



## 第 1 回 横浜市救急医療センター指定管理者選定評価委員会 次第

令和5年6月1日（木）15:00～  
横浜市役所 17 階 S-01 会議室

- 1 開 会
- 2 選定評価委員・事務局・指定管理者 紹介
- 3 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 【資料1】
- 4 救急医療センターの概要 【資料2】
- 5 議 事
  - (1) 委員長及び委員長職務代理の選出について
  - (2) 会議の公開・非公開について
  - (3) 評価委員会スケジュール（案）について 【資料3】
  - (4) 評価方法及び評価基準（案）について 【資料4】  
【資料5】
- 6 閉 会

### <参考資料>

#### 参考資料1 関係規定

- 横浜市救急医療センター条例（抜粋）
- 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（抜粋）
- 横浜市の保有する情報の公開に関する条例（抜粋）
- 横浜市救急医療センター指定管理者選定評価委員会運営要綱

#### 参考資料2 平成30年度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

令和5年度 横浜市救急医療センター指定管理者選定評価委員会 委員名簿

	氏名	選出区分	現職・履歴等
1	えんどう 遠藤 じゅんこ 淳子	経営に関する 有識者	公認会計士
2	おち とよこ	市民	ジャーナリスト
3	かめい 亀井 みどり 美登里	医療に関する 有識者	埼玉医科大学医学部 社会医学 教授
4	さたけ 佐竹 みゆき	医療に関する 有識者	国家公務員共済組合連合会 南共済病院 看護部長
5	はやし 林 むねたか 宗貴	医療に関する 有識者	昭和大学藤が丘病院 救命救急科 診療科長・教授

(敬称略 五十音順)

※任期は、令和5年4月17日から令和7年3月31日までとなります。

(指定管理者：一般社団法人横浜市医師会)

横浜市救急医療センター センター長

吉田 義幸

横浜市救急医療センター 事務長

岡崎 竜一

(事務局：横浜市)

医療局地域医療部長

大庭 伸仁

医療局地域医療部救急・災害医療課長

笹尾 洋介

医療局地域医療部救急・災害医療課係長

高野 友佑

医療局地域医療部救急・災害医療課担当

松元 智詠

## 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 第三者評価制度の概要

横浜市では、指定管理者制度を導入しているすべての施設に対し、必ず第三者評価を実施することとしています。これは、横浜市及び指定管理者とは異なる立場の第三者が、客観的、多角的な視点の評価を行うことで、指定管理者による施設運営の継続的な改善につなげることを目的とするものです。

### 2 指定管理者選定評価委員会

横浜市救急医療センター条例第 10 条の規定に基づき、医療に関する有識者及び経営に関する有識者、市民からなる選定評価委員会を横浜市が設置し、指定管理者の候補者の選定及び当該施設の管理の業務に係る評価等を行います。

横浜市救急医療センターでは、指定期間（10 年間：平成 27 年 4 月 1 日から令和 7 年 3 月 31 日）の 4 年目と 8 年目又は 9 年目に評価を実施することとしています。

### 3 評価方法等

#### (1) 評価の対象

指定管理業務全般

#### (2) 評価項目・評価基準

基本協定書等における業務の目標水準と、管理運営状況を定性的・質的に評価する項目から、利用者サービスの向上及び施設設置目的の達成に向けて客観的に把握できる項目を中心に、第 1 回目の評価委員会にて決定します。

#### (3) 評価の手順

- ア 指定管理者による自己評価の実施
- イ 評価委員会によるヒアリング・審議
- ウ 評価報告書の作成

## 救急医療センターの概要

横浜市救急医療センターは、①夜間急病センター、②救急相談センターの2つを指定管理により実施しています。

### 1 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 <sup>2</sup>	夜間急病センター及び事務局 (横浜市健康福祉総合センター内)
中区蓬莱町 2 丁目 4 号 1 番地	417.62 m <sup>2</sup>	救急相談センター

(※) 横浜市健康福祉総合センター

- ・敷地面積：1,729.70 m<sup>2</sup>      ・建物延床面積：13,175.54 m<sup>2</sup>
- ・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

### 2 事業概要

#### (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・#7119）

##### 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。

##### イ 救急電話相談

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います。

※ア・イともに 24 時間・365 日対応

### 3 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～令和 7 年 3 月 31 日、10 年間)

## 評価委員会のスケジュール（案）について

	委員会開催	委員	指定管理者
6月	<b>第1回委員会開催</b> 6月1日(木)15時～16時半 ・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 ・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		
		評価基準最終案の確認	
7月～ 8月			評価シートに基づいた自己評価を実施 ※概ね7月10日までを目安
		・指定管理者が実施した自己評価書類等を確認し、 <u>事前採点を実施。</u>	
8月下旬 ～ 9月中旬	<b>第2回委員会開催</b> ・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	・委員会当日、ヒアリングや質疑応答を踏まえ、採点内容を調整し、確定 (委員会内で、各委員の評価結果を擦り合わせ、各項目の点数を確定します。)	
10月～ 11月		評価所見を記載した評価シートを提出	
12月	<b>第3回委員会開催</b> ・評価報告書(案)について	評価報告書最終案の確認	
1月	評価報告書の報告・公表 (評価報告書のウェブページ公開)		

## 評価方法及び評価基準（案）について

### 1 評価の考え方

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」につなげることが必要です。そのため、評価にあたっては、「運営の継続的な改善につなげられるかどうか」を基準に考えることとします。

### 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

#### (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、委員が各々の専門的見地からの視点も入れて評価を行います。

収支状況については、公認会計士の資格を有する委員の評価を参考にし、評価することとします。

### 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◎○△×の4段階で評価を行います。

結果	判断基準の考え方（○が標準）	
◎	指定管理者として	を上回っており、内容が優れている。
○	要求される基準	を達成している。 <b>（基準となるレベル）</b>
△	（協定書や業務基準、事業計画に定めるもの）	の一部が達成されておらず、一部改善を必要とする。
×		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4段階評価に基づき、概ね以下の基準にて評価します。また、項目により評価所見の内容を踏まえ、委員会にて評価を判断します。

