

| | | | | |
|--|---|--------------|-------|---|
| 委員会名 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業 泉南 | 施設長 | 馬場 章 | 印 |
| | 第16回介護医療連携推進会議 議事録 | 管理者 | 徳永 公江 | 印 |
| | | 書記 | 清水 健二 | 印 |
| 開催日時 | 令和7年(2025年)3月18日(火) 10:00~10:45 | | | |
| 開催場所 | 泉南医療福祉センター 2階 応接室 | | | |
| 出席者 | 馬場章(施設長、新泉南病院 院長) 神藤昭宏、三澤律子(泉南市健康福祉部長寿社会推進課) 田口義彦(シルバーハウジング会長) 牧野彰一(民生委員長) 田中知子(地区福祉委員長) 辻下悦子(泉南市地域包括支援センターなでしこりんくう) 徳永公江(管理者) 清水健二(書記) | | | |
| 欠席者 | | 議事録確認 サイン | | |
| 討 議 内 容 | | | | |
| <p><開会のあいさつ> (各参加者)</p> <p><実績報告> (清水健二)</p> <p>・介護スタッフは5名より、6月から4名体制となっている。</p> <p>終了18件に対して新規18件と増減なしとなった。相談27件中新規につながったのが18件と66%の獲得率となっている。サービスの特性上、比較的緊急案件が多い。平均介護度は、介護のみの場合は要介護1~3の割合が高い傾向である。介護・看護の場合は、ターミナル期や不安定な状態の方が多く、利用開始後、数日で入院となる方も多かった。緊急訪問は、12月~1月にかけては特定(1名)の困難ケースがあったため、一時的に高くなった。</p> <p>相談元は96%が居宅介護支援事業所と、前回より15%上昇している。一度利用したことのあるケアマネジャーは、その後も引き続き新規相談がある傾向にある。このことから、「一度利用してもらう」のが最も効果が出やすいと考えられる。また同時並行的に、今後は医療機関に対しても、より積極的にプロモーションを行い、認知度を増加させていく必要がある。</p> <p>【ご意見】</p> <p>・特に無し</p> <p><事例検討> (清水健二・徳永公江)</p> <p>・利用者T様 肺癌末期の状態確認と清掃を主としたサービス。</p> <p>各職種がうまく連携できており、地域密着型の特性でもある馴染みの関係性を構築できており、信頼関係のできた在宅サービスが継続できている良い例ではあるが、最後まで自宅で生活できるか、また外出したいという本人の希望に沿えるか、一部困難な課題も残されている。</p> <p>【ご意見】</p> <p>・特に無し</p> | | | | |

<自己評価・外部評価>

(清水健二)

- ・別添「外部評価表」を読み上げる。

【ご意見】

- ・職員の平均年齢⇒昨年度より段階的に引き下げている。令和7年4月からは40代となる予定。
- ・タブレットは導入しているか⇒導入予定無し。現状はスマホのみ。
- ・ヘルパーの確保はできているか⇒十分な確保はできていない。
- ・外国人の雇用は如何⇒入所施設で雇用予定も、訪問は未定。

