会議や市町主催の会議・研修会等を活用し、周知活動を強化した。 また、講座に新たな項目を増やしたほか、事前に周知した内容以外のものについても希望に応じて対応するなど、知見の還元に努めた。 新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、リモート機器を積極的に活用するなど、開催方法を工夫しながら地域のニーズに対応した。</p>

<p>次期に向けた課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> 引き続き、急性期病院や地域の医療機関等との連携の推進に取り組んでいく必要がある。
-----------------	--

6 地域連携の推進（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「急性期病院や地域の医療機関等との連携の推進」では、入院申込みから入院までの期間の短縮を図ったほか、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）を活用し、急性期病院との連携を図った。 ・ 「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通園中及び退園後に、通園児が関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等との情報交換や技術支援を行ったほか、新型コロナウイルス感染症の拡大期においても、リモート機器を積極的に活用しながら、ニーズに応じた出前講座の開催を行った。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施したと認められるため、「A」評価とした。

7 地域医療・福祉への貢献（中項目）

◆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	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	療法士の実習生受入れ人数（人）	353	458	217	365	650	440	148%	v
2	児童発達支援事業所等を対象とした研修実施回数（回）【再掲】	26	20	13	25	47	22	214%	v
3	こども療育センター短期入所契約者数（人）【再掲】	27	26	22	25	23	44	52%	i

	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度
各事業年度の中項目別評価	B	B	B	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
(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、医療・福祉関係者の資質向上に係る支援を積極的に行うこと。	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、下記のとおり、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 新専門医制度の運用開始にあたり、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。	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、研修関連施設としての届け出を行っている。

7 地域医療・福祉への貢献（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
	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、それぞれのレベルに対応した研修実施計画の下、リハセンターの特性を活かした効果的かつ効率的な研修を実施し、専門的な人材育成を支援する。	② 県内の看護師や療法士、歯科衛生士の養成施設等からの医療従事者に加えて、保育士や療育に携わる職員等の実習及び研修生を受け入れた。
	ウ 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指導等、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。	③ 関係機関等から医療従事者等の参加を得ながら、「とちりハ病院研修会」を開催した。また、出前講座については、開催方法や項目の増、認定看護師の派遣、事前に周知した内容以外のものについても希望に応じる等の工夫を行い、知見の地域への還元に努めた。
	エ 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。	④ 民生委員や児童委員、県外の社会福祉協議会等の福祉団体に加え、タイ王国医療団体の視察を受け入れ、障害福祉に関する知見やリハビリテーションに関する情報を提供した。
(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、専門的な立場から積極的に支援すること。	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、下記のとおり、専門的な立場から積極的に支援する。	
	ア 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 「とちぎロコモプロジェクト」への参加や、日本医学会「ロコモ・フレイル対策の推進に向けたWG」会議への出席のほか、講演会の講師を行った。また、当センターホームページへの掲載に加えて、県内の小学校全校に「子どもの運動器の障害に関するパンフレット」を配布（4万5千部）するなど、ロコモの普及啓発を図った。令和4（2022）年4月には、「フレイル・ロコモ克服のための医学会宣言」をWGの一員として国民に向けて発出した。

7 地域医療・福祉への貢献（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
	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 高齢者等の運動器（運動機能）及び口腔等の機能の維持及び向上を図るため、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。
(3) 障害児の地域におけるリハビリテーションへの支援（小項目）		
<p>肢体不自由児や発達障害児等が、住み慣れた地域に必要な医療・福祉サービスを利用できるよう、地域の療育機関等への指導や助言等、障害児の地域におけるリハビリテーションへの積極的な支援を図ること。</p>	<p>肢体不自由児や発達障害児等が、住み慣れた地域に必要な医療・福祉サービスを利用できるよう、地域の児童発達支援事業所を対象とした地域療育支援事業の実施等により、障害児の地域におけるリハビリテーションへの積極的な支援を図る。</p> <p>また、こども発達支援センターの退所児童に関し、関係する保育所、幼稚園、相談支援事業所等へ定期的に技術支援を行うとともに、必要に応じて、医療・福祉サービスを提供する事業者への情報提供等を行う。</p>	<p>① 地域療育支援事業として、児童発達支援事業所等の療育機関や市町の職員を対象とした医師、療法士等による研修会を毎年開催するとともに、療育に携わる職員に対するセンターでの実習受入を行った。</p> <p>また、こども発達支援センターの退所児童について、必要に応じて通園児の進路先の施設を訪問し、技術支援及び情報提供を行ったほか、令和3（2021）年度からは、体制整備の上で保育所等訪問支援事業を開始し、専門的な支援、指導等を行った。</p>
<p>次期に向けた課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス感染症の影響により目標値を下回る年度があった療法士の実習生受入れ人数について、今後も積極的な受入れを図り、地域のリハビリテーション医療及び福祉の向上に取り組んでいく必要がある。 平成30（2018）年度から5年連続で目標値を下回ったこども療育センター短期入所契約者数について、必要時に障害児が短期入所を利用できるよう、家族等への周知の徹底に取り組んでいく必要がある。 	

