

令和5年度 第1回
成田市地域包括支援センター等運営協議会資料 目次

(1) 地域包括支援センターの運営等に関すること

①地域包括支援センターの運営等に関すること 1 ～ 2

②令和4年度地域包括支援センター事業計画の達成状況について

○西部北地域包括支援センター 3 ～ 8

○南部地域包括支援センター 9 ～ 14

○西部南地域包括支援センター 15 ～ 20

○東部地域包括支援センター 21 ～ 27

○西部西地域包括支援センター 28 ～ 36

③介護予防支援業務等の一部委託について 37 ～ 41

(2) 地域密着型サービスの運営等に関すること 42 ～ 44

(3) 介護予防・日常生活支援総合事業に関すること 45 ～ 47

(1) 地域包括支援センターの運営等に関すること

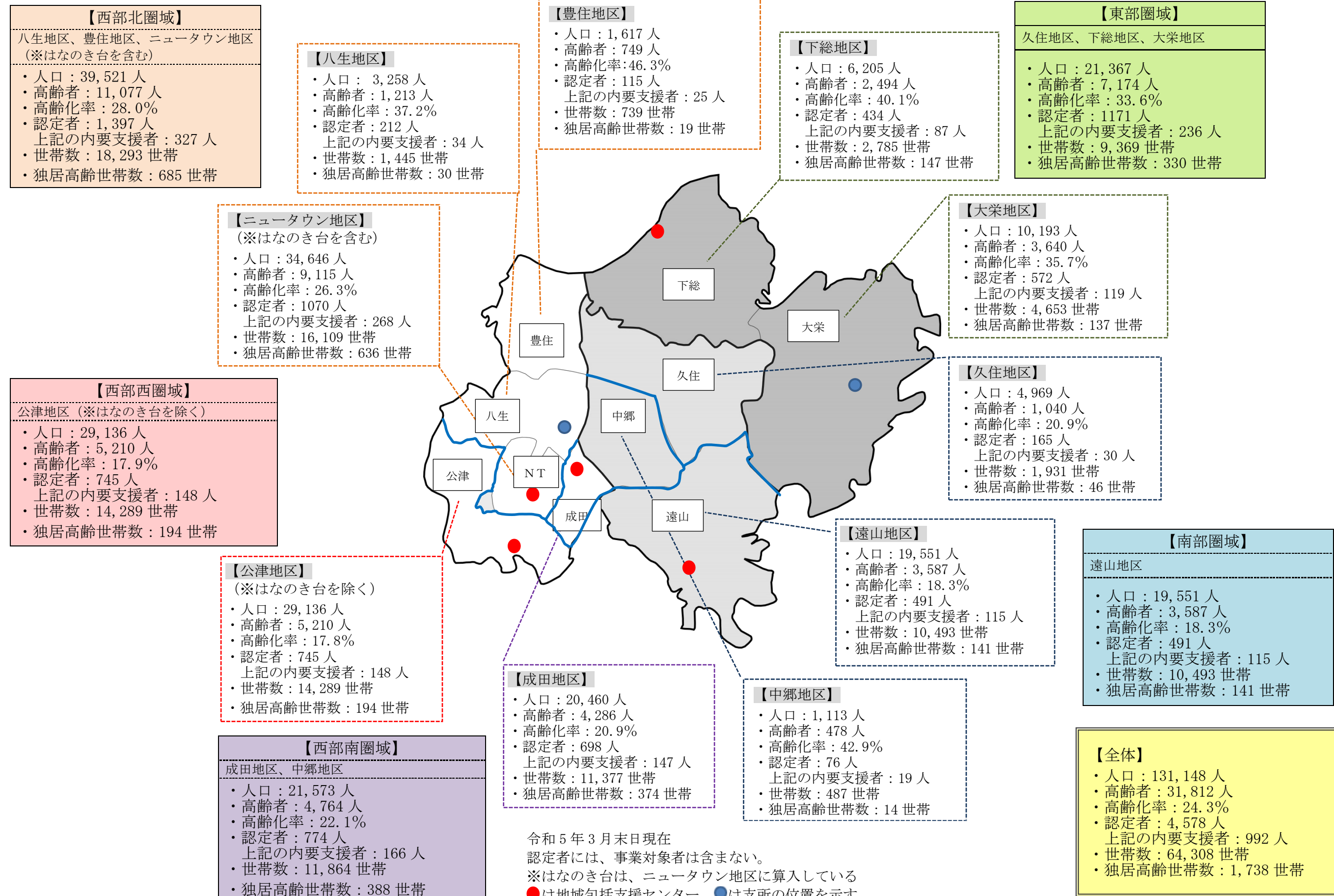
1. 成田市の要介護・要支援認定者等の状況について（R5.3.31 現在）

全年齢人口数	131,148人
高齢者人口（高齢化率）	31,812人（24.3％）
要介護認定者数	4,578人
内要支援認定者数	992人
事業対象者数	39人

2. 地域包括支援センターの事業実績について

圏域名	西部南圏域	西部北圏域		西部西圏域	南部圏域	東部圏域	
担当地区	成田・中郷	ニュータウン （はなのき台を含む。）	豊住・八生	公津（はなのき台を除く。）	遠山	久住・下総	大栄
高齢者人口	4,764人	9,115人	1,962人	5,210人	3,587人	3,534人	3,640人
要支援者	166人	268人	59人	148人	115人	117人	119人
運営団体	社会福祉法人 豊立会	社会福祉法人 豊立会		社会福祉法人 六親会	医療法人社団 聖母会	株式会社 ヤックスケアサービス	
配置職員（社会福祉士…社，主任介護支援 専門員…主，保健師等…保，その他の職員 …他）	社1人・主1人・保1人	社2人・主1人・保1人	社1人・保1人・他1人	社1人・主1人・保1人	社1人・主1人・保1人	社1人・主1人	保1人・社1人・他2人
総合相談支援業務・権利擁護業務							
総合相談延件数	2,100件	6,351件		2,159件	1,529件	3,236件	
内 虐待が疑われる相談延件数	6件	68件		4件	7件	16件	
疑高齢者虐待事例対応者数（実人数）	2件	3件		1件	2件	2件	
包括的・継続的ケアマネジメント							
サービス担当者会議への支援	17件	34件		6件	18件	120件	
ケアマネジャーからの相談	1,169件	1,268件		350件	801件	1,118件	
地域包括支援センター連絡会への参加	11件	11件		11件	11件	11件	
地域ケア会議開催	13回	14回		28回	47回	10回	
指定介護予防支援業務実績（予防給付） 介護予防ケアマネジメント実績							
介護予防ケアプラン作成件数（うち委託件数）	504件（260件）	1,121件（676件）		711件（527件）	503件（257件）	1,190件（935件）	
介護予防ケアマネジメント作成件数（うち委託件数）	773件（465件）	1,415件（811件）		580件（364件）	423件（175件）	771件（548件）	
合計	1,277件（725件）	2,536件（1,487件）		1,291件（891件）	926件（432件）	1,961件（1,483件）	

成田市の日常生活圏域の現状 【令和5年3月末現在】



令和4年度地域包括支援センター事業計画と達成状況について

1 成田市西部北地域包括支援センター

<担当する圏域の課題>

ニュータウン地区は高齢化が進み、独居や高齢者世帯も増加しています。それに伴い、相談数も年々1,2 倍のペースで増加しています。近隣に身内がいない、疎遠で支援が受けられない、身内との関わりを拒絶する、地域とのつながりが無い等、身近な地域で支えるネットワークの構築が必要です。

八生・豊住地区は、地域との結びつきが強く、地域での助け合いがありますが、後期高齢者の増加で介護や医療の必要性が高まり、相談も増加しています。

<重点目標>

- 1 ニュータウン地区では、増え続ける相談にスピーディな解決ができるように、包括内での連携を密に行い、必要な支援を把握し、関係機関に繋ぐことができるように努めます。介護や医療、市や関係機関、地域との連携を強化してネットワークの構築を図ります。地域とのつながりを持ち、地域で支え合う街づくりを目指し、地域の身近な相談所として活動していきます。

相談も複雑化し解決までに時間を要するケースも増えていますが、包括内の本所支所、3 職種で連携し、関係機関とも以前からのネットワークを活かしスピーディな解決が図られています。特に個別ケースの解決のため、関係機関とのやり取りを通し、医療機関、介護事業所等地域の様々な機関と連携がさらに強化することができました。今年度は地域での活動が徐々に再開され、地域に出向き、地域との繋がりを持つ機会が増加し、地域の身近な相談所として更に包括の周知が図られ、相談数が昨年より 260 件ほど増えています。

- 2 八生・豊住地区では、健康維持、介護予防や重度化防止を図り、地域での生活が継続できるように支援していきます。相談が早期に解決できるように関係機関と連携を強化し、介護や医療等の必要なサービスが受けられるように、きめ細やかな対応を行って行きます。

なりたいきいき百歳体操を地域で広め、健康維持や重度化防止を図り、地域での生活が継続されています。地域との結びつきが強く、地域での助け合いがある等地域の特性を活かし、相談の解決を図ることができました。介護や医療等の必要なサービスが必要な方には、きめ細やかな対応を行い本人家族の希望するサービスがスピーディに利用できるように支援しています。

業務	計画内容	実績
介護予防ケアマネジメント業務	・公平中立をモットーに、利用者の意向に基づき、情報提供を行い、円滑にサービスが利用できるように支援する。 ・対象者の支援が適切に行われているか、定期的にサービスの実施状況をモニタリングし、効果を評価・管理する。 ・給付管理数は毎月 200 件程度で大きな変化はないが、初回加算が 6～10 件程度あり、利用者の移行がある。地域の介護支援専門員と連携してプラン作成を行い、給付管理等を滞りなく行う。	・公平中立をモットーに利用者やその家族に分かり易く説明し、利用者の意向に沿ったサービスを提供して支援している。 ・毎月利用者と電話や訪問等で連絡を取り、モニタリングや評価を行い管理している。委託ケースについては介護支援専門と密に連携している。 ・給付管理数は増加し 215 件、初回加算 6 件～10 件程度で推移している。包括職員が担当できる件数は 15 件と決まっており、ほぼ全員 15 件に近い件数を担当している。委託できる介護支援専門員も減少しているが、サービスを希望する方には、サービスが適切に利用できるように努めている。給付管理は滞りなく行われている。
総合相談支援業務	・高齢者の身近な相談所であることを周知するために、パンフレットを作成し、包括支援センターだよりを年 2 回発行する。夜間、休日も適宜対応する。パンフレットや包括だよりに夜間、休日の相談体制を記載し、地域住民に周知を図る。 ・相談ケースは、三職種が共同して対応し検証等を行い、それぞれの専門性を活かし解決にあたる。緊急性の有無の判断を常に意識し、市に報告を行い、連	・パンフレットや包括だよりを年 2 回発行し、地域の高齢者に配布し、高齢者の身近な相談所であることや夜間、休日の対応についても周知を行っている。休日相談を希望される方には適時対応し、夜間や休日の緊急対応等も法人と協力し対応している。 ・相談ケースについては、3 職種が共同して検証等を行い解決している。常に緊急性の有無の判断等を行い、市に報告し、高齢者福祉課と同行訪問等、法人

	携して対応する。 ・高齢化や包括の周知が行われ、本所、支所とも相談数が増加していて、連携して対応する。	とも連携して対応している。 ・今年度の相談数は昨年より 260 件ほど増加していて、相談も複雑化している。
権利擁護業務	・虐待については、市の高齢者虐待マニュアルに従い市と連携して対応する。 ・消費者被害は、被害の早期発見ができるように消費生活センター等と連携し、周知啓発を行っていく。 ・成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用が必要な高齢者に適切に対応し、制度の理解を深める活動を行っていく。	・虐待については今年度 3 件の事例があり、市の高齢者虐待マニュアルに従い、高齢者福祉課や介護事業所等と連携し対応を行った。 社会福祉士が中心となり、包括内で勉強会を行い、センター職員の対応力向上を図った。 社会福祉士の専門性向上を図るため、県や法テラス等で開催される勉強会に参加しスキルアップを図った。 ・消費者被害については、警察や金融機関からの通報より、連携して被害防止を図った。 地域の集まりを活用した地域ケア会議等で、地域の高齢者に被害防止の為の啓発を行った。 ・成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用が必要な高齢者に制度を利用できるように支援を行った。 利用に繋がった方でも支援が必要になった時は、適時支援を行っている。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	・困難事例に対しては、適宜個別ケア会議を開催し、多職種で問題解決を図る。 ・認知症の相談が増加しており、対応技術向上等の研修会や事例検討会を開催する。 ・介護支援専門員からの相談に対して、同行訪問、情報提供等を行うなど、後方支援を行っていく。	・困難ケースについては、関係者が意見交換できるように個別地域ケア会議を開催し、問題解決している。 ・認知症の対応技術向上のため、認知症の当事者をお招きして研修会を開催し、認知症の理解を深めた。 ・地域住民や介護支援専門員等が認知症の方への関わり方を学ぶ機会となった。 ・介護支援専門員からの相談に対して、同行訪問や情

