

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

平成25年度 業務の実績に関する評価結果報告書

平成26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）	10
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	10
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	17
第3 財務内容の改善に関する事項	20
第7 その他業務運営に関する重要事項	22
3 項目別評価（個別項目評価）	23
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	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名簿	26
○ 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	26
○ 地方独立行政法人法（関係条文）	26
○ 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	27
○ 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	30

《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。

- 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25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、「S評価：中期計画の実施状況は特筆すべき状況にある」が1項目、「A評価：中期計画の実施状況は順調に進んでいる」が3項目であったが、全個別項目評価の平均値（点）は前年度と同点であったことと、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】

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

(2) 全体評価にあたって考慮した内容

① 重点的な取組・特筆すべき取組

大項目 第1「県民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためとるべき措置」

【評価項目No.1（高度医療の提供（がん））】

【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、高度医療の提供と小児・周産期医療について以下の点が評価できる。

高度医療の提供（がん）に関しては、緩和ケア医療をトータルで推進する「北勢緩和ケアネットワーク」の運営に協力するとともに、医療スタッフ等が緩和ケアやがんリハビリなどの各種研修等に参加しており、その人数も前年度より増え（対前年度9人の増）、知識・技能の習得に努めている。また、がん医療に対する人材育成及び体制強化・充実により、がん手術件数（対前年度1件の増）、放射線治療件数（対前年度112件の増）及びがん相談支援件数（対前年度58件の増）は増加傾向である。

小児・周産期医療に関しては、NICU（新生児集中治療室）及びGCU（回復期治療室）の増床（NICU：3床→6床、GCU：7床→12床）・稼働開始並びにMFICU（母体・胎児集中治療室（5床））及び母体・胎児診断センターの新設など、施設の整備と機能の強化を図り、ハイリスク分娩の受け入れを積極的に行い、NICU患者数（1,231人）も目標（1,133人）を大きく上回っている。

【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²⁾の承認を取得し、紹介患者数の増加と紹介率・逆紹介率の向上（紹介率：対前年度1.6ポイントの増、逆紹介率：対前年度4.7ポイントの増）とともに、病診連携検査件数の増加（対前年度335件の増）や地域連携クリニカルパス³⁾件数（195件）が目標値（185件）を達成できたことを評価する。

-
- 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 **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。
 - ³ **地域連携クリニカルパス**：急性期病院から回復期病院を経て早期に地域に帰れるように診療計画を作成し、診療にあたる複数の医療機関で共有します。各医療機関が役割分担を決め、あらかじめ患者に説明することで患者が入院から地域に帰れるまで安心して医療を受けることができるようにするものです。

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.26（適切な運営体制の構築）】

周産期母子センターの拡充に伴う適切な人員確保、災害対策室設置にかかる検討と決定、BSC（バランス・スコア・カード）⁴による対話実施数の増（部門レベル：対前年度4回の増、課・診療科レベル：対前年度1回の増）について評価できる。

【評価項目No.27（効果的・効率的な業務運営の実現）】

小児・周産期医療の強化のための看護師等の配置増、病棟看護師の変則三交代勤務の試行、給与・財務システムの運用による事務局職員の時間外勤務の削減（対前年度30%の減）について評価する。

【評価項目No.33（収入の確保）】

効果的な病床管理による患者数及び稼働病床数の増加（患者数：対前年度6.5人/日の増、稼働病床数：対前年度20床の増）、入院患者数が6年ぶりに300人/日を達成できたこと、未収金の発生件数（対前年度56件の減）及び金額（対前年度25,016千円の減）の減少を評価する。

【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、テレビ等で情報発信を行ったほか、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（男性外来）や最新治療（軟骨再生治療）等、当院における取組等を紹介したことと、ホームページのアクセス件数（対前年度21,609件の増）も増加したことを評価する。

