

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

平成30年度業務実績に関する評価結果

令和元年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	21
III 財務内容の改善に関する事項	26
IV その他業務運営に関する重要事項	28
3 項目別の評価結果一覧	30
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	31
○ 地方独立行政法人法（関係条文）	33
○ 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	34
○ 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	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名簿	41
○ 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	41

《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の評価して行った。
「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>

法人の平成30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、全ての項目が「A評価：中期計画の実施状況は順調に進んでいる」であり、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】

評価区分 項目名《大項目》	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.4（救急医療）】

- 医師の確保により救急患者を積極的に受け入れられる体制を整え、三次及び二次救急¹を合わせた救急車搬送患者数（5,638件）は対前年度比15.5%増と大幅に伸びている。
- 90%を超える応需率を維持し続けており、平成30年度は98.2%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尽力している。
- 病院機能評価において救急医療が最高評価のSであったほか、厚生労働省による救急救命センターの評価結果も県内で高位の評価（県内4センター中2位）を受けている。

【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。異常分娩件数が増加しており、全分娩件数の半数を上回っていることも評価できる（分娩件数15件増、うち異常分娩件数47件増）。NICU²やMFICU³の利用延べ患者数も増加（NICU：対前年度149件増、MFICU：対前年度120件増）しており、地域周産期母子医療センター⁴としての役割を十分に果たしている。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

- 小児外科を新たに設置したほか、不在となっていた病理診断科の常勤医、検査部門専門医などを確保できたことは評価できる。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

- 患者満足度調査を外部委託し、他院との比較が可能となったことなどで、より客観的な視点で患者満足度の向上について考えるきっかけになると

¹ 二次救急医療、三次救急医療：救急医療体制は症状や緊急性から3段階に分けられています。二次救急医療は、入院や手術を要する症例に対する救急医療をいい、三次救急医療は二次救急では対応できない生命に関わる緊急性の特に高い患者に対する救急医療をいいます。三重県立総合医療センターは三次救急医療の役割を担っています。

² NICU：新生児集中治療室のことです。

³ MFICU：母体・胎児集中治療室のことです。

⁴ 周産期母子医療センター：産科及び小児科等を備え、周産期にかかる比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設のことをいいます。

考えられる(患者満足度 入院:13.6ポイント増、外来:8.6ポイント増)。

【評価項目No.14 (相談体制の充実)】

- 相談件数は着実に増加(1,926件増)し、紹介患者数も増加、退院調整患者数(333件増)も増加した。年々相談件数が増加していることは患者側に立った対応がなされていると考えられ、評価できる。
- 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、在宅移行症例数は大幅に増加(58件増)していることは評価できる。

【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⁵運営委員会等での積極的な活動を続けており、紹介患者数は大幅に増加(9.1%増)、紹介率(74.6%)及び逆紹介率(79.5%)ともに上昇し、地域医療支援病院の承認にかかる基準(紹介率65%、逆紹介率70%)を上回った。
- 地域の医療機関からの当日分のCT・MRI検査について調整を行い、病診連携検査数は増加し、地域医療機関と病院との機能分化に寄与した。
- 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⁶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.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37名と、目標値(27名以上)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。

【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。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(看護師定着率93.4%)。
- 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。

⁵ 地域医療支援病院：地域における第一線の医療機関である「かかりつけ医」を支援し、より詳細な検査や入院、手術等の専門的な医療を提供する医療機関を地域医療支援病院として都道府県知事が承認するものです。

⁶ 地域包括ケアシステム：住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される体制をいいます。

- 様々な取組の結果、看護師の定着率がさらに上昇し、受験応募者が前年度を上回る 58 名（9 名増）となり、一定数の採用に至ったことは評価できる。

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）】

- 診療報酬の加算対象となる施設基準を取得する目的でワーキンググループを設置し、新たな加算取得に向けた検討を行ったことにより、職員の意識向上と全職員への周知徹底を図ったことは評価できる。
- 助産師・看護師 33 名、薬剤師 2 名、診療放射線技師 2 名、臨床検査技師 2 名、臨床心理士 1 名を採用したほか、平成 31 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ができた。

