

平成30年度地域包括支援センター事業評価
⑫ 小金原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			
評価の根拠	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】	前年度は指定事業の開催回数や人数に課題が残ったため、今年度の重点項目とした。開催する回数や広報活動を見直すために、包括内で事業計画を話し合い、さらに法人内で検討し決定している。体操教室はできるだけ多くの方に参加してもらえるように募集人数を増やした。また、ミーティングにて振り返りを行い、次回開催の計画変更も行った。今年度は認知症カフェの開催を始めことができ、ボランティアと連携しながら、当事者、介護者などがつどい毎回楽しい雰囲気継続できていることが大きな成果だった。			
	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】	週1回行うケース会議や月1回行うミーティングで報告・検討を行っている。また必要に応じて打ち合わせをもうけ意見交換を行ない、計画の修正や変更を行った。			
	カ. その他【任意・自由記入】	事業計画に関しては、すべて企画書を作成し法人との協議を含め検討して決定しており職員間で内容の共有が出来ている。			

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 (8985)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(2555)世帯 65歳以上の高齢者世帯の高齢者数(6321)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 (4911)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(1682)世帯 75歳以上の高齢者世帯の高齢者数(3890)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		
評価の根拠	ア. 実施しているニーズ把握の方法【自由記入】	<ul style="list-style-type: none"> ・総合相談の内容から統計的にニーズを分析し、個別ケア会議での課題と合わせ把握している。 ・小金原要配慮者支援会議や連合町会のまちづくり部の会議等に出席、みんなで考える小金原の未来のワークショップに参加するなど、地域住民の意見や要望の把握に努め、また地域の関係機関との活動の中から、意見や要望を反映している。 ・各町会への出前講座等で直接出向き、地域包括の周知、相談しやすい体制づくりを行っている。 			
	イ. ニーズを基に実行した取組の具体例【自由記入】	<p>高齢化率の高い小金原地区において、被災時や、さらに高齢化する将来・認知症の増加に向けて、日頃より各団体や近隣住民が顔の見える関係づくりを行っているが、住民同士がお互い見守りあえるような街づくりが重要と言う意見が多いため、みまもりあいマップを作成し、全戸配布を行い周知に努めた。また、実際の活動として自転車や車につけるみ「まもりあい中」のステッカーやカバンに付けるカードを作成しボランティアとの交流会で配布した。</p>			

④個人情報保護の徹底を行っているか。		4	4	法人の他部署からアクセスできないようLANを設定している。	
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】	すべてのパソコンはパスワードが付き、管理用のパソコンはチェーンと鍵で固定してあり持ち出すことができないよう対応、また法人の他部署からアクセスできないようLANを設定している。個人情報を保管するキャビネットはすべて鍵付きの物を使用し必要時のみ開錠している。個人情報の持ち出しは必要最低限とする。			
	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】	職員に対しては新規採用時のオリエンテーション他、毎年1回個人情報保護に関する研修を実施し個人情報の保護・管理を徹底している。			

⑤利用者が利用しやすい相談体制が組まれているか。		4	3.71																	
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】	夜間は法人担当部署へ自動転送となっている。必要時関係者へ周知、時間外対応表を作成し法人内での夜間の相談対応の体制が出来ている。ケースによっては、夜間は法人に自動転送となることを事前に説明を行っている。																		
	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"> <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>35件内(21件)</td> <td>14件</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>20件内(10件)</td> <td>10件</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>250件内(96件)</td> <td>154件</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>305件内(127件)</td> <td>178件</td> </tr> </tbody> </table>					本人又は親族	その他	訪問	35件内(21件)	14件	面接	20件内(10件)	10件	電話	250件内(96件)	154件	合計	305件内(127件)	178件
		本人又は親族	その他																	
	訪問	35件内(21件)	14件																	
	面接	20件内(10件)	10件																	
電話	250件内(96件)	154件																		
合計	305件内(127件)	178件																		
ウ. 土曜・休日窓口(連絡先)の整備・周知の方策【自由記入】	土曜日は必ず1名出勤し電話対応や予約の面談・訪問を行っている。休日は法人担当部署へ自動転送となっており、対応に関しては関係者へ周知、時間外対応表を作成し法人内での休日の相談対応の体制が出来ている。ケースによっては、休日は法人に自動転送となることを事前に説明を行っている。																			
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"> <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>87件内(79件)</td> <td>8件</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>83件内(50件)</td> <td>33件</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>326件内(142件)</td> <td>184件</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>496件内(271件)</td> <td>225件</td> </tr> </tbody> </table>			本人又は親族	その他	訪問	87件内(79件)	8件	面接	83件内(50件)	33件	電話	326件内(142件)	184件	合計	496件内(271件)	225件			
	本人又は親族	その他																		
訪問	87件内(79件)	8件																		
面接	83件内(50件)	33件																		
電話	326件内(142件)	184件																		
合計	496件内(271件)	225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>3件内(3件)</td> <td>0件</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>3件内(3件)</td> <td>0件</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>12件内(4件)</td> <td>8件</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>18件内(10件)</td> <td>8件</td> </tr> </tbody> </table>			本人又は親族	その他	訪問	3件内(3件)	0件	面接	3件内(3件)	0件	電話	12件内(4件)	8件	合計	18件内(10件)	8件			
	本人又は親族	その他																		
訪問	3件内(3件)	0件																		
面接	3件内(3件)	0件																		
電話	12件内(4件)	8件																		
合計	18件内(10件)	8件																		

<p>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</p>	<p>いる</p>			
<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>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括のパンフレットを配布や設置 ・サロンや老人会での講話、交流会等地域での集会にできる限り出席し、パンフレットを配布し顔の見える関係づくりや、あいさつに加え地域包括の簡単な説明や気軽に相談してほしいことを付け加え、広報活動を行った。 ・災害時における要配慮者支援・地域連携や地域づくりフォーラムにおいても、子育て世代へダブルケアや将来の介護について触れ、包括支援センターのPRを行った。 ・民生委員との交流会にて地域包括職員全員が出席し顔合わせをした。 ・福祉フェア小金原ふれあい広場や小金原地区防災フェアに参加し広報活動を行った。 			
<p>キ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>開所時間内は総合相談職員が必ず1名在所し対応できるよう、勤務調整を行っている。 子どもや障害部門との連携により、さらに包括の周知を勧めて行く。</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 3件 (内センター自体の苦情 2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: 1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】	相談室デスクの横の目につく場所に掲示、包括内1か所、関係機関内2か所、外部1か所の計4カ所の苦情窓口に関する情報を記載してある。	
	エ. イの具体的な内容と改善方策	自宅訪問・面談中の地域包括職員の対応に不満があり高齢者支援課窓口で相談があったケース。担当職員とセンター長と面談し状況確認、家族の訴えと担当職員の話しに少し相違はある様だったが、家族は独自の考え方でそれに沿って動きたいとの希望があると判断した。担当職員を変更し、面談時できる限り傾聴し、支援の方法は複数提案したうえで家族に選択をしてもらうこと、密に連絡をとることで信頼関係ができ支援に結び付いた。地域包括内で情報を共有し、対応が難しいケースと感じたケースについては2人での訪問するなど徹底することとした。	
	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】	苦情があった場合は、苦情報告書を作成し、高齢者支援課へ提出。地域包括への苦情については法人本部へ報告をしている。また、地域包括内で情報を共有し、対応検討し、再発防止に努めている。	

