

業務実績報告書兼中項目別評価書

令和 4 (2022) 年度

自 令和 4 (2022) 年 4 月 1 日

至 令和 5 (2023) 年 3 月 31 日

地方独立行政法人栃木県立岡本台病院

目 次

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

【評価基準について】

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

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

【指標について】

各指標の達成状況の判断目安は以下のとおりとする。

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

業務実績報告書兼中項目別評価報告書 総括表

◆ 中期目標期間における各事業年度の項目別評価

項目	令和4(2022)年度	令和5(2023)年度	令和6(2024)年度	令和7(2025)年度	令和8(2026)年度
第1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項					
1 質の高い医療の提供	A				
2 安全で安心な医療の提供	A				
3 患者・県民の視点に立った医療の提供	A				
4 人材の確保と育成	A				
5 地域連携の推進	A				
6 地域精神医療・福祉への貢献・協働	A				
7 災害等への対応	A				
第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項					
1 業務運営体制の確立	A				
2 収入の確保及び費用の削減への取組	A				
第3 予算、収支計画及び資金計画					
財務内容の改善に関する事項	A				
第8 その他業務運営に関する重要事項					
1 施設のあり方の検討	A				
2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理	A				

(参考) 中期目標期間における各事業年度の全体評価

年度	評価結果
令和4(2022)年度	中期計画の達成に向けて概ね順調な進捗状況である。
令和5(2023)年度	
令和6(2024)年度	
令和7(2025)年度	
令和8(2026)年度	

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

1 質の高い医療の提供（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	緊急措置入院患者受入れ率（％）	100.0	99.0	99.0%	100.0	iii
2	措置入院患者ケア会議開催率（％）	85.0	83.0	97.6%	87.0	iii
3	県内に住所を有する医療観察法入院処遇対象者の受入れ率（％）	85.0	81.8	96.2%	90.0	iii
4	アルコール外来初診患者の通院継続率（％）	45.0	50.0	111.1%	50.0	v
5	自病院退院後再入院率（3か月）（％）	11.0	11.4	96.4%	10.0	iii
6	3か月以内退院率（％）	85.0	86.6	101.9%	88.0	iv
7	入院患者のL A I 導入率（％）	15.0	15.2	101.3%		iv
8	クロザピン治療新規導入率（％）	100.0	100.0	100.0%		iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R4(2022) 年度 実績値 (再掲)	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
99.0				
83.0				
81.8				
50.0				
11.4				
86.6				
15.2				
100.0				

※ 中期計画指標のみ記載

1 質の高い医療の提供（中項目）

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

1 質の高い医療の提供（中項目）

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

1 質の高い医療の提供（中項目）

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

1 質の高い医療の提供（中項目）

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

1 質の高い医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(4) 臨床研究の推進（小項目）		
職種を問わず様々な分野の臨床研究への積極的な取組を推進し、院内の活性化や職員のキャリア形成を図るとともに、研究活動に取り組みやすい環境や制度を整備する。	臨床研究実施状況データベースを作成して当院における進捗状況を管理するとともに、大学との共同臨床研究への参加や当院独自の研究プロジェクトを検討する。	①国際医療福祉大学や国立精神・神経医療研究センター等との共同臨床研究を実施した。 ②EGUIDEプロジェクト（精神科医療の普及と教育に対するガイドラインの効果に関する研究）に参加し、統合失調症患者及びうつ病患者への処方に関する調査に協力した。統合失調症の処方適性について全国6位の表彰を受けた。 ③臨床研究実施状況データベースは作成できなかった。

