

令和5年度 職員自己評価に関するアンケート調査結果報告書

当施設職員が、自らの施設を省みることで、より質の高い運営・サービス提供・支援につなげていくことを目的に、以下のとおり、アンケート調査を実施いたしましたのでご報告いたします。

1 調査概要

- ・施設名称 : 「山梨県立あけぼの医療福祉センター成人寮 アドバンテージあさひ」
- ・調査期間 : 令和6年 2月26日(月)～3月8日(金)
- ・調査対象 : アドバンテージあさひ 専門員を除く職員25名
(有効回答率100%25名)
- ・調査方法 : 無記名のアンケート用紙を配布し記入

2 アンケート詳細

- ・「共通基本項目 (I～III)」及び「障害者設付加項目 (IV)」について調査。
- ・評価区分については以下のa～dの中で最も近いと思われるものを1つ選択。
 - a 概ね達成されている
 - b 取り組みはしているが成果が不十分
 - c 取り組み自体が不十分
 - d どのような取り組みがあるかよくわからない
- ・各設問のグループI～IVそれぞれについて集計し、a～dの選択率をパーセンテージで表示。傾向を分析し当施設の課題などを明確にする。
- ・集計、分析結果については別紙を参照。
- ・集計、分析結果については「自己評価委員会」にて情報共有及び課題解決に向けての方策を検討した後、当施設ホームページ上で公開する。

R5年度 アドバンテージあさひ 職員自己評価(共通基本項目) 集計結果

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	No	自己評価			
					a	b	c	d
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1)理念、基本方針が確立されている	①理念が明文化されている	1	23	2	0	0
			②理念に基づく基本方針が明文化されている	2	23	2	0	0
		(2)理念や基本方針が周知されている	①理念や基本方針が職員に周知されている	3	19	6	0	0
			②理念や基本方針が利用者等に周知されている	4	17	8	0	0
	2 事業計画の策定	(1)中・長期的なビジョンと計画が明確にされている	①中・長期計画が策定されている	5	24	1	0	0
			②中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	6	24	1	0	0
		(2)事業計画が適切に策定されている	①事業計画の策定が組織的に行われている	7	22	3	0	0
			②事業計画が職員に周知されている	8	22	3	0	0
			③事業計画が利用者等に周知されている	9	18	6	1	0
	3 管理者の責任とリーダーシップ	(1)管理者の責任が明確にされている	①管理者からの役割と責任を職員に対して表明している	10	22	2	1	0
			②遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている	11	21	3	1	0
		(2)管理者のリーダーシップが発揮されている	①質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している	12	18	6	0	1
	②経営や業務の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		13	15	9	0	1	
< I 福祉サービスの基本方針と組織について 不十分と感じる点など具体的にあれば自由記載 > ・記載はありませんでした								

- a: 概ね達成されている
- b: 取り組みはしているが成果が不十分
- c: 取り組み自体が不十分
- d: どのような取り組みがあるかよくわからない

からお選びください

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	No	自己評価				
					a	b	c	d	
II 組織の運営管理	1 経営状況の把握	(1)経営環境の変化等に適切に対応している	①事業経営をとりまく環境が的確に把握されている	14	19	4	2	0	
			②経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている	15	21	3	1	0	
			③外部監査が実施されている	16	22	1	2	0	
	2 人材の確保・養成	(1)人事管理の体制が整備されている	①必要な人材に関する具体的なプランが確立している	17	15	6	3	1	
			②人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	18	21	3	1	0	
		(2)職員の就業状況に配慮がなされている	①職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている	19	18	7	0	0	
			②職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる	20	22	3	0	0	
		(3)職員の質の向上に向けた体制が確立されている	①職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	21	21	3	1	0	
			②個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている	22	22	3	0	0	
			③定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている	23	18	4	1	2	
		(4)実習生の受け入れが適切に行われている	①実習生の受け入れと教育について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている	24	19	3	1	2	
		3 安全管理	(1)利用者の安全を確保するための取り組みが行われている	①緊急時(事故・感染症の発生時など)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	25	19	6	0	0
				②災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている	26	22	3	0	0
				③利用者の安全確保のためにリスクを把握した対策を実行している	27	21	4	0	0
	4 地域との交流と連携	(1)地域との関係が適切に確保されている	①利用者地域のかかわりを大切にしている	28	19	5	1	0	
			②事業所が有する機能を地域に還元している	29	22	2	1	0	
			③ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している	30	20	3	1	1	
		(2)関係機関との連携が確保されている	①必要な社会資源を明確にしている	31	21	3	1	0	
			②関係機関等との連携が適切に行われている	32	21	3	1	0	
		(3)地域の福祉向上のための取り組みを行っている	①地域の福祉ニーズを把握している	33	18	6	1	0	
			②地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている	34	16	8	1	0	
	<p>< II 組織の運営管理について 不十分と感じる点など具体的にあれば自由記載 ></p> <p>・記載はありませんでした</p>								

