

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

平成30年度業務実績に関する評価結果

(案)

令和元年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30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】

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

【評価項目No.4（救急医療）】

○医師の確保により救急患者を積極的に受け入れられる体制を整え、三次及び二次救急を合わせた救急車搬送患者数は前年度比 15.5%増と大幅に伸びている。

○90%を超える応需率を維持し続けており、平成30年度は98.2%と極めて高い応需率となった。また近隣他院と比べても重篤患者の受入れにも尽力している。

○病院機能評価において救急医療が最高評価のSであったほか、厚生労働省による救急救命センターの評価結果も県内で高位の評価を受けている。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

○地域の産婦人科医院等と連携強化し、ハイリスク分娩の受入れに積極的に取り組んでいる。異常分娩件数が増加しており、全分娩件数の半数を上回っていることも評価できる。NICUやMFICUの利用延べ患者数も増加しており、地域周産期母子医療センターとしての役割を十分に果たしている。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

○小児外科を新たに設置したほか、不在となっていた病理診断科の常勤医、検査部門専門医などを確保できたことは評価できる。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

○患者満足度調査を外部委託し、他院との比較が可能となったことなどで、より客観的な視点で患者満足度の向上について考えるきっかけになると考えられる。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

○相談件数は着実に増加し、紹介患者数も増加、退院調整患者数も増加した。年々相談件数が増加していることは患者側に立った対応がなされていると考えられ、評価できる。

○入院時からの円滑な退院支援、地域の医療機関、介護サービス事業所等との一層の連携により、在宅移行症例数は大幅に増加していることは評価できる。

【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、紹介患者数は大幅に増加、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基準を上回った。

○地域の医療機関からの当日分のCT・MRI検査について調整を行い、病診連携検査数は増加し、地域医療機関と病院との機能分化に寄与した。

○地域医療の中心的役割だけでなく、訪問看護や介護・福祉の分野といった多職種を巻き込み、地域包括ケアシステムにおいても中心的役割を果たしていることは評価できる。

【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、積極的な医学生の実習受入れや説明会への参加等により、初期及び後期研修医は計37名と、目標値を大きく上回る数を確保できたことは十分に評価できる。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

○新人看護師の卒後臨床研修システム、各部署と看護部の連携により、新人看護師の私事以外での退職がなかったことは高く評価できる。また、育児休暇取得中の職員に対する情報提供や、復職後の不安軽減対策にも努めていることは、定着率・復職率の向上に繋がっていると考えられ評価できる。

○看護師養成校への積極的な講師派遣を継続して、次世代の看護師の育成に貢献するだけでなく、病院のアピールにつなげよう意識し、積極的に看護師の確保に努めている。また、院内指導者育成コースを定着させ、看護師の資質向上に努めていることも評価できる。

○様々な取組の結果、看護師の定着率がさらに上昇し、受験応募者が前年度を上回る58名となり、一定数の採用に至ったことは評価できる。

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

【評価項目No.27（効果的・効率的な業務運営の実現）】

○診療報酬の加算対象となる施設基準を取得する目的でワーキンググループを設置し、新たな加算取得に向けた検討を行ったことにより、職員の意識向上と全職員への周知徹底を図ったことは評価できる。

○助産師・看護師33名、薬剤師2名、診療放射線技師2名、臨床検査技師2名、臨床心理士1名を採用したほか、平成31年4月1日採用者も相当数確保し、効果的・効率的な業務運営に向けた職員の確保ができた。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

○医事経営部門に経験者の事務職員を採用して、県派遣職員を削減し、事務部門の専門性を確保しつつプロパー化を図ったことは評価できる。

○SPD¹の本格運用を開始し、診療材料の適正な在庫管理、請求・発注業務の効率化を図ったことは評価できる。

大項目 III 「財務内容の改善に関する事項」

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

○紹介患者、救急患者の増や手術件数の増等により入院収益は過去最高、外来収益も大幅増加となった。また、手術件数が増加する中、適正な在庫管理により、診療材料費を抑制できた。

○経常収支比率が104.4%となり、目標の100%以上を平成29年度に続き達成したことは評価できる。

大項目 IV 「その他業務運営に関する重要事項」

【評価項目No.37（医療機器・施設の整備・修繕）】

○X線一般撮影装置や4K内視鏡システムへの新規投資を行い、より高度で安定した医療体制に向けた整備を行っており、医学の進歩に伴い常に高度で最新の機器の導入と整備に努めていることは評価できる。

