

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

令和7年度業務実績に関する評価結果

令和8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および 年度計画で定める指標の達成状況	27
○ 地方独立行政法人三重県立総合医療センター評価委員会名簿	29
○ 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	29
○ 地方独立行政法人法＜抜粋＞	29
○ 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＜抜粋＞	30
○ 地方独立行政法人三重県立総合医療センターの評価に関する指針	31
○ 地方独立行政法人三重県立総合医療センターの年度評価実施要領	34

《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、評価にあたっては、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」（後掲）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の評価した。
「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。

区分	年度計画	事 項
I	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
II	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
III	第 3	財務内容の改善に関する事項
IV	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上で評価を決定する。

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) 評価結果および判断理由

＜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7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.3（高度医療の提供（各診療科の高度化及び医療水準の向上））】

- 県の基幹病院として、耳鼻いんこう科および眼科において手術ができる体制を構築したことは評価できる。
- 陰圧室の一般手術利用など、手術件数の増加に努め、全身麻酔の手術件数は新しい急性期総合体制加算の基準値を超えており評価できる。

【評価項目No.4（救急医療）】

- 24時間365日、高度救急医療の提供体制を維持し、地区外からの救急搬送患者を積極的に受け入れるなど、地区内外問わず「断らない救急」を実践していることは、救急医療としての地域医療への貢献ができており高く評価できる。
- 救急搬送患者応需率は高い水準を維持しており評価できる。

【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、高度な周産期医療を提供するとともに、救急医療を含め専門性の高い小児医療を積極的に展開している。
- 分娩時の痛みを和らげる硬膜外麻酔を用いた和痛分娩を可能とするなど、多様なニーズに対応し収益確保につながる体制づくりに努めている。

【評価項目No.6（感染症医療）】

- 第二種感染症指定医療機関、県との医療措置協定に基づく第一種および第二種協定指定医療機関として、陰圧手術に対応するなど感染症対策向上への取組が積極的に行われており、新興・再興感染症の発生・まん延時に円滑に患者を受け入れる体制を整えていることは評価できる。

【評価項目No.7（医療安全対策の徹底）】

- インシデントの報告方法の電子化により、職員が報告しやすい環境が整えられているほか、医療安全に関する研修への高い参加率から、医療安全に対する職員の意識向上にも努めており、組織としての医療安全体制が整備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）】

- 各診療科への必要な医師数の確保や、眼科に手術対応可能な医師が赴任するなど、診療体制の維持・強化が図られていることは評価できる。

【評価項目No.9（クリニカルパスの推進）】

- クリニカルパス推進チームを設置し、パスの作成・改定支援などを行い、適切な医療サービスの提供体制の強化を図った。

【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、施設面を除くほとんどの項目で調査病院の平均値を上回っているほか、入院患者、外来患者のいずれも年度計画の目標値および前年度の実績値を上回っており、高い満足度を維持していることは評価できる。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

- 患者支援センターにがん看護分野の認定看護師や入院時重症患者メディエーターを配置し、院内外からの相談に応じる体制を強化した。また、がん専門相談員の育成を行い、体制の充実や対応の質的向上も図っており評価できる。

【評価項目No.17（公衆衛生上の重大な危機が発生した場合の対応）】

- 新型コロナウイルス感染症患者について、5類移行後も積極的に受入対応を行っているほか、新型インフルエンザ等の対策に関する業務計画を改定し公表するなど、適宜、感染症対策や体制の見直しを図っており、危機対応に向けた取組が行われていることは評価できる。

【評価項目No.18（地域の医療機関等との連携強化）】

- 病診連携運営委員会の開催や病診連携に関する情報発信、地域医療機関からのWeb経由による検査・診療予約体制の整備などにより、連携強化が図られ、紹介率は上昇し紹介患者数は大きく増加するなど、各指標において目標値を上回った。地域に開けた医療機関としての努力が成果に結びついている。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

- 多数の実習生の受入れや実習指導者の養成、就職説明会の実施、インターンシップの受入れ、講師派遣など看護師の確保に資する取組、新人看護師のサポート、サンキューカードの継続等の定着につながる取組、各種研修会への派遣など、さまざまな取組を実施・継続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）】

