

平成30年度地域包括支援センター事業評価
⑭ 馬橋西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	3.5	④ウ 5つのチェックリスト①取得時のルール②利用時のルール③保管時のルール④譲渡時のルール⑤開示の際のルールを心に刻み業務を行っている。		
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		⑤カ 地域包括独自のチラシを作成、場所が分かりにくい事もある為、裏面には地図を印刷している。		
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>前年度の評価の順位は15包括中で15番目だった。平成29年度の行政評価も含め課題や平成30年度の重点業務についての検討を行った。検討後評価項目を①～⑦の優先順位を決め内容をまとめたものを冊子にし全体会議で各職員に配布及びセンター内の目につく位置に掲示した。評価基準に合わせて目標設定、目標設定数については評価基準に合わせ設定、随時進捗状況について相談職、予防職、事務職員も含めて声掛けを行っていた。()は30年度の実績</p> <p>重点項目① ・介護予防ケアマネジメント業務、介護予防支援関係業務 ⇒自立支援型プラン検討会への参加(29年度9回⇒30年度11回)、短期集中予防サービスの利用(29年度0件⇒30年度2件)、ケアマネジメントC(29年度は0件⇒30年度2件)</p> <p>重点項目② ・認知症高齢者支援 ⇒DASCの件数の向上(29年度4件⇒30年度11件)、認知症サポーター養成講座参加数(29年度45人⇒30年度52人)、認知症ケアバスの普及啓発(包括前掲示板に掲示、認知症カフェでの配布と勉強会開催) ・権利擁護業務 ⇒成年後見制度(29年度、30年度共に0件、相談と繋がらなかった件数については30年度2件)、日常生活自立支援事業(29年度0件⇒30年度1件)、高齢者虐待(警察との連携について29年度2件⇒30年度2件)、消費者センターとの連携と消費者被害についての啓発活動(消費生活センターに最新情報を確認しポスターの作成とブログの更新、シルバー消費者教室開催)</p> <p>重点項目③ ・人員体制 ⇒職場内研修(29年度8回⇒30年度7回、伝達研修のみだったものをテーマを決めて実施し量より質を重視)、連携活動評価尺度(29年度24点⇒30年度32点以上)</p> <p>重点項目④ ・松戸市指定業務 ⇒ボランティアの育成、住民主体の介護予防への支援(住民主体の体操教室の立ち上げ支援「どっこいしょ体操教室」の開催)</p> <p>重点項目⑤ ・組織、運営体制 ⇒夜間、休日窓口の周知、地域包括支援センターのPR、苦情対応(裏面に地図入りの包括のチラシを作成、法人のブログも利用、薬局に包括チラシを配置) ・包括的、継続的ケアマネジメント支援業務 ⇒ケアマネ支援、研修会、事例検討会の開催(精神疾患についての研修会の開催と居宅介護支援事業所と連携したプラン検討会の開催) ・在宅医療、介護連携推進業務 ⇒アウトリーチ、医療関係者との連携(アウトリーチ件数29年度0件⇒30年度1件)</p> <p>重点項目⑥ ・総合相談支援業務 ⇒社会資源マップの更新、社会資源の把握(地域づくりフォーラムを通じて高齢者分野以外も取り入れた社会資源マップの作製を行った)、住民主体の予防活動の立ち上げ(どっこいしょ体操教室の定期開催)</p> <p>重点項目⑦ ・地域ケア会議関係業務 ⇒地域の介護支援専門員等が会議を通じた支援を受けられる様に運営。(29年度事例提供のみ2名⇒定期的な参加者4名)</p>				

<p>評価の根拠</p>	<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>	<ul style="list-style-type: none"> ・カナミックの予定表も活用し年間予定表を作成。スケジュールの確認と利用者対応状況、個別対応以外の業務の進捗状況の確認を毎朝の朝礼で実施。年間予定表についても適宜情報の更新や掲示等を行い業務の可視化を行う事が出来た、それにより各職員が自分だけの業務ではなく、他職員の動きも分かるようになり円滑に業務をすすめる事が出来た。 ・毎月の全体会議、3職種会議、センター長、相談職と法人在宅部長を含めた会議、センター長、予防職と法人在宅部長を含めた会議にて進捗状況の確認及び、改善項目の把握や課題についての検討を実施、改善項目、課題を随時明確化して行った事で法人、及び各職員が個としての問題ではなく地域包括や地域という広い範囲での課題として考えていく事が出来る様になった。 		
	<p>カ. その他【任意・自由記入】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・平成30年度に取り組む内容について重点業務の冊子を作成し職員同士で声掛けを行っていったことで、業務の明確化と連携を密に図ることが出来た。 ・平成30年度の行政評価を作成していく中で、平成29年度と比べてわずかに改善した部分、まったく改善がみられていない部分についてが明確化された為、平成31年度の目標設定を行った。(①～⑤は行政評価作成時点での順位、実際の順位と内容については平成30年度の評価が出た際に再度分析を行う)()は次年度の目標。 ※相談件数等数字の部分は年度により変化する為自己評価項目では除外した。 重点項目① <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療、介護連携推進業務(アウトリーチが必要な方を把握し早急に繋ぐ、医療関係の研修等に積極的に参加し関係作りを行い連携強化) ・権利擁護業務(成年後見制度、日常生活自立支援事業利用促進と必要な方への支援制度利用者数の増加。高齢者虐待の迅速な対応。消費者センターとの連携と消費者被害についての啓発活動の継続) 重点項目② <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議関係業務(介護支援専門員からの事例提供と参加者の定着を図る為の働きかけをおこなう。事例に応じ、医療、介護関係者以外の参加の打診と意見の聴取を行っていく) ・介護予防ケアマネジメント業務、介護予防支援関係業務(自立支援に向けて、短期集中予防サービスやケアマネジメントCの利用促進と利用者数の増加) 重点項目③ <ul style="list-style-type: none"> ・認知症高齢者支援(DASCが必要な方に対する支援や件数の増加、認知症サポーター養成講座開催数や参加数を増加し認知症に対する理解を深める。 ・総合相談支援業務(社会資源マップの更新、社会資源の把握や連携、住民主体の予防活動の立ち上げ数を増加させる) 重点項目④ <ul style="list-style-type: none"> ・人人体制(職場内研修を充実させ量より質の向上を図る) ・松戸市指定業務(ボランティアについての把握と情報発信、育成を行う。住民への説明を行い主体の介護予防活動への支援を行う) 重点項目⑤ <ul style="list-style-type: none"> ・組織、運営体制(夜間、休日窓口の周知、苦情対応の継続) ・包括的、継続的ケアマネジメント支援業務(ケアマネへの支援を随時行う、研修会や事例検討会の開催を継続し地域、地域外の介護支援専門員の質の向上を図る) 		

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 (5711)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(1515)世帯 65歳以上の高齢者世帯の高齢者数(3789)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 (2719)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(883)世帯 75歳以上の高齢者世帯の高齢者数(2020)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"> ・介護予防体操教室で交通や体操教室についてのアンケート調査、参加者への聞き取りと、住民主体でのシニア交流センターでの体操教室開催に向けた啓発活動の実施。 ・地域ケア会議を受けて馬橋西地区の介護事業者へのボランティア活動についてのアンケートを実施。 ・いきいきサロン、会食会、地域行事へ参加し地域包括の取り組みの啓発と情報収集の実施。 ・オレンジ協力員さんへのアンケート調査と定期交流会(2ヶ月に1回、計6回)を通じた情報交換。 ・平成29年度の開所から現在までに参加、開催した行事や地域住民、民生委員、地区社協からの直接の聞き取り。 			
	イ. ニーズを基に実行した取組の具体例【自由記入】	<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民の介護予防体操に対する意識が高い事により、オレンジ協力員と活動している方に主として活動して頂く事が出来、シニア交流センターで定期的に住民主体での体操教室を開催する事が出来た。 ・オレンジ協力員とボランティア活動の違いについて把握していない介護事業所が多かった事が分かり、活動内容の違いについての啓発活動を行っていく必要性を見つける事が出来た。 ・オレンジ協力員さんが活動の中で残念に感じている事を把握する事が出来た、今後介護事業所に対してボランティア活動についての啓発活動を行っていく必要性の高さが明確化された。現在ポスターの作成を検討中。 ・地域包括の普及啓発として、地域の薬局へお願いしチラシを置かせてもらっている、チラシについては定期的に連絡、訪問し補充を行っている。 ・地域包括の場所、職務の内容、役割についてよく分かっていない部分が多い事も分かった。 			

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し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】	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースの記録物に関しては施錠できる書庫に全て保管している。パソコンで作成している相談受付表等の記録物についての部分は、パソコンをパスワードで管理しログインは本人じゃないとできない様になっている。 ・その他民生委員名簿など個人情報が含まれるものについても施錠が出来る書庫に保管を行っている。 ・個人情報取り扱いのルールについて、松戸市のハンドブック、個人情報保護委員会、経済産業省の冊子を使用。 ・5つのチェックリスト①取得時のルール②利用時のルール③保管時のルール④譲渡時のルール⑤開示の際のルールを心に刻み業務を行っている。 			
	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】	<ul style="list-style-type: none"> ・松戸市作成の個人情報保護のハンドブックについては職員各自で持っている、又、地域包括内にも設置。 ・個人情報保護委員会、経済産業省の個人情報保護法について記載された冊子を見やすい位置への掲示。 ・外出時のスケジュールを記載するホワイトボードがあり、ホワイトボード周辺に個人情報の5つのチェックリスト【①取得時のルール②利用時のルール③保管時のルール④譲渡時のルール⑤開示の際のルール】を配置し外出前に、各自個人情報の取り扱いの重大性について心に刻んでいる。 ・予防の契約の際について個人情報の同意書を作成し使用。 ・地域包括、シニア交流センターの時間外はセコムによる防犯セキュリティと防犯カメラによる録画を行っている。 ・シニア交流センターは第4日曜日の休館日以外は受付職員が在住して地域包括だけではなくシニア交流センター全体の管理を行っている。 			

