

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

令和5年度業務実績に関する評価結果

令和6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	18
III 財務内容の改善に関する事項	22
IV その他業務運営に関する重要事項	24
3 項目別の評価結果一覧	26
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三期中期計画及び 年度計画で定める指標の達成状況	27
○ 地方独立行政法人法（関係条文）	29
○ 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	30
○ 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	33
○ 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	37
○ 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	37

《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ふまえ、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ふまえ、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＞

「中期計画の達成に向けて順調に進んでいる」

＜判断理由＞

法人の令和5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、第6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））】

- 最新の放射線治療機器の導入や緩和的放射線治療のアピールにより、放射線治療件数が前年度に比べ増加したことは評価できる。

【評価項目No.2（脳卒中・急性心筋梗塞等）】

- 冠動脈バイパス手術件数は減少したが、比較的侵襲の少ない血管内治療の件数は増加しており、脳卒中の対応件数や心臓カテーテル治療の件数は、前年度実績および目標値を上回った。
- 令和5年8月に地域連携課に脳卒中相談窓口を設置し、退院後の患者からの相談にも対応できる体制を構築した。

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

- 新しい放射線治療装置や頭皮冷却療法用装置を導入し、高度な医療サービスの提供を図るとともに、患者の安心やQOLを高めるといった患者の立場に立ったサービスの提供に努めており、県内の医療水準の向上に寄与している。
- 陰圧手術室の整備により、患者にとって、より広い範囲での身体状況に対応できる体制が整えられた。

【評価項目No.4（救急医療）】

- 「四日市市+菰野町」地区外からも救急搬送患者の積極的な受入れを行うとともに、目標値を上回る高い救急搬送患者応需率（98.4%）を達成しており、地域医療に大きく貢献している。
- 救急医療の適正な受診の促進を図る一方で、救急車搬送患者数は令和4年度（+21.0%）に引き続き大幅に増えており（+11.8%）、隣接地域からの受入れの難しい重症患者等への救急対応も行っている。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

- 小児科の専門領域診療をはじめ、新型コロナウイルス感染症に罹患している妊婦患者等のハイリスク分娩を受け入れるなど、積極的な小児・周産期医療を展開しており、地域周産期母子医療センターとしての役割を十分発揮している。
- 紹介患児を原則24時間断らず診療対応するほか、発達障害診療を臨

床心理士と連携して行うなど幅広い医療の提供に努めており、地域の中核病院としての機能を果たしている。

【評価項目No.6（感染症医療）】

- コロナ禍で得られた教訓をもとに、新たな感染症に対応すべく感染症対応の陰圧手術室を整備されたことは評価できる。
- 「感染症内科」の設置や地域と連携した患者受入れに取り組み、県の中核的感染症指定医療機関として、迅速に対応できる体制を整えた。

【評価項目No.9（クリニカルパスの推進）】

- クリニカルパスについて、小児科で改良を図ったほか、脳神経外科、消化器内科、泌尿器科では新たに作成するなど質的向上に加え、アウトカム志向型の導入や活用にも努めている。また、救急患者が増え、主病の裏に多くの疾患が隠れていることが多いと考えられる中で、クリニカルパス利用率が、前年度実績および目標値を上回っていることは評価できる。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

- 能登半島地震に対しDMATとして多くの隊員を派遣し、県外における災害医療に協力され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患者について、5類移行後も積極的に受入対応を行うとともに、適宜、体制や対策の見直しを行っている。

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

- 引き続き、地域医療体制確保に不可欠な研修医が確保され、3年目の研修医全員が県内での勤務となるなど、地域医療体制の維持に貢献されていることは評価できる。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

- 看護師の定着率は前年度実績および目標値を上回る高い数値となっている。これは、サンキューカードやメッセージカード、文化祭、運動会といった定着のための諸施策の実施、資質向上に向けた取組、実習生の積極的な受入れなど、看護師の確保や育成に向けた取組の成果と考えられ評価できる。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

