

横浜市指定管理者第三者評価制度

ビオラ市ケ尾地域ケアプラザ
評価シート

令和7年1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	利用者アンケートを実施し、当事業所全スタッフで振り返り評価を行い、その内容の共有と改善の取り組みを実施しています。また、会議の場でも、さまざまな事業について各部門間で摺合せを行う際に、アンケート結果から得た意見に対するサービスの向上及び改善の取り組みを評価する等、当事業所のサービスに関する仕組みや姿勢の振り返りの機会を増やし、繰り返すことによってサービスの向上に努めました。 当事業所エントランスの玄関横にチラシコーナーを設置し、事業案内や地域の情報等について来館者がいつでも自由に情報を手に入れることができるよう配慮しています。また意見箱を設置して、要望や意見など利用者あるいは地域の声の把握に努め、サービス向上に反映させるよう努めています。 法令を遵守した施設運営を行うとともに、事故や災害等に備えて事故・災害・防犯対応マニュアルを整備し安全に配慮しています。	・利用者アンケートは部門ごとに集計と課題の抽出を行い、全体会議で共有して対応策を講じている。 ・緊急時における避難経路等の説明を受けていないという回答が多く、避難経路図を館内各所に掲示する等の対応を講じた。 ・特別養護老人ホームが併設していることから、館内掲示、来館受付を分ける等の工夫を行っている。受付カウンターに「利用案内のしおり」を常備している。 ・ホームページには館内の写真、施設概要、イベント・ブログ情報を載せて情報発信を行っている。 ・年4回発行している広報誌を関係施設等に配架すると共に、事業案内等のチラシは9自治会に配付・回覧版での回覧依頼、掲示板への掲示依頼を行っている。 ・施設に駐車場がない為、近くにあるコインパーキングと提携し、5台分の駐車スペースを確保している。
II ・施設・設備の維持管理	施設および設備関連の維持管理については、ビルメンテナンス会社への委託による定期的な保守点検および突発的な破損等の補修対応等を行っています。 経年劣化による建物・設備の破損・故障・異常が増加しているため、ビルメンテナンス会社の定期点検に加え、当事業所でも独自で見廻り点検を実施しています。これにより設備等の異常をすばやく発見でき、報告、見積、決裁、施工までの流れをより短縮することで迅速な対応ができるよう心掛けました。また、自主点検の実施によりそれぞれ担当するスタッフにも施設や設備の適正使用や異常発見について意識が高まっています。 故障や破損、劣化などを確認した際は、区担当部署と相談のうえ、利用者の活動の支障にならないよう、また迷惑とならないよう十分に配慮し迅速に補修等を行っています。 また、新型コロナ感染防止策として検温器・手指消毒設置、利用後の机の消毒を実施しています。	・開館時及び閉館時には施設内の清掃状況や破損状況、貸出し備品の点検を行っている。また、貸室利用後は職員同席の下に点検を行い、次の利用者が気持ちよく利用できるよう原状回復を行っている。また、4階にあるテラスも危険箇所等が無い確認を行っている。 ・ケアプラザ利用者と特別養護老人ホーム関係者でエレベーターの使用を分け、感染症予防策を講じている。 ・館内設備や備品等の破損等の早期発見に努め、職員による修繕、定期的に業者に保守点検依頼を行い、安全かつ安心して施設を利用できるよう維持管理を行っている。 ・館内設備や備品のアルコール消毒を行い、安心して施設を利用いただける環境保持に努めている。
III ・緊急時対応	非常災害時、その他の事故等の緊急時に備え、マニュアルや手順書、緊急時連絡網を整備し、事務所内の所定の場所に保管し、適宜更新しています。また、管理者不在時の緊急時に備え、常時携帯電話による指示報告の緊急時連絡体制を整備しています。他に、各部屋に避難経路の掲示を行っています。 防災訓練は、避難誘導、機器操作等について併設の特別養護老人ホームと合同で年2回実施しています。実際の地震や火災などの場合では、スタッフも利用者においても、地域ケアプラザと特別養護老人ホームの連携協力が不可欠となるので、訓練の実施は両事業所で行い、情報の共有と役割分担を明確にして一体的に取り組んでいます。 重大事故の未然防止、事故に対する意識づけのため、ヒアリハットがあった場合の日報への記載を実施しています。会議などの際に、その内容についてスタッフ間で共有を行い、事故防止に努めています。	・特別養護老人ホームが併設していることから、感染症予防・対応策として、コロナをはじめとした各種感染症マニュアルを作成し、発生時や対応のフローチャートを職員に配布している。 ・毎月開催している区内の地域ケアプラザ所長会議で、発生した事故等の事案を共有しており、職員会議で情報を共有し、館内の事故防止につなげている。 ・所長、包括管理者、社会福祉士2名、保健師、コーディネーター2名、ケアマネジャー3名からなる「事故予防・防止委員会」を設置し、毎月の職員会議時に事故発生予防や再発防止の注意喚起を行っている。 ・有事の際には、併設している特別養護老人ホームと協働でして対応する体制を整えている。また、施設は福祉避難所として位置づけられており、施設独自の備蓄品に加え、横浜市から支給されている備蓄も用意がある。

