



東京都福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書  
グループホーム  
花物語せたがや南

平成31年2月

評価実施機関

特定非営利活動法人

よこはま地域福祉研究センター



## ◆ 第三者評価実施概要 ◆

---

福祉サービス種別 認知症対応型共同生活介護【認知症高齢者グループホーム】  
(介護予防含む)

---

事業所名 株式会社 日本アメニティライフ協会  
グループホーム 花物語せたがや南

---

事業所住所 〒157-0068 東京都世田谷区宇奈根 1-3-6

---

評価実施期間 平成30年9月14日～平成31年2月7日

---

評価機関 特定非営利活動法人 よこはま地域福祉研究センター

---

評価者 修了者No.  
H0302053・H0401031・H0701033

---

### 評価手法

#### 【利用者調査／場面観察】(利用者家族アンケート含む)

- ・場面観察日を設け、利用者と職員の関わり等、日常生活の様子を観察した。
- ・利用者の家族に対して、調査票を事業所から郵送するなどし、記入後の回答用紙を評価機関に直接返送してもらった。

#### 【事業評価】

- ・経営層合議による自己評価の実施
  - ・職員個別回答による自己評価の実施(職員個々で記入後、評価機関に直接返送してもらった)
  - ・訪問調査／利用者調査および自己評価の集計・分析に関する説明  
経営層へのヒアリングおよび書類調査の実施
-

1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述                  （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)安全                  2)安心                  3)清潔                  4)ご利用者様のその人らしい生活                  5)せたがや南に関わっている方すべての方たちが笑顔になる生活</p>
2	<p><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>（1）職員に求めている人材像や役割</p> <p>『その人らしい生活を送って頂くために、どのようなお手伝いができるか』という視点を持ってサービスを行える人                  またその実現のために職員同士、積極的にコミュニケーションをとり、尊敬・協調性を持って働くことができる人</p> <p>（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感）</p> <p>安全・安心・清潔を最優先することを基本として、『その人らしい生活を送って頂くために、どのようなお手伝いができるか』                  『せたがや南に関わっている方すべての方たちが笑顔になるための生活を送るためにはどうしたらよいか』という視点を持ち、ご利用者様、そのご家族様、職員と積極的にコミュニケーションを取り、それを実現するためにどうしたらよいかと常に考えることができること</p>

調査対象	グループホーム花物語せたがや南の全利用者(総数18人)と、利用者の家族全世帯(18世帯)を対象に調査を実施しました。
調査方法	利用者には場面観察方式による調査を実施し、評価者が滞在し、職員との関わりの様子を観察しました。家族にはアンケート方式による調査を実施しました。調査票と返信用封筒を評価機関が準備して事業所から送付し、回答は家族から直接評価機関宛に郵送する方式をとりました。
利用者総数	18
利用者家族総数(世帯)	18
共通評価項目による調査対象者数	18
共通評価項目による調査の有効回答者数	10
利用者家族総数に対する回答者割合(%)	55.6

**利用者調査全体のコメント**

家族のアンケート調査では、「大変満足」が40.0%、「満足」が50.0%、「どちらともいえない」が10.0%と総合的に満足しているという回答が半数を超えていました。設問別では、「1.生活の様子の報告・説明」、「3.職員の接遇・マナー」、「4.ケガをしたときの対応」で「はい」と肯定的な回答割合が100%でした。自由記述でも「とても良くしてくださっていて、感謝の気持ちです」、「職員の方が皆さん親切で、誠実に対応していただいております」、「家族がいつ訪問しても快く迎えてくれるので気持ちがいい」と好意的な意見が寄せられています。設問で、「4.事業所の整理整頓」では、「どちらともいえない」という回答割合が40.0%で、自由記述にも、「部屋の掃除をもう少ししてほしい」という意見がありました。

**場面観察方式の調査結果**

調査の視点:「日常生活で利用者の発するサイン(呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等)とそれに対する職員のかかわり」及び「そのかかわりによる利用者の気持ちの変化」

**評価機関としての調査結果**

《調査時に観察したさまざまな場面の中で、調査の視点に基づいて評価機関が選定した場面》

職員が窓の外を見ているAさんの背中に手を置いて「もうすぐご飯ですよ、今日はカレーです」と話しかけると、「カレー？外で食べるの？」と窓を指さします。「今日はここで食べますよ、外で食べたら本当は美味しいかもしれないけどね。Aさんは、〇〇ちゃん、△△くんのお弁当もよく作ってあげていたのよね」と話を続けました。するとAさんが急に嬉しそうな顔になり、「覚えてくれていたの？」とにこにこしながら話し始めました。職員がテーブル拭き始めると、「あら、すごいきれい、ありがとう」と嬉しそうにほめました。

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

重度の方が多いフロアの居間では、テレビの映像と音だけが流れて、利用者は会話もなく静かに座っている方が多い状況でした。職員もトイレ誘導の時以外は、持ち場の作業に追われていました。午前11時を少し回ったころ、昼食の準備のため厨房にいた職員がリビングに出てきて、利用者のトイレ誘導を始めました。外をずっと眺めていた利用者と言葉をかけ、利用者の家族との思いでに触れるような言葉をつづけたところ、利用者は顔が急に笑顔になり、職員との対話が始まりました。職員が利用者それぞれのこれまでの生活を把握し、どのように話を広げることが良いかを知っているからこそできたことだと思いました。