- 医学生、看護学生ともに実習生の受入人数は前年度実績を上回っている。また、指導医養成講習参加者数、看護実習指導者養成数は目標

値を達成しており、県内における医療従事者の育成および育成環境の充実に貢献している。

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.29（就労環境の向上）】

- 医師労働時間削減計画を策定し、積極的な採用やタスクシフト、バランス・スコア・カードにおける取組目標化など、医師および看護師等の業務負担の軽減や意識づけなどを講じた結果、医師および職員全体の一人当たりの年間時間外勤務時間を削減することができた。

【評価項目No.33（費用の節減）】

- 最近の気候変動や社会情勢の変化の中で経費の削減を図ることは非常に難しい課題であるが、そのような中、医薬品、診療材料の購入単価の抑制や電気使用量の削減がな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」

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すべき措置」

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

- 有事に対応できるよう、DMAT隊員数の早期の増員が望まれる。なお、隊員数が目標に達しなかったが、その要因は、研修枠が限られていることによるものであった。本年度、県はDMAT隊員のための研修、養成を積極的に進める方針であり、ぜひ隊員数の拡大に努めていただきたい。

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」

該当なし

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））】

- 補助金収入の大幅な減少により、本来の医業による収益確保に向けた取組および強化が望まれる。補助金に依存しない財務経営の健全化に向けて、引き続き努力をお願いしたい。

大項目 IV 「その他業務運営に関する重要事項」

【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）】

- 診療報酬請求の不適切事案や薬剤マスタ登録にかかる誤処方事案の経験を生かして、法令に則り公明正大に取り組んで再発防止に努めることを期待したい。

（４）評価委員会からの意見等

地方独立行政法人化から12年目が終了し、令和5年度は第三期中期目標期間の2年目となるが、高齢化、医療機関の機能分化など、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」とおとりとする。

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5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）、（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「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	1	18	6			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））】

- 最新の放射線治療機器の導入や緩和的放射線治療のアピールにより、放射線治療件数が前年度に比べ増加したことは評価できる。
- コロナ禍明けの状況で、十分な努力をされ、相応の結果が得られている。目標値は達成できなかったが、その達成に向けて、院内外を含めた体制の検討や環境整備に努めている。

【評価項目No.2（脳卒中・急性心筋梗塞等）】

- 冠動脈バイパス手術件数は減少したが、比較的侵襲の少ない血管内治療の件数は増加しており、脳卒中の対応件数や心臓カテーテル治療の件数は、前年度実績および目標値を上回った。
- 令和5年8月に地域連携課に脳卒中相談窓口を設置し、退院後の患者からの相談にも対応できる体制を構築した。
- FFRCT検査数の増加に取り組み、患者への身体的および時間的な負担の軽減に寄与した。

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

- 新しい放射線治療装置や頭皮冷却療法用装置を導入し、高度な医療サービスの提供を図るとともに、患者の安心やQOLを高めるといった患者の立場に立ったサービスの提供に努めており、県内の医療水準の向上に寄与している。
- 陰圧手術室の整備により、患者にとって、より広い範囲での身体状況に対応できる体制が整えられた。
- 鏡視下手術件数は目標にはおよばなかったが、前年度よりも増加していること、また、ロボット手術の件数が2割ほど増えていることは評価でき、今後に期待したい。

【評価項目No.4（救急医療）】

- 「四日市市+菰野町」地区外からも救急搬送患者の積極的な受入れを行うとともに、目標値を上回る高い救急搬送患者応需率（98.4%）を達成しており、地域医療に大きく貢献している。
- 救急医療の適正な受診の促進を図る一方で、救急車搬送患者数は令和4年度（+21.0%）に引き続き大幅に増えており（+11.8%）、隣接地域からの受入れの難しい重症患者等への救急対応も行っている。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

- 小児科の専門領域診療をはじめ、新型コロナウイルス感染症に罹患している妊婦患者等のハイリスク分娩を受け入れるなど、積極的な小児・周産期医療を展開しており、地域周産期母子医療センターとしての役割を十分発揮している。
- 紹介患児を原則24時間断らず診療対応するほか、発達障害診療を臨床心理士と連携して行うなど幅広い医療の提供に努めており、地域の中核病院としての機能を果たしている。
- NICU利用延べ患者数は目標値を上回り、MFICU利用延べ患者数も、新型コロナウイルス感染症妊婦患者用に転用した病床の利用状況も加味すると、年度計画の暫定的な目標値を達成しており評価できる。

