

令和元年度～3年度暫定評価表

地方独立行政法人 宮城県立病院機構

項目別評価総括表

大項目	令和2年度 年度計画の項目	暫定評価期間(令和元～3年度)								暫定評価期間の自己評価の理由	令和3年度				令和2年度				令和元年度			
		自己評価				年度評価					自己評価				年度評価				年度評価			
		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	精神医療 センター	がん センター	本 部	総 合
Ⅰ	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																					
	イ 政策医療、高度・専門医療の確実な提供	B	A							精神科救急医療、集学的がん治療など、法人の2病院がそれぞれ担う政策医療、高度・専門医療を県民に提供するために取り組んだ3年間の成果を踏まえ、精神医療センターはB、がんセンターはAと自己評価した。	B	A			B	A			B	A		
	ロ 医療機器、施設の計画的な更新・整備	B	B							2病院における医療機器の計画的な更新、大規模修繕事業の実施など、概ね中期計画どおりに医療機器、施設の計画的な更新・整備を行っていることから、Bと自己評価した。	B	B			B	B			B	A		
	ハ 地域医療への貢献	B	A							精神医療センターにおいて、地域連携クリティカルパスに準じた対応に努めていること、がんセンターにおいて、医療機関に向けて登録医制度を紹介するなど連携体制の強化を図ったこと、中期計画の目標に対する患者紹介率・逆紹介率の達成状況などを踏まえ、精神医療センターはB、がんセンターはAと自己評価した。	B	B			B	A			B	A		
	ニ 医療に関する調査研究と情報の発信	B	B							新型コロナウイルス感染症の影響を受ける中であっても、オンラインを活用するなどし、医療に関する調査研究と県民に対する情報の発信に努めており、中期計画に概ね合致していることから、Bと自己評価した。	B	B			B	B			A	B		
	2 安全・安心な医療の提供	B	A	B	B					医療安全マニュアル等の改定・検討を定期的に行っており、また医療安全に関する研修会を開催、インシデントの発生防止に努めるなど、安全・安心な医療の提供を行っており、概ね中期計画に合致していることから、総合でBと自己評価した。	A	A	B	A	B	A	B	B	B	B	B	B
	3 患者や家族の視点に立った医療の提供	B	B	B	B					インフォームドコンセント、セカンドオピニオンへの取組、相談窓口での対応、患者の嚥下や摂食機能に合わせた食事の提供など、患者や家族の視点に立った医療の提供に努めており、中期計画に概ね合致していることから、Bと自己評価した。	B	B	B	B	B	B	B	B	B	A	B	B
	4 人材の確保と育成	B	B	B	B					関係機関への働きかけ、研修医の積極的な受入など、医師及び看護師、医療従事者などの医療スタッフの確保と育成に向けた様々な取組に積極的に努めており、中期計画に概ね合致していることから、Bと自己評価した。	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
	5 災害等への対応	B	B	B	B					災害等に備えた訓練の実施、備蓄食料の更新に加え、新型コロナウイルス感染症に関する対応を積極的に行っており、中期計画に概ね合致していることから、Bと自己評価した。	A	A	A	A	B	B	B	B	B	B	B	B
Ⅱ	第2 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				B					各種会議や個別の意見交換会などを通じて職員に経営状況を周知し改善を図っていることなど、業務運営体制の確立に向けた取組は、中期計画に概ね合致していることから、Bと自己評価した。				B				B				B
	2 収益確保の取組	B	B							レセプトの査定率の改善や未収金対策などの収入確保対策のほか、経営分析などの取組により収益確保に努めており、中期計画に概ね合致していることから、Bと自己評価した。	B	B			B	B			C	A		
	3 経費削減への取組	B	B	B						一般競争入札の実施による競争性の確保、提案方式の採用、医薬品や診療材料等の適切な在庫管理と費用節減対策・院長同席の価格交渉、コピー用紙や病院給食の機構一括発注などにより経費削減に努めたことは、中期計画に概ね合致していることから、Bと自己評価した。	B	B	B		B	B	B		B	A	B	
Ⅲ	第3 予算、収支計画及び資金計画																					
	1 経常収支比率の均衡																					
Ⅳ	第4 短期借入金の限度額																					
	1 限度額				B					新型コロナウイルス感染症の影響を受ける中、令和2年度の純損益は88百万円の赤字となったものの、令和元年度の純損益は454百万円の黒字、令和3年度は、526百万円の黒字となり、中期計画に概ね合致していることから、Bと自己評価した。				B				C				B
Ⅴ	第5 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																					
	第6 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																					
Ⅵ	第7 剰余金の使途																					
Ⅶ	積立金の処分に 関する計画 ※年度計画に記載なし																					
Ⅸ	第8 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				B					病院の状況に合わせて臨機応変に採用試験を実施し、職員の確保に努めた。また、有期雇用職員及び退職者の再雇用などにも計画どおり取り組んでおり、中期計画に概ね合致していることから、Bと自己評価した。				B				B				B
	2 就労環境の整備				B					職員のメンタルヘルス不調防止を目的にストレスチェックの実施や、各種ハラスメント防止のため、研修を実施するなどの就労環境の整備・改善に向けた様々な取組は、中期計画に概ね合致していることから、Bと自己評価した。				B				B				B
	3 病院の信頼度の向上	B	B							精神医療センターにおける患者の人権尊重に関する職員への周知等の取組や、がんセンターにおける、新基準の病院機能評価の認定など、病院の信頼度の向上に向けた様々な取組を積極的に実施しており、中期計画に概ね合致していることから、Bと自己評価した。	B	B			B	B			B	A		

(判定基準 評価項目の達成度・取組状況)

S～Dの5段階評価(自己評価基準)

S評価 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評価 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評価 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評価 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評価 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。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）																
第2 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 県民の医療ニーズを踏まえながら、中期計画において各項目ごとに定量的目標を設定し、県立病院に求められる医療を確実に実施すること。 また、患者が安心して医療を受けられるよう、医療の安全を確保し、県民の視点に立った運営を行うとともに、医療機能の向上を図るため、優秀な人材の確保や計画的な医療機器の整備に努めること。 なお、医療サービス向上の観点から医療提供体制について、随時、必要な見直しを行うこと。 1 質の高い医療の提供 (1)精神医療センター イ 政策医療、高度・専門医療の確実な提供 県における精神科医療の基幹病院として、精神科救急医療システムの24時間運用における中心的役割を果たすとともに、児童精神科医療についても、早期治療に向け、積極的に取り組むこと。 また、精神疾患の早期発見・早期治療に向けた相談・普及体制の充実強化、患者の社会復帰・社会参加の促進に努めるほか、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)等による司法精神医療への対応など、継続して精神疾患に係る政策医療、高度・専門医療を実施すること。 さらに、身体合併症患者に対する治療の推進及び精神科救急入院料算定病棟の効率化を図るため、他の医療機関との連携の強化に努めること。	第2 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 変化する医療環境に対応し、「医療の質」を意識した病院運営を行うこととする。このため、医療安全対策や感染症対策の推進のほか、適切な情報管理、各医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進、インフォームド・コンセントの徹底、患者アメニティの向上などに取り組む。 また、医師をはじめとする職員の資格取得の奨励・支援や研究・研修の充実を図るほか、医療機器及び施設設備を計画的に整備するなど、医療水準の維持・向上を図る。 さらに、地域の医療機関との協力体制を強化するため、地域連携クリティカルパスの充実を図るなど、病病・病診連携に取り組む。 なお、医療サービスの向上が図られるよう、医療提供体制について適切かつ柔軟に見直しを行い、県民が必要とする医療を提供する。 1 質の高い医療の提供 (1)精神医療センター イ 政策医療、高度・専門医療の確実な提供 (イ)精神科救急医療の提供 民間病院では対応が困難な、多様な精神疾患へ対応するため、各地域の精神科病院・診療所とのネットワークの強化に努めるとともに、高度医療を短期間、集中的に行う。 また、宮城県地域医療計画に基づき、関係機関等と連携を図りながら、精神科救急システムの24時間運用における中心的役割を果たすため、精神科救急病棟の効率的運用を行う。 さらに、身体合併症については、他の医療機関と連携し対応する。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>精神科救急病棟患者数</td><td>年間 32,485 人 (稼働率 89.9%)</td></tr><tr><td>精神科救急入院料適用患者割合</td><td>80%</td></tr><tr><td>平均在院日数</td><td>71.9 日</td></tr></table> (ロ)地域移行・地域定着支援の実施 重症度等に応じた多職種によるチーム支援・訪問支援や、認知リハビリテーション等のより治療効果のあるリハビリテーションを展開することにより、地域生活支援体制の充実・強化を図り、患者の地域移行・地域定着を推進する。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>訪問看護実施件数</td><td>年間 4,860 件</td></tr><tr><td>デイケア実施件数</td><td>年間 4,617 件</td></tr><tr><td>地域移行患者数</td><td>対象者数(入院期間5年以上)の5%以上</td></tr></table>	目標とする指標	目標値	精神科救急病棟患者数	年間 32,485 人 (稼働率 89.9%)	精神科救急入院料適用患者割合	80%	平均在院日数	71.9 日	目標とする指標	目標値	訪問看護実施件数	年間 4,860 件	デイケア実施件数	年間 4,617 件	地域移行患者数	対象者数(入院期間5年以上)の5%以上
目標とする指標	目標値																
精神科救急病棟患者数	年間 32,485 人 (稼働率 89.9%)																
精神科救急入院料適用患者割合	80%																
平均在院日数	71.9 日																
目標とする指標	目標値																
訪問看護実施件数	年間 4,860 件																
デイケア実施件数	年間 4,617 件																
地域移行患者数	対象者数(入院期間5年以上)の5%以上																

実績（令和３年度）	実績（令和２年度）	実績（令和元年度）
1 質の高い医療の提供 (1)精神医療センター イ 政策医療、高度・専門医療の確実な提供 (イ)精神科救急医療の提供 ①地域の精神科病院等とのネットワークの強化に向けた取組 地域医療連携室を中心に、関係機関との連絡調整の体制を整備しているほか、総合病院との連携協定に基づく適切な患者対応に努めている。また、グループホーム等との間で協力医療機関としての協定も締結している。 ②高度医療の提供 施設設備の老朽化が著しい中、県内唯一の「精神科救急入院料算定病棟(北1・北2病棟)」の効率的・効果的な運用を図るため、毎朝開催される総合診療会議や毎週月曜日に実施され院長チームラウンドでバックアップ病棟の活用を含めたベッド調整を行い、民間病院では対応困難な多様な患者の受け入れに努めている。宮城県内における措置入院においては、当センターにて半数以上を受け入れている。 また、若年層入院患者への早期介入・支援等を行いモデル的医療の継続的な提供に努めている。 ③救急・急性期医療の取組の推進 政策医療である県の精神科救急システムについては、本県精神科の基幹病院である当センターを中心として、適切な対応に努めた。 また、令和2年3月より運用を開始している急性期クリニカルパスの運用促進に努めた。 ④身体合併症への対応等と、医療機関、関係機関とのネットワークの構築や連携強化の取組 当院は、基幹病院として、民間医療機関では対応困難な医療提供に努めているとともに、身体合併症治療を要する精神疾患患者に対応するため、一般医療機関との連携を推進している。 また、地域医療連携室を中心に、行政、医療、教育機関をはじめとする関係機関との円滑な連携体制を整備しているほか、総合病院との連携協定に基づく適切な患者対応に努めた。 ・精神科救急病棟患者数は、目標28,470人に対し、実績30,700人であり、達成率107.8%と目標を達成した。 ・精神科救急入院料適用患者割合は、目標76.2%に対し、実績75.3%であり、達成率98.8%と目標を下回った。 ・平均在院日数は、目標71.9日に対し、実績67.5日であり、達成率106.5%と目標を達成した。 (ロ)地域移行・地域定着支援の実施 ①地域チームケアの実施 地域ケア会議の開催等を通じ、医師を含めた多職種チームと地域の支援スタッフがともに患者の自立生活に向けた計画的支援を行えるよう連携を図った。 ②訪問活動の実施 訪問看護ステーションを中心に、多職種での複数名訪問を行い丁寧な支援など、患者の再発防止等に努めた。 複数名訪問件数662件(前年比+169件,前々年比-143件) ③リハビリテーションの提供 入院時の作業療法プログラムの実施や退院後のデイケアプログラムを利用したリハビリテーションを提供した。	1 質の高い医療の提供 (1)精神医療センター イ 政策医療、高度・専門医療の確実な提供 (イ)精神科救急医療の提供 ①地域の精神科病院等とのネットワークの強化に向けた取組 地域医療連携室を中心に、関係機関との連絡調整の体制を整備しているほか、総合病院との連携協定に基づく適切な患者対応に努めている。また、グループホーム等との間で協力医療機関としての協定も締結している。 ②高度医療の提供 施設設備の老朽化が著しい中、県内唯一の「精神科救急入院料算定病棟(北1・北2病棟)」の効率的・効果的な運用を図るため、毎朝開催される総合診療会議や毎週月曜日に実施され院長チームラウンドでバックアップ病棟の活用を含めたベッド調整を行い、民間病院では対応困難な多様な患者の受け入れに努めている。宮城県内における措置入院においては、当センターにて半数以上を受け入れている。 また、若年層入院患者への早期介入・支援等を行いモデル的医療の継続的な提供に努めている。 ③救急・急性期医療の取組の推進 政策医療である県の精神科救急システムについては、本県精神科の基幹病院である当センターを中心として、適切な対応に努めた。 また、令和2年3月に本格運用を開始した急性期クリニカルパスの運用促進に努めた。 ④身体合併症への対応等と、医療機関、関係機関とのネットワークの構築や連携強化の取組 当院は、基幹病院として、民間医療機関では対応困難な医療提供に努めているとともに、身体合併症治療を要する精神疾患患者に対応するため、一般医療機関との連携を推進している。 また、地域医療連携室を中心に、行政、医療、教育機関をはじめとする関係機関との円滑な連携体制を整備しているほか、総合病院との連携協定に基づく適切な患者対応に努めた。 ・精神科救急病棟患者数は、目標31,025人に対し、実績28,510人であり、達成率91.9%と目標を下回った。 ・精神科救急入院料適用患者割合は、目標74.1%に対し、実績70.4%であり、達成率95.0%と目標を下回った。 ・平均在院日数は、目標73.8日に対し、実績66.5日であり、達成率111.0%と目標を達成した。 (ロ)地域移行・地域定着支援の実施 ①地域チームケアの実施 地域ケア会議の開催等を通じ、医師を含めた多職種チームと地域の支援スタッフがともに患者の自立生活に向けた計画的支援を行えるよう連携を図った。 ②訪問活動の実施 訪問看護ステーションを中心に、多職種での複数訪問を行い丁寧な支援など、患者の再発防止等に努めた。 複数訪問件数493件(前年比-313件,前々年比-639件) ③リハビリテーションの提供 入院時の作業療法プログラムの実施や退院後のデイケアプログラムを利用したリハビリテーションを提供した。	1 質の高い医療の提供 (1)精神医療センター イ 政策医療、高度・専門医療の確実な提供 (イ)精神科救急医療の提供 ①地域の精神科病院等とのネットワークの強化に向けた取組 地域医療連携室を中心に、関係機関との連絡調整の体制を整備しているほか、総合病院との連携協定に基づく適切な患者対応に努めている。また、グループホーム等との間で協力医療機関としての協定も締結している。 ②高度医療の提供 施設設備の老朽化が著しい中、県内唯一の「精神科救急入院料算定病棟(北1・北2病棟)」の効率的・効果的な運用を図るため、毎朝開催される総合診療会議や毎週月曜日に実施され院長チームラウンドでバックアップ病棟の活用を含めたベッド調整を行い、民間病院では対応困難な多様な患者の受け入れに努めている。 また、若年層入院患者への早期介入・支援等を行いモデル的医療の継続的な提供に努めている。 ③救急・急性期医療の取組の推進 平成30年1月より運用を開始した急性期行動制限クリニカルパスは、運用の確立に向けて、多職種からなる救急・急性期医療プロジェクトチームにおいて検証を行い、令和2年3月に本格運用を開始した。 政策医療である県の精神科救急24時間365日システムについては、本県精神科の基幹病院である当センターを中心として、平成31年1月16日から運用開始となり、適切な対応に努めている。 ④身体合併症への対応等と、医療機関、関係機関とのネットワークの構築や連携強化の取組 当院は、基幹病院として、民間医療機関では対応困難な医療提供に努めているとともに、身体合併症治療を要する精神疾患患者については、一般医療機関との連携を推進している。 また、地域医療連携室を中心に、行政、医療、教育機関をはじめとする関係機関との円滑な連携 ・精神科救急病棟患者数は、目標32,574人に対し、実績30,065人であり、達成率92.3%と目標を下回った。 ・精神科救急入院料適用患者割合は、目標80%に対し、実績74.3%であり、達成率92.9%と目標を下回った。 ・平均在院日数は、目標71.9日に対し、実績74.1日であり、達成率103.1%と目標を下回った。 (ロ)地域移行・地域定着支援の実施 ①地域チームケアの実施 地域ケア会議の開催等を通じ、医師を含めた多職種チームと地域の支援スタッフがともに患者の自立生活に向けた計画的支援を行えるよう連携を図った。 ②訪問活動の実施 訪問看護ステーションを中心に、多職種での複数訪問を行い丁寧な支援など、患者の再発防止等に努めた。 複数訪問件数806件(前年比-326件、前々年比+112件) ③リハビリテーションの提供 入院時の作業療法プログラムの実施や退院後のデイケアプログラムを利用したリハビリテーションを提供した。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）						
	(ハ)児童思春期医療の提供 県内の児童思春期医療に携わる関係機関とのネットワークを強化し、必要な事例への早期介入及び高度・専門的な医療提供を行う。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>児童思春期延入院患者数</td><td>年間 3,285 人 (稼働率 64.3%)</td></tr><tr><td>児童思春期延外来患者数</td><td>年間 4,131 人</td></tr></table>	目標とする指標	目標値	児童思春期延入院患者数	年間 3,285 人 (稼働率 64.3%)	児童思春期延外来患者数	年間 4,131 人
目標とする指標	目標値						
児童思春期延入院患者数	年間 3,285 人 (稼働率 64.3%)						
児童思春期延外来患者数	年間 4,131 人						
	(ニ)慢性重症者に向けた医療体制の整備 慢性重症者の精神症状や日常生活能力を評価し、国内外における取組事例を参考に、症状の特性に応じた治療・支援の枠組みを構築し、医療体制を整備する。						
	(ホ)心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく司法精神医療への対応						
	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)に基づく鑑定入院や司法機関等からの精神鑑定依頼などの司法精神医療に対応する。						
	(ヘ)精神疾患に関する普及啓発活動の実施 精神疾患に関する講演会や地域の相談機関を対象とした研修会の開催などにより、精神疾患に関する普及啓発活動を実施し、精神疾患の早期発見に繋げる。						
	(ト)高度医療・臨床研究の実施に向けた体制整備及び推進 高度で専門的な医療の提供に向け、クロザピン及び治験薬等に関し、安全で適正な投与を行うための体制整備を進め、東北大学との連携も図りながら、医療機能や医療水準の向上に向けた臨床研究及び治験を実施する。						
ロ 医療機器, 施設の計画的な更新・整備	ロ 医療機器, 施設の計画的な更新・整備						
病院施設全体の老朽化が著しいことから、県民に対する良質な医療を提供できるよう早急に用地を選定の上、建替え整備を着実に進めること。 また、建替え整備までの間、県立病院として求められる高度・専門医療等を継続的に提供できるよう、償還等の負担、費用対効果等を十分に考慮し、中長期的な投資計画を作成の上、医療機器, 施設の計画的な更新、整備に努めること。	医療機器及び施設設備(以下「機器等」という。)の整備にあたっては、費用対効果、県民の医療需要、医療技術の進展、機器等の現況等を十分に考慮し、中長期的な投資計画を作成の上、計画的に更新・整備を行う。 特に、新病院の早期の開院に向け、早急に用地を選定し、建て替え事業の推進を図るとともに、建設後37年を経過し、劣化した施設設備の改修を行う。 中期目標期間中に更新・整備する機器等に関する投資総額は、別紙4のとおりとする。ただし、状況に応じて増減があるものとする。						

実 績（令 和 3 年 度）	実 績（令 和 2 年 度）	実 績（令 和 元 年 度）
④地域生活支援体制強化に向けた取組 ・訪問看護実施件数は、目標4,617件に対し、実績4,773件であり、達成率103.4％と目標を達成した。 ・デイケア実施件数は、目標3,402件に対し、実績3,233件であり、達成率95.0％と目標を下回った。 (ハ) 児童思春期医療の提供 ①児童思春期関係機関とのネットワークづくりに向けた協議 地域医療連携室を中心に、学校、児童相談所や地域の拠点施設との連携の強化に努めた。また、関係する教育機関との情報共有や連携により、学習機会の確保に努めた。 ②児童思春期外来の拡充・入院患者受入れ 児童・思春期外来は、新患受付枠を最大限に運用し、積極的な患者の受入に努めた。また、精神科デイケアのなかで、児童・思春期の患者を受け入れ、就学や就職に向けた支援や社会復帰に向けて各種プログラムを実施した。 児童思春期病棟については、施設的な要因により受け入れが困難な重症患者は救急・急性期病棟で対応しながら、可能な限り受入確保に努めた。 ・児童思春期延入院患者数は、目標3,650人に対し、実績3,462人であり、達成率94.8％と目標を下回った。 ・児童思春期延外来患者数は、目標4,860人に対し、実績4,839人であり、達成率99.6％と目標を下回った。 (ニ) 慢性重症者に向けた医療体制の整備 クロザピンを服用している患者の安全性の確保や適正な運用を図るための運用委員会を開催し、情報共有およびマニュアルの改訂を行った。 定期カンファランスなどで多職種連携のもと、患者のニーズに沿った退院支援を計画的に実施した。 長期に行動制限している患者については、毎週月曜日の院長チームラウンドや行動制限最小化・特例措置事後審査委員会で治療の方向性について検討を行い、行動制限の最小化に取り組んだ。 (ホ) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく司法精神医療への対応 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)に基づく鑑定入院や指定通院医療の提供、司法機関等からの精神鑑定依頼などの司法精神医療への対応に努めた。 (ヘ) 精神疾患に関する普及啓発活動の実施 毎年がんセンター・名取市医師会と共同で開催している県民公開講座新型コロナウイルス感染症対策により開催しなかったが、行政機関への地域保健福祉活動等を通じて、精神疾患の理解の醸成に努めた。 (ト) 高度医療・臨床研究の実施に向けた体制整備及び推進 高度で専門的な医療の提供に向け、大学との連携を図りながら、医療機能や医療水準の向上に向けた臨床研究を推進した。 院内の倫理審査委員会を通じ、個人との人権や安全に配慮した治験等の実施に努めた。 □ 医療機器、施設の計画的な更新・整備 (イ) 医療機器、施設の更新・整備 精神科医療の基幹病院として、良質な医療の提供や医療水準の向上を図るため、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た。	④地域生活支援体制強化に向けた取組 ・訪問看護実施件数は、目標4,860件に対し、実績4,638件であり、達成率95％と目標を下回った。 ・デイケア実施件数は、目標4,374件に対し、実績2,543件であり、達成率58.1％と目標を下回った。 ・地域移行患者数 目標は対象者数の5％以上に対し、実績10.6％であり、達成率212％と目標を達成した。 (ハ) 児童思春期医療の提供 ①児童思春期関係機関とのネットワークづくりに向けた協議 地域医療連携室を中心に、学校、児童相談所や地域の拠点施設との連携の強化に努めた。また、関係する教育機関との情報共有や連携により、学習機会の確保に努めた。 ②児童思春期外来の拡充・入院患者受入れ 児童・思春期外来は、新患受付枠を最大限に運用し、積極的な患者の受入に努めたほか、診察室を2室から3室に増やすなどの施設整備を実施した。 また、精神科デイケアのなかで、児童・思春期の患者を受け入れ、就学や就職に向けた支援や社会復帰に向けて各種プログラムを実施した。 児童思春期病棟については、施設的な要因により受け入れが困難な重症患者は救急・急性期病棟で対応しながら、可能な限り受入確保に努めた。 ・児童思春期延入院患者数は、目標3,650人に対し、実績3,260人であり、達成率89.3％と目標を下回った。 ・児童思春期延外来患者数は、目標4,860人に対し、実績5,106人であり、達成率105.1％と目標を達成した。 (ニ) 慢性重症者に向けた医療体制の整備 クロザピンを服用している患者の安全性の確保や適正な運用を図るための運用委員会を開催し、検討を行った。 定期カンファランスなどで多職種連携のもと、患者のニーズに沿った退院支援を計画的に実施した。 長期に行動制限している患者については、毎週月曜日の院長チームラウンドや行動制限最小化・特例措置事後審査委員会で治療の方向性について検討を行い、行動制限の最小化に取り組んだ。 (ホ) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく司法精神医療への対応 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)に基づく鑑定入院や指定通院医療の提供、司法機関等からの精神鑑定依頼などの司法精神医療への対応に努めた。 (ヘ) 精神疾患に関する普及啓発活動の実施 毎年がんセンター・名取市医師会と共同で開催している県民公開講座新型コロナウイルス感染症対策により開催しなかったが、行政機関への地域保健福祉活動等を通じて、精神疾患の理解の醸成に努めた。 (ト) 高度医療・臨床研究の実施に向けた体制整備及び推進 高度で専門的な医療の提供に向け、大学との連携を図りながら、医療機能や医療水準の向上に向けた臨床研究を推進した。 院内の倫理審査委員会を通じ、個人との人権や安全に配慮した治験等の実施に努めた。 □ 医療機器、施設の計画的な更新・整備 (イ) 医療機器、施設の更新・整備 精神科医療の基幹病院として、良質な医療の提供や医療水準の向上を図るため、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た。	④地域生活支援体制強化に向けた取組 ・訪問看護実施件数は、目標4,880件に対し、実績4,625件であり、達成率94.8％と目標を下回った。 ・デイケア実施件数は、目標4,636件に対し、実績3,088件であり、達成率66.6％と目標を下回った。 ・地域移行患者数 目標は対象者数の5％以上に対し、実績8.7％であり、達成率174％と目標を達成した。 (ハ) 児童思春期医療の提供 ①児童思春期関係機関とのネットワークづくりに向けた協議 地域医療連携室を中心に、学校、児童相談所や地域の拠点施設との連携の強化に努めた。関係する教育機関との情報共有や連携により、学習機会の確保に努めた。 ②児童思春期外来の拡充・入院患者受入れ 児童・思春期外来は、新患受付枠を最大限に運用し、積極的な患者の受入に努めた。 また、精神科デイケアのなかで、児童・思春期の患者を受け入れ、就学や就職に向けた支援や社会復帰に向けて各種プログラムを実施した。 児童思春期病棟については、昨年度の運営に関する総括と今後のあり方についての検討を踏まえ、施設的な要因により受け入れが困難な重症患者は救急・急性期病棟で対応しながらも、可能な限り受入確保に努めた。 ・児童思春期延入院患者数は、目標3,294人に対し、実績3,568人であり、達成率108.3％と目標を達成した。 ・児童思春期延外来患者数は、目標4,148人に対し、実績4,741人であり、達成率114.3％と目標を達成した。 (ニ) 慢性重症者に向けた医療体制の整備 クロザピンを服用している患者の安全性の確保や適正な運用を図るための運用委員会を開催し、検討を行った。 定期カンファランスなどで多職種連携のもと、患者のニーズに沿った退院支援を計画的に実施した。 長期に行動制限している患者については、毎週月曜日の院長チームラウンドや行動制限最小化・特例措置事後審査委員会で治療の方向性について検討を行い、行動制限の最小化に取り組んだ。 (ホ) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく司法精神医療への対応 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)に基づく鑑定入院や指定通院医療の提供、司法機関等からの精神鑑定依頼などの司法精神医療への対応に努めた。 (ヘ) 精神疾患に関する普及啓発活動の実施 精神疾患に関する理解の深化、さらには早期発見・早期支援を目的として、がんセンターと共催で県民公開講座を開催し、普及啓発に努めた。さらに、行政機関への地域保健福祉活動等を通じて、精神疾患の理解の醸成に努めた。 (ト) 高度医療・臨床研究の実施に向けた体制整備及び推進 高度で専門的な医療の提供に向け、大学との連携を図りながら、医療機能や医療水準の向上に向けた臨床研究を推進した。 日本精神科救急学会学術総会での「精神科救急における円滑な退院支援について～かかりつけ病院や関係機関との連携の実際～」と題した発表を行うなど計6件の学会発表を行った。 院内の倫理審査委員会を通じ、個人との人権や安全に配慮した治験等の実施に努めた。 □ 医療機器、施設の計画的な更新・整備 (イ) 医療機器、施設の更新・整備 精神科医療の基幹病院として、良質な医療の提供や医療水準の向上を図るため、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た。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）														
ハ 地域医療への貢献 地域の医療機関との病病・病診連携（核となる病院と地域の病院・診療所が行う連携）に取り組み、患者の紹介・逆紹介を推進するなど、精神医療センターの持つ医療機能が効率的に発揮されるよう努め、患者が地域において良質な医療を適切に受けることができるよう、他の医療機関との機能分担や協力体制を強化すること。	ハ 地域医療への貢献 高度・専門医療の機能を効率的に発揮し、患者が地域において良質な医療を適切に受けることを目標として、現在まで実施してきた取組に加え、次の取組を重点的に行い、地域医療機関との機能分担や協力体制の維持・強化を行う。 （イ）地域の医療機関との病病・病診連携の推進等 地域連携クリティカルパスの作成やICT（情報・通信に関連する技術一般の総称）等の活用について検討を行うなど、地域の医療機関との病病・病診連携（核となる病院と地域の病院・診療所が行う連携）に取り組む。 また、地域精神保健福祉活動への参画と障害福祉サービス等への支援を展開する。 （ロ）患者の紹介率、逆紹介率の向上 患者の紹介率及び逆紹介率は、過去3年の平均値以上を目指す。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>紹介率</td><td>3 9 . 4 %</td></tr><tr><td>逆紹介率</td><td>4 5 . 3 %</td></tr></table> ニ 医療に関する調査研究と情報の発信 本県医療水準の向上が図られるよう、精神疾患に関する知識や理解の普及啓発に努めるとともに、医療に関する調査・研究を推し進め、その成果や情報を積極的に発信していくこと。 また、疾病に関する情報を、セミナーなどを通して広く分かりやすく発信し、県民から信頼される病院づくりに努めること。 （イ）調査・研究の推進 治療実績や医療に係る情報の蓄積、管理に努めるとともに、診断や治療などを臨床に応用するための調査・研究を進める。 なお、この調査・研究を進めるに当たっては、倫理審査委員会を活用した審査を行うなど、個人の人権や安全に十分配慮し、適切に実施する。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>倫理審査委員会審議件数</td><td>年15件</td></tr></table> （ロ）医療相談会の開催と広報活動の実施 県民及び患者向けに、調査・研究活動の成果に関する医療相談会等の開催を通じた広報活動を実施する。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>医療相談会開催回数</td><td>年 1 0 0 回</td></tr></table> （ハ）学会等への積極的参加と関係機関への情報発信 学会等への参加及び研究成果の発表を奨励・支援するとともに、専門誌等への寄稿等を通じて関係機関への情報発信を行う。	目標とする指標	目標値	紹介率	3 9 . 4 %	逆紹介率	4 5 . 3 %	目標とする指標	目標値	倫理審査委員会審議件数	年15件	目標とする指標	目標値	医療相談会開催回数	年 1 0 0 回
目標とする指標	目標値														
紹介率	3 9 . 4 %														
逆紹介率	4 5 . 3 %														
目標とする指標	目標値														
倫理審査委員会審議件数	年15件														
目標とする指標	目標値														
医療相談会開催回数	年 1 0 0 回														

