

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

平成29年度業務実績に関する評価結果

平成30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）	11
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	11
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	22
III 財務内容の改善に関する事項	26
IV その他業務運営に関する重要事項	28
3 項目別の評価結果一覧	30
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二期中期計画及び 年度計画で定める指標の達成状況	31
○ 地方独立行政法人法（関係条文）	33
○ 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	34
○ 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	37
○ 地方独立行政法人三重県立総合医療センター評価委員会名簿	42
○ 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	42

《年度評価の方法》

この評価は、地方独立行政法人法第28条の規定に基づき行うものであるが、評価に当たっては、平成30年5月31日に策定した「地方独立行政法人三重県立総合医療センターの評価に関する指針」及び「地方独立行政法人三重県立総合医療センターの年度評価実施要領」（後掲）に基づき、以下のとおり評価を行った。

- ① 年度評価は、「項目別評価」と「全体評価」を行った。
- ② 「項目別評価」は、「個別項目評価」と「大項目評価」を行った。
「個別項目評価」は、法人が行う自己点検・評価に基づき、中期計画に定められた各項目について当該事業年度における実施状況を評価して行った。
「大項目評価」は、個別項目評価の結果をふまえ、総合的な評価をして行った。
- ③ 「全体評価」は、項目別評価の結果をふまえ、中期計画の実施状況など法人の業務の実績について総合的な評価をして行った。

なお、大項目の区分、個別項目評価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。

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
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
III	財務内容の改善に関する事項
IV	その他業務運営に関する重要事項

◆ 個別項目評価における評価基準

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

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

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

(注) 小項目の平均点は、小数点以下第2位を四捨五入する。

1 全体評価

(1) 評価結果及び判断理由

<評価結果>

「中期計画の達成に向けて順調に進んでいる。」

<判断理由>

法人の第二期中期計画の第1年度目にあたる平成29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、全ての項目が「A評価：中期計画の実施状況は順調に進んでいる」であり、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】

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
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		○			
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		○			
III 財務内容の改善に関する事項		○			
IV 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.4（救急医療）】

○三次及び二次の救急医療¹を合わせた救急車搬送患者数(4,883件)が前年度比4.5%の増加となり、救急搬送患者応需率(96.7%)も目標値を大きく超えた。

○救急専門医が集中治療専門医の資格を取得し、救命救急センターの専門性が一層向上され、また内科系の救急専門医も確保されるなど、高度な救急医療体制の構築に努めたことは評価できる。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

○全体の分娩件数は減少(対前年度37件の減)しているものの、異常分娩数の増加(対前年度8件の増)とともに、NICUとMFICUの延べ患者数が増加(NICU:対前年度921人の増、MFICU:対前年度312人の増)しており、それぞれの目標値を上回った。

平成28年度に新生児専門医が1名増えたことや、一般の分娩施設と高機能を持った当院との機能分担が進んだことなどが要因と考えられ、小児・周産期医療の質の向上に貢献した。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

○救急・集中治療科の設置や不整脈外来の開設を行ったほか、平成30年4月からの脳神経内科設置を決めたことなど、少しずつ病院機能が充実されている。

○救急・集中治療科の内科常勤医や小児外科の専門医に加え、がん治療の一つである放射線治療における常勤の放射線治療専門医が確保できたことは評価できる。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

○相談件数(対前年度383件の増)、紹介患者数(対前年度257人の増)、退院調整患者数(対前年度406人の増)及び在宅移行の割合(対前年度9.7%の増)が増加している。これは地域連携課に社会福祉士を2名増員したほか、患者サポートの相談窓口の開設など相談体制の強化が行われ、相談者に対

¹ 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。

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。

する親切な対応やわかりやすい説明を心掛けている結果と考えられ、評価できるとともに、入退院支援加算の増加や入院時支援加算の取得が期待できる。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

○地域の医療機関等との連携強化や地域医療支援病院²運営委員会等での積極的な活動を続けており、紹介患者数は257人の増加、紹介率(70.6%)及び逆紹介率(78.3%)ともに上昇し、地域医療支援病院の承認にかかる新基準(紹介率65%、逆紹介率70%)を大幅に上回った。

○セミオープンベッド³の利用率(85.8%)は前年度比で8.3%上昇、共同診察件数(対前年度10件の増)及び病診連携検査数(対前年度41件の増)も増加した。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

○研修医の研修環境・教育研修内容の整備、医学生の実習受入れや説明会への参加等の努力の結果により、初期研修医11名を採用でき、初期及び後期研修医数は目標値を上回る33名の確保ができたことは十分に評価できる。

○三重大学の連携大学院として3名の大学院生の受入れを行っており、今後の医師確保につながると考える。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

○院内就職説明会の実施や就職ガイダンスへの出展、看護大学等への訪問など、積極的に看護師の確保に努めた。

○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⁴の見直し、e-ラーニングの導入等により、看護師の技術の習得や資質の向上をサポートしている。

○定着率向上を図るため、産休・育休後の職場復帰に向けての不安軽減に努めている。

○地域の中学生の職場体験の受入れに加え、看護師定着活動の取組の一環として、子ども参観日を設けたのは、親である看護師の意欲の向上につながるだけでなく、子どもが看護師を職業選択肢の1つとして意識する機会

² 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。

³ セミオープンベッド：紹介した地域の「かかりつけ医」と紹介を受けた医療機関の担当医が共同で診療を行うシステムです。この場合、紹介した地域の「かかりつけ医」は患者にとって副主治医となることで、より円滑な紹介・逆紹介が可能となり、治療の一貫性、継続性を確保することをその趣旨としています。

⁴ 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。

にもなり得ることから、次世代の看護師育成という観点からも有意義な取組であると考える。

○様々な取組の結果、看護師の定着率が93%、受験応募者が49名あり一定数の採用に至ったことは評価できる。

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

【評価項目No.27（効果的・効率的な業務運営の実現）】

○医療環境の変化に対応するため、コメディカル6名の採用を実施したほか、次年度の採用5名も決定した。職員の適正な配置が行われることにより、今後の効率的な業務遂行につながることを期待できる。

○持参薬管理システムを全病棟に導入し、運用に伴う課題の分析、対策検討を行い、安全性かつ効率性の向上に向けた取組を実施した。

○ワーキンググループにおける各病棟の情報共有や看護部による重症度、医療・看護必要度の正確な情報入力の徹底により、7対1看護基準体制⁵の推進を図った。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○医師等業務負担軽減対策委員会を毎月開催し、負担軽減に関する分析等が行われた。また、PDCAサイクルによる取組計画を策定し、各部門間連携によるタスクシフティング⁶等、医師及び看護師等の業務負担軽減対策が推進され、働き方改革の実現に向けて努力している。

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））】

○入院患者一人1日あたり診療単価の上昇(対前年度2,754円の増)、外来患者数の増加(対前年度3,166人)等に伴い、入院・外来収益が増加(対前年度469百万円の増)した結果、経常収支比率⁷が104.9%となり、目標とする100%を達成したことは評価できる。

特に入院収益においては、紹介患者や救急患者の積極的な受入れに取り組んだ結果として、救急車搬送患者数や手術件数が増加となり、入院診療

⁵ 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1人が担当することです。「10対1」「13対1」「15対1」などの基準があり、「7対1」看護は、一般病棟において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。

