暫定評価期間（令和5年度～令和7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

暫定評価期間（令和5年度～令和7年度）項目別評価総括表

評価項目	令和5年度								令和6年度								令和7年度								暫定評価期間							
	年度評価				自己評価				年度評価				自己評価				年度評価				自己評価				暫定評価				自己評価			
	精神	がん	本部	総合	精神	がん	本部	総合	精神	がん	本部	総合	精神	がん	本部	総合	精神	がん	本部	総合	精神	がん	本部	総合	精神	がん	本部	総合	精神	がん	本部	総合
第1　中期計画の期間																																
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																																
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	B			B	A			B	B			B	A							B	A							B	A		
ロ　医療機器、施設の計画的な更新・整備	B	B			A	A			B	B			A	B							A	B							A	B		
ハ　地域医療への貢献	A	A			A	A			B	A			A	A							A	A							A	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							B	B							B	B		
2　安全・安心な医療の提供	B	C	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	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	B	B	B					B	B	B	B
4　人材の確保と育成	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B					B	B	B	B					B	B	B	B
5　災害等への対応	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B					B	B	B	B					B	B	B	B
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				B				B				B				B								B								B
2　収益確保の取組	B	C			B	B			B	B			B	B							B	B							B	B		
3　経費削減への取組	B	B	B		B	B	B		B	B	B		B	B	B						B	B	B						B	B	B	
第4　予算、収支計画及び資金計画				C				C				C				C				C				C				C				C
第5　短期借入金の限度額																																
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																																
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																																
第8　剰余金の使途																																
第9　積立金の処分に関する計画																																
第10　料金に関する事項																																
第11　その他業務運営に関する重要事項を達成するためにとるべき措置																																
1　人事に関する計画				B				B				B				B								B								B
2　就労環境の整備				B				B				B				B								B								B
3　病院の信頼度の向上	B	B			B	B			B	B			B	B							B	B							B	B		

＜判定基準（地方独立行政法人宮城県立病院機構の業務実績に関する評価の考え方について）＞

【S】： 当該法人の業績向上努力により、中期計画における所期の目標を量的及び質的に上回る顕著な成果が得られていると認められる。

・定量的指標の対中期計画値（又は対年度計画値）が120%以上で、かつ質的に顕著な成果が得られていると認められる場合、又は定量的指標の対中期計画値（又は対年度計画値）が100%以上で、かつ困難度が「高」とされており、かつ質的に顕著な成果が得られていると認められる場合

・定量的指標で評価できない項目については、原則 S 評価なし

【A】： 当該法人の業績向上努力により、中期計画における所期の目標を上回る成果が得られていると認められる。

・定量的指標の対中期計画値（又は対年度計画値）が120%以上、又は定量的指標の対中期計画値（又は対年度計画値）が100%以上で、かつ困難度が「高」とされている場合

・定量的指標で評価できない項目については、困難度が「高」とされた目標について、目標の水準を満たしている場合

【B】： 中期計画における所期の目標を達成していると認められる。

・定量的指標においては対中期計画値（又は対年度計画値）の100%以上

・定量的指標で評価できない項目については、目標の水準を満たしている場合（「A」に該当する事項を除く。）

【C】： 中期計画における所期の目標を下回っており、改善を要する。

・定量的指標においては対中期計画値（又は対年度計画値）の80%以上100%未満

・定量的指標で評価できない項目については、目標の水準を満たしていない場合（「D」に該当する事項を除く。）

【D】： 中期計画における所期の目標を下回っており、業務の廃止を含めた抜本的な改善を求める

・定量的指標においては対中期計画値（又は対年度計画値）の80%未満、又は業務運営の改善その他の必要な措置を講ずることを命ずる必要があると認められる場合

・定量的指標で評価できない項目については、目標の水準を満たしておらず、業務運営の改善その他の必要な措置を講ずることを命ずる必要があると認められる場合を含む、抜本的な業務の見直しが必要な場合

地方独立行政法人宮城県立病院機構　令和5～7年度業務実績

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
第1 中期目標の期間	第1 中期計画の期間											
令和5年4月1日から令和9年3月31日までの4年間とする。	令和5年4月1日から令和9年3月31日までの4年間とする。											
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	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にとるべき措置		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にとるべき措置			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にとるべき措置			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にとるべき措置			
県民の医療ニーズを踏まえながら、県立病院に求められる政策医療及び高度・専門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等の整備を図ること。 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とともに、県立病院の再編協議の進捗に留意すること。	県民の医療ニーズを踏まえながら、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、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とともに、県が進める県立病院の再編協議の進捗に留意する。	《評価全般について》 ◇各項目で定めた指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。											
1 質の高い医療の提供	1 質の高い医療の提供		1 質の高い医療の提供			1 質の高い医療の提供			1 質の高い医療の提供			
(1) 精神医療センター	(1) 精神医療センター	(1) 精神医療センター	(1) 精神医療センター			(1) 精神医療センター			(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）精神科救急医療等の提供 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、現行の地域医療保健の体制で対応が困難な医療ニーズへの対応に向け、積極的に取り組むこと。 また、社会基盤が脆弱な精神疾患罹患者等についても地域の社会資源と緊密に連携しながら積極的に社会復帰・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、器質・症候性の精神疾患との鑑別を要する患者への対応まで含めた精神科救急医療体制の向上を図ること。 加えて、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、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。 【指標】 精神科救急病棟病床利用率を毎年度、82．0%以上とすること。（前中期目標期間実績：令和元年度81．9%、令和2年度78．9%、令和3年度85．0%）	イ 政策医療、高度・専門医療の確実な提供 （イ）精神科救急医療等の提供 治療の困難な事例や障害の高度な事例など、民間病院では対応が困難である、多様な精神疾患及び社会基盤が脆弱な精神疾患罹患者等へ対応するため、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、器質・症候性の精神疾患との鑑別を要する患者への対応まで含めた精神科救急医療体制の向上を図る。 目標とする指標 ／ 目標値 精神科救急病棟患者数 ／ 年間29,630人以上（利用率82.0%以上） 精神科救急入院料適用患者割合 ／ 80% 平均在院日数 ／ 71.9日	◇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。 ◇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ているか。 ◇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。 ◇中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	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た。 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た。 ②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。 ③地域の精神科病院等とのネットワーク強化に向けた取組 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，精神科病院・診療所との連携協定に基づく適切な患者対応に努めており、随時入院依頼の対応や、紹介・逆紹介時の連携に努めた。 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。 指標 ／ 実績値 ／ 達成率 精神科救急病棟患者数（人） ／ 32,649 ／ 101.4% ／ B 精神科救急入院料適用患者割合（%） ／ 73.6 ／ 98.1% ／ C 平均在院日数（日） ／ 71.4 ／ 99.3% ／ B		B A B B	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、毎朝開催する総合診療会議や毎週月曜日に実施す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た。 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た。 ②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として、適切な対応に努めた。 また、従来から精神科救急医療のセーフティネットとして機能を果たしてきた当院の役割を、令和6年4月1日より正式に「常時対応型医療施設」として県から認定されており、当番日以外の受入れも関係機関と連携しながら対応に努めた。 ③地域の精神科病院等とのネットワーク強化に向けた取組 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、精神科病院・診療所との連携協定に基づく適切な患者対応に努めており、随時入院依頼の対応や、紹介・逆紹介時の連携に努めた。 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の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。 指標 ／ 実績値 ／ 達成率 精神科救急病棟患者数（人） ／ 29,826 ／ 80.1% ／ C 精神科救急入院料適用患者割合（%） ／ 81.0 ／ 108.0% ／ B 平均在院日数（日） ／ 68.0 ／ 105.7% ／ B		B A B B	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、毎朝開催する総合診療会議や毎週月曜日に実施す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た。 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た。 ②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として、適切な対応に努めた。 また、常時対応型医療施設として、休日輪番病院で対応が困難な場合の受け入れも関係機関と連携しながら対応に努めた。 ③地域の精神科病院等とのネットワーク強化に向けた取組 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、精神科病院・診療所との連携協定に基づく適切な患者対応に努めており、随時入院依頼の対応や、紹介・逆紹介時の連携に努めた。 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 基幹病院として、民間医療機関では対応困難な医療の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、医療及び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。 指標 ／ 実績値 ／ 達成率 精神科救急病棟患者数（人） ／ 29,708 ／ 80.6% ／ C 精神科救急入院料適用患者割合（%） ／ 80.4 ／ 100.5% ／ B 平均在院日数（日） ／ 67.4 ／ 106.7% ／ B		B A B B	※「状況」は前年度比を示す。 【精神医療センター】 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 入院患者数（病院全体） ／ 人 ／ 58,679 ／ 59,705 ／ 58,557 ／ 56,392 ／ ↓ 入院収益（病院全体） ／ 千円 ／ 1,402,399 ／ 1,453,035 ／ 1,466,706 ／ 1,455,638 ／ ↓ 外来患者数（病院全体） ／ 人 ／ 37,948 ／ 38,473 ／ 39,821 ／ 39,894 ／ ↑ 外来収益（病院全体） ／ 千円 ／ 311,677 ／ 324,943 ／ 339,498 ／ 339,260 ／ ↓ 精神科救急患者受診数 ／ 人 ／ 246 ／ 309 ／ 308 ／ 318 ／ ↑ 精神科救急患者入院数 ／ 人 ／ 150 ／ 147 ／ 127 ／ 153 ／ ↑ 病床稼働率（病床合計）【258床運用】 ／ % ／ 62.3 ／ 63.2 ／ 62.2 ／ 59.9 ／ ↓ 病床稼働率（病床合計）【R7.4～R7.10　258床運用】【R7.11～R7.3　224床運用】 ／ % ／ － ／ － ／ － ／ 62.3 ／ － 北1病棟病床稼働率 ／ % ／ 89.4 ／ 81.7 ／ 75.3 ／ 75.2 ／ ↓ 北2病棟病床稼働率 ／ % ／ 83.9 ／ 74.8 ／ 73.1 ／ 72.6 ／ ↑ 新規入院患者数 ／ 人 ／ 514 ／ 562 ／ 573 ／ 547 ／ ↓ 精神科救急病棟患者数 ／ 人 ／ 31,356 ／ 32,649 ／ 29,826 ／ 29,708 ／ ↓ 精神科救急病棟病床稼働率 ／ % ／ 86.8 ／ 81.1 ／ 74.3 ／ 74.0 ／ ↓ 精神科救急急性期医療入院料適用患者割合 ／ % ／ 72.2 ／ 73.6 ／ 81.0 ／ 80.4 ／ ↓ 精神科救急病棟平均在院日数 ／ 日 ／ 73.5 ／ 71.4 ／ 68.0 ／ 67.4 ／ ↑ 宮城県内における措置入院件数 ／ 件 ／ 175 ／ 199 ／ 169 ／ 205 ／ ↑ うち精神医療センター受入数 ／ 件 ／ 110 ／ 116 ／ 87 ／ 101 ／ ↑ 宮城県内における措置入院受入割合 ／ % ／ 62.9 ／ 58.3 ／ 51.5 ／ 49.3 ／ ↓

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
	（ロ）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、必要な症例への早期介入及び高度・専門的な医療提供を行う。 また、現行の地域医療保健の体制で対応が困難な医療ニーズへの対応に向け、積極的に取り組む。		（ロ）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			（ロ）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			（ロ）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			
		◇ 関係機関とのネットワークの構築の取組状況はどうか。	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定期的なケア会議や連絡会を実施するなど，連携の強化に努めた。 また，西多賀支援学校による学習支援のほか、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。		B	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定期的なケア会議や連絡会を実施するなど、連携の強化に努めた。 また、西多賀支援学校による学習支援のほか、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。		B	地域医療連携室を中心に、学校、児童相談所及び地域の拠点施設と定期的なケア会議や連絡会を実施するなど、連携の強化に努めた。 また、西多賀支援学校による学習支援のほか、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。		B	【精神医療センター】 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 児童・思春期延入院患者数 ／ 人 ／ 2,251 ／ 3,196 ／ 3,874 ／ 3,781 ／ ↓ 児童・思春期延外来患者数 ／ 人 ／ 4,491 ／ 4,173 ／ 3,839 ／ 3,622 ／ ↓ 児童・思春期デイケア患者数 ／ 人 ／ 309 ／ 341 ／ 693 ／ 520 ／ ↓
		◇児童・思春期病棟への入院等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・思春期病棟については，新型コロナウイルス感染症の流行時に実施した面会制限等の影響が継続していることや、老朽化による施設的な要因により入院患者が減少したが、可能な限り受入確保に努めた。		B	②児童・思春期外来の拡充・入院患者受入れ 児童・思春期病棟については、入院患者が増加しており、常勤医師2名体制が継続していることもあったが、可能な限り受入確保に努めた。		B	②児童・思春期外来の拡充・入院患者受入れ 児童精神科の常勤医師が慢性的に不足しており、その対応として、令和7年度秋以降、高校生年代の一部の患者を一般外来で診察するよう調整を行っている。 また、令和7年11月に児童・思春期病棟の再編を行い、運用病床を14床から20床へ増床し、患者受け入れ体制の拡充を図った。		A	
		◇児童外来の取組状況はどうか。	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が、常勤医師2名体制（令和元年度は4名体制）となっていることが影響し外来患者が減少している。 また、精神科デイケアのなかで，児童・思春期の患者を可能な限り受け入れ，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。		B	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が、常勤医師2名体制（令和元年度は4名体制）となっていることが影響し外来患者が減少している。 また、精神科デイケアのなかで、児童・思春期の患者を可能な限り受け入れ、就学や就職に向けた各種プログラムを提供し継続的な支援を行った。デイケア利用者の増加に加え、週に複数回利用するメンバーも多く、件数の増加に繋がった。		B	児童精神科外来においては、新患受付枠を最大限に運用し、積極的な患者の受け入れに努めたが、常勤医師が慢性的に不足していることが影響し外来患者が減少している。 また、精神科デイケアにおいては、児童・思春期の患者を可能な限り受け入れ、就学や就職に向けた各種プログラムを提供し継続的な支援を行っている。		B	
		◇現行の地域医療保健の体制で対応が困難な医療ニーズへの対応に係る取組状況はどうか。	入院時カンファレンス等において、対応困難な要因を早期に院内多職種チームにて確認し、困難度が高いと思われる事例については、早期にケア会議を開催するなど、地域と協力し初期段階から検討を進めていく体制づくりに努めた。また、関係機関との情報共有を密に行い、円滑な入退院支援に努めた。		B	入院時カンファレンス等において、対応困難な要因を早期に院内多職種チームにて確認し、困難度が高いと思われる事例については、早期にケア会議を開催するなど、地域と協力し初期段階から検討を進めていく体制づくりに努めた。また、関係機関との情報共有を密に行い、円滑な入退院支援に努めた。		B	入院時カンファレンスなどにおいて、対応困難な要因を早期に院内多職種チームにて確認し、困難度が高いと思われる事例については、早期にケア会議を開催するなど、地域と協力し初期段階から検討を進めていく体制づくりに努めた。 また、関係機関との情報共有を密に行い、円滑な入退院支援に努めた。		B	
	目標とする指標 ／ 目標値 児童・思春期延入院患者数 ／ 年間3,430人以上（利用率67.1%以上） 児童・思春期延外来患者数 ／ 年間4,900人以上	◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 ／ 実績値 ／ 達成率 児童・思春期延入院患者数（人） ／ 3,196 ／ 87.3% ／ C 児童・思春期延外来患者数（人） ／ 4,173 ／ 85.5% ／ C			指標 ／ 実績値 ／ 達成率 児童・思春期延入院患者数（人） ／ 3,874 ／ 96.5% ／ C 児童・思春期延外来患者数（人） ／ 3,839 ／ 78.3% ／ D			指標 ／ 実績値 ／ 達成率 児童・思春期延入院患者数（人） ／ 3,781 ／ 86.3% ／ C 児童・思春期延外来患者数（人） ／ 3,622 ／ 83.1% ／ C			
	（ハ）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、国内外における症例報告を参考に、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。	（ハ）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。		B	（ハ）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。		B	（ハ）慢性重症者に向けた医療体制の整備 統合失調症に対する治療薬である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、情報共有及びマニュアルの改訂を行った。 定期カンファレ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。		B	【精神医療センター】 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 慢性重症者プロジェクトチームの開催回数 ／ 回 ／ 9 ／ 11 ／ 10 ／ 10 ／ → クロザピンの使用実績 ／ 件 ／ 26 ／ 34 ／ 45 ／ 54 ／ ↑
	（ニ）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。	◇医療観察法等の司法精神医療への取組状況はどうか。	（ニ）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。		B	（ニ）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。		B	（ニ）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 医療観察法に基づく鑑定入院や指定通院医療の提供、司法機関など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。		B	参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 医療観察法通院患者数（実数） ／ 人 ／ 3 ／ 3 ／ 3 ／ 5 ／ ↑ 鑑定入院実施件数 ／ 件 ／ 2 ／ 2 ／ 5 ／ 4 ／ ↓
	（ホ）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への講師派遣などにより、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・早期治療につなげる。	◇地域の相談機関等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。	（ホ）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を開催したほか、行政機関や地域関係機関での研修会講師などを引受け、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。		B	（ホ）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をがんセンター主催で開催したほか、行政機関や地域関係機関での研修会講師などを引受け、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。		B	（ホ）精神疾患に関する普及啓発活動の実施 がんセンター及び名取市医師会と共同で毎年開催している県民公開講座を当センター主催で開催したほか、行政機関や地域関係機関での研修会講師を引受けるなど、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。		B	【精神医療センター】 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和5年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 精神疾患に関する講演会開催実績 ／ 回 ／ 1 ／ 1 ／ 1 ／ 1 ／ → 相談機関対象研修会開催実績 ／ 回 ／ 3 ／ 6 ／ 6 ／ 4 ／ ↓
	（ヘ）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。		（ヘ）高度医療・臨床研究の実施に向けた体制整備及び推進			（ヘ）高度医療・臨床研究の実施に向けた体制整備及び推進			（ヘ）高度医療・臨床研究の実施に向けた体制整備及び推進			
		◇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。		B	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。		B	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体制整備に努めた。		B	
		◇臨床研究及び治験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。		B	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。		B	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。		B	

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
□ 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、償還等の負担、費用対効果等を十分に考慮した中長期的な投資計画のもと、計画的に施設及び設備の更新、整備を図ること。 なお、施設及び設備の更新、整備を行う際は、県立病院の再編協議の進捗を踏まえるものとする。	□ 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。）の整備に当たっては、県が進める県立病院の再編協議の進捗を踏まえ、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。 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。	◇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。	□ 医療機器、施設の計画的な更新・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。 特に、療養環境整備の観点から、早急に修繕が必要だった屋上屋根防水工事等について、県と調整した結果、修繕事業として認められ、緊急的な整備を急いだ。		A	□ 医療機器、施設の計画的な更新・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。 特に、療養環境整備の観点から、早急に修繕が必要だった屋上屋根防水工事等について、県と調整した結果、令和5年度の後半に修繕事業として認められ、令和6年11月に施工完了した。		A	□ 医療機器、施設の計画的な更新・整備 本県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。 西1病棟の病棟再編により、これまで児童ユニットと成人ユニットを分けていた仕切り壁の撤去及び多床室の個室化等の改修工事を実施した。		A	【精神医療センター】 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 機器等の整備計画の策定と具体的な取組状況 ／ ／ 情報系LAN用パソコン等一式、生理検査システム、公用自動車(3台)、薬用冷蔵庫(2台)、診療材料キャビネット(7台)、ティーサーバ更新 ／ 除細動器、公用自動車(1台)、冷温蔵配膳車(4台)、蒸気回転釜(3台)等の更新 ／ 解析機能付心電計、生化学自動分析装置、尿化学分析装置、ガスレンジ(2台)、集塵機付調剤台等の更新 ／ 自動血球計算装置、コンベクションオーブン、ブラストチラー、体成分分析装置、卓上冷却遠心機等の更新 ／
ハ 地域医療への貢献 地域の医療機関との病病・病診連携 に取り組み、患者の紹介・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かつ効果的に発揮されるよう努めること。 また、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、訪問看護ステーションによる活動を一層推進するとともに、関係機関等との機能分担や協力体制を強化すること。 さらに、地域の支援者等と協働して、患者に合った地域生活ができるよう支援するなど、地域包括ケアシステムにおける役割を果たすこと。 新興感染症等の公衆衛生上の重大な危害が発生した場合は、県の要請に応じ地域医療の確保に努めること。 【指標】 ① 紹介率を毎年度、42.0%以上とすること。（前中期目標期間実績：令和元年度43．0%、令和2年度45．1%、令和3年度37．1%） ② 逆紹介率を毎年度、41.5%以上とすること。（前中期目標期間実績：令和元年度41．2%、令和2年度43．7%、令和3年度39．2%） ③ 訪問看護実施件数を毎年度、4、800件以上とすること。（前中期目標期間実績：令和元年度4、625件、令和2年度4、638件、令和3年度4、773件）	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、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。 また、新興感染症等の公衆衛生上の重大な危害が発生した場合は、県の要請に応じ地域医療の確保に努める。		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			
	（イ）地域の医療機関との病病・病診連携の推進等 精神医療センターが持つ高度・専門医療の機能を充分に発揮するため、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）に取り組むとともに、患者に合った地域生活ができるよう支援するため、地域の支援者等と協働して、地域包括ケアシステムにおける役割を果たす。 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。	◇地域の医療機関との病病・病診連携の取組状況はどうか。	（イ）地域の医療機関との病病・病診連携及び障害福祉サービス等との連携の推進 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，地域包括ケアシステムを活用して、地域の医療機関と連携し、より安定的な支援体制の構築に努めた。		B	（イ）地域の医療機関との病病・病診連携及び障害福祉サービス等との連携の推進 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・入院の受け入れ、地域移行・地域定着支援を図るとともに、地域包括ケアシステムを活用して、地域の医療機関と連携し、より安定的な支援体制の構築に努めた。		B	（イ）地域の医療機関との病病・病診連携及び障害福祉サービス等との連携の推進 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・入院の受け入れ、地域移行・地域定着支援を図るとともに、地域包括ケアシステムを活用して、地域の医療機関と連携し、より安定的な支援体制の構築に努めた。		B	
		◇地域包括ケアシステムにおける役割を果たしているか。	患者の安心で安全な地域生活を支えるため、地域と構築してきた地域包括ケアシステムをベースに、必要時の入院の受け入れ及び、地域生活における継続的な関わりなど、地域の関係機関と連携を取りながら役割を果たしている。 訪問看護においては、退院後の患者の地域生活が継続できるよう支援を行うとともに、地域の支援者との連携を図り、地域と医療をつなぐ役割を果たしている。		A	患者の安心で安全な地域生活を支えるため、地域と構築してきた地域包括ケアシステムをベースに、必要時の入院の受け入れ及び、地域生活における継続的な関わりなど、地域の関係機関と連携を取りながら役割を果たしている。 訪問看護においては、退院後の患者の地域生活が継続できるよう支援を行うとともに、地域の支援者との連携を図り、地域と医療をつなぐ役割を果たしている。		A	患者の安心で安全な地域生活を支えるため、地域と構築してきた地域包括ケアシステムをベースに、必要時の入院の受け入れ及び地域生活における継続的な関わりなど、地域の関係機関と連携を取りながら役割を果たしている。 訪問看護においては、退院後の患者の地域生活が継続できるよう支援を行うとともに、地域の支援者との連携を図り、地域と医療をつなぐ役割を果たしている。		A	
		◇地域精神保健福祉活動への参画及び障害福祉サービス等への支援の取組状況はどうか。	行政が実施している精神保健相談への医師派遣、自立支援協議会などの地域精神保健福祉活動に関係する会議への職員派遣や、精神疾患に関する普及啓発のための講師派遣等を積極的に行っている。また、障害福祉サービス事業所などに対しては、事例を通して双方の対応能力の向上を図るなどの研鑽を重ねている。		A	行政が実施している精神保健相談への医師派遣、自立支援協議会などの地域精神保健福祉活動に関係する会議への職員派遣や、精神疾患に関する普及啓発のための講師派遣等を積極的に行っている。また、障害福祉サービス事業所などに対しては、事例を通して双方の対応能力の向上を図るなどの研鑽を重ねている。		A	行政が実施している精神保健相談への医師派遣、自立支援協議会等の地域精神保健福祉活動に関係する会議への職員派遣及び精神疾患に関する普及啓発のための講師派遣等を積極的に行っている。 また、障害福祉サービス事業所等に対しては、事例を通してケア会議を行うなどにより、双方の対応能力の向上を図ることで研鑽を重ねている。		A	
	（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、中期目標で指示されている目標値を目指す。 目標とする指標 ／ 目標値 紹介率 ／ 42.0%以上 逆紹介率 ／ 41.5%以上	◇中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	（ロ）患者の紹介率、逆紹介率の向上 指標 ／ 実績値 ／ 達成率 紹介率（%） ／ 40.1 ／ 95.5% ／ C 逆紹介率（%） ／ 43.9 ／ 105.8% ／ B			（ロ）患者の紹介率、逆紹介率の向上 指標 ／ 実績値 ／ 達成率 紹介率（%） ／ 33.5 ／ 79.8% ／ D 逆紹介率（%） ／ 50.7 ／ 122.2% ／ A			（ロ）患者の紹介率、逆紹介率の向上 指標 ／ 実績値 ／ 達成率 紹介率（%） ／ 35.5 ／ 84.5% ／ C 逆紹介率（%） ／ 44.3 ／ 106.7% ／ B			【精神医療センター】 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 患者紹介率 ／ % ／ 33.2 ／ 40.1 ／ 33.5 ／ 35.5 ／ ↑ 患者逆紹介率 ／ % ／ 44.9 ／ 43.9 ／ 50.7 ／ 44.3 ／ ↓
	（ハ）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、訪問看護ステーションによる活動及び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・地域定着の支援を推進する。	◇患者の地域移行・地域定着支援の推進状況はどうか。	（ハ）地域移行・地域定着支援の実施 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。 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。特に長期入院患者や入退院を繰り返す患者については退院前訪問や退院日の訪問を行い円滑な地域移行に努めた。 院内感染対策のため中止していた入院患者のデイケア試験通所を再開し、入院時の作業療法プログラムの実施から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。		A	（ハ）地域移行・地域定着支援の実施 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。 訪問看護ステーションを中心に，多職種での複数名訪問及び患者の状態に応じた頻回且つ丁寧な支援を行い、患者の再発防止等に努めた。特に長期入院患者や入退院を繰り返す患者については退院前訪問や退院日の訪問を行い円滑な地域移行に努めた。 新型コロナウイルス感染症の5類移行に伴い、昨年再開した入院患者のデイケア見学・試験通所が定着し、入院時の作業療法プログラムから退院後のデイケアプログラムを実施し、地域移行・定着に向け継続した支援を提供した。		A	（ハ）地域移行・地域定着支援の実施 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。 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、長期入院患者や入退院を繰り返す患者については患者の状態に応じた頻回且つ丁寧な支援を行い、再発防止等に努めるともに、新規利用者には退院前訪問や退院日の訪問を行い円滑な地域移行に努めた。 入院患者のデイケア見学・試験通所が定着し、入院時の作業療法プログラムから退院後のデイケアプログラムを行い、地域移行・定着に向け継続した支援を提供した。		A	【精神医療センター】 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 地域ケア会議実施回数 ／ 回 ／ 1,226 ／ 1,453 ／ 1,712 ／ 1,930 ／ ↑ 訪問看護実施件数 ／ 回 ／ 5,501 ／ 5,865 ／ 6,055 ／ 5,872 ／ ↓ リハビリテーション提供実績（作業療法） ／ 件 ／ 11,804 ／ 13,597 ／ 11,650 ／ 12,758 ／ ↑ デイケア実施件数 ／ 件 ／ 2,689 ／ 2,832 ／ 3,775 ／ 4,086 ／ ↑ 地域移行患者数 ／ 人 ／ 5 ／ 5 ／ 6 ／ 2 ／ ↓
	目標とする指標 ／ 目標値 訪問看護実施件数 ／ 年間4,800件以上 デイケア実施件数 ／ 年間2,950件以上 地域移行患者数 ／ 対象者数（入院期間5年以上）の5%以上	◇中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 ／ 実績値 ／ 達成率 訪問看護実施件数（件） ／ 5,865 ／ 109.3% ／ B デイケア実施件数（件） ／ 2,832 ／ 96.0% ／ C 地域移行患者数（人） ／ 6 ／ 120.0% ／ A			指標 ／ 実績値 ／ 達成率 訪問看護実施件数（件） ／ 6,055 ／ 99.7% ／ C デイケア実施件数（件） ／ 3,775 ／ 128.0% ／ A 地域移行患者数（人） ／ 6 ／ 120.0% ／ A			指標 ／ 実績値 ／ 達成率 訪問看護実施件数（件） ／ 5,872 ／ 93.3% ／ C デイケア実施件数（件） ／ 4,086 ／ 138.5% ／ A 地域移行患者数（人） ／ 2 ／ 100.0% ／ B			

