

地方独立行政法人宮城県立病院機構
令和５年度の業務実績に関する評価結果

令和６年９月

宮城県

目 次

I	評価の視点	1
II	全体評価について	
	令和5年度業務実績全般の評価	2
	〔精神医療センター〕	2
	〔がんセンター〕	3
III	項目別評価について	5
第1	県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置	
1	質の高い医療の提供	
	(1) 政策医療、高度・専門医療の確実な提供	7
	(2) 医療機器、施設の計画的な更新・整備	8
	(3) 地域医療への貢献	9
	(4) 医療に関する調査・研究と情報の発信	10
2	安全・安心な医療の提供	11
3	患者や家族の視点に立った医療の提供	12
4	人材の確保と育成	13
5	災害等への対応	14
第2	業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置	
1	業務運営体制の確立	15
2	収益確保の取組	16
3	経費削減への取組	17
第3	予算、収支計画及び資金計画	
第4	短期借入金の限度額	
第5	出資等に係る不要財産となることが見込まれる財産の処分に関する計画	
第6	前記の財産以外の重要な財産を譲渡し、又は担保に供する計画	
第7	剰余金の使途	
第8	積立金の処分に関する計画	18
第9	その他業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置	
1	人事に関する計画	19
2	就労環境の整備	20
3	病院の信頼度の向上	20
別紙	地方独立行政法人宮城県立病院機構の業務実績に関する評価の考え方について	22
	地方独立行政法人宮城県立病院機構評価委員会名簿	29

I 評価の視点

宮城県立精神医療センター及び宮城県立がんセンターの2病院（以下「2病院」という。）は、これまで、精神疾患及びがん疾患の専門病院として、民間の医療機関では対応が困難な政策医療や高度・専門医療を提供しており、県民に必要な医療を提供していく上で、極めて重要な役割を担ってきた。しかし、近年は、疾病構造の変化や医療技術の進歩、社会情勢の変化等に伴い、医療ニーズの多様化、医師、看護師等の医療スタッフ確保の問題、国の医療制度の変化への対応など、医療全体を取り巻く環境は厳しさを増してきている。

このため、医療環境の変化や経営状況に応じた柔軟で弾力的な病院運営を行い、より一層の自律性、機動性が発揮できるよう、それまでの地方公営企業法に基づく運営形態から地方独立行政法人へ移行することとし、平成23年4月1日、2病院と旧宮城県立循環器・呼吸器病センター（平成31年3月31日閉院）の開設者として「地方独立行政法人宮城県立病院機構」（以下「法人」という。）が設立された。法人は、地方独立行政法人制度の利点を生かして、その担うべき役割を十分に認識し、使命や理念の確実な実現を図り、県民に必要な医療を提供していくことが求められている。

平成30年4月1日から施行された改正地方独立行政法人法（平成15年法律第118号、以下「法」という。）により、法人の設立団体である宮城県が、法第28条の規定により、事業年度ごとに法人の業務実績について評価を行うことになっている。

令和5年度の法人の業務実績の評価は、宮城県知事が定めた法人が達成すべき業務運営に関する目標を踏まえ、別紙「地方独立行政法人宮城県立病院機構の業務実績に関する評価の考え方について」に基づき、法人が作成した地方独立行政法人宮城県立病院機構中期計画（以下「中期計画」という。）及び地方独立行政法人宮城県立病院機構令和5年度計画（以下「年度計画」という。）の事項ごとに行ったものである。

なお、本評価に当たっては、法人から提出された業務実績報告に基づき、法人と評価委員会から、ヒアリング等を実施した。

Ⅱ 全体評価について

令和 5 年度業務実績全般の評価

2 病院は、東日本大震災直後の平成 23 年 4 月 1 日から、それまでの地方公営企業法に基づく運営形態から地方独立行政法人へ移行し、「地方独立行政法人宮城県立病院機構」として病院運営を開始した。

本評価の対象期間は、地方独立行政法人としての業務運営の 13 年目となる令和 5 年 4 月 1 日から令和 6 年 3 月 31 日までの 1 年間である。

変化し続ける医療環境と厳しい自治体病院の経営環境にあって、それぞれ異なる特性を有する 2 病院を一体的に運営している法人の令和 5 年度の業務実績は、経営状況に課題を残しつつも、2 病院ともに、県の拠点病院として様々な取組を積極的に行っていることは評価できる。

一方、令和 5 年度の決算は、新型コロナウイルス感染症の 5 類移行後も、コロナ禍の影響が継続しており、法人全体の経常収支比率が 95.0% となり、約 819 百万円の純損失となった。2 病院とも病床稼働率の低下に伴う収入の減少や、人件費など費用の増加の影響が大きく、収益力強化及び経費削減に向けて、更なる取組を実践していく必要がある。

なお、法人においては、2 病院の専門診療の維持に努力し、県民へ着実に医療提供を行ってきた。業務運営の改善及び効率化に取り組み、今後も、質の高い精神医療及びがん医療を継続して提供することを期待する。

〔精神医療センター〕

精神医療センターは、精神科救急医療や児童思春期医療などの精神疾患に係る高度・専門医療を提供し、本県の精神科医療の基幹病院としての役割を担っている。

令和 5 年度の業務実績については、県内唯一の「精神科救急急性期医療入院料算定病棟」の効率的な運用をしており、県内における措置入院患者の約 6 割を受け入れている。また、長い年月をかけて地域と築き上げてきた地域包括ケアシステムにより、関係機関と連携を図り、地域移行・

地域定着支援を実施している。さらに、施設の老朽化が顕著であることから、屋上防水改修工事に着手するなど、利用者の療養環境の整備を行った。

加えて、令和6年能登半島地震において、本県で唯一の災害派遣精神医療チーム（D P A T）先遣隊所属医療機関として、D P A Tの派遣を行ったほか、新型コロナウイルス感染症の5類移行後も重点医療機関として専用病床を設けて受入れを行い、地域医療へ貢献した。

本県の精神科医療の基幹病院として、高度な精神医療を提供するとともに、病院再編に向けた議論を踏まえ、関係機関とより一層連携の上、変化する精神科医療への対応や精神科救急への発展などに大きな役割を果たし、継続して質の高い医療を県民へ提供していくことを期待する。

〔がんセンター〕

がんセンターは、がんに関する専門的かつ高度な診療機能を確保し、都道府県がん診療連携拠点病院として、共に指定を受けている東北大学病院との機能分担や連携により、がん診療に係る各分野の強化・充実を図るとともに、併設した研究所においては、病院との連携により、がん克服を目指した基礎及び応用研究を行うなど、本県におけるがんの制圧拠点としての役割を担っている。

令和5年度の業務実績については、低侵襲^{しんしゅう}外科手術を推進し、身体的負担の軽減を図るなど、患者一人一人の体質や病状に合わせた最適な治療とチームによる緩和ケアを提供したほか、がんゲノム医療については、積極的に遺伝子パネル検査を実施するとともに、「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」の指定に向けた取組を進めている。また、医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価する公益社団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価において、これまで行ってきた医療サービスの質の向上に向けた取組が認められた。

一方、入院・外来患者数や病床稼働率が目標に達せず、材料費や人件費の増加もあり、経常収支比率が94.4%、当期純損益が▲740百万円となった。病院経営の安定化を図るためには、医療の質と経営との balan

スが取れた効率的な業務運営を行い、更なる収支改善に取り組む必要がある。

なお、仙台赤十字病院と県立がんセンターの統合については、令和5年12月に基本合意が締結されており、今後、がん医療の均てん化を踏まえた医療機能の分化や連携、医療ニーズの多様化や国の医療制度の変化への対応を見据えた持続的ながん医療の提供に向けて、病院再編に係る協議を着実に進めるとともに、引き続き、本県におけるがん制圧拠点としての役割を果たし、継続して県民に対し、質の高い専門医療を提供していくことを期待する。

Ⅲ 項目別評価について

項目別評価については、下記５段階の判定基準により、１５の項目ごとに評価を行った。

【判定基準】

判 定 基 準	判定 結果数
「Ｓ」：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	0
「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	2
「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。）	3 0
「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（「Ｄ」に該当する事項を除く。）	3
「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	0
合 計	3 5

【項目別評価】

項 目 名	評価結果			
	精神医療 センター	がん センター	本部	総合
第1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置				
1 質の高い医療の提供				
（1）政策医療、高度・専門医療の確実な提供	B	B		
（2）医療機器、施設の計画的な更新・整備	B	B		
（3）地域医療への貢献	A	A		
（4）医療に関する調査・研究と情報の発信	B	B		
2 安全・安心な医療の提供	B	C	B	B
3 患者や家族の視点に立った医療の提供	B	B	B	B
4 人材の確保と育成	B	B	B	B
5 災害等への対応	B	B	B	B
第2 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置				
1 業務運営体制の確立				B
2 収益確保の取組	B	C		
3 経費削減への取組	B	B	B	
第3 予算、収支計画及び資金計画				
第4 短期借入金の限度額				
第5 出資等に係る不要財産となることが見込まれる財産の処分に関する計画				
第6 前記の財産以外の重要な財産を譲渡し、又は担保に供する計画				C
第7 剰余金の使途				
第8 積立金の処分に関する計画				
第9 その他業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置				
1 人事に関する計画				B
2 就労環境の整備				B
3 病院の信頼度の向上	B	B		

第1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成
するためとるべき措置

1 質の高い医療の提供

(1) 政策医療、高度・専門医療の確実な提供

〔判定結果〕

精神医療センター B

がんセンター B

〔判定理由〕

精神医療センターについては、民間医療機関では対応困難な多様な患者の受入に努めており、措置入院の対応や、精神科救急医療システムでの中心的な役割を果たしている。児童思春期外来・入院患者数が目標値を下回っているが、精神科の基幹病院として、本県に必要な精神医療を提供していることを総合的に評価し、Bと判定した。

がんセンターについては、県がん診療連携拠点病院として、県内のがん医療の先導的役割を担い、集学的治療を一層促進するとともに、高性能手術支援ロボットを用いた手術など、質の高い医療の提供を行っている。また、がんゲノム医療に関する取組や緩和ケアの充実のほか、東北大学と連携しながら医療水準向上に向けた研究を実施しており、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 入院患者、外来通院患者のいずれも対応数が令和4年度に比べ増加している。児童思春期医療や慢性重傷者に向けた医療もおおむね令和4年度を上回っている。スーパー救急病棟の増床による運用は、精神医療センターとしての専門的医療の提供として、努力が認められる。
- 本県の精神科救急などへの大きな貢献を果たしているが、器質因鑑別、身体合併症の体制向上に向けた更なる取組、児童精神医療の人的体制の更なる充実が望まれる。

〈がんセンター〉

- クリティカルパスの新規作成も増加しており、取組として評価できる。低侵襲^{しんしゅう}手術としての高性能手術支援ロボットによる手術件数やがん遺伝子パネル検査も増加しており、ニーズに対応できていることがうかがわれる。
- がん専門病院として質を担保した医療が提供されている。がん医療が短期入院にて外来診療に移行する傾向の中、外来患者数など外来診療の充実が望まれる。

(2) 医療機器、施設の計画的な更新・整備

〔判定結果〕

精神医療センター B
がんセンター B

〔判定理由〕

精神医療センターについては、計画的に医療機器等の更新・導入及び施設の整備を行った。また、屋上防水改修工事等に着手し、療養環境整備にも取り組んでいることなどから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

がんセンターについては、コンピューター断層撮影装置（MDCT）など政策医療に必要な機器を更新するとともに、電子カルテのランサムウェア対策を実施するなど、計画的に医療機器等の更新・導入及び施設の整備を行ったことから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 屋上防水改修工事を実施するなど成果は上げているが、そもそも施設の老朽化が著しく抜本的解決になっていない。
- 施設の補修は、目標を大きく上回る対応ではなく、医療の継続を維持するものであり、Bと評価する。

- 器質因鑑別、身体合併症の体制向上に向け、機器の更新のみならず、運用、活用体制の検討が望まれる。

〈がんセンター〉

- ハードウェアの必要性に応じた更新や導入、また、基幹となる病院情報、情報セキュリティ対策の対応などソフトウェアの防御にも取り組み、病院運営の守りを固めている。
- ランサムウェア対策は患者の命を預かる医療機関として時宜を得たものであった。

(3) 地域医療への貢献

〔判定結果〕

精神医療センター A
がんセンター A

〔判定理由〕

精神医療センターについては、地域と構築してきた地域包括ケアシステムをベースに地域の関係機関と連携を図るとともに、訪問看護やデイケアなどにより、地域移行・地域定着支援を行っており、地域移行患者数が目標値の120%以上であることなどから、目標を上回る成果があると評価し、Aと判定した。

がんセンターについては、退院前カンファレンスの実施や外来患者の在宅療養の調整などを行うとともに、地域医療連携の会を4年ぶりに対面形式で開催するなど、地域の医療機関との病病・病診連携に取り組んだ。紹介率及び逆紹介率も目標値を超えており、総合的に目標を上回る成果があると評価し、Aと判定した。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 地域の医療機関と連携し、おおむね計画どおりの紹介率、逆紹介率を達成している。訪問看護やデイケアの実施件数も同様であり、地域の中で長い年月をかけて築き上げてきた信頼関係がうかがわれる。

〈がんセンター〉

- 紹介率、逆紹介率が目標値を上回り、地域の医療機関との連携したがん医療の提供ができています。

(4) 医療に関する調査・研究と情報の発信

〔判定結果〕

精神医療センター B

がんセンター B

〔判定理由〕

精神医療センターについては、調査・研究を推進するため、各種統計データを統計集として情報共有化を図るとともに、学会や院内研究発表会、専門誌での論文発表などで、積極的な情報発信に努めており、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

がんセンターについては、がん登録室の活動のほか、医療機関向けセミナーや看護部公開研修会の開催などに取り組んだ。学会発表実績や専門誌等への寄稿件数が目標値を下回るものの、令和4年度より増加しており、総合的に目標を達成していると評価し、Bと判定した。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- オンライン開催を含む学会発表や専門誌への寄稿などの情報発信の機会創出に努めていた。
- 県立精神医療センターの強みと東北大学の大学院大学としての利点を活かして、更なる取組が期待される。

〈がんセンター〉

- 学会発表実績などが大きく目標を下回っており、より日本全国に向けた発信が必要である。
- 病院の特色として、高性能ロボットによる低侵襲^{しんしゅう}手術が様々な診療科目に広がっていることをもっと発信するべきだと思う。

2 安全・安心な医療の提供

〔判定結果〕

精神医療センター	B
がんセンター	C
本部事務局	B
総合	B

〔判定理由〕

精神医療センターについては、医療従事者を対象とした研修会の開催やヒヤリハット事例を基に医療安全カンファレンスで情報共有を図り、事故防止に努めた。また、情報セキュリティ研修会を開催し、情報管理に関する職員の意識向上を図るなど、適切に対応していることから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

がんセンターについては、医療安全対策の推進に向けて、研修会の開催やマニュアル改訂のほか、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、薬剤師などが患者指導しやすい環境づくりなどに取り組んだ。一方で、レベル5の医療事故が1件発生したことを鑑み、目標の水準を下回っていると評価し、Cと判定した。

本部事務局については、各病院のインシデントなどの発生状況の情報発信や適切な情報管理に努めており、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

