

平成30年度地域包括支援センター事業評価
⑮ 馬橋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。		3	3		
評価の根拠	ア.「事業計画」に委託契約仕様書の内容は網羅されている／いない	いる			
	イ.「事業計画」を法人として決定している／いない	いる			
	ウ. 担当圏域やセンターが抱える課題を把握した上で、平成30年度の事業実施に当たっての重点業務を決めている／いない	いる			
	エ. ウが「いる」の場合、前年度の課題を列挙し、それに対する具体的重点業務の内容【自由記入】	(重点目標) 地域に根差した馬橋包括を目指そう (課題) ・地域包括の存在を地域に周知することが不足している。 ・認知症高齢者の集いの場を周知することが不足している。 (具体的重点業務) ・地域包括のリーフレットを作成して、設置、配布。 ・カフェや地域行事に積極的に参加、協力し、連携を強化。 ・カフェや地域行事に参加、協力者を増やす。			
	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】	・業務改善の具体的な実施方法としては、会議での確認と同時に改善策を検討し、各自の業務分担を明確化・共有化している。 ・年間計画表を作り、事業実施の責任者を選任し、漏れの無いように実施した。また3職会議を週1回定期的に開き、事業計画の見直しを行っている。進捗状況を確認しながら3職全体で協力体制を取っていた。			
	カ. その他【任意・自由記入】	業務改善委員会を地域包括内で行い30年度はそれを業務に生かすことで個人情報の読み合わせを徹底した。			

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 (9226)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(2343)世帯 65歳以上の高齢者世帯の高齢者数(6118)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 (4549)人	/		
	イ. 担当する圏域の75歳以上の独居世帯の数、高齢者世帯の75歳以上の高齢者数【時点・世帯数・人数を記入】	平成30年4月1日 現在 独居世帯数(1421)世帯 75歳以上の高齢者世帯の高齢者数(3326)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	2		
評価の根拠	ア. 実施しているニーズ把握の方法【自由記入】	地域ケア会議や地区社会福祉協議会、各施設の運営推進会議に参加した際にニーズの把握を行った。また介護予防教室や認知症予防教室を通して顔の見える関係づくりを行った。アンケートボックスを置き、気兼ねなく意見が言える仕組みを作ることで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】	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防教室は、参加希望者が多いため、平成30年度も馬橋東市民センターと八ヶ崎市民センターの2ヶ所で実施した。1年を前後期に分け、多くの方が利用できるようにした。 ・認知症予防教室で行ったヨガの体験者から、もっと参加できる機会を作ってほしいとの声を受け、定期外で、アロマヨガを行った。 			

④個人情報保護の徹底を行っているか。		4	4	④ウ 毎月1回、第一月曜日に 個人情報マニュアルの 読み合わせを職員全員 でおこなっている。
評価の 根拠	ア. 個人情報保護マニュアルを整備し、職員全員が所持している／いない	いる		
	イ. 個人情報保護責任者を設けている／いない	いる		
	ウ. 個人情報の管理のために行っている具体的な方法 安全な保管場所(鍵・パスワード付)や管理の方法など【自由記入】	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報はそれぞれがパスワードを持つパソコンで管理している。個人情報が含まれる書類等はすべて鍵のかかる引き出しや書庫で管理し、退出時には施錠を確認している。個人情報が書かれた不要な書類はすべてシュレッダーにかけ処分している。また、すべてのパソコンはチェーンで固定し、カギをかけ持ち出しや盗難を予防している。 ・ALSOKの監視カメラを設置し、24時間作動している。 ・毎月1回、職員全員で個人情報マニュアルの読み合わせを行い意識を高めている。 ・個人情報マニュアルはそれぞれの机上に保管し、いつでも確認出来るようにしている。 		
	エ. 個人情報の取得・開示についてのチェック項目を設け、案件ごとに確認している／いない	いる		
	オ. その他【任意・自由記入】	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者には個人情報を取得する際に、その取り扱いについて説明している。相談室の壁にも個人情報取り扱いマニュアルを提示している。 		

⑤利用者が利用しやすい相談体制が組まれているか。	4	3.42	カ フェイスブックの更新回数を増やし、馬橋地域包括のリーフレットを近隣の郵便局やスーパー、支所、JA、市民センターに設置した。 カ 地域包括の入り口の看板には、親しみやすく目立つようにロバ隊長を飾って、「介護や困りごとの相談に応じます。お気軽にお立ち寄りください」と読みやすい書体で設置した。																									
ア. 夜間窓口(連絡先)の整備・周知の方策【自由記入】	<p>夜間の電話は法人へ転送される。夜間連絡が予測される場合は、利用者に「電話は転送されるが、連絡は取れる」旨を伝えている。職員の名刺裏にも転送先が法人であることを記載している。24時間体制で相談受付ができることを、来所時には口頭で伝え、契約時には重要事項説明書で説明している。</p> <p>転送された相談はセンター長の公用携帯に入り対応している。また時間外に連絡がありそうなケースについては事前に状況説明を転送先の法人の宿直者にも連絡し、連携強化に努めている。ケースによっては、担当職員が公用携帯を持ち帰り対応している。</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 colspan="2">本人又は親族</th> <th colspan="2">その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問</td> <td>122</td> <td>件内(82 件)</td> <td>40</td> <td>件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>24</td> <td>件内(8 件)</td> <td>16</td> <td>件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>372</td> <td>件内(262 件)</td> <td>110</td> <td>件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>478</td> <td>件内(352 件)</td> <td>126</td> <td>件)</td> </tr> </tbody> </table>		本人又は親族		その他		訪問	122	件内(82 件)	40	件)	面接	24	件内(8 件)	16	件)	電話	372	件内(262 件)	110	件)	合計	478	件内(352 件)	126	件)		
	本人又は親族		その他																									
訪問	122	件内(82 件)	40	件)																								
面接	24	件内(8 件)	16	件)																								
電話	372	件内(262 件)	110	件)																								
合計	478	件内(352 件)	126	件)																								
ウ. 土曜・休日窓口(連絡先)の整備・周知の方策【自由記入】	<p>土曜・休日窓口でも、夜間窓口と同様の対応が行われており、法人へ転送される。周知方法も来所者には口頭で名刺の裏を見せながら、法人に転送される説明を行っている。また、土曜休日の相談希望があれば、予約対応していることを伝えている。</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 colspan="2">本人又は親族</th> <th colspan="2">その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問</td> <td>30</td> <td>件内(22 件)</td> <td>8</td> <td>件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>7</td> <td>件内(7 件)</td> <td>0</td> <td>件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>73</td> <td>件内(61 件)</td> <td>12</td> <td>件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>110</td> <td>件内(90 件)</td> <td>20</td> <td>件)</td> </tr> </tbody> </table>		本人又は親族		その他		訪問	30	件内(22 件)	8	件)	面接	7	件内(7 件)	0	件)	電話	73	件内(61 件)	12	件)	合計	110	件内(90 件)	20	件)		
	本人又は親族		その他																									
訪問	30	件内(22 件)	8	件)																								
面接	7	件内(7 件)	0	件)																								
電話	73	件内(61 件)	12	件)																								
合計	110	件内(90 件)	20	件)																								
※17:00以降に対応した件数	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">本人又は親族</th> <th colspan="2">その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問</td> <td>6</td> <td>件内(3 件)</td> <td>3</td> <td>件)</td> </tr> <tr> <td>面接</td> <td>1</td> <td>件内(1 件)</td> <td>0</td> <td>件)</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>5</td> <td>件内(4 件)</td> <td>1</td> <td>件)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>12</td> <td>件内(8 件)</td> <td>4</td> <td>件)</td> </tr> </tbody> </table>		本人又は親族		その他		訪問	6	件内(3 件)	3	件)	面接	1	件内(1 件)	0	件)	電話	5	件内(4 件)	1	件)	合計	12	件内(8 件)	4	件)		
	本人又は親族		その他																									
訪問	6	件内(3 件)	3	件)																								
面接	1	件内(1 件)	0	件)																								
電話	5	件内(4 件)	1	件)																								
合計	12	件内(8 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"> ・3つ折りのリーフレットを作成し、来所される方だけでなく、ご協力いただける施設に設置、イベントや認知症予防教室や介護予防教室などで配布をしている。 ・フェイスブックやインターネットで見えていただくことができるように名刺やチラシにURLの情報を入れている。 ・フェイスブックの更新回数を増やし、馬橋地域包括のリーフレットを近隣の郵便局やスーパー、支所、JA、市民センターに設置した。地域包括の入り口の看板には、親しみやすく目立つようにロバ隊長を飾って、「介護や困りごとの相談に応じます。お気軽にお立ち寄りください」と読みやすい書体で設置した。リーフレットの他にも馬橋駅からの地図と開所時間、電話番号を入れた馬橋地域包括の名刺を作成し、必要な方に持ち帰ってもらっている。 ・地域包括の入り口には、たちあっぷを設置し喜ばれている。 			
<p>キ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>プランターにはたくさんの季節の花を植え、立ち寄りやすい雰囲気づくりをしたところ、近隣住民や通行人から声をかけられるようになった。</p>			

