

# 厚生委員会報告資料

令和5年1月18日

| 報告事項件名                                 | 頁  |
|--|----|
| 1 千住庁舎の大規模改修について・・・・・・・・・・・・・・・・       | 2  |
| 2 足立保健所窓口等運營業務委託評価委員会の評価結果について・・・・・・・・ | 4  |
| 3 特定健診等のデータ分析結果を活用した事業展開と庁内提供について・・・・  | 8  |
| 4 足立区における新型コロナウイルス感染症発生状況について・・・・・・・・  | 11 |
| 5 足立区精神障がい者自立支援センターの業務評価結果について・・・・・・・・ | 13 |

(衛 生 部)

# 厚生委員会報告資料

令和5年1月18日

|       |   |
|-------|---|
| 件名    | 千住庁舎の大規模改修について  |
| 所管部課名 | 衛生部衛生管理課、足立保健所千住保健センター<br>施設営繕部中部地区建設課、地域のちから推進部住区推進課<br>福祉部足立福祉事務所千住福祉課  |
| 内容    | <p>千住庁舎の大規模改修期間中（令和8～9年度予定）に、法定義務である健診を千住地域で継続するため、千住仲町暫定駐車場に仮設（プレハブ）を建設し、千住保健センターを仮移転することについて、以下のとおり報告する。</p> <p><b>1 千住庁舎の現状</b></p> <p>建設から約23年が経過し、雨漏りや洗面所のつまりなど老朽化による不具合が顕著となっている。</p> <p><b>2 千住保健センターが仮移転する理由</b></p> <p>(1) 改修の前提である「居ながら改修」では、屋外への仮設トイレの設置をはじめ、騒音や臭い、振動、粉塵が絶えない環境が想定されるなど、乳幼児健診の実施においては衛生面や安全面に問題がある。</p> <p>(2) 千住地域で健診を実施するスペース（事務室300㎡、健診500㎡）を確保できる移転先を探してきたが、適切な移転先が見つからなかった。</p> <p>(3) 千住大橋に高層マンション（466戸・令和7年7月竣工予定）が建設中であり、今後の子育て世帯流入を考慮すると、千住地域で健診が受けられないことは「区民サービスが低下する」ことになる。</p> <p><b>3 仮設（プレハブ）を建設するメリット、デメリット</b></p> <p>(1) メリット</p> <p>ア 千住地域で健診を継続できる。</p> <p>イ 千住保健センターの2フロア分を空けることが出来るため、改修の効率が上がり、工期短縮につながる。</p> <p>(2) デメリット</p> <p>ア 準耐火建築物3階建として、2年間リースで約3億円（諸経費含む）の経費が必要となる。</p> <p>イ 仮設（プレハブ）予定地では、建築条件上、千住庁舎内の全所管が移転できる規模は建築できない。</p> |

#### 4 今後の予定

| 現在<br>～令和7年度  | 仮設建築後<br>令和8～9年度<br>(設計・建築 令和7年度)  | 大規模改修後<br>令和10年度～   |
|---|--|---|
| 4階<br>千住保健センター<br>(委託事業者を含む事務室)                                   | 仮設へ移転  | 4階<br>千住保健センター<br>(委託事業者を含む事務室)                                   |
| 3階<br>千住保健センター<br>(健診会場、委託事業者控室)                                  | 仮設へ移転  | 3階<br>千住保健センター<br>(健診会場、委託事業者控室)                                  |
| 2階<br>権利擁護センター<br><br>子育てサロン<br><br>路上喫煙指導員控室<br><br>会議室(主に町会貸出用) | 権利擁護センター<br>→千住庁舎(居ながら工事)<br>子育てサロン<br>→要検討<br>路上喫煙指導員控室<br>→千住庁舎内、仮設内を含めて検討<br>会議室(主に町会貸出用)<br>→千住庁舎内、仮設内を含めて検討 | 2階<br>権利擁護センター<br><br>子育てサロン<br><br>路上喫煙指導員控室<br><br>会議室(主に町会貸出用) |
| 1階<br>千住福祉課   | 千住福祉課<br>→千住庁舎(居ながら工事)   | 1階<br>千住福祉課   |

※ 当日投票所及び期日前投票所として使用している2階会議室については、今後、令和7年9月末頃を目途に選挙管理委員会と検討していく。

#### 5 参考

##### (1) 千住庁舎現状

平成11年建築 鉄筋コンクリート造 地上4階建  
敷地面積1,169.03㎡ 延べ床面積3,262.89㎡

##### (2) 千住仲町暫定駐車場

民間駐車場の土地貸付契約は、通常5年間で行うところ、仮設(プレハブ)の建築開始が令和7年度のため、令和5年度から令和6年度末までの2年間を貸付期間として、都市建設部で公募予定。

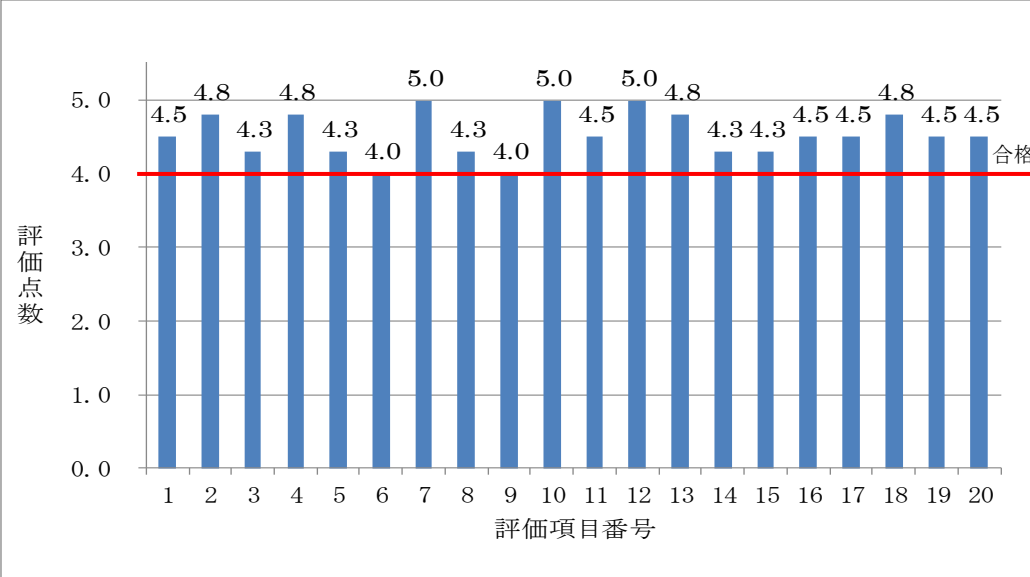


問題点  
今後の方針

引き続き庁内関係所管と連携を図りながら、千住庁舎の大規模改修および千住保健センターの仮移転に向けた準備を進めていく。

# 厚生委員会報告資料

令和5年1月18日

| 件名     | 足立保健所窓口等運營業務委託評価委員会の評価結果について  |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
|--------|---|--------|------|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|
| 所管部課名  | 衛生部衛生管理課  |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 内容     | <p>令和4年度の足立保健所窓口等運營業務委託評価委員会（以下「委員会」という。）を開催したので、以下のとおり評価結果を報告する。</p> <p><b>1 開催日時</b><br/>令和4年11月21日（月）午後1時00分～午後5時00分</p> <p><b>2 委員構成</b><br/>5人（外部有識者3人、区職員2人）</p> <p><b>3 評価対象</b><br/>株式会社パソナが受託する令和3年度業務実績</p> <p>（1）対象事業<br/>母子保健事業、予防接種事業、畜犬登録、医療費助成、自立支援医療、自立支援給付、成人保健事業、その他電話等対応</p> <p>（2）評価期間<br/>令和3年4月1日～令和4年3月31日（第二期目）</p> <p><b>4 評価方法</b><br/>窓口の執行状況や休憩スペース等の確認、受託事業者に対するヒアリングを踏まえ、各委員が20項目を5段階で評価した。</p> <p><b>5 評価結果</b><br/>委員会での各評価項目の合格ラインである4.0点以上、総合評価8割（80点）以上の評価を得た。</p> <p>（1）項目ごとの委員評価平均</p>  <table border="1"> <caption>項目ごとの委員評価平均</caption> <thead> <tr> <th>評価項目番号</th> <th>評価平均</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>4.5</td></tr> <tr><td>2</td><td>4.8</td></tr> <tr><td>3</td><td>4.3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4.8</td></tr> <tr><td>5</td><td>4.3</td></tr> <tr><td>6</td><td>4.0</td></tr> <tr><td>7</td><td>5.0</td></tr> <tr><td>8</td><td>4.3</td></tr> <tr><td>9</td><td>4.0</td></tr> <tr><td>10</td><td>5.0</td></tr> <tr><td>11</td><td>4.5</td></tr> <tr><td>12</td><td>5.0</td></tr> <tr><td>13</td><td>4.8</td></tr> <tr><td>14</td><td>4.3</td></tr> <tr><td>15</td><td>4.3</td></tr> <tr><td>16</td><td>4.5</td></tr> <tr><td>17</td><td>4.5</td></tr> <tr><td>18</td><td>4.8</td></tr> <tr><td>19</td><td>4.5</td></tr> <tr><td>20</td><td>4.5</td></tr> </tbody> </table> | 評価項目番号 | 評価平均 | 1 | 4.5 | 2 | 4.8 | 3 | 4.3 | 4 | 4.8 | 5 | 4.3 | 6 | 4.0 | 7 | 5.0 | 8 | 4.3 | 9 | 4.0 | 10 | 5.0 | 11 | 4.5 | 12 | 5.0 | 13 | 4.8 | 14 | 4.3 | 15 | 4.3 | 16 | 4.5 | 17 | 4.5 | 18 | 4.8 | 19 | 4.5 | 20 | 4.5 |
| 評価項目番号 | 評価平均  |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 1      | 4.5   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 2      | 4.8   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 3      | 4.3   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 4      | 4.8   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 5      | 4.3   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 6      | 4.0   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 7      | 5.0   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 8      | 4.3   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 9      | 4.0   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 10     | 5.0   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 11     | 4.5   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 12     | 5.0   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 13     | 4.8   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 14     | 4.3   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 15     | 4.3   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 16     | 4.5   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 17     | 4.5   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 18     | 4.8   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 19     | 4.5   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |
| 20     | 4.5   |        |      |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |

(2) 委員評価の総合得点

|         |                       |
|---------|-----------------------|
| 委員評価平均点 | 90.3点 (最高98点、最低82点)   |
| 評価結果    | 適正に履行されているものと認める (合格) |

昨年度の委員評価の平均点は87点 (最高93点、最低81点)

※ 評価結果及び評価項目、評価基準等の詳細は、P7 別紙1 参照

(3) 委員評価平均の最低点 (4.0)

| 番号 | 評価項目             | 前年度からの変動  | 理由   |
|----|------------------|-----------|--|
| 6  | 業務の習熟度           | 3.6 ↑ 4.0 | 従事者の雇用期間は、事業者の規約により原則3年となっており、従事者の入れ替わりの際に一時的な習熟度の落ち込みが見られていた。<br>これまで都度立てていた採用計画について、毎年度必ず長期的な採用計画を立て、毎月人事会議で見直しを行うよう改善したことで、従事者の入れ替わりによる業務習熟度の低下抑制が図られた。 |
| 9  | 個人情報保護及び情報セキュリティ | 4.4 ↓ 4.0 | 個人情報保護及び情報セキュリティに対する事業者の体制や意識の高さについては昨年度同様、基準を満たす内容であった。<br>現地確認の際、窓口からは見えないうレイアウト上の対策が行われていたが、離席中の一部の従事者のパソコン画面がロックされていない状況が見られた。                         |

6 評価委員会からの意見と受託者の回答

|   | 意見  | 回答   |
|---|---|--|
| 1 | <p>接遇について、現地視察および利用者から寄せられた声からも、区民への積極的なお声かけや丁寧な説明が行われており、企業努力の成果であると評価できる。引き続き区民サービスの向上に努められたい。</p>  | <p>区民対応の窓口としての意識を持ち、区民への積極的な説明を今後も継続して行う。また、接遇スキルの向上と維持を目的として、従事者に対し適宜研修を実施し、日常業務の中でも日頃の接遇をチェックする。</p>                         |
| 2 | <p>業務の習熟度について、保健所窓口業務委託開始より知識、技術が蓄積され、例年の目標値は達成されており、安心して業務を任せられる水準であると評価できる。従事者の入れ替わりの際に不可避免的に発生する一時的な落ち込みへの対策として、実務的な研修の増加等、研修計画を精査し、業務に支障をきたすことのない体制をより一層構築されたい。</p> | <p>従事1年目の従事者向け研修プログラム(導入研修、3ヵ月、6ヵ月)に加え、OJTやOFFJTで各申請における窓口業務やシステム入力業務、制度理解など実務的な研修を行い、習熟を促進することで、人員交代による一時的な業務習熟度の低下を抑制する。</p> |
| 3 | <p>現在、接客面から区民への利用しやすい窓口提供が中心であるが、今後は、区への報告面についても、分かりやすい説明、資料作成に取り組むことで質の高い窓口等運營業務となるよう、更なる高みを目指して創意工夫を図られたい。</p>  | <p>要点を整理し、箇条書き等を用いた見やすい資料作成に取り組む。また、情報量の多い報告の場合は、総括表の作成や必要事項を精査するなど工夫、改善を図り、分かりやすい説明、資料作成を目指す。</p>                             |

問題点  
今後の方針

評価委員会の結果を踏まえ、受託者と協議を重ね、業務の改善につなげてもらう。今後も引き続き、委託業務の安定運営と区民サービスの向上を目指す。

## 令和4年度足立保健所窓口等運營業務委託評価委員会 評価結果

| 番号               | 評価テーマ  | 評価項目              | 評価基準  | 配点    | 前年度平均点 | 前年度からの変動 | 今回平均点 |
|------------------|--------|-------------------|---|-------|--------|----------|-------|
| 1                | 接遇     | 身だしなみ             | 名札をお客様に見えるよう着用し、身だしなみについても区の接客マニュアルを準拠している。   | 5     | 4.8    |          | 4.5   |
| 2                |        | 利用者満足度            | 窓口での待ち時間  | 5     | 4.8    |          | 4.8   |
| 3                |        | 利用者満足度<br>(アンケート) | 窓口での対応時間  | 5     | 4.8    |          | 4.3   |
| 4                |        | 利用者満足度<br>(アンケート) | 常に分かりやすい説明を心掛け、態度や言葉づかいなどが適切である。  | 5     | 4.8    |          | 4.8   |
| 5                | 業務品質   | 業務の納期達成状況         | 業務における成果物の納期管理を達成している。  | 5     | 3.8    |          | 4.3   |
| 6                |        | 業務の習熟度            | 業務従事者に、本業務の遂行上必要な知識、能力(接遇・業務スキル、マニュアル理解度、事務取扱変更への対応等)について、受注者の責任のもと教育を行い、習熟度の向上が図られている。 | 5     | 3.6    |          | 4.0   |
| 7                |        | 業務遂行の正確性          | 東京都医療費助成等の4業務について目標値に達している。   | 5     | 5.0    |          | 5.0   |
| 8                |        | 業務量               | 業務報告書(月次)、業務実績報告書(日次・月次)等、受託業務区分ごとの業務量を成果物として区へ報告している。                                  | 5     | 4.4    |          | 4.3   |
| 9                | セキュリティ | 個人情報保護及び情報セキュリティ  | 個人情報保護及び情報セキュリティについて、法令等を遵守している。  | 5     | 4.4    |          | 4.0   |
| 10               |        | 個人情報保護及び情報セキュリティ  | 業務従事者の守秘義務誓約書を区に提出している。   | 5     | 4.8    |          | 5.0   |
| 11               | 内部統制   | ICカード管理           | 管理台帳と利用記録簿を作成している。  | 5 ※1  | ※1     | ※1       | 4.5   |
| 12               | セキュリティ | 収納金管理・金券管理        | 収納金管理については、ルールを定め、それに基づき取扱いを行っている。また、郵券・駐車券は管理簿をつけ、毎日枚数チェックしている。                        | 5     | 4.6    |          | 5.0   |
| 13               |        | セキュリティ教育          | 業務従事者に対して、セキュリティ教育を実施し、その結果を区に報告している。   | 5     | 4.4    |          | 4.8   |
| 14               |        | 事故・ミス防止           | 業務上の事故・ミス防止のため、ダブルチェックなど十分な体制のもと業務遂行している。   | 5     | 4.4    |          | 4.3   |
| 15               |        | 文書廃棄              | 業務上発生した廃棄文書は、ルールを定め、それに基づき溶解またはシュレッダー等で処分している。  | 5     | 4.6    |          | 4.3   |
| 16               | 内部統制   | 労働関係法             | 労働基準法等の労働関係法令を遵守している。   | 5     | 3.8    |          | 4.5   |
| 17               |        | 窓口業務従事者           | 業務従事者を一日及び契約期間を通じ業務に支障をきたすことのないよう確保し、業務を完遂している。   | 5     | 3.8    |          | 4.5   |
| 18               |        | 業務の進捗管理           | 業務責任者を選任し、従事者の指揮監督や業務の進捗管理を行うとともに、発注者の監督員との主たる窓口となり、役割(業務全体のマネジメント等)を十分果たしている。          | 5     | 4.2    |          | 4.8   |
| 19               |        | 業務管理              | 業務分析を行い、区に報告するとともに、ミスや事故の発生の際、区に報告している。   | 5 ※1  | ※1     | ※1       | 4.5   |
| 20               |        | 内部監査・改善提案         | セキュリティ及び業務の品質管理について内部監査を実施し、その結果を区に報告している。また、維持・改善に向けた提案を行なっている。                        | 5     | 4.4    |          | 4.5   |
| ※2               | その他    | チャレンジポイント         | 事業者の創意工夫、民間活力により、さらなる区民サービス向上のための取組みを行っているなど。   | 10 ※2 | 7.6    | ※2       | ※2    |
| <b>総合評価 (合計)</b> |        |                   |   | 100   | 87     |          | 90.3  |

