

センター		①社協こもれび	②社協ふれあい	③聖徳園
地域包括ケアシステムの深化				
1 認知症施策に関する取組み（認知症予防、早期発見、ネットワーク構築による早期支援、本人及び家族の発信支援等） ※ 枚方市の重点的な取組み				
前年度取組内容	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 ①認知症カフェを地域住民に活用してもらう機会を増やす必要がある。 ②地域住民の認知症への理解を深める必要がある。 ③認知症の高齢者本人やその家族が同じ悩みを持つ人たちと交流できる場を設ける必要がある。 【取り組んだ内容（成果）】 ①認知症の高齢者やその家族などの参加者の増加を図るため、認知症カフェの運営主体に対し、折り紙など気軽に参加できるような企画を提供した。 ②認知症サポーター養成講座や出前講座等を開催した。 ③認知症の高齢者の家族による家族会など交流できる場を設けるため、認知症カフェや出張相談に来ている地域住民から情報収集を行った。	【地域課題】 ①家族や親族、地域との関係の希薄化などから、早期発見が困難な状況にある。 ②地域で見守りを必要とする人がいても関わりが難しい場合があり、認知症のある高齢者が地域から孤立することがないよう、認知症の理解を深める場や困りごとが大きくなる前の相談につながるような居場所づくりが必要。 ③身体的問題だけでなく、家庭環境や金銭問題など複合的な課題を抱える人もいるため、関係機関や民生委員等と情報交換や勉強会等を通じて連携強化を図る必要がある。 【取り組んだ内容（成果）】 ①圏域居宅介護事業所連絡会・民生委員懇談会 居宅介護事業所と民生委員・児童委員の合同の懇談会を開催し、ケアマネジャーが作成したケアプランを通じて、支援の内容や専門職と民生委員の視点、役割等を確認し、意見交換を行った。認知症に関する困りごとの相談が民生委員の相談につながっていくことも多くあり、ケアマネジャーと連携することで早期に対応や確認ができたケースがあった。 ②認知症カフェ立ち上げに関する打合せ 圏域内の精神科病院では認知症ケア病棟を開設されており、認知症カフェ立ち上げに関する打合せを行った。当事者や家族が安心して集える場づくりを目指して検討を重ねている。 ③ー1 多職種連携研究会 脳神経内科の医師より「精神障害と認知症」について講義をいただき、介護サービス事業所、ケアマネジャーや薬剤師などの専門職のグループワークを通じて困難事例についての意見交換、情報交換を行った。 ③ー2 特別養護老人ホームと連携し、認知症サポーター養成講座を開催 近隣住民や利用者家族、施設スタッフが受講。センターを周知し「認知症のことを相談できる場所を知ることができて少し安心した」という声があった。	【地域課題】 地域住民に対し、認知症への理解や対応方法などを浸透させていく必要がある。 【取り組んだ内容（成果）】 地域住民を対象とした出前講座を行い、また、小学生などの若年層向けに認知症サポーター養成講座を開催し、幅広い世代へ認知症の理解につながる取組みを行った。
		【地域課題】 ①認知症カフェを地域住民に活用する機会を増やす必要がある。 ②地域住民の認知症への理解を深める必要がある。 ③認知症の高齢者本人やその家族が同じ悩みを持つ人たちと交流できる場を設ける必要がある。 【取り組み目標】 ①担当圏域のチームオレンジサポーターを招集し、サポーターの活動内容を確認するとともに、意見交換の機会を設ける。認知症カフェにおいてその機会を持つことにより、認知症カフェの運営主体とサポーターとの関係の構築に取り組む。また、認知症カフェの運営の支援を行う。 ②認知症サポーター養成講座及び認知症サポーターステップアップ講座を開催する。また、出前講座やカフェ・サロンなどへ参加する際に、認知症の予防や対応の方法などについて普及した。 ③認知症の高齢者の家族が交流できる場を設けるために家族会などの企画の準備を進める。	【地域課題】 ①認知症当事者や介護者家族が安心して集う場や、認知症に関することを相談できる場が少ない。 ②認知症当事者が地域の催しや集いに参加し、支えあいや理解の和が広がるよう地域の活動者との連携した取り組みが必要。 ③早期的な発見により困りごとが大きくなる前の相談につながるよう、民生委員・児童委員との連携をはじめ第2層協議体を中心に「高齢者が活躍する場」を検討・構築する必要がある。 【取り組み目標】 ①認知症カフェの周知と立ち上げの支援 ②圏域内の認知症カフェとの連携強化 ③第2層協議体において、地域の実情を確認しながら高齢者を取り巻く地域課題について話し合い、精神障害や認知症などによる認知機能低下や判断能力低下に関する支援について理解を深める。	【地域課題】 ①認知症サポーター養成講座修了者を活動できる場につなげる必要がある。 ②金融機関より認知症の高齢者に関する相談が複数あり、従業員が対応に苦慮している。 【取り組み目標】 ①認知症サポーターステップアップ講座を開催し認知症サポーターの活動意欲を押し上げるとともに、活動できる場に関する情報提供を行う。 ②相談のあった金融機関に対し、認知症の理解つながる認知症サポーター養成を提案する。

センター		④安心苑	⑤サール・ナート	⑥松徳会
地域包括ケアシステムの深化				
1 認知症施策に関する取組み（認知症予防、早期発見、ネットワーク構築による早期支援、本人及び家族の発信支援等） ※ 枚方市の重点的な取組み				
前年度取組内容	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 ①チームオレンジサポーターの受け入れ先が少ない。 ②認知症の人を支える家族への支援体制が少ない。 【取り組んだ内容（成果）】 ①②居場所（阪一会館）にて、チームオレンジサポーターの受け入れ体制の整備を図った。	【地域課題】 認知・判断力の低下がある独居高齢者数の増加により本人自身や地域の人も困るような課題（ゴミの分別・搬出が困難、金銭管理、消費者被害にあう等）が増えている。 【取り組んだ内容（成果）】 ■個別ケースワークによる解決（多機関連携）。 ■地域住民への出前講座を4校区に開催、LINEアカウントによるメッセージ配信をはじめとする各種媒体での情報発信（権利擁護関係の普及啓発）。 ■認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座の開催や認知症カフェの活動支援、オレンジガーデニングプロジェクト等により本人及び家族の認知症についての情報発信する支援をした。 ■各種出前講座等の機会に「すこやかチェック票」「基本チェックリスト」を実施し早期発見に努めた。	【地域課題】 ①認知症の理解が進んでいない ②認知症支援に対するネットワークの発展が必要 【取り組んだ内容（成果）】 ① 当事者とその家族、当事者活動を支援している大学教授に講師として参加してもらい認知症フォーラムを開催。当事者の体験や想いを直接聞くことで「新しい認知症観」の理解を深めることができた。 ②認知症マフ（認知症当事者が落ち着く効果があるとされている）づくりを通じたワークショップを定期開催。ワークショップの中で医療機関から認知症についてや、認知症マフについて話をしてもらい、認知症への理解を深めている。また、認知症の方やその家族のために何かしたいという想いを持つ方が集まり、病院や介護保険施設等への寄付へとつなげていくことを目指している。取り組みを進めるにあたり、毛糸の寄付やワークショップの講師役となるボランティアを募るなど行った。ワークショップはリピーターの参加者も多く、継続的な開催を望む声も多かったことから次年度も引き続き開催することになった。
今年度取組目標	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 ①認知症になっても、自らの役割をもちながら活動できる場が少ない。 ②家族が本人に対して過大に心配し、活動に制限をかけてしまう。 【取り組み目標】 ①ー1 チームオレンジサポーターの受け入れ先の拡充を図る。 ①ー2 認知症の方が役割をもてる場所を構築する。 ②「新しい認知症観」の普及・啓発を図る。	【地域課題】 KDBデータよりA校区において「物忘れ」の自覚がある人の割合が圏域内で最も多く、前年度と同じ課題が増えることが予測されるため対策が必要。 【取り組み目標】 ■A校区を重点的に、認知症予防・早期発見、早期支援につながるよう第2層協議体や、老人会・自治会等へ認知症についての啓発を行う。 ■認知症すごろくや、地域住民と一緒にオレンジガーデニングプロジェクトを実施し認知症の啓発。 ■認知症サポーター養成講座及びステップアップ講座の開催等で支援者増加を目指す。 ■LINE・認知症カフェでの啓発は継続する。	【地域課題】 認知症支援に対するネットワークの発展が必要。 【取り組み目標】 ■認知症高齢者との共生を目的に、認知症カフェを引き続き定期開催する。ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が、認知機能の低下が気になる方を連れ出してくれる体制を作る。 ■令和6年度から新たに医療機関と協働して「認知症の本人と家族の一体的支援プログラム」を取り入れた認知症カフェを開設、定期的に共催するなどして運営支援を行ってきた。令和7年度も引き続き共催予定であり、認知症カフェの活動を通じて出会う認知症当事者や家族との対話の中で今後の方向性を検討していく。 ■認知症マフづくりワークショップや小物づくりワークショップでは、出来上がった作品を病院や介護保険施設等に寄付し、認知症ケアへの理解を深める。 ■認知症マフには、認知症当事者が落ち着く効果があるとされており、作成したものを寄付することで、認知症当事者やそのご家族のサポートとなる仕組みづくりを目指す。 ■特定郵便局とは引き続き定期的な訪問で顔を合わせる機会を作り、認知症高齢者や気になる方などの情報連携を図る。

センター		⑦美郷会	⑧みどり	⑨アイリス
地域包括ケアシステムの深化				
1 認知症施策に関する取組み（認知症予防、早期発見、ネットワーク構築による早期支援、本人及び家族の発信支援等） ※ 枚方市の重点的な取組み				
前年度取組内容	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 認知症高齢者が地域で生活を継続するために、認知症及びMCIに対する知識の周知がまだ十分でない。 【取り組んだ内容（成果）】 近隣医療機関と協力しオレンジカフェを開始。月に1回開催し、認知症の高齢者やその家族に参加してもらいミニ講座などを実施。出前講座や一体的実施においても、MCI及び認知症予防の内容を取り入れた講座を開催し、広報チラシを配布。近隣の保育園の園児（4、5歳児）を対象に認知症キッズサポータ養成講座を実施した。	【地域課題】 認知症カフェなどの居場所や役割があることはどんな人にとっても重要であるが、担い手不足などから取組みの継続が難しくなっている。 【取り組んだ内容（成果）】 ■高齢者やその家族の社会参加につながるようサポティブにかかわり、認知症カフェから家族会が組成された。 ■チームオレンジサポーターのボランティア養成に向けて、独自のアンケートや広報誌の郵送など行い継続的な啓発を行った。 ■認知症の当事者が認知症ステップアップ講座のアドバイザーとして参加した際には、中核症状への具体的な支援方法を学ぶ機会となった。 ■さまざまな居場所に対し認知症予防講座を実施した。	【地域課題】 早期発見・見守りネットワークの構築 【取り組んだ内容（成果）】 ■地域住民に向けて認知症サポーターステップアップ講座を開催した。 ■図書館スタッフ、一般市民向けに認知症サポーター養成講座を開催した。 ■「住まい地域連絡会」を定期開催した。 ■地域包括支援センターの周知、高齢者支援の連携を図る目的で見守り110番協力店舗へ巡回した。
今年度取組目標	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 認知症高齢者が地域で生活を継続するために、認知症及びMCIに対する知識の周知がまだ十分でない。 【取り組み目標】 ■出前講座、ポピュレーションアプローチ、認知症サポーター養成講座開催し、MCI及び認知症に関して普及啓発活動を継続して行う。 ■オレンジカフェの開催を継続し認知症高齢者やその家族の支援となるように考慮していく。 ■地域事業所懇談会において認知症に関することやACPの内容を取り入れ開催する予定。	【地域課題】 認知症等当事者や家族の情報発信の場がまだまだ少なく、認知症等の理解が広がらない。また認知症等当事者・家族同士の情報交換の場が少なく、必要な情報が不足している。 【取り組み目標】 ■認知症等の理解が進むように、認知症の当事者が自らの体験や必要とする支援について話し合う本人ミーティングの開催や、本人発信ができるように認知症カフェや家族会、チームオレンジサポーター等の活動が充実するよう支援する。 ■認知症予防には生活習慣とともに口腔ケアや対人交流、趣味活動も関連しており、広報誌などによる住民啓発に取り組む。 ■当事者家族の身近な場所で、気軽に認知症等に関する情報収集や情報発信ができる場を作るために準備会を設置する。	【地域課題】 ①早期発見・見守りネットワーク構築にあたって、民生委員や校区福祉委員等地域活動の中心となる方々が世代交代の時期を迎えている。 ②認知症サポーター養成講座修了者が認知症高齢者の見守り支援を実践するために、より具体的な学びの場が必要である。 ③認知症高齢者に対する支援のあり方についての地域住民との認識の共有化や若年性認知症及び認知症高齢者の活躍の場の拡大など、地域で支えあう体制づくりが必要。 【取り組み目標】 ①地域住民に向けて地域包括支援センターの周知や認知症サポーター養成講座を実施し支援の必要な高齢者の早期発見や見守りしやすい地域を目指す。 ②各校区にて認知症サポーターステップアップ講座の周知を図る。 ③地域住民や地域に展開する居場所・相談窓口との地域課題の共有、認知症サポーター養成講座の開催。

センター		⑩大阪高齢者生協	⑪パナソニック エイジフリー	⑫大潤会
地域包括ケアシステムの深化				
1 認知症施策に関する取組み（認知症予防、早期発見、ネットワーク構築による早期支援、本人及び家族の発信支援等） ※ 枚方市の重点的な取組み				
前年度取組内容	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 ①一人暮らしでの認知症の人が増えており、地域の中で認知症の理解と見守り体制を充実させていくことが必要。 ②相談時には認知症状が進み、生活状況が困窮した状態での発見が多い。 ③周知・早期発見から介護保険制度や医療機関に繋げていくまでの支援や家族への支援が難しい。 【取り組んだ内容（成果）】 ①見守り110番やセンター周知用の名刺など地域の店舗や自治会館、薬局、銀行に何かあれば情報頂くよう協力を依頼しネットワークの構築を進めた。 ②若年性認知症や認知症の相談について、介護保険制度の手続きや、医療機関の紹介・入院等、個々に応じた支援を行い、入院後の相談支援も継続した。生活困窮した状態の方へは、社会福祉協議会に繋いだり、生活保護の申請手続きなどの支援を行った。 ③認知症ケアパスを活用し説明、圏域外の認知症カフェなども含め社会資源についての情報提供を適宜行った。すぐに医療や介護が必要な状態な方には、健康訪問を重ね、必要時には受診に同行し、医療機関や介護機関に円滑に繋げるまでの支援を行った。	【地域課題】 ①認知症高齢者についての相談を受けた際、すでに認知機能の低下が顕著にみられる事案が多く、親族による支援を受けることができないケースもあり、支援困難ケースとなるなど、早期発見・早期支援ネットワークが不十分。 ②認知症高齢者を介護している家族が悩みや不安等を発信する場が少ない。 ③身近に認知症予防について学べる場が少ない。 【取り組んだ内容（成果）】 ①多職種連携研究会にて認知症高齢者を含む一人暮らし高齢者の支援や多職種による必要な連携について議論することで、ネットワークの強化を図った。 ②定期的に介護者家族の会を開催し、家族の悩みや不安等を家族同士・専門職が受け止める場を設けることで家族の発信支援および必要な情報提供等ができた。 ③毎月開催している体操教室plusにて、認知症予防についての学びの場を設けた。	【地域課題】 認知症の方が気軽に地域のサロン等に参加できるように、認知症の理解の啓発が必要。 【取り組んだ内容（成果）】 自治会館や地域の方が集まりやすい場にて、介護予防講座や認知症サポーター養成講座を開催するとともに、認知症ケアパス等を用いての啓発を実施。チームオレンジ登録者に協力依頼し、地域の総合病院との共催で認知症カフェを開催し、地域で認知症の方を支える体制づくりに取り組んだ。
		【地域課題】 ①認知症カフェを訪ねたが休止中であり、やむを得ずセンターに来所された家族のケースや認知症家族の相談などがあり、認知症の方及びその介護者の居場所作りが急務。 ②認知症の方でも住み慣れた地域で暮らせるようネットワークを構築している各関係者（民生委員や金融機関・各サービス事業所等）や住民の方などと連携し認知症の理解や見守り体制を作る事が必要。 【取り組み目標】 ①地域のグループホーム施設やデイサービスセンター等の介護保険サービス事業所と協力しながら圏域内で新たに認知症カフェや家族会を開催し、認知症の方やその介護者の居場所作りを行う。 ②認知症に対する啓発や認知症サポーター養成講座及びステップアップ講座を行い、認知症の理解を深めて市民の方へ関心を持って頂き、引き続き民生委員や金融機関・サービス事業所・住民の方と連携することで、地域の見守り体制を充実させていく。	【地域課題】 ①認知症高齢者の早期発見・早期支援のネットワークが不十分。 ②定期的に認知症高齢者を介護している家族の悩みや不安等を発信できる場が少ない。 ③定期的にかつ身近に楽しみながら認知症予防について学べる場が少ない。 【取り組み目標】 ①ー1 見守り110番協力店舗と情報共有をより綿密に行い、早期発見機能を強化する。 ①ー2 多職種連携研究会で強化されたネットワークを活かし、早期発見・早期支援を行っていく。 ②定期的に介護者家族の会を開催し、家族の悩みや不安等を家族同士・専門職が受け止める場を設けることで家族の発信支援および必要な情報提供等を行う。 ③毎月開催している体操教室plusにて、認知症予防についての学びの場を設ける。	【地域課題】 ①認知症症状の悪化によって対応が困難となつてからの相談が目立っており、認知症の理解に加えて、早期発見と支援の啓発が必要。 ②認知症や物忘れ等が気になり始めた当事者や介護を行う家族、地域住民等、誰もが気軽に集い、楽しく過ごしながら仲間づくりや情報交換等をする場が必要。 ③認知症の進行により、自らの意思に沿った生活を全うすることが難しくなるケースが多く、日頃から自身の生き方、考え方を周囲に伝えておく大切さを啓発する必要がある。 【取り組み目標】 ①認知症相談においては認知症ケアパスなどを活用し、適切な治療やケアに繋がるよう、かかりつけ医や専門医を中心としたネットワークを構築する。 ②認知症予防に関する啓発活動、認知症サポーター養成講座やステップアップ講座など随時開催。チームオレンジ登録者を増やすと共に、本人及び家族の発信支援を目指し、地域で認知症の方を支える体制づくりに取り組み、引き続き認知症カフェの充実を図る。 ③終活・人生会議の開催や、エンディングノートの活用を認知症カフェ等の講座で周知啓発する。