⁶ タスクシフティング：医療行為の一部を他職種へ委譲することです。

⁷ 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

単価の向上が図られ、過去最高の入院収益額(73億200万円余)が確保できた。

○診療単価の上昇に対して、人件費比率は、前年度と比較して△1.4%の58.0%で抑えられており、経費抑制に努めている。

大項目 IV 「その他業務運営に関する重要事項」

【評価項目No.37（医療機器・施設の整備・修繕）】

○高度医療を提供する急性期病院としての機能を維持するため、必要な設備投資を行い、安定した診療体制の整備が行われた。

- 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

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））】

○がん医療を取り巻く環境の変化が著しい中で、がん手術件数(575件)や化学療法実患者数(498人)は計画の目標値(がん手術件数:620件、化学療法実患者数540人)を下回ったものの、前年度実績を上回っている。不在となっていた常勤の放射線治療専門医を新たに確保するなど改善がみられるが、さらなるがん診療体制の強化に努められたい。

○中期計画期間中の早期に地域がん診療連携拠点病院⁸の再指定が受けられるよう努めているが、これまでより一層の取組の強化が求められる。がん医療を取り巻く環境の変化を要因としているが、他病院等の状況を分析のうえ、課題を整理する必要がある。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

○診療における根幹をなす診断部門、特に病理診断科の常勤医を確保できていないことは今後の大きな課題となると思われ、早急な対策が望まれる。

【評価項目No.9（クリニカルパス⁹の推進）】

⁸ 地域がん診療連携拠点病院：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の整備やがんに関する相談支援情報の提供を行い、地域内ではがん診療の中心的役割を果たす、厚生労働大臣が指定した病院のことです。原則として各地域（二次医療圏）に1か所置かれています。

⁹ 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

○今後も、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、急激な医療の進歩に対応できるよう従来までのクリニカルパスの定期的な見直し等もあわせて行い、患者とのさらなる信頼関係の構築を図り、質の高い医療や看護の提供に努められたい。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

○外来患者満足度は上昇(対前年度 2.4%の増)しているが、入院患者満足度が大きく下降(対前年度 8.1%の減)しているため、結果を重く受けとめ、不満とされた点や「みなさまの声」を真摯に捉えて課題を分析し、より多くの職員に共有したうえで、各部門での具体的な対応策を検討し、満足度の向上に努められたい。

○接遇研修は毎年、参加者数(97人)が少ないため、研修会の内容や研修会の持ち方を検討し、参加者数の増加に努められたい。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

○今後、単身高齢者が増加する中、在宅移行の困難な患者も増加すると予想されるが、地域の医療機関や介護サービス事業所との一層の連携と在宅患者に対応できる職員の研鑽に努め、当院が地域包括ケアシステム¹⁰構築のための役割を果たすことを期待する。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

○接遇研修は全職員を対象にしているものの、参加者数が少ない。

○入院患者満足度が低い項目や「みなさまの声」に対しての改善策の取組に努められたい。

○患者の立場に立った視点で医療現場における接遇を捉え、効果が発揮されるよう対策を考え、患者満足度の向上につなげられたい。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

○日本看護協会において、認定看護師制度の再構築が行われており、2020年より特定行為研修を組み込んだ新たな認定看護師制度が開始されることを前提に、今後の資格取得支援の方向性について検討されたい。

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

などが期待できます。

¹⁰ 地域包括ケアシステム：住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される体制を言います。

【評価項目No.32（収入の確保）】

○平成 29 年度の一日平均入院患者数は 325.7 人/日で、平成 28 年度の一日平均入院患者数 326.2 人/日と△0.5 人/日ではほぼ前年並みとなっている。地方独立行政法人化移行後に行われてきた診療体制の強化等により、さらなる病床稼働率の向上に努め、入院患者数の増加につながる一層の取組が必要である。

○新たな診療報酬加算の取得に向け、病院全体での取組を推進し増収に努められたい。

○未収金残高が増加(対前年度 29,649 千円の増)している。未収金回収策はあまり効果が見込めず職員負担も大きいため、未収金未然防止策の強化を図り、未収金の減少に努められたい。

【評価項目No.34（積極的な情報発信）】

○社会における病院への関心が高まっている。三重県の医療情勢の発信や県民の健康への意識の高まりに応えられるよう、情報発信に努めるとともに、発信の内容・方法については、マネリとならないよう、情報の受け手側を常に意識した検討が必要である。

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））】

○経常収支比率が急激に改善された背景については、第二期中期計画から会計基準が見直され、起債元本償還のための繰入金、従前まで資本的収入として計上されていたのが、収益的収入に変更されたことによる要因が大きい。今後とも収支改善のためのさらなる取組に努められたい。

大項目 IV 「その他業務運営に関する重要事項」

【評価項目No.38（コンプライアンス（法令・社会規範の遵守）の徹底）】

○地方独立行政法人法の一部改正があり、法人のガバナンスの強化が図られることとなったが、このようなこともふまえ、今後さらに県民や他の医療機関に信頼されるための健全な病院運営に努められたい。

（4）評価委員会からの意見等

地方独立行政法人化から 6 年目が終了し、高齢化や医療機関の機能分化等医療を取り巻く環境が著しく変化する中で、法人は理事長のリーダーシップのもと、県の基幹病院として地域医療への貢献を果たすべく取組が行われており、中期計画の達成に向けて順調に進んでいると考察され、知事の評価案

については妥当と考える。

なお、個別の意見については大項目ごとの「評価委員会からの意見等」のとおりとする。

2 項目別評価（大項目評価）

項目別評価（大項目評価）については、以下のとおり評価実施要領に定めるS～Dの5段階での評価基準（後掲）により、評価を行いました。

I 「県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置」

（1）評価結果及び判断理由

＜評価結果＞

「A：中期計画の実施状況は順調に進んでいる。」

＜判断理由＞

法人の平成29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	2	12	11			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））】

○放射線治療において不在となっていた常勤の放射線治療専門医を新たに確保し、医学物理士を新たに配置したことで患者の状態や希望に合わせた治療が可能となり、患者のQOL（生活の質）の向上¹¹につながったことは、評価できる。

○緩和ケアでは、がん相談支援センターの相談件数(対前年度 33 件の増)

¹¹ QOL(生活の質)の向上：病気を治療することだけでなく、前向きな気持ちで日々を暮らしていけるよう、生活の質を高めることをさします。

と緩和ケアチームによる入院患者への介入件数(対前年度6件の増)が増加しており、家族への支援が充実してきている。

【評価項目No.2 (脳卒中・心筋梗塞)】

○平成28年度の脊椎脊髄外科の開設等、専門的な医療提供体制が推進されたことで、頸椎・腰椎変形疾患(対前年度32件の増)や頭部外傷(対前年度40件の増)等の高度な治療を要する治療件数が増加しており評価できる。

○脳卒中に関係した内科・外科の医師をはじめ、多職種のスタッフが脳卒中ユニットカンファレンスを組み、早期改善を目指して協働していることは評価できる。今後もカンファレンスを充実させ、患者の回復期への移行に努められたい。

○急性心筋梗塞等において、急性期カテーテル治療が困難な場合における冠動脈バイパス手術が減少(対前年度4件の減)している中で、PCI件数が増加(対前年度37件の増)しているのはインターベンション¹²の手技の向上やデバイスの改良によって適応範囲が拡大した結果と考えられ、評価できる。

