

	印西北部	印西南部	船穂	印旛	本埜
総合相談支援業務	<p>・北部圏域は、高齢者数は約7千人、高齢化率は約33%、農村地域が多く、低所得層が集まりやすい等の実情がある。</p> <p>そのため民生委員、支部社協、高齢者クラブ、町内会等の地域の関係者間との協力・連携を図り、地域の高齢者の実態把握や、要援護高齢者の早期対応に取り組んだ。</p>	<p>・生活支援体制整備事業や自立支援型地域ケア会議、通所型Cサービス等の取組が日々の相談支援業務に良い影響をもたらし、フォーマルサービスに偏らない幅広い視点での対応もできつつある。</p> <p>・困難ケースに対しては、冷静に課題の整理を行い、対応しながら動きのタイミングを見逃さず、またその時の状況で対応策をフレキシブルに変えることができている。</p> <p>・時に、相談者の立場や心理状況を正しく想定しての対応ができず、相談者と対応者のギャップが生じクレームに繋がってしまったケースがあった。</p>	<p>・そうふけふれあいの里の大規模改修工事に伴い、今年度は保健福祉センターが事務所となっている。相談件数は高齢者人口の増加と共に年々増えているが、一時移転による相談方法(来所等)の割合について大きな変化はなかった。</p> <p>・昨年度と比べて「家族に関すること」が増えた。認知症のある親と精神疾患のある子どもの二人暮らしや、要介護状態の親・生活困窮の子、知的障害の孫の3人暮らしの世帯への支援等があった。すぐに解決とはいかずに伴走型の支援が必要であり、関係機関と共に継続的に支援をしている。</p>	<p>相談内容の内訳では介護保険に関することが多かった。認知症に関する相談では、緊急対応が必要なケースも複数あった。早期に介入することで、必要なサービスに繋ぐことができると感じる。宅配事業者からの情報提供で、民生委員と連携を取り一命をとりとめる事が出来たケースもあった。各職員も、それぞれのケースに対しての寄り添い方、見立て・見極め・タイミングが重要であることを改めて学び、スキル向上に繋がった。</p>	<p>昨年の同時期と比較すると相談件数が増えているが、新規の相談に比べ継続の案件が多く、これは、認定の結果が出るのが遅いことが影響し、結果が出るまでの暫定期間の対応が多かったためと推測される。相談の内容については、介護保険についての相談が主で、特に入院してから退院に向けての相談が多かった。今年度4月からセンターが2Fから1Fに移動した影響もあるのか、来所の相談も増えている。不在者投票で来られた方が、ここに包括があったのかと相談に来られるケースが印象的であった。また、支所に相談に来られた方を包括に繋いでいただくことも多く、支所と良い連携が図れている。その他の傾向としては、精神疾患のある方の対応や家族にも支援の必要があるなど、複合化した内容の相談が増えている。</p>
権利擁護業務	<p>・金銭的な管理を受け入れない段階の利用者に対しては、いんざいワークライフサポートセンターに家計相談として介入してもらうといった連携を図り、徐々に現状を受け入れてもらうよう対応した。</p> <p>・ケアマネなどから高齢者虐待の通報・相談を受けた際、迅速に市へ報告・相談ができるよう、いんばケアマネネットワークで高齢者虐待をテーマとしたZOOM研修を開催した。市と相談・連携することで、役割分担を明確化や多機関との連携が円滑に行えた。</p>	<p>・介護支援専門員からの対応困難ケースに虐待リスクが含まれることが多く、早期からの先を見据えた支援方法の検討が虐待防止につながるという気づきとなっている。</p> <p>・「虐待通報」➡「虐待の可能性が高い」場合、市との協議及び対応が前年度よりもスムーズになってきている。</p> <p>・圏域の特性として、メディア等で「相続」「終活」等が報じられた後、それらに関する相談も見られる。関心の高さがうかがえ、勉強会など対応していきたい。</p>	<p>・男性介護者が高齢者虐待に関わる人が多いという課題から、令和4年より年2回男性介護教室を定期的に開催している。</p> <p>・消費者被害について、消費生活センターと連携しオレンジカフェで啓発を行った。</p>	<p>夫婦間での身体的、精神的、経済的虐待が疑われる相談があった。相談者へ包括からの介入を打診すると、そこまで大事ではないと話すため、意思を尊重し、当事者には知られないよう自宅周辺を巡回したり、定期的に連絡を入れ継続的に見守りを行った結果、大きな問題にならずに経過している。引き続き虐待を未然に防ぐよう啓発や相談を展開して行く。消費者被害についての相談はなかった。</p>	<p>高齢者虐待の通報は1件、担当ケアマネからの通報。被虐待者は統合失調症で、その症状が原因であると本人も認識していることから、受診につなげて様子を見ている。虐待防止の取り組みとしては、いんばケアマネネットワークと介護支援専門員を対象にZoom研修を開催した。成年後見についての相談はなかったが、引き続き成年後見センターと連携していく。消費者被害については、駐在と協力して、地域の方への周知啓発を行うこととし、年度内に寸劇を実施する計画を立てている。</p>

