

第9回「地域フォーラム」概要

開催テーマ 「健康・医療・介護」

日時 平成29年2月18日(土) 13時30分～15時30分

会場 奈良県文化会館

基調講演	社会福祉法人 恩賜財団 済生会中和病院 今川院長
	「地域医療構想と地域包括ケアシステム 地域病院の役割と取組」
<p>今回のテーマは「健康・医療・介護」です。私は、医療を提供する病院として、地域医療の役割と取組について、地域医療構想と地域包括ケアシステムを併せて説明します。</p> <p>現在、奈良県あるいは全国で「健康・医療・介護」は大きな課題となっています。健康に関しては、健康なら21計画があり、医療に関しては、奈良県地域医療構想が平成28年3月に制定されました。また、介護に関しては、地域包括ケアシステムを各市町村が熱心に取り組まれています。</p> <p>皆さんはブルーゾーンという言葉をご存じでしょうか。これは、100歳以上の長寿者が局地的に多い地域として世界で5カ所認められており、日本では沖縄県がその1つとして認められています。長寿に影響を与えるのは何かを調査したところ、遺伝ではなく生活習慣であることが分かってきました。</p> <p>奈良県では、健康寿命日本一を目指しておられます。健康寿命とは、心身ともに自立して健康的に生活できる期間です。これを日本一にしようと努力されているところです。</p> <p>2025年問題というものがあります。高齢者1人を支えるのに、2012年では2.4人でしたが、2025年は1.8人で支えなければならないと言われていています。2025年には高齢者人口が3,500万人を超えるとされており、非常に高齢化が進むと予想されています。</p> <p>さらに、社会保障給付費も右肩上がり増加しており、2014年予算では、年金が56兆円、医療が37兆円、福祉が22兆円と、膨大な社会保障給付費が必要になってきています。それと同時に、2000年に始まった介護保険給付費は2000年から2014年で約2.7倍に増えています。2025年度には20兆円に膨張すると言われており、要介護認定者は現在でも600万人を超えるという段階で、介護保険も大きな課題の一つとなっています。</p> <p>医療の面から見ると疾病構造の変化というものがあります。明治から昭和は消化器、あるいは呼吸器の感染症の時代で、患者が治療に参加することはほとんどありませんでした。そのため、生きるか死ぬかということで勝負が早かったわけです。現在は、生活習慣病の時代で、悪性新生物、心疾患、脳血管障害、糖尿病等の生活習慣病が主役となっています。この特徴としては、患者が生活習慣病を発症すれば、死ぬまでその病気と共存しなければならないことが多くあります。複数の疾患を抱えることも多くあります。医師に治療を依頼しても、人生を預けるわけではありません。そして、人生を決めるのは自分の権利であり、また責任でもあります。自己決定権、あるいは個人の尊厳、QOL (Quality Of Life=生活の質) の重視が非常に大きな役割を果たしてきます。</p> <p>また、地域の人口減少という問題があります。増田寛也元総務大臣が書かれた「地方消滅」によれば、2010年と2040年を比較すると、奈良県では約24.3%の人口減少が予想されています。奈良医療圏においても、23.5%の人口減少が予想されており、特に若年女</p>	

性の減少率が非常に顕著であるということが示されています。そのため、家族の介護力が低下、あるいは限界に近づきつつあります。地域で支える介護力が必要となってきます。

日本では、自宅で最期を迎えたいという人が 80%いるのに対して、現実には自宅で最期を迎えた人は 8.2%でしかありません。フランスやイギリス等いろいろな国と比較した場合に、日本は理想と現実のギャップが最も大きい国となっています。人生の最後の場面で、本人の希望はほとんど汲まれていないということが示されています。

国民医療費の将来推計ですが、2015 年現在、57 兆円かかっており、2025 年には 81 兆円に達すると見込まれています。中でも老人医療費は 45 兆円で、56%と顕著な伸びがあります。

日本の医療制度は自由開業制とフリーアクセス、それから国民皆保険、この 3 つの柱によって支えられてきました。その成果として、保険医療システムは世界一という評価を WHO から得ています。また、医療の質や量は非常に高い水準にあります。比較的安い医療費でこれを実現しているということがあげられます。

しかしながら、少子高齢化が進むにつれ、多くの課題が出てきています。施設、マンパワーに地域の偏在が見られること、治療に重点が置かれ、健康増進・予防が軽視されている傾向があること、保険医療サービス、施設、スタッフ等の重複などが見られることで w す。そして、最も大きな問題として、急激な高齢化による国民医療費、特に老人医療費が増大しているということで、現在、この世界に冠たる国民皆保険をいかに維持するかが大きな国家的な命題の一つとなっています。

医療改革は古くは 1985 年から第一次医療改革、そして 2014 年の第 6 次医療改革まで積み重ねられていますが、社会保障制度改革国民会議が 2012 年から 2013 年にかけて 20 回にわたり開かれ、次のような結論と課題が提示されました。