7 地域医療・福祉への貢献（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「医療・福祉関係者の資質向上に係る支援」では、新型コロナウイルス感染防止対策を徹底しながら、看護師、療法士等の実習生及び研修生を受け入れた。 ・ 「障害児の地域におけるリハビリテーションへの支援」では、地域の療育機関等を対象とした研修会を実施するとともに、療育に携わる職員の実習を受け入れたほか、令和3（2021）年度からこども発達支援センターの退所児童に向けた保育所等訪問支援事業を開始し、継続的に専門的な支援、指導等の提供を行った。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、新型コロナウイルス感染症の影響を受けながらも、感染防止対策を徹底しながら、実習生の受入れや研修実施のための体制整備に努めてきたことから、概ね計画どおり実施したと認められるため、「A」評価とした。

8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理（中項目）

	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度
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
<p>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とともに、適切な情報管理を行うこと。</p> <p>また、情報セキュリティ対策を徹底すること。</p>	<p>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。</p> <p>また、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。</p> <p>さらに、個人情報漏えいを防ぐため、情報セキュリティ研修を実施するなど、職員の認識を高めるとともに、情報セキュリティ対策を徹底する。</p>	<p>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、宇都宮市西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。</p> <p>また、栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づき、公文書管理、個人情報の管理を行った。新規採用職員研修において情報管理について周知し、職員の意識を高めた。</p> <p>さらに、県内外で発生した情報セキュリティに関するインシデント事例をその都度職員に周知するなど、個人情報の漏えい等の防止を図った。</p>

次期に向けた課題	<ul style="list-style-type: none"> 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、引き続き法令や社会規範の遵守の徹底に取り組んでいく必要がある。
----------	---

8 法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栃木県情報公開条例、栃木県個人情報保護条例に基づき、公文書及び個人情報を適切に管理するとともに、職員に対し情報管理に係る注意喚起を図った。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施したと認められるため、「A」評価とした。

9 災害等への対応（中項目）

	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度
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) 専門的な医療の提供（小項目）		
<p>県立病院・施設として、県からの要請又は自らの判断に基づき、災害発生時の支援活動に積極的に取り組むとともに、関係機関との連携を強化すること。 また、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こと。</p>	<p>県立病院・施設として、下記のとおり、災害等への対応を行う。</p>	
	<p>ア 被災後、地域の災害拠点病院との連携も視野に入れて、早期に診療機能を回復できるようBCP（業務継続計画）を整備し、被災した状況を想定した訓練及び研修を実施する。</p>	<p>① 令和元（2019）年度に災害対応マニュアルを策定するとともに、所内各部署の代表者で構成するBCP（業務継続計画）策定検討委員会での検討や、民間コンサルタントによるBCP研修等を重ねながら、令和4（2022）年度にBCP策定を行った。</p>
	<p>イ 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（大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会）による支援活動等に職員を積極的に派遣する。</p>	<p>② JRAT（大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会）の運営を支援するため、JRATの広報委員会に職員を派遣した。 また、豪雨災害を受けて設置されたJRAT災害対策本部に職員を派遣した。</p>

9 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
	ウ 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。	③ 栃木県災害リハビリテーション連絡会の定例会に職員を参加させた。また、豪雨災害を受けて設置された栃木県災害医療対策本部に栃木J R A Tとして職員を派遣した。

次期に向けた課題	<ul style="list-style-type: none"> 災害発生時に患者や利用者の安全を確保できるよう、引き続き防災訓練等の災害対策を実施していくとともに、災害対応マニュアルやBCPの定期的な見直しなどに取り組んでいく必要がある。
----------	---

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 令和元（2019）年度に災害対応マニュアルを策定するとともに、令和4（2022）年度にはBCPを策定した。また、J R A Tや栃木県災害リハビリテーション連絡会の活動に積極的に参加した。 以上の結果、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施したと認められるため、「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）

	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度
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
<p>経営責任の所在の明確化を図り、医療環境の変化に応じて迅速な意思決定を行うこと。</p> <p>また、医療資源を最大限有効活用できるよう、各部署の権限や責任を明確化した実効性のある組織を整備すること。</p>	<p>安定的な経営基盤を確立するため、ガバナンスを強化するとともに、経営戦略の立案等を担う経営企画室を設置し、医療環境の変化に応じた戦略的かつ迅速な業務運営を行う。</p> <p>また、各部署の権限や責任を明確化した実効性のある組織を整備するとともに、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組織横断的な委員会活動等を充実させ、効果的かつ効率的な業務運営を図る。</p>	<p>① 経営企画室の主導による6階病棟の早期の体制整備や、こども療育センターの職種ごとの職員配置数の見直しなど、地方独立行政法人ならではのメリットを活かした迅速かつ機動的な業務運営を行った。</p> <p>② 県立病院の使命として、県が行う新型コロナウイルス感染症対策（大規模ワクチン接種会場や宿泊療養施設等）への医療従事者の派遣等を積極的に行うに当たり、病床利用率を調整しつつ、医業収益の低減防止を図るなど、環境の変化に応じた戦略的な業務運営に努めた。</p>

