

中期目標期間(令和元年度～令和4年度) 業務実績等報告書

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	中期計画の項目	中期目標期間(令和元～4年度)								令和4年度								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								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	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										B	A			B	A			B	A			B	A															
	ロ 医療機器、施設の計画的な更新・整備	B	B										B	B			B	B			B	B			B	A															
	ハ 地域医療への貢献	B	A										B	A			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										B	B			B	B			B	B			A	B															
	2 安全・安心な医療の提供	A	A	B	A								A	A	B	A	A	A	B	A	B	A	B	B	B	B	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								B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	A	B	B	B	B	B										
	4 人材の確保と育成	B	B	B	B								B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B									
	5 災害等への対応	A	A	A	A								A	A	A	A	A	A	A	A	B	B	B	B	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										B					B				B								B									
	2 収益確保の取組	B	B										B	B			B	B			B	B			C	A															
	3 経費削減への取組	B	B	B								B	B	B			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																																								
	2 経営基盤の立て直し																																								
Ⅳ	第4 短期借入金の限度額																																								
	1 限度額																																								
	2 想定される理由				B										B				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																																								
Ⅵ	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																																								
Ⅶ	第7 剰余金の使途																																								
Ⅷ	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											B				B				B								B									
	2 就労環境の整備				B											B				B				B								B									
	3 病院の信頼度の向上	B	B										B	B			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り、

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績
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。	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。	《評価全般について》 ◇ 病院全体あるいは各部門が定めた定量的目標を達成しているか。 ◇ 各項目の達成状況は病院経営や医療サービス向上等にどのような成果をもたらしているか。 I 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置 1 質の高い医療の提供 (1)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 ☆各地域の精神科病院・診療所とのネットワークの形成の取組状況はどうか。 ☆高度医療の提供状況はどうか。 ☆精神科救急システムの24時間運用における精神科救急病棟の運用状況はどうか。 ☆身体合併症への対応等については、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状況はどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。 (ロ)地域移行・地域定着支援の実施 ☆地域チームケア・訪問活動や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。	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る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。 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医療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。 [R1] ・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。 [R2] ・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。 [R3] ・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。 [R4] ・精神科救急病棟患者数は、目標30,806人に対し、実績31,356人であり、達成率101.8％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75.8％に対し、実績72.2％であり、達成率95.3％と目標を下回った。 ・平均在院日数は、目標69日に対し、実績73.5日であり、達成率106.5％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。また、令和4年度は、職員1名の増加により、患者担当制からエリア担当制に移行し、移動時間の短縮化等を図ったことで訪問件数の増加に繋がった。 ③リハビリテーションの提供 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、デイケアの実施に影響し、件数は減少したが、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。 ④地域生活支援体制強化に向けた取組 地域医療連携室を中心に、保健所との連絡会議の開催など、支援体制の強化に努めた。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績						
	(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。	☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	[R1] ・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。 [R2] ・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。 [R3] ・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。 [R4] ・訪問看護実施件数は、目標4,617件に対し、実績5,501件であり、達成率119.1％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2,689件であり、達成率79.0％と目標を下回った。						
	(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。	(ハ) 児童思春期医療の提供 ☆ 関係機関とのネットワークの構築の取組状況はどうか。	(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。						
	<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	☆児童外来の取組状況はどうか。	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、令和2年度には、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・思春期の患者を対応可能な範囲で受け入れ、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、新型コロナウイルス感染症の流行による面会制限等の影響や老朽化による施設的な要因により令和4年度は、入院患者が減少しているが、可能な限り受入確保に努めた。
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								
		☆児童思春期病棟への入院等の取組状況はどうか。							
		☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	[R1] ・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。 [R2] ・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。 [R3] ・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。 [R4] ・児童思春期延入院患者数は、目標3,650人に対し、実績2,251人であり、達成率61.7％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4,491人であり、達成率92.4％と目標を下回った。						
	(二) 慢性重症者に向けた医療体制の整備	(二) 慢性重症者に向けた医療体制の整備	(二) 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。	☆慢性重症者に対する医療体制の整備状況はどうか	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	(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	(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。		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	(ヘ) 精神疾患に関する普及啓発活動の実施	(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。	☆地域・職域・学校を対象とした精神疾患に関する普及啓発活動の取組状況はどうか。	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(令和2年度、3年度は未実施)し、普及啓発に努めた。また、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、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。	(ト) 高度医療・臨床研究の実施に向けた体制整備及び推進	(ト) 高度医療・臨床研究の実施に向けた体制整備及び推進						
		☆臨床医療の取組状況はどうか。	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。 令和元年度においては、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。						
		☆治験薬等の安全で適正な投与のための体制整備の取組状況はどうか。	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。						

2 / 24

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績														
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。 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。 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。	ロ 医療機器、施設の計画的な更新・整備 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。 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て、次の取組を重点的に行之い、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 県内の精神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、治療の実績、疾病や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進める。 （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100回</td></tr></table>	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100回	ロ 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 ☆劣化した施設整備の改修の取組状況はどうか。 （ロ）建替え事業の推進 ☆新病院の開設に向けた取組状況はどうか。 ハ 地域医療への貢献 （イ）地域の医療機関との疾病・病診連携の推進等 ☆地域医療機関との連携の取組状況はどうか。 （ロ）患者の紹介率、逆紹介率の向上 ☆患者の紹介率、逆紹介率の状況はどうか。また、年度計画に掲げる数値を達成しているか。 ニ 医療に関する調査研究と情報の発信 （イ）調査・研究の推進 ☆臨床応用のための調査・研究の取組状況はどうか。また、倫理委員会の審査は適切に行われているか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。 （ロ）医療相談会の開催と広報活動の実施 ☆県民及び患者向けの医療相談会等の広報活動の取組状況はどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	ロ 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。 （ロ）建替え事業の推進 宮城県が主導する4病院統合・合築の計画があり、その進展を見極めるとともに、新病院の将来像について院内で検討を行った。 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、必要最低限の施設・設備について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 [R1] ・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。 [R2] ・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。 [R3] ・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。 [R4] ・紹介率は、目標42.3%に対し、実績28.0%であり、達成率66.2%と目標を下回った。 ・逆紹介率は、目標42.1%に対し、実績44.9%であり、達成率106.7%と目標を達成した。 ニ 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的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19件であり、達成率126.7%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 市町村等行政機関や教育機関へ赴き、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を開催した。（令和2、3年度は未実施） [R1] ・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。 [R2] ・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。 [R3] ・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。 [R4] ・医療相談会開催回数は、目標86回に対し、実績131回であり、達成率152.3%と目標を達成した。
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100回																

