

令和 6 年度 銚子市基幹型地域包括支援センター事業計画（地域包括ケアシステム推進計画）【年度末評価】

施策の柱	重 点 目 標	具 体 的 対 策	年度末評価	課題と改善方法
1 高齢者を支える社会基盤の整備	①地域包括支援センター	① 多様化する相談に対応できるよう、職員研修の充実を図る。各委託型地域包括支援センターに属する専門職連絡会についてはスキルアップを目的に年間計画に基づき実施。連絡会の研修内容等については所属する包括内の所内研修で伝達・共有を徹底し、委託型包括支援センター内研修の更なる充実を図った。 ・ センター長会議：年 2 回程度（事業計画及び事業評価他センター間調整や必要な検討を実施） ・ 3 職種別連絡会（主任ケアマネ・看護職・社会福祉士）：職種別 年 6 回程度	① 多様化する相談に対応できるよう、職場内外研修等職員研修を計画的に実施した。各委託型包括に属する専門職連絡会についてはスキルアップを目的に年間計画を作成し、それに基づき実施することが出来た。 ・ センター長会議：年 3 回 ・ 3 職種別連絡会：年間計画に基づき実施 主任 CM：包括的継続的ケアマネジメン ト支援業務の活動共有。 看護職：（1）一般介護予防事業の拡充（男性の通いの場や新規団体の設立、口腔や栄養の取り組み等を検討。） （2）健康づくり課事業の勉強会を開催し、連携について確認した。 社会福祉士：（1）高齢者虐待の分析評価から再発予防・早期発見の取組み強化と事実確認のスキルアップを目指し、介護関係職員を対象に研修会を企画・開催した。 （2）後見ニーズの把握について標準化を図った。	① 国の省令改正に伴うもので、全国的に地域包括支援センターの専門職確保が困難な状況を踏まえ柔軟な職員配置を可能とするための所要の改正が行われた為、それに対応するための協議を委託型地域包括支援センターの法人及びセンター職員と実施する。
	②高齢者の相談窓口としての認知度の向上	② 地域包括支援センターを幅広く周知し、高齢者の相談が寄せられるようにする。市窓口や介護予防啓発事業、健康づくり課で実施している各種健診会場でチラシを配布する他、市広報誌等、様々な場や方法で幅広く周知を図る。	② 市民センターやこも浦荘、市立病院、芦崎高齢者いこいセンターを拠点にアルツハイマー月間の周知と合わせ、包括の周知活動を実施することができた。また、健康づくり課事業や福祉まつりに参加し、プラチナ体操の普及啓発とあわせ包括の周知を行った。	

			・銚子大洋教習所で、高齢者教習受講者を対象に市内の委託型包括の周知を行った。 実績：23回／年	①-1 ＜実施結果＞ 80 歳以上独居 対象 114 人/把握 78 人 (把握率 68.4%) 拒否 9 人 不在 27 人 継続 2 人 ■介護申請 1, 民生委員に繋がった 1 1) 本事業を通じて、地域の高齢者の生活状況を把握し、地域課題を明らかにするといった目的を達成するには、対象母数が少ない。対象数減により、地域課題を把握するには至らなかった。 2) 過年度から面接できず、未把握となっている高齢者について、医療情報や一体的事業での把握状況との突合 ■対象 37 人 34 人：直近 1 年間で、市内医療機関での受診歴や予防接種履歴を確認。 3 人：死亡 その結果を委託型地域包括支援センターへフィードバックした。	①-1 対象年齢の見直しと併せ、防犯意識の高まりや、緊急時連絡先の回答を控える等の傾向への対応について検討する。 訪問主旨を周知・啓発することで、本事業への理解を図りながら、不安なく訪問を受入れて頂けるような働きかけが必要。
包括的支援業務の推進 ＜総合相談支援事業＞ ①住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続できるよう、地域におけるネットワークの構築を図る。	①-1 80 歳独居の実態把握訪問を実施。 (介護認定率が上がる年代へのアプローチにより、必要な支援へ繋げていく目的で、対象年齢を見直した。) 基幹型の取組み 1) 実態把握の結果を圏域別に集計、比較する事で地域課題を把握できるよう支援していく。 2) 過年度から面接できず未把握となっている高齢者については、医療情報や一体的事業で把握できていないか確認する。(最終未把握者を「0」を目指す)	①-2 支援が必要な高齢者を把握し、保健・医療・福祉サービスをはじめとする適切な支援へつなぎ、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、介護サービス事業所、医療機関、民生委員、地域のボランティア等担当圏域における関係者のネットワーク構築を図る。	①-2 要支援者名簿登録者に対する、個別避難計画を作成するにあたり、作成対象町内の民生委員や町内会長、自主防災組織、担当ケアマネジャーと連携し、名簿登録者に対する計画作成を実施した。 ＜実績＞個別避難計画作成実績： 13 町内、62 名		

