

<報告日:2021年3月31日>

千葉県福祉サービス第三者評価結果報告書

◎ 評価機関

| | | | |
|--------|------------------------|------------------|--|
| 名称 | 株式会社ふくし・ファーム | | |
| 所在地 | 東京都東久留米市南町1-13-38 | | |
| 電話番号 | 03-3332-3334 | | |
| 評価実施期間 | 2020年11月30日~2021年3月31日 | | |
| 評価者 | 経営担当 | 山田 秀樹 (V1911015) | |
| | 福祉担当 | 伊瀬 卓 (V1911013) | |
| | 経営担当 | 深澤 博行 (V1911014) | |
| | 事務局 | 加藤 正樹 | |

◎ 評価対象事業者

| | | | |
|-------|--|----|-------|
| 名称 | 習志野市津田沼小学校地区放課後児童会 (種別:放課後児童健全育成事業) | | |
| 代表者指名 | 施設長 玉田 聡子 | 定員 | 計119名 |
| 所在地 | 千葉県習志野市津田沼4-5-2 津田沼小学校内 | | |
| 電話番号 | 047-451-7416 (第一児童会) | | |

◎総合コメント①／ 事業所のアピールポイント

事業所の特に良いと思う点を自由に記述してください。

【組織】

①施設職員間のコミュニケーションが良く、理念などの理解のもとにチームワークによりサービス向上に取り組んでいます。利用者調査の結果においても、「児童会では、同じ学年以外の子どもと一緒に遊んだりしていますか」や「児童館の職員は、あいさつをしてくれたり、相談にのってくれたりしますか」等の設問において「はい」の回答率が高くなっています。児童らが職員を信頼し、また学年の異なる子ども同士が仲良く楽しく過ごしている様子が窺われました。

【サービス】

②調理不可というルールや予算の関係上、どうしても袋菓子が多くなりがちなおやつですが、季節のイベントに沿ったものや特別に取り寄せたご当地のお菓子な工夫を凝らしながら提供しています。また、ご当地お菓子の提供の際は、ご当地にまつわるクイズを出すなど、子ども達の興味関心を高める工夫を行っています。

③施設は、様々な種類の鬼ごっこやモルックなどで身体を使って遊ぶスポーツクラブ（月2回）や、講師を招いて絵の指導などを行うアートクラブ（月1回）のほか、夏祭り、ハロウィンイベント、クリスマス会などの季節の行事など多彩な行事を実施しています。季節のイベントでは、形に残る工作を取り入れ、完成した作品は家に持ち帰るなど、保護者からも好評の声を頂いています。

◎総合コメント②／ 事業所の運営課題

事業所の今後より良くしたいと思う点を自由に記述してください。

【組織面】

①自治体との契約に基づいて施設運営にあたっているため、運営管理者独自の判断により第三者評価の視点に合致した取り組みを行うのは困難な状況であるかもしれません。運営の目的、すなわちサービス内容が放課後の子どもの見守りに特化されています。そのため、「地域の福祉ニーズを把握したうえで、施設（職員）が持っているノウハウや専門性を地域に還元する取り組み」などは確認することが出来ませんでした。ただし、運営を通じて複数年継続して学校や民生・児童委員、保護者などと交流してきた実績があり、地域の特徴に応じた福祉ニーズを把握することが出来るものと思われます。今後機会を得て地域のイベントに組織として出展するなど、実績を積み上げることが期待されます。

【サービス】

②日々の子どもの様子やイベントなどの様子は、毎月のおたよりやお迎え時の会話のほか、一斉メール、施設内写真掲示などを通じて保護者に伝えています。一方、第三児童会は室内の様子や掲示物が見えにくい構造となっており、第一児童会や第二児童会のような写真掲示が行えていない状況です。また、第三児童会への通路は照明が少なく、水はけの悪い土の地面となっており、安全面での課題となっています。施設は今後、自治体と相談しながら通路の改修や、外からでも分かるような掲示の工夫などを検討していきたいと考えています。

③また、施設内の環境について、子どもがくつろげる環境を充実させることが期待されます。自治体に要請してレールカーテンを設置して休息できる空間が作られるようにしましたが、日常の環境においてもコーナーの充実を図ることが期待されます。

◎評価機関振り返り

評価機関による福祉サービス第三者評価の総合的な振り返り。

放課後児童健全育成事業に係る調査票が整備されていない中、児童館用の調査票をベースとして独自に設問を調整しました。また、利用者調査票についても、保護者に回答していただくことを想定し、やはり独自の設問と様式を整備してから実施しました。一方、児童館の運営について、自治体との契約により運営にあたっており、評価の視点が自治体の権限によるところを対象にしているケースがあった場合は、その気づきを誰にどのようにフィードバックするべきか、悩ましい判断もありました。そのような条件の中、事業者サイドの理解と協力により、評価結果を報告することが出来ました。受審事業者の皆さまと共に現状を分析したことにより、その利点と課題を抽出することが出来ましたので、今後発展的な取り組みにつなげ、サービスの質のさらなる向上を目指していくことが期待できます。

評価機関による福祉サービス第三者評価の総合的な振り返り。

これまでの利用者アンケートとはまた違う角度の調査の実施を受け、これまでの事業運営の振り返り、今後の課題の抽出を再度行うことが出来ました。
運営理念に基づく施設運営、施設職員同士の連携、利用者ニーズへの対応は強みとして認識出来たため、さらに磨きをけていきたいと思えます。
一方、管理者と現場の情報共有、環境面の充実、活動内容の発信・展開においては、より注力して運営にあたっていく所存です。