- 異常分娩の割合が 46.7%と少ないが、正常分娩 152 例のうち 130 件が他の医療機関からの紹介であり、異常分娩においても 133 例のうち 125 例が紹介を受けたものであり、出産においての連携、機能分化がされている点が評価できる。

【評価項目No.6（感染症医療）】

- 積極的に新型コロナウイルス感染症対策に貢献したことは評価できる。
- コロナ禍で得られた教訓をもとに、新たな感染症に対応すべく感染症対応の陰圧手術室を整備されたことは評価できる。
- 「感染症内科」の設置や地域と連携した患者受入れに取り組み、県の中核的感染症指定医療機関として、迅速に対応できる体制を整えた。
- 三重県感染対策支援ネットワークの相談支援体制の変更により、本院が北勢地域の窓口機能を担うこととなり評価できる。

【評価項目No.7（医療安全対策の徹底）】

- ヒヤリハット事例の報告方法を電子化することで報告を容易にしたこと、また、インシデント・アクシデントの状況を影響度別に各月公表するようにしたことなど、医療事故の適切な把握と抑制、医療安全の確保に向けた取組を推進しており評価できる。
- 医療安全に関する研修会には 9 割を超える職員が参加し、多くの職員の意識向上が図られている。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

- 医師数の増加および標榜科目の増加は、患者にとって選択肢が増え、より適切な治療が行えるようになったことであり評価できる。
- 感染症の専門外来を設けて、その診療体制を明確化したほか、医師の確保や増員を図るなど、人員確保に努められており評価できる。

【評価項目No.9（クリニカルパスの推進）】

- クリニカルパスについて、小児科で改良を図ったほか、脳神経外科、消化器内科、泌尿器科では新たに作成するなど質的向上に加え、アウトカム志向型の導入や活用にも努めている。また、救急患者が増え、主病の裏に多くの疾患が隠れていることが多いと考えられる中で、クリニカルパス利用率が、前年度実績および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）】

- 患者向け満足度調査の結果によると、医師とのコミュニケーション（説明や質問への相談対応）における満足度は、特に入院患者におい

ては 90%を超える高い水準を維持している。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

- 患者満足度の調査結果をみると、調査病院の平均を上回り、入院患者の満足度においては前年度実績および目標値を上回っており評価できる。外来患者の満足度も目標値に近く、いずれも高い水準を保っている。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

- 患者とスタッフの動線の改善など、待ち時間の短縮に向けた取組が行われており評価できる。
- 外来患者向け満足度調査の結果では、時間面全体では、調査病院の平均値を上回っている。

【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。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

- 地域連携課を地域連携部に組織改編して、患者支援センターを新設し、入退院支援や医療福祉相談対応等の相談支援環境が体系的に整えられたことで、よりきめ細やかで適切な支援サービスの提供が期待される。
- 入退院支援加算 1 の取得数、取得率ともに向上しており評価できる。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

- オンライン研修会の参加人数が増加するなど、全体の 9 割近い職員が接遇研修に参加し、接遇意識の向上が図られたほか、患者家族からの要望対応を検討し、ニーズに沿ったサービス提供が図られた。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

- 能登半島地震に対し DMA T として多くの隊員を派遣し、県外における災害医療に協力されたことは評価できる。
- DMA T としての訓練に参加し、災害医療機能の維持、充実に努めた。

【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患者について、5 類移行後も積極的に受入対応を行うとともに、適宜、体制や対策の見直しを行っている。
- 新型コロナウイルス感染症等の公衆衛生上の重大な危機に対する対

応など、指定地方公共機関としての役割を十分に果たしている。

- 高齢化社会に伴い結核感染症に接することがあるが、的確に対応されていることは評価できる。

【評価項目No.18（地域の医療機関等との連携強化）】

- 新型コロナウイルス感染症の影響が残る中、紹介患者数がわずかに目標値に届かなかったものの、他項目はいずれも目標値を上回っている。
- 地域の医療機関向け学術講演会の開催や、地域医療機関への積極的な訪問など地域連携強化が図られており評価できる。
- 放射線治療棟の完成披露等の広報をとおして、地域が享受できる新たな医療サービス機能の周知が図られたことは地域医療に資する。
- 地域の医療・介護従事者や一般市民向け等に、講演会や研修会、出前教室等を相当数実施し、地域の医療水準の向上に取り組まれた。
- 念願であった入退院を支援する部署が設立されたことは大いに評価できる。今後の活発な運用を期待したい。