<その他>

- ・特に無し

<次回開催予定日>

- ・令和7年(2025年)9月16日(火)10:00~11:00 泉南医療福祉センター 2階応接室

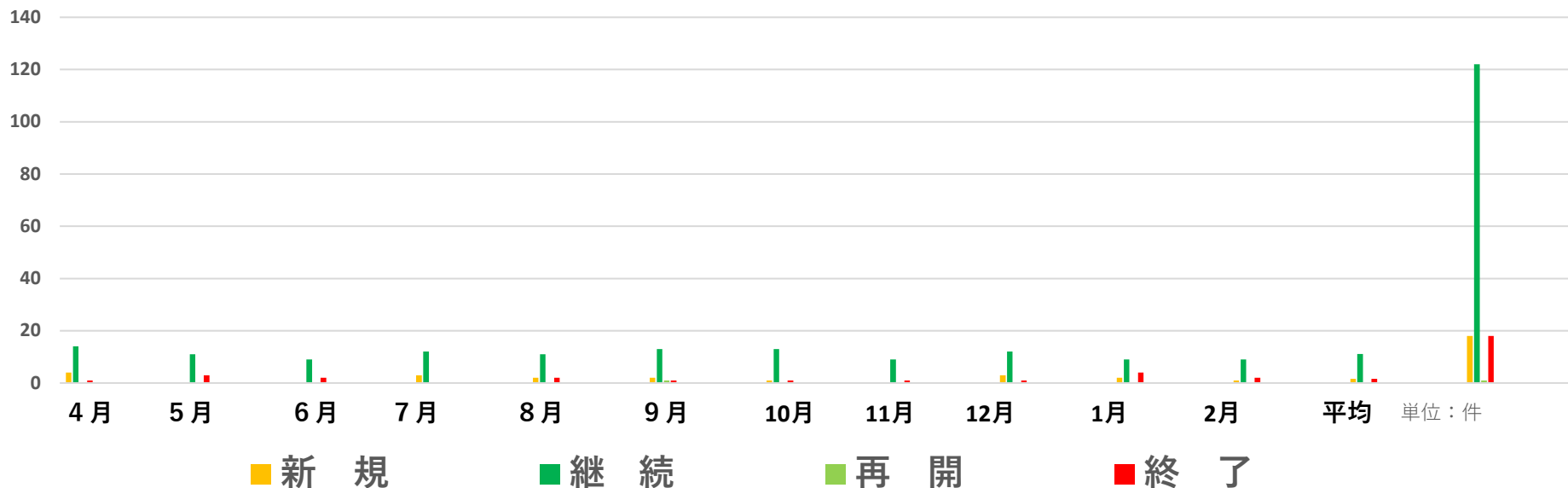
介護スタッフ4名体制

1. 月別契約件数 *終了・・・契約終了、入院、施設入所、死亡 等

単位：件

| 月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 2024.1月 | 2月 | 平均 | 年間 |
|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|---------|----|-------|-----|
| 新規 | 4 | 0 | 0 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 3 | 2 | 1 | 1.63 | 18 |
| 継続 | 14 | 11 | 9 | 12 | 11 | 13 | 13 | 9 | 12 | 9 | 9 | 11.09 | 122 |
| 再開 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.09 | 1 |
| 終了 | 1 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1.63 | 18 |
| 相談 | 3 | 2 | 4 | 4 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 4 | 1 | 2.45 | 27 |