3／24

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績
	(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。	(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・発表や専門誌等への寄稿等の実施状況はどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	(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。また、令和元年度においては、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。 [R1] - 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。 [R2] - 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。 [R3] - 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。 [R4] - 学会発表は、目標9件に対し、実績14件であり、達成率155.6%と目標を達成した。 - 学会参加者数は、目標103人に対し、実績94人であり、達成率91.3%と目標を下回った。 - 専門誌への寄稿件数は、目標1件に対し、実績はなかった。
	(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。	(ニ)WEBサイト等を利用した疾病や検診の情報提供 ☆WEBサイトの充実や情報提供への取組状況はどうか。	
(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。	(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)がん患者の状況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。	(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)がん患者の状況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、トモセラビ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。	[R1] 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。 [R2] 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。 [R3] 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。 [R4] 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210件であった。内訳は前立腺がん65件、膀胱がん9件、直腸がん53件、胃がん28件、肺42件、婦人科13件であった。また、3D内視鏡手術システムを用いた手術を29件行った。 [R1] 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。 [R2] 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。 [R3] 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。 [R4] 緩和ケア病床10床を有する病棟に対し、看護師数を傾斜配置で増員し、院内外のがん終末期患者に対する医療強化を継続させた。また、新型コロナウイルス感染症病棟では、入院患者の増加にも十分対応できる看護師数を配置した。外来では、激増したPCR採取業務を外来業務に位置づけ、他部門の応援体制を含めた体制を構築し実施した。また、外来待ち時間短縮も視野に入れ、看護師のフレキシブルな応援体制を図り取り組んだ。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績										
	<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, 4 5 0 件</td></tr><tr><td>トモセラビー件数</td><td>年間 4, 8 0 0 件</td></tr><tr><td>リニアック件数</td><td>年間 1 2, 0 0 0 件</td></tr><tr><td>化学療法室使用件数</td><td>年間 6, 6 5 0 件</td></tr></table>	目標とする指標	目標値	手術件数	年間 1, 4 5 0 件	トモセラビー件数	年間 4, 8 0 0 件	リニアック件数	年間 1 2, 0 0 0 件	化学療法室使用件数	年間 6, 6 5 0 件	☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	[R1] ・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。 ・トモセラビー件数は、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。 [R2] ・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。 ・トモセラビー件数は、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。 [R3] ・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。 ・トモセラビー件数は、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。 [R4] ・手術件数は、目標1,450件に対し、実績1,671件であり、達成率115.2%と目標を達成した。 ・トモセラビー件数は、目標4,800件に対し、実績4,020件であり、達成率83. 8%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13,302件であり、達成率110.9%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7,865件であり、達成率118.2%と目標を達成した。
目標とする指標	目標値												
手術件数	年間 1, 4 5 0 件												
トモセラビー件数	年間 4, 8 0 0 件												
リニアック件数	年間 1 2, 0 0 0 件												
化学療法室使用件数	年間 6, 6 5 0 件												
	(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。	(ロ) がんゲノム医療に関する取組 ☆質の高いがんゲノム医療への取組状況はどうか。	[R1] 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。 [R2] 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プシーパネル検査(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。 [R3] 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(リキッドバイオプシー検査)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プシー検査は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プ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。 [R4] 保険診療のがん遺伝子パネル検査は検査出庫52例とやや持ち直した。この原因は7月中にがんゲノム医療拠点病院への見直しを目指すために、他東北地区がんゲノム医療病院と比較し、出検例数が少ない診療科への働きかけを実施したことによるものと思われる。拠点病院指定については見直し対象としてヒアリングまで進んだが、指定を逸した。今後、さらに症例数を増やしつつ、より質の高いがんゲノム医療に取り組むための体制整備を検討することになった。										
	(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ー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 1 0 回</td></tr><tr><td>がん検診件数</td><td>年 5 0 件</td></tr></table>	目標とする指標	目標値	一般向けセミナー開催回数	年 1 0 回	がん検診件数	年 5 0 件	(ハ) がん予防に対する県民への啓発 ☆県民に対するがん予防の啓発に関する取組状況はどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	一般向けセミナーについては、新型コロナウイルスの影響を受けているが、オンデマンド方式での開催や会場とYouTubeを使用したハイブリッド形式での開催を行った。その他にも、がん情報ラジオの放送や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。 [R1] ・一般向けセミナー開催回数は、目標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50件に対し、実績65件であり、達成率130%と目標を達成した。 [R2] ・一般向けセミナー開催回数は、目標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50件に対し、実績62件であり、達成率124%と目標を達成した。 [R3] ・一般向けセミナー開催回数は、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。 ・がん検診件数は、目標50件に対し、実績101件であり、達成率202%と目標を達成した。 [R4] ・一般向けセミナー開催回数は、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。 ・がん検診件数は、目標60件に対し、実績124件であり、達成率206.7%と目標を達成した。				
目標とする指標	目標値												
一般向けセミナー開催回数	年 1 0 回												
がん検診件数	年 5 0 件												
	(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。	(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がん登録の質的向上への取組状況はどうか。	当院相談員の質の担保の為、相談員が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、令和4年度には、相談員指導者研修を新規で1名修了し計3名が修了者となっている。室内では定期的に勉強会やケース検討会、倫理的事例検討会を実施、また院内外の研修を積極的に受講しスキルの維持に努めている。国立がん研究センターによるがん相談支援センター基礎研修(3)やピアサポーター育成研修会において、ファシリテーターの役割を果たし協同参加している。 がん登録では、令和4年度に長年課題であった中級認定者の複数配置を実現した。また、「がん登録実務者育成支援事業」を通して、県内他の拠点病院の院内がん登録実務中級認定試験合格に貢献するとともに、宮城県がん診療連携協議会がん登録部会としてのオンラインによる研修会を開催した。										

