

平成29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  
平成30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	4			
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29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、重点業務の具体的内容【自由記入】	認知症高齢者支援の取り組みを重点項目とし、初期集中支援チームへのケース依頼2件、認知症を予防できるまちまつどプロジェクト21件(未同意1件)、地域個別ケア会議でも認知症関連ケースの事例検討を多く行い支援方法を専門職と地域住民とともに検討し習得に努めた。また、認知症地域支援推進員1名、キャラバンメイト1名、認知症コーディネーター1名それぞれ研修を受講し認知症の普及啓発、地域活動、ネットワークの構築について習得し、さらに地域包括ケアシステムの構築につなげていきたいと考える。			
	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。【29.4.1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】	H 29 年 4 月 1 日現在 ( 8,909 ) 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】	H 29 年 4 月 1 日現在 独居世帯数( 2,434 )世帯 65歳以上の高齢者世帯の高齢者数( 6,080 )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】	H 29 年 4 月 1 日現在 ( 4,685 ) 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】	H 29 年 4 月 1 日現在 独居世帯数( 1,510 )世帯 75歳以上の高齢者世帯の高齢者数( 3,493 )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	4		
評価の根拠	ア. 実施しているニーズ把握の方法【自由記入】	総合相談の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。また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参加、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。			
	イ. ニーズを基に実行した取組の具体例【自由記入】	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、地域包括ケアシステムが重要と言う意見も多く聞かれ、さらなる取り組みが必要と考える。			

④個人情報保護の徹底を行っているか。		4	4			
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	3.8																	
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。																		
	イ. 対応分類(訪問、面接、電話)別の夜間対応の件数(29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>60件 内( )</td> <td>60件 (件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>13件 内( )</td> <td>13件 (件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>77件 内( )</td> <td>77件 (件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>245件 内( )</td> <td>150件 95件</td> </tr> </tbody> </table>			本人又は親族	その他	訪問	60件 内( )	60件 (件)	面接	13件 内( )	13件 (件)	電話	77件 内( )	77件 (件)	合計	245件 内( )	150件 95件		
		本人又は親族	その他																	
	訪問	60件 内( )	60件 (件)																	
	面接	13件 内( )	13件 (件)																	
	電話	77件 内( )	77件 (件)																	
	合計	245件 内( )	150件 95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。																		
エ. 対応分類(訪問、面接、電話)別の土曜・休日対応の件数(29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>80件 内( )</td> <td>80件 (件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>31件 内( )</td> <td>31件 (件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>101件 内( )</td> <td>101件 (件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>326件 内( )</td> <td>212件 114件</td> </tr> </tbody> </table>			本人又は親族	その他	訪問	80件 内( )	80件 (件)	面接	31件 内( )	31件 (件)	電話	101件 内( )	101件 (件)	合計	326件 内( )	212件 114件			
	本人又は親族	その他																		
訪問	80件 内( )	80件 (件)																		
面接	31件 内( )	31件 (件)																		
電話	101件 内( )	101件 (件)																		
合計	326件 内( )	212件 114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>6件 内( )</td> <td>6件 (件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>4件 内( )</td> <td>4件 (件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>3件 内( )</td> <td>3件 (件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>18件 内( )</td> <td>13件 5件</td> </tr> </tbody> </table>			本人又は親族	その他	訪問	6件 内( )	6件 (件)	面接	4件 内( )	4件 (件)	電話	3件 内( )	3件 (件)	合計	18件 内( )	13件 5件			
	本人又は親族	その他																		
訪問	6件 内( )	6件 (件)																		
面接	4件 内( )	4件 (件)																		
電話	3件 内( )	3件 (件)																		
合計	18件 内( )	13件 5件																		
オ. 職員が、緊急時に連携できる医療機関・介護事業者等の各種施設の連絡先を携帯している/いない	いる																			
カ. 地域包括支援センターのPRのために講じている具体的方策【自由記入】	地域包括のパンフレットを配布の他、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、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をしてほしいことを付け加え、広報活動を行った。																			
キ. その他【任意・自由記入】	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。																			

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	4		
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(29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 1件 )			
	イ. 「29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: かかりつけ医の医事課、医療連携室、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／いない	いる			
	エ. ウが「いる」場合、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、地域包括内1ヶ所、関係機関内2ヶ所、外部1ヶ所の計4ヶ所の相談先を記載してある。			
	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	3.8		
評価の根拠	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】	H29年度内に 新たに配属された専門職数 / 専門職の総数 ( 0 ) / ( 5 ) = ( 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30年3月末現在の平均勤続月数を記入	平均 22.7 月		
	エ. 職員に対する職場内研修の開催回数【回数を記入】	18 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、個人情報保護に関する研修も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	3		
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30年3月末現在在籍している全ての専門職について記入	①33 ②25 ③26 ④35 ⑤30	/		
	平均	29.8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	4	①オ 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判断・決定をしている。月報台帳を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。	
評価の根拠 ア. 分類別の相談件数 (29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】	<b>a.本人又は親族への支援</b> 介護に関する相談 2,385 件 健康・医療に関する相談 1,982 件 経済的相談 635 件 介護予防に関する相談 97 件 家族調整に関する相談 691件 権利擁護に関する相談 139 件 諸制度に関する相談 74 件 地域の社会資源に関する相談 68 件 その他 854 件 総計 6,925 件 <b>b.本人又は親族以外の機関への支援</b> 介護に関する相談 2522 件 健康・医療に関する相談 1982 件 経済的相談 740 件 介護予防に関する相談 29 件 家族調整に関する相談 742 件 権利擁護に関する相談 237 件 諸制度に関する相談 81 件 地域の社会資源に関する相談 48 件 その他 848 件 総計 7227件			
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	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、いずれも独居又は高齢者のみの世帯が多く身寄りのない方、いても遠方、疎遠の方が多い。医療・健康に関する相談や保険に関しての相談が多く、民生委員や近隣住民からの連絡が多い。認知症による生活障害に関する相談が増えている。			

