



横浜市指定管理者第三者評価制度

総合保健医療センター評価シート



指定管理者  
横浜市総合保健医療財団

平成21年3月  
第三者評価機関 経営創研株式会社

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. 運営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		第三者評価委員会記入欄	
		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			第三者評価委員会記入欄		
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>			<p>【特記事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提案書における職員体制(組織図)と20年4月現在の職員体制との対比によれば、人員の変動は見られますが、提案書と実際の体制に相違がないと認められます。</li> <li>2. 提案書において、法定基準を満たした適正人員を配置していることを前提に、人員配置は法の基準を満たしていると認められます。</li> <li>3. 各部で毎月、「勤務表」が作成され、職員に配布と共にボード掲示によるビジュアル化により、また総務部では、「職務分担表」により、職員はお互いの業務状況を把握していると認められます。</li> </ol>		
<p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>医師、看護師、介護福祉士、精神保健福祉士、社会福祉士、理学療法士、作業療法士、放射線技師、検査技師、管理栄養士等の多くの専門職が業務に従事しているが、実務経験年数を求められる事業内容が多い。一方、指定管理期間が5年と短いため、中長期的展望に基づいた人材の確保、安定的な雇用が難しい状況にある。</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		第三者評価委員会記入欄	
		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			第三者評価委員会記入欄		
<b>【アピールポイント】</b> ・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。 ・利用者及び、面会のご家族等に対してきちんとあいさつを行っている。 ・外来者に対しても、職員同士でも常にあいさつを心がけ実行している。			<b>【特記事項】</b> 1. 名札、服装、電話対応、利用者に対する言葉遣いや態度など、何れも良好と認められます。 施設利用相談の電話対応のモニタリングによれば、施設名、氏名の名乗り、相談に対する丁寧な説明・対応を確認しました。  2. 入通所施設の入り口では、職員の顔写真と名前が掲示され、利用者コミュニケーションの第一歩を明確にしているのは評価できます。  3. 施設内において幹部が巡回する折りに、利用者に率先して声掛けを行って、和やかな雰囲気を醸し出しているのは、評価できます。		
<b>【改善すべき点・課題等】</b>					

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		第三者評価委員会記入欄	
		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			第三者評価委員会記入欄		
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人保健施設(しらすぎ苑)や診療所病棟、精神障害者施設(ハイツかもめ)の入所部門があり、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。</li> <li>・利用者ニーズの高かった老健通りハ部門の祝日及び土曜日の運営を開始し、利用時間の拡充を図った。</li> </ul>			<p>【特記事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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。                      なお、左記の通り、老健通りハ部門は、祝日及び土曜日の運営を開始、また、総合相談室は土曜日にも開館し、利用者ニーズに応えています。</li> <li>2. 入所施設は、365日、1日24時間の運営を行っています。</li> </ol>		
【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		第三者評価委員会記入欄	
		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。	レ		レ	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		第三者評価委員会記入欄			
<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・老健では利用者の転倒骨折を防止するため、居室及び廊下をACフロア(クッションフロア)に張り替え、安全の確保に努めている。</p> <p>【改善すべき点・課題等】 開設から16年が経過し、経年劣化に伴い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、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ている。</p>		<p>【特記事項】</p> <p>1. 建物・設備保守点検のマネジメントサイクルとして、保守点検規定の作成→管理対象の明確化→保守点検仕様書の作成→保守点検計画の作成→保守点検の実施と報告・検収→不具合事項の処理が挙げられます。</p> <p>(1)「委託業務・委託者リスト」により、保守点検対象業務が明確化されています。</p> <p>(2)各対象業務毎に「業務仕様書」が定められています。</p> <p>(3)「委託業務・委託者リスト」により、実施月が定められています。</p> <p>(4)「設備業務日誌」、「定期調査報告書」などにより、実施と報告及び検収がなされています。</p> <p>特に、エレベーター、消防設備に関して、「点検報告書」を確認しました。</p> <p>以上より、業務基準通り管理がなされていると認められます。</p> <p>2. なお、マネジメントサイクル全体に関して、改善を進めるためのベースとして、管理規定の作成が望まれます。</p> <p>3. 「庶務係業務分担表」によれば、施設・設備の維持担当者が明確に配置されており、発見された不具合の処理は、設備業者と協力し、適切になされていると認められます。</p>			

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		第三者評価委員会記入欄	
		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。	レ		レ	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
		指定管理者記入欄		第三者評価委員会記入欄	
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・備品については備品台帳で適切に管理している。</li> <li>・備品は全て横浜市に所属し、指定管理者の備品はない。</li> </ul>		<p>【特記事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 備品台帳は、当センターのもののみで、指定管理者の備品はありません。</li> <li>2. 「備品管理に関する取り扱い要領」が定められ、備品には台帳と対応したステッカーが貼り付けられています。</li> <li>3. 抜き取り検査によれば、備品は良好な状態にあり、台帳通り適切に管理されていると認められます。</li> </ol>			
<p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>開設から16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。</p>					

