

会 議 録

1 会議名

平成28年度 第1回阿賀野市地域包括ケア推進会議

2 開催日時

平成29年3月8日（水）午後3時から午後4時35分まで

3 開催場所

阿賀野市役所 第1多目的ホール

4 出席者（傍聴者を除く）の氏名（敬称略）

- ・委員長：齋藤 徹 副委員長 若月 進
- ・委員：見原長平、相川久美子、小野知夫、権平範子、井上秀子（12人中7名出席、）
- ・事務局：唐橋消防長、小菅社会福祉課長、横山健康推進課長、米山地域医療推進課長、佐藤係長、田中主任、本間高齢福祉課長、石山補佐、長谷川センター長、山崎センター長、山崎係長、小見係長、（計12人）

5 議題（公開・非公開の別）

- （1）平成28年度阿賀野市地域包括ケアシステムの進捗状況について（公開）
- （2）地域ケア会議からの地域課題について（公開）
- （3）地域医療ケア戦略会議での課題について（公開）
- （4）（2）、（3）の課題についての対応策の検討（公開）
- （5）その他（公開）

6 非公開の理由

なし

7 傍聴者の数

0人

8 会議の内容

1. 開会挨拶（委員長）

今回12日に道路交通法改正の施行がありますが、認知症の方々も免許更新が厳しくなり免許取り消しの方が増えています。

認知症の診断をしてしまうと免許証が取り上げられるのでどうしたら良いのか。
医療の認知症の関係では話題になっています。

今回の地域ケア会議のおおもとは、住まいと住まい方と行政として位置付けて捉えています。生活の問題というところのサポートの仕組みが、ますます重要となっていくと思います。

今日の話題が包括ケアのさらなる推進になっていくと思いますので宜しくお願いします。

2. 議題

(1) 平成28年度阿賀野市地域包括ケアシステムの進捗状況について

事務局説明

高齢者の状況について、今年度4月1日時点で、人口が約4万4千人、高齢者人口が約1万3千人で高齢化率は29.8%となっています。

高齢化率は、ご覧のとおり右肩あがり、増加しております。

また、2040年には、人口は約3万3千人弱になり、高齢化は38%を超えることが予測されています。

そうすると高齢者を支える現役世代の数も2010年には高齢者1人に対して、2.3人で支えていたものが、2025年には1.5人、2040年には1.3人で高齢者を支えなければなりません。

介護認定者と認定率の推移について、高齢化とともに年々増加しています。

認定を受ける人の原因としては、認知症が一番多くなっています。

また、一人暮らしや高齢者のみの世帯が増加しており、ちょっとした日常生活の支援が、必要なケースが増加していきます。

今年度の新規申請の状況をみると、新規認定者の約46%が要支援1,2の認定で、生活の支援が必要でヘルパーを利用したり、人との交流がないためにデイサービスやリハビリ特化型を希望する人が多くなっています。

高齢者が増加すれば、介護認定者も介護サービスを利用する人も増加し、ますます介護給付費も増加し介護サービスの担い手不足も大きな課題となってきました。

また、地域のつながりが少なくなっていることや、家族や親族とも疎遠になって孤立している人も増加しています。

そこで、国は2025年を目途に、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるように地域包括ケアシステムの構築をすすめています。

地域の高齢者の状況は都市部と、地方の市町村では大きな地域差があるのが現状です。

そのため市町村が地域の実情に合わせて、このシステムを作り上げていくことが必要となります。

そして生活支援と介護予防の取り組みが、特に重要になると言われております。

そこで、今年度、生活支援協議体とコーディネーターを設置しました。

次に介護予防の取り組みについてです。

阿賀野市では各課で、重点的に介護予防事業に取り組んでいます。

元気な高齢者を増やす介護予防事業の取り組みとして、さまざまな事業に取り組んでいます。

高齢者の自立支援として平成29年度から開始します。

介護予防日常生活支援総合事業で、要支援認定を受けている方やチェックリストで該当になった方については、適切なマネジメントをしたうえで、必要な事業につなげていきます。