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
二　医療に関する調査研究と情報の発信 本県の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。	（二）医療相談会への参加 自治体が開催する医療相談会へ積極的に参加する。 目標とする指標：自治体の医療相談会参加回数　目標値：年１１０回	◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	（二）医療相談会への参加 指標：自治体の医療相談会参加回数（回）　実績値：130　達成率：118.2%	B		（二）医療相談会への参加 指標：自治体の医療相談会参加回数（回）　実績値：147　達成率：133.6%	A		（二）医療相談会への参加 指標：自治体の医療相談会参加回数（回）　実績値：162　達成率：147.3%	A		【精神医療センター】 医療機関向けセミナーの参加実績　件　令和4年度：0　令和5年度：0　令和6年度：0　令和7年度：0　→ 医療相談会の開催回数　回　令和4年度：131　令和5年度：130　令和6年度：147　令和7年度：162　↑
	二　医療に関する調査・研究と情報の発信 県内における精神科医療の水準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。		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			
	（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。 目標とする指標：倫理審査新規審議件数　目標値：１０件	◇臨床に応用するための調査・研究の取組状況はどうか。また、倫理審査委員会の審査は適切に行われているか。 ◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	（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。 指標：倫理審査新規審議件数（件）　実績値：10　達成率：100.0%	B	B	（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。 指標：倫理審査新規審議件数（件）　実績値：13　達成率：130.0%	A	B	（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。 指標：倫理審査新規審議件数（件）　実績値：20　達成率：200.0%	A	B	【精神医療センター】 治療実績等に係るデータベースの作成　有無　令和4年度：有　令和5年度：有　令和6年度：有　令和7年度：有　／ 【精神医療センター】 倫理審査新規審議件数　件　令和4年度：19　令和5年度：10　令和6年度：13　令和7年度：20　↑
	（ロ）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。	◇学会等への参加や関係機関への情報発信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）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、新型コロナウイルス感染症の流行を経て、学会の参加方法も、現地参加やオンライン参加など柔軟に選択できる環境となってきているため、院内の情報機器や受講環境を整え、参加を促進した。 学会参加者数は減少したが，専門誌への寄稿を2件行った。 指標：学会発表（件）　実績値：11　達成率：110.0%　B 指標：学会参加者数（人）　実績値：89　達成率：89.0%　C 指標：専門誌への寄稿件数（件）　実績値：2　達成率：200.0%　A	B	B	（ロ）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、新型コロナウイルス感染症の流行を経て、学会の参加方法も、現地参加やオンライン参加など柔軟に選択できる環境となってきているため、院内の情報機器や受講環境を整え、参加を促進した。 指標：学会発表（件）　実績値：6　達成率：60.0%　D 指標：学会参加者数（人）　実績値：89　達成率：98.9%　C 指標：専門誌への寄稿件数（件）　実績値：0　達成率：0.0%　D	D C D	B	（ロ）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、看護師及び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、新型コロナウイルス感染症の流行を経て、学会の参加方法も、現地参加やオンライン参加など柔軟に選択できる環境となってきているため、院内の情報機器や受講環境を整え、参加を促進した。 指標：学会発表（件）　実績値：6　達成率：54.5%　D 指標：学会参加者数（人）　実績値：87　達成率：93.5%　C 指標：専門誌への寄稿件数（件）　実績値：2　達成率：200.0%　D	D C A	B	【精神医療センター】 学会発表　件　令和4年度：14　令和5年度：11　令和6年度：6　令和7年度：6　→ 学会参加者数　人　令和4年度：94　令和5年度：89　令和6年度：89　令和7年度：87　↓ 専門誌への寄稿件数　件　令和4年度：0　令和5年度：2　令和6年度：0　令和7年度：2　↑
	（ハ）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。	◇WEBサイトの充実や情報提供への取組状況はどうか。	（ハ）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新情報に更新するよう努めた。		B	（ハ）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新情報に更新するよう努めた。		B	（ハ）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新情報に更新するよう努めた。		B	【精神医療センター】 WEBサイトの充実　／　令和4年度：診療情報、各部門案内等について発信した。　令和5年度：診療情報、各部門案内等について発信した。　令和6年度：診療情報、各部門案内等について発信した。　令和7年度：診療情報、各部門案内等について発信した。　／

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
(2) がんセンター	(2) がんセンター	(2) がんセンター	(2) がんセンター			(2) がんセンター			(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 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、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、「全県的がん診療体制」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及び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。 あわせて、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、その成果を生かした医療を提供するよう努めること。 【指標】 ① 手術件数を毎年度、1、600件以上（うちロボット手術件数160件以上）とすること。（前中期目標期間実績：令和元年度1、441件（うちロボット手術件数28件）、令和2年度1、449件（うちロボット手術件数124件）、令和3年度1、625件（うちロボット手術件数167件）） ② がん遺伝子パネル検査件数を毎年度、50件以上とすること。（前中期目標期間実績：令和元年度21件、令和2年度56件、令和3年度49件） ③ 緩和ケアチーム による対応件数を毎年度、350件以上とすること。（前中期目標期間実績：令和元年度267件、令和2年度338件、令和3年度444件）	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，がんの全てのステージにおいて、最適な治療を提供する。 また、手術療法においては、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。 目標とする指標 ／ 目標値 手術件数 ／ 年間1,600件以上（うちロボット手術件数160件以上） トモセラピー件数 ／ 年間4,500件以上 リニアック件数 ／ 年間11,800件以上 化学療法室使用件数 ／ 年間7,300件以上	◇がんの種類や患者の状態に応じて、最適な治療が提供できているか。	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。		B	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。本館では最新型リニアックに更新中である。 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来化学療法を引き続き実施した。		B	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。本館では最新型リニアックに更新した。 また、就労支援の一環として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。		B	【がんセンター】 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 入院患者数（病院全体） ／ 人 ／ 92,273 ／ 90,343 ／ 94,802 ／ 96,219 ／ ↑ 入院収益（病院全体） ／ 千円 ／ 5,753,762 ／ 5,777,527 ／ 6,209,608 ／ 6,676,470 ／ ↑ 外来患者数（病院全体） ／ 人 ／ 84,595 ／ 84,155 ／ 84,214 ／ 81,735 ／ ↓ 外来収益（病院全体） ／ 千円 ／ 3,889,765 ／ 4,197,120 ／ 4,544,370 ／ 4,476,594 ／ ↓ 院内クリティカルパス新規作成件数 ／ 件 ／ 5 ／ 20 ／ 22 ／ 81 ／ ↑ 院内クリティカルパス更新修正件数 ／ 件 ／ 29 ／ 38 ／ 94 ／ 185 ／ ↑ 院内クリティカルパス運用件数 ／ 件 ／ 2,535 ／ 2,439 ／ 2,487 ／ 3,545 ／ ↑ 手術件数 ／ 件 ／ 1,671 ／ 1,679 ／ 1,724 ／ 1,753 ／ ↑ 放射線治療件数 ／ 件 ／ 17,381 ／ 14,371 ／ 14,378 ／ 13,061 ／ ↓ トモセラピー件数 ／ 件 ／ 4,020 ／ 3,567 ／ 4,026 ／ 2,908 ／ ↓ リニアック件数 ／ 件 ／ 13,302 ／ 10,728 ／ 10,282 ／ 10,115 ／ ↓ 化学療法治療件数（入院） ／ 件 ／ 4,592 ／ 5,022 ／ 4,461 ／ 5,717 ／ ↑ 化学療法治療件数（外来）（化学療法室使用件数） ／ 件 ／ 7,865 ／ 8,079 ／ 8,928 ／ 8,249 ／ ↓
		◇低侵襲化手術など、患者負担の少ない治療への取組状況はどうか。	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255件であった。内訳は泌尿器科（前立腺がん68件、腎臓1件、膀胱がん9件）,消化器外科（直腸がん31件、結腸23件、肝臓1件、膵臓1件、胃がん32件）、呼吸気外科（肺45件）,婦人科44件であった。また,3D内視鏡手術システムを用いた手術を22件、IR（赤外線観察システム）73件行った。		A	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248件であった。内訳は泌尿器科（前立腺がん53件、膀胱がん11件）、消化器外科（直腸がん21件、結腸10件、肝臓4件、膵臓3件、胃がん30件）、呼吸気外科（肺45件、縦隔1件）、婦人科70件であった。その他、3D内視鏡手術システムを用いた手術やIR（赤外線観察システム）を行った。また、毎月、低侵襲外科センター運営委員会でも安全性や患者負担の軽減対策を十分に検討している。		A	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266件であった。内訳は泌尿器科（前立腺がん69件、膀胱がん5件）、消化器外科（直腸がん21件、結腸4件、肝臓4件、膵臓3件、胃がん33件）、呼吸器外科47件、婦人科76件、頭頸部外科4件であった。その他、3D内視鏡手術システムを用いた手術やIR（赤外線観察システム）を行った。また、毎月、低侵襲外科センター運営委員会でも安全性や患者負担の軽減対策を十分に検討している。		A	参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 高性能手術支援ロボットによる手術件数 ／ 件 ／ 210 ／ 255 ／ 248 ／ 266 ／ ↑
		◇患者の求める医療の変化に応じた人員配置がなされているか。	新型コロナウイルス感染病棟では、感染流行状況に応じて、県からの諸依頼もあり、最大12名の患者の入院を引き受けた。職員の感染対策も徹底し対応した結果、コロナウイルスに罹患するスタッフはなく、部署運営も順調であった。本館の5階西病棟の緩和ケア病床（9月末まで）でも、緩和ケア内科医師と協働し、他科の患者を受けた。また、コロナに関連で休暇申請がのあった部署に対し、勤務者状況を確認し、看護師を傾斜配置し部署運営を行った。		A	令和5年5月に新型コロナウイルスが5類となったことで、同年10月より新型コロナウイルス感染病棟を緩和ケア病棟に戻し患者の受け入れを始めた。受入当初は10床より稼働を開始し、看護師を配置したが、緩和ケア病棟入棟希望の患者増加に伴い、病床数の増加と看護師配置人数も業務量に応じた人数とした。令和6年4月より25床フル稼働となり、看護師に関しても適正な配置人数を行い、患者・家族が望むような医療の提供ができている。		A	各看護単位の業務量の均てん化を図るため、R7年度は12名の部署異動を行い、医療水準の提供の低下がないよう配慮した。採血に時間が掛かっているとの意見があったため、ピーク時間帯に病棟より応援の看護師を配置した。		A	
		◇中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 ／ 実績値 ／ 達成率 手術件数（件） ／ 1,679 ／ 104.9% ／ B トモセラピー使用回数（件） ／ 3,567 ／ 158.5% ／ A リニアック使用回数（件） ／ 10,728 ／ 90.9% ／ C 化学療法室使用件数（件） ／ 8,079 ／ 110.7% ／ B			指標 ／ 実績値 ／ 達成率 手術件数（件） ／ 1,724 ／ 107.8% ／ B トモセラピー使用回数（件） ／ 4,026 ／ 178.9% ／ A リニアック使用回数（件） ／ 10,282 ／ 87.1% ／ C 化学療法室使用件数（件） ／ 8,928 ／ 122.3% ／ A			指標 ／ 実績値 ／ 達成率 手術件数（件） ／ 1,753 ／ 109.6% ／ B トモセラピー使用回数（件） ／ 2,908 ／ 129.2% ／ A リニアック使用回数（件） ／ 10,115 ／ 85.7% ／ C 化学療法室使用件数（件） ／ 8,249 ／ 113.0% ／ B			

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
	（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、がんゲノム医療中核拠点病院である東北大学病院と連携しつつ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。	◇がんゲノム医療への取組状況はどうか。	（ロ）がんゲノム医療に関する取組 保険診療のがん遺伝子パネル検査は検査出庫75例と大幅に増加した。この原因は人事異動でパネル検査に積極的な医師の増加に加え、GenMineTOPなど情報量の多い検査が保険収載されたことがある。また、当院は「エキスパートパネル実施可能ながんゲノム医療連携病院」の要件を満たしているので、指定に向けて進めている。		A	（ロ）がんゲノム医療に関する取組 保険診療のがん遺伝子パネル検査は検査出庫89例と増加した。この要因は新規の分子標的薬剤が保険収載されたことなどがある。「エキスパートパネル実施可能ながんゲノム医療連携病院」指定にむけて院内エキスパートパネル実施体制を構築した。院内で模擬エキスパートパネルを4回実施、東北大学病院に指定に向けて申請を実施、承認された。		A	（ロ）がんゲノム医療に関する取組 令和7年度から「エキスパートパネル（以下EP）実施可能ながんゲノム医療連携病院」に指定された。また造血器腫瘍遺伝子パネル検査も保険収載直後から開始した。全てのパネル検査は計97件実施し、その内訳は院内EPは76件、東北大学EPは21件（造血器腫瘍EPは10件を含む）であった。結果として823万円の収益となった。		A	
		◇中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 / 実績値 / 達成率 がん遺伝子パネル検査件数（件） / 75 / 150.0%	A		指標 / 実績値 / 達成率 がん遺伝子パネル検査件数（件） / 89 / 178.0%	A		指標 / 実績値 / 達成率 がん遺伝子パネル検査件数（件） / 97 / 194.0%	A		【がんセンター】 参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 がん遺伝子パネル検査 / 件 / 57 / 75 / 89 / 97 / ↑
	（ハ）がん予防に関する県民への啓発 がんなんでも講座、県民公開講座及びWeb配信等を通じて、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。	◇県民に対するがん予防の啓発への取組状況はどうか。	（ハ）がん予防に関する県民への啓発 一般向けセミナーである「がんなんでも講座」は、年度初めの4月に1件行った。県民公開講座については感染対策を行った上で、名取市文化会館で精神医療センターと共催で行い、約70名の方が来場した。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。		B	（ハ）がん予防に関する県民への啓発 一般向けセミナーである「がんなんでも講座」は、7月に1件行った。県民公開講座については感染対策を行った上で、名取市文化会館を会場に当センター主催で行い、約65名の方が来場した。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。		B	（ハ）がん予防に関する県民への啓発 県民公開講座（講座名：知ってトクする医学の知識）を開催し、82名の方が来場した。その他、名取市広報への寄稿、名取市図書館へのリーフレット配布、がん情報ラジオの放送及び外来掲示板などを最大限活用し、がん予防に関する情報等を発信している。		B	
		◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 / 実績値 / 達成率 一般向けセミナー開催回数（回） / 2 / 50% がん検診件数（件） / 150 / 200%	D A		指標 / 実績値 / 達成率 一般向けセミナー開催回数（回） / 2 / 50% がん検診件数（件） / 162 / 216%	D A		指標 / 実績値 / 達成率 一般向けセミナー開催回数（回） / 1 / 25% がん検診件数（件） / 123 / 123%	D A		参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 一般向けセミナー開催実績 / 回 / 2 / 2 / 2 / 1 / ↓ がん検診件数 / 件 / 124 / 150 / 162 / 123 / ↓
	（ニ）東北大学病院との機能分担による「全県的がん診療体制」の構築 国の指針（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日付け厚生労働省健康局長通知））及び今後新たながん診療連携拠点病院の指定要件等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。	◇国の指針等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への取組状況はどうか。	（ニ）東北大学病院との機能分担による「全県的がん診療体制」の構築 相談員の質の担保の為、相談員2名が認定がん専門相談員を更新。また、相談員指導者研修修了者が2名となった。相談者からフィードバックを得る体制として、相談対応シートを振り返り検討し、相談支援の質の向上に繋げている。すべての新患患者に相談窓口を訪問してもらう体制を整備、継続し相談件数の増加に繋がっている。名取市図書館との連携、市民公開講座など地域に向けた発信を行い、院外の方も気軽に利用できる場として周知に努めた。 また、「がん登録実務者育成支援事業」を通して、県内における実務者の育成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6回開催した。さらに、新型コロナウイルス感染症の影響調査を含む県内のがん診療連携拠点病院8施設の比較集計を行った。		A	（ニ）東北大学病院との機能分担による「全県的がん診療体制」の構築 外来初診時に相談窓口を訪問してもらう体制は定着し、その後の相談に繋がっている。院内・外周知のため、イベントの開催、情報誌の発行など行った。地域ラジオへの出演、市図書館での出張がん相談会の開催など、地域住民に向けた発信も行い、気軽に利用できる場として周知に努めた。患者会を定期開催し、養成研修を修了したがんピアサポーターの支援にも努めた。相談員の質の担保のため、認定がん専門相談員として新規1名、更新2名の申請を行い、認定登録されている。 また「がん登録実務者育成支援事業」を通して、県内における実務者の育成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6回開催した。また、県内のがん診療連携拠点病院8施設の比較集計を行った。		A	（ニ）東北大学病院との機能分担による「全県的がん診療体制」の構築 がん相談支援センターの初診患者への周知を目的として外来初診時に相談窓口を訪問してもらう体制が定着し、その後の相談にもつながっている。 がん診療体制に係る院内周知のためイベントの開催や情報誌の発行などを行った。院外においては、名取市図書館でのイベントや出張がん相談会の開催など、地域住民に向けた情報発信を行い、気軽に利用できる場としての周知に努めた。 患者会を定期的に開催し、がんピアサポーターと協力して運営した。また、患者満足度調査や相談シートの振り返りを行い、相談者からのフィードバックを実施した。患者相談部会を3回、実務者会議を2回開催し、県内相談員の知識・技術の向上及び相談員間の連携強化に取り組んだ。さらに、宮城県内の相談員を対象としたがん専門相談員研修を開催し、効果的な学びの場を提供した。 また、「がん登録実務者育成支援事業」を通して、県内・県外における実務者の育成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6回開催した。加えて、県内のがん診療連携拠点病院8施設の比較集計を行った。		A	
		◇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。	県がん診療連携拠点病院として、患者相談部会3回、実務者会議2回開催し、県内の相談員の知識・技術の向上、相談員間の連携に努めている。また、県内の相談窓口24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、相談窓口の質の担保を維持している。東北6県で開催される地域相談支援フォーラムの主催県となり、「AYA世代がん患者の支援」をテーマに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。がんピアサポーター養成研修会において、ファシリテーターや講師として協力、またピアサポーター受入れなどフォローアップに協同した。 また、宮城県がん診療連携協議会では会長・事務局、専門部会の患者相談部会，がん登録部会，地域医療連携部会で部会長、口腔ケア部会で事務局、がん診療提供体制検討委員会で委員長を務め，中心的な役割を担った。 放射線部会では研修会（対面）に参加した。		A	県がん診療連携拠点病院として、患者相談部会3回、実務者会議2回開催し、県内の相談員の知識・技術の向上、相談員間の連携に努めた。また、県内の相談窓口24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、相談窓口の質の担保を維持している。「高齢者の意思決定支援」をテーマにがん専門相談員研修を企画開催し、効果的な学びの場の提供ができた。がんピアサポーター養成において、研修会のファシリテーターや講師として協力、またピアサポーターの実習支援を行った。 また、宮城県がん診療連携協議会では会長・事務局、専門部会の患者相談部会、がん登録部会、地域医療連携部会で部会長、口腔ケア部会で事務局を務め、中心的な役割を担った。 放射線部会では研修会に参加した。		A	がん診療連携拠点病院として、患者相談部会3回、実務者会議2回開催し、県内の相談員の知識・技術の向上、相談員間の連携に努めた。また、県内の相談窓口24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、相談窓口の質の担保を維持している。 「高齢者の意思決定支援」をテーマにがん専門相談員研修を企画開催し、効果的な学びの場を提供した。がんピアサポーター養成において、研修会のファシリテーターや講師として協力し、ピアサポーターの実習支援も行った。 また、宮城県がん診療連携協議会では会長と事務局を、専門部会である患者相談部会、がん登録部会及び地域医療連携部会では部会長を、口腔ケア部会では事務局をそれぞれ務め、中心的な役割を担った。放射線部会においては研修会へ参加した。		A	【がんセンター】 参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 緩和ケア研修会開催実績 / 回 / 1 / 1 / 1 / 1 / → 緩和ケア勉強会開催実績 / 回 / 5 / 5 / 5 / 5 / → 放射線治療研修会開催実績 / 回 / 0 / 0 / 0 / 0 / → がん相談窓口連携会議開催実績 / 回 / 7 / 7 / 7 / 7 / → がん登録患者数（実績） / 人 / 2,095 / 2,070 / 2,177 / / / うち5大がん登録患者数 / 人 / 942 / 910 / 952 / / / うち5大がん以外（希少・難治性がん等）登録患者数 / 人 / 1,153 / 1,160 / 1,225 / / / 5大がん以外登録数の比率 / 件 / 45.0 / 56.0 / 56.3 / / / ※がん登録については8月以降実績が確定する。
		○年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 / 実績値 / 達成率 緩和ケア研修会開催回数（回） / 1 / 100.0%	B		指標 / 実績値 / 達成率 緩和ケア研修会開催回数（回） / 1 / 100.0%	B		指標 / 実績値 / 達成率 緩和ケア研修会開催回数（回） / 1 / 100.0%	B		

