（参考様式１０）

**○○○○○ 運営推進会議**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 構成区分 | 職名等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※１「構成区分」欄には、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、当該事業について知見を有する者等の別を記入してください。

※２「職名等」には、○○町内会長、民生委員□□地区担当、○○市役所△△課　等を記入してください。

※３「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の場合、会議の名称は「介護・医療連携推進会議」となります。

（参考）開催頻度

|  |  |
| --- | --- |
| おおむね２月に１回以上 | （介護予防）認知症対応型共同生活介護（介護予防）小規模多機能型居宅介護看護小規模多機能型居宅介護 |
| おおむね６月に１回以上 | 認知症対応型通所介護地域密着型通所介護定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |