

評価報告書

福祉サービス第三者評価項目(共通版)

(評価項目の構成)

I. 福祉サービスの基本方針と組織

1. 理念・基本方針
2. 計画の策定
3. 管理者の責任とリーダーシップ

II. 組織の運営管理

1. 経営状況の把握
2. 人材の確保・養成
3. 安全管理
4. 地域との交流と連携

III. 適切な福祉サービスの実施

1. 利用者本位の福祉サービス
2. サービスの質の確保
3. サービスの開始・継続
4. サービス実施計画の策定
5. 質の高い福祉サービスの実施に係る具体的な取り組み

訪問調査日 平成17年 10月25日、26日
調査実施の時間 開始10時0～16:00

施設名 清静園

主任評価調査員
(記入者) 氏名 古賀 二郎
同行調査員 氏名 小野 征子

施設側対応者
職名 施設長、品質管理室 ISO管理責任者
氏名 大島 敏武氏 鍛冶矢 哲氏
ヒヤリングをした職員数 8 人

※記入方法

- 調査の結果を調査員同士が話し合い、主任調査員がご記入下さい。
- 第三者評価基準(共通版)の判断基準に基づき「a」「b」「c」の欄のいずれかに○を付け、その判断した理由や根拠を記入して下さい。

※評価項目について

- 評価項目は58項目です。

1. 評価報告概要表

全体を通して(優れている点、独自に工夫している点など)	
<p>基本理念に基づき「顧客満足度の向上」に施設長はじめ全スタッフで取り組んでいる。特に、年に2回、利用者及び家族に「サービス満足度」のアンケート調査を行い、部署毎にアンケートを分析し課題、実践、評価、見直しを行っている。また、職員も年に2回自己評価を行い、積極的に利用者本意のケアを追及している。苦情に対しては、広報紙等を通じて情報の開示を行っていた。2001年に九州で初めて「ISO9001」を取得し、手順書を最大限に生かし、利用者サービスの質的向上に取り組んでいる。現在、新型特養(2006年4月完成)の工事が進められているが、仮設特養の中でユニットケアに取り組んでいた。箱ものより、まず、ソフト面に目を向け、ユニット毎に炊飯器、ポット、電子レンジなどを設置。利用者の一人ひとりの潜在能力を見出し、家庭的な雰囲気のもとで個別ケアがすすめられていた。また、情報の共有では全館がシステム化され、それぞれのスタッフが端末より、各部署からの情報を共有できる仕組みになっている。記録は、計画に沿い、実践されれば、即、端末機より入力する等、記録の短縮、明確さが展開されていた。常に先駆的な取り組みを推進されている施設である。</p>	
分野	特記事項(優れている点、要改善について)
I	法人の理念・基本方針が明文化され、文書、パンフレット、広報紙、掲示板等を通じて行っている。利用者本意のサービスを施設全体で啓発している。例えば理念・基本方針を現場スタッフ6名にインタビューした。施設長の思いが全員に周知徹底している。中・長期の計画は明確で、福祉ニーズを調査し、ビジョンを達成する為に計画、評価、見直しを行い、設備の整備、人材育成に努めていた。管理者は福祉サービスの動向を早く、キャッチし、組織的に経営、業務の改善と効率化に向けて取り組んでいる。管理者は、自ら活動に参画していた。また広報紙を通じて施設長の役割、責任について、地域、家族、利用者に表明している。
福祉サービスの基本方針と組織	
II	地域での福祉に対する需要の動向、利用者数・利用者像の変化、福祉サービスのニーズを把握し、データを収集している。コスト分析や利用率を組織的に取り組み、経営状況や課題について、職員に周知している。また、定期的に外部監査として公認会計士による指導を受け、経営改善を行っている。人材の確保は、人材の養成にも積極的で、社会福祉士10名、介護福祉士49名、手話通訳士6名ほか多くの有資格者がいる。人員配置は2.14:1の比率で配置。人事考課も客観的な基準に基づいて行われている。個別的な教育や研修が計画され行われていた。職員の就業状況では、間接接遇の職員は在籍年数は長いが、直接接遇の職員の在籍年数が比較的短い。当施設は利用者の重度化も進み、認知症専用棟もあり、スタッフとの「なじみの関係」が必要である。その為、スタッフの希望があれば、カウンセラーや専門家の確保を期待したい。実習生・ボランティアの受け入れもマニュアルに沿って行われている。
組織の運営管理	
III	経営方針に沿って、利用者本意のサービスが展開され、利用者満足度の向上に努めていた。プライバシーの保護、身体拘束、虐待防止はマニュアル化され周知徹底。利用者・家族が相談しやすいように相談員3名を配置し相談室を設け家族との連携を図っている。調査日も費用負担の改正に伴い個別説明をしていた。また、苦情解決の仕組みが明確で部署毎に検討し、迅速に対応して、広報紙に公開している。外部評価の結果を廊下に表示し、課題に対し、ステップアップした表が掲示されていた。個別のサービスについては、アセスメント、計画書の作成、実践、モニタリング、評価を繰り返し、質の向上を目指していた。ケアカンファレンスの情報の共有はシステム化され端末で把握できる。また、重度化した利用者の唯一の楽しみである「食」に対し、ホテルのシェフに定期的に来て貰い指導を受けていた。リハビリに対して、専用スタッフ4名が予防に努めている。記録の管理は整備されている。
適切な福祉サービスの実施	

