

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

令和4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	
	暫定評価期間の業務実績全般の評価	2
	〔精神医療センター〕	3
	〔がんセンター〕	3
第3	中期目標暫定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	5
(2)	医療機器，施設の計画的な更新・整備	6
(3)	地域医療への貢献	7
(4)	医療に関する調査・研究と情報の発信	8
2	安全・安心な医療の提供	9
3	患者や家族の視点に立った医療の提供	10
4	人材の確保と育成	11
5	災害等への対応	12
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	13
2	収益確保の取組	13
3	経費削減への取組	14
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	
		15
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	16
2	就労環境の整備	16
3	病院の信頼度の向上	17
第4	中期目標の期間の終了時の検討について	18
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	19
	地方独立行政法人宮城県立病院機構評価委員会名簿	24

## 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。）に基づき行われているが，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年度で終了することになっている。

令和5年度以降の業務運営は，次期中期目標及び中期計画に従って進められることから，令和4年度はこれらの策定作業を行う予定である。

こうした状況を踏まえ，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，次期中期目標及び中期計画に反映させるため，令和元年度から令和3年度までの3か年の法人の業務実績について暫定評価を行うものである。

## 第2 全体評価について

### 暫定評価期間の業務実績全般の評価

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暫定評価期間の業務実績は、中期目標・中期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。

現中期目標期間中は、新型コロナウイルス感染症の拡大により医療提供体制に大きく影響が出たが、中期計画に掲げる経常収支比率100%以上を令和元年度及び令和3年度に達成した。今後は、新型コロナウイルス感染症の収束等も見据えた、収支改善の検討・実践に努める必要がある。

また、次期中期目標期間中には、持続可能な医療提供体制の確立に向けた根拠のある数値目標の設定を検討する必要がある。数値目標の設定に当たっては、他公立病院との比較やベンチマークの活用、さらには、民間病院の好事例や実績にも目を向けた相対的指標の取り入れも含めて、幅広く検討を行うことが必要である。

なお、令和3年9月に「政策医療の課題解決に向けた県立病院等の今後の方向性について」が公表されて以降、病院の再編に向けた協議が進められている。

協議の進捗状況を踏まえながらも、2病院には、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。

各病院に関する暫定評価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。

暫定評価期間中，精神科救急医療の提供，地域移行・地域定着支援の実施，児童思春期医療の提供においては，計画に沿った運用ができたものと評価される。また，年々重要性を増す，地域連携，地域チームケア・訪問活動やデイケアなど退院後の生活支援に軸足を広げる取組は「地域に帰す」医療として重要と判断される。

今後は，病院再編の議論も踏まえつつ，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。

暫定評価期間中には，高度医療，調査研究で成果を挙げており，高度・専門医療を提供するための取組が，がんセンターにおいて行われているものと評価できる。また，医療機関との連携体制の強化も図られており，地域医療に貢献しているものと評価できる。

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 中期目標暫定評価期間の業務実績の評価について

中期目標暫定評価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 ・ 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	0
「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	3
「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	32
「C」：目標を下回っており、改善を要する ・ 量的目標においては対計画値の80%以上100%未満 ・ 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	0
「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 ・ 量的目標においては対計画値の80%未満 ・ 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				暫定期間評価結果			
	精神医療センター	がんセンター	本部	総合	精神医療センター	がんセンター	本部	総合	精神医療センター	がんセンター	本部	総合	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の措置																
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			B	A			B	A			B	A		
(2) 医療機器、施設の計画的な更新・整備	B	A			B	B			B	B			B	B		
(3) 地域医療への貢献	B	A			B	A			B	B			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		
2 安全・安心な医療の提供	B	B	B	B	B	A	B	B	A	A	B	A	B	A	B	B
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	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	B	B	B	B
5 災害等への対応	B	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	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の措置																
1 業務運営体制の確立				B				B				B				B
2 収益確保の取組	C	A			B	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、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				B				C				B				B
IX その他業務運営に関する重要事項を達成するための措置																
1 人事に関する事項				B				B				B				B
2 就労環境の整備				B				B				B				B
3 病院の信頼度の向上	B	A			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，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。

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

〈がんセンター〉

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

※上段は当該年度の実績値を表し、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、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に努めた。
- 「児童思春期医療体制」を充実させて、学校や児童相談所、地域の拠点施設との連携を強化した。

〈がんセンター〉

- 緩和ケア分野におけるドクター増員等の体制強化を図り、いずれの事業年度においても目標対応件数を達成した。
- 低侵襲外科センターの運用、手術支援ロボットの活用などで外科の機能を向上させた。