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））】

収益の増加と費用の削減が実現でき、その結果、経常収支比率⁵

⁴ **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。

⁵ **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

(101.3%)は100を超え、前年度(100.4%)を上回ったことに加え、人件費比率を圧縮(対前年度1.6ポイントの減)できたことを評価する。

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)】

北勢保健医療圏での周産期医療の需要に対応するため、前年度のNICUとGCUの増床に続き、MFICUと母体・胎児診断センターを新設・運用開始したほか、基幹災害拠点病院⁶として、災害対策室を常設設置するなど、当医療圏の中核病院としての積極的な取組について評価する。

- 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

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)】

【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、化学療法患者数(対前年度224人の減)が前年度実績を下回ったことの検証と今後の増加を期待する。

脳卒中・心筋梗塞に関しては、脳血管障害の迅速な診断・治療をさらに充実させ、急性期から回復期へ地域連携クリニカルパスの運用によるスムーズな移行を図り、地域連携クリニカルパスの運用件数の増加を期待する。また、虚血性疾患については、PCI(経皮的冠動脈形成術)＋冠動脈バイパス手術件数(201件)が目標値(212件)及び前年度実績

⁶ **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。

値（211件）を下回っており、さらなる充実が求められる。

救急医療に関しては、救急患者受入数（13,887人）が過去3年間で最少だった平成22年度（14,374人）を下回っており、救命救急センター⁷として三次救急医療⁸のさらなる充実を期待する。また、年度計画の平成25年度目標値（14,826人）が中期計画の目標値（14,700人）を超えるため、中期計画を超える年度計画の目標値設定の是非を検討する必要がある。

小児・周産期医療に関しては、今後は、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.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、患者アンケートの個々の意見のなかに、医療サービス改善の糸口が多々あると認識し、引き続き丁寧な課題の分析と改善に努めるとともに、診療科・病棟による満足度の偏りをなくし、全ての診療科・病棟において水準の向上を目指すことを望む。また、地方独立行政法人化により、理事長の責任と権限が明確になり、運営管理体制の課題に柔軟かつ迅速に対応することができるので、患者アンケートから得られた要望及び課題等を分析して、可能な限り早急に対応していただきたい。

待ち時間の短縮に関しては、あらゆる部門でスピードアップを図られたようであるが、今後もさらに努力願いたい。また、外来患者アンケートの結果では、待ち時間が「60分未満」の回答数が全体の49.2%を占めている一方、「120分以上」の回答数が全体の16.4%を占めている。これは、「90分以上120分未満」の回答数を超える数値であるため、その要因も検証しながら、待ち時間の短縮を図っていただきたい。

相談体制の充実に関しては、今後、7対1の看護体制⁹を維持するためにも在宅移行を進めるなど、より一層の地域連携が必要である。

⁷ **救命救急センター**：生命に関わる緊急度の特に高い救急患者を対象とした三次救急を担っています。県内では救命救急センターとして、三重大学医学部附属病院、県立総合医療センター、市立四日市病院、伊勢赤十字病院が指定されています。

⁸ **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。

⁹ **7対1の看護体制**：入院病棟における看護師の配置基準で、平均で入院患者7人を看護師1人が担当することをいいます。他に、「10対1」、「13対1」、「15対1」などの基準があり、「7対1」看護は、患者が最も手厚い看護を受けられる体制となっています。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

【評価項目No.19（医師不足等の解消への貢献）】

「医療に関する地域への貢献」に関する意見、指摘等は、以下のとおりである。

地域の医療機関との連携強化に関しては、今後も、地域医療支援病院として紹介率・逆紹介率の向上に努めるとともに、病診連携運営委員会を中心に地域医療機関とのさらなる連携とセミオープンベッド¹⁰等の有効活用を期待する。また、セミオープンベッドの利用率が減少（対前年度1.7ポイントの減）したことの原因分析をする必要がある。

医師不足等の解消への貢献に関しては、臨床研修医¹¹の確保のために研修プログラムの見直し、指導医の確保等は一定の成果は認められるが、施設・設備整備、処遇の改善、予算の増額等については全体的な見直しが必要ではないか。今後も、初期・後期の臨床研修医の確保のために各方面への働きかけなど最大限の努力をお願いする。また、へき地医療拠点病院¹²として、さらにその体制が充実されることを期待する。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

