

業務実績報告書兼中項目別評価書

令和4(2022)年度

(第7期事業年度)

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
1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討（中項目）	38
2 適正な業務の確保（中項目）	39

【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	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			
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	
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。

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に関催する。</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、FoundationOneLiquidCDx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>

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。

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、がんロコモ・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>

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		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	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）

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 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>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>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>
<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>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>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>

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>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>

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		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	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。

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>

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>
<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>

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)		
<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。</p>
(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、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>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>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。</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>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>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。</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>

<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、「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。
<p>知事の 評 価</p>		<p>評 価 理 由等</p>	

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

※ 中期計画指標のみ記載

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値 (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(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ションを通して、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>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>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>

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>

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3) 人事管理制度の構築(小項目)		
職員の人材育成やモチベーションの向上に資するため、新しい人事評価制度の適正運用と継続的な見直しを行い、がんセンターに適した人事管理制度を構築する。	職員の人材育成やモチベーションの向上に資するため、新しい人事評価制度の適正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。	働きやすい職場環境づくりが図られるよう、以下の取組を実施する。	
ア 職員が安全かつ安心して働くことができるよう、ハラスメントの防止やワーク・ライフ・バランスを推進するための研修や意識啓発活動に取り組むなど、職員が心身ともに健康を維持できるよう職場環境づくりに努める。	ア 職員が安全かつ安心して働くことができるよう、ハラスメントの防止やワーク・ライフ・バランスを推進するための研修や意識啓発活動に取り組むなど、職員が心身ともに健康を維持できるよう職場環境づくりに努める。	<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)</p> <p>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)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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>
イ 優れた人材を確保するため、短時間勤務や在宅勤務等、多様な勤務形態の導入を検討する。	イ 優れた人材を確保するため、短時間勤務や在宅勤務等、多様な勤務形態の導入を検討する。	<p>⑥ 在宅で勤務する画像診断医師1名を継続雇用した。</p> <p>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>

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 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。</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>
(5) 医療従事者の臨床倫理観の向上 (小項目)		
<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>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に実施する。 また、院内における医療従事者の倫理観向上のための教育企画等を推進するための人材育成に取り組む。</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>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。</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>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>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。

<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、「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。
<p>知事の 評 価</p>		<p>評 価 理 由等</p>	

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

※ 中期計画指標のみ記載

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値 (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(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に図る。	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。

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 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>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>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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>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薬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。</p>
<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>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。</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) 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ットのし、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		-

<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、「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。
<p>知事の 評 価</p>		<p>評 価 理 由等</p>	

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。

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け入れ等、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け入れ等を行い、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>

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	<p>評価理由</p> <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		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 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
<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"> 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。
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）		
<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	—

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		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	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

※ 中期計画指標のみ記載

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

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値 (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(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。

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>

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%)
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、収支の推移等を分析し、診療科及び部門ごとに適切なコスト管理を行う。	エ 経営分析システムを活用し、収支の年度別推移を分析し、診療科及び部門ごとに適切なコスト管理等を行う。	⑦ 経営分析システム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	—

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、「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。
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	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	—

<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、「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。
<p>知事の 評 価</p>		<p>評 価 理 由等</p>	

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S.O.Z.O委員会（※）などを活用しつつ、長期的な視点から、がん専門の公立病院として担うべき役割に最適な施設整備、病床数の検討及びそれらの柔軟な対応を実施する。 ※ 当センターの再整備を視野に入れ、『みらい創造のために独創的な想像を』自由闊達に議論する場として設置。 	<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		評価理由等	

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		評価理由等	