センター		⑬東香会
地域包括ケアシステムの深化		
1 認知症施策に関する取組み（認知症予防、早期発見、ネットワーク構築による早期支援、本人及び家族の発信支援等） ※ 枚方市の重点的な取組み		
前年度取組内容	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 認知機能の低下はあるものの日常生活は支障なく送れていることにより、認知症の高齢者の発見が遅れ、早期発見が困難である。 【取り組んだ内容（成果）】 第2層協議体における協議を経て組成された「ひらかた夢かなえるエクササイズプロジェクト会議～100歳になっても元気！『脳も体もイキイキと』 65歳からの健康づくりの会～」(以下「プロジェクト」という。)の取組みの中で、各自治会の地域住民を対象とした骨密度測定会、体力測定会、栄養講座、健康体操等を実施した。潜在する認知症の高齢者の早期発見につなげるため、高齢者が外出するきっかけを作り、外出頻度の増加を図った。
今年度取組目標	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 認知機能の低下はあるものの日常生活は支障なく送れていることにより、認知症の高齢者の発見が遅れ、早期発見が困難である。 【取り組み目標】 幅広い世代の地域住民を対象とした認知症に関する講座等を新たに企画する。また、プロジェクトでは、各種測定会や講座をそれぞれ年1回の開催を継続できるよう支援する。高齢者の外出につながる取組みを実施する。

センター		①社協こもれび	②社協ふれあい	③聖徳園
地域包括ケアシステムの深化				
2 終活・ACP（人生会議）に関する取組み ※ 枚方市の重点的な取組み				
前年度取組内容	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 終活・ACP（人生会議）を地域住民に浸透させていく必要がある。 【取り組んだ内容（成果）】 老人会やこもれび教室において「もしばなゲーム」に取り組み、ACP（人生会議）の必要性について周知した。 「ACPのために私たちができること」をテーマとした多職種連携研究会を開催し、模擬体験ゲームやグループワークを通して、専門職としてACPを周知する必要性の確認を行った。	【地域課題】 ①令和5年度にACPの講座を開催し、「先ず自分の想いを書くことが大切」であることを市民と確認しあったが、ACPを行うことの重要性を理解できても、実際には何を書いてよいかわからないという市民の声が多く、意思表示がしやすいツールを用いて啓発していく必要がある。 ②支援者（医療従事者を含む）がACPに関する知識や技術、コミュニケーション能力の向上が望まれる。 【取り組んだ内容（成果）】 ①病院向けの出前講座の開催 ②圏域内の病院の医療従事者向け研修会を開催し、今後のACPの研修内容に関する調整を行った。参加者からは、病院内で患者が意思表示や意思決定ができる場をどのタイミングで設定すべきなのか、どのような場にすべきか、医療従事者がどこまで踏み込んでよいのだろうかといった質問があり、院内におけるACPの取り組みについての課題を共有した。	【地域課題】 地域住民における終活・ACP（人生会議）への興味・関心が低い。 【取り組んだ内容（成果）】 終活・ACP（人生会議）を周知する必要性について担当圏域の専門職と確認し、次年度に向けた取組みを検討した。
		【地域課題】 終活・ACP（人生会議）を地域住民に浸透させていく必要がある。また、エンディングノートの活用方法を周知する必要がある。 【取り組み目標】 地域住民が「もしばなゲーム」に取り組むことができる機会を設け、終活・ACP（人生会議）について考えるきっかけを作るとともに、全戸配布されるエンディングノート兼健康情報誌を地域住民が活用できるよう支援していく。 終活等に関する看取りやグリーフケアをテーマとした多職種連携研究会を開催する。	【地域課題】 ①ACPに関する周知が充分ではない。 ②支援者（医療従事者を含む）がACPに関する知識や技術、コミュニケーション能力を備えるための研修等が必要。 【取り組み目標】 ①市民への周知啓発を行う。 ②支援者向けにACPに関する知識や技術、コミュニケーション能力の向上を図る。	【地域課題】 地域住民における終活・ACP（人生会議）への興味・関心が低い。 【取り組み目標】 地域住民を対象とした出前講座を開催するに当たり、終活・ACP（人生会議）をテーマとした内容として周知に努める。

センター		④安心苑	⑤サール・ナート	⑥松徳会
地域包括ケアシステムの深化				
2 終活・ACP（人生会議）に関する取組み ※ 枚方市の重点的な取組み				
前年度取組内容	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 地域住民が「人生の最期をどう迎えるか」ということを考える機会が少ない。 【取り組んだ内容（成果）】 ■家族や支援者が本人の意思決定を尊重できるように、元気な時から自分の生き方を考えるよう、認知症予防と人生会議をテーマに高齢者元気はつらつ健康づくり事業を開催し周知を行った。 ■地域で終活と人生会議の講義を開催した。	【地域課題】 身寄りのない独居高齢者に対する終末期の困りごと（意思決定支援等）が増えている。 【取り組んだ内容（成果）】 関係機関との連携により終末期で病院に入院中の方や自宅で一人暮らしをされている方に、終活・ACPについて伝え解決したものが複数ある。また、ACPをテーマに多職種連携研究会を開催し、開催後アンケートではその理解が深まったという結果が得られた。	【地域課題】 ACPに対する理解が広まっていない。 【取り組んだ内容（成果）】 医療機関と共催して地域住民向けに「もしバナゲーム体験会とACP講座」を3回開催。 ゲームを通じて自分や家族のもしもの時について考えるキッカケとした。また、令和7年度以降は医療機関での自主開催を目指して取り組みを行ってきた。
		【地域課題】 ①本人、家族へのACPのすすめ方の難しさがある。 ②ACPを実施するタイミングの難しさや本人、家族に精神的な苦痛が伴う可能性、将来予測の難しさがある。 【取り組み目標】 ①ACPの普及啓発を多職種で検討する場を作る。 ②－1 支援者や地域住民向けに研修会等を開催する。 ②－2 本人、家族、支援者も含めて話合う機会が図れるように検討。	【地域課題】 身寄りのない独居高齢者に対する終末期の困りごと（意思決定支援等）が増えている。 【取り組み目標】 ACPをテーマにした内容で多職種連携研究会の開催を継続し、関係機関へ更なる周知をするとともに、理解を深めることを目指す。また、地域向けにも各種媒体（私の思い手帳他）を活用した終活・ACP関連の出前講座を行う。	【地域課題】 ACPに対する理解が地域住民に広がっていない 【取り組み目標】 令和6年度の取り組みを経て、令和7年度からは医療機関で自主的に同取り組みを開催予定。今後は「もしバナゲーム体験会とACP講座」を地域展開していけるように、地域包括支援センターから老人会や自治会等に周知・啓発を行っていく。

センター		⑦美郷会	⑧みどり	⑨アイリス
地域包括ケアシステムの深化				
2 終活・ACP（人生会議）に関する取組み ※ 枚方市の重点的な取組み				
前年度取組内容	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 身寄りのない独居の方も増えており、今後について考える場が少ない。日本人特有の死生観を避ける傾向があることから、状況悪化後の対応に苦慮する場が多くなっている。 【取り組んだ内容（成果）】 来所時に、エンディングノート、人生会議の冊子を配布。	【地域課題】 終活・ACPが住民に十分に周知できていないので、住民へのさらなる啓発活動が必要。 【取り組んだ内容（成果）】 ①人生会議まるわかりガイドも活用し、個人ワークとグループワークを行い、住民が我がごととして捉えられるように取り組んだ。 ②多職種連携会議にて、「もしバナゲーム」を実施し、医療介護専門職や民生委員等とともに我がごととして考える機会をつくり啓発した。	【地域課題】 家族との関係が希薄な高齢者や身寄りのない高齢者の中には、将来に対して不安を感じている方々が一定数存在している。 【取り組んだ内容（成果）】 個別事例において、将来に対する不安や終活に関する相談を受けた場合は、「エンディングノート」や「人生会議まるわかりガイド」の提供、「ひらかた縁ディングサポート事業」の紹介などを行った。
		【地域課題】 独居や身寄りがない方へ今後の話をする場合、死生観につながり話を切り出せないことがある。その課題から、まずは身近な相談役である民生委員からも話してもらえるように、共に考慮できる場を持つことから始める必要性がある。 【取り組み目標】 ■民生委員勉強会で人生会議について周知を図る。 ■状況に応じて、老人会で人生会議等の出前講座を行う。	【地域課題】 判断能力が低下し、キーパーソンがいない方に対しての支援として、さらなる終活・ACPの啓発が必要。 【取り組み目標】 ■高齢者や家族等幅広い世代、また当事者及び当事者が信頼する人並びに取り巻く伴奏者を含め、人生会議の重要性を知ってもらう機会をつくる。 ■さまざまな居場所に対して人生会議の啓発を行う。権利擁護に関する情報発信として、広報誌やメールなどによる住民啓発に取り組む。	【地域課題】 家族との関係の希薄化や身寄りがないといった理由から、将来に対する不安を抱えた高齢者や家族が増加する可能性がある。 【取り組み目標】 「わたしの思い手帳」を初めとした各種資料を活用し、終活・ACPについて周知に努める。

センター		⑩大阪高齢者生協	⑪パナソニック エイジフリー	⑫大潤会
地域包括ケアシステムの深化				
2 終活・ACP（人生会議）に関する取組み ※ 枚方市の重点的な取組み				
前年度取組内容	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 ①身寄りのない方、家族に障害がある人がおり家族からの支援を受けることが困難な方あるいは家族との関係が疎遠な方は、終活に向けての支援が必要だが、マイナスイメージに捉えられる事が多い。 ②エンディングノート活用などの普及が必要。 【取り組んだ内容（成果）】 ①多職種連携研究会を開催し、「もしバナゲーム」にて「余命半年」の疑似体験をする事で、参加者が対象者に寄り添う気持ちや気づきを得ることができた。また、連携の必要性等意見交換行い、医介連携の関係構築を図れるよう理解を深め、意思決定支援の大切さなど、ACPIについて話し合った。 ②地域住民や関係機関に対してSNSや広報紙での啓発を行い、地域活動では成年後見制度の説明や、ひらかた権利擁護成年後見センターの活用について普及啓発に努めた。また、「まるわかりガイド人生会議」を配布し、終活の取り組みの大切さを話し、啓発や普及につとめた。	【地域課題】 終活・ACPIについて普及はしてきているものの、まだ実際のケースで家族等が選択を迫られることも起きていることから、終活・ACPの普及が不十分であると考えられる。 【取り組んだ内容（成果）】 毎月開催している体操教室plusにて、「人生会議を知ろう！」というタイトルで地域住民に向けて終活・ACPの普及活動を行った。	【地域課題】 自らの意思に沿った人生を全うできるように、日ごろから自身の生き方、考え方を加齢や認知症によって判断能力が低下する前に周囲へ伝えておく大切さを啓発する必要がある。 【取り組んだ内容（成果）】 相談者に対し、エンディングノートを活用し、終活の実践や人生会議の開催について説明した。
今年度取組目標	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 身寄りのないひとり暮らしの方や家族に障害のある方がおり、家族からの支援を受けることが困難な方、家族と疎遠な方は、特に終活に向けての支援が必要だが、マイナスイメージが強く、先延ばしになってしまったり、ACPの普及が行き届いていない。 【取り組み目標】 地域住民や関係機関に対して、SNSや広報紙での啓発を継続し、ACPや終活の大切さを呼びかける。また、地域に向けた「終活セミナー」を開催し、相続やお墓の事など、終活の中身を具体的に提示し、葬儀社やひらかた権利擁護成年後見センターなどの関係機関と連携し広く普及に繋げる。特に、ひとり暮らしの方や家族に障害のある方がおり、家族からの支援を受けることが困難な方には個別に訪問や電話相談を重ね、終活に関してのパンフレット等を用いて説明を行っている。また、必要時には弁護士や権利擁護成年後見センターに相談し、繋げている。	【地域課題】 地域の高齢者への終活・ACPの普及が不十分。 【取り組み目標】 出前講座や体操教室plus、介護者家族の会等の集まりの場において、随時終活・ACPの普及活動を行う。	【地域課題】 自らの意思に沿った人生を全うできるように、日ごろから自身の生き方、考え方を加齢や認知症によって判断能力が低下する前に周囲へ伝えておく大切さを啓発する必要がある。 【取り組み目標】 地域に住む高齢者や介護を行う家族に対して、希望する生き方が全うできるように、日頃から延命治療、介護について考えるきっかけとなるエンディングノートの活用、終活の実践や人生会議の開催について普及啓発する。

センター		⑩東香会
地域包括ケアシステムの深化		
2 終活・ACP（人生会議）に関する取組み ※ 枚方市の重点的な取組み		
前年度取組内容	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 これからの人生について考えるきっかけとして、高齢者における終活・ACP（人生会議）への関心を高める必要がある。 【取り組んだ内容（成果）】 高齢者に対して人生会議に関する講座を実施し、周知・啓発活動を行った。
今年度取組目標	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 困ってからではなく、早い時期からこれからの人生について考えるきっかけとして、高齢者における終活・ACP（人生会議）への関心を高める必要がある。 【取り組み目標】 ■地域住民を対象としたACP（人生会議）に関する講座を開催する。 ■校区コミュニティ協議会会長など地域の関係者とともに、終活・ACP（人生会議）を地域に浸透させていくための方法等を協議する機会を設け、終活等の周知・啓発活動につなげる。

センター		①社協こもれび	②社協ふれあい	③聖徳園
地域包括ケアシステムの深化				
3 個別地域ケア会議 ※ 枚方市の重点的な取組み				
前年度取組内容	開催回数	自立支援型地域ケア会議 5回 個別地域ケア会議 0回	自立支援型地域ケア会議 5回 個別地域ケア会議 1回	自立支援型地域ケア会議 5回 個別地域ケア会議 0回
	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 ①一般介護予防事業や地域資源が地域住民に十分浸透していない。 ②外出する際、休憩場所となるような椅子等が少なく、杖や歩行器を利用して外出することに抵抗を感じる地域住民多い。そのため外出の機会が減り、活動力の低下が起きている。 【取り組んだ内容（成果）】 ①担当圏域にある居場所などの地域資源に関する情報を掲載した社協こもれびだよりやファイリングしたものを、地域住民の活動拠点、薬局、介護事業所等に配布した。居場所部会を発足し、運営主体と第2層生活支援コーディネーターなどの関係者とともに、地域資源である居場所が十分に活用されていない課題の解決に向け、居場所等の地域資源に関する情報を整理したうえで地域住民への周知方法について協議した。 ②センターの入口付近に休憩できる椅子を設置した。また、第2層生活支援コーディネーターや介護事業所職員で構成されたいすプロジェクト推進チーム会議を発足し、椅子の設置場所の拡大等に取り組んだ。	【地域課題】 ①8050問題、精神疾患などの複合的な課題を抱えているケースが増えており、関係機関との連携をより強化する必要がある。 ②フレイル傾向の高齢者が増え、地域活動の参加が減少している。 ③自宅周辺に体操やおしゃべりするなど参加できる活動の場がない。 【取り組んだ内容（成果）】 ①重層的な支援が必要なケースについて、障害の相談支援センターや就労支援機関などと連携し課題解決に導いた。また、ケアマネジャー向けの研修会を開催し、日常生活自立支援事業や権利擁護について理解を深めるとともに関係機関とのネットワークづくり、連携強化を図った。 また、医療と介護の連携が求められている相談ケースについては、病院と連携し支援に繋がった。 ②③健康状態不明者へのアプローチや各校区の老人会や地域のサロンに出向いて実施する健康講座において、介護予防普及啓発及びフレイル予防を行った。 事務所内の会議室にて、商業施設で開催しているオンライン「ひらかた夢かなえるエクササイズ」にZOOMで月2回参加し、介護予防普及啓発を行った。 圏域内の公園で週1回「ひらかた元氣くらわんか体操」を行い、健康講座への参加を促し、介護予防普及啓発を行うとともに、DVDの配布を行うことで自宅での実施を促した。	【地域課題】 地域住民における居場所等の認知度が低く、十分活用されていない。 【取り組んだ内容（成果）】 地域住民に対して居場所等の地域資源の情報提供を行った。
今年度取組目標	開催回数	自立支援型地域ケア会議 4回 個別地域ケア会議 1回	自立支援型地域ケア会議 3回 個別地域ケア会議 0回	自立支援型地域ケア会議 3回 個別地域ケア会議 0回
	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【自立支援型地域ケア会議の代替方法】 いすプロジェクト推進チーム会議は、地域に椅子等を配置することで、地域住民の外出の機会を増やし、活動力の向上を目指している。当該会議ではいつまでも住み慣れた地域で暮らしていくという自立の概念について地域住民や介護事業所等へ周知を図ることができる。また、企画している医師、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所を参加対象とした研修会では、多職種が支援困難ケースについて事例検討を行い、ケースを通じて新たな地域課題の抽出を行うことができる。いすプロジェクト推進チーム会議及び当該研修会を1回の自立支援型地域ケア会議に置き換えることとする。 【地域課題】 ①外出する際、休憩場所となるような椅子等が少なく、杖や歩行器を利用して外出することに抵抗を感じる地域住民多い。そのため外出の機会が減り、活動力の低下が起きている。地域住民が外出しやすい環境について考える必要がある。 ②医療と介護の連携を強化する必要がある。 ③居場所などの地域資源をさらに充実させる必要がある。 【取り組み目標】 ①いすプロジェクト推進チーム会議を構成している第2層生活支援コーディネーター、居宅介護支援事業所、介護事業所とともに椅子等の設置場所の拡大に向けて取り組む。第2層協議体において、地域住民が外出しやすい環境について意見交換を行う。 ②令和7年度の新たな取組みとして、医師、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所との研修会において、支援困難ケースについて事例検討を行い、意見交換を行うことにより医療と介護の連携の強化を図る。 ③それぞれの居場所における活動内容等を居場所部会にて共有し、課題について意見交換を行うことにより活動内容の充実を図ることで、より多くの地域住民の参加につながるよう取り組む。また、居場所までの移動手段がないなどの課題に対しても検討する。	【自立支援型地域ケア会議の代替方法】 地域の社会資源を見学する研修会やいすプロジェクトの周知拡大を図ることでケアマネジャーをはじめ多種多様な職種に対し自立の概念の周知を行うことができる。さらに、地域の社会資源について考える機会となり、地域課題の抽出を行うことができるため取り組み目標②-1、②-2を自立支援型地域ケア会議と置き換えることとする。 【地域課題】 ①8050問題や高齢者虐待、発達障害、貧困などの複合的課題について、地域で活躍している人や団体（民生委員・児童委員や校区コミュニティ協議会、第2層協議体など）と連携し、出張相談などアウトリーチを通じて深刻化する前に相談につなげていく必要がある。 ②支援方法が介護保険サービスに依存することないようにケアマネジャーや医療従事者等を対象に社会資源の活用や拡大について理解を深めていく必要がある。 ③地域の老人会や各団体とのつながりを持ち、地域のニーズに対し地域住民の自主活動ができるように支援しながら健康維持、フレイル予防への意識向上を図る必要がある。 【取り組み目標】 ①地域で開催しているサロン活動に出張相談を実施し住民や活動者からの相談に応じる。 ②-1 ケアマネジャー等を対象に地域の社会資源を見学する研修会を開催する。 ②-2 いすプロジェクトの取り組みについて、居宅介護支援事業所や介護保険サービス事業所の協力を得て、近隣の商店や事業所への理解を広げる。 ②-3 病院との連携、医師との連携強化を図るため、懇談会や出前講座を開催する。 ③ひらっぴー倶楽部開催時に座談会を行い、住民との交流の機会を作りながら健康課題を抽出し、自主グループ化を目指す。地域を拡大しながら「ひらかた元氣くらわんか体操」を実施し、地域住民の自主活動ができるように支援しながらフレイル予防、健康意識向上の啓発を実施する。	【自立支援型地域ケア会議の代替方法】 事例検討会を自立支援型地域ケア会議の代替とする。 事例検討会は、特定居宅介護支援事業所を主に対象とし、ケースの対応、社会資源の情報共有、ネットワークの構築を目的とした会議である。加えて、ケースの対応を検討する際に自立支援の視点を取り入れ、自立支援の概念の周知を行うとともに、複数のケースの共有を図ることで地域課題の抽出を行うことにより、従来の自立支援型地域ケア会議の機能を発揮することができる。 【地域課題】 地域住民における居場所等の認知度が低く、十分活用されていない。 【取り組み目標】 地域住民に加えて、介護サービス事業者及び民生委員など関係者へ居場所等の地域資源の情報提供を行う。

