

令和6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5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

○NT・八生・豊住（西部北）地域包括支援センター 3 ～ 8

○遠山（南部）地域包括支援センター 9 ～ 15

○成田・中郷（西部南）地域包括支援センター 16 ～ 21

○久住・下総・大栄（東部）地域包括支援センター 22 ～ 28

○公津（西部西）地域包括支援センター 29 ～ 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（R6.3.31 現在）

全年齢人口数	132,445人
高齢者人口（高齢化率）	32,043人（24.2％）
要介護認定者数	4,893人
内要支援認定者数	1,079人
事業対象者数	31人

2. 地域包括支援センターの事業実績について

圏域名	成田・中郷圏域	ニュータウン・八生・豊住 圏域		公津圏域	遠山圏域	久住・下総・大栄圏域	
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, 7 5 8人	9, 2 1 9人	1, 9 5 5人	5, 3 0 7人	3, 6 4 6人	3, 5 0 9人	3, 6 4 9人
要支援者	1 7 4人	3 0 2人	6 0人	1 8 7人	1 2 9人	1 2 2人	1 0 5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	主 2 人・保 2 人	社 2 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	主 1 人・保 1 人・他 1 人
総合相談支援業務・権利擁護業務							
総合相談延件数	2, 2 0 2件	6, 1 4 2件		2, 2 2 3件	1, 9 4 6件	3, 5 9 7件	
内 虐待が疑われる相談延件数	5件	1 9件		3 0件	2件	3 2件	
疑高齢者虐待事例対応者数（実人数）	1 件	2件		3件	1 件	3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	2 5件	5 9件		2 9件	2 3件	1 2 7件	
ケアマネジャーからの相談	1, 5 0 5件	1, 1 5 6件		4 2 2件	8 2 4件	1, 1 5 1件	
地域包括支援センター連絡会への参加	1 1 件	1 2 件		1 1 件	1 1 件	1 1 件	
地域ケア会議開催	1 9回	1 5回		2 1 回	3 0回	1 1 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）	5 7 3件（3 9 4件）	1, 3 0 3件（7 9 5件）		6 5 1件（4 4 5件）	5 1 9件（2 4 1件）	1, 1 2 9件（9 9 0件）	
介護予防ケアマネジメント作成件数（うち委託件数）	6 6 0件（3 7 3件）	1, 3 4 8件（7 5 8件）		6 4 0件（3 6 4件）	4 6 2件（2 0 4件）	6 9 9件（5 6 0件）	
合計	1, 2 3 3件（7 6 7件）	2, 6 5 1件（1, 5 5 3件）		1, 2 9 1件（8 9 0件）	9 8 1件（4 4 5件）	1, 8 2 8件（1, 5 5 0件）	

成田市の日常生活圏域の現状 【令和6年3月末現在】

【ニュータウン・八生・豊住圏域】
ニュータウン地区、八生地区、豊住地区 (※はなのき台を含む)
- 人口：39,683人 - 高齢者：11,174人 - 高齢化率：28.2% - 認定者：1,489人 - 上記の内要支援者：362人 - 世帯数：18,657世帯 - 独居高齢世帯数：659世帯

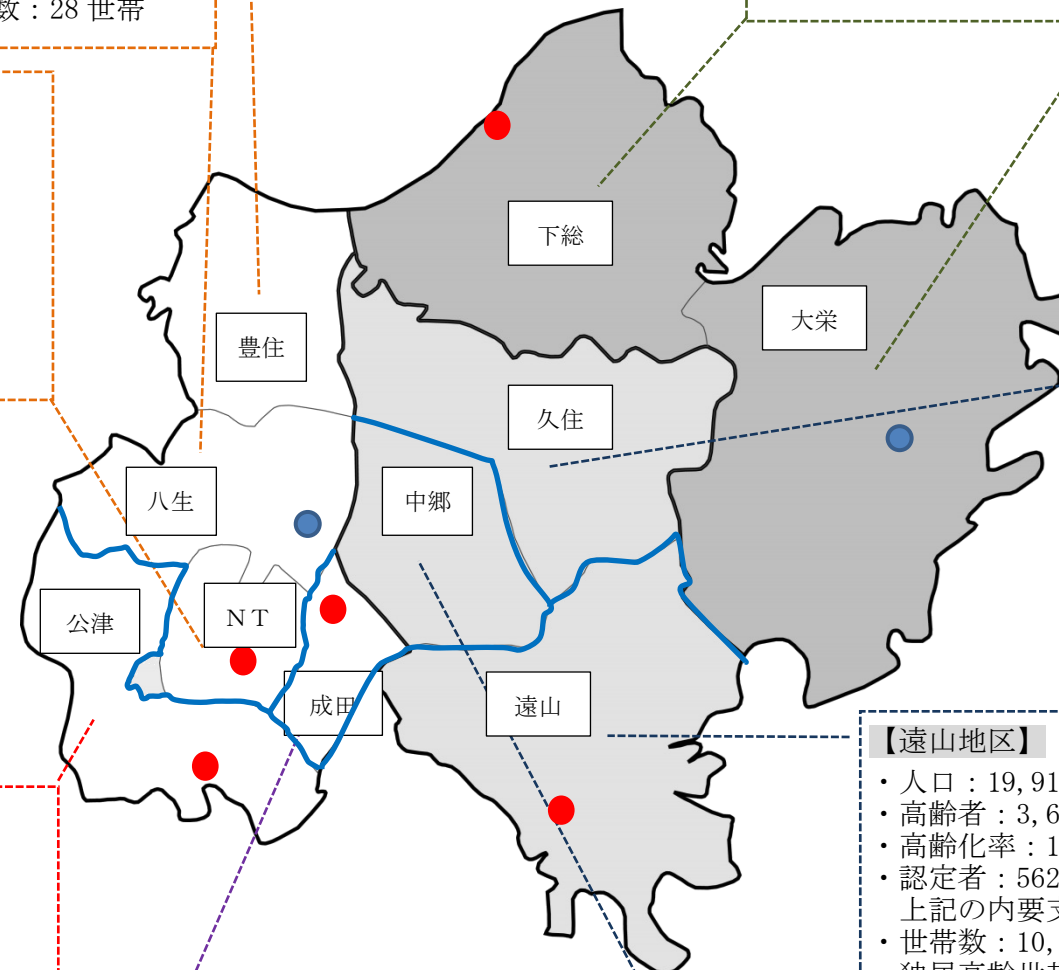
【八生地区】
- 人口：3,243人 - 高齢者：1,211人 - 高齢化率：37.3% - 認定者：206人 - 上記の内要支援者：38人 - 世帯数：1,445世帯 - 独居高齢世帯数：28世帯

【豊住地区】
- 人口：1,572人 - 高齢者：744人 - 高齢化率：47.3% - 認定者：121人 - 上記の内要支援者：22人 - 世帯数：733世帯 - 独居高齢世帯数：20世帯

【下総地区】
- 人口：6,039人 - 高齢者：2,463人 - 高齢化率：40.8% - 認定者：428人 - 上記の内要支援者：92人 - 世帯数：2,810世帯 - 独居高齢世帯数：135世帯

【久住・下総・大栄圏域】
久住地区、下総地区、大栄地区
- 人口：21,082人 - 高齢者：7,158人 - 高齢化率：34.0% - 認定者：1,209人 - 上記の内要支援者：227人 - 世帯数：9,448世帯 - 独居高齢世帯数：307世帯

【ニュータウン地区】
(※はなのき台を含む)
- 人口：34,868人 - 高齢者：9,219人 - 高齢化率：26.4% - 認定者：1,162人 - 上記の内要支援者：302人 - 世帯数：16,479世帯 - 独居高齢世帯数：611世帯



