

平成30年度地域包括支援センター事業評価
④ 本庁地域包括支援センター

評価指標の定義

- 4: 大変よくできている
- 3: ある程度できている
- 2: あまりできていない
- 1: まったくできていない

松戸市
令和元年7月

1. 組織／運営体制

評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項
①地域包括支援センター「事業計画」が適切に作成・実行されているか。	4	3.75		エ 今後、町会や社会福祉協議会の協力をお願いする予定。グループホームの方の参加も検討している。
ア. 「事業計画」に委託契約仕様書の内容は網羅されている／いない	いる			
イ. 「事業計画」を法人として決定している／いない	いる			
ウ. 担当圏域やセンターが抱える課題を把握した上で、平成30年度の事業実施に当たっての重点業務を決めている／いない	いる			
評価の根拠 エ. ウが「いる」の場合、前年度の課題を列挙し、それに対する具体的重点業務の内容【自由記入】	認知症カフェの立ち上げ: 当該地区は認知症カフェや通いの場といった社会資源が少なく、地域との関係が希薄である高齢者が多いことが課題となっている。地域ケア会議でもテーマとして話し合いを行ない、オレンジ協力員の協力を得ながら、当該地区にあるデイサービスの開放日を利用してのカフェの開催に向けて打ち合わせを開始することができた。 社会資源の開発: 地域の特性を活かし、商業施設を活用した居場所づくりやつどいの場を検討。地区内にある特定の商業施設と関係づくりを行い、場所の提供に協力を得ることができた。次年度は介護者のつどいを開催する予定であり、幅広く地域の方に参加していただけるよう、周知活動に取り組んでいきたい。			
オ. 「事業計画」の進捗状況のチェック及びチェックに基づく業務改善の具体的な実施方法【自由記入】	前年度の評価に基づき、改善すべき点や取り組むべき課題等を考慮し事業計画を作成。前年度取り組むことが出来なかった認知症カフェの立ち上げには、介護事業所の協力を得て場所を確保したり、オレンジ協力員の活躍の場として協力を募り一緒に取り組みを始めることができています。また、既存の体操教室にも新たに介護事業所のトレーナーに協力を得て、内容の専門性を高めるようにした。介護者のつどいには、新たに関係が築けた商業施設で、より地域の方に開けたつどいに出来るよう、次年度の実施に向けて取り組んでいる。			
カ. その他【任意・自由記入】	介護予防教室のトレーナーとして介護予防事業所と新たなつながりができ、講師協力をいただけたとともに、次年度の教室に継続的な協力を得ることができた。			

評価項目		回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項
②担当する圏域における高齢者人口及び世帯の把握を行っているか。【30.4.1現在】		4	4		
評価の根拠	ア. 担当する圏域の65歳以上の高齢者人口【時点・人数を記入】	平成30年4月1日 現在 (5037)人			
	イ. 担当する圏域の65歳以上の独居世帯の数、高齢者世帯の65歳以上の高齢者数【時点・世帯数・人数を記入】	平成30年4月1日 現在 独居世帯数(1585)世帯 65歳以上の高齢者世帯の高齢者数(3444)人			
	ウ. 担当する圏域の75歳以上の高齢者人口【時点・人数を記入】	平成30年4月1日 現在 (2382)人			
	エ. 担当する圏域の75歳以上の独居世帯の数、高齢者世帯の75歳以上の高齢者数【時点・世帯数・人数を記入】	平成30年4月1日 現在 独居世帯数(878)世帯 75歳以上の高齢者世帯の高齢者数(1786)人			

③担当する圏域における利用者のニーズの把握を行っているか。		4	3	ア グラフ化することにより、本庁地区では独居高齢者が多いことがわかった。
評価の根拠	ア. 実施しているニーズ把握の方法【自由記入】	総合相談のほか、高齢者の集まる社協や町会のサロン、自主グループに積極的に出向き、現状把握を行うとともに、高齢者本人やそれに携わる地域の支援団体より聞き取りなどからニーズ把握に努めた。また、体操教室の参加者の年齢層や地域、体力を分析しているが、当該地区の参加者が少ないため、個別に声掛けをして参加を募っている。前期高齢者の参加率が高く、体力的にも負荷のかかる運動に取り組むことが出来る方が多いため、トレーナーによる運動を取り入れた体操教室を1カ所増やし、実施している。 地域ケア会議では個別ケア会議のケースや地域包括の日常的な業務から把握した地域の特性等を数値化、グラフ化しまとめたものを共有している。		
		イ. ニーズを基に実行した取組の具体例【自由記入】	居場所づくりとして、地域内にあるデイサービス事業所に働きかけ、場所の提供、協力を得る事ができた。認知症カフェやサロンの立ち上げを検討し、オレンジ協力員の協力を得ながら、具体的な開催に向け打合せができた。地域ケア会議で挙げられているマンションの見守り等の課題について、他地区の勉強会に参加し、マンション群で取り組まれている好事例等を学び、地域包括内で情報共有を図った。	

④個人情報保護の徹底を行っているか。		4	3.5			
評価の根拠	ア. 個人情報保護マニュアルを整備し、職員全員が所持している／いない	いる				
	イ. 個人情報保護責任者を設けている／いない	いる				
	ウ. 個人情報の管理のために行っている具体的な方法 安全な保管場所(鍵・パスワード付)や管理の方法など【自由記入】	個人情報が含まれる書類は施錠できる棚に保管し、パソコンは各自パスワードを設定し、他者が閲覧ができないようにしている。				
	エ. 個人情報の取得・開示についてのチェック項目を設け、案件ごとに確認している／いない	いる				
	オ. その他【任意・自由記入】	入社時は、「松戸市個人情報保護&情報セキュリティハンドブック」を用いて個人情報の管理について研修を行っている。また、個人情報の管理に係る資料をファイリングし、職員が常に確認ができるようにしている。打ち合わせ時には、随時、注意喚起、意識づけを行っている。				

⑤利用者が利用しやすい相談体制が組まれているか。	4	3		カ 担当地区内のマンションには、掲示版にパンフレット掲示を依頼した。																	
ア. 夜間窓口(連絡先)の整備・周知の方策【自由記入】	窓口時間外は、事務所の留守番電話で緊急連絡先としての携帯番号を案内している。携帯は相談員が所持し、直接対応ができる体制をとっている。				/																
イ. 対応分類(訪問、面接、電話)別の夜間対応の件数(30年度1年間) 【月報の件数を記入】 ※17:00以降に対応した件数	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">本人又は親族</th> <th style="text-align: center;">その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問</td> <td style="text-align: center;">62 件内(23 件)</td> <td style="text-align: center;">39 件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td style="text-align: center;">13 件内(10 件)</td> <td style="text-align: center;">3 件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td style="text-align: center;">63 件内(33 件)</td> <td style="text-align: center;">30 件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td style="text-align: center;">138 件内(66 件)</td> <td style="text-align: center;">72 件)</td> </tr> </tbody> </table>						本人又は親族	その他	訪問	62 件内(23 件)	39 件)	面接	13 件内(10 件)	3 件)	電話	63 件内(33 件)	30 件)	合計	138 件内(66 件)	72 件)	/
	本人又は親族	その他																			
訪問	62 件内(23 件)	39 件)																			
面接	13 件内(10 件)	3 件)																			
電話	63 件内(33 件)	30 件)																			
合計	138 件内(66 件)	72 件)																			
ウ. 土曜・休日窓口(連絡先)の整備・周知の方策【自由記入】	窓口時間外は、事務所の留守番電話で緊急連絡先としての携帯番号を案内している。携帯は相談員が所持し、直接対応ができる体制をとっている。					/															
エ. 対応分類(訪問、面接、電話)別の土曜・休日対応の件数(30年度1年間) 【月報の件数を記入】 ※8:30-17:00に対応した件数	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">本人又は親族</th> <th style="text-align: center;">その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問</td> <td style="text-align: center;">8 件内(7 件)</td> <td style="text-align: center;">1 件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td style="text-align: center;">4 件内(3 件)</td> <td style="text-align: center;">1 件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td style="text-align: center;">19 件内(10 件)</td> <td style="text-align: center;">9 件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td style="text-align: center;">31 件内(20 件)</td> <td style="text-align: center;">11 件)</td> </tr> </tbody> </table>			本人又は親族			その他	訪問	8 件内(7 件)	1 件)	面接	4 件内(3 件)	1 件)	電話	19 件内(10 件)	9 件)	合計	31 件内(20 件)	11 件)	/	
	本人又は親族	その他																			
訪問	8 件内(7 件)	1 件)																			
面接	4 件内(3 件)	1 件)																			
電話	19 件内(10 件)	9 件)																			
合計	31 件内(20 件)	11 件)																			
※17:00以降に対応した件数	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">本人又は親族</th> <th style="text-align: center;">その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問</td> <td style="text-align: center;">0 件内(0 件)</td> <td style="text-align: center;">0 件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td style="text-align: center;">1 件内(0 件)</td> <td style="text-align: center;">1 件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td style="text-align: center;">5 件内(0 件)</td> <td style="text-align: center;">5 件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td style="text-align: center;">6 件内(0 件)</td> <td style="text-align: center;">6 件)</td> </tr> </tbody> </table>			本人又は親族	その他		訪問	0 件内(0 件)	0 件)	面接	1 件内(0 件)	1 件)	電話	5 件内(0 件)	5 件)	合計	6 件内(0 件)	6 件)	/		
	本人又は親族	その他																			
訪問	0 件内(0 件)	0 件)																			
面接	1 件内(0 件)	1 件)																			
電話	5 件内(0 件)	5 件)																			
合計	6 件内(0 件)	6 件)																			
オ. 職員が、緊急時に連携できる医療機関・介護事業者等の各種施設の連絡先を携帯している/いない	いる		/																		
カ. 地域包括支援センターのPRのために講じている具体的方策【自由記入】	地域包括独自のパンフレットを作成し、地域のサロンや老人会、自主グループ等で配布するとともに、参加ごとに窓口の案内を行った。また、地域団体の定例会へ出向き当地域包括を紹介。当該地区にあるマンションを回り、マンション内の掲示板にセンター案内のパンフレットの掲示を依頼した。			/																	
キ. その他【任意・自由記入】	社協のふれあい音楽会や松戸河津さくらまつりにブースを設けていただき、地域包括のパンフレットを配布し周知活動を行った。				/																

