

横浜市指定管理者第三者評価制度

横浜市並木地域ケアプラザ 評価シート

評価機関名：株式会社フィールズ

令和4年 10月

目次

評価結果の総括	2
I. 利用者サービスの向上	4
（1）利用者アンケート等の実施・対応	4
（2）意見・苦情の受付・対応	6
（3）公正かつ公平な施設利用	8
（4）広報・PR活動	10
（5）職員の接遇	10
（6）利用者サービスに関する分析・対応	11
（7）利用者サービスの向上全般（その他）	11
II. 施設・設備の維持管理	12
（1）協定書等に基づく業務の遂行	12
（2）備品管理業務	13
（3）施設衛生管理業務	14
（4）利用者視点での維持管理	15
（5）施設・設備の維持管理全般（その他）	15
III. 緊急時対応	16
（1）緊急時対応の仕組み整備	16
（2）防犯業務	16
（3）事故防止業務	18
（4）事故対応業務	19
（5）防災業務	20
（6）緊急時対応全般（その他）	20
IV. 組織運営及び体制	21
（1）業務の体制	21
（2）職員の資質向上・情報共有を図るための取組	22
（3）個人情報保護・守秘義務	25
（4）経理業務	27
（5）運営目標	30
（6）組織運営及び体制全般（その他）	31
V. その他	32

評価結果の総括

※協定書等で定めるとおりの管理運営ができていない点や、協定書等での定めはないが不足していると感じられる点、加えて施設独自の取組として評価できる点などを、総括として記載しています。

協定書等で定めるとおり(標準的な水準)の管理運営については記載していません。

	指定管理者 記述(400字以内)	評価機関 記述(400字以内)
I ・利用者サービスの向上	・玄関に入って直ぐに受付窓口があり、来所された方の対応が直ぐにできるようにしています。 ・「利用者アンケート」を定例で年1回実施しており、いただいた意見は精査し、改善に向けた検討を行います。検討結果については、館内の掲示により公表しています。 ・毎日、朝・夕のミーティングで、来所する利用者等の情報を共有し、円滑な対応を心掛けています。 ・部門ごとに連絡ノートを備えて、担当者が不在の場合でも漏れのないよう対応しています。 ・新型コロナウイルス感染拡大を防ぐために、来所者には消毒と検温をお願いし、体調が悪い方については無理なご利用を控えていただいています。	【評価できる点】 (1)利用者アンケートを行い、振り返りシートに部門別担当別に対応をまとめ掲示しています。 (2)苦情等に対する受付方法、対応方法をわかりやすく掲示しています。 (3)建物は「地域活動ホームシーサイド」と2施設で運営しており、担当のスケジュールが決められています。なお、申込窓口はケアプラザで行っています。申込み方法は決められ、希望通りに利用できています。 (4)広報誌を隔月に発行しており、自治会、関係者に配布しています。講座案内は、相手にあわせて事業の紹介に力を入れています。 (5)アンケート結果から「改善宣言」を発表しています。丁寧でお待たせしない窓口対応、地域福祉活動に係る情報発信の強化、相談しやすい環境づくりの追及にまわっています。 (6)認知症・予防に関する活動と意識が高く、キャラバンメイトや専門団体の運営に協力して貢献しています。
II ・施設・設備の維持管理	・協定書に示された基準に沿って、日常保守管理と定期点検を実施しています。定期点検結果から不具合が発見された場合は、速やかに対応しています。 ・開所から30年が経過し、老朽化に故障が頻発しています。職員による日常点検と業者による設備総合巡視点検により、故障を発見した場合には、都度区役所と協議しています。横浜市全体として予算確保が困難な中で、点検結果等を踏まえて緊急性の高い箇所から対処するよう努めています。 ・玄関には利用者用靴箱があり、スリッパに履き替えるようになっています。靴箱とスリッパには同一の番号が貼られ、利用者が間違えにくい工夫がされています。使用したスリッパは、全て消毒するようになっており、コロナ感染防止に努めています。	【評価できる点】 (1)当館は地域活動ホームとの複合館で、会議室やデイルームが2階に配置されています。建物は30年が経過しており、業者による設備総合巡視、点検、清掃等、職員による日常点検で細心の注意を払っています。 (2)設備総合巡視・月次点検票に基づき毎日備品等も含めて点検を行っています。車いすなどは使用前には必ず目視による安全確認が行われています。 (3)感染症対応のマニュアルは従来から徹底していましたが、新型コロナウイルスの発生で、令和2年度には基礎知識から導入しています。以降、定例会には毎回の話題として現在まで充実してきています。 (4)入場時の消毒と検温、換気と定例の消毒、上履きを使用後には回収して見える化しています。 (5)安全面では、車いすに重量を書いたり、仮置き場ではロックを確実にかけており、気配りが随所に見えます。
III ・緊急時対応	・施設内、行政等との緊急連絡網を備えて、公共施設としての災害時対応や防犯・防災時の連絡体制を整えています。また、所長は運営法人(以下、「法人」という)が貸与したスマートフォンを所持し、24時間連絡体制を整えています。 ・大規模災害時における法人の取り組みとして、常勤職員は自宅から配属された職場への参集訓練を必須としています。 ・また、特別避難場所設置にあたっては、マニュアルを常備し、有事の際は、併設する活動ホームと共に、特別避難場所の運営を執り行えるよう連携を図っています。 ・年2回程度、災害用蓄品の在庫確認を行っています。 ・施設内では、避難訓練(火災発生、地震津波発生を想定)を年2回活動ホームと協力し実施しています。(一時避難先は、正面のUR団地3階部分。地元自治会に協力を要請し、避難場所として承諾いただいています)	【評価できると感じられる点】 (1)事故・ヒヤリハット基準及び事故・災害時の対応マニュアルを整備し、事故や災害の発生事案ごとに対応するフロー図を十数種類設け、迅速な対応を可能としています。 (4)所長は、業務用のスマホを常に携帯し、いつでも連絡が可能です。災害時には、職員はスマホの安否確認アプリを利用して安否情報を直ちに通報する仕組みを取っています。 (6)施設は、海拔2mに位置しているため、津波の際は、緊急的な一時避難場所として、道路の反対側のUR団地の3階以上に避難することができるよう、団地の自治会の了解を得ています。 この案内図を各部屋、階段踊り場などに掲示し、会議やイベントの開始時に、職員が避難場所や災害対策について、必ず説明することとしています。 【提案事項】 昨今介護事業所に求められている感染症対策を含めたBCPについては令和5年3月までに作成予定とのことです。今後に期待されます。

	指定管理者 記述(400字以内)	評価機関 記述(400字以内)
IV・組織運営及び体制	・常勤職員は専門知識・資格を持つ人材を、法人が直接採用し、地域ケアプラザへの配置や人事異動を行っています。市社協・区社協・施設等、様々な部署で経験を積むことができます。なお、非常勤職員については当施設で直接採用しています。 ・職員は法人の方針を踏まえた個人目標を年度ごとに設定し、自己評価及び上司からの評価・指導による人事考課制度を全常勤職員に対して実施しています。 ・法人では16館の地域ケアプラザを運営しており、定期的に職種別の連絡会を開催し、スキルアップや業務改善につなげています。で各部門毎の連絡会を開催し、情報の共有と共に資質向上に努めています。	【評価できると感じられる点】 (1)運営法人の職員研修体制は、基幹研修や実務研修は多岐にわたる分野の研修が数十以上のメニューで計画され、充実しています。新規採用時のみならず、階層別やキャリアアップのための研修を職員は積極的に受講することができます。 (2)職員の資質向上、情報共有のため、朝と夕に必ずミーティング情報を共有しています。部門別の連絡ノートがあり、担当職員が不在であっても、閲覧することにより情報伝達が確実に行えます。施設の代表アドレスに届くメールも常にチェックし必要な事項はミーティングの際に報告して対応を確認しています。 【提案事項】 節電については、管球のLED化がランニングコストの削減面で有利と思われますが、施設側の認識はあるものの、設備資金調達の課題があるため、具体的な改善計画には至っていません。取り組みを働きかけることを期待します。
V・その他	・地域福祉保健計画の推進、特に地区別計画については、地区支援チームの一員として、地区推進連絡会や地区支援チーム会議等に積極的に参加しています。地域により身近な施設として地域の方々の声を把握し、地域支援チーム内で地域の課題を共有を進めています。 ・総合相談では、令和3年度3,056件と非常に多くの相談に対応しました。相談対応においては地域包括支援センターと区役所との連携を密にしています。なお、区高齢者支援担当と月1回定例会義を開催し、困難ケースの情報共有や対応検討を行っています。また、権利擁護事業や医療連携等も区役所や区内各地域ケアプラザと連携しながら進めています。 ・敷地内の池で勝っている、めだかの餌やりを下校中の小学生が担っています。毎日10人程が地域ケアプラザに立ち寄っています。	【評価できる点】 ①昨年度の相談件数は3千件超にのぼり、施設への信頼度が高く、電話対応や面談時の対応などの接遇の姿勢と対応が的確であることを窺わせます。一方、地域は、同一時期にできた巨大な団地で、高齢化に加え、8050問題、引きこもりなどの事例も増えつつあります。施設では住民を孤立させず「元気な高齢者が多い街」「子育て世代にも魅力ある街」の具現化に向け、見守りの仕組みづくりを地域の方々と進めています。 ②施設では、あらゆる階層の方々が訪問してケアプラザを理解したり、学習したり、居場所を見つけられるよう40以上のテーマの自主事業を開催しています。コロナ禍で中止するものもありますが、内容を新しいテーマに変更しています。チラシを作ったり配布して事業の見える化を行っています。玄関前の小さな池にいるメダカに通学の小学生がエサをやり、この接点から学習会や自習会に参加してもらう交流につなげています。