	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	当事業所では、運営方針に従い事業計画を策定しています。その計画には、各部門が各々の専門性と独自性を重視しながら、計画性と主体性を持ってそれぞれの事業に取り組むこととしています。これにより、各スタッフがそれぞれの自覚と責任感を持ち自身の職務を遂行することができています。 また、スタッフ各自が組織の運営状況を随時把握できるように、毎朝の数分間を情報共有や確認の機会とし、そこで事業の共有を行っています。運営や事業における方針の策定および計画、あるいは日々の業務に関しては、法令の遵守と利用者本位、安心安全への配慮を念頭に置き、取り組んでいます。 特に新型コロナに関しては、出勤前の検温から始まり、出社時の手指消毒、衝立設置、マスク着用と感染予防に留意しながら取り組んでいます。	・職員の採用時には、「利用者対応マニュアル」に基づき、受付業務や対応の姿勢について研修を行い、統一した応対が出来るよう共有している。また、法人で作成しているスタッフハンドブック(「幸せの創造」への道～)には法人の理念・方針・職員としての基本姿勢・接遇等が網羅されており、職員に配布している。 ・年1回実施している利用者アンケートでも「職員の接遇・応対」を項目に取り入れ、改善・向上に努めている。 ・館長は、職員の勤務年数等を考慮したうえでスキルアップに必要な研修参加を促し、職員の資質向上を図っている。また、役職や職種に応じて定められている研修の案内が届いた際には、職員に周知すると共に勤務調整を行い、研修に参加できるようにしている。 ・法人内で専門職の分科会を開催している他、区内の分科会による研修参加も促し、情報の共有に努めている。
V ・その他	当事業所は、地域に根差した施設を目指しています。この目標により近づくため、あらゆる資源との結びつきを推進することに努めています。そのため、併設の特別養護老人ホームと多くの場面で連携をはかりながら施設の運営を行っています。 地域活動交流部門では、地域の社会資源やボランティアとのかかわりから地域づくり事業を進める他、当地域ケアプラザで活動する地域のボランティアを併設特養に派遣し、高齢者の生活支援や対話、イベント開催などを行い、地域と施設のつながりをつくり、施設全体の活性化に努めています。また、地域包括支援センターでは、自治会や運動講座に出向き地域支援や健康づくりに関する出前事業を実施するほか、担当する在宅生活困難な利用者をスムーズな連携によって併設特養への緊急入所につなげたり、事業をまたがった情報共有を頻繁に行うことで、地域住民の生活においても連携し対応しています。	・市ヶ尾地区の福祉保健計画「みんなで地域のつながりを深め、楽しくイキイキと活動できるまち市ヶ尾」の施策に基づき、「元気づくりステーション」等、介護予防や閉じこもり対策の推進事業を多数立上げる等の取り組みを行っている。 ・青葉区の認知症施策、高齢者虐待や徘徊高齢者に対するネットワークづくり参加し、見守りの目を増やすことで、支えあい、安心して暮らせるまちづくりに寄与している。 ・活動団体として登録している、地域のボランティア団体を併設している特別養護老人ホームに派遣し、高齢者の生活支援や対話、イベント開催などを行い、地域と施設のつながりをつくり、地域ボランティア団体や施設全体の活性化につなげている。また、地域の困難ケースを緊急ショートステイの利用につなげる等、地域のニーズにあったサービスを施設全体で連携しながら提供している。

