

令和4年度 第二大江学園 自己評価(SDGs)

実施期間:令和4年 11月21日～12月3日

対象:第二大江学園職員(非常勤含む)54名

評価方法:直接記入(記名)

配布:54

回収:54

※令和4年度自己評価については、集計後全体的な考察(別紙)
を行い、以降の取り組みに繋げること。

確認後押印					

令和4年度 第二大江学園 自己評価

【 集計 】

理念・基本方針		評価			
		A	B	C	
1	理念と基本方針が明文化されている	3年度	50	5	0
			91%	9%	0%
		4年度	53	1	0
			98%	2%	0%
比較・考察	●理念、方針とも完全に把握できていない部分もあります。	+7%			
2	理念と基本方針が利用者・職員に周知されている	3年度	46	9	0
			84%	16%	
		4年度	48	6	0
			88%	12%	
比較・考察		+4%			
事業計画の策定		評価			
		A	B	C	
3	中・長期的な計画を踏まえた事業計画が策定されている	3年度	47	7	1
			85%	13%	2%
		4年度	50	4	0
			92%	8%	
比較・考察		+7%			
4	事業計画の策定が組織的に行われ、利用者・職員に周知されている	3年度	38	15	2
			71%	27%	2%
		4年度	44	10	
			81%	19%	2%
比較・考察		+10%			
管理者の責任とリーダーシップ		評価			
		A	B	C	
5	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している	3年度	45	9	1
			82%	16%	2%
		4年度	45	9	0
			83%	17%	0%
比較・考察		+1%			

6	業務の質の向上や、効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している	3年度	A	B	C
			35	18	2
比較・考察		4年度	64%	32%	4%
			34	20	0
			63%	37%	0%
比較・考察			-1%		
7	管理者は、利用者またはその家族の意見や要望を聴く場を設けている	3年度	A	B	C
			48	7	0
比較・考察	●家族の来園機会もコロナ禍のため減っている。満足度調査にて、意見要望は届けられていると思う(コロナ禍のため、家族会が設けられずにいる)	4年度	87%	13%	
			44	9	1
			81%	17%	2%
比較・考察			-6%		
8	管理者は職員の意見や要望を聴く場を設けている。	3年度	A	B	C
			41	12	2
比較・考察	●給食で10年以上異動が無く、大江と話し合いを行なっても分かり合えない事が多い。 ●人員配置、環境整備等、取り組んで頂けているが、経営側からすると厳しい面もあるかと思いますが、細部までの要望は受け入れてもらえていない。	4年度	74%	22%	4%
			35	17	2
			65%	31%	4%
比較・考察			-9%		
人材の確保・養成			評価		
9	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	3年度	A	B	C
			33	20	2
比較・考察	●人材確保は努力を重ねて頂いているとは思いますが、再度ご尽力いただきたいと思 います。 ●フィードバックがなされていない。	4年度	60%	36%	4%
			36	15	3
			66%	28%	6%
比較・考察			+6%		
10	必要な人員や、就業状況を把握し必要に応じて改善する仕組みがある	3年度	A	B	C
			34	19	2
比較・考察	●大江給食と第二給食の人事は変動がありません。 ●必要な人員が足りておらず、改善策を検討しても改善には至っていない。 ●部署間で格差がある。	4年度	62%	34%	4%
			36	17	1
			67%	31%	2%
比較・考察			+5%		
11	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	3年度	A	B	C
			50	5	0
比較・考察	●資格取得のため、勤務時間等の考慮が片寄りすぎている、育てて法人が結果的に質の向上につながることに期待できない。	4年度	91%	9%	
			49	5	0
			91%	9%	
比較・考察			0		

12	職員の教育・研修が計画的に実施され、定期的な見直しも行われている	3年度	A	B	C
			52	2	1
		4年度	94%	4%	2%
			47	7	
			87%	13%	
比較・考察			+7%		
13	実習生の受け入れと育成を、積極的に行っている	3年度	A	B	C
			52	3	0
		4年度	95%	5%	0%
			51	3	0
			94%	6%	0%
比較・考察	●コロナ禍で十分ではないと思う部分がある。		+1%		
14	職員が支援等に関する悩みを相談することのできる体制を整えている	3年度	A	B	C
			49	6	0
		4年度	89%	11%	0%
			47	7	0
			87%	13%	0%
比較・考察			-2%		
安全管理			評価		
15	災害時・事故・感染症等の緊急時における、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	3年度	A	B	C
			53	2	0
		4年度	96%	4%	0%
			48	6	0
			89%	11%	0%
比較・考察	●グループホームなど、これから先夜勤者がいないということが難しくなるのでは。		-7%		

