

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

平成26年度 業務の実績に関する評価結果報告書

平成27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	18
第3 財務内容の改善に関する事項	21
第7 その他業務運営に関する重要事項	23
3 項目別評価（個別項目評価）	24
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	25
○ 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	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の 開催状況	27
○ 地方独立行政法人法（関係条文）	27
○ 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	28
○ 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	31

《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26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3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1項目であったことと、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
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.3（各診療科の高度化）】

【評価項目No.5（小児・周産期医療¹⁾】

「診療機能の充実」に向けた取組については、各診療科の高度化と小児・周産期医療について以下の点が評価できる。

各診療科の高度化に関しては、3.0 T(テスラ²⁾)のMRI(磁気共鳴画像)を導入するなど高度な医療機器や先進的技術の導入により、高水準の医療提供の実現を図っている。

小児・周産期医療に関しては、ハイリスクの妊婦・胎児及び新生児を積極的に受け入れる環境や体制を整備し、地域周産期母子医療センター³としてより質の高い医療の提供に努めており、NICU(新生児集中治療室)利用延べ患者数が大幅に増加した。このように、地域で分娩を扱う医療機関と連携を取りながら、周産期の安心に寄与していることを評価する。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

「災害対策室」を常設化して、訓練の企画運営、対策マニュアルの改訂、DMAT⁴隊員の技能維持・向上を図っていることを評価する。また、基幹災害拠点病院⁵として広域訓練に参加するとともに、近隣の他病院と

¹ **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。広義には胎児期と新生児期を合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に、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。

² **テスラ**：磁力の大きさをあらわす国際単位です。現在臨床で使用されているMRI検査機器は、0.2テスラから3.0テスラまで存在し、その数値が大きいほど、短い検査時間で質の高い画像を描出することが出来ます。

³ **地域周産期母子医療センター**：産科及び小児科等を備え、周産期に係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。県内では「総合周産期母子医療センター」が三重中央医療センター、市立四日市病院に、「地域周産期母子医療センター」が県立総合医療センター、三重大学医学部附属病院、山田赤十字病院に設置されています。

⁴ **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。

⁵ **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。

の連携を図る体制づくりを行い、災害医療体制の整備に努めていることも評価できる。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

地域医療支援病院⁶として、紹介患者の受入・逆紹介を積極的に進め、紹介患者数は増加している。また、セミオープンベッド⁷の利用率は上昇し、登録医の数も増加した。地域の医療機関や福祉施設の職員等を対象に講演会や研究会、講習会を数多く実施し、地域の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）】

「臨床研修センター」におけるシミュレーターを活用した研修等、研修環境の整備に努めた。このような努力の結果、臨床研修医⁸は前年度比で増加し、初期研修医を10名採用できたことを評価する。

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すべき措置」

【評価項目No.28（経営関係情報の周知）】

前年度に比べて医業収益が増加したことは、経営会議における討議内容が広く職員に周知された結果であり、職員の病院経営に対する意識の向上が図られていることがうかがえる。

【評価項目No.30（就労環境の向上）】

技術習得支援（研修参加）や時間外勤務時間数の削減推進、福利厚生としてのコンビニエンスストア設置の決定、手当の見直しなど、職員の声も考慮しながら就労環境の改善を図っており、職員満足度はわずかながらも上昇に転じたことを評価する。

⁶ 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、手術など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。

⁷ セミオープンベッド：開放型病床のことです。登録医制度により登録された医師が入院の必要があると診断し、当院を紹介して入院となった場合に、当院の主治医と登録医が共同で診療を行う際に活用されます。この場合、登録医の医師は副主治医となります。

⁸ 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習得を目的として、2年間の臨床研修が義務化されています。

【評価項目No.33（収入の確保）】

総合的な取組の結果、医業収益を増加させることができた。具体的には、病床管理委員会を活用して、効率的な病床管理を行うとともに、紹介患者の積極的な受け入れを行うことにより1日あたりの入院患者数が増加した。未収金については未然防止に努め、前年度より大幅に減少した。医療経営委員会の取組により診療報酬請求における査定率及び減点額を減少できた。

