

千葉県あんしんケアセンター運営方針 新旧対照表（案）

旧	新
<p><b>令和7年度 千葉県あんしんケアセンター運営方針</b></p>	<p><b>令和8年度 千葉県あんしんケアセンター運営方針</b></p>
<p>I あんしんケアセンター設置の目的 (略)</p>	<p>I あんしんケアセンター設置の目的 (略)</p>
<p>II あんしんケアセンターの位置づけ (略)</p>	<p>II あんしんケアセンターの位置づけ (略)</p>
<p>III 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組み</p>	<p>III 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組み</p>
<p><b>1 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の促進</b></p> <p>「セルフケアの推進」、「閉じこもりの防止」、「主体的な社会参加」等の視点を持ち、各保健福祉センターや地域の関係者（団体）等の多様な主体と連携し、地域毎に効果的な方法を用いて介護予防に取り組むとともに、高齢者が安心して生活ができるよう支え合い体制の構築等を推進する。</p> <p>特に、地域住民（主に高齢者）が歩いて通える範囲に、活躍・社会参加できる「通いの場・交流の場」などの多様な地域資源が展開されていくよう、行政・民生委員・町内自治会・社協地区部会などの関係者や民間企業、<u>生活支援コーディネーター</u>や<u>コミュニティソーシャルワーカー</u>と密に連携を図る。その上で多様な地域資源情報を把握するとともに、効果的に活用するなどして資源の充実を図り、高齢者が主体的に利用できるよう情</p>	<p><b>1 生活支援・介護予防サービスの基盤整備の促進</b></p> <p>「セルフケアの推進」、「閉じこもりの防止」、「主体的な社会参加」等の視点を持ち、各保健福祉センターや地域の関係者（団体）等の多様な主体と連携し、地域毎に効果的な方法を用いて介護予防に取り組むとともに、高齢者が安心して生活ができるよう支え合い体制の構築等を推進する。</p> <p>特に、地域住民（主に高齢者）が歩いて通える範囲に、活躍・社会参加できる「通いの場・交流の場」などの多様な地域資源が展開されていくよう、行政・民生委員・町内自治会・社協地区部会などの関係者や民間企業、生活支援コーディネーター <u>(以下、SC)</u> やコミュニティソーシャルワーカー <u>(以下、CSW)</u> と密に連携を図る。その上で多様な地域資源情報を把握するとともに、効果的に活用するなどして資源の充実を図り、</p>

【資料2-2】

旧	新
<p>報発信に努める。</p> <p><b>2 在宅医療・介護連携の推進</b></p> <p>(1) 在宅医療・介護連携支援センターと連携し、在宅医療・介護に関する相談支援や多職種連携の更なる充実及び在宅医療や介護に関する情報収集に努める。</p> <p>(2) 多職種連携会議の開催に加え、医療機関や訪問看護ステーション等関係機関との事例検討会や研修等により連携を深め、多職種協働による在宅医療・介護の連携体制の基盤づくりに取り組む。)</p> <p><b>3 認知症施策の推進</b></p> <p>(略)</p> <p>(1) ～ (4) (略)</p> <p>(5) 認知症の人も社会の一員として活躍できる地域共生社会を目指し、<u>生活支援コーディネーター</u> (認知症地域支援推進員)、認知症サポーター、ステップアップ講座修了者、関係機関等が連携し、認知症の人本人及び、その家族の希望やニーズに合った具体的な支援に繋げる「チームオレンジ」を構築する。</p> <p>(6) (略)</p>	<p>高齢者が主体的に利用できるよう情報発信に努める。</p> <p><b>2 在宅医療・介護連携の推進</b></p> <p>(1) 在宅医療・介護連携支援センター <u>(以下、在宅センター)</u> と連携し、在宅医療・介護に関する相談支援や多職種連携の更なる充実及び在宅医療や介護に関する情報収集に努める。</p> <p>(2) 多職種連携会議の開催に加え、医療機関や訪問看護ステーション等関係機関との事例検討会や研修等により連携を深め、多職種協働による在宅医療・介護の連携体制の基盤づくりに取り組む。</p> <p><b>3 認知症施策の推進</b></p> <p>(略)</p> <p>(1) ～ (4) (略)</p> <p>(5) 認知症の人も社会の一員として活躍できる地域共生社会を目指し、<u>SC</u> (認知症地域支援推進員)、認知症サポーター、ステップアップ講座修了者、関係機関等が連携し、認知症の人本人及び、その家族の希望やニーズに合った具体的な支援に繋げる「チームオレンジ」を構築する。</p> <p>(6) (略)</p> <p><u>(7) 認知症高齢者への対応として、地域での見守り体制や安心した外出支援に資する制度であるどこシル伝言板 (高齢者保護情報共有サービス) 等の利用促進のための情報提供を行うと</u></p>