経済発展により生活水準が向上した結果、長寿社会が実現しました。しかし、この長寿社会を本当に喜ぶことができるような質の高い、持続性のある社会保障制度が必要であること、また、21 世紀は全く異なった医療提供体制が必要であること、将来の世代に伝えることのできる制度が必要であることの主に 3 点から検討し、次のような報告書を出しました。

従来の病院完結型から地域完結型への転換が必要であること、かかりつけ医制度の充実が必要であること、健康の維持増進、そして、病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定の 4 つの柱があり、われわれ医療を提供する病院から見ると、病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンというのは非常に大きな変化の一つです。病床機能報告制度と地域医療ビジョンの骨子ですが、病床機能報告制度は平成 26 年度から始まりました。病床機能報告制度とは、医療機関が医療機能の現状と今後の方向を選択して、病棟単位で国に報告する制度で、従来、病院がどういう機能を果たしているかが非常に見えにくい状況でしたが、病床機能あるいは医療機能を自主的に選択して、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能に分けて報告し、機能分化を図ろうとするシステムで

す。

また、地域医療ビジョンの策定は、平成 27 年度から始まり、奈良県では比較的早く、平成 28 年 3 月に奈良県地域医療構想が策定されました。その内容は 2025 年の医療需要を推定し、2025 年に提供すべき医療提供体制、そして、それに至るさまざまな施策を考えていこうというものです。

先ほどお話しした病床機能報告、DPC データ、それからレセプトデータをまとめたものをビックデータと呼んでいます。そのビックデータによって奈良県の医療需要を分析しています。

奈良市の医療需要は、2013 年で 1 日当たり 2,471 人の患者さんがおられます。2025 年には 3,017 人です。在宅の医療需要を見ますと、奈良市では 4,091 人から 6,421 人という医療需要が見込まれると推計されています。この医療需要に基づいて必要病床数を計算したのが、奈良構想区域における必要病床数です。現在、3,717 床の病床があります。これが 2025 年には 3,542 床と計算されています。この中で、病床機能は高度急性期、急性期、回復期、慢性期それぞれこういう割合で必要であるということが推定されています。ここから病院の機能、あるいは実力が分かってきます。

そして、地域の医療ニーズというものが分かってきます。地域連携において診療所、病院等の地域連携はどういう形がいいかが大体分かっています。これを基に病院の方向性を決める必要があります。一つの指標として、急性期機能の数値化があります。これは奈良県立医科大学の今村知明教授を中心とする厚生労働省の班会議で行っていますが、病床機能報告というものは全部で 411 項目あります。この中から急性期指標に近い 217 項目を選び抜いて、さらに比較しやすくするために医師あるいは看護師等が議論を重ねて、70 項目に絞って急性期機能を見ようとしています。奈良県全体の分布では、急性期機能が大きい病院から、慢性期機能が大きい病院までずっと出てきます。この指標は良い病院か、悪い病院かを評価するものではなく、急性期の医療にどの程度特化しているかを指標化しているものですので、誤解のないようにお願いします。

医療費については、1 日当たりの医療資源投入量として、3 万円以上が高度急性期、6 千円以上が急性期、2,250 円以上が回復期という分類の仕方で検討もされています。

この基準に従って済生会中和病院を分析すると、高度急性期が 7.7%、急性期が 29.5%、回復期が 62.8% となり、同じような規模である大阪の済生会 H 病院とほぼ同様の傾向を示していることがお分かりいただけます。奈良県の多くの病院もこれとよく似たような傾向となっています。

では、病院はどのような機能を果たすのでしょうか。また、この資料を基にどう医療を展開すべきかですが、そこで出てきたのが地域包括ケア病棟という概念です。地域包括ケア病棟とは地域包括ケアシステムを支援する病棟で、急性期を経過した患者（ポストアキュート）と、在宅で療養をしている患者（サブアキュート）の両者の受け入れと、在宅復帰支援等を行う機能で、地域包括ケアシステムを支える役割を担います。すなわち、病

院と在宅の架け橋的な病棟であるということが言えます。

在宅復帰支援や、多職種によるケア・カンファレンス等を行って、より円滑な地域包括ケアシステムの中で生活していただくようなシステム補助をするという形になります。

在宅医療への取組について、日本医師会のJMAPのデータによると、奈良市では、現在351カ所の診療所があります。内科系が222カ所、外科系が95カ所、そして重複しますが、小児科や耳鼻科などの専門系が221カ所あります。また、在宅療養支援診療所を取っておられる診療所が39カ所あり、在宅療養支援病院を取っておられる病院が3カ所あります。病院数は23カ所となっています。

このように在宅医療を支援する診療所、病院の数も少しずつですが、増えつつあるということも見てとれると思います。

そして、地域包括ケアシステムの姿ですが、従来は病気になったら医療、介護が必要になったら介護と境目がはっきりしていましたが、現在はその境界がどんどんなくなりつつあります。

地域包括ケアシステムは、地域で生活されている方々を医療と介護が一緒になって支えるというシステムです。その中心的な役割を果たすのが地域包括支援センターです。現在、奈良県あるいは市町村において、地域包括支援推進室を設けて、地域包括ケアシステムの構築に努力されています。そうすると、多職種が連携する必要性があり、情報共有が必須となります。一例を挙げると、現在、桜井地区医師会と国保中央病院と済生会中和病院では、画像診断、検体検査、服薬内容を地域のかかりつけ医と病院が医療情報を共有する「まほろばネット」の運用を開始しています。

