横浜市指定管理者第三者評価制度

横浜市六ツ川地域ケアプラザ
評価シート

評価機関名：株式会社ソートフル

令和５年１２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	来館者が通る通路と事務室が近いこともあり、事務室に在籍する職員は来館者に進んで明るい挨拶をするよう意識しています。 施設2箇所にアンケートボックスを設置し、意見要望の出し易い環境を整えています。 年に1回、各事業毎に利用者アンケートを実施、結果を集計、分析して、ニーズの把握に努めています。結果を館内に掲示して公表することで、職員にとっても利用者から何を求められているかを意識し、改善に努めています。 意見・苦情に対しては、受付担当者、解決責任者、第三者委員を選任して対応にあたっています。 広報・PR活動の充実は、サービス向上の第一歩であると捉え、広報誌を毎月作成しエリア内全戸回覧を実施。ケアプラザの事業紹介に留まらず、地域自治会等で実施されている特徴的な活動について紹介させて頂くことで、担当エリア地域全体の情報誌となるように努めています。	【評価できると感じられる点】 ・公式LINEで月2回広報紙や自主事業の案内を自動配信し、SNSを活用したICT化の時流に沿った施設の案内を提供しています。 ・広報紙「地域交流便」はカラー写真を多用し、地域自治会の特徴的な活動などの紹介も含め、月1回1, 350部作成。自治会経由回覧板で全戸の方々にケアプラザや自治会の活動情報が届けられる仕組みができています。 ・創立23周年記念(20周年がコロナの影響で延びた)に際し館内通路に、大勢の子ども達から感謝の気持ちが籠った応援メッセージが葉っぱと花をかたどったステッカーに書かれ、このお礼に施設からトートバッグをプレゼントしています。当施設がいかに親しまれてるかが見て取れます。 ・年1回開催される貸出施設利用団体交流会の後、部屋の大掃除を参加者全員で行います。体を動かすことで、話が弾み、異なる団体と親睦を深める良い機会にもなっています。
Ⅱ.施設・設備の維持管理	平成12年の開所以来23年が経過し、設備、建物として、全体的な老朽化は否めませんが、来訪者がいつでも気持ち良く利用できるよう、区役所、市役所と協議し、優先順位を定めて必要とされる改修を行っています。 設備の維持・管理は専門の業者と委託契約を結び、日常保守点検及び定期点検・清掃業務を協定書に沿って実施しています。 衛生管理に関しては、毎月産業医による職場巡視点検に加え職員による日常点検を実施し、危険個所の改善や環境整備、感染症等について最新の情報を共有しています。また、感染症予防を考慮して毎日全職員による館内清掃(ロビー、事務所、貸館、デイルーム、トイレ等)を実施しています。 当館の魅力である中庭の保全は、職員及び地域のボランティアさんの協力を得て、四季を通じて訪れる方の憩いの場となるよう環境を整えています。	【評価できると感じられる点】 ・事業計画書に則り専門業者に維持管理を委託し、修繕改修は区・市と協議して適切な設備維持管理をしています。日常清掃は、特に、感染症予防を考慮して全職員で行い、中庭の植栽管理は地域のボランティアの方の協力も得て、憩いの場となるような環境を整えています。 ・職員による巡視点検を毎日実施し、破損・故障個所の早期発見に努め、設備や器具類の不備、不具合等は、早急に職員がメンテナンス等の対応をしています。年に1回、安全管理・衛生委員会を中心に、施設危険箇所点検を実施し、法人本部と協議の上、予算の範囲内で改善を図るよう取組んでいます。
Ⅲ.緊急時対応	災害に備え、緊急時対応マニュアルを作成して、職員会議等の場で内容を確認、検討しています。 毎月1回15分ではありますが、月例防災訓練(毎月テーマを変えた防災に係わるミニ研修)を実施し、職員の防災意識の普及・啓発に努めています。 横浜市から、災害時「福祉避難所」の指定を受けており、近隣防災拠点の運営委員会や防災訓練、各自治会実施の防災訓練にも各職員が積極的に参加して、防災知識・技術を吸収すると共に、地域の方々との顔の見える関係づくりを行い、いざというときの対応に連携が図れるように努めています。 年に2回の総合防災訓練では、敢えて人員の少ない休日体制の職員数を想定して利用者を安全に素早く誘導できるかを主眼にした訓練を実施しています。防災設備点検業者、消防出張所所長に立会いを願い、講評を受けて課題を洗い出し、非常時に備えられるように意識しています。	【評価できると感じられる点】 ・毎月の安全管理・衛生委員会では、ヒヤリハット報告書事例を用いて新たな気付きを高め、事故発生時には24時間以内に事故検証会議を開催して原因と課題を分析し、再発防止策を講じています。 ・施設入り口にもAEDの使い方を大きく掲示して周知し、令和4年10月に消防署の指導でAED操作訓練を職員全員に行い、11月には六ッ川大池地区婦人部でのAED研修にも職員が参加しています。また来館者用に、防災頭巾を各室に常備しています。 ・施設入り口に福祉避難所の役割と位置づけを地域住民へ周知するために、独自の大きなポスターを貼り、地域の防災訓練にも参加し、顔の見える関係づくりをしています。総合防災訓練では職員数の少ない時の対応等、様々な場面を想定した訓練を行い、職員の防災意識の啓発を図っています。