- 臨床研修指導医養成講習参加者数および看護実習指導者養成数は、年度計画の目標値および前年度の実績値を上回っており評価できる。

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.29（勤務環境の向上）】

- 時間外勤務の削減に継続して取り組んでおり、職員向けの満足度調査の総合評価では、全ての職種において前年度比でわずかながらも上昇し、全体でも年度計画の目標値を上回った。他院と比較しても、同規模の104病院中4位と上位に位置し、勤務環境が良好であることがうかがえる。

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

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」

該当なし

大項目 II 「業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置」

該当なし

大項目 III 「財務内容の改善に関する事項」

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

- 外来患者数の増加および外来単価の上昇等により、医業収益は前年度を上回ったが、材料費や人件費の増加等に伴い経常損益は赤字となり、非常に厳しい財務内容が続いている。物価や賃金は今後も上昇が見込まれる中で、医業収益の確保に向けて、抜本的な対策の検討・実施を含めた取組の強化が急務である。

大項目 IV 「その他業務運営に関する重要事項」

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・放射線治療件数・新入院がん患者数は、増加傾向にある一方で、目標値に届かない状況が続いており、紹介患者を増やすための体制および取組の見直しの検討が望まれる。

【評価項目No.2（高度医療の提供（脳卒中・急性心筋梗塞等））】

- 頸椎・腰椎変形疾患に関する治療件数・FFRCT検査については大幅に増加しているが、その他各指標については減少や目標未達となっており、今後の対応方法の検討が望まれる。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

- DMA Tの隊員養成については、中期計画および年度計画の目標値を達成できていないことから、さらなる努力が望まれる。

【評価項目No.18（地域の医療機関等との連携強化）】

- 地域の医療機関との連携・協力は、地域医療提供体制の維持・発展には極めて重要であり、さらなる強化を期待する。

大項目 II 「業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置」

【評価項目No.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や地域連携クリニカルパスの活用など、効果的な業務運営は評価できる一方で、経営状況の改善を考慮した、より一層の効率的な業務運営を期待する。
- デジタル技術の活用等により、患者の利便性の向上、業務の効率化をさらに推進することを期待する。

【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）】

- 職員の経営意識向上のための工夫をしていることは評価できる一方で、今後の人口減少を見据え、限られた労働力の中での業務の効率化をさらに推し進めることを期待する。

【評価項目No.32（収入の確保）】

- 経営状況をふまえると、収入の確保が大きな課題である中で、病床稼働率は前年度の実績値および年度計画の目標値を下回っていることから、稼働率向上に向けた取組が重要である。

【評価項目No.33（費用の節減）】

- 厳しい経営状況の中、薬品比率・診療材料比率ともに上昇しており、より一層の費用削減に向けた意識の醸成が望まれる。

【評価項目No.34（積極的な情報発信）】

- 催事等による認知度を高める努力は行われているものの、ホームページ閲覧数といった結果には結びついておらず、経営環境改善のためにも、より一層認知してもらうための取組が望まれる。

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））】

- 収益の増加のために、さまざまな取組を実施したことは評価できるが、財務内容の改善につながるかは、引き続き注視する必要がある。

大項目 IV 「その他業務運営に関する重要事項」

該当なし

（４）評価委員会からの意見等

地方独立行政法人化から14年目、第三期中期目標期間の4年目にあたる令和7年度が終了したが、高齢化、医療機関の機能分化など、医療を取り巻く環境は著しく変化し、物価高騰や人件費の上昇等の影響を受けるなど、厳しい経営状況に置かれている。

こうした中、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を行っており、令和7年度においては、外来患者数の増加および外来単価の上昇等により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、職員数の増加や三重県人事委員会勧告の影響による給与費の増加、物価高騰による薬品費や診療材料費の増加等により、昨年度に続き赤字となったことなど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、「2 項目別評価（大項目評価）」の各大項目における「（５）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）は、評価実施要領に定めるS～Dの5段階での評価基準により、以下のとおり評価を行った。

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）評価結果および判断理由

＜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7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いる	年度計画を上回っている	年度計画を概ね上回っている	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））】

- ロボット支援手術の適用を積極的に進め、手術実施件数が大幅に増加したこと、臨床心理士の増員や多職種連携によるサポート体制の強化により、がん患者へのカウンセリング介入数が増加したことは評価できる。
- 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継続的に取り組んでいる。
- 低侵襲治療の推進で、件数は減っているものもあるが、相談支援体制を整備し、患者の病態に適した医療提供に取り組んでいる。

