

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

平成28年度 業務実績に関する評価結果報告書

平成29年8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	20
第3 財務内容の改善に関する事項	24
第7 その他業務運営に関する重要事項	26
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	28
○ 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	30
○ 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	30
○ 地方独立行政法人法（関係条文）	30
○ 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	31
○ 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	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を評価して行った。
「大項目評価」は、個別項目評価の結果を踏まえ、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4	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>

「中期計画の最終年度として順調に進んだ」

<判断理由>

法人の平成28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「中期計画の最終年度として順調に進んだ」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.4（救急医療）】

救急専門医を新たに確保するとともに、救急患者の積極的な受入れに努め、救急診療体制を強化したことにより、救急車搬送患者数（三次＋二次）（対前年度比 5.5%増）、応需率（対前年度比 7.6%増）ともに向上したことは、大いに評価できる。

しかし、救急患者受入数（13,571人）が目標値（14,700人）を下回っており、引き続き、三次救急医療の役割が果たせるよう、診療体制の維持及び病床管理の強化に努められたい。

【評価項目No.9（診療科目の充実）】

放射線治療科の常勤医確保や北勢呼吸器センターの本格稼働に加え、新たな診療科や専門外来を設置するにあたり、人材の確保や認定医の取得、スタッフの専門性向上などに取り組んでおり、評価できる。

引き続き、地域のニーズに対応できるよう、診療科及び専門外来の充実に努められたい。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

平成 28 年 4 月に発生した熊本地震で被災した地域に医療救護班 1 班を 5 月に派遣し、医療救護等の協力を行った。

DMA T¹隊員を院外の訓練に参加させ、能力・知識の維持・向上に努めたほか、院内においてNBC災害²対策訓練等を実施し、職員や看護学生等が参加した。

市内の災害拠点病院・災害支援病院の担当者との意見交換会を開催し、災害時の役割分担や防災訓練での連携等について協議を行っており、評価できる。

今後も、訓練等を積極的に実施し、大規模災害に対応できる体制整備に努められたい。

¹ DMA T：（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域に迅速に駆けつけ、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。

² NBC災害：核（nuclear）、生物（biological）、化学物質（chemical）による特殊災害のことです。

【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定期開催により、地域の医療機関や医師会との連携を強化するとともに、地域医療支援病院³運営委員会を開催して、紹介患者の受入れ、逆紹介に積極的に取り組んだことにより、紹介患者数は大幅に増加（対前年度比 592 人増）し、紹介率（69.8%）、逆紹介率（76.8%）とも、地域医療支援病院の承認にかかる基準（紹介率 65%、逆紹介率 70%）を達成したことは評価できる。

セミオープンベッド（開放型病床）による共同診療が大幅に増加（対前年度比 65 件増）し、病診連携検査数も高い水準で推移している。院内外の職員を対象とした講演会や研究会を多数開催するなど、地域医療の機能分化と地域医療水準の向上に寄与している。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

【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」に向けた取組については、医師の確保・育成と医療従事者の育成への貢献について次の点が評価できる。

医師の確保・育成に関しては、研修医の受入環境の整備や研修内容の充実、医学生の実習受入れ、研修医向け説明会への参加など、医師確保・育成に向けた体制や取組の強化を図り、研修医 33 名を確保し、法人化以後の研修医数の増加傾向を維持できたことは評価できる。今後も、県内の他の臨床研修機関と連携して、研修内容の充実、向上に努められたい。

医療従事者の育成への貢献に関しては、実習受入体制の充実を図るため、医師の臨床研修指導医養成講習参加者 4 人及び看護師の看護実習指導者 4 人の指導者を養成でき、いずれも目標値を上回ったことを評価する。

また、ICLS⁴の指導者養成も行い、認定を取得、講習開催も可能となった。看護大学、養成学校への講師派遣には積極的に実施できたと考える。

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）】

バランス・スコア・カードを活用した各部門及び各診療科の目標達成に向けた仕組みを継続することができた。

また、地域の医療ニーズや近年の医療動向をふまえ、院内の各診療科の

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。

⁴ I C L S : 突然の心停止に対する最初の 10 分間の対応とチームによる適切な蘇生のことです。

協力・連携のもと、診療体制の見直しを行い、6つの診療科と3つの専門外来を設置し、診療機能の充実を図ったことを評価する。

各診療科の連携、情報共有を深めることや時代のニーズに応じた診療を行うことは、患者数の増加や患者満足度の向上につながることから、さらなる内容の充実を期待したい。

【評価項目No.27（効果的・効率的な業務運営の実現）】

医療情報システムを機器障害に強いシステムに変更・構築するとともに、医療機器管理システムの導入により医療機器の使用状況の集中管理を行い、業務の効率化を図った。

また、医療ニーズの変化に対応すべく専門職員の増員（平成29年4月採用：薬剤師2人、言語聴覚士1人、作業療法士1人、臨床工学技士1人、医療福祉士1人）を図り、さらに勤労意欲高揚のために人事評価制度を導入した。

