

平成30年度地域包括支援センター事業評価
⑤ 矢切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	3.25		エ 1の在宅医療・介護連携支援センターの連携強化では、ケースについて相談し、医療受診についてのアドバイスを得た。推進会議で在宅医療・介護連携支援センターについて周知をしていただいた。	
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				
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】	<p>1.介護に関する相談、医療に関する相談が多い→医療・介護の連携のネットワークの改善が必要→在宅医療・介護連携センターの連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個別ケア会議でアドバイザーとして参加していただいた、また地域ケア推進会議では講師として招き地域包括の業務内容について紹介していただいた。 <p>2.家族調整の必要な相談が多い→ぎりぎりまで家族や地域で抱え制度にたどりつかない→ 医療や制度についての啓発活動が必要、専門機関との連携による協力を得ての支援</p> <p>3.認知症関連施策の事業へ継続的な取り組み。(くるみの会運営支援、サロンわたしのオレンジ協力員との協働、個別ケースの傾聴など)</p> <p>介護予防への取り組みの継続→体操教室の体力測定などの実施、評価、介護予防の自主グループの立ち上げ支援</p> <p>4.権利擁護、消費者被害の防止に関する取り組みの改善→自立支援事業に特化した地域包括独自のパワーポイントを作成し啓発事業を実施する。振り込め詐欺、成年後見については昨年作成したパワーポイントを利用して実施する。</p>		/		
評価の根拠					

<p>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】</p>	<p>毎月始め朝礼で1ヶ月の事業の確認をし、事業が計画的に進められているか確認するとともに、事務所内に一覧表にした事業計画表に日付を入れたものに終了すればチェックを入れて職員全体で把握できるようにしている。これでできていなかったり、不足している事業があれば、関係機関に声をかけ開催機会の協力を得るなどしている。</p> <p>また、法人本部、同グループ事業所との定例会議が毎月開催されるため、事業の進捗や改善などについて話し合いを行って事業運営に生かすようにしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同じグループの訪問看護事業所に依頼し、予防的な関り、家族相談、看取りなど具体的な事例を通じて訪問看護の理解を深める勉強会をケアマネに向けて開催できた。 ・オレンジ協力員のサロン開催や活動について矢切のオレンジ協力員と合同で研修することで同法人地域包括圏域内でもサロン立ち上げなど活発な活動ができるよう協力した。 ・29年度1年間立ち上げ支援共催してきたサロンわたしを自主グループ化するという30年度の目標を、元気応援くらぶ事業に応募することで達成した。地域の居場所作りの支援、地域づくりに力を入れることが30年度の当地域包括の目標としてきた。 			
<p>カ. その他【任意・自由記入】</p>				

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 (5,179)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(1,343)世帯 65歳以上の高齢者世帯の高齢者数(3,430)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 (2,686)人			
	イ. 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(859)世帯 75歳以上の高齢者世帯の高齢者数(1,983)人			

<p>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。</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>③イ 介護予防教室参加者の居住地域について分析し、矢切の方が少なかったため、会場を変更するなど利便性の向上に取り組んだ。</p>		
<p>評価の根拠</p>	<p>ア. 実施しているニーズ把握の方法【自由記入】</p>	<p>・日報を集計し、相談者、世帯、地域などをグラフ化し、地域課題を考える材料としている。また、介護予防教室2か所の参加者の平均年齢や地域から今後の教室のニーズを考えるようにしている。 二十世紀市民センターの参加者 平均年齢 75.6歳 前期高齢者が多く強度のある体操を持続できる体力がある。 総合福祉会館の参加者 平均年齢 79歳 後期高齢の90歳代の参加もあり、緩やかな運動で認知症予防、社会参加に資するニーズがある。 ・相談はなるべく家庭訪問をすることで実態を把握し、本人以外のニーズや生活状況を知ることで包括的な相談支援、共生的な相談につなげるようにした。 相談ケースが上矢切に急増している。地域で開催しているサロンを訪問し民生委員との連携を密にし実態把握を平成31年度は実施したい。 萩町は世帯が若いせいか相談が少ない、栗山は後期高齢者が多い 地区だが農家が多いせいか相談が少ない。 相談者にかんしては親族が圧倒的に占め農村部で、家族形態が維持されていると感じる。 ・オレンジ協力員と共にサロンを立ち上げることでそこに参加される方の様子や話題から何が必要なのかを考える機会にしている。 ・ケア会議(個別、推進)での話し合いから導かれる意見から地域包括が取り組めることについて実践するようになってきた。 ・民生委員、地区社会福祉協議会からの相談や意見から地域住民の課題を考えることができた</p>			
	<p>イ. ニーズを基に実行した取組の具体例【自由記入】</p>	<p>昨年10月から準備してきたサロンわたしを4月から開催してきたが、民生委員定例会や地域ケア推進会議で斜面林で分けられてしまっている栗山、上矢切に住民の集える場がないという意見が出され、上矢切にある特別養護老人ホームに協力を得て、食事に関する介護予防教室やオレンジ協力員の協力を得て出前サロンを栗山、上矢切地区の住民に向けて開催することができた。 また地域内で電話での詐欺が発生したとの情報を受けすぐに、詐欺防止の講演をかもめの会で情報提供も含め開催した。</p>			

④個人情報保護の徹底を行っているか。		4	3.75			
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】	ファイルや紙ベースの書類は施錠できる棚に保管し、パソコンには各自パスワードを設定し他者から閲覧ができないようにしている。 離席の際はパソコン画面は閉じ、机上には個人情報を置いたままにし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】	電話での問い合わせについては、一旦電話を切り、所内で共有し判断し、迷うときは市へ相談、確認するようにしている。 市の研修資料、法人の個人情報保護に関するブックレットを個人で携帯しいつでも確認できるようにしている。				

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	力 地区連合会ではチラシを配布し、口頭でも説明。生涯大学入学式では、生徒に向けて包括の業務をチラシを配布し、口頭で説明。矢切こどもまつりでは、子どもに付き添う親、高齢者を対象にブースにて、包括の業務内容、認知症のパネルを掲示。高齢者体験なども実施し、高齢者理解を推進した。															
評価の根拠	ア. 夜間窓口(連絡先)の整備・周知の方策【自由記入】	必要時は17時以降も来所、訪問も受け付けることにしている。留守番電話で夜間緊急時の携帯番号を案内している。																	
	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"> <thead> <tr> <th></th> <th>本人又は親族</th> <th>その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問</td> <td>45件 内(18件)</td> <td>27件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>14件 内(6件)</td> <td>8件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>82件 内(45件)</td> <td>37件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>141件 内(69件)</td> <td>72件)</td> </tr> </tbody> </table>				本人又は親族	その他	訪問	45件 内(18件)	27件)	面接	14件 内(6件)	8件)	電話	82件 内(45件)	37件)	合計	141件 内(69件)	72件)
		本人又は親族	その他																
	訪問	45件 内(18件)	27件)																
	面接	14件 内(6件)	8件)																
	電話	82件 内(45件)	37件)																
合計	141件 内(69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】	土曜日は必要に応じて訪問や来所での相談は行っている。留守番電話で携帯番号を案内し、相談は電話でも受け、必要時改めての相談日を設定している。																		
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"> <thead> <tr> <th></th> <th>本人又は親族</th> <th>その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問</td> <td>9件 内(4件)</td> <td>5件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>0件 内(0件)</td> <td>0件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>6件 内(6件)</td> <td>0件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>15件 内(10件)</td> <td>5件)</td> </tr> </tbody> </table>			本人又は親族	その他	訪問	9件 内(4件)	5件)	面接	0件 内(0件)	0件)	電話	6件 内(6件)	0件)	合計	15件 内(10件)	5件)		
	本人又は親族	その他																	
訪問	9件 内(4件)	5件)																	
面接	0件 内(0件)	0件)																	
電話	6件 内(6件)	0件)																	
合計	15件 内(10件)	5件)																	
※17:00以降に対応した件数	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>本人又は親族</th> <th>その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問</td> <td>1件 内(0件)</td> <td>1件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>3件 内(0件)</td> <td>3件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>4件 内(4件)</td> <td>0件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>8件 内(4件)</td> <td>4件)</td> </tr> </tbody> </table>			本人又は親族	その他	訪問	1件 内(0件)	1件)	面接	3件 内(0件)	3件)	電話	4件 内(4件)	0件)	合計	8件 内(4件)	4件)		
	本人又は親族	その他																	
訪問	1件 内(0件)	1件)																	
面接	3件 内(0件)	3件)																	
電話	4件 内(4件)	0件)																	
合計	8件 内(4件)	4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																		

