

# 補助金・交付金チェックシート (No.1)

補助金名 (交付金名)	障がい者・児歯科診療事業運営費補助金	開始 年 度	平成15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	心身障がい者（児）等は、一般の歯科診療所での治療が困難な場合が多く、口腔内の状況が劣悪であるばかりか、身体にも悪影響を及ぼしているケースが多く、対応が求められてきた。このため、市として歯科医師会が心身障がい者等の歯科治療を行うことができるよう、平成15年に総合保健センター内に口腔保健センターを整備し、同年から本補助金を交付している。
目 的	(目 的) 障がい者・児に対し適正な診療機会を安定的に提供する。
・ 効 果	(効 果) 障がい者・児における歯科保健環境の向上

## ○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	7,623	1,336	5,518		52	150	14,679
	24	7,623	961	5,047		59	544	14,234
	25	7,623	961	5,147		61	204	13,996
入	26	7,623	961	5,517		64	87	14,252
	27	7,623	1,003	5,031		62	730	14,449
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	10,193	1,559	2,551		376		14,679
出	24	9,790	1,112	2,724		608		14,234
	25	9,361	1,056	3,106		473		13,996
	26	9,680	1,111	2,926		535		14,252
	27	10,703	955	2,210		581		14,449

# 補助金・交付金チェックシート (No.2)

補助金名 (交付金名)	障がい者・児歯科診療事業運営費補助金
----------------	--------------------

## ○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"/>	一般の歯科診療所での受診が困難である障がい者・児に対し適切な歯科診療の機会を提供する当該事業は、公益性が高い。
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"/>	障がい者・児の健康保持に寄与することから、補助は必要である。
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"/>	事業を安定的に継続するために補助は有効である。

※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"/>	

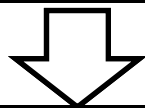
※不適の場合は、説明欄に必ず記載してください。

# 補助金・交付金 チェックシート (No.3)

補助金名 (交付金名)	障がい者・児歯科診療事業運営費補助金
----------------	--------------------

## ○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	48日	700人
	平成27年度	診療日数および受診者の予定数	51日	750人
	平成28年度	診療日数および受診者の予定数	51日	694人
(達成状況)				
	平成26年度	診療日数および受診者の実績数	56日	828人
	平成27年度	診療日数および受診者の実績数	53日	696人
	平成28年度	診療日数および受診者の見込数	51日	694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)	(理由)
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"/>	

## ○今後の方向性

<input checked="" type="checkbox"/> 現行のまま補助を継続 <input 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)  (見直しの時期)
(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	<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		平成30年度