

春日部市地域包括支援センター運営方針

春日部市

目 次

1	方針策定の趣旨	3
2	地域包括支援センターの意義・目的	3
3	運営上の基本的理念	3
	（１）公益性の視点	
	（２）地域性の視点	
	（３）協働性の視点	
4	業務推進の共通事項	4
	（１）事業計画の策定	
	（２）設置場所等	
	（３）センター長の配置	
	（４）職員の姿勢	
	（５）人材確保及び育成	
	（６）地域との連携	
	（７）個人情報の保護	
	（８）広報活動	5
	（９）苦情対応	
	（10）業務継続計画（BCP）の策定	
	（11）事業評価	
5	事業内容	5
	（１）包括的支援事業	
	① 第１号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）	
	② 総合相談支援事業	6
	ア 実態把握	
	イ 総合相談	
	ウ ネットワーク構築	
	③ 権利擁護事業	7
	ア 成年後見制度の活用	
	イ 高齢者虐待への対応	
	ウ 消費者被害防止	
	④ 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	
	ア 包括的・継続的なケアマネジメント体制の構築	8
	イ 介護支援専門員に対する支援	
	i 居宅介護支援事業所の状況把握	
	ii 日常的個別指導・相談	

iii	事例検討会（地域ケア会議・ケース会議）・研修会の実施	
iv	支援困難事例等への指導・助言	
v	地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用	
(2)	多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築	
(3)	地域ケア会議	
①	地域の介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの支援	9
②	高齢者の実態把握や課題解決のための地域ネットワークの構築	
③	個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握	
(4)	在宅医療・介護連携推進事業	
①	切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	
②	医療・介護関係者の研修	
(5)	生活支援体制整備事業	
①	第2層生活支援コーディネーター	
ア	地域資源の把握及びマッチング	
イ	関係者間のネットワーク構築	
ウ	住民ニーズの把握と地域の支援体制づくり	
②	第2層及び第3層協議体（地域支え合い会議）	10
(6)	認知症総合支援事業	
①	認知症高齢者や家族に対する支援	
ア	認知症に関する相談支援	
イ	認知症初期集中支援チームとの連携	
②	認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	
ア	オレンジカフェの開催	
イ	認知症サポーター養成講座の開催	
ウ	チームオレンジの立ち上げ支援	
エ	若年性認知症支援	
③	関係機関との連携	11
(7)	フレイル予防普及啓発事業	
①	フレイルサポーターの養成	
②	フレイルチェック測定会の開催支援	
③	フレイル予防普及啓発の実施	
④	ハイリスク者へのアプローチ	
(8)	指定介護予防支援事業	
6	会議	12
(1)	センター職員会議	
(2)	認知症支援推進会議	
(3)	生活支援体制整備事業連絡会議	
(4)	プロジェクト会議	
	（施行期日）	

春日部市地域包括支援センター運営方針

1. 方針策定の趣旨

この「春日部市地域包括支援センター運営方針」は、地域包括支援センターの運営上の基本的考え方や理念、業務推進の指針等を明確にするとともに、地域包括支援センター業務の効率的な実施に資することを目的に策定します。

2. 地域包括支援センターの意義・目的

地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とします。

また、包括的支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関として、地域住民一人ひとりに対する個別的なサービスの調整、地域におけるネットワークの構築等、地域の様々なニーズに応えることのできる高齢者福祉のワンストップサービスの拠点となることを目指します。

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステム構築の中核を担うため、包括的支援事業の実施にあたっては、「在宅医療・介護連携推進事業」、「生活支援体制整備事業」、「認知症総合支援事業」、「地域ケア会議推進事業」、「フレイル予防普及啓発事業」にかかる業務と連携しながら実施します。