<p>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】</p>	<p>オリジナルで地域包括職員の似顔絵入りのチラシに地域包括の仕事内容や連絡先を入れたものを住民向け、民生委員や町会向けを2種類作成し訪問時留守のときなどメッセージ記入しのこすようにしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地区連合会総会では地域包括のオリジナルチラシと市のチラシで3職種の紹介をした。 ・生涯大学入学式では地域包括のチラシを利用し仕事内容の紹介、15圏域の説明、出前講座もできることを伝えた。 ・矢切こどもまつりではブースを開設、手作りの包括の仕事紹介ポスター掲示、介護事業所の紹介、高齢者体験コーナー、ノルディックウォーキングの体験、認知症チェッカー、ロバ隊長作成、介護相談コーナーを設置して周知を図った。 ・生涯学習では市民講座での地域包括の仕事についてオリジナルの資料を用いて講演などを行うことで地域包括のPRを行った。 		
<p>キ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>総合福祉会館内に地域包括の事務所があることで他地域からの急な来所相談も多く、できるだけ相談者の負担にならない方法を考えながら適切に担当地域包括へ繋ぐよう心がけ市民サービスに努めた。</p>		

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	3		
評価の根拠	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 4 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: 4 時間 連携機関: 高齢者支援課、対象となった事業所			
	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】	地域包括入り口の見えやすい壁に地域包括の運営規定の内容と共に掲示している。併せて指定介護予防事業所としての運営規定内にも苦情対応窓口の情報を載せ掲示している。			
	エ. イの具体的な内容と改善方策	市で以前行っていた2次予防対象者の通所(運動)を利用していた高齢者の子が要介護認定の申請により要支援となり介護保険サービスを利用するようになっていた。ケアマネから連絡をもらったり、ケアプランを見せてもらったことがないという相談が入ったため市に契約時についての規定を確認した。また事業者に緊急時の連絡先確認も含め、家族との連絡について、申請、調査立ち合い、契約時の連絡については配慮するよう注意を促した。			
	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】	苦情の受付については所内で使い方については共有しており、受付票についてはファイルを作成し保存している。苦情があった場合は所内で共有し、その対応については所内で検討し対応する。内容によっては市へ相談し対応の確認をして返答するなどしている			

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	3.25		
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 31ヶ月			
エ. 職員に対する職場内研修の開催回数【回数を記入】	10 回			
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)	4/17今年度の事業について(特に在宅医療・介護連携センター・福祉まるごと窓口、アドバイザー制度、生活支援体制整備事業) 5/14ファシリテーションについて、5/23地区診断結果の活用について 8/30AED研修 2時間、9/26 地域フォーラムの目的など、 10/10 もしバナゲームについて、10/22 現任研修より地域推進会議について、10/24火災防火訓練について、2/6うつの話の聞き方、3/13 意思決定支援について(各平均30分くらいの伝達研修として 研修参加者が実施)			

評価の根拠

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	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	①30 ②28 ③35 ④ ⑤ ⑥ ⑦ 平均 31 点	/	

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	イ	
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 856件 健康・医療に関する相談 555件 経済的相談 167件 介護予防に関する相談 41件 家族調整に関する相談 132件 権利擁護に関する相談 22件 諸制度や地域の社会資源に関する相談 57件 安否確認(見守り含む) 36件 その他 108件 総計 1974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 760件 健康・医療に関する相談 529件 経済的相談 272件 介護予防に関する相談 10件 家族調整に関する相談 309件 権利擁護に関する相談 65件 諸制度や地域の社会資源に関する相談 38件 安否確認(見守り含む) 47件 その他 87件 総計 2117件		矢切地区は自主的に高齢者地域見守り活動を行っていたり、地域や家族で解決しようとする意識が強い。一方で、行政に相談するのは恥ずかしいことというような考え方があり、地域で頑張りすぎてしまい、行政の介入が遅れてしまうことがあった。そのため、地域の取組に介入し、連携を取れる体制を整えていく。	

評価

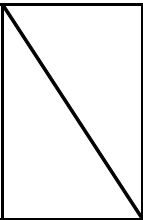
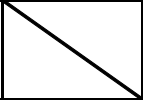
Ⅲ の 根 拠	イ. 他のセンターと比較した分類別の相談件数の特性と、当該センターにおける相談内容の主な特徴の検討結果【自由記入】※直近の介護保険運営協議会資料を参照して比較検討	他の地域包括に比べると支援、相談数が少ない。これは地域の特性として問題解決はまず家族でそして地域でという考えが強いことも一つの要因で地域ケア会議のケースを通して医療や介護の制度につながらないで相談自体が遅れてしまっていることがあげられている。また、家族のつながりが強いせいか家族調整が相談の内容として多く、日常生活自立支援や後見関係の相談が少ないのが特徴としてあげられる。 地域ケア推進会議で在宅医療・介護連携支援センターを講師として市のアウトリーチの制度、定期巡回型訪問介護、終活カルタを行うなど住民の制度周知を30年度に開催はしているが今後も制度の周知の啓発事業を住民の集まりで開催する、地域包括の周知を機会あるごとに行う、成年後見制度については地域包括オリジナルのパワーポイントを利用して講座を開催予定である。		
	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	いる		
	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	いる		
	オ. その他【任意・自由記入】	毎朝朝礼後昨日の新規ケースや継続ケースの進捗状況について相談員全員で共有し、主担当が留守でもケースについて対応できるようにしている。また第一報、相談表は即日紙ベースでファイリングして、問い合わせがあったら誰でもすぐ照会できるようにしている。		

