

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

令和2年度業務実績に関する評価結果

令和3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）	10
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	10
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	18
III 財務内容の改善に関する事項	23
IV その他業務運営に関する重要事項	25
3 項目別の評価結果一覧	27
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	28
○ 地方独立行政法人法（関係条文）	30
○ 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	31
○ 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	34
○ 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	38
○ 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	38

《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」及び「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、個別項目評価及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評価委員会が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＞

「中期計画の達成に向けて順調に進んでいる」

＜判断理由＞

法人の令和2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「中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。」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））】

○新型コロナウイルス感染症流行という状況の中、患者の受診控え等が影響し、全体として治療・手術件数は減少したが、このような制限された環境においても若干の減少にとどまったことは努力の表れとして評価できる。

○手術支援ロボットの活用により、泌尿器科のがん手術件数が2年前より倍増するなど、手術支援ロボットを有効活用して手術件数の増加および患者の負担軽減を実現できている。

○新型コロナウイルス感染症の影響のある中、鏡視下手術件数が大きく増加している点は評価できる。

【評価項目No.2（脳卒中・心筋梗塞）】

○新型コロナウイルス感染症流行の中、最新の心血管造影検査装置の導入等により、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、ともに前年度および目標を上回っており評価できる。

○「脳卒中ユニットカンファレンス」を毎週開催し、脳卒中患者の早期改善をめざした治療方法の検討を行っている。

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

○アンギオ装置、320列のCT装置の追加など、医療機器の適切な更新を行うとともに、手術支援ロボット、前立腺肥大症の治療機器ツリウムレーザーの導入など、最新機器の導入も積極的に進めており、より高度な医療サービスの提供に努めている。

【評価項目No.4（救急医療）】

○新型コロナウイルス感染症の影響により、救急患者の受入数は全県的に減少した。県立総合医療センターにおいても前年度および目標を大きく下回ったものの、応需率は前年度をわずかに下回ったに過ぎず、高い水準を維持しており、十分に評価できる。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

○地域の産婦人科医院等と連携強化し、ハイリスク分娩の受け入れに積極的に取り組んでおり、少子化の中で安心して出産を迎えられる状況を

維持していることは評価できる。

○NICUやMFICUの利用延べ患者数は目標値を大きく上回っており、地域周産期母子医療センターとしての役割を果たしている点は評価できる。

【評価項目No.6（感染症医療）】

○数多くの新型コロナウイルス感染者を受け入れ、治療にあたったことは大いに評価できる。

○感染防止体制の整備・見直しを怠らず、院内および地域医師会、関係機関等との情報共有に努め、協働して感染対策に取り組まれた姿勢も評価できる。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

○患者満足度は入院部門、外来部門ともに年々上昇傾向にあり、令和2年度は目標および前年度を上回ったことは評価できる。特に外来部門では、満足度が前回調査および調査病院平均を上回る項目が多く見受けられた。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

○ビデオによる接遇研修への延べ参加者数が前年度比で大幅に増加しており、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発生に対し、通常診療を継続しながら、受入病床の確保や最新情報の収集・共有、院内の感染対策など、適切な危機対応が行われており、公衆衛生本来の役割を担われていることは大いに評価できる。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

○新型コロナウイルス感染症の影響により、紹介患者数・病診連携検査数は減少しているが、紹介率・逆紹介率は高い水準を維持しており、地域医療支援病院の承認に係る基準を上回っていることは評価できる。

○地域連携クリニカルパスの活用や地域の医療機関や企業の診療所等への訪問を積極的に行うなど、地域における医療機能の分化と病診・病病連携の強化を図ったことは評価できる。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

○研修医の受け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.21（看護師の確保・育成）】

○看護師定着率は目標を超える高い値を継続しており、さまざまな取組の成果があらわれていると評価できる。

○自院内だけの環境だけでなく、認定看護師の専門性を生かして地域の医療機関に対しての看護教育も積極的に取り組まれていることは大いに評価できる。

【評価項目 No.25（医療に関する調査及び研究）】

○前年度を上回る奨学寄附金の獲得や企業との共同研究の実施等、コロナ禍においても積極的に外部資金の導入や研究活動に取り組んで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.27（効果的・効率的な業務運営の実現）】