		報提供を行い、後方支援を実施した。
多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築	・高齢者や家族が介護や医療だけではなく、経済的な課題、精神疾患、住居の問題等、新たな課題を抱えた事例に柔軟に対応するため、今まで積み上げてできた連携をさらに強化し、ネットワークの構築を図る。 ・災害対応については、市と連携を取り、適切な対応を行う。緊急時は包括内で連絡を取る体制を整え、臨機応変に対応する。	・暮らしサポート、市の社会福祉課、高齢者福祉課、病院ケースワーカー、UR事務所、警察等と連携し、複雑化した課題の解決を図り、連携強化となり、ネットワークの構築を図ることができた。 ・災害マニュアルを作成し、それに従い対応している。今年度は大きな災害等がなかったが、法人とも連携し、災害に備えている。
地域ケア会議	・困難事例については、適宜個別地域ケア会議を開催する。 ・社協ごとの小地域ケア会議を開催し、地域で起きている問題や困りごと等を共有し、解決に向けての話し合いを行い、情報提供等を行っていく。解決できない課題は市に提言する。 ・地域の集まりを利用した地域ケア会議を開催し、地域課題の発見や把握、地域資源の情報提供を行っていく。 ・地域ケア会議のモニタリングや参加者へのフィードバックを行う。	・困難事例について、個別地域ケア会議を10件行い問題解決に向けて話し合いを行い、地域ネットワークの構築を図った。 ・地域の集まりを活用した地域ケア会議を4回開催した。認知症や生活の身近な問題（介護・医療・生活支援等）への関心が高いことが把握できた。 ・地域ケア会議のモニタリング、課題分析を行い、地域課題の発見や把握を行った。地域資源の情報提供を行っている。
認知症施策の推進	・認知症地域支援推進員と連携し活動を行う。 ・徘徊での事故を防止するため、GPS装置の活用、市のステッカー、介護サービスの利用を勧めている。 ・専門職向けにオンラインを活用した研修会等を開催する。	・認知症地域支援推進員と連携し、研修会や出前講座を開催し、認知症の方への同行訪問等を積極的に行った。 ・SOS ネットワークからの情報を活用し、徘徊が予測される方にはGPSの利用や市のステッカーの利用を勧め事故防止を行った。

	・地域住民を対象とした講座や認知症カフェ等は感染状況を鑑み、開催方法を工夫し行う。 ・市から依頼された認知症サポーター養成講座を積極的に受け、地域の方に認知症の理解を深めるようにする。 ・認知症初期集中支援チームと連携し、適切な医療や介護サービスを利用し、地域での生活が継続できるように支援する。 ・認知症家族の会（オアシスの会）に毎月参加し、介護者の相談や交流を支援する。個別対応が必要なケースは適切に対応する。	・認知症当事者をお招きして、直接話が聞ける機会を作り、対応力向上を図った。 ・新型コロナウイルス感染防止のため、カフェの開催は延期としている。 ・タクシー乗務員等の民間企業に勤務する方を対象に認知症サポーター養成講座を開催し、認知症への理解を深める活動を行った。 ・認知症初期集中支援チームとの同行訪問やチーム員会議に参加し、医師からの助言を得るなど、認知症の方が地域での生活を継続できるように連携している。 ・オアシスの会に認知症地域支援推進員が毎月、包括職員が2カ月に一度交代で出席し、情報提供や相談に応じ、オアシスの役員等とも連携が図れている。 ・個別対応が必要なケースは、継続的に対応している。
在宅医療・介護連携の推進	・病院、訪問診療、訪問看護、薬局、介護事業所等と常日頃から連携を図り、癌末期や医療ニーズの高いケースは在宅生活がスムーズに行えるように、迅速に対応する。 ・在宅医療・介護連携支援センターの研修会等に積極的に参加し、ネットワークを構築する。	・病院の医師、ケースワーカー、退院支援看護師、訪問診療所、訪問看護事業所、地域の薬局、介護事業所と常に連携を図り対応している。癌末期のケースは介護保険課とも連携を取り、難病等の医療ニーズの高いケースは主治医や保健所等とも連携が図れている。 ・在宅医療・介護連携支援センターの研修に参加し、参加同士のネットワークの構築を図った。在宅医療の受け入れ状況等の情報提供を活用し、在宅医療へスムーズに移行できるように、日頃から病院や介護支援専門員等と連絡を密に行っている。
生活支援サービスの	・生活支援コーディネーターが中心となり活動を行	・生活支援コーディネーターが中心となり、移動販売

体制整備	う。困りごとの把握、移動販売の充実、地域資源やその活用等を地域住民や介護支援専門員に情報提供する。 ・元気な高齢者が生活支援の担い手として、社会参加が継続できるように介護支援ボランティア制度等の情報の発信を行っていく。	を希望する高齢者が利用できるように、市と連携して調整を図った。買い物支援の充実により、地域の見守りの拠点になっている。庭の草刈り、粗大ごみの処理等困りごとを把握し、地域資源を活用することで困りごとの解決を図った。 ・元気な高齢者に介護支援ボランティア制度の紹介を行い、利用に繋げている。
介護予防の推進	・住民主体の活動である「なりたいいきいき百歳体操」が27ヶ所で行われている。グループに訪問し、情報提供や意見交換等を行い、継続支援を生活支援コーディネーターと一緒にやっていく。 ・かかりつけ薬局による生活機能低下者早期発見事業によるケースに適切に対応し、地域の薬剤師との連携を強化する。	・なりたいいきいき百歳体操が27ヶ所に増え、新規立ち上げのグループには市や指導ボランティアと連携して訪問している。補助金の申請手続き等も必要に応じて支援している。体操が継続できるように、体力測定を行う等、体操のグループに訪問して介護予防を図っている ・かかりつけ薬局から2件の依頼依頼があり、薬剤師と連携を取り、訪問等適切に対応している。
その他評価結果等を踏まえて改善，見直し等をすべき項目	・コロナ禍で感染予防、感染者への対応等、今後も市と連携を密に行い、行事の開催等は都度検討し、進めていく。地域の活動が自粛されているが、高齢者のフレイル防止を行うため、感染防止対策を十分に行い積極的に活動していく。	・コロナ禍で感染防止に留意しながら、地域に出向いて活動することができ、地域との顔の見える関係づくりや包括支援センターの更なる周知が図られた。感染の収束が見えない状況にあり、職員の健康管理も十分に行い、引き続き感染防止に努めて、フレイル防止が図られるように活動している。

2 成田市南部地域包括支援センター

＜担当する圏域の課題＞

遠山地区は高齢化に伴う単身世帯や高齢者世帯の増加に加えて認知症高齢者が増加しています。近くに支援者が不在の場合や支える家族の高齢化など「老老介護」の問題も課題となっています。コロナ禍で閉じこもりがちになっている事もあり、歩行能力の低下を不安に思う声も聞かれます、そのため地域の助け合いや「健康寿命」を伸ばす事を意識した「介護予防」の取り組みが必要と考えます。また一つの家庭の中に解決すべき課題が複数内在する事があります、課題の解決に向けて多職種、多機関が情報を共有し連携を図り、対応策を検討していく協力体制を強化する必要があります。

＜重点目標＞

- 1 介護や医療のみならず多くの関係機関と、互いの役割を理解し協力を図りながら地域ケア会議を開催し、課題解決に向けた取り組みを行います。取り組みを重ねる事で多様な問題に向き合うネットワークの構築を図ります。

感染症予防に配慮する形でオンラインでの研修会を開催した、どの地域でも問題となっている「多頭飼育崩壊やゴミ屋敷問題」をテーマとした。市内のみならず近隣の市町村の多くの専門職の参加を得る事が出来た。市内の包括支援センターからは事例提供の協力を得て参加者からは多職種の連携の必要性を再認識したという感想を多く頂いた。支援者も対象者も孤立しないように今後もネットワークの構築が図れる研修会等を企画・実施していきたいと考えている。

- 2 地域に専門的な医療機関が出来た事で、予防医療やリハビリに関する意識の高まりがあります。意識の高まりが継続出来るよう地域に出向き介護予防、認知症などの情報発信を積極的に継続して、早期の相談支援に繋げる事が出来る取り組みを行います。

認知症サポーター養成講座の開催や看護師による出前講座を開催した。小学生を対象とした講座では「高齢者体験」なども内容に取り入れて高齢者の生活を身近に感じてもらえるよう工夫した。毎月開催するノルディックウォークでは地域の医療機関のリハビリ専門職や企業の協力を得て時節に合った健康管理や介護予防の為にミニ講座を開催した。参加者のモチベーション維持の為年 2 回体力測定を実施した。

- 3 今後も予想される自然災害などに備えて地域の課題を共通認識し、生活支援コーディネーターと協力し、地域の支えあいや見守りなどの連携が図れるような取り組みを行います。

今年も三里塚コミュニティセンターの協力を得て避難訓練を実施して実際に水消火器の体験も行った。また三里塚消防署から緊急時の対応として AED の使い方の指導を受けた。其々の参加者からは日頃からの備えが大切との声が聞かれた。また三里塚コミュニティセンター職員、生活支援コーディネーターと連携し地域の新しい居場所作りにも参画した、活動の内容はラジオ成田の番組となって放送されている。ラジオのリスナーを増やし災害時の情報確保の手段となる事も目的として取り組んだ。

業務	計画内容	実績
介護予防ケアマネジメント業務	事業対象者、要支援者が適切な介護予防サービスの利用につながるよう、環境や心身の状況を勘案して計画を作成し、計画に基づくサービスの提供が確保できるよう、サービス事業所と連絡調整を行う。 - サービスの利用時には、利用者・家族が自ら考えて選択できるよう介護保険サービス以外の地域の様々な資源や取り組みの紹介を行う。 - サービスの実施状況は定期的にその効果を評価して管理していく。（委託しているプランの同様とする）	- 事業対象者、要支援者が状態の維持向上を図り充実した生活を送る事が出来るよう必要なサービスを調整し支援に当たった。計画作成時は介護保険のサービスのみならず、本人の役割や家族や友人知人の支援、地域の資源を取り入れる事を心がけた。介護保険事業所からの報告や情報提供が写真や動画を利用するなど充実していると感じる、状況が良く分かり助かっている。 - 委託しているプランに関しても定期的なモニタリング・評価を確認している。
総合相談支援業務	本人、家族、近隣住民、SOS ネットワーク等を通じた様々な相談を受け付け、その都度適切なサービスや制度の利用に結びつける事が出来る支援を行っていく。 - 高齢者の利用する地域活動に参加しセンターの周知活動を行う、周知活動に有効な季節感のある「包括便り」を作成し活用する。（年3回発行） - 来所される相談者が安心して相談出来るようセンターの受付窓口や相談室の環境整備を心掛ける。	- 地域の民生委員さんとメールなども活用し情報交を密に行う事で支援の方向性を検討する事が出来た。 - 包括便りの発行は年間3回発行した。地域の活動などを掲載して配布しながら包括支援センターの周知にも努めた。 - 相談室は毎日清掃しパーテーションなども設置して安心して来所頂ける環境整備を心がけた。 - 専門職のスキルアップを図る為にオンラインでの出

	・3職種それぞれが専門職としての知識を深めるスキルアップに努めていく。	席が中心であったが研修会に積極的に参加した。研修後は報告書にまとめて職員間で内容共有した。専門職が其々の立場でネットワークの拡大や充実に努める事が出来た。
権利擁護業務	支援困難や権利侵害などの対応について必要な機関と連携し専門的な視点で対応策を検討する。 ・虐待の事例を把握した場合は速やかに市に報告し解決に向けた取り組みを行う。 ・消費者被害や振り込み詐欺などを防止する為に消費生活センターや警察と情報交換を行うと共に地域に向けても必要な情報提供を行う。 ・成年後見制度が必要な場合は制度に繋がる必要な支援を行う。制度の仕組みの周知も行っていく。	・対応に苦慮する場面では市の担当部署に報告し対応方法の助言を頂きながら支援方法を検討した。地域の民生委員さんとも情報共有に努めた。 ・消費生活センターの相談員の方に取材し「年末年始の注意したいポイント」を包括便りに掲載して地域に向けて情報発信を行った。 ・成田警察生活安全課より「オレオレ詐欺防止」について2月に講話を開催予定。 ・成年後見制度については相談者の必要に応じて情報提供を行い、学生の実習の際は制度についてのミニ講座を開催した。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	地域の関係機関との連携、在宅と施設の連携など個々の状況や変化に応じた支援を検討すると共に地域の介護支援専門員への必要な連携や支援を行う。 ・対応困難な場合は課題の解決に向けた個別の会議を開催するなど、必要な機関の協力のもと対応策が検討出来るように支援する。 ・介護支援専門員と地域の関係者との顔の見える関係作りを支援する。	・コロナ禍で入院中の家族の面会が制限されている事から退院調整の場面では家族の不安に寄り添いながら支援を行った。退院時に必要なサービスの調整や環境整備をスムーズに調整出来るように、医療機関から介護支援専門員への情報提供を仲介した。 ・対応策を検討する場合は個別の会議を実施し関係者で意見交換し解決方法を検討し今後の方向性を共有した。 ・日頃から地域活動を共にを行い民生委員や公民館などとの連携を強化し情報共有に努めた。

多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築	解決すべき課題が複数存在し一つの機関では対応出来ない事も多い、多職種協働でそれぞれの専門性を生かし、対応策を検討する。 ・ 個別の会議で必要な機関が集まり顔の見える関係を構築していく事で、問題を多方面から検討出来るネットワーク作りを行う。 ・ 多職種が一緒に考える事が出来る事例検討会や研修会を開催し連携の強化を図る。 ・ 災害時などは市と連携し、区長、民生委員など地域の関係者と協力する。	・ 千葉県福祉ふれあいプラザ、成田地域生活支援センターの協力を得て、複合課題に対するオンライン研修会を実施した。参加者が身近な問題として捉える事が出来るよう市内の包括支援センターから事例発表もして頂いた。当日は市内のみならず近隣市町村からも多くの参加者を得る事が出来て、関係機関の連携が重要と感じたなどの多くの感想も頂く事が出来た。 ・ 今年度は幸い大きな自然災害は無かったが、日頃の備えとして避難訓練を実施し AED の使い方などの講座も開催した。
地域ケア会議	必要時に関係機関と協働して個別の会議を開催する、個別の会議の積み重ねにより関係機関との連携を強化し地域課題を抽出していく。 ・ 必要時には速やかに関係者及び関係機関の協力を得て個別の会議を開催する。 ・ 地域の民生委員（地区社協）と地域課題を共有出来る地域ケア会議を開催する。	・ 今年度はテーマを決めてより内容の理解を深める事が出来るよう複数回に分けて地域ケア会議を実施した。在宅医療に関しては「訪問診療と往診の違いやかかりつけ医について」「在宅医療について」「訪問看護師が在宅で行っている事」という3つのテーマで実施し制度や仕組みの理解を深める事が出来た。詐欺防止については「高齢者の消費者トラブル」「オレオレ詐欺防止」（2月実施予定）と2回実施してトラブル防止やトラブルの早期発見のポイントなどを学ぶ事が出来た。 ・ テーマ毎の話し合いを重ねる事で内容の理解も深まり日頃の連携もスムーズに行う事が出来るようになっている。

認知症施策の推進	健康寿命を延ばす事や介護予防（認知症予防）に関する情報を地域に向けて発信していく。 ・ 認知症サポーター養成講座を開催し認知症に対する理解者を増やす取り組みを行う。 ・ 認知症家族の会「オアシスの会」に参加して本人・家族の不安に寄り添い支援を行う。 ・ 認知症高齢者や家族の相談に迅速に応じ、医療機関や様々な相談窓口との連携も強化していく。かかりつけ医や専門医の指示指導を受けて必要な対応方法を検討していく。 ・ 認知症初期集中支援チームと協力して適切な医療・介護の支援に結びつける、地域の理解や協力も仰いでいく。	・ 認知症サポーター養成講座においては講師を務め小学生を対象とした講座も開催して多世代に向けて情報発信を行った。高齢者体験なども取り入れて高齢者の生活に関心が深まるよう内容も工夫した。 ・ オアシスの会に参加して参加者の話を傾聴し必要なアドバイス行った、出席する職員が前回の内容を踏まえて参加出来るように相談内容を記録に残している。また記録を振り返る事で相談の経過が分かり他の相談の場面で役立てる事が出来た。 ・ 医療機関の相談室との連携を強化する事が出来ていると感じる、かかりつけ医からの相談を専門医に結びつける取り組みも行う事が出来た。 ・ 認知症初期集中支援チームの協力を得て民生委員や近隣住民より心配や不安の声が聞かれていた独居高齢者を医療機関に繋げる事が出来た。
在宅医療・介護連携の推進	成田市在宅医療・介護連携支援センターと連携し市内の医療機関の情報を共有する。 ・ 成田市在宅医療・介護連携支援センターの主催する研修会に参加して専門職としての知識を深める。 ・ 医療機関への入退院時には「千葉県地域生活連携シート」を活用し退院後の生活に向けて調整を行う。病状急変のリスクが高い場合などは緊急時の対応策を関係機関と連携して検討していく。	・ 成田市在宅医療・介護連携支援センターの主催する研修会に参加し知識を深める事が出来た。個人情報保護の知識やその取扱いについてグループワークを通じて体感する事が出来た、また在宅医療の講演会では地域の関心の高さを実感する事が出来た。 ・ 入退院時には速やかに「千葉県地域生活連携シート」を活用し医療機関との情報共有を図り、緊急時の対応はご家族、介護事業者とも連携を密にして対応している。
生活支援サービスの体制整備	地域の高齢者が安心して支援を受ける事だけでなく、支え手となれるような取り組みを検討していく。 ・ 第2層生活支援コーディネーターと共に移動販売等の充実を図る。	・ 移動販売についてはマップの提供などで2層生活支援コーディネーターより情報を得ている。（吉倉地域の移動販売も支援していく） ・ 今年度より本格始動した「三里塚あったかおにぎり

	・元気に活躍している高齢者の情報を地域に向けて発信していく。 <u>【評価結果を踏まえた改善点】</u> ・第2層生活支援コーディネーターと連携し地域の情報収集等を行っていく。 ・お互いの生活習慣を尊重出来るような、多様な文化の理解に繋がる取り組みを行う。	隊」の活動やノルディックウォークの様子を包括便りに掲載し地域に向けて情報発信した。 ・なりたいいきいき百歳体操の活動を支えるサポーターの養成やその活動状況について2層生活支援コーディネーターより情報を得た。 ・コロナ禍で異文化交流の場面などは設定出来なかったが、既存の活動の中で正月の過ごし方の違いを紹介するなど、互いの文化・習慣を理解する取り組みを実施する事が出来た。
介護予防の推進	高齢者が進んで参加し、介護予防や地域の見守りが行えるような取り組みを行う。 ・地域の専門機関との連携を図り介護予防の取り組みを行う。 ・地域の活動の場に出向き現状把握に努めていく。 ・第2層生活支援コーディネーターと連携し、なりたいいきいき百歳体操の継続の支援と新規立ち上げを検討していく。	・毎月「元気に歩いて体力UP、ノルディックウォークの集い」を実施した。医療機関の専門職の協力を得て健康維持に関するミニ講座を開催した事で専門職と地域住民との交流の場にもなっている。また企業の協力を得て熱中症予防対策など学ぶ事も出来た。集いのメンバーから結成された「三里塚ノルディック」も定期的に活動している。 ・主催者の求めに応じて地域の活動場に訪問して包括支援センターの周知に努めた。 ・今年度のなりたいいきいき百歳体操の新規立ち上げグループは無いが、新しい集いの場として活動を開始した「井戸端クラブ」では毎回百歳体操を実施している。既存のグループの活動状況などの情報提供を2層生活支援コーディネーターより得ている。
その他評価結果等を踏まえて改善，見直し等をすべき項目	コロナ禍での対応方法を今後も市と相談して検討していく。情報提供の内容や支援方法もその状況に応じて検討していく。	・現在毎日の検温と抗原検査を週2回実施して職員の体調管理を行っている。日頃の健康管理には十分に注意して、その都度市に状況報告を行った。感染予防に留意し日頃の活動を行った。

3 成田市西部南地域包括支援センター

<担当する圏域の課題>

成田地区は市内でも特に高齢者世帯や独居高齢者の多い地区である。ライフスタイルの変化により参道を中心に以前はあった地縁関係が希薄になっている。虚弱な高齢者や認知症高齢者に加え、生活困窮や障がい者、8050問題、多頭飼育等の多様な課題を抱えた世帯の相談が増えている。また、地域での支えあい、徒歩で行ける居場所や相談場所づくり、買い物の支援に対する課題も出てきている。中郷地区については、比較的三世代同居が多く、古くからの地縁も残っているが、公的機関への相談が敬遠される傾向がある。また、高齢化率も高い地域である。農村地については、移動や買い物の支援についても課題である。

<重点目標>

- 1 介護や医療に繋げるだけでは解決できない重層的な課題を抱えるケースをはじめ、さまざまなケースについて地域関係者、多職種、多機関による地域ケア会議を積極的に開催し、地域支援ネットワークの構築に努める。見守りや声かけ等住民の連携体制の構築について、住民として具体的に何ができるか検討を深め取り組みを進める。

地域の高齢者に対する支援の中で、認知症高齢者の支援、同居家族への支援が必要なケースが増えてきている。また、介護や医療以外の成年後見の相談や経済的な問題、住まいの相談も増えている。個別ケア会議の開催をとおして多機関、多職種との連携を図っている。高齢者の見守りは民生委員、地区社協と密に連携して行っている。

- 2 市や他センターと協力して認知症サポーターに対するフォローアップ講座を企画し、認知症になってもだれもが安心して暮らせる地域づくりに向けてサポーター同士のネットワーク構築や新たな社会資源開発の啓発を図る。

認知症サポーターに対するフォローアップ講座はできなかったがサポーター養成講座は開催している。専門職による認知症の人へのケースワークを通して地域住民への理解を促すように意識している。

3 生活支援コーディネーターや社会福祉法人、企業等と協働により、買い物ツアーや移動販売等の継続、拡大を推進する。

生活支援コーディネーターや民間事業と連携し、移動販売、共生型カフェを継続・拡大できた。買い物バスツアーはコロナの影響で中止している。
地域ごとの課題を再アセスメントし、それぞれの地域に則した生活支援体制を検討していきたい。

業務	計画内容	実績
介護予防ケアマネジメント業務	・要支援認定者、基本チェックリストによる事業対象者等総合事業利用者について、対象者の心身の状況、おかれている環境その他の状況に応じて、自らの選択により訪問型サービスや通所型サービスほか市の高齢者福祉サービスやインフォーマルな地域資源等の活用等が包括的かつ効果的に提供されるよう自立支援を目指したケアマネジメントを行なう。 ・基準緩和型のサービスを積極的にプランに取り入れ、介護予防と生活支援が一体的に推進できるように努める。 ・対象者の支援が適切に行なわれているか、定期的にサービスの実施状況をモニタリングし効果を評価管理する。	・要支援認定者、基本チェックリスト事業対象者について、要介護にならないよう適切な介護予防事業の利用と自立支援に資するケアプラン作成と評価を行った。 ・基準緩和型サービスのリソース不足により、プラン作成が困難になっている。 ・対象者の支援が適切に行なわれているか、定期的にサービスの実施状況をモニタリングし、効果を評価管理している。
総合相談支援業務	・地域の方々が気軽に相談しやすいように、高齢者の集まる場に積極的に足を運び、日頃から顔の見える関係づくりに努める。センター便りを2ヵ月に1回発行する。 ・相談の緊急度に応じて迅速な対応を心掛ける。また、三職種の専門性を十分に発揮し、連携して個別ケースに対応する。	・コロナにより人の集まる場へ出向くことは少なかったが、地域の民生委員や地区社協の方々と連携しながら地域の困りごとがいつでも相談できる体制を確保できた。 ・センター便りは予定通り2ヵ月に一度発行している。 ・地域密着型サービス事業所の運営推進会議は、コロ

	・地域密着型サービス事業所で開催される運営推進会議に参加し、サービス事業所や家族、民生委員、自治会役員等との情報交換を行い、ネットワークの構築を図る。	ナの影響でほとんどが開催中止もしくは書面による報告であったが、ご利用者やご家族を通して情報共有に努めた。
権利擁護業務	・権利擁護についてわかりやすいパンフレットを作成し、民生委員定例会や高齢者クラブ、サロン等で配布する。 ・成年後見制度、虐待防止、消費者被害について高齢者クラブやサロン等で広報・アンケートを実施し、要望に応じて研修会や寸劇等の出前講座にてわかりやすい啓発を行う。 ・消費者センターと圏域の被害状況について定期的に情報共有を行い、包括便りやサロンにて再発防止についての広報を行う。 ・認知症等により判断能力の低下が見られる場合には、日常生活自立支援事業や成年後見制度が必要か否かを判断し制度の利用に繋げる。	・啓発をする機会が少なかったが権利擁護や消費者被害等について、包括便りを配布することで被害防止に努めている。 ・消費者センターと連携し、担当地域の高齢者の相談内容を共有した。 ・認知症等により判断能力が低下し、身寄りの無い方の相談が増えている。必要に応じて日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用についてご案内している。また、ケアマネジャーからの相談も増加している。 ・成田市成年後見支援センター検討委員会に出席した。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	・居宅介護支援事業所を訪問し、介護支援専門員の抱えるニーズをヒアリングする（年12回）。 ・介護支援専門員に要望に沿った実践力向上のための勉強会（研修会）を実施し（年2回）、介護支援専門員のネットワーク構築を図り支援する。 ・月1回の包括会議であげられた困難事例や居宅訪問で相談されたケースについて、民生委員等地域関係者も交えた事例検討会を年4回実施する。検討事例に関しては、その後も3ヶ月毎にモニタリングしていく。 ・地域の介護支援専門員に地域ケア会議への参加をと	・毎月居宅介護支援事業所を訪問または電話連絡し、担当圏域の介護支援専門員の抱えるニーズや課題を把握している（12回）。 ・介護支援専門員の研修会は感染対策をしながら事例検討会を開催した。（1回） ・月2回の定期開催はせずに、必要時に事例検討をしている。モニタリングは主任ケアマネジャーが継続している。 ・個別ケア会議を通して、民生委員や地域関係者とのネットワーク構築を支援した。 ・全包括合同による多職種検討会は開催できていな

