



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



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 ヨコハマ プラ 5.3 計画（ヨコハマ 3R 夢プラン）推進運動への取組	9
II-6 施設の衛生管理業務	10
III. 運營業務及びサービスの質の向上	11
III-1 人材の育成	11
III-2 適切な利用情報の提供	12
III-3 サービス水準の確保	13
III-4 職員間での情報共有化	14
III-5 個人情報の保護	15
III-6 事故防止対策への取組	16
III-7 事故発生時の対応体制の構築	17
III-8 災害発生時の対応体制の構築	18
III-9 利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築	19
III-10 利用者の苦情解決体制の構築	20
III-11 利用者アンケートの実施	21
IV. 診療所・介護老人保健施設・介護医療院・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 患者サービスの配慮	32
IV-12 医療廃棄物	32
V. 収支状況	34
V-1 指定管理料の執行状況	34
V-2 収支決算状況	35
V-3 利用料金収入実績及び指定管理料実績	35
V-4 経費節減の取組	36
VI. 評価結果のまとめ	37

I. 総則

I-1 職員の勤務実績・配置状況

管理職を含む常勤職員及び非常勤職員の勤務実績、配置状況は適切か。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	各業務に対し、必要最低限の職員を配置している。	✓		✓	
	各職員は、他の職員の業務状況を適切に把握している。	✓		✓	
B	提案書の職員体制と実際の体制に相違がない。	✓		✓	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 ・複合施設である総合保健医療センターの特性から、多くの専門職を必要としているが、円滑に業務が遂行できるように、職員配置を適切に実施している。 ・各部門の係別にシフト表を作成し、他の職員の勤務状況を把握している。また、申し送りや打合せ等を通じて情報共有を行うとともに、他の職員の業務状況を把握できるようにしている。		【特記事項】 ・人員配置表を作成し、急な欠員が出た場合は、人材派遣で対応するなど、円滑に業務遂行ができるよう、適正な人員配置ができていることを確認した。 ・各部門でシフト表を作成し職員に配付するなどして、職員はお互いの勤務状況を把握できていることを確認した。			
【改善すべき点・課題等】					

I-2 職員のマナー

利用者が気持ちよく利用できるよう、利用者に対する職員の接客マナーは適切か。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	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。	✓		✓	
	職員の服装は適切である。	✓		✓	
	電話対応の際、施設名を名乗っている。	✓		✓	
	挨拶や対応の際の言葉遣いや態度が丁寧である。	✓		✓	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄(※事前調査による)		
【アピールポイント】 ・職員は全員「名札」を着用し、老健、診療所では制服を着用して業務に携わっている。 ・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丁寧な対応を心がけている。 ・サービス向上委員会では、毎年「接遇」に関する標語を施設内に掲示し、接遇向上に取り組んでおり、利用者及び面会のご家族、職員同士でも常にあいさつを心がけ実行している。			【特記事項】 ・名札、服装、電話対応、利用者に対する言葉遣いや態度など、どれも良好であり、特に電話対応については施設名・氏名を名乗り、相談に対する丁寧な説明・対応ができていることを確認した。 ・サービス向上委員会において、毎年「接遇」に関する標語を決定し、その標語を施設内の各執務室等に掲示を行い、接遇向上に取り組んでいることを確認した。		
【改善すべき点・課題等】					

I-3 開館の実績

業務の基準に定められたとおりに開館しているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
B	-	/		/	
C	業務の基準に定められたとおりに開館していない。	/		/	
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 介護老人保健施設(しらさぎ苑)や診療所病棟、精神障害者支援施設の入所部門(ハイツかもめ)は、年中無休の運営を行っている。その他の部門も業務の基準に定められたとおりに開館している。		【特記事項】 ・通所施設は業務基準通り休日を土日、祝日、年末年始とし、それ以外は開館していることを確認した。 ・入所施設は年中無休の運営を行っていることを確認した。			
【改善すべき点・課題等】					

Ⅱ. 施設・設備の維持管理

Ⅱ-1 建物・設備の保守点検

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

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	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。	✓		✓	
	発見された不具合が適切に処理されている。	✓		✓	
B	業務の基準のとおり管理が行われている。	✓		✓	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
		指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)	
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設・設備機器について日常的に点検を実施し、良好な状態を維持している。また、利用者が安心、快適に利用できるように美観維持に努めている。 不具合が発見された場合、職員が常駐の設備業者と協力し迅速に対応している。 		<p>【特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設・設備機器について日常的に点検を実施することで、良好な状態を維持している。また、担当者において、発見された不具合の対応は設備業者と協力し、適切に行われていることを確認した。 経年劣化等による理由で、緊急で修繕が必要な箇所については、本市と協議を行いながら、早急に修繕対応を行っていることを確認した。 			
<p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>開設から30年以上が経過し、経年劣化に伴う修繕が必要な箇所が多くなってきている。小破修繕については随時対応を行っているが、大規模修繕については引き続き横浜市と相談の上進めていく。</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		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	備品台帳に記された備品がすべて揃っている。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
B	総合保健医療センターの備品と指定管理者の備品を区別した備品台帳を作成している。	✓		✓	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・備品については備品台帳で適切に管理している。 ・購入した備品は、毎年度末に横浜市に移管しており、備品は全て横浜市に帰属している。 		<p>【特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・備品台帳データにより管理しており、備品には台帳と対応したステッカーが貼付されていることを確認した。 ・サンプル調査として直近で購入した備品を確認したところ、備品は良好な状態にあり、台帳通り適切に管理されていることを確認した。 			
<p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>開設から30年以上が経過し、備品の修繕等が必要な箇所が多くなってきている。備品の修繕・更新については、横浜市と相談の上計画的に進めていく必要がある。</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		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	業務の基準のとおり業務が実施されている。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
	消耗品の補充が適切に行われている。	✓		✓	
	発見された不具合が適切に処理されている。	✓		✓	
B	—				
C	Aに該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄(※事前調査による)		
【アピールポイント】 ・毎日の日常清掃及び巡回清掃、年数回の定期清掃により館内は清潔に保たれている。また、必要時の「特別清掃」についても迅速に対応している。 ・作業状況については、日報(報告書)によりチェックをしている。			【特記事項】 ・年間作業予定表により、日常清掃、定期清掃、カーペット等のスポット清掃の計画及び実施の管理がされていることを確認した。 ・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がされている。消耗品の交換・補充は、日常清掃時等の際に適宜行われていることを確認した。		
【改善すべき点・課題等】			・館内視察の結果、館内は清潔で衛生的な状態が保持されていることを確認した。 ・感染症防止のため、特に入所施設については「特別清掃」により、部屋清掃等、迅速に対応していることを確認した。		