福祉サービス共通評価項目・基準（施設系・組織運営）

| 設問 No. | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 評価情報公表項目 | 判断基準 | 該当すると思う判断基準 | 判断基準を選択した理由・背景・根拠となる具体的な取り組み等を記入してください |
|-------------------------------------|---------------------|------------------------|---|---------------|--|---|---|
| 1 | 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・基本方針の確立 | ①理念が明文化されている。 | a) 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。 | a | 法人の「経営理念」「運営理念」を明確にして、パンフレットやホームページに掲載し、施設内に掲示しています。「経営理念」にて「仕事と家庭の両立や未来を担う子どもの成長をサポートする事業を通して、すべての人が活躍する豊かな社会づくりを目指す。」と法人の使命を表しています。 |
| | | | | | b) 法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。 | | |
| c) 法人の理念を明文化していない。 | | | | | | | |
| (2) 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | | | a) 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。 | a | 理念に基づく基本方針を、事業ごとの運営方針「放課後事業部運営方針」で明文化してパンフレットやホームページに掲載しています。この方針は、児童の育成や権利擁護等の5項目を掲げており、経営理念が反映され適切な内容となっています。 | | |
| b) 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。 | | | | | | | |
| c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。 | | | | | | | |
| 3 | (2) 理念・基本方針の周知 | ①理念や基本方針が職員に周知されている。 | a) 理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取り組みを行っている。 | a | | 理念・方針を職員入社時の研修において配布して説明するとともに、見える箇所に掲示し、年度初めに再確認しています。職員の評価制度（評価シート）に、理念などを確認する欄を設けて、半年に2回必ず確認して、その理解を評価しています。 | |
| | | | b) 理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取り組みが十分ではない。 | | | | |
| | | | c) 理念や基本方針を職員に配付していない。 | | | | |
| 4 | | ②理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取り組みを行っている。 | a | 児童も一緒に参加する利用者説明会に「入会の案内」などを配付して、保護者や児童に分かり易く説明しています。利用者の75.8%からは、施設での生活や決まりについて説明を受けていると評価されています。理念・方針を利用者が常に見える箇所に掲示して、周知を図っています。 | | |
| | | | b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取り組みが十分ではない。 | | | | |
| | | | c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。 | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|---|--|
| 5 | I 福祉サービスの基本方針と組織 | 2 計画の策定 | (1) 中長期的なビジョンの明 確化 | ①中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映している。 | a | 法人の中長期経営戦略・目標を含む計画を策定して、ホームページに掲載しています。中長期計画に沿って半年度の事業部事業計画、及び施設の事業計画/年度目標を策定しています。事業計画は、具体的に学年毎の育成要点などと共に数値目標も設定しています。 |
| | | | | | b) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映しているが、十分ではない。 | | |
| | | | | | c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映しているが、十分ではない。 | | |
| | | 6 | (2) 重要課題の明確化 | ①事業計画達成のための重要課題が明確化されている。 | a) 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。 | a | 事業計画は重要課題を明確にして、安全面などの目標値（KPI）を明示しています。事業計画の内容は法人担当者と施設責任者として共有して、その進捗を管理しています。職員の評価シートの中にも目標設定を行い、評価時期に振り返り、評価して次の目標設定に繋げています。 |
| | | | | | b) 事業計画達成のための重要課題が十分明確化されていない。 | | |
| | | | | | c) 事業計画達成のための重要課題が明確になっていない。 | | |
| | | 7 | (3) 計画の適切な策定 | ①施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが合議する仕組みがある。 | a) 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが合議する仕組みがある。 | a | 法人エリア担当と各施設の責任者対象の委員会と称する会議を毎月実施して、事業計画や重要案件の確認を行っています。重要な案計は、施設内で検討し、施設責任者と法人エリア担当で協議して、法人責任者が決定する仕組みがあります。施設内では月例ミーティングや打ち合わせにより、伝達・合議などを行っています。 |
| | | | | | b) 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが合議する仕組みはあるが十分ではない。 | | |
| | | | | | c) 職員と幹部職員とが合議する仕組みはない。 | | |
| 8 | 3 管理者の責任とリーダーシップ | (1) 管理者のリーダーシップ | 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。 | a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取り組みに十分な指導力を発揮している。 | a | 自治体が行う満足度調査の結果を、法人のエリア担当と施設職員とで内容を確認分析して、改善に繋げています。法人本部の職員が巡回し「巡回チェックシート」を用いて、施設のサービスの質向上に向けた検証と改善提案を行っています。施設管理者は保護者会役員と定期的に打ち合わせを行い、質の向上に向けた意見交換や検討を行っています。 | |
| | | | | b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取り組みに指導力を発揮しているが、十分ではない。 | | | |
| | | | | c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取り組みについて指導力を発揮していない。 | | | |
| 9 | (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。 | a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに十分な指導力を発揮している。 | a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに十分な指導力を発揮している。 | a | 法人でのテーマ別委員会に責任者が参加して、経営や効率化を定期的に確認・検討しています。法人担当と施設責任者は、施設内の意見を反映しながら、施設の状況に合わせて把握や改善をリードしています。 | | |
| | | | b) 管理者は、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が、十分ではない。 | | | | |
| | | | c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みについて指導力を発揮していない。 | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|
| 10 | 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 への 対応 | ①事業経営をとりまく環境が的確に把握されている | a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取り組みを積極的に行っている。 | a | 法人代表が理事長を務める全国保育連盟に参加して、業界の動向を常に把握しています。得られた情報を法人内や施設で共有し、事業計画や施設運営に反映しています。法人は保育事業も行って、情報交換を行うと共に運営に関わるデータを共有して、施設運営に反映しています。 |
| | | | | b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取り組みを行っているが、十分ではない。 | | | |
| c) 事業経営をとりまく環境を把握するための取り組みを行っていない。 | | | | | | | |
| 11 | | | | 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。 | a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取り組みを行っている。 | a | 経営状況を分析・課題抽出の組織的な仕組みがあります。安心、安全な施設運営における運営コストを週単位で法人で把握・検証しています。施設での経理内容を法人本部に提出して、その確認を毎月実施しています。法人内の全施設の状況を全体で共有し、得られた経営状況を委員会などで分析し課題の発見を行っています。 |
| | | | | b) 経営状況を分析して課題を発見する取り組みを行っているが、改善に向けた取り組みを行っていない。 | | | |
| | | | | c) 経営状況を分析して課題を発見する取り組みを行っていない。 | | | |