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】	支援困難ケースや虐待ケースについては、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>3.8</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>配偶者への暴力で警察介入、その後配偶者が家を出たため独居となった。医療処置や日常生活支援が必要なため介護保険のサービスの利用を勧めて来たが、元々の性格的な問題に加え認知症状のため、支援者に対して暴言や拒否があり支援困難、地域包括が全員で関わり毎日数回にわたり訪問し生活の状況把握と関係性の構築に努めた。常に高齢者支援課へ状況を報告し連携、公共機関での暴言・暴力などの緊急時は現場に駆けつけ警察と連携を取った。病状の悪化や自宅での生活困難となってきたため、主治医、生活支援課、高齢者支援課、保健所、ケアマネ、地域住民と連携し、関係者会議を繰り返し行い対応を検討した。入院中はケアマネや医療相談員と連携し本人の要望を確認しながら退院後の生活の場を検討した。</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>子①が障害福祉課へ訪問し、窓口の相談員に子②が本人の首を絞めたり暴言を吐くのでどうしたらよいかと相談あり、障害福祉課から包括へ通報。翌日午前障害福祉課職員と事実確認のため訪問。子②は精神疾患により感情に波があり、些細なことで本人や子①へ暴言暴力に及ぶ。首を絞められる行為は1年位前の出来事であるとのこと。現在は特別暴力を受けてはいないが、本人はこうしたことは今に始まったことではないが、いつ暴言暴力に及ぶかわからないという恐怖を感じている。身体的虐待は認められないが、暴言暴力に対する恐怖を与えられる心理的虐待と考え、子②が病院へ通院している時間にあわせて、本人や子①との面談を実施して生活状況の把握を行った。子②への接触は本人や子①の意向を確認し、障害福祉課の協力も得ながら行うこととした。面談を行い、本人や子①が子②による暴言暴力の恐怖はあるが、暴力は受けておらずに過ごしている。また子②が感情的になったときは子①と共にすぐに外に避難する心づもりがあることを把握した。その後も障害福祉課と訪問を継続して、生活状況を把握、共有を続け、子②の主治医との連携していく。</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,日中独居。認知症があり、火の取り扱いに問題があることや、車の運転が止められないこと、電車を使って遠方に出掛け帰宅困難などがあり困っていると家族から相談があった。顔なじみの自治会長や民生委員・相談協力員と頻回に連絡を取り連携し傾聴や見守りを行った。家族に対して拒否があるため、自治会長の受診に本人が付き添ってもらう形を取るなど、自治会長の協力を得て、認知症専門医受診につなげた。脳血管疾患を発症し入院、退院後は在宅にて介護保険サービス利用と近隣住民の協力で支援をしていくことを検討している。</p>		
<p>オ. 介護と仕事の両立支援など、子育て部門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歳代独居。子は近隣の市外に在住し共働きで子育て中。子は週に1回訪問し本人の状況を確認、近隣住民は毎朝声掛けしゴミ出しの支援をしている。買い物や地域の体操教室も行かないことが増えて活動量の低下や物忘れを心配し相談があった。金銭管理困難や健康保険証などの紛失、かかりつけ医の受診ができておらず基礎疾患の内服治療が途絶えていたため地域包括と子が連携し近隣の医療機関に受診同行、介護保険を申請。認知症と難病の診断に繋がり内服治療が開始された。地域の体操教室に地域包括で同行し近隣住民の方へ見守りサポートして頂けるように依頼した。金銭管理は地域包括と子で管理方法を検討し子から本人へ提案し本人が少額を管理して様子を見ていく方向となった。子は市外で距離があり今後は今までのペースでの支援は困難な為、ケアマネによる介護保険サービスの利用を開始。地域の方々の声掛け支援とデイサービスの利用などで見守り介入する支援者を増やし対応することができた。</p>		
<p>カ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>地域の在宅医療を行っている医療機関とは日頃から連携がとれ相談ルートが確立されている。サポート医制度は包括にとって心強い制度の一つとして常に意識をしている。</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		
評価の根拠	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			
	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	①関係機関・地域の町会等による住民等向けのイベント( 22件 ) ・小金原要配慮者支援会議:4月24日・27日、7月10日・20日、9月12日、10月5日、12月12日・14日、2月23日 ・民生委員主催茶話会:6月26日 ・第35回小金原地区合同自主防災訓練:9月2日 ・小松園自治会、小松園会館竣工に伴う内覧会:10月1日 ・松戸祭り:10月7日 ・第12回福祉フェア実行委員会:11月6日 ・第12回福祉フェア小金原ふれあい広場:11月26日 ・小金原まちづくり懇談会12月10日、2月4日、3月4日、 ・小金原連合町会まちづくり部定例会議:1月14日、 ・小金原地域新年懇親会:1月19日、 ・公共施設マネジメントシンポジウム06 in小金原:2月4日、 ・小金原まちづくり懇談会2018:3月4日、			