○効果的な看護職員の配置および稼働病床の増床等、積極的に行われていることは評価できる。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○職員一人当たりの時間外勤務時間の減少や職員満足度の上昇は大いに評価できる。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

○事務職員のプロパー化の推進、専門性向上のための研修、資質向上のための研修等、具体的に実施されていることは評価できる。

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」

【評価項目No.36（保健医療行政への協力）】

○北勢医療圏の中核的な病院として、地域の保健医療行政に積極的に参画・協力し、求められる役割を果たしている。

- 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

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））】

○地域がん診療連携拠点病院の再指定をめざして尽力していただきたい。

【評価項目No.2（脳卒中・心筋梗塞）】

○心臓カテーテル治療の件数は昨年と比べ大きく増加しているが、一昨年と比べると大きな違いが見られないため、件数のさらなる増加を期待する。また、脳血管救急疾患に対する治療も件数は増加しているものの、機器が更新されたということを考慮すると、今後件数のさらなる増加を期待する。

○地域連携クリニカルパスを活用した脳卒中患者のリハビリテーション施設への移行はおおむね横ばい圏内で推移しているため、今後も引き続き地域病診連携を進めていただきたい。

【評価項目 No.7（医療安全対策の徹底）】

○アクシデント件数が増加傾向にあるため、原因と対策を講じることが望まれる。

【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、今後さらに充実していただくことを期待したい。

○入院が前年を下回ってはいるものの高水準であることに比べ、外来の質問・相談のしやすさが相対的に低いままであり、より一層の向上を期待する。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

○個人情報保護は、重要な問題であり、確実に全職員が研修に参加されること、参加できる方法の体制構築を期待する。

【評価項目No.22（医療技術職員の専門性の向上）】

○医療技術職員（コメディカル）の研修への参加人数が減少傾向にあるため、支援体制をさらに充実させ、Web開催の研修会等へも積極的に参加されることを期待する。

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.26（適切な運営体制の構築）】

○病院の執行部と各診療科現場との意見交換、意思の統一は業務運営のキーとなる。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実施していただくことを期待する。

【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）】

○トップダウンだけではなく、スタッフからも業務改善についての意見、改善すべき課題等を広く聴取できるボトムアップの仕組みをさらに充実していただくことを期待する。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○医療スタッフの労働環境の整備・改善はとても大切な課題である。職種間の相違、個人個人の生活環境の差に加えて、今回の新型コロナウイルス感染症の発生など外的要因も加わることもあり、柔軟できめ細かい対応が求められる。

大項目 III 「財務内容の改善に関する事項」

【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））】

○今後も財務内容の改善を意識し、適正な水準の給与費・材料費に向けた取組が望まれる。

大項目 IV 「その他業務運営に関する重要事項」

【評価項目No.37（医療機器・施設の整備・修繕）】

○最新医療機器の購入が、病院運営上支障をきたすことの無いよう、費用対効果をふまえた上で、投資を行うことが望まれる。

【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）】

○コンプライアンスの維持には、全職員の意識向上のための不断の啓発活動が大切である。信頼回復に努めていただくことを期待する。

○地域や他の医療機関に信頼されるよう、継続的にコンプライアンスが徹底できる「具体的なしくみ・体制・環境づくり」が求められる。またそれを「見える化」することも必要である。

【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）】

○今後も、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。

（４）評価委員会からの意見等

地方独立行政法人化から9年目が終了し、令和2年度は第二期中期目標期間の4年目の年となるが、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、中期計画の達成に向けて着実に進んでいると考察され、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、評価を行いました。

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2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 評価項目数	V	IV	III	II	I	平均値 (点)
	年度計画を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	
25	3	13	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））】

