

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

令和元年度業務実績に関する評価結果

令和2年9月

三 重 県

地方独立行政法人三重県立総合医療センターの令和元年度業務実績に
関する評価結果について

地方独立行政法人法（平成 15 年法律第 118 号）第 28 条第 5 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の令和元年度業務実績に関する評価結果を次のとおり報告する。

令和 2 年 9 月 17 日提出

三 重 県 知 事 鈴 木 英 敬

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）	12
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	12
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	20
III 財務内容の改善に関する事項	24
IV その他業務運営に関する重要事項	26
3 項目別の評価結果一覧	28
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	29
○ 地方独立行政法人法（関係条文）	31
○ 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	32
○ 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	35
○ 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	39
○ 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	39

《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＞

法人の令和元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)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））】

- がん手術件数・化学療法実患者数については、目標値を達成した。特に手術については、低侵襲性の手術を推進し、乳房温存手術では医師を増員したことにより、件数が増加した。
- 高度かつ安全な医療の提供を目的とし、5月に手術支援ロボットを導入した。2月には、腹腔鏡下直腸切除・切断術の施設基準の承認を得た。
- 放射線治療については、非常勤医師を増員し、手術・化学療法と合わせた集学的治療の診療体制を強化できた。
- 緩和ケアチームでの入院患者への介入件数は減少したが、緩和ケア外来患者数は昨年度比で増加しており、入院・外来を問わず、緩和ケアチームとして介入や相談対応を行っていることと評価できる。
- 地域がん診療連携拠点病院の再指定を目指し、必要となる人的条件である常勤病理医を配置することができたことは評価できる。

【評価項目No.2（脳卒中・心筋梗塞）】

- t-PA+脳血管内手術件数は増加し、心カテーテル治療+胸部心臓血管手術件数とともに、目標を上回っていることは評価できる。
- 「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。
- 脳卒中にとどまらない脳神経外科分野の疾患への治療を積極的に行っている。
- 心疾患において、高度かつ専門的な医療を提供している。

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

- 新機器の導入等により高度な医療に対応すべく努力していることは評価できる。
- 救命救急センターや手術室への多職種配置により、チーム医療のさらなる推進を行っている。

【評価項目No.4（救急医療）】

- 医師の確保、専門医のオンコール体制により救急患者を積極的に受け入れられる体制を整えている。
- 90%を超える応需率を維持し続けており、令和元年度は 99.0%と極め

て高い応需率となった。また近隣他院と比べても重篤患者の受入れにも尽力している。

○二次救急については四日市市及び菰野町の地区内での救急輪番制の役割を果たしており、地区外からも適宜救急患者を必要に応じて受け入れている。

【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入れに積極的に取り組んでいる。NICU や MFICU の利用延べ患者数は目標値を上回っており、地域周産期母子医療センターとしての役割を十分に果たしている。

【評価項目No.6（感染症医療）】

○新型インフルエンザ等対策として、平成 29 年度に補助金を活用して導入した空気感染制御ユニットを、新型コロナウイルス対策として実際に設置・使用した。平時の訓練よりも短時間で設置・使用することができ、訓練の効果を明らかにできたことは評価できる。

○1 月以降は、新型コロナウイルス感染症に関する情報を配信するとともに、受け入れ態勢や感染対策について随時検討・対応していたことは評価できる。

○県、四日市市の新型コロナウイルス関連会議への参加、四日市港新型インフルエンザ等感染症対応訓練の参加を通し、患者受け入れ体制について関係機関と確認したことは評価できる。

【評価項目 No.7（医療安全対策の徹底）】

○医療安全に関する意識向上、インシデント、アクシデントの再発防止のため、環境づくりに努めていることは評価できる。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

○標榜科で唯一常勤医が不在となっていた病理医の確保に加え、検査部門専門医や乳腺外科医などを確保し、診療体制を充実させたことは評価できる。

【評価項目No.9（クリニカルパスの推進）】

○クリニカルパス利用率について、目標値を上回ったことは評価できる。

【評価項目No.10（インフォームドコンセントの徹底）】

○入院・外来ともに、患者アンケートにおける医師満足度が上昇していることは評価できる。また、セカンドオピニオンについても、平成 30 年度とほぼ同一水準の件数を受けたことは評価できる。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

