

業務実績報告書兼中項目別評価書

令和3(2021)年度

自 令和3(2021)年4月1日

至 令和4(2022)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）	5
3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）	7
4 人材の確保と育成（中項目）	10
5 地域連携の推進（中項目）	14
6 地域医療への貢献（中項目）	17
7 災害等への対応（中項目）	19
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	20
1 業務運営体制の確立（中項目）	20
2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	21
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）	24
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	25
1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討（中項目）	25
2 適正な業務の確保（中項目）	26

【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				
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	B				
5 地域連携の推進	A				
6 地域医療への貢献	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 施設整備のあり方・医療機器整備の検討	A				
2 適正な業務の確保	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	
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(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	R3(2021)年度 目標値	R3(2021)年度 実績値	R3(2021)年度 達成率	R7(2025)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	高難度手術延べ件数(件)	60	51	85.0%	60	ii
2	バイオバンク登録件数(件)	500	3,996	799.2%		v
3	がんゲノムプロファイリング検査件数(件)	35	50	142.9%		v
4	リンパ浮腫に対する施術件数(件)	850	880	103.5%		iv
5	臨床研究件数(件)	200	216	108.0%	200	iv
6	緩和ケア外来における緩和ケアセンター看護師同席件数(件)	254	365	143.7%	270	v
7	リハビリテーション新規依頼件数(件)	1,035	1,135	109.7%	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(再掲)	R4(2022)年度 実績値	R5(2023)年度 実績値	R6(2024)年度 実績値	R7(2025)年度 実績値
51				
3,996				
50				
880				
216				
365				
1,135				

※ 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)		
<p>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。</p> <p>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。</p> <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。また、バイオバンク(※)を運営し、希少がんに対する研究の基盤づくりに貢献する。 ※ 血液や組織などの試料(検体)とそれに付随する診療情報などを保管し、医学研究に活用する仕組み。</p>	<p>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。</p> <p>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。</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に開催する。 また、希少がんに対する理解を促進するため、教育講演を開催する。 さらに、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ため、バイオバンク(※)を運営し、医学研究及びがん診療の推進に貢献する。 ※ 血液や組織などの試料(検体)とそれに付随する診療情報などを保管し、医学研究に活用する仕組み。</p>	<p>① 肝胆膵外科の高難度手術は、新型コロナウイルス感染症の影響により、年度前半(特に5～7月)の件数が少なく目標の60件を下回った。</p> <p>② 希少がんセンター講演会(グランドカンファレンス)を開催した。</p> <p>③ 市民公開講座にてセンター長の講演を行い、希少がんに対する理解促進を図った。(希少がん問合せ10件、希少がんボードカンファレンス4件開催)</p> <p>④ バイオバンク設立当時は、2診療科から始まったが、年度末には8診療科まで承認された。また、診療情報管理士も配属され、患者同意説明の体制を確立したことにより、登録件数は目標値を大幅に上回った。(集積数3,996件、払出し数128件)</p>

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 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>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。</p> <p>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。</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。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)を取得するための取り組みを開始する。</p> <p>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とともに、薬剤師による事前面談対象患者の拡大を図る。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。</p> <p>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施設共同研究に積極的に取り組む。また、本年度改正予定の「医学系研究に関する指針」の情報を収集し、改正指針に対応した手順を検討する。</p>	<p>⑤ がん予防遺伝カウンセリング外来では、初診51家系75名、再診94家系133名が受診した。(自費検査、Vistaseq検査9件、TP53スクリーニング2件、MLPA1件実施)</p> <p>⑥ MSI検査は院内総数で111件実施した。結果、MSI-Highは6件である。</p> <p>⑦ BRCAAnalysis診断システム検査125件実施し、BRCA1/2病変の変異が見つかった17件に対し遺伝カウンセリング外来受診へつなげた。</p> <p>⑧ myChoice診断システム検査16件、病的変異が9件見つかり、8件を遺伝カウンセリング外来受診につなげた。</p> <p>⑨ がんゲノムプロファイリング検査を合計52件実施し、内訳NCCオンコパネル検査7件、FoundationOneCDx検査37件、FoundationOne LiquidCDx検査6件実施した。治験参加のためNCCH(国立がん研究センター中央病院)へ4名受診予約を行った。</p> <p>⑩ ISO15189認証をR5(2023)年秋に取得することを目標に、R4(2022)年4月キックオフの準備が整った。</p> <p>⑪ リンパ浮腫ケア外来での施術件数は880件となり、目標を上回った。</p> <p>⑫ 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 64件)。</p> <p>⑬ 薬剤師は、病棟薬剤業務・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。(事前面談に関係する連携充実加算件数304件)</p> <p>⑭ 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。</p> <p>⑮ 「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」について、研究グループや学会から発信される情報を収集し、自分たちで運用しながら、標準業務手順書を改正し、研究実施体制を整えた。</p> <p>⑯ CRC(治験コーディネーター)2名以外は全てのメンバーが入れ替わったが、体制整備、実際の研究運営については、例年通りに実施することができた。</p>
<p>(2) チーム医療の推進(小項目)</p> <p>全職員で継続的にチームSTEPPS(※)に取り組み、多職種が専門性を発揮しながら連携、協働し、患者及びその家族もチームの一員として尊重した医療を提供する。また、患者及びその家族の意向も踏まえた治療方針の検討ができるようキャンサーボード(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。</p>	<p>継続的にチームSTEPPS(※)に取り組み、各職種が専門性を発揮するとともに患者参加による医療安全を促進し、チームとして医療の安全性を高める。 また、患者及びその家族の意向も踏まえた治療方針の検討ができるようキャンサーボード(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。</p>	<p>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。</p> <p>② チームSTEPPS研修は、前年度に続き新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況から中止となった。次年度は、開催方法を再検討し、開催を目指す。</p> <p>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死亡症例検討として、CPC(clinico-pathological conference)1件、M&M(mortality and morbidity)カンファレンスを1件実施した。</p>
<p>(3) 緩和ケアの推進(小項目)</p> <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(365件)し、緩和ケア・緩和ケア病棟について補足説明を行った。</p> <p>② 入院中に緩和ケアチーム介入後、外来での支援を継続したケースは70件あった。</p> <p>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8回実施した。</p>

