

指定管理者の管理運営に対する評価シート

| | |
|--------|------------------------------------|
| 所管課 | 保健福祉局地域支援部介護保険課 |
| 評価対象期間 | 平成 18 年 4 月 1 日 ~ 平成 22 年 3 月 31 日 |

1 指定概要

| | | | | |
|-----------|--|---|------------|-------|
| 施設概要 | 名 称 | 養護老人ホーム徳寿園 徳寿園デイサービスセンター | 施設類型 | 目的・機能 |
| | 所在地 | 小倉南区徳力四丁目 1 3 番 1 号 | | |
| | 設置目的 | 家庭環境に問題があり経済的に困窮しており、自宅において生活することが困難な概ね 6 5 歳以上の高齢者を措置入所させ、日常生活上のサービスを提供するもの。 | | |
| 利用料金制 | 非利用料金制 ・ 一部利用料金制 ・ 完全利用料金制 | | | |
| | インセンティブ制 有・無 | | ペナルティ制 有・無 | |
| 指定管理者 | 名 称 | 社会福祉法人 北九州市小倉社会事業協会 | | |
| | 所在地 | 小倉南区重住一丁目 8 番 2 0 号 | | |
| 指定管理業務の内容 | <p>当該施設の管理及び利用者介護サービスを含む運営全般</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設の維持管理に関する業務（清掃、警備、除草、軽微な修繕等） 養護老人ホーム入所者・デイサービス利用者の日常生活補助に関する業務 デイサービス利用者の利用料金の徴収に関する業務 入所者・利用者の機能訓練に関する業務 その他入所者・利用者の処遇に関する業務 | | | |
| 指定期間 | 平成 1 8 年 4 月 1 日 ~ 平成 2 3 年 3 月 3 1 日 | | | |

2 評価結果

| 評価項目及び評価のポイント | 配点 | 評価 レベル | 得点 |
|---|----|-----------|----|
| 1 施設の設置目的の達成（有効性の向上）に関する取組み | 50 | | 38 |
| <p>(1) 施設の設置目的の達成</p> <p>計画に則って施設の管理運営（指定管理業務）が適切に行われたか。また、施設を最大限活用して、施設の設置目的に沿った成果を得られているか（目標を達成できたか）。</p> <p>市の政策を支援することが業務内容に付加されている場合、政策支援が十分に図られたか。</p> <p>利用促進を目的としている施設の場合、施設の利用者の増加や利便性を高めるための取り組みがなされ、その効果があったか。</p> <p>複数の施設を一括して管理する場合、施設間の有機的な連携が図られ、その効果が得られているか。</p> <p>施設の設置目的に応じた効果的な営業・広報活動がなされ、その効果があったか。</p> <p>国の法令に基づいて設置されている施設の場合、当該法令の規定されている趣旨を達成するための取り組みがなされ、その効果があったか。</p> <p>利用者に対するサービス提供計画に基づき、適切に福祉サービスが実施されたか。</p> | 30 | 3 | 18 |
| <p>[評価の理由、要因・原因分析]</p> <p>21年度は、新規で健康体操教室を取り入れるなど、行事や各種クラブ活動を充実させており、認知症の進行や運動機能の低下予防・改善が図られている。</p> <p>また、施設も浴槽タイル張替工事やリハビリ室整備工事が実施され、改善が見られる。処遇計画は利用者・家族の意見も十分聴いた上で、6ヶ月ごとに見直されている。また、利用者のニーズを把握するため、担当者制、棟別懇談会、全体懇談会、園長面談、嗜好調査等を行っており、評価できる。</p> | | | |
| <p>(2) 利用者の満足度</p> <p>利用者アンケート等の結果、施設利用者の満足が得られていると言えるか。</p> <p>利用者の意見を把握し、それらを反映させる取り組みがなされたか。</p> <p>利用者からの苦情に対する対応が十分に行われたか。</p> <p>利用者への情報提供が十分になされたか。</p> <p>利用者が高齢者、障害者(児)、児童等である場合、利用者や保護者等の満足度を高めるための特別な取り組みがなされ</p> | 20 | 5 | 20 |

