

令和7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6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			
○成田市ニュータウン・八生・豊住地域包括支援センター	3	～	8
○成田市遠山地域包括支援センター	9	～	14
○成田市成田・中郷地域包括支援センター	15	～	20
○成田市久住・下総・大栄地域包括支援センター	21	～	27
○成田市公津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 ～ 48

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（R7.3.31 現在）

全年齢人口数	133,198人
高齢者人口（高齢化率）	32,240人（24.2％）
要介護・要支援認定者数	5,060人
内要支援認定者数	1,113人
事業対象者数	34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 7 2人	9, 2 8 6人	1, 9 6 5人	5, 3 9 4人	3, 7 1 8人	3, 4 6 9人	3, 6 3 6人
要支援者	1 8 4人	3 2 4人	6 6人	1 9 3人	1 2 3人	1 1 4人	1 0 9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, 7 5 3件	5, 7 3 5件		2, 3 4 1件	1, 5 6 9件	3, 7 0 8件	
内 虐待が疑われる相談延件数	5件	2件		1件	0件	37件	
疑高齢者虐待事例対応者数（実人数）	1件	1件		1件	0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	5 3件	8 7件		1 4件	7件	1 1 1件	
ケアマネジャーからの相談	1, 5 2 6件	1, 3 0 9件		3 5 3件	9 5 3件	1, 1 4 1件	
地域包括支援センター連絡会への参加	1 2件	1 2件		1 2件	1 2件	1 2件	
地域ケア会議開催	1 9回	1 9回		2 3回	3 8回	2 3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）	6 7 9件（4 3 9件）	1, 3 5 4件（8 0 7件）		6 8 0件（4 4 8件）	5 4 6件（3 2 2件）	1, 0 9 6件（9 2 6件）	
介護予防ケアマネジメント作成件数（うち委託件数）	7 0 5件（3 3 6件）	1, 5 8 0件（8 6 5件）		6 5 4件（3 4 7件）	5 0 4件（2 6 7件）	8 1 6件（6 8 9件）	
合計	1, 3 8 4件（7 7 5件）	2, 9 3 4件（1 6 7 2件）		1, 3 3 4件（7 9 5件）	1, 0 5 0件（5 8 9件）	1, 9 1 2件（1, 6 1 5件）	

成田市の日常生活圏域の現状 【令和7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：39,889人 - 高齢者：11,251人 - 高齢化率：28.2% - 認定者：1,577人 - 上記の内要支援者：390人 - 世帯数：19,044世帯 - 独居高齢世帯数：667世帯

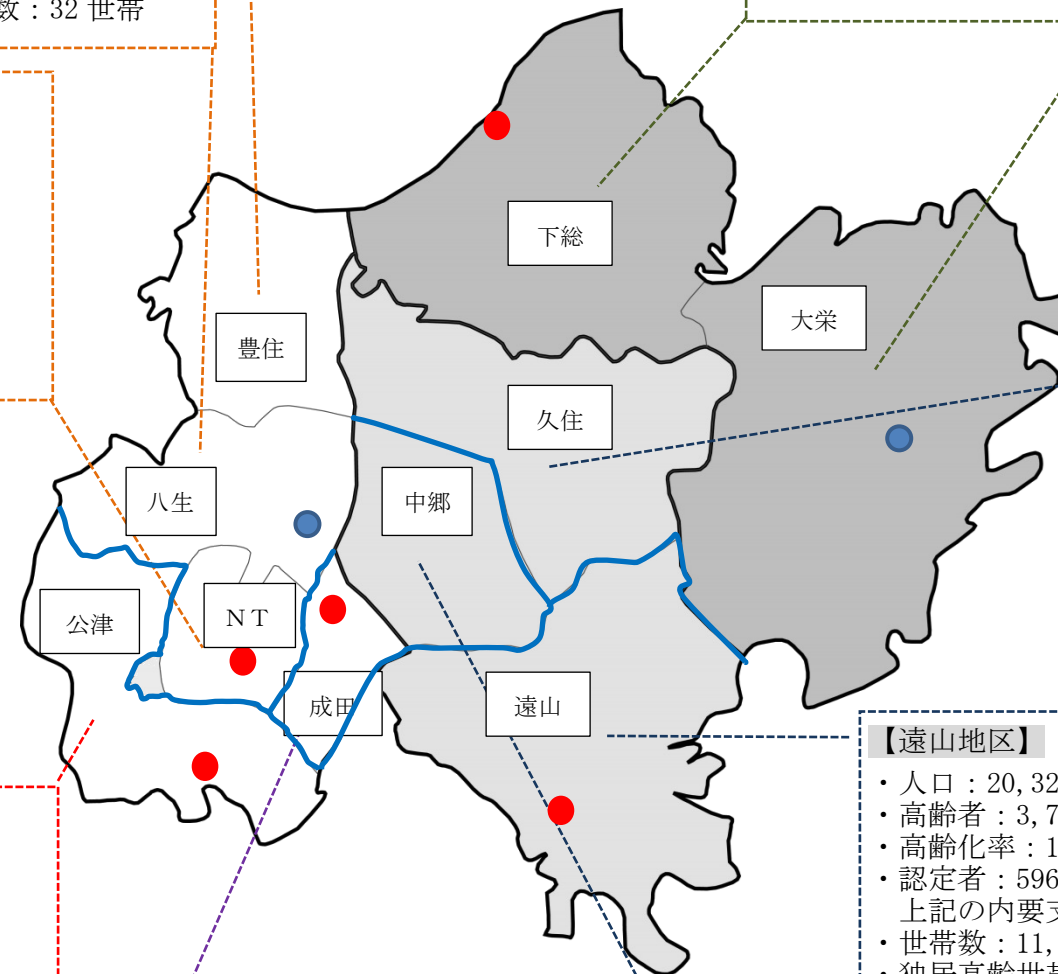
【八生地区】
- 人口：3,289人 - 高齢者：1,216人 - 高齢化率：37.0% - 認定者：219人 - 上記の内要支援者：46人 - 世帯数：1,501世帯 - 独居高齢世帯数：32世帯

【豊住地区】
- 人口：1,543人 - 高齢者：749人 - 高齢化率：48.5% - 認定者：125人 - 上記の内要支援者：20人 - 世帯数：739世帯 - 独居高齢世帯数：24世帯

【下総地区】
- 人口：5,913人 - 高齢者：2,427人 - 高齢化率：41.0% - 認定者：412人 - 上記の内要支援者：82人 - 世帯数：2,807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：20,750人 - 高齢者：7,105人 - 高齢化率：34.2% - 認定者：1,204人 - 上記の内要支援者：223人 - 世帯数：9,513世帯 - 独居高齢世帯数：301世帯

【ニュータウン地区】
(※はなのき台を含む)
- 人口：35,057人 - 高齢者：9,286人 - 高齢化率：26.5% - 認定者：1,233人 - 上記の内要支援者：324人 - 世帯数：16,804世帯 - 独居高齢世帯数：611世帯



【大栄地区】
- 人口：9,952人 - 高齢者：3,636人 - 高齢化率：36.5% - 認定者：612人 - 上記の内要支援者：109人 - 世帯数：4,768世帯 - 独居高齢世帯数：127世帯

【久住地区】
- 人口：4,885人 - 高齢者：1,042人 - 高齢化率：21.3% - 認定者：180人 - 上記の内要支援者：32人 - 世帯数：1,938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：29,770人 - 高齢者：5,394人 - 高齢化率：18.1% - 認定者：882人 - 上記の内要支援者：193人 - 世帯数：15,105世帯 - 独居高齢世帯数：196世帯

【公津地区】
(※はなのき台を除く)
- 人口：29,770人 - 高齢者：5,394人 - 高齢化率：18.1% - 認定者：882人 - 上記の内要支援者：193人 - 世帯数：15,105世帯 - 独居高齢世帯数：196世帯