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

- 引き続き、地域医療体制確保に不可欠な研修医が確保され、3年目の研修医全員が県内での勤務となるなど、地域医療体制の維持に貢献されていることは評価できる。
- 三重県へき地医療支援機構からの代診医派遣要請に基づき、へき地診療所へ医師の派遣を行った。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

- 令和5年度末に初期臨床研修を修了した研修医10人全員が、本院を含む県内勤務となったことは、地域の医療提供体制の確保に大いに貢献しており評価できる。
- 研修医の受入環境をハード・ソフト両面から整備したほか、説明会等で指導体制の周知を図り、計画どおりの研修医数を確保できている。また、三重大学の連携大学院として、大学院生を受け入れ研究活動を行うなど、医師研修・教育機関としての役割を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）】

- 看護師の定着率は前年度実績および目標値を上回る高い数値となっている。これは、サンキューカードやメッセージカード、文化祭、運動会といった定着のための諸施策の実施、資質向上に向けた取組、実習生の積極的な受入れなど、看護師の確保や育成に向けた取組の成果と考えられ評価できる。

- 前年度を上回る実習生の受入れや実習指導者の養成、オンライン就職説明会の開催、学校訪問、インターンシップや病院見学の受入れなど看護師の確保に資する取組や、新人看護師のサポートなど定着につながる取組、各種研修会への派遣など、さまざまな取組を実施して看護師の確保や育成を図っている。
- さまざまな取組により、多数の採用試験応募者があった。

【評価項目No.22（医療技術職員の専門性の向上）】

- コロナ禍が明けて学会や研修会に多く参加できる環境になったこともあり、医療技術職員の学会、研修への参加人数や発表数が増え、専門性の向上が図られている。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

- 資格取得のための研修には多大な時間を要するため、職場への負担が大きいが、取得者の数を維持し、さらに新たな特定行為研修修了者を育成され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）】

- 医学生、看護学生ともに実習生の受入人数は前年度実績を上回っている。また、指導医養成講習参加者数、看護実習指導者養成数は目標値を達成しており、県内における医療従事者の育成および育成環境の充実に貢献している。

【評価項目No.25（医療に関する調査及び研究）】

- 積極的に外部資金の導入を図り、2件の奨学寄附金を受け入れ研究に活用したほか、治験は継続試験5件に加えて新規で2件受託し、企業との共同研究も新規を含め3件実施するなど、調査研究に積極的に取り組んでいる。
- 学会や研究会等での発表、講演、論文掲載なども229回と多数に上り評価できる。

- 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.1（高度医療の提供（がん））】

- 目標値を未達成の項目が多く、今後のさらなる取組に期待したい。
- 新入院がん患者数の減少と、それに伴う化学療法患者数の減少がみられることから、紹介患者を増やすための取組が必要である。
- コロナ禍の影響による受診行動の変化がまだ残っていると考えられ

るが、患者数の増加を図る取組の実施、強化に期待したい。

【評価項目No.4（救急医療）】

- ウォークインで来院する緊急を要しない患者について受診を抑制していることから、救急患者受入数は目標を下回った。

【評価項目No.6（感染症医療）】

- 感染防止に関する院内研修会を開催されているが、業務等で参加できなかった職員に対する受講の方法を考えていただきたい。

【評価項目No.7（医療安全対策の徹底）】

- インシデント報告数や研修参加率等から、医療安全文化の醸成への努力はうかがわれるが、アクシデント件数が増加していることへの検証や再発防止対策が不明であり、引き続き原因と対策を講じることが望まれる。
- 医療安全対策の徹底は重要事項であり、今後もできる限り研修会への参加率 100%をめざしていただきたい。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