【評価項目No. 3（高度医療の提供（各診療科の高度化及び医療水準の向上））】

- 県の基幹病院として、耳鼻いんこう科および眼科において手術ができる体制を構築したことは評価できる。（再掲）
- 陰圧室の一般手術利用など、手術件数の増加に努め、全身麻酔の手術件数は新しい急性期総合体制加算の基準値を超えており評価できる。（再掲）
- 脳神経外科および耳鼻いんこう科において、手術ナビゲーションシステムの導入により手術体制の強化を図った。

【評価項目No. 4（救急医療）】

- 24時間365日、高度救急医療の提供体制を維持し、地区外からの救急搬送患者を積極的に受け入れるなど、地区内外問わず「断らない救急」を実践していることは、救急医療としての地域医療への貢献ができており高く評価できる。（再掲）
- 救急搬送患者応需率は高い水準を維持しており評価できる。（再掲）
- 地区外において受入れが難しい小児患者や妊産婦、重症患者などの救急患者の受入れを行い、地区内にとどまらない高度救急医療の提供に努めている。

【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、高度な周産期医療を提供するとともに、救急医療を含め専門性の高い小児医療を積極的に展開している。（再掲）
- 分娩時の痛みを和らげる硬膜外麻酔を用いた和痛分娩を可能とするなど、多様なニーズに対応し収益確保につながる体制づくりに努めている。（再掲）
- 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積極的に受け入れるなど、地域の中核病院としての機能を果たしていることは評価できる。
- NICU利用延べ患者数は、年度計画・中期計画および前年度を上回っており評価できる。

【評価項目No. 6（感染症医療）】

- 第二種感染症指定医療機関、県との医療措置協定に基づく第一種および第二種協定指定医療機関として、陰圧手術に対応するなど感染症対策向上への取組が積極的に行われており、新興・再興感染症の発生・まん延時に円滑に患者を受け入れる体制を整えていることは評価できる。（再掲）
- 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や、カンファレンス、訓練など、県の中核的な医療機関

として感染症対策の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.7（医療安全対策の徹底）】

- インシデントの報告方法の電子化により、職員が報告しやすい環境が整えられているほか、医療安全に関する研修への高い参加率から、医療安全に対する職員の意識向上にも努めており、組織としての医療安全体制が整備されていることは評価できる。（再掲）
- 多職種による転倒転落ラウンドを積極的に行っており、職員の意識向上、医療事故の未然防止につながっているとみられ評価できる。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

- 各診療科への必要な医師数の確保や、眼科に手術対応可能な医師が赴任するなど、診療体制の維持・強化が図られていることは評価できる。（再掲）

【評価項目No.9（クリニカルパスの推進）】

- クリニカルパス推進チームを設置し、パスの作成・改定支援などを行い、適切な医療サービスの提供体制の強化を図った。（再掲）
- 地域の救急医療に多大なる貢献をする中で、クリニカルパスの利用率が中期計画を超えて推移し、かつ、より一層利用率が増加し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、施設面を除くほとんどの項目で調査病院の平均値を上回っているほか、入院患者、外来患者のいずれも年度計画の目標値および前年度の実績値を上回っており、高い満足度を維持していることは評価できる。（再掲）

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

- 外来患者向けの満足度調査では、「診察待ち時間」と「診察後の支払いまでの待ち時間」のいずれも、前回調査および調査病院平均値をそれぞれ上回っている。
- 患者にとってストレス要因となる待ち時間を短縮するため、継続的な取組が行われていることは評価できる。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

- 個人情報保護に関する研修の実施や、プライバシーに配慮した相談室の活用、受付窓口での配慮等、患者のプライバシー確保に向けた取組に工夫を凝らしている。
- 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、令和6年度に続き、令和7年度も入院患者、外来患者ともに調査病院平均値以上であ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、多くの職員が研修に参加していることは評価できる。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

- 患者支援センターにがん看護分野の認定看護師や入院時重症患者メディエーターを配置し、院内外からの相談に応じる体制を強化した。また、がん専門相談員の育成を行い、体制の充実や対応の質的向上も図っており評価できる。（再掲）
- 入退院支援加算1の取得に努め、取得数・取得率ともに大きく向上した前年からさらに増加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するとともに、防犯に関する取組も推進するなど、接遇の向上に向けて弛まぬ努力をしており大いに評価できる。
- 設備の改修や患者家族の視点に立ったニーズへの対応などを進め、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。
- 患者からの意見に対応する部署の見直しや接遇マニュアルの改訂など、意識向上だけでなく具体的な取組も行われており評価できる。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