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績										
	（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。	☆県がん診療連携拠点病院としての役割を果たしているか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。 （ホ）がん患者の療養生活の質の向上 ☆多職種で構成するチームによる緩和ケアの推進状況はどうか。 ☆がん患者の在宅療養への支援に関する取組状況はどうか。また、地域のがん患者療養支援ネットワークとの連携や緩和ケア病棟施設の活用についてはどうか。 ☆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が整備され、緩和ケアの一層の充実が図られているか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	県がん診療連携拠点病院として、定期的に患者相談部会、実務者会議を開き、宮城県内の相談員と知識・技術の向上、相談員間の連携に努めた。患者相談部会では研修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においては、みやぎがんサポートハンドブックの改訂発行を行った。県内の拠点病院を含めた相談窓口23施設において、PDCAチェックリストによる各施設の評価を行い、毎年報告会を実施し、相談窓口としての質の担保に努めている。 また、県がん診療連携拠点病院の専門部会では、患者相談部会、がん登録部会、看護部会、地域医療連携部会で部長を務め、中心的な役割を担った。 [R1～R4] ・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。 緩和ケアチームの依頼を受けた患者をチームメンバーが毎朝ミーティングで共有し身体面、精神面それぞれがラウンドし緩和医療についての相談を行い提案している。チームでは1回/週カンファレンスを行い、更に緩和ケアの推進に尽力している。苦痛のスクリーニングをもとにした各病棟へのカンファレンスの参加を行い、意見交換・情報共有を行い緩和ケアの推進の場となっている。 在宅支援診療所から当院に緊急入院できるシステムとして「緊急緩和ケア病床」を設置している。緊急病床利用は、令和4年度には、緩和ケア内科医師並びに病棟の柔軟な対応で13件を受入れ、過去最高の利用率となった。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ており、また、令和4年度までに案内範囲を徐々に拡大し県内全域へ案内した。地域との切れ目ない連携を図るため随時メールや郵送で緩和ケアに関する内容の案内等を行った。 緩和ケアの充実を図る一助として苦痛のスクリーニングを行い、患者の苦痛を拾い上げ、専門的緩和ケアに繋げている。 緩和ケア外来は、令和4年10月から症状緩和外来を開設し、緩和ケア内科診療日を2日/週から4日/週に拡大しさらに専門的緩和ケアが提供出来るよう充実を図った。 [R1]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。 [R2]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。 [R3]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。 [R4]緩和ケアチームによる対応件数は、 目標300件に対し、実績459件であり、達成率153%と目標を達成した。										
	（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	（ヘ）研究の促進と研究成果の応用 ☆基礎及び臨床研究の実施状況はどうか。 ☆新薬開発に係る研究の受託状況はどうか。 ☆がんセンター研究所の研究状況と成果の活用についてはどうか。 ☆研究内容や成果の情報発信についてはどうか。	高度で専門的な医療の提供に向け、大学との連携を図りつつ、若手医師のがんの病態理解を促進する基礎及び臨床研究を実施した。毎年度、本研究所で研究している東北大学の大学院学生は10～15名おり、連携大学院の教員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、令和2年度は、提案が2件、令和3年度は3件が採択され、うち2件は令和4年度も順調に進捗している。 また、令和3年度に報告した食道がんを特異的に診断できる新規抗体について、海外企業1社とライセンス契約を締結し、他1社ともライセンス契約を結ぶ見込みとなった。 がん幹細胞の同定・性状解析やがん細胞の代謝、がんのゲノム異常に関する先進的な研究を継続して行った。頭頸部がん、前立腺癌および非小細胞肺癌の診断・治療のための新しいシーズ候補の同定に成功し、それを標的にした診断技術・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。 令和元年度は、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プ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。令和2年度は、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。 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。 令和2年度に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プシーにより、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。 特に家族発症の肺癌のゲノム解析では各家庭に固有の環境因子による影響が認められることや、肺発症に寄与しうるゲノム多型の候補を同定したりした。 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5年3月までの時点で大崎市、名取市、山元町、丸森町、大郷町に七ヶ浜町が加わり、合計6市町で県がん登録情報の利用が承認された。 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。 令和2,3年度はコロナ禍のため、がんセンターセミナーの開催は断念したが、令和4年度は実施した。
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												

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績						
		☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	[R1] ・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。 [R2] ・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。 [R3] ・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。 [R4] ・科研費採択件数(新規・継続)は、目標27件に対し、実績32件であり、達成率118.5％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54,700千円であり、達成率107.2％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11(6)件であり、達成率57.9％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58,695(42,745)千円であり、達成率119.8％と目標を達成した。						
ロ 医療機器、施設の計画的な更新・整備	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	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。	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。	(計画的な更新・整備) ☆医療機器、施設の更新・整備については、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に基づき、計画的に行っているか。	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。						
		☆がんセンター施設整備等強化事業の取組状況はどうか。	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。 また、24時間稼働している守衛室、守衛室前風除室、中央監視室等の照明LED化を行った。						
ハ 地域医療への貢献	ハ 地域医療への貢献	ハ 地域医療への貢献	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られ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。	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られることを目標として、現在まで実施してきた取組に加えて、次の取組を重点的にを行い、地域医療機関との機能分担や協力体制の維持・強化を進める。	(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等の活用など、地域の医療機関との病病・病診連携への取組状況はどうか。	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。 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、新型コロナウイルスの感染対策のため、参加者を制限し対面で実施してきた。Webでの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、準備を進め運用可能となった。 がん地域医療連携バスの運用について、令和4年度のがん診療拠点病院の指定要件からは、削除された。 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。 また、令和4年度は、がんセンター広報誌「せりなべ」において、地域医療機関の紹介などのページを増やし、図書館や公民館などの公共機関への配布を行っている。						
	(イ) 地域の医療機関との病病・病診連携の推進等	(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。								
	(ロ) 患者の紹介率、逆紹介率の向上	(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。	☆患者の紹介率、逆紹介率の状況はどうか。また、年度計画に掲げる数値を達成しているか。	[R1] ・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。 [R2] ・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。 [R3] ・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。 [R4] ・紹介率は、目標80.0％に対し、実績89.4％であり、達成率111.8％と目標を達成した。 ・逆紹介率は、目標55.0％に対し、実績63.1％であり、達成率114.7％と目標を達成した。						
	<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>	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								
紹介率（歯科を除く）	8 0 . 0 %								
逆紹介率	5 5 . 0 %								