上記より、総合してBと判定した。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 医療安全対策、院内感染症対策に積極的に取り組み、また情報セキュリティ研修会を開催した。
- 安全面に関して検討を要する案件が見られた。また、サイバーセキュリティに関しても、国内の事例を踏まえて、改めて確認を行うことが望ましい。

〈がんセンター〉

- レベル5の医療死亡事故が発生したことは残念である。遺族に対する説明と賠償はもちろん、きちんとした検証を行い、再発の防止に務められたい。

〈本部事務局〉

- 情報セキュリティに関する内部監査、機器構成一覧の作成を行い、適切に管理している。

3 患者や家族の視点に立った医療の提供

〔判定結果〕

精神医療センター	B
がんセンター	B
本部事務局	B
総合	B

〔判定理由〕

精神医療センターについては、患者や家族に対して治療目的などの丁寧な説明を行うとともに、成人・児童思春期外来の受診相談等の相談支援体制の充実や、QOL向上に向けた食事療法の充実などに取り組んでいることなどから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

がんセンターについては、新型コロナウイルス感染症の5類移行後、がんサロンや患者会を再開し、患者・家族を含めた交流の場を提供したほか、個室病棟の便器修繕など院内環境の整備に取り組んだ。また、外来・入院栄養指導件数が令和4年度より大幅に増加していることなどから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

本部事務局については、病院利用者の利便性・快適性の向上に向けて新任職員に対する接遇研修の実施などに取り組んでおり、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

上記より、総合してBと判定した。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 入院患者への適切な療養支援、丁寧な患者・家族への説明、相談支援の充実、地域連携による包括ケアシステムの推進などが病院への信頼感の増進につながっている。

〈がんセンター〉

- 多様な相談支援や患者会支援、また、アピアランスや就労支援など、生活者の視点を重視した療養支援の取組は高く評価できる。
- 1 / 4 の患者さんの外来待ち時間が1時間以上になっており、予約数の均てん化など、改善が望まれる。栄養指導の重要性は認識されており、栄養指導件数が増加しているのは評価できる。

〈本部事務局〉

- 患者サービス向上に向けた接遇研修の実施に努めていた。

4 人材の確保と育成

〔判定結果〕

精神医療センター	B
がんセンター	B
本部事務局	B
総合	B

〔判定理由〕

2病院については、医師の採用や研修医の受入に努めるとともに、臨床教育や研修の場として、医療系学生の積極的な受入れを行った。また、学会参加や各種研修の開催など、資質向上の取組を行っており、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

本部事務局については、医師や看護師の確保・育成対策を積極的に推進するとともに、医療従事者や事務職員の資質向上に向けた研修の開催など、適切に取り組んでいることから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

上記より、総合してBと判定した。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 器質因鑑別、身体合併症、児童精神医療などの体制向上に向け、県内の他の専門医プログラムと連携強化するなど、県全体での人材の確保と育成の体制を強化できるとよいと思われる。

〈がんセンター〉

- 研修医の受入数は必ずしも多くなかったが、コロナ5類移行に伴い、医療系学生2,167人を受け入れたことは意義があった。

〈本部事務局〉

- 医師・看護師などの医療従事者確保のために積極的な採用活動を行った。

5 災害等への対応

〔判定結果〕

精神医療センター	B
がんセンター	B
本部事務局	B
総合	B

〔判定理由〕

精神医療センターについては、令和6年能登半島地震において、宮城県で唯一のDPA T先遣隊所属医療機関として、延べ10人の派遣を行ったほか、新型コロナウイルス感染症対応として、コロナ専用病床を設け、患者を受け入れるなど、適切に取り組んでいることから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

がんセンターについては、防災・業務継続計画（BCP）のほか、新たに停電時対応マニュアルを策定し、職員に周知するとともに、備蓄食料の適正管理や消防訓練の実施など、適切に取り組んでいることから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

本部事務局については、各種訓練の実施や災害マニュアルなどの確認のほか、新型コロナウイルス感染症対応として、ワクチン接種会場への医師派遣の調整を行うなど、適切に取り組んでいることから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

上記より、総合してBと判定した。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 災害マニュアルの整備、防災訓練は適切に行われている。D P A T先遣隊所属医療機関として、いち早く能登地方へ派遣を行ったことは評価できる。

〈がんセンター〉

- 災害対応マニュアルとして取り扱う防災・業務継続計画や停電時対応マニュアルを策定し、職員周知に努めていた。

〈本部事務局〉

- 職員の安否確認システムの活用訓練や無線機の通信訓練を行うなど、災害時における通信方法の確認を行っていた。

第2 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置

1 業務運営体制の確立

〔判定結果〕

B

〔判定理由〕

定期的に各種会議を開催の上、病院経営に関する情報共有や課題検討を実施し、業務運営体制の確立に向けて課題解決に取り組んだ。また、患者満足度調査を踏まえて業務改善に努めており、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

- 業務運営体制の確立に向けて、会議・委員会を定期的に開催し、情報共有及び諸問題解決に努めていた。

2 収益確保の取組

〔判定結果〕

精神医療センター B

がんセンター C

〔判定理由〕

精神医療センターについては、レセプト委員会を開催するとともに、未収金の削減などにより、収益確保に取り組んだ。また、年度途中までコロナ専用病床として稼働していた病棟もあり、病院経営が厳しい状況の中、外来・入院患者数や収益が令和4年度より増加し、一定の収益実績を残していることから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

