

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

平成24年度 業務の実績に関する評価結果報告書

平成25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）	9
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	9
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	15
第3 財務内容の改善に関する事項	18
第7 その他業務運営に関する重要事項	20
3 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	22
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	24
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	24
地方独立行政法人法（関係条文）	24
地方独立行政法人三重県立総合医療センターの業務実績に関する 評価基本方針	25
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	28

## 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。

年度評価は、「項目別評価」と「全体評価」を行った。

「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。

「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
	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
	年度計画を概ね計画どおり実施している
	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

大項目の評価は、個別項目の評価区分ごとに、 を5点、 を4点、 を3点、 を2点、 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24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、全ての大項目が「A評価：中期計画の実施状況は順調に進んでいる」であったこと、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「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】

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

### 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 1 (高度医療の提供 (がん))】

【評価項目 5 (小児・周産期医療)】

診療機能の充実に向けた取組については、がんに関する高度医療の提供と小児・周産期医療について評価できる。

高度医療の提供 (がん) に関しては、がん手術件数の増加 (対前年度 86 件の増) 及び放射線治療件数の増加 (対前年度 965 件の増) がん相談体制の充実に伴う相談件数の増加 (対前年度 648 件の増) 並びに内視鏡センターの稼働による検査体制の強化を図られたことが評価できる。

小児・周産期医療に関しては、周産期母子センターの増改築によるハード整備とともに、積極的に受け入れ姿勢を示したことにより、NICU (新生児特定集中治療室) 利用延べ患者数の増加 (対前年度 50 人の増) につながったことは評価できる。

【評価項目 18 (地域の医療機関との連携強化)】

紹介率・逆紹介率を向上 (紹介率: 対前年度 5.4 ポイントの増、逆紹介率: 対前年度 2.8 ポイントの増) させ、地域医療支援病院の承認実現に向けた環境づくりが行われたり、セミオープンベッド (開放型病床) の利用率の向上 (対前年度 24.6 ポイントの増) とともに、紹介患者数の大幅増加 (対前年度 635 人の増) や地域連携クリニカルパス件数の増加 (対前年度 50 件の増) など、様々な成果がみられた。

**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 28 (経営関係情報の周知)】

【評価項目 32 (事務部門の専門性の向上と効率化)】

新設された「経営企画課」における取組として以下の点が評価できる。

- ・日々の患者数などきめ細かなデータを取りまとめた経営データを各部門の長が出席する経営会議で報告し、職員との情報共有を図っていること。
- ・地域医療支援病院の承認に向けて主導的な役割を果たしたこと。

【評価項目 34 (費用の節減)】

薬品比率だけでなく、評価項目 36 (財務内容の改善に関する事項(予算、収支計画、資金計画))の各種比率の中の人件費比率の低下も合わせて、費用の節減は進んでいるように見受けられる。

【評価項目 35 (積極的な情報発信)】

広報活動は積極的に行われている。

また、一方的な情報発信にとどまらず、周産期母子センターと内視鏡室の拡充の際には、地域の医療関係者等を招いて施設見学会を行うなど、地域との交流にも努めている。

大項目 第3「財務内容の改善に関する事項」

【評価項目 36 (財務内容の改善に関する事項(予算、収支計画、資金計画))】

収益の増加と費用の節減により、経常収支比率が100%を超えたことは評価できる。

大項目 第7「その他業務運営に関する重要事項」

【評価項目 37 (保健医療行政への協力)】

周産期母子センターの増改築に伴うNICU(新生児特定集中治療室)とGCU(継続保育治療室)の増床(NICU:3床6床、GCU:7床12床)により、北勢地域の周産期医療の充実に貢献できる環境を整えた。

