

平成 28 年度 長野市地域包括支援センター設置運営方針（案）

I 地域包括支援センターの設置方針

団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）を見据え、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく生活を続けるために、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」構築の中核的な機関として、高齢者人口の規模に応じて市内に設置します。

地域包括支援センターは、地域で暮らす高齢者の心身の健康保持、生活の安定、生きがいがづくり及び介護予防のために必要な相談・援助を行うことにより、保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に継続して支援します。

さらに、地域や関係機関等とのネットワークを構築し、地域住民の様々なニーズに応えることのできる高齢者福祉の地域における拠点となることを目指します。

また、住民の利便性を考慮し、必要に応じて地域包括支援センターを補完する相談窓口である在宅介護支援センターを設置します。

II 基本的な運営方針

1 地域包括ケアシステムの構築方針

地域包括ケアシステムの整備のために、介護や支援が必要になっても、一人一人の状態に即した適切で効果的なサービスを総合的に提供できる体制を整備するため、「あんしんいきいきプラン21」に基づき、地域包括支援センター運営体制の強化、包括的支援事業の推進、地域におけるコーディネーターとの連携等に取り組みます。

地域での自立した生活支援のために、介護予防・日常生活支援総合事業の効果的な実施のための介護予防ケアマネジメント、介護予防事業等に取り組みます。

2 重点的に行うべき業務の方針

(1) 在宅医療・介護連携の推進

高齢者が疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるために、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことができるような支援を推進します。

ケア会議や日々の情報交換を通じて関係機関との連携を深め、多職種協働による在宅の要支援・要介護状態の高齢者の支援を効果的に行います。

(2) 認知症高齢者とその家族への支援

認知症の予防と早期発見を図るために、認知症に対する知識の普及・啓発を行うとともに、認知症になっても尊厳を保ちながら安心して暮らせるように、保健・医療・福祉の各種専門機関の連携体制の強化、地域での見守り・支援体制づくりを推進します。

各センターに認知症地域支援員を配置し、認知症に関する啓発活動や相談環境の充実等を図ります。

3 介護事業者・医療機関・民生児童委員・ボランティア等の関係者とのネットワーク（地域社会との連携及び専門職との連携）構築方針

地域におけるネットワークを活用し、地域で暮らす高齢者の生活を支えます。地区ケア会議の充実を図るとともに、地域において、行政機関、医療機関、介護サービス事業者、住民自治協議会や民生児童委員など地域の関係者、ボランティア等とのネットワークを構築し、その調整役として、高齢者一人一人の状況に合ったサービスや地域の活動につなげられるようきめ細かな相談・支援を実施します。

地域で高齢者が生活する上で解決すべき課題を一緒に考え、連携を図ります。また、個別ケースの支援内容の検討を通じたケアマネジャーへの支援に取り組みます。

4 介護予防ケアマネジメントの実施方針

要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取り組みを生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援します。

また、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、日常生活上の何らかの困りごとに対して、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続ける等、「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう要支援者等の選択を支援します。

5 介護支援専門員に対する支援・指導の方針

ケアマネジャーのスキルアップを図るため、ケアマネジメント支援を行います。また、高齢者が抱えるさまざまな問題への解決に向けて、地域のケアマネジャーが、自身の役割や解決方法を整理し、主治医や地域の関係機関との連携・調整を図り、自ら問題解決ができるよう日常的な支援を行います。

6 地域ケア会議の運営方針

個別ケースを検討する地域ケア会議は、地域包括支援センターが中心となり、医療、介護等の専門職をはじめ、民生委員、自治会長、NPO法人、社会福祉法人、ボラン

ティアなど地域の多様な関係者が協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援します。介護支援専門員の資質向上に資するよう、地域の介護支援専門員が年に1回は地域ケア会議での支援が受けられるようにするなど、その効果的な実施に努めます。

