



横浜市総合保健医療センター指定管理者選定
評価委員会

総合保健医療センター評価シート



平成26年3月
横浜市

総合保健医療センター評価シート目次

I. 総則	2
I-1 職員の勤務実績・配置状況	2
I-2 職員のマナー	3
I-3 開館の実績	4
II. 施設・設備の維持管理	5
II-1 建物・設備の保守点検	5
II-2 備品の管理	6
II-3 清掃業務	7
II-4 警備業務	8
II-5 ゴミゼロ推進運動への取組	9
II-6 施設の衛生管理業務	10
III. 運營業務及びサービスの質の向上	11
III-1 人材の育成	11
III-2 適切な利用情報の提供	12
III-3 サービス水準の確保	13
III-4 職員間での情報共有化	14
III-5 個人情報の保護	15
III-6 事故防止対策への取組	16
III-7 事故発生時の対応体制の構築	17
III-8 災害発生時の対応体制の構築	18
III-9 利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築	19
III-10 利用者の苦情解決体制の構築	20
III-11 利用者アンケートの実施	21
IV. 診療所・介護老人保健施設・精神障害者支援施設の管理・運営	22
IV-1 各種法令の遵守	22
IV-2 広告の制限の遵守	23
IV-3 院内掲示義務の遵守	24
IV-4 業務委託基準の遵守	25
IV-5 診療用放射線の防護に関する義務の遵守	26
IV-6 雇入時の免許等の確認	27
IV-7 医療設備・機器の管理	28
IV-8 患者に対する責任	29
IV-9 診療録の管理	30
IV-10 薬剤・医薬材料の管理	31
IV-11 医療廃棄物	32
V. 収支状況	33
V-1 指定管理料の執行状況	33
V-2 収支決算状況	34
V-3 利用料金収入実績及び指定管理料実績	34
V-4 経費節減の取組	35
VI. 評価結果のまとめ	36

I. 総則

I-1 職員の勤務実績・配置状況

管理職を含む常勤職員及び非常勤職員の勤務実績、配置状況は適切か。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	Bに該当の上、次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	各業務に対し、必要最低限の職員を配置している。	レ		レ	
	各職員は、他の職員の業務状況を適切に把握している。	レ		レ	
B	提案書の職員体制と実際の体制に相違がない。	レ		レ	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・複合施設である総合保健医療センターの特性から、多くの専門職を必要としているが、円滑に業務が遂行できるように、職員配置を適切に実施している。 ・各部門の係別にシフト表が作成され、ボードなどにより他の職員の業務状況を把握できる工夫を行っている。 			<p>【特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・円滑に業務遂行ができるよう、適正な人員配置ができています。 ・各部署でシフト表を作成し職員に配付すると共に、ボード掲示によるビジュアル化を行うことで、職員はお互いの勤務状況を把握しています。 		
<p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>課題として、近年、高齢者介護施設の増加にともない、看護師、介護職員の採用に時間を要する状況が続いている。他の施設と比較して当センター職員の離職率は低いものの、退職者が出た場合の補充に苦勞している。</p>					

I-2 職員のマナー

利用者が気持ちよく利用できるよう、利用者に対する職員の接客マナーは適切か。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	利用者が職員だと判別できるよう、名札や制服を着用している。	レ		レ	
	職員の服装は適切である。	レ		レ	
	電話対応の際、施設名を名乗っている。	レ		レ	
	挨拶や対応の際の言葉遣いや態度が丁寧である。	レ		レ	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
【アピールポイント】 ・職員は全員「名札」を着用し、老健、診療所では制服を着用して業務に携わっている。 ・入通所の現場では職員の顔写真を掲示している。 ・電話対応では施設名を名乗っている。 ・言葉遣いや接客態度についても、利用者の立場に立ち親切でいねいな対応を心がけている。 ・サービス向上委員会では、毎年「接遇」に関する標語を施設内に掲示し、接遇向上に取り組んでおり、利用者及び面会のご家族、職員同士でも常にあいさつを心がけ実行している。			【特記事項】 ・名札、服装、電話対応、利用者に対する言葉遣いや態度など、何れも良好です。特に電話対応については施設名・氏名の名乗り、相談に対する丁寧な説明・対応ができています。 ・入通所施設の入口では職員の顔写真と名前が掲示されています。 ・施設内において職員が利用者に率先して声掛けを行い、和やかな雰囲気を作り出しているのは評価できます。		
【改善すべき点・課題等】					

I-3 開館の実績

業務の基準に定められたとおりに開館しているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	業務の基準に定められたとおりに開館している。	レ	A	レ	A
B	-				
C	業務の基準に定められたとおりに開館していない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
【アピールポイント】 ・介護老人保健施設(しらさぎ苑)や診療所病棟、精神障害者施設(ハイツかもめ)の入所部門は、年中無休の運営を行っている。その他の部門も業務の基準に定められたとおりに開館している。			【特記事項】 ・通所施設は業務基準通り休日を土日、祝日、年末年始とし、それ以外は開館しています。 ・入所施設は年中無休の運営を行っています。		
【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		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	Bに該当の上、次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	目に見える損傷等がなく、利用者が常に安全に利用できる状態に保たれている。	レ		レ	
	発見された不具合が適切に処理されている。	レ		レ	
B	業務の基準のとおり管理が行われている。				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
【アピールポイント】 ・施設・設備機器について日常的に点検を実施し、良好な状態を維持している。また、利用者が安心、快適に利用できるように美観維持に努めている。 ・不具合が発見された場合、職員が常駐の設備業者と協力し迅速に対応している。			【特記事項】 ・施設・設備の維持担当者が配置されており、発見された不具合の処理は設備業者と協力し、適切に行われています。		
【改善すべき点・課題等】 開設から21年が経過し、雨漏り等経年劣化に伴う修繕が必要な箇所が多くなってきている。小破修繕については随時対応を行っているが、その頻度が近年増加している。施設躯体にかかわる大規模修繕について横浜市と協議を重ね進めている。					