	②高齢者の相談内容が複雑になってきていることを踏まえ、高齢者の問題を解決するため、地域の関係者との連携を強化する。	②-1 委託型地域包括支援センターが多様化する相談内容に対応するため、支援課題に応じた庁内連携（社会福祉室 保護班 障害支援室、DV 担当課、健康づくり課等）を円滑に行えるよう、基幹型は後方支援を行う。 ②-2 障害の自立支援サービスから介護保険サービスへの移行については、移行の事務手続きを開始する前に、障害支援室と基幹型でケースの情報共有を目的にケース検討を実施する。	② - 1 高齢者の課題解決のため、民生委員や町内会、介護保険事業所、医療機関、銚子サポートセンター、海匠ネットワーク等の外部関係機関及び庁内（社会福祉室、障害支援室、健康づくり課）と必要に応じた連携を行った。 ② - 2 障害の自立支援から介護保険への移行対象数：11 名 ➡ 障害支援室で、介護保険制度の移行を検討した上で、5 名介護認定を経て、居宅や小規模サービスへサービス移行が出た。サービス移行するにあたり、基幹型は情報共有・連携を実施した。 次年度以降も、支援関係者を含めたケース検討会については、必要時開催とする。
＜介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）・介護予防支援業務＞ ①自立支援に向けた支援の在り方を支援者であるケアマネが理解できる。 ②業務の一部を委託する場合、公正かつ中立性を確保した上で適正に行う。	①居宅支援事業所のケアマネを対象に研修会を開催。（研修目的：介護保険要支援者及び介護予防・日常生活支援総合事業対象者の自立支援に向けたケアマネマネジメント作成について）	②-1 委託型包括支援センターの居宅支援事業所への委託状況を基幹型へ報告。	①委託型地域包括支援センターの主任ケアマネジャーと協力開催。（主任ケアマネジャーの更新要件の 3 時間研修として位置づけて実施） 「利用者が元気になる予防ケアプラン～喜びを感じるケアプランを作ろう～」をテーマに、事前にケアマネから学びたい内容を聞き取り、インテークや最終までの流れや予防プランの具体的な記入方法等細かく説明した。受講者からは分かりやすかったと好評であった。 研修会参加人数：50 名 ② - 1 業務の一部委託については、公平かつ中立性を確保した上で適切に行う事が出来た。

		②-2 直営担当件数 (介護予防支援・介護予防ケアマネジメント) 月 25 件 / 包括を目標として担当するが業務量の平準化に努める。	②-2 直営担当件数 (R7 年 2 月報告分) 東部 12 件 (内介護予防ケアマネジメント件数 10 件) 中央 23 件 (内介護予防ケアマネジメント件数 11 件) 西部 31 件 (内介護予防ケアマネジメント件数 22 件) ③介護予防支援指定の拡大に向け、予防支援の届け出や契約など制度改正に対応できるよう、事務手続きを進めた。 新規介護予防支援の指定: 市内 4 事業者	
＜地域ケア会議の推進＞ ①地域ケア個別会議で抽出された地域課題や地域で必要な資源を明らかにする。	①地域ケア個別会議を積極的に開催する。 地域ケア個別会議で明らかになった地域課題や必要な社会資源については基幹型へ報告をする。 ②地域ケア個別会議の積み上げから明らかになった地域課題は、市主催の銚子市地域包括ケアシステム推進会議 (銚子市介護保険事業等運営協議会) や 2 つの専門部会 (生活支援・住まい・介護予防・健康づくり、医療と介護) で提言・協議することによって地域づくりや社会資源開発、政策形成に繋げる。	①身寄りのない高齢者、ゴミ問題等の課題が明らかになっている。 開催回数 16 回 ②社会資源開発や政策形成に繋げるまでには至っていない。	地域ケア個別会議で明らかになった課題を分析し、専門部会や推進会議で協議できるよう、委託型と協働で検討を進める。	
	③自立支援型・介護予防型ケア会議の企画・運営。基幹型と協働し、委託型地域包括支援センターも企画・運営を実施。	③自立支援型・介護予防型ケア会議を基幹型・委託型で協働し、企画・運営した。薬剤師やリハビリ等の専門職の意見は		