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○以上であり、◎がある。
B	小項目が全て○である。
C	小項目に一つでも△又は×がある。

#### (3) 報告書に記載する評価について

委員全員の評価が一致したものについては、そのままの評価を記載します。

委員間で評価が異なった場合は、委員会で意見交換の上、評価を確定します。

**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(◎、△、×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。	◎	C	◎	A	
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、急病患者的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。	△		○		
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)					
【改善すべき点・課題等】					





## 評価基準項目一覧

赤字はH30年の評価基準から修正・追記した箇所です。

通番	I 総則
1	<b>1 施設の目的や基本方針の確立</b>
2	<b>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。</b>
3	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	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。
5	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。
6	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。
7	<del>業務の実施について</del> 、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。
8	<b>2 コンプライアンス(法令遵守)の取組</b>
9	<b>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。</b>
10	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。
11	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。
12	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。
13	<b>3 個人情報の保護・情報公開</b>
14	<b>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。</b>
15	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。
16	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。
17	個人情報保護に関する研修会が開催されている。
18	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。
19	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)
20	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)
21	<del>電話対応の記録が適切に管理されている。</del> (救急相談センター)
	<b>II 施設・設備の維持管理</b>
22	<b>1 建物・設備の保守点検</b>
23	<b>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。</b>
24	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。
25	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。
26	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。(夜間急病センター)
27	<b>2 備品管理</b>
28	<b>施設の備品・医療機器が適切に管理されているか。</b>
29	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。
30	医療設備 <del>・</del> や、ネットワーク機器等の点検が定期的実施され、良好な状態を保っている。
31	医療設備 <del>・</del> や、ネットワーク機器等のトラブル発生時の対応体制が整っている。
32	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。
33	<b>3 清掃・廃棄物処理・保安警備</b>
34	<b>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。</b>
35	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。
36	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。
37	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。
38	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。
39	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。(夜間急病センター)

40	4	緊急時等の対応
41		<b>災害等の緊急時の対応体制が確立されているか。</b>
42		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。
43		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。
44		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。
45		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。
		<b>III 夜間急病センターの適切な運営</b>
46	1	診療時間・診療科目、診療体制・人員配置
47		<b>診療体制は適正か。</b>
48		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。
49		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。
50		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。
51		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。
52	2	患者の安全管理
53		<b>患者の安全管理に努めているか。</b>
54		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。
55		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。
56		医療安全管理のための研修が実施されている。
57	3	事故防止対策への取組
58		<b>事故防止のための体制の構築・取組を行っているか。</b>
59		事故防止のチェックリスト等を整備している。
60		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。
61		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。
62		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。
63		事故防止策の研修等を実施している。
64	4	院内感染対策
65		<b>院内の感染対策に対する体制が整っているか。</b>
66		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。
67		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。
68		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。
69		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。
70		院内感染防止対策のための研修が実施されている。
71	5	患者転送・医療機関連携推進
72		<b>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。</b>
73		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。
74		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。
75		円滑な医療連携を確保するための取組が行われている。
76	6	患者に対する説明責任
77		<b>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。</b>
78		各部門の責任者の氏名が患者に明らかになっている。
79		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。
80	7	人材の育成・研修
81		<b>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。</b>
82		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。
83		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。
84		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。
85		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。

86	8	利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築
87		<b>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。</b>
88		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。
89		苦情等の内容を検討し、その対応策を講じている。
90		苦情等への対応手順等が明確にされている。
91	9	経費節減など業務の効率化
92		<b>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。</b>
93		職員人件費に無駄はなく、経費節減に取り組んでいる。
94		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。
95		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		
96	1	救急医療情報の収集(医療機関案内)
97		<b>医療機関情報を得るための取組を行っているか。</b>
98		診療所・クリニックに関する情報を収集できている。
99		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。
100		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。
101		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。
102	2	相談・助言業務(救急電話相談)
103		<b>相談・助言業務を効果的に実施しているか。</b>
104		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。
105		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。
106		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。
107	3	品質管理(サービス水準の維持、人員配置等)
108		<b>提供しているサービス水準は十分であるか。</b>
109		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。
110		<del>サービス水準(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」)を目標とした人員配置がなされている。</del> <del>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」に保てている。</del>
111		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。
112		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。
113		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。
114	4	業務管理体制
115		<b>管理業務体制は十分であるか。</b>
116		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。
117		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。
118		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。
119		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。
120	5	危機管理(苦情・トラブル対応等)
121		<b>危機管理の対策が整っているか。</b>
122		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。
123		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。
124		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。

125	6	人員確保・採用、労務管理
126		<b>センターの運営にあたり人員の確保は十分であるか。</b>
127		適正な人員配置が行えるだけの人員が確保されている。
128		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。
129		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。
130		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。
131	7	研修
132		<b>相談看護師・オペレーターに対する研修は十分であるか。</b>
133		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。
134		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。
135		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。
136		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。
137	8	マニュアル
138		<b>マニュアルが整備され、業務が体系化されているか。</b>
139		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。
140		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。
141		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。
142	9	統計・データ分析
143		<b>業務に必要な統計・データの分析が行われているか。</b>
144		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。
145		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。
146		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		
147	1	指定管理料の執行状況
148		<b>指定管理料は適正に執行されているか。</b>
149		適切な経理書類が作成されている。
150		経理を担当する職員を配置している。
151		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。
152		通帳や印鑑などが適切に管理されている。
153		外部の監査を受けている。
154	2	収支決算状況
155		<b>予算と決算に大幅な相違がないか。</b>
156		平成30年度～令和4年度の決算
157	3	利用料金収入実績
158		<b>収支予算書(令和4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。</b>
159		令和4年度の予算、決算

