



横浜市指定管理者第三者評価制度

地域ケアプラザ評価シート



横浜市

地域ケアプラザ評価シート目次

| | |
|------------------------------|----|
| ・ 総則 | 1 |
| -1 施設の目的や基本方針の確立 | 1 |
| -2 職員の勤務実績・配置状況 | 2 |
| -3 職員のマナー | 3 |
| -4 開館の実績 | 4 |
| -5 職員の資質向上を図るための取組み | 5 |
| -6 職員の専門技術を高めるための取組み（専門職員対象） | 6 |
| -7 人権擁護啓発への取組み | 7 |
| ・ 施設・設備の維持管理 | 8 |
| -1 建物・設備の保守点検 | 8 |
| -2 備品の管理 | 9 |
| -3 清掃業務 | 10 |
| -4 警備業務 | 11 |
| -5 外構施設の保守点検業務 | 12 |
| -6 植栽・樹木等の維持管理業務 | 13 |
| -7 ゴミゼロ推進運動への取組み | 14 |
| -8 施設衛生管理業務 | 15 |
| ・ 運營業務及びサービスの質の向上 | 16 |
| -1 利用実績及び施設の稼働率 | 16 |
| -2 利用しやすい受付案内の実施 | 17 |
| -3 適切な利用情報の提供 | 18 |
| -4 広報・PRの実施 | 19 |
| -5 サービス水準の確保 | 20 |
| -6 職員間での情報共有化 | 21 |
| -7 個人情報の保護 | 22 |
| -8 事故防止対策への取組み | 23 |
| -9 事故発生時の対応体制の構築 | 24 |
| -10 災害発生時の対応体制の構築 | 25 |
| -11 利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築 | 26 |
| -12 利用者の苦情解決体制の構築 | 27 |
| -13 利用者アンケートの実施 | 28 |
| -14 地域ネットワークの構築（全事業共通） | 29 |
| -15 総合相談業務 | 30 |
| -16 成年後見制度の活用（権利擁護業務） | 31 |
| -17 虐待防止関係業務（権利擁護業務） | 32 |
| -18 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 | 33 |
| -19 適切なサービス提供の実施 | 34 |
| -20 デイ・サービスの質の向上（通所サービス事業） | 35 |
| ・ 地域及び地域住民との交流連携（地域活動交流事業） | 36 |
| -1 地域や地域住民との交流・連携の取組み | 36 |
| -2 地域活動交流・自主事業の適切な実施 | 37 |
| -3 ボランティアとの協働 | 38 |
| ・ 収支状況 | 39 |
| -1 指定管理料の執行状況 | 39 |
| -2 収支決算状況 | 40 |
| -3 経費節減状況 | 40 |
| ・ その他 | 41 |
| ・ 評価結果のまとめ | 42 |

総則

-1 施設の目的や基本方針の確立

地域ケアプラザの設置目的に基づいた管理運営上の基本方針が確立されており、職員が理解しているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|---|----------|---|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | 次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 職員に対し、地域ケアプラザの設置目的に基づいた施設運営上の基本方針が明文化されている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 職員が、地域ケアプラザの設置目的や施設運営上の基本方針を理解している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 利用者に対し、地域ケアプラザの設置目的や施設運営上の基本方針を周知している。 | ✓ | | ✓ | |
| B | Aの中でいずれか1つは該当する。 | | | | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | | 第三者評価機関記入欄 | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>法人の理念と施設目標を明文化し、施設内に掲げています。</p> <p>施設目標は全体研修の中で提案し意見を出し合って決めました。全体研修の中や新採用者の研修には施設目標について説明を行い目標を共有できるように努めています。</p> <p>地域の皆様が安心して地域で暮らし続けられるように困った時にはいつでも相談できる場所として、また、気軽に気持ちよく利用していただける施設であり、地域の皆様が集える場を目指して業務を行っています。</p> | | | <p>【特記事項】</p> <p>当ケアプラザは、お客様を笑顔と挨拶で迎え、きめ細かなサービスを提供し、自立を目指した支援を行うことを施設目標としています。</p> <p>また、この施設目標は、全体研修の中で意見を出し合って定めたもので、新規採用時の研修には、その趣旨を説明し徹底を図っています。</p> <p>運営法人の理念と施設独自の目標は、玄関フロアにも掲示し、職員は日々利用者に関わる際に、理念を具現化していくことを意識して取り組んでいます。</p> | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-2 職員の勤務実績・配置状況

管理職を含む常勤職員及び非常勤職員の勤務実績、配置状況は適切か。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|---|---------------------------|---|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 各職員は、他の職員の業務状況を適切に把握している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 事業計画書の職員体制と実際の体制に相違がない。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>どの事業にも適正な人員配置を行っています。 法人の業務分掌規定や施設内の業務分担表により業務分担を明文化しています。 職員会議を定期的に行い、事業の進捗状況を報告、相談し合い連携を取り合いながら事業を行っています。 毎朝のミーティングでは行事や注意事項を確認し情報の共有化を図っています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>職員は、業務内容を適切に把握し、施設の円滑な運営に取り組んでいます。 事業計画書で、地域活動交流事業、地域包括支援センター、通所介護事業、介護予防通所介護事業、居宅介護支援事業等の職員体制が明文化され、業務分担に基づき適正に職務を遂行しています。 藤棚地域ケアプラザ実務業務一覧表に運営業務が明記され、業務分担と生活相談員・看護師・介護職員・機能訓練指導員などの各種業務の専門職の人員配置により業務を遂行しています。</p> | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-3 職員のマナー

利用者が気持ちよく利用できるよう、利用者に対する職員の接客マナーは適切か。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|----------------------------|---|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | 次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 利用者が職員だと判別できるよう、名札を着用している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 職員の服装は適切である。 | ✓ | | ✓ | |
| | 電話の対応の際、施設名及び職員名を名乗っている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 挨拶や対応の際の言葉遣いや態度が丁寧である。 | ✓ | | ✓ | |
| B | Aの中でいずれか1つは該当する。 | | | | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】 お客様が来館されると必ず顔を上げ、職員から笑顔で挨拶を行うよう申し合わせています。声を掛けられると、すぐに席を立ち、お待たせしない対応を心がけています。職員から挨拶をすることで、話しかけやすい雰囲気を作るよう努力しています。</p> | | <p>【特記事項】 職員は名札を着用し、服装や言葉づかいも丁寧に対応しています。 電話対応は施設名と職員名を名乗り、はきはきとした会話で対応しています。</p> | | | |
| <p>【改善すべき点・課題等】</p> | | | | | |

-4 開館の実績

仕様書に定められた、もしくは事業計画書のとおりを開館しているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|---|----------------------------------|--|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | 仕様書に定められた、もしくは事業計画書のとおりを開館している。 | ✓ | A | ✓ | A |
| B | - | / | | / | |
| C | 仕様書に定められた、もしくは事業計画書のとおりを開館していない。 | / | | / | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】 年末年始を除くすべての日に開館し、相談対応しています。通所介護も日曜・祝日も営業しており、地域のお客様のニーズに応えられるよう努力をしています。月1回の定期清掃日も午前中は貸し館利用ができます。</p> | | <p>【特記事項】 当ケアプラザは、複合ビルの一階にあり、機械警備により行われ、毎日の出入り口の開閉時間が記録簿に記されています。 業務に関する基本協定書の記載の通りの営業日及び営業時間により正しく業務が行われています。 また、月一回の定期清掃日も貸し館は、午前中、利用ができるように配慮しています。</p> | | | |
| <p>【改善すべき点・課題等】</p> | | | | | |

-5 職員の資質向上を図るための取組み

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|---------------------------------------|---|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 各職員が研修計画に沿って受講した研修の後、報告書を職員間で回覧等している。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | ✓ | |
| | 常勤・非常勤職員に関わらず、職員の研修計画を作成している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 常勤・非常勤職員に関わらず、内部研修が行われている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 常勤・非常勤職員に関わらず、外部研修や勉強会に参加できる環境を整えている。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>毎月、事業所内研修を行い、サービス向上に向けた検討や勉強会を行っています。法人内の研修や外部研修に職員を積極的に参加させてスキルアップを図っています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>定例研修は、新規採用時に実施し、定期研修は年一回以上実施しています。</p> <p>内部研修、外部研修とも、常勤・非常勤職員にかかわらず、研修の機会や資格取得する体制ができています。</p> <p>研修後は、研修報告書を作成し、回覧後、定例会議等で報告するなど、共有化を図っています。また、「個人別研修記録」を作成・記録されています。</p> <p>職員の自己の知識や技能等がどこまで達成し、どのような仕事が理解しているか等の目標管理は昨年と同様に行い、各職員と面談にて話し合い、資質向上に向けて人材育成を図っています。</p> | | | |
| <p>【改善すべき点・課題等】</p> | | | | | |