		（介護予防・自立支援型地域ケア会議の開催方法や進め方、助言者について検討を行い、より良い会議となるようにする。また、3か月後のモニタリングを徹底する。）	ケアマネジメントの新たな視点となった。 実績：年3回実施 (自立支援型3、介護予防型3ケース)	①講師調整の都合上、年度後半に集中してしま った。 年間を通じて研修間隔が 均等となるよう日程調整 をする。
＜包括的・継続的ケアマ ネジメント支援事業＞ ①地域の介護支援専門員 に対する資質向上に資す る取組みを充実する。	①基幹及び委託型包括支援センターは、 てうしケアマネクラブの活動が計画的に 進められるよう後方的に支援する。 ②主任ケアマネ更新要件を満たす3時間研 修を基幹型と委託型包括で企画・開催する。 (年2回) 内1回はヤングケアラーをテーマとした 研修を開催。(基幹型が担当)		①地域の介護支援専門員の資質向上を資 するための取組みを実施することがで きた。 ②実務者会議を基幹及び委託型地域包括 支援センターで年4回開催した。内2回 は主任ケアマネ更新要件を満たす3 時間研修として、基幹型と委託型で実 施。 6月 西部担当：テーマ「認知症」、 対象：介護保険事業者、ケアマネ、 民生委員 参加者：98名 10月 基幹担当：ヤングケアラー支援の 具体策と機関連携の手法 対象：ケアマネ、障害相談員、児童福 祉職員 参加者：65名 ※主任ケアマネ更新要件を満たす研修 1月 東部担当：テーマ「ゴミやペット、 身寄りのない高齢者の地域課題」 対象：介護保険事業者、ケアマネ 参加者：56名 ※主任ケアマネ更新要件を満たす研修 2月 中央担当：テーマ「高齢者の栄養に 関する学習」 対象：介護保険事業者、ケアマネ 参加者：43名	

		③介護予防サービス計画の検証の実施方法を委託型包括と協議・実施する。	③介護予防支援の指定拡大に伴い、介護予防サービス計画が自立支援に資するサービスとなるよう委託型包括支援センターと協議した結果、委託した場合と同様に、指定介護予防支援事業者は、事前に関護予防サービスを委託型包括支援センターに提示し、承認することで、一定の関与を行った。	③介護予防支援の指定拡大に伴い、介護予防サービス計画が自立支援に資するサービスとなるよう委託型包括支援センターと協議した結果、委託した場合と同様に、指定介護予防支援事業者は、事前に関護予防サービスを委託型包括支援センターに提示し、承認することで、一定の関与を行った。
<在宅医療・介護連携の推進> ①在宅医療と介護サービスの一体的な実施が図れるよう、医療・介護の多職種間がそれぞれの役割を理解し、必要に応じ連携を図ることができ。	①「医療と介護をつなぐ研修会」を開催し、医療介護関係者の連携に努める。 ②エンディングノートを配布。活用状況については、エンディングノートの書き方に関する講習会を開催し、その参加者の意見を把握していく。	③LINEWORKS等のSNSを活用した情報連絡ツールの導入を検討することで、医療と介護の円滑な連携に繋げる。個人情報保護や運用ルールについても事前に協議し安全な運用となるよう配慮していく。 2 週間程度、10 事業所程度の試行協力関係機関を募り、試行運用を実施する。	①「医療と介護をつなぐ研修会」の開催は、感染症の流行により、開催が延期となった。(年度明けに実施に向け関係機関と調整予定) ②・エンディングノートは高齢者福祉課や委託型地域包括支援センターの窓口にて配布。活用状況の把握は、ノート配布時にアンケート用紙を入れ、把握に努めたが、回収できたのは1枚のみであった。 実績 エンディングノート配布数 534 冊 ・当初計画の参加による研修会は開催せず、市ホームページに「終活セミナー」の動画配信を新たに開始した。高齢者のみならず、家族で終活について考えてもらえるような働きかけとなるよう工夫した。	②エンディングノートの記入を促す目的で、参加による研修会を企画・実施する。具体的な書き方の研修となるよう講師を選定する。 ③活用してもらう医療・介護関係者の意見を踏まえながら運用ルールを整備する。

			＜良かった点＞ 関係者間での情報収集や共有が出来た。時間にとらわれず、連絡をとることができた。など ＜課題＞ 運用が進み、利用者が増えたら管理が難しくなる。使用時間について（業務時間外の使用について） ④県医師会・銚子市医師会主催の「県民向け在宅医療講演会」を協力開催した。出席者数 20 名		①-1 見守り協定事業者との連携の機会を確保することが出来なかった。 ①-2 実態把握事業の対象変更により、対象数が減少したため、訪問主旨を伝える広報活動として、隣組回覧は有効ではないと判断し、実施しなかった。 ①-3・年 2 回は住基情報と突合し名簿削除を実施し、名簿情報を更新。また、新規申込みを受付けた時点でも名簿を更新。名簿更新の危機管理室、警察、消防署へ名簿を提出した。 ・個別避難計画作成は業務委託 2 年目となり、居宅介護支援事業所ケアマネジャー	①-1 見守り協定事業者を対象とした研修会を企画・開催する。
	＜在宅生活の支援＞ ①高齢者の見守り体制の充実	①-1 見守り協定事業者に対し、認知症高齢者の見守り体制として「どこシル伝言板」の運用と見守りシールについての説明会を開催する。その中で、活動の情報共有を実施できるようプログラムを工夫する。 ①-2 高齢者実態把握事業を推進する。 80 歳独居を訪問対象とする。訪問に対する理解及び協力が得られるよう、取組みを周知するため、隣組回覧を実施する。 ①-3 災害時避難行動要支援者の名簿の更新を行う。 避難行動要支援者に対する個別避難計画を作成。（年度内目標 100 件） 計画策定町内を選定し、町内会の協力を得られるよう調整した上で、居宅支援事業所へ作成依頼を実施する。				