II-4 警備業務

安全で安心感のある環境を確保しているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	鍵の管理方法が明確になっている。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
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)。	✓		✓	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 ・24時間有人警備を実施しており、カギの受け渡しは毎日、守衛室で行っている。受け渡し簿を作成して、受渡し時間及び所属部門と個人のサインを記入し、受け渡しを明確にしている。 ・日常、定期的に館内外の巡回を実施し、防犯に努めている。		【特記事項】 ・「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ることを確認した。 ・鍵の受け渡しについては、受け渡し簿により適正に管理されていることを確認した。 ・「警備日誌」により、毎日、警備員の 24 時間の館内巡回の状況報告が行われていることを確認した。			
【改善すべき点・課題等】					

Ⅱ-5 ヨコハマ プラ 5.3 計画（ヨコハマ 3R 夢プラン）推進運動への取組

ヨコハマ プラ 5.3 計画（ヨコハマ 3R 夢プラン）に則ったごみ減量推進運動に取り組んでいるか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	ごみの発生抑制に取り組んでいる。	✓		✓	
	再利用・再使用に取り組んでいる。	✓		✓	
	リサイクルに取り組んでいる。	✓		✓	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
		指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)	
【アピールポイント】		【特記事項】			
<ul style="list-style-type: none"> ・ヨコハマ3R夢プランのポスターを掲示し、ゴミの減量を啓発している。 ・分別ボックスを設置し、ゴミの分別、リサイクルに取り組んでいる。 ・パソコンからの印刷、資料のコピーについては、両面印刷、両面コピーを励行し、排出量の削減に取り組んでいる。 		<ul style="list-style-type: none"> ・ヨコハマ3R夢プランのポスターを館内に掲示し、職員等へゴミの減量を啓発し、意識づけが図られていることを確認した。 ・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ることを確認した。 ・裏紙について、個人情報記載されていないことを確認した上で、適宜、再利用及び再使用していることを確認した。 			
【改善すべき点・課題等】		<ul style="list-style-type: none"> ・電子カルテの導入等により、書類のデジタル化を進め、紙の排出量の削減に取り組んでいることを確認した。 			

II-6 施設の衛生管理業務

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

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	建築物環境衛生管理基準に従って各種測定等が実施されている。	✓		✓	
	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備している。	✓		✓	
	エレベーターの点検が年1回以上実施されている。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
	浴室において、浴槽内の水を毎日完全に入れ替えている。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
B	—				
C	Aに該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 ・月1回、定例で感染対策委員会を開催するとともに、感染状況に応じて適宜感染対策会議を開催し、利用者及び職員の安全確保の対策を検討・実行している。 ・建物の出入り口に来所者用の体温計及び消毒液を設置し感染防止対策をしている。 ・ノロウイルス対策として、吐物処理用の消毒液を利用者と接する全ての部署に配置している。 ・エレベーター点検は毎月(年12回)実施している。 ・浴室は使用後に毎回清掃を実施すると共に、レジオネラ菌発生を防止するため、浴室内及び脱衣を業務用扇風機で迅速に乾かし水気を取っている。 ・給食施設は区福祉保健センターの実地調査を毎年受け適切に管理している。 ・介護老人保健施設での衛生管理及び感染対策で特に重要な、インフルエンザ、ノロウイルスの対策のために、加湿器の設置や吐物等の緊急処理用消毒液等の配置を行っている。		【特記事項】 ・月1回、インフルエンザ・ノロウイルス・新型コロナウイルス等の感染症対策のための委員会の開催、及び集団感染の発生時等には、適宜、感染対策会議を開催していることを確認した。また、施設内の必要な箇所に消毒液等を配置するなど、感染防止のための処置が適切に行われていることを確認した。 ・エレベーター点検、貯水槽、浴室、給食施設の各種検査が適正に実施されていることを確認した。 ・給食施設の実地検査については、ここ数年実施されていないが、書類確認により適正に検査を受けていることを確認した。			
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ. 運営業務及びサービスの質の向上

Ⅲ-1 人材の育成

人材育成のために研修等を実施しているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	全職員を対象に基礎研修を行っている。	✓		✓	
	対象者別研修を行っている。	✓		✓	
	全職員を対象にMBOを実施している。	✓		✓	
	職員の働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	✓		✓	
B	—				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
		指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)	
【アピールポイント】		【特記事項】			
<ul style="list-style-type: none"> ・全職員対象に、基礎研修として、コンプライアンス研修、人権研修、個人情報保護研修、感染対策研修、情報リテラシー研修等を実施している。待遇研修は採用時に実施している。 ・対象者別研修としては、新採用職員研修やハラスメント研修(管理職向け・職員向け)を法人全体で、また、専門職が多いため各部署においても、職位やキャリアに応じた専門研修を開催している。 ・加えて、各専門職は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。 ・現在、係長以上の管理職を対象にMBOを活用した業務実績評価を実施、一般職員に対してもMBOを実施している。 ・職員の働きやすい職場づくりについては、令和4年度より幹部職員と現場職員とで構成される「業務改善チーム」を新たに設置し、業務の効率化や職員満足度の向上を目的に各種システムの導入や、ネットワーク更新などを検討している。 ・人材育成プランに基づく具体的な取り組みとして、自己開発の支援や、外部コンサルタントを活用しながら、各種研修の拡充を行うなど、組織的に人材育成の取り組みを進めている。 		<ul style="list-style-type: none"> ・年度の職員研修計画を定め、センター内ではコンプライアンス研修、人権研修、個人情報保護研修、感染対策研修、情報リテラシー研修等の研修を行うとともに、外部研修にも積極的に参加させていることを確認した。 ・係長以上の管理職について、MBO(目標管理)を活用した業務実績評価を実施していること、また、一般職員については、平成31年度からMBOの実施を開始したことを確認した。 ・職員の働きやすい職場づくりとして、令和4年度から幹部職員と現場職員とで構成される「業務改善チーム」を設置し、業務効率化の観点から組織全体の課題を抽出・検討し、各種ITツールの導入やデジタル環境の整備などを検討していることを確認した。 ・人材育成に関して、正規職員の人材育成プランに加えて令和3年度には嘱託・パート職員の人材育成プランを策定し、令和4年度には正規・嘱託・パート職員を対象とした自己開発の支援(外部研修等の受講支援)や、外部コンサルタントを活用しながら各種研修の拡充を行うなど、組織的に人材育成の取組を進めていることを確認した。 			
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ-2 適切な利用情報の提供