-6 職員の専門技術を高めるための取組み（専門職員対象）

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|---|----------|--|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 各職員が研修計画に沿って受講した研修の後、報告書を職員間で回覧等している。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | ✓ | |
| | 個々の職員の専門技術を高めるため、部門ごとに年1回以上、専門家等講師を招き、研修、事例検討会等を開催している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 職員の専門技術を高めるため、専門技術に関し、職員間で勉強会や意見交換会等を開いている。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | | 第三者評価機関記入欄 | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>研修会出席後は必ず研修報告書を作成し、研修内容と共に回覧しています。通所介護では介護技術、体操指導等の講師をお呼びして勉強会を開きました。包括支援センターでは、区のケースワーカーと共にカンファレンスの勉強会を行い、定期的なカンファレンスの中で実践しています。</p> <p>【改善すべき点・課題等】</p> | | | <p>【特記事項】</p> <p>運営法人が年間研修計画表を作成して、職員はより高度な知識や技能を高める機会が得られ、介護技術や専門性の向上を図っています。</p> <p>通所介護事業では、介護技術、体操指導の外部講師を招き勉強会を開催しております。包括支援センターでは、研修を受講して専門職としての知識と技量を高めております。</p> | | |

-7 人権擁護啓発への取組み

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|--|----------|---|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | 次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 事業の実施に当たり、利用者に対し、不適切な行為が行われないよう、規範や倫理規定等明文化したものを、全職員へ周知している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 年1回以上、職員に対する人権擁護にかかる研修等を実施している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 不適切な行為が行われないよう、職員間で互いの対応方法が適切であるか確認を行う体制を整えている。 | ✓ | | ✓ | |
| B | Aの中でいずれか1つは該当する。 | | | | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | | 第三者評価機関記入欄 | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>法人内、事業所内で人権研修を行い、人権に対する感覚を常に持つよう努力しています。また、定期的に、不適切な行為が行われないよう一人一人が業務の振り返りを行っています。</p> <p>お客様には毎年アンケート調査を行い、忌憚のないご意見をいただいています。また、玄関にご意見箱を常設し、行政やケアプラザに対するご意見や、ご提案をいつでもいただける体制を整えています。ご意見箱の中は毎日チェックを行い、ご意見にすぐに対応できるよう体制を整えています。</p> | | | <p>【特記事項】</p> <p>運営法人では、新規採用時の研修で人権問題についての教育を実施しています。また、施設主催の研修では、「倫理と法令遵守」、「人権問題」等の研修を実施し、全職員の理解を深めて、周知徹底を図っています。</p> <p>職員は、お客様の人格を尊重し、人権を大切に、法令遵守と責任ある行動を目指しています。</p> | | |
| <p>【改善すべき点・課題等】</p> | | | | | |

施設・設備の維持管理

-1 建物・設備の保守点検

建物・設備が適切に管理され、安全性の確保及び良好な機能の保持が実現されているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|--------------------------------------|---|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 目に見える損傷等がなく、利用者が常に安全に利用できる状態に保たれている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 発見された不具合が適切に処理されている。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 事業計画書のとおり、管理が行われている。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| 【アピールポイント】 今年で開設10年を迎え、設備の様々な箇所に不具合が発生していますが、発見し次第、区と協議を行い早期に改修を行っています。 地域の皆様が快適に施設をご利用されるよう常に施設内を整えてお待ちしております。 | | 【特記事項】 「建物等の保守点検表」や「修理作業結果報告書」等が整備され、建物や設備は、日常保守点検と定期点検を行い、適切に維持管理されています。 | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-2 備品の管理

施設の備品が適切に管理されているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|---|--------------------------------------|--|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 備品台帳に記された備品がすべて揃っている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 地域ケアプラザの備品に目に見える損傷等がなく、良好な状態を保っている。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 地域ケアプラザの備品と指定管理者の備品を区別した備品台帳を作成している。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>委託事業の備品と法人の備品を適切に管理し、不具合が発生しているものに関しては修繕又は購入を検討し、計画的に対応するよう努めています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>地域プラザの備品と指定管理者の備品が「物品管理簿」と「固定資産管理台帳」に、それぞれ別々に明確に区別され、適切に管理されています。</p> | | | |
| <p>【改善すべき点・課題等】</p> | | | | | |

-3 清掃業務

利用者が快適に利用できるよう、清掃が行き届いているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|--|----------|--|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | 次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 事業計画書のとおり、業務が実施されている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 目に見える埃、土、砂、汚れ等がない状態を維持し、不快感(見た目、悪臭等)を与えず、衛生的な状態が保持されている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 消耗品の補充が適切に行われている。 | ✓ | | ✓ | |
| B | — | | | | |
| C | Aに該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | | 第三者評価機関記入欄 | | |
| 【アピールポイント】 委託業者により毎日の清掃と月1回の定期清掃により、お客様が気持ちよく施設を利用できるよう適切な維持管理を行っています。 | | | 【特記事項】 当ケアプラザは、複合ビルの一階にあり、清掃業務は外部業者に委託し、施設の美観と十分なる清掃のもとに清潔に保たれています。 清掃予定表に基づき、日常清掃と定期清掃、窓ガラス清掃、照明器具清掃等を実施し、「雑草除去、清掃作業業務確認表」にて、各清掃の実施をチェックし、適切に業務が行われるように十分配慮されています。 | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-4 警備業務

安全で安心感のある環境を確保しているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|---------------------------------------|---|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 鍵の管理方法が明確になっている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 日常、定期的に館内外の巡回を行い、事故や犯罪を未然に防止するように努める。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 事業計画書のとおり業務が実施されている。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>指定管理の仕様に則って開館業務を行っています。</p> <p>閉館時は機械警備を行っており、館内に異常があった場合は、契約会社がすぐに確認に来ます。その時には必ず報告書をいただき、記録に残しています。</p> <p>閉館時には職員が施設内を見回り、施錠の状況や施設内の火気、消防用設備の異常等の点検を行って記録に残しています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>複合施設における、機械警備を行い、異常時には契約会社に通報され点検・確認を行い保守管理されています。</p> <p>日常の点検は「設備総合巡視・月次点検表」で確認し、施設内の火気・消防用設備も「防犯機器保守点検報告書」で点検されています。</p> <p>また、鍵の管理も適切に行われています。</p> | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-5 外構施設の保守点検業務

該当施設のみ評価を実施する

外構施設が適切に管理され、安全性の確保及び良好な機能の保持が実現されているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|--------------------------------------|--|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 目に見える損傷等がなく、利用者が常に安全に利用できる状態に保たれている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 発見された不具合が適切に処理されている。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 事業計画書のとおり業務が実施されている。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>平成 18 年度に建築物及び設備定期点検をおこない、保全計画を作成しました。</p> <p>不具合が発生した場合は速やかに区と協議を行い、補修を行っています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>当ケアプラザは複合ビルの一階にあり、ビル全体で外構施設等の保守管理が行われています。</p> <p>管理者が、安全性と良好な機能の施設として維持していくために、日常の見回り点検を随時実施しています。</p> | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-6 植栽・樹木等の維持管理業務

該当施設のみ評価を実施する

施設周りの植栽・樹木等が適切に管理され、利用者が快適に過ごせるような良好な景観が保たれているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|---|--------------------------------|----------|--|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 落葉や雑草の繁茂等が放置されておらず、美観が保持されている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 植栽に不具合が生じた際は適切に処理されている。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 事業計画書のとおり業務が実施されている。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | | 第三者評価機関記入欄 | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>障害者の作業所に依頼し、毎月周辺の落ち葉や雑草を処理していただいています。植栽の伐採や花壇の管理はボランティアさんにご協力していただいています。</p> | | | <p>【特記事項】</p> <p>当ケアプラザは複合ビルの一階にあり、落ち葉の清掃や雑草の草むしりは障害者の作業所に依頼し、周辺の植栽、樹木などの剪定などの手入れはボランティアの方にご協力をいただき、きれいで清潔な環境整備に心掛けています。</p> | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-7 ゴミゼロ推進運動への取組み

横浜G30プランに則ったゴミゼロ推進運動へ取り組んでいるか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|------------------|----------|--|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | 次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | ごみの発生抑制に取り組んでいる。 | ✓ | | ✓ | |
| | 再利用・再使用に取り組んでいる。 | ✓ | | ✓ | |
| | リサイクルに取り組んでいる。 | ✓ | | ✓ | |
| B | Aの中でいずれか1つは該当する。 | | | | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | | 第三者評価機関記入欄 | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>利用者や職員は、昼食のお弁当箱等施設内に持ちこんだごみは持ち返っていただくルールになっています。使用していないコピー用紙の裏は必ず裏紙として使用します。産業廃棄物は種類ごとに分別ルート回収に搬出しています。</p> | | | <p>【特記事項】</p> <p>コピー用紙は裏面使用し、館内の利用者にはゴミの持ち帰りを依頼するなど、ゴミゼロ推進運動に取り組んでいます。産業廃棄物は、分別回収にて搬出しています。</p> <p>個人情報保護法に基づく書類は、シュレッダーにかけるか又は運営法人でまとめて溶解処理を行っています。</p> <p>デイサービス時に使用したインスリン注射針等は自宅に持ち帰っていただいております。</p> | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-8 施設衛生管理業務