月別契約件数グラフ

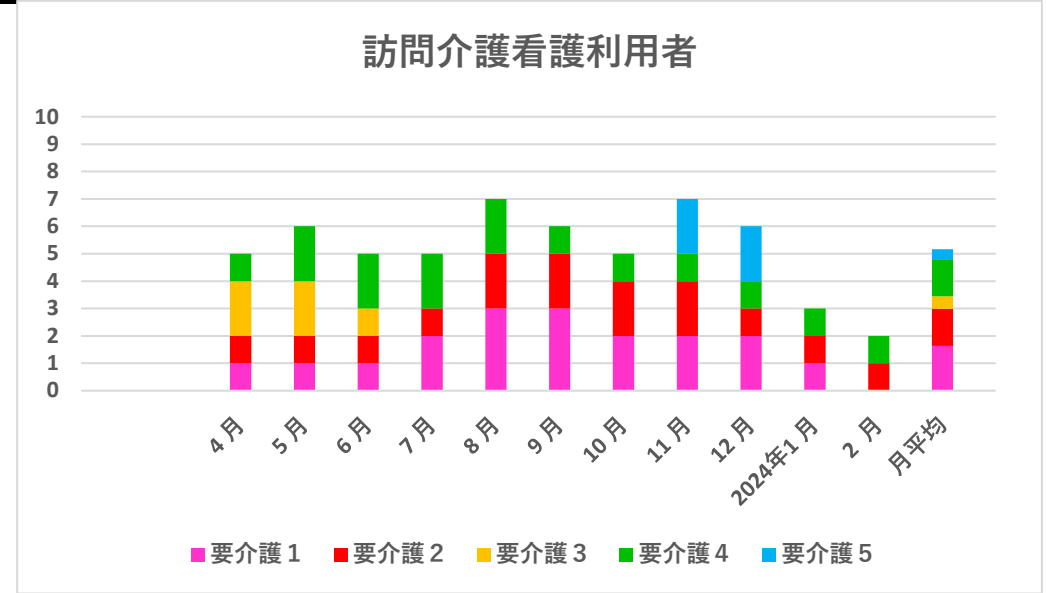
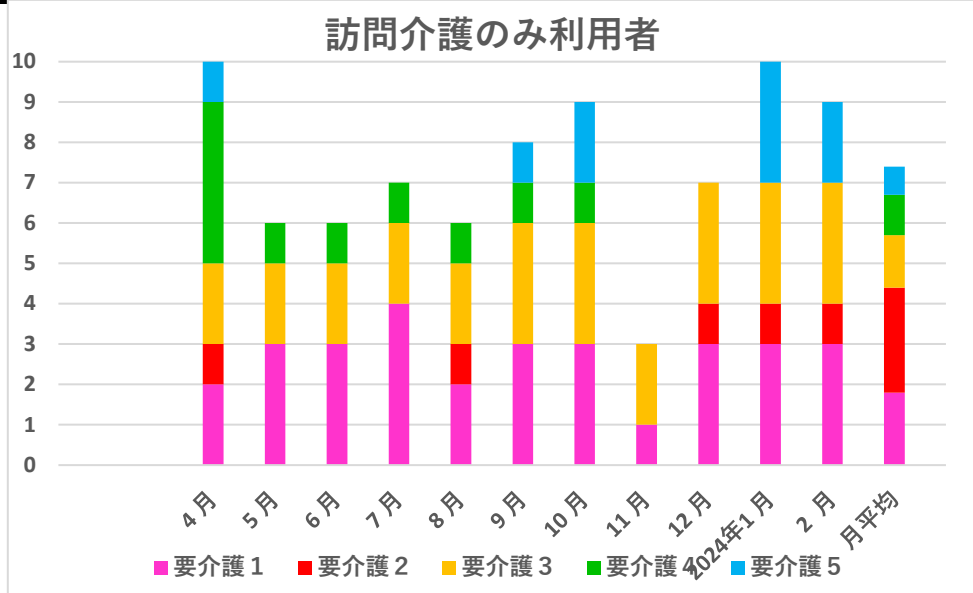


2. 月別契約状況・要介護度状況

単位：件

| 訪問介護のみ | | | | | | | | | | | | | 年間 |
|--------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|---------|----|-----|-----|
| 月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 2024年1月 | 2月 | 月平均 | 延べ数 |
| 要介護1 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1.8 | 30 |
| 要介護2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2.6 | 5 |
| 要介護3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1.3 | 27 |
| 要介護4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 10 |
| 要介護5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | 2 | 0.7 | 9 |

| 訪問介護・看護 | | | | | | | | | | | | | 年間 |
|---------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|---------|----|------|-----|
| 月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 2024年1月 | 2月 | 月平均 | 延べ数 |
| 要介護1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1.63 | 18 |
| 要介護2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1.36 | 15 |
| 要介護3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.45 | 5 |
| 要介護4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1.36 | 15 |
| 要介護5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0.36 | 4 |



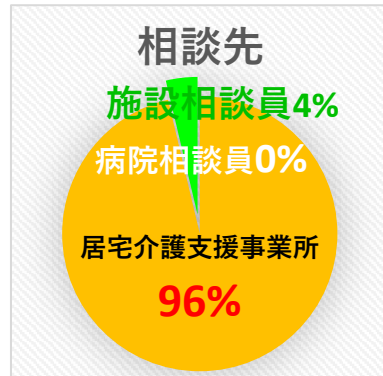
3. サービス提供延べ回数

単位：回

| 月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 2024 1月 | 2月 | 合計 | 月平均 |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|------|------|
| 定期巡回 | 744 | 779 | 659 | 661 | 801 | 779 | 804 | 639 | 769 | 805 | 620 | 8060 | 733 |
| 随時緊急訪問 | 26 | 37 | 16 | 12 | 14 | 8 | 14 | 20 | 50 | 30 | 23 | 250 | 22.7 |

