

様式第3号(第9条関係)

会議結果

次の附属機関等の会議を下記のとおり開催した。

附属機関等の 名 称	第3回みよし市福祉・医療・介護拠点施設あり方検討会議		
開 催 日 時	令和元年9月24日(火)午後1時30分～3時		
開 催 場 所	みよし市役所 3階 研修室1、2		
出 席 者	<p>(出席者) 翠健一郎、中島守夫、成瀬 達、木戸友二、鈴木睦子 鈴木淳、阪田征彦、新谷千晶、野々山勝利、鈴木みどり 谷端浩明、鈴木裕一、榎澤愛子、近藤理恵</p> <p>(座長) 太田福祉部長</p> <p>(事務局) 福祉部 長寿介護課 岡田課長、林主幹、加藤副主幹、近藤副主任 保険年金課 浅井課長 子育て健康部 健康推進課 野々山課長、関根主任 市民病院 管理課 久野課長</p>		
次回開催予定 日			
問 合 せ 先	長寿介護課 担当者名 加藤、近藤 電話番号 0561-32-8009 ファクシミリ番号 0561-34-3388 メールアドレス choju@city.aichi-miyoshi.lg.jp		
下欄に掲載す る も の	<ul style="list-style-type: none"> ・議事録全文 ・議事録要約 	要約した理由	別途議事録作成
審 議 経 過	みよし市福祉・医療・介護拠点施設あり方(案)について		

長寿介護課長	<p>定刻となりましたので、第3回みよし市福祉・医療・介護拠点施設あり方検討会議を開催します。会の開会に当たり、礼の交換をさせていただきます。一同御起立ください。一同礼。御着席ください。</p> <p>本会議は公開会議となりますので御承知ください。なお、翠様・中島様は、所用により遅れる旨の連絡を受けております。それでは開会に先立ちまして、福祉部長の太田からあいさつを申し上げます。</p>
福祉部長	<p>皆様、こんにちは。お忙しい中、お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。前回までの会議でたくさん貴重な御意見をいただいております。それに基づきまして、事務局で改めて案を固めさせていただきました。本日はその案を示めさせていただきます。前回同様に、皆様から忌憚のない御意見をいただけたらと思っております。本日が最終回ということになりますので、よろしくお祈りいたします。簡単ではありますがあいさつとさせていただきます。</p>
長寿介護課長	<p>それでは議事に入らせていただきます。みよし市福祉・医療・介護拠点施設あり方検討会議に関する要綱第4条の規定により座長は福祉部長が務めることになっております。お願いします。</p>
福祉部長	<p>それでは次第に基づいて協議を進めていきます。正面のスクリーンに映してありますスライドを御覧ください。事務局から説明をさせていただきますのでお願いします。</p>
長寿介護課主幹	<p>長寿介護課の林でございます。それでは、みよし市福祉・医療・介護拠点施設のあり方について説明いたします。資料を1枚めくっていただきますと、目次でございます。1から4項目について順に説明させていただきます。</p> <p>まず1つ目です。</p> <p>「長期構想、拠点構想その後の経過について」です。まず、平成27年度に長期的な視点で福祉・医療・介護が連携したまちを目指し地域包括ケアの考え方を盛り込んだ「みよし市福祉・医療・介護長期構想」を策定しました。この構想に基づき、地域で機能が効率的・効果的に発揮できる拠点施設を整備することを盛り込んだ拠点構想を平成28年度に策定しました。この拠点構想では、市民病院の周辺を保健・医療・介護エリアに設定し、この保健・医療・介護エリアにおいてすべての機能を置く集約型とする考え方を持ちました。この拠点施設のコンセプトは「健康寿命の延伸のための拠点施設」と設定しました。このコンセプトにつきましては、今回の拠点施設のあり方に引き継いでおります。平成29年から平成30年までかけて、拠点構想の具現化を進めていきましたが、3つの日常生活圏域において3つの地域包括支援センターによる活動が機能し始めたこと。また、国の動きを踏まえた新たな機能の追加を検討したことにより、集約型の考え方から、地域包括ケアの考え方でもある日常生活圏域ですることと、医療介護連携拠点としての市民病院で集約することに分けて整理して、いわゆる分散型の拠点とする方針としました。</p> <p>5ページは、その分散型のイメージです。まず中央には医療介護連携拠点となるみよし市民病院があります。そして3つの日常生活圏域に、それぞれの圏域を担当する地域包括支援センターが設置され、それぞれの地域にいる高齢者を見守っています。みよし市民病院は、豊田加茂医</p>