	項目数	評価		
		a	b	C
I 福祉サービスの基本方針と組織	小計 13項目	13	0	0
① 理念・基本方針	4項目	4	0	0
② 計画の策定	5項目	5	0	0
③ 管理者の責任とリーダー	4項目	4	0	0
II 組織の運営管理	小計 22項目	21	1	0
① 経営状況の把握	3項目	3	0	0
② 人材の確保・養成	9項目	8	1	0
③ 安全管理	3項目	3	0	0
④ 地域との交流と連携	7項目	7	0	0
III 適切な福祉サービスの実施	小計 23項目	22	0	0
① 利用者本位の福祉サービス	7項目	7	0	0
② サービスの質の確保	8項目	8	0	0
③ サービスの開始・継続	3項目	3	0	0
④ サービス実施計画の策定	4項目	4	0	0
⑤ 質の高い福祉サービスの実施に係る具体的な取り組み	1項目	(有)・無		
合計58項目		57	1	0

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

福祉サービス評価センターおおいた

②第三者評価実施期日

平成20年 7月 4日

③事業者情報

名称：社会福祉法人 一志会 指定介護老人福祉施設 清静園	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：施設長 大島敏武	定員（利用人数） ¹⁵⁰ 60 名
所在地 大分県大分市大字竹中5268番地	TEL 097（597）3189

④総評

◇評価の高い点

経営理念並びに経営方針が明確に文書化され、具体的な取り組みが計画的に実施されている。特に中・長期計画の実現に向けた計画の評価が各部署においてもなされている。

各部署ごとに手順書による評価を定期的実施、同じく法人本部においても評価する仕組みが構築され、職員の質の向上に向けた体制が有効に機能している。

「ISO9001」を取得（平成13年）し、質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。サービス評価に対しては、自己評価を年に2回実施し、また定期的に第三者評価を受審し改善につなげているなど質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。