【評価項目No.21（看護師の確保・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)】

「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、今後も継続的な確保の実現に向けて、様々な対応策の検討が求められる。

看護師の確保・育成に関しては、実習指導者については、次世代を担う看護師育成に直結していることから、実習指導者の養成及び質的向上に力を入れて欲しい。また、広報やホームページなどで当院の看護部の取組を紹介することで、当院の魅力を積極的に発信できれば、他県からの就職希望者の増加につながるものと考える。

コメディカル(医療技術職)の専門性の向上に関しては、医師及び看護師とともに、高度な専門性のある優秀な薬剤師と検査技師等がいる病院は、患者の信頼性も厚くなることを踏まえ、取り組んでいただきたい。

¹⁰ **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。

¹¹ **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。

¹² **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。

大項目 第2「業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためと
るべき措置」

【評価項目No.33（収入の確保）】

【評価項目No.34（費用の節減）】

「収入の確保と費用の節減」に関する意見、指摘等は、以下のとおりである。

収入の確保に関しては、引き続き、稼働病床と病床利用率を増やすことと、平均在院日数と診療報酬査定率と未収金を減らすための経営努力を今後も期待したい。

費用の節減に関しては、薬品や医療材料、事務用品などすべての適正在庫管理をする物品物流管理システムの導入の検討等により、経費の削減を目指していただきたい。また、診療材料比率の上昇（対前年度0.6ポイントの増）や電気料金が増加（対前年度約12%の増）したことを考えると、コスト意識、省エネ意識の更なる向上を期待したい。

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.37（保健医療行政への協力）】

IDリンク（三重医療安心ネットワーク¹³）による患者の医療情報の共有化については、三重県での先進的試みであり、病診連携システムの拡大・向上につながるものと期待する。

¹³ **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、個人情報を保護し、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。

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25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.1（高度医療の提供（がん））】

緩和ケア医療をトータルで推進する「北勢緩和ケアネットワーク」の運営に協力するとともに、医療スタッフ等が緩和ケアやがんリハビリなどの各種研修等に参加している。その人数も前年度より増えており、知識・技能の習得に努めている。

がん医療に対する人材育成及び体制強化・充実により、がん手術件数、放射線治療件数及びがん相談支援件数は、増加傾向であり評価できる。

【評価項目No.3（各診療科の高度化）】

より詳細な病変・病態を抽出するために、中期投資計画に含まれていなかった3.0T(テスラ)のMRI(磁気共鳴画像)の導入を検討・決定し、高水準で良質な医療が提供できる環境整備の準備を行ったことは評価できる。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

NICU及びGCUの増床・稼働開始並びにMFICU及び母体・胎児診断センターの新設など、施設の整備と機能の強化を図り、ハイリスク分娩の受け入れを積極的に行い、NICU患者数も目標を大きく上回っていることは評価できる。

【評価項目No.6（感染症医療）】

新たに発生した鳥インフルエンザを受け、マニュアルの改訂、訓練の実施、受け入れ体制の整備を行ったことと、エイズ医療拠点病院¹⁴として、地域の連携病院とも効率的かつ効果的な体制の整備を検討・実施したことについて評価する。

【評価項目No.7（クリニカルパス¹⁵の推進）】

財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価の訪問審査を受審し、認定を取得したことと、クリニカルパスの種類及び利用率が前年度実績と年度目標の両方とも上回ったことは評価できる。

【評価項目No.9（診療科目の充実）】

積極的に医師の確保を図った結果、小児科、産婦人科、内科等の後期臨床研修医の現在員数が増えたことは評価できる。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

在宅医療の必要性が高まるなか、退院支援システムの構築には評価できる。

【評価項目No.15（保健医療情報の発信）】

ホームページや新聞、医療情報誌、テレビ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おり、ホームページのアクセス件数も大幅に増加していることは評価でき

¹⁴ エイズ医療拠点病院：病室の個室化、患者専用機器、診療支援のための施設の整備等を促進し、院内感染の防止及びエイズ診療の質的向上を図るなど、エイズ患者等が安心して医療を受けられる体制の整備を図った病院をいいます。