【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（6 名）して、県派遣職員を削減（2 名）し、事務部門の専門性を確保しつつプロパー化を図ったことは評価できる。
- SPD⁷の本格運用を開始し、診療材料の適正な在庫管理、請求・発注業務の効率化を図ったことは評価できる。

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））】

- 紹介患者、救急患者の増や手術件数の増等により入院収益は過去最高、外来収益も大幅増加となった（医業収益 243 百万円増）。また、手術件数が増加する中、適正な在庫管理により、診療材料費を抑制できた（材料費 71 百万円減）。
- 経常収支比率⁸が 104.4%となり、目標の 100%以上を平成 29 年度に続き達成したことは評価できる。

⁷ SPD：診療材料等の物流管理の一元化システムのことで。

⁸ 経常収支比率：病院の経営状況を示す 1 つの指標です。

経常収支比率 = (営業収益 + 営業外収益) ÷ (営業費用 + 営業外費用) × 100

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）】

- X線一般撮影装置や4K内視鏡システムへの新規投資を行い、より高度で安定した医療体制に向けた整備を行っており、医学の進歩に伴い常に高度で最新の機器の導入と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））】

- がん手術件数、化学療法実患者数、放射線治療件数については、対前年度比では増加となったものの、目標値を僅かに下回っている（がん手術件数実績 615 件・目標 620 件、化学療法実患者数実績 527 人・目標 540 人、放射線治療件数実績 3,871 件・目標 4,000 件）。今後も増加傾向と思われるがん患者への対応のため、地域がん診療連携拠点病院⁹の再指定を受けることを目指し、一層のがん診療体制強化に努められたい。

【評価項目No.9（クリニカルパス¹⁰の推進）】

- 疾患の多様化が進むことで、クリニカルパス利用率の向上が困難になることは一定理解できるものの、利用率の向上がほとんど見られない（対前年度 0.2 ポイント上昇）。チーム医療の充実、患者との更なる信頼関係を構築するためにも、引き続きクリニカルパスの推進に努められたい。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

- 患者アンケート結果等をもとにニーズを掘り起こし、患者用トイレの洋式化を進めるなど、ハード面での改善に取り組んだことは評価できるが、引き続きソフト面においても検討していくことが、患者満足度の向上につながると考えられる。

⁹ 地域がん診療連携拠点病院：専門的ながん医療を提供するとともに、各地域のがん診療の連携協力の整備やがんに関する相談支援情報の提供を行い、地域内のがん診療の中心的役割を果たす、厚生労働大臣が指定した病院のことです。原則として各地域（二次医療圏）に1か所置かれています。

¹⁰ クリニカルパス：入院から退院までの間の診療計画表のことです。診療の標準化、効率化などが期待できます。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

- 患者アンケートの結果では、診療待ち時間に対する満足度は他院よりやや低いと見受けられた。中央処置室での採血については改善の取組が継続されており評価できるが、その他にも工夫の余地がないか等検討されたい。

【評価項目No.15（接客意識の向上）】

- アンケート調査では、他の医療機関と比較して接客面では優れているとは言えない結果となっている。患者の立場に立った視点で医療現場における接客を捉え、効果が発揮されるよう対策を考え、患者満足度の向上につなげられたい。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

- 新たに認定看護師の資格を取得した職員もいるが、全体人数の目標数が達成されるよう期待する（認定看護師数 13 分野 17 人・目標 13 分野 19 人）。
- 取得した資格を発揮できる体制を整え、医療サービスや技術の向上並びに収益の増加につなげられたい。

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」

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

- 職員の満足度が若干ではあるが低下し、目標値に達していない（実績 68.0%・目標 70.0%）。時間外勤務時間の増嵩（対前年度 10 時間増）については事務局職員の病院機能評価受審や施設改修関連等の対応によるもので、必要なものであったことは理解するものの、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。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）】

- 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。費用対効果や機器の稼働率を考えながら増収に努められたい。
- 医業収益額の増加は評価できるが、入院患者数、外来患者数自体は減少していることから、その要因を十分に分析する必要がある。