師会と密接な連携のもと在宅医療の体制を構築していきます。

2つ目です。

「みよし市の将来推計」です。7ページは、高齢者の要支援・要介護の認定者の数が年代別にどれだけ増えていくか示したグラフになります。一番下にみよし市の65歳以上の人口推計を載せています。この棒グラフは65歳以上の要支援・要介護認定を受ける高齢者の年齢を3区分で推計したグラフです。グラフの黄色部分は、65歳から74歳までの認定者の数です。緑色部分は、75歳から84歳までの認定者数で、青色部分は、85歳以上の認定者数を表しています。全国のデータから85歳以上の高齢者のほとんどは何らかの支援が必要な状態となります。85歳以上の認定者数に注目すると、まず2020年（令和2年）の796人を基準とします。この5年後の2025年（令和7年）には、85歳以上の認定者数は1.4倍になります。そして10年後の2030年（令和12年）には、およそ2倍になり、さらに20年後の2040年（令和22年）には2.5倍まで増えます。このグラフから医療や介護などの公的な支援が必要となる人が急増することが分かります。

3つ目です。

「拠点に必要な機能の整理」です。9ページを御覧ください。分散型の拠点施設に9つの機能が必要になると考えています。シートの白丸の数字は、日常生活圏域で対応するものです。黒丸の数字は医療介護連携拠点であるみよし市民病院で対応するものです。赤文字の丸新は、今回のあり方で新たに追加した機能です。

9つの機能の中で特に説明が必要なものを3つ挙げます。1つ目は、市民病院での機能です。黒丸の6の地域包括ケア病床です。これは病院と地域を繋ぐ機能を有している病床で、みよし市の将来にとっても、みよし市民病院の将来にとっても非常に重要な機能になります。この病床の特徴は在宅へ復帰してもらうために、徹底的にリハビリを提供し、退院の際には、在宅での生活を支援する専門職としっかり退院調整を行っていき地域に復帰できるようにすることにあります。

2つ目は、黒丸の5のリハビリテーションです。この機能は療養生活を送っていく上で欠かせない機能です。特に地域包括ケア病床を増やすことに伴い、この機能は必ず拡充する必要があります。リハビリテーションの提供方法は、通所型と訪問型があります。市民病院でも平成31年4月から訪問リハビリテーションを立ち上げ、体制整備を進めています。

3つ目は、白丸の1の地域包括支援センターです。日常生活圏域を担当し担当エリア内の高齢者に対して、適切にマネジメントする機能であります。中学校区を日常生活圏域とするので、おおよし地区に新たに地域包括支援センターを設置するかを検討していく必要があります。

これまでの内容を踏まえまして、4の「拠点のあり方について」説明します。11ページを御覧ください。左の図は国が示した最新の地域包括ケアシステムのイメージ図です。この植木鉢の図は地域包括ケアシステムの5つの要素「予防・医療・介護・生活支援・住まい」が相互に関係しながら立体的に提供される姿として図にしたものです。この植木鉢の説明をします。まず一番下の「本人の選択と本人・家族の心構え」です。これから本人がどのように生きていくのかを決める際に重視されるべきは、本人の選択であり、本人と家族の心構えが必要になります。これは終末期の考え方を含めたものになります。次にその上にあります黄色の植木鉢は「すまいとすまい方」になります。地域包括ケアシステムは在宅を生活の基盤としています。高齢者が暮らす住まいが確保されている

ことが重要になります。そして蜂の中に満たされた土です。「介護予防・生活支援」です。介護予防は日常生活圏域の通いの場において、健康づくりや認知症予防などを行います。生活支援は日常の暮らしを支える自立を支援するための福祉サービス等を行います。そして3枚の葉、「医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・福祉」を3つの葉として描いています。病気になれば病院やクリニックに行って医療を受け、入院、看護、リハビリ等の医療サービスの提供を受け、自力では日常生活に支障のある状態となれば、介護保険のサービスを利用することになります。この3つの葉が示す共助や公助のサービスを提供する医療介護連携拠点の部分については、12ページから16ページまでのシートで詳細を説明します。植木鉢の土の部分の介護予防・生活支援については、17ページのシートの中で再び表しておりますので、後ほどの説明の際、この植木鉢がイメージしていただきたいと思えます。

12ページのみよし市における拠点施設のあり方イメージです。図の右下の白丸の1から黒丸の9とあります。これは先ほどの資料9ページで示した拠点の機能を表しています。まず左の下にあります白丸の1の日常生活の中で地域に高齢者の方が住んでいます。赤の点線は日常生活圏域を表しています。地域の高齢者の人は老人憩いの家など、地域にある通いの場に行く人もいれば、自宅で過ごしている人もいます。地域包括支援センターやNPOが通いの場において、白丸の2の介護予防教室や白丸の3の住民主体の通所型サービスを行っております。また白丸の8の三好公園総合体育館はトレーニングルームがあり、定期的に体力づくり・健康づくりが行える場所になります。また、黒丸の9の保健センターは地域の高齢者に対して健診や健康度評価を通して、地域の通いの場に行くように促します。そして黒丸の9の保健センターは通いの場においてフレイルチェック等を定期的に行います。健康状態が悪い人がいれば、クリニックや市民病院への受診を勧奨します。またクリニックや病院は、高齢者が元気なうちは通いの場への参加を促します。保健センターは、病院と連携して、保健指導の情報を共有します。そして市民病院では住み慣れた地域で生活できるように黒丸の3の短期集中型の通所サービス、黒丸の4の訪問看護ステーション、黒丸の5のリハビリテーション、黒丸の6の地域包括ケア病床、黒丸の7の予防医療の専門的な部分を行います。これがみよし市における地域包括ケアのイメージになります。