入浴や食事サービスを提供するに当たり、施設の衛生管理や感染症対策を適切に行っているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | | | |
|---|--|--|-----------|------------|-----------|---|---|--|--|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) | | | | |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A | | | | |
| | 感染症や流行性の疾病等の情報を把握し、職員に対して速やかに周知している。 | ✓ | | ✓ | | | | | |
| | 職員が感染症等を早期に気づく体制を構築している。 | ✓ | | ✓ | | | | | |
| | 感染症の発生予防及び発生対策の管理体制として、法人の責任者もしくは個別施設の施設長等による感染対策委員会等が設置されている。 | ✓ | | ✓ | | | | | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | A | | ✓ | A | | |
| | 国や市などの感染症マニュアル等に基づき、職員に研修が行われている。 | ✓ | | | | ✓ | | | |
| | 浴室、調理室等の衛生管理に関して、定められた点検を実施している。 | ✓ | | | | ✓ | | | |
| | ゴミ処理等における衛生管理が適切に行われている。 | ✓ | | | | ✓ | | | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | A | | | A | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | | | | | |
| 【アピールポイント】 | | 【特記事項】 | | | | | | | |
| <p>感染症や流行性の疾患についての情報はすぐにミーティングで連絡し、職員に注意を喚起しています。デイサービスのお客様に関しては、欠席理由を細かく聞き取り、流行の状況を速やかに察知できる体制を整えています。</p> <p>レジオネラ症予防のための定期的な水質検査を実施しています。</p> <p>ノロウイルス予防のため毎朝夕手摺等を塩素系薬剤で消毒しています。</p> <p>調理施設における食中毒予防のために調理員向けの研修を年2回以上行い、衛生管理を慎重に行っています。</p> | | <p>感染症マニュアルにはノロウイルス・レジオネラ症・インフルエンザ等各項目ごとに詳細な手引きと留意対策が明記されています。</p> <p>流行性症のマニュアルも整備され、職員に発生予防と発生対策のミーティングおよび全体研修会を実施して周知徹底を図っています。</p> <p>平成18年11月にデイサービスにノロウイルスが発生し、4日間中止し、貸し室の利用も約一週間中止しましたが、デイサービスの床掃除は次亜塩素酸(殺菌剤…0.02%)を噴霧し、消毒と清掃を重視し除菌清掃チェック表にて管理し、その後の感染症の予防対策には厳しい姿勢で対応しています。</p> <p>運営法人の広報誌「ちゅーりっぷ通信」(平成19年11月号)では、ノロウイルスに対する感染症を防ぐ最も身近で有効な手立ては、「手洗い」を励行することの記事が掲載され、予防対策を喚起しています。</p> <p>施設の利用者の方々にも「欠席理由のチェック表」で施設に持ち込まれないように協力をいただいています。</p> <p>通所介護の入浴サービスには、レジオネラ症予防のため、水質検査を定期的に行い衛生管理面の充実を図っています。</p> | | | | | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | | | | | |

．運營業務及びサービスの質の向上

-1 利用実績及び施設の稼働率

評価実施直前の2年間の貸し施設の目標件数及び利用件数の推移につき、四半期毎(4～6月、7～9月、10～12月、1月～3月)の状況を確認する。

| 部屋 | 半期 | | 目標件数 | 利用件数 |
|--|-----|--------|---|------|
| 多目的ホール | H18 | 4～6月 | 180件 | 184件 |
| | | 7～9月 | 180件 | 186件 |
| | | 10～12月 | 178件 | 175件 |
| | | 1～3月 | 173件 | 196件 |
| ケアルーム 地域 | H18 | 4～6月 | 30件 | 35件 |
| | | 7～9月 | 30件 | 26件 |
| | | 10～12月 | 27件 | 21件 |
| | | 1～3月 | 27件 | 38件 |
| ボランティア ルーム | H18 | 4～6月 | 68件 | 65件 |
| | | 7～9月 | 68件 | 56件 |
| | | 10～12月 | 65件 | 76件 |
| | | 1～3月 | 65件 | 64件 |
| 指定管理者記入欄 | | | 第三者評価機関記入欄 | |
| 【アピールポイント】 夜間の空き室を利用してヨガ教室を開始し、若い人にも利用してもらえるようになっていきます。 既存の机が重いので購入を検討し、より使いやすい環境を整えるよう計画中です。 | | | 【特記事項】 昨年1年間の目標件数と利用件数を比較しますと、多目的ホール、地域ケアルームは100%以上の利用率があり、ボランティアルームは、目標件数にわずかに未達成の98%でした。 ヨガ教室は週一回開催し、若い人にも人気を博しています。今後も新しい種目を開発し、住み慣れた地域で、安心して暮らし、広く利用度を増す教室を実施し、適切に利用稼働率をアップすることが望まれます。 | |
| 【改善すべき点・課題】 | | | | |

ただし、評価実施時において、指定管理開始から2年以上経っていない場合は、指定管理開始時から評価実施直前までの数値を記すこと。

-2 利用しやすい受付案内の実施
 利用者が利用しやすい受付案内を実施しているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|---|---|---|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | 次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 受付窓口を設置し、受付スタッフがいる。 | ✓ | | ✓ | |
| | 電話やHP等により、利用相談を受付けている。 | ✓ | | ✓ | |
| | スタッフが利用者の相談に適切に対応できるよう、応対サービス等の研修体制を確立している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 利用者に分かりやすく説明できるよう、説明資料を用意している。 | ✓ | | ✓ | |
| B | Aの中でいずれか1つは該当する。 | | | | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| 【アピールポイント】 サブコーディネーターと職員が常時勤務しており、いつでも窓口対応ができる体制を整えています。 ホームページの作成をボランティアに依頼中であり今年度中にアップする予定になっています。 | | 【特記事項】 玄関フロアからはすぐに受付窓口があり、受付窓口利用者等が来訪した際には受付スタッフがすぐに席を立ち対応しています。 当ケアプラザのチラシ類は、多数あり、利用相談に十分対応する体制が採れています。 平成19年10月には、サービス向上委員会の役割を全体研修会で実施し、サービス向上に向け一層の努力を重ねています。 | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-3 適切な利用情報の提供

すべての利用者が等しく利用情報を得ることができるよう、適切な利用情報の提供を行っているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|--|---|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | サービスの情報や施設利用案内を記載したパンフレット・掲示物等を作成している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 情報提供に当たっては、わかりやすい言葉遣いや写真・図・絵を活用し、誰にでもわかるような工夫を行っている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 見学などの希望に対応している。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | ✓ | |
| | 指定管理者の名称や指定期間、概要等について館内の掲示板やHP等で利用者に周知している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 事業計画書・事業報告書を公表している。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>自主事業や催し物、様々な情報を窓口に常設して必要な時すぐにご案内ができるよう整えています。</p> <p>館内に職員の写真を貼り、職員の一人ひとりが責任を持って対応させていただく体制を整えています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>当ケアプラザのパンフレット類は、常に閲覧し易いように整理され、地域の方のために福祉と保健等の活動や交流の場として広報と啓発に努めています。</p> <p>指定管理者の名称は、玄関入り口に掲示され、利用者に周知しています。</p> <p>コーディネーター及びサブコーディネーターが、地域のニーズや問題・課題を把握し、地域間の連携を築くように努めています。</p> <p>なお、当事業所独自のホームページは、作成中です。</p> | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-4 広報・PRの実施

当施設について、広報誌やPR誌を作成するなど、具体的な取組みを実施し、潜在的な利用者にアピールしているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|---|------------------------------------|---|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | 広報誌やPR誌を作成するなど、積極的に広報・PR活動を実施している。 | ✓ | A | ✓ | A |
| B | - | / | | / | |
| C | 広報・PR活動は行っていない。 | / | | / | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>通所介護の広報誌は毎月、地域版は年4回発行しており、様々な情報を地域の方々にお知らせしています。地域版は町内の回覧に入れていただき、また、町内の掲示板に張っていただくなど、地域の皆様に情報が届くようにご協力を頂いています。</p> <p>自主事業の各講座等でケアプラザの事業内容やPRを行っています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>運営法人は、広報誌「ちゅーりっぷ通信」を年3回発行しています。ここには、各地域ケアプラザの活動ぶりを紹介し、また、年度毎の事業報告・決算報告を公表し、「お客様相談室」の利用方法、介護のための相談等を掲載し、地域の方が健康で安心して生活を営むことができるようにPRに努めています。</p> <p>また、当地域ケアプラザの独自のチラシ「夢だより」も、毎月発行し、地域の方、町内会、他の公共施設等に広く配布し、広報に努めています。</p> <p>地元の小学校で行われた災害のための防災訓練の紹介、ヨガ教室等の開催案内、健康教室、ミニ講習会等地域の交流の場を広げる情報提供を活発に行っています。</p> <p>今後も複合ビル内の諸施設と協力し、災害対策に関する理解と災害に備えて地域の役割を再認識し、協調体制を構築することが望まれます。</p> | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-5 サービス水準の確保

個々のサービスについて、対応職員によって格差が生じないように、施設のサービス諮詢を確保するための取組を行っているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|--|--|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | 次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 施設のサービス水準を確保するため、標準的な業務実施手順や注意点等わかりやすく明文化(マニュアルの作成等)されている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 全職員が一貫した認識を共有した上でサービスを提供している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 職員の意見を取り入れながら、標準的な業務実施手順等をスタッフミーティング等において定期的に見直している。 | ✓ | | ✓ | |
| B | Aの中でいずれか1つは該当する。 | | | | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>通所介護においては全体研修の中で、全員で定期的に業務の見直しを行い、マニュアルに反映させています。地域交流はサブコーディネーターの業務マニュアルに添って窓口対応を行っています。包括支援センターは在宅介護支援センターマニュアルを参考にして相談対応を行っています。居宅介護支援事業は法人内で作成したマニュアルに添い業務を行っています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>マニュアル類は、個人情報取り扱いマニュアル、緊急対応マニュアル、身体拘束防止マニュアル、認知症高齢者のマニュアル等の各種のマニュアルが整備されています。デイサービスマニュアルには、生活相談員、送迎、入浴の手順。緊急対応マニュアルには、利用者の転倒、窒息、病状の急変時の対応等が詳細に説明しています。</p> <p>その他ノロウイルス対策としての消毒マニュアル、感染症マニュアルなどがあり、常に見直しを行っています。</p> | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-6 職員間での情報共有化