【大栄地区】
- 人口：10,071人 - 高齢者：3,649人 - 高齢化率：36.2% - 認定者：598人 - 上記の内要支援者：105人 - 世帯数：4,689世帯 - 独居高齢世帯数：133世帯

【久住地区】
- 人口：4,972人 - 高齢者：1,046人 - 高齢化率：21.0% - 認定者：183人 - 上記の内要支援者：30人 - 世帯数：1,949世帯 - 独居高齢世帯数：39世帯

【公津圏域】
公津地区 (※はなのき台を除く)
- 人口：29,583人 - 高齢者：5,307人 - 高齢化率：17.9% - 認定者：851人 - 上記の内要支援者：187人 - 世帯数：14,811世帯 - 独居高齢世帯数：195世帯

【公津地区】
(※はなのき台を除く)
- 人口：29,583人 - 高齢者：5,307人 - 高齢化率：17.9% - 認定者：851人 - 上記の内要支援者：187人 - 世帯数：14,811世帯 - 独居高齢世帯数：195世帯

【遠山地区】
- 人口：19,917人 - 高齢者：3,646人 - 高齢化率：18.3% - 認定者：562人 - 上記の内要支援者：129人 - 世帯数：10,881世帯 - 独居高齢世帯数：131世帯

【遠山圏域】
遠山地区
- 人口：19,917人 - 高齢者：3,646人 - 高齢化率：18.3% - 認定者：562人 - 上記の内要支援者：129人 - 世帯数：10,881世帯 - 独居高齢世帯数：131世帯

【成田地区】
- 人口：21,083人 - 高齢者：4,290人 - 高齢化率：20.3% - 認定者：711人 - 上記の内要支援者：155人 - 世帯数：12,096世帯 - 独居高齢世帯数：353世帯

【中郷地区】
- 人口：1,097人 - 高齢者：468人 - 高齢化率：42.7% - 認定者：71人 - 上記の内要支援者：19人 - 世帯数：490世帯 - 独居高齢世帯数：13世帯

【成田・中郷圏域】
成田地区、中郷地区
- 人口：22,180人 - 高齢者：4,758人 - 高齢化率：21.5% - 認定者：782人 - 上記の内要支援者：174人 - 世帯数：12,586世帯 - 独居高齢世帯数：366世帯

【全体】
- 人口：132,445人 - 高齢者：32,043人 - 高齢化率：24.2% - 認定者：4,893人 - 上記の内要支援者：1,079人 - 世帯数：66,383世帯 - 独居高齢世帯数：1,658世帯

令和6年3月末日現在
認定者には、事業対象者は含まない。
※はなのき台は、ニュータウン地区に算入している
●は地域包括支援センター、●は支所の位置を示す。

令和5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 成田市ニュータウン・八生・豊住（西部北）地域包括支援センター

【評価結果を踏まえた改善点】

介護支援専門員を対象とした研修会・事例検討会等の開催計画を策定し、指定居宅介護支援事業所に年度当初に提示します。

＜担当する圏域の課題＞

ニュータウン地区は高齢化が進み、それに伴い相談数も年々増加しています。独居や高齢者世帯の相談も増えていますが、家族と同居していても、家族にも支援が必要な相談も多く、高齢者以外の相談機関とも連携が必要なケースが増えていきます。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少ない等、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い地域は互助での助け合いがありますが、地域との繋がりが少ない地域（世帯）もあり、高齢者のいる世帯の重度化を防ぐために働きかけていく必要があります。どちらの地域も高齢化が進んでおり、生活支援、介護、医療の必要性が高まっています。

＜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、高齢者や高齢者以外を支える関係機関に早期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。

今年度も毎月延べ500件を超える相談があり、常に多忙の状況です。包括内で相談し合い、各事業所との連携を密に行いスピーディな解決を行っています。また高齢者の家族支援にも力を入れ、高齢者だけでなく、家族にも支援が必要な方への対応についての事例検討会を行い、若い方を支える機関や精神疾患を抱える方の相談機関とも顔の見える関係ができ、連携が更に強化しました。民生委員、地区社協、介護支援専門員、介護事業所等との連携を強化し、なりたいいきいき百歳体操の普及を行い、地域との繋がりを持てるように支援しました。身近な相談所として、気軽に来所できる相談所となっています。

- 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の連携を強化し、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います。

地区社協や民生委員の会議、敬老会、ふるさとウォーキング、土砂災害防災訓練等地域の行事に参加し、地域との連携を深めた活動を積極的に行いました。生活支援コーディネーターが中心となり、なりたいいきいき百歳体操の新規立ち上げや継続支援を行い、介護予防、健康維持を図れるように活動を行いました。地域内の介護施設の理学療法士の協力を得て、地域の集まりに出向き、腰痛予防や正しい歩き方の指導等を行い、地域での生活を継続できるように支援しました。本人家族からの相談だけでなく、民生委員や地域の方からの相談が早期に解決できるように、介護や医療等の必要なサービスに繋げ、自宅で地域との関わりを継続しながら生活できるように支援しました。

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。 ・給付管理数は年々増加しており、地域の介護支援専門員と連携し、利用希望の方に環境や心身の状況を勘案し、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。	・公平中立をモットーに、利用者の意向に基づき、円滑にサービスが利用できるように支援を行った。 ・定期的にサービスの実施状況をモニタリング、評価し、委託したプランも確認を行っている。 ・ケアマネジャー不足で、要支援者のプランを居宅介護支援事業所に委託することが難しい状況である。担当件数が15件までとなっているが、常に15件に近い数を職員が担当している。今のところ、サービスを希望する方には、サービスが提供できているので、今後も事業所内や居宅介護支援所とも連携して対応していく。

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、休日にも適宜対応する。パンフレットや包括だよりにより夜間、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て解決にあたる。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。	・包括のパンフレットを作成し、敬老会や地域の集まり等で配布して周知を図り、夜間、休日にも相談できることを記載している。休日に相談を希望する方には、適宜対応している。 ・三職種の専門性を活かし、常に連絡を密に取り、緊急性の判断を行い、市役所と連携して対応している。 ・相談数は昨年より微増であるが、相談も多様化し、一つの相談の解決に時間がかかるケースが多くなっている。多数の職員で関わる必要があるケースが多く、本所、支所にとらわれず、職員全員で対応している。
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。	・虐待については市と連携して適切に対応している。包括内で社会福祉士が中心となり、虐待についての勉強会を開催し、虐待対応について再確認した。 ・消費者被害については、地域の集まり等でパンフレットを配布する等周知啓発を行った。 ・市長申立の成年後見申立等、制度の利用にあたって、市の後見センターと連携し、日常生活自立支援事業制度の利用も社協と連携して利用促進を図った。
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。 ・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。 ・地域資源を活用した、ケアプランの作成を促進するため、情報提供を行う会議等を行う。 ・多職種が一緒に考える事ができる、研修会や事例検	・10件の個別地域ケア会議を開催し問題解決を図った。金銭問題、若年性認知症、アルコール依存等多職種での話し合い、問題解決を図った。 ・介護支援専門員からの相談では、同行訪問や継続的に耳を傾け、後方支援を行った。 ・移動販売、保険外のサービス等の情報を提供し、地域資源を活用した多様なサービスを利用し、在宅で

