

横浜市救急医療センター
指定管理者選定評価委員会
評価報告書

平成 31 年 2 月

目 次

- I 横浜市救急医療センター指定管理者選定評価委員会について
 - 1 目的
 - 2 選定評価委員会委員名簿
 - 3 選定評価委員会の開催経過

- II 横浜市救急医療センター概要
 - 1 指定管理者
 - 2 施設概要
 - 3 業務について

- III 評価方法及び評価基準
 - 1 評価基準の考え方
 - 2 評価の方法・手順
 - 3 評価の基準
 - 4 評価基準項目一覧

- IV 評価結果
 - 1 評価結果一覧
 - 2 評価シート
 - 3 主な評価所見及び意見

横浜市救急医療センターの指定管理者は、「横浜市救急医療センター指定管理者選定評価委員会（以下、選定評価委員会という）」による第三者評価を、指定期間の4年目と8年目に受審しなければなりません。

平成30年度は、指定期間（平成27年4月1日～平成37年3月31日）の4年目にあたり、次のとおり選定評価委員会を実施しましたので、その結果を報告します。

I 横浜市救急医療センター指定管理者選定評価委員会について

1 目的

横浜市では、指定管理者制度を導入したすべての施設に対し、評価を通じて「施設運営の継続的な改善」につなげることを目的とした、第三者評価を実施することとしています。

横浜市救急医療センターについては、専門性や施設特性等を考慮して、「横浜市救急医療センター条例」により設置した外部有識者で構成される選定評価委員会において、第三者評価を実施しました。

2 選定評価委員会委員名簿

氏名	所属等	選出区分
河原 和夫 (委員長)	東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科教授	医療に関する有識者
遠藤 淳子	日本公認会計士協会神奈川県会	経営に関する有識者
おち とよこ	ジャーナリスト	市民
恩田 清美	和洋女子大学 看護学部看護学科 講師	医療に関する有識者
林 宗貴	昭和大学藤が丘病院 救急医学科 診療科長・教授	医療に関する有識者

3 選定評価委員会の開催経過

第1回	
日時・会場	平成30年8月9日(木) 15:00～16:30 横浜市健康福祉総合センター6階会議室
審議内容	<ul style="list-style-type: none"> ・委員長及び委員長職務代理者の選出 ・会議の公開・非公開について ・選定評価委員会スケジュール(案)について ・評価基準(案)について
第2回	
日時・会場	平成30年11月29日(木) 14:00～17:00 横浜市救急相談センター会議室・横浜市健康福祉総合センター6階会議室
審議内容	<ul style="list-style-type: none"> ・自己評価にかかるヒアリング、現場確認 ・自己評価の質疑応答、審議、書類確認
第3回	
日時・会場	平成31年1月31日(木) 17:00～17:45 横浜市健康福祉総合センター6階会議室
審議内容	<ul style="list-style-type: none"> ・評価報告書(案)について

II 横浜市救急医療センター概要

1 指定管理者

一般社団法人 横浜市医師会

(指定期間：平成 27 年 4 月 1 日～平成 37 年 3 月 31 日、10 年間)

2 施設概要

(1) 開設年月日

昭和 56 年 5 月 11 日

(2) 所在地及び延床面積

所在地	延床面積	備考
中区桜木町 1 丁目 1 番地	3,613.28 m ²	横浜市健康福祉総合センター(※) 1～3 階及び地下 1～2 階の救急医療センター部分
中区蓬莱町 2 丁目 4 号 1 番地	417.62 m ²	平成 30 年 10 月より救急相談センターとしてスペースを拡充

(※) 横浜市健康福祉総合センター

・敷地面積：1,729.70 m² ・建物延床面積：13,175.54 m²

・構造：鉄骨鉄筋コンクリート造、地上 11 階・地下 2 階・塔屋 1 階

3 業務について

(1) 夜間急病センター

当該夜間急病センターは、北部・南西部夜間急病センターとともに、横浜市における初期救急医療の中核施設として、夜間急病患者の診療にあたっています。

なお、入院診療が必要と認められる場合には、二次応需病院等へ転送します。

●診療科目

内科・小児科・耳鼻咽喉科・眼科

●診療日・診療時間

毎日 20 時～24 時

●診療体制

医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・診療放射線技師

(2) 救急医療情報センター（救急相談センター）

ア 医療機関案内

市内の医療機関における診療応需情報を収集し、当該情報を市民からの電話による照会に応じて提供しています。(24 時間・365 日)

イ 小児救急電話相談（平成 28 年 1 月 14 日まで）

小児の急病やけがなどの対処に関する市民からの電話相談に対し、看護師によって、簡易な応急処置等の助言や適切な診療科目の案内、症状・経過観察の要点の説明などを行う。

平日：18 時～翌朝 9 時、土曜：13 時～翌朝 9 時、

日曜・祝日・12/29～1/3：9 時～翌朝 9 時

ウ 救急電話相談「#7119」（平成 28 年 1 月 15 日から）

全年齢を対象として、急な病気やけがのときに、看護師が症状に基づく緊急性や、受診の必要性についてアドバイスし、119 番への転送や医療機関への受診勧奨を行う。

(平成 28 年 1 月 15 日～5 月 31 日まで)

平日：18 時～翌朝 9 時、土曜：13 時～翌朝 9 時、

日曜・祝日・12/29～1/3：9 時～翌朝 9 時

(平成 28 年 6 月 1 日～) 24 時間 365 日対応

Ⅲ 評価方法及び評価基準

1 評価基準の考え方

評価の目的は、評価を行うこと自体ではなく、評価を通じて「施設運営の継続的な改善」につなげることです。そのため、「運営の継続的な改善につなげられるかどうか」という視点で基準を策定し、評価を行いました。

2 評価の方法・手順

(1) 指定管理者による自己評価の実施

評価シートの小項目に沿って自己評価を実施しました。

(2) 選定評価委員会による評価の実施

指定管理者が行った自己評価を参考の上、ヒアリングや現場確認を行い、委員が各々の専門の見地からの視点も入れて評価を行いました。

収支状況については、公認会計士の資格を有する委員の意見を参考にし、評価しました。

3 評価の基準

(1) 小項目の評価基準

下記判断基準に基づき、各委員で5点～1点の5段階で評価を行いました。

結果	判断基準の考え方（3が標準）	
5	指定管理者として	を大幅に上回っており、内容が非常に優れている。
4	要求される基準	を上回っており、内容が優れている。
3	（協定書や業務基	を達成している。
2	準、事業計画に定	の一部が達成されておらず、一部改善を必要とする。
1	めるもの）	の多くが達成されておらず、重要な改善を必要としている。