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
	（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、がんと診断されたときから、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。	◇緩和ケアの推進状況はどうか。	（ホ）がん患者の療養生活の質の向上 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。依頼件数は494件で前年度より35件増加している。チームでは1回/週カンファレンスを行い、さら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。		A	（ホ）がん患者の療養生活の質の向上 緩和ケアチームで依頼を受けた患者をチームメンバーで毎朝のミーティングで共有し身体面、精神面それぞれで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。依頼件数は496件で前年度より2件増加している。チームでは1回/週カンファレンスを行い、さら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に努めている。		A	（ホ）がん患者の療養生活の質の向上 緩和ケアチームで依頼を受けた患者の状態をチームメンバーが毎朝のミーティングで共有した上で、身体面及び精神面でラウンドを行った結果に基づき緩和医療についての相談を病棟スタッフと行い、依頼内容の解決に向けた提案している。 専門的緩和ケアを提供し、依頼件数は年間450件である。 チームでは週1回カンファレンスを行うとともに、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・情報共有を行うなど、緩和ケアの推進に努めている。		A	【がんセンター】 参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 緩和ケアチームによる対応件数 / 件 / 459 / 494 / 496 / 447 / ↓ 緩和ケア病棟患者数 / 人 / 147 / 215 / 319 / 319 / → 在宅療養がん患者の緩和ケア病棟利用実績 / 件 / 36 / 43 / 77 / 89 / ↑
		◇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。	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。新規登録施設の拡大や病床利用についてメールや郵送で案内し、登録施設は29施設となった。緊急病床利用は緩和ケア内科医師並びに病棟の柔軟な対応もあるが、登録医師からの申込ではなく登録施設からの申込にしたことと、緩和ケア病棟が再開したこともあり、過去最高であった昨年度の2.7倍の35件を受入れることができた。		A	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」を確保している。新規登録施設の拡大や病床利用についてメールや郵送で案内し、登録施設は32施設となった。緊急緩和ケア病床利用の申し込みは、登録施設からの申込であるが、コロナ禍が明けて緩和ケア病棟が再開し過去最高であった昨年度より増加し、41件の受入れを行った。		A	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」の確保を継続している。新規登録施設の拡大や病床利用についてメールや郵送で案内し、登録施設は38施設に増加した。緊急緩和ケア病床利用の申し込みは、登録施設からの申込であるが、過去最高であった前年度より増加し、56件の受け入れを行い、迅速な受け入れ体制を持続している。		A	
		◇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。	緩和ケア地域連携カンファレンスは、案内範囲を徐々に拡大し県内全域へ案内した。参加者は延べ287名だった。緩和ケア病床として5西病棟の10床を利用していたが、9月25日よりコロナ対応病床としての役割を終え、緩和ケア病棟として再開し総入院患者は215名、そのうち在宅療養がん患者は43名（約20%）を受入れた。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。		A	緩和ケア地域連携カンファレンスは、案内範囲を徐々に拡大し県内全域へ案内した。参加者は延べ300名だった。緩和ケア病棟として総入院患者は319名、そのうち在宅療養がん患者は77名（約24%）を受入れた。地域との切れ目の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継続して行っている。		A	緩和ケア地域連携カンファレンスは、県内全域へ案内している。参加者は延べ271名であった。 緩和ケア病棟として総入院患者は319名、そのうち在宅療養がん患者は89名（約28%）の受入れを行った。地域との切れ目の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継続して行っている。		A	
	目標とする指標 / 目標値 緩和ケアチームによる対応件数 / 年間350件以上	◇中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 / 実績値 / 達成率 緩和ケアチームによる対応件数（件） / 494 / 141.1%	A		指標 / 実績値 / 達成率 緩和ケアチームによる対応件数（件） / 496 / 141.7%	A		指標 / 実績値 / 達成率 緩和ケアチームによる対応件数（件） / 447 / 127.7%	A		
	（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。 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。 がん医療の変革に対応できる革新的な研究成果を発信し続けるため、競争的資金の獲得に努める。	◇基礎及び臨床研究の実施状況はどうか。	（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，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。令和5年度，本研究所で研究している東北大学の大学院学生は12名であり，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。		A	（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、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。令和6年度、本研究所で研究している東北大学の大学院学生は9名であり，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。		A	（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、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。 令和7年度在籍の東北大学大学院学生は8名であり，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。令和8年9月卒業予定の3名はすべて予定どおり学位申請に向けて準備を進めた。		A	
		◇新薬開発に係る研究の受託状況はどうか。	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、採択された2件の研究が順調に進捗している。また、一昨年度開始した企業との共同研究1件も延長手続きを実施した。		A	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事業において、採択された2件の研究が順調に進捗している。また、企業との共同研究1件も延長手続きを実施した。		A	政府主導の日本医療研究開発機構事業において、新規に1件研究課題が採択され、さらに1件、共同研究者として分担研究を担当した。いずれも研究が順調に進捗している。		A	
		◇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。	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．胆管癌，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。特にがん薬物療法部では化学療法抵抗性を獲得したがんに良く発生する神経内分泌系の腫瘍の代謝上の弱点を同定し、国際的に権威ある科学雑誌Nature Communicationsに論文が掲載された。また、呼吸器内科との共同研究で化学療法剤で治療中の患者の再発予知に複数の遺伝子を次世代シーケンサで解析する技術開発を行った。		A	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。がん幹細胞研究部では胆管癌の腫瘍促進因子を同定し、日本癌学会の学術機関誌Cancer Science誌のhighlight論文に選出された。発がん制御研究部からも、東北大学総合外科との共同研究で機械学習を活用した胆道系腫瘍の胆汁由来の遊離DNAリキッドバイオプシーの技術開発を実施、こちらも日本癌学会の学術機関誌Cancer Science誌のhighlight論文に選出された。また、がん薬物療法研究部からは卵巣癌細胞株増殖と生存に不可欠の分子を同定、権威ある科学雑誌Journal of Biological Chemistry誌に論文が掲載された。がん疫学・予防研究部が進めている市町村のがん登録情報の活用を支援するモデル事業は、全8市町への提供が終了し、各自治体と情報交換会を開催した。		A	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。 ・がん幹細胞研究部では腎癌の腫瘍促進因子の一つとしてFAXCを解析、BBRC誌に掲載された。 ・がん疫学・予防研究部の金村部長が参画したJ-START（Japan Strategic Anti-cancer Randomized Trial）の研究成果である、乳がん検診における超音波検査の上乗せで進行乳がん罹患率が低下することを示した論文が国際的に非常に権威ある臨床医学雑誌The Lancetに掲載された。 ・がん疫学・予防研究部が令和3年度に立ち上げた市町村によるがん登録情報の活用支援モデル事業については、8市町への集計結果の提供と5市町のがん検診の精度管理支援が終了し、各自治体と情報交換会を開催した。		A	【がんセンター】 参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 先進医療件数及び個別化医療件数 / 件 / 0 / 0 / 0 / 0 / → 外部資金の件数 / 件 / 43 / 40 / 38 / 24 / ↓ 外部資金の金額 / 千円 / 113,395 / 126,220 / 92,017 / 54,757 / ↓ 科研費採択件数（新規・継続） / 件 / 32 / 30 / 27 / 18 / ↓ 科研費採択金額（新規・継続） / 千円 / 54,700 / 49,835 / 44,811 / 26,395 / ↓ 科研費を除いた外部資金獲得件数 / 件 / 11 / 10 / 11 / 6 / ↓ うち AMED獲得件数 / 件 / 6 / 8 / 7 / 5 / ↓ 科研費を除いた外部資金獲得金額 / 千円 / 58,695 / 76,385 / 69,099 / 28,362 / ↓ うち AMED獲得金額 / 千円 / 42,745 / 59,445 / 51,129 / 28,262 / ↓ 治験実施件数 / 件 / 34 / 34 / 33 / 33 / → 当該年度実施中治験への登録患者総数 / 人 / 70 / 69 / 61 / 60 / ↓ 治験委託費 / 千円 / 34,632 / 57,127 / 42,846 / 63,385 / ↑ 臨床研究実施件数 / 件 / 254 / 243 / 241 / 231 / ↓
		◇研究内容や成果の情報発信についてはどうか。	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5年度は内部発表者も含め8人を講師として招請し「がんセンターセミナー」を実施した。また7月には「がんはゲノムの病気」というタイトルで、宮城県立がんセンターがん情報ラジオでの講演を実施した。		A	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6年度は内部発表者も含め10人を講師として招請し「がんセンターセミナー」を実施した。		A	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7年度は内部発表者も含め10人を講師として招請し「がんセンターセミナー」を実施した。		A	
	目標とする指標 / 目標値 科研費採択件数（新規・継続） / 年間30件 科研費採択金額（新規・継続） / 年間60，000千円 科研費を除いた外部資金獲得件数（新規・継続） / 年間20件 科研費を除いた外部資金獲得金額（新規・継続） / 年間70，000千円	◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 / 実績値 / 達成率 科研費採択件数（新規・継続）（件） / 30 / 100.0% B 科研費採択金額（新規・継続）（千円） / 49,835 / 83.1% C 科研費を除いた外部資金獲得件数（新規・継続）（件） / 10 / 50.0% D 科研費を除いた外部資金獲得金額（新規・継続）（千円） / 76,385 / 109.1% B			指標 / 実績値 / 達成率 科研費採択件数（新規・継続）（件） / 27 / 90.0% C 科研費採択金額（新規・継続）（千円） / 44,811 / 74.7% D 科研費を除いた外部資金獲得件数（新規・継続）（件） / 11 / 55.0% D 科研費を除いた外部資金獲得金額（新規・継続）（千円） / 69,099 / 98.7% C			指標 / 実績値 / 達成率 科研費採択件数（新規・継続）（件） / 18 / 60.0% D 科研費採択金額（新規・継続）（千円） / 26,395 / 44.0% D 科研費を除いた外部資金獲得件数（新規・継続）（件） / 6 / 30.0% D 科研費を除いた外部資金獲得金額（新規・継続）（千円） / 28,362 / 40.5% D			

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
□　医療機器、施設の計画的な更新・整備 病院施設の老朽化が進行しつつあることから、償還等の負担、費用対効果等を十分に考慮した中長期的な投資計画のもと、計画的に施設及び設備の更新、整備を図ること。 なお、施設及び設備の更新、整備を行う際は、県立病院の再編協議の進捗を踏まえるものとする。	□　医療機器、施設の計画的な更新・整備 機器等の整備に当たっては、県が進める県立病院の再編協議の進捗を踏まえ、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。 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。	◇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。	□　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。幹部と部門長が2か月間に渡る部門別ヒアリングを経て、機器整備計画を立てる点は機器等の現況等を十分に考慮している。 2021年10月31日に徳島県のつるぎ町立半田病院で、翌年2022年10月31日には大阪府の大阪急性期・総合医療センターにてランサムウェアによるサイバー攻撃被害が発生し、医療業界を震撼させた。令和5年度は、相次ぐ医療機関をターゲットにしたサイバー攻撃に対して、全国各地の医療機関においてサイバー攻撃対策が急務となり、厚生労働省主導によりサイバー攻撃対策の構築が求められた。当院では、令和5年度に外部へのデータバックアップ(オンラインバックアップ)の構築を予定していたが、上記の状況を鑑み、データを保存したLTOテープを物理的にサーバから取り外して保存するオフラインバックアップの仕組みも併せて導入した。システムベンダのデータセンタでの外部保存(オンラインバックアップ)とLTOテープによるサーバから物理的に切り離した外部保存(オフラインバックアップ)の2種類のバックアップを構築したことで、ランサムウェア等のサイバー攻撃への対策を講じることができ、さらに、令和6年の診療報酬改定で診療録管理体制加算に新たに追加された、非常時に備えたサイバーセキュリティ対策等の整備に係る要件を満たすことができた。 ・コンピューター断層撮影装置（MDCT）（診療放射線技術部） ・内視鏡用X線TVシステム（診療放射線技術部） ・多項目自動血球分析装置（臨床検査技術部） 施設設備については中期計画の予定通り、HCUのナースコール更新を行った。		A	□　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。幹部と部門長が2か月間に渡る部門別ヒアリングを経て、機器整備計画を立てる点は機器等の現況等を十分に考慮している。 ・ガンマカメラ ・磁気共鳴断層撮影装置（3TMRI） ・高精度放射線治療システム（リニアック） 施設設備については中期計画の予定通り、真空遮断器更新工事、自動火災報知設備改修工事等の工事を行った。		B	□　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。幹部と部門長が1か月間に渡る部門別ヒアリングを経て、機器整備計画を立てる点などにより機器等の現況を十分に考慮した。 施設設備については、中期計画の予定どおり、昇降機及び冷却塔の工事を行った。		B	【がんセンター】 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 機器等の整備計画の策定と具体的な取組状況 ／ ／ 機器：電子カルテシステム、乳房撮影装置 工事：照明LED化（中央監視室）、看護外来ブース設置 ／ 機器：コンピューター断層撮影装置【MDCT】、内視鏡用X線TVシステム（診療放射線技術部） 工事：HCUナースコール更新 ／ 機器：ガンマカメラ、磁気共鳴断層撮影装置（3TMRI）、高精度放射線治療システム（リニアック） 施設設備：真空遮断器更新工事、自動火災報知設備改修工事等 ／ 機器：手術関連機器、放射線診断機器等 施設：昇降機、冷却塔の工事 ／
ハ　地域医療への貢献 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。 また、地域の支援者等と協働して、患者に合った地域生活ができるよう支援するなど、地域包括ケアシステムにおける役割を果たすこと。 新興感染症等の公衆衛生上の重大な危害が発生した場合は、県の要請に応じ地域医療の確保に努めること。 【指標】 ①　紹介率を毎年度、87．5%以上とすること。（前中期目標期間実績：令和元年度88．5%、令和2年度88．1%、令和3年度85．0%） ②　逆紹介率を毎年度、56．0%以上とすること。（前中期目標期間実績：令和元年度54．8%、令和2年度59．9%、令和3年度52．5%）	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、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・強化を進める。 また、新興感染症等の公衆衛生上の重大な危害が発生した場合は、県の要請に応じ地域医療の確保に努める。 （イ）地域の医療機関との病病・病診連携の推進等 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とともに、地域包括ケアシステムにおける役割を果たすため、地域の支援者等と協働して、患者に合った地域生活ができるよう支援を行う。 （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、中期目標で指示されている目標値を目指す。 目標とする指標 ／ 目標値 紹介率（歯科除く） ／ 87.5%以上 逆紹介率 ／ 56.0%以上	◇　地域の医療機関との病病・病診連携の取組状況はどうか。 ◇　地域包括ケアシステムにおける役割を果たしているか。 ◇中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	ハ　地域医療への貢献 （イ）地域の医療機関との病病・病診連携の推進等 新規に開業した地域の医療機関や、受診の申し込みを初めて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。 新患患者の受診報告書を受診翌日までには記載し、紹介元医療機関への発送を確実に行えるようにした。担当医師が記載していない場合は、地域医療連携室で確認し、院長名で記載して発送することを継続している。 がんセンター広報誌「せりなべ」は総務グループ広報担当が内容の充実を図り年4回発行している。地域医療機関の紹介などのページを増やしたり、図書館や公民館などの公共機関への配布を行っている。また、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5年度は地域医療連携の会を4年ぶりに対面形式で開催し院内外129名の参加があった。当院医師による講演を3席（消化器外科・呼吸器外科・放射線治療科）行い、地域の医療機関との交流を図った。アンケート結果から大変好評を得た。 退院調整に関して、在宅診療医、看護師、ケアマネージャー等の参加のもと退院前カンファレンスを実施し患者が在宅療養を行う上で安心して過ごすことができるよう地域との連携を図った。（年間の退院前カンファレンス件数　約130件）　外来患者の在宅療養支援に関しては、患者が住み慣れた自宅で社会資源を活用しながら生活できるよう地域包括支援センター、訪問看護ステーション、在宅診療医等と患者・家族の意向を確認しながら調整・連携を図った。（在宅医療調整件数　約100件…入院患者も含む）　入院が必要になった場合は、地域との情報交換を行い速やかに対応した。 （ロ）患者の紹介率、逆紹介率の向上 指標 ／ 実績値 ／ 達成率 紹介率（歯科を除く）（%） ／ 92.4 ／ 105.6% 逆紹介率（%） ／ 61.5 ／ 109.8%	 A A B B	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 新規に開業した地域の医療機関や、受診の申し込みを初めて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。 新患患者の受診報告書を受診翌日までには記載し、紹介元医療機関への発送を確実に行えるようにした。担当医師が記載していない場合は、地域医療連携室で確認し、院長名で記載して発送することを継続している。 がんセンター広報誌「せりなべ」は総務グループ広報担当が内容の充実を図り年4回発行している。地域医療機関の紹介などのページを増やしたり、図書館や公民館などの公共機関750件への配布を行っている。また、年6回「外来新患診療体制表」を発行し590件余りの医療機関へ発送を行った。 令和6年度「地域医療連携の会」を開催し院内外162名の参加があった。当院医師による講演を3席（呼吸器内科・婦人科・消化器内科）行い、地域の医療機関との交流を図った。前年度より参加人数33人増、アンケート回収率53.2%、アンケート結果からも好評を得た。 退院調整に関して、在宅診療医、看護師、ケアマネージャー等の参加のもと退院前カンファレンスを実施し患者が在宅療養を行う上で安心して過ごすことができるよう地域との連携を図った。（年間の退院前カンファレンス件数　約140件） 外来患者の在宅療養支援に関しては、患者が住み慣れた自宅で社会資源を活用しながら生活できるよう地域包括支援センター、訪問看護ステーション、在宅診療医等と患者・家族の意向を確認しながら調整・連携を図った。（在宅医療調整件数　約100件…入院患者も含む） 入院が必要になった場合は、地域との情報交換を行い速やかに対応した。 （ロ）患者の紹介率、逆紹介率の向上 指標 ／ 実績値 ／ 達成率 紹介率（歯科を除く）（%） ／ 93.4 ／ 106.7% 逆紹介率（歯科を除く）（%） ／ 60.7 ／ 108.4%	 A A B B	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 新規に開業した地域の医療機関や受診の申し込みを初めて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。新規登録医療機関10件であった。 新患患者の受診報告書について、受診翌日には紹介元医療機関へ発送を行い、担当医師が記載していない場合は、地域医療連携室で確認し、院長名で代理作成し発送することを継続している。 「外来新患診療体制表」を年6回発行し580件余りの地域医療機関へ送付するとともに、がんセンター広報誌「せりなべ」を年4回発行し750件の医療機関に郵送・配布を行っている。 令和7年度「地域医療連携の会」を開催し、院内外143名の参加があった。当院医師による講演を2席（整形外科・腫瘍循環器科）と看護部から初めて講演参加があった（アピアランス・頭皮冷却に関する取り組み）。連携の会を通じて地域医療機関との交流を図り、アンケート結果からも好評を得た。 退院調整に関して、在宅診療医、看護師、ケアマネージャー等に参加してもらい退院前カンファレンスを152件（内zoom22件）実施し、患者が在宅療養を行う上で安心して過ごすことができるよう地域との連携を図った。外来患者の在宅療養支援に関しては、患者が住み慣れた自宅で社会資源を活用しながら生活できるよう地域包括支援センター、訪問看護ステーション、在宅診療医等と患者・家族の意向を確認しながら調整・連携を図った。 （在宅医療調整件数104件：入院患者も含む） 入院が必要になった場合は、地域包括支援センター等との情報交換を行い速やかに対応した。 （ロ）患者の紹介率、逆紹介率の向上 指標 ／ 実績値 ／ 達成率 紹介率（歯科を除く）（%） ／ 93.4 ／ 106.7% 逆紹介率（歯科を除く）（%） ／ 71.5 ／ 127.7%	 A A B A	【がんセンター】 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 患者紹介率 ／ % ／ 89.4 ／ 92.4 ／ 93.4 ／ 93.4 ／ → 患者逆紹介率 ／ % ／ 63.1 ／ 61.5 ／ 60.7 ／ 71.5 ／ ↑

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
ニ　医療に関する調査研究と情報の発信 本県の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」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、管理に努めるとともに、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。	◇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。	（イ）調査・研究の推進 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5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5年度は7市町で実施した。		B	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。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6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6年度は8市町で実施し、研究所HPに2市3町及び宮城県の集計結果を公表した。		B	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。がん登録推進法に基づく届け出の受理、登録、報告書の発行及びデータ提供を行っている。令和7年度は、年次集計及び長期集計結果の公表を行った。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年度からモデル事業を研究所にて開始しており、令和7年度は8市町で実施し、研究所HPに7市町の集計結果を公表した。		B	【がんセンター】 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 治療実績等に係るデータベースの作成 ／ 有無 ／ 有 ／ 有 ／ 有 ／ 有 ／ ／
		◇　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。	当院で診断・治療された2009年～2019年症例5,919件に対して予後調査を行い、判明率は99.0%であった。2022年症例については、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、集計結果を一般公開した。2016年症例の5年生存率集計結果については、電子カルテを通して内部公開とした。		B	当院で診断・治療された2010年～2020年症例6,223件に対して予後調査を行い、判明率は99.0%であった。2023年症例については、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、集計結果を一般公開した。2016年～2017年症例の5年生存率集計結果については、電子カルテを通して内部公開とした。		B	当院で診断・治療された2011年～2021年症例5,708件に対して予後調査を行い、判明率は99.3%であった。2024年症例については、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、集計結果を一般公開した。2018年症例の5年生存率集計結果については、電子カルテを通して内部公開とした。		B	【がんセンター】（宮城県がん登録管理事業） 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 講習会の開催回数 ／ 回 ／ 2 ／ 1 ／ 2 ／ 2 ／ → 講習会延参加者数 ／ 人 ／ 135 ／ 47 ／ 113 ／ 150 ／ ↑ 届出件数 ／ 件 ／ 29,248 ／ 29,446 ／ 30,289 ／ 30,573 ／ ↑ データ提供件数 ／ 件 ／ 10 ／ 3 ／ 14 ／ 12 ／ ↓
		◇　調査・研究を推進するに当たり、個人の人権や安全に十分配慮されているか。	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った。 また、臨床研究法および倫理指針に基づく研修会を年度内に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。		B	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82件（内訳：迅速審査80件、本審査2件）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究倫理研修会を年度内に2回開催し、研究に携わる職員の意識向上、啓発に努めた。		B	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63件（内訳：迅速審査58件、本審査5件）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究倫理研修会を年度内に1回開催し、研究に携わる職員の意識向上、啓発に努めた。		B	
	目標とする指標 ／ 目標値 倫理審査委員会開催回数 ／ 年6回	◇倫理委員会の審査は適切に行われているか。	倫理審査委員会を年6回開催し、審査件数85件（内訳：迅速審査83件、本審査2件）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究倫理研修会を年度内に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。		B	倫理審査委員会を年6回開催し、審査件数82件（内訳：迅速審査80件、本審査2件）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究倫理研修会を年度内に2回開催し、研究に携わる職員の意識向上、啓発に努めた。		B	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63件（内訳：迅速審査58件、本審査5件）を実施し急な案件についても対応している。 審査の際は、研究対象者の保護と審査の独立性公正性の確保について倫理指針に基づき院内で定めた留意事項に従っている。		B	【がんセンター】 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 倫理審査委員会の開催回数 ／ 回 ／ 6 ／ 6 ／ 6 ／ 6 ／ → 倫理審査委員会の審議件数 ／ 件 ／ 94 ／ 85 ／ 82 ／ 63 ／ ↓
		◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 ／ 実績値 ／ 達成率 倫理審査委員会開催回数（回） ／ 6 ／ 100.0%		B	指標 ／ 実績値 ／ 達成率 倫理審査委員会開催回数（回） ／ 6 ／ 100.0%		B	指標 ／ 実績値 ／ 達成率 倫理審査委員会開催回数（回） ／ 6 ／ 100.0%		B	

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
	（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。	◇ 医療機関・医療従事者向けの調査・研究成果に係るセミナー等の開催状況についてはどうか。	（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ついては、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。看護部公開研修会については、外部の参加者が多いため、YouTubeでのオンデマンド方式で開催した。		B	（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ついては、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。看護部公開研修会については2回開催し、全体で61名（外部32名）が参加した。		B	（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を会場とオンラインとのハイブリッド形式で10回実施した。看護部公開研修会については2回開催し、全体で51名（外部46名）が参加した。		B	
		◇ 県民及び患者向けの広報活動についてはどうか。	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対面形式で開催し、多くの方に見てもらえるようにした。		B	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を名取市文化会館で行った。専門・認定看護師による高等学校での講演などを行った。 また、がんセンターの広報誌「せりなべ」を年4回発行しがん情報の発信に努めている。		B	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を名取市文化会館で行った。専門・認定看護師による高等学校での講演などを行った。また、がんセンターの広報誌「せりなべ」を年4回発行し、がん情報の発信に努めている。		B	【がんセンター】 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 医療機関向けセミナーの開催実績 ／ 回 ／ 13 ／ 8 ／ 10 ／ 10 ／ → 医療相談会の開催実績 ／ 回 ／ 66 ／ 64 ／ 60 ／ 58 ／ ↓ 看護部公開研修会の開催実績 ／ 回 ／ 3 ／ 2 ／ 2 ／ 2 ／ →
	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7回 看護部公開研修会開催回数 ／ 年2回	◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 ／ 実績値 ／ 達成率 医療機関向けセミナー開催回数（回） ／ 8 ／ 114.3% ／ B 看護部公開研修会開催回数（回） ／ 2 ／ 100.0% ／ B			指標 ／ 実績値 ／ 達成率 医療機関向けセミナー開催回数（回） ／ 10 ／ 142.9% ／ A 看護部公開研修会開催回数（回） ／ 2 ／ 100.0% ／ B			指標 ／ 実績値 ／ 達成率 医療機関向けセミナー開催回数（回） ／ 10 ／ 142.9% ／ A 看護部公開研修会開催回数（回） ／ 2 ／ 100.0% ／ B			
	（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。	◇ 学会等への参加・発表や専門誌への寄稿等の実施状況はどうか。	（ハ）学会等への積極的参加と関係機関への情報発信 新型コロナウイルス感染症が5類感染症へ移行したことで、前年度に比べ、対面方式での学会等の参加が増加した。また、例年どおり積極的に専門誌等への寄稿を行った。 令和5年度は従来に近い学会開催となり、積極的に演題発表を実施した。並行して専門誌への発表も例年通り積極的に行った。特にがん薬物療法部では化学療法抵抗性を獲得したがんに良く発生する神経内分泌系の腫瘍の代謝上の弱点を同定し、国際的に権威ある科学雑誌Nature Communicationsに論文が掲載された。		B	（ハ）学会等への積極的参加と関係機関への情報発信 前年に比べ、国内学会ばかりでなく国外学会への参加も増加した。また、例年どおり積極的に専門誌等への寄稿を行った。 研究所に関しては、令和6年度はほぼ従来通りの学会開催となり、積極的に演題発表を実施した。並行して専門誌への発表も例年通り積極的に行った。共同研究を含め英文査読誌に7報の論文が掲載された。中でもCancer Science誌に掲載された二報はどちらもHighlight論文として選出された。		B	（ハ）学会等への積極的参加と関係機関への情報発信 令和7年度はほぼ従来通りの学会開催となり、積極的に演題発表を実施した。並行して専門誌への発表も例年通り積極的に行った。共同研究を含め英文査読誌に6報の論文が掲載された。中でも大きな成果であったのは、がん疫学・予防研究部が参画した、乳がん検診における超音波検査の効果を示した論文が国際的に非常に権威ある臨床医学雑誌The Lancetに掲載された研究であった。		B	【がんセンター】 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 学会発表実績 ／ 件 ／ 115 ／ 120 ／ 163 ／ 179 ／ ↑ 学会参加実績 ／ 件 ／ 413 ／ 452 ／ 441 ／ 466 ／ ↑ 専門誌等への寄稿件数 ／ 件 ／ 80 ／ 83 ／ 67 ／ 74 ／ ↑
		○年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 ／ 実績値 ／ 達成率 学会発表実績（件） ／ 120 ／ 66.7% ／ D 学会参加実績（件） ／ 452 ／ 100.4% ／ B 専門誌等への寄稿件数（件） ／ 83 ／ 83.0% ／ C			指標 ／ 実績値 ／ 達成率 学会発表実績（件） ／ 163 ／ 116.4% ／ B 学会参加実績（件） ／ 441 ／ 100.2% ／ B 専門誌等への寄稿件数（件） ／ 67 ／ 74.4% ／ D			指標 ／ 実績値 ／ 達成率 学会発表実績（件） ／ 179 ／ 162.7% ／ A 学会参加実績（件） ／ 466 ／ 133.1% ／ A 専門誌等への寄稿件数（件） ／ 74 ／ 105.7% ／ B			【がんセンター】 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 WEBサイトの充実 ／ ／ 「みやがん広報室」ページを新設し、年報や広報誌をPDFで公開し情報を充実させる取組を行った。 ／ 「みやがん広報室」ページを更新し、年報や広報誌をPDFで公開し情報を充実させる取組を行った。 ／ 「みやがん広報室」ページを更新し、年報や広報誌をPDFで公開し情報を充実させる取組を行った。 ／ 「みやがん広報室」ページを更新し、年報や広報誌をPDFで公開し情報を充実させる取組を行った。 ／ ／
	（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。	◇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。	（ニ）WEBサイト等を利用した疾病や検診の情報提供 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。また、SNSのアカウントを開設し、さらなる情報発信に努めた。		B	（ニ）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 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。また、SNSのアカウントを開設し、さらなる情報発信に努めた。		B	（ニ）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 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、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。また、SNSの活用により、さらなる情報発信に努めた。		B	