⑤利用者が利用しやすい相談体制が組まれているか。	4	3.57																	
ア. 夜間窓口(連絡先)の整備・周知の方策【自由記入】	<p>・通常の営業時間外の電話は法人へ転送され24時間の対応をしている。相談職は法人より携帯が貸与されており、緊急時には法人から職員各自に連絡が来ることになっている。転送電話があった際には法人職員がすぐに対応する事が出来る様に、法人内に電話番号が掲示されている。</p> <p>・名刺や地域包括のドアに夜間の対応方法について掲示している。</p> <p>・名刺を渡す際には口頭でも伝えている。</p> <p>・対応窓口については法人ブログにも掲載している。</p>																		
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>7件 内(4件</td> <td>3件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>2件 内(2件</td> <td>0件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>11件 内(4件</td> <td>7件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>20件 内(10件</td> <td>10件)</td> </tr> </tbody> </table>			本人又は親族	その他	訪問	7件 内(4件	3件)	面接	2件 内(2件	0件)	電話	11件 内(4件	7件)	合計	20件 内(10件	10件)		
	本人又は親族	その他																	
訪問	7件 内(4件	3件)																	
面接	2件 内(2件	0件)																	
電話	11件 内(4件	7件)																	
合計	20件 内(10件	10件)																	
ウ. 土曜・休日窓口(連絡先)の整備・周知の方策【自由記入】	<p>・通常の営業時間外の電話は法人へ転送され24時間の対応している。相談職は法人より携帯が貸与されており、緊急時には法人から職員各自に連絡が来ることになっている。転送電話があった際には法人職員がすぐに対応する事が出来る様に、法人内に電話番号が掲示されている。</p> <p>・名刺や地域包括のドアに休日の対応方法について掲示している。</p> <p>・名刺を渡す際には口頭でも伝えている。</p> <p>・対応窓口については法人ブログにも掲載している。</p>																		
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(9件</td> <td>0件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>5件 内(5件</td> <td>0件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>5件 内(3件</td> <td>2件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>19件 内(17件</td> <td>2件)</td> </tr> </tbody> </table>			本人又は親族	その他	訪問	9件 内(9件	0件)	面接	5件 内(5件	0件)	電話	5件 内(3件	2件)	合計	19件 内(17件	2件)		
	本人又は親族	その他																	
訪問	9件 内(9件	0件)																	
面接	5件 内(5件	0件)																	
電話	5件 内(3件	2件)																	
合計	19件 内(17件	2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>0件 内(0件</td> <td>0件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>5件 内(3件</td> <td>2件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>2件 内(0件</td> <td>2件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>7件 内(3件</td> <td>4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	5件 内(3件	2件)	電話	2件 内(0件	2件)	合計	7件 内(3件	4件)		
	本人又は親族	その他																	
訪問	0件 内(0件	0件)																	
面接	5件 内(3件	2件)																	
電話	2件 内(0件	2件)																	
合計	7件 内(3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																		

評価

の 根 拠	<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"> ・地域包括独自のチラシを作成、場所が分かりにくい事もある為、裏面には地図を印刷している。 ・場所の説明の際には元の職業安定所(ハローワーク)、馬橋高校、松戸整形外科、松戸神経内科、陽光苑の近く等、すでに認知度が高く目印になるものを伝えている。 ・地域包括前の掲示版にイベント情報を掲示、毎月更新を行っている。シニア交流センターの1階ではあるが、奥に入っているという立地もあり中まで掲示板を見に来れない方もいる為、シニア交流センターの入り口の一角を借り、そこにもイベント情報を掲示し随時更新を行っている。 ・法人のブログを利用して包括支援の活動予定、活動報告を適宜行っている、イベントのポスターの欄外や配布する資料、名刺、包括前の掲示版にブログを更新中である事を明記、口頭でも伝えている。 ・地域包括の普及啓発として、地域の薬局へお願いしチラシを置かせてもらっている、チラシについては定期的に連絡、訪問し補充を行っている。又、薬局からチラシが無くなった時には連絡が来るようになっている。 			
	<p>キ. その他【任意・自由記入】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口対応時間は17時半まで行っている。 ・シニア交流センターが休館日の第4日曜以外は利用者、家族の求めに応じ積極的に訪問、来所対応を行っている。 ・土曜日開催の運営推進会議にも参加。 ・休日、祝日、時間外に行われるイベントにも参加をしている。 ・法人ブログの定期更新と更新した事についての発信を行っている。 ・季節毎に開催している認知症カフェ【カフェ・ド・来居所(どっこいしょ)】の「どっこいしょ」を平成30年度より合言葉にブログのタイトル名、内容、イベント名やシニア交流センターだより(不定期)で使い、どっこいしょ＝馬橋西地域包括という事で、親しみやすさを感じてもらえる様に啓発活動をおこなった。 ⇒どっこいしょ関連で開催したイベント ・認知症カフェ カフェ・ド・来居所(どっこいしょ) ・あたまとカラダでどっこいしょ <p>電話申し込みの際も「どっこいしょ」お願いしますや、参加の際には「どっこいしょに来ました」等々と気軽に言って頂き、その中ではちょっとした笑いも生まれ、地域の方に親しみやすさを感じてもらえる事が出来たと思う。</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		
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 2件 (内センター自体の苦情 1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: 約936時間(受付: 11月12日～解決: 12月20日) 連携機関: 高齢者支援課、障害福祉課、障害サービス事業所、民生委員、法人本部			
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】	・事業所ドアに土日、夜間の窓口と共に苦情相談窓口について掲示している。 ・重要事項説明書に苦情対応窓口に関する情報を記載。			
エ. イの具体的な内容と改善方策	【人物像と支援経過】 ・要支援2、70代。 ・介護保険のサービス(訪問介護)と障がいサービスの利用者。介護保険の訪問介護では地域包括がケアマネを担当していたが、本人が他人の介入を嫌がることもあり、介護保険のサービスは中断していた。 【苦情内容】 ・苦情申し立て者は障害サービス担当者の配偶者より。 ・利用者とサービスの担当者との関係性が悪くなりトラブルが発生し、障害サービス担当者と配偶者が民生委員に相談し、その後地域包括に連絡があった。 ・この件の対応中に、利用していた障害サービスの部分での問題が生じた、その後障害サービスの担当者の配偶者より「当初の相談内容と相違していて、こんな大げさになることを望んで相談したわけではない」等々の苦情を地域包括へ訴えて来た。 【対応と対応後】 ・関係部署と協力し対応を行っていった。 ・本人、家族、民生委員、サービス事業所、地域包括にて担当者会議を開催し今後の方針について検討を行う。結果として利用者本人はサービス事業所が変更となる、障害サービスの担当者についてはサービス事業所との雇用の問題である為、サービス事業所に判断は一任した。 ・事業所の決定事項も含めて、障害サービスの担当者及び配偶者の訴えもおさまり地域包括としての苦情対応は終結となった。			
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】	・苦情受付表を作成。 ・年度ごとにファイルを作成している。作成したファイルは職員が誰でも閲覧できるように地域包括内の鍵付きの書庫内に配置。 ・地域包括、法人、組織内での迅速な報告と対応を心がけている。			

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	3.5		
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 (0) / (3) = (0 %)			
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 30月			
エ. 職員に対する職場内研修の開催回数【回数を記入】	7 回			

<p>評価の根拠</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>【職場内研修】 平成29年度の研修会の回数は8回ではあったが内容としては研修報告書の伝達研修のみだった為、職員間の直接的なスキルアップにはつながらなかったと感じた為、平成30年度は2ヶ月に1回専門的なテーマを決めて職員研修に取り組んだ(伝達研修も含む)。参加者は相談職、予防職、事務職員。 ①平成30年4月27日9時半から10時半 介護保険改正について ②平成30年6月14日9時から10時 包括の業務内容1(成年後見人制度) ③平成30年8月9日9時から10時 セルフネグレクト ④平成30年10月19日9時から10時 包括の業務内容2(生活保護申請について) ⑤平成30年12月3日9時から10時 精神疾患を持つ方との接し方 ⑥平成31年2月1日9時から10時 代表的な精神疾患とその治療法(伝達講習) ⑦平成31年3月28日13時から14時 災害対策(3月19日の伝達研修) 【外部研修】 平成30年5月 12日 認知症予防講演会(3名参加) 平成30年7月 6日 地域包括ケア応援セミナー(1名参加) 平成30年8月 3日 4日 支援者の為の成年後見制度活用講座(1名参加) 平成30年11月 21日 精神保健福祉研修会(1名参加) 平成30年12月 21日 地域ケア会議に係る市町村研修会(1名参加) 平成31年1月 9日 千葉県高齢者虐待防止対策研修(1名参加) 平成31年2月 認知症疾患医療センター研修会(1名参加)</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	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	①34 ②33 ③30 ④ ⑤ ⑥ ⑦			
	平均 32.3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	④才 地域づくりフォーラムを 通じ新たに社会資源マッ プを作成した。今回作成 した社会資源マップには 高齢者だけではなく、子 供、障がい分野、公衆電 話やAED、避難場所等も 入れた。	
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 554件 健康・医療に関する相談 203件 経済的相談 20件 介護予防に関する相談 129件 家族調整に関する相談 33件 権利擁護に関する相談 24件 諸制度や地域の社会資源に関する相談 56件 安否確認(見守り含む) 64件 その他 134件 総計 1217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 554件 健康・医療に関する相談 169件 経済的相談 58件 介護予防に関する相談 41件 家族調整に関する相談 56件 権利擁護に関する相談 20件 諸制度や地域の社会資源に関する相談 40件 安否確認(見守り含む) 42件 その他 197件 総計 1177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>平成29年4月平成30年3月までの活動状況を踏まえて検討を行う。 ①.本人または親族への支援・相談内容での検討。 ・介護に関する相談の内訳について介護保険に関する事やその他の制度のサービスの部分については、他包括と同じような数字の結果ではあるが、総合事業に関する相談件数が無かった。 ・介護予防に関する相談件数も他包括と比べて一桁になっている。 ・虐待の件数は少なく、成年後見制度や日常生活自立支援事業、消費者被害なども含めて、権利擁護の件数が他包括に比べて少ない。 ②.本人または親族以外の機関からの相談・支援・調整した内容での検討 ・相談内容、内訳件数は①本人または親族への支援・相談内容と同様の結果であると思う。 ③.①②を合わせたの検討結果。 ①②を含めて馬橋西地区と他包括を比べた結果としては介護予防、権利擁護の相談件数が少ない事が分かる。 ・介護予防の部分については介護認定者数(要支援1、2)が197人、事業対象者特定者数22人を合計した数としては219人で15包括中一番少ない状態にある。 ・体操教室の参加者の部分で考えると、元気な高齢夫婦の世帯が多く夫婦での参加申し込みも多い、そこから継続して男性も介護予防に対する意識を持つようになり男性が多く参加されている様に感じる。その為介護予防に関する意識は高い様に感じるが、他地区と比べると地域での集い、通いの場が少ない状態にある。 ・権利擁護の部分では全般的に件数が少ないが、消費者被害についての講演会を実施したが参加者が少なく、当日の質問、疑問なども特に聞かれなかった、、「だまされると思ってたまされる人」はいなく、世間一般的にも詐欺が増えて来ている、虐待、成年後見人、日常生活自立支援事業、消費者被害等の権利擁護に対する啓発活動を行って行く必要性が高い事が分かる。</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>・毎朝の朝礼、毎月の棚卸会議(全件チェック)を行い、緊急性、継続、終結の判断を行っている。 ・緊急性の高いケースのみではなく訪問後ミーティングを開き対応方針について決めている。 ・休日でも連絡が取れる体制づくりとしての社内チャットワークの利用と会社携帯、個人携帯へのアプリのインストールを行っている。</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>3</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>【人物像】 ・本人:未申請、80代。近所から見張られている、対応した地域包括職員を殺し屋のボスと発言する等妄想が強い。神経内科を受診しているが精神科の受診にはつながっていない。 ・配偶者:要介護2。80代。脳梗塞後遺症。 ・夫婦2人暮らしで子供はいない。夫婦仲は良好。 【支援経過】 ・地域包括の開設当初より関わりを持っていたケースであり、関わった段階からゴミ屋敷状態になっており、その中で夫婦2人暮らしして生活していた。 ・近所、民生委員、市役所、地域包括との関わりについては拒否が多く、本人の配偶者は福祉用具をレンタルしていたため担当のケアマネがあり、そのケアマネとの関係は良好であったことから、本人の安否確認なども含めてケアマネの力を借り支援を行っていた。 ・今年に入り、本人の身体状態の悪化により医療的な介入が必要になったが、本人は大丈夫と言い拒否。配偶者も本人の言動に支配されている部分があり意志の確認が出来ず、本人の状況の判断もできなかった事もあり、命の危険性を感じ高齢者支援課に相談を行った。 【対応】 ・在宅医療介護連携支援センター、主治医とも連携を図り本人を救急搬送。本人は入院となり、配偶者は緊急的にショートステイを利用する事になった。 ・この時点では家族、主治医、高齢者支援課、地域包括共に本人を自宅に戻すの不可能であると判断。 【対応後】 ・現在、本人はリハビリ病院に転院。配偶者は緊急ショートステイを継続中。今後の方針については、高齢者支援課、ケアマネ、地域包括で協議を行って行く。</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>【人物像】 ・要支援2、70代。 ・介護保険のサービス(訪問介護)と障がいサービス(ガイドヘルパー)の利用者。介護保険の訪問介護では地域包括がケアマネを担当していたが、本人希望にてサービスは中断していた。</p> <p>【支援経過】 ・利用者とガイドヘルパーとの関係性が悪くなりトラブルが発生、ガイドヘルパーとその配偶者が地区の民生委員に相談し包括へ連絡があった、話を進めていくとガイドヘルパーによるサービス外の支援を含めた様々な問題がある事がわかり、その件での事実が確認された所、ガイドヘルパーの配偶者より「こんな大げさになることを望んで相談したわけではない」等々の苦情を包括へ訴えて来た。</p> <p>【対応と対応後】 ・高齢者支援課、障害福祉課、障害サービス事業所、民生委員、法人本部の関係部署と協力体制を構築。 ・法人本部には苦情の内容について伝えトラブルからの訴訟のリスク等も含めて助言を受ける。 ・民生委員と包括では本人及びガイドヘルパーとガイドヘルパーの配偶者の連絡対応を行う。 ・高齢者支援課より助言を受け、障害サービス事業所より障害福祉課に請求の件で連絡し請求の取り下げを行う事になる。 ・結果としてサービス事業所は請求の取り下げを行う、ガイドヘルパーについては雇用の件も含め障害サービス事業所に一任する、本人もガイドヘルパーからの提案に同意していた部分やサービス事業所の申し出によりサービス事業所が変更となった。</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】

