

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

平成27年度 業務の実績に関する評価結果報告書

平成28年9月

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

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）	11
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	11
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	19
第3 財務内容の改善に関する事項	23
第7 その他業務運営に関する重要事項	25
3 項目別評価（個別項目評価）	
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（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業務の実績に関する 評価基本方針	30
○ 地方独立行政法人三重県立総合医療センターの各事業年度における 業務の実績に関する評価実施要領	33

《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24年12月20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業務の実績に関する評価基本方針」及び「地方独立行政法人三重県立総合医療センターの各事業年度における業務の実績に関する評価実施要領」（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を行った。
「大項目評価」は、個別項目評価の結果を踏まえ、評価委員会において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7	その他業務運営に関する重要事項

◆ 個別項目評価における評価基準

区分	評価の基準の説明
V	年度計画を著しく上回って実施している
IV	年度計画を上回って実施している
III	年度計画を概ね計画どおり実施している
II	年度計画を十分に実施できていない
I	年度計画を著しく下回っている、又は実施していない

- ◆ 大項目の評価は、個別項目の評価区分ごとに、Ⅴを5点、Ⅳを4点、Ⅲを3点、Ⅱを2点、Ⅰを1点として大項目ごとの平均点を算出し、その結果を判断の目安として評価委員会が総合的に判断したうえで評価を決定する。

区分	評価の基準の説明	判断の目安
S	中期計画の実施状況は特筆すべき状況にある	小項目の平均点が4.3点以上
A	中期計画の実施状況は順調に進んでいる	小項目の平均点が3.4点以上4.3点未満
B	中期計画の実施状況は概ね順調に進んでいる	小項目の平均点が2.6点以上3.4点未満
C	中期計画の実施状況は遅れている	小項目の平均点が1.9点以上2.6点未満
D	中期計画の実施状況は著しく遅れている又は実施していない	小項目の平均点が1.9点未満

(注) 小項目の平均点は、小数点以下第2位を四捨五入する。

1 全体評価

(1) 評価結果及び判断理由

<評価結果>

「中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。」

<判断理由>

法人の平成 27 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、「A評価：中期計画の実施状況は順調に進んでいる」が2項目、「B評価：中期計画の実施状況は概ね順調に進んでいる」が2項目であり、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「中期目標の達成に向けて順調に進んでいる。」と判断した。

【大項目評価の集計結果】

項目名《大項目》	評価区分	S	A	B	C	D
		中期計画の実施状況は特筆すべき状況にある	中期計画の実施状況は順調に進んでいる	中期計画の実施状況は概ね順調に進んでいる	中期計画の実施状況は遅れている	中期計画の実施状況は著しく遅れている又は実施していない
第1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置			○			
第2 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置			○			
第3 財務内容の改善に関する事項				○		
第7 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 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」

【評価項目No.9（診療科目の充実）】

患者の多様なニーズに対し、北勢呼吸器センター・消化器外科・乳腺外科を開設し、そのすべてに常勤医を配置できたことを評価する。また受診すべき診療科が不明な患者に対して総合内科を配置したことも大いに評価でき、診療科間での連携が期待される。

今後も診療科の維持・充実に積極的に取り組んでいただきたい。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

【評価項目No.15（保健医療情報の発信）】

「患者・県民サービスの向上」に向けた取組については、相談体制の充実と保健医療情報の発信について次の点が評価できる。

相談体制の充実に関しては、紹介患者数が大幅に増加(対前年度 1,139人の増)し、退院調整患者数(959人)も順調に推移しており、相談体制が機能し、地域医療機関や住民に対しての信頼関係が深まってきているとかがえる。この信頼を維持し、患者や家族の立場に立った相談体制を維持していただきたい。

また、相談件数はわずかに減少(対前年度 35件の減)しているものの、在宅移行率が上昇(対前年度 1.3%の増)していることから、個々の症例で患者及び家族の要望を十分に聞いている結果と思われ評価する。

保健医療情報の発信に関しては、ホームページや広報紙等を利用して積極的に地域住民や関係医療機関に保健医療情報の発信を行っているほか、市民公開講座を開催し、がん治療や治療支援、ケア等に関する総合的な情報提供を行っており評価できる。

今後も地域住民のニーズに応じた情報提供に努めていくことを期待する。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

災害時の病院としての事業継続計画（BCP）の策定に向け、DMAT¹隊員を中心とする部会を組織して検討を行い、案を作成した。また基

¹ DMAT：（災害派遣医療チーム）大地震及び航空機・列車事故といった災害時に被災地に迅速に駆けつけ、救急治療を行うための専門的な訓練を受けた医療チームのことです。

幹災害拠点病院²として近隣地域の医療機関との連携を図る体制づくりを行い、訓練を定期的実施したほか、院外の様々な訓練や研修に隊員を派遣するなど、積極的な取組を行った。

さらに、地元医師会をはじめ、歯科医師会や薬剤師会等の関係団体との災害発生時の行動計画策定において、複数名の隊員を参加させて専門的な意見を述べるなど、地域との連携に関しても積極的な取組を行っており評価する。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

病診連携運営委員会の開催等により、地域の医療機関や四日市医師会との連携を強化し、紹介率を65.5%、逆紹介率を72.6%とするなど、地域医療支援病院³の承認に係る基準を達成したことを評価する。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

院内実習指導の質的向上に向け、県立看護大学の教授を指導者委員会に招聘するなど、外部の意見も取り入れて教育体制を充実させた。また、看護師間の応援体制機能の定着化を図り、業務の不均衡の軽減に努めるなど、魅力ある職場環境整備に継続して取り組んでいる。

看護師養成施設から多くの看護実習生(4,066人)の受け入れを行い、県全体の看護師の確保に貢献し、病院としても43名の看護師を確保できおり評価する。

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」

【評価項目No.26（適切な運営体制の構築）】

地域の医療機関との機能分化を推進するため、各部が協力して紹介率の向上に向けた対策を行ったことを評価する。

また、診療機能の充実を図るため、診療体制（組織）の見直しを行い、5つの診療科の設置を実現した。総合的な診療と専門診療は診療の両輪であり、両者を新設したことを評価でき、これら各科が密接に連携し、機能することを期待する。

