

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

令和3年度業務実績に関する評価結果

令和4年9月

三重県

目 次

年度評価の方法	1
1 全体評価	3
2 項目別評価（大項目評価）	8
I 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する 目標を達成するためとるべき措置	8
II 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するため とるべき措置	17
III 財務内容の改善に関する事項	21
IV その他業務運営に関する重要事項	23
3 項目別評価結果一覧	25
4 参考資料	
○ 地方独立行政法人三重県立総合医療センター第二期中期計画及び 年度計画で定める指標の達成状況	26
○ 地方独立行政法人法（関係条文）	28
○ 地方独立行政法人三重県立総合医療センターの評価に関する指針	29
○ 地方独立行政法人三重県立総合医療センターの年度評価実施要領	32
○ 地方独立行政法人三重県立総合医療センター評価委員会名簿	36
○ 地方独立行政法人三重県立総合医療センター評価委員会の開催 状況	36

《年度評価の方法》

この評価は、地方独立行政法人法第28条の規定に基づき行うものであるが、評価に当たっては、平成30年5月31日に策定した「地方独立行政法人三重県立総合医療センターの評価に関する指針」および「地方独立行政法人三重県立総合医療センターの年度評価実施要領」（後掲）に基づき、以下のとおり評価を行った。

- ① 年度評価は、「項目別評価」と「全体評価」を行った。
- ② 「項目別評価」は、「個別項目評価」と「大項目評価」を行った。
「個別項目評価」は、法人が行う自己点検・評価に基づき、中期計画に定められた各項目について当該事業年度における実施状況を評価して行った。
「大項目評価」は、個別項目評価の結果を踏まえ、総合的な評価をして行った。
- ③ 「全体評価」は、項目別評価の結果を踏まえ、中期計画の実施状況など法人の業務の実績について総合的な評価をして行った。

なお、大項目の区分、個別項目評価および大項目評価の評価基準は、以下のとおりである。

◆ 大項目は、以下のとおり区分する。

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
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
第3	財務内容の改善に関する事項
第6	その他業務運営に関する重要事項

◆ 個別項目評価における評価基準

区分	評価の基準の説明
V	年度計画を著しく上回って実施している
IV	年度計画を上回って実施している
III	年度計画を概ね計画どおり実施している
II	年度計画を十分に実施できていない
I	年度計画を著しく下回っている、又は実施していない

- ◆ 大項目の評価は、個別項目の評価区分ごとに、Vを5点、IVを4点、IIIを3点、IIを2点、Iを1点として大項目ごとの平均点を算出し、その結果を判断の目安として総合的に判断したうえで評価を決定する。

区分	評価の基準の説明	判断の目安
S	中期計画の実施状況は特筆すべき状況にある	小項目の平均点が4.3点以上
A	中期計画の実施状況は順調に進んでいる	小項目の平均点が3.4点以上4.3点未満
B	中期計画の実施状況は概ね順調に進んでいる	小項目の平均点が2.6点以上3.4点未満
C	中期計画の実施状況は遅れている	小項目の平均点が1.9点以上2.6点未満
D	中期計画の実施状況は著しく遅れている又は実施していない	小項目の平均点が1.9点未満

(注) 小項目の平均点は、小数点以下第2位を四捨五入する。

1 全体評価

(1) 評価結果及び判断理由

＜評価結果＞

「中期計画の最終年度として順調に進んだ」

＜判断理由＞

法人の令和3年度の業務実績については、以下の【大項目評価の集計結果】にあるように、第1、第2項目が「A評価：中期計画の実施状況は順調に進んでいる」であり、第3、第6項目が「B評価：中期計画の実施状況は概ね順調に進んでいる」であったが、以下(2)、(3)の点を考慮し、総合的に評価を行った結果、全体としては上記のとおり「中期計画の最終年度として順調に進んだ」と判断した。

【大項目評価の集計結果】

項目名《大項目》	評価区分	S	A	B	C	D
		中期計画の実施状況は特筆すべき状況にある	中期計画の実施状況は順調に進んでいる	中期計画の実施状況は概ね順調に進んでいる	中期計画の実施状況は遅れている	中期計画の実施状況は著しく遅れている又は実施していない
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			○			
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			○			
第3 財務内容の改善に関する事項				○		
第6 その他業務運営に関する重要事項				○		

(2) 全体評価にあたって考慮した内容

① 重点的な取組・特筆すべき取組

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

【評価項目No.1（高度医療の提供（がん））】

○鏡視下手術、乳房温存手術、ロボット支援手術は、患者に与える手術侵襲が少なく、これらの手術件数が増えていることは評価できる。特にロボット支援手術件数は、新たな術者の育成やサポート体制を充実させた結果、前年度を相当数上回る実績を確保している。

【評価項目No.2（脳卒中・急性心筋梗塞等）】

○新型コロナウイルス感染症流行の中、t-P A+脳血管内手術数、心臓カテーテル治療+胸部心臓血管手術件数が、いずれも目標値を上回っている。

○脳卒中の対応についてMRIのバージョンアップによりさらに緊急対応を可能とする環境を整えたほか、心筋梗塞等ではオフポンプ手術が第二期中期計画期間で最多となったことを評価する。

【評価項目No.4（救急医療）】

○「断らない救急」を実践し、救急搬送患者応需率は97.1%と高水準を維持し、目標値を大幅に上回る応需率を維持し続けている。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

○地域の他の医療機関と連携を図り、新型コロナウイルス感染症の陽性の妊婦やハイリスクを抱える患者の積極的な受入れを行ったことで、分娩件数は増加し、NICU利用延べ患者数は高い水準を維持しており、高度な小児・周産期医療を広く提供できている。また、発達外来診療や、精神病弱患児、小児救急の受入れなど、幅広い医療提供がなされている。

【評価項目No.6（感染症医療）】

○新型コロナウイルス感染症流行時の第5波に対して中核的な医療機関として積極的に重症者を受け入れ、治療に当たったことは評価できる。

○病棟の一部改修工事を実施して、新型コロナウイルス感染症重症患者の専用病床や、陽性の妊婦の緊急分娩対応病床などを確保したり、県からの緊急要請に応じて臨時施設を設置するなど、感染症指定医療機関として積極的な患者受入れ体制の整備を行った。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

○患者満足度は入院部門、外来部門ともに上昇傾向にあり、令和3年度は目標および前年度を上回り、かなり高い水準となったことは評価できる。

【評価項目No.17（公衆衛生上の重大な危機が発生した場合の対応）】

○新型コロナウイルス感染症の流行当時から感染者に対する入院治療を始めとして、宿泊療養施設での感染者の経過観察、医療関係者や一般住民の感染対策としての予防接種など多方面で際立った活躍をされたことは大いに評価できる。

○通常医療を継続しながら、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ対応を適切かつ積極的に行っており、公衆衛生上の重大な危機に対する役割を十分に果たしている。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

○研修医の受入れ環境の整備や研修内容の充実、指導体制のアピールを図り、多くの研修医を確保できており、医師研修・教育機関としての役割をしっかりと果たしていると評価できる。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

○コロナ禍の中、前年度を上回る積極的な実習生の受入れが行われており、医師・看護師の育成に貢献していることは評価できる。

大項目 II 「業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとすべき措置」

【評価項目No.26（適切な運営体制の構築）】

○部門、診療科・室との対話を維持されていることは評価できる。職員との対話は病院の進むべき道や院長の運営方針を共有するためにも必要であり、定期的な面談と緊急課題が生じた場合の臨機応変な面談を今後も継続していただきたい。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○コロナ禍の中でも、時間外勤務の削減が行われたことは評価でき、就労環境が改善していると考えられる。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

○前年度に引き続き、事務職員のプロパー化の推進、専門性向上等の研修が行われ、認定登録者の実績も出ており、具体的に施策が実施されて

いることは評価できる。

【評価項目No.32（収入の確保）】

○新型コロナウイルス感染症の影響が見られるものの、前年度より収益が増加し徐々に立ち直っていることは評価できる。また、診療報酬について査定率、査定額が減少していることは評価できる。