II-2 備品の管理

施設の備品が適切に管理されているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄		
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)	
A	Bに該当の上、次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A	
	備品台帳に記された備品がすべて揃っている。	レ		レ		
	総合保健医療センターの備品に目に見える損傷等がなく、良好な状態を保っている。	レ		レ		
B	総合保健医療センターの備品と指定管理者の備品を区別した備品台帳を作成している。					
C	A、Bのいずれにも該当しない。					
指定管理者記入欄			事務局記入欄			
【アピールポイント】 ・備品については備品台帳で適切に管理している。 ・備品は全て横浜市に所属し、指定管理者の備品はない。			【特記事項】 ・備品台帳のデータを管理しており、備品には台帳と対応したステッカーが貼付されています。 ・サンプル調査をしたところ備品は良好な状態にあり、台帳通り適切に管理されています。			
【改善すべき点・課題等】 開設から21年が経過し、備品の修繕が多くなってきている。指定管理の協定に基づき横浜市と相談しながら更新を計画的に行っていく。						

II-3 清掃業務

利用者が快適に利用できるよう、清掃が行き届いているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	業務の基準のとおり業務が実施されている。	レ		レ	
	目に見える埃、土、砂、ゴミ、汚れ等がない状態を維持し、不快感(見た目、悪臭等)を与えず、衛生的な状態が保持されている。	レ		レ	
	消耗品の補充が適切に行われている。	レ		レ	
	発見された不具合が適切に処理されている。	レ		レ	
B	—				
C	Aに該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄			
【アピールポイント】 ・毎日の日常清掃及び巡回清掃、年数回の定期清掃により館内は清潔に保たれている。また、必要時の「特別清掃」についても迅速に対応している。 ・作業状況については、日報(報告書)によりチェックをしている。		【特記事項】 ・「年度管理基本計画」により、日常清掃、定期清掃、カーペット等のスポット清掃の計画・実施の管理がされています。 ・定期清掃、スポット清掃に関しては、「清掃業務委託仕様書」により、業務内容が明確化されています。また、「作業完了報告書」により、実施と報告及び検収がされています。			
【改善すべき点・課題等】		・日常清掃に関しては、「清掃業務日報」により、チェックリストによるチェックと報告・検収がされています。消耗品の交換は、日常清掃の折りになされています。 ・館内視察の結果、館内は清潔で衛生的な状態が保持されています。 ・不具合点は、利用部門からも「清掃業務依頼表」によって指摘され、庶務係担当者のアクションにより適切に処理されています。			

II-4 警備業務

安全で安心感のある環境を確保しているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	Bに該当の上、次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	鍵の管理方法が明確になっている。	レ		レ	
	日常、定期的に館内外の巡回を行い、事故や犯罪を未然に防止するように努める。	レ		レ	
B	業務の基準のとおり業務が実施されている(24時間有人警備実施の確認)。	レ		レ	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間有人警備を実施しており、カギの受け渡しは毎日、守衛室で行っている。受け渡し簿を作成して、受渡し時間及び所属部門と個人のサインを記入し、受け渡しを明確にしている。 ・日常、定期的に館内外の巡回を実施し、防犯に努めている。 ・防犯カメラを増設し不審者の確認を行っている。 ・地下駐車場の管理マニュアルを新たに作成した。 			<p>【特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「保守警備委託仕様書」により、常時2名、1日24時間の勤務及び業務内容が定められています。 ・「警備日誌」により、毎日、24時間の警備状況の報告と研修がなされています。 ・「警備日誌」により、警備員の日常の館内巡回が行われています。 		
【改善すべき点・課題等】					

II-5 ゴミ減量推進運動への取組

横浜3R夢プランに則ったゴミ減量推進運動に取り組んでいるか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	ごみの発生抑制に取り組んでいる。	レ		レ	
	リサイクルに取り組んでいる。	レ		レ	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
【アピールポイント】 ・生活支援センター調理室には生ゴミ処理機を設置して排出量を減少させている。 ・横浜3R夢プランのポスターを掲示し、ゴミの減量を啓発している。 ・分別ボックスを設置し、ゴミの分別、リサイクルに取り組んでいる。 ・パソコンからの印刷、資料のコピーについては、両面印刷、両面コピーを励行し、排出量の削減に取り組んでいる。また、20枚以上のコピーについてはリソグラフ(印刷機)で印刷している。			【特記事項】 ・透明プラスチックの分別ボックスが配置され、分別管理が励行されています。 ・裏紙の活用については基準を明確にして行っています。 ・ゴミ発生量が下記の通り減少しており、適切に取組が行われていることが分かります。 24年度 69.92トン 23年度 70.07トン 22年度 71.43トン		
【改善すべき点・課題等】 					

II-6 施設の衛生管理業務

施設の衛生管理が適切に実施され、利用者が快適に利用できるような状態が保持されているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	建築物環境衛生管理基準に従って各種測定等が実施されている。	レ		レ	
	エレベーターの点検が年1回以上実施されている。	レ		レ	
	貯水槽において、年2回の水質検査と年1回の定期清掃が実施されている。	レ		レ	
	浴室において、レジオネラ菌検査・大腸菌検査を実施している。	レ		レ	
	浴室において、浴槽内の水を毎日完全に入れ替えている。	レ		レ	
	給食施設において、区福祉保健センターの実地検査を受けている。	レ		レ	
B	—				
C	Aに該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄			
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・エレベータ点検は毎月(年12回)実施している。 ・浴室は使用後に毎回清掃を実施すると共に、レジオネラ菌の発生を防止するため、浴室内及び脱衣所を業務用扇風機で迅速に乾かして水気を取っている。 ・給食施設は区福祉保健センターの実地調査を毎年受け適切に管理している。 ・介護老人保健施設での衛生管理及び感染対策で特に重要な、インフルエンザ、ノロウイルスの対策のために、加湿器の設置や吐物等の緊急処理用消毒液等の配置を行っている。 ・ノロウイルス対策として、吐物処理用の消毒液を利用者と接する全ての部署に配置している。 ・老健、診療所の出入り口に来所者用の消毒液及びマスクを配置している。また、冬季には正面玄関、北口玄関にも消毒液を配置し感染防止対策としている。 <p>【改善すべき点・課題等】</p>		<p>【特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・貯水槽、浴室、防鼠駆除などについて仕様を定めています。 ・左記の通りインフルエンザ及びノロウイルス対策のための処置が適切に行われています。 ・給食施設の衛生管理については「給食業務委託仕様書」により、明確に定められています。 			