【評価項目No.35（積極的な情報発信）】

ホームページや新聞、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は、かけはし通信を発行・送付し、専門外来や最新治療等、院内の取組等の紹介を積極的に行っている。また、ホームページのアクセス件数は、平成26年10月に突発的に生じた特殊要因を除いても増加している。

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））】

入院収益及び外来収益は、法人化以後順調に増加しており、経常収支比率⁹は3年連続で100%を超えたことを評価する。様々な業務改善の取り組みが、継続的な収益増加につながっているものとうかがえる。

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）】

少子化対策として周産期医療の充実に努めるとともに、早期に母体・胎児の状態を把握するための母体・胎児診断センターを運用していることを評価する。

② 遅れている取組

該当なし

⁹ 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

(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.4（救急医療）】

「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、今後も積極的な緩和ケア¹⁰チーム活動を推進し、がん患者への緩和ケア医療の質向上に努めるとともに、「北勢緩和ケアネットワーク」において積極的に緩和ケア医療ネットワークの推進を図るなど、地域における中心的な役割を担うよう期待する。一方、診療報酬改定による基準の見直し等の影響もあり、化学療法患者数や放射線治療件数の実績が目標及び過去実績を下回っている。また、がん診療の実績値が地域がん診療連携拠点病院の指定基準を満たせず、その指定が更新されなかったことは非常に残念であるが、この中期目標期間内に再び地域がん診療連携拠点病院の指定を受けられるよう様々な取組が求められる。なお、総合医療センターは、がん・心臓病・脳血管障害のいわゆる3大成人病に対応してきたが、今後は、がん診療をどのように位置付け、がん診療のどの分野を重視するのか等についての検討が必要と考える。

脳卒中・心筋梗塞に関しては、P C I + 冠動脈バイパス手術数及びT - P A + 脳血管手術数が目標値及び前年度実績値を下回っており、今後は目標達成に向けた取組が求められる。

救急医療に関しては、救急患者受入数が目標値及び前年度実績値を下回ったため、三次救急医療¹¹を担う医療機関として、更なる救急患者受入れ体制の充実を図る必要がある。

【評価項目No.7（クリニカルパス¹²の推進）】

【評価項目No.8（インフォームドコンセント¹³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。

¹⁰ 緩和ケア：がんの進行によって生じるからだの痛み、心の痛みなどを和らげ、その人らしく生活できるように総合的に支援するケアです。

¹¹ 三次救急医療：二次救急医療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。

¹² 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。

¹³ 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。

クリニカルパスの推進に関しては、導入が難しいとされる部門について、その理由を精査し、導入の可能性を探って欲しい。利用率向上のための積極的な取組を推進し、更なる患者との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したい。

インフォームドコンセントの徹底に関しては、セカンドオピニオン対応件数の更なる増加に努められたい。インフォームドコンセントについては、患者がより安心して医療を受けられるよう一層の徹底を図って欲しい。

【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）】

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

「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、日々、患者や家族の声を大切にして、更なるサービスの向上に努めることを期待する。なお、患者満足度の指標については、診療科や病棟で満足度に差があり、個別に評価する必要がある。患者満足度が相対的に低い項目に着目し、重点的に改善の方策を探り、ピンポイントでの成果を重視することも必要と考える。

待ち時間の短縮に関しては、診療後の時間短縮に向けた取組について一定の成果を認めるが、今後は、診療における待ち時間の短縮を図るための人員配置の効率化に期待する。

相談体制の充実に関しては、今後、高度急性期・急性期の病院機能を維持していくうえでも、在宅医療への移行も踏まえ、引き続き患者や家族の状況に応じた満足度の高い相談支援に努められたい。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

地域医療支援病院の承認基準を満たせるよう、さらに紹介率の向上に努力する必要がある。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

【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）】

「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、研修医が学ぶのに適した環境づくりに組織として更に努力を重ねることで、研修医の確保のためだけでなく、研修終了後の医師が総合医療センターに残留することにつながることを期待したい。

コメディカル(医療技術職)の専門性の向上に関しては、臨床検査技師及び診療放射線技師の研修参加延べ人数が減少しているが、活躍の機会

は増加していると思われるので、専門研修への更なる参加を促していただきたい。

資格の取得への支援に関しては、今後も病院の機能に応じて、必要な認定看護師資格の取得への支援を積極的に継続することを期待する。また、資格取得後の職員が活躍できる体制を整えることも重要である。