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		第三者評価委員会記入欄	
		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			第三者評価委員会記入欄		
<p><b>【アピールポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>			<p><b>【特記事項】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「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・実施の管理がなされています。</li> <li>2. 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なされています。</li> <li>3. 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・検収がなされています。 消耗品の交換は、日常清掃の折りになされています。</li> <li>4. 館内視察によれば、館内は清潔で衛生的な状態が保持されていると認められます。</li> <li>5. 不具合点は、利用部門からも「清掃業務依頼票」により指摘され、庶務係担当者のアクションにより、適切に処理されていると認められます。</li> <li>6. 左記の改善点を含めて、費用対効果の視点による管理を進めるために、「清掃マニュアル」などの作成が望まれます。</li> </ol>		
<p><b>【改善すべき点・課題等】</b></p> <p>センターの新たな機能拡充に伴い、来館者数が年々増加して来ている。塵、埃などの日常清掃が追いつかない場合は、巡回清掃を業者に委ねているが、今後、仕様を見直し、巡回清掃の徹底を図っていく。</p>					



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		第三者評価委員会記入欄	
		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			第三者評価委員会記入欄		
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・日常、定期的に館内外の巡回を実施し、防犯に努めている。</li> </ul>			<p>【特記事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「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。</li> <li>2. 「警備日誌」により、毎日、24時間の警備状況の報告と検収がなされています。</li> <li>3. 現場視察によれば、鍵の管理は適切になされていると認められます。</li> <li>4. 「警備日誌」によれば、警備員の日常の館内巡回が行われていると認められます。</li> </ol> <p>なお、Ⅲ-6 項「事故防止対策への取り組み」にも関連し、管理者(安全管理責任者、部門管理者等)による館内巡回の位置づけが不明確ですので、今後の検討が望まれます。</p>		
<p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>今後、事業の拡充に伴い、精神障害者の支援施設が付加される予定である。休日、夜間の利用者の出入りが多くなることが予想されるため、防犯カメラの設置を今年度中に予定している。</p>					

II-5 ゴミゼロ推進運動への取組

横浜G30プランに則ったゴミゼロ推進運動へ取り組んでいるか。

判断基準		指定管理者記入欄		第三者評価委員会記入欄	
		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	
	再利用・再使用に取り組んでいる。	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			第三者評価委員会記入欄		
<p><b>【アピールポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・分別のボックスを各所に設置し、ゴミの分別、リサイクルに取り組んでいる。</li> <li>・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。</li> <li>・G30のポスターの掲示や、ゴミの持ち帰りを呼びかけている。</li> <li>・「個人情報保護」の徹底を図るため、裏紙の利用については推奨していない。</li> </ul>			<p><b>【特記事項】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「ゴミ持ち帰りのお願い」のポスターが館内に掲示されています。</li> <li>2. 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。</li> <li>3. 裏紙活用は必ずしも可とせず、注意事項として「うら紙の活用について」のポスターをコピー機に掲示して、基準を明確にしています。</li> <li>4. その他、G30に沿ったゴミゼロ活動がなされていると認められます。</li> </ol>		
<p><b>【改善すべき点・課題等】</b></p>					

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		第三者評価委員会記入欄	
		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		第三者評価委員会記入欄			
<p><b>【アピールポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>エレベータ点検は毎月(年12回)実施している。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>老健、診療所の出入りに来所者用の消毒液を配置している。</li> </ul> <p><b>【改善すべき点・課題等】</b></p>		<p><b>【特記事項】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>「環境衛生管理について」により、貯水槽、浴室、防鼠駆除などについて仕様が定められています。なお、本文書は、規定としての位置づけが望まれます。</li> <li>報告書、測定表、業務日報などにより、下記を確認し、各種測定が適切に実施されていることを確認しました。             <ol style="list-style-type: none"> <li>建築物環境衛生基準に従った各種の測定</li> <li>エレベーター点検実施状況</li> <li>貯水槽の年2回の水質検査と年1回の定期清掃の実施状況</li> <li>浴室のレジオネラ菌、大腸菌検査の実施状況</li> <li>「清掃業務日報」による浴槽内の水の入替え</li> <li>給食施設における区の実地検査</li> </ol> </li> <li>左記のように、インフルエンザ、ノロウイルス対策のための処置が講じられています。</li> <li>その他、給食施設の衛生管理に関して、「給食業務委託仕様書」により、明確に定められています。</li> </ol> <p>以上より施設の衛生管理は適切になされていると認められます。</p>			

