

業務実績報告書兼中項目別評価書

令和元(2019)年度

(第4期事業年度)

自 平成31(2019)年4月1日

至 令和2(2020)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）	6
3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）	9
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 地域医療への貢献（中項目）	21
7 災害等への対応（中項目）	23
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	24
1 業務運営体制の確立（中項目）	24
2 経営参画意識の向上（中項目）	25
3 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	26
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）	30
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	31

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28(2016)年度	平成29(2017)年度	平成30(2018)年度	令和元(2019)年度	令和2(2020)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	A	A	
2 安全で安心な医療の提供	A	A	A	A	
3 患者・県民の視点に立った医療の提供	A	A	A	A	
4 人材の確保と育成	A	A	A	A	
5 地域連携の推進	A	A	B	A	
6 地域医療への貢献	A	A	B	A	
7 災害等への対応	A	A	A	A	
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項					
1 業務運営体制の確立	A	A	A	A	
2 経営参画意識の向上	A	A	A	A	
3 収入の確保及び費用の削減への取組	A	B	B	B	
第3 予算、収支計画及び資金計画					
財務内容の改善に関する事項	A	B	B	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	B	B	A	A	

(参考) 中期目標期間における各事業年度の全体評価

年度	評価結果
平成28(2016)年度	全体として中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。
平成29(2017)年度	中期計画の達成に向けてほぼ順調な進捗状況であるが、一部の項目において計画を下回っている。
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	
令和2(2020)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	R元(2019)年度 目標値	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況	
1	高難度手術延べ件数(件)	60	61	102%	60	iv	
2	腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数(件)	550	607	110%		v	
3	外来(日帰り)ポリープ内視鏡手術延べ件数(件)	900	956	106%		iv	
4	高精度放射線治療延べ件数(件)	IMRT	735	835	114%	780	v
		SBRT	8	16	200%	20	v
5	外来化学療法延べ件数(件)	7,600	8,308	109%	7,900	iv	
6	臨床研究件数(件)	150	200	133%	228	v	
7	チームSTEPPS受講率(%)	100.0	77.3	77%		i	
8	緩和ケア勉強会実施回数	年8回	年8回	100%		iv	
9	地域の緩和ケア連携カンファレンス開催回数	年10回	年8回	80%	月1回以上	ii	
10	がん患者リハビリテーション単位数(単位)	7,070	5,668	80%	17,040	ii	

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値
69	75	52	61	
345	358	530	607	
995	918	984	956	
777	1,251	2,190	835	
4	0	8	16	
7,897	7,573	8,048	8,308	
182	169	183	200	
43.6	63.9	83.7	77.3	
年10回	年10回	年8回	年8回	
年9回	年10回	年8回	年8回	
2,285	5,438	5,374	5,668	

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))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、希少がんも含め、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、放射線治療及び化学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>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、希少がんも含め、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、放射線治療及び化学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>また、インプラント一次二期再建を再開するなど、患者の希望に沿った手術療法を提供できる体制を整える。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 平成30(2018)年度52件に減少した肝胆膵外科の高難度手術は令和元(2019)年度には61件に増加し、目標の60件を上回った。受診当初切除不能であったが、化学療法を行いダウンステージが得られた症例に対しては積極的に手術を試み、その結果切除できた症例も含まれており、集学的治療の成果が得られている。 骨軟部腫瘍・整形外科の手術症例数は順調に増加し、同科が常勤二人体制になる令和2(2020)年度は更なる患者の増加が期待できる。 多職種参加によるがんサージング(症例検討会)を各診療科等で開催し、患者の状態に応じて手術療法、放射線療法、化学療法又はそれらを効果的に組み合わせた集学的治療を実施した。 インプラント一次二期再建については、乳房インプラント留置に伴う悪性リンパ腫のリスクが報告され、乳房再建に使用されていたエキスパンダーとインプラントが販売停止となったことから、7月から1月まで手術を休止した。(手術件数:8件)

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ 低侵襲な鏡視下手術(腹腔鏡、胸腔鏡を入れてモニターを見ながら行う手術)や食道、胃、大腸の内視鏡治療の実施(内視鏡的粘膜下層剥離術:ESD、内視鏡的粘膜切除術:EMR等)等、患者の身体的負担が少ない治療法を引き続き提供し、患者の高齢化への対応を進める。</p> <p>ウ IMRT(強度変調放射線治療)やSBRT(体幹部定位放射線治療)等、患者の状態等に応じた高度な放射線治療を提供する。</p> <p>エ 抗がん剤の作用、副作用に熟知した専門医や看護師による高度ながん化学療法を引き続き提供するとともに、他の医療機関では実施困難な最新の化学療法を提供する。</p> <p>オ 患者がよりよい治療を受けられるよう、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>イ 低侵襲な腹腔鏡及び胸腔鏡下手術については、手術適応を守りながら積極的に施行し、術後合併症の減少と入院期間の短縮に努めるとともに、先進医療である腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術を実施する。 また、低侵襲な内視鏡治療を実施するとともに、その情報提供を行い、周知に努める。 さらに、当センターの特長である大腸ポリープの日帰り内視鏡手術を推進する。</p> <p>ウ 短時間で効率的にIMRT(強度変調放射線治療)の施行が可能となるVMAT(強度変調回転照射)及びSBRT(体幹部定位放射線治療)を実施する。</p> <p>エ 抗がん剤の作用、副作用に熟知した専門医、認定看護師、薬剤師等を含めた多職種により、最新かつ適切な化学療法を実施する。</p> <p>オ 患者がよりよい治療を受けられるよう、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。 また、治験依頼者へ積極的に情報発信するとともに、治験コーディネーターを活用するなど実施体制を強化する。</p>	<p>・ 婦人科常勤医4名全員が日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医の資格を取得し、婦人科領域の腹腔鏡手術件数が著しく増加した(年間255例)。県内でも指導的立場を獲得しており、子宮体がんに対する傍大動脈リンパ節郭清を含めた腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(先進医療)は、当センターが県内で唯一の施行可能な施設となっている(年間10例)。</p> <p>・ 消化器・呼吸器領域における鏡視下手術はすでに標準術式になっているが、当センターでは日本内視鏡外科学会技術認定医による質の高い低侵襲な手術を施行しており、術後合併症が少なく、入院期間の短縮にもつながっている。</p> <p>・ 早期の胃・大腸がんに対する低侵襲な治療を推進するため、ESD(内視鏡的粘膜下層剥離術)を積極的に施行し、その治療成績も良好であった。また、大腸ポリープについては、外来検査の際にその場でポリープを切除することを推進し、患者に身体的にも経済的にも負担の少ない治療を提供した。</p> <p>・ IMRTは主に泌尿器、婦人科領域に実施した。SBRTは呼吸器の取扱い症例数増加に付随し実施件数が増加し、IMRT、SBRTともおおむね目標を達成した。</p> <p>・ 医師、看護師、薬剤師を含めた多職種によるカンファレンスを定期的を実施し、情報の交換や共有に努めることで、適切な化学療法を実施した。</p> <p>・ 化学療法件数が増加傾向にある中、安全かつ安心な治療が継続できるよう、多職種で協働し対応した。</p> <p>・ 外来受診時における医師と患者のコミュニケーションツールとして問診票を活用し、消化器外科患者を対象に有害事象のスクリーニングを実施した。</p> <p>・ 承認前の医薬品の治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のため、国内外の多施設共同研究に積極的に取り組み、当センターやSMO(治験施設支援機関)の臨床研究コーディネーターを活用し医師の業務を支援した。</p> <p>・ 当センターにおける治験実施体制、治験関連規程、IRB(臨床研究審査委員会)に関する最新情報を随時ホームページに掲載し、速やかに治験依頼者へ情報発信した。</p> <p>・ 特定臨床研究の運用が定まっていなかったため、他施設や研究事務局から発信される情報や学会参加により情報を収集し、臨床研究法に対応した当センターの標準業務手順書を改正した。</p> <p>・ 臨床試験(患者に介入する研究)は減ったが、観察研究(患者に介入せず経過を観察する研究)が増えたことなどにより、研究数が増加した。</p>

