

## 指定管理者制度活用事業 評価シート（案）

## 1 基本事項

施設名称	川崎市立 多摩病院	評価対象年度	令和6年度
事業者名	事業者名 学校法人 聖マリアンナ医科大学 代表者名 理事長 明石 勝也 住 所 川崎市宮前区菅生2-16-1	評価者	経営企画室担当課長 [多摩病院運営管理]
指定期間	平成18年2月1日～令和18年3月31日	所管課	病院局 経営企画室

## 2 事業実績

利用実績	●多摩病院患者数の状況（前年度と新型コロナウイルス感染症拡大前のR1を参考値として掲載）			
	1 入院患者の状況			
	項目	R 6	R 5(参考)	R 1(参考)
収支実績	延患者数	108,790人	100,023人	114,205人
	実患者数	9,447人	8,632人	9,869人
	1日平均患者数	298.1人	273.5人	312.0人
	病床利用率	79.3%	72.7%	83.0%
	平均在院日数	10.5日	11.6日	10.6日
収支実績	2 外来患者の状況			
	項目	R 6	R 5(参考)	R 1(参考)
	延患者数	212,605	198,131	215,483
	初診患者数	32,744	30,573	36,642
	1日平均患者数	790.4	739.3	804.0
サービス向上の取組	●令和6年度決算額（前年度と新型コロナウイルス感染症拡大前のR1を参考値として掲載）			
	<収入の部>			
	項目	R 6	R 5(参考)	R 1(参考)
	入院収益	7,199,008	6,574,016	6,390,460
	外来収益	3,208,979	2,983,388	2,932,799
	コロナ補助金	—	556,830	—
	その他の事業収益	453,733	422,203	489,416
	政策的医療交付金	738,229	618,229	618,229
	収入合計	11,599,949	11,154,666	10,430,904
	<支出の部>			
	項目	R 6	R 5(参考)	R 1(参考)
	給与費	6,569,948	5,662,560	5,261,755
	材料費	2,506,225	2,308,448	2,114,948
	学校会計繰出金	—	—	—
	その他の事業費用	3,469,325	3,332,663	3,123,703
	指定管理者負担金	688,573	673,879	642,458
	支出合計	13,234,071	11,977,550	11,142,864
サービス向上の取組	●経営分析			
	指標	R 6	R 5(参考)	R 1(参考)
	医業収支比率	86.9	88.7	95.5
	経常収支比率	87.7	93.1	96.0
	職員給与費対医業収益比率	59.6	55.7	52.7
サービス向上の取組	<専門医療の充実>			
	・昨年度に引き続き開設した主な専門外来は次のとおり。 総合診療内科（漢方外来、骨粗鬆症外来）、循環器内科（経皮経管冠動脈形成術（PTCA）、心臓ペースメーカー、不整脈外来）、消化器内科（ピロリ・特殊胃炎外来、延長性腸疾患）、腎臓・高血圧内科（腎代替療法選択外来ほか）、脳神経内科（頭痛外来、物忘れ外来ほか）、脳神経外科（水頭症）ほか。			
	・新たに睡眠時無呼吸症候群（SAS）の専門外来を開設した。			
	<医療機器の新規導入及び更新>			
	・タンゴオフサルミックレーザー 10月（更新）			
サービス向上の取組	<高度医療の提供>			
	・歯科口腔外科、リハビリテーション科を除き、救急災害医療センターを含むすべての診療科で、三次救急患者など高度医療が必要となる患者について、指定管理者の関連病院である聖マリアンナ医科大学病院救急救命センターや聖マリアンナ医科大学病院総合周産期母子医療センターと連携を図りながら高度医療を提供した。			
	<地域医療支援病院の運営>			
	・紹介全件数は前年度より2,618件増加の23,122件、逆紹介全件数は前年度より622件増加の14,692件となった。			
	・多摩病院が運用している地域医療連携システムを7施設（地域のクリニック等）が利用した。			
サービス向上の取組	<救急災害医療センターの運営>			
	・多摩消防署との症例検討会を6月と2月の2回開催した。			
	・近隣薬局の営業時間外（午前1時～午前7時）については、院内処方対応（救急災害医療センター窓口でお渡し）を行った。			
	<収支差額>			
	収入 - 支出 = △1,634,122千円			

サービス向上の取組	<b>&lt;災害時医療の充実&gt;</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和6年10月に首都直下地震を想定した災害訓練を実施した。訓練には約160名の職員及び院内委託業者が参加し、災害対策本部を立ち上げ、模擬患者を配置しトリアージ訓練、情報共有訓練等を実施した。</li> <li>令和6年12月に川崎市災害時病院連携訓練を1回実施した。</li> <li>院内各部署の防災訓練を18回実施した。</li> </ul>
	<b>&lt;市民・患者に開かれた医療情報の発信&gt;</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成31年1月から開始した、診察状況の通知や予約状況等が確認できるスマートフォンアプリのシステムの利用登録者数は、前年度より453人増加の3,099人となった。</li> <li>令和6年12月にLINE公式アカウントを開設し、院内の情報や各種イベント・診察担当者のお知らせなど、さまざまな情報を配信する取組みを開始した。(友だち登録者数は490件。)</li> </ul>
	<b>&lt;7対1看護体制への取組&gt;</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>手厚い看護と良質な病院運営の観点から、看護師の配置を7:1とし、病棟の特性や観察、処置、看護等の必要度の高い病棟には、夜勤者以外に遅出勤務者を配置している。</li> <li>看護必要度の高い病棟には、パートや派遣の夜勤看護助手を採用し、看護職員の業務負担軽減を図っている。</li> </ul>
	<b>&lt;院内感染の防止に向けた取組&gt;</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>全職員対象の院内感染対策講習会を2回開催し、院内ICTメンバー(感染対策チーム)が講師を務める研修を13回開催した。</li> <li>KAWASAKI地域制御感染協議会定例会へ2回参加した。</li> <li>令和6年8月に川崎市北部地域感染対策合同訓練を1回実施した。</li> <li>私立医科大学病院協議会感染対策相互ラウンドを2回実施した。</li> <li>新型コロナウイルス感染症に対して、感染状況等に応じた柔軟な病床運用や職員の適切な配置を行い患者対応した。</li> </ul>