I. 利用者サービスの向上

(1) 利用者アンケート等の実施・対応

①サービス全体に対する利用者アンケート等を、年1回以上実施しているか？

※アンケートは、市のアンケート様式を使って行うアンケート、または独自作成のアンケートなど。
アンケートでなくても、利用者の声を幅広く聞くことがあれば、実施していると判断する。なお、自主事業に対するアンケートとは異なる。ただし、自主事業に対するアンケートの一部で施設全体のサービスについても質問している場合は、実施していると判断する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 年1回以上実施している ☐ 実施していない	☒ 年1回以上実施している ☒ アンケート ☐ 実施していない ☐ その他
評価機関 記述 <実施内容(時期、規模等)を記述して下さい。(100字以内)> 10～11月に部門ごとにアンケート調査を実施 <実施していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> アンケートの書式は区役所の要望も取り入れ、法人が運営する地域ケアプラザの統一様式で実施しています。	

②利用者アンケート等の調査結果を分析し課題を抽出しているか？

※利用者アンケート等で挙げられた意見や調査結果の分析から、課題を抽出しているかを確認する。
※①で実施していないにチェックした場合は、非該当と判断する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 課題を抽出している ☐ 課題を抽出していない ☐ 特に課題がない ☐ 非該当	☒ 課題を抽出している ☐ 課題を抽出していない ☐ 特に課題がない ☐ 非該当
評価機関 記述 <確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> アンケート用紙 ヒアリング <課題を抽出していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 担当を部門別に決め、課題を整理しています。	

※利用者アンケート等から抽出した課題に対し、職員間でのミーティング等の中で対応策を検討し、改善に向けた取組を実施しているかを確認する。なお、施設のみでは解決できない課題については、市・区等関係機関に適切につないでいるかどうかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 対応策を実施している	☒ 対応策を実施している
☐ 一部対応策を実施していない	☐ 一部対応策を実施していない
☐ 対応策を実施していない	☐ 対応策を実施していない
☐ 非該当	☐ 非該当

④利用者アンケート等の結果及び課題の対応策を公表しているか？

※①で実施していないにチェックした場合は、非該当と判断する。

指定管理者 チェック		評価機関 チェック	
☒ 公表している	☒ 公表している	☐ 公表していない	☐ 公表していない
☐ 公表していない	☐ 公表していない	☐ 非該当	☐ 非該当
評価機関 記述			
<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 区のホームページ、館内掲示 <公表していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 検討結果は、「利用者アンケート集計結果」(「改善宣言」も記述)、「利用者アンケート振り返りシート」を館内正面階段入口に掲示して公表しています。掲示期間は翌年の調査結果がまとまるまでの1年間です。なお、期間外でも気づいたことはも申し出や意見箱で受け入れることを併記して伝えています。			

(2) 意見・苦情の受付・対応

①ご意見ダイヤルの利用方法に関する情報を提供しているか？

※ポスターの掲示やちらしの配布、ホームページなどでの情報提供について、目視により確認する。なお、指定管理者名や期間が情報提供されていない場合があれば、一部不備と判断する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 情報提供している	☒ 情報提供している
☐ 情報提供しているが、一部不備がある	☐ 情報提供しているが、一部不備がある
☐ 情報提供していない	☐ 情報提供していない
評価機関 記述	
<一部不備がある、又は情報提供していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 苦情解決制度のごあんない「ご意見・ご要望がありませんか」のポスターを掲示しています。	

②利用者が苦情や意見を述べやすいよう、窓口(ご意見箱の設置、ホームページでの受付等)を設置しているか？

※利用者からの苦情や意見を受け付ける窓口を整備しているかどうか目視により確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 設置している	☒ 設置している
☐ 設置していない	☐ 設置していない
評価機関 記述	
<設置内容を記述して下さい。(100字以内)> 館内入口横にご意見箱・用紙・筆記用具を設置しています。また、ホームページ上の「お問い合わせ」アイコンをクリックして、苦情や意見を入力できます。 <設置していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 館内のご意見箱は、当番職員が毎日投函の有無を確認しています。また、ホームページには、「お問い合わせ」のアイコンがあり、入力した内容は施設代表メールに届きます。当該メールを見逃さないように、朝礼と夕礼時に代表メールを共有して市民の意向を関係者で確認しています。	

③苦情解決の仕組みがあるか？

※利用者の苦情等に対する受付方法、対応手順、責任者や担当者等が決まっているかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 仕組みがある	☒ 仕組みがある
☐ 仕組みがない	☐ 仕組みがない
評価機関 記述	
<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 現場確認 <仕組みがない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 法人作成のマニュアルを採用しています。	

④苦情解決の仕組みを利用者等に周知しているか？

※館内掲示やちらしの配布、ホームページの活用等の状況を確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 周知している	☒ 周知している
☐ 周知していない	☐ 周知していない
評価機関 記述	
<周知方法を記述して下さい。(100字以内)> 館内エントランス壁面及び各部屋にも掲示 <周知していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)>	

⑤利用者から苦情等が寄せられた際には、内容を記録しているか？

※利用者から寄せられた苦情等について、その内容を記録に残しているかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 記録している	☒ 記録している
☐ 記録していない	☐ 記録していない
☐ 苦情等が寄せられていない	☐ 苦情等が寄せられていない
評価機関 記述	
<記録していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)>	

⑥苦情等の内容を検討し、その対応策を講じているか？

※職員間でのミーティング等の中で対応策を検討し、改善に向けた取組を実施しているかを確認する。なお、施設だけでは対応できないものに関しては、市・区等関係機関につないでいるかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 対応策を実施している	☒ 対応策を実施している
☐ 一部対応策を実施していない	☐ 一部対応策を実施していない
☐ 対応策を実施していない	☐ 対応策を実施していない
☐ 苦情等が寄せられていない	☐ 苦情等が寄せられていない
評価機関 記述	
<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> ヒアリング <一部対応策を実施していない、又は対応策を実施していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 寄せられた苦情等に対する対応策は法人にも報告され、法人全体として実態を把握し改善に向けた体制を整えています。なお、行政に関連あれば報告し、指示を受けることにしています。	

⑦苦情等の内容及び対応策を公表しているか？

※1 つ以上の媒体(館内掲示・広報紙誌・ホームページなど)で公表しているかどうかを確認する。なお、館内掲示を行っている場合は、利用者の目にとまりやすい場所に掲示しているかを確認する。利用者会議等で公表している場合は、議事録の記載内容を確認する。また、当該利用者のプライバシーを侵害しないよう配慮しているかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 公表している	☒ 公表している
☐ 公表していない	☐ 公表していない
☐ 苦情等が寄せられていない	☐ 苦情等が寄せられていない
評価機関 記述	
<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> ヒアリング <公表していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 寄せられた苦情等から抽出された課題は公表することになっています。なお、個人のプライバシーに抵触するケースは掲示・公表を避けています。この2年間は公表する事案がないので館内掲示したものはありません。	

(3) 公正かつ公平な施設利用

①施設案内(施設内容、施設の利用方法等)に関する情報を、地域に幅広く提供しているか？

指定管理者 記述	評価機関 記述
<施設案内(施設内容、施設の利用方法等)に関する情報の具体的な広報・PR活動について記述して下さい。(400字以内)> 連合自治会や地区社協など、エリア内各所関係団体や住民へは広報紙及びチラシ等の回覧等で周知・PRを行っています。また、障害者や子育て支援などの福祉団体や学校と連携し、活動範囲を広げるための提案をしています。 ホームページについては、法人のホームページ内に施設ごとのページが設けてあり、広報紙「はあとらんど」やイベントの案内等について掲載しています。 また、地域内の会合や行事等に参加して、活動紹介や出張相談を実施し、施設の周知や施設までの来られない方の相談に応じています。	<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 施設利用案内 注意事項 説明書 <不足していると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 施設案内は広報誌や個別のチラシを自治会や事業所に回覧、PRしています。ホームページにも掲載しています。地域別の状況把握のため、自治会や地区社協、民児協、関係団体の会合や行事等に参加し、ケアプラザの情報を周知しています。出張による相談活動も効果的です。この出会いの中で新しい発想の種が出てきています。

②窓口に「利用案内」等を備えているか？

※目視により確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 備えている	☒ 備えている
☐ 備えていない	☐ 備えていない
評価機関 記述	
<備えていない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 窓口以案内リーフレット「利用登録団体会場利用のしおり」を置いてあります。	

③申請受付に当たっては、先着順や抽選など、公平な方法により行っているか？

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 行っている	☒ 行っている
☐ 行っていない	☐ 行っていない
評価機関 記述	
<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 予約台帳、ヒアリング <行っていない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 当館は並木地域ケアプラザと地域活動ホームシーサイドの2施設で運営しており、曜日別に使用優先枠が決められています。貸し出しの予約窓口はケアプラザで行っています。受付日は決められていますが、会員希望を聞き、希望に沿った部屋を配分しています。	