【評価項目No.33（費用の節減）】

○アドバイザー業務委託や全国共同購入への参加、SPD業者との協力、ESCO関連事業の実施などにより、多額の費用が節減でき、大いに評価できる。

大項目 III 「財務内容の改善に関する事項」

該当なし

大項目 IV 「その他業務運営に関する重要事項」

該当なし

② 遅れている取組

該当なし

(3) 課題または今後への期待等

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

【評価項目No.1（高度医療の提供（がん））】

○新型コロナウイルス感染症流行という状況ではあるが、地域がん診療連携拠点病院の再指定をめざして、診療体制の充実を図っていただきたい。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

○院内環境の整備に加えて、情報セキュリティシステムの強化も期待したい。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

○DMAT隊員数が減少しており、有事に対応できるよう、早期の増員が望まれる。

大項目 II 「業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためと
るべき措置」

【評価項目No.32（収入の確保）】

○未収金の過年度分が令和元年度以降増加傾向にある。未収金の増加は、法人の資金繰りにも影響することから、滞留を最小限にする努力が望まれる。

大項目 III 「財務内容の改善に関する事項」

該当なし

大項目 IV 「その他業務運営に関する重要事項」

該当なし

(4) 評価委員会からの意見等

地方独立行政法人化から10年目が終了し、令和3年度は第二期中期目標期間の最終年度となるが、高齢化、医療機関の機能分化および新型コロナウイルス感染症への対応等、医療を取り巻く環境が著しく変化する中で、法人は理事長のリーダーシップのもと、県の基幹病院として地域医療への貢献を果たすべく取組が行われており、中期計画の最終年度として順調に進んだと考察され、知事の評価案については妥当と考える。

なお、個別の意見については大項目ごとの「評価委員会からの意見等」のとおりとする。

2 項目別評価（大項目評価）

項目別評価（大項目評価）については、以下のとおり評価実施要領に定めるS～Dの5段階での評価基準（後掲）により、評価を行った。

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

（1）評価結果及び判断理由

＜評価結果＞

「A：中期計画の実施状況は順調に進んでいる。」

＜判断理由＞

法人の令和3年度の業務実績については、以下の【個別項目評価の集計結果】にあるように、平均値が評価区分Aの範囲内に該当すること、そして、以下（2）の点を考慮し、総合的に評価を行った結果、全体としては上記のとおり「A：中期計画の実施状況は順調に進んでいる。」と判断した。

【個別項目評価の集計結果】

評価 区分 項目数	V	IV	III	II	I	平均値 (点)
	年度計画を著しく上回っている	年度計画を上回っている	年度計画を概ねおこなっている	年度計画を十分に実施できていない	年度計画を著しく下回っている、又は実施していない	
25	4	12	9			3.8

(注意) 平均値(点)は、V=5点、IV=4点、III=3点、II=2点、I=1点とし、合計したものを、評価の対象項目数で除して算出。小数点第2位四捨五入。

（2）大項目評価にあたって考慮した内容

① 重点的な取組・特筆すべき取組

【評価項目No.1（高度医療の提供（がん））】

○鏡視下手術、乳房温存手術、ロボット支援手術は、患者に与える手術侵襲が少なく、これらの手術件数が増えていることは評価できる。特にロボット支援手術件数は、新たな術者の育成やサポート体制を充実させた結果、前年度を相当数上回る実績を確保している。

【評価項目No.2（脳卒中・急性心筋梗塞等）】

○新型コロナウイルス感染症流行の中、t-P A+脳血管内手術数、心臓カテーテル治療+胸部心臓血管手術件数が、いずれも目標値を上回っている。

○脳卒中の対応についてMR Iのバージョンアップによりさらに緊急対応を可能とする環境を整えたほか、心筋梗塞等ではオフポンプ手術が第二期中期計画期間で最多となったことを評価する。

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

○高度な医療機器を導入するとともに、多職種連携による医療水準の向上を図っている。

○MR I検査件数は横ばいであるが、導入した新たな機器を利用し、より高度な医療を提供していることは評価できる。

○手術支援ロボットの術者を3名育成し、全診療科におけるロボット支援手術を大幅に増加させており評価できる。

【評価項目No.4（救急医療）】

○「断らない救急」を実践し、救急搬送患者応需率は97.1%と高水準を維持し、目標値を大幅に上回る応需率を維持し続けている。

○鈴鹿市等地区外からの搬送受入れにも相当数対応しており評価できる。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

○地域の他の医療機関と連携を図り、新型コロナウイルス感染症の陽性の妊婦やハイリスクを抱える患者の積極的な受入れを行ったことで、分娩件数は増加し、NICU利用延べ患者数は高い水準を維持しており、高度な小児・周産期医療を広く提供できている。また、発達外来診療や、精神病弱患児、小児救急の受入れなど、幅広い医療提供がなされている。

○地域周産期母子医療センターとして、地域の中核病院として機能している。

○MFICUの新型コロナウイルス感染症対応を図るなど、機能強化が行われており評価できる。

【評価項目No.6（感染症医療）】

○新型コロナウイルス感染症流行時の第5波に対して中核的な医療機関として積極的に重症者を受け入れ、治療に当たったことは評価できる。

○病棟の一部改修工事を実施して、新型コロナウイルス感染症重症患者の専用病床や、陽性の妊婦の緊急分娩対応病床などを確保したり、県からの緊急要請に応じて臨時施設を設置するなど、感染症指定医療機関として積極的な患者受入れ体制の整備を行った。

○院内の感染防止体制の整備・強化に努めるとともに、連携医療機関等からの相談対応を行うなど、地域の感染対策支援に取り組みられた姿勢も評価できる。

○院外における臨時応急処置施設や宿泊療養施設での治療等も含めて大いに評価できる。

【評価項目No.7（医療安全対策の徹底）】

○医療安全に関する研修受講について、オンライン研修を取り入れることにより、医師を含めどの職種においても参加しやすくなる対策を講じた。その結果、参加率を向上させ、ほぼ全職員が受講することができた。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

○医療提供ニーズに即して人員の見直しが行われており評価できる。また、医師数は、前年度の人数を維持し高い水準で推移している。

【評価項目No.9（クリニカルパスの推進）】

○新型コロナウイルス感染症患者の受入れ対応を行いながらも、クリニカルパス利用率が目標値を上回っていることは評価できる。

【評価項目No.10（インフォームドコンセントの徹底）】

○患者アンケートの結果では、医師に対する満足度は入院・外来のいずれにおいても向上しており、好ましい結果が得られている。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

○患者満足度は入院部門、外来部門ともに上昇傾向にあり、令和3年度は目標および前年度を上回り、かなり高い水準となったことは評価できる。

○毎月1回、接遇委員会を開催し、患者からの意見を踏まえて、状況改善に向けた対応策を検討し実施している。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

○さまざまな工夫をされていることは評価できる。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

○個人情報保護するという意識を持つことが大切であり、多くの方が研修に参加されていることは評価できる。

○社会的背景を考え、増えているカルテ開示請求に対応されていることは評価できる。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

- 退院調整患者数と在宅移行率が増加していることは職員の努力の賜物として評価できる。
- がん相談員の能力向上に努めたことは評価できる。
- 退院支援により、在宅移行割合は前年度より上昇した。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

- 入院および外来において患者満足度が増加していた背景には接遇が不可欠であり、評価できる。
- 院内横断的な接遇委員会を毎月開催し、患者の要望・意見の共有、対応策の検討を図り、接遇意識の向上に努めている。また、より多くの職員が参加しやすいeラーニング形式で効率的に学ぶ機会も提供できている。
- 優良接遇表彰制度の表彰分野を増やし、職員の接遇向上に関するモチベーションアップや意識付けにも力を入れた。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

