

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2072200518		
法人名	社会福祉法人 ちいさがた福祉会		
事業所名	グループホームフォーレスト		
所在地	長野県東御市常田18-1		
自己評価作成日	平成23年12月11日	評価結果市町村受理日	平成24年5月2日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部		
所在地	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成24年1月30日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<p>行事を行ったり、庭の畑で旬の野菜を作る等しながら、季節を感じて日々過ごして頂けるようにしています。</p>
--

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

東御市の保険・医療・福祉が集まっている「福祉の森」の一角に「ちいさがた福祉会」による介護老人福祉施設・短期入所生活介護・デイサービス・グループホーム等の複合施設フォーレストが平成13年から開設されており、その中でグループホームは平成14年に事業が開始された。「田畑や自然に囲まれた土地を生き、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、その人らしく自立した生活を支援します。」をホームの理念とし日々一人ひとりにあったケアに取り組んでいる。また、平成20年から近隣13グループホームによる総合評価事業を行うフレンド会に参加しホーム同士の情報交換を行っている。非常災害時あるいは利用者が重度化したときなどには、隣接の介護老人福祉施設と連携をとることができ利用者・家族も安心できる施設といえる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当する項目に○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

## 自己評価および外部評価結果

2012/3/26

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 市町村との連携。 GHでのとりくみを市町村(行政)関係者により理解して頂きたい。	理念の具体化が必要である。	地域密着型サービスをふまえた理念を玄関・事務所に掲示し、地域生活を大切にしていることを常に意識しケアに取り組んでいる。毎年度事業方針・事業目標を作成し、職員に回覧している。また、フォーレスト全体で具体化した理念を掲げようとしている。	
2	(2)	現状で4点柵を使用している方がいる。 重度化や終末期にむけた方針が明確でない。	身体拘束をしないケアの実践。	地域密着型サービスをふまえた理念を玄関・事務所に掲示し、地域生活を大切にしていることを常に意識しケアに取り組んでいる。毎年度事業方針・事業目標を作成し、職員に回覧している。また、フォーレスト全体で具体化した理念を掲げようとしている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症講座実施している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	地区の防災訓練への参加等、会議で決定し、実施できている。	2ヶ月に1回第2金曜日に利用者・利用者家族・市の関係者・区長・職員などにより開かれている。会議の際に区長さんからどんど焼きの情報を頂き参加したり、東御市全体のFM放送では、地域の情報も得られ人探しにも役立つことから、加入したらどうかと助言を頂いた。地区の消防団との繋がりも出来た。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	日頃から、行えている。	市の地域包括支援センターなど福祉関係の窓口になっている福祉センターがホームの近くにあり相談に行っている。また、ホームの管理者が市のキャラバンメイトにもなっている。市から介護相談員が3ヶ月に1回2人で来ている。	運営推進会議は場所的なことからホーム内で行われていない為、市の職員にはホーム内を時折訪問し、利用者の状態などを直接見て頂く機会を設け、内部をもっと知っていただく事が望ましい。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	家族からの申し出で、やむをえず、1名4点柵を使用。記録している。	身体拘束については職員は十分理解しているが、1名ベットから転倒した事から家族の強い希望により4点柵を利用することで利用者も家族も安心している。玄関にセンサーなどもなく、朝5時半から散歩を日課にしている利用者が鍵を開けた時から夜8時まで施錠はない。	家族からの希望であっても、見守りの中で生活リズムとして4点柵を外せる時間など検討し、徐々にその時間を長くしていけることが望ましい。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	実施できている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	実施できている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	実施できている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	実施できている。	家族の面会も多く、日々気軽に言える雰囲気づくりに努め面会時に声掛けをしている。家族の意見は職員の連絡帳・日々の業務日誌などに記録し、速やかに対応している。月1回の職員会でも話題にし検討している。新年会で家族の懇親会を開き家族同士の交流も出来た。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	事業所会議を1回／月に実施し、その中で反映させている。	月の初めに管理者が、勤務表により職員が多く出ている日にスタッフ会議を開き職員の意見を聞き、提案については直ちに活かすよう努めている。欠席者に申し送りをし内容の周知を行っている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職場内にそなえている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	出来ない事があれば、集中的な研修を行なっている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	相互評価事業参加している。		
<b>II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	ケアプラン作成時にモニタリングしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	家族からもよく話をきいている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	当該事業所で対応できない(定員超え等)事も、他事業所を紹介している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	意識して行っている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族にも常に日頃の様子をお伝えし、GHへ来ていただくようお願いしている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	意識して行っている。	利用者の友人も時々訪ねてくる。お金を管理出来る方が2人おり、100円ショップや昔ながらのスーパーに行くこともある。馴染みの美容院に職員がお連れする方も1人いる。利用者が以前通っていたデイサービスにお連れ出来たら馴染みの人と会う事が出来るだろうと検討中である。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	なるべく、行事は入居者全員が参加する。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	意識して行っている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	記録等に残し、モニタリング等で検討する。	7名の利用者が自分で希望など言うことが出来るが、あまり訴えなどが無い。生活の中から様子を見ながら汲み取るようにしている。喧嘩があったときには、生活記録に記録し職員間で情報の共有をはかり、希望に添えるよう努めている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	アセスメントに記載している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	なるべく、本人のできることを見極めて、すすめている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	3ヶ月毎にモニタリングを実施し、計画の見直しを行っている。	3ヶ月に1回モニタリングを行いケアプランの見直しを行っている。「ケアプランの実行表」が用意されており、それによりプランのサービス内容が実施されているか把握出来るようになっている。また、状態に変化があった時には直ちに会議を開き、現状にあったプランを目指している。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	実施できている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	他事業所へ外出する等している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	計画している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	協力医療機関の支援がえられている	基本的には嘱託医をおすすめするが、希望により他の医院の方もいる。専門科については、希望の専門医に家族にお連れしていただいている。隔週に嘱託医による往診があり、往診の無い週は併設の特養の看護師が一人ひとりの状態を把握し医師と連携をとっている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	特養の看護師と連携できている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	実施できている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	対象者が現在までいません。	今まで看取りはしたことが無い。医療的にも看取りは無理ということもあり、病院が特養をおすすめしている。家族懇談会で、「介助が重くなったらどうしたらいいのか？」との質問があった。	重度になった時にどんな状態になったらホームでの生活が無理なのか、事業所として対応する最大の支援を明確にし、本人・家族も気持ち揺れ動くことから、ホームとしての「看取りの指針」を作成し、状態の変化に応じて同意書をいただきながら、本人・家族の意向に添った支援が望ましい。
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	マニュアル通り実施できている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	区長・消防団と連絡・協力の体制を整えている。	併設の施設で地区との防災協定書を結んでいる。消防署の立会いの下に消火訓練・避難訓練が年2回行われている。1回は地元消防団と区長がホームの避難訓練に参加していただいた。また、ホームにはスプリンクラー・自動通報装置も備えられている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	実施できている。	プライバシー保護については、マニュアルは作成されているが内外とも研修は行われていない。認知症ケアの研修には職員も参加している。	年に1回はマニュアルの変更の有無を含め読み返すなど研修を行い、プライバシーの確保に努めることが望ましい。
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	実施できている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	極力、希望にそうようしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	実施できている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	実施できている。	誕生日及び行事の時は希望メニューとしている。昼食と夕食は併設の施設より主菜が運ばれてくる。副菜はホームの職員が献立を立て利用者と買い物に行き調理している。行事の時には回転寿司など外食にも出掛ける。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	実施できている。		