		は業務への理解があり、受託に向けた理解協力は得やすかった。 ・市は地域との連携調整会議を企画、開催し、避難支援者の確保に努めた。 実績：避難行動要支援者 62 名の計画を作成	①-4 見守り協定事業者の拡大（新聞販売店との協定拡大に取組む） ②支援が必要な高齢者だけでなく、家族介護者を含め支えていくために、ヤングケアラーも含めた家庭における介護負担軽減のための取組みを推進。 ②-1 サポーター養成講座と家族介護教室の内容を組み合わせた新たな講座を実施する。現在介護中の方や介護の仕事に興味・関心のある方、ボランティア活動に興味のある方を講座対象として周知していく。（入門的研修定められる内容を取り入れ、講座終了後に修了書を発行。修了書発行者は介護職員初任者研修及び生活援助従事者研修課程の一部を免除される。）	①-4 高齢者宅を回る中で異変を感じた時の対応方法の現状について聞き取りをした。 ・朝日新聞社は新聞配達時に高齢者の異変を感じたら、委託型地域包括支援センターへ情報提供する連絡体制が構築できていた。 ・読売新聞社では、何かあれば警察に通報していた。地域包括支援センターの役割を費用徴収員が理解できていないとの現状を把握した。なお、西部支所と西部地域包括支援センターとの連携体制は出来ていた。	①-4 読売新聞社費用徴収員との連携拡大に努める。
②介護者への支援の充実			②-1 認知症サポーター養成講座を依頼に基づき実施。また、若い世代への認知症への理解深めるため、新規で市立銚子高校で講座を開催することができた。 全学年に開催を周知し、希望者を募り実施した。（参加者数 24 名） 養成講座開催実績：13 回／240 人	②-1 認知症サポーター養成講座を依頼に基づき実施。また、若い世代への認知症への理解深めるため、新規で市立銚子高校で講座を開催することができた。 全学年に開催を周知し、希望者を募り実施した。（参加者数 24 名）	②継続実施に向けた働きかけを行う。

		②-2 老々世帯、就労・子育て世帯、ヤングケアラー等多様な世代の家族介護者を支えていくために、他分野の施策を担う関係機関と連携を図り、効果的な支援につなげる。	②-2 千葉県ヤングケアラー支援に関するアドバイザー派遣事業を活用し、県のヤングケアラー・コーディネーターを講師にヤングケアラーに関する正しい知識を学ぶ講演と今後の連携に繋がるよう他部門（児童福祉・障害）の職員も含めたグループワークを実施した。	
2 介護予防の推進と高齢者の生きがいづくり	＜一般高齢者の介護予防の推進＞ ①通いの場の創設と継続運営を支援する。	①-1 各委託型地域包括支援センターで必要な場所に新規開設のための周知啓発を行う。 ①-2 全圏域で男性向けの通いの場の創設を目指す。	参加者数：65名 ①-1 地域住民との接する様々な機会を活用して各委託型地域包括支援センターが主体となり、新規開設のための周知啓発を行い、目標（各圏域2か所）には到達できた。 実績：新規7団体発足 （内3カ所は隔週開催） ①-2 全圏域で男性向けの通いの場の創設を目指すし、地域の情報収集を行い、圏域を超えた情報共有を看護職連絡会にて実施。 ・西部包括と食生活健康推進員と合同で、男性を対象とした料理教室を開催した。（参加14名中、男性8名） ・西部包括主催の講座（ヨガ・脳トレなど）にも男性の参加があった。 ・男性向けの通いの場の創設までは至っていないが、既の実施している活動も参考にしながら引き続き検討する。	①-2 既存の介護予防事業への男性参加者が少ない。 男性の通いの場の現状を把握し、運動器の向上や、口腔・栄養改善行動がとれるよう働きかける。
		①-3 プラチナ体操団体へきめ細やかな支援を行う（H29 開始団体へのリハビリ職の派遣支援、バージョンプ体操の実施、休止団体・参加者への支援、参加者メンバーからプラチナサポーターの育成及び	①-3 包括内看護職員が中心となり、プラチナ体操団体へきめ細やかな支援を行った。また、バージョンプ体操を実施できるよう支援した（2団体）。また、休止団体参加者への働きかけも継続。	

