

令和8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7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	～	15
○成田市成田・中郷地域包括支援センター	16	～	21
○成田市久住・下総・大栄地域包括支援センター	22	～	30
○成田市公津地域包括支援センター	31	～	40
③介護予防支援業務等の一部委託について	41	～	45

(2) 地域密着型サービスの運営等に関すること 46 ～ 48

(3) 介護予防・日常生活支援総合事業に関すること 49 ～ 52

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（R8.3.31 現在）

全年齢人口数	1 3 3,3 0 6人
高齢者人口（高齢化率）	3 2,3 7 3人（2 4.3％）
要介護・要支援認定者数	5,1 5 3人
内要支援認定者数	1,1 1 3人
事業対象者数	3 1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	4,805人	9,360人	1,986人	5,457人	3,748人	3,403人	3,614人
要支援者	170人	351人	58人	182人	124人	115人	113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1人・社2 人・保2人	主1人・他1 人	社1人・主1人・保1人	社1人・主1人・保1人	社1人・主1 人・保1人	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	2,723件	5,877件		1,946件	1,636件	4,202件	
内 虐待が疑われる相談延件数	0件	2件		1件	0件	136件	
疑高齢者虐待事例対応者数（実人数）	0件	2件		1件	0件	5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	67件	21件		11件	4件	97件	
ケアマネジャーからの相談	1,231件	1,672件		306件	1,072件	1,748件	
地域包括支援センター連絡会への参加	12件	12件		11件	12件	12件	
地域ケア会議開催	12回	30回		11回	68回	4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）	657件（405件）	1,577件（988件）		727件（505件）	620件（358件）	1,118件（873件）	
介護予防ケアマネジメント作成件数（うち委託件数）	705件（313件）	1,541件（895件）		602件（356件）	525件（245件）	833件（629件）	
合計	1,362件（718件）	3,118件（1,073件）		1,329件（861件）	1,145件（603件）	1,951件（1,502件）	

成田市の日常生活圏域の現状 【令和8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：39,741人 - 高齢者：11,346人 - 高齢化率：28.5% - 認定者：1,662人 - 上記の内要支援者：409人 - 世帯数：19,244世帯 - 独居高齢世帯数：644世帯

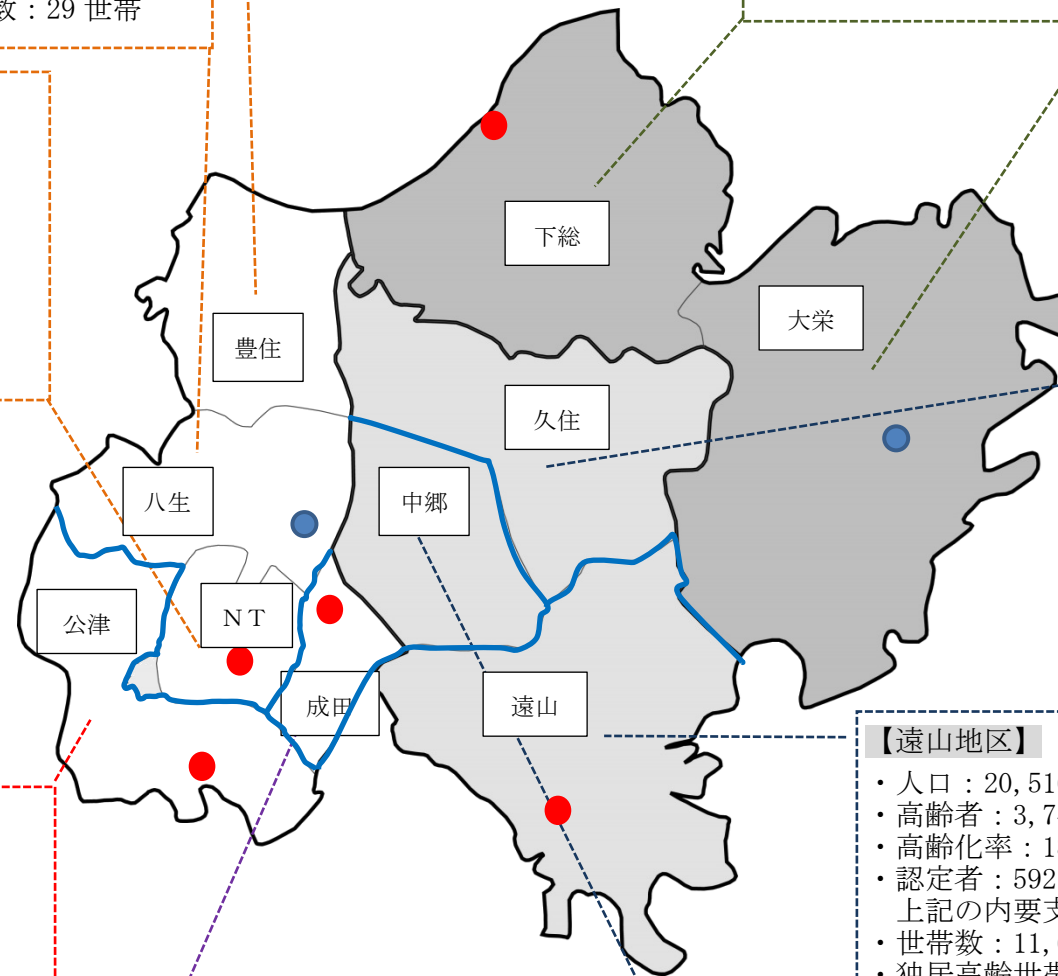
【八生地区】
- 人口：3,285人 - 高齢者：1,237人 - 高齢化率：37.7% - 認定者：211人 - 上記の内要支援者：37人 - 世帯数：1,506世帯 - 独居高齢世帯数：29世帯

【豊住地区】
- 人口：1,506人 - 高齢者：749人 - 高齢化率：49.7% - 認定者：129人 - 上記の内要支援者：21人 - 世帯数：737世帯 - 独居高齢世帯数：23世帯

【下総地区】
- 人口：5,778人 - 高齢者：2,385人 - 高齢化率：41.3% - 認定者：420人 - 上記の内要支援者：88人 - 世帯数：2,787世帯 - 独居高齢世帯数：132世帯