通番	I 総則					評価の視点(ポイント)
1	1 施設の目的や基本方針の確立					
2	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。	◎	○	△	×	
3	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。	明文化されており、内容も優れている	明文化されており、内容も充足している	明文化されているが、内容に不備がある	明文化されていない	基本方針の有無。内容
4	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。	職員が十分に理解している	職員が理解している	職員の理解が十分でない	職員が理解していない	基本方針に対する職員の理解度
5	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。	利用者に分かりやすく周知し、周知方法に工夫があり、優れている	利用者に分かりやすく周知している	周知しているが、十分でない	周知されていない	利用者への周知の方法
6	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。	作成し、内容も優れている	作成し、内容も充足している	作成されているが、内容に不備がある	作成されていない	事業計画書、実績報告書の内容
7	<del>業務の実施について</del> 、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。	優れた方法で評価検証しており、定期的に行われている	評価検証しており、定期的に行われている	評価検証しているが、回数等、十分でない	行っていない	評価検証の実施の有無、定期的な実施の有無
8	2 コンプライアンス(法令遵守)の取組					
9	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。					
10	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。	法令等が全て遵守されており、最新の法令を確認するしくみがある	法令等が全て遵守されている	一部遵守されていない	全くされていない	法令遵守の有無
11	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。	継続的に遵守する取組を行っており、内容も優れている	継続的に遵守する取組を行っている	継続的に遵守する取組が十分でない	全くされていない	組織的な認識の状況、継続的な取組状況
12	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。	職員が十分に理解している	理解している	一部理解していない	全く理解していない	診療所管理者の法令等の理解度
13	3 個人情報の保護・情報公開					
14	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。					
15	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。	指針が策定され、内容も優れている	指針が策定され、内容も充足している	策定されているが、内容が十分でない	策定されていない	指針の有無、指針の内容
16	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。	必要な措置が取られ、内容も優れている	必要な措置が講じられている	措置の内容が十分でない	全く講じられていない	情報漏洩防止等の必要な措置の有無、その内容
17	個人情報保護に関する研修会が開催されている。	研修会の内容が優れており、すべての職員が参加している	研修会の内容が適切で、すべての職員が参加している	研修会の内容が十分でない、または、一部の職員が不参加	全く開催されていない	研修内容、職員の参加状況
18	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。	規定が定めてあり、優れた運用がなされている	規定が定めてあり、運用が行われている	規定はあるが、内容や、運用が十分でない	規定がない	規定の有無、運用の状況
19	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)	優れた方法で十分に確保されている	確保されている	一部改善必要	全く確保されていない	<del>プライバシーが十分確保されている。一部改善必要。確保されていない。</del> プライバシー確保の程度
20	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)	優れた方法で、適切な管理がされている	適切な管理がされている	一部改善必要	不適切な管理	管理の状態。
21	電話応対の記録が適切に管理されている。(救急相談センター)	優れた方法で、適切な管理がされている	適切な管理がされている	一部改善必要	不適切な管理	管理の状態。

通番	II 施設・設備の維持管理					
22	1 建物・設備の保守点検					
23	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。	◎	○	△	×	評価の視点(ポイント)
24	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。	実施され、内容も優れている	実施され、内容も適切である	点検内容に一部改善が必要	点検が実施されていない	点検実施の有無。定期点検項目の内容。
25	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。	実施され、内容、迅速性に優れている	実施され、迅速かつ適切に処理されている	実施されているが、迅速性に欠ける	必要な修繕が行われておらず、修繕予定もない	修繕の実施状況。不具合に対する対応の迅速性。
26	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。(夜間急病センター)	修繕計画が作成され、内容も優れている	修繕計画が作成され、内容も適切である	作成されているが、内容に改善を必要とする	修繕計画がない	修繕計画の有無。計画の実現性。
27	2 備品管理					
28	施設の備品・医療機器が適切に管理されているか。					
29	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。	備品台帳が正確かつ区分が明確に作成されている	備品台帳が作成されており、概ね適正に管理されている	作成されているが、内容に改善を必要とする	全くされていない	備品台帳の正確性。備品区分の明確化。
30	医療設備 <sup>※</sup> や、ネットワーク機器等の点検が定期的に行われ、良好な状態を保っている。	定期点検がなされ、内容も優れている	定期点検がなされ、良好な状態である	定期点検がされているが、内容に一部改善を必要とする	全くされていない	定期点検の有無。
31	医療設備 <sup>※</sup> や、ネットワーク機器等のトラブル発生時の対応体制が整っている。	優れた対応体制が整っている	対応体制が整っている	対応体制に一部改善を必要とする	対応体制が整備されていない	対応体制の有無。
32	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。	優れた計画が立てられ、劣化状況について把握する仕組みがある	計画が立てられ、劣化状況について把握する仕組みがある	計画に一部改善を必要とする	更新計画がない	更新計画の有無。劣化状況の把握のしよみの有無。
33	3 清掃・廃棄物処理・保安警備					
34	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。					
35	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。	清掃がされており、内容も優れている	清掃がされており、内容も適切である	清掃状況に一部改善を必要とする	快適に利用できる環境にない	清掃の状況。
36	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。	廃棄物抑制の取組が優れており、分別も正確である	廃棄物抑制に取り組んでおり、分別も正確である	内容に一部改善を必要とする	全くされていない	廃棄物抑制への取組の有無。適正な分別の実施。
37	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。	保安警備の内容が優れている	保安警備の内容が適切である	内容に一部改善を必要とする	安心して利用できる保安警備が行われていない	保安警備業務の内容。
38	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。	優れた防犯対策が優れている講じられている	防犯対策が講じられている	防犯対策に一部改善を必要とする	防犯対策がまったく講じられていない	防犯面への取組内容。
39	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。(夜間急病センター)	優れた管理体制である	適正な管理体制である	一部改善を必要とする	管理体制がない	駐車場の管理体制。
40	4 緊急時等の対応					
41	災害等の緊急時の対応体制が確立されているか。					
42	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。	マニュアルが作成されており、内容が優れている	マニュアルが作成されており、内容に不備がない	内容に一部改善を必要とする	マニュアルがない	緊急時マニュアルの有無。必要なマニュアルの網羅。
43	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。	訓練を実施し、頻度も十分に、計画も優れている	訓練を実施し、頻度や計画も適切である	内容に一部改善を必要とする	実施していない	訓練実施の有無。訓練の頻度、計画性。
44	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。	体制の明示に工夫があり、職員が十分に理解している	体制が明示され、職員が理解している	体制の明示が十分でない、または、職員が十分に理解していない	連絡体制について、職員が誰も理解していない	体制の明確化。職員の理解度。
45	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。	優れた連携体制が整備されている	連携体制が整理されている	連携体制の一部改善を必要とする	連携体制が決められていない	連携体制の明確化。