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2)チーム医療の推進(小項目)		
<p>多職種の医療従事者間で連携、協働し、それぞれの専門性を最大限に発揮できるよう、放射線診断医、病理診断医をはじめとする医療従事者間の連携、協働を実際の臨床の場で実践するため、体系的なチームトレーニングを実施するとともに、がんセンター(症例検討会)の一層の充実を図る。</p>	<p>平成28年2月から開始したチームSTEPPS(※)の研修を、全職員を対象に実施する。 また、がんセンター(症例検討会)を定期的に開催する。 さらに、多職種の医療従事者間での連携、協働によるチーム医療を推進するため、厚生労働省、日本病院薬剤師会、日本医療薬学会等が推奨するプロトコルに基づく薬物治療管理(Protocol Based Pharmacotherapy Management: PBPM)を実践する。 ※ 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>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2月にチームSTEPPS研修を開催し、全職種から60名(初級編36名、中級編24名)が受講した。3月開催分(初級編54名、上級編20名が受講予定)は新型コロナウイルス感染症の影響で期日未定の延期となり、全職員の初級編の履修は333名、未受講者99名となった。 ・ がんセンター(症例検討会)については、各診療科等で定期的に開催した。 ・ 平成30(2018)年度に開始した、プロトコルに基づく薬物治療管理の取組(入院処方入力支援プロトコル、外来化学療法トレーシングレポート活用プロトコル、外来院外処方疑義照会簡素化プロトコル)を継続し、必要に応じてプロトコルの改定を行った。また、がん化学療法の副作用対策を充実させるために、「外来化学療法診察前面談プロトコル」を追加した。
(3)緩和ケアの推進(小項目)		
<p>患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、以下のとおり、がんが診断された時からの緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターの体制を充実させるとともに、緩和ケアセンターが主体となって院内向けに勉強会等を開催し、病院内の全ての職員が緩和ケアに対する意識付けを共有化して協力体制を構築するなど、院内の緩和ケアを推進する。</p> <p>イ 院内のみならず地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域連携カンファレンスの実施、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との連携強化、訪問診療の検討を行うなど、地域と連携して在宅緩和ケアを推進する。</p>	<p>患者の苦痛の軽減や療養生活の質の維持向上を図るため、以下のとおり、がんが診断された時からの緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合した緩和ケアセンターの機能の維持向上を図る。 また、緩和ケアセンターで院内向けに緩和ケア勉強会を開催し、基本的緩和ケアから専門的緩和ケアへつなぐ体制を強化する。</p> <p>イ 地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、宇都宮医療圏における他のがん診療連携拠点病院と協働して医療・福祉関係者を対象とした緩和ケア地域連携カンファレンスを実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緩和ケアセンターの体制強化を図るため、毎週水曜日に多職種で緩和ケアセンター運営カンファレンスを開催した。 ・ 緩和ケアリンクナース会を8回開催し、基本的緩和ケアの実践と専門的緩和ケアへつなぐ役割について症例検討を中心に実施した。また、緩和ケアリンクナース育成のため、年度初めに各自の行動目標を明確にし、1年間の取り組み後、年度末に評価を行った。 ・ 緩和ケア初回外来時に専従看護師が同席し、今後の療養場所の意思決定支援を行うとともに関係部署と情報を共有し支援継続につなげた。 ・ 緩和ケアチームセルフチェックプログラム導入に向けた準備を行った。 ・ 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協働で8回開催した。3月は新型コロナウイルス感染症の影響で中止となったが、緩和ケアに関する講演会、症例検討会、地域医療体制の検討会などを行い、緩和ケアの質の向上を図った。 ・ 退院調整のための合同カンファレンスに看護師が参加し、訪問看護ステーション看護師やケアマネジャーなどと在宅緩和ケアにつなげる情報を共有した。
(4)がん患者のリハビリテーション提供体制の充実(小項目)		
<p>患者の望む生活スタイルを支援するため、リハビリテーションスペースを拡充するとともに理学療法士・作業療法士の充実を図り、がんが診断された時から患者の病態に応じたリハビリテーションを提供する。</p>	<p>患者の望む生活スタイルを支援するため、がんが診断された時から患者の病態に応じたリハビリテーションを提供する。 また、理学療法士・作業療法士以外の職種と連携を図りながら、総合的なリハビリテーション計画を策定し、質の高いリハビリテーションを提供する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 周術期リハビリテーションの充実を図るため、外来での術前呼吸訓練や術後のリハビリテーションを積極的に行った。術前呼吸訓練件数が増加し(令和元(2019)年度296件、平成30(2018)年度168件)、入院患者の依頼件数も増加した(令和元(2019)年度533件、平成30(2018)年度432件)。 ・ 入院患者の全員に、リハビリテーション総合実施計画書を作成し交付した(令和元(2019)年度549件、平成30(2018)年度520件)。 ・ 多職種によるリハビリテーションカンファレンスと病棟回診を毎週実施した。(参加職種:医師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、管理栄養士) ・ 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20回、患者数30人)

平成30(2018)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"> 緩和ケアの推進やがん患者へのリハビリテーション提供体制の充実等については、一層の取組を期待したい。 	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケアセンターの体制強化を図るため、毎週水曜日に多職種で緩和ケアセンター運営カンファレンスを開催した。【再掲、(3)ーア】 緩和ケアリンクナース会を8回開催し、基本的緩和ケアの実践と専門的緩和ケアへつなぐ役割について症例検討を中心に実施した。また、緩和ケアリンクナース育成のため、年度初めに各自の行動目標を明確にし、1年間の取り組み後、年度末に評価を行った。【再掲、(3)ーア】 緩和ケア初回外来時に専従看護師が同席し、今後の療養場所の意思決定支援を行うとともに関係部署と情報を共有し支援継続につなげた。【再掲、(3)ーア】 緩和ケアチームセルフチェックプログラム導入に向けた準備を行った。【再掲、(3)ーア】 周術期リハビリテーションの充実を図るため、外来での術前呼吸訓練や術後のリハビリテーションを積極的に行った。術前呼吸訓練件数が増加し(令和元(2019)年度296件、平成30(2018)年度168件)、入院患者の依頼件数も増加した(令和元(2019)年度533件、平成30(2018)年度432件)。【再掲、(4)】 入院患者の全員に、リハビリテーション総合実施計画書を作成し交付した(令和元(2019)年度549件、平成30(2018)年度520件)。【再掲、(4)】 多職種によるリハビリテーションカンファレンスと病棟回診を毎週実施した。(参加職種:医師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、管理栄養士)【再掲、(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20回、患者数30人)【再掲、(4)】

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、「高難度手術延べ件数」、「腹腔鏡及び胸腔鏡下手術延べ件数」及び「高精度放射線治療延べ件数」など、多くの指標で目標値を上回った一方、「チームSTEPPS受講率」は新型コロナウイルス感染症の影響で開催回数が増えたため目標値を大きく下回った。 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、平成30(2018)年度52件に減少した肝胆膵外科の高難度手術が令和元(2019)年度には61件に増加したほか、婦人科常勤医4名全員が日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医の資格を取得し、婦人科領域の腹腔鏡手術件数が著しく増加した。また、「緩和ケアの推進」では、緩和ケア初回外来時に専従看護師が同席し、今後の療養場所の意思決定支援を行うとともに関係部署と情報を共有し支援継続につなげた。さらに、「がん患者のリハビリテーション提供体制の充実」では、周術期リハビリテーションの充実を図るため、外来での術前呼吸訓練や術後のリハビリテーションを積極的に行ったなど、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	R元(2019)年度 目標値	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	医療安全管理研修(全職員対象)実施回数	—	—	—	—	—
	医療安全管理研修(全職員対象)受講率(%)	90以上	94.5	105%		iv
2	感染管理認定看護師数(人)	1	1	100%	3以上	iv
3	多職種連携ロールプレイ研修実施回数	年1回	年1回	100%		iv
4	医薬品安全使用研修実施回数	年2回	年2回	100%		iv

※ 中期計画指標のみ記載

※ 医療安全管理研修(全職員対象)の指標は、R元(2019)年度より実施回数から受講率に変更

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値
年8回	年9回	年7回	—	
—	—	—	94.5	
2	2	1	1	
年1回	年1回	年1回	年1回	
年2回	年2回	年2回	年2回	

中期計画(H28(2016)~R2(2020))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 リスクマネジャーや医療安全に関する院内組織を中心にヒヤリ・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等を通し、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、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、院内感染の予防、監視、指導、教育等を強化する。</p> <p>ウ 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するとともに、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 リスクマネジャーや医療安全に関する院内組織を中心にヒヤリ・ハットや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等を通して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、事故防止の徹底を図る。</p> <p>また、医療事故調査制度の運用体制を整備し、医療の質と安全性の向上を図る。</p> <p>なお、安全管理に関する研修については、全職員を対象にした研修を実施するほか、職種や対象に応じた研修を計画的に実施する。</p> <p>イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の予防、教育のための勉強会を年10回開催する。</p> <p>ウ 医療の安全と質の向上を図るため、医療安全研修の中で多職種連携ロールプレイ研修(※)を実施し、チームSTEP PSの導入の効果を高める。</p> <p>※ 医療現場で起こった出来事に関わった多職種の職員が実際に再現し、成功要因や失敗要因について振り返りをする研修方法。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ リスクマネジャーを中心に「医療安全管理マニュアル」の見直しを行った。 ・ 医療安全管理規程に基づき、リスクマネジメント部会においてインシデントや事故報告の原因分析や事故防止の具体策などについて調査や検討を行った。 ・ リスクマネジャー、医療安全管理委員により検証ワーキンググループを多職種で構成し、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。 ・ 医療安全の推進に関する目標を各部署で立案し、業務の実践と評価・改善に取り組んだ。 ・ 医療事故調査制度に係る全死亡症例チェックについて運用整備を進めた。 ・ 医療安全に関する研修については、全職員を対象とした研修や職種ごとにテーマを設定した研修を27回開催した。(全職員対象:2回、職種別等:25回) ・ 感染対策委員会が中心となって院内感染の予防、教育のための勉強会を13回開催した。 ・ 医療安全に関する研修の一つとしてチームSTEP PS研修の中で、多職種連携ロールプレイを実施した。 ・ 医療安全推進目標にチームSTEP PSを活用した部署目標を設定し、各部署で前期・年度末評価を行い実践活動につなげた。また、平成30(2018)年度にチームSTEP PS研修を受講した者が、「チームSTEP PS受講後のチャレンジ報告」として、学びの実践について報告し個々の活動につながった。 ・ 医療の質及び安全性の向上に向けた取組の効果を可視化するため、3月に全職員を対象に「医療における安全文化調査」を実施した。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>(2)医療機器、医薬品等の安全管理の徹底(小項目)</p> <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や服薬指導の徹底等、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、平成31(2019)年9月に施行される改正放射線障害防止法(昭和32年法律第167号)及び同法関連規則に基づき、当センターの放射線障害予防規程を改定し、この規程の遵守と教育訓練の充実化により職員の意識向上を図り適切な放射線管理を実施する。</p> <p>さらに、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)室において新しい医療機器管理システムによる中央管理の合理化を行い、保守点検を適切に実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 当センターの放射線障害予防規程を改定し、放射線業務従事者及び一時立ち入り者を対象に教育訓練を8回開催し、併せて防護訓練も実施した。 医薬品の安全使用のための研修会を2回開催した。うち1回は新型コロナウイルス感染症の影響により資料配布とした。 医療機器(輸液・輸注ポンプ)の安全使用のための研修会を8回開催した。 医療機器に係る研修に参加し、医療支援業務の向上、医療機器の運用の効率的な実施に努めた。 ME(メディカルエンジニア)室において医療機器の中央一括管理を行い、機器のより詳細なデータを収集することで、データの信頼を高めた。また、医療機器の安全性を維持するため保守点検を実施するとともに、医療関係職種等と緊密な連携を行うことで、安全の確保に努めた。
<p>(3)法令・社会規範の遵守及び適切な情報管理(小項目)</p> <p>ア 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。</p> <p>イ 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>ウ 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>ア 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。</p> <p>イ 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)を遵守し、情報公開及び個人情報に関する各種請求に対して、適正かつ迅速な手続を行う。</p> <p>ウ 栃木県個人情報保護条例に基づき個人情報の適正管理に努めるとともに、職員に対して個人情報保護に係る研修を行う。</p> <p>また、職員の電子機器へのアクセス権限を必要最小限とし、適切に運用、管理を行う。</p>	<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、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、栃木県個人情報保護条例に基づく開示請求等に対し、適切に対応した。(栃木県情報公開条例に基づく開示請求1件、栃木県個人情報保護条例に基づく開示請求7件、記録等開示申立47件) 新規採用職員を対象に個人情報の保護や情報セキュリティに係る研修を実施した。(50名参加) 個人情報の漏えい防止や情報セキュリティ対策の徹底を図るため、全職員を対象に情報セキュリティ研修を実施した。(35名参加) 退職者の登録情報を削除するとともに、職種ごとにアクセス権限を再確認した。