<p>包括的・継続的ケアマネジメント業務</p>	<p>・入退院時に医療機関から連絡があった際は、退院前カンファレンスへの参加、介護保険の申請代行、ケアマネジャーや施設入所探しなど総合調整を行った。</p> <p>・いんばケアマネネットワーク、主任ケアマネで実施した事例検討会や研修会等においては、ファシリテーターとして、介護支援専門員が意見を出しやすいよう進行役を務めた。</p> <p>・介護支援専門員に対する支援としては、同行訪問を行い、担当の介護支援専門員では収集しづらい情報の聞き取りを担ったり、問題点が整理できるよう助言するといった後方支援を中心に行った。</p>	<p>・介護支援専門員と良好な連携がとれるよう、また介護支援専門員がインフォーマルサービスや他機関とつながれるような情報発信を継続している(月1回)。</p> <p>・関係者との連携を図り、介護支援専門員が支援しやすくなるネットワーク作りに向けて地域での高齢者への支援が可能な団体や企業と意見交換会を開催できた(輪い和い会として開催)。</p>	<p>・いんばケアマネネットワークと連携し、要介護認定に係る期間についての要望書を市に提出した。</p> <p>・ケアマネジャーが高齢者以外の機関と連携が必要な際に、センターが橋渡し役になれるよう対応をした。また、インフォーマルサービスについて生活支援コーディネーターが相談、対応を行った。</p>	<p>介護支援専門員と、相談しやすく良好な後方支援ができるよう心掛けた。</p> <p>介護支援専門員が支援に苦慮している時は相談を重ね、スーパービジョンの実践を行い後方支援に努めた。</p> <p>家族関係が複雑なケースもあり、家族との連絡調整も密に行っている。</p> <p>複合化する課題解決に向けて、介護支援専門員に寄り添いながら取り組んでいる。</p>	<p>高齢者が住み慣れた地域での生活を続けられるよう切れ目のない支援を実施するために、地域住民、民生委員、行政、他機関など多岐にわたる関係者と連携している。特に医療機関や医療系の事業所との連携に力を入れており、病院の相談室に足を運ぶなどの取り組みをした。また、個々の介護支援専門員の実践力向上支援として、市、5包括と協働し、研修会の企画や運営を行っており、講師の手配やスケジュール管理なども担当した。</p> <p>介護保険認定調査に係る期間の遅れにより、ケアマネジメント業務等に大きな支障が生じたため、いんばケアマネネットワークと協力して、現状解消に向けて対応の提案と依頼について、市長へ要望書を提出した。</p>
<p>地域ケア会議推進事業</p>	<p>・思いやりケア会議では、包括には頻回に電話して不安感を訴えるが介護保険サービスの利用は拒否するケース、娘が父親との同居を拒否した上に銀行通帳を取り上げてしまったケースについて話し合いの場を設けた。</p> <p>この2ケースでは、利用者やその家族への説明責任のあり方が今後の課題として残った。</p> <p>・地域ケア推進会議としては、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、支援者や関係機関が個人情報共有するための方法の一つとして、救急医療情報キットを例に挙げて話し合った。</p> <p>その結果、利用者宅に緊急連絡先といった情報を設置しておくといったアプローチ方法が地域ネットワーク作りに効果的であることが確認できた。</p>	<p>・思いやりケア会議のうち1ケースは、1回限りではなく継続して開催し、包括が中心となり課題の整理をし見通しを立て、チーム力を高めながらケースへの対応ができている。</p> <p>・地域ケア推進会議は、できるだけ地域の企業の方などに出席をお願いしているがなかなか難しい状況が続いている。「認知症」に関連した内容で1回行った。</p>	<p>・これまでの地域ケア推進会議の積み重ねから、「認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続できること」を地域課題として継続的に取り組んでいる。今年度は認知症基本法が施行されたことに触れ、認知症当事者の方に会議に参加していただくことができた。</p>	<p>思いやりケア会議1回、地域ケア推進会議1回実施した。