| 12 | | 2 人材の 確保・ 養成 | (1) 人事 管理の 体制の 整備 | ①施設の全職員が守るべき倫理を明文化している | a) 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している | a | 職員が守るべき倫理を「就業規則」や「コンプライアンス規定」「ハラスメント防止規定」に明文化しています。他にも個別に規定を設けて、守るべきことを明文化しています。職員への「評価表」の中で、コンプライアンスを確認しています。 |
| | | | | b) - | | | |
| | | | | c) 施設の全職員が守るべき倫理は明文化していない。 | | | |
| 13 | | | | ②人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行っている。 | a) 人事について協議する組織があり、客観的な判断の下に人事管理が行われている。 | a | 法人の人事総務部があり、人事の方針策定を計画的・組織的に行っています。「組織規程」「業務分掌規定」「職務権限規定」や各種休業規定などを定め、客観的な判断で人事管理を行っています。 |
| | | | | b) 人事に関する組織はあるが客観的に運用されているとは言えない。 | | | |
| | | | | c) 組織がなく専横的な人事管理が行われている。 | | | |
| 14 | | | | ③職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。 | a) 客観的な基準に基づき、定期的に職員の業務評価を実施している。 | a | 評価の基準となる「職務行動」を職員のレベルごとに明文化しています。「人事考課規定」を整備して、組織的な評価制度を実施しています。職員はレベルごとに決められた「人事評価表」に目標設定を行い、半年毎の面談を通じて反省と評価を行っています。 |
| | | | | b) 定期的に職員の業務評価を実施しているが、客観的な基準に基づいて行っていない。 | | | |
| | | | | c) 定期的に職員の業務評価を実施していない。 | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|--|--|---|---|---|
| 15 | II 組織の 運営管理 | (2) 職員の 就業状 況への 配慮 | ①事業所の就業関係の改善課題について、スタッフ（委託業者を含む）などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。 | a) 就業関係の改善課題について、スタッフなどの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。 | a | 有給や時間外労働などの就業管理は、法人本部の管理チームによって実施しています。就業データを関係職員で共有し、改善を行っています。法人の担当者による定期的な巡回や各施設での定期的な職員面談により、現場の意見を把握し相談のしやすい環境作りを行っています。改善が必要な部門に、人材などのバックアップ体制を取り、問題解決に向けて全社的に取り組んでいます。 | |
| | | | | b) 就業関係の改善課題について、スタッフなどの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みの構築が十分ではない。 | | | |
| | | | | c) 就業関係の改善課題について、スタッフなどの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがない。 | | | |
| | | | ②福利厚生に積極的に取り組んでいる。 | a) 総合的な福利厚生を実施している。 | a | | 職員の福利厚生について、入社時に全員に説明して周知しています。育児休暇や介護休暇、10年勤続職員のリフレッシュ休暇も設けています。産業医を設置して、職員が専門的な相談に対応できる環境を整えています。 |
| | | | | b) 福利厚生を実施しているが、十分ではない。 | | | |
| c) 福利厚生を実施していない。 | | | | | | | |
| (3) 職員の 質の向 上への 体制整 備 | ①職員の教育・研修に関する基本方針を明示している。 | a) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針を明示している。 | a | 新入職員への研修で、法人が職員に求める基本的姿勢や意識を明示して伝えています。研修計画を作り、研修内容や対象者などを明確にしています。「支援員」の資格取得に向けて、研修案内や取得に向けて勤務調整含めたサポートを行っています。 | | | |
| | | b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針を明示しているが、十分ではない。 | | | | | |
| | | c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針を明示していない。 | | | | | |
| ②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。 | a) 研修成果の評価を定期的に行うとともに、次の研修計画に反映させている。 | a | 研修計画を年間単位で見直しています。研修受講者による「振り返りのシート」などにより要望を伝え、次回の計画策定に反映しています。「振り返りのシート」を活用して、研修内容を関係者が共有して、職員の育成につなげています。研修資料をクラウド上に保管し、参加していない職員も共有できるようにしています。 | | | | |
| | b) 研修成果の評価を定期的に行っているが、次の研修計画に反映していない。 | | | | | | |
| | c) 研修成果の評価を定期的に行っていない。 | | | | | | |
| 19 | ③実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。 | a) 実習生受け入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいる。 | | c | 施設での実習生受け入れの実績がありませんが、法人では大学生インターンの受け入れとベトナムからの留学生受け入れを行っています。法人の受入れプログラムをもとに実習生受け入れ態勢を整備しています。 | | |
| | | b) 実習生受け入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について取り組んでいるが、十分ではない。 | | | | | |
| | | c) 実習生を受け入れていない。 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--|---|---|--|---|--|
| 20 | II 組織の 運営管理 | 3 安全管理 | (1) 利用者の 安全確保 | ①緊急時（事故、災害、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が組織として整備され、機能している。 | a | 「リスク管理規程」を整備して、事故防止員会、防災防犯委員会などの体制を整えています。各施設の職員が属する委員会を定期的で開催してリスク管理を行い、責任者会議に進捗報告を行っています。休日や夜間、事故発生時の連絡フローを明確化して関係者で共有する管理体制を取っています。緊急時の持ち出し品などのマニュアルを用意して、施設内の安全管理に関する研修を随時に行っています。 | | |
| | | | | b) 緊急時（事故・災害・感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が組織として整備しているが、十分に機能していない。 | | | | |
| | | | | c) 緊急時（事故・災害・感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が組織として体制を整備していない | | | | |
| | | | | 21 | ②利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。 | | a | 「こどもたちが、安全で安心して過ごせる場」を運営理念に明記して利用者の安全確保を行っています。「リスク管理規程」により、リスクを把握し対策を実施しています。定期的に安全管理などの研修を実施し、利用者も参加する避難訓練を実施しています。各施設で起きた事故などを共有し、会議にて事例研究や再発防止に向けた検討を行っています。 |
| | | | | | | | | |
| c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。 | | | | | | | | |
| 22 | 4 地域との 交流と 連携 | (1) 地域との 適切な 関係 | ①地域との交流・連携を図っている。 | b | 地域との関わりを事業計画に明記して、ボランティアの受け入れ、学校との連携や地域の協議会との連携などを実施しています。地域に向けた事業紹介や職員の地域行事への参加、地域の資源活用などを行い日常的な地域交流に心がけています。施設の管理者や職員は、地域性や施設機能を考えて、さらに連携が必要と感じて取り組んでいます。 | | | |
| | | | a) 地域との交流・連携を積極的に行っている。 | | | | | |
| | | | b) 地域との交流・連携を行っているが、十分ではない。 | | | | | |
| 23 | ②利用者ニーズに応じて、施設外にある社会資源を活用している。 | b | 児童の活動場所として、公民館や公園、自然環境などを定期的に活用しています。関係機関の連絡先、病院の一覧などを作成しており、利用者のニーズを聞いてさらに社会資源のピックアップを進めています。 | | | | | |
| | | | | a) 利用者ニーズに応じて、施設外にある社会資源を活用している。 | | | | |
| | | | | b) 利用者ニーズに応じて、施設外にある社会資源を活用しているが不十分である。 | | | | |
| 24 | ③事業所が有する機能を地域に還元している | c | 職員が祭りや運動会などに参加しています。施設が持っているノウハウや専門性を、相談レベルで個別支援を行っています。関係機関の情報などを掲示しており、さらに児童の健全育成に関わる情報などの発信を進めています。 | | | | | |
| | | | | a) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取り組みを積極的に行っている。 | | | | |
| | | | | b) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取り組みを行っているが、十分ではない。 | | | | |
| 24 | c) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取り組みを行っていない。 | | | | | | | |