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

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)			
		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。	✓	A	✓	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。	✓		✓			
	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。	✓		✓			
	見学などの希望に対応している。	✓		✓			
B	次のすべてに該当する。	✓		A		✓	A
	情報誌「ホット・ほっと」を年2回以上発行している。	✓				✓	
	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。	✓				✓	
	事業計画書・事業報告書を公表している。	✓				✓	
C	A、Bのいずれにも該当しない。						
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)					
【アピールポイント】 ・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し、令和5年度には事業内容の変更に伴い、紙面割りや内容の更新を行った。各部門では利用者向けに加え、関係機関向けのリーフレットを作成するなどしている。 ・また、老健で毎月「しらさぎ通信」を、生活支援センターでは「支援センター便り」を発行している。他にも、精神障害者支援部門では、隔週で財団HPに日々活動の様子を掲載することで、積極的な情報発信に努めている。 ・ホームページで施設の案内や発行した広報誌の掲載を行っている。また、ディスクロージャーとして財団の事業計画、事業報告、財務諸表等を公表している。 ・見学の案内はホームページのトップページに載せ、希望者に対応している。		【特記事項】 ・情報誌「ホット・ほっと」、「しらさぎ通信」をはじめ、多数の広報誌の発行や施設全体及び各部門のリーフレットの作成を行うなど、利用情報の提供を積極的に行っていることを確認した。 ・指定管理者の名称と指定期間は館内及びホームページに掲示されており、周知が図られていることを確認した。 ・事業計画書、事業報告書、財務諸表等はホームページで公開されていることを確認した。					
【改善すべき点・課題等】							

Ⅲ-3 サービス水準の確保

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

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	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。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
B	接遇研修を実施している。	✓		✓	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 ・標準的な業務実施手順書があり活用している。 ・各部門では定期的に勉強会やミーティングを実施し、適宜支援手法や業務手順などの見直しを行っている。 ・新採用職員に対しては、接遇に関する研修を実施するとともに、計画的にOJTを実施している。 ・職員は積極的に専門研修に参加し、スキルアップを図っている。		【特記事項】 ・各部門の業務実施手順書を整備しており、全職員が一貫したレベルのサービスの提供に取り組んでいる。また、各部門における勉強会の実施、ミーティング及びOJT等により手順書の共有と改善が図られていることを確認した。 ・接遇研修を職員採用時に実施している。また、各職員は積極的に専門研修に参加し、スキルアップが図られていることを確認した。 ・センター全体として「サービス向上委員会」を設置し、下部組織として「質向上部会」「サービス検討部会」を設け、サービス水準の向上が図られていることを確認した。			
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ-4 職員間での情報共有化

職員間で、適切に各種情報の共有化が実現されているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	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。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
		指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)	
【アピールポイント】		【特記事項】			
<p>毎週、センター全体の管理職会(センター連絡会)及び部門毎の管理職会を開催しており、その内容を職場毎のミーティングや係会議で全職員に周知している。</p> <p>・財団全管理職による「経営管理会議」を隔月で開催し、各部門の利用状況及び稼働率、収入状況、委員会報告等の情報共有を行うとともに、職員への周知も図っている(開催されない月についてはセンター連絡会を通じて情報共有を行っている)。</p> <p>・業務用 SNS 導入や、グループウェアの更新などを行い、迅速かつ簡便に情報共有できる体制を整備している。</p>		<p>・管理職会等の各種定例会議の内容については、職場毎のミーティングや係会議で全職員に周知し、情報の伝達と共有化が図られていることを確認した。</p> <p>・隔月開催の財団全管理職による「経営管理会議」において、各部門の利用状況及び稼働率、収入状況、委員会報告等の情報共有を行うとともに、職員への周知が図られていることを確認した。</p> <p>・業務用 SNS 導入、また、令和5年12月にはグループウェアの更新を実施し、迅速かつ簡便に情報共有できる体制を整備していることを確認した。</p>			
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ-5 個人情報の保護

個人情報の保護に対する体制が整っているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	横浜市が規定する個人情報取扱特記事項に基づいて、年1回以上点検・評価を行っている。	✓		✓	
B	次のすべてに該当する。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
	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。	✓	✓		
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 ・個人情報の取り扱いについて「誓約書」を作成し常勤・非常勤職員から取っている。 ・個人情報に関する書類は、カギ付きの書棚若しくは倉庫に保管し適切に管理している。また、各部門にシュレッダーを配置し、書類等の廃棄処理を行っている。 ・パソコンについては起動時に個人ごとにパスワード設定を行っている。 ・「プライバシーポリシー」をホームページで公開している。 ・個人情報保護研修を年1回実施し、知識の更新と、意識の再設定を定期的に行っている。		【特記事項】 ・個人情報の取り扱いについて詳細な内容の誓約書を作成し、全職員が署名したものを保管していることを確認した。 ・個人情報に関する書類は、施錠可能な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われていることを確認した。 ・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行い、個人情報の漏えい等の防止が図られている。 ・個人情報等を含むメールの誤送信防止のため、誤送信防止機能のあるメールソフトを導入していることを確認した。			
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ-6 事故防止対策への取組