(2) 項目の評価基準

小項目の5段階評価に基づき、概ね以下の基準にて評価しました。また、項目により評価所見の内容を踏まえ、選定評価委員会にて評価を判断しました。

結果	基本的な判断基準の考え方（Bが標準）
A	小項目が全て3以上であり、5又は4がある。
B	小項目が全て3。
C	小項目に一つでも2又は1がある。

(3) 選定評価委員会としての評価について

各委員の評価が一致した項目については、その評価を選定評価委員会としての評価としました。

委員間で評価が異なった項目については、選定評価委員会で意見交換の上、評価を確定しました。

4 評価基準項目一覧

I 総則	
1	施設の目的や基本方針の確立
	救急医療センターの設置目的に基づいた管理運営上の基本方針が確立されており、職員が理解しているか。
	救急医療センターの設置目的に基づいた施設運営上の基本方針が明文化されている。
	職員が、救急医療センターの設置目的や施設運営上の基本方針を理解している。
	利用者に対し、救急医療センターの設置目的や施設運営上の基本方針を周知している。
	施設の目的を達成するため、年度ごとに年間事業計画書、実績報告書を作成している。
	業務の実施について、自己の業務実績について、定期的に評価検証を行っている。
2	コンプライアンス(法令遵守)の取組
	コンプライアンス(法令遵守)に関する取組が行われているか。
	医療法・消防法等診療所等の管理に関わる各種法令や内部規定等を遵守している。
	法令遵守が組織的に認識され、周知・徹底し、継続的に遵守する取組を行っている。
	診療所管理者は各種法令や内部規定を十分に理解している。
3	個人情報の保護・情報公開
	個人情報の保護及び情報公開に対する体制が整っているか。
	個人情報保護の取扱いに関する指針が策定されており、必要な内容は満たされている。
	情報漏えい、き損及び改ざんの防止、その他適正な管理のために必要な措置が講じられている。
	個人情報保護に関する研修会が開催されている。
	情報公開に関する規定が定められており、規定に沿った運用が行われている。
	診察室等において、患者のプライバシーが確保されている。(夜間急病センター)
	カルテなどの患者情報、診療記録が適切に管理されている。(夜間急病センター)
II 施設・設備の維持管理	
1	建物・設備の保守点検
	建物・設備が適切に管理され、安全性の確保及び良好な機能の保持が実現されているか。
	定期的に設備の点検が実施され、利用者が常に安全に利用できる状態に保たれている。
	安全確保の観点から発見された不具合が迅速かつ適切に、修繕、処理されている。
	施設の長寿命化の観点から、適切な中長期的な修繕計画が立てられている。
2	備品管理
	施設の備品・医療機器が適切に管理されているか。
	備品台帳に記された備品がすべて揃っており、救急医療センター(横浜市)と指定管理者の備品との区分が明確になっているなど、適正に管理されている。
	医療設備・機器の点検が定期的実施され、良好な状態を保っている。
	医療設備・機器のトラブル発生時の対応体制が整っている。
	各備品の劣化状況を把握し、中長期的な更新計画が立てられている。
3	清掃・廃棄物処理・保安警備
	利用者が快適で安全に利用できるような環境を確保しているか。
	施設の清掃が行き届いており、利用者及び従事者が快適に施設を利用できる環境が保たれている。
	医療廃棄物を含む廃棄物について、抑制に努めるとともに、分別ルールに沿って適切な処理が行われている。
	防火確認簿、警備日誌が整備されるなど、利用者が安心して利用できる保安警備業務が行われている。
	館内外の巡回や、鍵の管理方法など、事故や事件を未然に防止するよう、防犯面での対策が講じられている。
	駐車場について適正な管理を行うとともに、利用者に対する適切な誘導が行われている。
4	緊急時等の対応
	災害等の緊急時の対応体制が確立されているか。
	緊急時の避難誘導、安全確保、その他緊急時の対応に必要な事項について、マニュアルが作成されている。
	緊急時対応のマニュアル等に基づき、避難訓練や防災訓練等を実施している。
	緊急時の連絡体制や職員の役割分担等が明示されており、各職員に周知されている。
	ビル管理者や関連機関、横浜市との連携体制が整理されている。

III 夜間急病センターの適切な運営	
1	診療時間・診療科目、診療体制・人員配置
	診療体制は適正か。
	基本協定に定める診療時間を遵守し、必要な診療科目が設置されている。
	毎夜間の診療体制を維持するための医師が確保されている。
	看護師、薬剤師などの医療従事者の安定的な確保が図られている。
	窓口の混雑状況や業務の繁忙に対応できるように、患者実績に応じた、柔軟な人員配置を行っている。
2	患者の安全管理
	患者の安全管理に努めているか。
	事故発生時等の対応について、医療安全管理指針が策定されている。
	患者・部位・検体などの誤認防止のマニュアルが作成されており、周知徹底されている。
	医療安全管理のための研修が実施されている。
3	事故防止対策への取組
	事故防止のための体制の構築・取組を行っているか。
	事故防止のチェックリスト等を整備している。
	過去に発生した事故やヒヤリハット事例(事故等発生の例がない場合は、他類似施設等における事例の収集など)をもとに、原因分析を実施し、改善のための対応を行っている。
	事故防止のチェックリストやマニュアル類を用い、施設・設備等の安全性やサービス内容等をチェックし、必要に応じて改善している。
	事故発生時には、再発防止に向けた取り組みがなされている。
	事故防止策の研修等を実施している。
4	院内感染対策
	院内の感染対策に対する体制が整っているか。
	感染発生時の対応等について、院内感染対策指針が策定され、定期的に見直されている。
	感染症対策マニュアルが作成されており、職員に周知徹底されている。
	感染症の疑いのある患者の一時隔離する場所が確保されている。
	インフルエンザなどの季節性の感染症への対策が講じられている。
	院内感染防止対策のための研修が実施されている。
5	患者転送・医療機関連携推進
	適切な医療機関への転送に努め、円滑な医療連携を確保に取り組んでいるか。
	重症者を他の医療機関へ紹介、転送するにあたって、患者や家族にインフォームド・コンセントを徹底している。
	転送が必要な場合の後方病院の確保に努め、医師との連携に努めている。
	円滑な医療連携を確保するための取組が行われている。
6	患者に対する説明責任
	医師等の責任が明確になっているとともに、患者とのパートナーシップが図られているか。
	各部門の責任者の氏名が患者に明らかになっている。
	診療を行った医師の氏名が患者に分かるようになっている。
7	人材の育成・研修
	職員の育成・研修について、計画的かつ効果的に行われているか。
	各種研修等に、常勤・非常勤を問わず、必要な職員が受講できる環境を整備している。
	研修の参加状況が把握されており、実施された研修の成果を確認するため、アンケートや感想文などの記録・文書がある。
	適切な窓口対応及び電話対応ができており、必要に応じて指導が行われている。
	職員の服装、身だしなみなど職員のマナーは適切であり、マナー向上に関する取組が行われている。
8	利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築
	利用者が意見や苦情を述べやすい環境を整備しているか。
	利用者が苦情や意見を述べやすいよう、施設内へご意見箱の設置や、ホームページ等による意見受付等、複数の方法を提供している。
	苦情等の内容を検討し、その対応策を講じている。
	苦情等への対応手順等が明確にされている。
9	経費節減など業務の効率化
	事業経費についてランニングコストの削減など健全経営に努めているか。
	職員人件費に無駄はなく、経費節減に取り組んでいる。
	事務処理のIT化、レセプトオンライン請求、X線装置のフィルムレス化に取り組んでいる。
	その他、事業経費節減に向けた取り組みが行われている。

IV 救急相談センターの適切な運営	
1	救急医療情報の収集(医療機関案内)
	医療機関情報を得るための取組を行っているか。
	診療所・クリニックに関する情報を収集できている。
	横浜市小児救急拠点病院、二次救急拠点病院Bなどの横浜市の救急医療体制における一次救急応需状況についての情報収集を行っている。
	救急患者受入実績のある病院、診療所については、都度、電話連絡を行い、急病者の受入可否の情報を収集している。
	医療機関情報を更新するしくみが構築されており、常に最新の情報が収集できている。
2	相談・助言業務(救急電話相談)
	相談・助言業務を効果的に実施しているか。
	相談看護師は、緊急性や受診の必要性等の判断について、手順を理解し、緊急度判定基準(緊急度判定プロトコル)に沿った対応を行っている。
	緊急性が高い事案について、迅速に119番への転送を行えるしくみが整っている。
	相談看護師が必要に応じて医師に助言を求められることができるよう、体制が整備されている。
3	品質管理(サービス水準の維持、人員配置等)
	提供しているサービス水準は十分であるか。
	オペレータ、相談看護師の配置については、受電状況に応じて、適正な人員配置がなされている。
	繋がらない入電が「1時間当たり5件未満」又は「1日を通じ5%未満」に保っている。
	繁忙時間帯などに、電話が繋がらないことがないよう、「平均通話時間」の短縮に努めている。
	業務効率化のために、通話終了後にオペレーター等が記録などの要件を完了するのに要する時間(後処理時間)の短縮に努めている。
	モニタリング等の実施により、対応レベルを一定以上に保っている。
4	業務管理体制
	管理業務体制は十分であるか。
	業務全体の統括、連絡、調整を行うための体制が確保されている。
	オペレーターの管理、指導を行うための体制が確保されている。
	相談看護師の管理、指導を行うための体制が確保されている。
	運営上の課題の解決策の検討や、対応内容を検証するしくみが構築されている。
5	危機管理(苦情・トラブル対応等)
	危機管理の対策が整っているか。
	苦情・トラブル発生時の連絡体制が整っており、マニュアル等が整備されている。
	苦情内容について、適正に記録、管理し、センター内及び横浜市と情報共有している。
	トラブル防止のため、対応に問題がないか事例の点検等の対策が図られている。
6	人員確保・採用、労務管理
	センターの運営にあたり人員の確保は十分であるか。
	適正な人員配置が行えるだけの人員が確保されている。
	オペレーターの人材確保のために、適宜有効な手段がとられている。
	相談看護師の人材確保のために、適宜有効な手段がとられている。
	募集から採用までの手続きが定められているなど、労務管理上の規定が整理されている。
7	研修
	相談看護師・オペレーターに対する研修は十分であるか。
	相談看護師・オペレーターとして必要なマナー及び電話応対に関する研修を行っている。
	案内業務に従事するために必要な知識を習得するために研修を行っている。
	救急電話相談業務に従事するために必要な知識を習得するために研修を行っている。
	業務全般のサービス水準を向上させていくために、実務研修を行っている。
8	マニュアル
	マニュアルが整備され、業務が体系化されているか。
	サービス水準を確保するため、標準的な業務実施手順や注意点等がマニュアル化されている。
	ミーティング等において、職員の意見を取り入れるなど、定期的にマニュアルの見直しが行われている。
	マニュアルが適正に保管され、従事者、管理者により活用されている。
9	統計・データ分析
	曜日、時間帯ごとに入電件数が統計化されており、分析が行われている。
	電話が繋がらない件数が統計化されており、分析が行われている。
	その他業務に必要な数値が統計化され、分析が行われている。