【遠山地区】
- 人口：20,328人 - 高齢者：3,718人 - 高齢化率：18.3% - 認定者：596人 - 上記の内要支援者：123人 - 世帯数：11,374世帯 - 独居高齢世帯数：135世帯

【遠山圏域】
遠山地区
- 人口：20,328人 - 高齢者：3,718人 - 高齢化率：18.3% - 認定者：596人 - 上記の内要支援者：123人 - 世帯数：11,374世帯 - 独居高齢世帯数：135世帯

【成田地区】
- 人口：21,377人 - 高齢者：4,303人 - 高齢化率：20.1% - 認定者：721人 - 上記の内要支援者：167人 - 世帯数：12,511世帯 - 独居高齢世帯数：339世帯

【中郷地区】
- 人口：1,084人 - 高齢者：469人 - 高齢化率：43.3% - 認定者：80人 - 上記の内要支援者：17人 - 世帯数：501世帯 - 独居高齢世帯数：16世帯

【成田・中郷圏域】
成田地区、中郷地区
- 人口：22,461人 - 高齢者：4,772人 - 高齢化率：21.2% - 認定者：801人 - 上記の内要支援者：184人 - 世帯数：13,012世帯 - 独居高齢世帯数：355世帯

【全体】
- 人口：133,198人 - 高齢者：32,240人 - 高齢化率：24.2% - 認定者：5,060人 - 上記の内要支援者：1,113人 - 世帯数：68,048世帯 - 独居高齢世帯数：1,654世帯

令和7年3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。

②令和6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

○成田市ニュータウン地域包括支援センター 成田市八生・豊住地域包括支援センター支所

<担当する圏域の課題>

ニュータウン地区は高齢化が進み、それに伴い相談数が増加していて、相談内容も複雑化しています。独居や高齢者世帯が多く、支援が必要になる方が増えていますが、生活状況も様々で個々に合った支援が必要です。また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です。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ない方など、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、高齢化により家族や地域での支援だけでなく、介護や医療の必要性が高まっています。地域に出向き、健康維持や介護予防の啓発、包括支援センターの周知を行い、地域との繋がりを大切にしながら支援していく必要があります。

<重点目標>

- 1 ニュータウン地区では、複雑化した相談にスピーディに対応できるように、必要な支援を把握し、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。

本人の介護や医療の相談だけでなく、本人やその家族が生活困窮、金銭的な問題を抱えているケースが多くあり、社会福祉課、暮らしサポート、社会福祉協議会、障害者福祉課等関係機関と連携を取り、早期に解決ができるように支援しました。社協ごとの地域ケア会議を開催し、顔の見える関係作り、地域課題の発見等を行い、地域の集まりに積極的に参加し、包括支援センターの周知を図り、地域のネットワーク構築を図りました。

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います。

地域の集まりに積極に出向き、健康維持や介護予防の講座等を行い、地域での生活を継続できるように活動しました。訪問診療等の医療情報の提供や地域包括支援センターの周知を図り、地域の身近な相談機関となるように活動しました。相談ケースに対しては、必要なサービスを利用できるように医療や介護等必要な機関と連携を図り、きめ細やかな対応を行いました。

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。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。 ・訪問型サービスC及び通所型サービスCが新規に追加され、必要な方にはサービスが円滑に行われるように市と連携して進めていく。 ・給付管理数は年々増加しているが、委託を受けてくれる事業所が少ないため、包括内で連携して対応する。 ・今年度から居宅支援事業所の直接契約や福祉用具販売等の変更があり、制度を良く理解し、市役所とも連携して、必要な方にはサービスが円滑に行われるようにする。 ・地域の多様な資源がプランに盛り込めるように、地域の介護支援専門員にも情報提供をしていく。	・公平中立をモットーに、利用者の意向に基づき、円滑にサービス利用が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、委託したプランの確認を行っている。 ・サービスCの利用を希望した方には、随時訪問をし円滑に利用できるように支援を行った。今年度は7名の参加があった。 ・利用者が年々増えている。11月から常勤で予防プランナーが入職し、包括内で受け持てるケースが増えた。 ・居宅支援事業所の直接契約は現在のところない。福祉用具は利用者に丁寧にわかりやすく説明し、利用者の希望に合わせ支援を行った。 ・多様な社会資源の情報提供を生活支援コーディネーターが中心とない情報収集し、介護支援専門員に情報提供している。

総合相談支援業務	・地域の市民にわかりやすいものとするため、包括支援センターの名称が変更になった。高齢者の身近な相談所であることを、パンフレットや包括だよりを作成して、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、連携して対応する。 ・相談支援のスキルアップを図るため、研修会への参加、内部での勉強会や事例検討会を行う。	・包括支援センターのパンフレットを作成し、地域の集まり等で配布し、周知活動を積極的に行った。休日の相談を希望する方には、適宜対応している。 ・三職種の専門性を生かし、常に連絡を密に取り、緊急性の判断を行い、市と連携して対応した。相談が多様化し、相談の解決に時間がかかるケースが多く、他機関とも連携して対応した。 ・包括内で2か月に1度事例検討会を開催し、事例の対応方法等を共有し、スキルアップに繋げた。
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。虐待対応の勉強会を行う。 ・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、出前講座等を行い、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、成田市成年後見支援センターや社会福祉協議会と連携しながら進めていく。	・今年度は1件虐待対応があった。家族にも支援は必要で、高齢者福祉課だけでなく、家族の支援機関とも連携して対応を行った。 ・消費者被害について、地域の集まりで消費者被害防止の講座を開き、防止に向けた取り組みを行った。 ・生活困窮・金銭問題についての相談が多く、本人だけでなく、家族にも支援が必要なケースは社会福祉協議会や高齢者福祉課と連携して解決を行った。
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。 ・多職種（ほっとすまいる、成田生活支援センター、暮らしサポート、薬剤師等）が参加する研修会や事例検討会を開催し連携強化を図る。	・生活援助が多いケアプランについて、困難事例の解決のための個別地域ケア会議を開催し、多職種で問題解決を行った。 ・介護支援専門員からの相談の対し、同行訪問等を行い、後方支援を行った。 ・ほっとすまいる・成田生活支援センターの方を講師として招き、事例検討会を行い、精神疾患がある利用者についての対応方法を学んだ。
多職種協働による地域包括支援ネットワ	・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	・高齢者や家族から、生活困窮、金銭問題にかかわる相談が多く寄せられ、社会福祉課、暮らしサポート

ークの構築	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。	等と連携を図り、個別の事例の積み重ねにより、ネットワークの構築を図った。 ・高齢者だけでなく、その家族が精神疾患を抱えているケースも多く、障害者福祉課、病院、成田生活支援センター、ほっとすまいる等とネットワークの構築を図った。
地域ケア会議	・包括内で解決できない多世代の関わる事例、生活窮等、困難事例については、適宜個別地域ケア会議を開催する。個別事例を分析し、モニタリングを行い、地域の課題発見を行う。 ・社協ごとの地域ケア会議を開催し、地域課題の発見等を行いながら、顔の見える関係作りを行う。 ・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、地域資源の発掘、情報提供を行っていく。	・個別地域ケア会議は 11 件開催した。生活支援を多く利用したケースが 1 件あり、定期巡回型訪問介護や他のサービス利用の提供等の情報提供を行った。 ・個別地域ケア会議は金銭的な問題を抱えたケースが多くあった。 ・7 社協ごとの地域ケア会議を開催した。外国人、空き家、民生委員のなり手不足等の問題が多く出た。 ・地域の集まりを利用した地域ケア会議は、入所施設の紹介や消費者被害の防止等の情報提供や包括支援センターの周知を行った。
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。 ・認知症カフェを 2 ヶ月に一度開催し、気軽に集える場所作りを行う。内容等は常に検討しながら進めていく ・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 ・なりたオレンジプロジェクト、チームオレンジの活動に協力し、認知症の理解への普及啓発を行う。 ・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。	・認知症地域支援推進員と連携して活動をしている。 ・認知症カフェを 2 ヶ月に 1 度開催し、回を重ねるごとに参加者も増えている。季節に合った作品作り等も行い好評を得ている。 ・認知症地域支援推進員が認知症サポーター養成講座を積極的に受け、地域や企業等の職員に認知症の理解を深める活動を行った。 ・なりたオレンジプロジェクトの行事に参加し、チームオレンジの立ち上げや活動支援を行い、認知症の理解を深める活動を行った。 ・認知症初期集中チーム、認知症サポート医と連携を図り、地域での生活が継続できるように支援した。