個別会議に関しては、年単位で関わりのあるケースについて、関係者がどこまで関りを持てるか掘り下げて話し合う機会を持つことができた。推進会議については、印旛圏域の民生委員を対象に、「困った人を見過こさない」をテーマに、困った人を見て見ぬふりをしない、救い上げる手立てを具体的に話し合い、次につなげる機関の周知を行った。推進会議では、市で普及・啓発に努めている「救急医療情報キット」について、圏域のケアマネや民生委員からの意見や活動に関する状況を聞き、今後の印旛圏域での課題の一つとした。</p>	<p>地域ケア推進会議から生まれた事業に対しての評価と、今年度末には、新たな課題を抽出するために広く関係者に参加を依頼して、在来地区とニュータウン地区でグループワークを開催する予定である。</p>

<p>在宅医療・介護連携推進事業</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・印西市訪問看護ステーション連絡会に参加して、医療機関と介護事業所が協働・連携を図れるよう支援した。</li> <li>・市が開催する「在宅医療・介護連携、認知症対策推進会議」に参加して、在宅医療と介護の連携、認知症施策の一体的な取組や強化に協力した。</li> <li>・千葉県住診体制広域連携支援センターと話し合いの場を設け、訪問診療が継続できる体制づくりに協力した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時の対応についてはいくつかの課題があり、現状では救急キットを正しく周知していくこと、消防署との連携を図っていくことが必要と思われ取り組み始めることが出来た。</li> <li>・医療機関等の新たな情報を介護支援専門員に情報発信し、連携しやすくなるための要望を医療機関側に伝え検討していただくなどできた。</li> <li>・訪問看護事業所一覧の一部更新を行い、医療機関や病院連携室、居宅介護支援事業所へ配布しつつ、実情を聞き取ったり、伝えたりしながら顔の見える関係づくりに取り組んだ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・オレンジカフェで薬剤師や作業療法士、消防署員に講座を依頼したり、定期発行している包括の広報誌を病院や薬局に訪問して配布することで、日頃から顔の見える関係作りに取り組んでいる。</li> <li>・訪問看護事業所一覧を更新、病院連携室等へ配布し、顔の見える関係づくりを行った。</li> </ul>	<p>連携を密にするため、訪問看護事業所一覧、包括のチラシ、居宅介護事業所一覧、介護保険のパンフレットをクリニックに配布した。地域の医師と包括支援センターの活動内容の周知や現場で実際に起きている現状の課題について話をする時間も設けることができた。</p>	<p>在宅医療・介護連携、認知症対策推進会議に出席し、市の事業計画を共有した。また、訪問看護ステーション連絡会にも定期的に出席している。</p>
<p>認知症施策推進事業</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症にかかわる人が交流できる場として、認知症地域支援推進員等が中心となって、11月末現在 認知症カフェを4回開催して、認知症当事者やその家族が思いを気軽に話せる機会を提供した。</li> <li>・利用者やその家族が認知症を受け入れられないケースや、主治医にうまく認知症状を伝えられないケースでは、認知症初期集中支援チームと連携を図り、専門病院へ早期受診できるように取り組んだ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症カフェは年間計画通り(8回)開催中。参加者同士で理解協力し合いながら取り組むものとして「体操」を作り上げ、カフェでは参加者主体でお互い教え合いながら「体操」を行っている。</li> <li>・認知症サポーター養成講座は、小学校、大学(学生並び教員へ 実績1)地域のボランティア団体(実績1)に実施。出前講座も随時開催。1月に初めて働く人向けの認知症サポーター養成講座開催予定。</li> <li>・認知症初期集中支援チーム対応実績「1」、その他相談し連携して支援を行った実績「1」、相談のみは数件。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症当事者の方に地域ケア推進会議に参加していただくことができた。地域住民や関係機関に認知症当事者の発言を聞く機会を作ることで、認知症の問題を今まで以上に自分事として取り組んでもらうことができた。