### 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		第三者評価委員会記入欄	
		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。		B		B
	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。				
B	—	レ		レ	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			第三者評価委員会記入欄		
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人権研修、安全管理研修を全職員を対象に毎年実施している。待遇研修は採用時に実施している。</li> <li>・新採用職員研修を年2回実施しており、中堅職員研修は外部研修を活用して実施している。</li> <li>・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。</li> <li>・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職員も参加できるようにしている。</li> </ul> <p>【改善すべき点・課題等】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・MBOは管理職員に対してはすでに実施しているが、職員に対しては試行段階であり、次年度以降全職員を対象に実施予定である。</li> </ul>			<p>【特記事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 年度の「職員研修計画」が定められ、研修予定表、研修日程表、参加者名簿などにより、下記の研修が実施されていると認められます。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>①基礎研修:安全管理、人権、文書、個人情報保護等</li> <li>②対象者別研修:新採用職員、中堅職員、管理職等</li> </ul>                     なお、Ⅲ-3項で待遇研修が求められていますが、本「職員研修計画」への位置づけが求められます。                 </li> <li>2. 各部において、教育研修に関して考え方、方針を定め、専門テーマ研修や勉強会、学会や外部研修プログラムへの参加などが熱心に行われており、大変評価できます。</li> <li>3. 受講者に受講の感想文を書かせていますが、研修の効果を高める組織文化として、大変評価できます。</li> <li>4. なお、提案書で触れられていますが、当センターの基本理念・行動指針に対して、あるべき人材像を明らかにし、人材戦略(育成の考え方、育成の体系と方法など)を、「人材育成ビジョン」、「教育研修規程」などで明らかにすることが望まれます。</li> <li>5. MBOは、左記の通り、管理職員に対しては実施済ですが、職員に対しては試行段階です。                     <p>定型的職務のMBOは、一般的には困難と言われています。4項の期待像をもとに、個人のスキルアップ目標なども含めて、独自性のある取り組みが期待されます。その点で看護部では、「実践能力の段階到達目標」とスキルアップ目標設定への取り組みがなされているのは評価できます。</p> </li> </ol>		

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		第三者評価委員会記入欄	
		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		第三者評価委員会記入欄			
<p><b>【アピールポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>1階正面ホールに施設の機能や事業内容の紹介パネルを掲示している。</li> <li>財団の広報誌として年2回「ホット・ほっと」を発行している。また、老健部門では毎月「しらすぎ通信」を発行し、地域精神生活訓練施設では、「かもめ通信」を、就労支援センターでは「ぱーとなー通信」を発行している。</li> <li>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、財務諸表を公表している。</li> </ul> <p><b>【改善すべき点・課題等】</b></p>		<p><b>【特記事項】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>情報誌「ホット・ほっと」を年2回発行しています。また、左記のように各部門でも広報誌を発行しておりその利用者や市民に対する広報の取り組みは評価できます。 なお、HPへの掲載、バックナンバーの掲載はバラバラですが、広く市民への情報提供として、積極的対応が望まれます。</li> <li>指定管理者の名称と指定期間表示は、館内に掲示、又HPにも掲載され、周知が図られていると認められます。</li> <li>事業計画書・事業報告書は館内で公開の案内、HPで公開されています。 なお、事業計画書・事業報告書は、財団としてのものであり、センター対応ではありません。指定施設対応にするか、指定施設対応で分かり易くするか、検討が望まれます。</li> <li>HPで見学要望への案内をしています。</li> <li>センター、老健施設、訪問看護ステーションのパンフレット、また老健施設、介護療養型医療施設などのリーフレットが作成されています。</li> <li>パンフレットは、デザイン面、内容面で分かり易いと評価できます。</li> </ol>			

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		第三者評価委員会記入欄	
		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	
	人権研修を年3回以上開催している。	レ		レ	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			第三者評価委員会記入欄		
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>標準的な業務実施手順書があり活用している。トラブルの対応策については「安全管理マニュアル」「個人情報漏洩事故防止マニュアル」を各係に配置し(22カ所)活用している。</li> <li>各職場では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。</li> <li>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。(年間研修参加費用約80万円)</li> </ul>			<p>【特記事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>接遇研修、人権研修は、参加者名簿により、センター全体と各部門で実施されていることを確認しました。</li> <li>看護部では、ポケット版「マニュアルガイド」によれば、マニュアルが詳細に定められており、同ガイドでその検索の便を図っているのは、評価できます。 同様に総合相談室を含めて各部でマニュアルの整備が図られており、全職員がレベルの合った一貫したサービスの提供に取り組んでいると認められます。</li> <li>各部における勉強会の実施、月例のミーティング、日常のOJTなどにより、マニュアル内容の共有と改善が図られていると認められます。</li> <li>センター全体として「サービス向上委員会」を設置し、下位に「質向上部会」、「サービス検討部会」を設け、制度として総合的視点でのサービス水準の向上を図っているのは、大変評価できます。</li> <li>なお、規定やマニュアルは整備されていると認められますが、標準に基づく管理運営の視点で、センターとしての体系的整備と、諸改善の標準への反映の仕組みとして、変更管理の検討が望まれます。</li> </ol>		
<p>【改善すべき点・課題等】</p>					