### 3 評価

( )内は昨年度の数値

分類	項目	着眼点	配点	評価段階	評価点			
事業成果・利用者満足度	1 事業成果	(1)事業実施による成果の測定が適切に行われているか	18	3 (3)	10.8 (10.8)			
		(2)当初の事業目的を達成することができたか						
	2 利用者満足度	(1)利用者満足度調査を適切に実施しているか	6	3 (3)	3.6 (3.6)			
		(2)利用者満足度は向上しているか						
		(3)調査結果の分析を行い、満足度向上のための具体的な取組に反映しているか						
	《評価》 項目「1事業成果」: 評価段階「3」(協定書等どおり適正に業務運営が行われている。)とする。							
	【評価の理由】							
	1 事業成果	(1)「事業実施による成果の測定が適切に行われているか」について <ul style="list-style-type: none"> <li>診療科別の患者数、稼働実績等について、日報、月報又は年報を作成し、常に様々な角度から運営状況を把握できるように努めている。また、これらの情報について、病院長をトップとする病院長補佐会議や、院内各部門の責任者を含む管理運営会議及び診療科責任者会議などで毎月報告するなど、事業実施による成果の測定は適切に行われている。これらの会議は対面とオンラインのハイブリッドで行われている。</li> </ul> (2)「当初の事業目的を達成することができたか」について           基本的医療機能（入院、外来）           病院機能において最も重要な役割である基本的医療機能について、診療科目に係る外来診療及び入院診療のほか、川崎市北部地域における急性期医療を行う中核的な医療機関として、「川崎市立多摩病院の管理運営に関する基本協定」(以下「基本協定」という。)に規定する、①24時間365日の救急医療、②小児救急医療、③災害時医療、④地域医療連携、⑤医療従事者の確保・育成等に積極的に取り組み、川崎市北部地域医療圏での役割を果たした。これらに係る令和6年度の実績は次のとおり。						

事業成 果・利 用者満 足度	<b>ア 基本的診療</b>																																		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院診療については、延患者数は前年度より8,767人増加の108,790人、実患者数は前年度より815人増加の9,447人、1日平均患者数は前年度より24.6人増加の298.1人、病床利用率は前年度より6.6ポイント増加の79.3%となった。また、平均在院日数は前年度より1.1日減少の10.5日となった。</li> <li>・外来診療については、延患者数は前年度より14,474人増加の212,605人、初診患者数は前年度より2,171人増加の32,744人となった。1日平均患者数は前年度より51.1人増加の790.4人となった。</li> <li>・入院・外来延患者数が前年度から増加している要因は、指定管理者の関連病院である聖マリアンナ医科大学東横病院の閉院（令和6年3月31日）に伴い、当該病院からの紹介患者が増加したことから、入院・外来ともに患者数が増加したと考える。</li> </ul>																																		
	<b>イ 24時間365日の救急医療</b>																																		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急延患者数は前年度より834人増加の9,336人となった。救急車搬送患者数は前年度より233人増加の4,813人となった。</li> <li>・開院以来、24時間365日の救急医療体制を維持し、救急隊からの診療要請には救急車対応医師が対応するなど、救急患者の診療要請を断らない診療体制を構築し、二次救急対応病院としての役割を果たしている。</li> <li>・重篤な救急患者等については、指定管理者の関連病院である聖マリアンナ医科大学病院救急救命センターと連携を図り、患者を搬送するなど対応した。</li> </ul>																																		
	<b>ウ 小児救急医療</b>																																		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児救急延患者数は前年度より129人減少の1,021人となった。北部小児急病センターが一次救急対応、多摩病院が二次救急対応との役割分担により、二次救急対応病院としての役割を果たした。</li> <li>・小児科専門医を中心とし、小児科救急医療を修得した医師が協力する診療体制を構築している。</li> </ul>																																		
	<b>エ 災害時医療</b>																																		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・災害対策委員会が設置され、「緊急時対応マニュアル」、「院内災害防止マニュアル」等が整備されている。なお、備蓄関係では、院内に災害拠点病院の要件である3日分程度の食料、飲料水、医薬品及び医療材料が確保されており、消費期限、使用期限等の管理も適切に行われていた。</li> <li>・令和6年10月5日に災害訓練を実施。災害時に少しでも混乱なく対応できるように、①首都直下地震を想定した対応訓練、②マニュアルの内容確認等を実施。なお、多摩消防署との合同消防訓練は、国内で発生した山火事に多摩消防署の職員が派遣されたため実施されなかった。</li> <li>・日本DMA T隊員9名とDMA T-L隊員3名を配置している。</li> <li>・近年の異常気象による短時間の大雪に備え、地下駐車場入口の止水版動作確認や土嚢備蓄場所の確認を実施している。</li> </ul>																																		
	<b>オ 地域医療連携</b>																																		
	<p>地域全体の医療提供体制の向上を図ることを目的として、地域のかかりつけ医の支援及び連携を円滑に行うため「地域医療連携室」を設置し、患者サービスの充実を図っている。</p> <p>(紹介率・逆紹介率)</p> <p>紹介率は前年度より2.9ポイント減少の76.1%、逆紹介率は前年度に比べ5.1ポイント減少し75.5%となった。地域医療支援病院の承認要件である「紹介率65%以上かつ逆紹介率40%以上」の基準は満たしている。</p> <p>(高額医療機器の共同利用)</p> <p>地域医療支援病院として、詳しい検査を行うことで地域の医療機関（かかりつけ医）がより正確に診断できるよう、多摩病院の高額医療機器を提供（共同利用）している。</p>																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>R 6</th> <th>R 5</th> <th>R6-R5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MR I 装置</td> <td>1,360件</td> <td>1,366件</td> <td>-6件</td> </tr> <tr> <td>CT 装置</td> <td>1,179件</td> <td>1,318件</td> <td>-139件</td> </tr> <tr> <td>内視鏡(上部・下部)</td> <td>940件</td> <td>654件</td> <td>286件</td> </tr> <tr> <td>超音波装置</td> <td>497件</td> <td>483件</td> <td>14件</td> </tr> </tbody> </table> <p>(地域医療連携室の取組み)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の医療関係者等に診療科案内のパンフレットを配布するとともに、開業医・医療機関訪問を行った。（訪問医療機関154件）</li> <li>・MR I 検査及びCT 検査の予約枠について、登録紹介医限定でそれぞれ平日5枠を確保しているほか、当日緊急検査も受け入れている。</li> <li>・平成29年10月2日から、上下部消化管内視鏡準緊急枠として1枠ずつ運用を開始している。</li> <li>・登録紹介医からの紹介受付時間を、1時間延長し18時まで対応している。（登録紹介医 483人）</li> <li>・紹介全件数は前年度より2,618件増加の23,122件、逆紹介全件数は前年度より622件増加の14,692件となった。（再掲）</li> </ul> <p><b>カ 医療従事者の確保・育成</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・臨床研修医（医科）については、基幹型臨床研修病院として初期臨床研修医1年次10人、2年次10人を受け入れ、後期研修医は総合診療専門医研修プログラム7人、内科専門医研修プログラム1人を受け入れた。また、聖マリアンナ医科大学病院を中心とした各診療科の専門医研修プログラムの実施に協力した。臨床研修医（歯科）については、管理型臨床研修指定病院（歯科）として、歯科口腔外科臨床研修医2人を受け入れた。</li> <li>・医学生、看護学生等の実習では、聖マリアンナ医科大学、同大学看護専門学校ほか多くの医療従事者養成学校等から、医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、栄養士、救急救命士、養護教諭等の学生を受け入れた。</li> </ul> <p>《評価》 項目「2利用者満足度」：評価段階「3」（協定書等どおり適正に業務運営が行われている。）とする。</p> <p><b>【評価の理由】</b></p> <p><b>2 利用者満足度</b></p> <p>(1)利用者満足度調査を適切に実施しているか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・令和6年7月と令和7年1月に入院患者及び外来患者に対して患者満足度調査を2回実施した。入院患者の回収率は、1回目が83.8%、2回目が81.1%で、外来患者の回収率は、1回目が97.2%、2回目が100%であった。</li> </ul> <p>(2)利用者満足度は向上しているか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者の総合満足度は、前年度86.3点から3.2点上昇して89.5点となり、外来患者の総合満足度は、前年度82.5点から0.6点上昇して83.1点であった。</li> <li>・調査結果</li> </ul> <p>●重点改善項目（重要度が高いのに満足度が低く優先的に考慮すべき項目） ※表中の①は1回目調査結果、②は2回目調査結果</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>入院</th> <th>外来</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師の接遇</td> <td>②質問や相談のしやすさ</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>事務の接遇</td> <td>① 質問や相談のしやすさ ① 信頼・安心できる知識や技術</td> <td>①②質問や相談のしやすさ ① 信頼・安心できる知識や技術</td> </tr> <tr> <td>医療サービス</td> <td>②プライバシー配慮 -</td> <td>① 診療・予約時間への配慮 ① 安全な医療サービス</td> </tr> <tr> <td>施設・設備・情報提供</td> <td>- -</td> <td>①②診察室・検査室の雰囲気 ②待合の雰囲気</td> </tr> </tbody> </table> <p>入院の重点改善項目については、1回目の調査結果から重点改善項目であった「事務の接遇」が2回目では改善されている。 外来の重点改善項目については、「事務の接遇：質問や相談のしやすさ」及び「施設・設備・情報提供：診察室・検査室の雰囲気」は、引き続き改善に取組む必要がある。</p>	項目	R 6	R 5	R6-R5	MR I 装置	1,360件	1,366件	-6件	CT 装置	1,179件	1,318件	-139件	内視鏡(上部・下部)	940件	654件	286件	超音波装置	497件	483件	14件	項目	入院	外来	医師の接遇	②質問や相談のしやすさ	-	事務の接遇	① 質問や相談のしやすさ ① 信頼・安心できる知識や技術	①②質問や相談のしやすさ ① 信頼・安心できる知識や技術	医療サービス	②プライバシー配慮 -	① 診療・予約時間への配慮 ① 安全な医療サービス	施設・設備・情報提供	- -
項目	R 6	R 5	R6-R5																																
MR I 装置	1,360件	1,366件	-6件																																
CT 装置	1,179件	1,318件	-139件																																
内視鏡(上部・下部)	940件	654件	286件																																
超音波装置	497件	483件	14件																																
項目	入院	外来																																	
医師の接遇	②質問や相談のしやすさ	-																																	
事務の接遇	① 質問や相談のしやすさ ① 信頼・安心できる知識や技術	①②質問や相談のしやすさ ① 信頼・安心できる知識や技術																																	
医療サービス	②プライバシー配慮 -	① 診療・予約時間への配慮 ① 安全な医療サービス																																	
施設・設備・情報提供	- -	①②診察室・検査室の雰囲気 ②待合の雰囲気																																	

