

平成30年度地域包括支援センター事業評価
③ 明第2東地域包括支援センター

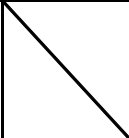
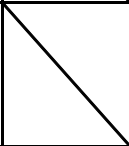
評価指標の定義

- 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		
ア.「事業計画」に委託契約仕様書の内容は網羅されている／いない	いる			
イ.「事業計画」を法人として決定している／いない	いる			
ウ. 担当圏域やセンターが抱える課題を把握した上で、平成30年度の事業実施に当たっての重点業務を決めている／いない	いる			
評価の根拠 エ. ウが「いる」の場合、前年度の課題を列挙し、それに対する具体的重点業務の内容【自由記入】	<p>前年度の取り組みを地域包括内で振り返った際に、以下の3点について取り組みが足りなかったと自己評価をした。29年度の事業評価においても同様の評価であったため重点的に取り組むこととした。</p> <p>①権利擁護： 前年度、職員の知識・判断力不足により、支援開始が遅れてしまったケースがあった。 そのため、高齢者虐待防止法や消費者被害についての理解を深めるために相談職全員が高齢者虐待防止対策現任者研修を受講する。消費者被害防止のための研修への出席を予定する。職員一人一人が見識を深め、責任の重さを理解し、支援に関わることを意識した。</p> <p>②介護支援専門員に対するの指導・相談： 地域内の介護支援専門員からも交流会だけでなく、事例検討をして欲しいとの意向があった。 そのため、介護支援専門員が支援しているケースを用いて事例検討を開催し、支援方針や関わりについて新たな発見ができる場をつくる。介護支援専門員のスキルアップだけでなく、ブラッシュアップとなるような研修の開催をする。</p> <p>③医療機関との連携： 医療機関との連携が全く図れていなかったわけではないが、より活発な連携と円滑な支援が望ましいとの結論になった。 保健師を中心とし、医療機関との連携を密に図り、円滑な支援が図れるよう取り組むこととした。</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>	<p>年度を4期に分け、期末ごとに事業計画の進捗状況の振り返りを行い職員全員で評価した。更に次期の修正が必要かを含めた検討を実施した。</p>			
<p>カ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>事業すべてにおいて前向きに取り組めるように、地域包括職員全員で進捗状況を報告し合うだけでなく、意見を出し合える雰囲気をつくり、実施した。</p>			

評価項目		回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項
②担当する圏域における高齢者人口及び世帯の把握を行っているか。【30.4.1現在】		4	4		
評価の根拠	ア. 担当する圏域の65歳以上の高齢者人口【時点・人数を記入】	平成30年4月1日 現在 (5770)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(1732)世帯 65歳以上の高齢者世帯の高齢者数(3918)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 (2768)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(961)世帯 75歳以上の高齢者世帯の高齢者数(2039)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】	主に日々の相談や支援を通して把握をした。 本人や家族・近隣住民をはじめ、民生委員や町会、ケアマネ、サービス事業者、病院等の関係機関や団体、市役所や警察等の公的機関からの相談を受ける、また、連携や情報提供を行っている。 初回の相談が電話や来所によるものであるため、相談内容により自宅を訪問し詳細の状況やニーズ把握している。 ふれあい会食会やいきいきサロンに定期的に参加し、地域のニーズを把握している。体操教室や認知症予防教室へ参加されている方へアンケートを実施しニーズの把握を行った。			
	イ. ニーズを基に実行した取組の具体例【自由記入】	高齢者からは「デイサービスには通いたいとは思わないが、みんなで集まれる場が欲しい」「近くに集まれる場所がない」「認知症予防教室でできたグループで集まれる場所があると良い」といった声が多く聞かれた。 オレンジ協力員からは「何らかの取り組みをしたいとは思っているが、活動の場がない」等の声が多かった。 集いの場や活動の場となるよう、地域の方が気軽に集える場としてカフェを週1回、開催している。オレンジ協力員やボランティアの活動の場となっている。			

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】	原則、個人情報の持ち出しを禁止している。但し、訪問時は最低限の情報として基本情報・支援計画用紙のみ持ち出すようにしている。 パソコンは全てパスワードを設定。書類や資料は鍵付き書庫にて保管。退勤時には書類を乗せたワゴンを書庫内に移動させ施錠している。 書類を処分する際は、シュレッダーし業者に回収を依頼している。 関係機関と個人情報を共有する際には個人が特定される部分を消して送付をしている。				
	エ. 個人情報の取得・開示についてのチェック項目を設け、案件ごとに確認している／いない	いる				
	オ. その他【任意・自由記入】	個人情報を持ち出す際には、量を極力少なくするよう努めている。				