【人物像】

・要介護5、80代。

【支援経過】

・子の配偶者から相談。

脳梗塞で入院、療養型の空き待ちをしている。胃瘻、オムツ対応で痰の吸引や酸素吸入はしていない。本人の理解力はないが帰りたいと言っている。主治医からは療養型の病院がいいと言われているが、在宅で介護したらどのようなサービスが入るのかについて確認をして、可能であれば退院して自宅で生活をさせたい。

・子夫婦は仕事で帰りは遅く日中は本人の配偶者のみ。

・入院中の病院の相談員に状況を確認を行うと。体格が良い為、高齢の配偶者がオムツ交換や体交ができると思わない。食前や食後に吸引があり、胃瘻部やオムツいじりがあり同意を得てつなぎ、4点柵、ミトンを使用しているとの事。

【対応】

・以上の事から地域包括としては自宅での生活が困難で有ると判断し、自宅での生活の難しさについて説明するが納得してもらうことが出来ず、在宅のケアプランについての例を地域包括の主任ケアマネが複数作成、提示し説明をおこなう。その後療養型病院に転院となり支援としては一旦終了となる。

【対応後】

・3ヶ月後、子の配偶者より再度連絡があり、現在長期療養病院に入院しているがやはり自宅に戻したいと相談があり病院の相談員を含めて対応協議中。

<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>・福祉まると相談窓口にご相談しアドバイスをもらったケース。解決には至らず現在も対応中</p> <p>【人物像】 本人、未申請。80代。 配偶者、70代。夫婦共に就業している。</p> <p>【支援経過】 ・平成29年度の地域包括開所時より対応している近隣住民の家に除草剤を撒いているという疑惑から発生したご近所トラブル。被害を訴えているのは本人達周辺の方。</p> <p>【対応】 ・地域包括としては解決する為には本人への介入が必要であると判断したが、被害を訴えられている方は、何かされるのが怖く本人への介入を嫌がっていた。 ・高齢者支援課、福祉まると相談窓口にご相談し、介入した場合の地域住民へのリスクや地域包括内の役割分担として双方の家に対して別々の職員で対応する等の検討を行った。</p> <p>【対応後】 ・結果として話を聞くことが出来ていなかった本人との配偶者と面談することが出来た、配偶者は本人の認知症、こだわりのある性格についてお話をされる、その後本人とも面談を行う。 ・本人との関係作りとして何度か訪問し面談をおこなっている、健康診断を受けた事が無いという事から、健康診断の提案から医療面のアプローチを模索している。</p>
--	--

カ. その他【任意・自由記入】	<p>・その他対応が難しかった事例として</p> <p>【人物像】</p> <p>・事業対象者、70代、生活保護を受給、知的障害の同居人がいる。</p> <p>【支援経過】</p> <p>・本人が女性2人に言われるがままに書類にサインし新興宗教に入信してしまった可能性があり、その女性達に電話や自宅に来るなどつきまとわれており、ある「信仰物」を購入する為に金銭を要求されている様だった。</p> <p>【対応】</p> <p>・高齢者支援課に相談後、地域包括ケアシステム構築支援アドバイザーに相談を行い、新興宗教からの脱退なども含め相手方への内容証明の送付等も含め、今後状況によっては弁護士へ依頼して行く必要性ある事等についてのアドバイスを受ける。</p> <p>【対応後】</p> <p>・その後、本人の姉も交え今後の対応について検討している際に、新興宗教を勧誘している女性より本人に電話があった為、本人の姉の承諾を得て地域包括の職員が電話対応を行った所、その後一切連絡が途絶えてしまった。</p> <p>・現在、つきまとわれている事実は認められない。が本人も知的障害の弟と共に理解力不足も認められる為、成年後見の申し立てについて本人姉も含めて検討中。</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	3.66		
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			
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。	①関係機関・地域の町会等による住民等向けのイベント(7件) ・ふれあい会食会 7月20日 12月21日 ・いきいきサロン7月17日 10月16日 ・はつらつクラブ 8月6日 ・新松戸南自治会 8月26日 ・シニア交流センターまつり 11月3日			
	②関係機関等の関係者・専門職向け会議・イベント(19件) ・福祉相談窓口オール顔合わせの会 4月4日 ・在宅医療、介護予防連携支援センター開所式 4月16日 ・地域共生社会を考える我が事丸ごとまつりDEトーク 5月15日 ・松戸市の日常生活圏域ごとの地域診断結果の活用 5月22日 ・松戸のつどい 5月25日 ・松戸市在宅医療・介護連携支援センター 5月29日 ・認知症疾患医療センター合同連絡協議会 7月13日 ・オレンジ協力員受入機関連絡会 8月30日 ・ふくろうプロジェクト「代理意志決定」ってなに?」 9月21日 ・第1回アウトリーチ事例検討会 10月29日 ・法務研修 11月26日 ・生活支援コーディネーター研修 12月7日 1月12日 ・地域ケア会議に係る市町村研修会 12月21日 ・第2回生活支援体制づくりセミナー 12月24日 ・千葉県高齢者虐待防止対策研修(専門職) 1月9日 ・高齢者虐待防止ネットワーク専門職向け研修 1月11日 ・第2回認知症疾患連絡協議会 1月18日 ・平成30年度認知症疾患医療センター研修会 2月2日 ・第2回アウトリーチ事例検討会 3月25日			
	③地域密着型サービス事業者の運営推進会議等(20件) ・借楽園 4月24日 6月26日 8月28日 12月18日 2月26日 ・そよ風 4月21日 6月16日 8月18日 10月20日 2月16日 ・かがやき 4月14日 6月2日 8月4日 12月1日 2月2日 ・サンパティオ 4月20日 6月20日 8月22日 10月24日 12月19日			
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	いる			

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	3.4		
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(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	圏域内 26ヶ所 圏域外 22ヶ所			
	イ.【ア】の内訳	配食(6)箇所、見守り(15)箇所、移送(5)箇所 サロン(5)箇所、地域の予防活動(10)箇所 その他(7)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】

- ・地域づくりフォーラムを通じ新たに社会資源マップを作成した。今回作成した社会資源マップには高齢者だけではなく、子供、障がい分野、公衆電話やAED、避難場所等も入れた。
- ・社会資源マップはA4で作成した為、どなたでも見る事が出来る様にルーペも一緒に付属している。
- ・地域包括内、シニア交流センター、薬局、市民センター等で配布を行う予定。
- ・12月のケアマネ交流会で、ケアマネの方々と一緒に元々使用していたマップの更新を行った、新たに作成したマップと共に配布予定。