| | | | | | | |
|----|-------------------|------------------------|----------------------------|--|---|---|
| 25 | II 組織の 運営管理 | 4 地域との 交流と 連携 | ④関係機関との連携を図っている。 | a) 関係機関との連携を図っている。 | a | 自治体の担当課、学校、関係機関との連携は、定期連絡会などを通じて密接に行っています。地域の特性に応じて、本部担当者や責任者を中心に情報共有が行える環境を作っています。 |
| | | | | b) 関係機関との連携を図っているが十分ではない。 | | |
| | | | | c) 関係機関との連携を図っていない。 | | |
| 26 | | (2) 地域福祉の 向上 | ①地域の福祉ニーズを把握している。 | a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取り組みを積極的に行っている。 | b | 民生委員や児童委員との定期的な打ち合わせの場を設定しています。関係機関や団体との連携を図り、福祉ニーズの把握に取り組んでいます。地域の保護者からは学習希望のニーズが強いことを把握しています。 |
| | | | | b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取り組みを行っているが、十分ではない。 | | |
| | | | | c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取り組みを行っていない。 | | |
| 27 | | | ②地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 | a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動を実施している。 | b | 地域の福祉ニーズを把握して、事業計画の「地域」欄に展開しています。施設責任者や職員は具体的活動が不十分と認識して、さらなる具体策を検討しています。 |
| | | | | b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画はあるが、実施していない。 | | |
| | | | | c) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画がない。 | | |