| | れ、その効果があったか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|------|---|----|--|------|------|----------|-----|------|-------------|-----|-----|-----------|-----|-----|------------|-----|------|-----------|-----|------|----------|-----|------|
| | その他サービスの質を維持・向上するための具体的な取組みがなされ、その効果があったか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[評価の理由、要因・原因分析]</p> <p>利用者アンケート結果は、21年度と比較すると全体的に上がっており、概ね満足が得られている。また、利用者の意向を尊重したサービス提供のシステムが定着し、運営会議、献立会議、各種懇談会や面談を行っており、利用者サービスに努めていることは評価できる。</p> <p>【利用者アンケート結果】</p> <p>「良い」「まあ良い」とするものの集計</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>20年度</th> <th>21年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・「職員の態度」</td> <td>89%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>・「苦情の仕組み説明」</td> <td>68%</td> <td>92%</td> </tr> <tr> <td>・「意見の反映度」</td> <td>41%</td> <td>93%</td> </tr> <tr> <td>・「プライバシー等」</td> <td>59%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>・「施設の清潔度」</td> <td>95%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>・「苦情の対応」</td> <td>30%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | 20年度 | 21年度 | ・「職員の態度」 | 89% | 100% | ・「苦情の仕組み説明」 | 68% | 92% | ・「意見の反映度」 | 41% | 93% | ・「プライバシー等」 | 59% | 100% | ・「施設の清潔度」 | 95% | 100% | ・「苦情の対応」 | 30% | 100% |
| | 20年度 | 21年度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・「職員の態度」 | 89% | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・「苦情の仕組み説明」 | 68% | 92% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・「意見の反映度」 | 41% | 93% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・「プライバシー等」 | 59% | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・「施設の清潔度」 | 95% | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・「苦情の対応」 | 30% | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 効率性の向上等に関する取組み | 10 | | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (1) 経費の低減等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 施設の管理運営（指定管理業務）に関し、経費を効率的に低減するための十分な取組みがなされ、その効果があったか。 | 10 | 3 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 清掃、警備、設備の保守点検などの業務について指定管理者から再委託が行われた場合、それらが適切な水準で行われ、経費が最小限となるよう工夫がなされたか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 経費の効果的・効率的な執行がなされたか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[評価の理由、要因・原因分析]</p> <p>モニタリングの結果からみても、清掃、警備、設備の保守点検などの業務は適切に行われている。経費の執行についても良好である。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (2) 収入の増加 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 収入を増加するための具体的な取組みがなされ、その効果があったか。 | - | - | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[評価の理由、要因・原因分析]</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 公の施設に相応しい適正な管理運営に関する取組み | 40 | | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (1) 施設の管理運営（指定管理業務）の実施状況 | 20 | 3 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 施設の管理運営（指定管理業務）にあたる人員の配置が合理的であったか。 | | | |
| 職員の資質・能力向上を図る取り組みがなされたか（管理コストの水準、研修内容など）。 | | | |
| 地域や関係団体等との連携や協働が図られたか。 | | | |
| 法令で職員の配置基準がある場合、その基準を守っている。あるいは、当該法令を上回る職員を合理的に配置していたか。 | | | |
| 利用者が快適に利用できるよう、利用者に対する職員の接遇マナーは適切であったか。 | | | |

[評価の理由、要因・原因分析]

人員配置基準を満たし適切であり、デイサービスでは、看護職員 3 名、介護職員 2 名の増員に加え、介護支援専門員を 2 名配置するなど、専門性及び経験を有する職員を確保している。

職員研修はデイサービスセンターを含めたところで、外部専門研修を中心に研修実績が約 5 4 回、参加職員数が延べ約 1 8 4 名と充実している。

地域のまちづくり協議会との連携を密にするほか、施設の行事と地域の行事の相互交流や実習生の受入、地域の学生とのスポーツ交流など開かれた施設運営を行っており、地域との連携も十分図られている。