【評価項目 39 (施設及び設備に関する計画)】

周産期母子センターと内視鏡センターの増改築を中心とする設備投資を計画通り進める中で、当初の予算額を88百万円縮減できたことは評価できる。

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 1(高度医療の提供(がん))】

【評価項目 2(脳卒中・心筋梗塞)】

【評価項目 5(小児・周産期医療)】

診療機能の充実にに関する意見、指摘等は、以下のとおりである。

がんに関しては、今後も地域医療機関との連携に努めるとともに、地域がん診療連携拠点病院としてふさわしい体制・カンサーボード(院内のがん診療評価委員会)を充実させるために十分な医療スタッフ(認定看護師等)の育成を図りたい。

脳卒中・心筋梗塞に関しては、t-P A(血栓溶解薬)等脳卒中に対する迅速な対応と、脳卒中ユニットによる発症後の早期改善・社会復帰と地域連携パスによるシームレスな病診連携の推進を図るとともに、脳卒中の患者のリハビリテーションを効率的に実践するために、将来的には、脳卒中リハビリテーション認定看護師の育成にも期待したい。虚血性心疾患に関しては、P C I(経皮的冠動脈形成術)やバイパス手術など高度医療のさらなる充実に中長期的な視点から期待したい。

小児・周産期医療に関しては、周産期母子センターとしての体制を確保するため、引き続き、医師・看護師の増員などに取り組んでいただきたい。北勢地域の周産期医療提供体制の充実にための取組に期待する。

【評価項目 11(患者満足度の向上)】

【評価項目 15(保健医療情報の発信)】

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、患者アンケートの調査結果によると、診療科・病棟による満足度に差があり、その平均化を期待する。また、「当院推薦」も含めて、「待ち時間」や「職員の評価」などの各調査項目の結果についても、引き続き、分析のうえ、課題の把握と改善に努められるとともに、「当院推薦」の設問に対する「わからない」という回答については、その増加を問題視して欲しい。

保健医療情報の発信に関しては、独法化に伴いホームページと「医療センターニュース」の内容が充実されたことが確認できるが、さらに総合医療センターの取組を積極的・効果的に発信していただきたい。



【評価項目 18 (地域の医療機関との連携強化)】

紹介率・逆紹介率の向上など様々な成果がみられた。引き続き、セミオープンベット利用率のさらなる向上、病診連携での検査の増加、退院調整や地域連携クリニカルパスの活用による在宅医療への患者移行の増加について期待する。

【評価項目 20 (医師の確保・育成)】

【評価項目 21 (看護師の確保・育成)】

【評価項目 22 (コメディカル(医療技術職)の専門性の向上)】

【評価項目 23 (資格の取得への支援)】

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。

医師の確保・育成に関しては、三重県への医師の定着を促進するという中期計画達成のため、引き続き、「卒後臨床研修プログラム」の内容の充実に期待したい。

看護師の確保・育成に関しては、看護実習生の指導を充実するため、引き続き、実習指導者の養成に努め、中期計画では32名の実習指導者の養成を定めているが、それ以上の成果を目指すよう期待したい。

コメディカル(医療技術職)の専門性の向上に関しては、高度で専門性のあるコメディカルが多数確保されている病院は、患者からの信頼性が高い病院ともいえることから、高度医療に対する知識・技術の向上にさらに努めていただきたい。

資格の取得への支援に関しては、中長期的に研修・講習に参加できる体制を確保していく努力を期待したい。

**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すべき措置」

【評価項目 35 (積極的な情報発信)】

総合医療センターの取組について積極的な広報活動が行われていることは確認できる。さらに積極的・効果的に発信していただきたい。

**大項目** 第7「その他業務運営に関する重要事項」

【評価項目 37 (保健医療行政への協力)】

三重県保健医療計画(第5次改訂)の中で定められた地域災害医療コーディネーターによる地域防災体制の構築と災害拠点病院のさらなる強

化充実を図ってほしい。また、IDリンクによる医療情報が共有できる北勢地域独自のシステムの構築を四日市医師会や二次輪番病院で実現して欲しい。

**【評価項目 38（法令・社会規範の遵守）】**

救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院、高度医療他様々な特殊医療を提供するため、引き続き、法の遵守はもとより健全な病院運営に取り組んでもらいたい。