- 新型コロナウイルス感染症対応で多忙な中、いつ発生するか分からない災害等に対し常に備える姿勢を忘れないことは評価できる。

【評価項目No.17（公衆衛生上の重大な危機が発生した場合の対応）】

- 新型コロナウイルス感染症の流行当時から感染者に対する入院治療を始めとして、宿泊療養施設での感染者の経過観察、医療関係者や一般住民の感染対策としての予防接種など多方面で際立った活躍をされたことは大いに評価できる。
- 通常医療を継続しながら、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ対応を適切かつ積極的に行っており、公衆衛生上の重大な危機に対する役割を十分に果たしている。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

- 予期せぬ感染症が流行している中、従来行っていた地域医療機関との結びつきを利用可能な手段として最大限利用し維持したことは評価できる。
- 「病診連携運営委員会」（3回）、学術講演会、検討会、出前教室をリモート開催したり、市民向けの感染症に関する情報提供をビデオ放映したり、地域のケアマネジャー向け研修を YouTube 配信するなど、コロナ禍で得られた効率的な方法を活用して地域医療機関との連携強化を継続した。

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

- 初期研修医の9割が県内に勤務し、地域の医療提供体制の維持に寄与した。
- 引き続き、地域医療体制確保に不可欠な研修医の採用、支援体制が維持されていることは評価できる。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

- 研修医の受入れ環境の整備や研修内容の充実、指導体制のアピールを図り、多くの研修医を確保できており、医師研修・教育機関としての役割をしっかりと果たしていると評価できる。
- 初期研修修了医（3年目勤務先）のうち2名は本院勤務となり、継続的な医師の確保につながっている。
- 前年度は下回るものの、コロナ禍において目標を超える人材育成を継続していることは大いに評価できる。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

- コロナ禍で、インターネットを活用した就職説明会を行ったり、実習も前年度より多くの学生を受け入れている。採用試験に多くの学生が臨んでいることから、教育体制や実習での受入れ体制などが学生から評価されていることがうかがえる。
- 看護師定着率は、前年度を下回るものの、コロナ禍においても目標を超える高い率を継続しており大いに評価できる。
- 新人看護師や育児休暇取得中の看護師についても、きめ細やかなサポートを行っており、定着のための工夫がうかがえる。

【評価項目No.22（医療技術職員の専門性の向上）】

- 研修への参加人数が大幅に増えたとともに発表者も増え、専門性の向上を図ったことに加え、本院の実績を広く知らしめる機会の拡大にもつながった。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

- 認定看護師数について、分野数は目標値を下回るものの、目標人数を上回ったことは評価できる。特に感染管理認定看護師は3名が配置されており心強い。
- 各々の部門で取得した資格を更新し、維持されていることは評価できる。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

- コロナ禍の中、前年度を上回る積極的な実習生の受入れが行われており、医師・看護師の育成に貢献していることは評価できる。

○講師派遣要請に積極的に対応されたことは評価できる。

【評価項目No.25（医療に関する調査及び研究）】

○倫理審査を定期的に行い、多くの審査申請に対応されたことは評価できる。また研究成果を数多くの研究会等で発表されたことは評価できる。

○積極的に外部資金の導入を図り、6件の奨学寄附金を受け入れ、研究に活用した。

○新型コロナウイルス感染症に関する英語論文を主導して発表するなど有用な研究情報の発信にも寄与した。

② 遅れている取組

該当なし

(3) 課題または今後への期待等

【評価項目No.1（高度医療の提供（がん））】

○新型コロナウイルス感染症流行という状況ではあるが、地域がん診療連携拠点病院の再指定をめざして、診療体制の充実を図っていただきたい。

【評価項目No.4（救急医療）】

○さらに救急・集中治療科を充実させ、新型コロナウイルス感染症を含めて、重症患者の救急医療の提供に努めていただきたい。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

○疾病の変化や社会のニーズに対して医師数を調整していることは評価できるが、腎臓病や血液疾患に関しての対応が道半ばであり、今後の対応に期待したい。

○高度な医療を地域に提供するための診療科目のさらなる充実を図っていただきたい。

【評価項目No.10（インフォームドコンセントの徹底）】

○インフォームドコンセントの徹底、セカンドオピニオンへの対応は、さらに充実していただくことを期待する。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

○診療の待ち時間の短縮に向けて、自動精算機利用実績のさらなる向上など、さまざまな取組を期待したい。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

○院内環境の整備に加えて、情報セキュリティシステムの強化も期待したい。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

○早期に入退院支援センターを設置し、相談体制の一層の充実が図られることが望まれる。

○医療通訳の雇用など、外国人患者への相談体制の整備、充実を期待したい。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

○DMAT隊員数が減少しており、有事に対応できるよう、早期の増員が望まれる。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

○コロナ禍の影響はあるものの、紹介患者数・病診連携検査数・講演会等の実施回数等の3項目が目標未達である。

○地域の医療機関・施設等との連携をさらに強化していただくことを期待する。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

○専門医および認定医、認定看護師等の取得は、病院機能の向上には必要であり、支援体制の充実を期待する。

【評価項目No.25（医療に関する調査及び研究）】

○倫理審査申請件数、外部資金の導入ともに、前年度を下回っている。調査・研究活動は、医療水準の向上に不可欠であり、法人の積極的な支援が望まれる。

○今回の流行した感染症の対応についてもまとめて発表されることを期待したい。

（４）法人の自己評価と評価が異なる項目

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

法人評価：Ⅳ 評価結果：Ⅲ

新型コロナウイルス感染症流行の中、退院調整患者数および在宅移行割合が増加していることは評価できるが、相談件数が昨年度を下回り伸び悩んでいることや、医療・介護等の相談対応充実のための入退院支援センター（仮称）の設置について令和元年度から継続検討となっていることを考慮すると、「Ⅳ：年度計画を上回って実施している」とは判断で

きない。同センターの早期設置など、今後への期待を含め、総合的に判断した結果、「Ⅲ：年度計画を概ね計画どおり実施している」が妥当であると判断した。

(5) 評価委員会からの意見等

【評価項目No.1（高度医療の提供（がん））】

○大部分の項目において令和2年度に比べ増加していることは評価できるが、新型コロナウイルス感染症流行前の令和元年度と比べると良好とは言えない。令和4年度の結果に期待したい。

【評価項目No.2（脳卒中・急性心筋梗塞等）】

○手術の内容についての判断は資料上困難であるが、数値上、目標値は上回るものの、令和元年度に比べ優っているとは言えない。

【評価項目No.4（救急医療）】

○救急患者受入数は令和2年度に比べて増加しているが、令和元年度に比べると回復しているとは言えない。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

○小児医療は身体的な疾病以外にも積極的に対応されているが、業務実績報告書で十分な説明がされていないのが残念である。

【評価項目No.7（医療安全対策の徹底）】

○全ての職種において、医療安全の徹底が図られることを期待する。
○インシデント件数が増えていることは医療安全に対する意識の高揚と考えられ評価できる。しかし、アクシデント件数が増えていることは残念である。

【評価項目No.9（クリニカルパスの推進）】

○クリニカルパス利用率は目標値を大きく上回っているが、令和2年度から大きな変化が見られないため、より一層の努力を期待したい。

【評価項目No.10（インフォームドコンセントの徹底）】

○患者アンケートの結果では満足度は若干改善を示しているが、インフォームドコンセントの件数が伸び悩んでいるのが残念である。
○セカンドオピニオンの件数減少は、コロナ禍においてはやむを得ないと考える。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

○相談数とがん相談支援センター相談数が伸び悩んでいることは一考を

要する。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

○県内にとどまる研修医を多く育成されたことは評価できるが、医療機関の規模として現在の受入れ研修医数が妥当であるかの検討をお願いしたい。

【評価項目No.22（医療技術職員の専門性の向上）】

○薬剤部門の職員の今後の積極的な研修への参加を期待したい。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

○医師、看護師等の教育病院としての機能を果たしている。

Ⅱ 「業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置」

(1) 評価結果及び判断理由

<評価結果>

「A：中期計画の実施状況は順調に進んでいる。」

<判断理由>

法人の令和3年度の業務実績については、以下の【個別項目評価の集計結果】にあるように、平均値が評価区分Aの範囲内に該当すること、そして、以下(2)の点を考慮し、総合的に評価を行った結果、全体としては上記のとおり「A：中期計画の実施状況は順調に進んでいる。」と判断した。

