

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

令和6年度業務実績に関する評価結果

令和7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） | 9 |
| 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 | 9 |
| 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 項目別評価（個別項目評価） | 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概ね順調に進んでいる」

<判断理由>

法人の令和6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「C評価：中期計画の実施状況は遅れている」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概ね順調に進んでいる」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.1（高度医療の提供（がん））】

- 最新の放射線治療機器の導入や放射線治療のアピール等により、放射線治療件数および延べ患者数が前年度を大きく上回っ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）】

- 患者支援センターに、脳卒中相談窓口に加えて、就労支援相談窓口が開設されたことによって、患者にとってより適切な治療が提供されるようになった。
- t-P A+脳血管内手術数は年々増加し、目標値も上回っている。また、脳血管救急疾患に対する治療件数が年々増加していることは評価できる。

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

- 新しい放射線治療装置や全自動遺伝子解析装置の導入、低侵襲性であるロボット支援手術等の増加などにより、高度な医療サービスの提供を図るとともに、患者の負担軽減を図るなど患者の立場に立ったサービスの提供に努めている。

【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い、救急搬送患者応需率は97.3%と、目標値をわずかに下回ったものの高い水準を維持しており、三次救急医療機関として地域医療に大きく貢献している。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

- 地域周産期母子医療センターとして、周産期医療を提供するとともに、救急医療を含め、専門性を生かした小児医療を積極的に展開している。
- 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）】

- 新型コロナウイルス感染症、H I V感染症等の診療を提供しており、特に重症症例を受け入れる中核的医療機関としての役割を果たしている。
- 新型コロナウイルス感染症の患者発生フローの見直しのほか、陰圧手術室の運用を含めた感染症患者の手術に関する指針やマニュアルを作成するなど、県の中核的感染症指定医療機関として、発生時に円滑な対応ができる体制を整えた。

【評価項目No.7（医療安全対策の徹底）】

- インシデントを報告しやすい環境整備、多職種によるラウンド、インシデント・アクシデントの予防策の立案など、医療安全対策がより一層充実されつつある。

【評価項目No.9（クリニカルパスの推進）】

- アウトカム志向型のクリニカルパスの導入を推進し、質の向上が図られるとともに、年度計画や中期計画の目標値を上回る利用率が維持されている。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

- 組織改編して新設した患者支援センターで、入退院支援や医療福祉相談対応等の相談支援環境を体系的に整えたほか、がんの相談体制の強化も図った。また、同センターに、ハローワークと連携した就労支援相談窓口を開設し、退院後の患者の生活支援体制も整え、よりきめ細やかな支援サービスを提供できる環境を整備した。

【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、感染症対策や体制の見直しを図っている。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

- 前年度をさらに上回る実習生の受入れや実習指導者の養成、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、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等、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。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

- 看護学生・医学生の研究を積極的に受け入れ、医学・看護教育に大

きく寄与され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すべき措置」

【評価項目No.29（勤務環境の向上）】

- 医師、職員の時間外勤務時間が年を経るごとに短縮していることは評価でき、働き方改革が進んでいると考えられる。
- 医師等業務負担軽減対策委員会を開催し、医師および看護師等の業務負担軽減対策を推進し、医師を含む職員全体の一人当たりの年間時間外勤務時間は減少した。

【評価項目No.32（収入の確保）】

- 厳しい医療環境の中、入院・外来の医業収益が増加していることは大いに評価できる。また、査定率や確定した減点額が減少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」

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.1（高度医療の提供（がん））】

- 放射線治療件数は当年度目標は下回るものの増加傾向にある一方で、新入院がん患者数とがん手術件数は減少傾向で、目標値に届かない状況が続いている。紹介患者を増やすための体制および取組の見直しについて検討し、中期計画達成に向けた取組の実施、強化に期待したい。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

- 基幹災害拠点病院としての体制・機能は維持されているが、DMATの隊員養成については、目標に到達できるようにさらなる努力をお願いしたい。

【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への対応に取り組んだ過去5年間の経験が風化しないよう、職員の意識を常に高く維持するよう継続した努力をお願いしたい。

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すべき措置」

【評価項目No.32（収入の確保）】

- 病床稼働率は改善傾向にあるものの、年度計画・中期計画との乖離が大きく、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））】