また、高齢者のいきがづくりでは、高齢者が、高齢者を支えるために、サポーター養成講座や、サロン活動、ボランティアポイント事業などを実施しています。

次に、医療と、介護の連携についてです。

要介護状態となっても、できる限り住み慣れた地域で自分らしく生活するために、適切な医療と介護を受けられ、病院と在宅、施設が、切れ目ない支援を提供することが必要となります。

そのために、国では在宅医療・介護連携推進事業を30年度までには、すべての市町村で実施するようにと定めています。

在宅医療・介護の資源の把握ため、今年度中にリストを作成し、医療介護の関係者向けに配布をする予定です。

また、医療・介護関係者の情報共有の支援として、あがの市民病院の入院、退院時のスムーズな情報共有のために共通様式を作成し現在試行しております。

多職種連携研修会の開催については、平成26年度から顔の見える関係づくりのために、継続的に実施しております。

在宅医療、介護連携の課題の抽出では、地域ケア会議や、地域包括ケア推進会議を開催し、個別の地域ケア会議から出た地域課題を検討したり、医療・介護の多職種連携研修会で出された課題などを報告しております。

また切れ目のない在宅医療と介護サービス提供体制の構築推進については、地域医療推進課で、地域医療ケア戦略会議を開催し、医療と介護の連携の課題を整理しスムーズな連携のためにシステムを構築していくための会議です。

今後の課題と取り組みについてですが、市民向けには、この分野での啓発普及がまだできていない状況ですので、来年度市民向けの講座を開催し、終末期に対する自己決定ができるよう、自分らしい最期を向かえるためにどうすればよいかという内容で、講演会を計画していきたいと思っております。

また、あがの市民病院との連携について、スムーズな入退院の支援ができるよう、あがの市民病院の地域連携センターの相談機能の充実強化を図っていきたいと思います。

次に住まいの確保についてです。

現在、阿賀野市は持家率が、県内でも高くなっております。

そして、いろいろな施設も整備されており、その人の状況によっていろいろな選択が可能となってきています。

ただその中でも、どこにも行き場のない高齢者も少数ではありますが、包括が、かわる困難ケースのケースはあります。

また、医療依存度が高い人（透析、吸引、経管、在宅酸素など）について、現状はなかなか受け入れができない状況にありますので、今後受け入れ体制の整備が必要と思われま。

高齢者人口が増加し生産年齢人口の減少に伴って様々な分野における担い手が必然的に減少していく中、多様な主体がサービス提供の担い手になること。

現在、その担い手になっているホームヘルパーの人材確保が困難になってくることが予測されることが施策の背景としてあります。

生活支援サービスや担い手の創出のために核となる事業が「生活支援サービスの体制整備事業」です。

協議体と生活支援コーディネーターを配置し、地域づくり・サービスの創出に向けて取り組むというもので、平成30年度までに全市町村に設置することになってい。

協議体の設置基準ですが、地域の実態に合わせて市を分割して協議体、生活支援コーディネーターを配置します。

市全体を1層、中学校区を2層として、1層では市町村区域で主に資源開発を中心に、2層は中学校区域で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開とありますが、地域の実情に合わせて柔軟にすすめることが可能となっています。

阿賀野市では、27年度から庁内研修を実施し、市内民間企業等一般市民対象の学習会を重ね、28年度7月から生活支援コーディネーター1名、8月から旧町村単位に4つの第2層協議体を設置し活動を開始しています。

協議体メンバーは、JA、社会福祉協議会、サロンボランティア、民生委員、NPO団体、民間企業、住職、PTA代表、地域住民代表などの各地区10人前後で構成されています。