※1 今回からの新規評価項目  
 ※2 前年度の評価項目

# 厚生委員会報告資料

令和5年1月18日

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| 件名  | <b>特定健診等のデータ分析結果を活用した事業展開と庁内提供について</b>   |   |   |
| 所管部課名   | 衛生部データヘルス推進課   |   |   |
| 内<br>容  | <p>令和4年3月25日付、日本コンピュータ株式会社と協定を締結し、データ分析を行った。については、データ分析結果を健康づくり事業等へ活用するとともに、庁内へデータを提供していく仕組みを構築する。</p> |   |   |
|   | <p><b>1 分析内容</b></p>   |   |   |
|   | <p>(1) 特定健診の受診傾向とメタボリックシンドロームの要因等について<br/>(2) 後期高齢者医療健診、歯科健診結果を活用した区民の健康状態の把握について</p>                  |   |   |
| <p><b>2 分析結果</b></p>  |  |   |   |
| <p>データ分析結果と活用案について（別添資料1参照）</p>   |  |   |   |
| <p>表中5については（仮称）江北健康づくりセンター開設に合わせて令和6年度から実施し、表中5以外については令和5年度から実施を予定する。</p> |  |   |   |
|   | 分析対象   | 分析結果  | 活用案   |
| 1   | 特定健診、後期高齢者歯科健診   | <ul style="list-style-type: none"> <li>「早食い」は肥満（BMI 25以上）に、「食品摂取多様性スコア（DVS）」はフレイルに大きく関連している。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li><u>特定健診、後期高齢者医療健診共通で使用していた健診結果通知票を健診の目的に合わせて変更し、最も自分の健康状態を振り返る機会である医師からの健診結果説明時を活用して生活指導や啓発を実施する。</u></li> </ul> |
| 2   | 後期高齢者医療健診  | <ul style="list-style-type: none"> <li>フレイルに陥るハイリスク者へ介入していくため、後期高齢者医療健診結果から「ハイリスク者予測モデル」を作成した。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><u>地域包括ケア推進課、地域包括支援センターへハイリスク者リストを提供することで、効果的な介入を実施し、健診を受診することで介入効果を検証できるPDCAサイクルの仕組みを構築する。</u></li> </ul>       |



|   | 分析対象 | 分析結果   | 活用例  |
|---|------|--|--|
| 3 | 特定健診 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 40歳になった時点で既に肥満傾向がある。</li> <li>・ 一度、メタボリックシンドローム予備群以上となると、その後も同様の状態が継続する傾向がある。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 40歳前の健康づくり健診の受付に、定員管理ができる<u>オンライン予約システムを委託事業者側で導入し、受診者数を増加させる。</u></li> <li>・ 国保加入者に重点的に勧奨することで、特定健診受診へつないでいく。</li> </ul> |
| 4 | 特定健診 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 40代前半の特定健診受診率は特に低くなっている。</li> <li>・ 会社で健診を受診していた集団（社保離脱により国保加入）は「受診習慣」があることから健診受診率が高いと考えられる。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>40代前半を重点ターゲットと設定した勧奨資材による受診勧奨を実施する。</u></li> </ul>   |
| 5 | 特定健診 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 男性では、60歳まではBMIが高値、60歳以降ではメタボリックシンドローム該当割合が増加する。</li> <li>・ 社保離脱による国保加入者は「受診習慣」があることから、健康意識が高い層～低い層まで満遍なく受診するため、メタボリックシンドローム該当割合が高くなっている可能性がある。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 60歳以降は退職により社会保険から国保への加入者がピークとなり、生活が大きく変化する年代のため、<u>（仮称）江北健康づくりセンターで開始する人生100年時代を見据えた健康づくり事業へ勧誘していく。</u></li> </ul>        |

### 3 健康データの庁内提供の仕組みの構築

#### (1) 事業イメージ

健康づくりや介護予防、生活保護受給者への支援など各所管の事業に合わせたレポートや分析結果を提供し、正確な現状把握と課題認識の共有を図っていく（別添資料2参照）。

|                      |   |
|----------------------|---|
|                      | <p>(2) 目的</p> <p>ア 庁内一体となった事業展開を促すとともに、EBPMを推進する。</p> <p>イ 保健センター等の管轄ごとに健康データレポート（別添資料3）を作成し、庁内へ提供していくことで、地域特性に合わせた事業展開へつなげていく。</p> <p>ウ 所属内や関係部署間で現状や地域ごとの課題を共通認識とし、PDCAサイクルの中で改善度等を定量的に測定する。</p> <p>(3) 実施時期</p> <p>令和4年度中に関係部署等へ健康データレポートの提供を開始する。その後、関係部署等からフィードバックを受け、令和5年度からは、さらにアップデートしたものを配布していく。</p> |
| <p>問題点<br/>今後の方針</p> | <p>現状や課題を共有し、データ分析結果を庁内で活用していく仕組みを構築することで、データの活用をさらに促し、EBPMの推進につなげていく。</p>  |