¹⁵ 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。

る。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

他の医療機関と連携した広域での搬送訓練の実施、災害対策マニュアルの改訂、常設組織として災害対策室の設置を決定したことを評価する。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

地域医療支援病院の承認を取得し、紹介患者数の増加と紹介率・逆紹介率の向上とともに、病診連携検査件数の増加や地域連携クリニカルパス件数が目標値を達成できたことを評価する。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

変則三交代勤務の試行から本格実施のための体制整備、時間外勤務の削減、夜勤時の仮眠室の増室、院内実習指導者の育成への取組、修学資金貸与額の増額等について評価できる。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

医療職員の専門性の向上を図るため「予算補助」のしくみを整理し、1名の専門看護師取得支援につながった。認定看護師も分野・人数ともに増えた（感染管理、がん化学療法看護）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.1（高度医療の提供（がん））】

化学療法の患者数は、前年度実績を下回った。検証と今後の増加を期待する。

【評価項目No.2（脳卒中・心筋梗塞）】

脳血管障害の迅速な診断・治療をさらに充実させ、急性期から回復期へ地域連携クリニカルパスの運用によるスムーズな移行を図り、地域連携クリニカルパスの運用件数の増加を期待する。

虚血性疾患については、P C I +冠動脈バイパス手術件数が目標値及び前年度実績値を下回っており、さらなる充実が求められる。

【評価項目No.3（各診療科の高度化）】

高度で専門性の高い病院は、他病院などからの紹介依頼を受けることが

多く、患者アンケート調査の中で受診理由に関する設問でも「他院から紹介」や「総合病院だから」の回答が多い。このことから、さらに高度化を進めていくことは重要であると考えます。

【評価項目No.4（救急医療）】

救急患者受入数については、過去3年間で最少だった平成22年度を下回っており、救命救急センターとして三次救急医療のさらなる充実を期待する。

年度計画の平成25年度目標値が中期計画の目標値を超えるため、中期計画を超える年度計画の目標値設定の是非を検討する必要がある。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

今後は、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）】

今後も、第二種感染症指定医療機関¹⁶として、新型インフルエンザ等の感染症に対し、専門的医療と他医療機関との連携を図り、リーダー的役割を担って欲しい。

【評価項目No.7（クリニカルパスの推進）】

今後とも患者個々の視点に立った医療・看護の質向上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¹⁷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は重要で不可欠なものであるため、さらに、その姿勢の徹底を図られたい。

また、院外からのセカンドオピニオン¹⁸の対応については、当院が信頼される病院として評価されることが前提となるものであることから、セカンドオピニオンの対応件数の増加に努められたい。

【評価項目No.9（診療科目の充実）】

総合医療センターという名称で、総合ということから、耳鼻咽喉科の常

¹⁶ 第二種感染症指定医療機関：「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」により二類感染症^{*}、新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として知事が指定する病院をいいます。

（^{*}「二類感染症」とは、急性灰白髄炎（ポリオ）、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（SARS）鳥インフルエンザ（H5N1）のことです。）

¹⁷ 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。

¹⁸ 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。

勤医の確保に取り組んでいただきたい。

全体の医師数は充足しているものの、診療科でばらつきがみられた。必要医師数（＝配置数）を満たしていない診療科では医師数の充実を図りたい。

【評価項目No.10（医療安全対策の徹底）】

防犯セミナーや接遇・医療安全研修は非常に重要な研修であるとの認識のもと、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）】

患者アンケートの個々の意見のなかに、医療サービス改善の糸口が多々あると認識し、引き続き丁寧な課題の分析と改善に努めるとともに、診療科・病棟による満足度の偏りをなくし、全ての診療科・病棟において水準の向上を目指すことを望む。

地方独立行政法人化により、理事長の責任と権限が明確になり、運営管理体制の課題に柔軟かつ迅速に対応することができるので、患者アンケートから得られた要望及び課題等を分析して、可能な限り早急に対応していただきたい。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