今後は、地域包括情報ネットワークとして介護、医療、予防、住まい、見守りなどを、この中にある訪問看護ステーション、ケアマネジャー、かかりつけ医等、地域のいろいろな職種で地域住民の情報を共有するネットワークが必要になってきます。奈良県では既にモデル事業を開始されているところです。

私は、地域医療構想のイメージは医療と福祉の統合と考えています。地域医療の統合、医療と介護の統合、診療所・病院外来の統合となりますが、それがうまくいくかは、やはり役割分担と連携をいかにうまく進めていくかが一つのキーワードであると考えています。

済生会中和病院の取組について、簡単に説明します。地域的な背景としては、地域の医療ニーズは急性期患者とケアミックス患者が混在する地域であるという特徴があります。基本的には急性期医療を基軸としながらも、充実したケアミックス医療にも取り組む必要があると思います。具体的な取組として、地域医療支援病院は、地域連携により地域の医師との連携を深め、地域医療を守り育てる役目があります。そして、地域包括ケア病棟においては、地域包括ケアシステムを支援し、在宅医療を補完する役割、また、「まほろばネット」としては、医療情報を病院と開業医が共有するという役目、退院支援モデル事業としては、在宅医療のシームレスな移行を図るという役割があります。これらを合わ

せて、地域から信頼され、かつ、地域から期待される医療を提供することによって、地域完結型医療を目指しているところです。

最後になりますが、効率的な医療提供体制、地域完結型医療体制が求められています。これには成熟高齢社会にふさわしい医療提供が必要です。それには、さらに質の高い、継続性のある医療提供体制が必要です。この点において、経済学者である宇沢弘文先生が言われるように「医療を経済に合わせるのではなく、経済を医療に調和させるようにしなければならない」という言葉を心に刻みながら、厳しい医療経済ですが、患者さんにより良い医療提供体制を構築するように努めているところです。

資料説明	荒井奈良県知事
<p>今日のテーマは健康です。健康は誰にとっても大事なことです。奈良県では健康寿命日本一を目指しています。今川院長もおっしゃいましたように、医療の内容が病院完結型から地域完結型に変わってきており、また、地域の役割が増えています。高齢になると、次から次へと病気が続く傾向があります。すると、ひとつ治療すれば良いのではなく、幾つも病気を抱えた人を診る医師が必要になります。</p> <p>また、病気があっても生活がちゃんとできれば良いといった治療方針に、治療内容が変わってきています。もう一つは地域がどのような役割を果たすのが良いか、医療の内容が変わってきます。病院に行けば皆が良くなるということではありません。看護師、介護士、保健師等の地域で医療と連携する方が必要になります。また、病気にならないための、健康づくりが地域の役割になります。そのようなことが大きな変化にあるように思います。</p> <p>健康寿命は、平均余命から平均要介護期間を除いた、元気で長生きができていた期間で、平均要介護期間は、地域によって違いますが、5年から7年間まであります。女性の方が少し長い特徴があります。要介護にならないために、病気予防と病後の機能回復に尽きると思います。</p> <p>健康寿命の現状ですが、奈良県の男性は全国3位の好成績です。長野県は全国1位なのですが、この上昇幅が1.23年となっています。奈良県は1.13年ですのでトップはさらに良くなっています。全国平均は0.83年ですので、奈良県は全国平均よりも良いわけですが、長野県はどうしてこのように良い数値なのかを調べると、要介護期間がここ10年ずっと伸びていません。要介護期間が伸びていない珍しい県です。奈良県はこの10年を見ると前半は伸びていませんでしたが、後半の5年が伸びてきました。これは少し悪い傾向です。</p> <p>長野県はなぜ伸びないのか。例えば、一人当たりの野菜の摂取量が長野県は男女とも全国一ですが、奈良県の女性は全国ワースト2位です。これは野菜を多く摂取している人は血管が動脈硬化などにならず、脳卒中にもならない、要介護になるリスクが減るといった</p>	

ことが言われますので、それがしっかりと出ているような感じもします。

また、女性の健康寿命は、全国 28 位です。全国 34 位からこの 10 年で上昇していますが、それでも長野県の上昇幅が 0.93 年に対して奈良県は 0.62 年で、こちらにも要介護期間が少し延びてきているという心配があります。

市町村別の男性の健康寿命を見ますと、奈良市は 18.53 年、一番低いところが 15.53 年で 3 年も違いがあります。女性の健康寿命は、奈良市は 21.00 年ですが、一番低いところが 18.57 年とこちらも大きな差があります。

このような地域の差はどうして起こるのか、健康寿命を延ばすために地域で取り組むべきことは何か、改善できる余地はないかということが、われわれ首長の最大の関心事です。

健康づくりは、体を動かしたり、野菜を食べたり、ご自身でしかできません。また、治療は万能ではありませんので、健康づくりに勝る治療はありません。健康づくりは発症の抑制にもつながります。地域でできることは病気予防や医療と療養の場の提供、それから介護、リハビリサービスの提供、健康に向けたサービスの提供というものになります。