	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	ケアプラザ各セクションの職員が、それぞれの専門性を意識しつつ、限られたスペースの中で、窓口、相談室、休憩室等共有していることもあり、事業を越えての職員間の協力体制・連携を意識して日々業務を遂行しています。 毎朝各セクション主任が集ってのミーティング、各事業毎のセクション会議、法人幹部を交えての月例報告会議、正規職員全員が集って研修の場となっている職員会議等で業務の目指すべき方向を確認し意見、考えの出しやすい環境づくりを目指しています。 人材育成の一環として人事考課制度を導入し、半期毎に所長との面談を行い自身の目標、課題整理の振り返りを行い適正な評価・指導を行っています。 資格更新のための研修参加時間の勤務扱いや費用の法人負担等が職員の資質向上に繋がり、しいては組織体制の強化に繋がると考え、継続実施しています。	【評価できると感じられる点】 ・各部門から選出された委員による研修委員会は、年間研修計画を作成し、毎月会議を開き、前月の研修の振り返りを行い、当月の研修のテーマ・講師などの詳細を決め、職員会議の場で研修が実施されるなど充実した研修体制ができています。 ・人材育成の一環として人事考課制度を導入し、6ヶ月毎に所定の人事評価シートを使用し、期待成果、期待行動などの自己評価の後、上司と面談し、上司の評価・指導が行われ、資質向上を図ると共に成果がボーナスに反映されることからモチベーションの向上にもつながっています。 ・当事業所には、委員会制度を上手く活用しています。部門毎に選出された横断的な集まりであり、業務の改善に貢献するだけでなく、他部門の考え方による気づきもあり、かつ職員間の良好なコミュニケーション作りや職場全体のチームワークにも繋がり、業務運営上プラス効果をもたらしています。
Ⅴ．その他	地域の皆様に支えられ、共に歩みながら開所以来23年が経過し、地域の一員として認めて頂けていると感じる一方、地域の皆様がケアプラザの機能に期待する水準が益々高くなってきていることを実感しています。 第4期地域福祉保健計画の推進を図るべく、担当エリアの連合自治会、民児協、地区社会福祉協議会、区役所、区社会福祉協議会と協働し、各種の会合には所長、地域交流及び生活支援の両コーディネーター、包括三職種が可能な限り積極的に参加し、地域課題の共有、情報交換を継続して行っています。 地域活動との協働を常に意識し、需要が高まる地域の「支え合い」の担い手発掘、育成に力を入れ、子育て世代、障がい児・者、高齢者を始め誰もが住み慣れたまちで安心して暮らせる地域づくりの中核＝福祉保健活動の拠点として、いつでも気軽に相談できる環境づくり、雰囲気づくりに努めて参ります。	【評価できると感じられる点】 ・キャラバンメイトの連絡会を2ヶ月毎に開催し、連携を深め、学校、一般企業、地域のサロンなどで認知症サポーター養成講座を開催し、認知症の啓発活動を行っています。 ・5職種を中心にして、地域のインフォーマルサービスを紹介する「地域の集う場カレンダー」を作成し、館内掲示や配架にて地域の住民に情報提供しています。また、館内には、南区のすべての介護事業所・介護施設などを大きな区の地図に表示し、利用者への便宜を図っています。 ・六ツ川地区では、地区全体の見守り活動の推進啓発を目指すボランティア団体「みまもりたい」の事務局として区社協と共にその活動を支援しています。またもう一つの連合町内会六ツ川大池地区でも見守り活動の一環として実施している「ちょこぼら活動団体」とも連携し、情報交換すると共に見守り活動への進化につながるよう協働しています。

