

補助金・交付金チェックシート (No.1)

補助金名 (交付金名)	休日救急歯科診療補助金	開始 年 度	昭和58年度
----------------	-------------	-----------	--------

団 体 名	一般社団法人 函館歯科医師会
-------	----------------

助成の根拠規定等 (条例・規則・要綱等)	・函館市補助金等交付規則
-------------------------	--------------

○補助事業の内容および目的・効果

内 容	休日および年末年始における救急歯科診療は、昭和57年12月に試行し、市民の好評を得て昭和58年度から歯科医師会会員の歯科診療所で輪番制により本格開始し、スタートと同時に補助を開始してきた。平15年度からは市総合保健センター内に開設した口腔保健センターにおいて診療場所を固定化して実施しているが、診療報酬だけでは賅えないため、口腔保健センターを運営する函館歯科医師会に対して補助を継続している。
目 的	(目 的) 休日における救急歯科診療体制の確保
・ 効 果	(効 果) 救急診療体制の確保により市民の健康維持に寄与する。

○補助事業の収支状況

(単位：千円)

	年 度	助 成 金		事業収入	会 費	雑入	特定預金取崩	計
		市	その他					
収	23	1,584	252	7,844		80	90	9,850
	24	1,584	256	8,406		88	33	10,367
	25	1,584	256	8,380		90	15	10,325
入	26	1,584	256	7,945		96	33	9,914
	27	1,584	256	7,775		93	1,350	11,058
支	年 度	人件費	事務費	事業費	上部団体 負担金等	その他諸費		計
	23	7,327	1,197	1,201		125		9,850
出	24	7,733	651	1,718		265		10,367
	25	7,767	569	1,697		292		10,325
	26	7,729	630	1,368		187		9,914
	27	8,672	830	1,362		194		11,058

補助金・交付金 チェックシート (No.2)

補助金名 (交付金名)	休日救急歯科診療補助金
----------------	-------------

○基本的視点の再チェック

	基本的視点	適	不適	説明
1	公益性 (明確な公益性があるか) ①広く市民生活の向上に貢献する事業 ②市民ニーズが高い事業	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	休日（日曜、祝日）および年末年始の救急歯科医療体制の確立は、市民の健康維持に寄与することから、公益性は高い。
2	必要性（補助しなければならない事業であるか）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	休日における市民の救急歯科診療の確保のために必要である。なお、現在、市内で日曜や祝日に診療を行っている歯科医院は8か所ほどであるが、そのうち祝日も実施しているのは2か所（1か所は土日休診で平日および祝日に予約診療）であり、いずれも平日に休診日を設け、休日にしか受診できない患者に対して予約制で通常診療をしており、祝日および年末年始等は殆どが休診している。このような現状から、口腔保健センターで実施している日曜・祝日および5月の連休や年末年始を含めた全ての救急患者を日曜・祝日に通常診療を行っている診療所で受け入れるのは難しい状況である。
3	自主性（自主自立に向け努力しているか）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	事業の実施主体である歯科医師会も運営努力しているが、診療報酬だけでは賄いきれない。
4	有効性（他の手法ではなく補助することが、施策目的実現に最適か）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	市民の救急歯科医療の確立という観点から有効である。

※適・不適であっても、説明欄は必ず記載してください。

○財政的視点のチェック

	財政的視点	不適	不適の場合の理由と今後の対応について
1	積算内訳は、前年踏襲となっていないか	<input type="checkbox"/>	
2	補助金等の使途は適切である	<input type="checkbox"/>	
3	積算基準は定められている	<input checked="" type="checkbox"/>	事業を実施する口腔保健センターの他の補助事業および市の委託事業との共通経費が多く、各事業に按分しているため、明確な積算基準を定めていないが、今後、適正な積算基準を検討したい。
4	補助割合は、補助対象経費の1/2以内である	<input type="checkbox"/>	
5	前年度繰越金は生じていないか	<input type="checkbox"/>	
6	自主財源の確保に努めている (最低でも前年度の収入を確保しているか)	<input type="checkbox"/>	
7	経常経費の節減に努めているか	<input type="checkbox"/>	

※不適の場合は、説明欄に必ず記載してください。

補助金・交付金チェックシート (No.3)

補助金名 (交付金名)	休日救急歯科診療補助金
----------------	-------------

○補助効果の検証

(効果測定方法, 具体的な数値等)				
平成26年度	診療日数および受診者の予定数	71日	850人	
平成27年度	診療日数および受診者の予定数	71日	950人	
平成28年度	診療日数および受診者の予定数	71日	984人	
(達成状況)				
平成26年度	診療日数および受診者の実績数	71日	934人	
平成27年度	診療日数および受診者の実績数	71日	965人	
平成28年度	診療日数および受診者の見込数	71日	984人	

※継続事業は、直近の実績 新規事業は、効果のみ記載してください。



(評価) 十分効果をあげている <input checked="" type="checkbox"/> 一定の効果をあげている <input type="checkbox"/> 効果が疑問である <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	(理由)
---	------

○今後の方向性

<input type="checkbox"/> 現行のまま補助を継続 <input checked="" type="checkbox"/> 見直したうえで補助を継続 <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> その他	(見直しの内容) 補助金交付事業の収支状況を再確認し、補助金の縮減に努めるとともに、積算基準額を明確にする。 (見直しの時期) 平成30年度
(廃止の理由) (廃止の時期)	(その他の内容)

○終期の設定

終期設定 平成30年度	<input type="checkbox"/> 終期到来により廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 終期到来時に再検討	次回チェック年度(予定) 平成30年度
----------------	---	------------------------