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績								
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、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。	ニ 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に開催するとともに、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> (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	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	ニ 医療に関する調査研究と情報の発信 (イ) 調査・研究の推進 ☆治療実績や医療に係る情報の蓄積、管理への取組状況はどうか。 ☆診断や治療等臨床に応用するための調査・研究の推進についてはどうか。 ☆調査・研究に係る人権や安全への配慮はされているか。また、倫理委員会の審査は適切に行われているか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。 (ロ) セミナーの開催と広報活動の実施 ☆医療機関・医療従事者向けの調査・研究成果に係る広報活動についてはどうか。 ☆県民及び患者向けの調査・研究成果に係る広報活動についてはどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。 (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・発表や専門誌等への寄稿等の実施状況はどうか。	ニ 医療に関する調査研究と情報の発信 国立がん研究センターが提示する院内がん登録標準登録様式に準拠し、さらに当院独自の登録項目を追加し、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、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4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、令和3年度から活用を支援する事業を研究所にて開始しており、令和4年度は6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予後調査を行っており、院内向けに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。 倫理審査委員会を毎年6回開催し、人権や安全に関する配慮を適正に行った。 また、臨床研究法および倫理指針に基づく研修会を毎年1～2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。 [R1～R4] ・倫理審査委員会開催回数は、目標年6回に対し、毎年実績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 新型コロナウイルスの影響を受けながらも、令和3年度は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、令和4年度には、がんセンターセミナーを感染対策を徹底して会場とオンラインでのハイブリッド形式で実施した。 新型コロナウイルスの影響を受けながらも令和4年度は、調査・研究の成果を広く県民に伝えるための県民公開講座や専門・認定看護師による高等学校での講演などを行った。県民公開講座についてはハイブリッド形式で開催し、より多くの方に見てもらえるようにした。 [R1] ・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2回に対し、実績2回であり、達成率100％と目標を達成した。 [R2] ・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2回に対し、実績0回であり、達成率0％と目標を下回った。 [R3] ・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1回に対し、実績1回であり、達成率100％と目標を達成した。 [R4] ・医療機関向けセミナー開催回数は、目標4回に対し、実績13回であり、達成率325％と目標を達成した。 ・看護部公開研修会開催回数は、目標1回に対し、実績3回であり、達成率300％と目標を達成した。 新型コロナウイルス感染症を考慮し、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、また、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、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(もつとも高い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。 令和4年度も専門誌への発表も例年通り積極的に行っており、特に細胞分裂時の染色体分離の細胞生物学的解析についてはCELL Reports(インパクトファクター約10)と、権威のある雑誌に掲載された。
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										

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績
		☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	[R1] ・学会発表実績は、目標190件に対し、実績を集計中である。 ・学会参加実績は、目標440件に対し、実績466件であり、達成率105.9%と目標を達成した。 ・専門誌等への寄稿件数、目標100件に対し、実績を集計中である。 [R2] ・学会発表実績は、目標200件に対し、実績186件であり、達成率93.0%と目標を下回った。 ・学会参加実績は、目標440件に対し、実績442件であり、達成率100.5%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116件であり、達成率96.7%と目標を下回った。 [R3] ・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。 [R4] ・学会発表実績は、目標160件に対し、実績115件であり、達成率71.9%と目標を下回った。 ・学会参加実績は、目標355件に対し、実績413件であり、達成率116.3%と目標を達成した。 ・専門誌等への寄稿件数は、目標90件に対し、実績80件であり、達成率88.9%と目標を下回った。
	(二) 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。	(二) ゲノム医療に関する情報収集・提供 (ホ)WEBサイト等を利用した疾病や検診の情報提供 ☆WEBサイト等を通じた疾病や検診等に関する情報提供の状況はどうか。	 <

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績
		☆新興・再興感染症等(新型インフルエンザ等)の発生等を踏まえた院内感染症対応の取組状況はどうか。	【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、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た。令和4年度には、新型コロナウイルス感染症クラスター発生時の対応について追加し感染症マニュアルを改正した。
		☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	【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、个人防护具の着脱など、個別の研修を実施している。
			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% [R1] 【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。
			[R2] 【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 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。	(3)適切な情報管理 ☆情報管理や個人情報保護は適切に行っているか。	[R3] 【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。
			[R4] 【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92.4%であり、達成率97.3%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接種率は、実績93.2%であり、達成率98.1%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開催して、「宮城県立病院機構情報セキュリティ対策基準」に基づいた、情報管理に関する意識の向上を図った。
			【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4年度は、電子カルテシステムの更新に合わせて、医療情報システムの運用管理規程を改定し情報管理や個人情報の取り扱いについて見直しを行った。また、診療情報ダウンロード申請書など電子カルテに関する各種申請書を見直し、ダウンロードに伴う遵守事項を明文化するなど、情報管理や個人情報保護の強化を図った。また、サイバー攻撃対策として、院内の各リモート機器の確認とファームウェアのアップデートを行い、脆弱性対策を行うとともに、サイバーセキュリティ研修の実施などで職員の情報管理に関する意識付けを行った。
		☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	【本部】情報管理や個人情報の保護を徹底していくため、新規採用職員や事務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。
			[R1～R4] ・個人情報保護及び情報セキュリティ研修は、新規採用職員・事務職員向け研修会をそれぞれを毎年1回開催した。 ・情報セキュリティ監査実施回数は目標年1回に対し、各病院等に応績毎年1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 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績				
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 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。 (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。	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 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。 (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。 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><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></tr><tr><td>接遇に関する研修会開催回数</td><td>年1回以上（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回以上（各病院・本部）	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 ☆インフォームドコンセントへの取組状況はどうか。 ☆セカンドオピニオンへの取組状況はどうか、適切な対応がなされているか。 ☆患者の権利への配慮に関する取組状況はどうか。 (2) 病院利用者の利便性・快適性の向上 ☆患者待ち時間の短縮に向けた取組状況はどうか。 ☆病院利用者の快適性に配慮した院内環境の整備状況はどうか。 ☆地域医療連携室や相談支援センターの活用状況及び充実に向けた取組状況はどうか。 ☆患者満足度調査の実施状況はどうか。また、その分析結果と対応はどうか。 ☆接遇の研修等、患者サービス向上のための取組状況はどうか。	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。また、医療安全管理マニュアルに、「インフォームド・コンセントの基本的な考え方」を明記し、医療従事者間の共通認識を確保することが良好かつ適切な患者・医療従事者関係を構築する上で重要であることから、同席に関するルールを取り決めている。同席できない場合は、「インフォームド・コンセント」後に看護師が患者の理解度や不安等を確認し、記録に残している。 【精神】患者から相談があった場合の相談体制を確保している。 【がん】ホームページやリーフレットを用いて、積極的に周知に努めている。また、R5.11よりオンラインでセカンドオピニオンを受ける体制を整備し開始している。 【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。 【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】毎年、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】時間調査を実施して実態の把握に努めた。令和4年度からは初診・再診の患者毎に分析結果を見える化して院内に周知した。 【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、全体の治療・療養環境の改善のため、計画的な修繕工事等に加え、突発的な案件にも迅速に対応し、施設機能の維持・向上に努めた。また、予算措置がされずに導入を見送っていたCT撮影装置について、医療制度の補助金を活用し整備したことにより、医療提供体制の強化を図ることができた。 【がん】毎年、院内環境の整備に努めており、令和元年度は、患者の増加に伴い、駐車場増設工事を行い、85台分を新たに確保し、また、Wi-Fi環境を整備し、患者の外来待ち時間や入院期間等における患者サービスの向上に努めた。令和2年度は、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等を行い、患者やその家族、職員の感染防止に努めた。 【精神】本館1階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】毎年、地域医療連携室や相談支援センターの充実に努めており、令和4年度の地域医療連携室の活動については令和3年度に引き続き、入退院支援加算1（入院時支援含む）の確実な算定に向けて取り組んできた。 【精神】入院患者・外来患者満足度調査を毎年10月に実施し、各設問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】外来新患患者と再来患者（調査期間内の各診療日20人を抽出）、令和3年度からは、入院患者（調査期間内の入院者を対象）に実施している。 前年度に上がった意見への対応を行っている。 【精神】患者サービス向上のため、外部講師に依頼し、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】接遇等の研修を行い、職員として必要な基礎的知識とスキルの習得を図っている。日々の患者・家族の声は、ご意見箱に寄せられた意見を毎月開催する委員会と共有し、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、感染対策に関連した面会制限に対する患者家族へのニーズに対しては、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。
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回以上（各病院・本部）						

