

令和 7年度 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 サービス評価表

2. 介護・医療連携推進会議

介護・医療連携推進会議への公表日	2026/3/31
開催場所	薫風の丘

自己評価・外部評価 評価表

タイトル	項目番号	項目	自己評価					外部評価コメント
			実施状況					
			できていない	ほぼできていない	ができていない	できていない	完全にできていない	
<b>I 構造評価 (Structure) 【適切な事業運営】</b>								
<b>(1) 理念の明確化</b>								
サービスの特徴を踏まえた理念の明確化 <目標> 職員間での理念を共有し、それに沿ったケアの実践が行える	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	✓				薫風の丘1階エレベーター前に事業所理念を掲げており、誰もが見られるような環境を整えている為、この評価としました。	誰も見られる場所に掲示されていて良いと思います。
専門技術の向上のための取り組み <目標> 職員個々の能力に応じた学習の実践が出来る	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	✓				事業所事務所内の掲示し、誰もが閲覧出来るようにしている。また各職員に年2回実施している面接の自己目標振り返りシートにも法人の理念の記載をして周知を図っている為、この評価としました。	自己目標振り返りシートの記載等、職員一人一人への浸透を図る仕組みは良いと思います。
	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		✓			年間研修計画を基に、本年も法定研修や事業所独自の課題に対する研修会を企画実施した。※障害への理解や支援方法、自立支援について等。但し、外部研修への参加は乏しく、この評価としました。	今後は外部研修への積極的な参加を期待します。
	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	✓				職員個々の経験年数や、業務習得度、利用者との関係性を計画作成責任者と共有しながら、適切に配置を行った事から、この評価としました。	適切な人員配置を行われて良いと思います。
介護職・看護職間の相互理解を深めるための機会の確保 <目標> 職種間連携についての理解を深め、適切な連携が図れる	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	✓				各訪問看護事業所の方々とICTの活用や、電話連絡等の手段を使い、状態変化等があった場合には、都度情報交換をしながら、ケアの実践が出来たと思われる為、この評価としました。	タイムリーに情報交換が行われる体制は良いと思います。
<b>(3) 適切な組織体制の構築</b>								
組織マネジメントの取り組み <目標> 利用者個々の状態に応じた訪問体制が構築出来る	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	✓				利用者個々の性格や、ニーズに対して、必要に応じてヘルパーを固定する等の対応が出来たと思われる為、この評価としました。	利用者特性に配慮したシフト工夫が見られます。

タイトル	項目番号	項目	自己評価					外部評価コメント
			実施状況					
			できていない	ほぼできていない	がなで多いきことい	で全いくない	目標に対しての事業所評価	
介護・医療連携推進会議で得られた意見等の適切な反映 <目標> 外部からの助言等に対し、現場での実践に活かしていく	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。※今後の新規利用に向けた広報活動については、出雲市の方にも助言を頂きながら、事例発表等の場を設け、利用にあたっての具体的なイメージが付く事で利用開始に繋がるよう活動していく。		✓			会議の開催については、適切に開催出来たと思います。また頂いた要望の中で、地域でのサービス提供者の増という事に関して、提供実績はあるが、現在利用者がいない状況を踏まえ、十分とは言えずこの評価としました。※新規利用開始に向け、出雲市の方からの助言も頂きながら、事例発表等の場を設け、サービスについての具体的なイメージをもってもらおう事で、利用開始に繋がるよう活動していく。	今後の受け入れ体制の広報はどのようにお考えですか。
<b>(4) 適切な情報提供・共有のための基盤整備</b>								
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 <目標> 利用者個々の状態変化に伴い、速やかに関係者間での共有が図れ、ケアに反映させる事が出来る	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	✓				月1回の書面による現状報告は継続して実施しており、変化があった場合についても、タイムラグなく関係者間へ電話連絡等で共有出来たと思われる為、この評価としました。	月1回の書面報告と、状態変化時の即時連絡が徹底されています。
<b>(5) 安全管理の徹底</b>								
職員の安全管理 <目標> 災害時等の緊急時において、各自が役割を認知し、有事の際には速やかに行動出来るようになる	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)	✓				本年度もBCPに基づいて、研修会や訓練の実施が出来た為、この評価としました。	有事の備えがなされています。
利用者等に係る安全管理 <目標> 個人情報の取り扱いについての理解を職員間で深め、適切な対応が出来る	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るとともに、管理者や職員において共有されている	✓				事業所内に各利用者の個人情報に関するリストを作成・共有している。また、プライバシー保護等の研修会も実施し、理解を深めている為この評価としました。	適切な保護体制が整っています。