旧	新
<p data-bbox="237 392 685 424"><b>IV 具体的な事業運営について</b></p> <p data-bbox="237 443 1088 571">あんしんケアセンターは、公的な機関として高齢者に関する様々な課題や相談に対応するとともに、地域住民と協働し、地域のネットワークを構築しながら、地区特性に応じた活動を行う。</p> <p data-bbox="237 730 1088 906">事業運営にあたっては、管理者を中心に、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職がそれぞれの専門知識や技能を活かすことで、チームアプローチにより高齢者を包括的に支える。</p> <p data-bbox="237 970 622 1002"><b>1 第1号介護予防支援事業</b></p> <p data-bbox="237 1021 1088 1244">介護予防・日常生活支援総合事業の利用者の状態改善を図る、またはその状態の悪化を防止するとともに、対象者の生活機能や意欲の向上を目的として、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援助を行う。</p> <p data-bbox="237 1260 1088 1388">あわせて、より自立支援に資する介護予防ケアマネジメントを目指し、高齢者自らがセルフマネジメントを実施し、さらに継続することができるよう、<u>生活支援コーディネーター</u>と連携</p>	<p data-bbox="1144 248 1962 328"><u>ともに、地域住民や関係機関との協働による見守り声掛け訓練の開催に努める。</u></p> <p data-bbox="1111 392 1559 424"><b>IV 具体的な事業運営について</b></p> <p data-bbox="1111 443 1962 715">あんしんケアセンターは、公的な機関として高齢者に関する様々な課題や相談、<u>制度の狭間や複合的課題を抱える世帯にも</u>対応するとともに、地域住民と協働し、<u>福祉まるごとサポートセンターや障害者基幹相談支援センター等の支援機関と</u>のネットワークを構築しながら、<u>包括的相談支援の視点を持ち</u>、地区特性に応じた活動を行う。</p> <p data-bbox="1111 730 1962 906">事業運営にあたっては、管理者を中心に、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職がそれぞれの専門知識や技能を活かすことで、チームアプローチにより高齢者を包括的に支える。</p> <p data-bbox="1111 970 1496 1002"><b>1 第1号介護予防支援事業</b></p> <p data-bbox="1111 1021 1962 1244">介護予防・日常生活支援総合事業の利用者の状態改善を図るまたはその状態の悪化を防止するとともに、対象者の生活機能や意欲の向上を目的として、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援助を行う。</p> <p data-bbox="1111 1260 1962 1388">あわせて、より自立支援に資する介護予防ケアマネジメントを目指し、高齢者自らがセルフマネジメントを実施し、さらに継続することができるよう、<u>S・C</u>と連携しながら、「通いの場・</p>