	おして、民生委員や地域関係者との顔の見える関係づくりを支援する。 ・全包括合同で、自立支援のための多職種検討会を年1回開催する。 【評価結果を踏まえた改善点】 <u>専門職を対象とした事例検討会やサロン等をオンラインで開催する。</u>	い。 ・ケアマネサロンは予定していたが、コロナの影響により開催を見送っている。
多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築	・個別ケア会議、事例検討会を定例で行ない、それぞれの地域や専門職の構成員を召集しネットワークの構築を図る。 ・小地域ケア会議にも医療・福祉等多職種の参加を促し、顔の見える関係づくりを推進する。 【評価結果を踏まえた改善点】 <u>コロナ禍においてはオンライン等を工夫して開催する。</u>	・支援困難事例を通して、実践のなかで多職種と連携している。 ・多機関、多職種連携は感染対策のため、少人数の個別ケア会議を開催した。
地域ケア会議	・個別ケア会議 地域の民生委員（地区社協）、地域関係者に参加を呼びかけ定例で実施する（年4回）。その他、必要な場合に随時開催する。 ・介護予防・自立支援型ケア会議を他センターと協力して開催する。 ・小地域ケア会議 圏域のいきいきサロン、あおぞら会等に出向いて実施する。圏域で起きた個別検討事例（ケアマネジャー事例検討会と連動）について支援の方向や地域課題を多職種で考える（地区ごと年6回）。 地域の支えあい構築と住民主体の活動を支援するためのケア会議を年6回および必要に応じて開催す	・地域の民生委員、地区社協、地域関係者をはじめ、専門職や行政職を召集し個別ケア会議を実施した（年5回）。 ・介護予防・自立支援型ケア会議は開催していない。 ・小地域ケア会議はコロナの感染状況を考慮しながら、高齢者のスマホ講座を開催した（2回）。 ・支え合いの会議は災害時の対応、祇園祭、高齢者クラブについて小地域ケア会議を開催した。 ・生活支援コーディネーターと協同し、お散歩ラリー、竹笛制作を通して地域の支え合いについて啓発することができた。 ・中央地域ケア会議はコロナの影響で開催していない。

	る。 <u>【評価結果を踏まえた改善点】</u> ・ <u>中央地域ケア会議</u> <u>市、全包括協同で市全域の課題について中央地域ケア会議を開催する。</u>	
認知症施策の推進	・ 地域の要請に応じて、認知症介護指導者による認知症講演会を実施し認知症理解の普及・啓発を行う。 ・ 市、認知症地域支援推進員、認知症コーディネーターと連携し、認知症サポーターのフォローアップ研修を企画し、今後の活動の場の拡大やサポーター同士のネットワーク構築を図る。 ・ 認知症カフェの再開に向けて開催方法を再検討する。認知症家族の会やボランティアとの協力・連携のもと認知症の方やその家族、地域住民が気軽に集い、つながれる場所を提供し情報を発信する。また、新たなボランティアや認知症サポーターの活動啓発を行い、住民主体の認知症カフェの立ち上げを支援する。 ・ 初期集中支援チームについて民生委員定例会等で広報を行い、SOS ネットワーク、認知症地域支援推進員、かかりつけ医や認知症サポート医と連携し、対象者を把握し早期発見・早期治療が出来るよう支援する。 ・ 認知症家族の会（オアシスの会）に参加し（月 1 回）介護者の相談、交流を支援する ・ 高齢者クラブ、サロン等で成田市認知症ガイドの普及を行う。	・ 企業向けに認知症サポーター養成講座を開催した。（1 回） ・ コロナ禍により認知症サポーターフォローアップ研修の開催はしていない。ケースワークを通して地域の認知症への理解を啓発している。 ・ 認知症カフェは共生型カフェとして担当地域の高齢者住宅と協同で開催した。 ・ 初期集中支援チームと協同し、認知症の人が適切な支援につながるよう支援した。 ・ 認知症家族の会は必要に応じてできる限り参加し、介護者の相談、交流を支援している。 ・ 認知症介護指導者として認知症地域支援推進員の養成や認知症介護実践者・リーダー研修に協力している。

在宅医療・介護連携の推進	・成田市在宅医療介護連携支援センターと連携し、圏域の介護支援専門員と医療関係機関との交流会、情報交換会を実施し、連携体制作り、それぞれの業務の理解、顔の見える関係作りを行う。 ・地域ケア会議への参加要請を通して、医療と介護がスムーズに連携できるようネットワークの構築を図る。	・成田市在宅医療介護連携支援センターが企画する、情報交換会や研修会に参加している。 ・通院が困難なケースが増えていることもあり、訪問診療等と連携して適切な介護や医療を提供できるようにケースワークを通してネットワークの構築を図っている。
生活支援サービスの体制整備	・生活支援コーディネーターと協同し、いきいきサロン毎に開催している「井戸端会議」を、小学校区での「支え合い会議」開催に向けて取り組んでいく。高齢者を含む世代を超えた住民主体の助けあい活動や交流の場が社会参加や生きがいにつながることを啓発し、無理のない立ち上げを支援する。 ・生活支援コーディネーターや社会福祉法人、企業等と協働により、成田・中郷地区にて買い物ツアーや移動販売等の継続、拡充に向けて取り組む。 【評価結果を踏まえた改善点】 ・高齢者がコロナ禍でも社会参加ができるように「スマホ講座」をSCと協同で積極的に開催する。	・コロナの影響により対面での会議が困難だったため、生活支援コーディネーターと連携し、いきいきサロン、百歳体操、高齢者クラブ等にてお散歩ラリー、竹笛制作を実施した。 ・生活支援コーディネーターや社会福祉法人、民間企業と連携し、移動販売、共生型カフェを継続・拡大している。 ・コロナの影響により買い物ツアーは休止している。 ・高齢者向けのスマホ講座を2回開催した。
介護予防の推進	・一般介護予防事業の普及啓発を行う、100歳体操については活動の場の情報提供を行い、立ち上げを支援する。 ・地域のサロン等で既に行なわれている独自の体操（3B体操）や健康サークル、お茶のみ交流の場等を訪問し、現状の把握・継続を支援する。	・情報提供のあった対象者については全て自宅訪問し、相談対応している。 ・一般介護予防事業については、相談に応じて情報提供している。百歳体操については、生活支援コーディネーターと協同し立ち上げを支援した。
その他評価結果等を踏まえて改善，見直し等をすべき項目		

4 成田市東部地域包括支援センター

<担当する圏域の課題>

・東部圏域共通の課題として、交通の便が悪く独居の方などは車に乗れなくなると外出が大変になる。解決のために、オンデマンド交通などの資源はあるが、予約が取りづらい、利用が不便と話される方も多く、実際には家族の送迎支援などがないと在宅生活は買い物するだけでも大変となり、既存のサービスの改良や新たな開発が課題である。

・どの地区においても地域特有の繋がりで助け合いが行われてはいるものの、病気などが原因でその繋がりから外れてしまう、あるいは自治会に加入していないことで近所付き合いもなく、地域の繋がりが無い方は孤立していつてしまう（地域から排除されていく）傾向が強い。特に大栄地区はアパートが多く、その傾向が強い。各地区において地域との繋がりを維持するための仕組み作りが課題である。また、久住地区においては下総、大栄地区と比較すると高齢化率は低いものの、介護保険サービスの利用について、抵抗を感じているケースもあり利用者と家族と双方の支援が必要とされる。

・東部圏域は面積としては成田市の半分を占めるものの、唯一小規模多機能型居宅介護の事業所がないなど、介護サービス事業所数が他の圏域に比べ非常に少ない。特に訪問介護の事業所は圏域内に1か所しかない状況である。そのため、様々な問題が出てきている。例えば、圏域の広さに対して、ごみステーションの数が少なく、歩道がない地区も多いため、高齢者が遠くまでゴミ捨てに行くのは困難である。課題の解決のために訪問介護サービスの利用を検討しても、職員が不足、調整が困難な場合が多い。また、居宅介護支援事業所の数も少なく、ご利用者様へ担当ケアマネジャーの紹介・調整自体を行うことが難しくなっている。介護保険サービスだけではなく、地域に存在する資源をうまく活用する事を意識しながら、環境整備を進めていく事が課題である。

<重点目標>

- 1 昨年度に引き続き、民生児童委員の方達との連携を中心にしつつ、地区社協や区長、交番等の社会資源と地域のネットワークの強化を図っていく。コロナ禍において、各団体の動きに制限がかかっていることを鑑み、より細目に情報共有を行うなど、連携を意識するようにする。

コロナ禍が続く中で民生児童委員や各関係機関との連携は民生児童委員の定例会への参加やケースごとの連携を通じ図ることが出来た。また、生活支援コーディネーターとの連携の一環で、地区社協や民生委員を中心とした小地域ケア会議を開催し、ざっくばらんな意見交換の場を設けるなど地域との情報共有の場を作ることを意識した活動を行えた。

2 日常の業務や、地域ケア会議等を通じ、圏域内の課題収集を積極的に進め、市への提言に繋げる。

日常業務中で浮き彫りになってきている課題については、包括連絡会やケア会議録の報告を通じ、市への提言を行っている。昨年に引き続き課題となっている点としては、介護サービスの提供量が不足する中で（特に訪問介護）、介護支援専門員の受け手が少なく、スムーズにサービス利用開始となりにくい事例が増えてきている。

3 下総地区にて包括が事務局を務める「喫茶ひまわり」の再開を目指し、地域住民の集いの場としての機能を継続出来るようにしていく。活動については、包括だよりで住民に周知を図るとともに、関係機関だけでなく、地域の店舗などにも配布先を拡大していく。

「喫茶ひまわり」の再開に向け、生活支援コーディネーターやボランティアの方たちと協働し会議を実施した。令和4年7月より再開し、現在も継続中。しかしながら、コロナ禍であることを鑑み、一般への開放は見送っており、ボランティアの方たちが所属する地域団体のメンバーを中心とした小開催に留まっている。

業務	計画内容	実績
介護予防ケアマネジメント業務	- ケアプラン作成時には、利用者自身が地域の一員として生活していけるようなプラン作成を心がける。その為には、介護保険サービスのみならず、老人クラブ等のインフォーマル資源の積極的な活用を検討する。 - 上記の視点を委託先の居宅介護支援事業所への支援の際にも意識する。具体的には、ケアプランを確認する際に、適切と思われるインフォーマル資源を積極的にプランへ位置づけて頂くよう担当ケアマネジャーへ助言する。 - 基準緩和型サービスの推進については、引き続き必要に応じプランへの位置づけを委託先の居宅介護支	- 自前プランにおいては、ある程度インフォーマル資源の位置づけが行えている。委託先事業所へは必要に応じ位置づけるよう助言を行っているものの、インフォーマル資源の位置づけの徹底とまではいっていない。助言の場としては、日々のケアプランチェックの際や「ケアマネ座談会」（今年度は事業所への訪問にて実施）などを活用した。 - 基準緩和型サービスの推進については、現在東部圏域内においては自前プランにて1件、委託先にて1件の利用となっている。引き続きプランへの位置づけを意識して頂くよう、支援を継続することとする。