	活動に向けた検討	実績：参加者 R6 年度末 632 名 (R5 年度末 582 名)
	①-4 口腔機能低下や低栄養予防についての視点についても意識し、改善行動がとれるよう働きかける。 ②介護予防、重度化を防止するため、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に取り組む。	①-4 東部圏域 1 か所、中央圏域 1 か所、西部圏域 4 か所の団体へ口腔機能低下予防に対する教育目的で、歯科衛生士を派遣した。運動機能低下予防の視点に限らず、口腔機能低下予防の視点での介入もできた。 ②-1 一体的実施の取組みとして、健康状態不明者 293 人（健康づくり課で把握の内、気になるケース 1 名を圏域担当の委託包括が依頼を受けて対応した。 ②-2 フレイル予防の教育として、健康づくり課管理栄養士と歯科衛生士が H30 発足のプラチナ団体 7 団体へ介入した。 主担当課である健康づくり課と委託型包括支援センターも含め円滑に連携することができた。
<生活機能等の低下の心配が大きい高齢者のための介護予防活動の推進> ①基本チェックリストの結果、事業対象と判定された方、要支援 1, 2 の介護認定を受けた方を対象に多様なサービスを創出する。	①介護予防に向けた支援の必要な高齢者を対象に要介護状態になることを予防するために、緩和型サービス通所 A を市内 2 か所で実施できるよう事業所と調整していく。	①・介護予防に向けた支援の必要な高齢者を対象に要介護状態になることを予防するために、緩和型サービス通所 A を市内 1 か所で実施した。 ・基本チェックリストから事業対象となつた方に対して、チェックリスト実施日から 2 年間で有効期限とした。 実績：新規事業対象者数 R5 33 名、R6 7 名 ➡内、R5:10 名が介護申請となり終了。事業対象者の 25% が介護申請になっており、介護保険サービスへの移行割合も高い。R6 新規事業対象者数が少ない。

	＜生活支援体制整備事業＞ ①介護予防・地域支え合いサポーターの育成を推進し、登録サポーターが頑張って活躍できる場を検討する。	①-1 サポーター養成講座と家族介護教室の内容を組み合わせた新たな講座を実施する。現在介護中の方や介護の仕事に興味・関心のある方、ボランティア活動に興味のある方を講座対象として周知していく。(入門的研修定められる内容を取り入れ、講座終了後に修了書を発行。修了書発行者は介護職員初任者研修及び生活援助従事者研修課程の一部を免除される。) ①-2 1の受講者はサポーターとして登録。登録後の活動についてイメージできるようフォローアップ講座を開催する。地域の支援者となり得る人材確保を目指し、過年度のサポーター登録者全員を対象にする。 ①-3 令和5年度の介護予防・地域支え合いサポーターフォローアップ講座で「やってみたい」「できるかも」「興味がある」とアンケート回答があった活動について、開始できるよう支援する。(サロンやオンラインカフェの参加や話し相手等)	①-1 新規の介護予防地域支え合いサポーターを養成する講座を開催した。 今年度は介護技術の演習もプログラムに追加した。 実績：3回1コース 実15人/延べ35人 (新規サポーター登録8人) 地域の支え合いの必要性を学び、かつ介護技術の演習をプログラムに追加したことで、支援を受ける側と支援者の双方の視点から学びを深めることが出来た。 ①-2 フォローアップ講座 21名参加 GW『「介護予防」について、これからの活動について考えてみよう』 ■シニア個別健康相談(健康づくり事業)や福祉まつりでのプラチナ体操などの紹介を実施することで活動方針を決定し、取組んだ。 実績：7日間で111名の参加者に対し、14名のサポーターが啓発活動を実施。介護予防について、これからできる活動を参加者に考えてもらい、実践できるよう調整することが出来た。 ①-3 サポーター登録者の活動内容別名簿管理は圏域別に出来ているが、住民の困り事とのマッチングまでには至っていない。	①-2 サポーター登録者と地域の困りごとを結び付け、サポーター活動の実践に繋る。
--	--	--	--	---

