

包括目標	アクションプラン(行動計画)	令和6年度実施内容	評価	課題・改善点
①高齢者とその家族が、権利や尊厳が守られ、必要な時に必要な支援が受けられている	総合相談支援業務 ①初回相談後、極力早期に面談し、必要な支援につながるまで伴走を行う。（特別な場合を除き1週間以内）	①相談後、できるだけ早期に基本的に訪問による面談にて、ケースの状況把握を行い必要な支援の手続きや制度の紹介を行った。 （地域ケアマネジメント会議で報告した新規相談ケース：200件）	認定結果が出る前でも住宅改修や福祉用具購入の相談に応じたり、居宅介護支援事業所と連携し暫定プラン作成を行った。認知症のケースについては必要に応じ、認知症初期集中支援チームの紹介や通所につながりにくいケースの場合は各種認知症カフェの案内等により、伴走を行った。	ケアマネジャーや利用希望サービスに空きがなく、サービス利用開始までに時間がかかることがある。認知症初期で認定を受けた方が定着できそうなサービスがあまりなくすぐにケアマネにつながらないことも多い。
	②ケースの内容により関係機関と連携する。また、各機関の特徴や支援内容を日頃のやり取りや研修等で知る機会を作る。（市役所内各部署・保健所・認知症初期集中支援チーム・認知症対策推進室・医療機関・インフォーマルな社会資源等）	②毎月の地域ケアマネジメント会議にて高齢介護課、健康づくり推進課、生活支援コーディネーター、認知症対策推進員と総合相談ケースについて情報共有を行っている（のべ377ケース）。7月に重層関係者校区交流会に参加。支援困難ケースの個別会議を5回開催。	会議ではケース報告以外に、参加機関からの情報収集や情報共有を行うことができた。重層関係者校区交流会では今まで顔を合わせたことが無い部署の担当者の話を聞き、今後のケース対応時に相談しやすい関係作りができた。	「何でもまずは包括へ相談」の受け皿として、連携先がはっきりしない事例がある（精神疾患が疑われるケースや離婚の相談等）。
	③出張講座や出張相談会を通じて、地域住民へ相談窓口を周知する。出張講座：年間12回延べ375人・出張相談会：年間60回	③出張講座：17回延べ463人、出張相談会：57回（包括案内チラシ配布261枚） 多世代の方向けのチラシを毎月作成しJA海印寺での出張相談会で配布した。とくし丸出張相談会のポスターをバス停掲示板に貼り出した。	今年度は防災関連の出張講座の依頼が多く、講座開催自体を社協の担当者に依頼した。民生児童委員や金融機関等日頃連携を必要とする方々を対象として改めて包括の周知ができた。出張相談会は前年度に引き続き定期開催し、相談につながった。	新規にご依頼いただいた団体への講座開催で、広く多くの市民に相談窓口を知ってもらうことの重要性和同時に、毎年繰り返し同じ団体からの依頼もあり、何度も伝えることでより窓口の周知徹底を図ることができた。
	【前年度の評価・課題を踏まえた改善点】相談窓口の周知のため、出張相談会（JA海印寺支店・とくし丸）で配布するチラシやポスターを工夫する。出張講座はネットワークを駆使して、協力いただける事業所や機関にも講師になってもらい内容を充実させる。			
②高齢者一人ひとりが、介護予防や認知症についての理解を深めることで、主体的に健康づくりに取り組んでいる	介護予防ケアマネジメント業務 ①要支援認定者及び総合事業対象者が「その人が目指す自立した生活」を送れることを目的として、ケアプランを作成する。（市主催のケアプラン点検を受けることで、ケアプランが自立支援に資する適切なものとなっているか検証確認する。） ②委託先居宅介護支援事業所との連携を密にする。（サービス担当者会議への出席や実績報告のやり取りを通じて）	①ケアプラン点検受検（プランナー1名）。ケアプランの給付管理数（ケアマネジメントB含む）は2797件（うち委託は544件）。 ②サービス担当者会議への同席、家族面談時の同席等随時行った。	給付管理数は過年度比で最高となった。基本的にはサービス利用開始までなるべくお待たせすることなく、ケアプランを作成できることを目指し実行できた。 委託先居宅介護支援事業所へ別件で連絡の際にも、委託ケースについての情報共有を行うようにした。毎月の請求書や実績報告書の窓口提出が期日までに大変な場合はFAXでの受付も可とし委託先居宅の負担軽減を図った。	市内のケアマネ不足の影響で委託率が低下。自センターのプランナーの体制を維持するための工夫が必要。（離職予防のため柔軟な勤務形態や働きやすい職場環境、手当を含めた賃金など。） 引き続き委託先居宅の負担軽減について検討を行い、必要時委託ができる体制を作る。