⑤利用者が利用しやすい相談体制が組まれているか。	4	3.14	カ 職員の似顔絵を入れた地域包括のチラシを作成し、配布。訪問時の不在表としても活用している。訪問時に会うことが出来た際には、次の約束などをチラシに記載し分かるように貼ってもらっている。	キ 町会・地区社協が共同発行している広報誌に年2回地域包括の活動紹介の枠をいただいている。発行後、全戸(約9000世帯)配布。															
ア. 夜間窓口(連絡先)の整備・周知の方策【自由記入】	留守番電話に、緊急時の連絡先を伝えるメッセージを入れている。 緊急連絡先はセンター長で、相談内容や支援の進捗について把握しているためその場で対応を図るようにしている。必要に応じて担当職員に連絡を取り、連携を図るようにもしている。 相談対応時にその旨を説明している。																		
イ. 対応分類(訪問、面接、電話)別の夜間対応の件数(30年度1年間) 【月報の件数を記入】 ※17:00以降に対応した件数	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>本人又は親族</th> <th>その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問</td> <td>12件 内(10件)</td> <td>2件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>37件 内(6件)</td> <td>31件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>274件 内(119件)</td> <td>155件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>323件 内(135件)</td> <td>188件)</td> </tr> </tbody> </table>				本人又は親族	その他	訪問	12件 内(10件)	2件)	面接	37件 内(6件)	31件)	電話	274件 内(119件)	155件)	合計	323件 内(135件)	188件)	
	本人又は親族	その他																	
訪問	12件 内(10件)	2件)																	
面接	37件 内(6件)	31件)																	
電話	274件 内(119件)	155件)																	
合計	323件 内(135件)	188件)																	
ウ. 土曜・休日窓口(連絡先)の整備・周知の方策【自由記入】	留守番電話に、緊急時の連絡先を伝えるメッセージを入れている。 緊急連絡先はセンター長で、相談内容や支援の進捗について把握しているためその場で対応を図るようにしている。必要に応じて担当職員に連絡を取り、連携を図るようにもしている。 相談対応時にその旨を説明している。																		
エ. 対応分類(訪問、面接、電話)別の土曜・休日対応の件数(30年度1年間) 【月報の件数を記入】 ※8:30-17:00に対応した件数	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>本人又は親族</th> <th>その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問</td> <td>12件 内(12件)</td> <td>0件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>7件 内(1件)</td> <td>6件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>44件 内(31件)</td> <td>13件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>63件 内(44件)</td> <td>19件)</td> </tr> </tbody> </table>		本人又は親族	その他	訪問	12件 内(12件)	0件)	面接	7件 内(1件)	6件)	電話	44件 内(31件)	13件)	合計	63件 内(44件)	19件)			
	本人又は親族	その他																	
訪問	12件 内(12件)	0件)																	
面接	7件 内(1件)	6件)																	
電話	44件 内(31件)	13件)																	
合計	63件 内(44件)	19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>2件 内(1件)</td> <td>1件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>0件 内(0件)</td> <td>0件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>8件 内(6件)</td> <td>2件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>10件 内(7件)</td> <td>3件)</td> </tr> </tbody> </table>		本人又は親族	その他	訪問	2件 内(1件)	1件)	面接	0件 内(0件)	0件)	電話	8件 内(6件)	2件)	合計	10件 内(7件)	3件)			
	本人又は親族	その他																	
訪問	2件 内(1件)	1件)																	
面接	0件 内(0件)	0件)																	
電話	8件 内(6件)	2件)																	
合計	10件 内(7件)	3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>	<p>職員の似顔絵をいれた地域包括のチラシを作成し、配布している。 訪問したが不在であった際にどの職員が訪問したかわかるように似顔絵入りのメモを作成、不在票として活用している。訪問時に伝えたい大切な内容をメモする際にも同様の用紙を使用している。民生委員の定例会や地域で開催される催し、いきいきサロンにも出向き周知をしている。</p>			
<p>キ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>町会・地区社協より提案をいただき、町会・地区社協が共同発行している広報誌「あきら東」に掲載をしてもらっている。地域包括の活動を紹介したり、報告の場としている。</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	2		
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 0 件 (内センター自体の苦情 0 件)			
	イ. 「30年度1年間に受けた苦情のうち最も困難な苦情」の解決にかかった時間及び解決のために主に連携した機関【時間及び機関を記入】	解決時間: 0 時間 連携機関:			
	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】	いる			
	エ. イの具体的な内容と改善方策	重要事項説明書を用いて説明を行っている。事業所内に掲示も行っている。 介護保険パンフレットを用いて説明を行うこともある。			
	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】	説明は完結・明瞭に表現し相談者が理解しやすいような受け答えをするとともに、相談者が今後の生活等に不安を感じながら相談にきていることを認識し配慮した声かけをするよう意識し、対応をしている。 苦情の受付票はファイルを作成し、保存している。苦情があった際、その内容をセンター内で伝達・情報共有を行っている。対応策について検討し、再発防止に努めている。 必要に応じて市役所へ報告や相談をしている。			

2. 人員体制

評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項
①多様なニーズに対応できる知識・経験のある職員の確保・育成を行っているか。	4	2.25		
ア. 3職種(保健師等/社会福祉士/主任介護支援専門員)の欠員期間(日数)【日数を記入】 ※年度末に報告する欠員期間(日数)を記入 ※欠員がなければ0を記入	保健師等 : (91)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 (2) / (3) = (66 %)			
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 15 月			
エ. 職員に対する職場内研修の開催回数【回数を記入】	2 回			

評価の根拠

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)

日時: 7/19
内容:ファイブ・コグテストの実施方法と認知症予防教室ファシリテーターの役割や参加者グループへのかかわり方について。
時間数: 1時間

日時: 1/28
内容:地域包括ケアシステムについて考える。外部講師を招き、認識を深めるための研修を開催した。
時間数: 2時間

その他: 外部研修の内容を翌朝のミーティング時に要約した内容を伝達をしている。資料については回覧をし共有できるようにした。

4/5 福祉相談窓口オール顔合わせ会
4/17 在宅医療・介護連携支援センター開所式
5/16 地域共生社会を考える 我が事・丸ごと まつどDEトーク
5/30 在宅医療・介護連携支援センター説明会
7/5 福祉相談機関連絡会
7/17 認知症疾患医療センター合同連絡協議会
7/23 地域共生について考える講演会
8/10 ケアパス検討会
8/31 オレンジ協力員受け入れ機関連絡会
10/4 福祉相談機関連絡会
10/30 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
12/6 高齢者を狙う悪質商法
1/10 福祉相談機関連絡会
1/15 松戸市高齢者虐待防止ネットワーク専門職向け研修会
3/26 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

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	①32 ②29 ③30 ④ ⑤ ⑥ ⑦	/		
	平均	30.3 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	3.5	オ	
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 1512 件 健康・医療に関する相談 850 件 経済的相談 532 件 介護予防に関する相談 445 件 家族調整に関する相談 479 件 権利擁護に関する相談 98 件 諸制度や地域の社会資源に関する相談 23 件 安否確認(見守り含む) 34 件 その他 36 件 総計 4009 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 2078 件 健康・医療に関する相談 1142件 経済的相談 802件 介護予防に関する相談 262件 家族調整に関する相談 647件 権利擁護に関する相談 296件 諸制度や地域の社会資源に関する相談 24件 安否確認(見守り含む) 33件 その他 22件 総計 5306 件	3.5	才 困難ケースのみだけではなく。一般相談においても、メインとサブを決め、二人体制で対応を行っている。新規ケースを取りまとめる担当が決まっており、振り分けを行っている。	

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	市全体の高齢化率と比較しても平均を下回っている。圏域は住宅街だが、主が手放した後1区画だった土地が2～4に分割され新たに分譲住宅として比較的若いファミリー層が越してくることが多い印象を受ける。 相談内容としては、介護予防に関する相談に関連した内容が多い傾向がある。通い・集いの場を必要としているが、地域にそのような場が少ない。相談があった際には、まずは近隣の通い・集いの場の情報を提供している。ニーズに合った資源が近くになかった場合、利用できるかは対象者によって判断が異なるが、一つの情報として提供を行うようにしている。		
	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】	相談が入った際の窓口を全て一度受ける職員を一人決めている。相談内容を把握し、より専門的・円滑な支援を行えるよう、担当者を決定するようにしている。 ケースの担当については、メインとサブを決め、2人で対応をするようにしている。朝のミーティング時にケースの進捗状況や支援方針を伝達し共有している。担当者が不在となっても、共有を図っているため対応ができるようにしている。		