タイトル	項目番号	項目	自己評価					外部評価コメント
			実施状況					
			できていない	ほぼできていない	がなだりていない	で全くなかない	目標に対しての事業所評価	
<b>II 過程評価 (Process)</b>								
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 ＜目標＞ 介護・看護間での連携の基、個々に応じた適切なアセスメントが実施出来る	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	✓				利用者一人一人の生活習慣や、生活上で大切にされている事を職種間で共有しつつ、アセスメントを実施している為この評価としました。 ※訪問時の利用者からの訴え等あれば、職種間で共有している。	利用者の24時間の暮らし全体に着目したアセスメントが実践されています。
	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	✓				毎月連携している各訪問看護事業所様より、アセスメントシートを頂戴し、それを踏まえたア上でアセスメントを実施している為、この評価としました。	①アセスメントシートを活用し、多角的な分析が行われています。②毎月看護アセスメントシート送っているが、質問や意見等があれば、積極的に伝えて欲しい。
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＜目標＞ 利用者個々の状態に合せ、状態の維持・回復の観点からの計画作成、ケアの実践が出来る	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	✓				各利用者において、心身機能の状態に変化があった場合（認知機能低下や筋力低下等による歩行機能の悪化等）や、機能低下が懸念されるような生活状況が見受けられる際は、各居宅や訪問看護事業所と連携を図り、ヘルパー間でも適宜ケースカンファレンスを実施の基、計画の作成や修正を行っている為、この評価としました。※シフトの関係上、ケース会議への計画作成責任者の毎回の参加は難しいが、可能な限り参加するようにしています。また、不参加の場合も、計画作成責任者よりコメントあれば事前に聴取し、会議の場で伝えるようにしている。	①筋力低下等の変化に対し、ケースカンファレンスを通じて迅速に計画修正を行う体制がとれていて良いと思います。②ケース会議に参加される際、管理者だけでなく、計画作成責任者の方も参加して欲しい。
	14	重度化しても医療依存度を高め過ぎないよう、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	✓				基礎疾患をベースに、各訪問看護事業所からの個別の観察ポイント等の助言を頂き、それを基に計画書の留意点として反映させている為、この評価としました。	看護職からの助言を計画書の留意点に反映させ重度化を予測した管理がなされています。