(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〕

2病院については、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〉

- 計画に沿って医療機器や施設の整備・更新を進めた。一方で病院の移転計画が進まず老朽化した施設の大規模修繕で病院機能の停滞が危惧される。

〈がんセンター〉

- 3年間を通じておおむね目標を達成した。
- 計画的な更新・整備が進み，集学的治療のもととなった。

(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。

〔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	中期計画目標値	令和元年度実績	令和2年度実績	令和3年度実績
紹介率	39.4%	43.0% (109.1%)	45.1% (114.5%)	37.1% (94.2%)
逆紹介率	45.3%	41.2% (90.9%)	43.7% (96.5%)	39.2% (86.5%)

〈がんセンター〉

項目	中期計画目標値	令和元年度実績	令和2年度実績	令和3年度実績
紹介率（歯科を除く）	80.0%	88.5% (110.6%)	88.1% (110.1%)	85.0% (106.3%)
逆紹介率	55.0%	54.8% (99.6%)	59.9% (108.9%)	52.5% (95.5%)

※上段は当該年度の実績値を表し，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〉

- 3年間を通しておおむね目標に達した。

- 平均在院日数の短縮など，地域移行の推進，地域定着支援が図られた。

〈がんセンター〉

- 患者の紹介率・逆紹介率はいずれの事業年度においてもおおむね目標を達成する等，積極的な地域連携への取組が見受けられた。
- 県南地域の地域医療をトータルで支えてきた。

#### (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〕

2病院については，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	中期計画目標値	令和元年度実績	令和2年度実績	令和3年度実績
倫理審査委員会審議件数	年15件	年21件 (140.0%)	年9件 (60.0%)	年20件 (133.3%)
医療相談会開催件数	年100回	年66回 (66.0%)	年117回 (117.0%)	年132回 (132.0%)

〈がんセンター〉

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

※上段は当該年度の実績値を表し，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〉

- 東北大学大学院医学系研究科と連携して研究・診療に従事する専門的人材育成に取り組んだ。
- 今後，調査研究，学会発表等で連携大学院の強みを活かすことが望ましい。

〈がんセンター〉

- 総合がん検診や診療情報，職員募集情報及び各部門紹介等にかかる発信については，新型コロナウイルス感染症対策（オンデマンド方式等）を徹底しながら，積極的に行った。

## 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。

### 〔中期計画における定量的目標との比較〕

項目	中期計画目標値	令和元年度実績	令和2年度実績	令和3年度実績
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 (100.0%)	年12回 (100.0%)	年12回 (100.0%)
がんセンター		年12回 (100.0%)	年12回 (100.0%)	年12回 (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 (116.7%)	年14回 (116.7%)	年13回 (108.3%)
がんセンター		年12回 (100.0%)	年12回 (100.0%)	年12回 (100.0%)
情報セキュリティに関する研修会開催回数(法人全体)	年1回以上	年2回 (200.0%)	年1回 (100.0%)	年1回 (100.0%)
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 (100.0%)	年1回 (100.0%)	年1回 (100.0%)
がんセンター		年1回 (100.0%)	年1回 (100.0%)	年1回 (100.0%)
本部		年1回 (100.0%)	年1回 (100.0%)	年1回 (100.0%)

※上段は当該年度の実績値を表し，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〉

- 医療安全や院内感染症対策に関する委員会や研修会を開催する等，積極的な医療安全対策を講じた。

〈がんセンター〉

- 医療安全研修の開催及びカンファレンスの開催を行った。

〈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，情報共有に努めたほか，医療安全管理指針に基づいた情報開示を徹底した。

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。

〔中期計画における定量的目標との比較〕

項目	中期計画目標値	令和元年度実績	令和2年度実績	令和3年度実績
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 (100.0%)	年1回 (100.0%)	年1回 (100.0%)
がんセンター		年2回 (200.0%)	年1回 (100.0%)	年1回 (100.0%)
本部		年2回 (200.0%)	年1回 (100.0%)	年1回 (100.0%)
入院栄養指導件数				
精神医療センター	年50件	年16件 (32.0%)	年25件 (50.0%)	年73件 (146.0%)
がんセンター	年250件	年496件 (198.4%)	年507件 (202.8%)	年453件 (181.2%)
外来栄養指導件数				
精神医療センター	年350件	年292件 (83.4%)	年225件 (64.3%)	年245件 (70.0%)
がんセンター	年90件	年192件 (213.3%)	年595件 (661.1%)	年689件 (765.6%)

※上段は当該年度の実績値を表し，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〉

- 患者や家族に対する治療目的や，方法などの丁寧な説明を実施した。

〈がんセンター〉

- 駐車場の増設が実現したことは好ましい。

〈本部事務局〉

- 新任職員研修や中堅職員研修等を階層別実施し，各職員のスキルの習得・向上に努めた。

#### 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。

〔中期計画における定量的目標との比較〕

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

※上段は当該年度の実績値を表し，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〉

- 看護師の資質向上に向けて，e-ラーニングの積極的な受講を促し，精神科の専門性を高めるための教育体系の充実を図った。

〈がんセンター〉

- 各種研修会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た。

〈本部事務局〉

- 人材確保に苦勞しているが，引き続き進めていただきたい。

〈総合〉

- 認定・専門資格者の数は，全国がんセンター協議会の病院との比較など評価方法を工夫する必要がある。

## 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〉

- コロナ対応に尽くした。特に令和 3 年度の医師，薬剤師，看護師，技師の様々な形での派遣は高く評価される。

〈がんセンター〉

- 新型コロナウイルス患者の入院受入で貢献が認められる。3 年間を通すとおおむね目標レベルである。

〈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〕

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	中期計画目標値	令和元年度実績	令和2年度実績	令和3年度実績
病院経営に関する研修会の開催回数（法人全体）	年1回以上	年2回 (200.0%)	年1回 (100.0%)	年1回 (100.0%)