## 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、評価を行いました。

### 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24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 項目数	評価 区分					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		14	11			3.6

（注意）平均値(点)は、=5点、=4点、=3点、=2点、=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

重点的な取組・特筆すべき取組

【評価項目 1（高度医療の提供（がん））】

がん手術件数及び放射線治療件数の増加、がん相談体制の充実に伴う相談件数の増加並びに内視鏡センターの稼働による検査体制の強化を図られたことについて評価する。

【評価項目 4 (救急医療)】

救急患者の受け入れ人数が増加していることについて評価できる。

【評価項目 5 (小児・周産期医療)】

周産期母子センターの増改築によるハード整備とともに、積極的に受け入れ姿勢を示したことにより、利用患者数の増加につながったことは評価できる。

【評価項目 6 (感染症医療)】

新型インフルエンザに対応したマニュアルの改訂、「HIV 診療委員会」の設置、県内のエイズ治療拠点病院と連携した患者データベースの作成について評価する。

【評価項目 7 (クリニカルパスの推進)】

クリニカルパスの種類を増やし、利用率を向上させていることは評価できる。

【評価項目 9 (診療科目の充実)】

周産期母子センターの運営には眼科医が必要であることも踏まえ、常勤眼科医の確保、又は地域住民への幅広い医療の提供という観点から、眼科外来の再開は評価できる。

【評価項目 14 (相談体制の充実)】

在宅移行の割合が向上するなど、成果が数値となって表れている。  
また、増員により体制の強化を図った。

【評価項目 15 (保健医療情報の発信)】

ホームページと「医療センターニュース」の内容が充実されたことが確認できる。

【評価項目 16 (大規模災害発生時の対応)】

防災訓練については、職員だけでなく、学生や地域住民等も巻き込んで実施しており、災害発生時に広く効果的な対応ができるよう努めていることが評価できる。

【評価項目 18 (地域の医療機関との連携強化)】

紹介率・逆紹介率を向上させ、地域医療支援病院の承認実現に向けた環境づくりが行われたり、セミオープンベッドの利用率の向上や紹介患者数の大幅増加、地域連携クリニカルパス件数や講演会・研究会実施件数の増加など、様々な成果がみられた。

【評価項目 20 ( 医師の確保・育成 )】

指導・研修体制の充実を図り、卒後臨床研修評価機構の認定を取得するなど、研修環境の整備を客観的にも行うことができ、医師の増員にもつながった。

【評価項目 21 ( 看護師の確保・育成 )】

休憩室の確保、変則三交替勤務の試行、修学資金貸与額の引き上げ等を行ったことは評価できる。

【評価項目 22 ( コメディカル(医療技術職)の専門性の向上 )】

研修参加人数が大幅に増加している。

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 1 ( 高度医療の提供 ( がん ) )】

今後も地域医療機関との連携に努めるとともに、地域がん診療連携拠点病院としてふさわしい体制・カンサーボードを充実させるために十分な医療スタッフ ( 認定看護師等 ) の育成を図られたい。

【評価項目 2 ( 脳卒中・心筋梗塞 )】

t - P A 等脳卒中に対する迅速な対応と、脳卒中ユニットによる発症後の早期改善・社会復帰と地域連携パスによるシームレスな病診連携の推進を図るとともに、脳卒中の患者のリハビリテーションを効率的に実践するために、将来的には、脳卒中リハビリテーション認定看護師の育成にも期待したい。