地域との交流と連携		評価			
16	ボランティア受け入れ等、地域との関わりを大切にしている	3年度	A	B	C
			52	3	0
		4年度	95%	5%	0%
			49	5	0
		91%	9%	0%	
比較・考察		-4%			
17	関係機関との連携を適切に行っている	3年度	A	B	C
			49	6	0
		4年度	89%	11%	0%
			47	7	0
		87%	13%	0%	
比較・考察		-2%			
18	地域の福祉ニーズを把握したうえで、事業・活動が行われている	3年度	A	B	C
			51	4	0
		4年度	93%	7%	0%
			47	6	1
		87%	11%	2%	
比較・考察		-6%			
利用者本位の福祉サービス		評価			
19	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解を持つための取り組みを行っている	3年度	A	B	C
			55	0	0
		4年度	100%	0%	0%
			53	1	0
		98%	2%	0%	
比較・考察		-2%			
20	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している	3年度	A	B	C
			51	4	0
		4年度	93%	7%	0%
			47	6	1
		87%	11%	2%	
比較・考察	●利用者の方が玄関先で下着を脱いで、下着を振り回している。対策法などないか。	-6%			
21	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	3年度	A	B	C
			50	5	0
		4年度	91%	9%	0%
			49	5	0
		91%	9%	0%	
比較・考察		0			

22	相談・苦情解決の仕組みが確立され、十分に周知・機能している	3年度	A	B	C
			53	2	0
		4年度	96%	4%	0%
			46	8	0
			85%	15%	0%
比較・考察			-11%		
23	施設内で虐待事案発生時の対応方法などを具体的に文章化している	3年度	A	B	C
			55	0	0
		4年度	98%	0%	0%
			54	0	0
			100%	0%	0%
比較・考察			+2%		
24	施設内で虐待事案が発生した場合の再発防止策等を、具体的に文章化している	3年度	A	B	C
			55	0	0
		4年度	100%	0%	0%
			52	2	0
			98%	2%	0%
比較・考察			-2%		
25	利用者からの意見等に対して具体的に対応している	3年度	A	B	C
			50	5	0
		4年度	91%	9%	0%
			46	8	0
			85%	15%	0%
比較・考察			-6%		
サービスの質の確保			評価		
26	サービスの内容について、定期的に評価を行う体制を整備している	3年度	A	B	C
			53	2	0
		4年度	96%	4%	0%
			51	3	0
			94%	6%	0%
比較・考察			-2%		
27	評価の結果に基づき、組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て、実施している	3年度	A	B	C
			51	4	0
		4年度	93%	7%	0%
			50	3	1
			85%	13%	2%
比較・考察			-8%		

28	提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、サービスが提供されている	3年度	A	B	C
			52	3	0
		4年度	95%	5%	0%
			51	3	0
			94%	6%	0%
比較・考察			-1%		
29	利用者に関するサービスの実施状況の記録が適切に行われている。それらについての管理体制が確立している	3年度	A	B	C
			54	1	0
		4年度	98%	2%	0%
			54	1	0
			100%	2%	0%
比較・考察			+2%		
サービスの開始・継続			評価		
30	利用者の希望するサービスを尊重し、開始にあたって適切に説明し、同意が得られている	3年度	A	B	C
			54	1	0
		4年度	98%	2%	0%
			50	4	0
			93%	7%	0%
比較・考察	●施設内で困った行動など、自宅と共有していないと思われる点を感じる。		-5%		
31	事業所の変更、家庭への生活移行等にあたり、サービスの継続性に配慮した対応を行っている	3年度	A	B	C
			54	1	0
		4年度	98%	2%	0%
			52	2	0
			96%	4%	0%
比較・考察			-2%		
サービス実施計画の策定			評価		
32	適切なアセスメントに基づき、サービス実施計画が策定されている	3年度	A	B	C
			54	1	0
		4年度	98%	2%	0%
			53	1	0
			98%	2%	0%
比較・考察			0		
33	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている	3年度	A	B	C
			54	1	0
		4年度	98%	2%	0%
			54	0	0
			100%	0%	0%
比較・考察	●コロナ禍ではあるが、利用者の意見を聴く機会を持ってほしい。		+2%		