○外部委託をした上で、患者満足度の指標となる「当院推薦」について、高水準を維持したことは評価できる。また、入院患者のアンケート有効回収率が改善していることも評価できる。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

○平均待ち時間について、TQM活動等の成果により、数値として明らかな短縮を実現させたことは評価できる。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

○新規採用者への研修のほか、全職員を対象に研修会が開催されていることに意識の高さが表れており評価できる。今後も一人一人の患者への丁寧な対応を継続されたい。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

○社会福祉士を1名増員したことにより、相談件数は着実に増加している。また、入院時からの円滑な退院支援、地域の医療機関、介護サービス事業所等との一層の連携により、在宅移行の割合が昨年よりも更に上昇していることは評価できる。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

○外部講師による接遇研修の回数、ビデオによる研修の新設を行ったことにより、参加した職員数が増えていることは、接遇意識の向上と考えられ評価できる。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

○災害拠点病院として、DMATの3チーム体制を維持し、非常時に備えた訓練が繰り返し行われており、常に意識や技術を高く保つための努力をしている。
○基幹災害拠点病院として、地域の災害医療の連携協力体制の強化を図っている。

【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という有事に対し、通常の診療を継続しながら適切に対処を行っていることは高く評価できる。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

○地域の医療機関等との連携強化や地域医療支援病院運営委員会等での積極的な活動を続けており、紹介患者数は昨年度に続き増加、紹介率及

び逆紹介率も引き続き地域医療支援病院の承認にかかる基準を上回った。指標 5 項目についても総て目標値を上回っていることは評価できる。

○地域医療の中心的役割だけでなく、訪問看護や介護・福祉の分野といった多職種を巻き込み、地域包括ケアシステムにおいても中心的役割を果たしていることは評価できる。

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

○初期臨床研修医、後期臨床研修医の確保数は昨年度を上回っており、地域の医療提供体制の確保に貢献できていることは評価できる。令和 2 年度の初期研修医については 10 名採用できており、継続的に確保できている。

○へき地医療拠点病院として、診療所への代診医派遣依頼にも応じていることは評価できる。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

○研修医の研修環境・教育研修内容の整備、積極的な医学生の実習受入れや説明会への参加等により、初期及び後期研修医は計 42 名と、目標値を大きく上回る数を確保できたことは十分に評価できる。

○三重大学の連携大学院として継続して大学院生を受入れ、活発な研究活動を行っていることは、今後の医師確保につながると考える。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

○新人看護師の卒後臨床研修システム、各部署と看護部の連携により、新人看護師の私事以外での退職がなかったことは高く評価できる。昨年度に引き続き子ども参観日を実施し、次世代の看護師育成という観点からも有意義な取組を継続している。また、育児休暇取得中の職員に対する情報提供や、復職後の不安軽減対策にも努めていることは、定着率・復職率の向上に繋がっていると考えられ評価できる。

○看護師養成校への積極的な講師派遣を継続して、次世代の看護師の育成に貢献するだけでなく、病院のアピールにつなげようと意識し、積極的に看護師の確保に努めている。また、院内指導者育成コースを定着させ、看護師の資質向上に努めていることも評価できる。養成校への講師派遣は今後も継続し、さらなるアピールに努められたい。

○インターンシップや院内就職説明会の開催、院外就職ガイダンスへの出展等、様々な手法での確保策を検討し実施していることが伺える。

○様々な取組の結果、看護師の定着率は引き続き目標値を上回り、受験応募者も 53 名となり、一定数の採用に至ったことは評価できる。

【評価項目No.22（医療技術職員の専門性の向上）】

○日々進歩してゆく医学・医療に対応する努力はすべての医療職に共通

した課題であるため、職員が学会をはじめとした研修会に参加していることは評価できる。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

○医療に必要となる資格について、取得に向けたサポート・準備を行い、新たに取得された方の人数が、目標値を上回っ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）】