<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>2.6</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></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>80歳代。独居。転倒が多くその度に救急搬送をされており、同乗したり病院から退院支援で連絡受け、地域包括と民生委員で連携をとりながら病院の支払いや医療保険証の再発行等の手続きを支援する。お金がないということを理由に通院をしておらず介護サービスの利用も難しい状況。不定期通院等は地域包括と民生委員とで連携しながら付き添いをして見守りを継続していた。1度は安否確認ができず市へ連絡し、警察に依頼、立ち入りするが居留守だったことがわかる。その後も安否確認を継続し本人が家の中で低体温で倒れているのを発見、救急搬送し入院となった。生活支援課と連携し生活保護となり、関係者の判断で在宅生活は難しいということで施設入所の方になる。</p>	<p></p>	<p></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>70歳代の障害を持つ自立した夫婦。(戸籍上では離婚している)本人は90歳代要介護4の親を介護している。親の担当ケアマネより本人から電話があり配偶者と女性問題でもめて死にたいと連絡が入った。これまでも同様の夫婦間トラブルがあり様子を見に行くとアルコールを飲みながら皿に睡眠薬を沢山出していたとのこと。市へ報告を入れ、障害者支援機関相談員へ同行を依頼するが不在。地域包括、ケアマネで訪問。応答ない為、一時的に離れていた配偶者にケアマネより連絡を入れてもらい本人の状況を説明。配偶者から本人に連絡を入れてもらったが繋がらず、配偶者から警察通報することとなった。配偶者、警察で自宅で意識不明の本人を発見し救急搬送された。親はショートステイを利用する。配偶者は障害あり、これまで何回か女性問題を起こしている。本人にも障害がある。自殺企図の対応をどうすればよいか、本人の介護負担、双方とも精神に障害を持つ夫婦間トラブルに当初、障害者支援機関相談員より利益相反するので夫婦双方の対応は難しいと言われるが、地域包括も対応の仕方を相談し連携しながら対応していくこととなった。</p>	<p></p>	<p></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>90歳代。要介護4、有料施設入所中。 子夫婦がキーパーソンで来所。元々は在宅でデイサービスとショートステイ利用して介護していた。循環器疾患での緊急入院となり在宅は困難となり、有料施設入所となる。家族としては無表情、寝たきりとなっていく本人を見るにつけ在宅で介護がしたいという思いを募らせたとの相談。疾患により通所利用は難しく地域密着型利用もできない事情があった。子も障害がある。病院へ相談し、機能評価、リハビリ目的の入院を経て在宅へ戻ることを検討することとなった。退院時は再度調整に入る予定。</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>高齢者のみの夫婦。本人、50歳代で認知機能障害と診断され、別居の子から相談が入った。日中は近くに住む友人と一緒にいてくれるので安心だが配偶者が帰るまでの時間が不安。これからの経済的な不安も訴える。 要介護認定の申請を勧めるがまだ利用するつもりはなく、これからどんな準備をしていけばよいか知りたいとのことで、障害年金の手続きや認知機能障害の電話相談先、家族会、カフェの案内をして必要時訪問相談にも乗れることを伝えた。</p>			
<p>カ. その他【任意・自由記入】</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>3.66</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>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</p> <p>※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。(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>①関係機関・地域の町会等による住民等向けのイベント(3件) 矢切地区町会連合会総会 4/29 矢切こどもまつり 9/30 (準備のための合同会議 8/30) 矢切地区地域づくりフォーラム 2/3</p>	<p></p>		
	<p>②関係機関等の関係者・専門職向け会議・イベント (33件) 民生児童委員協議会定例会 4/12 松戸市在宅・介護予防連携支援センター開所式 4/16 くるみの会運営会議 4/19 生涯大学入学式 4/26 住民活動を活性化するためのプロボノ説明会 5/10 地域共生社会を考えるわが事・丸ごと まつどDEトーク5/15 プロボノアカデミー 6/19 9/18 地域共生について考える講演会 7/20 松戸市介護保険運営協議会 7/26 総合福祉会館内施設の連絡協議会 8/3 地域づくりフォーラム開催 打合せ 8/17 9/4 9/21 10/12 11/8 11/26 12/13 1/9 1/21 松戸まつり 10/6 オレンジ協力員受け入れ機関連絡会 8/30 松戸市相談支援員スキルアップ研修 9/14 地域福祉サロン 困ったときはお互いさま 10/19 緊急一時宿泊施設 金木犀の利用について 9/19 松戸市高齢者保健福祉推進会議 7/25 1/28 日常生活自立支援事業関係機関連絡会議 1/21 法務研修 11/26 地域ケア会議帳票作成話し合い 1/23 居宅介護支援事業者等研修会 1/24 介護支援専門員資質向上研修会 1/29 松戸市フォーラムふりかえりの会 3/27</p>	<p></p>		

評価の根拠

	<p>③地域密着型サービス事業者の運営推進会議等 (12件) 桜花の郷 4/16、9/20デイサービスひろ7/12、ガーデンコート矢切7/26、9/27,11/22,1/24 セントケアホーム矢切 8/23,12/20 活トレ三矢小台 9/19 朝凧メディックケアデイサービス9/15 萩町デイサービス 2/21</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>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	3.6			
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(〇ヶ所)【ヶ所数を記入】 ※配食、見守り、移送、サロン、地域の予防活動等	<p>圏域内 21 ヶ所</p> <p>圏域外 16 ヶ所</p>	/			
イ. 【ア】の内訳	<p>配食(2)箇所、見守り(2)箇所、移送(2)箇所</p> <p>サロン(3)箇所、地域の予防活動(3)箇所</p> <p>その他(25)箇所</p>				
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			/	

評価の根拠

評価の根拠	<p>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】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括の相談室の壁に大型の地図を掲示し、様々な相談についての必要な地域情報を相談者の住まいに近い社会資源を紹介できるようにする。来所者に配布。 ・更新して医療機関の他、介護事業所、商店などに加え、地域の中で住民自身の介護予防の取り組みができる社会資源を載せたものになったため、退職後地域に戻ってきた世代にも周知したいと考えている。 ・町会連合会の協力を得て資源集めができたこともあり、町会連合会総会でマップを紹介し、高齢者世帯への配布の協力を依頼する。 ・民生委員定例会で紹介させてもらう。 ・地域内介護事業所への掲示の協力を得る。 	
	<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】 (※)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 4 ヶ所</p> <p>(内新規立ち上げ支援数 2 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>	<ul style="list-style-type: none"> ・サロンわたし/毎月第1月曜日14時～16時/年齢問わずどなたでも/矢切の地域のつどいとして、お茶を含めレクリエーションや体操を行なっている。出前サロンとして特別養護老人ホームでも1回開催した。 ・くるみの会/月1回明1包括と当番で相談対応ができるよう参加している。 ・フォレストの会/第3日曜立ち上げの相談にのったがH30は講師として要請時は協力している ・本庁地域包括と合同で開催した認知症予防教室の自主グループ化を目指しフォローアップウオーキングの集いをH30・3月から6月まで月1回継続して地域包括でサポートしたが、代表や連絡網の作成段階で自主化ということが困難で継続困難となった。来年 	
	<p>ク. その他【任意・自由記入】</p>	<p>買い物支援の社会資源を把握するため地域内の商店街、店舗を1件ずつ地域包括のチラシを持ってあいさつやPRして周り、配達支援について聞いて情報収集を行った。併せて高齢者の気になる方の相談を寄せていただくよう依頼した。</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。	3	2.66	イ 周知方法では、オリジナルの成年後見制度に関するパワーポイントを作成し、講座を行う。日常生活自立支援事業についても今後パワーポイントの作成を検討している。	ア 本人や、家族が想定している内容をうかがい、所内で相談、検討が困難であれば、直接社会福祉協議会に直接相談に行く。	
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】	家族や地域の方、ケアマネから成年後見制度の相談を受け、ケース共有をし問題解決をする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を検討する。必要性があると判断した場合は、制度利用へ繋ぐための支援を行なう。家族から聞き取った後、市社会福祉協議会の窓口へ直接出向き具体的に相談して調整を試みた。待機があったことや希望内容が該当せず、他の支援も検討する。			
	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 0件 ②認知症のある本人と精神疾患を抱える子のケースで本人申し立てをしたいと希望があった。病院や司法書士と連携を取るが、本人の状態から申し立てにはならなかったが今後は必要になってくると考えられる。地区の特性からも障害を抱えるなどの多問題家族が多く、成年後見制度が必要になるケースは増えていくと考えられる。成年後見制度、悪徳商法(詐欺被害)のパワーポイントを2種類地域包括オリジナルで作成し、市民に向け講座を開催した。			
	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日常生活自立支援事業の活用を考え、社会福祉協議会と連携を取ったケースはあったのだが、実際に利用までは至らなかった。成年後見制度と比べると利用件数が少なかった。昨年に比べ、日常生活自立支援事業活用を検討するケースは増えている状況ではあるが、実際に利用するということまで繋がっていない。今後の対応としては、引き続き日常生活自立支援事業の周知を行ない、活用の必要性を考え支援に繋いでいく。			
	エ. その他【任意・自由記入】				