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		第三者評価委員会記入欄	
		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			第三者評価委員会記入欄		
<p><b>【アピールポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎週、センター全体の管理職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で全職員に周知している。</li> <li>・「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。</li> <li>・職場毎の業務目標について、職員への周知を徹底している。</li> </ul>			<p><b>【特記事項】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 定例会議の体系が、下記のように定められ、情報の伝達と共有化が図られていると認められます。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・経営管理会議(月次)ーセンター連絡会議(週次)ー各部管理職会議(週次)ー係・フロア会議(週次)</li> </ul> </li> <li>2. 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るようになっていると認められます。</li> <li>3. 各職場レベルでは、「日誌」、「引継ノート」が作成され、関係者に回覧されています。これらにより、情報や状況の共有化が図られていると認められます。</li> </ol>		
<p><b>【改善すべき点・課題等】</b></p>					

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		第三者評価委員会記入欄	
		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ついて、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		第三者評価委員会記入欄			
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・離席後の復帰時にもパスワード入力を求められる設定を行っている。</li> <li>・個人情報取り扱いについての誓約書はパート職員も含め全職員から取っている。また、実習生からも取っている。</li> </ul>		<p>【特記事項】</p> <p>1. 下記により、個人情報保護に対する体制を適切に整備していると認められます。</p> <p>①「個人情報保護に関する規定」                  ②「個人情報保護方針」(館内掲示、HP掲載)                  ③「個人情報の利用目的」(館内掲示)                  ④「安全管理マニュアルの総務部門」項(個人情報保護に関する日常の取り組みのマニュアル)                  ⑤「個人情報漏洩事故防止マニュアル」</p> <p>なお、上記④は、センターとしての位置づけが望まれます。</p> <p>2. 「研修報告書」によれば、個人情報保護に関する研修の実施と全職員の誓約書が取られています。</p> <p>3. 「個人情報適正管理点検票」によれば、横浜市個人情報取扱特記事項に対応したチェックが、全職員についてなされていると認められます。</p>			
【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		第三者評価委員会記入欄	
		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		第三者評価委員会記入欄			
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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行っている。</li> <li>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。</li> <li>老健、診療所の出入り口に来所者用の消毒液を配置している。</li> <li>「手洗いチェッカー」を用いた研修を全職員を対象に実施し、感染対策に努めている。</li> </ul> <p>【改善すべき点・課題等】</p>		<p>【特記事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>センター全体として、安全管理を総合的に扱う「安全管理マニュアル」が作成され、その中で、安全管理体制、部門別の「安全管理運営の手引き」が、明確かつ具体的に定められています。</li> <li>安全管理体制として、「安全管理委員会」、「感染対策委員会」が設置され、運営要綱がきちんと定められています。議事録によれば、両委員会は、定例的に開催されていると認められます。</li> <li>過去に発生した事故の事例、ヒヤリハット事例及び外部情報(日本医療機能評価機構の医療事故情報収集事例等)を収集し、事例研究、原因分析と対策の検討が行われていると認められます。</li> <li>「転倒転落予防チェックシート」、「事故・ヒヤリハットの目安」などにより、安全性のチェックを行い、改善を図っていると認められます。</li> <li>全職員を対象として、「院内感染防止研修」、「手洗いチェック研修」など、又各部では、「ヒヤリハット抄読会」、「フットケア学習会」など多様な研修がなされていると認められます。</li> <li>「安全管理マニュアル」の「追加・更新規定」に基づき、各部署に更新担当者が定められ、「差し替え依頼書」により、変更・更新が着実に実施されていると認められます。</li> <li>なお、対策の具体例として、老健施設では転倒骨折防止のために、床をクッションフロアに張り替え、安全の確保を図っています。</li> </ol>			