がんセンターについては、経営戦略会議の開催や経営分析システムの活用のほか、新たな加算の算定や未収金対策などにより、収益確保に取り組んだものの、外来・入院患者数や病床稼働率が令和4年度より減少し、経常収支比率が94.4%となっており、改善を要する状況であることから、目標の水準を下回っていると評価し、Cと判定した。収益が減少した要因を分析の上、資源を有効活用し、病床稼働率や医療機器の稼働率の向上に努め、引き続き収益確保に取り組むこと。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 外来患者数、収益がおおむね計画どおりに対して、入院の延べ患者数が減少している。入院から外来への診療シフトが想定されるが、この減少分が、当院以外の受入れにより補完されているのか、国の地域移行・地域定着によりそもそもの対象患者数が減少しているかについては検討の余地がある。

〈がんセンター〉

- 患者を全県のみならず、東北地方全体から集めるような患者数増加の対策が必要ではないか。
- 治療の在り方が変容（特に入院期間短縮）してきていることを前提として、収益確保の取組を行う必要が出てきている。

3 経費削減への取組

〔判定結果〕

精神医療センター B

がんセンター B

本部事務局 B

〔判定理由〕

精神医療センターについては、一般競争入札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するとともに、複数年契約など有利な契約方法の選定を実施している。また、後発医薬品への移行に向けて改善の余地があるものの、在庫確認や棚卸、採用薬品の数の削減などにより、薬品管理の省力化と経費削減に取り組んでおり、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

がんセンターについては、一般競争入札やオープンカウンター方式の推進のほか、プロポーザル方式による業者の選定や複数年契約など有利な契約方法の選定を実施している。また、医薬品について、契約している業者との価格交渉や、後発医薬品の使用品目の増加など、経費削減に向けて適切に取り組んでいることから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

本部事務局については、2病院を運営するスケールメリットを活かし、両病院で使用する物品等の一括入札を行ったほか、複数年契約や多様な契約方法により経費節減に取り組んでおり、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

なお、法人においては、経費削減のため様々な取組を行っているものの、人件費や材料費などが増加している状況を鑑み、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を図り、更なる経費削減に取り組むこと。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 一般病床の稼働率が48.6%と低く、病床数削減など抜本的な対策が必要と思われる。材料費については、より一層の経費削減努力が必要であ

る。採用薬品数を削減したことは評価できるが、後発品への移行取組は改善の余地がある。

〈がんセンター〉

- 給与費や材料費の削減は、昨今の社会情勢を考えるとやむを得ないと思われる。

〈本部事務局〉

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

第3 予算、収支計画及び資金計画

第4 短期借入金の限度額

第5 出資等に係る不要財産となることが見込まれる財産の処分に関する計画

第6 前記の財産以外の重要な財産を譲渡し、又は担保に供する計画

第7 剰余金の使途

第8 積立金の処分に関する計画

〔判定結果〕

C

〔判定理由〕

精神医療センターについては、新型コロナウイルス感染症の5類移行に伴い、患者数が回復したほか、コロナ病床確保による補助金収入もあり、経常収支比率が103.3%となっており、目標を達成している。

がんセンターについては、入院・外来収益ともに患者数が計画を下回ったほか、物価高騰や高額薬品の使用増に伴う材料費の増加、給与改定に伴う人件費の増加などにより、経常収支比率が94.4%となっており、目標を下回った。

法人全体として、経常収支比率が95.0%、当期純損益が▲819百万円、繰越欠損額が1,296百万円となっており、経営改善に向けた対

策が必要な状況であることから、目標を下回っていると評価し、Cと判定した。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

- 精神医療センター、がんセンターともに、医業収益が目標値に到達していない。特にがんセンターは入院延患者数、病床稼働率が低下しており、早急な対応が必要である。早期がんが増加し、また低侵襲^{しんしゅう}治療が主流になるなどの疾病構造の変化に速やかに対応する必要がある。
- 新型コロナ関連の補助金の受入れ減少により目標が達成できなかったのではなく、補助金が減少したので、両センターの本来の実力が明らかとなった考えるほうが適切と思われる。補助金が無くなる令和6年度以降は、更にその傾向が顕著になると予想される。

第9 その他業務運営に関する重要事項を達成するためとるべき措置

1 人事に関する計画

〔判定結果〕

B

〔判定理由〕

法人全体として、医療従事者の迅速かつ柔軟な採用を行うため、病院の実状に応じて、採用試験を実施し、適正な規模の人員配置に努めたほか、障害者雇用については、法定雇用率を上回る達成状況であった。また、文書整理などの定型的業務で有期雇用職員を活用したほか、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。さらに、令和4年度に引き続き、事務職員を対象とした人事評価制度を試行的に実施するなど、適切に取り組んでいることから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

- 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ていた。
- 障害者雇用、退職者の再雇用などおおむね予定どおり。