次期に向けた課題	<ul style="list-style-type: none"> 当センターを取り巻く環境の変化に応じた迅速かつ戦略的な業務運営に取り組んでいく必要がある。
----------	---

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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経営企画室を中心として、こども療育センターの職種ごとの職員配置数の見直しによる医療的ケア児等の受入れ体制の充実を図ったほか、新型コロナウイルス感染症による収支への影響を最小限に抑えた。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施したと認められるため、「A」評価とした。

2 経営参画意識の向上（中項目）

	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度
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
<p>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。</p>	<p>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、経営改善推進会議において、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。</p> <p>また、職員の多様なアイデアを、効果的かつ効率的に業務運営につなげられるよう、業務改善に係る職員提案を制度化する。</p>	<p>① 各部長以上を構成員とする管理運営会議や所内連絡会議において、主要経営指標の実績等を分析・共有し、翌月以降の病院・施設の取組方針を決定・報告した。</p> <p>また、所長による職員向けの研修会を開催し、法人の基本方針や中期計画、年度計画及び決算等の内容を説明することにより職員の経営参画意識の醸成を図った。</p> <p>さらに、平成30(2018)年度から、職員の日頃の業務に対する姿勢等について相互に承認し合う（褒め合う）制度「とちりハいいね！カード」を導入したほか、職員の多様なアイデアを業務運営に活かしていくため、令和元(2019)年度から「とちりハ提案制度」を開始するなど、業務に取り組む意識の向上や、職員一人ひとりのアイデアを経営に活かす取組を行った。</p>

次期に向けた課題	<ul style="list-style-type: none"> 職員提案制度で採用となったアイデアを早期に実現させるなど、職員の経営参画意識の更なる向上に取り組んでいく必要がある。
----------	--

2 経営参画意識の向上（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理運営会議での経営方針の検討結果や経営状況を所内連絡会議等で共有するとともに、業務改善に係る職員提案制度により職員一人ひとり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ことができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施したと認められるため、「A」評価とした。

3 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

◆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	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	病床利用率（％）	80.5	87.1	77.6	72.4	74.6	91.4	82%	ii
2	ジェネリック医薬品使用割合 （％）	70.6	82.1	88.0	92.1	92.1	75.0	123%	v

	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度
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) 収入の確保対策（小項目）		
<p>医師、療法士等の適正配置によるリハビリテーション医療提供体制の充実や急性期病院等との連携等により、患者の安定的な確保に努めること。</p> <p>また、病床利用率の向上策や診療報酬の精度管理の充実、未収金の発生防止と回収の徹底等により、収入を確保すること。</p>	収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。	

3 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
	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、リハビリテーション実施単位数の着実な増加を図る。	<p>① 医師については、平成30(2018)年度末の小児科医2名の退職後、特に小児科医の充実を課題として取り組んできた結果、令和4(2022)年度中に1名を確保し、2名体制とすることができた。</p> <p>② 療法士については、平成30(2018)年度以降、目標を上回る配置ができていたが、県派遣職員の引上げや育児休業取得職員の代替職員の確保が困難等の影響により、最終年度には、目標に届かなかった。育児休業取得等を想定した療法士数の確保により、リハビリテーションの着実な提供が求められる。</p>
	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。	③ 患者紹介につながるよう、会議・研修会等で急性期病院のMSWと顔の見える関係の構築に努めた。新型コロナウイルス感染拡大時においても、受入れ患者の待機状況の情報提供を行い患者の確保に努めた。
	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。	<p>④ 地域医療連携室において、各病棟師長との連携を密に図り、また、電子カルテシステムの機能を積極的に活用し病床管理を行うことで、スムーズかつ迅速な入院手続きを進めた。</p> <p>病床利用率については、県立病院の使命として、県の新型コロナウイルス感染症感染拡大防止対策（大規模ワクチン接種会場や宿泊療養施設等）への支援を積極的に行ったことや、当センター内でのクラスター発生の影響などから、向上に至らない年度があった。</p>
	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して、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。	⑤ 診療報酬改善委員会を隔月で開催し、査定・返戻の事例とその理由、以後の対応等について情報共有し、査定率の減を図った。また、新たな加算として、令和2(2020)年4月から「入退院支援加算1」を算定開始した。