Ⅲ. 運營業務及びサービスの質の向上

Ⅲ-1 人材の育成

人材育成のために研修等を実施しているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	全職員を対象に基礎研修を行っている。	レ		レ	
	対象者別研修を行っている。	レ		レ	
	全職員を対象にMBOを実施している。	レ		レ	
B	－				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
【アピールポイント】 ・人権研修、安全管理研修を全職員対象に毎年実施している。接遇研修は採用時に実施している。 ・新採用職員研修を年3回実施しており、中堅職員研修は外部研修を活用している。 ・専門職が多いため各学会及び職能団体等が主催する専門研修に積極的に参加している。 ・横浜市との特定協約の協約事項でも、人材育成のための外部研修への参加について高い目標を掲げている。 ・人権研修や感染対策研修等の基礎研修については総合保健医療センター内に働く委託業者社員も参加できるようにしている。			【特記事項】 ・年度の職員研修計画を定め、センター内では安全管理研修、接遇研修、新採用研修等の研修を行うとともに、外部研修にも積極的に参加させています。 ・横浜市との特定協約で外部研修への派遣回数目標を定めており、実績は目標を大幅に上回っています。(24年度目標180回、実績249回)		
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ-2 適切な利用情報の提供

すべての利用者が等しく利用情報を得ることができるよう、適切な利用情報の提供を行っているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄		
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)	
A	Bに該当の上、次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A	
	サービスの情報や施設利用案内を記載したパンフレット・掲示物等を作成している。	レ		レ		
	情報提供に当たっては、わかりやすい言葉遣いや写真・図・絵等を活用し、誰にでもわかるような工夫を行っている。	レ		レ		
B	次のすべてに該当する。	レ		レ		
	情報誌「ホット・ほっと」を年2回以上発行している。	レ		レ		
	指定管理者の名称や指定期間、概要等について館内の掲示板やHP等で利用者に周知している。	レ		レ		
	事業計画書・事業報告書を公表している。	レ		レ		
	見学などの希望に対応している。	レ		レ		
C	A、Bのいずれにも該当しない。					
指定管理者記入欄		事務局記入欄				
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・写真や図など工夫した、総合保健医療センター全体のリーフレットを作成するとともに、各部門のリーフレットも作成している。 ・財団の広報誌としては、年2回「ホット・ほっと」を発行している。また、各部門では、老健で毎月「しらさぎ通信」を、生活支援センターでは「支援センター便り」を発行している。他にも、不定期ではあるが、生活訓練施設では、「かもめ通信」、就労支援センターでは「ぱーとなー通信」を発行している。 ・ホームページで施設の案内や発行した広報誌の掲載を行っている。また、ディスクロージャーとして財団の事業計画、事業報告、財務諸表等を公表している。 ・見学の案内はHPのTOPページに載せ、希望者に対応している。 ・館内のサインのデザインを統一し、施設利用についての利便性を図った。 <p>【改善すべき点・課題等】</p>		<p>【特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報誌「ホット・ほっと」、「しらさぎ通信」をはじめ多数の広報誌を発行しており、広報の取組を積極的に行っています。 ・指定管理者の名称と指定期間は館内及びホームページに掲示されており、周知が図られています。 ・事業計画書及び事業報告書はホームページで公開されています。 ・センター内の施設(老健施設、訪問看護ステーション等)についても別途パンフレットを作成しています。 				

Ⅲ-3 サービス水準の確保

個々のサービスについて、対応職員によって格差が生じないように、施設のサービス水準を確保するための取組を行っているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	Bに該当の上、すべてに該当する。	レ	A	レ	A
	施設の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わかりやすく明文化(マニュアルの作成等)されている。	レ		レ	
	全職員が一貫した認識を共有した上でサービスを提供している。	レ		レ	
	職員の意見を取り入れながら、標準的な業務実施手順等をスタッフミーティング等において定期的に見直している。	レ		レ	
B	次のすべてに該当する。	レ		レ	
	接遇研修を実施している。	レ		レ	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
【アピールポイント】 ・標準的な業務実施手順書があり活用している。 ・各部門では定期的に勉強会やミーティングを実施している。新採用職員に対しては、計画的にOJTを実施している。 ・職員は積極的に専門研修に参加し、スキルアップを図っている。			【特記事項】 ・各部署で業務マニュアルを整備しており、全職員が一貫したレベルのサービスの提供に取り組んでいます。 ・接遇研修・人権研修はセンター全体及び各部署で実施されています。 ・各部署における勉強会の実施、ミーティング及びOJT等によりマニュアルの共有と改善が図られています。		
【改善すべき点・課題等】			・センター全体として「サービス向上委員会」を設置し、下部組織として「質向上部会」「サービス検討部会」を設け、サービス水準の向上を図っています。		

Ⅲ-4 職員間での情報共有化

職員間で、適切に各種情報の共有化が実現されているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	情報の流れが明確にされ、必要な情報が職員に的確に届くような体制が整備されている。	レ		レ	
	職員間で、情報共有を目的とした定期的な会議(スタッフミーティング等)が開催されている。	レ		レ	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
【アピールポイント】 ・毎週、センター全体の管理職会(センター連絡会)及び部門毎の管理職会を開催しており、その内容を職場毎のミーティングや係会議で全職員に周知している。 ・「経営管理会議」を毎月1回開催し、各部門の利用状況及び稼働率、収入の報告、委員会報告を行うとともに、職員への周知を図っている。			【特記事項】 ・定例会議の体系を下記の通り定めており、情報の伝達と共有化が図られています。 経営管理会議(月次)－センター連絡会(週次)－各部管理職会議(週次)－フロア会議・係会議(週次) ・経営管理会議の下に分野別・課題別の委員会と構成員が定められ、分野別・課題別の経営管理活動に関する情報が管理者・関係者に組織的に共有されています。		
【改善すべき点・課題等】			・各職場では「日誌」、「引継ノート」が作成され、関係者に回覧されています。		