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	3.75		
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 : (0)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) / (5) = (20 %)			
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 20.4 月			
エ. 職員に対する職場内研修の開催回数【回数を記入】	20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)	関連機関からの研修案内はすべて回覧、掲示し積極的に参加をしている。毎月行うミーティングでは研修に参加した職員から伝達講習を行って情報を共有し、配布資料を回覧するなど情報を共有している。法人内の接遇、感染対策、個人情報保護、医療倫理に関する必須研修は全職員参加している。			

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	①40 ②31 ③34 ④28 ⑤32 平均 33 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	3.75		
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 2728件 健康・医療に関する相談 2637件 経済的相談 779件 介護予防に関する相談 81件 家族調整に関する相談 990件 権利擁護に関する相談 198件 諸制度や地域の社会資源に関する相談 224件 安否確認(見守り含む) 512件 その他 1265件 総計 9414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 3269件 健康・医療に関する相談 2785件 経済的相談 883件 介護予防に関する相談 27件 家族調整に関する相談 1213件 権利擁護に関する相談 462件 諸制度や地域の社会資源に関する相談 176件 安否確認(見守り含む) 354件 その他 1386件 総計 10555件			

評価の根拠	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	<ul style="list-style-type: none"> ・小金原地域は市内で2番目に高齢化率の高いエリアである。大規模団地と戸建てのエリアに分かれている。 ・医療・健康に関する相談や介護保険に関しての相談が全体の57%、なかでも認知症による生活障害に関する相談が増えている。この結果をふまえ地域の介護保険事業所や医療機関との連携に努めている。 ・独居、高齢者世帯が多く身寄りのない方が多いため、家族調整に関する相談が多く、民生委員や近隣住民からの様々な事例に対応した。また地域ケア会議の内容から、地域で困難を抱えた方の早期発見・早期介入と支援者の連携が必要なのことがわかった。住民の異変に早期に気づき対応するためのシステム作りのために、「小金原地区みまもりあいマップ」として作り上げ全戸配布をした。さらにその後の推進ケア会議では、みまもりあいの具体的な活動として、「みまもりあい」ステッカー・カードの作成を行った。 			
	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】	支援困難ケースや虐待ケースについては、初動期には2人体制で介入するようにし、毎朝のミーティング時に支援経過や方針の概略を報告・検討し、職員間での共有を図っている。ケースの終結に関しては毎週行っているケースミーティングで話し合い終結の決定をしている。月報台帳は毎月センター長が確認しケースの進捗管理を行っている。			

<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>4</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>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代 独居 集合住宅の4階に在住。友人が心配し相談、自宅内は不衛生な状況で失禁し、身なりを構わなくなった。民生委員へ連絡し独居登録、見守りをお願いした。子①と包括が部屋の片付けを行い住環境を整えた。医療が途切れており受診同行を試みるが本人が日時を忘れ受診できず。包括は2～3日おきに訪問、安否確認と生活費の確認、本人が利用しているコンビニエンスストアへ事情を説明し見守りをお願いした。生活困窮な状況にもかかわらず毎日飲酒しており低栄養・ADL低下の状況で在宅医療介護連携センターへ相談。フードバンクの利用や近隣の医療機関の受診同行し内科的な評価と意見書作成依頼し主治医と連携、相談員と包括で訪問し受診の継続支援を行った。訪問を続けている中、寒さが厳しい時期にも関わらず電気・ガスなどライフラインが停止する寸前で発覚、高齢者支援課と連携し緊急ショートステイの支援を行った。ショート後在宅へ戻り、年金支給日から地域包括と本人・ケアマネ・家族と共に金銭確認を行いサービスを導入し見守りの支援者を増やし在宅生活を継続している。</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>本人は、ともに精神障害のある子①子②と同居しているケース。子①は精神的に不安定で感情的になると本人と子②を追いかけてまわした。本人と子②が子①から避難している間に自宅から出火し、子①が負傷し入院。本人が疲弊してしまったため、障害福祉課と連携し子②の緊急ショートステイ先を探した。ショートステイ利用の間に今後の生活場所として包括がグループホーム見学に同行。子②は1人で行動することがなく不安を感じていたが、ふれあい相談室と連携し計画相談員、グループホームを含めた関係者で情報共有を行い子②と関係構築ができたことでスムーズにグループホーム入所につなぐことができた。</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 要介護4 本人・配偶者・子①家族7人で生活している。施設入所中に転倒し、緊急搬送。手術後リハビリを行う中で、配偶者の意向と実際の病状の差があり、配偶者が施設と病院に対し不満が募っていた。病院から地域包括に相談が入り、退院支援でケアマネと共に役割分担し、病院とのカンファ・本人への面会・家族の思いの傾聴などを繰り返し病院へ出向た。本人の病状と主介護者の希望にズレがあり、退院前カンファでは、正しい病状の理解ができない配偶者から苦言が来ないように病院は体制を整え退院時担当者会議を開催。在宅の支援体制も同様に配偶者の希望が叶うように支援を行うが、在宅でのリスクを提示するなど関係機関と綿密に調整を繰り返した。在宅生活開始後、体調が悪化するなどの変化に応じたチームケアができるようにケアマネの方向支援を行う。クレーム時のケアマネの精神的負担軽減・サービス事業所の急変時の対応などを担当者会議に参加して、常に連携をとるように注意し、ケアマネの後方支援を行った。</p>				
<p>オ. 介護と仕事の両立支援や福祉まる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>80歳代 要介護4 本人・子①・子②の3人家族。BPSDがあり、ショートステイ・特養待機を断られ、利用中のデイサービスからも対応が困難になっていると指摘を受ける。子①は未受診だが、軽度の知的な障害がある様子と生まれながらの股関節の身体的障害もある。子②が主介護者を担うが、契約社員として不安定な雇用状況で金銭的な問題も抱え、介護負担が大きい。主治医に相談をするが、マンパワーで改善をするようにと医療の介入が望めない状況とケアマネから相談があり、地域包括が後方支援を開始。面談を行い、状況確認、その後ケアマネと問題を協議・段取りした。デイサービスへは、地域包括も介入し、改善を模索するため継続利用をお願いし、再度主治医への相談を行ったが、助言は変わらなかった。精神科の受診を調整し、本人・家族の訪問を続け、今後の方向性を本人だけでなく、子①の受診など将来への心配ごとを相談し、早く行うこと、ゆっくり行うこと、周囲に支援者がいることを伝え理解を求めた。子②の仕事については、連絡を取り合い、時に備えて、相談機関があることを提示。子①については、障害者の相談先にも事前に相談をし、子①が傷つかない会話術を指導受けるなど、関係機関と連携をとった。</p>				
<p>カ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>精神疾患や障害のある家族と同居している高齢者が増えており、困難事例に関しては在宅医療介護連携支援センターや障害部門への相談や連携をはかっている。</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。	4	4	
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	いる		
	<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(14件)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・6/15福祉フェア第1回実行委員会 ・6/28小松園サロン会七夕まつり ・7/20みんなんち 子ども食堂 ・7/25第16回茶話会(民生委員主催) ・9/8平成30年度 小金原地区防災フェア ・9/16松戸市×小金原地区会まちづくり部「小金原の将来を考えるラストチャンス」 ・10/6松戸まつり ・10/31小金原地区民生委員と地域包括職員交流会 ・11/5平成30年度福祉フェア第2回実行委員会 ・11/6平成30年度災害時における要配慮者支援と地域連携事前打ち合わせ ・12/1、3/16平成30年度災害時における要配慮者支援と地域連携パネル ・12/2第13回福祉フェア 小金原ふれあい広場 ・3/2地域づくりフォーラム 		