事故防止のための体制の構築・取組を行っているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	安全管理委員会を設置している。	✓		✓	
	感染対策委員会を設置している。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
	事故防止策の研修等を実施している。	✓		✓	
B	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ている。	✓		✓	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
		指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)	
【アピールポイント】		【特記事項】			
<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・新型コロナウイルス感染症対応等については、適宜感染対策会議を開催し、感染状況に応じた対策を協議している。 ・その他、インフルエンザ、ノロウイルスの対策のためにも、従前より加湿器の設置や吐物処理用消毒セットの配置を行っている。また、介護老人保健施設以外についても、利用者と接する全ての部署に吐物処理用消毒セットを配置している。 ・建物の出入り口に体温計と消毒液を配置している。 ・「手洗いチェッカー」を用いた研修を全職員対象に実施し、感染対策につなげている。 		<ul style="list-style-type: none"> ・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」報告の分析が行われ、事例集としてまとめられていることを確認した。 ・新型コロナウイルス感染拡大防止のため、適宜感染対策会議を開催し、感染状況に応じた対策を講じていることを確認した。 ・インフルエンザ、ノロウイルスの対策のため、加湿器の設置や吐物処理用消毒セットの配置、また、介護老人保健施設以外についても、利用者と接する全ての部署に吐物処理用消毒セットを配置していることを確認した。 ・安全管理研修や感染対策に関する研修を全職員対象に毎年実施されていることを確認した。 			
【改善すべき点・課題等】		<ul style="list-style-type: none"> ・事故防止や感染防止等に関する安全管理マニュアル、感染防止対策マニュアルが整備されていることを確認した。 			

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されているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	施設内で、事故対応責任者が明確になっている。	✓		✓	
	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)	✓		✓	
	事故対応策の研修等を実施している。	✓		✓	
B	事故発生時の連絡体制を確保している。	✓		✓	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
		指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)	
【アピールポイント】		【特記事項】			
<ul style="list-style-type: none"> ・センター内の各部門(25カ所)に安全管理マニュアルを配置して、事故発生時の対応を行う仕組みを作っている。 ・各部署により利用者の特質が異なるため、事故対応研修については部門での研修を実施している。 ・利用者に関する事故が発生した場合、速やかに横浜市の所管部署に報告をしている。 ・横浜市医療安全課が主催する医療安全研修会に参加し、情報を得て、職員へフィードバックしている。 ・AEDをセンター内2カ所(1階、4階)に設置している。 		<ul style="list-style-type: none"> ・「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ることを確認した。 ・各部署により利用者の特質が異なるため、各部門において事故対応研修が実施されていることを確認した。 ・利用者に関する事故が発生した際は、横浜市の所管部署(高齢健康福祉部、障害福祉保健部及び地域福祉保健部)に報告がされていることを確認した。 			
【改善すべき点・課題等】		<ul style="list-style-type: none"> ・施設内にAEDが2カ所設置していることを確認した。 			

Ⅲ-8 災害発生時の対応体制の構築

H 2 5 医政発第 1 0 1 8 第 1 7 号（病院等における防火・防災対策要綱について）の遵守。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	火元責任者が配置されている。	✓		✓	
	防火管理者が選任されている。	✓		✓	
	夜間防火管理責任者が配置されている。	✓		✓	
	消防計画が定められている。	✓		✓	
	利用者及び職員が最低3日間必要とされる水や食料を備蓄している。	✓		✓	
	年間2回以上防火訓練が実施されている。	✓		✓	
	年間2回以上避難訓練が実施されている。	✓		✓	
B	—				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 ・平成29年度に、防災マニュアルを定め、大規模地震発生時の対応を取りまとめるとともに、当該マニュアルの職員への説明を行っている。また、平成30年度以降、継続して当該マニュアルに基づいた防災訓練を行っている。 ・令和5年度には、防災委員会の下部組織である防災部会においてBCPの作成を行っている。 ・新採用職員研修において、防災センター職員の指導の下、消火訓練を毎年行っている。 ・同一敷地内にある横浜市総合リハビリテーションセンター、横浜ラポールとの共同防火管理協議会を設置すると共に、合同防災訓練を実施し、防災体制の強化を図っている。 ・AEDをセンター内2か所(1階、4階)に設置している。 【改善すべき点・課題等】		【特記事項】 ・防火管理者及び防災管理者等については、適正に届出が行なわれ選任されていることを確認した。 ・防災マニュアルを定め、大規模地震発生時の対応を取りまとめるとともに、当該マニュアルの職員への説明が行われている。また、当該マニュアルに基づいた防災訓練が実施されていることを確認した。 ・センター4階に利用者及び職員が最低3日間必要とされる水や食料を備蓄していることを確認した。 ・同一敷地内にある横浜市総合リハビリテーションセンター、横浜ラポールと3施設合同で合同防災訓練を実施している。また、新採用職員研修において、防災センター職員の指導の下、消火訓練が行われていることを確認した。			

Ⅲ-9 利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築

利用者が意見や苦情を述べやすい環境を整備しているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	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。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
B	次のすべてに該当する。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
	ご意見ダイヤルに意見等が寄せられた場合、その対応につき公表している。	✓		✓	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 ・意見・苦情受付の仕組みを明示したポスターを施設内に掲示している。また、横浜市福祉調整委員会、かながわ福祉サービス運営適正化委員会の意見・苦情受付のポスターも掲示して利用者に周知している。 ・各部署に「意見箱」を設置し、利用者からの意見、苦情を受け付けている。また、ホームページのトップページにセンターへの問合せEメールのリンクを貼っており、施設利用についての問い合わせに回答している。 ・「意見箱」に利用者から寄せられた意見、苦情等については迅速に対応している。 ・入所者及びその家族向けの「利用者満足度調査」と、外来や精神障害者施設等の通院・通所部門についても、「利用者満足度調査」を、それぞれ毎年実施し、施設に対する要望、意見を取り入れ改善に繋げている。 ・ご意見ダイヤルに寄せられた意見、苦情はない。		【特記事項】 ・苦情解決規程が定められ、苦情解決体制として、苦情解決総括責任者、苦情解決責任者、苦情解決担当者及び第三者委員が定められていることを確認した。 ・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施設内へのポスター掲示により案内されていることを確認した。 ・各部署に「意見箱」を設置するとともに、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、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ていることを確認した。 ・高齢者支援施設の入所部門や精神障害者施設等通院・通所部門の利用者本人及び家族に対する「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。			
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ-10 利用者の苦情解決体制の構築