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 1ヶ所 (内新規立ち上げ支援数 1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>・住民主体の介護予防体操教室の開催「どっこいしょ体操教室」 平成30年9月12日 10月24日 11月14日 12月12日 12月26日 平成31年1月23日 2月13日 3月27日 平成31年度は月2回、水曜日、隔週で開催。 内容はDVD体操。</p>	
	<p>ク. その他【任意・自由記入】</p>	<p>・「どっこいしょ体操教室」を開催するにあたり、まずは主となって頂ける方に声掛けをして、その方を中心に参加者を募っていった。DVD体操ではあるが、主となる方が熱心に他市の体操等も探してきてくださり現在は皆さんで取り組んでいる。白井市の「なし体操」松戸市も何かオリジナルの体操があれば良いという意見も上がっている。 ・次年度は体操教室参加者等から住民主体の予防活動につなげていく事が出来る様に、情報提供、啓発活動などを行って行きたい。</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	2.33		
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】	<ul style="list-style-type: none"> ・制度についての相談だけではなく、すべての相談から制度の必要性の把握を通じ分析を行っている。 ・ケアマネからの相談に対しての助言。 ・予防の担当者に担当利用者について確認を行い、制度の必要性に応じて検討を行っている。 		
	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	<p>① 0 件 ※相談があったが繋がらなかったケースと検討中のケースについてはエに記載する。</p> <p>② ・馬橋西地域包括だけではなく、他圏域と比べると小金圏域での成年後見の件数は、市長申し立て件数、本人・親族申し立て支援共に少ない状態にあると感じる。件数(市長申し立て、本人・親族申し立ての合計)で言えば中央圏域は20件。常盤平圏域は16件。小金圏域は11件である。圏域により数が違うのは地域性を感じる部分ではあるが、制度の利用についての啓発が足りない部分などもあるのかと思うので、今後も情報提供や普及啓発に取り組む。</p>		
	ウ. ①日常生活自立支援事業につなげた/相談したが繋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	<p>① 1)事業につなげたケース 1 件 2)相談したが繋がらなかったケース 2 件</p> <p>② ・日常生活自立支援事業は地域包括全体で計12件、成年後見制度の活用は66件という事で、数字で考えると日常生活自立支援事業については成年後見制度と比べると、他圏域も含めて件数が少ない。 ・今回繋がらなかったケースとして、自身で金銭管理を行うのは難しかったが、金銭管理をすることでお金がどうしてかかるのかという部分で折り合いがうまくつかなかった。 ・この制度を利用する方は成年後見制度よりも元気な方が多いかと思うので、制度を「説明」「選択」する部分で利用しなくなってしまうのかもしれない。</p>		

<p>扱</p>	<p>エ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>平成30年度の日常生活自立支援事業に繋がったケース:1件 平成30年度の日常生活自立支援事業に相談したが繋がらなかったケース:2件 平成30年度の成年後見制度活用の相談があったが繋がらなかったケース:2件</p> <p>①【相談内容と対応方針】 ・本人:80代、入院中。子からの相談。本人がこの先どうなるかわからない成年後見、相続の件でアドバイスをもらいたい。 ⇒子は成年後見人制度に対しては本、インターネット、ニュース等で知っており、他人が家に来るのは嫌と話される。遺産相続という部分もあり地域包括ではなく弁護士等の専門職の支援が必要と判断、又、相談者本人で主訴に対応する事が可能であると判断が出来た為、必要機関の連絡相談先を伝え自ら相談に行かれた。</p> <p>②【相談内容と対応方針】 ・本人:年齢聞き取り出来ず。入院中。子より施設入所中の本人のお金の管理の件で相談。 ・本人は現在施設に入所中、本人には子①子②子③がおり、子①が本人及び、子②子③の許可を得、領収書管理などもしっかりと行い本人のお金を管理している。今後もしも自分の調子が悪くなっていた時に、子②子③は対応してくれるかどうかかわからないので、成年後見人をつけた方が良いのかについて聞きたい。一般論としてはどうなんですかとの事。 ⇒成年後見制度についての説明を行う。子①子②子③の関係は良好との事なので一旦家族間で話し合ってもらう事を提案する。必要時に対応可能か機関と地域包括での役割、対応についての説明を行う。</p> <p>平成30年度の後見制度活用に向けて検討中のケース:2件</p> <p>①【相談内容と対応方針】 ・本人:要介護1、70代、認知症。配偶者:70代。子①:40代、同居中。子②:40代、他市在住。本人との関係は悪い。 本人は認知症、元銀行員全財産を持ち歩き年金の振込先を変えてしまう為どこに振り込まれているかわからない、又、借金もあり月々返済している。年金の振込先の件で銀行に電話を何度もかけてしまい、配偶者は銀行に謝罪に行ったりしている。今後の事を考え配偶者より本人に成年後見人をつけたいとの事だが、配偶者本人も理解力があまりなく制度全般を理解していない様子が見られる。 ⇒配偶者は高齢であり理解力不足もある事から配偶者のみで申し立てをすることは難しい為、子①、子②に支援をして頂く事出来る様に本人の担当ケアマネ、地域包括より働きかけを行っているが子①子②と連絡をとることが出来ていない。</p> <p>②【相談内容と対応方針】 ・本人:要介護3、70代、知的障害。本人の親族①:事業対象者、70代。判断能力の低下。二人暮らし。本人親族②:80代。他市在住。何かあった時に対応できる親族も高齢の為。 ⇒本人の親族②の親族も含め成年後見人の申し立てに向けた情報提供、支援を行っており。今後相談機関に同行する予定。</p>		
----------	------------------------	---	--	--

<p>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。</p>	<p>4</p>	<p>3.33</p>		
<p>評価の根拠</p>	<p>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】</p>	<p>2 件</p>		
	<p>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</p>	<p>いる</p>		
	<p>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)</p>	<p>【人物像】 ・未申請。70代。自立高齢者。 【通報内容】 ・本人から警察通報。本人が1階リビングに座っていたところ2階から降りてきた配偶者が「換気扇が付きっぱなしになっていると手に持っていたドライバーで本人の肩を叩いた、その後「付いている訳がない」と本人が言ったところドライバーを振り上げて来たので、本人が「叩いたら警察に言うよ」と言い、その後本人から警察通報。 【支援経過】 ・警察から高齢者支援課、地域包括に連絡があり早急に事実確認を行う。 ・本人、配偶者は家庭内別居の様な状況になっており、子は近隣に在住何かあれば子の家に泊まりに行ったりもしている。配偶者は昼間から酒を飲むという行動をしているが健康状態は良好で受診はしていないとの事。 【対応】 ・本人が地域サポート医の病院に定期受診をされていた為、連絡をとり配偶者の件の報告、相談を行う。受診の際に本人からも確認をとって頂く。アウトリーチの検討を行い、本人、子に提案する。 ・虐待個別事例検討会での虐待の判断としては、虐待の事実としては実際にドライバーで殴ったわけではなく、本人も子の家に逃げたりできる様な自立高齢者の為、虐待ではないという判断となり虐待対応としては終了となる。 【対応後】 ・アウトリーチの件も含めて子、本人に提案を行った結果としては、子より誰かが家に来ることで配偶者の矛先が子や本人に向いてしまうのではないかと、今は落ち着いていて変なアクションを起こしたくない。波風を立ててもらいたくないとの事。 ・アウトリーチは本人、子の意志で実施しない事になる、本人、子に今後の相談窓口としての地域包括の役割について説明、この内容については高齢者支援課に報告を行う。</p>		
	<p>エ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>・平成29年度からの継続件数3件、平成30度新規件数4件と他圏域に比べると虐待の発生数が少ない状況にあるが、相談内容に応じて虐待、虐待疑いの判断を行っている。虐待対応時は役割分担も含め職員1人ではなく2人以上で対応をする様にしている。</p>		

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。		4	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】	<ul style="list-style-type: none"> ・最新の被害についての情報収集(最近は葉書での詐欺が多いとのこと)と情報交換を年度初めに1度行い消費者被害防止のポスターを作成した、ポスターは被害が一番多いという葉書の詐欺で作成。作成したポスターを配布及び法人ブログに2度掲載した。 ・7月頃に再度消費生活課に確認した所、葉書での詐欺が増加傾向である事実を確認し、消費生活課に要請して地域住民の方を集め消費者被害の講演会を1回開催。その際に頂いたポスターを包括内に貼り付けている。 			
	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】	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネ研修会、交流会等を通じ情報発信。 ・地域ケア会議などを通じ消費者被害の説明、ポスターの配布、講演会の参加者も含めた周知を行ってもらった。 ・ブログ(消費者被害についての内容も含む)の更新について名刺や口頭で周知。 ・今後薬局に消費者被害のポスターを配置してもらう予定。 			
	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	<p>開催回数合計 2回</p> <p>① 【日時】平成30年8月8日 14時～15時半 【内容】「頑張らない介護について」わざクリニック 和座一弘院長 【主な参加者層】松戸市在住、在勤者、民生委員。 【参加者数】73名 包括職員10名</p> <p>② 【日時】平成30年11月27日 14時半～15時半 【内容】「シルバー消費者教室」消費生活課 【主な参加者層】馬橋西地区在住、65歳以上 【参加者数】12名</p>			
	エ. その他【任意・自由記入】	<ul style="list-style-type: none"> ・シルバー消費者教室の開催に合わせて、消費者被害のポスターや講座についての説明を封入したティッシュを配布した。 ・消費者教室の参加者は12名と少なかったが、麻疹の流行や同時期の同講座もあった事も影響しているかと思う。 			

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	①才馬橋西地区の居宅、ケアマネ数が少ない(居宅数は4件。ケアマネ数は8名。)部分もあり、圏域内のみで研修を行うと参加者少ない為、他圏域の居宅介護支援事業所にも声をかけている。 ・他圏域の研修会と同じ内容や日にちにならない様に留意して行っている。	
<p>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】</p> <p>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> <p>評価の根拠</p>	<p>436 件</p> <p>【人物像】 ・要介護2、80代。 ・最近、内服薬による眠気等がある事により、福祉用具(シニアカー)を主治医の判断でレンタルする事が出来なくなってしまった。</p> <p>【支援経過】 ・利用できなくなった事について本人は納得できないという事で担当ケアマネから地域包括に相談があった。本人、本人の配偶者、家族、ケアマネ、福祉用具の事業所等関係者含めての対応中に、本人よりケアマネ交代の話が出るが、ケアマネを交代しても主治医が判断している以上レンタルをする事が不可能である事が分かると、交代する予定のケアマネとの契約にも至らなかった。</p> <p>【対応】 ・その後、配偶者が入院した事もあり本人はショートステイを利用する事になる。配偶者の退院後に配偶者に対しての訪問看護の必要性も出てくる、その件については本人は納得される、本人の配偶者がサービスを利用するにあたり本人のケアマネも交代となり、本人を担当する予定だったケアマネが本人と本人の配偶者を担当する事になった。</p> <p>【対応後】 ・結果として配偶者の訪問看護と配食弁当を導入。交代後のケアマネに対しても、再度交代や契約解除等と訴えられてはいるが、担当は継続することが出来ている。 ・今後も本人、配偶者、担当ケアマネからの相談に合わせ必要に応じて支援を行っていく。</p>			