あらゆる部門でスピードアップを図られたようであるが、今後もさらに努力願いたい。

外来患者アンケートの結果では、待ち時間が「60分未満」の回答数が全体の49.2%を占めている一方、「120分以上」の回答数が全体の16.4%を占めている。これは、「90分以上120分未満」の回答数を超える数値であるため、その要因も検証しながら、待ち時間の短縮を図っていただきたい。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

今後、7対1の看護体制を維持するためにも在宅移行を進めるなど、より一層の地域連携が必要である。

【評価項目No.15（保健医療情報の発信）】

職員確保の観点からも、ホームページの果たす役割は大きいことから、今後もさらにホームページの充実を期待する。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

大災害発生時には、基幹災害拠点病院として県内外へのDMAT¹⁹派遣

¹⁹ 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。

はもとより、保健所、医師会等各関係団体との連携が不可欠であるので、平時より訓練・連携・情報交換等の体制構築が重要である。

【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）】

発生時の迅速・的確な対応ができるように、シミュレーションの検討が必要と考える。

【評価項目No.18（地域の医療機関との連携強化）】

今後も、地域医療支援病院として紹介率・逆紹介率の向上に努めるとともに、病診連携運営委員会を中心に地域医療機関とのさらなる連携とセミオープンベッド等の有効活用を期待する。

セミオープンベッドの利用率が減少したことの原因分析をする必要がある。

【評価項目No.19（医師不足等の解消への貢献）】

臨床研修医の確保のために研修プログラムの見直し、指導医の確保等は一定の成果は認められるが、施設・設備整備、処遇の改善、予算の増額等については全体的な見直しが必要ではないか。今後も、初期・後期の臨床研修医の確保のために各方面への働きかけなど最大限の努力をお願いする。

へき地医療拠点病院として、さらにその体制が充実されることを期待する。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

今後も継続的な確保の実現に向けて、様々な対応策の検討が求められる。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

実習指導者については、次世代を担う看護師育成に直結していることから、実習指導者の養成及び質的向上に力を入れて欲しい。また、広報やホームページなどで当院の看護部の取組を紹介することで、当院の魅力を積極的に発信できれば、他県からの就職希望者の増加につながるものと考えられる。

【評価項目No.22（コメディカル(医療技術職)の専門性の向上）】

医師及び看護師とともに、高度な専門性のある優秀な薬剤師と検査技師等がいる病院は、患者の信頼性も厚くなることを踏まえ、取り組んでいただきたい。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

資格取得をより組織的に支援するための予算措置が必要と考える。

専門看護師のさらなる資格取得を大いに期待したい。また、認定看護師については、中長期的な視点から、1分野につきできれば複数人ずつ育成することを期待する。

【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25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		6	4			3.6

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

(2) 大項目評価にあたって考慮した内容

① 重点的な取組・特筆すべき取組

【評価項目No.26 (適切な運営体制の構築)】

周産期母子センターの拡充に伴う適切な人員確保、災害対策室設置にかかる検討と決定、BSCによる対話実施数の増について評価できる。

【評価項目No.27 (効果的・効率的な業務運営の実現)】

小児・周産期医療の強化のための看護師等の配置増、病棟看護師の変則三交代勤務の試行、給与・財務システムの運用による事務局職員の時間外勤務の削減について評価する。

【評価項目No.28 (経営関係情報の周知)】

病院経営に対する職員の意識向上を図るための各種の取組について評価する。

【評価項目No.32（事務部門の専門性の向上と効率化）】

事務部門の専門性向上のため、事務系のプロパー職員 3名の採用を決定した。

職員に対し、業務実績評価・決算報告や診療報酬改定に関する説明会を実施し、職員の病院経営に対する関心の向上や医療事務の向上支援に努めた。

給与・財務システムの運用により、事務局職員の時間外勤務時間数が大幅に削減できた。

【評価項目No.33（収入の確保）】

効果的な病床管理による患者数及び稼働病床数の増加、入院患者数が6年ぶりに 300 人/日を達成できたこと、未収金の発生件数及び金額の減少を評価する。

【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、テレビ等で情報発信を行ったほか、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（男性外来）や最新治療（軟骨再生治療）等、当院における取組等を紹介したことと、ホームページのアクセス件数も増加したことを評価する。