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		
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】	4 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)	70歳代、要介護4、認知症。ヘルパーが訪問した際、同居している養護者が本人を椅子に紐で縛っており、ヘルパーがすぐにほどき状態確認。少し発赤はあったが傷などはなかったと担当ケアマネからの報告が入った。デイサービス、ヘルパーが土、日以外は入っている。本人宅へ通う子に連絡し、注意し見守ってもらうよう連絡を取った。地域包括は直近のデイサービス利用日に本人と会うことにする。サービス利用のない日に担当ケアマネが本人、養護者と会い、どうして縛ったか理由を聞き、「座っていると机に伏せてすぐ寝てしまう、食事も途中になる、のどを通りにくいから紐で縛って支えた」と話すため、養護者に「どんな理由があっても身体拘束は虐待になる」と説明。地域包括でも本人と面接するが認知症が進み無為の状態。担当者会議を開催し、認知症が進んだ状態であることを説明、養護者も疾患を抱えており介護負担の軽減を図るため、サービスを増やすことを提案し、土日のヘルパー導入。様子を見て施設入所も視野に入れ支援していくことになった。		/	
エ. その他【任意・自由記入】	H30は虐待通報が5件あり、その内の4件が警察通報であった。いずれも法律的に解釈すると虐待事例ではなかったが、事象が発生した要因について関係機関と連携し支援が入るようになっていく。			

評価の根拠

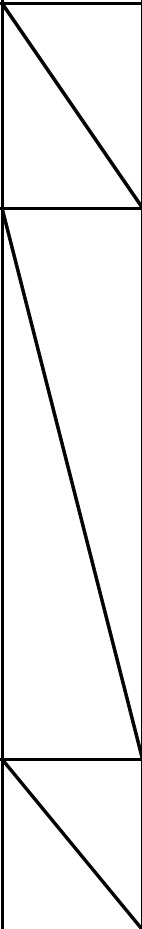
③消費者被害の防止や権利擁護に関する啓発に関する取組を行っているか。	3	2.66	イ 地域包括で作成したオリジナルパワーポイントで消費者被害について周知を行った。 かもめの会については地域包括が周知をした。	
評価の根拠	ア. 松戸市消費生活センター(又は松戸市消費生活課)との定期的な情報交換の方策及び頻度【自由記入】	今年は交換の機会を設けられなかった。来年度の課題としたい。		
	イ. 消費者被害防止のための民生委員・介護支援専門員・訪問介護員等への情報提供等の実施方策及び頻度【自由記入】	民生委員に、詐欺被害について地域包括でオリジナルで作成したパワーポイントを利用し周知した。11/19 地域包括で担当しているケースで詐欺被害が発生、また引き続き未遂に終わったケースがあり、地域包括内で共有し、ケアマネ調整で同行したり、ケアマネが地域包括へ事務手続きで来所した際注意喚起するようにした。		
	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 1回 中央圏域での共同開催 【日時】10月31日 【内容】「みんなで学ぼう高齢者虐待」 【主な参加者層】民生委員、医療機関、介護関係、包括職員 【参加者数】77名 (啓発活動) 【日時】2月4日 【内容】「悪質商法について」 【主な参加者層】サロンわたしに参加している方々 【参加者数】20名 (啓発活動) 【日時】3月7日 【内容】「悪質商法について」 【主な参加者】転倒予防教室に参加した方々 【参加者数】24人		
	エ. その他【任意・自由記入】	講演をきっかけに地域の方同士で助け合いながら、消費者被害の防止をしてもらうために今年度も開催した。地域福祉課のサロンに参加した際、松戸警察署の出前講座を聴講する機会があったため、そこで得られた新しい情報を提供することができた。「勉強になった、気を付けていきたい」等の声を聴くことができ、今後も電話で詐欺など手口が新しくなっていく中で定期的に消費者被害の講演を行ない、注意喚起を促していきたい。今年ではできなかったが、消費生活センターと情報共有する機会を持ち新しい情報も加えて発信していきたい。		

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	2.66					
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】	110 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】	70歳代。要介護2。腰痛が酷くなり日常生活が難しくなり介護保険を利用したいと相談有。自宅はゴミや物であふれている状態。腰痛の原因は不明。地域包括から病院での精密検査を促すが、腰痛の原因を自己判断し本人は聞き入れなかった。要介護認定を申請し、ケアマネを調整、暫定でサービス利用。介護ベッドを入れるために既存のベッドを撤去するが、その日のうちに本人より連絡があり、ケアマネ・地域包括・福祉業者で再度訪問。起居動作スペースを確保するために、訪問をした人達で荷物の整理、ゴミ捨て等を行なった。本人の要望が介護保険サービスの範疇を超えていた為、家政婦を利用。ベッドは再交換をして身体に合うものを利用した。後日、腰痛が酷くなり病院を受診し原因が判明。本人が他のケアマネを探して依頼し、今までの状況を確認するために地域包括に連絡が入った。ケアマネと本人で話をしてデイサービスと福祉用具のレンタルを継続。ヘルパーに関しては民間サービスを利用することになった。その後、体調が悪化し救急搬送され入院となった。当初、本人が検査・治療を拒否。家族との連絡も取れないことから、病院より地域包括に連絡があり必要な情報提供を行った。その後、家族と連絡が取れ、検査と治療を始めたが数ヶ月後に病状が悪化して逝去された。				/		
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】	3 回(本庁包括と共催)						

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>10/18 『ケアマネージャー勉強会』(本庁包括共催) 訪問看護について 講師:ハynes訪問看護ステーション職員 訪問看護の実際に事例紹介・グループワーク 12/26 『サービス事業者交流会』(本庁包括共催) もしバナゲーム(意思決定支援を考える) グループワーク 3/27 『居宅介護支援事業者研修会』(本庁包括共催) 「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 山田雅子先生</p>			
<p>オ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>平成29年度はふくろうプロジェクトについての事例検討会、それに続きリビングウィルについての勉強会を開催したが、まだまだ地域包括職員も含め介護支援専門員は意思決定支援について学ぶ必要があると感じており30年度も意思決定支援につながる勉強会を継続していきたいとテーマを統一して開催してきた。</p>			