評価の根拠

⑥利用者の満足度向上のための適切な苦情対応体制を整備しているか。	4	2		
ア. 地域包括支援センターで受け付けた苦情受付件数と、そのうちセンター自体に対する苦情件数(30年度1年間)【件数を記入】	苦情受付件数 1 件 (内センター自体の苦情 0 件)			
イ. 「30年度1年間に受けた苦情のうち最も困難な苦情」の解決にかかった時間及び解決のために主に連携した機関【時間及び機関を記入】	解決時間: 0.5 時間 連携機関: 高齢者支援課			
ウ. 苦情対応窓口に関する情報(連絡先、受付時間等)を公開している場所・方法【自由記入】	介護予防支援重要事項説明書に記載し、事務所の入り口に掲示し、誰もが見えるようにしている。			
エ. イの具体的な内容と改善方策	近所の家から半年くらい、毎日怒鳴り声が聞こえており、虐待の疑いで警察へ通報。自身の名前など詳しく聞かれたが、逆恨みも怖い為、伝えなかった。虐待通報者は匿名でよいと聞いていたが、上からものを言われ、警察の対応が納得いかなかったため、行政へ伝えておきたかったという訴えであったため、地域包括より担当課へ伝える旨を話した。			
オ. 重大な苦情の内容及び対応方法を決定し、関係機関と共有している／いない	いる			
カ. その他【任意・自由記入】	苦情を受けた際は、速やかに苦情報告書をまとめ高齢者支援課へ口頭および紙面にて報告している。			

評価の根拠

2. 人員体制

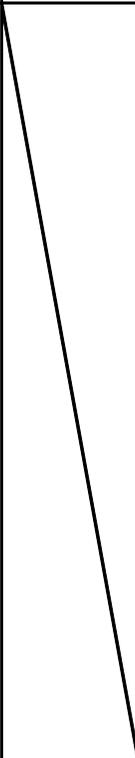
評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項
①多様なニーズに対応できる知識・経験のある職員の確保・育成を行っているか。	4	3		
ア. 3職種(保健師等/社会福祉士/主任介護支援専門員)の欠員期間(日数)【日数を記入】 ※年度末に報告する欠員期間(日数)を記入 ※欠員がなければ0を記入	保健師等 : (153)日 社会福祉士 : (0)日 主任介護支援専門員 : (0)日			
イ. 「専門職総数」のうち「今年度新たに配属された専門職」の比率【比率(新たに配属された専門職数/専門職総数)を記入】	H30年度内に 新たに配属された専門職数 / 専門職の総数 (1) / (3) = (33 %)			
ウ. 専門職の当該地域包括支援センターでの平均勤続月数【月数を記入】 ※平成31年3月末現在の平均勤続月数を記入	平均 34.8 月			
エ. 職員に対する職場内研修の開催回数【回数を記入】	8 回			

評価

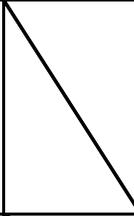
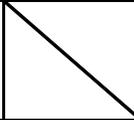
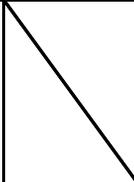
<p>の 根 拠</p>	<p>オ. その他【任意・自由記入】 (研修内容を記載する場合は、日時・内 容・時間数を記入)</p>	<p>会議や研修に参加した翌日には、朝礼の時間を利用し伝達研修 を行うよう努めた。研修資料は職員間で共有が図れるようファイル し、必要時に活用している。 平成30年5月16日8:30 地域共生社会の実現について 研修伝達講習(15分) 平成30年5月23日8:30 松戸市の生活圏域ごとの地域診断結果の活用について伝達講習 (10分) 平成30年7月30日8:30 社会福祉士部会研修伝達講習 実務者から学ぶ成年後見制度 (15分) 平成30年8月22日8:30 保健所における精神障害者への対応について 伝達講習(15分) 平成30年11月27日8:30 法務研修 伝達講習(15分) 平成30年11月29日8:30 社会福祉士部会研修伝達講習 障害福祉、統合失調症を学ぶ (20分) 平成31年1 月24日8:30 社会福祉士部会研修伝達講習 お金の話と権利擁護(15分) 平成31年3月28日8:30 金銭管理支援ガイドブックの概要について(20分)</p>		
----------------------	---	--	--	--

②専門職間の連携を効果的に行っているか。	4	4		
評価の根拠	<p>ア. すべての専門職の「連携活動評価尺度」の得点 【すべての専門職の得点を記入】 ※全国平均は24.5点 ※平成31年3月末現在在籍している全ての専門職について記入</p>	<p>①36 ②33 ③29 ④ ⑤ ⑥ ⑦</p> <p>平均 32.7 点</p>	/	

3. 総合相談支援業務

評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項
①相談内容の把握・分析を行っているか。	4	3		
ア. 分類別の相談件数 (30年度1年間) a.本人又は親族への支援 【月報の件数を記入】 b.本人又は親族以外の機関への支援 【月報の件数を記入】	a.本人又は親族への支援 介護に関する相談 979 件 健康・医療に関する相談 602 件 経済的相談 222 件 介護予防に関する相談 30 件 家族調整に関する相談 299 件 権利擁護に関する相談 53 件 諸制度や地域の社会資源に関する相談 206 件 安否確認(見守り含む) 58 件 その他 302 件 総計 2,751 件 b.本人又は親族以外の機関への支援 介護に関する相談 822 件 健康・医療に関する相談 494 件 経済的相談 214 件 介護予防に関する相談 15 件 家族調整に関する相談 312 件 権利擁護に関する相談 126 件 諸制度や地域の社会資源に関する相談 161 件 安否確認(見守り含む) 20 件 その他 320 件 総計 2,484 件			

評価の根拠

<p>イ. 他のセンターと比較した分類別の相談件数の特性と、当該センターにおける相談内容の主な特徴の検討結果【自由記入】※直近の介護保険運営協議会資料を参照して比較検討</p>	<p>介護予防に関する相談が少なく、諸制度や社会資源に関する相談が多い傾向である。駅を中心として公共施設や民間サービスが充実している地域でもあるため、公的制度等に頼らず自助努力をしている方が多いのではないかと考える。また、市役所をはじめ様々な支援機関も多く、他制度の活用や相談支援につながるケースが多いと捉えている。</p>			
<p>ウ. 全ての相談事例について相談受付表を作成し、緊急性を判断している／いない</p>	<p>いる</p>			
<p>エ. 主担当職員が不在の場合でも対応できるように職員間で共有できる記録の管理を行っている／いない</p>	<p>いる</p>			
<p>オ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>ケースの情報や記録は台帳で整理するとともに、個別にファイルを作成し、常時職員間で共有ができる環境にしている。また、毎日朝礼を行い、新規や動きのあるケースを共有、月に1回全体のケース共有を行っている。</p>			

<p>②相談事例の解決のために、進捗管理や他分野との連携等、必要な対応を行っているか。</p>	<p>4</p>	<p>2.8</p>	<p>イ 本人に困り感がない事例であった。そのため、2週間に1回は訪問するようにし、本人からの要望を聞き、必要な支援をその都度検討し、タイミングを見落とさないようにした。</p>
<p>ア. 解決困難な相談事例を分類し、進捗管理を定期的に行っている／いない</p>	<p>いる</p>	<p></p>	
<p>イ. 専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合であって、市へ報告した相談事例(最も解決困難だった1事例)の概要及び対応内容【自由記入】</p>	<p>70歳代。独居。介護保険課へ保険料の問い合わせが日に何度も入り、同じことを繰り返すため、認知症の疑いあり、状況確認のため初回介入。日常生活は自立しているが、物忘れの傾向あり。風邪等の症状がある際にしか受診をしておらず、その際に処方されている薬も管理できていない状況であったが、本人は他者の介入を拒否。その後、足の痛みで受診した病院より相談あり、認知症の疑いから精査、中等度の認知症との診断を受けるも介護申請をはじめ、支援者の関りは拒否が強く、その後の受診も中断となってしまった。本人に病識はなく、生活に困り事もないため、医療や介護の支援は望まず、介入が難しいため生活状況も把握ができていない。市や在宅医療・介護連携支援センターへ相談し、検討した結果、本人が生活上困りごとがない現状では支援を導入することは難しいため、本人の体調に変化があったタイミングに受診を勧め、医療や支援につなげられるよう、包括にて定期訪問を重ね、本人との関係構築につとめながら、本人からの要望を見逃さないよう対応していくこととなる。</p>	<p></p>	
<p>ウ. 障害者支援機関と連携して対応した相談事例(最も解決困難だった1事例)の概要及び対応内容【自由記入】</p>	<p>50歳代。生活保護受給。昨年度より支援継続。頸椎損傷、脊柱管狭窄症。食事をとらず飲酒し衰弱、脱水にて入退院を繰り返す。こだわりが強くコミュニケーションが難しい。室内移動可だが歩行不安定で荷物を持つての外出は困難。訪問診療および介護保険サービスにてヘルパー利用を開始するも、制度やサービスへの理解が図れず、ネットで調べた情報で細かく指摘し、支援者が疲弊してしまうことが続いていたため、生活支援課、障害福祉課へ対応方法を相談し、情報共有をした上で、生活支援課からも本人へ直接制度の説明をしてもらうなど、多機関で対応を重ねてきた。介護認定更新を機に関係者会議を開き、サービスの必要性について再度検討。実際サービスを利用しなくとも、生活上のことが自力で対応ができていることから、介護サービスは撤退。訪問診療は継続、障害福祉課とも連携をとりながら、必要であれば今後は障害の制度でサービスを利用していく方向となった。</p>	<p></p>	