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））】

- 効率的な病院運営のもと、病床稼働率や、紹介率の向上に努め、入患者数、外来患者数の確保による増収に期待する。

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）】

- 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。

（４）評価委員会からの意見等

地方独立行政法人化から7年目が終了し、現在は第二期中期目標期間の2年目となるが、高齢化や医療機関の機能分化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＞

法人の平成30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	
25	3	10	12			3.6

(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））】

- 化学療法については、入院・外来ともに延べ実施件数は増加し、特に外来については大幅増となった（入院6件増、外来206件増）。
- 放射線治療については、治療件数が増加し、手術・化学療法と合わせた集学的治療¹¹の診療体制を強化できた。
- 地域医療機関や院内診療科間の連携の強化により、新入院がん患者数を増やすことができ（対前年度250人増）、目標値を上回ったことは評価できる（実績1,827人・目標1,730人）。

¹¹ 集学的治療：手術、化学療法、放射線治療等を効果的に組み合わせた治療のことです。

- 放射線治療専門医、医学物理士などの専門資格を有したチーム医療の体制を強化し、患者の状態に合した治療を提供していることは評価できる。
- これまで課題となっていた常勤病理医の確保に努め、令和元年度からの配置が実現したことにより、今後一層のがん診療体制強化が図られることに期待する。

【評価項目No.2（脳卒中・心筋梗塞）】

- t-PA¹²急性期静脈内投与の件数（7件 1件減）、単独冠動脈バイパス手術件数は横ばい（2件増）であるものの、心臓血管外科・循環器内科とも紹介患者数が増加している（循環器内科 56人増、心臓血管外科 26人増）。t-PA+脳血管内手術件数、心カテーテル治療+胸部心臓血管手術件数は増加（25件増）し、目標を上回っていることは評価できる（実績 45件・目標 15件）。
- 「リハビリテーションカンファレンス¹³」を推進し、脳神経内科での地域医療機関への逆紹介率が増加（13.3ポイント増）していることは評価できる。
- 急性心筋梗塞等において、地域の医療機関との連携強化とオンコール体制を敷き、紹介患者、治療件数、手術件数が増加していることは評価できる。今後も高度医療を提供できる診療体制を維持していくことを期待する。

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

- 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（主な導入機器：F P D方式¹⁴X線一般撮影装置、4 K内視鏡システム、調剤支援システムほか）。

【評価項目No.4（救急医療）】

- 医師の確保により救急患者を積極的に受け入れられる体制を整え、三次及び二次救急を合わせた救急車搬送患者数は対前年度比 15.5%増と大幅に伸びている。
- 90%を超える応需率を維持し続けており、平成 30 年度は 98.2%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。

¹² t-PA：tissue plasminogen activator の略で、血栓溶解薬のことです。

¹³ リハビリテーションカンファレンス：早期のリハビリテーション実施計画の立案などによりリハビリテーションの効果を高めるため、関係多職種の協働により行うカンファレンスのことです。

¹⁴ F P D方式：X線情報を電氣的情報に変化させ画像データとして出力する、F P D（フラットパネルディテクター）と呼ばれるパネルを用いたX線撮影技術です。

- 病院機能評価において救急医療が最高評価のSであったほか、厚生労働省による救急救命センターの評価結果も県内で高位の評価を受けている。

【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りに積極的に取り組んでいる。異常分娩件数が増加しており、全分娩件数の半数を上回っていることも評価できる。NICUやMFICUの利用延べ患者数も増加しており、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設備の設営訓練などを行ったほか、対策の強化や意識啓発のため、その他訓練への参加や関係機関との情報交換に努めた。
- AST（抗菌薬適正使用支援チーム）を設置し、抗菌薬適正使用にかかる取り組みを強化した。
- 院内においては感染防止対策に関する研修を行い、多数の職員が参加し、課題提出も行うなど、院内における感染防止に関する意識の向上を図った。

【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への参加率が高いこと（全職員の参加率90.0%）や、参加できなかった職員に対しても適切なフォローアップがなされていることは評価できる。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