実績（令和３年度）	実績（令和２年度）	実績（令和元年度）
（ロ）建替え事業の推進 機構本部を中心に早期の病院建替えに向け、宮城県との連携を図った。 老朽化している現病院については、新病院の開院までの間、現施設において、求められる政策医療を実践するために、施設・設備の大規模な修繕を実施している。 ハ 地域医療への貢献 （イ）地域の医療機関との病病・病診連携の推進等 地域医療連携室を中心に連携病院及びその他関係機関と連携を推進し、受診・入院の受入、地域移行・地域定着支援を図るとともに、多職種と共同で医療機関への技術支援を実施し、退院支援に繋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る。 （ロ）患者の紹介率、逆紹介率の向上 高度・専門医療の提供の場として、地域の医療機関と連携を図りながら、患者紹介・逆紹介に対応している。 ・紹介率は、目標35.9%に対し、実績37.1%であり、達成率103.3%と目標を達成した。 ・逆紹介率は、目標40.0%に対し、実績39.2%であり、達成率98.0%と目標を下回った。 二 医療に関する調査・研究と情報の発信 （イ）調査・研究の推進 国際疾病分類法に則した統計データや、入院患者の在院期間別構成等その他臨床指標の統計データを統計集として院内で情報共有化を図った。 東北大学大学院医学系研究科と連携し、研究・診療に従事する専門の人材育成に取り組んでいる。 ・倫理審査委員会の審議件数は、目標15件に対し、実績20件であり、達成率133.3%と目標を達成した。 （ロ）医療相談会の開催と広報活動の実施 市町村等行政機関へ赴き、県民及び支援者を対象とした相談会を実施している。また、毎年がんセンター・名取市医師会と共同で開催している県民公開講座については、新型コロナウイルス感染症対策により開催しなかった。 ・医療相談会開催回数は、目標77回に対し、実績132回であり、達成率171.4%と目標を達成した。 （ハ）学会等への積極的参加と関係機関への情報発信 医師のほか看護師、コメディカルについてもオンライン開催を含む学会発表・参加とともに、院内研究発表会などを通じて成果の積極的な情報発信に努めたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、学会参加者数は減少した。 ・学会発表は、目標9件に対し、実績8件であり、達成率88.9%と目標を下回った。 ・学会参加者数は、目標104人に対し、実績97人であり、達成率93.3%と目標を下回った。 ・専門誌への寄稿件数は、目標3件に対し、実績はなかった。	（ロ）建替え事業の推進 機構本部を中心に早期の病院建替えに向け、宮城県と連携し、新たな建設候補地の選定に努めた。 老朽化している現病院については、新病院の開院までの間、現施設において、求められる政策医療を実践するために、施設・設備の大規模な修繕を実施している。 ハ 地域医療への貢献 （イ）地域の医療機関との病病・病診連携の推進等 地域医療連携室を中心に連携病院及びその他関係機関と連携を推進し、受診・入院の受入、地域移行・地域定着支援を図るとともに、多職種と共同で医療機関への技術支援を実施し、退院支援に繋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る。 （ロ）患者の紹介率、逆紹介率の向上 高度・専門医療の提供の場として、地域の医療機関と連携を図りながら、患者紹介・逆紹介に対応している。 ・紹介率は、目標39.4%に対し、実績45.1%であり、達成率114.5%と目標を達成した。 ・逆紹介率は、目標45.3%に対し、実績43.7%であり、達成率96.4%と目標を下回った。 二 医療に関する調査・研究と情報の発信 （イ）調査・研究の推進 国際疾病分類法に則した統計データや、入院患者の在院期間別構成等その他臨床指標の統計データを統計集として院内で情報共有化を図った。 東北大学大学院医学系研究科と連携し、研究・診療に従事する専門の人材育成に取り組んでいる。 ・倫理審査委員会の審議件数は、目標15件に対し、実績9件であり、達成率60%と目標を下回った。 （ロ）医療相談会の開催と広報活動の実施 市町村等行政機関へ赴き、県民及び支援者を対象とした相談会を実施している。また、毎年がんセンター・名取市医師会と共同で開催している県民公開講座については、新型コロナウイルス感染症対策により開催しなかった。 ・医療相談会開催回数は、目標100回に対し、実績117回であり、達成率117%と目標を達成した。 （ハ）学会等への積極的参加と関係機関への情報発信 医師のほか看護師、コメディカルについてもオンライン開催を含む学会発表・参加とともに、院内研究発表会などを通じて成果の積極的な情報発信に努めたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、学会参加者数は減少した。 ・学会発表は、目標11件に対し、実績8件であり、達成率72.7%と目標を下回った。 ・学会参加者数は、目標110人に対し、実績84人であり、達成率76.4%と目標を下回った。 ・専門誌への寄稿件数は、目標3件に対し、実績はなかった。	（ロ）建替え事業の推進 機構本部を中心に早期の病院建替えに向け、宮城県と連携し、新たな建設候補地の選定に努めた。 老朽化している現病院については、前年度に策定した保全計画を基に、平成元年度には効率的な工事実施のための実施設計を行った。令和2年度には、優先順位の高いものから大規模修繕を実施する予定である。 ハ 地域医療への貢献 （イ）地域の医療機関との病病・病診連携の推進等 地域医療連携室を中心に連携病院及びその他関係機関と連携を推進し、受診・入院の受入、地域移行・地域定着支援を図るとともに、多職種と共同で医療機関への技術支援を実施し、退院支援に繋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る。 （ロ）患者の紹介率、逆紹介率の向上 高度・専門医療の提供の場として、地域の医療機関と連携を図りながら、患者紹介・逆紹介に対応している。 ・紹介率は、目標39.4%に対し、実績43.0%であり、達成率109.1%と目標を達成した。 ・逆紹介率は、目標45.3%に対し、実績41.2%であり、達成率90.9%と目標を下回った。 二 医療に関する調査・研究と情報の発信 （イ）調査・研究の推進 国際疾病分類法に則した統計データや、入院患者の在院期間別構成等その他臨床指標の統計データを統計集として院内で情報共有化を図った。 東北大学大学院医学系研究科と連携し、研究・診療に従事する専門の人材育成に取り組んでいる。 ・倫理審査委員会の審議件数は、目標15件に対し、実績21件であり、達成率140%と目標を達成した。 （ロ）医療相談会の開催と広報活動の実施 市町村等行政機関へ赴き、県民もしくは支援者を対象とした相談会を実施している。また、令和2年1月にがんセンターと共同で県民公開講座を開催し「精神科の薬について」をテーマとした講演を行った。 ・医療相談会開催回数は、目標100回に対し、実績66回であり、達成率66%と目標を下回った。 （ハ）学会等への積極的参加と関係機関への情報発信 医師のほか看護師、コメディカルについても学会発表・参加とともに、院内研究発表会などを通じて成果の積極的な情報発信に努めた。また、第27回日本精神科救急学会学術総会では大会事務局としての役割を完遂した。 ・学会発表は、目標11件に対し、実績13件であり、達成率118.2%と目標を達成した。 ・学会参加者数は、目標110人に対し、実績136人であり、達成率123.6%と目標を達成した。 ・専門誌への寄稿件数は、目標3件に対し、実績はなかった。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）																
(2) がんセンター イ 政策医療, 高度・専門医療の確実な提供 高度・専門医療を提供していくため, 診療機能の充実を図っていくこと。 また, 東北大学病院との機能分担や連携のもと, 県がん診療連携拠点病院として, 新指針(「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成30年7月31日付け厚生労働省通知))で求められる診療機能や患者相談支援・情報提供機能の強化及びがん登録の質的向上を図り, 地域連携を推進し, 「全県のがん診療体制」の構築に努めること。 特に, 地域のがん患者療養支援ネットワークとの連携並びにがんゲノム医療連携病院として果たすべきがんゲノム医療及び県がん診療連携拠点病院として果たすべき緩和ケアの一層の充実を図り, 引き続き医療の質の向上に努めること。 併せて, がんに関する研究が促進されるよう, がんセンター研究所を効率的に運営し, その成果を活かした医療を提供するよう努めること。	(ニ) WEBサイト等を利用した疾病や検診の情報提供 WEBサイト等の広報媒体を通じ, 県民が関心のある疾病や検診等に関する情報を分かりやすく提供する。 また, IT環境の変化に応じて, WEBサイト等を充実させる。 (2) がんセンター イ 政策医療, 高度・専門医療の確実な提供 (イ)がん患者の状態に応じた適切な治療の提供 がんの種類や患者の状態に応じて, 手術療法, 放射線療法, 化学療法, さらにそれらを効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケアなど, 最適な治療を提供する。 また, 手術療法においては, 手術支援ロボットの導入等を検討するなど, 低侵襲化を推進し, 患者負担の少ない治療を提供する。 さらに, 患者の求める医療の変化に応じて, 必要とされる医師・看護師等を配置し, 適切な治療を提供する。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>手術件数</td><td>年間1, 450件</td></tr><tr><td>トモセラピー件数</td><td>年間4, 800件</td></tr><tr><td>リニアック件数</td><td>年間12, 000件</td></tr><tr><td>化学療法室使用件数</td><td>年間6, 650件</td></tr></table> (ロ) がんゲノム医療に関する取組 国の「がんゲノム医療」の推進状況を注視しながら, ゲノム医療に関する正しい情報や知識を収集し, 県民への情報提供や普及啓発を行うとともに, 拠点病院である東北大学と連携し, 必要な体制整備を行い, 質の高いがんゲノム医療を提供する。 (ハ) がん予防に関する県民への啓発 がんなんでも講座等を通じて, 県民に対してがん予防の啓発を行い, 生活習慣の改善やPET－CTを利用した検診による早期発見・早期治療等を促す。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>一般向けセミナー開催回数</td><td>年10回</td></tr><tr><td>がん検診件数</td><td>年50件</td></tr></table> (ニ) 東北大学病院との機能分担による「全県のがん診療体制」の構築 国の新指針(「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成30年7月31日付け厚生労働省通知))で求められる診療機能や患者相談支援・情報提供機能の整備及び質の高いがん登録を継続するとともに, 地域連携を推進し, 県がん診療連携拠点病院としての役割を担う。	目標とする指標	目標値	手術件数	年間1, 450件	トモセラピー件数	年間4, 800件	リニアック件数	年間12, 000件	化学療法室使用件数	年間6, 650件	目標とする指標	目標値	一般向けセミナー開催回数	年10回	がん検診件数	年50件
目標とする指標	目標値																
手術件数	年間1, 450件																
トモセラピー件数	年間4, 800件																
リニアック件数	年間12, 000件																
化学療法室使用件数	年間6, 650件																
目標とする指標	目標値																
一般向けセミナー開催回数	年10回																
がん検診件数	年50件																

実績（令和３年度）	実績（令和２年度）	実績（令和元年度）
（二）WEBサイト等を利用した疾病や検診の情報提供 当センターの診療情報，職員募集情報及び各部門案内について最終情報に更新するよう努めた。 （２）がんセンター イ 政策医療，高度・専門医療の確実な提供 （イ）がん患者の状態に応じた適切な治療の提供 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た。 集学治療棟においては，PET－CTによる検査，トモセラピーによる放射線治療，外来化学療法室により集学的治療の一層の促進を図った。 また，就労支援の一環として平成26年度に開始したハローワークと連携した就労相談や夜間外来化学療法を引き続き実施した。 低侵襲外科手術として，高性能手術支援ロボットでの手術件数は167件であった。内訳は前立腺がん60件，膀胱がん10件，直腸がん35件，胃がん40件，肺22件であった。また，3D内視鏡手術システムを用いた手術を46件行った。 10月に5西病棟へ緩和ケア病床10床開設したことに伴い看護師配置を増員し，院内外のがん終末期患者に対する医療強化を図った。また，新型コロナウイルス感染症病床設置の継続を受け，南病棟看護師の適正数配置を行い運営した。外来においては，外来患者の受診人数に対し，他部署からの応援体制を流動的に実施，看護師の部署を超えたフレキシブルな活用に取り組んだ。 ・手術件数は，目標1,450件に対し，実績1,625件であり，達成率112.1％と目標を達成した。 ・トモセラピー件数は，目標4,800件に対し，実績3,723件であり，達成率77.6％と目標を下回った。 ・リニアック件数は，目標12,000件に対し，実績11,248件であり，達成率93.7％と目標を下回った。 ・化学療法室（外来）使用件数は，目標6,650件に対し，実績7,255件であり，達成率109.1％と目標を達成した。 保険診療のがん遺伝子パネル検査は血液検体で実施可能なFoundationOne Liquid（リキッドバイオブシー検査）が導入されたものの，検査出庫47例，エキスパートパネル検討が49例と伸び悩んだ。この原因は熱心にゲノム医療に取り組んでいた医師の異動によるものと考えられた。23％の症例で何らかの薬剤推奨がなされた。自由診療でのリキッドバイオブシー検査は1例にとどまり，保険診療での同タイプの検査導入の影響と思われた。また，卵巣がんの再発の早期検出を目指したリキッドバイオブシー解析についての論文をまとめ，英文査読誌に掲載された。 一般向けセミナーである「がんなんでも講座」や，名取市文化会館にて県民公開講座の集合開催を予定していたが，新型コロナウイルス感染症の影響により，オンデマンド方式での開催と院内の外来掲示板を最大限活用し，がん予防に関する情報等を発信している。 ・一般向けセミナー開催回数は，目標年2回に対し，実績2回であり，達成率100％と目標を達成した。 ・がん検診件数は，目標年50件に対し，実績101件であり，達成率202％と目標を達成した。 診療機能強化に向けた研修として，宮城県緩和ケア研修会を1回開催し，当院の令和3年度の医師受講率は90.4％であった。 当院相談員の質の担保の為，認定がん専門相談員として必要な研修を受講し新規1名，継続2名が認定された。室内では定期的に勉強会やケース検討会を実施，院内外の研修を受講しスキルの維持に努めている。また，ピアサポーター育成研修会において，講師などの役割を果たし協同参加した。 がん登録の質的向上への取り組みとしては，宮城県がん診療連携協議会がん登録部会としての研修会をオンラインで計6回開催し，昨年度立ち上げた実務者のネットワークを引き続き運用した。また，統一的な集計方法を導入した県内4施設で比較検討を行った。	（二）WEBサイト等を利用した疾病や検診の情報提供 当センターの診療情報，職員募集情報及び各部門案内について最終情報に更新するよう努めた。 （２）がんセンター イ 政策医療，高度・専門医療の確実な提供 （イ）がん患者の状態に応じた適切な治療の提供 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た。 集学治療棟においては，PET－CTによる検査，トモセラピーによる放射線治療，外来化学療法室により集学的治療の一層の促進を図った。外来化学療法についても，昨年度と比べ件数が増加している。 また，就労支援の一環として平成26年度に開始した，ハローワークと連携した就労相談や夜間外低侵襲外科手術として，高性能手術支援ロボットでの手術件数は124件であった。内訳は前立腺がん51件，膀胱がん10件，直腸がん39件，胃がん24件であった。また，3D内視鏡手術システムでの手術を101件行った。 外来化学療法件数の増加に伴い，他部署からの応援体制を固定化し対応した。また，低侵襲外科手術の診療科拡大にむけて，手術室看護師の適材配置で人員を確保した。2月新型コロナウイルス感染症病床の開設にあたり，新たに1看護単位を設置，病床数に応じ看護師の適正数を配置し，かつ看護師の精神的負荷も視野に入れ人員をローテーションしながら取り組んだ。 ・手術件数は，目標1,450件に対し，実績1,449件であり，達成率99.9％と目標を下回った。 ・トモセラピー件数は，目標4,800件に対し，実績4,546件であり，達成率94.7％と目標を下回った。 ・リニアック件数は，目標12,000件に対し，実績11,492件であり，達成率95.8％と目標を下回った。 ・化学療法室（外来）使用件数は，目標6,650件に対し，実績7,457件であり，達成率112.1％と目標を達成した。 保険診療のがん遺伝子パネル検査は運用がほぼ軌道に乗り，週に約1例程度のペースで実施され，検査出庫52例（保険診療），エキスパートパネル検討が55例を数えた。約2割の症例に何らかの薬剤推奨（患者申出療養含む）がえられ，がんの個別化医療への着実な道筋を歩んでいる。さらに令和2年度は自由診療でのリキッドバイオブシーパネル検査（Guardant 360検査）が導入され，9月から患者の受け入れを開始した。年度末までに4例（自費診療）実施し，1例で標的薬剤候補が同定された。また，昨年度検討していたがん遺伝子パネル検査の検体品質の検討については論文としてまとめ，英文査読誌に掲載された。 一般向けセミナーである「がんなんでも講座」や，名取市文化会館にて県民公開講座の開催を予定していたが，新型コロナウイルス感染症の影響により開催中止となったため，院内の外来掲示板を最大限活用し，がん予防に関する情報等を発信している。 ・一般向けセミナー開催回数は，目標年10回に対し，実績0回であり，達成率0％と目標を下回った。 ・がん検診件数は，目標年50件に対し，実績62件であり，達成率124％と目標を達成した。 診療機能強化に向けた研修として，宮城県緩和ケア研修会を1回開催し，当院の令和2年度の医師受講率は83.6％であった。 がん相談員の質の担保の為，国立がん研修センターの継続研修を受講し，リモートでの研修に積極的に参加している。新型コロナウイルス感染拡大防止の為，地域での講演会や相談会，ピアサポーター育成・活用に関する活動はできていないが，がん相談支援センターの広報カードを作成し，電話相談に繋げた。 がん登録の質的向上への取り組みとしては，宮城県がん診療連携協議会がん登録部会としての研修会をオンラインで計6回開催した。さらに，参加者を対象に新たな実務者のネットワークを立ち上げた。また，統一的な集計方法の試験的な導入を推進し，県内4施設目の導入が実現した。	（二）WEBサイト等を利用した疾病や検診の情報提供 当センターの診療情報，職員募集情報及び各部門案内について最終情報に更新するよう努めた。 （２）がんセンター イ 政策医療，高度・専門医療の確実な提供 （イ）がん患者の状態に応じた適切な治療の提供 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た。 集学治療棟においては，PET－CTによる検査，トモセラピーによる放射線治療，外来化学療法室により集学的治療の一層の促進を図った。外来化学療法についても，昨年度と比べ件数が増加している。 また，就労支援の一環として平成26年度に開始した，ハローワークと連携した就労相談や夜間外低侵襲手術として，令和元年度は高性能手術支援ロボットでの手術を9月より行い，件数は28件であった。内訳は前立腺がん23件，膀胱がん2件，直腸がん3件。また，3D内視鏡手術システムも2月より稼働して30件行った。 各疾患に対応できる専門医師を充分配置した。また，外来化学療法件数の著しい増加など医療は外来にシフトしているため，病棟の病床稼働を見ながら病棟から外来への応援体制で対応した。さらに，低侵襲手術導入および手術室5室稼働を目指し，手術室看護師数を増員し取り組んだ。 ・手術件数は，目標1,450件に対し，実績1,441件であり，達成率99.4％と目標を下回った。 ・トモセラピー件数は，目標4,800件に対し，実績5,224件であり，達成率108.8％と目標を達成した。 ・リニアック件数は，目標12,000件に対し，実績12,653件であり，達成率105.4％と目標を達成した。 ・化学療法室（外来）使用件数は，目標6,650件に対し，実績7,188件であり，達成率108.1％と目標を達成した。 保険診療でのがん遺伝子パネル検査は限られた病院でのみ実施可能であり，がんゲノム医療連携病院である当院で早期に実施することは地域への最先端医療の普及の観点から必須の事案であった。そのためにがんゲノム医療の実施体制整備に際しセンター外からの情報収集を進め，各病院スタッフと連携して保険診療への制度設計を実施した。併せて検体の品質について基礎的研究も進め，当院検体のほとんどが問題なくパネル検査で解析可能であることを示した。令和元年6月に保険収載が決定し，9月初旬に「がんゲノム医療センター」を標榜し開設，9月中には第一例の患者の保険診療が開始した。東北大学でのエキスパートパネルにも積極的に参画し，適切な治療方針の決定に大きく寄与している。令和2年3月5日時点で12例が終了，9例が結果待ち，ということで年度内21例を達成した。 一般向けセミナーである「がんなんでも講座」について，ホームページでのPRや企業との合同企画を行い，令和元年度は9回の開催となった。また，名取市文化会館にて県民公開講座を開催した。他に，院内の外来掲示板を活用し，がん予防に関する情報等を発信している。 ・一般向けセミナー開催回数は，目標年10回に対し，実績9回であり，達成率90％と目標を下回った。 ・がん検診件数は，目標年50件に対し，実績65件であり，達成率130％と目標を達成した。 診療機能強化に向けた研修として，宮城県緩和ケア研修会を1回開催し，当院の令和元年度の医師受講率は87.8％であった。 がん相談員の中の3名は指導者研修を修了し，認定がん専門相談員として必要な研修を受講している。また，名取市増田公民館での「がん何でも講座」の中や名取市図書館での講演などを通して地域住民に相談支援センターの広報活動を行った。更に当院ホームページにサロン活動のスケジュールカレンダーに掲載し参加者の増員に努めた。 県がん診療連携拠点病院として患者相談部会，がん相談実務者会議の企画・運営を行った。更に，宮城県内のがん相談員に対し，Ⅲ群研修を2回提供し，ピア・サポーター養成研修会ではファシリテーターとして協力している。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）										
	（ホ） がん患者の療養生活の質の向上 多職種で構成する緩和ケアチームにより、がんと診断された時から、精神的ケアも含めた緩和ケアを推進する。 また、がん患者の在宅療養を支援するため、地域のがん患者療養支援ネットワークと連携し、緩和ケア病棟施設を活用することにより、患者及びその家族のQOL(クオリティオブライフ)の向上を推進する。 さらに、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターを中心に、緩和ケアを一層充実させる。 （ヘ） 研究の促進と研究成果の応用 高度で専門的な医療の提供に向け、東北大学との連携も図りながら医療機能や医療水準の向上に向けた基礎及び臨床研究を実施する。 また、新薬開発に係る研究も積極的に受託する。 がんセンター研究所については、がんに対する先進的な研究を促進し、その成果をがんの診断・治療法開発に向けて活用を図る。 特に、新しい診断法や新薬開発に関しては、企業との共同研究を積極的に推進する。 また、研究の内容や成果については、医療関係者のほか、県民の理解が深められるよう、積極的に公表する。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>科研費採択件数（新規・継続）</td><td>年間 2 7 件</td></tr><tr><td>科研費採択金額（新規・継続）</td><td>年間 51,000 千円</td></tr><tr><td>科研費を除いた外部資金獲得件数（新規・継続）</td><td>年間 1 9 件</td></tr><tr><td>科研費を除いた外部資金獲得金額（新規・継続）</td><td>年間 49,000 千円</td></tr></table>	目標とする指標	目標値	科研費採択件数（新規・継続）	年間 2 7 件	科研費採択金額（新規・継続）	年間 51,000 千円	科研費を除いた外部資金獲得件数（新規・継続）	年間 1 9 件	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
目標とする指標	目標値										
科研費採択件数（新規・継続）	年間 2 7 件										
科研費採択金額（新規・継続）	年間 51,000 千円										
科研費を除いた外部資金獲得件数（新規・継続）	年間 1 9 件										
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										