利用者の尊重		評価			
34	職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている	3年度	A	B	C
			48	7	0
		4年度	87%	13%	0%
			44	10	0
			81%	19%	0%
比較・考察	<ul style="list-style-type: none"> ●同性介助を主として行っているが、出来ない状況がある。 ●一時期よりも利用者の呼称がきちんとなされていないと感じる利用者の促し方も雑な扱いをされている場に出くわすことが増えたように感じる。又、見て見ぬふりの自分も居る。 ●入浴、排泄など同性介助が確実に出来ない状況にある。 		-6%		
35	利用者の主体的な活動を尊重している	3年度	A	B	C
			49	6	0
		4年度	89%	11%	0%
			44	10	0
			81%	19%	0%
比較・考察	<ul style="list-style-type: none"> ●利用者の方を尊重されていると思うが、利用者目線に立って側面的な支援をもっと行えば良いと思う。 ●利用者の方の目線に沿った支援が以前に比べたら、取り組みがなされている。 		-8%		
36	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている	3年度	A	B	C
			51	4	0
		4年度	93%	7%	0%
			44	10	0
			81%	19%	0%
比較・考察			-12%		
日常生活支援		評価			
37	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく楽しく食べられるように工夫されている。またその内容がサービス実施計画に反映されている	3年度	A	B	C
			52	3	0
		4年度	95%	5%	0%
			54	0	0
			100%	0%	0%
比較・考察			+5%		
38	喫食時間に配慮している	3年度	A	B	C
			52	3	0
		4年度	95%	5%	0%
			45	9	0
			83%	17%	0%
比較・考察	●喫食環境はひとりひとり工夫されている(テーブルの高さや椅子、足置きなど)		-12%		

39	入浴は利用者の障害程度や介助方法など個人的な事情に配慮し、希望に沿って行われている	3年度	A	B	C
			45	10	1
		4年度	82%	18%	0%
			42	12	0
			78%	22%	0%
比較・考察	<ul style="list-style-type: none"> ●入浴時間は利用者の希望や話し合いでは決めていない。支援者の都合が多い。 ●明和寮で日曜日など早く入浴されているが、支援員の人数などもあるのは理解できているが、夏場など汗をかかされているのでは。 		-4%		
40	浴室・脱衣場等の環境は適切である	3年度	A		C
			44		11
		4年度	80%		20%
			39		15
			72%		28%
比較・考察	<ul style="list-style-type: none"> ●デイセンターの浴室が冬の時期は暗くて寒い。 ●エアコンなどすぐに対応出来るものは良いが、段差等のハード面は加齢に伴う身体的状況の変化に追いついておらず、適切かどうか難しい。 ●浴室は車いすの方が入りやすいようには出来ていない。 ●脱衣場は狭く、浴室との段差が危険(明和寮) ●車いす対応の利用者さんもいるため、段差等は改善が必要である。 		-8%		
41	排泄介助は清潔で快適な環境の中で行われている。	3年度	A		C
			48		7
		4年度	87%		13%
			42		12
			78%		22%
比較・考察	<ul style="list-style-type: none"> ●換気扇も壊れたままである。 ●明和は食堂横に利用者のベッドがあり、カーテンもされず、オムツを交換されているのを度々目撃しているので、せめてカーテン等の配慮があると良い。 ●排泄時男女混同(共同)での支援になっているため、十分なプライバシーが確保されているとは言い難いと感じます。ドアではなくカーテンでの対応も他者の目に入りやすい羞恥心への配慮が難しいと感じます。 ●南側のトイレを改装していただき皆さん南側のトイレを使われるようになり、混雑する時があり、北側トイレの環境が快適ではないと思われます(明和寮) ●GHIにおいてトイレの壁紙がボロボロの方がいらっしゃる個人の使い方に問題があるにせよ、メンテナンスは1~2年に一度位にしても良いかと思う。※コロナ禍で仕方ない面も多くあるように感じます(今回は) ●トイレは片方は整備され利用しやすいが、もう片方は快適な環境とは言えないのではないかと思う。 ●トイレは配管の詰まり等が多いため、また、冬の寒い日にはトイレ内が寒いことも改善が必要。 ●真夏・真冬のトイレについて、夏は蒸し暑く、冬はとても寒いです。冷暖房設備があれば快適かなと思います。 		-9%		
42	利用者の好みや個性を尊重し、清潔で適切な衣類の選択を支援している	3年度	A	B	C
			46	9	0
		4年度	84%	16%	0%
			45	9	0
			83%	17%	0%
比較・考察	●好みの洋服かも知れないが、年齢的にキャラクターや絵柄が適切ではないように思うことがある。		-1%		