通番	III 夜間急病センターの適切な運営					評価の視点(ポイント)
46	1 診療時間・診療科目、診療体制・人員配置					
47	診療体制は適正か。	◎	○	△	×	
48	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。		診療時間、診療科目が遵守されている		時間が遵守されていない、又は科目に不足がある	診療時間、診療科目の遵守。
49	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。	医師が確保されており、不足した際の確保策が優れている	医師が確保されている	一部改善を必要とする	医師が不足している状態が続いている	医師の不足の有無。確保策の取組。
50	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。	看護師等が確保されており、不足した際の確保策が優れている	看護師等が確保されている	一部改善を必要とする	看護師が不足している状態が続いている	看護師等の不足の有無。確保策の取組。
51	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。	優れた人員配置の取組を行っている	繁忙期には人員を増やすなど適切な人員配置の取組を行っている	一部改善を必要とする	人員配置が一定であるなど、工夫されていない	人員配置の妥当性。繁忙期への対応。
52	2 患者の安全管理					
53	患者の安全管理に努めているか。					
54	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。	指針が策定され、内容も優れている	指針が策定され、内容も充足している	策定されているが、内容に一部改善を必要とする	策定されていない	指針の有無。内容。
55	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。	優れたマニュアルが策定され、周知状況も問題がない	マニュアルが策定され、内容及び周知状況も問題がない	策定されているが、内容等に一部改善を必要とする	マニュアルがない	誤認防止マニュアルの有無。内容。周知状況。
56	医療安全管理のための研修が実施されている。	実施され、内容も優れており、殆どの職員が参加している	実施され、内容も適切であり、殆どの職員が参加している	実施されているが、内容等に一部改善を必要とする	研修が実施されていない	研修内容。職員の参加状況。
57	3 事故防止対策への取組					
58	事故防止のための体制の構築・取組を行っているか。					
59	事故防止のチェックリスト等を整備している。	チェックリスト等が整備されており、内容も優れている	チェックリスト等が整備されており、内容も充足している	一部改善を必要とする	チェックリスト等がない	チェックリスト等のマニュアルの有無。
60	過去に発生した事故やヒヤリハット事例(事故等発生の場合には、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。	優れた方法で事例検証や改善のための対応を行っている	事例検証や改善のための対応を行っている	一部改善を必要とする	事例検証が行われていない	事例検証(収集)の有無。改善の取組の有無。
61	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。	事故防止に関して、改善への取組が優れている	事故防止に関して、改善への取組を行っている	取組内容に一部改善を必要とする	事故防止に関して、改善への取組がない	改善の取組の有無。
62	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。	優れた取組がなされている	適切な取組がなされている	取組内容に一部改善を必要とする	全くされていない	再発防止のしくみの有無。
63	事故防止策の研修等を実施している。	優れた内容の研修がなされ、殆どの職員が参加している	適切な内容の研修がなされ、殆どの職員が参加している	内容や参加状況等一部改善を必要とする	研修等が実施されていない	研修内容。職員の参加状況。
64	4 院内感染対策					
65	院内の感染対策に対する体制が整っているか。					
66	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。	優れた指針が策定されており、定期的に見直されている	策定され、内容も充足しており、定期的に見直されている	策定されているが、一部改善を必要とする	策定されていない	指針有無。定期的な見直しのしくみの有無。
67	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。	優れたマニュアルが作成されており、関係職員に十分周知されている	適切なマニュアルが作成されており、関係職員に周知されている	作成されているが十分な周知がされていない	マニュアルがない	マニュアルの有無。周知の状況。
68	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。	優れた方法で十分に確保されている	確保されている	一部改善を必要とする	確保されていない	隔離場所の有無。
69	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。	必要な対策が取られ、内容も優れている	対策が講じられている	一部改善を必要とする	全くされていない	感染症対策の取組の有無。
70	院内感染防止対策のための研修が実施されている。	優れた内容の研修がなされ、殆どの職員が参加している	適切な内容の研修がなされ、殆どの職員が参加している	研修内容等、一部改善を必要とする	研修が実施されていない	研修内容。職員の参加状況。