3 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
	<p>オ 回復期の医療需要増への対応や質の高いリハビリテーション医療の提供により、回復期リハビリテーション病棟入院料1や体制強化加算の算定を目指す。</p> <p>カ 入院等の際して、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。</p>	<p>⑥ 令和2（2020）年1月から5階及び6階病棟において、回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定を開始したほか、同年4月からの「入退院支援加算1」の算定開始により、患者支援体制の充実、強化を図った。また、令和5（2023）年4月からの体制強化加算の算定に向けて、体制を整備した。</p> <p>⑦ 入院時の説明及び誓約書の提出の徹底を図るとともに、未収金マニュアルの作成及び内規の制定、支払が困難な患者への分納の提案等、未収金の発生防止及び早期の回収に努めた。 また、未収金回収委託先を通じ、過年度未収金を回収した。</p>
<p>（2）費用の削減対策（小項目）</p>		
<p>適正な在庫管理の徹底、医薬品や診療材料の調達コストの削減、職員全員のコスト意識改革及び原価計算の確立等により、費用を削減すること。</p>	<p>費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア リハセンターで保有しているMRI、骨密度測定装置等の高度医療機器について、地域の医療機関との連携強化及び医療機器の効果的活用の観点から、共同利用について検討する。</p> <p>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の見地から価格交渉を行う。 また、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。</p>	<p>① 近隣の医療機関からのMRI等高度医療機器の受託検査の積極的な受入れに努めるとともに、令和2（2020）年10月から新たに契約医療機関との間で共同利用を開始し、地域の医療機関との連携強化及び医療機器の効果的活用の充実を図った。</p> <p>② 医薬品や医療機器の購入に際しては、多職種での専門的な見地を取り入れながら価格交渉を行った。</p> <p>③ 先発医薬品と同等以上の品質である後発医薬品を積極的に採用し、後発医薬品の使用割合の向上を図り、医療費及び患者の経済的負担の軽減を図った。</p>

3 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
	ウ 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。	④ 医薬品の定期的な使用量を把握し、適正在庫量や発注点を設定及び活用することにより医薬品管理の効率化及び適正化を図った。 ⑤ 診療材料については、在庫数及び使用量を把握し、より適正な管理に努めた。
	エ 障害児・障害者に係る政策的な医療や福祉等に対する適切なコスト管理等を行うため、診療科目別、部門別原価計算を実施する。	⑥ 経営分析システムに当センターのデータを蓄積するとともに、病院・施設ごとの人件費等の費用の配分について検討を行い、第2期中期計画の収支シミュレーションへの活用を図った。

次期に向けた課題	・ 引き続き、医師を始めとした医療従事者の安定的な確保とともに、安全面に十分に配慮した上でジェネリック医薬品の高い使用割合を維持するなど、収入の確保と費用の削減に取り組んでいく必要がある。
----------	--

法人の自己評価	A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 「収入の確保対策」では、令和2（2020）年1月からの回復期リハビリテーション病棟入院料1や同年4月からの入退院支援加算1の算定のほか、令和4（2022）年6月には小児科医2名体制を確保した。 「費用の削減対策」では、医薬品の定期的な使用量の把握による管理の効率化及び適正化を図るとともに、ジェネリック医薬品の使用割合の向上を図った。 以上の結果、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	<ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施したと認められるため、「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	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値	R2(2020) 年度 実績値	R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 達成率	指標の 達成状況
1	経常収支比率(%)	101.4	104.1	104.9	101.5	99.7	100以上	100%	iii
2	医業収支比率(%)	64.9	68.9	67.9	66.2	67.5	75以上	90%	iii

	H30(2018) 年度	R元(2019) 年度	R2(2020) 年度	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度
各事業年度の中項目別評価	A	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
<p>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には、健全な経営と医療・福祉サービス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。</p>	<p>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。 また、各年度において経常収支の黒字化を目指す。</p>	<p>① 毎月、中堅幹部職員以上が出席する所内連絡会議において、入退院別・診療科別の前月までの稼働額を周知し、経営情報の共有を行うとともに収益の維持・増加や支出の削減に向けた取り組みの強化を働きかけた。 ② 地方独立行政法人化後、4年連続での経常収支比率100%以上を確保し、令和4（2022）年度においてもほぼ収支均衡を維持したことから、中期目標期間累計での経常収支比率100%以上を達成した。</p>

次期に向けた課題	<ul style="list-style-type: none"> 県民が求める専門的なリハビリテーション医療等の安定的な提供に向けて、引き続き各年度における経常収支の黒字化に取り組んでいく必要がある。
----------	---