旧	新
<p>しながら、「通いの場・交流の場」を含めたあらゆるインフォーマル資源を効果的に活用するなどして、自らが選択し取り組めるよう支援する。</p>	<p>交流の場」を含めたあらゆるインフォーマル資源を効果的に活用するなどして、自らが選択し取り組めるよう支援する。</p>
<p>本事業の実施にあたっては「孤立や閉じこもり予防」「社会参加」「生きがづくり」等についても配慮する。</p>	<p>本事業の実施にあたっては「孤立や閉じこもり予防」「社会参加」「生きがづくり」等についても配慮する。</p>
<p><b>2 総合相談支援事業</b></p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 総合相談支援事業を適切に行うため、高齢者及び家族への個別訪問や地域関係者から情報を収集するなどにより、身体面のみならず、生活面や家族関係等、高齢者を包括的に捉える。また包括3職種の専門性を活かしたチームアプローチや地域におけるネットワークを活用し、<u>生活支援コーディネーター</u>とも連携しながら、インフォーマル資源も効果的に活用して個々の状況に適した支援を行う。</p> <p>(4)～(7) (略)</p>	<p><b>2 総合相談支援事業</b></p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 総合相談支援事業を適切に行うため、高齢者及び家族への個別訪問や地域関係者から情報を収集するなどにより、身体面のみならず、生活面や家族関係等、高齢者を包括的に捉える。また包括3職種の専門性を活かしたチームアプローチや地域におけるネットワークを活用し、<u>SC</u>とも連携しながら、インフォーマル資源も効果的に活用して個々の状況に適した支援を行う。</p> <p>(4)～(7) (略)</p>
<p><b>3 権利擁護事業</b></p> <p>(略)</p>	<p><b>3 権利擁護事業</b></p> <p>(略)</p>
<p><b>4 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業</b></p> <p>(略)</p> <p>(1) 関係機関との連携体制構築・強化</p> <p>ア 関係機関及び関係者とのネットワーク構築</p>	<p><b>4 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業</b></p> <p>(略)</p> <p>(1) 関係機関との連携体制構築・強化</p> <p>ア 関係機関及び関係者とのネットワーク構築</p>

旧	新
<p>あんしんケアセンターは、各保健福祉センター、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、<u>生活支援コーディネーター</u>、<u>コミュニティソーシャルワーカー</u>、社協地区部会、町内自治会、ボランティア、老人クラブなどの関係者（団体）に働きかけ、地域特性や状況に応じたネットワークを構築することにより、地域の関係者との相互のつながりを築き、日常的に連携を図る。</p> <p>イ （略）</p> <p>(2) 地域ケア会議の実施</p> <p>高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える地域の社会基盤の整備を推進し、地域包括ケアシステムを深化・推進をするため、千葉県地域ケア会議運営要綱に基づき次のア～エを実施する。</p> <p><u>なお</u>、あんしんケアセンターは地域ケア会議での検討を行うため、必要に応じて関係者等に対し、資料又は情報の提供、意見の開陳、その他必要な協力を求められるよう、日頃から協力体制の確保に努める。</p> <p>各地域ケア会議の開催頻度については、表1を目安とする。</p>	<p>あんしんケアセンターは、各保健福祉センター、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、<u>SC</u>、<u>CSW</u>、社協地区部会、町内自治会、ボランティア、老人クラブ、<u>住宅確保要配慮者居住支援協議会</u>などの関係者（団体）に働きかけ、地域特性や状況に応じたネットワークを構築することにより、地域の関係者との相互のつながりを築き、日常的に連携を図る。</p> <p>イ （略）</p> <p>(2) 地域ケア会議の実施</p> <p><u>地域ケア会議は、高齢者への支援を充実させるとともに、それを支える地域の社会基盤を整備し、地域包括ケアシステムの深化・推進を図るために実施する。そのため、多職種や住民等の地域の関係者間で検討を重ねることにより、PDCAサイクルを回しながら、地域課題の共有、関係者間の調整、ネットワーク構築、新たな資源開発、施策化を図っていく。</u></p> <p><u>なお、地域ケア会議については、千葉県地域ケア会議運営要綱に基づき次のア～カを実施する。</u></p> <p><u>また、あんしんケアセンターは効果的に地域ケア会議を実施できるように、必要に応じて関係者等に資料又は情報の提供、意見の開陳、その他必要な協力を求められるよう、日頃から協力体制の確保に努める。</u></p> <p>各地域ケア会議の開催頻度については、表1を目安とする。</p>