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	☒ 年1回以上実施している
☐ 実施していない	☐ 実施していない
☒ アンケート ☐ 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)> ・令和5年度は10月から11月の1ヶ月間をアンケート実施期間とし、各部門(包括、居宅、地域活動、生活支援)合わせて合計132名の方から回答を得ている。 <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)>	

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
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(アンケート集計表等)及びヒアリングにて確認 <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)> ・アンケートでは課題を抽出しやすいよう、職員対応、施設利用に関する項目を取り入れている。	

※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

＜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)＞

＜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)＞

・利用者アンケートは部門ごとに集計と課題の抽出を行い、全体会議で共有して対応策を講じている。
緊急時における避難経路等の説明を受けていないという回答が多く、避難経路図を館内各所に掲示する等の対応を講じた。

※利用者アンケート等の結果及び取りまとめた改善方法を、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。

指定管理者 チェック	評価機関 チェック
☒ 公表している ☐ 公表していない ☐ 非該当	☒ 公表している ☐ 公表していない ☐ 非該当

＜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)＞

＜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）＞

・アンケート結果及び意見に関する回答を4階の待合スペースの掲示板に掲示して公表している。また、利用者団体会議でもアンケート結果の報告を行っている。

(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)>	

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)> ・館内入り口脇の一角に設けている情報スペースに意見箱を設置している。 <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)> ・法人ホームページ内に問い合わせフォームを設け、施設の電話番号を表記している他、法人宛にメールを送信することも出来るようにしている。プライバシーポリシーも明記している。	

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)> ・資料(苦情処理マニュアル・苦情解決の手順など)及びヒアリングにて確認 <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)>	

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)> ・館内に苦情解決のフローを掲示している他、情報開示ファイルにも綴じられており、自由に閲覧できるようにしている <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)> ・特別養護老人ホームが併設していることから、苦情受付担当者、責任者等が混同しないよう留意している。	

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)> ・苦情が寄せられた際には、「相談・苦情・対応記録」に内容を記載し、ファイリングしている。また、業務日誌にも記載し、他の職員にも共有している。	

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)> ・資料(職員会議議事録、苦情解決対応マニュアル等)及びヒアリングにて確認 <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)> ・苦情を受け付けた際には、運営協議会でも内容・対応策の報告を行っている。(但し、個人情報に関する内容については、個人情報保護の観点から報告は行わない)	

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)> ・資料及びヒアリングにて確認 <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)> ・苦情を受け付けた際には、運営協議会でも内容・対応策の報告を行っている。(但し、個人情報に関する内容については、個人情報保護の観点から報告は行わない)	

(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)> 受付カウンターに「貸館についてのしおり」を常備し、利用者に対して利用方法や注意事項などについて説明を行い利用案内を行っています。 施設案内に関する情報は、①法人ホームページ上に「ブログ・イベント」コーナーを設け、ボランティア活動や開催予定の事業を掲載し発信、②年間4回発行の広報紙「いきいき」での当地域ケアプラザの情報や案内と③毎月の事業案内の発行。また事業案内についてはチラシを作成し、自治会に依頼し回覧板にて地域への周知を行っております。④地域の掲示板も活用しています。令和6年2月に地域のラジオ番組に出演して、当地域ケアプラザの概要や事業について紹介と利用の案内を行いました。	<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、法人ホームページ、ヒアリングにて確認 <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)> ・特別養護老人ホームが併設していることから、館内掲示、来館受付を分ける等の工夫を行っている。受付カウンターに「利用案内のしおり」を常備している。 ・ホームページには館内の写真、施設概要、イベント・ブログ情報を載せて情報発信を行っている。 ・年4回発行している広報紙を関係施設等に配架すると共に、事業案内等のチラシは9自治会に配付・回覧版での回覧依頼、掲示板への掲示依頼を行っている。