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(4)がん患者リハビリテーションの推進(小項目) 患者の生活の質を維持するために、各診療科や多職種との連携により、多様なリハビリテーション・ニーズに対応する。	生活復帰が早期にできるよう術後合併症予防も含めた周術期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、がんロコモ外来と連携を図りながら、運動器のリハビリテーション介入を推進する。	① 術後合併症予防のため、外来にて術前呼吸訓練指導を行い、周術期リハビリテーションの充実を図った。(実施患者数…247件/年) 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なった。(開催回数…51回/年) 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…619件/年) 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の推進を行うことができた。(実施回数7回、患者数9人)

令和2(2020)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の自己評価	A	<p>評価理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 指標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、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る受診控えにより目標達成に至らなかったが、希少がんに関する講演会等を開催し理解促進を図るとともに、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ためのバイオバンクに8診療科が参加し、運営の基盤づくりができた。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、緩和ケア・緩和ケア病棟についての補足説明を行い、退院後も外来での支援を継続的に行なった。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		評価理由等
-------	--	-------

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	R3(2021) 年度 目標値	R3(2021) 年度 実績値	R3(2021) 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(%)	66.0	63.6	96.4%	70.0	iii
2	感染対策研修受講率(%)	90.0	90.7	100.8%		iv

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値(目標)	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値
63.6				
90.7				

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)		
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <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。</p>	<p>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。</p> <p>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測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。</p> <p>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> <p>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>	<p>① インシデント影響度レベル0-1の割合の年間実績は、63.6%と目標値を2.4%下回った。前年度の実績54.1%からは、9.5%と大幅に増加しており概ね達成と考える。</p> <p>② GOOD-JOB報告は45件/年(前年度比+7件)報告され、リスクマネジメント部会で共有した。</p> <p>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、毎月活動し、インシデントや事故報告の原因分析、事故防止の具体策の検討、運用の整備、医療事故防止のための啓発、広報などを行い、医療事故の防止に努めた。</p> <p>④ リスクマネージャー対象研修を2回/年実施し、役割実践の強化を行った。</p> <p>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(全職員対象:2回、職種別等:19回)開催した。</p> <p>⑥ 新型コロナウイルス感染症の影響により、例年実施している定期的な感染対策研修を開催することができなかったが、Webでの全体研修を2回開催した。感染対策の研修会を開催することで、当院の実施している感染対策の方法を伝達することができた。</p> <p>⑦ 感染対策を実施していたが、新型コロナウイルス陽性者が複数報告された。濃厚接触者の関係で、手術や診療・治療の縮小を余儀なくされたが、更なる感染拡大を防止するためのゾーニングや接触対策、飛沫感染対策を病院全体で実施し、その後は、感染拡大しなかった。また、発生時の対応を院内で共有することができた。</p> <p>⑧ 毎月RM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は、18回/年。</p> <p>⑩ 医療における安全文化調査を例年どおり実施し、全職員対象研修により結果や課題、推進事項をフィードバックし、安全文化の醸成に取り組んだ。参加195施設中、総合順位39位。上司の医療安全に対する態度や行動、部署内でのチームワークの2項目においては、参加施設中連続1位であった。</p>

(2)医療機器、医薬品等の安全管理の徹底(小項目)	
患者に対して安全な医療を提供するため、放射線治療機器の品質管理の徹底等、医療機器や医薬品をはじめ施設内全般の安全管理を徹底する。	<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を実施するとともに、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>① 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>② 医薬品の安全使用のための研修会を2回(エビベン講習会、レブメイト講習会)開催した。</p> <p>③ 新型コロナウイルス感染症の影響により、医療機器の消耗品や部品の流通不良があったため、適宜院内周知や講習会を行った。また、人工呼吸器関連の使用頻度が多かったため講習会を適宜行った。</p>

令和2(2020)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、医療安全対策等の推進に努められたい。 	<ul style="list-style-type: none"> リスクマネージャーや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を毎月開催し、インシデントや事故報告の原因分析、事故防止の具体策の検討、運用の整備、医療事故防止のための啓発、広報などを行い、医療事故の防止に努めた。また、リスクマネージャーを対象とした研修を2回/年開催し、さらに、医療安全に関する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。 全職種で構成するコロナ統括会議を開催し、新型コロナウイルスの院内への伝播防止、院内での発生時の対応等を検討し実践した。

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、「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」は目標値を若干下回ったが、前年度の実績値との比較では大きく改善した。 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、医療事故の防止に努めた。また、他施設向けの感染対策研修をWebで2回開催し、当院の実施している感染対策の方法を伝達することができた。さらに、「医療機器、医薬品等の安全管理の徹底」では、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に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を開催した。 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、新型コロナウイルス感染症の影響を受けながらも工夫して概ね計画どおり実施したと判断し「A」評価とした。
---------	---	------	--



