

## :: 指定管理者制度導入施設 モニタリング・シート ::

評価年月日: 令和元年7月19日

1 基本事項	
公の施設の名称	相模原市立千木良診療所
指定管理者の名称	日本赤十字社
指定期間	平成28年4月1日～令和3年3月31日(5年間)
施設設置条例の名称	相模原市立診療所条例
施設の設置目的	診療、看護、公衆衛生活動等を行う
施設概要	1 位置:相模原市緑区千木良852番地8 2 開設年月日:昭和42年4月1日(平成22年4月1日に神奈川県から移管) 3 敷地面積:954平方メートル 4 構造:鉄筋コンクリート造2階建 5 建築面積:202.27平方メートル 6 施設:診察室、処置室、X線室、検査室、薬局、待合室、会議室
施設所管課の名称	地域医療課

2 管理実績					
項目(単位)	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
外来患者延数(人)	4,495人	4,468人	4,163人	4,115人	-
うち 往診患者延数(人)	139人	168人	143人	116人	
診療収益合計(円)	67,639,044円	64,637,810円	54,995,149円	51,281,445円	-
診療単価(円)	15,048円	14,467円	13,211円	12,462円	-
( )					
( )					

3 成果指標の達成度	
指標名(単位)	1日あたりの延べ患者数(人)
指標式と指標の説明	1日あたりの延べ患者数を指標とし、地域住民に身近な診療所としてどの程度利用されたかを確認する。

項目	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
目標値(単位)	14.9人	15.8人	18.3人	16.9人	-
実績値(単位)	15.7人	18.5人	17.1人	16.9人	-
達成度(%)	105.4%	117.1%	93.4%	100.0%	

4 評価		
指標名(単位)	評価	コメント
施設の設置目的の達成度	A	・離山間地域における診療所として、存続させることが一つの地域医療体制の確立と考えられる中、適正に管理運営が図られている。 ・1日あたりの延べ患者数(人)は、目標値と同数値(達成度100%)であることからA評価とする。
事業・業務の履行状況	A	・施設の維持管理、事業運営については、協定書、事業計画書等どおりに遂行されている。 ・相模原赤十字病院との連携により、訪問診療、禁煙外来等を実施することで、利用者のニーズに応え、利用者サービスの工夫がなされている。 ・危機管理対策として、病院同様の危機管理マニュアル等が策定され、職員への周知徹底が図られている。
利用者満足度の向上度	A	・利用者満足度調査の接遇面及び診療サービス面については、利用者から80%以上の高い満足度が得られている。 ・100%(目標値92.5%)の利用者から「また利用したい」との評価を受けている(達成度108.1%)ことからA評価とする。
財務状況の適正性	A	・施設単体における財務状況の収支は赤字であるが、3施設合計による事業全体の収支においては黒字となっていることからA評価とする。

#### 【施設の設置目的の達成度】の評価基準

モニタリングシート(3 成果指標の達成度)における「達成度」の内容について、次の基準により評価する。

- S: 当該年度の達成度が110%以上
- A: 当該年度の達成度が100%以上110%未満
- B: 当該年度の達成度が90%以上100%未満
- C: 当該年度の達成度が80%以上90%未満
- D: 当該年度の達成度が80%未満

#### 【事業・業務の履行状況】の評価基準

モニタリング基礎シート(様式1)における「評価」の内容について、次の基準により評価する。

- S: 全ての評価項目に「」または「」がつき、「」の数が評価項目の総数の3分の2以上である。
- A: 全ての評価項目に「」または「」がつき、「」の数が評価項目の総数の3分の2未満である。
- B: 全ての評価項目が「」である。
- C: 「」と「」のどちらもつかない項目が1つある。
- D: 「」と「」のどちらもつかない項目が2以上ある。

#### 【利用者満足度の向上度】の評価基準

モニタリング基礎シート(様式2)における「達成度」の内容について、次の基準により評価する。

- S: 当該年度の達成度が110%以上
- A: 当該年度の達成度が100%以上110%未満
- B: 当該年度の達成度が90%以上100%未満
- C: 当該年度の達成度が80%以上90%未満
- D: 当該年度の達成度が80%未満

#### 【財務状況の適正性】の評価基準

モニタリング基礎シート(様式3)における「3 指定管理者の団体本体の経営状況」の内容について、次の基準により評価する。

- S: 評価対象年度の決算において、収入が支出を上回っており、かつ選考委員会による意見として本体の経営状況に「特段の課題はない」とされた場合
  - A: 評価対象年度の決算において、本社等からの繰入れを行っておらず(収支が一致している。予定外の自主事業等へ対応した場合を除く)、選考委員会による意見として本体の経営状況に「特段の課題はない」とされた場合
  - B: 評価対象年度の決算において、本社等からの繰入れを行っているが(予定外の自主事業等へ対応した場合を除く)、選考委員会による意見として本体の経営状況に「特段の課題はない」とされた場合
  - C: 評価対象年度の決算において、本社等から繰入れを行っている(予定外の自主事業等へ対応した場合を除く)、または選考委員会による意見として本体の経営状況に「若干の懸念がある」とされた場合
  - D: 評価対象年度の決算において、本社等から繰入れを行って(予定外の自主事業等へ対応した場合を除く)、選考委員会による意見として本体の経営状況に「重大な懸念がある」とされた場合
- 「財務状況の適正性」の項目については、グループ全体としての評価とする。(複数の施設をグルーピングしている場合のみ)

客観的評価として以上の基準によりS～Dを判定し、選考委員会の意見を踏まえて調整することも可能とする。

## 5 施設所管課による総合評価

コメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設の維持管理、事業運営について、協定書どおりに遂行され、かつ訪問診療、禁煙外来等を実施し、利用者のニーズに応えている。</li> <li>・利用者満足度については、多くの項目で前年度より上昇が見られる。また、「また利用したい」と答えた利用者は100.0%であり、目標値を十分に達成している。</li> <li>・財務状況については、施設単体における収支は赤字となったが、3施設合計による事業全体の収支においては黒字となっている。</li> </ul>
------	--

## 6 指定管理者選考委員会による評価

評価実施日	令和元年7月19日(金)
コメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療所における管理運営、会計処理について、適切に行われている。</li> <li>・人口が減少している地域であり、患者の減少はやむを得ない。</li> <li>・マニュアルに基づき、危機管理対策が行われていることについて、評価できる。</li> <li>・満足度調査から地域に根ざし、利用者との良好な関係の中で医療を提供していることが伺え、評価できる。</li> <li>・指定管理者の経営状況は、特段の課題はなく、健全な経営がなされている。</li> </ul>