7 市との連携方針

介護保険課・直営センターと委託センターの連携により効率的に業務運営を行います。

直営地域包括支援センターは、行政機関として基本的な業務を実施するとともに市内の地域包括支援センター全体の業務を調整し、後方支援及び人材育成等の機能を担います。

委託地域包括支援センターは、市（介護保険課、高齢者福祉課、福祉政策課、生活支援課、障害福祉課、保健所、保健センター等）及び直営地域包括支援センター、成年後見支援センターなど様々な行政機関と密接な連携を図りながら、公正・中立な立場で業務を実施します。

また、在宅介護支援センターは、地域包括支援センターを補完する相談窓口として、管轄する地域包括支援センターとの連携の下に、一体的に総合相談業務を実施します。

総合相談支援事業等を実施する上での課題解決等、相互連携を推進するため、直営地域包括支援センターが主催して「地域包括支援センター・在宅介護支援センター運営調整会議」を開催します。

その他、「地域包括支援センター専門職連絡会（部会）」、「地域包括支援センター職員ワーキンググループ」を必要に応じて開催します。

8 公正・中立性確保のための方針

地域包括支援センターの運営を、医療・介護・福祉等の地域の関係者全体で協議し、評価をしていく場として、「長野市地域包括支援センター運営協議会」を設置します。

センター運営協議会は、地域包括支援センターの設置、業務の方針、運営、職員の確保及び地域包括ケア等に関することを所掌し、業務の評価等を行うなど、地域包括支援センターの設置及び運営に関与します。地域包括支援センターは、センター運営協議会の意見を踏まえて、適切、公正かつ中立な運営を確保します。

地域包括支援センターが直面する課題等に対応するため、長野市地域包括支援センター運営協議会に委託地域包括支援センター職員も出席します。

9 チームアプローチによる業務の方針

保健師・看護師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの資格を持った専門職員が、高齢者に関する様々な相談に応じます。さらに、多様化・複雑化した相談に対して、それぞれの専門性を活かし、相互に連携・協働しながら多様な視点から問題の解決を図り、包括的に高齢者を支える“チームアプローチ”の考え方を基本として、高齢者に関する様々な相談に応じます。

また、常に各種サービスの最新情報を把握するとともに、チームアプローチを円滑、確実に行うために、情報の共有化と相談・支援のレベルアップに努めます。

Ⅲ 個別事業の実施方針

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援

社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャー等が高齢者の様々な相談に応じ、適切なサービスや機関・制度等へつなぎ、継続的に支援します。

高齢者や家族等からの相談を待っているだけでは、隠れた問題やニーズを発見できないため、民生児童委員との連携のもと、在宅介護支援センターとともに、地域の高齢者の心身の状況や家族環境等を把握することにより、支援が必要になる高齢者や家族への予防的対応や早期対応を図ります。

平成 28 年 10 月 1 日以降は、市の介護予防・日常生活支援総合事業の実施に伴い、「基本チェックリスト」の活用により、事業サービスの提供が必要な人を決定し、介護予防ケアマネジメントに繋がります。

(2) 権利擁護

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活するためには、高齢者に暴力や心理的苦痛等を与える虐待などの権利侵害や高齢者を狙った悪質商法から、社会全体で守っていくことが必要です。そのため、高齢者虐待の防止、早期発見・早期対応や成年後見制度の積極的な活用、消費者被害防止に取り組みます。

さらに、長野市社会福祉協議会が設置している成年後見支援センターとの連携を密にし、成年後見制度等の活用に向けた支援を行います。

(3) 介護予防ケアマネジメント

高齢者が要介護状態になることをできる限り予防し、また、それ以上に悪化しないように、市が実施する介護予防事業の対象者となる“はつらつアップ高

齢者”への連絡・調整等を行います。

10月から開始する市が定める日常生活支援総合事業へのスムーズな移行を目指し、介護予防ケアマネジメントします。

要支援1及び2と認定され、訪問介護・通所介護以外のサービスは、引き続き予防給付ケアマネジメント業務を実施し、維持・改善を図ります。

(4) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

地域のケアマネジャーの日常的な業務の円滑な実施を支援するため、個別の相談を受け、ケアプランの作成についての相談、困難事例と感ずる個別ケースについての具体的な援助方法の検討など、ケア会議の場等も活用しながら、ケアマネジャーの実践力向上を支援します。