知事の評価		評価理由等	
-------	--	-------	--

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	R3(2021)年度 目標値	R3(2021)年度 実績値	R3(2021)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)	1,100	1,549	140.8%		V
2	院内クリニカルパス適用症例率(%)	53.0	53.1	100.2%		iv
3	医療相談件数(件)	3,000	3,888	129.6%		V
4	患者満足度割合(%)	90以上	89.2	99.1%	90以上	iii

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021)年度 実績値(実績)	R4(2022)年度 実績値	R5(2023)年度 実績値	R6(2024)年度 実績値	R7(2025)年度 実績値
1,549				
53.1				
3,888				
89.2				

中期計画(R3(2021)~R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)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。 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。 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。 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。 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。	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 認定看護師による看護外来を継続し、生活スタイルに応じた支援を行う。 また、専門・認定看護師による面談の同席機会を増やし、意思決定を支援する。 イ ACP(アドバンス・ケア・プランニング)(※)支援チームを設置し、月1回症例検討会を開催し、ACPの支援を行う。 また、患者及びその家族にACPを理解してもらうために、ACPを紹介するポスター、パンフレットを作成する。 ※ 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。 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。 エ 治療・検査に関する新規の院内クリニカルパス(※)の作成を行い、適用症例率の向上を図る。 また、運用中クリニカルパスのバリエーション評価に基づく見直しを行い、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。	① 治療方針決定時の同席で関わった患者の継続的な支援に努めたことにより、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じ、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。 ② R4(2022)年度からの実施に向け体制整備が終了し、今年度初めから活動が可能となった。 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 3,297件、がん患者指導管理料ハ算定件数 1,293件、連携充実加算件数 304件 ④ 診療放射線技師による検査前説明についてはR2(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。 ※ R2(2020)年度2件、R3(2021)年度15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、H30(2018)年度から開始継続している。 ※ 初年度実績8件、R2(2020)年度実績33件、R3(2021)年度23件 ⑥ 入院薬物治療の種類が増加したことから、新たな薬物治療パスを作成した。 ⑦ 新規パスを作成する際は、今年度から新たにチームメンバーとなった入院会計事務担当者からのDPC期間などに関するコメントを参考にするようにした。 ⑧ 院内全体での適用率は53.1%と目標を達成した。

中期計画(R3(2021)~R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(2)患者の就労等に関する相談支援機能の充実(小項目)</p> <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。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られる体制を整備し、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16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。9月は新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により、就職支援相談会が中止になったが、再就職につながったケースが7件あり、相談会が定着化している。両立支援相談会は下半期に参加者数が増えて合計11名であった。療養・就労両立支援指導料は1件の算定であった。就労相談件数については、R2(2020)年度よりも減少して302件であった。</p>
<p>(3)患者及びその家族の利便性・快適性の向上(小項目)</p> <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>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>ア 接遇研修を開催するとともに、接遇マニュアルの配付と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>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>① 接遇マニュアルを完成させ、各部署へ配付・周知した。 ② 接遇マニュアルに基づく自主的点検を促し、各部門・各部署で実施された。</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> <p>(1) 外来は83%で、目標値90%に届かなかった。(R元(2019)年度と同水準)他の医療機関と比較して上位にランクインした項目はなく、特に診療時間(58/63位)、待ち時間(65/67位)は極めて低い結果となった。</p> <p>(2) 入院は95%で、目標値90%をクリアした。(例年93~96%で推移)他の医療機関と比較しても良い傾向にあるが、「食事の内容」のみ▲9ポイントと大幅な低下となった。</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>
<p>(4)県民へのがんに関する情報の提供(小項目)</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>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4回発行し、宇都宮市内及び関係医療機関等に配布した。 ② 「希少がん」をテーマにした市民公開講座を11月に栃木県総合文化センターで開催した。 ③ リモートによる喫煙防止教育を実施した。 ※ 小学校8回、中学校1回 ④ ウェブサイト「がん情報とちぎ」をスマートフォンからも閲覧しやすい形式にリニューアルし、情報提供の場を整備した。</p>
<p>(5)ボランティア等民間団体との協働(小項目)</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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た。9月は緊急事態宣言によりウィッグ・補整下着の展示相談会は開催中止となった。コロナ禍により患者同士の交流の機会が少ない状況ではあるが、定期的な開催を目標に情報提供や交流の場の提供に努めた。</p> <p>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。 ③ 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。</p>

令和2(2020)年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	-

法人の 自己評価	A	<p>評価理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 指標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充実するとともに、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するためACP(アドバンス・ケア・プランニング)支援チームを新たに組織した。また、院内クリニカルパスについては、入院薬物治療の種類が増加したことから新たな薬物治療パスを作成した。「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。また、「患者及びその家族の利便性・快適性の向上」では、新たに作成した接遇マニュアルを各部署に配布し自主的点検を行い、意識の醸成を図った。さらに、「県民へのがんに関する情報の提供」では、当センターの診療情報等について積極的にプレスリリースを行うとともに、新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、オンラインやリモートを活用した講座等の開催により県民への情報発信に努めるなど、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		評価理由等
-----------	--	-------

4 人材の確保と育成(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R3(2021)年度 目標値	R3(2021)年度 実績値	R3(2021)年度 達成率	R7(2025)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	医師数(人)	60	61	101.7%		iv
2	職員満足度割合(%)	80以上	69.3	86.6%	90以上	ii

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021)年度 実績値(西暦)	R4(2022)年度 実績値	R5(2023)年度 実績値	R6(2024)年度 実績値	R7(2025)年度 実績値
61				
69.3				