<p>②関係機関等の関係者・専門職向け会議・イベント</p> <p>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、各専門職部会などは含まない。 ※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>②関係機関等の関係者・専門職向け会議・イベント( 38件 )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・道路交通法改正に伴う認知症高齢者に関する講習会:4月18日、</li> <li>・松戸市認知症コーディネーター世話人会:5月11日、1月11日</li> <li>・ふくろうプロジェクトケアマネジャー説明会:5月17日</li> <li>・あんしん地域見守りネット 第1回通常総会:6月15日</li> <li>・松戸市かかりつけ医認知症講演会:6月23日</li> <li>・まつど認知症予防プロジェクト実施担当者研修会:6月27日、3月13日</li> <li>・在宅医療関連多職種連携会議:6月29日、2月8日</li> <li>・地震による負傷者の受入れ訓練:7月8日</li> <li>・東葛北部地域リハビリテーション広域支援センター認知症疾患医療センター合同連絡協議会:7月11日、2月6日</li> <li>・松戸市認知症コーディネーターフォローアップ研修:7月13日、11月19日</li> <li>2月20日</li> <li>・日本高齢者虐待防止学会:7月15日</li> <li>・認知症地域支援推進員打合せ:7月18日、8月23日</li> <li>・ケアマネジャー対象の研修会 小金原地区内の事業所交流会:7月19日、11月16日、1月18日、3月30日</li> <li>・在宅医療・介護連携相談窓口プロジェクト事例検討会:9月25日</li> <li>・地域支援推進員「松戸まつり」打合せ:10月3日</li> <li>・介護予防ケアマネジメント研修 ファシリテーター打合せ:10月11日</li> <li>・松戸市高齢者を支え合う地域づくり協議体10月30日、11月8日</li> <li>・専門職向け認知症関連研修会:11月9日</li> <li>・在宅医療・介護関係の情報共有支援「ICTシステム研修会」:11月13日</li> <li>・ふくろうプロジェクト実施者ミーティング:1月23日</li> <li>・いきいき安心プランⅥまつどに関する事業所説明会:1月26日</li> <li>・認知症地域推進委員ミーティング:2月1日</li> <li>・詐欺被害に関する情報交換会:3月2日</li> <li>・まつど認知症予防プロジェクト関係会議:3月13日</li> <li>・松戸市リハビリテーション連絡会第1回研修3月14日</li> <li>・松戸市介護支援専門員協議会研修会ケアマネジメントにおける意思決定支援 2月16日、3月16日</li> </ul>	
	<p>③地域密着型サービス事業者の運営推進会議等( 38件 )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マザアスホームだんらん松戸: 6月27日、8月22日、10月24日、12月19日、2月27日</li> <li>・愛の家グループホーム松戸小金原: 4月22日、6月24日、8月26日、10月28日、12月16日、2月24日</li> <li>・グループホームいきいきの家: 5月30日、7月25日、9月26日、11月28日、3月27日</li> <li>・せらび小金原公園グループホーム・小規模多機能: 4月7日、6月9日、8月18日、10月3日、12月8日、2月9日</li> <li>・小規模多機能リバーサイドヴィラ・小規模特養リバーサイドヴィラ:4月14日、6月9日、8月25日、10月13日、12月8日、2月9日</li> <li>・デイサービス風花:3月15日</li> <li>・デイサービスグリーン:3月12日</li> <li>・サニーデイサービス小金原:3月22日</li> <li>・早稲田イーライフ小金原:3月23日</li> <li>・デイサービスセンターシエロ小金原:7月20日</li> </ul>	
<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	3.6
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 20 ヶ所 圏域外 50 ヶ所	
	イ. <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	
	ウ. <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29年度内に更新をしている／いない	いる	
	エ. <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、小金原地区全戸配布予定。詳細版については、地区内の介護サービス事業者に配布、地域包括事務所内で閲覧できる。	
	オ. 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(29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	総数 2 ヶ所 (内新規立ち上げ支援数 1 ヶ所)	
	カ. 「オ」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】	昨年度の地域包括体操教室の卒業生を体操の自主グループとして立ち上げに関わった。法人の空き会議室を提供、継続できるように困りごとの相談にのり支援を行った。毎週木曜日自主トレの復習と持ち寄った体操を継続して行っている。	
キ. その他【任意・自由記入】	昨年度同様元気応援くらの相談支援、普及活動を行った。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。		



#### 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】	毎週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。事例の中で家族構成・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。地域のケアマネとの交流会で周知を行っており相談件数が増えている。			
	イ. ①成年後見制度活用につなげたケース数(29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 ②29年度成年後見制度の申し立て支援中の方は4件。そのうち市長申し立て判定待ちの方が2名。高齢化率の高い地域で独居や高齢者のみの世帯、認知症の方で家族関係が希薄な方が多いため、今後も総合相談のなかで必要なケースは多いと思われる。地域のケアマネと連携し、制度が必要なケースの把握に努める。			
	ウ. ①日常生活自立支援事業につなげたケース数(29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件 ②今回ケアマネと連携し制度利用につなげることができた。他包括と同様つながったケースは少ないが今後も生活支援の制度の一つと意識し地域のケアマネと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】	認知症や独居の高齢者の金銭管理は重要な項目だが、事業につながる間の日々の金銭管理をどうしていくかが問題になる。社会福祉士部会でも議題に取り上げ積極的に意見を述べた。			