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		第三者評価委員会記入欄	
		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			第三者評価委員会記入欄		
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・センター内の各部門(22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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・横浜市安全管理局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。</li> <li>・全国老人保健施設協会や医療安全評価機構、厚労省HPから医療事故等の情報を得て、センター連絡会、リスクマネジメント部会で報告し、職員周知を図っている。</li> </ul>			<p>【特記事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「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。</li> <li>2. 「安全管理マニュアル」において、「ヒヤリハット報告システム」が定められ、ヒヤリハットの報告、原因分析と対策、事例集、抄読会等を組織的に実施しているのは評価出来ます。</li> <li>3. Ⅲ-6項の事故防止研修に合わせて、事故対応研修も実施していると認められます。また全職員を対象に、AED研修を実施していると認められます。</li> <li>4. 「安全管理マニュアル」において、「事故発生時の報告体制」、「夜間・休日の連絡」が定められています。 又各部においては、ケースに応じた具体的な事故対応マニュアル、連絡体制が定められています。</li> </ol>		
<p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>AED購入時に全職員への研修を行ったが、参加者名簿などの記録を残さなかった。今後は、全ての研修において参加者等の記録の保存を行うこととする。</p>					

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 5 6 号の遵守。

判断基準		指定管理者記入欄		第三者評価委員会記入欄	
		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	
	痴呆性老人(認知症の高齢者)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		第三者評価委員会記入欄			
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・正面玄関にAEDを設置し、ステッカーにて当センターが設置施設であることを掲示している。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		<p>【特記事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「消防計画書」が定められています。</li> <li>2. 「防火管理者選任届け書」により、防火管理者が定められています。また、「消防計画書」において、地下～4階の各階の防火責任者、火元責任者が定められています。</li> <li>3. 19年度は、10/25、20-3/10 の2回、近隣3施設合同の消防訓練・避難訓練が実施されています。</li> <li>4. 認知症の高齢者等の患者の喫煙は、職員の付き添いのもので、指定の場所で行っています。</li> <li>5. 「備蓄食品の管理」により、3日分の備蓄食糧と水の確保、及び「備蓄食糧一覧表」により、その更新が適切に行われていると認められます。</li> <li>6. 「防災体制シート」で、水害、火災、地震への対応が定められていますが、「防災マニュアル」としての位置づけと整備が求められます。</li> </ol>			
【改善すべき点・課題等】					

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		第三者評価委員会記入欄			
		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		A		レ	A
	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、その対応方法等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			第三者評価委員会記入欄				
<p><b>【アピールポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>「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。</li> <li>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。</li> <li>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「しらさぎ通信」を用い、利用者、ご家族、ケアマネージャー等に伝えている。</li> <li>ご意見ダイヤルに寄せられた意見、苦情はありません。</li> </ul> <p><b>【改善すべき点・課題等】</b></p>			<p><b>【特記事項】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>「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が定められています。</li> <li>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で案内されています。</li> <li>「ご意見ダイヤル」の利用について、チラシ、ポスター及びHPで案内されています。</li> <li>各部署に「ご意見箱」が設置されています。又HPでも受け付けています。</li> <li>「苦情解決規程」で定められた「苦情申出受付書」、「苦情対応等記録」、「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。</li> <li>なお、要望・苦情の把握に関して、ハインリッヒの法則を準用し、全職員が関わる取り組みとして、何気ない日常会話から要望や苦情を聞き出す「ホットボイス」について、検討しては如何かと提案致します。</li> </ol>				

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		第三者評価委員会記入欄	
		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	
	第三者委員会が設置され、開催されている。	レ		レ	
	利用者に対し、苦情等への対応手順、担当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		第三者評価委員会記入欄			
<b>【アピールポイント】</b> ・苦情解決第三者委員を委嘱している。 ・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、助言をいただいている。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。		<b>【特記事項】</b> 1. 第三者委員が委嘱されており、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。なお、第三者委員会に相当する機能を果たしていると認められます。 2. Ⅲ-9項と重複しますが、「苦情解決規程」により、苦情処理体制は明確と認められます。 3. また、苦情内容の検討と対応策検討は、適切に講じられていると認められます。 4. 対応結果は、半年毎にまとめて、館内及びHPで公開しています。			
<b>【改善すべき点・課題等】</b>					