【個別項目評価の集計結果】

評価 区分 項目数	V	IV	III	II	I	平均値 (点)
	年度計画を著しく上回って実施している	年度計画を上回って実施している	年度計画を概ねおこなっている	年度計画を十分に実施できていない	年度計画を著しく下回っている、又は実施していない	
9		7	2			3.8

(注意) 平均値(点)は、V=5点、IV=4点、III=3点、II=2点、I=1点とし、合計したものを、評価の対象項目数で除して算出。小数点第2位四捨五入。

(2) 大項目評価にあたって考慮した内容

① 重点的な取組・特筆すべき取組

【評価項目No.26 (適切な運営体制の構築)】

○部門、診療科・室との対話を維持されていることは評価できる。職員との対話は病院の進むべき道や院長の運営方針を共有するためにも必要であり、定期的な面談と緊急課題が生じた場合の臨機応変な面談を今後とも継続していただきたい。

【評価項目No.27 (効果的・効率的な業務運営の実現)】

○北勢地域の中核的病院として機能するため、新型コロナウイルス感染症の病床確保に加えて、一般入院患者受入れのための増床対応を行った。
○高度医療体制を維持するために、総合入院体制加算3の維持や職員の確保・維持に努められたことは評価できる。

【評価項目No.28（業務改善に継続して取り組む組織文化の醸成）】

○経営状況等の説明会を4回開催し、新人看護師にコスト意識醸成のための説明会を開催するなど組織全体で経営を考えていく努力をされていることは評価できる。

○TQM活動による業務改善の取組を継続し、院内で全職員がリアルタイムで視聴できる対応を行ったほか、QCサークルの大会で事例発表を行い、受賞したサークルが上位大会に参加したり、医療のTQM推進協議会が主催する全国大会に参加するなど、業務改善に対する取組の内容・成果が対外的にも評価されており、職員の意識の醸成にもつながっている。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○コロナ禍の中でも、時間外勤務の削減が行われたことは評価でき、就労環境が改善していると考えられる。

【評価項目No.30（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

○評価結果に基づき成果を研究研修費として還元することで、職員の意欲向上と研究のモチベーション向上につなげる工夫を行っている。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

○前年度に引き続き、事務職員のプロパー化の推進、専門性向上等の研修が行われ、認定登録者の実績も出ており、具体的に施策が実施されていることは評価できる。

○専門性向上に向けて、職員の資格取得支援を行い、人材育成に努めている。

【評価項目No.32（収入の確保）】

○新型コロナウイルス感染症の影響が見られるものの、前年度より収益が増加し徐々に立ち直っていることは評価できる。また、診療報酬について査定率、査定額が減少していることは評価できる。

【評価項目No.33（費用の節減）】

○アドバイザー業務委託や全国共同購入への参加、SPD業者との協力、ESCO関連事業の実施などにより、多額の費用が節減でき、大いに評価できる。

【評価項目No.34（積極的な情報発信）】

○ホームページは県民と本院をつなぐ貴重な窓口である。その充実を図っていること、その閲覧数が目標値や前年度を上回っていることは、適切に情報を発信できていることを示しており、評価できる。

- ② 遅れている取組
該当なし

(3) 課題または今後への期待等

【評価項目No.28（業務改善に継続して取り組む組織文化の醸成）】

○経営状況等の説明会参加者の減少傾向が続いており、全職員数からすると参加者が少ないと思われる。当日参加できなかった方向けにWEBで閲覧できるようにするなどの施策が望まれる。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○職員満足度がわずかながら前年度を下回り、目標値に未達となったことについては、改善の余地があると考えられる。

【評価項目No.30（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

○職員の勤労意欲や組織に対する愛情を高揚させることは難しく、その目的の一つとして成果還元制度は良案と考えるが、前年度に比べて減少していることは、この制度を今後どのような形で継続していくか再検討する必要がある。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

○プロパーの正規職員を採用することは、効率的で継続的な業務が可能となるが、定期的に担当を変更するなどして慣れによるリスクを回避していただきたい。

【評価項目No.32（収入の確保）】

○未収金の過年度分が令和元年度以降増加傾向にある。未収金の増加は、法人の資金繰りにも影響することから、滞留を最小限にする努力が望まれる。

【評価項目No.33（費用の節減）】

○さまざまな方法で医療行為に必要な経費を削減されている努力は十分に理解できる。診療材料費の比率が昨年度に比べ低下しているものさらなる努力が必要であると思われる。

○医業収益に対する薬品比率・診療材料比率の割合は、過年度と比べて高い水準にあり、費用削減効果が十分とは言いがたい。ペーパーレスやデジタル化等に取り組んでいただきたい。

【評価項目No.34（積極的な情報発信）】

○閲覧数の伸びから、県民の本院への注目度合は増してきていると考えられる。今後も積極的な情報発信および県民のニーズにあったホームペ

ージの内容充実等に取り組んでいただきたい。

(4) 法人の自己評価と評価が異なる項目

該当なし

(5) 評価委員会からの意見等

【評価項目No.27（効果的・効率的な業務運営の実現）】

○ポストコロナにおける法人の業務運営体制を構築していただきたい。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○働き方改革が推進されるとともに、労働環境がさらに整備・改善されることを期待する。

【評価項目No.30（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

○人事評価制度の実施が、職員の意欲向上に繋がることを期待する。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

○事務職員の能力向上は、病院運営・経営の改善を図るためには必須である。

【評価項目No.32（収入の確保）】

○新型コロナウイルス感染症の影響により、医業収益の減少、病床稼働率の低下はやむを得ないと考えられるが、ポストコロナにおける収益の確保についての検討が必要と思われる。

Ⅲ 「財務内容の改善に関する事項」

(1) 評価結果及び判断理由

＜評価結果＞

「B：中期計画の実施状況は概ね順調に進んでいる。」

＜判断理由＞

法人の令和3年度の業務実績については、以下の【個別項目評価の集計結果】にあるように、平均値が評価区分Bの範囲内に該当すること、そして、以下(2)の点を考慮し、総合的に評価を行った結果、全体としては上記のとおり「B：中期計画の実施状況は概ね順調に進んでいる。」と判断した。

【個別項目評価の集計結果】

評価 区分 項目数	V	IV	III	II	I	平均値 (点)
	年度計画を著しく上回って実施している	年度計画を上回って実施している	年度計画を概ねおこなっている	年度計画を十分に実施できていない	年度計画を著しく下回っている、又は実施していない	
1			1			3.0

(注意) 平均値(点)は、V=5点、IV=4点、III=3点、II=2点、I=1点とし、合計したものを、評価の対象項目数で除して算出。小数点第2位四捨五入。

(2) 大項目評価にあたって考慮した内容

① 重点的な取組・特筆すべき取組

該当なし

② 遅れている取組

該当なし

(3) 課題または今後への期待等

【評価項目No.35(財務内容の改善に関する事項(予算、収支計画、資金計画))】

○若干でも医業収益が増加したことは評価できるが、ポストコロナを考えた時、それぞれの適正な比率を検討する必要があると考えられる。

(4) 法人の自己評価と評価が異なる項目

該当なし

(5) 評価委員会からの意見等

【評価項目No.35(財務内容の改善に関する事項(予算、収支計画、資金計画))】

○新型コロナウイルス感染症対策事業補助金(空床補償補助金)はいずれなくなるものであることから、これに依存しない財務状況への改善に今後も取り組んでいくことが望まれる。

IV 「その他業務運営に関する重要事項」

(1) 評価結果及び判断理由

＜評価結果＞

「B：中期計画の実施状況は概ね順調に進んでいる。」

＜判断理由＞

法人の令和3年度の業務実績については、以下の【個別項目評価の集計結果】にあるように、平均値が評価区分Bの範囲内に該当すること、そして、以下(2)の点を考慮し、総合的に評価を行った結果、全体としては上記のとおり「B：中期計画の実施状況は概ね順調に進んでいる。」と判断した。