法人の 自己評価	A	評 価 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・指標に関しては、「緊急措置入院患者受入れ率」、「措置入院患者ケア会議開催率」、「県内に住所を有する医療観察法入院処遇対象者の受入れ率」及び「自病院退院後再入院率（3か月）」については目標値をやや下回った一方、「アルコール外来初診患者の通院継続率」、「3か月以内退院率」、「入院患者のLAI導入率」及び「クロザピン治療新規導入率」は目標値を達成又は上回った。 ・年度計画の業務実績に関しては、「(1) 高度で専門的な医療の提供」では、緊急措置入院の一元的な受入れを継続するとともに、措置入院不要と診断された患者88名中25名の受入れを行った。また、精神保健福祉センター等から紹介されたギャンブル依存症患者について限定的に外来での診療を開始するとともに、行動嗜癖研修へ参加するなど、ギャンブル等の行動嗜癖を含む依存症治療のための専門外来設置に向けて体制を整備した。「(2) 医療の質の向上に向けた取組の推進」では、LAIやクロザピンの導入を推進したほか、クリニカルパスを作成し、治療内容を標準化・明確化した。「(3) チーム医療の推進」では、長期入院患者に対する多職種による退院支援や、栄養サポートチームの立上げに向け、研修を受講した。「(4) 臨床研究の推進」では、EGUIDEプロジェクトに参加し、統合失調症の薬物療法の妥当性について高評価を得た。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の 評 価	A	評 価 理 由等	<ul style="list-style-type: none"> ・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	全インシデント報告に対するヒヤリハット報告レベル0-1の割合(%)	77.0	83.5	108.4%	78.0	iv
2	CVPPP習得率(%)	32.0	32.6	101.9%		iv

(参考) 中期目標期間における各事業年度の実績

R4(2022) 年度 実績値 (再掲)	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
83.5				
32.6				

※ 中期計画指標のみ記載

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

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

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

2 安全で安心な医療の提供（中項目）

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

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022)年度目標値	R4(2022)年度実績値	R4(2022)年度達成率	R8(2026)年度目標値※	指標の達成状況
1	患者満足度割合（％）	71.0	71.7	101.0%	75.0	iv
2	接遇・行動制限最小化研修参加率（％）	95.0	93.7	98.6%		iii
3	入院患者に対する薬剤管理指導実施件数（件）	12	21	175.0%		v
4	栄養食事指導継続率（％）	90.0	94.7	105.2%		iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R4(2022)年度実績値（再掲）	R5(2023)年度実績値	R6(2024)年度実績値	R7(2025)年度実績値	R8(2026)年度実績値
71.7				
93.7				
21				
94.7				

※ 中期計画指標のみ記載

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

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 患者及びその家族等への医療サービスの向上（小項目）		
ア 患者及びその家族等に対して必要な情報を分かりやすく丁寧に説明し、患者自らの判断で治療方針等を決定できるよう、インフォームド・コンセントを徹底する。	ア 患者及びその家族等に対して必要な情報を分かりやすく丁寧に説明し、患者が納得して治療を受けられるよう、入院・外来患者に対するインフォームド・コンセントの徹底を図る。	①患者や家族が安心して治療を受けられるよう、入院に関する説明資料等を改訂するとともに、外来で薬や疾病に関する説明パンフレットを配布した。
イ 精神障害者を抱える家族間の交流や、精神疾患に関する家族の理解促進を図るため、家族教室の機能を充実させるなど、患者の家族等に対する支援を強化する。	イ 家族を巻き込む病であるアルコール・薬物等の物質使用障害については、家族相談や家族教室の開催により依存症に関する家族の理解促進を図るとともに、病態に応じた対応が必要となる統合失調症については、疾病教育を個別に実施するなど、患者の家族等に対する支援を強化する。	②新型コロナウイルス感染症の影響により家族教室は開催できなかったが、依存症に関する家族向けの資料を作成・配付した。 ③統合失調症患者の家族に対し、病気への理解や患者との関わり方などについて疾病教育を個別に実施した。
ウ 正確で迅速な臨床検査結果を提供するため、検査精度の維持向上を図り、診察時に検査結果の確認が可能で早期治療につながる診療前検査の実施を引き続き推進する。	ウ 検査精度の維持向上に努めるとともに、臨床検査のシステム化を推進し、検査時間の短縮化等につなげることにより、検査サービスの向上を図る。	④外部精度管理調査に参加し当院の精度管理を行うとともに、検査時間の短縮に努めた（患者検体の93.3%を40分以内に報告）。 ⑤放射線安全管理指針に基づき、頭部CT被ばく線量低減（最大10%）を実施した（279件、100%実施）。
エ 外来患者の利便性向上のため、院外処方を推進するとともに、患者が服薬の意味・意義を理解して積極的に治療に参加できるよう、院内服薬指導の充実を図る。	エ 外来患者の利便性向上と待ち時間の短縮を図るため、引き続き院外処方を推進するとともに、患者が服薬の意味・意義を理解した上で治療方針の決定に積極的に参加し、納得して治療を受けられるよう、服薬指導の充実を図る。	⑥外来患者の利便性向上と待ち時間の解消を図るため、院外処方を推進した結果、令和4年度の院外処方箋発行率は38.8%となった（R3：31.4%）。 ⑦入院患者に対し、薬剤管理指導を21件実施した。