【評価項目No.3 (各診療科の高度化及び医療水準の向上)】

○各診療科の要望に対応し、全身麻酔器の導入やゾーフイゴ静注¹³の実施を可能とする施設基準を満たすなど、医療機器の更新や増設並びに資格者の配置を進め、様々な領域において弛まぬ前進姿勢により、医療の高度化や医療水準の向上が図られており、評価できる。

【評価項目No.4 (救急医療)】

○三次及び二次を合わせた救急車搬送患者数が前年度比4.5%の増加となり、救急搬送患者応需率も目標値を大きく超えた。

○救急専門医が集中治療専門医の資格を取得し、救命救急センターの専門性が一層向上され、また、内科系の救急専門医も確保されるなど、高度な救急医療体制の構築に努めたことは評価できる。

【評価項目No.5 (小児・周産期医療)】

○全体の分娩件数は減少しているものの、異常分娩数の増加とともに、NICUとMFICUの延べ患者数が増加しており、それぞれの目標値を上回った。

平成28年度に新生児専門医が1名増えたことや、一般の分娩施設と高機能を持った当院との機能分担が進んだことなどが要因と考えられ、小児・周産期医療の質の向上に貢献した。

¹² インターベンション治療：「低侵襲治療」「血管内治療」などとも呼ばれ、エックス線透視や超音波像、CTを見ながら手術することなく、皮膚にあけた数ミリの傷から細いカテーテルや針を体内に入れて病気を治す新しい治療です。

¹³ ゾーフイゴ静注：骨転移を有する去勢抵抗性前立腺癌の治療薬として有効性が確認されたアルファ線を用いた医薬品のことです。

【評価項目No.6（感染症医療）】

○新型インフルエンザ等対策として、補助金を活用して設備を導入したほか、対策の強化や知識の啓蒙のため、訓練への参加や関係機関との情報交換に努めた。

○院内においては感染防止対策に関する研修を行い、多数の職員が参加し、課題提出も行うなど、院内における感染防止に関する意識の向上を図った。

○エイズ治療拠点病院としてエイズの新規患者9人、定期通院患者37人の治療及び経過観察が行われており、評価できる。

【評価項目 No.7（医療安全対策の徹底）】

○前年度に比べてインシデント件数が増加(対前年度 502 件の増)しており、報告の意識が浸透してきたということであり、小さなことでも報告書の提出を促すという、報告の強化を図った結果である。職員の医療安全への意識の高まりと考えられ、評価できる。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

○救急・集中治療科の設置や不整脈外来の開設を行ったほか、平成30年4月からの脳神経内科設置を決めたことなど、少しずつ病院機能が充実されている。

○救急・集中治療科の内科常勤医や小児外科の専門医に加え、がん治療の一つである放射線治療における常勤の放射線治療専門医が確保できたことは評価できる。

【評価項目No.9（クリニカルパスの推進）】

○高齢化が進む中、単一疾患でなく多病を抱えた患者は多い。そうした中でクリニカルパス利用率が向上(対前年度 1.6%の増)したことは、専門周辺医療機関との連携が進んでいるものと思われる。

【評価項目No.10（インフォームドコンセントの徹底）】

○セカンドオピニオン件数が増加(対前年度 10 件の増)しており、院内等での情報発信や希望者への丁寧な対応を意識した取組が行われたことで、当病院の医療内容に対する信用度が増した結果と考えられる。今後もさらなる件数の増加に努められたい。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

○駐車場の増設を実施するなど、患者の声を取り入れて可能な改善が行われている。

【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初診紹介患者を優先する会計運用の導入、待ち時間を利用した問診の実施など、時間短縮と待ち時間の患者の心理に寄り添ったストレスを軽減する工夫が見られた。

○待ち時間短縮の評価は難しいが、クレジットカードの利用者数(対前年度 2,563 件の増)や自動精算機の利用実績(対前年度 1.0%の増)が伸びていることをふまえると、待ち時間は短縮できているものと想定できる。

【評価項目No.13 (患者のプライバシーの確保)】

○職員に対する研修会を開催し、参加職員数(780人)が前年度とほぼ同じながら、多数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)】

○相談件数、紹介患者数、退院調整患者数及び在宅移行の割合が増加している。これは地域連携課で社会福祉士を2名増員したほか、患者サポートの相談窓口の開設など相談体制の強化が行われ、相談者に対する親切な対応やわかりやすい説明を心掛けている結果と考えられ、評価できるとともに、入退院支援加算の増加や入院時支援加算の取得が期待できる。

【評価項目No.15 (接遇意識の向上)】

○患者満足度の要素の一つとして接遇が挙げられると考えられる。そのためにも常日頃から接遇に対する意識を持つことが重要であり、年間6回の接遇委員会開催があったことは評価できる。

【評価項目No.16 (大規模災害発生時の対応)】

○幸いにも平成29年度は大きな災害がなかったためDMAT¹⁴の出動はなかったが、災害拠点病院として、非常時に備えた訓練が繰り返し行われており、常に意識や技術を高く保つための努力をしていることは評価できる。
○基幹災害拠点病院¹⁵として、地域の災害医療の連携協力体制の強化を図っている。

【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)】

○新型インフルエンザ等発生時の治療に関する対策や訓練だけでなく、発生初期における特定接種・住民接種にも協力体制を整備していることは評価できる。新型インフルエンザ発生時対応の一員としての貢献を期待する。

¹⁴ 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、救急医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。

¹⁵ 基幹災害拠点病院：災害拠点病院は、大規模地震(地震、火災、津波など)等により、重篤な救急患者の受入れや広域医療搬送のための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。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

○地域の医療機関等との連携強化や地域医療支援病院運営委員会等での積極的な活動を続けており、紹介患者数は257人増加、紹介率及び逆紹介率ともに上昇し、地域医療支援病院の承認にかかる新基準を大幅に上回った。
○セミオープンベッドの利用率は前年度比で8.3%上昇、共同診察件数及び病診連携検査数も増加した。

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

○初期臨床研修医の募集定員11名を確保でき、継続的に確保されていることは大いに評価できる。
○初期臨床研修医だけでなく後期臨床研修医も前年度と同数確保できたことは、自ら当院で経験した研修・教育環境が良好であったと考えられ、評価できる。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

○研修医の研修環境・教育研修内容の整備、医学生の実習受入れや説明会への参加等の努力の結果により、初期研修医11名を採用でき、初期及び後期研修医数は目標値を上回る33名の確保ができたことは十分に評価できる。
○三重大大学の連携大学院として3名の大学院生の受入れを行っており、今後の医師確保につながると考える。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

○院内就職説明会の実施や就職ガイダンスへの出展、看護大学等への訪問など、積極的に看護師の確保に努めた。
○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の見直し、e-ラーニングの導入等により、看護師の技術の習得や資質の向上をサポートしている。
○定着率向上を図るため、産休・育休後の職場復帰に向けての不安軽減に努めている。
○地域の中学生の職場体験の受入れに加え、看護師定着活動の取組の一環として、子ども参観日を設けたのは、親である看護師の意欲の向上につながるだけでなく、子どもが看護師を職業選択肢の1つとして意識する機会にもなり得ることから、次世代の看護師育成という観点からも有意義な取組であると考ええる。
○様々な取組の結果、看護師の定着率が93%、受験応募者が49名あり一定数の採用に至ったことは評価できる。