【個別項目評価の集計結果】

評価 区分 項目数	V	IV	III	II	I	平均値 (点)
	年度計画を著しく上回って実施している	年度計画を上回って実施している	年度計画を概ねおりに実施している	年度計画を十分に実施できていない	年度計画を著しく下回っている、又は実施していない	
4		1	3			3.3

(注意) 平均値(点)は、V=5点、IV=4点、III=3点、II=2点、I=1点とし、合計したものを、評価の対象項目数で除して算出。小数点第2位四捨五入。

(2) 大項目評価にあたって考慮した内容

① 重点的な取組・特筆すべき取組

該当なし

② 遅れている取組

該当なし

(3) 課題または今後への期待等

【評価項目No.37 (医療機器・施設の整備・修繕)】

○老朽化に対応した医療機器・院内設備等の更新を適時・適切に行っていただきたい。

(4) 法人の自己評価と評価が異なる項目

該当なし

(5) 評価委員会からの意見等

【評価項目No.36 (保健医療行政への協力)】

○地域医療構想も新たな局面を迎えると思われるが、救急医療・急性期医療を担う北勢地域の中核としての役目を果たしていただくよう期待する。

【評価項目No.37 (医療機器・施設の整備・修繕)】

○先端医療機器の導入は職員のモチベーションを高揚させるが、運用を間違えれば大きな財政的負担となるため、計画的な導入、整備をお願いしたい。

【評価項目No.38 (コンプライアンス (法令・社会規範の遵守) の徹底)】

○今後とも、信頼を損なうことのないよう、手術の診療報酬請求にかかる不適切事案の再発防止に努めることを期待する。

○リスクコントロールマトリックスシートを適切に運用し、改善点を早めに発見し、不適切な事案への予防に役立てていく必要がある。

【評価項目No.39 (業務運営並びに財務及び会計に関する事項)】

○引き続き費用対効果をふまえた上で、医療業務に支障をきたすことのないよう、中長期的観点に基づく施設の補修および医療設備の更新が行われていくことが望まれる。

3 項目別評価結果一覧

年度計画の項目名		評価項目	R3業務実績評価	
大項目 > 中項目 > 小項目 > 最小項目	指標の有無	No.	法人の自己評価	評価
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 医療の提供				
(1) 診療機能の充実				
ア 高度医療の提供				
	(ア) がん	有 1	Ⅲ	Ⅲ
	(イ) 脳卒中・急性心筋梗塞 等	有 2	Ⅳ	Ⅳ
	(ウ) 各診療科の高度化及び医療水準の向上	3	Ⅳ	Ⅳ
イ 救急医療				
	ウ 小児・周産期医療	有 5	Ⅳ	Ⅳ
	エ 感染症医療	6	Ⅴ	Ⅴ
(2) 医療安全対策の徹底				
		7	Ⅲ	Ⅲ
(3) 信頼される医療の提供				
ア 診療科目の充実				
	イ クリニカルパスの推進	有 9	Ⅳ	Ⅳ
	ウ インフォームドコンセントの徹底	10	Ⅲ	Ⅲ
(4) 患者・県民サービスの向上				
	ア 患者満足度の向上	有 11	Ⅳ	Ⅳ
	イ 待ち時間の短縮	12	Ⅲ	Ⅲ
	ウ 患者のプライバシーの確保	13	Ⅲ	Ⅲ
	エ 相談体制の充実	14	Ⅳ	Ⅲ
	オ 接遇意識の向上	15	Ⅳ	Ⅳ
	カ 防犯に関する安全確保			
2 非常時における医療救護等				
	(1) 大規模災害発生時の対応	有 16	Ⅲ	Ⅲ
	(2) 公衆衛生上の重大な危機が発生した場合の対応	17	Ⅴ	Ⅴ
3 医療に関する地域への貢献				
	(1) 地域の医療機関等との連携強化	有 18	Ⅳ	Ⅳ
	(2) 医療機関への医師派遣	19	Ⅳ	Ⅳ
4 医療従事者の確保・定着及び資質の向上				
(1) 医療人材の確保・定着				
	ア 医師の確保・育成	有 20	Ⅴ	Ⅴ
	イ 看護師の確保・育成	有 21	Ⅴ	Ⅴ
	ウ 医療技術職員の専門性の向上	22	Ⅳ	Ⅳ
	(2) 資格の取得への支援	有 23	Ⅲ	Ⅲ
	(3) 医療従事者の育成への貢献	有 24	Ⅲ	Ⅲ
5 医療に関する調査及び研究				
		25	Ⅳ	Ⅳ

年度計画の項目名		評価項目	R3業務実績評価	
大項目 > 中項目 > 小項目 > 最小項目	指標の有無	No.	法人の自己評価	評価
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 適切な運営体制の構築				
		26	Ⅳ	Ⅳ
2 効果的・効率的な業務運営の実現				
		27	Ⅳ	Ⅳ
3 業務改善に継続して取り組む組織文化の醸成				
		28	Ⅳ	Ⅳ
4 就労環境の向上				
	有	29	Ⅳ	Ⅳ
5 人材の確保、育成を支える仕組みの整備				
		30	Ⅲ	Ⅲ
6 事務部門の専門性の向上と効率化				
		31	Ⅳ	Ⅳ
7 収入の確保と費用の節減				
	(1) 収入の確保	有 32	Ⅲ	Ⅲ
	(2) 費用の節減	33	Ⅳ	Ⅳ
	8 積極的な情報発信	有 34	Ⅳ	Ⅳ
第3 財務内容の改善に関する事項				
1 予算、2 収支計画、3 資金計画				
		35	Ⅲ	Ⅲ
第6 その他業務運営に関する重要事項				
1 保健医療行政への協力				
		36	Ⅳ	Ⅳ
2 医療機器・施設の整備・修繕				
		37	Ⅲ	Ⅲ
3 コンプライアンス（法令・社会規範の遵守）の徹底				
		38	Ⅲ	Ⅲ
4 業務運営並びに財務及び会計に関する事項				
	(1) 施設及び設備に関する計画	39	Ⅲ	Ⅲ
	(2) 積立金の処分に関する計画			

【評価基準】

区分	評価の基準の説明
Ⅴ	年度計画を著しく上回って実施している
Ⅳ	年度計画を上回って実施している
Ⅲ	年度計画を概ね計画どおり実施している
Ⅱ	年度計画を十分に実施できていない
Ⅰ	年度計画を大幅に下回っている、又は実施していない