(3)調査結果の分析を行い、満足度向上のための具体的な取組に反映しているか
・満足度が一番低い項目は、入院患者では「面会の時間帯」の34.7点、外来患者では「会計待ち時間」の40.2点であった。 「面会の時間帯」については、院内で感染防止対策を実施しているため、面会に来られた方へ一定の制限を設けている。 「会計待ち時間」については、診療報酬の計算ミスや算定漏れを防ぐため、慎重な作業を行っており、職員の事務処理スキルの向上や会計待ちの環境整備を引き続き取り組んで行く。
・調査結果については、各回及び年間での集計結果に基づき、各部署で分析・検証作業が行われ、管理運営会議で院内各部門へ報告している。各部門は改善策を策定し、TQM（トータルクオリティマネジメント）委員会に報告しており、調査結果を満足度向上のための具体的な取り組みに反映している。
【満足度向上に向けた具体的な取組例】
・初診受付時間について、11時までの受付を30分延長し11時30分までとした。(一部の診療科を除く。) ・身だしなみなど接遇の改善のため、接遇研修を実施(878人参加)するなど、患者一人ひとりに丁寧な説明を行い、待っている患者にも声をかけるなど配慮をもった行動を行うよう取り組んだ。

( )内は昨年度の数値

分類	項目	着眼点	配点	評価段階	評価点
1 効率的・効果的な支出	(1)適正な支出が行われているか	12	3 (3)	7.2 (7.2)	7.2 (7.2)
	(2)効率的な執行等、経費縮減の具体的な取組は為されたか				
2 収入の確保	(1)適正な収入が得られているか	12	3 (3)	7.2 (7.2)	7.2 (7.2)
	(2)収入増加のための具体的な取組が為されているか				
3 適切な会計手続	事業収支に関して適切な会計処理が為されているか	5	3 (3)	3.0 (3.0)	3.0 (3.0)