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		第三者評価委員会記入欄	
		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	
	利用者満足度で5段階評価で4以上の評価を得ている。	レ		レ	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		第三者評価委員会記入欄			
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・調査結果は「しらすぎ通信」に載せると共に、HPで公表している。</li> <li>・平成18年度には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た。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。</li> <li>・全ての入通所現場における職員の写真掲示や食事の導入、食事メニューの拡充、1階正面ホールへの来所者用テーブルの設置等の改善を行った。</li> </ul>		<p>【特記事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「介護保険サービス利用者満足度調査実施マニュアル」により、年1回、利用者本人と家族に対して、満足度調査が実施されています。</li> <li>2. 介護サービス全体の利用者満足度は、家族調査では、評価チャートを概観すれば、5点満点で4点以上と認められます。 一方、利用者調査では、設問や定量的評価が妥当なのかなど、今後の改善検討が望まれます。 なお、5点満点で評価する設計と結果評価の仕組みになっていませんので、今後の改善が求められます。</li> <li>3. アンケート結果は、冊子により、公開されています。今後はHPでの公開も望まれます。 なお、利用者や市民からみて分かり易いよう、分析結果の図表化が望まれます。</li> <li>4. 上記冊子によれば、課題抽出と改善への取り組みがなされていると認められます。 なお、1項の実施マニュアルには、集計分析とその後の組織的取り組みについて、明示されていません。全体のPDCA管理の視点から、取り組み体制の明示化が望まれます。</li> <li>5. 現在は、対象は介護老人保健施設及び診療所ですが、今後は、精神障害者支援施設についても、取り組みが必要ではないでしょうか。</li> </ol>			
【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		第三者評価委員会記入欄	
		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標準を満たしている。	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			第三者評価委員会記入欄		
<p>【アピールポイント】</p> <p>・法令に関しては全て遵守している。</p>			<p>【特記事項】</p> <p>1. 平成4年の本センター開設に当たり、医療法、消防法等に基づき、横浜市が申請し許可を受けている書類を確認しました。</p> <p>2. 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の書類を確認しました。</p> <p>また、診療科目、勤務医の変更などの変更に伴う手続き関係の書類を確認しました。</p> <p>以上により、法に基づく必要な届け出がなされていると認められます。</p> <p>3. 法令に基づく各種許可証等は、施錠キャビネットにより、適切に保管されていると認められます。</p>		
<p>【改善すべき点・課題等】</p>					

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号の遵守

判断基準		指定管理者記入欄		第三者評価委員会記入欄	
		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			第三者評価委員会記入欄		
<b>【アピールポイント】</b> ・標榜科目は内科、精神科、放射線科であり、法令を遵守した広告をしている。			<b>【特記事項】</b> 1. パンフレット、館内掲示、HPIにおいて、診療科目は、内科、精神科、放射線科の標榜出来る科目のみが標榜されています。  2. また、医師の氏名等、法令に基づく事項のみ、広告しています。		
<b>【改善すべき点・課題等】</b>					



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		第三者評価委員会記入欄	
		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		第三者評価委員会記入欄			
<b>【アピールポイント】</b> ・センター長名、医師名、診療日、診療時間を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。		<b>【特記事項】</b> 1. 左記事項を確認しました。			
<b>【改善すべき点・課題等】</b>					

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		第三者評価委員会記入欄	
		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		第三者評価委員会記入欄			
<b>【アピールポイント】</b> ・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。		<b>【特記事項】</b> 1. 「業者選定委員会対象業務一覧」における検体検査、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。  2. また、医療機器点検委託業者は、「厚生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。			
<b>【改善すべき点・課題等】</b>					

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		第三者評価委員会記入欄	
		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		第三者評価委員会記入欄			
<b>【アピールポイント】</b> ・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、ルクセルバッチについても毎月定期測定を実施している。		<b>【特記事項】</b> 1. 「漏洩線量測定結果書」により、年2回の測定が実施されていること、及び測定記録は抜き取りによれば、5年間保管されていると認められます。  2. 「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と認められます。			
<b>【改善すべき点・課題等】</b>					

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		第三者評価委員会記入欄	
		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			第三者評価委員会記入欄		
<p>【アピールポイント】</p> <p>・有資格者の免許及び保険医登録について、雇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。</p>			<p>【特記事項】</p> <p>1. 組織図上に配置されている下記の有資格者の免許は、雇用の際に確認をし、その免許証は全て保管していることを確認しました。</p> <p>・医師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、放射線技師、看護師、介護福祉士、作業療法士、理学療法士、精神保健福祉士、社会福祉士</p> <p>2. 医師の保険医登録は、雇用の際に確認をし、全て保管していることを確認しました。</p>		
【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		第三者評価委員会記入欄	
		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			第三者評価委員会記入欄		
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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している。</li> <li>・保守、点検の記録は一元管理を行っている。</li> <li>・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。</li> </ul>			<p>【特記事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「医療機器安全管理者の設置と医療機器保守点検計画」が定められ、下記により、保守点検は適切に実施されていると認められます。                     <ol style="list-style-type: none"> <li>①「対象機器リスト」の作成</li> <li>②「保守点検仕様書」の作成</li> <li>③「保守点検計画・記録表」による計画と実施及びその記録</li> <li>④業者からの「保守点検作業報告書」による報告と検収</li> </ol> </li> <li>2. 「始業・終業点検実施記録」により、毎日の始業・終業点検の実施と部署責任者、医療機器安全責任者への報告がなされています。</li> <li>3. 「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ると認められます。</li> <li>4. なお、1項を中心に「医療設備・機器管理マニュアル」などとしての整備が望まれます。</li> </ol>		
<p>【改善すべき点・課題等】</p>					