- 患者数の増加と単価の上昇等により、医業収益は前年度を上回ったが、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）の終了および本館の償還期間の終了、人件費の増加等に伴い、非常に厳しい収支状況となっている。物価高や賃金の上昇は今後も継続が見込まれる中で、さらなる紹介患者の増加など補助金に依存しない病院経営を目指した取組をしっかりと実施していただくことを期待したい。

大項目 IV 「その他業務運営に関する重要事項」

【評価項目No.38（コンプライアンス（法令・社会規範の遵守）の徹底）】

- 産婦人科問題に続き、東海北陸厚生局による立入検査で指摘された不適切な保険請求等については厳しく評価せざるを得ないが、これらを糧にして、より適正に運営され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13年目が終了し、令和6年度は第三期中期目標期間の3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、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、当年度は患者数が増加して医業収

益が前年度実績を上回るなど着実な実績を残された一方で、新型コロナウイルス感染症対策事業補助金の終了や人件費の増加等により収支が著しく悪化して大幅な赤字となっている現状等を総合的に判断した結果、中期計画の達成に向けて概ね順調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6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 | | 18 | 7 | | | 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.1（高度医療の提供（がん））】

- 最新の放射線治療機器の導入や放射線治療のアピール等により、放射線治療件数および延べ患者数が前年度を大きく上回ったことは評価できる。
- 放射線治療の実績は増加しており、最新の放射線治療機器を導入した成果が認められる。
- 化学療法時の脱毛予防を目的とした頭皮冷却療法用装置を導入し、

患者の治療時の不安軽減に取り組んでいる。

- 治療方法の多様化に対応できていることは評価できる。

【評価項目No.2（脳卒中・急性心筋梗塞等）】

- 患者支援センターに、脳卒中相談窓口に加えて、就労支援相談窓口が開設されたことによって、患者にとってより適切な治療が提供されるようになった。
- t-P A+脳血管内手術数は年々増加し、目標値も上回っている。また、脳血管救急疾患に対する治療件数が年々増加していることは評価できる。

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

- 新しい放射線治療装置や全自動遺伝子解析装置の導入、低侵襲性であるロボット支援手術等の増加などにより、高度な医療サービスの提供を図るとともに、患者の負担軽減を図るなど患者の立場に立ったサービスの提供に努めている。
- ロボット支援手術による腹腔鏡下胃切除施設基準を達成したことは評価できる。
- 新しい技術や装置の導入だけでなく、常に十分に活用されていることは評価できる。

【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け入れを行い、救急搬送患者応需率は97.3%と、目標値をわずかに下回ったものの高い水準を維持しており、三次救急医療機関として地域医療に大きく貢献している。
- 救急患者受入数は目標を下回ったが、ウォークインで来院する緊急を要しない患者の受診を抑制し適正化を図っている。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

- 地域周産期母子医療センターとして、周産期医療を提供するとともに、救急医療を含め、専門性を生かした小児医療を積極的に展開している。
- 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。
- 小児科の専門領域診療に加え、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いる。
- 異常分娩件数が増加していることは、厳しい産科医療の中で、安心

して出産できる体制を維持されている証左であり評価できる。

- N I C U利用延べ患者数は年度計画・中期計画を上回るものであり評価できる。

【評価項目No.6（感染症医療）】

- 新型コロナウイルス感染症、H I V感染症等の診療を提供しており、特に重症症例を受け入れる中核的医療機関としての役割を果たしている。
- 新型コロナウイルス感染症の患者発生フローの見直しのほか、陰圧手術室の運用を含めた感染症患者の手術に関する指針やマニュアルを作成するなど、県の中核的感染症指定医療機関として、発生時に円滑な対応ができる体制を整えた。
- A S T、I C Tチーム活動を行いながら、感染指定医療機関として迅速な対応をされている。
- 感染対策向上加算1、2、3および外来感染対策向上加算算定医療機関との相互評価、カンファレンス、訓練など、県の中核的な医療機関としての役割を果たしている。
- 感染防止対策に関する研修会をオンラインで開催し、高い参加率を確保して病院全体の感染防止知識の向上に努めている。
- 新型コロナウイルス感染症に留まらず、さまざまな感染症に対応している。