現在、1名の生活支援コーディネーターと包括職員が一緒になって各地区協議体メンバーと高齢者ニーズの把握に努めている段階です。

さらに29年度には生活支援コーディネーターを1名増員し2名体制での活動予定です。

次に認知症対策です。

認知症高齢者を支えるためには介護サービスだけではなく、地域の見守りや家族への精神的支援などは欠かせない支援です。

このために、かかりつけ医、介護サービス提供の事業所やケアマネ、警察、包括支援センターなど関係機関のほか、地域住民や民間企業など地域一人ひとりの力が大変重要です。

阿賀野市ではこれらの取り組みとして、早期発見と早期治療のため平成30年度に認知症初期集中支援チームの設置、平成29年度にチーム員の配置を予定しております。

そして、認知症地域支援推進員の配置を平成28年度1名、平成29年度1名予定しております。

当事者と家族を支える取り組みとして、認知症カフェを平成27年度から市直営1か所、平成28年度から民間事業所で2か所運営しております。

そして、認知症を抱える家族のために、随時介護者のつどいを開催しております。

地域の見守り強化への取り組みとして、認知症サポーター養成講座を開催し現在2903人のサポーターがおります。

平成29年度の市民への普及啓発では、在宅医療介護連携をより効果的に推進していくために「自分らしい最後をどのように迎えるか」といった講演会を計画しております。

認知症対策に対する積極的な住民参加のために、認知症サポーター養成講座を実施してまいります。

住民自ら支え合いのある地域づくりのために、生活支援協議体であったり、生活支援コーディネーターがどのような活動をしていくのかを地域住民に知っていただき、参加していくというところで、「支え合い地域フォーラム」の開催を予定していますし、随時広報を活用した啓発をしていきたいと考えています。

質問（委員長）

生活支援協議体は、いろんな団体に属するような方々や複数の組織に加入しているような方から参加していただいて何かやっというものですか。

協議体が実際にどのような活動をするのかイメージが掴みにくかったので具体的に教えてください。

答弁（事務局）

生活支援協議体は、実際に委員がサービスを提供するものではなく、サービスを作り出す立場にあるような人たち。

例えば、JAの職員や、社会福祉協議会の職員、自治会長であったり、防災組織を活発にしている自治会の役員やサロンボランティア、民生委員、NPO団体などから参加いただき、コーディネーターは資源開発を進めていかなければいけないのですが、一人では全部の組織を網羅した横断的な仕事が難しいので、補佐する立場で協議体が組織され、地域に不足するサービスや必要なサービスを地域のニーズを把握しサービスを作る仕事をします。

質問（委員長）

委員が行うのではなく、行ってもらう仕組みを作る又は委託をしていく役割ですね。

答弁（事務局）

そのとおりです。

質問（委員長）

その場合は行政からの委託という事になるのか。

答弁（事務局）

サービスは、最終的に行政からの委託で、それをボランティアで手助けをしてもらうという形です。

（2）地域ケア会議からの地域課題について

事務局説明

当市では、個別の地域ケア会議を平成 H25 年度～平成 28 年度まで、計 41 件実施しております。

個別の地域ケア会議の積み重ねから圏域課題を検討し、さらに包括から出てきた地域課題について検討し、共有できる課題の中から二つの課題を選定し、今後取り組むべき方向性についてまとめたものです。

まず、一つ目の課題として、「徘徊者の行方不明がある」ということです。

平成 24 年度～徘徊による捜索件数は、過去 5 年で 21 件あります。

このような状況から、あるべき姿を「地域での見守り体制がある」としました。

現状で実現のために包括が取り組むことは、・サロン等参加者の認知症高齢者に対する意識啓発を、認知症サポーター養成講座を活用し進めていくこと。

- ・認知症徘徊高齢者見守り対策の実施と検証、体制づくり。

- ・認知症高齢者の行方不明発見時の検証、体制づくり。
- ・認知症徘徊者を介護する家族の支援を行っていきます。

あったら良い地域資源は、見守りネットワークのしくみ。

徘徊者リスクの高い人の登録・管理を行うしくみで、登録いただいた方に反射シールを配付する。

実施スケジュールは H29 年度～介護認定申請時、総合事業申請時、相談受付時、他必要時にお勧めしていきたいと考えます。

そのためには、「見守りネットワーク構築のための会議の開催」を提言としました。

具体的には、認知症高齢者見守り事業実施に向けて、危機管理室、警察、消防に登録者情報を共有し、発見されたら早めに自宅等に返すしくみの体制を協議していくことや、捜索依頼のあった方には今後の再発予防対策として、地域の関係者で見守りネットワークを構築していく会議を開催していきたいと考えております。