<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】</p>	<p>5 回</p>			
<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>・ケアプラン検討会 3回 7月17日 10月16日 2月12日 ・研修「精神科医に聞いてみよう」 9月26日 澤田法英先生 うつ病と統合失調症と発達障害の話。 ・ケアマネ交流会 12月12日 地域のケアマネの情報を収集し社会資源マップを作成。</p>			
<p>オ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>・馬橋西地区の居宅、ケアマネ数が少ない(居宅数は4件。ケアマネ数は8名。)部分もあり、圏域内のみで研修を行うと参加者少ない為、他圏域の居宅介護支援事業所にも声をかけている。 ・他圏域の研修会と同じ内容や日にちにならない様に留意して行っている。</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>2.25</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>74 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>【人物像】 ・要介護2、80歳代。 【支援経過】 ・相談内容としては子①よりケアマネを交代したいので探して欲しい、又デイサービスも変更したとの事。 【対応】 ・平成29年度から地域包括が関わっているケースであり、ケアマネの選定については地域包括が助言を行った、その際には子②がキーパソンとなりケアマネやサービス事業所との契約は子②が行っていた。 ・子①、子②の関係性が悪く、家族関係などを含めて他人には入れない部分もある為、地域包括はアドバイスも含め双方の話を伺っていった。 【対応後】 ・地区の民生委員にも協力を要請、話し合いの機会などを設けるが状況は変わらず平行線だった。 ・その後本人、子②、ケアマネ、サービス事業所で担当者会議を開催することになる。地域包括も参加し結果としては本人の意向を確認する。本人としては子①は良くやってくれているが、デイサービスも今楽しく通う事が出来ているのでこのままで大丈夫ですとの事。 ・本人の意向と子②の申し出によりケアマネやデイサービスの変更は行わない事になる。 ・子①に担当者会議の内容を伝えると納得された。</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>15 件</p>			

評価の根拠

<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>【人物像】 ・要介護2、50代。生活保護受給。</p> <p>【支援経過】 ・相談内容として現在の状況確認と介護保険のサービスについて説明をしてもらいたいとの事。 ・内容を確認すると本人は介護事業所にクレームをつけて過剰な弁償をさせたりしている経緯があり。介護保険ではデイサービスを週3回、又、障害サービスで毎日訪問介護を利用しており大掃除に該当する様な事をヘルパーに依頼したりしている。交際相手があり、交際相手が来た際には勝手にサービスを変更したりする事がある。ケアマネとしては交際相手が家事を行っているのであれば訪問のサービスを減らす事が出来るのではないかとこの事。</p> <p>【対応と対応後】 ・地域包括の主任ケアマネがサービス担当者会議に参加し現在のサービス内容の精査を行う、サービスの利用だけではなく年齢的にも若いので自立できる可能性について、又、介護保険は自立支援が前提であることを説明を行う、今後の方針として一度サービスを減らし、本当に生活をする事が出来ないのか等についての状況を見ていく事になった。</p>		
<p>オ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>・馬橋西地区の居宅、ケアマネ数が少ない状態にある。居宅数は4件。ケアマネ数は8名。内主任介護支援専門員が0名。 ・予防のプランの委託については、他圏域の居宅介護支援事業所にも依頼をしているが、年間のケアマネからの相談件数、同行訪問、担当者会議の出席については単純に数字のみで評価されるべきものが疑問な部分でもある。相談があった場合にはワンストップ窓口を心がけた対応を行う体制は整えている。</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】	<ul style="list-style-type: none"> ・地域個別ケア会議の事例を提供して頂く事が出来る様にケアマネに対する啓発、情報発信を行っている。事例提供募集のポスターを作成した。 ・地域個別会議の中で出て来た事例や意見の中から、必要である参加者についての意見を頂き、必要に応じ参加者を追加、変更を行っている。 ・推進会議の際には参加者について地域課題についてのアンケートを実施。 			
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】	<ul style="list-style-type: none"> ・個別ケア会議から反映された流れの中での推進会議への参加者を変更した。 ・個別ケア会議で話題として出た、金融関係や商店の方にも意見を伺う必要があるのではないかという意見 ①認知症高齢者が全財産を持ち歩いているケース。 【事例テーマ】 認知症の配偶者の金銭管理への対応について。 ②オレンジ協力員、商店、金融関係※商店は1件参加、参加が難しかった商店と金融関係は意見を聴取した。 			

<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 商店、金融。 ②意見を聴取した方法 郵送にて返信用封筒を使用した。参加募集と共に参加が出来ない場合の意見聴取の用紙を同封した。 ③ケア会議内での意見反映方法 不参加の場合の意見聴取の用紙に記載されていた現在困っている事については当日の資料へ反映し、会議の際に口頭でも説明を行った。</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>・高齢者、介護以外の分野として商店、金融関係の方にも声掛けを行い、商店の方1名に参加して頂けた。 ・事例も前もって送付を行い参加できない方からの意見も聴取している。</p>			

<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。</p>	<p>4</p>	<p>3.33</p>		
	<p>【事例テーマ】 認知症の配偶者の金銭管理への対応について。 【事例内容】 ・70代、配偶者と子、孫3人の6人家族。「配偶者は認知症」と本人が言っている。隣人の煙草のヤニによる被害や、隣人が大音量で歌を聞く、歌うという騒音被害の訴えがある。一方で、一人暮らしをしている隣人が心配で相談したと話すこともあり、訴えの真意が分からない。 【検討内容】 ・支援の対象者は誰になるのか。 ・支援方法について。 【検討結果】 ・本人の妄想は認知症の初期症状ではないか ・参加者の話より配偶者は認知症でないことが分かった。まず配偶者に本人への対応についてアプローチしていく。 ・生活困窮がある場合、同居の孫への支援の必要性もある。 【導き出される地域課題】 ・認知症や精神疾患が疑われる場合の正確な情報収集と受診に結び付ける支援。 【推進会議での地域課題のテーマとして】 ・認知症高齢者の見守りについて。 ・認知症高齢者の地域支援について。</p>			

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】

【事例テーマ】

・精神疾患と思われる何らかの問題があり、ご近所トラブルになっているケースへの支援。

【事例内容】

・80代、70代の配偶者との高齢者世帯。夫婦でマンションの清掃員をしている。近隣に住む70代夫婦と長年のトラブルがあり、近隣住民も巻き込まれている。「植木に枯葉剤を撒く」という訴えや、「自分達の苦情を相手に知られたくはないが何とかして欲しい」という訴えが双方よりある。双方に何らかの問題がある様子が見られ、支援の方向性が決まらない。

【検討内容】

・双方の高齢者夫婦への介入方法、今後の支援方法

【検討結果】

・近隣の夫婦は近所に自ら被害を発信できているが、本人夫婦は地域で孤立しているような状態。両者への支援が必要である。
 ・当事者たちがいない時に他の近隣住民への聞き取りを行い、近隣夫婦の子へもアプローチしてみる。
 ・地域での過去の出来事などの情報が少ない。もう少し情報収集が必要。

【導き出される地域課題】

・精神疾患があると思われる住民が医療につながっておらず、ご近所トラブルになっている。
 ・住宅の構造上、近隣と良好な関係性を築く必要があるが、関係性を築くことができずトラブルになってしまう。

【推進会議での地域課題のテーマとして】

・認知症高齢者の地域支援について。
 ・(認知症高齢者だけではなく)見守りや安否確認について。

<p>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</p>	<p>いる</p>		
<p>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</p>	<p>いる</p>		
<p>エ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>・平成29年度は介護支援専門員の参加数が年間6回(個別4回、推進2回)を通して事例提供者の2名のみだった事もあり、平成30年度は参加者を増やす工夫として複数回に分け郵送にて参加呼び掛けを行った、結果として定期的に参加して頂ける介護支援専門員を約4名程度(欠席などもある為)増やす事が出来た。返信率を上げる為説明文、参加募集文と共に返信用封筒を同封した。</p>		

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. 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>【人物像】 ・要支援1、90代。</p> <p>【支援経過】 ・介護認定は受けているが現在は介護保険サービスは利用していない、知り合いの方よりサービス導入して欲しいという事で支援を行ったがサービス利用には繋がらなかったケース。この時点で医療面では在宅診療を受けている事を確認する。 ・以前にサービスを利用していた際のケアマネに状況の確認と現状の報告を行う。 ・在宅診療を行っている医療機関より電話があり、要支援の状態ではないので主治医より区分変更をすすめられ対応。 ・主介護者である子は他市に住んでおり仕事の都合上なかなか連絡をとることが出来ない、本人も理解力が乏しい為サービスの利用についての意志確認が難しい状況。</p> <p>【対応】 ・区分変更後の認定結果は要支援2。 ・介護保険サービスを利用の際には以前に担当したケアマネが受けて頂けることになる。 ・本人は介護認定についての状況を理解しておらず、息子ともなかなか連絡をとることが難しい為、普段在宅診療で訪問して頂いている方に協力して頂き、主訴の確認を行っていった。</p> <p>【対応後】 ・現在の状況として在宅診療は継続中だが、介護保険サービスにはつながっていない。希望時には関係各位から連絡をいただける様に、連絡・相談窓口としての周知、状況確認や連絡の継続を行う。</p>			
	<p>【人物像】 ・未申請、70代。</p> <p>【支援経過】 ・子の配偶者より本人の認知症の件で相談。同じ話を繰り返したり何度も同じ事を聞いてくるとの事。 ・病院受診については拒否が有る。以前は活発だったが外出をしなくなってしまう。 ・本人の親族が最近受診を勧めた事により受診する気持ちになってきているので認知症の専門病院を紹介してもらいたい。</p> <p>【対応】 ・市の検診も兼ねてという事で病院受診する事になる、本人はプライドが高い事もあり、対応方法も含めて前もって通院予定の病院の先生に伝え打ち合わせを行った。</p> <p>【対応後】 ・その後、本人、子、子の配偶者も含め週末に話合った結果として、本人は幼少期に親から病院受診をするのであれば大学病院でなければだめだと言われていたことを話され、予定していた病院には今回は受診しない事になる。 ・物忘れ外来のある大学病院の受診についての提案を行った。</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>【人物像】 ・要介護1、70代。認知症</p> <p>【支援経過】 ・平成29年度から関わっているケース。認知症により道に迷う車の場所がわからない等があり、本人、民生委員、町会長、老人会の方、地域包括で数回運転を止める事についての話し合いを行った、結果として免許証は本人希望で返上はしなかったが、車は処分が出来運転自体は止めることが出来た。 ・介護認定についても支援を行い認定は要介護1、日常生活は自立している事もあり本人希望で特に介護保険サービスは利用していなかった。 ・定期受診も老人会の方が一緒に行っていた。 ・本人の意向や周りの関わりもあつた為無理にサービスは導入せずに見守り、声掛けを行っていた。 ・その後、定期受診の際に病院より連絡があり、主治医より介護保険サービスの必要性が高い方の為、ケアマネを紹介してもらいたいとの事で連絡がある。</p> <p>【対応】 ・本人宅へ訪問し現在の生活状況の確認を行う。内服薬も自分でチェックして飲まれており、日常生活は自立されていた。 ・現在の本人の状態からどのようなサービスが必要かについて主治医を交えて検討を行って行く為を受診時に同行した。</p> <p>【対応後】 結果としては、独居で認知症という事もあり内服薬の支援の必要性の高さ等も含め、薬剤の居宅療養管理指導からサービスを導入していった。 ・ケアマネも決まり、デイサービスについては最初拒否されていたが現在は利用に繋がっている。</p>
	<p>【人物像】 本人、申請中、80代。 子、40代、精神疾患。本人と2人暮らし。</p> <p>【支援経過】 ・子より本人が入院中であり、病院より介護保険をすすめられたという事で来所。地域包括にて代行申請を行う。 ・病院の相談員より本人、子の状況について教えて頂く、週末に退院という事を教えて頂く。</p> <p>【対応】 ・本人の退院に合わせて訪問し主訴を確認するが、本人、子共にサービスの導入にあまり乗り気ではないが、本人の身体状況的にベットや手すり等福祉用具の必要性が高い事を説明し、まずはお試し利用を開始。 ・本人、子共に福祉用具は必要ないとの事で回収する。福祉用具の業者の方より栄養補助食品を頂くが、本人が知り合いの看護師に確認してからと言われる。 子や本人の意向等すぐには介入が出来ないと判断し、定期的に様子を伺っていき必要な支援についての提案を随時行って行く事になる。病院の共情報共有を行って行く事になる。 ・退院後の定期通院の際には病院の相談員から連絡を頂き、主治医よりリハビリをすすめてもらった所本人も乗り気であったとの報告を受ける。 ・ケアマネを決めデイサービスの利用に向けサービス調整をしていく事になる。</p> <p>【対応後】 ・自宅がエレベーターの無い2階であり本人の歩行能力では自力で歩く事が出来ず、対応して頂けるデイサービスをケアマネが調整中に本人の体調が悪化し逝去された。 ⇒※本人の子のその後については「エ」に記載する。</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】