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)> ・特別養護老人ホームが併設していることから、館内掲示、来館受付を分ける等の工夫を行っている。受付カウンターに「利用案内のしおり」を常備している。	

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)> ・ヒアリングにて確認 <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)>	

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)> ・資料(全体会議、サブ会議資料)及びヒアリングにて確認 <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)> ・全体会議の中で、社会福祉士の資格を有している包括支援センター職員が講師となり、「高齢者虐待」をテーマとして、人権擁護についての研修を行っている。議事録に纏めて回覧すると共に資料を配布して、職員への理解を深めている。	

(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)＞ 施設案内に関する情報は、①法人ホームページ上に「ブログ・イベント」コーナーを設け、ボランティア活動や開催予定の事業を掲載し発信、②年間4回発行の広報紙「いきいき」での当地域ケアプラザの情報や案内と③毎月の事業案内の発行。また事業案内についてはチラシを作成し、自治会に依頼し④回覧板にて地域への周知を行っており、⑤地域の掲示板も活用しています。令和6年2月に地域のラジオ番組に出演して、当地域ケアプラザの概要や事業について紹介と利用の案内を行いました。 受付カウンターに「貸し館についてのしおり」を常備し、利用者に対して利用方法や注意事項などについて説明を行い利用案内を行っています。また、自主事業の企画として地域のボランティアと合同で作成したパンフレットには、当事業所の概要と周辺の社会資源マップを掲載したツールをカウンターや貸室に常備して、いつでも手にすることができるようになっています。	＜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)＞ ・ホームページ、ヒアリングにて確認 ＜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)＞ ・ホームページには館内の写真、施設概要、イベント・ブログ情報を載せて情報発信を行っている。 ・年4回発行している広報紙を関係施設等に配架すると共に、事業案内等のチラシは9自治会に配付・回覧版での回覧依頼、掲示板への掲示依頼をしてPR活動を行っている。 ・地域ボランティアの方と合同で、活動しているサークル団体の情報や自主事業案内の冊子を作成して配布する等の広報活動を行っている。

(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)＞ 事業所内で接遇マナーについて基本的な対応の仕方と当事業所における対応について確認共有しています。また、利用者アンケートで寄せられた意見のなかで利用者対応等についても各部門にて振り返り検討を行い、各自が改善と向上に努めています。また、このような意見などを受け付けた際は、会議などでもテーマとして取り上げて事業所単位で取り組むようにしています。 スタッフは名札をつけ、職員であることが来館者に分かるようにしており、電話を受ける際は、事業所名と氏名までをはっきり名乗るようにしています。電話を受けた際や来館者への対応の際は、なるべく早く受け、引き継ぐことに留意し、なるべく待たせることのないよう心掛け対応するようにしています。万が一、来館者の待ち時間が長くなりそうな場合には座って待ってもらおう声かけしたり、相談などの場合は、すばやく相談室に案内するなど配慮し対応を行っています。	＜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)＞ ・職員の採用時には、「利用者対応マニュアル」に基づき、受付業務や対応の姿勢について研修を行い、統一した対応が出来るよう共有している。また、法人で作成しているスタッフハンドブックには法人の理念・方針・職員としての基本姿勢・接遇等が網羅されており、職員に配布している。 ・年1回実施している利用者アンケートでも「職員の接遇・対応」を項目に取り入れ、改善・向上に努めている。