V 収支状況	
1	指定管理料の執行状況
	指定管理料は適正に執行されているか。
	適切な経理書類が作成されている。
	経理を担当する職員を配置している。
	収支決算書に記載されている費目に関し、伝票が存在する。
	通帳や印鑑などが適切に管理されている。
	外部の監査を受けている。
2	収支決算状況
	予算と決算に大幅な相違がないか。
	平成27年度～29年度の決算
3	利用料金収入実績
	収支予算書(平成29年度)で示した利用料金収入がどの程度達成されているか。
	平成29年度予算、決算

IV 評価結果

1 評価結果一覧

評価項目	指定管理者 自己評価	指定管理者選定 評価委員会評価
I 総則		
1. 施設の目的や基本方針の確立	A	A
2. コンプライアンス(法令遵守)の取組	A	A
3. 個人情報の保護・情報公開	A	A
II. 施設・設備の維持管理		
1. 建物・設備の保守点検	A	A
2. 備品管理	A	A
3. 清掃・廃棄物処理・保安警備	A	A
4. 緊急時等の対応	A	A
III. 夜間急病センターの適切な運営		
1. 診療時間・診療科目、診療体制・人員配置	A	A
2. 患者の安全管理	C	C
3. 事故防止対策への取組	B	B
4. 院内感染対策	A	A
5. 患者転送・医療機関連携推進	B	B
6. 患者に対する説明責任	A	A
7. 人材の育成・研修	A	A
8. 利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築	A	A
9. 経費節減など業務の効率化	A	A
IV. 救急相談センターの適切な運営		
1. 救急医療情報の収集(医療機関案内)	C	B
2. 相談・助言業務(救急電話相談)	A	A
3. 品質管理(サービス水準の維持、人員配置等)	A	A
4. 業務管理体制	B	B
5. 危機管理(苦情・トラブル対応等)	A	A
6. 人員確保・採用、労務管理	C	B
7. 研修	A	A
8. マニュアル	A	A
9. 統計・データ分析	A	A
V. 収支状況		
1. 指定管理料の執行状況	(※)	(※)
2. 収支決算状況		
3. 利用料金収入実績		

(※) 収支状況については、A, B, Cによる評価ではないため、評価シートを参照

2 評価シート

別添参照

3 主な評価所見及び意見

I 総則	<p>○評価する点</p> <ul style="list-style-type: none">・ 基本方針が明文化され、周知されている。利用者についても周知できるように工夫されている。(I-1)・ 年間事業計画書、実績報告書が作成され、定期的に業務内容を評価している。(I-1)
II. 施設・設備の維持管理	<p>○今後に改善等を期待する点</p> <ul style="list-style-type: none">・ 待合室の内装など患者への環境改善案も修繕計画とあわせて検討すること。(II-1)・ 災害等の緊急時について、今後、BCP(事業継続計画)の作成等、事業継続性を保つためのマニュアルを作成することを望む。(II-4)・ 利用者への緊急時避難経路の表示や、案内等も分かりやすくすること。(II-4)
III. 夜間急病センターの適切な運営	<p>○評価する点</p> <ul style="list-style-type: none">・ 診療体制について、安定的に医師、医療従事者が確保されていることは評価できる。(III-1)・ 院内の感染対策について、インフルエンザのワクチン接種を、非常勤含め費用負担していることは素晴らしい取組と評価できる。 <p>○今後に改善等を期待する点</p> <ul style="list-style-type: none">・ 患者、部位、検体などの誤認防止マニュアルを作成し、ホームページ等で公表すること。(III-2)・ 医療安全管理について、職員が他医療機関や団体の医療安全研修に参加し、伝達講習等を実施されると良い。(III-2)・ 事故防止委員会などの設置と担当責任者を決めて、定期的な意識喚起を求める。(III-3)・ 市民からの意見を待合室へ掲示するなど、市民との連携をアピールすることを求める。(III-8)
IV. 救急相談センターの適切な運営	<p>○評価する点</p> <ul style="list-style-type: none">・ 相談・助言業務について、組織的に対応できるような体制が構築されている。また、事例検討による検証で、PDCA サイクルが適切に機能している。このような業務には、ある一定頻度でエラーが混入するので、これまでの検証や研修の体制を継続すること。(IV-2)・ 救急電話相談について模範となるような、電話対応の研修と評価が行われている。(IV-7)・ 相談看護師、オペレーターが意見交換できる場が設けられ、マニュアルへのアクセスが容易である。(IV-8)・ 年間 16 万件超に及ぶ膨大なデータについて、繁忙時間帯や電話に対応できなかった事案の分析が行われ、職員のシフトを決定するなど実務的に利用されている。(IV-9)・ 医療従事者の確保が難しい中で、努力されている。応答システムが良くできており、横浜市救急医療体制に非常に貢献していると感じている。ぜひ全国にもシステムを発信することを期待する。 <p>○今後に改善等を期待する点</p> <ul style="list-style-type: none">・ 業務を行うことでの達成感を従事者が感じられるように、うまくいった事例や他から見て良いと感じた対応を従事者本人にフィードバックする仕組みづくりも一案かと考える。(IV-6)・ 綿密なデータ分析が評価できる。情報共有と改善事例が示されるとなお良い。(IV-9)・ ビックデータを統計化しているので、分析し結果を学術的な発表につなげ、救急相談の質の向上に努めていただきたい。(IV-9)・ 市との連携を強化し、応需情報等の精度を上げていただくことを期待する。・ 救急相談センターは救急車を減らす目的で設立されたかと思う。しかし、救急車は増え続けている。東京と同じぐらいの件数を横浜では受けているという事だが、それだけ横浜では周知されて有効利用されているということだと考える。 今後、より良い医療の提供のために、市の力が必要かと思うが、検討していただければと思う。

V. 収支状況

○評価する点

- ・ 患者数に依存する利用料金収入の見込みとの差を、4%台で納めていることについては、評価できる。(V-3)

○今後に改善等を期待する点

- ・ 経費節減の取り組みにおいて、非常勤職員によりコストの増額を抑えていることが読み取れる。しかし、同一労働、同一賃金の考え方から、今後は削減の手段とならないことが予想される。(V-2)

その他

○今後に期待する点

- ・ 夜間急病センター、救急相談センターの努力や現場からの要望、蓄積された有益情報が市民に伝わるよう広報にも力を入れてほしい。
- ・ 国レベルではNDB(National Database:レセプト情報・特定健診等情報データベース)の活用が行われ始めており、当センターで蓄積した救急医療のデータを市民に有益に還元できるよう、今後の施策への反映を期待する。