² 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け入れや広域医療搬送のため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。

³ 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。

【評価項目No.27（効果的・効率的な業務運営の実現）】

医療技術職員（2名）及び事務職員（1名）の採用を決定し、現状において必要な職員配置を行った。また人事評価制度の導入検討・制度構築・試行・導入決定を行い、より効果的で効率的な人材育成・評価が期待できる。

さらに、電子的ツールを用いて業務改善に努めており評価する。

【評価項目No.28（経営関係情報の周知）】

経営会議での報告、院内掲示板や説明会の開催により職員に対して経営状況を周知したことによって、病院経営に対する意識が向上し、収益の確保や経費削減の取組が進んだことを評価する。

平成 28 年度診療報酬改定により、さらに厳しい環境になっているが、現在の状況の維持に努めていただきたい。

【評価項目No.35（積極的な情報発信）】

北勢呼吸器センター開設に伴い、連携する地域の医療機関にメーリングリストを用いて、紹介患者数に関する情報提供を始めたことについては、紹介率アップに有効な取組として大いに評価できる。

大項目 第7 「その他業務運営に関する重要事項」

【評価項目No.37（保健医療行政への協力）】

四日市モデルといわれる在宅医療システムやアルコールと健康を考えるネットワーク等、医療福祉を含む多職種が協働して地域社会に貢献する仕組みづくりの中心的存在として、長くその役目を果たしていることを評価する。

今後、あらゆる分野でその牽引役となることを期待する。

② 遅れている取組

該当なし

(3) 評価にあたっての意見、指摘等

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」

【評価項目No.1 (高度医療の提供 (がん))】

【評価項目No.2 (脳卒中・心筋梗塞)】

【評価項目No.3 (各診療科の高度化)】

「診療機能の充実」に関する意見、指摘等は、以下のとおりである。

高度医療の提供 (がん) に関しては、地域がん診療連携拠点病院⁴の指定を受けるために常勤病理医の確保等に努めるとともに、今後も、がん患者に対しての外科手術・化学療法・放射線治療が合同チームにより、適切に行われることを期待する。

また、がん相談支援センターの相談件数が前年度から減少(対前年度 217 件の減)していることから、入院患者以外のがん患者に対しても積極的な情報提供を行うとともに、がん患者に質の高い医療を提供できる中心的な病院としての役割を発揮されたい。

脳卒中・心筋梗塞に関しては、P C I (経皮的冠動脈形成術) + 冠動脈バイパス手術数(174 件)及び t - P A (血栓溶解薬) + 脳血管手術数(138 件)が目標値(P C I + 冠動脈バイパス手術数 212 件 : t - P A + 脳血管手術数 171 件)及び前年度実績値(P C I + 冠動脈バイパス手術数 181 件 : t - P A + 脳血管手術数 152 件)を下回っている。適応にならない脳血管障害が増えているとも考えられるが、引き続き原因分析を十分に行い、目標達成に努められたい。

各診療科の高度化に関しては、医療の高度化のために医療機器の更新、増設は必要であるものの、常に費用対効果の検討は必要である。

【評価項目No.7 (クリニカルパス⁵の推進)】

病院としてクリニカルパスを推進していることから、クリニカルパス利用率(対前年度 0.8%の減)が向上しない原因が緊急入院の患者が増えたことによる影響以外にもないのか検証されたい。

クリニカルパスの利用率向上のための積極的な取組を進め、患者とのさらなる信頼関係の構築に努め、質の高い医療、看護の提供に努められることを期待する。

⁴ 地域がん診療連携拠点病院：地域内で中心的役割を果たすよう、厚生労働大臣が指定した病院で、原則として各地域(2次診療圏)に1か所置かれています。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体制の整備やがんに関する相談支援情報の提供を担っています。

⁵ 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.10（医療安全対策の徹底）】

組織全体で医療安全対策に取り組む姿勢が弱いと感じられ、職員の研修参加への働きかけが十分ではない。研修不参加者への情報共有も必要であるが、職員が研修に参加できる体制づくりが必要である。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

「患者・県民サービスの向上」に関する意見、指摘等は、以下のとおりである。

患者満足度の向上に関しては、「みなさまの声」に対しても積極的に応え、満足度(対前年度 2.7%の減)の向上につなげていただきたい。特に、満足度の低い病棟と満足度が低下した病棟についての原因究明を図り、改善に努められたい。

待ち時間の短縮に関しては、自動精算機の利用率(平成 25 年度 85.7%、平成 26 年度 86.0%、平成 27 年度 85.0%)はほぼ横ばいの状態が続いており、これ以上の利用率増加は難しく、その他の待ち時間短縮方法を考案することを期待する。

また、待ち時間短縮の改善状況に関しては、数値的なものがないことから患者の評価を検証する必要がある。

【評価項目No.19（医師不足等の解消への貢献）】

より優秀な臨床研修医⁶の確保は病院の発展のために重要なことであり、今後も研修体制の充実やアメニティの充実を図ることを期待する。

また、へき地代診医師派遣には、へき地医療拠点病院⁷として積極的に支援することが必要である。

【評価項目No.22（コメディカル(医療技術職)の専門性の向上)】

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

「医療に関する教育及び研修」に関する意見、指摘等は、以下のとおりである。

コメディカル(医療技術職)の専門性の向上に関しては、専門職として今後も多くの学会に発表することができるよう期待する。

なお、研修参加人数(延べ 255 人)を増やす努力をしていただきたい。

⁶ 臨床研修医：大学で6年間の医学教育後、診療に従事しようとする医師に対し、医師免許取得の後に、臨床研修の名で上級医の指導の下に臨床経験を積む卒業後教育を受ける医師のことです。プライマリ・ケアを中心とした幅広い診療能力の取得を目的として、2年間の臨床研修が義務化されています。

