

| | | | |
|--------------|--------------------------------------|------|------|
| 施設名 (所在地) | 東京都リハビリテーション病院 (東京都墨田区堤通二丁目14番1号) | 施設種別 | 医療施設 |
| 指定管理者 | 公益社団法人東京都医師会 | | |

| 【評価項目】 | | 評価 | | | | | 評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を具体的に記述してください。 | | |
|---|---|---|---|--|--------------|-------------|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 確認項目 | 評価水準 | 配点 | 水準を上回る 2点 | 水準どおり 1点 | | 水準を下回る 0点 | |
| 適切な 管理の 履行 | 協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか | | | | | | | | |
| | 1 | ○人員配置は適切か | ○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置されている ○変更があった場合、事前に都に報告している ○人員配置上の改善要求を受けた場合、速やかに対処している | ×1 | | ○ | | ・基本協定に基づき、適切な人員配置を確保している。 | |
| | 2 | ○適切な医療が提供されているか | ○患者状況に応じた診療・看護計画の策定・記録を行っている | ×1 | | ○ | | ・基本協定、年度協定及び事業実施計画に基づき、患者中心の医療が推進されている。 ・職員接遇に関する患者からの意見等については、個人が特定できれば内容に応じた指導を行うとともに、職場内で情報を共有し、注意喚起を行っている。 ・電子カルテシステムの更新に向けて、記録管理がより適正かつ効率的に行われるよう、各部門が診療・ケアの流れに沿って点検し、所要のシステム改善を行った。 ・良質な回復期リハビリテーション医療を提供するため、地域の医療機関や自治体と連携し、在宅でのリハビリテーションの継続に向けた取組を組織全体で進めており、医師、看護師、療法士、栄養士、介護福祉士等の多職種によるチーム医療の実践や、研修・研究等を通じた職員の専門性向上にも取り組んできた。その結果、病院機能評価の受審病院で、専門領域において、より高度な水準が要求される「病院機能評価(高度・専門機能)リハビリテーション(回復期) ver.1.0」を昨年度初めて受審し、認定された。 | |
| | 3 | | ○患者中心の医療が推進されている。 ○患者の意向(意見・要望・苦情)を把握し、適切に対応している | ×1 | ○ | | | | |
| | 4 | | ○プライバシー保護等個人の尊厳を尊重している | ×1 | | ○ | | | |
| | 5 | | ○医事・診療報酬請求事務の適切な管理を行っている | ×1 | | ○ | | | |
| | 6 | | ○業務の標準化を図っている | ×1 | | ○ | | | |
| | 7 | | ○患者に対する事故等は発生しているが、発生時には速やかに適切な対応を行っている | ×1 | | ○ | | | |
| 8 | ○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか | | ○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している | ×1 | ○ | | ・基本協定及び事業実施計画に基づき適切に管理しており、施設・設備に関する患者からの意見等には、可能な限り即時に対応している。 ・本来であれば都が対応をすべき給排水管の破裂について、緊急の事案だったため、指定管理者が修繕に対応した。その際は、病棟の一時休止に伴う患者への案内や職員対応、関係者間の調整等を柔軟かつ円滑に行った。 | | |
| 管理 状況 | 経営における社会的責任を果たしているか | | | | | | | | |
| | 9 | ○医療機関として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか | ○医療機関の従事者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、職員の理解が深まるように取り組んでいる | ×1 | | ○ | | ・診療報酬に係る勉強会や研修会、拡大院内感染予防対策委員会(新型コロナ対策会議)等、適宜検討実施している。 ・医療従事者研修については、法令により定められた研修や情報セキュリティ等の業務上重要な研修を悉皆研修として実施していることに加え、専門的業務研修についても、各部門において計画的に企画実施している。 | |
| | 10 | ○関係法令等が遵守されているか | ○受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している | ×1 | | ○ | | ・全職員を対象とし、個人情報保護やハラスメントに関する研修等を実施する等、職員のコンプライアンス意識向上に努めている。 | |
| | 個人情報保護、報告等は適切になされているか | | | | | | | | |
| 法令等 の遵 守、組 織マ ネ ジ メ ン ト | 11 | ○情報の保護、共有に取り組んでいるか | ○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている ○個人情報の管理に関し定期的に点検を行っている | ×1 | | ○ | | ・基本協定に基づき、定期報告を滞りなく提出しているとともに、診療報酬や各種法令に基づく届出について、適時適切な内容の届出を行っている。 | |
| | 12 | ○医療サービス情報を提供しているか | ○提供する情報を常に最新のものになるよう見直している ○提供する情報の表記や内容を分かりやすいものにしていく | ×1 | | ○ | | | |
| | 13 | ○都への報告は適時、適切になされているか | ○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている | ×1 | | ○ | | | |
| 安全 性 の 確 保 | 施設の安全性は確保されているか | | | | | | | | |
| | 14 | ○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか | ○リスクに対し必要な対策を取っている ○関係法令の遵守体制を整備している ○所定の委員会を開催し、情報共有・事故防止策の検討等を行っている(年1回) | ×1 | | ○ | | ・2週に一度、病院長を委員長とする「拡大院内感染予防対策委員会(新型コロナ対策会議)」を開催し、行政の動きや感染状況等を踏まえた業務運営方針の見直し、設備等の整備、委託業者を含む全職員に対する感染予防の徹底や熱発のときの対処などの指導を行っている。 ・事業実施計画に基づき、防災訓練を実施している。 | |
| 財務・ 財産 の 状 況 | 適切な財務運営・財産管理が行われているか | | | | | | | | |
| | 16 | ○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か | ○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している | ×1 | | ○ | | ・基本協定、年度協定及び事業実施計画に基づき、適切な経理処理、物品管理及び整備保管がされている。 | |
| 事業 効果 | 事業 の 取 組 ・ サ ー ビ ス 内 容 の 向 上 | 求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか | | | | | | | |
| | | 18 | ○サービス向上等のために人材を育成しているか | ○患者へのサービス向上等ため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している | ×1 | | ○ | | ・「退院時患者アンケート」を実施し、利用者の意見を聴取している。施設の構造や予算等の制約がある中だが、WiFiの開通やオンライン面会の実施等、様々な工夫を行い患者サービスの向上に努めている。 ・「退院時患者アンケート」の結果を月ごとに集計している。患者の総合満足度は、4段階評価で上位2項目合わせて96.4%であった。また、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の対応については、5段階評価で上位2項目合わせて96.3%であり、患者の高い満足度の元、施設運営がなされている。 |
| | | 19 | ○サービス向上に向けた創意工夫をしているか | ○患者への医療サービス向上に向けた創意工夫を行っている ※3で「水準を上回る」としており、さらに評価する取組がある場合 | ×2 | | ○ | | |
| | | 20 | ○利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか | ○利用者満足度が70%以上である | ×2 | ○ | | | |
| | 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | | | | | | | | |
| 21 | ○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか | ○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関との連携強化を図っている | ×1 | | ○ | | ・都内12圏域の地域リハビリテーション支援センターの中でも中核的な役割を担い、各支援センターの活動を評価する共通指標の策定に積極的に取り組んだ。 | | |

| | |
|--------|---|
| 特記事項 | <ul style="list-style-type: none"> 令和2年度に引き続きコロナ感染症拡大防止対策のため面会を禁止している。これにより不自由な入院生活を送る入院患者に対し、サービス向上のため創意工夫を凝らした取り組みを進めている。 給排水管の緊急修繕工事に迅速かつ適切に対応するとともに、病棟の壁・床の張替えやベッドの総点検を行い、入院環境を整えた。 令和4年2月に高度・専門機能(回復期リハビリテーション)審査を初めて受審し、「要改善事項」はなく認定された。評価項目ごとに検討課題の提示を受けたが、建物の構造上困難な事項等を除いて既に改善済みである。 |
| 要改善事項等 | なし |

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
 ※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内にあることを確認してください。

【一次評価結果】

| 評点 | 標準点 | 評価基準 | | | | 一次評価結果 | 得点 | B |
|----|-----|-------|----------------|----------------|-------|--------|-----|---|
| | | S | A | B | C | | | |
| | 23点 | 31点以上 | 29点以上 30点以下 | 21点以上 28点以下 | 20点以下 | | 27点 | |

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他公の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。

なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事案の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

【確認事項】

| | |
|----------|-------------------------------------|
| 事業者の財務状況 | 受託法人として十分な資産を有するなど、適切な財務状況が確保されている。 |
|----------|-------------------------------------|

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

| | |
|---------|--|
| 特命要件の継続 | |
|---------|--|

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。

| | | | |
|--------------|--------------------------------------|------|-------|
| 施設名 (所在地) | 東京都立心身障害者口腔保健センター (東京都新宿区神楽河岸1-1) | 施設種別 | 歯科診療所 |
| 指定管理者 | 公益社団法人東京都歯科医師会 | | |

【評価項目】

| 大項目 | 中項目 | 確認項目 | 評価水準 | 評価 | | | 評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を具体的に記述してください。 | |
|-----------------|--|---|---|----|--------------|-------------|---|---|
| | | | | 配点 | 水準を上回る 2点 | 水準どおり 1点 | | 水準を下回る 0点 |
| | | 協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか | | | | | | |
| | 適切な 管理の 履行 | 1 ○人員配置は適切か | ○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置されている ○変更があった場合、事前に都に報告している ○人員配置上の改善要求を受けた場合、速やかに対処している | ×1 | | ○ | | ・関係法令等に基づき、適切に配置されており、都へ適宜報告している。 |
| | | 2 ○業務の履行は適切か | ○患者状況に応じた診療・看護計画の策定・記録を行っている | ×1 | | ○ | | ・個々の状況に応じ、診療計画を策定し、個人の尊厳を尊重し診療を行っている。 ・地域の医療機関では受入れの難しいスペシャルニーズのある患者に対応している。 |
| | | 3 ○適切な医療が提供されているか | ○患者中心の医療が推進されている。 ○患者の意向(意見・要望・苦情)を把握し、適切に対応している | ×1 | ○ | | | ・全身麻酔や静脈内鎮静麻酔法を活用し、患者負担の軽減に努めている。 ・また、可能な患者に対しては、地域移行計画書を作成し、住み慣れた身近な場所で治療を継続できるよう協力医療機関を紹介する等、協力医との連携を行っている。 |
| | | 4 ○プライバシー保護等個人の尊厳を尊重している | | ×1 | | ○ | | ・治療方針等の説明では、満足度が99%(患者アンケート)と非常に高い評価を得ている。また、患者アンケートによる意見等については、集積し、関係する委員会での協議の上対応する等、組織的に患者ニーズを把握し、対応している。 |
| | | 5 ○医事・診療報酬請求事務の適切な管理を行っている | | ×1 | | ○ | | ・医療安全管理指針に基づき、医療機器保守点検管理マニュアルや医薬品業務手順マニュアル等、各種マニュアルを整備し、業務の標準化を図っている。また、必要に応じて見直しを図るとともに、法令改正等が発生した場合には、速やかに改訂している。 |
| | | 6 ○業務の標準化を図っている | | ×1 | | ○ | | ・緊急時対応マニュアルを作成し、事故の発生時には、必要な措置を取った上で、速やかに都等の関係機関へ報告し、適切に対応している。 |
| | | 7 ○患者に対する事故等は発生しているが、発生時には速やかに適切な対応を行っている | | ×1 | | ○ | | |
| | | 8 ○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか | ○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している | ×1 | ○ | | | ・協定等に基づき、適切に管理されている。さらに、施設設備・機器整備委員会(年12回)において備品更新計画を策定し、年間保守計画に基づき機器の保守点検を徹底している。 |
| | | 経営における社会的責任を果たしているか | | | | | | |
| 管理状況 | 9 ○医療機関として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか | ○医療機関の従事者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、職員の理解が深まるように取り組んでいる | ×1 | | ○ | | 障害者等のスペシャルニーズのある患者に対応するため、日々、法・規範・倫理を遵守し職務を行っている。 | |
| | 10 ○関係法令等が遵守されているか | ○受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している | ×1 | | ○ | | 受託施設として、守るべき法等については遵守し、適切に施設を運営している。 | |
| | | 個人情報保護、報告等は適切になされているか | | | | | | |
| 法令等の遵守、組織マネジメント | 11 ○情報の保護、共有に取り組んでいるか | ○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている ○個人情報の管理に関し定期的に点検を行っている | ×1 | | ○ | | ・個人情報の管理状況について、年2回の点検の実施に加え、研修や医療安全委員会を開催するなど、個人情報の保護、共有を推進するための取組を行っている。 | |
| | 12 ○医療サービス情報を提供しているか | ○提供する情報を常に最新のものになるよう見直している ○提供する情報の表記や内容を分かりやすいものにしていく | ×1 | | ○ | | ・協定に基づく定期の報告、医療法等に基づく届出等を適切に行っている。事故発生時の連絡チャート表に基づき、ヒヤリ・ハット事例についても、都に報告しているが、令和3年度においては個人情報の取り扱いに関する不適切な対応事例が発生した。本件の発生に伴い、全職員を対象とする個人情報保護に関する研修の内容を見直しの上で実施するとともに、個人情報の管理体制及び事故発生時の報告体制を再構築することにより、事故の再発防止に向けて徹底して取り組んでいる。 | |
| | 13 ○都への報告は適時、適切になされているか | ○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている | ×1 | | | ○ | | |
| | | 施設の安全性は確保されているか | | | | | | |
| 安全性の確保 | 14 ○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか | ○リスクに対し必要な対策を取っている ○関係法令の遵守体制を整備している ○所定の委員会を開催し、情報共有・事故防止策の検討等を行っている(年1回) | ×1 | | ○ | | ・医療安全委員会(年13回開催)において、インシデント事例の集約、事故防止策検討、職員への周知を行い事故防止に努めている。 ・令和3年度は、狭い消毒室について、不潔区域から清潔区域へ動線を確保するための工事(壁面撤去)を行ったり、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のために、予約患者数の調整を行う等、様々な院内感染症対策を行った。 | |
| | 15 ○施設内外の構造物、設備等の安全の確保について必要な取組を行っているか | ○法令等に定める基準により適切に管理している ○防災訓練を実施している(年1回) ○医療機器等に関する職員への研修を実施している | ×1 | | ○ | | ・防災訓練は、実働訓練として実施した。また、全職員を対象とした緊急時対応(救命救急)研修を年1回実施した。 | |
| | | 適切な財務運営・財産管理が行われているか | | | | | | |
| 財務・財産の状況 | 16 ○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か | ○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している | ×1 | | ○ | | ・指定管理料の会計処理については、特別会計を設け適切に管理している。 ・物品は、基本協定に基づき適切に管理・報告するとともに、経理に関する書類等は適切に管理・保管している。 | |
| | 17 ○所有財産(物品など)の管理は適切か | ○保全物品整理簿を整備している ○使用不適品、亡失品等を報告している | ×1 | | ○ | | | |

| 求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|----|--|---|----|--|---|--|
| 事業効果 | 事業の取組・サービス内容の向上 | 18 | ○サービス向上等のために人材を育成しているか | ○患者へのサービス向上等のため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している | ×1 | | ○ | ・新任研修(歯科衛生士)において、障害者歯科における基礎知識や実習、救急時の対応等、当センターの歯科衛生士として、患者サービスの向上に必要な資質・能力を身に付けるためのカリキュラムを実施している。また、年間の研修計画を策定することで着実に実施している。 |
| | | 19 | ○サービス向上に向けた創意工夫をしているか | ○患者への医療サービス向上に向けた創意工夫を行っている | ×2 | | ○ | ・患者満足度調査の結果を踏まえ、小児や車椅子等の患者でも利用しやすい洗面台としての仕様へ改修した。また、新型コロナウイルス感染症対策の一環として患者からの要望があった蛇口の自動水栓化にも速やかに着手した。 |
| | | 20 | ○利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか | ○利用者満足度が70%以上である | ×2 | | ○ | ・患者やその家族を対象とした来院時アンケートでは、センターに対する満足度は96%、診療中のスタッフの態度に関する満足度は99.5%を達成しており、非常に高い評価を得ている。 |
| 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | | | | | | | | |
| | | 21 | ○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか | ○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関との連携強化を図っている | ×1 | | ○ | ・歯科保健推進計画において、計画の柱のひとつの「地域で支える障害者歯科医療の推進」において、当施設の機能や事業を位置付けており、都と当施設および関係機関で連携しながら施策をすすめている。 ・歯科医療従事者及び一般市民を対象とした教育研修にも力を入れており、障害者歯科医療従事者養成、障害者歯科医療理解、かかりつけ歯科医の支援・医療連携の推進に取り組んでいる。また、センター内だけではなく、障害者施設等へ赴き、施設職員、家族に対し障害者の口腔保健の理解を深めるための地域派遣研修を実施している。(研修:19コース、受講者延べ1269人) ・施設内の案内板や当施設のホームページにおいて、地域の口腔保健センターや協力医、登録医の紹介コーナーを設ける等、関係機関との連携強化に向けた取組を実施している。 |

| | |
|--------|--|
| 特記事項 | ・専門スタッフを揃え、地域の医療機関では受入れの難しいスペシャルニーズのある患者に対応し、必要に応じ、全身麻酔や鎮静下で、安全で質の高い診療サービスを提供している。(令和3年度実績 全身麻酔:154件・静脈内鎮静法:542件) ・歯科医療従事者及び一般市民を対象とした教育研修にも力を入れており、障害者歯科医療従事者養成、障害者歯科医療理解、かかりつけ歯科医の支援・医療連携の推進に取り組んでいる。センター内だけではなく、障害者施設等へ赴き、施設職員、家族に対し障害者の口腔保健の理解を深めるための地域派遣研修を実施している。(研修:19コース、受講者延べ1269人) ・患者が住み慣れた身近な地域で治療を継続できるよう、地域での予防管理、治療が可能な患者に対しては、地域移行計画書を作成し、計画的な治療、指導訓練を実施し協力医療機関を紹介する等、協力医との連携を行っている。 |
| 要改善事項等 | ・個人情報の取扱いに関する不適切な対応事案について、全職員を対象とする個人情報保護に関する研修の内容を見直し上で実施するとともに、個人情報の管理体制及び事故発生時の報告体制を再構築することにより、事故の再発防止に向けて徹底して取り組んでいる。 |

