

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館
平成25年度の業務の実績に関する評価結果

平成26年8月

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館評価委員会

目 次

1	評価方法の概要	1
2	全体評価	2
3	中期目標項目別評価	
第2	県民に提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項	3
第3	業務運営の改善及び効率化に関する事項	8
第4	財務内容の改善に関する事項	10
第5	その他業務運営に関する重要事項	11

<参考資料>

○	地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館評価委員会が実施する評価の基本的な考え方	12
○	地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館の各事業年度の業務実績評価実施要領	14

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館評価委員会（以下「評価委員会」という。）においては、平成 22 年 11 月 19 日に策定した「地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館の各事業年度の業務実績評価実施要領」等に基づき、次のとおり地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館（以下「法人」という）の平成 25 年度における業務の実績に関する評価を行った。

1 評価方法の概要

（1） 評価の基本方針

年度評価は、法人の自己評価に基づいて行うことを基本とする。また、主として中期目標・中期計画の達成に向けた業務の進捗状況を確認する観点から行い、これらを通じて中期目標期間中の法人の組織・業務等に関する改善すべき点等を明らかにすることにより、法人運営の質的向上に資することとする。

（2） 評価の実施方法

評価は、法人が自己評価に基づき作成する業務実績評価報告書に基づき、「中期目標項目別評価」及び「全体評価」により実施する。

「中期目標項目別評価」では、法人から提出された業務報告書等を基に、法人からのヒアリング等を通じて、業務の実績等について調査・分析を行った上で、業務の進捗状況及び特記事項の内容等を総合的に勘案して、5段階で評価する。

「全体評価」では、中期目標項目別評価等の結果等を踏まえ、業務の実施状況、財務状況、法人のマネジメントの観点から、中期目標・中期計画の進捗状況全体を記述式で総合的に評価する。

なお、評価を実施するに当たっては、法人を取り巻く諸事情等を勘案し、総合的に判断する。

2 全体評価

平成 25 年度の業務実績に関する中期目標項目別の評価については、3 ページ以降に示すように、「県民に提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項」を評価 4、「業務運営の改善及び効率化に関する事項」を評価 3、「財務内容の改善に関する事項」及び「その他業務運営に関する重要事項」については、評価 4 と判断した。

これらの評価の結果を踏まえ、中期目標・中期計画の進捗状況を総合的に判断し、以下に示す、それぞれの観点からの評価を行った。

<業務の実施状況について>

全体として順調に実施していると認められる。

- 佐賀県における中核的な医療機関として、佐賀大学医学部附属病院と連携して、平成 26 年 1 月から本県単独のドクターヘリ運用を開始されるなど、救急医療や周産期医療、高度医療の充実に努められ、引き続き県民に高度で良質な医療を提供した。
- 医療スタッフの不足が全国的に問題となっている中で、リハビリテーション専門医や ICU 専門医、脳血管治療医などの専門医を始めとする医療スタッフを増員されたこと、また形成外科や歯科口腔外科などの診療科 4 科を新設されたことは、大いに評価すべきことである。今後、これらのことを県内外に広くアピールし、更なるイメージアップに取り組まれない。

〔 ※ I C U (Intensive Care Unit) = 集中治療室 〕

<財務状況について>

全体として順調に実施していると認められる。

- 法人化 4 年目、かつ第 1 期中期目標期間最終年度となる平成 25 年度においては、病院の移転を控え診療制限を行った影響により、入院・外来患者数が減少したものの、
 - ・ 在院日数の短縮による D P C 包括額の増額
 - ・ 全身麻酔下での手術件数の増、検査・画像診断や外来化学療法件数の増加などの要因により診療単価が増加し、医業収益が伸びた結果、4 年連続しての黒字決算を達成されたことは、高く評価できる。