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すべき措置」

【評価項目No.30（就労環境の向上）】

職員アンケート調査における医師の回答率を上げる工夫を行うようにしていただきたい。ワークライフバランスは看護部のみならず、病院全体の職員への取組へ発展させていただきたい。

【評価項目No.31（人材の確保、育成を支える仕組みの整備）】

医師の人事評価制度の導入については、医師のモチベーション維持等の観点から慎重に進めることを望む。

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））】

今期は人件費、材料費が増加したことから、その増加要因を分析する必要がある。特に、地域医療構想や来年度に実施される診療報酬改定に備え、十分な対策を講じてほしい。

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.37（保健医療行政への協力）】

ICTを利用したIDリンク（三重医療安心ネットワーク¹⁴）について、

¹⁴ 三重医療安心ネットワーク：三重県内の複数の医療機関で、IDリンクという仕組みにより、個人情報を守り、患者の同意を得た上でインターネット回線を用い、薬の処方、血液検査の結果、レントゲンやCTなどの画像情報とレポートなどの医療情報を異なる病院間で共有するための医療連携システムのことです。当該ネットワークを活用した医療情報の共有化については、四日市医師会、市立四日市病院及び四日市羽津医療センターと検討を行い、平成26年4月25日から四日市連携方式として運用されています。

この取組による病診連携が更に促進されることを期待したい。なお、地域がん診療連携拠点病院の指定が更新されなかった点は、北勢地域における保健医療行政への協力という意味で後退する部分があると思われる。再指定に向けた更なる努力に期待したい。

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26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		12	13			3.5

(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.3（各診療科の高度化）】

3. OT(テスラ)のMRI(磁気共鳴画像)を導入するなど高度な医療機器や先進的技術の導入により、高水準の医療提供の実現を図っている。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

ハイリスクの妊婦・胎児及び新生児を積極的に受け入れる環境や体制を整備し、地域周産期母子医療センターとしてより質の高い医療の提供

に努めており、NICU（新生児集中治療室）利用延べ患者数が大幅に増加した。このように、地域で分娩を扱う医療機関と連携を取りながら、周産期の安心に寄与していることを評価する。

【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満足度は、わずかながら上昇しており、セカンドオピニオン¹⁵対応件数も増えている。セカンドオピニオンの対応件数が増加していることは、地域において信頼される病院としての位置づけであると評価できる。

【評価項目No.9（診療科目の充実）】

前年度において課題であった耳鼻咽喉科常勤医師の確保ができたことを評価する。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

退院支援の相談件数、紹介患者数、退院調整患者数は増えており、相談体制が機能してきていることがうかがえる。

【評価項目No.15（保健医療情報の発信）】

ホームページや新聞、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は広報誌やかけはし通信を発行・送付し、専門外来や最新治療等、当院における取り組み等の紹介を行っている。中でも、ホームページのアクセス件数も増加していることは、総合医療センターに対する関心の高まりを裏付けることと考えられ、評価できる。

また、市民公開講座を開催し、がん治療や治療支援、医療費、医療機器等に関する情報提供を行い、がん患者や家族にとって気軽に情報を得られる機会づくりを行っている。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

「災害対策室」を常設化して、訓練の企画運営、対策マニュアルの改訂、DMA T隊員の技能維持・向上を図っていることを評価する。また、基幹災害拠点病院として広域訓練に参加するとともに、近隣の他病院との連携を図る体制づくりを行い、災害医療体制の整備に努めていることも評価できる。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

地域医療支援病院として、紹介患者の受入・逆紹介を積極的に進め、紹介患者数は増加している。また、セミオープンベッドの利用率は上昇し、登録医の数も増加した。地域の医療機関や福祉施設の職員等を対象に講演

¹⁵ 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。

会や研究会、講習会を数多く実施し、地域の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）】

平成27年度採用における初期研修医について、4年ぶりにフルマッチし10名を採用できたことを評価する。

また、へき地医療拠点病院¹⁶として代診要請に積極的に対応し、代診要請に対する派遣件数が増加したことも評価できる。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