【評価項目No.22（医療技術職員の専門性の向上）】

○多忙な診療の中で、貴重な時間を割き、幅広い分野の専門研修等への参

加が見られ、当院が職員の知識・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、評価できる。

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る。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

○当院が担うべき高度医療の提供、地域の医療ニーズや診療報酬改定への対応をふまえたうえで必要性の高い資格を検討し、計画的に資格取得者を決めて支援を行い、必要となる資格取得につなげていることは評価でき、平成29年度ではコメディカルでの難関資格取得が2件あった。

○取得した資格を発揮できる体制を整え、医療サービスや技術の向上並びに収益の増加につなげられたい。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

○医師の臨床研修指導医養成講習参加者が2名、看護師の看護実習指導者養成数が2名と指導者の養成に取り組み、医学生や看護学生等の実習受入体制の充実が図られた。

○看護大学や養成学校等への講師派遣に積極的に対応できたと考える。

○医学生や看護学生の実習受入れを多数行っており、県内医療従事者の積極的な育成を図った。

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.1（高度医療の提供（がん））】

○がん医療を取り巻く環境の変化が著しい中で、がん手術件数や化学療法実患者数は計画の目標値を下回ったものの、前年度実績を上回っている。不在となっていた常勤の放射線治療専門医を新たに確保するなど改善がみられるが、さらなるがん診療体制の強化に努められたい。

○中期計画期間中の早期に地域がん診療連携拠点病院の再指定が受けられるよう努めているが、これまでより一層の取組の強化が求められる。がん医療を取り巻く環境の変化を要因としているが、他病院等の状況を分析のうえ、課題を整理する必要がある。

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

○今後も各診療科の連携を図り、更新や増設された医療機器を有効に活用し、高度化及び医療水準の向上を一層図り、地域のニーズに対応した魅力ある診療体制の推進に努められたい。

【評価項目No.4（救急医療）】

○救急患者受入数は前年度よりも 491 人減少し、また、目標値も達成できなかった。

○救急医療の充実と医師の働き方改革の推進の両立は難しいところではあるが、今後の対策に期待したい。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

○今後とも、地域における周産期母子医療センター¹⁶として発展するとともに、機能の充実にも努められたい。

【評価項目 No.6（感染症医療）】

○第二種感染症指定医療機関としての役割として、県内医療機関への感染対策への積極的な支援に努められたい。

【評価項目No.7（医療安全対策の徹底）】

○アクシデント件数が前年よりわずか1例であるが増加しており、今後の改善・意識の高揚に努められたい。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

○診療における根幹をなす診断部門、特に病理診断科の常勤医を確保できていないことは今後の大きな課題となると思われ、早急な対策が望まれる。

【評価項目No.9（クリニカルパスの推進）】

○今後も、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、急激な医療の進歩に対応できるよう従来までのクリニカルパスの定期的な見直し等もあわせて行い、患者とのさらなる信頼関係の構築を図り、質の高い医療や看護の提供に努められたい。

【評価項目No.10（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(83.4%)は高いレベルにあるものの、前年(85.9%)と比較して低下している。

○複雑化・高度化する医療において診療内容や治療方針を100%満足できるように説明することは簡単ではないが、さらなる満足度向上のため、引き続き尽力いただきたい。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

○外来患者満足度は上昇しているが、入院患者満足度が大きく下降しているため、結果を重く受けとめ、不満とされた点や「みなさまの声」を真摯に捉えて課題を分析し、より多くの職員に情報提供・共有化を図ったうえ、各部

¹⁶ 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。

門での具体的な対応策を検討し、満足度の向上に努められたい。

○接遇研修は毎年、参加者数が少ないため研修会の内容や研修会の持ち方を検討し、参加者数の増加に努められたい。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

○受付から診察終了までの全体の時間についての評価方法も検討し、それぞれについての対策に努められたい。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

○今後も引き続き、職員の教育と個人情報管理を徹底し、適切な対応が維持されるよう努められたい。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

○今後、単身高齢者が増加する中、在宅移行の困難な患者も増加すると予想されるが、地域の医療機関や介護サービス事業所との一層の連携と在宅患者に対応できる職員の研鑽に努め、当院が地域包括ケアシステム構築のための役割を果たすことを期待する。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

○接遇研修は全職員を対象にしているものの、参加者数が少ない。

○入院患者満足度が低い項目や「みなさまの声」に対しての改善策の取組に努められたい。

○患者の立場に立った視点で医療現場における接遇を捉え、効果が発揮されるよう対策を考え、患者満足度の向上につなげられたい。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

○今後も現行の体制の維持向上に努め、大規模災害発生時に備えて対応できるよう、地域の医療機関や行政機関と連携しながら訓練を重ねられたい。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

○講演会・研究会の院外出席者数が減少(対前年度 117 人の減)している。地域医療水準の向上のため、院外出席者数の増加に努め、地域の中核病院として地域の医療機関にとっての専門的知識の発信源となることを期待する。

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

○へき地への代診医派遣件数(3回)は前年度と同様となっている。今後もへき地医療拠点病院¹⁷として引き続き代診医派遣に努められたい。

○研修後の医師定着を図り、地域の医療提供体制確保につながるよう、今後

¹⁷ 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、へき地での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。

も継続した取組に努められたい。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

○新専門医制度が始まり、指導医の確保や他の臨床研修機関と連携した総合的な教育・研修体制の充実と整備が求められる。今後もより一層の医師の育成・確保に努められたい。

【評価項目No.22（医療技術職員の専門性の向上）】

○昨年度と比較して専門研修への参加延べ人数が減少(対前年度 16 人の減)しており、職員が参加しやすい環境づくりと参加意識の向上が必要と考える。
○研修等の参加だけでなく、専門職として学会や研究会学術大会で自身が多くの発表を行うことも期待する。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

○日本看護協会において、認定看護師制度の再構築が行われており、2020年より特定行為研修を組み込んだ新たな認定看護師制度が開始されることを前提に、今後の資格取得支援の方向性について検討されたい。

【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や専門誌への掲載は、医療水準の向上に不可欠であり、今後も積極的な活動が進められるよう期待する。

(4) 法人の自己評価と評価が異なる項目

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

法人評価：Ⅳ 評価結果：Ⅲ

各診療科の医療の高度化を推進すべく、医療機器の更新や新設が行われておりそれに伴い新たな治療が可能となる施設基準を満たすことができたなど評価できるものの、更新や新設された医療機器が効果的に活用されることなどで今後、各診療科それぞれの治療成果が具体的に見られることを期待して、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 評価結果：Ⅳ

三次及び二次を合わせた救急搬送患者数が前年比 4.5%の増加、救急搬送患者応需率も目標値を大きく超えたが、救急患者受入数は前年度よりも減少し、目標値も達成できなかったことから、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.19（医療機関への医師派遣）】

法人評価：V 評価結果：IV

初期及び後期研修医ともに継続して確保しており、またへき地代診医の派遣要請に対して代診医の派遣を行っており評価できるものの、今後の地域における医師不足解消に向けた取組へのさらなる展開を期待し、総合的に評価した結果「IV」が妥当であると判断した。

(5) 評価委員会からの意見等

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

医療の高度化を進めていく中で気管支サーモプラスチック療法¹⁸等の高額な医療費が発生するものについても、一般の患者が医療保険制度を有効に利用することなどで、治療が受けやすい環境づくりが行われるよう事務方と連携した取組が期待される。