④人権擁護に関する研修等を、年1回以上、職員に対して実施しているか？(常勤・非常勤に関わらず)

※研修としては市が主催する研修等も含まれる。全ての職員に対して研修を行っているかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☐ 全ての職員に実施している	☒ 全ての職員に実施している
☒ 一部の職員に実施していない	☐ 一部の職員に実施していない
☐ 研修を実施していない	☐ 研修を実施していない
評価機関 記述	
<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 研修計画 ヒアリング <一部の職員に実施していない、又は研修を実施していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 市が主催する研修は一部の職員が参加しますが、施設開催の研修は職員が全員参加して実施しています。	

(4) 広報・PR活動

① 広報紙誌を作成するなど、積極的に広報・PR活動を実施しているか？

※施設独自の広報紙誌の発行、区や市の広報紙誌への情報提供、ホームページの作成、町内会掲示板等への情報提供、他公共施設へのパンフレットやちらしの設置などを実施しているかどうかを確認する。

指定管理者 記述	評価機関 記述
＜施設全体及び各事業に関する具体的な広報・PR活動について記述して下さい。(400字以内)＞ 広報紙は隔月年6回定期発行、約2,000部配布しています。今年度は増刊号として生活支援関係の広報紙を隔月で発行しています。 ※今は、増刊号発行してない 作成した広報紙等については、自治会町内会を通じて、回覧や掲示板等に掲載していただき活動のPRを行っています。また、講座など事業についてはチラシを作成し、ホームページへの掲載、窓口や各所出張の際に配布を行っています。今年度は他の広報媒体(横浜カレンダー、広報よこはま区版)を活用してもらい、より広くPRに努めています。 数年前から実施している担当職員の顔写真入りの包括支援センター紹介カードは、ご利用者にとって親しみやすいと評判が良いため、区内各地域ケアプラザでも取り入れられています。 令和4年3月から「ヨコハマ地域活動・サービス検索ナビ」を開始しました。ネット検索で高齢者が活動できる地域情報を担当職員が集めて掲載しています。	＜確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)＞ 広報誌、チラシ類、ヒアリング ＜不足していると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)＞ ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)＞ 広報誌は隔月に約2,000部印刷、講座講演の案内や募集チラシと自治会や地域の公共施設に配布して広報しています。情報データはホームページや市の広報誌に提供されています。会合や総合相談の場でも、相手にあわせて講座や事業の紹介に力を入れています。体の弱い人には元気づくりステーション、元気な人には自主事業の中から選んで紹介しています。「ヨコハマ地域活動・サービス検索ナビ」も活用しています。

(5) 職員の接遇

※職員と利用者のやりとりを観察し、確認する。

指定管理者 記述	評価機関 記述
＜窓口・電話・施設内での挨拶・分かりやすい説明・言葉づかい・待ち時間への配慮・身だしなみ等に関する取組内容について記述して下さい。(400字以内)＞ ・来館者への挨拶を徹底し、窓口でお待たせすることがないよう、全職員が心掛けています。 ・身だしなみ、名札の携帯、職員の体調等については、毎朝のミーティングで確認を行っています。 ・電話により相談された方が来所対応となった場合には、相談予約をしてもらう他、来所の際には予め電話連絡をしていただき、担当者不在で来所されないように配慮しています。 ・制度の説明等は難解な用語や手続きが複雑なものもあるので、相手にとってわかり易い言葉や説明、言葉使いを意識しています。古い施設で、個室の相談コーナーがないためプライバシーには十分配慮して行っています。	＜不足していると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)＞ ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)＞ 受付では丁寧な意思疎通ができる対応を心がけています。入口横の受付で不十分なときは、事務室から出て立ち話を、さらに1階の交流コーナーを利用しますが、複雑な相談の場合は2階の相談室を利用しています。電話受付では、すみやかにつながりますが、担当職員が電話中や不在等の場合は、ご要望の内容を丁寧に聞き、専門の担当に気持ちよくつながるようにしています。

(6) 利用者サービスに関する分析・対応

※利用実績(施設全体及び各部屋の利用者数とその内訳)及びアンケート、意見・苦情についての分析・対応について資料及びヒアリングにより確認する。

指定管理者 記述	評価機関 記述
＜利用者サービス(部屋別・時間帯別の利用実績、アンケート、意見・苦情等)について、指定管理者としてどのように分析をしていて、それに対して現状はどのように対応しているのか、又今後どのように対応していこうと考えているのかを記述して下さい。＞(400字以内)＞ アンケートの結果については、部門ごとに傾向を把握して、全体の傾向を職員会議で共有します。その上で、「改善／振り返りシート」で部門ごとに検討し、窓口に意見とその改善策を公表しています。 特定の方を対象とした介護保険部門については、個人情報取扱に関することや、日々の情報提供に関する事などが充分伝わっていないことがしばしば見られ、より丁寧に対応するよう心掛けています。 アンケート結果と対応策については運営協議会等に報告し、対応しています。	＜不足していると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)＞ ＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)＞ アンケート結果から、わかりやすい説明や安全な行動への期待には対応を具体化しています。事業の広報やチラシを配布して、一人ひとりへの説明や支援を徹底しています。アンケートの意見をもとに、丁寧でお待たせしない窓口対応、地域の様々な地域福祉活動に係る情報発信の強化、相談しやすい環境づくりの追及の3つの「改善宣言」をして取り組んでいます。

(7) 利用者サービスの向上全般(その他)

評価機関 記述
＜評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)＞ 認知症・予防に関する活動と意識が高く、キャラバンメイト(認知症サポーターを養成する講座の講師役を務める人)の会を通じて地域のサポーターを増やし、認知症が身近に触れ合える環境作りに取り組んでいます。その活動のなかで認知症への理解を促す市民グループ「ロバの会」を積極的に支援し、認知症やその家族を支え、住みよい街づくりに貢献しています。 ＜参考意見として、評価機関からの提案があれば記述して下さい。(200字以内)＞

Ⅱ. 施設・設備の維持管理

(1) 協定書等に基づく業務の遂行

①協定書等のとおり建物・設備を管理しているか？

※協定書等(示されていない場合は仕様書・事業計画書等)に示された日常保守管理及び定期点検の実施状況を確認するため、評価対象期間のうち任意で1カ月分を抽出し、記録が存在するかどうかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 協定書等のとおり、又は協定書等を上回って管理している	☒ 協定書等のとおり、又は協定書等を上回って管理している
☐ 協定書等のとおり管理していない	☐ 協定書等のとおり管理していない
評価機関 記述	
<協定書等のとおり管理していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 館内の設備総合巡視は毎月外部委託業者により行われ、不具合箇所は緊急度により改修しています。日常点検は職員によって館内チェック表に基づいて行われています。	

②協定書等のとおり清掃業務を実施しているか？

※協定書等(示されていない場合は仕様書・事業計画書等)に示された日常清掃・整理整頓や、定期的な清掃(床掃除及び窓清掃)を実施しているかどうか記録を確認する。
日常清掃に関しては、チェックリストを用いて記録しているかを確認する(チェックリストでなくとも、実施記録が存在すれば実施していると判断する)。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している	☒ 協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している
☐ 協定書等のとおり実施していない	☐ 協定書等のとおり実施していない
評価機関 記述	
<協定書等のとおり実施していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)>	

(2) 備品管理業務

①指定管理者所有の備品と区別した、地域ケアプラザ(市所有)の備品台帳があるか？

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ ある	☒ ある
☐ ない	☐ ない
評価機関 記述	
<(備品台帳が)ない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)>	

②地域ケアプラザ(市所有)の備品台帳に記された備品がすべて揃っているか？

※評価対象年度に購入した新規備品に関しては、書類上記載されたものが存在するかどうかを確認する。
その他の備品に関しては、任意で5つの備品(高額備品を優先する)を備品台帳から抽出して、存在するかどうかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 揃っている	☒ 揃っている
☐ 揃っていない	☐ 揃っていない
評価機関 記述	
<揃っていない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)>	

③利用者が直接使う地域ケアプラザの備品に安全性に関わる損傷等がないか？

※施設の利用状況により確認できない備品を除き、現物を確認する。
※すでに対応済みの場合は、「安全性に関わる損傷等がない」と判断する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 安全性に関わる損傷等がない	☒ 安全性に関わる損傷等がない
☐ 安全性に関わる損傷等がある	☐ 安全性に関わる損傷等がある
評価機関 記述	
<安全性に関わる損傷等がある場合は、その内容を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 設備総合巡視・月次点検票に基づき毎日備品等も含めて点検を行っています。車いすなどは使用前後には必ず目視による安全確認が行われています。	

(3) 施設衛生管理業務

①国や市などの感染症マニュアル等に準じて、職員に研修が行われているか？(常勤・非常勤に関わらず)

※「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」(厚労省平成 17 年6月 28 日)及び「高齢者施設等における感染症対応の手引き」(横浜市健康福祉局平成18年6月)等に準じて、年1回以上、すべての職員に対し、研修を実施しているかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☐ 全ての職員に実施している	☒ 全ての職員に実施している
☒ 一部の職員に実施していない	☐ 一部の職員に実施していない
☐ 研修を実施していない	☐ 研修を実施していない
評価機関 記述	
<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 研修報告書・ヒアリング <一部の職員に実施していない、又は研修を実施していない場合は、その理由について記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 感染症対応マニュアルを職員に研修していましたが、令和2年度の新型コロナウイルスの発生で基礎知識から徹底しています。以降、定例会には毎回の話題としており、現在まで内容を充実してきました。	