<p>エ. 介護家族からの相談事例(最も解決困難だった1事例)の概要及び対応内容【自由記入】</p>	<p>80歳代、要支援1。同居の子からの相談。本人生活は自立しているが、生活や医療への拘りが強く、入院が必要な状態でも本人の自己判断で退院してしまう。自宅生活でも本人体調不良から、生活面での子への要求増え、子も対応に苦慮。地域包括より介護サービスの利用を本人に促すが本人同意なく、子からの相談を継続し子の精神負担軽減に努める。本人転倒をきっかけに状態更に悪化。介護サービス受け入れ同意し、サービス開始、包括的・継続的ケアマネジメント支援に移行。</p>			
<p>オ. 介護と仕事の両立支援や福祉まるごと相談などと連携して対応した相談事例(最も解決困難だった1事例)の概要及び対応内容【自由記入】</p>	<p>アルコール依存症の親①と認知機能が低下している親②の高齢者世帯を介護。子は遠方に住んでおり、自身の配偶者も介護している。子への精神的負担が増大し、精神状態も不安定となっていた。高齢者夫婦とも介護申請後にケアマネと連携し、デイサービスの利用へつなげる。ケアマネをはじめ支援者が関わり始めたことで、子の精神状態も安定し協力体制も確保できている。また、これまで子が望んではいたが、困難であった親①のアルコール依存症について、医療機関につながり、入院治療が開始となっている。</p>			
<p>カ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>毎日朝礼時にケースの進捗の確認を行い、困難事例等、検討が必要な場合は朝礼後に時間を取り、相談員間で話し合いを行っている。</p>			

<p>③地域における関係機関のネットワークの構築を行っているか。</p>	<p>4</p>	<p>4</p>		
<p>ア. 地域(圏域内・外)のネットワークの構成員や組織、関係性等の情報をマップやリストで管理している／いない</p>	<p>いる</p>	<p></p>		
	<p>①関係機関・地域の町会等による住民等向けのイベント(10件) 【くるみの会】4月12日:落語会 【認知症予防講演会】5月12日 【ミントの会】 11月13日 12月11日 1月8日 【松戸まつり】10月6日 【あんしんネット報告会】11月9日 【松戸のつどい】11月22日:認知症の人を介護する家族との交流と相談 【新松戸地区高齢者支援連絡会】1月28日:見守り活動についての意見交換会 【まちっこプログラム出前授業】1月31日</p>	<p></p>		

評価の根拠

イ. 職員が参加した関係機関・組織等が主催する全ての会議・行事等の総件数・日程・テーマ

【総件数・日程・テーマを記入】

①関係機関・地域の町会等による住民等向けイベント

②関係機関等の関係者・専門職向け会議・イベント

③地域密着型サービス事業者の運営推進会議等

に大別して記入

※地域ケア会議、センター長会議、各専門職部会、高齢者支援連絡会などは含まない

②関係機関等の関係者・専門職向け会議・イベント (40 件)
日本在宅医学会第20回記念大会出席(4月29日)
支援コーディネーターとして住民活動を活性化するためのプロボノの活用研修(5月10日)
地域共生社会を考える 我が事・丸ごと 松戸DEトーク(5月15日)
地域共生について考える講演会(7月20日)
松戸市の日常生活圏域ごとの地域診断結果の活用研修(5月22日)
認知症研究会及び認知症初期集中支援チーム検討会(5月31日・2月21日)
認知症初期集中支援チーム員研修会(7月21日、7月22日)
松戸市初期集中支援チーム1クール初回チーム員会議(6月25日)
認知症コーディネーター世話人会(5月31日・9月7日・12月21日)
認知症地域支援推進員研修(6月5日、6月6日)
認知症地域支援推進員打合せ(7月12日、12月28日・3月5日)
プロボノアカデミー(6月19日・9月18日)
東葛北部地域リハビリテーション広域支援センター 認知症疾患医療センター合同連絡協議会(7月13日)
東葛北部地域リハビリテーション広域支援センター 高次機能障害支援拠点合同連絡協議会(1月25日)
千葉県高齢者虐待防止対策研修(7月24日・1月9日・2月5日・2月12日・2月19日)
松戸認知症コーディネーターフォローアップ研修会(7月26日・1月31日)
まつど認知症予防プロジェクト実施担当者研修会(8月6日)
認知症初期集中支援チーム中間会議(8月17日)
認知症初期集中支援チーム員会議(10月10日)
オレンジ協力員受け入れ機関連絡会(8月30日)
認知症地域支援専門員(ダスクチーム)打合せ(8月31日)
認知症地域支援専門員(カフェチーム)打合せ(8月24日・10月1日・11月19日・12月27日(反省会)・1月22日)
認知症カフェ交流会打合せ(10月29日)
認知症カフェ交流会(8月7日)
中央ブロック地域づくりフォーラム打合せ(9月4日・9月21日・10月16日・

<p>門職部会、高師百文援連絡会などは含まない。(記入例参照) ※介護予防普及啓発活動、認知症サポーター養成講座など他の項目で記入している内容は重複して記入しない。</p>	<p>地域フォーラム会議(10月30日・11月7日・3月15日(振り返り)・3月27日(エンディングトークセッション)) 千葉県地域包括支援センター職員研修(10月16日・10月17日・11月6日・11月13日) 認知症コーディネーターフォローアップ研修(10月25日) アウトリーチ事例検討会(10月29日・3月25日) あんしんネット報告会(11月9日) 千葉県キャラバン・メイトスキルアップ研修(11月1日) 地域ケア会議の共通事例様式及び司会進行の標準フォーマット作成についての打合せ ニチイ虐待研修講座 講師として(12月7日) 2018年介護支援専門員in松戸(12月11日) H30年度精神保健研修会(11月21日) H30年度法務研修(11月26日) H30年度松戸市居宅介護支援事業所連絡協議会(11月28日) オレンジ協力員研修会(11月30日) 地域ケア会議に係る市町村研修会(第2回介護予防事業従事者研修会)(12月21日) 日常生活自立支援事業関係機関連絡会(1月21日) 居宅介護支援事業者等研修会(1月24日) 他職種協働研修会「在宅生活を支えるために必要な視点」(1月25日) 松戸圏域地域包括ケアシステム構築研修(1月26日) 専門職向け認知症関連研修会(1月31日) 認知症疾患医療センター研修会(2月2日) 介護予防ケアマネジメント研修会(2月13日) 松戸市地域包括支援センター職員向け研修(3月4日) 認知症地域支援推進員・普及啓発イベント(3月12日) リハビリ連絡協議会による地域包括向け大量測定方法講習会(3月19日) 介護予防に関するエビデンスを蓄積する共同研究H30年度報告会(3月25日) H31年に向けた認知症初期集中支援チーム事業検討会(3月29日)</p>	
	<p>③地域密着型サービス事業者の運営推進会議等 (7件) グループホームあいあい松戸(5月24、11月22日) グループホームなかよしこよし(6月26日、11月27日、2月12日) サニーデイサービス二十世紀が丘美野里町(3月28日) デイサービス未来サポーターズ倶楽部(8月23)</p>	
<p>ウ. 個人の有するネットワークを専門職で共有している/いない</p>	<p>いる</p>	

④地域の社会資源について把握および開発を行っているか。		4	3.2		
評価の根拠	ア. 高齢者支援等を行う介護保険外サービス(※)を行う地域(圏域内・外)の社会資源のうち、センターと連携や交流の実績がある資源の数(○ヶ所)【ヶ所数を記入】 ※配食、見守り、移送、サロン、地域の予防活動等	圏域内 18 ヶ所 圏域外 15 ヶ所			
	イ.【ア】の内訳	配食(4)箇所、見守り(2)箇所、移送(0)箇所 サロン(8)箇所、地域の予防活動(1)箇所 その他(18)箇所			
	ウ. <マップについて> 地域の社会資源に関するマップについて ①マップを作成し、社会資源の開催内容・場所・回数・連絡先等の情報が掲載されている ②マップを作成しているが、社会資源の開催内容・場所・回数・連絡先等の情報が掲載されていない ③マップは作成していない 【①・②・③を選択】 ※マップを一部提出	①マップを作成し、社会資源の開催内容・場所・回数・連絡先等の情報が掲載されている			
	エ. <マップについて> 「イ」の地域の社会資源に関するマップを平成30年度内に更新をしている／いない	いる			
	オ. <マップについて> 作成した社会資源に関するマップの活用及び周知方法【自由記入】	相談室に掲示し、来所相談時に活用。ふれあい音楽会のブースで掲示したり、事業所や相談以外の市民に情報提供として案内、周知に努めた。			