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内にあることを確認してください。

【一次評価結果】

| 評点 | 標準点 | 評価基準 | | | | 一次評価結果 | 得点 | B |
|----|-----|-------|----------------|----------------|-------|--------|-----|---|
| | | S | A | B | C | | | |
| | 23点 | 31点以上 | 29点以上 30点以下 | 21点以上 28点以下 | 20点以下 | | 26点 | |

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他公の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。

なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事案の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

| 【確認事項】 | |
|----------|----------------------------------|
| 事業者の財務状況 | (財政状況は、都歯科医師会の代議員会終了後提出される資料を確認) |

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

| | |
|---------|--|
| 特命要件の継続 | |
|---------|--|

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。

| | | | |
|--------------|---------------------------------|------|--------|
| 施設名 (所在地) | 東京都石神井学園 (東京都練馬区石神井台3-35-23) | 施設種別 | 児童養護施設 |
| 指定管理者 | 社会福祉法人東京都社会福祉事業団 | | |

| 【評価項目】 | | | | 評価 | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|--------------|-------------|--------------------------------|--|---|
| 大項目 | 中項目 | 確認項目 | 評価水準 | 配点 | 水準を上回る 2点 | 水準どおり 1点 | 水準を下回る 0点 | 評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を具体的に記述してください。 | |
| | | | | | | | | | 協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか |
| 適切な 管理の 履行 | | 1 | ○人員配置は適切か | ○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置している ○変更があった場合、事前に都に報告している ○人員配置上の改善要求を受けた場合、速やかに対処している | ×1 | | ○ | | 法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置されている |
| | | ○業務の履行は適切か | | | | | | | |
| | | 2 | ・サービスの開始・終了時の対応は適切か | (項目ごとに評価をすること) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 入所児童中50%以上が反社会的行為(暴力等)や非社会的行為(不登校等)を行う児童であり、また、精神的・発達的問題、情緒問題を抱える児童が多い中、児童相談所や学校、医療機関等の関係機関と連携しながら、医療的・心理的ケア等、専門的支援を行った。 |
| | | 3 | ・個別状況に応じた計画策定・記録を行っているか | | ×1 | | ○ | | |
| | | 4 | ・利用者の状況に応じたサービスが適切に実施されているか | | ×1 | ○ | | | |
| | | 5 | ・プライバシー保護等個人の尊厳を尊重しているか | | ×1 | | ○ | | |
| | | 6 | ・事務所業務の標準化を図っているか | | ×1 | | ○ | | |
| | | 7 | ・利用者に対する事故等はなかったか | ○利用者に対する事故等は発生しているが、発生時には速やかに適切な対応を行っている | ×1 | | ○ | | 指定管理者に責がある事故等はなかった。また、その他の事故については、速やかに適切な対応を行っている。 |
| 8 | ○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか | ○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している | ×1 | | ○ | | 都と連携して安全面に配慮し改築工事の進行管理を適切に行った。 | | |
| 経営における社会的責任を果たしているか | | | | | | | | | |
| 管理状況 | 法令等の遵守、組織マネジメント | 9 | ○社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ・全職員へのアンケートを実施し、マルチリトメント研修を行うなど、入所児童の権利擁護に組織的に取り組んでいる。 ・寮運営の状況確認や問題の早期発見を図るため、管理監督者が、定期的に寮を訪問し状況確認を行っている。 |
| | | 10 | ○利用者の権利擁護のために組織的な取組を行っているか | | ×1 | ○ | | | |
| | | 11 | ○関係法令等が遵守されているか | ○受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している | ×1 | | ○ | | 関係法令等は遵守されている |
| 個人情報保護、報告等は適切になされているか | | | | | | | | | |
| | | 12 | ○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしているか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 業務で使用する情報は、園内LANで処理し、フォルダに保管する情報にはアクセス権を設定し、情報漏えい防止対策を講じるなど、情報管理を適切に行っている。また、都への報告について、適宜、適切に行われている。 |
| | | 13 | ○利用者へのサービス情報の提供はなされているか | | ×1 | | ○ | | |
| | | 14 | ○都への報告は適時、適切になされているか | ○月例報告等、都への定期的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている | ×1 | | ○ | | |
| 施設の安全性は確保されているか | | | | | | | | | |
| 安全性の確保 | | 15 | ○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | ○ | | | DMATからの助言を積極的に受け入れ、新型コロナウイルス感染症防止にむけた環境整備を行うなど、新型コロナウイルス感染症防止対策の徹底を図った。 |
| | | 16 | ○施設内外の構造物、設備等の安全確保や防災に関する必要な取組を行っているか | ○法令等により定める基準により適切に管理している ○安全性を考慮した環境整備を行っている ○避難及び消火訓練を実施している(指導検査基準で定められた所定回数) | ×1 | | ○ | | |
| 適切な財務運営・財産管理が行われているか | | | | | | | | | |
| 財務・財産の状況 | | 17 | ○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か | ○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している | ×1 | | ○ | | 経理・物品関係の書類は、基本協定に基づいて処理されており、適切に経理処理及び財産管理が行われている。 |
| | | 18 | ○都有財産(物品など)の管理は適切か | ○年度協定に基づく財産管理がなされている ○保存物品整理簿を整備している ○不適格品、亡失品等を報告している | ×1 | | ○ | | |
| 求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか | | | | | | | | | |
| 事業効果 | 事業の取組・サービス内容の向上 | 19 | ○サービス向上等のために人材を育成しているか | ○利用者へのサービス向上等のため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している | ×1 | | ○ | | 専門的な支援ツールの研修を実施するなど、職員研修を充実させている。 |
| | | 20 | ○サービス向上に向けた創意工夫をしているか | ○利用者の状況に応じたサービスを複数実施している、又は利用者サービスの向上に向けた創意工夫を行っている ※4で「水準を上回る」としており、さらに評価する取組がある場合 | ×2 | ○ | | | ・精神的・発達的問題、情緒問題を抱える児童が多く入所している中、CAREやCVPPP(包括的暴力防止プログラム)、強度行動障害児への支援で用いられているスキャッタープロットなどの支援プログラムを活用し専門的支援の充実を図っている。 ・また、高齢児への自立支援について、自立支援コーディネーターを中心に、不動産業者を招いてのアパート賃貸のハウツー講座や銀行の使い方講座を実施するなど支援の充実を図っている。 |
| | | 21 | ○利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×2 | ○ | | | 練馬区、豊島区、中央区の子育て支援事業を受託し、ショートステイやトワイライトステイを実施する(令和3年度延べ利用者数:ショートステイ995人、トワイライトステイ53人)。また、施設所在地の練馬区子育てネットワークや要保護児童対策地域協議会などに参画し、地域の子育て支援の課題を把握するとともに積極的に提言を図るなど、地域の子育て支援に積極的に取り組む。 |
| 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | | | | | | | | | |
| | | 22 | ○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか | ○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関等との連携を図っている | ×1 | | ○ | | 虐待に起因する愛着障害や発達の問題により様々な行動上の問題を表出し、他の児童養護施設で不調をきたしている児童を対象に、生活・教育・医療の三部門で緊密に連携し、連携型専門ケアモデル事業を実施する。令和3年度平均入所率66% |

| | |
|--------|---|
| 特記事項 | <p>○入所児童中50%の児童が暴力等の反社会的行為を行っており、58%の児童が精神的・発達的問題を抱えているなど、対応困難な児童が多く入所している中、児童相談所や学校、医療機関等の関係機関と連携しながら、医療的・心理的ケア等、専門的支援に取り組んでいる。</p> <p>○特に、支援にあたっては、CAREやCVPPP(包括的暴力防止プログラム)、強度行動障害児への支援で用いられているスキッタープロットなどの支援プログラムを活用し専門的支援の充実を図っている。</p> <p>○また、重篤な愛着障害等がある児童を対象とした生活支援・医療・教育を一体的に支援する「連携型専門ケア機能モデル事業」を実施し、他の児童養護施設等で施設不調をきたした児童を積極的に受け入れ支援を実施した。</p> <p>○管理監督者が定期的に寮に訪問し、各寮の状況を把握するとともに、全職員へのマルチリポートアンケートや研修を実施するなど、入所児童への権利擁護に取り組んでいる。</p> <p>○入所児童に新型コロナウイルスの感染者は発生しているものの、施設内で感染が拡大しないよう、DMATの助言を積極的に受入れ環境整備を行うなど、感染対策の徹底を図っている。</p> <p>○昨年度と比較し、ショートステイ受入実績が300人増加するなど、関係区と連携し、地域子育て支援に積極的に取り組み、その充実を図っている。</p> |
| 要改善事項等 | なし |

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
 ※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内にあることを確認してください。

【一次評価結果】

| 評点 | 標準点 | 評価基準 | | | | 一次評価結果 | 得点 | A |
|----|-----|-------|----------------|----------------|-------|--------|-----|---|
| | | S | A | B | C | | | |
| | 24点 | 32点以上 | 30点以上 31点以下 | 22点以上 29点以下 | 21点以下 | | 31点 | |

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他公の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。

なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事案の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

【確認事項】

| | |
|----------|--------------|
| 事業者の財務状況 | 特段の問題は見当たらない |
|----------|--------------|

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

| | |
|---------|---|
| 特命要件の継続 | 公的役割を果たす施設として、都の政策との連動性及び管理運営の特殊性が高く、利用者への長期的な安定したサービス提供が求められるため。継続有。 |
|---------|---|

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。

| | | | |
|--------------|-----------------------------------|------|--------|
| 施設名 (所在地) | 東京都小山児童学園 (東京都東久留米市野火止2-22-26) | 施設種別 | 児童養護施設 |
| 指定管理者 | 社会福祉法人東京都社会福祉事業団 | | |

【評価項目】

| 大項目 | 中項目 | 確認項目 | 評価水準 | 評価 | | | | 評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を具体的に記述してください。 |
|------------------------|---------------------------------------|---|--|----|--------------|-------------|---|--|
| | | | | 配点 | 水準を上回る 2点 | 水準どおり 1点 | 水準を下回る 0点 | |
| 適切な 管理の 履行 | 協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか | | | | | | | |
| | 1 | ○人員配置は適切か | ○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置している ○変更があった場合、事前に都に報告している ○人員配置上の改善要求を受けた場合、速やかに対処している | ×1 | | ○ | | 法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置されている |
| | ○業務の履行は適切か | | | | | | | |
| | 2 | ・サービスの開始・終了時の対応は適切か | (項目ごとに評価すること) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 職員による入所児童への不適切な対応が3件発生したが、事後、施設全体で支援の振り返りを行い、改めて対応困難児童への支援のあり方について検討するなど、支援の充実を図っている。 |
| | 3 | ・個別状況に応じた計画策定・記録を行っているか | | ×1 | | ○ | | |
| | 4 | ・利用者の状況に応じたサービスが適切に実施されているか | | ×1 | | ○ | | |
| | 5 | ・プライバシー保護等個人の尊厳を尊重しているか | | ×1 | | ○ | | |
| | 6 | ・事務所業務の標準化を図っているか | | ×1 | | ○ | | |
| 7 | ・利用者に対する事故等はなかったか | ○利用者に対する事故等は発生しているが、発生時には速やかに適切な対応を行っている | ×1 | | ○ | | 事故があった際は、速やかに状況を確認し、入所児童の安全を確保するとともに、関係機関へ適切に報告がされている。 | |
| 8 | ○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか | ○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している | ×1 | | ○ | | 施設の老朽化は見られるものの、適宜、修繕を行い良好な環境を整備している | |
| 管理状況 | 経営における社会的責任を果たしているか | | | | | | | |
| | 9 | ○社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 人権、コンプライアンス、虐待防止の研修等において、児童の人権尊重と権利擁護、虐待防止について周知徹底するなど、入所児童の権利擁護のため組織的に取り組んでいる |
| | 10 | ○利用者の権利擁護のために組織的な取組を行っているか | ○受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している | ×1 | | ○ | | |
| | 11 | ○関係法令等が遵守されているか | | ×1 | | ○ | | |
| | 個人情報保護、報告等は適切になされているか | | | | | | | |
| | 12 | ○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしているか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 毎月1回、個人情報保護方針を職員全体で確認し、職員の個人情報尊重意識を高めるなど、適切な情報管理について施設全体で取り組んでいる。また、都への報告について、適宜、適切に行われている。 |
| 13 | ○利用者へのサービス情報の提供はなされているか | | ×1 | | ○ | | | |
| 14 | ○都への報告は適時、適切になされているか | ○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている | ×1 | | ○ | | | |
| 安全性の確保 | 施設の安全性は確保されているか | | | | | | | |
| | 15 | ○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | ○ | | | ・新型コロナウイルス感染防止について、対応にかかるフローチャートを作成し対策を徹底するとともに、入所児童の保護者や関係機関等と連携し感染防止に取り組んでいる。特に、感染者が発生した際は、感染者の隔離や他の児童・職員への迅速な検査等、医療機関、保健所等と連携し、感染が拡大しないよう対応に取り組んでいる。 ・処遇記録システム上でインシデントレポートの提出を行い、リスクマネジメント委員会にて事故報告の分析と改善策の検討を行うなど、事故発生予防に取り組んでいる。 |
| 16 | ○施設内外の構造物、設備等の安全確保や防災に関する必要な取組を行っているか | ○法令等により定める基準により適切に管理している ○安全性を考慮した環境整備を行っている ○避難及び消火訓練を実施している(指導検査基準で定められた所定回数) | ×1 | | ○ | | | |
| 財務・財産の状況 | 適切な財務運営・財産管理が行われているか | | | | | | | |
| | 17 | ○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か | ○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している | ×1 | | ○ | | 経理・物品関係の書類は、基本協定に基づいて処理されており、適切に経理処理及び財産管理が行われている。 |
| 18 | ○都有財産(物品など)の管理は適切か | ○年度協定に基づく財産管理がなされている ○保存物品整理簿を整備している ○不適格品、亡失品等を報告している | ×1 | | ○ | | | |
| 事業効果 | 求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか | | | | | | | |
| | 19 | ○サービス向上等のために人材を育成しているか | ○利用者へのサービス向上等のため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している | ×1 | | ○ | | 支援力向上のため、研修計画を定め、人材育成に取り組んでいる |
| | 20 | ○サービス向上に向けた創意工夫をしているか | ○利用者の状況に応じたサービスを複数実施している、又は利用者サービスの向上に向けた創意工夫を行っている ※4で「水準を上回る」としており、さらに評価する取組がある場合 | ×2 | - | - | - | |
| | 21 | ○利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×2 | | ○ | | ボランティアやNPO団体と連携し入所児童の生活支援の充実を図っている |
| 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | | | | | | | | |
| 22 | ○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか | ○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関等との連携を図っている | ×1 | | ○ | | 新型コロナウイルス感染が蔓延する中、子育て家庭において保護者が罹患し養育困難となった児童を受け入れ支援する「養育困難児童の受入事業」を都の求めに応じて実施し、延べ4人の児童を受入れた。実施にあたっては、委託業者、児童相談所等との連携を密にし、適切な支援を行った。 | |