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>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リー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>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。 ・ 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>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>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>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。 ・ 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、キャリア開発リー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>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>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>① 肝胆膵外科学会高度技能修練施設(A)として、専門医資格取得のため51例の高難度手術を実施し、技能習得に努めた(うち、修練医2名は計26例を術者として実施した)。</p> <p>② R元(2019)年度~R3(2021)年度に当センターに在籍した修練医が高度技能専門医を取得した。</p> <p>③ 昨年度に引き続き病院見学会やインターンシップなど学生が病院を訪れる機会が激減した。時間短縮や人数制限など工夫を凝らしたが、実際に対面で実施することはかなわず、Web開催に変更を余儀なくされた。随時受付を行っているWeb見学会開催や企業企画による就職ガイダンスの参加など病院をPRする機会を積極的に設けた。</p> <p>④ Web見学会は14回開催し(R4(2022)年度採用者のうち3名、R3(2021)年度中途採用の2名参加)、また、随時採用4名、非常勤7名を採用した。</p> <p>⑤ 学会や院外研修はWebまたはハイブリッド形式の開催が主流となり、予定の研修に参加することができた。院内研修においては、対面形式をとり開催してきたが、年度末の感染拡大により、まとめの研修を紙面回覧等に変更し年度計画を終了した。</p> <p>⑥ 薬剤部では、4月に薬剤師(正職員)1名、9月に薬剤師(パート)1名を採用した。</p> <p>⑦ 病院薬剤部見学者は3名であった。</p> <p>⑧ 臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学士について、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の開催が決定し、一部R3(2021)年度から開始した。</p> <p>⑨ 一般事務1名、医師事務作業補助3名、診療報酬請求事務1名、診療情報管理事務1名、総務事務1名、外来受付2名を採用した。メンターを指名して育成に努めた。</p> <p>⑩ 事務職員の資質向上を図るため、地方独立行政法人職員向けの研修等の参加を支援した。</p>

中期計画(R3(2021)~R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2)研修内容の充実(小項目) がん専門病院として、がん医療における最新の知識と技術を有する人材を育成するため、体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど研修内容の充実を図る。	がん専門病院として、がん医療における最新の知識と技術を有する人材を育成するため、体系的に部門別研修やテーマ別研修を行うなど研修内容の充実を図る。	① 院外医療従事者研修会はWebで2回開催した。 ② 院内職員を対象としたグランドカンファレンスは、ハイブリッド形式で、院外講師による特別公演を含めて3回開催した。 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、7月、10月、1月にそれぞれ半日で開催し、非常勤職員にも参加を義務付けた。
(3)人事管理制度の構築(小項目) 職員の人材育成やモチベーションの向上に資するため、新しい人事評価制度の適正運用と継続的な見直しを行い、がんセンターに適した人事管理制度を構築する。	職員の人材育成やモチベーションの向上に資するため、新しい人事評価制度の適正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。	① 新たな人事評価制度を導入するために必要な事項を検証するとともに、職員に制度を理解してもらうことを目的に、試行評価を実施した。
(4)働きやすい職場環境づくり(小項目) 働きやすい職場環境づくりが図られるよう、以下の取組を実施する。 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。 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。 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。	働きやすい職場環境づくりが図られるよう、以下の取組を実施する。 ア 職員が安全かつ安心して働くことができるよう、ハラスメントの防止やワーク・ライフ・バランスを推進するための研修や意識啓発活動に取り組むなど、職員が心身ともに健康を維持できるよう職場環境づくりに努める。 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。 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。	① 新型コロナウイルス感染症の影響により、接遇研修及びハラスメント防止研修は計画途中で中止し、翌年度へ延期した。 ② 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”については前回の74%を下回り69.3%という結果となった。 ③ 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。感染対策として、院内保育園に園児用テーブルを増設した。(通常4~5名で使用しているテーブルを2名利用に制限) ④ 毎月事業所内で産業カウンセラーによる出張カウンセリングを受けられる体制を整えており、予約枠に対する実施者の割合は3割であった。また、院内の目を気にせず、外部でカウンセリングを受けられる体制も整えているが実施者はいなかった。 ⑤ 在宅で勤務する画像診断医師1名を継続雇用した。 ⑥ 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を新設した。 ⑦ 法人の働き方改革ワーキンググループ及び医師の働き方改革サブワーキンググループを立ち上げ、検討を始めた。 ⑧ 医局長から医師に対して、医師の働き方改革に関する説明会を実施した。また、院内のeラーニングシステムに説明スライドを掲載し、周知徹底を図った。 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。

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>(5)医療従事者の臨床倫理観の向上(小項目)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <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>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 臨床倫理認定士を中心と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>① 新型コロナウイルス感染症の影響により、講演形式の研修会および毎年実施している医師の倫理意見交換会は未開催であったが、部署単位の臨床倫理検討会などを開催し、意見交換や相談対応などの取り組みを通して、職員への教育を行った。</p> <p>② 倫理担当者ががん専門看護師と共に日本臨床倫理学会事例検討セッションのファシリテーターを務めた。全国から参加した多職種による倫理的な事例検討を対話を通して支援する経験を積み、今後の院内教育に活かすための効果的な学びを得た。</p> <p>③ 臨床倫理認定士養成研修参加は見送ったが、R4(2020)年度の同研修(基礎編並びに上級編)の受講候補者を内定した。</p> <p>④ 新型コロナウイルス感染症の影響により、外部委員(委員長ならびに生命倫理専門家)の招集が行えず、委員会は年間を通して未開催だったが、現場で生じている倫理的問題について多職種カンファレンスを開催した。</p> <p>⑤ 医師からの臨床倫理的懸念の相談に上級倫理アドバイザーが対応した。</p> <p>⑥ 日本臨床倫理学会上級登録施設として学会に寄せられた他施設の相談事案に組織的対応をしてコメントを提出し、高い評価を得た。</p> <p>⑦ 倫理担当者が学会上級委員の任命を受け、臨床倫理に先駆的な活動をしている全国の多施設とオンライン会議に参加するなどして、担当者のコンサルテーションスキル維持・向上に努めた。</p>