<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>3.6</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(29年度1年間)【件数を記入】</p>	<p>4 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>本人の精神疾患が疑われ配偶者が長年受診に繋ごうとしたが繋がらず、今回相談を受けた医療機関から地域包括へ連絡が入った。配偶者は介護負担の増大から暴力をふるっていると告白したため、当日訪問し事実確認を行い身体的暴力の虐待が判明したケース。高齢者支援課と連携し地域サポート医アウトリーチを依頼、アウトリーチの結果専門医の受診へ繋げた。本人の介護拒否があり重症な感染症を発症。地域包括が手配し救急搬送・入院となり配偶者と分離。症状改善し、ケアマネ、高齢者支援課と連携し介護保険サービスの調整を行い在宅生活へ移行。再び感染性の疾患により精神症状が悪化。配偶者からの身体的暴力が再び発覚した為、高齢者支援課とケアマネと連携しショートステイにて分離、医療機関の入院、施設への入所の支援で分離を継続し、精神科の受診に繋げ内服治療が開始され精神症状が安定された。関係者にて在宅移行の検討を重ね、本人と配偶者の強い意志により在宅生活に戻られ現在本人の精神状態は非常に安定されている。介護保険サービスの利用は強い拒否があり地域包括での見守りと精神科の受診同行を行い支援を継続している。</p>		
	<p>エ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>高齢者虐待の疑いのあるケースについては、通報があったその時点でケース検討を行い緊急性の有無や今後の方針について確認をしている。事実確認をするにあたり信頼関係が築けるよう心掛けている。平成29年度は高齢者や親族の精神疾患が関係しているケースや経済的な問題を抱えているケースが増え、対応に専門性を求められた。関係者と連携し解決していく必要がある。</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。		3	3.5		
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】	電話での情報収集、近況確認の他、国民生活センターのホームページにて見守り情報をこまめにチェックし、情報収集している。			
	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】	認知症や判断力の低下のある方、独居や高齢者世帯が被害に遭いやすいため民生委員、地域のケアマネ・サービス事業所と連携、情報交換に努めている。			
	ウ. センターが開催した権利擁護に関する全ての住民向け講演会の開催回数・日程・内容・主な参加者層・参加者数【開催回数・日程・内容・主な参加者層・参加者数を記入】 ※他センターとの合同開催も記載し、その旨を明記	開催回数合計 1 回 9月27日 小金管内5包括合同開催、市民向け講演会 テーマ:「大切なものを守るため弁護士さんと語り合おう」～自立した生活を送るためのヒント～とし49名の参加があった。参加者は70代の女性が3分の2を占めていた。1部は弁護士による講演、2部は気になることを聞いてみようとし、虐待に気づいた時の相談先や養護者への支援の方法など高齢者支援課、民生委員、オレンジ協力員を交えディスカッションを行った。アンケートの結果、弁護士や行政の専門的な目線、民生委員・オレンジ協力員など住民の目線などいろいろな立場からの話を聞くことができたとの意見が多かった。			
	エ. その他【任意・自由記入】	独居や高齢者夫婦世帯への面談時や老人会での講話、体操教室などで国民センターで得た最新の情報をトピックスとして紹介し注意喚起を行った。千葉県警察本部のちば安全・安心メールを取得し高齢者に関する犯罪情報を得ている。平成29年度は小金原地区にて電話de詐欺の被害件数が多いことから、松戸警察生活安全課と電話de詐欺について情報交換会に参加し、その情報を体操教室や講話、面談時に提供し注意喚起を繰り返し行い、地域に持ち帰って、より多くの住民へ情報提供を依頼した。			

## 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	3.6			
ア. 29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【月報の件数を記入】	1,580件	/			
イ. 「29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>他地区にて子と暮らしていたが、子の知人の勧めで、小金原地区に転居。本人は認知症にて通院及び介護保険を申請して通所サービスを利用しているが、転居による混乱や物忘れなどの訴えに対して子のストレスや介護負担が増大している。転居当初は知人家族の協力も得て在宅生活を送る計画だったが、介護負担が増大して介入困難との訴えあり。子は更なる精神的負担と混乱のため市役所各課に相談連絡をしてしまうと、ケアマネより相談あり。子、ケアマネ、地域包括にて対応協議し、平日は地区内の宿泊付通所介護の利用にケアプラン変更。これにより子が平日仕事に専念できるようになり、生活費の捻出と介護負担の軽減が可能になった。当面は宿泊付通所介護を利用して、介護負担や経済面にて安定して生活を送りたいとの長男の意向があり、生活を見守っていくこととする。</p>		/		
ウ. 29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】	4 回			/	
評価の根拠					

<p>エ. 29年度1年間における「地域の介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会」の日程・内容・講師 【日程・内容・講師を記入】</p>	<p>①日程:7月19日 内容:小金原地区の介護サービス事業者の「顔の見える関係」作りを考えて、居宅・通所系サービス・地域密着型サービスとで自己紹介・自事業所の特徴など交流を図り、地域包括ケアシステム構築の担い手のひとつになりたいという交流会を開催。</p> <p>②日程:11月16日 内容:①のときと同様に居宅・訪問系サービス(訪看・ヘルパー)間で開催し、今回はグループワークを行い、依頼の仕方や連携の仕方などを話し合った。</p> <p>③日程:平成30年1月18日 内容:松戸市版認知症ケアパスを活用してケアマネとの事例検討を行った。</p> <p>④日程:平成30年3月30日 内容:介護保険制度改正・地域包括ケアシステム構築に向けてと松戸市アセスメントシートと通所型短期集中予防サービスの活用について開催。</p>		
<p>オ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>主任介護支援専門員を中心に、地域の介護支援専門員が抱える困難事例に対して助言を行っている。年間1,580件の連絡を取り連携している。</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。	4	3.8			
評価の根拠	ア. 同行訪問による個別指導・助言の件数(29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。	228 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】	脳卒中後のリハビリ目的にて回復期リハビリテーション病棟へ入院。身体機能障害は殆ど残存していないが、高次脳機能障害(注意障害、病識欠如)残存。それまで義理きょうだいで同居していたが、退院直前に同居解消の意思を示したため独居にて在宅生活再開。金銭管理、内服管理が正確に行えない恐れあり、日常生活自立支援事業や医療、介護保険サービス導入して支援を行うこととなった。日常生活自立支援事業開始までの間ケアマネと自宅訪問を繰り返し、金銭管理状況と生活状況を確認した。その後日常生活自立支援事業が開始され、担当者へ経過を引継ぎ、引き続き生活を見守ることとなった。			
	ウ. サービス担当者会議への出席による指導・助言の件数(29年度1年間)【月報の件数を記入】	46 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】	自宅内はゴミ屋敷状態でこだわりが強く本人は意に沿わないことについては拒否的で怒ってしまい介入難しい。買い物から帰ったところ玄関で3日以上倒れたままだったことがあり近所の人心配している。現在週2回買い物のヘルパー、入浴目的のデイサービスを利用や住宅改修とベッドレンタルも何とか導入できた。平成29年末自宅玄関前で倒れているところを通所サービスの送迎時に発見され、救急搬送、入院となる。回復期リハビリテーション病棟や老健への転入所を、入院先に毎週面会に行き説得したが本人は拒否し、自宅退院。サービス再調整を行い、在宅生活となっているが拘縮やじょく創が大きくなり、徐々に在宅困難となったが本人は依然として入院を拒否したためケアマネとサービス事業者、地域包括にて担当者会議実施。性格上提案や介入を受け入れにくいことから、本人の意思は尊重しながらも生命・QOLの維持の為に必要な医療・介護サービスを受けることを勧めた。その後外来受診を繰り返し、そのたびにケアマネ・訪問看護・認知症疾患医療センター・地域包括が同行し本人を説得、回復期リハビリテーション病棟へ入院し、在宅復帰を目指して身体機能低下に対するリハビリを受けることとなった。			
	オ. その他【任意・自由記入】	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始め多職種連携をとり関わっていくことが多い。			

