

地方独立行政法人宮城県立病院機構
令和2年度の業務実績に関する評価結果

令和3年9月

宮城県

目 次

第1	評価の視点	1
第2	全体評価について	
	令和2年度業務実績全般の評価	2
	〔精神医療センター〕	2
	〔がんセンター〕	3
第3	項目別評価について	4
I	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目標を達成するためにとるべき措置	
1	質の高い医療の提供	
	(1) 政策医療, 高度・専門医療の確実な提供	5
	(2) 医療機器, 施設の計画的な更新・整備	5
	(3) 地域医療への貢献	6
	(4) 医療に関する調査研究と情報の発信	7
2	安全・安心な医療の提供	8
3	患者や家族の視点に立った医療の提供	8
4	人材の確保と育成	9
5	災害等への対応	10
II	業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためにとるべき措置	
1	業務運営体制の確立	11
2	収益確保の取組	11
3	経費削減への取組	12
III	予算, 収支計画及び資金計画	
IV	短期借入金の限度額	
V	出資等に係る不要財産となることが見込まれる財産の処分に関する計画	
VI	前記の財産以外の重要な財産を譲渡し, 又は担保に供する計画	
VII	剰余金の使途	
VIII	積立金の処分に関する計画	
		12
IX	その他業務運営に関する重要事項を達成するためにとるべき措置	
1	人事に関する事項	13
2	就労環境の整備	14
3	病院の信頼度の向上	14
別紙	地方独立行政法人宮城県立病院機構の業務実績に関する評価の考え方について〈抜粋〉	16
	地方独立行政法人宮城県立病院機構評価委員会名簿	21

第1 評価の視点

宮城県立精神医療センター及び宮城県立がんセンターの2病院（以下「2病院」という。）は、これまで、精神疾患及びがん疾患の専門病院として、民間の医療機関では対応が困難な政策医療や高度・専門医療を提供しており、県民に必要な医療を提供していく上で、極めて重要な役割を担ってきた。しかし、近年は、疾病構造の変化や医療技術の進歩、社会情勢の変化等に伴い、医療ニーズの多様化、医師、看護師等の医療スタッフ確保の問題、国の医療制度の変化への対応など、医療を取り巻く環境は厳しさを増してきている。

このため、医療環境の変化や経営状況に応じた柔軟で弾力的な病院運営を行い、より一層の自律性、機動性が発揮できるよう、それまでの地方公営企業法（昭和27年法律第292号。以下「企業法」という。）に基づく運営形態から地方独立行政法人へ移行することとし、平成23年4月1日、2病院と旧宮城県立循環器・呼吸器病センター（平成31年3月31日閉院）を一体とする「地方独立行政法人宮城県立病院機構」（以下「法人」という。）が設立された。法人は、地方独立行政法人制度の利点を生かして、その担うべき役割を十分に認識し、使命や理念の確実な実現を図り、県民に必要な医療を提供していくことが求められている。

平成30年4月1日から施行された改正地方独立行政法人法（平成15年法律第118号。以下「法」という。）により、法人の設立団体である本県が、法第28条の規定により、事業年度ごとに法人の業務実績について評価を行うことになっている。

令和2年度の法人の業務実績の評価は、宮城県知事が定めた法人が達成すべき業務運営に関する目標を踏まえ、別紙地方独立行政法人宮城県立病院機構の業務実績に関する評価の考え方に基づき、法人が作成した地方独立行政法人宮城県立病院機構中期計画（以下「中期計画」という。）及び地方独立行政法人宮城県立病院機構令和2年度計画（以下「年度計画」という。）の事項ごとに行ったものである。

なお、本評価に当たっては、法人から提出された業務実績報告に基づき、法人と評価委員会から、ヒアリング等を実施した。

第2 全体評価について

令和2年度業務実績全般の評価

2病院は、東日本大震災直後の平成23年4月1日から、それまでの企業法に基づく運営形態から地方独立行政法人へ移行し、「地方独立行政法人宮城県立病院機構」として、一体的な病院運営を開始した。