○新型コロナウイルス感染症流行という状況の中、患者の受診控え等が影響し、全体として治療・手術件数は減少したが、このような制限された環境においても若干の減少にとどまったことは努力の表れとして評価できる。

○手術支援ロボットの活用により、泌尿器科のがん手術件数が2年前より倍増するなど、手術支援ロボットを有効活用して手術件数の増加および患者の負担軽減を実現できている。

○新型コロナウイルス感染症の影響のある中、鏡視下手術件数が大きく増加している点は評価できる。

【評価項目No.2（脳卒中・心筋梗塞）】

○新型コロナウイルス感染症流行の中、最新の心血管造影検査装置の導入等により、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、ともに前年度および目標を上回っており評価できる。

○「脳卒中ユニットカンファレンス」を毎週開催し、脳卒中患者の早期改善を目指した治療方法の検討を行っている。

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

○アンギオ装置、320列のCT装置の追加など、医療機器の適切な更新を行うとともに、手術支援ロボット、前立腺肥大症の治療機器ツリウムレーザーの導入など、最新機器の導入も積極的に進めており、より高度な医療サービスの提供に努めている。

○新機種の導入に加え、多職種連携によるチーム医療の推進により、医療水準が向上していると評価できる。

【評価項目No.4（救急医療）】

○新型コロナウイルス感染症の影響により、救急患者の受入数は全体的に減少している。県立総合医療センターにおいても前年度および目標を大きく下回ったものの、応需率は前年度をわずかに下回ったに過ぎず、高い水準を維持しており、十分に評価できる。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

○地域の産婦人科医院等と連携を強化し、ハイリスク分娩の受け入れに積極的に取り組んでおり、少子化の中で安心して出産を迎えられる状況を維持していることは評価できる。

○NICUやMFICUの利用延べ患者数は目標値を大きく上回っており、地域周産期母子医療センターとしての役割を果たしている点は評価できる。

【評価項目No.6（感染症医療）】

○数多くの新型コロナウイルス感染者を受け入れ、治療にあたったことは大いに評価できる。

○感染防止体制の整備・見直しを怠らず、院内および地域医師会、関係機関等との情報共有に努め、協働して感染対策に取り組まれた姿勢も評価できる。

【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会の出席率が高いことや、インシデント報告数が増加していることは、職員の医療安全に対する意識の高さを示していると考えられるため、評価できる。

【評価項目No.8 (診療科目の充実)】

○形成外科、病理診断科、泌尿器科が充実され、より質の高い医療提供が期待される。

○医師の員数が年々増加していることは、診療内容の充実と並行していると考えられるため評価できる。

○病理診断科や泌尿器科の常勤医師を確保し、診療体制の充実に努めた。

【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が中期目標期間早期より数値目標を上回っており、令和2年度についても前年度および年度目標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)】

○患者アンケート結果の医師満足度は若干の増減がみられるものの、高い率を維持していることは評価できる。

【評価項目No.11 (患者満足度の向上)】

○患者満足度は入院部門、外来部門ともに年々上昇傾向にあり、令和2年度は目標および前年度を上回ったことは評価できる。特に外来部門では、満足度が前回調査および調査病院平均を上回る項目が多く見受けられた。

【評価項目No.13 (患者のプライバシーの確保)】

○個人情報を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。

【評価項目No.14 (相談体制の充実)】

○相談件数は年々増加しており、前年度と比較して 1,000 件以上増加したことは評価できる。

【評価項目No.15 (接遇意識の向上)】

○ビデオによる接遇研修への延べ参加者数が前年度比で大幅に増加しており、評価できる。

○院内横断的な接遇委員会を年に 12 回も開催し、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。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

○北勢地区の災害拠点病院として、DMATの3チーム体制を維持し、常に非常時に備え研修・訓練を実施されていることは評価できる。

【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発生に対し、通常診療を継続しながら、受入病床の確保や最新情報の収集・共有、院内の感染対策など、適切な危機対応が行われており、公衆衛生本来の役割を担われていることは大いに評価できる。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