特記事項
○新型コロナウイルス感染防止について、対応にかかるフローチャートを作成し対策を徹底するとともに、感染者が出た際には迅速な対応を図るなど、感染対策の徹底に取り組んでいる。
○都と連携し、新型コロナウイルス罹患による養育困難児童の受入れ事業を実施し、延べ4人の児童の受入を行っている。
○処遇記録システム上でインシデントレポートの提出を行い、リスクマネジメント委員会にて事故報告の分析と改善策の検討を行うなど、事故発生予防に取り組んでいる。

要改善事項等
職員による入所児童への不適切な対応が3件発生した。いずれも対応困難な児童への支援に苦慮した結果、おきているものであり、外部専門家からの協力をえながら、施設全体として、支援力の向上を図るため対応を図っている。

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内であることを確認してください。

【一次評価結果】

| 評点 | 標準点 | 評価基準 | | | |
|-----|-----|-------|----------------|----------------|-------|
| | | S | A | B | C |
| 24点 | | 32点以上 | 30点以上 31点以下 | 22点以上 29点以下 | 21点以下 |

| | | |
|------------|-----|---|
| 一次評価 結果 | 得点 | B |
| | 23点 | |

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他公の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。

なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事案の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

【確認事項】

| | |
|--------------|--------------|
| 事業者の 財務状況 | 特段の問題は見当たらない |
|--------------|--------------|

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

| | |
|---------|---|
| 特命要件の継続 | 公的役割を果たす施設として、都の政策との連動性及び管理運営の特殊性が高く、利用者への長期的な安定したサービス提供が求められるため。継続有。 |
|---------|---|

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。

| | | | |
|--------------|---------------------------|------|--------|
| 施設名 (所在地) | 東京都船形学園 (千葉県館山市船形1377) | 施設種別 | 児童養護施設 |
| 指定管理者 | 社会福祉法人東京都社会福祉事業団 | | |

| 【評価項目】 | | | | 評価 | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|--|--------------|-------------|---------------------------------------|--|---|--|
| 大項目 | 中項目 | 確認項目 | 評価水準 | 配点 | 水準を上回る 2点 | 水準どおり 1点 | 水準を下回る 0点 | 評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を 具体的に記述してください。 | | |
| | | | | | | | | | 協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか | |
| 適切な 管理の 履行 | | 1 | ○人員配置は適切か | ○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置している ○変更があった場合、事前に都に報告している ○人員配置上の改善要求を受けた場合、速やかに対処している | ×1 | | ○ | | 法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置されている | |
| | | ○業務の履行は適切か | | | | | | | | |
| | | 2 | ・サービスの開始・終了時の対応は適切か | (項目ごとに評価すること) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 入所児童中80%以上の児童が健康上の問題を抱え、また、50%以上の児童が情緒的問題を抱えている状況の中、精神科医によるスーパーバイズを定期的 に実施するなど、施設全体として、専門的支援に取組んでいる。 | |
| | | 3 | ・個別状況に応じた計画策定・記録を行っているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | | 4 | ・利用者の状況に応じたサービスが適切に実施されているか | | ×1 | ○ | | | | |
| | | 5 | ・プライバシー保護等個人の尊厳を尊重しているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | | 6 | ・事務所業務の標準化を図っているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | | 7 | ・利用者に対する事故等はなかったか | ○利用者に対する事故等は発生しているが、発生時には速やかに適切な対応を行っている | ×1 | | ○ | | 指定管理者に責がある事故等はなかった。また、その他の事故については、速やかに適切な対応を行っている。 | |
| 8 | ○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか | ○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している | ×1 | | ○ | | 建物の老朽化は見られるものの、修繕や整備を行い、良好な環境を維持している。 | | | |
| 管理状 況 | 法令等 の遵 守、組 織マ ネ ジ メ ン ト | 経営における社会的責任を果たしているか | | | | | | | | |
| | | 9 | ○社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 「学園生活満足度アンケート」を実施し、入所児童の意向を確認するとともに、CAPプログラムによるワークショップを入所児童、職員が行うなど、権利擁護に組織的に取り組んでいる | |
| | | 10 | ○利用者の権利擁護のために組織的な取組を行っているか | ×1 | | ○ | | | | |
| | | 11 | ○関係法令等が遵守されているか | ○受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している | ×1 | | ○ | 関係法令等は遵守されている | | |
| | | 個人情報保護、報告等は適切になされているか | | | | | | | | |
| | | 12 | ○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしているか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 共有サーバー等における情報管理について、アカウントに応じたアクセス権限を設定し、適切な管理を行っている。また、都への報告について、適宜、適切に行われている | |
| 13 | ○利用者へのサービス情報の提供はなされているか | ×1 | | ○ | | | | | | |
| 14 | ○都への報告は適時、適切になされているか | ○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている | ×1 | | ○ | | | | | |
| 安全性 の確 保 | 施設の安全性は確保されているか | | | | | | | | | |
| | 15 | ○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | ○ | | | ・感染症対策行動指針に則り、平常時の児童及び職員の健康管理や基本的な感染予防対策を行うとともに、職員一人一人が感染防止の観点から自身の行動を制限するなど、新型コロナウイルス感染症防止対策を徹底し、入所児童の感染者ゼロを図った。 ・土砂災害特別警戒区域指定に伴い、急斜面対策工事を実施し、施設内の環境を整備した。 | | |
| | 16 | ○施設内外の構造物、設備等の安全確保や防災に関する必要な取組を行っているか | ○法令等により定める基準により適切に管理している ○安全性を考慮した環境整備を行っている ○避難及び消火訓練を実施している(指導検査基準で定められた所定回数) | ×1 | ○ | | | | | |
| 財務・ 財産の 状況 | 17 | ○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か | ○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している | ×1 | | ○ | | 経理・物品関係の書類は、基本協定に基づいて処理されており、適切に経理処理及び財産管理が行われている。 | | |
| | 18 | ○都有財産(物品など)の管理は適切か | ○年度協定に基づく財産管理がなされている ○保存物品整理簿を整備している ○不適格品、亡失品等を報告している | ×1 | | ○ | | | | |
| 事業効 果 | 事業の 取組・ サービ ス内容 の向上 | 求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか | | | | | | | | |
| | | 19 | ○サービス向上等のために人材を育成しているか | ○利用者へのサービス向上等のため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している | ×1 | | ○ | | 支援力向上のため、研修計画を定め、人材育成に取り組んでいる | |
| | | 20 | ○サービス向上に向けた創意工夫をしているか | ○利用者の状況に応じたサービスを複数実施している、又は利用者サービスの向上に向けた創意工夫を行っている ※4で「水準を上回る」としており、さらに評価する取組がある場合 | ×2 | | ○ | | 多くの入所児童が健康上の問題・情緒的問題を抱えている状況の中、入所児童一人一人の健康状態を常に把握し職員間での共有を図るだけでなく、救急対応が必要な場合に備え、嘱託医と十分に協議し、医療機関と連携し組織的に対応できるよう体制整備を図った。 | |
| | | 21 | ○利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×2 | | ○ | | 入所児童の横割り活動の中で子供が主体となって要望を取りまとめ生活に反映させるなど、意向を尊重した取組みがされている | |
| 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | | | | | | | | | | |
| 22 | ○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか | ○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関等との連携を図っている | ×1 | | ○ | | 児童相談所等、関係機関と連携し、事業に取り組んでいる。 | | | |

| | |
|------|---|
| 特記事項 | ○入所児童中50%以上が情緒的問題を抱え、また、80%以上が健康上の問題を抱える中、入所児童の健康状態を適切に把握し、体調に変化があった時は速やかに対応できるよう体制整備を図っている。また、精神科医によるスーパーバイズを定期的実施し、専門的支援の充実に取り組んでいる。 ○地域でコロナ感染者が多数発生している中、入所児童に感染者が発生していないなど、新型コロナウイルス感染防止対策の徹底を図っている。 ○土砂災害特別警戒区域に指定されたことを受け、都と連携し、緊急に急斜面対策工事を実施し、安全な環境整備に取り組んだ。 |
|------|---|

| | |
|--------|----|
| 要改善事項等 | なし |
|--------|----|

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内であることを確認してください。

【一次評価結果】

| 評点 | 標準点 | 評価基準 | | | |
|-----|-----|-------|----------------|----------------|-------|
| | | S | A | B | C |
| 24点 | | 32点以上 | 30点以上 31点以下 | 22点以上 29点以下 | 21点以下 |

| | | |
|--------|-----|---|
| 一次評価結果 | 得点 | B |
| | 27点 | |

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他公の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。

なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事案の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

【確認事項】

| | |
|----------|--------------|
| 事業者の財務状況 | 特段の問題は見当たらない |
|----------|--------------|

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

| | |
|---------|---|
| 特命要件の継続 | 公的役割を果たす施設として、都の政策との連動性及び管理運営の特殊性が高く、利用者への長期的な安定したサービス提供が求められるため。継続有。 |
|---------|---|

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。

| | | | |
|--------------|---------------------------|------|--------|
| 施設名 (所在地) | 東京都八街学園 (千葉県八街市八街に151) | 施設種別 | 児童養護施設 |
| 指定管理者 | 社会福祉法人東京都社会福祉事業団 | | |

【評価項目】

| 大項目 | 中項目 | 確認項目 | 評価水準 | 評価 | | | | |
|------------------|---------------------------------------|---|--|----|--------------|-------------|--|---|
| | | | | 配点 | 水準を上回る 2点 | 水準どおり 1点 | 水準を下回る 0点 | 評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を具体的に記述してください。 |
| 適切な 管理の 履行 | 協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか | | | | | | | |
| | 1 | ○人員配置は適切か | ○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置している ○変更があった場合、事前に都に報告している ○人員配置上の改善要求を受けた場合、速やかに対処している | ×1 | | ○ | | 法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置されている |
| | ○業務の履行は適切か | | | | | | | |
| | 2 | ・サービスの開始・終了時の対応は適切か | (項目ごとに評価すること) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 入所児童中約86%の児童に不登校やひきこもり等の非社会的行為が見られ、また、60%以上の児童が情緒的な問題を抱えている状況の中、児童相談所、学校、医療機関等の関係機関と連携し、専門的支援に取り組んでいる。 |
| | 3 | ・個別状況に応じた計画策定・記録を行っているか | | ×1 | | ○ | | |
| | 4 | ・利用者の状況に応じたサービスが適切に実施されているか | | ×1 | ○ | | | |
| | 5 | ・プライバシー保護等個人の尊厳を尊重しているか | | ×1 | | ○ | | |
| | 6 | ・事務所業務の標準化を図っているか | | ×1 | | ○ | | |
| 7 | ・利用者に対する事故等はなかったか | ○利用者に対する事故等は発生しているが、発生時には速やかに適切な対応を行っている | ×1 | | ○ | | 指定管理者に責がある事故等はなかった。また、その他の事故については、速やかに適切な対応を行っている。 | |
| 8 | ○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか | ○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している | ×1 | | ○ | | 適宜、整備を行うなどし、良好な環境を維持している | |
| 管理状況 | 経営における社会的責任を果たしているか | | | | | | | |
| | 9 | ○社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 職員全員が定期的に人権擁護チェックリストを用いて自身の支援を振り返るとともに、CAPワークショップを入所児童、職員が実施するなど、入所児童の権利擁護に組織的に取り組んでいる |
| | 10 | ○利用者の権利擁護のために組織的な取組を行っているか | | ×1 | | ○ | | |
| | 11 | ○関係法令等が遵守されているか | ○受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している | ×1 | | ○ | | |
| | 個人情報保護、報告等は適切になされているか | | | | | | | |
| | 12 | ○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしているか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 情報セキュリティ責任者をおき、その指導監督のもと適正な情報管理の徹底を図るとともに、重要な情報は園内LANに整理保管し、アクセス権限を設定して漏えい防止に努めている。また、都への報告について、適宜、適切に行われている |
| 13 | ○利用者へのサービス情報の提供はなされているか | | ×1 | | ○ | | | |
| 14 | ○都への報告は適時、適切になされているか | ○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている | ×1 | | ○ | | | |
| 安全性 の確保 | 施設の安全性は確保されているか | | | | | | | |
| | 15 | ○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | ○ | | | 新型コロナウイルス感染防止のため、看護師を中心に、チラシ等を作成し、入所児童や職員への防止対策の徹底を図った。また、感染者が出た際には、感染拡大を最小限にとどめるため、関係機関と連携し、感染者の隔離など適切な対応を行った。結果、地域には感染者が多数出ている中、令和3年度入所児童の感染者は3名と最小限にとどめることができています。 |
| 16 | ○施設内外の構造物、設備等の安全確保や防災に関する必要な取組を行っているか | ○法令等により定める基準により適切に管理している ○安全性を考慮した環境整備を行っている ○避難及び消火訓練を実施している(指導検査基準で定められた所定回数) | ×1 | | ○ | | | |
| 財務・ 財産の 状況 | 適切な財務運営・財産管理が行われているか | | | | | | | |
| | 17 | ○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か | ○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している | ×1 | | ○ | | 経理・物品関係の書類は、基本協定に基づいて処理されており、適切に経理処理及び財産管理が行われている。 |
| 18 | ○都有財産(物品など)の管理は適切か | ○年度協定に基づく財産管理がなされている ○保存物品整理簿を整備している ○不適格品、亡失品等を報告している | ×1 | | ○ | | | |
| 事業効果 | 求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか | | | | | | | |
| | 19 | ○サービス向上等のために人材を育成しているか | ○利用者へのサービス向上等のため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している | ×1 | | ○ | | 支援力向上のため、研修計画を定め、人材育成に取り組んでいる |
| | 20 | ○サービス向上に向けた創意工夫をしているか | ○利用者の状況に応じたサービスを複数実施している、又は利用者サービスの向上に向けた創意工夫を行っている ※4で「水準を上回る」としており、さらに評価する取組がある場合 | ×2 | ○ | | | ・対応困難な児童が多く入所している中、ペアレントトレーニングの手法である「スペシャルタイム」を取り入れ、児童と職員がマンツーマンで過ごす時間を毎日設定し、児童の自己肯定感や愛着関係の再構築を図っている。 ・高齢児の自立支援について、自立に向けたチェックシートを活用し、自立にむけ具体的に考えられるよう支援を工夫し取り組んでいる。 |
| | 21 | ○利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×2 | | ○ | | 満足度調査や寮会などで入所児童の意向を把握し生活に反映させている |
| | 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | | | | | | | |
| 22 | ○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか | ○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関等との連携を図っている | ×1 | | ○ | | 児童相談所等、関係機関と連携し、事業に取り組んでいる。 | |