〔 ※ D P C (Diagnosis Procedure Combination) = 診断群分類 〕

- 今後は、減価償却費の負担や償還額の増加による経常収支のマイナスが予想されるが、早期の経常収支改善に向けて取り組まれない。

<法人のマネジメントについて>

全体としておおむね順調に実施していると認められる。

- 法人化 4 年目となり、中期計画に沿った年度計画に基づいて病院経営が行われた結果が、手術件数や後発医薬品導入率の増など、具体的な数値の改善として表れている。今後も質の良い医療を提供し、安定した法人運営に努められたい。

3 中期目標項目別評価

第2 県民に提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項

<評価結果>

4（順調に進んでいる）

- 本県単独のドクターヘリの運用開始や専門医の確保、新たな診療科の開設など、県民へ提供する医療の一層の質の向上が図られたことを評価する。
- 専門医を始め医療スタッフの増員は、医療面、経営面双方において大きな効果が期待できると考える。
- 今後は逆紹介率向上への取組や、原子力災害に対する館内対応マニュアルの策定等を実践に行い、県民に提供する医療サービス及び業務の質の向上に引き続き取り組まれることを希望する。

評価結果	5 特筆すべき 進捗状況にある	4 順調に 進んでいる	3 おおむね順調に 進んでいる	2 やや遅れている	1 重大な改善 事項がある

小項目評価の集計結果

項 目	評 価 項目数	ウ ェ イ ト 反 映 後 の 項 目 数	小項目評価				
			A ⁺	A	B	C	D
1－(1) 県立病院として担うべき医療の提供	11	11		9	2		
1－(2) 医療スタッフの確保・育成	7	7		7			
1－(3) 信頼される医療の提供	9	9	1	7	1		
1－(4) 災害時等の協力	4	4		3	1		
2－(1) 患者の利便性向上	3	3		2	1		
2－(2) 職員の接遇向上	1	1		1			
2－(3) ボランティアとの協働	1	1			1		
3－(1) 環境への負荷の小さい病院運営	2	2		2			
3－(2) 社会的信頼の向上	3	3		2	1		
3－(3) 医療・健康の情報発信	3	3		2	1		
合 計	44	44	1	35	8		

<判断理由>

①特筆すべき小項目評価

○ 小項目評価がA+（計画を大幅に上回って実施）の項目は、次のとおりであった。

- ・ クリニカルパスの種類及び適用率が増加したことを評価した。

【1-(3)-② 患者中心の医療】

※クリニカルパス=診療計画表（入院中に行われる検査・処置・指導・看護・食事等を入院から退院までの時間順にまとめた表）。クリティカルパスともいう

○ 小項目評価がA（計画を上回って実施）の項目は、次のとおりであった。

- ・ リハビリテーション専門医1名を確保し、外傷センターの機能を強化したことを評価した。
- ・ 脳血管治療医1名の確保を実現したことを評価した。
- ・ 病院移転を機に、循環器内科及び心臓血管外科を同一病棟に配置し、ハートセンターとして機能強化を図るとともに、25年8月からICUを4床増床し、さらにICU専門医1名を確保したことを評価した。

- ・ 救命救急センター医師について24時間2交代制を導入し、また佐賀大学医学部附属病院と連携し、平成26年1月から本県単独のドクターヘリ運用を開始したことを評価した。

【1-(1)-① 救命救急医療の提供】

- ・ 病院移転を機に外来化学療法室を5床増床し、外来化学療法を推進した結果、患者数が増加したことを評価した。
- ・ 小児科医を4名増員し11名体制として、県内唯一の専門医による小児外科診療を提供したこと、また7月からNICUの運用を開始するとともに、産婦人科医4名体制を維持した結果、分娩数が大きく増加したことを評価した。

※NICU (Neonatal Intensive Care Unit) =新生児特定集中治療室

- ・ 県内唯一の感染症第1種病棟を使用して、新型インフルエンザ対策訓練を実施したことを評価した。
- ・ リハビリテーション専門医1名を確保し、早期リハビリテーション機能を強化したことを評価した。