横浜市救急医療センター 評価シート目次

I 総則	
1	施設の目的や基本方針の確立・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2	コンプライアンス（法令遵守）の取組・・・・・・・・・・・・ 2
3	個人情報の保護・情報公開・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
II 建物・設備の維持管理	
1	建物・設備の保守点検・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
2	備品管理・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
3	清掃・廃棄物処理・保安警備・・・・・・・・・・・・・・ 6
4	緊急時等の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
III 夜間急病センターの適切な運営	
1	診療時間・診療科目、診療体制・人員配置・・・・・・・・ 8
2	患者の安全管理・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
3	事故防止対策への取組・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
4	院内感染対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
5	患者転送・医療機関連携推進・・・・・・・・・・・・・・ 12
6	患者に対する説明責任・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
7	人材の育成・研修・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14
8	利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築・・・・ 15
9	経費節減など業務の効率化・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
IV 救急相談センターの適切な運営	
1	救急医療情報の収集（医療機関案内）・・・・・・・・・・ 17
2	相談・助言業務（救急電話相談）・・・・・・・・・・・・ 18
3	品質管理（サービス水準の維持、人員配置等）・・・・ 19
4	業務管理体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
5	危機管理（苦情・トラブル対応等）・・・・・・・・・・・・ 21
6	人員確保・採用、労務管理・・・・・・・・・・・・・・・・ 22
7	研修・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 23
8	マニュアル・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24
9	統計・データ分析・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25
V 収支状況	
1	指定管理料の執行状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26
2	収支決算状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27
3	利用料金収入実績・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27

I. 総則

I-1 施設の目的や基本方針の確立

救急医療センターの設置目的に基づいた管理運営上の基本方針が確立されており、職員が理解しているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
救急医療センターの設置目的に基づいた施設運営上の基本方針が明文化されている。	4	A	4	A	基本方針が明文化され、周知されている。
職員が、救急医療センターの設置目的や施設運営上の基本方針を理解している。	4		4		非常勤比率も高いので、周知方法の更なる改善を求める。
利用者に対し、救急医療センターの設置目的や施設運営上の基本方針を周知している。	4		4		ホームページの更新を速やかに、利用者の声などをもっと多くらせて、市民と情報共有を図ること。 利用者についても周知できるように工夫されている。
施設の目的を達成するため、年度ごとに年間事業計画書、実績報告書を作成している。	4		4		
業務の実施について、自己の業務実績について、定期的に評価検証を行っている。	4		4		年間事業計画書、実績報告書が作成され、定期的に業務内容を評価している。
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>横浜市と交わした「横浜市救急医療センターの管理運営に関する基本協定書」に基づいて施設の運営管理を適切に行っている。 職員に対しては、常勤職員・非常勤職員を含めて採用時や契約更新時(年1回)等に診療所管理者(センター長)より本センターの設置目的や施設運営上の基本方針等について個別説明し、周知徹底をはかっている。 夜間急病センター患者様等利用者に対しては、平易で分かりやすい表現でホームページや施設内掲示で設置目的を明確にしている。 救急センターの事業計画書および実績報告書については四半期ごと・年度ごとに作成し、横浜市関係部局に遅滞なく報告するとともに、業務実績の評価については隔月に開催する横浜市との定期的な連絡会(年6回)において自己評価し外部的な検証を行っている。</p>					
【改善すべき点・課題等】					

I. 総則

I-2 コンプライアンス(法令遵守)の取組

コンプライアンス(法令遵守)に関する取組が行われているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
医療法・消防法等診療所等の管理に関わる各種法令や内部規定等を遵守している。	4	A	4	A	
法令遵守が組織的に認識され、周知・徹底し、継続的に遵守する取組を行っている。	4		4		
診療所管理者は各種法令や内部規定を十分に理解している。	4		4		
指定管理者記入欄					
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>本センターで独自作成した内部規定に基づき、診療所管理者(センター長)の指示により各種法令を遵守している。 特に医療法上に基づいた各種届出を遅滞なく適正に提出し、また、医療法施行規則で規定されているX線検査装置の放射線測定検査(年2回)や医療用酸素ガス保守点検(年2回)についても定期的に実施している。 担当職員が防火・防災管理者資格を取得し、防火・防災計画を所轄消防署に届け出て点検・訓練の実施に携わり、計画的且つ継続的に業務を遂行している。 また、防火責任者および各階に火元責任者を置き、日頃より防火につとめ、定期的に専門業者からの消防査察(防災カーテン・建物転倒防止等/30年9月実施)を受けている。</p> <p>なお、センターでは独自作成した「救急医療センター職員行動指針」「医療安全の取り組み」に則り法令遵守、利用者目線にたった行動を心掛けている。</p>					
<p>【改善すべき点・課題等】</p>					

I. 総則

I-3 個人情報の保護・情報公開

個人情報の保護及び情報公開に対する体制が整っているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
個人情報保護の取扱いに関する指針が策定されており、必要な内容は満たされている。	4	A	4	A	
情報漏えい、き損及び改ざんの防止、その他適正な管理のために必要な措置が講じられている。	4		4		
個人情報保護に関する研修会が開催されている。	3		3		
情報公開に関する規定が定められており、規定に沿った運用が行われている。	3		3		
診察室等において、患者のプライバシーが確保されている。(夜間急病センター)	4		3		小児科の中待合が改善されるとさらに良い。 呼び出し方法の統一(ナンバーと名前混在)を求める。
カルテなどの患者情報、診療記録が適切に管理されている。(夜間急病センター)	4		4		
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>個人情報保護に関する規定を独自に作成し、利用者に広く見える場所(1F待合・2Fエレベーター前)に大きく掲示し、且つホームページ上に掲載している。</p> <p>患者情報については、内部サーバーにより常勤職員のみが使用できるID・パスワードで管理・徹底しており、データの外部流失や改ざん等を防止している。</p> <p>診療録等は常勤職員が責任を持って適切な場所に保管し、1年以上前の診療録等関係書類は施錠のできる地下倉庫で管理保管し、それぞれの法令年限に則り専門業者が溶解処分してマニフェストを発行している。</p> <p>独自の個人情報保護に関する研修会は開催していないが、上部医師会および横浜市医師会が主催する個人情報保護に関する研修会に順次、職員を参加させ、アップデートされた内容についてはスタッフ全員が共有している。また、診療上におけるプライバシー保護の一環として中待合室は小児科のみとし、患者様の個人情報が見聞きできないようにしており、併せて現場スタッフに対してもプライバシー保護を徹底している。</p>					
【改善すべき点・課題等】					

Ⅱ. 施設・設備の維持管理

Ⅱ-1 建物・設備の保守点検

建物・設備が適切に管理され、安全性の確保及び良好な機能の保持が実現されているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
定期的に設備の点検が実施され、利用者が常に安全に利用できる状態に保たれている。	5	A	4	A	待合室の内装など患者への環境改善案も併せて検討すること。
安全確保の観点から発見された不具合が迅速かつ適切に、修繕、処理されている。	5		4		
施設の長寿命化の観点から、適切な中長期的な修繕計画が立てられている。	3		3		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>建物管理を行う専門設備員が本センターと交わした仕様書に基づき、年間点検計画および月次点検計画を作成し、定期的に施設点検を実施している。その計画表により、日常点検・月次点検・年次点検(法定点検を含む)を実施し、日報および月次・年次点検表(月報)をその都度、提出させている。点検で発見された小規模な不具合箇所(直近の事例としてエアコン故障・自動開閉ドア故障等)についてはその都度、迅速に改修・修繕を行い、利用者の安全確保と施設内の環境整備につとめている。また、専門設備員が専門的な見地から中長期的な修繕計画を作成して毎年度、関係部局に提出している。</p>					
【改善すべき点・課題等】					
経年劣化による根本的な修繕箇所が多く、長寿命化は限定的なものとなっている。					