評価の根拠	<p>カ. 社会資源(※)の立ち上げ運営又はそれらの支援を行った数と、そのうち新規立ち上げ支援数(30年度1年間)【ヶ所数を記入】</p> <p>(※)住民主体の予防活動、通いの場、サロン、認知症カフェ等</p>	<p>総数 2 ヶ所</p> <p>(内新規立ち上げ支援数 0 ヶ所)</p>	
	<p>キ. 「カ」の各社会資源の種類・特徴・開催回数(週・月〇回)など詳細情報【自由記入】</p>	<p>①デイサービスの休日(日曜日)を利用し、認知症カフェの立ち上げに向けて調整中。また、地区内にある商業施設と連携し、介護者のつどいの定期開催に向け調整中。</p> <p>②昨年度の認知症予防教室後、ウォーキングの自主グループ化に向け、矢切地域包括と協力し、フォローアップを月1回、全4回実施した。</p>	
	<p>ク. その他【任意・自由記入】</p>	<p>①通いの場および認知症カフェについて、具体的な立ち上げにはつながらなかったが、次年度立ち上げに向け、オレンジ協力員や関係機関と打ち合わせを継続している。</p> <p>②自主化に向けて話し合いをもったが、他圏域からの参加者がほとんどであったこともあり、自主的に取り組むことに意見が一致せず、解散となってしまった。</p>	

4. 権利擁護業務

評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項
①成年後見制度や日常生活自立支援事業(社協)の活用を促進しているか。	4	3		イ 成年後見人制度についての講演会などを行い、周知を図った。
評価の根拠	ア. 成年後見制度や日常生活自立支援事業を利用する必要がある者の把握方法【自由記入】	相談ケースを共有する中で、課題解決のために成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用が必要があるか否か、また、つなげる制度として望ましいのはどちらであるかもふまえ、包括内で検討している。また、必要があると判断した場合は、必要に応じて、社会福祉協議会や市のアドバイザー事業、しぐなるあいず等からアドバイスをいただき、制度利用への支援を行っている。		
	イ. ①成年後見制度活用につなげたケース数(30年度1年間)【月報の件数を記入】、②他のセンターとの比較等を通じた当該センターの特性の分析と今後の対応策の検討結果【自由記入】 ※介護保険運営協議会資料を参照して比較検討	① 3 件 ②これまで親族申し立て支援が多かったが、本年度は市長申し立てにより制度利用へつないだケースもあった。独居高齢者が多く、認知機能の低下により成年後見制度を視野に入れた支援を行うケースが増えてきているが、親族の協力を得られることが多く、制度利用まで至らずとも解決できる。その反面、親族が居ても関係の希薄さや遠距離により支援が難しいという理由から、将来性を危惧して制度の利用を検討し相談に来る親族も多い。他制度の活用も含め必要性を見極めながら成年後見制度の適正な利用へつなげられるよう、地域住民向けに講座を開催したり、ケアマネ勉強会や地域のサロン、老人会等で制度の内容や活用方法について紹介を行ない、制度の理解を図っていきたい。		
	ウ. ①日常生活自立支援事業につなげた/相談したがつながらなかったケース数(30年度1年間)【月報の件数を記入】、②他のセンターとの比較等を通じた当該センターの特性の分析と今後の対応策の検討結果【自由記入】 ※介護保険運営協議会資料等を参照して比較検討	① 1)事業につなげたケース 0 件 2)相談したがつながらなかったケース 1 件 ②事業の活用を視野に支援を行っているが、事業が利用できる要件を満たせないことも多く、結果、成年後見制度への利用が妥当と判断し、つなげるケースが多い。地域住民に向けて、特に独居の方や親族が居ない方、親族の支援が受けられないような方へは早い段階から将来的なひとつの活用制度として情報提供を行っていききたい。		
	エ. その他【任意・自由記入】	相談ケースの中でだけでなく、地域のサロンや集いに参加し、成年後見制度や日常生活自立支援事業について地域住民へ周知を図っている。		

②関係機関と連携しつつ、高齢者虐待事例に対して適切かつ迅速に対応しているか。	4	3.33			
評価の根拠	ア. センター自身が警察や法律家と連携して対応した高齢者虐待事案の件数(30年度1年間)【件数を記入】	1 件			
	イ. 職員が、虐待事例に関する緊急時に連携できる介護施設・医療機関等の各種施設の連絡先を携帯している／いない	いる			
	ウ. 通報を受け48時間(24時間)以内に安全確認や必要な対応を行った事例の概要と対応内容(1事例)	80歳代、要介護1で認知症。担当ケアマネより通報。虐待者は同居の子①。本人の認知症の行動心理症状を抑える為、子①が身体的虐待。通報日翌日にショートステイ利用中の本人に面会。事実確認及び本人心身状態確認し、本人からも虐待事実確認される。子①の介護負担も大きい事から本人ショートステイ継続をケアマネと調整。子①と別居の子②の意見調整を行い、施設への入所を行う。			
	エ. その他【任意・自由記入】	関係機関と連携を図り、必要に応じて助言をいただきながら、また、個別事例検討会を活用し多角的な視点から虐待の判断や方向性を確認しながら、適切な支援につながるよう努めている。			

③消費者被害の防止や権利擁護に関する啓発に関する取組を行っているか。	3	2.33		イ 頻度 ケース対応の中で、必要時に情報提供を行った。	
評価の根拠	ア. 松戸市消費生活センター(又は松戸市消費生活課)との定期的な情報交換の方策及び頻度【自由記入】	相談を受けた際、また、地域のサロンや集い等で詐欺被害への注意喚起の話を行う際には、被害の状況や種類等を問い合わせ、情報提供をいただいている。			
	イ. 消費者被害防止のための民生委員・介護支援専門員・訪問介護員等への情報提供等の実施方策及び頻度【自由記入】	ケアマネ支援として関わっているケースや民生委員の方に見守りをお願いしている等、被害に遭う可能性の高い支援ケースに、把握している情報を提供し、注意喚起を個別にお願いしている。			
	ウ. センターが開催した権利擁護に関する全ての住民向け講演会の開催回数・日程・内容・主な参加者層・参加者数【開催回数・日程・内容・主な参加者層・参加者数を記入】 ※他センターとの合同開催も記載し、その旨を明記	開催回数合計 2 回 【平成30年9月4日】 高齢者虐待についての周知サロンだんらん参加者(後期高齢者) 18名 【平成30年10月31日】 高齢者虐待防止市民向け講演会「松戸市の高齢者虐待の取り組みについて」(中央圏域のセンターで共催) 一般市民 77名			
	エ. その他【任意・自由記入】	地域包括が主催する体操教室においても、随時、消費者被害防止のパンフレットを配布、事務所の入り口には詐欺被害防止のポスターを掲示する等して注意喚起を行っている。			

5. 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項			
①地域の介護支援専門員に対して、日常的指導・相談を効果的に行っているか。	4	3.33					
ア. 30年度1年間における地域の介護支援専門員からの相談件数【月報 3 2) 1の件数を記入】	451 件	/					
イ. 「30年度1年間における地域の介護支援専門員から受けた相談のうち最も困難な相談事例(1事例)」の概要及び対応内容【自由記入】	<p>70歳代、集合住宅に独居。自宅はゴミ屋敷状態であり、虫が湧いている劣悪な環境。判断力の低下はないが、無気力、何かしらの障害の可能性あり。循環器疾患の経過のため定期受診は継続。経済的に困窮はしていないが、お金を使いたがらず、自宅の清掃を業者に依頼することを拒んでいる。入浴も出来ておらず、民生委員を通じて地域包括へ相談があり、デイサービス利用の調整を図ったが、週一回の利用以外はサービスを希望せず。自宅環境の改善についてケアマネが相談するも、本人は話を逸らしたり、曖昧な返事をするばかりで話が進まずにいた。風邪をひいたことをきっかけに、デイサービスを休むようになり、利用が中断。ケアマネやデイサービスからの連絡にも反応せず、管理人の協力を得て自宅内に入り、寝ている本人を発見。本人へサービス利用の生活状況について話し合おうとするも、話を逸らし、具体的な解決へつながらなかった。ケアマネと地域包括にて月に1回は訪問や電話で安否確認を試みていたが、電話に出ないことが続いた際には管理人や同じ集合住宅に住む民生委員に状況を確認し、状況を把握しながら見守りを継続してきた。今年初旬に循環器疾患の手術が決まり、入院。術後、退院の方向となるが、本人は自宅を希望。自宅に戻るためには環境整備が必要と判断しており、本人と話し合いを行うもお金をかけて掃除をしたくないと了解せず。現在も支援継続中。今後、医療ソーシャルワーカー、ケアマネ、地域包括同席し、退院に向けてのカンファレンス予定となっている。</p>				/		
ウ. 30年度1年間における「地域の介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会」の開催回数【回数を記入】	2回						

評価の根拠

<p>エ. 30年度1年間における「地域の介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会」の日程・内容・講師 【日程・内容・講師を記入】</p>	<p>①ケアマネジャー勉強会 【日程】10月18日 【内容】1.訪問看護について 2.訪問看護の実際 事例紹介 3.グループワーク「ケアマネのアセスメントで訪問看護を利用したケースについて」「予防的な視点での訪問看護の導入について」 【講師】ハイネス訪問看護ステーション 訪問看護師3名 ②居宅介護支援事業者研修会 【日程】3月27日 【内容】講義 「人生100年時代あなたはどう生きりますか」 【講師】聖路加国際大学 大学院看護学研究科 教授 山田雅子氏 ①②とも矢切地域包括と共催</p>			
<p>オ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>勉強会や研修会ごとにアンケートを実施し、ケアマネが必要としている内容を把握し、次のテーマを選定する際に参考にしている。</p>			