# 厚生委員会報告資料

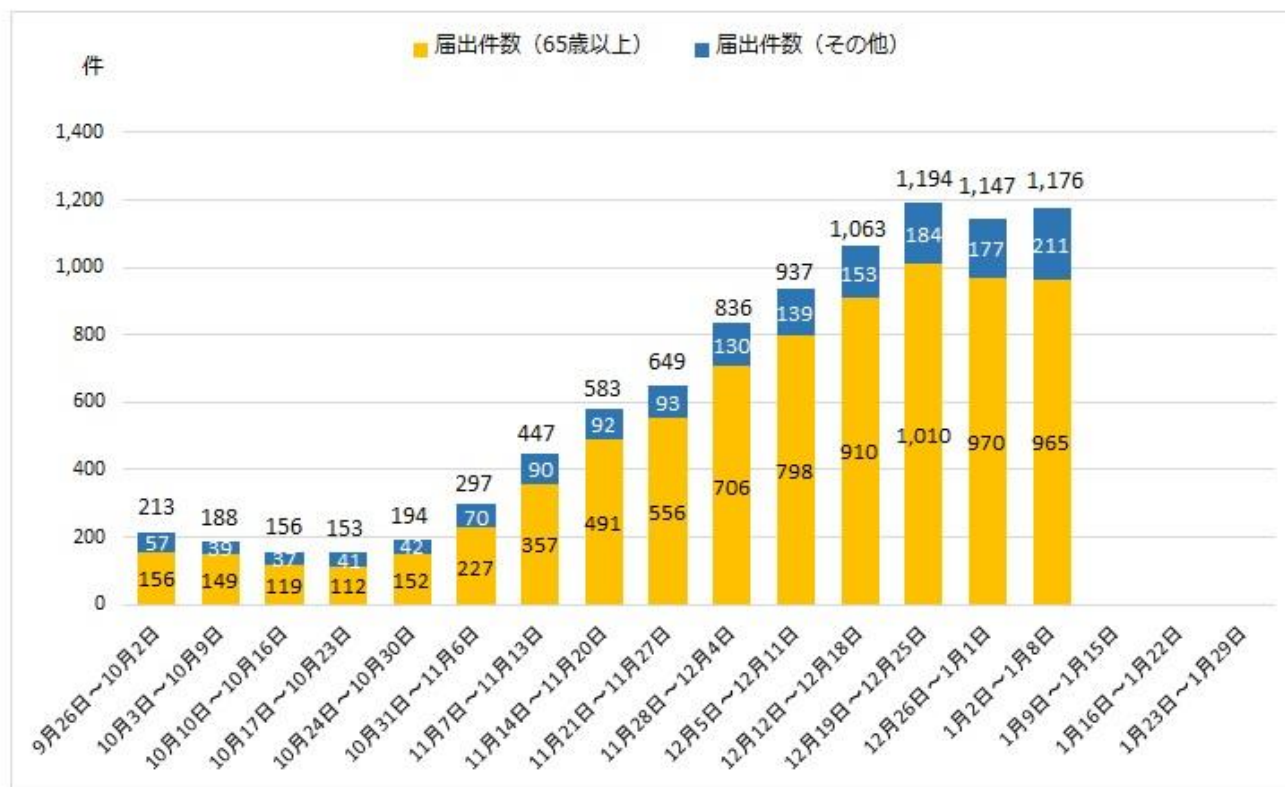
令和5年1月18日

| 件名           | 足立区における新型コロナウイルス感染症発生状況について   |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
|--------------|---|---|----|----|---------|----|---------|----|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|---------|----|---------|----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|--------|---------------------|
| 所管部課名        | 衛生部足立保健所感染症対策課  |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
| 内容           | <p><b>1 新型コロナウイルス感染症発生状況</b><br/>東京都全体において、令和4年7月ピーク時の1日あたり4万人から、一時1日あたり2千人程度まで減少したものの、令和5年1月10日現在、直近1週間の1日あたり平均が1万5千人程度と上昇している。区内届出対象者数推移（週別）についてはP12 別紙2のとおり。</p> <p><b>2 区内クラスター発生状況（令和5年1月10日 現在）</b><br/>令和4年1月以降、区内で発生したクラスターの総施設数は865施設である。</p> <p><b>3 足立区発熱電話相談センター及び足立区PCR予約専用ダイヤル等の電話相談実績</b></p> <table border="1" data-bbox="427 1128 991 1877"> <thead> <tr> <th>月</th> <th>件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1月</td><td>10,460件</td></tr> <tr><td>2月</td><td>13,642件</td></tr> <tr><td>3月</td><td>9,826件</td></tr> <tr><td>4月</td><td>5,321件</td></tr> <tr><td>5月</td><td>3,540件</td></tr> <tr><td>6月</td><td>2,466件</td></tr> <tr><td>7月</td><td>10,789件</td></tr> <tr><td>8月</td><td>14,066件</td></tr> <tr><td>9月</td><td>7,359件</td></tr> <tr><td>10月</td><td>2,473件</td></tr> <tr><td>11月</td><td>3,355件</td></tr> <tr><td>12月</td><td>4,827件</td></tr> <tr><td>令和5年1月</td><td>1,241件<br/>(1月10日現在)</td></tr> </tbody> </table> | 月 | 件数 | 1月 | 10,460件 | 2月 | 13,642件 | 3月 | 9,826件 | 4月 | 5,321件 | 5月 | 3,540件 | 6月 | 2,466件 | 7月 | 10,789件 | 8月 | 14,066件 | 9月 | 7,359件 | 10月 | 2,473件 | 11月 | 3,355件 | 12月 | 4,827件 | 令和5年1月 | 1,241件<br>(1月10日現在) |
| 月            | 件数  |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
| 1月           | 10,460件   |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
| 2月           | 13,642件   |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
| 3月           | 9,826件  |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
| 4月           | 5,321件  |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
| 5月           | 3,540件  |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
| 6月           | 2,466件  |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
| 7月           | 10,789件   |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
| 8月           | 14,066件   |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
| 9月           | 7,359件  |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
| 10月          | 2,473件  |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
| 11月          | 3,355件  |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
| 12月          | 4,827件  |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
| 令和5年1月       | 1,241件<br>(1月10日現在)   |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |
| 問題点<br>今後の方針 | 今後、新型コロナウイルス感染症とインフルエンザの流行が危惧されている。引き続き、相談・検査等の体制を確保するとともに、重症化リスクの高い患者が医療機関を受診し療養できる体制を構築していく。  |   |    |    |         |    |         |    |        |    |        |    |        |    |        |    |         |    |         |    |        |     |        |     |        |     |        |        |                     |

# 区内での新型コロナウイルス新規陽性者の発生状況（令和 5 年 1 月 10 日時点）

## 1 発生届を受理した陽性者数（週次グラフ）

※データの更新は毎週月曜



※ 令和 4 年 9 月 26 日から発生届出対象が下記 4 類型に限定化されたことに伴い、区の公表値も発生届を受理した陽性者数（区内に住所を有する方）のみとなった（区内で発生した陽性者の全数ではない）。

（届出対象者）

- 1 65 歳以上の方（診察時点で 65 歳以上の方が対象）
- 2 入院を要する方
- 3 重症化リスクがあり、かつ新型コロナ治療薬や酸素投与が必要であると医師が判断した方
- 4 妊娠している方

# 厚生委員会報告資料

令和5年1月18日

| 件名               | 足立区精神障がい者自立支援センターの業務評価結果について   |                       |    |    |     |                  |               |                       |       |       |        |         |              |                 |                     |     |       |      |       |      |
|------------------|--|-----------------------|----|----|-----|------------------|---------------|-----------------------|-------|-------|--------|---------|--------------|-----------------|---------------------|-----|-------|------|-------|------|
| 所管部課名            | 衛生部足立保健所中央本町地域・保健総合支援課   |                       |    |    |     |                  |               |                       |       |       |        |         |              |                 |                     |     |       |      |       |      |
| 内容               | <p>足立区精神障がい者自立支援センターの令和3年度業務について、足立区精神障がい者施設指定管理者選定等審査会（以下「審査会」という。）において評価を行ったので、報告する。</p> <p><b>1 主な評価内容</b><br/>                 (1) 精神障がい者の日中活動支援、相談支援及び就労支援等運営業務<br/>                 (2) 施設管理業務</p> <p><b>2 指定管理者</b><br/>                 社会福祉法人あしなみ（代表者 石川 和子）</p> <p><b>3 指定管理料</b><br/>                 令和3年度 6,352万円（税込）</p> <p><b>4 評価対象期間</b><br/>                 令和3年4月1日～令和4年3月31日</p> <p><b>5 審査会開催日</b><br/>                 令和4年11月4日（金）</p> <p><b>6 審査会委員構成（計6名）</b></p> <table border="1" data-bbox="432 1514 1426 1966"> <thead> <tr> <th>種別</th> <th>氏名</th> <th>役職等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">学識経験者<br/>(有識者含む)</td> <td>吉岡 幸子<br/>【会長】</td> <td>帝京科学大学医療科学部<br/>看護学科教授</td> </tr> <tr> <td>田中 素子</td> <td>公認会計士</td> </tr> <tr> <td>原田 由美子</td> <td>社会保険労務士</td> </tr> <tr> <td>関係団体の<br/>代表者</td> <td>安藤 万寿代<br/>【副会長】</td> <td>東京都精神保健福祉家族会<br/>連合会</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">区職員</td> <td>中村 明慶</td> <td>福祉部長</td> </tr> <tr> <td>馬場 優子</td> <td>衛生部長</td> </tr> </tbody> </table> |                       | 種別 | 氏名 | 役職等 | 学識経験者<br>(有識者含む) | 吉岡 幸子<br>【会長】 | 帝京科学大学医療科学部<br>看護学科教授 | 田中 素子 | 公認会計士 | 原田 由美子 | 社会保険労務士 | 関係団体の<br>代表者 | 安藤 万寿代<br>【副会長】 | 東京都精神保健福祉家族会<br>連合会 | 区職員 | 中村 明慶 | 福祉部長 | 馬場 優子 | 衛生部長 |
| 種別               | 氏名   | 役職等                   |    |    |     |                  |               |                       |       |       |        |         |              |                 |                     |     |       |      |       |      |
| 学識経験者<br>(有識者含む) | 吉岡 幸子<br>【会長】  | 帝京科学大学医療科学部<br>看護学科教授 |    |    |     |                  |               |                       |       |       |        |         |              |                 |                     |     |       |      |       |      |
|                  | 田中 素子  | 公認会計士                 |    |    |     |                  |               |                       |       |       |        |         |              |                 |                     |     |       |      |       |      |
|                  | 原田 由美子   | 社会保険労務士               |    |    |     |                  |               |                       |       |       |        |         |              |                 |                     |     |       |      |       |      |
| 関係団体の<br>代表者     | 安藤 万寿代<br>【副会長】  | 東京都精神保健福祉家族会<br>連合会   |    |    |     |                  |               |                       |       |       |        |         |              |                 |                     |     |       |      |       |      |
| 区職員              | 中村 明慶  | 福祉部長                  |    |    |     |                  |               |                       |       |       |        |         |              |                 |                     |     |       |      |       |      |
|                  | 馬場 優子  | 衛生部長                  |    |    |     |                  |               |                       |       |       |        |         |              |                 |                     |     |       |      |       |      |

## 7 評価方法及び項目ごとの評価

以下の評価項目について、指定管理者提出の根拠資料及び質疑応答により評価を実施し、点数を算出した。昨年度の評価結果と比較すると、大項目の「管理状況」で0.2点、「事業効果」で1.5点低い結果となったが、各項目ともに標準点（5段階評価で3.0）は十分上回っている。

| 大項目      | 中項目            | 確認項目<br>番号 | 今年度評価<br>(昨年度評価) |
|----------|----------------|------------|------------------|
| 管理<br>状況 | 適切な管理の履行       | 1～4        | 4.3 (4.5)        |
|          | 安全性の確保         | 5～8        | 4.8 (4.3)        |
|          | 法令等の遵守(倫理性も含む) | 9～12       | 4.3 (4.3)        |
|          | 適切な財務・財産管理     | 13～15      | 4.3 (4.8)        |
| 事業<br>効果 | 支援内容           | 16～18      | 4.0 (4.0)        |
|          | 権利保護、透明性の確保    | 19～21      | 8.0 (8.7)        |
|          | 地域・社会貢献等       | 22～24      | 8.0 (8.3)        |
|          | 利用者の満足度        | 25～28      | 12.0 (12.5)      |
|          |                | 合計点        | 49.7 (51.4)      |

※ 評価の詳細はP16～24 別紙3「業務評価シート」参照

## 8 評価結果

| 合計点[60点満点]   | 得点率          | 総合評価      |
|--------------|--------------|-----------|
| 49点<br>(51点) | 81%<br>(85%) | A-<br>(A) |

※ 合計点は小数点以下切り捨て。( )内は昨年度の評価

## 9 主な質疑内容

|   | 質 疑                                       | 回 答  |
|---|---|--|
| 1 | 精神障がい者就労支援事業(ジョブコーチ事業)の実績が0件だったのは何故か。     | 制度上、当事業所の就労移行支援事業を使って一般就労に至った方には都事業のジョブコーチ事業が使えず、就労定着支援事業(障がい福祉サービス)を使っている。今後、当事業所以外で一般就労に至った方に利用してもらうようしっかり呼び掛けていく。 |
| 2 | 外部研修に参加した職員数が1名ずつとなっているのは何故か。また、誰が参加するのか。 | 東京都等の外部研修は参加人数が毎回1名に限定されている。研修の参加者は経験年数や事業の関連性等を考慮して決めている。   |

|              |   |
|--------------|---|
|              | <b>10 評価結果の公表</b><br>厚生委員会終了後、区ホームページで公表する。 |
| 問題点<br>今後の方針 | 評価結果に基づき、更なる施設運営の改善と施設利用者の満足度の向上を図っていく。     |