○医学実習生、看護実習生の積極的な受入れに引き続き努め、県内医療従事者の育成を図った。

○臨床研修指導医養成講習参加者数や看護実習指導者養成数も目標を上回り、指導者の育成を図ることができ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）】

○各種学会での研究論文の発表や専門誌への掲載は、医療水準の向上に不可欠であり、多忙な日常診療の中で様々な学会等に数多くの発表をされたことは評価できる。また、「研究センター」を設置し、外部資金の導入、企業との共同研究にも積極的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るべき措置」

【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を新たに取得したことは評価できる。

○助産師・看護師44名、薬剤師2名、管理栄養士1名、診療放射線技師3名、臨床検査技師1名、理学療法士1名、臨床工学技士2名、MSW1名、診療情報管理士を含む事務職を5名採用したほか、令和2年4月1日採用者も相当数確保し、効果的・効率的な業務運営に向けた職員の確保を行っ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）】

○医事経営部門に経験者の事務職員を採用し、県派遣職員を削減し、事務部門の専門性を確保しつつプロパー化を図る流れを継続し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」

【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））】

○新たな加算の取得により入院単価が上昇し、紹介患者数も増加したことは評価できる。

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）】

○アンギオ装置、細胞検査装置の更新、病理検査支援システム、手術支援ロボットの導入など、機器・施設の整備に努め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

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、ESD、RFA 件数が減少している。今後の件数の増加に期待したい。

【評価項目No.2（高度医療の提供（脳卒中・急性心筋梗塞等））】

○脳卒中の地域連携クリニカルパス利用件数、脳腫瘍の治療件数が減少している。今後の件数の増加に期待したい。

【評価項目No.7（医療安全対策の徹底）】

○アクシデント件数については、増加している。原因を検討し、件数の増加に対する具体的な対策を講じる等、更なる努力を期待したい。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

○外来患者のアンケート結果において否定的な意見の割合がやや増加している点については、更なる改善の余地があると考えられる。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

○研修参加者の数は増加しているが、職員数から考えると参加者数が多い

いとは言い難い。また、接遇に関する満足度のアンケート調査では、外来患者の満足度が低下しているため、更なる改善を期待したい。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

○災害時の初動対応を再確認するという理由はあるものの、部門別研修は行ったが全体研修は行えていない。次年度以降の開催を期待したい

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

○今後も、へき地医療拠点病院として引き続き代診医派遣に努められたい。

【評価項目No.22（医療技術職員の専門性の向上）】

○コメディカル専門研修参加人数が減少している。多忙な日常業務の時間を割いて研修を行うことは困難を伴うが、引き続き職員が研修に参加しやすい環境づくりを進め、より多くの職員が研修に参加できることを期待する。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

○実習生の受け入れを積極的に行っており、使命である県内医療従事者の育成への貢献の役割が果たされている。今後、指導者の養成、派遣の努力を継続されるよう期待する。

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.29（就労環境の向上）】

○職員の満足度は昨年に比べ上昇している。一方で、時間外勤務時間が増加を続けていることは改善の余地があると言える。就労環境の向上のため時間外勤務時間の短縮は重要な課題である為、原因を分析して具体的な改善策を検討し、職員が働きやすい環境づくりに努めていただきたい。

【評価項目No.32（収入の確保）】

○入院収益は過去最高を記録した昨年度と比べると大幅減となったが、新型コロナウイルス対策による影響も一部にあることを踏まえると、やむを得ないものとする。

○診療報酬査定については、返戻件数が増加しており、診療報酬請求書の点検方法に改善の余地があると考えられる。

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））】

○経常収支比率については、目標としている 100%を達成できなかった。新型コロナウイルスによる収入減少は十分に考慮しなくてはならないが、人件費の大幅な増加も収支悪化の大きな要因ではある為、次年度以降に向けて検討すべき課題であると考えられる。