⑥利用者の満足度向上のための適切な苦情対応体制を整備しているか。		3	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 6 件 (内センター自体の苦情 2 件)			
	イ. 「30年度1年間に受けた苦情のうち最も困難な苦情」の解決にかかった時間及び解決のために主に連携した機関【時間及び機関を記入】	解決時間: 継続中 時間 連携機関: 高齢者支援課			
	ウ. 苦情対応窓口に関する情報(連絡先、受付時間等)を公開している場所・方法【自由記入】	契約時に交付している重要事項説明書に記載している他、地域包括の入り口横の目につきやすい場所に掲示している。			
	エ. イの具体的な内容と改善方策	自動車の運転が好きな本人の運動能力の低下が心配で、車を取り上げたいと思っていた子が、両親が夫婦げんかした際に警察通報した。警察から虐待通報を受けた地域包括は、子に虐待について確認の電話をした。子にとっては車を取り上げてもらうための警察通報だったが、地域包括が虐待の話から始めたため、子が相談しなかった免許の取り消しの話とはならず子の真意をくみ取れなかったため、高齢者支援課にクレームが届いた。子が高齢者支援課を訪ね、相談した結果、アウトリーチに繋がった。 改善策として、初回の電話では相手の状況がつかみづらいため、慎重に話を進めていくことを心掛けて対応する。			
	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】	苦情には、苦情報告書を作成し、高齢者支援課に提出している。提出前には地域包括職員全員で苦情内容の確認と問題点を話し合い、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。	3	3		
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 : (51)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) / (5) = (40 %)		
	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 21.6 月		
	エ. 職員に対する職場内研修の開催回数【回数を記入】	10 回		
	オ. その他【任意・自由記入】 (研修内容を記載する場合は、日時・内容・時間数を記入)	法人研修: 毎月 朝礼時に伝達し、講習の資料を配布している。 30/4/1 18:00~20:00 法人理念について 1.5h 30/5/2 16:00~17:00 DASC研修 時間数:1h 30/5/7 18:00~20:00 法人理念について 1.5h 30/6/5 18:00~20:00 ひもときシート研修1 1.5h 30/9/5 18:00~20:00 ひもときシート研修2 1.5h 30/11/5 18:00~20:00 感染症、インフルエンザ 1.5h 30/12/5 18:00~20:00 身体拘束と権利擁護 1 1.5h 31/2/5 18:00~20:00 身体拘束と権利擁護 2 1.5h		

②専門職間の連携を効果的に行っているか。	4	4		
<p>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</p>	<p>①29 ②29 ③30 ④27 ⑤36</p> <p>平均 30 点</p>			

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。	3	3.25		
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 1901 件 健康・医療に関する相談 751 件 経済的相談 293 件 介護予防に関する相談 529 件 家族調整に関する相談 363 件 権利擁護に関する相談 166 件 諸制度や地域の社会資源に関する相談 63 件 安否確認(見守り含む) 295 件 その他 965 件 総計 5326 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 1392 件 健康・医療に関する相談 518 件 経済的相談 245 件 介護予防に関する相談 189 件 家族調整に関する相談 327 件 権利擁護に関する相談 192 件 諸制度や地域の社会資源に関する相談 54 件 安否確認(見守り含む) 125 件 その他 1107 件 総計 4149 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年度の統計資料においては、日常生活自立支援事業に関係する相談が15地域包括中最も多くあった。 相談内容としては、年金はあるが使い方が上手くできないケースが多かった。計画的な使い方が苦手だったり、まとまったお金を使うことで一時的な満足感を得たいなどの理由があった。何度も本人と話す中で信頼関係が出来、本人自身も月末に食料がなくなるような生活を改善したいと望んだ。 認知症独居高齢者になっても日常生活自立支援事業に結びつけることで、在宅生活が可能になっている。担当者にはサービスの利用が必要な高齢者の情報を正確に伝え、相談することでサービスに結び付かない場合でも担当者と顔の見える関係づくりが出来た。 サービスに繋がった場合には、生活の様子などの情報を共有し、連携体制を継続することで、在宅生活が難しくなったときに、自立支援事業担当者から報告を受けることが出来るため、成年後見へのタイミングを計ることができるようになっている。</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>相談員が受けた相談は、当日中に受付表とケース台帳に記録しているため、主担当職員が不在でも問い合わせに対応できるように情報共有している。 また、対応状況の記録も遅滞なくケース台帳に記録している。特に、重要なケースについては、相談員全員が対応できるように備えている。</p>			

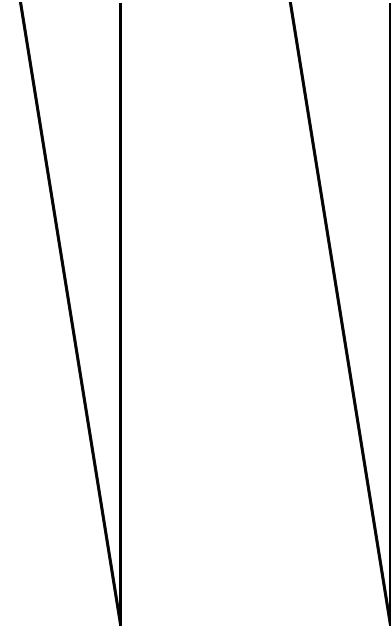
<p>②相談事例の解決のために、進捗管理や他分野との連携等、必要な対応を行っているか。</p>	<p>3</p>	<p>3</p>		
<p>ア. 解決困難な相談事例を分類し、進捗管理を定期的に行っている／いない</p>	<p>いる</p>	<p></p>		
<p>イ. 専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合であって、市へ報告した相談事例(最も解決困難だった1事例)の概要及び対応内容【自由記入】</p>	<p>70代の高齢者と40代の未婚の子との2人暮らしの事例。半年前から筋力低下で動けなくなった本人の言葉に従い、食糧だけ提供していたところ、意識不明になり救急搬送で入院し、病院の相談員から連絡があったケース。 本人は10年前に越してきたが、転居届を出さなかったため、住民票、健康保険、介護保険がない状況。医療費が払えなくなる恐れがあった。地域包括から高齢者支援課に連絡し、市役所の各課に働きかけていただき住民票、健康保険を復活した。在宅が難しい為、介護保険申請し、病院相談員、地域包括職員、子で本人の行き先を検討し、施設入所を決めた。子は有職者だが生活費の為に借金があり、施設の料金が払えない状態。入所と同時に生活保護を受けられるよう、子と地域包括で事前に市役所に相談に行き、施設入所と同時に生活保護申請が受理された。</p>	<p></p>		
<p>ウ. 障害者支援機関と連携して対応した相談事例(最も解決困難だった1事例)の概要及び対応内容【自由記入】</p>	<p>精神障害と軽度の知的障害と言語障害のある60歳代の独居高齢者の事例。精神障害のある子が週末だけ施設から帰ってきている。地域包括が関わる以前から、子の相談員が本人にも関わっていた。 本人は、精神科受診が途切れ、内服ができていない状態。金銭管理もできておらず、介護保険申請が必要だったが、難聴と言語障害で意思の疎通に困難があり、本人のアセスメント聴取には子の相談員が同席し、協力していただいた。 病院受診時や、使途不明金が第三者からの搾取と判明したときには、法テラスに相談、依頼し、判断してもらい、本人宅まで来てもらい搾取している人物に電話してもらった。子の相談員に通訳役として協力してもらいながら、搾取について聞き取りを行いスムーズに解決することができた。また本人は、住居の取り壊しで今後引っ越しの必要があるため、施設入所を勧めている。自分では世話ができない子と一緒に暮らすなどの訴えに精神の相談員と一緒に対応している。</p>	<p></p>		