Ⅲ-5 個人情報の保護

個人情報の保護に対する体制が整っているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄			
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)		
A	Bに該当の上、次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A		
	横浜市が規定する個人情報取扱特記事項に基づいて、年1回以上点検・評価を行っている。	レ		レ			
B	次のすべてに該当する。	レ		レ			
	個人情報を収集する際は必要な範囲内で適切な手段で収集し、目的以外に使用していない。	レ		レ			
	個人情報の取扱いに関するルールやマニュアル等が整備され、管理責任者が特定されている。	レ		レ			
	個人情報の漏洩、滅失、き損及び改ざんの防止、その他の個人情報の適正な管理のためにID番号やパスワードの設定をしている。	レ		レ			
	個人情報の取扱いについて、職員等に対する研修を年1回以上実施し、個別に誓約書を取っている。	レ		レ			
C	A、Bのいずれにも該当しない。						
指定管理者記入欄				事務局記入欄			
【アピールポイント】 ・個人情報の取り扱いについて新たな様式の「誓約書」を作成し常勤・非常勤職員から取っている。 ・今年度新たに「SNS」の利用についてのガイドラインを制定し、職員に周知している。 ・個人情報に関する書類は、カギ付きの書棚若しくは倉庫に保管し適切に管理している。また、各部門にシュレッダーを配置し、書類等の廃棄処理を行っている。 ・パソコンについては起動時に個人ごとにパスワード設定をおこなっている。 ・「プライバシーポリシー」及び「個人情報の利用目的」についてはホームページでも公開している。				【特記事項】 ・個人情報の取り扱いについて詳細な内容の誓約書を作成し、全職員が署名したものを保管しています。 ・「SNSの利用についてのガイドライン」を作成し、フェイスブックやツイッターといったツールを利用する際の注意点を周知しています。 ・委託先が個人情報を取り扱う場合があることから、委託先に対する研修を24年度に実施しています。			
【改善すべき点・課題等】							

Ⅲ-6 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		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	安全管理委員会を設置している。	レ		レ	
	感染対策委員会を設置している。	レ		レ	
	過去に発生した事故の内容や対応内容(事故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。	レ		レ	
	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。	レ		レ	
	事故防止策の研修等を実施している。	レ		レ	
	事故防止のチェックリスト・安全管理マニュアル・感染防止マニュアルを整備し、定期的に更新している。	レ		レ	
B	—				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
【アピールポイント】 ・安全管理委員会の下に「リスクマネジメント部会」を設置し、毎月各部門から提出される「ひやり・はっと」報告の分析を行っている。また、「ひやりはっと事例集」を作成している。 ・介護老人保健施設での感染対策で特に重要な、インフルエンザ、ノロウイルスの対策のために、加湿器の設置や吐物処理用の消毒液等の配置を利用者と接する全ての部署に配置している。 ・老健、診療所の出入り口に来所者用の消毒液とマスクを配置している。 ・「手洗いチェッカー」を用いた研修を全職員対象に実施し、感染対策につなげている。			【特記事項】 ・年1回 全体での安全管理研修を実施するとともに、看護部では定期的に事故防止のための研修を実施しています。 ・日々ひやり・はっと事例の抽出を各部で行うとともに、事例集としてまとめています。 ・結核・ノロウイルス及びインフルエンザの感染防止を主眼に感染対策を実施しています。		
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ-7 事故発生時の対応体制の構築

事故発生時の対応体制が確立しているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	施設内で、事故対応責任者が明確になっている。	レ		レ	
	発生した事故内容等についての記録を作成している。(ヒヤリ・ハット集の作成)	レ		レ	
	事故対応策の研修等を実施している。	レ		レ	
	事故発生時の連絡体制を確保している。	レ		レ	
B	—				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
【アピールポイント】 ・センター内の各部門(26カ所)に安全管理マニュアルを配置して、事故発生時の対応を行う仕組みを作っている。 ・各部署により利用者の特質が異なるため、事故対応研修については部門での研修を実施している。 ・利用者に関する事故が発生した場合、速やかに横浜市の所管部署に報告をしている。 ・安全管理マニュアルの変更については、リスクマネジメント部会に諮り、その上で安全管理委員会で承認を得る仕組みになっている。 ・横浜市医療安全課が主催する医療安全研修会に毎回参加し、情報を得て、職員へフィードバックしている。 ・AEDを1台増設し、2台とした。 ・今年度はAEDの使用方の講習会を、職員が幅広く参加できるように10月と11月に2回に分けて実施した。			【特記事項】 ・「安全管理マニュアル」の「安全管理体制」において、事故発生時の対応体制と責任体制が明確に定められています。 ・利用者に関する事故が発生した際は、横浜市の所管部署(高齢健康福祉部、障害福祉部及び健康安全部)に報告がされています。		
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ-8 災害発生時の対応体制の構築

S 6 3 厚生省健政発第56号（医療施設における防火・防災対策要綱の制定について）の遵守。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	火元責任者が配置されている。	レ		レ	
	防火管理者及び防災管理者が選任されている。	レ		レ	
	消防計画が定められている。	レ		レ	
	年間2回以上防火訓練が実施されている。	レ		レ	
	年間2回以上避難訓練が実施されている。	レ		レ	
	認知症等の患者の喫煙については職員の管理下で行われている。	レ		レ	
	3日分の備蓄食糧及び水を確保している。	レ		レ	
B	—				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
【アピールポイント】 ・新採用職員研修において、港北消防署署員の指導の下、消火訓練を毎年行っている。 ・同一敷地内にあるリハセンター、ラポールとの共同防火管理協議会を設置すると共に、合同防災訓練を実施し、防災体制の強化を図っている。 ・AEDをセンター内2か所(1階、4階)に設置している。 ・地下駐車場は遊水池となっていることから、冠水による車両水没事故を防止するため、警備委託業者と協働で新たなマニュアルを作成した。			【特記事項】 ・庶務係長が防火管理者及び防災管理者として選任されています。 ・25年度は5月及び9月に防災訓練(地震と火事が発生したとの想定)が実施されています。なお、9月はリハセンター及びラポールと3施設合同で訓練を実施しました。 ・年2回の防災訓練と併せて避難訓練を行うとともに、部署によっては毎月自主的に訓練を実施しています。		
【改善すべき点・課題等】			・備蓄食糧及び水については一覧表にして管理を行っています。特に食糧については朝昼夕のメニューまで明確にしています。		