2つ目の課題は、「受診・買物などのための移動に手助けや支援が必要」です。

①単身高齢者世帯訪問による実態把握から、年齢が高くなると、自力で受診や買い物を購入する割合が下がり、他者に送迎や購入を頼る割合が高くなる状況がみられます。

②非該当、要支援の方の介護保険申請理由は買い物支援でありました。

③総合計画のアンケート結果は、移動について困っている人が 9.6%、買い物に困っている人が 5.1%おられます。

④公共交通利用者ニーズの改善要望調査から 8.6%は個人で乗り物を所有していない、また 2割が送迎してもらえる家族・知人等がない。

⑤要支援 1～要介護 2 の認定調査結果は、買い物と簡単な調理ができる割合が特に低くなっています。

このような状況から、あるべき姿としては、「高齢者が買い物や移動に困らずに生活できる地域」としました。

実現のために包括が取り組むこととして、・単身高齢者訪問をしてインフォーマルの地域資源を把握する。

- ・買物や受診などに困っている人について、民生委員からの情報を収集する。
- ・生活支援協議体による各圏域の実態把握を行っていきます。

実現のためにあったらよい地域資源は、乗り合いタクシー（デマンド）、有償運送（ボランティアによる送迎）、地域の助け合い、医療機関巡回バス、ボランティア付き市営バスをあげ、実態とすり合わせを行い、圏域ごとに必要なものを検討していく社会資源になります。

地域資源開発のために包括がアプローチすることとしては、・生活支援協議体へ現状を報告していく。

- ・社協や関係課と協議する、
- ・元気づくりサポーターを活用するため、市の関係担当課と協議していきたいと考

えています。

そのためには、生活支援協議体の実態把握とすり合わせを行うことを提言し、圏域ごとに必要なものを明確化していきたいと考えております。

(3) 地域医療ケア戦略会議での課題について

事務局説明

「医療と介護の連携」について主に所管していきまして、市内の開業医の代表の方、あがの市民病院、介護のサービス事業所の担当の方で「地域医療ケア戦略会議」を開催しています。

その中での検討課題は、医療と介護のサービス提供していただいている皆様方の「情報共有支援」で、どんな形で情報共有ができるかが一つ目。

二つ目は「切れ目のない在宅医療と介護サービス体制の構築推進」で阿賀野市に於いてどんなサービスを提供されている方がいて、どんなところに課題問題があるのかを仕組みという観点で検討しています。

1点目の「医療・介護情報共有の支援」で、多職種連携研修会を実施し多職種の方が医療の方と連携がとりにくいという意見があります。

医療関係者とケアマネにアンケート調査しました。

その中で・連携の割合が少ない ・医療関係者は敷居が高い ・先生方が忙しいので連絡しにくいという結果でした。

これを契機にケアマネタイムを導入しています。

ケアマネタイムは、医療関係者に相談するにはどんな方法とどの時間帯とどんなところに注意して連絡くださいといったところを、アンケート調査に記入してケアマネが一覧表を見て医療関係者に連絡をとってもらおうというものです。

今回、ケアマネのために参画してもらっている医療関係者とケアマネに一覧表を配布しております。

ただ、導入後アンケート調査では、あまり連絡をとっていないという実態になっています。

市としては、ケアマネ研修会などで医療と介護がどのように情報共有をしていかなければならないのかということに対応していきたいと考えています。

2点目は、あがの市民病院とケアマネの間で、入退院に関する患者の情報を共有するという事で「阿賀野市基本情報」や「医療と介護の連携シート」の入院時情報と退院時情報の共有をおこなっています。