(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)> 一日を通して午前、午後一の利用が多く、夜間に向けて利用が減っていく傾向にあるため、利用者の減る午後2枠を活用し、自主事業を15時から開催する等の工夫を行っています。 利用者アンケートの結果から、当地域ケアプラザの認知度がまだまだ低いとの意見があり、地域の方々からの要望もあり、地域を知る為の市ヶ尾ウォーキングを開催しました。アンケート結果の振り返りについては、その内容を掲示し、利用者にも開示しています。	<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)> ・時間帯や貸室別に稼働率を集計し、利用実績の分析を行っている。午前・午後一の利用が多く、徐々に利用稼働率が減少傾向にあることから、利用者の減る午後2枠を活用し、15時から自主事業を開催する等の工夫を行う等して、利用稼働率の向上に努めている。 ・アンケート結果及び意見に関する回答を4階の待合スペースの掲示板に掲示して公表している。また、利用者団体会議でもアンケート結果の報告を行っている。

(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)> ・施設に駐車場がない為、近くにあるコインパーキングと提携し、5台分の駐車スペースを確保している。 <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)＞	

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)>	

(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)> ・資料(研修報告書)及びヒアリングにて確認 <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)> ・特別養護老人ホームが併設していることから、感染症予防・対応策として、コロナをはじめとした各種感染症マニュアルを作成し、発生時や対応のフローチャートを職員に配布している。	

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)>	

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)>	

(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)> 開館時及び閉館時の施設内の清掃状況や破損状況、設備の点検に加え、貸室の利用の際も、前後に同様の確認を行っており、すべての利用者が気持ちよく使いやすい施設の維持を目指して、綱に清潔で安全な貸室を準備しています。利用者の皆様にも理解していただき、清掃や点検に協力をいただいています。破損等がある場合は、補修する等迅速に対応し、利用者に支障のないように努めています。その他、地域ボランティアとの共同での定期的な植栽の清掃も行っています。 感染症対策については、定期的な事業所研修の実施、トイレや手摺り等の消毒の実施、ノロやコロナウイルス発生時の対処備品の常備といった、予防と対策における体制づくりを努めています。幼児用のマットレスなど汚染に対する抵抗力が低い方が利用されるような備品などは、利用後に利用団体とともにアルコール消毒を行い、利用者の協力のもと清潔保持に努めています。	<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)> ・ヒアリングにて確認 <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)> ・開館時及び閉館時には施設内の清掃状況や破損状況、貸出し備品の点検を行っている。また、貸室利用後は職員同席の下に点検を行い、次の利用者が気持ちよく利用できるよう原状回復を行っている。また、4階にあるテラスも危険箇所等が無い確認を行っている。 ・館内設備や備品のアルコール消毒を行い、安心して施設を利用いただける環境保持に努めている。

(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)> ・ケアプラザ利用者と特別養護老人ホーム関係者でエレベーターの使用を分け、感染症予防策を講じている。 ・館内設備や備品等の破損等の早期発見に努め、職員による修繕、定期的に業者に保守点検依頼を行い、安全かつ安心して施設を利用できるよう維持管理を行っている。 <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)>	

(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)>	

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)>	

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)>	

(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 ☐ 一部チェックに不備がある ☐ チェックしていない	☒ チェックしている ☐ 一部チェックに不備がある ☐ 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)>	

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 ☐ 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 <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)> ・毎月の職員会議において、介護保険事業者の事故発生時の対応研修を全職員対象に実施している。 <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)> ・毎月開催している区内の地域ケアプラザ所長会議で、発生した事故等の事案を共有しており、職員会議で情報を共有し、館内の事故防止につなげている。	

(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	☒ 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	
<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)> ・年1回の「事故予防・防止」研修会に加え、必要に応じて随時「事故予防・防止委員会」による研修や検討会を実施している。 <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)> ・所長、包括管理者、社会福祉士2名、保健師、コーディネーター2名、ケアマネジャー3名からなる「事故予防・防止委員会」を設置し、毎月の職員会議時に事故発生予防や再発防止の注意喚起を行っている。	