職員間で、適切に各種情報の共有化が実現されているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|---|--|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 職員間で、事業間での情報共有を目的とした定期的な会議(事業間ミーティング等)が開催されている。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | ✓ | |
| | 情報の流れが明確にされ、必要な情報が職員に的確に届くような体制が整備されている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 職員間で、情報共有を目的とした定期的な会議(スタッフミーティング等)が開催されている。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>情報を共有するために毎朝のミーティングを行っています。事業間の情報交換は毎月の職員会議の中で行っています。また、随時回覧や連絡ノートを活用して、連絡漏れや情報の行き違いが起こらないよう全員で努力しています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>朝夕のミーティングでは、業務打合せを行い、情報の伝達と徹底が図られています。</p> <p>職員の全体会議は月に一回以上実施し、欠席者には書面を回覧したり口頭で説明するなど情報の共有化が図られています。</p> | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-7 個人情報の保護

個人情報の保護に対する体制が整っているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|--|--|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 横浜市が規定する個人情報取扱特記事項について、年1回以上点検・評価を行っている。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | ✓ | |
| | 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、目的以外に使用していない。 | ✓ | | ✓ | |
| | 個人情報の取扱いに関するルールやマニュアル等が整備され、管理責任者が特定されている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 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必要な措置を講じている。 | ✓ | ✓ | | |
| | 個人情報の取扱いについて、職員等に対する研修を年1回以上実施し、個別に誓約書を取っている。 | ✓ | ✓ | | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>法人内の個人情報保護マニュアルと事業所内の具体的な手順マニュアルに添って業務を行っています。</p> <p>職員全員に個人情報の取り扱いに関する研修を行い誓約書、チェックシートを提出させています。</p> <p>連絡帳や書類の返却、ファックス送信は必ずダブルチェックを行っています。その他送迎用の携帯電話には暗証番号を登録し、名簿には記号を用いて、盗難時にも個人情報が漏洩しないよう配慮しています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>運営法人で定めた個人情報保護マニュアルと個人情報漏洩防止対策などの具体的な手順に基づいて業務が行われています。</p> <p>全職員に対して「個人情報に関する研修」「個人情報とプライバシー保護に関する研修」が行われ、写真などの個人情報を取り扱う際には、利用者一人ひとりに了解を得るなど十分な注意やコンプライアンスを配慮して行われています。</p> <p>連絡帳や書類返却、ファックス送信などの日常業務における個人情報の取扱いに関しては、マニュアルや手順書に定めた方法で厳正に取り扱っています。</p> <p>横浜市が規定する個人情報取扱特記事項のチェックリストに基づいて、点検・評価を行っています。</p> | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-8 事故防止対策への取組み

事故防止のための体制の構築・取組みを行っているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|---|---|---|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 過去に発生した事故の内容や対応内容を記録し、原因分析を実施し、改善のための対応を行っている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 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、必要に応じて改善している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 事故防止策の研修等を実施している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 法人の責任者又は施設長等による事故防止委員会が設置されている。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 事故防止のチェックリストや事故防止・事故対応マニュアル等を整備している。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>事故防止のためのマニュアルの検討や緊急時の対応について所内で定期的に研修を行っています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>事故防止マニュアル等は整備され、「数件の事故事例やそれに対する対応策例」等も記載されて、安全性を確保する体制になっています。</p> <p>事故防止のための職員に対する研修は、「事故発生時の対応と再発防止策について」や「非常災害対応研修」等の内部及び外部研修が定期的に行われています。</p> <p>マニュアルに記載された事故事例の数が少ないため、数多くの事故事例やヒヤリ・ハット事例の収集に努めて事例研究を行い、予測される事故防止に役立たせるような取り組みを試みることが望まれます。</p> | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-9 事故発生時の対応体制の構築
 事故発生時の対応体制が確立しているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|---|---------------------------------------|--|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 施設内で、事故対応責任者が明確になっている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 発生した事故内容等についての記録を作成している(ヒヤリ・ハット集の作成)。 | ✓ | | ✓ | |
| | 事故対応策の研修等を実施している。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 事故発生時の連絡体制を確保している。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>事故が起きた際の連絡体制やマニュアルはできており、迅速な対応を行っています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>事故発生時の対応フロー図で連絡体制などが明確になっています。</p> <p>発生した事故に関しては、事故発生状況報告書に「利用者氏名、事故発生日時・場所・状況、事故発生後取った対応、発生原因及び再発防止に関する事項」を記入する仕組みになっています。</p> <p>事故発生の原因の問題点や注意点等の原因究明を十分に行い、再発防止策を検討し、職員も周知徹底し、事故の再発防止に努めることが望まれます。</p> | | | |
| <p>【改善すべき点・課題等】</p> | | | | | |

-10 災害発生時の対応体制の構築
 災害発生時の対応体制が確立しているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|--|---|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 災害時の連絡体制や職員の役割分担等が明示されている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 地域や関連機関との連携体制を整備している。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | ✓ | |
| | 災害時応急備蓄物資の保管場所、内容が明確になっており、管理が適切に行われている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 防災マニュアル等に基づき、避難訓練や防災訓練等を最低年に2回は実施している。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>区役所と特別避難場所としての協定を締結し、災害時に役立つよう応急備蓄物資を整え、管理を行っています。職員にも特別避難場所としての役割を説明し、災害時により早く体制が整えられるよう協力を依頼しています。</p> <p>8月には新潟県中越沖地震の被災地に職員を派遣し被災者の支援を行うと共に、災害時にどのような備えが必要なのかを見聞してきて報告を行いました。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>当地域ケアプラザの緊急対応マニュアルには、「利用者の緊急対応」「徘徊対応」「自然災害発生時対応」等の災害事故毎にマニュアルが整備され、防災訓練も年2回実施(うち1回は複合施設合同訓練)しています。</p> <p>防災対策マニュアル(地震対策編)には、区役所との協定に基づく特別避難場所に指定され、役割分担、特別避難場所解説マニュアル、職員及び地域や関連機関との連絡網等が規定され、職員に周知し、災害時にはより早く適切な行動がとれる仕組みになっています。</p> | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-11 利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築
 利用者が意見や苦情を述べやすい環境を整備しているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|---|---|--|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 利用者が苦情や意見を述べやすいよう、窓口(苦情係、ご意見箱の設置、HPでの受付等)を設置している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 利用者からの苦情や意見等が寄せられた際には、内容を記録し、対応策を実施している。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | ✓ | |
| | ご意見ダイアルの利用方法に関する情報を提供している。 | ✓ | | ✓ | |
| C | ご意見ダイアルに意見等が寄せられた場合、その対応方法等につき公表している。 | 該当なし | | 該当なし | |
| | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>苦情担当を決め、苦情が上がった時は内容を記録し、対応策を検討してお客様への対応を迅速に行っています。毎月苦情件数をまとめ区、法人本部に報告を上げています。</p> <p>ご意見ダイアルの利用に関する情報をもっと広く周知する方法を考えていきたい。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>利用者等からの苦情や意見・要望は、「苦情・ご意見・ご要望受付記録」に記録され、適時に対応策を検討して、利用者が適切に利用することができるよう迅速に対応されています。</p> <p>毎月、苦情件数を「苦情対応の状況報告書」に取りまとめ、西区役所及び運営法人の本部に報告しています。</p> | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-12 利用者の苦情解決体制の構築

利用者の意見、苦情等を受けて、迅速に対応できる体制を構築しているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|---|---------------------------------|---|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | 次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 利用者に対し、苦情等への対応手順、担当者等が明確にされている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 苦情解決の仕組みを利用者等に周知している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 苦情等の内容を検討し、その対応策を講じている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 苦情等への対応策について、利用者へ公表している。 | ✓ | | ✓ | |
| B | Aの中でいずれか1つは該当する。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>苦情発生時の対応手順や担当者等を契約書に明記し契約締結時に解決の仕組みについて説明しています。担当者については常に施設内に掲示しています。ご意見をいただきやすくするための「ご意見箱」を玄関ホールに設置し、表示しています。内容については毎日点検し迅速な対応ができるよう体制を整えています。</p> <p>苦情が上がった場合は職員全員が情報の共有を図れるよう朝のミーティングで周知し、対応を統一する努力を行っています。</p> <p>ご本人に対してはしっかりとご意見を伺い、対応できることはすぐに改善し、できない部分についてはご理解いただけるよう説明を行っています。</p> <p>苦情については毎月、区と法人本部に報告を行っています。法人内に第三者委員会を設置し必要時に開催します。</p> <p>法人では年間を通して上げられた苦情を分析し、広報誌にて内容や対応を公表しています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>第三者委員会の設置など苦情解決体制が整備され、対応窓口や対応手順・解決の仕組み等が館内掲示・チラシなどで利用者に周知しています。</p> <p>利用者との契約を締結する際は、契約書に解決の仕組みを記載すると共に説明を行っています。</p> <p>苦情があった場合は、朝のミーティングなどで全職員が情報を共有し、対応処置の統一を図るとともに苦情内容や対応処置などを“ちゅーりっぷ通信”や運営法人の広報活動を通して公表しています。</p> <p>また、運営推進協議会が地域の自治会長、歯科医師会、薬剤師会の代表者の方々により構成され、平成18年11月、19年6月に開催され、助言や指導により業務の遂行に役立っています。</p> | | | |
| <p>【改善すべき点・課題等】</p> | | | | | |