【評価項目No.7（医療安全対策の徹底）】

- インシデントを報告しやすい環境整備、多職種によるラウンド、インシデント・アクシデントの予防策の立案など、医療安全対策がより一層充実されつつある。
- 積極的なヒヤリ・ハット事例の報告を促し、電子化で報告を容易にしているなど、意識への働きかけとツールの改善を重ねることで、インシデントの報告件数の増加とアクシデントの減少を実現していることは評価できる。
- 医療安全マニュアルの見直しを図ったほか、インシデント・アクシデントの公表基準を改正し、社会的影響の大きい事案の迅速な公表体制を整えるなど、医療事故の適切な把握と抑制、開示、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ほぼ全職員が参加し、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）】

- 医師数が増加し、医療提供体制がより充実されている。医師数の増加は、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

ることであり評価できる。

【評価項目No.9（クリニカルパスの推進）】

- アウトカム志向型のクリニカルパスの導入を推進し、質の向上が図られるとともに、年度計画や中期計画の目標値を上回る利用率が維持されている。
- アウトカム志向型パスの導入・活用により、毎日実施していた看護計画の立案が不要となり、看護師の負担の軽減だけでなく在院日数短縮に寄与するなど患者への還元にもつながっており、医療サービスの向上や業務の効率化につながられている。
- 多疾患を持った救急患者を受け入れている中で、クリニカルパス利用率が維持でき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・相談のしやすさ）における満足度は、入院患者、外来患者ともに調査病院平均値を上回っているほか、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）】

- 患者向け満足度調査の結果をみると、「紹介・推薦意向」の満足度について、外来患者で目標値を上回ったこと、入院患者では目標値にわずかに届かなかったものの高い水準であり、達成に向けて対策を検討していることも評価できる。
- 総合満足度（PSI）は、入院患者、外来患者ともに、前年度実績および調査病院平均値を上回っており評価できる。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

- 診察の待ち時間短縮のため、さまざまな工夫、取組が実施されており、一定の効果が認められる。
- 外来患者向けの満足度調査の結果では、時間面全体では、前年度実績および調査病院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）】

- 個人情報保護に関する研修の実施、プライバシーに配慮した相談室の活用等が実施されるようになり、患者のプライバシー確保が改善されてきている。
- 患者向けの満足度調査では、例年、「接遇面」における「プライバシーへの配慮」の点数が低かったが、当年度は入院患者、外来患者ともに前年度実績を上回り、調査病院平均値も上回ったことは評価できる。

- 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。
- 個人情報保護に対する意識の高揚、職員に対する教育等に十分配慮されていると考えられる。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

- 組織改編して新設した患者支援センターで、入退院支援や医療福祉相談対応等の相談支援環境を体系的に整えたほか、がんの相談体制の強化も図った。また、同センターに、ハローワークと連携した就労支援相談窓口を開設し、退院後の患者の生活支援体制も整え、よりきめ細やかな支援サービスを提供できる環境を整備した。
- 患者支援センターの運用が開始され、患者サービスの向上に向けた第一歩が刻まれたことは大いに評価できる。今後は、その円滑な運営に一層努力されたい。
- 入退院支援加算1の取得数・取得率ともに大きく向上しており、評価できる。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

- 接遇研修がより充実されるとともに、防犯に関する取組も推進されているなど、接遇の向上に向けて弛まぬ努力をされている姿勢が見られ、大いに評価できる。
- 設備の改修や患者家族からのニーズへの対応など、環境・サービスの両面から来院者の快適性の向上を図った。
- 患者向けの満足度調査の結果では、入院患者、外来患者ともに「接遇面全般」についての評価が調査病院平均値を上回った。
- オンライン研修会に多くの職員が参加されており、職員の意識向上に向けた取組が行われている。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

- さまざまな事態を想定して訓練をしていることは評価できる。
- 国主催のDMAT研修は参加者枠が少なく参加がかなわなかったが、三重県主催の研修機会を活かし、(L-) DMAT隊員を養成した。

【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、感染症対策や体制の見直しを図っている。
- 対応マニュアルの改訂や診療継続計画改定に向けた取組等により、新型コロナウイルス感染症・結核・新型インフルエンザ等の感染症への対応が、より改善され、実際の発生事例に対しても、適切に対応で

きている。

- 結核症例に対し、保健所や診療所と連携をとり接触者検診を実施している。

【評価項目No.18（地域の医療機関等との連携強化）】

- 紹介患者の増加、紹介率の向上が認められ、地域の医療機関との連携が強化されている。
- 地域の医療機関向け学術講演会の開催や、地域医療機関への医師の同行訪問など、地域の機関との連携強化が図られている。