「臨床研修センター」におけるシミュレーターを活用した研修等、研修環境の整備に努めた。このような努力の結果、臨床研修医は前年度比で増加し、初期研修医を10名採用できたことを評価する。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

新人看護師担当に専従の副師長を配置し精神的なフォローを行うなど、定着・育成につながるきめ細かな対応に努めている。年間に多数の看護実習生の受け入れを行い、また、実習指導者の養成にも力を入れている。他にも、インターンシップの回数を増やしたり、「高校生の看護体験」を企画・実施するなど、看護師の確保に向けて様々な工夫を行っている。

看護師の離職については、結婚・転居といった私的な理由による退職が中心で、離職割合が県平均より少ないことから、高い定着率を継続できていることを評価する。

【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、様々な職種において難関資格の取得につながっており、提供できる医療サービス・技術の質的向上が期待できる。

患者と密接に接する看護師は、医療の現場にあって中心的な役割を果たしている。認定看護師の数だけでなく新たな分野に拡大するなど着実に活動範囲を拡大している。このことは、患者だけでなく、医療現場の職員にも安心感を与えているものと考えられる。

② 遅れている取組
該当なし

¹⁶ 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。

(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））】

今後も積極的な緩和ケアチーム活動を推進し、がん患者への緩和ケア医療の質向上に努めるとともに、「北勢緩和ケアネットワーク」において積極的に緩和ケア医療ネットワークの推進を図るなど、地域における中心的な役割を担うよう期待する。

一方、診療報酬改定による基準の見直し等の影響もあり、化学療法患者数や放射線治療件数の実績が目標及び過去実績を下回っている。また、がん診療の実績値が地域がん診療連携拠点病院の指定基準を満たせず、その指定が更新されなかったことは非常に残念であるが、この中期目標期間内に再び地域がん診療連携拠点病院の指定を受けられるよう様々な取組が求められる。

なお、総合医療センターは、がん・心臓病・脳血管障害のいわゆる3大成人病に対応してきたが、今後は、がん診療をどのように位置付け、がん診療のどの分野を重視するのか等についての検討も必要と考える。

【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おり、今後は目標達成に向けた取り組みが求められる。

【評価項目No.3（各診療科の高度化）】

本年1月から稼働した3.0T(テスラ)のMRI(磁気共鳴画像)についても、積極的に活用して地域医療に貢献していただきたい。

【評価項目No.4（救急医療）】

救急患者受入数が目標値及び前年度実績値を下回ったため、三次救急医療を担う医療機関として、更なる救急患者受入れ体制の充実を図る必要がある。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

今後も、小児・周産期医療の質・量の更なる向上を図り、分娩件数の増加、特にハイリスク分娩の受け入れに力を入れられたい。

【評価項目No.6（感染症医療）】

エボラウイルス等の新興感染症への対策を引き続き進められたい。

【評価項目No.7（クリニカルパスの推進）】

クリニカルパスの導入が難しいとされる部門について、その理由を精査し、導入の可能性を探って欲しい。利用率向上のための積極的な取組を推進し、更なる患者との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したい。

【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対応件数の更なる増加に努められたい。インフォームドコンセントについては、患者がより安心して医療を受けられるよう一層の徹底を図って欲しい。

【評価項目No.9（診療科目の充実）】

内科系診療科では、血液内科・腎臓内科が不十分であり、今後は更なる充実も期待したい。

【評価項目No.10（医療安全対策の徹底）】

今後も医療安全対策を組織全体で積極的に取組み、引き続き安全対策に対する意識向上に努めていただきたい。特に、医療安全研修会の参加人数については十分とはいえず、職員に対して研修会の重要性を認識させ、より多くの職員が参加できる工夫をしていただきたい。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

日々、患者や家族の声を大切にして、更なるサービスの向上に努めることを期待する。なお、患者満足度の指標については、診療科や病棟で満足度に差があり、個別に評価する必要がある。患者満足度が相対的に低い項目に着目し、重点的に改善の方策を探り、ピンポイントでの成果を重視することも必要と考える。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

診療後の時間短縮に向けた取組について一定の成果を認めるが、今後は、診療における待ち時間の短縮を図るための人員配置の効率化に期待する。

【評価項目No.13（個人情報保護）】

カルテ開示請求件数が増加していることから、今後はカルテ記載内容の質の向上にも努められたい。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