ケアマネジャーが主体的に利用者への援助を行うことができるように支援を行います。

ケアマネジャーと主治医や地域の関係機関との連携体制を構築します。

併せて、ケアマネジャー同士のネットワークを通じて、地域のあらゆる社会資源の情報を共有し、高齢者やその家族が必要なときに必要な援助を切れ目なく受けられるように調整します。

(5) ケア会議の充実

複雑多様化した課題を持つ高齢者等へ最も適切な支援をするためには、保健・医療・福祉関係者のほか、成年後見制度の活用・消費者被害への対応には司法関係者とも連携しながら、ケア会議の充実に努めます。

(6) 在宅医療・介護連携の推進

平成29年度までに次の事業を全て実施するよう直営地域包括支援センターは市内各医師会と連携を図ります。委託包括支援センターは各地域で必要な事業を実施するために、直営包括支援センターが行う医師会との連携に協力します。

- ア 地域の医療・介護サービス資源の把握
- イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- ウ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- エ 医療・介護関係者の情報共有の支援
- オ 医療・介護関係者の研修
- カ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- キ 地域住民への普及啓発
- ク 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

(7) 認知症高齢者支援

認知症地域支援推進員を配置し、専門医による定期的な認知症相談会を開催するとともに、保健・医療・福祉の各種専門機関の連携体制の強化、地域での認知症高齢者への支援体制づくりを推進します。

また、看護師・保健師、作業療法士等の専門職からなる「認知症初期集中支援チーム」の活動を継続し、初期段階の認知症高齢者やその家族に関わり、医師の助言の下に早期診断・早期対応につなげ、地域での継続した支援に繋がります。

「かかりつけ医によるもの忘れ相談」等を活用しながら認知症に関する相談支援体制を充実するとともに、認知症初期集中支援チームの介入や認知症カフェ等の活動を支援するなど、認知症高齢者とその家族を地域で支える体制づくりを進めます。

(8) 生活支援体制整備

生活支援コーディネーターの役割を担う地域福祉ワーカーと連携し、地域の高齢者の支えあい体制づくりを進めます。

(9) 多職種協働による地域包括支援ネットワーク

介護サービスに限らず、地域の保健・医療・福祉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と連携することができる環境整備が重要です。地域包括支援センター単位の「個別ケア会議」等を主催し、支援ネットワークの構築や地区課題の把握に努めます。

2 その他

(1) 介護予防教室

介護予防の基本的な知識の普及・啓発のため、転倒予防や認知症予防・健康づくりのための介護予防教室を開催します。

(2) 介護者教室

高齢者及び在宅で高齢者を介護している者に対して、介護技術の講習や介護者の相互交流等を行い、介護者のストレス軽減・リフレッシュにつながる介護者教室を開催します。

(3) 地域包括支援センター・在宅介護支援センター運営調整会議

地域包括支援センターの運営の基本方針、介護予防事業及び包括的支援事業

等の事業方針など、センターの運営に係る事項及び地域包括ケアシステム構築に関することについて、市と地域包括支援センターとの合意形成を図ります。

また、担当区域を越えた課題や重点事業について、地域包括支援センター間の連携及び情報交換を図り、課題の解決に向けた検討を行います。

各地域包括支援センターの職員の代表者（職種不問）、専門職連絡会の部会長（委託センターの職員）及び市（介護保険課介護予防担当ほか）で構成します。

（４）地域包括支援センター専門職連絡会（部会）

課題の解決に向け、地域包括支援センターの専門職種ごとの職員で構成する部会を必要に応じて開催し、そこでの検討結果を専門職連絡会が集約し運営調整会議で共有するなど、地域包括支援センターの運営や業務へフィードバックするための会議です。