	援事業所へも意識して頂くよう、助言を行っていく。	
総合相談支援業務	- 各相談の早期解決に向け、フォーマル・インフォーマル問わず連携を取るよう心がける。その際、民生児童委員との連携が必要となる場面が多いので、毎月行われる民児協定例会等を利用し、密な情報交換に努める。 - 圏域が広く、なかなか気軽に相談が行えない方もいるであろう事を鑑み、包括支援センターの周知も兼ね、久住地区にて無料出張相談会を引き続き、実施する。（毎月）	- 今年度も相談の内容を踏まえ、民生児童委員と連携をとり、情報共有を図ることで支援が進んだ事例は多かった。連携・コミュニケーションを図るために、民生児童委員の定例会等活用し、密な情報交換に努めた。 - 久住公民館にて久住地区を対象とした無料出張相談を実施し、相談者自体は年間を通じ2件であった。相談時に出張相談のチラシを見て包括を知ったという声も聞かれているため、包括の周知へと繋げることが出来ている。引き続き、久住地区への包括の周知を図るためにも、継続をしていく。 - R5.3 現在、専門職の配置は2名足りていない。
権利擁護業務	地域の団体等へ出向いての小地域ケア会議等の内容として、成年後見制度や、虐待防止、消費者被害等についての出前講座を提案する。なお、開催は新型コロナウイルスの感染状況を見ながらとし、圏域の交番等から地域実情などを伺い、有益な情報提供が出来るようにしていく。	- 今年度は消費者被害防止に向け、成田市のなりた知っ得出前講座を活用し、消費者被害防止に向けた取り組みを行った他、成田市主催の介護者教室へ管理者が講師として参加し、成年後見制度についての講座を行った。 - 圏域の交番からは地域で気になる情報（地域で起きている詐欺の情報等）を提供いただけており、把握した情報を業務の中で住民へ伝えるなど消費者被害防止へ繋げている。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	東部圏域の地域性として口コミで情報が伝わりやすい特徴を活かす為、地域の催し（敬老会や各団体の活動など）に参加し、地域包括支援センターのPRを行っていく。	今年度もコロナ禍により敬老会が中止となるなど、地域の催しを通じた地域包括支援センターのPRを行うことは難しい状況であった。その中で生活支援コーディネーターと連携し、地域の百歳体操団体へ

	・包括便りを発行し、包括の活動周知に繋げる。 なお、包括だよりは病院、地域のお店、郵便局など地域に根差した場所に拡充する。（年2回以上） ・奇数月にケアマネジャーを対象とした座談会「ケアマネ座談会」を開催し、ケアマネジャーの困りごとの解決や地域課題の発掘を行う。（年6回） ・ケアマネ座談会にて見えた課題等に対し、介護支援専門員向けの情報交換会や研修会等の企画・開催を行う。（年1回以上） ・全包括合同にて、自立支援のための他職種検討会の開催を検討する。（年1回） 【評価結果を踏まえた改善点】 ・<u>ケアマネ座談会は新型コロナウイルスの感染状況を見ながら実施する。包括支援センターが各事業所を訪問し、少人数や短時間でケアマネジャーから聞き取りを行うなど、座談会のスタイルはその時の状況に応じ実施をしていく。また、上記の座談会で収集した課題は情報交換会等で共有・検討する。なお、コロナ禍であることを鑑み、オンラインや少人数で開催するなど柔軟な対応とする。</u>	アプローチをかけ、認知症サポーター養成講座を開催するなど、包括のPRの場を持つことができた。 ・包括だよりについては、予定通り2度発行した。地域の薬局へ配布の依頼を行う他、生活支援コーディネーターの活動時に、活動先の団体へ配布を行うなど、これまでより多く配布を行った。 ・居宅介護支援事業への支援として、奇数月に「ケアマネ座談会」の開催を計画し、今年度も集合スタイルではなく、こちらから出向き短時間、少人数にて困りごとなどを伺うスタイルで実施した。また、ケアマネ向けに福祉用具業者の協力を得、人数を限定しての研修会を開催した。 ・全包括合同の研修会については、今年度は実施できていない。
多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築	・多職種が集まり協議をする機会として、地域ケア会議やオンラインでの研修会などを活用する。その中で顔の見える関係性を作り、地域包括支援ネットワークの構築へと繋げていく。	・地域ケア会議の場を活用したネットワーク構築や、通常の業務において、必要に応じた機関等と連携を取り、多職種間の顔の見える関係性作りを継続している。また、今年度においても ZOOM を活用した研修を通じ、顔の見える関係性づくりを行う機会が多かった。

地域ケア会議	・地域課題の洗い出しの為に、地域の団体等へ出向いて小地域ケア会議を行う。 ・日々の業務の困難事例やケアマネジャーからの事例相談を個別のケア会議に繋げていく事を積み重ね、行政への報告・提案に繋げていく。（随時開催） ・市主催の地域包括ケア推進会議には必ず出席し、市の目指す方向性と東部包括の方向性のすり合わせを行う。 【評価結果を踏まえた改善点】 <u>・コロナ禍においても安定したケア会議の開催を継続していけるよう、少人数やオンラインでの開催は可能か、参加者や参加団体へ打診する。また、来年度からの取り組みとして地区社協との地域ケア会議を開催し、地域の課題の共有、洗い出しを行う。</u>	・小地域ケア会議については、生活支援コーディネーターとの連携を取り、百歳体操の団体向けに認知症サポーター養成講座を活用した会議を行った他、地区社協や民生児童委員とのざっくばらんな意見交換を目的とした会議を開催した。 ・R4 年度において、個別ケア会議は2回開催した。会議から見えた課題は市への報告・提案に繋がっている。 ・市の目指す方向性については、包括連絡会などの場を利用し、きちんと確認・すりあわせを行っている。
認知症施策の推進	・認知症初期集中支援チームとの連携強化を図るために、繋いだ事例がある場合には、毎月行われる報告会に参加し、情報の共有を図る。 ・小地域ケア会議の内容の一環として、地域団体向けの認知症サポーター養成講座の開催し、地域住民に認知症をより身近に感じていただく活動を行う。（年1回以上） ・市主催の認知症サポーター養成講座の開催時には可能な限り講師の派遣など協力する。 ・上記の養成講座の際には、修了者へボランティアセンターなど今後の活動の場に繋がる情報提供を行う。	・今年度も認知症初期集中支援チームと協働しながら、ご家族への支援を実施している。支援の際は、細目に連携を取りあうよう意識している。 ・小地域ケア会議の場を活用した認知症サポーター養成講座を今年度は、百歳体操団体向けに1回実施した。また、講座の際には、受講者が今後の活動につながるような情報をお伝えした。

在宅医療・介護連携の推進	・医療機関が開催する研修等に積極的に参加し、顔の見える関係作りを行う。 ・ケースの支援において、積極的に主治医などと連携を図り、医療とのネットワーク構築を行う。 ・成田市在宅医療・介護連携支援センターと積極的に情報共有を図り、連携をとっていく。	・医療との連携については、通常業務での関わりや研修等への参加を通じ、ネットワークの構築に努めた。 ・個別のケース支援において、必要に応じ主治医等から意見を頂戴しながら動きネットワークの構築に努めた。 ・成田市在宅医療・介護連携支援センター職員に地域ケア会議等に参加頂く事はなかったが、情報の共有等を通じ、連携を図った。
生活支援サービスの体制整備	・支援サービスの開発に当たっては地域性を考慮し、住民が使いやすいサービスを探していく。 ・生活支援コーディネーターと連携し、地域資源開発について検討を進めていく。 【評価結果を踏まえた改善点】 ・令和4年4月より、東部圏域において二層コーディネーターの配置を行う予定である。包括と連携を取りながらチームとして協働する仕組みを作る。	・昨年参加をさせていただいていた、大利根地区社協の地域福祉フォーラム設置の話し合いは生活支援コーディネーターへ引き継ぎ、支援を継続しているが、地域特性に合わせ、地域住民同士の支えあいの仕組みづくりが進んでいる。 ・生活支援コーディネーターとチームとして活動を継続することができた。
介護予防の推進	・既存の百歳体操グループの支援を行うとともに、新たなグループの発足に向け、地域住民へアピールを行う。令和4年度においても、1グループ以上の新規立ち上げを目指す。 ・相談内容・相談者の状態に応じ、介護予防教室の紹介・参加への促しを行っていく。	・百歳体操グループへの支援の一環で認知症サポーター養成講座を開催した。新規グループについては、下総地区に3グループの立ち上げがあった。（新川地区、滑川地区、新宿地区） ・相談内容に応じ、介護予防教室の紹介や促しを実施している。
その他評価結果等を踏まえて改善，見直し等をすべき項目	・包括が事務局を務める、「喫茶ひまわり」について、コロナ禍でも実施できるよう、現在ボランティアの方たちと協議をしている。来年度には再開していく見込みとなっている。 ・包括職員（三職種）については、足りていない職種	・「喫茶ひまわり」を R4.7 より再開、継続している。コロナ禍を鑑み、活動規模はまだ縮小中であるが、今後のコロナ禍の動向を見ながら参加人数等の拡大を目指していく予定となっている。 ・R5.3 現在、専門職は2名不足している（R5.4 より

	について引き続き求人を継続し、体制を整えていく。	主任介護支援専門員は配置済み)。引き続き、不足する職員の求人を継続し、体制を整えていく。
--	--------------------------	--

5 成田市西部西地域包括支援センター

＜担当する圏域の課題＞

公津地区は、①高齢化率が低く、大型マンション・大学・商業施設や医療機関、交通機関等さまざまな資源が充実する公津の杜周辺地区と、②高齢化率が高いが住民同士の互助の関係が強い印旛沼周辺地区、③高齢化が進み、要介護状態となる方の増加が見られる住宅街地区、とに三分されると分析をしています。

- ① 公津の杜周辺地区は、高齢であっても徒歩で移動できる圏内に生活に必要な資源が密集しており、自立した活動が行いやすく暮らしやすい環境である反面、各地から移り住み、地縁や新たな住民同士の関係が希薄であるという課題、また呼び寄せ介護を行う（行う可能性がある）世帯も多く存在すると考えられます。長期にわたり民生委員が不在のため、見守り等の協働が難しい地区も存在します。
- ② 印旛沼周辺地区では、地縁や近隣との関係が厚く、困ったら自然に助け合える環境であるという地域の強みがある一方、心身の機能が低下すると「自力で必要な場所に出かけること」が困難となり、閉じこもり状態を招いてしまうという課題があります。通院や買い物などの外出、他者との交流の機会など、地域の複数の方が抱える地域生活課題に対し、対応策を検討する必要性を捉えています。
- ③ 徐々に高齢化が進む住宅街地域では、認知症に関することやお一人暮らしの高齢者に関すること、要介護認定に関すること等の相談が多く寄せられます。近隣に同世代の方が多く様々な活動の場があるものの、こうした活動への参加がなく住民同士の関わりの機会が乏しい方も存在するため、丁寧な見守りや地域の関係者との連携・協働が必要であると考えています。

＜重点目標＞

どのような困りごとを抱えた方であっても安心して地域での生活が実現できる「地域共生社会」の実現に向け、高齢者に限らず、様々な対象者をも含み、複合化・複雑化したケースへの支援を展開できるよう、他分野・他機関の専門職等との信頼関係を築き、効果的な連携・協働をもって重層的支援体制構築に取り組む。

- 1 総合相談機能の充実：多くの方からの相談が幅広く受け付けられるよう、あらためてセンターの周知活動を行うとともに、職員の相談援助に関するスキルアップに取り組み、どんな相談にも適切な支援が展開できるようにする。

高齢者だけでなく、それ以外の内容の相談も受け付ける「ことわらない相談支援」を徹底した。総合相談窓口としてどんな相談も受け付け、必要に応じて他の専門機関につなぐなどの支援を行っている。職員は複雑な相談支援に対応できるスキルアップを目指し、ケース対応を通じての学びのほか、職員間でスーパービジョンを行い、対象となる世帯を理解するためのディスカッションを行うなど、新たな取り組みを実施し、重層的支援体制において地域包括支援センターが担うべき役割をしっかりと認識することができた。地域包括支援センターがこうした機能を持っているということのインフォメーションは引き続き行っていきたい。

- 2 「複合化・複雑化したケース」に対する支援体制構築への取り組み：複数の困りごとが重なっている複雑な支援ケースに対し、多機関・多職種が協働し、チームで継続支援ができるような体制づくりを行う。

昨年度は「複合化・複雑化した支援ケース」対応にあたり、多機関・多職種とのスムーズな連携が難しかったという課題が生じたため、今年度は他の専門機関の担当者として顔がわかり、必要なときに相談ができ、議論をし、目指すべき目標を共有した上で、それぞれの役割を遂行し、チームで支援を行える関係づくりに取り組んだ。年度の前半で「多職種連携会議」を開催し、当該関係者が直接集まり、改めてお互いの業務内容や役割、連携のあり方について共有する機会を持った。このことによって、件数的には多くはないが複合ケース対応において、スムーズな協力要請や協働への流れができたと言える。このことは今後も継続していきたい。

業務	計画内容	実績
介護予防ケアマネジメント業務	(方針) 要支援認定者および総合事業対象者の「その人が目指す自立した生活」を個別的に捉え、利用者本人が主体的に取り組めるケアプランを作成する。一部業務委託をしている居宅介護支援事業所についても同様とする。 (具体策) ・センター内におけるケース検討の機会や OJT を通じ	(全体の実績と課題) 計画通り実施し、自立に向けたケアプラン作成を行った。 利用者さん一人ひとりが目指す「自立した姿」を捉え、ご本人が自ら取り組むことをプランに位置づけるようにして「自立支援」を目指すケアマネジメントを行った。課題となっているのは、委託している利用者さんのプランについて、原案の確認の際、もう少し時

	た自立支援型ケアマネジメントを徹底する。【通年】 ・居宅介護支援事業所からケアプラン原案の提出を受けたときに自立支援の視点についての確認を行う。【通年】 ・サービス担当者会議を通じ、自立支援が確実に実践できるためのサービス事業者へのアプローチを行う。【通年】	間をかけて内容の把握ができるような方法にしたいということである。 (具体策の実施状況) ・計画通り、センター内でのケース検討や OJT を行い、自立支援型ケアマネジメントを徹底して行った。 ・委託先から原案の提出を受けた際は、内容を確認しているが、その場での担当介護支援専門員とのやり取りだけでは全体像が把握しきれない状況である。 ・サービス担当者会議では、各サービス事業者と「その人の自立した姿」に関する情報共有を行うことで、目標や方針についての共通認識を持ったうえで支援が展開できている。
総合相談支援業務	(方針) 困りごとを抱えた方が相談にたどり着けるよう、より一層センターの周知を図るための取り組みを行う。複合化・複雑化した個別ケースに対し、関係する他機関との支援チームの構築、継続した協働を行う。 (具体策) ・センターだよりの発行【6月・10月・2月】による周知。 ・各地区のニーズに応じ、出張相談の機会を企画する【通年】 ・職員の相談援助技術向上のための研修受講やスーパービジョンの実施【通年】 ・「複合化・複雑化」した相談ケースに対し、関係機関と協働し支援を展開する。顔を合わせたケース検討を積極的に実施する。【通年】	(全体の実績と課題) 総合相談窓口として、特に地域の主要な関係者（民生委員児童委員や各地区の自治会役員など）に地域包括支援センターについて知っていただけることを目指して取り組みを行った。また複合化・複雑化した個別ケースに関する相談支援について他分野の関係機関との協働を実施した。 (具体策の実施状況) ・センターだよりは6月、10月に発行ができず、2月のみの発行となった。掲載したい内容について調整がつかなかったことが主な原因である。 ・センターだより以外の方法での周知として、毎月の公津地区民生委員児童委員協議会の場で、地域包括支援センターが受ける相談の内容について説明する時間を持ち、地域包括支援センターの相談機能をイ

		メージしていただける取り組みを行った。このことで民生委員さんからの相談や、個別ケースでの連携は増えている。 ・相談援助技術向上のための研修として、12月に外部研修を受講、またセンター内では職員同士のグループスーパービジョンを行った。 ・多機関連携のため、お互いの顔合わせのための会議を7月に実施したほか、実際の支援ケースを通じて協働している。
権利擁護業務	(方針) 高齢者虐待や消費者被害また成年後見制度の活用など、何らかの生活上の解決すべき課題を抱えた方をなるべく早くに発見し、良い状態に改善できるための支援、必要な制度の活用につなげるための支援を実践する。 (具体策) ・総合相談支援において、必要に応じて成年後見制度等の活用支援をする。【随時】 ・高齢者虐待に関する通報の受付を行う。相談に対しては、行政および関係機関と協働して対応する。 【通年】 ・消費生活センターや警察と連携しての市民向けの講座を開催する。【年2回】	(全体の実績と課題) 計画通り個別の権利擁護業務を実施し、必要な支援を行っている。高齢者虐待ケースとして市に報告したケースがなかった。成年後見制度の活用については、申し立てに至らなかったものの、成年後見支援センターにつなぎ、協働したケースがあった。生活困窮に関する支援も関係機関と役割分担し、協働ができた。 (具体策の実施状況) ・計画通り、総合相談支援において、成年後見制度の活用が必要と思われ、市の成年後見支援センターにつないだケースが3例あった。 ・消費者被害防止に関する講座は、計画通り年2回(2月と3月)に実施した。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	(方針) 複合化・複雑化した支援ケースなど、様々な課題を抱える支援困難ケース等を担当する介護支援専門員を支援、協働で支援を展開する。 (具体策)	(全体の実績と課題) 複合化・複雑化した支援ケース、その他の支援困難ケースについては、担当の介護支援専門員と協働して取り組み、必要な支援を行っている。 (具体策の実施状況)

	・圏域内の主任介護支援専門員が協働しての事例検討会や勉強会等を開催する。【年3回以上】 ・介護支援専門員に対する法定研修等に関する情報提供を行う。【随時】 ・介護支援専門員からの相談に応じ、支援困難ケース等の対応について協働する。必要に応じ「個別ケア会議」を開催する。【随時】	・圏域内の主任介護支援専門員の連絡会は、令和4年5月に開催した。また他職種連携会議にも圏域内の主任介護支援専門員に参加をいただき、重層的支援体制整備事業の概要について情報共有した。事例検討会の開催はなかった。 ・昨年度同様に、介護支援専門員法定研修ならびに主任介護支援専門員更新研修の受講要件に係る千葉県介護支援専門員協議会主催研修等の情報提供や、研修に係る個別の相談に応じた。 ・計画通り、介護支援専門員からの相談に応じ、特に支援に行き詰まった状態にあるケースについて「個別地域ケア会議」を開催し、支援の方向について検討した。
多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築	(方針) 総合相談支援における多職種協働に加え、複合化・複雑化した個別ケースに対応するための他機関・多職種協働が実現できるような支援体制を構築する。 (具体策) ・個別ケース対応の場面での多職種協働【随時】 ・複数のニーズが生じるなど複雑な相談ケース対応の場面において、生活困窮やひきこもり、障がい、子ども等に関する専門機関の担当者とチームで円滑な支援を行うための関係づくりに取り組む。具体的には、実際の相談ケースへの支援の協働【随時】と定期的に顔を合わせて話し合うことのできる会議の開催【年3回以上】	(全体の実績と課題) 「断らない相談支援」を行うことを基本とし、高齢者以外のどのような相談も受け付けることを徹底した。実際のケースへの支援については、いんば中核地域生活支援センターすけっと、暮らしサポート成田、またそれぞれの担当ケアマネジャー等との協働にて対応している。 (具体策の実施状況) ・計画通り、個別ケースへの支援場面で、多機関、多職種が連携している。 ・個別ケース対応に加え、多機関の関係者が顔を合わせるための「多職種連携会議」を令和4年7月と5年2月に開催した。

地域ケア会議	(方針) 「成田市地域ケア会議マニュアル」に則った個別ケア会議と小地域ケア会議および中央地域ケア会議に係る取り組みを行う。それを通じて地域の皆様が共通して抱える課題を明らかにし、対応策を検討、協働する。 (具体策) ・「個別ケア会議」を開催する。【随時】 ・「小地域ケア会議」（全体会議および地区ごとのチームケア会議）を開催する。【随時】 ・地域生活課題の抽出【ケア会議開催時および随時】 ・「中央地域ケア会議」開催への参画をする。【随時】 ・地域の関係団体等が主催する集まり等に参加し、地域生活課題の把握や意見交換、情報提供等を行う。【随時】	(全体の実績と課題) 計画通り個別ケア会議、小地域ケア会議を開催している。 共通する地域課題については、小地域ケア会議で協議を重ね、年度後半で具体的取り組みを行った。 (具体策の実施状況) ・計画通り、随時の個別ケア会議を開催した。対象ケースは複雑なニーズを抱える要介護者の事例がほとんどで、担当ケアマネジャー、サービス事業者に加え、民生委員やその他の関係者が参加した。 ・計画通り小地域ケア会議は、全体会議、専門職部会に加え、各地区ごとのチームケア会議を開催し、地域生活課題の抽出と解決への協働を行った。 ・自治会の役員会に定期的に参加し、日常生活上の困りごとや介護予防に向けた活動などについて検討と協働を行った。
認知症施策の推進	(方針) 認知症の方が、必要なケアを受けながら地域で暮らし続けることができるよう、相談支援および医療を含むケアチームへのつなぎと支援の協働を行うとともに、認知症のひとを地域で支えるための地域づくりを行う。 (具体策) ・認知症に関する相談を受け付けていることの周知を行い、相談対応をする。【通年】 ・認知症に関する相談のうち、必要が判断された場合に認知症初期集中支援チームの活用を行う。【随時】	(全体の実績と課題) 計画通り、認知症に関する相談対応を実施している。認知症初期集中支援チームへの相談と協働をしたケースもあり、医療機関へのつなぎや介護サービスの利用への支援も行っている。今後はより地域住民に「認知症」への理解と日常生活場面での見守りなどの役割を理解していただけるかといった取り組みもしていきたい。 (具体策の実施状況) ・センターのガラスでのポスター掲示や、ポストカード」サイズの名刺への記載などによって周知を行い、相談に応じている。

	・認知症サポーター養成講座を実施する。【年2回以上】	・認知症初期集中支援チームに相談したケースは4件、うち1ケースは継続支援となり、専門医療機関受診への繋ぎや介護のしかたに関する助言など受けることができた。 ・認知症サポーター養成講座は、市からの要請を受け、9月に2回実施している。
在宅医療・介護連携の推進	(方針) 医療・介護を必要とする高齢者が、適時適切な支援を受けられるように、相談支援と医療・介護関係者の真の連携が実現できるようにする。 (具体策) ・医療関係者と合同の事例検討会、講演会、勉強会等に参加し、関係者同士の関係を構築するとともに、それぞれが抱える課題を把握、認識する。【随時】 ・総合相談支援業務および介護予防ケアマネジメント業務等を通じ、平時および入退院時等の場面における連携への取り組みを行う。【通年】	(全体の実績と課題) 計画通り、総合相談および指定介護予防支援、介護予防ケアマネジメントにおいて個別ケースを通じて、医療と介護の連携に関する支援を実施している。特に病院からの相談ケースでは、がん末期の方の看取り期の支援や退院して在宅復帰される方の支援において医療機関との連携が多く行われた。 (具体策の実施状況) ・個別ケア会議および小地域ケア会議や地域内の勉強会では、訪問看護担当者や調剤薬局の薬剤師といった医療関係者と協働する機会を持つことができた。 ・計画通り、相談ケース対応を通じて、医療（かかりつけ医や病院）と介護の連携に関する取り組みを行った。特に退院支援の場面で、医療と介護が切れ目なく提供されるよう、支援チーム形成のコーディネートを担当した。
生活支援サービスの体制整備	(方針) 支援を要する状態となっても、地域での生活が快適に送れるように、必要な生活支援がどのようなものかを明らかにし、適切な社会資源につなぐこと、また無い資源を創り出すための取り組みを行う。	(全体の実績と課題) 総合相談支援や指定介護予防支援、介護予防ケアマネジメント業務において、個別のアセスメントを行う際、どのような生活課題を有するのかを確認し、介護保険によるサービスのみならず、インフォーマルサポ

	(具体策) ・総合相談支援事業および介護予防ケアマネジメント業務等を通じ、必要とする日常生活支援について把握する。【通年】 ・「小地域ケア会議」の場で、地域の関係者と話し合い、必要とされる地域生活課題を明らかにする。 【随時】 【評価結果を踏まえた改善点】相談支援等を行う上で、必要に応じて第1層および第2層生活支援コーディネーターから社会資源等についての情報提供を受けるほか、新たな資源の創出に関する要望・ニーズについて提案・情報提供を行う。【通年】	ートを含めた生活支援を利用できるよう情報提供や利用までの支援をしたり「あったらいいな」と思う支援やサービスについては、第2層生活支援コーディネーターに情報発信するなどした。 (具体策の実施状況) ・総合相談での相談者、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおける利用者個別のアセスメントにおいては、必要とされる生活課題を明らかにすることができた。 ・小地域ケア会議（チームケア会議、専門職部会、全体会）において地域の関係者等と話し合い、地域で共通する地域生活課題について共有した。（具体的には、新型コロナ感染防止のための閉じこもりや機能・活動性の低下、緊急時の支援に関することがあげられる） 【評価結果と踏まえた改善点】 ・昨年度に比べ、第1層・第2層生活支援コーディネーターとの関わりを増やし、協働することも多くなった。総合相談ケース等からの個別支援のつながりのほか、小地域ケア会議での協働、居場所づくりでの協働など、常に地域包括支援センターと生活支援コーディネーターが協働する体制をとった。
介護予防の推進	(方針) 高齢者が要支援・要介護状態となることを予防し、自ら自立した状態を維持するための取り組みができるよう、住民への情報提供や、活動の場の提供、創設の支援を行う。 (具体策)	(全体の実績と課題) 計画通り、介護保険制度の基本理念である自立に向けた取り組みを、住民自らが認識し、介護予防に取り組めるよう、情報提供や活動の支援を行った。なりたいきいき百歳体操については、新規グループがスタートするところまではいかなかったが、「元気クラブ」の