## 「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

日々の生活について、基本的に行動を縛ることなく、ご自分の時間を大切にさせていただけるよう心がけています。生活の中のリハビリとして、主に午後に体操や音楽などのレクリエーションを取り入れていますが、そこも声かけはするものの、無理強いせず、参加希望者を中心の物となっております。幸いにして不参加の方も少ない状況です。せたがや南の強みとして、オープン当初から入職しているスタッフも多く、入れ替わりも少ないため、ご利用者様との信頼関係がより強く確立されている点だと思います。今後も強みをより向上させていく意識を持って、運営に当たりたいと思います。

## 利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 家族への情報提供はあるか	10	0	0	0
回答割合は「はい」が100%となっています。自由記述にはコメントは寄せられていませんでした。				
2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	6	4	0	0
回答割合は「はい」が60.0%、「どちらともいえない」が40.0%となっています。自由記述には、「ベッドまわりや床にほこりが多々あります」というコメントが寄せられていました。				
3. 職員の接遇・態度は適切か	10	0	0	0
割合は「はい」が100%となっています。自由記述にはコメントは寄せられていませんでした。				
4. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	10	0	0	0
回答割合は「はい」が100%となっています。自由記述には、「入所後い週間くらいで転倒させてしまったと、正直に話してくれました」というコメントが寄せられていました。				
5. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	8	1	0	1
回答割合は「はい」が80.0%、「どちらともいえない」が10.0%、「非該当」と回答した方が10.0%です。自由記述には、「入所期間が短いので分かりません」というコメントが寄せられていました。				

6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	9	0	0	1
回答割合は「はい」が90.0%、「非該当」と回答した方が10.0%です。自由記述には、「入所期間が短いので分かりません」というコメントが寄せられていました。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	8	1	0	1
回答割合は「はい」が80.0%、「どちらともいえない」が10.0%、「非該当」と回答した方が10.0%です。自由記述には、「入所期間が短いので分かりません」というコメントが寄せられていました。				
8. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	9	0	0	1
回答割合は「はい」が90.0%、「非該当」と回答した方が10.0%です。自由記述には、「入所期間が短いので分かりません」というコメントが寄せられていました。				
9. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	8	1	0	1
回答割合は「はい」が80.0%、「どちらともいえない」が10.0%、「非該当」と回答した方が10.0%です。自由記述には、「入所期間が短いので分かりません」というコメントが寄せられていました。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	7	1	0	2
回答割合は「はい」が70.0%、「どちらともいえない」が10.0%、「非該当」と回答した方が20.0%です。自由記述には、「入所期間が短いので分かりません」というコメントが寄せられていました。				
11. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	3	3	1	3
回答割合は「はい」が30.0%、「どちらともいえない」が30.0%、「いいえ」が10.0%、「非該当」と回答した方が30.0%です。自由記述には、「そういう場面が必要になったことがないので回答できません」というコメントが寄せられていました。				

I サービス提供のプロセス項目（サブカテゴリ1～3、5～6）

No.	共通評価項目	
	サブカテゴリ1	
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>4/4</b>
	評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している	評点(〇〇〇〇)
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している
	○非該当	
	●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている
	○非該当	
	●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している
	○非該当	
	●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している
	○非該当	
	サブカテゴリ1の講評	
	<p>リーフレットやホームページによって情報がわかりやすく提供されています</p> <p>利用者や家族に向けた情報提供として、事業所ではリーフレットを用意し、また、法人によってホームページが整備されています。ホームページにはホームの概要や料金、行事の風景、入居の流れなどが掲載されており、また、建物内部を閲覧できる「360度パノラマビュー」もあって、施設の感じがよくつかめるようされているなど、利用者にとってグループホームを理解しやすくするための工夫が行われています。一方で、ホームページについては定期的な更新が少ないといった課題があり、今後の検討に期待します。</p> <p>地域の関係機関や法人施設との連携を通じて情報共有が行われています</p> <p>ホームのリーフレットを地域の関係機関等に配布しているほか、地域の介護サービス情報誌に施設概要や利用案内を掲載し情報提供に努めています。当該地域にはグループホーム連絡会などの団体がいないことから、ホームでは、区内の法人系列のグループホーム3か所と連携して、各ホームの概要や運営状況、空室状況等の情報などを共有すると同時に、相談や受け入れの調整を行い、早急な入居希望などにも対応しています。</p> <p>見学に対して利用希望者の都合を配慮した臨機応変な対応を行っています</p> <p>利用者・家族からの見学希望に対しては、利用希望者の都合を優先して臨機応変な対応を行っています。見学の窓口は施設長ですが、施設長が不在場合や急な依頼がある場合にはケアマネージャーが対応を行っています。見学時にはホームでの生活の様子や入居までの流れなどの説明を行っていますが、同時に、胃ろうや吸引、インシュリンの医療的ケアには対応できないことなども説明しています。説明の際には、配布資料や説明内容、対応手順の統一を図り、また、相談受付票を用いて生活歴や身体状況など聞き取った内容を記録しています。</p>	
	サブカテゴリ2	
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>7/7</b>
	評価項目1 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	評点(〇〇〇)
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している
	○非該当	
	●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている
	○非該当	
	●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している
	○非該当	