3. 運営上の基本的理念

(1) 公益性の視点

地域包括支援センターは、春日部市の介護・福祉行政の一翼を担う「公益的な機関」として、公正で中立性の高い事業運営を行います。

公正・中立性を確保するため事業報告等、必要に応じて地域包括支援センター運営等協議会へ報告、説明を行います。

地域包括支援センターの運営費用は、市民の介護保険料や国・県・市の公費によって賄われていることを十分理解し、適切な事業運営を行います。

(2) 地域性の視点

地域包括支援センターは、地域の介護・福祉サービスの提供体制を支える中核的な機関であり、各地域の特性や実情にあわせ、適切かつ柔軟な事業運営を行います。

地域ケア会議や支え合い会議等、様々な機会を通じて、地域のサービス利用者や事業者、関係団体、一般住民等の意見を幅広くくみ上げ、日々の活動に反映させるとともに地域が抱える課題を把握し、解決に向けて積極的に取り組みます。

(3) 協働性の視点

地域包括支援センターには、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職種を配置し、職員相互が常に情報を共有して、業務の理念・方針を理解した上で、連携・協働の体制を構築し、チームとして支援します。

また、地域の中に積極的に入り課題の把握に努めるとともに、地域の保健・医療・福祉の専門職やボランティア、民生委員等の関係者と連携を図りながら活動します。

4. 業務推進の共通事項

(1) 事業計画の策定

地域包括支援センターは、市が定めるセンターの事業実施方針の内容に沿って、地域の実情に応じて必要とする重点課題・重点目標を設定し、各地域において特色ある事業運営に努めます。

また、事業計画の重点目標に基づいて達成状況を分析し、必要な業務改善を行います。

(2) 設置場所等

地域包括支援センターでは、高齢者等の様々な情報を得ることになるため、その情報管理には万全を期します。地域包括支援センターが設置法人の他事業所と併設されている場合などは、他の事業所職員からのアクセス、閲覧ができないような措置を講じます。

(3) センター長の設置

地域包括支援センターはセンター長を1名おき、別紙1に定める役割を担うものとします。

また、センター長の役割を職員に周知します。

(4) 職員の姿勢

地域包括支援センターにおける業務は、高齢者が自分らしい生活を継続するための支援であり、利用者本位であることを念頭に置きながら、それぞれの専門職がチームアプローチであることを十分理解して業務を遂行します。

そして、専門的な知識、技術に基づいて行われることを求められるため、地域包括支援センター内におけるOJTの実施によりチーム連携を図ると共に、国・県・市や外部機関等が実施する研修（OFF-JT）に職員全員が計画的に参加し、専門性を高めるように努めます。

(5) 人材確保及び育成

全ての職員に対し、スーパービジョンまたはコンサルテーションが受けられる体制を整えると共に、メンタルヘルス対策を講じます。

(6) 地域との連携

地域包括支援センターの職員は、地域の実情を踏まえながら、介護保険サービスだけでなく、保健・医療・福祉、その他の生活支援サービスなどを含めた地域の社会資源を把握し、地域包括支援ネットワークを重層的に構築していきます。

(7) 個人情報の保護

相談や情報収集においては、当事者及び関係者の様々な情報を得ることになりますが、その範囲はあくまでも支援をする上で必要な範囲内に留めるとともに、常に守秘義務を負う者であることを自覚します。地域包括支援センターが有する高齢者等の情報が、業務に関係のない目的で使用されたり、不特定多数の者に漏れることのないように、法令に基づき「個人情報保護マニュアル（個人情報保護方針）」を整備し、個人情報保護責任者による管理のもと、情報管理を徹底します。

個人情報の持出・開示時は、管理簿への記載と確認を行います。
また、個人情報の漏洩が発覚した際には、速やかに市へ報告します。

(8) 広報活動

地域包括支援センターの業務を適切に実施していくため、また、業務への理解と協力を得るためにリーフレット等を作成し、様々な場所や事業、会議等の機会に配布するなど、積極的に広報します。