ここから11ページの植木鉢に生えている3つの葉の説明になります。まずこの13ページ地域包括ケア病床の流れです。一番上の写真は豊田厚生病院やトヨタ記念病院などの高度急性期を担う病院です。真ん中は、急性期治療後の受け皿となるみよし市民病院。そして一番下は日常生活圏域となります。まず地域包括ケア病床とは入院治療後、病状が安定した患者に対してリハビリなどで、効率的な医療を提供する在宅復帰支援のための病床になります。この一番下の日常生活圏域には高齢者がいて、高齢者を取り巻く地域包括支援センターやかかりつけ医などがそこに存在します。突然の病気による急変時の受け入れは、救急救命センターのある豊田厚生病院やトヨタ記念病院などの病院での治療になります。豊田厚生病院やトヨタ記念病院などの高度急性期の病院は、術後およそ10日で退院調整し、在宅に戻る人もいますが、在宅に戻れない状態であれば治療継続のため転院調整により、みよし市民病院の一般病床に移ることになります。一般病床で受け入れられた患者は、およそ20日で退院調整され、在宅に戻れる人もいます。しかし、もう少しリハビリテーションを行わなければ在宅に戻れない状態の人は、一般病床から地域包括ケ

ア病床に移ります。地域包括ケア病床は60日間入院が可能で、在宅に復帰するためのリハビリを受けて、在宅に戻れば在宅医療支援として訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションにより対象の高齢者は支援されます。また、急変時には、地域包括ケア病床を利用することができます。その後は、在宅医療拠点でもあるみよし市民病院は、終末期における看取りの支援も行うという流れです。

14ページは、みよし市近隣の地域包括ケア病床の流れです。本市の近隣の医療機能の状況を整理したものです。地域包括ケア病床は豊田市や日進市のいくつかの病院に整備されていますが、本市にはみよし市民病院にしかありません。豊田市や日進市も本市と同様に高齢化は進展しますので、他市を頼りにした体制では市民が安心して生活できる環境は整いません。本市においては、みよし市民病院で対応する以外方法はありません。そこで現在、地域包括ケア病床は14床ですが、この数を増やすことが必要となります。

続きまして15ページ医療介護連携拠点のあり方について②です。みよし市民病院の具体的な機能の拡充については、次の2点になります。まず1つ目、地域包括ケア病床の充実です。具体的には既存の一般病床を地域包括ケア病床に転換します。現在14床あります地域包括ケア病床を1病棟分にあたる34床に増床します。そして2つ目、リハビリテーション室の拡充です。地域包括ケア病床が増えるため、リハビリテーションの能力を拡大する必要があります。リハビリテーションの場の拡張及び人員の確保を計画的に行います。今後の拠点施設の対応については、地域包括ケア病床への転換、リハビリテーションの拡充への対応はみよし市民病院で行い、建築等に関する部分は市役所が支援体制を整えます。次に16ページのリハビリテーションの拡充に係る工程についてです。この取組みのゴールは2025年（令和7年）には運用を開始することです。そこから逆算していきますと、まず本年度中に市民病院を中心に増改築方法論や病床転換計画を検討する必要があります。そして2020年（令和2年）には基本構想を策定し、2021年（令和3年）には基本設計、2022年（令和4年）には実施設計、2023、2024年（令和5年、6年）で工事を行い、2025年（令和7年）には供用開始という流れです。ただし、この工程はあくまでも拠点施設のあり方検討の中で必要とされた拡充のみの工程を表しています。工程や方法など本年度の下半期以降に検討していきますので、若干工程が前後することがあります。

続きまして17ページです。地域包括ケアシステムの介護予防・生活支援の部分です。日常生活圏域のあり方については、予防の流れとして説明します。日常生活圏域のあり方は、11ページの地域包括ケアシステムの植木鉢の土の部分の介護予防・生活支援の体制になります。健診制度は、年齢別に違うものとなっております。縦軸が年齢を表しています。横軸は、対象者の状態を表しており、左から右へいくにつれ、状態が悪いことを示しております。予防の最初は、健診からになります。自分の身体を正しく知らなくては予防方法もわかりません。健診を受けた人と受けていない人ではその後の医療に差が出てくることも分かっています。健診を受けた人は結果や状態で進む道が変わってきます。いずれの道を通っても、地域の通いの場に集約され、それぞれ自助や互助として活動します。これにより予防を行うことが出来ます。身体の「状態が著しく悪い場合は、介護保険サービスを利用することもあります。

