



第2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

日時：平成30年11月29日（木）14:00～

場所：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

1 開 会

2 現地確認（横浜市救急相談センター、横浜市夜間急病センター）

3 議 事

(1) 指定管理者の自己評価、ヒアリング

・・・・・・・・・・【資料1】【資料2】【評価シート】【別添資料】

(2) 評価の審議

(3) スケジュール・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【資料3】

4 その他

5 閉 会

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 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 | おんだ 恩田 きよみ 清美 | 医療に関する 有識者 | 和洋女子大学 看護学部看護学科 講師 |
| ◎ | 4 | かわはら 河原 かずお 和夫 | 医療に関する 有識者 | 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科教授 |
| ○ | 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 救急医学科 診療科長・教授 |

(敬称略 五十音順)

◎・・・・・・委員長 ○・・・・・・委員長職務代理者

※任期は、平成 30 年 7 月 1 日から平成 31 年 3 月 31 日までとなります。

(事務局：横浜市)

医療局副局長

深川 敦子

医療局医療政策部医療政策課救急・災害医療担当課長

栗原 政幸

医療局医療政策部医療政策課担当係長

大野 和義

医療局医療政策部医療政策課

栗山 真利江

(指定管理者：一般社団法人横浜市医師会)

常任理事

恵比須 享

常任理事

渡邊 豊彦

横浜市救急医療センター センター長

新海 毅

横浜市救急医療センター 事務長

金子 秋仁

横浜市救急相談センター 統括責任者

六車 崇

評価方法及び評価基準について

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

(ア) 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

(イ) 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5点～1点の5段階で評価を行います。

| 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 | 要求され基準(協 | を上回っており、内容が優れている。 |
| 3 | 定書や業務基準、 | を達成している。 |
| 2 | 事業計画に定める | の一部が達成されておらず、一部改善を必要とする。 |
| 1 | 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) 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のものについては、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。

| I 総則 | | | | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------|-----------------------------------|
| 1 施設の目的や基本方針の確立 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 評価の視点(ポイント) |
| 救急医療センターの設置目的に基づいた管理運営上の基本方針が確立されており、職員が理解しているか。 | | | | | | |
| 救急医療センターの設置目的に基づいた施設運営上の基本方針が明文化されている。 | 明文化されており、内容も非常に優れている。 | 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 |
| 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、期待を大幅に上回る。 | 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 |
| 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、周知方法が非常に優れている。 | 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 |
| 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、内容も非常に優れている。 | 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 |
| 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。 | 非常に優れた方法で評価検証しており、定期的に行われている。 | 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 |
| 2 コンプライアンス(法令遵守)の取組 | | | | | | |
| コンプライアンス(法令遵守)に関する取組が行われているか。 | | | | | | |
| 医療法・消防法等診療所等の管理に関わる各種法令や内部規定等を遵守している。 | 法令等が全て遵守されており、非常に優れた取組がある。 | 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 |
| 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、内容も非常に優れている。 | 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 |
| 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、期待を大幅に上回る。 | 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 |
| 3 個人情報の保護・情報公開 | | | | | | |
| 個人情報の保護及び情報公開に対する体制が整っているか。 | | | | | | |
| 個人情報保護の取扱いに関する指針が策定されており、必要な内容は満たされている。 | 指針が策定され、内容も非常に優れている。 | 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 |
| 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、内容も非常に優れている。 | 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 |
| 個人情報保護に関する研修会が開催されている。 | 研修会の内容が非常に優れており、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 |
| 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、非常に優れた運用がなされている。 | 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 |
| 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) | 非常に優れた方法で確保され、申し分ない。 | 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 | 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。 |
| 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) | 非常に優れた方法で、適切な管理がされている。 | 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 | 管理の状況。 |

| II 施設・設備の維持管理 | | | | | | | 評価の視点(ポイント) |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------|-------------|
| 1 建物・設備の保守点検 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 建物・設備が適切に管理され、安全性の確保及び良好な機能の保持が実現されているか。 | | | | | | | |
| 定期的に設備の点検が実施され、利用者が常に安全に利用できる状態に保たれている。 | 実施され、内容も非常に優れている。 | 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。 | |
| 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、迅速性が非常に優れている。 | 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。 | |
| 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。 | 修繕計画が作成され、内容も非常に優れている。 | 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。 | |
| 2 備品管理 | | | | | | | |
| 施設の備品・医療機器が適切に管理されているか。 | | | | | | | |
| 備品台帳に記された備品がすべて揃っており、救急医療センター(横浜市)と指定管理者の備品との区分が明確になっているなど、適正に管理されている。 | 備品台帳が正確かつ区分が明確に作成され、管理も優れている。 | 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。 | |
| 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。 | 定期点検がなされ、内容も非常に優れている。 | 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。 | |
| 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。 | 非常に優れた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。 | |
| 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。 | 非常に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。 | 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。 | |
| 3 清掃・廃棄物処理・保安警備 | | | | | | | |
| 利用者が快適で安全に利用できるような環境を確保しているか。 | | | | | | | |
| 施設の清掃が行き届いており、利用者及び従事者が快適に施設を利用できる環境が保たれている。 | 清掃がされており、内容も水準を大幅に上回っている。 | 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。 | |
| 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非常に優れており、分別も正確である。 | 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。 | |
| 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。 | 保安警備の内容が非常に優れている。 | 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。 | |
| 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。 | 防犯対策が非常に優れている。 | 防犯対策が優れている。 | 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。 | |
| 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。 | 非常に優れた管理体制である。 | 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。 | |
| 4 緊急時等の対応 | | | | | | | |
| 災害等の緊急時の対応体制が確立されているか。 | | | | | | | |
| 緊急時の避難誘導、安全確保、その他緊急時の対応に必要な事項について、マニュアルが作成されている。 | マニュアルが作成されており、内容が非常に優れている。 | 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。 | |
| 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、頻度も十分で、計画が非常に優れている。 | 訓練を実施し、頻度も十分で、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。 | |
| 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。 | 体制の明示方法が、非常に優れており、職員も十分に理解している。 | 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。 | |
| 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。 | 非常に優れた連携体制が整備されている。 | 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。 | |

| 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 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 評価の視点(ポイント) |
| 診療体制は適正か。 | | | | | | |
| 基本協定に定める診療時間を遵守し、必要な診療科目が設置されている。 | | | 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。 |
| 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非常に優れている。 | 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。 |
| 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の内容が非常に優れている。 | 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。 |
| 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。 | 非常に優れた人員配置の取組みを行っている。 | 優れた人員配置の取組みを行っている。 | 繁忙期には人員を増やすなど妥当な人員配置の取組みを行っている。 | 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。 |
| 2 患者の安全管理 | | | | | | |
| 患者の安全管理に努めているか。 | | | | | | |
| 事故発生時等の対応について、医療安全管理指針が策定されている。 | 指針が策定され、内容も非常に優れている。 | 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。 |
| 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。 | 非常に優れたマニュアルが策定され、周知状況も問題がない。 | 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。 |
| 医療安全管理のための研修が実施されている。 | 実施され、内容も非常に優れており、全ての職員が参加している。 | 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。 |
| 3 事故防止対策への取組 | | | | | | |
| 事故防止のための体制の構築・取組を行っているか。 | | | | | | |
| 事故防止のチェックリスト等を整備している。 | チェックリスト等が整備されており、内容も非常に優れている。 | 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。 |
| 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、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。 | 非常に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。 | 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。 |
| 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、改善への取組が非常に優れている。 | 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。 |
| 事故発生時には、再発防止に向けた取組みがなされている。 | 非常に優れた取組がなされている。 | 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。 |
| 事故防止策の研修等を実施している。 | 非常に優れた内容の研修がなされ、全ての職員が参加している。 | 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。 |
| 4 院内感染対策 | | | | | | |
| 院内の感染対策に対する体制が整っているか。 | | | | | | |
| 感染発生時の対応等について、院内感染対策指針が策定され、定期的に見直されている。 | 非常に優れた指針が策定されており、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。 |
| 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。 | 非常に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。 | 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。 |
| 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。 | 非常に優れた方法で確保され、申し分ない。 | 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。 |
| 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、内容も非常に優れている。 | 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。 |
| 院内感染防止対策のための研修が実施されている。 | 非常に優れた内容の研修がなされ、全ての職員が参加している。 | 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。 | 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。 |

