

指定管理者の管理運営に対する評価シート

所管課	保健福祉局健康医療部地域医療課
評価対象期間	令和 6 年 4 月 1 日～令和 7 年 3 月 3 1 日

1 指定概要

施設概要	名 称	北九州市立門司病院	施設類型	目的・機能		
			I	— ⑦		
	所 在 地	門司区南本町 3 番 1 号				
	設置目的	市民の健康保持に必要な医療を提供する。 「北九州市病院事業の設置に関する条例 第 1 条」				
利用料金制		非利用料金制 ・ <input type="checkbox"/> 一部利用料金制 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 完全利用料金制				
		インセンティブ制 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	ペナルティ制 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>			
指定管理者	名 称	医療法人茜会				
	所 在 地	山口県下関市上新地町一丁目 5 番 2 号				
指定管理業務の内容		<p>※ 指定管理の業務内容を明確に記入してください。</p> <p>1 診療等に関する業務 入院診療、外来診療等の門司病院が提供する医療及び医療関連行為並びに関係事務</p> <p>2 施設の管理に関する業務 ① 施設及び設備の維持管理業務 ② 物品（医療用機器、什器備品類等）の管理業務</p> <p>3 手数料の徴収に関する業務 証明書料等の手数料の徴収</p> <p>4 その他管理運営に関する業務 ① 災害時の対応及び市民の健康危機への対応 ② 新型インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症及びその他新感染症発生時の対応 他</p>				
指定期間		平成 3 1 年 4 月 1 日～令和 1 1 年 3 月 3 1 日				

2 評価結果

評価項目及び評価のポイント		配点	評価 レベル	得点				
1 施設の設置目的の達成（有効性の向上）に関する取組み		50		33				
(1) 施設の設置目的の達成		35	3	21				
① 計画に則って施設の管理運営（指定管理業務）が適切に行われたか。また、施設を最大限活用して、施設の設置目的に沿った成果を得られているか（目標を達成できたか）。								
② 利用促進を目的としている施設の場合、施設の利用者の増加や利便性を高めるための取り組みがなされ、その効果があったか。								
③ 複数の施設を一括して管理する場合、施設間の有機的な連携が図られ、その効果が得られているか。								
④ 施設の設置目的に応じた効果的な営業・広報活動がなされ、その効果があったか。								
[評価の理由、要因・原因分析]								
《外来》								
・延患者数は減少傾向にあり R 6 年度においても、前年度比減（目標未達成）となった。								
《入院》								
・延患者数・病床利用率について、一般病床・地域包括ケア病床・結核病床が前年度比増の一方で、回復期リハ病床は前年度比減となった結果、全体の入院延患者数は、前年度比 2.8% の増（目標達成）となった。								
・なお、政策医療である市内唯一の結核病床については、医薬品の進化、結核病床におけるリハビリの強化やMSW(※)の介入により、結核病床での入院日数が短縮傾向にあり、病床利用率は近年低水準にあるものの、R 6 年度当初の外国人留学生の受診者増加等の影響で R 6 年度の病床利用率は 32.7%（前年度比 1.1 ポイント増）となっている。								
※MSW（Medical Social Worker 医療ソーシャルワーカー）・・・患者やその家族のさまざまな相談に乗り、問題の解決を図るために医療機関等との調整や連係を行う。								
【患者数等】								
(単位:人、%)								
項目		R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	対前年度比
外来 延患者数	選定時目標	41,480	38,880	38,880	38,880	38,880	38,880	
	目標 i	43,254	37,848	31,203	31,132	30,973	29,900	
	実績 ii	38,916	32,267	30,733	31,147	29,504	28,482	96.5%
	達成率 ii / i	92.3%	85.3%	98.5%	100.0%	95.3%	95.3%	
入院 延患者数	選定時目標	43,115	43,180	43,180	43,180	43,298	43,180	
	目標 i	43,210	40,964	40,608	41,276	41,374	41,168	
	実績 ii	42,737	41,569	41,209	41,181	40,539	41,688	102.8%
	達成率 ii / i	98.9%	101.5%	101.5%	99.8%	98.0%	101.3%	
病床 利用率	選定時目標	76.0%	76.3%	76.3%	76.3%	76.3%	76.3%	
	目標 i	76.2%	72.4%	71.8%	73.0%	72.9%	72.8%	
	実績 ii	75.3%	73.5%	72.8%	72.8%	71.5%	73.7%	2.2p増
	達成率 ii / i	0.9p減	1.1p増	1.0p増	0.2p減	1.4p減	0.9p増	