【1-(1)-② 高度・専門医療の提供】

- ・ CT (320列)、MRI (3.0T)、リニアック等の整備・調整を完了し、計画どおり運用を開始したことを評価した。

【1-(1)-③ 高度・医療機器の計画的な整備・更新】

※CT (Computed Tomography) =コンピュータ断層撮影。身体にX線を照射し、通過したX線量の差をデータとして集め、コンピュータで処理することによって身体の内部を画像化する検査、もしくはそのための装置。

※MRI (magnetic resonance imaging) =核磁気共鳴画像法。強い磁石と電波を使い体内の状態を断面像として描写する検査、もしくはそのための装置。

※リニアック=放射線治療装置。

- ・ 医師を16名増員し167名体制として、医療のさらなる充実を図ったことを評価した。

- ・ 専門薬剤師など、メディカルスタッフの有資格者を4名増員したことを評価した。
- ・ 救急チーム医療に欠かせない形成外科専門医、リハビリテーション専門医、歯科口腔外科専門医を各1名ずつ確保したことを評価した。
- ・ 薬剤師、診療放射線技師、臨床検査医師を積極的に外部研修に派遣し、専門技能の向上を図ったことを評価した。

【1-(2)-① 優秀なスタッフの確保・専門性の向上】

- ・ 救命救急センターのスタッフが中心に講師となって、院外医療従事者や学生を対象とした講習会を定期的で開催し、救急医療の教育に取り組んだことを評価した。
- ・ 新臨床研修医30名を受け入れ、マッチングにおいてフルマッチを達成したことを評価した。
- ・ 病院スタッフが講師となって、佐賀県立総合看護学院の学生等に対する研修等を強化継続したことを評価した。

【1-(2)-② 医療スタッフの育成】

- ・ 化学療法の件数が増加したことを評価した。
- ・ がんに関する登録データの件数が増加したこと等を評価した。

【1-(3)-① 科学的根拠に基づく医療】

- ・ インフォームド・コンセントについて、面談室でプライバシーに配慮し、複数のスタッフが同席するなど、十分な体制及び方法で実施したことを評価した。

〔※インフォームド・コンセント=医療行為などの対象者（患者）が、治療等の内容についてよく説明を受け十分理解した上で（informed）、対象者が自らの自由意思に基づいて医療従事者と方針において合意する（consent）こと〕

- ・ 病院内外からの相談に対して、医療ソーシャルワーカーを中心に対応するとともに、性暴力救援センターさが（「さが mirai」）を運営し、積極的に対応したことを評価した。
- ・ インシデントやアクシデントに関する情報の収集・分析を積極的に行い、その結果を全職員で共有することで、医療安全に対する意識向上を図ったことを評価した。

【1-(3)-② 患者中心の医療】

〔※インシデント=誤った医療行為などが患者に実施される前に発見できた事例、または実施されたが結果として患者に影響を及ぼさずに済んだ事例〕

- ・ 地域の医療機関と合同で研修会や情報交換を行い、さらなる連携が図られたことを評価した。
- ・ 新たな地域連携パス「大腿骨頸部骨折パス」「脳卒中パス」の運用を開始するとともに、がん連携パスの運用数も増加したことを評価した。

【1-(3)-③ 地域の医療機関との連携強化】

- ・ 本県の基幹災害拠点病院として、国や県等が実施する防災訓練やDMA T訓練に積極的に参加するとともに、好生館独自の災害訓練を新たに実施したことを評価した。

〔※DMA T (Disaster Medical Assistance Team) =災害派遣医療チーム〕

- ・ 福岡検疫所佐賀空港出張所と、検疫感染症患者に係る入院委託契約を締結し、佐賀空港で実施された新型インフルエンザ対策訓練に参加したことを評価した。

- ・ ドクターカーを年間 347 回出動させたこと、また佐賀大学医学部附属病院と連携し、平成 26 年 1 月から本県独自のドクターヘリの運用を開始したことを評価した。

