

# 市立病院評価委員会

---

2025. 11. 18  
箕面市議会

# 目次

agenda

0 1 評価スキーム（案）について

0 2 箕面市立病院アンケートについて

0 3 その他

# 01 評価スキーム（案）について

（意見集約）

別紙1

## 02 箕面市立病院アンケートについて

### (1) アンケート内容のたたき台について

別紙2-1

- ログフォームにて意見集約  
令和7年11月28日（金）17時まで

別紙2-2

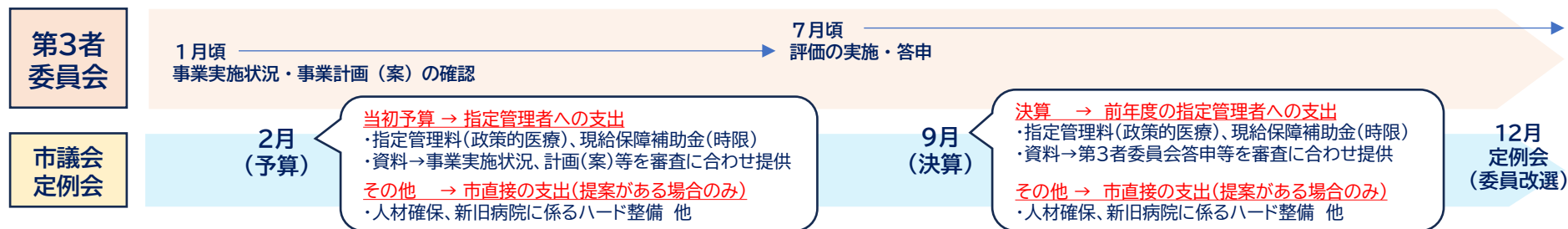
別紙2-3

### (2) アンケートの手法について

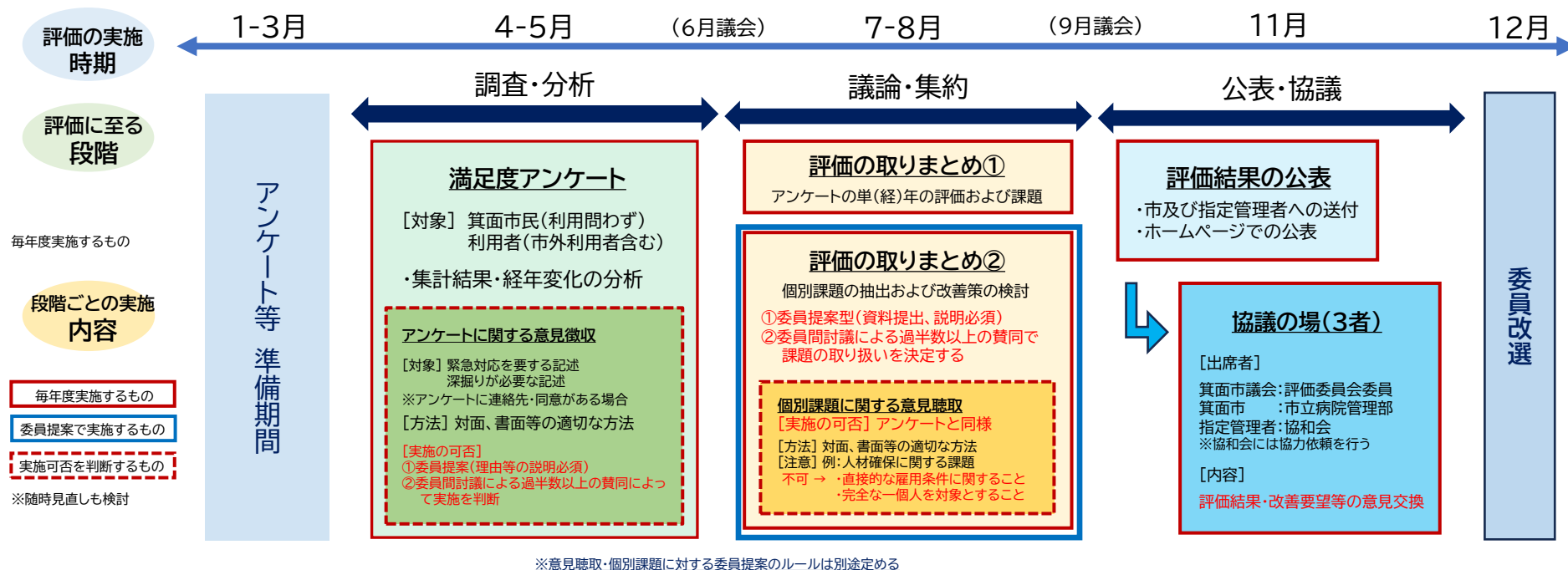


# 指定管理者による市立病院運営に対する議会の〔評価スキーム〕のイメージ(案)について

(市)第3者委員会および(市議会)予算審査との役割の違い



## 市立病院評価委員会(市議会)の評価スキームのイメージ(案)



## 箕面市立病院に関するアンケート

(所要時間：約2～3分)

市議会が指定管理者による箕面市立病院の運営を独自に評価します！

あなたのご意見をお聞かせください！

パソコン・スマートフォンでの回答も可能です。

QRコードはこちら→

(URL)



### 箕面市議会 市立病院評価委員会アンケート調査へのご協力をお願い

箕面市議会では、指定管理者による市立病院の運営を市民目線に立って調査を行うことを目的として、令和5年に「市立病院評価委員会」を設置しました。

この「箕面市立病院に関するアンケート」により、みなさまの箕面市立病院に対する評価などをお伺いし、さらなる市民サービスの向上や、施設の適正管理の確保などにつなげていきたいと考えます。