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

- 医学生のニーズ・動向を的確に把握し10人の初期臨床研修医を採用することができた。また、3年目の研修医の大半が県内勤務となり、地域の医療提供体制の充実に寄与している。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

- 多くの臨床研修医・医学生に対して、魅力ある、質の高い研修、実習を提供しており、その学生が臨床研修医として採用・確保されたことは評価できる。
- 病院説明会等で指導体制を周知し、10人の初期臨床研修医を確保できた。後期臨床研修医については、当院で初期研修を終えた医師9名中8名が県内勤務となり、地域医療体制の充実に寄与した。
- 臨床研修医の受入環境の整備や研修内容の充実に図り、多くの医学実習生を受け入れた。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

- 前年度をさらに上回る実習生の受け入れや実習指導者の養成、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け入れなど看護師の確保に資する取組、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等、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。
- 看護学生の実習の場として、その体制の整備充実に図られ、魅力ある実習が提供されている。
- 医学生同様看護学生の実習も受け入れ、卒業後に多くの看護師が採用され、採用後も、高い定着率が維持されている。
- 中途採用も含め看護師採用試験に多数の応募者があり、看護師の定着率は、前年度は下回るものの目標値を上回る高い水準を維持している。
- 看護師確保・育成のための各種施策も継続して積極的に取り組まれており、大いに評価できる。

【評価項目No.22（医療技術職員の専門性の向上）】

- 学会等への参加者が増加しており、医療技術職員の専門性の向上が図られている。
- コメディカルの外部の専門研修参加者数は、参加支援もあり大幅に増えた。積極的に学会・研修会に参加し、専門性の向上が図られており、評価できる。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

- 医師・看護師・コメディカルの資格取得が引き続き推奨されており、資格取得者数の維持、増加が図られている。
- 医療専門職の資格維持・更新のための協力・支援を行っていることは評価できる。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

- 看護学生・医学生の研修を積極的に受け入れ、医学・看護教育に大きく寄与されたことは評価できる。
- 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。特に看護実習生は大幅に増えた。また、講師派遣や職場体験、出前研修などにも対応し、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積極的に貢献している。
- 積極的な実習生の受け入れが行われているとともに、指導医養成講習参加者数は年度計画を達成できており、評価できる。

【評価項目 No.25（医療に関する調査及び研究）】

- 研究体制の充実が進み、臨床研究が推奨されており、その実績も順調に積み重ねられている。
- 積極的に外部資金の導入を図り、1件の奨学寄附金を受入れ、研究に活用したほか、新たに企業との共同研究と治験をそれぞれ2件実施・受託するなど、調査研究に積極的に取り組んでおり、評価できる。
- 多方面に渡る内容に関し、数多くの論文を投稿され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.1（高度医療の提供（がん））】

- 放射線治療件数は当年度目標は下回るものの増加傾向にある一方で、新入院がん患者数とがん手術件数は減少傾向で、目標値に届かない状況が続いている。紹介患者を増やすための体制および取組の見直しについて

て検討し、中期計画達成に向けた取組の実施、強化に期待したい。

- 鏡視下手術、ESD、RFA等の低侵襲性手術件数の増加に努めていただきたい。

【評価項目No.2（脳卒中・急性心筋梗塞等）】

- 脳卒中については目標を達成できているものの、急性心筋梗塞については目標未達成となっている。手術治療件数が減少していることは、今後、検討する必要がある。

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

- 鏡視下手術件数は目標および前年度実績を大幅に下回っているため、引き続き実績を積まれることを期待したい。
- 腹腔鏡下胃切除の施設基準を達成し、令和7年4月以降、ロボット支援手術が可能となっており、令和7年度の状況に期待したい。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

- 医師数が着実に増えていることは評価に値するが、診療科への配置数等の検討をする必要がある。

【評価項目No.10（インフォームドコンセントの徹底）】

- 入院患者に対する医師の説明に関する満足度が年々低下しており、努力する必要がある。
- 外来の満足度が改善しており、今後も患者への丁寧な説明や対応に留意していただきたい。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

- 医師に対する満足度において、昨年度と比較して多くが改善している一方で、評価を下げている項目もあるため、その点を留意して満足度のさらなる向上に努めていただきたい。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