<p>エ. 介護家族からの相談事例(最も解決困難だった1事例)の概要及び対応内容【自由記入】</p>	<p>80歳代高齢者夫婦の事例。本人は精神的障害を持ち、認知症状もあるため配偶者の介護負担があった。精神的に落ち込んでいる状態の時は、受診が難しく往診できる医療機関への変更を希望した。病院の相談員と連絡調整し、医療情報提供書をもらい、往診できる病院を探した。その間、徘徊して警察に保護されることもあった。</p> <p>地域包括内で精神科受診に向けて本人の代わりに、早朝の順番取りをし、他の職員が受診同行をした。その後医療保護入院となったが配偶者のフォローも含めて訪問を継続している。</p>			
<p>オ. 介護と仕事の両立支援や福祉まると相談などと連携して対応した相談事例(最も解決困難だった1事例)の概要及び対応内容【自由記入】</p>	<p>引きこもりの子と同居の70歳代高齢者の事例。民生委員に地域住民から最近姿を見ない人がいるので確認してほしいと連絡があり、民生委員より地域包括も対応してほしいとの依頼があった。相談当日から毎日訪問したが、本人確認のできない日が続いた。近所の家々に情報収集するために回り、引きこもりの子が同居していることや本人が足腰の状態が悪いことが分かった。家族といえるのに姿を確認できないことで緊急性を感じ、何とか早く接触するために手紙を投函し、頻繁に訪問や電話をし、引きこもりの子へ働きかけを行い、地域住民へも重ねて状況確認を行った。</p> <p>引きこもりの子とは曇りガラス越しではあるが何度も話をすることが出来た。そのたびに自分が面倒を見ているので大丈夫と言いい、本人の声が聴きたいといういつも「寝ている」と答えた。</p> <p>高齢者支援課へも随時報告した。高齢者支援課からの通報で警察立会いの下、アウトリーチを実施した。</p>			
<p>カ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>家主から相談を受けた70歳代独居高齢者の事例。家賃の未納が6年ほど前からあり、ライフラインが停止した状態で暮らしていた。加療の必要はあるが本人の拒否があった。週3回訪問したが受診の了解が得られない中、アウトリーチにつなげた。事前調査のために訪問した際、倒れている本人を発見し、救急搬送した。高齢者支援課、在宅医療介護連携支援センター、ケアマネ、家主、病院関係者等の協力のもと、施設入所した。</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。	3	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			
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(5件) 30/4/21 馬橋地区社会福祉協議会評議員会 30/10/31 高齢者虐待講演会 31/1/26 馬橋地区社会福祉協議会評議員交流会 31/2/10 馬橋健康フェスタ2019 31/2/24 馬橋までイッテQ			
	②関係機関等の関係者・専門職向け会議・イベント(13件) 30/4/13 在宅医療介護連携支援センター開所式 30/5/26 一般社団法人あんしん地域見守りネット総会 30/7/13 平成30年度第1回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 30/10/27 自宅で案して暮らすための勉強会 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス交流会 30/11/6 認知症カフェ交流会 30/11/8 まちっこプロジェクト出前講座 30/11/9 一般社団法人あんしん地域見守りネット定例会 31/1/8 松戸市基幹相談支援センターCoCo 世帯まるごとin小金第1回企画会議 31/1/11 松戸市高齢者虐待防止ネットワーク専門職向け研修会 31/1/25 平成30年度第2回 東葛北部地域リハビリテーション広域支援センター 第1回高次脳機能障害支援拠点合同連絡協議会 31/1/26 昭和・平成～歴史に学ぶ 講演会と評議員交流会 馬橋地区社会福祉協議会 31/2/8 一般社団法人あんしん地域見守りネット第3回定例会 31/3/30 まちっこプロジェクト実施報告会			

評価の根拠

	<p>③地域密着型サービス事業者の運営推進会議 41件 明音色「ゆいまーるハヶ崎」 5/9 7/11 11/14 1/9 3/13 エスケアライフ松戸 5/31 7/31 9/27 11/24 1/31 3/23 セントケア看護小規模松戸 4/20 6/15 8/18 12/21 2/15 エスケアホーム 5/26 7/28 9/22 11/24 1/26 3/23 元気ホーム北松戸 5/26 7/23 9/22 1/26 3/23 グループホームマーガレット 5/11 7/6 11/2 3/8 グリーンセレスト定期随時型 8/25 元気介護サービス定期巡回随時対応型訪問看護介護 9/18 3/19 デイホームひなたぼっこハヶ崎 3/22 デイサービスみらくるハヶ崎亭 3/22 デイサービスまばし 2/13 ご長寿くらぶ松戸ハヶ崎デイサービスセンター 12/17 宅老所・デイサービスひぐらしのいえ 12/14 宅老所・デイサービスとなりんち 12/14 グリーン・ウイズ 8/25</p>	
<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。		3	3.2		
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 11 ヶ所 圏域外 4 ヶ所			
	イ. 【ア】の内訳	配食(3)箇所、見守り(6)箇所、移送(1)箇所 サロン(3)箇所、地域の予防活動(2)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】	馬橋の資源を生活や介護予防に役立てていただけるよう、地域包括に来所したケアマネや相談者などに渡している。また、地域ケア会議で配布した。			

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 2 ヶ所 (内新規立ち上げ支援数 0 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】	・グリーンウイズ(カフェ)…デイサービス事業所が主催し地域包括が相談員として毎回参加している。月1回開催する。 ・ふじ(カフェ)…主催はオレンジ協力員とボランティアで行っている。地域包括は相談員として参加している。月2回開催する。			
	ク. その他【任意・自由記入】	・プラチナカフェでは地域包括は認知症地域推進員として計画、実施に携わった。2回実施し地域包括はプラチナ会員(認知症高齢者)の確保、オレンジ協力員への声掛け、チラシ配りなどの協力をした。 ・二層のコーディネーター研修は、センター長他1名が受講してネットワーク構築や地域活動へのプロセスを学び日頃より活用できる機会を意識して活動した。			

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】	把握は、本人からの相談の他に、ケアマネ、町会長、民生委員からの相談、病院からの情報、地域住民、知人・友人、近隣事業所からの連絡等で行っている。 地域包括で毎週定期的に行う3職種会議でも必要と思われる事例についてみんなで話し合い、アセスメントの不備を失くして再度の必要性を考えている。			
	イ. ①成年後見制度活用につなげたケース数(30年度1年間)【月報の件数を記入】、②他のセンターとの比較等を通じた当該センターの特性の分析と今後の対応策の検討結果【自由記入】 ※介護保険運営協議会資料を参照して比較検討	① 4 件 ②成年後見制度については、他の地域包括と比較して件数は平均的だったが権利擁護のうち、日常生活自立支援事業、消費者被害に関する相談数は増えており、虐待、家族調整などの相談件数も、他の地域包括と比べて件数は多い。 今後はさらに、権利擁護の広報活動に積極的に取り組み、地域住民への理解を深めていくことで、ニーズの把握と地域との連携を深めていきたい。			
	ウ. ①日常生活自立支援事業につなげた/相談したがつながらなかったケース数(30年度1年間)【月報の件数を記入】、②他のセンターとの比較等を通じた当該センターの特性の分析と今後の対応策の検討結果【自由記入】 ※介護保険運営協議会資料等を参照して比較検討	① 1)事業につなげたケース 0 件 2)相談したがつながらなかったケース 4 件 ②日常生活自立支援事業につなげた件数はなかったが、他の地域包括と比較して、相談の件数が多かった。30年度以前のケースであっても、自立支援事業担当者や情報共有を継続して行い、必要な場合は一緒に対応し、成年後見のタイミングなどを話し合っている。今後も自立支援事業担当者や連携して支援を行っていきたい。			
	エ. その他【任意・自由記入】	介護予防教室、認知症予防教室や地域の集まりで講座依頼があった際に、後見制度の説明を行っている。 今後はさらに日常生活自立支援事業や成年後見制度に繋げる必要がある対象者が増加すると思われるため、迅速に対応していく。			