健康寿命を延ばすために、健康寿命が延びている地域を分析してみますと、健康行動がとられていることが分かります。生活習慣が良いところは健康寿命が延びる、遺伝ではないというのが結論だと思っています。

では、どのような健康行動をとれば健康寿命は延びるのかというと、男性は喫煙率の低下、塩分摂取量の低下、女性は塩分摂取量の低下、運動などですが、分かってもすぐにされる人は少ないわけです。なかなか行動に移せないのがこの健康行動です。奈良県の健康寿命を延ばすために必要なことを列挙いたしました。がん検診、野菜の摂取等、全国と比較して遅れているもので、これを回復すれば効果がありそうだとこのところを統計からあげています。

健康行動の市町村別の現状です。がん検診を受診すればがんがなくなるというわけではありませんが、早期発見、早期治療が可能ですので、がん検診の受診率が高いところは死亡率が低いという傾向が出ています。がん検診の受診率、死亡率ともに市町村別で大変な差があることが分かってきています。

女性の場合、がん検診の受診率と比べて、死亡率では順位が上位にあがっています。受診率が低くても病気にかからないといった傾向もありますが、総じてがん検診を受けられますと、がんへの注意、健康全体への注意が増し、全体としてリスクが減るという傾向が出ています。

特定健康診査の受診率も市町村で随分差があります。市町村別喫煙率の統計も出ています。たばこをよく吸われるところ、あまり吸われないところと、これも女性で 3 倍程の差が出ています。運動習慣では喫煙率ほど目立った差はありませんが、やはりたばこを吸わない、運動をするといった良いことをしている地域が、すべて重なれば健康寿命が延びているのではないかとデータの比較をしています。

医者にかかれば健康寿命が延びるか、医者にかかるということは医療費と関連しますが、医療費がたくさん掛かっても健康寿命が延びるわけではありません。医者にたくさんかかっても健康寿命は延びません。違うことをする必要があるのであります。

一方、医者にかかるとう医療費は必ず増えます。経済的には地域の負担になるということです。受療者が増えると入院費も増える傾向にあります。外来の場合も受療者が増えると医療費も増えます。医者にたくさんかかる地域は健康寿命が長いというわけでないことは先ほどと同様です。医療費が増えると保険料が上がります。保険料は国民健康保険で、各市町村の住民の方の負担になりますので、最近の傾向として高齢者の受診が増えると医療費が増えて、保険料が上がるという傾向が見てとれます。

健康づくりは県と市町村で協働しなければうまくいきません。例えば、がん検診です。先ほどお話ししましたが、がん検診を受診すればがんにかからないというわけではありませんが、早期に見つければ治療ができますし、健康意識が高くなってリスクが減るというものですので、その市町村別の受診料の伸び率が違ってきます。

先ほど今川院長が言われましたが、急性期への医療資源の投入が多かったわけです。また、療養期への医療資源の投入も多かったのですが、それと異なり回復期への医療資源の投入は少ないため、生活に戻ることを前提とした医療資源の配置が課題になってきます。しかし、いざという時には医者にかかる必要がありますので、その時に必ず治療が受けられる急性期の救命救急医療が必要です。奈良県立医科大学附属病院と奈良県総合医療センターでER型、24時間、365日受け入れられる医療の提供を開始しました。受け入れ数は増加しています。

高齢者になれば病気にかかります。病気になっても生活できるようにするには、ケアと言われる、支援を受けながら生活できるシステムの構築が必要です。地域包括ケアというのがこの分野の仕事になってきています。

地域包括ケアとなじみの深い介護費ですが、介護費と介護保険料は市町村の保険料になっています。介護費が増えれば市町村別の介護保険料も上がるという傾向があります。市町村別の比較をしています。多少の差があります。

地域包括ケアをどのように構築するかはこれからの課題です。それぞれの地域に合ったモデルを作って実行していこうと取り組んでいます。

奈良県総合医療センターは、平成30年春に移転し、新センターが開院します。移転後、その跡地である平松町において、地域包括ケアが行き届いたまちをつくろうといろいろ考えています。例えば、必要と思われるのは医療の24時間受付です。電話の受付でもいいですが、受け付けてもらえる医療サービス、あるいは訪問看護ステーションというのは必須のように思います。その他、まちの中で高齢者がバリアフリーで楽しく歩けるようなアビリティというのも必要かと思えます。また、介護ではケアの程度によってまちの中で住みかえたり、サービスが手厚くなったりすることも、このまちでできたらというように思っています。このようなまちと並行して、普通は病院を退院されると老健施設あるい