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		第三者評価委員会記入欄	
		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		第三者評価委員会記入欄	
【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】 1. 左記を確認しました。  2. 休診・代診のある場合は、相談室に表示し、周知を図っています。			
【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		第三者評価委員会記入欄	
		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			第三者評価委員会記入欄		
<p><b>【アピールポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>			<p><b>【特記事項】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 診療録は、書庫において施錠管理され、抜き取りによれば、5年間保管されていると認められます。</li> <li>2. 左記の通り、コンピューターシステムにより登録管理が行われており、患者の重複登録は、システムが排除しています。</li> <li>3. 「診療録等管理マニュアル」により、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ると認められます。</li> </ol>		
<p><b>【改善すべき点・課題等】</b></p>					

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		第三者評価委員会記入欄	
		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		第三者評価委員会記入欄			
<b>【アピールポイント】</b> ・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。		<b>【特記事項】</b> 1. 「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、在庫棚卸し、処置薬の取扱等が定められ、現場確認によれば、「在庫管理システム」により、入在庫の管理、在庫管理、発注管理等は、適正に実施されていると認められます。			
<b>【改善すべき点・課題等】</b>					



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		第三者評価委員会記入欄	
		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		第三者評価委員会記入欄			
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・医療廃棄物処理の担当者がmanifestを確認している。</li> </ul>		<p>【特記事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「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。</li> <li>2. 「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、種類と判断、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し保管しています。 また、「特別管理産業廃棄物保管場所」を表示しています。 以上より、適切な管理が実施されていると認められます。</li> <li>3. manifestは、総務部において施錠管理され、抜き取りによれば、5年間保管されていると認められます。</li> </ol>			
【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		指定管理者記入欄		第三者評価機関記入欄	
		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		第三者評価機関記入欄			
<b>【アピールポイント】</b> ・財団の会計経理については、財団法人横浜市総合保健医療財団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。		<b>【特記事項】</b> 1. 左記事項を確認しました。全て適切と認められます。			
<b>【改善すべき点・課題等】</b>					

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	1,497,081,000 円)	－ (決算収入	1,552,721,619 円) = △ 55,640,619 円
(予算支出	1,497,081,000 円)	－ (決算支出	1,406,176,949 円) = 90,904,051 円
(決算収入	1,552,721,619 円)	－ (決算支出	1,406,176,949 円) = 146,544,670 円
指定管理者記入欄		第三者評価機関記入欄	
<p><b>【特記事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当初想定していたよりも高い稼働率を維持したことにより、収入については予算よりも多く確保した。</li> <li>・支出については、経費の節減などにより、予算よりも減額できた。</li> <li>・上記の結果、平成 19 年度では、収支差額が約 1 億 5 千万円発生している。</li> <li>・収支差額については、退職給付引当資産や事業運営資産に計上し、今後の財団運営に役立っている。</li> </ul>		<p><b>【特記事項】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 前年度対比で、指定管理料削減に対して、利用料収入の増と支出削減の努力で、大きな決算収支のプラスをもたらしているのは大変評価できます。</li> <li>2. 事業報告書の収支計算書において、予算額と実績額の差異がゼロの項目が多数あります。通常は差異ゼロは考え難いので、市民から見れば、分かり難い表示になっています。表の様式を含めて改善の検討が望まれます。</li> <li>3. 上記収支計算書は、財団としてのものです。指定管理事業単位として、市民から見ても分かり易いよう、検討が望まれます。</li> </ol>	

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: 699, 223千円 指定管理料: 769, 139千円	利用料金収入: 751, 319千円 107.5% 指定管理料: 756, 399千円 98.3%
指定管理者記入欄	第三者評価機関記入欄
<p><b>【アピールポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定管理事業計画では、目標稼働率へ段階的に稼働率を向上し、利用料金収入を確保すると示しているが、努力により前倒して高い稼働率を確保している。これにより、目標を上回る利用料金収入となっている。</li> <li>・指定管理料については、CT の更新に伴う賃借料の増などの増要因がある中で、人員配置の見直しや経費の節減により、計画よりも 1.7 パーセント削減した。</li> </ul> <p><b>【改善すべき点・課題】</b></p>	<p><b>【特記事項】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 左記のような努力は、大変評価できます。</li> </ol>