平成30(2018)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>

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、「医療安全管理研修(全職員対象)受講率」など、全ての指標が目標を達成した。 ・ 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、リスクマネジメント部会において、インシデントや事故報告の原因分析や事故防止の具体策などについて調査や検討を行った。また、「医療機器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、医療機器や医薬品の安全使用のための研修会を開催したなど、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	
------------	--	-------------	--

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	R元(2019)年度 目標値	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	カルテ監査実施回数	年2回	年2回	100%		iv
2	専門看護相談件数(件)	1,080	1,045	97%		iii
3	セカンドオピニオン件数(件)	200	107	54%	230	i
4	院内クリティカルパス適用症例率(%)	52.0	51.7	99%		iii
5	口腔ケア実施件数(件)	540	478	89%		ii
6	医療相談件数(件)	3,100	3,370	109%		iv
7	患者満足度割合(%)	90以上	88	98%	90以上	iii

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値
年2回	年2回	年2回	年2回	
788	991	1,026	1,045	
148	194	153	107	
48.8	50.2	53.5	51.7	
431	571	551	478	
3,301	3,295	3,011	3,370	
82	83	87	88	

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))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 患者及びその家族に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・コンセントを徹底する。 イ 患者が自身の生活のスタイルに応じて手術以外の治療法も選択できるよう、医療相談等を充実する。 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。	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 インフォームド・コンセントの徹底を図るため、カルテ監査による実施状況の検証を行う。 イ 患者が自身の生活スタイルに応じて最適な治療やケアを選択できるよう、各専門分野の認定看護師による看護外来の充実を図り、質の高い看護を提供する。 ウ 臨床検査技師による血液生化学検査、生理学的検査等の説明や、診療放射線技師による画像検査の説明を充実するとともに、対象患者を拡大する。 また、患者が、病理専門医から直接病理診断結果の説明を受けることにより、病気への理解を深め、納得して治療法を選択できるよう、病理外来の充実を図る。	・ インフォームド・コンセントの徹底を図るため、カルテ監査による実施状況の検証を行った。 ・ 認定看護師による看護外来では、年度途中からがん放射線療法看護認定看護師が加わり、面談の同席を実施した。年間の目標件数にはわずかに届かなかったが、認定看護師が協力し治療開始前の不安や迷いを訴える患者・家族に対し、安心して治療に臨めるようにサポートを行った。 ・ 臨床検査技師による検査説明は、東2病棟入院患者を対象に平成28(2016)年度から試行しているが、入院患者からのニーズがなかった。今後は、医師と協議のうえ、検査方法の説明等の実施について検討する。 ・ 診療放射線技師による放射線検査及び放射線治療に関する説明は、入院及び外来患者を対象として、施設装置及びプレパレーション(説明用資料及び機材)を使用して実施した。また、治療前説明については治療パスを使用した対応も開始した。今後は対象者の拡大について検討する。 ・ 病理外来については、病理専門医から直接病理診断結果を患者に説明した。手術検体の肉眼所見や組織所見を実際に見てもらいながら説明することで、患者の病気に対する理解を深めることができた。(10件実施)

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>エ 患者及びその家族の生活の質の向上を図るため、外来診療の充実を図る。具体的には、人員体制に配慮しながら平日朝夕の診療を試行するとともに、セカンドオピニオン外来を平日のみでなく土曜日まで拡大する。</p> <p>オ 現在の手術マネジメントセンターの機能を強化した入退院センターを新たに設置し、入院前の患者への検査、入退院、持参薬管理の説明等、医療サービスの総合的なマネジメントを実施する。</p> <p>カ 院内クリティカルパス(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診療計画表)の適用症例率の向上を図る。</p> <p>キ がんの治療に伴う口腔合併症を予防し、療養生活の質の向上のために術前の口腔ケアを実施する。</p> <p>ク 病棟薬剤師を病棟に配置し、病棟薬剤業務や服薬指導等を充実する。</p>	<p>エ セカンドオピニオン(※)外来については、平日午後の他、土曜日の午前にも診察を行う。 また、平日早朝の放射線治療を行うとともに、平日朝夕におけるCT、MRI等の画像検査の実施について検討する。 さらに、リンパ浮腫ケア対応施設のない県北地域において、看護師による出張ケアを実施する。 ※ 患者が納得のいく治療法を選択することができるよう、治療の進行状況、次の段階の治療選択等について、現在診療を受けている担当医と違う医療機関の医師に「第2の意見」を求めること。</p> <p>オ 入退院センターとして、入院治療に対するマネジメントの充実を図る。 また、入院治療患者の情報収集を入退院センターで行い、円滑な治療への準備や退院後を見据えた治療計画の策定など医療サービスの総合的なマネジメントを実施する。</p> <p>カ 治療・検査に関する新規の院内クリティカルパス(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診療計画表)の作成や、バリエーション評価に基づく作成済みクリティカルパスの見直しを行い、適用症例率の向上を図る。</p> <p>キ がんの治療に伴う口腔合併症予防のため、質の高い口腔ケアが実施できるよう、スタッフの技術向上と機材の充実を図る。</p> <p>ク 全病棟に配置した専任薬剤師により、病棟薬剤業務や服薬指導等を適切に行う。</p>	<p>・ 平日の午後及び土曜日の午前においてセカンドオピニオン外来を実施した。がんゲノム医療に関するセカンドオピニオン外来の土曜日開設を検討したが、自費検査に対するニーズが多いことから、セカンドオピニオン外来ではなく、がん予防・遺伝カウンセリング外来の枠を令和2(2020)年度から土曜日にも拡大し対応することとした。</p> <p>・ 就業支援を目的に平日早朝の放射線治療及び平日夕方(16時以降)マンモグラフィの運用を継続した。(平日早朝放射線治療:487件、平日夕方マンモグラフィ:70件(マンモグラフィは就業支援目的以外を含む。))</p> <p>・ CT、MRI検査の朝夕枠については、継続して検討していくこととした。</p> <p>・ リンパ浮腫ケアについては、院内対応172日、県北地域における院外対応20日で合計192日にわたり、1,139件に対応した。様々な要因から発生するリンパ浮腫に対して、リンパドレナージや圧迫療法の設定と指導、スキンケアをはじめとする日常生活の指導を実施し、患者の満足度と生活の質向上を図ることができた。</p> <p>・ 入退院センターの年間利用者数は3,702件、月平均308件となった。診療科別では、乳腺外科が月平均76件と最も多く、次いで婦人科の58件であった。他の診療科も横ばいもしくは増加の傾向にあった。</p> <p>・ 利用状況では、麻酔科の入院前対応が月平均83件と前年度と比較し2倍以上に増加し、麻酔科医師とセンタースタッフとの連携により、リスク低減につなげることができ、手術中止・変更症例数は6件(休薬未実施0件・高血圧1件・静脈血栓2件・循環器内科精査3件)にとどまった。</p> <p>・ 入院前からの栄養評価がほぼ全例に実施できたことで、入院前や入院直後からの栄養指導等、管理栄養士の介入につなげることができた。</p> <p>・ 入院前の基礎データを確実に聴取できるようになり、病棟と連携し、治療(退院)後も踏まえた対応により、患者の安心と安全を守る活動につなげることができた。</p> <p>・ CVポート留置及び抜去などの処置用パス、薬物治療のクリティカルパスを新規作成するとともに、甲状腺ヨード治療、直腸ストマパスの見直しなどを行った。適用症例率は51.7%と目標をわずかに下回った。</p> <p>・ がん治療のすべてのステージにおいて、歯科医師及び歯科衛生士による専門口腔ケアを実施した。手術前の口腔ケアについては、口腔内チェックや応急的歯科処置、抜歯等を行うとともに、口腔ケアと呼吸訓練を組み合わせることにより術後合併症の予防に取り組んだ。</p> <p>・ 県内の歯科医院を対象にがん周術期口腔機能管理研修を実施した。(受講施設:2施設、受講者:14名)</p> <p>・ 全病棟に専任薬剤師を配置し、全病棟で病棟薬剤業務実施加算1を算定するため、週20時間以上の病棟薬剤業務を実施した。</p> <p>・ 全病棟に専任薬剤師を配置したこと等により服薬指導件数を維持し、特定薬剤治療管理料2の算定を継続することができた。</p>

