

地方独立行政法人宮城県立病院機構  
第三期中期目標期間の業務実績に関する評価結果  
(案)

令和5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                                     |    |
|      | 中期目標期間の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   | 中期目標評価期間の業務実績の評価について                         | 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                           | 6  |
| (2)  | 医療機器、施設の計画的な更新・整備                            | 7  |
| (3)  | 地域医療への貢献                                     | 8  |
| (4)  | 医療に関する調査・研究と情報の発信                            | 9  |
| 2    | 安全・安心な医療の提供                                  | 10 |
| 3    | 患者や家族の視点に立った医療の提供                            | 12 |
| 4    | 人材の確保と育成                                     | 13 |
| 5    | 災害等への対応                                      | 14 |
| 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とるべき措置              |    |
| 1    | 業務運営体制の確立                                    | 15 |
| 2    | 収益確保の取組                                      | 15 |
| 3    | 経費削減への取組                                     | 16 |
| 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                                 | 18 |
| IX   | その他業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置                 |    |
| 1    | 人事に関する事項                                     | 18 |
| 2    | 就労環境の整備                                      | 19 |
| 3    | 病院の信頼度の向上                                    | 20 |
| 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          | 21 |
|      | 地方独立行政法人宮城県立病院機構評価委員会名簿                      | 26 |

## 第1 評価の視点

宮城県立精神医療センター、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）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。

地方独立行政法人宮城県立病院機構の業務運営は、地方独立行政法人法（平成15年法律第118号、以下「法」という。）第25条及び第26条の規定による地方独立行政法人宮城県立病院機構中期目標（以下「中期目標」という。）及び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。）に基づき行われ、令和元年度から4か年を目標期間とする現行の中期目標及び中期計画は、令和4年度で終了した。

このため、法人の設立団体である宮城県が、法第28条の規定に基づき、令和元年度から令和4年度までの4か年の中期目標期間に係る法人の業務実績について評価を行うものである。

## 第2 全体評価について

### 中期目標期間の業務実績全般の評価

本評価の対象期間は、第三期中期目標期間中の平成31年4月1日から令和5年3月31日までの4年間である。

変化し続ける医療環境と厳しい経営環境にあって、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中期目標期間の業務実績は、中期計画・年度計画におおむね合致した結果となっている。また、2病院ともに新型コロナウイルス感染症の影響を受けながらも、専門性を維持し、持続的に県民へ医療提供を行ったことが認められる。

このような状況の中、令和元年度、令和3年度及び令和4年度に中期計画に掲げる経常収支比率100%以上の目標を達成し、平成28年度以降続いていた債務超過を解消したことは評価できるものであり、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。

一方で、今後は、新型コロナウイルス感染症の収束等も見据え、引き続き収支改善の検討・実践に努める必要がある。

なお、現在、病院再編に向けた協議が進められているが、2病院においては、引き続き政策医療と高度・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、より一層努めることを期待したい。あわせて、他の関係機関とも連携を図りながら、地域医療へ貢献することも望まれる。

各病院に関する中期目標期間中の業務実績全般の評価は以下のとおりである。

#### [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。

中期目標期間中は、精神科救急システムの24時間運用における中心的な役割を果たすとともに、地域チームケアや訪問活動等による地域移行・地域定着支援の実施、児童思春期医療の提供など、新型コロナウイルス感

感染症の影響がある中で、質の高い医療を確実に提供しており、計画に沿った運用ができたものと評価される。

一方で、施設については老朽化が顕著であることから、病院再編の議論も踏まえつつ、計画的な更新・整備を検討・実践し、利用者の快適性を保つことが望まれる。

今後も、本県の精神科医療の基幹病院として、変化する精神科医療への対応や精神科救急への発展などに大きな役割を果たし、継続して質の高い医療を県民へ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、共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。

中期目標期間中は、がん患者の状態に応じて、手術療法等のほか集学的治療や緩和ケアなど最適な治療の提供に努めるとともに、高度医療、調査研究で成果を挙げており、新型コロナウイルス感染症の影響がある中で、高度・専門医療が確実に提供されているものと評価される。