- 国主催のDMA T養成研修に派遣したほか、実動訓練などを実施し、体制維持などに努めている。

【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患者について、5類移行後も積極的に受入対応を行っているほか、新型インフルエンザ等の対策に関する業務計画を改定し公表するなど、適宜、感染症対策や体制の見直しを図っており、危機対応に向けた取組が行われていることは評価できる。（再掲）
- 新興感染症だけでなく、さまざまな感染症に対して的確に対応していることは評価できる。

【評価項目No.18（地域の医療機関等との連携強化）】

- 病診連携運営委員会の開催や病診連携に関する情報発信、地域医療機

関からのWeb経由による検査・診療予約体制の整備などにより、連携強化が図られ、紹介率は上昇し紹介患者数は大きく増加するなど、各指標において目標値を上回った。地域に開けた医療機関としての努力が成果に結びついている。(再掲)

【評価項目No.19 (医療機関への医師派遣)】

- 医学生ニーズ・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、後期臨床研修医等の増加や、3年目の研修医の全員が県内勤務となるなど、地元への定着、地域の医療提供体制の充実に寄与していることは評価できる。
- へき地診療所への代診医派遣要請2件に対して医師を派遣し、へき地の医療提供体制に貢献した。

【評価項目No.20 (医師の確保・育成)】

- 臨床研修医の受入環境の整備や研修内容の充実を図り、多くの医学実習生を受け入れた。また、病院説明会等で指導体制を周知し、延べ38人の臨床研修医を受け入れるなど、地域の医療人材の育成に寄与した。
- 三重大と連携して医師の育成に取り組み、また、臨床研修医の確保に努めていることは評価できる。

【評価項目No.21 (看護師の確保・育成)】

- 多数の実習生の受入れや実習指導者の養成、就職説明会の実施、インターンシップの受入れ、講師派遣など看護師の確保に資する取組、新人看護師のサポート、サンキューカードの継続等の定着につながる取組、各種研修会への派遣など、さまざまな取組を実施・継続して看護師の確保や育成を図っている。(再掲)
- 中途採用も含め看護師採用試験には多数の応募者があり、看護師の定着率は年度計画および中期計画の目標値を上回る高い水準を維持しており評価できる。
- 県内のみならず多くの看護学生の臨地実習に協力していることは評価できる。
- 日頃から多くの実習生を受け入れるとともに、職員に研修を受講させて臨床現場の指導体制を良好にしていることがうかがえる。

【評価項目No.22 (医療技術職員の専門性の向上)】

- コメディカルの外部の専門研修参加者数は、参加支援を行うことで高い水準を維持している。積極的に学会や外部研修に参加し、専門性の向上が図られ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）】

- 中核的な医療拠点として、専門性向上のため、資格取得の支援に継続して取り組んでおり、また、専門看護師や認定看護師を数多く確保し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）】

- 臨床研修指導医養成講習参加者数および看護実習指導者養成数は、年度計画の目標値および前年度の実績値を上回っており評価できる。（再掲）
- 講師派遣や職場体験、出前研修、症例相談などにも対応し、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。
- 多くの看護実習生を受け入れていることは評価できる。これが看護師確保につながることを期待する。
- 周囲の医療機関や介護施設等に講師を派遣していることは評価できる。

【評価項目No.25（医療に関する調査及び研究）】

- 積極的に外部資金の導入を図り、1件の奨学寄附金を受け入れて研究に活用したほか、企業との共同研究は新規1件を含む7件、治験は新規4件を含む11件を実施・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。
- 臨床研究や各種学会での発表に加え、専門誌に研究成果を投稿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.1（高度医療の提供（がん））】

- がん手術件数・放射線治療件数・新入院がん患者数は、増加傾向にある一方で、目標値に届かない状況が続いており、紹介患者を増やすための体制および取組の見直しの検討が望まれる。（再掲）

【評価項目No.2（高度医療の提供（脳卒中・急性心筋梗塞等））】

- 頸椎・腰椎変形疾患に関する治療件数・FFRCT検査については大幅に増加しているが、その他各指標については減少や目標未達となっており、今後の対応方法の検討が望まれる。（再掲）