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後はできていない。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	実施できている。	排泄チェックリストにより利用者一人ひとりの状態は把握している。5人が自立しており、一部介助・全介助の方にはさりげなく声掛けしトイレ誘導している。4名が夜のみポータブルトイレを利用している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	看護師と協力して実施できている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	実施できている。	週2回の入浴で、毎日午後2時～3時、4時～5時、7時半～9時半の時間内で1日3名ずつ入浴している。ケアプラン実行表に入浴チェック欄もあり、入浴されていない方には様子により声かけしている。りんご湯など楽しんでいただいている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	実施できている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	実施できている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	実施できている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	実施できている。	夏場は敷地内に畑があり野菜づくりを行っている。2人が週に2回買い物に行く。近くに歴史のある神社があり、利用者全員が初詣に出掛けた。車3台でドライブに出掛けたり、祇園祭・虫見学など外出の機会を設けている。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	実施できている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	実施できている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	工夫している。	廊下と廊下の間に中庭があり、明かりが十分取られ、利用者の居間は高台でもあり窓も大きく日差しがさんさんと差し込み、冬でも暑いくらいで昼間は暖房もいらず、東御市が見渡す事が出来る。また、廊下の角を曲がるとさりげなくソファが用意されており、個々に気の合った人同士が自由に過ごせる工夫が窺えた。トイレのドアも3枚ドアで中も広く、車椅子でもゆっくり利用出来る。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	工夫している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	工夫している。	居室入り口に大きな文字の手作りの表札が掛けられている。お部屋には、使い慣れた馴染みの家具など特別制限もされず持ち込まれ、それぞれに居心地のよいお部屋作りがされていることが窺えた。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	工夫している。	/	/

## 目標達成計画

作成日: 平成24年3月26日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	5	市町村との連携。 GHでのとりくみを市町村(行政)関係者により理解して頂きたい。	行政関係者とよりよい協力関係を築く。	運営推進会議をGH内で行う。	1ヶ月
2	6	現状で4点柵を使用している方がいる。	身体拘束をしないケアの実践。	・センサーマットの使用等の代替案を本人・家族にする。 ・日中は柵を使用しない(プランB)を徹底する。	6ヶ月
3	33	重度化や終末期にむけた方針が明確でない。	重度化や終末期にむけた方針を明確にし、フォーレストとしての支援体制をつくる。	・GHの具体的な指針を明確とする。 ・(文書化し周知する)	6ヶ月
4					
5					

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。  
目標達成計画