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）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎月、中堅幹部職員以上が出席する所内連絡会議において、入退院別・診療科別の稼働額の周知や経営情報の共有を行うとともに収益の維持・増加や支出の削減に向けた取り組みの強化を働きかけ、地方独立行政法人化後、4年連続で経常収支比率100%以上を確保するとともに、中期目標期間累計での経常収支比率100%以上を達成した。 ・ 以上の結果、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該中項目に関しては、中期目標期間の最終年度は経常収支の赤字を計上したものの、地方独立行政法人へ移行した初年度から4年間は黒字を計上するとともに、中期目標期間を累計した経常収支比率は100%以上を達成したことから、概ね計画どおり実施したと認められるため、「A」評価とした。

第10 その他業務運営に関する重要事項（大項目）

	H30(2018)年度	R元(2019)年度	R2(2020)年度	R3(2021)年度	R4(2022)年度
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
医療機器について、県民の医療ニーズや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・整備に努めること。	医療機器について、県民の医療ニーズや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。	① 医療機器の調達に当たり、部長以上を構成員とする管理運営会議において、投資計画及び購入予定機器の機能や仕様を精査し、病院・施設運営に必要な十分な機器の整備を行った。

次期に向けた課題	<ul style="list-style-type: none"> 県民の医療ニーズや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ながら、医療機器等の計画的な更新・整備に取り組んでいく必要がある。
----------	--

法人の自己評価	A	<p>評価理由</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機器等の調達に当たっては、管理運営会議において投資計画を精査し、計画的な更新・整備を行った。 以上の結果、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の評価	A	<p>評価理由等</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施したと認められるため、「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 (リハビリテーションセンター)

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リハビリテーション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 1 期中期目標期間の業務実績については、一部の項目において目標が達成できなかったが、概ね目標を達成した。

(2) 判断理由等

- 14 の項目のうち、「質の高い医療の提供」等の 3 項目は、計画をやや下回ったものの、「安全で安心な医療の提供」等の 11 項目については、概ね計画どおり実施した。
- 経常収支については、第 1 期中期目標期間の初年度から 4 年連続黒字となったが、最終年度では赤字を計上したことから、財務内容の改善が第 2 期中期目標期間に向けての課題となっている。
- 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、経常収支の黒字化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

公立病院経営強化プランの策定について

令和5(2023)年8月4日

保健福祉課

公立病院経営強化ガイドラインの概要

令和4年3月29日
総務省自治財政局長
通知資料より抜粋

「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」の概要

第1 公立病院経営強化の必要性

- 公立病院は、これまで再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなどに取り組んできたが、**医師・看護師等の不足**、人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化等により、依然として、**持続可能な経営を確保しきれない病院も多いのが実態**。
- また、コロナ対応に公立病院が中核的な役割を果たし、**感染症拡大時の対応における公立病院の果たす役割**の重要性が改めて認識されるとともに、病院間の役割分担の明確化・最適化や医師・看護師等の確保などの取組を平時から進めておく必要性が浮き彫りとなった。
- 今後、**医師の時間外労働規制への対応**も迫られるなど、さらに厳しい状況が見込まれる。
- 持続可能な地域医療提供体制を確保するため、**限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点を最も重視し**、新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、**公立病院の経営を強化していくことが重要**。

第2 地方公共団体における公立病院経営強化プランの策定

- 策定時期 令和4年度又は令和5年度中に策定
- プランの期間 策定年度又はその次年度～令和9年度を標準
- プランの内容 **持続可能な地域医療提供体制を確保**するため、地域の実情を踏まえつつ、必要な**経営強化の取組**を記載

公立病院経営強化プランの内容

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

- ・ 地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
- ・ **機能分化・連携強化**

各公立病院の役割・機能を明確化・最適化し、連携を強化。
特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど、双方の間の役割分担を明確化するとともに、連携を強化することが重要。

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

- ・ **医師・看護師等の確保**（特に、不採算地区病院等への医師派遣を強化）
- ・ 医師の**働き方改革**への対応

(3) 経営形態の見直し

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

(5) 施設・設備の最適化

- ・ 施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・ デジタル化への対応

(6) 経営の効率化等

- ・ 経営指標に係る数値目標

第3 都道府県の役割・責任の強化

- 都道府県が、市町村のプラン策定や公立病院の施設の新設・建替等にあたり、地域医療構想との整合性等について積極的に助言。
- 医療資源が比較的充実した**都道府県立病院等が、中小規模の公立病院等との連携・支援を強化**していくことが重要。

第4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表

- 病院事業担当部局だけでなく、企画・財政担当部局や医療政策担当部局など関係部局が連携して策定。関係者と丁寧に意見交換するとともに、策定段階から議会、住民に適切に説明。
- 概ね年1回以上点検・評価を行い、その結果を公表するとともに、必要に応じ、プランを改定。

第5 財政措置

- **機能分化・連携強化**に伴う施設整備等に係る病院事業債（特別分）や**医師派遣**に係る特別交付税措置を**拡充**。

本県における公立病院経営強化プランの策定方法①

1 策定方法・策定主体

公立病院経営強化プランの策定主体は、病院事業を実施する地方公共団体とされているが、**地方独立行政法人の場合**には、設立団体が定めた中期目標に基づき中期計画を作成し、設立団体の認可を受けていることから、**中期計画を公立病院経営強化プランとして位置付ける**ことを可能としている。