-13 利用者アンケートの実施

サービス全体に対する利用者の満足度を把握し、課題がある場合には対応策を講じているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|------|------------------------------------|---|-----------|---|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 利用者アンケートの結果を公表している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 利用者アンケートからサービスに係る課題を抽出している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 利用者アンケートから抽出した課題への対応策を講じ、改善している。 | ✓ | | ✓ | |
| B | サービス全体に対する利用者アンケートを最低、年1回以上実施している。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
| | | <p>【アピールポイント】</p> <p>平成18年度は業務全体のお客様に対し、アンケートを実施しました。アンケートの集計から課題を抽出し業務改善にむけて職員間で研修を行いました。結果については区役所に報告を行っています。</p> <p>平成18年度、通所介護はサービス評価プログラムを利用してお客様のご意見を伺いました。その結果については、かながわ福祉サービス振興会のホームページ上で公表しています。</p> <p>窓口対応に関しては、法人内でボランティアによる抜き打ち調査を行って、サービス向上に向けて検討を行っています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>当地域ケアプラザが行っている事業活動ごとにアンケート調査が実施され、集計分析して課題や問題点を抽出し、業務改善への取組につなげています。</p> <p>特に通所サービス事業に関しては、かながわサービス振興会のサービス評価プログラムを利用したアンケート調査を実施し、多項目な視点から利用者満足度などの評価を行い、その結果を“かながわサービス振興会のホームページ”上で公開しています。</p> | |
| | | 【改善すべき点・課題等】 | | | |

-14 地域ネットワークの構築（全事業共通）

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|---|---|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | | B | | B |
| | 地域サービス等に関するリストやマップの作成に当たっては、地域住民の要望等を反映している。 | | | | |
| | 作成したリストやマップ等を公開・情報提供し、住民に周知している。 | | | | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | B | ✓ | B |
| | 地域のサービス機関や専門相談機関のリストやマップを作成している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 地域の関係機関・関連団体(自治会・町内会・民生委員会・児童委員・地域住民・地域団体・地域施設・福祉保健機関)との連携を実現するため、定期的な会合や情報交換を実施している。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>平成18年度は区内の4ケアプラザ合同で自主事業の一覧を作成してケアマネジャーに活用していただいています。また、区役所と4ケアプラザ協働で医療機関に関するお役立ち情報をまとめサービスマップに掲載しています。</p> <p>地域にあるインフォーマルサービスや生活情報のリストやマップを整備できていないので、今後の検討課題になっています。現在、西区社会福祉協議会の高齢福祉部会と区内のケアプラザが協働してインフォーマルサービスのマップを作成する予定になっています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>西区役所と西区内にある4つの地域ケアプラザとの協働で“医療機関に関するお役立ち情報”のサービスマップを作成し情報提供しています。</p> <p>ケアマネジャーのケアプラン作成時に利用者がサービスの選択を容易にするため、西区内の4つの地域ケアプラザが実施している自主事業の一覧表を作成し、活用しています。</p> <p>西区社会福祉協議会・高齢者部会と西区内地域ケアプラザとの協働プロジェクトにより進行させているインフォーマルサービスマップを早く完成させて、地域住民などに情報提供していくことが望まれます。</p> | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-15 総合相談業務

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
|--|---|--|-----------|------------|-----------|---|---|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) | | |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A | | |
| | 高齢、障害、子育ての各分野の相談に対応できるよう各種制度の仕組みを把握し、職員が一律窓口対応を出来るマニュアルを整備している。 | ✓ | | ✓ | | | |
| | 内容が多職種に関わる場合には、関係者でカンファレンスを開催し、課題を共有の上、支援につなげている。 | ✓ | | ✓ | | | |
| | フォローが必要な利用者には訪問等で必要な支援を行っている。 | ✓ | | ✓ | | | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | A | | ✓ | A |
| | 利用者が来所できない場合や居住環境の確認が必要な場合等は訪問調査をしている。 | ✓ | | | | ✓ | |
| | 相談記録が整備され、必要なときに速やかにみられるようになっている。 | ✓ | | | | ✓ | |
| | 窓口で相談を受けた場合は、相談された事項について、原則としてパンフレット等書類により、各種制度の情報提供を行っている。 | ✓ | | | | ✓ | |
| | 相談時には、プライバシーに配慮している。 | ✓ | | | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>窓口や電話でご相談をお受けした場合、内容に応じて訪問や関係機関に連絡するなど迅速に対応しています。医療機関やケアマネジャー、区職員、社会福祉協議会、サービス提供事業者との連携を図りながら、毎月2回定期的なカンファレンスを行って、継続的にご相談者やそのご家族の状況把握を行いながら支援しています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>懸案の「職員窓口対応マニュアル」も整備し、業務水準の均一化が図れ、迅速に窓口相談や電話相談に応じています。</p> <p>高齢者・障害者・子育てに関する各種制度のパンフレットや資料類を収集し、閲覧できるようにして情報提供を行い相談に応じています。</p> <p>内容が多職種に関わる場合には、関係事業者などと連携を図りながら、月2回のカンファレンスなどを通じて相談者やその家族の状況など必要事項の把握を行い支援しています。</p> | | | | | |
| <p>【改善すべき点・課題等】</p> | | | | | | | |

-16 成年後見制度の活用（権利擁護業務）

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|--|---|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 成年後見制度や消費者被害に関する情報を収集し、地域に情報提供している。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | ✓ | |
| | 成年後見制度普及活動や悪徳商法による消費者被害のための啓発活動を実施している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 相談を受けた場合、成年後見制度に関する情報提供や親族申立支援、消費者被害に関する情報提供を行っている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 区、区社協（あんしんセンター）、医療機関等、関係機関との連携に努めている。また、区が開催する定期的な情報交換の場に参加している。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>毎年成年後見制度や悪質商法に関する講座を地域向けに行い、自主事業の中でもこまめに情報を提供するなどして啓発活動を行っています。6月には成年後見制度を取り扱った講談を催し、地域の方に分かりやすく伝えるための工夫を心がけています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>ケアマネジャー連絡研究会の医療連携分科会を通して西区医師会と連携するなど、組織機能の役割分担に応じて関係機関との連携を図っています。</p> <p>介護教室「ほのぼの」公開講座を開催し、「防ごう！悪徳商法からの被害」などのテーマを取り上げて啓蒙活動や情報提供を行っています。</p> <p>成年後見制度や消費者被害に関するパンフレットや資料は、来訪者等が常に参考に供するように、館内に整然と掲示してあります。</p> | | | |
| <p>【改善すべき点・課題等】</p> | | | | | |

-17 虐待防止関係業務（権利擁護業務）

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|---|---|---|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 虐待の早期発見のため、地域の様々な関係者によるネットワーク構築に努めている。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | ✓ | |
| | 虐待に関し相談を受けた場合、区に報告し適切に対応している、又は対応する体制を把握している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 区連絡会に参加している。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| 【アピールポイント】 自主的に区内の社会福祉士が集まり、月1回権利擁護に関する勉強会を行っています。また、地域の専門職を対象とした研修や講座を開催し顔の見える関係作りを行っています。 | | 【特記事項】 虐待事例を発見した場合は、西区役所・地区民生委員・他の専門機関などと連携を取りながら対象者や家族の支援を行う体制が構築されています。 西区の社会福祉士会の権利擁護に関する勉強会や困難事例研究会等に参加し、地域のさまざまな関係者との親交を深め信頼関係づくりに努めています。 | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-18 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|---|---|----------|---|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | 次のすべてに該当する。 | | B | | B |
| | ネットワーク構築のため、ケアマネジャー、民生委員、医師等との情報交換会、勉強会、事例検討会等を年2～3回以上実施している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 区ケアマネジャー連絡会等に参加し、情報交換、スキルアップを行っている。 | ✓ | | ✓ | |
| | サービス担当者会議、ケアカンファレンス等の開催について、月1回程度のコーディネートを実施している。 | | | ✓ | |
| | 電話や窓口によるケアマネジャーからの相談対応を行い、その記録を作成している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 専門家による相談会を年2回以上開催している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 事業所訪問、ケアプランチェックを年1回以上実施している。 | | | | |
| | 新任ケアマネジャーに対する研修受入を年2回以上実施している。 | | | | |
| | 支援困難事例について、ケアマネジャーとの同行訪問等を実施し、結果を区へ報告している。 | ✓ | | ✓ | |
| B | Aの中で4つ以上7つ以下に該当する。 | ✓ | | ✓ | |
| C | Aの中で該当する項目が3つ以下である。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | | 第三者評価機関記入欄 | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>サービス担当者会議への参加は月に7～10回程度行い、特に支援困難事例についてはケアマネジャーとの同行訪問を行い区とも連携を行っています。</p> <p>区内のケアマネジャー連絡会役員会に参加し情報交換を行い協働で研修を実施しています。</p> <p>【改善すべき点・課題等】</p> <p>事業所訪問は行っていますが、ケアプランチェックは行いにくいので、現状は支援困難事例のみのケアプランチェックになっています。</p> <p>新任ケアマネ研修は今年度1回行いました。今後希望者がありましたら計画していきたいと思ひます。</p> | | | <p>【特記事項】</p> <p>サービス担当者会議、ケースカンファレンス、西区ケアマネジャー連絡会役員会等が開催される都度参加し、参加議事録を通して情報の共有化を図っています。</p> <p>支援困難事例については、区役所と連携を取りながらケアマネジャーとの同行訪問を実施しています。</p> <p>ケアマネジャー、地区社会福祉協議会、区役所、地域の方などが参加した「支えあい勉強会」を開催し、事例検討等によりスキルアップを図ったり、情報交換を行ったりしています。</p> <p>施設訪問では支援困難事例のケアプランチェックが実施されていますが、その他の事例に関してもケアプランチェックが行えるように工夫が望まれます。</p> <p>新任ケアマネ研修は1回実施していますが、平成20年3月の年度内までにもう1回以上実施し、職員の資質向上を図ることが望まれます。</p> | | |