また、人権問題や虐待防止についての研修を行い、個人の尊厳保持に努めている。

| | 【人員配置】 (養護) | | (デイサービス) | |
|---------|---------------|-----------|------------|---------|
| | 人員基準 | 2 1 年度 | 人員基準 | 2 1 年度 |
| ・施設長 | 1 名 | 1 名 | 生活相談員 | 1 名 1 名 |
| ・医師 | 必要数 | 1 名 | 看護職員 | 1 名 4 名 |
| ・生活相談員 | 3 名 | 9 名 | 介護職員 | 3 名 6 名 |
| ・支援員 | 6 名 | | 機能訓練指導員 | |
| ・栄養士 | 1 名 | 1 名 | 管理者 | 1 名 1 名 |
| ・看護師 | 1 名 | 1 名 | 介護支援専門員 | 2 名 |
| ・事務員 | 相当数 | 2 名 | | |
| ・調理員 | 相当数 | 4 名 | | |
| | | + 非常勤 4 名 | | |
| ・夜間介護職員 | 相当数 | 4 名 | | |

| | | | |
|--|-----|---|-----|
| (2) 平等利用、安全対策、危機管理体制など | 2 0 | 3 | 1 2 |
| 施設の利用者の個人情報保護するための対策が適切に実施されているか。 | | | |
| 利用者を限定しない施設の場合、利用者が平等に利用できるよう配慮されていたか。 | | | |
| 利用者が限定される施設の場合、利用者の選定が公平で適 | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 切に行われていたか。 | | | |
| 施設の管理運営（指定管理業務）に係る収支の内容に不適切な点はないか。 | | | |
| 日常の事故防止などの安全対策が適切に実施されていたか。 | | | |
| 防犯、防災対策などの危機管理体制が適切であったか。 | | | |
| 事故発生時や非常災害時の対応などが適切であったか。 | | | |
| 利用者が高齢者、障害者(児)、児童等である場合、事故防止に特別の配慮、工夫がなされていたか。 | | | |
| 施設の利用者の身体や行動、人権に配慮して、不適切な制限や抑制を加えることなく、福祉サービスが提供されていたか。 | | | |
| 衛生管理及び感染症防止への対応などが適切であったか。 | | | |
| <p>[評価の理由、要因・原因分析]</p> <p>利用者の事故防止策・安全対策のため、必要に応じて手すりの設置や床のすべりを解消し、浴槽タイル張替工事、浴室混合水洗取替を行っている。また、消防局主催の救急講習への参加や、園内での避難訓練や消火訓練適切に行っている。</p> <p>また、感染対策委員会や事故防止委員会を設置し、感染及び事故防止に努めており適切である。</p> <p>モニタリングで施設内外を確認したところ、全般的に清掃は適切に行われており、不衛生なところは全くなかった。また、危険箇所も全くなかった。</p> | | | |

【総合評価】

| | | | |
|--|----|-------|---|
| 合計得点 | 68 | 評価ランク | C |
| <p>[評価の理由]</p> <p>全体的に提案内容については新規で健康体操教室を行うなどよく実施している。特に、アンケートの結果、大幅な改善が見られ、評価できる。</p> | | | |

【評価レベル】

| 評価レベル | 乗率 | | |
|-------|------|-------|------------------------------|
| 5 | 100% | 良 | 目標（計画）を大幅に上回り、優れた管理運営がなされている |
| 4 | 80% | | 目標（計画）を上回る管理運営がなされている |
| 3 | 60% | 普 | 目標（計画）どおり適正に管理運営がなされている |
| 2 | 40% | | 目標（計画）を下回る管理運営がなされている |
| 1 | 20% | | 目標（計画）を大幅に下回る管理運営がなされている |
| 0 | 0% | 適切でない | 不適切な管理運営がなされている |

【総合評価】

- A：総合評価の結果、特に優れていると認められる
（合計得点が90点以上）
- B：総合評価の結果、優れていると認められる
（合計得点が80点以上90点未満）
- C：総合評価の結果、適正であると認められる
（合計得点が60点以上80点未満）
- D：総合評価の結果、努力が必要であると認められる
（合計得点が40点以上60点未満）
- E：総合評価の結果、かなりの努力が必要であると認められる
（合計得点が40点未満）