令和2(2020)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>引き続き、職員の資質の向上に努めるとともに、職員満足度について、より一層の取り組みを期待したい。</p>	<p>学会や院外の研修についてWebなどによる開催が主流となったことから、職員の参加を推奨した。また、事務職員を対象とした地方独立行政法人職員向けの研修等への参加を支援した。</p> <p>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”については前回の74%を下回り69.3%という結果となった。新型コロナウイルス感染症対策に対応する職員のモチベーションを維持するため、特例一時金を全職員に支給した。</p>

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」は目標値を上回った一方、「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、当センターが日本内視鏡外科学会技術認定医や日本肝胆膵外科学会高度技能専門医などの資格取得に必要な技術指導が受けられる病院であることを情報発信し、若手医師の確保、育成に努めた結果、R元(2019)～R3(2021)年度に当センターに在籍した修練医が高度技能専門医を取得した。また、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拡大によりインターンシップなど現場での研修ができないなどの影響で、今まで以上に確保が難しくなっている。また、「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、優秀な人材を確保するため、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を新設した。さらに、当センターの働き方改革ワーキンググループ及び医師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、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		評 価 理 由 等	
-----------	--	-----------------------	--

5 地域連携の推進(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R3(2021) 年度 目標値	R3(2021) 年度 実績値	R3(2021) 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(%)	84.0	81.9	97.5%		iii
2	受託検査件数(件)	140	159	113.6%		v
3	退院調整症例の在宅復帰率(%)	85.0	87.3	102.7%		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	63.6	212.0%		v
5	紹介率(%)	96.2	96.9	100.7%	97.0	iv
6	逆紹介率(%)	46.0	47.3	102.8%	50.0	iv

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値(西暦)	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値
81.9				
159				
87.3				
63.6				
96.9				
47.3				

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)		
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>ア 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。</p> <p>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。</p>	<p>① 郡市医師会出張講座は年間を通して、7回開催することができた。感染対策の観点からWebでの開催となった。</p> <p>② とちまるネット(地域医療連携ネットワーク)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。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。</p> <p>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行った。 なお、当センターからかかりつけ歯科へ、がん治療に伴う口腔管理依頼目的で逆紹介を実施した患者は、128例であった。</p>

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 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、検討を行う。 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、保険薬局薬剤師の研修受け入れ体制を整える。	① 栃木県がん診療連携協議会地域連携・研修部会(連携充実加算の施設基準である研修会を兼ねる)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。 ② とちまるネットを利用した保険薬局からのトレーシングレポート受け取りについて検討し、運用案がとちまるネット運営委員会です承された。 ③ がん診療研修病院として、保険薬局薬剤師の研修を、R4(2022)年1月まで1名受け入れ、2月からさらに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 近隣の医療機関が受託検査の依頼を容易にできるよう、予約時間の短縮に努める。	④ 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。 ⑤ 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することができた。予約件数は年間159件で、R2(2020)年度と同等だった。
(2) 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化(小項目)		
患者が退院後、安心して療養生活を送ることができるよう、ケアマネジャーや訪問医、訪問看護師等、地域の医療関係者と退院前カンファレンスを積極的に実施するなど、退院調整を充実するとともに、在宅療養中の患者の緊急時の受入れ等、状態変化に合わせて迅速に対応するなど、患者の在宅療養を支援するための病診連携を強化する。	患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、地域の医療関係者と退院前カンファレンスを実施し情報の共有を行う。なお、カンファレンスを実施しない場合も、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。 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。	① 新型コロナウイルス感染症対策のため、面会禁止となっていることが影響し、在宅緩和ケアを選択する患者・家族が増えたが、その中で感染対策を講じながら面談やカンファレンスを実施した。 ② 在宅療養中の患者については状況に応じて、在宅支援・調整を実施した。緊急受診の受け入れも感染対策を考慮しながら迅速に対応した。
(3) 在宅緩和ケアの推進(小項目)		
がん患者の在宅療養を支援するため、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーション、院内関連部署との連携を図り、早期から計画的に介入し、緩和ケア病棟の活用を含めた在宅緩和ケアを推進する。	がん患者の在宅療養を支援するため、在宅療養支援機能を担う診療所や訪問看護ステーション、院内関連部署との連携を図り、早期から計画的に介入し、緩和ケア病棟の活用を含めた在宅緩和ケアを推進する。	① 例年、済生会宇都宮病院と共同で開催している宇都宮医療圏緩和ケア地域連携カンファレンスについて、Web開催で計画通り8回実施した。訪問診療医や訪問看護師、当センター医師・看護師・MSWなどが参加した。 ② 現在の体制を活用しながら、訪問診療などからの受入れが34件、緩和ケア病棟からの自宅退院が28件となり、R2(2020)年度より増加した。地域連携センターと連携しながら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。 ③ 新型コロナウイルス感染症の影響により、R3(2021)年2月から外来患者の他施設からの新規受入れを中止した。