専門職員としての能力が発揮できる組織づくりが行われ、これらがプラスのベクトルとなり、病院の運営に有益となるよう職員の管理、業務の執行において管理職の手腕が発揮されるよう期待したい。

【評価項目No.31（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

バランス・スコア・カードに基づく部門長の人事評価に加え、職員の人事評価制度を新設し、運用しており、評価の高い者への手当加算を行うなど、職員の意欲向上と人材育成につながる人事評価制度を導入することにより、人材育成やチームワークの向上が図られたことを評価する。

【評価項目No.33（収入の確保）】

紹介患者、救急患者の積極的な受入れにより入院患者数が大幅に増加（対前年度比延べ20.4人/日増）したこと、また、ワーキンググループ等の努力の結果により、7対1入院基本料⁵の施設基準を満たすことができたこと、病床稼働率が大幅に向上したこと（実働病床数ベース対前年度比5.5%増）、未収金対策が進んだことなどにより、過去最高の入院収益額（6,987,122千円、対前年度比333,849千円増）が確保できたことは評価できる。

【評価項目No.35（積極的な情報発信）】

ホームページや新聞、タウン誌、医療情報誌等で情報発信を行っているほか、地域の医療機関や関係機関等に対し「かけはし通信」（1回/月程度）を発行・送付し、新設の診療科や専門外来の開設等の診療情報等、病院の紹介に積極的に取り組んだ結果、ホームページアクセス数も増加（対前年

⁵ 7対1入院基本料：診療報酬の体系で入院病棟における看護師の配置基準が平均で入院患者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」などがあり、「7対1」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。

度比 15,843 件増) していることは評価できる。

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)】

多岐にわたる分野において、地域医療を担う中核病院として協力をしていることは評価できる。

医療と介護の連携を図り、多職種顔の見える関係づくりを行う医療と介護のネットワーク会議に病院施設を提供するなど、地域への貢献度は大きなものがある。その中心的存在としての役割を強固なものとする努力を続けていただきたい。

- 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.3 (各診療科の高度化)】

【評価項目No.5 (小児・周産期医療)】

「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、今後、地域がん診療連携拠点病院の指定に向けて、引き続き必要人員の確保等に努められたい。

がん相談支援センターの相談件数が減少 (対前年度比 584 件減) していることから、地域、在宅等への情報提供、情報収集等を行うなど積極的な取組等も検討されたい。

緩和ケア体制の充実にあたっては、緩和ケア加算の取得条件である精神科症状を担当する専任医師の確保や、患者・家族の声を受けた質的評価についても検討されたい。

がん手術件数 (対前年度比 61 件減)、化学療法 (対前年度比 382 人減) 及び放射線治療件数 (対前年度比 986 件減) の減少については、がん医療を取り巻く環境変化の要因もあるが、引き続き集学的治療を推進し、患者数及び

治療件数の増加に努められたい。

各診療科の高度化に関しては、北勢呼吸器センターとして北勢地区の呼吸器疾患治療の中心的役割を果たすため、気管支サーモプラスチック療法⁶を県内で初めて提供するなど評価できるが、治療にかかる費用が大きいことため治療件数（8件）が増えていないことは、今後の解決すべき課題と思われる。

小児・周産期医療に関しては、NICU利用延べ患者数（1,029人）が目標値（1,300人）、前年度実績（1,188人）からも大きく下回っていることから、地域の産婦人科等への積極的なPRや連携強化を図るとともに、ハイリスク分娩（妊婦）の受入減少（異常分娩件数対前年度比25件減）の要因分析や積極的な需要の確保に努められたい。

【評価項目No.7（クリニカルパス⁷の推進）】

【評価項目No.8（インフォームドコンセントの徹底）】

「信頼される医療の提供」に関する意見、指摘等は、以下のとおりである。

クリニカルパスの推進に関しては、クリニカルパス利用率向上のための取組を進めるとともに、クリニカルパスの定期的な見直し等を行うことにより、さらなる患者との信頼関係に努め、質の高い医療、看護の提供に努められたい。

インフォームドコンセントの徹底に関しては、患者アンケートでの医師への満足度（「話を十分聞いてくれたか」86.4%（対前年度比3.5%減）、「話を十分してくれたか」83.1%（対前年度比4.3%減））は高い水準にあるものの、やや低下していることから、満足度向上に向けた取組に努められたい。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