	討会を開催し連携強化を図る。	の生活が継続できるように支援した。 ・ほっとすまいる、成田生活支援センター、薬剤師をアドバイザーとして、介護支援専門員向けの事例検討会を開催し、今後の支援や連携体制構築を図った。
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。	・金銭問題が課題にあがった事例が多くあり、金銭管理ができない、収入が少なく生活困窮など、同じ金銭問題でもそれぞれ課題に違いがあり、社会福祉課や社協の日常生活自立支援事業、暮らしサポート等と連携して、個々のケースの支援を通じて連携が図られた。 ・災害対策として、市が主催する豊住地区土砂災害訓練に参加し、地域住民と土砂災害が起りやすい場所を実際に確認し、要援護者の避難を行い、非常時の際に役立てた。
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。 ・去年の個別地域ケア会議の課題を整理し、事例の中で多く上がった「妄想」について小地域ケア会議を開催する。 ・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。	・個別ケア会議の課題を整理した結果、今年度は金銭問題で困ったケースが多くあった。 ・今年度は介護者の家族支援について課題があるケースが多くあり、家族支援、精神疾患の方への対応について小地域ケア会議で事例検討を行った。 ・地域の集まりを活用した地域ケア会議を開催し、参加者から施設入所の費用等具体的な話が多く、介護や病気の予防も大切だが、高齢化に伴い医療や介護がより身近なことになっていることがわかった。

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。 ・本人視点にたった地域共生社会づくりを目指し、地域住民を対象とした講座や認知症カフェ等を開催する。 ・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。 ・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く。 ・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。	・認知症地域支援推進員が中心となり、地域住民を対象とした認知症VR研修を開催した。認知症カフェは開催していない。 ・市から依頼された認知症サポーター養成講座を8ヶ所行い、地域や企業の職員等に認知症の理解を深める活動を行った。 ・徘徊での事故を防止するため、GPS装置の活用、市のステッカー等の利用を促進し、SOSネットワーク利用後のフォロー等、適切な介護サービスの利用に繋げた。 ・認知症初期集中支援チームと連携し、定期会議に認知症地域支援推進員が参加し、サポート医との連携を強化した。また、チーム員が関わったケースの継続支援として、個別地域ケア会議を開催し、地域住民を巻き込んだ支援体制を構築した。 ・オアシスの会に毎回認知症地域支援推進員と職員が交代で参加し、相談や助言を行った。 ・若年性認知症の方の相談に千葉県若年性認知症支援コーディネーターと連携し、介護サービスに繋げる支援を行った。
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。	・医療が主催する指定難病の支援についての勉強会に看護師が参加し、難病に対する支援制度等を学び、職員に周知し、今後の支援に役立てた。 ・癌末期の利用者に早急に必要なサービスが利用できるように、医療機関、介護サービス、社会資源を活用することで在宅生活がスムーズに行われるように支援を行った。

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が中心となり活動を行う。 ・困りごとを把握し、地域資源の発掘を行い、地域での居場所作りを積極的に行う。 ・把握している地域資源を伝えるための会議等開催し、地域住民や介護支援専門員に情報提供し利用促進を図る。	・地域の居場所となる地域のカフェの立ち上げ支援やなりたいいきいき百歳体操の立ち上げ支援を行った。移動販売の促進や保険外サービス、有償ボランティアの発掘を行い、それを活用できるように資料作成を行い、情報提供を行った。地域住民や介護支援専門員等にむけて、生活支援コーディネーターの役割や活動の説明、困り事について情報交換、社会資源の情報提供を行った。地域で認知症講座や健康講座、スマホ講座を開催した。開催にあたって企業や介護事業所等と協力し、連携を図った。
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 29 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行っていく。 ・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は、新規で立ち上げるグループ、活動を休止しているグループもあり 29 ヶ所で継続されている。生活支援コーディネーターが中心となり、体力測定を行う等継続支援を行った。 ・介護予防把握事業（かかりつけ薬局による生活機能低下早期発見事業）で認知症の早期発見し医療受診介護保険に繋げ、在宅生活の継続を支援した。
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	・コロナ禍で活動が制限されていたが、今後も感染には注意し、地域で積極的に活動を行う。 ・年度初めに研修会や事例検討会の計画を立て、居宅介護支援事業所に提示を行う。	・感染に注意し、積極的に地域で活動を行った。 ・予算の関係もあり、年度が開始しないと講師を招いた研修会の開催計画が難しい。今年度は 6 月に研修会や事例検討会の提示を行った。

2 成田市遠山（南部）地域包括支援センター

<担当する圏域の課題>

遠山地区は高齢者世帯や独居高齢者世帯の増加に加えて、認知症高齢者の増加が見られます。近隣に支援者が不在の場合や、支える家族の高齢化や健康不安、更に経済的な不安を抱えるなど、複数の解決すべき課題と向き合う必要があります。介護・医療、その他様々な機関と連携を深めて、丁寧に解決策を検討出来るネットワーク作りを行う必要があります。

またコロナ禍による活動量の減少から、気力や体力の低下を心配する声が聞かれます、地域活動再開の支援や、地域で安心して過ごせるように、支えあい・助け合いの仕組みを深める事が必要と考えます。

<重点目標>

- 1 介護や医療のみならず多方面の関係機関と連携を図り、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。取り組みを重ねて、互いの役割の理解を深め、多様な課題に向き合うネットワークの構築を図ります。

他業種や他機関との連携強化を図る為に時節に合ったテーマ（5 類になったコロナとの付き合い方）を設定し研修会を開催しました。開催時間や開催方法（ZOOM）を工夫する事で、多方面から多くの参加者を得る事が出来ました。「研修会の内容を職場に持ち帰り勉強会を実施したい」等様々な感想も得られ、今後の実務にも役立つ研修会とする事が出来ました。感染症の対策に関する関心の高さを感じ、具体的な現場での対応方法など共有する事も出来ました。

- 2 医療機関等と連携し、地域に向けて介護予防や認知症に関する情報発信を積極的に行います。更にセンターの周知を図り、早期の相談支援に繋げる取り組みを行います。

毎月開催している「元気に歩いて体力 up ノルディックウォークの集い」では、地域の医療機関よりリハビリ専門職の協力を得てミニ講座を開催し、生活習慣病予防や心筋梗塞、心不全等の疾病に関する知識を深める事が出来ました。同時に体を動かす事の大切さを共有し運動を継続しました。又地域活動の場に出向き「出前講座」を開催し、体調管理や暮らしの豆知識などの話題提供を行いながらセンターの周知活動も積極的行いました。

- 3 予想される自然災害などに備えて、生活支援コーディネーターと協力し、緊急時の情報の獲得や、互いに連携を図る事が出来るような取り組み支援を行います。

危機管理課の協力を得て「地域防災力の向上・災害から自分や地域を守る」というテーマで勉強会を実施する事が出来ました。また自ら支援者となる事が出来るよう福祉用具事業所の協力を得て、車いす等の使い方を学ぶ講習会も行う事が出来ました。また災害時等も情報提供の大切なツールとなる携帯電話の利用方法を習得する為の「スマホ講座」を楽しみながら開催する事が出来ました。地域に向けた防災に対する情報提供を多角的に実施する事が出来ました。

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、要支援者に対して住み慣れた場所での生活が継続出来るよう、環境や心身の状態を考慮して、利用者の特性を生かしながら計画を作成し、必要なサービスの利用に繋げていく。 ・利用者の出来る事を共に発見し、サービスの紹介時には、利用者や家族が自ら選択出来るよう、公平性を踏まえて、介護保険以外のサービスや地域の取り組みの紹介も行う。 ・サービスの実施状況については定期的にモニタリングを実施し、その効果を評価し管理していく（委託しているプランも同様とする）	・事業対象者、要支援者に対して現在の生活を維持し、いきいきと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。 ・地域の集まりへの参加等の促しも積極的に行い、介護保険以外の資源の活用にも務めた。 ・早期のサービス利用のご希望があっても、予防プランの担い手の確保が難しく対応に苦慮する事もあった。 ・提供したサービスの実施状況はその都度モニタリング・評価を実施し、委託のプランも同様に管理している。