【人物像】

・申請中、70代。

【支援経過】

・入院先の看護師より連絡、相談がある。
・配偶者の親族が自宅訪問した際に本人が倒れていた為救急搬送。配偶者についても腸閉塞で別の病院に入院中。
・本人の状態も改善してきている為退院に向けた支援をしてもらいたいとの事。

【対応】

・対応中に配偶者は退院、本人も転院される。
・配偶者、配偶者の親族より聞き取りを行う。配偶者としては若い頃に本人から暴力を受ける事があり、入院した事に対しても本人は理解しておらず怒っているとの事なので病院から施設に入所させたい。配偶者は再度入院する予定がある為にそこまでは入院させておいて欲しいとの事。今後の状況も踏まえてまずは介護保険申請を行い、配偶者の意向と今後の対応について高齢者支援課に相談を行う。
・高齢者支援課、地域包括で本人の入院先に伺う、病院の担当者も交え本人と面談を行う、本人の意向としては家に帰りたいたいという事を確認する。
・今すぐに退院になる事は無いが治療の必要性もあまり高くはない為認定結果によってはショートステイに移動する可能性もあるとの事。

【対応後】

・退院日は決まり在宅でのサービス調整という事でケアマネを決める。
・ケアマネと連携し退院に向けた調整中に、病院の相談員より連絡があり本人が病院内で転倒しクモ膜下出血との診断を受け、その後治療を続けたが結果として逝去された。

<p>【人物像】 要介護1、60代前半。脳出血後遺症(左麻痺)</p> <p>【支援経過】 ・本人は自宅で転倒、右大腿骨の骨折で入院し現在はリハビリ病院に転院している、脳出血後遺症の影響もあり突然人格が変わってしまったりする事があるとの事で、転院先のリハビリ病院の相談員より連絡がある。</p> <p>【対応】 ・退院前の家屋調査の際に同行し本人、配偶者の話を伺う。入院中に介護申請はしており要介護1の認定を受けた。 ・自宅ではアルコールもかなり摂取されており、生活リズムの改善と配偶者の介護負担の軽減の為にデイサービスの利用を複数すすめた。</p> <p>【対応後】 ・病院の相談員より本人がリハビリのデイサービスに行きたいと話しているとの事でケアマネの要請を行う。 ・退院時の担当者会議にケアマネ、サービス事業所と共に出席し今後の方針について検討を行って行き、退院後は口腔リハビリがあるデイサービスへ通所する事になる。 ・退院後よりデイサービスへの通所を開始される。現在も飲酒は止められていない様子。 ・各担当で情報の共有を継続している。</p>	
---	--

<p>エ. その他 【任意・自由記入】</p>	<p>※イの2番目の事例の方の子について。 【人物像】 ・40代、精神障害。介護申請を行うような疾患は無。 【相談経路】 ・同マンションの住人より子が一人になったが障害がある様なので心配しているとの相談。地域包括としてはイの2番目の事例で関わっており葬儀等落ち着いてからの対応を検討していた。 【対応と対応後】 ・同マンションの民生委員の方が関わってくれて、地域の税の相談室等に行き手続きの手伝いをしてくれたとの事。その際に就労したいとの意思を話される。 ・息子の状況的に一度に様々な事を伝え行ってもらおうとするとパニックになってしまう所がある為、自分のタイミングで必要機関に連絡して頂けるようにCOCO、ビックハート等の必要な機関についての連絡先を伝える。インターネットの利用も可能であった為にメールアドレスについてもお伝えする。親族について聞き取りすると疎遠の親族がいるとの事だが、地域包括からの連絡ではなく自分のタイミングでの連絡を試みるとの事。 ・その後しばらくして同マンションの民生委員の方より現在就労されているとの報告を受ける。 ⇒上記のように本人が高齢、子が障害で二人暮らしをしているという事例が増えて来ている(8050問題)、本人が亡くなってしまった時にどのように障害のある子を支援していくのかについて、支援に入ったタイミングからこの家族の「未来」についてもしっかりと考えていかないといけないという事に、改めて気付かされた事例であった。</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 6 件 (内、サポート医事業 0 件) ②アウトリーチ件数 1 件 (内、サポート医事業 1 件) ※年度末にもう1件要請している、家族の都合も含め4月に実施する予定。 ③総件数(①+②) 8 件 (内、サポート医事業 2 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>【人物像】 ・要介護1、80代。認知症疑い、原因不明の眩暈と意識消失。 【支援経過】 ・平成30年4月頃、近隣の方より相談。内容としては銭湯や健康ランドで計3回意識を消失する事があった方がいて心配との事。 ・その後訪問し本人よりお話を伺う、意識消失の理由は不明だが転倒を繰り返した事により、最近骨折で入院していたという事がわかる、主治医意見書はその際の整形外科の病院にお願いし介護保険の申請を行った。 ・認知機能の部分でも、以前そろばん教室を自宅で営んでいたが現在も教室を開いている等と事実とは異なる言動が見られ認知症が疑われるが本人には自覚がなく、プライドも高い為受診にはつなげる事ができない。 【対応】 ・デイサービスの利用にはつながり、地域の活動にも参加されているが、昨年に3度意識を消失した原因や認知症の症状も含め、今後介護保険更新の際に必要な主治医意見書について、本人は病気でもないし、又、病院は好きではないと話し、通院に繋げる事が出来ない状態にある。 ・本人の意識消失の件等を含む状況確認や通院へのきっかけづくり、主治医意見書の作成に繋げる為、アウトリーチをお願いする。 【対応後】 ・アウトリーチにて、サポート医・在宅医療介護連携支援センター・担当ケアマネ、馬橋西包括で訪問し面談を行う。 ・本人より聞き取りを行うと今もそろばん教室を行っている事や卓球クラブに行っているなど事実とは異なるであろう事を話していた。今日、頭が「くらっ」としたという事も話される、訪問に対しては特に拒否はなく診察に切り替えて採血も実施。 ・今後の方針としては介護保険更新の主治医意見書はサポート医に依頼を行う事が出来た。 ・サポート医と相談し、今後は定期的、継続的に往診して頂き意識を消失した原因の究明や、必要に応じて担当ケアマネへの助言等、関係者が連携して必要な医療、介護保険サービスの調整を行っていく事になる。 ・死亡時の対応等についてもサポート医からの助言を受ける。 ・認知症の進行に伴い、成年後見人制度利用の必要が出てきた場合には診断書作成をサポート医に依頼し必要な手続きを行っていく事になる。</p>			