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ケ がん罹患に対する不安解消を図るため、遺伝的な要因でがんを発症する可能性のある者に対して、がん予防・遺伝カウンセリング及び遺伝子検査を行うとともに、がんの予防や早期発見に必要な情報を提供する。</p>	<p>ケ 第3期がん対策推進基本計画に位置づけられたがんゲノム医療を推進するため、がんゲノム医療連携病院として求められている機能を発揮することができるよう、院内体制の整備を進める。</p> <p>また、遺伝性腫瘍が疑われる患者及び家族に対するがん予防・遺伝カウンセリング外来の受診を促すとともに、コンパニオン診断として保険承認された遺伝性乳がん・卵巣がんに係るBRCA1/2遺伝子検査に加え、平成31(2019)年度に保険承認予定の多遺伝子パネル検査をゲノムセンター外来で実施する。</p> <p>さらに、ゲノムセンターの業務をホームページに公開し、県民への周知を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ がん予防・遺伝カウンセリング外来については、初診94家系164名、再診172家系262名が受診するとともに、発端者59名、血縁者11名の遺伝子検査を実施した。 ・ 27種類の遺伝性腫瘍の原因遺伝子検査の結果が得られる多遺伝子パネル検査は24名に実施した。同じく、自費検査として実施しているBRCA1/2遺伝子検査は8名、シングルサイト検査を3名に実施し、合計35名に対して自費診療で遺伝子検査を実施した。 ・ コンパニオン診断として、BRCAAnalysis診断システム33名、MSI検査61名の検査を実施した。 ・ NCCオンコパネル検査、FoundationOne CDx検査が保険承認され、NCCオンコパネル検査は7月から開始し42名の検査を提出した。FoundationOne CDx検査は3月から開始したが出検はなかった。 ・ 12月にがんゲノム医療連携体制の再編が行われ、当センターは国立がん研究センター中央病院のがんゲノム医療連携病院となった。 ・ ゲノムセンターの業務を紹介するホームページを開設したところ、他病院を受診中の患者及び家族からの直接の問い合わせが多くあったが、ゲノム医療の適否の判断には、これまでに受けてきた治療内容や切除標本の利用可能性等の情報が必須のため、ホームページでの公開を一旦中止した。今後は他院の主治医を介して受診を申し込んでもらう形式に変更する予定で準備していくこととした。
<p>(2) 患者の就労等に関する相談支援体制の充実(小項目)</p> <p>患者の就労をはじめ、介護や福祉制度等、社会的支援に関する情報を提供するため、ハローワーク等関係機関との連携を図るとともに、より一層きめ細かな相談に努めるなど、がん相談支援センターの体制の充実を図る。</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、ハローワーク等関係機関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、がんと診断された患者が、診断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>	<ul style="list-style-type: none"> ・ ハローワーク宇都宮と連携して就職支援相談会を15回、栃木産業保健総合支援センターと連携して実施している両立支援相談会を11回開催した。平成30(2018)年度より実施回数、相談者数ともに増加した。再就職や職場復帰につながるケースも徐々に増えてきており相談会が定着化してきた。 ・ 入退院センターにおいて、仕事に関するアンケートを1,126件実施した(平成30(2018)年度は8月から部分的に開始し183件実施)。平成30(2018)年度アンケート対象者への追跡調査を実施したところ、退職者は3%であった。
<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 外来診察室の増設や患者の動線に配慮した会計窓口の再整備等を行い、外来診療、検査、会計等の待ち時間の短縮を図る。</p> <p>ウ 患者のプライバシーの確保に配慮するなど、患者及びその家族の快適性に配慮した院内環境の整備を計画的に実施する。</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、全職員を対象とする接遇研修を実施し、職員の接遇マナーの向上を図る。</p> <p>イ 患者の動線に配慮した会計窓口の再整備等をタスクフォースで検討し、外来診療、検査、会計等の待ち時間の短縮を図る。</p> <p>ウ 患者及びその家族の快適性に配慮した院内環境の整備に努める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全職員を対象とした接遇研修を2回(第1回29名、第2回28名受講)実施し、研修教材の内容に当センター利用者から寄せられた意見等を取り入れる工夫をした。これまでのセンター全体での受講状況は、432名中345名が受講し、受講率は79.9%となった。 ・ 外来患者の予約状況等に応じて医師事務作業補助員を柔軟に配置し、患者の待ち時間短縮に努めた。 ・ 患者の動線確保に配慮し、頭頸科診察室を一部改修した。 ・ 照明の一部LED化、診察室・検査室へのカーテン設置などにより、患者の快適性やプライバシーの確保を図った。 ・ 患者の快適性・安全性に配慮し、内視鏡室の扉の付け替えを行った。 ・ 患者の声を反映し、アメニティ(トイレ内ゴミ箱)や表示の改善を行った。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>エ 女性フロアの開設等、女性に配慮した病院運営を図る。</p> <p>オ 患者をはじめとする病院利用者の利便性の向上を図るため、病院施設内のサービスの充実を図る。</p>	<p>エ 婦人科、乳腺外科及び形成外科を中心とした女性外来や女性の医療スタッフの充実など、女性に配慮した病院運営を図る。</p> <p>オ 病院利用者の利便性の向上を図るため、病院利用者から寄せられた意見や要望に対する改善策を講じるとともに、意見等に対する回答をセンター内の掲示やホームページにより周知を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 女性外来は診療曜日により混雑が予測されるため、曜日により女性外来スペースのソファの向きの変更や椅子の設置を行った。また、安全に配慮したうえで、パーテーションの位置を変更した。 患者向けの案内やパンフレットの整備等、清潔な待合環境が維持できるよう配慮した。 病院利用者から寄せられた意見や要望については、改善策を講じるとともに、よくある質問Q&Aとしてホームページに回答を掲載した。 患者満足度アンケートの結果、評価項目の当センターを全般的に評価したときの満足度(「とても満足している」と「やや満足している」の合計)について、外来で80%(494名/500名、回答率98.8%)、入院で96%(226名/300名、回答率75.3%)の満足度が得られた。
(4) 県民へのがんに関する情報の提供(小項目)		
<p>県民のがんに対する理解やがん検診の受診を促進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア 市民公開講座等を通じて、がんに関する普及啓発に努めるとともに、ホームページや広報誌、SNS(ソーシャルネットワークワーキングサービス)等を活用し、がんセンターが行う治療方法等について積極的に情報発信する。</p> <p>イ 教育機関等での「がん教育」の取組に協力し、子どもの頃から「がん予防」や「がんを通じた命の大切さ」等の健康教育を促進する。</p>	<p>県民のがんに対する理解やがん検診の受診を促進するため、以下の取組を実施する。</p> <p>ア がんセンター公開Day「メディカルフェスタ」や市民公開講座等を通じて、がんに関する普及啓発に努めるとともに、メディアやSNS(ソーシャルネットワークワーキングサービス)を活用し、当センターが行う治療方法などを積極的に情報発信する。また、「とちぎ隣がん教室」を開催し、隣がん患者及びその家族に対して隣がんの正しい知識の普及を図るとともに、患者同士の交流の機会を確保する。</p> <p>イ 当センターの医師が県内の小学校、中学校を訪問し、喫煙防止教室やがん予防教育講話を実施する。また、栃木県教育委員会が取り組む栃木県がんの教育総合支援事業に協力し、地域の実情を踏まえたがん教育を推進するための活動に寄与する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 市民公開講座及びがんセンター公開Day「メディカルフェスタ」を開催し、がんに関する情報や当センターの診療内容を広く県民に情報発信した。 広報紙「がんセンターだより」の発行のほか、特別号として頭頸科、腫瘍内科、泌尿器科、骨軟部腫瘍・整形外科の紹介号を発行した。 ホームページについて、利用者がより見やすいものとなるよう診療科のページの改修を進めた。 「とちぎ隣がん教室」を開催し、隣がんに関する講演や隣がん患者及び家族間での意見交換を行い、隣がんに対する正しい理解の促進を図った。(4回開催、3月は新型コロナウイルス感染症の影響により中止) 当センターの医師が、県内外の小学校、中学校、高校を訪問し、喫煙防止に関する講演を行った(68回実施)。また、がん予防教育の講話を小学校2校と中学校1校で行った。 栃木県教育委員会が取り組んでいる文部科学省委託事業の「栃木県がんの教育総合支援事業」に協力し、栃木県がんの教育連絡協議会の委員に医師が参画した。また、がんの専門医としてモデル校となった中学校2校において新学習指導要領を見据えた講話を行うとともに、栃木県がん教育実践事例集の作成に協力した。
(5) ボランティア等民間団体との協働(小項目)		
<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「がん患者サロン」の利用促進を図る。</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>	<ul style="list-style-type: none"> 「患者サロン」では、講話(ミニレクチャー)及びウィッグ・補整下着等の展示・相談会等を毎月定例で開催し、場の提供に努めた。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 図書ボランティア、外来ボランティア及び緩和ケア病棟ボランティアと連携、協働し、図書の整理・貸出し、院内の案内、ディルールの整理整頓など療養環境の向上を図るための取組を行った。 ・ 毎週水曜日の午後、こやま文庫内に「こやまカフェ」をオープンし、全45回延べ71名の利用があった。当センターの受診患者以外の患者も利用するなど、地域の中でも活動が浸透してきている。 ・ ボランティア歌の会を患者サロンにおいて6回実施した。主に入院患者と家族を対象に、童謡や唱歌を電子ピアノの伴奏で1時間程度、参加者全員で声を合わせて歌った。

平成30(2018)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
・ セカンドオピニオン件数は、目標を大きく下回っているため、次年度は、件数増加に向けた一層の取組を期待したい。	・ 平日の午後及び土曜日の午前においてセカンドオピニオン外来を実施した。がんゲノム医療に関するセカンドオピニオン外来の土曜日開設を検討したが、自費検査に対するニーズが多いことから、セカンドオピニオン外来ではなく、がん予防・遺伝カウンセリング外来の枠を令和2(2020)年度から土曜日にも拡大し対応することとした。【再掲、(1)ーエ】

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、「カルテ監査実施回数」及び「医療相談件数」が目標を達成したが、「セカンドオピニオン件数」など他の指標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、「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、就業支援を目的に平日早朝の放射線治療及び平日夕方のマンモグラフィの運用を継続したほか、がんゲノム医療では、NCCオンコパネル検査等が保険承認され検査を開始した。また、「患者の就労等に関する相談支援体制の充実」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。さらに、「患者及びその家族の利便性・快適性の向上」では、照明の一部LED化、診察室・検査室へのカーテン設置などにより、患者の快適性やプライバシーの確保を図ったなど、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	R元(2019)年度目標値	R元(2019)年度実績値	R元(2019)年度達成率	R2(2020)年度目標値※	指標の達成状況
1	医師数(人)	58	57	98%		iii
2	認定看護師数(人)	13	13	100%		iv
3	職員満足度割合(%)	85以上	78	92%	90以上	iii
4	医療倫理研修実施回数	年1回	年1回	100%		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

H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値(再掲)	R2(2020)年度実績値
55	55	56	57	
14	13	12	13	
66	77	80	78	
年2回	年1回	年1回	年1回	