【評価項目No.4（救急医療）】

地域における救急患者数の変動や、近隣の救急患者受入医療機関の状況等に影響されることがあるので、救急患者受入数の増減での評価は難しいと考える。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

医師や看護師にこそ接遇の意識が必要で、正しい敬語等の使い方などではなく、医療現場における接遇の本質は「患者の立場に立った「気配り」「目線」」であると考え。それが、多くの病院がある中で選ばれる重要な要素でもあり、それに気づかせてくれるような研修でなければいけないと考える。

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

当院で研修医が何名確保されたのかはわかるが、年度計画に対しての評価にあたっては研修期間後の県内への研修医の定着状況等も知りたい。今後は研修期間後の研修医の行き先のデータや地域の医療提供体制への貢献についても評価に反映されたい。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

どの病院でも看護師の定着が一番難しく、力を入れているところである。そのような中で、当院は様々な努力や工夫が行われており、定着率が93%と高い水準の成果が現れており、評価できる。

看護師の育成では実際の現場において、忙しい中でも患者に寄り添った看

¹⁸ 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。

護ができるような教育が行われるよう、引き続き尽力いただきたい。

Ⅱ 「業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置」

(1) 評価結果及び判断理由

＜評価結果＞

「A：中期計画の実施状況は順調に進んでいる。」

＜判断理由＞

法人の平成29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)
	年度計画を上回って実施している	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	
9		9				4.0

(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

【評価項目No.26 (適切な運営体制の構築)】

○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、2つの診療科と1つの専門外来の設置を実施・検討した。今後もさらに各診療科の連携・協力を進められたい。

○地域の医療機関との機能分化を推進するため、関係各部が連携して紹介率・逆紹介率の向上に向けた対策を行ったことは評価できる。

【評価項目No.27 (効果的・効率的な業務運営の実現)】

○医療環境の変化に対応するため、コメディカル6名の採用を実施したほか、次年度の採用5名も決定した。職員の適正な配置が行われることにより、今後の効率的な業務遂行につながることを期待できる。

○持参薬管理システムを全病棟に導入し、運用に伴う課題の分析、対策検討を行い、安全性かつ効率性の向上に向けた取組を実施した。

○ワーキンググループにおける各病棟の情報共有や看護部による重症度、

医療・看護必要度の正確な情報入力 of 徹底により、7対1看護基準体制の推進を図った。

【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）】

○毎月「経営会議」を開催し、経営データの分析結果等について経営幹部で情報共有し、課題の検討や方針の決定等が行われている。

○医療の質向上に向けた業務改善ツールとしてのTQM活動が継続的かつ積極的に取り組まれている。職員それぞれの立場で何らかの形で経営に関わっているという意識が生まれ、やりがい感につながる。多忙な中で、職員が楽しく活動に参加できる職場風土をつくり、サークル数のさらなる増加に努め、引き続き業務改善に向けた活動が取り組まれることを期待する。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○医師等業務負担軽減対策委員会を毎月開催し、負担軽減に関する分析等が行われた。また、PDCAサイクルによる取組計画を策定し、各部門間連携によるタスクシフティング等、医師及び看護師等の業務負担軽減対策が推進され、働き方改革の実現に向けて努力している。

【評価項目No.30（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

○医師の人事評価制度や職員人事評価制度の運用により、評価結果の給与等への反映が行われ、人材育成やチームワークの向上が図られた。

○BSCメリットシステムを運用し、BSCの目標達成状況や総合評価などにより研究研修経費を配分するなど、明確な「見える」評価の実現に努めている。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

○経験者および有資格者の採用（8名）を決定し、事務部門の専門性の向上、プロパー化に向けた取組を実施したほか、診療材料の適正管理・請求発注業務の効率化に向け、SPD¹⁹の導入を実現するに至った。

【評価項目No.32（収入の確保）】

○紹介患者数(対前年度 257人の増)、救急車搬送患者数(対前年度 210人の増)及び手術件数(対前年度 130件の増)等の増加に伴い、入院単価が上昇、過去最高の入院収益額をあげることができた。これは、7対1入院基本料の施設基準の維持、地域連携課の努力、救急体制の充実及び多職種連携等チーム医療を推進した結果の表れであり、評価できる。

【評価項目No.33（費用の節減）】

¹⁹ SPD：診療材料等の物流管理の一元化システムのことです。

○ディーラーおよびメーカーとの価格交渉や代替品の提案募集など、費用の削減に向けて積極的に取り組んだ。その結果、薬品費の削減につながり、評価できる。

○診療材料は日々改良が加えられており、新しい製品は納入価格が高く設定されていると推測され、診療材料比率がわずかの増加で抑えられていることはマイナス材料とはならないと考える。新たに導入されたSPDシステムの効果にも期待したい。

【評価項目No.34（積極的な情報発信）】

○広報紙を年4回発行したほか、地域の医療機関等に対し「かけはし通信」を月1回程度発行・送付し、新設の診療科や専門外来の開設等の診療情報、病院の取組の紹介など、積極的に情報発信に取り組んだ。

○ホームページアクセス数も前年度から1万件増加しており評価できる。

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.26（適切な運営体制の構築）】

○BSCは目標管理に効果的であり、今後はその導入の成果について、職員からの聴き取りなどを行ったうえ、検証されたい。

【評価項目No.27（効果的・効率的な業務運営の実現）】

○病床管理の効果的・効率的な運営に努め、さらなる病床稼働率向上に向けた取組を期待する。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○医師及び看護師等の業務負担のための新規取組28項目について、取組成果が職員でどのように評価されているかの検証が必要である。

○職員アンケート調査結果から自由記載の意見や満足度の低い項目がこれまでと同様の内容となっており、病院の取組内容について職員に十分周知を図り、対策に努められたい。

○一人あたり時間外勤務時間数は、前年度比で1.1%減少するなど、わずかながら成果はみられる。ただし、時間外勤務時間数の多い職員の時間外勤務の精査と対応が必要である。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

○SPDシステム導入の成果について今後検証されたい。

○県派遣職員の減少は1名であり、事務部門のプロパー化をさらに進められたい。

【評価項目No.32（収入の確保）】

○平成 29 年度の一日平均入院患者数は 325.7 人/日で、平成 28 年度の一日平均入院患者数 326.2 人/日と△0.5 人/日でほぼ前年並みとなっている。地方独立行政法人化移行後に行われてきた診療体制の強化等により、さらなる病床稼働率の向上に努め、入院患者数の増加につながる一層の取組が必要である。

○新たな診療報酬加算の取得に向け、病院全体での取組を推進し、増収に努められたい。

○未収金残高が増加している。未収金回収策はあまり効果が見込めず職員負担も大きいため、未収金未然防止策の強化を図り、未収金の減少に努められたい。

【評価項目No.34（積極的な情報発信）】

○社会における病院への関心が高まっている。三重県の医療情勢の発信や県民の健康への意識の高まりに応えられるよう、情報発信に努めるとともに、発信の内容・方法については、マナーにならないよう、情報の受け手側を常に意識した検討が必要である。