第4期中期目標（令和5～8年度）	第4期中期計画（令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
2 安全・安心な医療の提供	2 安全・安心な医療の提供		2 安全・安心な医療の提供			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		（1）医療安全対策の推進			（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。医療安全マニュアル等の見直しを定期的に行い、職員に対して周知を徹底すること。 万が一、医療事故やインシデント、ヒヤリ・ハットが発生した場合には、その事例の把握・事例検証を実施し、再発防止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。	◇医療安全マニュアルの見直し、医療従事者の研修や医療事故等の情報収集・分析を行う等、医療安全対策の推進状況はどうか。	【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。		A	【精神】 医療安全管理マニュアルの改訂を行った。インシデントレポートレベル3b報告を受け、必要な研修として身体拘束実施手順研修を開催した。医療法で定められている全職員対象の研修は2回実施し、医療機器の操作研修やBLS研修も実施、医療従事者の資質向上に努めた。報告のあったインシデントレポートは週1回実施の医療安全カンファランス内で情報共有を図り、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で報告し、情報の共有と安全対策の推進に努めた。		A	【精神】 医療安全管理マニュアルの改訂は1件実施した。インシデントレポート報告に部署間の偏りが認められたことから、全職員に向けた「インシデントレポート報告の書き方」の研修を開催し、資質向上に努めた。医療法で定められている全職員対象の研修は2回実施し、医療機器の操作研修、BLS研修及び安心・安全に係る防犯研修を実施し、医療従事者の資質向上に努めた。 医療安全カンファレンスでは、報告のあったインシデントレポートに基づき、情報共有を図ることで課題を抽出し、再発防止に努めた。 また、医療安全部門会議では、インシデント事例を確認・分析し、その内容を医療安全管理委員会で報告し、情報の共有と安全対策の推進に努めた。		A	
			【がん】 毎日のカンファレンスで、インシデントレポートを確認した際に、マニュアルの内容を見直しした。改訂等が必要な場合には内容を検討し改訂した。5年度は8つのマニュアルの改訂を行った。 医療安全管理室員の研修は、院内の医療安全業務に必要と考えた研修を各自受講した。研修は、医療法で定められた全職員を対象とした年2回の研修の他、インシデント報告から必要と考えられた研修を企画し開催した。令和5年度は、全職員にBLS研修、がん患者の自殺予防対策研修を実施した。医師、薬剤師、看護師を対象に安全な薬剤投与・麻薬研修を実施した。他には他部門と共催で医療安全研修を実施した。 インシデント報告から各部署のリスクマネージャーに確認し現場でよりできる対策（再発防止策）を実施できるようにスタッフのや立場になって検討し実施した。全職員に知って欲しい情報は医療安全だより等で報告できるように工夫した。		A	【がん】 毎日提出されるインシデント・オカレンスレポートを基に現場に出向き確認を行った。状況確認しながら、院内・院外の危険な箇所等のラウンドした。 改善する点については、医療安全推進部会で検討し医療安全管理委員会で承認を得て指針やマニュアル等の修正を行った。令和6年度は、1つの医療安全管理指針の麻薬の関する報告体制の見直し、マニュアルは身体拘束をはじめ3つのマニュアルを修正した。 医療安全管理室室員の研修は、各自で受講し自己研鑽に務めた。院内の医療安全主催の研修会は2回開催し、平均的に参加率は90%の参加率でった。他に麻薬に関する研修をラダー別と全体研修で実施した。 インシデントで重大な内容については、医療安全情報ニュースで各部署へ情報共有し、他部署との連携も密に行った。		A	【がん】 医療安全管理室において、毎日提出されるインシデント・オカレンスレポートに基づき現場に直接現地確認を行うとともに、状況を判断した上で、院内・院外の危険な箇所等のラウンドを定期的に実施した。 改善する点については、医療安全推進部会で検討し、医療安全管理委員会で承認を得て指針やマニュアル等の修正を行った。令和7年度は、インフォームドコンセント、院内救急カートの見直しを行った。 医療安全管理室室員の研修については、各自で受講し自己研鑽に努めたほか、院内でがん診療連携拠点病院における医療安全研修会を2回開催し、参加率は87.9%であった。 また、麻薬に関する研修を看護部のラダー別研修で実際のインシデント報告された内容を基に研修会を実施した。インシデントで重大な内容については、医療安全情報ニュースで各部署へ情報共有し、再発防止に努めた。		A	
			【本部】 各病院のインシデント等の発生状況を取りまとめ，情報共有に努めたほか，医療安全管理指針に基づきホームページに公開した。		B	【本部】 各病院のインシデント等の発生状況を取りまとめ、情報共有に努めたほか、医療安全管理指針に基づきホームページに公開した。		B	【本部】 各病院のインシデント等の発生状況を取りまとめ、情報共有に努めたほか、医療安全管理指針に基づきホームページにて公表した。		B	
		◇患者への医薬品等の安全情報の提供や服薬指導の充実に向けた取組はどうか。	【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。		B	【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。		B	【精神】 厚労省からの医薬品安全性情報はメールにより院内職員へ周知するともに、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。		B	
			【がん】 前年の活動は引き続き行い、入院前薬剤師外来の対象科に消化器外科（9月より）を加えた。 また、医薬品の安全使用に向けた患者用パンフレットを整備し、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。		A	【がん】 がん薬剤師外来において、医師の診察前面談を開始した。（5月トライアル、6月より算定開始）		A	【がん】 病棟における退院時指導を積極的に行い、件数を大幅に伸ばした。（令和6年度1,146件、令和7年度2,289件）		B	
	（目標とする指標：下表）	◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	（下表）	B B		（下表）	B B		（下表）	B B		

目標とする指標	目標値
医療安全管理委員会開催回数	年12回（各病院）

令和5年度

指標		実績値	達成率
医療安全管理委員会開催回数（回）			
	精神	12	100.0%
	がん	12	100.0%

令和6年度

指標		実績値	達成率
医療安全管理委員会開催回数（回）			
	精神	12	100.0%
	がん	12	100.0%

令和7年度

指標		実績値	達成率
医療安全管理委員会開催回数（回）			
	精神	12	100.0%
	がん	12	100.0%

業務実績の参考となる指標等

参考となる指標		単位	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	状況
医療安全研修開催実績							
	精神医療センター	回	13	14	15	13	↓
	がんセンター	回	14	19	22	16	↓

参考となる指標		単位	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	状況
医療安全管理委員会開催実績							
	精神医療センター	回	12	12	12	12	→
	がんセンター	回	12	12	12	12	→

参考となる指標		単位	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	状況
医療事故マニュアルの見直し							
	精神医療センター	取組内容を記載	医療安全管理マニュアル（暴力発生時のフローチャート）を一部改定	医療安全管理マニュアル（緊急連絡網、掲示物など ）を一部改定。金銭患者金銭取扱規定・貴重品管理取扱規定を更新した。	医療安全管理マニュアル（同姓同名の取り扱い」を一部改訂	医療安全管理マニュアルを一部改訂。入院患者の貴重品管理取扱規定を更新した。	
	がんセンター	取組内容を記載	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。11のマニュアルを改訂し、1つのマニュアルを新たに制定した。オカレンスレポート報告は令和2年度から行っている。	インシデントレポートを確認した際に、マニュアルの内容を見直しした。8つのマニュアルの改訂を行った。オカレンスレポート報告は令和2年度から行っている。	インシデントレポートを確認した際に、マニュアルの内容を見直しした。マニュアルの改訂を行った。オカレンスレポート報告は令和2年度から行っている。	インシデントレポートを確認した際に、マニュアルの内容を見直しした。マニュアルの改訂を行った。オカレンスレポート報告は令和2年度から行っている。	

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
（2）院内感染症対策の推進	（2）院内感染症対策の推進		（2）院内感染症対策の推進			（2）院内感染症対策の推進			（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、新興感染症等が発生した場合に備え、院内感染を防ぐために、対応マニュアルを適宜見直すとともに、院内感染が発生した際にも速やかに対応できるよう、研修会等を実施し、職員の理解を深めること。	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、新興感染症等の発生に備え、適宜、院内感染症対応マニュアルの見直しを行うとともに、院内感染が発生した際にも速やかに対応できるよう、研修会等を実施し、職員の理解を深める。	◇ 院内感染防止に関する取組状況はどうか。	【精神】 感染対策委員会を定例開催（月1回）開催した。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。 院内感染対策委員会：12回 院内感染対策研修会：4回		B	【精神】 感染対策委員会を定例開催（月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。 院内感染対策委員会：12回 院内感染対策研修会：4回		B	【精神】 感染対策委員会を定例開催（月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。 院内感染対策委員会：12回 院内感染対策研修会：2回		B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 院内感染対策委員会開催実績 精神医療センター：回：13 / 12 / 12 / 12 / → がんセンター：回：12 / 12 / 12 / 12 / →
			【がん】 マニュアル改定，職員研修など構造を整備し，ICTラウンドによるプロセス評価，各種医療関連感染サーベイランスによるアウトカム評価といった医療の質評価の過程に沿って感染管理活動を拡充，実現できた。		B	【がん】 ベースラインとなる平時の感染症の発生状況について、サーベイランスの対象を拡大し感染症発生の評価を充実化した。 職員の研修会について、集合、Webといった様々な手法を用いて実施し、職員の参加率の向上がみられた。		B	【がん】 感染管理の基盤である職員への教育において、令和6年度と比較し、院内感染対策研修会の受講率向上に努めた（令和6年度82%、令和7年度88%）。 感染対策の実施状況については、医療関連サーベイランスにより監視・評価している。これらのサーベイランスについては、電子カルテおよび感染管理システムを有効活用し、DX化の推進も図った。		B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 院内感染対策研修会開催実績 精神医療センター：回：4 / 4 / 4 / 2 / ↓ がんセンター：回：3 / 2 / 2 / 6 / ↑
			【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。		B	【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。		B	【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。		B	
		◇ 新興感染症等の発生に備えた取組状況はどうか。	【精神】 新型コロナウイルス感染症の5類移行に伴い、感染対策委員会で、感染症マニュアルを改訂した。		A	【精神】 新興感染症等の発生に備え、標準予防策を適切に実践できるよう、多職種への研修、指導を行った。また、合同カンファレンスにて感染対策に関する情報共有を行った。		B	【精神】 新興感染症等の発生に備え、標準予防策を適切に実践できるよう、多職種への研修及び指導を行った。また、合同カンファレンスにて感染対策に関する情報共有を行った。		B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 院内感染対応マニュアルの見直し 精神医療センター：取組内容を記載：新型コロナウイルス感染症対策マニュアルについて、クラスター対応を追加した。 / 新型コロナウイルス感染症対策マニュアル第2版として改訂した。 / マニュアル（梅毒）の一部見直しを行った。 / マニュアル（洗浄、消毒、滅菌）の一部見直しを行った。 /
			【がん】 新興感染症であれ，感染対策の基本はかわりないため，有事に備え，感染対策の基本となる標準予防策を適切に実践できるよう，多職種への指導，マニュアル改定を実施した.		A	【がん】 新興感染症であれ、感染対策の基本はかわりないため、例年通り有事に備え、感染対策の基本となる標準予防策を適切に実践できるよう、教育を実施し、マニュアル改定などの取り組みを実施した		A	【がん】 地域で発生した鳥インフルエンザの対策について、保健所と協働で発熱外来受診時のフローを検討した。		B	がんセンター：取組内容を記載：院内感染対応マニュアル第3版として改訂した。 / 感染対策の基本となる標準予防策を適切に実践できるよう、多職種への指導、マニュアル改定を実施した. / 感染対策の基本となる標準予防策を適切に実践できるよう、多職種への教育・指導、マニュアル改定を実施した. / 感染対策の基本となる標準予防策を適切に実践できるよう、多職種への教育・指導、マニュアル改定を実施した.
	目標とする指標：院内感染対策委員会開催回数 目標値：年12回（各病院）	◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 / 実績値 / 達成率 院内感染対策委員会開催回数（回） 精神：12 / 100.0%	B		指標 / 実績値 / 達成率 院内感染対策委員会開催回数（回） 精神：12 / 100.0%	B		指標 / 実績値 / 達成率 院内感染対策委員会開催回数（回） 精神：12 / 100.0%	B		参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 職員のインフルエンザ予防接種率 精神医療センター：%：92.4 / 90.9 / 90.6 / 91.6 / ↑ がんセンター：%：93.2 / 93.9 / 94.2 / 94.2 / →
			がん：12 / 100.0%	B		がん：12 / 100.0%	B		がん：12 / 100.0%	B		
			職員のインフルエンザ予防接種率（%） 精神：90.9 / 95.7%	C		職員のインフルエンザ予防接種率（%） 精神：90.6 / 95.4%	C		職員のインフルエンザ予防接種率（%） 精神：91.6 / 96.4%	C		
			がん：93.9 / 98.8%	C		がん：94.2 / 99.2%	C		がん：94.2 / 99.2%	C		

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
（3）適切な情報管理	（3）適切な情報管理		（3）適切な情報管理			（3）適切な情報管理			（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）等、情報の取扱いに係る法令に基づき、適切な情報管理を行うこと。 電子カルテ、マイナンバーカードの健康保険証利用、遠隔診療・オンライン診療、その他各種情報システム等を活用していく中で、情報漏洩等を防止するため、情報資産の管理の徹底及びセキュリティ対策の強化に努めること。 また、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。	情報公開条例（平成11年宮城県条例第10号）等、情報の取扱いに係る法令に基づき、適切な情報管理を行うとともに、情報資産の管理の徹底及びセキュリティ対策の強化に取り組む。 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。 目標とする指標：情報セキュリティに関する研修会開催回数／目標値：年1回以上（機構全体） 目標とする指標：情報セキュリティ監査実施回数／目標値：年1回以上（各病院・本部）	◇情報の取扱いに係る法令に基づき、適切な情報管理を行っているか。	【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。		B	【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」に基づき、情報管理に関する意識の向上を図った。		B	【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。		B	
			【がん】 医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに沿って運用管理規程の改定を行い、電子カルテ利用者IDパスワードの規定や情報管理に関する規定の整備を行った。		B	【がん】 医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに沿って作成した運用管理規程を遵守した。		B	【がん】 厚労省作成の医療情報システムの安全管理に関するガイドライン及びサイバーセキュリティチェックリストに沿って医療情報システム運用管理規程の見直しを実施し、適切に管理を行った。		B	
			【本部】 情報管理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に関する研修会を実施し、職員の意識向上を図った。 「地方独立行政法人宮城県立病院機構情報セキュリティ対策基準」に基づき、情報セキュリティ監査を実施した。		B	【本部】 情報管理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に関する研修会を実施し、職員の意識向上を図った。 「地方独立行政法人宮城県立病院機構情報セキュリティ対策基準」に基づき、情報セキュリティ監査を実施した。		B	【本部】 情報管理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に関する研修会を実施し、職員の意識向上を図った。 「地方独立行政法人宮城県立病院機構情報セキュリティ対策基準」に基づき、情報セキュリティ監査を実施した。		B	
		◇情報資産の管理の徹底及びセキュリティ対策の強化への取組状況はどうか。	【精神】 院内全職員向けに情報セキュリティ研修及び情報セキュリティ監査を実施し、日常の情報セキュリティに対する意識向上を図った。		B	【精神】 サイバーセキュリティ対策強化のため、クラウド型セキュリティシステムとクラウドバックアップを導入した。 また、院内全職員向けに情報セキュリティ研修及び情報セキュリティ監査を実施し、日常の情報セキュリティに対する意識向上を図った。		B	【精神】 機構において、情報資産管理システムを導入・運用開始した。 また、院内全職員向けに情報セキュリティ研修及び情報セキュリティ監査を実施し、日常の情報セキュリティに対する意識向上を図った。		B	
			【がん】 電子カルテのオンラインバックアップとオフラインバックアップの仕組みを構築した。		B	【がん】 サイバー攻撃を想定した多職種での訓練を実施した。また、医療情報システムに接続している機器・端末の外部接続点を洗い出し、一覧表を作成、脆弱性診断を行った。		B	【がん】 機構において、情報資産管理システムを導入・運用開始した。 また、全職員向けに個人情報保護やサイバー攻撃に関するセキュリティ研修を実施したほか、新規採用職員向けにBCP端末（有事の際に電子カルテの情報が閲覧できるPC）の操作研修を実施した。また、サイバー攻撃を想定した多職種での訓練を行った。		B	
			【本部】 「宮城県立病院機構ネットワーク運用管理要領」に基づき、機器構成の管理を徹底する為、機器構成一覧の作成を実施し、機構内の情報系リースPCの適切な管理に努めた。また、OSのサポート期限が近いため、機構全体に周知を実施し全ての端末のOSを適切に更新した。 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づく外部機関への連絡体制の整備を実施した。 R6年度の情報資産管理システムの導入に向けて、両病院との調整を行った。		B	【本部】 「宮城県立病院機構ネットワーク運用管理要領」に基づき、機器構成の管理を徹底する為、機器構成一覧の作成を実施し、機構内の情報系リースPCの適切な管理に努めた。 R7年度の情報資産管理システム導入にあたり、R6年度は契約を締結し、本稼働に向けて各病院担当者、委託業者とのより具体的な調整を行った。導入に際しては、がんセンターの病院統合等の状況を勘案し、病院内に物理サーバーを設置しない仮想サーバーを使用する方式を採用した。		B	【本部】 情報漏えい事故発生防止対策の一環として、機構において情報資産管理システムを導入・運用開始し、機構内の情報系機器への不正なアクセスに対する監視機能の強化を図った。 また、近年、外部ネットワークを通した相互接続が進展したことに伴いリスクが増大しているサイバー攻撃に対応するため、職員が遵守すべき行為及び判断基準をより明確化することを目的とした情報セキュリティ基本方針及び情報セキュリティ対策基準の改正を行い、職員に対して周知徹底に努めた。		B	
		◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標：情報セキュリティに関する研修会開催回数（回）／実績値：法人全体 1／達成率：100.0% 指標：情報セキュリティ監査実施回数（回）／実績値：本部事務局 3／達成率：100.0%		B B	指標：情報セキュリティに関する研修会開催回数（回）／実績値：法人全体 1／達成率：100.0% 指標：情報セキュリティ監査実施回数（回）／実績値：本部事務局 3／達成率：100.0%		B B	指標：情報セキュリティに関する研修会開催回数（回）／実績値：法人全体 1／達成率：100.0% 指標：情報セキュリティ監査実施回数（回）／実績値：本部事務局 3／達成率：100.0%		B B	参考となる指標：情報セキュリティ研修開催実績／単位：回／令和4年度：2／令和5年度：1／令和6年度：1／令和7年度：1／状況：→ 参考となる指標：情報セキュリティ監査の実施／単位：回／令和4年度：3／令和5年度：3／令和6年度：3／令和7年度：3／状況：→

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
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		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			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分かりやすい医療の提供	（1）患者や家族にとって分かりやすい医療の提供		（1）患者や家族にとって分かりやすい医療の提供			（1）患者や家族にとって分かりやすい医療の提供			（1）患者や家族にとって分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、県立病院におけるセカンドオピニオンの実施についても、積極的に努めること。 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。	◇　インフォームド・コンセントへの取組状況はどうか。	【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，より丁寧な説明を心掛けている。		B	【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、より丁寧な説明を心掛けている。		B	【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、より丁寧な説明を心掛けている。		B	
			【がん】 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。		B	【がん】 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。		B	【がん】 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。		B	
		◇　セカンドオピニオンへの取組状況はどうか。	【精神】 令和5年度は0件であったが、患者から相談があった場合の相談体制は確保している。		B	【精神】 令和6年度は0件であったが、患者から相談があった場合の相談体制は確保している。		B	【精神】 令和7年度は0件であったが、地域医療連携室において、通常の新患受診相談や入院相談と同様に患者から相談があった場合の相談体制は確保している。		B	参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 セカンドオピニオン実施件数 精神医療センター：件：0 ／ 0 ／ 0 ／ 0 ／ → がんセンター：件：74 ／ 52 ／ 48 ／ 39 ／ ↓
			【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。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、利用者が増加している		B	【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た。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、遠方や移動困難な状態の患者が利用されていた。		B	【がん】 ホームページやリーフレットを活用し積極的に周知を図った。オンラインによるセカンドオピニオンの受診体制を整備し、遠方在住や移動が困難な患者に利用いただいた。		B	参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 方針の掲示 精神医療センター：取組内容を記：掲示済 ／ 掲示済 ／ 掲示済 ／ 掲示済 ／ がんセンター：取組内容を記：掲示済 ／ 掲示済 ／ 掲示済 ／ 掲示済 ／
		◇患者の権利に配慮した医療を実践しているか。	【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。		B	【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。		B	【精神】 令和7年度において虐待事案があったことから、虐待防止委員会において、全職員を対象に虐待防止研修を実施したほか、虐待セルフチェックを実施し、職員の意識向上・再発防止に努めた。		B	
			【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。		B	【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。		B	【がん】 がんセンターの基本理念・基本方針に基づき、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。		B	

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
（2）病院利用者の利便性・快適性の向上	（2）病院利用者の利便性・快適性の向上		（2）病院利用者の利便性・快適性の向上			（2）病院利用者の利便性・快適性の向上			（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、相談を受けてから対処するまでの相談体制の一層の充実など、様々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。 【指標】 患者満足度調査を毎年度、宮城県立精神医療センター1回以上、宮城県立がんセンター1回以上実施すること。 （前中期目標期間実績：（宮城県立精神医療センター）令和元年度1回、令和2年度1回、令和3年度1回、（宮城県立がんセンター）令和元年度1回、令和2年度1回、令和3年度1回）	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、病院利用者に配慮した取組を行う。	◇ 患者待ち時間の短縮に向けた取組状況はどうか。	イ 患者待ち時間の短縮 【精神】 ９月に患者待ち時間調査を行い，実態の把握に努めた。 【がん】 新患患者及び再来患者を対象とした待ち時間調査を年1回以上実施して実態の把握に務めた。令和4年度から初診・再診の患者毎に分析を開始しており、今回から初診・再診患者の待ち時間を前年度比較が可能となった。昨年度と比較して初診患者の1時間未満の待ち時間が14%増加し、再診患者の1時間未満の待ち時間も10%増加し、1時間未満の待ち時間の改善が図られた。		B B	イ 患者待ち時間の短縮 【精神】 10月末から11月上旬にかけ患者待ち時間調査を行い、実態の把握に努めた。 【がん】 新患患者及び再来患者を対象とした待ち時間調査を年1回以上実施して実態の把握に務めた。昨年度と比較して初診患者の1時間未満の待ち時間が47%減少した一方で1時間～1時間30分未満が36%増加した。再診患者の1時間未満の待ち時間も11%減少した一方で1時間～1時間30分未満で6%増加した。待ち時間が増加した要因としては予約時間のかなり前に来院して受付を済ませている方が多く患者都合による別の要因があったと考えられる。		B B	イ 患者待ち時間の短縮 【精神】 11月中旬に患者待ち時間調査を行い、実態の把握に努めた。 【がん】 新患患者及び再来患者を対象とした待ち時間調査を年1回以上実施して実態の把握に務めた。昨年度と比較して初診患者の1時間未満の待ち時間が約10%増加、1時間～1時間30分未満が約1%、1時間30分～2時間未満が約7%減少した。また、再診患者でも1時間未満が約17%増加したことで、1時間～1時間30分未満で約10%、1時間30分～2時間未満で約6%、2時間～2時間30分未満で約5%と各時間帯で減少した。病院全体として待ち時間は18分程度短縮される結果となった。		B B	参考となる指標／単位／令和4年度／令和5年度／令和6年度／令和7年度／状況 患者待ち時間短縮等の取組内容 精神医療センター／がんセンター／取組内容を記載／2月下旬から3月上旬にかけ調査実施し、結果を院内掲示した。／9月に調査を実施し、結果を院内掲示した。／10月末から11月上旬にかけ調査を実施し、12月に結果を院内掲示した。／11月中旬に調査を実施し、1月に結果を院内掲示した。 がんセンター／患者待時間調査を実施し、予約時刻表示を継続して実施した。／患者待時間調査を実施し、予約時刻表示を継続して実施した。／患者待時間調査を実施し、予約時刻表示を継続して実施した。／患者待時間調査を実施し、予約時刻表示を継続して実施した。 【精神医療センター】患者待ち時間／分／19／16／15／20／↓ 【がんセンター】待ち時間1時間未満の患者割合／%／64／75／65／68／↑
	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。	◇ 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。	ロ 快適な院内環境の整備 【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、療養環境整備の観点から早急に修繕が必要だった、屋上屋根防水工事等について、県と調整の結果、修繕事業として認められ、緊急的な整備を急いだ。 【がん】 個室病室の洋風便器の座面が低すぎるという病院利用者の意見を受け、全46箇所の洋風便器の入替を行うとともに、手摺を追加設置し、快適性及び安全性を強化した。		A A	ロ 快適な院内環境の整備 【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、療養環境整備の観点から早急に修繕が必要だった、屋上屋根防水工事等について、県と調整の結果、修繕事業として認められ、緊急的な整備を行った。 【がん】 緩和ケア病棟の各個室（25か所）に設置されているアームライトが旧式で重量があったため、小型で軽いLEDライトに交換し、安全性と快適性を強化した。		A B	ロ 快適な院内環境の整備 【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。 【がん】 整備から30年以上が経過したエレベータについて、保全計画に基づき更新を行ったが、かご（乗用部分）等については既存の部品を活用し、必要最低限の経費で収めつつ、安全性と快適性を強化した。		A B	
	ハ 患者支援体制の充実 患者サポートセンターの機能を拡充・強化して、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。	◇患者サポートセンターの機能の拡充・強化など、患者支援体制の充実に向けた取組状況はどうか。	ハ 患者支援体制の充実 【精神】 本館1階地域医療連携室（旧相談コーナー）へ、令和4年度から1名増員し、計3名体制とした。令和5年度も人員配置の優先度が高いと認め、3名体制を維持し、入院依頼や成人・児童・思春期外来の受診相談や、社会資源に関する相談対応などを積極的に行った。 【がん】 令和5年度、地域医療連携室では令和4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整備し、取り組んだ。入退院支援加算要件をクリアするため14施設の訪問を行い、地域の医療機関や施設との連携を深めた。結果、令和5年度の退院支援件数4,063件、加算算定件数3,993件、支援割合98.3%、算定額30,644,000円、前年度比1,943,000円の増になった。要支援件数も前年度比94件増加し算定件数も159件増加した。入院時支援に関しては対応診療科を8診療科まで拡充、呼吸器内科においては入院する全ての患者を対象とし対応した。タブレットを活用しての入院説明、面談ブースの環境整備を行い質の担保と業務の効率化を図った。介入件数1,328件、加算算定件数1,171件、算定額2,693,000円、前年度比833,000円の増となった。次年度は診療報酬改定に伴い、入退院加算の要件が一部変更されるため整備を行うことが必要である。入院前から介入し切れ目のない支援に繋げることができるよう入院時支援の診療科拡充に向けての取り組みを継続していく。 がん相談については、コロナ感染症が5類になったことから、がんサロンや患者会を再開し、外来患者・入院患者・家族を含めた参加者間の交流を図ることができた。市民公開講座、がんセンターフォーラムでの発表など積極的に広報活動に取り組んだ。対面と電話での相談に加え、オンラインでも相談できるよう体制を整備した。また、がん相談員研修基礎①②の受講・両立支援コーディネーター研修を修了、認定がん専門相談員更新など院内外の研修に積極的に参加し相談員の質向上に努めた。		A A	ハ 患者支援体制の充実 【精神】 本館1階地域医療連携室（旧相談コーナー）へ、令和4年度から1名増員し、計3名体制としている。令和6年度も人員配置の優先度が高いと認め、3名体制を維持し、入院依頼や成人・児童・思春期外来の受診相談や、社会資源に関する相談対応などを積極的に行った。 【がん】 令和6年度、地域医療連携室では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体制を整備し取り組んだ。入退院支援加算要件をクリアするため地域の医療機関22施設と訪問看護ステーションなど4施設の訪問を行い連携を深めた。令和6年度の退院支援件数3,874件、入退院支援加算算定件数3,850件、支援割合99.4%、入退院支援加算算定額30,232,000円、前年度比413,000円減少した。要支援件数も前年度比189件減少し算定件数も143件減少した。 入院時支援に関しては対応診療科を10診療科まで拡充、これまでのipadでの視聴内容を見直し、簡潔でわかりやすい説明を心掛け質の担保と業務の効率化を図った。介入件数1,486件、前年度比158件増加した。入院時支援加算算定件数1,377件、前年度比206件増加、入院時支援加算算定額3,282,000円だった。令和6年6月から入院時支援加算1が230点から240点に改定され、前年度比588,000円の増となった。次年度は更に入院時支援の診療科を拡充し、初めて入院する全診療科の患者を対象に入院前から介入し切れ目のない支援に繋げることができるように取り組みを継続していく。 がん相談支援センターについては、今年度初めて「がん相談支援センターweek」を開催し、活動をより多くの方に知ってもらえるよう参加型のブースを設け実施した。ハンドマッサージのブースでは延べ75人が利用し、マッサージをしながらひとり一人に活動内容を伝え交流を図ることができた。名取市図書館での出張相談会も初めて企画・開催し、相談支援の周知に努めた。がん相談員基礎研修（3）の修了、認定がん専門相談員の新規取得、更新申請、患者部会の企画・運営など院内外の研修に積極的に参加し相談員の質の維持・向上に取り組んだ。次年度も継続し、院内外の活動の充実と患者サービスの向上に努めた。		A A	ハ 患者支援体制の充実 【精神】 地域医療連携室において、看護師3名及び精神保健福祉士1名の合計4名による患者支援体制を維持し、入院依頼や成人・児童・思春期外来の受診相談や、社会資源に関する相談対応などを積極的に行った。 【がん】 地域医療連携室では入退院支援加算1（入院時支援含む）の確実な算定を目指して支援体制を整えた。加算要件を満たした地域との連携を更に強化するため、宮城県内の33医療機関と訪問看護ステーションなど4施設を訪問した。令和7年度の退院支援件数4,160件、入退院支援加算算定件数4,146件支援割合99.7%、入退院支援加算算定額32,980,000円、前年度比2,749,000円増加した。今年度は外部施設から研修講師の依頼を受け退院調整看護師1名が実施した。入院時支援では14診療科まで拡充した 。介入件数1,776件、前年度比290件増加した。入院時支援加算算定件数1,659件、前年度比282件増加、入院時支援加算算定額3,982,000円、前年度比282,000円増加した。 がん相談支援センターでは相談窓口体制を維持し、令和7年度の相談件数は1,746件（がん相談件数1,693件、がん相談以外件数53件）だった。令和6年度に引き続き名取市図書館との共同企画イベントや「がん相談支援センターweek」を行い周知を図った。 職員の育成およびがん専門相談員研修や患者部会の企画運営など院内外の研修に積極的に参加し、相談員の質の維持・向上に取り組んだ。		A A	参考となる指標／単位／令和4年度／令和5年度／令和6年度／令和7年度／状況 相談窓口への相談件数 精神医療センター／件／25,689／25,875／23,744／23,874／↑ がんセンター／件／1,708／1,876／1,768／1,746／↓ 【がんセンター】 参考となる指標／単位／令和4年度／令和5年度／令和6年度／令和7年度／状況 入退院支援加算件数／件／3,834／3,993／3,850／4,146／↑ 入退院支援加算算定金額／千円／28,701／30,644／30,232／32,980／↑