みなさまのご協力をよろしくお願いいたします。

ご記入後は、茶色の返信用封筒に入れて、切手を貼らずに

**令和8年（2026年） 月 日（ ）までに**

郵便ポストに入れていただきますようお願いいたします。

※アンケートの回答は、個人が特定される情報などは削除した上で取りまとめ、評価委員会での議論に活用します。

※アンケートの結果は、市議会のホームページなどで公表します。



問 1	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 回答しない
問 2	年齢	<input type="checkbox"/> 19歳以下 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80歳以上
問 3	居住地	<input type="checkbox"/> 箕面市内 <input type="checkbox"/> 箕面市外
問 4	令和7年4月から指定管理者による箕面市立病院運営が始まったことをご存じですか？	<input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない
問 5	指定管理者が医療法人協和会であることをご存じですか？	<input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない
問 6	箕面市立病院を利用したことがありますか？	<input type="checkbox"/> 利用したことがある    →問7へお進みください。 <input type="checkbox"/> 利用したことがない    →問40へお進みください。

問 7	箕面市立病院を 選択した理由は 何ですか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> かかりつけ医がいるから <input type="checkbox"/> 他の医師からの紹介 <input type="checkbox"/> 医療設備が整っているから <input type="checkbox"/> 総合病院だから <input type="checkbox"/> 自宅・職場・学校に近いから <input type="checkbox"/> 家族・知人のすすめ <input type="checkbox"/> 病院のホームページをみて <input type="checkbox"/> 救急搬送されたから <input type="checkbox"/> その他（ ）
問 8	利用されたのは いつですか？	＊複数回、利用されているかたは、直近の利用でお答えください。 <input type="checkbox"/> 令和 7 年（2025 年）3 月 3 1 日以前（箕面市直営時） <input type="checkbox"/> 令和 7 年（2025 年）4 月 1 日以降（指定管理者による運営開始以降）

外来について		評価				
	質問事項	満足	やや満足	やや不満	不満	わからない・ 該当しない
問9	医師の診療に安心感や信頼感をもって受診できましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問10	医師の検査結果や診療の説明はわかりやすかったですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問11	医師に質問や相談はしやすかったですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問12	医師の言葉づかいや態度はどうでしたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問13	看護師の処置や対応（採血など）は安心できるものでしたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問14	看護師に質問や相談はしやすかったですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問15	看護師の言葉づかいや態度はどうでしたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	質問事項	満足	やや満足	やや不満	不満	わからない・該当しない
問16	その他スタッフ（事務職員・薬剤師・リハビリスタッフなど）の説明は分かりやすかったですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問17	その他スタッフ（事務職員・薬剤師・リハビリスタッフなど）に質問や相談はしやすかったですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問18	その他スタッフ（事務職員・薬剤師・リハビリスタッフなど）の言葉遣いや態度はどうでしたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入院について		評価				
	質問事項	満足	やや満足	やや不満	不満	わからない・該当しない
問19	医師の診療に安心感や信頼感をもって受診できましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問20	医師の検査結果や診療の説明はわかりやすかったですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問21	医師に質問や相談はしやすかったですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問22	医師の言葉づかいや態度はどうでしたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問23	看護師の処置や対応（採血など）は安心できるものでしたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問24	看護師に質問や相談はしやすかったですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問25	看護師の言葉づかいや態度はどうでしたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問26	寝具の快適性や清潔さについてどう感じましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問27	入院中の食事（味や量など）に満足できましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問28	病室の快適性についてどう感じましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問29	病院内はスムーズに移動できましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービスについて		評価				
	質問事項	満足	やや満足	やや不満	不満	わからない・該当しない
問30	診察・検査までの時間はスムーズでしたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問31	支払いまでの時間はスムーズでしたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問32	駐車場を利用する際、待ち時間は気になりませんでしたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問33	予約の方法や受付の手順はわかりやすかったですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問34	受付スタッフの説明はわかりやすかったですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問35	受付スタッフに質問や相談はしやすかったですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問36	受付スタッフの言葉遣いや態度はどうでしたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## &lt;注意事項&gt;

取得した個人情報は、お問い合わせ内容の確認や回答時のみに使用します。

## 氏名

氏 必須

0 / 64

名 必須

0 / 64

## メールアドレス

メールアドレス 必須

0 / 128


メールアドレス (確認) 必須

0 / 128

## Q1. お問い合わせ内容をご記入ください 必須

0 / 60000

→ 確認画面へ進む

 入力内容を一時保存する

下記のフォームにご入力をお願いします。

**政策会派名を選択してください** 必須

- ☒ 大阪維新の会   ☐ 市民クラブ   ☐ 自民保守の会   ☐ 箕面政友会   ☐ 公明党  
☐ 箕面の未来をひらく会   ☐ 日本共産党

**【1】 アンケート（たたき台）の項目に追加や削除などの修正はありますか**

- ☒ あり  
☐ なし

**【2】 質問項目を増やしますか**

増やしたい質問内容とどこに追加すべきかを具体的に書いてください。

- ・ 箇条書きで記載してください
- ・ 例) 医師の・・・（問9と問10の間）
- ・
- ・
- ・

0 / 60000


**【3】 質問項目を減らしますか**

減らしたい質問項目の番号と項目を記載してください

- ・ 箇条書きで記載してください
- ・ 例) 問12 医師の言葉づかいや態度はどうでしたか？
- ・
- ・
- ・

0 / 60000

→ 確認画面へ進む

 入力内容を一時保存する