【久住・下総・大栄圏域】
久住地区、下総地区、大栄地区
- 人口：20,336人 - 高齢者：7,017人 - 高齢化率：34.5% - 認定者：1,197人 - 上記の内要支援者：228人 - 世帯数：9,478世帯 - 独居高齢世帯数：292世帯

【ニュータウン地区】
(※はなのき台を含む)
- 人口：34,950人 - 高齢者：9,360人 - 高齢化率：26.8% - 認定者：1,322人 - 上記の内要支援者：351人 - 世帯数：17,001世帯 - 独居高齢世帯数：592世帯



【大栄地区】
- 人口：9,729人 - 高齢者：3,614人 - 高齢化率：37.1% - 認定者：595人 - 上記の内要支援者：113人 - 世帯数：4,758世帯 - 独居高齢世帯数：128世帯

【久住地区】
- 人口：4,829人 - 高齢者：1,018人 - 高齢化率：21.1% - 認定者：182人 - 上記の内要支援者：27人 - 世帯数：1,933世帯 - 独居高齢世帯数：32世帯

【公津圏域】
公津地区 (※はなのき台を除く)
- 人口：30,196人 - 高齢者：5,457人 - 高齢化率：18.1% - 認定者：891人 - 上記の内要支援者：182人 - 世帯数：15,597世帯 - 独居高齢世帯数：176世帯

【公津地区】
(※はなのき台を除く)
- 人口：30,196人 - 高齢者：5,457人 - 高齢化率：18.1% - 認定者：891人 - 上記の内要支援者：182人 - 世帯数：15,597世帯 - 独居高齢世帯数：176世帯

【遠山地区】
- 人口：20,516人 - 高齢者：3,748人 - 高齢化率：18.3% - 認定者：592人 - 上記の内要支援者：124人 - 世帯数：11,666世帯 - 独居高齢世帯数：122世帯

【遠山圏域】
遠山地区
- 人口：20,516人 - 高齢者：3,748人 - 高齢化率：18.3% - 認定者：592人 - 上記の内要支援者：124人 - 世帯数：11,666世帯 - 独居高齢世帯数：122世帯

【成田地区】
- 人口：21,448人 - 高齢者：4,341人 - 高齢化率：20.2% - 認定者：730人 - 上記の内要支援者：150人 - 世帯数：12,698世帯 - 独居高齢世帯数：313世帯

【中郷地区】
- 人口：1,069人 - 高齢者：464人 - 高齢化率：43.4% - 認定者：81人 - 上記の内要支援者：20人 - 世帯数：505世帯 - 独居高齢世帯数：17世帯

【成田・中郷圏域】
成田地区、中郷地区
- 人口：22,517人 - 高齢者：4,805人 - 高齢化率：21.3% - 認定者：811人 - 上記の内要支援者：170人 - 世帯数：13,203世帯 - 独居高齢世帯数：330世帯

【全体】
- 人口：133,306人 - 高齢者：32,373人 - 高齢化率：24.3% - 認定者：5,153人 - 上記の内要支援者：1,113人 - 世帯数：69,188世帯 - 独居高齢世帯数：1,564世帯

令和8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。

令和7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、後期高齢者が増加し、それに伴い相談も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、世帯として生活困窮、金銭的な問題を抱えているケースが多くある。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、課題解決と伴奏支援を行った。地域ごとに小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った。地域の集まりには積極的に参加し、包括支援センターの周知と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た。介護保険制度や具体的なサービスの情報提供、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った。

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が昨年から追加になり、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、委託事業所と連携を取りながら対応する。 ・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6名の参加があった。 ・利用者が年々増えている。常勤で予防プランナーが入職し、40件程度、センター全体では100件程度を担当している。 ・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って情報収集し、介護支援専門員に情報提供している。
総合相談支援業務	・高齢者の身近な相談所であることを、パンフレットを作成し、地域の集まり等で配布し地域住民に周知を図る。 ・相談ケースは、三職種が共同して対応し検証等を行い、それぞれの専門性を活かし解決にあたる。緊急	・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。

	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。	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。 ・研修等はオンラインで受講できるものも多くなり、専門職が各自で積極的に受講している。
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。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。	・虐待が疑われる相談については、養護者にも支援が必要であり、高齢者福祉課だけでなく、養護者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（介護支援専門員、介護事業所、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。	・困難事例の解決のための個別地域ケア会議を積極的に開催（15回）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、必要に応じて同行訪問等を行い、後方支援を行った。 ・研修会や事例検討会の開催はしていないが、個別ケア会議を多く開催することでリアルなケーススタディの機会を確保した。多職種参加型の研修には積極的に参加している。
多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築	・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。	・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、その家族が障がい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、生活困窮等、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。 【評価を踏まえた改善点】 個別事例の検討等を行う地域ケア会議を、積極的に行っていく。	・ 個別地域ケア会議は 15 回開催した。独居や身寄りのない方、支援できる親族がいないケースが目立った。また、同じケースで 3 回開催したケースもあった。 ・ 地区社協や地域の集いに出向き小地域ケア会議を開催した。認知症、介護予防をはじめ、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。 【評価を踏まえた改善点】 ・ ケースに応じて時間や場所、構成員等を工夫しながら個別ケア会議を積極的に開催することができた。
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 3 ヶ月に一度開催し、気軽に集える場所作りを行う。ボランティアの方にも協力いただき開催する。 ・ 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。 ・ 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	・ 認知症地域支援推進員と連携して活動をしている。 ・ 認知症カフェを年 6 回開催し、回を重ねるごとに参加者も増えている。今年度は八生・豊住地区でも開催できた。 ・ 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案内、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。 ・ 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

	ースは適切に対応する。認知症の家族を介護する家族にアオシスの会の情報提供を行う。	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、地域に向き寄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。 ・医療や介護に限らず地域資源については幅広く情報収集し、センター内で情報の共有を図った。
介護予防の推進	・住民主体の活動である「なりたいきいき百歳体操」が35ヶ所で行われていて、グループへの訪問や体力測定等の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。新規立ち上げを促進するため、百歳体操体験会等の情報提供を地域の高齢者に積極的に行っていく。 ・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。	・「なりたいきいき百歳体操」が現在35ヶ所活動している。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基本チェックリストによる情報共有を行った。 ・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		
------------------------------------	--	--