（５）地域包括支援センター職員ワーキンググループ

新しい総合事業の実施に向けて、厚生労働省指針の情報共有、実務検討など、業務を行う上での課題解決のための検討を進めます。

各地域包括支援センター・在宅介護支援センター職員のうち希望者で構成します。

（６）新しい総合事業への円滑な移行に向けた周知活動

地区ケア会議ほか、地域包括支援センターが主催する会議等を活用して、地域住民、民生児童委員、ケアマネジャー等に対し、新しい総合事業に関する情報提供を進めます。

IV 事業計画の作成

各地域包括支援センターにおいては、運営方針に基づき、これまでの取組状況と反省点を踏まえ、地域の特性やニーズ等も考慮し、具体的な事業計画を作成します。

平成 28 年度 事業計画作成に当たっての留意点

地域包括支援センターは、次に掲げる事項に留意するとともに、項目ごとに各地域の実情に応じて独自の取組みも検討しながら、事業計画を作成します。

1 包括的支援事業

(1) 総合相談支援事業

ア 総合相談支援

- ①認知症高齢者への支援、医療と介護の連携、地域ケア会議の実施、支援困難ケース等のケアマネジャー支援、インフォーマルサービスの積極的活用などを支援していく上で、各地域包括支援センターの専門職の資質向上に努めます。
- ②複雑多様化した相談、複合的な相談に対して、各専門職の専門性を生かし、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる支援に努めます。
- ③身近な相談窓口として、高齢者の生活を軸として総合的に相談を受け付けるために、担当職員の資質向上を図るとともに、関係機関等と地域のネットワークの強化に努めます。
- ④平成 28 年 10 月 1 日以降、介護保険サービス利用の相談者に対して、「基本チェックリスト」を実施し、介護予防・生活支援サービス利用の対象者の選定を行います。

イ 高齢者実態把握

- ①高齢者福祉サービス台帳等を活用し、支援の必要性が高い高齢者の実態把握に努めます。
- ②地域に根ざした支援体制を作り上げるために、民生児童委員など地域における様々な関係者と連携し、地域のニーズの把握に努めます。

(2) 権利擁護

ア 高齢者虐待に関する啓発活動

- ①高齢者虐待について正しく知ってもらうためのミニ講座や出前講座を開催するとともに、パンフレットや紙芝居等も活用し、地域及び関係者への啓発活動に積極的に取り組むように努めます。

イ 高齢者虐待への対応（通報・連携・支援体制の構築）

- ①虐待の防止と早期発見に取り組むとともに、市福祉事務所や警察、高齢

者虐待防止ネットワーク運営協議会等、関係機関の係わりが必要と判断される場合に連携がスムーズに行えるよう、日常的な関係づくりに努めます。

ウ 成年後見制度の利用支援

①高齢者が自己の判断のみでは意思決定に支障のある場合、一人暮らし高齢者で日常生活上の金銭管理に支障をきたす場合などの相談に応じるとともに、成年後見制度や社会福祉協議会の日常生活自立支援・暮らしのあんしんサービス事業等必要な支援に繋がります。

②特に、長野市社会福祉協議会に設置された成年後見支援センターとの連携を強化し、成年後見制度等の活用に向けた支援に努めます。

エ 消費者被害の防止

①民生児童委員やケアマネジャー、介護サービス事業者等と連携して、高齢者への周知・啓発活動を行い、被害の未然防止に努めます。

②警察や消費生活センター等と連携して情報収集を行うとともに、諸制度を活用し高齢者の生活の維持を図ります。

オ 職員の日常的なスキルアップ

①高齢者虐待の相談・支援や成年後見制度活用は、極めて高度の判断を要する事例があることから、様々な事例に的確に対応できるよう、日常的にスキルアップに努めます。

(3) 介護予防ケアマネジメント

ア はつらつアップ高齢者へのケアマネジメント

①“はつらつアップ高齢者”に対し、要介護状態とならないように、本人の同意のもとに介護予防ケアマネジメントを実施し、“生活らくかる運動塾”等への参加を促します。実施に当たっては、「本人ができることではできる限り本人が行うように支援する」ことを基本にし、一人一人に合ったケアマネジメントの実施に努めます。

イ アセスメント・モニタリングの実施及び評価

①“生活らくかる運動塾”等の参加者に対して、事前アセスメントを実施します。

②一定期間経過後、サービスの実施による効果の評価を行うとともに、再度アセスメントを行います。

ウ 予防給付ケアマネジメントの支援

①要支援認定者の予防給付ケアマネジメントについては、業務の一部を居宅介護支援事業所に委託していることから、個別に指導を行い、適正な業務が行われるよう調整することが必要です。