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	☒ 体制を確保している
☐ 体制を確保していない	☐ 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)> ・資料(緊急連絡網)にて確認 <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)> ・緊急連絡網は職員に配布すると共に、ファイルに綴じて閲覧できないようにしている。変更が生じた際には随時更新している。	

(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)>	

(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)> ・有事の際には、併設している特別養護老人ホームと協働でして対応する体制を整えている。 ・福祉避難所として位置づけられており、施設独自の備蓄品に加え、横浜市から支給されている備蓄も用意がある。 <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)>

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)>	

②協定書等のとおりの開館しているか？

※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。

※指定管理者の責に抛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)>	

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)> ・入口脇に設置している掲示板に、閲覧できる旨を周知している。また、ホームページでも公表している。 <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)> ・青葉区のホームページにて過去の事業計画・事業報告書を公表している。	

(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)>	

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)> ・資料(職員会議、研修報告書)及びヒアリングにて確認	
<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)> ・権利擁護、個人情報保護、法令遵守に関する研修は毎年全職員を対象に実施している。	
<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)>	

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）> 現任のスタッフに対して、専門職としての資質と成長度を見極めながら、スキルアップに必要な内容の研修（外部研修含む）を案内し、研修への派遣を行っています。また、行政からの案内のある研修には、特に積極的に参加を促し、他事業所からの研修参加者との情報交換も考慮しています。これらの研修については、実務に必要なものは全額事業所の負担での参加とし、常勤・非常勤問わずスタッフ全員に案内しています。権利擁護や個人情報保護、医療的な研修など専門的な内容のものは、研修受講後は、報告書を全スタッフに対し回覧し、特に重要なものについては会議などの場で報告する機会を設け、業務に活かすようにしています。また、法人内で専門職の分科会を開催しており、専門職種での情報の共有により、一人の研修が、他の人のスキルアップにつながるようにしています。	<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）> ・ヒアリングにて確認 <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）> ・館長は、職員の勤務年数等を考慮したうえでスキルアップに必要な研修参加を促し、職員の資質向上を図っている。また、役職や職種に応じて定められている研修の案内が届いた際には、職員に周知すると共に勤務調整を行い、研修に参加できるようにしている。 ・法人内で専門職の分科会を開催している他、区内の分科会による研修参加も促し、情報の共有に努めている。

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）> ・資料（研修報告書）及びヒアリングにて確認 <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）>	

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、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
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)>	

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)> スタッフ各自が、それぞれの担当する業務について情報収集、部門内外の意見や評価を取り入れながら内容の再構築といった計画立案から、各種手続きや実績評価などの運営管理までを主体的に行い、協調や相互作用によるチームの形成を行うことで資質の向上を図っています。その他、事業所内勉強会の開催により認知症や精神疾患、権利擁護など職務について職員の理解を深め、スタッフの専門的知識の習得に努めています。スタッフ間の情報の共有については、毎日の朝礼時と部門会議の際に各自が事業の進捗報告および評価、あるいはケースの課題等について報告を行い、職員会議で定期的に部門を超えた専門職の情報共有を行い、事業所としての対応の統一化を図っています。また、事業所全体での構築が必要な案件については、事業所内共有サーバを使用し、口頭や書面のほかにも情報共有ツールを使用しています。	<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)> ・資料及びヒアリングにて確認 <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)> ・施設内研修では、認知症や精神疾患、権利擁護等の専門性に特化した研修も取り入れ、職務を問わず全職員が知識の習得に努め、対応できるよう研鑽を図っている。 ・朝礼時に、部門ごとの事業の進捗状況や各職員の予定等を共有している。

(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 ☐ 整備していない	☒ 整備している ☐ 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)>	

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 ☐ 明確化しているが周知していない ☐ 明確化していない	☒ 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)>	

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 ☐ 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 <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)>	