- 引き続き個人情報保護の意識向上に努めるとともに、その配慮の姿勢が患者に伝わるような工夫も検討していただきたい。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

- 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ある。接遇意識を持つことの重要性を全職員に定着させ、引き続き接遇意識の向上に向けた取組を進めていただきたい。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

- 基幹災害拠点病院としての体制・機能は維持されているが、DMATの隊員養成については、目標に到達できるようにさらなる努力をお願いしたい。
- 職員の退職が今後も想定されることを見込み、より一層のDMAT隊員数の目標に向けた増員が望まれる。

【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への対応に取り組んだ過去5年間の経験が風化しないよう、職員の意識を常に高く維持するよう継続した努力をお願いしたい。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

- 今後も、働きやすい環境の整備を継続していくことが望まれる。

【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.24（医療従事者の育成への貢献）】

- 実習のさらなる質向上のために、指導体制の充実が引き続き推進されることを期待したい。

（4）法人の自己評価と評価が異なる項目

該当なし

（5）評価委員会からの意見等

【評価項目No.2（脳卒中・急性心筋梗塞等）】

- FFRCTの件数が減少したが、対象患者の絞り込みが可能となり適正化が図られた結果である。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

- 診察終了後から支払いを終えるまでの時間は短縮されたが、採血の待ち時間は努力されているものの未だに長い。受診患者数が多いため、やむを得ないと思われる。

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

- へき地への医師派遣要請がなかったことは残念である。

Ⅱ 「業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置」

(1) 評価結果及び判断理由

＜評価結果＞

「A：中期計画の実施状況は順調に進んでいる。」

＜判断理由＞

法人の令和6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・カードを活用して、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。方針の共有、課題や要望等に対する検討を行い、働き方改革や業務環境改善等につながっており評価できる。
- 病院全体の取組方針が共有されることは非常に大切であり、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)】

- 充実した看護職員の配置、地域連携クリニカルパスの活用、入退院の適正な調整、病棟毎の稼働率の平準化、病院業務の職員の新規採用等が実施され、効果的・効率的な業務運営がなされている。
- 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。

- 目まぐるしく変化する地域の医療状況に対応し、適切で効率的な病院の運営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）】

- 業務運営状況の日々の変化を把握し、職員と情報を共有し運営意識の高揚や業務改善に繋げたことは評価できる。
- 院内の14サークルがTQM活動発表大会で成果を披露し、業務改善手法の共有を図った。また、QCサークル「青葉大会」では優良賞を受賞した。TQM活動の成果として、経費節減のほか、勤務体制見直しによる時間外業務の削減など業務改善を行うことができた。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

- 医師、職員の時間外勤務時間が年を経るごとに短縮していることは評価でき、働き方改革が進んでいると考えられる。
- 医師等業務負担軽減対策委員会を開催し、医師および看護師等の業務負担軽減対策を推進し、医師を含む職員全体の一人当たりの年間時間外勤務時間は減少した。
- 職員向けの満足度調査の結果では、同規模病院中で16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。

【評価項目No.30（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

- 幅広く各種研修が実施されるとともに、バランス・スコア・カードに基づいた人事評価が実施されており、職員の意欲・能力の向上が図られている。
- 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）】

- 病院経営機能の強化のために、専門職員を採用するとともに、保険請求を含めた経営事務に関する研修・勉強会が積極的に開催されている。
- 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、事務部門の専門人材の育成を図っていることは評価できる。
- 新規職員に対して法人の会計や経理に関し研修を行っていることは

評価できる。

- 組織・個人両面で専門性向上に向けた取組が行われており評価できる。

【評価項目No.32（収入の確保）】

- 病院収入の確保のため、さまざまな取組が実施され、医業収益の増加に繋がっている。
- 対象診療科に留まらない横断的な病床管理を行い、延べ入院患者数は大幅に増加し、医業収益額は前年度比で増加した。
- 厳しい医療環境の中、入院・外来の医業収益が増加していることは大いに評価できる。また、査定率や確定した減点額が減少していることは評価できる。

【評価項目No.33（費用の節減）】

- 薬剤差益の確保、診療材料費の節減、省エネルギー事業の導入等、種々の取組が実施され、費用の節減努力がなされている。
- 原材料高やエネルギー価格の上昇が続くなか、医薬品、診療材料の購入単価の抑制や電気使用量の抑制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）】