②関係機関と連携しつつ、高齢者虐待事例に対して適切かつ迅速に対応しているか。	4	3.33		
ア. センター自身が警察や法律家と連携して対応した高齢者虐待事案の件数(30年度1年間)【件数を記入】	4 件			
イ. 職員が、虐待事例に関する緊急時に連携できる介護施設・医療機関等の各種施設の連絡先を携帯している／いない	いる			
ウ. 通報を受け48時間(24時間)以内に安全確認や必要な対応を行った事例の概要と対応内容(1事例)	<p>(概要) 未婚の子と高齢者との2人暮らしで、意識がない本人を子が見つけ、救急車を呼び入院となったケース。本人は住民票がなく、健康保険、介護保険もない状態だった。</p> <p>(対応) 24時間以内に入院中の本人に面会し、退院後の生活について話すことが出来た。市役所にも24時間以内に相談し、住民票や健康保険の素早い回復につながる事ができた。 当日、地域包括が自宅の状況確認に行くと、家はごみ屋敷で在宅での生活が難しいと判断した。 また、子は心療内科を受診しており、病院相談員や子と検討した結果、本人をみる能力はないと判断。子には借金があり、入院費の支払いも困難な状態だったため、地域包括が子と共に市役所に分離の相談に行き、本人の施設入所とともに生活保護申請が受理された。</p>			
エ. その他【任意・自由記入】	<p>高齢者虐待のケースで、精神疾患の高齢者と、精神疾患の子の2人暮らしの事例では、本人は両目が微かしか見えないが、病院嫌いで眼科受診につながらない。子は障害年金をもらっているが、金遣いが荒く、本人の年金や通帳、印鑑までも取り上げてしまうためトラブルが絶えず、子の暴力にもなっている。介護保険サービスにつなげたいが、本人は拒否している。共依存でもあるため分離が難しい。</p> <p>子の相談員、保健所の職員、地域包括職員で相談しながら、それぞれに役割を持って協力し、課題解決に取り組んでいる。</p>			

評価の根拠

③消費者被害の防止や権利擁護に関する啓発に関する取組を行っているか。	4	4			
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】	2ヶ月に1度、消費生活センターに訪問して最新情報交換と有益な資料をいただいている。また、必要な時に電話連絡で情報を交換している。			
	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】	相談者には、訪問時や来所時に、消費生活センター作成のパンフレットや警察からのチラシ等の情報をもって注意喚起を行っている。ケアマネに対しては、ケアマネ交流会で情報共有し、来所時や同行訪問時に情報提供を行うようにしている。また、町会長に情報提供を行い地域との連携を図っている。地域ケア会議や運営推進会議でもパンフレットの配布と最近の消費者被害の傾向など消費生活センターからの情報を伝えている。			
	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 【日時】 8月8日(水) 14:00~15:30 馬橋市民センター3階ホール 【内容】 高齢者虐待防止市民向け講演会: わざ先生にアドバイスをもらおう!『頑張らない介護』について考える ・5地域包括支援センター合同開催(小金、新松戸、小金原、馬橋西、馬橋) ・講師:和座 一弘氏(わざクリニック 院長) 【主な参加者層】 男性約25%・女性約75%、 60歳以上約70%・40歳台~50歳台約20%・30歳代以下約10% 【参加者数】 73人			
	エ. その他【任意・自由記入】	・講演会は平日であったが、気軽に参加できるテーマであったため、会場が満員になるほど盛況だった。			

5. 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項
①地域の介護支援専門員に対して、日常的指導・相談を効果的に行っているか。	4	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】	1,429 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】	<p>(事例)</p> <p>片麻痺がある独居高齢者は、ケアマネに介護保険のルールを無視した要求をし、ケアマネや介護サービスの職員が意に沿わないと次々と変えていた。ケアマネの訪問を拒否する為、担当者会議やモニタリングもできず、電話にも出ず、訪問すれば約束のない人間には合わないと言って取り合ってもらえない状態だった。</p> <p>(対応)</p> <p>ケアマネが変更する際、地域包括にケアマネから相談があった。契約時にケアマネ支援として同行した。担当者会議の為に集まった訪問介護、福祉用具の担当者や利用者宅を訪問する前に集まり、ケアマネの方針を聞き、確認しあってから、利用者宅を訪問し、玄関先で担当者会議を行った。サービスの利用には、室内の状態を確認しないと訪問介護サービスは仕事ができないこと、福祉用具はどの場所でどのように使用しているか確認できないと担当者会議に参加したことにならないこと、ケアマネも室内の状況確認をしないと計画書が作れないこと、介護保険サービスを利用する際は誰にでも緊急連絡先を聞くことになっていることをケアマネと役割分担しながらも説明した。本人の拒否が強い部分の説明は地域包括が行い、ケアマネと本人の関係が悪くならないように配慮した。結果、介護サービス事業者は室内の確認をすることができ、適切なサービスを本人に助言することが出来た。本人は介護サービスの利用はしたいが、介護保険の仕組みが嫌いなのでため自費サービスやサービス終了後に毎回料金を支払う等の利用方法によりサービスを継続することに納得された。</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】	3 回			

評価の根拠

<p>エ. 30年度1年間における「地域の介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会」の日程・内容・講師 【日程・内容・講師を記入】</p>	<p>①30.7.12 9:30～11:00 内容：高齢者をねらう悪徳商法について 講師：松戸市消費生活センター 野津原澄子消費生活相談員 12人参加</p> <p>②30.12.12 9:30～11:00 内容：短期集中予防サービスの利用方法について 講師：FG Advance馬橋 菅野央倫氏 12人参加</p> <p>③31.3.22 9:30～11:00 内容：アロマヨガによるストレスとリラクゼーションの心身相関を行い、利用者にも役立つ情報を伝えながらケアマネとの交流を図る 講師：馬橋地域包括支援センター職員 8人参加</p>			
<p>オ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>ケアマネとの交流は必要性が高くなっているが交流会への参加人数は少ない。今後とも魅力ある研修内容になるようにしていく。</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>2.75</p>		
<p>評価の根拠</p>	<p>ア. 同行訪問による個別指導・助言の件数(30年度1年間) 【月報の件数を記入】 ※サービス担当者会議への出席は同行訪問に含めないものとする。</p>	<p>144 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>未婚の子と高齢夫婦の世帯。要介護の認定を受け、精神疾患のある本人のケアマネより相談を受けた。本人は配偶者に対する暴力があり、配偶者の負担軽減の為にサービス調整が必要だったが金銭的理由で配偶者の協力が得られなかった。ケアマネより、痣などはないが配偶者も本人の暴力時に手を上げているようだと連絡を受けた。ケアマネと同行訪問し、負担額の減免申請を行って、医療、配偶者の介護負担軽減の為にサービス調整と、精神科の医師に相談することを勧めたところ納得し、サービスや薬の調整となった。未婚の子と配偶者は意見が対立することが多くケアマネが方針を立ててもなかなか進まずにいたため、地域包括が未婚の子の説得を担当し、ケアマネの後方支援を行った。</p> <p>また、配偶者が本人を病院受診させた際、多数の痣を医師が発見し、配偶者の暴力が発覚したため、病院から地域包括に報告があり、医師が本人を保護入院させた。本人は体重増加と下肢筋力低下で移動が困難の為、配偶者からも介護するのは無理との訴えがあり施設入所となった。地域包括は金銭面の心配を支払額を計算して提示することで安心して医療や介護サービス、施設入所ができることを配偶者や子に示した。また、未婚の子と配偶者の本人への思いや考えを一つにすることでケアマネが探す施設に家族の意見がまとまることで入所しやすくなるように支援した。</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>27 件</p>		