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績										
	へ 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><td>目標とする指標</td><td>目標値</td></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	☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。 ☆病院ボランティアの受入等、患者及びその家族を円滑に支援するための取組状況はどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成 ☆通院の利便性の向上に向けた検討状況はどうか。 ☆QOL(クオリティオブライフ)の向上に向けた食事療養の充実に関する取組状況はどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	接遇に関する研修会開催件数:目標年1回 [R1] 【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。 [R2] 【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。 [R3] 【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。 [R4] 【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、ボランティアリーダー2名とソーイング担当者を中心として活動している。患者の日常ケアに必須であるネックエプロンや布製帽子を不足することなく作成し患者支援につなげた。 ボランティア受入人数 【精神】 [R1]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。 [R2]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。 [R3]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。 [R4]目標19名に対し、実績14名であり、達成率73.7%と目標を下回った。 【がん】 [R1]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。 [R2]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。 [R3]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。 [R4]目標80名に対し、実数79名であり、達成率98.8%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土地を賃借している。 【がん】令和2年度に増設した駐車場を有効活用している。 【精神】行事食及びセレクトメニュー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。 【がん】がん治療中の食事摂取量低下に伴い起こる低栄養に対応し、適切な栄養補助食品や付加食品の追加をはじめ、「ちょびつと食」や「はなもも食」等の患者ニーズにあった食事の提供を行い、行事食・選択メニューを実施、患者満足度の向上に努めた。令和4年度は特に入院中、安全に食事をしていただく為、新たにアレルギー質問表の運用を開始しし、完全除去が必要な患者と管理栄養士が面談できるようにフローを作成した。 [R1] 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。 [R2] 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。 [R3] 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。 [R4] 入院栄養指導件数 【精神】目標50件に対し、実績92件であり、達成率184%と目標を達成した。 【がん】目標370件に対し、実績483件であり、達成率130.5%と目標を達成した。 外来栄養指導件数 【精神】目標250件に対し、実績350件であり、達成率140%と目標を達成した。 【がん】目標200件に対し、実績757件であり、達成率378.5%と目標を達成した。
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												

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績
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。 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。	4 人材の確保と育成 (1) 医師の確保と育成 ☆柔軟な医師の確保及び配置についての取組状況はどうか。 ☆臨床研修の推進体制の強化に関する取組状況はどうか。また、研修医の受け入れに関する取組状況はどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。 ☆大学との連携による研究・教育の強化に向けた取組状況はどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。 ☆医師の資質向上に向けた取組状況はどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	4 人材の確保と育成 (1) 医師の確保と育成 【精神】毎年、医師を1～7人採用している。 【がん】毎年、医師を10～21人採用している。また、後期研修医については、5～10人採用している。 【精神】協力型臨床研修病院として、毎年、仙台市立病院等6病院から21～34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毎年研修医1人程度、後期研修医については5～10人を採用した。 [R1] 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。 [R2] 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。 [R3] 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。 [R4] 研修医受入数:【精神】目標25人 【がん】目標2人 【精神】実績31人であり、達成率124%と目標を達成した。 【がん】実績0人であり、達成率0%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、毎年、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い、令和4年度は指導を受けた大学院生2名が博士課程を卒業した。またがん医科学セミナー(がんプロ講座)ではオンデマンド講義を収録し、学生が聴講できるように体制整備を行った。 [R1～R4] 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、キャンサーボード・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い、また、海外の学会等への参加の支援を行っている。 [R1] 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。 [R2] 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。 [R3] 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。 [R4] 医師の学会参加数:【精神】目標22件 【がん】190件 【精神】実績19件であり、達成率86.4%と目標を下回った。 【がん】実績246件であり、達成率129.5%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、看護師養成校訪問のほか、合同就職説明会の参加、ホームページ・YouTube・民間の就職情報サイトによる情報発信、インターンシップの受け入れ、病院見学会・説明会を実施するなど積極的に広報活動を行った。 採用試験について令和4年度は、計2回実施したほか、毎年、採用決定者のうち数名をそれぞれ前倒しで採用するなど柔軟な人員配置に努めた。
(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。	(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。	(2) 看護師の確保と育成 ☆適切な看護師の確保及び配置についての取組状況はどうか。	