本評価の対象期間は、地方独立行政法人としての業務運営の10年目となる令和2年4月1日から令和3年3月31日までの1年間である。

変化し続ける医療環境と厳しい自治体病院の経営環境にあって、それぞれ異なる特性を有する2病院を一体的に運営している法人の令和2年度の業務実績は、目標をおおむね達成した結果となっており、2病院ともに、それぞれが担う拠点機能の充実に向けた様々な取組を積極的に行っていることは評価できるものであり、地方独立行政法人の安定した業務運営のための改善などに取り組んでいる努力が認められる。

しかしながら、令和2年度の決算は、新型コロナウイルス感染症の影響による患者の減少に伴い、中期計画に掲げる経常収支比率100%以上を下回り、約88百万円の純損失となった。業務運営において改善が必要と認められる点については、病院ごとに異なっており、それぞれの背景にある要因を分析し、経営改善に向けた一層の努力や検討が必要である。

今後も政策医療と高度・専門医療を提供する医療機関として、県民に対して質の高い医療を提供し、病院間の連携を強化して、安全・安心な医療を提供する体制の整備により一層の努力を期待する。また、他の関係機関とも連携を図りながら、地域医療に貢献する役割にも期待するものである。

各病院に関する令和2年度業務実績全般の評価は次のとおりである。

[精神医療センター]

精神医療センターは、精神科救急医療、児童思春期医療などの精神疾患に係る政策医療、高度・専門医療を提供し、本県の精神科医療の基幹病院としての役割を担っている。

令和2年度の業務実績については、精神科救急・急性期医療の提供について、県内における措置入院患者の半数以上を受け入れたほか、365日24時間体制の精神科救急システムを適切に運用し、本県精神科の基幹病院として中心的役割を果たしている。また、児童思春期医療について、早期介入・支援等を行いモデル的医療の継続的な提供に努めたほか、外来診察室の増設等により延外来患者数の目標を達成したことを評価する。自立生活に向けた支援については、地域の支援スタッフとの連携により、患者の自立生活に向けた計画的支援を実施したことを評価する。

今後、新病院の建設に向けて、本県の精神科医療の基幹病院として、なお一層の努力を続けていくことを望むとともに、変化する精神科医療への対応や精神科救急の発展などに大きな役割を果たし、質の高い医療を県民に提供していくことを期待する。

[がんセンター]

がんセンターは、がんに関する専門的かつ高度な診療機能を確保し、都道府県がん診療連携拠点病院として、ともに指定を受けている東北大学病院との機能分担や連携により、がん診療に係る各分野の強化・充実を図るとともに、併設した研究所においては、病院との連携により、がん克服を目指した基礎及び応用研究を行うなど、本県におけるがんの制圧拠点としての役割を担っている。

手術、放射線治療及び化学療法を組み合わせた集学的治療の一層の推進が図られ、化学療法の治療件数の大幅な増加につながっていることやがんゲノム医療について、がん遺伝子パネル検査の運用が軌道に乗り、前年度を大きく上回るなどの成果を上げていることを評価する。また、多職種で構成する緩和ケアチームの対応件数が目標を大きく上回ったことやがん研究の促進について、独立行政法人化して以来初となる単独での特許の出願がなされるなど画期的な研究成果が出ていることを評価する。

今後も、本県におけるがん制圧拠点としての役割を果たし、なお一層、県民に質の高い専門医療を提供していくことを期待する。

第3 項目別評価について

項目別評価については、下記5段階の判定基準により、15の項目ごとに評価を行った。

判定基準	判定結果数
「S」：目標を量的及び質的に上回る顕著な成果が得られていると認められる ・ 定量的目標においては対計画値の110%以上で、かつ困難度が「高」とされている場合 ・ 定量的目標で評価できない項目についてはS評価なし	0
「A」：目標を上回る成果が得られていると認められる ・ 定量的目標においては対計画値の110%以上、又は対計画値の100%以上で、かつ困難度が「高」とされている場合 ・ 定量的目標がない項目においては目標の水準をはるかに上回る「成果」があるといえる根拠、理由が明確に認められる場合	3
「B」：目標を達成していると認められる ・ 定量的目標においては対計画値の100%以上110%未満、又は対計画値の100%を概ね満たしており、かつ困難度が「高」とされている場合 ・ 定量的目標がない項目においては目標の水準を上回る「成果」があるといえる根拠、理由が明確に認められる場合	31
「C」：目標を下回っており、改善を要する ・ 定量的目標においては対計画値の80%以上100%未満 ・ 定量的目標がない項目においては目標の水準を下回る場合	1
「D」：目標を下回っており、業務の廃止を含めた抜本的な改善を求める ・ 定量的目標においては対計画値の80%未満 ・ 定量的目標がない項目においては目標の水準を下回っており、抜本的な業務の見直し等が必要であると認められる場合	0
合 計	35