4 参考

○地方独立行政法人三重県立総合医療センター第二期中期計画及び年度計画で定める指標の達成状況

評価項目 No.	指標名	H29			H30			R1			R2			R3			中期計画 H29～R3
		目標値	実績値	対目標値	目標値	実績値	対目標値	目標値	実績値	対目標値	目標値	実績値	対目標値	目標値	実績値	対目標値	目標値
		a	b	b/a	a	b	b/a	a	b	b/a	a	b	b/a	a	b	b/a	a
<大項目> 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	がん手術件数(件)	620	575	92.7%	620	615	99.2%	620	677	109.2%	620	610	98.4%	620	615	99.2%	620
	化学療法 実患者数(人)	540	498	92.2%	540	527	97.6%	540	543	100.6%	540	571	105.7%	540	574	106.3%	540
	放射線治療件数(件)	4,000	3,143	78.6%	4,000	3,871	96.8%	4,000	3,774	94.4%	4,000	3,234	80.9%	4,000	3,376	84.4%	4,000
	新入院がん患者数(人)	1,730	1,577	91.2%	1,730	1,827	105.6%	1,730	1,708	98.7%	1,730	1,913	110.6%	1,730	1,717	99.2%	1,730
2	t-PA+脳血管内手術件数(件) (血栓回収療法を含む。)	15以上	20	133.3%	15以上	45	300.0%	15以上	49	326.7%	15以上	63	420.0%	15以上	44	293.3%	15
	心カテーテル治療(PCI)+ 胸部心臓血管手術件数(件) (冠動脈バイパス術、弁形成術、人工血管 置換術、心腫瘍摘出術、心房中隔欠損症手術)	200以上	271	135.5%	210以上	289	137.6%	210以上	261	124.3%	210以上	281	133.8%	210以上	258	122.9%	210
4	救急患者受入数(人)	13,700	13,080	95.5%	13,700	13,227	96.5%	13,700	12,026	87.8%	13,700	9,617	70.2%	13,700	10,863	79.3%	13,700
	(内 救命救急センター入院患者数)	1,370	1,320	96.4%	1,370	1,245	90.9%	1,370	1,143	83.4%	1,370	1,031	75.3%	1,370	947	69.1%	1,370
	救急搬送患者 応需率(%)	90.0以上	96.7	107.4%	90.0以上	98.2	109.1%	90.0以上	99.0	110.0%	90.0以上	98.9	109.8%	90.0以上	97.1	107.9%	90.0
5	NICU利用患者数(人)【新生児集中治療室】	1,220	1,950	159.8%	1,320以上	2,099	159.0%	1,320以上	1,878	142.3%	1,320以上	1,950	147.7%	1,320以上	2,003	151.7%	1,320
	MFICU利用患者数(人)【母体・胎児集中治療室】	1,280	1,658	129.5%	1,370以上	1,778	129.8%	1,370以上	1,573	114.8%	1,370以上	1,552	113.3%	1,370以上	1,228	89.6%	1,370
9	クリニカルパス利用率(%)※1	39.0	40.6	104.1%	39.0	40.8	104.6%	39.0	42.3	108.5%	39.0	43.4	111.3%	39.0	43.4	111.3%	39.0
11	患者満足度 入院患者(%)※2	87.0以上	82.2	94.5%	87.0	95.8	110.1%	87.0	96.0	110.3%	87.0	97.3	111.8%	87.0	97.9	112.5%	87.0
	患者満足度 外来患者(%)※2	84.0	84.6	100.7%	84.0	93.2	111.0%	84.0	89.8	106.9%	84.0	93.8	111.7%	84.0	95.2	113.3%	84.0
16	DMAT(災害派遣医療チーム)隊員数(人)	21	24	114.3%	21以上	26	123.8%	21以上	26	123.8%	21以上	23	109.5%	21以上	19	90.5%	21
18	紹介患者数(人)	9,500以上	10,022	105.5%	9,500以上	10,327	108.7%	9,500以上	10,434	109.8%	9,500以上	8,782	92.4%	9,500以上	9,089	95.7%	9,500
	紹介率(%)※3	65.0以上	70.6	108.6%	65.0以上	74.6	114.8%	65.0以上	77.5	119.2%	65.0以上	75.1	115.5%	65.0以上	68.3	105.1%	65.0
	逆紹介率(%)	70.0以上	78.3	111.9%	70.0以上	79.5	113.6%	70.0以上	84.2	120.3%	70.0以上	94.4	134.9%	70.0以上	85.6	122.3%	70.0
	病診連携検査数(件)	2,220	2,215	99.8%	2,250	2,340	104.0%	2,250	2,340	104.0%	2,300	1,994	86.7%	2,300	2,083	90.6%	2,300
	医療機関を対象とした研究会・講演会等の実施回数(回)	15以上	21	140.0%	15以上	20	133.3%	15以上	19	126.7%	15以上	0	0%	15以上	12	80.0%	15
20	初期及び後期研修医数(人)	27以上	33	122.2%	27以上	37	137.0%	27以上	42	155.6%	27以上	43	159.3%	27以上	40	148.1%	27
21	看護師定着率(%)※4	92.0	93.0	101.1%	92.0	93.4	101.5%	92.0	93.1	101.2%	92.0	93.7	101.8%	92.0	92.7	100.8%	92.0
23	認定看護師数(人)	12分野17人	12分野17人	—	13分野19人	13分野17人	—	13分野19人	13分野21人	—	13分野22人	13分野22人	—	15分野21人	13分野22人	—	15分野21人
24	臨床研修指導医養成講習参加者数(人)	1以上	2	200.0%	1以上	4	400.0%	1以上	4	400.0%	1以上	3	300.0%	1以上	4	400.0%	1
	看護実習指導者養成数(人)	2以上	2	100.0%	2以上	3	150.0%	2以上	2	100.0%	2以上	0	0%	2以上	3	150.0%	2
<大項目> 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																	
29	職員満足度(%)※5	70.0	69.2	98.9%	70.0	68.0	97.1%	70.0	69.6	99.4%	70.0	71.1	101.6%	70.0	69.9	99.9%	70.0
32	病床稼働率 実働病床数ベース(%)※6	87.7	88.3	100.7%	88.3	87.8	99.4%	88.3	83.0	94.0%	87.8	72.2	82.2%	88.3	71.6	81.1%	88.3
	病床稼働率 許可病床数ベース(%)※7	73.1	73.5	100.5%	73.6	73.2	99.5%	73.6	69.1	93.9%	73.2	63.0	86.1%	73.6	64.0	87.0%	73.6
34	ホームページアクセス数(件)	230,000以上	254,349	110.6%	230,000以上	260,106	113.1%	230,000以上	224,817	97.7%	230,000以上	235,706	102.5%	230,000以上	241,175	104.9%	230,000

(注意) は、当該事業年度の年度計画における数値(目標値、実績値、対目標値)

 は、目標値を達成できなかった指標

【各指標の計算式】

	指 標 名	計 算 式 (指標の根拠)
※1	クリニカルパス利用率 (%)	クリニカルパスの適用患者数/新入院患者数×100
※2	患者満足度 入院患者 (%)	患者満足度調査 (入院) における「当院推薦」調査項目 (1 設問) における当院推薦比率
※2	患者満足度 外来患者 (%)	患者満足度調査 (外来) における「当院推薦」調査項目 (1 設問) における当院推薦比率
※3	紹介率 (%)	紹介患者数 / (初診患者数 - 休日・時間外患者数) × 100
※4	看護師定着率 (%)	(1 - 看護師退職者数 / (年度当初看護師数 + 年度末看護師数) / 2) × 100
※5	職員満足度 (%)	職員満足度調査での調査項目 (17) の満足度 (%) の単純平均
※6	病床稼働率 (%) 実働病床数ベース	延べ入院患者数 / 365日 / 稼働病床数 (~令和2年7月31日: 369床 令和2年8月1日~令和4年1月31日: 377床 令和4年2月1日~: 384床) × 100 ※加重平均で算出
※7	病床稼働率 (%) 許可病床数ベース	延べ入院患者数 / 365日 / 許可病床数 (~令和2年7月31日: 443床 令和2年8月1日~: 423床) × 100 ※加重平均で算出

○ 地方独立行政法人法（平成 15 年 7 月 16 日法律第 118 号）〈抜粋〉

（各事業年度に係る業務の実績等に関する評価等）

第二十八条 地方独立行政法人は、毎事業年度の終了後、当該事業年度が次の各号に掲げる事業年度のいずれに該当するかに応じ当該各号に定める事項について、設立団体の長の評価を受けなければならない。

- 一 次号及び第三号に掲げる事業年度以外の事業年度 当該事業年度における業務の実績
 - 二 中期目標の期間の最後の事業年度の直前の事業年度 当該事業年度における業務の実績及び中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績
 - 三 中期目標の期間の最後の事業年度 当該事業年度における業務の実績及び中期目標の期間における業務の実績
- 2 地方独立行政法人は、前項の評価を受けようとするときは、設立団体の規則で定めるところにより、各事業年度の終了後三月以内に、同項第一号、第二号又は第三号に定める事項及び当該事項について自ら評価を行った結果を明らかにした報告書を設立団体の長に提出するとともに、公表しなければならない。
 - 3 第一項の評価は、同項第一号、第二号又は第三号に定める事項について総合的な評定を付して、行わなければならない。この場合において、同項各号に規定する当該事業年度における業務の実績に関する評価は、当該事業年度における中期計画の実施状況の調査及び分析を行い、その結果を考慮して行わなければならない。
 - 4 設立団体の長は、第一項第二号に規定する中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績に関する評価を行うときは、あらかじめ、評価委員会の意見を聴かななければならない。
 - 5 設立団体の長は、第一項の評価を行ったときは、遅滞なく、当該地方独立行政法人に対して、その評価の結果を通知し、公表するとともに、議会に報告しなければならない。
 - 6 設立団体の長は、第一項の評価の結果に基づき必要があると認めるときは、当該地方独立行政法人に対し、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ことができる。