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
<p>オ 外来患者の利便性向上と待ち時間の短縮を図るため、外来診療時間を延長するなど、根本的な改善策を実施・検討する。</p>	<p>オ 午後の外来診療を開始し、患者一人当たりの診療時間を十分に確保することにより診療の質を高めるとともに、1日当たりの初診担当医を増やして週当たりの初診予約受付可能数を拡大することにより、受診を希望する患者が速やかに受診できるようにするなど、患者サービスの向上を図る。</p>	<p>⑧週2回（木・金）、午後の外来診療を開始した。 ⑨初診枠を増やし、予約受付数を拡大した。</p>
<p>カ 継続的な栄養食事指導を実施し、その評価をフィードバックすることにより、患者の生活習慣病予防や規則正しい食生活習慣の定着、自己効力感（自己に対する信頼感や有能感）の向上など、自立した生活基盤の確保に向けた支援を行う。また、栄養面に配慮した安全で美味しい食事や行事食の提供により、入院患者の満足度向上を図る。</p>	<p>カ 継続的な栄養食事指導を実施することで食生活の安定や体重コントロールが可能となり、ひいては自己効力感の向上にもつながることから、患者の病状に配慮しながら可能な限り指導を継続できるよう努める。 また、栄養面に配慮した安全で美味しい食事の提供に加え、新たな行事食を企画・提供することにより、入院患者の満足度向上を図る。</p>	<p>⑩入院・外来患者延べ687人に対して栄養食事指導を行い、継続率は94.7%であった。継続的に実施することで、食生活に対する意識に変化がみられ、暴飲暴食の行為改善や減量につながった事例もあった。</p>
<p>キ 患者のニーズを把握しながら、可能な範囲での療養環境の整備や患者プライバシーへの配慮を検討し、アメニティの向上を図る。</p>	<p>キ 患者満足度調査において改善要望があった事項について、少なくとも1つは改善につなげられるよう具体策を講じる。</p>	<p>⑪患者満足度調査の結果、当院に対する満足度は71.7%で、前年度（65.1%）を上回った（外来：77.8%、入院：52.1%）。 ⑫患者からの意見や要望を院内で共有し、改善を図った。</p>
<p>（3）精神医療に関する情報の発信（小項目）</p>		
<p>ア ホームページの内容充実、広報誌の定期的な発行などにより、当院が提供する医療サービスについて積極的な情報発信を行い、県民に信頼される開かれた病院づくりを推進する。</p>	<p>ア 病院ホームページを一新し、広報誌等を活用した積極的な情報発信を行うとともに、病院のシンボルマークを新設して病院のPRに活用することで、当院の認知度向上に努める。</p>	<p>①病院ホームページを一新し、より分かりやすい情報発信に努めるとともに、地方独立行政法人としてのイメージアップを図った。 また、当院のシンボルマークを新設し、封筒や名刺等に用いて、認知度向上に努めた。 ②広報誌「Okadai NEWS」を年4回発行し、患者や関係機関等に配布した。</p>