導入3か月後の検証で様式に盛り込む情報を追加、加除、修正をおこなっていきま
して、まだ完成形ではなく、もう少し掘り下げた形で必要な情報を追加してまいり
ます。

現在、医療と介護の連携は、基本的には紙ベースや電話などアナログベースで行
っていますが、これをデジタル化していきたいと考えています。

その中で、情報共有をICTネットワークでつなぐことを考えています。

地域医療ケア戦略会議の中で、4社のプレゼンテーションをおこない上位2社を
選定しました。

さらに上位2社のプレゼンテーションをおこない委員による評価をしていただ
きました。

阿賀野市としては、この業者のシステムでICTを構築したいと考えているところ
まで取り組んでいるところです。

地域包括ケアICTシステムは株式会社アルムのシステムを使いたいと考えていま
す。

しかし、一般財源だけでは無理なので総務省の補助金を申請していますが採択さ
れずに財源の確保が思うように進まないところです。

国も積極的に補助金展開をしていますので、来年度以降も申請をおこなってい
きます。

二つ目の「切れ目のない在宅医療と介護サービス体制の構築推進」の前に、あが
の市民病院が平成27年10月27日に開院しましたが、地域との連携を積極的に
進めていこうと地域医療連携センターを設置しました。

ただ、困難ケースにおける対応や行政地域の介護の皆さんとの連携が不十分とい
うところで、病院と市関係課との打ち合わせを実施しており、スムーズに進んで中
核的な施設になるように取り組んでいます。

あがの市民病院が地域包括ケアシステムでは、中核的な重要な施設という中で、
どのような役割を果たしていくかを今年度中まで策定する予定ですが、現在、新公
立病院改革プランを作成しているところです。

この中に地域包括ケアシステム構築にむけて、あがの市民病院がどのような役割
を果たしていくのかを具体的な取り組みと数値目標を設定し、進捗管理を実施し包
括ケアシステムの中で役割を果たしていこうと考えています。

具体的には、あがの市民病院が開業医の先生方や介護施設で急変の時には往診をお

こなうとか、在宅医療に対して積極的に開業医の先生方と協力しながら訪問看護ステーションや訪問診療で地域に貢献することをプランに盛り込んでいます。

そんなことを進めながら、地域医療ケア戦略会議と行政の計画を併せて医療・介護の取り組みについて連携を進めていきたいと考えています。

(4) 地域ケア会議、地域医療戦略会議の課題についての対応策の検討

委員

今、社会的弱者は複合型が多くなっています。

今年度4月から障がい支援が市の事業所の方に委託になったと思いますが、その連携の取り方がわからないというのがあるかと思います。

障害の方と父親と一緒に暮らしているケースで、今後どのような形で進めたらいいかという話ですけれど、そういうところを行政側としてどのように考えているのか意見をお聞かせ願いたい。

事務局

今、ケアマネの方でも高齢者のご両親のところに、障がい者がいるところが増えていきます。

実際そういう家庭については、包括と障害センターの方と一緒に動いているケースが多いかと思いますが、そこにケアマネさんも入って障がいのケアマネさんも入って一緒に地域ケア会議を開催していると思います。

委員

どちらのところでイニシアティブをとるという事でしょうか。

そこが曖昧なところがあり、どのような形で整理していくか、結局地域ケア会議にお互いあげて誰が招集していくのか。

事務局

それは、やはりケースバイケースで、包括の方が担当している高齢者の方で問題があれば、包括が主催してケア会議を開催する場合がありますし、障がいの方の課題が主であれば障害センターの方で主催する場合がありますし、個々のケースに応じて対応しています。