71	5	患者転送・医療機関連携推進					
72		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。					
73		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。	優れた取組が行われている	適正な手続きが取られている	一部改善を必要とする	全くされていない	インフォームド・コンセントの適正な手続き。徹底の有無。
74		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。	後方病院が十分に確保され、医師との連携も優れている	後方病院が確保され、医師との連携が図られている	後方病院の確保に一部改善を必要とする	全くされていない	後方病院の確保の状況。
75		円滑な医療連携を確保するための取組が行われている。	医療連携の取組が優れている	医療連携の取組が適切である	取組はあるが、一部改善を必要とする	全くされていない	医療連携の確保の取組。
76	6	患者に対する説明責任(※小項目評価「○」2つで、項目評価「A」)					
77		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。					
78		各部門の責任者の氏名が患者に明らかになっている。		明示されている		全く明示していない	責任者氏名の明示。
79		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。		明示されている		全く明示していない	医師氏名の明示。
80	7	人材の育成・研修					
81		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。					
82		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。	研修受講環境及び研修内容が優れている	研修受講環境及び研修内容が充足している	一部改善を必要とする	研修環境整備へ取り組んでいない	研修受講環境整備の取組の有無。取組内容。
83		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。	研修の成果を確認するための取組が優れている	研修の成果を確認するための適切な取組がなされている	一部改善を必要とする	全くされていない	研修成果の検証の取組の有無。検証の方法。
84		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。	対応内容に問題がなく、指導の仕組みも優れている	対応内容に問題がなく、指導の仕組みができています	一部改善を必要とする	全くされていない	職員の接遇のレベル。
85		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。	服装等のマナーに問題なく、マナー向上の取組が優れている	服装等のマナーに問題がなく、マナー向上の取組がある	一部改善を必要とする	マナー等に問題がある職員が多い	職員のマナーのレベル。マナー向上の取組の有無。
86	8	利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築					
87		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。					
88		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。	利用者の意見聴取の方法が複数あり、優れている	利用者の意見聴取の方法が複数ある	聴取の方法はあるが、一つである	利用者意見聴取に取り組んでいない	利用者意見聴取の取組の有無。複数の方法の有無。
89		苦情等の内容を検討し、その対応策を講じている。	苦情内容検討の仕組が優れており、十分な対策が講じられている	苦情内容検討の仕組があり、対策が講じられている	一部改善を必要とする	全くされていない	苦情内容の検討のしぐみの有無。対策の内容。
90		苦情等への対応手順等が明確にされている。	マニュアルが作成されており、内容が優れている	マニュアルが作成されており、内容に不備がない	内容に一部改善を必要とする	マニュアルがない	苦情対応マニュアルの有無。内容。
91	9	経費節減など業務の効率化					
92		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。					
93		職員人件費に無駄はなく、経費節減に取り組んでいる。	優れた取組がなされている	適正に取り組んでいる	一部取り組んでいる	取り組んでいない	人件費に関する節減の取組の有無
94		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。	これら全てに取り組んでおり、内容も優れている	これら全てに取り組んでいる	一部取り組んでいる	これらに全く取り組んでいない	列挙した3項目への取組の有無。
95		その他、事業経費節減に向けた取り組みが行われている。	経費節減の取組があり、内容も優れている	経費節減の取組があり、内容も適切である	取り組んでいるが、一部改善を必要とする	取り組んでいない	経費節減の取組の有無。内容。



IV 救急相談センターの適切な運営						
通番	1 救急医療情報の収集(医療機関案内)	◎	○	△	×	評価の視点(ポイント)
96	1 救急医療情報の収集(医療機関案内)					
97	医療機関情報を得るための取組を行っているか。					
98	診療所・クリニックに関する情報を収集できている。	正確かつ効率的であり、かつ優れた方法で収集できている	収集を行っており、収集方法は適切である	一部改善を必要とする	収集方法が極めて非効率	診療所等の情報収集方法の精度、業務効率性。
99	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。	正確かつ効率的であり、かつ優れた方法で収集できている	収集を行っており、収集方法は適切である	一部改善を必要とする	情報を把握できていない	救急医療体制病院の応需状況の把握の有無。把握方法。
100	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。	正確かつ効率的であり、かつ優れた方法で収集できている	収集を行っており、収集方法は適切である	一部改善を必要とする	情報を把握できていない	受入実績のある病院等へ確認の有無。確認方法。
101	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。	更新の仕組みが優れている	更新のための仕組みを構築している	仕組み等に一部改善を必要とする	情報更新が体系化されていない	医療機関情報の更新のしくみの有無。
102	2 相談・助言業務(救急電話相談)					
103	相談・助言業務を効果的に実施しているか。					
104	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。	手順について、従事者の理解が十分であり、対応が優れている	手順について、従事者が理解し、対応を行っている	従事者の理解等、一部改善を必要とする	職員が手順に沿った対応できていない	手順に対する職員の理解度。
105	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。	転送の仕組みがあり、従事者の理解や対応が優れている	転送の仕組みがあり、従事者が理解している	従事者の理解等、一部改善を必要とする	職員が手順に沿った対応できていない	迅速な転送のしくみの有無。しくみに対する職員の理解度。
106	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。	優れた体制が整備されている	体制が整備されている	一部改善を必要とする	助言体制がない	医師の助言体制の有無。
107	3 品質管理(サービス水準の維持、人員配置等)					
108	提供しているサービス水準は十分であるか。					
109	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。	人員配置の考えが優れており、無駄のない人員配置となっている	人員配置の考え方は妥当であり、適正な人員配置となっている	人員配置の考えについて、一部改善を必要とする	人員配置に無駄が多い	人員配置の考え方の妥当性。
110	サービス水準(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」)を目標とした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」に保てている。	すべての日で繋がらない入電が「1時間当たり5件未満」又は「1日を通じ5%未満」に保てている	各月の応答率がすべて95%以上に保てている。現在の応答率が95%以上	各月の応答率が95%未満の月が全体の半数未満である	年間の応答率が95%未満の月が全体の半数を超えているか、3か月以上連続している。現在の応答率が95%未満	繋がらない入電の割合が5%未満。(応答率95%以上)
111	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。	短縮に対し、優れた取組がなされている	目標を設定し、取組がなされている	一部改善を必要とする	全くできていない	平均通話時間の目標設定の有無。
112	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。	短縮に対し、優れた取組がなされている	目標を設定し、取組がなされている	一部改善を必要とする	全くできていない	後処理時間の目標設定の有無。
113	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。	対応レベルが優れている	対応レベルを一定以上に保っている	取組について一部改善を必要とする	モニタリングを実施していない	モニタリングの実施の有無。その他の取組の有無。
114	4 業務管理体制					
115	管理業務体制は十分であるか。					
116	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。	優れた体制が確保されている	適切な体制が確保されている	確保されているが、一部改善を必要とする	体制が確保されていない	体制確保の有無。
117	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。	優れた体制が確保されている	適切な体制が確保されている	確保されているが、一部改善を必要とする	体制が確保されていない	体制確保の有無。
118	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。	優れた体制が確保されている	適切な体制が確保されている	確保されているが、一部改善を必要とする	体制が確保されていない	体制確保の有無。
119	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。	優れた検証の仕組みが構築されている	検証の仕組みが構築されている	しくみはあるが、一部改善を必要とする	検証のしくみがない	検証のしくみの有無。

