

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： G&C ホームブルーミング・G&C ホームつ うきん	種別： 共同生活援助(グループホーム)
代表者氏名：施設長 金原 真由美	定員（利用人数）： ブルーミング 59 名、つうきん 20 名
所在地：三重県四日市市別名 3 丁目 3-10(周辺に点在)	
TEL：059-331-8660	ホームページ：http://www.blooming.or.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日（平成 11 年 10 月）	
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： 6 名 非常勤職員 28 名
専門職員	（専門職の名称）
	社会福祉士 1 名 看護師 2 名
	介護福祉士 6 名 精神保健福祉士 1 名
施設・設備 の概要	（設備等）
	居室、食堂 等

③理念・基本方針

- <基本理念>
- ・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>
- ・笑顔のあるホームをつくろう
 - ・みんなの夢をかなえよう
 - ・人生を楽しもう

④施設・事業所の特徴的な取組

見守り体制があるホームと、一人暮らしや、自立を目指したホームなど、利用者のニーズに合わせた生活の場を提供しています。ショートステイや体験利用も幅広く受け入れています。就労先、作業所との連携はもとより、医療機関や地域との連携も大切にしています。利用者の余暇活動では、クラブ活動、創作活動、園芸・農業活動などを提案し、地域の行事などにも多く参加しています。

また、グループホームから地域への単独生活をされた方の支援や相談なども継続的に行っています。地域や利用者の方々のニーズを察知し、柔軟に対応できる体制づくりを大切にしています。

全ては利用者さんの笑顔のために！

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年6月20日（契約日） ～ 令和5年3月17日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成27年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- ・災害時における利用者の安全確保のため個別対応が分かる“マイノート”を作成し、避難時に持ち出せるように準備されています。
- ・利用者の心身の状況に応じ、絵・図・文字へのルビ振り等を活用してさまざまなコミュニケーション手段を工夫し支援を行っています。
- ・地域住民からアンケートを取り、地域会議等から情報を集め、地域の福祉ニーズを把握し、それに基づき、福祉避難所、生活困窮者への食糧支援、理学療法士による健康支援等を行っています。
- ・職員は教育ファイルを持ち、業務に必要な情報を把握することができ、特に新人職員が定着できるよう研修やOJTに力を入れています。

◇改善を求められる点

- ・利用者の高齢化や重度化、支援が必要な家族について、関係機関と連携を図り、支援に努めていますが、課題が多いため今後の支援の在り方について検討することが望まれます。
- ・人権に関する研修が実施され周知が図られていますが、権利擁護に関するマニュアル等の整備は不十分です。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

過去にも第三者評価を受け、回を重ねる度に、「更なる向上！」を合言葉に、受審担当者を先頭に、現場職員と一丸となって質の向上を目指してきた。コロナ禍ということもあり、行事や外出の機会も減り、利用者の方々にも我慢、制限のご協力をいただかなければならない状況下であったが、代替行事を行ったり、おうち時間の充実という視点に切り替え、創作活動にも重点を置き、利用者の方々のモチベーションの維持にも取り組んできた。

当事業所の特色である「地域との連携」では、より密接な関係性が定着し、地域からの期待もある分、ニーズに応えていくという使命もあるため、当事業所の地域

での立ち位置も重要視している。

今回の結果を受け、また数年後の受審への宿題や、課題も見えてきて、この第三者評価が、職員が一丸となれるツールとなりつつある。「更なる向上！」を目指していきたい。

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。

(別紙)

評価細目の第三者評価結果（障がい者・児）

※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。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>理念、基本方針は明文化されています。職員に対しては、教育ファイルの記載、社員証裏面で確認できるようになっており、また朝礼時に職員全員で唱和し周知されています。</p> <p>また、利用者への周知として、利用者が分かりやすいように工夫されたものを、共有スペース等に掲示等し周知されています。</p> <p>パンフレット、ホームページ、広報にも掲載して家族への周知されています。</p>	

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。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>地域の会議に出席し福祉サービスのニーズ把握に努めています。</p> <p>また、四日市市福祉計画や障害者計画の動向と内容を分析するのに加え、定期的にコストを分析することで、経営環境や課題を把握されています。</p>	
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>経営状況や改善すべき課題について、ワーキンググループを置き、1・2か月に1回開催し検討しています。</p> <p>検討された内容は、配布物や法人電子掲示板で全職員に周知されています。</p>	

