令和7年度　第二大江学園　施設自己評価（SDGs）

実施期間：令和7年　12月8日～12月22日

対象：第二大江学園職員（非常勤含む）46名

評価方法：直接記入（記名）

配布：46

回収：45（1名は病気療養の為、未実施）

※令和7年度施設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7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	6年度	41	4	0
			91%	9%	0%
		7年度	45	1	0
			98%	2%	0%
意見	・利用者の皆さんに十分な理解を促しているかは定かでないように思う				
			A	B	C
2	理念と基本方針が利用者・職員に周知されている	6年度	37	7	1
			82%	16%	2%
		7年度	38	8	0
			83%	17%	0%
意見					

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	6年度	38	7	0
			84%	16%	0%
		7年度	42	4	0
			91%	9%	0%
意見					
			A	B	C
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	6年度	28	16	1
			62%	36%	2%
		7年度	33	13	0
			72%	28%	0%
意見	・全職員、利用者が十分に理解するには至ってないように思う				

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	6年度	32	13	0
			71%	29%	0%
		7年度	41	5	0
			89%	11%	0%
意見					

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		A	B	C
		6年度	24	21	0
			53%	47%	0%
		7年度	30	16	0
			65%	35%	0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	41	3	1
			91%	7%	2%
		7年度	37	9	0
			80%	20%	0%
意見					
8	管理者は職員の意見や要望を聴く場を設けている。		A	B	C
		6年度	36	9	0
			80%	20%	0%
		7年度	43	3	0
			93%	7%	0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	22	21	2
			49%	47%	4%
		7年度	22	20	4
			48%	43%	9%
意見	・実施はされているが、フィードバックがなく客観的な基準も分からず、意義があるのか分からない ・フィードバックが無い ・人事考課に関するフィードバックはなされていない				
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		A	B	C
		6年度	17	27	1
			38%	60%	2%
		7年度	19	25	2
			42%	54%	4%
意見	・慢性的な人手不足、部署によって有休がとれにくいところがある ・必要な人員確保も十分にはなされていない				

11	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。		A	B	C
		6年度	36	9	0
			80%	20%	0%
		7年度	39	7	0
			85%	15%	0%
意見					

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		A	B	C
		6年度	31	13	1
			69%	29%	2%
		7年度	36	10	0
			78%	22%	0%
意見					
13	実習生の受け入れと育成を、積極的に行っている		A	B	C
		6年度	41	4	0
			91%	9%	0%
		7年度	42	4	0
			91%	9%	0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	39	6	0
			87%	13%	0%
		7年度	43	3	0
			93%	7%	0%
意見					
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。		A	B	C
		6年度	41	4	0
			91%	9%	0%
		7年度	46	0	0
			100%	0%	0%
意見					

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		A	B	C
		6年度	39	6	0
			87%	13%	0%
		7年度	40	6	0
			87%	13%	0%
意見	・受け入れはしているが、育成に向けては十分でない				
17	関係機関との連携を適切に行っている		A	B	C
		6年度	38	7	0
			84%	16%	0%
		7年度	41	5	0
			89%	11%	0%
意見	・GHのみ地域連携推進会議において現場不在で行われ、その後、内容も現場には十分伝えられなかった				
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		A	B	C
		6年度	37	8	0
			82%	18%	0%
		7年度	41	5	0
			89%	11%	0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	42	3	0
			93%	7%	0%
		7年度	44	2	0
			96%	4%	0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	42	3	0
			93%	7%	0%
		7年度	41	5	0
			89%	11%	0%
意見					
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。		A	B	C
		6年度	40	5	0
			89%	11%	0%
		7年度	42	4	0
			91%	9%	0%
意見					

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		A	B	C
		6年度	40	5	0
			89%	11%	0%
		7年度	42	4	0
			91%	9%	0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	43	2	0
			96%	4%	0%
		7年度	45	1	0
			98%	2%	0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	43	2	0
			96%	4%	0%
		7年度	43	3	0
			93%	7%	0%
意見					
25	利用者からの意見等に対して具体的に対応している		A	B	C
		6年度	40	5	0
			89%	11%	0%
		7年度	40	6	0
			87%	13%	0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	41	4	0
			91%	9%	0%
		7年度	45	1	0
			98%	2%	0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	36	9	0
			80%	20%	0%
		7年度	37	9	0
			80%	20%	0%
意見					

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		A	B	C
		6年度	40	5	0
			89%	11%	0%
		7年度	45	1	0
			98%	2%	0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	41	4	0
			91%	9%	0%
		7年度	44	2	0
			96%	4%	0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	40	5	0
			89%	11%	0%
		7年度	43	3	0
			93%	7%	0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	43	2	0
			96%	4%	0%
		7年度	43	3	0
			93%	7%	0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	42	3	0
			93%	7%	0%
		7年度	44	2	0
			96%	4%	0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	41	4	0
			91%	9%	0%
		7年度	45	1	0
			98%	2%	0%
意見					