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	☑ 年1回以上実施している → ☑ アンケート
☐ 実施していない	☐ 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）＞

例年10月1日～31日に実施。令和5年度は総計265名から回答が得られました。

＜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）＞

令和5年度の事業別規模は　貸出施設112、自主事業60，窓口（相談）利用21、介護予防・居宅介護72　となっています。利用目的の異なる事業別にきめ細かく利用者からの声を幅広く聴き取っています。

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）＞
アンケート結果、振り返りシート、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）＞

令和5年度は全部門合計15件の課題を抽出しています。

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？

※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。
※①で実施していない、又は②で課題を抽出していない、特に課題がない、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
☑ 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

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）＞ アンケート結果、振り返りシート、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）＞ 抽出された課題の多くは設備に関する意見・要望となっています。改善に対応できるものは速やかに実行しており、施設運営上困難な事例は丁寧に説明して、納得して貰っています。

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？

※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。
※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
☐ 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）＞ 現場確認(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）＞

（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）＞

館内ロビーに筆記具を添えて設置。現場確認

＜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）＞

ホームページ、LINEにて利用者からの意見をチェックできることができます。

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(館内掲示)

＜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）＞

①利用者からの苦情受け入れフローチャート及び②苦情申し出窓口の設置について相談コーナー(担当者、責任者・所長名それぞれ明記)にて苦情解決の仕組みを完備。更に顔写真入りで“苦情解決第三者委員会ですとのポスターも掲示し周知しています。

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）＞

現場確認(館内掲示)

＜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）＞

館内ロビーに①利用者からの苦情受け入れフローチャート及び②苦情申し出窓口の設置について、相談コーナー(担当者、責任者・所長名それぞれ明記)の2種類の案内が掲示されています。

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）＞

令和5年度は苦情が1件も寄せられていません。寄せられた意見・声は顛末書に記載することになっています。

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）＞

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）＞ 苦情の内容によっては館内掲示を行っていますが、相談対応に関するものなどは個人情報に触れる場合もあり、公表を控えています。今後苦情が寄せられた場合、内容を精査し個人情報に触れる事案を除き、公表する用意があります。

（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）＞ 施設出入口に、総合案内パンフレットを配架、施設案内を掲示して周知しています。 六ツ川地域ケアプラザホームページ上に、施設概要や事業内容、ボランティア情報、ブログ等、検索する方がすぐに確認できるよう内容を細分化し掲載しています。 毎月開催されている地域の連合自治会長会、民生委員児童委員協議会、サロン等に出向き、施設案内、事業紹介を随時実施しています。 施設利用時のwi－fi接続やインターネットでの施設利用申込が出来るようにし、またスマホ講座（wi－fi接続方法、インターネット予約の手順説明等）も開催し、利用者の利便性を高めました。また団体交流会や大掃除会を通して施設使用法など詳細に周知しました。 公式LINEアカウントを作り、友だち登録をしてもらえるように周知し、月2回の定期配信（広報誌「地域交流便」や自主事業案内など）とLINE　VOOM（タイムライン）で随時配信しました。	＜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）＞ 施設利用ガイド冊子、ホームページ、SNSによる情報、チラシ、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）＞ ・ホームページは4事業別のリンクが設置され、それぞれのサービスの内容がアップされ、ブログ、インスタグラムやYoutubeなどのSNSをフルに活用して施設利用案内を発信しています。 ・公式LINEの友だち登録は180名に上り、月2回広報紙や自主事業の案内を自動配信し、LINEの動画や写真サービスを行うLINE VOOMなどICT化の流れに則した施設の案内を幅広く提供しています。