120	5	危機管理(苦情・トラブル対応等)							
121		危機管理の対策が整っているか。							
122		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。	十分な連絡体制が整っており、マニュアルも優れている	適切な連絡体制及びマニュアルがある	一部改善を必要とする	マニュアルがない	連絡体制の有無。マニュアルの有無。		
123		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。	優れた方法で苦情が管理され、情報共有も十分行われている	苦情の管理がなされ、情報共有のしくみもある	苦情の管理や、情報共有に一部改善を必要とする	苦情の管理をしておらず、状況共有もしていない	苦情の管理、情報共有のしくみの有無。		
124		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。	トラブル防止のため、優れた対策が図られている	トラブル防止のための適切な対策が図られている	一部改善を必要とする	全くできていない	トラブル防止の取組状況。		
125	6	人員確保・採用、労務管理							
126		センターの運営にあたり人員の確保は十分であるか。							
127		適正な人員配置が行えるだけの人員が確保されている。	十分に確保されている	確保されている	一部改善を必要とする	人員が不足している状態が続いている	人員充足状況。		
128		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。	優れた確保策がとられている	確保策は適切に行われている	一部改善を必要とする	確保策が行われていない	人材確保策への取組状況。		
129		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。	優れた確保策がとられている	確保策は適切に行われている	一部改善を必要とする	確保策が行われていない	人材確保策への取組状況。		
130		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。	規定の整理等の労務管理が優れている	規定が整理され、適切な労務管理が行われている	一部改善を必要とする	労務管理上の規定がない	労務管理上の規定の有無。		
131	7	研修							
132		相談看護師・オペレーターに対する研修は十分であるか。							
133		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。	優れた内容の研修が行われている	研修が行われ、内容も適切である	研修内容に一部改善を必要とする	研修が実施されていない	研修実施の有無。内容。		
134		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。	優れた内容の研修が行われている	研修が行われ、内容も適切である	研修内容に一部改善を必要とする	研修が実施されていない	研修実施の有無。内容。		
135		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。	優れた内容の研修が行われている	研修が行われ、内容も適切である	研修内容に一部改善を必要とする	研修が実施されていない	研修実施の有無。内容。		
136		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。	優れた内容の研修が行われている	研修が行われ、内容も適切である	研修内容に一部改善を必要とする	研修が実施されていない	研修実施の有無。内容。		
137	8	マニュアル							
138		マニュアルが整備され、業務が体系化されているか。							
139		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。	マニュアルの整備が優れている	適切にマニュアルが整備されている	マニュアル整備に一部改善を必要とする	マニュアルがない	マニュアルの有無。内容。		
140		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。	マニュアル見直しのしくみが優れている	見直しのしくみは適切であり、計画的に行われている	一部改善を必要とする	多くのマニュアルの見直しが行われていない	マニュアル見直しのしくみの有無。実施状況。		
141		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。	優れた方法でマニュアルが管理され、十分に活用されている	適正にマニュアルが管理され、活用されている	マニュアル活用方法に一部改善を必要とする	マニュアルが活用できる状態にない	マニュアルの保管状態が良好。活用状況。		
142	9	統計・データ分析							
143		業務に必要な統計・データの分析が行われているか。							
144		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。	優れた統計・分析が行われ、非常に効果的である	統計・分析が行われ、効果的である	分析方法や内容に一部改善を必要とする	統計・分析が行われていない	分析の有無。分析の効果。		
145		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。	優れた統計・分析が行われ、非常に効果的である	統計・分析が行われ、効果的である	分析方法や内容に一部改善を必要とする	統計・分析が行われていない	分析の有無。分析の効果。		
146		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。	優れた統計・分析が行われ、非常に効果的である	統計・分析が行われ、効果的である	分析方法や内容に一部改善を必要とする	統計・分析が行われていない	分析の有無。分析の効果。		

通番	V 収支状況		
147	1	指定管理料の執行状況	評価の視点(ポイント)
148		<b>指定管理料は適正に執行されているか。</b>	適正に執行されているかのコメント
149		適切な経理書類が作成されている。	チェック項目
150		経理を担当する職員を配置している。	チェック項目
151		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。	チェック項目
152		通帳や印鑑などが適切に管理されている。	チェック項目
153		外部の監査を受けている。	チェック項目
154	2	収支決算状況	
155		<b>予算と決算に大幅な相違がないか。</b>	
156		平成30年度～令和4年度の決算	予算、決算の相違へのコメント
157	3	利用料金収入実績	
158		<b>収支予算書(令和4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。</b>	
159		令和4年度の予算、決算	利用料金収入の達成の有無

**横浜市救急医療センター条例（抜粋）**

（管理の業務の評価）

第 6 条 指定管理者は、市長が特別の事情があると認める場合を除き、その指定の期間において、第 4 条第 1 項各号に掲げる横浜市救急医療センターの管理に関する業務について、選定評価委員会の評価を受けなければならない。