【1-(4) 災害時等の協力】

- ・ 11 月から毎月、入院患者に対して実施した患者満足度調査で、極めて高い総合満足度の評価を得たことを評価した。

- ・ 呼出用のポケットベルを導入するなど、患者の利便性を向上させる取組を評価した。

【2-(1) 患者の利便性向上】

- ・ 各部門ごとに「コミュニケーションリーダー」を任命し、医療コミュニケーションの改善が図られたことを評価した。

【2-(2) 職員の接遇向上】

- ・ 病院の移転にあたって、使用可能な物品を無償で希望者に提供したこと、また引き続きリサイクルや省エネルギー対策を全職員に対して徹底したことを評価した。

- ・ 九州地区の医療施設で唯一「住宅・建築物省CO2先導事業」に採択された設備や、壁面を利用した太陽光発電の運用を開始し、エネルギーの有効利用に努めたことを評価した。

【3-(1) 環境への負荷の小さい病院運営】

- ・ 医療情報部を中心に病院情報の一元管理を行い、入院カルテの点検数及び退院サマリー完成率が増加したことを評価した。

※退院サマリー＝患者の診断名・転帰、入院時の症状および所見、入院後の経過などを簡潔にまとめた文章。退院時要約とも呼ばれる。

- ・ 診療情報管理士を 3 名増員し、6 名体制で診療録等の個人情報管理を適切に行ったことを評価した。

【3-(2) 社会的信頼の向上】

- ・ 県民公開講座やテレビ番組、広報誌の発刊を計画通り実施し、医療情報や好生館の医療機能や実績を広く県民に発信したことを評価した。

- ・ 情報公開手順書等に基づいて適切に情報開示を行い、カルテ開示率 100%を達成したことを評価した。

【3-(3) 医療・健康の情報発信】

②その他考慮すべき事項

- ・ 今後、地域の医療機関との連携強化を図られ、特に逆紹介率の向上に努められたい。

【1-(3)-③ 地域の医療機関との連携強化 評価：B】

- ・ ボランティア登録数が減少したことは残念であるが、病院が移転し、交通事情等のためやむを得ず辞められた方も数多くおられると聞く。今後の登録人数の増加に期待したい。

【2-(3) ボランティアとの協働 評価：B】

- ・ 近年、情報漏えいが大きな社会問題となっているため、好生館においても診療録等の個人情報について厳重な管理を行われたい。

【3-(1) 社会的信頼の向上 評価：B】

<評価にあたっての意見、指摘等>

- ・ 専門医の増員やそれに伴い乳房再建手術等が可能になったことなどは、県内外への強力なアピールポイントであるため、積極的な広報に努められたい。

- 病院内外からの相談件数は毎年増加傾向にあると聞いている。医療ソーシャルワーカーの早急な増員を希望する。
- 患者満足度については年々増加しているが、さらなる向上を図り、好生館が患者にとってより快適に過ごすことができる病院となることを期待する。

第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項

<評価結果>

3（おおむね順調に進んでいる）

- 県民のニーズに応え形成外科、リハビリテーション科、歯科口腔外科、病理診断科を新設する等の診療機能充実、また手術件数の増加や施設基準の上位取得による診療単価向上等に取り組まれ、収益の確保に努めている。また、ベンチマークの採用や、医療材料の購入に当たって外部S P Dを導入するといった取組等により、経費節減にも一定の成果が見られるところであり、医療収益の増加と経費の節減が着実に行われているものと評価する。

※ベンチマーク＝全国の医療機関における医療材料・医薬品・試薬などの最新購入価格をインターネット上で照会・比較することができるシステム

※S P D（Supply Processing & Distribution）＝不要な在庫・購入を減らす目的で、病院外の倉庫で、医療機関内で消費される医療材料等の在庫、購買管理を行い、病院の必要量に応じて提供するシステム。