3 尊厳ある暮らしの支援	②生活支援コーディネーター（SC）の活動や住民主体の西部ふれあい会（第2層協議体）の活動を推進する。	②生活支援コーディネーター〈SC〉の活動として、担当圏域の地域資源を把握し地域に情報提供していく。また、担当圏域の高齢者の困りごとが何か、包括センターやケアマネの現場の声を聞く機会に参加し、その困りごとや要望が社会資源に繋げられるような助言、後方支援をする。 ②-2 西部ふれあい会の活動を検討していくなかで、委員が自主的に地域の困りごとや地域で何が必要か考える過程を、SCが情報をまとめ、助言する立場の役割を担い、地域で必要な取り組みが実践できるようにする。 ② - 3 第2層SC新規設置圏域については、圏域担当委託型包括と連携の上、地区組織との関係を構築していく。	②SCの活動として、西部地域の地域資源を把握し地域に情報提供した。また、西部地域の高齢者の困りごとが何か、包括センターやケアマネの現場の声を聞く機会に参加し、その困りごとや要望が社会資源に繋げられるよう助言、後方支援に努めた。 実績：西部2層SCが地域の集まりへの参加回数 56回 (西部ふれあい会の活動やこども食堂等) ②-2 西部2層SCは西部ふれあい会やこども食堂等の地域の集いの場に参加した。ふれあい会活動については、委員が自主的な取り組みが出来るよう、事前打ち合わせを実施しながら、自主的活動となるよう働きかけを継続的に実施した。 ②-3 東部及び中央圏域にも第2層生活支援コーディネーターを配置し、委託型包括支援センターと協同で、町内会、民生委員やプラチナ体操団体など地域の集まりに向き、地域との関係づくりの構築に努めた。 協議体設置に向け、地域の協力が得られそうな町内を選定できた。	②-3 東部及び中央圏域の第2層協議体については、圏域全体で協議体を設置するのではなく、防災活動等の地域活動の基盤がある町内をモデル町内として協議体を設置していく。
3 尊厳ある暮らしの支援	＜認知症施策の推進＞ 認知症の普及啓発、適切な医療介護の提供、家族介護者への支援、地域での見守り体制の整備等、総合的に支援を推進する	1 職域別の認知症サポーター養成講座開催を推進できるよう、認知症考える会（キャラバンメイトや認知症推進員・認知症コーディネーター等がメンバー）で協議し、講座の周知啓発を役割分担して実施する。	1 キャラバンメイトの運営協力を得ながら、銀行（信金、商工）、大学、市内小中学校で 認知症サポーター養成講座を開催した。職域としては、郵便局と市職員を対象とした講座を追加実施した。	

			実績：認知症サポーター養成数 240 人/3 月末時点 開催回数 13 回/3 月末時点 認知症サポーター養成目標（200 人育成/年）は達成できた。 2 チームオレンジを新規に結成にむけて認知症考える会で協議する。 3 認知症初期集中支援チーム連絡会を年間 2 回開催し、チームの普及啓発の検討や事例を通じたチーム員のスキルアップ向上を図る。 4 認知症により、徘徊して自宅等に戻れない方を早期発見・保護する目的で、「どこシル伝言板」を希望する方に認知症見守りシールを配布する。市民に向けて「どこシル伝言板」の周知啓発に努め、事業の理解者及び協力者を拡大していく目的で、見守り協定事業所への説明会を開催する。 5 ケアパスの試行結果を踏まえ改訂する。	2 認知症サポーター養成目標（200 人育成/年）は達成できた。 2 認知症を考える会で、チームオレンジ結成に向けた協議を行うことが出来た。 3 認知症初期集中支援チームに繋いだ新規ケースは 0 人であった。 本事業を効果的な事業として活用出来ない。 4 認知症により、徘徊して自宅等に戻れない方を早期発見・保護する目的で、認知症見守りシールを配布した。 実績：シール配布数 8 人（R7. 3 月末時点） 地域への周知は広報誌掲載が主たる周知方法。事業の理解者及び協力者を拡大していく目的で、見守り協定事業所への説明会は企画・開催出来なかった。 5 認知症ケアパスの改訂に向け、発行協定先と協議を実施。認知症を考える会のメンバーにケアパスの内容を提示し、意見を頂いた。次年度改定に向け準備中。	2 認知症当事者や家族の声を聞きながら、チームオレンジ結成に向けた取り組みを進める。 3 初期集中支援チームと委託型包括支援センターの連携上の課題を明らかにする。
--	--	--	---	---	---

		6生涯大学との連携により、認知症サポーター養成講座やフォローアップ講座受講者が既存の認知症カフェでボランティア活動できるような働きかけを行う。	6生涯大学と西部地域包括支援センターとの連携により、認知症カフェでのボランティア活動に繋がった。 ・アルツハイマー月間にあわせ、認知症に関する普及・啓発活動を実施した。 (こも浦荘、市民センター、保健福祉センター、芦崎いこいセンター)	
	＜権利擁護事業＞ ①委託型包括センターが高齢者虐待や困難事例へ適切な対応できるよう、支援する。	①-1 社会福祉士連絡会や台帳確認時に、虐待の再発ケースを振り返り、発生要因の分析と課題の抽出を行い、個別ケース及び圏域全体の虐待再発防止に向けた取り組みを検討し、実施出来る様にする。	①-1・社会福祉士連絡会や台帳確認時に、虐待の再発ケースを振り返り、発生要因の分析と課題の抽出を行い、個別ケースごと及び圏域全体の虐待再発防止に向けた取り組みが実施できた。 ・委託型地域包括支援センターの社会福祉士が中心となり、ケアマネジャーを対象に高齢者虐待に関する研修会を開催した。 実績：62名受講 ・ケアマネジャーが高齢者の異変を認知してから、委託型地域包括支援センターへの虐待通告に時間を要しているケースがあり、通告の義務が果たせていない事例が一部あった。	①-1 ケアマネジャーが通告を躊躇し、対応が遅れるケースがある。 高齢者虐待に関する研修会を継続的に開催する。
		①-2 コア会議が、会議の目的である虐待の有無・緊急性判断と総合的な支援方針決定が出来る場となるよう、引き続き、虐待の程度（深刻度）計測フローを活用し、判断の標準化を図る。	①-2 虐待の程度（深刻度）計測フローを活用し、判断の標準化を図れた。	