《評価》 項目「1効率的・効果的な支出」：評価段階「3」(協定書等どおり適正に業務運営が行われている。)とする。

#### 【評価の理由】

##### (1)適正な支出が行われているか

- ・給与費については、前年度より907,388千円増の6,569,948千円となった。材料費については、前年度より197,777千円増の2,506,225千円となり、支出全体では、前年度より1,256,521千円増の13,234,071千円となった。
- ・職員給与費対医業収益比率は、前年度から3.9ポイント減少し、59.6%となった。

##### (2)効率的な執行等、経費縮減の具体的な取組は為されたか

- ・支出が増加した要因は、物価上昇や人件費の高騰による材料費や委託料などの経費の増、また、指定管理者の関連病院である聖マリアンナ医科大学東横病院の閉院（令和6年3月31日）に伴い、当該病院の医師及び看護師を多摩病院へ異動させ職員数が増えたことから、給与費の支出が増加したと考える。

《評価》 項目「2収入の確保」：評価段階「3」(協定書等どおり適正に業務運営が行われている。)とする。

#### 【評価の理由】

##### (1)適正な収入が得られているか

- ・入院収益については、前年度より624,992千円増の7,199,008千円となり、外来収益は、前年度より225,591千円増の3,208,979千円となった。収入全体では、前年度より445,283千円増の11,599,949千円となった。入院・外来延患者数が前年度から増加したことにより、それぞれの収益が増加したと考える。
- ・令和6年度の収入は、11,599,949千円、支出は13,234,071千円となり、収支差額は、マイナス1,634,122千円となった。

##### (2)収入増加のための具体的な取組が為されているか

- ・入院・外来延患者数が前年度から増加している要因は、指定管理者の関連病院である聖マリアンナ医科大学東横病院の閉院（令和6年3月31日）に伴い、当該病院の医師を多摩病院へ異動させたこと、ならびに当該病院からの紹介患者が増加したことから、入院・外来ともに患者数が増加したと考える。（再掲）
- ・多摩病院では、毎月、各診療部長並びに部門長・現場責任者の幹部職員が出席する会議で、収支報告などをを行うとともに、病院上層部と医事、会計、診療情報の各部門が出席する経営企画会議を開催し、今後の診療管理体制等の対応を検討している。
- ・収益増に向け、医事課を中心に査定傾向を分析し、レセプト委員会において報告・検討を行っている。

《評価》 項目「3適切な会計手続」：評価段階「3」(協定書等どおり適正に業務運営が行われている。)とする。

#### 【評価の理由】

##### 事業収支に関して適切な会計処理が為されているか

- ・基本協定及び細目協定に基づき、利用料金及び手数料等は、利用者にその都度請求するとともに領収書を納入義務者に交付している。
- ・診療報酬審査支払機関等に支払請求を行うものについては、それぞれの支払機関の定める期日までに支払請求を行っている。
- ・私立学校振興助成法第14条第3項の規定に基づく監査法人による監査を受け、「令和6年度の計算書類が、学校法人会計基準（昭和46年文部省令第18号）に準拠して、学校法人聖マリアンナ医科大学の令和7年3月31日をもって終了する会計年度の経営の状況及び同日現在の財政状態を全ての重要な点において適正に表示しているものと認める。」との監査報告を受けた。

分類	項目	着眼点	配点	評価段階	評価点
Ⅲ サービス向上及び業務改善	1 適切なサービスの提供	(1) 提供すべきサービスが適切に提供されたか	10	3 (3)	6.0 (6.0)
		(2) サービスの利用促進への具体的な取組が為されているか			
		(3) 利用者への情報提供を適時かつ十分に行っているか			
2 業務改善によるサービス向上		(1) 業務改善が必要な場合に、現状分析、課題把握、改善策の検討と実施が行われているか	5	3 (3)	3.0 (3.0)
		(2) 業務改善の取組によって具体的な効果があらわれたか			
3 利用者の意見・要望への対応		(1) 意見・要望の収集方法は適切だったか（十分な意見・要望を集めることができたか）	5	3 (3)	3.0 (3.0)
		(2) 利用者からの苦情や意見に対して、迅速かつ適切に対応しているか			
《評価》 項目「1 適切なサービスの提供」：評価段階「3」（協定書等どおり適正に業務運営が行われている。）とする。					
【評価の理由】					
(1) 提供すべきサービスが適切に提供されたか					
<ul style="list-style-type: none"> <li>基本協定に定める33の診療科目に係る外来診療及び入院診療を安定的に提供するとともに、さらに、多くの診療科において専門外来を設置し、専門的な治療の提供に努めている。</li> <li>4月から睡眠時無呼吸症候群(SAS)の専門外来を開設した。（再掲）</li> <li>地域医療支援については、患者の紹介・逆紹介の推進や医療機器の共同利用の推進により、地域の医療機関との役割分担を進め、限られた医療資源の有効活用を図るとともに、地域医療従事者を対象とした研修（全29回。Web及びハイブリッド研修）を実施するなど、地域医療水準の向上に貢献した。</li> <li>病棟ベッドに設置されているテレビについて、インターネットに接続でき、地上波テレビ以外にも楽しめる機能があるタブレット型テレビに変更し、入院患者のサービス向上を図った。また、病院職員が説明していた入院案内を約30分の動画にまとめ、新たに導入したタブレット型テレビにて、当該動画を見ていただく取組みを始めたことで、職員の負担軽減にもつながった。</li> <li>株式会社サンリオと連携し、小児科病棟に同社のキャラクター「ハローキティ」に訪問していただき、入院中の子供達とベットサイドでふれあい、交流を図った。</li> <li>1階受付ロビーにて、クリスマスコンサートを開催し、クリスマスソングや童謡などが演奏され、入院中の患者さんをはじめ、外来受診や会計待ちの患者さんを和ませる取組みを行った。</li> </ul>					
(2) サービスの利用促進への具体的な取組が為されているか					
<ul style="list-style-type: none"> <li>昨年度から引き続き、登録紹介医用のMRI検査、CT検査予約が取りづらい状況への対策として、それぞれ5枠の確保を実施した。また、登録紹介医からの紹介受付時間を18時まで1時間延長して実施しており、サービスの利用促進への具体的な取組がなされた。</li> <li>登録紹介医を対象に当日の緊急検査も受け付けた。</li> <li>初診受付時間について、11時までの受付を30分延長し11時30分までとした。（一部の診療科を除く。）（再掲）</li> <li>医療、看護への理解と健康への関心を高める「看護のイベント」を春（5月）と秋（9月）に正面玄関前で開催し、AEDの操作体験や栄養相談、筋力バランス測定などをを行い、患者さんをはじめ多くの市民が参加した。</li> <li>第47回多摩区民祭において、お子様向けワークショップを開催し、歯科衛生士指導の下、口腔鏡を使う「親子ペアの口腔内診査」や白衣と聴診器を身に着け、自身や家族の心音を聞く「なりきりドクター コスプレ体験」を実施した。</li> </ul>					
(3) 利用者への情報提供を適時かつ十分に行っているか					
<ul style="list-style-type: none"> <li>ホームページによる基本的診療機能、病院利用方法等のお知らせのほか、「たま病院ニュースレター」を年4回発行し、院内での配架のほか、川崎市の公的機関や近隣クリニック等へ計1,000部発行するなど、積極的な情報発信を行った。また、市民の健康増進や介護知識の習得に向けて市民向け講座を4回開催。さらに令和6年度より、医療にまつわる様々な情報を届けるために、かわさきFMにて多摩病院医師やスタッフ出演によるラジオ放送（月1回放送）を開始した。</li> <li>ミニ市民健康講座 30分（12回）「知って安心！かわさきメディカルインフォ」などを開催した。</li> <li>LINE公式アカウントを開設し、院内の情報や各種イベント・診察担当者のお知らせなど、さまざまな情報を配信する取組みを始めた。（友だち登録者数は490件。）（再掲）</li> <li>TQM（トータルクオリティマネジメント）委員会では、当委員会ニュースを年11回発行し、過去分も含めホームページで閲覧できるようにしている。</li> </ul>					
《評価》 項目「2 業務改善によるサービス向上」：評価段階「3」（協定書等どおり適正に業務運営が行われている。）とする。					
【評価の理由】					
(1) 業務改善が必要な場合に、現状分析、課題把握、改善策の検討と実施が行われているか					
<ul style="list-style-type: none"> <li>意見箱を院内6箇所に設置し、1日1回意見箱の確認を行っている。6年度は、213件の意見があった。主な意見としては、面会時間に関することやWi-Fiに関することのほか、感謝やお褒めの言葉をいただいた。</li> <li>意見箱に寄せられた意見については、各部署へ情報共有と改善策等の対応を依頼し、患者相談ミーティングの検討、医療安全推進部会での安全に関する案件についての検討、TQM（トータルクオリティマネジメント）委員会等での確認等を行った。</li> <li>職員用の意見箱を2か所設置し、様々な意見を提案できる環境を整えている。また、職員満足度調査を実施し調査結果について、病院の総合的な質の向上のため職員環境向上委員会において審議を行った。</li> <li>院内独自の病院機能評価を年1回実施し、職員全員が医療の質の向上に取り組んでいる。（その他、5年に1度、公益財団法人日本医療機能評価機構による「病院機能評価」を受審。※病院の医療機能を学術的観点から中立的な立場で評価し、その結果明らかとなった課題の改善を支援する同機構の事業で、病院の更なる改善活動を推進し、病院体制の一層の充実や医療の質の向上を目的とするもの。）</li> </ul>					
(2) 業務改善の取組によって具体的な効果があらわれたか					
<ul style="list-style-type: none"> <li>患者満足度調査結果を踏まえ、これまでにWi-Fiの導入や会計待ち表示の見直し、食事の改善などを行い、一定の効果があったと認められる。また、TQM（トータルクオリティマネジメント）委員会では、5S活動（整理、整頓、清掃、清潔、躰）を通じた整理・整頓の定着、リサイクルの推進、たま病院ニュースレターの院内掲示による患者への活動の周知を図った。</li> </ul>					
《評価》 項目「3 利用者の意見・要望への対応」：評価段階「3」（協定書等どおり適正に業務運営が行われている。）とする。					
【評価の理由】					
(1) 意見・要望の収集方法は適切だったか（十分な意見・要望を集めることができたか）					
<ul style="list-style-type: none"> <li>毎年、継続的に入院患者及び外来患者に対して患者満足度調査を実施しており、調査票には自由記述欄を設け、多様な意見の把握に努めている。集計結果については、院内に掲示し、患者、家族等へのフィードバックを行っている。さらに、院内6か所に意見箱を設置し、隨時、利用者が意見・要望等を病院に伝えられる環境を整備している。（再掲）</li> <li>医療関係者、地域住民及び公募市民委員を構成員とする川崎市立多摩病院モニター懇談会（川崎市病院局主催）について、対面式での開催とし、委員から患者サービスの向上等に関する意見を聴取した。</li> </ul>					
(2) 利用者からの苦情や意見に対して、迅速かつ適切に対応しているか					
<ul style="list-style-type: none"> <li>意見箱に寄せられた意見については、各部署へ情報共有と改善策等の対応を依頼し、患者相談ミーティングでの検討、医療安全推進部会での安全に関する案件についての検討、TQM（トータルクオリティマネジメント）委員会等での確認等を行った。（再掲）</li> <li>患者満足度調査によっていただいた意見・苦情等については、TQM（トータルクオリティマネジメント）委員会で各部門の課題として把握し、患者満足度向上に向けた改善活動を実施している。これまでに病棟及び外来へWi-Fiを導入したが、一部でつながりにくい声があったため、院内の電波状況を調査するとともに、利用状況等も確認し対策を検討している。</li> <li>病院局（所管課）に連絡があった多摩病院に関する苦情・意見については、現状を確認し今後の対応も含め、病院局（所管課）へ回答がなされている。</li> </ul>					

分類	項目	着眼点	配点	評価段階	評価点
1 適切な人員配置	必要な人員（人数・有資格者等）が必要な場所に適切に配置されているか				
2 連絡・連携体制	定期または随時の会議等によって所管課との連絡・連携が十分に図られているか				
3 再委託管理	再委託先との連携調整が適宜・適切に行われ、業務の履行についても適切な監視・確認が為されているか				
4 職員のスキルアップ	業務知識や安全管理、法令遵守に関する研修が定期的に行われ、職員のスキルとして浸透しているか	6	3 (4)	3.6 (4.8)	
5 安全・安心への取組	(1)医療事故を未然に防止できる適切な安全管理体制となっているか (2)緊急時に警察や消防など関係機関と速やかに連携が図れるよう、連絡体制を構築し、定期的に情報交換等を行っているか	6	3 (3)	3.6 (3.6)	
6 コンプライアンス	個人情報保護、その他の法令遵守のルール（規則・マニュアル等）と管理・監督体制が整備され、適切な運用が為されているか				
7 職員の労働条件・労働環境	職員が業務を適正に実施するための、適切な労働条件や労働環境が整備されているか	2	2 (3)	0.8 (1.2)	
8 環境負荷の軽減	環境に配慮した調達や業務実施が行われているか	2	3 (3)	1.2 (1.2)	

«評価» 項目「1 適切な人員配置」、「2 連絡・連携体制」、「3 委託管理」

: 評価段階「3」（協定書等どおり適正に業務運営が行われている。）とする。

#### 【評価の理由】

1 適切な人員配置（必要な人員（人数・有資格者等）が必要な場所に適切に配置されているか）

- ・医療法等に規定する医療従事者を配置し、防火管理者や衛生管理者などの施設管理、或いは麻薬施用者などの病院運営に係る有資格者が適正に配置され、医師等の異動等に伴う医療法、健康保険法等の変更の届出も適切に行われている。なお、「川崎市立多摩病院の管理運営に関する細目協定」に規定する他大学出身の医師確保に関し、全医師数の3分の1以上を確保した。
- ・指定管理者の関連病院である聖マリアンナ医科大学東横病院の閉院（令和6年3月31日）に伴い、当該病院の医療技術者を多摩病院へ異動させ、配置していた。

2 連絡・連携体制（定期または随時の会議等によって所管課との連絡・連携が十分に図られているか）

- ・救急災害医療センターにおける各診療科医師の当直応援体制が構築されており、院内各部門の責任者で構成される管理運営会議及び診療科責任者会議を毎月開催し、院内における情報共有や協議の場が設けられるなど、連絡・連携体制は確保されている。

3 再委託管理（再委託先との連携調整が適宜・適切に行われ、業務の履行についても適切な監視・確認が為されているか）

- ・警備や清掃、施設管理に係る再委託業務については、毎朝、再委託先の責任者から前日の業務報告を受けている。
- ・物流、中央滅菌などの病院運営に係る再委託業務については、毎月、再委託業者との定例連絡会を開催し、連携調整や業務の履行の確認を適切に行っている。加えて、病院長によるヒアリングを10社に実施し、要望、見直し等も行われている。
- ・令和5年10月に、ISO15189の認定を取得した臨床検査室では、検体検査委託業務において、臨床検査部長・技術課長、再委託業者の所長、営業等が参加する「委託連絡会議」を2か月に1回開催し、稼働状況報告及び検査数増減報告等検査に関する協議をしている。
- ・また、輸血・臨床検査委員会を2か月に1回開催し、再委託業者も参加して検査機器の精度管理、検査関連について報告を行っている。

«評価» 項目「4 職員のスキルアップ」：評価段階「3」（協定書等どおり適正に業務運営が行われている。）とする。

#### 【評価の理由】

4 職員のスキルアップ（業務知識や安全管理、法令遵守に関する研修が定期的に行われ、職員のスキルとして浸透しているか）

- ・専門看護師2人、認定看護師14人、特定修了生（NP）総診4名、特定看護師7名を配置し、育成支援体制は構築されている。職員を対象に感染、医療安全、倫理、接遇等の研修を年間20回開催し、総数11,582人が参加。また、eラーニングによる受講環境を整備し、対面式と合わせ32のプログラムを実施し、職員のスキルアップに向け取り組んでいる。
- ・その他実績は次のとおり。
  - ・感染対策必修研修（年2回 e ラーニング 2,236人受講）※委託業者も対象
  - ・医療安全必修研修（年2回 e ラーニング 2,210人受講）※委託業者も対象
  - ・個人情報・研究倫理委員会による研修会「患者の権利について」（年1回 554人受講）
  - ・抗菌薬適正使用支援チームによるA S T研修（年2回 e ラーニング 1,413人受講）
  - ・接遇研修（年1回 878人受講）

«評価» 項目「5 安全・安心への取組」：評価段階「3」（協定書等どおり適正に業務運営が行われている。）とする。

#### 【評価の理由】

5 安全・安心への取組

(1)医療事故を未然に防止できる適切な安全管理体制となっているか

次の委員会等を設置し、死亡事例や見落とし事例、事故の種類別件数ほかの情報共有などを行っている。

- ・医療安全管理室に専従の看護師2名（医療安全担当1名、院内感染担当1名）を配置。
- ・医療安全管理委員会（年12回開催）

（6年度の主な議題）

- ・セーフティレポート集計報告・共有事例
- ・死亡事例報告及びC P A件数報告
- ・安全関連委員会からの報告
- ・その他報告事案の検討など
- ・薬剤管理委員会（年7回開催）
- ・セーフティマネジメント委員会（年12回開催。院内各部門に医療安全に係る責任者を配置（全58名））
- ・医療機器安全管理委員会（年10回開催）
- ・放射線安全管理委員会（年2回開催）
- ・院内感染対策委員会（年12回開催）

(2)緊急時に警察や消防など関係機関と速やかに連携が図れるよう、連絡体制を構築し、定期的に情報交換等を行っているか

- ・多摩区、宮前区及び麻生区の事業所、学校法人、警備管理関係者（警察署、消防署等）など11団体で構成される「警備連絡会」を6回開催した。
- ・多摩病院が運営している、15か所の訪問看護ステーションと2か所の居宅介護支援事業所で構成される「病院と在宅ケアネットワーク（TAMAネット）」では、定例会を3回、学習会を2回開催し「災害看護で大切なこと」や「整えすぎないA C P」をテーマにグループワークを実施した。

(3)その他

・マニュアル等の整備状況（安全・安心関係）

「医療安全管理指針」、「医療安全管理委員会規程」、「個人情報保護方針」、「医療事故防止マニュアル」、「職員ポケットマニュアル」、「災害緊急時対応マニュアル」、「院内災害防止マニュアル」など25のマニュアル等が整備されている。