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
	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。	◇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。	ニ　患者満足度調査の定期的実施と分析 【精神】 入院患者・外来患者満足度調査を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し，周知を図った。 【がん】 外来新患患者及び再来患者（調査期間内の各診療日20人を抽出）及び入院患者（調査期間内の入院者を対象）に実施して外来で148名、入院で114名の回答を得た結果、トイレの数と狭さ等の施設面の要望や病棟内のwifiの無料化を望む意見が挙げられた。一方では職員の対応が親切で説明も分かりやすかったという意見も多く見られた。なお、その他の各設問は概ね満足との評価結果であった。		B B	ニ　患者満足度調査の定期的実施と分析 【精神】 入院患者・外来患者満足度調査を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し、周知を図った。 【がん】 外来新患患者及び再来患者（調査期間内の各診療日20人を抽出）及び入院患者（調査期間内の入院者を対象）に実施して外来で141名、入院で61名の回答を得た結果、病室からトイレが遠い、トイレに入る通路が狭い、トイレの手洗い場では特に自動水栓を希望、ネット等の通信環境に不満を感じる、病院給食の味付けについての意見等が挙げられた。一方では職員の対応が親切で説明も分かりやすかったという意見が前年と比較してより多く見られた。なお、その他の各設問は概ね満足との評価結果であった。		B B	ニ　患者満足度調査の定期的実施と分析 【精神】 入院患者・外来患者満足度調査を9月末～10月初旬に実施し、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し、周知を図った。 【がん】 外来新患患者及び再来患者（調査期間内の各診療日20人を抽出）及び入院患者（調査期間内の入院者を対象）に実施し、外来では152名、入院では120名の回答を得た。 外来では11項目、入院では11項目について調査を行った結果、ほとんどの項目で令和6年度の評価を上回る結果となったが、評価が下回った項目については、記載いただいたご意見に基づき病院全体で検討し対応していきたい。		B B	
		◇中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 / 実績値 / 達成率 患者満足度調査（回） 精神 1 100.0% がん 1 100.0%	B B		指標 / 実績値 / 達成率 患者満足度調査（回） 精神 1 100.0% がん 1 100.0%	B B		指標 / 実績値 / 達成率 患者満足度調査（回） 精神 1 100.0% がん 1 100.0%	B B		参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 患者満足度調査の分析・検討・反映 精神医療センター 回 1 1 1 1 → 精神医療センター 取組内容 10月に実施。結果を外来・各病棟に掲示した。 10月に実施。結果を外来・各病棟に掲示した。 10月に実施。結果を外来・各病棟に掲示した。また、毎月皆様の声委員会にて患者からの意見や提案についての対応を検討した。 9月末～10月初旬にかけ実施。結果を外来・各病棟に掲示した。また、毎月皆様の声委員会にて患者からの意見や提案についての対応を検討した。 がんセンター 回 1 1 1 1 → がんセンター 取組内容 毎月ご意見・ご提案検討部会にて患者からの意見や提案についての対応を検討した。 毎月ご意見・ご提案検討部会にて患者からの意見や提案についての対応を検討した。 毎月ご意見・ご提案検討部会にて患者からの意見や提案についての対応を検討した。 毎月ご意見・ご提案検討部会にて患者からの意見や提案についての対応を検討した。
	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。 目標とする指標 / 目標値 患者満足度調査 / 年1回以上（各病院）	◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	ホ　接遇に関する研修の実施 指標 / 実績値 / 達成率 接遇に関する研修会開催回数（回） 精神 1 100.0% がん 1 100.0% 本部 1 100.0%	B B B		ホ　接遇に関する研修の実施 指標 / 実績値 / 達成率 接遇に関する研修会開催回数（回） 精神 1 100.0% がん 1 100.0% 本部 1 100.0%	B B B		ホ　接遇に関する研修の実施 指標 / 実績値 / 達成率 接遇に関する研修会開催回数（回） 精神 1 100.0% がん 1 100.0% 本部 1 100.0%	B B B		参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 接遇研修開催状況 精神医療センター 回 1 1 1 1 → がんセンター 回 2 1 1 1 → 本部事務局 回 1 1 1 1 →
	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。	◇　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。 〇年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	ヘ　ボランティア受入体制の整備・充実 【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】 新型感染症対策を講じながら、ソーイングや移動図書、ギャラリー展などを継続実施してきたが、12月より活動を拡大し、緩和ケア病棟での行事と4年ぶりのロビーコンサートを再開した。また、活動拡大に伴いボランティア募集を行い、合計80名の登録になった。外来での案内や患者が日常的に必要とするネックエプロン、腹巻帽子の作成などで患者支援をおこない、季節の折り紙の飾りつけや花活けなどで安らぎの場造りに取り組んだ。 指標 / 実績値 / 達成率 ボランティア受入人数（人） 精神 18 90.0% がん 80 100.0%	C B	B	ヘ　ボランティア受入体制の整備・充実 【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】 ソーイングや移動図書、ギャラリー展などを継続実施してきたが、活動を拡大し緩和ケア病棟でのラウンジ図書、給手紙やアロママッサージ、ティーサービスを再開した。ロビーコンサートは3回企画したが、出演者都合で1回中止のため2回開催。計125名の患者・家族の方にご参加いただいた。また、活動拡大に伴いボランティア募集を行い、計93名登録となった。 外来での案内や患者が日常的に必要とするネックエプロン、腹巻帽子の作成などで患者支援をおこない、季節の折り紙の飾りつけや花活けなどで安らぎの場造りに取り組んだ。 指標 / 実績値 / 達成率 ボランティア受入人数（人） 精神 19 105.6% がん 93 116.3%	B B	B	ヘ　ボランティア受入体制の整備・充実 【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】 従前の活動に加え、コロナ禍で休止していた本館でのコーヒータイムやボランティア研修を再開した。 ロビーコンサートは計5回開催し275名の患者・家族の方にご参加いただいた。 また、ボランティア募集を継続し、延べ86名が登録し、活動をおこなっている。 外来での案内や患者が使用するネックエプロン・腹巻帽子の作成を通して患者支援を行う他、季節の行事に合わせた折り紙や飾りつけ・花活けなどで安らぎの場づくりにも取り組んでいる。 指標 / 実績値 / 達成率 ボランティア受入人数（人） 精神 32 177.8% がん 86 110.3%	A B	B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 ボランティア受入数（実数） 精神医療センター 人 14 18 19 32 ↑ がんセンター 人 79 80 93 86 ↓

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
	ト 通院の利便性向上に関する検討 病院の立地条件、外来患者数の状況等を踏まえ、必要駐車場数を適宜確保するなど、病院利用者の利便性を向上させる。	◇病院利用者の利便性の向上に向けた検討状況はどうか。	ト 通院の利便性向上に関する検討 【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。		B	ト 通院の利便性向上に関する検討 【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。		B	ト 通院の利便性向上に関する検討 【精神】 病院利用者の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するとともに、センターグラウンドに職員駐車場を整備し、患者駐車区画の満車状態の改善を行った。		A	
			【がん】 前年度に引き続き、令和2年度に増設した駐車場を有効活用している。		B	【がん】 内視鏡室に回復室を新たに設置し、内視鏡検査後の回復に活用するとともに検査の回転効率も上がり、患者の待ち時間短縮になった。		B	【がん】 放射線治療患者について、これまで検査室内で着替えを行っていたが、新たに専用の更衣室を整備した。		B	
	チ 食事療養の充実 患者の状態（がん、嚥下力の低下、生活習慣病、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（クオリティ・オブ・ライフ）の向上に役立つ病院食を提供する。	◇患者の状態に合わせた栄養指導が行われているか。	チ 食事療養の充実 【精神】 栄養指導では、糖尿病や脂質異常症など生活習慣病を合併している患者について、主治医に積極的に提案を行い栄養指導件数の増加となったことに加え、入院、外来ともに継続的な介入を行い、患者の理解度に合わせた内容で指導するよう努めた。 また、摂食嚥下ラウンドやNSTラウンドなど多職種で連携し、安全に配慮し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・食事指導を行った。		A	チ 食事療養の充実 【精神】 栄養指導では、糖尿病や脂質異常症など生活習慣病を合併している患者について、主治医に積極的に提案を行い栄養指導件数の増加となったことに加え、入院、外来ともに継続的な介入を行い、患者の理解度に合わせた内容で指導するよう努めた。 また、摂食嚥下ラウンドやNSTラウンドなど多職種で連携し、安全に配慮し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・食事指導を行った。		A	チ 食事療養の充実 【精神】 栄養指導は入院139件、外来533件実施し、前年度と比較し、大幅な件数増となった。糖尿病や脂質異常症など生活習慣病を合併している患者等について、主治医に積極的に提案を行い、栄養指導件数の増加となったことに加え、入院、外来ともに継続的な介入を行い、患者の理解度や生活環境に合わせた内容で指導するよう努めた。		A	
			【がん】 栄養指導件数は入院546件、外来1,198件（化学療法室525件含む）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と考えられる。特に外来化学療法室での栄養指導は、医師からの依頼を待つ栄養介入から、管理栄養士が介入対象患者を抽出することで、より栄養障害リスクが高い患者に介入することができ併せて栄養指導件数増加にもつながった。		A	【がん】 栄養指導件数は入院576件、外来946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と考えられる。		A	【がん】 栄養指導件数は入院739件、外来984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い、患者の状態に合わせた指導を実施した。		A	
		◇安全でQOL（クオリティ・オブ・ライフ）の向上に役立つ病院食を提供しているか。	【精神】 行事食（23回）及びセレクトメニュー(292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、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い満足度向上に努めた。 アレルギー対応の一環として、夜間早朝に緊急入院した患者へは低アレルゲンの食事を用意する体制を整備し、安全な食事提供に努めた。		B	【精神】 行事食（23回）及びセレクトメニュー(254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、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い満足度向上に努めた。		B	【精神】 行事食（23回）及びセレクトメニュー(137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。 また、摂食嚥下ラウンドやNSTラウンドなど多職種で連携し、安全に配慮し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・食事指導を行った。		B	
			【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、「ちょびっと食」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、例年通り行事食27回・選択メニュー132回を実施、患者満足度の向上に努めた。		B	【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、「ちょびっと食」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、例年通り行事食28回・選択メニュー128回を実施、患者満足度の向上に努めた。		B	【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、「ちょびっと食」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、例年通り行事食26回・選択メニュー131回を実施、患者満足度の向上に努めた。		B	

目標とする指標	目標値
入院栄養指導件数（精神）	年50件
外来栄養指導件数（精神）	年270件
入院栄養指導件数（がん）	年400件
外来栄養指導件数（がん）	年400件

◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。

指標	実績値	達成率	定量評価
精神医療センター			
入院栄養指導件数（件）	71	142.0%	A
外来栄養指導件数（件）	348	128.9%	A
がんセンター			
入院栄養指導件数（件）	546	136.5%	A
外来栄養指導件数（件）	1,198	299.5%	A

指標	実績値	達成率	定量評価
精神医療センター			
入院栄養指導件数（件）	83	110.7%	B
外来栄養指導件数（件）	392	130.7%	A
がんセンター			
入院栄養指導件数（件）	576	144.0%	A
外来栄養指導件数（件）	946	189.2%	A

指標	実績値	達成率	定量評価
精神医療センター			
入院栄養指導件数（件）	139	175.9%	A
外来栄養指導件数（件）	533	169.7%	A
がんセンター			
入院栄養指導件数（件）	739	184.8%	A
外来栄養指導件数（件）	984	164.0%	A

参考となる指標		単位	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	状況
入院栄養指導件数							
	精神医療センター	件	92	71	83	139	↑
	がんセンター		483	546	576	739	↑

参考となる指標		単位	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	状況
外来栄養指導件数							
	精神医療センター	件	350	348	392	533	↑
	がんセンター		757	1,198	946	984	↑

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
4 人材の確保と育成	4 人材の確保と育成		4 人材の確保と育成			4 人材の確保と育成			4 人材の確保と育成			
（1）医師の確保と育成	（1）医師の確保と育成		（1）医師の確保と育成			（1）医師の確保と育成			（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必要数の確保に努めるとともに、研究・教育研修体制を強化し、資質向上を図ること。 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。	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。	◇ 柔軟な医師の確保及び配置に係る取組状況はどうか。	イ 医師の確保 【精神】 令和5年度における医師の採用は8人であった。 【がん】 令和5年度における医師の採用は17人であった。また，後期研修医については，8人を採用した。		A B	イ 医師の確保 【精神】 令和6年度における医師の採用は5人であった。 【がん】 令和6年度における医師の採用は27人であった。また、後期研修医については、10人を採用した。		A B	イ 医師の確保 【精神】 令和7年度における医師の採用は5人であった。 【がん】 令和7年度における医師の採用は17人であった。		A B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 医師の採用状況等（採用者数） 精神医療センター 人 5 8 5 5 → がんセンター 人 21 17 27 17 ↓
	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。	◇ 研修医の受入れ及び養成に関する取組状況はどうか。	ロ 研修医の積極的な受入れ 【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研修医2人であった。後期研修医については8人を採用した。		B B	ロ 研修医の積極的な受入れ 【精神】 協力型臨床研修病院として、仙台市立病院等から40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研修医1人であった。後期研修医については10人を採用した。		B B	ロ 研修医の積極的な受入れ 【精神】 協力型臨床研修病院として、仙台市立病院等から24人の臨床研修医の受け入れを行った。 【がん】 初期研修については研修医0人であった。後期研修医については7人を採用した。		B B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 後期研修医受入数（実数） 精神医療センター 人 4 5 5 6 ↑ がんセンター 人 8 8 10 7 ↓
		○年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 / 実績値 / 達成率 研修医受入数（人） 精神 28 100.0% B がん 2 100.0% B			指標 / 実績値 / 達成率 研修医受入数（人） 精神 40 137.9% A がん 11 183.3% A			指標 / 実績値 / 達成率 研修医受入数（人） 精神 30 96.8% C がん 2 33.3% D			参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 研修医受入数（実数） 精神医療センター 人 31 28 35 24 ↓ がんセンター 人 0 2 1 0 ↓
	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。	◇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。	ハ 研究・教育の強化 【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）を継続している。 【がん】 令和5年度は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）にて指導を受けた大学院生1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。		B B	ハ 研究・教育の強化 【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）を継続している。 【がん】 令和6年度は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）にて指導を受けた大学院生1名が修士課程を卒業した。またがん医科学セミナー（がんプロ講座）ではYouTubeを介して、学生が聴講できるように体制整備を行った。		B B	ハ 研究・教育の強化 【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）を継続している。 【がん】 令和7年度は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）において新規で1名大学院生を受け入れた。 また、東北広域次世代がんプロ養成プランによるがん医科学セミナーについては、遅滞なく学生に情報を提供し、受講勧奨を進めた。		B B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 連携大学院講座の設置数 精神医療センター 分野 1 1 1 1 → がんセンター 分野 10 10 10 10 → 連携大学院学生数（実数） 精神医療センター 人 0 0 0 0 → がんセンター 人 11 11 9 9 →
		○年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 / 実績値 / 達成率 連携大学院講座設置数（分野） 精神 1 100.0% B がん 10 100.0% B			指標 / 実績値 / 達成率 連携大学院講座設置数（分野） 精神 1 100.0% B がん 10 100.0% B			指標 / 実績値 / 達成率 連携大学院講座設置数（分野） 精神 1 100.0% B がん 10 100.0% B			
	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。	◇ 医師の資質向上に向けた取組状況はどうか。	ニ 医師の資質向上 【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、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。		B B	ニ 医師の資質向上 【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、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。		B B	ニ 医師の資質向上 【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、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。		B B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 資格保有者数（専門医、研修指導医等） 精神医療センター 人 43 44 44 46 ↑ がんセンター 人 208 210 286 289 ↑ 医師研修会開催実績 精神医療センター 回 16 15 13 13 → がんセンター 回 10 10 10 14 ↑ 学会等発表実績（医師） 精神医療センター 件 3 2 1 2 ↑ がんセンター 件 79 85 103 113 ↑ 学会参加実績（医師） 精神医療センター 件 19 23 24 25 ↑ がんセンター 件 246 255 256 252 ↓
		○年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 / 実績値 / 達成率 医師の学会参加件数（件） 精神 23 104.5% B がん 255 94.4% C			指標 / 実績値 / 達成率 医師の学会参加件数（件） 精神 24 126.3% A がん 256 94.8% C			指標 / 実績値 / 達成率 医師の学会参加件数（件） 精神 25 125.0% A がん 252 120.0% A			

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
（2）看護師の確保と育成	（2）看護師の確保と育成		（2）看護師の確保と育成			（2）看護師の確保と育成			（2）看護師の確保と育成			
看護体制などの最適化のため、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。	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。	◇ 柔軟な看護師の確保及び配置に係る取組状況はどうか。	イ 看護師の確保 【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。 採用試験については，5月，7月，9月，11月と計4回実施したほか，その後は，随時募集による採用試験の実施により、必要数を確保できた。		B	イ 看護師の確保 【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、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。 採用試験については、6月に実施したほか、その後は、随時募集による採用試験を実施し、採用予定者数を確保できた。		B	イ 看護師の確保 【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、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。 採用試験については、5月、7月、9月の通常実施のほか、随時募集を実施し、採用予定者数を確保できた。		B	（参考指標表1）
		◇ 看護師の資質向上に向けた取組状況はどうか。	ロ 看護師の資質向上 【精神】 専門看護師等の資格取得を支援し，精神看護専門看護師を1名合格させることができた。しかし認定看護師については養成機関を受験したが合格することができず令和5年度の認定看護師養成は見送りとなった。また、1名の認定看護師が資格を更新した。新クリニカルラダーについては運用を開始して2年目となったが問題なく運用できた。それと並行し、eーラーニングの積極的な受講を促し、クリニカルラダーについては9名のレベル修了を認定した。クリニカルラダーによる現任教育に加えて包括的暴力防止プログラムや精神科における虐待防止など、当センター看護部全体もしくは精神科病院全体の課題に関連した研修も2回/年ずつ開催した。		B	ロ 看護師の資質向上 【精神】 認定看護師の資格取得については、1名の認定看護師が資格を更新したが、新規の受験者はいなかった。 専門看護師については、各職員のキャリア形成についての希望を確認し、令和7年度に大学院入学受験の見込み者を確保することができた。 クリニカルラダーについてはレベルⅢbまでは病休などの事情を抱えた職員以外、順調に修了することができ、レベルⅤを含め19名のレベル修了を認定した。 各部署の看護の質を向上するための取り組み成果を発表する場として看護研究発表会も12月に開催した。		B	ロ 看護師の資質向上 【精神】 認定看護師の資格取得については、1名が認定看護管理者の研修を受講し、令和8年度に受験を予定している。 専門看護師については、各職員のキャリア形成についての希望を確認し、職員1名が令和7年度に大学院入学受験に合格し、令和8年度から通学予定である。 クリニカルラダーについてはレベルⅢbまでは病休などの事情を抱えた職員以外、順調に修了することができ、レベルⅤを含め18名のレベル修了を認定した。 各部署の看護の質を向上するための取り組み成果を発表する場として看護研究発表会を12月に開催した。		B	
			【がん】 看護基礎教育のクリニカルラダーレベルⅠ～Ⅳに関して、コロナが5類に移行となったこともあり、研修形態をコロナ禍前に戻し、集合研修を企画した。研修生の満足度調査を行った結果、集合研修が再開となったこともあり。満足と答えた研修生は90%であった。令和5年度のクリニカルラダー申請者37名中、36名が認定を受けた。Ⅳナースに関しても16名の看護師が研修を終了し、認定を受けることができ、次年度の活躍が期待されるところである。褥瘡予防対策、認知症ケア、麻薬の研修も継続した。感染管理認定看護師養成校を終了した看護師は資格試験に合格した。		B	【がん】 新型コロナウイルスが5類となり、看護師対象の研修もコロナ禍以前の開催の戻りつつあったため、勤務計画表の配慮など看護師が研修受講のできる環境を整えた。その結果R6年度は研修受講者、出張87名、自己研鑽での受講者144名（自己申告者）と多くの看護師が学べる機会を得ることができ、その学びを看護の実際に役立てることができている。また、看護管理者の育成として、看護管理教育課程、ファーストレベル3名、セカンドレベル2名、サードレベル1名が受講し認定され、現在看護管理を行っている。		B	【がん】 アピアランスケアに関して、R5年度厚労省のアピアランスケア事業に東北で初めて当センターが採択され、R6年に事業を開始、R7年度はその取り組みの維持に努めた。 国立がん研究センターで開催される研修にR7年度は基礎36名、応用編1名受講し、研修受者は64名となった。 応用編研修受講終了者はアピアランス外来を担当し、患者ケアの質向上に繋げている。また、委員会や教育担当などの役割を担う看護師に対して研修受講を計画し、その学びを委員会などで伝達講習する機会を設け、学びの共有を行った。勤務計画表作成時には、研修受講に負担のかからないように調整した。看護管理者の育成として、看護管理教育課程、ファーストレベル3名、サードレベル1名が受講した。		B	
	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。		【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。		B	【本部】 認定看護師、専門看護師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。		B	【本部】 認定看護師、専門看護師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。		B	（参考指標表2）
		◇ 計画的に研修を実施しているか。	【精神】 クリニカルラダーについては教育委員のレベル担当者が主体的に前年度のうちに年間計画をたてて、それにそって研修を実施することができた。また、精神保健福祉法の改正により虐待通報が義務化されることが明らかになったため、年間計画には無かったが、臨機応変に看護部職員全員を対象とした「精神科における虐待」のオンライン研修の開催を企画した。令和4年度には暴力事故の発生により、看護師の安全が脅かされる状況があり、その対策として令和5年度からCVPPPインストラクターの協力のもと「安全・安心研修」を開催した。この研修については今後4年をかけて看護師全員に受講する計画である。		A	【精神】 クリニカルラダーについては前年度のうちに教育委員のレベル担当者が主体的に前年度のうちに年間計画を立て、それにそって研修を実施することができた。 また、行動制限中の患者の事故発生をきっかけに「身体拘束における事故の判例」のWebセミナー受講を2回開催した。過去に暴力事故の発生により、看護師の安全が脅かされる状況があり、その対策として令和5年度からCVPPPインストラクターの協力のもと「安全・安心研修」を開催しているが、令和6年度は3回開催し、37人が受講した。この研修については今後3年かけて看護師全員が受講する計画である。		A	【精神】 クリニカルラダーについては、教育委員のレベル担当者が主体的に作成した年間計画に沿って研修を実施することができた。 また、過去の行動制限中の患者の事故発生をきっかけに「身体拘束における事故の判例」について、職員による研修会を開催した。過去に暴力事故の発生により、看護師の安全が脅かされる状況があり、その対策として令和5年度からCVPPPインストラクターの協力のもと「安全・安心研修」を開催しているが、令和7度は2回開催し、16人が受講した。		B	
			【がん】 看護師個人のキャリア開発を組織として支援するため、院内キャリア開発ラダーを基に教育体制が整されている。看護部内に教育委員会を設置し、組織が期待する看護師像のラダーⅢ以上、スペシャリストを目指すラダーⅣ以上を取得、キャリア採用者は当院の目指す看護実践のため研修を受講し、年度末に審査を受けラダー研修では計３１名が承認を受けている。それ以外にも各役割や看護師全員に向け行う研修など、その対象に応じ年間を通し企画・実施し、看護の質向上に努めている。		B	【がん】 看護師個人のキャリア開発を組織として支援するため、院内キャリア開発ラダーを基に教育体制が整備されている。看護部内に教育委員会を設置し、組織が期待する看護師像のラダーⅢ以上、スペシャリストを目指すラダーⅣ以上を取得、キャリア採用者は当院の目指す看護実践のため研修を受講し、年度末に審査を受けラダー研修では計40名が承認を受けている。それ以外にも各役割や看護師全員に向け行う研修など、その対象に応じ年間を通し企画・実施し、看護の質向上に努めている。		B	【がん】 看護師個人のキャリア開発を組織として支援するため、院内キャリア開発ラダーを基に教育体制が整備されている。看護部内に教育委員会を設置し、組織が期待する看護師像のラダーⅢ以上、スペシャリストを目指すラダーⅣ以上、キャリア採用者は当院の目指す看護実践のため研修を受講し、年度末に審査を受け、ラダー研修では計30名が承認を受けている。それ以外にも各役割や看護師全員に向けた研修など、その対象に応じ年間を通し企画・実施し、看護の質向上に努めている。		B	
			【本部】 2病院の看護部長及び副部長による看護業務検討部会において，看護師のキャリアに応じた研修を企画し，令和5年度においては，副主任看護師研修，副看護師長研修，看護部長・副部長研修を実施した。		B	【本部】 2病院の看護部長及び副部長による看護業務検討部会において、看護師のキャリアに応じた研修を企画し、令和6年度においては、副主任看護師研修、副看護師長研修、看護部長・副部長研修を実施した。		B	【本部】 2病院の看護部長及び副部長による看護業務検討部会において、看護師のキャリアに応じた研修を企画し、令和7年度においては、副主任看護師研修、看護管理研修Ⅰ（副看護師長対象）、看護管理研修Ⅲ（看護部長・副部長対象）を実施した。		B	
	（目標とする指標表）	◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	（令和5年度指標表）	B B		（令和6年度指標表）	B		※令和7年度は受験資格者該当なし			（参考指標表3）