福祉サービス共通評価項目・基準（施設系・サービス）

| 設問 No. | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 評価情報公表項目 | 判断基準 | 該当すると思う判断基準 | 判断基準を選択した理由・背景・根拠となる具体的な取り組み等を記入してください |
|---|----------------------------|--|---------------------------------|---|--|--|--|
| 28 | Ⅲ適切な福祉サービスの実施 | Ⅰ利用者本位の福祉サービス | (1)利用者尊重の明示 | ①施設の全職員を対象としたプライバシーの保護に関する研修を行なっている。 | a) 施設の全職員を対象としたプライバシーの保護に関する研修を行なっている | a | 法人は、新入社員（正規職員）に対し、毎月2回の研修を年間全24回実施しています。研修には「個人情報保護」「コンプライアンス」についての内容も含まれており、全正規職員は研修の中で学んでいます。なお、参加者はすべて名簿で出欠確認しており、未受講者へは順次案内を実施するなど、全ての職員が受講できるよう配慮しています。 |
| b) 施設の全職員を対象としたプライバシーの保護に関する研修を行なっているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない | | | | | | | |
| c) 施設の全職員を対象としたプライバシーの保護に関する研修が行なわれていない。 | | | | | | | |
| 29 | | | (2)プライバシーの保護の考え方の徹底を職員の間で図っている。 | a) プライバシーの保護の考え方の徹底を職員の間で図っている。 | a | 法人は全職員対象に、段階的に①入社時研修②初期研修③個人情報保護研修を実施し、知識の習得に取り組んでいます。また、施設責任者には定期的に個人情報保護に関する管理方法への指示を実施するとともに、本部職員が施設に訪問する際、専用の巡回チェックシートを用いて運用方法をチェックし、必要に応じて指導を行っています。そのほか、各施設での職員会議などを通じて、全職員への個人情報保護に関する注意事項を共有しています。 | |
| b) プライバシーの保護の考え方を職員の間で行なっているが、職員に周知する取組が十分ではない。 | | | | | | | |
| c) プライバシーの保護の考え方の徹底を職員の間で図っていない。 | | | | | | | |
| 30 | (1)利用者満足の上を意図した仕組みを整備している。 | a) 利用者満足の上を目指す姿勢が明示され、利用者満足を把握する具体的な仕組みを整備している。 | b | 毎年自治体が行っている利用者満足度調査を実施し、利用者の満足度を図っています。また、現在法人で独自の利用者満足度アンケートを開発しており、今年度末に実施する予定です。アンケートは法人が運営する全ての児童会で共通項目となっており、施設間のサービスの相対評価や標準化などに活用する予定です。 | | | |
| b) 利用者満足の上を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。 | | | | | | | |
| c) 利用者満足の上を目指す姿勢が明示されていない。 | | | | | | | |
| 31 | (2)利用者満足の上に向けた取り組みを行っている | a) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備され、実際にその向上に向けた取組を行っている。 | b | | 自治体で実施している満足度調査の結果は、施設と本部担当職員で共有し、対策まで一緒に検討しています。また、施設内で重要事項を共有し、対策を即実施できる体制を整備しています。そのほか、自治体の担当課窓口とも内容の共有や対策の報告を実施しており、電話や巡回時の際の報告や相談に努めています。 | | |
| b) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されているが、その向上に向けた取組が十分ではない。 | | | | | | | |
| c) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|-------------------|-------------------|-----------------|-------------------------------|---|---|--|
| 32 | 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 | (3) 利用者意見の表明 | ①苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。 | a) 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。 | b | 利用者の苦情や意見を受け付ける仕組みとして、第一窓口は施設として設定しています。そのほか、自治体の担当課や法人ホームページにも「お問い合わせ」のページを設けるなど複数の窓口を設置しています。あがった苦情の内容によっては、本部や自治体と情報共有しながら対応を検討しています。なお、施設では必要に応じて個別の面談形式にてヒアリングを実施するなど相談や意見を言いやすい環境整備に配慮しています。 |
| | | | | ①苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。 | b) 苦情又は意見を受け付ける仕組みがあるが十分ではない。 | | |
| | | | | ①苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。 | c) 苦情又は意見を受け付ける仕組みができていない。 | | |
| 33 | 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 | (3) 利用者意見の表明 | ②寄せられた意見、要望やトラブルに対応するシステムがある。 | a) 寄せられた意見、要望やトラブルに対応するシステムがある。 | a | 基本的な苦情対応は、自治体の苦情解決制度に基づき実施しています。法人での対応としては、①施設での対応→②本部職員での対応→③本部責任者での対応→④会社役員での対応と重層的に対応できる体制を構築しています。内容によっては、本部に設置している「法務会議」に諮り対応を決定しています。 |
| | | | | ②寄せられた意見、要望やトラブルに対応するシステムがある。 | b) 寄せられた意見、要望やトラブルに対応するシステムがあるが、十分に機能していない。 | | |
| | | | | ②寄せられた意見、要望やトラブルに対応するシステムがある。 | c) 寄せられた意見、要望やトラブルに対応するシステムがない。 | | |
| 34 | 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 | (3) 利用者意見の表明 | ③利用者からの意見等に対して迅速に対応している | a) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。 | a | 「放課後事業マニュアル」の中に苦情対応に関する項目があり、全職員で共有しています。利用者から意見や苦情があった場合は、自治体の担当者にも報告し、施設や会社としての対応と、自治体で対応する内容を協議したうえで速やかに対応しています。なお、対応に迷った場合は、本部に報告をするフローを定めるなど、対応の相談や指示を仰げる仕組みを整備しています。 |
| | | | | ③利用者からの意見等に対して迅速に対応している | b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。 | | |
| | | | | ③利用者からの意見等に対して迅速に対応している | c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。 | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|-------------------|----------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|---|------------------------------|---|--|--|---------------------------------------|
| 35 | Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 | 2 サービスの質の確保 | (1) サービスの質の向上への取り組み | 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。 | a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。 | b | 施設のサービス内容を客観的に評価する仕組みとして、本部担当職員の巡回チェックシートの項目確認を行っています。巡回チェックシートは、運営状況の確認として5つの項目（環境整備、挨拶、職員連携、保育・育成、コンプライアンス）について3段階で評価しており、チェック内容は施設とも共有し振り返る仕組みとなっています。そのほか、今年度第三者評価を受審し、客観的な評価を実施する機会を設けています。 | | | | | | |
| | | | | | b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。 | | | | | | | | |
| | | | | | c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。 | | | | | | | | |
| | | | | 36 | | | | ② 課題発見のための組織的な取り組みをしている。 | a) 課題発見のための組織的な取り組みを明確にしている。 | b | 施設のサービス内容や課題などについては、毎月実施している系列園の施設長会議で検討・共有されています。また、施設の具体的なサービスの内容については、毎日のミーティングで検討しています。あがった課題は、内容によって本部や自治体と共有し、連携しながら対応しています。 | | |
| | | | | | | | | | | | | b) 課題発見のための組織的な取り組みをしているが、十分ではない。 | |
| | | | | | | | | | | | | c) 課題発見のための組織的な取り組みをいらない。 | |
| | | | | 37 | | | | ③ 常に改善すべき課題に取り組んでいる。 | a) 常に改善すべき課題を見出し、それに取り組んでいる。 | a | | 施設の課題などについては毎月の施設長会議や、施設内のミーティングで検討し、職員の議事録に記録として保存しています。また、重要案件に関しては、本部の指定書式を使用し、本部と共に進捗を確認しながら対応しています。 | |
| | | | | | | | | | | | | | b) 改善すべき課題を見出しているが、それに対する取り組みが十分ではない。 |
| | | | | | | | | | | | | | c) 改善すべき課題を見出し、取り組んでいない。 |
| 38 | | 2 サービスの質の確保 | (2) サービスの標準化 | ① 職員の対応について、マニュアル等を作成している。 | a) 職員の対応について、マニュアル等を作成している。 | a | 法人事業部で、施設業務の全般的なマニュアル「放課後事業マニュアル」を作成し、事業部の全施設に設置しています。「放課後事業マニュアル」は事業の概要、受託者としての心構え、個人情報、児童理解、危機管理などについて明示されており、全職員に配布しています。また、新規入職者向けの研修を毎月実施しており、施設職員としての心構えや実際の動きについての対応事例の紹介などを記入した冊子を配布して指導を行っています。 | | | | | | |
| | | | | | b) 職員の対応について、マニュアル等を作成しているが、十分ではない。 | | | | | | | | |
| | | | | | c) 職員の対応について、マニュアル等がない。 | | | | | | | | |
| 39 | | | ② 日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。 | a) 日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。 | b | 法人では、防災、衛生管理、SDGsなど専門的な項目毎の横断的な委員会制度を設置し、サービスの質の向上に取り組んでいます。マニュアルの改訂やサービス手順の検討についても、必要に応じて委員会を中心に見直しを図っています。 | | | | | | | |
| | | | | | | | | b) 標準的な実施方法について定期的に検証しているが、必要な見直しを行っていない。 | | | | | |
| | | | | | | | | c) 標準的な実施方法について定期的な検証をしていない。 | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|-------------------|-----------------|---------------------|--|---|---|---|
| 40 | Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 | 2 サービスの質の確保 | (3) 実施サービスの記録 | ①利用者の日常の体調の変化を把握して、それを記録している。 | a) 利用者の日常の体調の変化を把握して、それを記録している。 | a | 職員は、登所時に必ず子どもの顔色や様子、変化などに目を向けており、変調がある場合は検温やヒアリングなどを実施しています。また、必要に応じて家庭への連絡なども行っており、それらの内容は日々の日誌にも記入し、職員間で共有しています。なお、基本的には学校へ登校している児童が来所するため、日常的な管理記録は平時は未実施となっています。 |
| | | | | | b) 利用者の日常の体調の変化を記録しているが、十分ではない。 | | |
| | | | | | c) 利用者の日常の体調の変化を把握した記録がされていない。 | | |
| 41 | | | | ②利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | a) 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | a | 子どもの情報については、学校、家庭、自治体と連携を取りながら共有しています。確認された情報は、必要に応じて常勤職員のミーティングにて共有し、内容によって全職員に周知しています。なお、法人本部のエリア担当への報告は、電話・メール・クラウド上のデータで共有などで行っています。 |
| | | | | | b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。 | | |
| | | | | | c) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われていない。 | | |
| 42 | | 3 サービスの開始・継続 | (1) サービス提供の適切な開始 | ①施設利用に関する問合せや見学に対応している。 | a) 施設利用に関する問合せや見学に対応している。 | b | 施設の情報は、自治体の作成する冊子に記載されており、利用の受付についても自治体で一括して行っています。施設に直接問い合わせがあった場合は、主に施設長や正社員が中心となり対応し、見学なども随時受け付けています。 |
| | | | | | b) 施設利用に関する情報提供しているが、十分ではない。 | | |
| | | | | | c) 施設利用に関する問合せや見学に対応していない。 | | |
| 43 | | | | 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。 | a) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。 | a | サービスの開始時には、「津田沼小学校地区放課後児童会入会のご案内」を配布し、説明を行っています。説明後は、施設内掲示、おたより等で使用する写真掲載について、同意書を提出してもらい、双方で確認しています。また、食物アレルギー対応の児童や、特別な支援を必要とする子どもへは、事前説明と個別相談を行うとともに、後日、質疑応答できるように問い合わせ方法も明示しています。 |
| | | | | | b) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。 | | |
| | | | | | c) サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。 | | |