<p>②相談事例の解決のために、進捗管理や他分野との連携等、必要な対応を行っているか。</p>	<p>3</p>	<p>2.8</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>80代の本人・40代の子同居のケース。認知症の進行に伴い、介護量が増加、子が精神的負担を感じたことから手を挙げてしまうと子より相談が入り、本人に面会をする。身体に複数カ所の打撲痕や皮下出血が認められる。本人からもどのような状況で負傷したかの状況説明がある。子からの身体的虐待を受けている事実を把握、市に報告する。契約にて介護保険サービス(短期入所生活介護)の利用を開始する。病状が進行はしているものの確定診断が出ず、検査入院目的のため総合病院まで行くが本人・子共に入院を拒否、自宅に帰ってしまう。若干の判断能力の低下はみられるものの本人の意向は子との同居であり、在宅生活が再開される。子へは再度同様の行為があった際には分離を行うことを説明、支援者で状況の確認をこまめに行うこととなる。在宅生活再開後3週間が経過した頃に虐待が認められたため、支援者で協議し措置入所の対応をとる。本人に判断力の顕著な低下がみられたため、医療同意については親族に協力を依頼する。財産管理については審判前保全を申請するとともに、成年後見制度申し立ての支援を行った。病状や治療については主治医をはじめとした医療機関と、権利や財産を守るために弁護士と、措置等の全般的な支援方針を市と密な連携を図りながら支援を行った。</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>子と同居。相談時は介護保険未申請、障害の認定は受けていたが障害サービスの利用はない。子も精神疾患を有しており支援を要する状態であった。子が混乱し本人と口論の末、暴力を振るい、本人が恐怖を感じ警察に通報、子は拘留となる。市を通して地域包括に連絡が入る。介護保険申請に該当すると判断し、介護保険申請を行う。コア会議にて精神面の不安定さがみられ独居は困難、子が釈放後に接触を持つことは生命に危険があると判断する。検討の結果、1週目は障害の措置、2週目以降は高齢者の措置にて支援をすることとなる。障害福祉課と連携を図り、本人の入所先を確保するとともに、生活の場が変わる際の引継ぎ、措置後の生活の場を決定を支援した。</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>70代、独居のケース。認知症の進行に伴い、時間問わず自分のペースで出かけてしまう。介護サービスを利用しつつ近隣に住む子が支援をしていたが、道がわからなくなり立ち止まる、帰りが極端に遅いなど一人での外出に家族が不安を感じるようになってきた。心配した家族が本人の意思で外に出られないように施錠していた。認知症の進行・悪化に対して医療の関わりが十分でなかったため適切な医療に繋げるため医療機関に生活状況や認知症の症状・家族が不安に感じていること等の情報を提供するとともに、介護保険サービスの再調整をケアマネと共に検討、家族に対しては認知症への理解の促進を促す助言を行った。検討の結果、一度在宅を離れ入院加療をすることとなる。在宅復帰を今後する予定もあるため、その都度必要な支援を行うこととする。</p>			
<p>オ. 介護と仕事の両立支援や福祉まるごと相談などと連携して対応した相談事例(最も解決困難だった1事例)の概要及び対応内容【自由記入】</p>	<p>80代の本人と50代の子①の世帯。本人は重大な疾病のおそれあったため、検査治療目的のため入院。余命もわずかとなり、子①に病状説明を行おうとするも、医療への不信があり、医療関係者との接触を拒否する。子①には精神疾患の既往があるも、医療や障害の支援が適切・十分に行われていなかった。本人の年金は子①が管理していたが、医療費の未払いも続き、財産管理にも支障をきたしていた。今後の支援についてどのように対応したらよいかと地域包括に相談が入る。状況を確認するとともに、子①への支援も必要であり、また、世帯単位での支援が求められることから、福祉まるごと相談室へ連携を依頼する。入院中の医療機関を含め検討の結果、子①はキーパーソンとはなりえないと判断。成年後見人の申し立ても検討するが、本人の病状から考えると選任されるまで間に合わないことが予想された。身元引受人が不在となることも考え死後事務委任契約を検討するが、他に子②の連絡先がわかったため連絡をとる。キーパーソンには子②になってもらい、本人の病状を説明する。本人の医療や介護にまつわる判断と死後の手続きを担ってもらうこととなる。子①については引き続き中核地域生活支援センターに関わりをもってもらい支援継続を図った。</p>			
<p>カ. その他【任意・自由記入】</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	3.6		
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		
		①関係機関・地域の町会等による住民等向けのイベント(3件) いきいきサロン(11/17、2/2、2/16)		
	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 (15件) 4/4 福祉相談窓口オール顔合わせ会 4/16 在宅医療・介護連携支援センター開所式 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 5/29 在宅医療・介護連携支援センター説明会 7/4 福祉相談機関連絡会 7/13 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 8/9 ケアパス検討会 8/30 オレンジ協力員受け入れ機関連絡会 10/3 福祉相談機関連絡会 10/29 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 12/5 高齢者を狙う悪質商法 1/9 福祉相談機関連絡会 1/11 松戸市高齢者虐待防止ネットワーク専門職向け研修会 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		
	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		
		③地域密着型サービス事業者の運営推進会議等 (8件) 認知症対応型共同生活介護(5/19、7/21、9/8、11/17、2/23、3/16) 地域密着型通所介護(9/19、3/15)		

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。		3	3.2	マップ作成時、商店・医療機関・サービス事業所等へ掲載についての確認を行い、事前に事業所紹介やバリアフリーの状況、写真の掲載についても確認を行ったうえでマップへ反映している。また、ケアマネ交流会での意見も踏まえてマップ作成を行った。
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 6ヶ所 圏域外 14ヶ所		
	イ.【ア】の内訳	配食(5)箇所、見守り(2)箇所、移送(4)箇所 サロン(3)箇所、地域の予防活動(6)箇所 その他()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】	資源の所在地や内容を理解しやすいよう相談の際に活用している。 町会の回覧板にも入れてもらい、配布している。		

評価の根拠	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	総数 1 ヶ所 (内新規立ち上げ支援数 1 ヶ所)		
	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】	認知症予防のための活動 月1回		
	ク. その他【任意・自由記入】			

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	2.66		
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】	本人・家族からの相談、民生委員や町会自治会からの情報提供やケアマネをはじめ介護サービス事業者、医療関係者等からの相談から必要がある高齢者を把握している。また、総合相談の支援の際に権利擁護が必要であると判断する場合もある。	/		
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 5 件 ②他の圏域と比較して大きな差は生じていない。圏域は戸建ての住宅街が多く、不動産を所有している場合が多い。戸建てでなくとも、築年数が経過した分譲マンションが点在している。預貯金や不動産の管理が必要となり、制度活用を検討する方が増加していくと予想している。相談時に成年後見制度という言葉は初めて耳にする方も少なくないため、制度自体の理解を進めていく必要がある。 今後は成年後見制度の普及啓発の機会として講座の開催を予定していく。講座開催のチラシを作成、いきいきサロンやふれあい会食会、元気応援くらぶ等の団体に広報の協力依頼をし周知していく。			
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 2 件 ②他の圏域と比較して事業につながったケースが少ない印象もある。今年度に関しては制度を検討したものの、利用には至らなかったケースも数件あった。制度の利用に該当すると判断される場合には利用に繋がるための支援を積極的に行っていく。 成年後見制度同様、周知の場を作り、普及に努めていきたい。			
エ. その他【任意・自由記入】	自身の権利を守る・自身の意思を自分が表現できる時期にまとめておきたいといった意識を持った高齢者も多くいるため、エンディングノートの活用等も促進していくことも考えていきたい。			