利用者の尊重			評価		
			A	B	C
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	6年度	38	6	1
			84%	14%	2%
		7年度	41	5	0
			89%	11%	0%
意見					
			A	B	C
35	利用者の主体的な活動を尊重している	6年度	33	12	0
			73%	27%	0%
		7年度	35	10	1
			76%	22%	2%
意見					
			A	B	C
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	6年度	33	12	0
			73%	27%	0%
		7年度	32	13	1
			70%	28%	2%
意見	・原因不明の怪我などもあり、防犯カメラの設置が望まれる				

日常生活支援			評価		
			A	B	C
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	6年度	42	3	0
			93%	7%	0%
		7年度	44	2	0
			96%	4%	0%
意見					
			A	B	C
38	喫食時間に配慮している	6年度	34	11	0
			76%	24%	0%
		7年度	40	6	0
			87%	13%	0%
意見					

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		A	B	C
		6年度	36	9	0
			80%	20%	0%
		7年度	37	9	0
			80%	20%	0%
意見	・入浴支援で早期に入浴に関する設備の改善が必要				
40	浴室・脱衣場等の環境は適切である		A		C
		6年度	32		13
			71%		29%
		7年度	39		7
			85%		15%
意見	・入浴支援で早期に入浴に関する設備の改善が必要 ・段差で危ないと思うことが何度かあった。人によっては不適切になると思う。特浴対応中の方が色々な事情で毎日入れていない。 ・浴室の段差等適切な環境とは言えなくなってきている。(高齢化に伴い) ・浴室ドア及びドアレールは危険だと感じます。バリアフリーが望ましい。 ・検討会議、工夫を行っているが適切ではない(適切にはいまだ至っていない) ・浴室は床タイルという事もあり、入浴前に蒸気で暖めておかないと足の冷えが強く、気持ちよく入浴できる環境ではない。利用者さんの高齢化にともないヒートショックも心配です。タイルは足がすべりやすい点も心配です。 ・脱衣所は少し狭いと感じ、介助が必要な方も増えてきているため、安全面での心配等もある。				
41	排泄介助は清潔で快適な環境の中で行われている。		A		C
		6年度	38		7
			84%		16%
		7年度	41		5
			89%		11%
意見	・夏は暑く、冬は寒い ・臭気の改善がされていない。夏も冬も外気温と変わりない。清掃や点検、不具合箇所は職員が行っているが、それ以外の改善は職員だけではできないためC判定。 ・トイレは冬の寒さ、夏の暑さが厳しい。夏は汗をかきながら長時間便座に座っておられる。声かけはしている。 ・冷暖房設備がトイレにはないと思います ・清潔に心がけるも汚れたままをよく見かける。AかCかと問われればC				
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		A	B	C
		6年度	38	7	0
			84%	16%	0%
		7年度	43	3	0
			93%	7%	0%
意見					

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		A	B	C
		6年度	37	8	0
			82%	18%	0%
		7年度	36	9	1
			78%	20%	2%
意見	・年齢に合った髪型ではないと思います				
44	安眠できるように配慮している		A		C
		6年度	44		1
			98%		2%
		7年度	43		3
			93%		7%
意見	・不眠者への対応等を含むマニュアルはないと思います ・エアコン、居室の畳等、気になることがあります				
45	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる		A	B	C
		6年度	45	0	0
			100%	0%	0%
		7年度	44	2	0
			96%	4%	0%
意見					
46	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている		A		C
		6年度	50		0
			100%		0%
		7年度	45		1
			98%		2%
意見	・マニュアルとして保管については作られていないと思います。				
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		A	B	C
		6年度	30	15	0
			67%	33%	0%
		7年度	32	14	0
			70%	30%	0%
意見					
48	外泊（帰省）は利用者の希望に沿って行われている		A	B	C
		6年度	35	10	0
			78%	22%	0%
		7年度	41	5	0
			89%	11%	0%
意見					

49	預り金について、適切な管理体制が作られている		A	B	C
		6年度	45	0	0
			100%	0%	0%
		7年度	46	0	0
			100%	0%	0%
意見					
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		A		C
		6年度	44		1
			98%		2%
		7年度	46		0
			100%		0%
意見					
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		A		C
		6年度	43		2
			96%		4%
		7年度	46		0
			100%		0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	36	9	0
			80%	20%	0%
		7年度	41	5	0
			89%	11%	0%
意見					
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		A	B	C
		6年度	29	15	1
			65%	33%	2%
		7年度	33	13	0
			72%	28%	0%
意見	・車イス用の手洗い(車イス対応洗面)がない ・ガーデン内の照明は全体的に暗い				

第二大江学園　令和7年度　施設自己評価について【考察】

支援向上委員会

令和7年度実施分の第二大江学園施設自己評価について、
本年度より『自己評価』から『施設自己評価』に名称を変更し、基準に沿って
施設の今の現状を確認し、評価を行った。集計結果を受け、考察を行い
サービスや支援の質の確保と向上に繋がるよう次年度以降の取り組みに繋げる。