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)>	

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)>	

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)>	

※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 ☐ 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る ☐ 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
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)> ・現場及びヒアリングにて確認 <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)>	

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 ☐ 一部適切ではない書類がある ☐ 適切に作成していない	☒ 適切に作成している ☐ 一部適切ではない書類がある ☐ 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)＞	

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(月次試算表)及びヒアリングにて確認 <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)>	

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)> ・資料(月次試算表)及びヒアリングにて確認 <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)> ・ヒアリングにて確認(通帳や印鑑は、法人本部経理にて管理) <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)>	

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)> 「よこはま3R夢運動」の一環としてインクカートリッジのリサイクルやごみ分別に協力しています。また、個人情報を含まない不要な文書の裏紙としての再利用、使用していない貸室の消灯、貸室点検の際の不要電源オフ、各室内に案内を掲示して利用者への節電の協力依頼を行っています。 物品の購入や補修などに関しては、複数の業者による見積合わせを行い、より低価格で長く使用するために適切な対応のものを選定し発注を行うこととしています。また、法人として照明のLED化に取組、省エネを心がけています。そして、これらの法人内各事業所での経費節減の取組について効果的なものについて法人内の事業所間で共有し横展開をしています。 収支予算についても、年度ごとに極力無駄のない支出に留意して計画を行い、毎月支出の増減を確認し、翌月の収支に反映させるように努めています。	<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)> ・現場及びヒアリングにて確認 <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)> ・物品購入においては、数社から見積もりを取り、安価な業者から購入している。また、備品が破損した際には、備品の管理体制を振り返る等したうえで購入を検討している。 ・各部屋に空調の設定温度に準じた利用や照明消灯を呼びかけ、館内巡回時には、細目に照明消灯や空調電源を切っている。 ・同法人で運営している事業所において、経費節減の取組について効果的なものを、事業所間で共有して取り組んでいる。

(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)>	

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)> ・資料(PDCAシート)にて確認	
<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)>	

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	☒ 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
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)> ・ヒアリングにて確認 <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)>	

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)> 当年度の計画や振り返りを区や社協と実施することで、目標や振り返り状況を共有している。 令和4年度は、コロナ禍でもあり、当初の計画がなかなか進めることができなかったが、その中でも新しい取組により少しでも進捗するように取り組んでおり、また当年度出来なかった課題について次年度に計画をすべく、この時期から出来る地域からのニーズ把握などを参加した地域事業よりヒアリングを実施しており、計画への反映をしていく。	<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)> ・ヒアリングにて確認 <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)> ・部署毎に目標を設定し、その後、職員会議で設定目標の共有を図っている。 ・当年度の運営目標や振り返りはPDCAシートを基に区の担当者と年2回、振り返りや進捗状況を共有している。 ・地域福祉保健計画も踏まえた目標設定を行うことで、地域福祉保健計画の推進も図っています。

(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)> <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)>