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）＞

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）＞ 横浜市地域ケアプラザ施設利用案内、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）＞

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）＞ 令和4年6月28日に“権利擁護、高齢者虐待について”をテーマに職員全員に対し実施、資料にて確認。 ＜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）＞

（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）＞ カラー写真を多数掲載した広報誌「地域交流便」を毎月作成し、各自治会掲示板への掲示を依頼。回覧板で全戸回覧も依頼し、広報しています。「地域交流便」は、エリア内コミュニティハウス、保育園、小中学校等公共施設、区役所へも掲出しています。また、地域包括支援センターでは「包括便り」、通所介護部門は「デイ便り」などご利用者、ご家族、居宅介護支援事業所等幅広く最新情報を伝えるように努めています。 法人として、広報担当職員を雇用し、ホームページでタイムリーな情報提供に力を入れ、随時の更新を継続しています。 毎月定例開催されている地域の連合自治会長会、民生委員児童委員協議会定例会に、所長、両コーディネーター並びに地域包括支援センター三職種が積極的に出席して各事業の紹介・案内をしたり、地域で随時開催されているサロンやイベントにも輪番で出席し、顔の見える関係づくりをしながらの広報活動を実践しています。	＜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）＞ 広報紙「地域交流便」、「包括便り」、各種情報チラシ、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）＞ ・広報紙「地域交流便」はカラー写真を多用し、月1回1，350部作成。自治会経由回覧板で全戸の方々にケアプラザの活動情報が届けられる仕組みができています。 ・ホームページは法人広報担当職員がケアプラザの職員から最新の情報を得て作成しており、LINEなどSNS関係のプログラミングにも関わっています。タイムリーな情報提供など積極的な広報活動に取組んでいます。

（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）＞ 年1回定例職員会議の研修の中で、法人理念と合わせて「職員の心得」を全職員で読み合わせを行うほか、接遇マニュアル等をいつでも職員が閲覧できるよう配架しています。日々気持ちを新たにサービス業であることを意識して接遇に当たっています。 やむを得ず対応をお待ち頂く時間が生じたときの対応として、自由に閲覧できる書籍やチラシを配架したり、園庭の花々・緑を眺めながらお待ち頂くようお声掛けする等の工夫をしています。 利用者アンケート等の結果も全職員で共有し、地域からの意見に対しても迅速に改善できるよう努めています。	＜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）＞ ・令和5年4月接遇研修を実施。年1回定例職員会議の研修で法人理念と「職員の心得」を読み合わせを行い、日常業務の振り返りと自己チェックを行っています ・接遇マニュアル(職員の心得、身だしなみ自己チェック、電話対応、などが記載)は職員がいつでも閲覧できるよう事務所内に置かれています。 ・訪問時、職員がはつらつとして職務についている様子を実見しました。

（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）＞ 勾配の急な坂の上という立地条件にありながら、コーラス、健康体操等、自主事業から自主活動化したグループが地域に根を張り、定期活発に利用してくださっています。 視覚障害の方もご利用しやすいように、ボランティアグループが作成した点字版「地域交流便」を配架するなどの工夫に努めています。 区・市へ報告している四半期報告が、利用実績を振り返る良い機会となっています。年に1回の利用者アンケートの結果は館内に掲示すると共に運営協議会で利用状況を報告し、委員の皆様からも意見を頂戴しています。 コロナ禍でご利用者に対する制約もある中、設備や器具類の不備、不具合等、頂戴した要望については、可能な限り早急に対応しています。 坂の上という立地を嘆く声を受け、特に高齢者を対象とした自主事業については、一部可能な限りで、車を使って待合所までの送迎対応を行い、少しでも参加しやすくなるよう努めています。	＜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）＞ ・月1回自主事業の食事会を当施設で開催していますが、坂の上に立地していることから施設所有の車による送迎サービスを行っています。徒歩による参加が困難な高齢の利用者から喜ばれています。 ・年1回行われる貸出施設利用団体交流会は登録団体の紹介や利用の説明会などを催し、その後日頃使用している部屋の大掃除を参加者全員で行います。体を動かすことで話が弾み、異なる団体と親睦を深める良い機会にもなっています。

