

業務実績報告書兼中項目別評価書

令和 6 (2024) 年 度

(第 9 期事業年度)

自 令和 6 (2024) 年 4 月 1 日

至 令和 7 (2025) 年 3 月 31 日

地方独立行政法人栃木県立がんセンター

目 次

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表	1
第1 県民に対して提供する医療サービスその他の業務の質の向上に関する事項（大項目）	2
1 質の高い医療の提供（中項目）	2
2 安全で安心な医療の提供（中項目）	8
3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）	12
4 人材の確保と育成（中項目）	17
5 地域連携の推進（中項目）	23
6 地域医療への貢献（中項目）	27
7 災害等への対応（中項目）	30
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）	32
1 業務運営体制の確立（中項目）	32
2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）	34
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）	38
第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）	40
1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討（中項目）	40
2 適正な業務の確保（中項目）	41

【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	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	B	B	B	B	
	5 地域連携の推進	A	A	A	A	
	6 地域医療への貢献	A	A	S	A	
	7 災害等への対応	A	S	A	A	
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項						
	1 業務運営体制の確立	A	A	A	A	
	2 収入の確保及び費用の削減への取組	A	B	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	B	B	
第8 その他業務運営に関する重要事項						
	1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討	A	A	A	A	
	2 適正な業務の確保	A	A	A	B	

(参考) 中期目標期間における各事業年度の全体評価

年度	評価結果
令和3(2021)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。
令和4(2022)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。
令和5(2023)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況であるが、財務内容の改善が望まれる。
令和6(2024)年度	
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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	57	95.0%	60	iii
2	バイオバンク登録件数（件）	9,900	6,260	63.2%		i
3	がんゲノムプロファイリング検査 件数（件）	60	103	171.7%		v
4	リンパ浮腫に対する施術件数 （件）	860	1,010	117.4%		v
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）	266	320	120.3%	270	v
7	リハビリテーション新規依頼件数 （件）	1,035	1,402	135.5%	1,035	v

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値
51	48	55	57	
3,996	8,231	10,399	6,260	
50	60	60	103	
880	896	987	1,010	
216	203	207	216	
365	363	364	320	
1,135	1,055	1,166	1,402	

※ 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。 （経営強化プラン補足版(R6(2024)～R7(2025))の記載内容） ＜機能ごとの病床数＞ 地域医療構想における推計年及び経営強化プランの対象期間の最終年度である令和7（2025）年度における機能ごとの病床数は、急性期病床291床とし、患者がさまざまな病態に応じて必要な医療を受けられるよう、がん専門病院として、高度で専門的な医療を提供する。	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。	

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画 (R3 (2021) ~R7 (2025)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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、手術予定患者の中にステージが高く切除不能となる症例が散見されたことや、比較的大きな手術でも学会の定める「高難度手術」の要件を満たさない手術もあり、年度全体では57件となり、目標の60件をやや下回った。
イ 診療ガイドラインの策定が不十分であるために治療選択に難渋する希少がんに対する理解促進と、適切な医療が提供できるよう多分野、多職種で共同して診療する体制を整備する。 また、バイオバンク（※）を運営し、希少がんに対する研究の基盤づくりに貢献する。 ※ 血液や組織などの試料（検体）とそれに付随する診療情報などを保管し、医学研究に活用する仕組み。	イ ホームページの問い合わせフォーム等を通じて、希少がんの診療方針決定に難渋する院外の患者や医療者からの相談を受け、アドバイスをを行うとともに、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既存の患者会を活用し、希少がんセンターとしての役割を検討する。 また、院内では診療方針を決定するために多職種による希少がんボードカンファレンスを開催するとともに、希少がんに関連する職員研修を定期的に開催する。 さらに、バイオバンク（※）運営においては、全診療科の新規患者に対する同意説明の実施を図るとともに、確保した試料の精度を高めることにより希少がんや難治がんに対するゲノム医療の推進に努める。 ※ 血液や組織などの試料（検体）とそれに付随する診療情報などを保管し、医学研究に活用する仕組み。	② 多職種による希少がんボードカンファレンスを2回実施した。 ③ 第7回希少がん研修会を開催し、がんサバイバーの講演を聴き、闘病や医療に求めること、AYA世代がん患者特有の困難さへの理解が深まった。（外部参加者数 3名、院内参加者数 57名） ④ 希少がん専用の問合せフォームに9件の問合せがあり、適切な対応をすることで当センターの受診につなげることができた。 ⑤ バイオバンク運営においては、初診外来患者の当日同意取得・当日採血の診療科の拡大をしたことで、参加患者数と採血症例数の安定的な確保が可能となった。また、組織標本作成への病理診断医の介入が定着し、質の高い試料提供につながった。さらに、研究ニーズを踏まえて、一部検体の収集数の見直しをする等、業務効率の改善を図った。

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
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。	ウ がんゲノム医療を推進するため、がん遺伝子パネル検査の拡大と二次的所見の遺伝性腫瘍に対する、診療科横断的なサーベイランスや遺伝カウンセリングの体制整備に取り組むとともに、がんゲノム医療連携病院として、第三者機関認証（ISO15189）の継続に向け努める。	⑥ がん予防遺伝カウンセリング外来では、初診48家系68名、再診200家系251名が受診した。（自費検査 28件） ⑦ MSI検査件数は院内総数で2件、MSI-Highは0件であった。 ⑧ BRACAnalysis診断システム検査を180件実施し、BRCA1/2遺伝子の病的変異や意義不明変異が見つかった22件について、遺伝カウンセリング外来受診につなげた。 ⑨ myChoice診断システム検査を7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。 ⑩ がんゲノムプロファイリング検査を103件（内訳：NCCオンコパネル検査2件、FoundationOneCDx検査74件、FoundationOne LiquidCDx検査15件、GenMineTOP12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2名の受診予約を行った。 ⑪ ISO15189定期サーベイランスが承認され、2025年度のISO15189：2022（第4版）移行審査移行審査に向けた準備を進める等、円滑な業務の遂行に努めた。
エ がん治療に伴う副作用等を軽減し、患者のQOLを向上させるための支持療法を提供する。	エ がん治療に伴うリンパ浮腫の重症化等を抑制するため、専任医師の指示の下、専任看護師による複合的治療を実施する。 また、がん治療に伴う気持ちのつらさに対するケアに取り組む。 さらに、薬剤師による外来診察前面談・病棟業務を通じた、薬物療法の事前説明や治療中の継続的な介入により、副作用の予防や早期発見、支持療法の提案に努める。	⑫ リンパ浮腫ケア外来での年間施術件数（複合的治療料算定件数）は1,010件であった。院内や院外からの依頼件数の増加により、目標値を上回った。 ⑬ 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 43件） ⑭ 病棟薬剤業務・薬剤管理指導業務、診察前面談を含む外来服薬指導により副作用の予防や早期発見、支持療法の提案に努めた。（がん患者指導管理料ハ算定件数331件、外来事前面談に係る連携充実加算件数390件、がん薬物療法体制充実加算件数100件、病棟での薬剤管理指導件数2,674件）