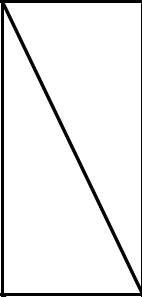
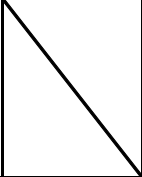
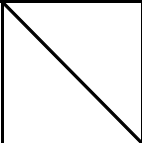
<p>②地域の介護支援専門員に対して、支援困難事例等への個別指導・助言を効果的に行っているか。</p>	<p>3</p>	<p>3.25</p>				
<p>評価の根拠</p>	<p>ア. 同行訪問による個別指導・助言の件数(30年度1年間) 【月報の件数を記入】 ※サービス担当者会議への出席は同行訪問に含めないものとする。</p>	<p>33 件</p>				
	<p>イ. アのうち、最も支援困難な事例(1事例)の概要及び個別指導・助言の内容【自由記入】</p>	<p>70歳代。配偶者が本人の年金と自分の年金を子に貸してしまう。そのため、食費も節約し、本人の介護サービスも十分に利用できない状態。家はエアコンもない。本人は徘徊、体調不良で入退院を繰り返すようになった。担当ケアマネより、退院後自宅へ戻せば、また繰り返す心配があり、施設入所をさせたいが、お金がかかると配偶者が拒否している。何とか説得してほしいと相談が入った。配偶者は歩行困難、細かい字は読めず十分な介護ができる状態ではない。すぐに施設ではなく、まず老人保健施設のショート利用を勧めた。老人保健施設相談員に事情を説明。医師の協力を得て、入所の方が料金的には自己負担分が少なくなることも含め、説明する打合せをした。配偶者への説明の日、担当ケアマネと同行し、医師から本人の状況が自宅介護では難しいことを説明していただき、相談員からは料金の事、地域包括、ケアマネからは配偶者の体調を考慮すると本人の介護は負担が大きすぎる事、これまでの介護をねぎらうことで配偶者は入所に同意してくれた。その後、本人は老人保健施設相談員の勧めで、グループホームに入所できた。</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>6 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>70歳代、治療を何度も中断。要介護区分変更の申請をして要支援1から要介護1となり、サービスを増加。支援メンバーを増やすことで本人の治療継続を支えてきた。自宅で転倒し救急搬送され入院、ケアマネが家族代わりに手続きをしていたが、病院の相談員に家族への連絡を依頼してみるよう、地域包括から助言。初めて家族がケアマネに連絡を入れてきたが、その内容は訪問介護への苦情やケアマネへの過剰な要求であった。退院時担当者会議へ地域包括が同席し、これまでのケアマネの献身的な本人への支援や訪問介護についての説明を家族に対して行った。介護保険サービスの内容を説明し、通院支援が本来は家族が行うべきであることを伝えた。また、病気への理解のなさが家族の苦情の原因であることが分かった。通院支援がないと治療が中断されてしまうこと、それをこれまでケアマネの好意で継続して来れたことを説明し、家族の通院支援の協力を得ることができ、本人も治療継続を強く希望するようになった。</p>			
<p>オ. その他【任意・自由記入】</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	3.4		
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】	・地域内の居宅介護支援事業所に検討事例がないか地域ケア会議の前に電話等で尋ね、協力してもらう。 ・地区社協に地域の事業所や地域関係者に検討してほしいことや啓発したい制度やテーマがないかを一緒に検討してもらいどんな事例にするか決めていく。 ・市地区担当者に原案を伝え、どの専門機関をスーパーバイザーとして参加依頼するか検討する。			
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			
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】	①50歳代。精神障害を持つ方が市社協の自立支援事業を利用し、毎週1回地域に住む相談員が支援に訪問していた。その訪問時の会話や外出等をとても楽しみにしていたが、借金をしていたことが判明し後見人がつき、自立支援事業の相談員のつながりがなくなってしまう。また、精神障害の場合、65歳になると自立支援から介護保険に移行することで、支援回数が減ったり、事業所自体も変更になることも多く本人にとっては環境が大きく変わり、不安が大きい。何か地域で出来る事はないか。 ②精神保健福祉士			

評価の根拠

<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ケア会議内での意見反映方法</p>	<p>①職種：精神保健福祉士</p> <p>②意見を聴取した方法：事前に事例を読んでもらい意見を聴取した。</p> <p>③ケア会議内での意見反映方法：事例を発表後、グループワークをし、まとめの段階で聴取した意見を参加者に伝えた。その結果専門機関に連携し、相談に入ってもらふこと、専門機関が関わることの大切さを知ってもらふことができた。</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>グループワークの記録も含めて議事録、まとめを作成し次回の会議開催時に参加者に配布するようにしている。</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		
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】	地域で長い間、民生委員やご近所付き合いによって見守られていた事例。家賃滞納、ライフラインが止まる、金銭管理ができておらず物忘れ、幻聴があり独語もみられるようになった。本人が病院嫌いでどうしたらいいかと相談が入った。課題としては在宅ケアの市民への周知、普及を図るために、さらなる取り組みが必要である。 病院から認知症がかなり進んでおり、寝たきりで褥瘡がひどく、介護保険サービスも使用せず介護していると相談が入った事例。訪問したが介護保険サービスの利用を一切拒否し介護者一人で介護している。在宅ケアの市民への周知、普及を図るために、更なる取り組みが必要である。地域の人が高齢者の生活を支援する制度や相談機関について十分な知識がない。			
	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】	第1回目の地域ケア推進会議で検討された「栗山、上矢切地区に皆で集える場所がない」という課題について特別養護老人施設で場所の提供があり、介護予防教室、オレンジ協力員と地域包括共催で「サロンわたし」の出前版が開催でき、民生委員の声掛けで栗山、上矢切地区の高齢者が参加された。			

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	2.5		ア 2事例目 配偶者が連絡している病院に事前に連絡し、情報提供。スムーズに支援に結びつくよう支援した。また、その後も往診や医療的支援が継続されているか確認を行った。
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】	<p>70歳代。独居。生活保護受給者。買い物の途中で歩けなくなり、食べるものがないと相談有。生活支援課と地域包括で連携をとり介護サービスや医療に繋げようとするが本人拒否。配食サービスのみ利用。その後も見守りを継続。引っ越しをした後に、介護サービス・医療に拒否があるため在宅医療・介護連携支援センターと連携をとり、アウトリーチを実施。ケアマネを調整し生活支援課とも再度連携をとり介護サービスの利用に繋がった。訪問診療も引き続き行ない、本人の状態は改善傾向にある。</p> <p>70歳代。要介護1。配偶者から本人がほぼ寝たきり状態で通院が難しくなってきたので往診を利用したいと相談有。以前、内科の往診先を2カ所、配偶者に紹介しており打診をかけたことがあるが、薬の調整が難しく、内科では見ることはできないと言われてしまっていた。配偶者も精神科と内科の受診が必要なため、地域包括からも情報がほしいと言われた。また、本人の様子から看取りも可能などころが良いと。その情報を踏まえううえで、地域包括でも情報収集を行なう。往診について在宅医療・介護連携支援センターに連絡をとり、精神科や内科の往診についても情報をもらう。また、今の状況は、終末期ではなく、薬の調整がうまくいっていないことが原因で起きてることではないか、そのため、通院先の主治医の考えを優先に、往診に切り替えていく必要があるのではないかとアドバイスをもらう。通院先の病院と連携をとり本人の状態、家族の意向を踏まえ地域包括に相談があったことを伝える。その間に、配偶者自ら往診先を探し、打診をかけていると連絡があった。その後、通院先の主治医と相談員で面談をし、主治医は、本人の状態から入院を勧めたが本人と家族が在宅診療にしたいという意向が強いため往診の方向で進むことになる。地域包括から情報提供をした病院を含めて考えたが、最終的に配偶者が見つめてきた往診先の病院に往診に入ってもらうことになった。その後、身体的なサービスを利用したいということからケアマネを地域包括で調整をし、必要なサービスを利用することになった。また、本人の状況から要介護区分変更もおこなった。その後は、精神科と内科の往診が月3回入り、他にも訪問歯科が月1回入るようになった。</p>			