- ホームページ、広報誌による病院の情報発信に加えて、新聞、テレビ等のメディアにも取り上げられることによって、さらなる情報発信へと繋がっている。
- 多様なメディアツールを用い、当院での診療内容だけでなく医療全般に関する情報を周辺の医療機関や住民に対し提供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.29（勤務環境の向上）】

- 満足度調査では、総合評価が前年度実績および目標値を下回っている。問題点を丁寧に把握し改善点を見出していきたい。

【評価項目No.32（収入の確保）】

- 病床稼働率は改善傾向にあるものの、年度計画・中期計画との乖離が大きく、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と考えられる。

【評価項目No.33（費用の節減）】

- 薬品比率・診療材料比率ともに減少しているが、金額的に見ると、診療材料費は僅かに減少を示すものの、薬品費の増加により全体としては増加していることは厳しく評価しなければならない。しかし、一方で、診療報酬改定が物価高騰を反映していないことを考えると、この程度の金額上昇で抑えられたことは評価できる。

【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、より分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。

（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.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

- 保険請求の精度向上に取り組んでいることは評価できるが、東海北陸厚生局の立入検査で多くの指摘を受けたことを考えると、厳しく評価する必要があるのではないかと考えられる。

Ⅲ 「財務内容の改善に関する事項」

(1) 評価結果及び判断理由

<評価結果>

「C：中期計画の実施状況は遅れている。」

<判断理由>

法人の令和6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C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「C：中期計画の実施状況は遅れている。」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 | | 2.0 |

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

(2) 大項目評価にあたって考慮した内容

① 重点的な取組・特筆すべき取組

該当なし

② 遅れている取組

該当なし

(3) 課題または今後への期待等

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

- 患者数の増加と単価の上昇等により、医業収益は前年度を上回ったが、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)の終了および本館の償還期間の終了、人件費の増加等に伴い、非常に厳しい収支状況となっている。物価高や賃金の上昇は今後も継続が見込まれる中で、さらなる紹介患者の増加など補助金に依存しない病院経営を目指した取組をしっかりと実施していただくことを期待したい。

- 働き方改革やベースアップ評価等職員に対する給与の増加はやむを得ないことではあるが、今後一層の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

【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))】

法人評価：Ⅲ 評価結果：Ⅱ

病院経営がこれまでになく厳しい状況となる中で、当院では入院・外来ともに患者数が増加するなど医業収益が前年度実績を上回ったことは評価できるが、一方で新型コロナウイルス感染症対策事業補助金の終了や人件費の増加等により収支が著しく悪化し、純損益で約21億円余の大幅な赤字となっている。物価高や賃金等人件費の上昇は今後も継続すると見込まれるが、当院の今後の収支改善に向けた取組を考慮しても、現時点では第三期中期計画期間(令和4～8年度)全体の経常収支比率100%以上の目標を達成する見通しが立たない状況であり、このような中で「Ⅲ：年度計画を概ね計画どおり実施している」と判断することは適当ではない。当院に対して、収支改善に向けてより踏み込んだ取組を促すなど、今後の期待を込め、総合的に判断した結果、「Ⅱ：年度計画を十分に実施できていない」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.35 (財務内容の改善に関する事項(予算、収支計画、資金計画))】

- 外来・入院とも患者数が増加していることは今後の見通しの明るい評価材料となると考えられる。

IV 「その他業務運営に関する重要事項」

(1) 評価結果及び判断理由

<評価結果>

「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6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 | | 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)】

- 地域医療構想の推進等に積極的に協力・参画し、さまざまな多くの会議や部会等に参加されていることは評価できる。

【評価項目No.37 (医療機器・施設の整備・修繕)】

- 必要な医療機器の導入・更新、施設の整備・修繕が計画的に進められている。
- 新しい機器を効率よく購入し、整備していることは評価できる。

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

- 診療報酬請求の不適切事案や医療事故をふまえて、再発防止に努め、モニタリングおよび内部監査が適切に実施されている。

【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）】

- 現在の診療報酬体系では大きな黒字が期待できず、建物や機器に対して長期に渡る有効な利用が不可欠となっているが、それをふまえて計画的に運営されていることは評価できる。
- 施設の老朽化が進む中、長寿命化をふまえ積極的に改善策を講じてきた。快適性の向上など患者目線に立った整備にも取り組んでいる。