地方独立行政法人の中期計画において、経営強化ガイドラインで記載を要請している事項のうち不足している部分がある場合には、**①不足部分を中期計画に追加し、設立団体から認可を受ける**か、あるいは、**②中期計画を補足するプランを別途策定する**必要がある。

本県の対応（上記②による）

- 策定方法：**中期計画では記載が不足する事項について、中期計画とは別に策定する。**
- 策定主体：**各法人**

2 名称・位置付け・対象期間

- 名称：**「地方独立行政法人栃木県立〇〇〇経営強化プラン補足版」とする。**
- 位置付け：**中期計画及び経営強化プラン補足版を合わせ、ガイドラインを踏まえた「公立病院経営強化プラン」として位置付ける。**
- 対象期間：各法人における**中期計画期間の最終年度を経営強化プラン補足版の終期**とし、以下のとおり設定する。
 - ・がんセンター R6(2024)～R7(2025) 2年間
 - ・岡本台病院 R6(2024)～R8(2026) 3年間

※ **リハビリテーションセンター**については、**ガイドラインで記載を要請している事項を具備した中期計画を策定済み。**
(策定時期：令和4年度、計画期間：令和5年度～令和9年度)

本県における公立病院経営強化プランの策定方法②

3 記載事項

がんセンター及び岡本台病院の中期計画では、以下の項目が不足しているため、各法人の実情に合わせ記載する。

- ① 地域医療構想における推計年であるR7(2025)年及び中期計画期間最終年度における機能ごとの病床数
- ② **新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組**
- ③ 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）
- ④ 修正医業収支比率

4 評価方法

地方独立行政法人法に基づく知事による**業務実績の評価**（今回の評価委員会でお示ししている「業務実績報告書兼中項目別評価書」）と**一体的に実施**する。

策定スケジュール

令和5年8月4日 : 令和5年度第1回栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会
(今回報告)

令和6年1月頃 : 令和5年度第2回栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会
(書面開催により意見聴取予定)

令和6年3月 : 公立病院経営強化プラン 完成

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定を付して、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。