令和2(2020)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、「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」「紹介率」「逆紹介率」の指標で目標値を上回った一方、「医師のとちまるネット利用登録率」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「地域の医療機関との連携強化」では、感染対策に考慮しWebによる郡市医師会出張講座を7回開催し医師会との連携を図るとともに、当センターでがん治療を受けている患者にかかりつけ歯科を持たせ、現在のがんの状態や当院でのがん治療内容、歯科治療上の注意点などの診療情報提供を行うなど歯科医師との連携を図った。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実施するなど、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		評価 理由等	
-----------	--	-----------	--

6 地域医療への貢献(中項目)

◆年度計画指標

No	指標名	R3(2021)年度 目標値	R3(2021)年度 実績値	R3(2021)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)	7	8	114.3%		V

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021)年度 実績値(再掲)	R4(2022)年度 実績値	R5(2023)年度 実績値	R6(2024)年度 実績値	R7(2025)年度 実績値
8				

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(1)地域のがん医療の質の向上のための支援(小項目)</p> <p>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。</p> <p>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。</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>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>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。</p> <p>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。</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>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>① 栃木県がん診療連携協議会及び各支部は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、オンラインで計画どおり開催した。また、県拠点として、関係団体と連携し、栃木県におけるがん医療の均てん化の推進に取り組んだ。</p> <p>② 特に、PDCAサイクル部会では、新型コロナウイルス感染症拡大によるがん治療への影響を考慮し、「がん検診・受診控え防止」を県内の統一目標として実態調査を行った。また、調査結果を踏まえて啓発用のポスターやリーフレットを作成し、関係機関や県民に配布した。</p> <p>③ 栃木県がん・生殖医療ネットワーク会議を2回開催し、がん治療医と生殖医療医との連携を促進した。</p> <p>④ 関係医療機関へのリーフレットの配付、広報紙「がんセンターだより」への記事の掲載等により、がん・生殖医療の普及啓発を図った。</p> <p>⑤ 2回のオンライン研修会を予定していたが、がん・生殖医療研修会はDVD研修に変更し、DVDの作成、加盟施設等への配付を行った。各施設ではそれぞれの形式でDVDを用いた院内研修が企画され、多くの医療従事者(450名以上)に受講してもらうことができた。</p> <p>⑥ がん・生殖医療専門心理士1名の養成を行った。県内各施設での小児・AYA世代等のがん患者への早期介入(支援)を目指し、まずは院内での支援体制構築のための取組を開始した。</p> <p>⑦ グランドカンファレンスはハイブリッド形式で3回(6月、7月、11月)開催した。6月は新型コロナウイルス感染症対策を講じ参加対象者は院内職員のみで、7月は録画を後日DVDにまとめ、研修用として関係医療機関等に配付した。11月は院外医療従事者宛てWeb形式で参加を募ったが最終的に参加者はいなかった。</p> <p>⑧ 院外医療従事者研修(連携施設)は、新型コロナウイルス感染症第6波の影響により直前に中止した1回を除き、Web形式で8回企画した。県拠点病院として企画した研修は、全て計画どおりに開催することができた。</p>

(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 全国がん登録実務者研修会のコンテンツを作成し、研修に協力をした。 ② がん登録データを用いた新型コロナウイルスの影響の解析では、検診対象となっているがん(胃、大腸、肺、乳房、前立腺、子宮頸部)の減少が顕著であることが明らかとなった。 ③ このデータを元にPDCAサイクル部会を通じて、がん検診控え、受診控えを防止する取り組みを行った。

令和2(2020)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、実施方法の工夫による研修等の開催に期待したい。	・新型コロナウイルス感染症の拡大を避けるため、集合方式ではなくWebやハイブリッド方式により研修会を開催した。

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、「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に係る研修をオンラインで計画どおり開催した。また、都道府県がん診療連携拠点病院として、新型コロナウイルス感染症拡大によるがん治療への影響を考慮し、「がん検診・受診控え防止」を県内の統一目標として実態調査を行い、その調査結果を踏まえて啓発用のポスターやリーフレットを作成し、関係機関や県民に配布した。さらに、栃木県がん・生殖医療ネットワーク会議を2回開催し、がん治療医と生殖医療医との連携を促進するとともに、関係医療機関へのリーフレットの配付、広報紙「がんセンターだより」への記事の掲載等により、がん・生殖医療の普及啓発を図るとともに、がん・生殖医療専門心理士1名を養成し、小児・AYA世代等のがん患者への早期介入を目指し院内での支援体制構築に取り組んだ。 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ため、「A」評価とした。
---------	---	------	--



知事の評価		評価理由等	
-------	--	-------	--

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>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に資料を配布し、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を行うため、病棟で火災が発生したことを想定して、消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練を実施するとともに、大地震を想定した防災訓練を実施した。</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 BCP(事業継続計画)については、優先業務の整理を行うなどして原案を作成した。(新年度早々にセンター内で調整したうえで完成する見込みとなった。)</p>

令和2(2020)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	<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		評価理由等	
-------	--	-------	--

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項(大項目)

1 業務運営体制の確立(中項目)