- 小児外科を新たに設置したほか、不在となっていた病理診断科の常勤医、検査部門専門医などを確保できたことは評価できる。日常診療における診断力の向上につながるものとして大いに期待する。

【評価項目No.10（インフォームドコンセントの徹底）】

- セカンドオピニオン件数が大幅に増加した（35件増）。院内および外部向けの情報発信や、多職種による希望者への丁寧な対応を意識した取組により、当病院の医療内容に対する信用度が増した結果と考えられる。このことは患者アンケート調査における高い医師満足度にも表れており、評価できる。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

- 患者満足度調査を外部委託し、他院との比較が可能となったことなどで、より客観的な視点で患者満足度の向上について考えるきっかけになると考えられる。
- 外部委託をした上で、患者満足度の指標となる「当院推薦」が昨年度を上回ったことは評価できる。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

- アンケート結果からは、待ち時間短縮対策の成果があまり見られないものの、患者の待ち時間に対するストレス軽減の努力は評価できる。クレジットカードの利用数が昨年度より増えている（件数 1,388 件増、金額 22,431 千円増）ことから、フロアマネージャー増員の成果が表れている。

【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、全職員を対象に年間 3 回の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。カルテ請求・開示件数は若干減少している（15 件減）。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）】

- 相談件数は着実に増加し、紹介患者数も増加、退院調整患者数も増加した。年々相談件数が増加していることは患者側に立った対応がなされていると考えられ、評価できる。
- 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、在宅移行症例数は大幅に増加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に参加した職員数が増えている（46 名増）ことは、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、DMAT¹⁵の 3 チーム体制を維持（隊員数 26 人）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。

¹⁵ DMAT：災害派遣医療チームのことです。Disaster Medical Assistance Team の頭字語で、ディーマットと呼ばれます。大地震等の自然災害や航空機・列車事故等、大規模な災害や事故の際に被災地に迅速に駆けつけ、救急医療を行うために専門的な訓練を受けた医療チームのことです。

- 基幹災害拠点病院¹⁶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。
- 北勢地域の拠点病院として中心的な役割を果たすべく、行政機関・医師会と協働して実施されていることも評価できる。

【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）】

- 有事の際に備えて、日頃から怠らず準備をしていることは評価できる。

【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が続けており、紹介患者数は大幅に増加、紹介率及び逆紹介率ともに上昇し、地域医療支援病院の承認にかかる基準を上回った。
- 地域の医療機関からの当日分のCT・MRI検査について調整を行い、病診連携検査数は増加。地域医療機関と病院との機能分化に寄与した。
- 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、後期臨床研修医が昨年度より多く確保できており（初期臨床研修医2名増、後期臨床研修医2名増）、初期研修を修了した研修医の6割が、3年目勤務先として当院を選んでいる。研修医の育成環境が充実しているためと考えられ、評価できる。
- 令和元年度の初期研修医を10名採用でき、継続的に確保できている。

【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37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。
- 三重大大学の連携大学院として継続して大学院生の受入れ（3名）を行っており、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

¹⁶ 基幹災害拠点病院：災害拠点病院は、大規模災害（地震、火災、津波など）等により、重篤な救急患者の受入れや広域医療搬送のための拠点となる医療機関として知事が指定する病院をいいます。基幹災害拠点病院は、原則として都道府県ごとに1か所整備することが必要とされています。

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。
- インターンシップについては、各学校への広報を充実させ、参加者数は増加した（17名増）。アルバイトの受入れなど、当院への就職につながっており、様々なルート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、看護師の定着率がさらに上昇し、受験応募者が前年度を上回る 58 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。多くの職員が学会をはじめとして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）】

- 様々な資格を新たに取得された方が多数いることは評価できる。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

- 医学実習生は対前年度比 2 割強増（27 人増）、看護実習生は 1 割近く増加（375 人増）し、積極的な受入れに努め、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（臨床研修指導医養成講習参加者数 4 人・目標 1 人以上、看護実習指導者養成数 3 人・目標 2 以上）。
- 過去に受入れた中学生の職場体験者が看護学生としてインターンシップに参加したことは、長期に渡る取組の結実として評価できる。