⁷ 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、へき地における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。

資格の取得への支援に関しては、資格取得後の職員がより活躍できる体制を整えることが重要である。

また、診療報酬上においては専門資格や認定資格がある医師、看護師、薬剤師等の配置が加算点の条件となることから、それに対応できる準備をしておく必要がある。

医療従事者の育成への貢献に関しては、医師の指導医養成講習参加者数(1人)は、実施機関の都合もあったものの目標数(3人)を達成できなかった。

今後は、中期計画にある海外研修や海外からの研修生受入れについても一定の成果を期待したい。

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」

【評価項目No.33 (収入の確保)】

【評価項目No.34 (費用の節減)】

「収入の確保と費用の節減」に関する意見、指摘等は、以下のとおりである。

収入の確保に関しては、医療環境の変化に伴い、入院患者数(対前年度延べ入院患者数 1,423 人の減)が減少し、病床稼働率(82.9%)が目標値(87.0%)を下回っており、入院収益が減少(1億1,700万円の減)した。

県の中核病院として、紹介による外来患者数と入院患者数の増加を図るとともに、病床稼働率が年度計画目標値を上回るよう期待したい。

費用の節減に関しては、給与費の大幅な増加(対前年度5億800万円の増)が費用増加の要因となったが、給与を削減することは職員のモチベーションに影響するため避けるべきである。

経営会議や院内掲示版等で職員に経営情報の周知を行い、材料費や経費のさらなる削減に努めるなど、経常収支比率⁸100%に向けての取組を再検討する必要がある。

大項目 第3 「財務内容の改善に関する事項」

【評価項目No.36(財務内容の改善に関する事項(予算、収支計画、資金計画))】

医業収益(対前年度3億3,200万円の増)は増加したが、人件費(対前年

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

度 5 億 800 万円の増)及び材料費(対前年度 1 億 6,000 万円の増)の増加もあり、経常収支比率が 97.2%となり、地方独立行政法人化後 4 年目で赤字となった。今期のような人件費の大幅な増加は、医業収益で簡単にカバーすることは難しいと思われる。

しかしながら、人件費の増加は人材の確保・育成の観点からやむを得ない側面もあり、職員処遇改善によって看護基準体制の維持と加算の算定など、医業収益の増加につながっていくことを期待するが、今後、材料費・経費の削減にも努め、経常収支比率 100%以上をめざしていただきたい。

大項目 第 7 「その他業務運営に関する重要事項」

【評価項目No.39 (施設及び設備に関する計画)】

県民の医療を守るという視点から医療機器導入後の成果の検証をお願いしたい。

また建物も築後 20 年を経過すると修繕が必要な箇所が多発してくるため、整備・修繕計画の立案を期待したい。

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、評価を行った。

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）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27年度の業務実績については、以下の【個別項目評価の集計結果】にあるように、平均値が評価区分Aの範囲内に該当すること、そして、以下（2）の点を考慮し、総合的に評価を行った結果、全体としては上記のとおり「A：中期計画の実施状況は順調に進んでいる」と判断した。

【個別項目評価の集計結果】

評価 区分 項目数	V	IV	III	II	I	平均値 (点)
	年度計画を著しく上回って実施している	年度計画を上回って実施している	年度計画を概ねおこなっている	年度計画を十分に実施できていない	年度計画を著しく下回っている、又は実施していない	
25		10	15			3.4

(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））】

県がん診療連携拠点病院⁹の指定を受けたこと、並びに呼吸器領域の診療体制が充実しているという強みを生かして、北勢呼吸器センターを

⁹ 県がん診療連携拠点病院：国が指定する診療連携拠点病院に準ずる診療実績や診療体制を有し、手術、化学療法及びこれらの効果的な組み合わせによる標準的・集学的治療や緩和ケア等を提供する体制を整備する医療機関として、三重県が独自に指定する病院をいいます。

設置し、呼吸器疾患に対する強化が図られたことや、市内の企業内診療所への訪問等により内視鏡検査の件数が増加(対前年度 239 件の増)したことは評価できる。

緩和ケアにおいては、入院時に院内共通のスクリーニング指標を用い、早期から患者の苦痛に対して介入ができており、また、緩和ケアチームの病棟ラウンド実施件数が増加(対前年度 237 件の増)していることから患者サイドに立った医療の推進に取り組んでいるとうかがえる。

【評価項目No.4 (救急医療)】

救急患者受入数が二次・三次の救急医療¹⁰の機能分担により減少(対前年度 21 人の減)している中で、処置ベッドの増床及び救急診療体制の維持により、救命救急センターへの入院患者数は増加(対前年度 206 人の増)しており、重篤患者に対する高度な・専門的医療を提供できた結果と考えられ評価する。

【評価項目No.6 (感染症医療)】

新型インフルエンザなど新興感染症発生時の対応フローの作成、資材等の準備、関係機関との調整、院内への周知等、日頃の備えや対策を見直し、情報発信を行うなど、適宜対応しており評価する。

【評価項目No.8 (インフォームドコンセントの徹底)】

患者アンケートでの医師に対する満足度が向上しており、インフォームドコンセント¹¹が徹底され、患者と医師の信頼関係の積み重ねであると考えられ評価する。

また、セカンドオピニオン¹²にも十分に対応しており、地域において信頼される病院として位置づけられている。

【評価項目No.9 (診療科目の充実)】

患者の多様なニーズに対し、北勢呼吸器センター・消化器外科・乳腺外科を開設し、そのすべてに常勤医を配置できたことを評価する。また、受診すべき診療科が不明な患者に対して総合内科を配置したことも大いに評価でき、診療科間での連携が期待される。

今後も診療科の維持・充実に積極的に取り組んでいただきたい。

【評価項目No.11 (患者満足度の向上)】

¹⁰ 二次救急医療：入院や手術を要する症例に対する救急医療をいいます。

三次救急医療：二次救急では対応できない生命に関わる緊急度の特に高い患者に対する救急医療をいいます。

¹¹ インフォームドコンセント：患者が医療行為等の内容について医師等から十分な説明を受け納得したうえで、その医療行為(治療、投薬、手術等)について同意する制度です。

