

目 次

1. 各種指針

高齢者虐待の防止のための指針	1
----------------------	---

2. 開示資料

定期巡回随時対応サービス

介護・医療連携推進会議議事録

令和7年3月21日開催分	4
【別紙】令和6年度自己評価表	7
令和8年3月19日開催分	10
【別紙】令和7年度自己評価書	14
令和8年9月17日開催分	17

高齢者虐待の防止のための指針

社会福祉法人 三省会

1. 高齢者虐待の防止に関する基本的考え方

虐待は、高齢者の尊厳の保持や人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極めて高く、虐待の防止のために必要な措置を講じなければならない。

本法人では、利用者への虐待は、人権侵害であり、犯罪行為であると認識し、高齢者虐待防止法に基づく高齢者虐待の防止、予防及び早期発見を徹底するため本指針を策定し、全ての職員は本指針に従い、真摯に業務にまい進するものとする。

2. 虐待の定義

(1) 身体的虐待

暴力的行為等で利用者の身体に外傷や痛みを与える又はそのおそれのある行為を加えること。または、正当な理由なく身体を拘束すること。

(2) 介護・世話の放棄・放任(ネグレクト)

意図的であるか、結果的であるかを問わず、行うべきサービスの提供を放棄又は放任し、利用者の生活環境や身体・精神状態を悪化させること。

(3) 心理的虐待

脅しや侮辱等の言葉や威圧的な態度、無視、嫌がらせ等によって利用者に精神的、情緒的な苦痛を与えること。

(4) 性的虐待

利用者にわいせつな行為をすること。又は利用者にわいせつな行為をさせること。

(5) 経済的虐待

利用者の合意なしに財産や金銭を使用し、本人の希望する金銭の使用を理由なく制限すること。

3. 高齢者虐待防止委員会その他組織に関する事項

本法人では、虐待及び虐待と疑われる事案(以下「虐待等」という。)の発生の防止等に取り組むに当たって「高齢者虐待防止委員会」(以下「委員会」という。)を設置するとともに、虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者を定めることとする。

(1) 設置の目的

虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討するとともに、虐待防止に関する措置を適切に実施する。

(2) 委員会の構成委員

- ・委員長は、施設長が務める。
- ・委員会の委員は、施設長、各事業所の代表者(主任以上)、介護支援専門員、生活相談

員、看護職員、介護職員、その他必要に応じ委員長が指名した職員とする。

(3) 委員会の開催

- ・委員会は、委員長の招集により年2回以上開催し、身体拘束0推進委員会と一体的に開催を行う。
- ・虐待事案発生時等、必要な際は委員長が随時委員会を招集する。

(4) 委員会の役割

- ① 虐待に対する基本理念、行動規範等及び職員への周知に関すること
- ② 虐待防止のための指針、マニュアル等の整備に関すること
- ③ 職員の人権意識を高めるための研修計画策定に関すること
- ④ 虐待予防、早期発見に向けた取組に関すること
- ⑤ 虐待が発生した場合の対応に関すること
- ⑥ 虐待の原因分析と再発防止策に関すること

(5) 高齢者虐待防止の担当者の選任

高齢者虐待防止の担当者は、委員長とする。

4. 高齢者虐待の防止のための職員研修に関する基本方針

職員に対する権利擁護及び高齢者虐待防止のための研修は、基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、権利擁護及び虐待防止を徹底する内容とし、以下のとおり実施する。

- (1) 定期的な研修の実施(年2回以上)
- (2) 新任職員への研修の実施
- (3) その他必要な教育・研修の実施
- (4) 実施した研修についての実施内容(研修資料)及び出席者の記録と保管

5. 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針

- (1) 虐待等が発生した場合は、速やかに市に報告するとともに、その要因の速やかな除去に努める。客観的な事実確認の結果、虐待者が職員であった場合は、役職位等の如何を問わず、就業規則等に従い厳正に対処する。
- (2) 緊急性の高い事案の場合は、市及び警察等の協力を仰ぎ、被虐待者の権利と生命の保全を最優先する。