○新型コロナウイルス感染症の影響により、紹介患者数・病診連携検査数は減少しているが、紹介率・逆紹介率は高い水準を維持しており、地域医療支援病院の承認に係る基準を上回っていることは評価できる。
○地域連携クリニカルパスの活用や地域の医療機関や企業の診療所等への訪問を積極的に行うなど、地域における医療機能の分化と病診・病病連携の強化を図ったことは評価できる。

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

○初期臨床研修医数、後期臨床研修医数ともに年々増加傾向にあり、継続的に確保できていることは評価できる。
○初期研修修了後も、研修医の大半は県内で勤務しており、このことは三重県の地域医療提供体制の確保に貢献していると評価できる。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

○研修医の受け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.21（看護師の確保・育成）】

○看護師定着率は目標を超える高い値を継続しており、さまざまな取組の成果が現れていると評価できる。
○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。
○自院内だけの環境だけでなく、認定看護師の専門性を生かして地域の医療機関に対しての看護教育も積極的に取り組まれていることは大いに評価できる。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

○コロナ禍においても、認定看護師数が目標値を達成できたことは評価

できる。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

○コロナ禍の影響で実習生の受け入れ数などは減少し、看護実習指導者の要請数は研修中止でゼロとなったが、可能な範囲で育成に努めた。

【評価項目 No.25（医療に関する調査及び研究）】

○新型コロナウイルス感染症により数多くの学会・集会がリモート開催あるいは中止を余儀なくされた中、倫理審査申請数が増加していることや多くの発表をされたことは評価できる。

○前年度を上回る奨学寄附金の獲得や企業との共同研究の実施等、コロナ禍においても積極的に外部資金の導入や研究活動に取り組んでいることは評価できる。

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.1（高度医療の提供（がん））】

○地域がん診療連携拠点病院の再指定をめざして尽力していただきたい。

【評価項目No.2（脳卒中・心筋梗塞）】

○心臓カテーテル治療の件数は昨年と比べ大きく増加しているが、一昨年と比べると大きな違いが見られないため、件数のさらなる増加を期待する。また、脳血管救急疾患に対する治療も件数は増加しているものの、機器が更新されたということを考慮すると、今後件数のさらなる増加を期待する。

○地域連携クリニカルパスを活用した脳卒中患者のリハビリテーション施設への移行はおおむね横ばい圏内で推移しているため、今後も引き続き地域病診連携を進めていただきたい。

【評価項目 No.7（医療安全対策の徹底）】

○医師の医療安全に関する研修についても、100%受講できる管理体制を期待する。

○アクシデント件数が増加傾向にあるため、原因と対策を講じることが望まれる。

【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、今後さらに充実していただくことを期待する。

○入院が前年を下回ってはいるものの高水準であることに比べ、外来の質問・相談のしやすさが相対的に低いままであり、より一層の向上を期待する。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

○患者満足度の入院部門では、前回調査をやや下回った項目があり、引き続き改善検討を進めていただきたい。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

○外来部門の患者満足度調査では、前回調査および調査病院平均を上回る項目が多くみられ、努力がうかがえるが、満足度そのものが特段高いわけではないため、引き続き改善検討を進めていただきたい。

○コロナ禍の状況からすると、自動精算機利用実績のさらなる向上を期待する。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

○個人情報保護は、重要な問題であり、確実に全職員が研修に参加されること、参加できる方法の体制構築を期待する。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

○医療通訳の雇用など、外国人患者への相談体制の整備、充実を期待する。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

○紹介患者数・病診連携検査数・講演会等の実施回数が目標を達成できなかったことは、新型コロナウイルス感染症の影響を強く受けたからであると推察される。新型コロナウイルス感染症終息後は、目標達成を期待する。

【評価項目No.22（医療技術職員の専門性の向上）】

○医療技術職員（コメディカル）の研修への参加人数が減少傾向にあるため、支援体制をさらに充実させ、Web開催の研修会等へも積極的に参加されることを期待する。

【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、病院機能向上に必要であり、さらなる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）】

