

## みえ福祉第三者評価結果

### ①第三者評価機関名

社会福祉法人 三重県社会福祉協議会

### ②施設・事業所情報

名称：垂坂山ブルーミングハウス	種別：生活介護・施設入所支援・短期入所	
代表者氏名：畠山伸也	定員（利用人数）：入所40名・短期4名	
所在地：三重県四日市市別名3丁目3-10		
TEL：059-331-8660	ホームページ： <a href="http://www.blooming.or.jp">http://www.blooming.or.jp</a>	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成7年7月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 四日市福祉会		
職員数	常勤職員： 21名	非常勤職員 15名
専門職員	（専門職の名称） 延べ25名	
	社会福祉士 4名	看護師 2名
	介護福祉士 13名	歯科衛生士 1名
	精神保健福祉士 2名	管理栄養士 1名
	理学療法士 1名	栄養士 1名
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）
	45	リハビリルーム、スヌーズレンルーム等

### ③理念・基本方針

《理念》

周囲を大切に思い理解に努める

自立を支える

より多くを学び成長する

《基本方針》

QOLの向上を目指す

当事者意識を持つ

### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・小グループでの日中活動の提供
- ・近年、重度高齢化への対応としてリハビリ、訪問歯科、訪問診療を実施。理学療法士、歯科衛生士、看護師を配置。
- ・平成28年12月に、より生活しやすい空間づくりのため改修工事を実施。新たにリハビリルームと個人浴室、スヌーズレンルームを設けた。居室は完全個室。
- ・被災時にも対応できるよう防災倉庫の設置や地域防災会との連携を実施
- ・トイレ掃除を1日2回実施し、気持ちの良い空間を提供。

### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年11月15日（契約日） ～ 令和2年3月24日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	2回（今回を除く。平成25年度）

### ⑥ 総評

#### ◇特に評価の高い点

- ・施設の増改築により、浴室等懸案事項であった箇所の改善やスヌーズレンルームの設置等がなされ、より質の高い支援が行われるようになっていきます。
- ・支援の中で、利用者の意向に寄り添うための工夫や取り組みがなされています。
- ・利用者と職員双方からの声を踏まえて、PDCAサイクルを着実に推進されています。
- ・地域との関係を重視し、地域貢献の取り組みを多数実施されています。
- ・利用者の重度高齢化に対応し、機能回復訓練に力を入れています。

#### ◇改善を求められる点

- ・利用者向けに特化した文書について、表現の工夫が求められます。
- ・制度施策との兼ね合いもありますが、利用者のみならず家族が高齢者になっている現状を直視し、対応策を講じなければならない時期が迫っています。

### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

- ・今回の受審を通して、日頃取り組んでいることの意味や意義、課題を確認、事業所内で共有することができました。改めて支援を始めとする様々な取り組みにあたっては、PDCAを意識し実行していくことの重要性を実感することができました。
- ・評価をいただいた部分に関しては、継続し取り組んでいくと共により質の高いものにしていきたいと思います。ご指摘いただいた部分に関しては、みなで検討し改善していきます。特に文書などは利用者等にわかり易い表現を用いて、誰にとっても理解しやすく利用しやすい施設を目指していきたいと思います。
- ・今回の受審で完結せず、今後も事業所内で評価項目に関して検証、評価をしていき、改善に努めていきたいと思います。次回の受審時には今回より高い評価をいただけることを目標にしたいと思います。

### ⑧ 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

# 評価細目の第三者評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

## 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

### I-1 理念・基本方針

	第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	
I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	Ⓐ b・c
〈コメント〉 理念や基本方針は明文化され、掲示もされています。理念については名札の裏に明記し、朝礼での復唱や教育ファイルを用いた説明など、職員への周知も図られています。利用者に向けてはイラスト化等により、わかりやすく周知されています。基本方針は年度によって見直されることがあります。	

### I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	Ⓐ b・c
〈コメント〉 社会福祉全体の動向や事業所の経営状況・課題分析を定期的にされています。健全経営の水準を法人として設定し、常に動向を注視されています。	
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	Ⓐ b・c
〈コメント〉 法人全体の管理者、副管理者が月1回集まる幹部会で明確にし、具体的な取組みをされています。人員の確保と人材育成が課題であり、健康経営をスローガンとして取組みを進められています。	