実 績（令 和 3 年 度）	実 績（令 和 2 年 度）	実 績（令 和 元 年 度）
県がん診療連携拠点病院として、当院企画・運営の院外の研修や会議は、リモートで開催しがん相談員のネットワークはコロナ禍ではあるが維持できている。。更に患者相談部会の研修WGの核となり、他拠点病院との協同でがん専門相談員の為の研修会を開催し、効果的な学びの場の提供ができた。また、広報WGにおいても核となりがん相談支援センターの内規の改訂を行った。拠点病院を含めた相談窓口22施設において相談窓口としての質の担保の為、PDCAチェックリストによる各施設評価を行い、毎年報告会を実施している。 また、県がん診療連携拠点病院の専門部会では、がん相談部会、がん登録部会、看護部会、地域連携部会で部会長を務め、中心的な役割を担った。 ・緩和ケア研修会開催回数は、目標年1回に対し、実績1回であり、達成率100％と目標を達成した。	当センターで登録されているがんのうち、希少・難治性がんを含む、5大がん以外のがん登録患者数は全体の半数を超え、54.2％となった。 県がん診療連携拠点病院としてリモートで患者相談部会2回、がん相談実務者会議1回の企画・運営を行った。更に、東北がんネットワークがん患者相談室専門委員会と共催し東北のがん相談員に対し、Ⅲ群研修を1回開催し、好評を得た。 がん登録としては、研修会参加者を対象に新たな実務者のネットワークを立ち上げた。また、統一的な集計方法の試験的な導入を推進し、県内4施設目の導入が実現した。 ・緩和ケア研修会開催回数は、目標年1回に対し、実績1回であり、達成率100％と目標を達成した。	がん登録の質的向上への取り組みとしては、県内の実務者を対象とした実務者育成支援事業において、1施設(2名)に対して4日間の研修を行った。また、宮城県がん診療連携協議会がん登録部会として、新たに全部位を網羅する体系的な研修会を立ちあげ、計6回開催した。さらに、同部会において年間2施設を目標に相互訪問事業を行い、結果をそれぞれの施設にフィードバックすることにより、県内の実務者等の底上げを図った。 ・緩和ケア研修会開催回数は、目標年1回に対し、実績1回であり、達成率100％と目標を達成した。 精神腫瘍科医師が常勤医として加わり、せん妄の対応やより専門的な話し合いが行われ、チームによる緩和ケアの質向上に繋がった。 緩和ケア地域連携カンファレンスにて地域の医療機関や在宅療養支援診療所の方を講師として招き、各専門職から見た地域の現状と課題について報告して頂いた。参加者の振り返りや確認の場となり初参加の施設も徐々に増えている。 緊急緩和ケア病床利用は1件であったが、日ごろの連携の成果として登録医でない在宅療養支援
チームのメンバーである緩和ケア内科医師が増員したこともあり、チームへの依頼件数は前年度と比べ100件増加し、診療した患者数は約1,100人増加した。それに伴い診療報酬上の緩和ケアに関する加算点数は倍増した。 チームが対応した患者の転帰は、前年比で介入終了(生存)は36件から71件と増加がみられた。患者家族が望む在宅療養で過ごされる患者数は横ばいである。	チームのメンバーである精神腫瘍科医師の交代によって、チームへの依頼件数は前年度と比べ120件増加し、診療した患者数は約600人増加した。それに伴い診療報酬上の緩和ケアに関する加算点数は約5倍となった。 がん患者のチーム依頼のうち治療前・治療中の割合は52％から63％と上昇した。 チームが対応した患者の転帰は、前年比で緩和ケア病棟転棟は57件から38件と減少し、退院(死亡退院、転院を含まない)は91件から163件と増加がみられ、うち在宅ケア導入しての退院は18件から47件と増加した。患者家族が望む在宅療養で過ごされる患者が増えるなどの変化が見られた。	苦痛のスクリーニングが定着し、苦痛への対応や苦痛のスクリーニングの活用の意識づけが進んだ結果、基本的緩和ケアの充実や専門的緩和ケア(緩和ケアチーム・看護外来)の介入依頼がスムーズに行われ、患者のQOLの改善に繋がっている。看護外来と外来看護師や病棟看護師のカンファレンスを通して情報の共有が図られたことにより切れ目のない支援に繋がった。 今年度より緩和ケアセンター主催・看護部共催でホスピス緩和ケア週間を開催し各種イベントを行った結果、緩和ケアのより充実した普及・啓発が図られた。
緩和ケア地域連携カンファレンスにおいて、緊急緩和ケア病床の設置目的の再確認と現状の共有を行い理解を深めた。緊急緩和ケア病床の申し込みは1件あったが主科入院となり緊急緩和ケア病床利用はなかった。 緩和ケア地域連携カンファレンスはCOVID-19感染対策としてオンライン開催を行った。オンラインでの意見交換や情報の共有は、地域の顔の見えるネットワーク支援の一助となった。 感染患者受け入れを開始することになり令和3年2月より緩和ケア病棟が閉鎖され、10月に5階西病棟へ緩和ケア病床を10床設置した。11月より地域の施設より緩和ケア病床利用希望の患者受け入れ開始。5人/月程度地域からの紹介患者・家族が緩和ケア内科外来を受診している。	緩和ケア地域連携カンファレンスにおいて、緊急緩和ケア病床の設置目的の再確認と現状の共有を行い理解を深めた。緊急緩和ケア病床の申し込みは2件で利用1件であった。在宅診療医の協力もあり、緩和ケア病棟入棟申し込みを経ての入院が大方となっている。 緩和ケア地域連携カンファレンスはCOVID-19感染対策としてオンライン開催を行った。オンラインでの意見交換や情報の共有は、地域の顔の見えるネットワーク支援の一助となった。 感染患者受け入れを開始することになり2月より緩和ケア病棟が閉鎖され、緩和ケア病棟入棟中の患者は本館での受け入れとなった。以前のような地域への支援は困難な状況となっている。	・緩和ケアチームによる対応件数は、目標230件に対し、実績267件であり、達成率116.1％と目標を達成した。
苦痛のスクリーニングを活用して、適切な時期に専門部署と連携し緩和ケアの提供ができるようになっていく。なお、10月より外来の婦人科、消化器内科で苦痛増強時に看護師が拾い上げる取り組みを始め2人/月ほど専門的介入に繋がっている。 各部門と情報共有を図ることで患者のQOL向上につながった。 ホスピス緩和ケア週間は、感染対策の観点から制限された企画となったが、開催を通して新たな普及啓発が図られた。 ・緩和ケアチームによる対応件数は、目標270件に対し、実績444件であり、達成率164.4％と目標を達成した。	苦痛のスクリーニングを活用して、適切な時期に専門部署と連携し緩和ケアの提供ができるようになっていく。 各部門と情報共有を図ることで患者のQOL向上につながった。 ホスピス緩和ケア週間は、感染対策の観点から制限された企画となったが、開催を通して新たな普及啓発が図られた。 ・緩和ケアチームによる対応件数は、目標230件に対し、実績338件であり、達成率147.0％と目標を達成した。	・緩和ケアチームによる対応件数は、目標230件に対し、実績267件であり、達成率116.1％と目標を達成した。
高度で専門的な医療の提供に向け、大学との連携を図りながら医療機能や医療水準の向上に向けた基礎及び臨床研究を実施した。令和3年度、本研究所で研究している東北大学の大学院学生は10名であり、連携大学院の教官を兼任する研究所スタッフの指導で活発に研究を行った。	高度で専門的な医療の提供に向け、大学との連携を図りながら医療機能や医療水準の向上に向けた基礎及び臨床研究を実施した。令和2年度、本研究所で研究している東北大学の大学院学生は13名であり、連携大学院の教官を兼任する研究所スタッフの指導で活発に研究を行った。 また、院内における治験・臨床研究等についても積極的に取り組み、治験実施件数は92件、臨床研究実施件数は55件であった。	高度で専門的な医療の提供に向け、大学との連携を図りながら医療機能や医療水準の向上に向けた基礎及び臨床研究を実施した。令和元年度、本研究所で研究している東北大学の大学院学生は15名であり、連携大学院の教官を兼任する研究所スタッフの指導で活発に研究を行った。 新薬開発を目的とした国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)の事業として新たに一件が選ばれ、継続中のものと加えて2件となった。これら2件の研究は、それぞれ小細胞肺がんや白血病の革新的な治療法に繋がるものとして評価されている。 新薬開発に係る企業との共同研究は、令和元年度は2件の実績があった。その1つは昨年ノーベル賞を受賞した本庶先生の免疫チェックポイント療法に関する研究である。この治療の問題点は、患者によって効果が事前に有効性の評価が困難なことであるが、有効性の予測因子に関して、新たな可能性を追求している。もう1つは、肺がんの個別化治療のための治療選択のための新しい方法の開発である。
研究成果の実用化の促進のために発足した政府主導の日本医療研究開発機構(AMED)AMED事業において、我々が代表者として提案した3件が採択され、新薬開発のための研究を行っている。 1) 課題名「細胞増殖性因子Xを標的とした癌幹細胞治療の検証」、2) 課題名「改変型サイトカイン分子設計による抗腫瘍免疫療法の開発」、3) 課題名「食事介入を活用した、難治肺がんに対する新規代謝ターゲット治療」である。□	研究成果の実用化の促進のために発足した国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)において、我々の提案が2件採択された。(1)次世代がん医療創生研究事業：がん代謝を標的とした革新的な治療開発のための研究。(2)創薬総合支援事業：扁平上皮がんを標的とした新規治療法開発の研究。AMEDについては、他病院との分担研究を含め8件が行われた。 企業との共同研究として2件の実績があった。(1)免疫チェックポイント療法における有効性の事前評価法の開発のための研究。(2)肺がん幹細胞の治療感受性評価の研究。	

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）
ロ 医療機器, 施設の計画的な更新・整備 県立病院として求められる高度・専門医療等を継続的に提供できるよう, 償還等の負担, 費用対効果等を十分に考慮し, 中長期的な投資計画を作成の上, 医療機器, 施設の計画的な更新, 整備に努めること。 また, 病院施設の老朽化が進行しつつあることから, 施設整備事業については, 県において実施する在り方検討の結果を踏まえて検討を行っていくこと。	ロ 医療機器, 施設の計画的な更新・整備 機器等の整備にあたっては, 費用対効果, 県民の医療需要, 医療技術の進展, 機器等の現況等を十分に考慮し, 中長期的な投資計画を作成の上, 計画的に更新・整備を行う。特に, 高度先進医療を提供するため, 計画的に医療機器の導入及び更新を行う。 また, 建設後25年を経過し, 劣化した病院本体の施設設備の改修工事については, 県において実施する在り方検討の結果を踏まえて適切な対応を行う。 中期目標期間中に更新・整備する機器等に関する投資総額は, 別紙4のとおりとする。 ただし, 状況に応じて増減があるものとする。
ハ 地域医療への貢献 地域連携クリティカルパス やICT(情報・通信に関連する技術一般の総称)等の活用により, 地域の医療機関との病病・病診連携(核となる病院と地域の病院・診療所が行う連携)に取り組み, 患者の紹介・逆紹介を推進するなど, がんセンターが持つ医療機能が効率的に発揮されるよう努め, 患者が地域において良質な医療を適切に受けることができるよう, 他の医療機関との機能分担や協力体制を強化すること。	ハ 地域医療への貢献 高度・専門医療の機能を効率的に発揮し, 患者が地域において良質な医療を適切に受けることを目標として, 現在まで実施してきた取組に加(イ) 地域の医療機関との病病・病診連携の推進等 地域連携クリティカルパスの充実やICTの活用を推進し, 地域の医療機関との病病・病診連携に取り組む。

実績（令和３年度）	実績（令和２年度）	実績（令和元年度）
がん幹細胞の同定・性状解析やがん細胞の代謝に関する先進的な研究を継続して行った。肺小細胞肺がん、頭頸部がん、胆管がん、膵臓がん、悪性黒色腫における、がん診断・治療のための新しいシース候補の同定に成功し、それを標的にした治療開発のための研究がなされ、それらの多くが論文や学会で発表された。 がんゲノム医療センター機能のさらなる充実のため、専用のワークステーションを導入し、院内の次世代シーケンサーで得られたデータを分子バーコード解析で可能にする環境の構築を行った。これにより、わずかな癌由来の変異の検出に際しての技術的問題点の洗い出しが可能となった。 昨年度導入したデジタルドロップレットPCR機器を用いて、血漿リキッドバイオブシーにより、卵巣癌の術後再発の早期検出を早く特異的に検出する方法を論文で発表した。今後発見の難しい再発腫瘍に本技術を応用することで患者の予後の改善や新規治療開発に結び付けることが可能となった。 令和3年4月から開始された市町村のがん登録情報の活用を支援するモデル事業に関して、令和4年2月9日の県の審査部会で、2市2町（大崎市、名取市、山元町、丸森町）の利用申請が承認された。先に承認された大郷町と併せて、2市3町（大崎市、名取市、山元町、丸森町、大郷町）で、県がん登録情報の利用が承認されたことになった。これから集計作業、及び肺がん検診の精度管理に着手する予定である。 研究成果は、学会発表、原著論文、著書（専門誌での総論を含む）等で発表している。発表した研究内容は、基礎研究から、応用に近い研究まで幅広いものであり、特に病院と研究所の共同研究に大きな成果があった。 例年では、研究の内容を、広く医療関係者や県民へ伝えるために、がんセンターセミナーを開催していたが、昨年度同様、コロナ禍のため、がんセンターセミナーの開催は断念した。また、例年行われていた様々な教育講演（県民公開講座・がんなんでも講座・各種研修会・大学での授業）も同じ理由で開催が出来なかった。 ・科研費採択件数（新規・継続）は、目標27件に対し、実績39件であり、達成率144.4％と目標を達成した。 ・科研費採択金額（新規・継続）は、目標51,000千円に対し、実績75,090千円であり、達成率147.2％と目標を達成した。 ・科研費を除いた外部資金獲得件数（うち AMED獲得件数）は、目標19件に対し、実績12(7)件であり、達成率63.2％と目標を下回った。 ・科研費を除いた外部資金獲得金額（うち AMED獲得金額）は、目標49,000千円に対し、実績64,478(46,454)千円であり、達成率131.6％と目標を達成した。 ロ 医療機器、施設の計画的な更新・整備 高度・専門医療を担う県立病院として、良質な医療の提供や医療水準の向上を図るため、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た。 ・自動細胞解析分取装置（セルソーター）研究所 ・超音波診断装置「EPIQ Elite」 コロナ関係で予定にない13機器の緊急整備を行った。 CVCF・VCB電源装置更新工事が完了した。24時間照明が使用されている、守衛室、守衛室前風雨除湿、中央監視室のLED化を行った。 ハ 地域医療への貢献 退院前カンファレンス・介護認定調査等について必要性が高いため、参加者を制限し対面で実施してきた。Webによる退院前カンファレンスは環境面と参加対象の問題から実施できなかった。今後の社会情勢からWeb会議は推進されていることや診療報酬上も算定可能なため、準備継続を進めるがん地域医療連携パスの運用については、前立腺がんのパスの見直しを行い運用開始を目指したが、診療科の対応が難しく、運用開始にはつながらなかった。 新規に開業した地域の医療機関や受診申し込みを初め受けた医療機関に向けて、当院との連携を深める目的で登録医制度を紹介し手続きを勧めた。 年3回「がんセンター便り」の発行・年6回「外来新患診療体制表」を発行し720件余りの医療機関へ発送を行った 令和3年度の「がんセンター地域医療連携の会」は、コロナ禍のため中止となったが、地域医療機関に向けて「がんセンター便り特別号～コロナ禍での宮城県立がんセンターの取り組み～」として11月号を発行した。また、常に患者を紹介している訪問看護ステーションの5施設に対し、直接施設に訪問し顔の見える連携を図った。	がん幹細胞の同定・性状解析やがん細胞の代謝に関する先進的な研究を継続して行った。肺小細胞肺がん、頭頸部がん、胆管がん、膵臓がん、悪性黒色腫における、がん診断・治療のための新しいシース候補の同定に成功し、それを標的にした治療開発のための研究がなされ、それらの多くが論文や学会で発表された。 がん免疫治療において、副作用の低い免疫活性化剤の開発が行われ、独立行政法人化してから初となる、単独での特許申請がされた。 2年前に立ち上げたがんゲノム医療研究グループでは、臨床に即したがんゲノム医療の研究として、保険診療で実施されるがん遺伝子パネル検査で解析する病理標本の品質が検査結果に及ぼす影響について当院配備の次世代シーケンサーを用いて検討し、成果を論文として報告した。また、卵巣がん患者の再発マーカー開発を次世代シーケンサーとデジタルPCRを活用する基盤を整備し、有用性について検討した。 研究成果は、学会発表、原著論文、著書（専門誌での総論を含む）等で発表している。発表した研究内容は、基礎研究から、応用に近い研究まで幅広いものであり、特に病院と研究所の共同研究に大きな成果があった。 例年では、研究の内容を、広く医療関係者や県民へ伝えるために、がんセンターセミナーを開催していたが、コロナ禍のため、がんセンターセミナーの開催は断念した。また、例年行われていた様々な教育講演（県民公開講座・がんなんでも講座・各種研修会・大学での授業）も同じ理由で開催が出来なかった。 ・科研費採択件数（新規・継続）は、目標27件に対し、実績30件であり、達成率111.1％と目標を達成した。 ・科研費採択金額（新規・継続）は、目標51,000千円に対し、実績65,065千円であり、達成率127.6％と目標を達成した。 ・科研費を除いた外部資金獲得件数（うち AMED獲得件数）は、目標19件に対し、実績12(8)件であり、達成率63.2％と目標を下回った。 ・科研費を除いた外部資金獲得金額（うち AMED獲得金額）は、目標49,000千円に対し、実績56,726(26,045)千円であり、達成率115.8％と目標を達成した。 ロ 医療機器、施設の計画的な更新・整備 高度・専門医療を担う県立病院として、良質な医療の提供や医療水準の向上を図るため、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た。 ・注射薬自動払出システム ・手術顕微鏡 ・超音波画像診断装置 ・MRI-超音波融合画像診断システム「BioJet」等の更新。 コロナ関係で予定にない10機器の緊急整備を行った。 研究棟1階の機械室にある停電時に自家発電により冷房が出る吸収式冷凍機の更新や、直流電源装置の蓄電池更新を行った。 また、令和3年度に行うCVCF電源装置容量増更新と院内のLED化に向けた設計業務を行った。 ハ 地域医療への貢献 MMWINの導入に関しては、電子カルテとの相乗りができないことから、当院において運用が難しい現状がある。 コロナ禍において地域の在宅診療を担う機関とのWeb会議により退院調整カンファレンス（退院時共同指導料の算定可能）の実施を目指し準備を始めている。 新規に開業した地域の医療機関や受診申し込みを初め受けた医療機関に向けて、当院との連携を深める目的で登録医制度を紹介し手続きを勧めた。 年4回「がんセンター便り」の発行・年6回「外来新患診療体制表」を発行し720件余りの医療機関へ発送を行った。 「FMなどり」でのがん情報ラジオの放送や、「広報などり」での「がん健康講座」の掲載、名取市図書館内に情報コーナーの設置等により地域に密着したがん広報の充実を図った。 毎年「がんセンター地域医療連携の会」を開催し、医療機関の医師・在宅支援の施設等の職員を招待し連携を深める目的で行っていたが、コロナ禍のため中止せざるをえなかった。	がん幹細胞の同定・性状解析やがん細胞の代謝に関する先進的な研究を継続して行った。肺小細胞肺がん、成人T細胞白血病、頭頸部がん、胆管がん、悪性黒色種における、がん診断・治療のための新しいシース候補の同定に成功し、それを標的にした治療開発のための研究がなされ、それらの多くが論文や学会で発表された。 昨年度に、新しい発がん制御研究部長の元で立ち上げたがんゲノム医療研究グループで、様々ながん関連遺伝子を同時に網羅的に解析して変異を同定できる次世代シーケンサーと、その結果をもとに血液を調べればがんの転移や悪性度がわかるようなリキッドバイオブシーに必須のデジタルPCRが配備された。これらを活用してのゲノム研究・臨床応用が進展した。 研究成果は学会発表、原著論文、著書（専門誌での総論を含む）等で発表している。研究の内容を、広く医療関係者や県民へ伝えるために、がんセンターセミナーを開催している。がんセンターセミナーは、センター内の医学者・医学研究者だけでなく、センター外の著名な医学研究者を招いて開催し、その内容は、がんセンターのホームページや地域医療連携室だよりで広く紹介した。令和元年の開催は15回であった。 また、様々な教育講演（県民公開講座・がんなんでも講座・各種研修会・大学での授業）を行った。 ・科研費採択件数（新規・継続）は、目標27件に対し、実績29件であり、達成率107.4％と目標を達成した。 ・科研費採択金額（新規・継続）は、目標51,000千円に対し、実績66,560千円であり、達成率130.5％と目標を達成した。 ・科研費を除いた外部資金獲得件数（うち AMED獲得件数）は、目標19件に対し、実績21(8)件であり、達成率110.5％と目標を達成した。 ・科研費を除いた外部資金獲得金額（うち AMED獲得金額）は、目標49,000千円に対し、実績63,910(22,092)千円であり、達成率130.4％と目標を達成した。 ロ 医療機器、施設の計画的な更新・整備 高度・専門医療を担う県立病院として、良質な医療の提供や医療水準の向上を図るため、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た。 ・高性能手術支援ロボット ・3D内視鏡手術システム ・動物用イメージング器 ・次世代シーケンサーシステム などの更新。 中長期保全計画に策定した空調設備のエアハンドリングユニット工事のほか、駐車台数の不足解消のため、駐車場増設工事等を行った。 ハ 地域医療への貢献 MMWINの導入に関しては、電子カルテとの相乗りができないことから、当院において運用が難しい現状があった。 地域連携クリティカルパスの運用については、前立腺がんのパスの見直しに取り組んだものの、地域連携クリティカルパスの適応症例である早期がんの患者数が少ないこともあり、新規の対象者はいなかった。 また、新規に開業した地域の医療機関や、受診申し込みを初め受けた医療機関に向けて、当院の登録医制度を紹介するなど、連携体制の強化に取り組んだ。 なお、「がんセンター便り」(年4回発行)や「外来新患診療体制表」(年6回発行)を約720件の医療機関へ送付するとともに、「がんセンター地域医療連携の会」を開催し、医療機関の医師・在宅支援の施設等の職員との連携を深めた。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）														
二 医療に関する調査研究と情報の発信 本県医療水準の向上が図られるよう、医療に関する調査・研究を推し進め、その成果や情報を積極的に発信していくこと。 また、国の「がんゲノム医療」への推進状況を注視しながら、ゲノム医療に関する正しい情報や知識を収集し、県民への情報提供や普及啓発に努めること。 さらに、治療の実績、疾病や検診に関する情報を、セミナーなどを通して広く分かりやすく発信し、県民から信頼される病院づくりに努めること。	(ロ) 患者の紹介率、逆紹介率の向上 患者の紹介率及び逆紹介率は、過去3年の平均値以上を目指す。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>紹介率（歯科を除く）</td><td>8 0 . 0 %</td></tr><tr><td>逆紹介率</td><td>5 5 . 0 %</td></tr></table> 二 医療に関する調査研究と情報の発信 県内医療水準の向上が図られるよう、医療に関する調査・研究を推進し、その成果や情報を発信する。 また、国の「がんゲノム医療」の推進状況を注視しながら、ゲノム医療に関する正しい情報や知識を収集し、県民への情報提供や普及啓発を行う。 さらに、治療の実績や疾病、検診に関する情報を分かりやすく県民に広報し、県民から信頼される病院づくりを推進する。 (イ) 調査・研究の推進 治療実績や医療に係る情報の蓄積、管理を行い、診断や治療など臨床に応用するための調査・研究を進める。 なお、この調査・研究を進めるに当たっては、倫理審査委員会を活用した審査を行うなど、個人の人権や安全に十分配慮し、適切に実施する。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>倫理審査委員会開催回数</td><td>年 6 回</td></tr></table> (ロ) セミナーの開催と広報活動の実施 医療機関及び医療従事者向けに、調査・研究活動の成果に関するセミナー等を定期的を開催するとともに、県民及び患者向けに、医療相談会等の開催を通じた広報活動を実施する。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>医療機関向けセミナー開催回数</td><td>年 1 2 回</td></tr></table>	目標とする指標	目標値	紹介率（歯科を除く）	8 0 . 0 %	逆紹介率	5 5 . 0 %	目標とする指標	目標値	倫理審査委員会開催回数	年 6 回	目標とする指標	目標値	医療機関向けセミナー開催回数	年 1 2 回
目標とする指標	目標値														
紹介率（歯科を除く）	8 0 . 0 %														
逆紹介率	5 5 . 0 %														
目標とする指標	目標値														
倫理審査委員会開催回数	年 6 回														
目標とする指標	目標値														
医療機関向けセミナー開催回数	年 1 2 回														

実績（令和３年度）	実績（令和２年度）	実績（令和元年度）
令和3年度コロナ禍の状況もあり、歯科を除く新規患者は、4,019件（令和元年度4,282件・令和2年度3,815件）。昨年度比較約5.3％の増加となったが、コロナ禍前には回復はしていない。 紹介率（歯科を除く）85.0％（令和元年度88.5％・令和2年度88.1％）若干減少したが目標値の80％を超える数値である。コロナ禍の折であるが紹介状を持たずに受診行動につながる患者も増えているといえる。 逆紹介率は52.5％（令和元年度 54.8％・令和2年度59.9％）目標値の55％にはいたらなかった。 ・紹介率は、目標80.0％に対し、実績85.0％であり、達成率106.3％と目標を達成した。 ・逆紹介率は、目標55.0％に対し、実績52.5％であり、達成率95.5％と目標を下回った。	令和2年度コロナ禍の状況もあり、歯科を除く新規患者は 3,815件（令和元年度 4,282件）。昨年度比較 約11％の減少となった。 紹介率（歯科を除く）88.1％（令和元年度 88.5％）ほぼ同数であり、目標値の80％を超える数値である。 逆紹介率は59.9％（令和元年度 54.8％）若干増加傾向であり、目標値の55％を超えた状況である。 ・紹介率は、目標80.0％に対し、実績88.1％であり、達成率110.1％と目標を達成した。 ・逆紹介率は、目標55.0％に対し、実績59.9％であり、達成率108.9％と目標を達成した。	高度・専門医療の提供の場として、地域の医療機関と連携を図りながら、患者紹介・逆紹介に対応している。 ・紹介率は、目標80.0％に対し、実績88.5％であり、達成率110.6％と目標を達成した。 ・逆紹介率は、目標55.0％に対し、実績54.8％であり、達成率99.6％と目標を下回った。
二 医療に関する調査研究と情報の発信	二 医療に関する調査研究と情報の発信	二 医療に関する調査研究と情報の発信
厚生労働省により承認されている「標準登録様式の登録項目とその定義」に則して院内がん登録を実施している。 がん登録により作成されるデータベースについては、ID・パスワードにより管理され、実務者のみがアクセスできるようセキュリティを厳重に行っている。 また、令和元年度から「宮城県がん登録室」を設置し、宮城県との委託契約により、「宮城県がん登録管理事業」を受託しており、県内全病院に対する講習会を開催し、がん登録推進法に基づく届け出の受理、登録、報告書の発行、データ提供を行っている。令和3年度は、年次報告の発行を行った。また、市町村によるがん登録情報の活用を推進するため、新たに活用を支援する事業を研究所にて開始し、5市町で実施した。 当院で診断・治療されたがん患者の3年～10年の生存率を計算するために2007年～2017年症例5373件に対して予後調査を行い、判明率は97.2％であった。院内向けには2012年～2014年の5年生存率、2007年～2009年の10年生存率の集計結果と2020年の詳細な集計結果を示した。また、国立がん研究センターが行う全国集計に提出するとともに外部機関が行っている診療実態調査等に情報提供を行った。 倫理審査委員会を年6回開催し、人権や安全に関する配慮を適正に行うとともに、審査件数117件（内訳：迅速審査111回、本審査6回）を実施し急な案件についても対応している。 また、臨床研究法および倫理指針に基づく研修会を年2回開催し、研究に携わる職員の倫理観の向上、啓発に努めた。 ・倫理審査委員会開催回数は、目標年6回に対し、実績6回であり、達成率100％と目標を達成した。 （ロ）セミナーの開催と広報活動の実施 がんセンターセミナーの開催や、様々な講演（県民公開講座・がん何でも講座）、専門・認定看護師による地域医療機関看護師を対象にした看護部公開研修会の集合開催を予定していたが、新型コロナウイルス感染症の影響により看護部公開研修会と県民公開講座をオンデマンド方式で開催した。 調査・研究の成果を広く医療関係者や県民に伝えるためのがんセンターセミナーの開催や、様々な講演（県民公開講座・がん何でも講座）、専門・認定看護師による地域医療機関看護師を対象にした看護部公開研修会の集合開催を予定していたが、新型コロナウイルス感染症の影響により看護部公開研修会と県民公開講座をオンデマンド方式で開催した。 ・医療機関向けセミナー開催回数は、目標4回に対し、実績5回であり、達成率125％と目標を達成した。 ・看護部公開研修会開催回数は、目標年1回に対し、実績1回であり、達成率100％と目標を達成した。	厚生労働省により承認されている「標準登録様式の登録項目とその定義」に則して院内がん登録を実施している。 がん登録により作成されるデータベースについては、ID・パスワードにより管理され、実務者のみがアクセスできるようセキュリティを厳重に行っている。 当院で診断・治療されたがん患者の3年～10年の生存率を計算するために2006年～2016年症例5444件に対して予後調査を行い、判明率は97.6％であった。院内向けには2012年～2013年の5年生存率の集計結果と2019年の詳細な集計結果を示した。また、国立がん研究センターが行う全国集計に提出するとともに外部機関が行っている診療実態調査等に情報提供を行った。 また、令和元年度から「宮城県がん登録室」を設置し、宮城県との委託契約により、「宮城県がん登録管理事業」を受託しており、県内全病院に対する講習会を開催し、がん登録推進法に基づく届け出の受理、登録、報告書の発行、データ提供を行っている。令和2年度は、年次報告の発行に加え、5年ごとの集計結果を取りまとめた「宮城県のがん2008-2017」を発行した。また、市町村によるがん登録情報の活用を推進するため、新たに活用を支援する事業を研究所にて開始し、事業実施に向けて県内全市町村へ通知するなど、準備を行った。 倫理審査委員会本審査を年6回開催し、人権や安全に関する配慮を適正に行うとともに、審査件数112件（内訳：迅速審査108回、本審査4回）を実施し急な案件についても対応している。 また、臨床研究法および倫理指針に基づく研修会を年1回開催し、研究に携わる職員の倫理観の向上、啓発に努めた。 ・倫理審査委員会開催回数は、目標年6回に対し、実績6回であり、達成率100％と目標を達成した。 （ロ）セミナーの開催と広報活動の実施 がんセンターセミナーの開催や、様々な講演（県民公開講座・がん何でも講座）、専門・認定看護師による地域医療機関看護師を対象にした看護部公開研修会の開催を予定していたが、新型コロナウイルス感染症の影響により中止となった。 調査・研究の成果を広く医療関係者や県民に伝えるためのがんセンターセミナーの開催や、様々な講演（県民公開講座・がん何でも講座）、専門・認定看護師による地域医療機関看護師を対象にした看護部公開研修会の開催を予定していたが、新型コロナウイルス感染症の影響により中止となった。 新たに開始した先進医療に関する取り組みをはじめ、各種研究結果等はホームページに掲載し、情報の発信に努めているほか、「広報なとり」にて「がん健康講座」の掲載を継続するとともに、がんセンター医師が「なとりじ（名取市内のラジオ番組）」に出演するなど、情報の発信に努めた。 ・医療機関向けセミナー開催回数は、目標12回に対し、実績1回であり、達成率8.3％と目標を下回った。 ・看護部公開研修会開催回数は、目標年2回に対し、実績0回であり、達成率0％と目標を下回った。	厚生労働省により承認されている「標準登録様式の登録項目とその定義」に則して院内がん登録を実施している。 がん登録により作成されるデータベースについては、ID・パスワードにより管理され、実務者のみがアクセスできるようセキュリティを厳重に行っている。 当院で診断・治療されたがん患者の3年～10年の生存率を計算するために2005年～2015年症例5581件に対して予後調査を行い、判明率は97.9％であった。院内向けには2008年～2011年の5年生存率の集計結果と2018年の詳細な集計結果を示した。また、国立がん研究センターが行う全国集計に提出するとともに外部機関が行っている診療実態調査等に情報提供を行った。 また、県から「がん登録管理事業」及び「がん登録推進事業」を受託し、宮城県の住民のがんの罹患、診察、転帰等に関する情報収集を行い、宮城県のがん登録事業の推進に寄与した。 倫理審査委員会本審査を年6回開催し、人権や安全に関する配慮を適正に行うとともに、審査件数114件（内訳：迅速審査107回、本審査7回）を実施し急な案件についても対応している。 また、臨床研究法および倫理指針に基づく研修会を年2回開催し、研究に携わる職員の倫理観の向上、啓発に努めた。 さらに、治験・臨床研究管理室に専従の事務職員を配置し、臨床研究体制の強化を図った。 ・倫理審査委員会開催回数は、目標年6回に対し、実績6回であり、達成率100％と目標を達成した。 （ロ）セミナーの開催と広報活動の実施 調査・研究の成果を広く医療関係者や県民に伝えるため、がんセンターセミナーの開催や、様々な講演（県民公開講座・がん何でも講座）を行っている。また、専門・認定看護師による地域医療機関看護師を対象にした看護部公開研修会を2回開催した。 調査・研究の成果を広く医療関係者や県民に伝えるため、がんセンターセミナーの開催や、様々な講演（県民公開講座・がん何でも講座）を行っている。 また、専門・認定看護師による地域医療機関看護師を対象にした看護部公開研修会を2回開催した。 ・医療機関向けセミナー開催回数は、目標12回に対し、実績16回であり、達成率133.3％と目標を達成した。 ・看護部公開研修会開催回数は、目標年2回に対し、実績2回であり、達成率100％と目標を達成した。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）				
	（ハ）学会等への積極的参加と関係機関への情報発信 学会等への参加及び研究成果の発表を奨励・支援するとともに、専門誌等への寄稿等を通じて関係機関への情報発信を行う。				
	（ニ）WEBサイト等を利用した疾病や検診の情報提供 WEBサイト等の広報媒体を通じ、県民が関心のある疾病や検診等に関する情報を分かりやすく提供する。 また、IT環境の変化に応じて、WEBサイト等を充実させる。				
2 安全・安心な医療の提供	2 安全・安心な医療の提供				
（1）医療安全対策の推進	（1）医療安全対策の推進				
患者が安心して医療を受けることができるよう、患者の安全を守ることを旨として、医療安全対策を更に推し進めること。 万が一、医療事故やヒヤリ・ハットが発生した場合には、直ちにその把握・分析に努め、再発を防止する体制を強化していくこと。	患者が安心して医療を受けることができるよう、安全で安心な医療を支えるため、適宜、医療安全マニュアルを見直し、医療従事者の研修を充実させるとともに、医療事故及びヒヤリ・ハット事例に関する情報の収集・分析を的確に行うなど、医療安全対策を一層推進する。 また、患者に対して、医薬品及び医療機器に関する安全情報の提供をするとともに、服薬指導を充実させる。				
	<table><tr><th>目標とする指標</th><th>目標値</th></tr><tr><td>医療安全委員会開催回数</td><td>年 1 2 回（各病院）</td></tr></table>	目標とする指標	目標値	医療安全委員会開催回数	年 1 2 回（各病院）
目標とする指標	目標値				
医療安全委員会開催回数	年 1 2 回（各病院）				