2 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。

くらしサポート成田、いんば中核地域生活支援センターすけっと、生活支援センター、民生委員だけでなく、抱える課題によっては不動産会社、民間の便利業者等とも連携を検討し、様々な立場から多角的な視点のもと課題解決に向けて支援を検討する事が出来た。その一方で、介護や医療含む他機関同士の連携という点において、関わる機関が増えれば増えるほどに相互の役割理解という部分でズレが生じていたと感じる場面が見受けられ、次年度以降も引き続き多様な課題に向き合う円滑なネットワーク構築に取り組んでいく必要があると感じている。

- 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。

成田リハビリテーション病院と連携を密に取り、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士協力のもとミニ講座や体力測定を今年度も実施する事が出来た。また地域住民の要望に沿い、百歳体操後の時間を使って看護師による「健康講座」を複数の共同利用施設で開催。また、認知症地域支援推進員と連携を取り、認知症サポーター養成講座開催依頼の対応や若年性認知症本人ミーティングへ参加する事が出来る。新たにInstagramを始める事で、包括便りによる既存のセンター周知方法以外での周知も図り、包括の周知並びに早期相談に繋がるような工夫をする事が出来た。

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。

年度当初に遠山地区内の居宅介護支援事業所にお声がけする事が出来、三里塚コミュニティセンターで行われた災害を想定した避難訓練に地域住民だけでなく、地域の介護支援専門員も一緒に参加していただく事が出来た。また、成田市赤十字奉仕団と連携を取らせていただき、新聞紙でのスリッパ作成や避難場所にある毛布をガウンのように着る事で防寒対策が出来る方法など、遠山地区民生委員と一緒に学ぶ機会を設ける事が出来た。

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、センターの受付窓口や相談室の環境整備を行う。	- 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。 - 積極的に研修会へ参加しスキルアップに努めた。研修内容は報告書を通じて事業所内で共有して参加者

	・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。	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、成田市成年後見支援センターや成田市社会福祉協議会などの関係機関と連携し支援を行う。また、成年後見制度や日常生活自立支援事業についての周知も行う。	・悪徳業者の詐欺予防について寸劇を行い、地域住民に分かりやすく伝わるように工夫する事が出来た。 ・成田警察署生活安全課だけでなく、地域課移動交番係とも連携を取り、詐欺の被害状況や手口など地域住民に伝えていただく事で、詐欺予防の啓発を行う事が出来た。 ・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り、同行訪問等の対応をとる事が出来た。 ・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、遠山地区にある居宅介護支援事業所の介護支援専門員とともに災害を想定した避難訓練を実施する事が出来、地域関係者の顔の見える関係づくりを行った。 ・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い、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。 ・昨年度の反省を踏まえ、今年度は年度当初に介護支

		援専門員に向けて研修会の開催予定を提示する事が出来た。また、遠山地区に事業所のある介護支援専門員と各月の頻度で意見交換会を実施。その都度、ニーズに沿った意見交換会を開催する事が出来た。
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、関係者に参加を依頼し可能な限り多職種が集まる事を心かけた。 ・「介護支援専門員の法定外業務」について専門職向けに研修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。 ・介護や医療の立場、視点のみでは支援が行き詰ってしまうケースもあり、不動産業者や便利業者などの民間事業者の立場、視点も取り入れた支援を検討する事で、多角的な視点から柔軟に支援を検討する事が出来、対応に結び付ける事が出来た。
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。 ・会議出席者の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。 ・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、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。	・キャラバンメイトスキルアップ研修を受講する事で、認知症施策に対する理解をそれぞれ深める事が出来る。 ・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。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る。 ・認知症初期集中支援チームと必要に応じて情報を共有し、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。包括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。また、若年性認知症本人ミーティングへの参加も行う事が出来た。
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	・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や紙面で頂き、ファイルに綴じてすぐに確認出来る場所に置く事で、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

	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。	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。 ・2層生活支援コーディネーターと連携する事で、傾聴ボランティアやお買い物支援などのボランティア活動の支え手として高齢者が活躍出来る取り組みに繋げる事が出来た。
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」や地域の「なりたいいきいき百歳体操」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。	・「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、「なりたいいきいき百歳体操」の活動継続支援や、希望のあ

	・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、新規立ち上げ支援を行う。 【評価結果を踏まえた改善点】 <u>2層生活支援コーディネーターと連携を図り、三里塚コミュニティセンター以外での講座やイベントの開催を検討し、実現する。</u>	るグループには、百歳体操後の時間に看護師から健康講座を行う事が出来た。 【評価結果を踏まえた改善点】 ・2層生活支援コーディネーターと連携する事で、三里塚コミュニティセンター以外（東和田地区にある成田卓球センター）において、コミュニティカフェを開催する事が出来た。その他の開催場所についても検討がなされており、百歳体操を実施している共同利用施設では、健康講座を地域住民のニーズに応じた内容で開催する事が出来た。
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	2層生活支援コーディネーターと連携を図り、三里塚コミュニティセンター以外での講座やイベントの開催を検討し、実現する。	・成田卓球センターや共同利用施設等において健康講座やコミュニティカフェの開催を行う事が出来た。

3 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、昔のような地域の付き合いは減少している。また、高齢化率も高い地域である。農村地については、特に移動や買い物の支援についての課題がある。

<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、多職種、多機関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開催し、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チームオレンジの普及・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の開催に協力した。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企業と連携し、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）を継続している。地域ごとの課題を再アセスメントし、それぞれの地域に則した生活支援体制を検討していきたい。

業務	計画内容	実績
介護予防ケアマネジメント業務	- 要支援認定者、基本チェックリストによる事業対象者等総合事業利用者について、対象者の心身の状況、おかれている環境その他の状況に応じて、自らの選択により訪問型サービスや通所型サービスほか市の高齢者福祉サービスやインフォーマルな地域資源等の活用等が包括的かつ効果的に提供されるよう自立支援を目指したケアマネジメントを行なう。 - 多様な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。 - 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どおり2ヵ月に1回発行している。 - 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研修（税金や助成について）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。	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。 ・感染症予防に配慮しながら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、百歳体操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（8 回）。 ・介護予防・自立支援型ケア会議は開催していない。 ・支えあいの会議は認知症マフ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（3 回）。 ・生活支援コーディネーターと協同し、認知症マフ、竹笛制作を通して地域の支えあいについて啓発することができた。 ・介護支援専門員向けの小地域ケア会議を開催した（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包括連絡会等で広報・情報共有を行ない、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 ・成田市認知症ガイド（認知症ケアパス）の適宜改善・普及を行う。 【評価結果を踏まえた改善点】 <u>・認知症マップのグループにおけるチームオレンジの活動強化について検討する。</u>	・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。（1 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に協力した。 ・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。 ・認知症家族の会は認知症地域支援推進員が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。 【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ップや体操サークルの立ち上げを支援している。
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	・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。