<p>②地域の介護支援専門員に対して、支援困難事例等への個別指導・助言を効果的に行っているか。</p>	<p>4</p>	<p>3.25</p>		
<p>評価の根拠</p>	<p>ア. 同行訪問による個別指導・助言の件数(30年度1年間) 【月報の件数を記入】 ※サービス担当者会議への出席は同行訪問に含めないものとする。</p>	<p>106 件</p>		
	<p>イ. アのうち、最も支援困難な事例(1事例)の概要及び個別指導・助言の内容【自由記入】</p>	<p>80歳代。認知症および循環器疾患あり。認知症の疑いのある配偶者と障害のある子と同居。循環器疾患の悪化により入院後、予後3か月との診断を受ける。本人、家族の希望により自宅へ戻る方向となったが、家族の病識や介護への理解が乏しいため、家族による健康管理は難しい。また、生活保護の対象にはならないが、経済的に困窮しており、十分なサービス利用も難しい状況であった。病院にて担当者会議を開催し、家族、医療ソーシャルワーカー、ケアマネ、地域包括にて、リスクの確認、緊急時の対応、経済的に可能な限りのサービス調整を検討。地域包括がつなぎ役となり、他親族への協力を依頼。支援体制を整え、退院となった。退院後もケアマネと同行訪問、往診時立ち合いを行うなど、一緒に状態を確認。本人の病状について家族の理解が乏しく、服薬管理は出来ていたものの、ベットを返却、食べただけ食事を提供する等あり、間もなく状態が悪化。訪問診療医、訪問看護師とも連携し、話し合いの結果、これ以上の在宅生活は厳しいと判断。家族も納得し再入院となった。</p>		
	<p>ウ. サービス担当者会議への出席による指導・助言の件数(30年度1年間)【月報の件数を記入】</p>	<p>12 件</p>		

<p>エ. ウのうち、最も支援困難な事例(1事例)の概要及び指導・助言の内容【自由記入】</p>	<p>80歳代。他市から引っ越して来た。ケアマネより相談あり。以前から、本人の子①からお金を催促されていた。子①に引っ越したことを告げず子②の近くに来たが、引っ越先に来るのではと不安がっている。来た時の対応等地域包括に介入して欲しいと依頼あり。担当者会議に出席。子②の嫁より、本人たちが子①に貸したお金を今後返してもらえるのか相談あり。お金に関しては家族に法的機関への相談を提案。また、もし子①が家に来ることがあったら、基本鍵は開けない事を伝える。担当ケアマネと話し合い、必要な介護のサービスを受けながら、穏やかに過ごせるよう支援し、必要時には地域包括も介入できるよう、情報共有をし、ケアマネの後方支援を行う方向とした。</p>			
<p>オ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>支援困難なケースについては、必要に応じて担当ケアマネと同行し状況を確認、頻繁な対応が必要な場合は役割分担をし、情報共有を図るなどケアマネが一人で抱え込むことがないように努めた。</p>			

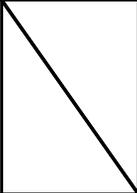
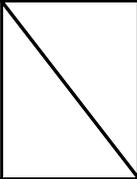
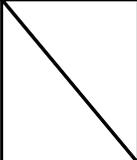
6. 地域ケア会議関係業務

評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項
①地域ケア会議の開催を通じて、地域の課題を把握しているか。	4	3.6		
ア. 30年度1年間における、地域包括ケア推進会議・地域個別ケア会議の開催回数【件数を記入】	①地域包括ケア推進会議 2回 ②地域個別ケア会議 4回			
イ. 地域包括ケア推進会議・地域個別ケア会議の開催に当たって、関係機関等の意見を聴取した上で、議題とする事例やテーマを選定している／いない	いる			
ウ. イが「いる」の場合、その具体的方策【自由記入】	会議の約2カ月前からケア会議委員や関係機関に聞き取りを行い、打ち合わせを重ね、事例やテーマを選定した。事例に関係する機関へも、事前に課題に対する意見を聴取し共有を行った。地域ケア推進会議のテーマについて会議の中で話し合う課題の他に、次回話し合う課題を個別ケア会議、または相談支援から抽出し、サブテーマとして投げかけ、意見を仰いでいる。			
エ. 議題とする事例やテーマにあわせて、地域ケア会議の参加者を決定している／いない	いる			

評価の根拠

オ. エが「いる」の場合に、①当該地域個別ケア会議の事例と②参加した医療・介護関係者以外の関係者の職種【事例・職種を記入】

- ①妄想が強く定期受診につながらず、救急受診を繰り返すケース
- ②消防、大学教授、民生委員
- ①健康管理・金銭管理が困難で入退院を繰り返す独居男性の在宅生活支援②大学教授、民生委員
- ①意欲低下により閉じこもり、不活発な生活となっている高齢者への支援②大学教授、民生委員
- ①本人および本人に代わって意思決定ができる家族がおらず、キーパーソンのいない世帯への支援②民生委員、大学教授、医療ソーシャルワーカー、成年後見センターしぐなるあいず
- ①外出や他者と関わりを好まない体力低下が進んでいる独居高齢者への支援②大学教授、成年後見センターしぐなるあいず、民生委員
- ①マンションに住み健康管理が不十分な認知症独居の方の支援
- ②大学教授、民生委員
- ①他者の介入を好まず極端に不衛生な環境で生活をおくる独居高齢者への支援②大学教授、民生委員

<p>カ. 出席を要請したが実現しなかった、①職種②意見を聴取した方法③ケア会議内の意見反映方法</p>	<p>①警察、生活支援課 ②電話 ③聞き取った見解を、地域包括より口頭または事例に記載し報告。参加者の中で共有している。</p>			
<p>キ. 地域ケア推進会議・地域個別ケア会議の議論内容(議論のまとめ又は議事録)を参加者間で共有している/いない</p>	<p>いる</p>			
<p>ク. その他【任意・自由記入】</p>	<p>前会議で検討したケースのモニタリング状況も会議内で報告するとともに、議事録にも記載し、検討後の状況についても参加者で共有を図っている。</p>			

②3層構造の地域ケア会議の連携を通じて、地域の課題解決を図っているか。		4	3.5		
評価の根拠	ア. 地域個別ケア会議の個別事例から課題を抽出し、地域包括ケア推進会議での議題にあげている事例(2事例)【自由記入】	70歳代。アパートの2階に配偶者と2人暮らし。配偶者は日中仕事。14年前に脳血管疾患、てんかん発作を発症し救急搬送。その後、定期受診につながっておらず、発作の前触れと訴えては、不安で救急要請を繰り返す。加えて配偶者への被害妄想が強く、警察へ訴えに行っては保護されることが繰り返されていた。配偶者はどこへ相談したらよいかわからなかった為、状況は変わらず、適切な支援につながらずにいた。医療機関や警察と関わりがあったが、地域包括にはつながらず、それぞれの専門機関が点での関わりしかできなかったことで、状況の改善につながらなかったため、関係機関の連携の強化が課題となった。			
		80歳代。配偶者と子夫婦と同居。現役中は旅行やイベントが好きで活動的であったが、10年前に車の運転が危ないと家族に止められてから外出の機会が減り、知人や仲間との交流も減ってしまった。並行して認知症を発症。デイサービスの利用は好まず、近くに通えるような地域の集い等もないため、朝の散歩以外は閉じこもりの生活となってしまっている。地域に通いの場が無く、地域と関わる機会が少ないことで、閉じこもりや孤立化が進んでしまうことが課題となっている。			
	イ. 地域包括ケア推進会議で抽出された課題をまとめて、市の定める期限・様式に従って、市に報告している／いない	いる			
	ウ. 市の地域ケア会議での決定事項を、地域包括ケア推進会議で報告している／いない	いる			
エ. その他【任意・自由記入】	市のケア会議資料を参加者へ配布し、どのように当該地域の課題が挙げられているかわかるようピックアップし、説明、報告している。				

7. 在宅医療・介護連携推進業務

評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項
①医療機関との緊密な連携を行っているか。	4	2.33		
ア. 在宅医療を行う医療機関と緊密に連携して対応した事例(2事例)の概要 【具体的な連携内容を記載】	80歳代、独居。足の痛みで外出困難。その他生活支援が必要な状況だが、介護認定未申請。医療受診も数年前からしていない。訪問診療を地域包括より依頼。訪問診療医に主治医意見書依頼し、介護申請。早急な介護サービス導入の必要であることを訪問診療医と確認を行う。地域で早急に対応可能な居宅介護支援事業所の情報交換を訪問診療医と行い、ケアマネの依頼を地域包括より行う。同時に訪問薬局の必要性も訪問診療医と地域包括で検討し、訪問診療機関より訪問薬局の依頼を行った。			
	70歳代、夫婦世帯。14年前に脳血管疾患後てんかん発作を発生し、救急搬送。その後、定期受診につながっておらず、発作の前触れと訴え、不安で救急要請を繰り返し、加えて、配偶者への被害妄想が強く、警察へ訴えに行き、保護されることが繰り返されてもいた。アウトリーチ後、訪問診療につながり、状況を確認してきたが、本人の改善がみられないと配偶者により中断となった。その後、再度被害妄想から警察保護となり、保健所介入。診療所と連携し、即日訪問診療再開。本人同意により検査入院を調整してもらう方向となった。			
イ. 外来診療を行う医療機関と緊密に連携して対応した事例(2事例)の概要 【具体的な連携内容を記載】	60歳代、独居。民生委員からの相談で介入。本人、依存症あり内科外来受診中断。地域包括同行で内科外来受診行う。内科医師と地域包括より内科受診継続の必要性を本人に助言し、本人の理解得る。また、内科医へ依存症も相談し、内科医の紹介で精神病院受診。依存症の治療開始となる。			
	60歳代、生活保護受給中。独居。駅で倒れているところを救急搬送される。認知機能の低下、高血糖のためインスリン治療が必要であったが、入院中に離院。自宅に帰り、入院を拒否。服薬調整で、専門医のいる医療機関へつないでいただき、継続的な通院を支援。本人は病識薄く、服薬管理、健康管理へ支援が必要と判断。また、計画的に生活費を使うことができず、食費が確保できないため、介護申請し、サービス利用へつなぐ。定期受診ごとに主治医、医療ソーシャルワーカー、ケアマネ、訪問看護、訪問介護事業所にて、カンファレンスを開き、服薬状況や状態、食事管理や本人の健康管理への意識、ひと月の金銭管理の状況、日中の過ごし方など、各支援機関から報告し合い、情報共有を行ないながら、次の支援への方向性を確認している。			