特記事項
 ○入所児童中約86%の児童に不登校やひきこもり等の非社会的行為が見られ、また、60%以上の児童が情緒的な問題を抱えているなど対応困難な児童が多く入所している中、児童相談所や学校、医療機関等の関係機関と連携し、専門的支援に取り組んでいる。
 ○特に、今年度は、ペアレントトレーニングの手法である「スペシャルタイム」を取り入れ、児童と職員がマンツーマンで過ごす時間を毎日設定し、児童の自己肯定感や愛着関係の再構築を図っている。
 ○また、高齢児への自立支援について、チェックシートを活用し具体的に自立について考えられるよう支援するなど、自立支援の充実に取り組んでいる。
 ○新型コロナウイルス感染防止対策について、施設全体で対策を徹底し、結果、入所児童の感染者は3人ととどめることができています。

要改善事項等
なし

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
 ※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内であることを確認してください。

【一次評価結果】

| 評点 | 標準点 | 評価基準 | | | |
|-----|-----|-------|----------------|----------------|-------|
| | | S | A | B | C |
| 24点 | | 32点以上 | 30点以上 31点以下 | 22点以上 29点以下 | 21点以下 |

| | | |
|--------|-----|---|
| 一次評価結果 | 得点 | B |
| | 28点 | |

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他公の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。

なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事案の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

【確認事項】

| | |
|----------|--------------|
| 事業者の財務状況 | 特段の問題は見当たらない |
|----------|--------------|

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

| | |
|---------|---|
| 特命要件の継続 | 公的役割を果たす施設として、都の政策との連動性及び管理運営の特殊性が高く、利用者への長期的な安定したサービス提供が求められるため。継続有。 |
|---------|---|

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。

| | | | |
|--------------|--------------------------------|------|--------|
| 施設名 (所在地) | 東京都勝山学園 (千葉県安房郡鋸南町下佐久間1469) | 施設種別 | 児童養護施設 |
| 指定管理者 | 社会福祉法人東京都社会福祉事業団 | | |

【評価項目】

| 大項目 | 中項目 | 確認項目 | 評価水準 | 評価 | | | | 評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を具体的に記述してください。 | |
|------------------------|--------------------------------------|--|---|---|--------------|-------------|--------------|--|--|
| | | | | 配点 | 水準を上回る 2点 | 水準どおり 1点 | 水準を下回る 0点 | | |
| 適切な 管理の 履行 | 協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか | | | | | | | | |
| | 1 | ○人員配置は適切か | ○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置している ○変更があった場合、事前に都に報告している ○人員配置上の改善要求を受けた場合、速やかに対処している | ×1 | | ○ | | 法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置されている | |
| | ○業務の履行は適切か | | | | | | | | |
| | 2 | ・サービスの開始・終了時の対応は適切か | (項目ごとに評価すること) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ・入所開始時から自立を目指した支援を心掛け、小学生については、夢シートを使い将来について考える機会を設けるとともに、中学生・高校生については、コースプランニングシートを用いて、具体的に進路について考えられるよう、自立支援に取り組んでいる。 ・昨年度作成した「性に関するガイドライン」を改訂し、入所児童への性教育の更なる充実を図るとともに、性的事故の防止に取り組んでいる。 | |
| | 3 | ・個別状況に応じた計画策定・記録を行っているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | 4 | ・利用者の状況に応じたサービスが適切に実施されているか | | ×1 | ○ | | | | |
| | 5 | ・プライバシー保護等個人の尊厳を尊重しているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | 6 | ・事務所業務の標準化を図っているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | 7 | ・利用者に対する事故等はなかったか | ○利用者に対する事故等は発生しているが、発生時には速やかに適切な対応を行っている | ×1 | | ○ | | 指定管理者に責がある事故等はなかった。また、その他の事故については、速やかに適切な対応を行っている。 | |
| | 8 | ○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか | ○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している | ×1 | | ○ | | 施設の老朽化は見られるものの、適宜、修繕を行い環境の整備に取り組んでいる | |
| | 管理状 況 | 経営における社会的責任を果たしているか | | | | | | | |
| | | 9 | ○社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 日々の養育活動にて意識して取り組めるよう、朝礼で法人の倫理綱領等を輪読するなど、組織的に入所児童の権利擁護に取り組んでいる。 |
| | | 10 | ○利用者の権利擁護のために組織的な取組を行っているか | ×1 | | ○ | | | |
| | | 11 | ○関係法令等が遵守されているか | ○受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している | ×1 | | ○ | | 関係法令等は遵守されている |
| 個人情報保護、報告等は適切になされているか | | | | | | | | | |
| 12 | | ○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしているか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 入所児童に関する情報は施設内サーバーに保管され、利用の際の管理、複数人での確認を行うなど、適切に管理、活用がなされている。また、都への報告について、適宜、適切に行われている | |
| 13 | | ○利用者へのサービス情報の提供はなされているか | ×1 | | ○ | | | | |
| 14 | | ○都への報告は適時、適切になされているか | ○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている | ×1 | | ○ | | | |
| 安全性 の確保 | | 施設の安全性は確保されているか | | | | | | | |
| | | 15 | ○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | ○ | | | 入所児童及び職員の日々の健康観察表を作成して健康観察を徹底し、外出や行事等による感染リスクの低減化を図るなど、新型コロナウイルス感染防止対策の徹底を図った。また、感染者がでた際は、感染者の隔離や他の児童への防止対策の徹底など迅速で適切な対応を図り、結果、地域にて感染者が多数出ている中、入所児童の感染者は3名だけにとどめることができている。 |
| 財務・ 財産の 状況 | 適切な財務運営・財産管理が行われているか | | | | | | | | |
| | 17 | ○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か | ○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している | ×1 | | ○ | | 経理・物品関係の書類は、基本協定に基づいて処理されており、適切に経理処理及び財産管理が行われている。 | |
| 事業効 果 | 求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか | | | | | | | | |
| | 19 | ○サービス向上等のために人材を育成しているか | ○利用者へのサービス向上等のため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している | ×1 | | ○ | | 心理職が中心となり、支援ツールについての研修会を行い、支援力向上を図っている | |
| | 20 | ○サービス向上に向けた創意工夫をしているか | ○患者への医療サービス向上に向けた創意工夫を行っている ※4で「水準を上回る」としており、さらに評価する取組がある場合 | ×2 | | ○ | | 医療機関と連携し心理職を中心とし児童の状況に応じ心理的ケアを行っている。 | |
| | 21 | ○利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×2 | | ○ | | 入所児童への満足度調査を実施し、その意向を確認するとともに、生活支援へ活用している。 | |
| 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | | | | | | | | |
| | 22 | ○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか | ○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関等との連携を図っている | ×1 | | ○ | | 児童相談所等、関係機関と連携し、事業に取り組んでいる。 | |

特記事項 ○入所時から自立にむけた支援を心掛け、夢シートやコースプランニングシートなど様々な支援ツールを活用し、自立支援に積極的に取り組んでいる。
○「性に関するガイドライン」を改訂し、入所児童への性教育の更なる充実を図るとともに、性的事故の防止に取り組んでいる。
○新型コロナウイルス感染防止対策を徹底するとともに、感染者がでた際は、感染者の隔離や他の児童への防止対策の徹底など迅速で適切な対応を図り、結果、地域にて感染者が多数出ている中、入所児童の感染者は3名だけにとどめることができている。

要改善事項等 なし

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内にあることを確認してください。

【一次評価結果】

| 評点 | 標準点 | 評価基準 | | | |
|-----|-----|-------|----------------|----------------|-------|
| | | S | A | B | C |
| 24点 | | 32点以上 | 30点以上 31点以下 | 22点以上 29点以下 | 21点以下 |

| | | |
|--------|-----|---|
| 一次評価結果 | 得点 | B |
| | 26点 | |

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他公の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。

なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事案の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

【確認事項】

| | |
|----------|--------------|
| 事業者の財務状況 | 特段の問題は見当たらない |
|----------|--------------|

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

| | |
|---------|---|
| 特命要件の継続 | 公的役割を果たす施設として、都の政策との連動性及び管理運営の特殊性が高く、利用者への長期的な安定したサービス提供が求められるため。継続有。 |
|---------|---|

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。

| | | | |
|--------------|------------------------------|------|--------|
| 施設名 (所在地) | 東京都片瀬学園 (神奈川県藤沢市片瀬4-9-38) | 施設種別 | 児童養護施設 |
| 指定管理者 | 社会福祉法人東京都社会福祉事業団 | | |

【評価項目】

| 大項目 | 中項目 | 確認項目 | 評価水準 | 評価 | | | | 評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を具体的に記述してください。 | |
|------------------|--------------------------------------|---|--|--|--------------|-------------|--|---|--|
| | | | | 配点 | 水準を上回る 2点 | 水準どおり 1点 | 水準を下回る 0点 | | |
| 適切な 管理の 履行 | 協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか | | | | | | | | |
| | 1 | ○人員配置は適切か | ○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置している ○変更があった場合、事前に都に報告している ○人員配置上の改善要求を受けた場合、速やかに対処している | ×1 | | ○ | | 法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置されている | |
| | ○業務の履行は適切か | | | | | | | | |
| | 2 | ・サービスの開始・終了時の対応は適切か | (項目ごとに評価をすること) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 暴力等の反社会的行為を行う児童が入所児童の半数を占める中、児童相談所、学校、医療機関等の関係機関と連携し、医療的・心理的ケア等、専門的支援に取り組んでいる。 | |
| | 3 | ・個別状況に応じた計画策定・記録を行っているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | 4 | ・利用者の状況に応じたサービスが適切に実施されているか | | ×1 | ○ | | | | |
| | 5 | ・プライバシー保護等個人の尊厳を尊重しているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | 6 | ・事務所業務の標準化を図っているか | | ×1 | | ○ | | | |
| 7 | ・利用者に対する事故等はなかったか | ○利用者に対する事故等は発生しているが、発生時には速やかに適切な対応を行っている | ×1 | | ○ | | 指定管理者に責がある事故等はなかった。また、その他の事故については、速やかに適切な対応を行っている。 | | |
| 8 | ○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか | ○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している | ×1 | | ○ | | 適宜、整備を行うなどし、良好な環境を維持している | | |
| 管理状 況 | 経営における社会的責任を果たしているか | | | | | | | | |
| | 9 | ○社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 年間計画を定め、禁止事項についての協議や権利ノートの所持確認、チェックリストの精査を行うなど、入所児童の権利擁護について組織的に取り組んでいる。 | |
| | 10 | ○利用者の権利擁護のために組織的な取組を行っているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | 11 | ○関係法令等が遵守されているか | ○受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している | ×1 | | ○ | | 関係法令等は遵守されている | |
| | 個人情報保護、報告等は適切になされているか | | | | | | | | |
| | 12 | ○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしているか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ICT委員会を中心に、園内の環境整備、児童用PCやWi-Fiの整備、育成記録システムの課題整理、園内LANフォルダ整理など、情報の適切な管理と活用に取り組んでいる。また、都への報告について、適宜、適切に行われている | |
| 13 | ○利用者へのサービス情報の提供はなされているか | | ×1 | | ○ | | | | |
| 14 | ○都への報告は適時、適切になされているか | ○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている | ×1 | | ○ | | | | |
| 安全性 の確保 | 施設の安全性は確保されているか | | | | | | | | |
| | 15 | ○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | ○ | | | 新型コロナウイルス感染防止対策について、対応手順に関するマニュアルを作成し、入所児童や職員の日々の健康管理や基本的な感染防止対策の徹底を施設全体で取り組んでいる。また、感染者が発生した際には、施設内で感染が拡大しないよう、感染者の隔離等、迅速な対応を図った。 | |
| 財務・ 財産の 状況 | 適切な財務運営・財産管理が行われているか | | | | | | | | |
| | 17 | ○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か | ○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している | ×1 | | ○ | | 経理・物品関係の書類は、基本協定に基づいて処理されており、適切に経理処理及び財産管理が行われている。 | |
| 事業効 果 | 事業の 取組・ サービス 内容の 向上 | 求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか | | | | | | | |
| | | 19 | ○サービス向上等のために人材を育成しているか | ○利用者へのサービス向上等のため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している | ×1 | | ○ | | ・暴力等の反社会的行為を行う児童が入所児童中50%以上おり、また、情緒的問題を抱えた児童も50%以上いるなど、専門的支援が必要な児童が多く入所する中、職務課題に対応する園内研修計画を作成し研修を実施している。 ・特に、専門的支援の充実のため、定期的に、精神科医師による職員へのコンサルテーションを実施し、支援力向上を図るとともに、職員が心身ともに安定して支援が行えるよう体制を整備している。 |
| | | 20 | ○サービス向上に向けた創意工夫をしているか | ○利用者の状況に応じたサービスを複数実施している、又は利用者サービスの向上に向けた創意工夫を行っている ※4で「水準を上回る」としており、さらに評価する取組がある場合 | ×2 | | ○ | | ・専門的支援が必要な児童が多数入所している状況をふまえ、心理職男女2名を中心に心理的支援を充実させ、入所児童のほぼ全員、延べ548人への心理的ケアを実施している ・外部児童精神科医師との困難事例検討を行うなどし、心理職とケアワーカーとの連携を強化し、専門的支援の充実を図っている。 |
| | | 21 | ○利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×2 | | ○ | | 利用者満足度調査を実施、入所児童の意向を確認するとともに、生活支援に活用し生活環境の充実に取り組んでいる。 |
| 事業効 果 | 事業の 取組・ サービス 内容の 向上 | 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | | | | | | | |
| | | 22 | ○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか | ○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関等との連携を図っている | ×1 | | ○ | | 児童相談所等、関係機関と連携し、事業に取り組んでいる。 |

| | |
|--------|---|
| 特記事項 | <p>○暴力等の反社会的行為を行う児童が入所児童中50%以上、情緒的問題を抱えた児童が50%以上いるなど、対応困難な児童が多く入所している状況の中、児童相談所、学校、医療機関等の関係機関と連携し、医療的・心理的ケア等、専門的支援に取り組んでいる。</p> <p>○特に、入所児童のほぼ全員の児童への心理的ケアを実施するなど心理職男女2名を中心に心理的支援の充実に取組むとともに、外部児童精神科医師との困難事例検討を行い、心理職とケアワーカーの連携を強化し、専門的支援に取り組んでいる。</p> <p>○また、精神科医師による職員へのコンサルテーションを定期的実施し、支援力の向上を図るとともに、職員が心身ともに安定して支援ができるよう体制を強化している。</p> <p>○新型コロナウイルス感染防止対策について、対応手順に関するマニュアルを作成し施設全体で防止対策を徹底するとともに、感染者が出た際には迅速な対応を図るなどし、感染対策の徹底に取り組んでいる。</p> |
| 要改善事項等 | なし |

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。

※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内にあることを確認してください。

【一次評価結果】

| 評点 | 標準点 | 評価基準 | | | | 一次評価結果 | 得点 | B |
|----|-----|-------|----------------|----------------|-------|--------|-----|---|
| | | S | A | B | C | | | |
| | 24点 | 32点以上 | 30点以上 31点以下 | 22点以上 29点以下 | 21点以下 | | 29点 | |

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他公の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。

なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事案の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

【確認事項】

| | |
|----------|--------------|
| 事業者の財務状況 | 特段の問題は見当たらない |
|----------|--------------|

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

| | |
|---------|---|
| 特命要件の継続 | 公的役割を果たす施設として、都の政策との連動性及び管理運営の特殊性が高く、利用者への長期的な安定したサービス提供が求められるため。継続有。 |
|---------|---|