6. 虐待等が発生した場合の相談・報告体制

- (1) 利用者、利用者家族、職員等から虐待の通報を受けた場合は、本指針に従って対応する。相談窓口は、3(5)で定められた高齢者虐待防止担当者とする。なお、虐待者が担当者の場合は、他の上席者等に相談する。
- (2) 利用者の居宅において虐待等が発生した場合は、関係機関に報告し、速やかな解決につなげるよう努める。

- (3) 事業所内で虐待等が発生した場合は、高齢者虐待防止担当者に報告し、速やかな解決につなげるよう努める。
- (4) 事業所内における高齢者虐待は、外部から把握しにくいことが特徴であることを認識し、職員は日頃から虐待の早期発見に努めるとともに、委員会及び高齢者虐待防止担当者は職員に対し早期発見に努めるよう促す。
- (5) 事業所内において虐待が疑われる事案が発生した場合は、速やかに高齢者虐待防止委員会を開催し、事実関係を確認するとともに、必要に応じて関係機関に通報する。

7. 成年後見制度の利用支援

利用者及びその家族に対して、利用可能な権利擁護事業等の情報を提供し、必要に応じて、行政機関等の関係窓口、社会福祉協議会、身元引受人等と連携のうえ、成年後見制度の利用を支援する。

8. 虐待等に係る苦情解決方法

- (1) 虐待等の苦情相談については、苦情受付担当者は受付内容を管理者に報告する。
- (2) 苦情相談窓口で受け付けた内容は、個人情報の取扱いに留意し、相談者に不利益が生じないよう細心の注意を払って対処する。
- (3) 対応の結果は、相談者にも報告する。

9. 利用者等に対する指針の閲覧

本指針は、職員、利用者及びその家族をはじめ外部の者に対しても、いつでも閲覧できるよう事務室等に備え置くとともにホームページ上に公開する。

10. その他虐待防止の推進のために必要な事項

権利擁護及び高齢者虐待防止等のための内部研修のほか、外部研修にも積極的に参加し、利用者の権利擁護とサービスの質の向上を目指すよう努める。

付 則

この指針は、令和6年4月1日から施行する。

○進行 ただ今からやまづみ荘の介護・医療連携推進会議を始めさせていただきます。
開催にあたり社会福祉法人三省会の福田理事長がご挨拶申し上げます。

○理事長 本日はお忙しい中をお集り頂き有難うございます。
理事長の福田と申します。

近年医療と介護の連携ということが叫ばれており、また、ICT機器を導入した介護のデジタル化、そういったところも今後のトレンドとなってくるかと思えますけども、今回もこの会議で皆様の方から忌憚なくご意見が聞ければと思いますので本日はどうぞよろしくお願いします。

○進行 本日は前回と同じように皆様にお見え頂いておりますが、市役所からは代わりに福田様がお見えになっていらっしゃいます。

○佐世保市様 長寿社会課の保健師の福田と申します。
本日一ノ瀬の代わりに出席させて頂いております。初めてですがどうぞよろしくお願いします。

○皆様 よろしくお願いします。

○進行 お手元の座席図ですが、本日ご利用者のご家族が急遽出席がかなわないということでしたので一つずつ横の方に座っていただいております。
会議の様子は、ホームページへの掲載ほか広く公開となっておりますので録音して記録させて頂いております。よろしくお願いします。

○進行 それでは議題3、運営状況から担当がご説明申し上げます。お手元の資料をご参照下さい。

○古田計画作成責任者

・定期巡回随時対応サービス稼働状況（Ⅰ）

前期と後期で利用者数は1名の差ですが、訪問回数が333回増えております。
これは、ご家族の仕事の関係で長期出張等不在の時は転倒防止の為に毎回移動介助を行っていて、在宅時と比べると倍以上の定期訪問があります。後期は出張が何度かあり数が増えております。

随時訪問、随時対応ですが、前期に比べて後期は随時対応に比べて随時訪問の回数が減っております。
最初の頃は緊急コールで連絡があると、お待たせしながらも必ず訪問を行う事が多かったのですが、最近は会話で落ち着かれ随時対応だけで終わっています。