	・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。	・オアシスの会に毎月、認知症地域支援推進員と包括職員が交代で参加し、参加者へのアドバイス等を行った。
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。	・癌末期の方へは、在宅医療や介護サービスが迅速に提供できるように、市や医療機関、介護事業所と連携して支援した。 ・在宅医療・介護連携支援センターの研修会に参加しネットワークの構築を図った。
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。 ・常に新しい地域資源の情報収集を行い、包括内で共有してパンフレット等を揃え、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。	・生活支援コーディネーターが中心となり、地域に出向き困りごとの把握を行い、地域ケア会議を開催し、地域課題の発見等を行った。 ・地域の居場所作りを地域住民と連携して行い、情報提供を積極的に行った。 ・介護支援専門員向けに地域資源の紹介・今後必要な社会資源の話し合いを行った。
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28ヶ所で行われている。継続支援や新規立ち上げや市役所主催のなりたいいきいき百歳体操10周年記念大会等の行事への協力等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。 ・介護予防教室「人生カッコよくプロジェクト」等の情報提供を地域住民に行い、参加を呼び掛ける。	・「なりたいいきいき百歳体操」が今年度7ヶ所増えて35ヶ所活動している。なりたいいきいき百歳体操10周年記念大会の開催に協力し、各グループに訪問して百歳体操以外の体操の紹介や体力測定を行い、活動の継続支援を行った。 ・かかりつけ薬局による生活機能低下早期発見事業からの相談ケースは訪問等を行い、必要な支援に繋がった。 ・人生カッコよくプロジェクトの参加を呼びかけ、講演会の開催時に協力し、認知症予防の啓発を行った。

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	・個別地域ケア会議は必要時に積極的に行う。 ・7地区の社協単位の地域ケア会議を開催し、地域課題の発見、地域作り、資源の発見等を行っていく。	・個別地域ケア会議を年7回開催し、課題解決に向け地域の方や専門職が話し合いを行い、解決ができている。 ・コロナ禍で開催を控えていたが、今年度より社協ごとの地域ケア会議を開催し、それぞれの地区の地域課題の発見や地域ネットワークの構築を図ることができた。
-----------------------------------	--	--

○成田市遠山地域包括支援センター

<担当する圏域の課題>

遠山圏域は市全体と比べると比較的若い世代の多い圏域となりますが、少子高齢化が進むなか当圏域でも高齢化率の上昇がみられているだけでなく、認知症高齢者の増加もあり、高齢者に向けたサービスだけでなく、家族や周囲の人に対するフォローが必要となります。近隣に支援者が不在の場合や支える家族の高齢化、健康不安や経済的な不安を抱えてい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、その他さまざまな機関と連携を深めて、丁寧に解決策を検討できるネットワークの構築が課題となります。

地域住民の有志における地域づくりに向け、第 2 層生活支援コーディネーターと連携しながら、地域の中でのコミュニケーションや情報を強化し、住民同士が支え合う意識の醸成を図る必要があると考えます。

<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。

認知症地域支援推進員と連携する事で、「男女別にみた、幸せな老後」というテーマのもと研修会を開催する事が出来た。「他の研修にはないテーマで良かった」等様々な感想も得られ、参加者それぞれが自身を振り返るきっかけとなる研修となった。また、研修後のアンケート結果から参加者は認知症予防や在宅や終末期医療についての興味関心が高い事を感じる事が出来、今後の多様な課題に向き合うためのネットワーク構築を考えるうえで参考となる研修となった。

- 2 医療機関や認知症地域支援推進員と連携し、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。さら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た。同時に体を動かす事の大切さを共有し運動を継続していただいた。また地域活動の場に出向き「出前講座」を開催し、地域住民のニーズを確認したうえで、講座や寸劇を実施。出前講座を行う場も前年度より増やす事が出来た。必然的にセンターの周知活動もより多くの場所で行う事が出来た。

3 予想される自然災害などに備えて、第 2 層生活支援コーディネーターと協力する事で、緊急時の情報獲得など互いに連携を図る事が出来るような取り組みを行います。

緊急時の情報獲得手段としてラジオ局との連携を前年度から検討していたが、今年度は第 2 層生活支援コーディネーターとともに地域のラジオ局である「ラジオ成田」に出演する事が叶い、ラジオ局との連携を深める事が出来ました。また、数は限られていますが災害時の非常食を地域の方に紹介及びお配りできる機会を持つ事が出来る。三里塚コミュニティセンターと連携する事で、災害を想定した避難訓練にも地域の方と共に参加する事が出来た。

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ともに発見し、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や評価を実施し、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う。 ・高齢者が参加している地域活動に積極的に参加し、センターの周知活動を行う。 ・包括便りを年三回作成し、周知活動に役立てる。 ・来所者が安心して相談出来るように、センターの受	・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。包括便りは年度内に 3 回発行。 ・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

	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。	ルアップに努めた。研修内容は報告書を通じて事業所内で共有して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。制度や事業についての周知も行う。	- 消費生活センターの協力を得て、SNS 型投資詐欺、SNS 型ロマンス詐欺の傾向等について包括便りの記事とし、地域住民に注意喚起を行うだけでなく、悪徳業者の詐欺予防について寸劇を行う事で、分かりやすく地域住民に伝わるように心掛ける事が出来た。 - 成田警察署生活安全課と連携を図り、必要に応じて個別地域ケア会議の際に、警察署員にも参加していただく事が出来た。 - 相談内容に応じて、成年後見支援センターや成田市社会福祉協議会と情報を共有して連携を図った。 - 幸いにも虐待（疑虐待含む）報告には至らなかったが、介護支援専門員からの相談を受け、介護支援専門員と同行訪問する事でケースの把握に努め、連携を密にして対応にあたる事が出来た。
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。 - 介護支援専門員が他の事業所や地域の関係者との連	- 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て、対応策を検討した。 - 地域活動の中で三里塚コミュニティセンターと連携し、地域住民とともに災害を想定した避難訓練を実施した。 - 遠山地区に事業所のある介護支援専門員に向けて案内を行った結果、遠山地区民生委員児童委員協議会への出席に繋がり、地域の介護支援専門員と民生委員、主任児童委員との顔の見える関係づくりが行えた。

	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。	・年度当初に研修会の開催予定を提示するまでには至らなかった。研修についてはその都度、地域の介護支援専門員の興味関心に沿った研修となるように検討し、案内させていただいた。
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く、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、多種職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。	・個別のケア会議開催時には、関わる関係者の参加を依頼し多職種が集まる事を心かけた。 ・認知症地域支援推進員と連携を図り、地域住民を含む多方面の関係機関に参加していただける研修会を開催する事が出来た。 ・民生委員からの相談を受け、民生委員と対象者の自宅に同行訪問する事で情報共有を行い、地域関係者との協力体制を深める事が出来た。
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、小地域ケア会議を開催する。ニーズに沿った情報提供を心掛け、地域課題の発見や把握に努める。	・地域活動の場に出向き「出前講座」を実施した。定期的に実施する事で、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。今年度、新たに百歳体操を行っているグループからの依頼を受け、体操後に看護師から地域住民の興味関心に応じた「出前講座」をグループごとに開催する事が出来た。 ・必要な個別ケア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認知症地域支援推進員とともに going していく。 ・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、	・キャラバンメイト養成研修を今年度3名が新たに受講出来た。認知症施策に対する理解を其々深める事が出来る。 ・認知症地域支援推進員と連携を図り、認知症サポーター養成講座の依頼を受け、実施する事が出来た。