※上段は当該年度の実績値を表し，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〕

- 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た。
- 業務運営の効率化を図るため，事務部門の組織改編と職制の見直しを行った。

### 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〕

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

※上段は当該年度の実績値を表し、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〉

- レセプト査定における返戻率低下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た。

〈がんセンター〉

- 月1回程度の間隔で、診療報酬委員会を開催し、診療報酬請求時における返戻・査定事例を分析・共有することで、返戻防止に努めた。

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。

〔中期計画における定量的目標との比較〕

項目	中期計画目標値	令和元年度実績	令和2年度実績	令和3年度実績
材料費費率（対医業収益）				
精神医療センター	7.3%	7.2% (101.4%)	7.5% (97.3%)	7.4% (98.6%)
がんセンター	36.6%	39.4% (92.9%)	39.9% (91.7%)	39.0% (93.8%)
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品目	79品目 (112.9%)	98品目 (140.0%)	96品目 (137.1%)
がんセンター	令和4年度までに200品目	210品目 (105.0%)	219品目 (109.5%)	237品目 (118.5%)

※上段は当該年度の実績値を表し、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〉

- 一般競争入札、オープンカウンターを積極的に導入した。

〈がんセンター〉

- 入札方法の見直しによる落札率の低減、新規材料の必要性や価格について綿密な検討を行うなどの努力の成果が認められる。後発医薬品は積極的に導入している。

〈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だ。

- 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〕

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	中期計画目標値	令和元年度実績	令和2年度実績	令和3年度実績
経常収支比率（法人全体）	毎年度100%以上	102.0% (102.0%)	99.4% (99.4%)	103.4% (103.4%)
医業収支比率（法人全体）	毎年度82.5%	81.7% (99.0%)	80.4% (97.5%)	80.1% (97.1%)

※上段は当該年度の実績値を表し，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病院ともに，新型コロナウイルス感染症により，患者数の減少等の影響があったものの，未収金回収やレセプト返戻率の低減等の取組を実践し，おおむね目標を達成した。
- 医業収支比率は目標をやや下回った。

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〕

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	中期計画目標値	令和元年度実績	令和2年度実績	令和3年度実績
障害者雇用率	法定雇用率以上 (～R2：2.50%) (R3～：2.60%) の達成	1.61% (64.4%)	1.83% (73.2%)	2.01% (77.3%)

※上段は当該年度の実績値を表し，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〕

- 障害者雇用率が増加したことは評価できる。
- 給与計算，文書整理及び執務環境整備等の定型的業務を処理するためのアウトソーシングや有期雇用採用等を活用した。

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。

〔中期計画における定量的目標との比較〕

項目	中期計画目標値	令和元年度実績	令和2年度実績	令和3年度実績
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 (100.0%)	年1回 (100.0%)	年1回 (100.0%)

※上段は当該年度の実績値を表し、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〕

- 終夜保育の継続，院内保育所の委託業者選定，家庭環境への配慮，ハラスメント対策など一定の評価ができる。
- 業務補助者の配置による医療従事者の負担軽減や職員のストレスチェックの実施，院内保育所の充実など，就労環境の整備に努めた。

### 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〕

2病院については，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〉

- 臨床研修病院，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た。

〈がんセンター〉

- 病院評価認定の更新に向けて準備を進めている。

#### 第4 中期目標の期間の終了時の検討について

第三期中期目標暫定評価期間の業務実績に関する評価を行った結果、2病院共に専門性のある医療機能を有しており、政策医療の実現に向けて、重要な機能を担っているものと認められる。

したがって、次期中期目標期間においても、業務の継続は必要であると判断される。

ただし、病院再編の検討、協議も進められていることから、2病院が県内のがん医療及び精神医療において果たしている役割を踏まえ、大学や関係医療機関との役割分担、連携により、県内の医療水準を維持することを念頭に、法人の組織体制及び最適な経営規模等について、検討を行うことも必要である。

また、次年度以降も、新型コロナウイルス感染症等による業況変動などが予測されることから、病院経営においては、経費削減だけでなく、専門的な医療を提供することによる収益確保にも努める必要がある。

[ 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
- ・ 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視点から，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
小野寺 芳 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 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 弁護士	
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	東北大学病院長	委員長