評価の根拠

<p>ウ. 入院医療機関と緊密に連携して対応した事例(2事例)の概要 【具体的な連携内容を記載】</p>	<p>80歳代。骨折後のリハビリのため、入院中。相談員より、高齢夫婦の2人暮らしのため退院支援に関わって欲しいと依頼あり。病院を訪れ、相談員、看護師、理学療法士、言語療法士とともに、退院後の生活について話し合った。内容は、理学療法士より、自宅の見学をした。段差があり家の中での歩行は介助が必要な状況。言語療法士からは、現在きざみ食を食べている。食事の形態上げられるか確認すると話あり。看護師からは、現在、トイレを訴えるが移乗に時間がかかり間に合わず失禁してしまう状況。夜間はオムツに失禁なので、オムツ交換と体位変換の介助が必要。在宅に帰る予定だったため、ケアマネ調整等考えていたが、配偶者の介護負担大きく、施設入居の方向となった。転院の際、地域包括の職員が同行した。</p>			
	<p>70歳代、独居。自宅はゴミ屋敷状態であり、劣悪な環境。2年前より介護サービスの利用につながっては、本人が中断してしまい状況が改善されずにいる。以前から患っていた循環器疾患の手術予定により入院するが、入院中に気力低下、リハビリが続かず日常生活自立度の低下あり。自宅の環境改善または、施設入所が望ましいと判断しているが、本人の意思が不明瞭であり方向性が定まらず。認知症はないが、知的障害の可能性あり。今後について主治医、医療ソーシャルワーカー、ケアマネと連携し、本人の意思確認と方向性を支援者間で共有し、必要に応じて成年後見制度へつなぐ方向で支援を継続している。</p>			
<p>エ. その他 【任意・自由記入】</p>	<p>独居や親族のいない事例の受診や訪問診療時には、可能な限り同席し、情報の共有が図れるよう努めている。</p>			

<p>②医療関係者とのネットワークを活用して、地域における医療的な課題の解決を図っているか。</p>	<p>4</p>	<p>3</p>		
<p>ア. 地域サポート医へ相談を行った件数(30年度1年間)【①相談支援件数・②アウトリーチ件数・③総件数を記入。 ※実人数で記載 ※サポート医事業は再掲 ※サポート医事業とは、在宅医療・介護連携支援センターを介したおこわれるもの。</p>	<p>①相談支援件数 4 件 (内、サポート医事業 4 件) ②アウトリーチ件数 3 件 (内、サポート医事業 3 件) ③総件数(①+②) 7 件 (内、サポート医事業 7 件)</p>			
<p>イ. 地域サポート医との連携により、地域における医療的な課題に対応した事例(2事例)の概要【自由記入】</p>	<p>70歳代。知的障害が疑われる子と同居。子が見守りを続けていた民生委員の名刺を見て、民生委員へ「助けて助けて」と電話した為、民生委員が自宅へ訪問。訪問時は子は外出しており、本人・子ともに会えなかった為、翌日に民生委員より地域包括へ相談が入る。同日、地域包括・高齢者支援課が訪問し、子、本人と面会できた。本人は1週間程前に腰を痛めてから2階の居室にて布団で寝たきりの状態。屋内は腐敗した食物が堆積した状態で不衛生、庭木も生い茂っており、建物の老朽化も激しい。食事は菓子パン、ジュースでトイレに行けず失禁している。1か月以上受診できていないことが判り、介護サービスの早急な導入が必要と判断。また、栄養不良と脱水が疑われたためアウトリーチを依頼し翌日診療同行。医学、医療的緊急性は相対的に乏しく、生活環境の改善を最優先と判断あり。即日介護保険を申請し、早急にショートステイを確保しその間に自宅の療養環境整備及び医療・介護の支援体制を整える方向となる。また、経済的支援として生活保護の申請手続きの支援を行った。ショートステイ利用中に自宅内の清掃、本人の居室を確保。毎日ヘルパーおよび定期的にショートステイを利用し、訪問診療を継続しながら在宅生活支援を継続中。</p>			
	<p>80歳代。病院嫌いで、50年くらい受診していない。家族から、支援をして欲しいと地域包括に相談あり。訪問し、話を伺う。家族からは、昔から医者や病院が嫌いで健康診断も受けた事がない。以前ヘルペスの影響で、手にしびれが残り、小指が曲がってしまっている状態だが受診はしていなかった。本人より病院には行きたくない拒否が強く外来受診は不可能と判断し、在宅医療・介護連携支援センターに相談。アウトリーチ対応とのことで、初回診療に付き添う。医療者に対して拒否がなく、診療を受けている。その後アウトリーチで診察した医師が主治医意見書を書き、介護保険申請した。ケアマネ調整し訪問診療、訪問看護とつながった。</p>			

<p>ウ. 医療関係者とのネットワークを構築するためにやっている具体的な方策【自由記入】</p>	<p>在宅医療・介護連携に関する会議や、研修会へは積極的に参加し、顔の見える関係づくりに努めた。医療が重要となる支援ケースについては、できる限り受診同行し、主治医と情報共有ができるよう顔の見える関係づくりに努めた。また、医療機関からの相談や関わりのあるケースは、支援状況に変化があるごとに丁寧にフィードバックを行なった。</p>	
<p>エ. 医療関係者と合同で参加した全ての事例検討・研修会・勉強会の日程・テーマ【参加回数合計・日程・テーマを記入】※担当者会議は含まない</p>	<p>参加回数合計 16回 ①4月4日福祉相談窓口オール顔合わせ会 ②5月29日「松戸市在宅医療・介護支援センター説明会」 ③5月31日「平成30年度第1回松戸認知症コーディネーター世話人会」 ④7月13日「平成30年度第一回東葛北部地域リハビリテーション広域支援センター認知症疾患医療センター合同連絡協議会」 ⑤7月26日「平成30年度第一回松戸認知症コーディネーターフォローアップ研修会」 ⑥8月6日「まつど認知症予防プロジェクト実施担当者研修会」 ⑦9月7日「平成30年度第2回松戸認知症コーディネーター世話人会」 ⑧10月25日第2回「松戸市認知症コーディネーターフォローアップ研修」 ⑨10月29日「アウトリーチ事例検討会」 ⑩11月21日「平成30年度精神保健福祉研修会」 ⑪12月21日「平成30年度松戸認知症コーディネーター第3階世話人会」 ⑫1月25日「平成30年度多職種共同研修会」 ⑬1月25日「平成30年度第2回東葛北部地域リハビリテーション広域支援センター認知症疾患医療センター合同連絡協議会」</p>	
<p>オ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>薬局の窓口で相談を受けたり、地域包括へ相談が必要であるような利用者に対し、地域包括へ確実につながるよう、また、つないだ結果をフィードバックできるようセンターの連絡先が記載してある相談受付票を作成し、地域の薬局へ設置していただき連携を図れるようにしている。 ケアマネ勉強会では、ケアマネと訪問看護の連携が図り易くなるよう、訪問看護ステーションの看護師に講師を依頼し顔の見える関係づくりに努めた。</p>	

8. 認知症高齢者支援

評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項	
①認知症の早期把握・早期対応を推進しているか。	3	2.4			
評価の根拠	ア. 包括自身が主体となって認知症初期集中支援チーム事業を実施している/いない	いない			
	イ. 認知症初期集中支援チームにつないだ、または包括自身が認知症初期集中支援チームとして実施した事例の件数(30年度1年間)【件数を記入】	1件			
	ウ. 認知症初期集中支援チームにつないだ事例(1事例)の概要・センターの対応内容・チームとの連携内容 チームを実施している包括は、支援事例(1事例)の概要・チームとしての対応内容・関係者との連携内容【自由記入】	80歳代、高齢者世帯。要介護認定未申請。配偶者は要支援2の認定あり、担当ケアマネより相談。本人、物忘れが多くなり感情の起伏も激しくなっているが、認知症対応医療機関未受診で、配偶者が本人の対応に苦慮しているケース。本人にチーム・地域包括より認知症医療機関受診を提案し、同意あったが、配偶者には受診への疑問を強く訴える。別居の子への連絡を地域包括より行い、本人の認知症対応医療機関の受診必要性を説明し、子の同意も得られる。子の意向や支援で定期受診、認知症の診断と治療が開始。その後も地域包括と子とで相談継続し、要介護認定申請を行い要介護1の認定。サービス利用調整しデイサービス利用、配偶者の負担軽減にもなっている。			
	エ. DASCを活用した軽度認知症についてのアセスメントを実施し、継続支援につながった件数(30年度1年間)【件数を記入】	2件			
	オ. DASCを活用してアセスメントを行った事例(1事例)におけるケアマネジメントの内容と実際に行われた医療機関受診・サービス利用・セルフケアの内容【自由記入】	80歳代、独居で要介護認定未申請。自立で生活されているが、物忘れが増えていて、本人今後の認知機能低下の不安ある。DASCにてアセスメント行った結果、現在本人が行っている買い物や調理等の家事や、園芸や刺繍等の趣味活動を意識的に行っていただく事や、本人が以前行っていた日記の再開、地域のサロン等への参加などセルフケアを本人実施、モニタリングにて地域包括が確認していく。6カ月後にはDASC2～3点改善。本人に認知症予防への意欲維持・向上にもつながる。			
カ. その他【任意・自由記入】	相談支援の中で、認知症が疑われる方に対し、判断指標のひとつとしてDASCを活用している。該当する場合には、専門機関への受診を奨励、必要に応じてつないでいる。				