a: 概ね達成されている

b: 取り組みはしているが成果が不十分

c: 取り組み自体が不十分

d: どのような取り組みがあるかよくわからない

からお選びください

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	No	自己評価			
					a	b	c	d
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	(1)利用者を尊重する姿勢が明示されている	①利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている	35	21	4	0	0
			②利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等を整備している	36	24	1	0	0
		(2)利用者満足の向上に努めている	①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	37	24	1	0	0
			(3)利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている	①利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している	38	22	3	0
		②苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している		39	24	1	0	0
		③利用者からの意見等に対して迅速に対応している	40	22	3	0	0	
	2 サービスの質の確保	(1)質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている	①サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している	41	23	2	0	0
			②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	42	24	1	0	0
		(2)提供するサービスの標準的な実施方法が確立している	①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	43	24	1	0	0
			②標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している	44	23	2	0	0
		(3)サービス実施の記録が適切に行われている	①利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている	45	25	0	0	0
			②利用者に関する記録の管理体制が確立している	46	25	0	0	0
	③利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		47	23	2	0	0	
	3 サービスの開始・継続	(1)サービス提供の開始が適切に行われている	①利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している	48	25	0	0	0
			②サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている	49	24	1	0	0
		(2)サービスの継続性に配慮した対応が行われている	①事業所の変更や家庭への移行など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	50	25	0	0	0
	4 サービスの策定	(1)利用者へのアセスメントが行われている	①定められた手順に従ってアセスメントを行っている	51	25	0	0	0
			(2)利用者に対するサービス実施計画書が策定されている	①サービス実施計画書を適切に策定している	52	25	0	0
		②定期的にサービス実施計画書の評価・見直しを行っている		53	25	0	0	0
	<p><Ⅲ適切な福祉サービスの実施について 不十分と感じる点など具体的にあれば自由記載></p> <p>・記載はありませんでした</p>							

a: 概ね達成されている

b: 取り組みはしているが成果が不十分

c: 取り組み自体が不十分

d: どのような取り組みがあるかよくわからない

からお選びください

R5年度 アドバンテージあさひ 職員自己評価(障害者付加項目) 集計結果

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	No	自己評価					
					a	b	c	d		
IV	1 サービスの実施 適切な処遇の確保	(1)個別支援計画に基づいた適切な支援について	①個別支援計画を適切に作成している	54	25	0	0	0		
			②個別支援計画に基づいて適切にサービスが提供されている	55	21	4	0	0		
		(2)利用者の状態に合わせたサービスの実施について	①食事に関してはおいしく食べられるよう工夫されている	56	24	0	1	0		
			②入浴に関しては利用者の希望や事情を反映した支援を行っている	57	24	1	0	0		
			③排泄に関しては利用者の状態に合わせた支援を行っている	58	24	1	0	0		
			④整容その他に関しては利用者の状態に合わせた支援を行っている	59	23	1	1	0		
			⑤利用者の健康を維持するための支援を行っている	60	24	0	1	0		
		(3)利用者の自主性と家族との交流について	①利用者の自主性を尊重し主体的に施設での生活が送れるような取り組みを行っている	61	21	4	0	0		
			②金銭管理その他利用者の財産を管理するための支援を行っている	62	24	1	0	0		
			③利用者の自立(自律)に向けた取り組みを行っている	63	23	1	1	0		
			④利用者の就労を支援するための取り組みを行っている	64	23	1	1	0		
			⑤施設と家族との交流・連携を図っている	65	22	2	1	0		
		<IV適切な処遇の確保について 不十分と感じる点など具体的にあれば自由記載> ・記載はありませんでした								