委員長

障がいを持ったお子さんの親が高齢になって、自分自身が弱って認知症になり共倒れになりそうだという支援がでてきたときに対処しなければならないという事例が多いので現場ではスピーディにできないかという事が出てきます。

そういうところでスムーズに対処できるようお願いします。

委員

今、どこの事業所も施設も人員が不足しています。

そんな中で、生活支援コーディネーターがサービスを考えて作るという事ですけど、そのサービスもこの事業所に降りてくるのか、人員が不足している状態でサービスを作られても困る部分がありますが。

事務局

今、高齢者ニーズを把握している段階です。

実際は、介護サービス事業所に働いているヘルパーさんがサービスを要介護以上の方にしっかりサービスが提供できるように、軽い人たちには地域で支えることができないかという考え方です。

人員不足を何とか解消できる方策として、今、生活支援コーディネーターと協議体が地域でおこなえる助け合い活動をメインにサービスを作り出すことを考えているので、そこに事業所のヘルパーさんに入ってもらうという事は、なかみ的には全くないという事はないかもしれませんが、基本自助、互助をメインなサービス提供を考えています。

委員

これから高齢者が増えていきますが、前期高齢者といわれるまだ若い方たちに参加していただき支えていくような地域づくりを始めようというところで、事業者の方にもお願いするのではなく仕組みを作っていこうというところです。

それと、自治会などにも働きかけていきたいと思っています。

自治会の中で支援を必要な人をわかっていますので、雪除けや受診解除をしようという動きがすでにありますので自治会の方たちと考えていきたいと思っています。

委員

病院と特養の連携という事で、先般、阿賀野市民病院の地域連携センター長とうちの嘱託医の先生を交えて話し合いをしたんですけど、われわれの嘱託医の先生からも物事をはっきり言ってもらいました。

われわれ施設側の考えていることと病院側の考えに非常に温度差があるという事が見えました。

単刀直入に言えば、例えば施設で急病が出た、市民病院にお願いしても断られる。じゃあどうすればいいのか。

そういった事例がずっと続いている。

年間何十万という協力病院費を払ってですね、なぜ断るのか。

逆に療養型に入っている方を、どんどん紹介してくる。

これじゃあ、ただただ向こうの言いなりになるしかない。

連携に詳しい高野先生も、こんど退職される。

どうしたものでしょうかね。

委員長

そうですね、伊藤先生と高野先生が辞められます。

委員

そんな中で、私たちの嘱託医の先生がこんこんとお話しさせていただきましたら、そこで言ってきたのが、「先生、講演してくれませんか」逆にそういうはなしだったんです。

病院のセンターの方々が勉強されて、われわれ特養、介護事業所のことを理解していただきたい。

そういうふうに思います。

非常に有意義な会合だったんですが、さっき言ったように、われわれと病院とは温度差があったという実感ですね。

その辺りを今後改革するために、いろんなご助言をいただきながら、最後に出たのは、もう救急車しかないんだと。

救急隊にお願いするしかないんだと、という言葉でしたね。

うちの嘱託医の先生は、あがのさんは、いつも照会しても断るじゃないですか。

これでは、連携なんか取れっこないですよ。

そういう話があったので、お耳に入れさせていただきました。

委員長

ありがとうございました。

では、市のほうから、ここでお願いします。

事務局

今のお話、実はよくお伺いしております。

そういうことで、今回、病院の新公立病院改革プランを作るにあたって、一つの数値目標で開業医の先生、介護施設からの入院の受け入れ要請を受けようと。

受けると、それを数値化して、それぞれからの受け入れ件数を目標数値として設定しています。

今のお話につきましては、以前に別の特養からも話をいただいております。

そういうことで今回、取り組みを進めていって、今のような話が少しでも少なくなるように、うちの方も目標値をあげておりますので、それを超えるようなことで進めてまいります。

これにつきましては、いろんな先生方の考え方があるというのは、十分存じております。

その中で今回、新しい院長が4月から赴任されますが、院長が連携センターのセンター長を兼ねるという事で、その辺の話をしながらリーダーシップをとっていただきたいと考えています。