¹² セカンドオピニオン：主治医の診断や治療方針に対する、他の医師の意見のことです。

再診予約受付機の開始時間を 30 分早め、一般受付開始時間前からフロアマネージャーを配置し、また、以前から要望が多かった院内へのコンビニエンスストアの設置を実現させるなど、患者の利便性の向上が図られた。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

会計窓口やフロアマネージャーによる積極的な働きかけの結果、クレジットカードや自動精算機の利用が増え、時間短縮や利便性の向上につながった。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

紹介患者数は大幅に増加し、退院調整患者数も順調に推移しており、相談体制が機能し、地域医療機関や住民に対しての信頼関係が深まってきているとうかがえる。この信頼を維持し、患者や家族の立場に立った相談体制を維持していただきたい。

また、相談件数はわずかに減少しているものの、在宅移行率が上昇していることから、個々の症例で患者及び家族の要望を十分に聞いている結果と思われ評価する。

【評価項目No.15（保健医療情報の発信）】

ホームページや広報紙等を利用して積極的に地域住民や関係医療機関に保健医療情報の発信を行っているほか、市民公開講座を開催し、がん治療や治療支援、ケア等に関する総合的な情報提供を行っており評価する。

今後も地域住民のニーズに応じた情報提供に努めていくことを期待する。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

災害時の病院としての事業継続計画（BCP）の策定に向け、DMAT 隊員を中心とする部会を組織して検討を行い、案を作成した。また基幹災害拠点病院として近隣地域の医療機関との連携を図る体制づくりを行い、訓練を定期的実施したほか、院外の様々な訓練や研修に隊員を派遣するなど積極的な取組を行った。

さらに、地元医師会をはじめ、歯科医師会や薬剤師会等の関係団体との災害発生時の行動計画策定において、複数名の隊員を参加させて専門的な意見を述べるなど、地域との連携に関しても積極的な取組を行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）】

指定地方公共機関として、重大な危機発生時の対応について職員に周

知するとともに、ホームページを利用して地域の関係機関をはじめ、一般の住民に積極的に情報発信を行ったほか、多様な訓練を行っており、病院の持つ機能を発揮している。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

病診連携運営委員会の開催等により、地域の医療機関や四日市医師会との連携を強化し、紹介率を65.5%、逆紹介率を72.6%とするなど、地域医療支援病院の承認に係る基準を達成したことを評価する。

【評価項目No.19（医師不足等の解消への貢献）】

各部署の積極的な取組により臨床研修医の確保（初期研修医9名採用）につながり、また、関係機関への働きかけが功を奏して勤務医師数も増加しており評価する。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

研修医の受入れ環境の整備、研修内容の充実等のほか、指導にあたる医師や医療技術職員の対応といったヒューマンファクターの結果、中期計画の目標人数(32名)が達成された。

今後さらに、臨床研修センターが充実することを期待したい。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

院内実習指導の質的向上に向け、県立看護大学の教授を指導者委員会に招聘するなど、外部の意見も取り入れて教育体制を充実させた。また、看護師間の応援体制機能の定着化を図り、業務の不均衡の軽減に努めるなど、魅力ある職場環境整備に継続して取り組んでいる。

看護師養成施設から多くの看護実習生の受入れを行い、県全体の看護師の確保に貢献し、病院としても43名の看護師を確保できており評価する。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

資格取得支援のための予算を各部局に配分したほか、一部について別枠を設けるなど、より取得に向かいやすい支援を行った。その結果、様々な職種において難関資格の取得につながっており、提供できる医療のサービス・技術の質的向上が期待できる。

医療現場において医療技術職員の専門性が重要視されており、特に看護師の専門資格の取得は、医師業務の負担が軽減するとともに、看護師の意識も向上し、療養環境の改善につながり評価する。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

実習生の受入れ体制を充実するため、指導者の育成を計画的に実施し、

実習生の受入れも積極的に行った。

医師及び看護師の実習の受入状況を評価するにあたり、量的なものと同質的なものがあるが、質的なものとして指導者数をあげることができ、質的評価に伴い量的評価が追従すると考えられる。指導者数が着実に増加していることは、質的な向上を推測することができ、評価に値すると考える。

今後も職場環境を工夫することにより、一層の実習生の受入れにつながるよう期待する。

② 遅れている取組

該当なし

(3) 評価にあたっての意見、指摘等

【評価項目No.1（高度医療の提供（がん））】

地域がん診療連携拠点病院の指定を受けるために常勤病理医の確保等に努めるとともに、今後も、がん患者に対しての外科手術・化学療法・放射線治療が合同チームにより、適切に行われることを期待する。

また、がん相談支援センターの相談件数が前年度から減少していることから、入院患者以外のがん患者に対しても積極的な情報提供を行うとともに、がん患者に質の高い医療を提供できる中心的な病院としての役割を発揮されたい。

【評価項目No.2（脳卒中・心筋梗塞）】

PCI＋冠動脈バイパス手術数及びt-PA＋脳血管手術数が目標値及び前年度実績値を下回っている。適応にならない脳血管障害が増えているとも考えられるが、引き続き原因分析を十分に行い、目標達成に努められたい。

【評価項目No.3（各診療科の高度化）】

医療の高度化のために医療機器の更新、増設は必要であるものの、常に費用対効果の検討は必要である。

【評価項目No.4（救急医療）】

救急患者受入数が二次・三次の救急医療の機能分担により減少している。三次救急医療に対応できる体制の維持と強化に努められたい。

【評価項目No.5（小児・周産期医療¹³）】

拡充された「周産期母子医療センター¹⁴」を積極的に運用するため、地域の分娩取扱機関との連携強化を行い、引き続きハイリスク分娩の積極的な受入れに努め、地域の周産期医療の需要に応えていく必要がある。