今後は、病院再編の議論も踏まえつつ、本県におけるがん制圧拠点としての役割を果たし、継続して県民に対し、質の高い高度・専門医療を提供していくことを期待する。

### 第3 中期目標期間の業務実績の評価について

中期目標期間の業務実績に関する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 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<br>・ 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<br>・ 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<br>・ 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<br>・ 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   | 6     |
| 「B」：目標を達成していると認められる<br>・ 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<br>・ 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 | 28    |
| 「C」：目標を下回っており、改善を要する<br>・ 定量的目標においては対計画値の80%以上100%未満<br>・ 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<br>・ 定量的目標においては対計画値の80%未満<br>・ 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   | 令和元年度評価結果 |        |    | 令和2年度評価結果 |        |    | 令和3年度評価結果 |        |    | 令和4年度評価結果 |        |    | 暫定評価結果   |        |    | 中間目標期間評価結果 |        |    |
|---|-----------|--------|----|-----------|--------|----|-----------|--------|----|-----------|--------|----|----------|--------|----|------------|--------|----|
|   | 精神医療センター  | がんセンター | 総合 | 精神医療センター  | がんセンター | 総合 | 精神医療センター  | がんセンター | 総合 | 精神医療センター  | がんセンター | 総合 | 精神医療センター | がんセンター | 総合 | 精神医療センター   | がんセンター | 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の取組   |           |        |    |           |        |    |           |        |    |           |        |    |          |        |    |            |        |    |
| 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      |    | B         | A      |    | B         | A      |    | B         | A      |    | B        | A      |    | B          | A      |    |
| (2) 医療連携、施設の計画的な更新・整備   | B         | A      |    | B         | B      |    | B         | B      |    | C         | B      |    | B        | B      |    | C          | B      |    |
| (3) 地域医療への貢献  | B         | A      |    | B         | A      |    | B         | B      |    | B         | A      |    | B        | A      |    | B          | A      |    |
| (4) 医療に関する調査・研究と情報の発信   | A         | B      |    | B         | B      |    | B         | B      |    | B         | B      |    | B        | B      |    | B          | B      |    |
| 2 安全・安心な医療の提供   | B         | B      |    | B         | B      |    | B         | A      |    | B         | B      |    | B        | B      |    | B          | A      |    |
| 3 患者や家族の視点に立った医療の提供   | B         | A      |    | B         | B      |    | B         | B      |    | B         | B      |    | B        | B      |    | B          | B      |    |
| 4 人材の確保と育成  | B         | B      |    | B         | B      |    | B         | B      |    | B         | B      |    | B        | B      |    | B          | B      |    |
| 5 災害等への対応   | B         | B      |    | B         | B      |    | B         | A      |    | A         | A      |    | B        | A      |    | B          | A      |    |
| 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の取組   |           |        |    |           |        |    |           |        |    |           |        |    |          |        |    |            |        |    |
| 1 業務運営体制の確立   |           |        |    |           |        |    |           |        |    |           |        |    |          |        |    |            |        |    |
| 2 収益増収の取組   | C         | A      |    | B         | B      |    | B         | B      |    | C         | B      |    | B        | B      |    | B          | B      |    |
| 3 経費削減への取組  | B         | A      |    | B         | B      |    | B         | B      |    | B         | B      |    | B        | B      |    | B          | B      |    |
| III 予算、取組計画及び資金計画 IV 短期借入金<br>の返還額 V 出資等に係る不利益発生となること<br>が想定される財産の処分に関する計画 VI 前記<br>の財産以外の重要な財産を譲渡し、又は担保に供<br>する計画 VII 剰余金の使途 VIII 積立金の処分<br>に関する計画 |           |        |    |           |        |    |           |        |    |           |        |    |          |        |    |            |        |    |
| 区 その他業務運営に関する重要事項を達成<br>するにためるべき取組  |           |        |    |           |        |    |           |        |    |           |        |    |          |        |    |            |        |    |
| 1 人事に関する事項  |           |        |    |           |        |    |           |        |    |           |        |    |          |        |    |            |        |    |
| 2 業務環境の整備   |           |        |    |           |        |    |           |        |    |           |        |    |          |        |    |            |        |    |
| 3 病院の信頼性の向上   | B         | A      |    | B         | B      |    | B         | B      |    | B         | B      |    | B        | B      |    | 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、県の精神科医療の基幹病院として、精神科救急医療の提供や地域移行・地域定着支援に着実に取り組んでおり、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、患者の状態に応じた適切な医療の提供や緩和ケアの推進などに取り組み、新型コロナウイルス感染症の影響がある中で、がん医療を確実に提供したことから、目標を上回る成果があると評価し、Aと判定した。