今後の診療報酬改定において、加算の基準に、例えば、前回改定の際にあった認知症認定看護師の認知症ケア加算のように、専門・認定資格を有する職種の配置が条件となることが予想されるため、医師、看護師をはじめ医療技術職員の知識・技術の向上、専門・認定資格の取得に向けた一層の努力が必要である。

【評価項目No.25（医療に関する調査及び研究）】

学会・学術発表件数が増えている。多忙な診療の中で、精神的・肉体的に負担がかかると思うが、将来の自分自身のために労力を惜しまず、さらに研究を続けることを期待したい。

⁶ 気管支サーモプラスチック療法：18歳以上の重症患者を対象に、気管支内視鏡を使い、気管支の内側を65度に温めることにより、肥大化した気管支平滑筋を薄くさせ、収縮力を弱くさせることで喘息症状を抑制するものです。

⁷ 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。

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.28（経営関係情報の周知）】

経営会議を開催して幹部職員に経営意識を持たせることは重要なことであり、会議開催の効果により、特に入院収益が改善している。人件費の増加が収益に与える影響を考慮して、その対策を講じる必要があり、経営に関する情報の周知・教育をさらに強化して健全な経営となるように努めていただきたい。

【評価項目No.30（就労環境の向上）】

職員の満足度（67.8%）の低い項目については、早期に対応し病院が就労環境向上に取り組んでいる姿勢を職員に見える化することが必要である。また、各部門の管理者と職員の間関係が満足度を左右するため、管理者の教育も必要である。

医師業務負担軽減対策委員会を設置し、医師の業務負担軽減に取り組まれているが、医師だけでなく看護師の業務負担軽減にも積極的に取り組み、本来の看護が提供できる環境を整備することを期待する。

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））】

入院収益額は過去最高となり、時間外勤務手当は微減（対前年度比一人あたり5%減）、材料費も削減（対前年度比214百万円減）できたものの、給与改定や増員などによる人件費の増加等により経常収支比率（96.2%）が100%を下回ったのは残念である。

前年度比で医業収益が5千万円減収しているが、医業費用のうち給与費が3億2千万円増加している。給与費については人材の確保・育成、モチベーションを考慮しながら慎重に検討する必要がある。

引き続き、材料費や経費の削減に努め、経常収支比率100%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.38（法令・社会規範の遵守）】

医療法等の法令の遵守は言うまでもなく、療養担当規則に基づいた今以上

に適正で高度な医療を提供する努力をお願いしたい。

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28年度の業務実績については、以下の【個別項目評価の集計結果】にあるように、平均値が評価区分Aの範囲内に該当すること、そして、以下（2）の点を考慮し、総合的に評価を行った結果、全体としては上記のとおり「A：中期計画の実施状況は順調に進んでいる」と判断した。

【個別項目評価の集計結果】

評価区分 評価項目数	V	IV	III	II	I	平均値 (点)
	年度計画を著しく上回って実施している	年度計画を上回って実施している	年度計画を概ねおこなっている	年度計画を十分に実施できていない	年度計画を著しく下回っている、又は実施していない	
25	1	12	12			3.6

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

（2）大項目評価にあたって考慮した内容

① 重点的な取組・特筆すべき取組

【評価項目No.1（高度医療の提供（がん））】

地域がん診療連携拠点病院の指定に向けて必要な診療実績（二次医療圏におけるがん患者シェア率）が達成できた。

がんリハビリについては、多職種で構成するチームで研修に参加するなど、提供体制の強化が図られるとともに、リンパ浮腫外来を開設するなど、がん患者のQOL（生活の質）の向上が図られた。

緩和ケアにおいては、苦痛のスクリーニング結果をふまえた緩和ケアチ

ームと病棟との連携強化等により入院患者への介入件数が大幅に増加（対前年度比 140 件増）したことは評価できる。

【評価項目No.2（脳卒中・心筋梗塞）】

脳血管内治療科を新設したことにより、脳血管内手術（血栓回収療法を含む）件数が大幅に増加（対前年度比 12 件増）した。

虚血性心疾患については、心臓カテーテル検査・治療における臨床検査技師、臨床工学技士のサポート業務の見直しなど連携体制の強化を図り、P C I（経皮的冠動脈形成術）件数が大幅に増加（対前年度比 70 件増）した。また、循環器内科と心臓血管外科、脳神経外科が連携し、全身の動脈硬化について専門的に血管病変のスクリーニングを行うとともに、静脈疾患を含めた包括的な血管診療を行う、動脈硬化・血管外来を新設した。