<p>エ. ウのうち、最も支援困難な事例(1事例)の概要及び指導・助言の内容【自由記入】</p>	<p>共に精神疾患のある親子の2人暮らし世帯だったが本人の面倒を見ていた子が亡くなった。子を亡くしたショックの他、本人は生活にむらがあり定期的に食事を摂ったり入浴や服薬を行わないなど健康面で不安があったため施設入所が妥当と思われたが、施設や短期入所生活介護、通所介護等の施設利用を拒否したため、地域包括が通所介護、訪問看護、宅食サービス、ケアマネで担当者会議を開き、毎日見守りが入るようサービス調整を行い見守りの一員として地域包括も加わった。また、緊急通報装置の導入と民生委員の協力を得るよう助言し見守りの強化を図った。</p>			
<p>オ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>脳梗塞の後遺症のある独居高齢者のケースでは本人が次々ケアマネを変えているためケアマネからの問い合わせや相談がその都度寄せられることが多かった。</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。	3	2.8		
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】	地域個別ケア会議の開催にあたっては、居宅を中心に事例を出していただいた。テーマを選定し参加者間で意見交換をしながら、事例を出していただいた関係機関の参考になるようにした。また、地域課題についても継続的に考えていかなければならない根本的課題を見出し、その話し合いの中から課題の解決に近づく提案が出せるように努めた。 それぞれの会議の開催に当たっては、事前に高齢者支援課担当者との進め方について協議している。リハビリ専門職には事前に参考意見を聞くことがあったが次年度より、それぞれの専門職にも意見を聞き、速やかな会議進行に役立てていく。			
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】	①面談を拒否する高齢者への支援について 70代独居高齢者。本人より電話でケアマネ依頼。訪問介護と福祉用具貸与を利用していましたが、前のケアマネは事業所側より契約解除となった。過去ケアマネが十数回変わっている。訪問時は家の中には入れず、玄関先での対応となる。アセスメントは個人情報公開に対して過剰に拒否があるため、必要最小限の情報しか得られない。担当者会議は開催しなければ介護保険でのサービス利用ができないことを説明して開催はできたが、福祉用具は本人の拒否により照会になり、ヘルパーも途中で帰らされた。事業所間に接点があることを強く拒否する。以後、介護保険証更新にあたり、アセスメントのため、訪問、手紙の投函を繰り返すが面談できずにいる。訪問者や特にケアマネに対して、常に攻撃的で暴言を吐く。 ②民生委員、オレンジ協力員、				
	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	① なし ② なし				
	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	いる				
	ク. その他【任意・自由記入】	・地域ケア推進会議の際に、前回の議論のまとめを配布し、地域個別ケア会議の事例、意見や課題等をパワーポイントで表示すると同時に、スライドと同じ資料を印刷をして配布している。 ・地域ケア推進会議で話し合った内容は今年度から議事録を参加者に配布する予定である。 ・30年度の地域ケア会議には、ケアマネだけでなく参加を希望する事業所にも来ていただき意見交換の場を広げた。				

②3層構造の地域ケア会議の連携を通じて、地域の課題解決を図っているか。		4	3.5		
評価の根拠	ア.地域個別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>【事例】本人に認知症の病識がなく、サービスを拒否して1日中家に居るケース</p> <p>【検討結果】近所の方に働きかけをして、気軽にお茶ができる仲間づくりを民生委員と連携して行う/インフォーマルサービスを有効活用する(周知の徹底)/子だけでなく家族を含めた支援を行う/家族にもデイサービスを知ってもらう/家族会や集いの場を提供して、家族に理解を深めてもらう/サービスを必要としている人が地域で孤立しているため地域で支える仕組みが必要</p> <p>サービスに結びつけることができない為、ケアマネもかかわれないが、地域で支援する方法があるかを検討する必要があったので推進会議の議題になった。</p> <p>協議の結果、介護を必要としない人にもどんなサービスがあるかを知ってもらい、身近にいるサービスを必要とする人に助言してもらうために手に取りやすい明るいイメージの「一目でわかるサービスマップ」を作製した。</p>			
		<p>【事例】本人と精神疾患を持つ子が不仲で虐待の恐れがある場合の改善策について</p> <p>【検討結果】地域との繋がりが見えてこないのが課題。精神疾患を持つ家族がいる人がどのように地域と関わっていけるか、認知症の方への取り組みのように行うと良い/本人と子、それぞれに相談相手がいるとよい/子に対するアプローチを増やし、介護負担からの身体的、精神的ストレスを軽減する/具体的に子の頑張りを認めてあげる人が少ないので、地域で子に対する支援が必要/子が得意なことを活かし、地域に認められたり感謝されたりする経験をさせる/精神疾患の方は家族がなかなか外に出さない傾向があるため、掘り起しができる体制があると良い。</p> <p>精神疾患のある家族を地域でどのように支えていくかを検討する必要があるので、推進会議の議題になった。</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】	地域ケア会議ではグループワークで課題を検討した結果、話しやすい雰囲気生まれ、全員が遠慮なく発言し、活発な意見交換ができた。			

7. 在宅医療・介護連携推進業務

評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項
①医療機関との緊密な連携を行っているか。	4	2.33		
ア. 在宅医療を行う医療機関と緊密に連携して対応した事例(2事例)の概要【具体的な連携内容を記載】	<p>下肢筋力低下があったが、遠くの精神科に通院していたケース。人との関わりが苦手で精神が不安定な為、買物にタクシーで行く以外は外出していなかった。月に1度、タクシーで30分近くかかる神経内科に通院していたが、診察室への階段が1人で上がれなくなり、毎回同行介助が必要となった為、1人で受診できるように近くの医療機関への転院を勧めた。最初医療機関を変わること本人の抵抗はあったが、地域包括が十分に説明し納得いただいた。転院前に、地域包括は転院先医療機関へあらかじめ詳細説明し、受け入れの可否を伺い、診療情報提供書の発行がスムーズに行えるように連絡調整を行った。また初回受診にも同行し、訪問診療への切り替えを相談し、自立支援医療制度への申込に繋がった。その後、月2回の訪問診療が始まり、訪問薬剤管理指導、訪問看護の導入へと繋げることができた。医療機関と連携し、服薬管理等が可能になったことで、本人の精神状態も安定した。</p>			
	<p>本人は余命宣告を受けていた為、至急の対応が必要になったケース。1年前に病が見つかり治療のため入退院を繰り返していたが、酸素吸入も必要になり、自宅での生活が困難になった。本人から連絡を受け、地域包括がすぐに訪問し、介護保険申請を行った。最期をどこで迎えるか本人の希望を聞き、見守りのあるところで過ごしたいとの思いを受け、小規模多機能型居宅介護の説明をし同意を得た。しかし再入院となり、1週間後に退院した時には一人で立ち上がることができなくなっていた。そのため通院日には地域包括が同行したが再度入院となった。地域包括は、退院後の生活の為、小規模多機能型居宅介護に繋いだ。在宅医療も利用する為、小規模多機能型施設に往診している医療機関に連絡しターミナルケアの対応ができる他の医療機関を紹介してもらった。医療機関からは当日中に返事をもらえ往診の調整を行い退院に備えた。</p> <p>退院後は、予定通り小規模多機能型居宅介護の泊りのサービスを利用した。早急に医療機関と連携できたことで、退院の翌々日に往診を受けることができた。退院から約1週間後に体調が急変しご逝去された。</p>			