-19 適切なサービス提供の実施

(特定高齢者施策、介護予防支援事業、居宅介護支援事業) 共通項目

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|---|--|--|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 外部研修等の活用等、ケアプラン(介護予防プランを含む)を向上するための取組を実施している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 介護保険等で定められた業務以上にきめ細かなサービス提供を実現するため、施設独自の取組が1つ以上ある。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | ✓ | |
| | 利用者本人及び家族のニーズを把握したうえで介護予防支援計画を作成している。 | ✓ | | ✓ | |
| | サービス計画に基づき、定期的に訪問を行い、プランに基づいたサービスの実施状況や効果を把握している。 | ✓ | | ✓ | |
| | サービス内容と効果の記録、及び利用者や家族のニーズをもとに、定期的にサービス内容の見直しを実施している。 | ✓ | ✓ | | |
| C | 個別の利用者に合ったケアプランを作成するため、サービス担当者会議を定期的に開催し情報交換を行っている。 | ✓ | ✓ | | |
| | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>個別のケアプランについて事業所内で相談や検討を頻繁に行いながら実施しています。一人でプランを抱え込まないよう情報の共有を行い、ケアマネジャーが不在時にも緊急の対応できる体制を整えています。</p> <p>所定の訪問は当然ですが必要時には何度もこまめに訪問を行いサービスの調整やご相談に応じています。一人で判断するのが難しい場合は主任ケアマネジャーが同行し相談しながらケアプランを検討しています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>利用者にあった個別のケアプランは、相談や検討を十分にやって作成しています。</p> <p>利用者及び家族のニーズを記載したアセスメント記録、相談記録、アセスメントに基づいた介護予防計画書、実施状況や効果の記録等が個人別ファイルで管理されており、ケアマネジャーが不在の場合でも対応できる体制になっています。</p> <p>所定訪問のほかに必要なときには月二回以上訪問相談を実施し、サービス計画変更や内容の調整を行っています。</p> <p>新規ケアプラン作成時等で、単独判断が困難なケースの場合には、ケアマネジャーと主任ケアマネジャーがアセスメントを取り、互いに相談検討を行いながらケアプランを作成しています。</p> | | | |
| <p>【改善すべき点・課題等】</p> | | | | | |

-20 デイ・サービスの質の向上（通所サービス事業）

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|---|---------------------------------------|--|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | 外部研修等の活用等、プログラムをよりよくするための取組みを実施している。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | ✓ | |
| | 入浴や排泄に際して、利用者の自尊心やプライバシーに配慮している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 介護技術向上のため、全職員を対象に、定期的に研修や勉強会等を開催している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 職員間で定期的な情報交換を行っている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 個別の利用者に関わる介護事故リスクについて、介護職員が明確に把握している。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】 お客様の自立した生活を支援する姿勢を統一して介護を行っています。対応を統一するために朝と午後にミーティングを実施し情報を共有化しています。</p> | | <p>【特記事項】 介護技術向上やサービスプログラム向上のため、「介護予防と終末期リハビリテーション」「介護予防コーチング研究」「メンタルヘルス(心の健康)」等の内部研修・外部研修が実施されています。 受講した内部研修・外部研修の研修報告書、理解度・課題等を年度一覧にした各職員別の「研修履歴カード」に記録し、一目瞭然にスキルアップ状態を分かるようにする素晴らしい仕組みが構築されていますが、一部職員の研修履歴カードには記録なく、記録の徹底が望まれます。</p> | | | |
| <p>【改善すべき点・課題等】</p> | | | | | |

地域及び地域住民との交流連携（地域活動交流事業）

-1 地域や地域住民との交流・連携の取組み

地域や地域住民との交流・連携に関する取組みを実施し、地域交流の支援を実施しているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
|---|---|--|-----------|------------|-----------|---|---|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) | | |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A | | |
| | 地域活動交流事業から地域でのインフォーマルサービスの定期的な提供に結びついた事例を有する。 | ✓ | | ✓ | | | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | A | | ✓ | A |
| | 地域住民、福祉保健活動団体、町内会、自治会等と情報交換を行っている。 | ✓ | | | | ✓ | |
| | 地域団体の活動が福祉保健活動に発展するよう施設利用申し込み時及び登録後に団体に働きかけている。 | ✓ | | | | ✓ | |
| | 地域住民によるインフォーマルサービスを紹介することなどに取り組んでいる。 | ✓ | | | | ✓ | |
| | 地域住民の意見・要望を把握している。 | ✓ | | | | ✓ | |
| | 人的資源や場所の提供を通し、各種地域活動へ参加している。 | ✓ | ✓ | | | | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | | | |
| <p>【アピールポイント】 地域の催し等にこまめに出かけケアプラザの存在をPRしているため、顔の見える関係作りができてきています。 ケアプラザの機能を地域住民全体に知っていただけるよう継続的な活動を行ってまいります。</p> | | <p>【特記事項】 町内会で行っているふれあい会や老人会の会合などに出席し、要望・意見を伺ったり、当ケアプラザのPRを行い、地域の親交や信頼関係を築いています。 町内会、お茶の間会、保健活動推進委員などの会合・集いの時に、介護保険制度・介護サービスを利用する方法・健康アドバイスなど介護や健康に関する情報提供や情報交換などを行うため、要請により“出前講座”を開催しています。 地域の高齢者からの要望により、月1回県営藤棚アパート自治会館に、高齢者がお茶を飲みながらふれ合うことができる場「山のうえサロン」も開催して、地域で自立した生活を継続できるように支援しています。</p> | | | | | |
| <p>【改善すべき点・課題等】</p> | | | | | | | |

-2 地域活動交流・自主事業の適切な実施

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|--|---|---|-----------|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A |
| | Bの判断基準で挙げられた 3 分野(高齢者、子育て、障害者)以外の分野における自主事業を実施している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 自主事業の実施後に、参加者が自主活動化するための取組を行っている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 自主事業の開催に当たって、より多くの利用者に参加してもらえるよう、各種工夫を行っている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 数値目標を明確化している。 | ✓ | | ✓ | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | ✓ | |
| | 自主事業の企画に当たっては、事業の目的や期待する効果などを明確化している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 地域交流の場となるよう参加者同士の交流を図る機会を提供している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 自主事業の開催件数、参加者数を上げるよう取り組んでいる。 | ✓ | | ✓ | |
| | 対象別に多様な事業を実施している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 定期的に自主事業の見直しを実施し、地域住民や利用者のニーズを反映させている。 | ✓ | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>地域の特徴として高齢化率が高い地域なので、自主事業では高齢者向けの事業が多くなっています。童謡を歌う会や折り紙の会、茶房、転倒骨折予防教室等、高齢者が集い仲間作りができる活動を長年継続して行っています。地域の高齢者には大変喜ばれ、参加者が跡を絶ちません。</p> <p>若年層の利用者を増やすために、情報アドバイザー(e ネットにし探検隊)やヨガ教室を実施しています。これらのグループには、機会を捉えて自主化の働きかけを行っています。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>平成 18 年度の自主事業は 27 種類の幅広い層を対象に事業を展開しました。</p> <p>なつかしい童謡を歌う「あじさいの会」、折り紙を楽しむ「すずらんの会、しらゆりの会」、地域交流の場「藤棚茶房」、体操やウォーキングを楽しむ「はつらつクラブ」、「転倒骨折予防教室」など高齢者向けの自主事業が実施され、大人気で利用者が増加しています。</p> <p>「パソコン教室(年賀状を作り)」、「情報アドバイザー」(e ネットにし探検隊)、「ヨガ教室」等の若年層を対象とした自主事業も実施しています。</p> <p>また、介護教室として、認知症の正しい知識や成年後見制度を理解する公開講座も開催しています。</p> | | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-3 ボランティアとの協働