- 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.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）】

- 今後も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）】

- 産婦人科問題に続き、東海北陸厚生局による立入検査で指摘された不適切な保険請求等については厳しく評価せざるを得ないが、これらを糧にして、より適正に運営されることを期待したい。
- 今後もRCMを活用し、点検体制強化の実効性の確保に取り組むとともに、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）】

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

(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 項目別評価（個別項目評価）

| 年度計画の項目名 | | 評価項目 | | R 6 業務実績評価 | |
|--|--|-------|-----|------------|----|
| 大項目 > 中項目 > 小項目 > 最小項目 | | 指標の有無 | No. | 法人の自己評価 | 評点 |
| 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 | | | | | |
| (7) がん | | | | | |
| (4) 脳卒中・急性心筋梗塞 等 | | | | | |
| (7) 各診療科の高度化及び医療水準の向上 | | | | | |
| イ 救急医療 | | | | | |
| ウ 小児・周産期医療 | | | | | |
| エ 感染症医療 | | | | | |
| (2) 医療安全対策の徹底 | | | | | |
| (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 | | | | | |
| ウ インフォームドコンセントの徹底 | | | | | |
| (4) 患者・県民サービスの向上 | | | | | |
| ア 患者満足度の向上 | | | | | |
| イ 待ち時間の短縮 | | | | | |
| ウ 患者のプライバシーの確保 | | | | | |
| エ 相談体制の充実 | | | | | |
| オ 接遇意識の向上 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| (2) 公衆衛生上の重大な危機が発生した場合の対応 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| (2) 医療機関への医師派遣 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| イ 看護師の確保・育成 | | | | | |
| ウ 医療技術職員の専門性の向上 | | | | | |
| (2) 資格の取得への支援 | | | | | |
| (3) 医療従事者の育成への貢献 | | | | | |
| 5 医療に関する調査及び研究 | | | | | |

| 年度計画の項目名 | | 評価項目 | | R 6 業務実績評価 | |
|---|--|-------|-----|------------|----|
| 大項目 > 中項目 > 小項目 > 最小項目 | | 指標の有無 | No. | 法人の自己評価 | 評点 |
| 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 | | | | | |
| 2 効果的・効率的な業務運営の実現 | | | | | |
| 3 業務改善に継続して取り組む組織文化の醸成 | | | | | |
| 4 勤務環境の向上 | | | | | |
| 5 人材の確保、育成を支える仕組みの整備 | | | | | |
| 6 事務部門の専門性の向上と効率化 | | | | | |
| 7 収入の確保と費用の節減 | | | | | |
| (1) 収入の確保 | | | | | |
| (2) 費用の節減 | | | | | |
| 8 積極的な情報発信 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 2 医療機器・施設の整備・修繕 | | | | | |
| 3 コンプライアンス（法令・社会規範の遵守）の徹底 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| (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 | | | R6 | | | 増減 | R7 |
|----------|-----|------------|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|------|----|
| | | 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 | 対前年度 | |
| | | a | b | b/a | c | d | d/c | e | f | f/e | f-d | |