<p>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】</p>	<p>90歳代。本人が寝たきりで動けなくなっていてどうしたら良いかわからないと姉妹より相談有。本人の様子を確認するために自宅訪問。数日間、ご飯も食わずに寝ている状態で救急搬送を行なうこととなった。妹も高齢のため地域包括が救急搬送に立ち合う。そのまま病院で治療を行ない入院。その後、姉妹と病院と連携をとり、入院の手続き・退院調整・家族調整を手伝う。子と連絡をとることができ、近くの療養型病院に転院をすることになった。</p>	
	<p>病院から認知症が重度で寝たきりで褥瘡がひどいが介護者が介護保険を使用せず介護してるので見に行ってもらいたいと相談が入り、訪問。介護保険制度の利用を一切拒否し介護者一人で介護している事例。以前病院で経口摂取は禁止されたこともあったため、栄養状態の心配もあった。アウトリーチを依頼。医師からも往診や訪問看護導入を説得して頂くが拒否。自力で相談先の病院へは通院していることが確認されたため、相談員へ通院した際、栄養状態のチェックを医師に依頼してほしいことを伝え、血液検査で栄養状態が問題ないことを確認した。介護者が自分なりの介護方法について説明する中、傾聴する訪問を繰り返し、受診時の様子を相談員と情報交換しながら見守りを継続している。</p>	
	<p>80歳代。独居。総合事業対象者でヘルパーを週1回利用していたが、自宅ベランダから転倒し意識消失、緊急入院となった。当初は打撲のみとの診断だったが足関節の骨折と判明。転院を繰り返しながら手術、リハビリを受けるが物忘れが進行し要介護4となった。家族と60年音信不通。手帳から家族と連絡を取ることができ、地域包括と家族で今後について話し合った結果、家族が本人に会いに来ることとなる。家族も高齢であるため、転院のたび入院先の相談員と連携。地域包括が支援できることは協力し、市内での施設入所を探すことになった。諸手続き、転院支援、自宅アパートの引き上げ作業の支援を行い、病院相談員と連携し特別養護老人ホームに入所となった。</p>	

<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。要介護2。認知症を抱える配偶者と2人暮らし。体調が悪化し救急搬送されたが大事には至らなかった。その後、他の病気の内服調整のため入院を継続。入院中に子①から地域包括に連絡があり要介護区分の変更手続きを行なった。入院中に内服調整が終わり退院の方向に進んでいったが、病院の相談員から自宅に戻るにあたり自己注射と内服管理を本人が行なうのは難しく、配偶者に協力を得るのも難しい状況。在宅は難しいかもしれないと連絡があった。家族の意向としては、介護サービスを使いながら自宅で生活できるようにしてあげたいとのこと。一度、退院前に家族と主治医・相談員と話し合いを行なうことになった。その中で、看護小規模多機能型居宅介護利用の話ができるが、要介護区分の変更中につき、暫定でサービス利用をするのには限界があり、その間に認定が降りるかもわからず、準備ができる前に在宅生活になってしまう可能性がある。相談員と地域包括で家族に説明。退院をどうするかを話していたところ、主治医から2週間ほど、家族で面倒を見ることできれば、一度自宅に退院をして再度入院をし、自己注射をなくす方向で内服調整するのはどうかと提案。家族が納得し一度退院をすることになった。2週間後に再入院となり、内服調整を開始。再入院をして内服治療を行なった結果、自己注射を打たなくてもいい状態となり、入院中に要介護区分変更の認定が降りた。その後は、地域包括でケアマネを調整し再度、退院前カンファレンスを行ない退院に向けて必要な介護サービスを考え、利用をしながら在宅で生活することになった。</p>		
<p>エ. その他 【任意・自由記入】</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>	4	3.4		
<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 9 件 (内、サポート医事業 2 件) ②アウトリーチ件数 5 件 (内、サポート医事業 5 件) ③総件数(①+②) 14 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。要介護2。生活保護受給者。民生委員・近隣住民・大家から本人の状況がおかしいと相談有。足のむくみや認知症状等があるが通院はしていない。病気を見てもらうことと介護保険サービスを利用するために通院が必要だが、本人の様子から通院は、難しいので在宅医療・介護連携支援センターにアウトリーチを依頼。地域包括で地域サポート医と情報共有をしてアウトリーチを実施し、そのまま往診に移行。その後、要介護度の認定がとれ、地域包括でケアマネを調整。必要なサービスを利用することとなる。定期的な往診が入ることで、本人の状態が明確になり、内服管理も介護保険サービスを利用しながら行なうことができた。その後、金銭管理困難、家屋の老朽化、認知症状の悪化に伴い一人暮らしが困難になり、生活支援課・ケアマネと施設入所に向けて動いていたが、本人の体調が悪化し救急搬送された。その後、状態が落ち着き自宅に退院。子と連絡をとることができ、施設入所に向けて再度動き出し、入所となった。</p>			
<p>ウ. 医療関係者とのネットワークを構築するためにしている具体的な方策【自由記入】</p>	<p>90歳代。要介護1。子より介護保険サービスを利用したいと相談有。通院をしていないので通院を促すが本人は嫌がる。本人は、医療や介護保険サービスに拒否的であった。自転車で転倒をしたことをきっかけに子が往診の調整を行なうこととなる。その後も地域包括で不定期訪問し見守りを継続。認知症初期集中支援チームの対象としても支援を継続。地域包括でケアマネ調整を行ない介護サービスにも繋がった。</p>			
<p>ウ. 医療関係者とのネットワークを構築するためにしている具体的な方策【自由記入】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・受診先の情報提供をケアマネに求められたときなど難病の往診について在宅医療介護連携支援センターに相談し、結果を報告するなど連携を図るようにしている。 ・積極的に医療職が参加する会議や研修には参加するようにして挨拶をするなど、顔の見える関係作りに心がけている。 ・病院の入院依頼などでお世話になった関係機関の方や訪問薬剤指導の関係者にはなるべくその後の報告や包括でできることについては協力することをお伝えするようにしている。 			

評価の根拠

<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 26 回 5/29 松戸市在宅医療・介護連携支援センター 説明会 5/31 松戸市認知症研究会 7/13 東葛北部地域リハビリテーション広域支援センター連絡協議会 10/29 3/25 アウトリーチ事例検討会 10/31 医療連携シートについてMSWとの研修会（松戸市介護支援専門員協議会主催） 11/21 精神保健福祉研修会 11/30 注文をまちがえる料理店から考える 講演会 1/18 認知症疾患連携協議会 出席 1/25 多職種連携研修会 在宅生活を支えるために必要な視点 2/1 千葉県認知症疾患医療センター研修会 若年性認知症について 3/2 うつの人の話の聞き方研修 3/11 千葉県医師会 意思決定支援 研修会 参加 3/19 体力測定方法講習会 3/29 認知症初期集中支援チーム事業検討会 10/18 まちっこプロジェクト出前講座 東松戸小 3/30 まちっこプロジェクト報告会 11/8 まちっこプロジェクト出前講座 馬橋小 1/31 まちっこプロジェクト 柿木台小 ファシリテーター3名 1/31 専門職向け認知症認知症関連研修会 認知症コーディネーター世話人会 5/31 9/7 12/21 12/3 認知症フォローアップ研修会 7/26 10/25</p>			
<p>オ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>まちっこプロジェクトに継続的に協力することで医療関係者との関係性の構築、地域共生の一つとして小中学校との連携を目指していく。</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。	4	3.4		ウ 初期集中利用者を体操教室も活用し支援した。栄養士にも相談に入っていた。
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	いる			
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】	2 件			オ セルフケアは本人が前向きに取り組めるよう、移動支援のNPOを紹介したり、本人がもつ能力を活かせるよう情報提供を行った。
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。要介護1。1ヶ月で著しく足腰の筋力・体力の低下がみられ物忘れも多くなってきている。一日全く動かずに寝ていて食事の量が減っているため痩せてしまった、デイサービスに通い筋力・体力の維持向上や他者との交流をしてほしいと考えているが本人は、サービス拒否。家族や地域包括から説得を試みるが説得することができないため認知症初期集中支援チームとして対応することになった。作業療法士が丁寧に本人の可動域や屋内での動作方法などを細かに観察し評価、本人の意向も確認しながらデイサービスのタイプのアドバイスを受けることで本人はもとより同席していた配偶者や子にも運動を定期的に行うことの大切さを納得していただい、スムーズにデイサービス利用につながった。 本人の状態を見て回数を増やしていくようにしていく。子に市の栄養指導教室を紹介し、食事も徐々にとれるようになり、状態が改善され			
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】	4 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】	認知症予防教室参加者で70歳代男性。健康診断以外は病歴もない。 健康であることを少しでも周りの役に立てれば、ということで近所や川沿いのゴミ拾いを行っていたが、自身ではもっと活動をしたいと希望あり。市社協やNPOのボランティア活動をするための研修案内の資料を提供した。DASCを実施することで本人が当たり前と思って実践していることを認知症予防につながっている、他人のためになっているということを評価し、励ますことで評価のたびに活動の幅が広がっ			
カ. その他【任意・自由記入】	相談時にDASCを利用することがなかった。次年度は相談員のスキルアップも兼ね相談時アセスメントとして利用していきたい。			