（横浜市救急医療センター指定管理者選定評価委員会）

第 10 条 指定管理者の候補者の選定、指定管理者による横浜市救急医療センターの管理の業務に係る評価等について調査審議するため、横浜市救急医療センター指定管理者選定評価委員会を置く。

- 2 選定評価委員会は、市長が任命する委員 10 人以内をもって組織する。
- 3 前項に定めるもののほか、選定評価委員会の組織及び運営に関し必要な事項は、市長が定める。

**基本協定書（抜粋）**

（第三者評価）

第 37 条 指定管理者は、救急医療センターの管理運営に関し評価、検証等を行うことを目的として、市が設置する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（以下「第三者評価」という。）を、指定期間の 4 年目及び 8 年目又は 9 年目に受審しなければならない。

- 2 指定管理者は、第三者評価を受審するに当たって、市から、選定評価委員会への出席、資料の提出、報告等を求められたときは、これに従わなければならない。
- 3 第三者評価の受審に係る費用は、指定管理者が負担するものとする。
- 4 市は、選定評価委員会による評価を受けて、指定管理者に対して業務の改善を勧告するものとする。この場合、指定管理者は、速やかに実行し、その結果を市に報告しなければならない。

**横浜市の保有する情報の公開に関する条例（抜粋）**

（会議の公開）

第 31 条 地方自治法(昭和 22 年法律第 67 号)第 138 条の 4 第 3 項及び地方公営企業法(昭和 27 年法律第 292 号)第 14 条の規定に基づき設置する審議会等の附属機関(以下「附属機関」という。)の会議は、公開する。ただし、次に掲げる場合は、この限りでない。

- (1) 他の法令等に特別の定めがある場合
- (2) 不開示情報に該当する事項を審議する場合
- (3) 会議を公開することにより、公正かつ円滑な議事運営が著しく阻害されると認められる場合で、附属機関の決定により、その会議の全部又は一部を公開しないこととした場合

## 横浜市救急医療センター指定管理者選定評価委員会運営要綱

制 定：平成 24 年 4 月 1 日 健地医第 33 号（健康福祉局長決裁）  
最近改正：平成 30 年 6 月 1 日 医医第 333 号（局長決裁）

### （趣旨）

第 1 条 この要綱は、横浜市救急医療センター条例（昭和 56 年 3 月横浜市条例第 18 号）第 4 条第 5 項の規定に基づき、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「委員会」という。）の組織及び運営に関し必要な事項を定める。

### （担当事務）

第 2 条 委員会は、横浜市救急医療センター（以下「センター」という。）の指定候補者（指定管理者の候補者をいう。以下同じ。）の選定（以下「選定」という。）、指定管理者によるセンターの管理業務に係る評価（以下「評価」という。）等に関し、次の事項について調査審議し、市長に意見を述べる。

- (1) 選定手続の細目
- (2) 選定基準
- (3) 公募要項の内容
- (4) 選定及び次点候補者（指定候補者を指定管理者として指定できない事情がある場合において、当該指定できない候補者に代わって指定候補者となるべき者をいう。以下同じ。）の決定
- (5) 評価基準
- (6) 評価の決定
- (7) 指定管理者の指定の取消し
- (8) その他市長が選定、評価等について必要と認める事項

### （委員）

第 3 条 委員は、次に掲げる者のうちから市長が任命する。

- (1) 市民
  - (2) 医療に関する有識者
  - (3) 経営に関する有識者
  - (4) 前各号に掲げる者のほか、市長が必要と認める者
- 2 委員に、委員としてふさわしくない非行事由があったと市長が認める場合は、市長はその職を解くものとする。
- 3 委員の氏名及び役職等は公募要項等に掲載する。

### （委員の責務）

第 4 条 委員は、第 2 条に定める職務を常に公正、公平に行わなければならない。

- 2 委員は、直接間接を問わず、応募団体及び応募することが見込まれる団体の関係者と、選定に関して接触してはならない。
- 3 前項の接触が判明したときは、委員会は委員が接触した団体を選考対象外とする。
- 4 委員は、委員会を通じて知り得た情報をその職を退いた後も洩らしてはならない。

ただし、横浜市又は委員会が公表した情報については、この限りではない。

- 5 前項の規定は、委員会に出席した者（委員及び会議が公開されている場合における傍聴者を除く。）について準用する。

（委員の任期）

第5条 委員の任期は、2年以内とする。

- 2 前項の規定にかかわらず、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- 3 委員は再任されることができる。

（委員長）

第6条 委員会に委員長を置き、委員の互選により定める。

- 2 委員長は、委員会を代表し、会務を総理する。
- 3 委員長に事故があるとき、又は委員長が欠けたときは、あらかじめ委員長の指名する委員がその職務を代理する。

（議事）

第7条 委員会の会議は委員長が招集する。ただし、委員の任期が満了した後第6条第1項の規定により委員長を定めるまでの間は、市長が招集する。

- 2 委員長は、委員会の会議の議長となる。
- 3 委員会は、委員の半数以上の出席がなければ、会議を開くことができない。
- 4 委員会の会議の議事は、出席した委員（議長を除く。）の過半数で決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。
- 5 委員長は、委員会において必要があると認めるときは、関係者の出席を求めてその意見若しくは説明を聴き、又は関係者から資料の提出を求めることができる。

（作業部会）

第8条 委員会は、必要があると認める場合には、作業部会を置くことができる。

（会議の公開）

第9条 委員会の会議は、横浜市の保有する情報の公開に関する条例（平成12年2月横浜市条例第1号）第31条の規定に基づき、公開するものとする。ただし、同条ただし書に該当する場合は、委員会の決定により非公開とすることができる。