1 評価報告概要表

全体を通して(優れている点、独自に工夫している点など)	
<p>(施設概要) 昭和50年4月に特別養護老人ホームとして開設、現在、法人事業所は9事業所により構成されている複合型施設、その中の指定介護老人福祉施設清静園は124名の職員により介護サービスを展開している。</p> <p>(全体的に優れている点、工夫している点) (1)法人では関係法令や理念を基に規則・規定が策定され、目的を具現化する手順により業務が行われている。 (2)積極的に情報が開示され、特に、苦情や事故情報の開示もなされている。 (3)新型特養として環境の整備が行われ、ユニットケアを提供している。</p>	
分野	特記事項(優れている点、要改善について)
I	(優れている点) 経営理念並びに経営方針が明確に文書化され、具体的な取組が計画的に実施されている。特に中・長期計画の実現に向けた計画の評価が各部署においてもなされている。
福祉サービスの 基本方針と組織	
II	(優れている点) 各部署ごとに手順書による評価を定期的実施、同じく法人本部においても評価する仕組みが構築され、職員の質の向上に向けた体制が有効に機能している。
組織の運営管理	
III	(優れている点) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。 1 当法人は「ISO9001」を取得(平成13年)しており、効果的・効率的なケアに取り組んでいる。 2 利用者の満足度アンケートを定期的に行い、詳しい情報を把握している。特に『食』に対するアンケートは具体的(図や表でまとめ一目瞭然)であり利用者のニーズに添えている。 3 サービス評価に対して自己評価を年に2回実施している。又、定期的に第三者評価を受審し改善につなげている。
適切な福祉 サービスの実施	

分野・領域	項目数	評価		
		a できて いる	b 十分に ない	c できて いない
I 福祉サービスの基本方針と組織	小計 13項目	13	0	0
① 理念・基本方針	4項目	4	0	0
② 計画の策定	5項目	5	0	0
③ 管理者の責任とリーダー	4項目	4	0	0
II 組織の運営管理	小計 22項目	22	0	0
① 経営状況の把握	3項目	3	0	0
② 人材の確保・養成	9項目	9	0	0
③ 安全管理	3項目	3	0	0
④ 地域との交流と連携	7項目	7	0	0
III 適切な福祉サービスの実施	小計 23項目	23	0	0
① 利用者本位の福祉サービス	7項目	7	0	0
② サービスの質の確保	8項目	8	0	0
③ サービスの開始・継続	3項目	3	0	0
④ 訪問介護計画の策定	4項目	4	0	0
⑤ 質の高い福祉サービスの実施に係る具体的な取り組み	1項目	有 1	— —	無 —
	合計58項目	58	0	0

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

福祉サービス評価センターおおいた

②第三者評価実施期日

平成23年11月24～25日

③事業者情報

名称：社会福祉法人 一志会 指定介護老人福祉施設 清静園	種別：指定介護老人福祉施設
代表者氏名：理事長 大島 敏武	定員（利用人数）150名
所在地：大分県大分市大字竹中5268番地 TEL：097-597-3189	

④総評

◇評価の高い点

- 昭和50年4月に特別養護老人ホームとして開設し、現在、法人は10事業所により構成されている複合型施設である。その中の指定介護老人福祉施設清静園は128名の職員により介護サービスを展開している。
- 法人では、関係法令や理念、経営方針を基に手順書が策定され、常に改善に取り組んでいる。
- 積極的に情報の開示がなされ、特に、苦情・事故レポート、外部評価受審状況については、ホームページ、機関誌において開示している。
- 新たに、自主評価基準を導入し、部署目標・個人目標について改善を図っている。
- 地区文化祭実行委員会に、実行委員として参画するなど、地域の人々と日常的なコミュニケーションが図られている。
- 経営理念並びに経営方針が明確に文書化され、具体的な取組が計画的に実施されている。とくに中・長期計画にその実現に向けた計画を策定し、各部署においても自主評価基準に基づき評価を行い、課題について中・長期計画に反映している。
- 各部署ごとに、手順書による運営を実施している。新たに、自主評価基準を導入し評価、改善する取組を開始し、職員の質の向上に向けた体制が有効に機能している。
- 法人独自の退職金制度実施や、職員の希望や意見を取り入れた職員旅行等福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。
- 定められた評価基準に基づいて、月に一回自主評価を行い、職員全体で取り組むとともに、定期的に第三者評価を受審している。
- 各提供サービスの標準的な実施手順書をもとに、個人の一日の生活の流れと提供サービスが把握できる24時間シートを作成し、介護に反映させている。