地方独立行政法人三重県立総合医療センターの評価に関する指針

平成 30 年 5 月 31 日

地方独立行政法人法（平成 15 年法律第 118 号、以下「法」という。）第 28 条第 1 項の規定により地方独立行政法人三重県立総合医療センター（以下「法人」という。）の業務の実績に関する評価を実施する際の基本的な事項（以下「評価指針」という。）を定める。

1 評価の前提

- (1) 法人は、地方独立行政法人制度において、業務を効果的、効率的に実施するため、中期目標に基づいて策定した中期計画を着実に推進し、自主的に健全な経営を行うものとされている。さらに、業務の公共性、業務運営の透明性を確保し、法人の状況を的確に示して、県民への説明責任を果たし、不断の改革・改善を行っていくことが求められる。
- (2) 法人は、北勢保健医療圏の中核的な病院であるとともに、診療圏域を越えて本県の政策医療を提供する重要な役割を担っており、今後も刻々と変化する医療環境に対応し、将来にわたって求められる機能を確実に果たし、県民に良質で安全・安心な医療を継続的に提供していくことが求められる。
- (3) 法人の業務の実績に関する評価は、この 2 つの基本的な考え方を踏まえ、法人を取り巻く様々な環境の変化等に配慮しつつ、法人の責務である中期目標の達成に向けた進行管理が適切に行われるよう、客観的かつ厳正に実施されることが求められる。

2 評価の基本的な考え方

- (1) 評価に当たっては、法人の中期計画及び年度計画の実施状況について総合的に評価し、中期目標の達成又は達成見込みの状況を判断する。
- (2) 法人の組織・業務運営等について、改善すべき点を明らかにするとともに、法人の業務達成に向けての積極的な取組を評価するなど、法人の業務の継続的な質的向上に資するよう努める。
- (3) 評価を通じて法人の業務運営の状況をわかりやすく示すことにより、法人の業務運営の透明性を確保し、県民への説明責任を果たす。
- (4) 評価の実効性・客観性・公平性を担保するため、必要に応じて地方独立行政法人三重県立総合医療センター評価委員会からの意見聴取を行うものとする。
- (5) 目標・計画の達成状況にかかわらず、法人全体の信用を失墜させる不祥事が発生した場合は、当該項目の評価だけでなく全体評価に反映させるなど、法人のマネジメントの状況にも留意するものとする。
- (6) 評価の方法については、法人を取り巻く医療環境の変化等を踏まえ、評価において考慮するなど、柔軟に対応するとともに必要に応じて見直しを行う。

3 評価の種別

法人の業務実績に関する評価は、次のとおり行うこととする。

- (1) 法第 28 条第 1 項各号に定める、各事業年度の終了後に実施される、業務の実績に関する評価（以下「年度評価」という。）

年度評価は、法人が行う自己点検・評価に基づきながら、中期目標の達成に向け各事業年度における中期計画等の実施状況を調査・分析し、その結果を踏まえ、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な評価をして、行うこととする。

- (2) 法第28条第1項第2号に定める、中期目標期間の最後の事業年度の直前の事業年度の終了後に実施される、中期目標期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績に関する評価（以下「見込評価」という。）

見込評価は、法人が行う自己点検・評価に基づきながら、中期目標期間終了時の直前の年度までの業務実績及び当該目標期間の終了時に見込まれる達成状況を調査・分析し、その結果を踏まえ、中期目標の期間の終了時に見込まれる当該期間における業務の実績の全体について総合的な評価をして、行うこととする。

- (3) 法第28条第1項第3号に定める、中期目標期間の最後の事業年度の終了後に実施される、中期目標の期間における業務の実績に関する評価（以下「中期目標期間評価」という。）

中期目標期間評価は、法人が行う自己点検・評価に基づきながら、中期目標の期間における中期計画等の達成状況を調査・分析し、その結果を踏まえ、当該中期目標の期間における業務の実績の全体について総合的な評価をして、行うこととする。

4 評価の方法

評価は、「項目別評価」と「全体評価」により行うこととする。

- (1) 項目別評価

項目別評価は、「個別項目評価」と「大項目評価」により行うこととする。

個別項目評価は、法人が行う自己点検・評価に基づきながら行うこととし、年度評価においては当該事業年度に係る年度計画に定めた各項目について当該事業年度における実施状況を、見込評価及び中期目標期間評価においては中期計画に定められた各項目の実施状況を評価して、行うこととする。

大項目評価は、個別項目評価の結果を踏まえ、総合的な評価をして、行うこととする。

- (2) 全体評価

全体評価は、項目別評価の結果を踏まえ、中期計画の実施状況など法人の業務の実績について総合的な評価をして、行うこととする。

5 評価を受ける法人において留意すべき事項

- (1) 法人の業務の実績に関する評価は法人から提出される業務の実績に関する報告書等をもとに行うことから、法人は、年度計画及び中期計画の実施状況などについて、自ら説明責任を果たすこと。
- (2) 法人は、中期計画に示した数値目標等の指標を用いるなどして、実施状況等をできる限り客観的に表すように工夫すること。
- (3) 法人は、県民の視点に留意し、法人が行う自己点検・評価に際して用いる指標や基準、評価結果及びその活用方法について、できる限りわかりやすく説明すること。

6 評価結果の活用

- (1) 知事が法人の業務の継続の必要性及び組織のあり方等に関する検討及び次期中期目標の策定、次期中期計画の認可を行うにあたって、中期目標期間の年度評価結果及び見込評価結果等を踏まえるものとする。
- (2) 法人は、評価結果を踏まえ、組織や業務運営等の改善、さらなる医療サービスの向上に努め、法人の発展に資するものとする。

7 その他

- (1) この評価指針は、評価の実効性や法人に関する県の計画、方針等を踏まえ、知事による目標策定・評価に基づくPDCAサイクルの実行性を高める観点や法人のマネジメントの実効性を向上させる観点等から適時に本方針の見直しを行い、必要な変更を行うものとする。
- (2) この評価指針に定めるもののほか、評価の実施に関して必要な事項は、別に定める。

地方独立行政法人三重県立総合医療センターの年度評価実施要領

平成 30 年 5 月 31 日

本要領は「地方独立行政法人三重県立総合医療センターの評価に関する指針」に基づき、地方独立行政法人三重県立総合医療センター（以下「法人」という。）の各事業年度の終了後に実施される、業務の実績に関する評価（以下「年度評価」という。）を実施する際の必要な事項（以下「実施要領」という。）を定めるものである。

1 評価の目的

年度評価は、評価対象年度以降の業務運営の改善及び充実を促すことにより、法人業務の質の向上、業務の効率化及び透明性の確保に資することを目的に行う。

2 評価の方法

- (1) 年度評価は、「項目別評価」と「全体評価」により行うこととし、項目別評価は「個別項目評価」と「大項目評価」により行うこととする。
- (2) 年度評価は、別表 1 の評価項目ごとに評価を実施し、特筆すべき点、遅れている点があればコメントを付すこととする。
- (3) 評価を行うに当たっては、その業務の特性に応じた実効性のある評価を行うため、必要に応じて地方独立行政法人三重県立総合医療センター評価委員会（以下「評価委員会」という。）からの意見聴取を行なうこととする。
- (4) 個別項目評価は、別表 1 の評価項目ごとに法人が当該事業年度の業務の実績について自己点検・評価を行い、これをもとに検証・評価をして、行うこととする。
- (5) 大項目評価は、別表 1 の評価項目ごとに総合的な評価をして、行うこととする。
- (6) 全体評価は、項目別評価の結果を踏まえ、中期計画の実施状況など法人の業務の実績について総合的な評価をして、行うこととする。
- (7) 評価結果を決定する際には評価結果の案を法人に示すとともに、それに対する法人からの意見申し出の機会を設ける。