実 績 (令 和 3 年 度)	実 績 (令 和 2 年 度)	実 績 (令 和 元 年 度)
新型コロナウイルス感染症の感染拡大が続いていることから、前年度に引き続き、対面方式のほか、にオンライン形式により、積極的に学会等に参加した。また、コロナ禍においても、積極的に専門誌等への寄稿を行った。 令和3年度においては、コロナ禍のため、ほとんどの学会は中止あるいはWEBのみでの開催となった。しかし、参加可能な学会に關してはできるだけ参加し発表を行った。一方、専門誌への発表は、例年通り積極的にを行った。 最新の学術誌のインパクトファクター(IF)が発表となり、日本癌学会機関誌Cancer ScienceのIFが6.71となり、世界のOncology分野におけるランキング上位25%内の雑誌(もともと高いQ1ランク)へと躍進した。投稿論文数が激増し受理率が低くなった中で、当研究所からは、4名の論文が連続して受理され、掲載することができた。 ・学会発表実績は、目標180件に対し、実績129件であり、達成率71.7%と目標を下回った。 ・学会参加実績は、目標400件に対し、実績449件であり、達成率112.2%と目標を達成した。 ・専門誌等への寄稿件数は、目標120件に対し、実績82件であり、達成率68.3%と目標を下回った。 がんゲノム医療センターを中心に、令和3年度には49件の検査を実施した。そのほか、がんゲノム医療に関する情報収集や、ホームページへの掲載により、県民や医療機関に向けて、広く情報発信した。 ホームページを適宜更新するとともに、当センターの総合がん検診や診療情報、職員募集情報及び各部門紹介について最新情報に更新するよう努めた。ホームページの新着情報に掲載する情報の整理を行ったり等、WEBサイトを充実させるための取り組みを行った。 2 安全・安心な医療の提供 (1) 医療安全対策の推進 【精神】医療従事者を対象とした研修会を開催し、資質向上に努めるとともに、ヒヤリハット事例等を基に医療安全カンファランスで情報共有を図り、事故防止に努めた。また医療安全部門会議では現場を確認・分析し、その内容を医療安全管理委員会に報告し、情報の共有と安全対策の推進に努めた。医療安全管理マニュアルについては新部署設置や部署の再編に伴い医療事故報告システムの見直しを行い、医療事故発生時には運用している。 【がん】インシデントレポートから医療安全マニュアルを見直した。医療従事者の研修は、全職員を対象にした医療安全管理研修を2回、コロナ感染拡大防止対策のためリモートで開催した。そのほかの医療安全研修は共催開催で29回開催した。また部署毎に勉強会を行った。インシデントレポート・オカレンスレポートについて情報収集・分析し、カンファレンスを行い改善策について検討し、医療安全管理委員会で報告した。医療安全情報ニュースを発行し、院内に周知を図った。医療事故については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、事故に関する内容を分析、改善策検討等を委員会でを行った。 【本部】各病院のインシデント等の発生状況を取りまとめ、情報共有に務めた他、医療安全管理指針に基づきホームページに公開した。 【精神】厚労省からの医薬品安全性情報はメール発信し、院内職員に周知を図り、個別に確認が必要な場合は主治医に患者名を連絡するなどして情報共有を図った。 また、服薬指導を充実するため、個別のケースカンファレンスに参加している。 【がん】入院前薬剤師外来の対象科に呼吸器外科を加えた。医薬品の安全使用に向けた患者用パンフレット約460種類を整備し、病棟薬剤師やがん薬剤師外来担当者が患者指導しやすい環境を整えた。 医療安全委員会開催件数、目標年12回。 【精神】 実績12回であり、達成率100%と目標を達成した。 《その他関連研修》 ・医療安全管理研修:7回実施 ・医薬品安全管理研修:2回実施 ・医療機器研修:5回実施 【がん】 実績12回であり、達成率100%と目標を達成した。 《その他関連研修》 ・医療安全研修会:29回 ・医療安全管理研修:2回実施 ・医薬品安全管理研修:1回実施 ・医療機器安全管理研修:1回実施	令和2年度は、新型コロナウイルス感染が拡大する中で、対面形式からオンライン形式に移行し、職場や自宅で学会等に参加できる環境が整えられたことにより、例年とほぼ変わらない学会等の参加数が維持された。 また、この状況の中で、発表の機会が減少したかわりに、専門誌等への寄稿が増加した。 研究所に關しては、ほとんどの学会は中止あるいはWEBのみでの開催となった。しかし、参加可能な学会に關してはできるだけ参加し発表を行った。一方、専門誌への発表は、例年通り積極的にを行った。 令和元年9月に「がんゲノム医療センター」を設置し、令和2年度には56件の検査を実施した。そのほか、がんゲノム医療に関する情報収集や、ホームページへの掲載により、県民や医療機関に向けて、広く情報発信した。 ホームページを適宜更新するとともに、当センターの総合がん検診や診療情報、職員募集情報及び各部門紹介について最新情報に更新するよう努めた。ホームページの新着情報に掲載する情報の整理を行ったり等、WEBサイトを充実させるための取り組みを行った。 2 安全・安心な医療の提供 (1) 医療安全対策の推進 【精神】医療従事者を対象とした研修会を開催し、資質向上に努めるとともに、ヒヤリハット事例等を基に医療安全カンファランスで情報共有を図り、事故防止に努めたほか、医療安全部門会議で現場を確認・分析し、その内容を医療安全管理委員会に報告し、情報の共有に努めた。 医療安全管理マニュアルについては、緊急時の院内非常招集コールを見直し、緊急時は誰が現場にかけつけたら良いか分かりやすいようにアナウンスの文言を変更し、実際に運用した。 【がん】医療安全研修はコロナ感染拡大防止対策のため、リモートでの研修を行った。研修会は主催・共催する研修、看護部主催の研修、各部署でのインシデント報告から部署毎に行い研修会は、22回開催した。インシデントレポートからはマニュアル等の改定するところは改定し各部署へ周知した。2年度からはインシデントレポートのほかにオカレンスレポート報告を開始した。医療事故については院内医療事故検討委員会を開催する等事故に関する内容を分析、改善策等を委員会でを行った。 【本部】各病院のインシデント等の発生状況を取りまとめ、情報共有に務めた他、医療安全管理指針に基づきホームページに公開した。 【精神】厚労省からの医薬品安全性情報はメール発信し、院内職員に周知を図り、個別に確認が必要な場合は主治医に患者名を連絡するなどして情報共有を図った。 また、服薬指導を充実するため、個別のケースカンファレンスに参加している。 【がん】DI担当者を総括とし、病棟薬剤師、がん薬剤師外来担当者等を通じて、患者へ確実に届く医薬品等安全情報提供を実践。新規事業としては外来化学療法との連携充実加算算定を開始した。入院前薬剤師外来は婦人科に泌尿器科も加えて実施し、手術前患者の充実した服薬指導に繋がっている。 医療安全委員会開催件数、目標年12回。 【精神】 実績12回であり、達成率100%と目標を達成した。 《その他関連研修》 ・医療安全管理研修:7回実施 ・医薬品安全管理研修:2回実施 ・医療機器研修:5回実施 【がん】 実績12回であり、達成率100%と目標を達成した。 《その他関連研修》 ・医療安全研修会:18回 ・医療安全管理研修:2回実施 ・医薬品安全管理研修:1回実施 ・医療機器安全管理研修:1回実施	令和元年度においても、国内外の学会における発表、シンポジウムでの講演、教育機関や集会での教育講演及び著書の執筆を積極的に行った。特に、病院と研究所の共同研究に大きな成果が生まれた。 令和元年9月に「がんゲノム医療センター」を設置し、がんゲノム医療に関する情報収集を行ったほか、ホームページへの掲載や「がんセンター便り」の発行により、県民や医療機関に向けて、広く情報発信した。 ホームページを適宜更新するとともに、当センターの総合がん検診や診療情報、職員募集情報及び各部門紹介について最新情報に更新するよう努めた。ホームページの新着情報に掲載する情報の整理を行ったり等、WEBサイトを充実させるための取り組みを行った。 2 安全・安心な医療の提供 (1) 医療安全対策の推進 【精神】医療従事者を対象とした研修会を開催し、資質向上に努めるとともに、ヒヤリハット事例等を基に医療安全カンファランスで情報共有を図り、事故防止に努めたほか、医療安全部門会議で現場を確認・分析し、その内容を医療安全管理委員会に報告し、情報の共有に努めた。 医療安全管理指針を一部改正し、医療安全管理に関する組織体制表を示し、また患者からの相談への対応に関する基本方針を項目立てで明記した。医療安全管理マニュアルについては、緊急時の院内非常招集コールの見直し、利用者に対する「おやめいただきたい行為」の内容見直し、携帯電話使用に関する取り決めを見直しマニュアル改定し、院内掲示物を更新して周知した。 【がん】医療安全マニュアルについては、インシデントレポートから修正する必要があるものについて、適宜行い、院内に周知している。医療安全研修は他部署と共催、看護部主催の研修を含め14回開催した。医療事故については院内医療事故検討委員会を開催する等事故に関する内容を分析、改善策等委員会で行った。インシデントに関する内容については、推進部会での検討を行い患者安全に努めている。 【本部】医療安全・感染対策担当実務者会議を2回開催し、医療事故調査制度への対応や意見交換等を行った。 【精神】厚労省からの医薬品安全性情報はメール発信し、院内職員に周知を図り、個別に確認が必要な場合は主治医に患者名を連絡するなどして情報共有を図った。 また、服薬指導を充実するため、個別のケースカンファレンスに参加している。 【がん】DI担当者を核に病棟薬剤師を含めて医薬品等の安全情報提供を行い、確実に情報を届けるよう努めた。また、新規事業として、年度途中からではあるが、入院前薬剤師外来を開始し、患者の服薬状況を入院前に把握することにより、指導の充実に役立てることができた。 医療安全委員会開催件数、目標年12回。 【精神】 実績12回であり、達成率100%と目標を達成した。 《その他関連研修》 ・医療安全管理研修:8回実施 ・医薬品安全管理研修:2回実施 ・医療機器研修:6回実施 【がん】 実績12回であり、達成率100%と目標を達成した。 《その他関連研修》 ・医療安全研修会:15回 ・医療安全管理研修:2回実施 ・医薬品安全管理研修:1回実施 ・医療機器安全管理研修:1回実施

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）						
(2) 院内感染症対策の推進 院内の感染症制御(診断・治療・予防・管理・アウトブレイク対応)に関するシステム化を推し進め、感染症に係る管理体制を強化すること。 また、院内感染が発生した場合に備えて、研修会等を実施し、職員の理解を深めること。	(2) 院内感染症対策の推進 院内感染防止のため、院内感染対策委員会を充実させるとともに、感染管理の検証、感染患者の把握、分離菌状況など現状を把握し、必要な対策、改善策を実施し、職員への教育、研修に活用する。 また、インフルエンザや麻疹等の感染症の発生に備え、適宜、院内感染症対応マニュアルの見直しを行う。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>院内感染対策委員会開催回数</td><td>年 1 2 回（各病院）</td></tr></table>	目標とする指標	目標値	院内感染対策委員会開催回数	年 1 2 回（各病院）		
目標とする指標	目標値						
院内感染対策委員会開催回数	年 1 2 回（各病院）						
(3) 適切な情報管理 情報公開条例(平成11年宮城県条例第10号)、個人情報保護条例(平成8年宮城県条例第27号)に基づき、適切な情報管理を行うこと。 特に患者の個人情報については、情報セキュリティの重要性を職員に周知徹底するために研修等を実施し、個人情報に対する認識を高めること。	(3) 適切な情報管理 情報公開条例(平成11年宮城県条例第10号)、個人情報保護条例(平成8年宮城県条例第27号)に基づき、適切な情報管理を行う。特に、患者の個人情報については、その重要性を鑑み、個人情報保護や情報セキュリティに関する研修会や、本部事務局が主体となった情報セキュリティ監査等を実施し、職員の認識を高め情報管理を徹底する。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>情報セキュリティに関する研修会開催回数</td><td>年 1 回（機構全体）</td></tr><tr><td>情報セキュリティ監査実施回数</td><td>年 1 回（各病院・本部）</td></tr></table>	目標とする指標	目標値	情報セキュリティに関する研修会開催回数	年 1 回（機構全体）	情報セキュリティ監査実施回数	年 1 回（各病院・本部）
目標とする指標	目標値						
情報セキュリティに関する研修会開催回数	年 1 回（機構全体）						
情報セキュリティ監査実施回数	年 1 回（各病院・本部）						
3 患者や家族の視点に立った医療の提供	3 患者や家族の視点に立った医療の提供						
(1) 患者や家族にとってわかりやすい医療の提供	(1) 患者や家族にとってわかりやすい医療の提供						
患者やその家族が、治療の内容を良く理解し、納得して医療を受けることができるよう、インフォームド・コンセントを徹底すること。 また、患者がセカンドオピニオンを希望する場合には、適切に診療情報を提供するとともに、積極的に県立病院におけるセカンドオピニオンの実施に努めること。 なお、患者の権利について十分に理解し、患者の権利に最大限の配慮をもって医療を実践すること。	患者及びその家族と医療関係者の信頼・協力関係の下、医療を提供するため、検査及び治療の選択について患者の意見を尊重し、インフォームド・コンセントを徹底するとともに、患者及び家族の要望に応じたカルテ開示など、必要な情報の公開を行う。 患者及びその家族が自らの医療を判断する際に、主治医以外の専門医の意見・アドバイスを求めた場合には、適切にセカンドオピニオンを実施する。 また、他医療機関でのセカンドオピニオンを希望する場合には、適切な診療情報を提供するとともに、患者及びその家族に対する支援を行う。 さらに、患者中心の医療を提供する旨を診察時に周知し、その方針についての掲示を行うなど、患者の権利に最大限に配慮した医療を実践する。						

実績（令和3年度）	実績（令和2年度）	実績（令和元年度）
(2)院内感染症対策の推進 【精神】感染対策委員会を定例開催(月1回)のほか、新型コロナウイルス感染症や新型コロナウイルスワクチン予防接種に関して臨時開催(1回)した。県内の感染症発生状況を基に院内での感染防止に取り組んだ。 また、ICTラウンドを実施(週1回)し、感染対策意識の向上に取り組んだ。 【がん】新型コロナウイルス感染症の流行に関連し、前年度同様、院内での集合研修会等は実施できなかったが、感染対策室員が現場に出向いて、部署別個別開催やリモートで実施した。ICTラウンドでは、従来の視点に加え、新しい感染対策(ユニバーサルマスキング、ソーシャルディスタンス、3密回避等々)の実践状況についても確認した。 新型コロナウイルス感染症流行の渦中においても、基本的な感染対策は継続している。 【本部】感染症の発生状況の把握や、職員健康診断の検査項目の検討を行った。 【精神】感染対策委員会で、新型コロナワクチン予防接種に係るマニュアルを新規に作成し、感染症マニュアルを改正した。 また、救急病棟のゾーニング、院内PCR検査の外部委託の整備等を行っており、オミクロン株の影響等により全国的に感染者数が高まった状態にあっても、クラスターの発生、それに伴う診療制限を未然に防いでいる。 【がん】新型コロナウイルス感染症対策として、最新知見をもとに、適宜マニュアルを更新。さらに、個人防護具の着脱など、個別の研修を実施している。 また、院内におけるPCR検査体制を整備し、職員及び患者の感染拡大を防ぐ体制を整えており、オミクロン株の影響等により全国的に感染者数が高まった状態にあっても、クラスターの発生、それに伴う診療制限を未然に防いでいる。 2病院とも、新型コロナウイルス感染症に関して、院内の感染防止に万全を期している。 院内感染対策委員会:目標12回 職員のインフルエンザ予防接種率:目標95% 【精神】院内感染対策委員会は、実績13回であり、達成率108.3%と目標を達成した。 職員のインフルエンザ予防接種率は、実績93.4%であり、達成率98.3%と目標を下回った。 【がん】院内感染対策委員会は、実績12回であり、達成率100.0%と目標を達成した。 職員のインフルエンザ予防稼働率は、実績97.0%であり、達成率102.1%と目標を達成した。 (3)適切な情報管理 【精神】情報セキュリティ研修会を実施して、職員の情報管理に関する意識の向上を図り、情報管理や個人情報の保護に務めた。 【がん】・総合マニュアルに「宮城県立病院情報セキュリティ基本方針」及び「宮城県立病院機構情報セキュリティ対策基準」を掲載し、各所属職員がいつでも確認できるようにしている。 ・令和3年度は医療情報システム導入に向け、外部の業者が構築に必要な情報の抽出を実施するにあたり、その都度文書を取り交わし院内の承認を得た上で抽出できるよう管理を徹底した。 【本部】情報管理や個人情報の保護を徹底していくため、新規採用職員を対象とした情報セキュリティ及び個人情報保護に関する研修会を実施し、情報管理や個人情報の保護の徹底に努めた。 また、2病院及び本部を対象に情報セキュリティ監査を実施した。 ・個人情報保護及び情報セキュリティ研修は、目標1回に対し、実績1回であり、達成率100%と目標を達成した。 ・情報セキュリティ監査実施回数は目標1回に対し、各病院等に実績1回であり、達成率100%と目標を達成した。 3 患者や家族の視点に立った医療の提供 (1)患者や家族にとってわかりやすい医療の提供 【精神】入院時に医師及び看護師から病状や入院期間、看護支援内容などの説明を行っている。特に行動制限を伴う患者や家族へは、より丁寧な説明に努めた。 【がん】がんセンターの理念である「患者さんの視点に立つ」に基づき、インフォームドコンセントの徹底を図ってきており、平成23年度からは「がん患者カウンセリング」を導入し、医師及び認定遺伝子カウンセラーによる有償カウンセリングを行っている。 【精神】患者から相談があった場合の相談体制を確保しており、令和3年度は5件実施した。 【がん】セカンドオピニオンについては、積極的に周知に努めており、令和3年度は64件実施した。	(2)院内感染症対策の推進 【精神】感染対策委員会を定例開催(月1回)のほか、臨時開催(2回)し、県内の感染症発生状況を基に院内での感染防止に取り組んだ。 また、ICTラウンドを実施(週1回)し、感染対策意識の向上に取り組んだ。 【がん】新型コロナウイルス感染症の流行に関連し、3密を回避するために院内での集合研修会等は実施できなかった。したがって、職員研修は、感染対策室員が現場に出向いて、部署別個別開催やリモートで実施した。 ICTラウンドでは、従来の視点に加え、新しい感染対策(ユニバーサルマスキング、ソーシャルディスタンス、3密回避等々)の実践状況についても確認した。 新型コロナウイルス感染症流行の渦中においても、基本的な感染対策は継続している。 【本部】感染症の発生状況の把握や、職員健康診断の検査項目の検討を行った。実習生受入要綱の一部改正を行い、現状に則した抗体検査の基準ワクチン接種の方法を明確化した。 【精神】感染対策委員会で、新型コロナウイルス感染症に係る対策マニュアルを改正した。 また、専門家による救急病棟のゾーニング指導、院内PCR検査の外部委託の整備及びWeb対応の研修室の設置等を行った。 【がん】新興感染症(新型コロナウイルス感染症)のパンデミックにより、新たに「新型コロナウイルス感染症対策マニュアル」を作成・改訂し、それらに従った対策を実施している。これらのマニュアルは、各ガイドラインやエビデンスとなる文献を基に適宜更新し、院内Web上にアップすることで、職員がいつでも閲覧することが可能となっている。 また、従来の感染対策委員会の他に、「新型コロナウイルス感染対策連絡会議」、「新型コロナウイルス感染症対策本部会議」を組織化・運営を開始した。「新型コロナウイルス感染対策連絡会議」は、金曜日の朝に短時間で開催し、院内での情報共有に努めている。 患者に留まらず、職員及び職員の家族などの疑似症例、濃厚接触者、発症者の発生時対応については、マニュアルで対応策を示したほか、感染対策室員が、夜間休日を問わず、対応している。 2病院とも、医療安全や院内感染症対策に関する委員会や研修会を積極的に開催し、関係マニュアルの見直しやその周知徹底を図るなど、医療安全対策を推進した。特に、コロナウイルス感染症の流行に伴い、迅速に対策マニュアルを作成・改訂し、院内感染防止に万全を期した。 院内感染対策委員会:目標12回 職員のインフルエンザ予防接種率:目標95% 【精神】院内感染対策委員会は、実績14回であり、達成率116.7%と目標を達成した。 職員のインフルエンザ予防接種率は、実績92.1%であり、達成率96.9%と目標を下回った。 【がん】院内感染対策委員会は、実績12回であり、達成率100.0%と目標を達成した。 職員のインフルエンザ予防稼働率は、実績95.5%であり、達成率100.5%と目標を達成した。 (3)適切な情報管理 【精神】情報セキュリティ研修会を実施して、職員の情報管理に関する意識の向上を図り、情報管理や個人情報の保護に務めた。 【がん】総合マニュアルに「宮城県立病院情報セキュリティ基本方針」及び「宮城県立病院機構情報セキュリティ対策基準」を掲載し、各所属職員がいつでも確認できるようにしている。 【本部】情報管理や個人情報の保護を徹底していくため、新規採用職員を対象とした情報セキュリティ及び個人情報保護に関する研修会を実施し、情報管理や個人情報の保護の徹底に努めた。 また、2病院及び本部を対象に情報セキュリティ監査を実施した。 ・個人情報保護及び情報セキュリティ研修は、目標1回に対し、実績1回であり、達成率100%と目標を達成した。 ・情報セキュリティ監査実施回数は目標1回に対し、各病院等に実績1回であり、達成率100%と目標を達成した。 3 患者や家族の視点に立った医療の提供 (1)患者や家族にとってわかりやすい医療の提供 【精神】入院時に医師及び看護師から病状や入院期間、看護支援内容などの説明を行っている。特に行動制限を伴う患者や家族へは、より丁寧な説明に努めた。 【がん】がんセンターの理念である「患者さんの視点に立つ」に基づき、インフォームドコンセントの徹底を図ってきており、平成23年度からは「がん患者カウンセリング」を導入し、医師及び認定看護師による有償カウンセリングを行っている。 【精神】患者から相談があった場合の相談体制を確保しており、令和2年度は4件実施した。 【がん】セカンドオピニオンについては、積極的に周知に努めており、令和2年度は56件実施した。	(2)院内感染症対策の推進 【精神】感染対策委員会を定例開催(月1回)のほか、臨時開催(1回)し、県内の感染症発生状況を基に院内での感染防止に取り組んだ。 また、ICTラウンドを実施(週1回)し、感染対策意識の向上に取り組んだ。 【がん】院内感染防止医療廃棄物委員会は1回/月。ICTラウンドは1～2回/週。 手術部位感染、血管内留置カテーテル、耐性菌、手指消毒薬使用量などのサーベイランスを通じ、必要な感染対策を展開・評価している。 【本部】医療安全・感染対策担当実務者会議を2回開催し、感染症の発生状況や、職員健康診断の検査項目の検討等を行った。 【精神】感染対策委員会で、標準予防策等の項目について、平成30年12月に感染防止対策マニュアルを改正した。 【がん】新興感染症であれ、感染対策の基本は他の感染症と同じである。したがって、平時から、基本的感染対策が実践できるよう、マニュアル、物品、教育(研修)などを整備・実施している。 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、早期に対応フロー、マニュアルなどを作成・改訂し対応している。 2病院とも、医療安全や院内感染症対策に関する委員会や研修会を積極的に開催し、関係マニュアルの見直しやその周知徹底を図るなど、医療安全対策を推進した。特に、コロナウイルス感染症の流行に伴い、迅速に対策マニュアルを作成・改訂し、院内感染防止に万全を期した。 院内感染対策委員会:目標12回 職員のインフルエンザ予防接種率:目標95% 【精神】院内感染対策委員会は、実績14回であり、達成率116.7%と目標を達成した。 職員のインフルエンザ予防接種率は、実績91.1%であり、達成率95.9%と目標を下回った。 【がん】院内感染対策委員会は、実績12回と目標を達成した。 職員のインフルエンザ予防稼働率は、実績93.3%であり、達成率98.2%と目標を下回った。 (3)適切な情報管理 【精神】情報セキュリティ研修会を実施して、職員の情報管理に関する意識の向上を図り、情報管理や個人情報の保護に務めた。 【がん】総合マニュアルに「宮城県立病院機構情報セキュリティ対策基準」、「宮城県立病院機構情報セキュリティに関する要領」及び「情報セキュリティ対策等について(センター内通知)」を掲載し、各所属職員がいつでも確認できるようにしている。 【本部】情報管理や個人情報の保護を徹底していくため、新規採用職員を対象とした情報セキュリティ及び個人情報保護に関する研修会や事務職員の自主企画研修の一環として、宮城県ITアドバイザーによる情報セキュリティ研修会を実施し、情報管理や個人情報の保護の徹底に努めた。 また、2病院及び本部を対象に情報セキュリティ監査を実施した ・個人情報保護及び情報セキュリティ研修は、目標1回に対し、実績2回であり、達成率200%と目標を達成した。 ・情報セキュリティ監査実施回数は目標1回に対し、各病院等に実績1回であり、達成率100%と目標を達成した。 3 患者や家族の視点に立った医療の提供 (1)患者や家族にとってわかりやすい医療の提供 【精神】入院時に医師及び看護師から病状や入院期間、看護支援内容などの説明を行っている。特に行動制限を伴う患者や家族へは、より丁寧な説明に努めた。 【がん】がんセンターの理念である「患者さんの視点に立つ」に基づき、インフォームドコンセントの徹底を図ってきており、平成23年度からは「がん患者カウンセリング」を導入し、医師及び認定看護師による有償カウンセリングを行っている。 【精神】患者から相談があった場合の相談体制は確保したものの、実績はなかった。 【がん】セカンドオピニオンについては、積極的に周知に努めており、令和元年度は65件実施した。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）
(2) 病院利用者の利便性・快適性の向上 外来診療や検査及び会計に係る患者の待ち時間の改善, プライバシーの確保や快適性に配慮した環境整備, 相談を受け付けてから実際に対処するまでの体制の一層の充実, 駐車場の整備など, さまざまな面において病院利用者の利便性に配慮すること。 また, 患者待ち時間調査や患者満足度調査を実施し, 利用者の要望等に応えられるよう努めること。	(2) 病院利用者の利便性・快適性の向上 イ 患者待ち時間の短縮 待ち時間調査を毎年度実施し, 実態の分析及び対策の検討を行い, 待ち時間の短縮に努め, 患者に配慮した取組を行う。 ロ 快適な院内環境の整備 患者のプライバシー確保に配慮するなど, 病院利用者の快適性に配慮した院内環境の整備を計画的に実施する。 ハ 相談窓口の充実 地域医療連携室や相談支援センターを活用し, 患者やその家族の意見・要望を尊重したサービスを提供するなど, 患者支援体制を一層充実させる。 ニ 患者満足度調査の定期的実施と分析 患者満足度調査を毎年度実施し, 明らかになった課題については十分な検討を行い, 患者及びその家族に対するサービスを向上させる。