はりハビリ施設に入って在宅介護に移りますが、スムーズな移行をするにはどのようなことをすればいいか。大事なのは退院調整ルールと言われるものです。退院されたらこのように気を付けて生活してくださいというのが退院調整ルールです。また、このようなことが起こったら、こういうところに電話してくださいというようなことを退院調整のルールで決めていくと、あとは安心して在宅に行かれるということです。自宅に帰られても医療が届くようにするということが大きな課題です。在宅医療には、昔のイメージですと、近所の医師に毎日のように往診していただけるというイメージですが、今はそういうサービスができなくなってきました。往診をしていただける在宅医療医師というのは、奈良県でどんどん増えてきており、ありがたいことです。在宅医療を提供される医師の機能は4つあります。退院支援、日常の療養支援です。療養とは、病気がちであったり、病気を持っておられる方の健康の気をつける方法、また薬の飲み方、あるいは身体のいたわり方などです。また、急変時の対応ですが、急変時になると、家族が一番慌てられるので、家族に対する指導、こういうことになるかもしれませんが、そのときはここに電話をして、場合によっては救急で呼んでくださいということです。救急車を呼ばなければならないケースばかりではありませんので、こういう急変があると分かれば、家族の方も落ちついて対応できるということです。

最後になりますが、看取りをどうするか。これは訪問医師の方が言われていましたが、治療の要素はむしろ小さくなって、看取りの段階で生活の支援、ご家族も含めた介護される方の生活のあり方を指導していただける医師がおられます。訪問看護師の方にもそのような指導をしていただく方がおられます。また、一番大事なことは魂のケアと言っておられますが、あの世に逝くことは怖くないですよというようなことをご家族に対してもしていただける医師、看護師の方がおられます。良い訪問看護師、良いかかりつけ医がおられると、良い最後が迎えられるとある看護師さんが言うておられましたので、最後にはそういうかかりつけ医の方に出会って、最期を迎えたいものだと思うところです。

資料説明	仲川奈良市長
<p>奈良市の人口は、2005年頃をピークに下がってきています。</p> <p>1990年の高齢化率は10%でしたが、2040年には40%と、50年間で4倍になると予想されています。現在は約30%弱となっています。</p> <p>高齢化の進展に伴い、要介護者数も増えていきます。2010年と比較すると、10%くらい要介護認定率が上がる見込みとなっています。</p> <p>介護給付費は制度が始まった2000年が約75億円でした。現在は約220億円ぐらいです。ピークとなる団塊の世代が後期高齢者になられる2025年には約350億円と、約5倍になる見込みとなっています。国民の医療費が81兆円になると言われている2025年、医療費だけではなく、介護給付費についてもピークを迎えるということです。</p>	

奈良市では、医療や介護について、自然増に対して対応するという、いわゆる受け身の対応が中心でした。しかし、高齢化等に伴う費用の増大は、限られた財源の中でそのまま受け入れるには、困難なところもあります。

行政の政策、地域ごとの医療政策や医療の質の差が住民の皆さんの生活や暮らしに大きく影響すると考えています。

それぞれの地域の特性に応じた、いわゆる個別オーダーメイドの医療政策や福祉政策をこれから考えていかなければならない時代に来たと考えています。自らアンテナを張って情報収集をし、それをきちんと分析をして政策につなげていくというように、行政職員にとっても、仕事のやり方が変化してきたのかなと感じています。

そこで、奈良市のデータヘルス計画とヘルスアップ事業について紹介します。

データヘルスとは、しっかりとしたデータに基づいて対策を打つということです。奈良市の場合、特に糖尿病性腎症の重症化予防事業、いわゆる糖尿病に移行する、重症化するというのを手前で止めるという対策と、もう一つがCOPD（慢性閉塞性肺疾患）、いわゆる喫煙との因果関係が強く指摘される疾患に対して早期の対策をしていこうと、この二つの疾患を中心に取り組んでいます。

国民健康保険加入者、約9万2千人、後期高齢者の医療保険制度の加入者、5万1千人、生活保護を受けておられる方の医療扶助のデータ、これら全て合わせて約15万人分のデータの分析を、市内の自治連合会50地区に分け、地域ごとの特性を調べました。

奈良市における喫煙率は平成26年度で9.6%、平成27年度で9.5%となっています。これだけを見ると、奈良県や全国平均よりも少し低いのかなということで、安心をしてしまう部分がありますが、分析をしますと、地区ごとに結構差があることが見えてきました。まず一番低い佐保台地区は3.7%、次が学園南地区で4.3%、その次が二名地区で4.8%となっています。一方、柳生地区や大安寺地区では高くなっています。一番低いところの3.7%と、一番高いところの14.5%では、同じ奈良市といえども4倍ぐらいの喫煙率の差が出てきています。町中と山間部で違うかということ、必ずしもそうでもないし、そのあたりの更なる分析が必要と思っています。

COPDは喫煙との因果関係がよく指摘をされる肺疾患ですが、先ほど喫煙率が低かったところは、疾患の比率も低いということが優位に出てきています。喫煙率の高いところも疾患の比率が高い、有病率が高いということになりますので、因果関係、相関関係が示されるのかと思います。