〔中期計画における定量的目標との比較〕

〈精神医療センター〉

| 項目             | 中期計画<br>目標値                 | 令和元年度<br>実績                                       | 令和2年度<br>実績                                      | 令和3年度<br>実績                                       | 令和4年度<br>実績                                      |
|----------------|-----------------------------|---|--|---|--|
| 精神科救急病床患者数     | 年間32,485人<br>(稼働率89.9%)     | 年間30,065人<br>(稼働率81.9%)<br>(92.6%)<br>(稼働率91.1%)  | 年間28,510人<br>(稼働率79.9%)<br>(87.8%)<br>(稼働率88.9%) | 年間30,700人<br>(稼働率85.0%)<br>(94.5%)<br>(稼働率94.5%)  | 年間31,356人<br>(稼働率86.8%)<br>(96.5%)<br>(稼働率96.6%) |
| 精神科救急入院料適用患者割合 | 80%                         | 74.3%<br>(92.9%)                                  | 70.4%<br>(88.0%)                                 | 75.3%<br>(94.1%)                                  | 72.2%<br>(90.3%)                                 |
| 平均在院日数         | 71.9日                       | 74.1日<br>(97.0%)                                  | 66.5日<br>(108.1%)                                | 67.5日<br>(106.5%)                                 | 73.5日<br>(97.8%)                                 |
| 訪問看護実施件数       | 年間4,860件                    | 年間4,625件<br>(95.2%)                               | 年間4,638件<br>(95.4%)                              | 年間4,773件<br>(98.2%)                               | 年間5,501件<br>(113.2%)                             |
| デイケア実施件数       | 年間4,617件                    | 年間3,088件<br>(66.9%)                               | 年間2,524件<br>(54.7%)                              | 年間3,233件<br>(70.0%)                               | 年間2,689件<br>(58.2%)                              |
| 地域移行患者数        | 対象者数<br>(入院期間5年以上)<br>の5%以上 | 8.7%<br>(174.0%)                                  | 10.6%<br>(212.0%)                                | 13.3%<br>(266.0%)                                 | 13.9%<br>(278.0%)                                |
| 児童思春期延入院患者数    | 年間3,285人<br>(稼働率64.3%)      | 年間3,568人<br>(稼働率69.8%)<br>(108.6%)<br>(稼働率108.6%) | 年間3,260人<br>(稼働率63.8%)<br>(99.2%)<br>(稼働率99.2%)  | 年間3,462人<br>(稼働率67.8%)<br>(105.4%)<br>(稼働率105.4%) | 年間2,251人<br>(稼働率44.1%)<br>(68.5%)<br>(稼働率68.6%)  |
| 児童思春期延外来患者数    | 年間4,131人                    | 年間4,741人<br>(114.8%)                              | 年間5,106人<br>(123.6%)                             | 年間4,839人<br>(117.1%)                              | 年間4,491人<br>(108.7%)                             |

※上段は当該年度の実績値、下段は目標値に対する達成率を示している。



〈がんセンター〉

| 項目                         | 中期計画<br>目標値 | 令和元年度<br>実績            | 令和2年度<br>実績            | 令和3年度<br>実績            | 令和4年度<br>実績            |
|----------------------------|-------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 手術件数                       | 年間1,450件    | 年間1,441件<br>(99.4%)    | 年間1,449件<br>(99.9%)    | 年間1,625件<br>(112.1%)   | 年間1,671件<br>(115.2%)   |
| トモセラピー件数                   | 年間4,800件    | 年間5,224件<br>(108.8%)   | 年間4,546件<br>(94.7%)    | 年間3,723件<br>(77.6%)    | 年間4,020件<br>(83.8%)    |
| リニアック件数                    | 年間12,000件   | 年間12,653件<br>(105.4%)  | 年間11,492件<br>(95.8%)   | 年間11,248件<br>(93.7%)   | 年間13,302件<br>(110.9%)  |
| 化学療法室使用件数                  | 年間6,650件    | 年間7,188件<br>(108.1%)   | 年間7,457件<br>(112.1%)   | 年間7,255件<br>(109.1%)   | 年間7,865件<br>(118.3%)   |
| 一般向けセミナー開催回数               | 年10回        | 年9回<br>(90.0%)         | 年0回<br>(0.0%)          | 年2回<br>(20%)           | 年2回<br>(20%)           |
| がん検診件数                     | 年50件        | 年65件<br>(130.0%)       | 年62件<br>(124.0%)       | 年101件<br>(202.0%)      | 年124件<br>(248.0%)      |
| 科研費採択件数(新規・継続)             | 年間27件       | 年間29件<br>(107.4%)      | 年間30件<br>(111.1%)      | 年間39件<br>(144.4%)      | 年間32件<br>(118.5%)      |
| 科研費採択金額(新規・継続)             | 年間51,000千円  | 年間66,560千円<br>(130.5%) | 年間65,065千円<br>(127.6%) | 年間75,090千円<br>(147.2%) | 年間54,700千円<br>(107.3%) |
| 科研費を除いた外部資金獲得<br>件数(新規・継続) | 年間19件       | 年間21件<br>(110.5%)      | 年間12件<br>(63.2%)       | 年間12件<br>(63.2%)       | 年間11件<br>(57.9%)       |
| 科研費を除いた外部資金獲得<br>金額(新規・継続) | 年間49,000千円  | 年間63,910千円<br>(130.4%) | 年間56,726千円<br>(115.8%) | 年間64,478千円<br>(131.6%) | 年間58,695千円<br>(119.8%) |

※上段は当該年度の実績値、下段は目標値に対する達成率を示している。

## 〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 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、定期的なカンファレンスを行うことでベッドコントロールを行いながら、民間病院では対応困難な患者の受け入れに努めていた。
- 多くの項目で目標とする指標を下回った結果となっている。施設の老朽化や再編問題が影響しているのかもしれない。医療従事者の士気を維持できるような体制づくりが必要である。

〈がんセンター〉

- がんの種類や患者の状況に応じて、手術、放射線治療、化学療法による最適な治療やチームによる緩和ケアを提供していた。
- 集学的治療も進んでおり、高度かつ良質な医療の提供ができていたと思う。

## (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 C

がんセンター B

#### 〔判定理由〕

精神医療センターについては、計画的に医療機器、施設の更新・整備を行っているものの、施設の老朽化が進んでいる状況であり、目標の水準を上回る成果があるとは認められないため、Cと判定した。