評価の根拠

<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>総合病院の二つの科にかかっていた独居高齢者。認知症が進み、介護保険申請の為、病院相談員に連絡し、医師の意見書の依頼をしたところ病院受診が出来ていないことが発覚した。内服も出来ていなかった。診療の待ち時間が長く苦痛を訴えた為、病院の相談員を通して医師の今後の受診相談をし、意見書を書いてもらう手配が出来た。近々往診が出来る病院に変更する予定。</p>	
	<p>本人が受診途中で帰宅してしまい、病院の相談員より地域包括に連絡があったケース。認知症状が進行して薬の管理や受診ができなくなっていた。医師や病院の相談員と連携し、受診勧奨や同行受診を行い介護保険を申請した。今後は医師に相談しながら成年後見制度を進めていく。</p>	
<p>ウ. 入院医療機関と緊密に連携して対応した事例(2事例)の概要 【具体的な連携内容を記載】</p>	<p>要介護認定をもつ配偶者が入院中に、本人が病で倒れた為、配偶者を介護できなくなった。子がいらない為、夫婦ともに後見人をつけ施設入所するのが妥当と判断した。病院の相談員や医師と相談しながら親戚の協力も得、家を処分した。年金の少ない本人の生活保護申請を病院の相談員と共に市役所に働きかけた結果、スムーズに後見人がつき、夫婦ともに施設入所につながった。</p>	
	<p>② 精神疾患のある子の相談員から、本人が転倒し動けないと連絡があった独居高齢者のケース。訪問時、転倒した為に片足が腫れあがっていたが受診拒否があった。何度も訪問し、受診勧奨し、受診同行した。右膝骨折と診断され手術を受けることになった。入院手続きに必要な保証人や印鑑証明等の支援を本人に代わり市役所に出向き行った。手術は再々手術まで必要となり、都度ケアマネ、子の相談員、COCOの相談員、病院の相談員や市役所との連絡調整や担当者会議を行った。金銭の無心をする子と連絡を取り合わないよう本人に何度も伝え、子に本人の居場所を特定されないよう関係者全員が気を配った。入院が長引き家賃が無駄になるため、ケアマネや子の相談員とも協力しながらトランクルームを借りて本人の荷物を移動させた。病院の費用については地域包括が何度も病院の相談員と交渉をして支払い方法を相談した。退院後は施設入所を本人も希望した為、歩けない本人の代わりに引っ越しの手配や、入所先の職員とのやり取りをした結果、養護老人ホームへ入所できた。入所先は子が探し回ってもわからない場所を考慮して選定した。</p>	
<p>エ. その他 【任意・自由記入】</p>	<p>身寄りのない90歳代独居高齢者のケースでは、地域包括職員が医療機関につながっていなかった本人の受診同行と介護保険申請を行った。定期訪問する中で室内に倒れていた本人を見つけて救急搬送し入院へと繋げた。同時に医療機関と連携しながら、次の受け入れ医療機関への、転院を支援した。 本人のメモ帳や年賀状を頼りに他県に住む、音信のない子と孫を探した。子の住所地の部屋を管理している不動産屋にも連絡したが行方は分からなかった為、成年後見制度を利用できるように市役所に相談した。</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>3</p>	<p>3.0</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 32 件 (内、サポート医事業 18 件) ②アウトリーチ件数 1 件 (内、サポート医事業 1 件) ③総件数(①+②) 37 件 (内、サポート医事業 21 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>薬がないと不安になる認知症の独居高齢者のケースでは薬の管理に支援が必要であった。薬剤師は週1回訪問し、配薬カレンダーに1週間分の薬をセットしているが、本人は薬がないと訴え、度々地域包括に來所する為、その都度薬剤師が来る日を伝えた。不穩が収まらない時は、地域サポート医でもある主治医に受診を勧めることで不穩にならずに過ごせている。これらの本人の様子は主治医やケアマネや訪問薬剤師、後見人などの関係者にも連絡し、情報共有をしている。地域包括では、來所のたびに來所理由を本人専用の來所ノートに記入し、いつから薬がないかなど記録しており、主治医をはじめケアマネや訪問薬剤師等へ必要時に情報提供を行い連携を取っている。</p> <p>高齢者夫婦2人世帯。本人はサポート医に定期受診しているケース。子の逝去や家庭菜園が利用中止になったことで、意欲低下となり認知症状が出現した。、プライドが高くサービスの受け入れが困難だったが、医師との連携、地域包括の訪問、他県に住む家族との連絡調整を繰り返したことで介護申請しケアマネに結びつき、介護保険サービスが導入された。</p>			
<p>ウ. 医療関係者とのネットワークを構築するためにやっている具体的な方策【自由記入】</p>	<p>・サポート医の医院が地域包括近くにあるため日常的に相談できる環境がある。サポート医から介護保険申請を勧められて地域包括を訪れる患者は多い。また地域包括に医療機関や健康について相談される方には往診や看取りまで関わってもらえ、コミュニティバスのバス停前で通院に便利な地域のサポート医を紹介することで喜ばれている。</p> <p>・医療関係者の出席する会議には積極的に出席し、医療に関する困りごとについて率直に意見交換している。困難事例が出たときは居宅のケアマネにもケアマネ交流会などの機会を利用して共有することで医療関係者の仕事の流れなどの理解を深めてもらい、多職種連携がしやすくなることでネットワークの構築を広めていきたい。</p>			

評価の根拠

<p>エ. 医療関係者と合同で参加した全ての事例検討・研修会・勉強会の日程・テーマ【参加回数合計・日程・テーマを記入】※担当者会議は含まない</p>	<p>参加回数合計 13 回 30/5/12 平成30年度 認知症予防講習会 「認知症は防げる～頭と身体を一緒に使おう～」 30/6/12平成30年度 松戸認知症予防プロジェクト実施担当者研修会 「まつど認知症予防プロジェクトの概要と実施方法」 30/9/29 看看ケアマネ連携フォーラム 「一緒に、利用者さんの生活を考えませんか？」 30/10/25平成30年度認知症コーディネーター フォローアップ研修会 30/10/29 松戸市在宅医療・介護連携推進支援センター 平成30年度第1回アウトリーチ事例検討会 30/10/31 松戸市介護支援専門員協議会・医療ソーシャルワーカー協議会準備会 合同研修 テーマ「千葉県地域生活連携シートの概要について」「お互いの仕事や専門性を理解しよう」 30/11/10 松戸市在宅医療・介護連携推進事業 平成30年度市民公開講座 「病気になるっても自宅で最期まで暮らすためには」「在宅独り死を阻む10の壁」 30/11/16 市民フォーラム①「人生の最終段階をどう迎えますか？」②取り組み事例 2事例 31/1/18 認知症地域支援体制推進全国合同セミナー 31/1/25 多職種共同研修会「在宅生活を支えるために必要な視点」 31/1/31 平成30年度 専門職向け認知症関連研修会「介護と医療は支援の両輪～医師が伝える認知症介護の工夫と適切な薬の使い方～」 31/2/12 第6回鎌ヶ谷精神医療研究会「境界型パーソナリティ障害の心理療法」「日常診療におけるBPDへの接し方」 31/3/25 松戸市在宅医療・介護連携推進支援センター 平成30年度第2回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>事例検討会・研修会・勉強会に積極的に参加し、他の地域包括、医療関係者、事業所などとのネットワーク作りに努めた。</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。	3	3		
評価の根拠	ア. 包括自身が主体となって認知症初期集中支援チーム事業を実施している/いない	いない		
	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】	<p>(概要)</p> <p>80歳代の高齢者夫婦世帯。本人の物忘れは5年ほど前からあり最近では自覚もあるため配偶者を頼りにしている。そのため配偶者は自由に外出ができない。物忘れはかなり進み、訪問者が帰る際に挨拶をして玄関を出るとすぐ、誰が来ていたか忘れてしまう。本人の外出は日課の散歩のみであとは自室で過ごしている。</p> <p>(本人の希望)</p> <p>何も変えず今のままの生活をしていきたい。</p> <p>(配偶者の希望)</p> <p>1日中自室で過ごしているので筋力の低下や物忘れが進むのが心配。刺激を外で受けてほしい。</p> <p>(対応)</p> <p>健康に自信があり、初めからデイサービスへの強い拒否が本人にあったが、チームの方針として本人の強みが生かせる運動のできるデイサービスを紹介したいと考えた。本人は、散歩に役立つならと見学を承諾されたが、見学前日に配偶者に本人の様子を伺うとデイサービスには絶対行かないとのこと。見学に行くことで不穏になる不安を配偶者自身も口にした為見学を中止し、他の支援方法としてセルフケアやリハビリの評価、地域交流等を検討していくことにした。</p> <p>(関係者との連携) 配偶者の担当ケアマネを通じて配偶者の思いや本人の日々の様子を定期的に聞き取りしており、ケアマネからも報告を受けている。インフォーマルを含め、他者との係わりが持てる機会を今後も共に探していく。</p>		