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
オ ガン専門病院として患者へのより良い診療を提供できるよう、治験等の臨床研究や新たな標準治療法の確立のための国内外の多施設共同研究に積極的に取り組む。	オ 患者がより良い治療を受けられるよう、治験をはじめとした臨床研究や新たな標準治療法の確立のための多機関共同研究に積極的に取り組む。 また、治験依頼者や研究グループからの要求に対し、被験者保護を前提として柔軟に受け入れる。	⑮ 標準治療法確立のための多施設共同研究の実施に、臨床研究コーディネーターが積極的に取り組んだ。 ⑯ 治験の効率化（治験エコシステム導入）を見据え、治験開始までの時間短縮、費用負担軽減に取り組み、治験依頼者の要求を受け入れた。 ⑰ JCOG（Japan Clinical Oncology Group）（※）による施設監査を受審、評価を受けたことで、臨床研究実施体制が保証された。 ※ 日本臨床腫瘍研究グループ
（2）チーム医療の推進（小項目）		
全職員で継続的にチームSTEPPS（※）に取り組み、多職種が専門性を発揮しながら連携、協働し、患者及びその家族もチームの一員として尊重した医療を提供する。また、患者及びその家族の意向も踏まえた治療方針の検討ができるようカンサーボード（症例検討会）の充実を図る。 ※ 医療の質及び患者安全の向上のためのチームワークシステム。	継続的にチームSTEPPS（※）に取り組み、各職種が専門性を発揮するとともに患者参加による医療安全を促進し、チームとして医療の安全性を高める。 また、患者及びその家族の意向も踏まえた治療方針の検討ができるようカンサーボード（症例検討会）の充実を図る。 ※ 医療の質及び患者安全の向上のためのチームワークシステム。	① 医療安全推進目標にチームSTEPPSを活用し、年間通して各部署で具体的な目標立案、実践に取り組んだ。 ② チームSTEPPS研修初級編3回（受講者数54名）、中級編1回（受講者数27名）、上級編1回（受講者数13名）を実施した。 ③ 全死亡症例チェック体制の中から、今後の医療安全に資するM&M（Mortality and Morbidity）カンファレンス（※1）を2回、CPC（Clinico-Pathological Conference）（※2）を1回実施した。 ※1 合併症・死亡症例検討会 ※2 臨床病理検討会
（3）緩和ケアの推進（小項目）		
緩和ケアセンターが主体となって、緩和ケアに対する意識を共有し協力体制を整え、入院・外来患者及びその家族に継続したサポートを行うなど、がんと診断された時からの緩和ケアを推進する。	緩和ケア外来初診時に緩和ケアセンター看護師が同席し、入院・外来患者及びその家族を継続的に支援する。 また、緩和ケアリンクナース会等の研修会を計画的に実施し、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。	① 緩和ケア科外来初回全患者に専門・認定看護師が同席(306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。さらに、入院時には病棟看護師に情報提供するなど継続看護に努めた。 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52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。

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(4) がん患者リハビリテーションの推進（小項目） 患者の生活の質を維持するために、各診療科や多職種との連携により、多様なリハビリテーション・ニーズに対応する。	生活復帰が早期にできるよう術後合併症予防も含めたリハビリテーションに取り組む。 また、各診療科や多職種との連携により、リハビリテーションが必要な患者に対して確実に介入できるよう努める。 さらに、原疾患やがん治療に伴う運動機能低下に対して、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。	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 312 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、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 55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 792件）また、診療報酬改定に伴い、6月より外来リハビリ実施患者全員にリハビリテーション総合実施計画書を作成し交付を開始した。（6月～3月 作成件数 529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 2 回、患者数 2 名）

令和 5（2023）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

1 質の高い医療の提供（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	- 指標の達成状況に関しては、「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、「高難度手術延べ件数」「バイオバンク登録件数」は目標値を下回った。 - 年度計画の業務実績に関しては、「高度で専門的な医療の推進」では、肝胆膵外科の高難度手術延べ件数はやや目標を下回ったものの、希少がんに関しては、多職種による希少がんボードカンファレンスの実施や希少がんに関する研修会を開催したほか、バイオバンクの運営に関しては、研究ニーズを踏まえた一部検体の収集数の見直しにより、バイオバンク登録件数は目標を下回ったものの、新たに一部診療科における初診外来患者対象の当日同意取得・当日採血のフローについて整備・定着化を図った。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、継続的支援に努めた。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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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（％）	69.0	72.5	105.1%	70.0	iv
2	感染対策研修受講率（％）	95.0	98.6	103.8%		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	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値
63.6	65.6	68.8	72.5	
90.7	91.9	98.7	98.6	

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) 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72.5%と目標値を3.5%上回った。前年度の実績68.8%からは3.7%増加した。 ② GOOD-JOB報告は148件（前年度比＋2件）。GOOD-JOB報告の目標値を設定する部署もあり、リスクマネジメント部会でのGOOD-JOB報告事案共有、GOOD-JOB報告推進月間などの取り組みが成果に繋がった。 ③ インシデント報告における要因別「確認を怠った」の件数は、年間675件（前年度比▲90件）で報告件数に占める割合としては、49.7%（前年度比▲2.9%）と前年度より減少した。 ④ 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、各々が年間12回活動した。 ⑤ リスクマネージャー対象研修を6月に実施し、役割実践の強化を行った。 ⑥ 医療安全に関する研修については、全職員対象研修を2回、その他対象職員に対する研修を18回開催した。（全職員対象研修受講率 第1回：100%、第2回：97%）

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の発生予防及び拡大防止のため、発生状況の把握や感染源及び感染経路に応じた適切な対応を行う。	イ 感染対策委員会が中心となり、院内感染の発生予防及び拡大防止のため、発生状況の把握や感染源及び感染経路に応じた対応を実施する。 また、新興感染症・新感染症発生時のがん治療への影響を低減するために、平時から対策や準備に取り組む。	⑦ 感染対策研修については、全体研修を2回開催した。オンラインで開催し、未受講者に対しては各部門長から受講を促す等、受講率向上を目指した。（受講率 第1回：99.8%、第2回：97.4%、平均：98.6%） ⑧ 院内感染対策については、有症状職員・患者に対して早期対応を実施することで、院内でのクラスター発生がなく経過できた。
ウ チームSTEPPSを活かしたチーム医療を推進することにより、院内に患者安全文化を醸成し、職種や部署を超えたコミュニケーションを推進することで職員にとっても安全な職場の形成を推進する。	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。	⑨ 毎月のRM（リスクマネジメント）部会では、インシデントの共有事案についてチームSTEPPSのツールを活用し、職種間の連携やコミュニケーションなどの具体的な行動について継続的に情報共有を行った。 ⑩ 医療安全担当者が、各部署のカンファレンスに参加し、心理的安全性の思考の定着に努めた。（カンファレンス参加実績：6回） ⑪ チームSTEPPS研修初級編、中級編、上級編を計5回実施した。 ⑫ 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201施設中49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10年連続、「部署内でのチームワーク」については6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。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 医療機器、医薬品等の安全管理の徹底（小項目）		
患者に対して安全な医療を提供するため、放射線治療機器の品質管理の徹底等、医療機器や医薬品をはじめ施設内全般の安全管理を徹底する。	患者に対して安全で安心な放射線治療を提供するため、毎月最終水曜日を放射線治療品質管理日とし、治療機器の精度管理を実施するとともに、その結果を掲示する。 また、医療機器の安全性を維持するため、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とともに、医療機器や医薬品の安全使用のための研修会を定期的に行う。	① 安全で安心な放射線治療を提供するため、毎月最終水曜日を放射線治療品質管理日として治療機器の精度管理を実施した。また、精度管理結果を放射線治療品質保証室の前に毎月掲示した。 ② 医薬品の安全使用のための研修会の開催や新卒新採用看護師に向けての講義、医薬品安全性情報の発信等を行い、院内の医薬品安全使用に努めた。 ③ 新規購入医療機器を安全に使用するために看護部研修を実施し周知を図った。また、医療機器の中央一括管理のシステムを活用し、保守点検の漏れがないようシステムの強化と安全管理に努めた。さらにME3名体制となり、手術室業務など円滑に実施することができた。

令和5（2023）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

法人の 自己評価	A	評価 理由	・ 指標の達成状況に関しては、「全インシデント報告に対するヒヤリハット報告レベル0－1の割合」「感染対策研修受講率」は目標値を上回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「医療安全対策等の推進」では、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、感染対策研修において、新興感染症等発生時の対応等について周知するとともに、有症状職員・患者に対して早期対応を実施することで、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、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、医療機器や医薬品の安全使用のための研修会等を開催した。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評価		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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	専門看護相談件数（件）	1,380	1,405	101.8%		iv
2	院内クリニカルパス適用症例率（%）	54.0	52.3	96.9%		iii
3	医療相談件数（件）	3,600	4,740	131.7%		v
4	患者満足度割合（%）	90以上	86.9	96.6%	90以上	iii

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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