Ⅱ. 施設・設備の維持管理

Ⅱ.-2 備品管理

施設の備品・医療機器が適切に管理されているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
備品台帳に記された備品がすべて揃っており、救急医療センター(横浜市)と指定管理者の備品との区分が明確になっているなど、適正に管理されている。	3	A	3	A	
医療設備・機器の点検が定期的実施され、良好な状態を保っている。	4		4		
医療設備・機器のトラブル発生時の対応体制が整っている。	4		4		
各備品の劣化状況を把握し、中長期的な更新計画が立てられている。	4		4		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>区分した備品管理台帳が存在しているが、ここ数年間に経年劣化等で安全性が担保できない什器備品等について、指定管理者が独自に購入しており、現在、横浜市所有と指定管理者所有を明確に区分した備品管理台帳の更新につとめている。</p> <p>横浜市分と指定管理者分を明確に区分するため、指定管理者分については「横浜市医師会 横浜市救急医療センター備品シール」を貼って明確化をはかっている。</p> <p>医療機器等については各種法令で定められた年限に則り定期的に保守点検を行い、また、不具合箇所については早急に修理を行い利用者への安全確保を第一として、併せて医療機器操作者へのストレスを軽減している。</p> <p>医療設備のトラブル対策については、代替が効かない医療機器については保守契約を診療終了時間(24時)までとし、リモートメンテナンス等で迅速な対応をはかっている。</p> <p>また、医療機器を中心とした中長期的な更新計画を年度ごとに作成しているが、医療機器が高額のため買替えだけでなく、長寿化対策としてオーバーホール(直近としては、レントゲン撮影装置一式・医療器材洗浄機・乾燥機)を行い、経費節減につとめている。</p>					
【改善すべき点・課題等】					
指定管理者の変遷(総合保健医療財団～横浜市病院協会～横浜市医師会)に伴い、所在不明の備品が相当数あり、管理の難しさがある。					

II. 施設・設備の維持管理

II-3 清掃・廃棄物処理・保安警備

利用者が快適で安全に利用できるような環境を確保しているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
施設の清掃が行き届いており、利用者及び従事者が快適に施設を利用できる環境が保たれている。	4	A	4	A	
医療廃棄物を含む廃棄物について、抑制に努めるとともに、分別ルールに沿って適切な処理が行われている。	4		4		
防火確認簿、警備日誌が整備されるなど、利用者が安心して利用できる保安警備業務が行われている。	4		4		
館内外の巡回や、鍵の管理方法など、事故や事件を未然に防止するよう、防犯面での対策が講じられている。	4		4		
駐車場について適正な管理を行うとともに、利用者に対する適切な誘導が行われている。	4		4		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>清掃専門業者による清掃員が年間定期清掃計画に基づき、定期清掃および日常清掃を実施している。日常清掃については、業務日報を毎日報告させている。</p> <p>医療廃棄物の処理については週1回専門業者が収集運搬を行い、その後マニフェストが交付され適正に廃棄処分されている。</p> <p>また、警備専門業者による警備員が365日、日常的に巡回して施設内外の保安を維持するとともに、利用者に対しては挨拶を徹底して、且つ自動車利用者に対しては安全確保を第一に適切な誘導を心掛けている。</p> <p>昨年より24時間録画機能付きの防犯カメラを設置して、施設内外の事故や防犯につとめている。特に施設裏にある駐車場については人感センサー付きライトを設置して24時間、警備室においても監視できる仕組みをとっている。</p>					
【改善すべき点・課題等】					

Ⅱ. 施設・設備の維持管理

Ⅱ-4 緊急時等の対応

災害等の緊急時の対応体制が確立されているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
緊急時の避難誘導、安全確保、その他緊急時の対応に必要な事項について、マニュアルが作成されている。	3	A	3	A	今後、BCP、事業継続性を保つためのマニュアルを作成することを望む。
緊急時対応のマニュアル等に基づき、避難訓練や防災訓練等を実施している。	4		4		
緊急時の連絡体制や職員の役割分担等が明示されており、各職員に周知されている。	3		3		利用者への緊急時避難経路の表示や、案内等も分かりやすくすること。
ビル管理者や関連機関、横浜市との連携体制が整理されている。	4		4		
指定管理者記入欄					
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>管内消防署(横浜市中消防署)に提出する共同防火管理協議事項届出書により横浜市健康福祉総合センター自衛消防組織の設置および共同防火・防災管理協議会会則を作成している。 会館内で業務を行っている各団体の任務分担を明確にして、各団体で避難誘導、初期消火隊、安全点検隊、応急救護隊、情報収集連絡隊を組織し年2回の防災訓練を実施している。 また、共同防火管理協議会事項届出書には会館の避難経路及び避難場所および休日・夜間の連絡体制も記載されている。 軽微な初期火災、または誤火災の場合については建物設備員及び警備員が対応することとなっている。</p>					
<p>【改善すべき点・課題等】</p>					

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ-1 診療時間・診療科目、診療体制・人員配置

診療体制は適正か。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
基本協定に定める診療時間を遵守し、必要な診療科目が設置されている。	3	A	3	A	安定的に医師確保されていることは評価できる。 安定的に医療従事者が確保されていることは評価できる。
毎夜間の診療体制を維持するための医師が確保されている。	5		4		
看護師、薬剤師などの医療従事者の安定的な確保が図られている。	5		4		
窓口の混雑状況や業務の繁忙に対応できるように、患者実績に応じた、柔軟な人員配置を行っている。	5		4		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>横浜市と交わしている基本協定書に基づく「診療時間」「診療科目」を厳守しており、出務医師については横浜市医師会員(一部、近隣病院より派遣)を中心に医師の確保をはかっている。</p> <p>薬剤師および臨床検査技師・放射線技師については関係団体と年間の委託契約を結ぶことにより安定的な人員確保をはかっている。</p> <p>看護師(非常勤看護師を含む)についても過度な業務負担を減らし、離職者対策に心掛けており、安定的な人員確保をはかっている。</p> <p>年末年始をはじめ繁忙期に際しては医師およびパラメディカルの増員をはかっており、且つ直近3年間の科目ごとの患者実績データを参考に柔軟な人員配置を行なうことで、円滑な診療体制を組み、患者様の待ち時間軽減につとめている。</p>					
【改善すべき点・課題等】					
当施設だけの問題ではないが、小児科医師の確保が慢性的な課題となっている。					

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ.-2 患者の安全管理

患者の安全管理に努めているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
事故発生時等の対応について、医療安全管理指針が策定されている。	4	C	4	C	マニュアルが作成されていないため、作成の際はホームページ上等で公表することを求める。 現在、無床のクリニックも含め、年2回の医療安全研修が義務付けられている。職員の誰かが他医療機関や団体の研修に参加し、伝達講習等を実施すると良い。
患者・部位・検体などの誤認防止のマニュアルが作成されており、周知徹底されている。	1		1		
医療安全管理のための研修が実施されている。	3		3		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>独自の医療安全管理指針を策定している。 誤認防止マニュアルの整備については不十分であるが、現場レベルで二重・三重のチェック体制を敷いている。 患者様の取り違い(特に同姓同名)が発生しないよう受付時に患者様に対して、番号を発券し、「申込書」ならびに「カルテ」に対しても同番号で管理することによって患者様の取り違いを防止している。 併せてスタッフからも本人確認の声掛けを行い、誤認防止を心掛けている。 また、検査等に関しては、レントゲン撮影部位等を医師と検査技師が相互にチェックできる複写式検査伝票を使用し誤認防止をはかっている。 医療安全管理指針の一環として「医療機器の保守点検・安全指針」「医薬品安全使用の手順書」を作成している。</p>					
【改善すべき点・課題等】					
変則的なシフト業務のため、職員全員が揃って参加できる研修が設定しづらく、資料配布による個別研修が中心となっている。					