【評価対象年度】令和3年度 【自己評価】令和4年9月21日 【審査会】令和4年11月4日  
 【評価点】 水準を大きく上回る:5点 水準を上回る:4点 水準どおり(水準クリア):3点  
 水準を下回る:2点 水準を大きく下回る:1点  
 ※一部倍加項目あり

| 大項目  | 中項目      | 確認項目   |       |  |         |
|------|----------|--|-------|--|---------|
|      |          | 協定や事業計画に沿って適切に管理が行われているか   |       | 評価点  |         |
|      |          |  | 指定管理者 | 担当課  | 審査委員    |
| 管理状況 | 適切な管理の履行 | 1 施設・設備の保守点検(内容・回数)  | 5     | 5  | 4.3     |
|      |          | 1-1 エレベーター保守点検(例月・年1回)、空調設備保守点検(年2回)、自動ドア保守点検(年2回)、消防用設備保守点検(年2回)、害虫点検(年2回)等を漏れなく実施している。   |       |  |         |
|      |          | 2 施設の清掃等   | 5     | 5  |         |
|      |          | 2-1 建物内清掃(定期清掃・日常清掃)、グリストラップ清掃(年1回)を漏れなく実施している。  |       |  |         |
|      |          | 3 人員配置及び人材育成   | 5     | 4  |         |
|      |          | 3-1 施設運営や利用者支援に対する十分な経験や知識がある管理者を配置している  |       |  |         |
|      |          | 3-2 協定に定めた職種の職員を必要数配置している<br>3-3 職員の専門性向上及びスキルアップのための研修を適時に実施している  |       |  |         |
|      |          | 4 業務評価を受けての対応  | 4     | 4  | (満点=5点) |
|      |          | 4-1 前年度の業務評価で指摘を受けた点、改善すべき点とされた事項について改善している  |       |  |         |
|      |          |  |       | <b>【アピールポイント】</b><br>①協定書に則り、保守点検を行い、不具合にはその都度対応できるように各事業から軽微な保守の担当者を選出し対応している。また、全体的に不具合の予防として、適正な使用方法を周知している。<br>②就労支援事業活動として利用者が行っている日常清掃の他に、年2回業者による清掃を行っている。令和3年度からは、害虫の駆除も行っている。<br>・新型コロナウイルスの感染予防対策として、毎日2回、館内の消毒作業を行っている。<br>・事務室等の共用物に関しては、机上に消毒液を設置し、使用の都度消毒を行っている。<br>③常勤職員約5割が有資格者(精神保健福祉士・社会福祉士)であり、施設運営や利用者支援に専門性を発揮している。また2割の職員が現在資格取得に向けた勉強をしている。<br>・毎月、各職員の研修時間を設けており、サポーターズカレッジを実施し、専門職としての知識を高めている。<br>・資格取得を目指す職員に対し、法人として教育訓練給金制度についての情報提供や精神保健福祉士や社会福祉士を取得した際にお祝い金を支給する制度を設けた。また現場としても試験日前の休暇を取得しやすくするなどの協力をしている。<br>④業務評価で指摘を受けたことについては、センター職員による全体会で共有し、改善を図るように進めている。 |         |
|      |          | <b>【改善すべき点・課題等】</b>  |       |  |         |
|      |          | <b>【特記事項】</b><br>1 施設保守管理は協定に基づき適正に実施されている。<br>3 管理職等要職において精神保健福祉士等有資格者を多く擁し、施設運営に必要な人材がある程度確保されている。<br>・人材育成のための研修を計画的に実施し、職員のレベル向上を図っているものの、どの程度の効果があったかが資料から読み取れなかった。できれば成果指標を設けていただきたい。<br>4 昨年度の業務評価で指摘のあった避難訓練の実施方法や個別支援計画のアセスメント力の向上について、対応した記録が不足している。 |       |  |         |
|      |          | <b>【評価すべき点】</b><br>・協定に基づき、しっかり設備の管理、清掃が行われている。<br>・人材不足のおり、常勤職員の約5割が有資格者であることは評価できる。<br>・害虫駆除を始める等、前年の評価に満足することなく、施設の維持管理のための施策を新たに実施している。<br>・職員のやる気に繋がる制度を積極的に導入している。   |       |  |         |
|      |          | <b>【改善すべき点】</b><br>・経験の浅い職員の研修状況が見えてこない。知識教授の研修より事例検討の研修受講を期待したい。<br>・OFF-JT研修について、習得した知識を他の職員と共有することを積極的にやっていただきたい。<br>・全労働者に適用される事項をあらたに定めた場合には、就業規則に反映する必要がある。  |       |  |         |
|      |          | <b>【その他注意点】</b><br>・提出された資料からは、必要な研修が実施されているかの確認ができない。<br>・コロナ禍で中止された研修など、オンライン化も検討してはどうか。   |       |  |         |



| 大項目                            | 中項目      | 確認項目   |     |      |         |
|--------------------------------|----------|--|-----|------|---------|
|                                |          | 施設の安全性は確保されているか  | 評価点 |      |         |
|                                | 指定管理者    |  | 担当課 | 審査委員 |         |
| 管理状況                           | 安全性の確保   | 5 施設・設備の安全性の確保   | 5   | 5    | 4.8     |
|                                |          | 5-1 専門機関による設備の安全点検を実施している  |     |      |         |
|                                |          | 5-2 施設内での事件・事故など警備上の異常はない  |     |      |         |
|                                |          | 6 防災への配慮   | 5   | 5    |         |
|                                |          | 6-1 防火管理者を配置し、防火管理計画を策定している  |     |      |         |
|                                |          | 6-2 防災管理計画・防災マニュアルに沿って防災訓練を実施し、関係者へのフィードバックをしている   |     |      |         |
|                                |          | 7 防犯への配慮   | 5   | 5    |         |
|                                |          | 7-1 施設内の安全確保に努めるとともに、異常の有無を日誌に記録している   |     |      |         |
|                                |          | 7-2 鍵は適正に管理されており、職員に管理方法が周知されている   |     |      |         |
|                                |          | 8 事故への対応   | 5   | 4    | (満点=5点) |
| 8-1 緊急連絡網が作成されている              |          |  |     |      |         |
| 8-2 事故対応マニュアルが策定され、全職員に周知されている |          |  |     |      |         |
|                                | 指定管理者記入欄 | <p>【アピールポイント】</p> <p>⑤日常的な館内の見回りの他に、チェックリストに基づき、環境整備委員会が定期的な安全点検を行っている。</p> <p>⑥避難訓練については、担当者でコロナ禍でも可能な訓練の内容を検討しながら進めた。訓練後は、振り返りを行い、職員でその内容を共有している。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>各部屋に防災頭巾やヘルメットを配置し、館内全体で災害時への備えを行っている。</li> <li>避難訓練では、消火器の場所の確認と水消火器による実践的な訓練を行った。</li> </ul> <p>⑦防犯への配慮として区役所危機管理課の指導の下、施設内の安全を確保できるように物品を購入し配置した。その他、不審者対応について竹の塚警察署生活安全課の方にさすまたの使い方等の講習を受けた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不審者の情報やその対応等については、別紙ファイルを作成し、資料としてまとめている。</li> <li>朝、昼、夕3回、館内の見回りを実施し、不審者や不審物が無いかどうか確認している。</li> <li>管理マニュアルに沿った鍵の管理について周知を徹底し、日常的に注意喚起を行っている。</li> <li>日々、防犯の意識を持つために、職員各自が防犯ブザーを携帯している。</li> <li>館内の出入り(門扉、自動扉)にワイヤレスチャイムを設置し、開閉時には音が鳴るようにしている。</li> </ul> <p>⑧緊急連絡網の訓練を年2回実施し、非常時にも有効な情報伝達実践を習慣化するように取り組んでいる。また、事業ごとにSNSを活用し、有事の際には迅速に連絡が取れるように工夫をしている。緊急時の対応についても、毎回伝達状況の振り返りを行い、どのような場面においても迅速な伝達を可能にいくように意識している。</p> <p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>⑦安全管理の取組みの有効性を高めるため、防犯および設備点検項目の改善・周知を図っていききたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不審者対応の訓練について、年間の予定へ組み込んでいきたい。</li> <li>⑧事故マニュアルの運用が実践できるような取り組みを検討していきたい。</li> </ul> |     |      |         |
|                                | 区記入欄     | <p>【特記事項】</p> <p>5 施設の安全点検は徹底されている。</p> <p>6 避難訓練実施後に記録を作成し、関係者へフィードバックしている。</p> <p>8 緊急時対応マニュアルのほか、BCPも作成するなど、規定類は充実しているが、図上訓練等による実効性の検証をしていくとよい。</p>   |     |      |         |
|                                | 評価委員記入欄  | <p>【評価すべき点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルの充実を評価する。</li> <li>安全点検がしっかり実施されており、防災、BCP、緊急時対応のマニュアル類も整備されている。</li> <li>施設は整理整頓がされている。</li> <li>各部屋に防災頭巾やヘルメットを配置し、施設内全体で災害時の備えをしていることは評価できる。</li> </ul> <p>【改善すべき点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特にBCPなど、実際にスムーズに運用できるかどうか、訓練、確認が必要と思われる。</li> <li>非常時備蓄品リストに記載があるものについて、使用期限管理が必要なものは期限を明記してはどうか。</li> </ul> <p>【その他注意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(安全性の確保全般について)他の事業所の実例等を想定してほしい。</li> <li>管内見回りや鍵の管理について、書類上記録漏れが生じているので、実際に実施されていても書類上確認できなかった。</li> <li>災害時の情報提供と連携について、職員に一層の周知をしていただきたい。</li> </ul>  |     |      |         |