- さらに新しい診療科（糖尿病内科、腎臓内科、内分泌内科、膠原病に対応できる診療科）が整備されることを期待したい。

【評価項目No.10（インフォームドコンセントの徹底）】

- 入院の満足度に比べ、外来の満足度が低い。時間が限られている中ではあるが外来患者への丁寧な説明や対応に留意していただきたい。
- 入院患者の満足度についても、前年度の数値を下回っているため、さらなる努力に期待したい。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

- 診療および会計の待ち時間や、検査（特に採血）のための待ち時間の短縮に向けて、さらなる取組を期待したい。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

- 外来患者満足度調査では、例年「接遇面」における「プライバシーへの配慮」の点数が調査病院平均よりも低い。患者からの相談時に相談室を利用するようになったが、患者が求めるプライバシーへの配慮が、相談時のみの配慮を指しているのかやや疑問である。引き続き、「患者が求める配慮とは何か」、「接遇面でカバーできる部分はないか」などご検討いただきたい。
- 患者のプライバシーの確保に今後とも努力を期待したい。また、プラ

イバシーの意識は個人差が大きいため、常に慎重な態度で接する必要がある。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

- 念願であった地域連携部の中に新たな組織が発足したことは大いに評価できるが、誕生間もないため、1日も早く円滑に機能することを望む。現時点では目標とする本来の機能が十分に発揮できていないと思われるため一層の努力を期待したい。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

- 患者満足度のさらなる向上に向けて、研修会のより一層の充実を期待したい。
- 研修会への参加者が今一つ少ないように思われるため、さらなる努力を期待したい。
- 多々ある病院の中から選ばれる・推薦される病院となるには、良質な医療はもとより接遇意識の高さも肝要で、研修への一層多くの参加をめざすなど、接遇意識を持つことの重要性を全職員に定着させる努力を続けていただきたい。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

- 有事に対応できるよう、DMAT隊員数の早期の増員が望まれる。なお、隊員数が目標に達しなかったが、その要因は、研修枠が限られていることによるものであった。本年度、県はDMAT隊員のための研修、養成を積極的に進める方針であり、ぜひ隊員数の拡大に努めていただきたい。

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

- 三重県内各地の医療機関に派遣できる技量を持った医師を数多く育成するよう、引き続き努力をお願いしたい。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

- 一人でも多くの能力のある医師の確保や育成のため、医学的な教育だけでなく働き続けやすい環境の整備を継続してほしい。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

- 引き続き各職種における資格取得を支援するため取組を進めていただくことを期待したい。

【評価項目No.25（医療に関する調査及び研究）】

- 前年度の実績と比較して、倫理審査、奨学寄付金、治験については、

数値的に減少しているため、一層の努力を期待したい。

(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.4 (救急医療)】

- 受電設備の更新、点検のため停電となって救急外来が1日受入れを停止した日があった。本院が果たす救急医療の役割の意味を認識し、適切に対応できるように努力をお願いしたい。

【評価項目No.6 (感染症医療)】

- 新たな感染症の流行に備え、これまでの経験を大いに生かしていただくことを期待する。

【評価項目No.7 (医療安全対策の徹底)】

- 発信された情報が一方通行で終わらず関係者が確認し、共有・活用されることが重要であり、情報共有が適切に行われているかの確認もお願いしたい。

【評価項目No.8 (診療科目の充実)】

- 増加した医師の内訳をみると内科医師の数に変化はないため、感染症内科を標榜する医師の負担増にならないか懸念がある。

【評価項目No.9 (クリニカルパスの推進)】

- 引き続き、クリニカルパスの監査実施などにより、クリニカルパスの質向上を図っていただきたい。

【評価項目No.11 (患者満足度の向上)】

- 今後も引き続き、満足度の維持および向上をめざし、できることに取り組んでいただきたい。
- 「みなさまの声」に寄せられた意見等について、カスタマーハラスメントとして対応する必要がある場合は、組織として対応するなど慎重な対応をお願いしたい。

【評価項目No.12 (待ち時間の短縮)】

- 患者にとって待ち時間は非常にストレスのかかるものであるため、今後も継続して改善に取り組むことが望まれる。

【評価項目No.18（地域の医療機関等との連携強化）】

- 新設された入退院を支援する部署の機能については、今後の充実を期待したい。

【評価項目No.25（医療に関する調査及び研究）】

- 研究センターの活動をさらに活発にするなど、治験、臨床研究の遂行をさらに積極的に支援していただくことを期待したい。

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5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)、(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「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)】