虚血性心疾患に関しては、P C I やバイパス手術など高度医療のさらなる充実を中長期的な視点から期待したい。

【評価項目 3 ( 各診療科の高度化 )】

高度で専門性の高い病院は他院からの紹介依頼を受けることが多い。

患者受診選択理由の一番は、他院からの紹介であることに留意し、引き続き、各診療科の高度化に取り組むことを希望する。

**【評価項目 4 (救急医療)】**

患者過剰や他の大規模手術が重複する場合等においても、救急患者を受け入れられるよう人員体制のさらなる充実を中長期的な視点から期待したい。

**【評価項目 5 (小児・周産期医療)】**

周産期母子センターとしての体制を確保するため、引き続き、医師・看護師の増員などに取り組んでいただきたい。

北勢地域の周産期医療提供体制の充実のための取組に期待する。

**【評価項目 7 (クリニカルパスの推進)】**

さらなる利用率の向上に取り組むとともに、患者満足の視点に立った医療の質の向上に努められることを期待したい。

**【評価項目 8 (インフォームドコンセントの徹底)】**

患者満足度を向上させる要素として、十分なインフォームドコンセントが不可欠であり、その徹底を図られたい。

セカンドオピニオンについては、今後に対応件数の増加に努められることを期待したい。

**【評価項目 9 (診療科目の充実)】**

耳鼻いんこう科医師を含めた常勤医の確保について、引き続き、一層努めていただきたい。

**【評価項目 10 (医療安全対策の徹底)】**

引き続き、インシデントレポートの根本原因分析を積極的に行っていたきたい。

**【評価項目 11 (患者満足度の向上)】**

診療科・病棟による満足度に差があり、その平均化を期待する。

「当院推薦」も含めて、「待ち時間」や「職員の評価」などの各調査項目の結果についても、引き続き、分析のうえ、課題の把握と改善に努められたい。

また、「当院推薦」の設問に対する「わからない」という回答については、その増加を問題視して欲しい。

**【評価項目 14 (相談体制の充実)】**

今後も退院調整業務が一層充実されることを期待する。

【評価項目 15 (保健医療情報の発信)】

さらに、総合医療センターの取組を積極的・効果的に発信していただきたい。

【評価項目 16 (大規模災害発生時の対応)】

引き続き、基幹災害拠点病院として、DMAT隊員の教育・訓練の実施をお願いする。

【評価項目 18 (地域の医療機関との連携強化)】

病診連携運営委員会は地区医師会との連携のうえで大変重要である。

今後は、セミオープンベット利用率のさらなる向上、病診連携での検査の増加、退院調整や地域連携クリニカルパスの活用による在宅医療への患者移行の増加について期待する。

【評価項目 19 (医師不足等の解消への貢献)】

医学実習生にアピールできるものを他の病院より、一つでも多く取り組んでいただきたい。例えば、医局の場所・スペースの問題を解決する等、医師に快適な医局の提供をお願いしたい。

へき地医療拠点病院としてへき地における代診要請に対応できる体制の整備・連携強化に期待したい。

【評価項目 20 (医師の確保・育成)】

研修医の育成教育には、指導医の育成も不可欠である。三重県への医師の定着を促進するという中期計画達成のため、引き続き、「卒後臨床研修プログラム」の内容の充実に期待したい。

【評価項目 21 (看護師の確保・育成)】

職員アンケートでは、病棟看護師は全職種平均と同程度の満足度を示しているが、病棟以外の看護師は、各分野で全体と比較して低い満足度であり、特に職場環境に関する満足度が低かった。引き続き、高い定着率を維持するため、さらなる改善に期待したい。

看護実習生の指導を充実するため、引き続き、実習指導者の養成に努め、中期計画では32名の実習指導者の養成を定めているが、それ以上の成果を目指すよう期待したい。

また、実習生にこの病院に将来就職したいという希望を持ってもらうためにも、看護スタッフが生き生きと仕事をしている姿を見せることは重要であり、そのためには、医療従事者のアメニティが充実することを期待する。

**【評価項目 22 ( コメディカル(医療技術職)の専門性の向上)】**

高度で専門性のあるコメディカルが多数確保されている病院は、患者からの信頼性が高い病院ともいえることから、高度医療に対する知識・技術の向上にさらに努めていただきたい。