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。

| | | | |
|--------------|-----------------------------------|------|------------|
| 施設名 (所在地) | 東京都東村山福祉園 (東京都東村山市萩山町一丁目35番地1) | 施設種別 | 福祉型障害児入所施設 |
| 指定管理者 | 社会福祉法人 東京都社会福祉事業団 | | |

| 【評価項目】 | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|---|---|--|--------------|-------------|---|--|
| 大項目 | 中項目 | 確認項目 | 評価水準 | 評価 | | | | |
| | | | | 配点 | 水準を上回る 2点 | 水準どおり 1点 | 水準を下回る 0点 | 評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を具体的に記述してください。 |
| 協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか | | | | | | | | |
| 適切な 管理の 履行 | 1 | ○人員配置は適切か | ○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置している ○変更があった場合、事前に都に報告している ○人員配置上の改善要求を受けた場合、速やかに対処している | ×1 | | ○ | | ・事業所が目指す経営・サービスを実現するために必要な人材構成としているほか、人員に変更があった場合、所定の期限までに都に報告を行っている。 |
| | ○業務の履行は適切か | | | | | | | |
| | 2 | ・サービスの開始・終了時の対応は適切か | (項目ごとに評価すること) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | ○ | | | ・児童の年齢、性別、障害特性等に配慮したユニット編成を行い、全室個室で一人ひとりが安心して落ち着いた生活を送れる環境設定に努めている。 ・全ての入所児童に強度行動障害の判定を実施し、判定結果を踏まえた入所支援計画を作成している。また、強度行動障害と判定された児童には、福祉職と専門職が連携し、専門的に統一した支援を行っている。 ・高等部卒業後の移行に向けて、移行担当職員を中心に、家族、児童相談所、区市町村、学校等と連携を図り取り組んでいる。 |
| | 3 | ・個別状況に応じた計画策定・記録を行っているか | | ×1 | ○ | | | |
| | 4 | ・利用者の状況に応じたサービスが適切に実施されているか | | ×1 | ○ | | | |
| | 5 | ・プライバシー保護等個人の尊厳を尊重しているか | | ×1 | | ○ | | |
| | 6 | ・事務所業務の標準化を図っているか | | ×1 | | ○ | | |
| | 7 | ・利用者に対する事故等はなかったか | | ○利用者に対する事故等は発生しているが、発生時には速やかに適切な対応を行っている | ×1 | | ○ | |
| 8 | ○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか | ○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している | ×1 | | ○ | | ・リフト付きシャワーキャリーや見守り支援システムの導入など、利用者のニーズに即した環境整備を行っている。また、感染症拡大状況を踏まえ、利用者の支援環境向上に資するよう改築工事の設計変更等が行われている。 | |
| 経営における社会的責任を果たしているか | | | | | | | | |
| 管理状況 法令等の遵守、組織マネジメント | 9 | ○社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ・毎月開催する虐待防止委員会で虐待防止策等を検討している。 ・全職員が虐待防止研修や専門研修を受講し、職員倫理綱領の徹底、自己点検・相互点検及び意見交換会を実施する等多様な方法で虐待防止に取り組んでいる。 |
| | 10 | ○利用者の権利擁護のために組織的な取組を行っているか | | ×1 | ○ | | | |
| | 11 | ○関係法令等が遵守されているか | ○受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している | ×1 | | ○ | | ・基本協定、年度協定で定める守るべき関係法令等を遵守し、適切に施設を運営している ・軽微な指摘、指導について、速やかに改善している |
| | 個人情報保護、報告等は適切になされているか | | | | | | | |
| | 12 | ○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしているか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ・パンフレットやホームページ等で、積極的な情報発信を行っており、ホームページでは、子どもの生活の様子、行事のお知らせ、入所のご案内、強度行動障害などの専門的な支援を行っていることを紹介している。 |
| | 13 | ○利用者へのサービス情報の提供はなされているか | | ×1 | | ○ | | ・子どものユニットでの生活の様子は「ユニット便り」に載せ、家族向けに発行している。 ・事故等について、迅速に報告がなされるとともに、関係機関と連携しながら現場検証を行い、原因の究明や問題点への対応を見直す等再発防止に努めている。 |
| 14 | ○都への報告は適時、適切になされているか | ○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている | ×1 | | ○ | | | |
| 施設の安全性は確保されているか | | | | | | | | |
| 安全性の確保 | 15 | ○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | ○ | | | ・感染症発生時には危機管理委員会を迅速に開催し、感染防止対策の検討を行うとともに、感染対策部会、健康推進科職員が中心となって、ユニット内の環境整備(手指消毒剤環境)やPPE(個人用防護服)着脱研修、嘔吐の対応等の職員への実践的な講習を行っている。 ・児童のいっそうの安全確保さらには職員の安全確保のために、食事、排泄時のエプロン着用や口腔ケア時のゴーグル使用など感染対策を徹底している。 ・リスクマネジメント委員会を設け、ヒヤリハット事例の分析に基づく事故防止策を実施している。また、ユニットで発生する可能性の高い誤嚥、水没、発作転倒などを想定した緊急時想定訓練を定期的実施しており、リスクの防止意識を高め、組織的な初動対応の速さを心掛けている。 ・夜間を想定した避難訓練を含む消防訓練を毎月実施しているほか、防災用品の確認や炊出し訓練等安全確保に向け多角的な取組を行っている。 |
| | 16 | ○施設内外の構造物、設備等の安全確保や防災に関する必要な取組を行っているか | ○法令等により定める基準により適切に管理している ○安全性を考慮した環境整備を行っている ○避難及び消火訓練を実施している(指導検査基準で定められた所定回数) | ×1 | | ○ | | |
| 適切な財務運営・財産管理が行われているか | | | | | | | | |
| 財務・財産の状況 | 17 | ○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か | ○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している | ×1 | | ○ | | ・園で実施している各種サービスについて経理を明確に区分して適切に処理されている。 ・帳簿類について、保管場所を明確にして適切に保管されている。 |
| | 18 | ○所有財産(物品など)の管理は適切か | ○年度協定に基づく財産管理がなされている ○保存物品整理簿を整備している ○不適格品、亡失品等を報告している | ×1 | | ○ | | |

| 求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|------------------------|--|--|----|--|---|--|
| 事業効果 | 事業の取組・サービス内容の向上 | 19 | ○サービス向上等のために人材を育成しているか | ○利用者へのサービス向上等のため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している | ×1 | | ○ | ・被虐待の障害児、強度行動障害、重度の自閉症等利用児童の有する課題に的確に対応するため、体系的な研修計画に基づき受講を進め、高い支援力を備えた職員の育成を図っている。 |
| | | 20 | ○サービス向上に向けた創意工夫をしているか | ○利用者の状況に応じたサービスを複数実施している、又は利用者サービスの向上に向けた創意工夫を行っている ※4で「水準を上回る」としており、さらに評価する取組がある場合 | ×2 | | ○ | ・児童の障害特性に応じて、福祉職と専門職(医師・看護師・心理職等)が連携して生活づくりに取り組んでいる。 ・重度最重度の知的障害を抱える児童の高等部卒業後の地域移行に向けて、移行担当職員を軸とし、高等部一年生の早い段階から計画的に進めている。その結果、令和3年度は合計10名の移行先が確定している。 ・コロナ禍においても、園内イベントやユニット行事を実施する等児童の成長の過程を大切に、豊かな生活づくりに取り組んでいる。 ・全ての入所児童一人ひとりに栄養ケア・マネジメントを実施するとともに、形態食や食事支援に関する検討を行うなど、食事に関する重点的な取組を行っている。 |
| | | 21 | ○利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×2 | | ○ | ・毎年家族満足度調査を実施し、事業所運営の参考としているほか、地域の連携機関で構成される経営懇談会を開催し意見交換を図り、情報収集を行っている。 |
| | | 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | | | | | | |
| | | 22 | ○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか | ○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関等との連携を図っている | ×1 | | ○ | ・年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業を実施している。 ・高等部卒業後の移行に向けて、家族や児童相談所・支援機関・学校など関係機関との連携を図って取り組んでいる。 |

| | |
|--------|--|
| 特記事項 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 民間の施設では対応が困難な強度行動障害のある児童や、医療的ケアを必要とする児童を受け入れ、専門的支援を提供する等、都におけるセーフティネットとしての役割を果たしている。特に、強度行動障害と判定された児童には、行動障害軽減に向けた入所支援計画を作成し、福祉職と専門職が連携して統一的な支援を提供している。 ○ 高等部卒業後の移行に向けて、移行担当職員を中心に、家族、児童相談所、区市町村、学校等と連携を図り、高等部一年生の早い段階から計画的に進めている。 ○ 感染症拡大状況下においても、園内での発生時の対応の検討や感染予防対策を徹底しながら、短期入所事業等可能な範囲で受入を行い、地域における公的役割を果たしている。 |
| 要改善事項等 | なし |

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
 ※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内にあることを確認してください。

【一次評価結果】

| 評点 | 標準点 | 評価基準 | | | | 一次評価結果 | 得点 | A |
|----|-----|-------|----------------|----------------|-------|--------|-----|---|
| | | S | A | B | C | | | |
| | 24点 | 32点以上 | 30点以上 31点以下 | 22点以上 29点以下 | 21点以下 | | 31点 | |

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他公の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。
 なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事案の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

| 【確認事項】 | |
|----------|-----------|
| 事業者の財務状況 | 特段問題点はない。 |

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

| | |
|---------|---|
| 特命要件の継続 | セーフティネットとしての都立施設の役割を果たすため、利用者支援及び施設運営について安全性と継続性を考慮していく必要がある。 |
|---------|---|

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。

| | | | |
|--------------|----------------------------|------|-----------------------|
| 施設名 (所在地) | 東京都七生福祉園 (東京都日野市程久保843) | 施設種別 | 障害者支援施設 福祉型障害児入所施設 |
| 指定管理者 | 社会福祉法人 東京都社会福祉事業団 | | |

| 【評価項目】 | | | | 評価 | | | | |
|------------------|--------------------------------------|---|--|----|--------------|-------------|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 確認項目 | 評価水準 | 評価 | | | 評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を具体的に記述してください。 | |
| | | | | 配点 | 水準を上回る 2点 | 水準どおり 1点 | | 水準を下回る 0点 |
| 適切な 管理の 履行 | 協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか | | | | | | | |
| | 1 | ○人員配置は適切か | ○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置している ○変更があった場合、事前に都に報告している ○人員配置上の改善要求を受けた場合、速やかに対処している | ×1 | | ○ | | ・国基準以上の手厚い配置を維持するほか、各種研修やスーパーバイズ、OJTを積極的に実施し、職員の支援技術の向上に努めている。 ・人員に変更があった場合、所定の期限までに都に報告を行っている。 |
| | ○業務の履行は適切か | | | | | | | |
| | 2 | ・サービスの開始・終了時の対応は適切か | (項目ごとに評価すること) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | ○ | | | ・保護者や関係機関と連携を図りながら、自活訓練事業の活用や体験入所等、地域移行に向けた支援を積極的に行っている。 ・利用者や家族のニーズ、長期・短期目標を踏まえた入所支援計画の作成を行い、また心理職と医師による巡回や連携強化を進める等、より利用者本位で専門的な支援につなげている。 ・精神障害を抱える利用者について、医療関係者や心理職等と連携しながら、個々の状況に合わせた支援を実施している。 |
| | 3 | ・個別状況に応じた計画策定・記録を行っているか | | ×1 | ○ | | | |
| | 4 | ・利用者の状況に応じたサービスが適切に実施されているか | | ×1 | ○ | | | |
| | 5 | ・プライバシー保護等個人の尊厳を尊重しているか | | ×1 | | ○ | | |
| | 6 | ・事務所業務の標準化を図っているか | | ×1 | | ○ | | |
| 7 | ・利用者に対する事故等はなかったか | ○利用者に対する事故等は発生しているが、発生時には速やかに適切な対応を行っている | ×1 | | ○ | | ・利用者のケガなどの事故等発生時には、関係機関への速やかな報告や再発防止策の実施など速やかに適切な対応を行っている。 | |
| 8 | ○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか | ○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している | ×1 | | ○ | | ・経年劣化に対応した屋上防水・外壁改修工事や、利用者の特性やプライバシーの確保、感染症対策等を考慮した個室化工事等を実施し、利用者の支援環境向上に努めている。 | |
| 管理状況 | 経営における社会的責任を果たしているか | | | | | | | |
| | 9 | ○社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ・虐待防止研修に全職員が参加し、アンケートを踏まえた意見交換やセルフチェックリストの実施等、権利擁護のために、園が主体となり積極的に取り組んでいる。 ・障害児入所施設では、権利擁護検討委員会において身体拘束が認められる3条件をテーマに事例等を使用しながら検討を重ね、職員の意識向上を図っている。また、行動制限解除に向け各寮と副園長、部門長、グループリーダー、児童発達管理責任者などで個別にヒヤリングを行い、行動制限解除に向けた支援計画の作成及びモニタリングを実施している。 |
| | 10 | ○利用者の権利擁護のために組織的な取組を行っているか | | ×1 | ○ | | | |
| | 11 | ○関係法令等が遵守されているか | ○受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している | ×1 | | ○ | | ・基本協定、年度協定で定める守るべき関係法令を遵守し、適切に施設を運営している。 ・軽微な指摘、指導について、速やかに改善している。 |
| | 個人情報保護、報告等は適切になされているか | | | | | | | |
| | 12 | ○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしているか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ・ICT導入による情報共有の効率化及び情報管理を行うほか、集団視察形式によるコンプライアンス研修を実施し、コンプライアンス意識の浸透を図る等、積極的な取組を行っている。 ・感染症拡大状況下においても、オンライン面会を実施する等、サービス情報の提供に努めている。 ・事故等について、必要な措置をとりつつ、事案や状況に応じた適時の報告がなされている。 |
| 13 | ○利用者へのサービス情報の提供はなされているか | | ×1 | | ○ | | | |
| 14 | ○都への報告は適時、適切になされているか | ○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている | ×1 | | ○ | | | |
| 安全性 の確保 | 施設の安全性は確保されているか | | | | | | | |
| | 15 | ○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | ○ | | | ・支援現場で発生するリスクを把握して事故予防につなげるための徹底を図るべく、ICTを活用してヒヤリハット情報を各部署の端末に入力することを促進して、収集・検証を行い、毎月、ヒヤリハット事例月報を作成・配布して職員へ注意喚起している。 ・新型コロナウイルスの感染者が発生した場合に備え対応マニュアルを整備するほか、感染症対応研修の実施、職員及び利用者のPCR検査の定期実施等、積極的にリスクマネジメントに取り組んでいる。 ・夜間、休日や立地条件も踏まえた避難訓練や、炊き出し訓練を実施する等、安全確保に向け多角的な取組を行っている。 |
| 財務・ 財産の 状況 | 適切な財務運営・財産管理が行われているか | | | | | | | |
| | 17 | ○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か | ○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している | ×1 | | ○ | | ・園で実施している各種サービスについて経理を明確に区分して適切に処理されている。 ・物品の取得、廃棄について、協定に基づき適時報告及び承認依頼を実施している。 ・帳簿類について、保管場所を明確にして適切に保管されている。 |
| 18 | ○都有財産(物品など)の管理は適切か | ○年度協定に基づく財産管理がなされている ○保存物品整理簿を整備している ○不適格品、亡失品等を報告している | ×1 | | ○ | | | |