- a: 概ね達成されている
- b: 取り組みはしているが成果が不十分
- c: 取り組み自体が不十分
- d: どのような取り組みがあるかよくわからない

からお選びください

R5年度 職員自己評価 集計結果分析

※今年度より回答の選択肢について変更を行ったため、前年度との比較は不可能。次年度より比較を再開する。

I No.1 ~13 a 82.5% b 16.0% c 0.9% d 0.6%

< I 福祉サービスの基本方針と組織について >

8割以上が「概ね達成」となった。個別に見ると、理念や事業計画が「利用者等に周知」されているかについて「取り組みはしているが成果が不十分」とした割合が高い。年度当初に利用者を対象としたミーティング内で伝えてはいるが、利用者の障害状況にも配慮した上でより伝わりやすい方法を検討し改善を図りたい。

また「管理者のリーダーシップが発揮されている」についても「成果が不十分」とする割合が高かった。管理者と現場職員の事務室が分かれていることもあり、日常的に意見交換を行いにくい環境であることも要因の一つ。一つの課題に対して双方が顔を合わせて意見交換を行える場を増やすことで改善を図る必要あり。

II No.14 ~34 a 79.4% b 15.8% c 3.6% d 1.2%

< II 組織の運営管理について >

8割近くが「概ね達成」となった。個別に見た場合「必要な人材のプラン」「職員の就業状況の改善」「事故・感染症発生時などの利用者の安全確保」「地域の福祉向上への取り組み」といった項目で「不十分」となった割合が高い。いずれも「組織としてどのように考え取り組むか」という部分が明確に各職員に伝わりきれていないことから生ずる不足感であると推察される。上記Iの項目にも通ずるが、管理者側と現場職員との意思疎通を高める努力により改善を図る必要あり。

III No.35 ~53 a 95.4% b 4.6% c 0.0% d 0.0%

< III 適切な福祉サービスの実施について >

95%以上が「概ね達成」となった。あえて取り上げるとすれば「利用者を尊重したサービス提供」「利用者が意見を述べやすい環境」「利用者からの意見に迅速に対応」といった利用者の自主性や意思を尊重する項目で若干数「不十分」が選択されている。更なる質の向上を目指すためには組織的な人材育成が必要であり、今後も継続して外部研修等を活用した職員のスキルアップに努めること、またその内容を職員間で共有していくことで改善を図る。

IV No.54 ~65 a 92.7% b 5.3% c 2.0% d 0.0%

< IV 適切な処遇の確保について >

92%を越える「概ね達成」となっている。若干ではあるが「個別支援計画に基づいたサービス提供」「利用者が自主性をもって主体的に施設生活を送れる取り組み」といった項目で「成果が不十分」が選択された。「利用者が主体的に生活を送る」ための「個別支援計画」であることを踏まえ、次年度に向けて現状の個別支援計画を精査しより利用者の実態に即した内容を目指す試みを開始している。そうした取り組みを通して改善を図っていくことを目指す。

< 総括 >

I~IVの項目の平均値として「概ね達成」が87.5%であり、全体を通して突出した問題が指摘されていない。「不十分」が選択された項目についても「取り組みはしているが成果が不十分」が多く「取り組み自体が不十分」という指摘は少なかったことを踏まえ、現状の取り組みを発展させる努力を施設として継続することで改善を図っていくこととする。なお、6つの項目で「どのような取り組みがあるかわからない」が選択されていたため、特にその項目は意識して、施設としての取り組みをアナウンスしていくこととし、次年度は全職員が施設の取り組みを理解した上で評価できる環境を目指したい。なお、「不十分」の具体的な内容について記載できるよう自由記載欄を設けたが、記載がなかった点は次年度の課題。