今後、高度急性期・急性期の病院機能を維持していくうえでも、在宅医療への移行も踏まえ、引き続き患者や家族の状況に応じた満足度の高い相談支援に努められたい。

【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）】

感染症実用化研究事業（厚生労働科学研究委託事業）のワークショップ参加などの実績を踏まえ、今後はシミュレーション研修を定期的実施し、危機発生時に迅速、的確に行動できるようにされたい。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

地域医療支援病院の承認基準を満たせるよう、さらに紹介率の向上に努力する必要がある。

【評価項目No.19（医師不足等の解消への貢献）】

今後は、初期研修医の十分な研修を実施し、将来、県内の医療機関で活躍できる医師を育成することを期待する。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

研修医が学ぶのに適した環境づくりに組織として更に努力を重ねることで、研修医の確保のためだけではなく、研修終了後の医師が総合医療センターに残留することにつながることを期待したい。

【評価項目No.22（コメディカル(医療技術職)の専門性の向上）】

臨床検査技師及び診療放射線技師の研修参加延べ人数が減少しているが、活躍の機会は増加していると思われるので、専門研修への更なる参加を促していただきたい。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

今後も病院の機能に応じて、必要な認定看護師資格の取得への支援を積極的に継続することを期待する。また、資格取得後の職員が活躍できる体制を整えることも重要である。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

今後も、看護学生が質の高い実習が受けられるよう実習指導者への教育を更に強化していただきたい。

【評価項目No.25（医療に関する調査及び研究）】

学術・学会での発表に積極的に取り組んでいるが、更に努力されたい。

（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.6（感染症医療）】

法人評価：Ⅳ	評価委員会評価：Ⅲ
--------	-----------

年度計画を上回る部分としてエボラウイルス対策を行ったことは評価できるが、その一方で、年度計画として予定していた「新型インフルエンザ等発生時における診療継続計画（案）」の職員への周知が実施できなかったこと等を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26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		8	2			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.26 (適切な運営体制の構築)】

基幹災害拠点病院として地域の中心的立場を担い、ネットワークの構築とたゆまぬ訓練を行い、万が一の状況に備えているところを評価する。

【評価項目No.27 (効果的・効率的な業務運営の実現)】

新たな医療ニーズに対応するためのコメディカルの採用や業務の見直しにより時間外勤務時間数の削減を図っていることを評価する。

【評価項目No.28 (経営関係情報の周知)】

前年度に比べて医業収益が増加したことは、経営会議における討議内容が広く職員に周知された結果であり、職員の病院経営に対する意識の向上が図られていることがうかがえる。

【評価項目No.30（就労環境の向上）】

技術習得支援（研修参加）や時間外勤務時間数の削減推進、福利厚生としてのコンビニエンスストア設置の決定、手当の見直しなど、職員の声も考慮しながら就労環境の向上を図っており、職員満足度はわずかながらも上昇に転じたことを評価する。

【評価項目No.32（事務部門の専門性の向上と効率化）】

事務部門のプロパー化を進める計画を策定し、特に専門性の高い業務については新たに専門知識・経験のある事務職員の採用を決め、プロパー化が進んでいることを評価する。また、医業収益を支える部門の一つとして、看護部の果たす役割も大きいものがあり、経営分析結果を看護師長会等で解説することは、収益の増加につながると考えられ評価できる。

【評価項目No.33（収入の確保）】

総合的な取組の結果、医業収益を増加させることができた。具体的には、病床管理委員会を活用して、効率的な病床管理を行うとともに、紹介患者の積極的な受け入れを行うことにより1日あたりの入院患者数が増加した。未収金については未然防止に努め、前年度より大幅に減少した。医療経営委員会の取組により診療報酬請求における査定率及び減点額を減少できた。

【評価項目No.34（費用の節減）】

ディーラー及び主たるメーカーとの価格交渉と取引先の見直しを行うことで薬品コストの削減を実現した。後発医薬品の使用率が目標値を超えていることは評価に値する。

また、省エネルギーに向け手近なところから始めていることも評価できる。

【評価項目No.35（積極的な情報発信）】

ホームページや新聞、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は、かけはし通信を発行・送付し、専門外来や最新治療等、院内の取組等の紹介を積極的に行っている。また、ホームページのアクセス件数は、平成26年10月に突発的に生じた特殊要因を除いても増加している。