43	理髪店や美容院の利用について、利用者の好みを尊重した支援を行っている	3年度	A	B	C
			44	11	0
		4年度	80%	20%	0%
			38	15	1
			70%	28%	2%
比較・考察	<ul style="list-style-type: none"> ●男性の利用者の方は、丸坊主の方が多いのは気になります。 ●湿疹など症状がある方は、短髪でも良いが、皆同じ髪型、坊主のようなヘアスタイルが施設入所者だなど思うことがある。 		-10%		
44	安眠できるように配慮している	3年度	A		C
			52		3
		4年度	95%		5%
			51		3
			94%		6%
比較・考察	●配慮はされているが、環境的に場所の確保が難しい部分がある。		-1%		
45	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる	3年度	A	B	C
			53	2	0
		4年度	96%	4%	0%
			48	5	1
			89%	9%	2%
比較・考察			-7%		
46	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている	3年度	A		C
			55		0
		4年度	100%		0%
			52		2
			96%		4%
比較・考察			-4%		
47	余暇・レクリエーションは利用者の希望に沿って行われている	3年度	A	B	C
			37	18	0
		4年度	68%	32%	0%
			36	18	0
			67%	33%	0%
比較・考察	<ul style="list-style-type: none"> ●コロナ禍の中ではまだ十分ではない。 ●ドライブ、食事、温泉と利用者さんの好まれる内容もコロナ禍ではあるが少しずつ出来ているように思います。 ●早くコロナが終息して外出が出来ると良い。 		-1%		
48	外泊(帰省)は利用者の希望に沿って行われている	3年度	A	B	C
			37	18	0
		4年度	68%	32%	0%
			33	20	1
			61%	37%	2%
比較・考察	<ul style="list-style-type: none"> ●コロナ感染症等の感染防止のために希望に沿えないことがある。 ●コロナの感染の状況もあり利用者の希望通りにはいかないところがある。 ●新型コロナウイルス感染症の影響で、帰省や余暇については希望に沿えないこともある。 ●コロナ禍の為、感染予防の為、利用者の希望に沿えないことが多い。 		-7%		

49	預り金について、適切な管理体制が作られている	3年度	A	B	C
			54	1	0
			98%	2%	0%
		4年度	54	0	0
			100%	0%	0%
比較・考察			+2%		
50	新聞・雑誌の購読やテレビ視聴について、利用者の意志や希望に沿って利用できる	3年度	A		C
			54		1
			98%		2%
		4年度	50		4
			93%		7%
比較・考察			-5%		
51	嗜好品(タバコ、酒等)については、健康上の影響等を考慮した上で、利用者の意志や希望が尊重されている	3年度	A		C
			54		1
			98%		2%
		4年度	54		0
			100%		0%
比較・考察			+2%		
52	社会適応訓練等に関しては、利用者の状況に応じた支援を行っている	3年度	A	B	C
			50	5	0
			91%	9%	
		4年度	43	10	1
			89%	19%	2%
比較・考察			-2%		
施設・設備			評価		
53	施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいように配慮されている	3年度	A	B	C
			38	17	0
			69%	31%	0%
		4年度	38	15	1
			70%	28%	2%
比較・考察	●部署によってバラつきがある。寮内の段差や、園内の坂道等。		+1%		

第二大江学園 令和4年度 自己評価について【考察】

支援向上委員会

令和4年度実施分の第二大江学園自己評価について、集計結果を受け考察を行い次年度以降の取り組みに繋げることとする。

昨年度よりSDGsの取り組みを委員会でも取り入れ実施している。今年度は熊本県のSDGs登録事業者制度にも登録を行うことができた。今後益々の取り組みの強化を目指していきたいところである。