【評価項目No.6（感染症医療）】

県の中核病院として引き続き、新たな感染症への対応に的確に取り組むとともに、院内感染防止対策においても感染管理認定看護師が中心となり、感染防止対策に関する研修へのさらなる参加率向上の工夫やICT（感染対策チーム）活動を積極的に推進されたい。

【評価項目No.7（クリニカルパスの推進）】

病院としてクリニカルパスを推進していることから、クリニカルパス利用率が向上しない原因が緊急入院の患者が増えたことによる影響以外にもないのか検証されたい。

クリニカルパスの利用率向上のための積極的な取組を進め、患者とのさらなる信頼関係の構築に努め、質の高い医療、看護の提供に努められることを期待する。

【評価項目No.10（医療安全対策の徹底）】

組織全体で医療安全対策に取り組む姿勢が弱いと感じられ、職員の研修参加への働きかけが十分ではない。研修不参加者への情報共有も必要であるが、職員が研修に参加できる体制づくりが必要である。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

「みなさまの声」に対しても積極的に応え、満足度の向上につなげていただきたい。特に、満足度の低い病棟と満足度が低下した病棟についての原因究明を図り、改善に努められたい。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

自動精算機の利用率はほぼ横ばいの状態が続いており、これ以上の利用率増加は難しく、その他の待ち時間短縮方法を考案することを期待する。

また、待ち時間短縮の改善状況に関しては、数値的なものがないこと

¹³ 周産期医療：周産期とは、出産時を含む出産前後の時期を意味する用語です。広義には胎児

期と新生児期をあわせた時期のことをいいます。周産期の期間は母子ともに異常が生じやすいため、突発的な緊急事態に備えて産科、小児科双方からの総合的な医療体制が必要であり、周産期医療と表現されます。

¹⁴ 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。

から患者の評価を検証する必要がある。

【評価項目No.13（個人情報保護）】

カルテの記載にあたっては医療の質の観点から、適切に開示できるよう記載内容の質向上に努められたい。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

入院患者増、病床稼働率向上のためにも地域医療連携の取組は重要であり、また地域連携クリニカルパスの件数についても増加するよう努められたい。

【評価項目No.19（医師不足等の解消への貢献）】

より優秀な臨床研修医の確保は病院の発展のために重要なことであり、今後も研修体制の充実やアメニティの充実を図ることを期待する。

また、へき地代診医師派遣には、へき地医療拠点病院として積極的に支援することが必要である。

【評価項目No.22（コメディカル(医療技術職)の専門性の向上）】

専門職として今後も多くの学会に発表することができるよう期待する。
なお、研修参加人数を増やす努力をしていただきたい。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

資格取得後の職員がより活躍できる体制を整えることが重要である。

また、診療報酬上においては専門資格や認定資格がある医師、看護師、薬剤師等の配置が加算点の条件となることから、それに対応できる準備をしておく必要がある。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

医師の指導医養成講習参加者数は、実施機関の都合もあり目標数を達成できなかった。

今後は、中期計画にある海外研修や海外からの研修生の受入れについても一定の成果を期待したい。

【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等については、多忙な診療等の間、精神的にも身体的にも負担をかけることではあるがさらなる努力を期待する。

（４）法人の自己評価と評価委員会の評価が異なる項目

【評価項目No.6（感染症医療）】

法人評価：Ⅳ 評価委員会評価：Ⅲ

新型インフルエンザなど新興感染症発生時の対応フローの作成や資材等の準備、関係機関との調整、院内への周知等の日頃の備えや対策を適宜対応しており評価できるが、実施した内容については、概ね年度計画の範囲内の取組である。「Ⅳ」の評価をするためには年度計画を上回る取組が必要であることから、「Ⅲ」が妥当であると判断した。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

法人評価：Ⅳ 評価委員会評価：Ⅲ

再診予約機の開始時間を早め、一般受付開示時間前からフロアマネージャーを配置するなど、患者の利便性の向上が図られたことは評価できるが、患者満足度が前年度実績値及び目標値ともに下回っており、総合的に評価した結果、「Ⅲ」が妥当であると判断した。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

法人評価：Ⅳ 評価委員会評価：Ⅲ

会計窓口やフロアマネージャーによる積極的な働きかけにより、クレジットカードや自動精算機の利用が増え、会計の時間短縮や利便性の向上が図られたことは評価できるが、診察の待ち時間対策に係る数値的な時間短縮の効果が不明なため、総合的に評価した結果、「Ⅲ」が妥当であると判断した。

【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）】

法人評価：Ⅳ 評価委員会評価：Ⅲ

重大な危機発生時の対応について、院内外に情報発信を行ったほか、多様な訓練を実施していることは評価できるが、実施した内容については概ね年度計画の範囲内の取組である。「Ⅳ」の評価をするためには年度計画を上回る取組が必要であることから、「Ⅲ」が妥当であると判断した。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

法人評価：Ⅳ 評価委員会評価：Ⅲ

目標指標の1つである看護実習指導者養成数に関しては目標値が達成されており評価できるが、もう一方の指標である臨床研修指導医養成講習参加者数に関しては実施機関の都合という事情はあったものの目標値に達していないため、総合的に評価した結果、「Ⅲ」が妥当であると判断した。

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) 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27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	
10		6	4			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.26 (適切な運営体制の構築)】

地域の医療機関との機能分化を推進するため、各部が協力して紹介率の向上に向けた対策を行ったことを評価する。

また、診療機能の充実を図るため、診療体制(組織)の見直しを行い、5つの診療科の設置を実現した。総合的な診療と専門診療は診療の両輪であり、両者を新設したことを評価でき、これら各科が密接に連携し、機能することを期待する。

【評価項目No.27 (効果的・効率的な業務運営の実現)】

医療技術職員及び事務職員の採用を決定し、現状において必要な職員配置を行った。また、人事評価制度の導入検討・制度構築・試行・導入

決定を行い、より効果的で効率的な人材育成・評価が期待できる。
さらに、電子的ツールを用いて業務改善に努めており評価する。

【評価項目No.28（経営関係情報の周知）】

経営会議での報告、院内掲示板や説明会の開催により、職員に対して経営状況を周知したことで、病院経営に対する意識が向上し、収益の確保や経費削減の取組が進んだことを評価する。