評価の根拠

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	3.66			
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例の件数(30年度1年間)【件数を記入】	11 件			
	イ. 職員が、虐待事例に関する緊急時に連携できる介護施設・医療機関等の各種施設の連絡先を携帯している／いない	いる			
	ウ. 通報を受け48時間(24時間)以内に安全確認や必要な対応を行った事例の概要と対応内容(1事例)	80代の本人・40代の子同居のケース。認知症の進行に伴い、介護量が増加、子が精神的負担を感じたことから手を挙げてしまうと子より相談が入り、本人に面会をする。身体に複数カ所の打撲痕や皮下出血が認められる。本人からもどのような状況で負傷したかの状況説明がある。子からの身体的虐待を受けている事実を把握、市に報告する。契約にて介護保険サービス(短期入所生活介護)の利用を開始する。病状が進行はしているものの確定診断が出ず、検査入院目的のため総合病院まで行くが本人・子に入院を拒否、自宅に帰ってしまう。若干の判断能力の低下はみられるものの本人の意向は子との同居であり、在宅生活が再開される。子へは再度同様の行為があった際には分離を行うことを説明、支援者で状況の確認をこまめに行うこととなる。在宅生活再開後3週間が経過した頃に虐待が認められたため、支援者で協議し措置入所の対応をとる。本人に判断力の顕著な低下がみられたため、医療同意については親族に協力を依頼する。財産管理については審判前保全を申請するとともに、成年後見制度申し立ての支援を行った。病状や治療については主治医をはじめとした医療機関と、権利や財産を守るために弁護士と、措置等の全般的な支援方針を市と密な連携を図りながら支援を行った。			
	エ. その他【任意・自由記入】	全て地域包括だけで判断せず、市へ報告相談をし、連携を図りながら支援を行った。今後も見識を深める努力を行っていく。			

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		
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】	消費生活センターと情報交換をし普及啓発活動を共に行った。情報交換の頻度は不定期で年数回程度であった。今後はさらに密な連携を意識し実施していく。			
	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】	消費者被害防止啓発のチラシの配布を連携を図っているケアマネやサービス事業者に配布している。			
	ウ. センターが開催した権利擁護に関する全ての住民向け講演会の開催回数・日程・内容・主な参加者層・参加者数【開催回数・日程・内容・主な参加者層・参加者数を記入】 ※他センターとの合同開催も記載し、その旨を明記	開催回数合計 2回 日時: 12/5 内容: みんなで撃退、悪質商法 主な参加者層: 70代・居宅支援事業所ケアマネ 参加者数: 16名 日時: 10/31 内容: みんなで学ぼう高齢者虐待 主な参加者層: 地域住民・民生委員・介護関係者 参加者数: 77名			
	エ. その他【任意・自由記入】	地域の方に配布する資料の作成の際に最近多発している消費者被害の情報提供と指導協力をいただいた。			

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	3.33		
ア. 30年度1年間における地域の介護支援専門員からの相談件数【月報 3 2) 1の件数を記入】	916 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】	80代の本人・50代の子同居のケース。子は精神疾患の既往があり、通院継続中。子の浪費癖により生活費が困窮、本人が近所や知り合いに返す当てがないにも関わらずお金を借りて回っている。必要な介護サービスについても食事代の支払いができないために利用を制限をしてしまっている。適切な支援が行えていない。と相談がケアマネより入る。金銭管理の支援者として日常生活自立支援事業の活用を提案。生活支援課とも連携し、事業の利用を検討、利用に向け相談を進める。その間、子が妄想・幻視の症状から、本人に暴力をふるい医療保護入院となる。子の支援者として関わっていた保健所、基幹相談支援センターも含め、世帯の支援として今後の方向性を検討。主治医からは在宅生活困難との意見が出る。子は在宅復帰は当面できないことも分かったため、今後の本人の生活の場について再度支援者で検討する。本人は自宅で今まで通り生活することも希望する反面、独りでの生活には不安を感じている。家事全般の支援の必要性・見守り者が不在となる自宅より、見守りや支援の環境が整った施設の方が本人にとっては良いだろうと、本人を含めた検討の場で決定され、施設入所となる。			
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】	8 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】	<p>【事例検討会】</p> <p>4/27,6/18,8/27,10/22,12/7,2/25</p> <p>12/12: ケアマネのための資源マップ作り・交流会</p> <p>1/29: 介護支援専門員資質向上研修</p> <p>講師: 菊池雅洋</p> <p>講演: I 最期まで自分らしく住み慣れたまちで暮らしていくために ~今さら聞けない、地域包括ケアシステムのこと~</p> <p>II 介護保険制度の今後の展望 ~介護支援専門員に求められることとは~</p>			

評価の根拠

オ. その他【任意・自由記入】	日常的な業務や複雑な書類の整理に追われているケアマネが多い。スキルアップのための研修は多くの場で開催されているが、ケアマネの使命や誇り、やりがいを再認識してもらうようなブラッシュアップの視点も含めた研修は少ない。そういった視点も満たした研修を多くのケアマネに聞いてもらいたいと思い、1/29に開催した。数名ではあったが地域住民の参加もえられた。参加者からは、気持ち新たに業務に励みたいといった意見が多く聞かれ、同様の研修開催を望む声も多数あった。			
-----------------	---	--	--	--

<p>②地域の介護支援専門員に対して、支援困難事例等への個別指導・助言を効果的に行っているか。</p>	<p>4</p>	<p>3.25</p>		
<p>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>118 件</p>			
<p>イ. アのうち、最も支援困難な事例(1事例)の概要及び個別指導・助言の内容【自由記入】</p>	<p>80代の本人・50代の子同居のケース。子は精神疾患の既往があり、通院継続中。子の浪費癖により生活費が困窮、本人が近所や知り合いに返す当てがないにも関わらずお金を借りて回っている。必要な介護サービスについても食事代の支払いができないために利用を制限をしまっている。適切な支援が行えていない。と相談がケアマネより入る。金銭管理の支援者として日常生活自立支援事業の活用を提案。生活支援課とも連携し、事業の利用を検討、利用に向け相談を進める。その間、子が妄想・幻視の症状から、本人に暴力をふるい医療保護入院となる。子の支援者として関わっていた保健所、基幹相談支援センターも含め、世帯の支援として今後の方向性を検討。主治医からは在宅生活困難との意見が出る。子は在宅復帰は当面できないことも分かったため、今後の本人の生活の場について再度支援者で検討する。本人は自宅で今まで通り生活することも希望する反面、独りでの生活には不安を感じている。家事全般の支援の必要性・見守り者が不在となる自宅より、見守りや支援の環境が整った施設の方が本人にとっては良いだろうと、本人を含めた検討の場で決定され、施設入所となる。</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>28 件</p>			

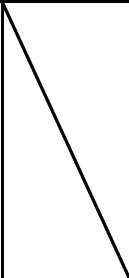
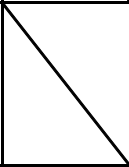
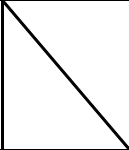
評価