| 大項目                                  | 中項目            | 確認項目   |       |     |         |
|--------------------------------------|----------------|--|-------|-----|---------|
|                                      |                |  |       | 評価点 |         |
|                                      |                | 個人情報保護、公契約条例等は遵守されているか   | 指定管理者 | 担当課 | 審査委員    |
| 管理状況                                 | 法令等の遵守（倫理性も含む） | 9 個人情報保護の取組  | 5     | 5   | 4.3     |
|                                      |                | 9-1 個人情報の取扱いに関して定期的に研修を実施している。   |       |     |         |
|                                      |                | 9-2 個人情報の不適切な取扱いがないか、内部点検を定期的に行っている  |       |     |         |
|                                      |                | 10 個人情報漏えい   | 5     | 5   |         |
|                                      |                | 10-1 個人情報漏えいやデータ紛失事故等は発生していない  |       |     |         |
|                                      |                | 10-2 郵送物の誤発送など、郵送事故は発生していない  |       |     |         |
|                                      |                | 11 公契約条例の遵守  | 5     | 4   |         |
|                                      |                | 11-1 労働者等に対して労働報酬下限額以上の賃金等が支払われている   |       |     |         |
|                                      |                | 11-2 台帳を整備している   |       |     |         |
|                                      |                | 12 各種法令の遵守等  | 4     | 4   | (満点=5点) |
| 12-1 コンプライアンスに関する方針が策定され、職員間で共有されている |                |  |       |     |         |
| 12-2 法令遵守に向けた組織的な体制が確立している           |                |  |       |     |         |
|                                      |                | 12-3 各種ハラスメント対策を実施している   |       |     |         |
|                                      | 指定管理者記入欄       | <b>【アピールポイント】</b><br>⑨プライバシーマークは令和2年度に4回目の更新申請を行った。職員は入職時と年に一度必ず教育研修を受講し、理解を深めている。<br>・個人情報保護士が法人全体の教育責任者になっており、毎年プロジェクト型で教育研修の企画・運営を行い、職員からのレポートで好評を得ている。<br>・個人情報保護規程、安全管理細則に基づき、書類や機器の持出や授受については履歴を残している。<br>・利用者の仕事で取り扱う個人情報は、データ作成時、加工作業時、実際に印字する際に3回の確認を行い、漏洩だけでなく誤った情報で発送しないように努めている。<br>⑩個人情報の漏洩やデータ紛失等の事故は無かった。<br>⑪処遇改善加算を取得し、支給金額、方法、対象者など文書で作成し、職員へ周知をしている。<br>⑫就業規則前文に守るべき規範、倫理等の記載があり、職員の入職時にオリエンテーションを行っている。また、ハラスメントなど遵守すべきものは理事長からのトップメッセージを職員連絡会等で周知し、対応窓口を設けている。<br>・令和3年度より法人でハラスメント対策会議を立ち上げ、定期的に会議を開催している。 |       |     |         |
|                                      |                | <b>【改善すべき点・課題等】</b><br>⑨個人情報管理台帳に基づき、個人情報の整理・削除タイミングを設けるようにできるとよい。   |       |     |         |
|                                      | 区記入欄           | <b>【特記事項】</b><br>9 個人情報の取り扱いについては、法人で管理規程を細かく整備しているとともに、適切な運用に務めている。<br>11 超過勤務時間が0時間から30時間台とばらつきがあり、勤務シフトや事務分担の部分で工夫の余地があると思われる。<br>・就業規則において、職員の勤務条件や処遇方針が定められているが、心身の故障等職務の適格性を欠く職員への対応に関しても、規定を設けたほうが良い。   |       |     |         |
|                                      | 評価委員記入欄        | <b>【評価すべき点】</b><br>・個人情報の取扱いにつき、しっかり教育研修を実施し、周知されている。<br>・個人情報保護の取組みについて徹底しており、評価できる。<br>・個人情報の管理について、研修や監査も実施され、適切にされている。   |       |     |         |
|                                      |                | <b>【改善すべき点】</b><br>・法人を守り、職員のやる気を支えるよう、労働関係諸法令の順守状況を見直してもらいたい。<br>・コンプライアンス遵守に向けて、体制の見直しを検討されてはどうか。<br>・ハラスメント対策会議の仕組み、役割について不明瞭なところがある。   |       |     |         |
|                                      |                | <b>【その他注意点】</b><br>・個人情報については保管だけでなく、適時適切な削除もお願いしたい。   |       |     |         |

| 大項目      | 中項目  | 確認項目                                   |       |     |             |
|----------|--|--|-------|-----|-------------|
| 管理状況     | 適切な財務・財産管理   | 適切な財務管理・財産管理が行われているか                   | 評価点   |     |             |
|          |  |  | 指定管理者 | 担当課 | 審査委員        |
|          |  | 13 収支状況                                | 5     | 4   | 4.3         |
|          |  | 13-1 指定管理料は計画的かつ適正に執行している              |       |     |             |
|          |  | 13-2 会計処理に関して定期的に公認会計士等の専門家のチェックを受けている |       |     |             |
|          |  | 14 現金や物品等の管理、経理処理                      | 4     | 5   | (満点<br>=5点) |
|          |  | 14-1 出納簿などの帳簿が整備され、伝票等は整理してまとめて保管している  |       |     |             |
|          |  | 14-2 備品管理表により施設の物品を適正に管理している           |       |     |             |
|          |  | 15 経理を担当する常勤の職員                        | 5     | 5   |             |
|          |  | 15-1 出納係又は経理責任者を配置している                 |       |     |             |
| 指定管理者記入欄 | <b>【アピールポイント】</b><br>⑬毎月会計事務所に書類を確認をしてもらっている。法人監査も年に1回行い、理事会評議員会に監査報告をしている。<br>⑭会計事務所から元帳・伝票が戻った後、出納職員・会計責任者が目を通し、勘定科目等に不備がないか確認をしている。年に一度センター内の備品整理を行い、不要なものは適切に廃棄等おこなっている。<br>⑮出納職員・会計責任者が会計区分ごとに配置され、適正な財務管理が行える仕組みを整えている。<br><b>【改善すべき点・課題等】</b><br>特になし |  |       |     |             |
| 区記入欄     | <b>【特記事項】</b><br>13 指定管理料の適正な執行に努めているものの、令和3年度の収支報告書にあるように450万円の返還が生じている。今後、計画性をもって予算を執行するように望む。   |  |       |     |             |
| 評価委員記入欄  | <b>【評価すべき点】</b><br>・責任者を明確にし、関係書類を整備している。<br>・備品管理は適切に行われている。<br>・適切な財務管理として評価する。<br><b>【改善すべき点】</b><br>特になし<br><b>【その他注意点】</b><br>特になし  |  |       |     |             |