○体制強化の為人員増となったことを活かし、更なる高度医療・効率的な運用で入院患者を増やし、入院診療単価の上昇が図れることを期待したい。

大項目 IV 「その他業務運営に関する重要事項」

【評価項目No.39（財務・会計事項）】

○急速に進歩する医療技術に対応するため常に医療機器の更新を考えなければならず、特に令和元年度は消費税の改定がなされ厳しい状態であったと考えられる。今後も計画的な法人運営を期待したい。

（４）評価委員会からの意見等

地方独立行政法人化から 8 年目が終了し、現在は第二期中期目標期間の 3 年目となるが、高齢化や医療機関の機能分化、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＞

法人の令和元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	2	16	7			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））】

○がん手術件数・化学療法実患者数については、目標値を達成した。特に手術については、低侵襲性の手術を推進し、乳房温存手術では医師を増員したことにより、件数が増加した。

○高度かつ安全な医療の提供を目的とし、5月に手術支援ロボットを導入した。2月には、腹腔鏡下直腸切除・切断術の施設基準の承認を得た。

○放射線治療については、非常勤医師を増員し、手術・化学療法と合わせた集学的治療の診療体制を強化できた。

○緩和ケアチームでの入院患者への介入件数は減少したが、緩和ケア外来患者数は昨年度比で増加しており、入院・外来を問わず、緩和ケアチームとして介入や相談対応を行っていることと評価できる。

○地域がん診療連携拠点病院の再指定を目指し、必要となる人的条件である常勤病理医を配置することができたことは評価できる。

【評価項目No.2（脳卒中・心筋梗塞）】

○t-PA+脳血管内手術件数は増加し、心カテーテル治療+胸部心臓血管手術件数とともに、目標を上回っていることは評価できる。

○「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。

○脳卒中にとどまらない脳神経外科分野の疾患への治療を積極的に行っている。

○心疾患において、高度かつ専門的な医療を提供している。

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

○新機器の導入等により高度な医療に対応すべく努力していることは評価できる。

○救命救急センターや手術室への多職種配置により、チーム医療のさらなる推進を行っている。

【評価項目No.4（救急医療）】

○医師の確保、専門医のオンコール体制により救急患者を積極的に受け入れられる体制を整えている。

○90%を超える応需率を維持し続けており、令和元年度は99.0%と極めて高い応需率となった。また近隣他院と比べても重篤患者の受入れにも尽力している。

○二次救急については四日市市及び菰野町の地区内での救急輪番制の役割を果たしており、地区外からも適宜救急患者を必要に応じて受け入れている。

【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入れに積極的に取り組んでいる。NICUやMFICUの利用延べ患者数は目標値を上回っており、地域周産期母子医療センターとしての役割を十分に果たしている。

【評価項目No.6（感染症医療）】

○新型インフルエンザ等対策として、平成29年度に補助金を活用して導入した空気感染制御ユニットを、新型コロナウイルス対策として実際に

設置・使用した。平時の訓練よりも短時間で設置・使用することができ、訓練の効果を明らかにできたことは評価できる。

○1月以降は、新型コロナウイルス感染症に関する情報を配信するとともに、受け入れ態勢や感染対策について随時検討・対応していたことは評価できる。

○県、四日市市の新型コロナウイルス関連会議への参加、四日市港新型インフルエンザ等感染症対応訓練の参加を通し、患者受け入れ体制について関係機関と確認したことは評価できる。

【評価項目 No.7（医療安全対策の徹底）】

○医療安全に関する意識向上、インシデント、アクシデントの再発防止のため、環境づくりに努めていることは評価できる。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

○標榜科で唯一常勤医が不在となっていた病理医の確保に加え、検査部門専門医や乳腺外科医などを確保し、診療体制を充実させたことは評価できる。

【評価項目No.9（クリニカルパスの推進）】

○クリニカルパス利用率について、目標値を上回ったことは評価できる。

【評価項目No.10（インフォームドコンセントの徹底）】

○入院・外来ともに、患者アンケートにおける医師満足度が上昇していることは評価できる。また、セカンドオピニオンについても、平成30年度とほぼ同一水準の件数を受けたことは評価できる。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