評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○非該当

サブカテゴリー2の講評

契約時に利用者・家族に対して丁寧な説明を行い、同意を得ています  
 入居契約の手続きは、施設長が担当しています。説明は重要事項説明書や利用契約書を使って、ホームの概要とサービス内容、費用などについて、また、持ち物や面会時間、外出・外泊、あるいは喫煙や飲酒などの日常生活のルールについて行っています。さらに、利用者の急変時、重度化への対応、看取りの説明なども行っています。説明後は本人・家族の質問や要望、意向などを聞き、同意を得て契約を行っています。なお、説明をあたった「生活のしおり」のような資料が整備されていないので分かりやすく説明するための工夫が必要と思われます。

利用者の情報は事前の家庭訪問や施設訪問などによって把握されています  
 利用者の情報は、見学の際に聞き取りを行っているほか、入所前に家庭や施設を訪問して利用者の生活習慣や価値観、本人の思いなどを聞き取っています。訪問は施設長もしくはケアマネージャーが自宅や入院先、デイサービスなどに出向いて、家族や担当職員などから聞き取りを行っています。聞き取られた情報は、生活歴や職歴、家族構成、既往歴などの項目に分類され基本情報シートに記録されています。また、利用者ごとに「個人記録」ファイルを整備して、ケアプラン、居宅療養管理指導書、薬剤情報、各種同意書などの一元管理を行っています。

利用開始直後の不安軽減のために、家具の持ち込みなどを勧めています  
 ホームの利用に際して、医療的な対応についてはホームで対応可能な範囲を説明して、利用者や家族の不安に応えています。また、今までの生活からホームでの生活にスムーズに移行できるように、入居の際にはタンスや写真などの持ち込みを奨励しています。さらに、入居後1か月程度は、職員が個別に付き添うといった関わりを多くするなど配慮を行っています。利用者が重度化した場合には、提携医と施設長、家族が話し合っ意向の確認を行いながら看取り介護計画書を作成し、看取りケアを実施することとしています。

サブカテゴリー3

3 個別状況に応じた計画策定・記録 サブカテゴリー毎の  
標準項目実施状況 10/10

評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、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		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当

評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直している	○非該当
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○非該当

<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○非該当
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○非該当

<b>評価項目4</b> 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		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○非該当
●あり ○なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○非該当

**サブカテゴリー3の講評**

**定められた手順でアセスメントを行い、定期・随時の見直しを実施しています**  
 ケアプランの作成は施設長・ケアマネージャーがフロアごとに担当しており、作成にあたっては職員を含めたサービス担当者会議を開催しています。サービス担当者会議には家族に参加を求めていますが出席は少なく、家族に対しては、プランを郵送したうえで電話よって説明したり、来所時に説明するなどして同意を得ています。プランの内容は6か月毎に定期的な見直しを行い、また、状態変化の場合は随時の見直ししています。ダイニングには、ユニット全員のケアプランをまとめたファイルがおかれ、プランの共有に努めています。

**利用者一人ひとりの記録が作成され申し送りなどを通じて共有されています**  
 フロア毎に業務日誌が作成され、また、排泄介助など夜間の対応をケア日報に記載しています。日々の利用者の状況は共通様式の記録に記載されており、記載内容は、睡眠、排泄、水分・食事摂取、入浴、服薬、バイタルチェックの状況などとなっています。また、利用者の様子をイメージしやすいように介助時の利用者の言葉を記載するなどの工夫を行っています。利用者の情報共有は、朝の申し送りや業務日誌、ケア日報(個人別の申し送り表)などによって行われているほか、毎月の全体会議、内部研修や事故報告などによっても行われています。

**ユニット会議や申し送りなどによって情報共有が行われています**  
 ホームでは、フロア会議などにおいて、ケアプランの援助目標と日々の支援について情報共有に努めているほか、毎月のユニット会議やケア会議、担当者会議などにおいて意見交換を行い、職員間での情報共有に努めています。また、ユニットでの日勤職員と夜勤職員の申し送りは、施設長やケアマネージャーも参加して行われ、朝夕の申し送りノート、尿、食事、分量、バイタルなどが記載された看護表などが活用されています。

**サブカテゴリー5**

<b>5</b>	<b>プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重</b>	<b>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況</b>	<b>5 / 5</b>
----------	---------------------------	--------------------------	--------------

<b>評価項目1</b> 利用者のプライバシー保護を徹底している		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当