2 就労環境の整備

〔判定結果〕

B

〔判定理由〕

法人全体として、就労環境の整備に努めており、職員の健康管理のため、ストレスチェックなどを実施したほか、各病院に補助者を配置し、医療従事者の負担軽減を図った。また、時間外保育を引き続き実施するなど、家庭環境への配慮を行ったほか、各種ハラスメントの防止のための研修会を実施し、職員が相談しやすい体制づくりに努めるなど、適切に取り組んでいることから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

- 終夜保育や休日・祝日の保育等の時間外保育を継続的に行い、子育て中の職員に対する支援を行っていた。
- セクハラ、パワハラはもちろんカスタマーハラスメントへの対応も使用者としての法的義務とされたことに留意されたい。

3 病院の信頼度の向上

〔判定結果〕

精神医療センター B

がんセンター B

〔判定理由〕

精神医療センターについては、病院機能に係る自己点検を行ったほか、新型コロナウイルス感染症の5類移行後も、重点医療機関として精神疾患を有する陽性者を受け入れ、令和6年3月の移行期間終了まで受入体制を構築したことなどから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

がんセンターについては、病院機能評価3rd G. Ver 2.0の認定を受けるとともに、診療報酬算定に必要な不可欠な研修施設認定について、

各責任者と情報共有を図り、認定数及び指定数の増加につなげたことなどから、目標を達成していると評価し、Bと判定した。

〔評価委員からの意見、指摘等〕

〈精神医療センター〉

- 病院の再編・移転といった状況の中で、職員にとっても不安な要因があろうが、目の前の患者さんを大切にして日々の診療に励んでもらいたい。

〈がんセンター〉

- 病院機能評価 3 r d G . V e r 2 . 0 の受審及び認定を受けたことにより、客観的に病院機能の水準が高く評価されており、不断の努力の結果と高く評価したい。

〔 別 紙 〕

地方独立行政法人宮城県立病院機構の業務実績に関する評価の考え方について

平成 2 4 年 3 月 1 9 日
一部改正平成 3 0 年 7 月 1 0 日
一部改正令和 2 年 6 月 2 3 日
一部改正令和 2 年 1 2 月 2 日
一部改正令和 5 年 1 月 1 6 日

この「評価の考え方」は、地方独立行政法人宮城県立病院機構評価委員会（以下「委員会」という。）から意見を聴取し、県が行う地方独立行政法人宮城県立病院機構（以下「法人」という。）の業務実績評価の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

1 評価の基本方針

法人の業務運営の改善やサービス水準の向上等に資するため、法人の業務に関し、公共性及び透明性を確保するべく、県民の視点に立って、財務評価のみならず、社会的な観点からも評価を行うこととし、その評価の種類は、次の2つとする。

（1）各事業年度に係る業務の実績に関する評価

当該事業年度における中期計画の実施状況の調査・分析をし、当該事業年度における業務の実績の全体について総合的に評価するものとする。

（2）中期目標に係る業務の実績に関する評価

当該中期目標の期間における中期目標の達成状況の調査・分析をし、当該中期目標期間における業務の実績の全体について総合的に評価するものとする。

2 各事業年度に係る業務の実績に関する評価の方法

中期計画等に掲げた項目ごとに行う「項目別評価」と業務実績全体の状況について行う「全体評価」の2つを併せて行うものとする。

（1）項目別評価

項目別評価は、中期計画及び年度計画の個別項目ごとの進捗状況について、次により評価するものとする。

① 業務の実施状況を幅広く把握し、可能な限り客観的な評価の実施に努める。

＜留意点＞

- ・ 業務実績に目標数値がある場合にはその達成度合及びその他考慮すべき要因を勘案し、総合的に評価する。

なお、業務実績に目標数値がない場合には、具体的な業務実績を把握して評価する。

- ・ 予測し難い外部要因により業務が実施できなかった場合や、外部要因に対し法人が自主的な努力を行っていた場合には、評定において考慮する。
- ・ 業務実績と中期計画・年度計画との間にかい離が生じた場合にはその発生理由等を把握し、その妥当性等について評価する。

- ・ 予算・収支計画について実績と計画との間に大きな差異がある場合にはその発生理由等を把握し、その妥当性等について評価する。
 - ・ 経年比較が可能な事項については、適宜その結果を参考にして評価する。
 - ・ 財務内容の評価に当たっては、法人から提出される財務諸表等を参考とする。
- ② 判定基準として、以下の５段階で評定し、原則としてその理由を付記する。また、「B」を標準（所期の目標を達成していると認められる状態）とする。
- なお、評価項目に小項目を設けている場合にも準用する。

<判定基準>

「S」： 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

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

＜判定基準に係る留意事項＞

- (i) 各事業年度に係る業務の実績に関する評価を行う際に、困難度を判定するものとする。

なお、困難度については、法人の現状・直面する課題及び取り巻く環境の変化を踏まえ、通常求められるべき水準を明らかに超える水準が設定されているなど、当該目標の達成には相当の努力を必要とされることが合理的かつ客観的に明らかである場合に「高」とする。

- (ii) 困難度を「高」とした項目に限り、評定を一段階引き上げることにについて考慮する。

その際上記判定基準に基づく「A」となるものについては、質的に顕著な成果が得られていると認められる場合に限り、「S」とすることについて考慮する。また、上記判定基準に基づく「C」となるものについては、具体的な業績改善の取組が実施されている場合に限り、