センター		④安心苑	⑤サール・ナート	⑥松徳会
地域包括ケアシステムの深化				
3 個別地域ケア会議 ※ 校方市の重点的な取組み				
前年度 取組内容	開催回数	自立支援型地域ケア会議 5回 個別地域ケア会議 1回	自立支援型地域ケア会議 5回 個別地域ケア会議 0回	自立支援型地域ケア会議 5回 個別地域ケア会議 2回
	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 ①福祉用具貸与のみを利用し自立した生活を送っている方については、継続したモニタリング、ケアプランの作成の優先順位が高くないが、福祉用具貸与のみのケアプランは長期的にサービスを利用する方が多く、ケアマネジャー等の人手不足の課題を助長している。 ②男性の一人暮らし高齢者が閉じこもりがちであり、社会的孤立の状態になりやすい。 ③公共交通機関が利用しにくい地域に居住している高齢者の移動手段が少なく、閉じこもり傾向になっている。 ④高齢者家族が施設（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅等）を選定する場合、ミスマッチが生じているという意見が多くある。 【取り組んだ内容（成果）】 ①ケアプラン作成によらない福祉用具の貸与サービスを行政と検討したが、施策構築は困難であった。 ②男のセカンドライフのグループ（男の料理教室、サンサンファーム）を拡大し、自主的に運営できるよう新たな取り組みを検討し段階的に進めている。 ③令和5年度に施行的に実施したおでかけタクシーに関して、定期的にチラシや回覧板で周知していった。 ④関係機関の意見を聴取し、施設（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅等）及び施設紹介業の方も交え、それぞれの特徴を理解できるよう意見交換を行った。	【地域課題】 ① 高齢男性の閉じこもり ② 移動の支援が必要な高齢者の外出機会が減少しやすい。 【取り組んだ内容（成果）】 ① 第2層協議体会議で情報共有し高齢男性の閉じこもり対策として、第2層協議体で地域活動を考えてもらえるよう努めた。 ② 第2層協議体会議で「椅子プロジェクト」の周知と協力を依頼した。	【地域課題】 自立支援型地域ケア会議： ① ACPの普及が進んでいない ② 言語障害や性格的にコミュニケーションが苦手な人でも安心して参加できる場づくり ③ サービス修了後のサポート体制 ④ 足腰が弱って歩行がしづらい高齢者の増加 ⑤ 介護しながら働く家族への支援 【取り組んだ内容（成果）】 ① 医療機関と共催しACP普及のため本人または家族に「もしバナゲーム体験会」を開催。 ② 作業を媒体とすることでコミュニケーションが苦手な人でも安心して参加できる場づくりを行う。スマホ教室、認知症マフづくりや小物づくりワークショップを企画。 ③ 教室型通所事業所と近隣地域包括支援センターと会議を開催。教室型の利用者像を共有し、サービス修了後のサポート体制やつなぎ先を検討した。 ④ 外出がしづらい高齢者の増加に対して、「ひらかた☆いすプロジェクト」の取り組みを推進。 ⑤ 介護しながら働く家族への支援に対して、民間企業の人事部に対して介護離職防止をテーマにした意見交換会を開催。
今年度 取組目標	開催回数	自立支援型地域ケア会議 5回 個別地域ケア会議 0回	自立支援型地域ケア会議 2回 個別地域ケア会議 1回	自立支援型地域ケア会議 3回 個別地域ケア会議 0回
	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 ①65歳以上の一人暮らしは28.6%と多く（ひらかた高齢者保健福祉計画21第9期第2章高齢者を取り巻く現況と将来設計（3）世帯の動向より）、地域活動へ参加したことがない高齢者が多い。 ②介護保険サービス修了後のサポート体制が少ない。 ③長距離の歩行が困難な方が多い。 ④ひらかた介護向上委員会、高齢者家族が施設（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅等）を選定する場合、ミスマッチが生じているという意見が多くある。 【取り組み目標】 ①ー1 男のセカンドライフのグループの交流を行い、それぞれ拡大していく。 ①ー2 高齢者の地域活動、ネットワーク等の自主化を促しながら後方支援を行う。 ②通いの場の頻度と場所拡大、を図る。 ③折々の会議で広報しイスプロジェクトの拡充を図る。 ④関係機関等との関係づくりを拡げながら、施設（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅等）・施設紹介業それぞれの特徴を理解し共有していく。	【自立支援型地域ケア会議の代替方法】 ■毎月の所内会議で2か月後にプラン更新するケースを抽出し内容の検討をしている。毎月5～10ケースを検討した後委託先の担当ケアマネジャーへは当該ケアプランの指導や意見交換を行っており、自立支援の概念の周知と地域課題の抽出ができる ■待合室懇談会は医療と介護の連携を目的にしている会議であるが、多職種のネットワーク構築や自立支援の概念の周知、地域課題の抽出が行える。 ■第2層協議体会議の事務局として4校区の対応をしているが、ここでは地域住民に対して直接自立支援の概念の周知が行え、地域課題の把握もできる ■地域づくり会議は他職種のネットワーク構築と社会資源創出目的の会議であるが、年6回の会議開催によりネットワークの深化と地域課題の抽出を行うことができる 以上の理由により3回の自立支援型地域ケア会議と置き換えることとする。 【地域課題】 ① 退職後の高齢男性は在宅での役割が乏しい為か家に閉じこもる傾向がある ② 食生活で「油」を摂ることへのイメージが悪く、低栄養の改善に理解を得にくい ③ 坂道のある環境や移動の支援が必要な高齢者は外出機会が減少しやすい 【取り組み目標】 ① 第2層協議体会議で課題を共有し対策への議論を進める。 ② 低栄養予防啓発（食用油の効果等）として、公式LINEアカウントによるメッセージ配信や、広報紙の記事に盛り込み配布をする。 ③ 椅子プロジェクト周知に努める。	【自立支援型地域ケア会議の代替方法】 令和7年度は経験の浅い居宅介護支援専門員を対象にした連絡会を年2回程度開催予定である。この連絡会は経験の浅い居宅介護支援専門員を対象にしたネットワーク構築を目的に実施する連絡会であるが、自立について検討する時間を設け事例検討等を行いこれにより自立の概念の周知を行え、また、情報交換や意見交換等を行うことで、地域課題の抽出を行うことができるので1回の自立支援型地域ケア会議と置き換えるとする。 また、医療機関との合同勉強会は、多種多様な職種が医療・介護連携を目的に集まっている勉強会であるが、自立につながる事例を選定し、事例検討等を行いこれにより自立の概念の周知を行え、また、意見交換等を行うことで、地域課題の抽出を行うことができるので1回の自立支援型地域ケア会議と置き換えることとする。 【地域課題】 ① ACPに対する理解が広がっていない。 ② サービス修了後のサポート体制が不十分。 【取り組み目標】 ① 令和6年度の取り組みを経て、令和7年度からは星ヶ丘医療センターで継続して自主的に同取り組みを開催予定。今後は「もしバナゲーム体験会とACP講座」を地域展開していけるように、包括から老人会や自治会等に周知・啓発を行っていく。 ② R6年度 教室型通所事業者と近隣包括と合同の地域ケア会議を開催し、サービス修了者の受け皿や活躍の場について検討した。令和7年度も継続して、サービス修了者の受け皿整備や活躍の場づくりの組成を目指す。

センター		⑦美郷会	⑧みどり	⑨アイリス
地域包括ケアシステムの深化				
3 個別地域ケア会議 ※ 校方市の重点的な取組み				
前年度 取組内容	開催回数	自立支援型地域ケア会議 5回 個別地域ケア会議 2回	自立支援型地域ケア会議 5回 個別地域ケア会議 4回	自立支援型地域ケア会議 4回 個別地域ケア会議 0回
	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 ①認知症や精神疾患、８０５０問題など複合的な課題がある人が増えてきており、切れ目のない支援を行うために関係機関の連携強化が必要。 ②認知症の高齢者が地域で生活を継続できる環境づくりが必要。 ③総合事業や障害に関する制度、成年後見人制度などの具体的な内容の周知が不十分 【取り組んだ内容（成果）】 ①他機関連携会議を開催し連携の強化に努めた。 ②近隣医療機関と協カレオレンジカフェをオープンした。現在は月に1回開催しており、認知症の高齢者やその家族に参加してもらいミニ講座などを実施した。出前講座や元氣はつらつ健康づくり事業においても認知症予防の内容を取り入れた。近隣の保育園の園児（４、５歳児）を対象に認知症キッズサポーター養成講座を実施した。 ③出前講座や民生委員勉強会で総合事業やその他制度などの内容の説明を行った。	【地域課題】 ①本人と支援者とは安心して自立した生活を送るために目標達成についての合意形成をとっていくことが難しい。 ②本人や家族へより良い支援ができるように、支援者が多様な制度を理解する必要がある。 【取り組んだ内容（成果）】 ①ライフステージに必要な支援について、身体・精神機能の漸減に伴う様々な喪失や本人・家族のパーソナリティに配慮できるよう支援方法を学ぶ機会を設け、合意を図れるよう支援の質向上につなげた。 ②介護保険以外の法制度を広く理解するために、孤立・孤独について支援方法を支援者が学んだ。また第8圏域連携会議にて、養護者のサポートについて孤立・孤独対策のよう に、介護保険制度の枠を超えた多角的な視点で検討することにより支援内容を充実することができた。	【地域課題】 ①高齢者が活動・社会参加しやすい環境づくりが必要。 ②閉じこもりがちの高齢者に周囲が気づきにくい。 ③利用者・家族と支援者の間で現状やサービスの必要性に対する認識の差がある。 【取り組んだ内容（成果）】 ①介護保険や介護予防に関する講座、ポピュレーションアプローチ、認知症サポーター養成講座、多職種連携研究会、住まい地域連絡会等を開催した。また個別事例においてはインフォーマルサービスとのマッチングを行った。 ②ハイリスクアプローチにより、閉じこもりとなる可能性がある高齢者の把握・支援を実施した。また医療機関等を巡回し連携のあり方や気になる高齢者について意見交換を行った。 ③事業所連絡会や多職種連携研究会、医療機関等との意見交換を通じて、多職種が協働しやすい関係を作り、利用者・家族に対する適切な支援につなげる体制作りに努めた。
今年度 取組目標	開催回数	自立支援型地域ケア会議 5回 個別地域ケア会議 0回	自立支援型地域ケア会議 4回 個別地域ケア会議 1回	自立支援型地域ケア会議 3回 個別地域ケア会議 1回
	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 ①認知症の高齢者が地域で生活を継続できる環境づくりが必要。 ②総合事業や障害に関する制度、成年後見人制度などの具体的な内容の周知が不十分。 ③デイサービスなどの情報が少ない。空き情報や特色などがわかりにくい。 【取り組み目標】 ①出前講座、認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座を開催し認知症に関して正しい知識を持ってもらう。オレンジカフェの開催を継続し認知症の高齢者やその家族を支援していく。 ②出前講座や民生委員勉強会で総合事業やその他制度などの内容の説明を行い、理解が深められるよう働きかける。 ③ー1 知りえた地域資源等の情報は知っとこサイトに掲載する。 ③ー2 体験利用した利用者やそのケアマネから情報収集し特色などがわかるよう資料を作成する。	【自立支援型地域ケア会議の代替方法】 第8圏域連携会議は、圏域における相談支援のネットワーク構築を主たる目的として実施している会議だが、多機関連携によって世帯を支援するチーム形成のノウハウを学び、世帯や家族支援を行うことで、結果的に本人の自立支援に資するケアマネジメントにつなげることができる点で自立の概念の周知ができます。また、当該会議における議論によって地域課題の抽出ができるので、1回の自立支援型地域ケア会議と置き換えることにする。 【地域課題】 ①男性の生きがいにつながる居場所が少なく、孤立しやすい課題がある。 ②介護者家族の不安や不満を受け止めて、伴走していく支援者が必要だが高齢支援者が担っていくには負担が大きい。 【取り組み目標】 ①男性が趣味などで培ってきた農業等に関する技術を居場所を通じ、伝えることによって、男性がリーダーなどの役割をもち、自己有用感を高めて生きがいを感じられるように居場所の強化に取り組む。 ②第8圏域連携会議にて、世帯を支援するチーム形成のノウハウを学びケアマネジメントの支援につなげ、多機関連携による意思決定支援を学びネットワーク構築ができるよう取り組む。	【自立支援型地域ケア会議の代替方法】 事業所連絡会は各サービス事業所とのネットワーク強化、地域におけるニーズ分析と課題把握を目的に実施しているが、同連絡会にて自立支援の概念の周知を行い、また地域課題の抽出を行う機会を設けることにより、1回の自立支援型地域ケア会議と置き換えることとする。 また多職種連携研究会は、多種多様な職種が地域と協働し、地域包括ケアシステムの構築に向けた体制を作ることを目的に実施しているが、同研究会にて自立支援の概念の周知を行い、また地域課題の抽出を行う機会を設けることにより、1回の自立支援型地域ケア会議と置き換えることとする。 【地域課題】 ①高齢者が活動・社会参加しやすい環境づくりが必要。 ②閉じこもりがちの高齢者に周囲が気づきにくい。 【取り組み目標】 ①地域住民向けの講座やポピュレーションアプローチ、多職種連携研究会、住まい地域連絡会等を通じて、高齢者が活動・社会参加しやすい環境整備に努める。 ②医療機関等との意見交換の機会を引き続き設ける。民生委員等とのネットワーク構築により見守り体制の整備に努める。ハイリスクアプローチにより、閉じこもりとなる可能性がある高齢者の把握・支援を実施する。