がんセンターについては、経営健全化の観点から収支バランスを考慮し、計画的な医療機器等の更新・導入及び施設の整備を行っていることから、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〉

- 病院の建替をはじめ施設設備の老朽化が大きな課題で解決の目処が立たない。

〈がんセンター〉

- 高度・専門医療を担う病院として、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、収支バランスを考慮し、計画的に設備の入れ替えを行っていた。

### (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、地域の医療機関との病病・病診連携に取り組み、患者の紹介率・逆紹介率の向上につなげていることから、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、登録医制度の活用や広報誌による地域医療機関の紹介など、地域医療機関との連携を積極的に推進し、紹介率・逆紹介率が向上していることから、目標を上回る成果があると評価し、Aと判定した。

## 〔中期計画における定量的目標との比較〕

〈精神医療センター〉

| 項目   | 中期計画<br>目標値 | 令和元年度<br>実績       | 令和2年度<br>実績       | 令和3年度<br>実績      | 令和4年度<br>実績      |
|------|-------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|
| 紹介率  | 39.4%       | 43.0%<br>(109.1%) | 45.1%<br>(114.5%) | 37.1%<br>(94.2%) | 28.0%<br>(71.1%) |
| 逆紹介率 | 45.3%       | 41.2%<br>(90.9%)  | 43.7%<br>(96.5%)  | 39.2%<br>(86.5%) | 44.9%<br>(99.1%) |

〈がんセンター〉

| 項目         | 中期計画<br>目標値 | 令和元年度<br>実績       | 令和2年度<br>実績       | 令和3年度<br>実績       | 令和4年度<br>実績       |
|------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 紹介率（歯科を除く） | 80.0%       | 88.5%<br>(110.6%) | 88.1%<br>(110.1%) | 85.0%<br>(106.3%) | 89.4%<br>(111.8%) |
| 逆紹介率       | 55.0%       | 54.8%<br>(99.6%)  | 59.9%<br>(108.9%) | 52.5%<br>(95.5%)  | 63.1%<br>(114.7%) |

※上段は当該年度の実績値、下段は目標値に対する達成率を示している。

## 〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 地域医療連携室を中心に他の医療機関との連携を強化し、受診・入院の受入等を図るとともに、退院支援につなげる地域連携クリティカルパスに準じた対応に努めていた。

〈がんセンター〉

- 患者の紹介率、逆紹介率については目標を達成した年度が多かった。がんセンターの存在の大きさが認められる。

## （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〕

精神医療センターについては、調査・研究を推進するとともに、医療相談会の開催や広報活動の実施、学会参加等に取り組んでおり、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、調査・研究を推進するとともに、医療機関向けのセミナーの開催や学会参加、がんゲノム医療に関する情報収集等に取り組んでおり、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

## 〔中期計画における定量的目標との比較〕

〈精神医療センター〉

| 項目          | 中期計画<br>目標値 | 令和元年度<br>実績      | 令和2年度<br>実績       | 令和3年度<br>実績       | 令和4年度<br>実績       |
|-------------|-------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 倫理審査委員会審議件数 | 年15件        | 年21件<br>(140.0%) | 年9件<br>(60.0%)    | 年20件<br>(133.3%)  | 年19件<br>(126.7%)  |
| 医療相談会開催件数   | 年100回       | 年66回<br>(66.0%)  | 年117回<br>(117.0%) | 年132回<br>(132.0%) | 年131回<br>(131.0%) |

〈がんセンター〉

| 項目             | 中期計画<br>目標値 | 令和元年度<br>実績      | 令和2年度<br>実績     | 令和3年度<br>実績     | 令和4年度<br>実績      |
|----------------|-------------|------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 倫理審査委員会開催回数    | 年6回         | 年6回<br>(100.0%)  | 年6回<br>(100.0%) | 年6回<br>(100.0%) | 年6回<br>(100.0%)  |
| 医療機関向けセミナー開催回数 | 年12回        | 年16回<br>(133.3%) | 年1回<br>(8.3%)   | 年5回<br>(41.7%)  | 年13回<br>(108.3%) |

※上段は当該年度の実績値、下段は目標値に対する達成率を示している。

## 〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 調査・研究に関しては、県の精神科救急や重症精神疾患診療の拠点であることと、専門医プログラムや東北大学との連携大学院制度などを活かして、より良い医療の体制整備に向けて調査研究をより活性化し、また、若手精神科医師の調査研究能力の育成を、現在以上に活発に行うと良いと思われる。

〈がんセンター〉

- 調査・研究は着実に行われていたが、コロナ禍の下でもあり外部への発信は思うとおりにできなかった。

## 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〕

精神医療センターについては、医療安全対策や院内感染症対策の推進、適切な情報管理に努め、安全・安心な医療の提供を行っており、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、研修会の開催や医療安全マニュアルの見直し

などにより、医療安全対策を推進するとともに、新型コロナウイルス感染症対策や情報管理等に適切に対応しており、目標を上回る成果があると評価し、Aと判定した。

本部事務局については、各病院のインシデント等の発生状況の情報発信や適切な情報管理、院内感染症対策の推進などに努めており、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。