【評価項目No.3（各診療科の高度化）】

内視鏡検査機器やその付属機器、システムの増設等により内視鏡センターの医療の高度化が図られた。また、1.5T（テスラ）MR I が更新され、より良質な医療提供が可能となるよう検査環境が整備された。

【評価項目No.4（救急医療）】

救急専門医を新たに確保するとともに、救急患者の積極的な受入れに努め、救急診療体制を強化したことにより、救急車搬送患者数（三次＋二次）、応需率ともに向上したことは、大いに評価できる。

しかし、救急患者受入数が目標値を下回っており、引き続き、三次救急医療の役割が果たせるよう、診療体制の維持及び病床管理の強化に努められたい。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

近年の出生率が低下している環境下で前年並みの分娩件数（313 件）を維持し、かつ、異常分娩の比率が 40%を超えており、地域周産期医療センターとしての機能を果たしていることは評価する。

【評価項目No.6（感染症医療）】

新型インフルエンザ等対策訓練に参加するなど、新型インフルエンザ等の発生に備えつつ、輸入感染症等の対策を講じる必要があり、多様化した感染症に臨機応変に対応できる体制の維持について評価できる。

【評価項目No.7（クリニカルパスの推進）】

クリニカルパス利用率（39.0%）が、目標値（40.0%）を下回ったものの、救急患者（緊急入院患者）数が増加（対前年度比 3.6%増）した中、前年（38.3%）を上回ったことは評価できる。

【評価項目No.8（インフォームドコンセントの徹底）】

セカンドオピニオンの対応件数（21 件）は、緩和ケアチームやがん相談支援センターの地道な活動と併せて、増加に至ったものとして総合的に評価できるが、対応件数の更なる増加に努められたい。

【評価項目No.9（診療科目の充実）】

放射線治療科の常勤医確保や北勢呼吸器センターの本格稼働に加え、新たな診療科や専門外来を設置するにあたり、人材の確保や認定医の取得、スタッフの専門性向上などに取り組んでおり、評価できる。

引き続き、地域のニーズに対応できるよう、診療科及び専門外来の充実に努められたい。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

中央処置室での横断的な応援体制や待ち時間を利用した問診等の実施など、時間短縮と待ち時間の患者の心理に寄り添いストレスを軽減する工夫が見られ、評価できる。

会計での待ち時間短縮の対策によりクレジットカードや自動精算機の利用増につながっている。

【評価項目No.13（個人情報保護）】

個人情報保護研修に参加した職員数（延べ 790 名）が前年度より増えており、評価できる。引き続き、職員教育の徹底とカルテ開示請求に対応できる体制の維持に努められたい。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

相談件数（対前年度比 3,159 件）が大幅に増加し、紹介患者数（対前年度比 592 人増）、退院調整患者数（対前年度比 304 人増）も増加、在宅移行の割合（対前年度比 2.5%増）もわずかだが増加しており、相談しやすい体制づくりや地域連携の取組強化に努めた結果として評価できる。

【評価項目No.15（保健医療情報の発信）】

ホームページや広報誌等を利用して、地域住民だけでなく、医療関係者や介護関係者にも積極的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。

今後も県民のニーズに応じた情報提供に努められたい。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

平成 28 年 4 月に発生した熊本地震で被災した地域に医療救護班 1 班を 5

月に派遣し、医療救護等の協力を行った。

DMA T隊員を院外の訓練に参加させ、能力・知識の維持・向上に努めたほか、院内においてNBC災害対策訓練等を実施し、職員や看護学生等が参加した。

市内の災害拠点病院・災害支援病院の担当者との意見交換会を開催し、災害時の役割分担や防災訓練での連携等について協議を行っており、評価できる。

今後も、訓練等を積極的に実施し、大規模災害に対応できる体制整備に努められたい。

【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）】

新型インフルエンザ等発生に備えて十分な対策・訓練を行っており、評価できる。

【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定期開催により、地域の医療機関や医師会との連携を強化するとともに、地域医療支援病院運営委員会を開催して、紹介患者の受入れ、逆紹介に積極的に取り組んだことにより、紹介患者数は大幅に増加し、紹介率、逆紹介率とも、地域医療支援病院の承認にかかる基準を達成したことは評価できる。

セミオープンベッド（開放型病床）による共同診療が大幅に増加し、病診連携検査数も高い水準で推移している。院内外の職員を対象とした講演会や研究会を多数開催するなど、地域医療の機能分化と地域医療水準の向上に寄与している。

【評価項目No.19（医師不足等の解消への貢献）】

院内各部署の積極的な取組や、研修体制とアメニティ面の積極的なPRにより臨床研修医の確保につながっており、評価できる。

へき地代診医派遣についても、要請に応え積極的な支援を行っており評価できる。今後も積極的に代診医の派遣に努められたい。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