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】

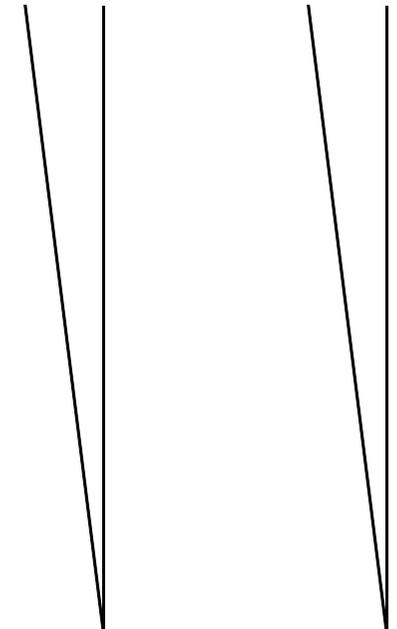
- ①関係機関・地域の町会等による住民等向けイベント
 - ②関係機関等の関係者・専門職向け会議・イベント
 - ③地域密着型サービス事業者の運営推進会議等
- に大別して記入

※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。(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。

- ②関係機関等の関係者・専門職向け会議・イベント (60件)
- ・4/4福祉相談窓口オール顔合わせの会
- ・4/16松戸市在宅医療・介護連携支援センター開所式
- ・5/10生活支援コーディネーター住民活動を活性化するためのプロボノの活用
- ・5/12平成30年度 認知症予防講演会
- ・5/15地域共生社会を考える我が事・丸ごと まつどDEトーク
- ・5/22松戸市の日常生活圏域ごとの地域診断結果の活用法研修会
- ・5/29松戸市在宅医療・介護連携支援センター説明会
- ・5/31・9/7・12/21平成30年度松戸市認知症コーディネーター世話人会
- ・6/3「第3期元気応援くらぶ」公募説明会
- ・5/25・6/22・7/27・9/11・1/29・2/19・3/26松戸プロジェクト戦略会議
- ・6/19・9/18・1/15プロボノアカデミー
- ・7/13・1/25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
- ・7/20地域共生について考える講演会 地域に居場所をつくろう!
- ・7/26松戸認知症コーディネーターフォローアップ研修会
- ・7/9小金原要配慮者支援会議打ち合わせ
- ・8/21合同研修会
- ・8/22オレンジ協力員説明会
- ・8/30オレンジ協力員受け入れ機関連絡会
- ・7/12・8/22・8/3・11/5・11/13・2/4認知症地域支援推進委員活動会議
- ・9/4地域づくりフォーラムブロック会議
- ・9/22松戸プロジェクト「通いの場」交流会
- ・9/20地域づくりフォーラム第1回実行委員会
- ・9/25第20回ひまわりネットワーク
- ・10/17・11/19・11/21・12/5・1/15・2/5・2/12小金原地域づくりフォーラム実行委員会
- ・10/25平成30年度第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
- ・10/23まつどプロジェクトワークショップ及び戦略会議
- ・10/29・3/25在宅医療・介護連携支援センターアウトリーチ事例検討会
- ・11/5地域づくりフォーラム聖徳大学学生打ち合わせ
- ・11/6認知症カフェサロン交流会
- ・12/5平成30年度小金原地区居宅介護支援事業所勉強会
- ・1/21クロネコヤマトと地域支援協議
- ・1/24居宅介護支援事業者研修
- ・1/25多職種協働研修会
- ・2/1ケアマネジャー対象研修会 オレンジ協力員交流会
- ・3/11認知症支援普及啓発イベント
- ・3/27地域づくりフォーラムエンディングトークセッション
- ・3/29平成31年度に向けた認知症初期集中支援チーム事業検討会

	<p>③地域密着型サービス事業者の運営推進会議等 (36件)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・せらび小金原公園(小規模多機能)4/13、8/10、10/12、12/14、2/8 ・せらび小金原公園(グループホーム)4/13、8/10、10/12、12/14、2/8 ・マザアスホームだんらん松戸4/24、8/28、12/18、2/26 ・愛の家グループホーム松戸小金原4/28、8/25、12/15、2/23 ・いきいきの家5/31、7/31、9/25、1/29、3/26 ・リバーサイドビラ(小規模多機能)6/8、12/14、2/8 ・リバーサイドビラ(特養)6/8、12/14、2/8 ・デイサービスセンターシエロ小金原7/19 ・デイサービスグリーン9/10 ・サニーデイサービス3/20 ・早稲田イーライフ小金原3/22 	
<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	3.8	④ク 今年度立ち上げた包括主催のカフェは毎週開催しているため地域の中で定着し、当事者や介護者など気軽に集える場となった。オレンジ協力員が運営にかかわり、新しいメンバーを誘い出し、行き帰り同行するなど地域住民ならではの役割を果たしている。				
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	<table border="1"> <tr> <td>圏域内</td> <td>84ヶ所</td> </tr> <tr> <td>圏域外</td> <td>33ヶ所</td> </tr> </table>	圏域内	84ヶ所	圏域外	33ヶ所		
圏域内	84ヶ所						
圏域外	33ヶ所						
イ.【ア】の内訳	配食(15)箇所、見守り(5)箇所、移送(34)箇所 サロン(58)箇所、地域の予防活動(3)箇所 その他(2)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】	資源マップ簡易版は地域包括ケア推進会議での決定事項として、町会の協力を得て小金原地区全戸配布を行った。詳細版については、地区内の介護サービス事業者に配布、地区内の医療機関にて住民への講座でマップを利用した。地域包括事務所内でも閲覧できるようにしている。また、地域づくりフォーラムにて、多世代で活用できるように子育て世代の情報のマップ作りを行い、随時更新をしていく。						

評価の根拠

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】 (※)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 3ヶ所 (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"> ・認知症カフェ:栗カフェ 小金原包括支援センター主催・オレンジ協力員の協力を得て毎週水曜日に開催、6~7人が参加している。 ・住民主体の認知症予防教室:小松園主催、毎週金曜日開催、認知症サポーター養成講座を行った。 		
	<p>ク. その他【任意・自由記入】</p>	<p>今年度立ち上げた地域包括主催のカフェは毎週開催しているため地域の中で定着し、当事者や介護者など気軽に集える場となった。オレンジ協力員が運営にかかわり、新しいメンバーを誘い出し、行き帰り同行するなど地域住民ならではの役割を果たしている。当事者が少しずつ増え毎回楽しみに通うことで、活動性や意欲向上がみられる。昨年度同様元気応援くらの相談支援や、普及活動や地域の認知症予防教室に関わり助言を行った。地域情報の更新については、ケア会議などでも検討され、地域の中で情報の交換・共有ができるようにしていく。</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			
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】	毎朝行うケースミーティングで相談支援の進捗状況・課題などと共に必要性を3職種で検討している。相談業務の中から判断力や金銭管理状況、家族構成・所得・資産などチェックポイントに基づいて必要性を検討している。前年度と比較してケアマネからの相談が増えているため、地域のケアマネとの交流会でさらなる周知を行っており、交流会に参加しているサービス事業所にも働きかけている。			
	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 8件 ②成年後見制度申し立て支援を行ったケースは15件で、7件については申請中。申し立て助成・報酬助成を申請したケースは3件、市長申し立てが5件だった。他地域包括と比べ大幅に増加している。高齢化率の高い地域で貧困、身寄りがなく、経済破綻をしたケースが何件もあり、今後も申し立て支援が必要となるケースの増加が予測されるため相談業務の中からチェックポイントに基づいて必要性を検討していく。更にケアマネ等にも周知を続ける。			
	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 1件 2)相談したがつながらなかったケース 1件 ②ケアマネと連携し制度利用につなげた。つながらなかったケースについては、本人と毎週面談し、課題や解決方法を話し合い、ケアマネやかかりつけの相談員を含めて判断力を検討していき、成年後見制度申し立てを行った、件数に関しては他包括と同様つなげたケースは少ないがMCI、認知症の相談が多い中で今後も生活支援の制度の一つと意識し地域のケアマネ等に周知を続け、連携しながら事業につなげるよう支援していく。			
	エ. その他【任意・自由記入】	認知症があり、金銭管理が困難なケースが増え、その中でもライフラインが止まっているケースや生活困窮しているケースが増えている。申し立ての支援につながる様に、本人との信頼関係、主治医との連携、制度につながるまでの間の支援など丁寧な関わりが必要となっている。すべての職員が対応できるように研修・ケース検討を積みレベルアップを目指している。			