訪問看護さんが、59と64です。月に一度アセスメントをしていますが実利用者なので、途中で入院をされたり、施設入所されてアセスメントができなかった方もいらっしゃいます。

・定期巡回随時対応サービス稼働状況（Ⅱ）

先ほどのサービス稼働状況を日勤帯と夜勤帯に分けて表示しております。
その下は一日の平均訪問回数です。

・夜間帯訪問件数（随時訪問含む）

夜間帯の訪問件数ですが、23時以降の夜中から朝方にかけての訪問は尿漏れや排便の連絡や転倒の連絡があり訪問したりしております。

8時台から22時台、朝の7時台から8時台の訪問は定期の訪問で行っているところです。

・定期巡回利用者の推移

新規利用者が入っては亡くなられたり、施設入所で支援終了される方がいて、月初め11名でしたが支援終了者が3月は3名いて実質は8名となっています。現在は実利用者は8名で、平均目標は11名としており、これに近づけるように頑張っていきたいと思っていますので宜しくお願いいたします。

○進行 今統計数字を基に説明しましたが、何か質問がございませんでしょうか。

ないようでしたら議題3の(1)の二、それぞれのご利用者の状況を古田からご説明します。

○古田計画作成責任者

令和6年9月から令和7年2月までの利用者16名(支援修了者7名を含む)について、利用に至る経緯、ADL、支援内容・回数・時間、その他のサービス利用、近況のほか、毎日皮膚や状態確認を行い、変化があった時は訪看やご家族に報告し、職員間で情報共有を行っている状況を報告した。

○進行 急ぎ足で説明させて頂きましたけども、皆様からお尋ね、アドバイス等ございましたらお願いしたいと思いますが。

よろしいでしょうか。それでは次の事業所職員の配置状況並びに研修計画・実績についてご説明します。

○本山管理者 職員の状況です。定期巡回、訪問介護、障害福祉と3つの事業を実施しております。

正規職員5名、非常勤の職員3名です。非常勤の職員は、昨年8月で1名退職し現在3名になっております。

次に研修計画・実績について、定期巡回に限らず全ての介護サービスは研修が義務付けられており、以下のように4月から3月まで毎月実施しております。

またR6年度からは、新たに業務継続計画に伴う研修及び訓練、或いは高齢者虐待防止の推進、そうした研修も新たに加わって職員は一生懸命サービス向上に向けて努力しているところです。

最後に年に1回、自らのサービスの状況はどうだったかと自己評価をしておりますので、この評価について皆様のご意見を頂ければと思います。吉村からご説明します。

○吉村計画作成責任者

R6年度自己評価の説明・・・別紙

○進行 今のが事業所の各々の評価でしたが、皆様から何かございませんか。

評価を下けているところはよろしいですか。

○古田計画作成責任者

連携の結さん・パンダさんとは、判らない事とかは電話で連絡したり助言を聞いたり指示を受けたりしてというのは、私達としてはとても聞き易い、しやすいという所があるのですが、今、終末期の方の定期巡回利用が増えているのですが、医療で連携していない訪問看護の方が入られていて、緊急の時はここに連絡をして下さい、緊急の時連絡を下さいということと言われるので、なかなかお一人おひとり利用者様もここがチョット違うかなと思う時に、私達も連絡が上手く出来なくて、もう少しこれを早くしていたら良いかなと思う事とかが何度かありまして、どうしたらいいかなと思っています。

何か教えていただければ助かります。

○訪看結様

自分が不安に思っているとか、これは違うんじゃないかとアセスメントしたならば、私たち患者さんでもようは他の事業所さんが入っている時ってことですよね？自分がアセスメントしたならば、質問したり、考えたり、聞いたりとかは必要なので、間違いをしておこすよりも、忙しいとは思うんですけどしっかり聞いてされた方がいいのかなと思います。私達も電話をさしあげる時に、今は忙しいかな？と時間の考慮をする時があるんですが、そこをしないで勝手に電話をする時がありますので、その辺はご了承ください。

