

- ・ 2月14日（金）大雪 通路確保 雪かき

平成25年度 ふれ愛の館 しおん 事業報告

①地域包括ケアの中核組織としての体制強化

各事業所の主任を管理者として配置し、各事業者が独立して運営していける体制を整える為、週1回の管理職会議を開催した。内容として運営状況報告、サービス評価、事故・クレームなどの議論を行った。その中で、地域包括支援センターを中心して、地域の相談に迅速化かつ適切に対応するため、事業所間連携の重要性を認識し、月1回の事例検討会・サービス担当者会議運営のスキルアップを実施した。

②安心安全活動の強化

ヒヤリハット・事故報告の徹底、苦情・事故対応協議を踏まえ、初動期の対応の重要性について、認識を深めて一定の成果が上がっている。課題として、事故・クレーム発生後の職員・チームのメンタルに対するケアを強化する

③個別支援から地域支援へのプロセスの確立

それぞれの事業所で行われる個別支援や日常の訪問活動の中で、それぞれのケースから見える課題を地域関係者と協働することが極めて重要となっている。定例開催してきた地域住民との「井戸端会議」について、今年度は活動のまとめを各関係機関に報告し、地域課題を抽出するための地域ケア会議を実施。

④入所・居住施設立ち上げに向けた準備委員会の立ち上げ

委員会のついては、実施できていない。しかし、認知症デイサービスで実施しているお泊りだけでなく、当センターにショートステイ希望者が増加している。今年度はニーズ調査等により、臨まれる施設について検討に入る。

⑤地域ネットワーク活動への積極的参画

地域包括ケア体制の構築に向けて、各機関が集まり、事例検討・連絡会・ネットワーク活動など動きを活発にしている。また、地域住民が集う、行事・イベントの開催も増えている。このような活動に対して参加だけでなく、運営から参加し各関係機関との連携強化を実施した。

⑥アウトリーチの強化

総合相談の中で生活保護受給、家族の就労問題等の低所得世帯に認知症・精神疾患等が重なり、金銭管理・負債問題等をさらに複雑化している傾向にある。また重症化してから相談が入るケースが多く、問題対応型となっている為、行政・医療機関・障がい部門・地域関係者等と予防的な取り組みが必要となっている。そこで今年度はアウトリーチの強化として、府営住宅700世帯の内、高齢者世帯に全戸訪問を実施した。

（地域包括支援センター）

●総合相談支援業務

- ・年間相談延べ件数 2997件、地域ケア会議開催回数 20回

平成25年度より定例開催してきた地域住民との「井戸端会議」について、今年度の活動のま

とめを各関係機関に報告し、地域課題を抽出するための地域ケア会議を実施した。検討の結果をもとに、26年度は「介入が困難な地域の問題を住民・関係機関と協働で検討できる場づくりの拡大」を目標として取り組んでいく。

●包括的継続的ケアマネジメント支援

介護支援専門員個別相談件数 653件。各種研修終了後の事業所への聞き取りから、ケアマネージャー同士が気軽に情報交換ができる場や、ひとりケアマネージャーへの支援、事業所が地域と関わる必要性を感じている、といった意見があった。26年度はそういった要望に応じていく取り組みを行っていく。

●認知症の方を支援する取り組み

「認知症の方と歩く会」

認知症の正しい理解と、当事者が早期にアクセスできる社会資源づくりを目指して、4月より「認知症の人とみんなの楽しみ隊」を立ち上げた。参加メンバーは、認知症の方とご家族をはじめ、その支援者であるケアマネージャーや、老人ホームやグループホーム等入所施設職員、社会福祉協議会など。活動内容としては月に1回、長居公園にて歩く会を開催し、閉じこもりで運動不足になりがちな認知症の方への健康維持と、ご家族のリフレッシュを目指している。

●「井戸端会議」について

・月1回の定例会だけでなく、日常でも何かあれば包括に相談をして頂くことで、重症化になる前に予防的な関りができるようになった。

・地域の方と交流を重ねることで関係づくりができ、敬老会の粗品贈呈の際、包括のパンフレットも一緒にお渡しして頂くなどの広報に繋がった。

・70歳以上の方の「高齢者世帯状況表」を作成することができ、効率の良いアウトリーチを実施することができた。また地域の方に「高齢者世帯状況表」を見てもらうことで改めて独居高齢者の多さを地域の問題として再認識してもらうことができた。

(居宅支援事業所)

地域包括支援センターが併設している為、担当するケースが困難になっており、地域関係機関との連携や事例検討・サービス担当者会議の強化を実施。また、法令遵守についての職員の認識を深めるため、ケアプランチェックをもとに業務改善を実施する。

(ホームヘルプセンター)

サービス提供責任者の業務強化として、利用者宅へサービス提供状況、利用者ニーズ調査と定期訪問を実施する。その中で、特に独居の認知症高齢者へサービス提供について、見直しを重点的に実施。認知症高齢者の生活支援は登録ヘルパーとサービス提供責任者との連携が不可欠であり、個別研修計画に基づく研修の実施、事例検討・カンファレンスへ積極的参加を勧奨し、全ヘルパーの研修の充実を図る。

(デイサービス)

①利用者平均28名達成については、平均25名と達成できず。

・営業を行い新規の居宅事業所を増やす(パンフレットの作成)

・ボランティアの導入を積極的に行い、外部との交流を行い、外出レクなどを行う

②利用者、家族との交流の機会を増やし、本人、家族の思いの沿った計画書の作成

- ・ 訪問時・連絡帳・送迎時の声かけ等をサービス計画に具体的には反映
- ・ 行事への家族参加を計画し、家族同士が出会える場づくりを実施
- ③運動（リハビリ、体操）メニューの改善
 - ・ 楽しみながら運動が行えるよう研修に参加し、メニューの幅を広げる
 - ・ 個人に合わせた具体的な目標（明日できること）を設定し、日々の活性化、自信をつける
- ④専門職として必要な研修の参加（老いに寄り添える心を養う）
 - ・ 個別研修計画に沿って、専門職として必要な研修に参加し、フィードバック研修を実施
- ⑤業務の見直しを定期的に行う
 - ・ 目標の振り返り、見直しを定期的に行う（3ヵ月に1度）
 - ・ 目標に沿ったケアをチームで行う

（第2デイサービス）

認知症高齢者支援において、「本人の視点」で支援内容を検討することが極めて重要である。本年度は、センター方式・ひもときシートを活かし、全面的にアセスメント様式の見直しを行う。

家族支援については、家族会を年3回実施し、家族同士の関係性が深まり、「仕事をしながらの認知症介護」「男性介護者の悩み」等の意見交換が深まった。

若年性認知症の方の集いについては、「歩く会」への参画を行い、地域の事業所や当事者・家族と共に介護保険サービスにつながらない方への社会資源づくりを実施する。