| | | | | | | | |
|------------------------------------|--|-----------------------|--|---|--|---|--|
| 44 | Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 | 4 サービスの実施計画の策定 | (1) 利用者へのアセスメント | ① 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。 | a) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。 | a | 児童入所時には、自治体から事前に子どもの情報を入手しています。また、特に支援を要する子どもについては、入所時に個別で面接を行い、施設での対応の説明や、保護者の要望・不安点などをヒアリングしています。そのほか、日常的な子どもの様子はお迎え時の会話や連絡帳を通じて把握しています。 |
| | | | | | b) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示しているが、十分ではない。 | | |
| | | | | | c) アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示していない。 | | |
| | | | (2) 個別支援計画の策定 | ①一人ひとりのニーズを把握して個別の支援計画を策定している。 | a) 利用者一人ひとりの個別支援計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。 | b | |
| | b) 利用者一人ひとりの個別支援計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。 | | | | | | |
| | c) 利用者一人ひとりの個別支援計画策定のための体制が確立していない。 | | | | | | |
| ②個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。 | a) 個別支援計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。 | b | 個別支援計画の策定については、学期毎に作成と振り返りを行っています。振り返りは主に毎日の職員ミーティングの中で行い、必要に応じて柔軟に対応しています。なお、要配慮児童の育成方法についても、毎日の職員ミーティングの中で振り返りをし、育成要点の見直しや共有を図っています。 | | | | |
| | | | | b) 個別支援計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない | | | |
| | | | | c) 個別支援計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。 | | | |
| 47 | (3) 情報の管理 | ③個人情報保護に関する規程を公表している。 | | a) 個人情報保護に関する規程を公表している。 | a | 法人は、「個人情報保護方針」（プライバシーポリシー）を定め、個人情報の取り扱いについて内外に示しています。また、個人情報保護に関するマニュアルを作成し、全施設に保管するとともに、職員に研修を実施し、資料として配布しています。そのほか、新規入職者向けの研修の中で、必ず個人情報の取り扱いについて触れており、関連する資料も配布しています。 | |
| | | | b) 個人情報保護に関する規程を公表しているが十分でない。 | | | | |
| | | | c) 個人情報保護に関する規程を公表していない。 | | | | |