	制作り、それぞれの業務の理解、顔の見える関係作りを行う。 ・地域ケア会議への参加要請を通して、医療と介護がスムーズに連携できるようネットワークの構築を図る。	・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や民会企業と協同で積極的に開催する。 ・百歳体操の立上げ支援から集いの場の創出に努める。	・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、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。
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>

- ・久住・下総・大栄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。
- ・久住・下総・大栄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1か所しかない状況である（介護保険ガイド上は2か所であるが、実働されている事業所は1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。

圏域民生児童委員定例会への包括職員の参加、独居・認知症に関わるケースについて警察署・交番、圏域保健所との情報連携及び各関係機関との連携を行い特に独居高齢者情報の早期掘り起こしを民生委員、区長の方にもお願いし情報を得る事ができるようになった。また、認知症事例については生活支援コーディネーターと協働しながら課題を四職種で共有し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。

日常業務中で浮き彫りになった課題は、毎月行われる包括連絡会及び包括管理者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。また、定期的に行うケアマネ座談会主催と、ケアマネ連絡会で得た情報の中から社会資源不足、ケアマネ支援に関する問題、独居高齢者、認知症高齢者、圏域移動方法等に対する課題等は地域課題として課題情報の収集、分析を所内でも引き続き実施している。

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。地域にアウトリーチをかけ、元気な状態から要介護状態の高齢者まで切れ目なく関わりを持つ視点を大切にしつつ、四職種で地域づくりを行っていく。

生活支援コーディネーターも就任後 1 年を経て、喫茶ひまわりについても外部講師を迎え健康増進の周知を行い、百歳体操では新たに発足する地域の支援及び圏域民生児童委員定例会への積極参加を行い『居場所づくり』の提言を実施してきた。また業務に係る認知症地域支援推進員として独居認知症ケースへの訪問同行などを通じ他三職種ともに協働しながら課題の発掘が実施できた。

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	(計画内容全体における全体的評価と具体的内容) 予防ケアプランでの予防給付、総合事業以外にも成田市介護保険ガイド・わたしたちのまちの福祉サービス冊子を窓口相談時、アセスメント時に説明し自立を促せるよう支援している。地域の課題としてインフォーマル資源については久住・下総、大栄地区

	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久住・下総・大栄圏域における資源情報を居宅介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。 ・サービスCの利用についても地域住民の選択肢となるよう、周知を図り利用の促進を行っていく。	には例えば『ゴミ捨て』などで支援するような団体が枯渇しているのが現状である。 ・また、生活支援コーディネーターが発掘、支援した地域活動への参加促しも行い、ケアマネ座談会での地域インフォーマル資源情報について居宅介護支援事業所と提供共有している。 ・基準緩和型サービスについては1か所のみ利用に留まっている。 ・サービスCの利用については、民生児童委員の会議でも説明を促してきたが、今年度成田国際医療福祉大学の『成田こっぷくアカデミー』1名の利用となっている。
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）	(計画内容全体における全体的評価と具体的内容) ・久住公民館にて平成31年より開催していた『久住出張』無料出張相談については年間1～2名の相談に留まっている。 ・久住民児協会長より相談助言を頂き、次年度より広報活動の内容を検討し包括広報活動を行う。『久住出張』については、令和7年度を以って終了とすることとなった。 ・集客周知不足の原因については公民館までの移動手段が徒歩では厳しい。電話で相談できる。移動手段があれば包括支援センターまで直接来訪できる。開催に関する広報手段としてポスターを公民館掲示、回覧板を通じて行ってきた。 ・次年度はこの原因を包括職員と話し合い、包括周知活動を検討し実施する。

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、終活や人生会議等についての出前講座を提案する。実施の際には、圏域の交番等へ詐欺などの地域実情などを伺い、有益な情報提供を行えるようにしていく。 ・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。	(計画内容全体における全体的評価と具体的内容) ・権利擁護に関する事例は年間通じ 1～3 事例であり、相談機関、資料等提案し個々対応している。 ・地域団体等へ成年後見制度や、虐待防止、消費者被害、終活や人生会議等への出前講座については職員不足等の原因で実施できなかった為、次年度ではその機会を設ける。 ・圏域警察署と地域問題を情報共有提供できる環境であり、消費者被害防止などについても今後情報共有を実施し地域住民へ繋げている。 ・現在も成年後見センターと連携する事案があり、相談者の不利益にならないよう支援している。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	・久住・下総・大栄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（敬老会やお祭りといった地域のイベント、あるいは各団体の活動など）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。（半年で1回の発行を目標とする） ・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）で実施する。（半年で1回以上の開催を目標とする） ・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	(計画内容全体における全体的評価と具体的内容) ・今年度開催された久住地区、小御門地区、大利根地区、大須賀地区、昭栄地区と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地域包括の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、半年に1回の発行から季節毎、年4回の発行を行い周知活動に努めた。 ・ケアマネ座談会については、予定通り年3回の実施を行えた。ケアマネ座談会で見えた圏域介護支援専門員が抱える思いや課題、ご意見を頂く事ができた。特に地域特性の課題や移動手段、高齢世帯、独居高齢世帯、8050 問題、ペット問題など医師を講師として招き、より専門性の高い医療についてからの側面でのご意見を頂く事も出来た。