	<p>【人物像】 ・要介護1、70代。アルツハイマー型認知症。</p> <p>【支援経過】 ・サポート医より近隣の方から相談があった件でという事で直接連絡がある。 ・サポート医より近隣の方に本人に対して受診を勧め通院してもらったとの事、長谷川式など認知症の検査を実施し、大学病院を 通院していることが分かりサポート医より今回の件について大学 病院宛てに文章を書いたとの事。</p> <p>【対応】 ・本人からの相談ではない事もあり訪問時の対応についてサポ ート医と検討を行い、地域包括職員にて高齢者宅に訪問という設定 で自宅へ訪問することになる。、訪問は受け入れてくれたが本人 はこの家に高齢者はいないと言われる。 ・地域包括の広告と訪問者の名刺を渡し、時々訪問させて頂く事 を伝える。 ・子より連絡があり要介護1の認定が出たがどうした良いのかとの 相談がある。内服薬管理の必要性などから小規模多機能の利用 が妥当であると判断し利用に向けた支援を行った。。</p> <p>【対応後】 ・小規模多機能の利用を開始している。 ・現在認知症の進行もあり、子、サービス利用後も民生委員、サ ポート医、サービス事業所職員と情報交換を行い対応を行っている。</p>	
<p>ウ. 医療関係者とのネットワークを構築す るために行っている具体的な方策【自由 記入】</p>	<p>・サポート医や歯科医、薬局には地域ケア会議に参加を依頼して いる。 ・今年度の地域ケア会議は薬局職員の参加が1名増加した。 ・サポート医にケア会議により多く参加して頂く事が出来る様に、 開催時間を19時以降に設定している。 ・医療機関が開催する研修は時間外(19時以降等)や土曜日が多 いが、積極的に参加している。</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 9回 ・認知症疾患医療センター合同連絡協議会 7月13日 ・ふくろうプロジェクト「代理意志決定ってなに? 9月21日 ・精神保健福祉研修「代表的な精神疾患とその治療法 11月21日 ・高齢者虐待防止ネットワーク専門職向け研修会 「高齢者虐待対策アセスメント」1月11日 ・高齢者・認知症疾患連絡協議会 1月18日 ・H30専門職向け認知症関連研修会 「介護と医療は支援の両輪 1月31日 ・認知症疾患医療センター研修会 2月2日 ・アウトリーチ事例検討会 10月29日 3月25日</p>		
	<p>オ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>・年度末にアウトリーチの相談を1件行った、新年度に1件の訪問を予定している。 ・虐待防止講演会でサポート医に講師をして頂いた経緯も含め、メールアドレス、携帯電話番号も教えて頂いている。 ・サポート医へ連絡、相談を行う際には電話だけではなく、病院の昼休みや終了後に時間を作って頂き直接相談を行う事が出来ている。 ・サポート医より地域包括に訪問時の情報共有や直接電話連絡もある。 ・アウトリーチ事業なども含めて医療部分での相談や対応件数については少ない部分である為、来年度の課題である。</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	2.8		
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			
評価の根拠 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】	【人物像】 ・要支援1⇒要介護1、80代。 【事例】 ・プライドが高く認知症を認められない高齢独居のケース ・平成30年5月以降より、物忘れや薬の飲み忘れ、作話、ゴミ出し、通販商品の重複購入も含め理解力低下がみられてくる。 【センターの対応】 ・事業対象者として訪問介護のサービスを利用していたが、サービスがある時に不在で連絡が取れない為ケアマネと共に訪問する。結果としては自宅には不在で行方が分からなかったが、その後戻って来られ自宅で転倒し整形外科を受診していたとの事だった。 ・その後も度々訪問するが介護保険の申請、利用を担当ケアマネと共に進めていくが本人同意をされなかった。 ・その後、家族、ケアマネ、高齢者支援課と打ち合わせた結果初期集中支援チームに依頼する事になる。 【チームとの連携】 ・初回訪問 ⇒ケアマネの調整により訪問介護、訪問看護のサービスの利用を開始している事を確認。 ・2回目の訪問 ⇒内服管理もしっかりとされており、通販の購入については家族が介入している事が確認される。 ・3回目の訪問 ⇒内服薬の管理も継続されており、通販でのトラブルもない。配食サービスや介護保険サービスの利用により関係者による見守りがされている事が確認される。 【検討結果】 ・週5日の配食や介護保険サービス、訪問介護、民生委員等により見守り体制が出来ている為、何かあった時にケアマネや地域包括に連絡が入る様な連絡体制を維持していく。 ・高額商品の購入は確認されていない為、今後も家族や関係者による見守りを継続していき、本人の判断能力の低下がみられた時点で成年後見制度の活用も検討していく。			

<p>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】</p>	<p>11件:新規9件 継続(1年後モニタリング)2件</p>			
<p>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】</p>	<p>【人物像】 70代。独居。 【アセスメントをした結果として】 ・専門病院受診に繋がる。 ・受診した結果として年齢相応の認知機能の低下はあるが異常なかったとの診断でとても安心したとの事。 【セルフケアとして】 ・地域包括の体操教室に参加。 ・勉強会や様々な講演を聞きに行っている。(特に認知症関連の講演は外さないとの事。 ・ボランティア活動も積極的に行っている。</p>			
<p>カ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>・DASCの説明会。7月5日12名参加。DASCの事業について説明を行った。 ・認知症予防と介護予防イベント頭とカラダでどっかいしょ。11月9日14名参加。認知症のテストと体操を行った。 ・認知症カフェ開催。8月25日、11月3日、3月16日</p>			

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	3.4	
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】	73 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>【人物像】 ・要介護1、70代。アルツハイマー型認知症。</p> <p>【相談経路】 ・担当ケアマネより相談。 ・現在の状況としては、施設に入所しているが話し相手もおらず、何もしないで一日中寝ていて動かない為足腰が弱って来ているので外に連れ出して欲しい。</p> <p>【支援内容】 ・地域包括やオレンジ協力員、ケアマネと打ち合わせを行い、毎週金曜日、オレンジ協力員、地域包括職員で訪問する事になる。 ・訪問し本人共に入所施設から地域包括まで一緒に歩き、シニア交流センターの交流スペースで談笑、お茶を飲み施設に戻るというのを週1回行う。オレンジ協力員さんとは年齢も同じで同郷という事もありすぐに意気投合される。 ・その後迎えはオレンジ協力員さんが行き、地域包括のあるシニア交流センターまで一緒に来て頂く様になった。 ・少しずつ歩ける様になりシニア交流センター内で今年度より住民の皆さんで開催を初めた介護予防体操教室「どっこいしょ体操教室」にも参加される様になった。オレンジ協力員さんの声掛け時不参加の訴えがあったがしばらくして一人で歩いてこられる事もあった。 ・本人はアルツハイマー型認知症ではあるがオレンジ協力員さんと共に認知症サポーター養成講座にも参加した。 ・年末に体調不良で入院される。退院後は身体的、認知機能的にも低下は見られているが、オレンジ協力員さんが毎週金曜日に訪問し本人の話し相手、状況確認を継続している。</p> <p>【今後の目標】 ・シニア交流センターにまた歩いて来れるようになるのが目標。</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 52人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5月23日 松戸市民向け 33人 ・6月22日 松戸市民向け 8人 ・1月19日 松戸グループホームそよ風職員、家族向け 11名 		

評価の根拠

<p>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】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・平成31年3月16日(土)認知症カフェにて認知症ケアパスの スライドを作成し当日の参加者に配布と説明を行った。スライド作成の 為、他市の認知症ケアパスについても集め内容の確認等を行っ た。 ・地域包括前の掲示板にもケアパスをラミネートして掲示。いつで も説明が出来る体制を整えている。 ・認知症カフェで配布。8月25日 11月3日 3月16日 	
<p>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</p>	<p>1 人</p>	
<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"> ・オレンジ協力員の個別訪問マニュアルの作成。 ・松戸祭りや市役所の渡り廊下でのイベントに参加し簡易認知症 検査等を行った。 	
<p>キ. その他【任意・自由記入】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民に向けたDASCIについての説明会を実施12名参加。7 月5日 ・シニア交流センター祭りで認知症カフェを開催。11月3日 ・認知症予防、介護予防イベント「あたまとカラダでどっこいしょ」を 開催しDASCIについての説明、認知症簡易テストを行った。11月9 日 ・認知症カフェを年3回開催。今後も季節に合わせて開催を行って 行く予定。 	

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	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】	11回 (延べ 19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】	<p>【人物像】 ・要支援1、70代。脳出血。 【支援内容】 ・医療でのリハビリの期間が終了し医師より介護保険でのリハビリをすすめられたとの事で相談。 ・自転車で移動する事もでき身体的にも自立されており、公共交通機関の利用も可能な事もあり、馬橋西地区ではないが松戸市内で発語や嚥下機能に対するリハビリを行っている所があった為、介護保険外のリハビリ活動の提案を行う。リハビリの内容については主に口腔リハビリを行っている。 ・自宅から現地までは電車で通う事になるが、途中の駅にはエスカレーターやエレベーターがある事を説明し、その後自分で現地まで見学に行かれる。結果として現地まで無事に通う事が出来、今後も継続して参加していくとの事。</p>			
	<p>【人物像】 ・事業対象者、80代。 【支援内容】 ・要支援認定を受けデイサービスに通所していたが、地域包括の体操教室や地域行事、サークル活動に積極的に参加されていた。 ・認定更新の際にデイサービスの卒業を視野に事業対象者として更新を行う。 ・その後チェックリスト非該当となりデイサービスを卒業する。 ・親族の住む海外にも定期的に行く事が出来ている。 ・卒業後はシニア交流センターで定期的に住民主体で開催している「どっこいしょ体操」への参加やサークル活動の継続、新たなサークル活動を始めたたりされている。 ・DASCを活用しセルフケアについても地域包括職員と一緒に検討を行っている。</p>			

<p>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がり、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】</p>	<p>【人物像】 ・事業対象者、70代。 【現在の課題】 ①膝に力が入りにくくよろける事が増えて来ている為転倒リスクの向上。 ②飲み込みにくさ、食べこぼしがあり口腔機能の低下がみられている。 ③糖尿病の持病がある。 【支援内容】 ・元気応援サービス利用中。本人より短期集中予防サービスを利用したいとの事。 ・チェックリストを実施し口腔と運動が該当した事により事業対象者として認定、又、複数項目該当の為短期集中予防サービス機能強化型の対象となる。 ・プラン作成について本人の状況の確認、目標設定を一緒に行う。 【目標設定】 ①専門家に運動や認知機能、栄養について教わる機会を持つていく。 ②短期集中予防サービスの利用からセルフケアにつなげていく事が出来る様にする ③自分でセルフケアに取り組む。 ④糖尿病があり食事管理が大切な為、栄養指導も学ぶことも出来る様に食事管理が正しく行えるようにする。 ・現在課題と設定した目標について取り組まれている。</p>
	<p>現在は訪問リハビリから通所リハビリの利用になり、本人の意欲も含めてサービスの卒業を視野に入れている、卒業後は短期集中予防サービスを検討中。 【人物像】 ・要支援1、60代。脳梗塞後遺症(左麻痺) 【課題】 ・プラン更新の際のサービス事業所への紹介により現在のサービスの利用が妥当ではあるが、認定更新の際には本人努力により自立に近い状態になっているが、本人としては脳梗塞の後遺症もある為リハビリは続けていきたいとの意向。 【支援内容】 ・脳梗塞発症で入院、リハビリ病院を前の月に退院し自宅で自主的にリハビリを行っているが、介護保険申請をしたので脳梗塞後遺症がある為専門的なリハビリを行っていききたいとの事。 ・本人は麻痺はあるが歩いて外出もできる事から通所でのリハビリを勧めるが、通所リハビリの施設が満員である事と本人のリハビリの希望が農作業に特化した部分であった為、介護保険課に相談し期間限定で訪問リハビリの利用を開始する。 ・3ヶ月程訪問リハビリを利用した後通所リハビリに切り替えを行う。 ・農作業も無事に行えるようになって来たとの事。 【今後】</p>