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

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

【評価項目No.1（高度医療の提供（がん））】

○がん手術件数、化学療法実患者数、放射線治療件数については、前年度比では増加となったものの、目標値を僅かに下回っている。今後も増加傾向と思われるがん患者への対応のため、地域がん診療連携拠点病院²の再

¹ SPD：診療材料等の物流管理の一元化システムのことで。

² 地域がん診療連携拠点病院：専門的ながん医療を提供するとともに、各地域のがん診療の連携協力の整備やがんに関する相談支援情報の提供を行い、地域内ではがん診療の中心的役割を果たす、厚生労働大臣が指定した病院のことです。原則として各地域（二次医療

指定を受けることを目指し、一層のがん診療体制強化に努められたい。

【評価項目No.9（クリニカルパス³の推進）】

○疾患の多様化が進むことで、クリニカルパス利用率の向上が困難になることは一定理解できるものの、利用率の向上がほとんど見られない。チーム医療の充実、患者との更なる信頼関係を構築するためにも、引き続きクリニカルパスの推進に努められたい。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

○患者アンケート結果等をもとにニーズを掘り起こし、患者用トイレの洋式化を進めるなど、ハード面での改善に取り組んだことは評価できるが、引き続きソフト面においても検討していくことが、患者満足度の向上につながると思われる。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

○患者アンケートの結果では、診療待ち時間に対する満足度は他院よりやや低いと見受けられた。中央処置室での採血については改善の取組が継続されており評価できるが、その他にも工夫の余地がないか等検討されたい。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

○外部講師による接遇研修への参加は全職員の約21%となっており、参加者数が少ない状況が続いている。改めて、この研修の目的や内容の周知等を検討されたい。

○アンケート調査では、他の医療機関と比較して接遇面では優れているとは言えない結果となっている。患者の立場に立った視点で医療現場における接遇を捉え、効果が発揮されるよう対策を考え、患者満足度の向上につなげられたい。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

○新たに認定看護師の資格を取得した職員もいるが、全体人数の目標数が達成されるよう期待する。

○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。

大項目 II 「業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためと

圏)に1か所置かれています。

³ 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。

るべき措置」

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○職員の満足度が若干ではあるが低下し、目標値に達していない。時間外勤務時間の増嵩については事務局職員の病院機能評価受審や施設改修関連等の対応によるもので、必要なものであったことは理解するものの、就労環境の向上のため時間外勤務時間の短縮は重要な課題である。原因を分析して具体的な改善策を検討し、職員が働きやすい環境づくりに努めていただきたい。

【評価項目No.32（収入の確保）】

○新しいことに取り組みなければ収益の増加に繋がらないが、巨額な設備投資は大きく経費を圧迫することとなる。費用対効果や機器の稼働率を考えながら増収に努められたい。
○医業収益額の増加は評価できるが、入院患者数、外来患者数自体は減少していることから、その要因を十分に分析する必要がある。

大項目 III 「財務内容の改善に関する事項」

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

○効率的な病院運営のもと、病床稼働率や、紹介率の向上に努め、入患者数、外来患者数の確保による増収に期待する。

大項目 IV 「その他業務運営に関する重要事項」

【評価項目No.37（医療機器・施設の整備・修繕）】

○高額な医療機器の導入に際しては、費用対効果を十分に考慮し、法人運営に過大な負担とならないよう配慮されたい。

（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。

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

（1）評価結果及び判断理由

＜評価結果＞

「A：中期計画の実施状況は順調に進んでいる。」

＜判断理由＞

法人の平成30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	
25	3	10	12			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））】

○化学療法については、入院・外来ともに延べ実施件数は増加し、特に外来については大幅増となった。

○放射線治療については、治療件数が増加し、手術・化学療法と合わせた集学的治療の診療体制を強化できた。

○地域医療機関や院内診療科間の連携の強化により、新入院がん患者数を増やすことができ、目標値を上回ったことは評価できる。

○放射線治療専門医、医学物理士などの専門資格を有したチーム医療の体制を強化し、患者の状態に合した治療を提供していることは評価できる。

○これまで課題となっていた常勤病理医の確保に努め、令和元年度からの配置が実現したことにより、今後一層のがん診療体制強化が図られることに期待する。

【評価項目No.2（脳卒中・心筋梗塞）】

○t-PA⁴急性期静脈内投与の件数、単独冠動脈バイパス手術件数は横ばいであるものの、心臓血管外科・循環器内科とも紹介患者数が増加している。t-PA+脳血管内手術件数、心カテーテル治療+胸部心臓血管手術件数は増加し、目標を上回っていることは評価できる。