（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）＞ 創立23周年記念(本来は20周年記念になるはずがコロナ禍により3年延びた）に際し館内通路に、大勢の子ども達から感謝の気持ちが籠った応援メッセージが葉っぱと花をかたどったステッカーに書かれ、このお礼に施設からトートバッグをプレゼントしています。当施設がいかに親しまれてるかが見て取れます。 ＜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）＞ 事業計画書に則り専門業者に維持管理を委託し業務報告書で確認しています。修繕改修は区役所、市役所と協議して行い,適切な設備維持管理をすることで地域住民の憩いの場となっています。

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）＞ 毎月の定期清掃は業者により計画的に行い、日常清掃は清掃職員、サブコーディネーターを中心に感染症予防を考慮して館内清掃(ロビー、事務所、貸館、デイルーム、トイレ等)を実施しています。貸室利用団体には終了時の清掃、点検を依頼していますが、職員とのダブルチェックにより次に利用する団体が気持ちよく使えるよう配慮しています。

（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）＞ 備品廃棄は区と協議し、棚卸もしているので備品の台帳との照合は容易です。

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）＞ 設備や器具類の不備、不具合等の要望には早急に対応しています。施設の使用物品の点検（机のぐらつき、自転車の不具合等）を実施し速やかにサブコーディネーター・所長・営繕職員によりメンテナンスを行っています。

（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）＞
感染症研修記録、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）＞

感染症発症時対応マニュアルを整備し、令和4年6月と11月に産業医による感染症、食中毒の研修を職員全員に行っています。

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）＞

各職員が、ごみの分別・減量・リサイクル等の周知をし、ヨコハマ3R夢プランを理解するように取組んでいます。

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）＞

細かくゴミの分別をし、外の鍵付きのゴミ収集庫で収集日まで保管管理しています。

（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）＞ 日々の清掃は、清掃職員、サブコーディネーターを中心に行い、月単位施行の床ワックス清掃等は業者により計画的に実施しています。 職員による巡視点検を毎日実施し、異常がないか確認しています。 また、年に1回、安全管理・衛生委員会の集計で施設危険箇所点検を実施。指摘箇所については法人本部と協議の上、予算の範囲内で改善を図るよう努めています。 植栽管理は植栽経験豊富な方を通所運転手兼営繕職として直接雇用しています。地域のボランティアの方の協力も得ています。 貸室利用団体には終了時の清掃、点検を依頼、管理者側でのダブルチェックにより、次に利用する団体が気持ちよく使えるよう配慮しています。 施設の使用物品の点検（机のぐらつき、自転車の不具合等）で気づいた際には速やかにサブコーディネーター・所長・営繕職員によりメンテナンスを行う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）＞ 現場確認、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）＞ 中庭の保全などの植栽管理は植栽経験豊富な方を通所運転手兼営繕職として直接雇用するとともに地域のボランティアの方の協力も得て、四季を通じて訪れる方の憩いの場となるよう環境を整えています。

（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）＞ 職員による巡視点検を毎日実施し破損・故障個所の早期発見に努めています。また、年に1回、安全管理・衛生委員会が、施設危険箇所点検を実施し、指摘箇所については法人本部と協議の上、予算の範囲内で改善を図るよう取組んでいます。 ＜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）＞

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	☑ 作成している
☐ 作成していない	☐ 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）＞
緊急時対応マニュアルを作成して、職員会議等の場で内容を確認、検討しています。

（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、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

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・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）＞

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）＞ 就業点検チェックリストに基づき、館内外の巡視点検・施錠・電源の確認等を行い業務日誌に記録を残しています。また、来館者には進んで声掛けや挨拶を励行し不審者の侵入を防ぐとともに敷地内に人感センサーを設置して防犯管理をしています。

（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）＞ 職員は防火管理・日常自主点検チェックリストに基づき毎日巡視点検を実施し、障害物等の残置確認や破損や不良個所の有無の確認をしています。また、毎月の防災委員会、安全管理・衛生委員会を中心に施設内の危険個所や不具合個所を早期に発見し快適な施設になるよう改善を図っています。