	行う。（半年で1回の開催を目標とする）	
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。	（計画内容全体における全体的評価と具体的内容） ケアマネ座談会の開催は今年度3回の開催を実施することが出来た。多職種ネットワーク構築や通常の業務において必要に応じた関係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。
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。（半年で1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。（半年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久住・下総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>令和7年度においては、個別ケア会議の開催回数を増加させていけるよう、日々の業務の中で見えた課題を職員で共有、開催に向けた検討を包括内合同ミーティングの場を活用し、実施する。</u>	（計画内容全体における全体的評価と具体的内容） - 個別ケア会議について、圏域で活動されている居宅介護支援専門員からの相談もあり、その内容も独居、資産、認知症等の複合した問題を抱え、包括職員と協働し、対象者宅に赴き支援の方法や地域資源との結び付けを行った。 - 小地域ケア会議では、主催している『ケアマネ座談会』は今年度3回開催し、ケース事例検討を他方専門職や医師を招き多様な視点により意見を頂いた。参加者も類似ケースに当てはめながら、地域課題の掘り起こしを行った。 - 圏域地区社協と民生児童委員の会議の定期参加を行いながら、担当民生委員に現在関わっているケースの情報共有を行い特に独居、認知症の方々の早期情報発掘にご協力頂くことが出来た。 - 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久住・下総・大栄包括との方向性

		のすり合わせを行った。 ・奈土地区において地域住民の居場所を作りたいとの声があり、包括職員との伴走支援により、地域の方々のコミュニケーションの場として高齢者はもとより幅広い年齢層の方々の参加を得ながら、体操や介護保険のお話し等を毎月しながら一つのコミュニティーを形成する事ができた。 【評価結果を踏まえた改善点】 ・日々行われている合同ミーティングの中で、委託ケースの指導や、居宅介護支援専門員圏域ケースの問題事例も包括職員と協働し、解決に向け会議を開催してきた。
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。 ・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。（半年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、今後の本人・家族支援につながる社会資源づくりに役立てる。	(計画内容全体における全体的評価と具体的内容) ・オレンジスマイル成田との協働事例については、令和8年1月現在1事例を繋ぎ、認知症地域支援推進員、警察、民生児童委員と共同し、支援の幅を広げた対応を行った。 ・今年度、地域団体向けの認知症サポーター養成講座は実施出来なかったことを踏まえ、次年度は圏域住民に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開催を実施していく。 ・下総公民館、大栄公民館内や成田市健康・福祉まつり、下総ふるさとふれあい納涼まつり、大栄ふるさとふれあい祭りにおいて、展示物掲示(オリズラン)・イベント等を行い地域でともに暮らす認知症に対しての周知活動を行った。

	・事務局を務める「喫茶ひまわり」において認知症地域支援推進員と連携し、チームオレンジの構想を進める。 ・地域のイベント（お祭り等）に参加した際に、認知症予防や啓発を行う。	・事務局を務める『喫茶ひまわり』は毎月約 15～20 名の参加と地域の事業所からの参加もあり、令和 8 年 2 月には認知症予防の食に関する講座も開催した。 ・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、参加された介護支援専門員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。 ・所属の生活支援コーディネーター兼認知症地域支援推進員も就任 1 年未満であったが、まずは地域連携を重点的に行い、次第に認知症地域支援推進員として包括三職種との協働も行えるようになってきた。
在宅医療・介護連携の推進	・医療機関が開催する研修等に積極的に参加し、顔の見える関係作りを行う。 ・ケースの支援において、積極的に主治医などと連携を図り、医療とのネットワーク構築を行う。 ・成田市在宅医療・介護連携支援センターと積極的に情報共有を図り、連携をとっていく。 ・ケアマネ座談会の内容として、地域の医療機関との交流の機会を企画し、定期的な開催を行う。	(計画内容全体における全体的評価と具体的内容) ・医療との連携については、相談業務での関わりや研修等への参加を通じ、ネットワークの構築を図っており、個別ケース支援においても必要に応じ、主治医等から意見を頂きながら担当者と協働している。 ・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、例えばゴミ出し等、住民が生活に困らない方法を探していく。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	(計画内容全体における全体的評価と具体的内容) ・R8 年 1 月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 2 名となっている。 ・喫茶ひまわり、あおぞら会、百歳体操等への包括職員参加により、地域資源についての相談意見を聴取

	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つつ、ボランティアが主となり運営を行える体制を少しずつ整えていくことを目標とする。	しながら地域課題を抽出し、新たに久住地区での親睦活動グループの立ち上げ伴走支援を行う事が出来た。
介護予防の推進	・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】 ・久住地区において、現在百歳体操の活動団体は1団体も活動されていない。（コロナ禍以前は数団体の活動があったものの、休止となりそのままである）令和7年度においては、久住地区にて百歳体操グループの立ち上げを行っていけるよう、久住地区の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、敬老会などの地域イベントにおいて、百歳体操の紹介を行っていく。	（計画内容全体における全体的評価と具体的内容） ・今年度の『なりたいいきいき百歳体操』グループの立ち上げは3団体（成井、高、所地区）の立ち上げを支援した。 ・相談内容・相談者の状態を踏まえ、成田市認知症ガイドを中心に説明し、圏域にある『あおぞら会』『喫茶ひまわり』『なりたいいきいき百歳体操』等、介護予防を重視した資源の案内を実施し、地区民児協会議参加の際に、包括日より、包括職員で作成した包括利用ガイドを基に参加推進を行ってきた。 【評価結果を踏まえた改善点】 ・久住地区における『なりたいいきいき百歳体操』の活動団体については、地区民児協においても立ち上げを促し説明したが、令和8年1月現在その立ち上げには至っていない。 ・久住地区において活動団体立ち上げを推進していく中で、地域住民との聞き取りを生活支援コーディネーターが行ってきたが、環境地域格差や移動手段の問題があり、例えば久住公民館1か所での開催について移動が不可能であるという聞き取りがあり、成田市シルバー人材センター施設の活用も探ったが、利用許可には至らなかった。

		・住民との対話を進めていく中で、限られた地区での『居場所づくり』を作りたいというご意見を頂き、近隣の方々との散歩する会『仮称:歩こう根』の発足を現在包括の伴走支援により発足する事となった。 ・今後久住地区の『なりたいいきいき百歳体操』について、まずは各地域での『居場所づくり』を発足し、活動定着を観て地域課題として取り組んでいく。
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	・ R7.3 を持ち退職者が出るため、人員の補充を行えるよう、求人をかける等の法人対応を行う。	(計画内容全体における全体的評価と具体的内容) ・ 令和 8 年 1 月現在、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揃い体制は整っている。