評価結果	5 特筆すべき 進捗状況にある	4 順調に 進んでいる	3 おおむね順調に 進んでいる	2 やや遅れている	1 重大な改善 事項がある
------	-----------------------	-------------------	-----------------------	--------------	---------------------

小項目評価の集計結果

項 目	評 価 項目数	ウ ェ イ ト 反 映 後 の 項 目 数	小項目評価				
			A ⁺	A	B	C	D
1－(1) 効率的な業務運営	3	3	1	2			
1－(2) 事務部門の専門性の向上	1	1		1			
1－(3) 人事評価制度の構築	1	1				1	
2－(1) 収益の確保	3	3	1		2		
2－(2) 費用の節減	3	3	1	2			
合 計	11	11	3	5	2	1	

<判断理由>

①特筆すべき小項目評価

- 小項目評価がA⁺（計画を大幅に上回って実施）の項目は、次のとおりであった。
- ・ 各病棟に薬剤師を、また各フロアに管理栄養士を配置したことにより、服薬指導件数及び個別栄養指導件数が大幅に増加したことを評価した。

【1－(1) 効率的な業務運営】

- ・ 手術件数の増に努めた結果、過去最多の件数となり、また入院点数も過去最高となったことを評価した。 **【2-(1) 収益の確保】**

- ・ 安全性や有効性を確認した上で後発医薬品への切替を積極的に行い、後発医薬品の使用割合が大幅に増加した結果、費用の節減や患者負担の軽減に繋がったことを評価した。 **【2-(2) 費用の節減】**

○ 小項目評価がA（計画を上回って実施）の項目は、次のとおりであった。

- ・ 県民のニーズに応えるため、4月に形成外科、リハビリテーション科、歯科口腔外科を開設するとともに、10月には標榜科として病理診断科を追加したことを評価した。

- ・ 医療材料は外部SPDに委託を行った結果、院内在庫及び購入費の削減に繋がったことを評価した。 **【1-(1) 効率的な業務運営】**

- ・ 各種学会において事務職員が発表を行うなど、事務部門の専門性向上につながったことを評価した。 **【1-(2) 事務部門の専門性向上】**

- ・ 医療材料の購入に当たって外部SPDを導入し、また価格交渉を徹底したことで材料費率を低減したこと、及び人件費率の目標を達成したことを評価した。

【2-(2) 費用の節減】

○ 小項目評価がC（計画を十分には実施していない）の項目は、次のとおりであった。

- ・ 人事評価制度の導入を目指して検討を行ったものの、人事評価制度の導入には至らなかった。 **【1-(3) 人事評価制度の構築】**

<評価にあたっての意見、指摘等>

- ・ 人事評価制度導入にあたっては様々な課題があると思われるが、導入に向けて積極的な取組を期待する。
- ・ 手術件数の大幅な増は、医療面はもちろん収益面でも効果が大きく、評価に値する。

[参考]中期目標項目に係る評価の目安

評価	目 安
5	小項目評価が全てAまたはBであり、かつ、業務の進捗状況や特記事項の内容に特筆すべき進捗や取組があり、評価委員会が特に認める場合
4	小項目評価が全てAまたはBである場合
3	・ 小項目評価におけるAまたはBの割合が9割以上である場合 ・ 小項目評価におけるAまたはBの割合が9割には満たないが、業務の進捗状況や特記事項の内容を総合的に勘案して評価委員会が相当と認める場合
2	小項目評価におけるAまたはBの割合が9割に満たず、業務の進捗状況や特記事項の内容に特段の評価のできる進捗や取組が認められない場合
1	小項目評価においてC又はDが多く、中期目標・中期計画の達成のためには重大な改善事項があると評価委員会が特に認める場合

第4 財務内容の改善に関する事項

<評価結果>

4 (順調に進んでいる)