旧	新
<p>ア 個別事例の地域ケア会議 対象者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行い、課題解決を図るとともに、地域課題の把握に努める。</p> <p>イ・ウ (略)</p> <p>エ 地域課題の分析及び解決のための地域ケア会議 個別事例の地域ケア会議、自立支援を強化するための地域ケア会議の結果を活用し、統計・調査結果・総合相談の傾向等のデータ等も踏まえながら、地域課題を関係者と共有し課題解決に向けた検討を行う。必要に応じ、地域包括ケアシステムの深化・推進に必要なサービスや支援等を抽出し、社会資源開発や政策形成への提言を行う。 開催にあたっては、保健福祉センター高齢障害支援課と事前に協議し、また、<u>生活支援コーディネーター</u>による協議体と協働するなどして効果的な運営を図る。</p>	<p>ア 個別事例の地域ケア会議 対象者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行い、課題解決を図る<u>とともに、個別事例の積み重ねにより地域課題を把握し、自立支援やネットワーク構築、地域課題の分析・解決に向けた会議につなげる。</u></p> <p>イ・ウ (略)</p> <p>エ 地域課題の分析及び解決のための地域ケア会議 個別事例の地域ケア会議、自立支援を強化するための地域ケア会議の結果を活用し、統計・調査結果・総合相談の傾向等のデータ等も踏まえながら、地域課題を関係者と共有し課題解決に向けた検討を行う。必要に応じ、地域包括ケアシステムの深化・推進に必要なサービスや支援等を抽出し、社会資源開発や政策形成への提言を行う。 開催にあたっては、保健福祉センター高齢障害支援課と事前に協議し、また、<u>SC</u>による協議体と協働するなどして効果的な運営を図る。<u>なお、対象とする地域の選定にあたっては、優先順位・必要性の検討を十分に行う。</u></p> <p><u>オ ネットワーク構築のための地域ケア会議</u> <u>地域課題の解決に向け、(1)アに示す多様な関係機関が連携し、地域資源の把握や情報共有、協議体制の強化を目的に開催する。</u></p> <p><u>カ 政策形成のための地域ケア会議</u> <u>個別事例の地域ケア会議で得られた課題や気づきを基に、地域資源の活用や新たな仕組みづくりを検討し、政策形成に反映する。</u></p>

旧	新																								
<p>(表1)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="255 277 557 317">地域ケア会議の内容</th> <th data-bbox="557 277 1070 317">開催頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="255 317 557 357">個別事例の検討</td> <td data-bbox="557 317 1070 357">必要に応じて随時</td> </tr> <tr> <td data-bbox="255 357 557 397">自立促進ケア会議</td> <td data-bbox="557 357 1070 397">年2回程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="255 397 557 477">生活援助中心型サービスの検証</td> <td data-bbox="557 397 1070 477">必要に応じて随時</td> </tr> <tr> <td data-bbox="255 477 557 668">地域課題の分析及び解決</td> <td data-bbox="557 477 1070 668">地域の状況に応じ開催 (圏域毎に年1回以上) ※対象とする地域の選定にあたっては、優先順位・必要性の検討を十分に行う</td> </tr> </tbody> </table>	地域ケア会議の内容	開催頻度	個別事例の検討	必要に応じて随時	自立促進ケア会議	年2回程度	生活援助中心型サービスの検証	必要に応じて随時	地域課題の分析及び解決	地域の状況に応じ開催 (圏域毎に年1回以上) ※対象とする地域の選定にあたっては、優先順位・必要性の検討を十分に行う	<p>(表1)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1137 277 1583 317">地域ケア会議の内容</th> <th data-bbox="1583 277 1957 317">開催頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1137 317 1583 357">個別事例の検討</td> <td data-bbox="1583 317 1957 357">必要に応じて随時</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1137 357 1583 397">自立促進ケア会議</td> <td data-bbox="1583 357 1957 397">年2回程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1137 397 1583 477">生活援助中心型サービスの検証</td> <td data-bbox="1583 397 1957 477">必要に応じて随時</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1137 477 1583 668">地域課題の分析及び解決</td> <td data-bbox="1583 477 1957 668">地域の状況に応じ開催 (圏域毎に年1回以上)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1137 668 1583 788"><u>ネットワーク構築のための地域ケア会議</u></td> <td data-bbox="1583 668 1957 788"><u>必要に応じて随時</u> <u>※多職種連携会議(原則年2回以上開催)も含まれる</u></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1137 788 1583 900"><u>政策形成のための地域ケア会議</u></td> <td data-bbox="1583 788 1957 900"><u>必要に応じて随時</u> <u>※多職種連携会議(原則年2回以上開催)も含まれる</u></td> </tr> </tbody> </table>	地域ケア会議の内容	開催頻度	個別事例の検討	必要に応じて随時	自立促進ケア会議	年2回程度	生活援助中心型サービスの検証	必要に応じて随時	地域課題の分析及び解決	地域の状況に応じ開催 (圏域毎に年1回以上)	<u>ネットワーク構築のための地域ケア会議</u>	<u>必要に応じて随時</u> <u>※多職種連携会議(原則年2回以上開催)も含まれる</u>	<u>政策形成のための地域ケア会議</u>	<u>必要に応じて随時</u> <u>※多職種連携会議(原則年2回以上開催)も含まれる</u>
地域ケア会議の内容	開催頻度																								
個別事例の検討	必要に応じて随時																								
自立促進ケア会議	年2回程度																								
生活援助中心型サービスの検証	必要に応じて随時																								
地域課題の分析及び解決	地域の状況に応じ開催 (圏域毎に年1回以上) ※対象とする地域の選定にあたっては、優先順位・必要性の検討を十分に行う																								
地域ケア会議の内容	開催頻度																								
個別事例の検討	必要に応じて随時																								
自立促進ケア会議	年2回程度																								
生活援助中心型サービスの検証	必要に応じて随時																								
地域課題の分析及び解決	地域の状況に応じ開催 (圏域毎に年1回以上)																								
<u>ネットワーク構築のための地域ケア会議</u>	<u>必要に応じて随時</u> <u>※多職種連携会議(原則年2回以上開催)も含まれる</u>																								
<u>政策形成のための地域ケア会議</u>	<u>必要に応じて随時</u> <u>※多職種連携会議(原則年2回以上開催)も含まれる</u>																								
<p>(3) 多職種連携会議の開催</p> <p>ア あんしんケアセンターは、地域における切れ目のないサービス提供体制の構築を目的として、<u>在宅医療・介護連携支援センター</u>の支援を受けながら、千葉市医師会などの関係機関と連携し、参集またはオンライン等、様々な方法で会議を開催する。</p> <p>イ 開催頻度は、原則年2回とする。前半は圏域毎（圏域の実情により複数圏域での合同開催も可とする。）の開催により地域の課題を抽出し、後半は、区単位とし、地域の課題のうち、区全体で検討すべき課題解決のための会議を開催する。</p>	<p>(3) 多職種連携会議の開催</p> <p>ア あんしんケアセンターは、地域における切れ目のないサービス提供体制の構築を目的として、<u>在宅センター</u>の支援を受けながら、千葉市医師会などの関係機関と連携し、参集またはオンライン等、様々な方法で会議を開催する。</p> <p>イ 開催頻度は、原則<u>として</u>年2回<u>以上</u>とする。前半は圏域毎（圏域の実情により複数圏域での合同開催も可とする。）の開催により地域の課題を抽出し、後半は、区単位とし、地域の課題のうち、区全体で検討すべき課題解決のための会議を</p>																								