### 〔中期計画における定量的目標との比較〕

| 項目                            | 中期計画<br>目標値 | 令和元年度<br>実績      | 令和2年度<br>実績      | 令和3年度<br>実績      | 令和4年度<br>実績      |
|-------------------------------|-------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 医療安全委員会開催回数                   |             |                  |                  |                  |                  |
| 精神医療センター                      | 年12回        | 年12回<br>(100.0%) | 年12回<br>(100.0%) | 年12回<br>(100.0%) | 年12回<br>(100.0%) |
| がんセンター                        |             | 年12回<br>(100.0%) | 年12回<br>(100.0%) | 年12回<br>(100.0%) | 年12回<br>(100.0%) |
| 院内感染対策委員会開催回数                 |             |                  |                  |                  |                  |
| 精神医療センター                      | 年12回        | 年14回<br>(116.7%) | 年14回<br>(116.7%) | 年13回<br>(108.3%) | 年13回<br>(108.3%) |
| がんセンター                        |             | 年12回<br>(100.0%) | 年12回<br>(100.0%) | 年12回<br>(100.0%) | 年12回<br>(100.0%) |
| 情報セキュリティに関する<br>研修会開催回数(法人全体) | 年1回以上       | 年2回<br>(200.0%)  | 年1回<br>(100.0%)  | 年1回<br>(100.0%)  | 年2回<br>(200.0%)  |
| 情報セキュリティ監査実施回数                |             |                  |                  |                  |                  |
| 精神医療センター                      | 年1回以上       | 年1回<br>(100.0%)  | 年1回<br>(100.0%)  | 年1回<br>(100.0%)  | 年1回<br>(100.0%)  |
| がんセンター                        |             | 年1回<br>(100.0%)  | 年1回<br>(100.0%)  | 年1回<br>(100.0%)  | 年1回<br>(100.0%)  |
| 本部                            |             | 年1回<br>(100.0%)  | 年1回<br>(100.0%)  | 年1回<br>(100.0%)  | 年1回<br>(100.0%)  |

※上段は当該年度の実績値、下段は目標値に対する達成率を示している。

### 〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 新型コロナウイルス感染症への対応を積極的に行い感染拡大を予防し、目標を上回る時期があったが、4年間全体としては、确实安全な医療サービス提供の検討会議が実施され目標を達成しているBと評価できる。

〈がんセンター〉

- 医療事故防止に向けて、院内医療事故検討委員会や医療事故調査委員会を開催し、内容の分析や改善策立案を行っていた。

〈本部事務局〉

- 各病院のインシデント等の発生状況を取りまとめ、情報共有に努めていたほか、医療安全管理指針に基づいた情報開示を徹底していた。

### 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病院については、インフォームド・コンセントの徹底やセカンドオピニオンの実施のほか、病院利用者の利便性・快適性の向上のため、接遇研修の実施や食事療養の充実などに取り組んでおり、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

本部事務局については、病院利用者の利便性・快適性の向上のため、新任職員に対する接遇研修の実施などに取り組んでおり、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。

#### 〔中期計画における定量的目標との比較〕

| 項目            | 中期計画<br>目標値 | 令和元年度<br>実績       | 令和2年度<br>実績       | 令和3年度<br>実績       | 令和4年度<br>実績       |
|---------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 接遇に関する研修会開催回数 |             |                   |                   |                   |                   |
| 精神医療センター      | 年1回以上       | 年1回<br>(100.0%)   | 年1回<br>(100.0%)   | 年1回<br>(100.0%)   | 年1回<br>(100.0%)   |
| がんセンター        |             | 年2回<br>(200.0%)   | 年1回<br>(100.0%)   | 年1回<br>(100.0%)   | 年2回<br>(200.0%)   |
| 本部            |             | 年2回<br>(200.0%)   | 年1回<br>(100.0%)   | 年1回<br>(100.0%)   | 年1回<br>(100.0%)   |
| 入院栄養指導件数      |             |                   |                   |                   |                   |
| 精神医療センター      | 年50件        | 年16件<br>(32.0%)   | 年25件<br>(50.0%)   | 年73件<br>(146.0%)  | 年92件<br>(184.0%)  |
| がんセンター        | 年250件       | 年496件<br>(198.4%) | 年507件<br>(202.8%) | 年453件<br>(181.2%) | 年483件<br>(193.2%) |
| 外来栄養指導件数      |             |                   |                   |                   |                   |
| 精神医療センター      | 年350件       | 年292件<br>(83.4%)  | 年225件<br>(64.3%)  | 年245件<br>(70.0%)  | 年350件<br>(100.0%) |
| がんセンター        | 年90件        | 年192件<br>(213.3%) | 年595件<br>(661.1%) | 年689件<br>(765.6%) | 年757件<br>(841.1%) |

※上段は当該年度の実績値、下段は目標値に対する達成率を示している。

#### 〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 精神疾患患者に対する行動制限を行う場合には、本人とその家族に対してより丁寧な説明を心掛けていた。
- 施設が老朽化している中で、様々な工夫を行った。