3 項目別評価の具体的方法

項目別評価は、以下の(1)～(3)の手順で行うこととする。

(1) 法人による自己評価

法人は、地方独立行政法人三重県立総合医療センターの業務運営並びに財務及び会計に関する規則（平成 24 年三重県規則第 17 号）第 6 条に規定する事業年度における業務の実績及び当該実績について自ら評価を行った結果を明らかにした報告書（以下「業務実績報告書」という。）を作成し、別表 1 の個別項目評価の評価項目ごとに、当該事業年度の業務の実績を別表 2 の評価基準により V～I の 5 段階で自己評価（評点）する。

また、評価を行う年度計画の大項目ごとに法人としての特色ある取組や未達成事項のほか、当該事業年度の従前の評価において明らかになった課題等について、当該事業年度に行った改善の実施状況等を記述する。

なお、評価の際に参考となる資料があれば、必要に応じて添付する。

(2) 法人の自己評価の検証及び個別項目評価

業務実績報告書をもとに法人の自己評価や年度計画の設定の妥当性も含めて、法人からの聴取など調査・分析を行い、聴取した評価委員会の意見等も参考にしながら業務の実績の全体について検証する。その結果を踏まえ、別表1の個別項目評価の評価項目ごとに別表2の評価基準によりV～Iの5段階で評価（評点）し、年度計画の実施状況及び評価の判断理由を記述した当該事業年度における業務の実績に関する評価結果報告書（以下「評価結果報告書」という。）を作成する。

なお、法人による自己評価と評価が異なる場合、判断理由等を示す。

(3) 大項目評価

個別項目評価の結果を踏まえ、別表1の大項目評価の評価項目ごとの実施状況について、別表3の評価基準によりS～Dの5段階で評価（評点）するとともに、必要に応じて特筆すべき点や遅れている点についての意見を評価結果報告書に記述する。

大項目評価は、評価区分ごとに、Vを5点、IVを4点、IIIを3点、IIを2点、Iを1点として大項目ごとの平均点を算出し、その結果を判断の目安として総合的に判断したうえで評価を決定する。

4 全体評価の具体的方法

項目別評価の結果を踏まえ中期計画の実施状況全体について、総合的な評価をして評価結果報告書に記述する。

5 評価結果

- (1) 評価結果について、法人に通知するとともに公表する。
- (2) 評価結果を踏まえ必要があると認める時は、法人に対して業務運営の改善その他の勧告を行うこととする。ただし、大項目評価において評価区分をDとした項目については、業務運営の改善その他の勧告を行うこととする。

6 法人における評価結果の反映

- (1) 法人は、上記5(2)の勧告があった場合はこれを尊重し、業務運営の改善等に努める。
- (2) 法人は、評価結果が評価区分Cとなった項目について、自主的に業務運営の改善等に努める。

7 その他

- (1) 業務実績報告書及び評価結果報告書の様式は以下のとおりとする。
業務実績報告書・・・別紙様式1
評価結果報告書・・・別紙様式2
- (2) この実施要領は、必要に応じて見直すことができる。

8 附則

この実施要領は、法人の平成29年度における業務の実績にかかる評価から適用する。

別表 1

年度評価における評価項目（実施要領 2－(2)、(3)、(4)関係）

区 分	評 価 項 目
個別項目評価	以下の「大項目評価」を行う項目における中期計画の最小項目に対応する年度計画の項目を基本とする。
大項目評価	中期計画の大項目に関連する年度計画の次の4つの大項目 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 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 第3 財務内容の改善に関する事項 第6 その他業務運営に関する重要事項
全体評価	中期計画の実施状況

【備 考】

- 1 年度評価は、個別項目評価の結果を基に、大項目評価、全体評価の結果を導くこととする。
- 2 個別項目評価は、中期計画の最小項目に対応する年度計画の項目を基本とし、以下については年度計画における最小項目とする。
 - ・年度計画「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」の「1 医療の提供」のうち、「(2)信頼される医療の提供」及び「(4)患者・県民サービスの向上」
- 3 個別項目評価のうち、年度計画「第3 財務内容の改善に関する事項」の「1 予算」、「2 収支計画」及び「3 資金計画」については、1つの項目として評価することとする。

別表 2

個別項目評価における評価基準（実施要領 3 - (1)、(2) 関係）

区分	評価の基準の説明
V	年度計画を著しく上回って実施している
IV	年度計画を上回って実施している
III	年度計画を概ね計画どおり実施している
II	年度計画を十分に実施できていない
I	年度計画を著しく下回っている、又は実施していない

別表 3

大項目評価における評価基準（実施要領 3 - (3) 関係）

区分	評価の基準の説明	判断の目安
S	中期計画の実施状況は特筆すべき状況にある	小項目の平均点が 4.3 点以上
A	中期計画の実施状況は順調に進んでいる	小項目の平均点が 3.4 点以上 4.3 点未満
B	中期計画の実施状況は概ね順調に進んでいる	小項目の平均点が 2.6 点以上 3.4 点未満
C	中期計画の実施状況は遅れている	小項目の平均点が 1.9 点以上 2.6 点未満
D	中期計画の実施状況は著しく遅れている又は実施していない	小項目の平均点が 1.9 点未満

(注) 小項目の平均点は、小数点以下第 2 位を四捨五入する。

【評価にあたっての留意事項】

- 1 評価にあたっては、当該大項目にかかる個別項目評価の評点の平均値のみで判断するのではなく、必要に応じて、重要な意義を有する事項、優れた取組がなされている事項、その他法人を取り巻く諸事情を考慮する。
- 2 S 及び D の評価とする場合は、評価委員会が特に認める場合かつ判断の目安を満たしているものに限る。
- 3 個別項目評価で II 以下の評価がある場合は、A 以上の評価とはしない。

○ 地方独立行政法人三重県立総合医療センター評価委員会名簿

	氏 名	役 職 等
委員長	駒田 美弘	国立大学法人三重大学 元学長
委 員	谷ノ上 千賀子	(株)百五総合研究所 コンサルティング事業部 調査グループ 主任研究員
委 員	谷 眞澄	三重県看護協会 会長
委 員	淵田 則次	三重県医師会監事 四日市医師会監事
委 員	山崎 智博	公認会計士

○ 地方独立行政法人三重県立総合医療センター評価委員会の開催状況

- ・ 第1回 令和4年7月19日
- ・ 第2回 令和4年8月19日

○ 地方独立行政法人法（平成15年7月16日法律第118号）〈抜粋〉

（地方独立行政法人評価委員会）

第十一条 設立団体に、地方独立行政法人に関する事務を処理させるため、当該設立団体の長の附属機関として、地方独立行政法人評価委員会（以下「評価委員会」という。）を置く。

2 評価委員会は、次に掲げる事務をつかさどる。

一から五まで （略）

六 その他この法律又は条例の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。

○ 地方独立行政法人三重県立総合医療センター評価委員会条例（平成23年三重県条例第2号）〈抜粋〉

（所掌事務）

第二条 地方独立行政法人三重県立総合医療センター評価委員会は、地方独立行政法人法（以下「法」という。）第十一条第二項第一号に掲げる事務（地方独立行政法人三重県立総合医療センターに係るものに限る。）のほか、知事の諮問に応じ、次に掲げる次項について意見を述べるものとする。

一 法第二十六条第一項の規定による中期計画の認可に関する事項

二 法第二十八条第一項の規定による業務の実績に関する事項

三 前二号に掲げるもののほか、知事が必要と認める事項