### I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a Ⓑ c
〈コメント〉 法人としての中期経営計画を3年単位で作成され、毎年見直しをされています。中長期の収支計画が策定予定とのことですので、今後に期待します。	
I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	Ⓐ b・c
〈コメント〉 中期経営計画自体も毎年見直しを図られており、その内容も踏まえた事業計画が策定されています。	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	(a)・b・c
<コメント> 前年度の振り返りを踏まえ、素案を管理者が作成し、職員会議等でのグループディスカッション、役員会を経て策定され、4月の職員会議で周知されています。	
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a (b)・c
<コメント> ルビ振りはされていますが、難解な語句が散見されるなど、それ以上の取り組みに課題があります。次年度の計画については理解しやすい表記に改善する予定とのことで、今後に期待します。	

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

	第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	
I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	(a)・b・c
<コメント> 職員向けの自己評価を利用者の満足度調査と並行して半年に1回実施されており、職員会議でフィードバックされています。	
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	(a)・b・c
<コメント> 直接処遇職員の支援チームを3つ設置し、それぞれのチームリーダーと正副管理者によって取り組むべき課題を捉え直し、改善に活かされています。	

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	
Ⅱ-1-(1)-① 施設長は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を促している。	(a)・b・c
<コメント> 教育ファイルにおいて管理者の役割は周知されており、利用者の家族で組織する後援会の席上や、就任時の広報紙面で表明されています。法人の施設管理規則において有事の際の権限移譲が定められています。	
Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	(a)・b・c
<コメント> 法令等遵守体制のチェックリストを整備し、管理者は研修会などに積極的に参加し、自己評価もされるなど、法令遵守の取り組みが徹底されています。虐待防止については特に注意が払われています。	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	(a)・b・c
<コメント> 職員の意向を踏まえて研修計画を立てられており、虐待や身体拘束、救命救急等の内部研修の充実に努められています。OJTについては順調に実施されていますが、限られた職員体制のなかで、外部研修の受講が思うように進まなかった面があります。	

Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	①・b・c
<コメント> 法人全体として経営分析表を運用し、分析結果に基づいて環境整備に取り組まれています。	

## Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。	
Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	①・b・c
<コメント> 採用や異動の計画は、法人全体でなされています。各種加算措置への対応を着実に進めており、職員の資格取得を積極的に支援されています。障がい者雇用も実施されています。	
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	①・b・c
<コメント> 法人の求める職員像が明確にされており、5段階のキャリアパスも整備され、人事考課制度も運用されています。	
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	①・b・c
<コメント> 就業状況は適切に把握され、働きやすい環境のため時間有給を導入するなどワークライフバランスに取り組まれています。福祉厚生は年間1人1万円で福利厚生費が支給されるほか、誕生日祝い金制度も設けられています。ストレスチェックも適切になされています。就業規則にセクハラやパワハラの懲戒規定が明記されています。	
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	①・b・c
<コメント> 人事考課と合わせて個人面談の機会は年2回以上設定されています。綿密な個人計画が立てられ、個人の研修受講希望も把握されています。	
Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	①・b・c
<コメント> 法人で定められた「求められる職員像」を踏まえ、個人個人の目標を定めて教育・研修が実施されています。入所系事業所の幹部により、適宜見直しもされています。外部研修への派遣については、思うようにいかない面があります。	
Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	①・b・c
<コメント> 研修参加は雇用形態を問わず希望が取られ、派遣されています。OJTが適切に行われており、資格取得支援制度も運用されています。	
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	
Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	①・b・c
<コメント> 法人として社会福祉士の実習生受入体制（マニュアルおよびプログラム）は整備されていますが、実績がありません。	

## II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。		a (b)・c
<コメント> 法人のパンフレットは地区の市民センターに配置されています。ホームページには、理念や基本方針・提供する福祉サービスの内容、事業計画・事業報告、決算は掲載されていますが、事業計画・事業報告、予算については容易に閲覧できるよう改善が望まれます。		
II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。		(a)・b・c
<コメント> 内部監査は適切に実施し、消費税計算は税理士に委託されています。労務管理に関するアドバイスを受けるため、社会保険労務士と顧問契約が締結されています。		