〈がんセンター〉

- オンラインでセカンドオピニオンを受けることができる体制を整備していた。
- 駐車場の増設は有意義だった。

〈本部事務局〉

- 新任職員研修において接遇研修を実施し、新任職員の必要な接遇スキルの習得に努めていた。

#### 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病院については、医師や看護師などの医療スタッフの確保と育成に向けて、研修の実施など様々な取組を行っており、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

本部事務局については、看護師の確保・育成対策を積極的に推進するとともに、幅広い研修を通じた事務職員の育成の充実に努めており、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。

〔中期計画における定量的目標との比較〕

| 項目                      | 中期計画<br>目標値        | 令和元年度<br>実績     | 令和2年度<br>実績     | 令和3年度<br>実績     | 令和4年度<br>実績     |
|-------------------------|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 専門看護師資格取得者数<br>(法人全体)   | 中期計画期間中に2<br>名以上取得 | 3名<br>(150.0%)  | 3名<br>(150.0%)  | 3名<br>(150.0%)  | 3名<br>(150.0%)  |
| 認定看護師資格取得者数<br>(法人全体)   | 中期計画期間中に3<br>名以上取得 | 17名<br>(566.7%) | 17名<br>(566.7%) | 17名<br>(566.7%) | 18名<br>(600.0%) |
| 認定看護管理者資格取得者数<br>(法人全体) | 中期計画期間中に3<br>名以上取得 | 2名<br>(66.7%)   | 2名<br>(66.7%)   | 2名<br>(66.7%)   | 4名<br>(133.3%)  |

※上段は当該年度の実績値、下段は目標値に対する達成率を示している。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 法人主催の研修や公務研修所にて開催される研修を活用し、職員

の資質向上に努めていた。

〈がんセンター〉

- 各種研修会への参加や外部研修機関への研修派遣、WEBを利用した学会等への参加を通じて、資質向上に向けた取組を行っていた。

〈本部事務局〉

- 看護師採用試験の応募者確保対策として、看護師養成校訪問のほか、合同就職説明会への参加、就職情報サイトへの情報発信、インターンシップの受け入れ等、積極的な広報活動に努めていた。

## 5 災害等への対応

〔判定結果〕

|          |   |
|----------|---|
| 精神医療センター | A |
| がんセンター   | A |
| 本部事務局    | B |
| 総合       | A |

〔判定理由〕

2病院については、災害等に備えた医療提供体制の確保に努めるとともに、令和元年台風19号に伴う災害派遣（精神医療チームの派遣）や、新型コロナウイルス感染症患者の受け入れなど、本県の対策に大きく寄与したことから、目標を上回る成果があると評価し、Aと判定した。

本部事務局については、防災訓練の実施やワクチン接種会場への医師派遣の調整などに取り組み、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〉 〈がんセンター〉

- 必要な災害対策における検討会議が実施されている。新型コロナウイルス感染症が急激に拡大した時期にはその対応を積極的に行い、感染症への対応を確立し維持できるようになってきている。
- コロナ患者の受け入れは高く評価できる。ただし、令和4年度にクラスターが発生したことは残念だった。



〈本部事務局〉

- コロナに関する職員派遣や患者受け入れの調整に尽力した。

## 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〕

定期的に運営会議等を開催し、情報共有を図り、適切に課題解決に取り組むとともに、グループ制の導入や各種会議、病院経営研修の開催など、効率的な業務運営の推進、経営改善に取り組んでおり、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

〔中期計画における定量的目標との比較〕

| 項目                         | 中期計画<br>目標値 | 令和元年度<br>実績     | 令和2年度<br>実績     | 令和3年度<br>実績     | 令和4年度<br>実績     |
|----------------------------|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 病院経営に関する研修会の開催<br>回数（法人全体） | 年1回以上       | 年2回<br>(200.0%) | 年1回<br>(100.0%) | 年1回<br>(100.0%) | 年1回<br>(100.0%) |

※上段は当該年度の実績値、下段は目標値に対する達成率を示している。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

- 2病院では、定期的に運営会議や診療科長会議等を開催し、病院経営に関する情報の共有化や課題検討を行うとともに、患者満足度調査等を実施して業務改善に努めていた。
- 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。
- 病院再編問題の渦中で、両病院とも現場や本部は頑張ってきたと思う。

### 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〕

2病院では、経営戦略会議等を開催の上、様々な収益確保対策に取り組んでおり、新型コロナウイルス感染症の影響がある中で、一定の成果を上げていることから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