<p>細の根拠</p>	<p>エ. ウのうち、最も支援困難な事例(1事例)の概要及び指導・助言の内容【自由記入】</p>	<p>80代要介護5の本人と、50代子の世帯。日中独居となるため介護の担い手として介護保険サービスを利用している。子がケアマネをはじめサービス事業所に対し気に入らないことがあると契約を解除してしまう、そのため事業所が数十カ所変更となっている。担い手がころころと変わってしまうため、一貫・継続的な支援が困難となっていた。</p> <p>支援内容について変更が困難な依頼が子よりケアマネにはいる。変更ができないことを伝えると憤慨、担当者変更の意向がある。ケアマネとしてもこれ以上の支援の継続はできない、信頼関係も再構築も困難と思われるとのことであったため、新たな担当者を探すこととなる。</p> <p>円滑な支援となるよう、ケアマネ間の引継ぎや新任のケアマネの開催するサービス担当者会議に出席、自宅への訪問に同行する。</p> <p>支援者に対して、子は診断は出ていないが精神的な疾患が疑われる状態であると想定されること、キーパーソンではあるが子に対しても今後何らかの支援が必要となる可能性もあることを理解したうえで関わるといった視点をもって支援をした方がよいのでは、と助言する。</p> <p>子とケアマネの信頼関係が構築されるまでの間、ケアマネのモニタリングにも3ヶ月間同行する。</p> <p>子が支援者に対し怒りを表出することもあったが、その都度、地域包括も間に入り説明を重ねる。ケアマネ・サービス事業者とも関係性が構築され、継続的な支援ができた。</p>		
	<p>オ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>居宅支援事業所内やケアマネ同士の横のつながりの中で制度の理解につながる情報の共有は可能だが、地域資源の把握や権利擁護といった視点を持つことに苦手意識をもつケアマネも多い。ケアマネ支援の際に地域資源や日常生活自立支援事業や成年後見制度の情報の提供や利用促進に向けた関わりを行った。</p>		

6. 地域ケア会議関係業務

評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項
①地域ケア会議の開催を通じて、地域の課題を把握しているか。	4	3		
ア. 30年度1年間における、地域包括ケア推進会議・地域個別ケア会議の開催回数【件数を記入】	①地域包括ケア推進会議 2回 ②地域個別ケア会議 4回			
イ. 地域包括ケア推進会議・地域個別ケア会議の開催に当たって、関係機関等の意見を聴取した上で、議題とする事例やテーマを選定している／いない	いる			
ウ. イが「いる」の場合、その具体的方策【自由記入】	地域ケア会議終了後に毎回交流会を開催している。交流を図るだけでなく、事例やテーマに対する意見、地域の課題の共有を図る良い機会となっている。事例を選定する際の参考としている。ケアマネに対しては、支援を通じ事例提供を依頼している。			
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」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転居して間もなく、介護保険サービス利用に対しても拒否がある。集合住宅に住んでおり、他者との関わりが少ない。介護保険以外で見守りや安否確認の支援はないか。また、そういった高齢者の緊急時の対応等や情報共有のために、貸家の所有者や近隣住民とどのように連携していけばよいか。 ②町会長・民生委員の方から意見をいただいた。			

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ケア会議内での意見反映方法</p>	<p>①職種：警察署 ②意見を聴取した方法： ③ケア会議内での意見反映方法：パンフレット・ホームページから活用できる情報を印刷し、会議内で使用した。</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>年間スケジュールを年度初めに作成、委員へ配布し周知。出席を依頼している。</p>			

②3層構造の地域ケア会議の連携を通じて、地域の課題解決を図っているか。		3	3.25		
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】	<p>疾病発症後半年はデイサービスなどの介護保険利用したが、よくなったから、趣味の活動をしているからとデイサービスの利用を中止する。何もすることがないようで、自宅周辺を歩き回っていることが多い。下肢筋力の低下があり歩行時にフラツキがある。プライドが高くデイサービスにいる利用者と自分は違うという思いが強く利用には消極的。散歩は3～4時間帰ってこない事もある。 課題:介護保険利用の希望はない。介護保険外で利用できる通い・集いの場が少ない。</p>			
		<p>独居。収集癖が若いころからあり、現在は庭にまで物が溢れている。車の中も運転席以外は物で溢れている状態。移動手段は車。ダッシュボードは新聞紙や雑誌が重なっている。ハンドルを切ると新聞紙や雑誌が雪崩のように落ちてくる。後部座席は天井近くまで物がある為、運転中に後方確認が出来ない状態。認知力の低下も見られているため事故のリスクが高いと思われるが、本人に自覚はない。車がなくなってしまうと生活に大きな支障をきたしてしまう可能性がある。 課題:免許を返納することで事故の危険は回避できるが、買い物に困難となり日常生活に支障をきたすおそれがある。</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	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】				

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		
ア. 在宅医療を行う医療機関と緊密に連携して対応した事例(2事例)の概要【具体的な連携内容を記載】	<p>70代、夫婦世帯。悪性新生物の診断がされたが、度重なる受診と検査、診断後の精神的ショックでうつ状態となり、約2週間食事や飲水がままならない状態が続いていた。近隣住民が心配をし地域包括に相談が入る。体力低下が顕著で外来受診が難しいため配偶者が近医に本人の状況を説明し往診を依頼。往診時に立ち合いを行う。往診医の診察後、低栄養状態のため入院加療の必要性があると判断され総合病院への救急搬送に地域包括が同行し入院となった。</p>			
	<p>60代、要介護1、独居のケース。ケアマネより、幻聴・妄想があり生活に支障をきたしているようだと言われ初回訪問となる。アセスメントの際に症状が出現しているであろうと推察。本人は自分はしっかりしている周りがおかしなことを言っていると、病識はない。医療の必要性を説明し、同意の上、精神科訪問診療を依頼。初回訪問診療の際には地域包括も同席。加療が開始され一時は落ち着く。しばらくして妄想がひどくなったため、主治医に相談。同日主治医が診察し、入院の必要があるとの判断がなされ、主治医と共に入院先を探し、入院に至るまでの支援を行った。</p>			
	<p>80代、要介護1、独居。自己判断により受診を中断。認知症の診断を受けているが服薬についても中断中であった。本人が受診の必要性を感じておらず、受診については否定的であった。訪問を重ねていく段階で介護認定更新の時期と重なったこともあり医療機関と連携し、受診日を調整。医療機関に情報提供を行い医師から継続した受診が必要であることを説明してもらえよう依頼し受診再開となった。主治医から介護保険サービスの利用を勧められるが、本人がサービス利用に否定的であり、利用にはつながっていない。医療機関と情報共有を図りながら地域包括が定期的に電話連絡や訪問し、見守り支援を行っている。</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
【具体的な連携内容を記載】