目標とする指標表

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4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2名以上取得

令和5年度指標表

指標	実績値	達成率	定量評価
資格取得者数（人）			
専門看護師資格	1	100.0%	B
認定看護師資格	1	100.0%	B

令和6年度指標表

指標	実績値	達成率	定量評価
資格取得者数（人）			
認定看護管理者資格取得者数	1	100.0%	B

参考指標表1

参考となる指標	単位	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	状況
看護師の採用状況等（法人全体）	人	24	40	16	22	↑

参考指標表2

参考となる指標		単位	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	状況
資格保有者数（認定看護師、専門看護師）							
	精神医療センター	人	5	6	7	7	→
	がんセンター	人	17	16	17	17	→
看護師研修会開催実績							
	精神医療センター	回	75	82	77	73	↓
	がんセンター	回	74	77	80	85	↑
学会等発表実績（看護師）							
	精神医療センター	件	6	8	4	8	↑
	がんセンター	件	7	3	4	8	↑
学会等参加実績（看護師）							
	精神医療センター	人	11	12	6	11	↑
	がんセンター	人	59	83	61	59	↓

参考指標表3

参考となる指標	単位	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令7年度	状況
専門看護師資格取得者数（法人全体）	人	－	1	－	－	
認定看護師資格取得者数（法人全体）	人	1	1	－	－	
認定看護管理者資格取得者数（法人全体）	人	－	－	1	－	

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
（3）医療従事者の確保と育成	（3）医療従事者の確保と育成		（3）医療従事者の確保と育成			（3）医療従事者の確保と育成			（3）医療従事者の確保と育成			
病院機能の最適化のため、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・その他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及び資質向上につながる取組を奨励し、病院機能を向上させること。	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。	◇医療従事者の確保及び適正配置に係る取組状況はどうか。 ◇医療従事者の資質向上に向けた取組状況はどうか。	イ 医療従事者の確保 【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。 ロ 医療従事者の資質向上 【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。		B B B B	イ 医療従事者の確保 【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，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。 ロ 医療従事者の資質向上 【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。		B B B B	イ 医療従事者の確保 【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，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。 ロ 医療従事者の資質向上 【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，リハビリテーション技術職合同部会を開催し，各職種の専門性向上に向けた検討を行った。		B B B B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 医療従事者の採用状況等（法人全体） / 人 / 6 / 8 / 2 / 3 / ↑ 参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 資格保有者数 精神医療センター / 人 / 33 / 32 / 34 / 36 / ↑ がんセンター / 人 / 124 / 126 / 134 / 172 / ↑ コメディカル研修会開催実績 精神医療センター / 回 / 15 / 17 / 30 / 25 / ↓ がんセンター / 回 / 11 / 24 / 24 / 24 / → 学会等発表実績（コメディカル） 精神医療センター / 件 / 5 / 1 / 1 / 4 / ↑ がんセンター / 件 / 23 / 17 / 36 / 47 / ↑ 学会等参加実績（コメディカル） 精神医療センター / 人 / 70 / 56 / 59 / 67 / ↑ がんセンター / 人 / 72 / 81 / 113 / 136 / ↑
（4）医療系学生への教育	（4）医療系学生への教育		（4）医療系学生への教育			（4）医療系学生への教育			（4）医療系学生への教育			
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、積極的に学生を受け入れること。	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。	◇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の体制が整備されているか。	【精神】 東北大学医学部の学生144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293人，精神保健福祉士等を目指す学生42人などの実習・研修生を受け入れた。 【がん】 昨年度と同様に、実習養成校7校の実習を受けた。コロナが5類に移行となったこともあり、急性期実習では、手術室やHCU実習を再開したことで学生の学びに繋げることができた。今年度も看護学講師、5施設から依頼をうけ、16名23講座に看護師を派遣した。次年度は更に1校の講義依頼があり、対応予定である。		B B	【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253人、精神保健福祉士等を目指す学生28人などの実習・研修生を受け入れた。 【がん】 令和6年度は、実習養成校が1校増え8校の実習を受けた。今年度は新たな項目として、宮城大学のマネジメント実習の学生も32名を受けた。事前の大学との打ち合わせを密に行い、実習担当者も副看護師長と配慮し、学びの場を整えた。実習後の検討会では、学びの多い実習であったとの感想が多く聞かれた。		B B	【精神】 東北大学医学部の学生103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260人、精神保健福祉士等を目指す学生32人などの実習・研修生を受け入れた。 【がん】 実習養成校8校の実習を受け入れている。実習生は延べ1,986名で、令和6年度より108名多く受け入れができた。各養成校の実習目的に応じて内容を工夫しており、今年度は医療安全と感染対策の講義依頼があり、医療安全管理室及び感染対策室の協力のもと実習対応した。		B B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 学生受入数 精神医療センター / 人 / 448 / 479 / 383 / 395 / ↑ がんセンター / 人 / 1,461 / 2,167 / 1,873 / 1,981 / ↑
（5）事務職員の確保と育成	（5）事務職員の確保と育成		（5）事務職員の確保と育成			（5）事務職員の確保と育成			（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必要数の確保及び育成に努めること。 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。	イ 事務職員の確保 医療制度や経営環境の変化等に的確に対応できるよう事務職員の確保及び適正配置に努める。 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、研修体系の評価と見直しを継続的に行い事務部門の専門性の向上を図る。	◇ 事務職員の確保及び適正配置に係る取組状況はどうか。 ◇ 事務部門の専門性向上に向けた取組状況はどうか。	イ 事務職員の確保 【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，社会人経験者を対象とした事務職員の採用を行った。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。 ロ 事務職員の資質向上 【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、対面又は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，医事業務に関する研修会，業務改善を目的としたRPAの勉強会、コミュニケーション能力の向上を目的とした研修会を開催するなど，事務職員研修の充実に努めた。		B B B B	イ 事務職員の確保 【本部】 病院経営や医療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。 ロ 事務職員の資質向上 【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、医事業務に関する研修会、業務改善を目的としたRPAの勉強会、事務管理者研修会や病院財務会計セミナーなどの研修を実施した。		B B B B	イ 事務職員の確保 【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、社会人経験者を対象とした事務職員の採用を行った。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。 ロ 事務職員の資質向上 【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、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、院長・幹部職員セミナーやペイシェントハラスメント対策に係る講演、病院財務会計セミナーなどの研修を実施した。		B B B B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 法人採用事務職員数 / 人 / 5 / 3 / 0 / 3 / ↑ 参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 資格保有者数（診療情報管理士） / 人 / 17 / 19 / 19 / 19 / → 事務職員研修会開催実績 / 回 / 3 / 3 / 3 / 2 / ↓ 外部研修会参加実績 精神医療センター / 人 / 37 / 17 / 18 / 17 / ↓ がんセンター / 人 / 20 / 31 / 14 / 16 / ↑

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
5 災害等への対応	5 災害等への対応		5 災害等への対応			5 災害等への対応			5 災害等への対応			
災害及び新興感染症等の公衆衛生上の重大な危害が発生し又は発生しようとしている場合には、関係機関との連携のもと、県立病院として医療を迅速かつ適切に提供するとともに、中長期的な支援にも努めること。 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。	大規模な災害及び新興感染症等の公衆衛生上の重大な危害が発生し又は発生しようとしている場合には、県立2病院及び関係機関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も行う。 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。	◇ 大規模な災害及び新興感染症等の公衆衛生上の重大な危害が発生し又は発生しようとしている際の対応状況はどうか。	【精神】 令和6年1月に発災した「令和6年能登半島地震」において、宮城県からの派遣要請に応じ、宮城県で唯一のDPAT先遣隊所属医療機関として計3隊、延べ10名の派遣を行った。 新型コロナウイルス感染症に関する対応としては、5類移行後も、重点医療機関としてコロナ専用病棟を設け、精神疾患を有する軽症・中等症Ⅰの陽性者を受け入れ、宮城県の新型コロナウイルス感染症対策に貢献した。		A	【精神】 DPAT先遣隊の活動として、技能維持研修や国が行う大規模地震時医療活動訓練に参加するなど、積極的な活動を行った。		B	【精神】 本県におけるDPAT先遣隊の活動として、技能維持研修や国が行う大規模地震時医療活動訓練に参加するなど、派遣要請があった場合に即時対応できる体制の維持・向上に努めるなど積極的な活動を行っている。		B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 災害時派遣チームの編成 精神医療センター / 回 / 0 / 1 / 0 / 0 / → がんセンター / 回 / 0 / 0 / 0 / 0 / →
			【がん】 重大な危害の発生は無かったが、災害対応マニュアルとして取り扱う防災・業務継続計画（BCP）や停電時対応マニュアルを策定し、職員へ周知し、危害の発生に備えた。		A	【がん】 発生に備えた対応として、宮城県と新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置に関する協定を締結した。		A	【がん】 宮城県と新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置に関する協定を締結しており、県が主催した研修会と対応訓練に参加した。		A	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 訓練実施実績 精神医療センター / 回 / 2 / 2 / 2 / 2 / → がんセンター / 回 / 2 / 2 / 2 / 2 / → 本部事務局 / 回 / 2 / 2 / 2 / 2 / →
			【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。		B	【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。		B	【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。		B	
		◇ 災害発生時に備えた取組状況はどうか。	【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、11月と3月に防災訓練を実施した。		B	【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、9月と3月に防災訓練を実施した。		B	【精神】 当センター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、9月と3月に防災訓練を実施した。		B	
			【がん】 災害発生時に備え，入院患者及び職員用の3日分の食料を常時備蓄をしている。また、火災発生に備え消防訓練を2回おこなった。		B	【がん】 災害発生時に備え、入院患者及び職員用の3日分の食料を常時備蓄をしている。また、火災発生に備え消防訓練を2回行なった。		B	【がん】 災害発生時に備え，入院患者及び職員用の3日分の食料を常時備蓄をしている。また、火災発生に備え消防訓練を2回おこなった。		B	
			【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ほか，非常時に備えて備蓄している食料の確認・更新を行った。		B	【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ほか、非常時に備えて備蓄している食料の確認・更新を行った。		B	【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ほか、非常時に備えて備蓄している食料の確認・更新を行った。		B	
		◇ 災害対応マニュアルの見直しや事業継続計画の策定に向けた取組状況はどうか。	【精神】 訪問看護事業所における事業継続計画が義務化されたため、策定に取り組んだ。		B	【精神】 訪問看護事業所における事業継続計画が義務化されたため、策定に取り組んだ。		B	【精神】 防災マニュアルについては見直しを行い、訪問看護事業所における事業継続計画については令和6年度に策定し、周知・教育を行った。		B	
			【がん】 令和4年度に災害対応マニュアルとして取り扱う事業継続計画を新たに策定している。令和5年度は停電時対応マニュアルを策定した。		B	【がん】 令和4年度に事業継続計画は策定済み。内容の修正はないが、組織改定があったため、一部改定を行った。		B	【がん】 令和4年度に事業継続計画は策定済み。内容の改訂はなし。		B	
			【本部】 年度当初の人事異動の機会に災害対応マニュアルの確認及び見直しを行うとともに，職員に周知した。		B	【本部】 年度当初の人事異動の機会に災害対応マニュアルの確認及び見直しを行うとともに、職員に配布し周知を行った。		B	【本部】 年度当初の人事異動の機会に災害対応マニュアルの確認及び見直しを行うとともに、職員に配布し周知を行った。		B	
		○年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 / 実績値 / 達成率 防災訓練実施件数（回） 精神 / 2 / 100.0% / B がん / 2 / 100.0% / B 本部 / 2 / 100.0% / B			指標 / 実績値 / 達成率 防災訓練実施件数（回） 精神 / 2 / 100.0% / B がん / 2 / 100.0% / B 本部 / 2 / 100.0% / B			指標 / 実績値 / 達成率 防災訓練実施件数（回） 精神 / 2 / 100.0% / B がん / 2 / 100.0% / B 本部 / 2 / 100.0% / B			

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
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	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		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			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			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			
他の類似病院等との比較を通して、経営分析を行い、病院運営へ反映させるとともに、各種指標を活用し、法人業務全般について最適化を図ること。 また、中期計画において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、収支改善を図ること。												
1　業務運営体制の確立	1　業務運営体制の確立		1　業務運営体制の確立			1　業務運営体制の確立			1　業務運営体制の確立			
	（1）効率的な業務運営の推進		（1）効率的な業務運営の推進			（1）効率的な業務運営体制の推進			（1）効率的な業務運営体制の推進			
県立病院の再編協議の進捗等を踏まえつつ、必要となる人材の確保に努め、医療環境の変化に的確に対応できる最適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、病院の運営体制及び経営改善に対する意識付けを行い、職員全体の理解促進に取り組むこと。	県が進める県立病院の再編協議の進捗等を踏まえつつ、必要となる人材の確保に努め、医療環境の変化に的確に対応できる最適な業務運営体制の整備に努める。	◇医療環境の変化に的確に対応できる最適な業務運営体制の整備に関する取組状況はどうか。	【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】 幹部会、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，その時々の課題解決のための話し合いを行った。 【本部】 理事長懇談会，事務局連絡調整会議，グループリーダー会議等において，業務運営体制の確立に向け，情報共有化の上、課題解決のための意見交換を行った。		B B B	【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】 幹部会、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、その時々の課題解決のための話し合いを行った。 【本部】 理事長懇談会、事務局連絡調整会議、グループリーダー会議等において、業務運営体制の確立に向け、情報共有化の上、課題解決のための意見交換を行った。		B B B	【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】 幹部会、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、その時々の課題解決のための話し合いを行った。 【本部】 理事長懇談会、事務局連絡調整会議、グループリーダー会議等において、業務運営体制の確立に向け、情報共有化の上、課題解決のための意見交換を行った。		B B B	参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 組織規程に基づく自律的・機動的な運営 ／ 取組内容を記載 ／ 業務運営の効率化を図るため、事務部門においてグループ制の導入を行うとともに、グループリーダーのマネジメント力等の強化、グループ間の連携・情報共有を目的としたグループリーダー会議を月に1回開催した。 ／ 内部組織の見直し（事務部門の組織改編等）を行い、より自立的・機動的な運営に取り組んだ。 ／ 事務部門の組織改編等は無かった。 また、グループリーダー会議を年6回開催した。 ／ 経営改善等の諸課題への対応を図るため、院長補佐、総長補佐の役職を新たに設置した。 また、グループリーダー会議を年2回開催した。 ／
	（2）目標達成に向けた取組		（2）目標達成に向けた取組			（2）目標達成に向けた取組			（2）目標達成に向けた取組			
	目標達成のために、理事会等において業務運営体制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。	◇　中期目標達成に向けた理事会における検討、経営分析、進行管理の取組状況はどうか。	【本部】 理事会のほか、理事長・院長等会議を開催し、経営状況や計画の進行状況について、法人内で共有することで、進行管理を行っている。R5年度は、理事会等での報告資料について、グラフ化するなど説明の効率化を図る工夫をした。また、各病院において、令和4年度決算の内容と新型コロナウイルス感染症の状況の変化が見込まれた令和5年度の経営状況等について説明を行い、目標達成に向けた職員の意識の向上を図った。		B	【本部】 理事会のほか、理事長・院長等会議を開催し、経営状況や計画の進行状況について、法人内で共有することで、進行管理を行っている。 特にR6年度は外部機関による経営診断を受け経営改善の目標とする指標を明確化するとともに、次年度に向けて具体的な行動の指針となる「経営改善計画アクションプラン」の策定に着手した。		B	【本部】 理事会のほか、定期的に理事長・院長等会議を開催し、経営状況について分析・検討を行うとともに、年度計画について進行管理を行っている。 令和7年度においては、経営改善に係る具体的な行動の指針となる「経営改善計画アクションプラン」を策定・実行するとともに、取組実績や新たなアクションの追加等について、本部事務局と各病院間で随時情報共有し、機構全体として経営改善の取組を推進した。		B	

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
	（3）職員一丸となっての経営改善		（3）職員一丸となっての経営改善			（3）全職員による経営改善			（3）全職員による経営改善			
	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、業務改善の推進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。	◇ 経営改善に関する職員間での情報共有の取組状況はどうか。	【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。		B	【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。		B	【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、経営に関する課題を全職員で情報共有するほか、「経営改善計画アクションプラン」を策定・実行し、経営改善に向け職員一丸となって取り組んだ。		A	
			【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。		B	【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。		B	【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。		B	
			【本部】 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るとともに、管理職・監督者級の職員を対象に、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。		B	【本部】 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るとともに、外部講師による病院経営に関する研修会を2回（管理職・監督者級の職員向け、全職員向け）開催し、病院経営についての共通理解が得られるように努めた。 また、R6年度は、本部事務局とがんセンターで経営状況に関する会議を月1回開催し、具体的な経営改善に係る取組の進捗状況について意見交換を行った。		B	【本部】 各病院において経営状況説明会を開催し、経営状況の見通しや課題などを職員に直接説明する場を設けるとともに、毎月、最新の経営状況を職員へ情報提供することにより、経営に対する意識の定着化を図った。 また、外部講師による病院経営に関する研修会（管理職・監督者級の職員向け）を開催し、病院経営に関する知識を習得できる機会の提供に努めた。		B	
		◇ 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に関する取組状況はどうか。	【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。		B	【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。		B	【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。		B	
			【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。		B	【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。		B	【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。		B	
			【本部】 職員提案要綱の運用を行い，提案の受付を行った。		D	【本部】 職員提案要綱の運用を行い、提案の受付を行った。		D	【本部】 職員提案要綱の運用を行い、提案の受付を行った。		D	
	目標とする指標：病院経営に関する研修会の開催回数 目標値：年1回以上	◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標：病院経営に関する研修会の開催回数（回） 実績値：法人全体 1 達成率：100.0%	B		指標：病院経営に関する研修会の開催回数（回） 実績値：法人全体 2 達成率：200.0%	A		指標：病院経営に関する研修会の開催回数（回） 実績値：法人全体 1 達成率：100.0%	B		参考となる指標：病院経営研修会開催実績 単位：回 令和4年度：1 令和5年度：1 令和6年度：2 令和7年度：1 状況：↓

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
2　収益確保の取組	2　収益確保の取組		2　収益確保の取組			2　収益確保の取組			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		（1）変化する医療環境に対する迅速な対応			（1）変化する医療環境に対する迅速な対応			（1）変化する医療環境に対する迅速な対応			
経営戦略部門によるデータの分析・活用等を行い、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るとともに、外部の経営コンサルタントへの経営評価のアウトソーシング等により、経営改善を図ること。 また、診療報酬改定を含む医療保険制度改正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、県立病院が有する資源の有効活用に努め、変化する医療環境に対応した組織体制づくりを行うとともに、患者の確保及び経営の改善を図ること。 【指標】 病床利用率を毎年度、宮城県立精神医療センター（精神科救急病棟）82．0%以上、宮城県立がんセンター80．0%以上とすること。（前中期目標期間実績：（宮城県立精神医療センター）令和元年度81．9%、令和2年度78．9%、令和3年度85．0%、（宮城県立がんセンター）令和元年度75．0%、令和2年度66．3%、令和3年度66．3%） ※宮城県立精神医療センターの指標については、第2の1（1）イの再掲となる。	経営戦略部門によるデータの分析・活用等を行い、県立病院の有する資源の有効活用に努め、変化する医療環境へ的確に対応するとともに、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。 目標とする指標は次のとおりとし、がんセンターの病床利用率については、中期目標で指示された目標値を中期目標期間中に達成することを目指す。	◇　経営改善への取組状況はどうか。	【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精神科救急医療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。		B	【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精神科救急医療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。		B	【精神】 ①令和6年度の赤字決算を受け，「経営改善計画アクションプラン」を取りまとめ、新たな加算の取得や病棟の再編など実施可能なものから取り組んだ。 ②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。 ③精神科救急医療システム事業を県から受託し、収益の確保に努めた。 ④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。		B	
			【がん】 看護補助者の業務委託を導入し、夜間100対1急性期看護補助体制加算の新たな算定と、25対1急性期看護補助体制加算の恒常的な算定を可能とした。		A	【がん】 後発医薬品を精査し、順次切り替えを行っている他、各部署へ働きかけを行い、リハビリテーション単位数の増加や入院期間の標準化を図り、増収に繋げた。		A	【がん】 後発医薬品を精査し、順次切り替えを行った他、各部署へ働きかけを行い、入院期間の標準化を図り、増収に繋げた。 経営改善計画アクションプランを策定・実行し、取組み可能な項目から着手するとともに、各部署の取組状況を各種会議体において逐次共有した。		A	
		◇　客観的な経営分析への取組状況はどうか。	【精神】 毎月の収支確定後、経営分析の結果を取りまとめ、翌月の病院運営会議や運営委員会、経営健全推進化委員会等にて報告・共有を行った。 また、四半期に1度、全部署が参加する「経営・治療戦略会議」を開催し、運営方針・経営計画に基づく重点事項の進捗状況を共有・議論し、経営面と医療提供の両面において改善できるよう、検討を行った。		B	【精神】 毎月の収支確定後、経営分析の結果を取りまとめ、翌月の病院運営会議や運営委員会、経営健全推進化委員会等にて報告・共有を行った。 また、四半期に1度、全部署が参加する「経営・治療戦略会議」を開催し、運営方針・経営計画に基づく重点事項の進捗状況を共有・議論し、経営面と医療提供の両面において改善できるよう、検討を行った。		B	【精神】 毎月の収支確定後、経営分析の結果を取りまとめ、翌月の病院運営会議や運営委員会、経営健全推進化委員会等にて報告・共有を行った。 また、月1回の運営委員会においては、経営改善計画アクションプランの進捗管理を行った。さらには、四半期に1度、全部署が参加する「経営・治療戦略会議」を開催し、運営方針・経営計画に基づく重点事項の進捗状況を共有・議論し、経営面と医療提供の両面において改善できるよう、検討を行った。		B	
			【がん】 毎月2回、経営戦略会議を開催し、現状の分析結果と経営改善案等について、総長、院長、看護部長と情報を共有している。経営改革グループによる詳細な分析を基に、提案・改善点などを病院幹部へ情報提供を行った。		B	【がん】 毎月2回程度、経営戦略会議を開催し、現状の分析結果と経営改善案等について、総長、院長、看護部長と情報を共有している。		B	【がん】 月1回程度、経営戦略会議を開催し、現状の分析結果と経営改善案等について、総長、院長、看護部長、薬剤部長、機構本部と情報を共有し、承認を得たものから迅速に実行した。		B	

目標とする指標	目標値
外来延患者数（精神）	年間36,540人
外来収益合計（精神）	年間299,070千円
入院延患者数（精神）	年間64,030人
病床利用率 （精神：救急病棟）	年間82.0%以上
入院収益合計（精神）	年間1,468,100千円
外来延患者数（がん）	年間82,600人
外来収益合計（がん）	年間3,950,020千円
入院延患者数（がん）	年間111,840人
病床利用率 （がん：病床合計）	年間80.0%以上
入院収益合計（がん）	年間6,801,380千円

◇中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。

指標	実績値	達成率	定量評価
精神医療センター			
外来延患者数（人）	38,473	99.2%	C
外来収益合計（千円）	324,943	101.8%	B
入院延患者数（人）	59,705	91.1%	C
病床利用率（救急）（%）	81.3	101.6%	B
入院収益合計（千円）	1,453,035	92.2%	C
がんセンター			
外来延患者数（人）	84,155	98.2%	C
外来収益合計（千円）	4,197,120	102.2%	B
入院延患者数（人）	90,343	85.9%	C
病床利用率（%）	64.4	85.9%	C
入院収益合計（千円）	5,777,527	90.3%	C

指標	実績値	達成率	定量評価
精神医療センター			
外来延患者数（人）	39,821	99.8%	C
外来収益合計（千円）	339,498	100.7%	B
入院延患者数（人）	58,557	81.0%	C
病床利用率（救急）（%）	74.3	80.2%	C
入院収益合計（千円）	1,466,706	85.8%	C
がんセンター			
外来延患者数（人）	84,214	95.4%	C
外来収益合計（千円）	4,544,370	109.2%	B
入院延患者数（人）	94,802	89.2%	C
病床利用率（%）	67.8	89.2%	C
入院収益合計（千円）	6,209,608	94.0%	C

指標	実績値	達成率	定量評価
精神医療センター			
外来延患者数（人）	39,894	96.9%	C
外来収益合計（千円）	339,260	96.2%	C
入院延患者数（人）	56,392	76.9%	D
病床利用率（救急）（%）	74.0	80.6%	C
入院収益合計（千円）	1,455,638	76.3%	D
がんセンター			
外来延患者数（人）	81,735	93.3%	C
外来収益合計（千円）	4,476,594	87.7%	C
入院延患者数（人）	96,219	91.2%	C
病床利用率（%）	68.8	91.1%	C
入院収益合計（千円）	6,676,470	86.8%	C

参考となる指標	単位	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	状況
外来延患者数（精神）	人	37,948	38,473	39,821	39,894	↑
外来収益合計（精神）	千円	311,677	324,943	339,498	339,260	↓
入院延患者数（精神）	人	58,679	59,705	58,557	56,392	↓
病床稼働率（救急）（精神）	%	86.8	81.3	74.3	74.0	↓
入院収益合計（精神）	千円	1,402,399	1,453,035	1,466,706	1,455,638	↓
外来延患者数（がん）	人	84,595	84,155	84,214	81,735	↓
外来収益合計（がん）	千円	3,889,765	4,197,120	4,544,370	4,476,594	↓
入院延患者数（がん）	人	92,273	90,343	94,802	96,219	↑
病床稼働率（がん）【383運用】	%	68.7	64.4	67.8	68.8	↑
病床稼働率（がん）【333運用】	%	－	－	78.1	79.2	↑
入院収益合計（がん）	千円	5,753,762	5,777,527	6,209,608	6,676,470	↑