	・市民が自ら要介護状態となることを予防することや、健康づくりに取り組めるような意識を持てるための取り組みを継続する。具体的には出前講座や地区での集まり等での情報提供、広報誌やチラシ等による情報提供等【通年】 ・<u>【評価結果を踏まえた改善点】地域の高齢者等が主体的に介護予防に取り組める活動の支援を行う。</u> ・<u>なりたいいきいき百歳体操に関する周知・情報提供【通年】</u> ・<u>公津地区社協と協働しての「元気クラブ」の企画運営【2地区以上で開催】</u>	活動を通じて、意向調査や情報提供など周知のための活動は行っている。 (具体策の実施状況) ・「元気クラブ」の開始にあたっての講座では、介護保険法の条文を紹介しながら、国民の義務として自ら介護予防に取り組むことについて話をしたり、出来る限り自立した状態を保ち、自分らしく生活することの意義を伝えるなどし、介護予防への意識づけるためのアプローチをした。 【評価結果を踏まえた改善点】 なりたいいきいき百歳体操に関する周知は、第2層生活支援コーディネーターと協働し、公津地区社協や各元気クラブの場などで周知のための取り組みを行った。 ・「元気クラブ」は全地区で開催に向けた検討を実施。令和4年9月に1か所、10月に1か所、12月に2か所、1月に1か所の計5か所は活動を開始している。
その他評価結果等を踏まえて改善，見直し等をすべき項目		

③介護予防支援業務等の一部委託について

介護保険法第115条の23第3項及び第115条の47第5項に基づき、各地域包括支援センターにおいて、介護予防支援業務又は第1号介護予防支援事業の一部委託を次のとおり行いました。

(ア) 成田市西部北地域包括支援センター 24 法人 24 事業所

No.	居宅介護支援事業所の名称	法人の名称	事業所の所在地
1	あい愛ケアプラン	(特非) あい愛	三里塚光ヶ丘 1-960
2	印西居宅介護支援センター	(医) 平成博愛会	印西市牧の台 1-1-2
3	ウエルストン薬局公津の杜店	(有) ウエルストン薬局	公津の杜 2-6-3
4	介護あおぞら	(合) 介護あおぞら	中台 6-1-2
5	エスポワール居宅介護支援事業所	(医) 寿光会	宝田 360-1
6	かなでの杜成田	(株) かなでの杜	東町 156-6-101
7	介護支援センター佐藤さくら	(合) 佐藤さくら	並木町 169-19 ビューハイム 102
8	きたはら	(有) コージ介護サービス	南平台 1169-21
9	居宅介護支援センター杜の家なりた	(社福) 福祉楽団	下方 686-1
10	居宅介護支援事業所 新町玲光苑	(社福) 豊立会	新町 1037-63
11	居宅介護支援事業所 つばめ	(株) リハビリアンドケアシステム	富里市日吉台 5-43-2
12	ケアスタッフ成田	(株) 日本ヘルスケアステーション	公津の杜 3-3-1 三恵ビル 2F
13	介護相談所	(合) 福育社	本城 73-9 第3コーポおとり荘 203
14	ケアプラン喜美笑	(株) 喜美笑	松崎 2614-16
15	ケアプランモルセラ	(株) ジェイライフ	加良部 5-8-5
16	在宅介護相談センター日吉台	(株) 千葉総合介護サービス	富里市日吉倉 13-8CSK ビル 2F
17	JA 成田市居宅介護支援事業所美郷	成田市農業協同組合	美郷台 1-15-10
18	癒しのケアプランセンター公津の杜	(株) リエイ	飯田町 33-1
19	生活クラブ風の村介護ステーションなりた	(社福) 生活クラブ	大竹 370
20	しすい病院ケアプランセンター	(医) 千葉光徳会	酒々井町上岩橋 1160-2
21	SONPO ケア成田居宅介護支援	(株) SONPO ケア	飯仲 28-18
22	ニチイケアセンター公津の杜	(株) ニチイ学館	公津の杜 3-4-14
23	ゆかり成田介護支援センター	(株) アングル	江弁須 364-1
24	楽天堂 居宅介護支援事業所成田	(株) 楽天堂	西三里塚 1-101-A202

(イ) 成田市南部地域包括支援センター

27 法人

28 事業所

No.	居宅介護支援事業所の名称	法人の名称	事業所の所在地
1	JA 成田市居宅介護支援事業所美郷	成田市農業協同組合	美郷台 1-15-10
2	あい愛ケアプラン	(特非) あい愛	三里塚光ヶ丘 1-960
3	エスポワール成田居宅介護支援事業所	(医) 寿光会	宝田 360-1
4	ケアプランセンターはるかぜ	片田プランニング合同会社	印西市小林 1621-12
5	居宅介護支援事業所 介護あおぞら	(同) あおぞら	中台 6-1-2
6	居宅介護支援事業所 成田苑	(社福) 徳栄会	大室 1783-22
7	在宅介護相談センター日吉台	(株) 千葉総合介護サービス	富里市日吉台 4-6-14
8	生活クラブ風の村介護ステーションなりた	(社福) 生活クラブ	大竹字内沼 370
9	セントアンナ在宅介護支援センター	(医) 聖母会	本三里塚 226-1
10	夢乃けあぷらん	(株) Human Communications	富里市御料 910-6 コーボ石井 7 102 号
11	楽天堂居宅介護支援事業所成田	(株) 楽天堂	西三里塚 1-101A-202
12	シニア町内会公津の杜ケアプランセンター	(株) リエイ	飯田町 33-1
13	かなでの杜成田	(株) かなでの杜	東町 156-6 稲垣ビル 1 階
14	ケアスタッフ成田	(株) 日本ヘルスケアステーション	公津の杜 3-3-1 三恵ビル 2 階
15	ケアプラン喜美笑	(株) 喜美笑	松崎 2614-16
16	居宅介護支援センター杜の家なりた	(社福) 福祉楽団	下方 686-1
17	きたはら	(有) コージ介護サービス	南平台 1169-21
18	印旛居宅介護支援事業所ほがらか	(株) ほがらか	印旛郡栄町龍角寺 33 番地
19	介護相談室	(同) 福育社	本城 73-9 第 3 コーポ おおとり荘 203
20	あい愛葉山ケアプラン	(特非) あい愛	富里市御料字葉山 139-32
21	居宅介護支援事業所 新町玲光苑	(社福) 豊立会	新町 1037-63
22	在宅介護支援センター 龍岡	(医) 知己会	富里市七栄 653-73
23	こすもす居宅介護支援事業所	(株) こすもす	桜田 840
24	居宅介護支援事業所 つばめ	リハビリテーションアンドケアシステム (株)	富里市日吉台 5-43-2
25	(社福) 神崎町社会福祉協議会	(社福) 神崎町社会福祉協議会	香取郡神崎町神崎本宿 96 番地
26	ケアプラン ミモザ	(株) ミモザケア	吉岡 1342 番地 56
27	介護支援センター佐藤さくら	佐藤さくら合同会社	並木町 169 番地 19-102
28	ヤックスケアプラン三里塚	(株) ヤックスケアサービス	三里塚 171-1

(ウ) 成田市西部南地域包括支援センター

19 法人

19 事業所

No.	居宅介護支援事業所の名称	法人の名称	事業所の所在地
1	JA 成田市居宅介護支援事業所美郷	成田市農業協同組合	美郷台 1-15-10
2	あい愛	(特非) あい愛	三里塚光ヶ丘 1-958
3	あおぞら	(同) あおぞら	中台 6-1-2
4	かなでの杜成田	株式会社 POM	東町 156-6-101
5	きたはら	(有) コージ介護サービス	南平台 1169-21
6	ゆかり成田介護支援センター	株式会社アングル	江弁須 364-1
7	癒しのケアプランセンター公津の杜	株式会社リエイ	飯田町 33-1
8	SOMPO ケア成田居宅介護支援	SOMPO ケア株式会社	飯仲 28-18
9	ケアプラン モルセラ成田	株式会社ジェイライフ	加良部 5-8-5
10	ケイ・ティ・サービス居宅介護支援事業所	(株) ケイ・ティ・サービス	市原市五井中央東 1-15-9
11	セントアンナ在宅介護支援センター	(医) 聖母会	本三里塚 226-1
12	居宅介護支援センター杜の家なりた	社会福祉法人 福祉楽団	下方 686-1
13	居宅介護支援事業所 つばめ	リハビリテーションアンドケアシステム株式会社	富里市日吉台 5-43-2
14	居宅介護支援事業所 新町玲光苑	(社福) 豊立会	新町 1037-63
15	在宅介護相談センター日吉台	(株) 千葉総合介護サービス	富里市日吉倉 13-8
16	生活クラブ風の村介護ステーションなりた	(社福) 生活クラブ	大竹 370
17	医療法人社団高井伸会	伊豆高原メディカル居宅介護支援センター	静岡県伊東市八幡野 1197-7
18	株式会社 喜美笑	ケアプラン喜美笑	成田市松崎 2614-16
19	合同会社 福育社	介護相談室	成田市本城 73-9 第3 コーポおおとり荘 203

(エ) 成田市東部地域包括支援センター

25 法人

26 事業所

No.	居宅介護支援事業所の名称	法人の名称	事業所の所在地
1	JA 成田市居宅介護支援事業所美郷	成田市農業協同組合	美郷台 1-15-10
2	あい愛ケアプラン	(特非) あい愛	三里塚光が丘 1-960
3	癒しのケアプランセンター公津の杜	(株) リエイ	飯田町 33-1
4	エスポワール成田居宅介護支援事業所	(医) 寿光会	宝田 360-1
5	介護相談室	(合) 福育社	本城 73-9 第3 コーポおおとり荘 203
6	かなでの杜なりた	(株) かなでの杜	東町 156-6-101
7	居宅介護支援事業所介護あおぞら	(合) あおぞら	中台 6-1-2 中台ショッピングセンター内
8	居宅介護支援センターエコトピア酒々井	(社福) 鼎	酒々井町本佐倉 352-2
9	居宅介護支援事業所じょうもんの郷	(社福) 広文会	神崎町神崎神宿 66-10
10	居宅介護支援事業所 新町玲光苑	(社福) 豊立会	新町 1037 番地 63
11	居宅介護支援事業所 成田苑	(社福) 徳栄会	大室 1783-22
12	居宅介護支援センター 多古新町ハウス	(社福) 槇の実会	多古町多古 2686 番 1
13	ケアプラン喜美笑	(株) 喜美笑	郷部 1354 郷部ウイングビル 1 階 103 号室
14	ケアプランセンター はるかぜ	片田プランニング (合)	印西市小林 1621-12
15	ケアプランミモザ	(株) ミモザケア	吉岡 1342-56
16	こすもす居宅介護支援事業所	(株) こすもす	香取市北 3-3-22
17	在宅介護支援センター 透光苑	(医) 透光会	桜田 1137
18	在宅介護相談センター日吉台	(株) 千葉総合介護サービス	富里市日吉台 4-6-14
19	社会福祉法人神崎町社会福祉協議会	(社福) 神崎町社会福祉協議会	神崎町神崎本宿 96
20	生活クラブ風の村介護ステーションなりた	(社福) 生活クラブ	大竹字内沼 370
21	セントアンナ在宅介護支援センター	(医) 聖母会	本三里塚 226-1
22	ヤックスケアプラン安食	(株) ヤックスケアサービス	栄町安食 947-5
23	ヤックスケアプラン三里塚	(株) ヤックスケアサービス	三里塚 171-1
24	ゆかり成田介護支援センター	(株) アングル	江弁須 364-1
25	ゆかり成田下総ハートフルプラン萩	(株) アンテック	名古屋 1301-26
26	楽天堂居宅介護支援事業所成田	(株) 楽天堂	西三里塚 1-101 岩沢テナント 202

(オ) 成田市西部西地域包括支援センター

28 法人

31 事業所

No.	居宅介護支援事業所の名称	法人の名称	事業所の所在地
1	JA 成田市居宅介護支援事業所美郷	成田市農業協同組合	美郷台 1-15-10
2	あい愛ケアプラン	(特非) あい愛	三里塚光ヶ丘 1-958
3	居宅介護支援事業所あおぞら	(合) あおぞら	中台 6-1-2
4	かなでの杜成田	(株) かなでの杜	東町 156-6-101
5	きたはら	(有) コージ介護サービス	南平台 1169-21
6	ゆかり成田介護支援センター	(株) アングル	江弁須 364-1
7	ケアサポート成田	(株) デンタルサポート	飯田町 105-1
8	ケアスタッフ成田	(株) 日本ヘルスケアステーション	公津の杜 3-3-1 三恵ビル 2F
9	ケアプランモルセラ	(株) ジェイライフ	加良部 5-8-5
10	癒しのケアプランセンター公津の杜	(株) リエイ	飯田町 33-1
11	ニチイケアセンター公津の杜	(株) ニチイ学館	公津の杜 3-4-14
12	居宅介護支援センター杜の家なりた	(社福) 福祉楽団	下方 686-1
13	居宅介護支援事業所 新町玲光苑	(社福) 豊立会	新町 1037-63
14	在宅介護相談センター日吉台	(株) 千葉総合介護サービス	富里市日吉台 4-6-14
15	生活クラブ風の村介護ステーションなりた	(社福) 生活クラブ	大竹 370
16	ウエルストン薬局公津の杜店	(有) ウエルストン薬局	公津の杜 2-6-3
17	ケアプラン喜美笑	(株) 喜美笑	松崎 2614-16
18	介護相談室	(合) 福育社	本城 73-9 第3 コーポおおとり荘 203
19	セントアンナ在宅介護支援センター	(医) 聖母会	本三里塚 226-1
21	エスポワール成田居宅介護支援事業所	(医) 寿光会	宝田 360-1
22	栄白翠園ケアサービスセンター	(社福) 誠友会	印旛郡栄町酒直 1335
23	介護支援センター佐藤さくら	(合) 佐藤さくら	並木町 169-19-102
24	居宅介護支援事業所つばめ	(株) リハビリテーションアンドケアシステム	富里市日吉台 5-43-2
25	楽天堂居宅介護支援事業所成田	(株) 楽天堂	西三里塚 1-101 岩沢テナント 202
26	ケアプランセンターハートフルりはびり舎	(株) MOTT0	富里市七栄 650-718
27	居宅介護支援事業所成田苑	(社福) 徳栄会	大室 1783-22
28	ケアプラン・ボンド	(合) BOND	印旛郡酒々井町墨 1593
29	あい愛葉山ケアプラン	(特非) あい愛	富里市御料字葉山 1139-32
30	SOMPO ケア成田居宅介護	(株) SOMPO ケア	飯仲 28-18
31	彩西ケアプランセンター鳩山	(特非) 彩西ナーシングケア	埼玉県比企郡鳩山町松ヶ丘四丁目 1 番 3 号