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績								
	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	☆看護師の資質向上に向けた取組状況はどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	【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・支援した。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スタートした新クリニカルラダー(レベルⅠ～Ⅴまでの5段階)は3年間の移行期間を終え, OJTとの繋がりを意図的にを行い, 看護実践能力の向上を目指した新ラダーの運用を開始した。 【がん】令和3年度からは, 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, がん看護以外に褥瘡予防対策研修, 認知症ケア研修, 麻薬投与に関する研修と実務他者監査を実施し, 看護の質向上を図った。 【本部】認定看護師, 専門看護師等の資格取得を支援したほか, 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開催し, 看護師のキャリアに応じた研修の企画や意見交換等を行った。 [R1] ・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。 [R2] ・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。 [R3] ・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。 [R4] ・認定看護師資格取得者数は, 目標1名に対して実績は1名。その他, 1名が認定看護師養成課程を修了し, 令和5年度に資格取得見込み。
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										
(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。	(3) 医療従事者の確保と育成 ☆医療従事者の確保及び配置についての取組状況はどうか。 ☆医療従事者の資質向上に向けた取組状況はどうか。	(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】コロナ禍であったが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, 各種認定資格の取得促進, 外部研修会への参加など, 資質向上につながる取組を推進した。								
(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。	(4) 医療系学生への教育 ☆地域の大学等養成機関からの要請に応え, 医療系学生に対する臨床教育や研修の場として県立病院を活用してもらうための体制の整備状況はどうか。	【精神】東北大学医学部の学生のほか, 宮城大学を始めとする看護師養成機関から看護学生, 精神保健福祉士等を目指す学生などの実習・研修生を受け入れた。 【がん】実習施設校7校(大学3, 短大1, 3年課程1, 2年課程1, 専攻科1)の臨地実習依頼を受け, 院内・学校との双方向からコロナ感染症対策を講じ, 看護学生の臨床実習の受け入れを行った。院内では, 実習指導者研修を設け, 若手指導者の育成も行っている。また, 新たに開講する新設校(3年課程)の受け入れを決定した。看護学講師派遣も行っている。								
(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) 事務職員の確保と育成 ☆病院特有の事務や法人運営に精通した事務職員の計画的な確保及び配置についての取組状況はどうか。 ☆事務部門の専門性の向上と体制強化に向けた取組状況はどうか。	【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, 正職員を採用し, 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等や医療事務講座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】病院運営や診療行為を支える事務職員の資質向上を図るため, 診療情報管理士や医療事務(メディカルクラーク)の資格取得を支援したほか, 医事部門職員による意見交換を契機とした医事業務に関する研修会や広報研修会を開催するなど, 事務職員研修の充実に努めた。								
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。	5 災害等への対応 ☆大規模な災害や新興・再興感染症等(新型インフルエンザ等)の発生により重大な危害が発生した場合に備えた医療提供体制の確保, 通信手段の確保や必要物資の確保に関する取組状況はどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	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。 令和元年度には, 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。 大規模地震時医療活動訓練におけるDPAT訓練に参加し, 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, 宿泊療養施設等への職員派遣, ワクチン接種会場への医師派遣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】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, 適切に対応した。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。防火・防災訓練を毎年2回実施した。令和4年度には, 新たに防災・業務継続計画(BCP)を作成した。 【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。新型コロナウイルス感染症に関する対応については, 県関係機関との連絡調整や名取市集団ワクチン接種会場への医師派遣の調整等を行った。 訓練実施実績は以下のとおり。 [R1～R4] 【精神】目標年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)を毎年2回実施しており, 達成率100%と目標を達成した。 【がん】目標年2回に対し, 毎年実績2回であり, 達成率100%と目標を達成した。 【本部】目標年2回に対し, 毎年防災訓練実施回数: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 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績
		☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	[R1] 【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。 【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。 [R2] 【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。 【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。 [R3] 【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。 【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。 [R4] 【精神】 ・外来延患者数は、目標37,325人に対し、実績37,943人であり、達成率101.7％と目標を達成した。 ・外来収益合計は、目標309,757千円に対し、実績311,677千円であり、達成率100.6％と目標を達成した。 ・入院延患者数は、目標65,846人に対し、実績58,679人であり、達成率89.1％と目標を下回った。 ・病床稼働率は、目標69.9％に対し、実績62.3％であり、達成率89.1％と目標を下回った。 ・入院収益合計は、目標1,541,539千円に対し、実績1,402,399千円であり、達成率91％と目標を下回った。 【がん】 ・外来延患者数は、目標83,932人に対し、実績84,595人であり、達成率100.8％と目標を達成した。 ・外来収益は、目標4,132,652千円に対し、実績3,889,765千円であり、達成率94.1％と目標を下回った。 ・入院延患者数は、目標99,134人に対し、実績92,273人であり、達成率93.1％と目標を下回った。 ・病床稼働率は、目標70.9％に対し、実績68.7％であり、達成率96.9％と目標を下回った。 ・入院収益は、目標6,017,180千円に対し、実績5,753,762千円であり、達成率95.6％と目標を下回った。
	(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。	(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の開催状況はどうか。また、制度改正への対応や請求漏れ、返戻発生の防止等に関する取組状況はどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか	【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】診療報酬委員会を月に1度開催し、返戻・査定となった事例を分析した結果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対して返戻・査定の傾向と対策を報告している。 また、担当医師と協議の上、査定内容に疑義が生じた場合は、症状詳記を添付し再審査請求を積極的に行っている。 [R1] 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。 [R2] 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。 [R3] 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。 [R4] レセプト査定率:【精神】目標0.03％ 【がん】目標0.12％ 【精神】実績0.03％であり、達成率100％と目標を達成した。 【がん】実績0.10％であり、達成率120％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】部門間との連携を密に未収金が発生する可能性のある事案に早期介入するとともに、患者の相談には社会資源の活用も含めて随時対応を行っている。
	(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。	(3) 未収金の発生防止の強化、早期回収 ☆未収金の発生防止に関する取組状況はどうか。	