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	第三者評価機関記入欄
<p><b>【アピールポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・光熱水費については、ESCO 事業の導入による大幅な縮減を行っている。さらに、通常の利用においても、蛍光灯を間引いたり、必要時以外はこまめに消灯するなど節電に努めている。</li> <li>・各種委託の仕様の見直しや医療機器の更新に伴う効率的な機種選定により、委託料や賃借料の縮減を行っている。</li> <li>・職員各人がコスト意識を持って業務を行っており、両面コピーの推進やリソグラフの活用など、通常の業務においても経費の節減を行っている。</li> </ul> <p>18 年度決算支出額: 1,430,505 千円 19 年度決算支出額: 1,406,177 千円</p>	<p><b>【特記事項】</b></p> <p>1. 左記のように、経費節減への取り組みがなされているのは、大変評価できます。</p>
<p><b>【改善すべき点・課題】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・開設から 16 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。</li> </ul>	

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：横浜市総合保健医療センター第三者評価委員会

評価項目		指定管理者 自己評価結果	評価委員会 評価結果
<b>I. 総則</b>		A	A
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
<b>II. 施設・設備の維持管理</b>		A	A
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.ゴミゼロ推進運動への取組み	横浜G30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
<b>III. 運営及びサービスの質の向上</b>		A	A
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	B	B
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	自己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	災害発生時の対応体制が確立しているか	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
<b>IV. 診療所の管理・運営</b>		A	A
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
評価項目		指定管理者 自己評価結果	評価委員会 評価結果
<b>V. 収支状況</b>		A	A
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	107.5%	107.5%
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	第三者評価委員会特記事項
I. 総則	財団の寄附行為及び横浜市の条例に基づき、センターの管理、運営業務が適切に行われている。	・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、何れも適切と認められます。
II. 施設・設備の維持管理	開設16年が経過し、施設機械設備等の更新が必要となって来ている。医療機器については必要なもの見直しを行い、横浜市と協議の上、順次更新を行っている。また、雨漏りに伴う屋上の防水工事など、躯体にかかる修繕について、現在横浜市と協議を進めている。	・施設整備の保守点検、備品の管理、清掃業務は、PDCA管理サイクルに従い、適切に実施されていると認められます。 ・衛生管理に関し、法に基づく各種測定が、きちんと実施されています。
III. 運営業務及びサービスの質の向上	利用者のニーズに対し満足度の高い運営ができています。福祉サービスの第三者評価を受審し、客観的評価による改善課題を把握し、運営に反映させている。引き続き質の高いサービス提供を心がけていく。	・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、人材育成を重視し研修会、勉強会、外部研修の機会提供等により、業務及びサービスの質の向上に取り組んでいると認められます。
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	法令を遵守し適切に管理運営を行っている。	・業務委託基準、放射線防護、診療簿の管理、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ると認められます。
V. 指定管理料の施行状況	高い稼働率を維持したことにより、収入については予算よりも多く確保し、また、支出については、委託料や賃借料、光熱水費など経費の節減等により予算よりも減額し、平成19年度の収支状況は黒字となっている。収支差額については、退職給付引当資産などに計上し、今後の施設運営に役立てていく。	・指定管理料の減に対し、稼働率向上による収入増、諸経費のきめ細かい削減を図り、収支の黒字を実現しているのは、評価できます。 ・収支計算書の表示について、市民から見ても分かり易いよう、改善の検討が望まれます。

### 評価結果についての講評

- ・指定管理者制度において従来に比して、より経営事業体としての管理運営が求められますが、その基本として、標準に基づく管理、PDCA管理、改善活動が挙げられます。その点で標準類(規程・マニュアル)はよく整備され、PDCAを廻していると評価できます。一方、経営の成熟度(上手なやり方の程度)の考え方も必要です。
- ・今後、センターとしての標準類の体系化と成熟度の視点等で、経営と管理運営の全体について、より高い目標設定が必要ではないでしょうか。その方法として、ISO9001、日本経営品質賞は、有効なツールと考えられます。

### 指定管理者からの意見

平成18年から指定管理者として横浜市総合保健医療センターの管理運営を行い、施設利用者数について年々増加するとともに、運営する各部門の稼働率も上がってきている。今まで福祉サービスの第三者評価を受審することで、サービス内容の質向上を図ってきたが、今回、指定管理者の第三者評価を受審することで、施設管理や事業運営の振り返りを行うことができ、いままで気づけなかった課題を把握することができた。今後も引き続き、要介護高齢者及び精神障害者が住み慣れた地域社会で在宅生活を維持することの支援を行い、保健、医療、福祉の向上を図ることを目的に横浜市総合保健医療センターの管理運営を行って行きたい。