(9) 苦情対応

苦情対応体制を整備し、地域包括支援センターが受けた苦情内容や対応策について記録すると共に、重大事象については市に報告し、対応方法について協議を行います。

地域包括支援センターに対する苦情対応窓口は、春日部市役所健康保険部介護保険課地域支援担当（電話 048-736-1111）になります。

地域包括支援センターへの苦情内容をもとに、業務改善を図ります。

また、利用者や家族からのカスタマー・ハラスメントに適切に対応する体制を整備します。

(10) 業務継続計画（BCP）の策定

感染症や自然災害の発生時において、地域包括支援センターの事業継続や早期再開が可能となるよう、業務継続計画（BCP）を策定します。

また、毎年度業務継続計画に関する OJT や訓練を実施するとともに、計画の見直しを行い、実効性を高めます。

(11) 事業評価

地域包括支援センターの人員体制及び業務の取組状況を評価し、地域包括支援センターの機能向上を図るため、「市町村及び地域包括支援センターの評価指標」（「地域包括支援センターの事業評価を通じた機能強化について（通知）」別添 1（平成 30 年 7 月 4 日付け老振発 0704 第 1 号厚生労働省老健局振興課長）に基づき事業評価を実施し、評価結果に基づき市から示された機能強化策を実行します。

また、前年度の事業評価における課題への対策を地域包括支援センターの事業計画に反映させます。

5. 事業内容

(1) 包括的支援事業

① 第 1 号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）

居宅要支援被保険者等に対し、その介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型サービス、通所型サービス、一般介護予防事業の他、地域の団体及び民間企業等の多様な主体により提供される総合事業に該当しない生活支援サービス等の適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう、必要な支援を行います。

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるようにするため、本人ができることはできる限り本人が行うことを基本としつつ、本人のできることを共に発見し、本人の主体的な活動と参加意欲を高める事を目指し

ます。

そのため、指定介護サービス事業所の利用に加えて、住民主体の介護予防事業への参加を促進します。

また、具体的な目標を明確にしつつ、本人の心身の状況や生活環境、廃用や生活機能低下が生じた原因に応じた総合的、かつ効果的な支援計画を作成するとともに、サービスの提供を確保し、一定期間経過後は目標の達成状況を評価し、必要に応じて計画の見直しを行います。

なお、事業の一部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合は、公平・中立性を確保しながら委託先の業務に支障のない範囲で行うと共に、台帳への記録及び進行管理を行います。

② 総合相談支援事業

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、どのような支援が必要か把握し、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関または制度の利用につなげる等の支援を行います。

ア 実態把握

- ・ 人口動態、市が行う介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査の結果等の量的データにより、地域の高齢者に係る現状や将来の状況を把握します。
- ・ 高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画、地域福祉計画等から、地域の高齢者に係る課題等を把握します。
- ・ 地域包括支援センターが行う実態調査や、地域住民へのヒアリング等により、日頃から地域の高齢者の心身状況や家庭環境等についての実態把握をすることでニーズを予測することが可能になり、「早期発見」、「早期対応」につなげ、問題の発生を未然に防ぐように取り組みます。

イ 総合相談

ワンストップサービスの拠点として、様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要かどうかの判断等、安心して相談できる拠点としての体制をつくります。

地域における高齢者の在宅生活を支えるため、高齢者本人のみならず、介護を行う家族等に対する支援を行います。

夜間・早朝の窓口または平日以外の窓口を設置して住民に周知し、家族介護者等が相談しやすい環境を整えます。

複合的な課題を持つ世帯の実態を把握し、ニーズに応じた適切な社会資源につなげると共に、相談内容を分析し、対応の改善に活かします。

ウ ネットワーク構築

地域の社会資源やニーズを把握することで、初期相談時に適切な情報を提供することができる等、総合相談業務を効果的・効率的に行います。

また、地域包括支援センターがチームとして地域に積極的に出向き、ネットワークを構築し、自治会をはじめとする地域のさまざまな関係者と「顔の見える関係づくり」に努めます。関係機関・関係者のネットワークについては、構成員、連絡先、特性等に関する情報をマップやリストで管理します。