注：目標は、実績等を踏まえ毎年度精査し年度事業計画の中で設定を行っている。

注: 目標は、実績等を踏まえ毎年度精査し年度事業計画の中で設定を行っている。

《その他》

- ・地域医療連携室を中心として、紹介率や逆紹介率の向上に向け、地域の医療・福祉機関等との連携に取り組んでいる。
- ・回復期リハビリテーション病床において、365日のリハビリ提供体制を整え運営するとともに、訪問・通所リハビリテーションにおいて、退院後も継続的なリハビリ提供を行うことで、安定した在宅生活の継続へ寄与しており、評価できる。
- ・児童発達支援事業所は、地域の医療機関等を訪問する中で拾い上げたニーズに対し、リハビリテーション等に係るノウハウを活かし、指定管理者の発案によりR3年度に開所した。延利用者数は、R5年度の2,098人からR6年度は2,336人へ増加しており、地域の未就学の障害児への支援に寄与している点は高く評価できる。
- ・H29年度より開始した在宅患者訪問診療については、介護施設入所者を中心に実施し、着実に患者数を伸ばしている（延患者数：R元年度232人→R6年度973人）。

（２）利用者の満足度

- | | | | |
|--|----|---|----|
| ① 利用者アンケート等の結果、施設利用者の満足が得られていると言えるか。 | 15 | 4 | 12 |
| ② 利用者の意見を把握し、それらを反映させる取組みがなされたか。 | | | |
| ③ 利用者からの苦情に対する対応が十分に行われたか。 | | | |
| ④ 利用者への情報提供が十分になされたか。 | | | |
| ⑤ その他サービスの質を維持・向上するための具体的な取組みがなされ、その効果があったか。 | | | |

【評価の理由、要因・原因分析】

- ① ・各項目を通して、「非常に満足＋満足」の割合は高水準、「不満＋非常に不満」の割合は低水準で推移しており、効果的な取組みがなされていることがうかがえる。
- ② ・患者やその家族の目に触れやすいところに「ご意見箱」を設置し、積極的に患者等の意見を収集。回答を院内に掲示し患者等と良好なコミュニケーションを図り、迅速に医療に反映できるよう努めている。
 - ・入院病棟では、R2年度より、看護方式をチームナースング・受け持ち制に変更するとともに、多職種との連携を図りながらチーム医療を推進している。患者や患者家族から聞き取りを行い、治療に加えQOL（生活の質）の向上に取り組んでいる。
- ③ ・相談や苦情等について早期収集と解決に努めるため、患者相談窓口相談担当者を専任で配置している点は評価できる。
- ④ ・インフォームドコンセントについて、法令遵守に基づいたマニュアルを整備し、全ての患者及び家族に対して実施している。
- ⑤ ・接遇に関してマニュアルを作成し、職員へ周知している。

【アンケート結果】

(単位：人、%)