Ⅲ-9 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		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	Bに該当の上、次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	利用者が苦情や意見を述べやすいよう、窓口(ご意見箱の設置、HPでの受付等)を設置している。	レ		レ	
	利用者からの苦情や意見等が寄せられた際には、内容を記録し、対応策を実施している。	レ		レ	
B	次のすべてに該当する。	レ		レ	
	苦情解決総括責任者・苦情解決責任者を定め、第三者委員を委嘱し、周知している。	レ		レ	
	ご意見ダイヤルの利用方法に関する情報を提供している。	レ		レ	
	ご意見ダイヤルに意見等が寄せられた場合、その対応につき公表している。	レ		レ	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄			
【アピールポイント】 ・意見・苦情受付の仕組みを明示したポスターを施設内に掲示している。また、横浜市福祉調整委員会、かながわ福祉サービス運営適正化委員会の意見・苦情受付のポスターも掲示して利用者に周知している。 ・各部署に「意見箱」を設置し、利用者からの意見、苦情を受け付けている。また、HPのトップページにセンターへの問合せEメールのリンクを貼っており、施設利用についての問い合わせに回答している。 ・「意見箱」に利用者から寄せられた意見、苦情等については迅速に対応し、その状況を半年毎にまとめて施設内に掲示し、HPでも公開している。 ・老健利用者及びご家族に対する「利用者満足度調査」を毎年実施し、施設に対する要望、意見を取り入れ改善に繋げている。 ・老健利用者満足度調査の結果は報告書を作成し、その概要については「しらすぎ通信」を用い、利用者、ご家族、ケアマネージャー等に伝えている。 ・今年度は精神障害者支援部門の2施設で第三者評価を受審し、ご家族への調査を実施した。 ・ご意見ダイヤルに寄せられた意見、苦情はない。		【特記事項】 ・苦情解決規程が定められ、苦情解決体制として、苦情解決総括責任者、苦情解決責任者、苦情解決担当者及び第三者委員(人権擁護委員及び弁護士)が定められています。 ・苦情処理体制の利用者への周知として、第三者委員を含めた担当者、責任者の明示、苦情解決までの仕組みがチラシ及びポスターにて案内されています。 ・「ご意見ダイヤル」の利用について、ポスターで案内されています。 ・各部署に「ご意見箱」を設置するとともに、ホームページからも意見を受け付ける仕組みもあります。 ・「苦情解決規程」で定められた「苦情申出受付書」、「苦情対応記録」及び「苦情解決結果報告書」等により、受付から解決までの仕組みを構築しています。			
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ-10 利用者の苦情解決体制の構築

利用者の意見、苦情等を受けて、迅速に対応できる体制を構築しているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	Bに該当の上、次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	苦情等への対応結果について、利用者へ公表している。	レ		レ	
B	次のすべてに該当する。	レ		レ	
	苦情解決第三者委員を選任している。	レ		レ	
	利用者に対し、苦情等への対応手順、担当者等が明確にされている。	レ		レ	
	苦情等の内容を検討し、その対応策を講じている。	レ		レ	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄			
【アピールポイント】 ・苦情解決第三者委員を選任し委嘱している。 ・苦情解決第三者委員への報告は、規程に基づき半年毎に文書で行い助言を得ている。また、個別に対応が必要な場合は、ケース毎に第三者委員へ直接相談を行っている。 ・財団の苦情解決の仕組みの他に、「横浜市福祉調整委員会」や「かながわ福祉サービス運営適正化委員会」のポスターを掲示して、苦情受付相談窓口の周知を行っている。		【特記事項】 ・人権擁護委員と弁護士を第三者委員として選任し、左記の通り報告と助言及び苦情内容により、直接相談が行われています。			
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ-11 利用者アンケートの実施

サービス全体に対する利用者の満足度を把握し、課題がある場合には対応策を講じているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	Bに該当の上、次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	利用者アンケートの結果を公表している。	レ		レ	
	利用者アンケートからサービスに係る課題を抽出している。	レ		レ	
	利用者アンケートから抽出した課題への対応策を講じ、改善している。	レ		レ	
B	次のすべてに該当する。	レ		レ	
	サービス全体に対する利用者アンケートを最低、年1回以上実施している。	レ		レ	
	利用者満足度調査を実施している。	レ		レ	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
【アピールポイント】 ・老健・介護療養型医療施設では、本人とご家族に対して、毎年サービス全体に対する「利用者満足度調査」を実施し、得られた情報に基づく改善の取り組みを継続している。 ・調査結果は「しらさぎ通信」に載せるとともに、HPで公表している。 ・老健は平成18年度から3年毎に福祉サービス第三者評価を受審し、客観的評価に基づく改善課題を把握している。この中からセンター全体に共通する課題について、サービス向上委員会を設置し、センター全体で改善の取り組みを行っている。 ・精神障害者支援部門では、今年度生活訓練施設と就労移行支援事業所が福祉サービス第三者評価を受審し、利用者及び利用者家族へのアンケートを行った。 ・利用者の利便性を図るため、館外及び館内のサインを見直し、わかりやすい案内表示に変更した。			【特記事項】 ・老健及び介護療養型医療施設の利用者及び家族に対し、郵送で「利用者満足度調査の依頼」を送付し、回答を得ています。 ・調査結果は「しらさぎ通信」に載せるとともにホームページでも公開されています。		
【改善すべき点・課題等】					

IV. 診療所・介護老人保健施設・精神障害者支援施設の管理・運営

IV-1 各種法令の遵守

各種法令の遵守と関係者の理解の確認。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	医療法、消防法等診療所等の管理に関わる各種法令の基準を満たしている。	レ		レ	
	診療所管理者は各種法令を十分に認識している。	レ		レ	
	法令に基づく許可証等が適切に保管されている。	レ		レ	
B	－				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄			
【アピールポイント】 各種法令については全て遵守している。		【特記事項】 ・本センターの開設に当たっては、医療法、消防法に基づき横浜市が申請し、許可を得ています。 ・介護保険法に基づき、介護老人保健施設開設などの申請と許可を得ています。			
【改善すべき点・課題等】		・診療科目や勤務医の変更などについては都度 手続きが行われています。 ・法令に基づく各種許可証等は施錠できるキャビネットにて、適切に保管されています。			