奈良市ではこのデータを基に、エリアやターゲットを絞って、個別オーダー型のアプローチをかけています。喫煙率との因果関係で言いますと、特定健診の質問表に喫煙習慣があると答えた方が1,788名おられます。そのうち、既になんか難病等になられている方、それからCOPDの受診を既にされている方を除いて、何のアプローチもしていない方の944名に絞り込み、COPDと喫煙の関係性を記した資料、セルフチェック表、禁煙外来等の受診医療機関の紹介、またCOPDの治療が受けられるのかという情報を提供

いたしました。

COPDのデータ分析をする中で、医療機関がある地域とない地域がありますが、医療機関があるから病気の確率が低いとか、もしくはないからどうだという関連性は明確なものは特にありませんでした。そういった意味では、やはり個人の生活習慣との因果関係がより有意ではないかと思います。

奈良市としても、特に受動喫煙防止は非常に重要だと考えています。禁煙でおもてなしできる施設の登録制度を行ったり、市役所等でも敷地内禁煙を実現していこうと議論を進めています。

次に、特定健診の受診率です。平成27年度は、全国平均は31.8%、奈良市は30.1%で全国平均よりも少し低いですが、これも地域毎に分析すると、一番高いのが平城西地区で33.1%、次が鳥見地区32.8%ということです。一方で、低い地区は田原地区15.3%、そして並松地区14.1%です。高いところと低いところで約2倍の差があります。このあたりも地域ごとの特性に応じて案内をすることが重要になってくると思います。

データヘルスを奈良市として独自に実現、実行をする中でいろいろと課題もあります。

例えば、レセプトデータを基にしたデータヘルスでは、介護に関する情報が網羅できません。それから、地域包括ケアを進めていく中において、地域の見える化が重要になってきます。特に日常生活圏域のニーズ調査や介護サービス費用を今後さらに分析することで、地域の医療と介護を両方合わせた実情の分析をしていく必要性を感じています。介護予防については、新たに始まる日常生活支援総合事業などの中で、いわゆる予防的観点でのアプローチ、フレイルと言われる虚弱・老化をいかに防ぐかという部分が重要になってきます。

データヘルスで言いますと、既に医療機関等にかかられて、何らかのレセプトが発行されている方でないとデータが見えてきません。今後、その前の段階の方たちをどのようにキャッチしていくかが重要だと思います。

次に認知症対策です。ご家族が急に認知症になられると悩まれる方が多いので、どう対応したらいいかをまとめたガイドブック「認知症ケアパス」を作成しています。今、奈良市内で認知症の有病推定者が約1万5千人おられます。潜在的な方も含めると約3万人の方が認知症の候補と言われています。この方々を地域全体でどうサポートしていくかが特に重要だと思っています。

奈良市ではセコムと連携し、毎月500円の自己負担でGPSを使ったサービスを提供しています。どこかに行ってしまうと探さないといけないときに、インターネットで見れば発信機がどこにあるかが分かります。うちのおじいちゃんがどこにいるかは分かったけれども、迎えに行けない場合、セコムが車で駆け付けて保護し、お家に送りどけていただけるという、駆け付けサービスがセットになっています。

他にも医療の部分では市立奈良病院で機能の充実を図っており、単に診療科目が増えたというだけではなくて、医師、看護師ともに増えており、医師は平成21年の67名か

ら 116 名に、看護師は 191 名から 299 名と、どんどん充実してきています。

意見①

荒井奈良県知事

奈良市の地区別の高齢者数、高齢化率について、仲川市長から高齢化率が 28%とお話がありましたが、奈良県全体の高齢化率は平成 27 年国勢調査で 28.4%でした。ということは、奈良市は人口が多いため、奈良県の平均と似たような状況だということも言えます。南和地域は高齢化率がたいへん進んでいるので、都市部にしては奈良市の高齢化率が高くなっているような印象を受けました。

平成 22 年と平成 27 年の国勢調査をみると、奈良県は上昇率が全国で一番高くなっています。ベッドタウンである奈良県の特徴として、30 年前、40 年前に奈良県に移られた方が皆高齢化、65 歳以上になってこられるので、われわれ首長は高齢者が増える奈良県において、どのように高齢者のケアをするのがより深刻な事態になっています。今は若いまちでも、ここ 5 年、10 年で急速に高齢化社会が襲うということが大きな心配です。

そのため、地域包括ケアや医療・健康に今取り組み、奈良県は高齢化率が進んでも高齢者が元気に住める地域にしたいというのが大きな願いです。

二つ目は健康づくりを各市町村長にさせていただいています。その健康づくりの中に認知症対策も入っていますし、自主運動教室というものが各地でたいへん多いです。

奈良市では「老春の家」を随分つくってこられたので、高齢者の方がお出かけできる風習は他の地域よりも盛んではないかと思います。高齢者がお出かけされるような地域活動があるのが大事なことで、今まで割と行われてきた地域かなと思っています。

医療は、よく病院の医療に焦点が当たります。これから地域包括ケアになると、在宅や地域で、頻繁に医者にはかからないが、たまに心配だから往診に来てもらいたい、病院に行っても病気の種類が決まってないと、また違う病気になってしまうということが往々にしてあります。