総合相談支援業務	様々な相談に対して、その問題解決に向けて、適切なサービスや制度に結び付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積極的に参加し、センターの周知活動を行っていく。「包括便り」を作成し周知活動に役立てる（年3回） ・来所者が安心して相談出来るように、センターの受付窓口や相談室の環境整備を行う。 ・多様な相談に対応出来るように、センター職員が専門職としてのスキルアップに努めていく。	・地域の活動に積極的に参加し「出前講座」で情報提供を行いセンターの周知活動に努めた。包括便りは臨時号も含めて年3回発行する事が出来た。 ・受付や相談室は毎日清掃し清潔を心がけ安心して相談出来る環境整備を行った。 ・新入職の職員を中心に積極的に研修会に参加しスキルアップに努めた。研修の内容は報告書を通じて事業所内で共有し参加者以外の職員も同時にスキルアップに努めた。
権利擁護業務	高齢者が尊厳を保持し安心して生活出来るよう、権利侵害などの対応について、必要な機関と連携し解決に向けた取り組みを行う ・虐待事例を把握した場合は、速やかに市に報告し連携を図りながら対応していく。 ・成田警察署生活安全課、消費生活センターなどの協力を得て必要な情報提供を行い、詐欺予防や消費者被害防止に向けた取り組みを行う。 ・成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用が必要な場合は、関係機関と連携し支援を行う。制度の仕組みの周知も行っていく。	・成年後見人市長申し立ての際は「本人情報シート」を作成し申し立ての協力を行った。 ・市の開催する介護者教室に於いては「成年後見制度について」の講師を務め制度についての分かりやすい情報発信を行った。 ・成田警察生活安全課より「犯罪の発生状況と自主防犯活動」、消費生活センターより「悪質商法あれこれ」というテーマで勉強会を開催した。車盗難の手口や侵入盗から自宅を守る方法、迷惑メールや架空請求の対処方法など日常生活の中で有益な情報提供を行う事が出来た。 ・疑虐待等介護支援専門員からの情報提供に対して、速やかに市に相談し情報提供を行った。

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	医療機関と地域の関係機関との連携、在宅と施設の連携など、其々の状況に応じた支援内容を検討し、介護支援専門員への情報提供や必要な支援を行う。 ・ 困難事例に対しては課題解決に向けた個別のケア会議を開催し、関係機関の協力を得て、今後の対応策が検討出来るよう支援する。必要時は同行訪問するなど柔軟に対応していく。 ・ 介護支援専門員と民生委員など地域の関係者との顔の見える関係作りを支援する。 【評価結果を踏まえた改善点】 ・ 介護支援専門員が他の事業所や地域の関係者との連携を深める事が出来るよう、年度当初に研修会の開催予定を提示する。	・ 対応困難なケースは関係機関と連携し個別の会議を開催し対応策を検討した。 ・ 地域活動の中で火災を想定した避難訓練を実施した介護支援専門員の参加も得る事が出来て地域の皆さんとの交流の場とする事が出来た。 ・ 介護支援専門員、医療介護関係者に向けて年度始めに研修会予定の案内を実施した。事前に予定を周知する事で当日は多数の参加者を得る事が出来た。 ・ 年間の地域ケア会議の予定表を居宅支援事業所に年度当初に配布し周知する事が出来た。
多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築	課題が複数存在し、多方面の関係機関の連携が必要になる事も多い、互いの専門性を生かして対応策を検討する事が出来るようにネットワークの構築を図る。 ・ 課題を広い視野で検討出来るよう、互いにその役割を確認しながら協力し、多職種が参加して個別のケア会議を開催する。 ・ 専門職のニーズに沿った研修会の開催を検討する。 ・ 日頃から情報共有を心がけ、地域関係者との協力体制を深めていく。	・ 個別の会議の開催時には、関わる関係者の参加を依頼し多職種が集まる事を心がけた。精神的な課題を抱える場面も多く障害分野の専門職のアドバイスを得ながら対応策を検討した。 ・ 退院カンファレンスの時には、担当して頂く地域の民生委員さんのご協力も得て、退院後の見守り体制強化を検討する事が出来た。 ・ 現場の誰もが長く対応に苦慮した「コロナ感染症」が5類に移行した直後に「5類になったコロナとの付き合い方」というテーマで研修会を実施する事が出来た。専門医の分かりやすい講義を受けて、当日の研修会の内容を「現場の勉強会に持ち帰る」という意見を多数頂く事が出来た。

地域ケア会議	必要に応じて関係者や関係機関の協力を得て地域ケア会議を開催していく。 ・個別課題の解決に向けて、速やかに個別のケア会議を開催し、今後の支援内容を検討する。 ・地域の活動の場に出向き小地域ケア会議を実施する。 集まる関係者のニーズに沿った情報提供を心がけ、地域課題の発見や把握に努める。	・年間計画をもとに初夏には「脱水予防」秋には「防災、防犯、詐欺防止」など内容を検討し、地域に向けて必要な情報発信を行う事が出来た。会議開催に当たり企業の協力も得る事で最新の情報を提供する事が出来た。 ・地域活動の場に出向き「出前講座」を実施した。定期的実施する事で、参加者からテーマのリクエストを頂く事もあり地域のニーズに応える事が出来た。 ・必要な個別の会議は関係機関の協力を得て速やかに開催した。
認知症施策の推進	認知症の方や家族が、安心して相談出来るよう、センターの周知を行うと同時に、認知症予防などの情報発信を行っていく。 ・認知症サポーター養成講座を開催し、地域に認知症の理解者を増やす取り組みを行う。 ・医療機関や様々な関係機関の窓口との連携を強化し、かかりつけ医や認知症専門医に相談しながら、今後の方向性や対応策を検討する。 ・医療機関との繋がりが無い場合などは、認知症初期集中支援チームの協力を得て、必要な医療・介護に結び付けていく。地域の理解や協力も仰いでいく。 ・地域の集いの場に出向き、認知症予防などの情報提供を行う。 ・認知症家族の会「オアシスの会」に参加し家族の不安に寄り添い支援する。	・「認知症サポーター養成講座」では講師を務め、小学生向けの講座を開催するなど多世代に向けての情報発信を行う事が出来た。 ・地域の開業医より「受診時に心配だった」と直接電話を頂けるようになっている。こちらからも積極的な情報提供を心がけ、介護保険のスムーズな申請に繋げる対応を行った。 ・認知症初期集中支援チームの協力を得て独居女性の支援方法を検討した。専門医を始め訪問看護の協力、地域の皆さんの理解と支援も頂き、現在も在宅生活を継続する事が出来ている。 ・毎月のノルディック・ウォークの開催時でも「認知症予防」について学び、予防対策の一つである「定期的な運動」「少し負荷のかかる歩行」などを実行し継続する事が出来ている。

在宅医療・介護連携の推進	医療機関からの退院時や病状の変化時などに、利用を希望する方が、在宅医療や介護のサービスをスムーズに受ける事が出来るよう関係機関との協力や連携を密に行う。 ・入院時には「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に努め、退院後の生活に向けた調整を行う。 ・成田市在宅医療・介護連携センターと連携し市内の医療機関の情報を得る。研修会にも積極的に参加して専門職としての知識を深める。 ・癌末期など病状急変のリスクの高い場合は、急変時の対応策を関係機関と共有する。 ・将来に備えて「エンディングノート」などの普及活動を行っていく。	・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に努めた。 ・成田市在宅医療介護連携センターより医療機関の情報をリストの他メールにて頂き日頃の業務に役立てる事が出来ている。 ・今後病状の悪化が急速出現すると予測される場合は関係機関と連携し迅速に対応した。訪問診療医との連携も重要なものとなっている。 ・「人生 100 年時代の片づけ術」というテーマにて講演会を開催した。その際参加者にはエンディングノートを配布し、「片付ける」事も「エンディングノート」を書く事も「今後を考える良いきっかけになった」などの感想を頂く事が出来た。
生活支援サービスの体制整備	地域の高齢者が安心して生活出来るよう地域住民に向けて情報発信を行っていく。 ・第 2 層生活支援コーディネーターが中心となり、地域のニーズに合わせて、移動販売の充実を図る。 ・介護支援ボランティア制度などを紹介し、高齢者が自ら支え手となり活躍出来るような情報提供を行う。	・新規店舗の出店などで買い物がより便利になる地域と、車での移動が出来ない場合は買い物が難しい地域に 2 分されている。移動販売については地域の声を 2 層生活支援コーディネーターに伝える事を心がけている。 ・地域活動に出向いた際は、参加者の意見に耳を傾け発言を促す事で「受け身」の活動に終始しないよう配慮した。得意な事を参加者が披露出来る機会を設けるなど工夫した。