【項目別評価】

項 目 名	評価結果			
	精神医療 センター	がん センター	本部	総合
I 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目標を達成するためにとるべき措置				
1 質の高い医療の提供				
（1）政策医療、高度・専門医療の確実な提供	B	A		
（2）医療機器、施設の計画的な更新・整備	B	B		
（3）地域医療への貢献	B	A		
（4）医療に関する調査研究と情報の発信	B	B		
2 安全・安心な医療の提供	B	A	B	B
3 患者や家族の視点に立った医療の提供	B	B	B	B
4 人材の確保と育成	B	B	B	B
5 災害等への対応	B	B	B	B
II 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためにとるべき措置				
1 業務運営体制の確立				B
2 収益確保の取組	B	B		
3 経費削減への取組	B	B	B	
III 予算、収支計画及び資金計画 IV 短期借入金の限度額 V 出資等に係る不要財産となることが見込まれる財産の処分に関する計画 VI 前記の財産以外の重要な財産を譲渡し、又は担保に供する計画 VII 剰余金の使途 VIII 積立金の処分に関する計画				C
IX その他業務運営に関する重要事項を達成するためにとるべき措置				
1 人事に関する事項				B
2 就労環境の整備				B
3 病院の信頼度の向上	B	B		

I 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目標を達成するためにとるべき措置

1 質の高い医療の提供

(1) 政策医療，高度・専門医療の確実な提供

[判定結果]

精神医療センター B

がんセンター A

[判定理由]

精神医療センターについては，目標を達成していると評価しBと判定した。

がんセンターについては，目標を上回ると評価しAと判定した。

[評価委員からの意見，指摘等]

〈精神医療センター〉

- 精神科救急医療の提供に関して，適用患者割合やデイケア実施件数など複数項目で目標値を下回った。平均在院日数など一部の項目は目標を達成した。
- 県内唯一の「精神科救急入院料算定病棟（スーパー救急）」の効率的な運用を図るため，センター内でベッド調整等を目的とした定期的なカンファレンスを行い，民間病院では対応困難な患者の受入れに努めていた。

〈がんセンター〉

- 初の単独での特許申請をはじめ，研究が促進され，成果も見られた。
- ロボット手術，がん遺伝子パネル検査，リキッドバイオプシーパネル検査などの高度医療の実施，精神腫瘍科との連携した取り組みなど目標を上回る成果を達成した。

(2) 医療機器，施設の計画的な更新・整備

[判定結果]

精神医療センター B

がんセンター B

〔判定理由〕

精神医療センター及びがんセンターについては、目標を達成していると評価しBと判定した。

〔評価委員からの意見，指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 老朽化した病院の建替え前に，大規模な施設や設備の修繕を行った。早期に計画的な建替え事業を推進する必要がある。
- 本県との連携が前提ではあるが，平成30年から病院建替えの具体的な進展が見られないのは，誠に残念である。

〈がんセンター〉

- 良質な医療提供や医療水準の向上を図るための設備更新については，新型コロナウイルス感染症対策として，一部突発的な設備導入があったものの，基本的には費用対効果や医療需要予測等を考慮した上で，計画的に設備の入替えを行っていた。
- オンライン会議対応に向けた整備など一定の目標は達成した。

(3) 地域医療への貢献

〔判定結果〕

精神医療センター B

がんセンター A

〔判定理由〕

精神医療センターについては，目標を達成していると評価しBと判定した。

がんセンターについては，目標を上回ると評価しAと判定した。

〔評価委員からの意見，指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 紹介率は目標値を上回ったが，逆紹介率は下回った。もっとも逆紹介率も近時では高い数字であった。
- 退院支援につなげるための地域連携クリティカルパスに準じて，地域医療連携室を中心に連携医療機関や介護施設等と連携しながら，患者の地域移行・地域定着支援を推進していた。