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績
	(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。	☆未収金の早期回収に関する取組状況はどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。 ☆病床の適切な管理に関する取組状況はどうか。 ☆病室リフォームの効果検証等、病床の効果的な運用に関する取組状況はどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成 ☆医療機器の効率的な利用に関する取組状況はどうか。	【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の実施し、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、効果的な徴収に取り組んでいる。特に回収困難な案件については、未収金回収業務を弁護士に委託し未収金の縮減に努めている。 【がん】早い段階から電話・文書等により督促するとともに、後納や分納を希望する患者に対して積極的に面談を行い支払計画を作成のうえ回収に務めた。また病院職員による訪問回収の再開及び回収困難な事案については、未収金回収業務を法律事務所に委託して、未収金の縮減に務めている。 【本部】回収困難な未収債権については、法律事務所に回収業務を委託するなど、早期回収に努めた。 [R1] 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。 [R2] 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。 [R3] 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。 [R4] 特別室料収益は、目標117,710千円に対し、実績104,762千円であり、達成率89%と目標を下回った。 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、精神科救急急性期入院料算定病棟(北1及び北2病棟)の効率的な運用を図った。 【がん】各看護単位の看護師長が、主診療科の入退院管理を遅延なく行い病床運営を行った。毎日の病床稼働状況は、看護管理室が一元とまとめで掌握し、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病床確保管理を行った。各診療科で発生したコロナ感染症患者は、状況に応じ南病棟との連携で速やかな病床確保に努めた。また、病床運営に必要な看護師の基準配置数が担保されるよう、看護師の異動調整を行い適正化に配置した。 【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】有料個室の稼働状況は、効果的な利用稼働につながるよう月毎にデータ化され幹部会で情報共有されている。有料個室希望患者は多く、効果的に利用できるよう病床管理している。 【精神】 [R1] ・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。 [R2] ・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。 [R3] ・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。 [R4] ・一般病床稼働率は、目標59.3%に対し、実績47.4%であり、達成率79.9%と目標を下回った。 ・精神科救急病床稼働率は、目標85.3%に対し、実績86.8%であり、達成率101.8%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44.1%であり、達成率61.8%と目標を下回った。 【がん】 [R1] ・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。 [R2] ・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。 [R3] ・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。 [R4] ・一般病床稼働率は、目標70.9%に対し、実績69.0%であり、達成率97.3%と目標を下回った。 ・緩和ケア病床稼働率は、目標70.4%に対し、実績59%であり、達成率83.8%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。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績				
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。 <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> <	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						
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%						

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績						
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>医業収支比率（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	医業収支比率（機構全体）	毎年度 82. 5％以上	Ⅲ 予算、収支計画及び資金計画 1 経常収支比率の均衡 ☆経常収支比率の状況は100％以上となっているか。なっていない場合、その主な理由は何か。 ☆医業収支比率の状況は年度計画以上となっているか。なっていない場合、その主な理由は何か。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	1 経常収支比率の均衡 [R1] 令和元年度の実績は102.0％と、目標である101.1％以上を達成した。 [R2] 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。 [R3] 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。 [R4] 令和4年度の実績は100.8％と、目標である100.3％以上を達成した。 [R1] 令和元年度の実績は81.7％と、目標である80.8％以上を達成した。 [R2] 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。 [R3] 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。 [R4] 令和4年度の実績は78.6％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、医業収益が計画を下回ったことによるものである。 [R1] 《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。 《医業収支比率》 【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。 [R2] 《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。 《医業収支比率》 【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。 [R3] 《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％と目標を達成した。 《医業収支比率》 【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。 [R4] 《経常収支比率》 【精神】目標102.9％に対し、実績110.4％であり、達成率107.3％と目標を達成した。 【がん】目標101.1％に対し、実績100％であり、達成率98.9％と目標を下回った。 【機構全体】目標100.3％に対し、実績100.8％であり、達成率100.5％と目標を達成した。 《医業収支比率》 【精神】目標64.6％に対し、実績61.4％であり、達成率95.0％と目標を下回った。 【がん】目標86.9％に対し、実績82.9％であり、達成率95.4％と目標を下回った。 【機構全体】目標82.4％に対し、実績78.6％であり、達成率95.4％と目標を下回った。
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								
医業収支比率（機構全体）	毎年度 82. 5％以上								

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績
	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。		
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、県民に安心で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) 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健診のほか、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。	Ⅹ 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 (1)医療従事者の迅速かつ柔軟な採用 ☆必要となる医療従事者を迅速に採用しているか。 ☆障害者の雇用に関する取組状況はどうか。また、法定雇用率以上の採用を行っているか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。 (2)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 ☆定型的業務の内容を検証し、アウトソーシング実施の可否を検討しているか。 ☆多様化する業務に対応できるよう、職員の能力開発や有期職員等の活用、退職者の再雇用を行い、経営効率の高い業務運営体制の構築に努めているか。 (3)職員の業績や勤務成績を反映した業務評価制度の実施 ☆職員の業績や勤務成績を反映した業務評価制度の取組状況はどうか。 2 就労環境の整備 (1)活力ある職場づくり ☆職員間での情報共有、職員からの企画提案等、より良い意思疎通が図られる職場づくりに関する取組状況はどうか。 ☆年度計画で掲げる数値の達成状況はどうか。 ☆職員の健康管理体制の充実に関する取組状況はどうか。	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】障害者雇用については、令和3年度まで法定雇用率が未達成の状況が続いていたが、職員の障害者手帳の所持状況の確認や雇用者数を増やした結果、基準を満たすことができた。 【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1名を雇用し対応した。 【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。 【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。 【本部】事務職員を対象とした人事評価制度を試行的に実施した。 2 就労環境の整備 【本部】理事長・院長等会議、事務局連絡調整会議、事務局グループリーダー会議等を通じて2病院との情報共有や業務調整等を行った。 【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。