令和7年3月に発覚した医療事故調査・支援センターへの未報告事案について、「医療事故防止マニュアル」及び「職員ポケットマニュアル」、「医師が記載する死亡チェックシート」の見直しを行い、メールで院内職員に周知した。また、医療安全研修を1回開催し、セーフティマネジャー46名が出席した。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報漏洩等セキュリティ対策           <ul style="list-style-type: none"> <li>・厚生労働省が募集した、「医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業」に参加し、外部ネットワーク接続の俯瞰的把握、安全性の検証・調査を行った。</li> <li>・接続機器のファームウェアや管理パスワードの確認を行い、不適切な管理パスワードを使用しているものについて、適切なパスワードへ変更を実施した。</li> </ul> </li> </ul>
〔評価〕 項目「6 コンプライアンス」、「7 職員の労働条件・労働環境」 ：評価段階「2」（協定書等を下回る業務運営が行われている。）とする。	
〔評価の理由〕	
6 コンプライアンス（個人情報保護、その他の法令遵守のルール（規則・マニュアル等）と管理・監督体制が整備され、適切な運用が為されているか）	<p>「医療事故調査・支援センター」への未報告（法令違反）</p> <p>平成29年1月に発生した死亡事故（異状死）について、事故発生当時、医療法第6条の10に規定される医療事故調査制度に基づく、医療事故調査・支援センターへの報告がされていなかったことが、令和7年3月に確認された。報告がされなかつた主な原因は、医療法に基づく、医療事故調査・支援センターへの報告には、遺族の了承が必要であるとの誤った認識があった。医療事故の報告に係る院内規定は適切に定められていたが、その中の「患者死亡時の対応フロー」に不正確な記載があつたため、病院局（所管課）で「患者死亡時の対応フロー」の改訂など再発防止策を確認した。</p> <p>また、川崎市（健康福祉局）による医療法第25条第1項に基づく立入検査が実施され、改善計画等措置状況及び再発防止策が確認された。</p> <p>【再発防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「患者死亡時の対応フロー」の改訂及び院内職員への周知。</li> <li>・新たな事故防止のためのチェックリストの作成。</li> <li>・職員ポケットマニュアルの改訂。</li> <li>・市側においても、必要に応じた随時の確認など、適切なモニタリングが不足していた状況であったため、多摩病院と連携したコンプライアンスの取組等の確認を行う。</li> <li>・市立3病院の医療安全管理担当者等による「市立病院医療安全管理担当者会議」を開催し、情報共有を図る。</li> </ul>
7 職員の労働条件・労働環境（職員が業務を適正に実施するための、適切な労働条件や労働環境が整備されているか）	中央滅菌室職員死亡事故 令和7年1月多摩病院に勤務する滅菌技師が、中央滅菌室にて死亡する事故が発生した。多摩警察署及び川崎北労働基準監督署による現場検証が行われ、また、院内事故調査委員会による原因究明を実施した。主な原因は、洗浄機横のパネルを外した誤った使用や洗浄機の操作手順を遵守しない機器の使用であった。
【再発防止策】	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・再委託業者を含め洗浄機操作手順の徹底。</li> <li>・院内のすべての機器等、危険個所の洗い出し及び定期的な安全確認。</li> </ul>	
〔評価〕 項目「8 環境負荷の軽減」：評価段階「3」（協定書等どおり適正に業務運営が行われている。）とする。	
〔評価の理由〕	
8 環境負荷の軽減（環境に配慮した調達や業務実施が行われているか）	<p>・管理棟内の空調機運転時間の調整など、効率的、効果的なエネルギー使用に努めている。さらに、各職場で省エネ（電灯の消灯等）が行われているかを省エネチェックシートで確認し省エネを徹底している。</p>

( )内は昨年度の数値								
分類	項目	着眼点	配点	評価段階	評価点			
V 適 正 な 業 務 実 施	1 施設・設備の保守管理	安全な利用に支障をきたすことのないよう、施設・設備の保守点検や整備等を適切に実施しているか	5	3 (3)	3.0 (3.0)			
	2 管理記録の整備・保管	業務日誌・点検記録・修繕履歴等が適切に整備・保管されているか						
	3 清掃業務	施設内及び外構の清掃が適切に行われ、清潔な美観と快適に利用できる環境を維持しているか						
	4 警備業務	施設内及び敷地内の警備が適切に行われ、事件・事故・犯罪等の未然防止に役立っているか						
	5 外構・植栽管理	外構の植栽を適切に管理（草刈、剪定、害虫駆除等）しているか						
	6 備品管理	設備・備品の整備や整頓、利用者が使用する消耗品等の補充が適切に行われているか						
〔評価〕								
項目「1 施設・設備の保守管理」、「2 管理記録の整備・保管」、「3 清掃業務」、「4 警備業務」、「5 外構・植栽管理」、「6 備品管理」 ：評価段階「3」（協定書等どおり適正に業務運営が行われている。）とする。								
〔評価の理由〕								
<p>1 施設・整備の保守管理（安全な利用に支障をきたすことのないよう、施設・設備の保守点検や整備等を適切に実施しているか）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設・設備の運営及び保守管理業務については専門業者に再委託している。再委託業務実施状況等についての報告が日次及び月次で適切にされ、再委託業者との定例連絡会も開催されており、施設・設備の保守管理については適切に実施されている。また、開院から18年を超える経年劣化が進んでいる病院施設については適切なメンテナンスが実施された。さらに、開院以来の病院敷地内禁煙の管理も徹底されている。</li> </ul> <p>2 管理記録の整備・保管（業務日誌・点検記録・修繕履歴等が適切に整備・保管されているか）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院運営に係る各種の業務日誌、あるいは設備・医療機器等に係る点検記録・修繕記録等は適切に作成、管理されている。</li> </ul> <p>3 清掃業務（施設内及び外構の清掃が適切に行われ、清潔な美観と快適に利用できる環境を維持しているか）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専門業者に再委託し、委託仕様書どおりに、清潔な美観と快適な利用環境の維持・確保が適切に行っている。また、手術室の清掃については、専門知識を習得した清掃員を配置し、適切に行っている。</li> </ul> <p>4 警備業務（施設内及び敷地内の警備が適切に行われ、事件・事故・犯罪等の未然防止に役立っているか）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専門業者に再委託し、委託仕様書どおりに、施設内及び敷地内の警備は適切に行われている。</li> <li>・警察OB 3名を採用し院内に配置、警備会社と連携して適切に行われている。</li> </ul> <p>5 外構・植栽管理（外構の植栽を適切に管理（草刈、剪定、害虫駆除等）しているか）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外構及び植栽管理は年間計画を策定し、専門業者により適切に行われている。</li> </ul> <p>6 備品管理（設備・備品の整備や整頓、利用者が使用する消耗品等の補充が適切に行われているか）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機器等は、開設時に市が購入したものとその後指定管理者が購入したものを備品シールと台帳により区分し、適切に管理されている。</li> <li>・多摩病院では、各部署による使用前および定期点検を実施することで、固定資産の維持管理をするとともに、除却申請が必要な固定資産について、修理不能時のメーカー判定による除却基準を明確化し、院内決裁を経て病院局への「固定資産の用途廃止報告書」の届出と廃棄処理を実施している。</li> </ul>								