そして、18ページのまとめになります。この拠点施設のあり方2つの柱としてまとめています。支援が必要な高齢者が急増するという推計か

鈴木淳氏	ら、1つ目として、早急に実施すべき取組みについて、地域包括ケア病床の充実です。一般病床20床を地域包括ケア病床に転換し、現在の14床から34床にします。もう1つは、地域包括ケア病床が増えることにより、リハビリテーションの拡充を行います。併せて理学療養士などの専門職が必要となります。2つ目は、時間をかけて実施する取組みとして、日常生活圏域で対応する機能です。地域包括支援センター、介護予防教室、住民主体型の通所型サービス、トレーニングルームなどの日常生活圏域の機能については、それぞれのことを議題とすべき会議で検討し、介護保険事業計画等に定め、随時対応をしていきます。この拠点施設のあり方は、みよし市版地域包括ケアシステムを構築することでより、自助、互助、共助、公助がすべての市民に浸透し、支え合う地域が醸成され、地域共生社会の実現を目指していきたいと考えております。この検討会で賛同を得られました拠点施設のあり方は、市の考え方として公にして進めていきたいと考えておりますのでよろしくお願いいたします。以上がみよし市の拠点施設のあり方の案です。
成瀬氏	
鈴木淳氏	
成瀬氏	<p>ありがとうございました。ただいま事務局から過去2回の会議において御意見をいただいたものを、精査しましてスライドの形でまとめさせていただき、市の考えとして述べさせていただきます。忌憚のない御意見をいただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。</p>
福祉部長	<p>社会福祉協議会の鈴木でございます。5ページのイメージの中で、それぞれ、きたよし、なかよし、みなよしに在宅医療を担う診療所というのがある、それぞれ地域の高齢者の方々の診療をしていただいているということだと思っておりますが、それが最後の方で13ページ、地域のクリニックが拠点となるのに対して「あなたはこれが必要ですよ。こっちへ行ってくださいよ」と言うことは、具体的に医療の指示がそんな感じで行くものなのかなと少し疑問ですがどうなのでしょう。</p>
新谷氏	<p>医師会の翠医師から御説明いただいた方がいいのかもしれませんが、今の御質問で病院と診療所との連携は取れているのかということが一番心配だという御質問だと理解しましたが、それでよろしいですか。</p> <p>そういう指示がきちんと出るのが分かりませんでした。</p> <p>市民病院は、在宅医療の支援拠点機能を有する病院として届け出ていますが、保険診療として報酬をいただく基準があります。その基準の一つが診療所の医師と定期的に会合を開くことになっております。ですから市民病院の在宅医療の担当者と翠先生、中島先生は月に1回は、短くても30分、標準的には1時間近く話し合いを持っています。そして問題のありそうな患者、要するになんらかの状況で市民病院に緊急時にお願いしなくてはいけない患者や年末年始等で診療所を休むので知っていて欲しいという患者は前もって情報交換するという体制をとっているのが前提です。</p>
福祉部長 事務局	<p>ありがとうございます。他はございますか。</p> <p>在宅の生活を充実させる上で、地域包括ケア病床の充実とリハビリテーションの拡充等が整っていくということは、資料を見て感じて、こ</p>

野々山氏	<p>それはとても重要だし大事なので、それを整備することを早急に行うことはいいと思います。しかし、では対象となる市民の人が、こういう取組みの全体像や進め方を知ってきちんと使っていけるような働きかけや周知をどこでどうするのかということが課題だと思います。</p> <p>それともう1つ、全体に分かっているようで分からないんですけど、地域包括ケア病床の流れだとか、みよし市にある拠点施設のあり方イメージにしても、すごくさまざまな施設で、機能や機能だけではなく各施設の特徴等いろんな方が関わって進めていくことになります。医療については、医師の中での連携は、今、御説明があって、そういう形で連携があると分かったんですかが、それ以外の高齢者の在宅介護に関わる人との情報連携というのを作っていく必要はあるのではないかと思います。拠点施設は整うけれど、その先には、人と人が連携していくためのプラスアルファの仕組みが見あたらなかったもので、意見として発言させていただきました。</p>
福祉部長	<p>ありがとうございます。</p> <p>本人や家族の意思が尊重されるためには、専門職がケアに当たって、方法や療養環境について、本人の意思決定が必要と認識している必要があります。国においてもアドバンスケアプランニングとあって、本人がどのように生活したいか、療養に当たっては、どのような治療を受けたいかを決めるということ尊重するという取組みが進められています。13ページにある図に示しているように終末期であれば、残された時間をどのように過ごしていくかというのを、家族や支援者と話しあって共有することを推奨しています。このような環境を整えるために、医師会をはじめ各機関等と協働して、専門職への研修や市民への啓発を行うことで推進していきたいと考えています。</p>
木戸氏	<p>一番最後のまとめでありますけれども、1番の早急に実施すべき取組みということなんですけれども、診療所から市民病院に移る時に、ある意味みよし市にこういう病院が出来てよかったなと思っていました。また、今の場所に移転する際も駐車場を含めてもうひと回り、もう少し大きく充実した病院を作ればよかったということばが盛んに聞こえてくるわけです。今日の午前中に妻の心臓の関係がありまして市民病院に連れて行ったわけなんですけれども、病院内を見てみると、先ほど示されたデータにもありますけれども、高齢者の方が沢山いて、増えておりますね。それは7ページの中で示されていますが、10年後が今の2倍になってくるのが分かりました。そして20年後には2.5倍になる中で、できるだけ早い時期に地域包括ケア病床等の体制を整備していく必要があるのだらうと思います。ですから早急に実施すべきことは、ぜひ取り組んでいただきたい。それから長期的に取り組むことでありますけれども、時間をかけて実施する取組みというのは、ソフトの部分ですが、特に在宅医療の充実ですよね。人と人との関わりというのが、やはり心のこもった終末期を迎える人には、とても重要だと思いますので、それもやっぱり具体的な形で進めていっていただければと思います。</p>
福祉部長	<p>ありがとうございます。今の御意見は頼もしい後押しと受け取らせていただきます。他にはありますでしょうか。</p>