	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、地域の理解や協力も仰いでいく。 ・認知症地域支援推進員と連携して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。 ・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」へ参加する事で、家族の不安に寄り添い支援する。	講座参加者に合わせた内容でロールプレイなどを盛り込み、分かりやすい内容となるように心掛ける事が出来た。 ・認知症初期集中支援チームと情報を共有し、必要に応じて対応を検討する。 ・毎月のノルディックウォークの開催時においても「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る。 ・認知症家族の会「オアシスの会」には、主に認知症地域支援推進員が参加している。情報共有を行い、必要に応じて訪問や電話対応を行ってきた。今年度は新入職職員も一緒にオアシスの会に参加する機会を持つ事が出来る。
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。 ・ガン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リストをメール等にて頂き、日頃の業務に役立てる事が出来ている。 ・ガン末期など病状急変リスクの高い場合には、市役所、医療機関、介護支援専門員、福祉用具事業所など関係機関と情報を共有して支援にあたる事が出来た。 ・「エンディングノート」を遠山地域包括支援センター内に用意する事で、新規の来所や訪問対応を行った際、必要に応じて案内、配布させていただいた。

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地域ニーズの把握と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できるような情報提供を行う。	・移動販売については、地域住民の声を２層生活支援コーディネーターに伝える事で、販売場所の候補地について相談、提案させていただく事が出来た。 ・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。 ・「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「井戸端くらぶ」に参加し、健康講座を開催していく。講座の内容については季節や時事、参加者の要望に応じて検討する。 <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、「なりたいきいき百歳体操」の活動継続支援や休止しているグループの活動再開、新規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。健康講座のテーマについては参加者からリクエストを募り、参加者の意向に沿ったテーマで情報提供を行う事が出来た。 ・第２層生活支援コーディネーターと連携し、「なりたいきいき百歳体操」の立ち上げや、活動しているグループに向けても看護師から健康講座を行う事が出来た。
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	第２層生活支援コーディネーターと連携し、地域住民に向けて「なりたいきいき百歳体操」を体験していただく機会を作り、興味関心を高めた中で新規立ち上げに向けた案内や提案を重ねる。また、活動を休止しているグループの再開を目指す。	・第２層生活支援コーディネーターと連携を図る事で、活動を休止しているグループの再開には至らなかったが、遠山地区圏内で新規立ち上げを行う事が出来た。

○成田市成田・中郷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世帯の多い地区である。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。民生委員・児童委員や地区社協のコアメンバーを主体に認知症マフや百歳体操の立ち上げを通じてネットワークの構築を図った。

- 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。

市や認知症地域支援推進員を中心にチームオレンジ発足に向けたフォローアップ講座が開催できた。認知症マフを普及させることにより、地域住民が認知症の理解に対して興味を持てる機会を提供した。認知症マフ作成によって新たなサークル活動も広がり、自然な形で見守りの相互関係を作ることができた。

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、フードパントリー等を継続できた。社会福祉法人の地域支援事業として子ども食堂（わんぱくごはん）を開始した。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。 ・短期集中型通所サービスのプラン作成を行った。 ・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。	・集いの場所への積極的に参加し信頼関係の構築ができた。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研修会や寸劇等にてわかりやすい啓発を行なう。必要に応じて専門機関にも協力を要請する。 ・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通	・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研修（認知症・ヤングケアラー）を開催した。（2 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

	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。	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、事例検討会を随時・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地域包括支援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。	・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も専門職と地域住民の連携ができるように工夫して開催した。 ・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必要に応じて随時・定例で実施する（年 4 回以上）。 ・介護予防・自立支援型ケア会議 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。個別ケア会議により把握される地域課題をもとに多職種を交えて検討する。（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小地域ケア会議を年 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、専門職や行政職を召集し個別ケア会議を実施した（5 回）。 ・介護予防・自立支援型ケア会議は開催していない。 ・支え合いの会議は認知症マップや百歳体操の立ち上げ、認知症の理解についての小地域ケア会議を開催した（10 回）。 ・生活支援コーディネーターと協同し、認知症マップ、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。 ・ケアマネジャー向け小地域ケア会議をオンラインで開催した（1 回）。

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りチームオレンジ発足を促す。 ・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、認知症マップを活用し、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、対象者を把握し認知症になっても地域で尊厳をもって生活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、地区社協向けに認知症サポーター養成講座を開催した。（2 回） ・市や認知症地域支援推進員を中心にチームオレンジ発足に向けたフォローアップ研修を開催した。 ・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や地域の在宅医療関係者との研修会等に積極的に参加し、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	・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いる。 ・通院が困難なケースが増えていることもあり、訪問

	スムーズに連携できるようネットワークの構築を図る。	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、高齢者の集いの場を活用しながら地域課題の抽出に努める。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や活動を支援する。 - 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や民間企業と協同で積極的に開催する。 【評価結果を踏まえた改善点】 <u>百歳体操の立上げ支援から集いの場の創出に努める。</u>	- 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、認知症マフ、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、フードパントリー、子ども食堂を継続・拡大している。 - 買い物バスツアーを継続している。 - スマホ講座の開催はできなかったが、スマホ講座やボランティアの情報提供を行っている。 【評価結果を踏まえた改善点】 生活支援コーディネーターを中心に認知症マフや体操サークルの立ち上げを支援している。
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		

○成田市久住・下総地域包括支援センター 成田市大栄地域包括支援センター支所

<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、高齢者が移動する際に足となる資源不足が挙げられる。それにより免許返納後、車を使えなくなると外出が困難となってしまう。そういった状況の解消に向け、オンデマンド交通や移送サービスなどの資源はあるが、予約が取りづらい、使いにくい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一つとっても大変となる。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が外れてしまう、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く（地域から排除されていく）傾向が強い。特に農村部が多くを占める下総、大栄地区においてその傾向が強い。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、近年の相談件数は増加傾向である。その中で介護保険サービスの利用について、本人が抵抗を感じているケースなどがあり利用者と家族と双方の支援が必要とされている。

・東部圏域は成田市の半分の面積を占めているが、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2か所しかない状況である（介護保険ガイド上は3か所であるが、実働されている事業所は2か所となっている）。サービス利用をしたくとも、すぐに調整を行うこと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 民生児童委員との連携を中心に、地区社協や区長、交番等の社会資源と協働することを意識しながら、ケースの問題解決を図る。それにより地域の繋がりの維持・強化に繋げていく。

ケースの解決に向け、各関係機関との連携を大切にしながら動くことを重視した。また、生活支援コーディネーターが地域の中で動く中で見つけた課題を四職種で共有、小地域ケア会議に繋げることで地域のつながりの向上を図ることが出来た。

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。

昨年同様、日常業務中で浮き彫りになった課題は、包括連絡会の機会を活用し市へ報告する他、地域ケア会議の報告等を通じ、市へ提言を続けている。社会資源の不足に対する課題が目立つ中で、介護支援専門員の不足も続いている。

3 業務全般において、生活支援コーディネーター（認知症地域支援推進員）と連携することを基本とする。地域の求めるニーズをチームで把握・共有するとともに、その解決に向け、四職種として協働していく。

重点目標 1 の報告内容と重複するが、今年度は四職種のチームとして動くことを意識出来ている。総合相談の中で見える課題のみならず、生活支援コーディネーターが地域で出会う課題に対して、チームで取り組みケア会議を開催する流れを作ることが出来た。

業務	計画内容	実績
介護予防ケアマネジメント業務	・ケアプランは、利用者自身が地域の一員として生活していくことを意識できる内容での作成を心がける。その為には、介護保険サービスのみならず、老人クラブ等の利用者の地域に存在するインフォーマル資源を積極的にプランへ位置付けていく。 ・上記の視点を委託先の居宅介護支援事業所にも意識して頂く。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。また、その際は、生活支援コーディネーターと共有する東部圏域における資源情報を居宅介	・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、必ずインフォーマル資源の位置づけがされるよう意識をして頂けている状況ではない。今年度は生活支援コーディネーターがケアマネ座談会へ毎回参加し、インフォーマル資源の活用について意識を持っていたけるよう、資源の紹介や説明を行っている。 ・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名利用されている。引