センター		⑩大阪高齢者協	⑪パナソニック エイジフリー	⑫大潤会
地域包括ケアシステムの深化				
3 個別地域ケア会議 ※ 枚方市の重点的な取組み				
前年度 取組内容	開催回数	自立支援型地域ケア会議 5回 個別地域ケア会議 1回	自立支援型地域ケア会議 5回 個別地域ケア会議 1回	自立支援型地域ケア会議 5回 個別地域ケア会議 1回
	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 ①坂道が多く、歩道が整備されておらず、移動が困難。また、運動ができる拠点が近くになく、遠方まで行く手段がない。 ②認知症やアルコール関連問題を抱えたひとり暮らし高齢者の支援について、課題が表面化しにくく、必要な支援に繋がらない。 【取り組んだ内容（成果）】 ①ちょっとした高齢者の立ち寄れる場所として、クールオアシスプロジェクト（大阪府が推奨している、外出先の一時避難所として、薬局等に休憩場所を設置する取組）等やひらかた☆いすプロジェクト、移動スーパーなどの周知を行った。 ②近隣住民や民生委員等と常に情報や課題を共有し合い、定期的に会議を開催し、対象者が住み慣れた地域で自立した生活ができるよう話し合った。薬局やクリニック、地域の住民の方との会議を重ねる中で、対象となる方への支援に関して、地域住民や民生委員、ケアマネジャーなどの支援者の役割分担を行い、介護保険制度及び介護保険制度の以外の手続についての支援を行った。このことにより、携帯電話の契約により対象者にすぐに連絡できるようになり、自費での歩行器の購入などに結びついたことで、買い物に一人で行けるようになり、自立した生活を継続につながった。	【地域課題】 ①認知症の疑いがあるが支援可能な親族等がないため、身元保証や契約行為、金銭管理等ができないことにより、在宅生活の継続が困難。 ②支援可能な親族がいない一人暮らし高齢者が増加しているが、一人暮らしの名簿もなくなり、民生委員も把握が困難になっているなど、早期発見機能が弱くなっている。また、支援可能な親族がいないため、入院時の手続き等で困る。 ③一人暮らしの男性高齢者は比較的閉じこもりがちで社会的孤立に陥りやすくなっている。 【取り組んだ内容（成果）】 ①市担当課役所担当課、社会福祉協議会、民生委員等の地域住民、介護保険事業所、居住支援等とのネットワークを構築し支援していくことで、本人が望む生活が可能な限り継続できるよう支援した。 ②③多職種連携研究会で、支援可能な親族等がない一人暮らし高齢者の支援について検討するとともに、ひらかた縁ディングサポート事業の説明をしてもらい、制度の周知を図った。	【地域課題】 ①身体の不自由さ、認知機能の低下などからゴミ出し等の生活支援の必要性があるが、活用できる制度や社会資源が不足している。 ②自分の強みを生かせる場、交流ができる拠点をもつ事が必要。 ③地域のサロン等で認知症の方が気軽に参加できるように、認知症の理解の啓発が必要。 ④坂道が多い地域なので、移動に車が無いと不便であり、免許証返納の決心がつかない方が多い。 ⑤介護保険を利用し、身体能力の改善を達成した方に対して、地域内の居場所以外に公共交通機関を用いて通える市内の趣味活動などの社会資源情報が少なく、マッチングしにくい。 【取り組んだ内容（成果）】 ①要支援者へのサービス提供を担う生活支援員が不足している問題を第2層協議体の会議で共有し、介護保険や支援員に頼らなくてもゴミ出し等ができるよう、地域で元気に活動する方を増やし、要支援者を地域で見守る体制作りに取り組んだ。 ②③地域の拠点において介護予防講座や認知症ケアパス等を用いての啓発活動、認知症サポーター養成講座を開催した。チームオレンジ登録者と共に、地域の病院と共催で認知症カフェを開催し、地域で認知症の方を支える体制づくりに取り組んだ。 ②④⑤地域のサロンや公園でのひらかた元氣くらわんか体操等、地域と共に継続しての活動拠点を充実し、高齢者の介護予防と地域で顔なじみを増やし見守り支援へと繋げるきっかけづくりを目指した。また、参加者には健康・生活に関するチラシや、一般介護予防事業のチラシを配布するなど情報提供を行った。公園での体操運営は、令和7年度から地域の自主活動として継続することになった。 ④多職種連携研究会では警察交通課より免許返納の座学を受け、免許返納に対し決心がつかない高齢者へのよりよい対応について多職種で検討した。 ⑤街かどデイハウス、老人会や生涯学習市民センター、民間のサークル活動などの把握につとめ、社会資源情報を集約し、利用者の希望に応じ情報提供を行った。
今年度 取組目標	開催回数	自立支援型地域ケア会議 4回 個別地域ケア会議 1回	自立支援型地域ケア会議 4回 個別地域ケア会議 1回	自立支援型地域ケア会議 3回 個別地域ケア会議 0回
	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【自立支援型地域ケア会議の代替方法】 坂道が多く、歩道が整備されていないため、移動が困難であることが、自立支援型地域ケア会議にて課題として挙がっているが、机上での検討だけでは把握できない部分もあるため、福祉用具を活用し、実際に道路を移動し体験することで、危険箇所や移動しやすい道の発見など課題解決に向けての考察を行い、より安全に移動ができるよう話し合う機会をもつことができる。これにより、自立支援に資するケアマネジメントに関する実践力向上の機会を自立支援型地域ケア会議の代替えとする。 【地域課題】 ①地域の道路事情や地形により、移動が困難。 ②運動や休憩する場所がないこと。 【取り組み目標】 ①福祉用具を活用しながら実際に道路事情を移動し体験することで、危険箇所や移動しやすい道の発見などを共有し課題解決に向けての考察を行う。また、自立支援に向けて外出困難な高齢者に対しての支援の充実を図る。 ②移動が困難な課題に対して、また、街かど健康ステーション等と連携し、近場で運動できる機会をつくり、社会資源に繋げていく取組を行う。 休憩する場所については、いすプロジェクトの取組を推進し、サービス事業所や近隣の飲食店等に周知や呼びかけを行い、休憩場所が確保できるよう取り組む。	【自立支援型地域ケア会議の代替方法】 東部合同介護支援専門員研修会は医介連携を目的に実施する研修会であるが、多様な自立支援に関する検討を行いこれにより自立の概念の周知を行え、また、東部地域における医介連携の課題検討を行うことで、地域課題の抽出を行うことができるので1回の自立支援型地域ケア会議と置き換えることにする。 【地域課題】 ①支援可能な親族がいない一人暮らしかつ認知機能の低下が窺える高齢者が増加しているが、一人暮らし高齢者の名簿もなくなり、民生委員も把握が困難になっているなど、早期発見機能が弱くなっている。 ②バス停が遠く、タクシーもつかまらないため、長距離移動がしにくい。 ③ひざ痛等による歩行困難が原因で車を手放すことができない高齢者ドライバーがいる。免許返納すると今の生活を変えざるを得なくなり、困りごとが増えることが目に見えている。 【取り組み目標】 ①見守り110番協力店舗との情報共有をより綿密に行い、早期発見機能を強化する。 ②多職種連携研究会で強化されたネットワークを活かし、早期発見・早期支援を行っていくことで、課題の重複化・複雑化を防ぐ。 ③ひらかたいすプロジェクトの普及啓発活動を行い、高齢者の移動に関する課題に対する取組を図る。	【自立支援型地域ケア会議の代替方法】 事例を使用したケア会議では以前から抽出されている課題である①認知症の方が気軽に地域の活動に参加できるように、認知症理解の支援と社会資源の場が近くにない。②医療機関と介護保険事業者間の自立支援の理解と協働については限られた会議時間の一部では議論を深めることが難しかったことから、①認知症ステップアップ講座にて認知症サポーター間で意見交換を行い、地域課題の抽出と社会資源や良い支援の在り方について検討。②東部ブロック（第11、12、13圏域）の医療機関、介護事業者間で自立支援について、その考え方とより良い支援の在り方について共有・検討する場をそれぞれ持つことで自立支援型地域ケア会議の代替えとする。 【地域課題】 ①身体能力の低下や認知症により、近隣のサロンへの参加が難しくなった方に対し、参加が継続できる対応策が必要。 ②子がいらない、または遠方在住による老々介護が増えている。夫婦で支え合い生活を維持していたが、相手が亡くなることで生活が崩れてしまうケースが増えている。 ③医療機関から入退院支援の一環として認定申請や区分変更の相談があるも、介護保険事業者からは自立支援等の観点等から、その必要性に疑問を感じる声があがっている。また医療機関からも介護事業者との退院、在宅復帰支援時の連携の難しさの声も同様にある。 【取り組み目標】 ①近隣の居場所やサロン参加が自身で継続出来るよう、移動時の負担軽減に資する「いすプロジェクト」への参加協力アプローチを継続する。 また、オレンジサポーターの活躍する場として、認知症高齢者に対するサロンへの送迎支援などマッチングを行うとともに、オレンジサポーター登録者を増やすため、認知症サポーターステップアップ講座を開催。併せて、認知症サポーター間で意見交換を行い、認知症の方が地域で生活するにあたり共通する地域課題の抽出を行い、必要な社会資源や、より良い支援の在り方について検討する。 ②高齢者や認知症当事者、その介護を行う家族が集う場所において「人生会議」に関する講座を開催し、周知啓発を行う。 ③圏域内病院の入退院に関わる専門職と東部地域（第11、12、13圏域）のケアマネジャー、センターと合同で医療機関と介護事業者の自立支援に基づく協働支援の考え方や双方の役割について共通理解を深める。そのうえで申請や区分変更も含む入退院、在宅復帰支援に必要と思われる、より良い仕組みや連携について、支援時に支障となっている地域課題を抽出しながら、その対応について意見交換を行い、医療と介護の連携強化を図る。

センター		⑬東香会
地域包括ケアシステムの深化		
3 個別地域ケア会議 ※ 枚方市の重点的な取組み		
前年度取組内容	開催回数	自立支援型地域ケア会議 5回 個別地域ケア会議 4回
	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【地域課題】 ①身体機能低下等により外出頻度が減り、高齢者がフレイルの状態に至るケースが多い。また、生活上の課題があるものの、他者との接点が減り発見されにくくなることで、必要な支援につながらない。 ②目的地までの移動手段がなく、移動が困難となっている。坂道や歩道の状況によるもの。 【取り組んだ内容（成果）】 ①地域住民が身近にある居場所等において、介護予防等の活動を行うことができるよう、活動場所の増加に努めるとともに、既存の活動場所の運営主体に対しては、活動場所の継続を支えるために栄養、介護予防などの情報提供を行い、活動内容の充実につながる支援を行った。 ②移動販売車の利用者の増加、また、コミュニティの場として機能させていくために高齢者に対して情報提供を行った。加えて、移動販売車の駐留地点の拡大につながるよう、移動が困難といった課題を抱える地域の情報収集を行った。
今年度取組目標	開催回数	自立支援型地域ケア会議 4回 個別地域ケア会議 1回
	課題及び取組内容※優先順位の高いものから記入	【自立支援型地域ケア会議の代替方法】 ■入退院支援をテーマとした医療介護連携研修会において、自立支援を実現するための考え方の共有を図るとともに、入退院支援の事例に係る個別課題を踏まえ地域課題を抽出することを目指す。 ■居宅介護支援事業所連絡会「Café de Toko」において、高齢者の自立支援に向けての講座を開催するとともに、ケアマネジャーが個別課題を踏まえ地域課題を抽出することを目指す。 【地域課題】 ①身体機能低下等により外出頻度が減り、高齢者がフレイルの状態に至るケースが多い。また、生活上の課題があるものの、他者との接点が減り発見されにくくなることで、必要な支援につながらない。 ②目的地までの移動手段がなく、移動が困難となっている。坂道や歩道の状況によるもの。 ①、②いずれも令和6年度の地域課題と同様であり、継続して課題解決に向けて取り組む。 【取り組み目標】 ①地域住民が身近にある居場所等において、介護予防等の活動を行うことができるよう、活動場所の増加に努めるとともに、既存の活動場所の運営主体に対しては、活動内容の充実につながる支援を継続して行う。 ②移動販売車の利用者の増加、また、コミュニティの場として機能させていくために高齢者に対して情報提供を行うとともに、移動販売車の駐留地点の拡大につながるよう、移動が困難といった課題を抱える地域の情報収集を継続して行う。

令和7年度事業実施計画

センター		①社協こもれび	②社協ふれあい	③聖徳園
地域包括ケアシステムの深化				
2 区域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針				
地域①	(今年度) 地域づくり・資源開発 機能の取り組み内容	■それぞれの居場所における活動内容等を居場所部会にて共有し、課題について意見交換を行うことにより活動内容の充実を図ることで、より多くの地域住民の参加につながるよう取り組む。 ■いすプロジェクト推進チーム会議を構成している第2層生活支援コーディネーター、居宅介護支援事業所、介護事業所とともに椅子等の設置場所の拡大に向けて取り組む。第2層協議体において、地域住民が外出しやすい環境について意見交換を行う。 ■地域のサロンなどが活動する人材を募集している際に、こもれび教室の参加者などに当該人材募集の情報を提供し、地域資源と人材をつなげていく。 ■転倒予防や筋力維持のため、運動、食事時の注意点、口腔ケアの重要性など生活習慣の改善に資する講座を実施する。また、疾病の早期発見及び早期治療のために健診の受診勧奨を行う。	■第2層協議体：元気づくり・地域づくり会議を定期的に開催し、高齢者が地域で活躍する場づくりを検討するとともに、生活支援コーディネーターに他市での取り組みや社会資源の情報を提供し、コーディネーター活動に關しての支援、助言、提案を行う。 ■ひらかた元気づらわんが体操の普及啓発を行う。 ■男性向け料理教室を開催。 ■ハイリスクアプローチ訪問対象者の健康状態の確認を行なう。講座時には検診受診勧奨を行う。 ■KDBデータを活用しポピュレーションアプローチで、フレイルの周知・啓発及び健康意識の向上を図るため健康講座を開催し、すこやかチェック票の実施および実施後のアンケートにて参加者の理解度を把握する。	■ポピュレーションアプローチにおいて、認知症の高齢者を含む地域住民を対象に「災害への備え」をテーマとした講座を開催し、自身の身体機能の把握、災害に備えた動ける身体づくり、フレイル予防、街の課題についてアクティブラーニングを行う。 ■相談のあった金融機関に対し、認知症の理解につながる認知症サポーター養成を提案する。 ■介護保険事業所と協働して定期的に健康講座やフレイル予防の講座（オーラルフレイルを含む）を開催し、地域住民の健康への意識向上につながる取組みを行うとともに、介護予防の活動の中心となる人材の育成に取り組む。 ■健康だよりを配布し、生活習慣病の予防の意識づけを行い、ハイリスクアプローチ対象者に健診受診の勧奨を行う。 ■元気づくり・地域づくり会議において、介護予防の重要性の周知を継続する。 ■第2層生活支援コーディネーターが把握している地域課題の解決に向けてともに検討する。
		■それぞれの居場所における活動内容等を居場所部会にて共有し、課題について意見交換を行うことにより活動内容の充実を図ることで、より多くの地域住民の参加につながるよう取り組む。 ■いすプロジェクト推進チーム会議を構成している第2層生活支援コーディネーター、居宅介護支援事業所、介護事業所とともに椅子等の設置場所の拡大に向けて取り組む。第2層協議体において、地域住民が外出しやすい環境について意見交換を行う。 ■地域のサロンなどが活動する人材を募集している際に、こもれび教室の参加者などに当該人材募集の情報を提供し、地域資源と人材をつなげていく。 ■認知症の予防につながる運動の習慣化、栄養、口腔機能の維持などの重要性について、各種講座や教室を通して地域住民に周知する。また、疾病の早期発見及び早期治療のために健診の受診勧奨を行う。	■地域サロンや老人会などの集まりで、警察や消費生活センターからの協力を得て、詐欺被害防止の啓発や情報提供を行う。 ■ハイリスクアプローチ訪問対象者の健康状態の確認を行なう。かかりつけ医がいないケースが増えてきているため、講座時には健診受診勧奨を行う。 ■生活習慣病および筋骨格系疾患に係る医療費が高いため、ポピュレーションアプローチにて筋力・血管年齢測定を行いながら、生活習慣病についての知識や予防方法について啓発し、健康に関心を持つ機会とする。フレイル周知・啓発を図りながら、すこやかチェック票の実施および実施後のアンケートにて参加者の理解度を把握する。	■ポピュレーションアプローチにおいて、認知症の高齢者を含む地域住民を対象に「災害への備え」をテーマとした講座を開催し、自身の身体機能の把握、災害に備えた動ける身体づくり、フレイル予防、街の課題についてアクティブラーニングを行う。 ■出前講座等において、地域住民を対象とした認知症の予防の講座を開催する。 ■出前講座等において、地域住民を対象とした認知症への理解や対応方法を啓発する。 ■ハイリスクアプローチの対象者に健診受診の勧奨を行う。 ■健康だよりを配布し、生活習慣病の予防の意識づけ及び健診受診の勧奨を行う。 ■第2層生活支援コーディネーターが把握している地域課題の解決に向けてともに検討する。
地域③	(今年度) 地域づくり・資源開発 機能の取り組み内容	■いすプロジェクト推進チーム会議を構成している第2層生活支援コーディネーター、居宅介護支援事業所、介護事業所とともに椅子等の設置場所の拡大に向けて取り組む。第2層協議体において、地域住民が外出しやすい環境について意見交換を行う。また、 ■地域のサロンなどが活動する人材を募集している際に、こもれび教室の参加者などに当該人材募集の情報を提供し、地域資源と人材をつなげていく。 ■居場所部会にて、災害時におけるセンターと各居場所との連携の体制強化について協議する。 ■運動の習慣化、栄養、口腔機能の維持などの重要性について、生活習慣病を中心としたテーマの各種講座や教室を開催し、地域住民に周知する。また、疾病の早期発見及び早期治療のために健診の受診勧奨を行う。		■ポピュレーションアプローチにおいて、認知症の高齢者を含む地域住民を対象に「災害への備え」をテーマとした講座を開催し、自身の身体機能の把握、災害に備えた動ける身体づくり、フレイル予防、街の課題についてアクティブラーニングを行う。 ■休止している居場所の運営主体から聞き取りを行い、居場所の再開に向けて支援する。 ■ハイリスクアプローチの対象者に健診受診の勧奨を行う。 ■健康だよりを配布し、生活習慣病予防（禁煙含む）、歯科受診の勧奨を行う。 ■第2層生活支援コーディネーターが把握している地域課題の解決に向けてともに検討する。
地域④	(今年度) 地域づくり・資源開発 機能の取り組み内容			■ポピュレーションアプローチとしてフレイル予防に関する講座を開催し、フレイルの理解や予防の取組みを周知する。 ■相談のあった金融機関に対し、認知症の理解につながる認知症サポーター養成を提案する。 ■地域住民が参加する出前講座や会議等において、居場所づくりの担い手の不足を周知し、新たな担い手となる人材の発掘に努める。 ■健康だよりを配布し、生活習慣病の予防の意識づけ及び健診受診の勧奨を行う。 ■元気づくり・地域づくり会議において、消費者被害などの地域にとって有益となる情報提供を継続する。 ■第2層生活支援コーディネーターが把握している地域課題の解決に向けてともに検討する。