</li> <li>・認知症サポーター養成講座を2つの住民団体に実施した。見守り声掛け訓練は12月に実施予定。</li> <li>・本人が支援を拒否し、家族の介護負担が増えているケースに対して、認知症初期集中支援チームと連携し、医療受診、介護サービス導入につなぐことができた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症カフェを6回行った。福祉用具やフレイル予防についての講座を行った。また、今年は大廻、松虫、萩原地区で初めて開催した。カフェの認知度が低い地域であったが、事前に地区の関係者に広報を行い、多くの方に参加して頂けた。また、地区のキーパーソンとなる方と関係を作る事が出来たことが大きな収穫であった。</li> <li>・萩原地区では認知症サポーター養成講座を実施した。</li> <li>・認知症初期集中支援チームへの相談は1件、本人が当日キャンセルしたため実績には至っていない。今後も認知症疾患医療センターの相談窓口の活用を進めて行く。</li> </ul>	<p>オレンジカフェについては、昨年同様年6回の開催を企画しており、おおむね予定通り実施できている。できるだけ歩いての参加ができるよう各地区での開催を企画した。内容については、参加者のアンケート結果や要望を聞いて企画している。小学校の認知症サポーター養成講座においても市と協力し実施することができた。また、認知症の周知啓発の一環として、昨年度に引き続き、メモリーワークを開催した。併せて、チームオレンジと協働して、認知症サポーターのイメージキャラクターロバ隊長のマスコットを作製してもらい、認知症サポーター養成講座の周知に取り組んでいる。</p>
<p>生活支援体制整備事業</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活支援コーディネーターが地域住民と協力して、地域住民が交流できる居場所作りとして、大森地区(森のカフェ)と小林地区(砂田サロンゆい)のサロンを創設した。</li> <li>木下地区では、地域に対する関心が希薄な傾向があった為、地域の歴史や名所を写真として残せるようなカレンダーを作ることで、地域交流を図った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日々の総合相談業務で生活支援コーディネーターも加わり相談事にマッチングし対応する場面が増えてきている。</li> <li>・住民座談会継続開催。活発な意見交換がなされており、地域に持ち帰って地域住民へ働きかけを行えている地区もある。ここから発生したバルマーク活動も順調に継続。</li> <li>・男性の集いの場歌声サロン「にじいろ」は北部包括と協働し、ボランティアや会場使用協力場所が増えるなどしながら安定して継続。</li> <li>・地域ケア推進会議での意見から資源シートを船穂地域包括支援センターと協働にて作成し、高齢者が立ち寄ることが多いと思われる窓口(薬局、管理事務所、公共施設等)、居宅介護支援事業所へ配布</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・南部地域包括支援センターとの協働にて、資源情報シートを作成し、居宅介護支援事業所等へ配布した。</li> <li>・介護予防と地域づくりを目的とした、いんざい健康ちょきん運動が新しく3か所立ち上がり、活動支援を行った。現在あるグループに対しても広報紙の配布等積極的に定期訪問をし、日頃から顔の見える関係作りを意識的にやっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活支援サポーター養成研修へ参加し、今後の活動方針を理解した。</li> <li>・圏域内のちょきん運動やラジオ体操、民生社協などの活動へ積極的に参加し各地区の代表を含む様々な方へ顔を繋ぎ今後の活動を行う際に協力いただける環境づくりに努めた。</li> <li>・スーパーカスミの移動販売を支援し、今後の販売ルートの需要や地域の実態について民生社協とともに意見を出し合った。</li> <li>・サービスCで関わった対象者と事業終了後も積極的に関わり、再び引き籠り傾向にならないための関係づくりを行っている。</li> </ul>	<p>民生委員児童委員定例会や社会福祉協議会支部の定例会に参加し、地域のボランティアさんとのつながりを持つことができた。地域に向く機会を多く創るために、高齢者クラブ等の会議や活動にも積極的に顔を出すように努めていく。また、介護支援専門員とも連携し、個別の課題、ニーズを把握し、センター内で共有し、引き続き、課題解決に向けて取り組んでいく。</p>