研修医の受入環境の整備や研修内容の充実、医学生の実習受入れ、研修医向け説明会への参加など、医師確保・育成に向けた体制や取組の強化を図り、研修医33名を確保し、法人化以後の研修医数の増加傾向を維持できたことは評価できる。今後も、県内の他の臨床研修機関と連携して、内容の充実、向上に努められたい。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

新人看護師卒後臨床研修システムやキャリアラダーシステム⁸の運用、ペアナーシングの標準化などにより、看護師の技術の習得、資質の向上をサポートしている。また、業務の偏りの解消や時間外勤務の削減、育休中や復帰後のサポート体制の充実等に積極的に取り組むことにより、看護師の定着率（93.5%）が向上するとともに、44名の看護師を採用できたことは評価できる。

【評価項目No.22（コメディカル（医療技術職）の専門性の向上）】

幅広い分野の研修等への参加が見られ、職員の知識・技術の向上を支援し、最新の知識を吸収できるよう努めていることが伺える。職場でのモチベーションの向上にもつながっていると考えられ評価できる。

引き続き、専門職として多くの学会で発表することができるよう期待する。

【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門に配分したほか、一部については別枠を設けるなど、より取得に向かいやすい支援を行った。その結果、さまざまな職種において難関資格の取得につながっており、認定看護師については分野（12分野）も人数（17人）も増えるなど、提供できる医療サービス・技術の質的向上が期待でき、評価する。

引き続き、資格取得への支援を継続し、資格取得後の職員がより活躍できる体制を整え、患者によりよい医療、看護が提供できる組織づくりを期待する。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

実習受入体制の充実を図るため、医師の臨床研修指導医養成講習参加者4人及び看護師の看護実習指導者4人の指導者を養成でき、いずれも目標値を上回ったことを評価する。

また、ICLSの指導者養成も行い、認定を取得、講習開催も可能となった。看護大学、養成学校への講師派遣には積極的に実施できたと考える。

② 遅れている取組

該当なし

⁸ キャリアラダーシステム：必要な知識や技術の到達目標を細かく分けて、段階的に身につけられることができるよう計画をたて、キャリア向上を図るための仕組みです。

(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））】

今後、地域がん診療連携拠点病院の指定に向けて、引き続き必要人員の確保等に努められたい。

がん相談支援センターの相談件数が減少していることから、地域、在宅等への情報提供、情報収集等を行うなど積極的な取組等も検討されたい。

緩和ケア体制の充実にあたっては、緩和ケア加算の取得条件である精神科症状を担当する専任医師の確保や、患者・家族の声を受けた質的評価についても検討されたい。

がん手術件数、化学療法及び放射線治療件数の減少については、がん医療を取り巻く環境変化の要因もあるが、引き続き集学的治療を推進し、患者数及び治療件数の増加に努められたい。

【評価項目No.2（脳卒中・心筋梗塞）】

t - P A件数+脳血管手術数（120件）が目標値（150件）と前年度実績（138件）を下回っており、引き続き、原因分析を十分に行い、目標達成に向けて努力されたい。

また、脳卒中ユニット⁹カンファレンスの効果的な実施と地域連携クリニカルパスの積極的運用により、患者の速やかな回復期への移行を図られたい。

【評価項目No.3（各診療科の高度化）】

北勢呼吸器センターとして北勢地区の呼吸器疾患治療の中心的役割を果たすため、気管支サーモプラスチック療法を県内で初めて提供するなど評価できるが、治療にかかる費用が大きいため治療件数が増えていないことは、今後の解決すべき課題と思われる。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

N I C U利用延べ患者数が目標値、前年度実績からも大きく下回っていることから、地域の産婦人科等への積極的なP Rや連携強化を図るとともに、ハイリスク分娩（妊婦）の受入減少の要因分析や積極的な需要の確保に努められたい。

【評価項目No.6（感染症医療）】

H I V感染症も治癒可能な感染症となっているなど、多様化した感染症に対する新たな治療法等の情報収集と医療関係者への啓発に引き続き取り組まれたい。

⁹ 脳卒中ユニット：脳卒中患者の治療やリハビリなどを行うために、脳神経外科や神経内科の医師や看護師をはじめ、専門知識をもつ作業療法士、理学療法士、言語聴覚士などで構成されるチームのことです。

【評価項目No.7（クリニカルパスの推進）】

クリニカルパス利用率向上のための取組を進めるとともに、クリニカルパスの定期的な見直し等も行うことにより、さらなる患者との信頼関係に努め、質の高い医療、看護の提供に努められたい。

【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への満足度は高い水準にあるものの、やや低下していることから、満足度向上に向けた取組に努められたい。