<進捗状況の確認結果>

平成25年度の決算状況は、収支ともに年度計画に掲げた目標を大幅に上回る実績を上げ、その結果、約6.2億円の赤字という計画に対して、実績では約3.8億円の黒字となった。新病院開院開始後の安定的な経営に道筋を付けるため、新病院開院開始前においては経常収支比率100%を目標に収支改善に努めるという中期目標に向けて、順調に進捗したことが確認された。

(単位：千円)

区 分	実 績	計 画
収入(A)	13,963,366	13,027,905
(うち医業収益)	12,385,851	11,667,292
支出(B)	13,581,355	13,643,261
(うち医業費用)	12,804,849	12,813,810
収支差(A-B)	382,011	△615,356

<中期計画に対する進捗状況の確認結果>

収支について、中期計画に掲げた4年間の目標額と平成25年度までの4年間の実績をみると、収入については、目標49,523百万円に対し、実績は53,278百万円と、目標を3,755百万円上回ることができた(進捗率107.6%)。

また、支出については、目標50,791百万円に対し、実績49,397百万円で、97.3%に抑えることができた。

その結果、収支についても、目標マイナス1,268百万円に対し、3,881百万円の黒字を達成し、中期計画に掲げた目標に対し順調に進捗したことが確認された。

(単位：百万円)

区 分	実 績	計 画	進 捗 率
収入(A)	53,278	49,523	107.6%
(うち医業収益)	46,961	41,775	112.4%
支出(B)	49,397	50,791	97.3%
(うち医業費用)	46,288	47,540	97.4%
収支差(A-B)	3,881	△1,268	

第5 その他業務運営に関する重要事項

<評価結果>

4 (順調に進んでいる)

<進捗状況の確認結果>

- ・ 4月30日付けで旧病院の廃止、また5月1日付けで新病院の開設を届け出るとともに、計99名の患者を無事計画通りに新病院へ移送することができた。
- ・ 医療秘書の増員(8名)や、短時間正規雇用の実施(女性医師2名、女性看護師4名)など、職員の就労環境改善を積極的に図られたことを評価した。

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館評価委員会が実施する評価の 基本的な考え方

平成 22 年 11 月 19 日 決定
地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館評価委員会

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館評価委員会（以下「評価委員会」という。）において、地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館（以下「法人」という。）の業務実績の評価を実施するにあたっては、以下に掲げる方針・評価方法等に基づき行うものとする。

1 評価委員会の基本方針

- (1) 中期目標・中期計画の進捗状況等を踏まえ、法人の業務運営等について多面的な観点から総合的に評価を行い、改善すべき点等を明らかにし、評価を通じた法人運営の質的向上に資するものとする。
- (2) 中期目標・中期計画について、一層適切なものとなるよう、必要に応じて修正を求めるものとする。
- (3) 評価を通じて、法人の中期目標・中期計画の達成に向けた取り組み状況やその成果を分かりやすく示し、県民への説明責任を果たすものとする。
- (4) 定量的・定性的な評価とするため、法人に対して、業務実績報告書の作成に当たっては、できる限り客観的な情報・データを用いて具体的に記載するよう求めるものとする。
- (5) 評価に関する作業が、法人の過重な負担とならないよう留意するものとする。

2 評価方法

- (1) 評価は、地方独立行政法人法第 28 条に定める各事業年度に係る業務の実績に関する評価（以下「年度評価」という。）及び第 30 条に定める中期目標に係る事業の実績に関する評価（以下「中期目標期間評価」という。）を実施する。また、年度評価又は中期目標期間評価を実施するため必要と判断した場合は、年度又は中期目標期間の中途において、法人に業務の全部又は一部の進捗状況の報告を求め、必要に応じて評価を行う。（以下「中間評価」という。）
- (2) 評価は、法人の自己評価に基づいて行うことを基本とする。
- (3) 年度評価及び中期目標期間評価の方法は、「項目別評価」と「全体評価」により行う。