| 大項目                                  | 中項目  | 確認項目  |  |     |         |
|--------------------------------------|------|---|--|-----|---------|
|                                      |      | 事業計画どおりのサービスが提供されているか   |  | 評価点 |         |
|                                      |      |   | 指定管理者  | 担当課 | 審査委員    |
|                                      |      | 16 事業実施等  | 4  | 4   | 4.0     |
|                                      |      | 16-1 地域活動支援センター事業、相談支援事業及び就労支援事業について、事業計画の目標を達成している             |  |     |         |
|                                      |      | 16-2 個別支援計画(若しくはそれに準じた支援計画)に沿って個々の利用者に適切な支援が行われている              |  |     |         |
|                                      |      | 17 健康管理   | 5  | 4   |         |
| 17-1 管理者は職員の健康状態の把握に努め、体調に応じた対応をしている |      |   |  |     |         |
|                                      |      | 17-2 利用者の体調管理が毎日行われ、日誌等に確実に記載し、情報共有がなされている                      |  |     |         |
|                                      |      | 18 衛生管理   | 4  | 4   | (満点=5点) |
|                                      |      | 18-1 マニュアルを整備し、感染症等の蔓延を未然に防ぐ施設維持管理体制が取られている(消毒薬、石鹸、マスクの常備等)     |  |     |         |
|                                      |      | 18-2 感染症等が発生した際の対応マニュアルが整備され、定期的な訓練の実施、職員への周知徹底等、適切な運営体制が取られている |  |     |         |
| 事業効果                                 | 支援内容 | 指定管理者記入欄  | <p><b>【アピールポイント】</b></p> <p>⑩個別支援計画書の作成・更新はWiZは3か月に1回、ZiPは半年に1回、更新することができた。また受給者証の更新月として実施することができた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者ごとの個別担当制をとり、定期的な面接を行う(ZiPは月に一度、WiZは2週に一度)ことで、面接が現状の把握やモニタリングとしての機能を有することで、よりきめ細やかな支援につながっている。</li> <li>令和3年度は就労移行支援事業で7名の就労者を輩出することができた。</li> <li>就労移行支援事業ではサービス4本柱(部門トレーニング・就労セミナー・幕張ワークサンプル・個別面談)が継続的に利用循環が出来ていることで、就職までの道筋が見えことで利用者とスタッフが同じ目標に向かって取り組むことが出来ている。</li> <li>地域活動支援センター事業では、コロナ対策を行いながらプログラム等の見直しを行い、利用者のニーズに合わせて実施した。</li> </ul> <p>⑪利用者の体調については、入口での検温と体調確認をし、作業をする際に配慮する点などあれば、部門担当職員と共有している。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>コロナ禍で体調管理表を作成し、より詳しく職員・利用者の体調を把握できるようにしている。また、コロナに罹患し、自宅療養されている利用者に対しては電話による相談支援も行っている。</li> <li>職員や利用者の感染はあるが、事業所内で拡がることなく対応できている。</li> </ul> <p>⑫コロナ感染対策として、各プログラム終了時、使用箇所を利用者・職員でアルコール消毒する時間を設けている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の動線に合わせて、館内にアルコール消毒液を各フロア数か所に設置している。またアルコールが苦手な方にも対応できる消毒液も準備している。</li> <li>各部屋にはアクリル板の間仕切りや消毒セットを置き、使用後の消毒を徹底している。館内は換気システムにより常時換気が行われており、各部屋の利用・業務環境により窓開けも行っている。また、空気清浄機も部屋ごとに設置した。多目的室等については、適性な使用人数を割り出し、区のコロナ対策に則りプログラムやセミナー等を開催している。</li> <li>清掃部門による午前・午後共に共有部分の塩素拭きを実施し、施設利用者間における感染者やクラスターを出すことなく運営することができた。</li> <li>法人内の感染症マニュアルを整備することができた。</li> </ul> <p><b>【改善すべき点・課題等】</b></p> <p>⑬感染症に対する定期的な訓練は実施できておらず、どのように行のが適切なのか専門機関に相談したい。</p> |     |         |
|                                      |      | 区記入欄  | <p><b>【特記事項】</b></p> <p>16 全体として、コロナ禍の制限がある中で実績を残していることは評価できる。一方で、地域活動支援センター事業ではピアサポーターの育成、喫茶運堂、障がい支援区分認定調査で目立った実績がないことと、精神障がい者就労支援事業(ジョブコーチ事業)の実績が0人であることが気になる。</p> <p>17 健康管理については、チェック体制が確立していることは評価できるが、職員及び利用者個々に対する健康管理の啓発についての取り組みに改善の余地があると思われる。</p> <p>18 感染症対策に関して、施設内での対策は適正と思われる。あとは施設独自で明確なマニュアルがないので、その整備が望まれる。</p>  |     |         |
|                                      |      | 評価委員記入欄   | <p><b>【評価すべき点】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>コロナ禍において、プログラムで「みんなで散歩」「ガーデニング」など、屋外でできるものを積極的に取り入れている。</li> <li>コロナ禍で健康、衛生管理を行いつつ、目標や計画の達成が完全に出来なくても努力、工夫を進めている。</li> <li>衛生管理マニュアルを整備し、対応の運営体制があることを評価する。</li> </ul> <p><b>【改善すべき点】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(根拠資料について)事業報告が年度目標や実施計画と一対一で対応して、記載されていると良い。</li> <li>担当者とサービス管理責任者が同じになる場合は、担当者を他の方に替えることでより適切な支援に繋がると考える。</li> <li>事業報告書の作成にあたり、目標値と対比させて記載いただくとわかりやすい。</li> </ul> <p><b>【その他注意点】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>コロナ感染対策として、全職員、全利用者に定期的なPCR検査をしていただきたい。</li> </ul>  |     |         |

| 大項目      | 中項目  | 確認項目  |                       |                     |                         |
|----------|--|---|-----------------------|---------------------|-------------------------|
| 事業効果     | 権利保護、透明性の確保  | 利用者の権利保護・施設の透明性が確保されているか                              | 評価点                   |                     |                         |
|          |  |   | 指定管理者<br>(満点<br>=10点) | 担当課<br>(満点<br>=10点) | 審査委員                    |
|          |  | 19 虐待防止に向けた取組   | 8                     | 8                   | 8.0<br><br>(満点<br>=10点) |
|          |  | 19-1 施設内において虐待事案が発生した際に、適切に関係機関へ連絡する体制が取られている         |                       |                     |                         |
|          |  | 19-2 日常的に職員同士で支援内容を指摘し合う等、組織的に虐待被害を予防する体制が取られている      |                       |                     |                         |
|          |  | 20 苦情解決に対する取組   | 10                    | 10                  |                         |
|          |  | 20-1 苦情に関する連絡先等について、利用者のわかりやすい場所に掲示して                 |                       |                     |                         |
|          |  | 20-2 苦情について事業者以外の相談先を利用者に伝えている                        | 10                    | 8                   |                         |
|          |  | 21 支援内容の適切な報告   |                       |                     |                         |
|          |  | 21-1 家族会の開催、利用者への個別説明、施設活動だよりの配布等、支援内容を報告する機会を複数設けている | 【アピールポイント】            |                     |                         |
| 指定管理者記入欄 | <p>⑱センター全体で、具体的な事案を通しての研修を行い、より虐待防止や権利擁護への意識を高めることができた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援の在り方や関わり方を共有することで、職員が支援を抱え込む状況を作らないようにしている。また、お互いの支援に対し、事業を超えて指摘し合える環境を作ることを心掛けている。</li> </ul> <p>⑳館内に目安箱に加え、改善提案BOXを設置し、利用者から作業環境をより良くするための意見を募るようにしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書や利用にあたって等の書面により、利用者への説明を個別に行っている。</li> <li>・法人の苦情解決取扱規程がある。第三者委員も配置し、書面・掲示物にて周知をし、利用者からの問い合わせにも対応している。</li> <li>・苦情が1件あったが、規程に基づいて対応し、解決・収束した。</li> </ul> <p>㉑家族会を開催することができなかったため、活動報告を郵送し、ZiPの状況をお知らせし共有した。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に向けての連絡事項については週一回のメンバーミーティング開催と参加できなかった方には内容を掲示してお伝えしている。また、全員に周知することに対しては適時、「サービス提供記録票」に挟んで、お知らせを配布している。</li> <li>・2か月に一度、ふれんどりいニュースを発行し、プログラムの案内や情報提供を行っている。</li> </ul> |   |                       |                     |                         |
| 区記入欄     | <p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>⑳各職員が苦情解決に対する知識を高め、初期対応を行える技術を身につけることができる研修を行っていききたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族会は、コロナ禍により開催が出来ておらず、書面で郵送にて報告しているが、ご家族(両親・兄弟姉妹)の高齢化が顕著になっており、開催が再開しても来所することが困難なご家族が多いと思われることから、他の開催方法も考えていきたい。</li> </ul>   |   |                       |                     |                         |
| 評価委員記入欄  | <p>【特記事項】</p> <p>19 虐待防止責任者、虐待防止委員会の活動状況、施設あるいは法人独自の虐待防止マニュアルについて、明示がほしい。</p> <p>21 福祉サービス第三者評価の結果にあるように、広報紙(ふれんどりいニュース)について、単なる情報共有の場としてだけでなく、利用者の関心を惹く内容としたり意識啓発を行ったり、興味深い内容となるように工夫すると良い。</p>   |   |                       |                     |                         |
| 評価委員記入欄  | <p>【評価すべき点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待防止、苦情解決につき、個別対応、掲示でのコミュニケーションを努力されている。</li> <li>・苦情発生時には適切に対処し、再発防止に向けた取組みがなされている。</li> <li>・苦情に関して第三者委員会に諮る点を評価する。</li> </ul> <p>【改善すべき点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書の苦情相談に関する記述部分について、苦情申し立てによって本人が不利益を被らないことを明記した方が良い。</li> <li>・「福祉サービス第三者評価」の結果では外部の苦情窓口へも相談できると認識している人が少なめのため、さらに継続した周知等が必要と思われる。</li> </ul> <p>【その他注意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アンコンシャスバイアス(無意識の偏見)に関する研修を取り入れてはどうか。</li> <li>・苦情については利用者とは真摯に向き合い、信頼関係を保つようにされたい。</li> </ul>   |   |                       |                     |                         |