※ 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、公認心理師による面談同席の機会を通し、意思決定を支援する。	① 治療方針決定時などに面談同席し、意思決定支援や精神面での継続的支援を実践し、専門看護相談件数は目標を上回った。また、専門看護師や各認定看護師が領域の活動を通し、患者・家族、職員に対する相談や指導のほか、看護実践を行った。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ ACP（アドバンス・ケア・プランニング）（※）支援チーム（仮称）を設置し、患者と医療従事者との話し合いにより、患者自らが望む医療・ケアを受けられるように支援する。 ※将来の治療・ケアについて患者・家族と医療従事者が、患者自らの意向に基づき予め話し合うプロセス。	イ 患者及びその家族に ACP（アドバンス・ケア・プランニング）（※）の理解を深める活動を継続し、意思決定が困難な場合には、ACP支援チームが支援を行う。 また、院内職員に対してもACPの理解を深める研修会を開催する。 ※ 将来の治療・ケアについて患者・家族と医療従事者が、患者自らの意向に基づき予め話し合うプロセス。	② がん相談支援センターにおいて、ACPパンフレットの配布を5月より開始し、63部の受領があった。また、医師が直接患者にACPのパンフレットを直接手渡しする等、ACPの理解を深める活動を継続して行ったほか、職員を対象にACP啓発のための動画配信を行った。
ウ 検査や処置等に関し、その都度、患者及びその家族に対して、医師をはじめ看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等による分かりやすい説明を徹底する。	ウ 医師をはじめ看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等が、薬剤・検査及び治療等の分かりやすい診療前説明を徹底するとともに、対象患者の拡大を図る。	③ 薬剤師による事前の薬物治療の説明は、外来ではがん患者指導管理・事前面談、入院では病棟薬剤業務・薬剤管理指導業務により実施した。（実績：がん患者指導管理料ハ算定件数331件、外来事前面談に係る連携充実加算件数390件・がん薬物療法体制充実加算件数100件、病棟での薬剤管理指導件数2,674件、病棟薬剤業務実施加算1件数11,133件） ④ 診療放射線技師による検査前説明について、外来初診患者を対象として実施した。（実績：2件） ⑤ 診療放射線技師の参画した放射線治療前説明を実施した。（実績：8件）
エ 院内クリニカルパス（良質な医療を効率的かつ安全、適正に提供するための手段としての標準診療計画）の適用症例率の向上を図る。	エ 治療・検査に関する新規の院内クリニカルパス（※）の作成を行い、適用症例率の向上を図る。 また、運用中クリニカルパスのバリエーション評価を行い、PDCAサイクルによる見直しを行うことで、より適切なクリニカルパス運用に努める。 ※ 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。	⑥ 新たな検査や治療に対する院内クリニカルパスの作成を行った。また、使用中のクリニカルパスを見直し、各疾患に対応した治療を提供できる適切なパスへの改定を行った。 ⑦ 院内クリニカルパス適用症例率の年度累計適用率は52.3%と目標値の54.0%をやや下回った。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 患者の就労等に関する相談支援機能の充実（小項目）		
患者一人一人のライフステージごとに生じる就学、就労、生殖機能などの多様な支援ニーズに対応できるよう、多職種によるチーム支援やハローワーク、他施設との相談支援のネットワークなど関係機関との連携強化等により、相談支援の充実を図る。	国の第4期がん対策推進基本計画及び栃木県がん対策推進計画（4期計画）等を踏まえ、ハローワークや産業保健総合支援センター等との連携体制を強化し、がん患者の就職支援などの充実を図る。 また、がんと診断された時から正しい情報提供や相談支援を受けることができる体制を整備し、早期離職の防止や仕事と治療の両立を支援する。	① ハローワーク宇都宮と連携して就職支援相談会を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：3件、就労相談件数：551件） ② 初回入院患者に対して仕事に関するアンケートを実施し、就職や復職、仕事と治療の両立について悩みや不安を抱える患者の相談支援を行った。 ③ 栃木県地域両立支援推進チームでは、がん専門の医療機関としてだけでなく、都道府県がん診療連携拠点病院として県内全体のがん患者等の就労支援について情報提供等を行い、連携の強化に努めた。
(3) 患者及びその家族の利便性・快適性の向上（小項目）		
ア 患者及びその家族の立場に立った医療サービスを提供するため、研修等を実施し、職員の接遇マナーの向上を図る。	ア 接遇研修を開催するとともに、テーマを決め接遇チェックを行い、職員の接遇マナーの向上を図る。	① 接遇マニュアルを職員全てが容易に確認できるよう、院内の情報共有ツールに掲載し周知に努めた。また、新社会人マナーについて、コロナ禍では開催できなかった集合研修をR6（2024）年4月に実施した。加えて、職員の接遇チェック（自己点検）を行った（280名実施）。
イ 患者満足度調査等により、患者及びその家族のニーズを把握しその改善に取り組むなど、利便性・快適性の向上に努める。 （経営強化プラン補足版(R6(2024)～R7(2025))の記載内容） ＜デジタル化への対応＞ マイナンバーカードの健康保険証利用を促進するとともに、新たなデジタル技術の積極的な活用により、医療の質の向上や医療事務の効率化、患者の利便性向上を図る。	イ 患者満足度調査や「みんなの声」等を通して寄せられる患者及びその家族のニーズを把握のうえ、改善に向けた取組を行うとともに、マイナンバーカードの健康保険証利用の促進等、新たなデジタル技術の積極的な活用により、利便性・快適性の向上に努める。	② 日本医療機能評価機構の調査システムによる患者満足度調査結果は次のとおり。（評価基準「当院を全般的に評価したときの満足度」） ・外来は82.9%で、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（97/97位）」、「診療時間（86/87位）」の項目の評価が低かった。 ・入院は90.9%で、目標値90%を達成した。他の医療機関と比較しても良い傾向にあった。 ③ 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。 ④ 患者導線の改善と保険証確認時間の短縮を図るため、マイナンバーカードリーダーを増設した。（R5（2023）年度：1台、R6（2024）年度：2台） ⑤ R6（2024）年6月にモバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムを入退院窓口を導入し、患者の利便性向上を図った。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(4) 県民へのがんに関する情報の提供（小項目）		
県民のがんに対する理解やがん検診の受診、学校や職域等におけるがん教育を促進するため、県民への情報提供等を通じて、がんに関する知識の普及啓発に努める。	県民のがんに対する理解やがん検診の受診、学校や職域等におけるがん教育を促進するため、県民への情報提供等を通じて、がんに関する知識の普及啓発に努める。	① リモート又は現地において、がん予防・喫煙防止教育を実施した。（小学校12校、中学校1校、高等学校5校） ② がんに関する知識の普及啓発のため、がん教育講話を実施した（高等学校5校）。また、栃木県がん教育推進協議会（栃木県健康教育総合推進事業）の委員として、がん教育等の総合的な推進に向けて積極的に取り組んだ。 ③ リレー・フォー・ライフとちぎに後援施設として参加し、がんに関する講演や展示を通して情報提供を行い、県民のがんに対する知識の普及啓発に努めた。
(5) ボランティア等民間団体との協働（小項目）		
ア 患者会等と連携、協働し、患者やその家族など同じ立場の人が気軽に語り合える交流の場である「患者サロン」の利用を促進することにより、患者及びその家族の仲間づくりを支援する。	ア 患者会等と連携、協働し、がん患者等と同じ立場の人同士の交流の場である「患者サロン」の利用促進を図る。	① 患者サロンについては、新型コロナウイルス感染症の状況を見ながら集合形式（ハイブリット開催を含む）で開催し、参加者の要望に合わせて新たに同じ疾患の方同士の交流会を開催する等、利用促進に取り組んだ結果、参加者数が前年度の実績を上回った。 ② 患者サロン開設10周年を記念して、患者とその家族向けに乳がんに関する講演会及び交流会を開催した。（講演会参加者：39名、交流会参加者13名）
イ ボランティアと連携、協働し、院内の案内や季節ごとの行事の開催等、療養環境の向上を図る。	イ ボランティアと連携、協働し、院内の案内や季節ごとの行事の開催等を通して、療養環境の向上を図る。	③ ボランティア運営委員会等で協議を重ね、感染対策に配慮しながら活動を再開した。また、外来の待合に新たに本棚を設置し、外来患者が利用できる環境を整備し、ボランティア会員が定期的に本の補充や入替を行った。 ④ 医師やボランティア会員の協力で、患者や地域住民が医師や医療関係者と気軽に話せる場である「こやまカフェ」を10月に再開した。