	護支援事業所へ提供していけるようにする。 ・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援事業所へも意識して頂くよう、助言を行っていく。 <u>【評価結果を踏まえた改善点】</u> ・<u>ケアプランへのインフォーマル資源の位置づけを進めていく方策として、ケアマネ座談会をうまく活用していくこととする。具体的には、生活支援コーディネーターが座談会へ参加し、インフォーマル資源についてケアマネジャーへ情報提供する時間を設け、様々なインフォーマル資源情報等を委託先の居宅介護支援事業所へ伝える機会を増やしていくこととする。</u>	き続きプランへの位置づけを意識して頂けるよう、サービス利用の向けた助言等の支援を継続することとする。
総合相談支援業務	・各相談の早期解決に向け、各機関との連携を意識する。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・地域のニーズ把握に努める。 ・下総本所へ距離があり、なかなか気軽に相談に来ら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て、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。また、出張相談会の開催情報は、久住地区の民生児童委員と密に共有することで、民生委員が気軽に相談出来る場としても活用していくことを目指していく。（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、情報共有を図りつつ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、来所相談者数は R7.1 月現在 1 件である。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多く聞かれているため、包括の周知へ繋がっていると考える。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。また、民生児童委員の相談の場としての活用はまだ十分に出来ていないため、引き続き相談場所の選択肢として活用頂けるよう声掛けを継続したい。

権利擁護業務	・百歳体操や老人クラブなどの地域団体等へ成年後見制度や、虐待防止、消費者被害、人生会議等についての出前講座を提案する。その際には、圏域の交番等へ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。 ・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。	・権利擁護に関する内容でケア会議を開催した。今年度については、百歳体操の団体向けに「終活」をテーマとしたケア会議を実施している。残りの人生をより豊かに過ごしていけるきっかけ作りとなるよう、引き続き年度末に向け複数個所での開催を計画している。 ・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、包括や生活支援コーディネーターの周知活動に繋げる。（年2回以上） ・隔月で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、開催場所については、集合形式を基本として下総本所（こすもす苑内）、大栄支所（成田市役所大栄支所内）で交互に実施する。（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）	・今年度開催された東部圏域内全ての敬老会に参加した。敬老会のプログラム内に包括のPRタイムを設けさせて頂くことが出来、地域の高齢者に向け非常に良い周知の機会とすることが出来た。 ・包括だよりについては、すでに2度の発行を行っている。 ・ケアマネ座談会については、ケアマネ支援の場として計画通り隔月で開催出来ている。 ・ケアマネ座談会で見えた居宅介護支援事業所が抱える思いや課題（多職種との繋がりを作りたい・特に医療職とのつながりを作っていきたい）の解決に向け、座談会に地域の医師を招き、研修兼交流の機会を設けた。今年度内にもう1度開催することを予定している。

多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築	・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、今年度においては、上記ケアマネ座談会内で行った研修が大きな成果と言えるが、来年度以降も定期的な開催を目指していく計画としている。
地域ケア会議	・生活支援コーディネーターが地域へ出向き、抽出した課題を踏まえ、小地域ケア会議を開催する。（必要時随時開催、年3回以上の開催を目指す） ・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踏まえ、個別のケア会議を開催する。（必要時随時開催） ・地区社協と民生児童委員との連携、情報交換、地域課題の把握、解決を目的とする地域ケア会議を開催する。（年1回以上） ・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>感染症の動向に留意しつつ、ケア会議を計画通り開催していく。確実に開催していくためにも、令和6年度においては、本所・支所の職員で連携する他、生活支援コーディネーターと協働、共催し会議開催においての人手を確保する。</u>	・生活支援コーディネーターが地域で出会う課題をチームで共有し、ケア会議を開催する流れを作ることが出来た。回数についても目標としていた3回は開催済みである。 ・個別ケア会議は R7.1 現在、4 回開催している。会議から見えた課題は市への報告・提案に繋げている。 ・地区社協や民生児童委員が参加者の中心となる地域ケア会議「下総地域福祉座談会」を開催し、下総地区における地域課題等について協議を行った。今後も定期的に開催し、地域力を高めていく場として活用をしていく。 ・地域ケア会議の年間予定については、予定していた実施時期がずれてしまったものもあるが、計画したものはしっかりと実施出来ている。
認知症施策の推進	・オレンジスマイル成田との連携強化を図るため、繋いだケースがある場合には、毎月行われる報告会に参加し情報の共有を図る。	・オレンジスマイル成田との協働事例については、毎月行われる報告会を利用し、情報の共有を図った他、個別ケア会議を開催するなど、より支援の幅を

	・地域団体向けに認知症サポーター養成講座を開催し、地域住民に認知症を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へ可能な限り講師の派遣協力を行う。 ・上記、養成講座の際には、修了者へボランティア情報など今後の活動の場に繋がる情報提供を行う。 ・ケアマネ座談会に生活支援コーディネーターも同席し、認知症地域支援推進員の視点から認知症で困っている事例に対し課題の洗い出しを行う。見えた課題はチームで共有し、今後の家族支援につながる社会資源づくりに役立てる。	広げた対応を行った。 ・地域団体向けの認知症サポーター養成講座は、1ヶ所実施した。また、広く市民へ認知症の啓発を図ることを目的に生活支援コーディネーター兼認知症地域支援推進員と連携し、うなりくんをモチーフとした掲示物を作成した。なお、作成に際しては地域の事業所にも協力を依頼し共同作成している。作成した掲示物は大栄公民館内や福祉祭りでの掲示等を行った。 ・地域のイベント（お祭り等）に包括の周知と認知症の啓発を目的に参加し、併せてボランティアの募集等も行い活動の場の情報提供を地域へ発信した。 ・ケアマネ座談会に生活支援コーディネーターが毎回参加する中で、参加されたケアマネさんのケースで認知症に関する課題を抱えたケースを共有、包括内で共有し今後の支援の方向性等協議を行っている。
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、相談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。 ・ケアマネ座談会の場に地域の医師が参加されたことから、顔の見える関係性づくりに繋がるとともに医療とのネットワーク構築へと繋げることが出来た。

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を作る視点だけではなく、既存の1を2に広げて行けるよう、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。 ・包括が事務局を務める「喫茶ひまわり」において、協力頂けるボランティア集めを継続し、協力者の確保を目指す。（3名以上）	・昨年度も参加させて頂いた、下総地区にある神社主催のマルシェへ継続して参加した他、今年度は大栄地区のふるさと祭りへ初参加した。ブースを設けさせて頂き、包括の周知や認知症の啓発を図る中で「喫茶ひまわり」等のボランティア募集を行い、今後の地域資源開発に繋がる活動を行った。 ・R7.1 現在、喫茶ひまわりに協力頂けているボランティア（不定期参加を含む）は3名となり、目標人数を達成している。
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6年度においては、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・参加の促しを行っていく。 【評価結果を踏まえた改善点】 <u>・百歳体操グループの立ち上げに繋げていけるよう、来年度は住民へ直接アピールを行う機会を増やしていくこととする。具体的には、地域ケア会議開催時など、地域住民が多く集まる場において、生活支援コーディネーターより百歳体操の紹介を必ず実施することとする。</u>	・今年度の百歳体操グループの立ち上げは3団体（大須賀、柴田、青山地区）となり、目標数を達成している。 ・相談内容・相談者の状態を踏まえ、介護予防教室や喫茶ひまわり等予防を重視した資源の紹介を行っている。 ・地域ケア会議に生活支援コーディネーターは基本的に参加をしてもらい、その中で百歳体操の紹介・アピール時間を設けた。
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	・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。（社会福祉士枠の求人を継続する）	・R6.1 現在は三職種、生活支援コーディネーター兼認知症地域支援推進員は採用・法人内異動により人数はそろい、体制は整っている。