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）＞ 研修の内容：ヒヤリハット報告書事例　　対象者：職員全員
＜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）＞ 毎月の安全管理・衛生委員会ではヒヤリハット報告書事例を用いて新たな気付きを高めることで事故防止の啓発を図り、職員会議でも共有しています。また、事故発生時には24時間以内に事故検証会議を開催し原因と課題を分析し再発防止策を講じています。

（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	☑ 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）＞

研修のテーマ：AED研修　対象者：職員全員

＜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）＞

事故対応マニュアルを整備し、施設入り口にもAEDの使い方を大きく掲示して周知しています。令和4年10月に消防署の指導でAED操作訓練を職員全員に行い、11月には六ッ川大池地区婦人部でのAED研修にも職員が参加しています。

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）＞

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）＞

職員全員の連絡先が事務室内にファイルされ、緊急時に直ちに連絡しあえる体制を整えています。

（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）＞ 施設入り口に福祉避難所の役割と位置づけを地域住民へ周知するために独自の大きなポスターを貼っています。地域防災拠点の運営委員会や防災訓練、各自治会実施の防災訓練にも、各職員が積極的に参加し、地域の方々と顔の見える関係づくりを行うことで、いざというときの対応と連携が取れるようにしています。過去の被災地での福祉避難所の状況を調査研究して開設想定訓練を行い、備蓄品の整備も行っています。

（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）＞ 防災委員会では月例防災訓練を実施し職員数の少ない時の対応等、様々な場面を想定した訓練を行うことで職員の防災意識の啓発に取組んでいます。また、安全管理・衛生、防災研修の委員会組織は、各事業を跨いでの委員構成とすることで、日常の業務とは違ったスタッフの考えや意見に接するよい機会として、職員の防災意識向上を図っています。また、来館者用に防災頭巾を各室に整備しています。
＜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）＞

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）＞

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）＞ 多目的ホールへ向かう通路に利用者向けの閲覧カウンターを設置し、他の閲覧用のチラシや冊子と共に事業計画書・事業報告書が並べられています。 ＜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）＞

（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

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）＞

各部門からの職員で構成される研修委員会を設置し、年間研修計画を作成しています。研修委員会は、毎月会議を開き、前月の研修の振り返りと今月の研修の詳細を決め、職員会議で研修が実施されています。

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	☑ 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（資料・ヒアリング等）を記述して下さい。（50字以内）＞
研修員会議事録、研修報告書、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、接遇マナー、高齢者虐待防止など　対象者：職員全員

＜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）＞

事業所内研修は、職員が集りやすい職員会議の一部の時間を活用して実施されています。

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）＞ 所長にメール配信された研修案内については各セクションへ転送して情報を提供、主任から各職員の資質向上に役立ちそうなものへの参加を促しています。通所介護においては、ホワイトボードへ貼りだし、出勤日数の少ない非常勤も随時確認できるように工夫をしています。 また、各セクションから選出した職員で組織した研修委員会を毎月開催し、職員会議で実施した前月の研修の振り返り、当月の研修についての内容を検討しています。各職員の専門分野に係るテーマについて職員が講師役となり、研修を実施しています。 業務上必要とされる外部研修については、業務出張扱いとし、受講料および交通費を全額負担しています。	＜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）＞ メール配信されたり、郵送された研修案内は、所長が各部門へ伝え、主任から各職員へ周知し、専門知識の向上に役立ちそうな研修への参加を促しています。業務上必要な研修については、業務出張扱いとし、受講料及び交通費を法人が全額負担しています。

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	☑ 情報共有している
☐ 情報共有していない	☐ 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）＞ 研修報告書、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）＞ 外部研修を受講した際には、研修報告書を作成し、資料と共に各部門別に回覧し、全職員が情報を共有しています。

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、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）＞ 窓口対応を主に担当するサブコーディネーター向けに「サブコマニュアル」を作成しています。そのマニュアルは、サブコディネーターの役割、個人情報について、業務についてなど簡潔な文章で窓口業務・注意事項などを説明している分かりやすいマニュアルになっています。