○外部委託をした上で、患者満足度の指標となる「当院推薦」について、高水準を維持したことは評価できる。また、入院患者のアンケート有効回収率が改善していることも評価できる。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

○平均待ち時間について、TQM活動等の成果により、数値として明らかな短縮を実現させたことは評価できる。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

○新規採用者への研修のほか、全職員を対象に研修会が開催されていることに意識の高さが表れており評価できる。今後も一人一人の患者への丁寧な対応を継続されたい。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

○社会福祉士を1名増員したことにより、相談件数は着実に増加している。また、入院時からの円滑な退院支援、地域の医療機関、介護サービス事業所等との一層の連携により、在宅移行の割合が昨年よりも更に上昇していることは評価できる。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

○外部講師による接遇研修の回数、ビデオによる研修の新設を行ったことにより、参加した職員数が増えていることは、接遇意識の向上と考えられ評価できる。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

○災害拠点病院として、DMATの3チーム体制を維持し、非常時に備えた訓練が繰り返し行われており、常に意識や技術を高く保つための努力をしている。

○基幹災害拠点病院として、地域の災害医療の連携協力体制の強化を図っている。

【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という有事に対し、通常の診療を継続しながら適切に対処を行っていることは高く評価できる。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

○地域の医療機関等との連携強化や地域医療支援病院運営委員会等での積極的な活動を続けており、紹介患者数は昨年度に続き増加、紹介率及び逆紹介率も引き続き地域医療支援病院の承認にかかる基準を上回った。指標5項目についても総て目標値を上回っていることは評価できる。

○地域医療の中心的役割だけでなく、訪問看護や介護・福祉の分野といった多職種を巻き込み、地域包括ケアシステムにおいても中心的役割を果たしていることは評価できる。

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

○初期臨床研修医、後期臨床研修医の確保数は昨年度を上回っており、地域の医療提供体制の確保に貢献できていることは評価できる。令和2年度の初期研修医については10名採用できており、継続的に確保できている。

○へき地医療拠点病院として、診療所への代診医派遣依頼にも応じていることは評価できる。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

○研修医の研修環境・教育研修内容の整備、積極的な医学生の実習受入れや説明会への参加等により、初期及び後期研修医は計42名と、目標値を大きく上回る数を確保できたことは十分に評価できる。

○三重大学の連携大学院として継続して大学院生を受入れ、活発な研究活動を行っていることは、今後の医師確保につながると考える。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

○新人看護師の卒後臨床研修システム、各部署と看護部の連携により、新人看護師の私事以外での退職がなかったことは高く評価できる。昨年度に引き続き子ども参観日を実施し、次世代の看護師育成という観点からも有意義な取組を継続している。また、育児休暇取得中の職員に対する情報提供や、復職後の不安軽減対策にも努めていることは、定着率・復職率の向上に繋がっていると考えられ評価できる。

○看護師養成校への積極的な講師派遣を継続して、次世代の看護師の育成に貢献するだけでなく、病院のアピールにつなげようと意識し、積極的に看護師の確保に努めている。また、院内指導者育成コースを定着させ、看護師の資質向上に努めていることも評価できる。養成校への講師派遣は今後も継続し、さらなるアピールに努められたい。

○インターンシップや院内就職説明会の開催、院外就職ガイダンスへの出展等、様々な手法での確保策を検討し実施していることが伺える。

○様々な取組の結果、看護師の定着率は引き続き目標値を上回り、受験応募者も53名となり、一定数の採用に至ったことは評価できる。

【評価項目No.22（医療技術職員の専門性の向上）】

○日々進歩してゆく医学・医療に対応する努力はすべての医療職に共通した課題であるため、職員が学会をはじめとした研修会に参加していることは評価できる。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

○医療に必要となる資格について、取得に向けたサポート・準備を行い、新たに取得された方の人数が、目標値を上回っ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）】

○医学実習生、看護実習生の積極的な受入れに引き続き努め、県内医療従事者の育成を図った。

○臨床研修指導医養成講習参加者数や看護実習指導者養成数も目標を上回り、指導者の育成を図ることができ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）】