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)医療従事者の確保と育成(小項目)		
ア 医師の確保と資質向上 ・ 全国のがん専門病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 ・ 専門医資格取得のための研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保に努める。	ア 医師の確保と資質向上 ・ 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。 ・ 専門医資格取得の要件を満たした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、育成に努める。 ・ 頭頸科、泌尿器科、緩和ケア科等に関しては、大学の医局や基幹病院等を訪問して常勤医の派遣などに向けて関係強化を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全国のがん診療連携拠点病院、医学部を有する大学等に「診療案内」、「がんセンターだより」などを送付し、各関係機関との連携強化に努めるとともに、複数の関係雑誌に広告を掲載した。 ・ 県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師派遣について要請活動を行った結果、2月に頭頸科の常勤医師1名を採用し、令和2(2020)年4月からは、多くの診療科で常勤医師の採用が予定されている。(令和2(2020)年4月採用者:医師14名) ・ 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。(日本内視鏡外科学会技術認定医4名在籍、日本肝胆膵外科学会高度技能専門医2名在籍、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医4名在籍)
イ 看護師の確保と資質向上 ・ 養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努める。 ・ 県内トップレベルのがん医療を提供できるよう、認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、新規採用者集合研修や各クリニカルラダーレベルに合わせた実効性のある研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。	イ 看護師の確保と資質向上 ・ 養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努める。 ・ 県内トップレベルのがん医療を提供できるよう、認定看護師、専門看護師等の資格取得や家族性腫瘍コーディネーター、リンパ浮腫療法士等の育成に努める。 ・ 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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師確保事業として、看護師養成校の訪問や衛生福祉大学校就職ガイダンスへの参加、病院見学会の開催、インターンシップを実施した。令和2(2020)年4月採用者13名のうち10名が、病院見学会、インターンシップのいずれかの参加者だった。 ・ 衛生福祉大学校の臨地実習における丁寧な指導、講義等により看護師養成機関との連携強化を図った。令和2(2020)年4月採用者13名のうち新卒者は11名、そのうち10名は当センターで実習を受け入れた衛生福祉大学校の卒業生であった。 ・ 年度末に実施される就職ガイダンスは、新型コロナウイルス感染症のため中止となった。次年度採用に大きく影響するため、対応策としてホームページに募集案内のほか教育体制の情報などを掲載した。 ・ 看護師の採用については、随時募集を実施し1名を採用した。 ・ 看護部全体の離職率は、平成30(2018)年度は8.9%(定年退職含む)、令和元(2019)年度は7.4%(定年退職含む)で1.5%減少した。 ・ 看護師の資質向上を図るため、研修受講や認定資格の取得・維持のための講習会、学会等の参加を支援した。(がん放射線療法看護認定看護師取得1名、感染看護分野認定看護師教育課程修了者1名) ・ 看護師長を対象に目標面談のスキルアップを目的として、外部講師による管理者研修を開催した。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))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>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>オ 多様な勤務形態の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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>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"> ・ 見学会の実施等により、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、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"> ・ 医療制度や病院経営に関する、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。 ・ 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、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>オ 多様な勤務形態の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等を確保するため、当センターの見学会の開催や大学の就職説明会などに参加した。(令和2(2020)年4月採用者:薬剤師1名、臨床検査技師3名、管理栄養士1名) ・ 随時募集を行い、薬剤師(正職員)1名、育休代替職員としてがん薬物療法認定薬剤師1名を中途採用した。 ・ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の資質向上を図るため、研修の受講や認定資格の取得・維持のための講習会、学会等の参加を支援した。(がん薬物療法認定薬剤師資格取得1名、医療情報技師資格取得1名、上級医療情報技師資格取得1名、肺がんCT検診認定技師資格取得1名、放射線治療品質管理士資格更新2名、検診マンモグラフィ認定更新1名、認定臨床微生物検査技師資格取得1名、感染制御認定臨床微生物検査技師資格取得1名、緊急臨床検査士資格取得2名、栄養サポートチーム専任管理栄養士資格取得1名) ・ 薬剤部では、新卒薬剤師を対象に専門的な知識を習得するため、「薬剤部人材育成プログラム」を実施した。 ・ 放射線技術科では、放射線治療専門技師(県がん診療拠点病院指定要件)の取得を目的とする教育プログラムを実施した。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 診療情報管理士1名、入院会計担当2名、医師事務作業補助員2名を採用した。うち3名は医療機関経験者であり、診療情報管理業務、会計業務等の質向上を図ることができた。 ・ 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。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 画像診断医師を対象とした在宅勤務制度を導入した。
<p>(2)研修体制の強化(小項目)</p> <p>高度で専門的な医療を提供するため、以下のとおり、研修体制を強化する。</p> <p>ア 職員一人一人が高い目標意識、倫理観及び熱意を持ち、最新の技術によるがん医療を提供できるよう、医療人を育成する体系的な研修を一元的に管理する研修センターを新たに設置する。</p>	<p>高度で専門的な医療を提供するため、以下のとおり、研修体制を強化する。</p> <p>ア 医療人を育成する体系的な研修の一元的な管理を行うため、研修センターの位置づけや事業内容を明確にし、職員に提示する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修センター運営会議は 2か月に1回の定期開催及び臨時運営会議を2回開催した。また、不定期ではあるが、センター長、副センター長、ゼネラルマネジャー、事務担当者が参加する打ち合わせを開催して業務の遂行、拡大を図った。 ・ 研修センターの位置づけや事業内容を明確にするため、研修センター業務マニュアルを作成した。 ・ 当センターの研修プログラムを作成し、研修をカテゴリー化した。プログラムは製本化するとともに、院内ネットワークに掲示し職員への周知を行った。 ・ 過去の研修費の見直しを行い、問題点を洗い出し、院内基準案を作成した。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>イ 研修センターにおいて、新規採用職員を対象とする基本研修や、医療安全研修等の全職員共通のテーマ別研修を実施するとともに、各部門が行う専門性を有する研修の実施を支援する。</p>	<p>イ 研修センターにおいて、新規採用職員を対象とする基本研修、全職員を対象とする接遇研修及びハラスメント研修を実施する。 また、全職員共通のテーマ別研修の実施及び各部門が行う専門性を有する院内外研修の実施及び受講の支援を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新規採用職員を対象とする基本研修、全職員を対象とする接遇研修及びハラスメント防止研修を各2回実施した。 ・ 中途採用者研修会は3回開催し、非常勤職員にも参加を義務付けた。 ・ 業者主催のWebセミナー、院内研修会を積極的に開催し、職員が最新情報を習得し知識の向上を図る機会を提供した。 ・ グランドカンファレンスでは、院外講師による特別公演を6回開催した。また、新たな取り組みとして院内の有資格者の活動報告会を行った。 ・ 院外医療従事者研修会は年間計画どおり4回開催した。 ・ 各種開催した研修ごとに、職種、部署別に参加状況をデータ化し実施評価を行い、研修開催部署にフィードバックした。
<p>(3)人事管理制度の構築(小項目)</p>		
<p>職員の勤務成績等を考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する、がんセンターに適した人事管理制度を構築する。</p>	<p>職員の勤務成績等を考慮し、職員の人材育成やモチベーションの向上に資する評価制度を検討し、医師の試行に続き、平成31(2019)年度は、その他医療職等の試行を目指す。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の上半期の行動評価の検証と医師の業績評価の項目検討を実施した。また、医師に続き、コメディカル、看護師の人事評価を試行した。
<p>(4)安全で安心な職場環境づくり(小項目)</p>		
<p>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とともに、土曜保育の実施等、院内保育の充実を図るなど、職員が心身ともに健康を維持できるような職場環境づくりに努める。</p>	<p>職員満足度調査の実施等により状況を確認し、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。 また、院内保育所の充実の方策について検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員満足調査を実施した結果、仕事のやりがいの項目で満足度(「満足している」と「まあまあ満足している」の合計)が78%であった。 ・ ハラスメント防止研修はこれまでの累計で308名の職員が受講した。職種別の受講者数(受講率)は、医師:35名(59%)、技師:44名(75%)、看護師:169名(70%)、薬剤師:17名(81%)、事務:43名(77%)となった。 ・ 新型コロナウイルス感染症対策のための小学校等における一斉臨時休校に伴い、通常、長期休校時にのみ行っている院内保育所における学童保育を、急きよ3月2日から実施した。
<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。</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 専門家による講演形式の研修会や院内事例を基にした多職種による倫理検討会を開催する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎年実施している医師との臨床倫理意見交換会には医師32名、その他の職種17名、計39名が参加し、医療倫理の基礎に関するミニレクチャーとACP(Advance Care Planning)やDNAR(Do Not Attempt Resuscitation)についての意見交換を実施した。 ・ 専門家による教育講演会には105名が参加した。組織的に臨床倫理に取り組む意義について学び、当センターにおける事例検討内容を共有して臨床倫理観の向上を図る機会とした。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 医療従事者が、日常の臨床を通じ、臨床倫理に関わる事例について気軽に相談できるよう、院内に医師、看護師等のチームで構成するコンサルテーション(相談支援)体制の構築を図る。	イ 病院臨床倫理委員会を定期開催するとともに、病院臨床倫理委員、医療倫理アドバイザー、リンクスタッフ、現場スタッフ及び事案の関係者によるケースカンファレンスを行う。 また、医療倫理アドバイザー養成研修の受講を継続的に支援し、院内コンサルテーションに対応できる人材育成に取り組む。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 3月の病院臨床倫理委員会は新型コロナウイルス感染症の影響でメンバーを招集せず、メールで事例の共有やこれまでの取り組みについて評価する方式に変更したが、それ以外は予定どおり定期開催した。 ・ 医師との意見交換会や教育講演会などを通して医師へも倫理的取り組みが少しずつ浸透し、現在進行中の事案の相談が急増した。現場スタッフにも倫理的取り組みを知ってもらうよう、診察室やナースステーションでカンファレンスを行ってきたことも効果があった。 ・ 日本臨床倫理学会から臨床倫理に先駆的に取り組んでいる組織、20団体に県内で唯一選抜され、医師2名、看護師1名が上級臨床倫理認定士コースを受講した。上級コースに選抜されたことは、これまでの取り組みが評価されたことであり、今後は地域における倫理的活動のリーダーシップが求められることになる。

平成30(2018)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"> ・ 引き続き医師の確保に積極的に努められたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全国のがん診療連携拠点病院、医学部を有する大学等に「診療案内」、「がんセンターだより」などを送付し、各関係機関との連携強化に努めるとともに、複数の関係雑誌に広告を掲載した。【再掲、(1)ーア】 ・ 県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師派遣について要請活動を行った結果、2月に頭頸科の常勤医師1名を採用し、令和2(2020)年4月からは、多くの診療科で常勤医師の採用が予定されている。(令和2(2020)年4月採用者:医師14名)【再掲、(1)ーア】 ・ 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。(日本内視鏡外科学会技術認定医4名在籍、日本肝胆膵外科学会高度技能専門医2名在籍、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医4名在籍)【再掲、(1)ーア】

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、「認定看護師数」及び「医療倫理研修実施回数」が目標どおりであったが、「医師数」及び「職員満足度割合」が目標値を下回った。 ・ 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、県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師派遣について要請活動を行った結果、2月に頭頸科の常勤医師1名を採用し、令和2(2020)年4月からは、多くの診療科で常勤医師の採用が予定されているほか、画像診断医師を対象とした在宅勤務制度を導入した。また、「研修体制の強化」では、当センターの研修プログラムを作成し、院内ネットワークに掲示し職員への周知を行ったなど、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
-------	--	-------