そして、地域の社会資源を把握し、地域のニーズを把握することで共通理解

を得るとともに、地域の自主性を尊重し、地域に合わせた支援を展開します。

さらに、相談経路を分析して、高齢者等への支援に必要な新たな支援機関等との連携や、高齢者福祉分野以外の分野を横断した新たなネットワークの構築に努めます。

③ 権利擁護事業

高齢者が地域において、尊厳のある生活を維持し、安心して生活ができるように専門的、継続的な視点から支援を行います。

また、行政をはじめとする関係機関、地域団体、住民等の共通理解のもと、高齢者虐待の早期発見や発生した虐待を止めるための具体的な介入、再発防止活動、予防のための見守り活動を行う上で、ネットワークを活用します。

ア 成年後見制度の活用

認知症等によって判断能力の低下がみられる場合には、適切な介護サービスの利用や金銭的管理、法律的行為などの支援につなげるため、成年後見制度の活用を図ります。

親族等がいる場合は、成年後見制度を説明し親族からの申立てが行われるよう支援し、親族がいない場合や、親族に申立をする意思がない場合は、速やかに市の担当者に状況を報告します。

イ 高齢者虐待への対応

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」及び「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と擁護者支援について（国マニュアル）」に基づき、速やかに市の担当者と連携を図り適切な対応を図ります。また、虐待を受けている高齢者と虐待をしている家族の関係は、長年にわたる生活の歴史が背景にあるため、家族の事情や現在の状況等を把握し、生活状況や介護力を丁寧にアセスメントしていきます。

全ての職員が高齢者等の権利擁護に関する研修を受講し、対応力を高めます。

ウ 消費者被害防止

認知症高齢者等は消費者被害に遭う危険性が高いため、市の担当課や警察等の関係機関や各専門職・関係団体との連携強化により消費者被害情報の把握を行い、地域の民生委員や介護支援専門員等への伝達を行います。また、消費者被害に遭っている事例を把握した場合は、速やかに関係機関と連携を図ります。

④ 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携など、地域において、多職種相互の協働等により連携するとともに、第1号介護予防支援事業、指定介護予防支援及び介護給付におけるケアマネジメントとの相互連携を図ることにより、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを実現するため、地域における連携・協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援、居宅サービス計画及び施設サービス計画、介護予防サービス計画の検証等を行います。

ア 包括的・継続的なケアマネジメント体制の構築

「介護保険の対象となった場合」、「医療の対象となった場合」、「在宅の場合」、「施設に入所した場合」等、特定の状態の場合だけをケアマネジメントの対象とするのではなく、高齢者の心身の状態や生活環境などの変化に応じて、適切な支援やサービスを組み合わせて提供できるように継続的なケアマネジメントを行います。

イ 介護支援専門員に対する支援

i 居宅介護支援事業所の状況把握

担当圏域における居宅介護支援事業所のデータ（主任介護支援専門員、介護支援専門員の人数等）を把握します。

ii 日常的個別指導・相談

介護支援専門員は、自身の力量に不安を感じながらも他の専門職からの支援やスーパーバイズを受けにくく、資質にバラつきがあるため、不安を解消するための個別支援や相談への対応を行います。

介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類・件数等を把握し、研修会、事例検討会、地域ケア会議等を開催します。

iii 事例検討会（地域ケア会議・ケース会議）・研修会の実施

地域ケア会議等を通じた自立支援に資するケアマネジメントの支援を行います。

また、介護支援専門員の資質の向上を図る観点から、関係機関とも連携のうえ、情報提供や事例検討会、研修会等を開催することで資質の向上を図ります。

iv 支援困難事例等への指導・助言

地域の介護支援専門員が抱える困難事例について、多職種・他機関との連携を図り、スーパービジョン（支持的・教育的支援）により支援します。

v 地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用

新人介護支援専門員のバーンアウトや短期間での離職を防ぎ、安心して活動するために、地域の介護支援専門員同士が相談できる関係を構築し、経験豊富な介護支援専門員を育成します。