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ-3 事故防止対策への取組

事故防止のための体制の構築・取組を行っているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
事故防止のチェックリスト等を整備している。	3	B	3	B	<p>ホームページなどで積極的に開示して、利用者へのアピールと協力にも活用を望む。</p> <p>事故防止委員会などの設置と担当責任者を決めて、定期的な意識喚起を求める。</p> <p>システムエラーやヒューマンエラーは個人の面談よりも、事故の要因分析をし改善策を共有されるほうが再発防止には有益と考える。また、事故以前のヒヤリハットレベルで、なぜ事故にならなかったのかのプラス思考での分析も有用である。</p>
過去に発生した事故やヒヤリハット事例(事故等発生の例がない場合は、他類似施設等における事例の収集など)をもとに、原因分析を実施し、改善のための対応を行っている。	3		3		
事故防止のチェックリストやマニュアル類を用い、施設・設備等の安全性やサービス内容等をチェックし、必要に応じて改善している。	3		3		
事故発生時には、再発防止に向けた取り組みがなされている。	3		3		
事故防止策の研修等を実施している。	3		3		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>重大な事例は発生していないが、ヒヤリハット的な事例に対してはインシデント(アクシデント)レポートを作成し、その原因を分析し原因となった手順の誤りやスタッフの対応について個別に検証を行い、速やかに全スタッフに対して注意喚起を行っている。</p> <p>また、必要に応じて原因となった職員に対しては、センター長・事務長・看護主任同席のもと個別指導を行っている。</p>					
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ-4 院内感染対策

院内の感染対策に対する体制が整っているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
感染発生時の対応等について、院内感染対策指針が策定され、定期的に見直されている。	4	A	4	A	インフルエンザは、マスクのみならず手洗いの推奨をすること。なお、現在風疹の流行もあるため、職員への抗体検査及びワクチン接種の検討を望む。
感染症対策マニュアルが作成されており、職員に周知徹底されている。	4		4		
感染症の疑いのある患者の一時隔離する場所が確保されている。	4		4		
インフルエンザなどの季節性の感染症への対策が講じられている。	3		3		
院内感染防止対策のための研修が実施されている。	3		3		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>独自の院内感染対策指針を策定している。 夜間急病センターは病床施設のない初期一次救急外来施設のため、院内感染対策というより感染症(疑いを含む)で来院する患者様への対応が中心となり、感染症疾患が疑われる患者様については一般患者様と分離した特診室で対応している。 また、インフルエンザ流行時については、その絶対数が多く、全てを特診室で賄うことが出来ないため、受付時にマスクをしていない患者様に対しては無償で配布してマスク着用を呼びかけている。</p>					
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ-5 患者転送・医療機関連携推進

適切な医療機関への転送に努め、円滑な医療連携を確保に取り組んでいるか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
重症者を他の医療機関へ紹介、転送するにあたって、患者や家族にインフォームド・コンセントを徹底している。	3	B	3	B	応需情報の収集方法や、システム拡充のため関係機関との改善検討を求める。
転送が必要な場合の後方病院の確保に努め、医師との連携に努めている。	3		3		
円滑な医療連携を確保するための取組が行われている。	3		3		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>重症者や後方医療機関・他科の医療機関等へ転送・紹介する場合は通例に則り、担当医師が患者様および付添い者に対して説明責任を果している。併せて、医師の説明について充分理解できない様子の患者および付添い者に対しては、担当看護師からも補足説明を行っている。</p> <p>又、後方病院の確保については、二次救急を担当する横浜市内の小児救急拠点病院および病院群輪番制事業の当番病院を中心に連携している。</p> <p>医療機関救急応需情報収集については、救急医療情報センターで毎日、収集した救急応需情報を活用している。</p>					
【改善すべき点・課題等】					
眼科および耳鼻咽喉科の応需については拠点病院や病院郡輪番制事業体制が敷かれていないため、転送先の後方支援病院を探すのに苦慮する事例が多々ある。					

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ.-6 患者に対する説明責任

医師等の責任が明確になっているとともに、患者とのパートナーシップが図られているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価 (※)	小項目評価	項目評価 (※)	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
各部門の責任者の氏名が患者に明らかになっている。	3	A	3	A	当日担当医や看護師にも名札があると患者とのパートナーシップが高まると考える。
診療を行った医師の氏名が患者に分かるようになっている。	3		3		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>当日の各部門責任者氏名を受付窓口に掲示して、明確にしている。 また、診療室前には当日の担当医師名を記載して患者様等からも分かるようにしている。</p>					
【改善すべき点・課題等】					

※当該項目に関しては、小項目が「1」又は「3」の評価となっているため、項目評価も「A」又は「C」での評価とする。

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ-7 人材の育成・研修

職員の育成・研修について、計画的かつ効果的に行われているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
各種研修等に、常勤・非常勤を問わず、必要な職員が受講できる環境を整備している。	3	A	3	A	患者への接遇に関しては、苦情も上がっていたので言葉づかいなど誤解を招かないような対策を求める。
研修の参加状況が把握されており、実施された研修の成果を確認するため、アンケートや感想文などの記録・文書がある。	3		3		
適切な窓口対応及び電話対応ができており、必要に応じて指導が行われている。	4		4		
職員の服装、身だしなみなど職員のマナーは適切であり、マナー向上に関する取組が行われている。	4		4		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>常勤職員は四半期ごとに研修会を開催し、夜間急病センター業務に必要な情報伝達や様々な事例に対応できるように対処方法を協議・検討している。</p> <p>また、常勤職員・非常勤職員は医師会主催のレセプト研修、および横浜市主催の医療安全研修会に交代で参加できる体制にしている。研修会終了後は報告書を作成し、アップデートされた内容については、全職員で共有している。</p> <p>窓口対応および電話対応については独自作成の電話対応事例集を全スタッフに配布して研修につとめている。</p> <p>職員の服装・身だしなみについては、独自資料を配布し、患者様利用者に不快な思いをさせることなくつとめ、マナー研修も併せて実施している。</p>					
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ.-8 利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築

利用者が意見や苦情を述べやすい環境を整備しているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
利用者が苦情や意見を述べやすいよう、施設内へご意見箱の設置や、ホームページ等による意見受付等、複数の方法を提供している。	4	A	4	A	待合室への掲示など、積極的対応姿勢をアピールして、市民との連携を求める。
苦情等の内容を検討し、その対応策を講じている。	3		3		
苦情等への対応手順等が明確にされている。	4		4		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>夜間急病センターにおいては、患者様等が意見や苦情を述べられるように1階待合室脇に「患者様の声」と称する意見箱(意見用紙)を設置している。併せて、横浜市救急医療センターホームページ上に「お問い合わせ」を設けて苦情や意見を寄せることができる仕組みをとっている。苦情・ご意見が寄せられた場合は手順書に則り、救急医療センター事務長がトラブル発生時のスタッフから事情を聴取して、診療所管理者(センター長)と協議の上、横浜市医師会長に報告している。また、必要に応じて苦情案件を横浜市関係部局に報告している。</p>					
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ. 夜間急病センターの適切な運営

Ⅲ.-9 経費節減など業務の効率化

事業経費についてランニングコストの削減など健全経営に努めているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
職員人件費に無駄はなく、経費節減に取り組んでいる。	4	A	4	A	人件費のコストカットが質低下を招かないよう、必要な人件費は優先的に維持を求める。
事務処理のIT化、レセプトオンライン請求、X線装置のフィルムレス化に取り組んでいる。	4		4		
その他、事業経費節減に向けた取り組みが行われている。	4		4		
指定管理者記入欄					
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>シフト制による勤務体制の実施や常勤職員の一部契約職員化により、経費削減に取り組んでいる。 事務処理のIT化については、本部とネットワークを組んでおり、日々相互乗り入れすることによって効率的な運営をはかっている。 また、レセプトのオンライン化やレントゲンのフィルムレス化については既に行い、円滑に運営している。 なお、薬剤や医療機器の納入については、複数業者による相見積もりをとり、廉価な業者に発注している。 併せて、節電を中心に光熱水道費の削減をはかっている。</p>					
<p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>人件費削減のため、契約職員・非常勤職員に業務を負うところであるが、常勤職員でないことによる施設の基本方針等が希薄になる恐れがある。</p>					

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV-1 救急医療情報の収集(医療機関案内)