○古田計画作成責任者

いえいえとても助かっております。ありがとうございます。

○進行 予定していた時間も過ぎましたので、最後に閉会の挨拶を山口施設長から申し上げます。

○施設長

つい先日まで九州でも雪が降っていましたが、今日くらいから少しずつ暖かくなってきて、来週には桜の花見も出来るかなという気候になってまいりました。

日頃から今日お越しいただいております皆様のおかげでやまずみ荘の定期巡回も順調に推移をしております。

今年度は介護保険の改定がありまして、訪問系は厳しい改定の内容でしたけども、昨今になって見直しのところが出て来ておりまして色々報酬の方とか良い改定の方に進んでいければなと思っております。

今後ともやまずみ荘の定期巡回を関係者の皆様、特によろしく願いいたします。
ありがとうございました。

○進行 それでは終了したいと思います。

ありがとうございました。

タイトル	項目 番号	項目	自己評価				コメント
			実施状況 い で き て	る き ほ と ぼ い で	が な い こ と い	な き 全 い て く い で	
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		○			事業所独自の理念はないが、法人共通の理念がある。
(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		○			サービスの特徴は認識しており、理念についても概ね認識している。
	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		○			コロナが消滅していない為、外部研修の参加は難しいが、内部研修、オンラインでの研修が出来ている。
	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		○			職員個々人の経験・能力等を考慮し、適切な人材配置に努めている。
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		○			看護と同一のツールは使用していないが、電話や書式での情報共有は出来ている。
(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	○				人員不足の課題はあるが、シフトの工夫を行いながら、利用者にとって必要なサービスを柔軟に行っている
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	○				委員各位の助言や改善策の提案などについて、サービス提供時に反映している。
(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	○				訪問時の情報等は、次回訪問担当者と電話連絡等で迅速に共有出来ており、申し送りノートも活用している。
(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)	○				訪問経路の安全確認や交通ルールの厳守と共に事故発生時・緊急時の対応連絡体制を整備し職員の安全確保に努めている。スタットレスタイヤの使用で積雪時も安心して移動する事が出来ている。
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	○				「個人情報保護規程」に基づき、契約時に「個人情報の使用に係る同意書」を提出いただき、鍵付書庫にて保管している。
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	○				利用者の生活リズムに合わせたアセスメントの提案を行い柔軟に対応している。
	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	○				看護師の月1回のアセスメントや状態変化があった場合は連絡を取り情報の共有を行っている。
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	○				利用者の日々の心身機能の変化を把握し、その維持回復に軸足を置いた計画作成を志向している。
	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	○				異常の早期発見や今後の変化を予測した、適切なリスク管理ができる計画作成を志向しており、その都度支援の見直しを行っている。
(2) 利用者等の状況変化への柔軟な対応と計画の見直し							

タイトル	項目番号	項目	自己評価				コメント
			実施状況 い で き て	き ほ う で い て	な き ほ う で い て く い で	な き ほ う で い て く い で	
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	○				利用者の状況変化に合わせて、随時対応、随時訪問、追加の支援など柔軟に対応出来ている。利用者や家族が安心できる環境作りにも努めた。
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	○				継続的なモニタリングを行い、利用者の状況変化を適宜的確に捉え、計画に適切に反映させている。
(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		○			状態の変化があった時、看護職への連絡を行ない専門的な指導や助言をもらっている。
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		○			月1回のアセスメント提出の際や体調不良時に指導や助言をもらい、対応しているが、医療で入っている訪問の場合は、上手く連携することが出来なかった。
(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	○				サービスの利用開始前に、利用者等に「在宅での草庵ある生活の継続を支える」サービスの基本方針や制度・特徴等の説明、情報提供を十分に行い、理解を得るようにしている。
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	○				アセスメントに基づく目標や計画を利用者、家族に説明を行ない、共有している。
	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	○				変化がある都度、家族等へ報告・相談を行っている。
2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的なマネジメント							
(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	○				サービス提供状況や心身の変化については、随時報告し合い、情報の共有が出来ている。
	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	○				ケアマネジャーと利用者の情報交換を行い目標達成のために必要なサービスの提案を行っている。
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	○				担当者会議等での利用者の情報提供やショートステイやデイサービスの事業所へ情報提供を行っている。利用者に変化があった場合もその都度情報提供を行っている。
(2) 多職種連携を通じた包括的・継続的なマネジメントへの貢献							
利用者の在宅生活の継続に必要となる、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)	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)	○				必要に応じて家族への相談など多職種で検討している。(配食サービスの提案など)
	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、退所時のカンファレンスに参加し、情報の共有を行い、必要な支援に繋がっている。
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	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)	○				ケアマネジャーを中心に利用者の状態の変化に合わせて多職種と連携して必要な支援内容の検討を行っている。
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	○				会議等はファイリングし、事務局にて自由に閲覧できるようにしている。ホームページにも掲載し、情報発信出来ており、ご家族にも送付を行っている。