<p>令和6年度の重点目標として、以下のことを掲げた。</p> <p>① 早期に認知症の人を把握するために、町内会、民生委員等といった地域コミュニティから認知症の疑いがある高齢者の情報を発信してもらい、北部地域包括支援センターなどの専門機関が連絡を受ける。</p> <p>② 認知症の疑いがある高齢者の情報を基に、連絡を受けた北部地域包括支援センターなどの専門機関が情報を整理・分析した上で、問題点の焦点化を図る。</p> <p>③ その上で、問題点を解決するのに適した関係機関と連携を図り、対応していくことを目標として、役割分担や連携に取り組む。</p> <p>上記の取り組みを通して、認知症の疑いのある利用者が円滑に専門機関へ受診できるよう支援するために、以下のことの重要性を再認識した。</p> <p>1:(本人は受診拒否することが多いため)家族間の援助方針を一致させる</p> <p>2:主治医へ認知症状を正確に伝える</p>	<p>今年度の一番の特徴は、個人の相談ではなく、地区からの高齢者のつながりや活動についての相談が、民生委員ではなく自治会の方からセンターに入ることが4地区あった。更にそれらの地区ではこれまで出前講座の開催や繋がりがあまりなかった地区だったので非常に良かった。</p> <p>・総合相談では、ネット等の情報があつての相談という形が年々多くなり、限られた時間で、どのような認識をお持ちであるかの確認と、必要時修正を要するため、対応スキルをさらに上げていくよう努めていく。</p> <p>・圏域の高齢者が地域で暮らし続けるために、当圏域ではどのような取り組み内容並びにどのような手段が適しているのか検討しながら、方向性を絞っていけるようにしていきたい。</p>	<p>地域ケア会議推進事業と認知症施策推進事業とを連動させ、「認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続できること」を目指し、認知症サポーター養成講座を2回、見守り声掛け訓練を1回、オレンジカフェを5回実施した。今後もますます増える認知症の対策として、着実に圏域全体に広げていく。</p> <p>・圏域の前期高齢者の割合が多いことから、事業計画において、「困りごとの早期発見、早期対応、予防的な対応が出来る地域作り」を目標に取り組んでいる。地域包括支援センターの周知が広まってきた一方、介護保険が必要になる前の段階での相談も増えている印象がある。そのため、ちょきん運動を始めとした介護保険を利用する前の段階での地域活動(受け皿)への支援や、地域住民自身が自分事として意識して生活できるような啓発活動が必要である、と感じている。</p> <p>・総合相談であげたような事例が増えていくことが予想されるため、重層的支援体制整備事業を見据えて、高齢者分野以外の関係機関との研修会等に積極的に参加をしていく。</p>	<p>昨年に比べて全相談件数は減っている。8月の相談が多く、近年続く猛暑が原因と考えられる体調不良者が多かった。心配な情報を入力した時の訪問など、各職員がアウトリーチの手法で地域住民に寄り添う支援に努めている。今後も続けていく。</p> <p>*8月から全職種が揃い、事務職員も加わり万全の体制となり昨年実施できなかった認知症サポーター養成講座の実施や、各種研修にも参加することができた。</p> <p>*基本チェックリストを活用し、2件サービスCへ繋ぐ事ができた。</p> <p>*生活支援コーディネーター不在の期間が3か月間続き、8月から従事した。生活支援体制整備事業の実施については、来年度「地域のためにできること」「地域住民のために」取り組めるよう業務に邁進していく。</p> <p>*看護師を中心に、各地域に出向き「救急医療情報キット」普及・啓発のため、なるべく出前講座やちょきん体操後に、申請の仕方、書き方、活用の仕方についてのレクチャーを行い、11月末時点で45本配市した。</p> <p>*昨年同様、印旛地域の住民の皆様は今地域で起きている事、住民同士が自ら地域課題を認識し解決出来る様に動機づけを行う事が大切である事を学んだ。これからも様々な地域組織と連携、協同し今まで以上に互助活動が盛んになる様、取り組みを推進して行きたい。</p>	<p>今年度の計画については概ね予定通り遂行することができていると考える。</p> <p>総合相談については、複合化した内容が多くなっていることから、切れ目のない支援を実現できるように、市が取り組む重層的支援体制整備を協働していく。また、総合事業のマニュアルが改定されたこともあり、今後はより生活支援体制整備事業に力を入れていくこととする。</p>
---	---	--	---	--