【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。

- 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））】

- がん手術件数、化学療法実患者数、放射線治療件数については、対前年度比では増加となったものの、目標値を僅かに下回っている。今後も増加傾向と思われるがん患者への対応のため、地域がん診療連携拠点病院の再指定を受けることを目指し、一層のがん診療体制強化に努められたい。

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

- MRI件数は増加ではあるものの微増（2.3%増）であるため、今後更に向上することを期待する。

【評価項目No.4（救急医療）】

- 救急患者受入れ体制の整備・充実のための努力や非常に高い応需率、外部評価で高評価を得ていることについては大いに評価できるものの、救急患者受入数、内数である救命救急センター入院患者数はともに目標値を下回っている（救急患者受入数 13,227 人・目標 13,700 人、うち救命救急センター入院患者数 1,245 人・目標値 1,370 人）。県内でも人口密集地である北勢地区の基幹病院であることも考慮すれば、更なる充実に期待したい。

【評価項目 No.6（感染症医療）】

- 第二種感染症指定医療機関として、また、診療報酬にいう「感染防止対策加算1」の届出医療機関として、院内感染対策の取組強化と地域医療機関の感染対策への支援について、今後も積極的に実施されたい。

【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、総数としては多くはない（13件）ものの、割合としては倍近くに増加している（6件増）。患者の転倒による骨折などの事故が大半であるとのことだが、ガイドラインに沿って再度防止策を検討するなど、更なる努力を期待したい。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

- 今後は院内の各診療科間の連携を強化し、更なる診療機能の充実を図っていただきたい。

【評価項目No.9（クリニカルパスの推進）】

- 疾患の多様化が進むことで、クリニカルパス利用率の向上が困難になることは一定理解できるものの、利用率の向上がほとんど見られない。チーム医療の充実、患者との更なる信頼関係を構築するためにも、引き続きクリニカルパスの推進に努められたい。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

- 患者アンケート結果等をもとにニーズを掘り起こし、患者用トイレの洋式化を進めるなど、ハード面では改善に取り組んでおり評価できるが、引き続きソフト面においてもできることを検討していくことが、患者の獲得にもつながると考える。また、少数とは思われるが、自由意見についても十分に分析されたい。
- 入院患者アンケート調査の有効回収率が 53.6%に留まっており、更なる改善の余地があると思われる。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

- 待ち時間の短縮は、患者満足度に大きな影響を与える難問。患者アンケートの結果では、診療待ち時間に対する満足度は他院よりやや低いと見受けられた。中央処置室での採血については改善の取組が継続されており評価できるが、その他にも工夫の余地がないか等検討されたい。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

- 患者アンケート結果では、「プライバシーへの配慮」の満足度が他院より低い。患者が求めるプライバシーとは何か、何が課題としてあるのかを再度精査し、年度計画への反映を検討されたい。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

- 外部講師による接遇研修への参加は全職員の約 21%となっており、参加者数が少ない状況が続いている。改めて、この研修の目的や内容の周知等を検討していただきたい。
- アンケート調査では、他の医療機関と比較して接遇面では優れているとは言えない結果となっている。患者の立場に立った視点で医療現場における接遇を捉え、効果が発揮されるよう対策を考え、患者満足度の向上につなげられたい。

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

- へき地への代診医派遣件数(1件減)は前年度から減少している。今後もへき地医療拠点病院¹⁷として引き続き代診医派遣に努められたい。

¹⁷ へき地医療拠点病院：へき地巡回診療、へき地診療所への医師派遣、代診医の派遣等、へき地での医療活動を継続的に実施できる医療機関として知事が指定する病院をいいます。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

- 新専門医制度に備え準備を進めていることは評価できるが、制度自体が未成熟であるため、今後も情報収集に努められたい。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

- 新人看護師の採用にかかる対策が多いが、退職対策も引き続き強化していただきたい。

【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.23（資格の取得への支援）】

- 今後の診療報酬改定において、加算要件として専門医、認定看護師の配置がますます重要となると思われる。新たに認定看護師の資格を取得した職員もいるが、この加算制度への対応のためにも、資格取得を促し、目標数が達成されるよう期待する。
- 取得した資格を発揮できる体制を整え、医療サービスや技術の向上並びに収益の増加につなげられたい。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