利用者の意見、苦情等を受けて、迅速に対応できる体制を構築しているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	苦情解決第三者委員を選任している。	✓		✓	
	苦情等への対応結果について、利用者へ公表している。	✓		✓	
B	次のすべてに該当する。	✓		✓	
	利用者に対し、苦情等への対応手順、担当者等が明確にされている。	✓		✓	
	苦情等の内容を検討し、その対応策を講じている。	✓		✓	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 ・苦情解決第三者委員を選任し委嘱している。 ・苦情解決第三者委員への報告は、文書で行い助言を得ている。また、個別に対応が必要な場合は、ケース毎に第三者委員へ直接相談を行っている。 ・財団の苦情解決の仕組みの他に、「横浜市福祉調整委員会」のポスターや、「かながわ福祉サービス運営適正化委員会」の連絡先を掲示して、苦情受付相談窓口の周知を行っている。		【特記事項】 ・苦情解決第三者委員を選任し委嘱されており、左記の通り報告と助言及び苦情の内容に応じて、直接相談が行われていることを確認した。 ・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施設内へのポスター掲示により周知されていることを確認した。			
【改善すべき点・課題等】					

Ⅲ-11 利用者アンケートの実施

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

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	利用者アンケートの結果を公表している。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
	利用者満足度調査を実施している。	✓		✓	
B	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。	✓		✓	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
		指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)	
		【アピールポイント】 ・高齢者支援施設の入所部門では、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」を実施している。また、外来や精神障害者施設等の通院・通所部門についても、毎年サービス等に対する「利用者満足度調査」を実施している。得られた情報に基づく改善の取り組みを継続するとともに、調査結果を館内掲示し公表している。 ・利用者の利便性を図るため、館内のサインのデザインを統一し、分かりやすくしている。		【特記事項】 ・高齢者支援施設の入所部門や精神障害者施設等通院・通所部門の利用者本人及び家族に対し、毎年サービス全体に対する「利用者満足度調査」の実施がされ、調査結果を館内掲示、また、ホームページで公表されていることを確認した。 ・館内の表示のデザインを統一し、利用者の利便性向上を図っていることを確認した。	
		【改善すべき点・課題等】			

IV. 診療所・介護老人保健施設・介護医療院・精神障害者支援施設の管理・運営

IV-1 各種法令の遵守

各種法令の遵守と関係者の理解の確認。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	医療法、消防法等診療所等の管理に関わる各種法令の基準を満たしている。	✓		✓	
	診療所管理者は各種法令を十分に認識している。	✓		✓	
	法令に基づく許可証等が適切に保管されている。	✓		✓	
B	-	/		/	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 各種法令については遵守している。		【特記事項】 ・本センターの開設に当たっては、医療法、消防法に基づき横浜市が申請し、許可を得ていることを確認した。 ・介護保険法に基づき、介護老人保健施設開設などの申請と許可を得ていることを確認した。 ・診療科目や勤務医の変更などについては都度、手続きが行われていることを確認した。			
【改善すべき点・課題等】		・法令に基づく各種許可証等は施設できる書庫にて、適切に保管されていることを確認した。			

IV-2 広告の制限の遵守

医療法第6条の5及び同条6並びに医療広告ガイドラインの遵守

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	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)	✓		✓	
	医療広告ガイドラインを遵守している。	✓		✓	
B	—				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 法令に基づいた標榜、広告を行っている。		【特記事項】 ・館内掲示にて内科、精神科、放射線科の標榜できる科目のみが明確にされていることを確認した。			
【改善すべき点・課題等】					

IV-3 院内掲示義務の遵守

医療法第14条の2の遵守

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		チェック欄	評価(A・B・C)	チェック欄	評価(A・B・C)
A	院内掲示義務(医療法第14条の2)を満たしている。	✓	A	✓	A
B	—	/		/	
C	A、Bのいずれにも該当しない。	/		/	
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 ・センター長名、医師名、診療日及び診療時間等を外来掲示板に明示している。 ・診察室の各ブースに担当医師名を明示している。		【特記事項】 ・センター長名、医師名、診療日及び診療時間等が掲示板に明示されていることを確認した。 ・診察室の各ブースに担当医師名が明示されていることを確認した。			
【改善すべき点・課題等】					

IV-4 業務委託基準の遵守

医療法第15条の2、同施行令第4条の7、同施行規則第9条の遵守

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	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)	✓		✓	
	検体検査(医療法施行規則第9条の8)	✓		✓	
	クリーニング(医療法施行規則第9条の14第10号)	✓		✓	
	医療機器点検(医療法施行規則第9条の7)	✓		✓	
	ガス供給設備点検(医療法施行規則第9条の13)	✓		✓	
	施設清掃(医療法施行規則第9条の15)	✓		✓	
B	—				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 ・委託業者は、横浜市一般競争入札有資格者名簿に掲載されている業者から選定するとともに、横浜市中小企業振興基本条例に基づき、出来るだけ市内中小企業を選定するよう努めている。 ・医療機器点検は、メーカーに委託して行っているが、「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等での業務経験を基準としている。		【特記事項】 ・各種委託業者は、原則、横浜市一般競争入札有資格者名簿に記載されていること、また、発注可能な案件については、原則、市内中小企業を優先して選定していることを確認した。 ・医療用機器点検受託業者は、「医療機器修理許可証」を有していることを確認した。			
【改善すべき点・課題等】					