②認知症高齢者に対する地域での支援基盤を構築しているか。	4	3.6		
ア. オレンジ協力員による「専門職と協力しながらの実践活動」の実施件数(30年度1年間)【件数を記入】	36 件			
イ. アのうち、最も難易度の高いと考えられる実践活動の内容【自由記入】	昨年度からの課題であった認知症カフェの立ち上げについて、地域内のデイサービス事業所から場所の提供が得られたため、オレンジ協力員に働きかけ、立ち上げ及び運営への協力をお願いした。6名の協力員に賛同をいただき、地域包括、デイサービス事業所職員とともに、次年度の開催に向けて、月に1回～2回程度話し合い、地域包括で作成した企画案を元に、意見をもらいながら、会の目的、開催頻度、内容、対象者、を明確にしていく作業を行なった。誰にでも開かれた場所、認知症の人やその家族が地域とつながる場所をコンセプトに、月に1回の開催を決定。6月に初回開催を決定した。			
ウ. センターが開催した全ての認知症サポーター養成講座の日程・主な対象者・参加者数【参加者合計・日程・主な対象者・参加者数を記入】	参加者合計 3回 41人 ①【日程】8月2日【主な対象者】民間企業【参加人数】14人 ②【日程】1月27日【主な対象者】マンション管理組合【参加人数】11人 ③【日程】3月26日【主な対象者】市民有志【参加人数】16人			
エ. 認知症ケアパスの普及啓発のために行っている具体的方策【自由記入】	市民有志の会に認知症の出張講座を行う。講座資料として受講者全員に認知症ケアパスを配布。講座の内容も認知症ケアパスに沿って説明する事で、認知症の理解、症状、認知症予防、認知症の方との接し方等の説明を行い、認知症全般についての説明やケアパスの活用方法についても説明を行う。同時に認知症ケアパスを地域包括で配布している事も受講者へ伝え周知することが出来た。			
オ. 認知症地域支援推進員の配置人数【人数を記入】※平成31年3月末現在の配置数を記入	2 人			

評価の根拠

<p>カ. 認知症地域支援推進員として活動した内容(30年度1年間)【自由記入】 ※ケアパス検討会等への出席を含む</p>	<p>①既存の商店の協力をいただき、認知症の人がいつまでも輝けるをモットーに、認知症の方がホールやレジなど、スタッフとしておもてなしを行なう認知症カフェの企画から実施に至るまで携わった。プラチナカフェとして年度内2回実施している。 ②③本庁地区社会福祉協議会主催のふれあい音楽会において、認知症の普及啓発活動を行なった。 ④矢切地域包括と協力し、オレンジ協力員と認知症コーディネーター、認知症地域支援推進員との交流会を開催した。</p>			
<p>キ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>地域にある商業施設と協働し、認知症カフェ等、認知症の人やその家族が地域の方と触れ合える居場所づくりの開発に向けて話し合いを行なった。</p>			

9. 介護予防ケアマネジメント業務、介護予防支援関係業務

評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項	
①自立支援に向けたケアマネジメントを行っているか。	3	2.28		イ 疾患に不安を持つ方の会を紹介し、参加を促すことで不安軽減に努めた。	
ア. 自立支援型ケアマネジメント検討会への出席回数(延べ人数)【出席回数・延べ人数を記入】	5回(延べ 12 人)	/		サロンなどを紹介し、参加を促したことで健康維持につなげた	
イ. センターが行うケアマネジメントを通じて、住民主体のサービス、地域の予防活動等につないだ事例(2事例)の概要と対応内容【自由記入】	70歳代・要支援1。疾病の再発予防の運動する機会を持つため介護保険利用しリハビリ型のデイサービスの利用を開始する。併せて、再発の不安、予後に対しての不安やリハビリを進めていく上での希望を同じ疾病を抱えた方々との情報共有ができるよう、疾病に対する病院主催の「友の会」をご紹介したところ参加に繋がり、お悩みや不安等の共有ができ精神的な負担が軽くなった。		/		
評価の根拠	80歳代。配偶者と同居していたが、配偶者の施設入居で独居となる。本人、生活は自立し介護が必要な状況ではないが、気分の落ち込みあり。本人マンションに住居、マンションの他の住民の交流も希薄で地域との交流もない。本人の介護予防への意欲向上のためや、本人と地域とのつながりを構築するため、地域サロンを紹介し、本人定期的に参加することとなる。サロンに参加する事で、同年代の方や同じ独居の方と知り合い、話しをすることで孤独感等減少した。またサロン参加という予定入ることで、生活がより充実してきたとの実感を受けている。本人サロンに継続参加している。			/	
ウ. センターが行うケアマネジメントを通じて、短期集中予防サービスなどにつなぎ、心身機能の改善につながった事例(2事例)の概要と対応内容【自由記入】	70歳代。要支援1。軽度の右麻痺があり下肢筋力、バランス力の低下から転倒のリスクが高かった。短期集中予防サービスを利用し、片足立ちのタイムの向上などの成果がみられ、歩行姿勢の改善やふらつきの軽減がみられた。 80歳代。平成30年になり足腰の痛み強くなり、歩行機会の減少あり移動能力低下。心疾患による運動制限もありセルフケアでの運動が難しい状況。短期集中サービス機能強化型を開始し、体力や下肢筋力向上の訓練を全24回通所し実施。本人、近隣への散歩再開できるまで移動機能が回復した。		/		

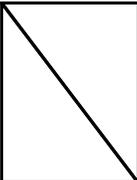
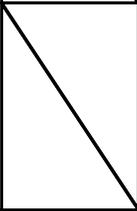
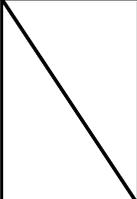
	エ. ケアマネジメントC作成件数(30年度1年間)【件数を記入】	0 件			
評価の根拠	オ. 一般的なケースにおけるモニタリングの実施頻度と実施内容【実施頻度と実施内容を記入】	訪問によるモニタリングは3か月に1回。電話によるモニタリングは月に1回行っている。訪問時はチェックリストを使用しながら本人の健康状態、生活状況、ADLなどを確認しながら、共に目標の達成度を評価している。電話の場合は本人からの聞き取りを行い、必要に応じて訪問を行っている。			
	カ. その他【任意・自由記入】	自立支援につながるような地域の自主グループや社会資源について、広報まつどや地域の掲示板などから情報を得て、閉じこもりがちで他者との交流の機会が持てない方には「サロン」などの集いの場を、男性で調理経験の少ない方に対しては「男の料理教室」を対象となる方に関心を持っていただけるように随時情報を提供している。 支援に繋がりづらいハイリスクなケースに対しては、定期訪問や電話で継続的に関わり、関係構築、見守りを行っている。			

②居宅介護支援事業者へのケアマネジメントの委託を適正に行っているか。		4	3.33		
評価の根拠	ア. ケアマネジメント業務の委託先選定時に公正・中立性を担保するために行っている具体的方法【自由記入】	所内で委託件数が一目で確認できる表を作成し職員間で共有。居宅介護支援事業所に委託が偏らないよう配慮し、公正中立を保っている。利用者に対しては、ケアマネの人員体制や営業日、受け入れ状況を把握した複数の居宅介護支援事業所を提案し、選択していただくようにしている。			
	イ. 居宅介護支援事業者へ委託した場合の台帳及び進行管理が行われている／いない	いる			
	ウ. 居宅介護支援事業者へ委託したケアプランの達成状況の評価の確認を行っている／いない	いる			
	エ. 委託先の安定的な確保のために講じている具体的な方策【自由記入】	年に2回、矢切地域包括と共催しケアマネ勉強会や交流会を開催し、顔の見える関係を築くように努め、ケアマネの人員体制や受け入れ状況などを確認している。また、委託先の居宅介護支援事業所の近くへ行った際には、出来る限り挨拶に何うようにし、顔の見える関係づくりに努めている。			
	オ. その他【任意・自由記入】	プランチェックを行った際、具体的に確認が必要な点や伝えるべき項目がある時には、電話にて直接担当ケアマネへ伝えるようにし、相手側の意見や不明点等も聞き取りながら助言等を行うようにしている。			