＜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% | 620 | 579 | 93.4% | ▲24 | 625 |
| | 化学療法 実患者数(人) | 580 | 560 | 578 | 103.2% | 565 | 539 | 95.4% | 570 | 598 | 104.9% | 59 | 575 |
| | 放射線治療件数(件) | 4,200 | 3,300 | 2,681 | 81.2% | 3,500 | 3,167 | 90.5% | 4,200 | 3,841 | 91.5% | 674 | 4,200 |
| | 放射線治療のべ患者数(人) | 225 | | | | 225 | 302 | 134.2% | 225 | 302 | 134.2% | | 225 |
| | 新入院がん患者数(人) | 2,160 | 1,900 | 1,559 | 82.1% | 1,900 | 1,444 | 76.0% | 2,000 | 1,441 | 72.1% | ▲3 | 2,100 |
| 2 | t-P A+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% | 50 | 70 | 140.0% | 8 | 55 |
| | 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% | 290 | 266 | 91.7% | ▲38 | 290 |
| 3 | 鏡視下手術件数(件) | 1,050 | 850 | 818 | 96.2% | 900 | 839 | 93.2% | 950 | 712 | 74.9% | ▲127 | 1,000 |
| 4 | 救急患者受入数(人) | 13,200 | 12,000 | 11,618 | 96.8% | 13,200 | 11,819 | 89.5% | 13,200 | 11,411 | 86.4% | ▲408 | 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% | 1,320 | 1,138 | 86.2% | ▲98 | 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% | 98.0 | 97.3 | 99.3% | ▲1.1 | 98.0 |
| | N I C U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% | 1,850 | 2,038 | 110.2% | 150 | 1,900 |
| 9 | M F I C U利用患者数(人)【母体・胎児集中治療室】 | 1,640 | 1,280 | 902 | 70.5% | 1,350 | 943 | 69.9% | 1,450 | 945 | 65.2% | 2 | 1,550 |
| | 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% | 42.0 | 44.1 | 105.0% | ▲0.1 | 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% | 96.0 | 95.9 | 99.9% | ▲1.0 | 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% | 92.0 | 93.4 | 101.5% | 1.6 | 92.0 |
| 16 | DMAT(災害派遣医療チーム) 隊員数(人) | 23 | 23 | 20 | 87.0% | 23 | 19 | 82.6% | 23 | 19 | 82.6% | 0 | 23 |
| 18 | 紹介患者数(人) | 10,000 | 8,930 | 9,707 | 108.7% | 9,200 | 9,198 | 100.0% | 9,500 | 10,103 | 106.3% | 905 | 9,700 |
| | 紹介率(%)※4 | 75.0 | 70.0 | 69.3 | 99.0% | 72.0 | 76.2 | 105.8% | 73.0 | 79.4 | 108.8% | 3.2 | 74.0 |
| | 逆紹介率(%)※5 | 86.0 | 86.0 | 84.1 | 97.8% | 86.0 | 100.0 | 116.3% | 86.0 | 94.4 | 109.8% | ▲5.6 | 86.0 |
| | 病診連携検査数(件) | 2,300 | 2,000 | 2,177 | 108.9% | 2,080 | 2,171 | 104.4% | 2,160 | 2,086 | 96.6% | ▲85 | 2,240 |
| 20 | 初期及び後期研修医数(人) | 39 | 39 | 37 | 94.9% | 39 | 33 | 84.6% | 39 | 35 | 89.7% | 2 | 39 |
| 21 | 看護師定着率(%)※6 | 92.0 | 92.0 | 91.6 | 99.6% | 92.0 | 93.0 | 101.1% | 92.0 | 92.8 | 100.9% | ▲0.2 | 92.0 |
| 23 | 特定行為修了者数(人)※目標値は累計 | 5 | 1 | 1 | 100.0% | 1 | 2 | 200.0% | 1 | 2 | 200.0% | 0 | 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 | 3 | 150.0% | 1 | 2 |
| | 看護実習指導者養成数(研修修了者)(人)※目標値は累計 | 10 | 2 | 3 | 150.0% | 2 | 3 | 150.0% | 2 | 1 | 50.0% | ▲2 | 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(点)※7 | 3.3 | 3.3 | 3.32 | 100.6% | 3.3 | 3.19 | 96.7% | 3.3 | 3.16 | 95.8% | ▲0.03 | 3.3 |
| 32 | 病床稼働率 実働病床数ベース(%)※8 | 89.2 | 83.6 | 72.9 | 87.2% | 86.0 | 74.6 | 86.7% | 87.1 | 78.1 | 89.7% | 3.5 | 88.1 |
| 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% | 245,000 | 219,759 | 89.7% | ▲12,352 | 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 | 逆紹介率 (%) | 逆紹介患者数 / (初診患者数 - 休日・時間外患者数) × 100 |
| ※6 | 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 |
| ※7 | 職員満足度 (点) | 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 |
| ※8 | 病床稼働率 (%) 実働病床数ベース | のべ入院患者数 / 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 地域共創事業部 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7年7月15日
- ・ 第2回 令和7年8月19日

○ 地方独立行政法人法（平成15年7月16日法律第118号）〈抜粋〉

（地方独立行政法人評価委員会）

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

2 評価委員会は、次に掲げる事務をつかさどる。

一から五まで （略）

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

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

（所掌事務）

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

- 一 法第二十六条第一項の規定による中期計画の認可に関する事項
- 二 法第二十八条第一項の規定による業務の実績に関する事項
- 三 前二号に掲げるもののほか、知事が必要と認める事項