5 地域連携の推進(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	R元(2019)年度目標値	R元(2019)年度実績値	R元(2019)年度達成率	R2(2020)年度目標値※	指標の達成状況
1	院外への口腔ケア依頼件数(件)	344	306	89%		ii
2	医業連携研修実施回数	年2回	年1回	50%		i
3	受託検査件数(件)	45	123	273%		v
4	退院調整件数(件)	547	1,199	219%		v
5	紹介率(%)	94.5	95.7	101%	95.0	iv
6	逆紹介率(%)	43.3	44.2	102%	40.0	iv

H28(2016)年度実績値	H29(2017)年度実績値	H30(2018)年度実績値	R元(2019)年度実績値(再掲)	R2(2020)年度実績値
39	201	322	306	
年1回	年2回	年1回	年1回	
43	42	44	123	
805	791	593	1,199	
93.5	94.0	94.6	95.7	
38.0	42.8	45.3	44.2	

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1)地域医療機関との連携強化(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、病診・病病連携を強化する。</p> <p>ア 地域の医療機関との的確な役割分担を意識し、あらゆる進行度のがん患者に対応するとともに、他の医療機関では診療が困難な高齢者に対するがん診療(高齢者手術、放射線治療、緩和医療等)を積極的に実施する。</p> <p>イ 地域連携センターを設置し、日常的に積極的な対外活動を実践し、地域の医療機関と密な協力体制を構築するなど、地域連携機能を充実させる。具体的には、がん種別の地域連携クリティカルパスを有効に活用できるよう、運用を見直すとともに、地域医療連携ネットワークシステムを積極的に活用し、連携医療機関と「顔が見える」関係を構築する。</p> <p>ウ 手術、放射線治療、化学療法等、あらゆる診療段階における医科歯科連携を推進する。</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、病診・病病連携を強化する。</p> <p>ア 他の医療機関では治療が困難な症例については、県内外から紹介患者を受け入れるとともに、治療後の診療に関して医療機関と連携診療を行う。 また、遠方の患者は、近隣施設と連携を図りながら、切れ目のない医療を受けられるよう配慮する。</p> <p>イ 職員による地域医療機関の訪問により、当センターに対するニーズを把握しながら、地域の医療機関との協力体制を構築する。 また、当センターへの紹介患者の情報について、地域医療連携ネットワークシステムを活用して地域の医療機関との共有化を図る。</p> <p>ウ 口腔がんなど歯科診療所における治療が困難な症例を当センターで受け入れるとともに、当センターでがん治療を行っている患者の歯科診療については、歯科医に逆紹介し、医科歯科連携を推進する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携センターが対応している他病院からの患者の受け入れ依頼については、全例受け入れを原則として対応した。受け入れを断った患者もあったが、新規紹介を休止している診療科への受診、全身管理が必要等の理由により総合病院を受診した方が患者に有益と判断された場合及び診療科がなく当院で対応できない場合であった。 ・ 他病院からの当日受診や体調不良の緊急対応受け入れなどについても、臨機応変に対応した。 ・ 遠方より来院している患者だけでなく、自宅近隣の医療機関への希望がある場合には、転医や外来受診予約などの調整を行った。 ・ 呼吸器内科医と渉外業務専門員による地域の医療機関への訪問を継続して実施し、呼吸器内科の紹介患者数(初診・初再診を含む)は、平成30(2018)年度と比較し約2%増加した。また、9月からは大腸骨盤外科でも訪問を開始した。 ・ とちまるネット(地域医療連携ネットワークシステム)の登録は、初診患者を対象に行い、登録患者数は102件となった。 ・ とちまるネットの利用促進のため、勉強会を実施し、医師7名が新たに登録となった。 ・ 地域歯科診療所において治療が困難な口腔がんや口腔外科処置が必要な患者を当センターで受け入れた。 ・ 当センターでがん治療を行っている患者の歯科診療については、地域歯科診療所に逆紹介し、医科歯科連携を推進した。 ・ がん治療に伴う口腔合併症の予防を目的とした、がん周術期口腔機能管理研修を継続し、医科歯科連携を強化した。

中期計画(H28(2016)～R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>エ 外来化学療法及び在宅緩和医療の推進を図るために、がん疾患に特有な薬剤情報を調剤薬局と共有するなど、医薬連携を推進する。</p> <p>オ 近隣の医療機関からの受託検査(CT、MRI、超音波検査、内視鏡等)を積極的に受け入れる。</p>	<p>エ 栃木県がん診療連携協議会の下部組織である地域連携・研修部会において、医薬連携について協議、検討を行う。 また、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。</p> <p>オ 受託検査対象を拡大し、各診療科に合った内容の案内を作成して医療機関に送付する。 また、受付から検査、検査結果レポート送付までの一連の業務を迅速に行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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1回開催した。2月に開催予定だった2回目の研修会については、新型コロナウイルス感染症の影響により中止となった。 ・ 外来化学療法トレーシングレポート活用プロトコールに基づく経口抗がん薬治療管理(経口抗がん薬治療を受けている患者に対して、保険薬局が電話で服薬状況や症状を聞き取る事業)について、門前の保険薬局3件で実施していたが、4月から県内全ての薬局を対象に実施した。 ・ 県薬務課からの業務委託(単年度事業)で、薬業連携として、保険薬局薬剤師12名を3日間受け入れ、病院薬剤部実地研修を実施した。また、がんセンターから保険薬局研修に薬剤師3名を派遣した。 ・ 新たに大腸CT検査(CTC)の受託を開始した。 ・ 予約取得時間を短縮し、迅速に対応できるように受託検査の運用等を見直した結果、受託件数が増加した。 ・ ホームページには最新情報を掲載するとともに、パンフレットを作成し、郡市医師会向け出張講座、情報交換会などの機会を活用し、医療機関に配布した。
(2) 患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化(小項目)		
<p>患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、ケアマネジャーや訪問看護師等、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け入れ等、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、ケアマネジャーや訪問看護師など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。 また、薬剤師のカンファレンス参加、保険薬局との連携強化にも取り組み、医薬連携の充実を図る。 さらに、在宅療養中の患者は、状況の変化に応じて在宅療養を支援するとともに、緊急時の受け入れについても迅速に対応する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療課題がある患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、退院前カンファレンスを積極的に開催し、地域関係者だけでなく、院内関係者とも情報を共有し、退院してからも療養を継続できるよう調整した。 ・ 在宅療養中の患者の緊急時の受け入れなど、迅速に対応した。 ・ 保険薬局との連携については、保険薬局の薬剤師、病院薬剤師を対象に研修会を1回開催した。2回目は新型コロナウイルス感染症の影響で中止となった。
(3) 在宅緩和ケアの推進(小項目)		
<p>がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮らすことができるよう、以下のとおり、在宅における緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域連携カンファレンスの実施、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との連携強化、訪問診療の検討を行うなど、地域と連携して在宅緩和ケアを推進する。</p> <p>イ 在宅緩和ケアの地域連携クリティカルパスを整備するとともに、地域医療連携ネットワークシステムや医介連携ネットワークシステムを活用し、県内の緩和ケアの模範となるように地域と密着した在宅緩和ケアを推進する。</p>	<p>がんになっても住み慣れた地域で医療サービスを受け、安心して暮らすことができるよう、以下のとおり、在宅における緩和ケアを推進する。</p> <p>ア 地域全体の緩和ケアの質の向上を図るため、地域の医療機関と連携して地域連携カンファレンスを実施する。 また、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との連携を強化する。</p> <p>イ 地域医療連携ネットワークシステムや医介連携ネットワークシステムを活用し、県内の緩和ケアの模範となるように地域と密着した在宅緩和ケアを推進する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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協働で8回開催した。3月は新型コロナウイルス感染症の影響で中止となったが、緩和ケアに関する講演会、症例検討会、地域医療体制の検討会などを行い、緩和ケアの質の向上を図った。 ・ 退院調整のための合同カンファレンスに看護師が参加し、訪問看護ステーション看護師やケアマネジャーなどと在宅緩和ケアにつなげる情報を共有した。 ・ とちまるネット等、ネットワークシステムの活用による地域と密着した在宅緩和ケアの推進については、体制構築等の具体的な成果はなかったが、当センター医師によるとちまるネットの利用促進を図るため、勉強会を実施し、医師7名を新たに登録した。

平成30(2018)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"> 地域連携の強化及び在宅緩和ケアの推進に向けて一層の取組を期待したい。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域連携センターが対応している他病院からの患者の受け入れ依頼については、全例受け入れを原則として対応した。受け入れを断った患者もあったが、新規紹介を休止している診療科への受診、全身管理が必要等の理由により総合病院を受診した方が患者に有益と判断された場合及び診療科がなく当院で対応できない場合であった。【再掲、(1)ーア】 他病院からの当日受診や体調不良の緊急対応受け入れなどについても、臨機応変に対応した。【再掲、(1)ーア】 遠方より来院している患者だけでなく、自宅近隣の医療機関への希望がある場合には、転医や外来受診予約などの調整を行った。【再掲、(1)ーア】 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協働で8回開催した。3月は新型コロナウイルス感染症の影響で中止となったが、緩和ケアに関する講演会、症例検討会、地域医療体制の検討会などを行い、緩和ケアの質の向上を図った。【再掲、(3)ーア】 退院調整のための合同カンファレンスに看護師が参加し、訪問看護ステーション看護師やケアマネジャーなどと在宅緩和ケアにつなげる情報を共有した。【再掲、(3)ーア】

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」、「退院調整件数」など多くの指標が目標値を上回った一方、「医薬連携研修実施回数」は、2月に開催予定だった2回目の研修会が、新型コロナウイルス感染症の影響により中止となったことから目標値を下回った。 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、地域連携センターが対応している他病院からの患者の受け入れ依頼について、全例受け入れを原則として対応したほか、医薬連携では、外来化学療法トレーシングレポート活用プロトコルに基づく経口抗がん薬治療管理について、4月から県内全ての薬局を対象に実施した。また、「在宅緩和ケアの推進」では、退院調整のための合同カンファレンスに看護師が参加し、訪問看護ステーション看護師やケアマネジャーなどと在宅緩和ケアにつなげる情報を共有したなど、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

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

No	指標名	R元(2019)年度 目標値	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	地域の医療従事者向け研修実施回数	年15回	年16回	107%		iv
2	郡市医師会向け出張講座実施回数	年10回	年10回	100%		iv

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値
年20回	年22回	年14回	年16回	
年14回	年13回	年11回	年10回	