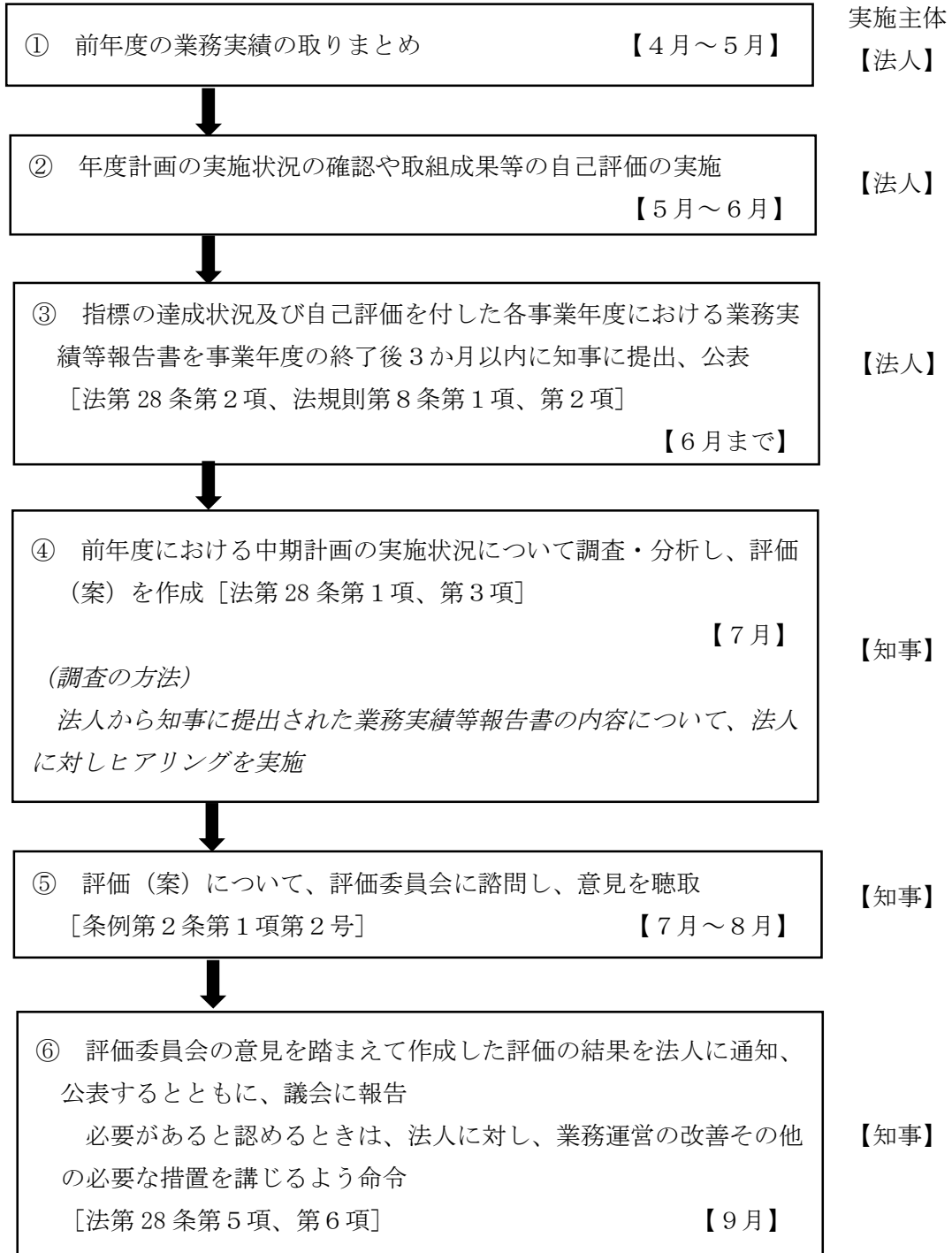
(3) 中期目標の期間における業務実績の評価

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】

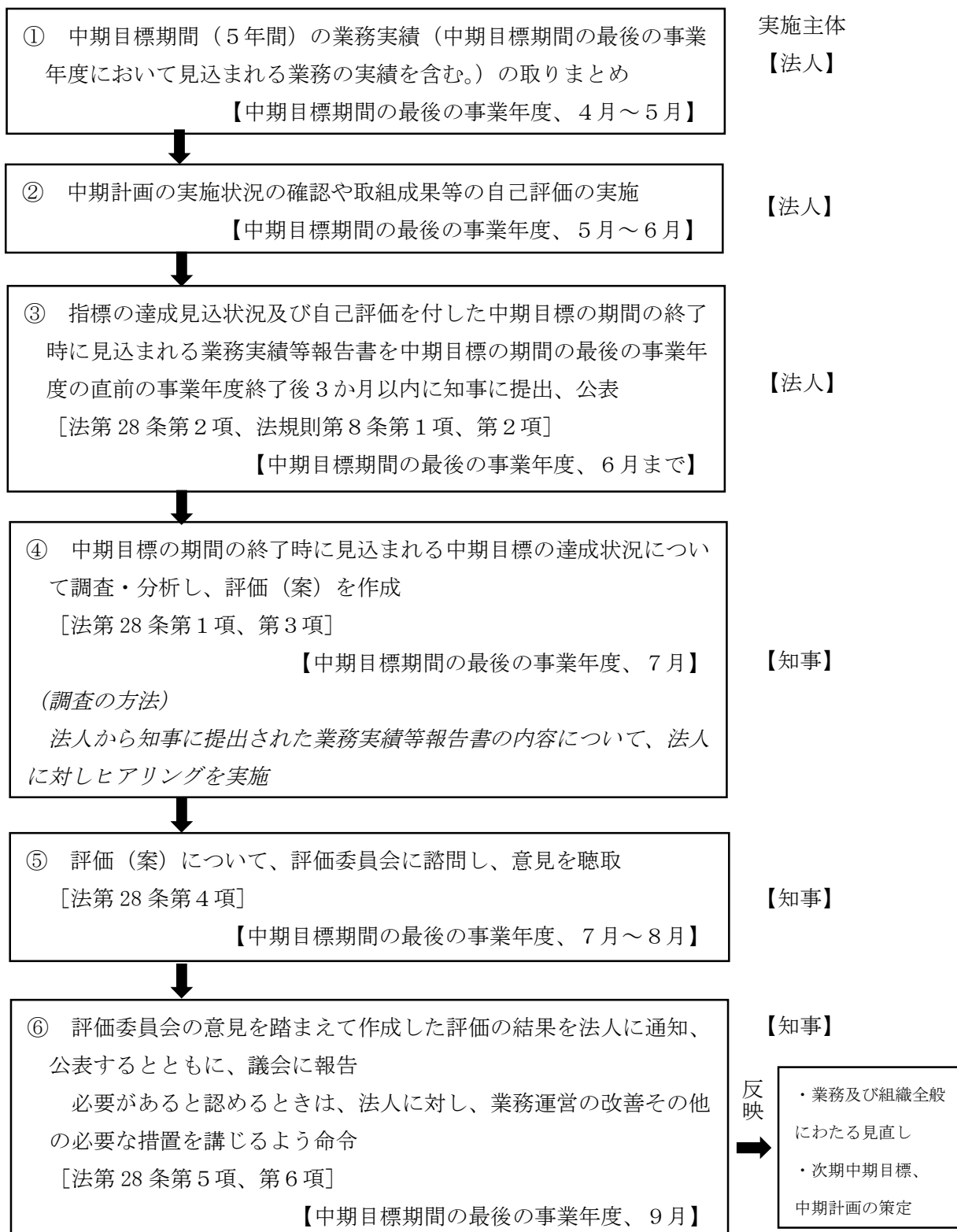
栃木県立病院地方独立行政法人の業務実績の評価に関するフロー

(1) 各事業年度における業務実績の評価



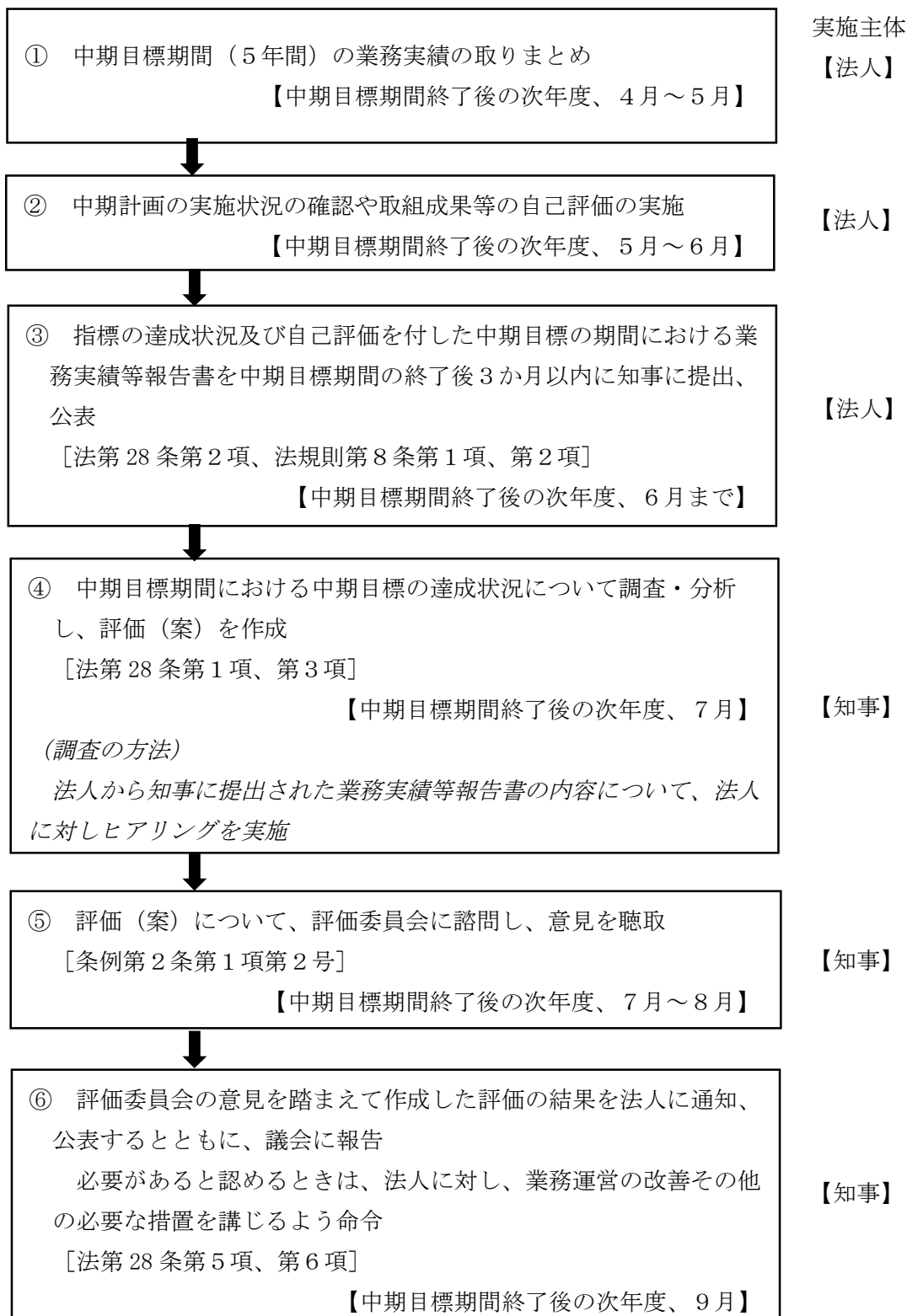
(注) 図中「法」は地方独立行政法人法を、「条例」は栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会条例を、「法規則」は栃木県立病院地方独立行政法人の業務運営並びに財務及び会計に関する規則を示す。

(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。

保福第381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5（2023）年8月4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、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（以下「県立リハビリテーションセンター」という。）及び地方独立行政法人栃木県立岡本台病院の令和4（2022）年度における業務の実績並びに県立リハビリテーションセンターの第1期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