実績（令和３年度）	実績（令和２年度）	実績（令和元年度）
【精神】患者や家族に対して、治療目的や方法等の丁寧な説明を行い、行動制限を伴う場合は、精神保健福祉法に則り、適切な対応に努めている。 【がん】倫理審査委員会や受託研究審査委員会の開催及びご意見・ご提案検討部会を通じて、患者の権利確保への協議・検討を実施した。 (2) 病院利用者の利便性・快適性の向上 【精神】例年どおり11月に患者待ち時間調査を行い、今後においても実態の把握に努める。 【がん】新患患者を対象とした患者待ち時間調査を3月に実施し、実態の把握に努めた。また、予定時刻表示を継続して実施した。 がんセンターについては、待ち時間1時間以内の患者割合が4年連続で増加しているなど、待ち時間の短縮につながっている。 【精神】老朽化した施設・設備等の修繕により、環境の維持に努めた。また、全体の治療・療養環境の改善のため、大規模改修・修繕工事等により、施設機能の維持・向上に努めた。 【がん】駐車場の区画線や横断歩道の引き直しや、構内の案内表示板をリニューアルした。 【精神】外来付近の相談コーナーに職員を常時配置し、入院依頼や児童思春期外来の受診相談等に対応する他、地域移行・地域定着のための相談対応を積極的に行った。 【がん】令和3年度の地域医療連携室の活動は、昨年度(R2年)に引き続き入院支援加算の算定の精度を高めること、入院時支援の対応診療科を拡大することを目標にして来た。入院支援で関り、算定されないケースは月初めに洗い出し、スキャン忘れなどできる限り修正している。結果、令和3年度の退院支援件数4,328件、加算算定件数4,282件、支援割合98.9%。算定額27,044,000円、前年度比7,522,000円の増となった。また、昨年9月から算定を開始した入院時支援加算については、対応診療科を順次拡大し4診療科とし、介入件数661件、加算算定件数588件、算定額1,352,000円、前年度比1,023,000円の増となった。次年度に向けては、さらに対応診療科の拡大を予定している。入院支援に関しては、令和4年度診療報酬改訂があることから、改訂要件に合わせて算定可能な取り組みが必要となる。 がん相談支援センターの活動については、コロナ禍で今年度も活動制限を余儀なくされた。患者参加の行事や勉強会が中止となり、がん患者のよりどころをどのように担保するかが難しかったが、患者会登録者には定期的に会報誌やお便りを郵送し「つながり」に務めた。また、都道府県がん診療連携拠点病院としての部会開催、東北がんネットワークがん患者相談室専門委員会などはWebでの会議情報の共有を全体で17回実施した。がん相談の件数は、1368件、昨年度比487件減、令和元年度比759件減と減少傾向が続いている。このような中でも当院化学療法室で治療をしている患者を対象に、相談支援センターから出向くなどアクションを起こしている。次年度も効果的な広報活動を考えて実践していく。 【本部】地域医療連携・相談部門担当者の連絡会議実施の調整を行った。 【精神】入院患者・外来患者満足度調査を10月に実施し、各設間とも概ね満足との評価を得た。その結果を院内に掲示するとともに、ホームページにも掲載し周知を図った。 【がん】外来新患及び再来患者(各日20人を抽出)及び初めての試みとして入院患者への満足調査を1月に実施した。各設間とも概ね満足との評価を得たが、既に設置している院内WI-FI環境設備などのより良い設備環境については、今後総務グループと検討していく。	【精神】患者や家族に対して、治療目的や方法等の丁寧な説明を行い、行動制限を伴う場合は、精神保健福祉法に則り、適切な対応に努めている。 【がん】倫理審査委員会や受託研究審査委員会の開催及びご意見・ご提案検討部会を通じて、患者の権利確保への協議・検討を実施した。 (2) 病院利用者の利便性・快適性の向上 【精神】例年どおり11月に患者待ち時間調査を行い、実態の把握に努めた。 【がん】患者待ち時間調査(新患対象)を3月に実施し、実態の把握に努めた。また、予定時刻表示を継続して実施した。 がんセンターについては、待ち時間1時間以内の患者割合が3年連続で増加しているなど、待ち時間の短縮につながっている。 【精神】老朽化した施設・設備等の修繕により、環境の維持に努めた。また、全体の居住環境の改善のため、大規模改修・修繕工事等により、施設機能の維持に努めた。 【がん】新型コロナウイルス対策として、各外来受付窓口に飛沫感染防止パネルの設置や、急患室の間仕切り工事を行い、患者やその家族、職員の感染防止に努めた。 また、病院全体の車椅子トイレが不足していたため、1階外来、3階東病棟、4階東病棟、5階西病棟の4ヵ所に増設し、車椅子を利用する患者とその家族の利便性の向上に努めた。 【精神】外来付近の相談コーナーに職員を常時配置し、入院依頼や児童思春期外来の受診相談等に対応する他、地域移行・地域定着のための相談対応を積極的に行った。 【がん】地域医療連携室内にある退院調整部門では、令和2年度退院調整担当者を増員し、病棟受け持ちとしたことで、病棟との連携がよかった。また、8月から入院支援加算算定も開始し、前年度比、対応件数:108件増・算定額:14,312,000円増となった。また、コロナのため面談が思うように実施できず、算定条件のクリアが困難になっている施設もある。Webでの面談も含め方法を検討中。入院時支援加算も9月から算定開始し、143件の対応:329,000円の算定額となった。今後は対応診療科を拡大予定である。 がん相談支援センターは、今年度コロナ対策として患者参加の行事の中止、縮小などで対応してきた。がん診療連携拠点病院の役割としての会議、研修会などはWebで実施し、情報の共有に努めた。また、ゲノム医療の開始に伴い、自由診療でのリキッドバイオプシー(ガーダント360)検査の窓口となった。1人の患者を担当するだけでも丁寧な説明が必要で時間を要するため、今後対応件数が増えたときに、本来の相談業務をスタッフで役割分担しながら対応する計画である。 【本部】地域医療連携・相談部門担当者の連絡会議を1回開催し、相談窓口の活用に向けた検討を行った。 【精神】入院患者・外来患者満足度調査を10月に実施し、各設間とも概ね満足との評価を得た。その結果を院内に掲示するとともに、ホームページにも掲載し周知を図った。 【がん】新患及び再来患者(各日20人を抽出)を対象とした外来満足度調査を3月に実施した。各設間とも概ね満足との評価を得たが、待ち時間については不満との回答が一定数あり、引き続き待ち時間対策の検討を行っていく。また、設備については概ね満足との評価を得ている。	【精神】患者や家族に対して、治療目的や方法等の丁寧な説明を行い、行動制限を伴う場合は、精神保健福祉法に則り、適切な対応に努めている。 また、院内掲示物については、随時最新情報に更新し、来院者が見やすい掲示物として見直しを行っている。 【がん】倫理審査委員会や受託研究審査委員会の開催及びご意見・ご提案検討部会を通じて、患者の権利確保への協議・検討を実施した。 (2) 病院利用者の利便性・快適性の向上 【精神】例年どおり11月に患者待ち時間調査を行い、実態の把握に努めた。 【がん】患者待ち時間調査(新患対象)を3月に実施し、実態の把握に努めた。また、予定時刻表示を継続して実施した。 【精神】老朽化した施設・設備等の修繕により、環境の維持に努めた。また、全体の居住環境の改善のため、令和2年度からの大規模改修・修繕工事に向けた実施計画を策定した。 【がん】ご意見・ご提案部会を定期開催し、病院利用者からの意見・要望に随時対応しながら、院内環境の改善・整備に取り組むとともに、毎週幹部職員の管理巡回を行い、療養環境の向上を図った。 特に、患者の増加に伴い、慢性的な駐車場不足であったが、駐車場増設工事を行い、85台分を新たに確保し、患者とその家族の利便性の向上に努めた。 【精神】外来付近の相談コーナーに職員を常時配置し、入院依頼や児童思春期外来の受診相談等に対応する他、地域移行・地域定着のための相談対応を積極的に行った。 【がん】令和元年度がん相談支援センター実績は、相談・対応・調整件数5,219件であった。がんサロン「たんぼぼ」運営では、アピアランス相談・乳がん手術後の補整下着の相談・ハローワーク仙台と連携した就労相談・医療費助成についての相談会・ピアサポーターによる喉頭摘出患者の相談会や院内ロビーでの講演会の開催、患者会支援などを通して患者・家族のニーズに応えた。また、ハンドマッサージの提供を通して患者サービスに努めた。院内の広報として新患患者や入院パンフレットにリーフレットを入れ案内した。地域では、名取市図書館内にがん情報コーナーの設置や講演を行った。更に宮城県立図書館と連携し県内の公立図書館にがん相談支援センターについて周知を図るなど広報に努めた。 【本部】地域医療連携・相談部門担当者の連絡会議を2回開催し、相談窓口の活用に向けた検討を行った。 【精神】入院患者・外来患者満足度調査を10月に実施し、各設間とも概ね満足との評価を得た。その結果を院内に掲示するとともに、ホームページにも掲載し周知を図った。 【がん】新患及び再来患者(各日20人を抽出)を対象とした外来満足度調査を3月に実施した。各設間とも概ね満足との評価を得たが、待ち時間についてはやや不満から不満との回答が一定数あり、引き続き待ち時間対策の検討を行っていく。また、設備については概ね満足との評価を得ている。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）										
	ホ 接遇に関する研修の実施 患者サービスの向上のため、患者及びその家族の立場に立った接遇を行うための研修会を実施する。 <table><tr><th>目標とする指標</th><th>目標値</th></tr><tr><td>接遇に関する研修会開催回数</td><td>年 1 回（各病院・本部）</td></tr></table>	目標とする指標	目標値	接遇に関する研修会開催回数	年 1 回（各病院・本部）						
目標とする指標	目標値										
接遇に関する研修会開催回数	年 1 回（各病院・本部）										
	ヘ ボランティア受入体制の整備・充実 病院ボランティアを積極的に受け入れ、患者及びその家族を円滑に支援することができるよう体制を整備する。										
	ト 通院の利便性向上に関する検討 病院の立地条件、外来患者数の増加等を踏まえ、駐車場の整備・確保を行うなど、病院利用者の利便性を向上させる。										
	チ 食事療養の充実 患者の状態（がん、嚥下力の低下、低栄養等）に合わせた栄養指導を行い、治療効果を促し、安全でQOLの向上に役立つ病院食を提供する。 <table><tr><th>目標とする指標</th><th>目標値</th></tr><tr><td>入院栄養指導件数（精神）</td><td>年 5 0 件</td></tr><tr><td>外来栄養指導件数（精神）</td><td>年 3 5 0 件</td></tr><tr><td>入院栄養指導件数（がん）</td><td>年 2 5 0 件</td></tr><tr><td>外来栄養指導件数（がん）</td><td>年 9 0 件</td></tr></table>	目標とする指標	目標値	入院栄養指導件数（精神）	年 5 0 件	外来栄養指導件数（精神）	年 3 5 0 件	入院栄養指導件数（がん）	年 2 5 0 件	外来栄養指導件数（がん）	年 9 0 件
目標とする指標	目標値										
入院栄養指導件数（精神）	年 5 0 件										
外来栄養指導件数（精神）	年 3 5 0 件										
入院栄養指導件数（がん）	年 2 5 0 件										
外来栄養指導件数（がん）	年 9 0 件										
4 人材の確保と育成 (1) 医師の確保と育成 医療水準の維持・向上のため、大学との連携強化などにより優秀な医師の確保に努めるとともに、研究・教育研修体制を強化すること。 また、臨床研修協力病院として、積極的な受入れに努めること。	4 人材の確保と育成 (1) 医師の確保と育成 イ 医師の確保 大学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医師の確保及び配置を行う。 ロ 研修医の積極的な受入れ 特色ある研修プログラムの開発とその推進体制の強化により、研修医を積極的に受け入れ、養成する。										

実績（令和３年度）	実績（令和２年度）	実績（令和元年度）
【精神】患者サービス及び接遇向上のため、全職員を対象としたコミュニケーション・接遇研修会をオンラインにて行い、講師には外部の専門講師に依頼した。また、患者満足度調査や皆様の声委員会に寄せられた意見については、院内で共有化を図り、処遇や患者対応などの改善に努めている。 【がん】コロナ感染者の減少のタイミングで接遇の研修を計画したが、感染者の増加により病院単独での実施することはできなかったが、本部共催にて1度実施した。ご意見箱に寄せられた意見を毎月開催する委員会で共有し、職員の接遇改善の指導、療養環境の整備等の対応につなげている。また、感染対策で必要となった面会制限では、患者・家族への個別対応で柔軟に対応した。 【本部】新任職員研修において接遇研修を実施し、新任職員に必要な接遇スキルの習得に努めた。 接遇に関する研修会開催件数:目標年1回 【精神】実績1回であり、達成率100%と目標を達成した。 【がん】実績1回であり、達成率100%と目標を達成した。 【本部】実績1回であり、達成率100%と目標を達成した。 【精神】全館閉鎖病棟であるため、病棟でのボランティア受け入れは実施していないが、屋外の花壇整備のボランティアを受け入れている。 【がん】新型コロナウイルス感染症対策のため、ボランティア活動は縮小のままボランティアリーダー2名を中心とし院内花生け、写真等のギャラリー展開催等を実施した。また、在宅におけるボランティアメンバーの活動を進め、ネックエプロンや布製帽子の縫製の協力を頂き、患者支援につなげた。10月18日より、ボランティア活動を縮小した形で再開し、外来患者の案内、外来図書の貸し出しなど主に外来患者・家族への支援を中心に取り組んだ。登録継続者77名を確認している。 ボランティア受入人数 【精神】目標15名に対し、実績21名であり、達成率140%と目標を達成した。 【がん】目標80名に対し、実数77名であり、達成率96.3%と目標を下回った。 【精神】駐車場の確保のため、外来利用者用の駐車場用地として賃借している土地の賃借契約を更新した。 【がん】令和2年度に増設した駐車場を引き続き有効活用するとともに、令和4年3月に駐車場の白線を引き直したほか、構内の案内板を更新し見やすくするなど、利便性の向上に務めた。 【精神】新型コロナウイルス感染症の影響によりバイキングが実施できない状況が続いているが、行事食(23回)の実施や新メニューを積極的に取り入れるなど患者の楽しみとなる食事提供に努めた。さらに、給食受託業者と外食産業とのタイアップ企画として、外食チェーン店のメニュー(牛丼,カレー等)を提供することでコロナ禍においても外食気分を味わい、リフレッシュを図ることができるような取り組みを継続的に行った。また、摂食嚥下ラウンドでは多職種で連携し、安全を第一に考えながらも可能な限り患者の希望に寄り添い、満足度を低下させないよう食形態の調整を行った。併せて、ランチラウンド等病棟訪問を積極的に行い、患者の摂取状況に合わせた食事提供に努めた。栄養指導に関しては、外来栄養指導件数は245件(目標達成率81.7%)と下回ったが、入院栄養指導件数は73件(目標達成率202.8%)と大幅に増加した。 【がん】終末期での食欲や摂取量の低下、化学療法・放射線療法等による食欲不振がみられる患者への食事を充実させ、患者ニーズにあった食事の提供を行った。また、例年通り行事食30回、選択メニュー128回を実施し、患者満足度の向上に努めた。栄養指導件数は1,142件実施し入院から外来まで継続的に関わることで患者に寄り添った栄養介入ができた。 ●入院栄養指導件数 【精神】目標36件に対し、実績73件であり、達成率202.8%と目標を達成した。 【がん】目標350件に対し、実績453件であり、達成率129.4%と目標を達成した。 ●外来栄養指導件数 【精神】目標300件に対し、実績245件であり、達成率81.7%と目標を下回った。 【がん】目標150件に対し、実績689件であり、達成率459.3%と目標を達成した。	【精神】患者サービス向上のため、全職員を対象としたコミュニケーション・接遇研修会を実施し、接遇の向上に努めた。また、患者満足度調査や皆様の声委員会に寄せられた意見については、院内で共有化を図り、処遇や患者対応などの改善に努めている。 【がん】コロナ禍のため例年通りの開催方法を見直した。全職員から対象者を選抜し、チームビルディング研修会に32名が参加した。また、ご意見箱に寄せられた意見を毎月開催の委員会で共有し、院内の対策として、職員の接遇改善指導や食事の工夫、設備改修など早急な対応につなげている。 【本部】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た。 接遇に関する研修会開催件数:目標年1回 【精神】実績1回であり、達成率100%と目標を達成した。 【がん】実績1回であり、達成率100%と目標を達成した。 【本部】実績1回であり、達成率100%と目標を達成した。 【精神】全館閉鎖病棟であるため、病棟でのボランティア受け入れは実施していないが、屋外の花壇整備のボランティアを受け入れている。 【がん】新型コロナウイルス感染症対策のため、院内活動を縮小し、ボランティア受け入れを休止した。その中で、ボランティアリーダー2名を中心とし院内の花生け、写真等のギャラリー展開催等を実施した。また、在宅におけるボランティアメンバーの活動を進め、ネックエプロンや布製帽子の縫製の協力を頂き、患者支援につなげた。ボランティアメンバーの活動持続に向け、お便りを3回送付し、登録継続者86名を確認している。 ボランティア受入人数 【精神】目標24名に対し、実績18名であり、達成率75%と目標を下回った。 【がん】目標100名に対し、実数86名であり、達成率86.0%と目標を下回った。 【精神】駐車場の確保のため、外来利用者用の駐車場用地として賃借している土地の賃借契約を更新した。 【がん】慢性的な駐車場不足に対し、駐車場増設工事を行い、令和2年4月より運用85台分の駐車場を確保し、運用を開始している。 【精神】新型コロナウイルス感染症の影響によりバイキングは実施できなかったが、行事食(23回)の実施や新メニューを積極的に取り入れるなど患者の楽しみとなる食事提供に努めた。さらに、給食受託業者と外食産業とのタイアップ企画として、外食チェーン店のメニュー(牛丼,カレー)を提供することでコロナ禍においても外食気分を味わい、リフレッシュを図ることができるような新たな取り組みも行った。また、令和元年度より開始した摂食嚥下ラウンドの継続により、安全を第一に考えながらも可能な限り患者の希望に寄り添い、満足度を低下させないような食形態の調整が可能となった。併せて、ランチラウンドなど病棟訪問を積極的に行い、患者の摂取状況に合わせた食事提供に努めたほか、栄養指導に関しては入院栄養指導25件、外来栄養指導225件実施した。 【がん】終末期での食欲や摂取量の低下がみられる患者を対象とした「ちよびっと食」に軟菜食も追加し、全病棟に提供できるよう調整した。併せて、新たに化学療法・放射線療法等による食欲不振時に「はなもも食」を食種に加え、患者ニーズにあった食事の提供を行った。また、例年通り行事食30回・選択メニュー124回を実施し、患者満足度の向上に努めた。栄養指導件数は1102件(前年度比419件増)実施でき、外来化学療法室での栄養指導、通信機器(電話)等を使用した栄養指導を開始し、継続的に関わることで栄養指導件数の増加につながり、患者に寄り添った栄養介入ができたと考えられる。 ●入院栄養指導件数 【精神】目標30件に対し、実績25件であり、達成率83.3%と目標を下回った。 【がん】目標300件に対し、実績507件であり、達成率169.0%と目標を達成した。 ●外来栄養指導件数 【精神】目標360件に対し、実績225件であり、達成率62.5%と目標を下回った。 【がん】目標100件に対し、実績595件であり、達成率595.0%と目標を達成した。	【精神】患者サービス向上のため、全職員を対象としたコミュニケーション・接遇研修会を実施し、接遇の向上に努めた。また、患者満足度調査や皆様の声委員会に寄せられた意見については、院内で共有化を図り、処遇や患者対応などの改善に努めている。 【がん】院内研修支援業務として全職員対象に対し外部講師を招き研修を行った。クレーン対応研修は84名参加、アサーティブコミュニケーション研修38名の参加であった。その他、メンタルヘルス研修も2回実施した。 【本部】患者サービスの向上のため、新任職員研修において接遇に関する講習を行った。また、事務職員の自主企画研修の一環として、アサーティブコミュニケーション研修会を実施した。 接遇に関する研修会開催件数:目標年1回 【精神】実績1回であり、達成率100%と目標を達成した。 【がん】実績2回であり、達成率200%と目標を達成した。 【本部】実績2回であり、達成率200%と目標を達成した。 【精神】全館閉鎖病棟であるため、病棟でのボランティア受け入れは実施していないが、屋外の花壇整備のボランティアを受け入れている。 【がん】令和元年度はボランティア面接を4回行い新たに20人を受け入れた。ボランティア研修会を3回、病院との意見交換会を1回開催した。ボランティア主催のロビーコンサートは4月～12月まで8回行われ、665人の患者、家族が参加した。また、コーヒータ임コンサートやお茶会、院内保育園のハロウィン発表会の実施、ギャラリー展などの外部からの催し物も計画的に行いながら患者や家族の支援を行った。 ボランティア受入人数 【精神】目標24名に対し、実績19名であり、達成率79.2%と目標を下回った。 【がん】目標100名に対し、実数82名であり、達成率82%と目標を下回った。 【精神】慢性的な駐車場不足の状況にあるが、外来利用者用の駐車場用地として賃借している隣接地の賃借契約を更新し、駐車場の確保に努めている。 【がん】慢性的な駐車場不足であったが、駐車場増設工事を行い、85台分を確保し対応している。また、隣接する宮城県立高等看護学校から10台程度、職員用の駐車場を借りて対応した。 【精神】行事食(23回)、病棟毎にバイキング(3回)を実施するなど、利用者の楽しみとなる食事提供に取り組んだ。また、ランチラウンドなど積極的に病棟訪問を行い、患者の嚥下や摂食機能に合わせた食形態での提供に努めた。栄養指導に関しては、入院栄養指導16件、外来栄養指導292件を実施した。 【がん】令和元年10月に、これまで使用していた陶器食器より、軽く耐久性、保温性、デザイン性に優れたメラミン食器への全面入れ替えをし併せて、ラップの使用削減、患者からの意見が多い料理の臭いこもり改善目的に蓋も購入した。以降患者からも好評を得て喫食率も増加している。例年通り行事食32回・選択メニュー129回を実施し、患者満足度の向上に努めた。また、頭頸部癌患者を対象に入院後実施していた術前栄養指導を、外来での栄養指導へ変更し入院前より患者と関わることで周術期栄養管理の充実を図った。今年度より管理栄養士が1名増員になったこともあり、栄養指導件数は680件(前年度比154件増)特に入院継続栄養指導件数の増加が著しく患者との関りが強く持てたと考えられる。さらに入院時に栄養評価を行い介入する栄養サポートチームの体制も整え患者に寄り添った栄養管理を行った。 ●入院栄養指導件数 【精神】目標50件に対し、実績16件であり、達成率32%と目標を下回った。 【がん】目標250件に対し、実績496件であり、達成率198.4%と目標を達成した。 ●外来栄養指導件数 【精神】目標350件に対し、実績292件であり、達成率83.4%と目標を下回った。 【がん】目標90件に対し、実績192件であり、達成率223.2%と目標を達成した。
4 人材の確保と育成 (1) 医師の確保と育成 【精神】令和3年度における医師の採用は1人であった。 【がん】令和3年度における医師の採用は11人であった。また、後期研修医については、10人を採用 【精神】協力型臨床研修病院として、仙台市立病院等6病院から34人の臨床研修医の受入を行った。 【がん】初期研修については東北大学病院からの研修医1人にとどまった。後期研修医については10人を採用した。	4 人材の確保と育成 (1) 医師の確保と育成 【精神】令和2年度中の医師の確保について東北大学大学院医学部との連携等により7人の医師を採用した。 【精神】協力型臨床研修病院として、仙台市立病院等から21人の臨床研修医の受入を行った。 【がん】初期研修については東北大学病院からの研修医2人にとどまった。後期研修医については5人を採用した。	4 人材の確保と育成 (1) 医師の確保と育成 【精神】令和元年度中の医師の確保について東北大学大学院医学部との連携等により2人の医師を採用した。 【精神】協力型臨床研修病院として、仙台市立病院等から28人の臨床研修医の受入を行った。 【がん】初期研修については東北大学病院からの研修医2人にとどまった。後期研修医については9人を採用した。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）								
(2) 看護師の確保と育成 手厚い看護体制など病院機能の維持・向上のため、大学及び養成機関との連携強化などにより、必要となる看護師の確保に努めること。 また、専門看護師や認定看護師の資格取得の促進や研修の実施などにより、看護師の専門性を高め、看護水準の向上を図ること。	ハ 研究・教育の強化 東北大学との連携を強化し、県立2病院それぞれに連携大学院講座を設置し、学生を積極的に受け入れ、研究と教育を強化する。 ニ 医師の資質向上 専門医、研修指導医等の資格取得や学会等の参加を奨励・支援するほか、実効性のある研修プログラムに基づき、計画的に研修を実施する。 また、科研費・治験費等の獲得実績に応じた研究研修費の仕組み等について検討し、資質向上につながる取組を積極的に支援することのできる体制を整備する。 (2) 看護師の確保と育成 イ 看護師の確保 養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた柔軟な看護師の確保及び適正配置を行う。 ロ 看護師の資質向上 専門看護師，認定看護師，認定看護管理者等の資格取得や学会等への参加など，資質向上につながる取組をより積極的に奨励・支援できる仕組みを構築する。 また，臨床実践能力を強化するための実効性のある研修プログラムに基づき，計画的に研修を実施する。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>専門看護師資格取得者数</td><td>中期計画期間中に2名以上取得</td></tr><tr><td>認定看護師資格取得者数</td><td>中期計画期間中に3名以上取得</td></tr><tr><td>認定看護管理者資格取得者数</td><td>中期計画期間中に3名以上取得</td></tr></table>	目標とする指標	目標値	専門看護師資格取得者数	中期計画期間中に2名以上取得	認定看護師資格取得者数	中期計画期間中に3名以上取得	認定看護管理者資格取得者数	中期計画期間中に3名以上取得
目標とする指標	目標値								
専門看護師資格取得者数	中期計画期間中に2名以上取得								
認定看護師資格取得者数	中期計画期間中に3名以上取得								
認定看護管理者資格取得者数	中期計画期間中に3名以上取得								