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.26（適切な運営体制の構築）】

今後も引き続き、各部門の勤務状態を把握することにより、適切な人員配置をお願いしたい。

【評価項目No.27（効果的・効率的な業務運営の実現）】

アウトソーシングの導入の可否については、業務ごとにその可能性をいかに検討したかを文書化し、次年度につなげて頂きたい。

【評価項目No.33（収入の確保）】

引き続き、稼働病床と病床利用率を増やすことと、平均在院日数と診療報酬査定率と未収金を減らすための経営努力を今後も期待したい。

【評価項目No.34（費用の節減）】

薬品や医療材料、事務用品などすべての適正在庫管理をする物品物流管理システムの導入の検討等により、経費の削減を目指していただきたい。

診療材料比率の上昇や電気料金が増加したことを考えると、コスト意識、省エネ意識の更なる向上を期待したい。

（４）法人の自己評価と評価委員会の評価が異なる項目

該当なし

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＞

「S：中期計画の実施状況は特筆すべき状況である」

＜判断理由＞

法人の平成25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S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「S：中期計画の実施状況は特筆すべき状況である」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	年度計画を概ねおし て実施している	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	
1	1					5.0

(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))】

収益の増加と費用の削減が実現でき、その結果、経常収支比率は100を超え、前年度を上回ったことに加え、人件費比率を圧縮できたことを評価する。

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.36 (財務内容の改善に関する事項 (予算、収支計画、資金計画))】

今後の営業費用の節減に期待するとともに、今年度の結果を踏まえて、

その要因を多面的に分析する必要がある。

(4) 法人の自己評価と評価委員会の評価が異なる項目

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＞

「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25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していない	年度計画を著しく下回っている、又は実施していない	
3		2	1			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.37 (保健医療行政への協力)】

北勢保健医療圏での周産期医療の需要に対応するため、前年度のNICUとGCUの増床に続き、MFICUと母体・胎児診断センターを新設・運用開始したほか、基幹災害拠点病院として、災害対策室を常設設置するなど、当医療圏の中核病院としての積極的な取組について評価する。

【評価項目No.38 (法令・社会規範の遵守)】

地域での信頼関係の構築・強化に努めた結果、紹介率・逆紹介率が向上し、「地域医療支援病院」の認定承認を受けたことを評価する。

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)】

IDリンク (三重医療安心ネットワーク) による患者の医療情報の共有化については、三重県での先進的試みであり、病診連携システムの拡大・向上につながるものと期待する。

(4) 法人の自己評価と評価委員会の評価が異なる項目

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%									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%									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	
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%									240	
	t-P A+脳血管手術数 (件)	130	110	140	144	102.9%	151	169	111.9%									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	
	救急患者受入数 (人)	14,374	14,510	14,446	14,751	102.1%	14,826	13,888	93.7%									14,700	
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%									1,640	
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	
11	患者満足度 (%) ※2	86.7	88.5	88.0	84.3	95.8%	88.0	87.1	99%									90.0	
18	紹介患者数 (人)	5,747	6,102	6,070	6,737	111%	6,767	7,297	107.8%									6,400	
	紹介率 (%) ※3	55.6	58.0	60.0	63.4	105.7%	63.2	65.0	102.8%									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	
	退院調整患者数 (人)	734	729	749	935	124.8%	914	904	98.9%									800	
	医療機関、県民を対象とした研究会・講演会等の実施回数 (回)	12	17	12	17	141.7%	12	15	125%									12以上	
20	初期及び後期研修医数 (人)	30	26	30	30	100%	28	25	89.3%									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	
	看護実習受入数 (人)	4,223	4,396	4,000	4,037	100.9%	4,000	3,809	95.2%									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	
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	
	看護実習指導者養成数 (人)	22	22	24	24	100%	26	27	103.8%									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	103.2%	68.1	67.8	99.6%										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%									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%									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%									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26年7月3日
- ・第2回 平成26年7月17日
- ・第3回 平成26年8月7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。