評価の根拠

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】	245 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】	<p>認知症。要介護2。過去に商店を営んでおり「お店をやっているから留守にできない」とサービス導入ができず、しばしば支所に何かあると相談に行くケース。個別地域ケア会議で包括、民生委員の見守りのほかにもオレンジ協力員の方に傾聴や普段の声掛けをお願いできないかという意見が出され近くに住むオレンジ協力員へ依頼。地域包括職員も同行し顔つなぎをし慣れたところから月2回の声掛けを依頼。地域包括へ報告をいただくことになっている。オレンジ協力員より留守にしているという連絡が入り、地域包括も訪問し、安否確認できたこともあった。</p>			
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】	<p>参加者合計 3回 50人 11月15日、16日 県立小金高校 10人 11月16日 東葛クリニックみらい 36人 12月12日 市民向け 4人</p>			
エ. 認知症ケアパスの普及啓発のためにしている具体的方策【自由記入】	<ul style="list-style-type: none"> ・包括の相談室の壁にケアパスのポスターを張り、相談者が自らそれを見て家族などが認知症であることに気づき自ら認知症についての相談がしやすくなるのではないかと考えている。 ・相談時にポスターをきっかけにケアパスを取り出しその方にあつたページを開き相談に利用する。 ・民生委員の定例会でオレンジ協力員の説明を求められたのを機会にしてケアパスを用いてオレンジ協力員の説明をしながらケアパスの使用方法について伝えるようにした。 ・事業者勉強会、交流会でもしバナゲームをするにあたり、認知症ケアパスについてもその使い方について紹介をした。 			
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>	<ul style="list-style-type: none"> ・普及啓発イベントチームとして、松戸まつりで「認知症について知ろう！考えよう」をテーマに内容を考え参加。また、認知症支援PRイベントとして市役所廊下で展示相談会を開催し参加。 ・小学生認知症サポーター養成講座チームでシナリオ作成を担当。チーム員で修正を加え台本作成し、学童での開催、小学校での開催を実現できた。キャラバンメイトとして研修を受けていて小学校で開催してみたいと考えて来ていたが、1人では難しく松戸市全体で認知症地域支援推進員というチームで実現できたことは実りが大きかった。 ・認知症コーディネーターとして初回から継続して認知症ケアパス検討会に参加し概要版の役割や今後の変更について話し合いを重ねてきた。 			
<p>キ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>松戸市認知症コーディネーター世話人や松戸市認知症研究会での委員の経験から認知症施策についての重要性を学んでから特に、地域で認知症の方を見守ることや予防についての啓発活動の大切さを感じ包括では認知症の事業が大切な事業と感じ業務にあたっている。</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。	4	2.57			
評価の根拠	5回（延べ 10 人）				
	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】				70歳代、要支援2。脊柱管狭窄症の手術を複数回おこない、後遺症で足底にしびれが残存し歩行困難となった。バランスの良い歩行を目指し、デイケアにて歩行訓練を実施。半年間のリハビリでふらつきが改善し、歩くことに自信がついた。負担の少ない水中ウォーキングを勧めたところ、スポーツクラブへ移行し現在も利用を継続されている。
	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。脊髄小脳変性症のため両下肢に力が入りずらく、1人で外出することが不安になってきた。主治医よりデイケアでのリハビリをすすめられ、下肢筋力の強化を中心とした歩行訓練を実施。同時にセルフケアとして毎朝の散歩で自信をつけ、6か月後には介護予防教室に移行したためデイケアは終了とした。
	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】				60歳代、要支援1。本人より住宅改修の相談があり。アセスメント支援事業に繋がった。理学療法士と地域包括で自宅に訪問をして本人の様子を確認。理学療法士より室内の動作や住宅環境についてアドバイスをもらうことにより、日常生活から意識するように心掛ける姿勢が見られ意欲向上に繋がった。また、必要な箇所を住宅改修をすることにより膝への負担が軽減され職場復帰が可能となり自立支援につながった。
	70歳代。円背、側弯が始まっており、整形外科の医師からは運動を勧められるが、なかなか1人では続かないとの相談があった。長距離が疲れやすく歩けなくなった。これまで苦にならなかった物干しが高く感じて洗濯を干すのが辛い作業になったとのことで自宅内でできる工夫(運動も含めて)を指導していただくためアセスメント事業を紹介し了解を得られ、同行訪問。自立度が高いので、短期で集中的に運動を実施することを勧められるとともに家庭内の家事の工夫も指導を受けた。4月から短期集中の利用を開始している。				

	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】	3ヶ月に最低1回以上自宅に訪問し、月に1回以上、電話連絡にてモニタリングを実施している。健康状態や認知機能、日常生活の様子の確認、およびサービスの利用状況やケアプランの目標が達成されているか聞き取っている。	
	カ. その他【任意・自由記入】	地域のケアマネと顔の見える関係が構築できているよう、ケースの同行訪問や担当者会議への積極的な参加を心がけている。また地域包括が福祉会館内にあるため、体操教室や食事会などに参加する利用者が気軽に立ち寄ってもらい、情報交換ができる場所を目指している。	

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】	<ul style="list-style-type: none"> ・一覧表を作成し、月ごとに委託した件数を職員全員がひと目でわかるようにして偏らないようにしている。 ・加算を取っている事業所一覧も参考にケースによっては依頼している。 			
	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】	ケースをつなぐ時は事前に訪問し状況確認。担当ケアマネに情報提供し同行訪問。家族、本人と信頼関係が築きやすいよう支援している。その後サービス導入の様子を聞き取り必要時は再度訪問することでケアマネとの信頼関係を築き安定的な依頼ができるよう努めている。また事務手続きなどで来所した時に依頼したケースの様子を聞くなどし協力への感謝の意を伝えるようにしている。			
	オ. その他【任意・自由記入】	委託したケースについてはプラン進捗状況を一覧にして適正なプラン作成ができていないか相談員も含めて全体で管理するようにしている。必要時はFAXの他電話でのアドバイスもするようにしている。			

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		
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">評価の根拠</p> <p>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】</p>	<p>①参加総数 (24)回開催(610)人(平均 25 人/回) ②最多教室の状況 2/7 二十世紀が丘市民センター転倒予防教室 50人 3/7 二十世紀が丘市民センター転倒予防教室 50人 【シニアのための転倒予防教室】 参加者総数 95人 日程 H30年 4/26 5/10 6/7 7/12 8/9 9/6 10/11 11/8 12/6 H31年 1/10 2/7 3/7 内容 タオルを使った健康イス体操 主な参加者層 平均年齢75.8歳 65歳～90歳代まで幅広く参加されて いる 参加者数 約50人程度 【シニアのための体操教室】 参加者総数 95人 日程 H30年 4/27 5/18 6/8 7/6 8/10 9/7 10/12 11/9 12/7 H31年 1/11 2/8 3/8 内容 MMT音楽ケア歌体操 主な参加者層 平均年齢78歳 後期高齢者の参加が多く見られた 参加者数 約10人程度</p>			
<p>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】</p>	<p>①参加総数 (6)回開催(97)人(平均 16人/回) ②最多教室の状況 10/23 ウォーキングで脳力アップ～知っておこう認知症のこと 19名</p>			