○「リハビリテーションカンファレンス」を推進し、脳神経内科での地域医療機関への逆紹介率が増加していることは評価できる。

○急性心筋梗塞等において、地域の医療機関との連携強化とオンコール体制を敷き、紹介患者、治療件数、手術件数が増加していることは評価できる。今後も高度医療を提供できる診療体制を維持していくことを期待する。

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

○新機器の導入等により高度な医療に対応すべく努力していることは評価できる。

【評価項目No.4（救急医療）】

○医師の確保により救急患者を積極的に受け入れられる体制を整え、三次及び二次救急を合わせた救急車搬送患者数は前年度比 15.5%増と大幅に伸びている。

○90%を超える応需率を維持し続けており、平成30年度は98.2%と極めて高い応需率となった。また近隣他院と比べても重篤患者の受入れにも尽力している。

○病院機能評価において救急医療が最高評価のSであったほか、厚生労働省による救急救命センターの評価結果も県内で高位の評価を受けている。

【評価項目No.5（小児・周産期医療）】

○地域の産婦人科医院等と連携強化し、ハイリスク分娩の受入れに積極的に取り組んでいる。異常分娩件数が増加しており、全分娩件数の半数を上回っていることも評価できる。NICUやMFICUの利用延べ患者数も増

⁴ t-PA：血栓溶解薬のことです。tissue plasminogen activator の略。

加しており、地域周産期母子医療センターとしての役割を十分に果たしている。

【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、平成29年度に補助金を活用して導入した設備の設営訓練などを行ったほか、対策の強化や意識啓発のため、その他訓練への参加や関係機関との情報交換に努めた。

○AST（抗菌薬適正使用支援チーム）を設置し、抗菌薬適正使用にかかる取り組みを強化した。

○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。

【評価項目 No.7（医療安全対策の徹底）】

○医療安全に関する研修への参加率が高いことや、参加できなかった職員に対しても適切なフォローアップがなされていることは評価できる。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

○小児外科を新たに設置したほか、不在となっていた病理診断科の常勤医、検査部門専門医などを確保できたことは評価できる。日常診療における診断力の向上につながるものとして大いに期待する。

【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大幅に増加した。院内および外部向けの情報発信や、多職種による希望者への丁寧な対応を意識した取組により、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。このことは患者アンケート調査における高い医師満足度にも表れており、評価できる。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

○患者満足度調査を外部委託し、他院との比較が可能となったことなどで、より客観的な視点で患者満足度の向上について考えるきっかけになると考えられる。

○外部委託をした上で、患者満足度の指標となる「当院推薦」が昨年度を上回ったことは評価できる。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

○アンケート結果からは、待ち時間短縮対策の成果があまり見られないものの、患者の待ち時間に対するストレス軽減の努力は評価できる。クレジットカードの利用数が昨年度より増えていることから、フロアマ

ネジャー増員の成果が表れている。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

○新規採用者への研修のほか、全職員を対象に年間 3 回の研修会が開催されていることに意識の高さが表れており評価できる。カルテ請求・開示件数は若干減少している。今後も一人一人の患者への丁寧な対応を継続されたい。

【評価項目No.14（相談体制の充実）】

○相談件数は着実に増加し、紹介患者数も増加、退院調整患者数も増加した。年々相談件数が増加していることは患者側に立った対応がなされていると考えられ、評価できる。

○入院時からの円滑な退院支援、地域の医療機関、介護サービス事業所等との一層の連携により、在宅移行症例数は大幅に増加していることは評価できる。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

○外部講師による接遇研修に参加した職員数が増えていることは、意識の向上と考えられ評価できる。

【評価項目No.16（大規模災害発生時の対応）】

○災害拠点病院として、DMATの3チーム体制を維持し、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。

○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。

○北勢地域の拠点病院として中心的な役割を果たすべく、行政機関・医師会と協働して実施されていることも評価できる。

【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）】

○有事の際に備えて、日頃から怠らず準備をしていることは評価できる。

【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、紹介患者数は大幅に増加、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基準を上回った。