○各種学会での研究論文の発表や専門誌への掲載は、医療水準の向上に不可欠であり、多忙な日常診療の中で様々な学会等に数多くの発表をされたことは評価できる。また、「研究センター」を設置し、外部資金の導入、企業との共同研究にも積極的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））】

○鏡視下手術、ESD、RFA 件数が減少している。今後の件数の増加に期待したい。

【評価項目No.2（高度医療の提供（脳卒中・急性心筋梗塞等））】

○脳卒中の地域連携クリニカルパス利用件数、脳腫瘍の治療件数が減少している。今後の件数の増加に期待したい。

【評価項目No.7（医療安全対策の徹底）】

○アクシデント件数については、増加している。原因を検討し、件数の増加に対する具体的な対策を講じる等、更なる努力を期待したい。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

○外来患者のアンケート結果において否定的な意見の割合がやや増加している点については、更なる改善の余地があると考えられる。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

○研修参加者の数は増加しているが、職員数から考えると参加者数が多いとは言いがたい。また、接遇に関する満足度のアンケート調査では、外来患者の満足度が低下しているため、更なる改善を期待したい。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

○災害時の初動対応を再確認するという理由はあるものの、部門別研修は行ったが全体研修は行えていない。次年度以降の開催を期待したい

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

○今後もへき地医療拠点病院として引き続き代診医派遣に努められたい。

【評価項目No.22（医療技術職員の専門性の向上）】

○コメディカル専門研修参加人数が減少している。多忙な日常業務の時間を割いて研修を行うことは困難を伴うが、引き続き職員が研修に参加しやすい環境づくりを進め、より多くの職員が研修に参加できることを期待する。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

○実習生の受け入れを積極的に行っており、使命である県内医療従事者の育成への貢献の役割が果たされている。今後、指導者の養成、派遣の努力を継続されるよう期待する。

（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.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

○手術支援ロボットの導入については、医療水準の向上に寄与するものではあるが、同一医療圏に高額な機器が複数台導入されたことについては、一考を要すると考えられる。

【評価項目No.5（小児・周産期）】

○地域周産期母子医療センターとしての三重県内での立ち位置を考えると、本年度の三重県の周産期死亡率の低さが全国一であった事について、役割を十分に果たしていると考えられ、評価できる。

【評価項目No.7（医療安全対策の徹底）】

○アクシデント件数は年々増加している。既存の取り組みが、再発防止に役立っていると言えるのか、検討をお願いしたい。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

○実際に待ち時間を継続し、改善がみられていることは評価できる。一方で、患者の感じ方には個人差があり、十分な満足が得られることは困難であるため、最大限の努力をしても、評価の向上につながらないと考えられるが、今後も継続した努力を期待したい。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

○常勤職員 705 名に対し、延べ 807 名の参加を得たことは評価できる。日常の診療に生かすための努力をお願いしたい。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

○研修医の受け入れ数については評価できるが、臨床の場において指導医を評価する客観的なシステムの導入を期待したい。

【評価項目No.22（コメディカル）】

○医療技術職の専門性の向上には、院外研修が不可欠である。研修参加数だけで評価するのは危険ではあるが、新型コロナウイルス感染拡大に伴い、オンライン研修が開催されている現状を鑑み、積極的に研修に参加できるよう、取組をお願いしたい。

【評価項目 No.25（医療に関する調査及び研究）】

○積極的に研究に取り組む姿勢は評価できる。数だけでの判断は困難ではあるが、倫理審査申請件数は、更に一層の活躍を期待したい。

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＞

法人の令和元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)】

○業務運営に際し、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、昨年度を上回る院長との対話実施を行ったことは評価できる。

【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を新たに取得したことは評価できる。
○助産師・看護師44名、薬剤師2名、管理栄養士1名、診療放射線技師3名、臨床検査技師1名、理学療法士1名、臨床工学技士2名、MSW1名、診療情報管理士を含む事務職を5名採用したほか、令和2年4月1日採用者も相当数確保し、効果的・効率的な業務運営に向けた職員の確保を行ってい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）】