- バランス・スコア・カードや会議等を活用して、運営方針の共有、課題や要望等に対する検討を行い、働き方改革や環境改善等の具体的な実施や成果につながっており評価できる。
- 継続して多くの部門、診療科・室の代表者と院長との面談機会の充実に取り組ま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)】

- 病診および病病連携の強化を図るとともに、病床稼働状況などをふまえた許可病床の削減や病棟間の稼働率の平準化など、効果的かつ効率的な業務運営を行っている。

【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）】

- TQM活動による業務改善の取組を継続しており、前年度を大きく上回るサークル数、人数が参加し、発表した。また、QCサークル「青葉大会」に参加したことなど積極的な取組は評価できる。
- QCサークルの大会で受賞したり、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や成果が対外的にも評価されており、職員の経営改善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）】

- 医師労働時間削減計画を策定し、積極的な採用やタスクシフト、バランス・スコア・カードにおける取組目標化など、医師および看護師等の業務負担の軽減や意識づけなどを講じた結果、医師および職員全体の一人当たりの年間時間外勤務時間を削減することができた。
- 職員満足度調査における評価が同規模病院中で9位と上位にランクしており、他院と比較して勤務環境が良好であることがうかがえる。
- 休憩室の整備やトイレ改修など、職場環境の改善が行われている。

【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、研究のモチベーションや能力向上につなげる工夫を行っており、その支給額が年々増加するなど、職員の意欲や能力の向上に取り組まれていることは評価できる。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

- 保険請求点検チームを結成し、院内で保険請求について発信できる人材の育成に努め、保険請求精度の向上に取り組んでいること、施設基準管理の専門人材を育成していることは評価できる。
- 職場内で形を変えさまざまな研修を行い、広く知識を普及させる取組をしていることは評価できる。

【評価項目No.32（収入の確保）】

- 病床稼働率の向上や延べ入院患者数が増加していることは評価できる。

【評価項目No.33（費用の節減）】

- 最近の気候変動や社会情勢の変化の中で経費の削減を図ることは非常に難しい課題であるが、そのような中、医薬品、診療材料の購入単価の抑制や電気使用量の削減がなされていることは評価できる。
- アドバイザリー業務委託による価格交渉や診療材料の同種同効品への切替えなど、費用節減に向けての取組は評価できる。

【評価項目No.34（積極的な情報発信）】

- 市民講座の開催、新設した放射線治療棟の披露、DMATによる取組や活動情報の発信等を実施し、地域内外における本院の役割や機能、活動に関する情報を地域やメディア向けに発信できており評価できる。

- 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.26（適切な運営体制の構築）】

- アフターコロナにおける経営、働き方改革の推進等、課題は多いが、病院全体で意思疎通を十分に図りながら、適切で効果的な業務運営を遂行していただきたい。

【評価項目No.27（効果的・効率的な業務運営の実現）】

- 経営状況の改善を考慮しながら、アフターコロナにおいても効果的、効率的な業務運営の実施を期待したい。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

- 事務部門の専門性向上が図られている一方で、査定率、減点額、返戻件数等が増えているため、これらの改善に取り組んでほしい。
- 引き続き職員のプロパー化に取り組んでいただくことを期待したい。

【評価項目No.32（収入の確保）】

- 病床稼働率は前年度実績を上回るものの、目標値との乖離が大きく、収益確保の面からも、病床稼働率向上に向けた取組が重要である。
- 医業収益が減少している点を研究し、収益を増やす努力をお願いしたい。また、医療経営委員会での取組がまだ十分な効果を上げられていないので、研究をお願いしたい。

【評価項目No.34（積極的な情報発信）】

- ホームページ閲覧数が大きく減少し、目標値を下回っている。医療センターニュースや、かけはし通信、その他各種取組は評価できるものの、ホームページ閲覧数の減少要因について分析を行い、内容の充実や、よりわかりやすいものにするなど改善すべき事項があれば、取り組んでいただきたい。
- インターネットやマスコミを使った情報発信は効率が良く、一般の方にも興味を持っていただけるため、センターニュースや出前講座の内容を紹介するなど、さらに積極的に進め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