<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 (2)回開催(44)人 2/4 サロン わたし にて 悪徳商法(詐欺被害) 20名 3/7 二十世紀が丘 市民センターにて 悪徳商法(詐欺被害) 24名 ②センターが依頼を受けた 参加総数(11)回開催(374)人 4/12 民生児童委員協議会定例会 認知症の見守りについて 30名 4/16 かもめの会 口腔ケアの予防・改善効果 21名 7/30 かもめの会 熱中症の定義 原因について 18名 9/28 矢切こどもまつり 包括の周知、高齢者体験など 106名 10/17 なでしこ にて 介護体験 食事介助 6名 10/21 フォレストの会 防災について 13名 11/12 なでしこ にて 介護予防について 13名 11/13 ふれあい会食会 介護予防リクレーション体操 90名 11/19 かもめの会 防災について 防犯について 17名 2/1 かもめの会 介護保険について 20名 2/4 サロン わたし にて 悪質商法について 20名 2/5 市民自主企画講座 介護予防について取り組みましょう 40名 3/7 二十世紀が丘市民センター 悪質商法(詐欺被害)について 24名 会によって参加者層に違いがあり、年齢も様々であるが、 ①は前期高齢者でも70歳代前半から80歳代前半が多い。 ②はふれあい会食会、かもめの会は後期高齢者が多く90歳代も</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>本年度4月から開始されたオレンジ 協力員が中心となり、地域包括 が支援して開催されている「サロ ンわたし」においてオレンジ協 力員以外でもボランティアで協 力していただける方を増やして いってどうか地域包括が提案し 、話し合いそれぞれが身近な友 人などに声をかけるよう話し合 った。早速オレンジ協力員の同 じ町会に住む方に声をかけレク リエーションの協力を得られる ようになった。その方から地域 包括職員、オレンジ協力員がレ クリエーションの指導を受ける 機会を持つことができた。また 、サロンの中活躍していただ けている。今後もボランティア を増やしていく予定でいる。</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: 75 件 住宅改修の助言・理由書作成: 0 件 その他: (軽度生活援助サービス利用 者女性申請書): 13 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>地域住民が集まる会等で介護保 険制度について説明。平均年齢 は80代半ばと比較的高い方が 多い為、認知症について具体的 な例を出し、在宅ケアについて 説明を行う。質疑応答の時間を 設けそれぞれの不安について回 答を行った。 来所相談などでは該当する保健 福祉サービスについては必ず紹 介するようにし、必要時は手続 きの支援もしている。</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>同法人の本庁地域包括と月1回の共有ミーティングを相談員、必要時は予防プラン担当者も含め開催し、支援困難ケースの対応についての意見交換や事業についての工夫、改善策について話し合い協力し合えることを強みとしている。</p> <p>法人本部とハynesグループ、包括と月1回事業の進捗状況報告や事例についての意見交換を訪問看護や訪問介護の事業所とも行ってる。</p>			
2.人員体制	<p>相談員に欠員があったため、毎月の本庁包括とのミーティングを行うようになったが、急な職員の休みや緊急ケースと事業が重なった時などの協力体制ができるよう準備してきた。</p>			
3.総合相談支援業務	<p>365日24時間センター長が携帯を所持することで直接相談者とすぐに話ができる体制を取っている。</p> <p>必要時は仕事をもつ家族などは17時以降や週末の相談にのるようにしてきている。</p> <p><u>地域での関係構築については今年相談員全員で地区町会長19名にあいさつ回りしながらマップ作りのための町会活動の資源調べができたことは大きな成果だと感じている(1)。</u></p> <p><u>配達資源集めのため地域内の商店街を1件ずつ包括のPRを兼ね回れたことも今後の地域の見守りの輪を上げられたと感じている(2)。</u></p>	○		
4.権利擁護業務	<p>事務所のある総合福祉会館内に市社協があるためケースについての相談がしやすく助言していただけたたり、また契約時の同行訪問の依頼でケースを把握することができている。</p> <p>虐待対応については職員全員でマニュアルに沿って確認しており、ケアマネとの連携や帳票作成を丁寧にする事で適切にできるようになってきている。</p>			

5.包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	居宅介護支援事業所に対して研修を本庁と合同で開催したが、昨年に引き続き意思決定支援に関連する研修をテーマに開催できた。訪問看護の実際の現場についての事例紹介、もしバナゲームの紹介、3月には聖路加大学の教授に講師を受けていただくことができて介護福祉事業所、他包括職員も含めての研修会開催ができた。	
6.-1 地域ケア会議関係業務	地域推進会議では参加者に松戸市の新しい取り組みや制度などを周知する機会にもしたいと考えてきており今年度は終活カルタの実施、在宅医療・介護連携支援センターの役割、定期巡回訪問介護の紹介を交えた会議にすることができた。 地区社協との連携で自立支援から介護保険への移行、精神疾患を抱えるケースについて事例提供していただき共生社会について考える機会を持つことができた。	
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。		
7.在宅医療・介護連携推進業務	地域ケア推進会議や個別ケア会議に参加し地域包括の紹介をしていただいたこともあり、医療についての相談がかけやすくなり相談業務の中でも情報のアドバイスをいただけたり、また地域包括からの情報で支援につなぐこともできるようになった。昨年に比べ飛躍的に連携ができるようになった。	

<p>8.認知症高齢者支援</p>	<p>認知症施策事業は地域包括として力を入れている事業である。認知症初期集中チームとしては2年目の活動となっている。チームとして動くことできめ細かな対応ができることや多職種の強みを出し合って働きかけられることでケースが動く実感している。今年も長く関わって来ていてなかなかサービス導入ができないで来たケースが導入につながっている。</p> <p>またオレンジ協力員との共催で1年間「サロンわたし」を継続してきたこと、なでしこでの出前サロンを開催し翌年にもつなげられたこと、31年度には元気応援事業としてスタートできることになったのは大きな成果だと感じている。</p> <p><u>他地域包括ではあるが若年性認知症カフェ「くるみの会」の月1-2回の専門職としての支援で地域包括職員が参加を続けてきている。</u>職員が少ない中オレンジ協力員の協力も得ながら今後も協力していきたい。</p> <p>オレンジ協力員による傾聴活動も2ケース継続しており大きな見守りの力であり本人支援につながっている。負担が大きくならないよう相談員とのコミュニケーションを図っていきたい。</p> <p>認知症講座については高校での開催が地区社協との連携で実現した。今後の継続ができるよう働きかけたいと考えている。</p>	<p>○</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>地区内に居宅支援事業所が少なく、加えて職員数が少ないため相談職による総合事業のケアマネジメントはできておらず、予防職員が協力的に相談からの予防、総合事業ケースをなるべく担当するよう協力してくれている。連携の良さが強みだと感じている。</p>	
<p>10.松戸市指定事業</p>	<p>転倒予防教室の参加者が多いことが強みであるが、一方で10名という予防教室もある。強度が違うことで参加を継続できる高齢者もあり、意義はあるが周知方法は検討していく必要がある。</p> <p>教育委員会からの依頼で生涯学習の一環として地域包括の仕事内容について講義できたことは意義深かった。要支援レベルでどのように一人暮らしをしていけるか、フォーマル、インフォーマルの組み合わせでの具体例の紹介、自助、互助、共助の考え方を紹介し分かりやすかったと感想を聞かせて頂けた。</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>事業やケース対応で休日出勤があった場合は代休を平日に取ることで休養できるよう配慮している。</p> <p>時間外については上司の依頼であったり、本人の申請によるものもあるが、手当を支給されている。</p>	<p>△</p>