タイトル	項目番号	項目	自己評価				コメント	
			実施状況	い	る	き	な	
			でき	る	き	ほ	が	
			て	い	で	い	な	
			い	で	き	て	い	
			て	い	こ	い	で	
	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			○			居宅支援事業所を中心に医療連携室・病院・診療所、地域包括支援センター、当全職員に周知しているが地域住民への周知は行っていない。
(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			○			高齢者が住み慣れた地域で自分らしい在宅生活を支援するシステムであり十分に理解している。
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	○					特定の建物・高齢者施設等への限定はなく、個人宅への訪問を行っている。
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)			○			サービス提供の障害となっている事柄等を、関係者に提起、共有する事により町づくりに向けた改善策に繋げている。
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	○					目標達成が図られているが、在宅生活が困難な方は施設入所をされている。
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	○					自宅で安心して生活が送られるよう、本人、家族に出来ない事をサービス利用で補っている。

実施状況

できている	24
ほぼできている	10
できていないことが多い	0
まったくできていない	0
計	34

介護医療連携推進会議 議事録

日 時： 令和 8 年 3 月 19 日（木） 13:00～14:00

場 所： 社会福祉法人三省会 ユニット館 4 階 会議室

出席者： 社会福祉法人三省会 /理事長 同 会/施設長

福田外科病院 地域連携室/主任様 訪問看護ステーションぱんだ佐世保/管理者様

訪問介護ステーション結/管理者様 鈴ケアプランセンター/管理者様

定期巡回随時訪問サービス やまづみ荘/管理者・主任・計画作成責任者・介護職員(2 名)

計 11 名

議題 1 運営状況（説明：計画作成責任者）

イ-1 定期巡回随時訪問サービス稼働状況 I（資料①）

・利用者数と訪問回数の比較（前年同期比）

利用者総数は 2 名増加。一方で、定期巡回・随時訪問随時対応の合計利用回数は 1,617 回減少した。

・訪問回数減少の主な理由

独居利用者に対し、定期訪問を増やすことで安心感を与え、頻繁だった随時訪問の要望を減らした。随時訪問が多かった利用者が入院または入所したため、訪問回数が自然減となった。

アセスメントに基づく支援見直しにより、不要な訪問を削減した。一部家族からは「訪問が多すぎると疲れる」との要望があったため。

・現状の課題

反対に支援が必要であるにもかかわらず、利用者本人や家族の希望により十分な支援が提供できていないケースも存在する。

・要介護度別状況

要介護 1 の利用者が 3 名増加し、現在 12 名となっている。経営面では介護度の高い利用者の

受け入れが収入増に繋がるが、最近では介護度 1 や 2 といった比較的低い利用者が増加傾向にある。

イ-2 定期巡回随時訪問サービス稼働状況Ⅱ（資料②）

・夜間帯の稼働状況（前期比）

夜間帯の訪問件数が増加した。主な要因は、夜間の排泄介助・移動介助の増加と、利用者家族の長期出張に伴う早朝支援の増加である。

・平均年齢と平均介護度（令和 8 年 2 月末時点）

平均年齢は 87.1 歳で、前期・前年度とほぼ変動なし。平均介護度は 2.6 であり、前年度の 3.0 から低下した。この低下は、介護度の低い利用者が増えている傾向を反映した結果である。

・利用料金・加算状況（資料③）

令和 6 年 4 月の料金改定により、1 ヶ月の利用料金、デイサービス利用時の減額、月の途中での開始・終了時の日割り額などが示された。1 日あたりの利用料金は、デイサービス利用時の減額を除き、概ね減算となっている。