| 大項目  | 中項目      | 確認項目  |   |      |                     |
|------|----------|---|---|------|---------------------|
|      |          | 評価点   |   | 審査委員 |                     |
| 事業効果 | 地域・社会貢献等 | 地域貢献・社会貢献などに取り組んでいるか                                | 指定管理者<br>(満点<br>=10点)   |      | 担当課<br>(満点<br>=10点) |
|      |          | 22 事業周知活動   | 8   | 8    |                     |
|      |          | 22-1 広報誌、ホームページ等により事業を広く周知している                      |   |      |                     |
|      |          | 23 社会貢献活動   | 10  | 10   |                     |
|      |          | 23-1 地域貢献的活動等に積極的に参加している<br>23-2 実習生の積極的な受入れ等を行っている |   |      |                     |
|      |          | 24 地域交流   | 8   | 6    |                     |
|      |          | 24-1 地域との積極的な交流が行われている                              |   |      |                     |
|      |          | 指定管理者記入欄  | <p>【アピールポイント】</p> <p>⑳ふれんどりいニュースの発行時には、ホームページにも掲載をし、デジタル化に対応している。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページにて各事業の活動内容を定期的に報告している。</li> <li>・就労移行支援事業では各関係機関にチラシを配布している。</li> </ul> <p>㉑社会福祉法人連絡会が主催するクリスマス企画に令和3年度は2名の職員が参加し、希望のあったご家族の子どもたち向けにプレゼントを作成し、サンタクロースに扮して配布する活動を実施している。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・竹の塚第一公園の清掃を毎日実施しているが、ソーシャルディスタンスを意識し感染防止に努めて実施した。</li> <li>・令和3年度は、区内中学校の職場体験の受け入れはなかったが、学生実習はコロナ禍でも変わらずに、精神保健福祉士実習生を4名受け入れた。</li> </ul> <p>㉒地域交流のふれんどりい祭りは実施することが出来なかったが、喫茶運営は継続している。喫茶では地域の方が創作した手芸品等の委託販売を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・廃棄を検討していた作業用の封筒を隣接する保育園へ利用していただければとの想いで声を掛けた。以前からのやり取りもあり、地域の施設として認識されている。</li> </ul> |      |                     |
|      |          | 区記入欄  | <p>【特記事項】</p> <p>22 施設や事業を一般的に周知していただくだけでなく、広報活動によりどの程度施設の認知度が上がるとともに、精神障がい者(利用者)への理解がどの程度進んだのかということ意識して取り組む必要があると思われる。</p> <p>24 地域交流の場として活用できる「喫茶」がどの程度活用されているのかが不明である。唯一、部外者が入館できるスペースで あり、ここでの積極的な交流事業を検討いただきたい。</p>  |      |                     |
|      |          | 評価委員記入欄   | <p>【評価すべき点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者目線の事業周知がきめ細かくされている。</li> <li>・ホームページ、広報誌での情報提供、地域との交流について評価する。</li> <li>・地域貢献や実習生受入れなどの社会貢献活動を実施している。</li> </ul> <p>【改善すべき点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者を受け入れる企業や業務の委託を検討している企業向けの周知がほとんど見られない。</li> </ul> <p>【その他注意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ禍であっても地域との交流や認知度アップの取組みを継続して実施してほしい。</li> <li>・今後、あらゆる面での地域参加や地域の方々との一層の連携を図るために、地域交流の場としての喫茶店内でのイベント実施や作品展示などをすると良いきっかけになると思う。</li> </ul>   |      |                     |

| 大項目      | 中項目  | 確認項目                          |                           |                         |                        |
|----------|--|-------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------|
|          |  |                               |                           | 評価点                     |                        |
| 事業効果     | 利用者の満足度  | 利用者の満足を得られているか                | 指定管理者<br>(満点=10点)         | 担当課<br>(満点=10点)         | 審査委員                   |
|          |  | 25 職員の対応                      | 8                         | 8                       | 12.0                   |
|          |  | 25-1 職員の接遇・態度は適切である           |                           |                         |                        |
|          |  | 26 事業の企画内容等                   | 8                         | 8                       |                        |
|          |  | 26-1 利用者が事業所での活動を楽しんでいる       |                           |                         |                        |
|          |  | 27 施設内環境                      | 10                        | 8                       |                        |
|          |  | 27-1 整理整頓が行き届き、清潔に保たれている      |                           |                         |                        |
|          |  | 28 苦情・要望対応                    | 8                         | 10                      | (満点=15点)               |
|          |  | 28-1 苦情・要望等があった場合は適切に対応している   |                           |                         |                        |
|          |  | 28-2 対応が困難なケースについて、組織的に対応している |                           |                         |                        |
| 指定管理者記入欄 | <p>【アピールポイント】</p> <p>⑲入職時、「職員の心構え」を共有している。また、朝・夕の職員ミーティングを通して他の職員と支援のあり方を共有し、各職員が支援を省みる他、客観的に指摘し合える雰囲気をつくっている。</p> <p>・2か月に1回、精神科医の先生を招き、事例検討を行う事で、支援者の関わりや個別ケースの対応を学び、支援者としての力を向上させる機会を設けている。また、事例検討以外にも日々の対応における助言をいただくことも可能となっている。</p> <p>⑳ZIPのレクリエーションは、利用者も実行委員に加わり、意見を聞きながら、行き先を決めている。令和3年度は、外出や皆で移動することが難しかった為、くじ引き大会とお弁当を注文し、配布した。</p> <p>・外出や大人数が参加のレクリエーションが開催できない状況下でも、利用者に季節のイベントを楽しんでもらう為にお菓子を配布するなどの催しを行った。</p> <p>・就労移行・継続支援の方は仕事やトレーニングでの活動が主ではあるが、仕事を通してのやりがいや楽しみになっている。</p> <p>㉑環境整備委員会には利用者も委員として加わり、活動および働きやすい環境づくりを共に行っている。</p> <p>・危険予知や防災の観点で、作業部門は整理整頓をしている。また、コロナ対応では、消毒の徹底、アクリル板等を利用した仕切り設置、こまめに換気など行っている。</p> <p>・作業室の整理整頓を意識し、誰がみてもどこにあるのか分かるようにテプラを使用してインデックスをつけて分かりやすい、片付けやすい環境にしている。</p> <p>㉒利用者からの要望については直接言われることもあり、迅速に対応している。</p> <p>・目安箱に加え、改善提案ボックスを設置し、直接伝えづらい利用者からの苦情・要望・改善提案に添えている。</p> <p>・苦情については真摯に向き合い、関係機関と協力のもと解決を進めている。必要に応じては、弁護士等への相談を行い、対応内容についての確認・助言をいただいている。また、職員間で状況を共有することで一貫性を持った対応をし、再発を防ぐことを心掛けている。</p> <p>・虐待や苦情案件についてはまずは窓口のスタッフが話を伺い、その後、責任者へと報告し、事業所検討して対処している。</p> <p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>㉓日々の対応に加え、苦情・要望についても初期対応の重要性を認識している為、研修をセンター全体で受け、更なるスキルアップを図っていきたくと考えている。</p> |                               |                           |                         |                        |
| 区記入欄     | <p>【特記事項】</p> <p>25 職員の接遇・勤務態度等について、挨拶や気配りなど、施設全体で気を付けていることがわかる。</p> <p>・福祉サービス第三者評価の利用者アンケート結果から、多くの利用者の満足度が高いと思われるが、相談の電話が繋がりにくいことは課題である。</p> <p>27 施設内は清掃が行きあたり、清潔な環境であるが、物品の保管で一部改善が必要な箇所がある。</p>  |                               |                           |                         |                        |
| 評価委員記入欄  | <p>【評価すべき点】</p> <p>・職員の接遇、態度は明るく、親切感があり、評価する。</p> <p>・支援者との関わりや接遇についてレベルアップを図り、助言をもらえる仕組みを作っている。</p> <p>・利用者が楽しめる規格を考え、実行している。</p> <p>・よく整理整頓され、清潔である。</p>   |                               |                           |                         |                        |
|          | <p>【改善すべき点】</p> <p>・電話が繋がりにくい状況は、利用者の不満に繋がるとともに職員の負担にもなると考える。</p>  |                               |                           |                         |                        |
|          | <p>【その他注意点】</p> <p>・「職員としての心構え」に人権に関する配慮項目を追加してはどうか。</p> <p>・目安箱、改善提案ボックスがあまり利用されていないのは、最近では口頭で伝えられることが多いためとのことだが、利用者の意見を引き続き吸い上げるよう注意していただきたい。</p> <p>・目安箱や改善提案ボックスの設置を行っているものの、利用件数が少ないことから、他のコミュニケーションツールの検討を視野にいれてはどうか。</p> <p>・利用者とは一層の信頼感と安心感を保つように努められたい。</p> <p>・利用者は本音が出にくいことがあることを考慮しながら対応していただきたい。</p>  |                               |                           |                         |                        |
| 合計点      |  |                               | 指定管理者<br>173<br>(満点=190点) | 担当課<br>165<br>(満点=190点) | 審査委員<br>49<br>(満点=60点) |
| 特記事項     |  |                               |                           |                         |                        |

**【選定等審査会業務評価結果】**

|      |    |    |   |        |   |      |
|------|----|----|---|--------|---|------|
| 評価結果 | 得点 | 評価 | ⇒ | ランクダウン | ⇒ | 総合評価 |
|      | 49 | A- |   | 無      |   | A-   |

※最終評価は選定等審査会が行う。

※小数点以下は切り捨て、整数とする。

＜選定等審査会業務評価基準＞

| 評点  |     | 評価基準  |                |                |                |                |                |       |
|-----|-----|-------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| 満点  | 標準点 | 75%以上 |                |                | ～              |                |                | 54%以下 |
|     |     | A+    | A              | A-             | B+             | B              | B-             | C     |
| 60点 | 36点 | 54点以上 | 50点以上<br>53点以下 | 45点以上<br>49点以下 | 41点以上<br>44点以下 | 36点以上<br>40点以下 | 33点以上<br>35点以下 | 32点以下 |
| 得点率 |     | 90%以上 | ～              | 83%以下          | 67%以上          | ～              | 59%以下          | 54%以下 |

※「標準点」・・・評価結果が全て「3」（水準クリア）の評価を受けた場合の得点。

※「A」は満点の0.75倍以上（小数点以下切上）、「C」は満点の0.54倍以下（小数点以下切捨）とする。