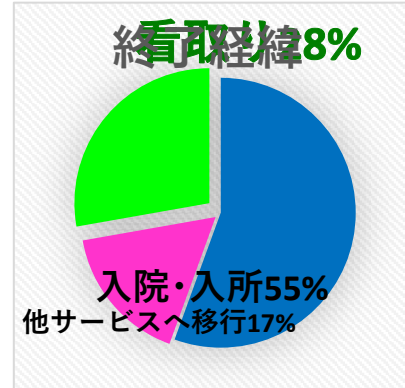
4, 相談先、終了経緯等割合

令和 6 (2024)年 4 月 1 日 ~ 令和 7 (2025)年 2 月 28 日現在



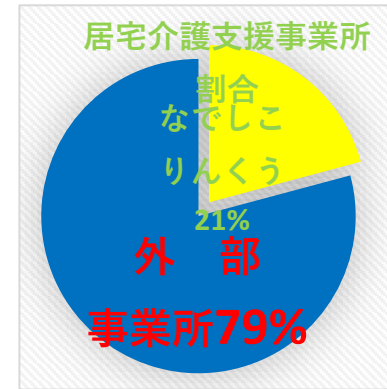
相談先

| 種 別 | 件 数 |
|-----------|-----|
| 居宅介護支援事業所 | 26 |
| 病院相談員 | 0 |
| 施設相談員 | 1 |



終了経緯

| 種 別 | 件 数 |
|---------|-----|
| 入院・入所 | 10 |
| 他サービス移行 | 3 |
| 看取り | 5 |



内・外部割合

| 種 別 | 件 数 |
|-----|-----|
| 内部 | 9 |
| 外部 | 18 |

別紙② 事例検討

住み慣れた自宅で在宅生活を続けること

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 泉南

①

利用者 T 様

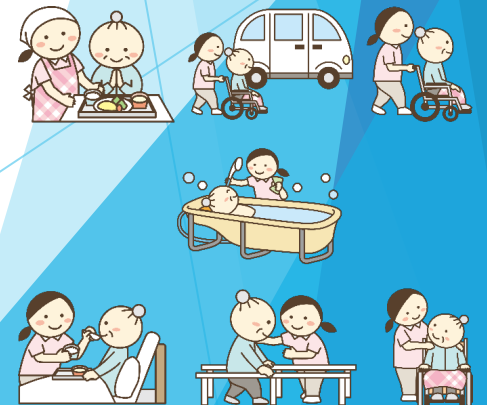
女性 要介護 1

令和6年7月～ 定期巡回・訪問看護サービスを利用

• 既往歴

肺腫瘍（疑）

○ 在宅状況 : 独居



②

定期巡回サービスの利用状況



朝 7時半 15~30分間

支援内容

- ① バイタル測定
- ② ポータブルトイレ洗浄
- ③ 洗濯、浴室掃除
- ④ 掃除機、モップ掛け



昼 12時20分~10分間

支援内容

- ① バイタル測定
- ② ポータブルトイレ洗浄
- ③ 洗濯、浴室掃除
- ④ 掃除機、モップ掛け

看護師⇒1週間/1回の状態確認。

③ ★定期巡回を利用される経緯★

- ▶ 令和6年4月に救急搬送され、右肺腫瘍（疑い）の診断。緩和目的で入院され、7月に退院となる。
- ▶ 週5回夕食の配食サービスを利用している。娘は週1回様子を見に来られている。
- ▶ がん診断後、入院期間を経て自宅へ戻るにあたり、独居なので安心安全のために、定期巡回の利用が開始となった。