実績（令和３年度）	実績（令和２年度）	実績（令和元年度）
研修医受入数:【精神】目標22人 【がん】3人 【精神】実績34人であり、達成率154.5％と目標を達成した。 【がん】実績1人であり、達成率33.3％と目標を下回った。 【精神】東北大学大学院医学系研究科との連携講座協定（地域精神医療講座）は継続している。 【がん】東北大学大学院との連携講座（医学系研究科がん医科学講座）において、10人の学生が在籍するなど、研究・教育の強化に向けた取り組みを行った。 連携大学院講座設置数:【精神】目標1分野 【がん】10分野 【精神】実績1分野であり、達成率100％と目標を達成した。 【がん】実績10分野であり、達成率100％と目標を達成した。 【精神】院内での研修会等への参加を促進するとともに、学会等の参加について支援を行った。 【がん】学会への参加や、がんセンター・その他の院内研修会への参加の促進、研究所と共同での研究内容の臨床への応用など、様々な機会を捉えた働きかけを行った。また、引き続き、海外の学会等への参加の支援を行っている。 医師の学会参加数:【精神】目標23件 【がん】210件 【精神】実績17件であり、達成率73.9％と目標を下回った。 【がん】実績227件であり、達成率108.1％と目標を達成した。 【本部】看護師採用試験の応募者確保対策として、機構ホームページの更新、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た。 また、県内の看護師養成機関延べ8施設を訪問（うち1施設はオンラインで面談）し、採用情報の広報及び学生の動向等の情報収集を行った。 採用試験は1回実施し、病院の状況に応じた看護師を確保し、うち2名を8月、3名を1月に前倒して採用するなど柔軟な配置に努めた。 【精神】認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励・支援し、看護師1名が専門看護師を目指し、大学院にて学んでいる。また看護部現任教育プログラムを見直し令和元年度から新クリニカルラダー（レベルⅠ～Ⅴまでの5段階）をスタートした。合わせて3年間の移行期間を設けて旧ラダー（レベルⅣまで）研修も並行して実施した。令和3年度は移行の最終年度であり、研修会の開催実績が増加した。また、講義内容の充実を図り、看護職員全員（看護補助者を含む）の学びを深めるため、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】看護実践力の向上を目指し、新たに構築した新クリニカルラダーをレベルⅠ～Ⅳで開始した。また、静脈穿刺技術の向上に向け、これまで外来看護師を対象にしていたⅣナース認定研修をレベル研修にも導入し、令和3年度は7人を認定した。医療安全の観点では、全看護師に対する麻薬投与に関する研修会、実務他者監査を実施した。認定看護師育成では、緩和ケア認定看護師養成校に1名が受講修了し、次年度資格試験に臨む。また、感染管理認定看護師養成校に1名が合格し、次年度受講する。今年度、認定看護師3名の資格更新を行い合格した。 【本部】認定看護師等の資格更新を4人行い、また、看護師の資質向上を図るため、2病院の看護部長及び副部長による看護業務検討部会を5回開催し、看護師の育成や研修等について検討を行った。 認定看護師資格取得者数は、目標1名に対して、実績は0名であるが、1名認定看護師養成課程を修了し、令和4年度に資格取得見込みである。	研修医受入数:【精神】目標22人 【がん】5人 【精神】仙台市立病院等5病院から21人の研修医を受け入れ、達成率95％と目標を下回った。 【がん】実績2人であり、達成率40％と目標を下回った。 【精神】東北大学大学院医学系研究科との連携講座協定（地域精神医療講座）は継続している。 【がん】東北大学大学院との連携講座（医学系研究科がん医科学講座）において、13人の学生が在籍するなど、研究・教育の強化に向けた取り組みを行った。 連携大学院講座設置数:【精神】目標1分野 【がん】10分野 【精神】実績1分野であり、達成率100％と目標を達成した。 【がん】実績10分野であり、達成率100％と目標を達成した。 【精神】学会等参加のほか、新規の精神保健指定医資格取得（2名）のための研修会等への参加について支援を行った。 【がん】学会への参加や、がんセンター・その他の院内研修会への参加の促進、研究所と共同での研究内容の臨床への応用など、様々な機会を捉えた働きかけを行った。引き続き、海外の学会等の参加について支援を行っている。 医師の学会参加数:【精神】目標30件 【がん】230件 【精神】実績20件であり、達成率66.6％と目標を下回った。 【がん】実績281件であり、達成率122.2％と目標を達成した。 【本部】看護師採用試験の応募者確保対策として、機構ホームページの更新、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た。 また、県内の看護師養成機関延べ4施設を訪問し、採用情報の広報及び学生の動向等の情報収集を行った。 採用試験は1回実施し、病院の状況に応じた看護師を確保し、内2名を前倒して2月に採用するなど柔軟な配置に努めた。 【精神】認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励・支援するほか、看護部現任教育プログラムを見直し令和元年度から新クリニカルラダー（レベルⅠ～Ⅴまでの5段階）をスタート。合わせて3年間の移行期間を設けて旧ラダー（レベルⅣまで）研修も並行して実施した。また、講義内容の充実を図り、看護職員全員（看護補助者を含む）の学びを深めるため、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】現行のクリニカルラダーを見直し、日本看護協会に照準を合わせ看護実践力の向上を目指す新クリニカルラダー（Ⅰ～Ⅴ）として改定、今年度は新レベルⅠを開始した。また、安全な医療の提供を目指し、全看護師に対して麻薬投与に関する研修会、実務に沿った他者監査を実施した。新型コロナウイルス感染症にて、市中の学会及び研修会が削減され参加の機会が減少したが、施設内でe－ラーニングの活用を図り研修機会とした。認定看護師育成では、養成校へ1名が合格し、次年度入校でスペシャリストを目指す。さらに認定看護師2名、専門看護師2名の資格更新がなされ合格した。 【本部】認定看護師等の資格更新を5人行い、また、看護師の資質向上を図るため、2病院の看護部長及び副部長による看護業務検討部会を4回開催し、看護師の育成や研修等について検討を行った。 認定看護管理者資格取得者数は、目標2名に対して、実績2名であり、達成率100％と目標を達成した。	研修医受入数:【精神】目標22人 【がん】20人 【精神】仙台市立病院等5病院から28人の研修医を受け入れ、達成率127.2％と目標を達成した。 【がん】実績2人であり、達成率10％と目標を下回った。 【精神】東北大学大学院医学系研究科との連携講座協定（地域精神医療講座）は継続している。 【がん】東北大学大学院との連携講座（医学系研究科がん医科学講座）において、15人の学生が在籍するなど、研究・教育の強化に向けた取り組みを行った。 連携大学院講座設置数:【精神】目標1分野 【がん】10分野 【精神】実績1分野であり、達成率100％と目標を達成した。 【がん】実績10分野であり、達成率100％と目標を達成した。 【精神】学会、新規の精神保健指定医資格取得のための研修会等への参加について支援を行った。 【がん】学会への参加や、がんセンターセミナー・がんセンター・その他の院内研修会への参加の促進、研究所と共同での研究内容の臨床への応用など、様々な機会を捉えた働きかけを行った。また、海外の学会等の参加について支援を行っている。 医師の学会参加数:【精神】目標30件 【がん】310件 【精神】実績30件であり、達成率100％と目標を達成した。 【がん】実績254件であり、達成率81.9％と目標を下回った。 【本部】看護師採用試験の応募者確保対策として、機構ホームページの更新、民間の就職情報サイトへの登録、合同就職説明会への参加など積極的に広報活動を行った。 また、県内の看護師養成機関延べ6施設を訪問し、採用情報の広報及び学生の動向等の情報収集を行ったほか、機構主催での説明会を開催した。 採用試験は1回実施し、病院の状況に応じた柔軟な看護師の確保、配置に努めた。 【精神】認定看護師、専門看護師等の資格取得や学会等の参加を奨励・支援するほか、看護部現任教育プログラムを見直し令和元年度から新クリニカルラダー（レベルⅠ～Ⅴまでの5段階）をスタート。合わせて3年間の移行期間を設けて旧ラダー（レベルⅣまで）研修も並行して実施した。また、講義内容の充実を図り、看護職員全員（看護補助者を含む）の学びを深めるため、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】看護部院内教育として、クリニカルラダーⅠからⅣまで研修会を企画、運営しジェネラリストナースの育成を図った。また、部署単位で看護研究を進め全部署発表会を実施し、根拠に基づく看護業務の評価や新たな知見を深める示唆を得た。さらに、院外研修、学会など出張での参加を支援した。昨年度サードレベル修了者は7月認定看護管理者に合格し、スペシャリストが1名増加した。 【本部】認定看護師の資格更新を4人行い、また、看護師の資質向上を図るため、2病院の看護部長及び副部長による看護業務検討部会を5回開催し、看護師の育成や研修等について検討を行った。部会では、看護部外職員の配置、副部長昇任基準について検討したほか、各種研修、事例発表等を行った。 認定看護管理者資格取得者数は、目標1名に対して、実績2名であり、達成率200％と目標を達成した。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）
(3) 医療従事者の確保と育成 病院機能の維持・向上のため、大学及び養成機関との連携強化などにより、必要となる薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師等の医療従事者の確保に努めること。 また、専門性を高める各種認定資格の取得を奨励し、病院機能を向上させること。	(3) 医療従事者の確保と育成 イ 医療従事者の確保 養成機関との連携強化や随時募集により、医療環境や業務量の変化に応じた 薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師・作業療法士・臨床心理士・精神保健福祉士等の医療従事者の確保及び適正配置を行う。 ロ 医療従事者の資質向上 各種認定資格の取得や学会等への参加など、資質向上につながる取組をより積極的に奨励・支援できる仕組みを構築する。 また、実効性のある研修プログラムに基づき、計画的に研修を実施する。
(4) 医療系学生等への教育 養成機関で学ぶ、次世代を担う医療系学生への臨床教育の場としての体制を維持し、積極的に学生を受入れること。	(4) 医療系学生への教育 養成機関からの要請に柔軟に応えるための体制を整備し、次世代を担う医療系学生に対する臨床教育や研修の場として、県立2病院が有する医療資源を積極的に提供する。
(5) 事務職員の確保と育成 各種資格を有し、病院経営や医療事務等病院特有の事務に精通した職員の確保・育成に努めること。 また、職員のスキルアップを図るため、外部研修会等への派遣を行うよう努めること。	(5) 事務職員の確保と育成 イ 事務職員の確保 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の病院特有の事務や法人運営に精通したプロパー職員の計画的な確保及び適正配置を行う。 ロ 事務職員の資質向上 各種認定資格の取得や外部研修会等の参加を奨励・支援するほか、実効性のある研修プログラムに基づき、事務部門の専門性の向上と体制強化を進める。
5 災害等への対応 災害などの重大な危害が発生した場合には、県からの要請に基づき、又は自ら必要と認めたときは、県立病院として医療を迅速かつ適切に提供し、災害後の中長期的な被災者支援に努めること。 また、災害対応マニュアルの見直しや事業継続計画の策定を行なうことにより、災害発生時に患者の安全が確保できるよう対策を講じ、訓練を実施すること。	5 災害等への対応 大規模な災害等の発生により重大な危害が発生した場合には、県からの要請に基づき、又は自ら必要と認めたときは、県立2病院が連携して必要とされる医療を迅速かつ適切に提供するとともに、災害後の中長期的な被災者支援を行う。 また、災害発生時に備え、毎年度、防災訓練を実施するとともに、通信手段や必要物資の確保対策を講じる。 さらに、災害対策マニュアルの見直しや事業継続計画の策定に向けて取組を進める。

実 績 (令 和 3 年 度)	実 績 (令 和 2 年 度)	実 績 (令 和 元 年 度)
(3)医療従事者の確保と育成 【本部】必要な職種について採用試験により人材を確保した。採用試験の実施に当たっては、各職種養成機関、県内外の技師会、公共機関等に広く募集要項を配布するなどして応募者確保に努めた。 【精神】各種研修会の開催や、外部研修機関への研修派遣、学会等への参加を通じて、資質向上に向けた取り組みを行っている。 【がん】コロナ禍であったため開催可能な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り組みを行っている。 【本部】医療従事者の資質向上を図るため、職種別研修として2病院の看護師等、医療技術職の各職種による業務検討部会を実施し、研修や事例発表、意見交換等を行った。 ＜看護業務検討部会5回＞ 【精神】東北大学医学部の学生102人のほか、宮城大学を始めとする看護師養成機関から看護学生186人、精神保健福祉士等を目指す学生27人などの実習・研修生を受け入れた。 【がん】実習施設校として7校(大学3,短大1,3年課程1,2年課程1,専攻科1)からの依頼を受け、院内の感染予防対策の徹底を図り、学校側のコロナ対策と走行し、看護学生の臨床実習受け入れを行った。看護学講師は4施設から依頼をうけ、14名21講座に看護師を派遣した。 【本部】医療制度や経営環境の変化に迅速に対応できるよう、正職員5名を採用し職員のプロパー化を進めた。また、病院経営や医療事務等の病院特有の事務に精通した職員の育成に向けて計画的な人員配置を行った。 【精神】法人主催の研修や公務研修所にて開催される研修に参加し、資質の向上に努めた。 【がん】階層別研修や指導者養成研修及び管理監督者研修に職員を派遣するとともに、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、オンラインによる研修も利用し資質の向上に努めた。 【本部】事務職員の資質向上のため、人材育成プログラムとして、診療情報管理士の資格取得への支援を実施し2名が通信教育の受講を開始した。さらに、病院運営や診療行為を支える事務職員の更なる資質向上を図るため、職員が職位に応じた資質・能力を修得することを目的に作成した研修計画を周知し、研修受講を促進した。 5 災害等への対応 【精神】当院の防災マニュアルに基づき「災害用備蓄食品」と「災害用備蓄医薬品」を適切に管理している。また、災害派遣精神医療チームの派遣依頼はなく、派遣は0件となった。8月に開催されたDPAT先遣隊技能維持研修に5人を派遣し、大規模災害時の派遣体制の強化を図るとともに、関係機関との情報共有と災害支援の相互連携に努めた。新型コロナウイルス感染症に関する対応については、宿泊療養施設等に多くの職員を派遣するなど宮城県の新型コロナウイルス感染症対策に貢献した。 【がん】災害発生時に備え、入院患者及び職員用の3日分の食料の備蓄をしている。令和3年度は防火・防災訓練を2回実施。また、新興・再興感染症等については、新型コロナウイルス感染症(COVID－19)感染対策マニュアルを適宜改訂し、適切に対応している。新型コロナウイルス感染症に関する対応については、宿泊療養施設等に多くの職員を派遣している。また、コロナウイルス感染患者を積極的に受入れており、確保病床1床当たりの患者数は非常に高いものとなっているなど、宮城県の新型コロナウイルス感染症対策に貢献した。 【本部】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。3月に発生した地震の際には災害対策マニュアルにそって病院の被害状況をとりまとめ、県との連絡調整に努めた。新型コロナウイルス感染症に関する対応については、軽症者宿泊療養施設等への派遣などに対応する職員の調整を行い、各病院から多くの職員を派遣している。 訓練実施実績は以下のとおり。 【精神】目標2回に対し、「宮城県立精神医療センター消防計画」に基づき、災害の発生に備え、自衛消防訓練(総合訓練)を2回実施しており、達成率100%と目標を達成した。 【がん】目標2回に対し、実績2回であり、達成率100%と目標を達成した。 【本部】目標2回に対し、防災訓練実施回数:本部2回(安否確認システム活用訓練,防災無線による通信訓練)であり、達成率100%と目標を達成した。	(3)医療従事者の確保と育成 【本部】必要な職種について採用試験により人材を確保した。採用試験の実施に当たっては、各職種養成機関、県内外の技師会、公共機関等に広く募集要項を配布するなどして応募者確保に努めた。 【精神】各種研修会の開催や、外部研修機関への研修派遣、学会等への参加を通じて、資質向上に向けた取り組みを行っている。 【がん】コロナ禍であったため開催可能な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り組みを行っている。 【本部】医療従事者の資質向上を図るため、職種別研修として2病院の看護師等、医療技術職の各職種による業務検討部会を実施し、それぞれの分野についての研修や事例発表、意見交換等を行った。 ＜看護業務検討部会1回実施,地域医療連携担当連絡会議1回実施,医事部会2回実施＞ 【精神】東北大学医学部の学生109人のほか、宮城大学を始めとする看護師養成機関から看護学生291人、精神保健福祉士等を目指す学生15人などの実習・研修生を受け入れた。 【がん】実習施設校として7校(大学3,短大1,3年課程1,2年課程1,専攻1)受けているが,コロナ禍で実習受け入れ数が減少した。実習を決定した施設校とは,双方向で感染防止対策を図り,実習方法等を変更,出来得る限りの対策を講じ看護学生を受け入れた。また,看護学講師は4施設から依頼をうけ19名を派遣した。 【本部】医療制度や経営環境の変化に迅速に対応できるよう、正職員3名を採用し職員のプロパー化を進めた。また、病院経営や医療事務等の病院特有の事務に精通した職員の育成に向けて計画的な人員配置を行った。 【精神】法人主催の研修や公務研修所にて開催される研修に参加し、資質の向上に努めた。 【がん】階層別研修や指導者養成研修及び管理監督者研修に職員を派遣するとともに、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点からオンラインによる研修も利用し資質の向上に努めた。 【本部】事務職員の資質向上のため、人材育成プログラムとして、診療情報管理士の資格取得への支援を実施し、新たに1名が資格を取得した。また、受講対象を医事課の有期雇用職員に拡大し、2名が通信教育の受講を開始した。さらに、病院運営や診療行為を支える事務職員の更なる資質向上を図るため、事務職員自らが研修内容を企画・立案する自主企画研修を年3回実施したほか、職員が職位に応じた資質・能力を修得することを目的とした研修計画を作成した。 5 災害等への対応 【精神】当院の防災マニュアルに基づき「災害用備蓄食品」と「災害用備蓄医薬品」を適切に管理している。災害派遣精神医療チームの派遣依頼はなく、派遣は0件となった。11月に開催されたDPAT先遣隊研修会に職員6人、DPAT先遣隊技能維持研修に3人を派遣し、大規模災害時の派遣体制の強化を図るとともに、関係機関との情報共有と災害支援の相互連携に努めた。 【がん】災害発生時に備え、入院患者及び職員用の3日分の食料の備蓄をしている。令和2年度は防火・防災訓練を2回実施。また、新型コロナウイルス感染症発生時対応マニュアルを整備し改訂を重ね発生に備えた。 【本部】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。2月に発生した地震の際には災害対策マニュアルにそって病院の被害状況をとりまとめ、県との連絡調整に努めた。 訓練実施実績は以下のとおり。 【精神】目標2回に対し、「宮城県立精神医療センター消防計画」に基づき、災害の発生に備え、自衛消防訓練(総合訓練)を2回実施しており、達成率100%と目標を達成した。 【がん】目標2回に対し、実績2回であり、達成率100%と目標を達成した。 【本部】目標2回に対し、防災訓練実施回数:本部2回(安否確認システム活用訓練,防災無線による通信訓練)であり、達成率100%と目標を達成した。また、備蓄食料の更新を行い、消費期限間近な物については、フードバンクを活用し有効に消費した。	(3)医療従事者の確保と育成 【本部】必要な職種について採用試験により人材を確保した。採用試験の実施に当たっては、各職種養成機関、県内外の技師会、公共機関等に広く募集要項を配布するなどして応募者確保に努めた。 【精神】各種研修会の開催や、外部研修機関への研修派遣、学会等への参加を通じて、資質向上に向けた取り組みを行っている。 【がん】各種研修会の開催や、外部研修機関への研修派遣、学会等への参加を通じて、資質向上に向けた取り組みを行っている。 【本部】医療従事者の資質向上を図るため、職種別研修として2病院の栄養士、放射線技師等、医療技術職の各職種による業務検討部会を実施し、それぞれの分野についての研修や事例発表、意見交換等を行った。 ＜医療業務担当者会議3回実施,診療放射線技術部会2回実施,栄養業務検討部会1回実施,医療安全管理室長・医療安全管理者・感染対策担当者会議2回実施,看護業務検討部会5回実施,地域医療連携担当連絡会議2回実施,リハビリテーション技術職合同部会3回実施,医事部会2回実施＞ 【精神】東北大学医学部の学生132人のほか、宮城大学を始めとする看護師養成機関から看護学生267人、精神保健福祉士等を目指す学生23人などの実習・研修生を受け入れた。 【がん】臨床実習施設として新たに1校からの依頼を受け、合計7校延べ2558名の看護学生を受け入れた。実習指導を担当する看護師に対しては、院内実習指導者研修を企画し指導者としての成長支援を行っている。指導者にあたる看護師の育成では、院外での指導者講習会へも参加させた。実習校との実習指導者会議を通し、相互で意見交換を行いゼミナール場所の準備等を整備し実習環境を整えた。 【本部】循環器・呼吸器病センター閉院に伴う事務職員の配置換を見越して、令和元年度は採用試験を行わなかったが、任期付職員を1名採用し、育児休業期間中の職員の業務の継続性を確保した。 【精神】会計職員研修会や診療報酬改定に関する説明会などを計画的に受講させたほか、院内研修の実施により資質の向上に努めた。 【がん】病院事業経営実務講習会や会計職員研修会等積極的に職員を派遣し、資質の向上に努めた。 【本部】事務職員の資質向上のため、人材育成プログラムとして、診療情報管理士の資格取得への支援を実施し、新たに2名が資格を取得した。また、病院運営や診療行為を支える事務職員の更なる資質向上を図るため、事務職員自らが研修内容を企画・立案する自主企画研修を年3回実施した。 5 災害等への対応 【精神】当院の防災マニュアルに基づき「災害用備蓄食品」と「災害用備蓄医薬品」を適切に管理している。令和元年台風第19号に伴う災害派遣精神医療チームとして1チーム(3名)を派遣した。また、11月に開催された宮城県DPAT研修会に5名、12月に開催されたDPAT先遣隊研修会に職員3人を派遣し、大規模災害時の派遣体制を強化するとともに、関係機関との情報共有化と災害支援の相互連携に努めている。 【がん】災害発生時に備え、入院患者及び職員用の3日分の食料の備蓄をしている。令和元年度は防火・防災訓練を2回実施。また、新型コロナウイルス感染症発生時対応マニュアルを整備し、発生に備えた。 【本部】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うとともに、備蓄食料の適正な管理を図った。 訓練実施実績は以下のとおり。 【精神】目標2回に対し、「宮城県立精神医療センター消防計画」に基づき、災害の発生に備え、自衛消防訓練(総合訓練)を2回実施しており、達成率100%と目標を達成した。 【がん】目標2回に対し、実績2回であり、達成率100%と目標を達成した。 【本部】目標2回に対し、防災訓練実施回数:本部2回(安否確認システム活用訓練,防災無線による通信訓練)であり、達成率100%と目標を達成した。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）																										
第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項 他の類似病院等との比較を通して、経営分析を行うとともに、各種指標を活用し、法人業務の全般について最適化を図り、中期計画において各項目ごとに定量的目標を設定し、診療報酬等の増収及び経費節減に取り組み、収支の改善を図ること。 1 業務運営体制の確立 地方独立行政法人制度の特長である自律性、機動性に優れた病院運営を実現するため、法人の主体的な意思決定と迅速な実行が円滑に進められるよう、法人の組織体制の在り方を検討するなど、より効果的かつ効率的な業務運営体制を整備すること。 また、中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる目標や取組の実現に向けた体制の整備を図るとともに、職員研修などを通して、各職員の病院経営に対する意識を醸成させ、経営改善に取り組むこと。 2 収入確保の取組 県立病院が有する資源を有効活用し、病床利用率や医療機器の稼働率の向上に努め、外部の経営コンサルタント等への経営評価のアウトソーシングを行うなど、経営の改善を図ること。 また、診療報酬の改定への対応を迅速に行い、確実に事業収益を確保していくとともに、診療報酬の請求漏れや未収金発生の防止及び未収金の早期回収に努めること。 さらに、県立病院が有する情報の有効活用に努め、変化する医療・経営環境に対応した診療をすることができる組織体制づくりを行い、患者の確保・経営の改善を図ること。	第3 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 (1) 効率的な業務運営の推進 (2) 目標達成に向けた取組 目標達成のために、理事会において業務運営体制のあり方を継続的に検討するとともに、経営分析の実施、中期計画及び年度計画の進行管理を行う。 (3) 職員一丸となつての経営改善 経営改善に関して、院内の部会等を通じ職員間での情報の共有を図る。 また、病院経営に関する研修会の開催、職員提案制度の活用及び患者満足度調査の分析・検討により、職員及び病院利用者の意見を経営に反映させる体制づくりを進める。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>病院経営に関する研修会の開催回数</td><td>年 1 回以上</td></tr></table> 2 収益確保の取組 (1) 変化する医療環境に対する迅速な対応 県立病院の有する医療資源の有効活用に努め、変化する医療環境に的確に対応し、安全で質の高い医療の提供を通じて、患者確保を図り、経営の改善を進める。 また、他の類似病院等との比較や、外部の経営コンサルタントなどの活用等、客観的な目線での法人の経営分析を導入する。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>外来延患者数（精神）</td><td>年間 38,018 人</td></tr><tr><td>外来収益合計（精神）</td><td>年間 312,216 千円</td></tr><tr><td>入院延患者数（精神）</td><td>年間 68,620 人</td></tr><tr><td>病床稼働率（精神：病床合計）</td><td>年間 72.9％</td></tr><tr><td>入院収益合計（精神）</td><td>年間 1,603,966 千円</td></tr><tr><td>外来延患者数（がん）</td><td>年間 87,723 人</td></tr><tr><td>外来収益合計（がん）</td><td>年間 3,577,486 千円</td></tr><tr><td>入院延患者数（がん）</td><td>年間 105,885 人</td></tr><tr><td>病床稼働率（がん：病床合計）</td><td>年間 75.7％</td></tr><tr><td>入院収益合計（がん）</td><td>年間 5,650,837 千円</td></tr></table>	目標とする指標	目標値	病院経営に関する研修会の開催回数	年 1 回以上	目標とする指標	目標値	外来延患者数（精神）	年間 38,018 人	外来収益合計（精神）	年間 312,216 千円	入院延患者数（精神）	年間 68,620 人	病床稼働率（精神：病床合計）	年間 72.9％	入院収益合計（精神）	年間 1,603,966 千円	外来延患者数（がん）	年間 87,723 人	外来収益合計（がん）	年間 3,577,486 千円	入院延患者数（がん）	年間 105,885 人	病床稼働率（がん：病床合計）	年間 75.7％	入院収益合計（がん）	年間 5,650,837 千円
目標とする指標	目標値																										
病院経営に関する研修会の開催回数	年 1 回以上																										
目標とする指標	目標値																										
外来延患者数（精神）	年間 38,018 人																										
外来収益合計（精神）	年間 312,216 千円																										
入院延患者数（精神）	年間 68,620 人																										
病床稼働率（精神：病床合計）	年間 72.9％																										
入院収益合計（精神）	年間 1,603,966 千円																										
外来延患者数（がん）	年間 87,723 人																										
外来収益合計（がん）	年間 3,577,486 千円																										
入院延患者数（がん）	年間 105,885 人																										
病床稼働率（がん：病床合計）	年間 75.7％																										
入院収益合計（がん）	年間 5,650,837 千円																										

実 績（令 和 3 年 度）	実 績（令 和 2 年 度）	実 績（令 和 元 年 度）
1 業務運営体制の確立 【精神】全部署から出席する病院運営会議，病院運営委員会を毎月開催し，業務運営体制の確立に向け，情報共有化の上，問題解決のための意見交換を行った。 【がん】センター運営会議，センター連絡会議，診療科長会議等において，業務運営体制の確立に向け，その時々課題解決のための話し合いを行った。 【本部】業務運営の効率化を図るため，事務部門における組織改編と，それに伴う職制の見直し等を行い，より柔軟な組織運営体制を整備した。 【本部】理事会の他，各病院の長等で組織する理事長・院長等会議を開催し，経営状況や計画の進行状況を把握し，進行管理を行っている。また，病院ごとの背景にある要因を分析し，改善に向けた意見交換を行うための，病院毎の個別の意見交換会を実施したほか，令和元年度決算の内容と，新型コロナウイルス感染症による4～6月の患者数への影響などについて，全職員に経営状況を周知するために，理事長等による病院訪問を実施した。 【精神】病院運営会議，病院運営委員会，経営・治療戦略会議等において，全職員に対して病院経営状況などについて周知するなど，情報共有化に取り組んでいる。 【がん】センター運営会議，センター連絡会議，診療科長会議，その他会議等を通じ経営状況に関する情報の共有化を図り意見交換を行った。 【本部】各職種の業務検討部会の他，院内の各種会議等を通じて中期計画・年度計画や経営改善に関する情報共有を図った。 また，経営健全化推進研修を実施し，病院経営についての共通理解が得られるように努めた。 【精神】患者満足度調査や院内に設置している「ご意見箱」から集まった意見などを月1回開催している「皆様の声委員会」で検討し，改善に努めている。 【がん】患者満足度調査の分析や「ご意見・ご提案検討部会」での意見・提案の検討を通じて改善に努めた。特に「ご意見・ご提案検討部会」は，月1回開催し，寄せられた意見・提案について，速やかに検討を行い，反映に努めた。 【本部】職員提案要綱の運用を行い，提案の受付を行った。 【本部】病院経営研修実施回数は目標1回に対し，実績1回であり，達成率100％と目標を達成した。 2 収益確保の取組 【精神】 ①レセプト査定率の削減のため，「レセプト委員会」を開催し，査定内容の確認や検討を行い，レセプト査定率は目標を達成した。 ②精神科救急システム事業を県から受託し，収益の確保に努めた。 ③未収金の削減に向けて，医事事務嘱託員等が未納者の自宅を定期的に訪問し，分割納付に指導を行うとともに，家族や保証人にも接触して働きかけを行った。特に回収困難な案件はその回収業務を弁護士に委託するなど，その縮減に努めており，年々，未収金残高が減少している。 【がん】 ・自費診療による17項目のがん遺伝子検査を新たに設け，がん検診受診者から検査実施につながるよう支援を行った。 ・呼吸器内科で検討している肺癌ゲノム診断外来の運用について，保険適用の可否を含め運用の提案を行った。 ・経営分析システムを活用し，患者数の推移や診療単価等，コロナ禍における影響調査を実施し，限られた医療資源の中での収益確保に務めた。 ・診療科ごとの収益状況について資料を作成し，医療資源投入量の適正化について情報提供を行い，診療科医師との情報共有を行った。 【精神】 ・外来延患者数は，目標37,289人に対し，実績37,373人であり，達成率100.2％と目標を達成した。 ・外来収益合計は，目標314,422千円に対し，実績306,657千円であり，達成率97.5％と目標を下回った。 ・入院延患者数は，目標63,145人に対し，実績65,329人であり，達成率103.5％と目標を達成した。 ・病床稼働率は，目標67.1％に対し，実績69.4％であり，達成率103.4％と目標を達成した。 ・入院収益合計は，目標1,453,459千円に対し，実績1,524,319千円であり，達成率104.9％と目標を達成した。	1 業務運営体制の確立 【精神】全部署から出席する病院運営会議，病院運営委員会を毎月開催し，業務運営体制の確立に向け，情報共有化の上，問題解決のための意見交換を行った。 【がん】センター運営会議，センター連絡会議，診療科長会議等において，業務運営体制の確立に向け，その時々課題解決のための話し合いを行った。 【本部】医療環境の変化に的確に対応し，診療体制の効率化を図るため，各病院の処務細則を見直し，より柔軟な組織運営体制を整備した。 【本部】理事会の他，各病院の長等で組織する理事長・院長等会議を開催し，経営状況や計画の進行状況を把握し，進行管理を行っている。また，病院ごとの背景にある要因を分析し，改善に向けた意見交換を行うための，病院毎の個別の意見交換会を実施したほか，令和元年度決算の内容と，新型コロナウイルス感染症による4～6月の患者数への影響などについて，全職員に経営状況を周知するために，理事長等による病院訪問を実施した。 【精神】病院運営会議，病院運営委員会，経営・治療戦略会議等において，全職員に対して病院経営状況などについて周知するなど，情報共有化に取り組んでいる。 【がん】センター運営会議，センター連絡会議，診療科長会議，その他会議等を通じ経営状況に関する情報の共有化を図り意見交換を行った。 【本部】各職種の業務検討部会の他，院内の各種会議等を通じて中期計画・年度計画や経営改善に関する情報共有を図った。 また，経営健全化推進研修を実施し，病院経営についての共通理解が得られるように努めた。 【精神】患者満足度調査や院内に設置している「ご意見箱」から集まった意見などを月1回開催している「皆様の声委員会」で検討し，改善に努めている。 【がん】患者満足度調査の分析や「ご意見・ご提案検討部会」での意見・提案の検討を通じて改善に努めた。特に「ご意見・ご提案検討部会」は，月1回開催し，寄せられた意見・提案について，速やかに検討を行い，反映に努めた。 【本部】職員提案要綱の運用を行い，提案の受付を行った。 【本部】病院経営研修実施回数は目標1回に対し，実績1回であり，達成率100％と目標を達成した。 2 収益確保の取組 【精神】 ①レセプト査定率の削減のため，「レセプト委員会」を開催し，査定内容の確認や検討を行い，レセプト査定率は目標を達成した。 ②精神科救急システム事業を県から受託し，収益の確保に努めた。 ③未収金の削減に向けて，医事事務嘱託員等が未納者の自宅を定期的に訪問し，分割納付に指導を行うとともに，家族や保証人にも接触して働きかけを行った。特に回収困難な案件はその回収業務を弁護士に委託するなど，その縮減に努めており，年々，未収金残高が減少している。 【がん】 ①リハビリ部門と協力し，運用の見直しを行い，退院時のリハビリ指導を充実させることで「退院時リハビリテーション指導料」の算定に結び付けた。 ②がん治療の副作用による口腔ケアの更なる充実を図るため，ポスターやパンフレットを作成し，周知を図ることで，「周術期等口腔機能管理料」の算定増加につなげた。 ③使用薬剤の分析を行い，薬価交渉や後発医薬品推進の補助を行った。 ④経営分析システムを活用し，患者数の推移や診療単価等，コロナ禍における影響調査を実施し，限られた医療資源の中での収益確保に務めた。 ・診療科別の粗利計算，da Vinci手術の収支分析やレジメン別の化学療法粗利分析などを各委員会へ資料提供し，経営に関する情報の共有を行った。 【精神】 ・外来延患者数は，目標38,540人に対し，実績35,631人であり，達成率92.5％と目標を下回った。 ・外来収益合計は，目標315,119千円に対し，実績294,053千円であり，達成率93.3％と目標を下回った。 ・入院延患者数は，目標67,525人に対し，実績61,586人であり，達成率91.2％と目標を下回った。 ・病床稼働率は，目標71.7％に対し，実績65.4％であり，達成率91.2％と目標を下回った。 ・入院収益合計は，目標1,518,914千円に対し，実績1,419,441千円であり，達成率93.5％と目標を下回った。	1 業務運営体制の確立 【精神】全部署から出席する病院運営会議，病院運営委員会を毎月開催し，業務運営体制の確立に向け，情報共有化の上，問題解決のための話し合いを行った。 【がん】センター運営会議，センター連絡会議，診療科長会議等において，業務運営体制の確立に向け，その時々課題解決のための話し合いを行った。 【本部】平成30年度をもって閉院した循呼センターから異動した職員の適切な人員配置を行ったほか，それに伴い拡大したコメディカル各部について，業務運営の効率化を図るため，管理監督に当たる副部長職を設置した。 【本部】理事会の他，各病院の長等で組織する理事長・院長等会議を開催し，経営状況や計画の進行状況を把握し，進行管理を行っている。また，病院ごとの背景にある要因を分析し，改善に向けた意見交換を行うための，病院毎の個別の意見交換会を実施したほか，医療環境の変化や診療報酬改定の影響などを踏まえ，全職員に経営状況を周知するための理事長等による病院訪問を実施した。 【精神】病院運営会議，病院運営委員会，経営・治療戦略会議等において，全職員に対して病院経営状況などについて周知するなど，情報共有化に取り組んでいる。 【がん】センター運営会議，センター連絡会議，診療科長会議，その他会議等を通じ経営状況に関する情報の共有化を図り意見交換を行った。 【本部】各職種の業務検討部会の他，院内の各種会議等を通じて中期計画・年度計画や経営改善に関する情報共有を図った。 また，経営健全化推進研修を実施し，病院経営についての共通理解が得られるように努めた。 【精神】患者満足度調査や院内に設置している「ご意見箱」から集まった意見などを月1回開催している「皆様の声委員会」で検討し，改善に努めている。 【がん】患者満足度調査の分析や「ご意見・ご提案検討部会」での意見・提案の検討を通じて改善に努めた。特に「ご意見・ご提案検討部会」は，月1回開催し，寄せられた意見・提案について，速やかに検討を行い，反映に努めた。 【本部】職員提案要綱の運用を行い，提案の受付を行った。 【本部】病院経営研修実施回数は目標1回に対し，実績2回であり，達成率200％と目標を達成した。 2 収益確保の取組 【精神】 ①レセプト査定率の削減のため，「レセプト委員会」を開催し，査定内容の確認や検討を行い，レセプト査定率は目標を達成した。 ②精神科救急24時間365日システム事業を県から受託し，収益の確保に努めた。 ③未収金の削減に向けて，医事事務嘱託員等が未納者の自宅を定期的に訪問し，分割納付に指導を行うとともに，家族や保証人にも接触して働きかけを行った。特に回収困難な案件はその回収業務を弁護士に委託するなど，その縮減に努めており，年々，未収金残高が減少している。 【がん】 ① 6月より経営戦略室を立ち上げ，7対1専門病院入院基本料算定に向け院内調整等を行い，10月より算定開始した。 ② 病棟の稼働状況について，診療科毎に稼働状況を確認し，稼働率が低い診療科については，総長・院長自ら各診療科長へヒアリングを実施し，稼働率の向上に努めた。 ③ 薬事委員会において，後発品への切替を推進したことにより，8月より後発薬品使用体制加算3の届出を行い，算定開始した。 ④ 地域の医療機関等に対し，当センターの取組をPRし，患者確保を図るために，地域医療連携の会を開催した。 ⑤ 診療報酬委員会にて診療報酬の請求漏れや返戻の発生を防止するために委員会報告の他，院内広報を発行し周知を図った。 【精神】 ・外来延患者数は，目標38,174人に対し，実績36,613人であり，達成率95.9％と目標を下回った。 ・外来収益合計は，目標313,496千円に対し，実績296,501千円であり，達成率94.6％と目標を下回った。 ・入院延患者数は，目標68,808人に対し，実績65,163人であり，達成率94.7％と目標を下回った。 ・病床稼働率は，目標72.9％に対し，実績69.0％であり，達成率94.7％と目標を下回った。 ・入院収益合計は，目標1,608,297千円に対し，実績1,460,543千円であり，達成率90.8％と目標を下回った。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）
	(2) レセプト検討委員会の定期的開催 レセプト検討委員会を定期的に開催し、診療報酬等の制度改定への対応や、診療報酬の請求漏れ、査定減、返戻発生の防止、施設基準・加算の取得に取り組む。 (3) 未収金の発生防止の強化及び早期回収 入院時の説明の徹底や院内連携等により、未収金の発生防止に努めるとともに、未収金の早期回収のため、訪問回収、法的措置等の対応を行う。 (4) 病床及び医療機器の稼働率向上 病院機構が有する人的・物的資源を有効に活用して、より安定的に収入を確保する。 また、がんセンターにおいては、平成29年度に実施した病室リフォームの効果を検証するとともに、効率的な運用を行い、必要に応じて更なる病室リフォームを行う。 イ 患者数に応じた病床の効率的利用、人員の適正配置 日々の入院患者数の推移や空床数の状況に応じて、病床の適切な管理、稼働率の向上に努める。 また、病床の稼働状況、患者数や手術件数の増加等に応じて収支バランスも考慮しながら必要な人員数を定期的に検討し、適正な人員配置を行う。 ロ 医療機器の効率的な利用の推進 職種間の連携などにより、医療機器の効率的な利用に努め、稼働率の向上に努める。