放課後児童健全育成事業評価項目・基準

| 設問 No. | 大項目 | 中項目 | 小項目 | 評価情報公表項目 | 判断基準 | 該当すると思う判断基準 | 判断基準を選択した理由・背景・根拠となる具体的な取り組み等を記入してください |
|--|----------------------------------|---------------------------|--|---|--|---|---|
| 48 | IV サービスの内容 | 1 放課後児童健全育成事業の活動に関する事項 | (1) 遊び・生活の環境整備 | ①遊ぶ際を守るべき事項（きまり）が、利用者に理解できるように決められている。 | a) 遊ぶ際を守るべき事項（きまり）が、利用者に理解できるように決められている。 | a | 遊ぶ際を守るべき事項（きまり）の周知方法として、遊び方のルールや食事のマナーなどを教室内に掲示をしています。また、新入生の入学時、長期休みに入る前、あるいはルール違反があった時など、子どもたちと一緒に児童会での過ごし方を再確認しています。なお、ルールの説明は子どもからも行うなど、より浸透するよう工夫しながら行っています。そのほか、既存のルールは、職員ミーティングの中で検討し見直しを図っています。 |
| b) 遊ぶ際を守るべき事項（きまり）が、利用者に理解できるように決められているが、十分ではない。 | | | | | | | |
| c) 遊ぶ際を守るべき事項（きまり）が、利用者に理解できるように決められていない。 | | | | | | | |
| ②利用者が自発的かつ創造的に活動できるように環境を整備している。 | | | | a) 利用者が自発的かつ創造的に活動できるように環境を整備している。 | a | 室内のおもちゃ類は、自由に使えるように児童の目線の高さの棚に設置しています。道具が細かいものや工作で使うハサミなどは、職員側に保管し、貸し出し制にしています。また、床を広くとる遊びや机を合わせて行うボードゲームなど、必要に応じて机の配置を変え、遊びやすいようにスペースを確保しています。 | |
| b) 利用者が自発的かつ創造的に活動できるように環境を整備しているが、十分でない。 | | | | | | | |
| c) 利用者が自発的かつ創造的に活動できるように環境を整備していない。 | | | | | | | |
| ③くつろいだり、休憩したりするふれあいスペースを作っている。 | a) くつろいだり、休憩したりするふれあいスペースを作っている。 | b | 当施設は、部屋の面積に対して多くの児童が使用しているため、好きな時にくつろげる専用の休憩スペースは確保できていない状況です。一方で、急病人用の緊急対応として、部屋の一角にカーテンレールを設置し、部屋の一部をカーテンで仕切ることで、静養スペースとして運用できる環境を整備しています。 | | | | |
| b) くつろいだり、休憩したりするふれあいスペースを作っているが、十分ではない。 | | | | | | | |
| c) くつろいだり、休憩したりするふれあいスペースを作っていない。 | | | | | | | |
| ④幅広い年齢の児童が交流できる場が日常的に設定されている。 | a) 幅広い年齢の児童が交流できる場が日常的に設定されている。 | a | | 当施設は、高学年クラスは設けていないので、一児童会に多くの異学年が在籍し、同じ活動に関わりやすい環境になっています。また、異学年の交流を育むため、全児童会でおやつや掃除を共に行う班制を取っており、4～5名の児童が一つの班として行動を共にしています。そのほか、定期的に席替えることで、より交流しやすいよう配慮しています。 | | | |
| b) 幅広い年齢の児童が交流できる場が設定されているが、十分でない。 | | | | | | | |
| c) 幅広い年齢の児童が交流できる場が設定されていない。 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|------------|------------------------|----------------|---|---|---|--|
| 52 | IV サービスの内容 | 1 放課後児童健全育成事業の活動に関する事項 | (1) 遊び・生活の環境整備 | ⑤児童の成長・健康・嗜好に配慮した質・量のおやつを提供している。 | <p>a) 児童の成長・健康・嗜好に配慮した質・量のおやつを提供している。</p> <p>b) 児童の成長・健康・嗜好に配慮したおやつを提供しているが、十分ではない。</p> <p>c) 児童の成長・健康・嗜好に配慮したおやつを提供が出来ていない。</p> | a | おやつは1日3品程度用意しており、季節のイベントに沿ったものや特別に取り寄せたご当地のお菓子を提供しています。ご当地お菓子の提供の際は、ご当地にまつわるクイズを出すなど、子ども達の興味関心を高めています。なお、アレルギーを持っている子どもは、安全のためおやつの持参をお願いしています。 |
| 53 | | | | ⑥児童の学年に合わせて集団で、または個別に勉強に集中できる時間・環境を設けている。 | <p>a) 児童の学習環境を整備し、職員が配慮して集中して勉強できるようにしている。</p> <p>b) 児童の学習環境を整備し、職員が配慮して集中して勉強できるようにしているが、十分ではない。</p> <p>c) 児童が集中して勉強できる環境が整っていない。</p> | b | 学校がある日は30分、学校休業日には1時間程度の学習時間を設けています。学習時間の過ごし方については、日々子どもたちに伝え、皆で集中できる環境作りに努めています。また、子ども達が、自分で学習内容を考えて取り組めるように、辞書や紙プリント等を使えるよう備えるとともに、一班の人数を少なくして集中できるよう配慮しています。 |
| 54 | | | | ⑦子どもの興味・関心を引く行事を行い、子どもたちが楽しんで参加できるようにしている。 | <p>a) 子どもの興味・関心を引く行事を企画し、子どもたちが楽しんで参加できるようにしている。</p> <p>b) 子どもの興味・関心を引く行事を企画し、子どもたちの参加を促しているが、十分ではない。</p> <p>c) 子どもの興味・関心を引くような行事を企画出来ていない。</p> | a | 夏祭り、ハロウィンイベント、クリスマス会などの季節の行事のほか、月2回のスポーツクラブや月1回のアートクラブなど自由参加の小さな活動まで多彩な行事を実施しています。季節のイベントでは、形に残る工作を取り入れ、完成した作品は家に持ち帰るなど、保護者からも好評の声を頂いています。高学年は心の成長もあり、参加を敬遠する子もいるため、高学年のイベントへの参加の仕方は今後の検討事項としています。 |
| 55 | | | | ⑧行事やクラブ活動が、日常活動とのバランスや児童の自主性・主体性を育てることを意識して企画されている。 | <p>a) 行事やクラブ活動が、日常活動とのバランスや児童の自主性・主体性を育てることを意識して企画されている。</p> <p>b) 行事やクラブ活動が日常活動とのバランスや児童の自主性・主体性を育てることを意識して企画されているが、十分でない。</p> <p>c) 行事やクラブ活動が、日常活動とのバランスや児童の自主性・主体性を育てることを意識して企画されていない。</p> | a | 生活習慣の確立が児童会の目標であるため、日々イベント尽くしではなく、自由に遊べる時間も確保し、学習時間、掃除の時間、などメリハリを持った生活が送れるよう心がけています。自主性、主体性を育てるため、自由参加のイベントも設けるとともに、イベントの中では、子どもたちに役割分担をし、主体的に参加できるよう配慮しています。 |