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
	(2)レセプト検討委員会の定期的開催		(2)レセプト検討委員会の定期的開催			(2)レセプト検討委員会の定期的開催			(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。	◇ レセプト検討委員会の開催状況はどうか。	【精神】 「レセプト委員会」を開催し，査定原因について検討を行いながら、診療報酬に関する仕組みや算定のルールについて、院内周知を行った。 【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。		B B	【精神】 「レセプト委員会」を開催し、査定原因について検討を行いながら、診療報酬に関する仕組みや算定のルールについて、院内周知を行った。 【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。		B B	【精神】 「レセプト委員会」を開催し、査定原因について検討を行いながら、診療報酬に関する仕組みや算定のルールについて、院内周知を行った。 【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について、各医師がより印象に残る工夫（フォーマットの見直し等）を行い、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。		B B	
		◇診療報酬等の制度改正への対応や、請求漏れ、査定減、返戻発生の防止、施設基準・加算の取得への取組状況はどうか。	【精神】 レセプト点検システムを活用し、請求前の算定エラーを発見することで、査定減、返戻発生の防止に繋げている。また、施設基準の届出については、関係部署と連携を図り、新規・変更ともに、遅滞なく実施できた。 【がん】 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うとともに、査定内容の傾向に合わせてレセプト点検ソフトのチェック項目の追加や変更を適宜実施して点検精度の向上に努めた。		B B	【精神】 レセプト点検システムを活用し、請求前の算定エラーを発見することで、査定減、返戻発生の防止に繋げている。また、施設基準の届出については、関係部署と連携を図り、新規・変更ともに遅滞なく実施できた。 【がん】 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うとともに、査定内容の傾向に合わせてレセプト点検ソフトのチェック項目の追加や変更を適宜実施して点検精度の向上に努めた。また、全職種を対象とした診療報酬改定説明会を開催して、当院が取得すべき施設基準の要件の共有化を図り、関係職種が届出に向けて算定要件を満たす体制を構築する等対応を図った。		B B	【精神】 レセプト点検システムを活用し、請求前の算定エラーを発見することで、査定減、返戻発生の防止に繋げている。また、施設基準の届出については、関係部署と連携を図り、新規・変更ともに遅滞なく実施できた。 【がん】 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うとともに、査定内容の傾向に合わせてレセプト点検ソフトのチェック項目の追加や変更を適宜実施して点検精度の向上に努めた。また、全国自治体病院協議会の経営診断事業を活用して、他のがんセンターの施設基準算定状況のベンチマーク結果を基に、当院が取得すべき施設基準の要件の共有化を図り、関係職種が届出に向けて算定要件を満たす体制を構築する等対応を図った。		B B	
		○年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 / 実績値 / 達成率 レセプト査定率（%） 精神 0.03 33.3% がん 0.12 107.7%	D B		指標 / 実績値 / 達成率 レセプト査定率（%） 精神 0.02 50.0% がん 0.14 92.9%	D C		指標 / 実績値 / 達成率 レセプト査定率（%） 精神 0.02 50.0% がん 0.10 120.0%	D A		参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 レセプト査定率（査定減額/医業収益） 精神医療センター % 0.03 0.03 0.02 0.02 → がんセンター % 0.10 0.12 0.14 0.10 ↑
	(3)未収金の発生防止の強化及び早期回収		(3)未収金の発生防止の強化及び早期回収			(3)未収金の発生防止の強化、早期回収			(3)未収金の発生防止の強化、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。	◇ 未収金の発生防止に関する取組状況はどうか。	【精神】 関係部署と連携し、入院時及び退院情報の共有に努め、各種支援・助成制度の活用等について、患者および患者家族の相談に対応した。また、医療費の支払いに関する相談体制の重点化に努めた。 【がん】 部門間との連携を密に未収金が発生する可能性が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。		B B	【精神】 関係部署と連携し、入院時及び退院情報の共有に努め、各種支援・助成制度の活用等について、患者および患者家族の相談に対応した。また、医療費の支払いに関する相談体制の重点化に努めた。 【がん】 部門間との連携を密に未収金が発生する可能性が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。		B B	【精神】 関係部署と連携し、入院時及び退院情報の共有に努め、各種支援・助成制度の活用等について、患者および患者家族の相談に対応した。また、医療費の支払いに関する相談体制の重点化に努めた。 【がん】 部門間との連携を密に未収金が発生する可能性が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。 また、連帯保証人代行業務委託契約を締結して新規未収患者の発生抑止にむけて円滑な導入方法の検討を重ね、令和8年度より委託を開始することとしている。		B B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 過年度未収金額 精神医療センター 千円 16,740 16,590 16,937 12,564 ↓ がんセンター 千円 8,782 9,177 9,524 8,988 ↓ 本部 循呼C分 千円 25 0 0 → 本部 こども分 千円 415 95 0 → ※本部分（循呼センター分・こども病院分）は令和6年度で回収完了。
		◇ 未収金の早期回収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に実施し，生活状況を把握したうえで分割納付に関する相談や分納の依頼のほか，必要に応じて，家族及び保証人にも状況を伝えるなど，効果的な徴収に取り組んでいる。また、回収困難な案件について、未収金回収業務を弁護士に委託する体制を継続している。 【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継続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、未収金の縮減に努めている。		B B	【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に関する相談や分納の依頼のほか、必要に応じて家族及び保証人にも状況を伝えるなど、効果的な徴収に取り組んでいる。また、回収困難な案件について、未収金回収業務を弁護士に委託する体制を継続している。 【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全て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継続及び回収困難な事案については、早めに未収金回収業務を法律事務所に委託して、未収金の縮減に努めている。		B B	【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に関する相談や分納の依頼のほか、必要に応じて家族及び保証人にも状況を伝えるなど、効果的な徴収に取り組んでいる。また、回収困難な案件について、未収金回収業務を弁護士に委託する体制を継続している。 【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全てに面談を行い支払計画を作成の上、回収に努めた。 また、日中連絡を取ることが困難な未収患者においては、が昼（12：00～13：00）及び時間外（17：15～18：30）の時間帯においても電話による督促を実施する等対応を図った。 なお、回収困難な事案については、早めに未収金回収業務を法律事務所に委託して、未収金の縮減に努めている。		B B	

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
	（4）病床及び医療機器の利用率向上		（4）病床及び医療機器の利用率向上			（4）病床及び医療機器の稼働率向上			（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、令和2年度まで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。	◇病院機構が有する人的・物的資源を活用した安定的収入の確保に関する取組状況はどうか。	【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，精神科救急急性期医療入院料算定病棟（北1及び北2病棟）の効率的な運用を図った。		B	【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、精神科救急急性期医療入院料算定病棟（北1及び北2病棟）の効率的な運用を図った。		B	【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、精神科救急急性期医療入院料算定病棟（北1及び北2病棟）の効率的な運用を図った。		B	
			【がん】 放射線診断・治療装置、手術機器の整備・導入や病室リフォーム後の効果的な運用により収益の確保を行っている。		B	【がん】 放射線診断・治療装置、手術機器の整備・導入や病室リフォーム後の効果的な運用により収益の確保を行っている。		B	【がん】 放射線診断・治療装置、手術機器の整備・導入や病棟の効果的な運用により収益の確保を行っている。		B	
		◇病室リフォームの効果検証等、病床の効率的な運用に関する取組状況はどうか。	【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。		B	【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。		B	【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。		B	
			【がん】 個室の運用に関しては、年々希望者が増加傾向にあり、自部署で対応が困難な場合は、他部署への入院依頼を行うなどし、空床のないように運営した。しかし、今年度もC室への希望者は少なく、特に4階西病棟においては利用率が3割程度となっており、緊急入院等可能であれば利用を依頼した。		B	【がん】 昨年度同様、個室希望者が増加傾向にある。個室の空き状況に応じて、他病棟への入院計画なども行い、患者の希望に応じた療養環境の提供を行った。また、個室の減免率が高い病棟に関しては、当該部署と話し合い、医師の協力を得ながら個室減免率の低下について取り組みを行い、令和5年度より減免率が約1割低下した。		B	【がん】 個室希望者は年々増加傾向にあるが、調整が必要な場合は、各病棟相互に看護管理室で個室の調整を行い、療養環境の提供を心掛けている。 病床の効率的な運用を目的として、化学療法で頭皮冷却化装置使用目的の患者の同意のもと、個室を利用いただくなどの工夫を行っている。		B	
	目標とする指標 / 目標値 特別室料収益（がん） / 年間103,680千円	◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 / 実績値 / 達成率 特別室料収益（千円） がんセンター / 110,730 / 106.8%	B		指標 / 実績値 / 達成率 特別室料収益（千円） がんセンター / 123,161 / 99.2%	C		指標 / 実績値 / 達成率 特別室料収益（千円） がんセンター / 125,716 / 102.3%	B		参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 特別室料収益 がんセンター / 千円 / 104,762 / 110,730 / 123,161 / 125,716 / ↑
	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、利用率の向上に努める。 また、病床の利用状況、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。	◇　患者数に応じた病床の効率的利用、人員の適正配置に関する取組状況はどうか。	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】 院長チームラウンドや日々の各病棟のベッド調整において、病床の効率的利用について検討を重ねた。コロナ専用病棟として稼働していた東1病棟が、令和5年10月から慢性期病棟として稼働を再開したため、急性期病棟で受け入れていた不適患者の転棟を進めることで、不適患者が減少し、新規入院患者の受け入れが円滑化した。結果、急性期病棟では病床稼働率81.1%と目標である80.0%を達成した。また慢性期病棟では、上半期のコロナ病棟稼働により稼働率が低下し、病床稼働率は48.6%と目標を下回ったが、前年度稼働率を上回った。 看護職員の人員配置に関しては、看護師採用計画や看護師配置数の算出、夜勤時間など施設基準に即して必要時部署間の異動、年度途中での入職など行い、適正配置に努めた。		B	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】 院長チームラウンドや日々の各病棟のベッド調整において、病床の効率的利用について検討を重ねた。 急性期病棟で受け入れていた不適患者の転棟を進めることで不適患者が減少し、適患者割合が前年度実績73.6%から81%に改善、計画の75%を達成した。一方で、平均在院日数が前年度実績と比較し3.4日短縮したことにより入院患者数が減少、計画を下回った。 児童・思春期病棟では、入院患者数と病床稼働率ともに計画を下回っているが、前年度の入院患者数と病床稼働率を大きく上回っている 慢性期病棟では、地域移行・地域定着を推進していることにより、病床稼働率は50.8%と計画を下回ったが、前年度の稼働率は上回った。 看護職員の人員配置に関しては、看護師採用計画や看護師配置数の算出、夜勤時間など施設基準に即して必要時部署間の異動、年度途中での入職など行い、適正配置に努めた。		B	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】 院長チームラウンドや日々の各病棟のベッド調整において、病床の効率的利用について検討を重ねた。 急性期病棟で受け入れていた不適患者の転棟を進めることで不適患者が減少し、適患者割合が80.4%となり、計画の80%を達成した。一方で、平均在院日数が計画と比較し4.5日短縮したことにより延入院患者数が減少、計画を下回った。 児童・思春期病棟では、入院患者数と病床稼働率ともに前年・計画を下回っている。 慢性期病棟では、地域移行・地域定着を推進していることにより、病床稼働率は51.6%と計画を下回ったが、前年度の稼働率に比べ上回っている。 看護職員の人員配置に関しては、看護師採用計画や看護師配置数の算出、夜勤時間など施設基準に即して必要時部署間の異動、年度途中での入職など行い、適正配置に努めた。		B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 病床稼働率の状況 精神医療センター（一般病棟）【年間134床運用】 / % / 47.4 / 48.6 / 50.8 / 46.8 / ↓ 精神医療センター（一般病棟）【R7.4～R7.10 134床運用】【R7.11～R7.3 104床運用】 / % / — / — / — / 51.6 / — 精神医療センター（精神科救急病床） / % / 86.8 / 81.1 / 74.3 / 74.0 / ↓ 精神医療センター（児童・思春期病床）【年間14床運用】 / % / 44.1 / 62.4 / 75.8 / 74.0 / ↓ 精神医療センター（児童・思春期病床）【R7.4～R7.10 14床運用】【R7.11～R7.3 20床運用】 / % / — / — / — / 62.8 / ↓ がんセンター（一般病床）【358床運用】 / % / 69.0 / 67.1 / 67.2 / 68.7 / ↑ がんセンター（一般病床）【308床運用】 / % / — / — / 78.1 / 79.8 / ↑ がんセンター（緩和ケア病床） / % / 59.0 / 36.8 / 76.3 / 71.3 / ↓ ※緩和ケア病棟はR3.2.8よりR5.9.30までコロナ病棟として稼働。
			【がん】 各看護師長が、主科の入退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て掌握した。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に関しては、看護管理室で調整を行った。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に配置した。		B	【がん】 各部署の看護師長が入退院調整を行い、可能な限り自部署での受け入れ体制を整えた。ベッドの空きがなく緊急入院も含め入院調整が困難な患者に関しては、副看護部長が中心となりベットコントロールを行った。令和6年度は看護師の部署間の応援体制も強化した。前日までに各部署の業務内容の把握と、当日の看護師の突発的な欠員により看護業務に支障をきたす事が予測される部署に関して、他部署から応援看護師を配置し円滑な部署運営が行えるよう整備した。令和6年度の看護師の他部署への応援は739人であった。		B	【がん】 病棟毎に稼働状況を確認し、可能な限り自部署での受け入れ体制を整えた。ただし、当病棟でベッドの空きがなく緊急入院も含め入院調整が困難な患者に関しては、副看護部長が中心となりベットコントロールを行った。 令和7年度も看護師の部署間の応援体制を強化した。前日までに各部署の業務内容の把握し当日の稼働状況や、看護師の突発的な欠員により看護業務に支障をきたす事が予測される部署に関して、他部署から応援看護師を配置し円滑な部署運営が行えるよう整備した。令和7年度の看護師の他部署への応援は642人であった。		B	
		◇　年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標 / 実績値 / 達成率 精神医療センター 一般病棟（%） / 48.6 / 80.5% / C 精神科救急病床（%） / 81.1 / 101.4% / B 児童・思春期病床（%） / 62.4 / 87.4% / C がんセンター 一般病床（%） / 67.1 / 89.5% / C 緩和ケア病床（%） / 36.8 / 49.1% / D			指標 / 実績値 / 達成率 精神医療センター 一般病棟（%） / 50.8 / 80.2% / C 精神科救急病床（%） / 74.3 / 80.2% / C 児童・思春期病床（%） / 75.8 / 96.5% / C がんセンター 一般病床（%） / 67.2 / 88.4% / C 緩和ケア病床（%） / 76.3 / 100.4% / B			指標 / 実績値 / 達成率 精神医療センター 一般病棟（%） / 46.8 / 71.2% / D 精神科救急病床（%） / 74.0 / 80.6% / C 児童・思春期病床（%） / 74.0 / 86.3% / C がんセンター 一般病床（%） / 68.7 / 91.5% / C 緩和ケア病床（%） / 71.3 / 89.1% / C			参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 平均在院日数 精神医療センター / 日 / 113.3 / 106.0 / 102.8 / 102.0 / ↑ がんセンター / 日 / 15.0 / 14.5 / 15.3 / 13.1 / ↑
	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、利用率の向上に努める。	◇　医療機器の効率的な利用に関する取組状況はどうか。	ロ　医療機器の効率的な利用の推進 【精神】 医療機器専門のMEが常勤配置されていないが、除細動器や輸液ポンプ等は、各病棟で毎月点検を行っており、年に1度は機器メーカーによる定期点検を実施し、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。		B B	ロ　医療機器の効率的な利用の推進 【精神】 医療機器専門のMEが常勤配置されていないが、除細動器や輸液ポンプ等は、各病棟で毎月点検を行っており、年に1度は機器メーカーによる定期点検を実施し、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。		B B	ロ　医療機器の効率的な利用の推進 【精神】 医療機器専門のMEが常勤配置されていないが、除細動器や輸液ポンプ等は、各病棟で毎月点検を行っており、年に1員以上機器メーカーによる定期点検を実施し、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。		B B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 病床利用マニュアルの作成・実践 精神医療センター / 有無 / 無 / 無 / 無 / 無 / ／ がんセンター / 有無 / 有 / 有 / 有 / 有 / ／ 参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 医療機器稼働状況の検証 精神医療センター / 取組内容を記載 / — / 画像診断装置（CT）の高額医療機器について、稼働状況を把握している。 / 画像診断装置（CT）の高額医療機器について、稼働状況を把握している。 / 画像診断装置（CT）の高額医療機器について、稼働状況を把握している。 / ／ がんセンター / 取組内容を記載 / 画像診断装置（CT／MRI等）、放射線治療装置（リニアック等）の高額医療機器について、稼働状況を把握している。 / ／

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
3　経費削減への取組	3　経費削減への取組		3　経費削減への取組			3　経費削減への取組			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		（1）効率的な業務運営による経費削減への取組			（1）効率的な業務運営による経費削減への取組			（1）効率的な業務運営による経費削減への取組			
人件費の抑制のほか、医療機器や診療材料、医薬品の購入方法の見直しや業務委託の見直し及び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。	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。	◇　経費削減への取組状況はどうか。	【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、建物総合管理業務の一括入札を行うなど、スケールメリットを生かした経費の削減に取り組んだ。		B	【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方式による随意契約、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、従前より実施していたA重油やLPG、コピー用紙に加え、新たにペーパータオルやトイレットペーパーを対象とし、スケールメリットを活かした機構一括契約を実施するなど、経費の削減に取り組んだ。		B	【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、機構一括契約を推進した。具体的には、医事業務委託及び庁舎管理業務委託等の従来からの取組に加え、令和7年度は新たに電力供給についても機構一括契約を実施し、スケールメリットを活かした経費の削減に取り組んだ。		B	
	（2）有利な調達手法の活用		（2）有利な調達手法の活用			（2）有利な調達手法の活用			（2）有利な調達手法の活用			
【指標】 材料費対修正医業収益比率を毎年度、宮城県立精神医療センター7．2%以下、宮城県立がんセンター39．3%以下とすること。（前中期目標期間実績：（宮城県立精神医療センター）令和元年度7．1%、令和2年度7．4%、令和3年度7．3%、（宮城県立がんセンター）令和元年度39．4%、令和2年度39．8%、令和3年度38．9%）	契約に際しては、競争性を確保するために、個々の業務の特性に応じて、有利な調達方法を活用するよう、発注の際に十分な検討を行う。	◇　競争性の確保や業務の特性に応じた有利な調達方法の活用に関する取組状況はどうか。	【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】 スケールメリットを図るための一括契約のほか、契約の際には、従前と同様の内容の業務であっても、仕様が適切であるかや実態に則しているかを再確認することで、入札において、適切な仕様のもと、十分に競争が働くように努めた。		B B B	【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】 スケールメリットを図るための一括契約のほか、従前と同様の内容の業務であっても、仕様内容を改めて確認し、入札において十分な競争が働くよう努めた。		B B B	【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】 スケールメリットを図るための一括契約のほか、従前と同様の内容の業務であっても、仕様内容を改めて確認し、入札において十分な競争が働くよう努めた。		B B B	参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 一般競争入札の割合（機器・備品） 精神医療センター ／ % ／ 100.0 ／ 100.0 ／ 100.0 ／ 100.0 ／ → がんセンター ／ % ／ 95.2 ／ 84.6 ／ 95.5 ／ 100.0 ／ ↑
	（3）医薬品・診療材料等の効果的な管理		（3）医薬品・診療材料等の効果的な管理			（3）医薬品・診療材料等の効果的な管理			（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、品目ごとの使用状況、調達状況等を適切に管理し、費用の節減を推進する。 また、製品の切替えは、効能・機能・安全性等について十分な検討を行い、適切に対応する。 目標とする指標 ／ 目標値 材料比率（精神：対修正医業収益） ／ 7.2%以下 材料比率（がん：対修正医業収益） ／ 39.3%以下	◇医薬品、診療材料、医療消耗備品の管理状況と費用節減状況についてはどうか。 また、年度の数値目標の達成についてはどうか。 ◇中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	【精神】 医薬品は毎月の在庫確認を行ったほか，年度末には棚卸を実施し、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、診療材料について、毎月の棚卸を実施するとともに、新規購入・切り替え時は一品目毎に委員会に諮り、必要性や価格、管理方法等について検討を行うことで、適切な管理に努めた。 また、医薬品契約業者との価格交渉及び診療材料のまとめ買い等を行う等費用の節減に努めた。 材料比率（対修正医業収益）について、実績は38.5%であり、目標の39.3%以下を達成した。 指標 ／ 実績値 ／ 達成率 材料費比率（対修正医業収益）（%） 精神 ／ 7.8 ／ 91.7% がん ／ 38.5 ／ 102.0%	C B	B B	【精神】 医薬品は毎月の棚卸を実施し、年度末には払出済品を含めた総棚卸を実施し、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、診療材料について、毎月の棚卸を実施するとともに、新規購入・切り替え時は一品目毎に委員会に諮り、必要性や価格、管理方法等について検討を行うことで、適切な管理に努めた。 また、業者との価格交渉及び診療材料のまとめ買い等を行うとともに、後発薬品への切替について、本部事務局を含め検討を行う等、費用節減に対する取り組みを進めた。 指標 ／ 実績値 ／ 達成率 材料費比率（対修正医業収益）（%） 精神 ／ 7.7 ／ 93.5% がん ／ 39.5 ／ 99.5%	C C	B B	【精神】 医薬品は毎月の棚卸を実施し、年度末には払出済品を含めた総棚卸を実施し、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、診療材料について、毎月の棚卸を実施するとともに、新規購入・切り替え時は一品目毎に委員会に諮り、必要性や価格、管理方法等について検討を行うことで、適切な管理に努めた。 また、業者との価格交渉及び診療材料のまとめ買い等を行うとともに、後発薬品への切替について、本部事務局を含め検討を行う等、費用節減に対する取り組みを進めた。 材料比率（対修正医業収益）について、実績は39.2%であり、目標の39.7%以下を達成した。 指標 ／ 実績値 ／ 達成率 材料費比率（対修正医業収益）（%） 精神 ／ 7.1 ／ 105.6% がん ／ 39.2 ／ 101.3%	C C	B B	参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 材料費対医業収益 精神医療センター ／ % ／ 7.9 ／ 7.8 ／ 7.7 ／ 7.1 ／ ↑ がんセンター ／ % ／ 37.5 ／ 38.5 ／ 39.5 ／ 39.2 ／ ↑ 参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 診療材料費対医業収益 がんセンター ／ % ／ 5.8 ／ 5.8 ／ 5.9 ／ 5.8 ／ ↓

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
	（4）後発医薬品の導入及び調達医薬品等対象品目の整理		（4）後発医薬品の導入及び調達医薬品等対象品目の整理			（4）後発医薬品の導入及び調達医薬品等対象品目の整理			（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。 目標とする指標：後発医薬品使用品目数（精神）／目標値：令和8年までに100品目（現状の採用医薬品627品目、後発医薬品91品目） 目標とする指標：後発医薬品使用品目数（がん）／目標値：令和8年までに200品目（現状の採用医薬品1,413品目、後発医薬品200品目）	◇ 後発医薬品の検討及び導入状況はどうか。 ◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	【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、納入見込みがない品目や使用頻度の低い品目の削除・見直しを行った。後発医薬品のみならず先発医薬品も出荷調整や販売中止となるものがあったが、適宜採用医薬品を見直し、安定した薬品供給体制を維持した。採用品の見直しを行った結果、総数が669品から584品目まで減り、薬品管理の省力化と経費節減を図ることができた。 【がん】 ・内服薬2品目について、後発医薬品を導入した。 ・採用している後発医薬品のうち、製造販売中止や流通不全等により、安定供給が見込めないと判断した16品目（内服薬7、外用薬2、注射薬7）について、採用中止・代替薬の検討・採用手続き等を行った。 指標：後発医薬品使用品目数（品目） 精神：実績値 77／達成率 77.0% がん：実績値 229／達成率 114.5%	D B	B A	【精神】 薬事委員会において、販売中止品目や一定期間使用実績がない品目の削除を行った。また使用頻度の少ない品目の採用区分の見直しを行った。後発医薬品のみならず先発医薬品も出荷調整や販売中止となるものがあったが、適宜採用医薬品を見直し、安定した薬品供給体制を維持した。採用品の見直しを行った結果、総数が584品から569品目まで減り、薬品管理の省力化と経費節減を図ることができた。 【がん】 内服薬18品目、注射薬2品目について、薬事委員会にて検討、導入した。 指標：後発医薬品使用品目数（品目） 精神：実績値 74／達成率 74.0% がん：実績値 211／達成率 105.5%	D B	B A	【精神】 薬事委員会において、販売中止品目や一定期間使用実績がない品目の削除を行った。また使用頻度の少ない品目の採用区分の見直しを行った。後発医薬品のみならず先発医薬品も出荷調整や販売中止となるものがあったが、適宜採用医薬品を見直し、安定した薬品供給体制を維持した。採用品の見直しを行った結果、総数が582品となった。また後発品への切り替えの検討についても、後発品の全国的な出荷調整があり厳しい状況にあったものの、計画的に行うことで目標を上回ることができた。 【がん】 内服薬20品目、外用薬4品目、注射薬2品目について、薬事委員会にて検討、導入した。 指標：後発医薬品使用品目数（品目） 精神：実績値 104／達成率 104.0% がん：実績値 217／達成率 108.5%	B B	A A	参考となる指標：後発医薬品使用品目数 精神医療センター 品目：令和4年度 84／令和5年度 77／令和6年度 74／令和7年度 104／状況 ↑ がんセンター 品目：令和4年度 227／令和5年度 229／令和6年度 211／令和7年度 217／状況 ↑
	（5）業務委託の検証		（5）業務委託の検証			（5）業務委託の検証			（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。	◇ 業務委託の検証状況はどうか。	【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務めた。 【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。		B B	【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務めた。 【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。 また、本部からの通知に基づき、契約の更新時においては、各業務の経済性、有効性及び仕様内容等について、関係部署との検討に努めた。		B B	【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務めた。 【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。 また、契約の更新時においては、各業務の経済性、有効性及び仕様内容等について、関係部署との検討に努めた。		B B	参考となる指標：契約内容の見直し状況 精神医療センター：取組内容を記載：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、適正な契約に努めた。／ がんセンター：取組内容を記載：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。／