○地域の医療機関からの当日分のCT・MRI検査について調整を行い、病診連携検査数は増加。地域医療機関と病院との機能分化に寄与した。

○地域医療の中心的役割だけでなく、訪問看護や介護・福祉の分野といった多職種を巻き込み、地域包括ケアシステムにおいても中心的役割を

果たしていることは評価できる。

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

- 初期臨床研修医、後期臨床研修医が昨年度より多く確保できており、初期研修を修了した研修医の6割が、3年目勤務先として当院を選んでいる。研修医の育成環境が充実しているためと考えられ、評価できる。
- 令和元年度の初期研修医を10名採用でき、継続的に確保できている。

【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、積極的な医学生の実習受入れや説明会への参加等により、初期及び後期研修医は計37名と、目標値を大きく上回る数を確保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継続して大学院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）】

- 新人看護師の卒後臨床研修システム、各部署と看護部の連携により、新人看護師の私事以外での退職がなかったことは高く評価できる。昨年度に引き続き子ども参観日を実施し、次世代の看護師育成という観点からも有意義な取組を継続している。また、育児休暇取得中の職員に対する情報提供や、復職後の不安軽減対策にも努めていることは、定着率・復職率の向上に繋がっていると考えられ評価できる。
- 看護師養成校への積極的な講師派遣を継続して、次世代の看護師の育成に貢献するだけでなく、病院のアピールにつなげようと意識し、積極的に看護師の確保に努めている。また、院内指導者育成コースを定着させ、看護師の資質向上に努めていることも評価できる。養成校への講師派遣は今後も継続し、さらなるアピールに努められたい。
- インターンシップについては、各学校への広報を充実させ、参加者数は増加した。アルバイトの受入れなど、当院への就職につながっており、様々なルートでの確保策を検討し実施していることが伺える。
- 様々な取組の結果、看護師の定着率がさらに上昇し、受験応募者が前年度を上回る58名となり、一定数の採用に至ったことは評価できる。

【評価項目No.22（医療技術職員の専門性の向上）】

- 日々進歩してゆく医学・医療に対応する努力はすべての医療職に共通した課題である。多くの職員が学会をはじめとして研修会に参加していることは評価できる。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

- 様々な資格を新たに取得された方が多数いることは評価できる。

【評価項目No.24（医療従事者の育成への貢献）】

○医学実習生は前年度比2割強増、看護実習生は1割近く増加し、積極的な受入れに努め、県内医療従事者の育成を図った。

○臨床研修指導医養成講習参加者数や看護実習指導者養成数も目標を上回り、指導者の育成を図ることができた。

○過去に受入れた中学生の職場体験者が看護学生としてインターンシップに参加したことは、長期に渡る取組の結実として評価できる。

【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、多忙な日常診療の中で様々な学会等に数多くの発表をされたことは評価できる。

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.1（高度医療の提供（がん））】

○がん手術件数、化学療法実患者数、放射線治療件数については、前年度比では増加となったものの、目標値を僅かに下回っている。今後も増加傾向と思われるがん患者への対応のため、地域がん診療連携拠点病院の再指定を受けることを目指し、一層のがん診療体制強化に努められたい。

【評価項目No.3（各診療科の高度化及び医療水準の向上）】

○MR I 件数は増加ではあるものの微増であるため、今後更に向上することを期待する。

【評価項目No.4（救急医療）】

○救急患者受入れ体制の整備・充実のための努力や非常に高い応需率、外部評価で高評価を得ていることについては大いに評価できるものの、救急患者受入数、内数である救命救急センター入院患者数はともに目標値を下回っている。県内でも人口密集地である北勢地区の基幹病院であることも考慮すれば、更なる充実に期待したい。

【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、また、診療報酬にいう「感染防止対策加算1」の届出医療機関として、院内感染対策の取組強化と地域医療機関の感染対策への支援について、今後も積極的に実施されたい。

【評価項目No.7（医療安全対策の徹底）】

○アクシデント件数については、総数としては多くはないものの、割合としては倍近くに増加している（平成29年度7件→平成30年度13件）。患者の転倒による骨折などの事故が大半であるとのことだが、ガイドラインに沿って再度防止策を検討するなど、更なる努力を期待したい。