70代、独居。物忘れの症状があり、定期通院が必要であるが、受診忘れや主治医からの指示、検査結果等忘れてしまう。状況を医療機関としても把握しているが、支援者不在であるため適切な受診に繋がっていなかった。医療機関から地域包括に相談が入る。状況を把握するため、受診に同行する。受診時に主治医と相談し、介護保険申請をすることとなる。受診の必要性は理解しているも、日程を忘れてしまうため直前に受診の連絡をすることとした。連絡だけでは受診を忘れてしまうため、付き添い者を確保する方向に変更。保険外サービス活用のため経済的に負担となっていることと、ADLの低下に伴い通院も困難になりつつあることもあったため、再度主治医と相談し訪問診療に切り替えることとなった。確実に医療に繋がるよう支援をした。

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】

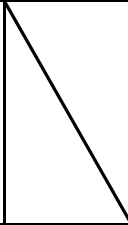
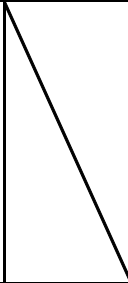
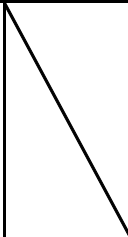
70代、要支援2。整形外科疾患により入院となる。本人は介護保険サービスに対して拒否があるが、退院後安全に生活するためには在宅環境の調整が必要な状況であった。本人と家族の希望を考慮し、医療相談員やリハビリ専門職と家屋調査や担当者会議を重ね、入院中の本人の様子やリハビリと治療の進捗状況を定期的に情報共有を行い、適宜支援計画の追加修正を行った。福祉用具の設置の位置やその他必要な支援の調整を行い自宅退院となった。

医療機関①医療相談員から退院後の支援について相談があった50代のケース。脳疾患にて入院するまでは生計中心者として就労しながら孫の面倒をみていた。退院後、本人の生活支援が必要な状態であり復職に向けての支援が必要となる。病院にて本人と面会し退院に向けてカンファレンスを開催、在宅復帰の調整をしていたが、本人の病気が再発、医療機関②に転院となった。医療機関②の医療相談員と情報共有を行い区分変更申請を行うと判断し手続きを実施、要介護の認定の可能性があったためケアマネの調整を行い、在宅復帰に向けてのサービス調整を行った。

<p>エ. その他 【任意・自由記入】</p>	<p>地域サポート医より、継続的な見守りを要する高齢者や介護保険サービスが必要な高齢者への介入依頼があり包括で対応するといったように、日常的に情報共有を行っている。 入院医療機関から在宅へに戻られる際には、膀胱留置カテーテルやインシュリン自己注射など自宅で管理が必要な医療行為に対して、本人と家族への指導内容や理解度を医療機関と共有し、安全に自宅で管理が行えるよう支援を行っている。個別の相談案件での関わりを通して、医療機関と密に連携し、関係性を築くことができたため今後も継続していきたい。</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>2.6</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 10 件 (内、サポート医事業 10 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) 12 件 (内、サポート医事業 12 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、要介護2。日常生活において支援が必要な状態で介護サービスを利用しながら生活をしてきたが、心身状態が悪化、自宅内の自力移動が困難となる。十分な水分の摂取ができず体動困難な状態にまで低下したが病院受診を拒否。ケアマネが説得を試みるも拒否が続き、地域包括に相談が入る。地域サポート医にアウトリーチ依頼し診察に立ち会う。地域包括より在宅医療・介護連携支援センターにも相談し同行訪問。新たに皮膚疾患も認められ入院加療レベルであったが、本人が入院に対して強い抵抗があり困難と判断。本人からは在宅で最低限の医療と介護を受けることには同意を得られたため、特別指示書受け訪問看護の利用を開始、介護保険サービスもケアマネと再調整し利用を開始し在宅の環境を整える。定期的に訪問診療も受けられるよう調整を行った。</p>			
	<p>80代、要介護2。数年まで通院していたが自己判断にて受診をやめていた。受診の必要があるが、拒否があり受診に至っていなかった。ケアマネから地域包括に相談が入る。地域包括同行し、受診の促しをするも拒否が強い。地域包括から在宅医療介護連携支援センターに相談、アウトリーチを依頼する。サポート医・ケアマネと共に同行訪問を実施。サポート医より受診の必要性の説明を受けたことで本人も納得、通院をすることとなった。地域包括・ケアマネが同行し外来受診が開始された。</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やっている具体的な方策【自由記入】</p>	<p>地域ケア会議に毎回地域サポート医が参加している。医師会が主催する研修会にも参加している。相談支援の中で受診同行や担当者会議・カンファレンス等を通して医療関係者と密な連絡を取り合い、円滑に支援が進むよう支援を図っている。</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 4 回</p> <p>7/13認知症疾患医療センター合同連絡協議会 9/29 看看ケアマネ連携フォーラム 10/29在宅医療・介護連携推支援センターアウトリーチ事例検討会 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</p>			
<p>オ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>現在、地域サポート医との情報交換を日常的に行っており良好な関係性を築いている。今後も支援が必要な地域高齢者に対して、十分な支援を円滑に行えるように医療機関や地域サポート医との連携を強めていきたい。</p>			

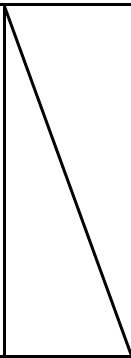
8. 認知症高齢者支援

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	3.2		
ア. 包括自身が主体となって認知症初期集中支援チーム事業を実施している/いない	いない	/		
イ. 認知症初期集中支援チームにつないだ、または包括自身が認知症初期集中支援チームとして実施した事例の件数(30年度1年間)【件数を記入】	1 件			
ウ. 認知症初期集中支援チームにつないだ事例(1事例)の概要・センターの対応内容・チームとの連携内容 チームを実施している包括は、支援事例(1事例)の概要・チームとしての対応内容・関係者との連携内容【自由記入】	配偶者が入院したため独居となる。物忘れの症状があり、介護申請を行い、要介護2の認定を受ける。支援の必要性を子を含めた支援者と相談・検討し、社会との交流を図れる機会を持つことを目的とした通所系サービスの導入を検討・調整するも拒否がある。物取られ妄想等の言動もみられるようになったため専門医を受診する。専門医受診時にチーム員として同行、本人の生活状況をはじめとした現状を報告する。その後、専門医を交え担当者会議を行う。主治医から本人に対し、健康管理のための支援を受けることの必要性を説明したこともあり、訪問系サービス(訪問看護)の導入に対しての受け入れに対しての拒否はなくなったため介護保険サービスの利用を開始することとなる。利用開始に向けた担当者会議にも同席し、円滑にサービスの開始が図れるよう情報提供を行う。サービス利用を開始したことにより、安否確認を含めた支援が行えるようになった。			
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】	22 件			