ア 項目別評価

中期目標・中期計画に定められた各項目ごとに進捗状況又は達成状況を確認し、評価を行う。

イ 全体評価

項目別評価の結果を踏まえ、法人の中期目標・中期計画の進捗状況又は達成状況の

全体について総合的に評価を行う。

- (4) 年度評価及び中期目標期間評価の具体的な方法については、別に実施要領で定める。中間評価の具体的な方法については、その都度評価委員会で定める。

3 評価結果の活用

- (1) 評価結果の報告を受けた知事は、次期中期目標に向けての法人の組織及び業務全般のあり方等について評価結果を活用する。
- (2) 評価結果の通知を受けた法人は、法人の業務改善及び役員の処遇に評価結果を活用する。

4 その他

この「基本的な考え方」については、必要に応じ、評価委員会の協議を経て見直すことができるものとする。

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館の各事業年度の業務実績評価実施要領

平成 22 年 11 月 19 日 決定

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館評価委員会

1 趣旨

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館（以下「法人」という。）に係る各事業年度の業務実績の評価（以下「年度評価」という。）に当たっては、「地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館評価委員会が実施する評価の基本的な考え方」を踏まえ、以下に示した評価方針及び評価方法等により実施する。

2 評価の基本方針

年度評価は、次の基本方針により行うものとする。

- (1) 年度評価は、法人の自己評価に基づいて行うことを基本とする。
- (2) 年度評価は、主として中期目標・中期計画の達成に向けた業務の進捗状況を確認する観点から行い、これを通じて中期目標期間中の法人の組織・業務等に関する改善すべき点等を明らかにすることにより、法人運営の質的向上に資することとする。

3 年度評価の実施方法

年度評価は、法人が自己評価に基づき作成する業務実績報告書に基づき、「項目別評価」及び「全体評価」により実施する。

4 法人の自己評価

- (1) 業務実績報告書を記載するに当たっての留意事項

法人は、次の事項に留意し、年度計画の項目ごとに、業務の進捗状況や業績の内容等について業務実績報告書に記載する。

- ア 業務実績報告書の記載に当たっては、できる限り客観的な情報・データを用いて具体的に記載する。
- イ 当該年度の数値目標を設定している場合は、実績値（当該項目に関する取組状況も含む。）を記載し、実績値が目標値に達しない場合には、その理由及び次年度以降の見通しを併せて記載する。
- ウ 数値目標を設定していない場合は、当該年度における取組みの実績を記載し、その実績が年度計画で定めた目標に達していない場合は、その理由及び次年度以降の見通しを併せて記載する。
- エ 業務の進捗状況、自己評価の理由等の記載と併せて、特筆すべき事項があれば、特記事項欄に記載する。

特記事項に記載すべきものは次のとおりである。

- (ア) 中期計画には記載していないが、力を入れて取り組んでいるもの
- (イ) 自己評価の過程で、中期計画を変更する必要がある、あるいは、変更について検討する必要があると考えられる場合は、その状況、理由（外的要因を含む。）

(ウ) その他、評価委員会に報告すべき法人運営の状況等
オ 必要に応じて、資料を添付する。

(2) 項目別評価

ア 法人は、中期目標項目のうち、「第2 県民に提供するサービスその他の業務の質の向上に関する事項」及び「第3 業務運営の改善及び効率化に関する事項」については、年度計画の小項目ごと（内容により複数の小項目ごと）に、業務の進捗状況を次の5段階で自己評価するとともに、その判断理由を記載する。＜小項目評価＞

A⁺: 年度計画を大幅に上回って実施している。(特に優れた実績を上げている場合)

A : 年度計画を上回って実施している。

B : 年度計画を十分に実施している。(達成度がおおむね9割以上)

C : 年度計画を十分には実施していない。(達成度がおおむね6割以上9割未満)

D : 年度計画を大幅に下回っている。(達成度が6割未満)