令和7年度事業実施計画

センター		④安心苑	⑤ザール・ナート	⑥松徳会
地域包括ケアシステムの深化				
2. 区域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針				
地域①	(今年度) 地域づくり・資源開発 機能の取り組み内容	■役員の負担の軽減を図る運営方法を検討する。 ■チームオレンジサポーターの受け入れ場所の拡大を図る。 ■モデルとして居場所の活動頻度を増やして、従来の回数(2回/月)の居場所との介護認定率や自立度の効果検証を行う。 ■KDBデータを活用し、課題に応じたアウトリーチやフレイル予防の周知啓発、健康診査の受診勧奨を行っていく。	■第2層協議体で生活習慣病についての課題を共有し解決策の検討を促す。 ■「ひらかた夢かなえるエクササイズ」を実施している2団体へ継続支援講座を行う。 ■自治会・老人会へ生活習慣病予防に関するポピュレーションを行う。 ■サロンの出張相談窓口では健康相談(血圧測定)を継続する。 ■サロンの出張相談窓口で、権利擁護関係の啓発を継続する。センターで作成した権利擁護関係のリーフレットやチラシ(タイムリーな消費者被害情報等)の配布。自治会・老人会・民生委員・福祉委員向けに寸劇を交えた出前講座を開催する。 ■一人暮らし高齢者への個別訪問時に消費者被害の防止につながるよう啓発を継続する。	■「防災・福祉スタンブラリー」、「スマホ教室」を主なテーマとし取り組みを進める。子供から高齢者まで幅広い年代が参加でき、地域防災力を高め日頃の見守りにつながるイベントを地域と協働しながら企画していく。 ■令和6年度、福祉委員や自治会、民生委員等を対象に行ったACP啓発のための「もしバナゲーム」をもっと身近な公民館等の場所で開催できるよう回覧板などを通して自治会に働きかける。 ■第2層協議体が主催し、定期的な出張スマホ教室を継続開催。オンライン予約やネットショッピング等、高齢者の買い物を含む生活支援ツールとしてスマホが活用できるようになることを目指す。また、校区内に2か所ある大型薬局移動販売の停留所と適宜連携する。 ■坂道の多い地域の方々が参加しやすい場所で介護予防教室の定期開催や体力測定会を実施する。 ■生活習慣病予防に関するポピュレーションアプローチを行うとともにフレイル予防の周知啓発や健康状態不明者のハイリスクアプローチを実施し健診の受診勧奨を行う。 ■坂道の多い地域の方々が参加しやすい場所で介護予防教室の定期開催や体力測定会を実施する。 ■生活習慣病予防に関するポピュレーションアプローチを行うとともにフレイル予防の周知啓発や健康状態不明者のハイリスクアプローチを実施し健診の受診勧奨を行う。 ■今後増えていく認知症への理解促進のため、地域住民がより参加しやすい場所や曜日で認知症サポーター養成講座や認知症の方への関わりが学べるカードゲーム体験会の開催等の働きかけを行う。
地域②	(今年度) 地域づくり・資源開発 機能の取り組み内容	■第2層協議体を通じて、地域で支える大切さを地域で共有していく。 ■校区福祉委員会や老人会で一人暮らし高齢者、認知症の方を地域で支える体制の大切さを伝えていく。 ■KDBデータを活用し、課題に応じたアウトリーチやフレイル予防の周知啓発、健康診査の受診勧奨を行っていく。	■第2層協議体でKDBデータからの課題を共有し、解決策への検討を提案する ■自治会・老人会又は校区に口腔機能向上、生活習慣病予防に関するポピュレーションアプローチを行う。 ■ザール・ナート水曜体操を継続し、各種啓発等も行い、生活満足度の向上に繋がる資源として機能強化する。 ■関係機関と連携し、消費者被害予防の対策や権利擁護関係の出前講座を開催する。 ■一人暮らし高齢者への個別訪問時に消費者被害の防止につながるよう啓発を継続する。	■通いの場を中心に商店街をはじめとする様々な機関等と連携し、高齢者の居場所・活躍の場づくりを行う。 ■高齢者になっても住みやすい街づくりを目指すため、商業連盟との連携をより一層強化し、宮サボ会議等への参画を継続する。 また、令和3年度から新しく開設された各種教室や会議等を開催し、地域の活性化につなげていく。さらに、「ひらかた☆いすプロジェクト」の認知度を高めるために商店街の祭りに合わせて、小学校の子供たちのイラストをイスに貼って、ウォーキングスタンブラリー形式でめぐるイベントを企画。高齢者がお出かけや外出しやすい環境づくりを行う。 ■KDBデータを共有し、健康意識の向上を目指し、令和7年度は生活習慣病予防に関するポピュレーションアプローチを行うとともにフレイル予防の周知啓発や健康状態不明者のハイリスクアプローチを実施し健診の受診勧奨を行う。 また、前年度に引き続き圏域内にある大型薬局と協働し、健康に関する講座等の定期開催を健康・学びカレッジで企画・実施していく。
地域③	(今年度) 地域づくり・資源開発 機能の取り組み内容	■民生委員、自治会、地域活動団体と連携し、地域の見守り体制を強化し、高齢者が安心して暮らせる地域づくりを推進する。 ■支援が必要な高齢者や家族に、センターの役割をわかりやすく広報できる新たなチラシの作成等、その他の手法で情報発信を行う。 ■KDBデータを活用し、課題に応じたアウトリーチやフレイル予防の周知啓発、健康診査の受診勧奨を行っていく。	■第2層協議体で「物忘れの自覚がある」人の割合が増加していることや筋・骨格系で医療にかかる率が高いという課題を共有し、対策を検討していく。 ■サービス付高齢者住宅での「ひらかた元氣くらわんか体操」(月2回)で参加者が増えるよう支援し、主体的に活動する人を増やし自主活動をする地域の資源として強化を図る。 ■団地近隣地域へ各種啓発活動やポピュレーションアプローチ(認知・運動)を行う。 ■地域向けに権利擁護関係の出前講座を開催する。 ■消費者被害については地域への周知とリーフレット等やLINEアカウントによるメッセージ配信を活用し啓発する。 ■一人暮らし高齢者への個別訪問時に消費者被害の防止につながるよう啓発を継続する。	■第2層協議体の中で地域での見守り体制の構築等や元気づくりの取り組みについて企画・開催を行っていく。ひらかた元氣くらわんか体操とグラウンドゴルフ大会の定例開催を通じて、地域住民の交流と健康増進を図る。 また、住民同士の支え合いや地域活動ボランティアが継続できるように新任生活支援コーディネーターをサポートする。 ■コロナ禍で活動が縮小している老人会活動やいきいきサロンなどの通いの場に健康講座等でセンター職員を派遣し、地域活動などの支援を継続する。 ■第2層協議体等でKDBデータを共有し、健康意識の向上を目指すため、生活習慣病予防に関するポピュレーションアプローチを行うとともにフレイル予防の周知啓発や重度化防止のためハイリスクアプローチを実施し健診の受診勧奨を行う。 また、令和6年度に引き続き圏域内にある大型薬局と協働し、健康や介護予防に関する講座等の定期開催を健康・学びカレッジで企画・実施していく。店内にある常設ラックを活用してもらい、講座等の周知・啓発を行う。
地域④	(今年度) 地域づくり・資源開発 機能の取り組み内容	■第2層協議体と連携し、地域の通いの場の把握と整備、助け合う街づくりを推進していく。 ■支援が必要な高齢者や家族に、センターの役割をわかりやすく広報できる新たなチラシの作成等、その他の手法で情報発信を行う。 ■KDBデータを活用し、課題に応じたアウトリーチやフレイル予防の周知啓発、健康診査の受診勧奨を行っていく。	■第2層協議体でKDBデータからの課題を共有し対策への検討を提案する。 ■令和6年度から資源創出できた自主グループの取り組み(ひらかた夢かなえるエクササイズ)支援を継続する。 ■ポピュレーションアプローチにて骨折予防関連の取り組みを重点的に行う。 ■UR都市機構生活支援アドバイザーと連携し地域住民向けに、寸劇を取り入れた権利擁護に関する講座を年度内に複数回行う。 ■一人暮らし高齢者への個別訪問時に消費者被害の防止につながるよう啓発を継続する。	■住民同士の助け合い活動創出に向けて第2層生活支援コーディネーターと連携して住民アンケート等を実施。この集計をもとに今後、希望する方にアプローチを行う予定。 また介護予防の普及啓発を目的に、地域住民向けの介護予防講座を開催をする。 ■令和6年度に引き続き校区コミュニティと第2層協議体の連携が円滑に進むよう、第2層協議体への参加を随時呼びかけるとともに、定期的に団地内でのイベントを共催する。 ■街かどティハラスと協働し、引き続き「懐メロ歌声サロン」を定期開催。サロンに出張相談会の機能を持たせ、身近な相談場所としての活用を目指す。 ■校区内にある医療機関と健康課題分析データを共有し、第2層協議体のイベント「健康フェスタ」での健康相談ブースの参考にする。また、生活習慣病予防に関するポピュレーションアプローチを行うとともにフレイル予防の周知啓発や健康状態不明者のためハイリスクアプローチを実施し健診の受診勧奨を行う。

令和7年度事業実施計画

センター		⑦美穂会	⑧みどり	⑨アイリス
地域包括ケアシステムの深化				
2. 区域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針				
地域①	(今年度) 地域づくり・資源開発機能の取り組み内容	■民生委員との協力をさらに深め、高齢者に支援できるように、又新しい民生委員とも協力体制を作れるように民生委員勉強会を開催し関係を深めていく。 ■KDBデータ結果から、整形疾患に対する講座教室を開催し予防方法など学んでもらいフレイル予防につなげる。また生活習慣病の予防の講座等をポピュレーションアプローチで開催し、予防法を実践できるようにしていく。 ■MCI及び認知症の方と家族の支援のために、R6年11月よりオレンジカフェを開始。令和6年11月開始時より民生委員の協力もあり、今後も民生委員とともに継続開催できるようにしていく。 ■地域住民に、予防の取り組みの重要性を知ってもらうため、今後も疾病の知識や予防について広報誌やチラシ作成し、出前講座やポピュレーションアプローチ時、ハイリスク訪問時等に広報していく。	■認知症カフェや居場所の機能が充実するように、チームオレンジサポーターや地域貢献に積極的な事業所等のさまざまな地域資源との接続を行い、地域づくりを後方支援する。また、本人ミーティングなどの本人発信の場をつくるなどして、認知症等の当事者理解を推進する。 ■元気づくり・地域づくり会議構成員や第2層生活支援コーディネーター等の活動者と、圏域内の多様な主体との情報共有を後方支援する。 ■防骨格等へのフレイル予防啓発とともに高血圧・脂質異常症を含む生活習慣病の改善や口腔ケアの啓発を行うことで、認知症予防に結び込む。	■「元気づくり・地域づくり会議」事務局として会議への参加を継続し、地域での助け合い活動や高齢者の元気づくり、居場所づくりの後方支援に努める。 ■関係機関と地域の現状や課題について共有することで早期発見、迅速な対応ができる体制を整える。
地域②	(今年度) 地域づくり・資源開発機能の取り組み内容	■KDBデータ結果から、生活習慣病の予防に対するポピュレーションアプローチ等の講座開催を行う。認知症に対するKDBデータの割合から、早期気づきのためにMOCA-Jを取り入れた講座開催し、早期対応の意識付けを行い予防方法を学んでもらう。 ■MCI認知症の方と家族の支援のために、今後もオレンジカフェを民生委員とともに継続開催できるようにしていく。 ■地域住民に、予防の取り組みの重要性を知ってもらうため、今後も疾病の知識や予防について広報誌やチラシ作成し、出前講座やポピュレーションアプローチ時、ハイリスク訪問時等に広報していく。 ■民生委員との協力をさらに深め支援を協力できるように、又新しい民生委員とも協力体制を作れるように民生委員勉強会を開催し関係を深めていく。	■第2層協議体が行う住民アンケート等で圏域の脆弱高齢者を把握する。また、認知症サポーター養成講座を後方支援し、圏域の脆弱高齢者を把握し、認知症の早期発見や権利擁護につなげる。 ■第2層生活支援コーディネーター等の活動者と連携し、介護予防に関する等さまざまな情報提供を計画的に行う。また、元気な高齢者を含む地域住民が担い手として活動する場の充実をはかる。 ■校区住民の防骨格等へのフレイル予防啓発とともに、身体・精神機能維持向上のため健康増進の周知啓発、口腔フレイル予防に結び込む。校区の課題に取り組むためにポピュレーションアプローチを実施し、健康増進を目指す。	■「元気づくり・地域づくり会議」に参加し、会議構成員や生活支援コーディネーターからの求めに応じ適宜情報提供や助言を行う。民生委員等関係機関と連携を図り、支援を要する高齢者を早期に発見し、迅速な対応ができる体制づくりに努める。 ■ポピュレーションアプローチ 生活習慣を見直し生活習慣病を予防することが認知症のリスク軽減に繋がるという意識づけを目的に健康教育を実施する。
地域③	(今年度) 地域づくり・資源開発機能の取り組み内容	■地域のサロン等で、予防の取り組みの講座をポピュレーションアプローチで行う。KDBデータ結果から、生活習慣病の予防に対するポピュレーションアプローチの開催を行う。認知症に対するKDBデータの割合から、早期気づきのためにMOCA-Jを取り入れた講座開催し、早期対応の意識付けを行い予防方法を学んでもらう。骨折等整形疾患も多いことから、フレイル予防等の講座教室の開催を行う。 内容を充実させることにより、参加者が増える手助けになるように考慮していく。 ■MCI及び認知症の方と家族の支援のために、オレンジカフェを開始。今後も民生委員とともに継続開催できるようにしていく。 ■民生委員との協力をさらに深め支援を協力できるように、又新しい民生委員とも協力体制を作れるように民生委員勉強会を開催し関係を深めていく。 ■地域住民に、予防の取り組みの重要性を知ってもらうため、今後も疾病の知識や予防について広報誌やチラシ作成し、出前講座、ポピュレーションアプローチやハイリスク訪問時に広く周知していく。	■特殊詐欺被害防止のため、広報誌等を活用しながら住民に広く周知する。また、ACP、遺言・相続、虐待防止、ステップアップ講座などの権利擁護に関するセミナー等を実施し、住民が我が事として捉えられるように支援する。 ■再編された元気づくり体操会が第2層生活支援コーディネーター等の担い手負担を増やすことなく、より充実するように、さまざまな主体との関係者間のネットワーク作りを社会福祉協議会等と協働しながら後方支援を行っていく。 ■健康講座や、介護予防に関する情報発信を行い、校区住民の心身機能維持向上のため口腔を含むフレイルの周知啓発に取り組む。校区の課題である防骨格、生活習慣病（高血圧、糖尿病等）に対してポピュレーションアプローチを実施し、健康増進を目指す。	■「元気づくり・地域づくり会議」の参加を継続。令和6年度から本格的に取り組んでいるポッチャを通した元気づくりや居場所づくりの発展を後方的にサポートする。 ■民生委員や介護支援専門員、URコミュニティ等関係機関と連携を図る。地域の課題を共有し、支援が必要な世帯の早期発見、迅速な対応ができる体制づくりに努める。地域活動に参加し、アウトリーチの機会を持つ。
地域④	(今年度) 地域づくり・資源開発機能の取り組み内容	■認知症関係の相談が多いことからR6年度末に、MOCA-Jを取り入れた講座教室を施行。今年度以降は、KDBデータより、骨折等の整形疾患に知しての講座を開催予定とする。また生活習慣病予防のために、ポピュレーションアプローチでの講座を開催していく。新たな参加者が増えるように内容を考慮していく。 ■地域住民に、予防の取り組みの重要性を知ってもらうため、今後も疾病の知識や予防について広報誌やチラシ作成し、出前講座、ポピュレーションアプローチ時やハイリスク訪問時に広く周知していく。 ■必要に応じて地域ケア会議等開催し、協力体制をさらに深めるようにしていく。		■民生委員等関係機関と連携を図る。地域の課題を共有し、支援が必要な世帯の早期発見、迅速な対応ができる体制づくりに努める。随時地域からの相談に応じて適宜情報提供や助言・提案を行い、必要に応じて多機関と連携を図りネットワーク構築を支援する。 ■ポピュレーションアプローチ 生活習慣を見直し生活習慣病を予防することが認知症のリスク軽減に繋がるという意識づけを目的に健康教育を実施する。

センター		⑩大阪高齢者生協	⑪バナソニック エイジフリー	⑫大洲会
地域包括ケアシステムの深化				
2 区域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針				
地域①	(今年度) 地域づくり・資源開発機能の取り組み内容	■いすプロジェクトやクールオアシスプロジェクトを推進し、休める場所を増やしながら居場所に来られるようにする。また、歩いて行ける距離にある場所での元気づくり講座を街かど健康スーションと一緒に開催し、地域の中でグループが立ち上がるように地域と一緒に企画していく。 ■ポピュレーションアプローチにおいて、脂質異常症や口腔ケアの取り組みを行う。 ■元気づくり・地域づくり会議に参加し、第2層生活支援コーディネーターやCSW等・民生委員交流会にて課題を話し合う機会を作る。	■より身近で気軽に体験できる場ならびにフレイル予防や社会資源等の健康寿命延伸に役立つ情報について学べる場として、毎月の体操教室plus開催を継続する。 ■老人会やサロン、高齢者居場所等に出向き、フレイル予防や認知症予防、消費者被害防止のための情報提供を行う。 ■広報紙を全戸回覧することにより、センター周知活動を継続する。 ■民生委員児童委員協議会・地区委員会の出前講座に加えてサロン等参加時、運営推進会議、支援ケース等で民生委員と適宜情報交換を行い、センターの活動に対する理解を深める。 ■サロン等の地域活動の担い手不足の解決に向けて、継続的に第2層生活支援コーディネーターと協働して元気づくり地域づくり会議を開催し検討していく。 ■定期的かつ継続的に介護者家族の会を開催することで、介護者家族と専門職・介護者家族同士の交流の場を提供することで、介護者の孤立感や悩み、不安の解消を図っていく。 ■「動脈硬化の進行予防」を目的とした健康教育（ポピュレーションアプローチや元気はたらく健康づくり事業）を実施する。	■第2層協議体の会議や事前の校区代表者会議に参加し、課題解決や地域住民が参加できる仕組みづくりに対する意見交換を通じて支援を行う。 ■災害が発生した場合、介護サービス事業者が必要な介護サービスを継続して提供できる連携体制の構築や、安全安心の生活を目指し、校区コミュニティ防災会と災害時対応や備えなどの地域づくりを一緒に検討していく。 ■上位の病病名に加え、アルコール性肝障害、痛風・高尿酸血症、食道がん、脳出血なども食習慣、運動習慣、休養の取り方、嗜好などの生活習慣から予防できるものが多く、ポピュレーションアプローチを通じて実態を把握し、フレイル予防、生活習慣病の予防に資する周知などのきっかけづくりに取り組む。健康管理を自己評価ができる機会としてポピュレーション講座の開催を検討し、ハイリスク対象者に対し周知する。 ■コミュニティ察りへ出店参加し、若年層（将来、家族の介護に関わることとなり得る世代）に対して包括のチラシを配布し、活動内容等の周知を図る。
地域②	(今年度) 地域づくり・資源開発機能の取り組み内容	■認知症に対する啓発や認知症サポーター養成講座及びステップアップ講座を行い、認知症の理解を深め、地域の見守り体制を増やしていく。 ■ポピュレーションアプローチにて、運動や口腔機能が改善できる機会を作る。また、脂質異常症や口腔ケアの取り組みを行う。 ■元気づくり・地域づくり会議に参加し、第2層生活支援コーディネータやCSW等・民生委員交流会にて課題を話し合う機会を作り、消費者被害や認知症の理解など必要な情報を発信していく。また、地域の交流の場に参加し、健康増進に関する相談を行う。	■広報紙を全戸回覧することにより、センター周知活動を継続するとともに、地域活動情報等の周知も行っていくことで参加者を増やし、元気な高齢者が比較的多い地域を維持できるよう働きかける。 ■サロン等の地域活動の担い手不足の解決ならびに地域活動の維持・発展に向けて、継続的に第2層生活支援コーディネーターと協働して元気づくり地域づくり会議を開催し検討していく。 ■老人会やサロン、高齢者居場所等に出向き、フレイル予防や認知症予防、消費者被害防止のための情報提供を行う。 ■より身近で気軽に体験できる場ならびにフレイル予防や社会資源等の健康寿命延伸に役立つ情報について学べる場として、毎月の体操教室plus開催を継続する。 ■定期的かつ継続的に介護者家族の会を開催することで、介護者家族と専門職・介護者家族同士の交流の場を提供することで、介護者の孤立感や悩み、不安の解消を図っていく。 ■「動脈硬化の進行予防」を目的とした健康教育（ポピュレーションアプローチ）を実施する。	■いきいきサロンで同時開催される出張相談や認知症カフェに職員を派遣し、健康に関するチラシによる参加者全体への情報提供や、個別相談による必要な支援、制度への働きかけや地域の見守りなど個別支援体制を整えることで連携を図る。また第2層協議体の会議に出席し、具体的な困り事の聞き取り、課題解決方法について検討する。 ■ポピュレーションアプローチとして、地域の訪問看護ステーションと連携し、血液検査結果の見方や高血圧の新基準など座学と体験の講義を通じ、生活習慣の見直しに役立てていただき、フレイルの周知啓発、健診の受診勧奨に取り組む。
地域③	(今年度) 地域づくり・資源開発機能の取り組み内容	■ポピュレーションアプローチにて運動の機会を作り、ひらかた元気くらわんか体操の周知やスタート支援の提案を行い、自ら体験を行えるよう支援する。 ■認知症について広報誌への掲載や個別支援の相談にも対応する。 ■元気づくり・地域づくり会議へ参加し、第2層生活支援コーディネーターやCSW等・民生委員交流会にて課題を話し合う機会を作り、消費者被害や認知症の理解など必要な情報を発信していく。	■発足したでの元気づくり地域づくり会議活動の充実および地域課題解決に向けて、第2層生活支援コーディネーターと協働して元気づくり地域づくり会議を開催し検討していく。 ■老人会やサロン、高齢者居場所等に出向き、フレイル予防や認知症予防、消費者被害防止のための情報提供を行う。 ■広報紙を全戸回覧することにより、センター周知活動を継続する。 ■より身近で気軽に体験できる場ならびにフレイル予防や社会資源等の健康寿命延伸に役立つ情報について学べる場として、毎月の体操教室plus開催を継続する。 ■定期的かつ継続的に介護者家族の会を開催することで、介護者家族と専門職・介護者家族同士の交流の場を提供することで、介護者の孤立感や悩み、不安の解消を図っていく。 ■「動脈硬化の進行を予防することが生活習慣病の予防につながる」とことについての周知を目的とした健康教育（ポピュレーションアプローチ）を実施する。	■第2層協議体の校区代表者との事務局会議と本会議を開催し、具体的な課題の聴取から地域課題を抽出し、解決に向け協議し、継続して地域づくりに取り組む。 ■認知症予防に関する啓発活動、認知症サポーター養成講座やステップアップ講座など随時開催。チームオレンジ登録者を増やすと共に、本人及び家族の発信支援を目指し、地域で認知症の方を支える体制づくりに取り組み、引き続き認知症カフェの充実を図る。 ■見守り110番の登録事業者への活動報告時や、介護保険事業所連絡会等で、いすプロジェクトについて周知し、活動の輪が広がるよう取り組む。 ■災害が発生した場合、介護サービス事業者が必要な介護サービスを継続して提供できる連携体制の構築や、安全安心の生活を目指し、地域の自主防災防災会や校区コミュニティ防災会と災害時対応や備えなどの地域づくりを一緒に検討していく。校区内の総合防災訓練へ参加予定。 ■防・骨格、脳梗塞、糖尿病、がんの占める割合が高く、ポピュレーションアプローチを通じて、健康診断受診推奨、及び早期発見早期治療の重要性を啓発。健康に関するチラシによる参加者全体への情報提供や、個別相談による必要な支援、制度への働きかけや地域の見守りなど個別支援体制を整えることで連携を図る。 地域の介護保険事業所のリハビリ職とも連携しながら地域住民が継続してフレイル予防、生活習慣病の予防が継続できる周知啓発のきっかけづくりに取り組む。 ■地域住民に対し、歯科検診の受診勧奨に取り組む。