【評価項目No.10（医療安全対策の徹底）】

高度な医療を提供する中で、アクシデント件数（6件）が増加していないことは評価できる。インシデントについては、安全に対する意識がマンネリ化しないよう、引き続き、提出するための教育や働きかけに努められたい。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

患者満足度（86.3%）は目標値（90.0%）を下回ったものの、高い水準で維持されており評価できる。今後も、「みなさまの声」による意見・要望等への改善策の検討・実施等を通じて、目標達成に向けた取組に努められたい。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

待ち時間短縮ができたかどうかの評価指標がないため、実施した取組が時間短縮にどうつながったか検証する必要がある。

【評価項目No.13（個人情報保護）】

医療費の利用者通知をふまえ、診療報酬の内容についても対応できるよう努められたい。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

超高齢化社会を迎えるにあたり、周辺医療機関と更なる連携を深め、相談件数の増加に努められたい。

【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）】

地域医師会や医療機関と連携して、新型インフルエンザ等発生時のワクチン接種体制について協力を期待したい。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

県内の他の臨床研修機関と連携をして、研修内容の充実、向上に努めら

りたい。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

今後の診療報酬改定において、加算の基準に、例えば、前回改定の際にあった認知症認定看護師の認知症ケア加算のように、専門・認定資格を有する職種の配置が条件となることが予想されるため、医師、看護師をはじめ医療技術職員の知識・技術の向上、専門・認定資格の取得に一層の努力が必要である。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

看護学生実習受入数（4,014人）は若干減少したものの目標値（4,000人）は達成されている。実習指導者数（対前年度比4人増）が増えているため、受入れ看護学生数の増加を期待したい。

【評価項目No.25（医療に関する調査及び研究）】

学会・学術発表件数が増えている。多忙な診療の中で、精神的・肉体的に負担がかかると思うが、将来の自分自身のために労力を惜しまず、さらに研究を続けることを期待したい。

（4）法人の自己評価と評価委員会の評価が異なる項目

【評価項目No.2（脳卒中・心筋梗塞）】

法人評価：Ⅳ 評価委員会評価：Ⅲ

脳血管内治療科を新設したことにより、脳血管内手術件数が大幅に増加するなど評価できるが、t-PA+脳血管手術件数や地域連携クリニカルパスの件数は減少しており、また動脈硬化・血管外来が新設されたことによる効果も現状では不明であるため、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.4（救急医療）】

法人評価：Ⅴ 評価委員会評価：Ⅳ

救急専門医を新たに確保し、救急診療体制を強化したことにより、救急車搬送患者数及び応需率ともに向上したことは評価できるが、救命救急センター入院患者数（5,638人）及び救急患者受入数は年度目標を達成できなかったため、総合的に評価した結果、「Ⅳ」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

中央処置室での横断的な応援体制や待ち時間を利用した問診の実施など、待ち時間短縮に向けた業務の改善に継続して取り組んでいることは評価できるが、時間短縮の効果が分かりづらく、どの時点・どの方法で実際にどれくらい時間が短縮されたのか、あるいは患者のストレス軽減につながっているのか不明なため、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.18（地域の医療機関との連携強化）】

法人評価：Ⅴ 評価委員会評価：Ⅳ

病診連携運営委員会の定期開催などにより、地域の医療機関や医師会との連携強化が図られ、紹介患者受入数、紹介率及び逆紹介率が大幅に増加したことは評価できるが、病診連携検査件数（対前年度比 30 件減）や地域連携クリニカルパス件数（対前年度比 4 件減）が前年度より減少しているため、総合的に評価した結果、「Ⅳ」が妥当であると判断した。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

法人評価：Ⅴ 評価委員会評価：Ⅳ

医師確保・育成に向けた体制や取組の強化を図り、研修医 33 名を確保し、法人化以後、研修医数の増加傾向を維持していることは評価できるが、県内の他の臨床研修機関との連携による育成内容の充実や向上に更に取組が期待されることから、総合的に評価した結果、「Ⅳ」が妥当であると判断した。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

法人評価：Ⅴ 評価委員会評価：Ⅳ

医師の臨床研修指導医養成講習参加者数 4 人、看護師の看護実習指導者養成数 4 人といずれも目標値を上回ったこと、また I C L S の指導者養成を行い、認定を取得し、講習の開催が可能となったことは評価できるが、看護学生実習受入数は若干だが減少（対前年度比 52 人減）しており、また、臨床研修指導医養成講習参加者数（4 人）も目標値（3 人）を著しく上回っているとは言えないことから、今後のさらなる取組への期待も含め、総合的に評価した結果、「Ⅳ」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28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	
10		7	3			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.26 (適切な運営体制の構築)】