- 実習生の受け入れ人数が増加しており、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

【評価項目No.4（救急医療）】

法人評価：V 評価結果：IV

高い応需率を維持していることや、外部評価で高評価を得ていることは評価するが、救急患者受入数、その内数である救急救命センター入院患者数についてともに目標値を下回っている。県内でも人口密集地である北勢地区の基幹病院であることも考慮すれば、更なる充実に期待したいことから、総合的に評価した結果、「IV」が妥当であると判断した。

(5) 評価委員会からの意見等

【評価項目No.1 (高度医療の提供 (がん))】

- 緩和ケアチームメンバーによる個別の相談により適切な介入方法で支援できているが、緩和ケアチームによるより質の高い緩和ケア医療の件数向上にも期待する。

【評価項目No.6 (感染症医療)】

- 地域における中心的病院として、地域の医師会等の関係団体ともパンデミック対策等で連携・協働していることも評価できる。

【評価項目No.7 (医療安全対策の徹底)】

- 患者誤認防止や指差し呼称に関するラウンドを行うなど、インシデント・アクシデントの予防策を実施しているが、実施した結果の評価も今後検証を進められたい。

【評価項目No.11 (患者満足度の向上)】

- アンケート結果は、アンケートを取った時点の結果であるため、結果に満足することなく、「みなさまの声」を大切にして、患者満足度の維持に努められたい。結果の内容を深く掘り下げて分析し、患者サービス向上の取組に繋げていただきたい。

【評価項目No.14 (相談体制の充実)】

- 地域連携課の相談体制が充実したことから、円滑な支援が実施できている。今後も患者がより良い環境で退院できるよう、地域との連携強化を図られたい。

【評価項目No.16 (大規模災害発生時の対応)】

- 今後も現行の体制の維持向上に努め、大規模災害発生時に備えて対応できるよう、地域の医療機関や行政機関と連携・協力しながら、訓練を重ねられたい。

【評価項目No.20 (医師の確保・育成)】

- 今後、本院を第一志望とするより優秀な研修医を確保するためにもプログラムの更なる充実が必要。定着・育成の観点からも、優れた指導医のもとで豊富な症例を経験できるよう努力していただきたい。

【評価項目No.21 (看護師の確保・育成)】

- マニュアルや基準に基づいて患者をフィジカルアセスメントでき、豊かな感性を持った看護師の育成に努めていただきたい。看護師という職を選んでよかったという気持ちになれるような環境づくりも重要と考え

る。職員全員で新人を育成していただきたい。

- 看護師が確保しやすくなりつつあるが、取組の成果によるもののほか、養成校・養成数の増加等の外因がどの程度影響しているのかについても精査・分析が必要と思われる。より優秀な看護師の確保に向けて更に現状を分析し、諸施策の充実を図られたい。

【評価項目 No.25（医療に関する調査及び研究）】

- 学会等への参加が、診療への支障や職員の疲弊につながらないような配慮も必要と思われる。

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＞

法人の平成30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		8	1			3.9

(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)】

- 施設の老朽化や職員増によるスペース不足の問題解消に向け、施設改修・整備計画委員会および分科会等を設置し、現況施設の利用方法の見直しや病棟の環境改善等、対応策の検討を行ったことは評価できる。
- 平成29年度よりもさらに多くの部門・診療科・室が院長等との対話を持ったことにより、目的意識の共有化や意思疎通が進められ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)】

- 診療報酬の加算対象となる施設基準を取得する目的でワーキンググループを設置し、新たな加算取得に向けた検討を行ったことにより、職員の意識向上と全職員への周知徹底を図ったことは評価できる。
- 助産師・看護師33名、薬剤師2名、診療放射線技師2名、臨床検査技師2名、臨床心理士1名を採用したほか、平成31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ができた。

【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。活動が円滑に進むよう委員会メンバーが相談会を実施してサポートを行うなど、より良い活動を目指していることがうかがえる。
- QCサークルの大会の事例発表では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）】

