

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 業務の実績に関する評価結果報告書
(案)

平成30年8月

三 重 県

《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踏まえ、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6	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
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		○			

(2) 全体評価にあたって考慮した内容

① 重点的な取組・特筆すべき取組

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

【評価項目No.4（救急医療）】

○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、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が増加しており、NICUとMFICUの延べ患者数が増加、それぞれの目標値を上回った。

○H28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の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、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た。

○救急・集中治療科の内科常勤医や小児外科の専門医、また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、紹介患者数、退院調整患者数、在宅移行の割合が増加しており、地域連携課で社会福祉士を増員したほか、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ており、相談者に対する親切な対応や解りやすい説明を心掛けている結果と考えられ評価でき、入退院支援加算や入院時支援加算の取得にもつながっている。

【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.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が目標値を上回る 33 名を確保すること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）】

○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 ラーニングの導入などにより、看護師の技術の習得、資質の向上をサポートしている。

○産休・育休後の職場復帰に向けての不安軽減に努めるなど、定着率向上に向けた配慮が行われた。

○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。

○様々な取組みの結果、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。

○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みの一環として、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うることから、次世代の看護師育成という観点からは有意義な取り組みであると考え。

今後さらに注力し、中長期的な看護師育成・確保に努められたい。

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繋がることが期待できる。

○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り組みを実施した。

○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P D C A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。

大項目 第3「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。

○入院収益においては、紹介患者、救急患者の積極的な受入れに取り組んだ結果として、救急車搬送患者数の増加や手術件数の増加等、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。

大項目 第6「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 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））】

○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、がん手術件数や化学療法実患者数等いずれの指標も計画の目標値を下回っている。

特に、新入院患者数は前年よりも減少しており、地域がん診療連携拠点病院の再指定を受けるためには今まで以上の相当の取組みが求められる。

がん医療を取り巻く環境の変化を要因として挙げているが、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、さらなる患者との信頼関係の構築を図り、質の高い医療、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しているが、入院患者満足度が大きく下降しているため、不満足であった点や「みなさまの声」を真摯に捉え課題を分析し、より多くの職員に情報提供・共有化のうえ、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、参加者数が少ないので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なか、在宅移行の困難な患者も増えると予想されるが、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役割を果たせるよう期待する。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

- 接遇研修の参加者数が、全職員を対象にしている割に少ない。
- 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みに努められたい。
- 研修の内容や参加者の内訳は不明であるが、医師や看護師にこそ、接遇の意識が必要であると考え。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、多くの病院があるなか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。そのような視点で、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繋がらされたい。

【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、今後の資格支援の方向性について検討されたい。

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るべき措置」

【評価項目No.32（収入の確保）】

- H29年度の日平均入院患者数は325.7人/日で、H28年度の日平均入院患者数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よう一層の取組みが必要である。
- 新たな診療報酬加算の取得に向け、病院全体での取組み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くなっている。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に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。

大項目 第3「財務内容の改善に関する事項」

○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ため、引き続き、収支改善のための取組みに努められたい。

大項目 第6「その他業務運営に関する重要事項」

○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、今後さらなる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。

(4) 評価委員会からの意見等

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」について

（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医を新たに確保し、医学物理士を新たに配置され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の向上につながり評価できる。

○緩和ケアでは、「がん相談支援センター」の相談件数と「緩和ケアチーム」による入院患者への介入件数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）】

○H28年に脊椎脊髄外科が開設されたことで、頭部外傷や頸椎・腰椎変形疾患等

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とし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しているなかで、PCI 件数が増加しているのはインターベンション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）】

○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、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が増加しており、NICU と MFICU の延べ患者数が増加、それぞれの目標値を上回った。

○H28 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の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.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 名、定期通院患者 37 名の治療及び経過観察が行なわれており、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、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た。

○救急・集中治療科の内科常勤医や小児外科の専門医、また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）】