そうすると、同じ先生に自分の体の変化を見てもらうのが一番ありがたいとなります。今川院長が言われる、かかりつけ医が近くにおられると、とてもありがたいですが、良いかかりつけ医はなかなか見つかりません。だから、そういう医師が人口の多い奈良市でどれだけ確保できるか。大きな病院は奈良県総合医療センターもありますが、やはり急性期や高度医療が中心で、奈良県全体あるいは奈良市全体をカバーして、難しい病気を治療するということを標榜しているわけですが、高齢で弱ってきている方に対する治療も必要です。治療だけでいい生活ができるわけじゃないことは確かですが、そのような治療をどのように行き渡らせるのか。開業医で往診される方はたいへん必要ですが、地域によっては難しい面があります。まちだからといって、おいそれと訪問をしていただける医師がたくさんおられるわけではありません。それは奈良県全体の課題でもあります。在宅医療が充実するためには、訪問医師と訪問看護ステーションがたくさん出てくれば良いかと思

います。

健康増進に各市町村長は本当に気に入っていただいております。健康増進は実行しなければ健康が維持できませんので、歩く、あるいは禁煙をする、野菜を食べる、塩分を摂りすぎないなどで、良い生活習慣をつくるには、われわれ首長は意思を強くして、この地域の健康のための生活習慣を確立するんだということを実行しなければなりません。奈良市の取組は奈良県の中でも大変優れたものだと思いますが、高齢化が一挙に進む地域でもありますので、気を許せないなというのが感想です。

意見②

今川院長

今、知事や奈良市長が言われたことに尽きると思いますが、やはり高齢化社会を迎えて介護、健康、そして介護予防ということが大きな課題となっています。私は、これまで9回の地域フォーラムに参加させていただきましたが、各市町村において随分工夫された、地域で特性のある介護予防、あるいは地域包括ケアシステムに取り組んでおられます。本当に熱心に取り組んでおられると思います。

まず、本日、奈良市長から発表いただいたCOPD、喫煙率についてですが、同じ奈良市内においても地域によって喫煙率あるいはCOPDの発生率が大きくことなるということは、今回初めて聞かせていただきました。このような発表は初めてであり、非常に嬉しく思いました。

奈良市のがん検診については、男性が41.67%、女性が29.16%ということで、多少女性のほうが低いような傾向がありますが、これもまた、検討を続けていただけたらと思います。

意見③

仲川奈良市長

奈良市は以前から、「老春の家」を設置して、高齢者の居場所ということに力を入れてきました。最近、「老春」という言葉もネーミングとして時代に合うのかなという話もあり、今は、福祉センターと名称をかえ、市内の東西南北4カ所で設置しています。

最近、公民館等でさまざまな健康講座が非常に盛んになっています。運動推進委員や外部の講師等にも協力いただいて、健康の出前講座も増えてきています。ここ5年間で年間100回ぐらい、そういう講座を開催しています。

一方で、「老春の家」に代表されるような昔からある高齢者の集う場所は、75歳を超えられた高齢者は、昔ながらの高齢者の講座やグループなどに入られますが、前期高齢者というのでしょうか、まだまだ若い、気持ちも若い方々は、加入する方が少ないという現状です。そういう方をどうやって取り込んでいくか、巻き込んでいくかという仕掛けが、これからのポイントになってくると思っています。

健康指導が今後、重要な行政の業務になるという話がありました。これは力を入れていきたい分野ですが、今、奈良市が抱えている悩みがあります。それは人材確保です。特に保健師を募集しますと、応募がなかなかありません。入られてもすぐに離職される方も多いです。それぞれの事情もちろんありますが、有資格者で手に職を持っておられると、いろいろな場面で就職先も多いこともあり、安定して奈良市で勤めていただける方を確保するのに困難をきたしているところです。奈良市中核市ですので、保健所を自前で運営していますが、人材の交流や、また地域全体で人材をどう確保するか、今後の課題として認識しています。

意見④	荒井奈良県知事
-----	---------

奈良県の状況ですが、特定のセクターで人材が不足しています。奈良県の有効求人倍率は、歴史始まって以来、最高の人手不足で、1.40になっています。それは10人の求職に対して14人の求人があると、求人の方が多いのが今の状況です。今まで大体0.7とか0.8で、近畿の一番下を這っていたのが、近畿の中でも滋賀県と匹敵して、2番目に高いクラスになっています。奈良県で人材が逼迫するのはどういうことだろうか、経済が活性化しているのだったら、それは嬉しいことだなというような感想はあります。一方で、極端に2倍、3倍、不足しているセクターがあります。保健師もそうだと思いますが、介護士や看護師、医師といった、われわれが今、議論しておりますフィールドの人材は軒並み2倍を超えています。集めても2人に1人以下しか応募してもらえない。先ほどの医師もそうですが、看護師もそうです。介護士もそうです。それらのセクター別の働き方をどのように見るかということを検討していますが、保健師と看護師、介護士は報酬の受け方が少し違います。介護士、看護師はそれぞれ独自の報酬がありますが、保健師は行政ですので、行政からの報酬しかないの、なかなか人気が出ないのかなと思います。保健師は看護師の資格を持っていますが、看護師の方が報酬がやや高かったり、仕事のめりはりがあったりします。しかし、保健師は何でもしなければいけない、といったことが労働環境の中であると聞いています。