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

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	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)	✓		✓	
	放射線測定記録を過去5年分保管している。(同上)	✓		✓	
	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)	✓		✓	
B	—				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄(※事前調査による)		
【アピールポイント】 ・放射線測定を法定期間で実施し、その記録を保存している。また、ルクセルバッチ(個人線量計)についても毎月定期測定を実施している。			【特記事項】 ・放射線測定を法定期間で実施し、ルクセルバッチ(個人線量計)についても毎月定期測定を実施されている。測定記録は過去5年間保管されていることを確認した。		
【改善すべき点・課題等】					

IV-6 雇入時の免許等の確認

医師法第17条他の遵守

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	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)	✓		✓	
	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)	✓		✓	
B	—				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 ・有資格者の免許及び保険医登録について、雇入れ時に原本確認を行っている。また、免許等については写しを保管している。		【特記事項】 ・有資格業務に従事する者の免許は、雇用の際に確認し、全て写しが保管されていることを確認した。 ・医師の保険医登録については雇用の際に確認されていることを確認した。			
【改善すべき点・課題等】					

IV-7 医療設備・機器の管理

機器が適切に管理されているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	医療設備・機器の管理が適切に行われている。	✓		✓	
	医療設備・機器は定期的に保守・点検されている。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 ・医療設備、機器については専門業者に委託し適正に管理・保守を行っている。 ・トラブル発生時には、委託業者への連絡や利用者への対応等をきちんと行っている。 ・保守、点検の記録は一元管理を行っている。 ・医療機器の始業時点検等の日常点検は各技師が行い、適正に管理、保守を行っている。		【特記事項】 ・医療設備・機器について、常時安全かつ正常に作動するよう専門業者に委託し、適正に管理・保守が行われていることを確認した。 ・「始業・終業点検記録」により、毎日の始業、終業点検の実施と部署責任者及び医療安全責任者への報告がなされていることを確認した。 ・「故障時の連絡体制」については、委託業者との契約の際に明確に定め、障害発生時の対応体制が整っていることを確認した。			
【改善すべき点・課題等】					

IV-8 患者に対する責任

医師の責任が明確になっているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	各部門の責任者の氏名が患者に明らかになっている。	✓		✓	
	医師の診療日・診療時間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。	✓		✓	
	休診・代診の情報が患者に明らかになっている。	✓		✓	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 外来に設置してある掲示板に、センター長名、医師名、診療日、時間等の明示をしている。担当医師名については、各診療ブース前にも明示している。		【特記事項】 ・左記の通り医師名や診療日等が明示されていることを確認した。 ・診療は予約制のため、代診の際は、患者へ事前に説明していること、また、急に代診となった場合は、電話連絡していることを確認した。			
【改善すべき点・課題等】					

IV-9 診療録の管理

医師法第24条の遵守ほか

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	診療録の管理が適正に行われている。(医師法第24条)	✓		✓	
	1患者1IDで重複無く管理されている。	✓		✓	
	診療録管理についてマニュアルがある。	✓		✓	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
		指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)	
【アピールポイント】		【特記事項】			
<ul style="list-style-type: none"> ・診療録の管理は法令に基づいた期間(5年間)を適正に保管している。 ・IDはコンピューターシステムで適正に管理され、重複登録のないように管理されている。 ・医療情報システム運用管理規程等に基づき適切に管理を行っている。 		<ul style="list-style-type: none"> ・診療録は書庫において適正に管理されていることを確認した。 ・左記の通りシステムにより登録管理が行われており、患者の重複登録が行われない仕組みとなっていることを確認した。 ・医療情報システム運用管理規程等にて、保管、持ち出し、アクセス制限等が定められ、適切に管理が行われていることを確認した。 			
【改善すべき点・課題等】					

IV-10 薬剤・医薬材料の管理

医療法施行規則第14条並びに薬事法第48条の2の遵守

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	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)	✓		✓	
	医薬材料の在庫は適正に管理されている。	✓		✓	
B	薬剤・医薬材料の発注が適正に行われている。	✓		✓	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 ・薬剤は「医薬品業務手順書」により適正に管理されている。 ・薬剤の在庫管理は「購入状況表」「在庫表」「払出状況表」により適正に管理している。		【特記事項】 ・「医薬品業務手順書」により、医薬品の採用、購入、取り間違い防止、規制医薬品の取扱、在庫棚卸、処置薬の取扱等が定められ、適正に管理されていることを確認した。 ・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ことを確認した。			
【改善すべき点・課題等】					

IV-11 患者サービスの配慮

待ち時間軽減の努力をしているか。

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
	待ち時間の状況を把握している。	✓		✓	
	待ち時間短縮のための努力をしている。	✓		✓	
	待ち時間について患者に表示等を行っている。	✓		✓	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。				
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄			事務局記入欄(※事前調査による)		
【アピールポイント】 ・原則として予約制で診療を行っており、あらかじめ受付時間を定めて、来所していただいている。 ・受付時に番号札を渡し、ご自分の順番が分かるようにしている。			【特記事項】 ・原則として予約制で診療を行っており、利用者にはあらかじめ受付時間を定めて、来所いただいている。また、遅れる場合等には、患者に対し個別に説明をするなどの配慮がされていることを確認した。 ・受付時に番号札を渡し、ご自身の順番が分かるようにしていることを確認した。		
【改善すべき点・課題等】					