実施期間: 令和4年 11月21日～12月3日

対象: 第二大江学園職員(非常勤を含む)54名 配布: 54部 回収: 54部

○自己評価集計結果に基づき、数値的に低水準な項目と、前年度比較において増減の大きかった項目について、いったんの考察を行う。

【低水準の項目】・・・B、及びCの合計が30%以上の項目を指す。

今年度はBおよびCの項目の合計が40%を超える項目はなく、30%以上のものを抽出(厳しく評価)している。全体的な評価は上がってきているとも言える。

【 】内はB及びCの合計%(悪い数値)

6番・・・業務の質の向上や、効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している【37%】

8番・・・管理者は職員の意見や要望を聴く場を設けている【35%】

9番・・・人事考課が客観的な基準に基づいて行われている【34%】

10番・・・必要な人員や、就業状況を把握し必要に応じて改善する仕組みがある【33%】

47番・・・余暇・レクリエーションは利用者の希望に沿って行われている【33%】

48番・・・外泊(帰省)は利用者の希望に沿って行われている【39%】

53番・・・施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいように配慮されている【30%】

○上記の内6番、8番、47番、48番は悪化傾向である。前述もしているが、今年度はB及びCの項目の合計が40%をこえるものはなかった。昨年は10番のみが50%を超えていた。

【変動が大きかった項目】・・・Aが前年比10%以上増の項目を指す

【 増 】

4番・・・事業計画の策定が組織的に行われ、利用者・職員に周知されている。(81%)+10%

○今回改善が見られた項目としては上記の4番のみで、昨年も21%改善していたので、この2年間で30%以上の改善があった。 昨年はここに8つの項目が上がっていたが、今年度はこの項目のみである。

【変動が大きかった項目】・・・Aが前年比10%以上減の項目を指す

【 減 】

22番・・・相談・苦情解決の仕組みが確立され、十分に周知・機能している。(85%)－11%

36番・・・利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている(81%)－12%

38番・・・喫食時間に配慮している(83%)→12%

43番・・・理髪店や美容院の利用について、利用者の好みを尊重した支援を行なっている(70%)→10%

○今回は上記の4項目が挙がっている。昨年はコロナ感染症対策に影響を受けた項目が多くあったが今年度は少し影響が和らいだような印象である。感染症対策を行うことが生活のスタンダードとなってきたことが感じられる。

22番が減少したのは、課長・主任が実施していた職員の個別面談が、計画通りに実施出来なかったことが一因だと考えられます。申し訳ございません。他のものは、利用者の生活の質に関わる部分と支援者の業務上の都合による事情が影響しているようです。ご自身の事を主張したり、判断することが難しい利用者にとって、支援者の判断に委ねられる部分は大きいです。業務上の都合ばかりを優先してしまうことのないように、合理的な配慮を行なっていきましょう。

★新型コロナウイルスの影響による、感染対策を始めて丸3年が経とうとしている状況です。対策自体は当初よりも時間や経験を経て変化してきた部分も多いように感じます。社会的(政治的)にはコロナは終息に向かうような捉え方に移行しつつあるようですが(5類相当への引き下げ検討等)集団生活を行なう場では、感染症対策は終息を迎えることはないようです。ただ、社会の変化に応じて私たちも今後また大きな変化の時期を迎えることは間違いなさそうです。「元に戻る」ということではなく、どのみち変化を求められるなら、より良い方向へ変化していくことが大切なんだろうと思います。

この自己評価は数年に一度行うべき第三者評価を行う代わりに、事業所内での取り組みとして毎年行っています。利用者満足度調査や虐待防止委員会で行っているチェックシート等も同様に事業所内の「今在る姿」を知り得る大切な仕組みの一つです。取り組みの内容は毎年似たものにはなっていますが、その結果を真摯に受け止めて、次の取組に繋げていく根拠としていくことが大切です。「PDCA」サイクルはこの流れが重要です。根拠を明確にして、これまでどのような経緯を経て今のような状況になっているのか、取り組みを行う皆が課題意識を持って取り組んでいくことが大切です。皆ですばらしい学園をつくっていきましょう。

※第二大江学園 各部署掲示をもって「公表」することとします。