エ 新しい総合事業の介護予防ケアマネジメント

10月以降は新しい総合事業によるサービス利用者について、事業による介護予防ケアマネジメントを実施します。厚生労働省の定める実施方針（平成27年6月5日付け通知）に基づき、適切な介護予防ケアマネジメントの実施に努めます。

（4）包括的・継続的ケアマネジメント支援

ア ケアマネジャーへの支援

- ①ケアマネジャーが気軽に地域包括支援センターに相談できるよう連携を強化し、ケアマネジャーが自ら問題解決が図られるよう後方支援を行います。
- ②各地域包括支援センターの主任ケアマネジャーの情報交換やスキルアップを進めます。
- ③支援困難事例等ケアマネジャーが解決困難な問題の相談に対しては、3職種がその専門性を生かし、協力しながら支援します。
- ④支援困難事例等を通して、ケア会議の開催や医療と介護の専門職との連携ができるように支援します。

イ 包括的・継続的ケア体制の構築

- ①ケアマネジャーと病院等地域の関係機関が顔を合わせる機会を増やし、連携体制の強化に努めます。
- ②住民自治協議会、老人クラブやボランティア団体等が提供する有償・無償の在宅福祉サービス情報を民生児童委員やケアマネジャーに提供し、社会資源を有効に利用できるように支援します。
- ③ケアマネジャー支援業務から発見する問題を、ケア会議を活用し、地域課題の抽出、課題整理、必要なサービスの提言等、ケアマネジャー支援に活かします。

（5）ケア会議の充実

1 人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯の増加や複雑多様化した課題を持つ高齢者等への支援について、関係機関（者）と連携しながら、ケア会議を充実していきます。

ア 個別ケア会議

- (ア) 個別課題の解決を通じて、a ケアマネジャーによる自立支援に資するケアマネジメントの支援（集中減算に関するケア会議を含む） b 担当者レベルでの支援ネットワーク構築 c 個別ケースの積み上げによる地域課題の把握を行ないません。
- (イ) 本人、親族等地域の関係者、行政職員、地域包括支援センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生児童委員、住民組織等会議の目的に応じた関係者を参集します。

イ 地区ケア会議

- (ア) 地区民生委員協議会定例会に併せ、a 地域課題の把握 b 課題解決に向けた事例検討 c 情報提供や研修等を行ないます。
- (イ) 民生児童委員、地域福祉ワーカー、地域たすけあい事業コーディネーター、行政（支所、福祉事務所、保健センター等）等会議の目的に応じた関係者で行います。

ウ 地区ネットワーク会議

- (ア) 年2回を目途に、a 前述ア、イの会議での課題を総括 b 地域包括支援センター管内の課題等を検討及び長野市ケア会議への報告 c 地域課題に関する研修等を行ないます。
- (イ) 民生児童委員協議会代表者、住民自治協議会代表者、地域福祉ワーカー、地域たすけあい事業コーディネーター、医師（医師会推薦）、歯科医師（歯科医師会推薦）、薬剤師会（薬剤師会推薦）、居宅介護支援事業所代表者、行政（福祉事務所、保健センター等）、その他介護保険事業所、警察・消防関係等会議に応じた関係機関で行います。

エ 地域の社会資源の掘起こしと活用

インフォーマルサービスを含めた地域の社会資源を把握し、活用に向けて関係者間で地域のサービス情報を共有します。

オ 地域での見守り支援

一人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯が増加していることから、高齢者等を地域全体で見守り支え合うネットワークの一員として支援に努めます。