④ 支援内容と状況 課題

○退院後、訪問入浴サービスを利用されていたが、自身で入浴することのことで、12月に中止となる。

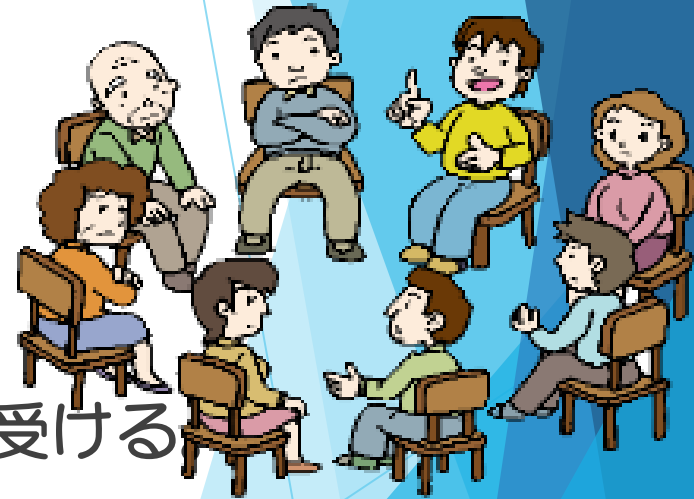
定期巡回訪問中の介助を提案するも拒否され、自身で週3回（火木土）シャワー浴を行っておられる。

○配食弁当は平日（週5回 夕食）で、

2週間に1回の訪問診療と、薬剤師の訪問を受けている。

令和7年1月に発熱あり、呼吸器症状悪化、肺癌末期と診断を受ける
訪問看護は医療へ切り替わり、在宅酸素療法開始となる。

○令和6年までは、第九コンサート練習や、友人と食事など外出はされていた。在宅酸素装着後は、外出は控えておられる。



⑤ 評価

【評価】

＊独居の方で、病状による状態悪化が懸念されるが、住み慣れた自宅での在宅生活を希望される場合、短時間で頻回な訪問及び転倒など緊急時の随時訪問、また看護（医療）との連携が一元管理できるという点においては、状態と本人希望が一致した唯一のサービスといえる。



⑥ 残る課題

【課題】

①一人で入浴されている件

⇒酸素療法継続中で、安全面での不安は大きいですが、本人「大丈夫」とおっしゃっている。

②コーラス関係の友人も多く、外出や散歩などを好まれていたが、在宅酸素装着により、困難となっている。

| タイトル | 項目番号 | 項目 | 自己評価 | | | | コメント | 外部評価コメント |
|-------------------------------------|------|---|-------|---------|-----------|--------|--|---------------------|
| | | | 出来ている | ほぼ出来ている | 出来ないことが多い | 全く出来ない | | |
| I 構造評価 (Structure) [適切な事業運営] | | | | | | | | |
| (1) 理念の明確化 | | | | | | | | |
| サービスの特徴を踏まえた理念の明確化 | 1 | 当該サービスの特徴である「利用者等の在宅生活の継続」と「心身の機能の維持回復」を実現するため、事業所独自の理念を掲げている | ○ | | | | 運営規程に明記し、事業所内に掲示している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| (2) 適切な人材の育成 | | | | | | | | |
| 専門技術の向上のための取り組み | 2 | 管理者と職員は、当該サービスの特徴および事業所の理念について、その内容を十分に認識している | ○ | | | | 事業所内講習などで理解が深められている。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| | 3 | 運営者は、専門技術（アセスメント、随時対応時のオペレーターの判断能力など）の向上のため、職員を育成するための具体的な仕組みの構築や、法人内外の研修を受ける機会等を確保している | | ○ | | | オンラインや動画研修を軸として、研修参加できている。今後は更にサービス特有の研修に、参加機会を設けていきたい。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| | 4 | 管理者は、サービス提供時の職員の配置等を検討する際、職員の能力が最大限に発揮され、能力開発が促されるよう配慮している | ○ | | | | 少人数配置ではあるが、可能な限り能力が最大限発揮され、能力開発を伴うよう配慮した人事異動を実施している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| 介護職・看護職間の相互理解を深めるための機会の確保 | 5 | 介護職・看護職の間で、利用者等の特性・状況に係る相互の理解・認識の共有のための機会が、十分に確保されている | | ○ | | | 主にICTの活用、事務所内での報告などにより情報共有できている。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| (3) 適切な組織体制の構築 | | | | | | | | |
| 組織マネジメントの取り組み | 6 | 利用者等の特性に応じた柔軟なサービスを提供するため、最適且つ柔軟な人材配置（業務・シフトの工夫）を行っている | ○ | | | | 利用予定を見える化し、最適且つ柔軟な配置となるよう、体制を見直すとともに、職員に感染者が発生した際も対応できるよう配慮を加えた。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |

| タイトル | 項目番号 | 項目 | 自己評価 | | | | コメント | 外部評価コメント |
|--|------|---|-------|---------|------------|---------|--|---------------------|
| | | | 出来ている | ほぼ出ていない | 出ていないことが多い | 全く出ていない | | |
| 介護・医療連携推進会議で得られた意見等の適切な反映 | 7 | 介護・医療連携推進会議を適時適切に開催すると共に、得られた要望、助言等（サービスの過少供給に対する指摘、改善策の提案等）を、サービスの提供等に適切に反映させている | ○ | | | | 得られた意見を可能な範囲で反映させている。9月、3月に年2回以上開催している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| (4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備 | | | | | | | | |
| 利用者等の状況に係る情報の随時更新・共有のための環境整備 | 8 | 利用者等の状況について、（個人情報管理に配慮した上で）必要に応じて関係者間で迅速に共有できるよう工夫されている | ○ | | | | クラウドシステムやICTの活用により、関係者間で迅速に情報共有できている。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| (5) 安全管理の徹底 | | | | | | | | |
| 職員の安全管理 | 9 | サービス提供に係る職員の安全確保や災害時の緊急体制の構築等のため、事業所においてその具体的な対策が講じられている（交通安全、夜間訪問時の防犯対策、災害時対応等） | ○ | | | | 当センターの管理マニュアルに従っている。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| 利用者等に係る安全管理 | 10 | 事業所において、利用者等に係る個人情報の適切な取り扱いと保護についての具体的な工夫が講じられているとともに、管理者や職員において共有されている | ○ | | | | 個人情報保護規定に基づき、適切に管理している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| II 過程評価 (Process) | | | | | | | | |
| 1. 利用者等の特性・変化に応じた専門的なサービス提供 | | | | | | | | |
| (1) 利用者等の状況把握及びアセスメントに基づく計画の作成 | | | | | | | | |
| 利用者等の24時間の暮らし全体に着目した、介護・看護両面からのアセスメントの実施 | 11 | 利用者等の一日の生活リズムに着目した、アセスメントが提案されている | | ○ | | | 日々の訪問により収集した情報を基に、介護・看護で月一回アセスメントを行い、支援の方法やタイミングなどを考慮している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| | 12 | 介護・看護の両面からのアセスメントが適切に実施され、両者の共有、つき合わせ等が行われている | ○ | | | | 毎月介護・看護共にアセスメントを行っている。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |

| タイトル | 項目番号 | 項目 | 自己評価 | | | | | 外部評価コメント |
|--|------|--|-------|---------|-------------|----------|---|---------------------|
| | | | 出来ている | ほぼ出来ている | 出来ていないことが多い | 全く出来ていない | コメント | |
| 利用者の心身の機能の維持回復や在宅生活の継続に軸足を置いた「未来志向型」の計画の作成 | 13 | 利用者の心身機能の維持回復に軸足を置いた計画の作成が志向されている | | ○ | | | 残存能力の活用・維持回復のプランを検討し、組み込んでいる。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| | 14 | 重度化しても医療依存度を高め過ぎないように、利用者の今後の変化を予測し、先を見越した適切なリスク管理を実現するための、「未来志向型」の計画の作成が志向されている | | ○ | | | 過剰支援にならないよう個々人の残存能力を把握し自発的行動を促す支援の工夫を行っている。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| (2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し | | | | | | | | |
| 計画上のサービス提供日時に限定されない、必要に応じた柔軟な定期巡回サービスの提供 | 15 | 計画上のサービス提供日時以外であっても、利用者等の状況に変化が生じた場合は、必要に応じて新たに定期巡回・随時対応サービスの提供日時を設定するなど、柔軟な運営に努めている | ○ | | | | 本人の体調不良や家族の体調不良時、就労の都合を加味し柔軟に対応している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| 継続したモニタリングを通じた利用者等の状況変化の早期把握と、計画への適宜反映 | 16 | サービス提供を通じた、継続的なモニタリングによる、利用者等の状況変化の早期把握と、計画への適宜反映が行われている | ○ | | | | 月1回モニタリングを実施し、プラン見直し時に活用している。ケアマネにも提出・報告している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| (3) 介護職・看護職の協働による一体的なサービスの提供 | | | | | | | | |
| 介護職と看護職の相互の専門性を生かした柔軟なサービスの提供 | 17 | より効率的・効果的なサービス提供を実現するため、介護職、看護職のそれぞれの専門性を活かした役割分担が行われている | ○ | | | | 日々の状態観察とその報告や、ケアへのアドバイスなど職種を越えて協働している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| 看護職によるサービス提供に関する指導、助言 | 18 | 看護職から介護職に対し、疾病予防・病状の予後予測・心身の機能の維持回復などの観点から、指導、助言が行われている | | ○ | | | クラウドシステムやICTの活用等で情報を共有し利用者理解を深めている。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |

| タイトル | 項目番号 | 項目 | 自己評価 | | | | | 外部評価コメント |
|---|------|---|-------|---------|-------------|----------|---|---------------------|
| | | | 出来ている | ほぼ出来ている | 出来ていないことが多い | 全く出来ていない | コメント | |
| (4) 利用者等との情報及び意識の共有 | | | | | | | | |
| 利用者等に対する当該サービスの趣旨及び特徴等についての十分な情報提供 | 19 | サービスの開始前に、利用者等に本サービスが「利用者等の在宅生活の継続」と「心身の機能の維持回復」を実現するためのサービスであり、訪問サービスは、その趣旨に沿って行われるアセスメントに基づき提供されることについて、十分な情報提供・説明が行われている | ○ | | | | 利用相談時や契約時に本人・家族へ説明している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| 利用者等との目標及び計画の共有と、適時適切な情報の提供 | 20 | 作成した計画の目標及びその内容について、利用者等に十分な説明を行うなど、共通の認識を得るための努力がされている | ○ | | | | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書を交付し説明して同意を得ている。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| | 21 | 利用者の状況の変化や、それに伴うサービス提供の変化等について、家族等への適時・適切な報告・相談等が行われている | ○ | | | | ケアマネジャーを介したり、直接報告する等、状況に応じ対応している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| 2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的マネジメント | | | | | | | | |
| (1) 共同ケアマネジメントの実践 | | | | | | | | |
| 利用者等の状況の変化についての、ケアマネジャーとの適切な情報共有及びケアプランへの積極的な提案 | 22 | ケアマネジャーとの間で、利用者へのサービス提供状況、心身の機能の変化、周辺環境の変化等に係る情報が共有され、サービスの提供日時等が共同で決められている | ○ | | | | 日々の状況などをこまめにケアマネジャーに報告している。また、意向や訴えを関係者で共有している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| | 23 | 計画の目標達成のために、必要に応じて、ケアプランへの積極的な提案（地域内のフォーマル・インフォーマルサービスの活用等を含む）が行われている | ○ | | | | 利用者の状況を勘案し、他サービスの利活用などの提案・活用を勧めている。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| 定期的なアセスメント結果や目標の達成状況等に関する、多職種への積極的な情報提供 | 24 | サービス担当者会議等の場を通じて、利用者等の状況や計画目標の達成状況について、多職種への情報提供が行われている | ○ | | | | サービス担当者会議や計画書の提出にて、多職種への状況共有を行っている。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |

| タイトル | 項目番号 | 項目 | 自己評価 | | | | | 外部評価コメント |
|---|------|--|-------|---------|-------------|----------|---|---------------------|
| | | | 出来ている | ほぼ出来ている | 出来ていないことが多い | 全く出来ていない | コメント | |
| (2) 多職種連携を通じた包括的・継続的マネジメントへの貢献 | | | | | | | | |
| 利用者の在宅生活の継続に必要なとなる、利用者等に対する包括的なサポートについての、多職種による検討 | 25 | 利用者の在宅生活の継続に必要なとなる、包括的なサポート（保険外サービス、インフォーマルケア等の活用を含む）について、必要に応じて多職種による検討が行われている（※任意評価項目） | | ○ | | | 介護・看護間で協議しケアマネージャーへ提案している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| | 26 | 病院・施設への入院・入所、及び病院・施設からの退院・退所の際などに、切れ目のない介護・看護サービスを提供するために、必要に応じて多職種による検討や情報の共有が行われている（※任意評価項目） | ○ | | | | 退院前の密な連絡や情報共有は積極的に行っており、切れ目のないサービス提供を目指して、迅速な受入を実施している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| | 27 | 地域における利用者の在宅生活の継続に必要なとなる、包括的なサポート体制を構築するため、多職種による効果的な役割分担や連携方策等について検討し、共有がされている（※任意評価項目） | ○ | | | | 関わり得る職種やサービス事業者間でのこまめな情報共有や連携を行っている。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| 3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画 | | | | | | | | |
| (1) 地域への積極的な情報発信及び提案 | | | | | | | | |
| 介護・医療連携推進会議の記録や、サービスの概要及び効果等の、地域に向けた積極的な情報の発信 | 28 | 介護・医療連携推進会議の記録について、誰でも見ることのできるような方法での情報発信が、迅速に行われている | ○ | | | | ホームページ等を利用して公開している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| | 29 | 当該サービスの概要や効果等についての、地域における正しい理解を広めるため、積極的な広報周知が行われている | ○ | | | | 定期的に近隣医療機関・居宅介護支援事業所等への広報・周知活動を行っている。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| (2) まちづくりへの参画 | | | | | | | | |
| 行政の地域包括ケアシステム構築に係る方針や計画の理解 | 30 | 行政が介護保険事業計画等で掲げている、地域包括ケアシステムの構築方針や計画の内容等について十分に理解している | | ○ | | | 泉南市役所ホームページでの計画内容の確認を行っている。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |

| タイトル | 項目番号 | 項目 | 自己評価 | | | | コメント | 外部評価コメント |
|------------------------------------|------|---|-------|---------|-------------|----------|---|---------------------|
| | | | 出来ている | ほぼ出来ている | 出来ていないことが多い | 全く出来ていない | | |
| サービス提供における、地域への展開 | 31 | サービスの提供エリアについて、特定の建物等に限定せず、地域へ広く展開していくことが志向されている | ○ | | | | 居住地を制限せず地域へ広く展開している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| 安心して暮らせるまちづくりに向けた、積極的な課題提起、改善策の提案等 | 32 | 当該サービスの提供等を通じて得た情報や知見、多様な関係者とのネットワーク等を活用し、介護・看護の観点から、まちづくりに係る問題認識を広い関係者間で共有し、必要に応じて具体的な課題提起、改善策の提案等（保険外サービスやインフォーマルサービスの開発・活用等）が行われている（※任意評価項目） | ○ | | | | 泉南市（南大阪）こども食堂ネットワークを通じて、地域のセーフティネットのあるべき理想像や問題提起を行っている。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| III 結果評価（Outcome） | | | | | | | | |
| サービス導入後の利用者の変化 | 33 | サービスの導入により、利用者ごとの計画目標の達成が図られている | | ○ | | | 過剰支援にならないよう支援している。サービス導入により、在宅生活が安定している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |
| 在宅生活の継続に対する安心感 | 34 | サービスの導入により、利用者等において、在宅生活の継続に対する安心感が得られている | | ○ | | | 随時緊急訪問等の安心感も得られているサービス導入により、在宅生活が安定している。 | 【会議当日のコメント】 特に無し |