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | |
|--|-----------------------------------|--|-----------|------------|-----------|---|---|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) | | |
| A | Bに該当の上、次のすべてに該当する。 | ✓ | A | ✓ | A | | |
| | ボランティアから意見を抽出する仕組みを構築している。 | ✓ | | ✓ | | | |
| | ボランティアのネットワーク化を支援している。 | ✓ | | ✓ | | | |
| | 数値目標を明確化している。 | ✓ | | ✓ | | | |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | A | | ✓ | A |
| | 施設機能を用いてボランティアを受け入れる仕組みを構築している。 | ✓ | | | | ✓ | |
| | 地域・利用者のニーズに対応したボランティアを育成している。 | ✓ | | | | ✓ | |
| | 施設内だけでなく、地域へもボランティアのコーディネートをしている。 | ✓ | | | | ✓ | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | | | | | |
| <p>【アピールポイント】</p> <p>西区社会福祉協議会と他ケアプラザとの協働でボランティア講座を開催し、新たなボランティアを発掘する予定です。</p> | | <p>【特記事項】</p> <p>各分野で活躍している方からボランティア登録をして頂き、活動の場の提供や区内のボランティア団体と連携を取りながら支援を行っています。</p> <p>デイサービスボランティア、おやつボランティア、語り部 わの会、体操ボランティア、音楽ボランティアなどボランティア団体の交流を図るために、“ボランティア感謝祭”を実施しています。</p> <p>ボランティア講座を設けて、参加者の中からボランティア活動家を発掘し、育成支援のコーディネートを行っています。</p> | | | | | |
| <p>【改善すべき点・課題等】</p> | | <p>介護負担の大きい家族には、ケアプラザの介護教室を紹介すると共に、区内のボランティア団体「介護者の集い あけぼの会」を紹介し、連携を取りながら支援を行っています。</p> | | | | | |

収支状況

-1 指定管理料の執行状況
 指定管理料は適正に執行されているか。

| 判断基準 | | 指定管理者記入欄 | | 第三者評価機関記入欄 | |
|---|-----------------------------|----------|--|------------|-----------|
| | | チェック欄 | 評価(A・B・C) | チェック欄 | 評価(A・B・C) |
| A | Bに該当の上、外部の監査を受けている。 | ✓ | A | ✓ | A |
| B | 次のすべてに該当する。 | ✓ | | ✓ | |
| | 適切な経理書類が作成されている。 | ✓ | | ✓ | |
| | 経理を担当する職員を配置している。 | ✓ | | ✓ | |
| | 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。 | ✓ | | ✓ | |
| | 通帳や印鑑などが適切に管理されている。 | ✓ | ✓ | | |
| C | A、Bのいずれにも該当しない。 | | | | |
| 指定管理者記入欄 | | | 第三者評価機関記入欄 | | |
| 【アピールポイント】 本部にて総合的に会計事務所に委託して毎月点検をしています。 介護保険事業会計指導指針に則り、指導通りに経理を行っています。担当者以外でも分かりやすい帳票の作成や伝票類の保存を心がけています。 | | | 【特記事項】 会計処理は、経理担当者が本支店会計に基づき適正にコンピュータ処理し、月次決算を行い、運営法人へ報告しています。また、会計事務所に委託してチェックと指導を受けています。 外部監査は、平成 19 年 5 月に運営法人の本部で受けています。 伝票類その他の諸帳簿類は、経理担当者が適切に作成し保管され、通帳・印鑑類も適切に管理されています。 | | |
| 【改善すべき点・課題等】 | | | | | |

-2 収支決算状況

予算と決算に大幅な相違がないか。収入 - 支出がプラスになっているか。

| 確認事項 | |
|---|--|
| (予算収入 145,989,517 円) - (決算収入 145,570,877 円) = 418,640 円 | |
| (予算支出 136,398,524 円) - (決算支出 123,187,670 円) = 13,210,854 円 | |
| (決算収入 145,570,877 円) - (決算支出 123,187,670 円) = 22,383,207 円 | |
| 指定管理者記入欄 | 第三者評価機関記入欄 |
| <p>【特記事項】 平成 18 年度の介護保険料収入は、介護報酬の改定や軽度者(要支援者)の増加、利用者数の伸び悩みにより予算通りの収入が実行できませんでした。しかし、人件費や諸経費を削減することで収支はプラスになっています。 指定管理料に関しては予算どおり執行されました。 平成 19 年度の介護保険料収入はデイサービスのお客様を定員以上登録することにより現在までは予算通りの執行になっています。</p> | <p>【特記事項】 収支は、プラスとなっています。予算作成時の収支差額(約 9,590 千円)と決算時の収支差額(約 22,383 千円)を比較すると約 12,793 千円のプラスとなっています。 その主な要因は、 ① 人件費の削減と諸経費の節減により、支出を大幅に抑制しました。 ② 平成 18 年度の介護報酬改定により、介護保険料収入は予算額を下回りました。 なお、指定管理料に関する収支は、事業計画どおりに執行されています。 今年度の収支状況は、9 月末日時点で、事業計画どおりの達成状況になっています。</p> |

事業報告書の数値を記載してください。

-3 経費節減状況

経費節減のための努力を行っているか

| 指定管理者記入欄 | 第三者評価機関記入欄 |
|---|---|
| <p>【アピールポイント】 コピー用紙は表裏使うなど、事務用品の無駄遣いをなくすよう全員で気を付けています。職員個人で使用する部分での節水・節電を心がけています。また、持参したごみは持ち帰るようお客様や職員にお願いしています。 施設の老朽化に伴い、設備の大規模修繕が必要になりますが、今後、こまめに点検を行い、計画的に改修を行っていく必要があると考えています。</p> | <p>【特記事項】 当施設は収入や支出の増減内容とその原因を把握し、月次収支状況を確認しながら事務消耗品費等の経費節減に努め、適正な運営が行われています。</p> |
| <p>【改善すべき点・課題】</p> | |

. その他

～ の評価項目では評価しきれなかった特筆事項（施設独自の工夫など）や改善すべき点について。

| 指定管理者記入欄 | 第三者評価機関記入欄 |
|--|---|
| <p>【アピールポイント】</p> <p>平成18年度の特定高齢者の把握では、地域包括支援センターと地域交流とが協力して、自主事業の中や地域の老人会などを回らせていただき500件以上のチェックシートをとらせていただくことができました。そして、その中から選定した特定高齢者を地域支援事業の体操教室や訪問指導に繋げることができました。</p> <p>日常的にデイサービスや自主事業のお手伝いをして下さる個人のボランティアさんが多く、事業の活性化に繋がっています。</p> <p>デイサービスには近隣の保育園や小中学校、高校の生徒さんが、ボランティア体験や職業体験、交流にと頻りに訪問して下さり、要介護高齢者との和やかな交流を図っています。</p> | <p>【特記事項】</p> <p>ボランティア登録は、団体登録と個人登録の2種類があり、個人のボランティア活動家も数多く登録されており、デイサービスや自主事業において日常業務の支援活動が行われて事業の活性化が図られています。</p> <p>地域包括支援センターと地域活動交流部門とが協力して、自主事業参加の高齢者や地域老人会加入の高齢者を対象に「健康いきいきチェックシート」約500件を収集して分析検討した結果、特定高齢者を把握することができました。その中から選定した特定高齢者を地域支援事業の体操教室や訪問指導につなげて行き、地域で安心してその人らしい生活を継続できるよう積極的な支援活動を展開しています。</p> <p>当ケアプラザは「出前講座」と題し、介護保険制度の説明やケアマネジャーの役割、健康チェック等を分かりやすく話し、町内会やふれあい会、お茶の間会等へ身近な問題を地域の方が集いの場に出張して交流を深める努力をしています。</p> <p>また、編み物クラブ、ヨガ教室、若返り体操教室等は、定員をオーバーする人気の教室があり、今後人気教室には増員等し、臨機応変の対応により、地域の方の要望に応えることも大切と思われまます。</p> |
| <p>【改善すべき点・課題】</p> | |