**【評価項目 23 ( 資格の取得への支援)】**

医師、看護師及び医療技術職員の資格取得などについて、中長期的に研修・講習に参加できる体制を確保していく努力を期待したい。

**【評価項目 24 ( 医療従事者の育成への貢献)】**

看護実習生の指導を充実するため、引き続き、実習指導者の養成に努め、中期計画では32名の実習指導者の養成を定めているが、それ以上の成果を目指すよう期待したい。

**( 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



## 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24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	年度計画を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	平均値 (点)
	10		5	5		

(注意) 平均値(点)は、 =5点、 =4点、 =3点、 =2点、 =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

重点的な取組・特筆すべき取組

#### 【評価項目 28 (経営関係情報の周知)】

日々の患者数などきめ細かなデータを取りまとめた経営データを各部門の長が出席する経営会議で報告し、職員との情報共有を図っている。

#### 【評価項目 32 (事務部門の専門性の向上と効率化)】

地域医療支援病院への取組が評価できる。

#### 【評価項目 34 (費用の節減)】

薬品比率だけでなく、評価項目 36 (財務内容の改善に関する事項(予算、収支計画、資金計画))の各種比率の中の人件費比率の低下も合わせて、費用の節減は進んでいるように見受けられる。

【評価項目 35 (積極的な情報発信)】

広報活動は積極的に行われている。

また、一方的な情報発信にとどまらず、地域の関係者等を招いて施設見学会を行うなど、地域との交流にも努めている。

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 26 (適切な運営体制の構築)】

今後は構築した体制が機能し、業務の質的向上につながることを期待したい。

【評価項目 27 (効果的・効率的な業務運営の実現)】

周産期母子センターの運営については、看護師の勤務内容を考慮すれば、施設基準を上回る看護体制(人員配置)が望まれることから、引き続き、人員確保に努められることを期待したい。

【評価項目 29 (改善活動の取組)】

TQMの手法を活用することにより、職員のモチベーションがさらに上がることを期待する。

引き続き、経営改善に取り組まれない。

【評価項目 32 (事務部門の専門性の向上と効率化)】

大部分の事務職員が県からの派遣職員であり、2～3年で異動するとしても、病院事務、病院経営について精通させるよう努められたい。

【評価項目 33 (収入の確保)】

増収要因は、入院、外来の患者数の増加ではなく、患者1人あたりの診療単価の増加によるところが大きいものと見受けられる。

診療単価については、今後の保険点数改定の影響を大きく受けるため、来年度は患者数の増加による増収を期待する。

【評価項目 34 (費用の節減)】

後発医薬品使用率については、さらなる取組に期待する。

委託業務については、費用対効果について留意し、業務の質を確保できるように努めていただきたい。

【評価項目 35 (積極的な情報発信)】

さらに、総合医療センターの取組を積極的・効果的に発信していただきたい。

(4) 法人の自己評価と評価委員会の評価が異なる項目

【評価項目 30 (就労環境の向上)】

法人評価：	評価委員会評価：
-------	----------

職員アンケートの結果では「職員満足度」が上昇しており、全体的には改善傾向にあるとみられるが、自由記述では、仕事、病院運営、勤務条件、職場環境（特にハード面）に対する不満もあり、少しでも不満解消に努めていただきたい。

経営改善につながるような意見も多数挙げられていると見受けられる。貴重な意見としてさらなる改善に活かして欲しい。

なお、医師の回答率が低いので、医師に対して病院にもっと関心を持ってもらうよう努められたい。

### 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 >

「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24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、評点が評価区分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	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	平均値 (点)
1		1				4.0

(注意) 平均値(点)は、 =5点、 =4点、 =3点、 =2点、 =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

重点的な取組・特筆すべき取組

【評価項目 36 (財務内容の改善に関する事項 (予算、収支計画、資金計画))】

収益の増加と費用の節減により、経常収支比率が100%を超えたことは評価できる。

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

該当なし

#### (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 36 (財務内容の改善に関する事項 (予算、収支計画、資金計画))】

法人評価：	評価委員会評価：
-------	----------

収益の増加と費用の節減により、経常収支比率が100%を超えたことは評価できるが、何について計画を著しく上回って実施した結果、100%を超えたのか、医業収益の増において、診療報酬改定の影響分はどの程度あるのか、経費の節減についてどのような取組をしたのかなど、多面的に分析をする必要がある。