		回収数	総合評価	接遇	診療説明	待ち時間
外来	R元年度	221	56.7/1.4	63.2/0.5	63.3/1.9	36.1/4.2
	R2年度	159	80.4/3.9	67.8/0.5	68.0/1.1	48.7/6.3
	R3年度	159	85.3/1.0	99.2/0.8	97.9/2.1	94.7/5.3
	R4年度	287	88.3/1.0	99.6/0.4	99.4/0.6	92.8/7.2
	R5年度	399	98.1/1.9	99.1/0.9	98.1/1.9	93.5/6.5
	R6年度	465	99.1/0.9	99.2/0.8	98.9/1.1	95.1/4.9
入院	R元年度	64	58.7/1.7	66.7/2.1	66.7/3.9	- / -
	R2年度	40	43.2/5.4	55.2/2.5	49.4/1.3	- / -
	R3年度	49	73.2/4.8	97.9/2.1	96.9/3.1	- / -
	R4年度	78	62.6/5.1	97.0/3.0	86.5/13.5	- / -
	R5年度	128	90.6/9.4	96.4/3.6	89.4/10.6	- / -
	R6年度	101	86.6/13.4	93.0/7.0	93.1/6.9	- / -

(非常に満足、満足) / (不満、非常に不満)

注1: R元・2は、アンケート回答項目に「普通」があったため、合計が100%とならない。

注2: R3, R4の総合評価は、アンケート回答項目に「どちらともいえない」があるため、合計が100%とならない。

2 効率性の向上等に関する取組み

30

26

(1) 経費の低減等

- ① 施設の管理運営（指定管理業務）に関し、経費を効率的に低減するための十分な取り組みがなされ、その効果があったか。
- ② 清掃、警備、設備の保守点検などの業務について指定管理者から再委託が行われた場合、それらが適切な水準で行われ、経費が最小限となるよう工夫がなされたか。
- ③ 経費の効果的・効率的な執行がなされたか。

20

4

16

[評価の理由、要因・原因分析]

- ・ 労務単価上昇に伴う委託料の増加や光熱費等物価高騰の影響は大きいものの、光熱水費削減に向けた職員への啓発や、委託内容・項目の見直しなどに継続的に取り組んだ結果、医業費用は前年度比減となり、概ね目標値達成となった。
- ・ なお、医業費用（目標・実績）が選定時目標比増となっているのは、指定管理者の負担で電子カルテシステムの導入や医療機器の更新等を行ったことによるもので、費用増になったものの業務の効率化や医療提供体制の強化等が図られた。

(単位：千円)

	年度	選定時目標	目標 i	実績 ii	対目標増減 量 = ii - i	対目標増減率 量 / i
医業費用	R元年度	1,818,295	1,827,924	1,875,593	47,669	2.6%
	R2年度	1,828,922	1,945,531	1,919,814	▲ 25,717	-1.3%
	R3年度	1,836,339	1,948,616	1,939,089	▲ 9,527	-0.5%
	R4年度	1,845,217	1,938,527	1,989,372	52,845	2.7%
	R5年度	1,857,022	1,961,578	2,028,937	67,361	3.4%
	R6年度	1,863,147	1,988,083	1,991,194	3,111	0.2%
	前年度比			98.1%		
うち委託費	R元年度	161,290	176,129	171,223	▲ 4,906	-2.8%
	R2年度	161,290	191,520	191,780	260	0.1%
	R3年度	160,554	190,612	181,795	▲ 8,817	-4.6%
	R4年度	160,554	181,233	179,274	▲ 1,959	-1.1%
	R5年度	160,554	188,339	192,999	6,660	3.6%
	R6年度	160,554	188,833	208,738	16,905	9.0%
	前年度比			105.6%		

注：目標は、実績等を踏まえ毎年度精査し年度事業計画の中で設定を行っている。

(2) 収入の増加

① 収入を増加するための具体的な取り組みがなされ、その効果があったか。

10

5

10

[評価の理由、要因・原因分析]

- ・入院収入・外来収入とも前年度比増となった。特に入院収入に関しては前年度比4千6百万円の増収となっている。
- ・対目標値に関しては、外来は目標未達ではあるものの、入院外来を合わせて目標値を約2千万円上回っていることは高く評価できる。
- ・結核病床の病床利用率が32.7%で、その性質上、利用率の向上は期待できないほか、医薬品の進化、結核病床におけるリハビリの強化やMSWの介入により入院日数が短縮傾向にあることから収支改善は難しいため、評価に加味しない。
- ・R3年度に開所した児童発達支援事業所について、令和6年度の収入は前年度比約3百万円増となり、収益確保に貢献している。

