令和3年度(上期) 指定管理施設管理運営状況報告書

施設担当課: 健康福祉 部 地域福祉 室 障害福祉 課

1. 基本情報 801

施設名 伊丹市立障害者デイサービスセンター **施設の設置目的**在宅の障がい者の健康の増進及びその自立と社会参加の促進を図る。 政策大綱: 健康•医療•福祉 伊丹市総合計画 (第6次) に 策:障がい者福祉 おける関連施策 実施施策:障がい者の地域生活支援体制の整備 社会福祉法人 伊丹市社会福祉協議会 指定管理者 の名称 伊丹市広畑3-1 (団体の住所又は所在地) 選定方法(公募・非公募) 非公募 平成 31 年 4 月 1 日 ~ 令和 6 年 3 月 31 日 及び指定期間 指標名 利用人数 (単位:) 管理運営上の 人 目標 年間の利用者数 指標の意味 (管理運営の指定管 理者の具体的目標) 今年度の目標値 上期の実績値 2,984 6,000

2. 利用状况

| 利用 | | | H17% | H29 | H30 | R元 | R2 | R3 (上期) | R3 (通期) |
|----------|------|-----|--------|--------|--------|--------|--------|------------|------------|
| 状況 | 登録人数 | (人) | 56 | 76 | 79 | 78 | 81 | 77 | |
| 等の 推移 | 実施日数 | (日) | 235 | 246 | 244 | 241 | 240 | 121 | |
| 推移 | 利用者数 | (人) | 5, 909 | 6, 345 | 5, 934 | 5, 757 | 5, 969 | 2, 984 | |
| | | | | | | | | | |

※H17年度は、指定管理者制度未導入。

3. 経費情報

| | | 区分 | 令和元年度 (2019) | 令和2年度 (2020) | 令和3年度 (2021)計画 | 令和3年度 (2021)実績 (上期) |
|----|---------|----------|-----------------|-----------------|-------------------|---------------------------|
| | 使用料収入 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 事業収入 | | 4, 821 | 5, 051 | 4, 926 | 2, 013 |
| 収入 | その他 | | 1 | 7 | 0 | 1 |
| | 指定管理委託料 | | 156, 294 | 159, 204 | 168, 447 | 84, 224 |
| | ①合計 | | 161, 116 | 164, 262 | 173, 373 | 86, 238 |
| | 維 | 光熱水費 | 3, 957 | 3, 681 | 3, 968 | 1, 281 |
| | 持管理 | 清掃等委託料 | 10, 811 | 11, 569 | 11, 266 | 3, 847 |
| | | 土地建物賃料 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | 修繕料 | 217 | 545 | 240 | 58 |
| 支出 | 運営 | 人件費 | 135, 391 | 135, 786 | 146, 053 | 62, 652 |
| | | 事業等経費 | 8, 673 | 8, 814 | 10, 179 | 4, 144 |
| | | その他 | 1, 309 | 1,814 | 1,667 | 476 |
| | | 指定管理納付金 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | ②合計 | | 160, 358 | 162, 209 | 173, 373 | 72, 458 |
| | 純収 | マ支 (①一②) | 758 | 2,053 | 0 | 13, 780 |

| ++=0 • +++++++++++++++++++++++++++++++++++ | | H28 | H29 | H30 | R元 | R2 | R3 (上期) |
|---|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|------------|
| 施設の管理運営に係る実質経費 | 市の収入 | 92, 016 | 94, 784 | 93, 548 | 85, 303 | 87, 310 | 46, 095 |
| (市の負担)※ | (内、使用料収入) | 5, 374 | 5, 521 | 5, 060 | 0 | 0 | 0 |
| (1500) | 市の支出 | 165, 451 | 168, 997 | 168, 042 | 156, 354 | 160, 114 | 137, 740 |
| 〈単位:千円〉 | (内、指定管理委託料) | 163, 061 | 164, 179 | 158, 619 | 156, 294 | 159, 203 | 136, 864 |
| | 実質経費 (歳出-歳入) | 73, 435 | 74, 213 | 74, 494 | 71, 051 | 72, 804 | 91, 645 |