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
<p>〈コメント〉</p> <p>法人全体での3か年計画が策定されています。職員全体に周知等が行われ、定期的に評価見直しが行われています。</p>	

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。	a
<p><コメント> 3か年計画を踏まえて具体的な目標が設定され、数値目標等を明記した事業計画が策定されています。</p>	
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
<p><コメント> 10月に職員全員で評価見直しが行われ、年度末までに策定されます。その後、5月に全職員へ周知されています。</p>	
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
<p><コメント> 利用者に対して伝わりやく工夫された事業計画を作成し、掲示と説明をしています。家族への周知は、ホームページで閲覧で行われています。コロナ禍で家族との交流が減少していますが、周知方法を工夫されることが期待されます。</p>	

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
<p><コメント> 福祉サービスの質の向上を目指すためブルーミング向上委員会が組織されています。PDCAサイクルに基づいた自己評価を年に2回実施し、福祉サービスの質の向上にむけて組織的に取組がなされています。</p>	
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
<p><コメント> 評価結果に基づいて取り組むべき課題が明確化され、その内容に合わせた研修を設けるなど改善の取組が行われています。</p>	

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 管理者は、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
<p><コメント> 教育ファイルに管理者の役割がうたわれ、年度初めなどに自らの役割と責任について職員に表明し、周知されています。 有事の際の管理者の役割と責任及び不在時の権限委任等については、就業規則にて明確化されています。</p>	
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

<p>〈コメント〉 対象法令は広範に亘りリスト化されています。新たな法令は、研修等に出席し情報収集されています。 事業計画を説明する時に、遵守すべき法令に関する法の改正について職員へ周知が行われています。</p>	
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
<p>〈コメント〉 管理者は、安心安全の暮らしの実現等のため、福祉サービスの質の現状について、職員への聞き取り等から把握分析されています。また、外部とのつながりも取り入れながら、改善のための取組に指導力を発揮されています。</p>	
II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p>〈コメント〉 管理者は、職員のモチベーションを上げるため小グループの職員どうして話し合う機会を設ける等、働きやすい職場環境づくりに努めています。 組織の理念や基本方針を踏まえた経営に向けたビジョンを描き、取り組まれています。</p>	

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。	a
<p>〈コメント〉 管理者・主任・若手職員からなる求人チームを組織し、中期計画に基づき採用活動が行われています。 新人職員定着のための研修や資格取得に向けた受験料の補助等を行い、人材の確保・定着に向けた取組を行っています。</p>	
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>〈コメント〉 期待する職員像が明確にされています。 自ら将来の姿を描くことができるよう、キャリアパス要件が明記され、職員に周知されています。 定期的に自己評価を実施し、評価結果に基づいて人事評価が行われています。</p>	
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。	a
<p>〈コメント〉 ワークライフバランスに配慮し、勤務シフトを工夫して有給休暇を取得しやすい職場環境づくりに努めています。 誕生日祝い金等、独自の福利厚生事業が展開されています。</p>	
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。	a

<p>〈コメント〉 管理者との面談や、自己評価表での目標設定・達成度合いを確認し、職員の目標に合わせた研修の年間計画等が立てられています。</p>	
<p>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。</p>	a
<p>〈コメント〉 事業計画の中で教育・研修に関する基本方針が明確にされ、それに基づき研修計画が策定され実施されています。</p>	
<p>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。</p>	a
<p>〈コメント〉 職員のキャリアに応じた研修が設定されており、新人職員向けのOJTも実施されています。 また、全職員が研修を受けられるよう、研修確保の機会に努めています。</p>	
<p>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。</p>	
<p>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。</p>	a
<p>〈コメント〉 職場体験やインターンを含め、実習生は基本的に法人として受け入れがなされています。実習生受入れマニュアルも整備されていますが、専門職種の特性に配慮したプログラムが用意されることを期待します。</p>	

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

	第三者評価結果
<p>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。</p>	
<p>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。</p>	a
<p>〈コメント〉 事業計画・報告書等をホームページに掲載し、窓口に関連用の文書を設置して、情報公開しています。また、広報誌を活用して、法人の役割や取組について地域へ伝えていきます。</p>	
<p>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。</p>	b
<p>〈コメント〉 職務分掌表が作成され、権限と責任が明確にされています。電子掲示板でいつでも確認でき、職員への周知がなされています。 内部監査や定期的に第三者評価の受審がされています。より透明性の高い経営・運営のためには、外部の専門家による監査支援等の実施が望まれます。</p>	