医療機関情報を得るための取組を行っているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
診療所・クリニックに関する情報を効率的かつ正確に収集できている。	3	C	3	B	横浜市救急医療情報システム(YMIS)で病院の対応はタイムリーに把握できているようだが、クリニックの情報把握が変更時に把握が難しいようなので、正しい情報への変更のルールを検討を求める。
横浜市小児救急拠点病院、二次救急拠点病院Bなどの横浜市の救急医療体制における一次救急応需状況についての情報収集を行っている。	3		3		
救急患者受入実績のある病院、診療所については、都度、電話連絡を行い、急病患者の受入可否の情報を収集している。	2		3		
医療機関情報を更新するしくみが構築されており、常に最新の情報が収集できている。	3		3		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>(1)夜間・土(午後)、日、祝日においては病院応需表を作成し運用している。</p> <p>(2)横浜市医師会地域医療連携センターからの情報提供に基づき、医療機関情報を随時更新している。</p> <p>(3)横浜市救急医療情報システム(YMIS)・病院当直表・病院への直接電話等の確認により、患者応需状況の情報収集している。</p>					
【改善すべき点・課題等】					
<p>(1)方法が系統化されておらず従事者の練度に依存している側面がある。</p> <p>(2)クリニックの医療機関情報がリアルタイムに把握できない(例:臨時休診や診療日時の変更など)。</p>					

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV-2 相談・助言業務(救急電話相談)

相談・助言業務を効果的に実施しているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
相談看護師は、緊急性や受診の必要性等の判断について、手順を理解し、緊急度判定基準(緊急度判定プロトコル)に沿った対応を行っている。	4	A	4	A	<ul style="list-style-type: none"> ・相談・助言について、組織的に対応できるような体制が構築されている。また、事例検討による検証で、PDCAサイクルが適切に機能している。このような業務には、ある一定頻度でエラーが混入するので、これまでの検証や研修の体制を継続すること。 ・受け手が名乗らない経緯は理解したが、対応者の名前を確認したいという利用者の心理も踏まえて検討すること。
緊急性が高い事案について、迅速に119番への転送を行えるしくみが整っている。	5		4		
相談看護師が必要に応じて医師に助言を求めることができるよう、体制が整備されている。	5		5		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>問題と思われる対応に関しては指導的立場の看護師(スーパーバイザー:SV)よりその場で助言を行っている。また、業務終了後、対応した事例検討の時間を設定している。特に問題があった対応に関しては、横浜市医療局、横浜市医師会、統括責任者へ報告相談の上、管理グループより指導および再研修を行っている。</p> <p>そのほかについてもマニュアルが整備され、適切な運用につとめている。</p>					
【改善すべき点・課題等】					

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV-3 品質管理(サービス水準の維持、人員配置等) 提供しているサービス水準は十分であるか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
オペレータ、相談看護師の配置については、受電状況に応じて、適正な人員配置がなされている。	5	A	5	A	<p>適正な人員配置により効率的運営がされている。</p> <p>・相談看護師とオペレータとの業務範囲が明確になっており、相談後の医療機関等への案内をオペレータに引き継ぎ効率的な運営ができるような体制を構築している。</p> <p>・各通話時間がシステム的に見える化され、向上につながっている。</p> <p>・実際に視察して、通話時間の短縮に対する取組は、高く評価できる。</p> <p>・勤務のシフトを入電の状況等から割り出し工夫がされている。また看護師以外の職員を有効活用している。</p> <p>後処理時間の短縮の取組が確認でき、評価できる。</p> <p>・応対の質向上は評価できる。</p> <p>・横浜市の救急相談システムの水準は、総務省消防庁の緊急度重症度判断を使用しているものの、その活用の点で高い水準にある。</p>
繋がらない入電が「1時間当たり5件未満」又は「1日を通じ5%未満」に保っている。	3		3		
繁忙時間帯などに、電話が繋がらないことがないよう、「平均通話時間」の短縮に努めている。	5		5		
業務効率化のために、通話終了後にオペレーター等が記録などの要件を完了するのに要する時間(後処理時間)の短縮に努めている。	5		5		
モニタリング等の実施により、対応レベルを一定以上に保っている。	5		5		
指定管理者記入欄					
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>(1)コール数予測に応じた時間帯単位での必要座席数を事前に準備している。</p> <p>(2)(1)の人員配置により、応答率は適切に保たれている。</p> <p>(3)繁忙期に限らず、平均通話時間は個人別に管理している。</p> <p>(4)基幹システムの構成上、入力項目は少なく選択項目が多いために、後処理時間はほぼ無い。</p> <p>(5)指導的看護師(スーパーバイザー:SV)の配置により、モニタリングを常時行っている。また、フォローアップ研修(自身の対応音声を聴き、SV評価)を実施している。</p>					
<p>【改善すべき点・課題等】</p>					

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV-4 業務管理体制

管理業務体制は十分であるか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
業務全体の統括、連絡、調整を行うための体制が確保されている。	3	B	3	B	
オペレーターの管理、指導を行うための体制が確保されている。	3		3		
相談看護師の管理、指導を行うための体制が確保されている。	3		3		
運営上の課題の解決策の検討や、対応内容を検証するしくみが構築されている。	3		3		
指定管理者記入欄					
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>(1) 緊急時連絡体制(オンコール)を組んでいる。 (2) 指導的看護師(スーパーバイザー: SV)の配置により適宜、管理及び助言を行い、毎月SV会議も開催している。 (3) 横浜市医療局、横浜市医師会、統括責任者へ報告連絡相談を適切に行っている。</p>					
<p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>管理グループ内の人員が不足しているため、補充を行う必要がある。</p>					

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV.-5 危機管理(苦情・トラブル対応等)

危機管理の対策が整っているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会			
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)	
苦情・トラブル発生時の連絡体制が整っており、マニュアル等が整備されている。	5	A	5	A	<p>・危機管理からの体制整備等が確認された。いわば接客の基本に該当する項目であり、対応する体制が整備されていることは高く評価できる。</p> <p>・苦情やトラブルに対する対応が体系化されている。さらに、経験を積み上げて対応の幅を広げている。しかし、パニックとなる事態が生じる可能性があり、その初期対応について訓練などを企画することが望まれる。</p>	
苦情内容について、適正に記録、管理し、センター内及び横浜市と情報共有している。	5		5			<p>苦情内容に関する情報共有が図られていることが確認でき、高く評価できる。</p>
トラブル防止のため、対応に問題がないか事例の点検等の対策が図られている。	5		5			<p>対応の質向上が図られている点は、高く評価できる。</p>
指定管理者記入欄						
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>常時通話録音を行い、報告すべき案件に関しては発生日または毎週の医療局との定例会に報告を行っている。 また、横浜市医療局および横浜市医師会、統括責任者からの事例確認指示に関しても同様に報告を行っている。 常時通話録音を行っている事により、トラブル等の恐れがある際には、当該通話録音を確認している。</p>						
<p>【改善すべき点・課題等】</p>						

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV-6 人員確保・採用、労務管理

センターの運営にあたり人員の確保は十分であるか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
適正な人員配置が行えるだけの人員が確保されている。	2	C	3	B	業務委託している会社からもより一層の人員募集への努力を望む。
オペレーターの人材確保のために、適宜有効な手段がとられている。	3		3		オペレーターの勤務継続につながるメンタルサポートやキャリアアップのモチベーションなども検討していただきたい。
相談看護師の人材確保のために、適宜有効な手段がとられている。	2		3		労働条件や労働環境もかかわるとは思うが、業務を行うことでの達成感などが感じられるように、関わりがうまく言った事例や、他の相談看護師から見て良いと感じた対応を本人にフィードバックする仕組みづくりも一案かと考える。
募集から採用までの手続きが定められているなど、労務管理上の規定が整理されている。	3		3		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>(1)現時点では募集を強化している。</p> <p>(2)人材確保については、紙媒体、WEB媒体、内部紹介により募集を行っている。</p> <p>(3)募集から採用までの手続きはマニュアル通りに運用している。</p>					
【改善すべき点・課題等】					
募集強化を継続する必要がある。					