実 績 (令 和 3 年 度)	実 績 (令 和 2 年 度)	実 績 (令 和 元 年 度)
【がん】 ・外来延患者数は、目標83,490人に対し、実績81,621人であり、達成率97.8%と目標を下回った。 ・外来収益は、目標4,273,540千円に対し、実績3,894,355千円であり、達成率91.1%と目標を下回った。 ・入院延患者数は、目標95,995人に対し、実績88,858人であり、達成率92.6%と目標を下回った。 ・病床稼働率は、目標68.7%に対し、実績66.3%であり、達成率96.5%と目標を下回った。 ・入院収益は、目標5,706,581千円に対し、実績5,412,943千円であり、達成率94.9%と目標を下回った。 【精神】「レセプト委員会」を開催し、査定内容の確認及び対策を検討し、次回以降の改善につなげている。 【がん】年12回診療報酬委員会を実施し、返戻・査定となった事例を分析し、その内容を各部門に周知するとともに、診療科長会議で各診療科長の医師に内容を報告している。また、査定内容について疑義が生じた場合は、再審査請求を依頼し査定額が復活した事例もある。 レセプト査定率:【精神】目標0.04% 【がん】目標0.12% 【精神】実績0.01%であり、達成率400.0%と目標を達成した。 【がん】実績0.14%であり、達成率85.7%と目標を下回った。 【精神】院内各部門との連携により退院情報などの共有に努めるとともに、各種支援・助成制度の活用等について患者の相談に適宜対応している。 【がん】各部門との連携(横のつながり)により情報を共有して事前に未収金が発生する可能性があるケースに早期から対応している。また、患者の相談には公的制度の活用も含めて随時対応を行っている。 【精神】文書・電話による督促・催告と併せて、医事事務嘱託員を中心に未納者の自宅訪問を定期的に実施し、生活状況を把握したうえで分割納付の指導や、家族及び保証人にも接触するなど、効 【がん】特別室料収益は、目標104,846千円に対し、実績109,413千円であり、達成率104.4%と目標を達成した。 イ 患者数に応じた病床の効率的利用、人員の適正配置 【精神】患者の病態について各部署の情報共有が必要なことから、多職種の職員が出席し、毎朝開催される総合診療会議や毎週月曜日に行われる院長チームラウンドでのバックアップ病棟も含むベット調整により、精神科救急入院料算定病棟(北1及び北2病棟)の効率的な運用を図った。 【がん】各部署の看護師長が遅延なく入院管理を行い病床運営を行った。毎日の病床稼働状況は、看護管理室がとりまとめ一元化で把握し、オーバーベットとなる予定入院患者および緊急入院患者の確実な病床の確保をしている。今年度、緩和ケア病棟を感染病床に転用しているため、10月新たに緩和ケア病床10床を5西病棟に設け運用を開始した。また、部署の平均稼働状況から、病床運用に求められる看護師の適切な数を配置できるよう調整している。 【精神】総合診療会議や院長チームラウンドにおいて、効率的なベット調整を図り、病床稼働率の向上に努めた。 【精神】民間病院では受入れ困難な重篤患者を多く受入れているが、病棟大規模修繕が終わり、受入れ体制も整ったことで、精神科救急病床の病床稼働率は83.89%となり前年を上回った。児童・思春期病床も66.6%となり前年を上回った。 ・一般病床稼働率は、目標58.6%に対し、実績58.8%であり、達成率100.3%と目標を達成した。 ・精神科救急病床稼働率は、目標78.8%に対し、実績83.8%であり、達成率106.3%と目標を達成した。 ・児童・思春期病床は、目標は71.4%に対し、実績66.6%であり、達成率93.3%と目標を下回った。 【がん】 ・一般病床稼働率は、目標68.4%に対し、実績65.0%であり、達成率95.0%と目標を下回った。 ・緩和ケア病床稼働率は、目標72.0%に対し、実績55.3%であり、達成率76.8%と目標を下回った。 【精神】医療機器専門のMEが常勤配置されていないが、輸液ポンプ等は、各病棟で毎月点検を行い安全に使用できるようにしている。 【がん】医療機器の稼働率を向上させるための方策について、低侵襲外科センター委員会や放射線診断治療運営委員会において検討し、関係診療科と連携して取り組んだ。	【がん】 ・外来延患者数は、目標87,261人に対し、実績80,883人であり、達成率92.7%と目標を下回った。 ・外来収益は、目標3,869,615千円に対し、実績4,102,651千円であり、達成率106.0%と目標を達成した。 ・入院延患者数は、目標105,632人に対し、実績92,679人であり、達成率87.7%と目標を下回った。 ・病床稼働率は、目標75.6%に対し、実績66.3%であり、達成率87.7%と目標を下回った。 ・入院収益は、目標6,181,737千円に対し、実績5,634,696千円であり、達成率91.2%と目標を下回った。 【精神】「レセプト委員会」を開催し、査定内容の確認及び対策を検討し、次回以降の改善につなげている。 【がん】「診療報酬委員会」を令和2元年度は毎月開催した。返戻・査定事例を精査し、内容を各部門に周知することで次回以降の返戻・査定防止に繋げている。また、査定内容について疑義がある場合は院内で検討し、再審査請求を行い復活する事例もみられている。 レセプト査定率:【精神】目標0.04% 【がん】目標0.12% 【精神】実績0.03%であり、達成率133.3%と目標を達成した。 【がん】実績0.10%であり、達成率120.0%と目標を達成した。 【精神】院内各部門との連携により退院情報などの共有に努めるとともに、各種支援・助成制度の活用等について患者の相談に適宜対応している。 【がん】院内各部門との連携により情報共有に努めるとともに、患者の相談には随時対応している。 【精神】文書・電話による督促・催告と併せて、医事事務嘱託員を中心に未納者の自宅訪問を定期的に実施し、生活状況を把握したうえで分割納付の指導や、家族及び保証人にも接触するなど、効 【がん】特別室のリフォームを実施した。 その結果、特別室料収益は、目標99,325千円に対し、実績101,559千円であり、達成率102.2%と目標を達成した。 イ 患者数に応じた病床の効率的利用、人員の適正配置 【精神】患者の病態について各部署の情報共有が必要なことから、多職種の職員が出席し、毎朝開催される総合診療会議や毎週月曜日に行われる院長チームラウンドでのバックアップ病棟も含むベット調整により、精神科救急入院料算定病棟(北1及び北2病棟)の効率的な運用を図った。 【がん】各部署の病床稼働状況を看護管理室がとりまとめ、当日および2日後先までの入院予約状況を一元化し、部署の稼働に合わせ緊急入院患者の病床を確保している。また、部署の平均稼働状況から、看護師の人員配置を月単位で調整している。 【精神】総合診療会議や院長チームラウンドにおいて、効率的なベット調整を図り、病床稼働率の向上に努めた。 【がん】有料個室の運用では、看護師長が行う入院案内の際に積極的に紹介し、リピーター獲得につながっている。また、各部署の有料個室の運用状況を定期的に可視化し、効果的な稼働につながる 【精神】民間病院では受入れ困難な重篤患者を多く受入れているが、病棟大規模修繕の影響もあり、精神科救急病床の病床稼働率は78.9%となり前年を下回った。児童・思春期病床は63.8%となり前年を下回った。 ・一般病床稼働率は、目標62.1%に対し、実績56.3%であり、達成率90.7%と目標を下回った。 ・精神科救急病床稼働率は、目標85.9%に対し、実績78.9%であり、達成率91.9%と目標を下回った。 ・児童・思春期病床は、目標は64.3%に対し、実績63.8%であり、達成率89.4%と目標を下回った。 【がん】 ・一般病床稼働率は、目標75.4%に対し、実績67.0%であり、達成率88.9%と目標を下回った。 ・緩和ケア病床稼働率は、目標72.2%に対し、実績55.9%であり、達成率72.4%と目標を下回った。 【精神】医療機器専門のMEが常勤配置されていないが、輸液ポンプ等は、各病棟で毎月点検を行い安全に使用できるようにしている。 【がん】医療機器の稼働率を向上させるための方策について、低侵襲外科センター委員会や放射線診断治療運営委員会において検討し、関係診療科と連携して取り組んだ。	【がん】 ・外来延患者数は、目標87,840人に対し、実績86,645人であり、達成率98.6%と目標を下回った。 ・外来収益は、目標3,615,841千円に対し、実績3,926,052千円であり、達成率108.6%目標を達成した。 ・入院延患者数は、目標106,140人に対し、実績105,153人であり、達成率99.1%と目標を下回った。 ・病床稼働率は、目標75.7%に対し、実績75.0%であり、達成率99.1%と目標を下回った。 ・入院収益は、目標5,613,858千円に対し、実績5,945,973千円であり、達成率105.9%と目標を達成した。 【精神】「レセプト委員会」を開催し、査定内容の確認及び対策を検討し、次回以降の改善につなげている。 【がん】「診療報酬委員会」を令和元年度は10回開催した。返戻・査定事例を精査し、内容を各部門に周知することで次回以降の返戻・査定防止につなげている。また、査定内容について疑義がある場合は院内で検討し、再審査請求を行い復活する事例もみられている。 レセプト査定率:【精神】目標0.04% 【がん】目標0.15% 【精神】実績0.02%であり、達成率200%と目標を達成した。 【がん】実績0.15%であり、達成率100%と目標を達成した。 【精神】院内各部門との連携により退院情報などの共有に努めるとともに、各種支援・助成制度の活用等について患者の相談に適宜対応している。 【がん】院内各部門との連携により情報共有に努めるとともに、患者の相談には随時対応している。 【精神】文書・電話による督促・催告と併せて、医事事務嘱託員を中心に未納者の自宅訪問を定期的(4)病床及び医療機器の稼働率向上 【がん】特別室のリフォームを実施した。 その結果、特別室料収益は、目標95,000千円に対し、実績100,067千円であり、達成率105.3%と目標を達成した。 イ 患者数に応じた病床の効率的利用、人員の適正配置 【精神】患者の病態について各部署の情報共有が必要なことから、多職種の職員が出席し、毎朝開催される総合診療会議や毎週月曜日に行われる院長チームラウンドでのバックアップ病棟も含むベット調整により、精神科救急入院料算定病棟(北1及び北2病棟)の効率的な運用を図った。 【がん】当日10時の時点での各部署の病床状況を看護部がまとめ、一元化している。入院患者は担当する診療科の病棟に入院するよう管理しているが、空床がない等受け入れが困難な場合は、看護部副部長がベットコントロールを行い入院ベットを確保しているが、やむを得ず他病棟に入院する際には、患者が点在し診療に支障が出ないように病棟をまとめるなどしている。 【精神】総合診療会議や院長チームラウンドにおいて、効率的なベット調整を図り、病床稼働率の向上に努めた。 【がん】各病棟の病棟稼働状況を全て可視化し、効率的に入院患者を受け入れられるように病棟稼 【精神】民間病院では受入れ困難な重篤患者を多く受入れていることなどから、精神科救急病床の病床稼働率は81.9%となり目標を下回ったが、児童・思春期病床は、積極的な患者の受け入れに努め病床稼働率69.6%と前年度を大幅に上回った。 ・一般病床稼働率は、目標62.1%に対し、実績59.4%であり、達成率95.7%と目標を下回った。 ・精神科救急病床稼働率は、目標89.9%に対し、実績81.9%であり、達成率91.1%と目標を下回った。 ・児童・思春期病床は、目標は64.3%に対し、実績69.6%であり、達成率108.2%と目標を達成した。 【がん】入院がスムーズに運び病床が効率的に利用できるよう取り組んだ。在宅支援が必要となる退院患者に対しては、各部署と地域医療連携室が協同し計画的に退院調整を進めた。各部署への看護師配置では、業務に要する必要看護師数を常時満たし夜勤時間72時間を超えない人員配置となるよう、職員状況をみながら調整に配慮した。急な欠員に対しても早急の対策を講じた。 ・一般病床稼働率は、目標75.4%に対し、実績74.9%であり、達成率99.3%と目標を下回った。 ・緩和ケア病床稼働率は、目標80.0%に対し、実績76.8%であり、達成率96.0%と目標を下回った。 【精神】医療機器専門のMEが常勤配置されていないが、輸液ポンプ等は、各病棟で毎月点検を行い安全に使用できるようにしている。 【がん】医療機器の稼働率を向上させるための方策について、放射線診断治療運営委員会において検討し、関係診療科と連携して取り組んだ。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）												
3 経費削減への取組 人件費の抑制のほか、医療機器、診療材料及び医薬品の購入方法の見直し、業務委託の見直し並びに後発医薬品の採用など、様々な方法により経費の削減に努めること。	3 経費削減への取組 (1) 効率的な業務運営による経費削減への取組 診療実績に応じた適切な人員配置と組織の見直し及び、働き方改革とも呼応した時間外勤務の縮減など、法人全体で聖域を設けることなく、医療の質と経営とのバランスが取れた効率的な業務運営による経費の削減を行う。 (2) 有利な調達手法の活用 契約に際しては、競争性を確保するとともに、調達業務の効率性に配慮しつつ、提案方式による業者選定、複数年契約、事業種類を組み合わせた複合契約など多様な調達方法を活用する。 (3) 医薬品・診療材料等の効果的な管理 医薬品、診療材料、医療消耗備品について、品目毎の使用状況、調達状況等を適切に管理し、費用の節減を図る。 また、同種・同効能・同機能製品への切替えについて十分な検討を行い配慮する。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>材料費比率（精神：対医薬収益）</td><td>7.3%</td></tr><tr><td>材料費比率（がん：対医薬収益）</td><td>36.6%</td></tr></table> (4) 後発医薬品の導入及び調達医薬品等対象品目の整理 後発医薬品の情報や科学的な見地からの検討、供給安定性等を考慮し、積極的に導入を図る。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>後発医薬品使用品目数（精神）</td><td>平成34年までに70品目 （現状の採用医薬品706品目、 後発医薬品62品目）</td></tr><tr><td>後発医薬品使用品目数（がん）</td><td>平成34年までに200品目 （現状の採用医薬品1,306品目、 後発医薬品184品目）</td></tr></table> (5) 業務委託の検証 業務委託については、毎年度検証を行い、コスト管理と業務管理を適切に実施する。	目標とする指標	目標値	材料費比率（精神：対医薬収益）	7.3%	材料費比率（がん：対医薬収益）	36.6%	目標とする指標	目標値	後発医薬品使用品目数（精神）	平成34年までに70品目 （現状の採用医薬品706品目、 後発医薬品62品目）	後発医薬品使用品目数（がん）	平成34年までに200品目 （現状の採用医薬品1,306品目、 後発医薬品184品目）
目標とする指標	目標値												
材料費比率（精神：対医薬収益）	7.3%												
材料費比率（がん：対医薬収益）	36.6%												
目標とする指標	目標値												
後発医薬品使用品目数（精神）	平成34年までに70品目 （現状の採用医薬品706品目、 後発医薬品62品目）												
後発医薬品使用品目数（がん）	平成34年までに200品目 （現状の採用医薬品1,306品目、 後発医薬品184品目）												
第4 財務内容の改善に関する事項 県民に必要な医療を安定的に提供していくため、中期計画において各項目ごとに定量的目標を設定し、経営基盤の立て直しを図り、病院機構全体として経営改善に努めること。 1 経常収支比率の均衡 「第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項」で定めた事項に配慮した中期計画を作成し、当該予算による運営の実施により、中期目標期間内の平成32年度までに、病院機構全体として経常収支比率100%以上を達成し、その後も維持すること。	第4 予算、収支計画及び資金計画 1 経常収支比率の均衡 「第3 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」で定めた計画を確実に実施することにより、毎年度経常収支比率100%以上を達成することを目指す。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>経常収支比率（機構全体）</td><td>毎年度100%以上</td></tr><tr><td>医薬収支比率（機構全体）</td><td>毎年度82.5%以上</td></tr></table>	目標とする指標	目標値	経常収支比率（機構全体）	毎年度100%以上	医薬収支比率（機構全体）	毎年度82.5%以上						
目標とする指標	目標値												
経常収支比率（機構全体）	毎年度100%以上												
医薬収支比率（機構全体）	毎年度82.5%以上												

実績（令和３年度）	実績（令和２年度）	実績（令和元年度）
３ 経費削減への取組 【本部】契約に際しては、一般競争入札やオープンカウンター、 複数年契約など多様な契約方法により経費節減に努めたほか、例年実施しているA重油やLPG、コピー用紙の一括入札に加え、事務部会契約ワーキングの意見交換を踏まえ、新たに病院給食の一括入札を行うなど、スケールメリットを有効に活用した。 【精神】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により競争性を確保したほか、複数年契約など有利な契約方法の選定を実施した。 【がん】一般競争入札、オープンカウンターを推進したほか、プロポーザル方式による業者選定、複数年契約など有利な契約方法を選定し実施した。 【本部】一般競争入札やオープンカウンター、 複数年契約など多様な契約方法により経費節減に努めたほか、例年実施しているA重油やLPGの機構一括入札に加え、事務部会契約ワーキングの意見交換を踏まえ、新たにコピー用紙の一括入札を行うなど、スケールメリットを活かした経費の削減に取り組んだ。 【精神】医薬品は毎月在庫確認を実施し、また、棚卸も行うことで、適正な在庫管理に努めた。診療材料を頻回に使う部署には費用縮減等について働きかけを行った。 【がん】医薬品、診療材料等については、定期的な棚卸や病棟等の定数見直しを行うことで、適正な在庫管理に努めたほか、医薬品の同効能後発薬品へ切り替えを進めた。また、診療材料に係る新規購入、切り替えには一品毎に診療材料管理委員会に諮り、必要性や価格等について検討を行った。さらに同委員会では、使用期限切れ材料、不動在庫、廃薬品についても検討を重ね、徹底的に在庫管理を行うこととした。また、医薬品について、契約している業者と8月及び2月に価格交渉を行い経費の削減に努めた。 材料費率:【精神】目標7.4% 【がん】目標36.5% 【精神】実績7.4%であり、目標を達成した。 【がん】実績39.0%であり、目標を下回った。 【精神】薬事委員会において後発医薬品への切り替えの提案のほか、使用頻度の少ない医薬品については削除を行い、品目数の削減に努めているが、後発医薬品製造メーカー側の問題により後発品の全国的な出荷調整があり、一部先発品への切り替えがあったため後発医薬品の使用品目数が減少している。 【がん】後発医薬品に対する取り組みは、例年通り薬事委員会を通して薬剤部主導で行った。昨今の後発医薬品供給不全が続く中、供給への影響が低いと考えられる後発医薬品を選定し、導入に努めた。 後発医薬品使用品目数:【精神】目標110品目 【がん】目標200品目 【精神】実績96品目であり、達成率87.3%と目標を下回った。 【がん】実績237品目であり、達成率118.5%と目標を達成した。 【精神】清掃や給食委託業務では、関係部署と請負業者による清掃委託業務調整会議や食事療養業務連絡会を開催し、業務の検証や課題等を確認し、業務が適正に行われるように努めた。 【がん】院内競争入札委員会等において、仕様内容等について十分な審査を行い、より適切な契約締結に努めた。 １ 経常収支比率の均衡 令和3年度の実績は103.4%と、目標である100.2%以上を達成した。 令和3年度の実績は80.1%と、目標である81.4%以上を下回った。新型コロナウイルス感染症の影響により、精神C、がんC両病院にて、入院・外来患者数が計画を下回ったことが主な要因である。 《経常収支比率》 【精神】目標100.1%に対し、実績106.0%であり、達成率105.9%と目標を達成した。 【がん】目標101.8%に対し、実績104.3%であり、達成率102.5%と目標を達成した。 【機構全体】目標100.2%に対し、実績103.4%であり、達成率103.2%と目標を下回った。 《医薬収支比率》 【精神】目標62.2%に対し、実績67.5%であり、達成率108.5%と目標を達成した。 【がん】目標86.4%に対し、実績83.3%であり、達成率96.4%と目標を下回った。 【機構全体】目標81.4%に対し、実績80.1%であり、達成率98.4%と目標を達成した。	３ 経費削減への取組 【本部】契約に際しては、一般競争入札やオープンカウンター、複数年契約など多様な契約方法により経費節減に努めたほか、例年実施しているA重油やLPGの機構一括入札に加え、事務部会契約ワーキングの意見交換を踏まえ、新たにコピー用紙の一括入札を行うなど、スケールメリットを活かしてコスト削減を図った。 【精神】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により競争性を確保したほか、複数年契約など有利な契約方法の選定を実施した。 【がん】一般競争入札、指名競争入札、オープンカウンターを推進したほか、プロポーザル方式による業者選定、複数年契約など有利な契約方法を選定し実施した。昨年に引き続き、複数の業者を参加させるために、指名競争入札を試行的に行った。 【本部】一般競争入札やオープンカウンター、複数年契約など多様な契約方法により経費節減に努めたほか、例年実施しているA重油やLPGの機構一括入札に加え、事務部会契約ワーキングの意見交換を踏まえ、新たにコピー用紙の一括入札を行うなど、スケールメリットを活かした経費の削減に取り組んだ。 【精神】医薬品は年2回の在庫確認を行い、適正な在庫管理に努めた。診療材料を頻回に使う部署には費用縮減等について働きかけを行った。 【がん】医薬品、診療材料等については、病棟等の定数見直しを行い適正な在庫管理に努めたほか、医薬品の同効能後発薬品へ切り替えを進めた。また、診療材料に係る新規購入、切り替えには一品毎に診療材料管理委員会に諮り、必要性や価格等について検討を行った。さらに同委員会では、使用期限切れ材料、不動在庫、廃薬品についても検討を重ね、徹底的に在庫管理を行うこととした。また、医薬品について、契約している業者と8月及び2月に価格交渉を行い経費の削減に努めた。低侵襲外科センターにおいては、必要性、汎用性、経済性を考慮した機器の選定に努め、費用の削減を図った。 材料費率:【精神】目標7.2% 【がん】目標38.2% 【精神】実績7.5%であり、目標を下回った。 【がん】実績39.9%であり、目標を下回った。 【精神】薬事委員会において後発医薬品への切り替えの提案のほか、使用頻度の少ない医薬品については削除を行い、品目数の削減に努めた。 【がん】後発医薬品に対する取り組みは、薬事委員会を通して薬剤部主導で行ってきた。後発品メーカーの不祥事の影響を受け安定供給の面で調達に苦慮したが、経営戦略室から助言を受けながら後発医薬品体制加算が算定できるよう努力した。薬事委員会において後発医薬品への切り替えの提案を行い、後発医薬品の採用品目数の増加を図った。令和2年度の後発医薬品使用品目数は219品目であり、前年度に比べ増加している。新規医薬品の採用にあたっては、一増一減を原則とし、使用実績の低い医薬品については登録の抹消を進めるなど、採用品目数の削減に努めた。また、同種同効薬については、エビデンスに基づいた医薬品の選定を行い、正しい薬物治療につながる医薬品の採用状況となるよう品目の整理を行った。後発医薬品使用品目数:【精神】目標80品目 【がん】目標200品目 【精神】実績98品目であり、達成率122.5%と目標を達成した。 【がん】実績219品目であり、達成率109.5%と目標を達成した。 【精神】清掃や給食委託業務では、関係部署と請負業者による清掃委託業務調整会議や食事療養業務連絡会を開催し、業務の検証や課題等を確認し、業務が適正に行われるように努めた。 【がん】院内競争入札委員会等において、仕様内容等について十分な審査を行い、より適切な契約締結に努めた。 １ 経常収支比率の均衡 令和2年度の実績は99.4%と、目標である100.0%以上を下回った。新型コロナウイルス感染症の影響により、精神C、がんC両病院にて、入院・外来患者数が計画を下回ったことが主な要因である。 令和2年度の実績は80.4%と、目標である82.4%以上を下回った。新型コロナウイルス感染症の影響により、精神C、がんC両病院にて、入院・外来患者数が計画を下回ったことが主な要因である。 《経常収支比率》 【精神】目標100.7%に対し、実績100.9%であり、達成率100.1%と目標を達成した。 【がん】目標101.4%に対し、実績100.3%であり、達成率98.9%と目標を下回った。 【機構全体】目標100.0%に対し、実績99.4%であり、達成率99.4%と目標を下回った。 《医薬収支比率》 【精神】目標65.2%に対し、実績64.3%であり、達成率97.7%と目標を下回った。 【がん】目標86.6%に対し、実績84.5%であり、達成率97.6%と目標を下回った。 【機構全体】目標82.4%に対し、実績80.4%であり、達成率97.6%と目標を下回った。	３ 経費削減への取組 (1) 効率的な業務運営による経費削減への取組 【本部】契約に際しては、一般競争入札やオープンカウンター、 複数年契約など多様な契約方法により経費節減に努めたほか、引き続き、A重油やLPG等を機構一括で購入(単価契約)するなど、スケールメリットを活かした経費の削減に取り組んだ。 【精神】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により競争性を確保し、また、複数年契約など有利な契約方法の選定を実施した。 【がん】一般競争入札、指名競争入札、オープンカウンターを推進したほか、プロポーザル方式による業者選定、複数年契約など有利な契約方法を選定し実施した。特に今年度は、多くの業者を参加させるために、指名競争入札を積極的に行い、競争性を高めた結果、落札率の低下につながった。 【本部】一般競争入札やオープンカウンター、 複数年契約など多様な契約方法により経費節減に努めたほか、引き続き、A重油やLPG等を機構一括で購入(単価契約)するなど、スケールメリットを活かした経費の削減に取り組んだ。 【精神】医薬品は年2回の在庫確認を行い、適正な在庫管理に努めた。診療材料を頻回に使う部署には費用縮減等について働きかけを行った。 【がん】医薬品、診療材料等については、病棟等の定数見直しを行い適正な在庫管理に努めたほか、医薬品の同効能後発薬品へ切り替えを進めた。また、診療材料に係る新規購入、切り替えには一品毎に診療材料管理委員会に諮り、必要性や価格等について検討を行った。さらに同委員会では、使用期限切れ材料、不動在庫、廃薬品についても検討を重ね、徹底的に在庫管理を行うこととした。また、医薬品について、契約している業者と8月及び2月に価格交渉を行い経費の削減に努めた。 材料費率:【精神】目標7.2% 【がん】目標36.6% 【精神】実績7.2%であり、達成率100%と目標を達成した。 【がん】実績39.4%であり、目標を下回った。 ＊がんセンターでは、新薬開発に伴い高額医薬品の使用が増加して材料費率(薬品費＋診療材料等／医薬収益)が増加したものの、薬品費を除いた診療材料費率は減少しており、診療材料費の削減が図られている。 【精神】薬事委員会において後発医薬品への切り替えの提案のほか、使用頻度の少ない医薬品については削除を行い、品目数の削減に努めた。 【がん】後発医薬品の導入については、薬事委員会に諮り、採用後は院内への周知を行って使用の促進を図っている。また、医薬品等の適正在庫については、病棟等の定数見直しを行うなど、院内の適正在庫管理に努めている。 後発医薬品使用品目数:【精神】目標60品目 【がん】目標190品目 【精神】実績79品目であり、達成率131.7%と目標を達成した。 【がん】実績210品目であり、達成率110.5%と目標を達成した。 【精神】清掃や給食委託業務では、関係部署と請負業者による清掃委託業務調整会議や食事療養業務連絡会を開催し、業務の検証や課題等を確認し、業務が適正に行われるように努めた。 【がん】院内競争入札委員会等において、仕様内容等について十分な審査を行い、より適切な契約締結に努めた。 １ 経常収支比率の均衡 令和元年度の実績は102.0%と、目標である101.1%以上を上回った。主にがんセンターにて、計画と比較して、入院・外来収益が大きく増加したことが主な要因である。 令和元年度の実績は81.7%と、目標である80.8%以上を上回った。主にがんセンターにて、計画と比較して、入院・外来収益が大きく増加したことが主な要因である。 《経常収支比率》 【精神】目標102.7%に対し、実績98.9%であり、達成率96.3%と目標を下回った。 【がん】目標102.4%に対し、実績104.0%であり、達成率101.6%と目標を達成した。 【機構全体】目標101.1%に対し、実績102.0%であり、達成率100.9%と目標を達成した。 《医薬収支比率》 【精神】目標69.2%に対し、実績65.4%であり、達成率93.6%と目標を下回った。 【がん】目標83.9%に対し、実績85.9%であり、達成率102.4%と目標を達成した。 【機構全体】目標80.8%に対し、実績81.7%であり、達成率101.1%と目標を達成した。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）
2 経営基盤の立て直し 健全で効率的な病院運営を継続するため、設備投資及びそれに伴う将来的な減価償却費の発生額並びに借入金の調達及び将来的な返済額を踏まえ、キャッシュフロー重視の経営を行い、病院機構全体で計画的な資金収支の管理に努め、経営基盤の立て直しを図り、債務超過額の縮減に努めること。	2 経営基盤の立て直し 健全で効率的な病院運営を継続するため、設備投資やそれに伴う将来的な減価償却費の発生額、借入金の調達や将来的な返済額を踏まえ、キャッシュフロー重視の経営を行い、病院機構全体で計画的な資金収支の管理に努め、経営基盤の立て直しを図り、債務超過の縮減に取り組む。 (1) 予算(平成27年度～平成30年度) 別紙1のとおりとする。 (2) 収支計画(平成27年度～平成30年度) 別紙2のとおりとする。 (3) 資金計画(平成27年度～平成30年度) 別紙3のとおりとする。 第5 短期借入金の限度額 1 限度額 20億円とする。 2 想定される理由 賞与の支給等による一時的な資金不足に対応するため。 第6 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 中期目標期間中の計画はない。 第7 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 中期目標期間中の計画はない。 第8 剰余金の使途 決算において剰余金が発生した場合は、将来の病院建物の大規模修繕、改築、医療機器の整備や研究・研修の充実などに充てる。 第9 積立金の処分に関する計画 第2期中期目標期間の最終事業年度終了後、地方独立行政法人法第40条第4項に該当する積立金があるときは、病院施設の整備、医療機器の購入等に充てる。 第10 料金に関する事項 1 使用料及び手数料 病院を利用する者からは、使用料及び手数料として次に掲げる額を徴収する。 ① 健康保険法(大正11年法律第70号)第76条第2項の規定により厚生労働大臣が定める算定方法及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第71条第1項の規定により厚生労働大臣が定める療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準(診療報酬算定方法)により算定した額 ② 健康保険法第85条第2項及び第85条の2第2項並びに高齢者の医療の確保に関する法律第74条第2項及び第75条第2項の規定により厚生労働大臣が定める基準(食事療養及び生活療養費用算定基準)により算定した額 ③ ①、②以外のものについては、別に理事長が定める額 2 使用料及び手数料の減免 理事長は、特別の事情があると認めたときは、使用料及び手数料の全部又は一部を減額し、又は免除することができる。