タイトル	項目番号	項目	自己評価					外部評価コメント
			実施状況					
			できてい	てほ	がな	で全	目	
			できて	多い	く	標		
			い	てき	こ	い	対	
			い	い	と	い	し	
							業	
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 <目標> 利用者に対し、その時々々のニーズに応じた対応が出来る	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	✓				心身機能に変化があった場合には、関係各所と連携を図り、支援内容を柔軟に変更している(排泄介助や、移動介助、服薬介助、安否確認等の訪問を適宜追加)また、一時的な状態変化の場合においても、現状の計画外の時間帯での訪問を必要に応じて行って適宜行っている為この評価としました。	計画外の時間でも排泄や服薬介助の訪問を適宜追加するなど、随時ニーズへの対応が実践されています。
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 <目標> 状態変化等に対し、タイムリーな情報共有の基、適切なタイミングでの計画見直し、修正が出来る	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回の定期的なモニタリングや、状態変化があった際の臨時でのモニタリング・評価の実施をし、その内容を関係者間で共有しつつ、適切なタイミングで計画の修正・変更等を実施出来たと思われる為、この評価としました。	定期および随時のモニタリングを通じて、変化を迅速にケアプランへ反映されています。
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 <目標> 他の職種に対する専門性を理解し、適切な連携が図れる	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		✓			担当者会等の場を通じ、関係各所との話し合いの基、利用者個々の支援体制についての役割分担を明確にしている為、この評価としました。	担当者会議等で、他職種間の役割を明確にし、効率的な支援体制を築かれています。
看護職によるサービス提供に関する指導、助言 <目標> 状態変化に伴い、適宜看護職からの助言、指導を受け、ケアに反映する事が出来る	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	✓				各訪問看護事業所より、利用者の現病歴に関する注意点や観察項目等の助言を頂き、必要に応じて指示の基、体重や血圧測定等の実施も行い、異常の早期発見をする事で、悪化防止に繋げられるよう努めている為この評価としました。	看護職の助言を、介護士による日々の体温、血圧測定等の実践につなげています。
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 <目標> 利用開始にあたり、サービスの趣旨や特徴を十分に理解してもらった上でサービスの提供が出来る	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	✓				サービス開始にあたり、利用者又は家族に対し、計画書を基に、丁寧な説明を行い、理解してもらった上でサービス提供が出来たと思われる。また、ケア内容が変更になった場合についても、同様に対応している為、この評価としました。	利用開始前に、計画書に基づいた丁寧な説明を行い、在宅継続の趣旨について理解を得ています。
利用者等の目標及び計画の共有と、適時適切な情報の提供 <目標> 作成した計画に対し、都度丁寧な説明を行い、十分に理解してもらった上で、サービス提供が出来る	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	✓				初回計画作成時、計画変更時共に本人や家族に対し、都度丁寧な説明を実施しておりこの評価としました。	都度丁寧な説明を行い、利用者、家族との共通認識を形成しています。
	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	✓				状態変化に伴い、計画の修正が必要になった際は、家族に対し、現状についてや、サービスの変更についての目的を都度説明しておりこの評価とします。	サービス変更の目的を含め、家族に対して適宜、適切な相談、報告がなされています。
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 <目標> 利用者等の状態変化等に対し、ケアマネジャーとのタイムリーな報告相談の基、支援計画が作成出来る	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	✓				サービス提供状況や特記事項等については、毎月書面での定期報告を実施しています。内容によって提供日時や回数の変更が急ぎで必要になった場合は、その都度電話等の手段を使い、適宜決定している為この評価としました。	書面と電話を使い分け、共同での意思決定が円滑になされています。