IV-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

判断基準		指定管理者記入欄		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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)	✓	A	✓	A
	医療廃棄物が適切に管理されている。	✓		✓	
	マニフェストが適切に保管されている。	✓		✓	
B	医療廃棄物処理の担当者が決まっている。	✓		✓	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 ・医療廃棄物は「特別管理廃棄物収集運搬業」及び「処分業者」の許可を受けた業者に委託している。 ・医療廃棄物処理の担当者がマニフェストを確認している。また、マニフェストの保管を行っている。		【特記事項】 ・「感染性廃棄物取扱マニュアル」により、廃棄物の種類、収集、処理の流れ等が定められている。それに従い、白い蓋付きの専用収納容器を指定場所に設置し、鍵のかかる専用保管場所に運搬、保管がされている。また、「特別管理産業廃棄物保管場所」の表示がされていることを確認した。 ・マニフェストは書庫において施錠、適正に管理されていることを確認した。 ・業務分担表において、医療廃棄物処理の担当者は、明確に定められていることを確認した。			
【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		事務局記入欄 (※事前調査による)	
		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。	✓	A	✓	A
B	次のすべてに該当する。	✓		✓	
	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。	✓		✓	
C	A、Bのいずれにも該当しない。				
指定管理者記入欄		事務局記入欄(※事前調査による)			
【アピールポイント】 ・財団の会計経理については、法人会計規程等に基づき、適切に行っている。 ・経理担当職員を配置し、税理士の指導・支援を受けながら、適切な経理書類の作成・保管を行っている。 ・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。 ・監事(公認会計士及び弁護士)による監査を受けている。監査結果は法人理事会で報告され、承認されている。		【特記事項】 ・経理担当職員を配置し、2か月に1回の定期訪問と、随時相談を通じて、税理士の指導・支援を受けながら、適切な経理書類の作成、保管が行われていることを確認した。 ・通帳や印鑑については、左記のとおり、一層の安全性を確保し、管理されていることを確認した。 ・監事(公認会計士及び弁護士)による監査を受け、監査結果は法人理事会で報告されていることを確認した。			
【改善すべき点・課題等】					

V-2 収支決算状況

予算と決算に大幅な相違がないか。収入－支出がプラスになっているか。

確認事項	
(予算収入 1,981,737,000 円) - (決算収入 1,947,722,016 円) = 34,014,984 円	
(予算支出 1,969,044,000 円) - (決算支出 2,011,196,285 円) = ▲42,152,285 円	
(決算収入 1,947,722,016 円) - (決算支出 2,011,196,285 円) = ▲63,474,269 円	
指定管理者記入欄	事務局記入欄(※事前調査による)
<p>【特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・決算収入の対予算比率は98.3%、決算支出の対予算比率は102.1%であり、予算と決算に大幅な相違はなく、収入、支出ともに適正に管理・執行している。 ・収支差額は63,474千円のマイナスとなっている。(この中には退職給付支出66,638千円(原資は退職給付引当資産の取崩による)及び令和4年3月に更新した情報システム賃借料40,062千円(原資は情報システム更新資金の取崩しによる)も含まれており、これらを除いた事業のみによる収支差額は43,226千円のプラスとなる。) ・収支差額から投資活動収支差額(退職給付引当資産の取崩及び積立の差額18,403千円のプラス、情報システム更新資金取崩収入40,062千円のプラス)を差し引いた当期収支差額は、5,009千円のマイナスとなっている。これは、光熱水費の高騰や、補助金を活用し老朽化した介護ベッドを更新したことなどによるものである。 	<p>【特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・左記の通り、予算と決算の額について、大幅な相違は見られないが、今後はさらに収入の増、支出の減に取組む必要がある。 ・左記の通り、収支差額はマイナスとなっているが、退職給付支出を除いた事業のみによる収支の差額はプラスとなっている。

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等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: 921,182 千円 指定管理料 : 843,219 千円	R4 年度利用料金収入 813,821千円 (達成割合:88.3%) R4 年度指定管理料 871,813千円 (達成割合:103.4%)
指定管理者記入欄	事務局記入欄(※事前調査による)
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用料金収入の目標値はコロナ禍以前に立てたため、目標を下回っている。 ・指定管理料は、医療ガス設備更新費用等の増額により、2,860千円の増となっている。 	<p>【特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用料金収入は新型コロナウイルスの影響もあり目標を下回っているが、徐々に施設利用者数は回復傾向にある。 ・診療報酬の加算等を適切に取るため、コンサルタント企業を活用しながら対応していることを確認した。

<p>・既存の事業内容について、利用者ニーズの把握に努め、現行メニューを検討し、新規メニュー等を実施した。</p> <p>■新規メニュー等の導入実績</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療観察法対象者の精神科デイケアへの受け入れ ・高齢精神障害者の介護老人保健施設への受け入れ ・若年性認知症外来の実施 ・介護療養型医療施設から介護医療院への転換 <p>・高齢者施設を取り巻く状況変化に対応し、今後も公的施設としての役割を果たし、持続的に運営していくため、経営コンサルタントを活用しながら検討会を定期開催し、入所・通所を含めた施設のあり方について、検討を進めている。</p>	
<p>【改善すべき点・課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・引き続き利用者確保に努めるとともに、加算等の報酬についても取れるよう改善中である。 	

V-4 経費節減の取組

経費節減のための努力を行っているか。

指定管理者記入欄	事務局記入欄(※事前調査による)
<p>【アピールポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・光熱水費の高騰やセンサー付きベッドの購入費用等により、当期収支差額はマイナスとなったが、課題であった老朽化していた介護ベッドの更新を補助金も活用しながら行い、職員の介護業務の負担軽減につなげることができた。 ・設備委託業者から毎月報告される、電気、ガス、水道等の使用量を、センター連絡会を通して全職員に周知し、使用量の節減に向けた意識付けを行っている。 ・その他、診療器具等のディスポ化等にも取り組み経費節減を行っている。 ・ZOOM等を活用して会議や研修を実施することにより、移動時間や出張旅費(交通費)の削減を図っている。 	<p>【特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経費節減のため、各種補助金を活用しながら、介護ベッド等の必要な物品を購入していることを確認した。 ・近年、光熱水費等が高騰しているため、設備委託業者から毎月報告される、電気、ガス、水道等の使用量を、センター連絡会を通して全職員に周知し、使用量の節減に向けた意識付けが行われていることを確認した。 ・診療器具等のディスポ化等にも取り組み経費節減を行っていることを確認した。
<p>【改善すべき点・課題】</p>	