| 求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--|--|----|---|--|--|
| 事業効果 事業の取組・サービス内容の向上 | 19 | ○サービス向上等のために人材を育成しているか | ○利用者へのサービス向上等のため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している | ×1 | | ○ | ・高い専門性やスキルを備えた職員の育成を図るため、園の課題を踏まえた研修計画を策定し、実施している。 ・全職員を対象としたグループワーク「ななおゼミ」を開催(児童施設9回、成人施設9回)し、虐待防止の観点から支援を見直す等の取組を行った。 |
| | 20 | ○サービス向上に向けた創意工夫をしているか | ○利用者の状況に応じたサービスを複数実施している、又は利用者サービスの向上に向けた創意工夫を行っている ※4で「水準を上回る」としており、さらに評価する取組がある場合 | ×2 | | ○ | 【児童】 ・障害特性に応じて、様々な意思伝達の方法を取り入れている。また、心理職や言語聴覚士と連携を図りながら、個別面接やSST(社会生活技能訓練)などを実施している。 ・リクエスト食、季節や流行を取り入れた献立のほか、家庭的で温かみのある献立も提供しており、各寮で調理の仕上げを行っている。 ・「地域移行支援に関する手引き」を活用し、地域生活移行に向けた支援を積極的に行っている。児童自活寮の積極的な活用や職場体験、グループホームの見学で経験を積み重ねるなど、地域での生活をイメージできる支援の提供に取り組んでいる。 【成人】 ・日中活動は、障害特性や能力、年齢などに応じて5つのグループに分けている。高齢になり、生産活動への参加が難しい利用者にはゆっくと体を動かせるプログラムや文化的な活動を提供することで、身体機能の維持や老化防止を促すとともに、生きがいを持って活動できるよう支援している。 ・利用者一人一人のきめ細かい状況を把握し、理学療法士・心理職・看護職と福祉職員が連携して日中活動のプログラムを実施することで、利用者の身体機能の維持や心理面のケアに努めている。 ・心身障害者口腔保健センターによる歯科治療等を行っている。また、摂食状況や嚥下内視鏡の検査を個別に受診し、嚥下力に応じて6種の食事形態から適した食事を提供したり、言語聴覚士等の専門職からの助言を行うなど、安全に食事ができるよう取り組んでいる。 |
| | 21 | ○利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×2 | | ○ | ・利用者満足度調査を実施し、設問の読み上げ、複数の選択肢や写真を提示する等、可能な限り意向を汲み取り、その上で支援計画や行事に反映する等、サービス向上に向け積極的に取り組んでいる。 ・専門的な対応が必要な利用者や精神科病院に通院している利用者等について、関係機関との連携を一層強化し積極的な支援を行っている。 |
| | 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | | | | | | |
| 22 | ○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか | ○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関等との連携を図っている | ×1 | | ○ | ・年間事業計画に基づき、都の政策と連動した事業を展開している。 ・成人・児童ともに、地域移行を希望する利用者については、保護者の理解と協力を得ながら、関係機関と連携して地域生活移行に取り組んだ。 | |

| | |
|--------|--|
| 特記事項 | <p>【児童】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 児童福祉法の経過措置終了を見据え、保護者や関係機関と連携を図りながら、自活訓練事業の活用や体験入所等の調整を積極的に行い、移行後もきめ細やかなアフターケアを実施することで、着実に地域移行を進めている。 ○ 民間で受入れが困難な被虐待児等の受入を積極的に実施し、また当該児童等に対する支援の専門性向上を図るため、専門職や精神科医によるケースカンファレンスを実施することで的確なアセスメントに基づく支援及び一人ひとりに対する環境整備を行っている。 <p>【成人】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢・虚弱化に対応するため、生活環境の整備を図るほか、精神障害を抱える利用者については、医療関係者や心理職と連携し、個々の状況に合わせた支援を実施している。 ○ 感染症拡大状況下においても、他施設や地域での支援が困難な方の短期入所受入要望に対応するため、徹底した感染症対策の上、実施機関や関係機関と連携を図りながら可能な限り受入を行う等、地域のセーフティネットとしての役割を果たしている。 |
| 要改善事項等 | なし |

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内にあることを確認してください。

【一次評価結果】

| 評点 | 標準点 | 評価基準 | | | | 一次評価結果 | 得点 | A |
|----|-----|-------|----------------|----------------|-------|--------|-----|---|
| | | S | A | B | C | | | |
| | 24点 | 32点以上 | 30点以上 31点以下 | 22点以上 29点以下 | 21点以下 | | 31点 | |

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他公の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。

なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事案の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

| 【確認事項】 | |
|----------|--------------|
| 事業者の財務状況 | 特段問題となる点はない。 |

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

| | |
|---------|---|
| 特命要件の継続 | セーフティネットとしての都立施設の役割を果たすため、利用者支援及び施設運営について安全性と継続性を考慮していく必要がある。 |
|---------|---|

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。

| | | | |
|--------------|----------------------------|------|-----------------------|
| 施設名 (所在地) | 東京都千葉福祉園 (千葉県袖ヶ浦市代宿8番地) | 施設種別 | 障害者支援施設 福祉型障害児入所施設 |
| 指定管理者 | 社会福祉法人 東京都社会福祉事業団 | | |

| 大項目 | | 中項目 | 確認項目 | 評価水準 | 配点 | 水準を上回る 2点 | 水準どおり 1点 | 水準を下回る 0点 | 評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を具体的に記述してください。 | |
|------------------|--------------------------------------|--|---|---|----|--------------|--|--|---|--|
| 適切な 管理の 履行 | 協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか | | | | | | | | | |
| | 1 | ○人員配置は適切か | ○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置している ○変更があった場合、事前に都に報告している ○人員配置上の改善要求を受けた場合、速やかに対処している | ×1 | | ○ | | | ・事業所が目指す経営・サービスを実現するために必要な人材構成としているほか、人員に変更があった場合、所定の期限までに都に報告を行っている。 | |
| | | | ○業務の履行は適切か | | | | | | | |
| | 2 | ・サービスの開始・終了時の対応は適切か | (項目ごとに評価すること) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | ○ | | | | ・利用者のニーズの実現に向けたサービスの提供を行うため個別支援計画を作成し、支援の場においては、出来る限り利用者本位の意向に基づいた支援を行っている。例えば、食事の際の選択食に関して、利用者が一目でわかるように写真を活用し、食べたいものが選べるようにするなど、利用者の自己決定を尊重し、利用者の意向を確認している。 ・理学療法、心理療法、言語療法などの専門的な支援を充実させ、利用者に適した各種療法を行うなど、利用者の状況に応じた支援を実施している。 ・地域移行を希望する利用者については、保護者の理解と協力を得ながら、関係機関と連携して地域生活移行へ取組んでおり、成人2人、児童7人(うち過齢児3人)がグループホームへ移行した。 | |
| | 3 | ・個別状況に応じた計画策定・記録を行っているか | | ×1 | ○ | | | | | |
| | 4 | ・利用者の状況に応じたサービスが適切に実施されているか | | ×1 | ○ | | | | | |
| | 5 | ・プライバシー保護等個人の尊厳を尊重しているか | | ×1 | | ○ | | | | |
| | 6 | ・事務所業務の標準化を図っているか | | ×1 | | ○ | | | | |
| 7 | ・利用者に対する事故等はなかったか | ○利用者に対する事故等は発生しているが、発生時には速やかに適切な対応を行っている | ×1 | | ○ | | ・利用者のケガなどの事故等発生時には、関係機関への速やかな報告や再発防止策の実施など、適切な対応が取られている。 | | | |
| 8 | ○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか | ○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している | ×1 | | ○ | | ・新型コロナウイルス感染対策のために工事延期を余儀なくされた時期もあったが、利用者の高齢化への対応として手すりの設置や車椅子対応の洗面台への改修を実施するなど、感染対策を講じて可能な限りの修繕補修等を行った。 | | | |
| 管理状況 | 経営における社会的責任を果たしているか | | | | | | | | | |
| | 9 | ○社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | | ・虐待防止委員会を定期的に開催し(年10回)、外部委員である弁護士から権利擁護に関する情報や助言を受けている。また、同外部委員を講師に招き、チーフ、チーフ補佐を対象にしたスーパーバイズ研修を実施している。 ・毎年全職員を対象として権利擁護・虐待防止に関する研修を実施している。また、全職員を対象としたセルフチェックを年2回実施し、自己評価を踏まえて寮内で話し合った上で、各寮ごとに支援の宣言をつくることで職員一人ひとりの意識向上を図るなど、利用者の権利擁護等のために、組織的な取り組みを実施している。 | |
| | 10 | ○利用者の権利擁護のために組織的な取組を行っているか | | ×1 | ○ | | | | | |
| | 11 | ○関係法令等が遵守されているか | | ○受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している | ×1 | | ○ | | | ○基本協定、年度協定で定める守るべき関係法令等を遵守し、適切に施設を運営している ○軽微な指摘、指導について、速やかに改善している |
| | 個人情報保護、報告等は適切になされているか | | | | | | | | | |
| | 12 | ○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしているか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | | ・個人情報保護方針や個人情報管理等マニュアルに基づき保護・管理を実施しており、保管方法・処理方法の現場確認を部署ごとに実施している。 ・ホームページを活用し、寮での1日の生活スケジュールや自立支援部門・療法部門・給食部門等、支援内容の概要を掲載するほか、行事一覧表や日常の風景・行事に関する写真を掲載するなど、家族や利用希望者に対し積極的にサービス情報の提供を行っている。 | |
| | 13 | ○利用者へのサービス情報の提供はなされているか | | ×1 | | ○ | | | | |
| | 14 | ○都への報告は適時、適切になされているか | ○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている | ×1 | | ○ | | ・年度当初は報告が遅れたケースがあったが、報告書の作成前にメールで第1報を入れる形に改善されて以降は速やかに報告されている。 | | |
| | 安全性 の確保 | 施設の安全性は確保されているか | | | | | | | | |
| | | 15 | ○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | ○ | | | ・新型コロナウイルス対策会議を毎週(計85回)開催し、月2回感染症専門医師の助言を仰ぐなど、効果的な感染予防対策に取り組んだ。 ・事業継続計画書等で、想定される災害を考慮して組織体制や対応策を示し、発生後の動きを時系列で明記している。避難訓練の定期的な実施や自衛消防隊の編成を行っている。 ・リスクマネジメント委員会を定期的に実施し、ヒヤリハット事例の分析に取り組むほか、新たに誤嚥防止ガイドラインを作成した。 ・シレット型見守りセンサー等の導入を進めるなど、利用者の安全性向上のための環境整備に努めている。 | |
| | 16 | ○施設内外の構造物、設備等の安全確保や防災に関する必要な取組を行っているか | ○法令等により定める基準により適切に管理している ○安全性を考慮した環境整備を行っている ○避難及び消火訓練を実施している(指導検査基準で定められた所定回数) | ×1 | | ○ | | | | |
| 財務・ 財産の 状況 | 適切な財務運営・財産管理が行われているか | | | | | | | | | |
| | 17 | ○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か | ○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している | ×1 | | ○ | | ・経理帳簿等は適切に整備及び保管されている。 ・都有財産は、指定管理協定に基づいて概ね適切に管理されている。物品管理に一部不備があったが、速やかな事実確認を踏まえて適切に修正対応がなされた。 | | |
| 18 | ○都有財産(物品など)の管理は適切か | ○年度協定に基づく財産管理がなされている ○保存物品整理簿を整備している ○不適格品、亡失品等を報告している | ×1 | | ○ | | | | | |

| 求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|------------------------|--|--|----|--|---|--|
| 事業効果 | 事業の取組・サービス内容の向上 | 19 | ○サービス向上等のために人材を育成しているか | ○利用者へのサービス向上等のため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している | ×1 | | ○ | ・高い専門性やスキルを備えた職員の育成を図るため、園の課題を踏まえた研修計画を策定し、実施している。 |
| | | 20 | ○サービス向上に向けた創意工夫をしているか | ○利用者の状況に応じたサービスを複数実施している、又は利用者サービスの向上に向けた創意工夫を行っている ※4で「水準を上回る」としており、さらに評価する取組がある場合 | ×2 | | ○ | ・寮プログラムの標準化や質・統一性を確保するため、活動支援グループ職員による実施状況の把握と助言・指導を行っている。 ・寮会議等で利用者に関する「にやり」「ほっと」した事例を共有したり、3の付く日をハッピーサンクスデイとしてサンクスカードの定着に努めるなど、利用者の新たな一面の発見や同僚への感謝の気持ちを表出する取組を実施している。 ・転倒事故防止ガイドラインの改訂を行い、外部講師を招いて研修会を開催するなど、具体的な対策を学び支援力の向上に繋げた。また、各種専門職から助言を受けながら新たに誤嚥防止ガイドラインを作成した。 |
| | | 21 | ○利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×2 | | ○ | 成人で地域移行先を探している利用者については、近隣地域や都内グループホームの情報を収集し体験入居を実施するなどしている。児童については、社会資源や移行先の空き情報を収集し、一覧にまとめて関係機関と情報共有を図るなど、卒業後の円滑な移行を目指している。 |
| | | 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | | | | | | |
| | | 22 | ○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか | ○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関等との連携を図っている | ×1 | | ○ | ・年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業を実施している ・成人・児童ともに、地域移行を希望する利用者については、保護者の理解と協力を得ながら、関係機関と連携して地域生活移行に取り組んだ。 |

| | |
|--------|---|
| 特記事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関からの入所や虐待児童など、特別な支援を要する高齢児童を受け入れることで、セーフティネットとしての役割を果たし、東京の福祉の増進に寄与している。 ・短期入所事業では、近隣市の利用者の受入れについて、相談があった際には細かく情報収集し受入れ準備を行うなど、地域で暮らす障害者・障害児を支援するため地域ニーズへの対応に努めている。 ・成人についてはグループホームの体験入居等を実施することで、児童については園内の自活訓練棟を活用した生活訓練やグループホームの体験入居、実習に取り組むことで、地域移行を積極的に進めた。 ・シルエット型見守りセンサーのほか、見守り支援システム(眠りスキャン)の新規35台の設置や、iPhone端末を使用したネック式インカム(ほのぼのトーク)の新規導入など、ICTや次世代介護機器を活用した働きやすい職場環境の整備に努めている。 |
| 要改善事項等 | ・都有財産の管理に関して、重要物品が過大登載となっていたので、物品台帳を修正して適正管理を図った。 |

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
 ※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内にあることを確認してください。

【一次評価結果】

| 評点 | 標準点 | 評価基準 | | | | 一次評価結果 | 得点 | A |
|----|-----|-------|----------------|----------------|-------|--------|-----|---|
| | | S | A | B | C | | | |
| | 24点 | 32点以上 | 30点以上 31点以下 | 22点以上 29点以下 | 21点以下 | | 31点 | |

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他公の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。
 なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事案の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

【確認事項】

| | |
|----------|--------------|
| 事業者の財務状況 | 特段問題となる点はない。 |
|----------|--------------|

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

| | |
|---------|--|
| 特命要件の継続 | 当面、利用者支援及び施設運営について安全性と継続性を考慮していく必要がある。 |
|---------|--|