5 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 公津の杜駅周辺地区は、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るほか、身近で参加できる居場所づくりの必要性はあるものの他地区に比べて取り組みが遅れているとの課題があります。
- ② 印旛沼周辺地区では、地縁や近隣との関係が厚く、困ったら自然に助け合える環境であるという地域の強みがある一方、心身の機能が低下すると「自力で必要な場所に出かけること」が困難となり、閉じこもり状態を招いてしまうという課題があります。介護や支援が必要となった場合の相談機能に加え、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の取り組みを継続し、高齢者個々の状態に合わせた関わりができる体制の構築を課題と考えています。
- ③ 高齢化が進む住宅街地域では、認知症に関することやお一人暮らしの高齢者に関すること、要介護認定に関すること等の相談が多く寄せられます。近隣に同世代の方が多く様々な活動の場があるものの、皆が同じく年齢を重ね、共に後期高齢者へと移行していくという地区もあります。また地域活動等への参加がなく住民同士の関わりが乏しい方も存在します。こうした地区が持つ強み、弱みをアセスメントし地域の力を捉えた上で、住民相互が見守り合い、助け合えるような地域づくりを進めることを課題と考えています。

<重点目標>

成田市介護保険事業計画の基本目標「Ⅲ．健康で笑顔あふれるまちづくり」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健康づくりの推進

地域包括支援センターが行う各業務と関連させながら、高齢者が自ら自身の健康維持するとともに、病気を抱え医療ケアを受けている方であっても、安心して生活を送れるよう個別支援と地域全体に向けた支援を行っていきたいと考えます。

総合相談支援、介護予防ケアマネジメント等地域包括支援センター業務で関わる高齢者等の個別支援において、その方の「健康維持」に着目し、必要な支援を行うことに努めた。『適切なケアマネジメント手法』についての理解を深め、実践においても少しずつ活用し、疾患別の項目について自己チェックを行うことで、情報収集やモニタリングの『抜け・漏れ』についても把握ができるようになってきた。また国際医療福祉大学、公津地区社会福祉協議会と協働して行われた「こうづ体力・認知力チェック」については予想を超える多くの皆様に参加をいただき、自らの健康づくりと介護予防への意識を高めることにつながったと感じている。これについては、長期にわたって継続して重点課題として取り組むべきものと考えており、引き続き今年度の振り返りをもとに計画を立てたいと考えている。

②介護予防・日常生活の支援

介護予防・生活支援サービス事業に係る介護予防ケアマネジメント機能を充実させ、訪問型サービス・通所型サービス（独自・短期集中）を効果的に活用できるための流れ、体制づくりに取り組みたいと考えます。昨年度の実施状況を踏まえ、利用者さん個々の自立支援に向け、適切なケアマネジメントが実践できるようにしていきたいと考えています。

① に記述した「こうづ体力・認知力チェック」で何らかのリスクありと評価された高齢者に対し、介護予防ケアマネジメントを行い、利用が適切と判断された方には「短期集中通所型サービス C・訪問型サービス C」へのつなぎ、さらにはサービス C 修了時の評価・アセスメントにてその後の活動への支援を行う流れ、体制を整えることはできたと自己評価している。今年度通所型サービス C・訪問型サービス C の利用をされた方は「要支援」の認定は受けているものの、予防福祉用具貸与や住宅改修のみの利用であった方などから再アセスメントを行い、マネジメントを行った方であったことから、一般高齢者側、要支援認定側の双方向から短期集中サービスへのつなぎを行う流れをとれるようにしたい。短期集中サービスの修了時の「出口支援」の形については、事業担当者（大学）、ケアマネジメント担当者、生活支援コーディネーター、地域関係者等で検討できる形をさらに充実させたいと考えている。

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) ・アセスメントツールの見直しをする。 ・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。 「短期集中通所型・訪問型サービスC」に関する介護予防ケアマネジメントについては、通所1期で3名、通所2期が2名、訪問が2名分を担当した。サービスに頼ることなく、自身による活動へのつながりを行うなど、高いレベルでの自立に向けたケアマネジメントを実施している。しかし「サービスの回数を増やしたい」といった自立支援とは逆の要望をもつ利用者さんも存在する。こうした場合でもその背景をしっかりと捉え、利用者さんご本人と一緒に目指す方向を定めていけるようにしている。課題となるのは委託している居宅介護支援事業所からのケアプランについて、インフォーマルサポートの位置づけが必ずしも十分ではないことがあげられる。介護支援専門員全体の意識変容も必要ではないかと感じている。 (具体策の実施状況) ・従来のアセスメントツールに、利用者さんの他者との関りの状況を把握するための「ソーシャルサポートマップ」を加え、当該利用者さんが孤立した状態となっていないかどうかの確認と、サポート体制（強み）の確認を行うようにした。 ・センター職員が担当する利用者さんについては、これまで通り、日々の情報共有のほか、課題が生じたときにケース検討を行うようにした。 ・委託ケースについては、ケアプラン原案の確認時に確認を行っているが、前述のとおりインフォーマルサポート

		の位置づけについては十分ではないと感じている。
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) ・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。	(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、また「断らない相談支援」は基本姿勢として徹底している。受付体制は問題ないと思うが、対応の場面で、より多重問題を抱えたケース等については、より効果的な多機関との連携協働が必要であり、その体制構築が市全体の課題であると感じている。 (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は昨年度より充実させ、センターの周知ならびに各種の情報提供ができるようにした。また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た。 ・常に相談対応がしやすいように、事務所内の相談スペースに設置した資料の整理を行い、環境を整えた。 ・昨年度と同様、職員の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、法人内でのグループスーパービジョンを実施し、担当した相談ケースについての振り返りを行うなど取り組んでいる。
権利擁護業務	(方針) 高齢者虐待や消費者被害また成年後見制度の活用など、何らかの生活上の解決すべき課題を抱えた方をなるべく早くに発見し、良い状態に改善できるための支援、必要な制度の活用につなげるための支援を実践する。 (具体策) ・総合相談支援において、必要に応じて成年後見制度	(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。支援にあたっては他の関係機関との必要な連携を図っている。 (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。