【評価項目No.8（診療科目の充実）】

○今後は院内の各診療科間の連携を強化し、更なる診療機能の充実を図っていただきたい。

【評価項目No.9（クリニカルパスの推進）】

○疾患の多様化が進むことで、クリニカルパス利用率の向上が困難になることは一定理解できるものの、利用率の向上がほとんど見られない。チーム医療の充実、患者との更なる信頼関係を構築するためにも、引き続きクリニカルパスの推進に努められたい。

【評価項目No.11（患者満足度の向上）】

○患者アンケート結果等をもとに患者用トイレの洋式化を進めるなど、ハード面では改善に取り組んでおり評価できるが、引き続きソフト面においてもできることを検討していくことが、患者の獲得にもつながると考える。また、少数とは思われるが、自由意見についても十分に分析されたい。

○入院患者アンケート調査の有効回収率が53.6%に留まっており、更なる改善の余地があると思われる。

【評価項目No.12（待ち時間の短縮）】

○待ち時間の短縮は、患者満足度に大きな影響を与える難問。患者アンケートの結果では、診療待ち時間に対する満足度は他院よりやや低い。中央処置室での採血については改善の取組が継続されており評価できるが、その他にも工夫の余地がないか等検討されたい。

【評価項目No.13（患者のプライバシーの確保）】

○患者アンケート結果では、「プライバシーへの配慮」の満足度が他院より低い。患者が求めるプライバシーとは何か、何が課題としてあるのかを再度精査し、年度計画への反映を検討されたい。

【評価項目No.15（接遇意識の向上）】

○外部講師による接遇研修への参加は全職員の約21%となっており、参加者数が少ない状況が続いている。改めて、この研修の目的や内容の周

知等を検討していただきたい。

○アンケート調査では、他の医療機関と比較して接遇面では優れているとは言えない結果となっている。患者の立場に立った視点で医療現場における接遇を捉え、効果が発揮されるよう対策を考え、患者満足度の向上につなげられたい。

【評価項目No.19（医療機関への医師派遣）】

○へき地への代診医派遣件数(2回)は前年度から減少している。今後もへき地医療拠点病院として引き続き代診医派遣に努められたい。

【評価項目No.20（医師の確保・育成）】

○新専門医制度に備え準備を進めていることは評価できるが、制度自体が未成熟であるため、今後も情報収集に努められたい。

【評価項目No.21（看護師の確保・育成）】

○マニュアル、基準に基づき、患者さんをフィジカルアセスメントでき、感性豊かな看護師の育成に努めていただきたい。看護師という職を選んできたという気持ちになれるような環境づくりも重要と考える。職員全員で新人を育成してほしい。

○新人看護師の採用にかかる対策が多いが、退職対策も引き続き強化していただきたい。

【評価項目No.22（医療技術職員の専門性の向上）】

○コメディカル専門研修参加人数が減少している。多忙な日常業務の時間を割いて研修を行うことは困難を伴うが、引き続き職員が研修に参加しやすい環境づくりを進め、より多くの職員が研修に参加できることを期待する。

【評価項目No.23（資格の取得への支援）】

○今後の診療報酬改定において、加算要件として専門医、認定看護師の配置がますます重要となると思われる。新たに認定看護師の資格を取得した職員もいるが、この加算制度への対応のためにも、資格取得を促し、目標数が達成されるよう期待する。

○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）】

○実習生の受け入れ人数が増加しており、使命である県内医療従事者の育成への貢献の役割が果たされている。今後、指導者の養成、派遣の努力を継続されるよう期待する。

(4) 法人の自己評価と評価が異なる項目

【評価項目No.4 (救急医療)】

法人評価：V 評価結果：IV

高い応需率を維持していることや、外部評価で高評価を得ていることは評価するが、救急患者受入数、その内数である救急救命センター入院患者数についてともに目標値を下回っている。県内でも人口密集地である北勢地区の基幹病院であることも考慮すれば、更なる充実に期待したいことから、総合的に評価した結果、「IV」が妥当であると判断した。

(5) 評価委員会からの意見等

Ⅱ 「業務運営の改善及び効率化に関する目標を達成するためとるべき措置」

(1) 評価結果及び判断理由

＜評価結果＞

「A：中期計画の実施状況は順調に進んでいる。」

＜判断理由＞

法人の平成30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	
9		8	1			3.9

(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)】

○施設の老朽化や職員増によるスペース不足の問題解消に向け、施設改修・整備計画委員会および分科会等を設置し、現況施設の利用方法の見直しや病棟の環境改善等、対応策の検討を行ったことは評価できる。