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 地域のがん医療の向上・均てん化のための支援(小項目)		
<p>地域のがん医療の向上・均てん化を推進するため、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、県内のがん診療に係る情報の共有化や診療の質の向上につながる取組を推進する。</p> <p>イ 緩和ケア研修やがん専門看護師の実習受入れ等、地域医療機関向けの研修会を実施し、がん医療に携わる医療従事者の育成に対して積極的に支援する。</p> <p>ウ 放射線治療専門医が常勤していない放射線治療施設に対して、放射線治療品質保証室による技術的な支援を行う。</p>	<p>地域のがん医療の向上・均てん化を推進するため、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及び各部会を開催するとともに、地域の医療従事者向けの研修会等を実施する。</p> <p>イ 郡市医師会向け出張講座、医療従事者の実習受入れ等、地域医療機関向けの研修会を実施し、地域のがん医療に携わる医療従事者の育成に対して積極的に支援する。</p> <p>ウ 県内における放射線治療技術の均てん化を支援するため、県内の診療放射線技師及び医学物理士を対象としたセミナーを開催するとともに、県内の放射線治療施設を訪問して線量測定技術指導を行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 新たにPDCAサイクル部会と栃木県がん・生殖医療ネットワークを設立し、都道府県がん診療連携拠点病院の役割(指定要件)として県内の診療の質の均てん化や地域連携体制の強化に取り組んだ。 新型コロナウイルス感染症の影響で、2月後半の医薬連携研修会と相談支援部会、PDCAサイクル担当者会議等が中止になったが、会議関係はメール等による対応に切り替え、概ね計画どおり実施した。 郡市医師会向け出張講座を10回(新型コロナウイルス感染症の影響で1回が中止)、地域医療機関向けの研修会を16回実施するとともに、医療機関から医療従事者の実習受入れ等を行った。 放射線治療技術の均てん化を支援するため、県内の診療放射線技師及び医学物理士を対象に「PDDとTMRを理解しよう」をテーマにセミナーを開催した。 公益社団法人日本放射線技術学会と共催し、関東甲信越の診療放射線技師を対象に、放射線治療セミナー基礎コース及びスキルアップコースを実施した。
(2) がん対策事業への貢献(小項目)		
<p>がん登録等の情報の整理、分析等を行うとともに、県のがんに関する計画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。</p>	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 県内のすべての病院及び指定診療所から届出を受け、全国がん登録情報の審査・整理を行い、全国がん登録(国)に提出し、公表に貢献した。 県が全国がん登録の実務に携わる者を対象として実施した、全国がん登録実務者研修会の開催に協力し、円滑な届出事務が行えるようにした。 市町のがん検診の精度管理を支援する、がん検診精度管理支援事業に引き続き取り組んだ。

平成30(2018)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"> 都道府県がん診療連携拠点病院として、地域のがん医療の向上・均てん化を推進するため、地域の医療従事者に対する研修の充実に努められたい。 	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス感染症の影響で、2月後半の医薬連携研修会と相談支援部会、PDCAサイクル担当者会議等が中止になったが、会議関係はメール等による対応に切り替え、概ね計画どおり実施した。【再掲、(1)ーア】 郡市医師会向け出張講座を10回(新型コロナウイルス感染症の影響で1回が中止)、地域医療機関向けの研修会を16回実施するとともに、医療機関から医療従事者の実習受入れ等を行った。【再掲、(1)ーイ】 放射線治療技術の均てん化を支援するため、県内の診療放射線技師及び医学物理士を対象に「PDDとTMRを理解しよう」をテーマにセミナーを開催した。【再掲、(1)ーウ】 公益社団法人日本放射線技術学会と共催し、関東甲信越の診療放射線技師を対象に、放射線治療セミナー基礎コース及びスキルアップコースを実施した。【再掲、(1)ーウ】

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、「地域の医療従事者向け研修実施回数」、「郡市医師会向け出張講座実施回数」ともに目標を達成した。 年度計画の業務実績に関しては、「地域のがん医療の向上・均てん化のための支援」では、新たにPDCAサイクル部会と栃木県がん・生殖医療ネットワークを設立し、都道府県がん診療連携拠点病院の役割として県内の診療の質の均てん化や地域連携体制の強化に取り組んだほか、郡市医師会向け出張講座、地域医療機関向けの研修会を実施した。また、「がん対策事業への貢献」では、県内のすべての病院及び指定診療所から届出のあった全国がん登録情報の審査・整理を行ったなど、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	
-----------	--	-----------	--

7 災害等への対応(中項目)

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、救急医療体制の整備のための医薬品の備蓄や被災地の支援等、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>また、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。</p>	<p>災害の発生や公衆衛生上重大な危機が生じた場合などにおいては、救急医療体制の整備のための医薬品の備蓄や被災地の支援等、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>また、災害発生時に適切な対応ができるよう、職員に災害時対応業務の周知徹底を図るとともに、定期的に防災訓練等を実施し、防災教育の徹底に努める。</p> <p>さらに、災害時において、事業の継続、早期復旧に向けて対応するために、BCP(事業継続計画)を策定する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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を行い、防災に対する意識を高めた。 医療機関として火災等発生時の患者の人命救助を確実にを行うため、病棟で火災が発生したことを想定して、消火から避難までの総合訓練及び病棟における消防訓練を実施するとともに、大地震を想定した防災訓練を実施した。 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。 BCP(事業継続計画)については、最終策定までに至らなかった。

平成30(2018)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	評価	評価理由
A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 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たなど、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

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(H28(2016)~R2(2020))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、経営戦略部門を設置し、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の所在を明確化し、実効性のある組織体制を構築するとともに、会議・連絡会等を見直し、効率的な体制を構築する。</p>	<p>安定的な経営基盤を確立するため、新たに監査室を設置し、ガバナンスを強化するとともに、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、業務プロセスや想定されるリスクを可視化した業務フローを活用し、各部署の権限や責任の所在を明確化し、効率的な組織運営体制を構築する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、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。 医療環境の変化に伴って発生する病院運営上の課題については、タスクフォースやワーキンググループを設置し、対応策を検討した。決定事項については、速やかに院内へ周知して実施した。 監査室を新たに設置し、医療職の職員を配置したことにより、これまで事務分野が中心だった業務フローについて、医療分野においても作成が進んだ。 内部統制に関する研修会を開催し、当センターの内部統制のしくみ、公益通報の制度などについて職員に周知した。

平成30(2018)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	評価	評価理由
A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 医療環境の変化に伴って発生する病院運営上の課題については、タスクフォースやワーキンググループを設置し、対応策を検討したほか、監査室を新たに設置し、医療職の職員を配置したことにより、医療分野における業務フローの作成が進んだなど、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 経営参画意識の向上(中項目)

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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。	<ul style="list-style-type: none"> 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、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。 「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。(業務改善提案件数15件、うち4件採用) 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。 新規採用職員を対象に、新人同士の交流を深めることと、中途採用者が多いことから他の病院の良い文化を取り入れることを目的に新人ワールドカフェを開催した。 収益を増やし支出を減らすために、職員一人一人が実践すべきことを分かりやすくまとめた「病院経営のためにできること」を作成し全職員に周知した。

平成30(2018)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"> 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原則毎月開催したほか、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がったなど、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	
-------	--	-------	--

3 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	R元(2019) 年度 目標値	R元(2019) 年度 実績値	R元(2019) 年度 達成率	R2(2020) 年度 目標値※	指標の達成 状況
1	病床利用率(%)	65.1	56.7	87%		ii
2	新入院患者数(人)	4,540	4,276	94%		iii
3	新外来患者数(人)	7,053	6,814	97%		iii
4	1日当たり入院患者数(人)	177.0	153.4	87%		ii
5	1日当たり外来患者数(人)	494.0	484.2	98%		iii
6	診療材料費対医業収益比率(%)	7.6	7.9	96%		iii
7	ジェネリック医薬品採用比率(%)	82.5	82.7	100%		iv
8	委託料対医業収益比率(%)	12.6	12.8	98%		iii
9	減価償却費対医業収益比率(%)	11.6	12.5	92%		iii

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016) 年度 実績値	H29(2017) 年度 実績値	H30(2018) 年度 実績値	R元(2019) 年度 実績値(再掲)	R2(2020) 年度 実績値
66.8	60.9	57.0	56.7	
4,412	4,093	3,984	4,276	
6,261	6,773	6,958	6,814	
182.2	165.9	154.8	153.4	
461.0	471.2	486.7	484.2	
8.0	7.6	8.1	7.9	
78.4	82.4	79.6	82.7	
12.4	12.7	12.9	12.8	
17.2	17.2	13.5	12.5	