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.26 (適切な運営体制の構築)】

BSC (バランス・スコア・カード)¹⁷については、活用を継続し、職員が達成感を維持できるサポートを強化していただきたい。

【評価項目No.28 (経営関係情報の周知)】

今後も、取組の成果を職員へフィードバックし、職員の自主的な経営改善に対する姿勢を高めていただきたい。

【評価項目No.29 (改善活動の取組)】

TQM活動の更なる充実を図るためにTQM推進委員会の組織横断的な活動に期待する。

【評価項目No.30 (就労環境の向上)】

職員アンケート調査における医師の回答率を上げる工夫を行うようにしていただきたい。ワークライフバランスは看護部のみならず、病院全体の職員への取組へ発展させていただきたい。

【評価項目No.31 (人材の確保、育成を支える仕組みの整備)】

医師の人事評価制度の導入については、医師のモチベーション維持等の観点から慎重に進めることを望む。

【評価項目No.33 (収入の確保)】

今後も更なる効率的な病床管理と入院患者数の増加を目指し、医業収益の増加に期待したい。

【評価項目No.34 (費用の節減)】

後発医薬品の使用率については中期計画の目標値10%の達成を期待したい。そうすることで取引ディーラーとの関係において更なる見直しが進むと思われる。

(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

¹⁷ BSC (バランス・スコア・カード) : マネジメント・ツールとして戦略を具体化し、これを実行するための経営管理の考え方と仕組みです。経営戦略のロジックを図式化、可視化することによって、組織のめざすビジョンと現状のギャップを埋めるための戦略を組織の構成員が理解、共有するためのコミュニケーション・ツールとしても利用できるものです。

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26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	
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.36 (財務内容の改善に関する事項 (予算、収支計画、資金計画))】

入院収益及び外来収益は、法人化以後順調に増加しており、経常収支比率は3年連続で100%を超えたことを評価する。様々な業務改善の取り組みが、継続的な収益増加につながっているものとうかがえる。

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.36 (財務内容の改善に関する事項 (予算、収支計画、資金計画))】

今期は人件費、材料費が増加したことから、その増加要因を分析する必

要がある。特に、地域医療構想や来年度に実施される診療報酬改定に備え、十分な対策を講じてほしい。

(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26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)】

少子化対策として周産期医療の充実に努めるとともに、早期に母体・胎児の状態を把握するための母体・胎児診断センターを運用していることを評価する。

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.37 (保健医療行政への協力)】

ICTを利用したIDリンク (三重医療安心ネットワーク) について、

この取組による病診連携が更に促進されることを期待したい。

なお、地域がん診療連携拠点病院の指定が更新されなかった点は、北勢地域における保健医療行政への協力という意味で後退する部分があると思われる。再指定に向けた更なる努力に期待したい。

【評価項目No.38（法令・社会規範の遵守）】

日本医療機能評価機構による機能評価において適正な運営・経営を行っていることと評価を受けていることや、地域医療支援病院として地域の医療機関との信頼関係を深めていることは十分に評価できることであり、今後ますます充実・発展に努めてほしい。

【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））】

今後、病院運営に活用できる土地があれば、財政状況を考慮しつつ、前向きに確保を検討されたい。

（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%						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%						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%						4,600	
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%						240	
	t-PA+脳血管手術数(件)	130	110	140	144	102.9%	151	169	111.9%	160	152	95%						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	
	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%						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%						1,640	
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	
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%						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%						6,400	
	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	
	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	
	退院調整患者数(人)	734	729	749	935	124.8%	914	904	98.9%	800	994	124.3%						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%						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	
	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	
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	—						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	
	看護実習指導者養成数(人)	22	22	24	24	100%	26	27	103.8%	28	29	103.6%						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%						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%						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%						72.6	
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%						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 (%)	【新基準 H26年度～】 初診紹介患者数/(初診患者数-休日・夜間の救急受診患者数)×100 【旧基準】 (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)百五経済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27年 7月 2日
- ・ 第2回 平成27年 7月 15日
- ・ 第3回 平成27年 8月 5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。