令和5（2023）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	・ 指標の達成状況に関しては、「専門看護相談件数」「医療相談件数」の指標で目標値を上回った一方、「院内クリニカルパス適用症例率」「患者満足度割合」は目標値をやや下回った。 ・ 年度計画の業務実績に関しては、「患者及びその家族への医療サービスの充実」では、治療方針決定時などに面談同席し、意思決定支援や精神面での継続的支援を実践するとともに、ACPパンフレットを配布し、患者にACPの理解を深める活動を継続して行った。また、院内クリニカルパスについては、適用症例率は目標を下回ったものの、使用中のクリニカルパスを見直し、各疾患に対応した治療を提供できる適切なパスへの改定を行い、安全かつ適正な医療の提供に努めた。「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するとともに、初回入院患者に対して仕事に関するアンケートを実施し、就職や復職、仕事と治療の両立について悩みや不安を抱える患者の相談支援を行った。「患者及びその家族の利便性・快適性の向上」では、病院利用者から寄せられた意見や要望について、アメニティ・患者サービス委員会にて共有し、療養環境の向上を図ったほか、マイナンバーカードリーダーの増設やモバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムを入退院窓口に導入し、患者の利便性向上を図ったが、患者満足度調査の結果は目標を下回った。「県民へのがんに関する情報の提供」では、リモートまたは現地において、がん予防・喫煙防止教育を実施する等、がんに関する情報提供及び普及啓発に努めた。 ・ 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたため、「A」評価とした。
知事の 評 価		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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	医師数（人）	65	65	100.0%		iv
2	職員満足度割合（％）	87.5以上	70.1	80.1%	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	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値
61	62	67	65	
69.3	65.8	68.7	70.1	

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) 医療従事者の確保と育成（小項目）		
ア 医師の確保と資質向上 - 全国のがん専門病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 - 専門医資格取得のための研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保に努める。	ア 医師の確保と資質向上 - 県養成医師を積極的に受け入れる。 - 全国のがん専門病院や地域の病院との連携や大学との協力関係の構築により、人的交流を図る。 - 専門医資格取得のための研修病院としての役割を果たすことにより、若手医師の確保に努める。	① 昨年度に引き続き、県養成医師の受け入れを行い、消化器外科各科や病理部門のローテーションを通して、医師の育成に努めた。 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57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22例を術者として実施した。）
イ 看護師の確保と資質向上 - 養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努める。 - 県内トップレベルのがん医療を提供できるよう、認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、新規採用者集合研修や各クリニカルラダーレベルに合わせた実効性のある研修プログラムにより、計画的に研修を実施する。	イ 看護師の確保と資質向上 - 就職ガイダンスはじめ、社会環境に即したPR活動を推進する。 - 学校訪問など、養成機関との連携を強化する。 - 病院見学会を開催するとともに、オンラインによる見学・説明会を随時開催する。 - 経験者の中途採用に積極的に取り組み、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保に取り組み、年間を通して安定した人員配置に努める。 - 専門資格の習得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、キャリア開発ラダーレベルに合わせた研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。	③ 4月の養成校訪問をはじめ、就職ガイダンスへの参加や職場体験・病院見学会の開催など、各種採用活動を実施した結果、R7（2025）年度の新卒新採15名、既卒6名の採用を確定した。 ④ R6（2024）年度内に23名の既卒者を採用し、途中退職や産育休等による人員の欠員を生じることなく配置することができた。 ⑤ 院内の教育研修は計画に基づき対面で実施できた。また、院外研修もコロナ禍以前の対面形式に移行し、ファーストレベルをはじめとする看護協会主催の研修や各種学会等に参加することができた。

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と資質向上 - 大学及び養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の医療従事者の確保、配置に努める。 - 各種認定資格の取得や学会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図り、計画的に研修を実施する。	ウ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師等の確保と資質向上 - 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。	⑥ 薬剤師については、新卒薬剤師の採用試験応募者増加を目指し、大学訪問や就職説明会への参加、見学会の実施や随時募集等の採用活動を行うとともに、薬剤師の確保に努め、4月に薬剤師（正職員無期）2名、11月に薬剤師（パート職員）1名を採用した。 ⑦ 放射線技師については、産育休による欠員があったものの、中途採用により人員を補充し、業務への影響を最小限に抑えることができた。 ⑧ 医師のタスクシフトを目的とした関係法令改正に基づく告示研修を診療放射線技師1名が受講した。（計17名受講） ⑨ 「タスク・シフト/シェアに関する厚生労働省指定講習会」を臨床検査技師5名が受講した。（計20名受講） ⑩ 臨床検査技師については、産育休による欠員があったものの、部署内で連携・協力して円滑な業務実施に努めるとともに、栃木県臨床検査技師会学会での発表やISOに関連する研修を通じてスキル向上に努め、各種資格取得者も増加した。
エ 事務職員の確保と資質向上 - 医療制度や経営環境の変化に迅速に対応できるよう、病院経営や医療事務等に精通した職員の計画的な確保、配置に努める。 - 各種認定資格の取得や外部研修会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図るなど、事務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。	エ 事務職員の確保と資質向上 - 医療制度や経営環境の変化に迅速に対応できるよう、病院経営や医療事務等に精通した職員の計画的な確保、配置に努める。 - 各種認定資格の取得や外部研修会等の参加を奨励、支援するとともに、実効性のある研修プログラムの充実を図るなど、事務部門の専門性の向上と体制の強化に努める。	⑪ 必要人員の確保には及ばなかったものの、募集要項の見直しにより業務内容を具体的に提示し、応募者には詳細な職務経歴の提出を求めるなど採用活動を工夫した結果、実務経験や専門性を備えた人材を採用することができた。また、診療情報管理業務や診療報酬請求業務を担う特定業務職員として、新卒者3名（R7（2025）年4月入職）を採用した。
（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。 また、集合開催以外の開催を積極的に行うとともに、職員が研修を受講しやすい環境整備を行う。	① 院外医療従事者も対象としたグランドカンファレンスは5回、院内職員のみを対象としたグランドカンファレンスは10回開催した。 ② 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（終日）実施した。（対象者39名、受講者37名）また、中途採用職員を対象とした基本研修は、9月、2月にそれぞれ半日ずつ開催し、非常勤職員にも参加を促した。（対象者33名、受講者24名） ③ 県人事課主催の能力開発研修は、所属長から推薦を受けた職員と昨年度までに共通研修受講済みの1名を加えた全36名が共通研修を受け、選択研修を延べ56回履修した。

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(3) 人事管理制度の構築（小項目）		
職員の人材育成やモチベーションの向上に資するため、新しい人事評価制度の適正運用と継続的な見直しを行い、がんセンターに適した人事管理制度を構築する。	職員の人材育成やモチベーションの向上に資するため、新しい人事評価制度の適正な運用と試行結果の検証等、継続的に見直しを行い、がんセンターに適した人事管理制度を構築する。	① 新たな人事評価制度を導入するために必要な事項を検証するとともに、職員に制度を理解してもらうことを目的に、試行評価を実施した。
(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。	① 働きやすい職場環境の構築を目的としてハラスメント防止のe-ラーニング研修を企画・開催した。全職員の96%が受講し、職員自身に気付きの場を提供した。 ② 新規採用者及び希望者を対象に、メンタルヘルス研修を開催した。（参加者数:32名） ③ ハラスメント対策については、院内相談窓口に加え、昨年度に引き続きハラスメント相談ほっとラインを契約し、職員が直接院外の相談窓口で相談できる環境を整えた。（外部相談窓口への相談件数：2件） ④ 毎月事業所内で産業カウンセラーによる出張カウンセリングを受けられる体制を整備しており、予約枠に対する利用者の割合は約5割であった。また、職場内の目を気にせず、外部にてカウンセリングを受けられる体制も整えており、2名の利用実績があった。 ⑤ 日本医療機能評価機構の調査システムによる職員満足度調査の結果は、評価基準としている“仕事のやりがい”が70.1%で、前回68.7%から微増したものの目標値87.5%には届かなかった。
イ 優れた人材を確保するため、短時間勤務や在宅勤務等、多様な勤務形態の導入を検討する。	イ 優れた人材を確保するため、短時間勤務や在宅勤務等、多様な勤務形態の導入を検討する。	⑥ 在宅で勤務する画像診断医師1名を継続雇用した。