○調査・研究活動は、医療水準の向上に不可欠であるため、さらなる活

性化のためにも、病院としても、さまざまな面からの支援を期待する。

(4) 法人の自己評価と評価が異なる項目

【評価項目No.2 (脳卒中・心筋梗塞)】

法人評価：V 評価結果：IV

新型コロナウイルス感染症流行の中、t-PA+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、ともに令和元年度および目標を上回っていることは評価できるが、その数値は令和元年度と比較して、「V：年度計画を著しく上回って実施している」といえるほど特段優れているとは判断できない。今後への期待を含め、総合的に評価した結果、「IV：年度計画を上回って実施している」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.7 (医療安全対策の徹底)】

○医療安全に関する研修受講者について、他の職種と比較して医師がやや少ないように思われるため、参加率向上に努めていただきたい。

【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が上がることにより、入院治療における透明性が示され、患者からの信頼度向上にもつながると考えられる。

【評価項目No.12 (待ち時間の短縮)】

○医療提供側が努力して待ち時間を短くしても、患者側から見れば待たされたということになり、この問題の解決の落としどころが大変難しいと思われる。さまざまな違った方法で工夫をされていることは評価できる。その意識を持つことが大切と思う。

○待ち時間の短縮に関しては、現状をふまえた柔軟な対応と多職種のスタッフの協力が必要であると考えられる

【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必要のように思われる。

【評価項目No.14 (相談体制の充実)】

○医療・介護のシステムが年々複雑になってくるため、一般の市民の方には理解し難い体制になってきている。効率よく現在の体制を利用するためには専門知識を有する人の能力が必要となる。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

○優良接遇表彰制度の創設は、よりよい接遇の一助となると考えられ評価できる。各々の職員がそれぞれに努力していると思われるので、その気持ちに配慮をいただき、この制度の発展を期待する。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

○大規模災害に対応するための研修・訓練は、多職種の参加した、全体研修・訓練を実施していただきたい。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

○地域医療の中心的な役割を果たされていると思う。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.20（医師の確保・育成）】

○医療人材の確保を引き続き行われていることは評価できる。一方、育成面に関して、支援体制はあるものの、それによりどれだけ実習指導者が育成担当者を育成できたかを評価できる指標（実習指導者自身を評価するための指標）があることが望まれる。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

○さまざまな分野で色々な資格を取られていることは評価できる。専門性を維持するために世代に渡っての有資格者の育成、資格取得に努めていただきたい。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

○医師、看護師の教育病院としても役割を果たされていると思う。今後も引き続き、教育指導者、教育設備の充実を推進していただくことを期待する。

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2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		6	3			3.7

(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)】

○バランス・スコア・カードを活用し、取組方針の共有に加え、課題や要望等に対する検討を行うとともに、昨年度と同程度の院長との対話実施を行ったことは評価できる。

○非日常的な状況下において、職員は先が見通せないという不安や新しく慣れない業務によるストレスからくるモチベーションの低下が考えられるが、その対策には意思疎通が大切であり、数多くの面談を実施されていることは評価できる。

【評価項目No.27 (効果的・効率的な業務運営の実現)】

○総合入院体制加算3を維持し、看護職員の夜間配置を充実して看護職員夜間配置の上位基準を取得したことは評価できる。

○効果的な看護職員の配置および稼働病床の増床等、積極的に行われている

ることは評価できる。

【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）】

○職場間での意思疎通・共通認識の確認は業務改善のために必須であり、経営会議を開催したことは評価できる。

○活発なTQMサークル活動、QCサークルの大会の事例発表では優良賞を受賞するなど、業務改善活動の質の高さがうかがえる。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○職員一人当たりの時間外勤務時間の減少や職員満足度の上昇は大いに評価できる。

【評価項目No.30（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

○バランス・スコア・カードの評価結果に基づく成果還元制度等を活用し、職員の意欲・能力向上を図っている。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