○成田市公津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>

成田市介護保険事業計画の基本目標「Ⅰ．やさしさと思いやりに満ちた支え合いのまちづくり」を目指す各施策のなかから、公津

地区において重点的に取り組みたいことを 2 つ掲げました。地域の各関係機関、多職種により連携と協働のもとで取り組んでいきたいと考えます。

1 地域包括ケアシステムの深化・推進

地域包括支援センターが行う各業務と関連させながら「孤独・孤立防止対策」への取り組みを継続して行います。民生委員と協働し「孤独・孤立」となるリスクの高い方の把握と「つながり続ける支援」を展開したいと考えます。

地域包括支援センターが担う業務（総合相談支援、介護予防ケアマネジメント、包括的・継続的ケアマネジメント支援、権利擁護等）において、対応した地域の高齢者等のなかで、家族や地域のひととの関わりが少なく「孤独・孤立した状態で生活をしているひと」を把握するようにしています。すでに日常生活上でなんらかの不安を抱えていると判断される方に対しては、地域の関係者との連携を持ちながら、継続した見守りを行うようにしています。また昨年度に続き、民生委員さんによる独居高齢者等の個別訪問活動を通じて「孤独・孤立した状態」となっている方、リスクの高い方の把握を行っており、関係者と連携して見守りができるよう取り組んでいます。いつ、急な対応などを要する事態が生じたとしても、スムーズに必要な支援を行うことができるまでの情報整理やリスト化などを今後行なっていきたいと考えています。

2 認知症に関する包括的支援

安心して暮らせる地域づくりのための「認知症サポーター養成講座」の各地区での開催、認知症に関する普及啓発に加え、総合相談業務における認知症に関する相談機能を充実させていきたいと考えます。

認知症サポーター養成講座については、年度の初めに各地区の民生委員さん、区長・自治会長さんに開催の呼びかけを行い、開催希望のあった地区で実施をいたしました。また、地域で活動する団体において「参加する方のなかに認知症のひとが存在する」ということから、周囲の皆が認知症を理解し、見守りやサポートができるようにしたいとの要望があがったことで、認知症の方への対応のしかたについての情報提供を行うなどの機会がありました。小地域ケア会議では「認知症のひとが安心して暮らせる地域づくり」をテーマに、専門職を含む地域の関係者間で課題共有と協議を行っています。こうした取り組みは、認知症地域支援推進員を中心として継続していきたいと考えています。認知症に関する総合相談については、認知症の相談窓口となっていることの周知を行い、相談にあたっています。要介護認定を受け、担当ケアマネジャーにケースを引き継いだ後も、必要に応じて継続した支援に参画するようにしています。

業務	計画内容	実績
介護予防ケアマネジメント業務	(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およびインフォーマルサポートなど多様な資源の利用についての確認を行う。	(全体の実績と課題) 計画通り実施し、利用者さん一人ひとりのその人らしい「自立」を目指したケアマネジメントを実施している。また今年度より開始された「短期集中通所型サービスC」に関する介護予防ケアマネジメントを行い、利用者さん本人が自立に向けた取り組みを実現することができた。サービスCについては、委託先の介護支援専門員への周知がまだ十分ではなく、必要な方が利用に至る流れができていないと考えられるため、今年度の実績をもとに課題を改善できるようにしていきたい。 (具体策の実施状況) ・今年度職員の交代があったため、研修やOJTを通じて、介護予防ケアマネジメントについての指導の機会を持ち、自立支援型ケアマネジメントを実践した。 ・委託ケースについては、ケアプラン原案の確認時に自立支援の視点に立ったケアマネジメントとなっているか、確認を行っている。
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ホームページ、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	(全体の実績と課題) センターが身近な相談窓口として広く市民に知っていただけるよう取り組みを継続している。また「断らない相談支援」は基本姿勢として徹底している。「ホームページを見るなどし、センターの存在を知った」という方が増えているように感じるため、周知や広報の仕方も工夫していけたらと考えている。 (具体策の実施状況) ・センターのガラス面を使用したポスター等の掲示、ホームページの活用、地域に出向いての周知活動を実施してい

	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。	る。 ・相談援助技術の向上などを目的とし、地域包括支援センター職員研修への参加、職場内でグループスーパービジョンを実施した。
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に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、総合相談支援業務等を通じ、権利擁護に関する支援を要する方への支援を行っている。当方としては制度の活用が必要ではないかと考えられるケースであっても、申し立てや利用に至らず、問題がそのままになるケースも生じている。こうした場合、代替策を提案等が必要であり、幅広く制度や方策を知る必要がある。 (具体策の実施状況) ・総合相談支援の対象者の中で、成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用を必要とする方に対しては、市高齢者福祉課や市社会福祉協議会と連携して支援を行った。 ・高齢者虐待に関する通報、相談窓口としての機能は持ったが、現時点までに虐待案件の対応はなかった。高齢者虐待対応に関する知識・技術を得るための研修への参加は行っている。 ・総合相談支援の対象者で、消費者被害に遭いそうになった方について、消費生活センターへのつなぎをしたり、地域住民を対象とし、成田警察署職員による消費者被害防止の講座を行うなど被害防止のための情報提供を行った。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	(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とともに、介護支援専門員に対する支援を行う。	(全体の実績と課題) 計画通り、小地域ケア会議や研修会、地区社協の取り組みなど、地域の関係機関や関係者と介護支援専門員が顔を合わせ、連携できる機会をつくっている。課題となるのは、こうした場をつくっても、参加する居宅介護支援事業所に

	(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。	偏りがあることである。これまであまり参加がない事業者、介護支援専門員にも多く参加をいただけるための働きかけが必要である。 (具体策の実施状況) ・公津地区小地域ケア会議，グループスーパービジョン，地区社協と共催の福祉シンポジウム，元気クラブの運営など，介護支援専門員と他の機関の関係者が一緒に参加できる場を計画的に実施した。 ・介護支援専門員法定研修および千葉県介護支援専門員協議会主催の研修会に関する情報提供を行い，また受講する介護支援専門員からの相談対応，サポートを行った。 ・介護支援専門員からの相談は常時受け付け，支援困難ケース対応などに対し，同行訪問など行っている。
多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築	(方針) 総合相談支援における多職種協働に加え，災害時の連携や地域づくりにおける連携など、あらゆる場面での連携・協働ができる関係を継続する。 (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。 ・災害発生時の連携のあり方について，地域の関係者と協議を行い，マニュアル等を作成する。 ・独居高齢者など「孤独・孤立」となりやすい方を平常時から見守ることのできる仕組みを構築する。	(全体の実績と課題) これまで通り，公津地区内の介護サービス事業者を含む，各種関係機関，関係者と協働する機会を努めて持つようにしている。今年度は新たに国際医療福祉大学の理学療法学科，作業療法学科の教員の皆様との協働する場面が増え，具体的な取り組みも行うことができた。今後に向けては，小地域ケア会議の開催頻度など適切な計画を再度立てていこうと思っている。 (具体策の実施状況) ・個別の利用者，相談者へ支援場面で必要に応じ，介護保険サービス事業者以外の支援者も含めた協働を実践している。特に独居や高齢者のみの世帯についてはこうした機会が多くなっている。 ・災害発生時の対応に関する協議やマニュアル等の作成については，具体的な取り組みはできなかった。