【評価項目No.3（高度医療の提供（各診療科の高度化及び医療水準の向上））】

- 耳鼻いんこう科および眼科領域の診療のさらなる充実に期待する。

【評価項目No.6（感染症医療）】

- 新興感染症の受入医療機関として、今後もその機能のさらなる充実を期待する。

【評価項目No.10（インフォームドコンセントの徹底）】

- 外来患者の医師満足度は改善する一方で、入院患者においては高水準ながら昨年度に比べ低下しているため、入院患者へのより丁寧な説明を意識していくなど、今後のさらなる努力を期待する。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

- 患者満足度調査では高水準を維持していることは評価できるが、今後もさらに一層の努力を期待する。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

- 十分な配慮をしていると思われるが、引き続き今まで以上の努力を期待する。

【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ることが望まれる。
- 十分な配慮をしていると思われる一方で、医療を受ける側から見て、接遇が完璧にできていると評価されることはまずないと考えられるため、今まで以上の努力を期待する。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

- DMA Tの隊員養成については、中期計画および年度計画の目標値を達成できていないことから、さらなる努力が望まれる。（再掲）
- 今後も職員の退職が想定されることを見込み、より一層のDMA T隊員数の目標に向けた増員が望まれる。

【評価項目No.18（地域の医療機関等との連携強化）】

- 地域の医療機関との連携・協力は、地域医療提供体制の維持・発展には極めて重要であり、さらなる強化を期待する。（再掲）
- 逆紹介率が低下傾向にあるため、改善が望まれる。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

- 研修後における医師の確保を期待する。

【評価項目No.22（医療技術職員の専門性の向上）】

- 数多くの医療技術職員を研修会等に参加させていることは評価できる一方で、昨年度より参加人数が低下しているため、今後も継続した努力を期待する。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

- 認定看護師の教育機関としての役割を担うことを大いに期待する。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

- 医学実習生・看護実習生ともに近年の受入状況を下回っており、受入先として希望されるようなPR方法等の再検討が望まれる。

（４）法人の自己評価と評価が異なる項目

該当なし

（５）評価委員会からの意見等

【評価項目No. 1（高度医療の提供（がん））】

- 多岐にわたるさまざまな工夫をして努力をされているが、目標数に到達していないことが残念である。次年度に期待したい。

【評価項目No. 2（高度医療の提供（脳卒中・急性心筋梗塞等））】

- t-P A+脳血管内手術数が大幅に減少したのは、冬期の気温が低くなかったことなどが影響し、手術が必要な重症患者の救急搬送件数が減少したことなどが要因と分析されており、やむを得ないと言える。

【評価項目No. 4（救急医療）】

- 救急患者の受入数は減少しているが、緊急を要しない患者の受入抑制などによるもので、適正受診の促進に努めている。

【評価項目No. 5（小児・周産期医療）】

- 新生児・周産期に限らず、明日の日本を支える世代の健全なる育成や健康維持のため努力されていることは評価できる。

【評価項目No. 6（感染症医療）】

- 新興感染症だけでなくさまざまな感染症に対して柔軟に対応されている。

【評価項目No. 8（診療科目の充実）】

- 医療提供体制の強化に努められていることは評価できるが、より一層の体制強化に努められたい。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

- 時間の短縮に努力されている姿勢が見てとれるが、どうしても不可能な点があり、それを考慮すると評価を上げてもらいたいと考えられる。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

- 患者支援センターが稼働し、より組織的なサービスが可能となってきた一方で、部署を分けたことによる組織内での連絡等がまだ不十分などところがあるように思われる。今後、より一層の円滑な運営に期待したい。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

- 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が、外来患者においては前回調査より低い項目も散見された。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

- 震災に限らずさまざまな災害が発生しているため、より一層の充実を期待する。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

- 看護職の定着率が高く推移していることは、働く環境の整備によるものと思われる。

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) 評価結果および判断理由

＜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7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	年度計画に十分でない	年度計画を下回っている、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んでいる。方針の共有、課題や要望等に対する検討を行い、働き方改革や執務環境改善等につながっており評価できる。
- 院内における数多くの会議や委員会の開催を通じて、病院の運営体制の強化・推進を図っていることは評価できる。
- 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んでいることは評価できる。

【評価項目No.27（効果的・効率的な業務運営の実現）】

- 病診および病病連携の強化を図るとともに、病床稼働状況などをふまえた許可病床の削減や病棟毎の稼働率の平準化、入院患者数の動向や平

均在院日数の分析に基づく適切な入退院調整などにより、効果的かつ効率的な業務運営を行っている。

- 効率的な運営のため、院内のあらゆる部門において多彩な検討をし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）】