<b>評価項目2</b> サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

**サブカテゴリー5の講評**

**利用者の羞恥心やプライバシーの保護に努めています**  
 ホームでは、入所時に利用者・家族に対して、同性介助を原則としていることや利用者の個人情報、プライバシーを尊重することを伝えていきます。ホームでは、プライバシーの尊重として利用者をさんで呼ぶこと、居室への出入りにはノックをすること、入浴や排泄のケアで同性介助を希望する場合は希望に応じて対応することなどです。また、利用者保護やプライバシー保護に関する教育や研修を法人や事業所の内部研修として実施するなど、利用者の個人情報やプライバシーの保護に努めています。

**個人情報保護の保護は、常に同意を得ながら丁寧に行われています**  
 ホームの個人情報取扱規定には、個人情報の定義や取り扱い方法、安全管理などが明らかにされています。利用契約時には、利用者・家族に個人情報を使用する目的や使用する期間、条件などの取り扱いについて説明を行い、「個人情報取り扱いに関する同意書」に署名・捺印をもらっています。ホームページやパンフレットなどでの写真掲載については、同意書の備考欄に掲載の可否を記載することになっていますが、掲載時には改めて確認を行うことにしています。

**運営推進会議を積極的に活用しながら利用者の意向を把握しています**  
 ホームでは、利用者の意向にそったケアを行うために、利用者一人ひとりの意向を把握に努めています。また、利用者同士の相性などについても状況に応じて座席位置を変えるなどの配慮を行っています。苦情・要望などについては、日々の申し送りやフロア会議、職員会議などで議題とし、要因や具体的な改善策を協議しています。さらに、2か月に1回開催される運営推進会議には、毎回多くの利用者が参加しており、中でも、2階フロアでは利用者全員が参加するなど、利用者の意向を表明と意向把握の機会として活用されています。

**サブカテゴリー6**

<b>6</b>	<b>事業所業務の標準化</b>	<b>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況</b>	<b>5 / 5</b>
----------	------------------	--------------------------	--------------

<b>評価項目1</b> 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目2</b> サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ6の講評

**業務マニュアルやホーム独自のマニュアルが整備され活用されています**

ホームには、法人及びホーム独自のマニュアルが業務マニュアルとして整備されています。法人のマニュアルは、感染症予防や医療対応、事故防止、緊急時対応など総合的なものであり、また、ホーム独自のマニュアルは、業務手順をまとめた「職員タイムスケジュール」「利用者の個別対応手順」などで、業務分担や日常業務の明確化、個々の利用者の介護手順の明確化が行われています。これらのマニュアルはフロア会議などで随時見直しが行われていますが、マニュアルに日付がなく更新の確認ができないなど、改善する余地があると思われる。

**新規入職者のスキルアップのために研修に力を入れています**

ホームでは、昨年末に多くに新規職員が入職しましたが、高齢者介護について未経験者が多いことからマニュアル整備や研修に力を入れています。研修は新規職員対象の導入研修と内部研修があり、導入研修は2日間かけて介護についての基礎的な研修が行われています。また、ホームの内部研修は年間研修計画のもとに緊急時対応や服薬管理、ターミナルケアなどについて毎月定期的実施されています。さらに、介護福祉士などの資格取得に向けて費用助成や勤務シフトの調整などを行っており、2年間3人が合格しています。

II サービスの実施項目(サブカテゴリ-4)

		サブカテゴリ-4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
		23/23	
1 評価項目1 認知症対応型共同生活介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている			
		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 個別の認知症対応型共同生活介護計画に基づいて支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 関係職員が連携をとって、支援を行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>施設サービス計画書(1)(2)に基づいてケアプランを策定し、支援を行なっています</p> <p>ホームの認知症対応共同生活介護計画(ケアプラン)はモニタリングシートとアセスメント表、そしてケアマネージャーと介護職員2名によるサービス担当者会議の要点に基づいて、特別養護老人ホーム等と同じ施設サービス計画書(1)及び(2)を利用して策定しています。施設サービス計画書(1)で利用者及び家族の意向と総合的な援助方針を示し、施設サービス計画書(2)では解決すべき課題と長期目標・短期目標及び援助内容と担当者が明示されています。施設サービス計画書に基づいて週間サービス計画表を作成し支援サービスを行います。</p> <p>利用者の意向を把握する仕組みを充実させています</p> <p>入居前の利用者の暮らしやADLの情報を職員が共有しています。また1人ひとりの利用者について「暮らしの情報(私の暮らし方)」を作成しており、それに基づいた暮らし方をケアプランに反映しています。職員と利用者の日常の対話を大切にしており、例えば、編み物が出来なくなったと言っていた利用者が実際はできることが分って支援サービスに反映させたという事例などもできています。昨年は職員の入替えが多かったこともあり、ベテラン職員と新任がペアになって利用者の変化への気づきを深まるための育成を進めています。</p> <p>毎日の支援記録にある「ケアプラン実施状況」欄を見直し充実することが望めます</p> <p>ホームでは1人ひとりの利用者の24時間を支援記録に記載しています。睡眠、食事量、口腔、薬、排尿、排便などを時間経過を追って記録し、バイタルサインや入浴状況を記載します。早番、遅番、夜勤の各担当者がリレーして書き込みますが、ケアプラン実施状況のチェック欄は空欄になっています。ホームのケアプランでは6から7つの援助項目を掲げていますが、全員の全ての援助項目を正しく暗記することには困難があります。計画と支援のリンクをより確実にするために職員が一目で利用者の援助項目が分かり、実施内容を記入しやすい書式が望めます。</p>			
2 評価項目2 利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるよう支援を行っている			
		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 食事に関する一連の作業等利用者の生活場面では、利用者の主体性と能力を活かして支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに応じた生活への参加ができるよう工夫をしている		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の心身の状況に応じて、生活するうえで必要な支援(食事や入浴、排泄等)を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 各種手続きや買い物等日常生活に必要な事柄について、利用者本人による実施が困難な場合に代行している		○非該当