新しい院長についても、新公立病院改革プランについては、見ていただいて意見をいただいておりますので、その辺は了承していただいていると思います。

委員長

ありがとうございました。

この連携については病院の内部事情もあったりして、なかなか思うようでないというところは、各対応事業所としてももう少しと思っているところがあるかと思います。

ますます市民病院として、この地域の包括ケアの中核になっていただくように進めたいと思いますがよろしく願いいたします。

事務局

徘徊者が今後増えてきます。

消防、警察、地域が連携しながら、どのように捜索するかという事で各市町村の扱いが違い消防が出ないところがあります。

そんな中で、捜索の際の組織をはっきりさせた方がいいと感じています。

1点質問ですが、生活支援コーディネーターは1人ですか。

事務局

はい、1人です。

事務局

何らかの資格を持っていますか。

事務局

保健師です。

事務局

今、話を聞かせてもらい、今後の対応が見えてきましたので、何らかの協力ができると思います。

委員

当部のほうで、3月21日に認知症の会議を予定しており、その中で徘徊 SOS をテーマとして取り上げる予定です。

統計を取ると、行方不明になったかなと思ってから警察に届けるまでの時間が、長くなればなるほど見つかるのが難しくなるので、市民への啓発や訓練の情報提供をとおして管内町村と考えていきたいと考えています。

ケマネタイムについて、講師の先生が地域のサービスにあたっている方々からの情報が役に立っているといった話がありました。

薬の提供に対して先生は、診療の場面しか見ていないので、その後の生活の状況であるとか家族の状況や苦勞など情報をいただけてありがたいということでした。

ケアマネさんからの情報だけでなく、逆に先生側からあげて欲しい情報を提供していくことでケアマネさんやサービス事業所の方も役立っていくのかと考えています。

副委員長

民生委員としましても、見守りの面で地域の様子が良く分かるから話を聞かせてもらいたいと関係者から定例会等で受けているところです。

提供はしたが、その後どうなったかわからないといった話が時々出てまいります。実際、高齢者の中身まで確実に把握していないというのが現状です。

逆に、大きな集落を担当している民生委員は、見守りがなかなかできないという事がありますので、包括の方から情報がいただければという話も出ることがあります。

地域住民に啓発をして、関係者が連携をとりながらケアシステムを確立してもらいたいと思います。

委員長

ありがとうございます。

地域住民の理解が一番大事だという事でしたが、本当にそう思います。

どうかよろしくお願いします。

委員

ようやく、地域包括ケアを少しずつ進めてこれたかなと思います。

高齢者の生活を支える仕組みは、皆さんの気持ちを引き立てて職員がよくここまで進めてこれたかなと思います。

これからは、具体的な動きが出てくるだろうと思って期待しています。

医療介護の連携の中で以前から言われていたんですけど、市民病院と行政が中核的な役割を果たすというところで、病院の中でまとまり切れなかったという事ですが、新院長が自治医科で熱心な方です。その方がセンター長を兼ねるのでこれからは、地域に出前講座なども地域にでていきたいという意欲を見せております。

医療と介護の連携のところで大きく一歩前進ができるのではないかと期待していますので、来年度は良い報告、または皆様方の提言を受けて一歩前進した形で報告をさせていただけることができると思っております。

委員長

生活支援コーディネーターは、一人おりますが、協議体というのは、すでにいくつあるのですか。

事務局

はい。 4つあります。

(5) その他

特になし

3. 閉会

副委員長

ご苦労様でした。

これから、立派な計画等が構築されますことをお願いいたしまして終了したいと思います。

大変ご苦労様でございました。

会議終了時間 午後4時36分閉会。

4. 問合せ先

高齢福祉課地域包括支援センター

TEL : 0250-62-2510 (内線 2131)

E - mail:hokatu-a@city.agano.niigata.jp