○事務職員のプロパー化の推進、専門性向上のための研修、資質向上のための研修等、具体的に実施されていることは評価できる。

【評価項目No.33（費用の節減）】

○私蔵在庫等の削減により、経費削減に努力していることは評価できる。

【評価項目No.34（積極的な情報発信）】

○情報伝達手段の変化によりホームページの持つ役割が大きくなってきている。その観点からアクセス数、ページ閲覧数は院外の一般住民の方の当院に対する注目の度合いを表しており、増加していることは評価できる。

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.26（適切な運営体制の構築）】

○病院の執行部と各診療科現場との意見交換、意思の統一は業務運営のキーとなる。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実施していただくことを期待する。

【評価項目No.27（効果的・効率的な業務運営の実現）】

○人口減少、疾病構造の変化等、将来予想される医療の変化を見据え、引き続き貴院に期待される役割を確実に果たしていただくことを期待する。

【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）】

○トップダウンだけではなく、スタッフからも業務改善についての意見、改善すべき課題等を広く聴取できるボトムアップの仕組みをさらに充実していただくことを期待する。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○医療スタッフの労働環境の整備・改善はとても大切な課題である。職種間の相違、個人個人の生活環境の差に加えて、今回の新型コロナウイルス感染症の発生など外的要因も加わることもあり、柔軟できめ細かい対応が求められる。

【評価項目No.30（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

○人事評価制度の実施が、多くの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）】

○事務職員の継続的な研修は重要であり、今後も継続していただくことを期待する。

【評価項目No.32（収入の確保）】

○返戻件数・過誤件数は減少しているが、査定率の上昇、査定額の増加は工夫すべき点があると考えられる。

【評価項目No.33（費用の節減）】

○省エネ対策の徹底、ペーパーレス化、作業のデジタル化等を、短期的、長期的な視点に立って、今後も着実に推進していただくことを期待する。

【評価項目No.34（積極的な情報発信）】

○地域等への情報発信を今後も積極的に推進していただくことを期待する。

（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.27 (効果的・効率的な業務運営の実現)】

○地域医療構想により病床数の再検討が余儀なくされているが、その中で感染患者の入院病床の確保、感染対策のためのゾーニング等課題が山積した中での運用は大変な苦勞であったと推測される。その中で効果的・効率的な運営はさらに頭を悩ませることであったと思う。その中で、着実に薬剤管理指導の算定件数を増やし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)】

○全職員に対して経営状況の説明会を4回開催されたことは意義あることであるが、参加者が昨年よりも減少していることはさらなる努力が必要であると思われる。例えばオンライン研修やeラーニングのような方法を積極的に採用するなど、コロナ禍でも参加しやすい環境を整備していただきたい。

【評価項目No.29 (就労環境の向上)】

○時間外勤務時間の減少がサービスの低下につながらないように配慮をお願いしたい。

○年間時間外勤務時間が大きく減少した。これは、医師および看護師等の業務負担軽減対策に取り組んだ結果でもあるが、コロナ禍の影響による患者数の減少が主要因と考えられることから、体制などが改善され、次年度以降も継続できることが望ましい。

【評価項目No.30 (人材の確保、育成を支える仕組みの整備)】

○職員の意欲・能力の向上や人材育成の問題は一番の課題であり、評価は困難である。成果還元制度の支給金額はどの程度が妥当なのか評価が難しいが、順調に増加してきた中で本年度は減少している。その点について検討し、さらなる仕組みの整備、組織の発展につなげて欲しい。

【評価項目No.31 (事務部門の専門性の向上と効率化)】

○県からの派遣職員を減らしプロパー職員の比率を増やすことは、継続的な業務が可能となり、作業効率や作業内容の高度化につながり評価できる。ただ、慣れによる不具合の予防に努められたい。

【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。

○未収金については、滞留を最小限にすべく、今後もカード利用促進、保証人をたててもらおう等の施策推進が望まれる。

○感染終息後の状況予想を始めることも必要のように思う。

【評価項目No.33（費用の節減）】

○一部高額な医薬品や医療材料があり、それらを使用することで薬品比率・診療材料比率が増加している可能性が考えられる。

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2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	
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))】