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画 (R3 (2021) ~R7 (2025)) の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
ウ 働き方改革を着実に推進していくため、タスクシェア・シフティングや女性職員に対する支援等、勤務環境改善に向けた継続的な取組を実施する。	ウ 法人の働き方改革ワーキンググループ等で検討した内容に基づき、医師をはじめ、専門職が担うべき業務を整理し、タスクシェア・シフティングや新たなデジタル技術の積極的な活用等、勤務環境改善に向けた取組みを継続的に実施する。	⑦ 医師の時間外労働時間について、月45時間を超える医師に関しては毎月衛生委員長（病院長）に報告を行った。 ⑧ 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。 ⑨ モバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムを入退院窓口を導入し、患者の利便性向上とともに、入院案内に携わる職員の業務負担軽減を図った。 ⑩ 入退院における施設検索や連携調整のオンラインによる支援ツールを導入し、利用説明会を実施する等、入退院支援に関わる職員の業務負担軽減と効率化を図った。 ⑪ 「タスク・シフト/シェアに関する厚生労働省指定講習会」の受講により、医師の指示の下、超音波検査のために静脈路に造影剤注入装置の接続を実施できる臨床検査技師が増え、タスク・シフト/シェアの推進に繋がった。
（５）医療従事者の臨床倫理観の向上（小項目）		
医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。	医療従事者の臨床倫理観の向上を図るため、以下の取組を実施する。	
ア 医療倫理の教育や研修を定期的に実施する。 また、院内における医療従事者の倫理観向上のための教育企画等を推進するための人材育成に取り組む。	ア 専門家による講演又は教材を用いた倫理教育を実施する。 また、複数の職種が臨床倫理認定士養成研修を受講し、臨床倫理に関する知識の職種格差をなくし、組織的な倫理観向上に取り組む。	① 生命倫理の専門家を講師に招き、R7（2025）年2月に会場とオンラインを併用したハイブリッド形式で講演会を開催し、院内から35名、院外から23名の参加があり、医療従事者の倫理観向上に寄与した。

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 病院臨床倫理委員会メンバー並びにリンクスタッフ（※）で構成する多職種コンサルテーション（相談支援）チームによる支援体制を充実するとともに、臨床で生じる倫理的問題に対して適切に対応できるよう、臨床倫理認定士を中心とした専門的な介入を実施する。 ※ 医療者の倫理観向上のための活動やコンサルテーションをより効果的、機動的に実践するために各部署から選出されたスタッフ。	イ 臨床倫理認定士を中心としたカンファレンスを月1回以上実施し、カンファレンス結果に対する法律や倫理の専門家からのコメントを現場へ継続的にフィードバックする。加えて、職員に「モヤモヤ報告」（※）の活用を促進することで、倫理的問題意識と倫理的思考力の向上を図る。 ※ 臨床で生じる倫理的な問題について、職員が倫理的思考プロセスを踏みながら簡単に報告できるように構築した電子報告システム。	② 定例カンファレンスを月1回継続開催し、臨床倫理的に問題のある症例への対応を検討し、主治医を含む現場にフィードバックを行った。 ③ 「モヤモヤ報告」を活用した報告件数は34件であった。

令和5（2023）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 引き続き、医師や看護師等、職員の確保に努めるとともに、職員満足度の向上に向けて積極的な取組を図られたい。	・ 昨年に引き続き、県養成医師を受け入れ、医師の育成に努めた。看護師については、養成校訪問等の各種採用活動を実施し、看護師の確保に努めた。 ・ 働き方改革推進のため、医師の時間外労働時間についての衛生委員長への報告のほか、入院案内の半自動化システムやオンラインによる入退院支援ツールを導入し、職員の業務負担軽減を図るなど、勤務環境改善に向けた取組を継続した。

4 人材の確保と育成（中項目）

法人の 自己評価	B	評 価 理 由	- 指標の達成状況に関しては、「医師数」の指標で目標値と同数となり、「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、昨年度に引き続き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。看護師については、養成校訪問を始め各種採用活動を実施し、看護師の確保に努めた。薬剤師については、大学訪問や見学会の実施等により人材確保に努めた。「働きやすい職場環境づくり」では、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るとともに、モバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムやオンラインによる入退院支援ツールを導入し、職員の業務負担軽減を図るなど、勤務環境改善に向けた取組を継続したが、職員満足度調査の結果は、評価基準としている「仕事のやりがい」が前回から微増したものの目標値には届かなかった。「医療従事者の臨床倫理観の向上」では、生命倫理の専門家を講師に招き講演会を開催する等、倫理観の向上に努めた。 - 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、計画をやや下回って実施したため、「B」評価とした。
知事の 評 価		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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 年度 達成率	R7(2025) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	医師のとちまるネット利用登録率（％）	78.0	75.4	96.7%		iii
2	受託検査件数（件）	170	185	108.8%		iv
3	退院調整症例の在宅復帰率（％）	89.0	85.0	95.5%		iii
4	在宅療養中に関係機関と連携した患者の在宅看取り率（％）	40.0	44.8	112.0%		v
5	紹介率（％）	96.8	97.7	100.9%	97.0	iv
6	逆紹介率（％）	49.0	70.1	143.1%	50.0	v

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値
81.9	80.6	75.3	75.4	
159	195	179	185.0	
87.3	84.7	86.1	85.0	
63.6	35.8	41.6	44.8	
96.9	95.9	98.0	97.7	
47.3	42.6	58.5	70.1	

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 地域の医療機関等との連携強化（小項目）		
患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、以下のとおり、地域の医療機関等との連携を強化する。	患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けることができるよう、以下のとおり、地域の医療機関等との連携を強化する。	
ア 地域の医療機関への対外活動を実施するとともに、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）を活用するなどして、地域の医療機関との的確な役割分担を意識しつつ連携の充実を図る。	ア 医療連携情報交換会・郡市医師会向けの講座などを開催するとともに、受診に関する案内を適時発信するなど、地域の医療機関との連携体制を構築する。 また、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）の活用を促進するため、勉強会を開催し、とちまるネットの利用者登録を進める。 さらに、紹介受診重点医療機関として、かかりつけ医との連携を推進する。	① 医療連携情報交換会を1回開催した。また、郡市医師会向け講座は3回開催し、うち2回は集合で開催し、顔の見える関係作りや連携の強化を図ることができた。 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1回開催し、医師7名と医療従事者2名が参加した。（医師の登録率：75.4%）。 ③ R5（2023）年7月から紹介受診重点医療機関となり、引き続きかかりつけ医との連携を推進した。

5 地域連携の推進（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 手術、放射線治療、薬物療法等、あらゆる診療段階において、がん患者に対する口腔機能の維持、向上を図るため、院内や地域の歯科医師との連携を推進する。	イ 当センターでがん治療を行っている患者の口腔機能の維持、向上を図るため、院内や地域の歯科医師との医科歯科連携を推進する。	④ 当センターでがん治療を受けている患者に対して、かかりつけ歯科を持ち、継続した口腔管理を受けることを推奨している。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190件行った。
ウ 外来薬物療法及び在宅緩和医療の推進を図るために、とちまるネットなどICTネットワークシステムを活用し、がん治療に関連した薬剤情報を保険薬局と共有するなど、医薬連携を推進する。	ウ 医薬連携を推進するため、保険薬局薬剤師、病院薬剤師等を対象に研修会を実施するとともに、地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）を利用したトレーニングレポート共有の件数増加に取り組み、とちまるネット活用の充実を図る。 また、臨床腫瘍薬学会がん診療病院連携研修事業のがん診療研修病院として、適宜保険薬局薬剤師の研修を受け入れる。	⑤ 栃木県がん診療連携協議会地域連携・研修部会において、がん医療における医薬連携に関する研修会を保険薬局の薬剤師、病院薬剤師を対象に2回開催した。 ⑥ 地域医療連携ネットワークシステム（とちまるネット）活用について、前年度に引き続きトレーニングレポート共有を中心に取り組んだ。 ⑦ 臨床腫瘍薬学会がん診療病院連携研修事業のがん診療研修病院として、保険薬局薬剤師研修を、前年度から継続の1名を受け入れた。
エ 近隣の医療機関からの受託検査（CT、MRI、超音波検査等）を受け入れる。	エ 受託検査についての案内を県内医療機関へ送付するとともに、受託検査についてのホームページを適宜見直す。 また、短時間での予約取得と検査結果のスムーズな返信が維持できるよう努める。	⑧ がんセンターだよりに受託検査の案内を封入し、栃木県内の医療機関へ周知した。 ⑨ 受託検査件数については、年度前半は検査枠の確保が困難で件数が減少したが、年度後半より受託検査件数拡大に向けての取組を強化し、単純CT（制限なし）、造影CT（1件/日）、MRI（11時30分枠、依頼日から1週間後）で検査枠を確保した結果、受託検査件数は前年度より6件増の185件となり、目標値を上回ることができた。