- コスト意識醸成のための新人研修や生成A Iの導入など、業務改善に継続して取り組んでいる点は評価できる。
- 院内の13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、コスト入力方法の見直しのほか、機器配置の見直しによる業務の効率化などの業務改善を図ることができた。
- 活発なTQM活動により、手術室の準備期間の削減などの実際の業務改善に生かされている点も評価できる。

【評価項目No.29（勤務環境の向上）】

- 時間外勤務の削減に継続して取り組んでおり、職員向けの満足度調査の総合評価では、全ての職種において前年度比でわずかながらも上昇し、全体でも年度計画の目標値を上回った。他院と比較しても、同規模の104病院中4位と上位に位置し、勤務環境が良好であることがうかがえる。（再掲）
- 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た結果、医師を含む職員全体の一人あたりの年間時間外勤務時間は減少した。また、長時間の勤務を行った医師数も減少しており、いずれも評価できる。

【評価項目No.30（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

- 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、職員の意欲向上や研究のモチベーション、能力向上につなげるしくみ・工夫を継続している。目標値の達成率だけでなく取組過程も考慮の上、評価しており、職員の意欲や能力を引き出す取組を行っていることは評価できる。
- バランス・スコア・カードに基づいた取組実績による評価・面談など、適切な運用が行わ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、事務部門における専門人材の確保および研修・勉強会を通じた育成を図っている。
- 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おり評価できる。

- 正規職員の確保や、研修会や説明会の実施による知識の共有および人材育成に努めていることは評価できる。

【評価項目No.32（収入の確保）】

- 延べ入院患者数は前年度比で減少したが、年度途中より、症例毎の全国の平均在院日数と患者の状態を分析してきめ細かに退院調整を行うなど、入院患者数の確保に向けた対応策を検討・実行している。
- 医療経営委員会において査定率や減点等の情報を共有して、査定の減少に取り組んでいる。
- さまざまな努力により、医業収入の増加が図られていることは評価できる。

【評価項目No.33（費用の節減）】

- 薬剤差益の確保や診療材料費の節減、省エネルギー事業の導入等、さまざまな取組を実施し、費用の節減努力を行っている。
- 原材料やエネルギー価格の上昇が続く中、ローコストオペレーション業務に取り組み、薬品費、材料費、委託費などの削減や、ESCO関連事業に係る高効率熱源設備等の導入による電気・ガス使用量の抑制等を実現した。
- 全国共同購入への参加や、価格交渉を行うなど、節減への実績もあり、効果的な活動実績が認められる。

- 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.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や地域連携クリニカルパスの活用など、効果的な業務運営は評価できる一方で、経営状況の改善を考慮した、より一層の効率的な業務運営を期待する。（再掲）
- デジタル技術の活用等により、患者の利便性の向上、業務の効率化をさらに推進することを期待する。（再掲）

【評価項目No.28（業務改善に継続して取り組む組織文化の醸成）】

- 職員の経営意識向上のための工夫をしていることは評価できる一方で、今後の人口減少を見据え、限られた労働力の中での業務の効率化をさらに推し進めることを期待する。（再掲）

【評価項目No.30（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

- 職員の意欲向上のため研究研修経費を支給することは意義のあるこ

とだが、支給額は昨年度から低下しているため、今後に向けての課題と思われる。

【評価項目No.32（収入の確保）】

- 経営状況をふまえると、収入の確保が大きな課題である中で、病床稼働率は前年度の実績値および年度計画の目標値を下回っていることから、稼働率向上に向けた取組が重要である。（再掲）

【評価項目No.33（費用の節減）】

- 厳しい経営状況の中、薬品比率・診療材料比率ともに上昇しており、より一層の費用削減に向けた意識の醸成が望まれる。（再掲）
- 物価高騰をはじめとした現在の経済状況の中で、費用の節減は非常に困難を伴うものと思われるが、さらなる努力を期待する。

【評価項目No.34（積極的な情報発信）】

- 催事等による認知度を高める努力は行われているものの、ホームページ閲覧数といった結果には結びついておらず、経営環境改善のためにも、より一層認知してもらうための取組が望まれる。（再掲）
- 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、内容の充実など改善すべき事項があれば、取り組むことが望まれる。
- プレスリリースによって取組の認知につなげるなどの努力を行っており、次年度以降も積極的な発信が望まれる。