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】	5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)	自立高齢者である本人に、別居している子①がこれからぶっ殺してやると言い暴力をふるった。子①は23条通報により医療措置入院、分離された。地域包括は本人との面談、保健所、子①の入院先、子①の内科のかかりつけ医へ連絡し情報収集・事実確認を行った。遠方ではあったが子①の入院先の担当者会議に出席し家族、医療機関と子①の診断、今後の対応を検討し治療後、自宅退院した。子①は元々精神疾患があったが専門医の受診が途切れていたため継続受診ができるよう、入院先の相談員から地域の医療情報の提供依頼があり、子①の医療の継続についてほっとねっとへ相談し近隣の医療情報を受け地域包括から受診先の相談員へ情報提供を行った。			
	エ. その他【任意・自由記入】	潜在している事案に対して高齢者虐待のネットワーク構築が必要と考える。ケアマネからの通報が多いことからケアマネとの交流会時に周知を行っている。また地域包括の役割についての住民向けの講話時は、住民へ通報依頼を行った。			

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	3.33		
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】	消費生活支援センターは半年ごとに訪問し、地域内で問題になっている状況を伝え情報交換しパンフレット等の収集を行った他、国民生活センターのホームページにて見守り情報を毎週確認して情報収集し、個別訪問時や講話などで情報提供、注意喚起している。			
	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】	小金原地区民生委員と地域包括職員交流会や地域のケアマネとの交流会等で、認知症や判断力の低下のある方、独居や高齢者世帯など被害に遭いやすい方への対応などについて情報交換に努めている。また、相談協力員・町会・民生員交流会での講話を、松戸東警察生活安全課から詐欺被害についてお願いすることを企画・提案し5/30に行った。			
	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 【日時】H30.8.8 14:00～15:30 【内容】わざ先生にアドバイスをもらおう「頑張らない介護について」考える(小金管内5包括合同開催) 【主な参加者層】60代～70代 【参加者数】72名(女性44名、男性17名、未記入11名)			
	エ. その他【任意・自由記入】	体操教室や老人会での講話、交流会等に出向き消費者被害や詐欺情報と対策について伝えた。相談協力員・町会・民生委員交流会での講話を、松戸東警察生活安全課から詐欺被害についてお願いすることを企画・提案し5/30に行った。			

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	4	①ク ケアマネ交流会の開催が進み、ケアマネとの関係性が構築されたことで昨年と比べ500件近くの相談が増えていると考える。	
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】	2087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】	90歳代 要介護3 独居。地域密着型サービスの小規模多機能型居宅を利用し、高額な限度額オーバーをしてしまった。地域包括が介入。本人は隣国で結婚をし長く生活して家族と共に帰国。子①は風習や考え方などの違いから、支援事業所との関係性を築くことが難しい。本人が意思疎通が難しくなるほどの身体機能が低下。代弁者の子①と支援者のコミュニケーションがとりづらく、担当者会議を行うが、継続支援が難しいと地域密着型サービスより提示されてしまう。そのため広域居宅ケアマネと支援サービスを整え、後方支援を行う。ケアマネの後方支援としてサービス担当者会議時、今後へ繋げるために市役所の通訳の方を同席していく提案を行った。通訳の方の力を借りて、本人の体調変化が著しく、医療面での不安があったため、訪問看護師の導入する必要があったことなど子①子②が理解することができた。本人の身体状況、家族とのコミュニケーション方法、支援者の介護方法などの細かい調整を行うことで良効な関係を築くことができるようになった。地域包括として、問題点の整理・ケアマネとの連絡、連携。家族の思いの傾聴を繰り返し、その中でも介護保険のルールがあることを納得いく方法で説明をしていた。			
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】	6 回			
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】	<ul style="list-style-type: none"> ① 7/19「ICF活用のアセスメント研修」土田 滋子氏 ② 8/17「民生委員児童委員・高齢者相談協力員・オレンジ協力員・小金原地区内サービス事業所との顔合わせ交流会」講師なし ③ 9/14「小金原地区内 ケアマネージャー対象の研修会」講師なし ④ 11/15「民生委員児童委員・高齢者相談協力員・小金原地区内サービス事業所との顔合わせ交流会」講師なし ⑤ 12/5「勉強会、情報交換」講師なし ⑥ 地域包括支援センターと行う「平成31年度オレンジ協力員の活動」説明会 アンケート 講師なし 			

評価の根拠

オ. その他【任意・自由記入】	地域のケアマネからの相談に対して、内容に合わせて、包括内の3職種で検討し対応している。ケアマネ交流会の開催が進み、ケアマネとの関係性が構築されたことで昨年と比べ500件近くの相談が増えていると考える。		
-----------------	--	--	--

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。		4	3.25	
評価の根拠	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。	288 件		
	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】	80歳代 要支援2 子①と同居。ケアマネより地域包括に相談が入る。退院支援から介入、体調変化あり、介護保険の更新申請と同時期に変更申請が必要な状況、ケアマネがケアプランを作成する区分などの判断に迷った。たびたび希望の変わる本人にケアマネが動揺してしまい、医療と介護の支援・連携しているが、円滑に作動しなくなっているケース。ケアマネの思い・考えを傾聴して、ケアマネに再度考えることを促し、すぐに対応をすべきこと、法令順守などを一緒に整理・助言した。支援者のチームを構築するためにケアマネ主催の担当者会議を行うことを提案し、後方支援で同席した。変更申請後、要介護1の認定だった。訪問診療への移行時、医療と介護の連携が円滑に行えるように助言を行った。		
	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】	51 件		
	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】	90歳代 要介護3 独居。本人は隣国で結婚をし長く生活して家族と共に帰国。子①と子②が交代で献身的に介護を行っているが、地域密着型サービスの小規模多機能型居宅を利用し、高額な限度額オーバーをしてしまった。介護保険制度や金額のことなど詳細の理解が必要で担当者会議を開催予定となり地域包括が介入。子①子②と事業所間の関係がこじれてしまった状態で、事業所からの相談、子①からの相談と双方から別々に相談が入り、担当者会議の短い時間で双方の意見を掌握し、今後へ繋げるために市役所の通訳の方を同席していく提案を行った。通訳の方の力を借りて、本人の体調変化が著しく、医療面での不安があったため、訪問看護師の導入する必要があったことなど子①子②が理解することができた。これからのことを考え、広域の居宅介護支援事業所にケアマネを変更し、介護保険の変更申請、支援チームを再構築することになった。		
	オ. その他【任意・自由記入】	独居・認知症の方で身寄りのいない方、いても遠方で協力が得られない方への支援は症状が進むと困難ケースになりやすくケアマネをはじめ、多職種連携をとり関わっていくことが多い。ケアプランの提案や、権利擁護に繋ぐ支援などケアマネと役割分担し後方支援を行っている。		