評価項目2の講評

日々の食事についても行事食のように利用者の意向を踏まえた対応が望まれます

利用者は利用者が要望した外食を毎月楽しんでます。また、おやつの中には菓子パンバイキングを行ったり、クリスマスには宅配ピザ、誕生日にはケーキが出ています。家族にも呼び掛けてバーベキューをするなど、行事食には力を入れています。一方日常の食事ではご飯とみそ汁をホーム内で作り、他は外部に委託しています。毎日全員の残食をチェックして経過記録に記載していますが、食味についても、例えば検食制度を導入するなどして利用者の気持ちを推し量り、委託業者と話し合う機会を作ることも必要かと思われます。

利用者ごとに「ケア一覧」を作成してADLを把握して対応しています

利用者の健康管理については、職員が毎日経過記録に睡眠、排尿・排便、バイタルチェックをしています。また、入浴時には入浴管理表に入浴の様子のほか耳掃除や爪などの様子も記載しています。毎月体重をはかって記録しています。さらに、利用者と家族の希望と移動・移乗、食事、排せつなど日常動作の項目ごとの、それぞれのレベルを記載した「ケア一覧」を作成しています。「ケア一覧」を職員間で共有して支援サービスを充実するとともに、訪問看護師や医師と情報共有を行って個別支援の充実に努めています。

利用者のADLに応じた支援のプランをフロアごと個人別ごとに立てています

職員は入居前の情報を共有するなどして、利用者の生活習慣を継続できるよう努めています。例えば職員と利用者が一緒に掃除や家事を行うなど協力し合う生活づくりを目指しています。しかし、ADLが低下した利用者が増加し、1階と2階とではADLに差が出てきていることから、1階はボール遊びやトイレを手引きで誘導する、より軽度な2階は趣味のモノづくりや音楽療法、散歩や運営推進会議への参加などを進めています。さらに利用者の残存能力に配慮した個人別の支援プログラムも立てています。

3 評価項目3

利用者の健康を維持するための支援を行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 日常生活の中で、利用者一人ひとりの状態に応じて身体を動かす取り組みを工夫している	○非該当
●あり ○なし	3. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などくみを整えている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、医療機関等と速やかに連絡できる体制を整えている	○非該当

評価項目3の講評

音楽療法など楽しみながら健康維持を進めています

毎日職員がバイタルチェックを行い支援記録に記載し、週2回看護師が健康チェックをして看護日誌に記録しています。また、医師が月2回往診に来て利用者の健康状態を調べています。また、ホームでは生活リハビリにも取り組んでおり、毎朝体操をしたり二階廊下を使って歩行訓練を行ったり、散歩やダンスなどを取り入れています。またスウェーデンで開発されたブンネという楽器を使った音楽療法も行っています。歌を歌って呼吸器系を活性化し演奏のために指先を使うことでADLが向上したなどの効果も出ています。

服薬管理の見直し、再度の周知徹底が求められます

利用者の全員が投薬を受けています。薬は毎週木曜日に利用者ごと毎回飲む分に分けてセットされて届いています。ホームには服薬管理マニュアルがあり、それに従って服薬管理を行っていますが、薬の飲み残し等のトラブルが見られます。マニュアルに従って薬の空き袋をチェックしたり、落薬は必ず報告するなど、職員に徹底し、医師に報告して対応の指導を受けています。しかし、より大切なことは誤薬、落薬、飲み残しがないように対応することであり、そのためにマニュアルと実施の乖離を正して改訂し、再度の周知徹底が望まれます。

24時間体制で医師などと連携しています

ホームと提携医師や看護師との間には24時間体制で連絡が取れる仕組みがあります。また、新任の職員が利用者の心身の状態の異変に気づき家族や主治医、看護師に報告し連携するなどの適切な対応を行えるように看護職などがアドバイスをしています。その結果、転倒などの緊急事態についてもスムーズな対応ができてきています。また、病院への利用者との車いすを乗せて送迎ができる職員が不足しており、こうした高度な支援サービスができる職員の育成が課題となっています。

4 評価項目4 共同生活が楽しく快適になるよう工夫している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者がお互いに関わり合いながら楽しく生活することができるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	○非該当
●あり ○なし	3. 居室や食堂などの共用スペースは、利用者の安全性や快適性に配慮したもとなっている	○非該当

評価項目4の講評

**利用者の意向を反映して外出を企画するなど生活を楽しむ工夫がされています**

ホームの運営推進会議には比較的高い自立度の高い2階の利用者を中心に参加しています。会議の中に質問コーナーを設けて、利用者に出先や外食について意見を聞き、意見を尊重して外出・外食を企画しています。リビングでは音楽をかけたり、レクリエーションや家事を職員と一緒にやり、共同生活を楽しく工夫をしています。現在、ホームではメダカを飼育していますが利用者の関心は低いため、以前行っていたトマトやナス、ゴーヤの栽培を再開して利用者との話題づくりや収穫の楽しさを味わってもらうことなどを検討しています。

**ホーム内の約束事などを生活のしおり等にまとめて明示すると良いと思われます**

重要事項説明書に「介護サービスの概要」を記載し、パンフレットに暮らしの様子を写真などで掲載していますが、暮らしの全体が見える内容になっていません。生活の一日の流れや月間・年間の行事などを紹介し、リビングで家事の手伝いをしたり、音楽を楽しんだり、毎月外出して外食を楽しむことや、健康管理の仕組みなどを紹介し、合わせてそれらに伴う生活の約束事を分かりやすく明文化した例えば「生活のしおり」などがあると、利用者や保護者、職員の信頼関係をさらに深めることにも寄与すると思われます。

**共有スペースなどの清掃とともに更なる潤いのある空間づくりが期待されます**

今まではホームの清掃・整頓について職員の自主性や積極性に任せてきていましたが、職員や利用者の入れ替わり代わりもあり、清掃手順や体制を明確にすることが望まれます。共有スペースや居室について、汚れが目につくようになってきています。家族アンケートの中にも清掃についての要望が見られます。清掃を職務として位置づけ、清掃のマニュアルなどを整備し、実践することが望まれます。また、ホームの通路や非常口付近に障害になるものは置いてありませんが、とりわけ1階部分の共有スペースについて暮らしの彩の配慮が望まれます。

5 評価項目5 事業所と家族等との交流・連携を図っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族や利用者の意向を考慮して、家族等が参加できる事業所の行事を実施している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	○非該当
●あり ○なし	3. 家族等が事業所等に対し、意見や要望を表せる機会を設け、それらを活かした支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 重度化した場合や終末期に備え、あらかじめ本人や家族等と話し合い、事業所のできることを説明しながら、方針を共有している	○非該当

評価項目5の講評

ほぼ全ての家族が月に一度来所しており、意見意向を聞く機会となっています

ほぼすべての家族が月に一度は面会に来ています。その際、施設長は家族に利用者の様子や行事予定を伝え、ケアプランも直接渡しています。また、隔月に開いている運営推進会議にも出席してもらい運営状況などを説明するとともに意見・意向を聞いています。しかし参加する家族が固定化しており、さらに幅広く参加を促すことが課題となっています。またバーベキューや花火大会など家族が参加する施設行事がありますが、花火大会については開催時間が早まり、交通規制などの問題もあって対策が求められています。

毎月の行事の様子を玄関に写真で掲示して活動の様子を知らせています

毎月、様々な行事を行っており、とりわけ外出・外食については利用者の意見・提案を踏まえて実施しています。そのため、利用者からの話を聞くだけでなく様子を知らせてほしいという家族などからの要望がありました。殆どの家族が毎月来所することから、現在、玄関に「花物語せたがや南前月のイベント」として模造紙を使って行事の実施日と夫々複数枚の写真を貼りだして利用者の楽しんでいる様子を掲示しています。

緊急時の対応については契約時に書面を取り交わしています

ホームでは「利用者の急変時や重度化した場合等における対応に係る指針」と「看取りに関する指針」を策定しています。看取りに対するホームの考え方や方針を示し、急性期の医師・医療機関との連携体制として、看護師の24時間連絡体制や協力医療機関との連絡・指導・往診・入院などの連携の仕組みが記載されています。また、看取りに関する同意書を家族と交わしていますが、入院やケガなども含めた費用の発生や円滑な入院に向けた調整・対応、ホームが提供するサービスなどをより具体的に家族の理解が深まるような説明文書が望まれます。

6 評価項目6

利用者が地域で暮らし続けるため、地域と連携して支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の情報等を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用するための支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所が利用者と共に地域の一員として日常的に交流している	○非該当
●あり ○なし	4. 運営推進会議で話し合われた意見を活かして支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	5. 区市町村や地域包括支援センターと日頃から連絡を取り、協力関係を築きながら支援を行っている	○非該当

評価項目6の講評

運営推進会議を活用した交流が進められています

施設の運営会議は2か月に一度開かれています。利用者とその家族、職員のほか、地域包括支援センターの職員や民生委員、施設のオーナーなどが参加しています。施設の運営状況を報告し、地域の学園祭や祭り、防災訓練の情報の提供があります。施設内の行事の予定を報告し、毎月行っている外出・外食についてはその場で利用者の意見・要望を聞いて決定しています。運営推進会議の終了時には認知症の利用者にも使える楽器などを使った演奏をしています。施設行事へ家族の参加を増やすために、運営会議の日に合わせて行うなどの試みも行っていきます。

ボランティアや地域の人との触れ合いなどを大切にしています

近くの川の土手には休憩所があり、散歩の途中、利用者が座って近隣の方たちと交流をします。また、子ども館や町内会の行事に参加し、消防訓練などにも参加します。雪の日には向かい隣の企業の社員がホームの前を除雪をしてくれています。ボランティアの人たちが2か月に一度の頻度で、フルートやバイオリン、クラリネットなどの演奏をしたり、パントマイムや大道芸などを披露してくれています。

法人内外のグループホーム間で情報交換を行ったり連携・協力を進めています

区内の法人内他施設だけでなく、地域のグループホームとも地域情報の交換を行っており、空き室情報なども提供しあっています。近くの施設の行事に参加するなどの施設間交流も行っています。地域包括支援センターからは毎月職員が来て交流の機会を持っていますが、地域のグループホーム管理者を集めて定期的に行っていた連絡会が立ち消えとなっています。ホームでは地域包括支援センターに再開の要望をしていますが、今後は自主的に立ち上げることの検討も望まれます。



Ⅲ 利用者保護に関する項目

利用者保護に関する項目		標準項目実施状況	8/9
1 評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある		○非該当
2 評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、認識を共有し、組織的に防止対策を徹底している		○非該当
●あり ○なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている		○非該当
3 評価項目3 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(〇〇〇〇●)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている		○非該当
●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている		○非該当
○あり ●なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している		○非該当
●あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる		○非該当
●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる		○非該当
利用者保護の講評(※利用者保護の内容から3つ(必須)記載してください)			
<p><b>苦情解決制度が整備され、利用者・家族への周知が行われています</b>                  苦情解決制度が整備され、利用者・家族が苦情を直接申し立てられるようにされています。相談窓口は、施設長及び運営法人などのほか、外部の相談窓口として世田谷・北沢総合支所保健福祉課、東京都国保連などがあり、重要事項説明書には、窓口の連絡先が明示されています。同時に、苦情解決体制のポスターを入口付近の掲示板に掲示するなどして苦情解決制度の周知に努めています。身体拘束については「身体拘束防止マニュアル」が整備され、内部研修を毎年実施するなどして周知に努めています。</p> <p><b>利用者のコミュニケーションに力をいれ接遇や利用者対応に力を入れています</b>                  ホームでは、スタッフの役割を「基本は入居者と一緒に行くこと」と定め、利用者とのコミュニケーションを重視しています。また、職員の言動や振舞い方に対して接遇マニュアルを整備し、入職1か月以内の講習を義務付けるなど、特段の配慮を行っています。さらに、職員の心構えとして、「①みだしなみ、②手洗い・うがい、③あいさつ、④言葉遣い、⑤表情・態度」などを掲げ、フロア会議や申し送りにおいて接遇態度や利用者対応について職員間で相互に確認を行っています。</p> <p><b>川沿いの立地という事情から、大規模災害時への防災対策を検討中です</b>                  防災対策として自衛消防組織が設置され、年2回、消防署の立ち合いのもとで利用者も参加した避難訓練を実施しています。また、緊急対応マニュアルを整備して、職員の役割分担や関係機関との連携体制などを明示しています。ホームでは、災害時対応として食料品、飲料水、衛生材料などの備蓄を行っており、法人内施設である地域の認知症グループホームと災害時などでの利用者の安全確保に関する情報共有も行っていきます。ホームが多摩川沿いに立地することから、河川氾濫時の避難に特化した非常訓練の実施を検討中ですが、BCPは未策定です。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-3	利用者の健康を維持するための支援を行っている
タイトル①	利用者の体調変化に備えた支援員、看護師、医師の連携が進められています	
内容①	職員は毎日バイタルチェックを行い、看護師が週2回健康チェックをし、主治医が月2回定期往診に訪れています。また「ケア一覧」により職員、看護師、医師が、利用者の心身の状態については健康状態の把握・共有しています。緊急時は24時間医師または看護師と連絡が取れる体制ができています。職員には研修を行い、看護師が指導を行って、利用者の異変に適切な対応ができるようにしています。さらに、緊急時に利用者と一緒に車いすなどを積んで安全確実に病院での受診を行える人材の育成についても検討を進めています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-6	利用者が地域で暮らし続けるため、地域と連携して支援を行っている
タイトル②	法人内他施設と連携した利用者の受け入れやの防災対策など強みを発揮しています	
内容②	ホームでは、区内の法人系列のグループホーム3か所とグループメールを作成して情報共有を行うなど、連携して運営を行っています。主な取り組みは各ホームの運営状況や空室状況等の情報などを共有しながら、相談や受け入れの調整を行うこととなっていますが、取り組みは災害時などでの利用者の安全確保に関する情報共有や他グループホームの納涼祭への参加などに広がっています。何よりも施設長が気軽に意見交換を行えることが最大のメリットだと思います。今後、職員研修なども共同で実施するなど様々な取り組みが期待されます。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目		
タイトル③		
内容③		