評価結果のまとめ

地域ケアプラザ評価結果一覧表

施設名：横浜市藤棚地域ケアプラザ

評価機関名：福祉サービス第三者評価機関しょうなん株式会社フィールズ

| 評価項目 | | 指定管理者 自己評価結果 | 評価機関 評価結果 |
|---------------------------------------|---|-----------------|--------------|
| I. 総則 | | A | A |
| 1.施設の目的や基本方針の確立 | 地域ケアプラザの設置目的に基づいた管理運営上の基本方針が確立されており、職員が理解しているか | A | A |
| 2.職員の勤務実績、配置状況 | 管理職を含む常勤職員及び非常勤職員の勤務実績、配置状況は適切か | A | A |
| 3.職員のマナー | 利用者が気持ちよく利用できるよう、利用者に対する職員の接客マナーは適切か | A | A |
| 4.開館の実績 | 仕様書に定められた、もしくは事業計画書のとおり開館しているか | A | A |
| 5.職員の資質向上を図るための取組 | 職員の研修計画を作成し、適切な研修を実施しているか | A | A |
| 6.職員の専門技術を高めるための取組(専門職員対象) | 個々の職員の技術を高めるため、専門職員に対し、各専門技術に関する研修を実施しているか | A | A |
| 7.人権擁護啓発への取組 | 利用者に対し、不適切な行為が行われないような体制を整えているか | A | A |
| II. 施設・設備の維持管理 | | A | A |
| 1.建物・設備の保守点検 | 建物・設備が適切に管理され、安全性の確保及び良好な機能の保持が実現されているか | A | A |
| 2.備品の管理 | 備品が適切に管理されているか | A | A |
| 3.清掃業務 | 利用者が快適に利用できるような状態が保持されているか | A | A |
| 4.警備業務 | 安全で安心感のある環境を確保しているか | A | A |
| 5.外構施設の保守点検 | 安全性が確保され、良好な機能が保持されているか | A | A |
| 6.植栽・樹木等の維持管理 | 利用者が快適に過ごせるような良好な景観が保たれているか | A | A |
| 7.ゴミゼロ推進運動への取組み | 横浜G30 プランに則ったゴミゼロ推進運動へ取り組んでいるか | A | A |
| 8.施設衛生管理業務 | 入浴や食事サービスを提供するに当たり、施設の衛生管理や感染症対策を適切に行っているか | A | A |
| III. 運営及びサービスの質の向上 | | A | A |
| 1.利用実績及び施設の稼働率 | - | | |
| 2.利用しやすい受付案内の実施 | 利用者が利用しやすい受付案内を実施しているか | A | A |
| 3.適切な利用情報の提供 | 全ての利用者が等しく利用情報を得ることができるよう、適切な利用情報の提供を行っているか | A | A |
| 4.広報・PRの実施 | 当該施設について、広報誌やPR誌を作成するなど、具体的な取組みを実施し、潜在的な利用者にアピールしているか | A | A |
| 5.サービス水準の確保 | 個々のサービスについて、対応職員によって格差が生じないよう、施設のサービス水準を確保するための取組みを行っているか | A | A |
| 6.職員間での情報共有化 | 職員間で、適切に各種情報の共有化が実現されているか | A | A |
| 7.個人情報の保護 | 個人情報の保護に対する体制が整っているか | A | A |
| 8.事故防止対策への取組み | 事故防止のための体制の構築・取組みを行っているか | A | A |
| 9.事故発生時の対応体制の構築 | 自己発生時の対応体制が確立されているか | A | A |
| 10.災害発生時の対応体制の構築 | 災害発生時の対応体制が確立しているか | A | A |
| 11.利用者の意見・苦情を抽出する仕組みの構築 | 利用者が意見や苦情を述べやすい環境を整備しているか | A | A |
| 12.利用者の苦情解決体制の構築 | 利用者の意見、苦情等を受けて、迅速に対応できる体制を構築しているか | A | A |
| 13.利用者アンケート調査の実施 | サービス全体に対する利用者の満足度を把握し、課題がある場合には対応策を講じているか | A | A |
| 14.地域ネットワークの構築(全事業共通) | 地域のサービス機関や専門相談機関を初めとした関連団体等との連携体制を構築しているか | B | B |
| 15.総合相談業務 | 相談業務に当たっては、利用者のプライバシーに配慮し、適切な対応を行っているか | A | A |
| 16.成年後見制度普及や消費者被害防止のために、情報提供等を実施しているか | 成年後見制度普及や消費者被害防止のために、情報提供等を実施しているか | A | A |
| 17.虐待防止関係業務(権利擁護業務) | 虐待防止に係る各種活動を適切に実施しているか | A | A |
| 18.包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 | 地域包括支援センターとしての役割を果たしているか | B | B |
| 19.適切なサービス提供の実施 | 特定高齢者施策、介護予防支援事業、居宅介護支援事業において、適切なサービスを提供しているか | A | A |
| 20.デイ・サービスの質の向上(通所サービス事業) | 通所デイ・サービスの質を向上させるための取組を実施しているか | A | A |
| IV. 地域・地域住民との交流連携 | | A | A |
| 1.地域や地域住民との交流・連携の取組み | 地域や地域住民との交流・連携に関する取組みを実施し、地域交流の支援を実施しているか | A | A |
| 2.地域活動交流・自主事業の適切な実施 | 地域の代表や利用者、公募の市民などで構成する地区センター委員会を設置し、意見等を施設運営に取り入れているか | A | A |
| 3.ボランティアとの協働 | 地域におけるボランティアの育成・ボランティアを必要としている地域の関連機関等へのコーディネート等を行っているか | A | A |
| V. 指定管理料の施行状況 | | A | A |
| 1.指定管理料の執行状況 | 指定管理料は適正に執行されているか | A | A |
| 2.収支決算状況 | 収入-支出がプラスになっているか | + | + |
| 3.経費節減状況 | 経費節減のための努力を行っているか | | |

地域ケアプラザ評価総括

| 項目 | 指定管理者自己評価 | 第三者評価機関特記事項 |
|----------------------|--|---|
| I. 総則 | 施設目標に添って、お客様への対応を向上させるよう全員で取り組んでいます。親しみやすく利用しやすい施設として、地域の保健福祉の拠点の役割を担えるように今後も研鑽を重ねていきます。 | 当施設は、誰もが住み慣れた地域で安心して生活が続けられるよう、保健福祉サービスを身近な場で、総合的に提供する施設としての役割を十分に認識して日常の業務を遂行しています。 |
| II. 施設・設備の維持管理 | 地域の皆様がいつでも安心して気持ち良く利用していただけるように施設・設備の維持管理を行っています。委託業者による効率的な管理と、職員による日常の見回りにより不具合を早期に発見し、計画的な管理ができるよう心がけています。 | 警備や清掃は、専門の業者に委託し、建物や設備の日常の保守点検は建築設備点検マニュアル等に沿って安全を重視して適切に行っています。 |
| III. 運営業務及びサービスの質の向上 | 自立支援の視点に立ったサービス提供とコンプライアンスに基づいて、より上質なサービスを提供できるよう施設内研修や外部研修に積極的に職員を参加させ、スキルアップに努めています。 | 福祉保健サービスの質の向上のため、コンプライアンスを重視して人的資源のスキルアップに努め、福祉保健サービスを身近な場で総合的に提供する施設として、有効的・効果的に運営管理しています。 |
| IV. 地域及び地域住民との連携 | 地域の関係機関や専門職との連携を重視しながら業務を行ってきました。10年を経過して地域の方々との関係づくりはできてきましたが、今後、要支援者を支える組織間のシステム作りが課題となっています。 | 町内会、地域老人会、地区社会福祉協議会等の関係機関やケアマネジャー、医師等とのネットワークや連携ができており、親交関係・信頼関係が築かれています。 |
| V. 収支状況 | 施設経営について職員全員が関心を持って取り組むように情報を共有化しています。予算に添った目標達成や執行、経費削減について毎月職員全員で状況を確認しながら事業を行っています。 | 月次の会計決算処理が行われ、毎月対前年同月対比の収支分析や会計事務所による経理処理のアドバイスを受けて実施しており、予算(目標値)に対する達成状況、経費節減状況が把握しやすいシステムになっています。 |
| VI. その他 | 10周年記念のおまつりのような地区センターとの複合施設の良さを発揮できる事業を継続的に行っていきたいと思えます。区が主催している徘徊ネットワーク連絡会を各機関と協働で現場レベルの実効性のある会として、ネットワーク作りを行うことが課題となっています。同時に地域の方向けに認知症への対応を啓発していきたいと考えています。 | ボランティア活動家の積極活用と独創性ある協働プロジェクトを企画し、高齢者が地域で安心してその人らしい生活を継続できるよう支援活動を展開しています。 |

評価結果についての講評

当ケアプラザを管理する運営法人は、基本理念として「お客様の満足、人を大切にし共に育ち合う企業風土、公正で透明感のある企業倫理」等を掲げています。この理念に基づいて施設独自の「わたしたちの施設目標」で取り組むべき「お客様に必要とされるケアプラザ」が定められ、事業計画を立案・実施して、施設を運営管理しています。運営協議会や運営法人等が常に運営状況をチェックして、事業計画等の見直しや改善が図られています。このように藤棚地域ケアプラザとしてのマネジメントシステムが確固として構築されています。

今後は、地域の福祉・保健・医療の活動が活発に展開する施設となり、事業が一層成長し発展を遂げるために、業務プロセスの相互関係を把握し、マネジメントシステムが有効的にかつ、効果的に継続して改善していく取り組みが望まれます。

また、ケアプラザの業務執行にあたり、多数のマニュアルが整備されていますが、十分に活用し共有化し、職員のレベルアップにつなげ、人材育成を図ることが大切と思われまます。運営推進会議や第三者委員会の設置目的を認識し、地域の方のための活発な交流の場となるように期待します。

そして、今後も、衛生管理面には特に配慮し、施設の目標に掲げている「安全を第一に考える」事故のないように、使命感に燃えて気配りし、万全の体制を築くよう望まれます。

指定管理者からの意見

第三者評価を受審して自己評価においてはそれぞれの担当者が業務を振り返り、課題を整理できたことが大変有意義でした。その結果、事業ごとの課題と施設運営上のあるべき姿がより鮮明になりました。今回良い評価を受けた部分も不十分な点が多々ありますので、地域の皆さまに対するサービスの質をより向上させるように職員一同で一層の努力を重ねていきたいと思えます。