〈がんセンター〉

- 紹介率，逆紹介率ともに目標値を上回った。さらに在宅療養支援との連携強化を進めた。
- 病病・病診連携の退院調整カンファレンスは準備段階であり，また，紹介率及び逆紹介率も目標値が低く設定されており目標値達成を高く評価することは難しい。特に逆紹介率は60%にも達しておらず今後更に改善が望まれる。

(4) 医療に関する調査研究と情報の発信

〔判定結果〕

精神医療センター B

がんセンター B

〔判定理由〕

精神医療センター及びがんセンターについては，目標を達成していると評価しBと判定した。

〔評価委員からの意見，指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 倫理委員会にて審査を受けた研究件数が目標を下回った。学会の発表件数が少なかった（COVID-19 下では全国的にオンラインでの学会発表数は増加している。）。
- 市町村において相談会の開催，臨床指標の統計データの活用など実績を積んだ。

〈がんセンター〉

- 学会発表，学会参加及び専門誌への寄稿は目標に達しないものもあるが，コロナ禍の下としては，一定のレベルを維持できている。
- 院内で診断・治療されたがん患者の生存率を計算するため，予後調査を行い，その集計結果を院内で共有・活用するとともに，国立がんセンターや外部機関が行う医療に関する調査に対して，協力を行っていた。

2 安全・安心な医療の提供

〔判定結果〕

精神医療センター	B
がんセンター	A
本部事務局	B
総合	B

〔判定理由〕

精神医療センター及び本部事務局については、目標を達成していると評価しBと判定した。

がんセンターについては、目標を上回ると評価しAと判定した。

上記より、総合してBと判定した。

〔評価委員からの意見，指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 医療安全委員会・同研修会，院内感染症対策委員会・同研修会も目標に沿って実施されている。

〈がんセンター〉

- 新たに外来化学療法連携充実加算算定を開始するなど目標を上回る成果を達成した。

〈本部事務局〉

- 新規職員研修や事務職員の自主企画研修の一環として，情報セキュリティ研修を開催し，個人情報保護の徹底を図っていた。

3 患者や家族の視点に立った医療の提供

〔判定結果〕

精神医療センター	B
がんセンター	B
本部事務局	B
総合	B

〔判定理由〕

2 病院及び本部事務局については、目標を達成していると評価しBと判定した。

上記より、総合してBと判定した。

〔評価委員からの意見，指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 相談窓口への相談件数が伸びた。外来栄養指導件数が目標を下回った。

〈がんセンター〉

- 相談支援，入院栄養指導，外来栄養指導の取組は，がん患者の療養支援に有益な取組である。

〈本部事務局〉

- 事務職員の自主企画研修の一環として，中堅職員に必要なコミュニケーションスキル研修会を実施していた。

4 人材の確保と育成

〔判定結果〕

精神医療センター	B
がんセンター	B
本部事務局	B
総合	B

〔判定理由〕

2 病院及び本部事務局については、目標を達成していると評価しBと判定した。

上記より、総合してBと判定した。

〔評価委員からの意見，指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 学生，研修医の受入れなどによる積極的人材確保に向けた取り組みにより目標達成した。

〈がんセンター〉

- 研究医の受入件数が目標より少なかった。医師の学会参加は目標より大幅に多かった。認定看護師に1人合格した。

〈本部事務局〉

- 看護師採用試験の応募者確保対策として、ホームページ更新や民間の就職情報サイトへの登録、オンライン合同就職説明会への参加など積極的に広報活動を行っていた。

5 災害等への対応

〔判定結果〕

精神医療センター	B
がんセンター	B
本部事務局	B
総合	B

〔判定理由〕

2病院及び本部事務局については、目標を達成していると評価しBと判定した。

上記より、総合してBと判定した。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- DPAT 研修への職員派遣などの通常取組に加え、COVID-19 への県内の精神科医療連携の中核的役割の一翼を担い、かかりつけ医のない感染疑いの患者や措置入院患者の受入れを行うことで、県内の感染対策に大きく貢献したことは、CBRNE 災害への目標を超えた貢献と評価できるのではないか。