介護予防の推進	地域に向けて健康寿命を延ばす事や、介護予防の情報提供を積極的に行っていく。 ・第２層生活支援コーディネーターと協力し「なりたいきいき百歳体操」の活動継続の支援や、立ち上げ支援を行う。 ・「元気に歩いて体力UP、ノルディックウォークの集い」を毎月開催する。地域のリハビリ専門職の協力を得て定期的に体力測定を実施し、参加者が楽しみながら目標を持てる取り組みを行う。 ・健康維持や体調管理に関心が持てるように、集いの場である「井戸端クラブ」にて、健康講座を開催していく。季節や参加者の要望に応じて講座の内容を検討していく。	・「元気に歩いて体力 up ノルディックウォークの集い」を毎月開催する事が出来た。年間２回の体力測定を実施し参加者自ら楽しみ、自分の体力を可視化する事が出来た。リハビリ専門職のアドバイスも大きな励みとなった。 ・地域の集いの場である「井戸端クラブ」に参加し健康講座を開催した、「夜間足がつるので対応策を教えて欲しい」などのリクエストを頂き、原因や対応策について情報提供を行う事が出来た。大学より実習生を受け入れた際には実習生による健康教室を開催し、出席された皆さんから「勉強頑張って」と暖かい言葉が沢山贈られた。取組の中で百歳体操も実施して体操のPRに努めた。
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	介護支援専門員に対して事前に研修会の開催予定を周知する。研修会により知識を深める事だけでなく、他の事業所や地域の民生委員などとの連携を図る事が出来るように工夫していく。	・年間の研修会の予定を年度始めに周知する事が出来た。そのため専門職向けの研修には多数の参加者を得る事が出来た。 ・避難訓練に参加して頂くなど事業所間の交流の促しを実施する事も出来た。

3 成田市成田・中郷（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、比較的三世帯同居が多く、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。

認知症高齢者の支援をはじめ、本人以外の世帯全体への支援、独居や身寄りのない人への支援が増えてきている。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。必要に応じて随時個別ケア会議を開催し多機関、多職種との連携を図っている。高齢者の見守りや地域課題の把握については民生委員、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や専門職向けの認知症研修は開催している。専門職や認知症初期集中支援チーム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。買い物バスツアーも本年度から再開し、実施地区も拡大した。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、プラン作成は困難になっている。 ・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。	・新型コロナが落ち着き、集いの場所への積極的な参加が再開できた。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、まだ

	・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。	一部書面開催もあるが、参集型での開催もあり、利用者、家族、地域の方々の参加により情報の共有を図ることができた。
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なう。 ・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。	・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。 ・関係機関と協力し権利擁護や成年後見について普及、啓発を図った。 ・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と連携し、必要な支援を行った。
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、担当圏域等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）。 ・介護支援専門員向けの認知症ケアマネジメント研修を開催した。（1回） ・事例検討会ではなく随時個別ケア会議を開催した。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】 ・新型コロナの影響で開催を見送っていた専門職を対象とした事例検討会やサロン等を再開する。	い。 ・慢性的な介護支援専門員不足による居宅介護支援事業所の業務負担を鑑み、包括主催のサロンや事例検討会は開催を控えている。
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】 ・多職種が参加しやすい環境を工夫して開催する。	・実践のなかでケースに合わせた構成員を招集し多職種と連携している。 ・小地域ケア会議については地域住民向けが多く、専門職への参加要請が少なかった。 ・感染症が落ち着いたことで対面での招集が再開できている。
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る。	・地域の民生委員、地区社協、地域関係者をはじめ、専門職や行政職を招集し個別ケア会議を実施した（10回）。 ・介護予防・自立支援型ケア会議は開催していない。 ・支え合いの会議は関係機関と連携し、交通安全や特殊詐欺について、薬剤についての小地域ケア会議を開催した（7回）。 ・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開催していない。 ・感染対策としてオンライン開催ができる環境を整えた。

	【評価結果を踏まえた改善点】 ・コロナ禍での研修や講演等の開催方法の長期的な視点で検討する。	
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の情報を発信する。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、住民主体型の認知症カフェや地域密着型サービス事業所等とも連携し、集いの場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ない、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。（2 回） ・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	・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。 ・市内の在宅医療関係事業者による研修会に参加して

	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。	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。 ・高齢者が社会活動に参加できるように「スマホ講座」をSCと協同で積極的に開催する。 【評価結果を踏まえた改善点】 ・コロナ禍で中止していた買い物バスツアーの再開を検討する。	・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、高齢者クラブ等に積極的に参加し、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。 ・買い物バスツアーを再開し、新たに地区を拡大した。 ・他センターのSCと協同でスマホ講座を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、百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 成田市久住・下総・大栄（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ことが挙げられる。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、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る。既存のサービスの改良や新たな開発が必要である。

・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。しかし、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必要である。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 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。今後の新型コロナウイルスの動向を見ながら、可能な限り各団体との会合に参加するなど、細目に情報共有を行うなど、連携を意識する。

民生児童委員や各関係機関との連携、ネットワーク強化は民生児童委員の定例会や敬老会への参加、ケースごとの連携を通じ図っている。また、生活支援コーディネーターと協働し、地区社協や民生委員を中心とした小地域ケア会議を3月に開催した。ざくばらんな意見交換の場を設けることで地域との情報共有の場を作ることを意識した活動を行った。

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る課題は、包括連絡会時に報告する他、地域ケア会議の報告等を通じ、市へ提言を続けている。昨年に引き続きの課題となるが、今年度は、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ケースが多かった。昨年と比べても、増加傾向である。

3 生活支援コーディネーターと協働し、下総地区にて包括が事務局を務める「喫茶ひまわり」の開催規模を新型コロナウイルスの動向を見ながら、コロナ禍前に戻していけるようにする。

生活支援コーディネーターと協働し、喫茶ひまわりを継続開催中である。現在は、参加者の受け入れは一般の方まで拡大し開催している。また現在、ボランティアの若返りに向け、協力者等の把握に努めており、1名のボランティアを確保出来ている。

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	・自前プランにおいては、インフォーマル資源の位置づけを意識し作成出来ている。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、必ずしもインフォーマル資源の位置づけが徹底されている状況ではない。助言の場としては、昨年に引き続き、日々のケアプランチェックの際やケアマネ座談会などを活用している。 ・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委託先にて2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、助言等の支援を継続することとする。

	要に応じプランへの位置づけを委託先の居宅介護支援事業所へも意識して頂くよう、助言を行っていく。 【評価結果を踏まえた改善点】 委託先の居宅介護支援事業所がプラン作成時にインフォーマル資源の位置づけを行いやすいよう、生活支援コーディネーターと協働し、東部圏域における資源の把握を進め、その情報を居宅介護支援事業所へ行っていく。	生活支援コーディネーターからの資源情報を委託先の居宅介護支援事業所へ提供している。その中で、利用者が社会参加につながるインフォーマル資源という位置づけで、アイロンビーズの仕分け作業を行う事業所を紹介、無事マッチングすることが出来た。
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、密な関係づくり・情報交換に努める。 - 下総本所へ距離があり、なかなか気軽に相談に来れない方や自宅では家族に気を使い、相談をしにくい方もいる事を鑑み、地域へのアウトリーチと包括支援センターの周知を目的に、久住地区にて無料出張相談会を実施する。（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、情報共有を図り協働す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、来所相談者実数は年間で2名であった。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。 - R6.3 現在、専門職の配置は1名（社会福祉士）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動向を見ながらとし、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た出前講座等は開催できていないが、圏域の交番から地域で気になる情報（地域で起こっ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。 - 相談ケースに合わせ、成年後見支援センターを紹介