○高齢化が進むなか、単一疾患でなく多病を抱えた患者は多い。そうしたなかでクリニカルパス利用率が向上したことは、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みが行われたことで、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。今後もさらに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等の実施など、時間短縮と待ち時間の患者の心理に寄り添った、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や自動精算機の利用実績が伸びていることを踏まえると、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、在宅移行の割合が増加しており、

地域連携課で社会福祉士を増員したほか、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ており、相談者に対する親切な対応や解りやすい説明を心掛けている結果と考えられ評価でき、入退院支援加算や入院時支援加算の取得にもつながっている。

【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DMAT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。

【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が目標値を上回る33名を確保すること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）】

○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ラーニングの導入などにより、看護師の技術の習得、資質の向上をサポートしている。

○産休・育休後の職場復帰に向けての不安軽減に努めるなど、定着率向上に向けた配慮が行われた。

○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。

○様々な取組みの結果、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。

○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みの一環として、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うることから、次世代の看護師育成という観点からは有意義な取り組みであると考えられる。

今後もさらに注力し、中長期的な看護師育成・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）】

○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踏まえたうえで、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人、看護師の看護実習指導者養成数が2人と指導者の養成に取組み、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、養成学校等への講師派遣には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))】

○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、がん手術件数や化学療法実患者数等いずれの指標も計画の目標値を下回っている。

特に、新入院患者数は前年よりも減少しており、地域がん診療連携拠点病院の再指定を受けるためには今まで以上の相当の取組みが求められる。

がん医療を取り巻く環境の変化を要因として挙げているが、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)】

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

【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をお願いしたい。

【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僅か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、さらなる患者との信頼関係の構築を図り、質の高い医療、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は高いレベルにあるものの、前年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、不満足であった点や「みなさまの声」を真摯に捉え課題を分析し、より多くの職員に情報提供・共有化のうえ、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、参加者数が少ないので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なか、在宅移行の困難な患者も増えると予想されるが、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役割を果たせるよう期待する。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

○接遇研修の参加者数が、全職員を対象にしている割に少ない。

○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みに努められたい。

○研修の内容や参加者の内訳は不明であるが、医師や看護師にこそ、接遇の意識

が必要であると考え。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、多くの病院があるなか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。

そのような視点で、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繋がりたい。

【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として積極的な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、今後も継続した取組みに努められたい。

【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参加延べ人数が減少しており、職員が参加し易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。 各種学会で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、今後とも臨床事例等に基づく調査研究について積極的な取組みに努められたい。

(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)】

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により、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、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み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

「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」について

(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 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	
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繋がることが期待できる。

○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り組みを実施した。

○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TQMM活動が継続的かつ積極的に取組まれている。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、ローパー化に向けた取り組みを実施したほか、診療材料の適正管理・請求発注業務の効率化に向け、SPD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、救急患者数及び手術件数等の増加に伴い、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）】

○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るなかで、診療材料比率が僅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等、病院の取組みの紹介、情報発信を積極的に取組んだ。

○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みを期待する。

【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、僅かずつ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）】

○H29年度の一日平均入院患者数は325.7人/日で、H28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よう一層の取り組みが必要である。

○新たな診療報酬加算の取得に向け、病院全体での取り組み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と、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）】

○社会においての病院への関心が高くなっている。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答えられるように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り組みが図られたなど、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

「第3 財務内容の改善に関する事項」について

(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	
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。

○入院収益においては、紹介患者、救急患者の積極的な受入れに取り組んだ結果として、救急車搬送患者数の増加や手術件数の増加等、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ため、引き続き、収支改善のための取組みに努められたい。

(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

「第6 その他業務運営に関する重要事項」について

(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	
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）】

○ICTの積極的活用が叫ばれている昨今、IDリンクの利用件数の増加の中心的立場としてさらなる協力、努力を期待したい。

○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みに努められたい。

【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、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、今後さらなる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

【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）】

法人評価：Ⅳ 評価結果：Ⅲ

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の確保を図るため、計画的に医療機器の新設・更新が行われたことは評価できるが、年度計画に沿った設備投資が行われたものであることから、昨年度と同様の「Ⅲ」が妥当と判断した。

(5) 評価委員会からの意見等

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