○今後も財務内容の改善を意識し、適正な水準の給与費・材料費に向けた取組が望まれる。

(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))】

○材料費は医療活動により変動することが多いが、時間外労働時間・賃金は別として人件費は固定費で医療活動にあまり関与しない。ここ数年増加を示しており、内容等について慎重に吟味する必要がある。

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2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	
4		1	2	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

【評価項目No.36 (保健医療行政への協力)】

○北勢医療圏の中核的な病院として、地域の保健医療行政に積極的に参画・協力し、求められる役割を果たしている。

【評価項目No.37 (医療機器・施設の整備・修繕)】

○医療機器の整備や就業環境の整備等を進めていることは評価できる。

【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)】

○正確な診断に必要な医療機器を整備されたことは評価できる。

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.37 (医療機器・施設の整備・修繕)】

○最新医療機器の購入が、病院運営上支障をきたすことの無いよう、費用対効果をふまえた上で、投資を行うことが望まれる。

【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)】

○コンプライアンスの維持には、全職員の意識向上のための不断の啓発活動が大切である。信頼回復に努めていただくことを期待する。

○地域や他の医療機関に信頼されるよう、継続的にコンプライアンスが徹底できる「具体的なしくみ・体制・環境づくり」が求められる。またそれを「見える化」することも必要である。

【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)】

○今後も、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。

(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)】

○三泗地域の地域医療構想の推進に、今後ともご尽力いただくことを期待する。

【評価項目No.37 (医療機器・施設の整備・修繕)】

○高額医療機器の購入に関しては、購入後も使用頻度や医業収益増等をフォロー、評価を継続していただくことが必要のように思う。

【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)】

○北勢地域の中核的な病院として、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。

○日本の保険医療制度は療養担当規則に則って医療行為を行っており、世界に誇れる効率のよい医療制度である。医師は保険医の資格を持ち診療を行う以上、現在の療養担当規則を厳守しなければならない。これを念頭に置き診療を行うことを再度教育するとともに、実施内容のチェック機能の検討も同時に進める必要がある。

3 項目別評価（個別項目評価）

年度計画の項目名		評価項目		R2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					
(イ) がん					
	有	1	Ⅲ	Ⅲ	
(イ) 脳卒中・急性心筋梗塞 等					
	有	2	Ⅴ	Ⅳ	
(イ) 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					
	有	4	Ⅳ	Ⅳ	
ウ 小児・周産期医療					
	有	5	Ⅳ	Ⅳ	
エ 感染症医療					
		6	Ⅳ	Ⅳ	
(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					
		8	Ⅳ	Ⅳ	
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	Ⅳ	
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	Ⅲ	Ⅲ	
(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		R2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	Ⅲ	Ⅲ	
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（平成30年度）					
		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	Ⅱ	Ⅱ	
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
	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
	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
	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
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	45	300.0%	15以上	49	326.7%	15以上	63	420.0%				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、弁置換術、人工血管 置換術、心臓移植術、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
4	救急患者受入数(人) (内 救命救急センター入院患者数)	13,700 1,370	13,080 1,320	95.5% 96.4%	13,700 1,370	13,227 1,245	96.5% 90.9%	13,700 1,370	12,026 1,143	87.8% 83.4%	13,700 1,370	9,617 1,031	70.2% 75.3%				13,700 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
5	N I C U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
	M F I C U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
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
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
	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
16	DMA T(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
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
	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
	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
	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
20	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
	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
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
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
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
	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
＜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にとるべき措置																	
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
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
	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
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	235,706.0	102.5%				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 (=H30年度は、369床) × 100
※7	病床稼働率 (%) 許可病床数ベース	延べ入院患者数 / 365日 / 稼働病床数 (=H30年度は、443床) × 100

○ 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3年5月13日（書面開催）
- ・ 第2回 令和3年7月9日
- ・ 第3回 令和3年8月6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