| | | | | | | | |
|---|--|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|-------------------|-----------------------------|
| 5 | 患者転送・医療機関連携推進 適切な医療機関への転送に努め、円滑な医療連携を確保に取り組んでいるか。 | | | | | | |
| | 重症者を他の医療機関へ紹介、転送するにあたって、患者や家族にインフォームド・コンセントを徹底している。 | 非常に優れた取組が行われている。 | 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。 |
| | 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、医師との連携も非常に優れている。 | 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。 |
| | 円滑な医療連携を確保するための取組が行われている。 | 医療連携の取組が非常に優れている。 | 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。 |
| 6 | 患者に対する説明責任 医師等の責任が明確になっているとともに、患者とのパートナーシップが図られているか。 | | | | | | |
| | 各部門の責任者の氏名が患者に明らかになっている。 | | | 明示されている。 | | 全く明示していない。 | 責任者氏名の明示。 |
| | 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。 |
| 7 | 人材の育成・研修 職員の育成・研修について、計画的かつ効果的に行われているか。 | | | | | | |
| | 各種研修等に、常勤・非常勤を問わず、必要な職員が受講できる環境を整備している。 | 研修受講環境及び研修内容が非常に優れている。 | 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。 |
| | 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非常に優れている。 | 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。 |
| | 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、指導の仕組みも非常に優れている。 | 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。 |
| | 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がなく、マナー向上の取組も非常に優れている。 | 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。 |
| 8 | 利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築 利用者が意見や苦情を述べやすい環境を整備しているか。 | | | | | | |
| | 利用者が苦情や意見を述べやすいよう、施設内へご意見箱の設置や、ホームページ等による意見受付等、複数の方法を提供している。 | 利用者の意見聴取の方法が複数あり、非常に優れている。 | 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。 |
| | 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みが非常に優れており、十分な対策が講じられている。 | 苦情内容検討の仕組みが優れており、十分な対策が講じられている。 | 苦情内容検討の仕組みがあり、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くみの有無。対策の内容。 |
| | 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、内容が非常に優れている。 | 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。 |
| 9 | 経費節減など業務の効率化 事業経費についてランニングコストの削減など健全経営に努めているか。 | | | | | | |
| | 職員人件費に無駄はなく、経費節減に取り組んでいる。 | 非常に優れた取組がなされている。 | 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 |
| | 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、内容も非常に優れている。 | 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。 |
| | 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、内容も非常に優れている。 | 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 | | | | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------|
| 1 救急医療情報の収集(医療機関案内) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 評価の視点(ポイント) |
| 医療機関情報を得るための取組を行っているか。 | | | | | | |
| 診療所・クリニックに関する情報を収集できている。 | 正確かつ効率的であり、かつ非常に優れた方法で収集できている。 | 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。 |
| 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、かつ非常に優れた方法で収集できている。 | 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 | 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。 |
| 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。 | 正確かつ効率的であり、かつ非常に優れた方法で収集できている。 | 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 | 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。 |
| 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。 | 更新の仕組みが非常に優れている。 | 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。 |
| 2 相談・助言業務(救急電話相談) | | | | | | |
| 相談・助言業務を効果的に実施しているか。 | | | | | | |
| 相談看護師は、緊急性や受診の必要性等の判断について、手順を理解し、緊急度判定基準(緊急度判定プロトコル)に沿った対応を行っている。 | 手順について、従事者の理解が十分であり、対応が非常に優れている。 | 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ができていない | 手順に対する職員の理解度。 |
| 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非常に優れている。 | 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ができていない | 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。 |
| 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。 | 非常に優れた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。 |
| 3 品質管理(サービス水準の維持、人員配置等) | | | | | | |
| 提供しているサービス水準は十分であるか。 | | | | | | |
| オペレータ、相談看護師の配置については、受電状況に応じて、適正な人員配置がなされている。 | 人員配置の考えが非常に優れており、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。 |
| 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。 | | | 現在の応答率が95%以上 | | 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) |
| 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、非常に優れた取組がなされている。 | 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。 |
| 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、非常に優れた取組がなされている。 | 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。 |
| モニタリング等の実施により、応対レベルを一定以上に保っている。 | 応対レベルが非常に優れている。 | 応対レベルが優れている。 | 応対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。 |
| 4 業務管理体制 | | | | | | |
| 管理業務体制は十分であるか。 | | | | | | |
| 業務全体の統括、連絡、調整を行うための体制が確保されている。 | 非常に優れた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。 |
| 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。 | 非常に優れた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。 |
| 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。 | 非常に優れた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。 |
| 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。 | 非常に優れた検証の仕組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。 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|
| 5 危機管理(苦情・トラブル対応等) | | | | | | |
| 危機管理の対策が整っているか。 | | | | | | |
| 苦情・トラブル発生時の連絡体制が整っており、マニュアル等が整備されている。 | 十分な連絡体制が整っており、マニュアルも非常に優れている。 | 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。 |
| 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。 | 非常に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。 | 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。 |
| 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、非常に優れた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。 |
| 6 人員確保・採用、労務管理 | | | | | | |
| センターの運営にあたり人員の確保は十分であるか。 | | | | | | |
| 適正な人員配置が行えるだけの人員が確保されている。 | これまで不足が生じたことは一度もなく、十分に確保されている。 | 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。 |
| 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。 | 非常に優れた確保策がとられている。 | 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。 |
| 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。 | 非常に優れた確保策がとられている。 | 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。 |
| 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非常に優れている。 | 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。 |
| 7 研修 | | | | | | |
| 相談看護師・オペレーターに対する研修は十分であるか。 | | | | | | |
| 相談看護師・オペレーターとして必要なマナー及び電話応対に関する研修を行っている。 | 非常に優れた内容の研修が行われている。 | 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。 |
| 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。 | 非常に優れた内容の研修が行われている。 | 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。 |
| 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。 | 非常に優れた内容の研修が行われている。 | 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。 |
| 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。 | 非常に優れた内容の研修が行われている。 | 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。 |
| 8 マニュアル | | | | | | |
| マニュアルが整備され、業務が体系化されているか。 | | | | | | |
| サービス水準を確保するため、標準的な業務実施手順や注意点等がマニュアル化されている。 | マニュアルの整備が非常に優れている。 | 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。 |
| 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非常に優れている。 | 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。 |
| 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。 | 非常に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。 | 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。 |
| 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。 | | | | | | |
| 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。 | 非常に優れた統計・分析が行われ、非常に効果的である。 | 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。 |
| 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。 | 非常に優れた統計・分析が行われ、非常に効果的である。 | 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。 |
| 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。 | 非常に優れた統計・分析が行われ、非常に効果的である。 | 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。 |