（４）法人の自己評価と評価が異なる項目

【評価項目No.27（効果的・効率的な業務運営の実現）】

法人評価：V 評価結果：IV

持参薬管理システムを全病棟に導入し、運用に伴う課題の分析や対策検討を行い、安全性かつ効率性の向上に向けた取組が図られたことなど、評価できるものの、人件費比率について改善の余地が見られることから、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.32（収入の確保）】

法人評価：V 評価結果：IV

過去最高の入院収益額をあげることができたが、診療報酬単価や病床稼働率を向上させるなど、収入増に結びつけるさらなる工夫が期待できる。また、未収金残高が増加傾向となっており、未収金対策強化の課題もあることから、総合的に評価した結果「IV」が妥当と判断した。

（５）評価委員会からの意見等

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

時間外勤務時間数の多い職員等については、個別にその原因を検証して対策を図っていくことが重要である。

Ⅲ 「財務内容の改善に関する事項」

(1) 評価結果及び判断理由

＜評価結果＞

「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29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に順調に進んでいる。」と判断した。

【個別項目評価の集計結果】

評価区分 評価項目数	V	IV	III	II	I	平均値 (点)
	年度計画を上回って実施している	年度計画を上回っている	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				4.0

(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

【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))】

○入院患者一人1日あたり診療単価の上昇、外来患者数の増加等に伴い、入院・外来収益が増加しており、経常収支比率が104.9%と、目標とする100%を達成したことは評価できる。

特に入院収益においては、紹介患者や救急患者の積極的な受入れに取り組んだ結果として、救急車搬送患者数や手術件数が増加となり、入院診療単価の向上が図られ、過去最高の入院収益額が確保できた。

○診療単価の上昇に対して、人件費比率は、前年度と比較して△1.4%の58.0%で抑えられており、経費抑制に努めている。

② 遅れている取組

該当なし

(3) 課題または今後への期待等

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

○経常収支比率が急激に改善された背景については、第二期中期計画から会計基準が見直され、起債元本償還のための繰入金、従前まで資本的収入として計上されていたのが、収益的収入に変更されたことによる要因が大きい。今後とも収支改善のためのさらなる取組に努められたい。

(4) 法人の自己評価と評価が異なる項目

該当なし

(5) 評価委員会からの意見等

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

経常収支比率が目標とする 100%を達成したとはいえ、運営費負担金収益の増加分も含まれていることを考慮すると、さらなる収支改善に努める必要がある。

IV 「その他業務運営に関する重要事項」

(1) 評価結果及び判断理由

＜評価結果＞

「A：中期計画の実施状況は順調に進んでいる。」

＜判断理由＞

法人の平成29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	
4		3	1			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.36 (保健医療行政への協力)】

○地域医療構想や四日市地域救急医療対策協議会、新型インフルエンザ等対策部会に参加するなど、地域医療の中核的病院として保健医療行政に対する協力体制がとられていることは大いに評価できる。

【評価項目No.37 (医療機器・施設の整備・修繕)】

○高度医療を提供する急性期病院としての機能を維持するため、必要な設備投資を行い、安定した診療体制の整備が行われた。

【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)】

○医療現場のニーズに対応しつつ、高度医療を提供する医療機関として継続的に安定した診療体制が確保されるため、計画的に医療機器の新設・更新が行われた。

- 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）】

- I C Tの積極的活用が進められている中、I Dリンクの利用件数の増加の中心的立場としてさらなる貢献が期待される。
- 公的医療機関として地域医療構想との整合性を図り、さらなる地域包括ケア推進の取組に努められたい。

【評価項目No.37（医療機器・施設の整備・修繕）】

- 更新された医療機器を積極的に稼動し、地域からのさらなる病診連携検査の受入れに努められたい。

【評価項目No.38（コンプライアンス（法令・社会規範の遵守）の徹底）】

- 地方独立行政法人法の一部改正があり、法人のガバナンスの強化が図られることとなったが、このようなこともふまえ、今後さらに県民や他の医療機関に信頼される健全な病院運営に努められたい。

【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）】

- 新設・更新された医療機器等の管理体制の整備・充実を図り、コスト面や医療安全等の様々な視点からの検証にも努められたい。

(4) 法人の自己評価と評価が異なる項目

該当なし

(5) 評価委員会からの意見等

【評価項目No.39（業務運営並びに財務及び会計に関する事項）】

医療機器購入等の投資を行ったことで、どのように収益に結びついたかということがわかると判断しやすい。

電子カルテシステムの更新にあたり、市立四日市病院や羽津医療センターでもI Dリンクシステムの接続について整備を行っていることから、施設間での一層の活用が図られることを期待する。

3 項目別の評価結果一覧

大項目	年度計画の項目名			指標の有無	評価項目 No.	法人の自己評価 評点	評価結果 評点
	> 中項目	> 小項目	> 最小項目				
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 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	III		
			ロ 脳卒中・急性心筋梗塞等	有	IV		
			ハ 各診療科の高度化及び医療水準の向上		IV		
			ニ 救急医療	有	V		
			ホ 小児・周産期医療	有	IV		
			ヘ 感染症医療	有	IV		
			ヘ 医療安全対策の徹底		IV		
			コ 信頼される医療の提供		III		
			ク 診療科目の充実		IV		
			ケ イクニカルパスの推進	有	III		
			ク インフォームドコンセントの徹底		III		
			ケ 患者・県民サービスの向上				
			コ 患者満足度の向上	有	III		
			ク 待ち時間の短縮		III		
ク 患者のプライバシーの確保		III					
エ 相談体制の充実		IV					
オ 接遇意識の向上		III					
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	IV				
3 医療に関する地域への貢献	(2) 公衆衛生上の重大な危機が発生した場合の対応		III				
	(1) 地域の医療機関等との連携強化	有	IV				
4 医療従事者の確保・定着及び資質の向上	(2) 医療機関への医師派遣		V				
	(1) 医療従事者の確保・定着及び資質の向上						
ア 医師の確保・育成	イ 看護師の確保・育成	有	V				
	ロ 看護師の確保・育成	有	V				
	ハ 医療技術職員の専門性の向上		IV				
(2) 資格の取得への支援	イ 資格の取得への支援	有	IV				
	ロ 医療従事者の育成への貢献	有	IV				
5 医療に関する調査及び研究				III			

大項目	年度計画の項目名			指標の有無	評価項目 No.	法人の自己評価 評点	評価結果 評点
	> 中項目	> 小項目	> 最小項目				
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	1 適切な運営体制の構築	2 効果的・効率的な業務運営の実現	3 業務改善に継続して取り組む組織文化の醸成				
			4 就労環境の向上	有	IV		
			5 人材の確保、育成を支える仕組みの整備		IV		
			6 事務部門の専門性の向上と効率化		IV		
			7 収入の確保と費用の節減				
			(1) 収入の確保	有	V		
			(2) 費用の節減		IV		
			8 積極的な情報発信	有	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（平成29年度）			IV			
第6 その他業務運営に関する重要事項	1 保健医療行政への協力	2 医療機器・施設の整備・修繕	3 コンプライアンス（法令・社会規範の遵守）の徹底	4 業務運営並びに財務及び会計に関する事項	(1) 施設及び設備に関する計画		
					(2) 積立金の処分にに関する計画		IV
							IV
							III