<p>事務局</p>	<p>最後のまとめのページが分かりやすいのかなと思いますが、みよし市民病院、あるいは開業医の医師が沢山増えて、我々にとっては住みやすいまちになってきました。こういった地域包括ケア病床の充実とかりハビリテーションの拡充は大変頼もしい取組みだと思います。一方で一般病床を地域包括ケア病床に転換した場合にみよし市としてはどんな影響があるのかというところが不安です。これは良い影響と悪い影響とあるのではないのかというのが私たちにもよく分からないところでもあります。決して、あり方の案に反対しているところではなくて、影響としてはどんなことがあるのか分からないのでお聞きします。</p> <p>また、一方では時間をかけて実施する取組みの中に日常生活圏域の中のいわゆる入所系の介護サービスが全然出てきていない。この辺はいわゆる有料老人ホームだとか住宅型の介護施設だとか特別養護老人ホームだとかの整備はどうしていくのか、これが全然出てこない。大変重要なことなのでその辺をどうしていくのかということもここでは頭出しみたいなものがあってもいいのではないかと思うんです。そういうところを御検討いただきたいなと思います。もし今日御回答いただけることがあれば是非お願いします。</p> <p>ありがとうございます。</p>
<p>木戸氏 事務局 福祉部長</p>	<p>先ほど大きく2つのお尋ねがあったと思います。1つは、地域包括ケア病床を転換することにより一般病床が減るということは良いかということ。もう1つが入所系の介護施設等の整備が具体的に示されていないけど、大丈夫かという2点と理解させていただきました。まず1つ目の一般病床の転換が大丈夫かということについてです。一般病床としては、今回は特に急性期病床というふうに捉えさせていただきました。急性期については近隣に救急指定している病院が複数ございますので、そちらで対応ということで、現時点では豊田厚生病院やトヨタ記念病院が担っていただいております。みよし市民病院は高度急性期病院から急性期の治療を終えて転院する患者の受け皿となることが市民のためになると考えています。市内では地域包括ケア病床がある唯一の病院ということであり、今後対象者の増加が見込まれて地域包括ケア病床の拡充の必要性が増すと予測されるので、早期に整備が必要だと考えております。</p>
<p>事務局 阪田氏 福祉部長</p>	<p>もう1つの時間をかけて実施する取組みの中に入所系の施設の整備は大丈夫かということにつきましては、高齢者の心身の状態やその他の事情により自宅で過ごすのは難しい高齢者の受け皿として入所系の介護施設の整備が必要と考えています。現時点では介護保険計画に基づいて地域密着型の特別養護老人ホームとグループホームを含めて令和3年4月までに整備することでまずは充足すると考えております。ただそれ以降につきましては、令和3年度から5年度までを計画期間とする第8期の介護保険事業計画を策定するに当たり、入所系介護施設の需要や要支援・要介護者の推計と市民が希望する施設入所の状況を把握した上で必要に応じて計画に盛り込んでいきたいと考えています。</p> <p>現在の介護施設の待機者数は大体で結構ですけど、人数で言うところのくらいですか。</p> <p>昨年の調査では、15人となっています。</p>