令和7年度事業実施計画

センター		⑨東香会
地域包括ケアシステムの深化		
2 区域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針		
地域①	(今年度) 地域づくり・資源開発 機能の取り組み内容	■地域住民が身近にある居場所等において、介護予防等の活動を行うことができるよう、活動場所の増加に努めるとともに、「ほっこり新聞」など校区独自の情報誌を活用し、介護予防活動の周知・啓発活動を実施する。 ■移動販売車の利用者の増加、また、コミュニティの場として機能させていくために高齢者に対して情報提供を行うとともに、移動販売車の駐留地点の拡大につながるよう、移動が困難といった課題を抱える地域の情報収集を継続して行う。 ■令和6年度に引き続き、プロジェクトの取組みとして、各種測定会や講座を実施する。高齢者が外出するきっかけを作り、外出頻度の増加を図ることによって、潜在する認知症の高齢者の早期発見に取り組む。また、ノルディックウォークによるエクササイズを通して認知症予防の取組みを継続する。 ■一人暮らし老人会や校区福祉委員会などの活動を支援し、独居高齢者が利用できる社会資源の活性化を図る。 ■令和6年度に引き続き、「糖尿病」「脂質異常症」の有病率が国と比較して低い結果につながるようポピュレーションアプローチを実施する。加えて、健康診断の受診勧奨を継続するとともに、地域住民が生活習慣病について積極的に理解を深めたり、生活習慣の振り返りを行うなどの行動変容につなげる取組みを実施する。 ■第2層生活支援コーディネーター（以下「コーディネーター」という。）の役割である地域課題の把握、地域課題解決のためのプラン立案等の支援を中心に、この校区のコーディネーター活動の支援として、介護予防活動等の情報を掲載する「ほっこり新聞」の企画等を共同で行い、内容の充実を図る。また、コーディネーターが主催するサロンや一人暮らし老人会等の運営の支援に加えて、地域活性化を目的とした津田ふれあいフェスティバルの運営の支援を行う。
地域②	(今年度) 地域づくり・資源開発 機能の取り組み内容	■地域住民が身近にある居場所等において、介護予防等の活動を行うことができるよう、活動場所の増加に努める。 ■移動販売車の利用者の増加、また、コミュニティの場として機能させていくために高齢者に対して情報提供を行うとともに、移動販売車の駐留地点の拡大につながるよう、移動が困難といった課題を抱える地域の情報収集を継続して行う。 ■令和6年度に引き続き、プロジェクトの取組みとして、各種測定会や講座を実施する。高齢者が外出するきっかけを作り、外出頻度の増加を図ることによって、潜在する認知症の高齢者の早期発見に取り組む。また、ノルディックウォークによるエクササイズを通して認知症予防の取組みを継続する。 ■一人暮らし老人会や校区福祉委員会などの活動を支援し、独居高齢者が利用できる社会資源の活性化を図る。 ■令和6年度に引き続き、「筋・骨格」の有病率が国と比較して低い結果となるようなポピュレーションアプローチを実施する。加えて、健康診断の受診勧奨を継続するとともに、地域住民が生活習慣病について積極的に理解を深めたり、生活習慣の振り返りを行うなどの行動変容につなげる取組みを実施する。 ■コーディネーターの役割である地域課題の把握、地域課題解決のためのプラン立案等の支援を中心に、この校区のコーディネーター活動の支援として、コーディネーターが校区コミュニティ協議会会長、老人会会長など複数の団体で役職を兼務している。令和6年度に引き続き、コーディネーターが収集する地域のニーズを整理し、ニーズに応じた取組みを実施できるよう、関係機関との連絡調整等の支援を行っていく。
地域③	(今年度) 地域づくり・資源開発 機能の取り組み内容	■地域住民が身近にある居場所等において、介護予防等の活動を行うことができるよう、活動場所の増加に努める。 ■移動販売車の利用者の増加、また、コミュニティの場として機能させていくために高齢者に対して情報提供を行うとともに、移動販売車の駐留地点の拡大につながるよう、移動が困難といった課題を抱える地域の情報収集を継続して行う。 ■令和6年度に引き続き、プロジェクトの取組みとして、各種測定会や講座を実施する。高齢者が外出するきっかけを作り、外出頻度の増加を図ることによって、潜在する認知症の高齢者の早期発見に取り組む。また、ノルディックウォークによるエクササイズを通して認知症予防の取組みを継続する。 ■一人暮らし老人会や校区福祉委員会などの活動を支援し、独居高齢者が利用できる社会資源の活性化を図る。 ■令和6年度に引き続き、「糖尿病」「脳梗塞」の有病率が国と比較して低い結果となるようなポピュレーションアプローチを実施する。加えて、健康診断の受診勧奨を継続するとともに、地域住民が生活習慣病について積極的に理解を深めたり、生活習慣の振り返りを行うなどの行動変容につなげる取組みを実施する。 ■コーディネーターの役割である地域課題の把握、地域課題解決のためのプラン立案等の支援を中心に、コーディネーターが主催するプロジェクト、地域サロン、一人暮らし老人会の運営を支援していく。

センター		①社協こもれび		②社協ふれあい		③聖徳園										
地域包括ケアシステムの深化																
3 ネットワーク構築の方針																
介護保険事業者	ネットワーク構築の課題	研修会等に参加する事業者が限られており、事業者同士の情報共有や意見交換を行う機会を設ける必要がある。	居場所	ネットワーク構築の課題	居場所同士の連携を強化する必要がある。	介護保険事業者	ネットワーク構築の課題	従来のネットワークだけでは対応困難な事例が増えてきており、広域での居宅介護支援事業所、介護事業所との連携強化が必要。	介護保険事業者	ネットワーク構築の課題	各種事業所連絡会や研修会の参加事業所が固定化されている。	地域企業	ネットワーク構築の課題	金融機関より認知症の高齢者に関する相談が複数あり、従業員が対応に苦慮している。金融機関などの企業に対し、認知症への理解や対応方法などを浸透させていく必要があるが、ネットワークの構築が不十分である。		
	具体策	研修会等の開催方法、開催の時間帯などを工夫するとともに、アンケート結果を踏まえ、ニーズのある内容の研修会等を開催することにより、多くの事業者の参加につながるよう取り組む。		具体策	居場所部会を開催し、各居場所の取組内容、運営上の課題等を情報共有や意見交換を行うことで居場所同士の関係の構築に努める。		具体策	■居宅介護支援事業所や介護事業所のニーズを把握し、知識向上のための研修会を実施する。 ■近隣圏域合同での居宅介護事業所連絡会開催に協力し、地域とのつながりより深くしていく。		具体策	より多くの介護事業所が各種事業所連絡会等に参加しやすいように開催曜日及び時間帯を工夫する。また、各種事業所連絡会等に参加しない事業所に多職種つーしんを配付し情報共有を図ることで、次の参加につながるよう働きかけていく。		具体策	企業従業員を対象として認知症サポーター養成講座等を提案し、認知症の理解つなげる取組みを行う際に、センターが総合相談窓口であることを企業に周知し、認知症の高齢者等の情報をセンターが速やかに把握できるようネットワークの構築を図る。		
医療機関	ネットワーク構築の課題	待合室懇談会や多職種連携研究会に参加する医療機関が限られており、十分なネットワーク構築に至っていない医療機関との関係構築を行う必要がある。		医療機関	ネットワーク構築の課題	医療機関	ネットワーク構築の課題	医療と介護の連携が求められるケースが増え、連携体制の強化が求められている。	医療機関	ネットワーク構築の課題	①担当圏域の協力医が不在であり、連携が図れていない。 ②一部の医療機関と十分に関係構築ができていない。		医療機関	具体策	①枚方市医師会から推薦のある圏域協力医と連携し、待合室懇談会を開催する。意見交換を行い、連携について確認を行うことによりネットワーク構築に努める。 ②多職種つーしんを定期的に配付し、多職種連携研究会の開催や医療・介護の連携体制の重要性について周知を図る。また、医療機関の医師等を対象とした出前講座を開催し、顔の見える関係性の構築に努める。	
	具体策	待合室懇談会や多職種連携研究会への参加の意義について、理解を深めるために医療機関へ説明し、参加を促すことに取り組む。			具体策		■待合室懇談会を開催し、医師とケアマネジャーとの顔の見える関係づくりを進めていく。 ■医療・介護のネットワークの構築のため多職種連携研究会を開催する。 ■入退院時の連携などより深めていくため、圏域内や近隣圏域の病院との関係をより深めていく。	具体策								
民生委員	ネットワーク構築の課題	①支援困難ケースの対応において円滑に連携するため、さらに連携を強化する必要がある。 ②民生委員が抱える悩みや疑問などを相談できる機会が必要である。		民生委員	ネットワーク構築の課題	認知症や複合的な課題を抱える世帯への対応が増え、民生委員や介護事業所、近隣住民等との連携が求められるケースが増加している。	民生委員	ネットワーク構築の課題	民生委員と日頃から意見を交換し、更に連携を強化する必要がある。また、校区ごとの民生委員同士が情報共有できる機会を設ける必要がある。	民生委員	ネットワーク構築の課題		民生委員と日頃から意見を交換し、更に連携を強化する必要がある。また、校区ごとの民生委員同士が情報共有できる機会を設ける必要がある。	民生委員	具体策	第2層協議体において、センターの役割や活動内容を民生委員に対して周知するとともに、センターと民生委員との交流会を企画する。
	具体策	①センター職員が民生委員地区委員会を訪問し、センターの役割や活動内容を周知する。権利擁護のケースの対応において円滑に連携できるよう、日頃から細やかな関連情報の共有を行う。また、民生委員、居宅介護支援事業所、センター職員が参加する懇談会を開催し意見交換を行うなど、連携の強化につながる取組みを行う。 ②民生委員とセンター職員との懇談会を開催し、民生委員が相談できる機会を設ける。			具体策	■認知症や複合的な課題を抱える世帯を地域で支えるためのネットワークの強化を目的に、事例検討会を開催していく。 ■地域や関係機関が抱える様々な課題について、個別地域ケア会議を開催し、連携し今後の支援につなげていく。		具体策								

センター		④安心苑			⑤サール・ナート						
地域包括ケアシステムの深化											
3 ネットワーク構築の方針											
介護保険事業者	ネットワーク構築の課題	①介護事業所連絡会に参加しやすい時間帯が、事業所により様々である。 ②介護スタッフが慢性的に不足し、会議参加に時間が割けない。 ③センターから介護事業所への、地域資源の情報発信がタイムリーに行いにくい。	その他支援者	ネットワーク構築の課題	利用者から相談を受けるセンター、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー等が有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅・施設紹介業のそれぞれの特徴が分かっていない場合が多い。	介護保険事業者	ネットワーク構築の課題	通所介護事業所、訪問介護事業所向けの事業は人員不足の要因で参加が困難で集う企画を立てにくい。	社会福祉協議会等関係機関	ネットワーク構築の課題	地域におけるニーズが多様化し複合的課題のある世帯からの相談は増えている。権利擁護の視点で発見の目を増やし専門性を生かして速やかに課題解決していけるよう、既存のネットワーク維持と新たな関係性構築に努める必要がある。
	具体策	①介護事業者連絡会については、対面に加え、オンライン開催も行う。 ②参加ができなかった事業所についても情報共有を行う。 ③SNSでの情報共有を導入する。		具体策	■利用者等から様々な意見を聞き、在宅および病院からの施設入居に関わる現状や課題を共有し情報共有する方法を検討する。 ■施設紹介業等に関する情報を集約し、利用者が検討・選択できるような情報提供方法を検討する。		具体策	多職種連携研究会はACPをテーマに開催を継続し、新たなネットワーク構築を支援する機会とし、その他の事業も前年度同様継続する。参加できなかった事業所に対しては、紙媒体やLINEアカウントによるメッセージ配信により情報発信を行う。		具体策	世帯を支援できる有機的なネットワークの深化と新たな参加者とのネットワーク構築を目指し、昨年度同様研修会を含む会議を6回開催する。
医療機関	ネットワーク構築の課題	①診療や医療リハビリテーション終了の情報を共有しにくい現状がある。 ②医療機関に介護保険（介護予防・日常生活支援総合事業）の理念と適切な利用方法が浸透できていない。				医療機関	ネットワーク構築の課題	多職種連携研究会は医師の参加が増えないが、その他の職種からはACPテーマに開催ニーズを確認しており継続は必要。それ以外にも医療機関との連携による事業の企画内容を工夫し継続することで5圏域のネットワーク深化と新たな関係性の構築に努める必要がある。			
	具体策	①②多職種連携研究会、待合室懇談会、出前講座の開催にて、顔の見える関係作り、各機関の役割や機能、関連する制度等の理解促進を図る。					具体策	多職種連携研究会はACPをテーマに開催を継続する。有床病院との待合室懇談会は、居宅介護支援事業所以外の介護保険事業所も対象として新たなネットワーク構築を支援する。6圏域と合同の懇談会は入退院連携をテーマに従来の参加対象に施設系介護保険事業所を加え開催する。また、医療機関から入退院連携の出前講座開催ニーズがあれば随時対応する。			
民生委員	ネットワーク構築の課題	個別ケースの状況の実態把握や支援の際には連携できているが、一部のケースによっては関わり方に差がある。					民生委員	ネットワーク構築の課題		民生委員・児童委員の交替がある際にネットワークが途切れないよう関わる必要がある。	
	具体策	■センター、ケアマネジャー、民生児童委員、校区福祉委員での定期的な意見交換会の開催。 ■ケース対応のフローを作成し、センターの役割を明確化し、スムーズな連携が取れるようシステムを強化する。						具体策		個別地域ケア会議は開催ニーズに応じて随時開催する（ケアマネジャーからの困難事例相談や地域からの個別相談対応ケースより）。山田校区相談会は従来通り継続する。各第2層協議体会議とその活動への参加も継続し、民生委員・児童委員の交替がある際にネットワークが途切れないように、ネットワーク継続や新たな関係構築の機会とする。	

センター		⑥松徳会				⑦美郷会					
地域包括ケアシステムの深化											
3 ネットワーク構築の方針											
介護保険事業者	ネットワーク構築の課題	介護支援専門員や介護保険事業所職員の研修参加者が固定化及び減少している。	商店街	ネットワーク構築の課題	① 認知症になっても住み慣れた地域で生活できるよう、商店街や地域住民の認知症についての理解を深める必要がある。 ② 認知症になっても活躍できる場所が必要。	介護保険事業者	ネットワーク構築の課題	参加する事業所が固定化している。	他機関	ネットワーク構築の課題	高齢者のみならずその家族にも課題を抱えているケースがある事から、幅広い世代や課題に対する適切な介入・支援が出来る様に、介護支援専門員と他機関との情報交換等ネットワーク構築の更なる必要性がある。
	具体策	介護事業者とのネットワーク強化の為、介護保険事業所が抱えている悩みや疑問について昨年度アンケートを実施。令和7年度はアンケート集計を参考に虐待事例を扱った事例検討会を開催予定。平時からの顔の見える関係性づくりに努め、関係機関で連携しながら虐待の早期発見・早期対応ができるようにする。		具体策	① ひらかたまちゼミに合わせて、認知症サポーター養成講座などを企画。より多くの幅広い年齢層に参加いただくため、商業施設などわかりやすい会場での開催を予定している。 ② 商店街や企業・地域等と連携し、高齢者が気軽に集え、就労を含め活躍できる場づくりを目指す。		具体策	■講義形式の勉強会については主にオンラインを活用し、グループワーク等交流や意見交換する事がメインとなる研修については会場式とし開催をしていく。 ■勉強会のスケジュール等、できるだけ余裕をもって計画し、早めにアナウンスをする事で日程の調整をして参加しやすいようにする。関係している新規事業所には特に参加をして貰えるように声をかける。		具体策	複合的な課題解決を出来る様にお互いに機関の役割を理解し、適切に対応協力ができる様に関係作りや知識の習得、対応力の向上が出来る様にする。
医療機関	ネットワーク構築の課題	①医療機関・介護保険事業所等・地域包括支援センターでの情報共有が必要。 ②圏域の医療機関との連携を強化する必要がある。	その他支援者	ネットワーク構築の課題	入居者相談事業者によっては、利益を優先してしまい、本人・家族の意向が置き去りになっている。	医療機関	ネットワーク構築の課題	開催日時が平日の昼間となると参加率が低く、参加できる事業所が固定化してしまう。			
	具体策	①ー1 多職種連携研究会は年2回実施。令和5年～令和9年までの5か年計画で「認知症」をテーマに取り上げ、段階的な取り組みを行っていく。第6圏域内の医療機関や薬局、介護保険事業所等が一同に集まる機会を持つことで、地域の課題把握やそれぞれの役割についての共通認識、具体的な活動についての検討の場とする。 ①ー2 ケアマネ連絡会事務局会議で意見交換しながら、介護支援専門員の視点で真に必要な研修等について企画していく。令和6年度、ICTツールを用いた情報連携の体験会を開催。その後の展開として段階的に複数回開催し、参加職種を拡大を目指している。また、事例検討会や情報交換会等も開催予定。 ②医療・介護連携の促進のために圏域医療機関の院長先生との懇談会の働きかけを行う。また、病院側のニーズについて把握し、ネットワーク構築の足掛かりにしていく。		具体策	本人・家族が自己決定して、施設選びができることを目指し、会議を年1回程度開催する。開催にあたってひらかた介護向上委員会の構成員である有料老人ホーム等のネットワークから様々な意見を聞き、在宅及び病院からの入居に関わる現状や課題を共有する。		具体策	オンラインでの研修も企画し、主に医療機関には講師として参加してもらう。地域の薬局・訪問看護へも参加をして貰えるように案内をする。			
民生委員	ネットワーク構築の課題	① 民生委員とのネットワークの深化が必要。 ② 困難事例等の早期発見・早期対応の体制づくりが必要。				民生委員	ネットワーク構築の課題	①困難事例や認知症状進行している一人暮らしや高齢夫婦などの問題が増えている。民生委員や地域との関わりをさらに深めていく必要がある。 ②新しい民生委員が増えているので、連携を強化していく必要がある。			
	具体策	①令和6年度に引き続き担当する4校区のすべての地区定例会に参加。また、各校区長との意見交換の機会を作る。校区長や民生委員との意見交換を踏まえ、地域の中の気になる高齢者をどのように見守っていくかについて定期的に意見交換会等を行う。 ②困難事例等の個別地域ケア会議には必要に応じて校区長や同じ地区の民生委員にも参加を呼びかける。					具体策	①困難事例や見守り等が必要な高齢者に対して地域ケア会議、個別地域ケア会議、地域事業所懇談会を開催していく。 ②新しい民生委員との協力体制を構築する事を目的として、民生委員勉強会を開催する。			

センター			⑧みどり			⑨アイリス					
地域包括ケアシステムの深化											
3 ネットワーク構築の方針											
介護保険事業者	ネットワーク構築の課題	①ケアマネジャーやヘルパー等の定年退職や離職等があり人材不足がより深刻化している。また、人材育成について、主任ケアマネジャーや管理者は深く悩んでいる。希薄になりがちな職種について各事業所の横のつながりを強める必要がある。 ②身寄りのない一人暮らしや8050問題などの複合的な課題がある世帯にかかわることが多くなっており、支援者は疲弊している。それらに対応できる人材を育成するために、圏域ネットワークのさらなる強化が必要である。 ③医療と介護の複合的なニーズに対応できるように生活習慣病などの基礎知識やケア方法、難病、ガン末期やACP、依存症に関する制度理解や多様な機関と知り合う機会が不足しており、更なるネットワークづくりが必要である。 ④圏域の介護従事者等に対して、虐待防止や消費者被害防止の啓発を警察や消費者センターとのネットワークを活かしながら、周知等の活動を行う必要がある。	相談支援事業者	ネットワーク構築の課題	①高齢者を含む世帯の複合的な生活課題に対して、適切に「つなぐ」支援が重要であり、総合相談を担うため実務者のネットワーク構築が不可欠である。 ②圏域ケアマネジャーへの介護保険法以外の障害福祉や生活困窮等の関係機関とのネットワークが不足している。	介護保険事業者	ネットワーク構築の課題	①地域におけるニーズ分析と課題の把握が必要。 ②各サービス事業所に対する認知症施策の周知が不十分である。	地域に展開する社会資源	ネットワーク構築の課題	高齢転入者や、一部の一人暮らし高齢者が、地域と繋がるきっかけがなく、孤立しやすい傾向にある。スマートフォン操作に慣れない高齢者が災害時など情報難民となるリスクがある。
	具体策	①法定外研修運営委員会のメンバーに、疾患別ケース検討会のようなネットワーク構築機能を有する会議体へ参画を促し、企画段階から協働することで、より現場が必要とする面接技術等研修を実施し、介護人材育成のネットワークを強化する。 ②これまで実施してきた懇談会を地域課題を検討するなどの目的型として開催し、ケアマネジャーや事業所職員に対して、地域課題について自己効力感を高めながら取組み、ケアマネジャー等が自らのネットワークを活かせるよう支援する。 ③疾患別ケース検討会やケース研究会にて、高齢者によくみられる疾患の基礎知識、ACP、医療専門職のかかわりを学ぶとともに、医療・介護・障害・難病分野の横断的な制度理解ができるように情報の共有を図る。 ④権利擁護に関する啓発を介護事業者向けに実施し、圏域における虐待防止や消費者被害防止に取り組むために弁護士・司法書士や消費生活センター・警察等と協働する。		具体策	①圏域において総合相談業務を担う専門職が、複雑な生活課題に対して適切に対応することができるよう、定期的な会議開催によって相互理解を促進する。 ②これまでのネットワーク機能を活かし、当該会議にて介護保険法以外の障害福祉や生活困窮等の高齢者世帯の自立支援やネットワーク構築、地域課題の整理などを実施する。		具体策	①事業所連絡会での意見交換を通じて、地域におけるニーズ・課題を把握し、各サービス事業所へ喫緊の課題、活動など最新情報を発信し情報共有を行うことで、地域包括ケアシステムの構築に努める。 ②認知症に関わる制度についての理解が深まるよう、認知症施策に関する説明や周知を事業所連絡会において行う。		具体策	地域に展開する相談窓口や、居場所、コミュニティ等社会資源の情報を整理しながら、各々の目的や役割について情報共有する。これら相談窓口やコミュニティ、転居先として多いURコミュニティ、年齢を問わず地域住民が集う図書館や、オレンジカフェなど各々の強みを活かし、高齢者が取り残されない地域づくりを目指し、連携を図る。
医療機関	ネットワーク構築の課題	①圏域内の医療機関とネットワーク構築を行ってきたが、診療圏と生活圏とは異なることから、圏域内だけでは医療機関との連携は不十分な側面がある。 ②ACPについての啓発を多職種連携研究会にて実施したが、高齢者が地域で安心して住み続けるには、医療従事者と介護従事者以外の本人の生活を支える業種とともにネットワークを構築する必要がある。					ネットワーク構築の課題	①医療系サービス導入に対し各医療機関で連携方法や手段が違い、情報共有がスムーズに行かないことがある。 ②歯科からの相談が増加していることから、歯科医院とのネットワーク構築の充実がより早期に必要。 ③医療・介護・行政などの専門職と地域とで協働し、地域包括ケアシステムの構築に向けた体制作りが必要。			
	具体策	①他圏域センターとの協働により、幅広い医師らと待合室懇談会や疾患別ケース検討会等を設け、介護従事者や地域活動者と医療機関とのネットワーク充実をはかる。 ②多職種連携研究会やケース研究会等に参加する業種を広げることで、医療機関とのネットワークをさらに拡大し、利用者等支援を必要とする人に対する理解が進むように取り組む。					具体策	①ー1 医療機関・歯科・薬局への巡回を行い、連携方法等につき確認するとともに、地域包括支援センターの役割を周知する。 ①ー2 多職種との連携について協力要請、地域ケア会議や多職種連携研究会への参加を促す。 ①ー3 医療機関から聞き取った課題を把握、整理し課題解決に向けて連携を図る。 ②歯科からの相談が増加している現状から、改めて歯科に地域包括支援センターの役割を周知し連携を図ることで早期発見につなげる。 ③ー1 参加者と地域課題や地域の意見を共有し、専門職がその専門性を活かせるよう役割の周知を図る ③ー2 参加する事で多様な視点での意見交換ができ、問題解決や気づきの場になるというメリットがあることを示し、連携しやすい関係づくりを構築する。 ③ー3 参加に至らなかった関係各所にも内容やアンケート結果を提示し、周知する事で今後の参加に繋げる。 ③ー4 企画時に在宅医療・介護連携支援コーディネーターや枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターから意見を聴取し、研究会の内容の充実を図る。			
民生委員	ネットワーク構築の課題	①民生委員等地域活動者の入れ替わりもあり、相互の信頼関係を醸成する機会が適宜必要である。 ②民生委員等地域活動者の抱え込みや精神的負担が非常に大きい。					ネットワーク構築の課題	民生委員の交代や補充があるため、改めて地域包括支援センターの役割や介護保険制度について周知を図る必要がある。			
	具体策	①センター主催の各種会議については、専門職とともに民生委員等地域活動者の参加を促し、意見交換を重ねることで相互理解をすすめる。 ②個別地域ケア会議への参加を促し、民生委員等地域活動者の精神的負担が軽減できるよう支援する。					具体策	■地域包括支援センターの役割や介護保険制度、民生委員が捉えている地域の課題を把握し、共有する事で理解と連携の強化を図る。 ■地域で開催されている勉強会などへ参加する事で地域包括支援センターの周知や顔の見える関係づくりに努める。 ■個別地域ケア会議に参加していただくなど、実際の事例を通して支援のネットワークを構築する。			

センター		⑩大阪高齢者生協		⑪パナソニック エイジフリー		⑫大潤会	
地域包括ケアシステムの深化							
3 ネットワーク構築の方針							
介護保険事業者	ネットワーク構築の課題	サービス事業所の参加者が固定化している。	ネットワーク構築の課題	11圏域だけでは事業数が少なく参加する事業所も少ないため新たなネットワークが構築しにくい。	ネットワーク構築の課題	①事業所連絡会や研修会の開催案内をするが参加事業所が増えない。 ②介護保険事業所でも業務過多の傾向にあり、集まる機会が少ない ③他事業所の職員と意見交換をする機会が少ない。	
	具体策	電話や訪問、来所された事業所に対し現状把握を行い、従来参加していない職員が参加しやすい開催方法や、興味が持てるテーマ設定を行う。また、公式LINEを活用し、参加できない事業所には情報発信を行う。	介護保険事業者 具体策	■第11・12圏域合同介護保険事業所連絡会を開催することで他のサービス間の交流の機会を持ち、ネットワークを構築する。 ■介護支援専門員研修を開催することで、ケアマネジャーの技能向上を図るとともにネットワークを構築する。 ■多職種連携研究会を開催することで、多職種とのネットワーク構築を構築する。 ■他圏域と合同で開催することで多くの事業所との交流の機会を設け新たなネットワークを構築できる。	介護保険事業者 具体策	①②開催した内容は大潤会だよりに掲載し、また希望者には資料を配布することで、連絡会や研修会の内容周知を行い、参加の検討を促す。 ①②③主任介護支援専門員向けに法定外研修を企画。内容を疾患別にすることで主任介護支援専門員以外の介護保険事業所にも参加いただき、疾患別支援に関する理解を深めながら意見交換を通じて、事業者間の連携強化も図る。 ①②③居宅介護支援事業所懇談会を他の研修、連絡会と合わせて適宜、開催することで居宅支援事業所の参加に掛かる負担を軽減させながら事業者間の連携を図る。 介護保険事業所懇談会では、圏域内の第2層協議体の進捗、地域の状況を報告し、意見交換を行うことで地域活動に興味を持って元気づくり地域づくりに参加していただく。 ②③介護保険事業所研修会にて関節疾患に伴うADL低下予防を視点に研修会を開催し、第11、12圏域の介護保険事業所が集まる機会をつくり顔の見える関係づくりを行う。 ①②③自立支援型地域ケア会議に介護保険事業所の参加を促し、事業所間で自立支援についての理解と連携を図る。	
医療機関	ネットワーク構築の課題	医療職（医師・歯科医師・薬剤師・看護師・MSW・PSW等）の参加が少ない。	ネットワーク構築の課題	医療と介護の相互理解が不十分であり、各々の役割や専門性に対する理解不足がみられている。	ネットワーク構築の課題	①多職種が集まり、意見交換する機会が少ない。 ②医療と介護の連携を更に構築する必要がある。 ③医療職と介護職に自立支援の方向性を共有する必要がある。 ④入退院時の連携がスムーズにいかないことがある。	
	具体策	■圏域内の医療機関に改めて在宅医療と介護の連携の必要性和会議の趣旨を理解してもらえるよう訪問して説明行い、多職種連携研究会に参加してもらえるよう取り組む。 ■医療職中心の懇談会の機会を作り、医療機関と介護保険事業所との連携について検討する。また、待合室懇談会を開催しながら、更なる医師との関係を構築していく。	医療機関 具体策	■公済病院との意見交換会を開催し相互理解を深める。 ■待合室懇談会を行うことで、医療機関とのかかわりかた、専門性について共有する。 ■ケアマネジャーと地域のクリニック等医師との連携が促進されるよう懇談会等を通して、顔の見える関係性作りを行う。	医療機関 具体策	①②④第11、12圏域合同で生活に支障しやすい関節症をテーマに圏域病院と医療との連携に資する研修会を企画。医療専門職（医師、リハビリ専門職、MSW等）とケアマネジャーがお互いの業務についての理解と共に、関節症の予防、重度化防止や入退院時の連携について意見交換を行う。 ①②圏域の眼科医院にて待合室懇談会を企画し、眼科医師とケアマネジャーの連携を図る。 ①②③多職種連携研究会にて、認知症高齢者の支援について、多職種がどのようにかわれるかの意見交換を行い、お互いの職域の理解を図る。 ①②③自立支援型地域ケア会議に圏域内病院職員と薬局薬剤師に参加していただけるように声かけを継続し、自立支援の視点を共有し連携しやすい関係を作る。 ①②③④圏域内病院の入退院に関わる専門職とケアマネ（第11、12、13圏域）、包括（第11、12、13圏域）で入退院時の連携の在り方について双方の役割、支援などを共有理解し、入院から退院までのよりよい連携について意見交換を行い、医療、介護の連携強化を図る。	
民生委員	ネットワーク構築の課題	民生委員の定員が埋まらない現状や、民生委員自身が就労などで時間が取りにくく、一緒に地域課題についての相談や取り組みがしにくい事がある。	ネットワーク構築の課題	①密接な連携体制を維持・構築していくための交流機会が少なくなっている。 ②新任の民生委員や接点が少ない民生委員との関係性が薄い。 ③在職中の方は日程調整が難しい。	ネットワーク構築の課題	①各校区で民生委員の交代があり、地域支援を共同で進めるために必要な介護保険、成年後見制度、高齢者虐待など様々な制度や課題を共通理解しながら、早期発見、対応の体制づくりが必要。 ②地域には8050問題や精神疾患を抱える人、ヤングケアラーなどが関係する複数の問題を抱えるケースが潜在化しており、重層的な支援が必要なため、行政や介護支援専門員、医療機関など他機関との連携も必要である。	
	具体策	民生委員・児童委員交流会等で顔の見える関係づくりの継続を行う。また、各校区を担当するセンター職員を決め、定期的に民生委員や第2層生活支援コーディネーターとの情報共有を進める。課題に対しては解決にむけて伴走し、広報誌や公式LINEなどで啓発や情報発信を行う。	民生委員 具体策	①民生委員児童委員協議会地区委員会で、センターの役割や関係機関との連携体制等についての出前講座を行い、社会資源の共通理解を図るとともに情報交換を行うことで、ネットワークの強化を図る。 ②③随時、電話や来所、訪問等での交流の機会を設け、顔の見える関係性作りに努める。	民生委員 具体策	①3校区合同の民生委員・児童委員協議会の月定例会にて、合同勉強会を開催。 昨年度アンケートより、地域における相互理解をより深めたいという意見が多く上がり、今年度も介護支援専門員との意見交換会を開催。 ②支援を要する高齢者への早期発見、支援へのアプローチ、継続的な見守り支援など、地域における互いの役割について理解を深め、顔の見える連携・体制づくりに努める。	

センター

⑬東香会

地域包括ケアシステムの深化

3 ネットワーク構築の方針

介護保険事業者	ネットワーク構築の課題	研修会や交流会における各事業者の参加数について、居宅介護支援事業者に比べ、通所介護事業者や訪問介護事業者等の参加数が少ない。	企業・商業施設	ネットワーク構築の課題	地域住民の高齢化や認知症の高齢者の増加を踏まえ、地域の活動団体として地域に根付く企業と連携し、様々な地域課題に取り組む必要がある。
	具体策	介護事業者合同で意見交換会を開催する。合同開催することにより、異なる介護サービス事業者と意見交換を行うことができるといったメリットを訴求し、参加者の増加を図る。		具体策	■認知症の高齢者の早期発見を図るため、見守り110番協力店舗である企業と連携を図る。 ■認知症の高齢者にどのように接客するかなど、企業が積極的に考えられることをテーマとした認知症サポーター養成講座を介護事業者とともに実施する。
医療機関	ネットワーク構築の課題	①入退院支援における医療と介護それぞれの役割や支援内容について、相互理解を深める必要がある。 ②高齢者が退院後、地域において運動できる場などの受け皿を整備していくことが必要である。			
	具体策	①入退院支援をテーマとした医療介護連携研修会を開催し、医療と介護それぞれの関係者が高齢者の自立に向けた課題や支援内容等の共有を図り、連携の強化に努める。 ②高齢者が退院後も地域において運動できる場を整備していくため、医療機関とフィットネスジムなど関係機関における連携の強化を支援する。			
民生委員	ネットワーク構築の課題	民生委員の数が減少しており、十分な情報共有や連携の維持が必要である。			
	具体策	■3小学校区民生委員の代表との交流会の開催や個々の民生委員との対話を継続し、情報共有を行う機会を増やしていく。 ■広報紙やLINE等を通して民生委員等の活動内容を普及させる。			

センター	①社協こもれび	②社協ふれあい	③聖徳園
地域包括ケアシステムの深化			
4 介護支援専門員に対する支援・指導の方針			
関係機関との連携体制構築支援に対する具体策	多職種連携研究会、待合室懇談会、合同事業所研修会及び支援困難検討を通じて、多職種が意見交換や情報共有を行うことにより、ケアマネジャーの連携体制の構築を支援する。	■医療機関、介護事業所との意見交換の機会を持ち医療と介護の連携強化のため多職種連携研究会を開催する。 ■待合室懇談会を開催し、圏域医師との連携を強化する。 ■重層的支援が必要なケースの増加に伴い、関係機関とケアマネジャーとの事例検討会を開催する。	■地域の災害対策をテーマとした多職種連携研究会を開催し、ケアマネジャーを含む多職種の連携体制の構築を支援する。 ■新たに担当圏域の協力医になる医師と待合室懇談会を開催し、医療機関とケアマネジャーとの連携体制の構築を支援する。 ■多職種つーしんを定期的に配付し、職種連携研究会の開催や医療・介護の連携体制の重要性について周知を図る。
介護支援専門員同士のネットワーク構築支援に対する具体策	他の圏域の居宅介護支援事業所を含めた合同の事業者懇談会を開催し、ケアマネジャーが孤立せず相互に情報共有など日頃から行えるようなネットワークの構築を支援する。	■事業所懇談会や座談会等を催し、ケアマネジャー同士のより円滑な連携につながるよう支援する。 ■地域資源の共有も含め、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと協力し、ネットワーク構築に努める。	■特定事業所とセンターが共催で開催する事例検討会において、特定事業所のケアマネジャーが主体性を持ち運営を行えるよう、センター職員は後方支援に努める。 ■地域の災害対策をテーマとした職種連携研究会やセンター主催の研修会を開催し、ケアマネジャー同士が顔を会わせ意見交換を行える機会を設けることでネットワークの構築を支援する。
介護支援専門員の実践力向上支援に対する具体策	■個別地域ケア会議や自立支援型地域ケア会議を開催し、自立支援についてケースを通してケアマネジャーが自ら気づき、考えられるよう支援する。 ■法定外研修を開催し、ケアマネジャーが知識を習得する機会を設ける。 ■支援困難ケースの対応について、ケアマネジャー自身の振り返り、課題の分析、新たな気づきにつながる助言等を行い実践力の向上を支援する。	■ケアマネジャーを対象に法定外研修を実施する。 ■重層的な支援を要する事例に対し、関係機関と連携し事例検討などを事業所懇談会で行う。 ■困難事例に対し、個別地域ケア会議やカンファレンスの開催を促し、運営面での支援を行う。 ■ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメント力の向上のため、自立支援型地域ケア会議にケアマネジャーの参加や事例提出を促す。	■ヤングケアラーや縁ディングサポート事業に関する研修会を開催し、ケアマネジャーの実践力の向上に資する機会を設ける。 ■特定事業所とセンターが共催で開催する事例検討会のテーマを自立支援とし、ケアマネジャーが自立支援についての理解を深化させ、実践につなげられるよう支援する。
個別ケースに関する介護支援専門員のサポート等に対する具体策	■支援困難ケースでは必要に応じて訪問に同行し、ケアマネジャーからいつでも相談されるよう関係を構築する。関係機関との連携が必要である場合は連絡調整を行う。 ■地域資源の情報や知識の習得につながる研修会等の情報を発信する。	ケアマネジャーが抱える困難事例に対し、状況確認や同行訪問を行い、個別地域ケア会議の開催も含めケアマネジャーの支援を行う。	■支援困難ケースの対応に当たり個別地域ケア会議の開催、センター職員による同行訪問、ケアプランの作成について助言・指導などを行うとともに、日ごろからケアマネジャーの相談窓口となりサポートする。 ■消費生活センターや警察からの消費者被害に関する情報などケアマネジャーにとって有益な内容を居宅介護支援事業所へ共有し、ケアマネジャーの情報収集のサポートを行う。