評価の根拠

<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>70代、独居。物忘れを自覚し、他の疾患もあったため受診の際に相談。受診の予約を忘れることや、処方を受けるが服薬管理が不十分となっていたことを医療機関も把握していた。継続的な支援が必要であることが予測され、医療機関から在宅医療・介護連携支援センターに、その後地域包括に相談が入る。 DASCを実施したところ30点。医療機関同士が連携図り、地域サポート医に引継ぎ、定期受診ができるようになった。介護保険も申請、要介護2の認定を受ける。訪問介護・訪問看護の利用を開始。 セルフケアについては、本人と継続して長期的に取り組める内容を検討する。既に習慣化されていたものを継続するより、より効果を得られるよう新しい取り組みに挑戦することとなる。検討の結果、日記をつける知的活動と、テレビ体操を日課とし取り組むようになった。</p>			
<p>カ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>認知症の早期把握・早期対応事業に積極的に取り組んだ。認知症に関連する事業一つひとつが個別に存在するのではなく、関連した事業と把握し一貫性が生まれるように意識をするとともに、地域包括として切れ目のない事業となるように実施をした。総合相談の過程で対象者の把握をすすめるとともに、事業活用をすることで予防に繋がる取り組みが高齢者自身で行えるよう支援をした。</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	3.2		
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(30年度1年間)【件数を記入】	1 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】	子と同居。認知症の診断、数年前から日常生活に大きな支障をきたすほどではないが、外出の頻度が減少してきている。社会との交流が減少しており、家族は刺激が少なく認知症が進行するのではないかと心配している。要介護の認定も受けていたが、通所介護利用には拒否的で利用はしていなかった。元気応援くらぶへの参加であれば前向きに検討するようになり、参加を開始。継続的な参加ができるようオレンジ協力員が訪問し参加の声かけ、参加時他者との関わりが活発になるよう同じテーブルに座って会話が弾むようパイプ役を担うなどのサポートをもらった。			
	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 3 回 74人 8/1 職業訓練校・初任者研修参加者 21人 2/26 松戸市立病院附属看護専門学校1年生 41人 3/8 通所介護事業所介護職員 12人			
	エ. 認知症ケアパスの普及啓発のために行っている具体的方策【自由記入】	総合相談やケアマネからの相談の際に使用。認知症を支える家族に対して、症状についてや介護のポイントを説明する際に活用している。 また、認知症予防教室開催時に参加者の方にも配布している。認知症の理解や普及啓発の際に活用している。			
	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	カフェチーム:プラチナカフェの立ち上げ・カフェ開催時にスタッフとして活動を行った。 予防チーム:認知症予防の活動の一環として、DASC活用・促進のためのポスター作製を行った。 松戸まつりの普及啓発の活動にも参加をした。 認知症ケアパス検討会に参加。			

<p>キ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>毎週1回認知症カフェを開催した。開催に際してはボランティアに依頼、オレンジ協力員にも活動を依頼した。オレンジ協力員とはカフェ開催においては連携を促進することができたが、個別の活動は少なかった。次年度においては、該当ケースがあった際には協力員とも積極的に連携していきたい。</p> <p>認知症サポーター養成講座は、今後介護の担い手となる看護の学生や初任者研修受講者に対しての開催はあったが、地域の方を対象としたものがなかったため、次年度には地域住民を対象とした開催も検討したい。</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。	4	2.42			
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】	9 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>80代独居。配偶者が他界後、独居となり週1回の訪問型サービスを利用していたケース。支えであった配偶者が亡くなったという現実をなかなか受け入れることができず、精神面の落ち込みがみられた。近所との交流も減少しており、他者との交流は週1回訪問するヘルパーや電話で友人と話すのみであった。本人から地域で話をしたり運動のできる場を探したいという相談を受けたため、地域のサロンや体操教室の情報提供をした。月に1回の地域のサロンに参加したところ、話の合う方が見つかり毎月の参加につながった。継続的に活動できているかモニタリングを継続している。</p>		/		
評価の根拠	<p>70代。外出や運動の機会が減少してきたため、運動ができる場があれば参加したいと相談がある。自宅を訪問しアセスメントを実施し、短期集中予防サービスの利用があると判断し、提案する。担当者会議開催し、機能強化型コースの利用開始となるが、新たな疾病を発症し中断することとなる。その後本人よりサービス再開の希望があり再度アセスメントを実施。短期集中予防サービスの実施期間が終了となっていたため、利用ができないことを説明し、他に利用できる資源の情報を提供、体操教室や元気応援くらぶを提案し、本人と検討の結果、元気応援くらぶの利用につながった。</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)	<p>70代。事業対象者。歩行が不安定になり歩行距離が短くなってきたと相談が入る。アセスメントを実施、短期集中予防サービスを提案する。検討の結果、利用開始となる。モニタリングを実施、事業への積極的な取り組みをしていることを把握する。評価時のチェックリストではチェックに変化はなく維持の状態改善には至らなかったが、本人はイスからの立ち上がり動作が以前よりスムーズに行えるようになったことを実感されている。継続的な活動が必要であることを本人も理解しており、今後も自宅でできるプログラムへの意欲がある。体を動かすことを意識し、取り組みをした生活を送っている。</p>	/			

例)の概要と対応内容【自由記入】

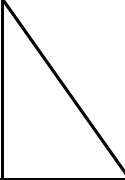
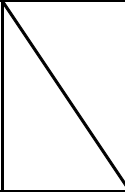
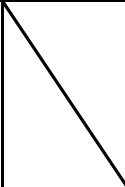
70代。短期集中予防サービスの利用ではないが、腰椎圧迫骨折のため介護保険申請を支援。退院後要支援の認定を受ける。アセスメントを実施、歩行器のレンタルを開始することとなる。地域で活動されている情報を提供、元気応援くらぶや体操教室等に参加することとなる。徐々に身体機能が改善してくる。歩行状態が安定してきたことを判断・評価をし、歩行器を返却する。介護保険更新時に非該当となる。現在は自身でスポーツジムへ通うまでに改善した。