・加算算定状況

初期加算、総合マネジメント体制強化加算Ⅰ、サービス提供体制強化加算Ⅰ、介護職員等処遇改善加算Ⅰ、すべてにおいて最も高い加算を算定している。

ロ. 夜間帯訪問件数（資料④）

訪問の大半は 18 時～21 時開始の定期訪問と 8 時～9 時の定時訪問である。現在、深夜や早朝の随時対応・随時訪問はほとんど発生していない。例外として、1 月に 1 回、早朝 4 時頃におむつ交換の依頼で訪問した実績がある。

ハ. 定期巡回利用者数の推移（資料⑤）

<議題 1 のイ-1 説明が重複するため省略>

ニ. 令和 7 年 9 月以降のご利用者の状況報告

利用者 14 名について状況報告

<総括（全体の傾向）>

・服薬管理の困難さが多くのケースで共通

- ・認知症による行動変化（拒否・過食・被害妄想）が増加
- ・家族介護力の低下が顕著
- ・入浴・清潔保持の困難が複数ケースで課題
- ・転倒リスク・活動性低下への対応が必要
- ・医療受診拒否による重症化例が見られた
- ・服薬支援、見守り強化、医療連携で重症化予防と安全確保を図る

議題2 職員の配置状況並びに研修計画・実績（説明：管理者）

・職員配置（資料⑥）

人員構成：正社員5名と非常勤ヘルパー3名の計8名で運営している。担当業務：定期巡回、訪問介護、障害福祉の各サービスを分担している。計画作成責任者、サービス提供責任者、オペレーター、介護職員の役割をそれぞれが担っている。

・事業所の特徴

介護福祉士を中心とする常勤正社員5名が定期巡回と訪問介護の中核を担っている。非常勤ヘルパーが各サービスで継続的に支援に入っている。

・シフト体制

職員の経験や資格に応じて柔軟なシフト調整と適材適所の配置を行い、利用者のニーズに対応できる体制を整えている。

・令和7年度の研修計画・実績（資料⑦）

研修実績：令和7年度も年間計画に基づき研修を実施している。主な内容：BCP訓練、感染対策、ハラスメント対策、おむつ交換研修など。外部研修やオンライン研修も積極的に活用している。

議題3 令和7年度 自己評価（説明：主任）

総合評価：全34項目のうち「できている」が23項目、「ほぼできている」が11項目で、「できていないことが多い」及び「全くできていない」はいずれも0項目の評価とした。

前年と比較して自己評価の変更点は1カ所。Ⅰ.構造評価の(5)安全管理の徹底について「できている」から「ほぼできている」に下方修正した。防犯上の強化のため訪問時に防犯ブザーを携帯することが一部形骸化していたため。荷物の多さから携帯をやめるケースがあったが、職員の安全確保を優先し、携帯することを再徹底した。

また、評価の変更点ではないものの、コメントのみ修正した箇所が1カ所。Ⅰ.構造評価の(2)適切な人材の育成に関する項目の項目3で、「オンライン研修」だけでなく「外部研修」への積極的な参加を目指す旨を追記した。

来期以降も自己評価において、「できている」の項目を一つでも増やせるよう努力する。なお、今回の自己評価結果は、後日法人のホームページで公開する予定。

議題4 その他

1. ICT活用（特に電子署名契約）に関する意見交換が行われた。

理事長：補助金を活用して利用者とのタブレットを用いた電子署名契約などを導入する場合、費用対効果の検討が必要である。十分な協議と検討が行われ、費用対効果が見込めるのであれば、（補助金に頼らず）自費での導入も検討可能との方針が示された。

2. 事業所の平均要介護度の推移と現状について質疑応答が行われた。

質問：直近の平均要介護度2.6は、ここ数年の推移と比較してどのような状況か。

回答：以前は運営安定の目安とされる3.0を超えることが多かった。最近はや介護度の高い利用者の紹介が少なく、一方で要介護度は低いが認知症が進行している方の依頼が増えているため、平均要介護度が2.6に低下している。