3 患者・県民の視点に立った医療の提供（中項目）

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

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

4 人材の確保と育成（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	職員満足度割合（％）	44.0	53.6	121.8%	60.0	v
2	定年退職者を除く中途離職率（％）	2.1	2.1	100.0%		iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R4(2022) 年度 実績値 (再掲)	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
53.6				
2.1				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 優れた医療従事者等の確保（小項目）		
ア 精神科専門研修基幹施設として専攻医の受入れを行い、連携施設と更なる連携強化を図ることにより、安定した医師確保を推進する。	ア 精神科専門研修基幹施設として充実したプログラム及び研修内容を提供し、それをホームページ等で公開することにより、研修を希望する医師の確保につなげる。	①新専門医制度専門研修プログラムの作成や大学病院等との連携を図った結果、専攻医4名を採用することができた。
イ 看護師及びその他コメディカルの定期的、計画的な採用を実施するとともに、医療系大学及び養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な人員確保、配置に努める。	イ 当院で精神科医療に携わりたいという高いモチベーションを持つプロパー職員を確保するため、看護師及びその他コメディカルの柔軟な採用を実施する。 また、就職ガイダンスへの参加や、ホームページ等での業務内容紹介により当院の魅力を積極的にPRするとともに、医療系大学等を訪問し、就職希望者の確保に努める。	②大学、看護師養成校等での就職ガイダンス参加や求人サイトの活用など、職員の確保に向けた活動を展開し、看護師6名、精神保健福祉士3名、薬剤師1名及び心理職1名を採用した。
ウ 医療制度や経営環境の変化に迅速に対応できるよう、病院経営や医療事務等に精通した事務職員の計画的な確保、配置に努める。	ウ 医療制度や病院経営に関する専門的な知識及び資格を持った事務職員の計画的な採用に努めるとともに、地方独立行政法人職員向けの研修等への参加を積極的に支援することにより、プロパー職員の資質向上を図る。	③求人サイトを活用し、病院勤務経験者等を含む事務職員3名を採用した。 ④事務局職員を対象に病院財務会計研修を実施した。

4 人材の確保と育成（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(2) 研修体制の強化（小項目）		
<p>ア 精神科専門研修基幹施設として、研修指導室を中心に専攻医の研修体制の充実に努めるとともに、精神保健指定医の資格取得の支援など、若手医師にとって魅力ある研修環境を整備する。</p>	<p>ア 研修指導室を中心として専攻医の研修体制の充実に努めるとともに、精神保健指定医や精神科専門医の資格取得に向けて、当院独自の症例レポート（指定医用・専門医用）の書き方をまとめ、チェック体制を強化する。 精神科救急認定医の育成プログラムを立ち上げ、日本精神科救急学会暫定認定施設から正式認定施設に移行するための準備を進める。</p>	<p>①専門医・指定医の資格取得のため、毎週水曜日に「レポートクリニック」を開催するなど、症例レポートのチェック体制を整備した。 ②精神科救急認定医の育成プログラムの検討を行うなど、日本精神科救急学会正式認定施設に移行するための準備を進めた。</p>
<p>イ クリニカルラダー（臨床看護実践能力習熟度段階研修）を活用した院内での体系的な基礎研修を充実させるとともに、認定看護師等の育成のための支援や、病院全体で専門資格を活用できる取組を推進し、看護師のモチベーション向上及びスキルアップを図る。</p>	<p>イ 看護部教育計画に基づき、クリニカルラダーを活用した院内研修を実施する。また、認定看護師業務マニュアルを作成するなど、認定看護師が活躍できる業務・ポジションを整備し、看護師のモチベーション向上及びスキルアップを図る。</p>	<p>③看護部教育計画に基づき研修会を実施した。 ④認定看護師業務マニュアルの検討を開始したものの作成には至らなかった。一方、各病棟に配置された認定看護師が、病棟を横断してコンサルテーションが行えるよう、手続き等について検討を行った。</p>
<p>ウ 実効性のある院内研修プログラムの充実を図るとともに、各種認定資格の取得や院外専門研修、学会等への参加を奨励、支援することにより、計画的な研修受講や専門資格の取得を推進する。</p>	<p>ウ 各種認定資格の取得や専門知識の習得及びスキルアップのため、意欲のある職員の学会や院外研修会への参加を計画的に進める。</p>	<p>⑤各種学会及び研修会へ計画的に参加した。 ⑥栄養サポートチームの設置に向けた外部研修の受講や、看護師・作業療法士・精神保健福祉士の実習指導者の資格取得等を支援した。</p>
<p>エ 院内における伝達研修（外部機関等が行う研修会に参加した職員が、学んだ知識や技術を他の職員に発表・伝達する研修）や勉強会などの取組を強化し、職員全体のスキルアップを図る。</p>	<p>エ 職員全体のスキルアップを図るため、eラーニングやWEB研修等も活用しながら、院内における伝達研修や勉強会などの取組を強化する。</p>	<p>⑦WEB研修やeラーニングを活用した院内研修を実施した（ハラスメント研修、接遇研修、病院財務研修等）。</p>