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
第4　予算、収支計画及び資金計画	第4　予算、収支計画及び資金計画		第4　予算、収支計画及び資金計画			第4　予算、収支計画及び資金計画			第4　予算、収支計画及び資金計画			
県民に必要となる医療を安定的に提供していくため、中期計画において項目ごとに定量的目標を設定し、経営基盤の安定化を図るとともに、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	1　経常収支比率の均衡		1　経常収支比率の均衡			1　経常収支比率の均衡			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、病院機構全体として毎年度、経常黒字の達成に努めること。 【指標】 ①　経常収支比率を毎年度、100%以上とすること。（前中期目標期間実績：令和元年度102．0%、令和2年度99．4%、令和3年度103．4%） ②　修正医業収支比率を毎年度、81．0%以上とすること。（前中期目標期間実績：令和元年度81．6%、令和2年度80．3%、令和3年度80．1%）	「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、経常黒字の達成を目指す。 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 修正医業収支比率※（機構全体） ／ 毎年度81.0%以上 経常収支比率（精神） ／ 毎年度100%以上 修正医業収支比率※（精神） ／ 毎年度66.0%以上 経常収支比率（がん） ／ 毎年度100%以上 修正医業収支比率※（がん） ／ 毎年度85.0%以上 ※前計画までの「医業収支比率」をガイドラインで示されている名称に改めたもの。算出方法等に変更はない。	◇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、その理由は何か。 ◇中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	【精神】 目標100.0%に対し，実績103.3%であり，達成率103.3%と目標を達成した。 【がん】 入院・外来収益ともに患者数が計画を下回ったこと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増加等により、実績94.4%となり、目標の100.0%を下回った。（達成率94.4%） 【精神】 目標66.0%に対し，実績63.7%であり，達成率96.5%と目標を下回った。 【がん】 入院・外来収益ともに患者数が計画を下回ったこと及び国際情勢の影響による材料費の増加により、実績82.5%となり、目標の85.0%を下回った。（達成率97.1%） 指標 ／ 実績値 ／ 達成率 機構全体 経常収支比率（%） ／ 95.0 ／ 95.0% 修正医業収支比率（%） ／ 78.9 ／ 97.4% 精神医療センター 経常収支比率（%） ／ 103.3 ／ 103.3% 修正医業収支比率（%） ／ 63.7 ／ 96.5% がんセンター 経常収支比率（%） ／ 94.4 ／ 94.4% 修正医業収支比率（%） ／ 82.5 ／ 97.1%	B C C C C C B C C C C	【精神】（経常収支比率） 目標100.0%に対し、実績96.2%であり、達成率96.2%と目標を下回った。 【がん】（経常収支比率） 入院・外来収益ともに患者数が計画を下回ったこと及び薬品、診療材料費率の上昇による材料費の増加等により、実績96.3%となり、目標の100.0%を下回った。（達成率96.3%） 【精神】（医業収支比率） 入院・外来収益ともに患者数が計画を下回ったことにより、目標66.0%に対し、実績64.4%であり、達成率97.6%と目標を下回った。 【がん】（医業収支比率） 入院・外来収益ともに患者数が計画を下回り、薬品、診療材料費率の上昇により材料費は増加したものの、単価の増加に伴い外来収益が計画を大幅に上回ったことにより、実績85.7%となり、目標の85.0%を上回った。（達成率100.8%） 指標 ／ 実績値 ／ 達成率 機構全体 経常収支比率（%） ／ 95.2 ／ 95.2% 修正医業収支比率（%） ／ 81.7 ／ 100.9% 精神医療センター 経常収支比率（%） ／ 96.2 ／ 96.2% 修正医業収支比率（%） ／ 64.4 ／ 97.6% がんセンター 経常収支比率（%） ／ 96.3 ／ 96.3% 修正医業収支比率（%） ／ 85.7 ／ 100.8%	C C C C C C B C C C B	【精神】（経常収支比率） 目標100.0%に対し、実績96.3%であり、達成率96.3%と目標を下回った。 【がん】（経常収支比率） 入院・外来収益ともに患者数及び単価が計画を下回ったこと及び物価高に伴う各種経費の増加等により、実績97.8%となり、目標の100.0%を下回った。（達成率97.8%） 【精神】（医業収支比率） 入院・外来収益ともに患者数が計画を下回ったことにより、目標66.0%に対し、実績63.1%であり、達成率95.7%と目標を下回った。 【がん】（医業収支比率） 入院・外来収益ともに患者数及び単価が計画を下回ったものの、患者単価の上昇等による昨年度比入院収益の大幅増、及び材料費率の改善等により、実績86.3%となり、目標の85.0%を達成した。（達成率101.5%） 指標 ／ 実績値 ／ 達成率 機構全体 経常収支比率（%） ／ 96.6 ／ 96.6% 修正医業収支比率（%） ／ 82.0 ／ 101.2% 精神医療センター 経常収支比率（%） ／ 96.3 ／ 96.3% 修正医業収支比率（%） ／ 63.1 ／ 95.6% がんセンター 経常収支比率（%） ／ 97.8 ／ 97.8% 修正医業収支比率（%） ／ 86.3 ／ 101.5%	C C C C C C B C C C B	参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 経常収支比率 ／ 機構全体 ／ 100.8 ／ 95.0 ／ 95.2 ／ 96.6 ／ ↑ 精神医療センター ／ % ／ 110.4 ／ 103.3 ／ 96.2 ／ 96.3 ／ ↑ がんセンター ／ % ／ 100.0 ／ 94.4 ／ 96.3 ／ 97.8 ／ ↑ 医業収支比率 ／ 機構全体 ／ 78.6 ／ 78.9 ／ 81.7 ／ 82.0 ／ ↑ 精神医療センター ／ % ／ 61.4 ／ 63.7 ／ 64.4 ／ 63.1 ／ ↓ がんセンター ／ % ／ 82.9 ／ 82.5 ／ 85.7 ／ 86.3 ／ ↑ 経常損益 ／ 機構全体 ／ 132 ／ △ 808 ／ △ 808 ／ △ 594 ／ ↑ 精神医療センター ／ 百万円 ／ 317 ／ 100 ／ △ 114 ／ △ 113 ／ ↑ がんセンター ／ 百万円 ／ △ 5 ／ △ 730 ／ △ 499 ／ △ 305 ／ ↑ 本部事務局 ／ 百万円 ／ △ 177 ／ △ 178 ／ △ 195 ／ △ 175 ／ ↑ 当期純損益 ／ 機構全体 ／ 140 ／ △ 819 ／ △ 807 ／ △ 592 ／ ↑ 精神医療センター ／ 百万円 ／ 317 ／ 99 ／ △ 114 ／ △ 113 ／ ↑ がんセンター ／ 百万円 ／ △ 1 ／ △ 740 ／ △ 499 ／ △ 303 ／ ↑ 本部事務局 ／ 百万円 ／ △ 177 ／ △ 177 ／ △ 195 ／ △ 176 ／ ↑
2　経営基盤の安定化	2　経営基盤の安定化		2　経営基盤の安定化			2　経営基盤の安定化			2　経営基盤の安定化			
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、経営基盤の安定化を図り、債務超過の縮減に努めること。	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、経営基盤の安定化を図り、債務超過の縮減に取り組む。 （1）予算（令和5年度～令和8年度） 別紙1のとおりとする。 （2）収支計画（令和5年度～令和8年度） 別紙2のとおりとする。 （3）資金計画（令和5年度～令和8年度） 別紙3のとおりとする。	◇　予算、収支計画、資金計画について、計画と実績を比較して乖離が生じていないか。生じている場合、その理由は何か。	【機構全体】 法人全体の純損益は△819百万円で、年度計画（当初予算）と比べて、△828百万円となった。がんセンターについて、△740百万円の純損失を計上しており、入院収益（5,778百万円）が計画比△616百万円であったことなどが要因と考えられる。 【精神】 新型コロナウイルス感染症の5類移行に伴い、入院及び外来患者数が回復し、医業収益が前年比67百万円のプラスとなった。また、コロナ病棟稼働による補助金（病床確保料）も、前年度より減ったものの、174百万円の収入があったことから、当年度純損益は目標を上回った。 【がん】 入院・外来収益ともに患者数が計画を下回ったことにより、目標を下回った。入院収益については、9月まで緩和ケア病棟をコロナ病床とし、病床数を減らし稼働していたこと等も患者数減少の要因となった。 コロナ感染症病棟の空床補償補助金について、令和4年度比約3億5000万円減額となっており、人事委員会勧告に伴う給与規程の改正による給与費の増加等により、当年度純損益は目	C A C	【機構全体】 法人全体の純損益は△807百万円で、年度計画（当初予算）と比べて、△839百万円となった。精神医療センターについて△114百万円、がんセンターについて△495百万円の純損失をそれぞれ計上しており、どちらも入院収益に係る実績と計画において乖離があったことなどが要因と考えられる（精神医療センター△242百万円、がんセンター△400百万円）。 【精神】 外来収益は計画を上回っているが、入院収益が計画を下回っている。入院収益については、精神科救急病棟で平均在院日数が前年度と比較し、3.4日の短縮となったことにより入院延患者数が減少したことが要因となっている。 【がん】 入院・外来収益ともに患者数が計画を下回ったこと及び薬品、診療材料費率の上昇による材料費の増加により、当年度純損益は目標を下回った。 経費については、臨床検査における委託検査の増加による委託費の増加及び応援医師の増加による報償費の増加等が費用増加の要因となった。	C C C	【機構全体】 法人全体の純損益は△592百万円で、年度計画（当初予算）と比べて、△624百万円となった。 精神医療センターについて△113百万円、がんセンターについて△303百万円の純損失をそれぞれ計上しており、どちらも入院収益に係る実績と計画において乖離があったことなどが要因と考えられる（精神医療センター△453百万円、がんセンター△1,018百万円）。 【精神】 外来・入院収益ともに計画を下回っている。入院収益については、すべての病棟で計画と比較し、入院延患者数が減少したことが要因となっている。 【がん】 入院・外来収益ともに患者数及び単価が計画を下回ったこと及び物価高に伴う各種経費の増加等により、当年度純損益は目標を下回った。 経費については、修繕件数の増加による修繕費の増加及び応援医師の増加による報償費の増加等が費用増加の要因となった。	C C C	参考となる指標 ／ 単位 ／ 令和4年度 ／ 令和5年度 ／ 令和6年度 ／ 令和7年度 ／ 状況 資金収入と資金支出の比較 ／ 百万円 ／ 資金収入 19,111 資金支出 17,769 ／ 資金収入 17,912 資金支出 16,505 ／ 資金収入 18,855 資金支出 17,348 ／ 資金収入 18,737 資金支出 17,982 ／

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
	第5　短期借入金の限度額		第5　短期借入金の限度額			第5　短期借入金の限度額			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。	◇　短期借入金について、金額や借入理由は適正なものと認められるか。	【機構全体】 　令和5年度は、設立団体（県）から運転資金として500百万円の短期借入を行った。		B	【機構全体】 　令和6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。		B	【機構全体】 　令和7年度は、設立団体（県）から運転資金として1,500百万円の短期借入を行った。		B	
	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		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			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			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。	◇　不要財産の処分に係る手続がある場合、適正に進められているか。	【機構全体】 　計画はないため、評価を省略する。			【機構全体】 　計画はないため、評価を省略する。			【機構全体】 　計画はないため、評価を省略する。			
	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		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			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			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			
	中期目標期間中の計画はない。	◇　重要な財産を譲渡し、又は担保に供する手続きがある場合、適正に進められているか。	【機構全体】 　計画はないため、評価を省略する。			【機構全体】 　計画はないため、評価を省略する。			【機構全体】 　計画はないため、評価を省略する。			
	第8　剰余金の使途		第8　剰余金の使途			第8　剰余金の使途			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、病院施設の整備、医療機器の購入及び研究・研修の充実等に充てる。	◇　剰余金が発生した場合、その使途は適正なものと認められるか。	【機構全体】 　令和4年度決算時点で繰越欠損金が△477百万円発生しており、令和5年度決算では819百万円の純損失を計上、繰越欠損金は△1,296百万円となった。		C	【機構全体】 　令和5年度決算時点で繰越欠損金が△1,296百万円発生しており、令和6年度決算では△807百万円の純損失を計上、繰越欠損金は△2,103百万円となった。		C	【機構全体】 　令和6年度決算時点で繰越欠損金が△2,103百万円発生しており、令和7年度決算では△592百万円の純損失を計上、繰越欠損金は△2,695百万円となった。		C	
	第9　積立金の処分に関する計画		第9　積立金の処分に関する計画			第9　積立金の処分に関する計画			第9　積立金の処分に関する計画			
	第3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（平成15年法律第118号）第40条第4項に該当する積立金があるときは、病院施設の整備及び医療機器の購入等に充てる。	◇　積立金の使途は適正なものと認められるか。	【機構全体】 　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。			【機構全体】 　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。			【機構全体】 　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。			
	第10　料金に関する事項		第10　料金に関する事項			第10　料金に関する事項			第10　料金に関する事項			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4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
第5　その他業務運営に関する重要事項	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		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			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			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			
持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン（令和4年3月 29日付け総財準第72号総務省自治財政局長通知）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するため、就労環境の整備及び病院の信頼度向上等に取り組むこと。												
1　人事に関する事項	1　人事に関する事項		1　人事に関する事項			1　人事に関する事項			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		（1）医療従事者の迅速かつ柔軟な採用			（1）医療従事者の迅速かつ柔軟な採用			（1）医療従事者の迅速かつ柔軟な採用			
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を図ること。 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、人事評価制度について、適宜見直しを行うとともに、職員の士気向上が図られるよう努めること。 【指標】 障害者雇用率を毎年度、法定雇用率以上とすること。（前中期目標期間実績：令和元年度1．61%、令和2年度1．83%、令和3年度2．01%）	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。 なお、職員の増員に際しては、費用対効果の観点から十分に検証するなど、適正な人員配置に努める。 目標とする指標：障害者雇用率 目標値：法定雇用率以上	◇　必要となる医療従事者を迅速に採用しているか。	【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。		B	【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。		B	【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。		B	
		◇　障害者の雇用に関する取組状況はどうか。	【本部】 障害者雇用については，雇用者数を維持し，基準を満たしている。		B	【本部】 障害者雇用については、雇用者数を維持し、基準を満たしている。		B	【本部】 障害者雇用については、雇用者数を維持し、基準を満たしている。		B	
		◇　適正な人員配置への取組状況はどうか。	【本部】 退職者補充を原則に職員採用を行うとともに，医療機能や労務環境の維持及び収益の向上を図る観点から適正な規模の人員配置に努めた。		B	【本部】 退職者補充を原則に職員採用を行うとともに、医療機能や労務環境の維持及び収益の向上を図る観点から適正な規模の人員配置に努めた。		B	【本部】 退職者補充を原則に職員採用を行うとともに、医療機能や労務環境の維持及び収益の向上を図る観点から適正な規模の人員配置に努めた。		B	
		◇中期目標、中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標：障害者雇用率（%） 実績値：2.89 達成率：111.2%	B		指標：障害者雇用率（%） 実績値：2.93 達成率：104.6%	B		指標：障害者雇用率（%） 実績値：2.81 達成率：100.4%	B		参考となる指標：障害者雇用率 単位：% 令和4年度：3.24 令和5年度：2.89 令和6年度：2.93 令和7年度：2.81 状況：↓
	（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		（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			（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			（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			
	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、有期雇用職員等の活用、職員の能力開発研修の実施、退職者の再雇用などにより、経営効率の高い業務運営体制を構築する。	◇　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。	【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，有期職員を採用し対応している。		B	【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、有期職員を採用し対応している。		B	【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、有期職員を採用し対応している。		B	参考となる指標：有期職員の採用状況 単位：人 令和4年度：150 令和5年度：146 令和6年度：151 令和7年度：148 状況：↓ 参考となる指標：再雇用職員の採用状況 単位：人 令和4年度：23 令和5年度：28 令和6年度：33 令和7年度：32 状況：↓
			【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。		B	【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。		B	【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。		B	
			【本部】 文書整理や支払事務の一部など定型的業務を処理するため，有期雇用職員を雇用し対応した。		B	【本部】 文書整理や支払事務の一部など定型的業務を処理するため、有期雇用職員を雇用し対応した。		B	【本部】 文書整理や支払事務の一部など定型的業務を処理するため、有期雇用職員を雇用し対応した。		B	
		◇　多様化する業務に対応できるよう、有期雇用職員の活用等、経営効率の高い業務運営体制の構築に努めているか。	【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。		B	【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。		B	【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。		B	
	（3）職員の勤務成績を反映した人事評価制度の実施		（3）職員の勤務成績を反映した人事評価制度の実施			（3）職員の勤務成績を反映した人事評価制度の実施			（3）職員の勤務成績を反映した人事評価制度の実施			
	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、人事評価制度を適宜見直し、職員の士気向上を図る。	◇　人事評価制度の見直しに係る取組状況はどうか。	【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。		B	【本部】 事務職員を対象とした人事評価制度を実施した。		B	【本部】 事務職員を対象とした人事評価制度を実施した。		B	

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
2　就労環境の整備	2　就労環境の整備		2　就労環境の整備			2　就労環境の整備			2　就労環境の整備			
	（1）活力ある職場づくり		（1）活力ある職場づくり			（1）活力ある職場づくり			（1）活力ある職場づくり			
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。 令和6年度からの「医師の働き方改革」に向け、医師等の時間外労働の縮減に取り組むこと。	病院の経営改善に関して、院内の研修会・部会等を通じて情報共有や業務改善を推進するなど、活力ある組織運営に努める。	◇　活力ある組織運営に向けた取組状況はどうか。	【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を通じて2病院との情報共有や業務調整等を行った。		B	【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を通じて2病院との情報共有や業務調整等を行った。		B	【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を通じて2病院との情報共有や業務調整等を行った。		B	
	（2）職員の健康管理対策の徹底		（2）職員の健康管理対策の徹底			（2）職員の健康管理対策の徹底			（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。	◇　職員の健康維持・増進に向けた健康管理体制の状況はどうか。	【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。		B	【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。		B	【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。		B	参考となる指標：各種検診、メンタルヘルスケアの実施 単位：取組内容を記載 令和4年度：新任職員研修において、メンタルヘルスの一環として先輩職員よりストレスコントロール等についての講話行ったほか、職員のストレスチェックを実施した。※職員のメンタルヘルス相談については希望無し。 令和5年度：新任職員研修において、メンタルヘルスの一環として先輩職員よりストレスコントロール等についての講話行ったほか、職員のストレスチェックを実施した。※職員のメンタルヘルス相談：2件 令和6年度：新任職員研修において、メンタルヘルスの一環として先輩職員よりストレスコントロール等についての講話を行ったほか、職員のストレスチェックを実施した。※職員のメンタルヘルス相談：2件 令和7年度：新任職員研修において、メンタルヘルスの一環として先輩職員よりストレスコントロール等についての講話を行ったほか、職員のストレスチェックを実施した。※職員のメンタルヘルス相談：6件 状況：
	（3）職員の負担軽減と家庭環境への配慮		（3）職員の負担軽減と家庭環境への配慮			（3）職員の負担軽減と家庭環境への配慮			（3）職員の負担軽減と家庭環境への配慮			
	業務のDX化を推進しつつ、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等、業務委託従事者へのタスクシフティングを推進するなどし、業務の効率化を図るとともに、医師の働き方改革に向け医師等の時間外労働の縮減に努める。 また、がんセンター内設置の院内保育所の24時間保育を引き続き実施し、子育て中の病院機構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。	◇　職員の業務効率化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。	【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，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。		B B B B B	【本部】 各病院において医師事務作業補助者や看護補助者を配置し、医療従事者の負担軽減に努めた。また、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】 費用対効果を鑑み、令和6年度4月より院内保育室の終夜保育は廃止された。 土曜日、日曜日、祝日の保育及び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努めた。		B B B B B	【本部】 各病院において医師事務作業補助者や看護補助者を配置し、医療従事者の負担軽減に努めた。また、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】 夜間ニーズの減少に伴い、利用者とも相談した上で、令和6年度4月より院内保育室の終夜保育は廃止されているが、令和6年度と同様、土曜日、日曜日、祝日の保育及び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努めた。		B B B B B	参考となる指標／単位／令和4年度／令和5年度／令和6年度／令和7年度／状況 医療補助者の配置 精神医療センター：人／12／9／9／9／→ がんセンター：人／22／25／21／25／↑ 看護補助者の配置 精神医療センター：人／7／9／7／5／↓ がんセンター：人／22／23／19／19／→ 電子カルテの導入 精神医療センター：有無／導入済／導入済／導入済／導入済 がんセンター：有無／更新／導入済／導入済／導入済 院内保育所24時間保育実施状況：有無／有／有／無／無

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
	（4）ハラスメントの防止と的確な対応		（4）ハラスメントの防止と的確な対応			（4）ハラスメントの防止と的確な対応			（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等、あらゆる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。	◇　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。	【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。		B	【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。		B	【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。		B	
			【がん】 センター運営会議及びセンター連絡会議を月１回開催し職員間で問題や情報の共有化を図った。		B	【がん】 センター運営会議及びセンター連絡会議を月１回開催し職員間で問題や情報の共有化を図った。		B	【がん】 センター運営会議及びセンター連絡会議を月1回開催し職員間で問題や情報の共有化を図った。本部主催によるハラスメント研修（動画視聴）を行った。		B	
			【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。		B	【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、前年度に引き続きオンライン（YouTube）で閲覧できるように工夫した。		B	【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、前年度に引き続きオンライン（YouTube）で閲覧できるように工夫した。 また、職員の業務負担や精神的負担を軽減し、職員が安心して働ける職場を実現するとともに、診療すべき患者への対応に注力し、限られた医療資源の中で一人でも多くの患者へ医療サービスを提供し、患者満足度の向上を図ることを目的に、新たにカスタマーハラスメント対策指針を策定した。		B	
		◇　発生時に的確な対応ができる組織体制の構築についてはどうか。	【本部】 ハラスメントの相談窓口・対応方法などを規定した要綱を制定し、職員に周知している。		B	【本部】 ハラスメントの相談窓口・対応方法などを規定した要綱を制定し、職員に周知している。		B	【本部】 ハラスメントの相談窓口・対応方法などを規定した要綱を制定し、職員に周知している。		B	
	目標とする指標：ハラスメントに関する研修会の開催回数 目標値：年1回以上	◇中期計画及び年度計画に掲げる数値の達成状況はどうか。	指標：ハラスメントに関する研修会の開催回数（回） 実績値：1 達成率：100.0%	B		指標：ハラスメントに関する研修会の開催回数（回） 実績値：1 達成率：100.0%	B		指標：ハラスメントに関する研修会の開催回数（回） 実績値：1 達成率：100.0%	B		参考となる指標：ハラスメント研修会開催実績 単位：回 令和4年度：1 令和5年度：1 令和6年度：1 令和7年度：1 状況：→

第4期中期目標 （令和5～8年度）	第4期中期計画 （令和5～8年度）	評価の視点	令和5年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和6年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	令和7年度業務実績 ※定量評価は年度計画に対する達成率で判定	定量評価	定性評価	業務実績の参考となる指標等
3 病院の信頼度の向上	3 病院の信頼度の向上		3 病院の信頼度の向上			3 病院の信頼度の向上			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		（1）医療提供体制の整備、サービスの向上			（1）医療提供体制の整備、サービスの向上			（1）医療提供体制の整備、サービスの向上			
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。	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。 また、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。	◇ 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。	【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。 ・5類以降後も、新型コロナウイルス感染症重点医療機関として，継続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た。 ・10月1日から、県内の感染症の段階に応じて即応病床数を設定する体制に移行したが、精神疾患を有する患者の受け皿として、継続して受入体制を整備した。 【がん】 令和4年度に受審した病院機能評価3rdG：Ver.2.0の認定を受けた。再審査項目が無く適切に運営されていると評価された。		A A	【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】 令和7年5月に提出する病院機能評価の期中の確認について、自己評価を実施し、提出資料の取りまとめを行った。		B A	【精神】 医療サービスの向上を目的とした自己点検を定期的に行っている。 【がん】 認定期間の中間年度に実施する期中の確認について、自己評価をとりまとめ病院機能評価機構に提出した。		B A	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 病院機能評価の認定実績 精神医療センター / 認定実績 / 取組は休止（建設は延期のため） / 自己点検 / 自己点検 / 自己点検 / ／ がんセンター / 認定実績 / 3rdG：Ver.2.0を受審 / 3rdG：Ver.2.0認定 / 期中の確認 / 期中の確認 / ／
	（2）認定施設等の認定・指定の推進		（2）認定施設等の認定・指定の推進			（2）認定施設等の認定・指定の推進			（2）認定施設等の認定・指定の推進			
	医療水準の更なる向上のため、法令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。	◇ 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。	【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不可欠な研修施設認定について、各責任者と情報共有を図り、遅滞なく指定・認定・更新が行える体制を構築している。		B B	【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】 認定研修施設、指定・認定施設の指定・更新を継続し、研修施設等としての体制を整えている。		B B	【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】 認定研修施設、指定・認定施設の指定・更新を継続し、研修施設等としての体制を整えている。		B B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 認定数、指定数 精神医療センター / 件 / 6 / 8 / 8 / 8 / → がんセンター / 件 / 54 / 67 / 68 / 71 / ↑
	（3）医療倫理の周知・徹底		（3）医療倫理の周知・徹底			（3）医療倫理の周知・徹底			（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。	◇ 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。 ◇ 審査委員会の検討結果は職員へ周知されているか。	【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は，人権に配慮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た。 また、倫理審査委員会も随時開催し、臨床上の倫理的事項に対する審査を的確に行った。 【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生命科学・医学系研究に加えて臨床上の倫理的事項に対する審査を的確に行った 【精神】 倫理審査委員会や行動制限最小化・特例措置事後審査委員会を随時開催し、審査結果を病院管理者へ報告するとともに、関係職員への共有を広く図った。記録等に不備があった場合は、当該委員会を通じて指導を行った。 【がん】 検討結果は，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広く公開しており、職員にも周知されている。		B B B B	【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は、人権に配慮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た。 また、倫理審査委員会も随時開催し、臨床上の倫理的事項に対する審査を的確に行った。 【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生命科学・医学系研究に加えて臨床上の倫理的事項に対する審査を的確に行った。 【精神】 倫理審査委員会や行動制限最小化・特例措置事後審査委員会を随時開催し、審査結果を病院管理者へ報告するとともに、関係職員への共有を広く図った。記録等に不備があった場合は、当該委員会を通じて指導を行った。 【がん】 検討結果は、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広く公開しており、職員にも周知されている。		B B B B	【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は、人権に配慮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た。 また、倫理審査委員会も随時開催し、臨床上の倫理的事項に対する審査を的確に行った。 【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生命科学・医学系研究に加えて臨床上の倫理的事項に対する審査を的確に行った。 【精神】 倫理審査委員会や行動制限最小化・特例措置事後審査委員会を随時開催し、審査結果を病院管理者へ報告するとともに、関係職員への共有を広く図った。記録等に不備があった場合は、当該委員会を通じて指導を行った。 【がん】 検討結果は，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広く公開しており、職員にも周知されている。		B B B B	参考となる指標 / 単位 / 令和4年度 / 令和5年度 / 令和6年度 / 令和7年度 / 状況 倫理審査委員会の開催 精神医療センター / 回 / 19 / 19 / 17 / 32 / ↑ がんセンター / 回 / 6 / 6 / 6 / 6 / →
			（4）新型コロナウイルス感染症への対応			（4）新型コロナウイルス感染症への対応			（4）新型コロナウイルス感染症への対応			
		○新型コロナウイルス感染症への対応はどうか。 【法人の独自設定】	【精神】 ・新型コロナウイルス感染症が、5類感染症へ以降後も、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を継続した。 ・10月1日から、県内の感染症の段階に応じて即応病床数を設定する体制に移行したが、精神疾患を有する患者の受け皿として、継続して確保病床を3床確保し、R6.3月の移行期間終了まで受入体制を整備した。 【がん】 院内でのクラスター発生時は，疫学手法を用いて院内伝播のリスク因子を明らかにし，それらを基に対策を講じ効果的な対策が実施できた。 また，日々の対応については，国内外のエビデンスを参考に，適宜，院内での対応策・マニュアルを改定した．さらに，これらを院内WEBやコロナ会議を通じ職員間での浸透を図った。		A A	【精神】 院内感染防止対策を徹底し、感染予防に努めた。 【がん】 最新の知見に基づき、院内ルールを改定している．さらに複数の患者が発生した際は、基本的対策の遵守の他、換気量の実測など現状を評価した。 その結果、当院での感染拡大のリスク要因に対して、現状での実践可能な改善策を見出すことができた。		B B	【精神】 院内感染防止対策を徹底し、感染予防に努めた。 【がん】 換気量測定や過去の流行状況についての疫学的評価を実施した結果に基づく対策を実施したことにより、新興感染症の発生防止に努め、適切な療養環境の整備を行っている。		B B	