(2) 地域密着型サービスの運営等に関する事

①地域密着型サービス事業所の状況について

令和5年8月1日現在

	事業所名称	所在地 (圏域)	事業者	サービス種類	定員	指定又は 更新年月日	備考
1	デイサービスセンター 玲光苑	押畑 (西部北)	社会福祉法人 豊立会	認知症対応型通所介 護 (予防含む)	10名	令和2年4月1日	
2	園芸デイサービスくめ	久米 (南部)	島田建設 株式会社	認知症対応型通所介 護 (予防含む)	10名	令和4年9月1日	
3	ゆかり成田下総デイ ガーデン萩式番館	名古屋 (東部)	株式会社アン テック	認知症対応型通所介 護 (予防含む)	12名	令和3年1月1日	
4	ゆかり成田不動産岡ガーデ ンハウスさっちゃんの家	不動産岡 (西部南)	株式会社アン テック	認知症対応型共同生 活介護 (予防含む)	9名	令和3年1月1日	
5	グループホーム なりたの憩	飯田町 (西部西)	株式会社フロン ティアの介護	認知症対応型共同生 活介護 (予防含む)	18名	令和4年2月1日	
6	あずみ苑並木町	並木町 (西部西)	株式会社 レオパレス21	認知症対応型共同生 活介護 (予防含む)	18名	平成29年11月1日	
7	グループホーム いきいきの家成田	宝田 (西部北)	医療法人社団 寿光会	認知症対応型共同生 活介護 (予防含む)	18名	平成29年12月1日	
8	グループホーム サクラピア成田	寺台 (西部南)	医療法人社団 昭桜会	認知症対応型共同生 活介護 (予防含む)	18名	平成30年3月1日	
9	グループホーム まんざきの家玲光苑	松崎 (西部北)	社会福祉法人 豊立会	認知症対応型共同生 活介護 (予防含む)	9名	令和5年4月1日	
10	グループホーム さらら公津の杜	公津の杜 (西部西)	スタートケアサ ービス株式会社	認知症対応型共同生 活介護 (予防含む)	18名	令和2年2月1日	
11	さわやかリビング成田	本町 (西部南)	株式会社千葉総合 介護サービス	小規模多機能型居宅 介護 (予防含む)	29名	平成30年12月1日	宿泊室9室
12	まんざきの家玲光苑	松崎 (西部北)	社会福祉法人 豊立会	小規模多機能型居宅 介護 (予防含む)	25名	令和2年5月1日	宿泊室5室
13	あい愛クラブ	本三里塚 (南部)	NPO法人 あい愛	小規模多機能型居宅 介護 (予防含む)	29名	令和4年6月1日	宿泊室6室
14	セントケア公津の杜	公津の杜 (西部西)	セントケア千 葉株式会社	小規模多機能型居宅 介護 (予防含む)	29名	平成29年11月1日	宿泊室6室
15	ケアセンターとこしえ 美郷台	美郷台 (西部南)	株式会社日本 ライフデザイン	小規模多機能型居宅 介護 (予防含む)	29名	令和5年3月1日	宿泊室9室
16	小規模多機能住宅 カレッサ成田北須賀	北須賀 (西部西)	株式会社 CAREGIVER	小規模多機能型居宅 介護 (予防含む)	29名	平成30年11月1日	宿泊室9室
17	生活クラブ風の村小規 模多機能ハウスなりた	大竹 (西部北)	社会福祉法人 生活クラブ	小規模多機能型居宅 介護 (予防含む)	29名	令和3年7月1日	宿泊室9室
18	ケアギバースタッフ	美郷台 (西部南)	株式会社ENKEL	定期巡回・随時対応 型訪問介護看護	—	令和5年2月1日	
19	生活クラブ風の村定期巡 回ステーションなりた	大竹 (西部北)	社会福祉法人 生活クラブ	定期巡回・随時対応 型訪問介護看護	—	平成29年10月1日	
20	特別養護老人ホーム 長寿園 (地域密着型)	長沼 (西部北)	社会福祉法人 浅間の杜	地域密着型介護老人 福祉施設	15名	令和2年4月1日	

令和5年8月1日現在

	事業所名称	所在地 (圏域)	事業者	サービス種類	定員	指定又は 更新年月日	備考
21	成田リハステーション	田町 (西部南)	株式会社 エイワン	地域密着型通所介護	15名	令和3年10月1日	
22	きたはら	南平台 (西部南)	有限会社 きたはら	地域密着型通所介護	18名	令和4年5月1日	
23	ケアビレッジごうぶ デイサービスセンター	郷部 (西部南)	医療法人 みずほ会	地域密着型通所介護	15名	令和4年4月1日	
24	トータルリハセンター 成田	囲護台 (西部南)	DSセルリア 株式会社	地域密着型通所介護	10名	令和3年8月1日	
25	かなでの杜美郷台	美郷台 (西部南)	株式会社 かなでの杜	地域密着型通所介護	18名	平成30年3月1日	
26	リハプライド成田	美郷台 (西部南)	株式会社鳥丈	地域密着型通所介護	18名	令和2年12月1日	
27	ウェルネスパーク 台方	台方 (西部西)	株式会社ダンロップ スポーツウェルネス	地域密着型通所介護	10名	令和3年5月1日	
28	あっとリハビリ デイサービス	宗吾 (西部西)	株式会社スト ライドアップ	地域密着型通所介護	10名	令和2年11月1日	
29	デイ・ハウスあゆみ	並木町 (西部西)	株式会社トータ ル・ケアあゆみ	地域密着型通所介護	16名	令和2年4月1日	
30	デイサービスセンター 長寿園	長沼 (西部北)	社会福祉法人 浅間の杜	地域密着型通所介護	15名	令和2年4月1日	
31	かなでの杜飯田町	飯田町 (西部西)	株式会社 かなでの杜	地域密着型通所介護	18名	令和元年6月1日	
32	スポーツデイサービス ぴっぽ	橋賀台 (西部北)	稲垣興業 株式会社	地域密着型通所介護	10名	令和4年4月1日	
33	健康ぷらす成田	中台 (西部北)	アルバージュ 株式会社	地域密着型通所介護	10名	令和2年3月1日	
34	デイサービスセンター 成田苑	大室 (東部)	社会福祉法人 徳栄会	地域密着型通所介護	18名	令和3年1月1日	
35	デイサービスセンター エンゼルハート	十余三 (南部)	社会福祉法人 慈生会	地域密着型通所介護	18名	令和2年5月1日	
36	ワイズリハ下総	猿山 (東部)	株式会社ヤック スケアサービス	地域密着型通所介護	18名	令和2年6月1日	
37	DAYSERVICE KALESA	北須賀 (西部西)	株式会社 CAREGIVER	地域密着型通所介護	10名	平成29年9月1日	
38	リハ楽 公津の杜	公津の杜 (西部西)	株式会社玄楽	地域密着型通所介護	15名	平成31年2月1日	
39	大栄リハステーション	吉岡 (東部)	株式会社 エイワン	地域密着型通所介護	12名	令和2年10月1日	
40	リハ楽 美郷台	郷部 (西部南)	株式会社玄楽	地域密着型通所介護	10名	令和3年2月1日	

②地域密着型サービス事業所に係る他市町村との協議の状況について

他市町村との地域密着型サービス事業所に係る協議を行った件数は次のとおりです。

	他市町村への協議数	他市町村からの協議数
令和5年3月	0件	1件
令和5年4月	0件	0件
令和5年5月	0件	2件
令和5年6月	0件	0件
令和5年7月	0件	0件

(3) 介護予防・日常生活支援総合事業に関すること

1 介護予防・生活支援サービス事業

① 指定状況（令和5年7月1日現在）

・訪問	介護予防相当サービス	39事業所
	基準緩和型サービス	5事業所
・通所	介護予防相当サービス	60事業所
	基準緩和型サービス	3事業所

② 給付実績

種類	平成30年度 実績額	令和元年度 実績額	令和2年度 実績額	令和3年度 実績額	令和4年度 実績額
訪問型・通所型サービス	184,955,764円	176,893,894円	164,857,354円	179,617,882円	188,716,242円
介護予防ケアマネジメント費	21,381,355円	19,999,091円	19,099,820円	19,556,655円	19,507,800円
高額総合事業サービス費	193,104円	187,746円	189,708円	229,187円	191,316円
高額医療合算総合事業サービス費	50,743円	242,707円	297,323円	363,124円	488,948円

③ チェックリスト該当者 36人（令和5年7月1日現在）

④ 成田市認定ヘルパー（基準緩和型訪問サービスの担い手）の養成

令和4年度	0人
令和3年度	0人
令和2年度	0人
令和元年度	0人
平成30年度	7人

※令和元年度～令和4年度については、新型コロナウイルス感染症の影響により、養成講座が実施できなかったが、令和5年度は実施予定。

2 一般介護予防事業

①介護予防把握事業

運動・口腔・認知機能等の生活機能の低下が疑われる高齢者に対し、市民に身近な薬局で、基本チェックリストを実施し、支援が必要な者を薬局から地域包括支援センターに連絡し、介護予防・生活支援サービス等の利用につなげる事業。

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
基本チェックリスト実施件数	171件	18件	3件	17件	27件
地域包括支援センター連絡件数	44件	5件	1件	7件	9件

②介護予防普及啓発事業

- ・介護予防教室「人生カッコよくプロジェクト」(令和2年度から)

認知症専門医監修により、介護予防教室「人生カッコよくプロジェクト」を開催。認知症、フレイル(虚弱)、ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を予防する総合的なプログラムを実施する。運動やタブレット端末などを使用した脳トレのほか、美術等の創作活動、認知機能の向上のための筋力トレーニングなどに取り組む。

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実参加者数	71 人	35 人	68 人 (内オンライン 23 人)
延参加者数	622 人	350 人	691 人

- ・もの忘れ相談

市民の身近なところにおいて、専門医による相談を行うことで、認知症の早期発見、早期治療により悪化の予防を図るとともに、医療機関との連携により適切な助言、指導を行う事業。

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実施回数	10回	10回	7回	9回	9回
相談件数	17件	8件	19件	26件	16件

③地域介護予防活動支援事業

- ・あおぞら会

地域の公民館などを会場に、月1回、ボランティアが中心となり、季節の行事や交流会を行う事業。

地区	ニュータウン	公津	美郷台	遠山	大栄
会員数	71 人	19 人	14 人	23 人	14 人

・シニア健康カレッジ

筋力トレーニングなどの介護予防に取り組み、自身の介護予防と自主的な介護予防の活動ができる人材を育成する事業。

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実施回数	29回	26回	13回	12回	13 回
実人員	43人	54人	24人	22人	72 人
延人員	891人	571人	268人	241人	745 人

・介護支援ボランティア

高齢者が介護保険施設等でボランティア活動を行った場合に、「ポイント」が得られ、貯まった「ポイント」に応じて換金できる制度。

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
登録人数	87人	87人	84人	107人	110 名
換金人数	28人	28人	24人	5人	21 名
換金額	119,000円	117,000円	102,000円	10,000円	40, 000 円

・なりたいいきいき百歳体操

地域の集会所等に週1回程度集まり、椅子に座り、馴染みの歌に合わせて6種類の体操を行う、地域の介護予防活動。

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
新規参加者数	153人	41人	79人	96人	84人
サポーター養成数	10人	0人	12人	0人	13人

・公園健康遊具によるうんどう教室

公園に設置されている健康遊具を使用してストレッチなどの簡単な運動を行う介護予防教室。

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実施回数	11回	9回	6回	7回	7 回
実参加者数	20人	16人	33人	14人	19 人
延参加者数	145人	91人	153人	77人	105 人