4 人材の確保と育成（中項目）

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

4 人材の確保と育成（中項目）

<p>法人の 自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評 価 理 由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・指標に関しては、「職員満足度割合」、「定年退職者を除く中途離職率」ともに、目標値を達成又は上回った。 ・年度計画の業務実績に関しては、「(1) 優れた医療従事者等の確保」では、大学病院等と連携し専攻医を養成したほか、職員の計画的な採用に向け活動を展開した。また、「(2) 研修体制の強化」では、各種学会や研修会へ計画的に参加するとともに、ハラスメント研修、接遇研修など院内研修を実施した。「(3) 人事管理制度の構築」では、当院独自の人事管理制度の構築に向け、先行して独法化した病院の人事管理制度の情報収集に努めた。さらに、「(4) 働きやすい職場環境づくり」では、ワークライフバランスに配慮した環境づくりに努めるとともに、ハラスメント等相談ホットラインの運営にも取り組んだ。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
<p>知事の 評 価</p>	<p>A</p>	<p>評 価 理 由等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

5 地域連携の推進（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	自病院退院後再入院率（3か月） （%）【再掲】	11.0	11.4	96.4%	10.0	iii
2	3か月以内退院率（%）【再掲】	85.0	86.6	101.9%	88.0	iv
3	措置入院患者ケア会議開催率 （%）【再掲】	85.0	83.0	97.6%	87.0	iii
4	紹介率（%）	51.0	52.0	102.0%		iv
5	逆紹介率（%）	35.0	44.1	126.0%		v
6	入院及び診察要請に対する受入れ 率（%）	50.0	53.3	106.6%		iv
7	自宅退院や施設入所（GH等）に 結びついた作業療法終了者の割合 （%）	70.0	70.3	100.4%		iv
8	入院期間5年以上の患者数（人）	25	16	136.0%		v
9	在宅復帰率（%）	83.0	83.7	100.8%		iv

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R4(2022) 年度 実績値 （再掲）	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
11.4				
86.6				
83.0				
52.0				
44.1				
53.3				
70.3				
16				
83.7				

※ 中期計画指標のみ記載

5 地域連携の推進（中項目）

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

5 地域連携の推進（中項目）

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

5 地域連携の推進（中項目）

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

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	自病院退院後再入院率（3か月） （%）【再掲】	11.0	11.4	96.4%	10.0	iii
2	3か月以内退院率（%）【再掲】	85.0	86.6	101.9%	88.0	iv
3	措置入院患者ケア会議開催率 （%）【再掲】	85.0	83.0	97.6%	87.0	iii

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R4(2022) 年度 実績値 (再掲)	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
11.4				
86.6				
83.0				

※ 中期計画指標のみ記載

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
(1) 地域精神保健福祉活動への協力（小項目）		
<p>県や市町、関係機関等が実施するケア会議や、県民への精神疾患や精神障害者に対する正しい理解を普及・啓発する活動、保健所が主体となり実施する措置入院患者への退院後支援などの地域精神保健福祉活動に協力するとともに、地域の関係者と積極的に協働し、精神障害者の地域生活を支えていく。</p>	<p>当院で受け入れた措置入院患者について、入院後速やかにケア会議の準備を進め、保健所による退院後支援へスムーズに移行できるように、確実にケア会議を開催していく。</p> <p>また、精神障害者の地域生活を支えるための地域精神保健福祉活動に協力するとともに、保健所が開催する事例検討会等にも積極的に参加し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて協働する。</p>	<p>①原則すべての措置入院患者に対して、保健所と協力し退院後支援計画に関する説明の場を設けるとともに、多職種による退院時ケア会議を開催し、退院後のスムーズな地域移行につなげることができた。</p> <p>②児童相談所が開催するケース会議や宇都宮市保健所主催の事例検討会に参加した。</p>

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）

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

6 地域精神医療・福祉への貢献・協働（中項目）

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

7 災害等への対応（中項目）

◆年度計画指標

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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