	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】	2 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】	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月1回以上のモニタリング。電話や自宅訪問、デイサービス利用中の本人との面談を行っている。 ・自宅訪問は3ヶ月に1度行っている。 ・モニタリング内容は目標の実施、達成状況の確認、体調などを含めて日常生活を過ごしていく上で支障が無いかなどについて確認を行っている。 ・モニタリングの中で新たな問題が生じていた場合には迅速に対応を行っている。 	
	カ. その他【任意・自由記入】	<ul style="list-style-type: none"> ・本人家族との信頼関係の構築を心がけている。 ・利用者本人の気持ちや希望を聞き取り、本人・家族の意向に相違があった場合は、本人の意向に合わせていく事が出来る様、本人・家族間の調整を行っている。 ・チェックリストだけではなく、30年度に新しくなった松戸市版アセスメントシートを活用している。 ・サービス事業所は複数の紹介に努め利用者に選んでもらっている。 ・訪問リハ、通所リハの利用の際には主治医にプランを交付している。窓口手渡しだけではなく郵送でも行っている。受取証も利用。 ・入院時に医療機関に担当である事を伝えてもらう様に名刺を渡し、説明をしている。 	

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		
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"> ・介護保険課給付班より毎月FAXされてくる新規受け入れ可能人数リストを元に打診。 ・松戸市の在宅医療・介護事業者情報検索システムも利用。 ・上記を利用し職員間で共有を行っている。 ・委託の際には本人の住所地や性別、性格、病気の部分等に合わせる事が出来る様に、居宅介護支援事業所の選定を行っている。 			
	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】	<ul style="list-style-type: none"> ・委託の際には地域包括である程度のモニタリング、必要サービスの情報提供を行い、介護保険サービスの必要性についても判断を行っている。 ・定期的にケアマネ向けの研修会を行い、顔の見える関係作りを行っている。又、必要に応じて助言や後方支援を行っている。 ・認定区分が介護から予防になり、委託先事業所の都合により担当が出来なくなった部分については地域包括にて対応を行っている。 			
	オ. その他【任意・自由記入】	<ul style="list-style-type: none"> ・予防の受け入れ先が少なく委託をしにくい状況が続いてはいるが、委託先事業所の不利益にならない様に務めていく必要がある。 			

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 (24)回開催(972)人(平均 40.5 人/回) ②最多教室の状況 4月5日 54名 自分でつくろう転ばない体 おおむね65歳以上。			
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(36)人(平均 12人/回) ②最多教室の状況 3回出席可能な方を募った為同人数。 テーマ「食」 ①講義②献立作り③調理 おおむね65歳以上。体操教室に参加されている方が多かった。			

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 (9)回開催(148)人
- ・自主化に向けた体操教室の説明会① 5名 6月5日
 - ・認知症テストの説明と実施 25名 6月7日
 - ・DASCについての説明 12名 7月5日
 - ・自主化に向けた体操教室の説明会② 3名 7月19日
 - ・シニア交流センター祭りでの認知症カフェの出店(DASCについて、認知症テスト、認知症ケアパスの説明) 36名 11月3日
 - ・認知症予防、介護予防「あたまとカラダでどっこいしょ」14名 11月9日
 - ・シルバー消費者教室 12名 11月27日
- ⇒上記7回の活動の参加者の傾向としては高齢者、主に体操教室の参加者が多かった。
- ・介護技術講習「ボディメカニクスの原理」 4名 12月5日
- ⇒参加者は高齢世帯の家族、介護をしている方。
- ・認知症カフェでの認知症ケアパスの説明 37名 3月16日
- ⇒参加者は近隣住民や近隣施設の入所者
- ②センターが依頼を受けた 参加総数(6)回開催(235)人
- ・いきいきサロンへ① 20名 7月17日
 - ・ふれあい会食会 50名 7月20日
- ⇒上記2回は馬橋西地区在住の60歳以上の方
- ・高齢者の介護について 40名 8月6日
- ⇒はつらつ連合会よりの依頼。はつらつクラブの方が参加。
- ・地域包括支援センターについて 40名 8月26日
- ⇒新松戸南自治会より依頼。新松戸南在住の方が参加。
- ・いきいきサロンへ② 35名 10月16日
 - ・ふれあい会食会② 50名 12月21日
- ⇒上記2回は馬橋西地区在住の60歳以上の方

<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>・体操教室参加者はとても元気な方が多いのでボランティアや住民主体の通いの場を作る事に対しての情報提供を随時行っている。 ・オレンジ協力員さんもボランティアに対する意識が高い方なので、認知症以外での活動についても、口頭や手紙で情報提供を行い参加者を募っている。 ・どっこいしょ体操教室の開催。</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: 87件 住宅改修の助言・理由書作成: 件 その他: (軽度生活援助券): 7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>・地域包括の役割については随時説明を行っている。 ・体操教室でチラシ、パンフレットの配布。認知症予防、介護予防に関するイベントのチラシの配布を行っている。 ・会食会、いきいきサロンに参加した際にチラシ、パンフレットの配布、説明を行っている。</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 馬橋西

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>重点項目⑤(平成29年度行政評価より)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜間、休日、苦情対応窓口も含めて地域包括支援センターのPRという部分では、窓口対応日時共に名刺、地域包括ドアへの掲示、法人のブログへの書き込みと定期更新を行った。又、地域包括前の掲示板の定期更新、地域包括がシニア交流センターの奥の立地の為に交流センターの玄関に掲示板を配置をした。 ・平成29年度には参加する事の無かった地域の会食会やいきいきサロンにも参加していき平成30年度は当地域包括の存在をアピールする事が出来た。 ・当地域包括主催の認知症カフェのカフェ・ド・来居所(かふえどっこいしよ)から「どっこいしよ」を合言葉に活動を行った。ブログ、シニア交流センターだより、行事名に入れていった。 ・個人情報の使用方法について、外出時のスケジュールを記載するホワイトボードが入口にあり、ホワイトボードの周辺に個人情報の5つのチェックリスト【①取得時のルール②利用時のルール③保管時のルール④譲渡時のルール⑤開示の際のルール】を配置し外出前に、各自個人情報の取り扱いの重大性について心に刻んでいる。 	○		
2.人員体制	<p>重点項目③(平成29年度行政評価より)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成29年度の研修会の回数は8回ではあったが内容としては研修報告書の伝達研修のみだった為、職員間の直接的なスキルアップにはつながらなかったと感じた為、平成30年度は2ヶ月に1回専門的なテーマを決めて職員研修に取り組んだ(伝達研修も含む)件数としては7件。参加者は相談職、予防職、事務職員。意識向上も含め連携価値尺度についても24点から32点に向上する事が出来た。 			
3.総合相談支援業務	<p>重点項目⑥(平成29年度行政評価より)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎朝の朝礼、毎月の棚卸会議(全件チェック)を行い、緊急性、継続、終結の判断を行っている。 ・緊急性の高いケースのみではなく訪問後ミーティングを開き対応方針について決めている。 ・休日でも連絡が取れる体制づくりとしての社内チャットワークの利用と会社携帯や個人携帯へのアプリのインストールを行っている。 			

4.権利擁護業務	<p>重点項目②(平成29年度行政評価より)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・シルバー消費者教室の開催に合わせて、地域包括独自で消費者被害のポスターや講座についての説明を封入したティッシュを作成し、配布した(1)。虐待対応時は役割分担も含め職員1人ではなく2人以上で対応をする様にしている。 ・地域包括独自で虐待に関するポスターを作成。セルフネグレクトについても盛り込んだ(2)。 	○
5.包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	<p>重点項目⑤(平成29年度行政評価より)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・圏域内のみで研修を行うと事業所があまりなく参加者少なくなってしまうこともあり、他圏域の居宅介護支援事業所にも声をかけているがなるべく他圏域の研修会と同じ内容や日にちにならない様に留意して行っている。 ・現在増えて来ている精神疾患の方への対応について(親子共に増えている)「精神科医に聞いてみよう」を開催。 	

6.-1 地域ケア会議関係業務	<p>重点項目⑦(平成29年度行政評価より)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成29年度は介護支援専門員の参加数が年間6回(個別4回、推進2回)を通して事例提供者の2名のみだった事もあり、平成30年度は参加者を増やす工夫として複数回に分け郵送にて参加を呼び掛けを行った。結果として定期的に参加して頂ける介護支援専門員を約4名程度(欠席などもある為)増やす事が出来た。返信率を上げる為説明文、参加募集文と共に返信用封筒を同封した。 ・高齢者、介護以外の分野として商店、金融関係の方にも声掛けを行い、商店の方1名に参加して頂けた。 ・事例も前もって送付を行い参加できない方からの意見も聴取している。 	
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・平成29年度は会議形式のみで行っていたが、平成31年1月の推進会議では他圏域で行っている様なグループワークを取り入れることが出来た。 	
7.在宅医療・介護連携推進業務	<p>重点項目⑤(平成29年度行政評価より)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サポート医へ連絡、相談を行う際には電話だけではなく、病院の昼休みや終了後に時間を作って頂き直接相談を行う事が出来ている。 ・サポート医より地域包括に訪問時の情報共有や直接電話連絡もある。 	
8.認知症高齢者支援	<p>重点項目②(平成29年度行政評価より)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・DASCについての啓発として地域住民に向けたDASCについての説明会を実施し12名参加。7月5日 ・認知症予防、介護予防イベント「あたまとカラダでどっこいしょ」を開催しDASCについての説明、認知症簡易テストを行った。11月9日 ・認知症カフェ、カフェ・ド・来居所(かふえどっこいしょ)を年3回開催。3月の認知症カフェでは松戸市の認知症ケアパスについての説明をスライドを使って行った。 	○

<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>重点項目①(平成29年度行政評価より)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この部分が一番弱い部分だったため、行政評価を受けて予防の担当者も含めて目標設定を行った。 ・自立支援型ケアプラン検討会には計11回参加する事が出来た。 ・ケアマネジメントCは平成29年度0件だったが、平成30年度は自立支援型ケアプラン検討会等も参考にしながら、自立支援という部分の意識を強く持ち2件導入することが出来た。 ・認知症サポーター養成講座について市からの要請で5月に開催した。又、3年間申し込み続けていたキャラバンメイトに1名受講可能となり、馬橋西地域包括内で養成講座を行う事のできる職員が2名体制になった。 		
<p>10.松戸市指定事業</p>	<p>重点項目④(平成29年度行政評価より)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・12月5日、介護者の集いとは別に普及啓発活動の一環で介護技術講習「ボディメカニクスの原理」を開催した。参加者は4名、講師は地域包括職員。日頃からお世話になっている福祉用具の業者の方に協力していただき、ベッドや車椅子を借りて講習を開催した。 ・普及啓発活動として、シニア交流センター2階のはつらつクラブより声をかけて頂き、「高齢者の介護について」を開催させて頂いた。内容としては地域包括の役割や介護保険制度、申請から利用までについて。 		
<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>	<ul style="list-style-type: none"> ・法人として時間外の部分について管理を行っている。 ・休日や夜の研修、会議に出る際には出勤時間を遅らせる、又は次の日に時間外分を休む等の調整を行っている。 		