平成28年度診療報酬改定により、さらに厳しい環境になっているが、現在の状況の維持に努めていただきたい。

【評価項目No.29（改善活動の取組）】

TQM(Total Quality Management)のサークル数が前年より増えて(対前年度1サークルの増)おり、TQM推進委員会では毎月相談会を実施するなど、各サークルの改善活動をサポートした。

「QCサークル 青葉大会」で受賞したり、全国フォーラムで事例発表するなど、医療の質の改善・向上に向けた取組として評価できる。

今後も引き続き積極的な活動に期待したい。

【評価項目No.30（就労環境の向上）】

職員アンケートで得られた意見から地域手当の見直しやコンビニエンスストアの設置、施設の整備を実現した。

また、ワークライフバランスに配慮した意識の向上や環境の改善により、時間外勤務時間数の削減ができたことを評価する。ただし、個々にさらに検討を重ねる必要がある。

【評価項目No.31（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

医師をはじめ、医師以外の職員の人事評価制度についての検討を行い、仕組みの整備を行うことができたことを評価する。

【評価項目No.32（事務部門の専門性の向上と効率化）】

計画に基づいた事務部門のプロパー職員の確保に努め、病院の経営状況に関する情報を会議等で職員に積極的に説明し、理解を得て日常の業務に反映させたことで事務部門の時間外勤務時間数が大幅に減少(対前年度11%の減)したことを評価する。

【評価項目No.33（収入の確保）】

高額な新薬使用に伴う収入増のほか、紹介率アップによる来院患者の増加により、過去最高の医業収益を達成することができた。

また診療報酬減点率(0.16%)の低水準での維持、7対1看護基準体制¹⁵による入院基本料金の維持及び未収金残高を減少できたこと(対前年度2,095千円の減)を評価する。

【評価項目No.35 (積極的な情報発信)】

北勢呼吸器センター開設に伴い、連携する地域の医療機関にメーリングリストを用いて、紹介患者数に関する情報提供を始めたことについては、紹介率アップに有効な取組として大いに評価できる。

- ② 遅れている取組
該当なし

(3) 評価にあたっての意見、指摘等

【評価項目No.27 (効果的・効率的な業務運営の実現)】

職員にとって人事評価制度が有益な制度となるような運用を期待する。業務を継続的かつ円滑に進めていくため、システムの維持管理の核となるプロパー職員は重要であり、その育成に努められたい。
なお、今期の給与費は前期比で大幅に増加しており、人員確保という面を差し引いても効果的で効率的な業務運営であるのか再検討も必要である。

【評価項目No.30 (就労環境の向上)】

職員満足度(68.1%)が前年より0.4%下がっており、また目標値(69.0%)に達しておらず、引き続き働きやすく働きがいのある環境づくりに努められたい。

【評価項目No.31 (人材の確保、育成を支える仕組みの整備)】

人事評価制度導入により、その結果をどのように活用するのか、職員のモチベーションが高まるものであることを期待する。

【評価項目No.32 (事務部門の専門性の向上と効率化)】

今期の収支計画において、薬品費に係る過年度損益修正益が発生した事実は重く、経理部門の専門性の向上とチェック体制の強化に努められたい。

¹⁵ 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人を看護師1人が担当することをいいます。他に「10対1」「13対1」「15対1」などの基準があり、「7対1」看護は、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.33（収入の確保）】

医療環境の変化に伴い、入院患者数が減少し、病床稼働率が目標値を下回っており、入院収益が減少した。

県の中核病院として、紹介による外来患者数と入院患者数の増加を図るとともに、病床稼働率が年度計画目標値を上回るよう期待したい。

【評価項目No.34（費用の節減）】

給与費の大幅な増加が費用増加の要因となったが、給与を削減することは職員のモチベーションに影響するため避けるべきである。

経営会議や院内掲示版等で職員に経営情報の周知を行い、材料費や経費のさらなる削減に努めるなど、経常収支比率 100%に向けての取組を再検討する必要がある。

（４）法人の自己評価と評価委員会の評価が異なる項目

【評価項目No.31（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

法人評価：Ⅳ 評価委員会評価：Ⅲ

医師をはじめ、医師以外の職員の人事評価制度の構築について検討を行い、平成 28 年度からの導入を決定したことは評価できるが、その効果についての評価は次年度以降となることから、平成 27 年度の評価としては「Ⅲ」が妥当であると判断した。

第3 「財務内容の改善に関する事項」

(1) 評価結果及び判断理由

＜評価結果＞

「B：中期計画の実施状況は概ね順調に進んでいる」

＜判断理由＞

法人の平成27年度の業務実績については、以下の【個別項目評価の集計結果】にあるように、平均値が評価区分Bの範囲内に該当すること、そして、以下(2)の点を考慮し、総合的に評価を行った結果、全体としては上記のとおり「B：中期計画の実施状況は概ね順調に進んでいる」と判断した。

【個別項目評価の集計結果】

評価 区分 項目数	V	IV	III	II	I	平均値 (点)
	年度計画を著しく上回っている	年度計画を上回っている	年度計画概ねおこなわれている	年度計画を十分に実施できていない	年度計画を著しく下回っている、又は実施していない	
1			1			3.0

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

(2) 大項目評価にあたって考慮した内容

① 重点的な取組・特筆すべき取組

該当なし

② 遅れている取組

該当なし

(3) 評価にあたっての意見、指摘等

【評価項目No.36 (財務内容の改善に関する事項 (予算、収支計画、資金計画))】

医業収益は増加したが、人件費及び材料費の増加もあり、経常収支比率が97.2%となり、地方独立行政法人化後4年目で赤字となった。今期のような人件費の大幅な増加は、医業収益で簡単にカバーすることは難しいと思われる。