4. 業務評価

| | | | 評価結果 | | | | |
|------|---|---|------|--|---------|-------------------------------------|--|
| | 評価項目 | (具体的内容) | 指定評価 | 2管理者自己評価 | 施設担当課評価 | | |
| | | | | 特記事項 | 評価 | 担当課所見 | |
| | | 館内の清掃を定期的に実施し、常に清潔に保たれているか。 | В | | В | 施設内は常に清潔に保 | |
| 管 | | 保守点検等は、協定書・仕様書に基づき適切に実施しているか。 | В | 清掃・点検業務は、委託 業者が定期的に実施し、 改善等は事前協議を行い | В | たれている。修繕につ いては、連絡・報告の | |
| 理体 | 維持管理業務 の実施状況 | 備品等は、台帳を整備し適切に管理しているか。 | В | ながら実施している。また、修繕は、事前に市担 | В | 上、必要な修繕が適切 に実施されている。ま | |
| 制 | | 修繕業務は、市と適宜協議しながら適切に実施 しているか。 | Α | 当課に報告し、実施している。 | В | た利用者の声を反映し た修繕も迅速に実施さ | |
| 等に | | 環境に配慮した施設運営に取り組んでいるか。 | В | | В | れた。 | |
| 関 | THE TOTAL ! " | 館長等、必要な職員の配置をおこなっているか。 | В | 必要な職員配置に努め、パート職員を前期中に募集し、配置す | В | 介護職員について、引 | |
| する | 職員配置などの実施体制 | 職員研修は、計画どおり実施しているか。 | В | る。研修は、コロナ禍のためセンター職員全体研修並びに県社 協主催の新任研修と新任職員ス | В | き続き募集を継続し、 適切な人員配置に努め たもらいたい。 | |
| る事項 | | 防火管理者等、管理にあたって必要な資格を 持った職員を適正に配置しているか。 | В | テップアップ研修に参加させ る。 | В | | |
| 块 | 防犯・防災対 策への取組状 | 緊急時の連絡体制は整っているか。 | В | 職員の緊急連絡網を作成し配布 済みである。コロナ禍のため消 | В | 緊急時の連絡体制は 整っており、避難訓練 | |
| | 泉への取組状 況 | 避難訓練を実施しているか。 | С | 防計画より遅れるが、10月28日 に避難訓練を実施した。 | В | も実施予定。 | |
| | サービス向上 への取組状況 等 | サービス向上や利用者増へ向けた取り組みを 行っているか。 | В | 今年度に新規利用者の受 | В | 家族会や満足度調査に | |
| | | 利用者の意見を施設運営に反映する仕組を確立しているか。 | В | け入れはなく、4月から 家族会を毎月1回開催 し、家族からの要望等を | В | より、利用者等の意見 が適切に反映され、 | |
| 温 | | 苦情・トラブルに対し、適切・迅速に対応しているか。 | В | 受け入れながら事業を実 施する。苦情・トラブル | В | サービス向上に向けた 取り組みを実施してい | |
| 営 | | 特定利用者を優遇したり、理由もなく利用を制限している事例はないか。 | В | はない。 | В | る。 | |
| 運営等に | 事業等の実施 | 指定管理者として実施すべき事業は、計画どおり実施しているか。 | С | コロナ禍のため、計画している 事業の中止などがあり、代替事 | В | コロナ禍の中、一部事 業の中止はあったが、 | |
| 関 | 状況 | 施設の設置目的を達成するための効果的な事業 展開がなされているか。 | В | 業で対応するなど、事業を継続 実施する。 | В | 事業の継続はできた。 | |
| する項 | 個人情報保 護・情報公開 への取り組み | 各種申請書類等は、適切に保管しているか。 | В | 申請書類等は保管棚に収 納し利用者データは、法 | В | 個人情報等は施錠可能 | |
| 項目 | | 利用者情報などの電子データの取扱は、適切に行っているか。 | В | - る。伝人小ームペーシャ | | な保管場所に保管する など、適切に管理して | |
| | | ホームページの作成や広報紙等を活用した情報 提供を積極的に行っているか。 | В | 機関誌等で情報を継続し て提供している。 | В | いる。 | |
| | 収支の状況 | 収支計画に基づき、適正に運営しているか。 | В | 収入・支出ともに適正に 管理し、処理においても | В | 適切に行われている。 | |
| | 4XXVJ1\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\ | 経理処理は、適切に行っているか。 | В | 経理規程に従い適切に処 理を実施している。 | В | N= 901(□114240 C 4,20° | |

「評価」欄の記号の意味

「A」=協定書・仕様書等の水準を上回っている。

「C」=協定書・仕様書等の水準を満たしておらず改善を要する。

「B」=協定書・仕様書等の水準を満たしている。

「一」=当該項目での評価対象外。

施設所管課総評総合評価

R

施設全体の管理は適切に行われている。また、新型コロナウイルス感染拡大防止に努めながらも、施設を閉館することなくサービス利用の継続ができた。介護福祉人材の確保が困難な状況ではあるが、引き続き人材確保に努めるよう求める。

「総合評価」欄の記号の意味

「AA」=非常に良好である又は非常に成果があった。

「B」=取組状況の水準が普通である。

「A」=良好である又は成果があった。

「C」=改善すべき点が見受けられ、改善を要する。

☆利用者満足度調査(アンケート)結果と対応【実施期間】令和 3年 4月1日~令和 3年9月30日

| 実施の有無 | 主な回答 | 主な対応 |
|-------|------|------|
| 無し | | |
| 回答者数 | | |
| | | |
| | | |

5. 改善指摘事項等

| 指摘事項に対してとられた措置 |
|----------------|
| 12,133 |
| |
| |
| |
| |