該当なし

(5) 評価委員会からの意見等

【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）】

- 今後とも、職員の経営意識を高めながら、業務改善活動が活発に行われることを期待したい。

【評価項目No.30（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

- 今後も、適切な人事評価を行い、職員の満足度向上が図られることを期待したい。

【評価項目No.32（収入の確保）】

- 横断的な病床管理を行ったことにより、延べ入院患者数が増加した一方で、手術件数の減少に伴う入院単価の低下により入院収益が減少し、医業収益が減少したことはやむを得ないとする。

【評価項目No.33（費用の節減）】

- 次年度についても薬品費比率、診療材料比率、電気使用量の削減を期待したい。

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5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)、(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「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

【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)の減少が大きく影響しているが、経常収支比率は99.1%でふみとどまった。今後の努力に期待したい。
- 新たな収益確保のため、救急体制充実加算等の確保に向けた取組や、紹介患者の増加に向けた、地域連携部と医師による院内連携強化を図っている。

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

【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))】

- 補助金収入の大幅な減少により、本来の医業による収益確保に向けた取組および強化が望まれる。補助金に依存しない財務経営の健全化に向けて、引き続き努力をお願いしたい。

(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

該当なし

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>

「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5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)、(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「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	
4		3	1			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.36 (保健医療行政への協力)】

- 北勢地域の中核拠点として、保健医療行政に積極的に役割を果たされている。さまざまな委員会への参画をはじめ、三重県行政や四日市市行政に協力されている事は大いに評価できる。

【評価項目No.37 (医療機器・施設の整備・修繕)】

- 新たな医療機器の購入や病院設備の改善整備を積極的に行っていることは大いに評価できる。
- 機器の更新、手術室の整備、LED化による電気使用量削減など、施設の整備および修繕に積極的に取り組まれている。

【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（施設及び設備に関する計画））】

- 開院後 30 年、地方独立行政法人化後 12 年が経過し、さまざまな分野での改善や更新が必要になってきている。前年度に比べ施設設備関連に要した費用は著しく大きくなっているが、長寿命化をふまえ積極的に改善策を講じ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.36（保健医療行政への協力）】

- 引き続き、北勢医療圏における中核的病院として、保健医療行政に協力していただくことを期待したい。

【評価項目No.37（医療機器・施設の整備・修繕）】

- 費用対効果や地域の医療需要を考慮しつつ、北勢地域の中核拠点として医療機器の導入や更新および施設の整備を進めていただくことを期待したい。

【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）】

- 診療報酬請求の不適切事案や薬剤マスタ登録にかかる誤処方事案の経験を生かして、法令に則り公明正大に取り組んで再発防止に努めることを期待したい。
- 今後もRCMの活用および充実を図り、リスクを未然に発見できるよう取り組んでいただきたい。

【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（施設及び設備に関する計画））】

- 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
該当なし

（5）評価委員会からの意見等
該当なし

3 項目別の評価結果一覧

年度計画の項目名	指標の有無	R 5 業務実績評価		
		No.	法人の自己評価	評点
大項目 > 中項目 > 小項目 > 最小項目				
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 医療の提供				
(1) 診療機能の充実				
ア 高度医療の提供				
(7) がん	有	1	III	III
(8) 脳卒中・急性心筋梗塞 等	有	2	IV	IV
(9) 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	V	V
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	IV	IV
(2) 公衆衛生上の重大な危機が発生した場合の対応		17	IV	IV
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・育成				
ア 医師の確保・育成	有	20	IV	IV
イ 看護師の確保・育成	有	21	IV	IV
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	IV	IV
5 医療に関する調査及び研究		25	IV	IV

年度計画の項目名	指標の有無	R 5 業務実績評価		
		No.	法人の自己評価	評点
大項目 > 中項目 > 小項目 > 最小項目				
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				
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	IV	IV
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	IV	IV
(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 参考資料 ○地方独立行政法人三重県立総合医療センター第三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	中期計画 R4~R8			R5			増減	R6 目標値
		目標値	実績値	対目標値	目標値	実績値	対目標値	対前年度	
		a	b	b/a	c	d	d/c	d-b	