しかしながら、人件費の増加は人材の確保・育成の観点からやむを得ない側面もあり、職員処遇改善によって看護基準体制の維持と加算の算定など、医業収益の増加につながっていくことを期待するが、今後、材料費・経費の削減にも努め、経常収支比率 100%以上をめざしていただきたい。

(4) 法人の自己評価と評価委員会の評価が異なる項目

該当なし

第7 「その他業務運営に関する重要事項」

(1) 評価結果及び判断理由

<評価結果>

「B：中期計画の実施状況は概ね順調に進んでいる」

<判断理由>

法人の平成27年度の業務実績については、以下の【個別項目評価の集計結果】にあるように、平均値が評価区分Bの範囲内に該当すること、そして、以下(2)の点を考慮し、総合的に評価を行った結果、全体としては上記のとおり「B：中期計画の実施状況は概ね順調に進んでいる」と判断した。

【個別項目評価の集計結果】

評価 区分 項目数	V	IV	III	II	I	平均値 (点)
	年度計画を著しく上回っている	年度計画を上回っている	年度計画を概ねおこなっている	年度計画を十分に実施できていない	年度計画を著しく下回っている、又は実施していない	
3		1	2			3.3

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

(2) 大項目評価にあたって考慮した内容

① 重点的な取組・特筆すべき取組

【評価項目No.37 (保健医療行政への協力)】

四日市モデルといわれる在宅医療システムやアルコールと健康を考えるネットワーク等、医療福祉を含む多職種が協働して地域社会に貢献する仕組みづくりの中心的存在として、長くその役目を果たしていることを評価する。

今後、あらゆる分野でその牽引役となることを期待する。

② 遅れている取組

該当なし

(3) 評価にあたっての意見、指摘等

【評価項目No.38 (法令・社会規範の遵守)】

医療法等の法令遵守や医療機能評価機構の基準を維持するため、さらなる努力を期待したい。

【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 (施設及び設備に関する計画))】

県民の医療を守るという視点から医療機器導入後の成果の検証をお願いしたい。

また建物も築後 20 年を経過すると修繕が必要な箇所が多発してくるため、整備・修繕計画の立案を期待したい。

(4) 法人の自己評価と評価委員会の評価が異なる項目

該当なし

3 項目別評価 (個別項目評価)

別冊「個別項目評価結果」のとおり

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	法人化前		法人化後												中期計画			
		H22	H23	H24			H25			H26			H27			H28	H24~28		
		実績値	実績値	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	実績値	対目標値	目標値
		b	b	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)	494	544	504	630	125%	628	631	100.5%	628	620	98.7%	590	601	101.9%			540	
	化学療法患者数(人)	4,937	4,275	5,036	4,638	92.1%	4,747	4,523	95.3%	4,800	3,577	74.5%	4,512	3,655	81%			5,400	
	放射線治療件数(件)	4,397	3,602	4,441	4,567	102.8%	4,392	4,679	106.5%	4,600	3,600	78.3%	4,155	4,034	97.1%			4,600	
2	PCI(経皮的冠動脈形成術)+冠動脈バイパス手術数(件)	217	153	221	211	95.5%	212	201	94.8%	210	181	86.2%	212	174	82.1%			240	
	t-PA+脳血管手術数(件)	130	110	140	144	102.9%	151	169	111.9%	160	152	95%	171	138	80.7%			180	
4	救命救急センター入院患者数(人)	4,503	4,340	4,683	5,106	109%	4,942	5,427	109.8%	5,180	5,589	107.9%	5,180	5,795	111.9%			5,180	
	救急患者受入数(人)	14,374	14,510	14,446	14,751	102.1%	14,826	13,888	93.7%	14,180	13,125	92.6%	13,936	13,104	94%			14,700	
5	NICU利用延べ患者数(人)【新生児特定集中治療室】	716	965	734	1,015	138.3%	1,133	1,231	108.6%	1,350	1,359	100.7%	1,488	1,188	79.8%			1,640	
7	クリニカルパス利用率(%)※1	26.7	36.1	29.4	38.6	131.3%	38.5	40.5	105.2%	40.0	39.1	97.8%	40.0	38.3	95.8%			40.0	
11	患者満足度(%)※2	86.7	88.5	88.0	84.3	95.8%	88.0	87.1	99%	88.0	86.3	98.1%	88.0	83.6	95%			90.0	
18	紹介患者数(人)	5,747	6,102	6,070	6,737	111%	6,767	7,297	107.8%	6,767	8,034	118.7%	6,767	9,173	135.6%			6,400	
	紹介率(%)※3	55.6	58.0	60.0	63.4	105.7%	63.2	65.0	102.8%	61.0	62.1	101.8%	65.0	65.5	100.8%			65.0	
	地域連携クリニカルパス件数(件)	160	151	165	201	121.8%	185	195	105.4%	180	201	111.7%	180	203	112.8%			180	
	退院調整患者数(人)	734	729	749	935	124.8%	914	904	98.9%	800	994	124.3%	800	959	119.9%			800	
	医療機関、県民を対象とした研究会・講演会等の実施回数(回)	12	17	12	17	141.7%	12	15	125%	12	15	125%	12	18	150%			12以上	
20	初期及び後期研修医数(人)	30	26	30	30	100%	28	25	89.3%	28	30	107.1%	30	32	106.7%			32	
21	看護師定着率(%)※4	91.6	86.0	92.0	92.2	100.2%	92.0	91.9	99.9%	92.0	92.6	100.7%	92.0	92.5	100.5%			92.0	
	看護実習受入数(人)	4,223	4,396	4,000	4,037	100.9%	4,000	3,809	95.2%	3,800	4,162	109.5%	4,000	4,066	101.7%			4,000	
23	認定看護師数(人)	6分野7人	7分野8人	7分野9人	8分野9人	—	8分野10人	9分野11人	—	10分野12人	10分野13人	—	11分野14人	11分野15人	—			10分野12人	
24	臨床研修指導医養成講習参加者数(人/各年度)	3	2	3	3	100%	3	3	100%	3	1	33.3%	3	1	33.3%			3	
	看護実習指導者養成数(人)	22	22	24	24	100%	26	27	103.8%	28	29	103.6%	30	33	110%			32	
《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																			
30	職員満足度(%)※5	64.9	66.0	68.1	68.1	103.2%	68.1	67.8	99.6%	68.0	68.5	100.7%	69.0	68.1	98.7%			70.0	
33	病床稼働率(%)実働病床数ベース※6	88.8	93.1	86.0	87.2	101.4%	87.0	84.2	96.8%	85.9	84.3	98.1%	87.0	82.9	95.3%			90.0	
	病床稼働率(%)許可病床数ベース※7	66.1	69.0	65.2	66.1	101.4%	70.3	68.0	96.7%	71.3	70.1	98.3%	72.4	69.1	95.4%			72.6	
34	後発医薬品使用率(%)※8	6.7	7.1	7.4	7.5	101.4%	8.0	8.4	105%	8.7	9.3	106.9%	9.3	8.9	95.7%			10.0	