5 地域連携の推進（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
（２）患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化（小項目） 患者が退院後、安心して療養生活を送ることができるよう、ケアマネジャーや訪問医、訪問看護師等、地域の医療関係者と退院前カンファレンスを積極的に実施するなど、退院調整を充実するとともに、在宅療養中の患者の緊急時の受入れ等、状態変化に合わせて迅速に対応するなど、患者の在宅療養を支援するための病診連携を強化する。		
	患者が安心して在宅での療養生活ができるよう、地域の医療関係者と退院前カンファレンスを実施し情報の共有を行う。なお、カンファレンスを実施しない場合も、退院時サマリーや連携シートなど文書による情報提供を実施する。 また、在宅療養中の患者は、状況の変化に応じて医療機関、訪問看護、介護事業所等の職員と情報共有を行い、支援するとともに、緊急時の受入れについて迅速に対応する。	① 在宅調整が円滑に進むように患者・家族との面談やカンファレンスを行った。また、院外施設の関係者と対面で退院前カンファレンスを87件実施し連携を図った。さらに、カンファレンスを実施しない場合は、電話や文書により情報提供を行った。 ② 在宅療養中の患者については、文書やどこでも連絡帳、電話連絡等で院外施設の関係者と連携を図った。また、患者の在宅療養を支援するため、在宅医からの緩和ケア外来受け入れや、訪問診療、訪問看護からの緊急入院受け入れについて速やかに対応した。
（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 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開催にて年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。 ② 緩和ケア病棟をバックベッドとし、緩和ケア患者の受入れと看取りを含めた在宅緩和ケアの推進を図った。
令和5（2023）年度業務実績の評価における指摘等		業務運営への反映状況
・ 該当なし		—

5 地域連携の推進（中項目）

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	・ 指標の達成状況に関しては、「受託検査件数」「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」「退院調整症例の在宅復帰率」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3回開催し医師会との連携を図ったほか、紹介受診重点医療機関として、引き続きかかりつけ医との連携を推進した。また、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を行い、医科歯科連携を推進した。「患者の在宅療養を支援するための病診連携の強化」では、在宅調整が円滑に進むように患者・家族との面談やカンファレンスを行うとともに、院外施設の関係者と対面で退院前カンファレンスを実施し連携を図るなど、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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	12	200.0%		v

※ 中期計画指標のみ記載

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値
8	8	10	12	

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 地域のがん医療の質の向上のための支援（小項目）		
地域のがん医療の質の向上を推進するため、以下の取組を実施する。	栃木県がん対策推進計画（4期計画）並びに新たな整備指針において都道府県協議会の役割が強化されたことを踏まえ、地域のがん医療の質の向上及び他の医療機関等との連携を推進するため、以下の取組を実施する。	
ア 都道府県がん診療連携拠点病院として、栃木県がん診療連携協議会を運営し、県内におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し中心的な役割を担う。	ア 都道府県がん診療連携拠点病院として、県内のがん医療の中心的な役割を担う。また、引き続き他の拠点病院等の主体的な参画を図るため、医療機関間の役割分担の検討を含め体制の見直し等を行い、がん診療の連携協力体制を整備する。	① 栃木県がん診療連携協議会及び各部会を開催し、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針を踏まえ、医療機関間の役割分担の検討を進め、連携協力体制の整備に取り組んだ。 ② グループ指定先医療機関である上都賀総合病院（地域がん診療病院）と県西保健医療圏におけるがん診療提供体制の確保に努めた。

6 地域医療への貢献（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 栃木県がん・生殖医療ネットワークの事務局として、思春期・若年がん患者等への情報提供や、がん治療医と生殖医療専門施設との連携の促進等により、県内におけるがん・生殖医療の推進について中心的な役割を担う。	イ 新たな整備指針における「都道府県がん診療連携協議会と地域がん・生殖医療ネットワークとの連携」を踏まえ、引き続き、普及啓発活動やがん治療医と生殖医療専門医との連携の促進、関係機関等との協働により支援体制の充実を図り、思春期・若年がん患者等の支援を推進する。	③ 栃木県がん・生殖医療ネットワーク会議を開催し、がん治療医と生殖医療医との連携促進を図った。 ④ 県内の医療従事者等を対象に研修会を開催し、妊孕性温存後の支援についての理解促進を図った。また妊孕性温存治療助成指定医療機関の特徴や患者の紹介方法等を共有する等、がん・生殖医療に関する情報提供及び普及啓発に取り組んだ。 ⑤ 院内においては、AYA世代支援体制の構築と早期介入（支援）を目的としたAYAスクリーニングシートを実施した。
ウ 地域医療機関向けの研修会の実施や実習受入れ等、がん医療に携わる医療従事者の育成に対して支援する。	ウ 県内医療機関及び医療連携施設のがん医療の質の向上と均てん化への取り組みの一環として、研修会の実施や実習受入れ等を行い、がん医療に携わる医療従事者の育成を支援する。	⑥ 地域医療機関の関係者が参加可能なグランドカンファレンス特別講演を5回企画・開催した。開催にあたっては、当センターホームページやがんセンターだより、医師会ホームページを通じて広く周知を行い、一部講演ではWeb開催を併用し積極的な参加を促した結果、当センター職員を含め262名（内、院外から参加者50名）が受講した。 ⑦ 県内の放射線治療施設に対して、第三者評価施設として施設訪問による外部監査や線量測定などの技術支援活動を行った。遠隔支援として、Webシステムを用いた放射線治療技術支援会議を8回実施した。また、当センターにおいて15名の医療従事者に対して見学および研修を実施した。 ⑧ 薬剤部では、他施設からがん専門の研修を引き続き受け入れ、認定薬剤師の育成に寄与した。

6 地域医療への貢献（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) がん対策事業への貢献（小項目）		
がん登録等の情報の整理、分析等を行うとともに、県のがんに関する施策の企画立案等に参画するなど、がん対策事業に対して積極的に貢献する。	がん登録等の情報の整理、分析等を行うとともに、県のがんに関する施策の企画立案等に参画するなど、がん対策事業に対して積極的に貢献する。	① 年度を通じて、正確ながん登録を継続し、質の高いデータを担保した。6月に開催された日本がん登録協議会学術集会では、データの利活用について発表を行った。また、11月のがん登録に関する外部監査を受け、特段の問題は認められなかった。さらに、院内がん登録のデータを利用して、新型コロナウイルス感染症のがん受診への影響を検討するとともに、2月にはがん登録実務者を対象とした研修会を開催した。