	・成年後見支援センターと連携し、成年後見制度が必要な方をスムーズに制度に繋いでいけるようにする。	する他、市長申し立て等についてセンターへ相談するなど連携を図っている。
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。 ・包括便りを発行し、包括の活動周知を行う。（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。なお、開催方法については、新型コロナウイルスの動向をみつつ、事業所への訪問や集合形式など柔軟に対応する。（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、自立支援のための多職種検討会の開催を検討する。（年1回）	・今年度は東部圏域においては全ての地区で敬老会が開催され、生活支援コーディネーターと協働し参加を行っている。敬老会の中で、包括のPRタイムを頂くことができ、地域の高齢者に向けた非常に良い周知の機会を得る事ができた。 ・包括だよりについては、3回発行した。 ・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、今年度は訪問スタイルを中心に実施している。また、2月に参集での意見交換会を実施した。 ・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、地域ケア会議や各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、今年度は新型コロナウイルスの5類移行に伴い、ZOOMを活用した研修だけでなく、参集による研修が増え、より顔の見える関係性づくりを行いやすくなった。

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。（四半期に1度程度） ・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） ・今年度も地区社協や民生児童委員を参加対象とする地域ケア会議を開催する。（半年に1度程度） ・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】 ・令和4年度においては、コロナ禍の影響を考え、ケア会議の開催を中止することがあり、計画通りの開催が行えなかった。令和5年度においては、新型コロナの動向を見つつとはなるが、計画通り開催を行えるよう努める。	・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連携を取り、喫茶ひまわり内で開催した。内容としては認知症サポーター養成講座を活用した会議を行った他、今後の喫茶ひまわりの展開について検討する機会を設けた。また昨年度に引き続き、今年度内に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3月に開催した。地域団体から依頼を受け、認知症をテーマとしたケア会議を2月に開催した。 ・個別ケア会議は年間で3回開催した。会議から見えた課題は市への報告・提案に繋げている。 ・開催を提案したが団体の都合で延期となった他、包括内の職員の配置転換により準備が間に合わず、開催を見送ったケースがあり、昨年と比較すると開催数は少なかった。 ・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。	・今年度は認知症初期集中支援チームへつないだケースはなかったが、協働する意識を持ちつつ認知症事例に対する支援を実施している。 ・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、団体向けに1回実施している。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。 ・市から依頼を受け、企業向け認知症サポーター養成講座へ職員の講師派遣を行った。

	・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。	
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、ケアカフェ等への参加を通じ、ネットワークの構築を図った。 ・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。もともと地域に存在する資源をうまく活用し、0から1を作るだけでなく1を2にして行けるよう、生活支援コーディネーターと協働し、チームで地域資源開発について検討を進めていく。	・生活支援コーディネーターが地域に出向き得た情報をチームで共有し、どのような取り組みが出来るかを検討した。その中で今年度は新たな取り組みとして、小御門地区にある小御門神社の宮司さんにつながり、神社内で行われているマルシェに包括のブースを出させて頂いた。マルシェという、地域にもともとある資源の中で包括や100歳体操の周知など行い、今後の資源開発につながる活動を行った。
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5年度においても、2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。	・今年度は新たな百歳体操のグループの立ち上げは行えなかった。 ・百歳体操立ち上げに向けた方策として、喫茶ひまわりの開始時間前に百歳体操の体験会を設けた。体験する中で、まだ具体的に話は進んではいないが、参加者のお住まいの地区にて百歳体操の立ち上げの検討をしていきたいとの感想を伺っている。

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、再開は出来たものの、主で協力してくださっていた団体がメンバーの高齢化を理由に解散となった。団体は解散したが、個別に喫茶ひまわりについてはご協力を頂ける予定である。しかし、今後の課題として、安定した開催のためには、協力頂ける方についての若返りが必要となる。生活支援コーディネーターと協働し、地域で新たな運営ボランティアを発掘していく必要がある。 ・専門職（三職種）については、足りていない職種について引き続き求人を継続し、体制を整えていく。（R5.4 より主任介護支援専門員は配置見込み。残る保健師・看護師枠の求人を継続する）	・生活支援コーディネーターと協働し、地域活動に興味を持つ方を業務の中で把握し、その中でひまわりのボランティアへの勧誘を実施した。結果、現在1名が新たなボランティアとして協力頂いている。 ・専門職については、生活支援コーディネーターの産休に伴い、社会福祉士の配置転換を行った。それにより、R6.3 現在の足りていない職種は社会福祉士1名となっている。
-----------------------------------	--	---

5 成田市公津（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問題、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ること、また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するなどの問題があります。困っても頼れるひとがいないという方も多いと思われるので、そうしたときに孤立しないための取り組みが課題と考えています。
- 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問題があります。通院や買い物などの外出、他者との交流の機会づくりなど、昨年度より取り組んできた各自治会等との協働での取り組みを継続し、健康増進と介護予防の成果を導くことが課題と考えています。
- ③ 徐々に高齢化が進んでいる住宅街地域では、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します。同世代の方が多いという特徴を活かし、住民相互が見守り合い、助け合えるような地域づくりへの取り組みが課題であると考えています。

<重点目標>

市が掲げる「支えあい」「介護予防・健康づくり・生きがいづくり」「安心した暮らし」「充実したサービス体制と自立支援」の4つの基本方針の実現に向け、これまでの取り組みを整理して体制を再構築し、地域住民や地域の関係者とともに『地域包括ケアシステムが確かに機能すること』の実感を目指す。

1 地域住民や地域の社会資源・関係者との協働体制の強化

地域ケア会議の取り組みを軸として、個別課題および地域生活課題に対し、解決に向けた協働をすることで、地域の皆が支え合える具体的方策が創設できる。

今年度の地域ケア会議の共通テーマとして「孤独・孤立防止対策」をあげ、特に独居の高齢者等が「孤独・孤立」した状態とならないようにすることを目的とした取り組みを実施した。具体的には、民生委員さんと協働し、あらためて独居高齢者の実態把握調査を行うこととして企画を行い、訪問調査の実施につなげることができた。把握された独居高齢者のなかで、平常時また緊急時・災害時において「孤独・孤立」する可能性の高い方には「つながり続ける支援」として見守りを継続したり、緊急事態が発生した場合に備えての支援について考えておくための取り組みにとりかかっている。具体的なゴールとしては、各地区において支援を必要とする高齢者等（孤立のリスクの高い高齢者や緊急・災害時の支援を要する高齢者等）のマップを協働作成することとしているが、達成時期は次年度となる見込みである。

2 「複雑化・複合化した支援ニーズ」に対する包括的な支援の展開

複数の困りごとが重なるといった複雑な支援ケースに対し、多機関・多職種が協働し、チームで支援が展開できるよう、地域包括支援センターが担うべき役割を遂行する。昨年度開始した「多職種連携会議」を継続し、より実践につながる機能が持てるよう計画的に開催する。

一昨年度からの継続的な取り組みとしている「複合化・複雑化した支援ケース」に対し、多機関・多職種の効果的な連携・協働を目指して計画に沿って実施している。多職種連携会議は、年4回の開催計画を立て、計画通り3か月に1回のペースで実施ができた。各機関がどのような役割を持ち「解決すべき課題に対してどのようにチームとして支援ができるか」を意識し、適切な支援を行うための体制づくりのひとつとしての成果はあったものと自己評価するが、「重層的支援」の展開においてはまだまだ課題が多くあると感じており、市の担当課とともにより強い連携が図れるよう取り組みを継続していく必要性を感じている。