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV-7 研修

相談看護師・オペレーターに対する研修は十分であるか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
相談看護師・オペレーターとして必要なマナー及び電話対応に関する研修を行っている。	5	A	5	A	<ul style="list-style-type: none"> ・入職時研修体制が整っている。 ・しっかりとした研修プログラムが作られている。 ・日常業務の中でも電話対応の質改善が業務の中で行われている。 ・加えて左記研修を行うことで電話対応の質向上活動が補強されていることは、高く評価できる。 ・毎日の振り返りの蓄積も有効な質向上につながっている。研修も計画的に実施されている。
案内業務に従事するために必要な知識を習得するために研修を行っている。	5		5		
救急電話相談業務に従事するために必要な知識を習得するために研修を行っている。	5		5		
業務全般のサービス水準を向上させていくために、実務研修を行っている。	5		5		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
<p>(1) 入職時研修(40～48時間)を受講させ、一定のレベルに達しないと就業ができない研修プログラムとなっている。 また、一定のレベルについては管理グループ、横浜市医療局、横浜市医師会、統括責任者の評価基準に基づく。</p> <p>(2) 現任研修では相談看護師の場合、年間12回(月1回)、オペレーターの場合は年間4回の定期研修を行っている。</p> <p>(3) プロトコルの理解が不足している従事者に対しては、再研修も行っている。</p>					
【改善すべき点・課題等】					

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV-8 マニュアル

マニュアルが整備され、業務が体系化されているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
サービス水準を確保するため、標準的な業務実施手順や注意点等がマニュアル化されている。	4	A	4	A	
ミーティング等において、職員の意見を取り入れるなど、定期的にマニュアルの見直しが行われている。	4		4		
マニュアルが適正に保管され、従事者、管理者により活用されている。	4		4		
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
(1)オペレーター、相談看護師ともに、トークスクリプト(手本となるシナリオ)や対応手順がマニュアル化されている。 (2)オペレーター、相談看護師ともに毎月会議を実施しており、その場で意見交換がなされる。 (3)従事者および管理者マニュアルは公開のフォルダに格納され、常時閲覧可能な状態である。					
【改善すべき点・課題等】					

IV. 救急相談センターの適切な運営

IV-9 統計・データ分析

業務に必要な統計・データの分析が行われているか。

判断基準	指定管理者		選定評価委員会		
	小項目評価	項目評価	小項目評価	項目評価	評価所見(5、2、1の場合は記入必須)
曜日、時間帯ごとに入電件数が統計化されており、分析が行われている。	5	A	5	A	<ul style="list-style-type: none"> 統計化ならびに分析が確認できる。 入電件数の数値の統計のみならず、そこから読み取れた分析結果を人員配置や回線のコーディネートなどの基礎資料として活用されるとよりよい。
電話がつかない件数が統計化されており、分析が行われている。	5		5		<ul style="list-style-type: none"> 利用者の視点に立った分析が評価できる。
その他業務に必要な数値が統計化され、分析が行われている。	5		5		<ul style="list-style-type: none"> 綿密なデータ分析が評価できる。情報共有と改善事例が示されるとより素晴らしい。 分析が多岐にわたっている。 年間16万件超に及ぶ膨大なデータについて、繁忙時間帯や電話に対応できなかった事案の分析が行われ、職員のシフトを決定するなど実務的に利用されている。さらにデータ活用し、救急相談業務が充実することを期待する。 統計データのデータベース化、ならびに分析を行い業務に反映することが、業務改善には必要である。その体制が実際に確立していることを確認した。よって左記項目の達成状況は、高く評価できる。 ビッグデータを統計化されているので、分析し結果を今後学術的な発表につなげ救急相談の質の向上に努めること。
指定管理者記入欄					
【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)					
日報、週報、月報により必要なデータを抽出し、管理分析が行われている。					
【改善すべき点・課題等】					

V. 収支状況

V.-1 指定管理料の執行状況

指定管理料は適正に執行されているか。

判断基準	指定管理者	選定評価委員会	
	チェック項目	チェック項目	評価所見
適切な経理書類が作成されている。	レ	レ	
経理を担当する職員を配置している。	レ	レ	
収支決算書に記載されている費目に関し、伝票が存在する。	レ	レ	
通帳や印鑑などが適切に管理されている。	レ	レ	
外部の監査を受けている。	レ	レ	
指定管理者記入欄			
<p>【実施状況】(アピールポイント、実施内容、作成している資料、根拠となる資料等)</p> <p>本センターの経理処理については、必要最低限の出納処理(自費の返金・消耗品の支払い等)を本センター職員が行い、それ以外の入出金等に係る伝票処理から業者への振込処理については本部経理課が行うことで事務の合理化をはかると共に不正を防止している。 また、定期的に本部の監事が伝票・通帳等の監査を行っている。</p>			
<p>【改善すべき点・課題等】</p>			

V. 収支状況

V.-2 収支決算状況

予算と決算に大幅な相違がないか。

平成27年度～平成29年度 収支状況(予算・決算)				
		収入	支出	収支差引
27年度	予算	570,141,000	584,495,000	-14,354,000
	決算	607,062,179	591,121,676	15,940,503
28年度	予算	629,431,000	664,542,000	-35,111,000
	決算	677,117,282	671,391,337	5,725,945
29年度	予算	702,814,000	691,276,000	11,538,000
	決算	690,123,576	680,764,675	9,358,901
指定管理者記入欄		選定評価委員会記入欄		
<p>28年度は救急相談センター事業拡充のため、決算額が前年度に比べ大幅に増加した。</p> <p>(参考:患者数) 27年度: 予算 26,900人、決算 27,859人 28年度: 予算 28,000人、決算 27,575人 29年度: 予算 27,740人、決算 26,441人</p>		<p>○ 27年度、28年度の収入は予算額と決算額との乖離が5%を超えている。主に横浜市との協定の見直しによる指定管理料の増額分が予算に織り込まれていなかったため、乖離が発生したと思われる。29年度は指定管理料の増額がほとんどなかったため乖離はほとんど発生しなかった。</p> <p>支出は予算総額と決算総額の乖離がほとんどないが、27年度および28年度は救急医療情報センター事業の人員費の予算額と決算額の乖離が20%を超えている。</p> <p>29年度は項目ごとの予算額と実績額の差はほとんどなく、予算が精緻化された、若しくは、予算による管理が有効に機能したと推測される。但し、共通管理費支出の人員費支出のうち給与の予算額と決算額に27年度は8%超、28年度～29年度は20%超の乖離が生じており、予算作成の際により厳しく算定する必要がある。</p> <p>「Ⅲ.-9 経費節減など業務の効率化」の項目で「シフト制による勤務体制の実施や常勤職員の一部契約職員化により、経費削減に取り組んでいる。」との記載があり、決算書においても27年度～29年度の非常勤看護師・非常勤事務員に対する給与額がほぼ同額でコストの増額を抑えていることが読み取れる。</p> <p>しかし、政府の政策では有期契約から無期契約への切り替え、同一労働・同一賃金が図られていることから、今後は経費削減の手段とならないことが予想される。このような環境の中で経費の削減を続けることは難しいものと思われるが、その点についてどのように見込んでいるかを確認をする必要がある。</p> <p>○ いずれの年度も決算では黒字となっている。ただ、平成29年度は予算では収支差額は黒字計上されていたが、決算での黒字幅はそれほど伸びなかった。</p> <p>その要因としては、患者数が伸びなかったためと考えられる。</p>		

V.-3 利用料金収入実績

収支予算書(平成29年度)で示した利用料金収入がどの程度達成されているか。

平成29年度の利用料金収入見込み(収支予算書)	平成29年度の利用料金収入(収支決算書)	達成割合
341,200,000	326,192,479	96%
指定管理者記入欄	選定評価委員会	
<p>患者数が予算ベース27,740人、決算ベース26,441人と当初の見込みより大幅に少なかった(▲1,299人減)。</p> <p>患者一人当たりの単価(利用料金収入÷患者数)は12,337円で、前年度の単価12,327円と比べ大きな変化はなかった。</p> <p>患者数はここ数年、減少傾向にあり、インフルエンザ等の爆発的な流行がない限り、利用料金収入(診療収入)の増加は見込めない状況である。</p>	<p>○ 患者数に依存する利用料金収入は経営努力によりコントロールできるものではないなかで、見込みとの差を4%台で納めていることについては評価できる。</p> <p>○ 公益的な事業なので、患者が増えて増益に繋がることが良いとは一概に評価できない。</p>	