○医療の質向上に向けた業務改善ツールとしてのTQM活動が継続的かつ積極的に取り組まれている。

○QCサークルの大会の事例発表では2年連続で知事賞を受賞するなど、活動の質の高さもうかがえる。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○職員満足度については、労働条件や職場環境等、労使間で課題の抽出と対応が進められており、改善に向けた積極的な取り組み姿勢がみられる。引き続き、満足度向上に向けた議論・取り組みを継続していただきたい。

【評価項目No.30（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

○医師の人事評価制度に基づいた成果還元制度の適切な運用により、職員の意識を高揚させたことは評価できる。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

○医事経営部門に経験者の事務職員を採用し、県派遣職員を削減し、事務部門の専門性を確保しつつプロパー化を図る流れを継続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）】

○バランス・スコア・カードを用いて、各部門が目標設定、進捗管理を行うことにより、各部門それぞれが病院のビジョン、ミッションを共有しながら病院経営に参画しており、今後も継続して取り組まれない。

【評価項目No.27（効果的・効率的な業務運営の実現）】

○中期的な職員採用を検討し採用計画を策定したことは、人的資源の安定化に努めるためには必要なことである。採用職員の採用後の適切な教育を行うことにより、更に効果的で効率的な業務の運営がなされることを期待する。

【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）】

○毎月開催される経営会議において幹部職員の意思統一を図るとともに、院内に掲示することにより職員への周知・共有を図ったことは評価できる。しかし掲示による情報提供は受け身である。今後更に参加者が増え、

職員が積極的に参加する説明会となるような努力を期待したい。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○職員の満足度は昨年に比べ上昇している。一方で、時間外勤務時間が増加を続けていることは改善の余地があると言える。就労環境の向上のため時間外勤務時間の短縮は重要な課題である為、原因を分析して具体的な改善策を検討し、職員が働きやすい環境づくりに努めていただきたい。

【評価項目No.32（収入の確保）】

○収入の増加のために高度医療を進めるならば、経費の増加がつきものとなる。新しいことに取り組まなければ収益の増加に繋がらないが、巨額な設備投資は大きく経費を圧迫することとなる。費用対効果、収入と支出のバランスを重視することを求めたい。

○入院収益は過去最高を記録した昨年度と比べると大幅減となったが、新型コロナウイルス対策による影響も一部にあることを踏まえると、やむを得ないものとする。

○診療報酬査定については、返戻件数が増加しており、診療報酬請求書の点検方法に改善の余地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.28（業務改善に継続して取り組む組織文化の醸成）】

○ワンチームとなるためには、情報の共有化、共通認識を以て業務にあたることが大切になる。説明会の回数も参加者数も減少しているが、1回あたりの参加者は増加しているため、今後も1回あたりの参加者を引き続き増加させることで全体の参加者数を増やす取り組みを求めたい。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○時間外勤務時間が増加を続けていることは改善の余地がある。しかしながら、職員満足度は上昇していて判断に窮する面がある。いずれにしろ、医師の時間外勤務時間については改善に猶予期間がある為その間に改善することを期待する。

○職員アンケートにおいて、ハラスメントに関する記述が見受けられる。主観に偏るケースもあり難しい問題ではあるが、具体的な対応の検討が必要であると考えられる。

【評価項目No.30（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

○収益の増加を還元することはモチベーションの高揚につながり評価できる。職場内研修のより一層の推進を期待する。

【評価項目No.33（費用の節減）】

○薬品価格は交渉の結果、業務契約病院の中央値を上回る値を達成しており評価できるが、薬品比率・診療材料比率とも昨年度と同等であり更なる工夫が必要と思われる。

【評価項目No.34（積極的な情報発信）】

○ホームページアクセス数は減少したが、サイト全体の閲覧数が増加したことは評価できる。定期的に紙媒体で周辺の医療機関に情報発信していることも評価できる。

○サイト全体のページ閲覧数は大きく増加しており、発信力が増していることがうかがえるため、評価する。

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＞

法人の令和元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

【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))】

○新たな加算の取得により入院単価が上昇し、紹介患者数も増加し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.35(財務内容の改善に関する事項(予算、収支計画、資金計画))】