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果
<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>	
<p>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。</p>	a
<p>〈コメント〉 地域との関わり方について、基本的な考え方が明確になっています。 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、利用者に分かりやすいように地図を作成し、地域生活で利用できる情報を提供しています。</p>	

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。	b
<p>〈コメント〉 ボランティア受入マニュアルは整備されていますが、コロナ禍のため受入れられない状況が続いています。 ボランティア受入に関する基本姿勢を明文化されることを望みます。</p>	
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
<p>〈コメント〉 社会資源マニュアルを作成して職員間で情報の共有が図られています。 また、近隣の福祉事業所、自立支援協議会、自治会に参加して連携を図っています。</p>	
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p>〈コメント〉 羽津地区の行事に参加し地域住民からアンケートを取るなど、地域行事や地域会議等から情報を集め、地域の福祉ニーズを把握しています。</p>	
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p>〈コメント〉 法人として、地域の具体的な福祉ニーズに基づき、福祉避難所の設置、生活困窮者支援への食糧支援、理学療法士による健康支援等を行っています。</p>	

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。	a
<p>〈コメント〉 法人として、ブルーミング向上委員会（虐待防止委員会）を設置し、虐待防止や人権に関する研修を定期的に行っています。 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行う体制が確立されることを期待します。</p>	
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<p>〈コメント〉 プライバシー保護マニュアルが整備され職員に周知されています。また、利用者や家族にも周知が図られています。</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。	a
<p>〈コメント〉 HP、パンフレット等により情報提供をされています。 見学や体験入所等の希望に対応しています。希望者の理解度に応じて、既存のパンフレットのほかに、絵入りの資料など誰でも分かるように工夫されています。 法人外へのより積極的な情報提供を期待します。</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
<p>〈コメント〉 利用開始時の重要事項説明書やサービス変更時の個別支援計画等での説明にあたっては、ルビを振られたり、絵が入ったりした資料が用いられ、利用者が分かりやすくなるよう配慮されています。</p>	
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等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
<p>〈コメント〉 福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行にあたり、適切に実施されています。ただし、手順・引継ぎ文書・福祉サービス終了時の対応等が定められていませんので、これらについて整備されることを望みます。</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。	a
<p>〈コメント〉 定期的に満足度調査・嗜好調査が実施され、利用者の自治会でも意見を把握する機会を設けています。そこで得た意見に基づき、行事活動などが行われています。家族の満足度を知るための調査の実施を期待します。</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。	a
<p>〈コメント〉 苦情解決マニュアルが整備され、職員に周知されています。利用者向けの小冊子を用意し、いつでも閲覧できるように設置されています。 苦情内容について、ホームページで公表していますが、解決結果は公表されていません。 苦情相談内容に基づき、福祉サービスの質の向上に関する取組がなされることを期待します。</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。	a
<p>〈コメント〉 意見箱の設置、職員に直接相談できる時間の設定、利用者の自室や相談できる個室の確保がなされ、意見を述べやすい環境が整備されています。</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。	a
<p>〈コメント〉 受付けた相談等は、相談記録にて情報共有し対応されています。 利用者の相談・意見を受ける際の手順は、苦情解決マニュアルを基に対応されています。</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。	a
<p>〈コメント〉 ヒヤリハット・インシデント報告、事故対応マニュアルが整備され職員に周知が図られています。安全確保・事故防止に関する研修も職員向けに実施されています。また、利用者が許容する範囲で防犯カメラを設置し、安全の確保に努めています。</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。	a
<p><コメント> 感染症マニュアルが整備され、教育ファイルで各個人で保管し、いつでも確認できるようになっています。感染症対策委員会を開催して予防・対策を講じています。嘔吐物処理セットを設置し迅速な対応ができるようにしています。 また、コロナ対応手順書を作成し、利用者へは「コロナのおしらせとおねがい」を文書で示しています。</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
<p><コメント> 防災計画が作られ、避難訓練も年2回実施されています。災害時の対応マニュアルが整備され、備蓄管理もできています。 災害時の利用者対応マニュアルとして“マイノート”を作成し、避難時に持ち出せるように準備されています。</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実施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。	a
<p><コメント> 標準的な実施方法について、業務マニュアルが個人ファイルに綴じられており、いつでも確認できます。 また、先輩職員によるOJTの場で、標準的な支援ができていないかを確認できます。</p>	
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。	a
<p><コメント> 福祉サービスの標準的な実施方法の見直しが定期的（年に1回）されており、また必要に応じて見直しが行われています。個別支援計画は、年に2回モニタリングが実施され、必要に応じて見直しが行われています。</p>	
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。	a
<p><コメント> アセスメントシートと個別支援計画書が整備され、これに基づいて年に2回アセスメントが実施されています。理学療法士・看護師・歯科衛生士とも協議がなされ、個別支援計画が策定されています。</p>	
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。	a
<p><コメント> ケース会議が半年に1回実施され、定期的な評価見直しが行われています。緊急に支援内容を変更する必要があるときは、迅速な対応がされています。</p>	
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