【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二期中期計画及び年度計画で定める指標の達成状況

評価項目 No.	指標名	第一期				第二期				第二期中期計画					
		H28		H29		H30		H31		H32		H33		H29～33	
		実績値 a	目標値 b/a	実績値 a	目標値 b/a	実績値 a	目標値 b/a	実績値 a	目標値 b/a	実績値 a	目標値 b/a	実績値 a	目標値 b/a	実績値 a	目標値 b/a
<p>《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のべき措置</p>															
1	がん手術件数 (件)	540	620	575	92.7%										620
	化学療法 実患者数 (人)	472	540	498	92.2%										540
	放射線治療件数 (件)	3,048	4,000	3,143	78.6%										4,000
	新入院がん患者数 (人)	1,620	1,730	1,577	91.2%										1,730
2	t-PA+脳血管内手術件数 (件) (血栓回収療法を含む。)	17	15以上	20	133.3%										15
	心カテーテル治療 (PCI) + 胸部心臓血管手術件数 (件) (冠動脈バイパス術、弁形成術、弁置換術、人工血管置換術、心腫瘍摘出術、心房中隔欠損症手術)	234	200以上	271	135.5%										210
4	救急患者受入数 (人) (内 救命救急センター入院患者数)	13,571 1,329	13,700 1,370	13,080 1,320	95.5% 96.4%										13,700 1,370
	救急搬送患者 応需率 (%)	95.1	90.0以上	96.7	107.4%										90.0
5	N I C U利用患者数 (人) 【新生児集中治療室】	1,029	1,220	1,950	159.8%										1,320
	M F I C U利用患者数 (人) 【母体・胎児集中治療室】	1,346	1,280	1,658	129.5%										1,370
9	クリニカルパス利用率 (%) ※1	39.0	39.0	40.6	104.1%										39.0
11	患者満足度 入院患者 (%) ※2	90.3	87.0以上	82.2	94.5%										87.0
	患者満足度 外来患者 (%) ※2	82.2	84.0	84.6	100.7%										84.0
16	D M A T (災害派遣医療チーム) 隊員数 (人)	22	21	24	114.3%										21
18	紹介患者数 (人)	9,765	9,500以上	10,022	105.5%										9,500
	紹介率 (%) ※3	69.8	65.0以上	70.6	108.6%										65.0
	逆紹介率 (%)	76.8	70.0以上	78.3	111.9%										70.0
	病診連携検査数 (件)	2,174	2,220	2,215	99.8%										2,300
	医療機関を対象とした研究会・講演会等の実施回数 (回)	22	15以上	21	140.0%										15
20	初期及び後期研修医数 (人)	33	27以上	33	122.2%										27
21	看護師定着率 (%) ※4	93.5	92.0	93.0	101.1%										92.0
23	認定看護師数 (人)	12分野17人	12分野17人	12分野17人	—										15分野21人
24	臨床研修指導医養成講習参加者数 (人)	4	1以上	2	200.0%										1
	看護実習指導者養成数 (人)	4	2以上	2	100.0%										2
<p>《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のべき措置</p>															
29	職員満足度 (%) ※5	67.8	70.0	69.2	98.9%										70.0
32	病床稼働率 実働病床数ベース (%) ※6	88.4	87.7	88.3	100.7%										88.3
	病床稼働率 許可病床数ベース (%) ※7	73.6	73.1	73.5	100.5%										73.6
34	ホームページアクセス数 (件)	242,018	230,000以上	254,349	110.6%										230,000
(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
※2	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
※3	紹介率 (%)	紹介患者数 / (初診患者数 - 休日・時間外患者数) × 100
※4	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
※5	職員満足度 (%)	職員満足度調査での調査項目 (17) の満足度 (%) の単純平均
※6	病床稼働率 (%) 実働病床数ベース	延べ入院患者数 / 365日 / 稼働病床数 (= H29年度は、369床) × 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 (= H29年度は、443床) × 100

○ 地方独立行政法人法（平成 15 年 7 月 16 日法律第 118 号）〈抜粋〉

（各事業年度に係る業務の実績等に関する評価等）

第二十八条 地方独立行政法人は、毎事業年度の終了後、当該事業年度が次の各号に掲げる事業年度のいずれに該当するかに応じ当該各号に定める事項について、設立団体の長の評価を受けなければならない。

- 一 次号及び第三号に掲げる事業年度以外の事業年度 当該事業年度における業務の実績
 - 二 中期目標の期間の最後の事業年度の直前の事業年度 当該事業年度における業務の実績及び中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績
 - 三 中期目標の期間の最後の事業年度 当該事業年度における業務の実績及び中期目標の期間における業務の実績
- 2 地方独立行政法人は、前項の評価を受けようとするときは、設立団体の規則で定めるところにより、各事業年度の終了後三月以内に、同項第一号、第二号又は第三号に定める事項及び当該事項について自ら評価を行った結果を明らかにした報告書を設立団体の長に提出するとともに、公表しなければならない。
 - 3 第一項の評価は、同項第一号、第二号又は第三号に定める事項について総合的な評定を付して、行わなければならない。この場合において、同項各号に規定する当該事業年度における業務の実績に関する評価は、当該事業年度における中期計画の実施状況の調査及び分析を行い、その結果を考慮して行わなければならない。
 - 4 設立団体の長は、第一項第二号に規定する中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績に関する評価を行うときは、あらかじめ、評価委員会の意見を聴かななければならない。
 - 5 設立団体の長は、第一項の評価を行ったときは、遅滞なく、当該地方独立行政法人に対して、その評価の結果を通知し、公表するとともに、議会に報告しなければならない。
 - 6 設立団体の長は、第一項の評価の結果に基づき必要があると認めるときは、当該地方独立行政法人に対し、業務運営の改善その他の必要な措置を講ずることを命ずることができる。

地方独立行政法人三重県立総合医療センターの評価に関する指針

平成 30 年 5 月 31 日

地方独立行政法人法（平成 15 年法律第 118 号、以下「法」という。）第 28 条第 1 項の規定により地方独立行政法人三重県立総合医療センター（以下「法人」という。）の業務の実績に関する評価を実施する際の基本的な事項（以下「評価指針」という。）を定める。

1 評価の前提

- (1) 法人は、地方独立行政法人制度において、業務を効果的、効率的に実施するため、中期目標に基づいて策定した中期計画を着実に推進し、自主的に健全な経営を行うものとされている。さらに、業務の公共性、業務運営の透明性を確保し、法人の状況を的確に示して、県民への説明責任を果たし、不断の改革・改善を行っていくことが求められる。
- (2) 法人は、北勢保健医療圏の中核的な病院であるとともに、診療圏域を越えて本県の政策医療を提供する重要な役割を担っており、今後も刻々と変化する医療環境に対応し、将来にわたって求められる機能を実実に果たし、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、実施状況等のできる限り客観的に表すように工夫すること。
- (3) 法人は、県民の視点に留意し、法人が行う自己点検・評価に際して用いる指標や基準、評価結果及びその活用方法について、できる限りわかりやすく説明すること。

6 評価結果の活用

- (1) 知事が法人の業務の継続の必要性及び組織のあり方等に関する検討及び次期中期目標の策定、次期中期計画の認可を行うにあたって、中期目標期間の年度評価結果及び見込評価結果等を踏まえるものとする。
- (2) 法人は、評価結果を踏まえ、組織や業務運営等の改善、さらなる医療サービスの向上に努め、法人の発展に資するものとする。