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 5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】	サポート医との定期的なミーティングにて地域の課題から、ケア会議の議題について話し合いを行っている。医師やケアマネを含めケア会議の委員とテーマや事例に関して事前に打ち合わせをして、検討する内容を確認、実施している。			
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			
オ. エが「いる」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独居、認知症、地域住民との関わりが薄く、金銭管理困難、歩行不安定だが街を歩き回る事例 ②自治会、民生委員、地区のオレンジ協力員に参加して頂き地域でどのように支えて行くか話し合った。			

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ケア会議内の意見反映方法</p>	<p>①職種:消防署</p> <p>②意見を聴取した方法:小規模の災害で停電や断水などが起きたときに向けての取り組みについて電話でうかがった。</p> <p>③ケア会議内での意見反映方法:グループワークにて、地域での平時の取り組みが災害時に活かされるとの意見を伝え</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>地域個別ケア会議は今年度より1回2事例の検討を行っている。会議のテーマによって参加者を決め、特に推進会議では幅広い立場の方に参加し意見をいただけるようにしている。地域包括ケア推進会議・地域個別ケア会議では必ず前回までの振り返りやまとめを発表し議論内容の共有に努めている。</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	②エ みまもりあいの具体的な活動として、「みまもりあい」ステッカー・カードの作成を行った。
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】	重介護を要する独居の方の退院支援について、支援をしている専門職としては安全な生活を送るために施設方向で検討していたが、本人の強い意志により、サービス調整と、疎遠だった子の協力を得て自宅退院した個別事例から、意思決定支援に係り重度の方も地域で生活していること、本人の望むみまもりあいの方法など、みまもりあいの活動について推進会議で話し合った。地域で困難を抱えた方の早期発見・早期介入と支援者の連携が必要なため、住民の異変に早期に気づき対応するためのシステム作りのために、「小金原地区みまもりあいマップ」として作成。さらにその後の推進ケア会議では、みまもりあいの具体的な活動として、「みまもりあい」ステッカー・カードの作成を行った。		
		独居、認知症、エレベーターのない4階に居住しているが、歩行が不安定、地域の関わりが薄い事例で、同じような課題を持った方が多いことから、断水や停電などの災害時に地域でどんなことに困るかを話し合った。それをふまえて次年度は困りごとに対して何をすべきか支援のあり方を話し合っていく予定。		
	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】	認知症の相談が増えており早期発見・早期介入がますます重要で、今後の地域の課題となると提案し、地域個別ケア会議であげられた課題や総合相談からの課題を集約し推進会議のテーマとして取り上げた。個別ケア会議ではエコマップをワークシートとして使用しグループワークを行った。推進会議では様々な事例に対応でき、地域で困難を抱えた方の早期発見・早期介入と支援者の連携が必要なため、住民の異変に早期に気づき対応するためのシステム作りのために、「小金原地区みまもりあいマップ」として作り上げ全戸配布をした。さらにその後の推進ケア会議では、みまもりあいの具体的な活動として、「みまもりあい」ステッカー・カードの作成を行った。			

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	3.33		
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】	<p>集合住宅の4階に在住する80代 独居。身なりを構わなくなり部屋と本人から尿臭がするようになり近隣住民から相談のあったケース。外出先で転倒し受傷することや部屋中にゴミが溜まりハエが多くみられるなど困りごとが増えた。元々の性格が気難しく親類や近隣の方との関係は希薄。近年、こだわりが強くなり、認知症状の進行があり他者の介入拒否が強い。地域包括は自宅訪問をまめに行い信頼関係を構築。近医にアウトリーチの依頼をかけたが、本人との会話から受診の途絶えている医療機関が判明、地区外ではあったが連絡を取り、医療情報があること、本人が信頼していたため、訪問診療の依頼を行なった。介護保険申請、訪問診療に同席し主治医意見書の依頼と内科的な評価を受け、ケアマネと連携し訪問介護・デイサービスの利用を導入し在宅生活の継続ができた。</p>			
	<p>近医の医療機関の相談員から自宅で動けなくなっている80代の方の状況確認の依頼があったケース。本人と配偶者の2人暮らし、子①子②は近隣の市内に在住。本人は医者嫌いの為医療には繋がっておらず体調を崩してから自宅でも配偶者が介護し過ぎてきた。地域包括は配偶者へ連絡を入れ状況確認。当日の明け方から自力で動けず食事、飲水の摂取困難が判明し直ぐに自宅訪問を行った。バイタル測定・全身状況の確認を行行情報提供のあった医療機関へ報告し訪問診療を依頼し医師から治療の説得を受けるも本人は拒否、翌日医療機関と連携し救急搬送となった。</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>70代、独居。住所が言えず交番で保護。自宅内は乱雑・不衛生。るいそう著明、歩行困難、食事が取れていない状況で会話はつじつまが合わず認知症が疑われたが、受診が途切れていた。地域包括が毎日訪問し摂取可能な形態での食事の確保、介護保険申請と内科的な評価の受診を毎回同行し糖尿病コントロールや内服方法を主治医と検討、介護保険サービスを利用し少しずつ体調改善し現在はひとりで外出が可能な状態となった。家電が故障していたため必要物品の寄付を募り生活を立て直した。金銭管理が全くできておらず、カードローンや公共料金の未払い等が発覚、本人と一緒に金銭管理を行いながら、後見人の申し立てのための受診同行等支援し、審判が下り引継ぎした。本人が通院しやすい診療所に転医し、5か月間受診同行し主治医と連携、現在はひとりで受診が継続できている。地域包括主催のカフェに毎週意欲的に参加している。</p>			

評価の根拠

60代独居。精神疾患があり、劣悪な環境で生活、定期的な受診も中断していた本人を心配した家族から相談があり訪問した。下肢の傷が重度で治療が必要な状況と判断し、すぐに本人がかかっていた病院に連絡をし救急搬送の受け入れを依頼した。セルフネグレクトの状態で、治療継続するために主治医に入院での治療をすることを相談し、ベッドが空き次第入院することになった。入院できるまで訪問看護の利用を勧め、入院までの外来受診に包括職員が同行した。在宅生活支援のためケアマネを決め、主治医、ケアマネ、病院相談員、生活支援課担当者と今後の本人の生活を立て直すための相談を何回も行ない、自宅退院した。