「B」とすることについて考慮する。さらに、上記判定基準に基づく「D」となるものについては、「D」となる場合のうち、「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」については、評定を一段階引き上げることを認めないこととし、それ以外の場合については、具体的な業績改善の取組が実施されている場合に限り、「C」とすることについて考慮する。

評定を引き上げる場合は、困難度を「高」とする合理的な根拠及び評定を引き上げるにふさわしいとした根拠について、量的及び質的の両面について、具体的かつ明確に記述するものとする。

- ③ 項目別評価を実施する際の視点は別に定める。

(2) 全体評価

全体評価は、(1) 項目別評価の結果を踏まえ、次のような観点から中期計画の進行状況や達成度について、記述式により評価するものとする。

- ① 法人の設立目的に照らし、業務により得られた成果が、県民の健康の確保及び増進にどの程度寄与されたか。

＜留意点＞

- ・ 精神疾患、がん疾患の専門病院として、民間の医療機関では対応が困難で県民に必要な政策医療や高度・専門医療が確実に実施されているか。
- ・ 患者・家族の視点に立った県民に満足される安心・安全で質の高い医療の提供、質の高い医療従事者の養成に努めるなど、県民の医療需要の変化に的確に対応するための取組を行っているか。

- ② 地方独立行政法人制度の基本理念である公共性、透明性及び自主性の観点から、適正かつ効率的に業務を実施されたか。

＜留意点＞

- ・ 県民に対する説明責任を重視し、病院の運営状況等を明らかにするよう努めるなど、透明性が図られているか。
- ・ 目標とする業績を達成できるよう、法人の業務・組織の全体的な効率化が図られているか。
- ・ 法人としての利点を生かした自律的・弾力的な業務運営がなされているか。

(3) 具体的な実施方法

次の手順により評価を行うものとする。

① 法人

- ◇ 毎年6月末までに前年度の業務の実績を明らかにした報告書を作成し、県へ提出する。
- ◇ 業務実績を自己点検し、その状況を項目ごとに自己評価（(1)②を準用し、評価に至った理由等を付記）するとともに、評価の際に参考となるよう、必要に応じ、関係する客観的な資料を提出する。

② 委員会

- ◇ 法人からの事業説明などを通じ、法人の自己点検・評価等に対して意見を述べる。
- ◇ 県が作成した評価案に対して、意見を述べる。

③ 県

- ◇ 法人の自己点検・評価等に対する委員会委員の意見を参考に、県としての評価案を作成する。
- ◇ 作成した評価案に対する委員会委員の意見を勘案し、評価を確定させるとともに、評価結果を法人及び委員会に通知し、議会に報告する。

3 中期目標に係る業務の実績に関する評価の方法

中期目標等に掲げた項目ごとに行う「項目別評価」と業務実績全体の状況について行う「全体評価」の2つを併せて行うものとする。

(1) 項目別評価

項目別評価は、中期目標の個別項目ごとの進捗状況について、次により評価するものとする。

- ① 業務の実施状況を幅広く把握し、可能な限り客観的な評価の実施に努める。

<留意点>

- ・ 2(1)①と同じ

- ② 判定基準として、以下の5段階で評定し、原則としてその理由を付記する。また、「B」を標準（所期の目標を達成していると認められる状態）とする。

なお、評価項目に小項目を設けている場合にも準用する。

<判定基準>

「S」： 当該法人の業績向上努力により、中期目標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目標値が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目標

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、中期目標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目標値が120%以上、又は定量的指標の対中期目標値が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」： 中期目標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目標値の 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」： 中期目標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目標値の 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」： 中期目標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目標値の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

＜判定基準に係る留意事項＞

(i) 中期目標に係る業務の実績に関する評価を行う際に、困難度を判定するものとする。

なお、困難度については、法人の現状・直面する課題及び取り巻く環境の変化を踏まえ、通常求められるべき水準を明らかに超える水準が設定されているなど、当該目標の達成には相当の努力を必要とされることが合理的かつ客観的に明らかである場合に「高」とする。

(ii) 困難度を「高」とした項目に限り、評定を一段階引き上げることにについて考慮する。

その際、上記判定基準に基づく「A」となるものについては、質的に顕著な成果が得られていると認められる場合に限り、「S」とすることについて考慮する。また、上記判定基準に基づく「C」となるものについては、具体的な業績改善の取組が実施されている場合に限り、「B」とすることについて考慮する。さらに、上記判定基準に基づく「D」となるものについては、「D」となる場合のうち、「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」については、評定を一段階引き上げることを認めないこととし、それ以外の場合については、具体的な業績改善の取組が実施されている場合に限り、「C」とすることについて考慮する。

評定を引き上げる場合は、困難度を「高」とする合理的な根拠及び評定を引き上げるにふさわしいとした根拠について、量的及び質的の両面について、具体的かつ明確に記述するものとする。

