

補助金・交付金チェックシート (No.1)

補助金名 (交付金名)	函館精神障害者家族会愛泉会補助金	開始 年 度	平成元年度
----------------	------------------	-----------	-------

団 体 名	函館精神障害者家族会 愛泉会
-------	----------------

助成の根拠既定等 (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	月例会および学習会の開催，精神保健家族会全道大会や道南地域家族大会への参加，相談業務および支援
目 的	(目 的) 障がい者が目指す地域生活を実現するには，地域の理解と支援が不可欠であるため，事業の運営によって，当事者と家族間の理解を深め，地域の理解と支援を求めることが目的である。
・ 効果	(効 果) 様々な活動を通じ，多くの家族とのふれあいの中で病気への理解を得られるとともに，地域，家族から精神障がい者に対する支援を受けることができている。

○補助事業の収支状況

(単位：千円)

	年 度	助 成 金		事業収入	会 費	繰越金	雑収入	計
		市	その他					
収 入	23	50	0	0	207	1	38	296
	24	50	0	0	208	1	60	319
	25	50	0	0	228	1	22	301
	26	50	0	0	235	1	12	298
	27	50	0	0	170	1	24	245
	支 出	年 度	人件費	事務費	事業費	上部団体 負担金等		
23		0	46	166	83			295
24		0	60	173	85			318
25		0	108	137	55			300
26		0	60	187	50			297
27		0	16	178	50			244

補助金・交付金チェックシート (No.2)

補助金名 (交付金名)	函館精神障害者家族会愛泉会補助金
----------------	------------------

○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"/>	地域における社会資源の一つとして、回復途上にある精神障がい者の社会復帰活動を家族相互が協力し支援事業に取り組んでいる。	
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"/>		当該団体は、精神障がい者およびその家族による社会復帰の援助を目的としており、地域精神保健の推進を図るために必要である。
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"/>		上部団体負担金を削減し、会費収入増へ向け取り組んでいる。
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"/>	市内唯一の精神障がい者の家族会の運営への支援であり、補助が適切である。	

※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 checked="" type="checkbox"/>	継続して安定した運営を行うための必要最低限の補助金額であることから、前年踏襲となっているが、運営状況の確認や指導に努めていきたい。
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"/>	定額の補助金であることから、積算基準は定められていない。今後、全庁的な整理の中で基準の設定について検討していく。
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。

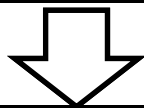
補助金・交付金チェックシート (No.3)

補助金名 (交付金名)	函館精神障害者家族会愛泉会補助金
----------------	------------------

○補助効果の検証

(効果測定方法, 具体的な数値等)
月例会および学習会の開催 (毎月) 精神障害者家族会全道大会への参加 障害者支援団体との交流 家族会会報誌の発行
(達成状況)
月例学習会等の開催を通じ, 家族会の会員や会員以外の家族とのふれあいの中で, 病気への理解の促進や心理的負担の軽減が図られている。

※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"/>	地域, 家族における精神障がい者への理解が深まり, 精神障がい者が住みやすい生活環境づくりの一助となっている。
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 type="checkbox"/> 現行のまま補助を継続	(見直しの内容) 積算基準が定められていないため, 全庁的な均衡を元に, 補助要綱の作成に向け検討する。 (見直しの時期) 平成30年度
<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	
(廃止の理由)	(その他の内容)
(廃止の時期)	

○終期の設定

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