		・「孤独・孤立」しやすい方の把握は、日々の業務を通じて行っている。必要に応じて知人や近隣の方などを含めた見守りの体制をつくり、情報共有を行うなどしている。
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) 計画通り市のマニュアルに則り、地域ケア会議を開催している。小地域ケア会議では「孤独・孤立防止や自立支援を目的とした居場所づくり」「認知症の方が地域で安心して暮らせる地域づくり」を大テーマとして圏域内の関係者同士で話し合い、協働した取り組みを行っている。 (具体策の実施状況) ・支援困難ケースを対象とし「個別ケア会議」を開催した。 ・年間計画の通り「小地域ケア会議」を開催した。 ・それぞれの地域ケア会議を通じて、地域生活課題を捉えている。複数の個別ケースに共通し、かつ小地域ケア会議でも取り上げられているのは「認知症」に関する課題であった。 ・「中央地域ケア会議」の開催はなかった。 ・自治会での話し合いの場や元気クラブ（運営のための会会議を含む）の機会にて住民との意見交換をしている。
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。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	(全体の実績と課題) 認知症地域支援推進員を中心とし、総合相談支援や介護予防ケアマネジメントなど地域包括の業務全般において認知症の方への個別支援と、地域で支えるネットワークづくりに取り組んでいる。課題となっているのは「医療との連携について」であり、小地域ケア会議での検討テーマにもあげられた。次年度も引き続き取り組みを行いたいと考えている。 (具体策の実施状況)

	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。 ・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。 ・各自治会単位および児童・生徒を対象とした認知症サポーター養成講座を開催する。	・センター建物の見えやすい場所に、住民向けの掲示を行い、相談窓口であることを知らせている。 ・初期集中支援チームに相談し、医療機関への受診（入院）への支援を受けたケースは1件あった。 ・公津地区社協にて、昨年度に引き続き「認知症の方を支えるネットワークづくり」に取り組んでおり、個別の相談のほか、地区での認知症サポーター養成講座の開催等で協働している。
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。 ・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） 主に総合相談支援および介護予防ケアマネジメント業務において、個別ケース対応にて医療との連携を図っている。連携における課題に対する改善は、個々の案件を通じて行うようにしている。課題としてとらえているのは、回復期リハビリテーション病院からの退院支援における連携である。目標設定の共有や入院中の連携について双方の認識の相違をなくしていけるような取り組みが必要であると感じており、今後のテーマとしたい。 （具体策の実施状況） ・市主催の医療と介護の関係者の合同の研修会への参加、また小地域ケア会議での医療関係機関との意見交換等を通じて、担当者間の関係構築に取り組んでいる。特に調剤薬局薬剤師との連携場面は多い。 ・総合相談や介護予防ケアマネジメント等の業務を通じ、入退院や定期受診等の場面で必要な連携を図っている。救急対応の場面での支援の需要もあり、都度対応している。

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。 (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。	(全体の実績と課題) 計画通り、総合相談支援業務等を通じて捉えた個別の生活課題に対し、自立支援の観点から、なるべく自分の力で生活行為を行えるような支援の方策を考え、適切な社会資源を活用できるようにしている。生活支援コーディネーターと効果的な連携が図れている。 個別案件に対し、適切な社会資源へのつなぎについて検討するための関係者の集まり（マッチング会議）の開催もしたいと考えていたが、今年度は実現しておらず、今後の課題と考えている。 (具体策の実施状況) ・総合相談支援および介護予防ケアマネジメント業務を通じ、利用者さん個別のアセスメントを行い、必要とされる生活支援は何かを把握している。 ・「小地域ケア会議」の開催時、参加される関係者との意見交換にて、解決していきたい生活課題について話し合っている。 ・生活支援コーディネーターと常に連携・協働し、個別対応と地域に向けた対応をともに行っている。
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。	(全体の実績と課題) 計画通り、地域の高齢者が要支援・要介護状態とならないよう、自ら取り組めるような場づくりなどに取り組んでいる。元気クラブは現在 11 か所で開催されているほか、短期集中通所型サービス C の利用を終えた方々のフォローアップも兼ねた地域での取り組みも開始するなど、地域の関係者と協働しての取り組みが増えている。今後も現在の取り組みを継続していく方向であるが、運営に携わる地域の担当者の主体性を維持できるようなサポートを、適切に行って

	【評価結果を踏まえた改善点】 ・「なりたいきいき百歳体操」に関する情報提供を継続して行い、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。	いけるようにしたいと考えている。 (具体策の実施状況) ・各地区で行っている元気クラブは、現時点で 11 か所、概ね月 1 回のペースで開催が継続しており、介護予防のためのミニ講座、運動、他者との交流、居場所づくりの効果が得られている。各クラブとも地区社協と地域包括と各区や自治会、高齢者クラブ等による共催の形をとり、地域住民が主体的に取り組む事業となっている。 【評価結果を踏まえた改善点】 ・「なりたいきいき百歳体操」については、地区社協や各元気クラブでの情報提供や講座の開催に加え、生活支援コーディネーターが百歳体操の体験会、交流会に参加し、開催や参加を希望する方への対応など行っている。ケアマネさんからの問い合わせなどもあり、既存のグループへの参加の支援も行うなどしている。 2 件ほど百歳体操サポーターさん等を通じ、立ち上げを希望する話はあったが、市の条件に合わないところがあり、正式な立ち上げには至らなかった (別なサロンとして活動することとなった)
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、令和6年度における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・豊住地域包括支援センター

26 法人 27 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	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	ケアマネジャーくどう	UDOKU(合)	茨城県牛久市小坂町 2006-61
17	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
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	富里市日吉倉 13-5C SKビル 2F
19	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
20	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
21	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
22	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
23	SONPO ケア成田居宅介護支援	(株) SONPO ケア	飯仲 28-18
24	SONPO ケア宇都宮居宅介護支援	(株) SONPO ケア	栃木県宇都宮市中今泉 5-23-12
25	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
26	ゆかり成田介護支援センター	(株) アングル	江弁須 364-1
27	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) 成田市遠山地域包括支援センター

28 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	生活クラブ風の村ケアプランセンターなりた	(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	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
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コボ 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	佐藤さくら	佐藤さくら合同会社	並木町 169 番地 19-102
27	ヤックス八街訪問介護センター	(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
29	ゆかり成田介護支援センター	(株) アングル	成田市江弁須 364-1

(ウ) 成田市成田・中郷地域包括支援センター

17 法人 17 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	ケアプラン喜美笑	株式会社喜美笑	成田市松崎 2614-16
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	介護相談室	合同会社 福育社	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・大栄地域包括支援センター

29 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	こすもす居宅介護支援事業所	株式会社 こすもす	香取市北 3-3-22
3	居宅介護支援事業所成田苑	社会福祉法人 徳栄会	成田市大室 1783-22
4	在宅介護相談センター日吉台	株式会社 千葉総合介護サービス	富里市日吉倉 13-8(CSK ビル 2F)
5	居宅介護支援事業所じょうものの郷	社会福祉法人 広文会	神崎町神崎神宿 66-10
6	社会福祉法人 神崎町社会福祉協議会	社会福祉法人神崎町社会福祉協議会	香取郡神崎町神崎本宿 96
7	癒しのケアプランセンター公津の杜	株式会社 リエイ	成田市飯田町 33-1
8	ケアプランミモザ	株式会社ミモザケア	吉岡 1342-56
9	あい愛ケアプラン	特定非営利活動法人 あい愛	成田市三里塚光が丘 1-958
10	ケアスタッフ成田	株式会社日本ヘルスケアステーション	成田市公津の杜 3-3-1 三恵ビル 2 階
11	生活クラブ風の村ケアプランセンターなりた	社会福祉法人生活クラブ	千葉県成田市大竹字内沼 370
12	セントアンナ在宅介護支援センター	医療法人社団聖母会	成田市本三里塚字仲町 2 2 6 - 1
13	楽天堂居宅介護支援事業所成田	株式会社楽天堂	成田市西三里塚 1-101 岩沢テナント A 2 F 2 0 2
14	居宅介護支援事業所 介護あおぞら	合同会社あおぞら	成田市中台 6-1-2(中台ショッピングセン ター内)
15	エスポワール成田居宅介護支援事業所	医療法人社団 寿光会	成田市宝田 360-1
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	かなでの杜なりた	株式会社かなでの杜	成田市東町 156-6-101
18	居宅介護支援事業所 新町玲光苑	社会福祉法人 豊立会	成田市新町 1037 番地 63
19	楽天堂居宅介護支援事業所 香取	株式会社 楽天堂	香取市大崎 214
20	介護相談室	合同会社 福育社	成田市本城 73-9 第 3 コーポおとり荘 203
21	居宅介護支援センター 多古新町ハウス	社会福祉法人 楨の実会	千葉県香取郡多古町多古 2686 番 1
22	ヤックスケアプラン安食	株式会社 ヤックスケアサービス	千葉県印旛郡栄町安食 947-5
23	佐藤さくら	佐藤さくら合同会社	成田市並木町 169-19 ビューハイム成田 102
24	居宅介護支援センターエコトピア酒々井	社会福祉法人 鼎	千葉県印旛郡酒々井町本佐倉 352-2
25	ケアプラン喜美笑	株式会社 喜美笑	成田市郷部 1354 郷部ウイングビル 1 階 103 号室
26	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
27	居宅介護支援事業所ケアリンク	合同会社 CARELINK	茨城県稲敷市柴崎字寄居下 606 番地 1
28	ウエルストン薬局公津の杜店	有限会社ウエルストン薬局	成田市公津の杜 2-6-3
29	居宅介護支援事業所こころの家介護相談室	一般社団法人 里の心	茨城県稲敷市清久島 1 0 3 2
30	ヤックス八街訪問介護支援センター	株式会社 ヤックスケアサービス	八街市文違 3 0 1 - 3 8 3 6 ヤックス ドラック八街東店内
31	フォレストケアプランセンター	合同会社 エヌケア	成田市団護台 1090-23-303