## II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。		(a)・b・c
<コメント> 法人として、事業計画や事業報告で地域との関わりについて基本的な考え方が明記されています。ブルーミングマップを作成し、施設周辺の社会資源をわかりやすく紹介し、利用しやすいよう配慮されています。地域活動への積極的な参画もされています。		
II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		(a)・b・c
<コメント> ボランティア受入マニュアルを整備し、積極的に受け入れられています。月1回ペースでボランティア受入をされています。中学生の職場体験の受入もされています。		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		(a)・b・c
<コメント> 必要な社会資源を明確にし、リスト化もされています。管理者が自立支援協議会に参加し、関係機関と連携をされています。		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。		(a)・b・c
<コメント> 法人として積極的な機能還元を実施されています。防災倉庫を法人敷地内に設置し、地域の防災の充実に貢献されています。		
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。		(a)・b・c
<コメント> マルシェ等の取り組みのほか、子ども食堂の運営にも携わられるなど、地域の具体的なニーズを把握し、積極的に活動をされています。法人として生活困窮者自立支援制度の利用者支援に協力されています。		

## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。		Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉                      求められる職員像や法人理念の繰り返しの周知に力を入れられています。契約に則ったサービス提供側の施設として、利用者の代弁者としての機能が脆弱な場合のアセスメントによって補完していただけるよう、さらなる支援体制の構築を期待します。</p>		
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉                      プライバシー保護マニュアルを整備されており、個室の仕切り壁も完全に塞ぐなどハード、ソフト両面で改善されています。個人情報掲載の同意は入所時に確認されています。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉                      地区市民センターにパンフレットを置くなど、情報を提供されています。見学希望については随時対応されています。</p>		
Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。		a Ⓑ c
<p>〈コメント〉                      「入所 りょうの手引き」を活用し、利用者へ説明されています。手引きは、利用者・家族・関係者を対象としたものとなっているため、利用者向けに特化した手引きの作成が望まれます。</p>		
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所等の変更にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉                      病院や老人ホームへの移行に際し、退所時のチェックリストや成育歴、健康管理等の概要を示した書類を移行先に交付するなど、適切に対応されています。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉                      毎月自治会を開催し、意見集約をされています。                      この他、8月と2月に利用者向けの満足度調査を行い、振り返りを行って今後活かす取り組みをされています。満足度調査にはイラストを多用するなど、多くの利用者の意向を汲み取れるような工夫もされています。改善の取り組みは職員の自己評価と同じタイミングで実施されています。</p>		

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	
Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉          苦情解決のポスターの原本は事務所前に、コピーは各フロアのリビング付近に掲示されています。苦情内容については特定できない範囲でホームページ上で公表されています。</p>	
Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉          個人面談を行っているほか、利用者によっては随時個人面談を実施しています。面談場所として、相談室または利用者の居室が利用されています。誰でも言いやすい人に相談してよいことは利用者に伝えられています。</p>	
Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉          「利用者さんからの意見等を話し合う仕組み」として全職員に周知され、迅速に対応されています。出された意見については、日誌で全職員に伝えられています。意見箱は現在設置されていませんが、活用できる工夫とともに設置が期待されます。</p>	
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	
Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉          法人に医療安全委員会が設置されており、管理者と職員1名が参画のうえ、月ごとにヒヤリハットの報告をされています。チームリーダー会議でヒヤリハットの困難事例の検討をされています。ヒヤリハット・事故報告方法マニュアルの定めに従い対応されています。防犯カメラは共用スペースに設置されています。リスクマネジャーの選任が課題です。</p>	
Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉          インフルエンザ予防接種は原則年1回されるように周知されています。感染症対策委員会や医療安全委員会で対応が協議され、法人内全施設に対策が周知徹底されています。吐瀉物処理キットは宿直室2か所に2個ずつ設置され、使用方法の内部研修も実施されています。</p>	
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a Ⓑ c
<p>〈コメント〉          定期的に避難訓練を実施されています。緊急時の連絡網、食糧や備品も整理され、管理されています。BCPは策定途中とのことですので、早期に策定されるよう期待します。</p>	

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> 教育ファイルに男女別の業務マニュアルが綴じられています。チェックシートによりマニュアルどおりに実施しているか確認できるようにされています。		
Ⅲ-2-(1)-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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> 業務マニュアルの見直しは毎年3～4月に1回定期的に見直されており、必要に応じて随時の見直しもなされています。		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> サービス管理責任者である管理者が個別支援計画の策定責任者となっています。看護師・PTなど部門を越えた職種の参加により、アセスメントから計画作成、サービス提供、評価と見直しという一連のプロセスが実施されている。アセスメントは区分調査の項目に一部足したものを使用されています。		
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> 原則として半年周期の計画であるため、年2回の見直しとなります。見直す時期はケースによって異なります。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> 法人の個人情報管理規程に基づいて運用されています。職員で記載の方法や内容に差異が出ないように研修を実施されています。日誌の記載内容で本来システムに入力していない事案があったとのことですので、記録のつけ方については再度の注意徹底が望まれます。		
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> システムにログインの履歴は残らないものの、記録者の氏名は残るようになっています。紙媒体は鍵のかかるロッカーで保管されています。		