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)> 区役所や区社協、地域の方と協力して地域福祉保健計画の策定に取り組み、また、青葉区の認知症施策、高齢者虐待や徘徊高齢者に対するネットワークづくりにも参加しています。市ヶ尾地区の地福推進会議にて地区概況(高齢化率などの推移)を提示したことで見守りの目を増やす三者(民生、保活、老人クラブ)合同研修が始まりました。区子供支援担当や区保険課と連携して共催事業を計画運営し、地区の事業や防災訓練等に積極的に参加した際に、それらの事業の紹介に取り組んでいます。また、地域住民の相談ケースについても情報収集を行い、区役所の専門職と連携して対応を行っています。 「元気づくりステーション」など介護予防や閉じこもり対策の推進事業を多数立上げ運営することができ、行政の推進する事業について積極的に取組を行い、成果につなげています。	<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)> ・資料及びヒアリングにて確認 <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)> ・市ヶ尾地区の福祉保健計画「みんなで地域のつながりを深め、楽しくイキイキと活動できるまち市ヶ尾」の施策に基づき、「元気づくりステーション」等、介護予防や閉じこもり対策の推進事業を多数立上げる等の取り組みを行っている。 ・青葉区の認知症施策、高齢者虐待や徘徊高齢者に対するネットワークづくり参加し、見守りの目を増やすことで、支えあい、安心して暮らせるまちづくりに寄与している。
<②その他特記事項があれば記述して下さい。(400字以内)> 当事業所は、積極的に地域に出向き、利用者や社会資源との顔の見える関係づくりをすること、地域活動を通して専門職として内外で連携することを目指しています。併設施設の特養とは、地域の困難ケースを緊急ショートステイの利用につなげたり、ボランティア派遣や入居者のイベント参加及び在宅SSとは訪問看護や訪問介護など、地域のニーズにあったサービス提供を全体が連携し地域づくり推進のために一体的な機能を持つ施設になることを目指しています。 また、立地についても駅から近く且つ地域の方が、来所の為に徒歩で来られるにはちょうどよい距離感でもあり、地域活動の場としてのメリットがあります。	<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)> ・資料及びヒアリングにて確認 <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)> ・活動団体として登録している、地域のボランティア団体を併設している特別養護老人ホームに派遣し、高齢者の生活支援や対話、イベント開催などを行い、地域と施設のつながりをつくり、地域ボランティア団体や施設全体の活性化につなげている。また、地域の困難ケースを緊急ショートステイの利用につなげる等、地域のニーズにあったサービスを施設全体で連携しながら提供している。 <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？	㊞ 年1回以上実施している	㊞ 年1回以上実施している	㊞ アンケート	その他	
			実施していない	実施していない			
		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？	㊞ 課題を抽出している	㊞ 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？	㊞ 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？	㊞ 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			
			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？	㊞ 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			
		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？	㊞ 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			
		③苦情解決の仕組みがあるか？	㊞ 仕組みがある	㊞ 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？	㊞ 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			
		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？	㊞ 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			
		⑥苦情等の内容を検討し、その対応策を講じているか？	㊞ 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			
	(３) 公正かつ公平な施設	②窓口「利用案内」等を備えているか？	㊞ 備えている	㊞ 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？	㊞ 行っている	㊞ 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	㊞ 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			
	不備の数			0	0		
	Ⅱ・施設・設備の維持管理	(１) 協定業務等の遂行	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		
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			
(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？	㊞ ある	㊞ 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？	㊞ 揃っている	㊞ 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？	㊞ 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			
(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基づいて、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	㊞ 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ゴミ処理等における衛生管理を適切に行っているか？	㊞ 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			
		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？	㊞ 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				
不備の数			0	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	（１） 対応の 整備 緊急 組 急 み 時	①緊急時マニュアルを作成しているか？	㊟	作成している	㊟	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？	㊟	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？	㊟	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
		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？	㊟	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	
	（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？	㊟	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
		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）	㊟	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
	（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）	㊟	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
		②事故発生時の連絡体制を確保しているか？	㊟	体制を確保している	㊟	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？	㊟	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
	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？	㊟	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
		②協定書等のとおりに開館しているか？	㊟	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
		③事業計画書・事業報告書を公表しているか？	㊟	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
	（２） 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）	㊟	作成しており不備がない	㊟	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）	㊟	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
		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？	㊟	情報共有している	㊟	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？	㊟	作成し、活用している	㊟	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
	（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？	㊟	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
		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？	㊟	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	
		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
		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）	㊟	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
		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？	㊟	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
		⑥個人情報を収集した際には、適切に使用しているか？	㊟	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
		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？	㊟	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

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？	㊟ 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		
		②経理と出納の相互けん制の仕組みを設けているか？	㊟ 役割分担を明確にしている	㊟ 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？	㊟ 明確に区分している	㊟ 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？	㊟ 存在する	㊟ 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？	㊟ 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		
	(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？	㊟ 全て反映されている	㊟ 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？	㊟ 全て対応している	㊟ 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？	㊟ 年に1回以上は協議している	㊟ 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		0	0