〔中期計画における定量的目標との比較〕

| 項目                 | 中期計画<br>目標値   | 令和元年度<br>実績               | 令和2年度<br>実績               | 令和3年度<br>実績               | 令和4年度<br>実績               |
|--------------------|---------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 外来延患者数             |               |                           |                           |                           |                           |
| 精神医療センター           | 年間38,018人     | 年間36,613人<br>(96.3%)      | 年間35,631人<br>(93.7%)      | 年間37,373人<br>(98.3%)      | 年間37,948人<br>(99.8%)      |
| がんセンター             | 年間87,723人     | 年間86,645人<br>(98.8%)      | 年間80,883人<br>(92.2%)      | 年間81,621人<br>(93.0%)      | 年間84,595人<br>(96.4%)      |
| 外来収益合計             |               |                           |                           |                           |                           |
| 精神医療センター           | 年間312,216千円   | 年間296,501千円<br>(95.0%)    | 年間294,053千円<br>(94.2%)    | 年間306,657千円<br>(98.2%)    | 年間311,677千円<br>(99.8%)    |
| がんセンター             | 年間3,577,486千円 | 年間3,926,052千円<br>(109.7%) | 年間4,102,651千円<br>(114.7%) | 年間3,894,355千円<br>(108.9%) | 年間3,889,765千円<br>(108.7%) |
| 入院延患者数             |               |                           |                           |                           |                           |
| 精神医療センター           | 年間68,620人     | 年間65,163人<br>(95.0%)      | 年間61,586人<br>(89.7%)      | 年間65,329人<br>(95.2%)      | 年間58,679人<br>(85.5%)      |
| がんセンター             | 年間105,885人    | 年間105,153人<br>(99.3%)     | 年間92,679人<br>(87.5%)      | 年間88,858人<br>(83.9%)      | 年間92,273人<br>(87.1%)      |
| 病床稼働率              |               |                           |                           |                           |                           |
| 精神医療センター           | 年間72.9%       | 年間69.0%<br>(94.7%)        | 年間65.4%<br>(89.7%)        | 年間69.4%<br>(95.2%)        | 年間62.3%<br>(85.5%)        |
| がんセンター             | 年間75.7%       | 年間75.0%<br>(99.1%)        | 年間66.3%<br>(87.6%)        | 年間66.3%<br>(87.6%)        | 年間68.7%<br>(90.8%)        |
| 入院収益合計             |               |                           |                           |                           |                           |
| 精神医療センター           | 年間1,603,966千円 | 年間1,460,543千円<br>(91.1%)  | 年間1,419,441千円<br>(88.5%)  | 年間1,524,319千円<br>(95.0%)  | 年間1,402,399千円<br>(87.4%)  |
| がんセンター             | 年間5,650,837千円 | 年間5,945,973千円<br>(105.2%) | 年間5,634,696千円<br>(99.7%)  | 年間5,412,943千円<br>(95.8%)  | 年間5,753,762千円<br>(101.8%) |
| 特別室料収益<br>(がんセンター) | 年間95,000千円    | 年間100,067千円<br>(105.3%)   | 年間101,559千円<br>(106.9%)   | 年間109,413千円<br>(115.2%)   | 年間104,762千円<br>(110.3%)   |

※上段は当該年度の実績値、下段は目標値に対する達成率を示している。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- レセプト査定率の削減や未収金縮減に努め、収益向上に向けた積極的な取組を実践していた。

〈がんセンター〉

- 経営分析システム等のベンチマークを活用し、DPCコードごとの医療資源投入量を各診療科の医師と検討し、適正化を図っていた。

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〕

精神医療センターについては、一般競争入札等の積極的な導入により競争性を確保するなど、経費削減に取り組んでおり、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、複数年契約など有利な契約方法を選定し実施するとともに、後発医薬品への切り替えを進めるなど、経費削減に取り組んでおり、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

本部事務局については、多様な契約方法の選定に加え、新たに医事業務の一括契約を行うなど、スケールメリットを生かした経費削減に取り組んでおり、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

## 〔中期計画における定量的目標との比較〕

| 項目           | 中期計画<br>目標値       | 令和元年度<br>実績       | 令和2年度<br>実績       | 令和3年度<br>実績       | 令和4年度<br>実績       |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 材料費費率（対医業収益） |                   |                   |                   |                   |                   |
| 精神医療センター     | 7.3%              | 7.2%<br>(101.4%)  | 7.5%<br>(97.3%)   | 7.4%<br>(98.6%)   | 7.9%<br>(108.2%)  |
| がんセンター       | 36.6%             | 39.4%<br>(92.9%)  | 39.9%<br>(91.7%)  | 39.0%<br>(93.8%)  | 37.5%<br>(102.5%) |
| 後発医薬品使用品目数   |                   |                   |                   |                   |                   |
| 精神医療センター     | 令和4年度までに70<br>品目  | 79品目<br>(112.9%)  | 98品目<br>(140.0%)  | 96品目<br>(137.1%)  | 84品目<br>(120.0%)  |
| がんセンター       | 令和4年度までに200<br>品目 | 210品目<br>(105.0%) | 219品目<br>(109.5%) | 237品目<br>(118.5%) | 227品目<br>(113.5%) |

※上段は当該年度の実績値、下段は目標値に対する達成率を示している。

## 〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉 〈がんセンター〉

- 一般競争入札やオープンカウンター方式の積極的な導入やプロポーザル方式による業者選定・複数年契約などの取組による経費削減を行っていた。

〈本部事務局〉

- 大規模病院を2病院運営するスケールメリットを活かした重油やLPG、コピー用紙等の一括入札を行い、経費の削減に取り組んでいた。

- 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〕

B

〔判定理由〕

法人全体として、収益確保や経費削減等に取り組み、新型コロナウイルス感染症の影響がある中で、令和2年度を除き経常収支比率100%以上という目標を達成するとともに、平成28年度以降続いていた債務超過を解消したことから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