意見：事業運営上は要介護度3以上が望ましいが、介護度が低くても支援が必要なケースは多いため、事業所における苦労があることも理解を示しつつ、介護度を上げていけるよう努力することへの期待が述べられた。

以上

(R8.3.19)

14

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	○				継続的なモニタリングを行い、利用者等の状況変化を適宜的確に捉え、計画に適切に反映させている。
(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		○			状態の変化があった時、看護職への連絡を行ない専門的な指導や助言をもらっている。
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		○			月1回のアセスメント提出の際や体調不良時に指導や助言をもらい、対応しているが、医療で入っている訪問の場合は、上手く連携することが出来なかった。
(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	○				サービスの利用開始前に、利用者等に「在宅での尊厳ある生活の継続を支える」サービスの基本方針や制度・特徴等の説明、情報提供を十分に行い、理解を得るようにしている。
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	○				アセスメントに基づく目標や計画を利用者、家族に説明を行ない、共有している。
	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	○				変化がある都度、家族等へ報告・相談を行っている。
2. 多職種連携に基づいた包括的・継続的なマネジメント							
(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	○				サービス提供状況や心身の変化については、随時報告し合い、情報の共有が出来ている。
	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	○				ケアマネジャーと利用者の情報交換を行い目標達成のために必要なサービスの提案を行っている。
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	○				担当者会議等での利用者の情報提供やショートステイやデイサービスの事業所へ情報提供を行っている。利用者に変化があった場合もその都度情報提供を行っている。
(2) 多職種連携を通じた包括的・継続的なマネジメントへの貢献							
利用者の在宅生活の継続に必要となる、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、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)	○				必要に応じて家族への相談など多職種で検討している。(配食サービスの提案など)
	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、退所時のカンファレンスに参加し、情報の共有を行い、必要な支援に繋がっている。
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	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)	○				ケアマネジャーを中心に利用者の状態の変化に合わせて多職種と連携して必要な支援内容の検討を行っている。
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	○				会議等はファイリングし、事務所に自由に閲覧できるようにしている。ホームページにも掲載し、情報発信出来ており、ご家族にも送付を行っている。
	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		○			居宅支援事業所を中心に医療連携室・病院・診療所、地域包括支援センター、当荘全職員に周知しているが地域住民への周知は行っていない。
(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		○			高齢者が住み慣れた地域で自分らしい在宅生活を支援するシステムであり十分に理解している。

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	○			特定の建物・高齢者施設等への限定はなく、個人宅への訪問を行っている。	
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)		○		サービス提供の障害となっている事柄等を、関係者に提起、共有する事により町づくりに向けた改善策に繋げている。	
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	○			目標達成が図られているが、在宅生活が困難な方は施設入所をされている。	
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	○			自宅で安心して生活が送られるよう、本人、家族に出来ない事をサービス利用で補っている。	

実施状況

	当期	前期	増減
できている	23	24	▲1
ほぼできている	11	10	1
できていないことが多い	0	0	0
まったくできていない	0	0	0
計	34	34	34

介護医療連携推進会議 議事録

日 時： 令和 8 年 9 月 17 日（木） 13:30～14:15

場 所： 社会福祉法人 三省会 小規模館 1 階 会議室

出席者： 利用者/ご家族代表者様 佐世保市保健福祉部 長寿社会課/御担当者様
福田外科病院 地域連携室/主任様 山澄地域包括支援センター/センター長様
地域代表/民生委員様 訪問看護ステーションばんだ佐世保/管理者様
鈴ヶケアプランセンター/管理者様 社会福祉法人三省会 /施設長
定期巡回随時訪問サービス やまづみ荘/管理者・主任・計画作成責任者・介護職員

計 12 名

議題 1 運営（稼働）状況

① 登録者数の推移

令和 8 年 3 月末は登録者数 14 名。以降、利用者の入院・施設入所・死亡等により 7 月に 11 名と漸減したものの、9 月に 2 名増加（内訳：訪問介護からの移行 1 名・施設入所予定 1 名）。9 月現在 13 名。平均年齢：86.6 歳。