<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>70代、独居。皮膚の難病発症し、ここ1年間は、退院しても内服や食事が十分取れず再入院を繰り返すと入院先の相談員からの相談があった事例。入院中から面談を繰り返し、主治医や相談員と連絡を取り合い介護保険の申請・認定調査同席し、ケアマネと連携してサービスを暫定利用し自宅退院となった。自宅内は物が散乱し片付けができていず、カビの発生など不衛生な状況だったため、包括を含めた支援者で自宅を片付け環境を整えた。度重なる入院で費用が払えず、相談員と相談を重ね、分割での支払いをすること、今後の金銭管理について意見交換を行った。訪問を続けることでさらに公共料金未納、クレジットやキャッシングローンなどの返済があり生活が困窮、金銭管理が困難なため自立相談支援センターへ相談をしたが支援拒否。本人に困りごとを聞き寄り添いながら説得しケアマネ・サービス事業所と連携し後見人の申請、後見人へ引継ぎをした。</p>					
<p>エ. その他 【任意・自由記入】</p>	<p>脳出血を発症しADL全介助、意思疎通が困難になった身寄りのない独居の事例。急性期の医療機関と情報を共有し疎遠だったきょうだいと何とか連絡をとることができた。本人との関わりに消極的だったきょうだいに説明。医療機関から本人の身体状況、精神的状況について情報提供してもらい、社協を含め今後の方向性について検討していった。その結果今後の方向性や後見制度利用への移行を進めて行くこととなり、きょうだい立会いで自宅で通帳を確認し後見制度利用まで日常生活自立支援事業を継続することができた。その後市長申し立て手続きをすすめた。また転院先の病院と連携し身体精神状況を確認しながら退院後の施設について共働して手続きを進めている。</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>3.4</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 39件 (内、サポート医事業 5件) ②アウトリーチ件数 1件 (内、サポート医事業 1件) ③総件数(①+②) 40件 (内、サポート医事業 6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代 独居 集合住宅の4階に在住。半年前までは市外の医療機関へ受診されていたが、飲酒量の増加と認知症状の進行があり受診が途切れた。受診同行を試みるが本人が日時を忘れ受診できず。生活困窮があり、低栄養、ADL低下のため、在宅医療介護連携センターへ受診を含めた相談を行い、近医へ相談することとなった。近医へ状況を説明し、受診に繋ぐ情報共有のために地域包括と相談員が同行訪問、生活状況の確認を行った。フードバンクの利用やケアマネの支援依頼や今後について検討をした。地域包括が受診同行する日程調整を相談員と検討し、内科的な評価と意見書作成依頼し主治医と連携、ケアマネと連携し受診の継続支援を行いサービスを利用しながら在宅生活を継続した。</p> <p>未成年の親族(親族①)と2人暮らし。認知症状、腰痛や高血圧があるが受診拒否、介入拒否が強いためアウトリーチを依頼し受診につなげ介護保険を申請することができたがその後も受診拒否がつづき介護保険も期限が切れてしまった。その間も可能な限り訪問を続け本人と接触、関係性をつくり、子①夫婦や医療機関の相談員と情報共有してきた。腰痛悪化のため歩行困難で失禁、るいそう、昼夜逆転あり新属①の介護負担大きく早急な支援が必要な状態であったが、本人の介入・受診拒否が強いため再度アウトリーチにて主治医意見書と内科的な評価を依頼、当日介護保険申請した。アウトリーチまでの間、毎日地域包括看護師が訪問し、バイタルサイン測定し病状把握し、親族①・在宅医療介護連携支援センターと連携した。アウトリーチ後は、以前から担当を依頼しておいたケアマネと連携しショートステイに繋いだ。進路未定、介護で疲弊していた親族①の支援もつながり、今後は本人へ成年後見制度申し立て支援を行う。</p>		

評価の根拠

<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>日常的に受診同行や連絡をすることで、情報の共有や連携をとり関係性を構築する。医療機関からの相談も多く、担当者会議に出席するなど、入院中から関わっていくことで情報の共有、連携が図れるよう心掛けている。</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 14回</p> <ol style="list-style-type: none">① 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認知症患者医療センター合同連絡協議会:【テーマ】地域生活期におけるリハビリの活用について② 7/26平成30年度 第1回 認知症コーディネーターフォローアップ研修【テーマ】ケアバスの活用③ 9/14スキルアップ研修:【テーマ】精神障害者の特性や地域移行・地域密着、就労について知っておこう④ 9/25ひまわりネットワーク:【テーマ】人生の選択に関わるとき⑤ 10/25平成30年度 第2回 松戸認知症コーディネーターフォローアップ研修【テーマ】認知症ガイドブック活用、認知症アウトリーチを考える⑥ 10/29松戸在市区医療・介護連携支援センター アウトリーチ事例検討会【テーマ】上半期アウトリーチ事例について⑦ 1/11高齢者虐待防止ネットワーク専門職向け研修会【テーマ】業務にいかす高齢者虐待対応アセスメント⑧ 1/16病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修会【テーマ】BPSDと身体疾患及びADL障害を有する認知症患者に対する対応⑨ 1/21日常生活自立支援事業関係機関連絡会議【テーマ】 事業説明、利用状況報告⑩ 1/25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平成30年度 第1回 高次脳機能障害支援拠点合同連絡協議会:【テーマ】高次脳機能障害の方の就労と復職の現状⑪ 1/25多職種協働研修会:【テーマ】「在宅生活を支えるために必要な視点」⑫ 1/31平成30年度 第3回 松戸認知症コーディネーターフォローアップ研修【テーマ】介護と医療は支援の両輪⑬ 3/25平成30年度 第2回 アウトリーチ事例検討会:【テーマ】下半期アウトリーチ事例報告・検討⑭ 3/29平成31年度に向けた認知症初期集中支援チーム事業検討会

オ. その他 【任意・自由記入】	基礎疾患があるにも関わらず、受診が途切れているケースが多く、介護保険主治医意見書と内科的な評価を依頼するケースが増えているため、医療との連携はますます重要となっている。医療機関からの相談も多く、担当者会議に出席するなど情報の共有、連携が図れるよう心掛けている。アウトリーチ事例検討会への事例提供を行った。			
---------------------	--	--	--	--

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	3.8		
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		
	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】	退院支援で介入した独居の事例。本人となかなか連絡が取れず民生委員と訪問したところ、体調不良のうえ歩行障害があり買い物など外出困難な状況だった。家屋環境と本人の判断力低下から自分からSOSを発信できる状況でないためチーム員が定期的に安否確認訪問をした。数回の訪問で生活状況が確認でき、内服がきちんとできていないことや食事が十分摂れていないことを把握。8回目の訪問時やかんのお湯をかぶって火傷を受傷していることが発覚。急遽病院を受診し、傷のケアが必要なため緊急でショートステイにつないだ。ショートステイの間にケアマネとサービスを調整、退所後利用開始した。サービスを開始してから食事が摂れ内服もできるようになり、疎遠だった子と連絡を取ることができ、身体的精神的に著明に改善した。		
	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】	23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】	70代 独居 集合住宅の2階に在住。離れて暮らす子①から物忘れが多くなった本人を心配し相談がありDASC事業へ繋いだケース。定期受診、内服管理、家事、食事の管理、一行日記をセルフケアとして、セルフケアの状況確認と本人の生活状況や安否確認を定期的に訪問、評価した。結果、医療の受診、内服管理、家事、食事の管理など本人のペースで行えた。一人で過ごす時間が多く1日中人と話さない時間が増えている事が課題にあがったため、地域包括の体操教室、お元気クラブの参加を本人と同行し地域の方々との繋がりが構築され定期的に外出する機会が増えた。		

カ. その他【任意・自由記入】	軽度認知症の早期から関わり、生活状況の把握やセルフケアの取り組みをすることで、状態の維持・改善となることを実感している。相談ケースやその家族、事業に参加した住民などにこちらから積極的に声をかけて繋いでいる。			
-----------------	---	--	--	--

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	3.8	
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】	51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>元々社交的な日中独居の認知症のケース。デイケア以外の日は自宅で寝ていることが多くなり昼夜逆転傾向だったため、オレンジ協力員に自宅で話し相手をしてもらうプランを検討。当初ケアマネはオレンジ協力員の支援導入に消極的だったが、包括からケアマネと子①にこれまでのオレンジ協力員の活動成果を話し受け入れを促した。支援が定着し本人はオレンジ協力員の訪問日を楽しみにしており、若い頃を思い出しながら楽しそうに話し活気が出て生活のリズムも整った。オレンジ協力員は本人の気持ちを尊重し傾聴しており活動に意義を感じているところに包括も共感、また本人について気になることがあると報告があり情報共有している。</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 9回 200人 ① 4/26 病院新入職員 17名 ② 5/10 病院職員 67名 ③ 5/16 病院職員 46名 ④ 7/13 郵便局員 12名 ⑤ 8/7 病院職員 10名 ⑥ 8/30 病院職員 10名 ⑦ 10/24 病院職員 22名 ⑧ 10/26 病院職員 11名 ⑨ 3/8 地域密着型通所介護職員 5名</p>		