IV-2 広告の制限の遵守

医療法第6条の5並びにH14厚労告第158号（専門医の広告に関する基準・手続き等）の遵守

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	診療科目は政令で定める診療科目を標榜している(医療法第6条の5)	レ		レ	
	広告できる事項についてのみ広告している(H14厚労告158号)	レ		レ	
B	—				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄			
【アピールポイント】 ・法令に基づいた標榜、広告を行っている。		【特記事項】 ・館内掲示にて内科、精神科、放射線科の標榜できる科目のみが明確にされています。			
【改善すべき点・課題等】					

IV-3 院内掲示義務の遵守

医療法第14条の2の遵守

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	院内掲示義務(医療法第14条の2)を満たしている	レ		レ	
B	—				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
【アピールポイント】 ・センター長名、医師名、診療日、診療時間を外来掲示板に明示している。 ・診察室の各ブースに担当医師名を明示している。			【特記事項】 ・左記の事項を確認しました。		
【改善すべき点・課題等】					

IV-4 業務委託基準の遵守

医療法第15条の2、同施行令第4条の7、同施行規則第9条の遵守

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	以下の項目について、委託を行っている場合に業務委託基準(医療法第15条の2)を満たしている (医療法施行令第4条の7)	レ		レ	
	検体検査(医療法施行規則第9条の8)	レ		レ	
	クリーニング(医療法施行規則第9条の14第10号)	レ		レ	
	医療機器点検(医療法施行規則第9条の7)	レ		レ	
	ガス供給設備点検(医療法施行第9条の13)	レ		レ	
	施設清掃(医療法施行規則第9条の15)	レ		レ	
B	—				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄			
【アピールポイント】 ・委託業者は、横浜市一般競争有資格者名簿に掲載されている業者から選定している。 ・医療機器点検は、メーカーに委託して行っているが、「厚労省医療機器修理業許可証」の写しを提出させている。 ・清掃委託業務の業者選定においては、業務経歴の中で医療機関の業務経験を基準としている。		【特記事項】 ・検体検査、クリーニング、医療用機器点検、ガス供給設備点検、施設清掃等の委託業者は、横浜市一般競争有資格者名簿に記載されていることを確認しました。 ・医療用機器点検受託業者は、「厚労省医療機器修理許可証」を有していることを確認しました。			
【改善すべき点・課題等】					

IV-5 診療用放射線の防護に関する義務の遵守
医療法施行規則第30条の遵守

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	放射線量の測定記録を法定期間で行っている(医療法施行規則第30条の21)	レ		レ	
	放射線測定記録を過去5年分保管している(同上)	レ		レ	
	放射線診療従事者に対して、外部被ばくの線量測定が行われている(医療法施行規則第30条の18第2項)	レ		レ	
B	—				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄			
【アピールポイント】 ・放射線測定を法定期間で実施し、その記録を保存している。また、ルクセルバッチ(個人線量計)についても毎月定期測定を実施している。		【特記事項】 ・「漏洩線量測定結果書」により、年2回の測定が実施されており、測定記録は5年間保管されています。 ・「外部被曝線量測定報告書」により、毎月測定が実施されていることが分かります。			
【改善すべき点・課題等】					

IV-6 雇入時の免許等の確認

医師法第17条他の遵守

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	有資格業務に従事する者について、雇入時に免許の確認を行っている。(医師法第17条他)	レ		レ	
	医師について、雇入時に保険医登録の確認を行っている。(健康保険法第64条)	レ		レ	
B	—				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
【アピールポイント】 ・有資格者の免許及び保険医登録について、雇い入れ時に確認を行っている。また、免許等については写しを保管している。			【特記事項】 ・組織図上に配置されている有資格者の免許は雇用の際に確認し、全て写しを保管しています。 ・医師の保険医登録については雇用の際に確認しています。		
【改善すべき点・課題等】					

IV-7 医療設備・機器の管理

機器が適切に管理されているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	医療設備・機器の管理が適切に行われている。	レ		レ	
	医療設備・機器は定期的に保守・点検されている。	レ		レ	
	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。	レ		レ	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
【アピールポイント】 ・医療設備、機器については専門業者に委託し適正に管理・保守を行っている。 ・トラブル発生時には、委託業者への連絡や利用者への対応等をきちんと行っている。 ・保守、点検の記録は一元管理を行っている。 ・医療機器の始業時点検等の日常点検は各技師が行い、適正に管理、保守を行っている。			【特記事項】 ・「医療機器安全管理者の設置と医療機器保守点検計画」を定めており、それに沿って保守点検が適切に行われています。 ・「始業・終業点検記録」により、毎日の始業・終業点検の実施と部署責任者・医療安全責任者への報告がなされています。 ・「故障時の連絡体制」フロー図により、故障対応体制が整備されています。		
【改善すべき点・課題等】					

IV-8 患者に対する責任

医師の責任が明確になっているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	各部門の責任者の氏名が患者に明らかになっている。	レ		レ	
	医師の診療日・診療時間が患者に明らかになっている。	レ		レ	
	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。	レ		レ	
	休診・代診の情報が患者に明らかになっている。	レ		レ	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄			
【アピールポイント】 外来に設置してある掲示板に、センター長名、医師名、診療日、時間等の明示をしている。担当医師名については、各診療ブース前にも明示している。		【特記事項】 ・左記の通り医師名や診療日等が明示されています。			
【改善すべき点・課題等】					

IV-9 診療録の管理

医師法第24条の遵守ほか

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	診療録の管理が適正に行われている。(医師法第24条)	レ		レ	
	1患者1IDで重複無く管理されている。	レ		レ	
	診療録管理についてマニュアルがある。	レ		レ	
B	—				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄		
【アピールポイント】 ・診療録の管理は法令に基づいた期間(5年間)を適正に保管している。 ・IDはコンピューターシステムで適正に管理され、重複登録のないように管理されている。 ・カルテ管理マニュアルに基づき適切に管理を行っている。			【特記事項】 ・診療録は書庫において施錠管理されています。 ・左記の通りシステムにより登録管理が行われており、患者の重複登録が行われない仕組みとなっています。 ・「診療録等管理マニュアル」にて、保管、貸出、閲覧、出庫・入庫、廃棄等が明確に定められ、適切に管理を行っています。		
【改善すべき点・課題等】					