②ゴミ処理等における衛生管理を適切に行っているか？

※定期的に館内のゴミを回収しているかを資料により確認し、ゴミ容器等から汚臭・汚液等が漏れないよう管理しているかを現場確認する。また、集めたゴミが館内外に長期間放置されていないかも現場確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 適切に管理している	☒ 適切に管理している
☐ 適切に管理していない	☐ 適切に管理していない
評価機関 記述	
<適切に管理していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 事務所内に4分類(燃やすごみ・プラ・紙類2種)に分け保管され、集められたゴミは施設外のゴミ容器に分類管理されています。このゴミは、横浜市のルート回収により定期的に回収されています。令和4年4月より、職員昼食時に出るプラ容器は、各自で持ち帰り、ゴミと経費の削減を意識しています。	

③本市の分別ルールに沿って適切に分別を行っているか？

※ゴミ容器等により確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 適切に分別している	☒ 適切に分別している
☐ 適切に分別していない	☐ 適切に分別していない
評価機関 記述	
<適切に分別していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 施設外の容器に適切に分類管理され、伝票により処理されています。	

(4) 利用者視点での維持管理

①施設が常に清潔な状態に保たれ、使いやすい施設となっているか？

※施設・設備・消耗品・外構・植栽・水周り等についての損傷状況、清掃状況、利用者への配慮等について確認する。

指定管理者 記述	評価機関 記述
<清潔な状態及び使いやすい施設とするための取組について記述して下さい。(400字以内)> ・館内は、毎日清掃業者による日常清掃と定期清掃、その他職員による簡易な清掃を行っています。また、館内は上履きに履き替えて利用いただくことで、館内をより清潔に利用いただくよう努めています。 ・新型コロナウイルスを初めとする感染症対策は、受付窓口に自動消毒器を設置すると共に、非接触型の体温計を備えて来館者の体温を測定しています。 ・加湿器に除菌剤を入れ室内の空気を除菌しています。また、手洗いの励行を行っています。 ・新型コロナウィルス感染拡大以降、職員及び利用者にはマスクの着用を依頼しています。マスク着用を忘れた方については、当施設からマスクを配付して着用していただいています。 ・緊急時に迅速に対応できるよう、内部研修等も実施しています。その他感染症についても、チラシ等を掲示し、館内利用者への呼びかけに努めています。	<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 現場確認・資料・ヒアリング <不足していると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 地域ケアプラザの役目やチラシ類が見えるところに大きな字でカラフルにわかりやすく掲示されています。新型コロナウイルス感染対策も、入場時の消毒と検温、換気と消毒、手洗いの励行、加湿器、上履きを使用後の回収など見える化して徹底しています。

(5) 施設・設備の維持管理全般（その他）

評価機関 記述
<評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 安全面では車いすに重量を明記したり、仮置き場ではロックを確実にかけており、気配りが随所に見えます。 <参考意見として、評価機関からの提案があれば記述して下さい。(200字以内)>

Ⅲ. 緊急時対応

(1) 緊急時対応の仕組み整備

①緊急時マニュアルを作成しているか？

※緊急時に対応の手順が確認できるものがあれば作成していると判断する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 作成している ☐ 作成していない	☒ 作成している ☐ 作成していない
評価機関 記述	
<作成していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> マニュアルは、事故や災害についていろいろな事態を想定したケースごとに十数通りのフロー図で構成されています。だれでも緊急事態の対応が迅速に取れる内容となっています。施設内避難経路図と地震津波の際の避難場所への経路図を館内各部屋、階段などに掲示し、一目で避難先を理解できるように配慮しています。	

(2) 防犯業務

①協定書等のとおり防犯業務を実施しているか？

※協定書等(示されていない場合は仕様書・事業計画書等)に示されたとおりの防犯業務を実施しているかどうかを確認する。機械警備の場合、当該機械の設置の有無を確認すること。なお、動作異常が起こった場合は、適切に対応できているか、記録により確認する。適切な対応(①警備業者への迅速な復旧指示、②必要に応じ、警備業者に代替警備等の要請あるいは行政との対応協議、③対応状況の記録)ができていない場合は、適切に業務が行われていないと判断する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している ☐ 協定書等のとおり実施していない ☐ 評価対象外施設	☒ 協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している ☐ 協定書等のとおり実施していない ☐ 評価対象外施設
評価機関 記述	
<警備の内容についてチェック又は記述して下さい。> ☒ 機械警備 ☐ その他(具体的に:) <協定書等のとおり実施していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 誤報や職員の操作ミスにより発報するケースがありますが、警備員は迅速に現場臨場して対応し、原因を明らかにして丁寧な報告がなされています。	

②鍵を適切に管理しているか？

※鍵の管理者・管理方法が明確になっているかどうかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 適切に管理している	☒ 適切に管理している
☐ 適切に管理していない	☐ 適切に管理していない
評価機関 記述	
<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 現場確認 <適切に管理していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 鍵は事務室内のキーケースに保管され、使用者は日付・時間・担当者名・鍵の種類をチェックシートにその都度記入しています。業務終了後は、鍵付きロッカーに収納しています。	

③事故や犯罪を未然に防止するよう、日常、定期的に館内外の巡回を行っているか？

※不審者・不審物の有無、利用していない各室等の施錠・消灯・異常の有無の確認のための館内定期巡回等が定期的に行われていることを、記録により確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 定期的に行っている	☒ 定期的に行っている
☐ 定期的に行っていない	☐ 定期的に行っていない
評価機関 記述	
<定期的に行っていない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 館内点検票に基づいて毎日2回担当を決めて各室を点検し、安全の確認を行っています。防犯カメラでも常時監視しています。館内外の巡回では、窓やドアの施錠の有無、電気コンセントの使用状況、管球の球切れなどに注意を払っています。	

(3) 事故防止業務

①事故防止のチェックリストやマニュアル類を用い、施設・設備等の安全性やサービス内容等をチェックしているか？

※施設・設備の安全性やサービス内容等のチェックの記録を確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ チェックしている	☒ チェックしている
☐ 一部チェックに不備がある	☐ 一部チェックに不備がある
☐ チェックしていない	☐ チェックしていない
評価機関 記述	
<一部チェックに不備がある場合、又はチェックしていない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> デイサービスの分野では気づきシート(ヒヤリハットシート)を作成し、状況・内容を具体的に記入後原因を分析し、改善策と今後の対応をシートにまとめ、回覧して共有しています。	

②事故防止策の研修等を実施しているか？(常勤・非常勤に関わらず)

※事故防止策について全ての職員に対して研修を行っているかを確認する。スタッフミーティングの中で、事故防止策をテーマとして職員同士で勉強会等を行っている例も該当する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 全ての職員に実施している	☒ 全ての職員に実施している
☐ 一部の職員に実施していない	☐ 一部の職員に実施していない
☐ 研修を実施していない	☐ 研修を実施していない
評価機関 記述	
<研修の内容(テーマ及びその対象者)を記述して下さい。(100字以内)> テーマ(車いすでの転倒・ケガおよび車両事故) 対象者(全職員) <一部の職員に実施していない、又は研修を実施していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 車両事故をテーマにした研修では、バック時の添乗者の行動や位置の確認など、安全運転の心がけを啓発しています。毎月の法人所長会議で、他施設での事故事例の対応結果や改善策をテーマにし対応策を共有しています。すぐ徹底したい内容は、朝夕のミーティングで周知しています。	

(4) 事故対応業務

①事故対応策の研修等を実施しているか？(常勤・非常勤に関わらず)

※AEDの操作研修をはじめとした体調急変時等の事故対応をテーマとした研修を全ての職員に対して行っているかを確認する。

なお、研修でなくとも、スタッフミーティングの中で事故対応をテーマとして職員同士で勉強会を行っている例も該当する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 全ての職員に実施している ☐ 一部の職員に実施していない ☐ 研修を実施していない	☒ 全ての職員に実施している ☐ 一部の職員に実施していない ☐ 研修を実施していない
評価機関 記述	
<施設にAEDを設置しているかチェックして下さい。> ☒ 設置している ☐ 設置していない <研修の内容(テーマ及びその対象者)を記述して下さい。(100字以内)> テーマ:救急救命・誤飲誤嚥 対象者:全職員 <一部の職員に実施していない、又は研修を実施していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 今年はコロナ禍で中止していた消防署の協力が実現しました。年2回、併設の活動ホームと合同で防災訓練を行い、消火器訓練、AED・三角巾の使い方なども学んでいます。年1回は救急救命講習も受けています。	

②事故発生時の連絡体制を確保しているか？

※連絡網や連絡先が事務室内に掲示され(もしくは各職員に配布され)、だれもが迅速に連絡できるようになっているかどうかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 体制を確保している ☐ 体制を確保していない	☒ 体制を確保している ☐ 体制を確保していない
評価機関 記述	
<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 現場確認・ヒアリング <体制を確保していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 事務室内に緊急連絡網を掲示しています。所長は業務用スマホを常時携帯しています。万が一、所長と連絡が取れない事態があれば、法人本部の担当が代行する仕組みです。事故・災害マニュアルでは種々のケースに応じた対応フロー図が定められています。	