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）＞ 毎朝の申し送りは各部署主任が集まり、全体の予定や報告を行い、その後各セクションにて情報共有をしています。 また、各事業、委員会活動での会議録は全職員で回覧し、情報の共有を図っています。安全管理・衛生、防災、研修の委員会組織は、各事業を跨いでの委員構成とし、日常の業務とは違ったスタッフの考え、意見に接するよい機会となっています。 通所介護は新任職員研修マニュアルに則し、研修を実施しています。 常勤職員には年2回の人事考課シートを通じて各事業主任、所長との面談の実施により、求められている資質、各自が目標とするテーマを確認し合いながら、研鑽に努めています。	＜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 ＜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）＞ ・毎朝の申送りは、各部門主任が集り、全体の予定や報告を行い、その後各部門にて情報を共有しています。また、この事業所は、委員会制度を採用し、部門別の横断的な集まりにより、部門毎の異なった見方・考え方の気づきの機会にもなっています。 ・人事考課制度が確立し、6ヶ月毎に人事評価シートにて実績を上司と共に振り返り、評価がボーナスにも反映されることから、職員のモチベーション向上にもなっています。

（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）＞

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）＞ 「個人情報保護に関する基本方針」と「個人情報の利用範囲」が館内に掲示され、管理責任者として所長と各部門の主任の名前を明示しています。

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）＞

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）＞ 「個人情報の利用範囲」にて、使用目的を明示し、個人情報の使用目的を明確に説明しています。

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）＞ 団体登録申請書などには、欄外に「目的外に使用しない」旨の文言が印刷された書式を使用しています。

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、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）＞ パソコンのパスワードの使用、パソコンのワイヤーロックにより持ち出し不能、USB不使用、個人情報を含む廃棄書類は、シュレッダー処理する。など適正な個人情報の管理が行われています。

（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）＞

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	☑ 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 （具体的に:　　）
☐ 仕組みを設けていない	☐ 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）＞ 出金伝票、入金伝票、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）＞ 所長と経理担当事務職員によるダブルチェックが実施されています。

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	☑ 明確に区分している
☐ 明確に区分していない	☐ 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）＞ 総勘定元帳、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	☑ 存在する
☐ 存在しない	☐ 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 ＜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）＞ 消耗品については、事務員とサブコーディネーターにより在庫確認を行った上で、所長の許可を受けてから購入しています。 消耗品の価格でも電化製品等の購入にあたっては、複数事業所に価格を問合せ、見積書を徴し、安価な提示を受けた事業所から購入しています。 業務委託、修繕発注に係る見積り合わせも継続して実施しています。 水道光熱費は、エネルギーカルテシステムを活用し、前年度比を意識した上で、人のいない場所の小まめな消灯を継続して実施しています。各所に温湿度計を設置して現在の温度を可視化、過度の冷暖房による光熱費を節約しています。 コピー・プリンターでの出力に際しては、認証カードを使用して無駄なプリントアウトの抑制を図っています。 デイサービス浴室のシャワーヘッドを節水型且つ、マッサージ効果の高いものを使用しています。	＜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）＞ 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）＞ ・消耗品の中でも価格の高い電気製品などの購入にあたっては、複数の業者から見積書を取り、安価な業者から購入しています。またエネルギーカルテシステムを活用し、前年度と比較して、こまめな消灯や過度な冷暖房の排除を通して電気代の節約を心掛けています。 ・通所部門の浴室のシャワーヘッドを節水型に変更し、水道代の削減を図っています。

（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	☑ 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

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	☑ 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

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）＞ 令和4年度PDCAシート、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）＞