〈がんセンター〉

- コロナ禍という非常時の中で、感染対策と療養支援を両立できたことは、努力の結果と評価できる。

〈本部事務局〉

- 職員の安否確認システムの活用訓練や無線機の通信訓練を行うなど、災害時における通信方法の確認を行っていた。2月に発生した地震の際には災害対策マニュアルに基づき各病院の被害状況を取りまとめ、本県との連絡調整に努めていた。

II 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためにとるべき措置

1 業務運営体制の確立

〔判定結果〕

B

〔判定理由〕

目標を達成していると評価しBと判定した。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

- 不測の事態の連続となった中で、求められる政策医療の提供がほぼ計画に沿って展開できたことは評価できる。
- 本部事務局では、理事会や理事長・院長等会議を主催し、経営状況や計画の進行状況を把握するとともに、病院個別の意見交換会を開催し、経営状況の改善に努めた。また、全職員に経営状況等を周知するため、理事長等が各病院を訪問して説明会を開催し、職員の経営意識向上を図っていた。

2 収益確保の取組

〔判定結果〕

精神医療センター B

がんセンター B

〔判定理由〕

精神医療センター及びがんセンターについては、目標を達成していると評価しBと判定した。

〔評価委員からの意見，指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 未収金残高は減少した。外来及び入院患者は目標に届かなかった（Cレベル）。レセプトの査定率は低下した。大規模改修のためか以前から低い病床稼働率は更に低下した。

〈がんセンター〉

- 新型コロナウイルス感染症の影響により，外来・入院ともに延べ患者数は目標を下回る水準となったものの，「退院時リハビリテーション指導料」等の加算を取得するなど単価向上に資する取組を行っていた。

3 経費削減への取組

〔判定結果〕

精神医療センター	B
がんセンター	B
本部事務局	B

〔判定理由〕

2病院及び本部事務局については，目標を達成していると評価しBと判定した。

〔評価委員からの意見，指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 医薬品の年2回の在庫管理などにより目標達成した。

〈がんセンター〉

- 材料費率は目標に届かなかったが，後発医薬品の品目数は増加した。

〈本部事務局〉

- 2病院の一括契約，一括購入は費用削減につながる現実的な良い取組である。

III 予算，収支計画及び資金計画 IV 短期借入金の限度額

V 出資等に係る不要財産となることが見込まれる財産の処分に関する計画

VI 前記の財産以外の重要な財産を譲渡し，又は担保に供する計画

VII 剰余金の使途 VIII 積立金の処分に関する計画

〔判定結果〕

C

〔判定理由〕

目標を下回っていると評価しCと判定した。

〔評価委員からの意見，指摘等〕

- 新型コロナウイルス感染拡大の影響が大きく，収入・支出とも変動要因が多かったと思われるが，経費縮減の努力だけでは収益の改善が見込めない状況に，将来的な経営の不安要素を感じている。
- 新型コロナウイルス感染症の影響による入院患者数・外来患者数ともに減少したため，2病院ともに目標を下回る実績となったものの，各病院とも患者単価の上昇や経費の削減に資する取組を行っていた。
- 次年度については，新型コロナウイルス感染症の中長期的な影響等を踏まえた収支計画・資金計画の策定や機構全体としての黒字化に向けた経営改善策を検討・実行していく必要がある。また，本部勘定として計上されている経費を2病院へ按分するなど，病院ごとの本質的な損益状況を「見える化」することについても検討する必要がある。

IX その他業務運営に関する重要事項を達成するためにとるべき措置

1 人事に関する事項

〔判定結果〕

B

〔判定理由〕

目標を達成していると評価しBと判定した。

〔評価委員からの意見，指摘等〕

- 障害者雇用率が増加したことは評価できる。定型業務のアウトソーシングの目的で本部や2病院で有期雇用職員を増員したことは経営効率化に有用であると推測され評価できる。

- これまで行っていた定型的業務のアウトソーシングのうち，給与計算業務における修正が発生した際の連絡調整や確認作業に時間を要する事象が発生していたため，機構内部で職員を新たに2人雇用し，人事給与システムを導入することで，業務の効率化を図っていた。