IV-10 薬剤・医薬材料の管理

医療法施行規則第14条並びに薬事法第48条の2の遵守

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	Bに該当の上、次のすべてに該当する。	レ	A	レ	A
	薬剤が法令に基づき適切に管理されている。(医療法施行規則第14条、薬事法第48条の2)	レ		レ	
	医薬材料の在庫は適正に管理されている。	レ		レ	
B	次のすべてに該当する。	レ		レ	
	薬剤・医薬材料の発注が適正に行われている。	レ		レ	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄			
【アピールポイント】 ・薬剤は「医薬品業務手順書」により適正に管理されている。 ・薬剤の在庫管理は「購入状況表」「在庫表」「払出状況表」により適正に管理している。		【特記事項】 ・「医薬品業務手順書」により、医薬品の採用、購入、取り間違い防止、規制医薬品の取扱、在庫棚卸、処置薬の取扱等が定められています。 ・在庫管理システムにより、入出庫の管理、在庫管理、発注管理等は適正に実施されています。			
【改善すべき点・課題等】					

IV-11 医療廃棄物

廃棄物の処理及び清掃に関する法律の遵守

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	Bに該当の上、次のすべてに該当する。(感染性廃棄物処理マニュアル)	レ	A	レ	A
	医療廃棄物が適切に管理されている。	レ		レ	
	manifestが適切に保管されている。	レ		レ	
B	次のすべてに該当する。	レ		レ	
	医療廃棄物処理の担当者が決まっている。	レ		レ	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄			
【アピールポイント】 ・医療廃棄物は「特別管理廃棄物収集運搬業」及び「処分業者」の許可を受けた業者に委託している。 ・医療廃棄物処理の担当者がmanifestを確認している。また、manifestの保管を行っている。		【特記事項】 ・「庶務係業務分担表」において、医療廃棄物処理担当者は、明確に定められています。 ・「感染性廃棄物処理マニュアル」により、廃棄物の種類、収集、処理の流れ等が定められています。それに従い、白い蓋付きの専用収納容器を指定場所に設置し、鍵のかかる専用保管場所に運搬・保管しています。また、「特別管理産業廃棄物保管場所」の表示をしています。			
【改善すべき点・課題等】		・manifestは総務部において施錠管理されています。			

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		指定管理者記入欄		事務局記入欄	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	Bに該当の上、外部の監査を受けている。	レ	A	レ	A
B	次のすべてに該当する。	レ		レ	
	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	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄			
【アピールポイント】 ・財団の会計経理については、法人会計規程等に基づき、適切に行っている。 ・経理担当職員を配置し、適切な経理書類の作成と保管がなされている。 ・財務諸表に記載されている費目については、伝票が適正に作成されており、存在している。 ・通帳は金庫に保管し、金庫は常時施錠されている。通帳印は金庫とは別の鍵のかかる場所に保管しており、一層の安全性を確保している。 ・監査については横浜市総合保健医療財団の理事会で承認されており、その過程で監査報告書が監事である公認会計士及び弁護士により作成されている。		【特記事項】 ・左記の事項を確認しました。			
【改善すべき点・課題等】					

V-2 収支決算状況

予算と決算に大幅な相違がないか。収入－支出がプラスになっているか。

確認事項	
(予算収入 1,657,412,000 円) - (決算収入 1,685,815,283 円) = △28,403,283 円	
(予算支出 1,657,412,000 円) - (決算支出 1,622,019,933 円) = 35,392,067 円	
(決算収入 1,685,815,283 円) - (決算支出 1,622,019,933 円) = 63,795,350 円	
指定管理者記入欄	事務局記入欄
【特記事項】 ・決算収入の対予算比率は101.7%、決算支出の対予算比率は97.9%であり、予算と決算に大幅な相違はなく、収入、支出ともに適正に管理・執行している。 ・収支差額は63,795千円のプラスとなっている。 ・財団全体の収支差額は63,500千円のプラスであり、ここから投資活動収支差額(退職給付引当資産の取崩及び積立の差額)を差し引いた当期収支差額は財団全体で8,657千円のプラスとなっている。	【特記事項】 ・左記の通り予算と決算の額について、大幅な相違は見られません。 ・左記の通り収支差額はプラスとなっています。

V-3 利用料金収入実績及び指定管理料実績

事業計画書等で示した利用料金収入の目標値がどの程度達成されているか。

事業計画書等で示した目標値	達成割合(利用料金収入/目標値×100) (指定管理料/目標値×100)
利用料金収入: 818,659 千円 指定管理料: 779,035 千円	利用料金収入: 101.3% (829,514 / 818,659 × 100 = 101.3%) 指定管理料: 100.0% (779,035 / 779,035 × 100 = 100.0%)
指定管理者記入欄	事務局記入欄
【アピールポイント】 ・利用料金収入は目標を上回っている。 ・指定管理料は目標どおりである。	【特記事項】 ・利用料金収入は目標を上回ることができており、評価できます。
【改善すべき点・課題】	

V-4 経費節減の取組

経費節減のための努力を行っているか。

指定管理者記入欄	事務局記入欄
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・設備委託業者から毎月報告される、電気、ガス、水道等の使用量を、センター連絡会を通して全職員に周知し、使用量の節減に向けた意識付けを行っている。 	<p>【特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・光熱費については ESCO 事業の導入(自前の発電設備)による削減を行っています。 ・委託契約についても入札制とすることで、積極的に経費の削減を図っています。
<p>【改善すべき点・課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開設から21年以上経過しており、設備・備品の経年劣化による修繕や新規購入の必要性が増えてきており、市と協議した上での計画的な更新計画の策定が必要となっている。 	