## (様式b) 改善計画書

施設名 垂坂山ブルーミングハウス (担当者:谷川 馬場)

(作成年月日 令和2年3月30日作成)

いへる施設として続けていく優れて	1	介護浴槽やスノーブレンルームを活用し、より質の高い支援が行っていく。						
	2	利用者さんの意向に少しでも寄りそえるような工夫、取り組みを行っていく。						
	3	利用者さんと職員双方からの声を踏まえ、PDCAサイクルを着実にやっていく。						
	4	地域との関係を重視し、地域貢献の取り組みを実施していく。						
	5	利用者さんの重度高齢化に対応し、機能回復訓練に力をいれていく。						
		課題・改善点	達成目標	期間	開始時期	達成時期	改善スケジュール(人・予算・情報)・手順等)	担当
すぐこにできる	1	事業計画の利用者さん向けの書類にルビ振りはされているが、難解な語句がある。	理解しやすい表記になっているのを作成する。	3か月	4月1日	6月30日	素案を作成し、一度利用者さんに見てもらい手直しを行う。	自己評価担当者
	2	ホームページに事業計画・事業報告、予算も容易に閲覧できるようにする。	情報公開のページを設け、分かり易くする。	6ヶ月	4月1日	9月30日	ホームページを来年度前期に更新予定。	副管理者
	3	利用者さんからの意見の汲み取りが不十分。	簡単な仕組みの意見箱を設置する。	3か月	4月1日	6月30日	意見箱と一緒に用紙の記入例も取り付ける。一度数名の方に体験していただく。	自己評価担当者
工夫すればできること	1	中長期の収支計画が未完成である。	完成させる。	1年	4月1日	3月31日	理事長を中心に幹部会で作成していく。	管理者 幹部会
	2	施設見学などの情報の提供が不十分である。	パンフレットの設置場所を増やす。施設の掲示板に掲載する。	1年	4月1日	3月31日	道路に面した施設の掲示板に随時施設見学を受け付けている旨を掲載する。パンフレットを置いていただくところを検討、実施する。	管理者
	3	利用者向けに特化した「入所りようの手引き」がない。	利用者さんにも分かり易い表現になっているものを作成する。	1年	4月1日	3月31日	既存の「入所りようの手引き」を元に分かりやすい表現のものを作成する。	自己評価担当者
	4	BCPの策定が途中である。	完成させる。	2年	4月1日	3月31日	畠山施設長を中心に幹部会で作成していく。	管理者 幹部会
	5	外部研修への派遣が思うようにしていない面がある。	研修の受け方を再考する。	1年	4月1日	3月31日	各職員に受講したい研修の聞き取りを行う。その後研修の受け方を会議で再考していく。	管理者
	6	リスクマネージャーの選任がされていない。	リスクマネージャーを選任する。	1年	4月1日	3月31日	幹部会でリスクマネージャーを選任。その後研修を受けてもらう。	管理者 幹部会
	7	施設日誌と本来システムの使いわけのやり方が不明確である。	記録のやり方の内部研修を行う、マニュアルを作成する。	1年	4月1日	3月31日	内部研修計画に記録の取り方の研修を盛り込み実施する。マニュアルも作成する。	自己評価担当者
	8	学習への認識に誤解があったため学習支援に対する記録が不十分である。	稼働日行事を利用して学習支援を行っていく。計画書を作成しファイリングする。	1年	4月1日	9月30日	稼働日行事を利用して学習支援に取り組む。稼働日行事計画書にその行事实施に当たって学んでほしいことを記載する。(カラオケ:順番を守る、状況に応じた声量、他の方の歌の聞き方、歌いたい曲の伝え方。散歩:交通ルール、危険認識、団体行動。卓球:空間認識、力加減。など)	全職員
きな予 ない算 といと化 こでし	1	障がい者の高齢化に対する共生型サービスは課題が多く、なかなか地域移行が具体化しない。	個々の課題を明確にする。	2年	4月1日	3月31日	利用者さんに将来の希望や意向の聞き取りを行う。個々の課題を明確にし、課題に対しての取り組みを行う。	全職員