業務	計画内容	実績
介護予防ケアマネジメント業務	(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 を通じた自立支援型ケアマネジメントを徹底する。 ・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。 ・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。	(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継続して行っている。インフォーマルサポート資源についても積極的に利用者に紹介するようにしている。 (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、自立支援の視点で内容の確認をしている。 ・サービス担当者会議では、各サービス事業者と利用者ひとりひとりの自立に向けて、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、センターの周知を図るための取り組みを継続する。またどのような相談も受けつける「断らない相談支援」を徹底する。 (具体策) ・センターだよりの発行や掲示物等による周知、また地域の様々な場に参加してのセンターの周知活動を行う。 ・相談対応をスムーズに行うための各種情報や資料の整理などの環境整備を行う。 ・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を実施する。 ・「複合化・複雑化」した相談ケースに対し、関係機関と	(全体の実績と課題) 身近な地域の相談窓口として地域の皆様に知っていただけるよう民生委員児童委員や地区社協の皆様に加え、各地区元気クラブの参加者に対する周知について丁寧に行うことができた。また昨年同様に、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継続した。 (具体策の実施状況) ・センターだよりの発行（10月・3月※予定）、ポスター等の掲示、元気クラブ、高齢者クラブ、自治会等の集まりにおいて周知活動を行った。 ・窓口および電話での相談対応場面で、スムーズかつ適切

	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。	な情報提供等ができるよう、各種サービスや施設などの資源に関する資料を整備した。 ・相談援助技術向上のための研修として、県が主催する地域包括支援センター職員研修を全職員が受講したほか、職場内研修として、法人内の地域包括支援センター職員および社会福祉士によるグループスーパービジョンを行った。 ・昨年につづき、多機関連携のための会議を5月、8月、11月に実施したほか、実際の支援ケースを通じて協働した。
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。 ・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。 ・消費生活センターや警察との情報交換の機会を持ち、消費者被害防止のための地域への情報提供を行う。	(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。昨年は実際に支援したケースは少なかったが、今年度は実際の支援事例が生じている。 (具体策の実施状況) ・成年後見制度の活用については、成年後見支援センターにつなぎ、申し立てに至ったケースは2件であり、その他申し立てには至らなかったが相談や情報提供をしたケースがあった。日常生活自立支援事業の利用に関し、社会福祉協議会に相談し、協働したケースも3件あった。 ・高齢者虐待ケースとして市に報告した事例は3件であり、ともに高齢者福祉課と協働し、長期間にわたる支援によりサービスの利用や施設への入所などの支援を行った。 ・消費者被害防止については、成田警察署生活安全課と連携し、地域の高齢者向けの講座を行うなどの取り組みを行った。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	(方針) 高齢者がどのような状態になってもスムーズかつ継続的な支援が受けられるよう、介護支援専門員とその他関係機関との連携体制を整えるとともに、介護支援専門員に対する	(全体の実績と課題) 計画通り、小地域ケア会議や多職種連携会議など、地域の関係機関・関係者と介護支援専門員が連携を図れるための機会をつくっている。

	支援を行う。 （具体策） ・介護支援専門員とその他の関係機関がともに参加できる機会を開催する（研修や事例検討会、情報交換会など）。 ・介護支援専門員に対する法定研修等に関する情報提供および必要な支援を行う。 ・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。	（具体策の実施状況） ・5月、8月、11月の多職種連携会議、7月の介護支援専門員研修会、6月の小地域ケア会議（専門職部会）、10月の小地域ケア会議（全体会）と、介護支援専門員が地域の関係機関とともに参加できる機会を開催した。 ・介護支援専門員法定研修に関する情報提供のほか、個別の受講支援を行った（提出資料の作成に関する相談や、オンライン受講に関する支援など）。 ・計画通り、介護支援専門員からの相談に応じ、必要に応じて「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、複雑化・複合化した個別ケースに対応するための他機関・多職種協働を実践する。 （具体策） ・個別ケース対応の場面での多職種協働を実践する。 ・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で、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。 ・多機関・多職種がともに参加できる機会を開催する（研修や事例検討会、情報交換会など）。	（全体の実績と課題） 昨年に引き続き「断らない相談支援」を行うことを基本とし、どのような相談も受け付けることを徹底した。複雑化・複合化した実際の個別相談ケースへの支援については、ほっとすまいるセンター、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、特に複雑な生活課題等をもつ相談ケースについて、多機関協働を実施している。 ・年4回の予定で「多職種連携会議」を開催している。5月、8月、11月に開催した。、残り1回は2月に予定している。また7月には、市役所で行われている「成田市包括的相談支援連携会議」にて事例報告をさせていただくことで、市役所の複数の課が連携しての相談のあり方について知ることができた。

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。 ・「小地域ケア会議」（全体会議，専門職部会，地区ごとのチームケア会議）を開催する。 ・会議を通じて，地域生活課題を抽出する。 ・「中央地域ケア会議」開催への参画をする。 ・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。	(全体の実績と課題) 昨年度に比べ，地区に分けて行う小地域ケア会議（チームケア会議）の開催の回数は減ったが，計画通り個別ケア会議，小地域ケア会議を開催している。 (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。対象ケースは認知症が関係するケース，複雑・複合した課題を抱える要介護者家族の事例であった。担当ケアマネジャー，サービス事業者，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た。「孤独・孤立防止対策」をテーマとし，勉強会や実態把握調査などを協働している。 ・自治会や高齢者クラブ，元気クラブ等の機会に参加することで，地域での困りごとについて話し，解決に向けて社会資源への繋ぎを行うなどしている。
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。今年度から配置される認知症地域支援推進員と連携し，計画的な体制づくりを行う。 (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。 ・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に相談し，協働する。	(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。担当ケアマネジャーとの連携，また必要に応じ、認知症初期集中支援チームへの相談と協働を行い，医療機関へのつなぎや介護サービスの利用への支援を行っている。圏域内での認知症対策への取り組みにも参画している。 (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，センターのチラシにおいて，周知をしている。 ・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。

	・公津地区社会福祉協議会と協働し、地域で認知症の方を支える体制づくりを行う。 ・認知症サポーター養成講座を開催する。	・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1回実施、また公津地区内にて12月に1回実施、2月に1回実施予定となっている。
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。 ・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。	（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。病院からの相談にて退院支援の場面での対応に関わるケースにも多く対応している。 （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。 （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。 ・「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。 ・生活支援コーディネーターと日常的に連携・協働し、と	（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、介護保険によるサービスに加え、様々な主体によるインフォーマルサポートを含めた生活支援について情報提供を行えるよう努め、必要に応じて生活支援コーディネーターと連携し、これを行った。 （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、必要とされる生活課題を明らかにすることに努めている。 ・小地域ケア会議（チームケア会議、専門職部会、全体

	もに個別の生活課題，地域の生活課題に対して協議できる場をつくり，資源調整を行う。	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、移動手段に関することや，買い物に関すること） ・第２層生活支援コーディネーターとは日常的に一緒に業務を行うとともに，生活課題への個別対応や元気クラブの運営について協働した。
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） ・地域住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啓発を行う。 【評価結果を踏まえた改善点】 ・各地区で行う「元気クラブ」のグループ等に「なりたいいきいき百歳体操」に関する情報提供を行い，生活支援コーディネーターと協働して，立ち上げの支援を行う。	（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ている。昨年度より活動している各地区の「元気クラブ」は全８か所でクラブが立ち上がり，地区社協・各地区自治会・高齢者クラブ等との共同開催にて概ねそれぞれ月１回開催のペースで展開している。なりたいいきいき百歳体操については，生活支援コーディネーターが中心となり，地域の皆様への情報提供や既存グループの活動支援などを実施した。 （具体策の実施状況） ・地域での介護予防のための集まりの際には，自らが介護を必要とする状態とならないよう取り組むことの重要性を伝えている。 【評価結果を踏まえた改善点】 ・元気クラブの場では，積極的に「なりたいいきいき百歳体操」についての情報提供や体操の体験の機会を提供するなどしてきたが，新たなグループの立ち上げはなかった。
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		