○平成29年度よりもさらに多くの部門・診療科・室が院長等との対話を持ったことにより、目的意識の共有化や意思疎通が進められ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)】

○診療報酬の加算対象となる施設基準を取得する目的でワーキンググループを設置し、新たな加算取得に向けた検討を行ったことにより、職員の意識向上と全職員への周知徹底を図ったことは評価できる。

○助産師・看護師33名、薬剤師2名、診療放射線技師2名、臨床検査技

師2名、臨床心理士1名を採用したほか、平成31年4月1日採用者も相当数確保し、効果的・効率的な業務運営に向けた職員の確保ができた。

【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）】

○医療の質向上に向けた業務改善ツールとしてのTQM活動が継続的かつ積極的に取り組まれている。活動が円滑に進むよう委員会メンバーが相談会を実施してサポートを行うなど、より良い活動を目指していることがうかがえる。

○QCサークルの大会の事例発表では知事賞を受賞するなど、活動の質の高さもうかがえる。

【評価項目No.29（就労環境の向上）】

○事務局職員の時間外勤務時間の増嵩については、病院機能評価受審や施設改修関連に伴う事務量の増加によるものであり、当院の質や評価の向上のため尽力された結果として必要な時間であったと考える。

○職員満足度は前年度よりやや低下したが、労働条件や職場環境等、労使間で課題の抽出と対応が進められており、改善に向けた積極的な取り組み姿勢がみられる。引き続き、満足度向上に向けた議論・取り組みを継続していただきたい。

【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に基づいた成果還元制度の適切な運用により、職員の意識を高揚させたことは評価できる。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

○医事経営部門に経験者の事務職員を採用して、県派遣職員を削減し、事務部門の専門性を確保しつつプロパー化を図ったことは評価できる。

○SPDの本格運用を開始し、診療材料の適正な在庫管理、請求・発注業務の効率化を図ったことは評価できる。

【評価項目No.32（収入の確保）】

○入院・外来患者ともに、患者数は減少したものの紹介患者の増等により単価上昇したことにより、入院収益は過去最高となり、外来収益も増収となった。紹介患者、救急患者の積極的な受入れに取り組んだ結果であり評価できる。

【評価項目No.34（積極的な情報発信）】

○ホームページのリニューアルを行い、ウェブアクセシビリティの向上を図ったほか、閲覧・利用ターゲットを明確にし、より多くの人に見てもらえる、また、効果を意識した情報発信を検討し実施した。

○ホームページアクセス数が年々増加していることは、社会に対し広く当院の機能や特徴の情報を発信していると考えられ、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)】

○バランス・スコア・カードを用いて、各部門が目標設定、進捗管理を行うことにより、各部門それぞれが病院のビジョン、ミッションを共有しながら病院経営に参画できる。今後も継続して取り組まれない。また、管理者だけでなく職員全体で情報共有しながら取組を進められたい。

【評価項目No.27 (効果的・効率的な業務運営の実現)】

○加算取得ワーキンググループを設置し検討されているが、取得することにより患者に提供される医療の質をどう向上できるのかについても検討されたい。また、7対1看護基準に求められる質の高い看護が提供されるよう努められたい。

○中期的な職員採用を検討し採用計画を策定したことは、人的資源の安定化に努めるためには必要なことである。採用職員の採用後の適切な教育を行うことにより、更に効果的で効率的な業務の運営がなされることを期待する。

【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)】

○毎月開催される経営会議において幹部職員の意思統一を図るとともに、院内に掲示することにより職員への周知・共有を図ったことは評価できる。しかし掲示による情報提供は受け身である。今後更に参加者が増え、職員が積極的に参加する説明会となるような努力を期待したい。

【評価項目No.29 (就労環境の向上)】

○職員の満足度が若干ではあるが低下し、目標値に達していない。時間外勤務時間も微増となっている。医師の時間外勤務時間については、患者急変対応が多い等、診療科ごとの特性や個々の医師の状況を把握し、個別に対応することも必要である。事務局職員の時間外勤務時間数の増嵩については、病院機能評価受審や施設改修関連等の対応で必要なものであったことは理解するものの、就労環境の向上のため時間外勤務時間の短縮は重要な課題である。原因を分析して具体的な改善策を検討し、職員が働きやすい環境づくりに努められたい。