評価の根拠	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】	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員から依頼があった認知症についての勉強会にて資料として使用。 ・認知症の方を介護している家族との面談時や包括が出席した担当者会議などでケアパスに照らし合わせながら、症状の理解と利用できる資源の説明に使用。 ・そこに同席したケアマネから他の方の面談にも活用したいとの申し出があった。 ・地区のイベント:福祉フェアにて、高齢者支援連絡会の専門部会としてケアパスの内容と利用法を説明し普及啓発活動。 ・認知症予防教室の資料として使用した。 ・地区のケアマネ研修会や地域の専門職交流会にて事例検討会の資料として使用した。 			
	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			
	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	<ul style="list-style-type: none"> ・オレンジ協力員による個別支援のマニュアル作りに参加 ・まっど認知症プロジェクトの普及するためのポスター作りに参加 			
	キ. その他【任意・自由記入】	<p>今年度は、オレンジ協力員との交流会を開催し、改めて顔の見える関係づくりからはじめ、再度役割や活動について説明し、各々どんな活動を希望しているかアンケートを取った。また、今年度立ち上げた包括主催の認知症カフェにてオレンジ協力員の活動の場として毎回協力いただき、やりがいにもつながった。オレンジ協力員が自宅を訪問し傾聴したケースは、本人の楽しみにしていることや、生活のリズムが整ったこと、ボランティアのやりがいにもつながり良い効果となったため、今後も公的なサービスだけでなく、インフォーマルを優先に考えた支援につなげることを検討していきたい。</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	3		
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 11人)			
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】	短期集中サービスにてチェックリスト非該当となりサービス終了。運動習慣の継続に向け、地域の体操教室を紹介。体操教室参加時や訪問などにて月1度程度のモニタリングを継続した。週1度の体操教室から開始し介護予防活動へ向けた面談を繰り返すことにより意欲向上、さらに元気応援くらぶや趣味のサークルなどを見学し元気応援くらぶを追加し多くの友人との交流を楽しみ介護予防が継続できている。			
	短期集中サービスにてチェックリスト非該当となり、友人との交流は行われていたが、漠然とした不安感の訴え等精神面での不安定さがあり、2ヶ月に1度程度のモニタリングと体操や趣味のサークル等の見学同行を行い、元気応援くらぶと体操サークルに参加。元気応援くらぶの体操後のアクティビティが楽しく意欲向上、生活への漠然とした不安が消失傾向にある。			
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】	小金原に転居後引きこもりがちになっていた。自宅から事業所までは徒歩で行きたいとの強い要望と共に脳梗塞による軽度後遺症があり、従来型の通所サービスを検討。看護師などスタッフと連携を取り支援を開始。徒歩での通所により土地勘や地域への関心が増加していった。サービス開始から6ヶ月後には5 ^分 程度の散歩をほぼ毎日行えるようになった。受診経過も安定しており、サービスを終了。認知症カフェに参加されるなど地域の場に出る様になっている。			
	自宅にて転倒し右肩骨折。ADLが著しく低下したため介護保険申請から介入。転倒前は就業していたため、再就業を目標に介護保険サービスの検討する。当初は入浴等身体介助の必要性が大きかった為、従来型の訪問サービスを選択。骨折の治癒と生活の状況、経過観察をヘルパーと共に細かく行った。経過と共にサービス内容の軽減と支援回数を減らした。1年後に軽度生活援助サービスへ移行。再就業に向け準備中である。			

評価の根拠

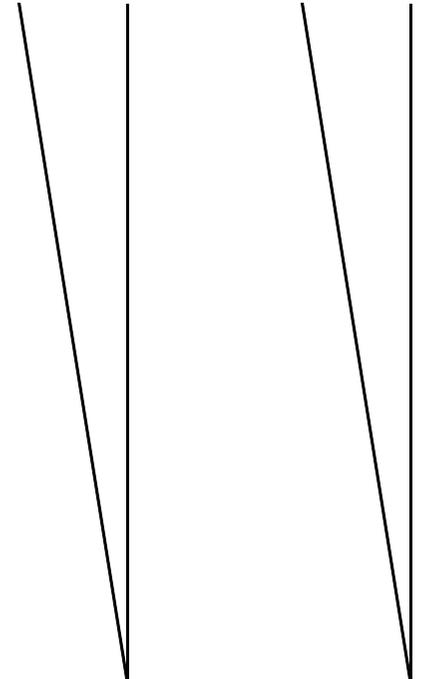
	エ. ケアマネジメントC作成件数(30年度1年間)【件数を記入】	0件			
評価の根拠	オ. 一般的なケースにおけるモニタリングの実施頻度と実施内容【実施頻度と実施内容を記入】	一般的なケースにおいては電話や訪問等で毎月モニタリングを行っている。難聴等で意志疎通の難しい方や言葉が出にくい方へは毎月面談にてモニタリングを行っている。モニタリング時には本人だけでなく本人を取り巻く環境変化にも気を付けるとともに、プランが自立支援に向けた適切な支援であるかを常に念頭に置いている。 サービス事業所には生活や体調変化時の連絡要請を行っており、連絡受電時には迅速な対応に努めるとともに、災害発生時や気候異変時には独居の方や日中独居の方への安否確認を迅速に行っている。また、特殊詐欺への注意喚起も行っている。			
	カ. その他【任意・自由記入】	当圏域における元気応援クラブや体操教室への見学同行と共に訪問を定期的に行い、情報交換や現状把握など運営ボランティアとの連携に努めている。 参加者の機能維持確認と共に、状態変化等発生時には早期解決を行っている。			

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】	松戸市のホームページによる受け入れ状況や居宅介護支援事業所からの受け入れ状況の報告を根底におき、特定の居宅介護支援事業者に偏りのないよう依頼している。また、給付管理時に依頼件数を随時確認、依頼件数の偏りは正に努めている。ケース内容についてもケアマネの過剰な負担が発生していないか、随時確認を行い、相談時は迅速に対応している。			
	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】	ケアマネとの交流会の主催や、業務を通じて日頃からケアマネと顔の見える関係づくりに努めている。また介護支援事業所の人員配置等の掌握と共にケアマネからの相談において気軽にご相談頂けるようにかつ迅速な対応に努めている。			
	オ. その他【任意・自由記入】	ケアマネ交流会開催においては圏域内居宅介護支援事業所と共に事前準備や打ち合わせを行い、地域包括との垣根のない関係づくりに努めている。法改正に伴う勉強会や地域資源などの情報交換、ケース相談などを行い、自立支援に向けたケアマネジメントへの意識統一を図っている。また、ケアマネとサービス事業所に加え、民生委員等との交流会を行った。			