## 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	3.8		
評価の根拠	ア. 29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. アが「いる」の場合、その具体的方策【自由記入】	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. ウが「いる」の場合に、①当該地域個別ケア会議の事例と②参加した医療・介護関係者以外の関係者の職種【事例・職種を記入】	①地域で生活する高齢者の異変に気付いた時に関係している方は誰か、誰に知らせればよいかを一目で認識できる表を具体的に図式化した小金原地区みあもりあいマップの作成に当たり、②自治会関係者に参加を依頼した。地域個別ケア会議にて見守り合いマップを使用し、それぞれの役割や連携を検討した。			
	カ. 地域包括ケア推進会議・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	いる			
	キ. その他【任意・自由記入】	会議のテーマによって参加者を変えている。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。</p>	<p>4</p>	<p>3.6</p>	<p>②エ 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、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」として作り上げた。</p>
<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】</p>	<p>認知症の本人と就労をしている配偶者との高齢者世帯で、ゴミだしのルールが守れず、繰り返しゴミステーションに出してしまい、地域住民が指摘し、地域の問題に発展するが、自治会などの介入あっても認知症の理解・支援体制が構築できなかった。介護保険の利用を開始し、配偶者の献身的な介護を受けても地域の支援が得られないと継続的な在宅生活を送ることが難しいという事例を通して、早期介入・見守り支援・介護保険の専門職だけでなく地域との連携が必要と確認できた。</p> <p>独居、認知症と癌末期を抱え、本人が在宅生活を希望したために家族・地域住民(オレンジ協力員・民生委員・近隣住民)・介護サービス事業所(ケアマネ・訪看)・地域包括の連携体制を構築し、本人の望む生活の継続と困りごとが発生しないように支援を開始し在宅生活が継続できた。物盗られ妄想があり他人を拒否しているため、毎日訪問し少しずつ関係づくりを行い、警戒心を弱めて行った。家族の了解を得て、隣の住民の見守り依頼や、行きつけの個人商店に、その方の対応方法を個別で依頼をし、他の商店へは本人と同行し対応や見守りを依頼した。関係性ができたところで小規模のデイサービスに同行しサービス利用に繋ぐことができた。住み慣れた自宅で本人が望む生活を送るためには、早期介入、見守り体制構築、連携が必要で、住民に対して理解や協力の普及・啓発の必要性を確認した。</p>	<p>3.6</p>	<p>②エ 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、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」として作り上げた。</p>
<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>3.6</p>	<p>②エ 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、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」として作り上げた。</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>3.6</p>	<p>②エ 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、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」として作り上げた。</p>
<p>エ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>地域ケア会議は個別事例からの課題や総合相談からの課題を集約し小金原地区の課題として推進会議で取り上げた。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い、推進会議で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」として作り上げた。また、普及啓発のためにマップの全戸配布・活用することとなった。地域包括支援センターに寄せられる相談には、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た。</p>	<p>3.6</p>	<p>②エ 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、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」として作り上げた。</p>

評価の根拠



## 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	3.6		
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【自由記入】	<p>本人の精神疾患が疑われ配偶者が長年受診に繋ごうとしたが繋がらず、今回相談を受けた医療機関から地域包括へ連絡が入った。配偶者は介護負担の増大から暴力をふるっていると告白したため、当日訪問し事実確認を行い身体的暴力の虐待が判明したケース。高齢者支援課と連携し地域サポート医を依頼、アウトリーチの結果専門医の受診へ繋げた。本人の介護拒否があり重症な感染症を発症。地域包括が手配し救急搬送・入院となり配偶者と分離。症状改善し、ケアマネ、高齢者支援課と連携し介護保険サービスの調整を行い在宅生活へ移行。再び感染性の疾患により精神症状が悪化。配偶者からの身体的暴力が再び発覚した為、高齢者支援課とケアマネと連携しショートステイにて分離、医療機関の入院、施設への入所の支援と配偶者の思いを頻回に時間をかけて傾聴し分離を継続、長年の課題であった精神科の受診に、相談員と密に連絡を取り合い打ち合わせを行い同行するなど丁寧に繋げ、内服治療が開始され精神症状が安定されたことが大きな介護負担の軽減につながった。関係者にて在宅移行の検討を重ね、本人と配偶者の強い意志により在宅生活に戻られ現在本人の精神状態は非常に安定されている。地域包括での見守りと精神科の受診同行を行い支援を継続している。</p>			
	<p>70歳代独居。介護保険申請を手伝ってほしいと本人から依頼があり訪問したところ、食事が取れず、るいそう著明、精神疾患の疑いもあった。その後、外部からの支援を一切拒否するようになり、家族から受診をするように勧めるが拒否。介護保険申請のためにも早急に受診が必要なためサポート医に相談しアウトリーチを依頼した。その後病状急変しサポート医と連携をとり救急搬送の段取りを行ない一命をとりとめた。</p>			

評価の根拠

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【自由記入】

60歳代 独居 アルコール依存症でゴミ屋敷状態、食事摂取困難なケース。遠方の家族と連携しゴミを片付け、内科疾患の受診を調整・同行し介護保険を申請した。ケアマネと連携し介護保険のサービス導入を行った。アルコール依存症の定期受診が行えず内服治療も途切れていた。飲酒による酩酊状態が重度化し家族、ケアマネと共に本人が信頼を寄せていた県外のかかりつけの医療機関へ受診を付き添い支援。主治医とケースワーカーと密に連絡を取り合い情報共有。歩行困難な状況あり体力改善と断酒目的にて家族同意のもと保護入院。治療後、本人、家族、ケアマネ、地域包括、医療関係者にて入院先の医療機関で担当者会議を行い在宅退院調整し在宅へ戻ることができた。現在は介護保険サービス利用と支援者の介入で自力で通院している。