鈴木淳氏	<p>他はございませんでしょうか。</p>
成瀬氏	<p>障がいの内容ですけど、障がい者のことが載っていなかったので不安になったので質問させていただきます。障がい者も入るということであえて記載していないという理解でよろしいでしょうか。障がい者の数も直近だと2,000人を超えていると思います。身体障がい者の方は半分ぐらい高齢者ということで、ただそれプラス発達障がい者や引きこもりの方がものすごく増えていて、子どもではなく大人が多くて40歳代から60歳代までで50数人いました。介護が必要な方は8050問題と一緒にケースを共有されていて、そこは障がい者も入るということでのよろしいでしょうか。</p> <p>今回まとめて出ているところは、早急にやるべき取組みは「医療」という側面です。医療には、高齢者や障がい者等の区分はありません。子どもは小児科というように別枠かもしれませんが、それ以外は高齢者とか障がいがある人、ない人という視点で見えるものではありません。特に地域包括ケア病床はその病床の特性として疾患を特定して入れる病床ではないというのがあります。障がいのある人もない人も地域で一緒に生活されている人が仮に発熱をしたというときに一時的に少し入院が必要だと医師が判断すれば使っていただけるものになります。医療という側面で見れば障がいのある人、ない人というのは無関係なので、今回のあり方には障がいのある人を含んでいます。</p> <p>ありがとうございます。</p> <p>他はよろしいでしょうか。</p> <p>最後のページのまとめがこういう形でやることによって、地域包括ケア病床を14床から34床に増やすことに対して、市民病院の経営上の問題として、病院事業管理者として、これでやっていきますという決意も含めてこういう形でよろしいんですね。</p>
福祉部長 中島氏 事務局	<p>市民病院としては確かに難しい部分があります。ただ事務局からも出たように将来の予想、みよし市の人口構成から医療需要を、あくまでも予想なんですけれど、推計してみると市民病院の機能としては在宅へ帰られるような形にできるだけもっていくところが最大の市民の要望に応える形になるだろうと考えています。それで先ほども質問がありました一般病床から地域包括ケア病床に変えることで影響はないのだろうかという部分も確かにあると思います。もちろん療養病床もあるものですから、療養病床の一部を地域包括ケア病床に変えていくという、極端なことを言えば全部地域包括ケア病床にしてしまう議論もあるかもしれませんが、転換は制度的に可能ではありますが、国が進めている医療構想の中では、急性期病床を減らし、地域包括ケア病床等の回復期や慢性期に変えていくという流れもあります。豊田みよし地域の一般病床も減らすという戦略の中で、今療養病床を減らしてしまうと本当に困った人、先ほど障がい者の例が出ましたけれど、やはり最後困って医療依存度が高い時に、それが60日間で自宅に帰れるということは、難しい場合も出てきます。その時に現状の医療制度だと療養病床でしかないだろうということを見ると療養病床を減らすことは、今切るカードではない</p>

中島氏	<p>かなと病院事業管理者として判断しています。それで工事を伴うものについては、実際にお金がかかることなので、経営上そこを全部病院が持つてしまうと、どうしようもなく大変なことになります。前回から私が申し上げたいのは、対象が75歳以上の方々が今後利用される人として増えてきます。85歳ぐらいになってくるとかなりの確率で利用される対象者になった時に、トイレ1つとっても70歳ぐらいの人だったら少しトイレが遠くても「歩いてリハビリと思ってください。」と言ってきたことが、とにかくベットの周りでのいろんなことが過ごせないという難しい状況ができてきます。在宅でもそうですよね。自宅の寝室の近くにトイレやお風呂があるのが一番便利だと思うんです。そんなことを考えて利用者の視点から考えていくとそれに合うようなところでないとハード的には少し難しいなということも考えております。</p>
成瀬氏	<p>ありがとうございます。他はどうでしょうか。中島氏はどうですか。</p> <p>この地域包括ケア病床というのがあって、在宅を診ている開業医とかで訪問診察するに当たっては、急に調子が悪くなった時に少し安心してバックアップしてもらえよう地域包括ケア病床というのがあると在宅医療をやっていく上では非常に助かると思っています。在宅医療の普及にはカギとなる転換であると思います。</p> <p>地域包括ケア病床というのはどういう縛りになっているのか、その辺を教えてもらいたい。一般病床との違いを含めて説明をお願いします。</p>
福祉部長 翠氏	<p>まず地域包括ケア病床というのは大きな役割としては2つあります。先ほど事務局から御説明させていただいた高度急性期での治療を終えた患者の受け皿となる機能です。もう1つが在宅で療養されている人のちょっとした急変時の受け入れです。レスパイトも含みます。この2点を持っているというのが大きなところなんです。そして、地域包括ケア病床が目指しているところは、基本的には在宅へ復帰する流れをつくることなので、先ほど病院事業管理者からお話がありましたように、施設に行くという時にはこの病床を使っていいとはなりません。基本的には在宅に戻る。ただそのためにリハビリをしっかりとやりましょうということで60日間が設定されています。回復期病床という選択肢もあります。回復期病床は疾患が特定されていて、こういう疾患だったら入れますよというルールがあります。この地域包括ケア病床は基本的にどのような疾患でも入れます。入れませんというのはありませんので、受け皿としては一番受けやすい形になっていて、在宅に戻すという流れからすると一番適している病床になっています。</p> <p>もし在宅に帰れない場合はどうなりますか。帰れると思って入院して、でも帰れないケースもあると思います。</p> <p>60日間在宅に戻れない場合は、市民病院では療養病床で受け入れるしかありません。在宅復帰率が80%という縛りがあるから、市民病院の成績が悪くなるということです。だから例えば在宅復帰率が78%ぐらいに落ち込めば市民病院がペナルティーを貰う。点数が削減される。市民病院の収益が減る。患者が路頭に迷うことはありません。その場合は、療養病床に移ってもらう。その分だけ在宅復帰率という式があるんですけど、それが下がる。80%を切ると市民病院の収益がぐんと下がる。た</p>