令和5（2023）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	- 指標の達成状況に関しては、「地域医療機関向け研修実施回数」について、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開催しがん診療連携拠点病院等の整備に関する指針を踏まえた医療機関間の役割分担の検討を進め、連携協力体制の整備に取り組んだほか、グループ指定先医療機関である上都賀総合病院（地域がん診療病院）と県西保健医療圏におけるがん診療提供体制の確保に努めた。また、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るとともに、県内の医療従事者等を対象に研修会を開催し、妊孕性温存後の支援についての理解促進を図った。さらに、院内においては、AYA世代支援体制の構築と早期介入（支援）を目的としたAYAスクリーニングシートを実施した。 - 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(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
災害発生時に患者の安全を確保できるよう、防災訓練等、災害対策を実施するとともに、感染症対策を含めた事業継続計画（BCP）の継続的な見直しを行い、実効性のある計画とする。 また、医薬品備蓄等により救急医療体制を整備し、災害や公衆衛生上の重大な危機等が発生した場合は、被災地の支援等について、近隣病院と連携しつつ、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。 （経営強化プラン補足版(R6(2024)～R7(2025))の記載内容） ＜新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組＞ ア 新興感染症の感染拡大時などに備え、感染防護具の備蓄やクラスター発生時を含めた対応方針等の共有を徹底する。 イ 新興感染症の感染拡大時など公衆衛生上重大な危機が生じた場合には、感染症法に基づく医療措置協定の内容を踏まえ、必要な対応を積極的に行う。	新型コロナウイルス感染症の患者を受入れ、陽性患者とともに入院中の非陽性患者の安全を確保する。 新興感染症・新感染症の感染拡大時など公衆衛生上重大な危機が生じた場合には、感染症法に基づく医療措置協定の内容を踏まえ、必要な対応を積極的に行うとともに、平時から新興感染症・新感染症発生時の対策や準備を行うことにより、がん診療の機能維持、及び県立病院として求められる役割を遂行する。 併せて、災害発生時に患者の安全を確保できるよう、防災訓練等、災害対策を実施するとともに、迅速に病院機能の復旧・維持ができるよう、感染症対策を含めた事業継続計画（BCP）の継続的な見直しを行い、さらに「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づく事業継続計画（BCP）の策定及び訓練の実施を目指す。 また、医薬品や感染防護具の備蓄等により救急医療体制を整備し、災害や公衆衛生上の重大な危機等が発生した場合は、被災地の支援等について、近隣病院と連携しつつ、県からの要請又は自らの判断に基づき、迅速に対応する。	① 新型コロナウイルス感染症陽性患者の入院を受け入れた。（延べ入院患者数204名） ② 有症状職員・患者に対して早期対応を実施することで、院内でのクラスター発生がなく経過できた。 ③ 県と締結している医療措置協定の内容を踏まえ、新興感染症の感染拡大時等に備え、必要な物品の備蓄を継続して行うとともに、新興感染症発生を想定した訓練を実施した。 ④ 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。 ⑤ 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。 ⑥ 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。 ⑦ 情報セキュリティ対策の一環として、栃木県警察と協力し、標的型攻撃メール対策訓練を実施した。

令和5（2023）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	新型コロナウイルス感染症陽性患者の受入れのほか、有症状職員・患者に対して早期対応を実施することで、院内でのクラスター発生がなく経過できた。また、県と締結している医療措置協定の内容を踏まえ、新興感染症の感染拡大時等に備え、必要な物品の備蓄を継続して行うとともに、新興感染症発生を想定した訓練を実施した。さらに、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、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ほか、情報セキュリティ対策の一環として、栃木県警察と協力し、標的型攻撃メール対策訓練を実施するなど、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）		
安定的な経営基盤を確立するため、医療環境の変化に応じて戦略的かつ迅速な意思決定を行えるよう、組織体制を検討し、効果的かつ効率的な業務運営体制を構築する。 また、質の高い医療を効率的に提供するため、最適な職員構成と各自のスキルの向上を図るとともに経営効率の高い職員配置に努める。	安定的な経営基盤を確立するため、医療環境の変化に応じて戦略的かつ迅速な意思決定を行えるよう、組織体制を検討し、効果的かつ効率的な業務運営体制を構築する。 また、質の高い医療を効率的に提供するため、各職員のスキルの向上と経営効率の高い職員構成と配置に努める。	① A Y A 世代への支援強化のため、事業系組織にA Y A 支援チームを新設した。 ② R 7 (2025) 年度に向けた組織改編として、老朽化により設備の維持・管理に係る業務が増大していることから、専門的に対応する部署として施設課を新設した。
（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）、経営改善策、決定事項等を周知し、経営に関する情報の共有化と一体感の醸成に努めた。 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30件、うち28件採用（継続検討含む））

令和5（2023）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

1 業務運営体制の確立（中項目）

法人の 自己評価	A	評価 理由	・ A Y A 世代への支援強化のため、事業系組織に A Y A 支援チームを新設したほか、R 7 (2025) 年度に向けた組織改編として、老朽化により設備の維持・管理に係る業務が増大していることから、専門的に対応する部署として施設課を新設した。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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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）	4,600	5,037	109.5%		iv
2	新外来患者数（人）	7,000	5,554	79.3%		i
3	運用病床利用率（％）※	85以上	66.1	77.8%	85以上	i
4	診療材料費対医業収益比率（％）	10.2	10.2	100.0%		iv
5	ジェネリック医薬品採用比率（％）	85.0	87.0	102.4%		iv

※ 中期計画指標のみ記載

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

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値
4,239	4,200	4,675	5,037	
6,620	7,727	6,773	5,554	
70.6	67.0	66.1	66.1	
9.4	9.8	9.6	10.2	
88.1	85.9	86.4	87.0	

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 収入の確保への取組（小項目）		
収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。	収入の確保を図るため、以下の取組を実施する。	
ア ホームページや広報誌等を通じ、がんセンターの特長の周知や診療情報を提供するとともに、地域のイベントでのPR活動や出前講座の実施等、積極的な情報発信、広報活動を行う。	ア ホームページや広報誌等を通じ、がんセンターの特長の周知や診療情報を提供するとともに、メディアへの情報提供、地域のイベントでのPR活動、事業所・市町・学校からの依頼による講師派遣（オンライン含む）や出前講座の実施等、積極的な情報発信、広報活動を行う。	① 広報紙「がんセンターだより」を年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 5つのイベントに出展し、PR活動を行うとともに、県民に向けたがんの普及啓発に取り組んだ。5月に出展した企業主催のイベントでは、当センターブースに約450名が来場し、当センターを広く周知する機会となった。 ③ PR動画を4本制作し、YouTubeに公開した。 ④ 10件の取材を受け、新聞や雑誌等に掲載された。 ⑤ 2月4日ワールドがんサデーに合わせ、県庁昭和館のライトアップ及び啓発グッズ等の配布を行った。 ⑥ リモート又は現地において、がん予防・喫煙防止教育を実施した。（小学校12校、中学校1校、高等学校5校）（再掲）

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
イ 効率的かつ柔軟な病棟管理を行い、病床利用率を向上させる。	イ 効率的かつ柔軟な病棟管理を行い、病床利用率を向上させる。 また、緊急入院時には、空床状況に応じた柔軟な病棟管理を行う。 さらに、化学療法が必要な外来患者のうち、初回や遠方の患者については、入院での診療も選択できるよう柔軟に対応する。	⑦ 散発的に発生する新型コロナウイルス感染症患者の受入れ調整や、設備の不具合による緊急工事に伴う病床減少などに対して適切かつ効率的に対応した。 ⑧ 適切な病床管理を推進するため、DPC入院期間Ⅱの最終日を指標とし「在院日数の適正化」を推進するとともに、電子カルテトップ画面に在院患者数のグラフによる可視化（毎日更新）を行い、職員への情報共有を強化した。
ウ 診療情報管理士等、専門的知識を有する職員の確保と育成に努め、適切な診療情報の管理と診療報酬の請求を図るとともに、診療報酬改定等に迅速かつ適切に対応できる体制を構築する。	ウ 診療情報管理士等、より専門的な知識及び資格を持った職員の計画的な確保と育成に努める。 また、診療報酬改定や医療現場の環境の変化に係る情報の入手に努め、迅速かつ適切に対応する。 さらに、ベンチマークシステム等を活用し、加算の算定率向上等、収入確保への取組を行う。	⑨ 専門的な知識を持った特定業務職員の増員を図るため、診療情報管理士の育成・指導に注力し、1名が診療情報管理士の資格を取得した。また、診療情報管理士の資格を持った特定業務職員1名（R7（2025）年4月入職）を採用することができた。 ⑩ 診療報酬請求は遅滞なく実施することができた。 ⑪ ハイケアユニット入院医療管理料1を10月から算定開始した。
エ 関係部署が連携を密にして、患者の医療費負担に係る不安軽減を図り、未収金の発生防止に努める。 また、回収困難債権については、弁護士法人へ回収業務を委託し、回収の徹底を図る。	エ 関係部署が連携を密にして、患者に適宜相談を行うことにより医療費負担に係る不安軽減を図り、未収金の発生防止に努める。 また、回収困難債権については、弁護士法人へ回収業務を委託し、回収の徹底を図る。	⑫ 会計窓口や相談窓口、MSW等と連携を図り、医療費の支払いに係る相談に積極的に介入し、未収金の発生防止に努めた。 ⑬ 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。（13人分 2,849,784円）