(6) 在宅医療・介護連携の推進

ア 直当地域包括支援センターが中心となって、事業実施に向けて市内各医師会

と意見・情報交換等の連携を図ります。

イ 地域住民への普及啓発等実施可能な事業に着手し、継続的な実施を図ります。

ウ 委託包括支援センターは直営地域包括支援センターの取組への協力に努めます。

エ ケア会議や日々の情報交換を通じて連携を深め、在宅の要支援・要介護状態の高齢者の支援を効果的に行います。

(7) 認知症高齢者支援

ア 地域包括支援センターが相談窓口であることを更に明確にし、民生児童委員や事業者等とも連携を図るなど、認知症初期集中支援チームによる認知症の早期診断・早期対応につなぐ支援を強化します。

イ 各センターに認知症地域支援推進員を配置し、相談しやすい環境の整備や他職種で支援する体制の整備等サポート体制を整えることにより、認知症でも生活できる地域づくりを進めます。

ウ 地域のケアマネジャーの対応が困難なケースについて、専門3職種が持つ知識や技術を積極的に提供しケアマネジメント支援に努めます。

エ 認知症高齢者の家族や親族から認知症に係る相談を受け、必要に応じて「かかりつけ医（認知症相談医等）によるもの忘れ相談」等へつなぎ、地域のもの忘れ相談医との連携体制を構築し、早期対応、認知症高齢者とその家族の日常生活の支援に努めます。

オ 市保健センターと協力し、認知症の正しい知識と介護方法を知るための認知症予防講座を開催するなど、認知症に関する正しい知識の普及に努めます。

カ 直営の地域包括支援センターでは、長野市医師会・更級医師会と協力し、認知症の早期発見と適切な医療に結びつくように、専門医による認知症相談会を定期的を開催します。地域包括支援センターでは、かかりつけ医への相談や専門医への受診、認知症初期集中支援チーム、認知症相談会等必

要な支援に努めます。

キ 「認知症サポーター」の養成及びキャラバンメイトの継続的な活動に対する支援に努めます。

ク 地域の見守り体制構築への協力や、当事者・家族を支える交流会や自主グループ等の継続的な活動支援、また、認知症カフェ等の設置・活動の支援に努めます。

ケ 「安心おかえりカルテ」の作成を支援し、家族が改めて本人の状態を理解することや相談できる場、人との繋がり、行方不明時の早期発見に役立てます。

(8) 生活支援体制整備の推進

住民による支え合い体制づくり、生活支援の担い手づくりを行う、生活支援コーディネーターの役割を担う「地域福祉ワーカー」と連携し、地域資源の把握に努めます。また、

住民による生活支援の担い手づくり、自主的な介護予防の取組の促進等について連携を図ります。

2 その他

(1) 介護予防教室・介護者教室の開催

ア 高齢者を対象に介護予防の基本的な知識を普及・啓発するための介護予防教室開催します。

イ 介護者を対象に適切な介護知識・技術を習得するための介護者教室を開催します。

(2) 地域での介護予防活動支援

地域の実情に応じて住民自治協議会や各種団体等と協働して、お茶飲みサロンや高齢者の集い等、参加者同士の交流の場の拡充を図るとともに、「お達者なまちづくり（介護予防クラブ支援事業）」等の自主的な介護予防の取組みを支援するなど、地域での介護予防活動の推進に努めます。

(3) 地域包括支援センター全体のスキルアップ

ア 相談技術やケアマネジメント技術の向上等、地域包括支援センター業務に必要な知識・技術の習得を目的とした研修や講演会等への積極的

な参加に努めます。

イ 各職員が学んだ知識・技術については全職員に伝達し共有することにより、地域包括支援センター全体のスキルアップを図ります。

(4) 地域包括支援センターの周知活動

高齢者福祉の総合相談窓口としてその機能を十分に果たすよう様々な機会を捉えて、地域包括支援センターの役割等を地域で周知するよう努めます。

(5) 新しい総合事業に関する周知活動

地区ケア会議ほか、地域包括支援センターが主催する会議等を活用して、地域住民、民生児童委員、ケアマネジャー等に対し、介護保険制度改正に伴い実施する、新しい総合事業に関する情報提供を行います。

(6) 個人情報の保護

地域包括支援センターの運営上、高齢者の心身の状況や家族の状況等を幅広く知り得る立場にあります。個人情報の管理を徹底し、個人情報保護の万全な対策を行います。