#### 4 その他加点

分類	項目	着眼点			評価点
その他 加点	市の政策課題への取組	・新興感染症等への積極的な対応			1.0 (4.0)

«評価» 評価点「1」点（市政への積極的な参画等が行われた施策数。）とする。  
**【評価の理由】**  
 ・令和6年8月24日に多摩病院長が代表幹事を務めるKAWASAKI地域感染制御協議会において、新興感染症が発生したことを想定した「川崎市北部地域感染対策合同訓練」を実施した。

#### 5 総合評価

評価点合計	60.6 (66.4)	評価ランク	C (C)
-------	-------------	-------	-------

#### 6 事業執行（管理運営）に対する全体的な評価

- ・多摩病院の設立にあたっては、近隣の開業医等と連携し、これを支援しながら地域全体の医療水準の向上を図ることも、大きな目的のひとつであった。開設当初から、地域医療連携室を中心に周辺医療機関との相互理解及び連携強化に努め、平成23年2月には地域医療支援病院の承認を受けた。紹介、逆紹介などの手続きの迅速化・簡素化を目的に、ICTを活用した地域医療連携システムを導入し、医療機器の共同利用や、地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実施など、地域医療連携を推進している。また、令和5年10月には神奈川県より紹介受診重点医療機関として公表された。
- ・川崎市北部地域における急性期医療を行う中核的な医療機関として、24時間365日の救急医療、小児救急医療、災害時医療に積極的に取り組んでいた。緊急時は、3次救急医療施設である聖マリアンナ医科大学病院との連携を図り、患者を搬送するなど、24時間365日の救急医療体制を堅持していることは、市民の安全・安心の確保に大きく寄与している。
- ・小児救急医療については、第二次応需病院（小児科）及び休日第二次応需病院（小児科）として、全休日及び夜間における小児救急搬送患者の受入体制を維持している。新型コロナウイルス感染症の蔓延以降は、小児救急延患者数は減少傾向にあるが、市内の小児救急医療に寄与している。
- ・LINE公式アカウントの開設や多摩区民祭参加など、多摩病院の情報発信に努めている。特にSNSを活用した広報は他の市立2病院も参考になる内容である。
- ・近隣の産婦人科医院の閉院に伴い、安心して分娩できる医療機関として、聖マリアンナ医科大学病院からの応援医師の協力などを得て、産科のほか婦人科の診療や手術なども継続しており、市内の分娩需要に対応している。
- ・医療法に基づく医療事故調査・支援センターへの報告がされていなかったため、川崎市（健康福祉局）による医療法第25条第1項に基づく立入検査が実施され不適合事項とそれに係る「改善計画等措置状況報告書」の提出について、指導が行われた。指定管理者の組織ガバナンス及びコンプライアンスに問題がある。

#### 7 来年度の事業執行（管理運営）に対する指導事項等

- ・地域の中核病院として、引き続き、急性期医療や救急医療に積極的に取り組み、災害拠点病院としての役割を担うほか、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関として地域医療水準の向上に寄与することにより、市立病院に対する市民の大きな期待に応えること。
- ・市民が安心して安全な医療を受けられる環境の整備を推進し、医療事故の防止に全力で取り組むこと。
- ・地震、風水害等の大規模災害時の対応力の向上に努めること。
- ・高齢者の増加に伴い増大する救急需要に対応するため、救急患者の受入れに努めること。
- ・施設の有効活用の観点からも、患者実人数の増加による病床利用率の向上に努めること。
- ・施設の長寿命化を踏まえた適切な施設の維持、管理を引き続き実施するとともに、医療需要に基づく的確な医療機器更新を推進すること。
- ・コンセント焼損事案を発生させたことを踏まえ、電気系統の点検や施設の劣化状況の確認などを行い、火災の防止に努めること。
- ・新型コロナウイルス感染症緊急支援交付金（医療分）の返還といった事例を踏まえ、補助金申請事務等にあたっては、制度の理解に努め、関係機関への確認等を行いながら、適正な事務の執行に努めること。
- ・医療法や個人情報保護法など、病院運営上必要な各種法令を遵守し、組織ガバナンスやコンプライアンスの取り組みについて、定期的なチェックを行い信頼回復に努めること。
- ・職員の労働条件や労働環境をしっかりと把握し、安心して働く職場を目指すこと。
- ・基本協定等に規定されている各種報告については、規定されている期日までに提出すること。また、所管課による様々な調査や運営状況の確認等に協力し、迅速な報告・対応を行うこと。
- ・定量的な情報を分析し、業務改善を図ること。

#### ◎評価方法について

- ・評価は、各評価項目に配点され合計で105点となっている。
- ・評価段階については、次のとおり5段階となっており「3」が標準となる。
- ・評価点は、配点に、評価段階ごとに決められた加点割合を乗じて算出される。
- ・すべての評価が標準の「3」である場合は、 $105 \text{点} \times 60\% = 63 \text{点}$ となる。

評価段階	加点割合	評価基準
5	100%	協定書等を大幅に上回り、非常に優れた成果を上げている。
4	80%	協定書等を上回る業務運営が行われている。
3	60%	協定書等どおり適正に業務運営が行われている。
2	40%	協定書等を下回る業務運営が行われている。
1	0%	不適切な業務運営が行われている、又は履行されていない。

※仕様書は、基本協定に読み替えるものとする。

- ・総合評価は、各評価項目の評価点の合計値から、次により評価ランクが決定する。

評価ランク	適用基準(評価点合計)
A	総合評価の結果、特に優れていると認められる。(80点以上)
B	総合評価の結果、優れていると認められる。(70点以上 80点未満)
C	総合評価の結果、適正であると認められる。(60点以上 70点未満)
D	総合評価の結果、改善が必要であると認められる。(50点以上 60点未満)
E	総合評価の結果、問題があり適切な措置を講じる必要がある。(50点未満)