（２）多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築

包括的支援事業を効果的に実施するため、介護サービスに限らず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、インフォーマルサービスなど様々な社会資源が有機的に連携することができる環境整備を行い、地域の特性に応じた連携体制を支える共通の基盤として、多職種協働による「地域包括支援ネットワーク」を構築します。

（３）地域ケア会議

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業の効果的な実施のため、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体により構成される地域ケア会議を開催します。

① **地域の介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの支援**

多職種協働による個別ケースの検討により、高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援を行います。

② **高齢者の実態把握や課題解決のための地域ネットワークの構築**

地域の多様な関係者が適宜協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて関係機関との役割分担や関係性の構築を行い、高齢者の実態把握や課題解決を図るための地域支援ネットワークの構築を推進します。

③ **個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握**

個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題（地域課題）を明らかにし、地域づくり及び資源開発、政策形成につなげていきます。

（４）在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進します。

① **切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進**

医療と介護の両方を必要とする人でも在宅生活を送ることができるように医療機関と介護サービス事業所の連携を支援します。

② **医療・介護関係者の研修**

医療、介護の専門職の顔の見える関係づくりを構築するために、医療・介護関係者など多職種が集まる事例検討会や研修会への参加を促進します。

（５）生活支援体制整備事業

元気な高齢者をはじめとする多世代の地域住民が担い手として参加する住民主体の活動団体、自治体、民生委員、NPO 法人、社会福祉法人、民間企業、介護サービス施設、地域のサロン等の多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築し、地域の支え合いの体制づくりを推進します。

① **第２層生活支援コーディネーター**

ア 地域資源の把握及びマッチング

地域の支え合いを推進するために、地域において多様な主体による多様なサービスが提供できるように第１層生活支援コーディネーターと連携を図りながら、地域の自治体や民生委員、ボランティア団体、民間企業、事業者等と顔の見える関係づくりに努め、地域資源を把握するとともに、高齢者の自立支援を目的とした本人視点に立った資源とのマッチングを行います。

イ 関係者間のネットワーク構築

支え合いの地域づくりを推進するため、多様な主体によるネットワークの構築を図ります。

ウ 住民ニーズの把握と地域の支援体制づくり

住民アンケートや支え合い会議等により住民ニーズを把握し、地域の資源を活

かした地域の支え合いの体制づくりを推進します。

② 第2層及び第3層協議体（地域支え合い会議）

地域ごとに「支え合い会議」を開催し、地域住民が安心して暮らすために必要な情報の共有、互助的な地域連携や個人の尊厳を尊重できる地域づくりに取り組みます。

支え合い会議には、地域の民生委員や自治会、ボランティア等、様々な関係者をはじめ、多様な担い手が参画できるように連携を図ります。

第3層または区、自治会単位等の範囲で住民懇談会等を開催し、住民ニーズを把握すると共に、地域の支え合いづくりや担い手養成に関する地域住民の理解と意識の醸成を図ります。

（6）認知症総合支援事業

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、認知症の容態変化に応じ、全ての期間を通じて、必要な医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人に対して効果的な支援が行われる体制を構築します。

また、地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務、地域において「生きがい」をもった生活を送れるよう社会参加活動のための体制整備等を行う「認知症地域支援推進員」を配置し、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ります。

① 認知症高齢者や家族に対する支援

ア 認知症に関する相談支援

「認知症ケア相談室」を設置し、認知症の人やその家族等からの相談支援を行います。介護技術に関する助言を行い、在宅で認知症の人を介護する家族等を支援します。

イ 認知症初期集中支援チームとの連携

早期対応が必要な認知症の人やその家族に対しては、認知症初期集中支援チームと連携を図りながら支援します。

② 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり

ア オレンジカフェの開催

認知症地域支援推進員を中心にオレンジカフェを普及するなど、地域全体で認知症の人やその家族を見守り、支援していく体制の整備を行います。

イ 認知症サポーター養成講座の開催

認知症について正しく理解していただくために「認知症サポーター養成講座」を積極的に開催し、広く市民への周知・啓発を図ります。

ウ チームオレンジの立ち上げ支援

チームオレンジコーディネーターを配置して、地域で暮らす認知症の人やその家族の支援ニーズを把握するため、本人や家族等から情報収集を行い、チームオレンジ立ち上げ支援及び活動支援を行います。