2 就労環境の整備

〔判定結果〕

B

〔判定理由〕

目標を達成していると評価しBと判定した。

〔評価委員からの意見，指摘等〕

- 医師や看護師の業務補助者を配置して各職種の就労環境の改善を図った。終夜保育の継続，院内保育所の委託業者選定，家庭環境編配慮，ハラスメント対策など一定の評価が出来る。
- 建替えが進展しないことや，統廃合の動き等が職員にきちんと説明されて動揺しないような配慮も必要であろう。

3 病院の信頼度の向上

〔判定結果〕

精神医療センター B

がんセンター B

〔判定理由〕

目標を達成していると評価しBと判定した。

〔評価委員からの意見，指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 新病院建設計画が延期になり，病院機能評価の認定取得を延期した。
- 困難な状況の発生に遭遇しても，所期した目標を達成できたことは，信頼度の向上に大きく寄与している。政策医療の提供の根幹がぶれずにやってこられたことは大いに評価できる。

〈がんセンター〉

- コロナ禍の下で、本来の医療行為に加えて、コロナ患者の受入れや、軽症患者施設への医療従事者の派遣については高く評価できる。

〈全体〉

- コロナ対応を信頼度向上の主な理由としているが、様々な貢献があるとはいえ、本県の自治体病院として地域への貢献が求められる状況で、Aの「水準をはるかに上回る貢献」とは言い難いと考え。それぞれ専門化した領域の医療機関であり、求められる医療が異なるとの考えはあると思う。しかし、自院の診療を制限してコロナ患者の対応に当たった医療機関は県内に多数あり、非常時といえる状況でもう少し踏み込んだコロナ対応も可能であったのではと思われる。

[別 紙]

地方独立行政法人宮城県立病院機構の業務実績に関する評価の考え方について

平成24年 3月19日
一部改正平成30年 7月10日
一部改正令和 2年 6月23日
一部改正令和 2年12月 2日

この「評価の考え方」は、地方独立行政法人宮城県立病院機構評価委員会（以下「委員会」という。）から意見を聴取し、県が行う地方独立行政法人宮城県立病院機構（以下「法人」という。）の業務実績評価の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

1 評価の基本方針

法人の業務運営の改善やサービス水準の向上等に資するため、法人の業務に関し、公共性及び透明性を確保するべく、県民の視点に立って、財務評価のみならず、社会的な観点からも評価を行うこととし、その評価の種類は、次の2つとする。