80歳代独居。最近の本人の様子を心配した親族からの相談。認知症状があり自宅内は不衛生な状態で、保清が出来ず皮膚病が悪化しており受診を勧めるが拒否が強い。介入拒否が続いたため、相談協力員の見守り支援を依頼。サポート医へ相談し、親族と連携し基本健診を勧めどうにか受診でき、治療につなげることが出来た。その後介護保険申請しサービス導入を目指して、ケアマネと包括が安否確認を兼ね頻回に訪問を続けたところ、皮膚状態の悪化に対して不安になった本人からの訴えに対応・介入が可能となった。現在はサービスを利用し在宅生活を送っている。

<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 【自由記入】</p>	<p>身体の痛みや不調、住居に対する不満や経済的な不安について、心配が絶えず自信が持てない。どのように解決したらよいか話を聞いてもらいたいと訴えるが解決方法を提示しても、体力・気力など様々な理由をつけて決断・実行ができない。特に生活環境の乱れや定期的に通う病院が殆どなく、体調管理が行き届いていないため自治会長・民生委員・相談協力員と連携し状況確認や本人の不定愁訴を根気強く頻回に傾聴し受診の説得をを行っていった。平成29年末に自宅で動けなくなり、総合病院へ救急搬送、入院。病状説明にも同席した。まずは入院による体力・筋力の回復と、精神面の専門治療をうけるため回復期リハビリテーション病棟へ転院する方向となり、ケアマネ・親族・病院と連携して転院先病院を検討。その後、転院先病院でも退院後の方向性の決定を病院・親族と相談継続している。</p>		
	<p>80歳代独居、相談員から、認知症状が疑われ日常生活に支障がありそうと相談があった。自宅は不衛生な状態、関わり拒否。その後屋外で転倒し救急入院。入院中に主治医、相談員と連携し介護保険を申請、サービス調整し本人との関係性をつくり自宅に退院した。その後心不全で再入院、主治医や相談員と連携しリハビリ病院への転院の段取りを行った。金銭管理困難な状況で主治医、相談員と連携し後見制度市長申し立て申請、自宅の環境整備をのため、入院中に5回の渡り訪問し、掃除やゴミの処分を行った。ケアマネと連携しサービスを再調整し在宅復帰に繋げた。</p>		
<p>エ. その他 【任意・自由記入】</p>	<p>地域内の認知症専門医や在宅診療を行っている医療機関を始め診療所とも、相談しやすい相互関係ができている。</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(在宅医療・介護相談窓口)へ相談を行った件数(29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】 ※相談支援件数・アウトリーチ件数は別掲 ※地域サポート医事務局を介した件数を再掲</p>	<p>①相談支援件数 40件 (内、サポート医事業 2件) ②アウトリーチ件数 2件 (内、サポート医事業 2件) ③総件数(①+②) 42件 (内、サポート医事業 4件)</p>			<p>②40件もの対象者について、相談をしており、サポート医との連携を強固にしている。 ②日頃から、サポート医やケアマネとの連携を図っており、医師に関しては、その専門性を考慮し、連携を図るようにしている。</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>本人の精神疾患が疑われ配偶者が長年受診に繋ごうとしたが繋がらず、今回相談を受けた医療機関から地域包括へ連絡が入った。配偶者は介護負担の増大から暴力をふるっていると告白したため、当日訪問し事実確認を行い身体的暴力の虐待が判明したケース。高齢者支援課と連携し地域サポート医を依頼、アウトリーチの結果専門医の受診へ繋げた。本人の介護拒否があり重症な感染症を発症。地域包括が手配し救急搬送・入院となり配偶者と分離。症状改善し、ケアマネ、高齢者支援課と連携し介護保険サービスの調整を行い在宅生活へ移行。再び感染性の疾患により精神症状が悪化。配偶者からの身体的暴力が再び発覚した為、高齢者支援課とケアマネと連携しショートステイにて分離、医療機関の入院、施設への入所の支援で分離を継続し、精神科の受診に繋げ内服治療が開始され精神症状が安定、介護負担の軽減につながった。関係者にて在宅移行の検討を重ね、本人と配偶者の強い意志により在宅生活に戻られ現在本人の精神状態は非常に安定されている。地域包括での見守りと精神科の受診同行を行い支援を継続している。</p>			
	<p>70歳代独居。介護保険申請を手伝ってほしいと本人から依頼があり訪問したところ、食事がとれずいそう著明、精神疾患の疑いもあった。その後、外部からの支援を一切拒否するようになり、家族から受診をするように勧めるがそれも拒否。介護保険の主治医も早急に必要のため、サポート医に相談しアウトリーチを依頼した。その後病状急変しサポート医と連携をとり救急搬送の段取りを行った。</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>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 18回          ・4/18道路交通法改正に伴う認知症高齢者に関する講習会、          ・6/23松戸市かかりつけ医認知症講演会、          ・6/27まつど認知症予防プロジェクト実施担当者研修会、          ・6/29・2/8在宅医療関連多職種連携会議          ・7/11・2/6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、          ・7/15日本高齢者虐待防止学会、          ・9/25・3/19在宅医療・介護連携相談窓口プロジェクト事例検討会、          ・11/11・11/12認知症初期集中支援チーム員研修、          ・11/9専門職向け認知症関連研修会、          ・11/13在宅医療・介護関係の情報共有支援「ICTシステム研修会」、          ・1/23ふくろうプロジェクト実施者ミーティング、          ・12/11・12/26在宅医療・介護連携コーディネーター養成研修、          ・2/22千葉県認知症コーディネーター・認知症地域支援推進員フォローアップ研修</p>	
<p>オ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>サポート医制度利用は2件、地域の在宅医療を行っている医療機関、特にサポート医とは日頃から連携がとれ相談ルートが確立されており、相談がしやすい関係となっている。</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	3.8			
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(29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】	学生の孫と2人暮らし。認知症状があり、郵便物や金銭の管理などが困難で不安感が強く、子夫婦に頻回に電話をかけるようになった。腰痛や内科的な既往があるが受診拒否、包括介入拒否が強いため認知症初期集中支援チームにケース依頼した。孫と子夫婦の介護負担軽減できるように、例えば現金を渡すのではなく、食品や生活用品を購入して差し入れる方法や金銭管理の方法など、本人への関わり方を繰り返し検討を行い、また、サポート医のアウトリーチを依頼し、介護保険の申請を行った。子夫婦と本人が同行し、包括とチーム員は偶然医療機関で会ったような形で受診し、内科的な評価も受けることができた。自宅訪問を続け、何とかドアを開けるようになり、孫の熱発時に、飲み物の差し入れを受け取る様になり拒否が和らいだ。本人が一番信頼している子夫婦の関わり方の変化で本人の不安も軽減出来ている。		/		
エ. DASCを活用した軽度認知症についてのアセスメントを実施し、継続支援につながった件数(29年度1年間)【件数を記入】	21 件				
オ. DASCを活用してアセスメントを行った事例(1事例)におけるケアマネジメントの内容と実際に行われた医療機関受診・サービス利用・セルフケアの内容【自由記入】	80歳代 独居 近隣で会社を経営していたが、認知症が疑われ独居生活が困難になり子の近くへ呼び寄せた。環境の変化により認知機能の変化あり。DASC事業にて受診干渉を行いかかりつけ医から認知症専門医へ紹介。友人・知人がいないため、本人の好む囲碁のサークルに受け入れの打診や調整を行い、また、同じような境遇の方と同行して参加ができるよう働きかけた。自宅からサロンへの道順を、本人が目印となる場所を取り込み地図を作成、道に迷わず参加ができた。認知症の診断に繋がり介護保険の申請後にケアマネジャーと連携し在宅生活を継続されている。セルフケアの目標はインスリンの自己注射を家族の声掛けで行うとしたが、徐々に自己判断で注射の単位数を変えたり打ち忘れなども見られたため、見守りに変更し現在は行えている。				