タイトル	項目番号	項目	自己評価				外部評価コメント	
			実施状況					目標に対しての事業所評価
			できてい	てほ	がな	で全		
			い	い	い	い		
	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	✓				サービス提供の際に知り得た利用者の生活状況を基に、活動性の低下により目標達成が困難になる懸念がある場合はフォーマルサービス(デイサービスの利用等)の提案等を担当ケアマネに実施しており、この評価としました。	生活状況の変化に基づき、デイサービス等の活用をケアマネジャーへ提案出来ています。
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 <目標> 必要に応じ、都度多職種間での情報共有が出来る	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	✓				担当者会への参加は都度しており、その場を借りて、こちらからの情報発信や、他の事業所からの様子を聞かせて頂き、現状のすり合わせをしている為、この評価としました。	サービス担当者会議への出席を通じ、他事業所との情報すり合わせが積極的に行われています。
<b>(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</b>								
利用者の在宅生活の継続に必要な、利用者等に対する包括的なサポートについて、多職種による検討 <目標> 在宅生活継続の為に、都度関係者間での情報共有の基、適切なサービスの検討・実施が出来る	25	利用者の在宅生活の継続に必要な、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)		✓			担当者会等の場で、利用者個々の現状に対し、フォーマルケアのみならず、インフォーマルケア(家族や地域資源等)についても適宜検討している為、この評価としました。	インフォーマルケアを含めた検討がなされています。
	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)	✓				入院・入所になった場合は、必要に応じて病院や施設への情報提供を書面等で行っている。また、退院・退所の際も、退院前カンファレンス等への参加をし、現状把握とそれに対するサービス内容の検討を都度行っている為、この評価としました。	退院前カンファレンスの参加や、医療機関への情報提供により、継続的な支援体制が確保されています。
多職種による効果的な役割分担及び連携に係る検討と、必要に応じた関係者等への積極的な提案 <目標> 利用者支援にあたり、多職種間での役割分担や連携について検討し、共有が出来る	27	地域における利用者の在宅生活の継続に必要な、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)			✓		担当者会やカンファレンスの場を通じ、利用者の状態に合わせた役割分担(転倒防止の為に各専門分野によるアセスメント等)を検討、共有した上でのケアの実践に努めていた為この評価としました。	転倒防止などの課題に対し、専門分野ごとのアセスメントに基づく役割分担が徹底されています。
<b>3. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画</b>								
<b>(1) 地域への積極的な情報発信及び提案</b>								
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 <目標> 地域の方に対し、当該サービスの内容についての理解を深めてもらう	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	✓				会議の報告書や外部評価表については、HP上に公開しており、誰でも閲覧出来るようにしている為、この評価としました。	HP上で公開し、透明性の高い情報発信を行っていただいています。
	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				✓	各居宅介護支援事業所へは、問い合わせに対する回答や、資料等の配布を行っているが、地域の方に対する周知活動は実績が乏しく、この評価としました。 ※今後は居宅介護支援事業所や地域住民の方が集まる場へ赴き、周知活動が出来ればと考えています。	地域住民への周知において、今後は新しいアプローチは検討されていますか。
<b>(2) まちづくりへの参画</b>								
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 <目標> 地域包括ケアシステムについての理解を深める	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	✓				HP上で公開されている「地域包括ケアシステムの実現」等の資料を拝見し、理解を深めるよう努めていた為、この評価としました。	行政の資料を通じて、地域包括ケアシステムの構築の方針理解に努めています。

タイトル	項目番号	項目	自己評価					外部評価コメント
			実施状況					
			できていない	ほぼできていない	がなできていない	で全くなかない	目標に対しての事業所評価	
サービス提供における、地域への展開 <目標> 地域でお住まいの方に対し、継続してサービス提供が出来る	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			✓		本年外の外部での実績としては、2件でしたので、この評価としました ※大津町、姫原町の方 今後も地域でのサービス提供が継続出来るよう努めていきます。	地域へ広く展開しようとする姿勢を評価します。
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 <目標> 会議等の場において、当該サービス担当介護職の立場として、提案等が出来る	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)			✓		地域の方や関係者が集まるような場への参加があまり出来ておらず、課題提起や提案についても不十分であった為、この評価としました。 ※住み慣れた地域で、可能な限り生活が継続出来るよう、生活面における支援を柔軟に行い、在宅生活継続の一助になれるよう努めていければと考えて	今後地域住民が集まる場所へ参加する上で、どのような役割を果たしていきたいとお考えですか。
<b>III 結果評価 (Outcome)</b>								
サービス導入後の利用者の変化 <目標> サービスの適切な導入により、目標の達成が図れる	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	✓				転倒なく安全に過ごす事や、健康状態の維持・回復等個々の目標の対し、概ね目標の達成がされていると思われるので、この評価としました。	個々の目標に対して、概ね成果が得られています。
在宅生活の継続に対する安心感 <目標> 利用者満足度の高いサービス提供が出来る	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			✓		サービス利用中の方より、感謝の言葉を頂く事はあるが、アンケート調査等を実施しておらず、全体像が把握できていない為、この評価としました。 ※来年度は利用満足度調査をご家族や利用者に対し実施をし、内容によって個々に検討した後にサービス提供の際に反映させていければと思います。	来年度実施予定の満足度調査は、調査結果をどのように運営改善に反映させていく予定ですか。