センター	④安心苑	⑤サール・ナート	⑥松徳会
地域包括ケアシステムの深化			
4 介護支援専門員に対する支援・指導の方針			
関係機関との連携体制構築支援に対する具体策	■ケアマネジャーが、医療機関・各介護事業所と顔の見える関係性を築き、円滑な連携が図れるよう多職種連携研究会・待合室懇談会・介護事業所連絡会を開催する。 ■居宅介護支援事業所・各介護事業所協働による事業所連絡会を開催し、ケアマネジャー・各介護事業所が地域との連携体制構築に向けて働きかけることができるよう支援する。また、イスプロジェクトや災害時協力を通して、地域との連携をより強化する。	■多職種連携研究会及びその事務局会議を開催し介護支援専門員及び多職種との連携体制構築を支援する。 ■事例検討会は他事業所（障がい福祉サービス事業所等）の協力を得て、ネットワーク機能の深化を支援する。	医療機関と介護支援専門員の双方向理解を深めるために、圏域内ある医療機関とICTツールを活用した勉強会を行い、より円滑な入退院支援体制の構築を目指す。
介護支援専門員同士のネットワーク構築支援に対する具体策	センター主催の居宅介護支援事業所の連絡会を開催（年4回）し、意見交換会を実施する。	横のつながりを維持・更新できるようオンラインカフェ又は対面の連絡会開催を継続する。	令和6年度に引き続き「第6圏域 ケアマネ連絡会」として各種勉強会等を開催する。センター、枚方市介護支援専門員連絡協議会、枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクター、圏域の主任介護支援専門員等が事務局になり、介護支援専門員のニーズに合った研修等の企画及び調整をしながら運営する体制を作る。 今年度は経過年数1～3年目の居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員を対象に情報交換会や事例検討会等を開催予定。
介護支援専門員の実践力向上支援に対する具体策	居宅介護支援事業所、センター共催で事例研究会を開催（年2回）し、事例を検討することで、自身の振り返りや、追体験によりスキルアップに繋げる。	■定例の事例検討会を継続する。特定居宅介護支援事業所との共催により主任ケアマネジャーのスーパーバイザー実践力向上の機会とできるよう支援する。また、進行、参加者（スーパーバイザー）等それぞれの役割意識や会議運営における全体的な力量が向上するよう支援する。 ■自立支援型地域ケア会議への傍聴案内を継続し、事例提供以外の立場でも積極的な参加を促す。自立支援のアセスメントとケアマネジメント手法への新たな気づき、第3層生活支援コーディネーターとしての意識向上ができるよう努める。 ■随時、個別地域ケア会議の開催を提案し、開催につなげることで実践力向上の機会とできるよう努める。	第6圏域ケアマネ連絡会の事務局の中で検討・協議しながら事例を選定し、介護支援専門員の困りごとに対するサポートが行えるように努める。また、第3層生活支援コーディネーター研修未受講の介護支援専門員を対象に研修の開催を行い、個別の事例にとどまらずインフォーマルサービス等、地域に目を向けてもらう機会を作る。
個別ケースに関する介護支援専門員のサポート等に対する具体策	■SNSの活用にて、インフォーマルサービスや地域資源の情報を随時共有できるシステムを構築する。 ■センターへの相談に対し、対面・電話・SNS等多様な方法で対応できるシステムを構築する。	■居宅介護支援事業所同士が相談しあえる機会としてオンラインカフェの開催を継続する。更に各事業所の主任ケアマネジャーが他事業所のケアマネジャーへアドバイスや指導ができる機会とする。 ■ケアマネジャーから困難事例や虐待相談等を受けた際には、職員二人体制で関わり必要に応じて同行訪問やサービス担当者会議開催、個別地域ケア会議を開催する。その都度適切な手法を所内で検討しサポートする。 ■ケアマネジャー向けの研修情報は随時提供（FAX、メール、センター玄関横の掲示板、入り口に案内チラシを設置、公式LINEアカウント、オンラインカフェ）を継続する。	第6圏域介護保険事業者向けLINEで、介護保険に関することや研修等の情報発信を行う。 令和6年度に引き続き自立支援型地域ケア会議の開催にあたり、圏域内のケアマネジャーに見学のお知らせと前回の会議の報告を送付予定。会議終了後には「なんでも相談会」の時間を設け、ケアマネジャーのサポートを行う。

センター	⑦美郷会	⑧みどり	⑨アイリス
地域包括ケアシステムの深化			
4 介護支援専門員に対する支援・指導の方針			
関係機関との連携体制構築支援に対する具体策	地域ケア会議、多職種連携研究会、事業所懇談会、待合室懇談会、ケアマネ勉強会を開催し顔の見える関係性の構築に役立てられるように、情報提供を行い、会議等への参加を促す。また、適宜、相談内容によって関係機関との仲介を行い、スムーズな問題解決にむけて伴走型の支援を行う。	■多職種連携研究会やケース研究会等にて、医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護の医療従事者と、介護事業者、多様な地域活動者と、ケアマネジャーをつなぎ、相互理解が深まるよう圏域の連携体制を促進する。 ■待合室懇談会や疾患別ケース検討会等を通じて、新規診療所の診療方針や圏域内事業所の特徴等を学ぶ機会を設け、ケアマネジャーと関係機関の相互理解を促進する。	■圏域内の介護事業所を対象に連絡会を開催する。参集する事で介護事業所間での意見交換や情報収集の場となる事を目指す。 ■枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと連携し、介護支援専門員と民生委員などとの関係づくりの場を設ける。 ■多職種連携研究会を開催し、医療・介護・住まいなど関係機関が集まる事で、各々の役割を認識し合い、地域に根差した連携を行う。
介護支援専門員同士のネットワーク構築支援に対する具体策	■半年に1回程度、ネットワークコミュニケーション構築を目的とした座談会を開催する。ケアマネ勉強会を開催し、介護支援専門員同士が意見交換できる場所を提供する。 ■枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと連携し地域の課題や、介護支援専門員の抱えている課題についての勉強会を開催支援実施する。	■3年未満の新人ケアマネジャーや管理業務を担っているケアマネジャーに対して、それぞれの目的型懇談会を設け、ケアマネジャー同士の有機的なネットワーク構築を促進する。 ■法定外研修運営委員会等にて、現任者の声を聞き、自分たちに必要な研修を企画実施する諸過程によって、ケアマネジャー同士の交流の機会がますます増えることによって信頼関係が醸成し、ネットワーク構築がさらに強化される。	■圏域内の居宅介護支援事業所が少ない為隣接する包括と協働し、より多くの居宅介護支援事業所同士の接点を持つ機会とする。 ■事業所連絡会や多職種連携研究会を通じて、居宅介護支援事業所の交流の機会とする為にも、参加したい意欲が出るような内容を検討する。 ■枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターが開催する、圏域内の居宅座談会に参加し介護支援専門員や事業所の現状を互いに把握し、情報交換など交流の場とする。
介護支援専門員の実践力向上支援に対する具体策	■勉強会に事例を用いて意見交換や情報の共有を行う事で具体的に日々の支援に活かせるように支援していく。 ■第7.8圏域の枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクター・特定事業所と共同で法定外研修の企画開催し、知識技術の向上を目指す。	■個別地域ケア会議・自立支援型地域ケア会議、第8圏域連携会議を通じて、関係者（専門職・地域活動者等）とともに地域課題等の検討を重ね、引き続き自立支援に資するケアマネジメントの向上を図るとともに、地域課題の抽出のプロセスを学ぶ。 ■疾患別ケース検討会やケース研究会にて、高齢者によくみられる疾患の基礎知識、ACP、医療専門職のかかわりを学ぶとともに、分野横断的な制度理解ができ、包括的支援を提供できる実践力を身につける。 ■ケアマネジャーに対して、不足している面接技術の獲得の機会や、支え手を増やしていくための基盤づくりといった地域課題について取り組むための実践力を、研修等により向上させる。 ■法定外研修運営委員会のメンバーにケース研究会、疾患別ケース検討会等へ参画を促し、企画段階から協働することで、人材育成等の実践力を高める。	■定期的に自立支援型地域ケア会議を開催する(年3回) 委託ケースの中から適切な事例を選定し、事例を通じてリハビリテーション専門職や栄養士などから、専門的な観点による助言を受ける。総合事業の紹介・利用に向けて、自立支援の視点定着やアセスメント力の向上を図る。 ■インフォーマルサービスに関する情報の普及と、活用の促進を図る。 ■枚方市介護支援専門員連絡協議会が主催する事例検討会に、スーパーバイザーとして参加し課題解決に向けて助言や提案を行う。 ■社会資源を創造していくという第3層生活支援コーディネーターとしての役割を意識づけられるよう、事業所連絡会等で自立支援の概念の周知を図る。
個別ケースに関する介護支援専門員のサポート等に対する具体策	■個別の相談には随時応じ、必要な期間、専門職種へつなげる等迅速に対応し伴走型支援を行う。 ■困難事例による混乱事例等は介護支援専門員に対しては話をきき、状況を整理し、必要に応じて個別ケア会議を開催する。 ■研修の案内や開催報告、地域資源情報等ケアマネ通信を通して情報発信をしている。	■ケアマネジャーからの相談は断らないことをモットーとして、傾聴し、適切なアドバイスを心掛けて、必要に応じ個別地域ケア会議の開催等の提案を行う。 ■目的型懇談会等を通じて新人ケアマネジャーの悩みを共有しサポートする。管理者には人材育成や運営管理などについて意見交換を行うなど支援する。 ■必要に応じ、自宅や病院等に同行訪問を行い、アセスメントのサポートを行う。	■支援困難事例の相談に応じて①個別地域ケア会議開催の提案 ②サービス担当者会議・カンファレンスへ出席し関係機関間の意見を調整 ③客観的な視点から課題を抽出し適切な支援に繋がるよう助言を適宜行う。 ■介護認定区分に関わらず、必要に応じて提案などフォローを行う。 ■枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターが開催する居宅座談会に参加し、介護支援専門員が抱える課題などを共有し、解決に向けて助言や提案を行う。

センター	⑩大阪高齢者生協	⑪パナソニック エイジフリー	⑫大潤会
地域包括ケアシステムの構築			
4 介護支援専門員に対する支援・指導の方針			
関係機関との連携体制構築支援に対する具体策	■ひとり暮らしや認知症、障害のある人のケースなど重層的な支援が必要な事例が多いため、介護保険サービス事業所連絡会、多職種連携研究会などで多職種が繋がる場を設ける。 ■ケアマネジャーと医療職との連携を進めるため、医療機関との懇談会を開催する。 ■情報の共有を積極的に行うため、2か月に1回程度、居宅介護支援事業所連絡会や民生委員交流会などで顔を合わせ、地域課題など話し合う機会をもつ。	多職種連携研究会、第11・12圏域合同での居宅介護支援事業所連絡会、介護保険事業所連絡会、待合室懇談会を開催し、関係機関等との連携体制を構築・強化していく。	■多職種連携研究会を開催し、身寄りのない方、家族や親類と疎遠になっている高齢者へのACP支援の課題をもとに多職種での支援について意見交換の機会を持つ。 ■第11、12圏域のセンター合同で、介護支援専門員研修会、介護保険事業所研修会や医療機関での待合室懇談会を開催し、ケアマネジャーが関係機関との顔合わせや相互理解をできる機会を持つ。（介護保険事業所研修会は法定外研修会も兼ね、主任ケアマネジャーの研修機会を作る。） ■自立支援型地域ケア会議に圏域病院職員、薬局薬剤師に出席を依頼し、事例提供者のケアマネジャーと医療機関との連携を図る。 ■圏域内の病院と入退院時の支援、連携の在り方について、居宅介護支援事業所懇談会（第11、12、13圏域合同）にて意見交換を行い、医療機関とのより良い連携強化を図る。
介護支援専門員同士のネットワーク構築支援に対する具体策	■居宅介護支援事業所連絡会等の開催時は対面やオンラインを活用し、顔の見える関係を継続していく。 ■横のつながりや知識の習得が図れるように、情報の共有や互いに悩みを話し合えるような場所を提供する。 ■枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと連携・協議し、介護支援専門員が抱えている問題や必要な研修を企画・運営を行うことで、連携できる関係性を作り、圏域における人材育成に資するネットワーク構築に繋げる。	■ケアマネジャー同士が交流できるように介護保険事業所連絡会、介護支援専門員研修会を開催し、ネットワーク構築を図る。 ■枚方市介護支援専門員連絡協議会圏域コンダクターと連携し、ニーズに応じた勉強会や研修会を開催し、ケアマネジャー間の情報共有や意見交換できる場を設ける。	■第12圏域居宅介護支援事業所懇談会を開催し、近況などの意見交換を通じてケアマネジャー同士の連携を図る。 ■第12圏域特定事業所連絡会に参画し、特定事業所加算のない居宅支援事業所にも広く参加を促し、圏域の事業所職員同士の連携を図る。 ■介護支援専門員研修会を企画し、グループワークを通して連携できる関係性を作る。
介護支援専門員の実践力向上支援に対する具体策	■法定外研修を開催する。 ■ケアマネジャーのニーズに応じた勉強会、事例検討会の開催や情報の提供を行う。 ■公式LINEを随時活用しながらケアマネジャーに必要な知識や情報、社会資源の活用など学べる場や意見交換できる場を開催し、スキルアップに繋げていく。また、法定外研修などを開催する。 ■地域課題では、坂道が多く、歩道が整備されていないため、移動が困難であることが挙がっているが、机上での検討だけでは把握できない部分もあるため、福祉用具や社会資源を活用し実践する機会を設け、自立支援に資するケアマネジメントに関する実践力向上の機会をつくる。	■第11・12圏域合同で介護支援専門員研修会や介護保険事業所連絡会を開催し、ケアマネジャーのニーズに合った研修を行う。 ■自立支援型地域ケア会議や多職種連携研究会への参加及びケース提供に協力してもらい、関係機関と意見交換・自立支援に向けた意識向上を図り、ケアマネジメント力の向上を目指すとともに、地域資源や地域課題の抽出、解決のための方向性などを共有する。 ■支援困難ケース等の相談に対し必要に応じて、個別地域ケア会議やカンファレンス等を開催し、課題解決のための支援策の検討等をケアマネジャーと連携して行う。	■第2層協議体の進捗報告を大潤会だよりで行い、第2層協議体へのケアマネジャー参加を通じて地域内での支援活動の実践力向上を図る。 民生委員と合同の研修会を開催し、地域活動への理解を深めることでケアマネジャーの実践力の向上と圏域内の第3層生活支援コーディネーターの育成を図る。 ■ケアマネジャーが対応する困難事例について、必要に応じてケースカンファレンスを促し会議に参画する。 ■自立支援型地域ケア会議ではケアマネジャーに事例提供や見学参加を促し、自立支援の視点やアセスメント技法などを学ぶ機会を支援する。 ■特定事業所連絡会（特定事業所以外も参加可）の事例検討会を圏域居宅支援事業所と共催する。
個別ケースに関する介護支援専門員のサポート等に対する具体策	■援助に困難を感じているケアマネジャーには随時個別地域ケア会議や重層的支援体制整備事業支援会議に繋げるなど提案し、チームとして支援行う。 ■事例の中で同行訪問や振り返りなど後方支援が必要なケアマネジャーに対しては積極的に関りをもち、安心して支援できるように伴走する。 ■ケアマネジャーの精神的負担やストレスを抱えないように心理支援を意識し、少人数の事業所や研修に参加困難な事業所に対しては孤立しないように支援行う。 ■窓口に来られた際は積極的に話しかけ、ケアマネジャーが利用者の自立に向けた取り組みが進むことで、役割を実感でき、やりがいを感じて仕事を続けていくことができるように支援する。	■同行訪問や実態把握、課題解決のための支援策の検討等をケアマネジャーと連携して行い、状況に応じて指導や助言を行う。 ■社会資源や介護保険制度等の新しい情報発信を行うことで、気軽に相談ができる顔の見える関係性づくりを継続する。	■自立支援型地域ケア会議へ事例提出の協力を依頼し、アセスメントの確認等、事例提供のサポートを行う。 ■困難事例への相談対応以外、適宜、必要に応じた個別地域ケア会議の開催を提案し、課題の確認や支援の方向の策定を支援する。 ■ケアマネジャーが直面する介護保険外の課題解決に向けて、民生委員やコミュニティソーシャルワーカー等の関係機関等とも連携が取れるように随時、同行訪問やカンファレンスなどの個別支援を行う。

センター	⑬東香会
地域包括ケアシステムの構築	
4 介護支援専門員に対する支援・指導の方針	
関係機関との連携体制構築支援に対する具体策	■入退院支援をテーマとした医療介護連携研修会を開催し、医療機関とケアマネジャーが高齢者の自立に向けた課題や支援内容等の共有を図り、連携の強化に努める。 ■居宅介護支援事業者を含む多職種と校区コミュニティ協議会などの地域住民が災害時に連携していくため、多職種連携研究会を開催する。
介護支援専門員同士のネットワーク構築支援に対する具体策	居宅介護支援事業所連絡会「Café de Toko」を定期的を開催する。勉強会、情報共有、悩みを話し合う機会など様々な内容で企画することにより、ケアマネジャー同士のネットワーク構築の支援に努める。
介護支援専門員の実践力向上支援に対する具体策	■居宅介護支援事業所連絡会「Café de Toko」において事例検討を行い、ケアマネジャーが個別課題を踏まえ地域課題を抽出することを通して、実践力向上の支援を図る。 ■実践力の向上につながる研修情報を収集し、ケアマネジャーに適宜情報提供を行う。
個別ケースに関する介護支援専門員のサポート等に対する具体策	■ケアマネジャーが一人で抱え込まないよう相談窓口となり助言や支援を行っていくとともに、積極的に訪問に同行するなどの支援を行う。 ■介護保険サービス以外のインフォーマルサービスや社会資源の情報を提供し、必要な関係機関へ繋ぐなどの支援を行う。 ■支援困難ケースへの対応時には必要に応じ個別地域ケア会議を開催し、様々な地域資源の活用など支援の方向性等を示すことでケアマネジャーの支援を行う。