中期計画(R3(2021)~R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 効率的な組織体制の構築(小項目) 安定的な経営基盤を確立するため、医療環境の変化に応じて戦略的かつ迅速な意思決定を行えるよう、組織体制を検討し、効果的かつ効率的な業務運営体制を構築する。 また、質の高い医療を効率的に提供するため、最適な職員構成と各自のスキルの向上を図るとともに経営効率の高い職員配置に努める。	安定的な経営基盤を確立するため、医療環境の変化に応じて戦略的かつ迅速な意思決定を行えるよう、組織体制を検討し、効果的かつ効率的な業務運営体制を構築する。 また、質の高い医療を効率的に提供するため、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。	① R4(2022)年度に向けた組織改編として、感染症対策を強化するため「感染症対策センター」を新設するとともに、戦略的な情報発信を行うため広報業務を経営企画室へ集約した。
(2) 経営参画意識の向上(小項目) 職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画するよう、経営に関する情報を分かりやすく職員へ周知するとともに、職員からの業務改善に関する提案の積極的な採用に努める。	職員全員が組織における価値観や中長期の経営の方向性を共有しながら、経営に対する責任感や使命感を持って積極的に経営に参画するよう、経営戦略会議等において経営に関する情報を分かりやすく職員へ周知する。 また、職員からの業務改善に関する提案の積極的な採用に努める。	① 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の収支状況(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)、決定事項等を周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。 ② 「業務改善提案」の制度を活用し、職員からのアイデアを収集し、医療サービスの向上や収益改善に資する取組につながった。(業務改善提案数2件、うち1件採用) ③ 医療バランスト・スコアカードの手法を用いて「財務の視点」、「顧客の視点」、「業務プロセスの視点」及び「学習・成長の視点」から、各部署で策定した戦略テーマを可視化したうえで、具体的な目標を設定してアクションプランを作成し実践した。

令和2(2020)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	・ R4(2022)年度に向けた組織改編として、感染症対策を強化するため「感染症対策センター」を新設するとともに、戦略的な情報発信を行うため広報業務を経営企画室へ集約した。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、業務改善提案制度を活用して職員からアイデアを収集し、医療サービスの向上や業務負担の軽減に資する取組につなげるなど、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		評価理由等	
-------	--	-------	--

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	R3(2021) 年度 目標値	R3(2021) 年度 実績値	R3(2021) 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)	4,060	4,239	104.4%		iv
2	新外来患者数(人)	5,880	6,620	112.6%		v
3	運用病床利用率(%)※	85以上	70.6	83.1%	85以上	ii
4	診療材料費対医業収益比率(%)	9.5	9.4	101.1%		iv
5	ジェネリック医薬品採用比率(%)	81.5	88.1	108.1%		iv

※ 中期計画指標のみ記載

※ №3の運用病床率は、延べ入院患者数(退院日を含む年間入院患者数)を年間延べ病床数(運用病床ベース)で除した率

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値(西暦)	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値
4,239				
6,620				
70.6				
9.4				
88.1				

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。 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。 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。 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。	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、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。 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。 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。	① ホームページのトップページに「バイオバンク」及び「新規治療のご案内」のページを新設した。 ② 栃木県総合文化センターで市民公開講座を開催し、多くの方(一般の方120人)に参加いただき、「希少がん」について周知することができた。 ③ 広報紙「がんセンターだより」を年4回発行し、新設した「栃木がんセンターバイオバンク」や事業系センターの紹介などを掲載し、宇都宮市内及び関係医療機関等に配布した。 ④ 当センターの診療情報等について、プレスリリースを3回、県政記者クラブへ提供し、新聞に掲載された。 ⑤ 「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。 ⑥ 新型コロナウイルス感染症への対応により、運用病床数が制限を受けているところではあるが、がん患者への医療需要に応じるべく、効率的な病床運営に尽力した。 ⑦ 新規採用職員を順調に育成することができた。 ⑧ 診療報酬改定にあつては、関係部署に情報提供を行い、改定への対応方針の発表の場を設けたことから、病院全体での取り組み意識を醸成することができた。

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
<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>⑨ がん情報相談課、中央受付との情報共有などの連携を深めて、未収金がある患者に、適宜、丁寧に説明を行い未収金の減に努めた。 ⑩ 未収金回収業務を委託している弁護士法人と協議し、回収が困難と判断される債権について整理した(5人分 324,800円)。</p>
(2)費用の削減への取組(小項目)		
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>エ 原価計算の実施などにより、収支の推移等を分析し、診療科及び部門ごとに適切なコスト管理を行う。</p>	<p>費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。 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。</p> <p>イ ベンチマークシステムを活用し、医薬品や診療材料の適正価格での納入を図る。 また、同等品でより安価な材料への切り替えを検討し、コスト削減に努める。</p> <p>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。</p> <p>エ 経営分析システムを活用し、収支の年度別推移を分析し、診療科及び部門ごとに適切なコスト管理を行う。</p>	<p>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。</p> <p>② 医薬品について、ベンチマークシステムを活用することで価格交渉においては加重平均値引率の上昇に努めると共に、交渉後の価格についても検証を実施することで費用の削減を図った。</p> <p>③ 診療材料は新型コロナウイルス感染症の影響で海外製品の欠品、遅延が多かったが、診療に影響を及ぼさないよう在庫調整が出来た。また、遅延、欠品対応と同時進行で材料費の削減を目標に掲げ、より安価な製品への切り替えを実施し、最終的に対前年度比で年間480万円程のコスト削減が達成出来た。</p> <p>④ 働き方改革ワーキンググループ及び医師の働き方改革サブワーキンググループを組織し、今後の活動について検討を始めた。</p> <p>⑤ 医師の働き方改革サブワーキンググループで、医局長から医局員に対して、医師の働き方改革に関する説明会を実施した。また、院内のeラーニングシステムに説明スライドを掲載し、周知徹底を図った。</p> <p>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。</p> <p>⑦ 超過勤務の多い所属に対して、業務内容や人員配置の見直しを行うよう指導した。</p> <p>⑧ 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、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。</p>