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。

| | | | |
|--------------|--------------------------------|------|---------|
| 施設名 (所在地) | 東京都八王子福祉園 (東京都八王子市西寺方町76番地) | 施設種別 | 障害者支援施設 |
| 指定管理者 | 社会福祉法人 東京都社会福祉事業団 | | |

| 大項目 | | 中項目 | 確認項目 | 評価水準 | 配点 | 水準を上回る 2点 | 水準どおり 1点 | 水準を下回る 0点 | 評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を具体的に記述してください。 | |
|------------------------|---------------------------------------|---|--|------|----|--------------|-------------|--|---|--|
| 【評価項目】 | | | | | | | | | | |
| 適切な 管理の 履行 | 協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか | | | | | | | | | |
| | 1 | ○人員配置は適切か | ○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置している ○変更があった場合、事前に都に報告している ○人員配置上の改善要求を受けた場合、速やかに対応している | ×1 | | ○ | | | ・事業所が目指す経営・サービスを実現するために必要な人材構成としているほか、人員に変更があった場合、所定の期限までに都に報告を行っている。 | |
| | ○業務の履行は適切か | | | | | | | | | |
| | 2 | ・サービスの開始・終了時の対応は適切か | (項目ごとに評価をすること) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | ○ | | | | ・新規入所に当たっては、職員が訪問面談に出向き、入所前の生活状況の聞き取りを行い、生活環境の変化による負担が極力少なくなるように支援や環境を整えている。 ・利用者の希望を踏まえた個別支援計画を作成し、計画で示した支援項目の達成状況を評価している。更に、一人ひとりの意向や障害特性などに沿い、生活様と健康推進科間など多職種でより一層の連携を図り、利用者本位で専門的な支援を提供している。 ・強度行動障害研修等を始めとする各種研修への職員の参加や喀痰吸引の資格取得者の養成など、専門性の高いサービスの提供に努めている。 | |
| | 3 | ・個別状況に応じた計画策定・記録を行っているか | | ×1 | ○ | | | | | |
| | 4 | ・利用者の状況に応じたサービスが適切に実施されているか | | ×1 | ○ | | | | | |
| | 5 | ・プライバシー保護等個人の尊厳を尊重しているか | | ×1 | | ○ | | | | |
| | 6 | ・事務所業務の標準化を図っているか | ×1 | | ○ | | | | | |
| 7 | ・利用者に対する事故等はなかったか | ○利用者に対する事故等は発生しているが、発生時には速やかに適切な対応を行っている | ×1 | | ○ | | | ・利用者のケガなどの事故発生時には、関係機関への速やかな報告や再発防止策の実施など、基本協定及び年度協定に基づき適切な対応が取られている。 | | |
| 8 | ○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか | ○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している | ×1 | | ○ | | | ・施設の運営を円滑に行うため、建物や設備の老朽化を踏まえた修繕や電動昇降式トイレの設置など利用者の高齢化を踏まえた改修を行っている。 | | |
| 管理状況 | 経営における社会的責任を果たしているか | | | | | | | | | |
| | 9 | ○社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | | ・虐待防止委員会では身体拘束について検討・見直しを行っている。また、園独自の虐待防止研修を実施し、グループワークを取り入れて権利擁護の意識向上を図るとともに、セルフコントロールについて学ぶ機会を設ける等様々な方法で権利擁護の徹底のための取組を行っている。 | |
| | 10 | ○利用者の権利擁護のために組織的な取組を行っているか | ×1 | ○ | | | | | | |
| | 11 | ○関係法令等が遵守されているか | ○受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している | ×1 | | ○ | | ・基本協定、年度協定で定める守るべき関係法令等を遵守し、適切に施設を運営している。 ・軽微な指摘、指導について、速やかに改善している。 | | |
| 法令等の遵守、組織マネジメント | 個人情報保護、報告等は適切になされているか | | | | | | | | | |
| | 12 | ○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしているか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ・個人情報保護及び情報セキュリティ対策に関する各種規定を定め、汚職等非行防止月間の自己点検等を活用して職員へ注意喚起を行い、情報漏えい等事故防止の徹底を図っている。 ・園だよりを作成し、家族・関係者への配布やホームページでの公開により、日常生活・活動の様子や行事の報告などを定期的に発信している。また、入所を希望している利用者には短期入所を利用して体験する機会を設けている。 ・基本協定及び年度協定に基づき、利用者事故等があった場合には速やかに都に報告を行い、報告の聴取・調査についても適切に対応している。 | | |
| | 13 | ○利用者へのサービス情報の提供はなされているか | ×1 | | ○ | | | | | |
| 14 | ○都への報告は適時、適切になされているか | ○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている | ×1 | | ○ | | | | | |
| 安全性の確保 | 施設の安全性は確保されているか | | | | | | | | | |
| | 15 | ○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | ○ | | | ・リスクマネジメント委員会を中心に、利用者の急病や単独外出等の訓練を計画的に実施している。また、事故事例の集計・分析結果をリスクマネージャー会議の場等で共有し、事故防止に努めている。 ・新型コロナウイルスの感染防止対策として園内マニュアルを随時更新し、日常的な感染症予防や検査体制の確立、職員等に感染の疑いがあった際の連絡・調整等の対応を徹底している。 ・毎月防災訓練を実施しているほか、河川の氾濫等水害を想定し、情報伝達訓練等を実施している。 | | |
| 16 | ○施設内外の構造物、設備等の安全確保や防災に関する必要な取組を行っているか | ○法令等により定める基準により適切に管理している ○安全性を考慮した環境整備を行っている ○避難及び消火訓練を実施している(指導検査基準で定められた所定回数) | ×1 | | ○ | | | | | |
| 財務・財産の状況 | 適切な財務運営・財産管理が行われているか | | | | | | | | | |
| | 17 | ○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か | ○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している | ×1 | | ○ | | ・経理帳簿等の整理、保管を徹底し、適切に経理処理が行われている。また、財産管理についても整理簿等の整備を進め、適切に実施している。 | | |
| 18 | ○所有財産(物品など)の管理は適切か | ○年度協定に基づく財産管理がなされている ○保存物品整理簿を整備している ○不適格品、亡失品等を報告している | ×1 | | ○ | | | | | |
| 事業効果 | 求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか | | | | | | | | | |
| | 19 | ○サービス向上等のために人材を育成しているか | ○利用者へのサービス向上等のため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している | ×1 | | ○ | | ・年度当初に全職員が職級等に応じて、個別研修計画を作成し、計画的な研修受講を図っている。 ・各利用者のプライマリナース(担当看護師)制を実施し、生活様と健康推進科が連携を図りながら、適切な医療的ケアを実施している。 ・日中活動は、利用者の高齢化・虚弱化や多様化するニーズに対応し、個別支援計画に応じて選択できるように、週21種類のプログラムを提供している。 ・利用者が楽しんで食事できるよう、ペースト食の盛り付けを工夫しているほか、室内の飾りつけや生け花を飾るなど、栄養士や調理師が一丸となって取り組んでいる。 | | |
| | 20 | ○サービス向上に向けた創意工夫をしているか | ○利用者の状況に応じたサービスを複数実施している、又は利用者サービスの向上に向けた創意工夫を行っている ※4で「水準を上回る」としており、さらに評価する取組がある場合 | ×2 | | ○ | | | | |
| | 21 | ○利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×2 | | ○ | | | ・毎年利用者本人を対象に満足度調査を実施し、意向を把握した上で可能な限りサービスに反映するよう努めている。 | |
| 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | | | | | | | | | | |
| 22 | ○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか | ○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関等との連携を図っている | ×1 | | ○ | | | ・年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業を実施している。 ・八王子市障害者地域自立支援協議会等での活動を通じて地域と連携して課題に取り組んでいる。 | | |

| | |
|--------|---|
| 特記事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・医師や看護師等と寮職員が各利用者の健康・生活面の情報を共有して効果的な支援を行っている。また、作業療法士等のアドバイスを受けながら、日常生活における利用者の動作や介護にリハビリ的な視点を取り入れるなど効果的な生活機能維持に取り組んでいる。 ・強度行動障害研修等を始めとする各種研修への参加や喀痰吸引の資格取得者の養成など、高い専門性を持つ職員の育成に努めている。 ・新型コロナウイルスの感染防止対策として園内マニュアルを随時更新し、日常的な感染症予防や検査体制の確立、職員等に感染の疑いがあった際の連絡・調整等について対応を図っている。 |
| 要改善事項等 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の入浴支援中の事故が発生した。 ・園においては、入浴支援の状況を確認してリスク精査を行うとともに、マニュアルの見直しと周知徹底等、再発防止の取組を進めている。 ・法人においては、各施設長等への注意喚起及び事故概要や再発防止策の共有等を行うとともに、事業団虐待等防止委員会で入浴支援時の事故防止対策について検討を実施し、再発防止に努めている。 |

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
 ※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内にあることを確認してください。

【一次評価結果】

| 評点 | 標準点 | 評価基準 | | | | 一次評価結果 | 得点 | B |
|----|-----|-------|----------------|----------------|-------|--------|-----|---|
| | | S | A | B | C | | | |
| | 24点 | 32点以上 | 30点以上 31点以下 | 22点以上 29点以下 | 21点以下 | | 29点 | |

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他公の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。

なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事案の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

【確認事項】

| | |
|----------|----------|
| 事業者の財務状況 | 特段問題はない。 |
|----------|----------|

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

| | |
|---------|---|
| 特命要件の継続 | セーフティネットとしての都立施設の役割を果たすため、利用者支援及び施設運営について安全性と継続性を考慮していく必要がある。 |
|---------|---|

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。

| | | | |
|--------------|------------------------------|------|---------|
| 施設名 (所在地) | 東京都清瀬喜望園 (東京都清瀬市竹丘3-1-72) | 施設種別 | 障害者支援施設 |
| 指定管理者 | 社会福祉法人東京アフターケア協会 | | |

| 【評価項目】 | | | | 評価 | | | | | |
|----------------------|--------------------------------------|---|---|--|--------------|-------------|---|--|--|
| 大項目 | 中項目 | 確認項目 | 評価水準 | 配点 | 水準を上回る 2点 | 水準どおり 1点 | 水準を下回る 0点 | 評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を具体的に記述してください。 | |
| | | | | | | | | | 協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか |
| 適切な 管理の 履行 | 1 | ○人員配置は適切か | ○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置している ○変更があった場合、事前に都に報告している ○人員配置上の改善要求を受けた場合、速やかに対処している | ×1 | | ○ | | 年度協定に定める人員配置基準を順守し、利用者支援を行う上で適切な人員配置を行っている。 | |
| | ○業務の履行は適切か | | | | | | | | |
| | 2 | ・サービスの開始・終了時の対応は適切か | (項目ごとに評価すること) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ・新規利用者の受け入れに際し、各職種による事前訪問とその記録の作成を行い、報告会の場で職員間での情報共有を図っている。 ・事業所独自のシート等により、個々の利用者のニーズについて評価し支援内容をまとめ、多職種が参加する「個別支援計画検討会議」で支援内容の決定を行っている。またその情報をデータベース化し職員間で共有及び確認するとともに、定期的な見直しにより支援計画の修正・発展を行っている。 ・事業所の業務全般に関するマニュアルなどが整備されており、毎年更新の検討を行い、業務に反映させている。 | |
| | 3 | ・個別状況に応じた計画策定・記録を行っているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | 4 | ・利用者の状況に応じたサービスが適切に実施されているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | 5 | ・プライバシー保護等個人の尊厳を尊重しているか | | ×1 | | ○ | | ・新型コロナウイルス感染予防のための様々な制約がある中で、ADL維持のため、施設内でも可能な運動(ポッチャ、ボーリング、グループ体操、マット運動)をするなどプログラムの工夫を行った。 ・医療的ケアを持つ多様な状態の利用者に対し、個別のニーズに対応したきめ細かな食事提供等の支援を行った。 | |
| | 6 | ・事務所業務の標準化を図っているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | 7 | ・利用者に対する事故等はなかったか | | ○利用者に対する事故等は発生しているが、発生時には速やかに適切な対応を行っている | ×1 | | ○ | | ・事故発生時には、速やかに報告し、適切な対応を行っている。【R3:事故報告2件(内訳:転倒1件、骨折1件)】 |
| 8 | ○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか | ○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している | | ×1 | | ○ | | ・リース業者や建管業者と連携し、必要な修繕等を行っている。 | |
| 経営における社会的責任を果たしているか | | | | | | | | | |
| 管理状 況 | 9 | ○社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ・サービス向上委員会による業務振り返りチェックシートを半期ごとに実施するとともに、原則2か月ごとに目標を設定し、職場ごとに取り組みを進めた。 ・利用者からの苦情受付箱を設置し、担当職員やソーシャルワーカーで対応している。 ・オンズ・パーソンが原則月一回来所し、利用者からの意見聞き取りを行っている。 ・毎月開催する虐待防止委員会において状況確認及び対応を検討するとともに、全職員向けにグループワークを主体とした虐待防止研修会を開催している。【R3:虐待通報無し】 | |
| | 10 | ○利用者の権利擁護のために組織的な取組を行っているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | 11 | ○関係法令等が遵守されているか | ○受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している | ×1 | | ○ | | ・法令を遵守した運営ができています。 | |
| | 個人情報保護、報告等は適切になされているか | | | | | | | | |
| | 12 | ○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしているか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ・利用者に関する個人情報の利用目的を、「個人情報保護規程」に明示し、また利用者に対しては、入所時に契約書や重要事項説明書において個人情報に関する取扱いについて説明し、同意を得ている。 ・HPやパンフレットのほか、広報誌「こもれび」(年2回)を、利用者の家族、関係諸機関及び近隣住民に配布して情報発信している。また入園問い合わせがあれば資料送付を行うなど、入園希望者に対して積極的に情報発信している。コロナ禍で、家族の面会・外出・外泊に制限がある中、園での様子を家族に伝える方法として手紙会、作品づくり会を実施した。写真を添えるなど工夫し家族に喜んでいただけるよう取り組んだ。 | |
| 13 | ○利用者へのサービス情報の提供はなされているか | | ×1 | | ○ | | | | |
| 14 | ○都への報告は適時、適切になされているか | ○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている | ×1 | | ○ | | ・入退所者の状況等を毎月の期日までに定例的に報告しており、また利用者事故等があった場合には、速やかに都に報告を行っている。 | | |
| 施設の安全性は確保されているか | | | | | | | | | |
| 安全性 の確保 | 15 | ○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ・「リスクマネジメント委員会」を開催し、事故の再発や未然防止に取り組んでいる。また事故報告やヒヤリハット報告は、課長会議で対策を検討した上で職員に周知し、情報を共有している。 ・「防災推進委員会」を開催して、毎月1回の通報・消火・避難訓練等を実施している。また所定の法令点検のほか、自主点検も実施し、設備の安全性保守に努めている。 ・緊急連絡網やマニュアルを整備して緊急時の役割を明確にしている。 | |
| | 16 | ○施設内外の構造物、設備等の安全確保や防災に関する必要な取組を行っているか | ○法令等により定める基準により適切に管理している ○安全性を考慮した環境整備を行っている ○避難及び消火訓練を実施している(指導検査基準で定められた所定回数) | ×1 | | ○ | | | |
| 適切な財務運営・財産管理が行われているか | | | | | | | | | |
| 財務・ 財産の 状況 | 17 | ○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か | ○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している | ×1 | | ○ | | ・基本協定・年度協定の内容を確認、遵守し、適切な指定管理料の執行管理に努めている。 ・適切な物品・書類管理を行い、都に対して年次毎に報告を行っている。 | |
| | 18 | ○都有財産(物品など)の管理は適切か | ○年度協定に基づく財産管理がなされている ○保存物品整理簿を整備している ○不適格品、亡失品等を報告している | ×1 | | ○ | | | |

| 求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|----|--|--|----|---|---|---|
| 事業効果 | 事業の取組・サービス内容の向上 | 19 | ○サービス向上等のために人材を育成しているか | ○利用者へのサービス向上等のため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している | ×1 | | ○ | ・年間の研修計画に基づき、虐待防止研修など利用者サービスに資する研修を実施した。 ・「サービス向上委員会」を組織し、職員間で月ごとに目標を定め、取組を行った。 |
| | | 20 | ○サービス向上に向けた創意工夫をしているか | ○利用者の状況に応じたサービスを複数実施している、又は利用者サービスの向上に向けた創意工夫を行っている ※4で「水準を上回る」としており、さらに評価する取組がある場合 | ×2 | — | — | — |
| | | 21 | ○利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×2 | | ○ | ・利用者満足度アンケートや給食アンケートの実施、第三者評価の利用者調査など多様な方法で利用者意向を汲み取り、業務改善に活用している。その結果、食事については8割以上が「食事が楽しみ」「食事がおいしい」との第三者評価結果を得ている。 ・民間福祉団体の会議や連絡会等に参加し、外部的課題に関する情報を収集している。 ・利用者支援に当たっての生活ニーズ、新施設建設の設計に関する意見など、利用者との懇談や意見交換を精力的に実施し、把握・収集した利用者ニーズを令和4年度の指定管理者に伝えるなど、指定管理者の変更を円滑に行えるよう努めた。 |
| 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | | | | | | | | |
| | | 22 | ○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか | ○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関等との連携を図っている | ×1 | | ○ | ・都と指定管理者とで月1回頻度の定例会を実施し、社会福祉法人まリモ会への業務引継ぎ及び新規入所に向けた調整など、都の政策に基づく取組を着実に進めた。 |

| | |
|--------|--|
| 特記事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・診療所を併設しており、人工呼吸器の使用や酸素吸入を必要とする内部障害者や、平成29年度から受け入れを開始した知的障害者に対し、医療専門職や生活支援員等の多職種連携の下、医療的ケア・健康管理・生活支援を実施している。 ・新型コロナウイルス感染予防のための様々な制約がある中で、ADL維持のため、施設内でも可能な運動(ポッチャ、ポーリング、グループ体操、マット運動)をするなどプログラムの工夫を行った。 ・利用者満足度アンケートや給食アンケートの実施、第三者評価の利用者調査など多様な方法で利用者意向を汲み取り、業務改善に活用している。その結果、食事については8割以上が「食事が楽しみ」「食事がおいしい」との第三者評価結果を得ている。 |
| 要改善事項等 | ・特に無し |