（５）防災業務

①指定管理者災害時対応マニュアルを作成しているか？

※横浜市防災計画に位置づけがない場合は、評価対象外施設と判断する。

※評価対象外施設だがマニュアルを作成している場合は、『評価対象外施設である』にチェックをしたうえで、評価できると感じられる点として記載する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 評価対象施設であり、作成している	☒ 評価対象施設であり、作成している
☐ 評価対象施設だが、作成していない	☐ 評価対象施設だが、作成していない
☐ 評価対象外施設である	☐ 評価対象外施設である
評価機関 記述	
<作成していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 福祉避難施設であり、横浜市作成の「こころのケアハンドブック」に基づき、災害時避難所生活でのメンタルヘルスにも対応しています。	

（６）緊急時対応全般（その他）

評価機関 記述
<評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 建物の立地が海に近く海拔2mのため、地震時の緊急一時的津波対策として正面のUR団地自治会の理解を得て階上に避難できる協力体制を構築しています。 <参考意見として、評価機関からの提案があれば記述して下さい。(200字以内)> BCP(緊急時の事業継続計画)については、法人で作成されています。昨今介護事業所に求められている感染症対策を含めたBCPについては令和5年3月までに作成予定とのことですので今後に期待されます。

IV. 組織運営及び体制

(1) 業務の体制

① 協定書等で定めた職員体制を実際にとっているか？

※訪問調査当日の職員の出勤状況と訪問日以外の出勤簿等の両方で確認する。なお、必要な職員体制がとれていないことについて、横浜市と調整できている場合はとっていると判断する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 協定書等の職員体制をとっている	☒ 協定書等の職員体制をとっている
☐ 協定書等の職員体制をとっていない	☐ 協定書等の職員体制をとっていない
評価機関 記述	
<協定書等の職員体制をとっていない場合は、その状況と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 専門職の補充は確保されています。	

② 協定書等のとおりに開館しているか？

※記録により確認する。業務日誌等に記載している開館時間・閉館時間を確認すること。なお、基本時間外の開館を横浜市に提案している場合は、そのとおり実行されているかどうかについても漏らさず確認する。

※指定管理者の責に拠らない場合の休館に関しては評価対象とせず、協定書等のとおり開館していると判断する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 協定書等のとおり開館している	☒ 協定書等のとおり開館している
☐ 協定書等のとおり開館していない	☐ 協定書等のとおり開館していない
評価機関 記述	
<協定書等のとおり開館していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 本年度10月から実施された、夜間の運営時間の変更については、支障なく推移しています。	

③ 事業計画書・事業報告書を公表しているか？

※館内で公表しているかどうかを確認する。希望者のみに閲覧させている場合、事業計画書や事業報告書を閲覧できる旨をポスター等で周知していれば、公表していると判断する。

※ホームページでも公表している場合は、評価できると感じられる点として記載する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 公表している	☒ 公表している
☐ 公表していない	☐ 公表していない
評価機関 記述	
<公表方法を記述して下さい。(100字以内)> 利用者が閲覧できるよう玄関を入った受付の傍に配架され、だれでも自由に閲覧することができます。 <公表していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 当施設のホームページから金沢区のホームページにリンクし、事業報告書・事業計画書を閲覧できます。	

(2) 職員の資質向上・情報共有を図るための取組

①職員の研修計画を作成しているか？(常勤・非常勤職員に関わらず)

※各業務の必要性に応じた研修計画(施設自身で実施する研修、外部研修、仕事を通じた研修等)を作成しているかを確認する。研修計画に最低限記載すべき項目は、i)研修対象者(職種・経験年数等)、ii)実施目的、iii)実施時期、iv)研修内容。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 作成しており不備がない ☐ 作成しているが不備がある ☐ 作成していない	☒ 作成しており不備がない ☐ 作成しているが不備がある ☐ 作成していない
評価機関 記述 <不備がある、又は作成していない場合は、その内容と理由を記述して下さい(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 法人主催の研修計画は、基幹研修、実務研修、ケアプラザ向け研修など、多岐の分野を網羅した充実した計画となっています。多種多様なメニューの研修が用意されています。	

②職員に研修を行っているか？(常勤・非常勤職員に関わらず)

※全ての職員に対して研修を行っているかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 全ての職員に実施している ☐ 一部の職員に実施していない ☐ 研修を実施していない	☒ 全ての職員に実施している ☐ 一部の職員に実施していない ☐ 研修を実施していない
評価機関 記述 <確認手段(資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 研修報告書(復命書)、ヒアリング <研修の内容(テーマ及びその対象者)を記述して下さい。(100字以内)> テーマ:個人情報保護、コンプライアンス 対象者:全職員 <一部の職員に実施していない、又は研修を実施していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 法人の研修計画もあり、参加者は、主に、部門ごとに、伝達研修や研修報告書の回覧により、研修の共有化に取り組んでいます。新規職員についても、人権とプライバシー(職員としての心構え)をテーマに実施しています。	

③職員が研修に参加しやすい環境を整えているか？（常勤、非常勤に関わらず）

※研修費用の支援（一部・全額負担等）、研修受講を勤務時間として認知、各種研修情報の周知を行っている等、意欲のある職員が研修や勉強会に参加しやすい環境を整えているかを確認する。

指定管理者 記述	評価機関 記述
<職員が研修に参加しやすい環境を整えるための取組について記述して下さい。(400字以内)> ・職員のキャリアに応じて、法人内研修、外部研修等を受講しています。研修への参加は、本人の希望によるものの他、キャリア形成の上で不可欠なものについては、指名により参加するように努めています。 ・業務により外部研修に参加できない職員には、研修参加職員から伝えられる伝達研修も実施しています。 ・研修参加にあたっては、その都度研修報告を提出するよう義務付けており、研修参加経費等については、所属部署で負担しています。	<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 研修報告書、ヒアリング <不足していると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 様々な研修メニューが用意されています。参加できない職員には、出席した職員は必ず報告書を作成し回覧して内容を共有しています。必要に応じて出席した職員が講師となって伝達研修を実施しています。また、区レベルで業種別の職員が集まり、自主的勉強会も実施しており、自己啓発の研修実施に対して施設は後押ししています。

④各職員が研修計画に沿って受講した研修の後、研修内容を共有しているか？

※各職員が研修で得た知識や情報等について、職員間で回覧や会議で報告する等の情報共有をしているかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 情報共有している ☐ 情報共有していない	☒ 情報共有している ☐ 情報共有していない
評価機関 記述 <確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 伝達研修資料、ヒアリング <情報共有していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 出席した職員は必ず報告書(復命書)を作成し回覧しています。必要に応じて出席した職員が講師となって伝達研修を実施しています。	

⑤窓口等の対応手順を記したマニュアル等を作成し、活用しているか？

※マニュアルは冊子化されていなくても、対応方法・手順が記されたものであれば作成していると判断する。
 ※活用については、実際に活用しているかどうかをヒアリングにより確認する(新品の使われていないマニュアルが用意されているだけでは該当しない)。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 作成し、活用している ☐ 作成しているが、活用していない ☐ 作成していない	☒ 作成し、活用している ☐ 作成しているが、活用していない ☐ 作成していない
評価機関 記述	
<活用していない又は作成していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 窓口対応の多い職員に対しては、サブコーディネーター(サブコ)マニュアルと呼ばれる窓口対応の手順を記述したマニュアルがあり、窓口に用意しています。これにより、職員が記憶や経験だけに頼ることなく、均質的な窓口対応サービスの実施を実現しています。	

⑥その他、職員の資質向上・情報共有のための取組みを行っているか？

指定管理者 記述	評価機関 記述
<その他、職員の資質向上・情報共有のための取組みについて記述して下さい。(400字以内)> ・研修報告書の作成は義務化しており、書面に残すことで、他職員も常に目にすることができる状況にあります。また、報告書は常に職員内で回覧され、内容によっては伝達研修を行い、研修の共有を図っています。 ・毎日、朝と夕方にミーティングを行っており、朝は当日の予定や連絡事項について確認しています。夕方には、当日の振り返りを行い、事故等があった場合には速やかに共有しています。 ・定期的に職員会議や部門会議を行うとともに、5職種ミーティングや居宅・通所合同会議を行い部門を越えた情報共有を行っています。 ・連絡事項の伝え忘れや個人情報の紛失を防ぐために、部門ごとに連絡ノートを備え、不在時の連絡事項を記載することによって円滑な利用者対応を心掛けています。	<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 連絡ノート、ヒアリング <不足していると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 定期的に職員会議、部門会議、5職種会議、合同会議により部門を越えて情報交換しています。日常の情報共有は、朝夕のミーティング、部門別の連絡ノートを活用して不在時であっても情報が確実に伝達、共有できるように留意しています。

(3) 個人情報保護・守秘義務

①個人情報の取扱いに関するルールやマニュアル等を整備しているか？

※個人情報保護のための具体的な取扱方法や留意事項を記載したマニュアル等を整備しているかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 整備している	☒ 整備している
☐ 整備していない	☐ 整備していない
評価機関 記述	
<整備していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 業務日誌の中に事務所用業務チェックシートがあり、業務開始時に「個人情報書類の送付作業を行う予定がありますか」とのチェック項目があります。業務終了時には、「個人情報保護のルールに沿った管理ができましたか」とのチェック項目があり、毎回ダブルチェックを行い、管理者が確認しています。毎日、職員に個人情報保護の注意を喚起し、個人情報保護ルール遵守の体制ができています。	