（４）法人の自己評価と評価が異なる項目

該当なし

（５）評価委員会からの意見等

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

- 東海北陸厚生局の立入検査で不適切な診療報酬請求を指摘されたことは改善を必要とするところだが、それをふまえた体制整備をされていることは評価できる。

Ⅲ 「財務内容の改善に関する事項」

(1) 評価結果および判断理由

＜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7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 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 し 実 施 し て いる	年 度 計 画 を 十 分 に 実 施 し て い る	年 度 計 画 を 著 しく 下 回 っ て い る、又は 実 施 し て い る	
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

【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))】

- 外来患者数の増加および外来単価の上昇等により、医業収益は前年度を上回ったが、材料費や人件費の増加等に伴い経常損益は赤字となり、非常に厳しい財務内容が続いている。物価や賃金は今後も上昇が見込まれる中で、医業収益の確保に向けて、抜本的な対策の検討・実施を含めた取組の強化が急務である。(再掲)

(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))】

- 収益の増加のために、さまざまな取組を実施したことは評価できるが、財務内容の改善につながるかは、引き続き注視する必要がある。(再掲)

(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))】

- 厳しい経営環境の中で懸命に努力されていることは評価できる。その努力を今後も継続されることを期待する。

Ⅳ 「その他業務運営に関する重要事項」

(1) 評価結果および判断理由

＜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7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	年度計画を概ねおしりて	年度計画を十分にきいていない	年度計画を下回っている、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）】

- 保健医療行政に積極的に参画・協力し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）】

- 効率のよい熱源設備の導入により、電気使用量が減少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を実施している。

【評価項目No.39（業務運営並びに財務及び会計に関する事項（施設及び設備に関する計画））】

- 施設の老朽化が進む中、施設整備の長寿命化をふまえ、積極的に改善策を講じた。快適性の向上など患者目線に立った整備にも取り組み、患者満足度の向上にもつながった。

- 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）】

- 保健医療行政に協力するとともに、地域医療構想をふまえた今後における病院のあるべき姿を考えていく必要がある。
- 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することを期待する。

【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ることを期待する。
- 診療体制の整備のため多額の医療機器を購入していることから、今後の収入の増加につながることを期待する。

【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）】

- 診療報酬やその請求に対する知識の共有や底上げを期待する。
- 今後もR C Mを活用し、点検体制強化の実効性の確保に努めるとともに、リスクを未然に発見できるよう取り組むことが望まれる。

【評価項目No.39（業務運営並びに財務及び会計に関する事項（施設及び設備に関する計画））】

- 建築資材や人件費の高騰をふまえると、建屋の経年劣化に伴いより一層の費用が必要になるとみられることから、計画的な施設設備の長寿命化に期待する。
- 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 7 業務実績評価	
大項目 > 中項目 > 小項目 > 最小項目	指標の有無	№	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				
(イ) がん	有	1	Ⅲ	Ⅲ
(ロ) 脳卒中・急性心筋梗塞 等	有	2	Ⅲ	Ⅲ
(ハ) 各診療科の高度化及び医療水準の向上	有	3	Ⅳ	Ⅳ
イ 救急医療	有	4	Ⅳ	Ⅳ
ウ 小児・周産期医療	有	5	Ⅳ	Ⅳ
エ 感染症医療		6	Ⅳ	Ⅳ
(2) 医療安全対策の徹底		7	Ⅳ	Ⅳ
(3) 信頼される医療の提供				
ア 診療科目の充実		8	Ⅳ	Ⅳ
イ クリニカルパスの推進	有	9	Ⅳ	Ⅳ
ウ インフォームドコンセントの徹底		10	Ⅲ	Ⅲ
(4) 患者・県民サービスの向上				
ア 患者満足度の向上	有	11	Ⅳ	Ⅳ
イ 待ち時間の短縮		12	Ⅲ	Ⅲ
ウ 患者のプライバシーの確保		13	Ⅲ	Ⅲ
エ 相談体制の充実		14	Ⅳ	Ⅳ
オ 接遇意識の向上		15	Ⅳ	Ⅳ
カ 防犯に関する安全確保				
2 非常時における医療救護等				
(1) 大規模災害発生時の対応	有	16	Ⅲ	Ⅲ
(2) 公衆衛生上の重大な危機が発生した場合の対応		17	Ⅳ	Ⅳ
(3) 情報セキュリティ対策の徹底				
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	Ⅳ	Ⅳ
イ 看護師の確保・育成	有	21	Ⅳ	Ⅳ
ウ 医療技術職員の専門性の向上		22	Ⅳ	Ⅳ
(2) 資格の取得への支援	有	23	Ⅲ	Ⅲ
(3) 医療従事者の育成への貢献	有	24	Ⅳ	Ⅳ
5 医療に関する調査及び研究		25	Ⅳ	Ⅳ