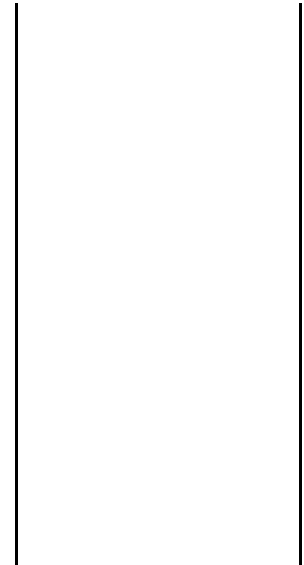
	エ. ケアマネジメントC作成件数(30年度1年間)【件数を記入】	0 件		
評価の根拠	オ. 一般的なケースにおけるモニタリングの実施頻度と実施内容【実施頻度と実施内容を記入】	<p>訪問によるモニタリングを実施。必要に応じて毎月、少なくとも3か月に1度訪問をしている。訪問できない月には必ず電話でのモニタリングを実施している。</p> <p>サービスの利用状況や健康状態・日常生活における新たな課題が発生していないか、本人・家族の意向がケアプランに反映されているかどうかの確認を行っている。デイサービス利用中の様子を確保するためにデイサービスを訪問したり、訪問系サービス利用時に自宅を訪問し利用状況の確認をする場合もある。</p>		
	カ. その他【任意・自由記入】	<p>圏域内に短期集中予防サービス事業所がないという地域性である。短期集中予防サービスを検討しても高齢者が自身で通うには遠く利用を断念することがある。また、短期集中予防サービス修了後に通うことができるサロン等の団体がないこともケアマネジメントCに繋がらない要因になったと考えられる。平成29年度末に圏域内に元気応援くらぶが立ち上がり、利用に繋がっている。</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		
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】	市より通知のある居宅支援事業所の一覧表やケア倶楽部から情報を委託可能な事業所を把握している。居宅介護支援事業所の対応可能な曜日・時間など、利用者や家族に合った事業所を総合的に判断し依頼している。また、支援の複雑化が予想されるケースについては、特定事業所加算を算定している事業所や、早急な対応が求められる場合にも対応力のあるケアマネに相談し依頼をしている。			
	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】	総合相談緒ケースへの支援を通して連携を図っている。また、地域包括主催の研修会において圏域内外の居宅介護支援事業所のケアマネと情報を共有している。信頼関係を構築をできるよう連絡や交流を定期的に行っている。			
	オ. その他【任意・自由記入】	要支援や事業対象者のケースを引き受けてくれる事業所は多くはない。ケアマネの退職等の諸事情により委託を継続することが困難な事業所もある。可能な限り予防支援事業所にて対応をしようとしている。			

10. 松戸市指定事業

評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項	
①松戸市指定事業を適切に実施しているか。	4	3.16			
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(533)人(平均 22 人/回) ②最多教室の状況 日程:10月5日 内容:浴用タオルを用いた全身運動 参加者層:体力維持や健康に関心のある圏域内65歳以上の高齢者 参加者数:30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 (18)回開催(155)人(平均 8.6 人/回) ②最多教室の状況 日程:7/26、8/30、9/6、9/13、9/20、9/27、10/4、10/11、10/18、10/25、11/1、11/8、11/15、11/22、11/29、12/6、12/13、12/20 内容:認知機能測定検査(ファイブ・コグ検査)、オリエンテーション、ウォーキング・旅行プログラム16回を開催。認知症予防は、適度な運動と知的活動を共に取り組むことが効果を高めるとされている。プログラムは、運動については1日20分の早歩きを週5日が日課になることを目標に、知的活動は行き先を決め、その行き先について調べ、旅程を作るといった活動を行った。 参加者層:認知症予防に関心のある65歳以上高齢者		/		
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 (2)回開催(66)人 日程: 7/26 内容:加齢に伴う身体機能のフレイル予防の必要性、脱水や食中毒のメカニズムと過程でできる予防方法について 参加者数: 46人 日程: 9/27 内容:オーラルフレイル予防 参加者数: 20人 ②センターが依頼を受けた 参加総数(1)回開催(12)人 日程: 9/12 内容:終活について考える 参加者数: 12人			/	

<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>ボランティアに関心のある地域住民に対し、元気応援クラブの活 動内容を紹介した。</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: 135 件 住宅改修の助言・理由書作成: 1 件 その他: (): 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>いきいきサロンやふれあい会食会、元気応援クラブや認知症カ フェ開催の場において介護保険制度の説明や、その他保健福祉 サービスの情報を提供する等、普及啓発のための伝達を行った。</p>	



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

評価項目	回答欄	行政チェック(○または空欄)		
1.組織/運営体制	<p>地域包括の運営の状況や今後の方針については、法人に定期的に報告し助言を受けた。</p> <p>総合相談業務をはじめ、地域包括内の業務を円滑に行うには職員同士の連携が重要と考える。業務から離れた場での交流を図ることが互いを知る貴重な機会であり、より活発な交流を図ることに繋がるため、定期的に食事会やバーベキューなどを開催している。</p> <p>また、日常的にも同じ話題を共有する、自然に会話が増える、コミュニケーションをする機会となると考え、昼食を自分達で準備をし食すといった「同じ釜の飯を食う」を実践している。</p>			
2.人員体制	<p>総合相談職員の配置は3人であったが、予防職員が1人充足したため、予防管理者を総合相談兼務とした。</p> <p>総合相談職員の配置を手厚くし、相談業務がより円滑となるよう取り組んだ。</p>			
3.総合相談支援業務	<p>相談が入った際の窓口を全て一度受ける職員を一人決めている。相談内容を把握し、より専門的・円滑な支援を行えるよう、担当者を決定するようにしている。</p> <p>ケースの担当については、メインとサブを決め、2人で対応をするようにしている。朝のミーティング時にケースの進捗状況や支援方針を伝達し共有している。担当者が不在となっても、共有を図っているため対応ができるようにしている。相談担当については、メインとサブを決め、2人で対応をした。</p>	○		
4.権利擁護業務	<p>職員1人ひとりの知識を深めるため積極的に研修へ参加した。</p>			
5.包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	<p>日常的な業務や複雑な書類の整理に追われているケアマネが多い。スキルアップのための研修は多くの場で開催されているが、ケアマネの使命や誇り、やりがいを再認識してもらうようなブラッシュアップの視点も含めた研修は少ない。そういった視点も満たした研修を多くのケアマネに聞いてもらいたいと思い、研修を開催した。</p>			

6-1 地域ケア会議関係業務	地域ケア会議終了後に毎回交流会を開催した。事例やテーマに対しての意見、地域の課題の共有を図る良い機会である。会議等の形式ではないため、より活発な交流の場となっておりお互いを知る良い機会にもなっている。	
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。)		
7.在宅医療・介護連携推進業務	地域サポート医より、継続的な見守りを要する高齢者や介護保険サービスが必要な高齢者への介入依頼があり包括で対応するといったように、日常的に情報共有を行っている。	
8.認知症高齢者支援	認知症の早期把握・早期対応事業に積極的に取り組んでいる。認知症に関連する事業一つひとつが個別に存在するのではなく、関連した事業と把握し一貫性が生まれるように意識をするとともに、地域包括として切れ目のない事業となるように実施をした。総合相談の過程で対象者の把握をすすめるとともに、事業活用をすることで予防に繋がる取り組みが高齢者自身で行えるよう支援をした。	
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	要支援や事業対象者のケースを引き受けてくれる事業所は多くはない。ケアマネの退職等の諸事情により委託を継続することが困難な事業所もある。積極的に予防支援事業所にて対応をするようにした。	
10.松戸市指定事業	地域高齢者との交流を活発にする場でもあるため、積極的に行った。 地域の課題やニーズの把握の場として事業に取り組んだ。	
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。	ラジオ体操を毎朝ミーティング後に行い、健康管理の意識に繋がるようにしている。 担当ケースについてはメインとサブを決めており、その他の職員も朝のミーティングでの報告を受け、休日の際はしっかりと休めるよう連絡を取らなくてもいい状況となるようにしている。時間外、休日出勤をした場合には必ず振替を取るようにしている。	