【評価項目No.30 (人材の確保、育成を支える仕組みの整備)】

○BLS（一次救命処置）研修の参加者が13名であり、更なる参加者の増加を期待する。

【評価項目No.31（事務部門の専門性の向上と効率化）】

○プロパー化の結果は直ちに出るものではないと思われる。情報の共有化と他職員の底上げに期待する。

【評価項目No.32（収入の確保）】

○収入の増加の背景には経費の増加がつきものとなる。新しいことに取組みなければ収益の増加に繋がらないが、巨額な設備投資は大きく経費を圧迫することとなる。費用対効果や機器の稼働率を考えながら増収に努められたい。

○医業収益額の増加は評価できるが、入院患者数、外来患者数自体は減少していることから、その要因を十分に分析する必要がある。

○今後、外来患者は減少する傾向にあると思われる。紹介患者、救急患者の受け入れによる入院患者の確保、病床利用率の向上、査定率や返戻・過誤件数減の取組、未収金回収等の対応が一層重要となるため、引き続き対策に努められたい。

【評価項目No.33（費用の節減）】

○医薬品の納入に関しては様々な努力をしているが、薬剤の単価が高額化する中、ベンチマークシステムの活用や価格交渉等で大いに努力していると思われるが、平成29年度の薬品比率より0.9%増加しており改善しているとは判断し難い。医療材料比率は若干減少してはいるものの、平成28年度の水準（11.4%）に戻っている。

（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

Ⅲ 「財務内容の改善に関する事項」

(1) 評価結果及び判断理由

＜評価結果＞

「A：中期計画の実施状況は順調に進んでいる。」

＜判断理由＞

法人の平成30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 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	
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))】

○紹介患者、救急患者の増や手術件数の増等により入院収益は過去最高、外来収益も大幅増加となった。また、手術件数が増加するなか、適正な在庫管理により、診療材料費を抑制できた。

○経常収支比率が104.4%となり、目標の100%以上を平成29年度に続き達成したことは評価できる。

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.35 (財務内容の改善に関する事項 (予算、収支計画、資金計画))】

画))】

○効率的な病院運営のもと、病床稼働率や、紹介率の向上に努め、入院患者数、外来患者数の確保による増収に期待する。

(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

IV 「その他業務運営に関する重要事項」

(1) 評価結果及び判断理由

＜評価結果＞

「A：中期計画の実施状況は順調に進んでいる。」

＜判断理由＞

法人の平成30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	
4		2	2			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.36 (保健医療行政への協力)】

○地域医療構想調整会議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)】

○X線一般撮影装置や4K内視鏡システムへの新規投資を行い、より高度で安定した医療体制に向けた整備を行っており、医学の進歩に伴い常に高度で最新の機器の導入と整備に努めていることは評価できる。

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.36 (保健医療行政への協力)】

○国・県を中心に行なっている保健医療行政の中心的立場にある医療機関として今後もリーダーシップをとり、北勢保険医療圏の中心的な役割を担う病院として活動を進めるとともに、行政と連携を密にして地域における医療体制の整備に協力されたい。

【評価項目No.37 (医療機器・施設の整備・修繕)】

○高額な医療機器の導入に際しては、費用対効果を十分に考慮し、法人運営に過大な負担とならないよう配慮されたい。

○施設老朽化により、療養環境、職場環境の不備が生じる恐れがある。他方で、施設整備には莫大な経費が必要となる。中長期的な維持管理・更新等に係るトータルコストの縮減や予算の平準化等により施設の長寿命化を図ることも視野に入れ、計画的・効率的な整備がなされるよう、院内の施設改修・整備計画委員会、分科会で十分に検討されたい。

【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)】

○地域医療構想の中における当院の医療機関としての立ち位置をふまえ、他の基幹病院をはじめとする関係医療機関との連絡を密にしながら、今後もさらに県民や他の医療機関に信頼される健全な病院運営に努められたい。

【評価項目No.39 (業務運営並びに財務及び会計に関する事項)】

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

(4) 法人の自己評価と評価が異なる項目

該当なし

(5) 評価委員会からの意見等

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