7 その他

- (1) この評価指針は、評価の実効性や法人に関する県の計画、方針等を踏まえ、知事による目標策定・評価に基づくPDCAサイクルの実行性を高める観点や法人のマネジメントの実効性を向上させる観点等から適時に本方針の見直しを行い、必要な変更を行うものとする。
- (2) この評価指針に定めるもののほか、評価の実施に関して必要な事項は、別に定める。

地方独立行政法人三重県立総合医療センターの年度評価実施要領

平成 30 年 5 月 31 日

本要領は「地方独立行政法人三重県立総合医療センターの評価に関する指針」に基づき、地方独立行政法人三重県立総合医療センター（以下「法人」という。）の各事業年度の終了後に実施される、業務の実績に関する評価（以下「年度評価」という。）を実施する際の必要な事項（以下「実施要領」という。）を定めるものである。

1 評価の目的

年度評価は、評価対象年度以降の業務運営の改善及び充実を促すことにより、法人業務の質の向上、業務の効率化及び透明性の確保に資することを目的に行う。

2 評価の方法

- (1) 年度評価は、「項目別評価」と「全体評価」により行うこととし、項目別評価は「個別項目評価」と「大項目評価」により行うこととする。
- (2) 年度評価は、別表 1 の評価項目ごとに評価を実施し、特筆すべき点、遅れている点があればコメントを付すこととする。
- (3) 評価を行うに当たっては、その業務の特性に応じた実効性のある評価を行うため、必要に応じて地方独立行政法人三重県立総合医療センター評価委員会（以下「評価委員会」という。）からの意見聴取を行なうこととする。
- (4) 個別項目評価は、別表 1 の評価項目ごとに法人が当該事業年度の業務の実績について自己点検・評価を行い、これをもとに検証・評価をして、行うこととする。
- (5) 大項目評価は、別表 1 の評価項目ごとに総合的な評価をして、行うこととする。
- (6) 全体評価は、項目別評価の結果を踏まえ、中期計画の実施状況など法人の業務の実績について総合的な評価をして、行うこととする。
- (7) 評価結果を決定する際には評価結果の案を法人に示すとともに、それに対する法人からの意見申し出の機会を設ける。

3 項目別評価の具体的方法

項目別評価は、以下の(1)～(3)の手順で行うこととする。

(1) 法人による自己評価

法人は、地方独立行政法人三重県立総合医療センターの業務運営並びに財務及び会計に関する規則（平成 24 年三重県規則第 17 号）第 6 条に規定する事業年度における業務の実績及び当該実績について自ら評価を行った結果を明らかにした報告書（以下「業務実績報告書」という。）を作成し、別表 1 の個別項目評価の評価項目ごとに、当該事業年度の業務の実績を別表 2 の評価基準により V～I の 5 段階で自己評価（評点）する。

また、評価を行う年度計画の大項目ごとに法人としての特色ある取組や未達成事項のほか、当該事業年度の従前の評価において明らかになった課題等について、

当該事業年度に行った改善の実施状況等を記述する。

なお、評価の際に参考となる資料があれば、必要に応じて添付する。

(2) 法人の自己評価の検証及び個別項目評価

業務実績報告書をもとに法人の自己評価や年度計画の設定の妥当性も含めて、法人からの聴取など調査・分析を行い、聴取した評価委員会の意見等も参考にしながら業務の実績の全体について検証する。その結果を踏まえ、別表1の個別項目評価の評価項目ごとに別表2の評価基準によりV～Iの5段階で評価（評点）し、年度計画の実施状況及び評価の判断理由を記述した当該事業年度における業務の実績に関する評価結果報告書（以下「評価結果報告書」という。）を作成する。

なお、法人による自己評価と評価が異なる場合、判断理由等を示す。

(3) 大項目評価

個別項目評価の結果を踏まえ、別表1の大項目評価の評価項目ごとの実施状況について、別表3の評価基準によりS～Dの5段階で評価（評点）するとともに、必要に応じて特筆すべき点や遅れている点についての意見を評価結果報告書に記述する。

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

4 全体評価の具体的方法

項目別評価の結果を踏まえ中期計画の実施状況全体について、総合的な評価をして評価結果報告書に記述する。

5 評価結果

- (1) 評価結果について、法人に通知するとともに公表する。
- (2) 評価結果を踏まえ必要があると認める時は、法人に対して業務運営の改善その他の勧告を行うこととする。ただし、大項目評価において評価区分をDとした項目については、業務運営の改善その他の勧告を行うこととする。

6 法人における評価結果の反映

- (1) 法人は、上記5(2)の勧告があった場合はこれを尊重し、業務運営の改善等に努める。
- (2) 法人は、評価結果が評価区分Cとなった項目について、自主的に業務運営の改善等に努める。

7 その他

- (1) 業務実績報告書及び評価結果報告書の様式は以下のとおりとする。
業務実績報告書・・・別紙様式1
評価結果報告書・・・別紙様式2

(2) この実施要領は、必要に応じて見直すことができる。

8 附則

この実施要領は、法人の平成29年度における業務の実績にかかる評価から適用する。

別表 1

年度評価における評価項目（実施要領 2－(2)、(3)、(4)関係）

区 分	評 価 項 目
個別項目評価	以下の「大項目評価」を行う項目における中期計画の最小項目に対応する年度計画の項目を基本とする。
大項目評価	中期計画の大項目に関連する年度計画の次の4つの大項目 第1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置 第2 業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置 第3 財務内容の改善に関する事項 第6 その他業務運営に関する重要事項
全体評価	中期計画の実施状況

【備 考】

- 1 年度評価は、個別項目評価の結果を基に、大項目評価、全体評価の結果を導くこととする。
- 2 個別項目評価は、中期計画の最小項目に対応する年度計画の項目を基本とし、以下については年度計画における最小項目とする。
 - ・年度計画「第1 県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置」の「1 医療の提供」のうち、「(2)信頼される医療の提供」及び「(4)患者・県民サービスの向上」
- 3 個別項目評価のうち、年度計画「第3 財務内容の改善に関する事項」の「1 予算」、「2 収支計画」及び「3 資金計画」については、1つの項目として評価することとする。

別表2

個別項目評価における評価基準（実施要領3－（1）、（2）関係）

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

別表3

大項目評価における評価基準（実施要領3－（3）関係）

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

（注）小項目の平均点は、小数点以下第2位を四捨五入する。

【評価にあたっての留意事項】

- 1 評価にあたっては、当該大項目にかかる個別項目評価の評点の平均値のみで判断するのではなく、必要に応じて、重要な意義を有する事項、優れた取組がなされている事項、その他法人を取り巻く諸事情を考慮する。
- 2 S及びDの評価とする場合は、評価委員会が特に認める場合かつ判断の目安を満たしているものに限る。
- 3 個別項目評価でII以下の評価がある場合は、A以上の評価とはしない。

○ 地方独立行政法人三重県立総合医療センター評価委員会名簿

	氏 名	役 職 等
委員長	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	三重県看護協会会員
委 員	淵田 則次	三重県医師会監事 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30年7月4日
- ・第2回 平成30年8月3日

○ 地方独立行政法人法（平成15年7月16日法律第118号）〈抜粋〉

（地方独立行政法人評価委員会）

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

2 評価委員会は、次に掲げる事務をつかさどる。

一から五まで （略）

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

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

（所掌事務）

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

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