《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)	630	610	590	96.7%	615	603	98.0%	13	620
	化学療法 実患者数(人)	580	560	578	103.2%	565	539	95.4%	▲ 39	570
	放射線治療件数(件)	4,200	3,300	2,681	81.2%	3,500	3,167	90.5%	486	4,200
	新入院がん患者数(人)	2,160	1,900	1,559	82.1%	1,900	1,444	76.0%	▲ 115	2,000
2	t-PA+脳血管内手術件数(件) (血栓回収療法を含む。)	60	40	58	145.0%	45	62	137.8%	4	50
	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、心腫瘍摘出術、心房中隔欠損症手術)	290	290	267	92.1%	290	304	104.8%	37	290
3	鏡視下手術件数(件)	1,050	850	818	96.2%	900	839	93.2%	21	950
4	救急患者受入数(人)	13,200	12,000	11,618	96.8%	13,200	11,819	89.5%	201	13,200
	(内 救命救急センター入院患者数)	1,320	1,200	1,324	110.3%	1,320	1,236	93.6%	▲ 88	1,320
5	救急搬送患者 応需率(%)	98.0	95	96.6	101.7%	98.0	98.4	100.4%	1.8	98.0
	NICU利用患者数(人)【新生児集中治療室】	1,970	1,750	2,087	119.3%	1,800	1,888	104.9%	▲ 199	1,850
9	MFICU利用患者数(人)【母体・胎児集中治療室】5人運用	1,640	1,280	902	70.5%	1,350	943	69.9%	41	1,450
	クリニカルパス利用率(%) ※1	42.0	42.0	43.9	104.5%	42.0	44.2	105.2%	0.3	42.0
11	患者満足度 入院患者(%) ※2	96.0	96.0	95.6	99.6%	96.0	96.9	100.9%	1.3	96.0
	患者満足度 外来患者(%) ※3	92.0	92.0	91.8	99.8%	92.0	91.8	99.8%	0.0	92.0
16	DMA T(災害派遣医療チーム) 隊員数(人)	23	23	20	87.0%	23	19	82.6%	▲ 1	23
18	紹介患者数(人)	10,000	8,930	9,707	108.7%	9,200	9,198	100.0%	▲ 509	9,500
	紹介率(%) ※4	75.0	70.0	69.3	99.0%	72.0	76.2	105.8%	6.9	73.0
	逆紹介率(%)	86.0	86.0	84.1	97.8%	86.0	100.0	116.3%	15.9	86.0
	病診連携検査数(件)	2,300	2,000	2,177	108.9%	2,080	2,171	104.4%	▲ 6	2,160
20	初期及び後期研修医数(人)	39	39	37	94.9%	39	33	84.6%	▲ 4	39
21	看護師定着率(%) ※5	92.0	92.0	91.6	99.6%	92.0	93.0	101.1%	1.4	92.0
23	特定行為研修修了者数(人)	5	1	1	100.0%	1	2	200.0%	1	1
24	臨床研修指導医養成講習参加者数(人)	2	2	4	200.0%	2	2	100.0%	▲ 2	2
	看護実習指導者養成数(人)	10	2	3	150.0%	2	3	150.0%	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とるべき措置

29	職員満足度(%) ※6	3.3	3.3	3.32	100.6%	3.3	3.19	96.7%	▲ 0.13	3.3
32	病床稼働率 実働病床数ベース(%) ※7	89.2	83.6	72.9	87.2%	86.0	74.6	86.7%	1.7	87.1
34	ホームページ閲覧数(件)	245,000	245,000	254,649	103.9%	245,000	232,111	94.7%	▲ 22,538	245,000

(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
※3	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
※4	紹介率 (%)	紹介患者数 / (初診患者数 - 休日・時間外患者数) × 100
※5	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
※6	職員満足度 (%)	職員満足度調査での調査項目 (11) のうち総合評価 (5段階評価) の単純平均
※7	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 × 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	株式会社百五総合研究所 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	公益社団法人三重県看護協会 会長
委 員	淵田 則次	公益社団法人三重県医師会 監事 公益社団法人四日市医師会 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6年7月16日
- ・ 第2回 令和6年8月20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