エ 若年性認知症支援

若年性認知症支援コーディネーターや市の担当課と協力して若年性認知症の方を支援機関につなげるとともに、若年性認知症の人がやりたいことを実現し、地域で主体的に活動を続けることができるよう、支援を行います。

③ 関係機関との連携

認知症高齢者は年々増加しており、症状が悪化しても医療や介護サービスを拒否するケースや、高齢者虐待や権利擁護の問題が絡むケースが多くなってきています。早期発見・早期対応を実現するため、関係者及び関係機関との連携を図り情報が寄せられやすい体制を構築します。

(7) フレイル予防普及啓発事業

高齢者の加齢による活力の低下（フレイル）への早期の気づきを促すため、フレイルチェック事業を実施するとともに、市民ボランティアであるフレイルサポーターの養成を行い、地域に根付いたフレイル予防を普及啓発します。

① フレイルサポーターの養成

地域包括支援センターが有する様々な人的ネットワークを活用し、フレイルサポーターの担い手を発掘します。

また、フレイルサポーター養成講座を開催し、サポーターを養成します。

② フレイルチェック測定会の開催支援

フレイルサポーターが中心となって運営するフレイルチェック測定会の開催を支援します。

③ フレイル予防普及啓発の実施

フレイルサポーターが行うフレイル予防普及啓発活動を支援します。

また、フレイルサポーターと連携し、フレイルチェック測定会参加者や地域住民等を対象とした、フレイル予防普及啓発活動を実施します。

④ ハイリスク者へのアプローチ

フレイルリスクが高い者（ハイリスク者）に対し、専門職への相談や地域における介護予防事業への参加を促進するなど、必要なアプローチを行います。

(8) 指定介護予防支援事業

居宅要支援被保険者が、介護予防サービス等の適切な利用等を行うことができるよう、その心身の状況、その置かれている環境等を勘案し、介護予防サービス計画を作成するとともに、介護予防サービス計画に基づく指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者等の関係機関との連絡調整を行います。

「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な方法に関する基準」を遵守しながら介護予防支援業務を推進します。

地域包括支援センターが作成する介護予防サービス計画において、正当な理由なく特定の事業者が提供するサービスに偏らないようにします。

介護予防支援業務を指定居宅介護支援事業所に委託する際には、委託先の業務に支障のないよう配慮するとともに、委託先が正当な理由なく特定の指定居宅介

護支援事業所に偏らないようにします。また、台帳への記録及び進行管理を行います。

6 会議

(1) センター職員会議

地域包括支援センターの運営に係る課題の把握や情報交換、事業実施目的の再確認などを行うため、定期的に会議を開催します。

また、各地域包括支援センターにおいて支援が困難な事例が発生した場合は、共通認識をもちながら支援するため、臨時の職員会議を開催します。

(2) 認知症支援推進会議

認知症の人やその家族への支援に係る情報共有や業務の課題改善を行うなど、認知症地域支援推進員としての資質の向上を図ります。

(3) 生活支援体制整備事業連絡会議

第1層及び第2層生活支援コーディネーター、市担当者が連携を図るため、情報交換などを行います。

また、地域ケア会議によって把握された地域課題について、「地域ケア推進会議」を開催し、課題解決に向けた検討を行います。

(4) プロジェクト会議

地域課題の解決や事業の実施に当たっては、関係機関との連携を密にし、円滑な遂行を図るため、市が必要に応じて立ち上げるプロジェクト会議に参加し、課題解決や事業実施に向けた具体的な検討を行います。

(施行期日)

この運営方針は、令和8年4月1日から施行する。