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選定評価委員会

評価項目		指定管理者 自己評価結果	事務局 評価結果 (※事前調査による)
I. 総則			
1.職員の勤務実績、配置状況	管理職を含む常勤職員及び非常勤職員の勤務実績、配置状況は適切か	A	A
2.職員のマナー	利用者が気持ちよく利用できるよう、利用者に対する職員の接客マナーは適切か	A	A
3.開館の実績	業務の基準に定められたとおりに開館しているか	A	A
II. 施設・設備の維持管理			
1.建物・設備の保守点検	建物・設備が適切に管理され、安全性の確保及び良好な機能の保持が実現されているか	A	A
2.備品の管理	備品が適切に管理されているか	A	A
3.清掃業務	利用者が快適に利用できるよう、清掃が行き届いているか	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.ヨコハマ プラ 5.3 計画(ヨコハマ3R 夢プラン)推進運動への取組み	ヨコハマ プラ 5.3 計画(ヨコハマ3R 夢プラン)に則ったごみ減量推進運動に取り組んでいるか	A	A
6.施設の衛生管理業務	施設の衛生管理が適切に実施され、利用者が快適に利用できるような状態が保持されているか	A	A
III. 運営及びサービスの質の向上			
1.人材の育成	人材育成のために研修等を実施しているか	A	A
2.適切な利用情報の提供	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	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・取組を行っているか	A	A
7.事故発生時の対応体制の構築	事故発生時の対応体制が確立されているか	A	A
8.災害発生時の対応体制の構築	H25医政発第1018第17号の遵守	A	A
9.利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築	利用者が意見や苦情を述べやすい環境を整備しているか	A	A
10.利用者の苦情解決体制の構築	利用者の意見、苦情等を受けて、迅速に対応できる体制を構築しているか	A	A
11.利用者アンケート調査の実施	サービス全体に対する利用者の満足度を把握し、課題がある場合には対応策を講じているか	A	A
IV. 診療所・介護老人保健施設・介護医療院・精神障害者支援施設の管理・運営			
1.各種法令の遵守	各種法令の遵守と関係者の理解の確認	A	A
2.広告の制限の遵守	医療法第6条の5及び同条6並びに医療広告ガイドラインの遵守	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.雇入時の免許等の確認	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
11.患者サービスの配慮	待ち時間軽減の努力をしているか	A	A
12.医療廃棄物	廃棄物の処理及び清掃に関する法律の遵守	A	A
V. 収支状況			
1.指定管理料の執行状況	指定管理料は適正に執行されているか	A	A
2.収支決算状況	収入—支出がプラスになっているか。予算と決算に大幅な相違がないか	—	—
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等の目標値がどの程度達成されているか	88.3%	88.3%
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		

横浜市総合保健医療センター評価総括

項目	指定管理者自己評価	事務局特記事項
I. 総則	複合施設である総合保健医療センターの特性として多くの専門職が必要であるが、適切な職員配置を行い、円滑に業務を遂行している。	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、どれも適切に実施されている。
II. 施設・設備の維持管理	開設から30年以上が経過し、老朽化した施設・設備の修繕・更新等の対応を行っていく必要があり、横浜市とも協議の上、順次進めている。	施設設備の保守点検、備品の管理、清掃業務はPDCAサイクルに従い、適切に実施されている。 また、衛生管理については法令に基づいた各種測定が実施されている。 感染症対策委員会等の開催、また、施設内の必要な箇所に消毒液等を配置するなど、感染防止のための処置が適切に行われている。
III. 運營業務及びサービスの質の向上	毎年、「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実施している。サービスの質向上への取り組みとして、正規職員の人材育成プランを更新、嘱託・パート職員のプランを新たに整備するとともに、プランに基づいた自己開発の支援や、外部コンサルタントを活用しながら、各種研修の拡充を行うなど、組織的に人材育成の取り組みを進めている。	会議体制、委員会体制による情報の共有と課題解決の取り組み、マニュアル類の整備と維持向上、利用者への情報提供等が適切に実施されている。 また、正規職員のMBO（目標管理）の実施や、正規・嘱託・パート職員の人材育成プランを策定するなど、組織的な人材育成体制の整備を進めている。
IV. 診療所・介護老人保健施設・介護医療院・精神障害者支援施設の管理・運営	保健、医療、福祉の複合施設として各部門間での、協働、連携を図りながら適切に管理運営を行っている。	業務委託基準、広告制限の遵守、放射線防護、診療録の管理、薬剤・医薬材料の管理、医療廃棄物の処理等に関し、法に基づき適切に実施されている。
V. 収支状況	法人会計規程等に基づき適切に執行しており、また、経理担当職員を配置し、適切な経理書類の作成と保管も行っている。決算収入の対予算比率は98.3%、決算支出の対予算比率は102.1%であり、予算と決算に大幅な相違はなく、収入、支出ともに適正に管理・執行している。 令和4年度の当期収支差額はマイナスとなっているが、これは、光熱水費の高騰や、補助金を活用し老朽化した介護ベッドを更新したことなどによるものである。	経理担当職員を配置し、2か月に1回の定期訪問と、随時相談を通じて、税理士の指導・支援を受けながら、適正な経理書類の作成及び執行が行われている。 また、物価高騰や新型コロナウイルスの影響がある中でも、補助金による収入確保や経費節減のための各種取組を行い、適正な予算執行に努めている。

評価結果についての講評

- 評価結果は指定管理者自己評価と事務局評価結果が A で全部一致していた。特に問題は認められず、適切に運営されていると思われる。
- 全体としてしっかりとした施設運営をなされている印象である。
- コロナ禍から利用者が回復しつつあると記載があるが、コロナ禍前とは社会的環境は変わりつつある。少子高齢化や物価高騰等により人材確保、収益面経営環境は、今後ますます厳しくなることが予想される。
- さらなる経営革新を行い、しっかりと社会的役割を果たされることを期待する。
- コロナ禍の中で、医療機関及び福祉サービス事業の中核施設として、役割を果たされていることが確認できた。
- 良く検討されていると感じる。ただし、これからは全体的な評価として、今後を見据えた視点で取り組まれることを考えてはどうか。問題は解決していないように思う。