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		
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 (23)回開催(443)人(平均19.2 人/回) ②最多教室の状況 ・日程:平成30年4月10日 ・内容:体操教室 自宅で行う自主トレーニングの説明・指導 ・参加者層・参加者数:小金原地区にお住いの60代後半から80歳代の方、平均77歳。3分の2が女性 ・25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 (3)回開催(79)人(平均 26.3人/回) ②最多教室の状況 ・日程:平成31年2月14日 ・内容:認知症についての理解 (認知症とは? ・認知症の原因となる病気 ・認知症の始まりにみられる症状)グループワーク「心に残る曲について」話し合う ・参加者層・参加者数:体操自主グループの参加者 70代から80代の30人			
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	①センターが開催する 参加総数 (0)回開催(0)人 ②センターが依頼を受けた 参加総数(9)回開催(253)人 ・4/20 成年後見制度について 70~80歳代男女10名づつ計20名 ・6/21 地域包括支援センターの役割 70~80歳代 36名 ・7/11 口腔ケアの重要性について 70~80歳代 30名 ・9/12 口腔ケアの重要性について 70~80歳代 27名 ・9/26 認知症予防について 70~80歳代 25名 ・10/26 認知症予防について 70~80歳代 26名 ・10/26 介護保険について 70~80歳代 31名 ・3/15 認知症予防について 70~80歳代 28名 ・3/27 認知症の理解 60~70歳代 30名			

<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>・相談協力員を含めたボランティアと地域の専門職との交流会を行いそれぞれの役割やお互いの連携について話し合った。 ・高齢者相談協力員と町会・民生委員の交流会に出席し、高齢化率が高い小金原地区において、高齢者を支える側の役割や連携することの重要性を話した。</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: 58件 住宅改修の助言・理由書作成: 51件 その他:(軽度生活支援事業申請): 3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>老人会・サロンでの普及啓発活動が地域包括の周知と共に年々回数が増え続けている。依頼のあった内容に付け加え、介護保険制度・権利擁護・福祉サービスについて説明を行うようにしている。また、年2回行われている高齢者支援連絡会主催の町会・民生委員との交流会では、あいさつに加え普及啓発を行っている。</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	事業計画に関しては、すべて企画書を作成し法人との協議を含め検討して決定しており職員間で内容の共有が出来ている。また法人との定期的なミーティングを行っており、事業の進捗状況を報告し法人の協力や理解を得ている。			
2.人員体制	人員体制については、欠員期間がなく、ここ数年人事異動もごくわずかで専門職が定着している。			
3.総合相談支援業務	年々増える困難事例は課題が重層化しており、3職種の連携の他、必要時は職種の違う2人体制で支援・対応に当たっている。毎朝行うケースミーティングで情報の共有・支援方針の確認している。今年度開始した栗カフェは毎週定期開催しているため、利用者が定着、当事者の参加も増えている。今後は包括主催から徐々にボランティア主催にしていくために、ボランティアとの連携を進めて行く予定。	○		
4.権利擁護業務	認知症があり、金銭管理が困難なケースが増え、その中でもライフラインが止まっているケースや生活困窮しているケースが増えている。申し立ての支援につながる様に、本人との信頼関係、主治医との連携、制度につながるまでの間の支援など丁寧な関わりを心がけている。電話DE詐欺の被害が多い地域のため、講話や普及啓発事業時に話題にだし注意喚起を繰り返した。			
5.包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	地域のケアマネからの相談に対して、内容に合わせて、包括内の3職種で検討し対応している。ケアマネ交流会の開催が進み、ケアマネとの関係性が構築されたことで昨年と比べ500件近くの相談が増えていると考える。重層的な課題を抱えたケースが急増し、ケアマネの負担感も増えているため主任ケアマネを中心としたケアマネの後方支援は丁寧に寄り添った支援が必要な業務となっている。			

6-1 地域ケア会議関係業務	地域個別ケア会議は今年度より1回2事例の検討を行っている。会議のテーマによって参加者を決め、特に推進会議では幅広い立場の方に参加し意見をいただけるようにしている。地域包括ケア推進会議・地域個別ケア会議では必ず前回までの振り返りやまとめを発表し3層構造の会議の役割や目的を理解を促したうえで議論内容の共有に努めている。	
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。	モデル個別ケア会議に参加し、司会・進行方法、アドバイザー専門職、住民組織などの参加者について参考にして取り入れる。住民組織と地域包括が連携して生活に支障がある方への早期発見・早期介入に繋ぐ取り組みは小金原地区内でも形を変え取り組んだ。認知症の相談が増えており早期発見・早期介入がますます重要で、今後の地域の課題となると提案し、地域個別ケア会議であげられた課題や総合相談からの課題を集約し推進会議のテーマとして取り上げた。個別ケア会議ではエコマップをワークシートとして使用しグループワークを行った。推進会議では様々な事例に対応でき、地域で困難を抱えた方の早期発見・早期介入と支援者の連携が必要なため、住民の異変に早期に気づき対応するためのシステム作りのために、「小金原地区みまもりあいマップ」として作り上げ全戸配布をした。さらにその後の推進ケア会議では、みまもりあいの具体的な活動として、「みまもりあい」ステッカー・カードの作成を行った。	○
7.在宅医療・介護連携推進業務	基礎疾患があるにも関わらず、受診が途切れているケースや病状の悪化で生活に支障が出ているケース、介護保険主治医意見書と内科的な評価を依頼するケースが増えているため、医療との連携はますます重要となっている。地域内外の医療機関からの相談も多く、担当者会議に出席するなど、入院中から関わっていくことで情報の共有、連携が図れるよう心掛けている。医療の課題を抱えた困難ケースについては在宅医療・介護連携支援センターに相談・支援を依頼し解決に結び付いたケースも多い。	
8.認知症高齢者支援	認知症に関する相談は年々増えており、介護保険の申請、ケアマネとの連携、専門医と連携しBPSDの対応や、介護者の方の負担軽減に努めている。介護保険以外の支援として、今年度は認知症カフェを立ち上げ、オレンジ協力員の協力を得たことや、オレンジ協力員が傾聴や囲碁のボランティアとして活躍、地域包括やケアマネと連携することができた。また、認知症カフェへの参加が定着するようにオレンジ協力員が閉じこもりがちな当事者を送り迎えしたことで、現在は毎回参加できるようになった。	○

<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</p>	<p>ケアマネ交流会開催においては圏域内居宅介護支援事業所と共に事前準備や打ち合わせを行い、地域包括との垣根のない関係づくりに努めている。法改正に伴う勉強会や地域資源などの情報交換、ケース相談などを行い、自立支援に向けたケアマネジメントへの意識統一を図っている。 また、事業所に加え、地域の介護予防を支えている民生委員等との交流会を行った。交流会のグループワークの中では、手紙のやりとりを通じ、それぞれ4の役割でできること・難しいことについて話し合い、お互いの役割を確認しあった。</p>	<p>○</p>		
<p>10.松戸市指定事業</p>	<p>体操教室については、自宅での自主トレにて継続的な運動習慣を身に付けることを目的として行っている。個人ファイルを作成し緊急連絡先、既往歴、かかりつけ医、体操の注意点、自主トレのメニュー、自主トレ実施表を差し込み参加者に配布した(1)。ほとんどの参加者が自主トレを行い、運動機能の向上がみられ、体操教室を通して仲間づくりにもつながり1年間参加後は、毎週1回の自主グループに参加して頂き、運動習慣の継続支援を行っている。認知症サポーター養成講座は平成30年度9回開催し200名受講。法人内全員が認知症サポーターとなった(2)。老人会・サロンでの普及啓発活動が地域包括の周知と共に年々回数が増え続けている。依頼のあった内容に付け加え、介護保険制度・権利擁護・福祉サービスについて説明を行うようにしている。また、年2回行われている高齢者支援連絡会主催の町会・民生委員との交流会では、あいさつに加え普及啓発を行っている。</p>	<p>○</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>・時間外勤務については、事前に決まっている会議や研修については遅番とし、勤務時間の調整をしている。 ・公休は法人で決まっている日数をその月内で取得することを厳守、休日出勤した場合は平日に公休を振替る様対応している。</p>	<p>△</p>		