福祉部長	だそれだけです。
	ありがとうございます。翠氏はいかがでしょう。
鈴木睦子氏	理想的な考え方だと思います。実際多分ソフト面でかなりきついと思います。特に豊田加茂医師会は、豊田市とみよし市の両方をみているとなっているけれど、大部分は豊田市を中心にやっています。みよし市はみよし市民病院の成瀬医師、伊藤医師を中心に市役所の方も考えていけないといけないと思います。実際の開業医で連携の会議に出席しているのは自分と中島医師と鈴木医師の3人だけです。今後開業する医師も増えるとどこまで在宅をやって診て行ってくれるのか未知数です。それは我々医師会が何とかしていかないといけないと思っています。ただしそれはなかなかうまくいかない可能性があるんで、しっかりしないとこの医療の中の開業医の担う部分が回っていかなくなると思います。だからここがもしかしたら将来的な課題になってくる。あとフレイルとか認知症にも関わってくるんですが、認知症施策と一緒に並行にやらないと、認知症を抱えている家庭が介護はできるが介護者の疲弊、それに対する対応、そういう細かいことをしっかりやっておかないと、リハビリやって良くなる人はいいんだけど、良くならない人がたくさんいますので、その人たちをどこでみるかが課題になります。在宅で見てくれるのか、家族がその人を支えるのに耐えられるか。そういうものを地域でみて行かないと、この理想が地域包括ケアシステムが回らなくなる。
福祉部長	我々はそういう点で、みよし市の開業医にももう少し情報を伝えて自分たちの区域のどこだけではなくて、地域のことも考えてと言っていないといけないと思っています。なかなかそういう場にいかない方も沢山いるので、その辺が大きい課題かなと思っています。自分の課題だと思っています。
鈴木裕一氏	
福祉部長	
鈴木みどり氏	ありがとうございます。医師会の副会長という立場で全体の話をしていただいたと思います。在宅医療を進めるに当たっては、やはりクリニックとの連携は必須となります。あと認知症の関係でフレイル対策とても大切ですが、行政だけではやり切れないので、専門職の人に助けていただいて、市民の健康寿命を延ばすことをやらないといけないと思っています。また機会をみてしっかりお話をいただければと思いますので、よろしくお願いします。
福祉部長	鈴木睦子氏はどうでしょうか。
谷端氏	色々な御意見があった上で地域包括ケアシステムの構築を着実にみよし市としては進んできていると思いますし、地域包括支援センターが増えて、かなり充実しているんですけど、まだまだ足りない部分がありますので、そのところが大事なかなと思っています。
福祉部長	どうもありがとうございました。今少し出ましたので、地域ということで、きたよし地域包括支援センターの鈴木裕一氏はいかがですか。
福祉部長	きたよし包括の鈴木です。今回のあり方の会議で地域包括ケア病床が増え、リハビリが拡充ということで、一層私たち地域包括支援センターとしては、医療介護連携拠点の市民病院との距離が縮まると思います。私たちとしても市民病院と距離がどんどん近くなれば、専門職同士の連

事務局	<p>携、特にリハビリ職員との顔が見える関係をつくるのが必要なのかなと思っています。現在は、市民病院の地域連携室とのやり取りがほとんどで、病院の中の実態とかリハビリ職員がどういう方がいるとかあまりよくわからないので、もしこういう感じに地域包括ケア病床ができればリハビリして在宅で帰ってくるということであれば、そういったリハビリ職員と顔が見える関係づくりができたかなと思っています。</p> <p>ありがとうございます。市民病院との連携は市も連携をとらせていただきますのでよろしくお願いします。鈴木みどり氏いかがでしょうか。</p> <p>資料を見て本当にそのとおりで、私も成瀬病院事業管理者に聞こうと思ったことがあったのですが、全部書いてあるので、3回目にして必要性などが分かりました。いろいろ勉強になりました。ありがとうございます。</p>
福祉部長 近藤氏	<p>谷端氏はどうでしょうか。</p> <p>私が病気になって感じたのは地域包括支援センターに行く時に病気になっているから運転できない。老人になったから免許を返納した。事故を起こしたらいけないので先に返した。それでバスで行く場合にどこで降りればいいのか、どういうふうに行ったらいいのかアクセスがすごく分かりにくいと思いました。それとあとで市になった長久手市は、老人はバスが無料です。みよし市はまだ有料です。それとおいでんバスになるとマナカで乗れるんです。みよし市はまだ出来ない。ということでこの会議とは関係ないかもしれないけど、そういうことも含めてできたらやってほしいです。それで私は、ヘルスパートナーとしての立場上、ゲートキーパーになったんですけど、これからそういうゲートキーパーはどういうふうにしては考えているのかなということが質問です。このことは進んでいるのは福井県が進んでいるんです。</p>
福祉部長	<p>みよし市のさんさんバスの関係と自殺対策の関係のゲートキーパーについてご質問をいただきました。</p> <p>まずバスについての回答です。無料化ということは、市としては考えておりません。ただやり方として、無料にはしませんが、後で何等か還付するというようなやり人も案として出ています。それは単純に無料にすると身体的障がいのある人、精神的障がいのある人たちはお金を払うという社会的行為を奪ってしまうので「それはやめて」という意見もあります。そういったことを考えた上で無料にはしていかないという考えであります。</p>
榎澤氏	<p>もう1つは、マナカの件です。今検討が続けられています。来年再来年からとかはいかないですが、地域公共交通に関する検討の中で5年間を計画期間とする計画の中に入っております。すぐには実現しないと思いますが、検討は進めています。</p> <p>ゲートキーパーについては、担当課の健康推進課からお願いします。</p>
福祉部長	<p>健康推進課の野々山です。ゲートキーパーは、自殺対策の一環として行われている取組みの1つです。みよし市では、自殺対策計画を昨年作成しました。その中で、悩んでいる人等の話を聞いていただいて、受け止めるという役割を担う人としてゲートキーパーを養成することを位置</p>