◇実施期間：令和7年　12月8日～12月22日
◇対象：第二大江学園職員（非常勤を含む）46名　　配布：45部　回収：45部
（1名は病気療養の為、未実施）

○施設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%を超える項目が減り、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【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【52%】
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【58%】
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【30%】
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【30%】

○今年度は低水準の項目が前年度と比較すると7項目から5項目に減っており、評価が
上がっていると思われる。しかしながら、50%を超える項目が「9番」「10番」であり、
前年度より続く慢性的な人員不足と年休取得が困難な部署があることが原因の1つと思われる。
前年度低水準であった「4番」「12番」「53番」は改善され、高評価に転じている。

【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　(72%) +10%
5番・・・管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している (89%) +18%
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 (65%) +12%
8番・・・管理者は職員の意見や要望を聴く場を設けている (93%) +13%
38番・・・喫食時間に配慮している (87%) +11%
40番・・・浴室・脱衣所等の環境は適切である (85%) +14%
48番・・・外泊（帰省）は利用者の希望に沿って行われている (89%) +11%

【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　】

7番・・・管理者は利用者又はその家族の意見や要望を聴く場を設けている（80％）－11％

○変動が大きかった項目・・・

【増】（Aの前年比10%以上増の項目）について

「4番」「5番」は年度当初に事業運営方針の示しがあり、事業所の役割や方向性について職員への周知や情報の共有をされたことが評価増に繋がったと思われる。

「8番」については、令和7年度も年間を通して職員対象の個別面談を実施し、施設長や看護師と対話することで、体調面やメンタル面、ワークライフバランスの悩み事などを直接相談できたことが結果に表れたかと思われる。

「40番」の設備面については明和寮浴室入り口の段差を穏やかにし、浴室の床も冷たさを感じにくい素材に張り替える等、浴室内の環境改善に取り組んだ。

「48番」の外泊や帰省については主に家族の希望に沿って実施していることが多く、「利用者の希望に沿っているか」と考えると、家族の希望と利用者の希望とには相違があるかもしれない。（利用者はもっと外泊(帰省)したい）

○変動が大きかった項目・・・

【減】（Aの前年比10%以上減の項目）について

前年度と比較して評価減の項目が少なくなっているが、今年度については10%減の項目は「7番」であった。この「7番」は前年度の結果は+19%で評価増であったが、今年度は-11%という結果になった。個別支援計画書の作成時には面談として利用者の意見や希望を聞く場を設けているが、計画書作成以外で意見を伺う機会が明確でなかったことが要因として考えられる。

また、ご家族を交えた意見交換の場についても、コロナ禍以降、対面での機会が減少したまま十分に再構築しておらず現在に至り、「家族の意見や要望を聞く場を設けている」とは言えない状況であったと推測する。

次年度に向けては個別支援会議を含めた「意思決定支援会議」を本格的に実施し、利用者の意見を伺う機会を定期的に設けると共に、ご家族の意見交換の場としても定期的な開催を行っていく。

★まとめ

この施設自己評価は数年に1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実施しており、利用者満足度調査や虐待防止委員会で実施するチェックシート等も同様に事業所内の現在の姿を知る仕組みのひとつです。

評価の結果を真摯に受け止め、今の第二大江学園をより良くしていく為に改善すべき点には全職員で向き合い、解決していかなければならないと思います。

例年「9番：人事考課が客観的な基準に基づいて行われている」及び、
「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」は
毎年50%前後の低評価が続いています。「9番」については勤務態度や業務遂行状況
専門性など複数の観点から評価を行ってあるものの、フィードバックがなく職員が
評価の根拠を把握しにくい状況があるのではないかと考えられます。
「10番」についても毎年低評価が続いており、日々の勤務状況は把握しているものの
業務量の偏りや支援の負担感、慢性的な人員不足が評価に表れたと推察されます。
フィードバックがあることで人事考課の透明性も高まり、仕事の意欲向上にも
繋がるのではないかと思います。人員確保についても今後も継続して、より積極的に
行っていかなければならないと考えます。又、各項目に記された意見も大切にし、
特に多くの意見が挙がっている「40番：浴室・脱衣所等の環境は適切である」や
「41番：排泄介助は清潔で快適な環境の中で行われている」については
どちらも評価は高く出ているものの、利用者のみなさんにとっては適切ではない
環境である為、一つずつ改善していけるよう取り組んでいかなければと思います。
次年度からの意思決定支援会議については意思決定支援の流れを職員全体で周知し、
利用者のみなさんの意思形成、意思表明を行い、意思実現に繋げ、より良い豊かな
生活を送れるよう支援を行い、利用者のみなさんだけでなく、職員のみなさんに
とってもより良い職場環境を作り、充実感や達成感を持って働いていただけるような
職場を作っていきたいと思います。

※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。

文責：湊