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) 成田市ニュータウン・八生・豊住（西部北）地域包括支援センター

28 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	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	ウエルストーン薬局公津の杜店	(有) ウエルストーン薬局	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	居宅支援事業所 成田苑	(社) 徳栄会	大室 1783-22
14	介護相談所	(合) 福育社	本城 73-9 第3コーポおおとり荘 203
15	ケアプラン喜美笑	(株) 喜美笑	松崎 2614-16
16	ケアプランモルセラ	(株) ジェイライフ	加良部 5-8-5
17	ケアマネジャーくどう	UDOKU(合)	茨城県牛久市小坂町 2006-61
18	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
19	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 13-5C S Kビル 2F
20	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
21	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
22	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
23	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
24	SONPO ケア成田居宅介護支援	(株) SONPO ケア	飯仲 28-18
25	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
26	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
27	ゆかり成田介護支援センター	(株) アングル	江弁須 364-1
28	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) 成田市遠山（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 コーポ石井 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	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
27	ヤックスケアプラン八街訪問介護	(株) ヤックスケアサービス	八街市文違 301-3836
28	千葉しすい病院ケアプランセンター	千葉光徳会千葉しすい病院	印旛郡酒々井町上岩橋 1160-2

(ウ) 成田市成田・中郷（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) 成田市久住・下総・大栄（東部）地域包括支援センター

27 法人 29 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	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
5	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
6	介護相談室	(合) 福育社	本城 73-9 第3 コーポおおとり荘 203
7	かなでの杜なりた	(株) かなでの杜	東町 156-6-101
8	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
9	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
10	居宅介護支援事業所ケアリンク	(合) CARELINK	茨城県稲敷市柴崎字寄居下 606 番地 1
11	居宅介護支援事業所こころの家介護相談室	(一社) 里の心	茨城県稲敷市清久島 1 0 3 2
12	居宅介護支援事業所じょうものの郷	(社福) 広文会	神崎町神崎神宿 66-10
13	居宅介護支援事業所 成田苑	(社福) 徳栄会	大室 1783-22
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	郷部 1354 郷部ウイングビル 1 階 103 号室
16	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
17	ケアプランミモザ	(株) ミモザケア	吉岡 1342-56
18	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
19	在宅介護支援センター 透光苑	(医) 透光会	桜田 1137
20	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
21	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
22	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
23	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
24	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
25	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
26	ヤックス八街訪問介護支援センター	(株) ヤックスケアサービス	八街市文違 301-3836
27	ゆかり成田介護支援センター	(株) アングル	江弁須 364-1
28	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
29	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) 成田市公津（西部西）地域包括支援センター

29 法人 30 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	(医) みずほ会	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	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
12	居宅介護支援事業所 新町玲光苑	(社福) 豊立会	新町 1037-63
13	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
14	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
15	ウエルストーン薬局公津の杜店	(有) ウエルストーン薬局	公津の杜 2-6-3
16	ケアプラン喜美笑	(株) 喜美笑	松崎 2614-16
17	介護相談室	(合) 福育社	本城 73-9 第3 コーポおおとり荘 203
18	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
19	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
20	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
21	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
22	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
23	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
24	ケアプランセンターハートフルりはびり舎	(株) MOTTO	富里市七栄 650-718
25	居宅介護支援事業所成田苑	(社福) 徳栄会	大室 1783-22
26	ケアプラン・ボンド	(合) BOND	印旛郡酒々井町墨 1593
27	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
28	SOMPO ケア成田居宅介護	(株) SOMPO ケア	飯仲 28-18
29	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
30	ケアマネジャーくどう	(合) UDOKU	茨城県牛久市小坂町 2006 番地 61

(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6年7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	不動産ヶ岡 (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	令和5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	令和5年12月1日	
8	グループホーム サクラビア成田	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	令和6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)	スターツケアサ 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	令和5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	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
17	定期巡回アルテロイテ	北須賀 (西部西)	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	
18	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	—	令和5年10月1日	
19	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6年7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
20	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	
21	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	
22	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	
23	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	令和6年3月1日	
24	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	
25	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	
26	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	
27	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	
28	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	
29	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	
30	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	
31	健康ぶらす成田	中台 (西部北)	アルベージュ 株式会社	地域密着型通所介護	10名	令和2年3月1日	
32	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	
33	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	
34	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	
35	デイサービスアルテロ イテ	北須賀 (西部西)	株式会社ENKEL	地域密着型通所介護	10名	令和5年10月1日	
36	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	10名	平成31年2月1日	
37	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	
38	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6年3月	0件	2件
令和6年4月	0件	0件
令和6年5月	0件	3件
令和6年6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6年7月1日現在)

- ・訪問 介護予防相当サービス 40事業所
 基準緩和型サービス 4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	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	令和5年度 実績額
訪問型・通所型サービス	176,893,894円	164,857,354円	179,617,882円	188,716,242円	189,179,610円
介護予防ケアマネジメント費	19,999,091円	19,099,820円	19,556,655円	19,507,800円	18,720,453円
高額総合事業サービス費	187,746円	189,708円	229,187円	191,316円	180,907円
高額医療合算総合事業サービス費	242,707円	297,323円	363,124円	488,948円	338,573円

※令和6年度新規事業

③ 短期集中予防サービス(サービスC)【国際医療福祉大学連携事業】

『成田こっぷくアカデミー』

- 通所型 令和6年8月27日～11月12日(週1回、全12回)
 国際医療福祉大学 成田キャンパス
- 訪問型 令和6年11月頃から実施予定

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。

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
基本チェックリスト 実施件数	18件	3件	17件	27件	135件
地域包括支援セ ンター連絡件数	5件	1件	7件	9件	5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	令和5年度
実参加者数	71 人	35 人	68 人 (内オンライン 23 人)	80 人 (内オンライン 33 人)
延参加者数	622 人	350 人	691 人	1,027 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。

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実施回数	10回	7回	9回	9回	8回
相談件数	8件	19件	26件	16件	18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、季節の行事やレクリエーションなどの交流会を行う事業。

地区	ニュータウン	公津	美郷台	遠山	大栄
会員数	58 人	19 人	5 人	20 人	11 人

※美郷台地区は、会員減少により令和5年度末をもって解散。

・シニア健康カレッジ【順天堂大学連携事業】

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。

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実施回数	26回	13回	12回	13回	13 回
実人員	54人	24人	22人	72人	50 人
延人員	571人	268人	241人	745人	565 人

・シニア指導員養成講座【順天堂大学連携事業】

シニア健康カレッジや OB グループの活動をサポートする指導員を育成。

	平成 30 年度	令和 5 年度
実人数	13 人	24 人
養成数	13 人	23 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。

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
登録人数	87人	84人	107人	110名	115 名
換金人数	28人	24人	5人	21名	20 名
換金額	117,000円	102,000円	10,000円	40,000円	54,000 円

・なりたいいきいき百歳体操【国際医療福祉大学連携事業】

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。

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
新規参加者数	41人	79人	96人	84人	28人
サポーター養成数	0人	12人	0人	13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。

	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和5年度
実施回数	9回	6回	7回	7回	7 回
実参加者数	16人	33人	14人	19人	42 人
延参加者数	91人	153人	77人	105人	223 人