	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。	・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、昨年度同様、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と職場内での研修を行っている。 総合相談支援および介護予防支援の対象者より、消費者被害に関する相談を受け、消費生活センターへのつなぎをした。また「元気クラブ」の対象者に向けて、市の出前講座を活用し、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。 (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。	(全体の実績と課題) 計画通り、昨年度と同様に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。また「成田市ケアマネジャー連絡会」の役員として活動し、介護支援専門員と多職種との真の協働に向けた継続的取り組みに携わっている。前年度は改善すべき点として、こうした場への参加者に偏りがあることをあげたが、今年度のについてはその課題が改善され、より多くの皆様の参加と協働を図ることができた。 今後に向けての課題として、圏域内での取り組みをさらに充実させたい思いはあるが、介護支援専門員は他の研修等の機会も多く、業務のかたわら参加をすることの負担が大きいという状況であると思われる。次年度は法定研修の見直しに関する方向性も示されると思うが、こうした環境に合わせて、適切に企画を行う必要がある。 (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，地区社協での行事，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。 ・主任介護支援専門員により、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等主催の研修会に関する情報提供を行うとともに、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。個別ケア会議の開催につながる案件もあった。
多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築	(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なっている。 (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。昨年同様、独居や高齢者のみの世帯についてはこうした機会が多い状況である。 ・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、公津地区社協の担当部会と連携し取り組みを開始したところである。 ・引き続き「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。 【評価結果を踏まえた改善点】 ・「地域ケア会議」に多機関の多くの方に参加いただくための周知や情報提供を行う。	(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「こうづ体力・認知力チェックについて」「介護予防と居場所づくり事業 元気クラブについて」「認知症の方やご家族を地域で支えるネットワークづくり」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」に関することと「自立した生活を長く続けていくための地域での取り組み」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（運営のための会議を含む）の機会にて住民との意見交換をしている。 【評価結果を踏まえた改善点】 ・「個別ケア会議」「小地域ケア会議」では，多様な立場の方に参加いただけるよう働きかけをした。結果、6月に開催した小地域ケア会議では、昨年度の参加者が32名だったのに対し参加者44名となり、居宅介護支援事業所の介護支援専門員については昨年度2名だったが今年度は8名が参加するなど改善が見られている。
---------------	--	---

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。 ・ 認知症サポーター養成講座の開催について呼び掛け、希望があった場合は開催協力をする。	(全体の実績と課題) 昨年度に引き続き、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だ。地域の介護サービス事業者との連携の機会も増えている。 (具体策の実施状況) ・ 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への相談ケースは 1 件あり、助言を受けてご本人・ご家族への支援を行った。
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) 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。現在課題としてとらえているのは、急性期、回復期いずれも退院に向けた要介護認定の申請時期や、ケアマネジメントへのつなぎで生じる不具合である。互いの理解が十分ではないことは要因と考えている。2月開催のケアマネジャーと医療機関との意見交換会の企画に参画し、課題解決に向けた担当者レベルの話し合いを行った。 (具体策の実施状況) ・ 小地域ケア会議や意見交換会などの場面で、医療関係者と顔を合わせて話をする機会を持っている。 ・ 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。

		・独居の方の個別支援において、救急隊員と医療機関とセンターとの間で繰り返し、朝・昼・夜間わずの連携・協働を行うケースがあった。こうした取り組みを経て、お互いの役割や効果のある連携ができたと感じている。
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) ・地域アセスメントを行い、地域の特性、生活する高齢者等の状況、地域力などを把握する。 ・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。 (具体策の実施状況) ・市役所から提供された統計データ資料に加え、地域の関係者や住民からの情報等をもとに、地域の特性等の状況について知るためのアセスメントを行った。 ・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について把握した。 ・「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している。
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)	(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。元気クラブは既存の11か所に加え、新たに今年度2か所が活動を始め、年度末で13か所となった。 (具体策の実施状況)

	・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。 ・介護予防・生活支援サービス事業の効果的な活用と新たなサービスの創出のための情報収集や必要な支援を行う。	・各地区で行っている元気クラブは、年度末で 13 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。 ・「なりたいいきいき百歳体操」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。 ・今年度国際医療福祉大学との協働にて「こうづ体力・認知力チェック」が行われ、センターの立場として事前協議への参加、申込みの支援、当日の協力、結果報告会への参画といった役割を担当するほか、参加者からの個別相談に応じるなどすることができた。
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・豊住地域包括支援センター

26 法人 26 事業所

No.	居宅介護支援事業所の名称	法人の名称	事業所の所在地
1	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	介護あおぞら	(合) 介護あおぞら	中台 6-1-2
4	エスポワール居宅介護支援事業所	(医) 寿光会	宝田 360-1
5	かなでの杜成田	(株) かなでの杜	東町 156-6-101
6	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
7	きたはら	(有) コージ介護サービス	南平台 1169-21
8	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
9	居宅介護支援事業所 新町玲光苑	(社福) 豊立会	新町 1037-63
10	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
11	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
12	居宅支援事業所 成田苑	(社) 徳栄会	大室 1783-22
13	ケアプラン喜美笑	(株) 喜美笑	松崎 2614-16
14	ケアプランモルセラ	(株) ジェイライフ	加良部 5-8-5
15	ケアマネジャーくどう	UDOKU(合)	茨城県牛久市小坂町 2006-61
16	ニチイケアセンター公津の杜	(株) ニチイ学館	公津の杜 5-21-2
17	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 13-5 C S Kビル 2 F
18	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
19	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
20	生活クラブ風の村ケアプランセンター	(社福) 生活クラブ	大竹 370
21	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
22	SONPO ケア成田居宅介護支援	(株) SONPO ケア	飯仲 28-18
23	ゆかり成田介護支援センター	(株) アングル	江弁須 364-1
24	楽天堂 居宅介護支援事業所成田	(株) 楽天堂	西三里塚 1-101-A202
25	フォレストケアプランセンター	合同会社エヌケア	橋賀台 1-9-6
26	さくら苑居宅介護支援センター	佐倉厚生会	佐倉市鐺木町 346

(イ) 成田市遠山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 1-960
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ソフトウェアシステム (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
30	スマイル介護相談所 横須賀	株式会社スマイル	神奈川県横須賀市長坂 3-9-7