(1) 各事業年度に係る業務の実績に関する評価

当該事業年度における中期計画の実施状況の調査・分析をし、当該事業年度における業務の実績の全体について総合的に評価するものとする。

(2) 中期目標に係る業務の実績に関する評価

当該中期目標の期間における中期目標の達成状況の調査・分析をし、当該中期目標期間における業務の実績の全体について総合的に評価するものとする。

2 各事業年度に係る業務の実績に関する評価の方法

中期計画等に掲げた項目ごとに行う「項目別評価」と業務実績全体の状況について行う「全体評価」の2つを併せて行うものとする。

(1) 項目別評価

項目別評価は、中期計画及び年度計画の個別項目ごとの進捗状況について、次により評価するものとする。

① 業務の実施状況を幅広く把握し、可能な限り客観的な評価の実施に努める。

<留意点>

- ・業務実績の目標数値がある場合にはその達成度合、定性的な目標の場合には具体的な業務実績を把握して総合的に評価する

② 判定基準として、以下の5段階で評定し、原則としてその理由を付記する。なお、評価項目に小項目を設けている場合にも準用する。

<判定基準>

「S」: 目標を量的及び質的に上回る顕著な成果が得られていると認められる

- ・定量的目標においては対計画値の110%以上で、かつ困難度が「高」とされている場合

- ・ 定量的目標で評価できない項目については S 評価なし
- 「A」: 目標を上回る成果が得られていると認められる
 - ・ 定量的目標においては対計画値の 110%以上, 又は対計画値の 100%以上で、かつ困難度が「高」とされている場合
 - ・ 定量的目標がない項目においては目標の水準をはるかに上回る「成果」があるといえる根拠, 理由が明確に認められる場合
- 「B」: 目標を達成していると認められる
 - ・ 定量的目標においては対計画値の 100%以上 110%未満, 又は対計画値の 100%を概ね満たしており, かつ困難度が「高」とされている場合
 - ・ 定量的目標がない項目においては目標の水準を上回る「成果」があるといえる根拠, 理由が明確に認められる場合
- 「C」: 目標を下回っており, 改善を要する
 - ・ 定量的目標においては対計画値の 80%以上 100%未満
 - ・ 定量的目標がない項目においては目標の水準を下回る場合
- 「D」: 目標を下回っており, 業務の廃止を含めた抜本的な改善を求める
 - ・ 定量的目標においては対計画値の 80%未満
 - ・ 定量的目標がない項目においては目標の水準を下回っており, 抜本的な業務の見直し等が必要であると認められる場合

③ 項目別評価を実施する際の視点は別に定める。

(2) 全体評価

全体評価は、(1)の項目別評価の結果を踏まえ、次のような観点から中期計画の進行状況や達成度について、記述式により評価するものとする。

① 法人の設立目的に照らし、業務により得られた成果が、県民の健康の確保及び増進にどの程度寄与されたか。

<留意点>

- ・ 精神疾患, がん疾患の専門病院として, 民間の医療機関では対応が困難で県民に必要な政策医療や高度・専門医療が確実に実施されているか。
- ・ 患者・家族の視点に立った県民に満足される安心・安全で質の高い医療の提供, 質の高い医療従事者の養成に努めるなど, 県民の医療需要の変化に的確に対応するための取り組みを行っているか

② 地方独立行政法人制度の基本理念である公共性, 透明性及び自主性の視点から, 適正かつ効率的に業務が実施されたか。

<留意点>

- ・ 県民に対する説明責任を重視し, 病院の運営状況等を明らかにするよう努めるなど, 透明性が図られているか
- ・ 目標とする業績を達成できるよう, 法人の業務・組織の全体的な効率化が図られているか
- ・ 法人としての利点を生かした自律的・弾力的な業務運営がなされているか

(3) 具体的な実施方法

次の手順により評価を行うものとする。

① 法人

- ◇ 毎年6月末までに前年度の業務の実績を明らかにした報告書を作成し、県へ提出する。
- ◇ 業務実績を自己点検し、その状況を項目ごとに自己評価（(1)の②の判定基準を準用し、評価に至った理由等を付記）するとともに、評価の際に参考となるよう、必要に応じ、関係する客観的な資料を提出する。

② 委員会

- ◇ 法人からの事業説明などを通じ、法人の自己点検・評価等に対して意見を述べる。
- ◇ 県が作成した評価案に対して、意見を述べる。

③ 県

- ◇ 法人の自己点検・評価等に対する委員会委員の意見を参考に、県としての評価案を作成する。
- ◇ 作成した評価案に対する委員会委員の意見を勘案し、評価を確定させるとともに、評価結果を法人及び委員会に通知し、議会に報告する。

3 中期目標に係る業務の実績に関する評価の方法

中期目標等に掲げた項目ごとに行う「項目別評価」と業務実績全体の状況について行う「全体評価」の2つを併せて行うものとする。

(1) 項目別評価

項目別評価は、中期目標及び中期計画の個別項目ごとの進捗状況について、次により評価するものとする。

- ① 業務の実施状況を幅広く把握し、可能な限り客観的な評価の実施に努める。

<留意点>

- ・2の(1)の①に同じ

- ② 判定基準として、以下の5段階で評定し、原則としてその理由を付記する。なお、評価項目に小項目を設けている場合にも準用する。

<判定基準>

「S」: 目標を量的及び質的に上回る顕著な成果が得られていると認められる

- ・ 量的目標においては対計画値の110%以上で、かつ困難度が「高」とされている場合
- ・ 量的目標で評価できない項目についてはS評価なし

「A」: 目標を上回る成果が得られていると認められる

- ・ 量的目標においては対計画値の110%以上、又は対計画値の100%以上で、かつ困難度が「高」とされている場合
- ・ 量的目標がない項目においては目標の水準をはるかに上回る「成果」があるといえる根拠、理由が明確に認められる場合

「B」: 目標を達成していると認められる

- ・ 量的目標においては対計画値の100%以上110%未満、又は対計画値の100%を概ね満たしており、かつ困難度が「高」とされている場合

- ・ 定量的目標がない項目においては目標の水準を上回る「成果」があるといえる根拠，理由が明確に認められる場合

「C」：目標を下回っており，改善を要する

- ・ 定量的目標においては対計画値の80%以上100%未満
- ・ 定量的目標がない項目においては目標の水準を下回る場合

「D」：目標を下回っており，業務の廃止を含めた抜本的な改善を求める

- ・ 定量的目標においては対計画値の80%未満
- ・ 定量的目標がない項目においては目標の水準を下回っており，抜本的な業務の見直し等が必要であると認められる場合

③ 項目別評価を実施する際の視点は別に定める。

(2) 全体評価

全体評価は，(1)の項目別評価の結果を踏まえ，次のような観点から中期計画の進行状況や達成度について，記述式により評価するものとする。

① 法人の設立目的に照らし，業務により得られた成果が，県民の健康の確保及び増進にどの程度寄与されたか。

<留意点>

- ・ 2の(2)の①に同じ

② 地方独立行政法人制度の基本理念である公共性，透明性及び自主性の観点から，適正かつ効率的に業務を実施されたか。

<留意点>

- ・ 2の(2)の②に同じ

(3) 具体的な実施方法

① 暫定評価

評価結果を次期中期目標策定等へ反映させるため，次の手順により中期目標期間最終年度において暫定評価を行うものとする。

(ア) 法人

- ◇ 中期目標最終年度の6月末までに中期目標期間の業務の実績を明らかにした暫定報告書を作成し，県へ提出する。
- ◇ 業務実績を自己点検し，その状況を項目ごとに自己評価((1)の②の判定基準を準用し，暫定評価に至った理由等を付記)するとともに，評価の際に参考となるよう，必要に応じ，関係する客観的な資料を提出する。

(イ) 委員会

- ◇ 法人からの事業説明などを通じ，法人の自己点検・評価等に対して意見を述べる。
- ◇ 県が作成した暫定評価案に対して，意見を述べる。

(ウ) 県

- ◇ 法人の自己点検・評価等に対する委員会委員の意見を参考に，県としての暫定評価案を作成する。
- ◇ 作成した暫定評価案に対する委員会委員の意見を勘案し，暫定評価を確定させるとともに，暫定評価結果を法人及び委員会に通知し，議会に報告する。

② 最終評価

中期目標期間終了後，①の暫定評価結果を踏まえつつ，次の手順により最終評価を行うものとする。

(ア) 法人

- ◇ 中期目標期間終了後，翌年度の6月末までに中期目標期間の業務の実績を明らかにした最終報告書を作成し，県へ提出する。
- ◇ 業務実績を自己点検し，その状況を項目ごとに自己評価（(1)の②の判定基準を準用し，最終評価に至った理由等を付記）するとともに，評価の際に参考となるよう，必要に応じ，関係する客観的な資料を提出する。

(イ) 委員会

- ◇ 法人からの事業説明などを通じ，法人の自己点検・評価等に対して意見を述べる。
- ◇ 県が作成した最終評価案に対して，意見を述べる。

(ウ) 県

- ◇ 法人の自己点検・評価等に対する委員会委員の意見を参考に，県としての最終評価案を作成する。
- ◇ 作成した評価案に対する委員会委員の意見を勘案し，最終評価を確定させるとともに，最終評価結果を法人及び委員会に通知し，議会に報告する。

地方独立行政法人宮城県立病院機構評価委員会 名簿

【評価委員会委員】

(五十音順・敬称略)

氏 名	職 名 等	備 考
石 岡 千加史	東北大学大学院医学系研究科・医学部 教授（臨床腫瘍学分野）	副委員長
郷 内 淳 子	患者発・宮城版退院時サポートプロジェクト 代表	
佐 藤 和 宏	公益社団法人宮城県医師会長	
佐 藤 裕 一	弁護士 東北大学法科大学院 教授	
志 藤 敦	株式会社七十七銀行常務取締役	
菅 原 よしえ	宮城大学大学院看護学研究科 教授 (がん看護学)	
富 田 博 秋	東北大学大学院医学系研究科 教授 (精神神経学分野)	
富 永 悌 二	東北大学病院病院長	委員長