(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 (%)	入院及び外来患者アンケートの「当院推薦」を問う設問 (1設問) に対する満足度の単純平均
※ 3	紹介率 (%)	(初診紹介患者数+初診救急患者数)／(初診患者数－(休日・夜間の救急受診患者数－休日・夜間の救急入院患者数))×100
※ 4	看護師定着率 (%)	(1－看護師退職者数／(年度当初在籍看護師数+年度末在籍看護師数)／2)×100
※ 5	職員満足度 (%)	職員アンケートの満足度を問う設問 (17項目) に対する満足度の平均
※ 6	病床稼働率 (%) 実働病床数ベース	延べ入院患者数／365日／年平均稼働病床数×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×100
※ 8	後発医薬品使用率 (%)	後発医薬品購入額／薬品購入総額×100

○ 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	医療審議会委員、(株)百五総合研究所地域調査部主任研究員
委 員	中川 公子	県看護協会副会長
委 員	淵田 則次	四日市医師会会長
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 平成28年7月6日
- ・ 第2回 平成28年8月9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〉

（各事業年度に係る業務の実績に関する評価）

第28条 地方独立行政法人は、設立団体の規則で定めるところにより、各事業年度における業務の実績について、評価委員会の評価を受けなければならない。

- 2 前項の評価は、当該事業年度における中期計画の実施状況の調査をし、及び分析をし、並びにこれらの調査及び分析の結果を考慮して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定をして、行わなければならない。
- 3 評価委員会は、第1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なければならない。この場合において、評価委員会は、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勧告をすることができる。
- 4 評価委員会は、前項の規定による通知を行ったときは、遅滞なく、その通知に係る事項（同項後段の規定による勧告をした場合にあっては、その通知に係る事項及びその勧告の内容）を設立団体の長に報告するとともに、公表しなければならない。
- 5 設立団体の長は、前項の規定による報告を受けたときは、その旨を議会に報告しなければならない。

地方独立行政法人三重県立総合医療センターの業務の実績に関する 評価基本方針

平成24年12月20日
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決定

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。）が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「基本方針」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) 評価委員会の行う評価は、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、中立・公正な立場から、客観的かつ厳正に実施されることが求められる。

2 評価の基本方針

- (1) 評価委員会は、法人の中期計画の実施状況について総合的に評価し、中期目標の達成状況を判断する。
- (2) 評価委員会は、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) 評価委員会は、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、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

評価委員会は、次の2つの評価を行うこととする。

- (1) 各事業年度におけ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) 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目標の達成状況を調査・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。

また、中期目標期間の中間点（3年経過時点）において、その時点における総括（以下「中間総括」という。）を行い、当該期間にかかる中期計画の実施状況の確認を行う。この場合において、中期目標・中期計画の見直しが必要と考えられる場合については、法人の意見を踏まえつつ、その見直しについても検討し、必要な意見を述べる。

なお、中間総括は、中期目標期間の最後の事業年度の前年度（4年目）に行うこととする。

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、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、評価委員会において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) 評価委員会の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) 評価委員会は、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、評価委員会の意見を述べる際には、中期目標期間の各事業年度の評価結果及び中間総括の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) この基本方針は、評価委員会の決定により、必要に応じて見直すことができる。
- (2) この基本方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、評価委員会が別に定める。

地方独立行政法人三重県立総合医療センターの各事業年度における 業務の実績に関する評価実施要領

平成24年12月20日決定
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決定

「地方独立行政法人三重県立総合医療センターの業務の実績に関する評価基本方針」に基づき、地方独立行政法人三重県立総合医療センター評価委員会（以下「評価委員会」という。）が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。）の各事業年度におけ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。

1 評価の目的

評価委員会が行う評価は、法人の業務運営の改善及び充実に資することにより、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) 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、これをもとに評価委員会において検証・評価をして、行うこととする。
- (4) 大項目評価は、別表1の評価項目ごとに評価委員会において総合的な評価をして、行うこととする。
- (5) 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。
- (6) 評価委員会は、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、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）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報告書（以下「業務実績報告書」という。）を作成する。

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、当該事業年度の前年度の評価において評価委員会から指摘された事

項等について、当該事業年度の対応状況などを記述する。

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) 評価委員会による法人の自己評価の検証及び個別項目評価

評価委員会は、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・分析を行ったうえで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委員会による評価が異なる場合、評価委員会は判断理由等を示す。

(3) 評価委員会による大項目評価

評価委員会は、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評価委員会が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

評価委員会は、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) 評価委員会は、評価結果について法人に通知する。
- (2) 評価委員会は、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。
- (3) 評価委員会は、前2項の内容について知事に報告するとともに、公表する。

6 法人における評価結果の反映

- (1) 法人は、評価委員会からの勧告を尊重し、業務運営の改善等に努める。
- (2) 法人は、評価委員会の評価が評価区分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、評価委員会の決定により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24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7 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。