〔中期計画における定量的目標との比較〕

| 項目           | 中期計画<br>目標値 | 令和元年度<br>実績        | 令和2年度<br>実績      | 令和3年度<br>実績        | 令和4年度<br>実績        |
|--------------|-------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|
| 経常収支比率（法人全体） | 毎年度100%以上   | 102.0%<br>(102.0%) | 99.4%<br>(99.4%) | 103.4%<br>(103.4%) | 100.8%<br>(100.8%) |
| 医業収支比率（法人全体） | 毎年度82.5%    | 81.7%<br>(99.0%)   | 80.4%<br>(97.5%) | 80.1%<br>(97.1%)   | 78.6%<br>(95.3%)   |

※上段は当該年度の実績値、下段は目標値に対する達成率を示している。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

- 令和2年度以降は新型コロナウイルス感染症による患者減少の影響で目標を下回る指標も見受けられたものの、中期目標期間の最終年度である令和4年度は、コロナ関連補助金のみならず、診療方針見直し等の独自の経費削減策を実践することを通じて、予算を上回る実績を計上していた。
- 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とるべき措置

### 1 人事に関する事項

〔判定結果〕

B

〔判定理由〕

法人全体として、医療従事者の迅速な採用や定型的業務における有期職員の活用、障害者雇用の推進などに取り組んでおり、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

〔中期計画における定量的目標との比較〕

| 項目      | 中期計画<br>目標値                                  | 令和元年度<br>実績      | 令和2年度<br>実績      | 令和3年度<br>実績      | 令和4年度<br>実績       |
|---------|--|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| 障がい者雇用率 | 法定雇用率以上<br>(～R2：2.50%)<br>(R3～：2.60%)<br>の達成 | 1.61%<br>(64.4%) | 1.83%<br>(73.2%) | 2.01%<br>(77.3%) | 3.24%<br>(124.6%) |

※上段は当該年度の実績値、下段は目標値に対する達成率を示している。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

- 文書整理や執務環境整備等の定型的業務を処理するため、有期雇用職員1人を雇用・活用していた。
- 病院再編問題の渦中ではあるが、現在の医療の提供には最善を尽くさなければならない。

## 2 就労環境の整備

〔判定結果〕

B

〔判定理由〕

法人全体として、各種会議による情報共有や職員の健康管理対策、ハラスメントの防止等に取り組むとともに、令和2年度から勤務管理システムを導入し、適切な労務管理を行うなど、就労環境の整備に努めており、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

〔中期計画における定量的目標との比較〕

| 項目                 | 中期計画<br>目標値 | 令和元年度<br>実績     | 令和2年度<br>実績     | 令和3年度<br>実績     | 令和4年度<br>実績     |
|--------------------|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| ハラスメントに関する研修会の開催回数 | 年1回以上       | 年1回<br>(100.0%) | 年1回<br>(100.0%) | 年1回<br>(100.0%) | 年1回<br>(100.0%) |

※上段は当該年度の実績値、下段は目標値に対する達成率を示している。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

- 各種ハラスメントの防止のため、管理者・監督者合同研修において研修を行うなど、ハラスメント行為のない職場環境の構築に努めていた。

### 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〕

精神医療センターについては、新病院建設計画の延期により、病院機能評価の認定取得に向けた動きを休止しているが、自己点検を行い、代替措置を講じている。また、研修施設としての体制整備や新型コロナウイルス感染症に係る各種対応など、病院の信頼度向上に取り組んでおり、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、病院機能評価の更新に向けて取り組むとともに、倫理審査委員会を定期的を開催し、医療倫理の周知・徹底に努めるなど、病院の信頼度向上に取り組んでおり、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〉

- 臨床研究病院、専門医研修施設の指定を継続し、研修施設としての体制を整えていた。

〈がんセンター〉

- 診療報酬算定に不可欠な研修施設認定について、各責任者と情報共有を図り、遅滞なく指定・認定・更新が行える体制を構築していた。

[ 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
- ・ 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<br>教授（臨床腫瘍学分野） | 副委員長 |
| 井 深 修 一 | 株式会社七十七銀行常務取締役                   |      |
| 郷 内 淳 子 | 患者発・宮城版退院時サポートプロジェクト<br>代表       |      |
| 佐 藤 和 宏 | 公益社団法人宮城県医師会長                    |      |
| 佐 藤 裕 一 | 弁護士法人杜協同法律事務所 代表社員<br>弁護士        |      |
| 菅 原 よしえ | 宮城大学大学院看護学研究科 教授<br>(がん看護学)      |      |
| 富 田 博 秋 | 東北大学大学院医学系研究科 教授<br>(精神神経学分野)    |      |
| 富 永 悌 二 | 東北大学 理事・副学長                      | 委員長  |