| | | | | | | | |
|----|------------|------------------------|-----------------------|---|---|---|--|
| 56 | IV サービスの内容 | 1 放課後児童健全育成事業の活動に関する事項 | (2) 利用者への配慮・個別対応・情報提供 | ①障害のある児童の利用に対する支援策が整っている。 | a) 障害のある児童の利用に対する支援策が整っている。 b) 障害のある児童の利用に対する支援策が、十分に整っていない。 c) 障害のある児童の利用に対する支援策が整っていない。 | a | 障がい児については、職員がマンツーマンで支援にあたっています。なお、職員全体で障がい理解していくために、支援担当は固定化せず毎日交代制をとっています。障がい児の情報は「支援児保育日誌」を記入し、全職員が閲覧できるようにするとともに、職員ミーティングでも共有しています。そのほか、法人では障がい児の理解に向けた研修を実施し、職員の意識を高めています。 |
| 57 | | | | ②利用者からの相談への対応が自然な形で行われている。 | a) 利用者からの相談への対応が自然な形で行われている。 b) 利用者からの相談への対応が行われているが、十分でない。 c) 利用者からの相談への対応が行われていない。 | a | 職員は、保護者が相談しやすいように、日常的にコミュニケーションをとるよう努めています。保護者から受けた相談事は、全職員で共有しており、相談内容によっては専門機関に繋げる体制を整備しています。そのほか、正社員対象にビジネスマナー研修を実施し接客力向上に努めています。 |
| 58 | | | | ③児童会の活動内容をわかりやすく知らせ、利用促進につながるよう創意ある広報活動が行われている。 | a) 児童会の活動内容をわかりやすく知らせ、利用促進につながるよう創意ある広報活動が行われている。 b) 児童会の活動内容をわかりやすく知らせ、利用促進につながるよう創意ある広報活動が、十分に行われていない。 c) 児童会の活動内容をわかりやすく知らせ、利用促進につながるよう創意ある広報活動が行われていない。 | b | 日々の子どもの様子やイベントなどの様子は、毎月のおたよりやお迎え時の会話のほか、一斉メール、施設内写真掲示などを通じて保護者に伝えていきます。一方、第三児童会は室内の様子や掲示物が見えにくい構造となっており、第一児童会や第二児童会のような写真掲示が行えていない状況です。施設は今後、外からでも分かるような掲示の工夫などを検討していきたいと考えています。 |

| | | | | | | | |
|----|------------|------------------------|-----------------------|---|--|---|---|
| 59 | IV サービスの内容 | 1 放課後児童健全育成事業の活動に関する事項 | (2) 利用者への配慮・個別対応・情報提供 | ④職員が個々の児童の状態や心理を考慮して適切に援助している。 | <p>a) 職員が個々の児童の状態や心理を考慮して適切に援助している。</p> <p>b) 職員が個々の児童の状態や心理を考慮して援助しているが、十分ではない。</p> <p>c) 職員が個々の児童の状態や心理を考慮して援助していない。</p> | a | 日々の子どもの体調変化や心理変化に気づいたときは、その場でクラス主任に伝達し、翌日ミーティングで共有しています。また、幅広く子どもの性格を把握できるように、職員は一つのクラスに固定せず（主任は基本固定）、日々ローテーションでクラスを移動する仕組みを設けています。そのほか、一日の終わりに、職員同士でその日の様子を振り返り、経験の浅い職員へスキルアップに向けたアドバイスをを行っています。 |
| 60 | | | | ⑤子ども同士のけんかや失くしものがあったとき、職員が寄り添って問題の解決を図っている。 | <p>a) 子ども同士のけんかや失くしものがあったとき、職員が寄り添って問題の解決を図っている。</p> <p>b) 子ども同士のけんかや失くしものがあったとき、職員が寄り添うように努めているが、十分ではない。</p> <p>c) 子ども同士のけんかや失くしものがあったとき、職員が寄り添えていない。</p> | a | 子どものトラブルについては、子ども同士の話し合いを大事にしながら両者の話を聞いて、子ども同士で解決できるよう支援しています。また、長引きそうな場合には、わだかまりを家に持ち帰ってしまわぬよう、職員も話し合いに入り早期解決できるように努めています。保護者には、電話や連絡帳、メールなどを通じてその日の状況を伝え、子どもの様子を共有しています。 |
| 61 | | | | ⑥職員による見守り等により、児童が児童会に通う際の経路・通路の安全を保っている。 | <p>a) 職員による見守り等により、児童が児童会に通う経路・通路の安全を保っている。</p> <p>b) 児童が児童会に通う経路・通路の安全を保つよう努めているが、十分ではない。</p> <p>c) 児童が児童会に通う経路・通路の安全を保てていない。</p> | b | 子どもの安全管理の取組として、下校時には校門には職員を配置し、安全に児童会へ行くように声掛けするなど見守りながら対応しています。また、定期的に不審者訓練を行うとともに、帰宅途中あるいは帰宅後、困ったことがあったら、児童会へ戻ってくることを子ども達に伝え注意喚起しています。現在は、第三児童会への通路の照明が少なく、水はけの悪い土の地面となっているため、自治体と相談しながら改善を検討しています。 |