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 費用の削減への取組（小項目）		
費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。	費用の削減を図るため、以下の取組を実施する。	
ア 予算と実績の管理を通じ、職員全員に対してコスト意識の徹底を図る。	ア 病院の収支状況を月次で管理するとともに、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、医薬品や診療材料の適正価格での納入、価格交渉を図る。 また、物品管理委員会、診療材料委員会、物品WGを通して同等品でより安価な材料への切り替えを積極的に検討し、職員全員が費用削減に対する意識を持つよう努める。	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の実施により、ほぼ全ての卸業者で値下げが実現し、ヒアリング後の加重平均値引率が改善された。 ③ 診療材料については、ベンチマークシステムを活用した単価の減額交渉や安価品への切替え等により、費用削減を図った。特に、試薬については、事業者ヒアリングを実施し、契約単価の見直しによる費用削減を行った。 ④ R6(2024)年10月分からの電気料について、入札により最終保障契約から電気小売り事業者との契約へ変更し、費用の削減を図った。
ウ 働き方改革を推進していく中で、職員全員の業務の効率化などに対する意識啓発に努めるとともに、職場全体において、組織や業務の見直しなどを行い、時間外勤務の縮減を図る。	ウ 働き方改革を推進していく中で、業務の効率化と見直しなどに対する職員の意識啓発に努め、組織全体及び各部署ごとの業務改善と時間外勤務の縮減を図る。	⑤ 職員の時間外勤務の状況について、月45時間超の人数、各部署の時間外勤務時間数及び1人当たりの時間外勤務時間数を集計し、衛生委員会にて報告を行った。 ⑥ モバイル端末を活用した入院案内の半自動化システムを導入し、患者の利便性向上とともに、入院案内に携わる職員の業務負担軽減を図った。（再掲） ⑦ 入退院における施設検索や連携調整のオンラインによる支援ツールを導入し、利用説明会を実施する等、入退院支援に関わる職員の業務負担軽減と効率化を図った。（再掲） ⑧ 業務効率化のための情報システム活用を検討し、RPAのトライアル等を行い関係者へ意識付けを行った。

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

中期計画(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。	⑨ 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5（2023）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の 自己評価	B	評 価 理 由	- 指標の達成状況に関しては、「診療材料費対医業収益比率」の指標で目標値と同数となり、「新入院患者数」「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、「新外来患者数」「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、広報紙「がんセンターだより」の発行や、イベントの出展、PR動画の作成等、積極的な広報活動を行った。また、適切な病床管理を推進するため、「在院日数の適正化」を推進するとともに、電子カルテトップ画面に在院患者数のグラフによる可視化（毎日更新）を行い、職員への情報共有を強化した。さらに、会計窓口や相談窓口、MSW等と連携を図り、医療費の支払いに係る相談に積極的に介入し、未収金の発生防止に努めた。「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の活用や、個別ヒアリングの実施により値引率の向上を図った。 - 以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、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	R6(2024) 年度 目標値	R6(2024) 年度 実績値	R6(2024) 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	91.7	91.7%	100以上	iii
2	医業収支比率（修正医業収支比率）（％）	85以上	78.8	92.7%	85以上	iii

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R3(2021) 年度 実績値	R4(2022) 年度 実績値	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値 (再掲)	R7(2025) 年度 実績値
118.9	101.7	95.8	91.7	
85.5	79.4	80.5	78.8	

※ 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
県民が求める高度で専門的ながん医療を安定的に提供していくために、中期目標期間中の各年度において経常収支の黒字化を目指す。 また、計画的な資金管理を行い、経営基盤の安定化に努める。	月次で収支状況を管理し、経常収支の黒字化を目指す。 また、月次で資金管理を行い、経営基盤の安定化に努める。 さらに、クラウドファンディング等の新しい資金確保策に取り組む。	① 経常収支は約9億4,000万円の赤字となり、経常収支比率は91.7%となった。 ② 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の収支状況の周知や経営改善策の検討等を行い、経常収支の黒字化を目指した。 ③ 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。 ④ 在院日数の適正化の推進やハイケアユニット入院医療管理料1の算定開始等、収益確保に向けた取組を行った。 ⑤ クラウドファンディングについては、資金使途、目標金額について、クラウドファンディングサービス会社を活用し、先行事例等を参考に検討を進めた。

令和5（2023）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
・ 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。	・ 経営会議及び経営戦略会議を開催し、毎月の収支状況の周知や経営改善策の検討等を行い、経常収支の黒字化を目指すとともに、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。 ・ 在院日数の適正化の推進やハイケアユニット入院医療管理料1の算定開始等、収益確保に向けた取組を行った。

第3 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）

法人の 自己評価	B	評 価 理 由	- 指標の達成状況に関しては、「経常収支比率」、「医業収支比率」とともに目標値をやや下回った。 - 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の収支状況の周知や経営改善策の検討等を行ったほか、診療科及び事業系センターごとに、幹部職員によるヒアリングを実施した。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の意見交換を行った。また、在院日数の適正化やハイケアユニット入院医療管理料1の算定開始等、収益確保に向けた取組を行い、経常収支の黒字化を目指したが、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）

1 施設整備のあり方・医療機器整備の検討（中項目）

中期計画(R3(2021)～R7(2025))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
・ 病院施設の老朽化の状況や地域医療構想調整会議での協議内容も踏まえ、TCCみらいSOZ O委員会（※）などを活用しつつ、長期的な視点から、がん専門の公立病院として担うべき役割に最適な施設整備、病床数の検討及びそれらの柔軟な対応を実施する。 ※ 当センターの再整備を視野に入れ、『みらい創造のために独創的な想像を』 自由闊達に議論する場として設置。	・ 建物・設備の状況などの内的要因、及び県立病院として求められる役割などの外的要因を踏まえた将来的な施設整備のあり方について、県とともに検討していく。	① 当センターの今後の施設整備を見据え、本館地下1階から2階にかけて設備配管の調査を実施し、劣化状況や修繕可能箇所等について検討を行った。 ② 当センターの診療機能及び施設整備のあり方について、院内のWGを8回開催するとともに、県のWGや検討会に参加し、地域医療構想や県の救急医療提供体制の検討の進捗等も踏まえつつ、県とともに検討を行った。
・ 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、医療技術の進展に應えるため、費用対効果等を総合的に勘案し、計画的な更新・整備に努める。	・ 医療機器について、必要性や費用対効果等を考慮し、計画的に整備・更新する。	③ 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、医療技術の進展に應えるため、一般競争入札等で費用を抑えながら、計画的に購入することができた。

令和5（2023）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

法人の自己評価	A	評価理由	・ 当センターの今後の施設整備を見据え、本館地下1階から2階にかけて設備配管の調査を実施し、劣化状況や修繕可能箇所等について検討を行った。また、当センターの診療機能及び施設整備のあり方について、院内のWGを開催するとともに、県のWGや検討会に参加し、県とともに検討を行った。さらに、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。	・ 個人情報保護法及び栃木県情報公開条例（平成11年栃木県条例第32号）に基づき、適切な情報管理を行う。	② 診療情報開示請求59件、その他警察署からの捜査事項照会25件、栃木県情報公開条例に基づく開示請求3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 情報セキュリティに関する情報発信を通じて職員への啓発を行うとともに、標的型攻撃メール訓練を実施し、身近な危険性への気づきを促した。 ④ 改正医療法施行規則や医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版に対応するため、医療情報システムのバックアップ体制の構築やサイバー攻撃を防御するための新たなセキュリティツール及びEDR（MDR）を導入した。
・ 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。	⑤ 内部監査の実施やコンプライアンスに関する情報の周知等、リスク管理に努めたものの、一部において服務に関する規程等に違反する事案が発生した。

令和5（2023）年度業務実績の評価における指摘等	業務運営への反映状況
・ 該当なし	—

2 適正な業務の確保（中項目）

法人の 自己評価	B	評価 理由	・ 業務の遂行に必要な法令上の手続については、所管する関係機関へ協議や確認を行い、適正な業務執行に努めるとともに、診療情報開示請求59件、その他警察署からの捜査事項照会25件に対応した。また、職員に向けたサイバーセキュリティに関する情報の発信や標的型攻撃メール訓練を実施したほか、医療情報システムのバックアップ体制の構築やサイバー攻撃を防御するための新たなセキュリティツール及びEDR（MDR）を導入した。さらに、内部監査の実施やコンプライアンスに関する情報の周知等、リスク管理に努めたものの、一部において服務に関する規程等に違反する事案が発生した。 ・ 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	