	【前年度の評価・課題を踏まえた改善点】予防プラン作成数の増加が今後も見込まれる。市内全体でケアマネ不足が慢性化している中、委託先の減少も見据え、自センターでの作成増に備えケアプラン作成に伴う業務の効率化簡略化を行政と相談していく。			
	権利擁護業務 ①高齢者虐待への対応：市と連携して迅速な対応を行う。虐待対応マニュアルやフローを理解し、業務に取り組む。 ②成年後見制度の活用：本人・家族やケアマネジャーからの相談に応じ、認知症等により判断能力の低下がみられる場合には必要に応じて地域福祉権利擁護事業や成年後見制度の利用につなぐ。	①対応マニュアルやフローに従い対応を行った。 （新規受理11件、コアメンバー会議12回、虐待対応ケース会議4回開催。） ②関係機関との連携、顧問弁護士への相談及び無料法律相談等を通して、必要に応じ成年後見制度の利用につながるよう支援した。 （成年後見申立相談：21ケースうち8ケースが申立に至った。）	コアメンバー会議にて虐待の判断がつかないケースが増えている。また、対応について他機関から指摘を受けることがあった。DV関連の通報もあり男女共同参画支援センターとの連携を行った。 申立てに際して顧問弁護士に相談することで、スムーズに手続きが行え、後見人制度の利用につながった。	研修や他包括との情報交換を通して、虐待対応について共通の認識を持ち、支援を行えるようにする。 地域福祉権利擁護事業の利用だけでは対象者の権利擁護が十分に行えないため成年後見申立も検討しないといけないケースが増えている。（債務整理、施設入所等）
	③消費者被害の予防：消費生活センターと連携し、消費者被害の情報把握を行う。出張講座等で再発防止のための広報と行う（年度内1回以上）。 【前年度の評価・課題を踏まえた改善点】虐待対応においては虐待者、被虐待者それぞれが複数課題を抱えるケースが一定数あった。成年後見制度の利用や地域福祉連携室との協働により、状況の改善を図ることができた。今後も顧問弁護士や地域福祉連携室との関わりを密に行う。	③消費生活センターとの連携：個別ケースで1件。 出張講座での取り扱い：0回	消費生活センターより連絡が入り連携を行い、成年後見制度の案内を行った。今年度は消費者被害防止の内容での出張講座の希望がなく実施できず。	市や基幹と相談して、市全体の傾向や課題を踏まえた講座の開催があっても良いかと考える。
③高齢者支援に関わる人等が、それぞれの役割を果たしながら協力できている	包括的・継続的ケアマネジメント業務 ①介護支援専門員への支援：地域ケア個別会議やケアマネジメント会議を開催。ケアマネジャーの後方支援を行うと共に、困難事例に対して多職種で課題の共有及び問題解決を図る。	①ケアマネがついているケースの地域ケア個別会議：3件開催。 ケアマネジメント会議：未実施	8050問題に関連するケースや成年後見制度の導入が必要なケース等について個別会議を開催した。会議開催以外にも、必要に応じてケアマネジャーと同行訪問や制度やサービスの情報提供を行い後方支援を行った。	「ひとりケアマネ」事業所のケアマネジャーや小規模多機能型居宅介護事業所のケアマネジャーからの相談も多いため、ケアマネジャー同士の横のつながり作りも必要であると考える。
	②多様なネットワークの構築：民生児童委員定例会への出席（3民協へ8月1月以外出席 延べ30回）や、ケアカフェの開催（年度内1回）、地域ケア推進会議（年度内1回）、長五小行方不明高齢者搜索模擬訓練への参加（年度内1回）を通し、地域のケアマネジャー、民生委員、介護保険事業所、自治会関係者等とネットワークを構築し、地域課題の把握や情報共有ができる。	②民生児童委員定例会への出席（のべ34回）、民生児童委員定例会での研修会を実施（4カ所）。 「災害時の連携」をテーマとしたケアカフェ兼地域ケア推進会議を8月に開催。 長五小高齢者行方不明搜索模擬体験へ参加（11月に事前学習と当日と計2回）。	民生児童委員定例会での研修会に参加することで、民生児童委員が不安や疑問に思っておられることを知ることができ、包括の役割についても周知できた。ケアカフェ兼地域ケア推進会議では災害をキーワードとして長岡京市の防災施策を知り意見交換の場を持てた。	各事業所が災害時のBCP作成が義務付けられているが、災害発生時の行政・包括・事業所の地域での連携や役割をわかりやすくしておく必要がある。
	【前年度の評価・課題を踏まえた改善点】高齢者やその家族が介護・医療だけでなく地域や親族からの孤立、多重債務、精神疾患、ひきこもり、ゴミ屋敷等の課題を抱えるケースが増えている。柔軟に対応できるよう関係機関との連携強化を図り、ネットワークを構築する。			