## 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 >

「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24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	年度計画を著しく上回っている	年度計画を上回っている	年度計画を概ねおしりて画ど実施している	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	平均値 (点)
	3		3			

(注意) 平均値(点)は、 =5点、 =4点、 =3点、 =2点、 =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

重点的な取組・特筆すべき取組

【評価項目 37 (保健医療行政への協力)】

周産期母子センターの増改築に伴う増床により、北勢地域の周産期医療の充実に貢献できる環境を整えた。

【評価項目 38 (法令・社会規範の遵守)】

地域との信頼関係の構築に努め、病診連携の向上につながった。

【評価項目 39 (施設及び設備に関する計画)】

計画通りの設備投資をする中で、当初の予算額を88百万円縮減できたことは評価できる。

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 37 (保健医療行政への協力)】

今後は、さらに市立四日市病院との連携を図ってほしい。

また、三重県保健医療計画(第5次改訂)の中で定められた地域災害医療コーディネーターによる地域防災体制の構築と災害拠点病院のさらなる強化充実を図ってほしい。

さらに、IDリンクによる医療情報が共有できる北勢地域独自のシステムの構築を四日市医師会や二次輪番病院で実現して欲しい。

#### 【評価項目 38 (法令・社会規範の遵守)】

救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院、高度医療他様々な特殊医療を提供するため、引き続き、法の遵守はもとより健全な病院運営に取り組んでもらいたい。

### (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

### 3 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		
<b>＜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</b>																			
1	がん手術件数(件)	494	544	504	630	125%	628											540	
	化学療法患者数(人)	4,937	4,275	5,036	4,638	92.1%	4,744											5,400	
	放射線治療件数(件)	4,397	3,602	4,441	4,567	102.9%	4,392											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											240	
	t-PA+脳血管手術数(件)	130	110	140	144	102.9%	151											180	
4	救命救急センター入院患者数(人)	4,503	4,340	4,683	5,106	109.1%	4,773											5,180	
	救急患者受入数(人)	14,374	14,510	14,446	14,751	102.2%	14,826											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											1,640	
7	クリニカルパス利用率(%)※1	26.7	36.1	29.4	38.6	131.3%	38.5											40.0	
11	患者満足度(%)※2	86.7	88.5	88.0	84.3	95.8%	88.0											90.0	
18	紹介患者数(人)	5,747	6,102	6,070	6,737	111%	6,767											6,400	
	紹介率(%)※3	55.6	58.0	60.0	63.4	105.7%	63.2											65.0	
	地域連携クリニカルパス件数(件)	160	151	165	201	121.9%	185											180	
	退院調整患者数(人)	734	729	749	935	124.9%	914											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											12以上	
20	初期及び後期研修医数(人)	30	26	30	30	100%	28											32	
21	看護師定着率(%)※4	91.6	86.0	92.0	92.2	100.3%	92.0											92.0	
	看護実習受入数(人)	4,223	4,396	4,000	4,037	101%	4,000											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											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	
	看護実習指導者養成数(人)	22	22	24	24	100%	26											32	
<b>＜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</b>																			
30	職員満足度(%)※5	64.9	66.0	68.1	103.2%	68.1												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											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											72.6	
34	後発医薬品使用率(%)※8	6.7	7.1	7.4	7.5	101.4%	8.0											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	小林 篤	県医師会副会長
委 員	谷ノ上 千賀子	医療審議会委員、(株)百五経済研究所地域調査部主任研究員
委 員	藤田 せつ子	県看護協会会長
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25年7月4日
- ・第2回 平成25年7月18日
- ・第3回 平成25年8月1日
- ・第4回 平成25年8月8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～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～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、を5点、を4点、を3点、を2点、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
	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
	年度計画を概ね計画どおり実施している
	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

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 以下の評価がある場合は、A 以上の評価とはしない。