- 事務局職員の時間外勤務時間の増嵩については、病院機能評価受審や施設改修関連に伴う事務量の増加によるものであり、当院の質や評価の向上のため尽力された結果として必要な時間であったと考える。
- 職員満足度は前年度よりやや低下したが、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て、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ったことは評価できる。
- SPDの本格運用を開始し、診療材料の適正な在庫管理、請求・発注業務の効率化を図ったことは評価できる。

【評価項目No.32（収入の確保）】

- 入院・外来患者ともに、患者数は減少したものの紹介患者の増等により単価上昇したことにより、入院収益は過去最高となり、外来収益も増収となった。紹介患者、救急患者の積極的な受入れに取り組んだ結果であり評価できる。

【評価項目No.34（積極的な情報発信）】

- ホームページのリニューアルを行い、ウェブアクセシビリティの向上を図ったほか、閲覧・利用ターゲットを明確にし、より多くの人に見てもらえる、また、効果を意識した情報発信を検討し実施した。
- ホームページアクセス数が年々増加していることは、社会に対し広く当院の機能や特徴の情報を発信していると考えられ、評価できる（5,757アクセス増）。

- 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できる。今後も継続して取り組まれない。また、管理者だけでなく職員全体で情報共有しながら取組を進められたい。

【評価項目No.27 (効果的・効率的な業務運営の実現)】

- 加算取得ワーキンググループを設置し検討されているが、取得することにより患者に提供される医療の質をどう向上できるのかについても検討されたい。また、7対1看護基準¹⁸に求められる質の高い看護が提供されるよう努められたい。
- 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)】

- 職員の満足度が若干ではあるが低下し、目標値に達していない。時間外勤務時間も微増となっている。医師の時間外勤務時間については、患者急変対応が多い等、診療科ごとの特性や個々の医師の状況を把握し、個別に対応することも必要である。事務局職員の時間外勤務時間数の増嵩については、病院機能評価受審や施設改修関連等の対応で必要なものであったことは理解するものの、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。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られたい。

¹⁸ 7対1看護基準体制：入院病棟における看護師の配置基準で、平均で入院患者7人を1人が担当することです。「10対1」、「15体1」などの基準があり、「7対1」看護は、一般病院において患者が最も手厚い看護を受けられる体制となっています。

【評価項目No.30（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

- BLS（一次救命処置）研修の参加者が13名であり、更なる参加者の増加を期待する。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

- プロパー化の結果は直ちに出るものではないと思われる。情報の共有化と他職員の底上げに期待する。

【評価項目No.32（収入の確保）】

- 収入の増加の背景には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。費用対効果や機器の稼働率を考えながら増収に努められたい。
- 医業収益額の増加は評価できるが、入院患者数、外来患者数自体は減少していることから、その要因を十分に分析する必要がある。
- 今後、外来患者は減少する傾向にあると思われる。紹介患者、救急患者の受け入れによる入院患者の確保、病床利用率の向上、査定率や返戻・過誤件数減の取組、未収金回収等の対応が一層重要となるため、引き続き対策に努められたい。

【評価項目No.33（費用の節減）】

- 医薬品の納入に関しては様々な努力をしているが、薬剤の単価が高額化する中、ベンチマークシステムの活用や価格交渉等で大いに努力していると思われるが、平成29年度の薬品比率より0.9ポイント増加（平成30年度薬品比率14.7%）しており改善しているとは判断し難い。医療材料比率は若干減少しているものの、平成28年度の水準（平成30年度11.4%）に戻っている。

（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）】

- 更にTQM活動を推進して、職員の経営参画意識を高め、やりがい感が構築できる職場風土を作っていただきたい。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

- 医師・看護師の負担軽減対策の取組を推進しているが、取組結果について評価・分析を進められたい。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

- 今後、SPD導入による成果を数値で評価されたい。
- 病院経営において事務職の役割は重要である。引き続き専門性向上に努められたい。

【評価項目No.33（費用の節減）】

- 病院の収入は医業収益が大半である。医業収益は「患者数×単価」で決まると言えるが、今後、患者数は減少傾向にあり、単価である診療報酬も抑制傾向にある。これらを勘案すると医業収益増は困難であることから、費用削減というコスト管理がますます重要となる。