評価の根拠

カ. その他【任意・自由記入】	認知症対策は地域の大きな課題の1つであり、主治医や認知症疾患医療センターをはじめとする地域の医療機関やケアマネ、サービス事業所、民生委員、相談協力員、オレンジ協力員などの地域関係者と連携し、認知症の早期把握、早期介入に努める。また、認知症を疑うケースについてDASCを活用し評価を行っている。		
-----------------	--	--	--

②認知症高齢者に対する地域での支援基盤を構築しているか。	4	3.6			
評価の根拠	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(29年度1年間)【件数を記入】	30 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】	自主活動のサークルに参加している認知症の方が、自宅から会場に一人で行き道に迷ってしまった。そのことを受けて、一緒に参加しているオレンジ協力員が地域包括に相談、オレンジ協力員として、本人のプライドを傷つけないように工夫しながら、見守りと支援を行った。			
	ウ. センターが開催した全ての認知症サポーター養成講座の日程・主な対象者・参加者数【参加者合計・日程・主な対象者・参加者数を記入】	参加者合計 6回 129人 ①4月28日:30人 小金原応援くらぶ参加者・小金原団地住民 ②6月28日:70人 民生委員・高齢者支援連絡会 ③平成30年1月19日:14人 介護サービス従事者(ヘルパー) ④平成30年2月16日:5人 介護サービス従事者(理学療法士・介護支援専門員) ⑤平成30年2月23日:5人 介護サービス従事者(介護支援専門員・介護福祉士など) ⑥平成30年3月5日:5人 介護サービス従事者(介護福祉士など)			
	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】	・小金原地区内の介護サービス事業所の交流会で配布し、地域の専門職として、支援をしている方々への活用方法などを話した。 ・小金原地区内の居宅介護支援事業所との事例検討会にて物忘れの症状が出ているが、診断が行えていない、同居の家族が精神疾患を患い主介護者となる子が両親の介護を同時に開始するプレッシャーでどこからはじめればよいかわからなかったケースを認知症ケアパスを活用し、認知症の診断の必要性やケアを早期に開始する提案などの材料として検討会を行った。			
	オ. 認知症地域支援推進員の配置人数【人数を記入】※平成30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(29年度1年間)【自由記入】※ケアパス検討会等への出席を含む	29年度から認知症サポーター養成講座を介護サービス事業者から依頼され、再度認知症の理解を行い、専門職として、日々の支援に活かしていく活動をはじめた。また、市役所渡り廊下での普及啓発活動への参加を行った。			



キ. その他【任意・自由記入】	介護サービス事業所・認知症地域支援推進員・認知症コーディネーター・生活支援コーディネーター・地域包括支援センター・地域住民等と協力して、認知症予防から、認知症への理解と地域で支える町づくりを考えていく。	/	
-----------------	---	---	--

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	3.3			
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】	4回 (延べ 10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】	平成29年6月短期集中予防サービスの終了時にセルフケアに向けた再アセスメントで継続的な運動と外部交流が必要と考え、地域のサロンへの見学や体験同行を行った。見学後の面談で「自分も同じことが出来るのではないかと話され、友人達とサークル活動を開始した。平成29年9月癌を発症。術後の体力と気力の低下がある。との連絡を受け面談を行った。まずは体力をつけたいとのことで、運動を主体とした活動への参加を検討し、元気応援クラブをご紹介するも「体操だけの教室」への意向が強く、再度包括の体操教室をご案内し参加される運びとなった。体操教室への参加が本人の励みとなり、体力が戻るにつれ本人の気持ちが前向きになった。様子観察を兼ねた訪問を継続している中で、体調が安定し友人たちとのサークル活動も再開されている事を確認している。		/		
	80代。無気力で日中より飲酒を繰り返されていた。短期集中予防サービスを終了後に面談を数回行う中で、生活習慣の改善と外的交流の必要性があると考え、地域のサロン・元気応援クラブ・包括体操教室への見学・体験同行を同行を行った。「新しい方々との交流の楽しさを感じた。」と、話され3ヶ所全てに通われるようになった。ご家族は「心配していた引きこもりと物忘れの進行は無く、本人の表情も明るくなった。」と言われ、最近の面談ではサロンの友人と共に麻雀や詩吟、短歌の会への参加も意欲的に検討され、日中の飲酒が無くなったことを確認している。			/	