	①-3 虐待ケース支援は、養護者支援もあわせて実施していくため、必要時は基幹型職員も含め役割分担を行う。	①-3 虐待ケース支援、またはは困難事例の支援を実施していくため、必要時は基幹型職員も含め役割分担を行い支援することが出来た。 市が役割分担により、支援したケース虐待1件、困難ケース1件	③中核機関の機能については、段階的に拡充していく。
②成年後見制度の業務が円滑に行えるよう職員の理解促進を図る。	①-4 高齢者の安全確保が最優先であると判断した場合、基幹型へ速やかに報告。高齢者福祉課内で緊急会議を実施し、最終的な方針を決定する。	①-4 高齢者の安全確保が最優先であると判断した場合、基幹型へ速やかに報告。高齢者福祉課内で緊急会議を実施し、最終的な方針を決定した。 緊急会議を開催したケース 1件 施設虐待疑いで対応したケース 1件 →身体的虐待疑いで調査したが、高齢者の身体的状況を目視しても、それを疑う所見は確認されず。今後の虐待発生予防のため改善指導を実施した。	
③成年後見制度の利用促進	②委託地域包括支援センター職員全員が成年後見制度に関する相談対応でき、より専門的な相談内容の場合は委託型の社会福祉士が対応できるような相談体制の充実に努めるよう、基幹型は後方的支援を実施。	②委託型包括の中で、後見ニーズを把握し、必要性を基幹型社会福祉士に提言する体制ができた。また、成年後見市長立て事務が委託包括の連携及び協力体制で円滑に行えた。 実績：成年後見市長申立て 3件 (他準備中2)	
	③銚子市成年後見制度利用促進計画を推進していく。 ・成年後見制度の周知、啓発 ・利用しやすい成年後見制度の運用 ・地域連携ネットワークの構築 ・中核機関の設置に向けた検討	③・成年後見制度の周知、啓発としてアルツハイマー月間にパネル展示を実施した。 ・中核機関設置に向けた協議を庁内関係課と実施した。 ・庁内の職員で構成される福祉士連絡会を立ち上げ、課を横断して中核機関設置に向け、在り方を検討した。	

			結果、市直営で中核機関を設置すること で方針を定め、予算要求して、次年度設 置に向けた取り組みをした。 ・中核機関の機能については、来年度は、 広報啓発及び相談機能（1次相談機関の 2次相談を主とする）及び地域連携ネッ トワーク（協議会）の構築に向けた準備 を主として行う。	
--	--	--	--	--

令和 6 年度地域包括支援センター事業報告

1 地域包括支援センター（以下、「包括センター」という。）の設置状況（令和 6 年 4 月 1 日現在）

●基幹型包括センター（市直営・市役所内）

○職員 5 名（保健師 3、社会福祉士 1、主任介護支援専門員 1）

◆役割 委託型包括センターの後方支援、センター間の総合調整、業務内容の質の向上

報告・相談



助言・指導

●委託型包括センター

●東部包括センター

○職員 5 名（主任介護支援専門員 2、社会福祉士 1、保健師に準ずるもの 1、事務（兼務）1）

●中央包括センター

○職員 5 名（主任介護支援専門員 1、社会福祉士 2、保健師に準ずるもの 1、事務 1）

●西部包括センター

○職員 6 名（主任介護支援専門員 2、社会福祉士 2、保健師 1、事務（兼務）1）

◆役割 高齢者の各種相談に幅広く対応する総合相談支援、介護支援専門員への支援、介護予防支援等
高齢者を取り巻く関係者とのネットワークづくりを推進

2 包括的支援事業実績

(1) 総合相談支援事業

①総合相談 内容別件数

業務内容		基幹型 a	委託型 b	合計 c c= a + b
総合相談支援業務(高齢者の介護、生活等に関する相談)	実件数	696	3,113	3,809
	延件数	1,429	10,675	12,104
権利擁護業務(成年後見制度、高齢者虐待に対する支援)	実件数	102	123	225
	延件数	553	1,258	1,811
包括的継続的ケアマネジメント業務(介護支援専門員等への支援)	実件数	15	209	224
	延件数	19	879	898
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援等(要支援者のサービス調整)	実件数	14	1,574	1,588
	延件数	16	4,980	4,996
任意事業(介護相談等)	実件数	0	0	0
	延件数	0	0	0
その他(高齢者以外の相談)	実件数	5	11	16
	延件数	8	24	32
介護者の離職	実件数	0	1	1
	延件数	0	1	1
苦情	実件数	7	0	7
	延件数	35	0	35
合計	実件数	839	5,031	5,870
	延件数	2,060	17,817	19,877