②個人情報の取扱いに関する管理責任者を明確化し、周知しているか？

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 明確化し、周知している	☒ 明確化し、周知している
☐ 明確化しているが周知していない	☐ 明確化しているが周知していない
☐ 明確化していない	☐ 明確化していない
評価機関 記述	
<明確化または周知していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 施設の個人情報管理規程が整備されており所長が管理責任者となっています。ホームページ上でも法人共通の個人情報保護方針を明示しています。	

③個人情報の取扱いについて、職員に対する研修を年1回以上実施しているか？(常勤・非常勤に関わらず)

※全ての職員に対して、研修時の資料、出席者名簿等により実際に研修を行っていたかどうかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 全ての職員に実施している	☒ 全ての職員に実施している
☐ 一部の職員に実施していない	☐ 一部の職員に実施していない
☐ 研修を実施していない	☐ 研修を実施していない
評価機関 記述	
<一部の職員に実施していない、又は研修を実施していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> すべての職員に複数回に分けて実施しています。資料は、横浜市民局作成のものを使用しています。	

④個人情報の取扱いについて、個別に誓約書を取っているか？(常勤・非常勤に関わらず)

※非常勤も含むすべての職員の分があるかどうかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 全ての職員から取っている	☒ 全ての職員から取っている
☐ 一部の職員から取っていない	☐ 一部の職員から取っていない
☐ 取っていない	☐ 取っていない
評価機関 記述	
<一部の職員から取っていない、又は取っていない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 市の様式により、全職員から誓約書を徴しています。	

⑤個人情報を収集する際は必要な範囲内で適切な手段で収集しているか？

※使用目的が明示されており、かつ、収集した個人情報の使用目的が明確に説明できることがヒアリングにより確認できた場合に、適切に収集していると判断する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 適切に収集している	☒ 適切に収集している
☐ 適切に収集していない	☐ 適切に収集していない
評価機関 記述	
<適切に収集していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 対外的に提出してもらう書類には、個人情報は目的以外には使用しないことを明記しています。	

⑥個人情報を収集した際には、適切に使用しているか？

※個人情報を収集する際に、目的外に使用しないことが明記されており、かつ、収集した個人情報を目的以外に使用していないことがヒアリングで確認できた場合に、適切に使用していると判断する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 適切に使用している	☒ 適切に使用している
☐ 適切に使用していない	☐ 適切に使用していない
評価機関 記述	
<適切に使用していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)>	

⑦個人情報の漏洩、滅失、き損及び改ざんの防止、その他の個人情報の適正な管理のために適切な措置を講じているか？

※個人情報を適正に管理するため、離席時のコンピュータのロック、コンピュータや個人情報の含まれた書類等の施錠保管、不要な情報の廃棄、書類廃棄の際のシュレッダー利用、コンピュータ内の個人情報ファイルへのパスワードの設定等を行っているかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 適切な措置を講じている	☒ 適切な措置を講じている
☐ 一部適切な措置を講じていない	☐ 一部適切な措置を講じていない
☐ 適切な措置を講じていない	☐ 適切な措置を講じていない
評価機関 記述	
<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 現場確認、個人情報持出簿、ヒアリング <一部適切な措置を講じていない、又は適切な措置を講じていない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> ケアマネジャーなどが訪問出張で個人情報の記載されたケースファイルなどを持ち出す際には、個人情報持出簿を使用して、出入を所長が確認・管理しています。パソコン起動時には、パスワードを設定し、パスワードは定期的に変更しています。パソコンには盗難防止策を講じています。	

(4) 経理業務

①適切な経理書類を作成しているか？

※出納帳等の帳簿において、指定管理料、利用料金、自主事業における実費収入等明確にしているかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 適切に作成している	☒ 適切に作成している
☐ 一部適切ではない書類がある	☐ 一部適切ではない書類がある
☐ 適切に作成していない	☐ 適切に作成していない
評価機関 記述	
<一部適切ではない書類がある、又は適切に作成していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 統一された経理システムにより入金を仕訳し、会計管理、数値管理をしています。	

②経理と出納の相互けん制の仕組みを設けているか？

※経理責任者と出納係の役割分担を明確にしているか、又はその他けん制機能があるかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 役割分担を明確にしている ☐ その他けん制機能を設けている ☐ 仕組みを設けていない	☒ 役割分担を明確にしている ☐ その他けん制機能を設けている (具体的に:) ☐ 仕組みを設けていない
評価機関 記述	
<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 資料、ヒアリング <仕組みを設けていない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 経理主任と出納係は別々の職員が担当して、事故防止を図っています。	

③当該施設に係る経理と団体のその他の経理を明確に区分しているか？

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 明確に区分している ☐ 明確に区分していない	☒ 明確に区分している ☐ 明確に区分していない
評価機関 記述	
<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 支出伝票、振替伝票、ヒアリング <明確に区分していない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)>	

④収支決算書に記載されている費目に関し、伝票が存在するか？

※当日、ランダムで全費目から3項目をピックアップし、伝票の存在を確認する。

なお、法人等の本部等で管理されている場合でも、コピー等により必ず伝票を確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 存在する ☐ 存在しない	☒ 存在する ☐ 存在しない
評価機関 記述	
<存在しない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)>	

⑤通帳や印鑑等を適切に管理しているか？

※通帳と印鑑等の管理者・管理方法が明確になっているかどうかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 適切に管理している	☒ 適切に管理している
☐ 適切に管理していない	☐ 適切に管理していない
評価機関 記述	
<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 現場確認、ヒアリング <適切に管理していない場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 通帳と印鑑は別々の場所で管理しています。通帳に関しては持ち出し時間と返却時間を記入し適切に管理をしています。	

⑥経費削減に向けての取組みを行っているか？

指定管理者 記述	評価機関 記述
<経費節減に向けての取組みについて記述して下さい。(400字以内)> ・建物保守・維持管理にかかる業務委託については、法人で一括した契約事務を行うことでコストダウンに努めています。 ・光熱水費については、夏冬の空調はもとより一年を通じて節電・節水に努めています。なお、一部で自動水栓器を導入しています。使用していない場所の消灯やエアコンの調整、電球の間引きを行い節電に努めています。 ・消耗品に関しては、頻回な発注を避けると共に、不要な在庫を抱えないように、定期的にまとめて発注します。 ・職員昼食時に出るプラ容器を各自で持ち帰り、ゴミ削減と経費削減を意識しています。	<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> ヒアリング、施設内見学 <不足していると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 自主的に職員の購入したコンビニ弁当のプラ容器を持ち帰り、ごみの減量化に努めていることは、職員の協力体制と廃棄物の問題への意識の高さを示しています。

(5) 運営目標

①前年度の自己評価結果が今年度の計画・目標に反映されているか？

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 全て反映されている ☐ 一部反映されていない項目がある ☐ 全て反映されていない ☐ 前年度評価で改善する項目が無い	☒ 全て反映されている ☐ 一部反映されていない項目がある ☐ 全て反映されていない ☐ 前年度評価で改善する項目が無い
評価機関 記述	
<反映されていない項目がある場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> PDCAシートで反映されています。	

②前年度の市(区)からの指摘・改善指導事項に対応しているか？

※前年度の地域ケアプラザ事業実績評価 評価シート(区評価)を確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 全て対応している ☐ 一部未対応の項目がある ☐ 全て対応していない ☐ 市(区)からの指摘・改善指導事項が無い	☒ 全て対応している ☐ 一部未対応の項目がある ☐ 全て対応していない ☐ 市(区)からの指摘・改善指導事項が無い
評価機関 記述	
<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 事業実績評価、ヒアリング <未対応の項目がある場合は、その内容と理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 8050問題等について、区より「孤立させない見守りの仕組みづくり」を求められています。コロナ禍の中での連携はこれまで困難がともないましたが、今年度は「ひきこもり意見交換会」を民生委員、地区社協役員、UR職員、区、区社協職員、ケアプラザ職員が集まって実施しました。	

③施設の課題、目標、進捗について区と協議されているか？

※業務点検に係る実地調査やヒアリングを通じて、区と指定管理者で課題や目標、進捗について協議がなされているかを確認する。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 年に1回以上は協議している ☐ 協議されていない	☒ 年に1回以上は協議している ☐ 協議されていない
評価機関 記述	
<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> ヒアリング <協議されていない場合は、その理由を記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 月1回開催される区主催の会議において、事業計画の推進や情報交換を行っています。区とのPDCAシートのやりとりで、目標や進捗状況を確認しています。外国人居住者が増えています、言葉や習慣の壁で施設側の意向が上手く伝わらない課題などを認識しています。	

④その他運営目標を適切に設定し、振り返りがなされているか？

指定管理者 記述	評価機関 記述
<目標設定及び自己評価における取組み方や職員への周知・共有について記述して下さい。(400字以内)> ・毎年度運営方針を設定し、職員全体会等を通じて全職員に周知しています。運営方針については、市社協の計画に掲載され市社協ホームページに掲載されます。事業報告についても同様にホームページに掲載されます。 ・区に対してはPDCAシートを年度初めに提出し、年度末に振り返りを行っています。内容については、区のホームページに掲載されます。作成に当っては5職種会議等で検討して、職員相互の意見を反映しています。	<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 資料、ヒアリング <不足していると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 区とは常に連携を図っており、事業実績評価では一定の評価を得ており、本年度もそれらをさらに進化・拡充することが期待されています。運営方針は、職員全体会等を通じて周知され、事業計画は、5職種会議や職員会議での職員の意見や検討結果を反映させて共有しています。