評価の根拠

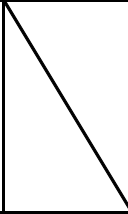
<p>ウ. センターが行うケアマネジメントを通じて、短期集中予防サービスなどにつながり、心身機能の改善につながった事例(2事例)の概要と対応内容【自由記入】</p>	<p>介護予防に積極的であり、自ら地域のサロンや体操教室等へ通われていたが、口腔機能の低下を感じ不安を抱えられ、包括に相談された。面談では明らかな口腔機能の低下が認められたため、短期集中予防サービスの口腔コースをご紹介します見学同行しご利用の運びとなった。終了後の面談時には機能訓練とケアの方法を学ぶことで口腔機能の改善が数値に表れるとともに、「食事の時間が楽しくなり、考えも前向きになりました。」との感想を持たれ、定期歯科受診にもつながった。その後も定期的な面談を行い、口腔機能低下の予防と共に早期治療開始となり、口腔機能の維持向上に努めている事が確認されている。</p>	
<p>エ. ケアマネジメントC作成件数(29年度1年間)【件数を記入】</p>	<p>0 件</p>	

評価の根拠	<p>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】</p>	<p>定期訪問及び必要時に訪問、電話連絡や介護事業所への訪問等を通してモニタリングを行っている。内容は、本人及び家族の体調変化・生活状況の確認、受診状況や生活環境の変化等を伺っている。進行中のケアプランについて、本人の身体状況とサービス内容が適切であるかをモニタリングしている。併せて、振り込め詐欺や消費者被害等のトラブルの有無についても確認を行うとともに、防止へ向けての注意喚起を行っている。</p>		
	<p>カ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>委託先居宅介護支援事業所と当地域包括で行うケアマネジメントについては、法令遵守を根底におき、地区内のケアマネ交流会を通して統一を図るように努めている。</p> <p>また、町会サロン・通いの場が充実してきており、開催時には包括職員が随時訪問し、ケアマネや利用者の見学についてのご理解を頂くようお願いしている。また、ケアマネ交流会などで最新のサークル情報をお知らせし、問い合わせや相談にも積極的に対応し、自立支援型ケアプランと卒業後のセルフケアへ繋げるように努めている。</p> <p>松戸市主催の介護予防ケアマネジメント研修において、市からの依頼を受け事例を提供し自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント力の向上に貢献した。</p>		

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	3.6		
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】	委託先事業所の偏り防止の為、事業所一覧を作成し、情報共有を行っている。また、事業所交流会を行い自立支援に向けた支援の流れ等について意識の統一を図ると共に、委託したケースにおいてはサービス開始時やプラン点検時に「ケアマネジメントのプロセスを踏まえ、自立支援に向けた支援を行っているか」に着眼し、ケアマネの気づきを促している。			
	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】	ケアマネ交流会を行うにあたり、時間や内容など事前準備からケアマネと共に行い、良い交流会を行うべく努めている。「顔の見える関係づくり」を主題とし、地域での情報をお知らせしたり、日頃からケアマネが質問や相談を何時でも気軽に行えるような垣根のない環境作りに努めている。また、委託時には何時でもどんなことでも気軽にご相談頂くようお願いしている。			
	オ. その他【任意・自由記入】	居宅支援事業所だけでなく、サービス事業所も含めた交流会を行う事で互いの関係性の向上を図っている。交流会や事業所の訪問時には「自立支援に向けたケアマネジメント」への理解を深めて頂いた上で、一体的なサービスが行えるように努めている。			

## 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		
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(29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 ( 21 )回開催( 485 )人(平均 23.2人/回) ②最多教室の状況 ・日程:5月9日 ・内容:自宅で行う自主トレーニングの説明・指導 ・小金原地区にお住いの60代後半から90歳の方、平均77歳。3分の2が女性 ・参加者数:28人			
イ. センターが開催する認知症予防教室の ①参加総数(29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( 59 )人(平均 19 人/回) ②最多教室の状況 10月12日・講義:認知症とはどんな病気か? 脳賦活活動と有酸素運動の意義と運動に向けた注意点の説明 グループワーク:自己紹介を兼ねて「認知症に対するイメージ」について 実技:ホームプログラム運動(初級)、指先運動 70代が全体の半数以上 23人(男性4人・女性19人)			
ウ. センターが開催する介護予防普及啓発活動の参加総数(29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	参加総数 ( 5 )回開催( 133 )人 参加層はいずれも70代~80代 ①4月22日:地域での高齢化の現状と地域包括支援センターの役割 29人 ②5月10日:地域での高齢化の現状と地域包括支援センターの役割 4名 ③10月6日:介護予防の取り組みについて 38人 ④1月27日:介護予防について 27人 ⑤1月29日:認知症予防について 35人 いずれも地域の老人会やサロンに参加している70代~80代の方			
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)	体操の自主グループを始めるにあたり、ボランティアの方々に対して体操の方法や活動が継続的にできるように支援、定期的な活動に繋がった。			

<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 (29年度1年間)【月報件数を記入】</p>	<p>介護保険認定申請代行: 52件  住宅改修の助言・理由書作成: 76件  その他:(軽度生活援助事業申請代行): 2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>サロンや老人会で、介護保険サービスや介護予防・認知症予防の取り組みやプロジェクトについて普及啓発を行った。関係機関や街のイベントへの参加時はあいさつその他包括の普及を含めた簡単な啓発に努めた。</p>	