| V 収支状況 | | |
|--------|--|------------------|
| 1 | 指定管理料の執行状況 | 評価の視点(ポイント) |
| | 指定管理料は適正に執行されているか。 | 適正に執行されているかのコメント |
| | 適切な経理書類が作成されている。 | チェック項目 |
| | 経理を担当する職員を配置している。 | チェック項目 |
| | 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 |
| | 通帳や印鑑などが適切に管理されている。 | チェック項目 |
| | 外部の監査を受けている。 | チェック項目 |
| 2 | 収支決算状況 | |
| | 予算と決算に大幅な相違がないか。 | |
| | 平成27年度～29年度の決算 | 予算、決算の相違へのコメント |
| 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年度の予算、決算 | 利用料金収入の達成の有無 |

評価委員会スケジュール

| | 委員会開催 | 委員 | 指定管理者 |
|-----|---|---|----------------------------------|
| 8月 | 第1回委員会開催 ・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 | |
| 9月 | | | 評価シートに基づいた自己評価を実施 ※概ね9月末までを目安 |
| 10月 | | ・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> | |
| 11月 | 第2回委員会開催(今回) 11月29日(木) ・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。) | |
| 12月 | | 評価所見を記載した評価シートを提出 12月17日(月) | |
| 1月 | 第3回委員会開催 1月31日(木) ・評価報告書(案)について | 評価報告書最終案の確認 | |
| 3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) | | |