(6) 組織運営及び体制全般 (その他)

評価機関 記述
<評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 職員が地域の自治会町内会、地区社協、民児協の定例会に参加し、地域の状況や課題に直接接する機会が増え、連携をより強くするスキルを磨いています。企業ともつながり始めており、事業の場が多様に広がっています。 <参考意見として、評価機関からの提案があれば記述して下さい。(200字以内)> 節電については、管球のLED化がランニングコストの削減面で有利と思われますが、施設側の認識はあるものの、設備資金調達の課題があるため、具体的な改善計画には至っていません。取り組みを働きかけることを期待します。

V. その他

指定管理者 記述	評価機関 記述
<①市・区の施策としての事業協力の取組について記述して下さい。(400字以内)> ・地域福祉保健計画の推進、特に地区別計画については、地区支援チームの一員として、地区推進連絡会や地区支援チーム会議等に積極的に参加しています。地域により身近な施設として地域の方々の声を把握し、地域支援チーム内で地域の課題を共有を進めています。【再掲】 ・総合相談では、令和3年度3,056件と非常に多くの相談に対応しました。相談対応においては地域包括支援センターと区役所との連携を密にしています。なお、区高齢者支援担当と月1回定例会義を開催し、困難ケースの情報共有や対応検討を行っています。また、権利擁護事業や医療連携等も区役所や区内各地域ケアプラザと連携しながら進めています。【再掲】 <②その他特記事項があれば記述して下さい。(400字以内)> ・コロナ禍で地域の活動が大幅に縮小されています。地域情報を把握するにも情報が入手しにくい状況ですが、5職種会議で各職種が把握した情報を全体で共有しています。その上で、地域活動活性化に向けた糸口を探っており、地域ケアプラザが果たすべき地域課題の解決に向けて取り組んでいます。	<確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> ヒアリング、資料 <不足していると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 昨年度の相談件数は3千件超にのぼり、施設への信頼度が高く、電話対応や面談時の対応などの接遇の姿勢と対応が的確であることを窺わせます。一方、地域は、同一時期にできた巨大な団地で、高齢化に加え、8050問題、引きこもりなどの事例も増えつつあります。施設では住民を孤立させず「元気な高齢者が多い街」「子育て世代にも魅力ある街」の具現化に向け、見守りの仕組みづくりを地域の方々と進めています。 <確認手段(現場確認・資料・ヒアリング等)を記述して下さい。(50字以内)> 現場確認、ヒアリング PDCA シート <評価できると感じられる点があれば記述して下さい。(200字以内)> 施設では、あらゆる階層の方々が訪問して、ケアプラザを理解したり、学習したり、居場所を見つけられるよう40以上のテーマの自主事業を開催しています。コロナ禍で中止するものもありますが、新しいテーマも取り入れています。オンライン化や講座方式での工夫もしています。玄関前の小さな池にいるメダカへ通学の小学生のエサやりを接点に学習会や自習会に参加してもらおうなどの交流につなげています。 <参考意見として、評価機関からの提案があれば記述して下さい。(200字以内)>

◆参考:評価に必要な資料・評価項目の根拠

※評価全体を通して確認する書類:基本協定書、仕様書、事業計画書等(必要に応じて公募要項)

評価項目	必要書類	根拠
I. 利用者サービスの向上		
(1) 利用者アンケート等の実施・対応	利用者アンケート結果等の公表媒体	基本協定書における利用者の声に基づく自己評価の項目
(2) 意見・苦情の受付・対応	苦情解決の仕組みや対応策等の仕組みに関する書類	公募要項における苦情・要望についての項目
(3) 公正かつ公平な施設利用	規範・倫理規定等の資料、研修資料	基本協定書における人権の尊重の項目
(4) 広報・PR活動	チラシ、広報よこはま、HP、パンフレット、PR誌等	地域ケアプラザ業務運営指針の広報活動や情報発信の項目
(5) 職員の接遇	-	-
(6) 利用者サービスに関する分析・対応	-	-
(7) 利用者サービスの向上全般(その他)	-	-
II. 施設・設備の維持管理		
(1) 協定書等に基づく業務の遂行	点検等報告書	基本協定書・仕様書・事業計画書における維持管理の項目
(2) 備品管理業務	備品台帳	基本協定書における備品等の扱いの項目
(3) 施設衛生管理業務	研修資料	「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」及び「高齢者施設等における感染症対応の手引き」に基づく項目、及び基本協定書の廃棄物の対応の項目
(4) 利用者視点での維持管理	-	-
(5) 施設・設備の維持管理全般(その他)	-	-
III. 緊急時対応		
(1) 緊急時対応の仕組み整備	緊急時マニュアル等	基本協定書における緊急時の対応の項目
(2) 防犯業務	機械警備等の契約内容等がわかる資料、実施状況がわかる資料	基本協定書における防犯対策に関する項目、公募要項における警備業務、保守点検に関する事項等の項目に関する項目
(3) 事故防止業務	事故防止に関するマニュアル、研修等資料	基本協定書における事件・事故等の防止及び対応体制についての項目
(4) 事故対応業務	事故対応に関するマニュアル、研修等資料	基本協定書における事件・事故等の防止及び対応体制についての項目
(5) 防災業務	指定管理者災害時対応マニュアル、消防計画届出書	基本協定書における災害等発生時の対応の項目
(6) 緊急時対応全般(その他)	-	-
IV. 組織運営及び体制		
(1) 業務の体制	事業計画書、業務日誌	公募要項における施設の概要・職員の配置・業務の基準・評価についての項目及び介護保険法の配置基準
(2) 職員の資質向上・情報共有を図るための取組	研修計画、窓口等の対応手順マニュアル	地域ケアプラザ事業実施要綱における職員の資質向上と意識啓発の項目
(3) 個人情報保護・守秘義務	個人情報に関する研修資料	基本協定書における個人情報の保護についての項目
(4) 経理業務	事業計画書、収支決算書	-
(5) 運営目標	地域ケアプラザ事業実績評価評価シート	基本協定書における事業計画書、事業報告書、自己評価、業務実施状況の点検、市による業務の改善指示に関する項目
(6) 組織運営及び体制全般(その他)	-	-
V. その他		

大分類	中分類	評価項目	指定管理者 チェック		評価機関 チェック				
Ⅰ 利用者サービスの向上	(1) 利用者アンケート等の実施・対応	①サービス全体に対する利用者アンケート等を、年1回以上実施しているか？	レ	年1回以上実施している	レ	年1回以上実施している	レ	アンケート	
				実施していない		実施していない		その他	
		②利用者アンケート等の調査結果を分析し課題を抽出しているか？	レ	課題を抽出している	レ	課題を抽出している			
				課題を抽出していない		課題を抽出していない			
				特に課題がない		特に課題がない			
				非該当		非該当			
		③利用者アンケート等から抽出した課題に対して、対応策を講じているか？	レ	対応策を実施している	レ	対応策を実施している			
				一部対応策を実施していない		一部対応策を実施していない			
				対応策を実施していない		対応策を実施していない			
				非該当		非該当			
		④利用者アンケート等の結果及び課題の対応策を公表しているか？	レ	公表している	レ	公表している			
				公表していない		公表していない			
				非該当		非該当			
		(2) 意見・苦情の受付・対応	①ご意見ダイヤルの利用方法に関する情報を提供しているか？	レ	情報提供している	レ	情報提供している		
					情報提供しているが、一部不備がある		情報提供しているが、一部不備がある		
					情報提供していない		情報提供していない		
	②利用者が苦情や意見を述べやすいよう、窓口(ご意見箱の設置、ホームページでの受付等)を設置しているか？		レ	設置している	レ	設置している			
				設置していない		設置していない			
	③苦情解決の仕組みがあるか？		レ	仕組みがある	レ	仕組みがある			
				仕組みがない		仕組みがない			
	④苦情解決の仕組みを利用者等に周知しているか？		レ	周知している	レ	周知している			
				周知していない		周知していない			
	⑤利用者から苦情等が寄せられた際には、内容を記録しているか？		レ	記録している	レ	記録している			
				記録していない		記録していない			
				苦情等が寄せられていない		苦情等が寄せられていない			
	⑥苦情等の内容を検討し、その対応策を講じているか？		レ	対応策を実施している	レ	対応策を実施している			
				一部対応策を実施していない		一部対応策を実施していない			
				対応策を実施していない		対応策を実施していない			
				苦情等が寄せられていない		苦情等が寄せられていない			
	⑦苦情等の内容及び対応策を公表しているか？		レ	公表している	レ	公表している			
				公表していない		公表していない			
			苦情等が寄せられていない		苦情等が寄せられていない				
	(3) 公正利用つ公平な施設	②窓口に「利用案内」等を備えているか？	レ	備えている	レ	備えている			
				備えていない		備えていない			
		③申請受付に当たっては、先着順や抽選など、公平な方法により行っているか？	レ	行っている	レ	行っている			
				行っていない		行っていない			
		④人権擁護に関する研修等を、年1回以上、職員に対して実施しているか？(常勤・非常勤に関わらず)		全ての職員に実施している	レ	全ての職員に実施している			
			レ	一部の職員に実施していない		一部の職員に実施していない			
			研修を実施していない		研修を実施していない				
	不備の数		1		0				
Ⅱ 施設・設備の維持管理	基(1) づく業協 務定書等 遂行に	①協定書等のとおり建物・設備を管理しているか？	レ	協定書等のとおり、又は協定書等を上回って管理している	レ	協定書等のとおり、又は協定書等を上回って管理している			
				協定書等のとおり管理していない		協定書等のとおり管理していない			
		②協定書等のとおり清掃業務を実施しているか？	レ	協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している	レ	協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している			
				協定書等のとおり実施していない		協定書等のとおり実施していない			
	(2) 備品管理業務	①指定管理者所有の備品と区別した、地域ケアプラザ(市所有)の備品台帳があるか？	レ	ある	レ	ある			
				ない		ない			
		②地域ケアプラザ(市所有)の備品台帳に記された備品がすべて揃っているか？	レ	揃っている	レ	揃っている			
				揃っていない		揃っていない			
		③利用者が直接使う地域ケアプラザの備品に安全性に関わる損傷等がないか？	レ	安全性に関わる損傷等がない	レ	安全性に関わる損傷等がない			
				安全性に関わる損傷等がある		安全性に関わる損傷等がある			
	(3) 施設衛生管理業務	①国や市などの感染症マニュアル等に準じて、職員に研修が行われているか？(常勤・非常勤に関わらず)		全ての職員に実施している	レ	全ての職員に実施している			
			レ	一部の職員に実施していない		一部の職員に実施していない			
				研修を実施していない		研修を実施していない			
		②ゴミ処理等における衛生管理を適切に行っているか？	レ	適切に管理している	レ	適切に管理している			
				適切に管理していない		適切に管理していない			
		③本市の分別ルールに沿って適切に分別を行っているか？	レ	適切に分別している	レ	適切に分別している			
			適切に分別していない		適切に分別していない				
	不備の数		1		0				