令和2(2020)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>・引き続き、病床利用率の向上等によりさらなる収入の確保を図るとともに、安全面にも留意しながら費用の削減にも積極的に取り組むなど、より一層の経営改善に努められたい。</p>	<p>業務運営への反映状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ホームページのトップページに「栃木がんセンターバイオバンク」及び「新規治療の御案内」のページを新設した。 ・ 栃木県総合文化センターで市民公開講座を開催し、多くの方(一般の方120人)に参加いただき、「希少がん」について周知することができた。 ・ 広報紙「がんセンターだより」を年4回発行し、新設した「栃木がんセンターバイオバンク」や事業系センターの紹介などを掲載し、宇都宮市内及び関係医療機関等に配布した。 ・ 当センターの診療情報等について、プレスリリースを3回、県政記者クラブへ提供し、新聞に掲載された。 ・ がん情報相談課、中央受付との情報共有などの連携を深めて、未収金がある患者に、適宜、丁寧に説明を行い未収金の減に努めた。 ・ 未収金回収業務を委託している弁護士法人と協議し、回収が困難と判断される債権について整理した(5人分 324,800円)。 ・ 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。 ・ 診療材料は新型コロナウイルス感染症の影響で海外製品の欠品、遅延が多かったが、診療に影響を及ぼさないよう在庫調整が出来た。また、遅延、欠品対応と同時進行で材料費の削減を目標に掲げ、より安価な製品への切り替えを実施し、最終的に対前年度比で年間480万円程のコスト削減が達成出来た。 ・ 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、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。

法人の自己評価	A	<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」「新外来患者数」「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」の指標で目標値を上回った一方、「運用病床利用率」は目標値を下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「収入の確保への取組」では、新型コロナウイルス感染症患者の受入れにより運用病床数が限られた中で、がん患者への医療需要に応じるための効率的な病床運営が図れた。また、診療報酬改定情報を院内の各部門・部署で共有し対応方針を検討したことで、改定への迅速な対応が図れた。「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、ベンチマークを活用することにより値引率の向上を図った。一方で、医薬品や診療材料は新型コロナウイルス感染症の影響で海外製品の欠品、遅延が多かったが、診療に影響を及ぼさないよう在庫調整が出来た。 ・ 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できたため、「A」評価とした。
---------	---	--



知事の評価		評価理由等
-------	--	-------

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	R3(2021)年度 目標値	R3(2021)年度 実績値	R3(2021)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	118.9	118.9%	100以上	v
2	医業収支比率(%)	85以上	85.5	100.6%	85以上	iv

※ 中期計画指標のみ記載

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021)年度 実績値(再掲)	R4(2022)年度 実績値	R5(2023)年度 実績値	R6(2024)年度 実績値	R7(2025)年度 実績値
118.9				
85.5				

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。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1,870,270,830円を計上し、経常収支比率は118.9%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(予算、実績、診療科ごとの患者数・収益、収支改善の状況等)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、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体例などについて意見交換した。</p>

令和2(2020)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、「経常収支比率」は休床補償等の新型コロナウイルス感染症関係補助金(約18億円)を除いても目標値を上回った。また、「医業収支比率」は独法化以来最高値の85.5%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、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、診療科ごとにヒアリングを実施し、課題と今後の方針、当センターの強みとなる高度で専門的な医療の具体例などについて意見交換を行い、計画の達成を目指し実現した。 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		評価理由等	
-----------	--	-------	--

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。 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"> 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。 医療機器について、計画的に更新・整備する。 	<ul style="list-style-type: none"> ① 当センターの将来構想を県に提出し協議を進めた結果、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県における協議課題として取り上げられることとなった。 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。

令和2(2020)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、今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備の在り方の具体的な検討を進められたい。 	<ul style="list-style-type: none"> 当センターの将来構想を県に提出し協議を進めた結果、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県における協議課題として取り上げられることとなった。

法人の自己評価	A	評価理由
		<ul style="list-style-type: none"> 独法化以来の懸案であった当センターの老朽化した施設設備の再整備について、当センターの将来構想を県に提出し協議を進めた結果、県における協議課題として取り上げられることになり、再整備に向けての第一歩が踏み出した。また、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	評価理由等

第8 その他業務運営に関する重要事項(大項目)

2 適正な業務の確保(中項目)

中期計画(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"> 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守する。 栃木県情報公開条例(平成11年栃木県条例第32号)及び栃木県個人情報保護条例(平成13年栃木県条例第3号)に基づき、適切な情報管理を行う。 個人情報漏えいを防ぐため、情報セキュリティ研修を実施するなど、職員の認識を高めるとともに、情報セキュリティ対策を徹底する。 内部統制の充実を図るため、内部監査の実施等、院内におけるリスク管理の取組を推進する。 	<ul style="list-style-type: none"> 県民に信頼され、県内医療機関の模範的役割を果たしていけるよう、法令や社会規範を遵守する。 栃木県情報公開条例(平成11年栃木県条例第32号)及び栃木県個人情報保護条例(平成13年栃木県条例第3号)に基づき、適切な情報管理を行う。 個人情報漏えいを防ぐため、情報セキュリティ研修を実施するなど、情報セキュリティ対策を徹底する。 内部統制の充実を図るため、内部監査の実施等、院内におけるリスク管理の取組を推進する。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 ② 患者等の申請による診療情報開示請求及び警察署からの捜査事項照会等、77件に対応した。 ③ 年末年始などの連休明けには、不審メールへの注意喚起を行うなど、情報機器のセキュリティ管理の意識付けを全職員に実施した。 ④ 内部監査を実施し、リスク管理に努めた。

令和2(2020)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"> 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、診療情報開示請求及び捜査事項照会等、77件に対応したほか、不審メールへの注意喚起により情報セキュリティ対策を徹底するなど、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		評価理由等	
-------	--	-------	--