(単位：千円)

	年度	選定時目標	目標 i	実績 ii	対目標増減 iii = ii - i	対目標増減率 iii / i
入院収入	R元年度	1,420,852	1,399,380	1,417,897	18,517	1.3%
	R2年度	1,448,249	1,428,140	1,425,795	▲ 2,345	-0.2%
	R3年度	1,448,249	1,414,262	1,412,564	▲ 1,698	-0.1%
	R4年度	1,433,761	1,409,891	1,459,048	49,157	3.5%
	R5年度	1,433,761	1,419,895	1,433,763	13,868	1.0%
	R6年度	1,438,599	1,448,702	1,479,427	30,725	2.1%
	前年度比			103.2%		
外来収入	R元年度	215,696	253,660	258,732	5,072	2.0%
	R2年度	204,042	243,320	230,840	▲ 12,480	-5.1%
	R3年度	204,042	234,098	236,135	2,037	0.9%
	R4年度	205,908	238,368	241,898	3,530	1.5%
	R5年度	205,908	239,415	225,629	▲ 13,786	-5.8%
	R6年度	207,736	237,791	227,151	▲ 10,640	-4.5%
	前年度比			100.7%		

注：目標は、実績等を踏まえ毎年度精査し年度事業計画の中で設定を行っている。

- ・労務単価の上昇に伴う委託料の増加や光熱費の高騰などの厳しい経営環境に加え、R5年度の施設基準要件不適合による診療報酬の返還金22,533千円を計上する中、年度純損失を5,290千円に抑えた点は高く評価できる。

(単位：千円)

	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度
純利益	43,204	▲ 14,346	10,007	12,898	▲ 63,087	▲ 5,290

3 公の施設に相応しい適正な管理運営に関する取組み	20		12
(1) 施設の管理運営（指定管理業務）の実施状況	10	3	6
① 施設の管理運営（指定管理業務）にあたる人員の配置が合理的であったか。			
② 職員の資質・能力向上を図る取り組みがなされたか（管理コストの水準、研修内容など）。			
③ 地域や関係団体等との連携や協働が図られたか。			
[評価の理由、要因・原因分析]			
① ・医療スタッフの確保に努め、医療提供体制を維持する人員を確保している。 【人員配置状況】（主な職、常勤換算、令和7年3月31日時点） 医師：15名、看護師：66名、准看護師：7名、ケアキャスト（介護福祉士等）24名、 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・臨床心理士：60名			
② ・職員の資質・能力向上のため、職種別や階層別の研修を積極的に行っている。 【研修参加状況】 院内研修：62回、延参加人数：2,674人 院外研修：一回、延参加人数：—人 (院外研修は、新型コロナウイルス感染症の感染防止対策のため自粛)			
③ ・地域住民向け講座等は、地域に開かれ親しまれる病院運営に努めるため、今後も継続実施の方向である。 【地域住民向け講座開催等（過去の実施内容）】 健康セミナー、出張講座、介護従事者等研修会、地域交流会等 ・看護実習生を受け入れ、専門職の養成に寄与している。 【看護実習生受入状況】 3校 49人 ・地域医療連携室を中心として地域の医療・福祉機関等への訪問活動などに取り組み、地域との連携強化、情報の共有化、紹介患者・逆紹介患者の増加に努めており、紹介率は28.2%（前年度比3.4ポイント増）となった。			