○経常収支比率については、目標としている100%を達成できなかった。新型コロナウイルスによる収入減少は十分に考慮しなくてはならないが、人件費の大幅な増加も収支悪化の大きな要因ではある為、次年度以降に向けて検討すべき課題であると考えられる。

○体制強化の為人員増となったことを活かし、更なる高度医療・効率的な運用で入院患者を増やし、入院診療単価の上昇が図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

【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））】

○救急患者数の減少や新型コロナウイルス感染症のために医業収益が減少しているのはやむを得ないとしても、給与費が大幅に増加したことは次年度に向けて検討されるべきと思われる。研修医の増加は評価項目No. 20 ならびに 25 の評点を押し上げている側面もあるが、収支悪化の大きな要因であることを重視するべきである。

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＞

法人の令和元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	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

【評価項目No.37 (医療機器・施設の整備・修繕)】

○アンギオ装置、細胞検査装置の更新、病理検査支援システム、手術支援ロボットの導入など、機器・施設の整備に努め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.36 (保健医療行政への協力)】

○国・県を中心に行なっている保健医療行政の中心的立場にある医療機関として今後もリーダーシップをとり、北勢保険医療圏の中心的な役割を担う病院として活動を進めるとともに、行政と連携を密にして地域における医療体制の整備に協力されたい。

【評価項目No.37（医療機器・施設の整備・修繕）】

○高額な医療機器の導入に際しては、費用対効果を十分に考慮し、法人運営に過大な負担とならないよう配慮されたい。

○施設老朽化により、療養環境、職場環境の不備が生じる恐れがある。他方で、施設整備には莫大な経費が必要となる。中長期的な維持管理・更新等に係るトータルコストの縮減や予算の平準化等により施設の長寿命化を図ることも視野に入れ、計画的・効率的な整備がなされるよう、院内の施設改修・整備計画委員会、分科会で十分に検討されたい。

【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）】

○地域医療構想の中における当院の医療機関としての立ち位置をふまえ、他の基幹病院をはじめとする関係医療機関との連絡を密にしながら、今後もさらに県民や他の医療機関に信頼される健全な病院運営に努められたい。

【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）】

○引き続き新設・更新された医療機器等の管理体制の整備・充実を図るとともに、コスト面や医療安全等の様々な視点からの検証にも努められたい。

（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）】

○北勢地区の中核病院として四日市だけでなく周辺の市町の保健医療行政に協力している姿勢は評価できる。

【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）】

○急速に進歩する医療技術に対応するため常に医療機器の更新を考えなければならず、特に令和元年度は消費税の改定がなされ厳しい状態であったと考えられる。今後も計画的な法人運営を期待したい。

3 項目別の評価結果一覧

年度計画の項目名		評価項目	法人の 自己評価	評価結果
大項目 > 中項目 > 小項目 > 最小項目	指標の有無	No.	評点	評点
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	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				
	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	Ⅳ	Ⅳ
(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	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・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	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		評価項目	法人の 自己評価	評価結果
大項目 > 中項目 > 小項目 > 最小項目	指標の有無	No.	評点	評点
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	Ⅲ	Ⅲ
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
	化学療法 実患者数(人)	540	498	92.2%	540	527	97.6%	540	543	100.6%							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
	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
2	トー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
	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
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
	(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
	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
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
	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
9	クリニックカルパス利用率(%) ※1	39.0	40.6	104.1%	39.0	40.8	104.6%	39.0	42.3	108.5%							39.0
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
	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
16	D M A 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
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
	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
	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
	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
	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
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
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
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	—						—	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
	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
<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
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%							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%							73.6
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

(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	澤 宏紀	元国立健康・栄養研究所所長、元鈴鹿医療科学大学学長
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	三重県看護協会専務理事
委 員	淵田 則次	三重県医師会監事 四日市医師会参与
委 員	森 智	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2年8月4日
- ・ 第2回 令和2年8月25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