10. 松戸市指定事業

評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項
①松戸市指定事業を適切に実施しているか。	4	3.33		
評価の根拠 ア. センターが開催する介護予防教室(体操教室等)の ①参加総数(30年度1年間)及び ②最も参加者が多かった教室の日程・内容・主な参加者層・参加者数 【参加総数・日程・内容・主な参加者層・参加者数を記入】 【月報の件数を記入】	①参加総数 (913)人、開催(35)回(平均 26.0 人/回) ②最多教室の状況 4月8日、シニアのための転倒予防教室 参加者 52名 ストレッチ、筋トレ(転倒予防、失禁予防)、脳トレ体操、口腔体操 参加者層:男性:6名 女性46名 年齢(多い順)70～74歳 14名 75～79歳 14名 80～84歳 9名 65～69歳 7名 85歳以上 6名 64歳以下 1名 不明 1名	/		
イ. センターが開催する認知症予防教室の ①参加総数(30年度1年間)及び ②最も参加者が多かった教室の日程・内容・主な参加者層・参加者数 【参加総数・日程・内容・主な参加者層・参加者数を記入】 【月報の件数を記入】	①参加総数 (147)人、開催(6)回、(平均 24.5 人/回) ②最多教室の状況 ウォーキングで脳力アップ～知っておこう認知症のこと～ 矢切地域包括と共催 10月23日 認知症の病気、予防についての講和。脳トレ体操。 セーフティウォーキングナビ測定と解説、運動、ウォーキングの実技。 参加者 27人 参加者層:男性 5名 女性 26名 本庁地域 10名 矢切地域 21名 年齢 70代から85歳後半			

<p>ウ. センターが開催する／センターが依頼を受けた介護予防普及啓発活動の参加総数(30年度1年間)及び日程・内容・主な参加者層・参加者数 【参加総数・日程・内容・主な参加者層・参加者数を記入】 【月報の件数を記入】 ※ア. イは含まない</p>	<p>①センターが開催する 参加総数 (71)人開催(7)回 ②センターが依頼を受けた 参加総数(326)人開催(10)回 ・5月22日(午前18人)(午後11人)、5月25日(13人)、5月30日(6人)、6月6日(午前10人)(午後9人)民生員主催のサロン 地域包括の紹介、認知症予防体操 ・6月19日(14人)、7月3日(17人)、9月4日(13人)、10月2日(20人)、1月22日(14人)、3月5日(27人):サロンだんらん 地域包括の紹介、社会資源マップ作製のための意見聴取、介護予防体操、熱中症予防の啓発、高齢者虐待の周知、松戸祭りイベント周知、終活カルタ、インフルエンザについて、防災についてなど 7月10日(25人)、2月5日(20人):みんなの会 認知症についての講座 11月23日(4人):宮前湯 地域包括の紹介、体操の先生による、健康体操の実施 12月8日(134人):地区社協ふれあい音楽会 来場者へ地域包括のパンフレット配布、ブースにて認知症チェック、介護予防、認知症予防、高齢者にかかわる制度の情報提供及び相談、本庁地区の社会資源マップの掲示 1月24日(42人):太陽生命松戸支社 認知症とはどういうものか、実行機能障害、行動心理症状とその支援、認知症の診断・治療・予防、認知症の人と接するときの心構え</p>	
--	--	--

<p>エ. ボランティアの育成の具体的な実施方策【自由記入】 (高齢者支援連絡会等既存のボランティア育成を記載。オレンジ協力員の支援は含まない)</p>	<p>町会のサロンや有志で集まるサロン等の役員の方へ講師の情報や地域の社会資源の情報提供を行なった。</p>			
<p>オ. 申請代行業務(サービス利用の申請代行、住宅改修の助言・理由書作成等)の実施件数 (30年度1年間)【月報件数を記入】</p>	<p>介護保険認定申請代行: 124 件 住宅改修の助言・理由書作成: 1 件 その他: (公的サービス利用申請): 4 件 その他: (): 件</p>			
<p>カ. 各種保健福祉サービス・介護サービスの普及啓発の具体的な実施方策【自由記入】</p>	<p>地域のサロンや自主グループ等に参加し、サービスの紹介や説明を行ない周知を図った。また、相談において該当するサービスについては必ず紹介し、希望がある場合には手続き支援を行なっている。</p>			

11.特記事項:各項目における特筆すべき事項、発展的な取り組み、先進的な取り組みや工夫などを記載

評価項目	回答欄	行政チェック(○または空欄)		
1.組織/運営体制	<p>①事業計画は前年度の反省点を活かせるよう、職員間で確認、話し合っ作成している。事業項目ごとに主担当を決め、確実に計画に沿って事業が展開できるようにし、朝礼やケース共有時に進捗を確認できるようにしている。</p> <p>②月1回は法人内の在宅部門と地域包括、また、地域包括間でも共有会議を開いており、各事業の実施状況の報告、情報共有を行ない、法人内での連携強化を図っている。</p> <p>③夜間、休日対応においては、必要であれば土曜日でも窓口および訪問にて相談支援に対応し、それ以外では職員が所持する携帯番号を案内している。相談職員が携帯を所持しているため、時間外でもワンストップで相談対応を行なうことができている。</p> <p>④年に2回法人内で人事考課を実施。法人の作成する人事考課表を用いて個別に目標を設定し、業務の達成について評価を行っている。その際には、センター長が面談を行ない、個別に聴き取りを行なっている。</p>			
2.人員体制	<p>保健師の欠員が生じる時期もあったが、相談支援業務等で医療的な視点や判断が必要な際は、同法人が受託する矢切包括の看護師に意見を求めながら、適切な支援へつなげられるように努めた。また、事業についても、矢切包括と協力しながら滞ることなく進めることができた。職員の募集については、ハローワークや一般広告、紹介会社等を活用し、早急に補充ができるよう努めている。</p>			
3.総合相談支援業務	<p>①毎日朝礼を行ない、職員間でケースの共有を図るとともに、月1回、同法人の矢切包括とも困難事例や虐待事例等について共有、意見交換を行なっている。</p> <p>②地域の社会資源や組織等とつながった際には、つながるまでの経過やその窓口、経路などを記録し、職員間で共有できるように一か所にファイリングしている。</p>	○		
4.権利擁護業務	<p>地区内にある居宅支援事業所へ向けて虐待研修を実施し、基本的な虐待の種類から、通報を受けてからの対応の流れ、虐待の有無の判断、ケアマネがどう関わっていくのか、養護者支援の重要性について、具体的な事例を交えながら説明を行ない、ケアマネジャーのスキルアップと連携強化に努めた。</p>			

5.包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	<p>①月1回、同法人内の共有会議を通じて居宅介護支援事業所の傾向や実情についての把握に努めている。</p> <p>②新入職員が入った際など、折をみて地域の居宅介護支援事業所へ挨拶へ出向くようにしている。</p> <p>③ケアマネにケースをつなぐ際には、初回訪問時は同行するようにし、顔の見える関係をもつことで、困った時に相談、連携しやすい環境づくりをに努めている。また、電話だけでは判断しかねる複雑な事例や困難事例についても、同行訪問するようにし、実態把握をした上で適切な助言が行なえるよう努めている。</p>	
6-1 地域ケア会議関係業務	<p>約2ヶ月以上前より事例やテーマを検討、選定し、関係する人物や機関へ意見を聴取、必要に応じて会議への参加を依頼している。会議前には必ず、高齢者支援課、ケア会議委員の医師と打ち合わせを行い、有意義な会議になるよう事前準備を時間をかけて行なっている。</p>	
6-2 地域ケア会議関係業務 他圏域の好事例の取り組みを自分の圏域で共有し、実際に取り組んでいることについて記入してください。	<p>他圏域での居場所づくりの好事例を会議にて共有し、デイサービスの休業日を利用した認知症カフェの立ち上げに向けて、オレンジ協力員と話し合いを行ない、次年度具体的に開催予定となっている。</p>	
7.在宅医療・介護連携推進業務	<p>医療につながりづらいケースや受診方法、受診先に困るようなケースについては、在宅医療・介護連携支援センターを積極的に活用し、助言をいただいたり、アウトリーチを実施していただき、連携を図りながら支援を行なっている。</p>	
8.認知症高齢者支援	<p>①昨年度より課題となっていた認知症カフェの立ち上げについて、地域包括ケア推進会議でも検討し、地域から様々な意見をもらった。その後、オレンジ協力員に協力をいただきながら、デイサービスの休業日を利用しての立ち上げに向けて定期的に打ち合わせを始めることができ、次年度の開催日程の決定に至っている。</p> <p>②認知症コーディネーターと認知症地域支援推進員とオレンジ協力員で交流会を開催し、専門職と顔の見える関係づくりを行った。</p> <p>③本庁地区ふれあい音楽祭や松戸さくらまつりで地域包括のブースを設けていただき、認知症予防や相談機関の周知を図るとともに、認知症チェッカーを実施、実態把握に努めた。</p>	

<p>9.介護予防ケアマネジメント業務、介護予防支援関係業務</p>	<p>①委託先に偏りがないよう一覧表を作成、件数を計上し、すぐ把握できるようにしている。 ②初回サービス開始日には電話にて必ず状況確認を行っている。 ③独居高齢者のケースにはモニタリングの他、近くに行った際には訪問するなど、意識的に見守りを行うようにしている。 ④短期集中サービスの利用者へは卒業後の継続支援として、地域の社会資源を集約し、紹介するようにしている。</p>			
<p>10.松戸市指定事業</p>	<p>①体操教室を月3回実施。当該地区の中でもそれぞれ別の場所や違う内容で開催し、自分に合った教室が選べるよう、多くの人が参加しやすくなるよう考慮した。 ②認知症予防教室では、教室参加後も自主的に継続して取り組みやすくなるよう、矢切地域包括と共催し、実施回数を6回に増やした。</p>			
<p>11.その他 職員が働きやすい職場環境を整えているか(時間外、休日出勤などに対する配慮)について記入してください。</p>	<p>必要な会議や研修、ケース対応については時間外を認めている。休日に出勤が必要な場合は、平日に代休をとれるようにしている。</p>	/		