②相談者の内訳

・ ケアマネジャー	延 5,227 件	(全相談者に占める割合 26.3%)
・ 本人	延 3,643 件	(18.3%)
・ 家族	延 3,213 件	(16.2%)
・ 行政関係者 (市・県)	延 1,694 件	(8.5%)
・ 民生委員	延 319 件	(1.6%)
・ 警察署	延 290 件	(1.5%)

(2) 地域におけるネットワークの構築

高齢者を取り巻く地域の関係者とのネットワークの構築と地域包括支援センターの活動周知を目的として、圏域の団体や商店、学校、医療機関と連携を図った。(回)

連携団体、機関等	基幹型 a	委託型 b	合計c c = a+b
民生委員の定例会、町内会、保健推進員研修会 プラチナ体操実施団体、駐在所、医療機関、 金融機関、郵便局、学校、商店等	36	84	120

(3) 高齢者実態把握事業

対象：令和6年度、80歳ひとり暮らしに高齢者

		委託型包括センター			合計	割合 (%)
		東部	中央	西部		
対象者数		43	62	29	134	
うち入院等で対象外		6	6	8	20	
訪問対象		37	56	21	114	
実施状況	把握済み	23	39	16	78	68.4%
	拒否	3	6	0	9	7.9%
	不在	11	11	5	27	23.7%
実施結果 (※)	継続支援 が必要	2	0	0	2	2.6%

※実施結果の割合は、母数を把握済みとする。

継続支援先は以下のとおり (複数あり)

[・ 介護申請 (1) ・ 民生委員に情報提供 (1) ・ その他 (1)]

(4) 権利擁護業務

①高齢者虐待への対応

・ 養護者による虐待 通報受理件数 (実数) 29 件

(虐待と認定 14 件、虐待ではないと判断 8 件、判断不可 7 件、事実確認中 0 件)

・ 介護施設従事者等による虐待 通報受理件数 (実数) 1 件

②成年後見制度利用事業

- ・ 成年後見制度相談件数（実数） 32 件
- ・ 市長申立て件数（実数） 3 件
- ・ 鑑定 0 件

（５）包括的・継続的ケアマネジメント業務

介護支援専門員（ケアマネジャー）が高齢者に対して適切に援助できるよう、介護支援専門員への助言指導や研修会を実施した。

①介護支援専門員からの相談実績

業務内容		相談件数
ケアプラン・情報提供	実件数	134
	延件数	324
医療機関連携	実件数	9
	延件数	11
困難事例に対する指導・助言	実件数	41
	延件数	283
ケアマネジャーグループへの活動支援	実件数	5
	延件数	44
その他	実件数	35
	延件数	236
合計	実件数	224
	延件数	898

②介護支援専門員等を対象とした研修会

- ・ 地域ケア実務者会議 4 回 参加者数(延数) 262 人

研修内容

- ① テーマ「認知症」
- ② テーマ「ヤングケアラー支援の具体策と機関連携の手法」
- ③ テーマ「ゴミやペット、身寄りのない高齢者の地域課題」
- ④ テーマ「高齢者の栄養に関する学習」

(6) 地域ケア会議の開催

地域ケア個別会議 22 回（委託型包括支援センターが中心となり開催）

地域ケア推進会議 12 回（市が中心となり開催）

種 別	実施回数（延数）
個別課題解決機能	18 回
ネットワーク構築機能	6 回
地域課題発見機能	6 回
地域づくり・資源開発	8 回
政策形成機能	4 回
合 計	42 回

(7) 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

要支援 1、2 の方に対し、介護予防サービスや緩和した基準によるサービスの利用等を調整し、介護予防と自立支援のためのケアマネジメントを実施した。

実施件数

委託型	給付件数			割合	
	委託型包括 センター直営 a	居宅介護支援 事業所へ委託 b	合計 c=a+b	委託型包括 センター実施割合 d=a/c	居宅介護支援 事業所へ委託割合 e=b/c
介護予防支援	321	2,936	3,257	9.9%	90.1%
介護予防ケア マネジメント	530	3,087	3,617	14.7%	85.3%
合 計	851	6,023	6,874	12.4%	87.6%