③ 項目別評価を実施する際の視点は別に定める。

(2) 全体評価

全体評価は、(1) 項目別評価の結果を踏まえ、次のような観点から中期目標の進行状況や達成度について、記述式により評価するものとする。

① 法人の設立目的に照らし、業務により得られた成果が、県民の健康の確保及び増進にどの程度寄与したか。

<留意点>

・ 2 (2) ①と同じ

② 地方独立行政法人制度の基本理念である公共性、透明性及び自主性の観点から、適正かつ効率的に業務が実施されたか。

<留意点>

・ 2 (2) ②と同じ

(3) 具体的な実施方法

① 暫定評価

評価結果を次期中期目標策定等へ反映させるため、次の手順により中期目標期間最終年度において暫定評価を行うものとする。

(ア) 法人

◇ 中期目標最終年度の6月末までに中期目標期間の業務の実績を明らかにした暫定報告書を作成し、県へ提出する。

◇ 業務実績を自己点検し、その状況を項目ごとに自己評価((1) ②)を準用し、暫定評価に至った理由等を付記)するとともに、評価の際に参考となるよう、必要に応じ、関係する客観的な資料を提出する。

(イ) 委員会

◇ 法人からの事業説明などを通じ、法人の自己点検・評価等に対して意見を述べる。

◇ 県が作成した暫定評価案に対して、意見を述べる。

(ウ) 県

◇ 法人の自己点検・評価等に対する委員会委員の意見を参考に、県としての暫定評価案を作成する。

◇ 作成した暫定評価案に対する委員会委員の意見を勘案し、暫定評価を確定させるとともに、暫定評価結果を法人及び委員会に通知し、議会に報告する。

② 最終評価

中期目標期間終了後、①の暫定評価結果を踏まえつつ、次の手順により最終評価を行うものとする。

(ア) 法人

- ◇ 中期目標期間終了後、翌年度の6月末までに中期目標期間の業務の実績を明らかにした最終報告書を作成し、県へ提出する。
- ◇ 業務実績を自己点検し、その状況を項目ごとに自己評価（(1) ②を準用し、最終評価に至った理由等を付記）するとともに、評価の際に参考となるよう、必要に応じ、関係する客観的な資料を提出する。

(イ) 委員会

- ◇ 法人からの事業説明などを通じ、法人の自己点検・評価等に対して意見を述べる。
- ◇ 県が作成した最終評価案に対して、意見を述べる。

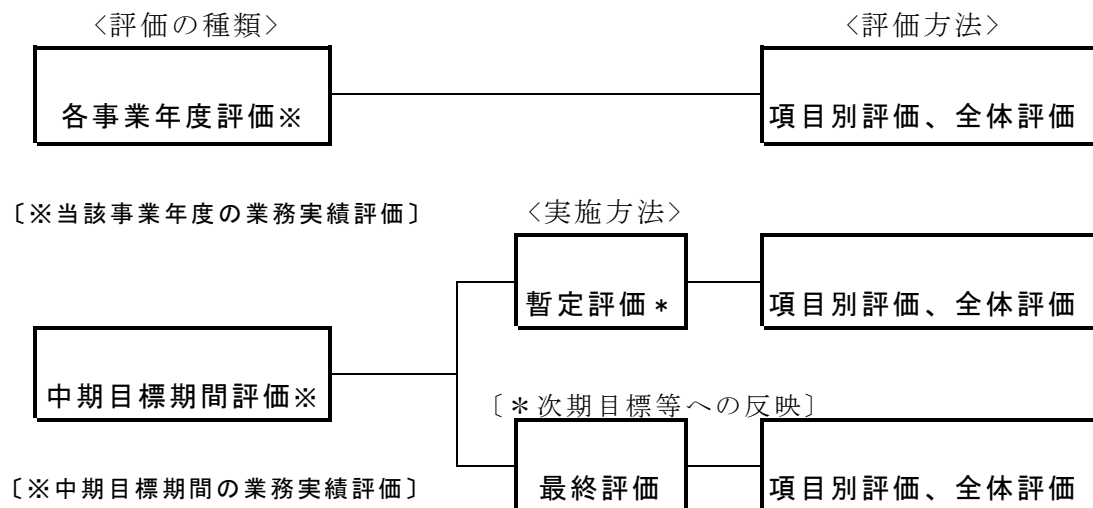
(ウ) 県

- ◇ 法人の自己点検・評価等に対する委員会委員の意見を参考に、県としての最終評価案を作成する。
- ◇ 作成した評価案に対する委員会委員の意見を勘案し、最終評価を確定させるとともに、最終評価結果を法人及び委員会に通知し、議会に報告する。

4 その他

この「評価の考え方」については、令和5年度以降に係る業務実績評価から適用し、それより前に係る業務実績評価については、なお従前のとおりとする。

【業務実績評価体系】



地方独立行政法人宮城県立病院機構評価委員会 名簿

【評価委員会委員】

(五十音順・敬称略)

氏 名	職 名 等	備 考
井 深 修 一	株式会社七十七銀行常務取締役	
海 野 倫 明	東北大学大学院医学系研究科教授 (消化器外科学分野)	委員長
郷 内 淳 子	患者発・宮城版退院時サポートプロジェクト 代表	
佐 藤 和 宏	公益社団法人宮城県医師会長	
佐 藤 裕 一	弁護士法人杜協同法律事務所	
菅 原 よ し え	宮城大学大学院看護学研究科教授 (がん看護学)	
富 田 博 秋	東北大学大学院医学系研究科教授 (精神神経学分野)	
正 宗 淳	東北大学大学院医学系研究科教授 (消化器病態学分野)	副委員長