1 評価報告概要表

全体を通して(優れている点、独自に工夫している点など)	
(施設概要) 鉄筋コンクリート造 地上5階(顧客100名)・鉄筋コンクリート造 地上4階(顧客50名) 併設施設 介護保険サービスセンター・清静園・清静園指定訪問入浴介護事業所 清静園指定訪問介護事業所・清静園指定短期入所生活介護事業所 清静園指定通所介護事業所・清静園指定認知症対応型共同生活介護事業所 (全体的に優れている点、工夫している点) ①手順書による均一したサービス提供及びサービスの向上を図っている。 ②内部監査等の実施による内部牽制による質の向上が図れている。 ③独自のシステム化を積極的に推進し、事務作業の効率化を図っている。 ④24時間シートによる顧客に適したサービス提供を行っている。 ⑤毎月、自主評価を実施し、部署目標・個人目標の進捗状況を図っている。	
分野	特記事項(優れている点、要改善について)
I	優れている点 ①経営理念、経営方針を、事業計画・掲示板・パンフレット・規則規程・ホームページ等に記載し、法人全事業所の使命や目指す方向を読み取れる。 ②経営理念・方針・組織図・事務分掌の職員の把握状況を毎月確認している。 ③事業計画は、事業内容が具体的に示され、さらに実行可能な計画であり、事業計画書を規則・規程管理システムにて職員が閲覧できる。
福祉サービスの 基本方針と組織	要改善 ①中・長期計画を策定し、事業計画書を顧客等に配布する必要がある。
II	優れている点 ①稼働率会議を月に3回実施し、稼働率向上に向けての検討を行っている。 ②正規職員登用制度をもうけ、職員の資格取得に対しての支援を行っている。 ③法人独自の退職金制度、職員組織の清和会による行事等の福利厚生事業を実施し、職員処遇の向上を図っている。 ④自主評価を毎月行い、部署目標・個人目標の達成に努めている。
組織の運営管理	要改善 ①地域の関係機関・団体とのネットワーク化に取り組む必要がある。 ②地域の福祉ニーズを把握し、相談事業等を実施する必要がある。
III	優れている点 ①顧客を尊重したサービス提供に関する基本姿勢、顧客満足の上を目指す姿勢、プライバシー保護、について各手順書に反映している。 ②苦情解決の体制(福祉サービス相談委員会)を整備し、毎月第3者委員の意見等を徴収し、その内容をホームページや広報誌にて公表している。 ③サービス計画策定手順書にて、サービス計画を策定するための仕組みを定め、適切に策定している。
適切な福祉 サービスの実施	要改善 ①手順書の見直しに関する時期やその方法を定め、定期的な見直し必要。

分野・領域	項目数	評価		
		a できている	b 十分でない	c できていない
I 福祉サービスの基本方針と組織	小計 13項目	9	2	2
① 理念・基本方針	4項目	3	1	0
② 計画の策定	5項目	2	1	2
③ 管理者の責任とリーダー	4項目	4	0	0
II 組織の運営管理	小計 22項目	19	0	3
① 経営状況の把握	3項目	3	0	0
② 人材の確保・養成	9項目	9	0	0
③ 安全管理	3項目	3	0	0
④ 地域との交流と連携	7項目	4	0	3
III 適切な福祉サービスの実施	小計 23項目	22	0	1
① 利用者本位の福祉サービス	7項目	7	0	0
② サービスの質の確保	8項目	7	0	1
③ サービスの開始・継続	3項目	3	0	0
④ サービス実施計画の策定	4項目	4	0	0
⑤ 質の高い福祉サービスの実施に係る具体的な取り組み	1項目	有 1	— —	無 —
合計58項目		50	2	6