イ 法人は、小項目評価において、年度計画の各項目について、当該項目が属する中期目標項目内における重要性又は困難性を勘案してウェイト付けを行うことができる。ウェイト付けについては、年度計画を作成する際に行うものとする。なお、法人の成立後最初の年度計画に係るウェイト付けについては、当該事業年度の終了前までに行うものとする。

ウ 中期目標項目のうち、「第4 財務内容の改善に関する事項」及び「第5 その他業務運営に関する重要事項」については、小項目評価は行わず、当該年度の実績、年度計画との差異及びその理由を記載するものとする。

(3) 全体評価

全体評価は、項目別評価の結果等を踏まえ、業務の実施状況、財務状況、法人のマネジメントの観点から、年度計画の進捗状況を記述式で総合的に評価する。

5 評価委員会による調査・分析・評価

(1) 調査・分析

評価委員会は、法人から提出された業務実績報告書等を基に、業務の実績等（ウェイト付けを含む。）について調査・分析を行う。

(2) 評価

ア 中期目標項目別評価

上記(1)の調査・分析を踏まえ、中期目標の項目ごとに、中期目標・中期計画の達成に向けた業務の進捗状況及び特記事項の内容等を総合的に勘案して次の5段階で評価するとともに、その判断理由を記載する。

(ア) 5段階評価

5 : 中期目標・中期計画の達成に向けて特筆すべき進捗状況にある。

4 : 中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。

3 : 中期目標・中期計画の達成に向けておおむね順調に進んでいる。

2 : 中期目標・中期計画の達成のためにはやや遅れている。

1 : 中期目標・中期計画の達成のためには重大な改善事項がある。

- (イ) 評価（小項目評価の対象である中期目標項目に係る評価の場合に限る）の目安
- a 5と評価する場合
 - ・小項目評価が全てA又はBであり、かつ、業務の進捗状況や特記事項の内容に特筆すべき進捗や取組みがあり、評価委員会が特に認める場合
 - b 4と評価する場合
 - ・小項目評価が全てA又はBである場合
 - c 3と評価する場合
 - ・小項目評価におけるA又はBの割合が9割以上である場合
 - ・小項目評価におけるA又はBの割合が9割には満たないが、業務の進捗状況や特記事項の内容を総合的に勘案して評価委員会が相当と認める場合
 - d 2と評価する場合
 - ・小項目評価におけるA又はBの割合が9割に満たず、業務の進捗状況や特記事項の内容に特段の評価できる進捗や取組みが認められない場合
 - e 1と評価する場合
 - ・小項目評価においてC又はDが多く、中期目標・中期計画の達成のためには重大な改善事項があると評価委員会が特に認める場合

(ウ) ウェイトの反映

評価に当たっては、法人が4の(2)のイによりウェイト付けを行っている場合は、ウェイトを勘案して判断する。

イ 全体評価

全体評価は、中期目標項目別評価の結果等を踏まえ、中期目標・中期計画の進捗状況全体を総合的に評価する。評価は、業務の実施状況、財務状況、法人のマネジメントの観点から、記述式で行う。また、組織・業務運営等に関して改善すべき事項がある場合は、当該事項について記載する。

ウ 留意すべき点

評価を実施するに当たっては、法人を取り巻く諸事情等を勘案し、総合的に判断するものとする。

6 年度評価の進め方

- (1) 法人は業務実績報告書を作成し、評価委員会に提出する。【6月末日まで】
- (2) 評価委員会において、法人からのヒアリング等により業務実績報告書の調査・分析を行い、評価案を取りまとめる。【8月上旬】
- (3) 評価案について、法人に意見申立ての機会を付与する。【8月中旬】
- (4) 評価委員会は、評価を決定し、その結果を知事に報告するとともに、法人に通知する。【8月下旬】
- (5) 知事は、評価結果を議会に報告する。【9月】

7 その他

本実施要領については、年度評価の実施結果を踏まえ、必要に応じ、評価委員会の協議を経て見直すことができるものとする。