バランス・スコア・カードを活用した各部門及び各診療科の目標達成に向けた仕組みを継続することができた。

また、地域の医療ニーズや近年の医療動向をふまえ、院内の各診療科の協力・連携のもと、診療体制の見直しを行い、6つの診療科と3つの専門外来を設置し、診療機能の充実を図ったことを評価する。

各診療科の連携、情報共有を深めることや時代のニーズに応じた診療を行うことは、患者数の増加や患者満足度の向上につながることから、さらなる内容の充実を期待したい。

【評価項目No.27 (効果的・効率的な業務運営の実現)】

医療情報システムを機器障害に強いシステムに変更・構築するとともに、医療機器管理システムの導入により医療機器の使用状況の集中管理を行い、

業務の効率化を図った。

また、医療ニーズの変化に対応すべく専門職員の増員を図り、さらに勤労意欲高揚のために人事評価制度を導入した。

専門職員としての能力が発揮できる組織づくりが行われ、これらがプラスのベクトルとなり、病院の運営に有益となるよう職員の管理、業務の執行において管理職の手腕が発揮されることを期待したい。

【評価項目No.28（経営関係情報の周知）】

全職員を対象とした経営状況等の説明会の開催数を増やし（4回→6回）、経営関係の情報の周知に努めた結果、入院収益の確保、経費の削減が図れたことを評価する。

【評価項目No.29（改善活動の取組）】

TQMサークル数（15回）は前年度の数を維持し、全国でその取組事例を発表するなど、改善活動に継続的かつ積極的に取り組んでおり、職員の医療の質向上に向けての意識の高揚の表れと考えられる。QCサークル青葉大会において奨励賞を受けたことは、それが外部機関により評価されたことと考えられ評価できる。

今後も、引き続き、自主的で活発な活動を行い、TQMサークル数を増やして職員全員が何らかの活動に参加している組織になれることを期待したい。

【評価項目No.30（就労環境の向上）】

職員アンケート調査結果では職員満足度（67.8%）は前年並みとなり、目標値（70.0%）を下回ったが、ズレ勤務制度の対象範囲の拡大など、ワークライフバランスに配慮した就労環境の整備に努め、時間外勤務時間が減少傾向であることは評価できる。

【評価項目No.31（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

バランス・スコア・カードに基づく部門長の人事評価に加え、職員の人事評価制度を新設し、運用しており、評価の高い者への手当加算を行うなど、職員の意欲向上と人材育成につながる人事評価制度を導入することにより、人材育成やチームワークの向上が図られたことを評価する。

【評価項目No.32（事務部門の専門性の向上と効率化）】

事務局職員を対象にしたズレ勤務制度の導入によるワークライフバランスの推進やSPD¹⁰の導入により業務効率の改善等が期待できる。

また、病院経営に関する説明会を行い、職員に理解してもらうよう努力していることは評価できる。

¹⁰ SPD：診療材料等の物流管理の一元化システムのことで。

【評価項目No.33（収入の確保）】

紹介患者、救急患者を積極的に受入れることにより入院患者数が大幅に増加したこと、またワーキンググループ等の努力の結果により、7対1入院基本料の施設基準を満たすことができたこと、病床稼働率が大幅向上したこと、未収金対策が進んだことなどにより、過去最高の入院収益額が確保できたことは評価できる。

【評価項目No.34（費用の節減）】

薬品比率・診療材料比率の合計（25.4%）が昨年度（27.4%）に比べ低下したことは、ディーラー及びメーカーとの価格交渉による薬品コストの削減や診療材料についての価格交渉、他メーカーの代替品の提案募集など、積極的な経費削減に努めた結果の表れであり評価できる。

また、後発医薬品の使用率（10.9%）についても目標値（10.0%）を上回ったが、診療材料の購入に関しての分析を行い、有効な購入方法を検討する必要がある。

【評価項目No.35（積極的な情報発信）】

ホームページや新聞、タウン誌、医療情報誌等で情報発信を行っているほか、地域の医療機関や関係機関等に対し「かけはし通信」を発行・送付し、新設の診療科や専門外来の開設等の診療情報等、病院の紹介に積極的に取り組んだ結果、ホームページアクセス数も増加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）評価にあたっての意見、指摘等

【評価項目No.28（経営関係情報の周知）】

経営会議を開催して幹部職員に経営意識を持たせることは重要なことであり、会議開催の効果により、特に入院収益が改善している。人件費の増加が収益に与える影響を考慮して、その対策を講じる必要があり、経営に関する情報の周知・教育をさらに強化して健全な経営となるように努めていただきたい。