中 期 目 標（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	中 期 計 画（ 令 和 元 ～ 4 年 度 ）	評価の視点	中期目標期間(令和元～4年度)の実績				
3 病院の信頼度の向上	(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、子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。 (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>	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	(3)職員の負担軽減と家庭環境への配慮 ☆職員の負担軽減に関する取組状況はどうか。 ☆がんセンターにおける院内保育所の24時間保育の実施状況はどうか。 ☆休暇が取得しやすい職場づくりに努めているか。 (4)ハラスメントの防止と的確な対応 ☆各種ハラスメントの無い職場環境づくりに関する取組状況はどうか。また、的確な対応ができる組織体制の構築についてはどうか。 ☆年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	【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、令和2年度に導入した勤務管理システム等を活用し、各所属にて職員の勤務状況の把握や時間外勤務の縮減など適切な労務管理を行うよう求めたほか、年次有給休暇等の計画的な使用促進を促し、職員が働きやすい環境づくりやワークライフバランスの推進を図った。 【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。 【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。 【がん】センター運営会議及びセンター運営連絡会議を月1回開催し職員間で問題や情報の共有化を図った。 【本部】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。
	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						
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。	(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。	(1) 医療提供体制の整備など ☆自己評価の実施や病院機能評価の認定基準の維持等への取組状況はどうか。 (2)認定施設等の認定・指定の推進 ☆法律等に基づく指定医療機関や、厚生労働省、学会による医療施設の指定・認定状況はどうか。 (3) 医療倫理の周知・徹底 ☆臨床倫理の課題について、医療倫理に関する委員会の検討状況はどうか。また、委員会の検討結果は職員へ周知されているか。	【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。新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、名取市の新型コロナワクチン接種会場への医師派遣や他医療機関のクラスター発生時に看護師の応援対応を行うとともに、感染疑いのある患者の措置入院要請に対するの対応を引き続き行っている。令和4年度からは新型コロナウイルス感染症重点医療機関として、精神疾患を有する軽症・中等症Ⅰの陽性者を受け入れている。 【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、令和4年度に病院機能評価更新のため審査を受けた。5年に1度の大きな取組であり、病院職員一丸となって取り組んだ。 【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不可欠な研修施設認定について、各責任者と情報共有を図り、遅滞なく指定・認定・更新が行える体制を構築し 【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医学系研究並びに臨床上の倫理的事項に対する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、広く職員にも周知されている。				

年度計画(令和1～4年度)の予算(実績)

(単位:百万円)							
区 分		金額(予算)	金額(実績)	増減			
収入			68,540	67,805	△ 735		
	営業収益		62,265	62,588	323		
		医業収益	48,411	47,293	△ 1,118		
		運営費負担金	10,698	10,351	△ 347		
		その他営業収益	3,157	4,944	1,788		
	営業外収益		610	650	40		
		運営費負担金	336	397	61		
		その他営業外収益	274	254	△ 20		
	臨時利益		134	155	21		
	目的積立金取崩額		0	0	0		
	資本収入		5,531	4,412	△ 1,120		
運営費負担金			381	381			
長期借入金		5,531	3,874	△ 1,657			
その他資本収入			157	157			
支出			73,334	71,593	△ 1,741		
	営業費用			61,893	61,720	△ 174	
		医業費用			59,206	58,976	△ 230
			給与費		28,836	28,290	△ 545
			材料費		15,287	16,054	767
			経費		10,031	9,768	△ 263
			減価償却費		4,352	4,290	△ 62
			研究研修費		702	574	△ 128
		一般管理費			795	790	△ 5
			給与費		608	599	△ 9
			経費		114	88	△ 26
			減価償却費		73	103	30
		消費税及び地方消費税		98	102	4	
		取得資産に係る控除対象外消費税償却		266	247	△ 19	
		控除対象外消費税		1,526	1,606	80	
		営業外費用		746	631	△ 115	
		臨時損失		1	11	10	
		資本支出			10,694	9,232	△ 1,463
	建設改良費			6,200	4,698	△ 1,502	
	償還金			4,493	4,548	55	
	その他資本支出			0	0	0	

(注1)計数は、端数をそれぞれ四捨五入している。

年度計画(令和1～4年度)の収支計画(実績)

(単位: 百万円)						
区 分		金額(予算)	金額(実績)	増減		
収入の部		62,845	63,221	376		
営業収益			62,126	62,435	309	
	医業収益	48,271	47,140	△ 1,131		
	運営費負担金収益	10,698	10,352	△ 347		
	その他営業収益	3,157	4,944	1,787		
	営業外収益		585	631	46	
	運営費負担金収益	336	397	61		
	その他営業外収益	251	235	△ 16		
	臨時利益		134	155	21	
	支出の部		62,477	62,188	△ 290	
営業費用			61,731	61,567	△ 164	
	医業費用			58,301	58,108	△ 193
		給与費	28,836	28,261	△ 574	
		材料費	15,287	16,054	767	
		経費	9,186	8,966	△ 220	
		減価償却費	4,352	4,290	△ 62	
		研究研修費	641	536	△ 105	
		一般管理費			786	782
	給与費		608	598	△ 10	
	経費		105	81	△ 24	
	減価償却費		73	103	30	
	消費税及び地方消費税		98	94	△ 4	
	取得資産に係る控除対象外消費税償却		266	245	△ 21	
	控除対象外消費税		2,277	2,339	62	
	営業外費用		746	610	△ 136	
	臨時損失		1	11	10	
	純利益		369	1,034	665	
目的積立金取崩額		0	0	0		
総利益		369	1,034	665		

(注1)計数は、端数をそれぞれ四捨五入している。

年度計画(令和1～4年度)の資金計画(実績)

(単位: 百万円)

区 分	金額(予算)	金額(実績)	増減
資金収入	72,625	81,993	9,368
業務活動による収入	62,926	60,121	△ 2,805
診療業務による収入	48,411	46,848	△ 1,563
運営費負担金による収入	14,037	11,263	△ 2,774
その他の業務活動による収入	480	2,011	1,531
投資活動による収入	0	8,192	8,192
運営費負担金による収入	0	3,027	3,027
その他の投資活動による収入	0	5,165	5,165
財務活動による収入	5,531	7,374	1,843
長期借入金による収入	5,531	3,874	△ 1,657
その他の財務活動による収入	0	3,500	3,500
前事業年度からの繰越金	4,167	6,306	2,139
資金支出	68,474	76,184	7,710
業務活動による支出	57,781	58,287	506
給与費支出	29,300	29,710	410
材料費支出	16,716	18,002	1,286
その他の業務活動による支出	11,763	10,575	△ 1,188
投資活動による支出	5,765	9,461	3,696
固定資産の取得による支出	5,765	4,561	△ 1,204
その他の投資活動による支出	0	4,900	4,900
財務活動による支出	4,930	8,437	3,507
長期借入金の返済による支出	2,218	2,258	40
移行前地方債償還債務の償還による支出	2,275	2,276	0
その他の財務活動による支出	437	3,903	3,466
翌事業年度への繰越金	4,150	5,808	1,658

(注1)計数は、端数をそれぞれ四捨五入している。