(ウ) 成田市成田・中郷地域包括支援センター

22 法人 23 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	(合) あおぞら	中台 6-1-2
4	かなでの杜成田	(株) 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) 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) リエイ	飯田町 33-1
8	SOMPOケア成田居宅介護支援	SOMPOケア (株)	飯仲 28-18
9	ケアプラン モルセラ成田	(株) ジェイライフ	加良部 5-8-5
10	ケアプラン喜美笑	(株) 喜美笑	成田市郷部 1354 郷部ウイングビル 1 階 103 号室
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	(社福) 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)	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) 福育社	成田市本城 73-9 第3 コーポおおとり荘 203
18	千葉しすいケアプランセンター	(医) 千葉光徳会	酒々井町上岩橋 1160-2
19	フォレストケアプランセンター	(合) エヌケア	成田市囲護台 1090-23-303
20	佐藤さくら	佐藤さくら (合)	成田市並木町 169-19 ビューハイム成田 102
21	なな居宅介護支援事業所成田	(有) office 太陽	成田市加良部 4-26-12 加良部テラスハウス
22	エスポワール成田居宅介護支援事業所	(医) 寿光会	成田市宝田 360-1
23	ケアスタッフ	(合) ケアスタッフ	酒々井町東酒々井 1-1-67AK ビル 206

(エ) 成田市久住・下総・大栄地域包括支援センター

25 法人 26 事業所

No.	居宅介護支援事業所の名称	法人の名称	事業所の所在地
1	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
2	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
3	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
4	介護あおぞら	合同会社あおぞら	成田市中台 6-1-2
5	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
6	介護相談室	合同会社 福育社	成田市本城 73-9 第 3 コーポおおり荘 203
7	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
8	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
9	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 1032
10	居宅介護支援事業所じょうもんの郷	社会福祉法人 広文会	神崎町神崎神宿 66-10
11	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
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	成田市下方 686 番 1
13	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
14	ケアプランセンター はるかぜ	片田プランニング (合)	印西市小林 1621-12
15	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
16	在宅介護支援センター透光苑	医療法人社団透光会	成田市桜田 1137
17	生活クラブ風の村介護ステーションなりた	社会福祉法人生活クラブ	成田市大竹字内沼 370-5
18	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 番地
19	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
20	なな成田居宅介護支援事業所	有限会社 o f f i c e 太陽	成田市加良部 4-26-12
21	フォレストケアプランセンター	合同会社 エヌケア	成田市囲護台 1090-23-303
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	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 301-3836 ヤックスドラック 八街東店内
24	ゆかり成田介護支援センター	株式会社アングル	成田市名古屋 1301-26
25	ゆかり成田下総ハートフルプラン萩	株式会社アンテック	名古屋 1301-26
26	楽天堂居宅介護支援事業所成田	株式会社楽天堂	成田市西三里塚 1-101 岩沢テナント A 2F202

(オ) 成田市公津地域包括支援センター

34 法人

35 事業所

No.	居宅介護支援事業所の名称	法人の名称	事業所の所在地
1	JA 成田市居宅介護支援事業所美郷	成田市農業協同組合	美郷台 1-15-10
2	あい愛ケアプラン	(特非) あい愛	三里塚光ヶ丘 1-958
3	居宅介護支援事業所あおぞら	(合) あおぞら	中台 6-1-2
4	かなでの杜成田	(株) かなでの杜	東町 156-6-101
5	きたはら	(有) コージ介護サービス	南平台 1169-21
6	ゆかり成田介護支援センター	(株) アングル	江弁須 364-1
7	ケアサポート成田	(株) みずほケア	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	ウエルストン薬局公津の杜店	(有) ウエルストン薬局	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	成田市橋賀台 1-9-6
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
33	なな成田居宅介護支援事業所	(有) office 太陽	加良部 4-26-12 加良部テラスハウス
34	アーチ介護支援センター	アーチ合同会社	印旛郡酒々井町中川 30 番地ハピネス I C 棟 101 号室
35	ニチイケアセンター公津の杜	(株) ニチイ学館	公津の杜 5-21-2

(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8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8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	ゆかり成田不動ヶ岡ガーデン ハウスさっちゃんの家	不動ヶ岡 (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 (公津)	株式会社アズ・ レジデンス	認知症対応型共同生 活介護 (予防含む)	18名	令和8年4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8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	令和6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8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8年4月1日	

令和8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	東和田 (遠山)	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	10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)	株式会社イトマン スポーツウェルネス	地域密着型通所介護	15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	18名	令和8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8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7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8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8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8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	令和7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	10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	

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8年3月	0件	0件
令和8年4月	0件	0件
令和8年5月	0件	0件
令和8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8年7月1日現在)

- ・訪問 介護予防相当サービス 38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 58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	令和7年度 実績額
訪問型・通所型 サービス	179,617,882円	188,716,242円	189,179,610円	203,132,468円	202,795,766円
介護予防ケアマネジメント費	19,556,655円	19,507,800円	18,720,453円	20,900,025円	20,709,093円
高額総合事業 サービス費	229,187円	191,316円	180,907円	374,535円	591,549円
高額医療合算総合 事業サービス費	363,124円	488,948円	338,573円	250,832円	232,079円
短期集中予防 サービス	-	-	-	1,320,000円	1,500,000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)

【令和7年度】

○通所型

第1期 8月19日～11月4日(計12回) 7名参加

第2期 12月8日～3月6日(計12回) 4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

11月24日～2月20日(全6回) 5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3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
基本チェックリスト 実施件数	17件	27件	135件	97件	192件
地域包括支援セ ンター連絡件数	7件	9件	5件	12件	7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3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
実参加者数	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)	125 人 (内オンラ イン 78 人)
延参加者数	350 人	691 人	1,027 人	1,982 人	1,615 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3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
実施回数	9回	9回	8回	10回	10回
相談件数	26件	16件	18件	24件	27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	63 人	16 人		22 人	12 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3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
実施回数	14回×2G	14回×3G	14回×2G	16 回×2G	10 回×2G ×2 期
実人員	22人	72人	50人	35 人	1 期 40 人 2期 35 人
延人員	241 人	745人	565人	498 人	1期 353 人 2期 303 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3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
登録人数	107人	106名	121名	117 名	126 名
換金人数	5人	21名	20名	29 名	39 名
換金額	10,000円	40,000円	54,000円	71,000 円	103,000 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3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
新規参加者数	96人	84人	25人	131人	54人
サポーター養成数	0人	13人	13人	0人	13人

【公園健康遊具によるうんどう教室】

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

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
実施回数	7回	7回	7回	7回	7回
実参加者数	14人	19人	42人	30人	37人
延参加者数	77人	105人	223人	160人	188人