旧	新
<p>ウ 会議のテーマとして、原則、在宅医療・介護連携が特に必要とされる、「日常療養の支援」「入退院支援」「急変時」「終末期」の4つの場面の他、フレイル予防、ICTを活用した医療・介護連携、ハラスメント対策等、多職種で連携して、対応や支援の体制構築が必要と思われるテーマを取り上げる。</p> <p>(4) <u>生活支援コーディネーターとの連携</u> 地域の多様なインフォーマル資源の情報収集、不足する資源や担い手の発掘・養成といった資源開発、関係者間のネットワーク構築にあたり、第1層・第2層生活支援コーディネーターと連携し、かつ協議体の仕組みを積極的に活用する。</p> <p>(5) (略)</p> <p><b>5 一般介護予防事業</b> (略)</p> <p>(1) 介護予防普及啓発 元気なうちから積極的に健康づくりや介護予防に取り組むきっかけとなるように、高齢者だけでなく、その家族や様々な関係者への働きかけや連携により、地域全体への介護予防の普及啓発に努め、セルフマネジメントの推進を図る。 また、セルフマネジメントの推進を図る手段として基本チェックリストやいきいき活動手帳等を活用し、高齢者自らが意欲的に目標を設定し、取り組み、評価できるよう支援する。 あわせて、社会参加や生きがいがいづくりにつながるよう、各保健福祉センターや<u>生活支援コーディネーター</u>、<u>コミュニティソーシャルワーカー</u>などと協力し、「交流の場・通いの場」も含めた多様な情報を提供できる体制を整備する。</p>	<p>開催する。</p> <p>ウ 会議のテーマとして、原則、在宅医療・介護連携が特に必要とされる、「日常療養の支援」「入退院支援」「急変時」「終末期」の4つの場面を<u>意識したもの</u>の他、フレイル予防、ハラスメント対策、<u>意思決定支援(人生会議)</u>、<u>BCP</u>、<u>他世代他分野に跨る複合的な課題</u>等、多職種で連携して、対応や支援の体制構築が必要と思われるテーマを取り上げる。</p> <p>(4) 生活支援コーディネーター <u>(SC)</u> との連携 地域の多様なインフォーマル資源の情報収集、不足する資源や担い手の発掘・養成といった資源開発、関係者間のネットワーク構築にあたり、第1層・第2層 <u>SC</u> と連携し、かつ協議体の仕組みを積極的に活用する。</p> <p>(5) (略)</p> <p><b>5 一般介護予防事業</b> (略)</p> <p>(1) 介護予防普及啓発 元気なうちから積極的に健康づくりや介護予防に取り組むきっかけとなるように、高齢者だけでなく、その家族や様々な関係者への働きかけや連携により、地域全体への介護予防の普及啓発に努め、セルフマネジメントの推進を図る。 また、セルフマネジメントの推進を図る手段として基本チェックリストやいきいき活動手帳等を活用し、高齢者自らが意欲的に目標を設定し、取り組み、評価できるよう支援する。 あわせて、社会参加や生きがいがいづくりにつながるよう、各保健福祉センターや <u>SC</u>、<u>CSW</u> などと協力し、「交流の場・通いの場」も含めた多様な情報を提供できる体制を整備する。</p>