【評価項目No.30（就労環境の向上）】

職員の満足度の低い項目については、早期に対応し病院が就労環境向上に取り組んでいる姿勢を職員に見える化することが必要である。また、各

部門の管理者と職員の人間関係が満足度を左右するため、管理者の教育も必要である。

医師業務負担軽減対策委員会を設置し、医師の業務負担軽減に取り組まれているが、医師だけでなく看護師の業務負担軽減にも積極的に取り組み、本来の看護が提供できる環境を整備することを期待する。

【評価項目No.31（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

評価結果を常に検証することにより職員にとって効果がある（満足できる）人事評価であることを期待したい。評価者の教育を徹底し、人材育成やチームワークの向上を評価する具体的な方法の検討をお願いしたい。

人事評価制度に期待しているが、その運用スピードが遅いようにも感じられる。人件費の急増が懸念される中、今後の採用計画も含め早急な対応を図られたい。

【評価項目No.32（事務部門の専門性の向上と効率化）】

事務部門の職員のプロパー化については目標達成に向けて引き続き努力が必要である。

【評価項目No.33（収入の確保）】

外来収益の減少（対前年度比 380 百万円減）が高額新薬の院外処方変更によるものであることは理解できる。外来患者数は増加（対前年度比延べ 2.6 人／日増）しており、平成 26 年度より外来収益は増加（67 百万円増）しているが、医業収益全体では前年度に比べ減少（49 百万円減）となったことは残念である。

人件費が急増している中で、営業損失となっており医業収益としては不十分と言わざるを得ない。

【評価項目No.35（積極的な情報発信）】

継続した情報発信は有効であるのは間違いないが、マンネリ化が避けられず、内容や方法について常に検討が必要である。また、診療情報は瞬時に発信をお願いしたい。

（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

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28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 評価 項目数	V	IV	III	II	I	平均値 (点)
	年度計画を上回っている	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	
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))】

入院収益額は過去最高となり、時間外勤務手当は微減、材料費も削減できたものの、給与改定や増員などによる人件費の増加等により経常収支比率が100%を下回ったのは残念である。

前年度比で医業収益が5千万円減収しているが、医業費用のうち給与費が3億2千万円増加している。給与費については人材の確保・育成、モチベーションを考慮しながら慎重に検討する必要がある。

引き続き、材料費や経費の削減に努め、経常収支比率100%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28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 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	
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)】

多岐にわたる分野において、地域医療を担う中核病院として協力をしていることは評価できる。

医療と介護の連携を図り、多職種の間に見える関係づくりを行う医療と介護のネットワーク会議に病院施設を提供するなど、地域への貢献度は大きなものがある。その中心的存在としての役割を強固なものとする努力を続けていただきたい。

【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)】

医療ニーズに対応するため継続して医療機器の整備を続け、時代の先端の医療を提供する環境を維持していることを評価する。

ソフトウェアの面においても同様に最新の技術に対する挑戦をお願いし

たい。

- 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)】

医療法等の法令の遵守は言うまでもなく、療養担当規則に基づいた今以上に適正で高度な医療を提供する努力をお願いしたい。

(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%	620	540	87.1%	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%	4,000	3,273	81.8%	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%	4,100	3,048	74.3%	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%	200	244	122%	240
	t-P A+脳血管手術数(件)	130	110	140	144	102.9%	151	169	111.9%	160	152	95%	171	138	80.7%	150	120	80%	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%	5,700	5,638	98.9%	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	13,571	92.3%	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%	1,300	1,029	79.2%	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	39.0	97.5%	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	86.3	95.9%	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%	9,100	9,765	107.3%	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	69.8	107.4%	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	199	110.6%	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%	900	1,263	140.3%	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	22	183.3%	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	33	103.1%	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	93.5	101.6%	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	4,014	100.4%	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	—	12分野17人	12分野17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	4	133.3%	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	37	115.6%	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	67.8	96.9%	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	88.4	98.2%	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%	74.9	73.6	98.3%	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	10.9	109%	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	(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	三重県医師会幹事 四日市医師会参与
委 員	森 智	公認会計士

○ 地方独立行政法人三重県立総合医療センター評価委員会の開催状況

- ・ 第1回 平成29年7月 3日
- ・ 第2回 平成29年8月 2日
- ・ 第3回 平成29年8月17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の評価をして、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) 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Ⅴ～Ⅰの5段階で評価（評点）するとともに、必要に応じて特筆すべき点や遅れている点についての意見を評価結果報告書に記述する。

大項目評価は、評価区分ごとに、Ⅴを5点、Ⅳを4点、Ⅲを3点、Ⅱを2点、Ⅰを1点として大項目ごとの平均点を算出し、その結果を判断の目安として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。