VI. 評価結果のまとめ

横浜市総合保健医療センター評価結果一覧表

施設名：横浜市総合保健医療センター

評価委員会名：指定管理者選定評価委員会

評価項目		指定管理者 自己評価結果	事務局 評価結果
I. 総則			
1.職員の勤務実績、配置状況	管理職を含む常勤職員及び非常勤職員の勤務実績、配置状況は適切か	A	A
2.職員のマナー	利用者が気持ちよく利用できるよう、利用者に対する職員の接客マナーは適切か	A	A
3.開館の実績	仕様書に定められた、もしくは事業計画書のとおり開館しているか	A	A
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	A	A
2.備品の管理	備品が適切に管理されているか	A	A
3.清掃業務	利用者が快適に利用できるような状態が保持されているか	A	A
4.警備業務	安全で安心感のある環境を確保しているか	A	A
5.ゴミ減量推進運動への取組み	横浜3R夢プランに則ったゴミゼロ推進運動へ取り組んでいるか	A	A
6.施設の衛生管理業務	施設の衛生管理が適切に実施され、利用者が快適に利用できるような状態が保持されているか	A	A
III. 運営及びサービスの質の向上			
1.人材の育成	人材育成のために研修等を実施しているか	A	A
2.適切な利用情報の提供	全ての利用者が等しく利用情報を得ることができるよう、適切な利用情報の提供を行っているか	A	A
3.サービス水準の確保	個々のサービスについて、対応職員によって格差が生じないよう、施設のサービス水準を確保するための取組みを行っているか	A	A
4.職員間での情報共有化	職員間で、適切に各種情報の共有化が実現されているか	A	A
5.個人情報の保護	個人情報の保護に対する体制が整っているか	A	A
6.事故防止対策への取組	事故防止のための体制の構築・取組みを行っているか	A	A
7.事故発生時の対応体制の構築	事故発生時の対応体制が確立されているか	A	A
8.災害発生時の対応体制の構築	S63厚生省健政発第56号の遵守	A	A
9.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	A	A
10.利用者の苦情解決体制の構築	利用者の意見、苦情等を受けて、迅速に対応できる体制を構築しているか	A	A
11.利用者アンケート調査の実施	サービス全体に対する利用者の満足度を把握し、課題がある場合には対応策を講じているか	A	A
IV. 診療所・介護老人保健移設・精神障害者支援施設の管理・運営			
1.各種法令の遵守	各種法令の遵守と関係者の理解の確認	A	A
2.広告の制限の遵守	医療法第6条の5並びにH14厚労告第158号の遵守	A	A
3.院内掲示義務の遵守	医療法第14条の2の遵守	A	A
4.業務委託基準の遵守	医療法第15条の2、同施行令第4条の7、同施行規則第9条の遵守	A	A
5.診療用放射線の防護に関する義務の遵守	医療法施行規則第30条の遵守	A	A
6.雇入時の免許の確認	医師法第17条他の遵守	A	A
7.医療設備・機器の管理	機器が適切に管理されているか。	A	A
8.患者に対する責任	医師の責任が明確になっているか。	A	A
9.診療録の管理	医師法第24条の遵守ほか	A	A
10.薬剤・医薬材料の管理	医療法施行規則第14条並びに薬事法第48条の2の遵守	A	A
12.医療廃棄物	廃棄物の処理及び清掃に関する法律の遵守	A	A
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	A	A
2.収支決算状況	収入—支出がプラスになっているか	+	+
3.利用料金収入実績	事業計画書等で示した利用料金収入の目標値がどの程度達成されているか	101.3%	101.3%
4.経費節減状況	経費節減のための努力を行っているか	—	—

横浜市総合保健医療センター評価総括

項目	指定管理者自己評価	事務局による評価
I. 総則	平成 24 年 4 月 1 日から新たな法律の下での公益法人となり、従前よりもなお一層の公益目的事業の展開を進めている。	法の定める資格要件を満たす人材の配置、就業管理、職員の対応マナーは、何れも適切であると考えます。
II. 施設・設備の維持管理	開設 21 年が経過し、ここ数年、新たな雨漏りが発生しており、横浜市と連携のうえ順次修繕を進めている。施設の機械設備等の更新についても、横浜市と協議の上、順次更新を行っている。	施設整備の保守点検、備品の管理、清掃業務はPDCAサイクルに従い、適切に実施されています。また、衛生管理については法令に基づいた各種測定が実施されています。
III. 運營業務及びサービスの質の向上	介護老人保健施設だけではなく、平成 25 年度には精神障害者支援施設においても、福祉サービスの第三者評価を受審した。このような客観的評価による改善課題の把握により、今後の施設運営及び質の高いサービス提供に繋げて行く。	会議体制、委員会体制による情報の共有と課題解決の取組み、マニュアル類の整備と維持向上、研修会・勉強会及び外部研修の機会提供等により、業務サービス及び質の向上に取り組んでいます。
IV. 診療所・介護老人保健施設・精神障害者支援施設の管理・運営	保健、医療、福祉の複合施設として各部門間での、協働、連携しながら適切に管理運営を行っている。	業務委託基準、放射線防護、診療録の管理、薬剤・医薬材料の管理、医療廃棄物の処理等に関し、法に基づき適切に実施されています。
V. 指定管理料の執行状況	法人会計規程等に基づき適切に執行しており、また、経理担当職員を配置し、適切な経理書類の作成と保管も行っている。収入、支出ともに予算と決算とに大幅な相違はなく、また、収入実績が予算を上回るとともに収支差額もプラスであり、適正な収入確保及び予算執行を行っている。	経理担当職員を配置し、適正な経理書類の作成及び執行を行っています。また、経費節減のため各種の取組を行っていることに加えて、利用料金収入も目標を上回るできています。

評価結果についての講評
<p>指定管理期間も 2 期目を迎え、一定の水準を満たすに止まらず、レベルの高い運営ができています。また、自己のレベルを向上させるべく、サービス向上委員会による取り組みや、利用者を対象とした満足度調査、外部機関による審査を積極的に受けており、特に外部機関による評価においては常に高い評価を受けています。</p> <p>我が国が既に超高齢社会となっている中で、本施設のニーズはますます高まっていくことが予想されます。今後も安定したサービスの提供を継続するとともに、業務の効率化についても積極的に進めて行ってほしいと考えます。</p>

指定管理者からの意見

第二期の指定管理期間が開始された平成 23 年度は、未曾有の大災害となった東日本大震災による混乱が続く中でスタートとなりました。幸い当センターの施設被害はありませんでしたが、社会全体が動揺する中、法人の公益認定に向けての最終準備や横浜市との特定協約の締結等、法人運営においても節目を迎え多忙な時期でもありました。そのような状況の中ではありましたが、指定管理者として、横浜市総合保健医療センター設立の趣旨に則り、要介護高齢者や障害者等の要援護者の在宅生活継続のための支援に引き続き取り組んでいます。二期目を迎えた指定管理期間では、さらなる利用者サービス向上を目的として、横浜市福祉サービス第三者評価制度を活用して、第三者の客観的評価による改善課題を把握し、施設運営及び質の高いサービス提供に繋げています。