【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の増加はリニューアルの成果と評価できる。今後も定期的なホームページの見直しを継続していただきたい。

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＞

「A：中期計画の実施状況は順調に進んでいる。」

＜判断理由＞

法人の平成30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に順調に進んでいる。」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				4.0

(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))】

- 紹介患者、救急患者の増や手術件数の増等により入院収益は過去最高、外来収益も大幅増加となった。また、手術件数が増加するなか、適正な在庫管理により、診療材料費を抑制できた。
- 経常収支比率が104.4%となり、目標の100%以上を平成29年度に続き達成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))】

- 効率的な病院運営のもと、病床稼働率や、紹介率の向上に努め、入院患者数、外来患者数の確保による増収に期待する。

(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.35（財務内容の改善に関する事項（予算、収支計画、資金計画））】

- 人件費比率について、平成 28 年度の数値（59.4%）から比べると減少しているものの、58.0%と平成 29 年度と同率になっている。医師・看護師等の確保の結果、人件費が増加した影響もあると思われ、職員のモチベーションにも影響することから単純に減少を目指すことは困難であることは理解するが、改善されていくことに期待したい。

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＞

法人の平成30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		2	2			3.5

(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)】

- 地域医療構想調整会議や四日市地域救急医療対策協議会、新型インフルエンザ等対策部会に参加するなど、地域医療の中核的病院として保健医療行政に対する協力体制がとられていること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)】

- X線一般撮影装置や4K内視鏡システムへの新規投資を行い、より高度で安定した医療体制に向けた整備を行っており、医学の進歩に伴い常に高度で最新の機器の導入と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.39 (業務運営並びに財務及び会計に関する事項)】

- 建物は平成6年10月竣工から今年度で25年目となり、補修等の対応の必要性は理解するものの、業務に支障をきたすことのないよう、施設の長寿命化も視野に入れ、計画的・効率的な維持管理・更新を期待する。

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	Ⅲ	Ⅲ
イ 救急医療				
	ウ 小児・周産期医療	有 4	Ⅴ	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 8	Ⅳ	Ⅳ
	ウ インフォームドコンセントの徹底	有 9	Ⅲ	Ⅲ
		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	Ⅲ	Ⅲ
	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	Ⅲ	Ⅲ
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	Ⅴ	Ⅴ
5 医療に関する調査及び研究				
		25	Ⅲ	Ⅲ

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	Ⅳ	Ⅳ
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	Ⅳ	Ⅳ
	(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（平成29年度）				
		35	Ⅳ	Ⅳ
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	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

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
	化学療法 実患者数(人)	540	498	92.2%	540	527	97.6%										540
	放射線治療件数(件)	4,000	3,143	78.6%	4,000	3,871	96.8%										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
2	t-P A+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
	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
4	救急患者受入数(人)	13,700	13,080	95.5%	13,700	13,227	96.5%										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
	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
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
	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
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
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
	患者満足度 外来患者(%) ※2	84.0	84.6	100.7%	84.0	93.2	111.0%										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	26.0	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
	紹介率(%) ※3	65.0以上	70.6	108.6%	65.0以上	74.6	114.8%										65.0
	逆紹介率(%)	70.0以上	78.3	111.9%	70.0以上	79.5	113.6%										70.0
	病診連携検査数(件)	2,220	2,215	99.8%	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
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
21	看護師定着率(%) ※4	92.0	93.0	101.1%	92.0	93.4	101.5%										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	-										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
	看護実習指導者養成数(人)	2以上	2	100.0%	2以上	3	150.0%										2
<大項目> 第2 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためにとるべき措置																	
29	職員満足度(%) ※5	70.0	69.2	98.9%	70.0	68.0	97.1%										70.0
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
	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
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

(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 / 許可病床数 (=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Ⅴ～Ⅰ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	中川 公子	元三重県看護協会
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 令和元年7月4日
- ・ 第2回 令和元年8月1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