(2) 平等利用、安全対策、危機管理体制など		10	3	6
① 施設の利用者の個人情報保護のための対策が適切に実施されているか。				
② 利用者を限定しない施設の場合、利用者が平等に利用できるよう配慮されていたか。				
③ 利用者が限定される施設の場合、利用者の選定が公平で適切に行われていたか。				
④ 施設の管理運営（指定管理業務）に係る収支の内容に不適切な点はないか。				
⑤ 日常の事故防止などの安全対策が適切に実施されていたか。				
⑥ 防犯、防災対策などの危機管理体制が適切であったか。				
⑦ 事故発生時や非常災害時の対応などが適切であったか。				
[評価の理由、要因・原因分析]				
①・「個人情報の保護に関する法律」等の関係法令に基づき、個人情報保護規定を設け、これに基づき管理体制を構築している。				
②・医療ソーシャルワーカー（MSW）を4名配置し、入院時・退院時等において利用者が平等にサービスの提供を受けられるようきめ細やかな対応に努めている。				
④・経理等事務処理に係るモニタリングを実施した結果、経理書類等は適切に整備・管理されていた。				
⑤・医療安全管理委員会や院内感染対策委員会など、医療安全関連の各委員会を定期的（月1回）に開催し、情報共有を図っている。 ・医療安全管理室を中心に、アクシデント・インシデントレポートの分析、医療事故発生時のマニュアルの整備、職員への周知徹底を行っている。 ・連絡体制や再発防止策など医療事故等の発生に備えた体制づくりが図られている。				
⑥・火災発生等緊急事態に備えたマニュアル整備や院内体制づくりが図られている。				

【総合評価】

合計得点	7 1	評価ランク	B
<p>【評価の理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・北九州地域唯一の結核医療の拠点病院として、機能している。 ・回復期リハビリテーション病床、訪問・通所リハビリテーションを運営し、リハビリ提供体制の強化に取り組んでいる。 ・地域医療連携室を中心として、紹介率や逆紹介率の向上に向け、地域の医療・福祉機関等との連携に取り組んでいる。 ・R 3年度に開所した児童発達支援事業所について、事業継続を図るとともに、延利用者・収入とも年々増加しており令和6年度も前年度比増となっている。収益の確保のみならず、地域の未就学の障害児への支援に寄与している点は高く評価できる。 ・労務単価の上昇や物価高騰等による委託料や光熱費等の増加の影響を受ける中、収支改善への取組みを行い、当年度は特別損失の計上により純損失となったものの、経常収支では約 20,000 千円の黒字となったことは高く評価できる。 ・アンケート結果では利用者の満足度は高く、各取組みにより地域の拠点病院としての責務を果たすべく努めていることがうかがわれる。 ・病院経営にあっては、委託料や光熱費等の増加による影響や医師・看護師等の不足、人口減少等に伴う医療需要の変化等厳しい状況にある中で、機動的な組織体制を構築し、財政面においても収支改善に取り組むことで、地域に必要な医療を安定的に提供している点を評価した。 <p>【今後の対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・引き続き、市と指定管理者が協同し、よりよい市民サービスの提供を図りながら、政策医療である結核医療を中心に地域に必要な医療を提供していくことが望まれる。 			

【北九州市指定管理の評価に関する検討会議における意見】

【評価レベル】

評価 レベル	乗 率		評価レベルの考え方
5	100%	良 い	要求水準を大幅に上回り、特に優れた管理運営がなされている
4	80%	↑	要求水準を上回り、優れた管理運営がなされている
3	60%	普 通	要求水準を満たしており、適正に管理運営がなされている
2	40%	↓	要求水準を下回る管理運営がなされている
1	20%		要求水準を大幅に下回る管理運営がなされている
0	0%	適切でない	不適切な管理運営がなされている

【総合評価】

- A：総合評価の結果、優れていると認められる
(合計得点が80点以上)
- B：総合評価の結果、やや優れていると認められる
(合計得点が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
(合計得点が60点以上70点未満)
- D：総合評価の結果、努力が必要であると認められる
(合計得点が50点以上60点未満)
- E：総合評価の結果、かなりの努力が必要であると認められる
(合計得点が50点未満)