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	介護の経験のない職員に対して研修やOJTの取り組みが行われており、また資格取得にも積極的な支援を行っています
	内容	ホームでは、高齢者介護について未経験の職員が多く、マニュアル整備や研修に力を入れています。法人の新入職員を対象とした導入研修では、2日間かけて介護についての基礎的事項を学び、ホームの内部研修では年間研修計画を立てて緊急時対応や服薬管理、認知症についてなどについて定期的な研修を行い、また、不足する部分はOJTを実施するなどして職員のスキルの向上に努めています。さらに、介護福祉士などの資格取得に向けて費用助成や勤務シフトを調整などを行うなど、優れた取り組みとなっています。
2	タイトル	形骸化しがちな運営推進会議に多くの利用者が参加するなど、独自のユニークな取り組みがみられます
	内容	2か月に1回開催される運営推進会議には、利用者や家族、民生委員、ミニデイ会長、地域包括支援センター、行政関係者、土地のオーナーなどが参加し、ホームの運営状況の報告や地域の防災訓練、夏祭りなど、地域の情報交換などが行われています。ホームでは、特に利用者の参加が多く、中でも2階フロアの利用者は全員が参加して意見を述べるなどして利用者の意向の把握の場となっています。地域推進会議が情報交換や報告、地域交流の場であると同時に、利用者にとっての社会参加の活動となっており、ユニークな試みとなっています。
3	タイトル	利用者の意向や要望を取り入れた様々な外出機会が提供されています
	内容	ホームでは、川崎大師の初詣や花見、深大寺でそばの夕食、近くの寿司屋での夕食など、毎月様々な外出イベントを行っています。こうした外出イベントは、利用者の意向や要望を取り入れて企画されており、中には、地域のスーパーマーケットに行って好みの物を購入する買い物レクリエーションなど、利用者が主体的に参加する企画もあります。また、日々の外出においても、多摩川沿いの散歩コースでの地域住民とのふれあいや児童館主催のイベント、自治会の夏祭りへの参加など、多様な外出の取り組みを行っています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	館内清掃にも仕組みを取り入れて組織的に実践することが望めます
	内容	職員の自発性に依拠した館内の清掃でしたが、職員が入れ替わるなどして、行き届かないところが出てきます。エレベーターやリビングのテレビ周り、ガラス窓などの汚れが目を引きます。また保護者のアンケート結果でも評価が低下し、特に利用者の居室の清掃への要望が見られます。ホームでは、清掃マニュアルの作成を検討していますが、清掃作業の目的を明確に示し業務の中に位置づけして、清掃水準、清掃頻度、清掃手順、必要な用具、担当者を明確にするなどして、着実に実行できる仕組みとすることが望めます。
2	タイトル	服薬マニュアルの遵守など利用者の薬管理の徹底が求められます
	内容	利用者の薬は、毎週木曜日に一人ひとりについて毎回の服薬分をセットして届けられます。またホームには服薬マニュアルがあり、それに従って服薬管理を行っています。薬の飲み残し等のトラブルが見られます。施設では薬の空き袋をチェックしたり、落薬は必ず報告することを職員に徹底しており、医師に報告して対応の指導を受けています。より大切なことは誤薬、落薬、飲み残しがないように対応することであり、そのためにマニュアルの周知徹底と見直しが見直しが望めます。服薬マニュアルの遵守など利用者の薬の管理の徹底が求められます
3	タイトル	検食の実施などを通じて、利用者の日常の食事についてのこだわりを深めて行くこと求められます
	内容	普段の食事はご飯とみそ汁はホーム内で作ります。他は外部に委託しており、月間献立表に基づいて、利用者の状況に配慮して提供しています。職員は利用者一人ひとりについて全員の残食を経過記録に記載するなどして管理しています。しかし、現状、検食は行われていません。ADLが低下して自己表現の低下が見られる利用者が増えています。検食を行うことで職員が利用者の気持ちを推し量ることも可能となり、委託業者とは緊張感を伴ったより良い協力・連携を進めることも可能になると考えられます。

---

## 福祉サービス第三者評価 評価機関

特定非営利活動法人 よこはま地域福祉研究センター

〒231-0013 横浜市中区住吉町二丁目 17 番地 金井ビル 201 号室

TEL : 045-228-9117 FAX : 045-228-9118

URL : [www.yresearch-center.jp/](http://www.yresearch-center.jp/) Email : [top@yresearch-center.jp](mailto:top@yresearch-center.jp)



かながわ福祉サービス第三者評価認証機関 第 26 号

横浜市福祉サービス第三者評価指定機関 第 17 号

川崎市福祉サービス第三者評価認証機関 第 14 号

横浜市指定管理者第三者評価機関 認定番号 25-01

東京都福祉サービス第三者評価認証評価機関 認証番号 機構15-232

全国社会福祉協議会社会的養護関係施設第三者評価機関 2510-002-02

---