大分類	中分類	評価項目	指定管理者 チェック		評価機関 チェック	
Ⅲ・緊急時対応	対（１） 整の備 仕組 急 み 時	①緊急時マニュアルを作成しているか？	レ	作成している	レ	作成している
				作成していない		作成していない
	（２） 防 犯 業 務	①協定書等のとおり防犯業務を実施しているか？	レ	協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している	レ	協定書等のとおり、又は協定書等を上回って実施している
				協定書等のとおり実施していない		協定書等のとおり実施していない
				評価対象外施設		評価対象外施設
		②鍵を適切に管理しているか？	レ	適切に管理している	レ	適切に管理している
				適切に管理していない		適切に管理していない
		③事故や犯罪を未然に防止するよう、日常、定期的に館内外の巡回を行っているか？	レ	定期的に行っている	レ	定期的に行っている
			定期的に行っていない		定期的に行っていない	
	（３） 事 故 防 止 業 務	①事故防止のチェックリストやマニュアル類を用い、施設・設備等の安全性やサービス内容等をチェックしているか？	レ	チェックしている	レ	チェックしている
				一部チェックに不備がある		一部チェックに不備がある
				チェックしていない		チェックしていない
		②事故防止策の研修等を実施しているか？（常勤・非常勤に関わらず）	レ	全ての職員に実施している	レ	全ての職員に実施している
				一部の職員に実施していない		一部の職員に実施していない
				研修を実施していない		研修を実施していない
	（４） 業 務 事 故 対 応	①事故対応策の研修等を実施しているか？（常勤・非常勤に関わらず）	レ	全ての職員に実施している	レ	全ての職員に実施している
				一部の職員に実施していない		一部の職員に実施していない
				研修を実施していない		研修を実施していない
		②事故発生時の連絡体制を確保しているか？	レ	体制を確保している	レ	体制を確保している
			体制を確保していない		体制を確保していない	
	（５） 防 災 業 務	①指定管理者災害時対応マニュアルを作成しているか？	レ	評価対象施設であり、作成している	レ	評価対象施設であり、作成している
				評価対象施設だが、作成していない		評価対象施設だが、作成していない
				評価対象外施設である		評価対象外施設である
	不備の数			0		0
Ⅳ・組織運営及び体制	（１） 業 務 の 体 制	①協定書等で定めた職員体制を実際にとっているか？	レ	協定書等の職員体制をとっている	レ	協定書等の職員体制をとっている
				協定書等の職員体制をとっていない		協定書等の職員体制をとっていない
		②協定書等のとおりに開館しているか？	レ	協定書等のとおり開館している	レ	協定書等のとおり開館している
				協定書等のとおり開館していない		協定書等のとおり開館していない
		③事業計画書・事業報告書を公表しているか？	レ	公表している	レ	公表している
				公表していない		公表していない
	（２） 職 員 の 資 質 向 上 ・ 情 報 共 有 を 図 る た め の 取 組	①職員の研修計画を作成しているか？（常勤・非常勤職員に関わらず）	レ	作成しており不備がない	レ	作成しており不備がない
				作成しているが不備がある		作成しているが不備がある
				作成していない		作成していない
		②職員に研修を行っているか？（常勤・非常勤職員に関わらず）	レ	全ての職員に実施している	レ	全ての職員に実施している
				一部の職員に実施していない		一部の職員に実施していない
				研修を実施していない		研修を実施していない
		④各職員が研修計画に沿って受講した研修の後、研修内容を共有しているか？	レ	情報共有している	レ	情報共有している
				情報共有していない		情報共有していない
		⑤窓口等の対応手順を記したマニュアル等を作成し、活用しているか？	レ	作成し、活用している	レ	作成し、活用している
				作成しているが、活用していない		作成しているが、活用していない
				作成していない		作成していない
	（３） 個 人 情 報 保 護 ・ 守 秘 義 務	①個人情報の取扱いに関するルールやマニュアル等を整備しているか？	レ	整備している	レ	整備している
				整備していない		整備していない
		②個人情報の取扱いに関する管理責任者を明確化しているか？	レ	明確化し、周知している	レ	明確化し、周知している
				明確化しているが周知していない		明確化しているが周知していない
				明確化していない		明確化していない
		③個人情報の取扱いについて、職員に対する研修を年1回以上実施しているか？（常勤・非常勤に関わらず）	レ	全ての職員に実施している	レ	全ての職員に実施している
				一部の職員に実施していない		一部の職員に実施していない
				研修を実施していない		研修を実施していない
		④個人情報の取扱いについて、個別に誓約書を取っているか？（常勤・非常勤に関わらず）	レ	全ての職員から取っている	レ	全ての職員から取っている
				一部の職員から取っていない		一部の職員から取っていない
				取っていない		取っていない
		⑤個人情報を収集する際は必要な範囲内で適切な手段で収集しているか？	レ	適切に収集している	レ	適切に収集している
				適切に収集していない		適切に収集していない
		⑥個人情報を収集した際には、適切に使用しているか？	レ	適切に使用している	レ	適切に使用している
				適切に使用していない		適切に使用していない
		⑦個人情報の漏洩、滅失、き損及び改ざんの防止、その他の個人情報の適正な管理のために適切な措置を講じているか？	レ	適切な措置を講じている	レ	適切な措置を講じている
				一部適切な措置を講じていない		一部適切な措置を講じていない
				適切な措置を講じていない		適切な措置を講じていない

大分類	中分類	評価項目	指定管理者 チェック		評価機関 チェック	
IV ・組織運営及び体制	(4) 経理業務	①適切な経理書類を作成しているか？	レ	適切に作成している	レ	適切に作成している
				一部適切ではない書類がある		一部適切ではない書類がある
				適切に作成していない		適切に作成していない
		②経理と出納の相互けん制の仕組みを設けているか？	レ	役割分担を明確にしている	レ	役割分担を明確にしている
				その他けん制機能を設けている		その他けん制機能を設けている
				仕組みを設けていない		仕組みを設けていない
		③当該施設に係る経理と団体のその他の経理を明確に区分しているか？	レ	明確に区分している	レ	明確に区分している
				明確に区分していない		明確に区分していない
		④収支決算書に記載されている費目に関し、伝票が存在するか？	レ	存在する	レ	存在する
				存在しない		存在しない
		⑤通帳や印鑑等を適切に管理しているか？	レ	適切に管理している	レ	適切に管理している
				適切に管理していない		適切に管理していない
	(5) 運営目標	①前年度の自己評価結果(改善計画)が今年度の計画・目標に反映されているか？	レ	全て反映されている	レ	全て反映されている
				一部反映されていない項目がある		一部反映されていない項目がある
				全て反映されていない		全て反映されていない
				前年度評価で改善する項目が無い		前年度評価で改善する項目が無い
		②前年度の市(区)からの指摘・改善指導事項に対応しているか？	レ	全て対応している	レ	全て対応している
				一部未対応の項目がある		一部未対応の項目がある
				全て対応していない		全て対応していない
			市(区)からの指摘・改善指導事項が無い		市(区)からの指摘・改善指導事項が無い	
		③施設の課題、目標、進捗について区と協議されているか？	レ	年に1回以上は協議している	レ	年に1回以上は協議している
				協議されていない		協議されていない
	不備の数			0	0	
	不備の合計			2	0	