<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>30 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>介護予防教室の参加情報から物忘れが多いと気にしている高齢者を把握し、本人に松戸プロジェクトに参加していただき、DASCを実施したところ30点だった。病院受診を勧め、受診につながり長谷川式で28点、MRI検査で年齢相応のもの忘れと診断。甲状腺機能の異常が見つかりその治療を継続していくことになった。地域包括は介護予防教室に継続してきてもらう働きかけをし、継続的に見守りが行えるようにした。本人はセルフケアとして家計簿や日記、毎日の散歩を継続している。</p>			
<p>カ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>H28年度の2年後は5名、H29年度の1年後は11名、H30年度は14名がDASCの対象者になった。介護予防教室や地域包括が訪問している中から、軽度認知障害が改善する説明をして協力を求めた。</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。	3	3.2		
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】	26 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】	認知症カフェで高齢者の話相手をしてもらった時の声掛けのタイミング、会話を継続すること。			
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 72 人 (3 回) ・11月12日 12:30～13:50 (対象者)幸谷放課後児童クラブ (人数)25人 ・11月22日 13:30～15:00 (対象者)認知症予防教室の参加者 (人数)21人 ・12月2日 11:00～12:00 (対象者)八ヶ崎新町町会組長 (人数)26人			
エ. 認知症ケアパスの普及啓発のためにしている具体的方策【自由記入】	認知症高齢者の家族からの相談には、認知症の症状に応じて使える介護保険サービスやインフォーマルサービスを提示し、今後の不安を軽減するために認知症ケアパスを利用している。また、来所したケアマネに配り、支援に役立ててもらうように促している。			
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			

評価の

<p>根拠</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>	<p>認知症地域支援推進員として3名が在籍。 1認知症カフェ 2認知症サポーター養成講座 3普及啓発チームでそれぞれが活動を行った。</p> <p>1.認知症カフェチームでは、認知症の方が生き生きと働ける場所としてプラチナカフェを計画し、2回開催することが出来た。プラチナスタッフ(認知症の方の呼び名)とオレンジ協力員への協力を要請し、チラシ配布を行った。</p> <p>2.認知症サポーター養成講座チームでは、小学校の高学年用と低学年用の講座内容を考え、グループで出向き事前打ち合わせをし、講座を開催した。今後の参考になるようにその時の注意事項などを入れ高学年用と低学年用の認知症サポーター養成講座のパッケージ作りを行った。</p> <p>3普及啓発チームでは、RUN伴・まつどまつり・市役所連絡通路での認知症啓発活動に取り組んだ。</p> <p>RUN伴では、参加者の確保と当日のスタッフとして4名が運営に協力した。まつどまつりでは、計画、立案に加わった。当日は推進員3名が運営に加わり、認知症クイズ・ロバ隊長の作成・資料配布・相談等を行った。市役所連絡通路では、計画、立案に加わり、5日間の啓発活動を行った。</p>			
	<p>キ. その他【任意・自由記入】</p>	<p>まつどまつりには3名参加し、うちわやロバ隊長を作成し、テントに飾って盛り上げた。認知症クイズや相談、資料配布をした。</p> <p>RUN伴では、地域包括から1名が完走し盛り上げに協力した。</p> <p>認知所カフェでは、参加者を増やすために三味線と琴のイベントを計画し好評を得た。</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

評価項目	回答欄	行政評価	主な好事例と課題	ヒアリング事項	
①自立支援に向けたケアマネジメントを行っているか。	3	2.42			
評価の根拠	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】	7回(延べ8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】	基本チェックリストで該当し総合事業で運動型の通所介護を利用していた高齢者が、身体状況が改善し非該当になった。運動を継続することや会話をすることで自分に自信が付き、言動も意欲的になった。運動だけでなく他者との交流が健康に良いと本人も自覚し望まれた為、卒業後に地域のインフォーマルサービス(元気応援くらぶ)を紹介し、運動が継続できている。			
	ウ. センターが行うケアマネジメントを通じて、短期集中予防サービスなどにつなぎ、心身機能の改善につながった事例(2事例)の概要と対応内容【自由記入】	短期集中予防サービスを終了後、介護予防教室に結びついた。転倒の不安や閉じこもり傾向があったが、短期集中予防サービスで体力に自信がついて自宅でも運動を続ける気持ちになっていた。しかし、閉じこもりから身体を動かす機会が減る恐れもあり、継続的に地域包括が関わられるように声をかけ介護予防教室の参加に繋がった。自宅から介護予防教室会場まで20分を往復できる体力が維持されており、表情が明るくなった。			
		(1事例のみ) 脳梗塞の独居高齢者。自宅から駅まで歩けるようになりたいとの希望があり、それを明確な目標にし、達成するために機能強化型短期集中予防サービスの見学に同行し、利用開始となった。指導者が就いての運動の効果を実感できたことで、日常の訓練を継続する原動力となった。短期集中終了後、歩行距離を伸ばすことはできたが、駅まで歩いて行くことは達成できなかった。しかし、目標達成への意欲から、同事業所の卒業者のプログラムに参加するようになった。ケアマネジメントの際には、目標達成ができたなら何をしたいかを本人と話しながら本人の意欲を支援した。			
	なし。				

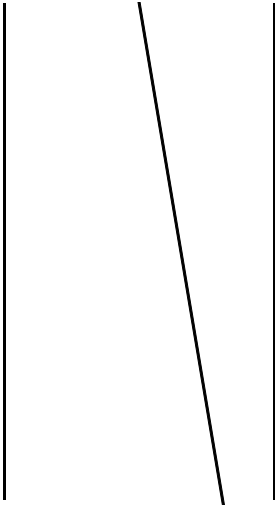
	エ. ケアマネジメントC作成件数(30年度1年間)【件数を記入】	0 件			
評価の根拠	オ. 一般的なケースにおけるモニタリングの実施頻度と実施内容【実施頻度と実施内容を記入】	<p>月1回本人や家族に電話でモニタリングを行う。又3ヶ月に1回自宅訪問してモニタリングを実施している。生活状況や健康状態に変化が生じた際や不安を訴えた際には訪問回数や電話の回数に制限は設けない。</p> <p>(実施内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問時には心身の状態を聞き取りながら支援計画に見直しが必要かを利用者で確認しあう。 ・サービスへの満足度と継続することによる期待度を確認する。 ・認定期間の終了が近いときは、更新の手順について事前に説明する。 			
	カ. その他【任意・自由記入】	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援型ケアマネジメント検討会に積極的に参加し自立型のケアプラン作成に努めている。 ・松戸市版アセスメントシートを活用しケアプランの作成やモニタリングに役立てている。 			