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 ＜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）＞ 年度当初、昨年度のPDCAシート及び区役所からの評価を参考に、スタッフ間で地域が直面している課題を確認、各事業ごとに当年度傾注すべきポイントを掲げ、実施計画・役割分担を記載した事業計画にまとめています。 年度が始まってからは、この事業計画を指標にして日々の業務にあたり、四半期毎に進捗状況を数値化したものを区役所へ報告しています。 また区役所各課係の地区担当者と防災拠点参与、区社会福祉協議会、ケアプラザ職員が一同に介して地域支援チーム会議に参加。地域の現状と課題を改めて把握分析、事業実施に役立てています。 年度終盤には、PDCAシートに今年度の達成状況を事業報告としてまとめ、区役所職員とのヒアリングにより達成状況を確認、書面で評価を受け、次年度の事業計画に活かしています。	＜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）＞ 令和5年度PDCAシート、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）＞ 事業計画書は、前年度の振り返りや区役所からのコメントを参考にして、部門毎に作成し、所長と各部門との話し合いで、重点的な取組などを決めます。決まった事業計画は四半期毎に進捗状況を確認しながら、目標達成に向けて活動しています。

（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）＞ 当事業所は、各部門から選出された委員で構成された委員会制度を上手く活用しています。業務の推進や改善を図ると共に、横断的な集まりを定期的に行うことにより、他部門からの意見・考え方などの気づきを促し、部門間の職員の良好なコミュニケーション作りや良好なチームワークの醸成にも繋がり、業務運営面で役立っています。 ＜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）＞

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）＞ 毎月開催の区域の各種定例会に出席し、適宜、市・区の施策実施の流れを掴み、日常の業務に反映すべく心掛けています。 第4期地域福祉保健計画の推進を図るべく、地区別の地域支援チームの会合、福祉保健計画振り返り会議には、各職員が積極的に参加し、地域課題の共有・情報交換を続けています。 その他、地域のキャラバンメイトを中心とした認知症の普及啓発への取組、歩数計を活用したウォーキングによる健康づくり、認知症予防・介護予防の取組、障害理解、新たなボランティア獲得のための講座開催等、区役所・区社会福祉協議会と常に協働を心掛けて実施しています。	＜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 ＜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）＞ ・第4期南区地域福祉保健計画の推進を図るべく、地区別の地域支援チームの一員として、会議に参加し、地域の課題の情報共有・情報交換を通して計画の達成に向けて協力しています。 ・地域のキャラバンメイトの連絡会を定期的に開催し、連携を深め、学校・一般企業・地域サロンなどでの認知症サポーター養成講座を開催し、認知症の啓発活動に取組んでいます。
＜②その他特記事項があれば記述して下さい。（400字以内）＞ 今後も地域活動交流及び生活支援の両コーディネーター並びに地域包括支援センターの三職種が中心となって、エリア内地域活動の情報を収集し、カレンダー方式での「集う場」を掲示、配架、随時更新していきます。また地域住民のニーズ・課題の把握と解決に向けた取組を、連合自治会、地区社会福祉協議会、区役所、区社会福祉協議会、と共に協働して参ります。 介護保険、介護予防、認知症予防等の更なる普及・啓発のためにも、ケアプラザに留まることなく、地域各所に出向いての講座の実施にも力を注ぎます。 六ツ川地区においては、地区全体の見守り活動の推進啓発活動である「みまもりたい」の事務局として区社協と共に活動を支援。また六ツ川大池地区においては、見守り活動の一環として実施しているちょこぼら活動である「すみれ」の運営委員会に区社協と共に参加しており、必要に応じて講座開催や区とも協働・情報共有して参ります。	＜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）＞ ヒアリング ＜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職種中心にて地域のインフォーマルサービスを紹介する「地域の集う場カレンダー」を作成し、館内に掲示、配架、随時更新をしています。南区の介護事業所・施設を示した大きな地図も館内に掲示し、利用者の便宜を図っています。 ・六ツ川地区では、見守り活動の推進啓発活動である「みまもりたい」の事務局として区社協と共に活動し、六ツ川大池地区でも「ちょこぼら活動団体」と連携し、見守り活動に向け支援しています。 ＜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）＞

◆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			

地域ケアプラザ

評価シートチェック項目一覧

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）公正かつ公平な施設利用	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）	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		
		不備の数		0		0		
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？	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）	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		0		0		

評価シートチェック項目一覧

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）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？	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）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）	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	レ	適切な措置を講じている	レ	適切な措置を講じている

評価シートチェック項目一覧

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	
		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？		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
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				0		0