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))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 より多く患者を紹介してもらえよう、地域医療機関への積極的な訪問や情報交換会の開催等を通じ、病診・病病連携の強化に努める。 イ ホームページやメディア等を通じ、がんセンターの特長を周知するとともに、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。	収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。 ア 情報交換会や郡市医師会向け出張講座を開催し、医師間の交流を図るとともに、渉外業務専門員と診療科医師が地域医療機関へ積極的に訪問することで連携医療機関との病診・病病連携を強化し、紹介患者数の増加を目指す。 なお、情報交換会や出張講座には、当センター医師の参加を促し、当センターの医師並びに専門的な医療をPRする機会とする。 イ ホームページやメディア等を通じ、がんセンターの特長を周知するとともに、地域のイベントでのPR活動、「がんセンター出前講座」の実施等、積極的な情報発信、広報活動を行う。	・ 呼吸器内科に加え、9月からは大腸骨盤外科でも医師、渉外業務専門員が地域医療機関への訪問を開始した。 ・ 医療連携情報交換会は2回開催予定であったが、新型コロナウイルス感染症の影響から1回の開催となった。参加者は院外32名、院内28名の合計60名で、参加施設数は25施設となった。 ・ 郡市医師会向け出張講座は10回(新型コロナウイルス感染症の影響で1回が中止)開催した。郡市医師会の意向を確認し、内容の決定、講師の選定を行った。 ・ 広報紙「がんセンターだより」やホームページ、メディア等により、当センターの診療内容や施設・組織の概要などを周知した。 ・ 「がんセンター出前講座」は6回開催し、思春期の禁煙教育に取り組む学校や地域の学童支援員等の資質向上を目指す市のこども福祉課など、多様な対象から申し込みがあり、目的に応じた講座を実施するとともに、あらゆる世代の県民や地域との交流を図った。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>ウ 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>エ 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、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>オ 入院時の丁寧な説明等により未収金の発生防止に努めるとともに、発生した未収金については回収の徹底を図る。</p>	<p>ウ 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、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>エ 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、適正な水準の料金(セカンドオピニオン外来、特別室等の料金)の設定について検討する。 さらに、施設基準の届出が新たにできるよう、体制の整備に努める。(検体検査管理加算(Ⅳ)等)</p> <p>オ 入院時における限度額適用認定証の説明等により未収金の発生防止に努める。 また、発生した未収金については、早急な督促、催告及び臨戸訪問を実施するとともに、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>	<ul style="list-style-type: none"> 入院病棟に関しては看護部や医事課の病床運営担当等が病床運営状況を見て、入院病棟を決定した。 緊急入院の患者の受入れについて、該当診療科の病棟における対応が困難なときは、他病棟の空床を利用し、病床利用率の向上を図った。 初回の化学療法について、患者の安全に配慮し、外来ではなく入院で対応した。 入院での化学療法について、ワーキンググループを設置し、対象とするレジメンの検討を行った。 他の医療機関で診療情報管理業務の経験を有する診療情報管理士1名を採用し、若手診療情報管理士の育成に努めた。また、診療情報管理業務の経験を有する事務職員1名を中途採用し、施設基準の順守に努めた。 セカンドオピニオン外来等の自由診療、個室使用料、診療情報の開示に係る手数料について、10月からの消費税改正に伴う増税分を料金に転嫁した。 臨床検査を専ら担当する常勤医師を配置し、検体検査管理加算の区分Ⅳ(従前は区分Ⅱ)の適用が受けられるよう施設基準の届け出を行った。 職員からの業務改善提案を採用し、X線シミュレーター装置を用いた二次元的治療計画から、CT装置を用いた三次元的治療計画への切り替えを12月から実施した。CT装置を用いることで、線量分布図の作成が可能になり、放射線管理料と放射線治療専任加算を算定することができ、約30万円(12月~3月の実績)の増収につながった。 国民健康保険短期保険証を有する患者を中心に、入院時における限度額適用認定証の説明を重点的に行い、未収金の発生防止に努めた。(平成30(2018)年度未収金発生額:21,114千円、令和元(2019)年度未収金発生額:20,107千円) 発生した未収金は、適宜、督促を実施した。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たことにより、長期にわたり回収ができなかった未収金の一部を回収することができた。
(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。</p> <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。</p> <p>イ 適正な在庫管理の徹底、入札方法の検討、ジェネリック医薬品の積極的な導入等、医薬品や診療材料の調達コストを削減する。</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 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 適正な在庫管理により過剰在庫を抑制し、関係する部署との連携やベンチマークシステムの活用、他病院との情報交換を通じて、医薬品や診療材料の適正価格での納入を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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。 在庫管理について、医薬品では棚卸しを頻繁に行い、棚卸し差異の要因を分析することにより、棚卸し差額が減少するように努めた。 医薬品の価格交渉においては従来とは異なる手法(病院側の希望価格を先に提示)で交渉を行い、年間で約19,650千円のコスト削減を達成した。 診療材料の棚卸しの結果を踏まえ、各部署の在庫管理方法を、物品管理委員会や物品ワーキンググループで検討、情報共有したことにより、棚卸差額が平成30(2018)年度と比較し約322千円のマイナスとなった。

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
ウ 委託料、報償費、光熱水費等、費用全般にわたる支出内容の見直しを実施する。	ウ 委託料、光熱水費等、費用全般にわたる支出内容の見直しを実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 消耗品については、リサイクルトナーの導入の他、職員にリサイクル物品の使用を呼びかけ、約5,000千円の削減となった。 ・ 委託料については、院内洗濯業務委託の内容及び契約期間を見直し、入札を行った結果、令和2(2020)年度より年間約7,300千円のコスト削減見込みとなった。 ・ 光熱水費については、毎月の電気使用量、ガス使用量を前年度と対比させて職員へ周知し、節約を呼びかけた。電気料については、使用量の減により、約1,790千円の減となり、都市ガスについては、単価の減により約2,270千円の減となった。
エ 適切なコスト管理等を行うため、診療行為別原価計算を実施する。	エ 経営分析システムを活用し、収支の年度別推移を分析し、診療科及び部門ごとに適切なコスト管理等を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 適切なコスト管理等を行うため、診療行為別原価計算を実施するための経営分析システムの精度向上に努めた。

平成30(2018)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"> ・ 医師の確保等により更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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全国のがん診療連携拠点病院、医学部を有する大学等に「診療案内」、「がんセンターだより」などを送付し、各関係機関との連携強化に努めるとともに、複数の関係雑誌に広告を掲載した。【再掲、1-4-(1)-ア】 ・ 県内・県外の病院や大学等を訪問し、医師派遣について要請活動を行った結果、2月に頭頸科の常勤医師1名を採用し、令和2(2020)年4月からは、多くの診療科で常勤医師の採用が予定されている。(令和2(2020)年4月採用者:医師14名)【再掲、1-4-(1)-ア】 ・ 臨床検査を専ら担当する常勤医師を配置し、検体検査管理加算の区分Ⅳ(従前は区分Ⅱ)の適用が受けられるよう施設基準の届け出を行った。【再掲、(1)-エ】 ・ 職員からの業務改善提案を採用し、X線シミュレーター装置を用いた二次元的治療計画から、CT装置を用いた三次元的治療計画への切り替えを12月から実施した。CT装置を用いることで、線量分布図の作成が可能になり、放射線管理料と放射線治療専任加算を算定することができ、約30万円(12月~3月の実績)の増収につながった。【再掲、(1)-エ】 ・ 在庫管理について、医薬品では棚卸しを頻繁に行い、棚卸し差異の要因を分析することにより、棚卸し差額が減少するように努めた。【再掲、(2)-イ】 ・ 医薬品の価格交渉においては従来とは異なる手法(病院側の希望価格を先に提示)で交渉を行い、年間で約19,650千円のコスト削減を達成した。【再掲、(2)-イ】 ・ 診療材料の棚卸しの結果を踏まえ、各部署の在庫管理方法を、物品管理委員会や物品ワーキンググループで検討、情報共有したことにより、棚卸差額が平成30(2018)年度と比較し約322千円のマイナスとなった。【再掲、(2)-イ】 ・ 消耗品については、リサイクルトナーの導入の他、職員にリサイクル物品の使用を呼びかけ、約5,000千円の削減となった。【再掲、(2)-ウ】 ・ 委託料については、院内洗濯業務委託の内容及び契約期間を見直し、入札を行った結果、令和2(2020)年度より年間約7,300千円のコスト削減見込みとなった。【再掲、(2)-ウ】 ・ 光熱水費については、毎月の電気使用量、ガス使用量を前年度と対比させて職員へ周知し、節約を呼びかけた。電気料については、使用量の減により、約1,790千円の減となり、都市ガスについては、単価の減により約2,270千円の減となった。【再掲、(2)-ウ】

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、「ジェネリック医薬品採用比率」が目標値を上回ったが、「病床利用率」、「診療材料費対医業収益比率」など、多くの指標が目標値を下回った。 ・ 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、紹介患者増を目指して、呼吸器内科だけでなく、9月からは大腸骨盤外科でも医師、渉外業務専門員が地域医療機関への訪問を開始したほか、臨床検査を専ら担当する常勤医師を配置し、検体検査管理加算の区分Ⅳの適用が受けられるよう施設基準の届け出を行った。また、「費用の削減への取組」では、医薬品の価格交渉において従来とは異なる手法で交渉を行い、年間で約19,650千円のコスト削減を達成したほか、委託料については、院内洗濯業務委託の内容及び契約期間を見直し、入札を行った結果、令和2(2020)年度より年間約7,300千円のコスト削減見込みとなったなど、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、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	
------------	--	-------------	--

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	R元(2019)年度 目標値	R元(2019)年度 実績値	R元(2019)年度 達成率	R2(2020)年度 目標値※	指標の達成 状況
1	経常収支比率(%)	100以上	97.0	97%	100以上	iii
2	医業収支比率(%)	80以上	80.5	101%	85以上	iv

(参考)中期目標期間における各事業年度の実績

H28(2016)年度 実績値	H29(2017)年度 実績値	H30(2018)年度 実績値	R元(2019)年度 実績値(再掲)	R2(2020)年度 実績値
101.1	98.9	98.0	97.0	
79.1	77.8	79.4	80.5	

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
県民が求める高度で専門的ながん医療を安定的に提供していくため、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。	月次で収支状況を管理し、経常収支の黒字化を目指す。	<ul style="list-style-type: none"> 経常収支は▲306,414,508円を計上し、経常収支比率は97.0%となった。 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、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。 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分析結果などをもとに、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。

平成30(2018)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"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 経営会議及び経営戦略会議を原則毎月開催し、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。【再掲】 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分析結果などをもとに、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。【再掲】

法人の 自己評価	B	<p>評価理由</p> <ul style="list-style-type: none"> 指標の達成状況に関しては、「医業収支比率」が目標値を上回ったが、「経常収支比率」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、経常収支の黒字化を目指したが、計画をやや下回った。 以上を総合的に勘案した結果、当該項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
-------------	----------	---



知事の 評価		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)

中期計画(H28(2016)~R2(2020))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>病院施設の老朽化の状況や求められる機能を踏まえ、院内にプロジェクトチームを設置して、長期的な視点から、がん専門病院として今後担うべき診療機能にふさわしい施設整備のあり方を検討する。</p> <p>また、医療機器については、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。</p>	<p>策定した将来構想を基に、具体的整備に向けた今後の取組について、県とともに検討していく。</p> <p>また、医療機器について、計画的に更新・整備する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 平成30(2018)年度に県に提出した将来構想を受け、さらに具体的な内容とするため新たなメンバーで構成した「TCCみらいSOZO委員会」を立ち上げ、10月より計4回の委員会を開催した。委員会には県担当者も出席し、県との情報共有を行った。 医療機器については、IVR科にてX線により体内部を透視・撮影・治療する「血管造影装置(IVR-CT装置)」、診療材料・消耗品・ME機器などを一元管理する「物品管理システム」、全身麻酔を行う「全身麻酔システム」、「手術台」、頭頸科手術にて使用する顔面神経を刺激する「筋電計」などを計画的に更新・整備した。(17品目、計419,231,640円)

平成30(2018)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	評価	評価理由
A	評価理由	<ul style="list-style-type: none"> 施設整備のあり方については、平成30(2018)年度に県に提出した将来構想を受け、さらに具体的な内容とするため新たなメンバーで構成した「TCCみらいSOZO委員会」を立ち上げたほか、医療機器について、計画的に更新・整備したなど、当該項目に関しては、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