<p>〈コメント〉 記録の取り方や報・連・相(ほうれんそう)に関する研修を実施し、日常的にOJTで指導する機会を設け、記録内容や書き方に差異が生じないよう取り組んでいます。パソコンの記録ソフトや連絡ノートを活用し、利用者の情報や記録の共有に努めています。</p>		
	<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>〈コメント〉 文書保存に関して庶務規程に定められています。情報開示については、個人情報保護方針に明記されています。 個人情報保護について、利用者・家族に対して重要事項説明書にて説明しています。</p>		

(様式b) 改善計画書

施設名 G&Cホームブルーミング・つうきん

(担当者: 山川・出口・因・前田)

(作成年月日 令和 5 年 3 月 29 日作成)

（施設）やりて続けるに優れてい	1	朝礼を通じて利用者さんに関する情報共有、職員間のコミュニケーションを引き続き行っていく。						
	2	年間研修の実施、職員の学びたいことの確認、質の向上を継続していく。						
	3	地域との交流、行事に積極的に参加していく。						
	4	利用者主体の行事の計画、実施に向けての取り組みを引き続き行っていく。						
	5							
		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
すぐにできること	1	事業計画の家族へ周知する	利用者・家族への事業計画の周知の徹底	1年	令和5年4月1日	令和6年3月31日	年度初めに発行の公報に掲示し、家族にも周知する。同時に各グループホームにも掲示する。	山川・出口 因・前田
	2	ボランティア・実習生受け入れの態勢の見直し	受け入れ基盤の見直し	1年	令和5年4月1日	令和6年3月31日	ボランティアマニュアルの見直しを行い、コロナ禍でも受け入れられるような対策を練っていく。	山川・出口 因・前田
	3	利用者の人権への配慮の確認不足	チェックリストの作成	1年	令和5年4月1日	令和6年3月31日	利用者の人権、尊厳を守ることができるかのチェックリストを作成し、定期的に振り返りの機会を作る。	山川・出口 因・前田
	4	利用者からの相談・意見への対応	マニュアルの整備	1年	令和5年4月1日	令和6年3月31日	利用者からの相談・意見への対応マニュアルを作成し、相談を受けるときの基準にできるようにする。周知の徹底。	山川・出口 因・前田
	5							
工夫すればできること	1	実習生受け入れ時の専門性への配慮	専門職種の特性に配慮したプログラム作成	1年	令和5年4月1日	令和6年3月31日	プログラムの作成、幹部会へ提案していく。	山川・出口 因・前田
	2	他施設への移行等への手順書の不備	退所後の生活への冊子作り	1年	令和5年4月1日	令和6年3月31日	他施設や家族への移行、一人暮らしを検討する利用者さん向けの退所への手順・引継書を利用者さんに分かるような冊子にまとめる。	山川・出口 因・前田
	3	家族の満足度確認不十分	定期的な家族への満足度の確認調査	1年	令和5年4月1日	令和6年3月31日	家族への満足度調査実施へ向けて、内容や実施方法を検討、実施していく。	山川・出口 因・前田
	4	地域定着への移行マニュアルの不備	マニュアルの整備	1年	令和5年4月1日	令和6年3月31日	相談支援所とも相談をし、マニュアルを作成して活用していく。	山川・出口 因・前田
	5							
予算化しないとできないこと	1	グループホームの耐震の整備不十分	建物の耐震について整備していく	3年	令和5年4月1日	令和8年3月31日	補助金等の申請も行き、大家との相談・利用者負担についても検討していく。	尾上・後藤
	2	地域や現在の利用者さんのニーズにより対応が必要	重度・高齢者のグループホームについて検討	3年	令和5年4月1日	令和8年3月31日	定期的に検討し、実現の可能性について議論して幹部会にあげていく。	尾上・後藤
	3							
	4							
	5							