(オ) 成田市公津地域包括支援センター

29 法人 32 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	生活クラブ風の村ケアプランセンター成田	(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
31	フォレストケアプランセンター	(合) エヌケア	成田市囃護台 1090-23-303
32	居宅介護支援事業所 CARE LINK	(合) CARE LINK	茨城県稲敷市柴崎字寄居下 606-1

(2) 地域密着型サービスの運営等に関すること

①地域密着型サービス事業所の状況について

令和7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 (NT・八生・豊住)	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 (遠山)	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 (久住・下総・大栄)	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 (成田・中郷)	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 (公津)	株式会社フロ 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 (公津)	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 (NT・八生・豊住)	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 (成田・中郷)	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 (NT・八生・豊住)	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 (公津)	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	グループホーム 成田苑	大室 (久住・下総・大栄)	社会福祉法人 徳栄会	認知症対応型共同生 活介護（予防含む）	18名	令和6年5月1日	
12	さわやかリビング成田	本町 (成田・中郷)	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
13	まんざきの家玲光苑	松崎 (NT・八生・豊住)	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
14	あい愛クラブ	本三里塚 (遠山)	NP0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
15	セントケア公津の杜	公津の杜 (公津)	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
16	ケアセンターとこしえ 美郷台	美郷台 (成田・中郷)	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
17	生活クラブ風の村小規 模多機能ハウスなりた	大竹 (NT・八生・豊住)	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	セントケア看護小規模 成田	並木町 (公津)	セントケア千 葉株式会社	看護小規模多機能型 居宅介護	29名	令和6年6月1日	宿泊室7室
19	定期巡回アルテロイテ	北須賀 (公津)	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	
20	生活クラブ風の村定期巡 回ステーションなりた	大竹 (NT・八生・豊住)	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	
21	特別養護老人ホーム 長寿園（地域密着型）	長沼 (NT・八生・豊住)	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7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
22	成田リハステーション	田町 (成田・中郷)	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	
23	きたはら	南平台 (成田・中郷)	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	
24	トータルリハセンター 成田	囲護台 (成田・中郷)	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 (成田・中郷)	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	
26	リハプライド成田	美郷台 (成田・中郷)	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 (公津)	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 (公津)	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 (公津)	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 (NT・八生・豊住)	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 (公津)	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 (NT・八生・豊住)	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	健康ぶらす成田	中台 (NT・八生・豊住)	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	
34	デイサービスセンター 成田苑	大室 (久住・下総・大栄)	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 (遠山)	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 (久住・下総・大栄)	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	デイサービスアルテロ イテ	北須賀 (公津)	株式会社ENKEL	地域密着型通所介護	10名	令和5年10月1日	
38	リハ楽 公津の杜	公津の杜 (公津)	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	
39	大栄リハステーション	吉岡 (久住・下総・大栄)	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 (成田・中郷)	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	
41	老人デイサービス事業 名木の里	名木 (久住・下総・大栄)	社会福祉法人 下総会	地域密着型通所介護	17名	令和6年4月1日	
42	佐藤さくらコスモス	並木町 (公津)	佐藤さくら合 同会社	地域密着型通所介護	5名	令和6年12月1日	
43	みずほデイサービス	郷部 (成田・中郷)	株式会社みずほ ケア	地域密着型通所介護	18名	令和7年5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7年3月	0件	0件
令和7年4月	0件	0件
令和7年5月	0件	0件
令和7年6月	0件	1件
令和7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7年7月1日現在)

- ・訪問 介護予防相当サービス 37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 61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	令和6年度 実績額
訪問型・通所型 サービス	164,857,354円	179,617,882円	188,716,242円	189,179,610円	203,132,468円
介護予防ケアマネジメント費	19,099,820円	19,556,655円	19,507,800円	18,720,453円	20,900,025円
高額総合事業 サービス費	189,708円	229,187円	191,316円	180,907円	374,535円
高額医療合算総合 事業サービス費	297,323円	363,124円	488,948円	338,573円	250,832円
短期集中予防 サービス	-	-	-	-	1,320,000円

③ 『成田こっぷくアカデミー』（国際医療福祉大学連携事業）

※令和6年度新規事業、短期集中予防サービス(サービスC)

○通所型

第1期 令和6年8月27日～11月12日(全12回) 5名参加

第2期 令和6年12月10日～令和7年3月4日(全12回) 10名参加

場所:国際医療福祉大学 成田キャンパス

内容: 体力測定・認知機能評価、運動プログラム・創作活動、
ディスカッション

○訪問型

令和6年11月18日～令和7年2月7日(全6回) 2名参加

場所:利用者宅

内容: 自宅で行える運動の提案や指導、日常生活動作の改善に関する助言指導、住環境の工夫助言等

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2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
基本チェックリスト 実施件数	3件	17件	27件	135件	97件
地域包括支援セ ンター連絡件数	1件	7件	9件	5件	12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事業。

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6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)	134 人 (内オンラ イン 91 人)
延参加者数	622 人	350 人	691 人	1,027 人	1,982 人

【もの忘れ相談】

市民に身近な場所(市役所)において専門医による相談を行い、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2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
実施回数	7回	9回	9回	8回	10回
相談件数	19件	26件	16件	18件	24件

③ 地域介護予防活動支援事業

【あおぞら会】

高齢者の閉じこもりを予防するため、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	57 人	13 人		21 人	10 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)

足腰を中心とした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、地域において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2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
実施回数	13回×2G	14回×2G	14回×3G	14回×2G	16 回×2G
実人員	24人	22人	72人	50人	35 人
延人員	268人	241人	745人	565人	498 人

※「G」はグループの略

【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、地域で自主的に集まり活動する OB グループの取組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」が付与され、その貯めた「ポイント」を換金することができる制度。

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
登録人数	84人	107人	106名	121名	117 名
換金人数	24人	5人	21名	20名	29 名
換金額	102,000円	10,000円	40,000円	54,000円	71,000 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、椅子に座った状態で、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2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
新規参加者数	79人	96人	84人	25人	131人
サポーター養成数	12人	0人	13人	13人	0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2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
実施回数	6回	7回	7回	7回	7回
実参加者数	33人	14人	19人	42人	30人
延参加者数	153人	77人	105人	223人	160人