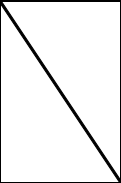
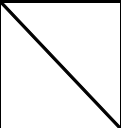
②居宅介護支援事業者へのケアマネジメントの委託を適正に行っているか。		4	3.33		
評価の根拠	ア. ケアマネジメント業務の委託先選定時に公正・中立性を担保するために行っている具体的方法【自由記入】	委託依頼するときは、介護保険課から毎月発行されている居宅の利用者受け入れ情報を参考にしている。また地域包括内で作成している居宅依頼一覧表に記載して共有フォルダで管理することで特定の事業所に偏らないようにしている。職員の意識も統一できている。			
	イ. 居宅介護支援事業者へ委託した場合の台帳及び進行管理が行われている／いない	いる			
	ウ. 居宅介護支援事業者へ委託したケアプランの達成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】	ケアマネ交流会の時に声掛けしたり、ケアマネが来所した折に新規の受け入れが可能か確認している。			
	オ. その他【任意・自由記入】	委託先の選定では介護保険課作成の受け入れ可能数の表を活用している。 ケアマネの委託の際は、それぞれのケアマネの得意分野と利用者のニーズに合ったケアマネを紹介している。			

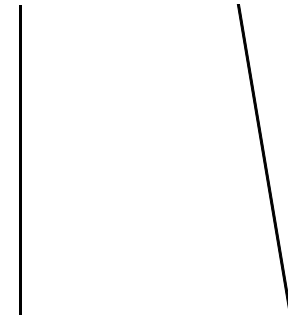
10. 松戸市指定事業

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	3.25	カ 最終日には「健康スマイル賞」を贈り好評を得た。	
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 (38)回開催(1199)人(平均 32 人/回) (内訳)馬橋東市民センター:24回開催 計873人、平均36人/回 ハケ崎市民センター:14回開催 計326人、平均23人/回 ②最多教室の状況:10/10 馬橋東市民センター 49名 日程:10月10日 馬橋東市民センターで開催 内容:・体力測定実施 ・血圧測定し、いきいき安心手帳に記入 ・体力測定後ストレッチ体操・脳活性化体操実施 ・看護師から健康ワンポイント講座 主な参加者層:75歳から84歳が大半 平均年齢は77歳。(男性の参加者は8%) 参加者数:49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136名 5回開催 ②日程:9月20日 内容:～認知症を予防できるまちを目指して～ 主な参加者層:75～79歳が37% 80歳以上が27%である。 (男性の参加者20%) 参加者数:32名。 市場先生による講話 9月20日 ～認知症を予防できるまちを目指して～			

<p>ウ. センターが開催する／センターが依頼を受けた介護予防普及啓発活動の参加総数(30年度1年間)及び日程・内容・主な参加者層・参加者数 【参加総数・日程・内容・主な参加者層・参加者数を記入】 【月報の件数を記入】 ※ア. イは含まない</p>	<p>①センターが開催する 参加総数 (0)回開催(0)人 ②センターが依頼を受けた 参加総数(2)回開催(28)人 体操・いきいきほっとふれあい風呂 6月29日 参加者13名 「うつを予防しましょう」 7月29日 参加者15名 「熱中症は身近にあります。予防と対策法」 馬橋高齢者いきいき安心センターのお知らせ 参加者層: 銭湯利用で65歳以上の男女</p>	
<p>エ. ボランティアの育成の具体的な実施方策【自由記入】 (高齢者支援連絡会等既存のボランティア育成を記載。オレンジ協力員の支援は含まない)</p>	<p>・介護予防教室では自主的な椅子出しや資料配りの役割分担が行われ、みんなで運営している気持ちになりボランティアの意識を高めることに繋がった。 ・認知症カフェでは、地域包括が毎回参加することで顔見知りの関係が出来ている。利用者が帰った後の片付けや食器洗いが自発的に行われている。</p>	



才. 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】	介護保険認定申請代行： 139 件 住宅改修の助言・理由書作成： 2 件 その他：（公的サービス利用申請）： 22 件	
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】	・最終日には「健康スマイル賞」を贈り好評を得た。 ・参加者の中からオレンジ協力員に4名がなった。	



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	<ul style="list-style-type: none"> ・壁の見えやすいところに重点目標を貼り、それを意識して包括業務に取り組めるようにしている。 ・年間計画表を作り、事業実施の責任者を選任し、漏れの無いように実施した。また三職会議を週1回開き、事業計画の進捗状況を確認している。 ・カナミックのカレンダーやホワイトボードを使用して、各職員の予定を把握し、必要に応じて職員同志の協力、バックアップ体制が取れるようにした。 ・半年に1回行われるセンター長との個別面接によって個々の課題とフォローアップを個別に行っている。 			
2.人員体制	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職の人数は、主任介護支援専門員2名、看護師2名、社会福祉士1名で規定を満たしている。 			
3.総合相談支援業務	<ul style="list-style-type: none"> ・来所や電話での相談対応のため、相談員が1人は地域包括に残るよう調整している。 ・毎週1回のケース会議と毎朝のショートミーティングでケースで進捗状況を全員で把握している。 ・設置したリーフレットを定期的に補充しに行った際に、地域の高齢者の情報を収集するようにしている。 			
4.権利擁護業務	<ul style="list-style-type: none"> よく相談する法テラスの弁護士とは、直接依頼に繋がらないケースでも快く相談に応じてもらえ、担当者会議にも出席してもらえる関係ができています。 			
5.包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	<ul style="list-style-type: none"> 医療拒否があり独居で認知症と思われる高齢者が増えている。日常生活は何とか行えていても不安が絶えない。地域包括はケアマネにつないだ後も安心して相談できる場所となっている。 			

6.-1 地域ケア会議関係業務	高齢者が利用できるサービスが、わかりやすくなじみやすい「一目でわかるサービスマップ」を地域ケア会議の課題から上げ、推進会議で作成した。出来上がったマップに推進会議出席者からご指摘をいただき、イラストを多用しサービスが必要な人だけでなく、人にも勧めやすいものを作成した。今後も更新する予定。			
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。	パワーポイントを他の地域包括が利用していることを知り、取り入れたところ、視覚からも事例の理解を深めることができた。			
7.在宅医療・介護連携推進業務	看看ケアマネフォーラムやケアマネや医療ソーシャルワーカーの合同研修、アウトリーチ事例検討会などに出席し、地域のケアマネに情報提供した。			
8.認知症高齢者支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネがついている方でも「いつでもそこにある」地域包括は1日何度も気軽に立ち寄れる場所として利用してもらっている。物忘れが増えても、サポート医をはじめ、地域包括、薬局、訪問介護、ケアマネ、後見人が顔の見える関係になることで、見守り機能を発揮し、独居が可能になっている。 ・DASCの漏れがないように訪問予定一覧表を作り、全員で確認している。 	○		
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	ケアマネ交流会に講師として、短期集中予防サービスの事業所から理学療法士に来てもらい講義をしてもらった結果、ケアマネが短期集中を利用するようになった。	○		

<p>10.松戸市指定事業</p>	<p><介護予防教室について> ・参加希望者多数のため30年度は開催場所を2か所にし、より多くの方に参加していただけるように配慮した。 ・認知症教室で好評だったアロマヨガの定期外教室も実施した。 ・4月からを前半、10月からを後半として二期に分けて募集している。参加者希望者が多く公平性には配慮している。 ・体力測定は参加期間の初月と最終月で行い、評価を出し本人に渡している。 ・市の配布している『シニアのための元気応援手帳』を利用し、参加者の健康管理をしている。 ・最終日には参加者に地域包括で作った賞状(健康スマイル賞)を渡し、達成感を味わっていただいた(1)。</p> <p><介護者のつどいについて> <u>年度初めの計画では2回の予定だったが、介護者と一緒に認知症の方も参加できるアロマヨガを計画し、計3回行った。認知症の当事者からは、いきいきした笑顔が見られた(2)。</u></p>	<p>○</p>		
<p>11.その他 職員が働きやすい職場環境を整えているか(時間外、休日出勤などに対する配慮)について記入してください。</p>	<p>・始業前に「なのはな体操」を行い、職員の健康維持に努めている。また、独立した休憩室を設け、仕事との切り替えができるようにしている。</p>	