R4(2022) 年度 実績値 (再掲)	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
3				

※ 中期計画指標のみ記載

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

7 災害等への対応（中項目）

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

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

第2 業務運営の改善及び効率化に関する事項（大項目）

1 業務運営体制の確立（中項目）

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

1 業務運営体制の確立（中項目）

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

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

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

◆年度計画指標

No.	指標名	R4(2022) 年度 目標値	R4(2022) 年度 実績値	R4(2022) 年度 達成率	R8(2026) 年度 目標値※	指標の 達成状況
1	病床利用率（％）	58.8	47.5	80.8%	58.8	ii
2	入院単価（円）	20,400	24,973	122.4%	21,200	v
3	外来単価（円）	13,500	13,000	96.3%	13,000	iii
4	精神科救急性期医療入院料算定率（％）	60.0	62.5	104.2%		iv
5	延べ外来患者数（人）	32,670	31,660	96.9%		iii
6	入院患者に対する薬剤管理指導実施件数（件）【再掲】	12	21	175.0%		v
7	デイケア参加率（％）	42.0	26.8	63.8%		i
8	診療材料費対医業収益比率（％）	1.77	1.46	117.8%		v

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

R4(2022) 年度 実績値 (再掲)	R5(2023) 年度 実績値	R6(2024) 年度 実績値	R7(2025) 年度 実績値	R8(2026) 年度 実績値
47.5				
24,973				
13,000				
62.5				
31,660				
21				
26.8				
1.46				

※ 中期計画指標のみ記載

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

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

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

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

2 収入の確保及び費用の削減への取組（中項目）

<p>法人の 自己評価</p>	<p>A</p>	<p>評 価 理 由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・指標に関しては、「病床利用率」、「外来単価」、「延べ外来患者数」及び「デイケア参加率」については目標値を下回った一方、「入院単価」、「精神科救急急性期医療入院料算定率」、「入院患者に対する薬剤管理指導実施件数」及び「診療材料費対医業収益比率」については目標値を上回った。 ・年度計画の業務実績に関しては、「(1) 収入の確保対策」では、医療安全対策加算の格上げや第3病棟における精神科急性期治療病棟入院料1の算定開始など、各種診療報酬算定項目の取得に努めた。また、「(2) 費用の削減対策」では、若手職員の採用による年齢構成の適正化を図るとともに、診療援助医師の体制や給食委託業務を見直すことにより経費の削減に努めた。 ・以上を総合的に勘案した結果、当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
<p>知事の 評 価</p>	<p>A</p>	<p>評 価 理 由等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

第3 予算、収支計画及び資金計画（財務内容の改善に関する事項）（大項目）

◆年度計画指標

（参考）中期目標期間における各事業年度の実績

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

※ 中期計画指標のみ記載

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

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

第8 その他業務運営に関する重要事項（大項目）

1 施設のあり方の検討（中項目）

中期計画(R4(2022)～R8(2026))の記載内容	年度計画の記載内容	業務実績
竣工から30年以上経過し、病院の主要な建物の老朽化が進んでいることに加え、時代の変化に対応した医療サービスの提供にも支障を来していることから、今後の施設のあり方を検討するためのプロジェクトチームを設置して必要な情報を収集するとともに、当院に求められる医療機能及びそのために必要な施設設備、病床数等について検討を行う。	今後の施設のあり方を検討するためのプロジェクトチームを立ち上げ、施設等のハード面及び病棟機能・人員配置等のソフト面における当院の課題を洗い出すとともに、検討に必要な基本的医療情報の収集に着手する。	①「岡本台病院の診療機能及び施設のあり方WG」を設置（構成員19名、オブザーバー3名）し、施設・機能面での課題の洗い出しや当院が担うべき診療機能の検討を行い（計7回）、報告書としてとりまとめて県に提出した。 ②建替えを行った他県立精神科病院を視察し、機能や施設整備等について情報収集を行った。

法人の自己評価	A	評価理由	・「岡本台病院の診療機能及び施設のあり方WG」を設置し、多職種が連携して診療機能及び施設のあり方について検討を行うなど、概ね計画どおり実施することができたと判断し、「A」評価とした。
知事の評価	A	評価理由等	・当該中項目に関しては、概ね計画どおり実施していることが認められるため、「A」評価とした。

2 コンプライアンスの推進と適切な情報管理（中項目）

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

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

全体評価書

1 全体評価

(1) 評価結果

(評価結果)

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

(2) 判断理由等

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

2 栃木県立病院地方独立行政法人評価委員会の意見

令和4（2022）年度における業務の実績に関する知事の評価案については、適当と認める。