長寿介護課長

づけました。ゲートキーパーの取組みの進め方ですが、まずは保健センターの保健師が研修を受け体制を整えたいと考えています。それから順次地域の人でゲートキーパーになっていただくというように考えております。

以上2点よろしかったでしょうか。

みなよし地区地域包括支援センターの近藤氏はいかがですか。

先ほど成瀬病院事業管理者が言われましたが、要支援や要介護になればケアマネが付き介護保険が利用できますが、そこまでいかない人たちは地域包括支援センターが支援しなければならないことが多くて、その分業務がかなり増えて来ている状況です。これから先、おかよし地区に地域包括支援センターができるタイミングで一度地域包括支援センターの業務、その優先順位等の業務の見直しを検討していただきたいと思います。高齢者の方が「地域包括支援センターにいけばなんとかしてくれる」と言われる地域包括支援センターのスタッフでいたいと思っています。よろしくをお願いします。

もう1つは、私の母は75歳ですが、今市民病院に通院しています。いずれ免許を返納する時期がやってきます。免許を返納したら母は「私、市民病院までどうやっていこう」と話しています。さんさんバスでは遠い、長い時間かけて移動することはあまり現実的とは言えません。高齢者は腰も痛いだろうし、足も痛いという方も見えると思います。そのような高齢者の方が行ける場所が限られてしまうのは得策ではないと思います。さんさんバスも必要かもしれないですけど、高齢者の視点にすると生活で何を求めているかというところを実際の高齢の方に聞いていただいて、何が必要なのか、どんなことを望んでいるのかの生の声をきいてそれを反映していただければと思います。よろしくをお願いします。

さんさんバスにつきましては、ルート改変が令和3年の中旬からスタートする予定であると担当からは聞いています。その改変のルートの変更の目的は、第一が高齢者の外出支援ということを謳っています。ですから今出た心配はかなり解消されてくるのかなと思います。少し時間はかかりますがそういったことを視野に入れ、担当課が動いておりますのでよろしくをお願いします。

なかよし地区地域包括支援センターの榎澤氏はいかがですか。

リハビリテーションの拡充で早急に実施すべき取組みの中で、市民病院の訪問リハビリを開始していただくととても助かっています。身近にリハビリをやってみようかという気持ちになられた方は増えたような気がします。それ以外でも9ページの拠点に必要な機能で通所型サービス、市民病院の短期集中型もされているんですけど、なかなか地域包括支援センターとして活用ができていません。もう少し活用していきたいと思っています。

ありがとうございます。

皆さんから御意見をいただいた中でまとめさせていただきますと、まず第1としては、「早めに取組んでほしい」ということと、市民病院の「地域包括ケア病床を充実させる」ということについては、御異論はなかったと確認をさせていただきます。

その後利用者が増えれば、リハビリを必要だということで、併せて市民病院を拡張していくといったところの考えは、皆さん御理解いただいたと解釈しました。

2つ目の時間をかけてやっていくことは、地域包括支援センターや介護予防教室、通所型サービス、トレーニングルームといったものは既にスタートしております。皆さん御存知のとおりです。ですが充実をさせないといけないということで、地域で実際利用される人やその支援をされる人の御理解が必要ということでした。

長時間になっており、そろそろ予定の時間になりました。今回3回に渡って御議論いただき、御意見いただきました、福祉・医療・介護の拠点のあり方につきましては、これから数年のうちにみよし市として解決していかななくてはならないという問題対応への第1歩が具現化してきたと考えています。それぞれの立場で貴重な御意見・御提案いただきまして、本当に助かりました。最後までめをさせていただいたように、赤字の部分は早めに対応していきます。先ほどの2025年（令和7年）に向けたタイムテーブルに沿った形で、是非進めていきたいと考えておりますのでよろしくお願いいたします。3回に渡りありがとうございました。それでは、以上をもちまして協議を終了します。

ありがとうございました。今回いただきました貴重な御意見を踏まえ、本市の福祉・医療・介護拠点施設のあり方とし、議会等で説明し進めて行きたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

以上で第3回福祉・医療・介護拠点施設あり方検討会議を終了いたします。長時間にわたり、ありがとうございました。最後に礼の交換をさせていただきます。一同御起立ください。一同礼。ありがとうございました。