（報告）

第10条 委員会は、選定（次点候補者の決定を含む。）、評価の決定等を行ったときは、速やかに当該結果を市長に報告する。

（庶務）

第11条 委員会の庶務は、医療局において行う。

（委任）

第 12 条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に必要な事項は、委員長が委員会に諮って定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。  
(要綱の廃止)
- 2 横浜市救急医療センター指定管理者選定委員会要綱（平成 17 年 10 月 14 日制定）は廃止する。  
(委員の任期の特例)
- 3 この要綱の施行後最初に第 3 条第 1 項の規定に基づき任命する委員の任期は、第 5 条第 1 項の規定にかかわらず、平成 26 年 3 月 31 日までとする。
- 4 この要綱の施行後最初に開催する委員会は、第 7 条第 1 項本文の規定にかかわらず、市長が招集する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 30 年 6 月 1 日から施行する。

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"> <li>・委員長及び委員長職務代理者の選出</li> <li>・会議の公開・非公開について</li> <li>・選定評価委員会スケジュール(案)について</li> <li>・評価基準(案)について</li> </ul>
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"> <li>・自己評価にかかるヒアリング、現場確認</li> <li>・自己評価の質疑応答、審議、書類確認</li> </ul>
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"> <li>・評価報告書(案)について</li> </ul>

## 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 <sup>2</sup>	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 <sup>2</sup>	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 m<sup>2</sup> ・建物延床面積：13,175.54 m<sup>2</sup>

・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	<b>施設の目的や基本方針の確立</b>
	<b>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。</b>
	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	<b>コンプライアンス(法令遵守)の取組</b>
	<b>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。</b>
	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	<b>個人情報の保護・情報公開</b>
	<b>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。</b>
	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	<b>建物・設備の保守点検</b>
	<b>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。</b>
	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	<b>備品管理</b>
	<b>施設の備品・医療機器が適切に管理されているか。</b>
	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の実施され、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	<b>清掃・廃棄物処理・保安警備</b>
	<b>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。</b>
	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	<b>緊急時等の対応</b>
	<b>災害等の緊急時の対応体制が確立されているか。</b>
	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
	<b>診療体制は適正か。</b>
	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
	<b>患者の安全管理に努めているか。</b>
	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
	<b>事故防止のための体制の構築・取組を行っているか。</b>
	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
	<b>院内の感染対策に対する体制が整っているか。</b>
	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
	<b>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。</b>
	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
	<b>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。</b>
	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
	<b>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。</b>
	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
	<b>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。</b>
	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
	<b>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。</b>
	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)
	<b>医療機関情報を得るための取組を行っているか。</b>
	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、急病患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)
	<b>相談・助言業務を効果的に実施しているか。</b>
	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)
	<b>提供しているサービス水準は十分であるか。</b>
	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
	<b>管理業務体制は十分であるか。</b>
	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)
	<b>危機管理の対策が整っているか。</b>
	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
	<b>センターの運営にあたり人員の確保は十分であるか。</b>
	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
	<b>相談看護師・オペレーターに対する研修は十分であるか。</b>
	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
	<b>マニュアルが整備され、業務が体系化されているか。</b>
	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
	<b>指定管理料は適正に執行されているか。</b>
	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
	<b>予算と決算に大幅な相違がないか。</b>
	平成27年度～29年度の決算
3	利用料金収入実績
	<b>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。</b>
	平成29年度の予算、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

<b>I 総則</b>
<p><b>○評価する点</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 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)</li><li>・ 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)</li></ul>
<b>II. 施設・設備の維持管理</b>
<p><b>○今後に改善等を期待する点</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 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)</li><li>・ 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)</li><li>・ 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)</li></ul>
<b>III. 夜間急病センターの適切な運営</b>
<p><b>○評価する点</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 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)</li><li>・ 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。</li></ul> <p><b>○今後に改善等を期待する点</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 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)</li><li>・ 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)</li><li>・ 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)</li><li>・ 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)</li></ul>
<b>IV. 救急相談センターの適切な運営</b>
<p><b>○評価する点</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 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)</li><li>・ 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)</li><li>・ 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)</li><li>・ 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)</li><li>・ 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。</li></ul> <p><b>○今後に改善等を期待する点</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 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)</li><li>・ 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)</li><li>・ 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)</li><li>・ 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。</li><li>・ 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。</li></ul>

## 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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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】					
<p>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。</p>					



## 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、各団体に避難誘導、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					
<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>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。            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。            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。            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>					
<p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>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。</p>					

### 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。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。</p> <p>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					
【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>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>					
【改善すべき点・課題等】					
<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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
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。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>・対応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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	
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			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。
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			対応の質向上が図られている点は、高く評価できる。
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応対に関する研修を行っている。	5	A	5	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入職時研修体制が整っている。</li> <li>・しっかりとした研修プログラムが作られている。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
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		<ul style="list-style-type: none"> <li>・案内業務も上記と同様に、質改善に直結する研修が実施されていることは、高く評価できる。</li> <li>・継続的な研修体制が整備されている。</li> <li>・定期的な現任研修の中で必要な知識を習得されている。</li> </ul>
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		<ul style="list-style-type: none"> <li>・模範となるような研修と評価が行われている。</li> <li>・上記と同様に、高く評価できる。</li> <li>・電話対応のスキルアップのための研修も定期的実施されている。</li> </ul>
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		<ul style="list-style-type: none"> <li>・PDCAサイクルが構築されている。</li> <li>・実務上で業務を確認できる体制がとられ、サービス水準の維持・向上に努めている。</li> <li>・上記3つの研修成果を効果的にするためには、相乗効果を生じさせる実務研修は不可欠である。このような取組がされていない事業体が多い中、実務研修を行っている点が高く評価できる。</li> <li>・実務研修も定期的実施され業務に生かされている。</li> </ul>
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		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。
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"> <li>統計化ならびに分析が確認できる。</li> <li>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。</li> </ul>
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"> <li>利用者の視点に立った分析が評価できる。</li> </ul>
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"> <li>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。</li> <li>分析が多岐にわたっている。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
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>	