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
 ※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内にあることを確認してください。

【一次評価結果】

| 評点 | 標準点 | 評価基準 | | | | 一次評価結果 | 得点 | B |
|----|-----|-------|----------------|----------------|-------|--------|-----|---|
| | | S | A | B | C | | | |
| | 24点 | 32点以上 | 30点以上 31点以下 | 22点以上 29点以下 | 21点以下 | | 24点 | |

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他公の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。
 なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事案の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

| 【確認事項】 | |
|----------|-------------------------|
| 事業者の財務状況 | 問題点は認められず、事業実施内容に問題はない。 |

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

| | |
|---------|--|
| 特命要件の継続 | 民間移譲(令和2年度公募・令和6年度民間移譲予定)に伴い、民間移譲法人への引継ぎが必要であることから、令和2年度指定管理者である(福)東京アフターケア協会を特命により選定。 令和4年度より指定管理者変更 |
|---------|--|

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。

| | | | |
|--------------|--|------|---|
| 施設名 (所在地) | 東京都立東大和療育センター(同分園よつぎ療育園を含む) (東大和療育センター:東大和市桜が丘3-44-10、分園よつぎ療育園:葛飾区東四つ木4-44-1-101) | 施設種別 | 障害福祉サービス事業所、医療型障害児入所施設 (分園よつぎ療育園:障害福祉サービス事業所、児童発達支援) |
| 指定管理者 | 社会福祉法人全国重症心身障害児(者)を守る会 | | |

| 大項目 | 中項目 | 確認項目 | 評価水準 | 評価 | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------------|---|---|--|---|-------------|--|--|---|--|
| | | | | 配点 | 水準を上回る 2点 | 水準どおり 1点 | 水準を下回る 0点 | 評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を 具体的に記述してください。 | | |
| 適切な 管理の 履行 | | 協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか | | | | | | | | |
| | | 1 | ○人員配置は適切か | ○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置している ○変更があった場合、事前に都に報告している ○人員配置上の改善要求を受けた場合、速やかに対処している | ×1 | | ○ | | 法令や協定に基づく職員配置基準どおりに適切に配置されており、変更があった際の手続きを適切に行っている。 | |
| | | ○業務の履行は適切か | | | | | | | | |
| | | 2 | ・サービスの開始・終了時の対応は適切か | (項目ごとに評価すること) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ○個別支援計画を定期的に見直すほか、利用者の状態変化に応じて、医師、看護師、支援員、MSW及びリハビリ職員が参加するケース会で随時の見直しを行っている。 ○個別訓練を行うことで利用者のモチベーションを引き出し、グループ活動などを通して、周囲の人との関係づくりができるよう働きかけを行っている。 ○利用者の繊細な目の動きや唇の形、顔の表情や体全体の動き等を等を通して伝わってくる利用者の意思やサインを受け止め、利用者との気持ちや意思の相互交流に努めている。 | |
| | | 3 | ・個別状況に応じた計画策定・記録を行っているか | | ×1 | ○ | | | | |
| | | 4 | ・利用者の状況に応じたサービスが適切に実施されているか | | ×1 | ○ | | | | |
| | | 5 | ・プライバシー保護等個人の尊厳を尊重している | | ×1 | | ○ | | | |
| | | 6 | ・事務所業務の標準化を図っているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | 7 | ・利用者に対する事故等はなかったか | ×1 | | | ○ | 事故等発生時には速やかに適切な対応を行っている。 | | | |
| | 8 | ○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか | ×1 | | | ○ | 施設及び付帯設備について計画的な修繕を行い、適切な管理を行っている。 | | | |
| | 管理状況 | 法令等の遵守、組織マネジメント | 経営における社会的責任を果たしているか | | | | | | | |
| | | | 9 | ○社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ○新任研修で職員倫理に関すること、職業人として守るべきことを説明するとともに、組織人として留意すべき要点を伝えている。 ○年1回、虐待防止・人権擁護に関する事故チェックリストを使って、職員の気づきを促している。 |
| | | | 10 | ○利用者の権利擁護のために組織的な取組を行っているか | | ×1 | | ○ | | |
| | | 11 | ○関係法令等が遵守されているか | ○受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している | ×1 | | ○ | | 関係法令等を遵守して施設を運営している。 | |
| 個人情報保護、報告等は適切になされているか | | | | | | | | | | |
| 12 | | ○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしているか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ○個人情報の保護に関する規程等を院内LANに掲載して、関係職員に注意を促すとともに、全職員に法令順守の取組みについて研修を行うほか、個人情報管理について定期的なチェックを行い、周知徹底を図っている。 ○ホームページやパンフレットなどを用意し、利用希望者に園の情報を提供している。 ○協定上の報告事項や各種変更届など、都への報告が適切になされている。 | | |
| 13 | ○利用者へのサービス情報の提供はなされているか | | ×1 | | ○ | | | | | |
| 14 | ○都への報告は適時、適切になされているか | ○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている | ×1 | | ○ | | | | | |
| 安全性の確保 | 施設の安全性は確保されているか | | | | | | | | | |
| | 15 | ○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | ○ | | | ○コロナ対策として施設独自の「発生時の手引き」を作成し、診療体制の整備を図っている。 ○感染予防対策委員会のほか感染制御チームを設け、毎日3回館内放送を行って感染対策や感染情報を職員周知するほか、定期的に院内を巡回し生活環境を点検している。 | | |
| 16 | ○施設内外の構造物、設備等の安全確保や防災に関する必要な取組を行っているか | ○法令等により定める基準により適切に管理している ○安全性を考慮した環境整備を行っている ○避難及び消火訓練を実施している(指導検査基準で定められた所定回数) | ×1 | | ○ | | | | | |
| 財務・財産の状況 | 適切な財務運営・財産管理が行われているか | | | | | | | | | |
| | 17 | ○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か | ○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している | ×1 | | | ○ | ○委託契約に係る経費を二重に支払う事象が発生した。 ○都有財産の管理は適切に行われている。 | | |
| 18 | ○都有財産(物品など)の管理は適切か | ○年度協定に基づく財産管理がなされている ○保存物品整理簿を整備している ○不適格品、亡失品等を報告している | ×1 | | ○ | | | | | |
| 事業効果 | 事業の取組・サービス内容の向上 | 求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか | | | | | | | | |
| | | 19 | ○サービス向上等のために人材を育成しているか | ○利用者へのサービス向上等のため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している | ×1 | | ○ | | 派遣研修の他、全部署・職種を対象とした「職層別研修」を実施している。 | |
| | | 20 | ○サービス向上に向けた創意工夫をしているか | ○利用者の状況に応じたサービスを複数実施している、又は利用者サービスの向上に向けた創意工夫を行っている ※4で「水準を上回る」としており、さらに評価する取組がある場合 | ×2 | | ○ | | 午前と午後療育活動の時間を設け、感覚刺激や音楽活動など様々な活動を実施している。 | |
| | 21 | ○利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリー配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×2 | | ○ | | 家族会との懇談を実施して、利用者の意向把握に努めている。 | | |
| | 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | | | | | | | | | |
| 22 | ○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか | ○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関等との連携を図っている | ×1 | | ○ | | 医師会、地域の自治体、保健所等の会員や職員で構成される運営協議会を実施し、連携を図っている。 | | | |

| | |
|--------|---|
| 特記事項 | ○個別訓練を行うことで利用者のモチベーションを引き出し、グループ活動などを通して、周囲の人との関係づくりができるよう働きかけを行っている。 ○感染予防対策委員会のほか感染制御チームを設け、毎日3回館内放送を行って感染対策や感染情報を職員周知するほか、定期的に院内を巡回し生活環境を点検している。 ○午前と午後療育活動の時間を設け、感覚刺激や音楽活動など様々な活動を実施している。 |
| 要改善事項等 | ○委託契約経費を二重に支払う事象が生じた。二重に支払った委託契約経費に係る指定管理料については、令和3年度中に東京都へ全額返還された。 |

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内にあることを確認してください。

【一次評価結果】

| 評点 | 標準点 | 評価基準 | | | | 一次評価結果 | 得点 | B |
|----|-----|-------|----------------|----------------|---|--------|----|---|
| | | S | A | B | C | | | |
| | 24点 | 32点以上 | 30点以上 31点以下 | 22点以上 29点以下 | | 26点 | | |

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他他の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。
なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事業の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

【確認事項】

| | |
|----------|---------------|
| 事業者の財務状況 | 特段問題は見受けられない。 |
|----------|---------------|

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

| | |
|---------|--------|
| 特命要件の継続 | 特命でない。 |
|---------|--------|

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。

| | | | |
|--------------|----------------------------------|------|--|
| 施設名 (所在地) | 東京都立東部療育センター (東京都江東区新砂3-3-25) | 施設種別 | 障害福祉サービス事業所 医療型障害児入所施設 医療型児童発達支援センター |
| 指定管理者 | 社会福祉法人全国重症心身障害児(者)を守る会 | | |

【評価項目】

| 大項目 | 中項目 | 確認項目 | 評価水準 | 評価 | | | | 評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を具体的に記述してください。 | |
|-----------------------|---------------------------|---|--|--|--------------|-------------|----------------------------------|---|---|
| | | | | 配点 | 水準を上回る 2点 | 水準どおり 1点 | 水準を下回る 0点 | | |
| 適切な 管理の 履行 | 協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか | | | | | | | | |
| | 1 | ○人員配置は適切か | ○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置している ○変更があった場合、事前に都に報告している ○人員配置上の改善要求を受けた場合、速やかに対処している | ×1 | | ○ | | 法令や協定に基づく職員配置基準どおりに適切に配置されており、変更があった際の手続きを適切に行っている。 | |
| | ○業務の履行は適切か | | | | | | | | |
| | 2 | ・サービスの開始・終了時の対応は適切か | (項目ごとに評価すること) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ○利用者の強みに着目して腕の可動域、歩行状況等を確認し、それらを活かしたコミュニケーション方法や生活行為、活動内容等を検討した上で個別支援計画の目標や支援内容を決めており、個別性の高い計画を作成している。 ○リハビリスタッフと支援員が連携して利用者個々の強みを活かした音楽や感覚といった療育活動が実施されている。 ○コロナによる制限のある中で花火の代替行事として企画された「夕涼み会」では、イベントを通してお祭り気分を味わったり、夕暮れ時に外へ出て涼を感じられるよう工夫している。 ○各種マニュアル・手順書を整備し、事業所業務の標準化を図っている。 | |
| | 3 | ・個別状況に応じた計画策定・記録を行っているか | | ×1 | ○ | | | | |
| | 4 | ・利用者の状況に応じたサービスが適切に実施されているか | | ×1 | ○ | | | | |
| | 5 | ・プライバシー保護等個人の尊厳を尊重しているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | 6 | ・事務所業務の標準化を図っているか | | ×1 | | ○ | | | |
| | 7 | ・利用者に対する事故等はなかったか | | ×1 | | ○ | 事故等発生時には速やかに適切な対応を行っている。 | | |
| | 8 | ○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか | | ○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している | ×1 | | ○ | | 施設及び付帯設備について計画的な修繕を行い、適切な管理を行っている。 |
| | 管理状況 | 経営における社会的責任を果たしているか | | | | | | | |
| | | 9 | ○社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | 虐待防止委員会やサービス向上委員会、倫理委員会等で検討を行い、人権擁護の姿勢保持を図っている。 |
| | | 10 | ○利用者の権利擁護のために組織的な取組を行っているか | | ×1 | | ○ | | |
| | | 11 | ○関係法令等が遵守されているか | ○受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している | ×1 | | ○ | | 関係法令等を遵守して施設を運営している。 |
| 個人情報保護、報告等は適切になされているか | | | | | | | | | |
| 12 | | ○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしているか | (項目ごとに評価する) ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ○電子カルテネットワークをインターネットに接続しない形にする等、必要な措置を講じているほか、チェックリストによる振り返りの機会や研修を開催する等の取組を行っている。 ○総合情報システムを導入し、各職員が必要な情報を入力したり、支援結果を入力できるようにしている。 ○ホームページ、パンフレット、広報誌等で運営及びサービス内容等の情報発信をしており、専門的な知識や支援に関する内容を発信している。 ○協定上の報告事項や各種変更届など、都への報告が適切になされている。 | |
| 13 | ○利用者へのサービス情報の提供はなされているか | | ×1 | | ○ | | | | |
| 14 | ○都への報告は適時、適切になされているか | ○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている | ×1 | | ○ | | | | |
| 安全性の確保 | 施設の安全性は確保されているか | | | | | | | | |
| | 15 | ○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×1 | | ○ | | ○感染予防対策委員会、医療安全委員会、防火・防災委員会等、重点的に対策を検討する場を整備しており、定例開催しながらリスクを最小限に抑える努力をしている。 ○物理的に電子カルテネットワークをインターネットに接続しない形とする等、情報管理の観点から必要な対策を講じている。 | |
| 財務・財産の状況 | 適切な財務運営・財産管理が行われているか | | | | | | | | |
| | 17 | ○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か | ○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している | ×1 | | ○ | | ○経理処理は適切に行われている。 ○経理に関する書類等の管理は適切に行われている。 | |
| 事業効果 | 事業の取組・サービス内容の向上 | 求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか | | | | | | | |
| | | 19 | ○サービス向上等のために人材を育成しているか | ○利用者へのサービス向上等のため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している | ×1 | | ○ | | 看護職員復職支援研修を実施し、受講生の就職につなげることで人材確保を図っている。 |
| | | 20 | ○サービス向上に向けた創意工夫をしているか | ○利用者の状況に応じたサービスを複数実施している、又は利用者サービスの向上に向けた創意工夫を行っている ※4で「水準を上回る」としており、さらに評価する取組がある場合 | ×2 | | ○ | | 摂食マニュアルを改定し、利用者によく見られる状態と対処法等、一人ひとりの状況に合わせた支援が提供できるよう取り組んでいる。 |
| | 21 | ○利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか | ○福祉サービス第三者評価を受審し、サブカテゴリ配下の標準項目数に対する実施ありの項目数割合が9割以上である | ×2 | | ○ | | 利用者からの意見や要望、苦情が出された場合、事業所内で検討するだけでなく、第三者委員が関わる機会を設けている。 | |
| | 行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか | | | | | | | | |
| 22 | ○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか | ○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関等との連携を図っている | ×1 | | ○ | | 関係区との連絡会で支援のあり方等を話し合う等緊密に連携している。 | | |

| | |
|--------|---|
| 特記事項 | ○コロナによる制限のある中で花火の代替行事として企画された「夕涼み会」では、イベントを通してお祭り気分を味わったり、夕暮れ時に外へ出て涼を感じられるよう工夫している。 ○感染予防対策委員会、医療安全委員会、防火・防災委員会等、重点的に対策を検討する場を整備しており、定例開催しながらリスクを最小限に抑える努力をしている。 ○摂食マニュアルを改定し、利用者によく見られる状態と対処法等、一人ひとりの状況に合わせた支援が提供できるよう取り組んでいる。 |
| 要改善事項等 | ○廃棄物品に係る報告に誤りがあり、定例監査において指摘を受けたが、早期に改善を行っている。 |

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内であることを確認してください。

【一次評価結果】

| 評点 | 標準点 | 評価基準 | | | | 一次評価結果 | 得点 | B |
|----|-----|-------|----------------|----------------|-------|--------|----|---|
| | | S | A | B | C | | | |
| | 24点 | 32点以上 | 30点以上 31点以下 | 22点以上 29点以下 | 21点以下 | 27点 | | |

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他公の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。

なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事案の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

【確認事項】

| | |
|--------------|---------------|
| 事業者の 財務状況 | 特段問題は見受けられない。 |
|--------------|---------------|

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

| | |
|---------|--------|
| 特命要件の継続 | 特命でない。 |
|---------|--------|

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。