② 稼働状況報告

令和 8 年 3 月～8 月は前年同期間比、利用者数+23 名。利用者増加に伴い訪問件数も+748 件となったが、8 月の 1 ヶ月のみ減少。主な要因は、熱中症予防のためショートステイ利用者の増加、入院者も複数名となったため。

登録者の平均介護度は、介護度が低い利用者が増加しており、平均介護度は 2.5 となった。

③ 夜間帯の訪問状況

22 時～翌朝 5 時の訪問はごく少数。夜間訪問の主な理由としては、発熱による座薬希望、ポータブルトイレでの転倒による介助依頼など。

④ 利用料金

令和 8 年 6 月より処遇改善加算（I-ロ）を算定している。

⑤ 利用者状況報告（15 名分：利用者名は非開示） ※以下は要点のみ。

・主な傾向

高齢化が進み、90 歳以上の利用者が複数名

熱中症リスク・水分摂取不足が多数

入院・ショートステイ利用が夏季に増加

認知症による服薬管理困難が多い

家族の介護負担増大が顕著

看取り期の支援が複数件発生

・特徴的なケース（抜粋）

94 歳利用者：家族に見守られ自宅で看取り

98 歳利用者：エアコン未設置で熱中症リスク高く、ショートステイ利用で改善

103 歳利用者：褥瘡悪化も訪問入浴導入で改善

62 歳末期がん利用者：自宅で家族に見守られ看取り

複数名で水分摂取困難・排泄介助の増加・転倒リスク増大

・支援内容の調整方針（抜粋）

利用者の状態変化に応じて訪問回数を柔軟に増減

看取り期は看護と連携し、随時訪問を強化

退院直後の短期集中支援にも対応

本来は 1 日 3～4 回の訪問が必要だが「本人の強い希望で 2 回に制限されているケース」など、本人意向との調整が課題

・質疑応答

Q1. 利用者と職員が一緒に家事を行っているとの説明があったが、支援時間はどの程度か。

A1. 買い物支援と家事支援を組み合わせて実施しており、所要時間は 54 分程度である。定期巡回の標準的な支援内容とは必ずしも一致しない部分もあるが、利用者が一つ一つの作業を職員と一緒にすることで生活機能の維持につながっている。また、現状この方の訪問回数が少ない状況のため、サービスが成立している側面がある。

Q2. 以前、地域支援機関を利用していた方の現在の状況を聞いて安心した。

A2. 夜間や早朝に排便や汚染がある場合は家族へ連絡するよう伝えている。本来は 1 日 3～4 回の訪問が必要な状態だが、本人の強い希望により「1 日 2 回」での利用となっている。訪問回数の増加を継続的に提案しているが、本人の意向が強く変更には至っていない。最近は家族がその間の排泄介助を行っていただき、汚染の回数は減少している。

Q3. 定期巡回が適しているケースの特徴は何か。

A3.

・服薬管理が困難な利用者

・退院直後で体調が安定するまで短期間の集中的支援が必要な利用者

- ・ 自宅での看取りを希望する利用者と家族（病院で面会が難しい状況など）
- ・ 医療的ケアが必要な場合は訪問看護と連携して支援を実施

定期巡回は特定の条件に限定されるものではなく、利用者の状態に応じて柔軟に支援内容を組み立てられる点が特徴である。介護度が高くても 1 日 2 回の訪問で成立するケースもあれば、介護度が低くても 1 日 4～6 回の支援が必要なケースもある。

サービスは月額定額制であるため、状態が不安定な時期は手厚く支援し、落ち着いた時期には訪問回数を調整するなど、利用者の状況に寄り添った運用を心掛けている。

議題 2 職員配置状況・研修実績

① 職員体制

常勤介護福祉士 5 名を中心に、非常勤ヘルパーが日勤帯訪問先を支援。

訪問介護・障害福祉サービス・定期巡回を兼務し、適材適所で配置。

② 研修実績

年間計画に沿った研修を毎月実施。併せてメンタルヘルス、成年後見制度、他事業所との事例検討会等も実施している。

また、AI を活用した介護業務管理システムの研修については、記録精度向上・情報共有迅速化・見守り強化等を目的として実施している。

以上