実績（令和3年度）	実績（令和2年度）	実績（令和元年度）
2 経営基盤の立て直し 法人全体として、主に新型コロナウイルス感染症による患者数減少があったものの、新型コロナウイルス感染症対策補助金等があり、最終損益は526百万円の黒字となり、年度計画を約495百万円上回った。 【精神】新規入院患者数の増加や平均在院日数の延長等により入院患者数及び入院収益が増加したことに加え、医師の減少に伴う給与費の減少等により、当年度純損益は目標を上回った。 【がん】入院収益については、入院患者数の減少及び緩和ケア病棟をコロナ感染症病棟として運用していることから目標を下回った。また、外来収益においても外来患者数の減少及び高額薬剤の使用や外来化学療法法の件数が減少していることに伴い、目標を下回った。その一方でコロナ感染症病棟の空床補償等を含むコロナ補助金による収益の増加や、職員数の減少及び人事委員会勧告に伴う給与規程の改正による給与費の減少、新電子カルテシステムの稼働時期に延期に伴う委託料や減価償却費の減少等により、当年度純損益は目標を上回った。 令和3年度は、設立団体(県)から運転資金として1,000百万円の短期借入を行った。 計画はないため、評価を省略する。 計画はないため、評価を省略する。 【本部】令和2年度決算時点で繰越欠損金が△1,143百万円発生しており、令和3年度決算では526百万円の純利益の計上、繰越欠損金は△617百万円となった。 地方独立行政法人法第40条第4項に該当する積立金は発生していない。	2 経営基盤の立て直し 法人全体として、主に新型コロナウイルス感染症による患者数減少により、年度計画に対して営業・営業外収益は288百万円下回り、人件費・経費の執行残等により、営業・営業外費用は197百万円下回った。その結果、経常損益・最終損益ともに88百万円の赤字となり、年度計画を約91百万円下回った。 【精神】新型コロナウイルス感染症による影響や地域移行の推進等により入院患者数及び入院収益が減少した一方、入院患者減少に伴う給食業務等の委託費用の減少や新型コロナウイルス感染症に係る補助金収益等により、当年度純損益は目標を上回った。 【がん】新型コロナウイルスの影響により、入院患者数及び外来患者数共に予算より下回ったことにより、当年度純損益は目標を下回った。また、外来患者数は目標より下回っているものの、外来化学療法法の増加による高額薬剤の増加及び新型コロナウイルスによる軽症患者の受診延期等により外来単価が増加しており、外来収益については目標を上回っている。 令和2年度は、設立団体(県)から運転資金として1,000百万円の短期借入を行った。 計画はないため、評価を省略する。 計画はないため、評価を省略する。 【本部】令和元年度決算時点で繰越欠損金が△1055百万円発生しており、令和2年度決算では88百万円の純損失の計上、繰越欠損金は△1,143百万円に拡大した。 地方独立行政法人法第40条第4項に該当する積立金は発生していない。	2 経営基盤の強化 主にがんセンターの入院外来収益の増により、法人全体としては、年度計画に対して営業・営業外収益は629百万円上回り、営業・営業外費用は470百万円上回った。その結果、経常利益は319百万円となり、年度計画を158百万円上回った。また、循環器・呼吸器病センターの閉院に伴い栗原市へ身分移行した職員分の市町村退職手当組合へ積み立てるべき退職手当相当額を宮城県から運営費負担金として受領したこと等により、純利益は454百万円の黒字となり、年度計画を160百万円上回った。 【精神】地域移行の推進等により入院患者数が減少した一方、人件費等が増加したこと、また、精神科救急病床において見込患者数を確保できなかったこと等により、当年度純損益は目標を下回った。 【がん】入院収益において、7対1専門病院入院基本料を算定したことや、外来収益において、外来化学療法が増加したことなどに伴い、入院・外来患者一人当たりの診療収入(患者単価)が増加したため、当年度純損益は目標を大きく上回った。 令和元年度は、設立団体から運転資金として1,000百万円の短期借入を行った。 計画はないため、評価を省略する。 計画はないため、評価を省略する。 【本部】平成30年度決算時点で繰越欠損金が1,509百万円発生しており、令和元年度決算では454百万円の純利益の計上となったものの、剰余金は発生しなかった。しかしながら、繰越欠損金は△1,055百万円に圧縮した。 地方独立行政法人法第40条第4項に該当する積立金は発生していない。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）
第5 その他業務運営に関する重要事項 新公立病院改革ガイドライン(平成27年3月31日付け総財準第59号総務省通知)及び県において実施する在り方検討の結果を踏まえた取組を進めること。 また、県立病院として、県民に安心して良質な医療を継続的に提供できるよう、中期計画において各項目ごとに定量的目標を設定し、適切な業務運営に取り組むこと。 1 人事に関する事項 県民の医療ニーズや医療制度の変化に応え、良質で安全な医療を提供していくため、必要な医療従事者の迅速かつ柔軟な採用を行うこと。採用に当たっては、最適な職員構成を分析し、適切な職員配置となるよう努めるとともに、積極的に障害者雇用に努めること。 また、多様化する業務に対応できるよう、定型的業務のアウトソーシングや有期雇用職員等の活用を図るなど、適切な職員の配置により、経営効率の高い業務運営体制の構築に努めること。 さらに、人事評価制度の構築・導入を進め、職員の士気向上を図られるよう努めること。 2 就労環境の整備 風通しの良い組織づくりに取り組むとともに、職員の健康維持・増進を図るために、各種健診やメンタルヘルスケアを実施すること。 また、ワークライフバランスを推進するための環境整備を図ること。 さらに、各種ハラスメントを未然に防ぐため、形式的なマニュアル整備にとどまらず、研修会の実施や組織体制の構築に努めること。	第11 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 人事に関する計画 1 人事に関する計画 (1) 医療従事者の迅速かつ柔軟な採用 県民の医療ニーズに応え、良質で安全な高度・専門医療を提供するために、必要な医療従事者の迅速かつ柔軟な採用を行うとともに、障害者雇用も推進する。 (2) 定型的業務のアウトソーシングや有期職員等の活用 適切な職員の配置のため、定型的業務の内容等を検証し、必要に応じてアウトソーシングを実施する。 また、多様化する業務に対応するため、有期職員等の活用、職員の能力開発研修の実施、退職者の再雇用により、経営効率の高い業務運営体制を構築する。 (3) 職員の勤務成績を反映した業務評価制度の実施 職員の行動や能力、業績を客観的に反映させることができるような人事評価制度の構築・導入を進め、職員の士気向上を図る。 2 就労環境の整備 (1) 活力ある職場づくり 病院の経営改善に関して、院内の部会等を通じて情報の共有を図るとともに、各種研修会や職員提案制度等を通じた職員からの企画提案を可能とするシステムを構築すること等により、より良い意思疎通が図られる職場づくりを進める。 (2) 職員の健康管理対策の徹底 職員が健康で働き続けることができるよう、定期健康診断や人間ドックをはじめとする各種検診のほか、ストレスチェックや精神健康管理医によるメンタルヘルスケア等を実施し、職員の健康維持・増進に努める。 (3) 職員の負担軽減と家庭環境への配慮 職員が、より良質な医療を提供できるよう、医師事務作業補助者や看護師補助者等を適正に配置する。 また、人事・給与及び出退勤管理のシステムを構築し、事務処理及び労務管理の適正化・効率化を推進する。 さらに、がんセンターにおける院内保育所の24時間保育を引き続き実施し、育て中の職員を支援するほか、家庭環境に配慮した休暇が取得しやすい職場環境づくりに努め、ワークライフバランスの向上に取り組む。

実績（令和３年度）	実績（令和２年度）	実績（令和元年度）
1 人事に関する事項 【本部】病院の実状に応じて、医療従事者の採用試験を実施した。 【本部】障害者手帳の所持に係る調査や再点検を実施し、正確な雇用状況を把握するとともに、研修会の実施や各種セミナーや面接会等に参加し、障害者雇用の現状について知見を深め、雇用促進に努めた。また、2病院とともに障害者の受入れ可能な業務を選定の上、4件の求人を行い、がんセンターの業務補助として有期雇用職員1名の採用を行った他、支援学校から1名の実習受入れを行った。 障害者雇用率は、目標2.00%に対し、実績2.01%であり、達成率100%と目標を達成した。 【本部】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2名を雇用し、活用している。 【精神】文書整理等定型的な業務や病棟内の環境整備については、有期職員を採用し対応している。 【がん】文書整理や給与事務の一部、支払事務の一部など、定型的業務で有期雇用職員を活用した。 【本部】退職者を再雇用し、経営効率の高い業務運営体制の構築に努めた。 また、専門的な知識経験を要する業務等に従事させるため、任期付職員を確保した。 【本部】業務評価制度の構築に向けて、必要性や今後の課題等について整理・分析を行った。 2 就労環境の整備 【本部】各職種の業務検討部会の他、院内の各種会議等を通じて中期計画・年度計画や経営改善に関する情報共有を図った。 職員提案数は、目標5件に対し、実績0件であり、達成率0%と目標を下回った。 【本部】定期健康診断をはじめとする各種健診のほか、人間ドック等を実施した。また、新任職員研修にて、メンタルヘルスの一環として、先輩職員4名から自身のこれまでの体験やストレスコントロールについての講話を実施し、職員のメンタル不全の防止に努めた。さらに、労働者のストレスの程度を把握し、労働者自身のストレスへの気付きを促すとともに、職場改善につなげ、職員がメンタルヘルス不調となることを未然に防止することを目的にストレスチェックを実施した。 【本部】各病院において医師事務補助者や看護師業務補助を配置し、医療従事者の負担軽減に努めた。また、働き方改革の取組の一環として、時間外勤務の縮減、年次有給休暇等の計画的使用促進に関する通知を各病院へ発出し、休暇の取得しやすい環境づくりに努めた。なお、職員の勤務時間の把握や事務省力化を図るため、「勤務管理システム」を導入した。 【がん】終夜保育や土曜日、日曜日及び祝日の保育等の時間外保育を引き続き実施し、子育て中の職員を支援している。 【精神】休暇等について、計画的に取得できるような環境づくりに努めたほか、医師や看護師等の医療従事者等の出勤表の作成にあたっては職員の健康状況や家庭環境に配慮するなど、勤務しやすい職場づくりに努めている。 【がん】休暇の計画的な取得を推進し、休暇を取得しやすい環境づくりに努めた。 【本部】年次有給休暇の計画的使用の促進について通知するとともに、年次有給休暇等取得計画表を活用して休暇を取得しやすい環境作りに務めた。	1 人事に関する事項 【本部】病院の実状に応じて、医療従事者の採用試験を実施した。 【本部】障害者手帳の所持に係る調査や再点検を実施し、正確な雇用状況を把握するとともに、各種セミナーや面接会等に参加し、障害者雇用の現状について知見を深め、雇用促進に努めた。また、2病院とともに障害者の受入れ可能な業務を選定の上、4件の求人を行い、本部の事務補助として有期雇用職員として1名の採用を行った。 障害者雇用率は、目標1.77%に対し、実績1.83%であり、達成率103.4%と目標を達成した。 【本部】給与計算業務については、アウトソーシング先との連絡調整や修正が生じた際の確認に時間を要するなど非効率であったため、機構内部で給与計算を完結させることができる人事給与システムを導入するに至った。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2名を雇用し、活用している。 【精神】文書整理等定型的な業務や病棟内の環境整備については、有期職員を採用し対応している。 【本部】退職者を再雇用し、経営効率の高い業務運営体制の構築に努めた。 また、専門的な知識経験を要する業務等に従事させるため、任期付職員を確保した。 さらに、同一労働同一賃金を踏まえ、昇給制度の導入や、期末手当相当分の賃金の支給、特別有給休暇の拡充など、有期雇用職員の処遇改善を行った。 【本部】業務評価制度の構築に向けて、必要性や今後の課題等について整理・分析を行った。 2 就労環境の整備 【本部】各職種の業務検討部会の他、院内の各種会議等を通じて中期計画・年度計画や経営改善に関する情報共有を図った。 職員提案数は、目標3件に対し、実績0件であり、達成率0%と目標を下回った。 【本部】定期健康診断をはじめとする各種健診のほか、人間ドック等を実施した。また、新任職員研修の一環で、精神健康管理医によるメンタルヘルスに関する講義を実施し、職員のメンタル不全の防止に努めた。さらに、労働者のストレスの程度を把握し、労働者自身のストレスへの気付きを促すとともに、職場改善につなげ、職員がメンタルヘルス不調となることを未然に防止することを目的にストレスチェックを実施した。 【本部】各病院において医師事務補助者や看護師業務補助を配置し、医療従事者の負担軽減に努めた。また、働き方改革の取組の一環として、時間外勤務の縮減、年次有給休暇等の計画的使用促進に関する通知を各病院へ発出し、休暇の取得しやすい環境づくりに努めた。なお、職員の勤務時間の把握や事務省力化を図るため、「勤務管理システム」及び「人事給与システム」を導入した。 【がん】終夜保育や土曜日、日曜日及び祝日の保育等の時間外保育を引き続き実施し、子育て中の職員を支援している。 なお、院内保育所の委託業務契約の終了に備えて、公募型プロポーザルを施行し、委託業者の選定を行った。 【精神】休暇等について、計画的に取得できるような環境づくりに努めたほか、医師や看護師等の医療従事者等の出勤表の作成にあたっては職員の健康状況や家庭環境に配慮するなど、勤務しやすい職場づくりに努めている。 【がん】休暇の計画的な取得を推進し、休暇を取得しやすい環境づくりに努めた。 【本部】年次有給休暇の計画的使用の促進について通知するとともに、年次有給休暇等取得計画表を活用して休暇を取得しやすい環境作りに務めた。	1 人事に関する事項 【本部】病院の実状に応じて、医療従事者の採用試験を実施した。 また、がんセンターの看護部長職は、幅広く有為な人材を登用するため、試行的に機構内公募を実施した。 【本部】障害者手帳の所持に係る調査や再点検を実施し、正確な雇用状況を把握した。また、各種セミナーや面接会等に参加し、障害者雇用の現状について知見を深め、雇用促進に努めた。 障害者雇用率は、目標1.42%に対し、実績1.61%であり、達成率113.3%と目標を達成した。 【本部】給与計算業務を外部委託する等、定型的業務のアウトソーシングを行った。 【精神】文書整理等定型的な業務や病棟内の環境整備については、有期職員を採用し対応している。 【本部】退職者を再雇用し、経営効率の高い業務運営体制の構築に努めた。 また、専門的な知識経験を要する業務等に従事させるため、任期付職員を確保した。 さらに、同一労働同一賃金を踏まえ、昇給制度の導入や、期末手当相当分の賃金の支給、特別有給休暇の拡充など、有期雇用職員の処遇改善に向けた準備を行った。 【本部】業務評価制度の構築に向けて、必要性や今後の課題等について整理・分析を行った。 2 就労環境の整備 【本部】各職種の業務検討部会の他、院内の各種会議等を通じて中期計画・年度計画や経営改善に関する情報共有を図った。また、職員提案要綱を周知、運用を行い、職員提案数は3件であった。 職員提案数は、目標3件に対し、実績3件であり、達成率100%と目標を達成した。 【本部】定期健康診断をはじめとする各種健診のほか、人間ドック等を実施した。また、新任職員研修の一環で、精神健康管理医によるメンタルヘルスに関する講義を実施し、職員のメンタル不全の防止に努めた。さらに、労働者のストレスの程度を把握し、労働者自身のストレスへの気付きを促すとともに、職場改善につなげ、職員がメンタルヘルス不調となることを未然に防止することを目的にストレスチェックを実施した。 【本部】各病院において医師事務補助者や看護師業務補助を配置し、医療従事者の負担軽減に努めた。また、働き方改革の取組の一環として、時間外勤務の縮減、年次有給休暇等の計画的使用促進に関する通知を各病院へ発出し、休暇の取得しやすい環境づくりに努めた。なお、職員の勤務時間の把握や事務省力化を図るため、「勤務管理システム」及び「人事給与システム」の導入に向けて、各病院と意見交換を行いながら、システム構築の検討を進めた。 【がん】終夜保育や土曜日、日曜日及び祝日の保育等の時間外保育を引き続き実施し、子育て中の職員を支援している。 【精神】休暇等について、計画的に取得できるような環境づくりに努めたほか、医師や看護師等の医療従事者等の出勤表の作成にあたっては職員の健康状況や家庭環境に配慮するなど、勤務しやすい職場づくりに努めている。 【がん】休暇の計画的な取得を推進し、休暇を取得しやすい環境づくりに努めた。 【本部】年次有給休暇の計画的使用の促進について通知するとともに、年次有給休暇等取得計画表を活用して休暇を取得しやすい環境作りに務めた。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）				
3 病院の信頼度の向上 医療の質やサービスの向上に努め、県立病院に対する県民の信頼を高めていくこと。	(4) ハラスメントの防止と的確な対応 セクシャルハラスメント、パワーハラスメント、モラルハラスメントについて、職場内での意識啓発や研修会の定期的開催及び相談体制の整備等により、ハラスメントを未然に防ぎ、ハラスメントの無い職場環境をつくるとともに、発生時には被害者の救済を第一に考えて、的確な対応ができる組織体制を構築する。 <table><tr><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>ハラスメントに関する研修会の開催回数</td><td>年 1 回以上</td></tr></table> 3 病院の信頼度の向上 (1) 医療提供体制の整備，サービスの向上 より医療の質を高め，体制の整備やサービスの向上を進めることにより，病院としての信頼度を向上させる。精神医療センターにおいては，自己評価等を行い，病院機能を改善し，医療の質を向上させる。がんセンターにおいては，現在取得している病院機能評価の認定基準を維持するとともに，認定基準の変更があった際には適切に対応する。 (2) 認定施設等の認定・指定の推進 医療水準のさらなる向上のため，法律等に基づく指定医療機関や厚生労働省・学会による認定施設の指定・認定取得を推進し，県民の信頼を向上させる。 (3) 医療倫理の周知・徹底 患者の権利や日々の診療における臨床倫理の課題について，医療倫理に関する審査委員会において検討を行い，その検討結果を職員に周知する。	目標とする指標	目標値	ハラスメントに関する研修会の開催回数	年 1 回以上
目標とする指標	目標値				
ハラスメントに関する研修会の開催回数	年 1 回以上				

実績（令和３年度）	実績（令和２年度）	実績（令和元年度）
【本部】各種ハラスメントの防止のため、ハラスメント研修を行いハラスメントの無い職場環境の構築に努めた。多くの職員に受講を促すため、研修の様子を撮影しオンライン（YouTube）で閲覧できるように工夫した。 【精神】「ハラスメントの防止等に関する要綱」を全体会議等で情報共有し、職員が相談しやすい体制づくりに努めた。 全職員を対象に院内で研修を行い、情報の共有化を図っている。 ハラスメントに関する研修会の開催は、目標1回に対し、実績1回であり、達成率100％と目標を達成した。 3 病院の信頼度の向上 【精神】新病院建設後に新基準で取得することとしていたため、新病院建設計画が延期となったことから認定取得に向けた動きは休止している。 【がん】平成30年5月に認定を受けた「3rdG:Ver.1.1」については、認定期間が令和5年5月までとなっていることから、「3rdG:Ver.2.0」を更新受審する予定である。令和3年度は病院機能評価準備委員会を立ち上げるとともに、評価機構に更新申込を行った。 【精神】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ている。 【がん】診療報酬算定に必要な施設認定について、各研修施設責任者と情報共有を図っている。各種学会等の専門医研修施設認定等51件受けている。 【精神】精神保健福祉法に基づく身体拘束や隔離を行う場合には、人権を尊重した対応を行うよう行動制限最小化・特例措置事後審査委員会において職員に対し周知徹底を行っている。 【がん】倫理審査委員会を年6回開催し、病院及び研究所が行う臨床研究並びに医療倫理に対する倫理審査を的確に行った。その結果は、生命科学・医学系研究に関する倫理指針等に基づきウェブサイト上で公開しており、広く職員に周知されている。	【本部】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、ハラスメントの無い職場環境の構築に努めた。 【精神】「ハラスメントの防止等に関する要綱」を全体会議等で情報共有し、職員が相談しやすい体制づくりに努めた。 全職員を対象に院内で研修を行い、情報の共有化を図っている。 ハラスメントに関する研修会の開催は、目標1回に対し、実績1回であり、達成率100％と目標を達成した。 3 病院の信頼度の向上 【精神】新病院建設後に新基準で取得することとしていたため、新病院建設計画が延期となったことから認定取得に向けた動きは休止している。 【がん】平成30年5月に新基準である3rdG:Ver.1.1に認定され、令和2年度は更新受審へ向けたスケジュールを確定し、中間報告における課題の改善について、各部署と検討を行い令和4年の受審へ向けた下地を作成した。 また、令和2年1月に「ISO15189」の認定取得後、第1回目のサーベイランス審査に臨み臨床検査水 【精神】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ている。 【がん】各種学会等の専門医研修施設認定等51件受けている。 【精神】精神保健福祉法に基づく身体拘束や隔離を行う場合には、人権を尊重した対応を行うよう行動制限最小化・特例措置事後審査委員会において職員に対し周知徹底を行っている。 【がん】副院長を委員長とする倫理審査委員会を年6回開催し、病院及び研究所が行う臨床研究における倫理審査を的確に行った。その結果は、医学系研究に関する倫理指針等に基づきホームページ上で公開しており、広く職員に周知されている。	【本部】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外部講師を招いて研修を行うなど、ハラスメントの無い職場環境の構築に努めた。 【精神】「ハラスメントの防止等に関する要綱」を全体会議等で情報共有し、職員が相談しやすい体制づくりに努めた。 全職員を対象に院内で研修を行い、情報の共有化を図っている。 ハラスメントに関する研修会の開催は、目標1回に対し、実績1回であり、達成率100％と目標を達成した。 3 病院の信頼度の向上 【精神】新病院建設後に新基準で取得することとしていたため、新病院建設計画が延期となったことから認定取得に向けた動きは休止している。 【がん】平成30年5月に新基準である3rdG:Ver.1.1に認定され、令和元年度は中間の確認である「期中の確認」を行った。 また、臨床検査水準の向上のために必要な検査機器の整備等を行い、令和2年1月に 【精神】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ている。 【がん】各種学会等の専門医研修施設認定等52件受けている。 【精神】精神保健福祉法に基づく身体拘束や隔離を行う場合には、人権を尊重した対応を行うよう行動制限最小化・特例措置事後審査委員会において職員に対し周知徹底を行っている。 【がん】院長を委員長とする倫理審査委員会を6回開催し、病院及び研究所が行う基礎的・臨床的研究における倫理審査を的確に行った。その結果は、倫理研究に関する倫理指針に基づきホームページ上で公開しており、広く職員に周知されている。 また、治験・臨床研究管理室に専従の事務職員を配置し、臨床研究体制の強化を図った。