旧	新
<p>(2) 地域介護予防活動支援</p> <p>地域において、介護予防及びセルフマネジメントに向けた取り組みが主体的に実施されるよう、各保健福祉センターや<u>コミュニティソーシャルワーカー、生活支援コーディネーター</u>などと協働し、地域活動組織の発掘育成、支援を行う。</p> <p>特に、支援が必要になっても役割を持ちながら参加し続けられるよう高齢者が歩いて通える範囲に持続可能で多様な活動の場が展開されるよう、ネットワークを活用しながら地域づくりに取り組む。</p> <p><b>V 市との連携</b></p> <p>(1) ・ (2) (略)</p> <p>(3) 在宅・医療介護連携支援センターの役割</p> <p><u>在宅医療・介護連携支援センター</u>は、あんしんケアセンターからの在宅医療・介護資源等に関する相談に対応するほか、あんしんケアセンターが企画・運営する多職種連携会議及び多職種連携に関する研修会・講演会等に対して、必要な助言や支援（講師の派遣及び会場の確保など）を行う。</p> <p>多職種連携会議等により得られた、医療介護連携における地域課題及び対応策などの情報を収集し、あんしんケアセンター等と連携して施策に反映させるとともに、在宅医療推進連絡協議会を活用し、対応策の評価等を行い、改善に取り組む。</p> <p>(4) (略)</p>	<p>(2) 地域介護予防活動支援</p> <p>地域において、介護予防及びセルフマネジメントに向けた取り組みが主体的に実施されるよう、各保健福祉センターや<u>S・C・CSW</u>などと協働し、地域活動組織の発掘育成、支援を行う。</p> <p>特に、支援が必要になっても役割を持ちながら参加し続けられるよう高齢者が歩いて通える範囲に持続可能で多様な活動の場が展開されるよう、ネットワークを活用しながら地域づくりに取り組む。</p> <p><b>V 市との連携</b></p> <p>(1) ・ (2) (略)</p> <p>(3) 在宅・医療介護連携支援センター <u>(在宅センター)</u> の役割</p> <p><u>在宅センター</u>は、あんしんケアセンターからの在宅医療・介護資源等に関する相談に対応するほか、あんしんケアセンターが企画・運営する多職種連携会議及び多職種連携に関する研修会・講演会等に対して、必要な助言や支援（講師の<u>調整</u>や派遣及び会場の確保、<u>WEBを活用したオンライン開催</u>など）を行う。</p> <p>多職種連携会議等により得られた、医療介護連携における地域課題及び対応策などの情報を収集し、あんしんケアセンター等と連携して施策に反映させるとともに、在宅医療推進連絡協議会を活用し、対応策の評価等を行い、改善に取り組む。</p> <p>(4) (略)</p>

旧	新
VI～X (略)	VI～X (略)