年度計画の項目名		評価項目	R 7 業務実績評価	
大項目 > 中項目 > 小項目 > 最小項目	指標の有無	№	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		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 勤務環境の向上	有	29	Ⅳ	Ⅳ
5 人材の確保、育成を支える仕組みの整備		30	Ⅲ	Ⅲ
6 事務部門の専門性の向上と効率化		31	Ⅳ	Ⅳ
7 収入の確保と費用の節減				
(1) 収入の確保	有	32	Ⅲ	Ⅲ
(2) 費用の節減		33	Ⅳ	Ⅳ
8 積極的な情報発信	有	34	Ⅳ	Ⅳ
第3 財務内容の改善に関する事項				
1 予算、2 収支計画、3 資金計画		35	Ⅱ	Ⅱ
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	Ⅳ	Ⅳ
(2) 積立金の処分にに関する計画				

【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およ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	R 4			R 5			R 6			R 7			増減	R 8
		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	対前年度	目標値
		a	b	b/a	c	d	d/c	e	f	f/e	g	h	h/g	h-f		
《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%	625	588	94.1%	9	630
	化学療法 実患者数（人）	580	560	578	103.2%	565	539	95.4%	570	598	104.9%	575	609	105.9%	11	580
	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%	4,200	4,041	96.2%	200	4,200
	放射線治療延べ患者数（人）	225							225	302	134.2%	225	315	140.0%	13	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%	2,100	1,531	72.9%	90	2,160
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%	55	38	69.1%	▲ 32	60
	心カテーテル治療（P C I）＋ 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%	290	249	85.9%	▲ 17	290
3	鏡視下手術件数（件）	1,050	850	818	96.2%	900	839	93.2%	950	712	74.9%	1,000	728	72.8%	16	1,050
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%	13,200	10,991	83.3%	▲ 420	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%	1,320	1,040	78.8%	▲ 98	1,320
5	救急搬送患者 応需率（％）	98.0	95.0	96.6	101.7%	98.0	98.4	100.4%	98.0	97.3	99.3%	98.0	97.9	99.9%	0.6	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%	1,900	2,068	108.8%	30	1,970
	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%	1,550	832	53.7%	▲ 113	1,640
9	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%	42.0	47.2	112.4%	3.1	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%	96.0	97.1	101.1%	1.2	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%	92.0	95.2	103.5%	1.8	92.0
16	D M A T（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%	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%	9,700	10,221	105.4%	118	10,000
	紹介率（％）※4	75.0	70.0	69.3	99.0%	72.0	76.2	105.8%	73.0	79.4	108.8%	74.0	80.3	108.5%	0.9	75.0
	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%	86.0	89.8	104.4%	▲ 4.6	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%	2,240	2,415	107.8%	329	2,300
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%	39	38	97.4%	3	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%	92.0	92.3	100.3%	▲ 0.5	92.0
23	特定行為研修修了者数（人）※目標値は累計	5	1	1	100.0%	1	2	200.0%	1	2	200.0%	1	1	100.0%	▲ 1	1
24	臨床研修指導医養成講習参加者数（人）	2	2	4	200.0%	2	2	100.0%	2	3	150.0%	2	5	250.0%	2	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	3	150.0%	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%	3.3	3.32	100.6%	0.16	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%	88.1	74.8	84.9%	▲ 3.3	89.2
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%	245,000	200,837	82.0%	▲ 18,922	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)	職員満足度調査における「総合評価」調査項目平均
※8	病床稼働率 実働病床数ベース (%)	延べ入院患者数／365日／稼働病床数×100 ※加重平均で算出

○ 地方独立行政法人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8年5月15日（書面開催）
- ・第2回 令和8年7月14日
- ・第3回 令和8年8月18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。

（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 委員会は、法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、次に掲げる事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の評価に関する事項
- 三 前二号に掲げるもののほか、知事が必要と認める事項

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）、（4）、（5）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、「(3)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。