その中で、県も保健師を雇っていますが、なかなか来てくれません。南和地域の保健師は本当に求職がないのが実情です。土木技師を県と市町村とで共同採用をしましたが、土木技師は結構応募がありました。保健師も共同採用しようかと思ったりしていますが、それでもなかなか来られないかも知れません。共同雇用というところまで行かないかと考えています。籍がどこにあっても、県の保健師も市の仕事をする、市の保健師も県の仕事をするといったら、責任分担がありますが、そのような工夫もしなければいけないほどの人材状況です。

今、保健師の例で言いましたが、介護士やその他の人材が大体不足する分野ですので、先ほどのいろいろなサービス、高齢者向けのサービスをどのように展開するかは、職業的

な方とボランティアをうまく採用しないと難しいです。サービスに対する要求はどんどん高まり、量的にも質的にも高まるわけですが、それをどのように供給するかは行政の大きな役割であると思います。これから一番工夫がいくところだと思います。サービスを受け入れる側が増えて、提供する側が減ってくるというのが実情です。

それと、そういうサービスは必要ですが、サービスがなくても自分でなるべく健康で生きる。南和地域の方で大体そういうメンタリティは強いわけですが、地域の意識をどのように持っていくかが大きなポイントです。どのような手法で理解を求め、地域の意識を醸成していくかは、健康の分野では極めて大きな事だと思います。

意見⑤

仲川奈良市長

知事から話のありました人材確保をどうするかという問題で、今までと少し状況が変わってきたと私も感じます。いわゆる統計データを読める保健師や行政職員が今非常に必要だと思います。既に制度があったり、手続きが決まっているものをルールどおり執行するのが得意な職員が今まで多かったかもしれませんが、これからは見えないところに何か手がかりを見つけて、それを分析して仮説を立てて立証する業務が考えられます。そのために保健師を対象に県・市合同で研修会をしたり、本来の業務にプラス専門性を身に付けていただくということも必要になってくるかなと感じました。

中間まとめ

社会福祉法人 恩賜財団 済生会中和病院 今川院長

現在ほど健康に対する関心が高まっている時代はないと思います。各市町村が地域に応じた健康対策を考え、そして実行されておりますが、一つのキーワードは住民の皆さんが自主的に参加するというのが、比較的うまくいっているという印象を抱いたところです。

健康寿命をいかに延ばすかは大きな課題かと思えます。先ほど知事からありました長野県に関してですが、先日、長野県の鎌田實先生の講演を聞くチャンスがありました。どのようにしているかお聞きしたところ、参加した住民の方々、そしてその方たちにアドバイスしたスタッフの皆さんが情報を共有して、どの程度、成果が上がったかという成果判定を情報共有することによって、ご本人、そしてスタッフのモチベーションがさらに上がるということなので、その成果判定を必ずやってくださいということを私に言われました。本日、知事は現在出ています成果率、変化率というものを知事はお示しになりましたが、そういうことを参加した皆さんと情報共有するシステムが必要なのではないかと感じたところです。

また、医療に関しては、最初にお話ししましたように、国家財政が逼迫し、社会保障費が際限なく増えてきており、最大の命題である国民皆保険をいかに維持するかというこ

とが非常に大きな課題となっています。いかに効率的な医療を提供するかということが大きな課題となっています。

そこで出てきたのが地域医療構想と地域病床機能報告制度です。地域にある病院がどのような機能を果たし、地域においてどのような役割を果たし、そして地域の包括ケアシステムとどのような関連、連携を保っていくかということが数字で明らかになってきます。病院の役割というものを、あるいは立ち位置というものを病院自身が判断しながら、病院をいかなる機能を持ったものにしていくかということが、今後、ますます必要になってくるのではないかと思います。

特に奈良市長が言われたように、医療職の地域の偏在ということが目立ってきています。奈良市においては奈良県総合医療センター、そして奈良市立奈良病院という非常に大きな病院があり、スタッフ的にはかなり充実しているように思いますが、そうではない地域も数多くあります。これをどう解決していくかはとても大きな問題ですし、それから病院の果たすべき機能というもの、より綿密にとらえて、こういう医療提供をするというシステムの構築が必要なんだと思います。

そこで在宅医療を推進するということが掲げられています。これは一般病院において、在宅復帰率というものが決められています。一般病棟においては、平成27年度までは70%の在宅復帰率が求められていましたが、平成28年度からは80%の在宅復帰率が求められています。そのように在宅への指向というものが非常に強くなってきています。そうすると、とても個人、家族で支える介護力は期待できませんので、やはり地域包括ケアシステムの整備が急がれるわけです。これに関しては、県・市町村において、組織化をして地域包括ケアシステムの構築に本当に真剣に取り組んでおられるところです。

しかしながら、その地域包括ケアシステムの中で暮らしておられる皆さんをいかに見守っていくかということになってくると、情報の共有とネットワークも必要です。目に見える関係というものを築き上げていく必要があるのではないかと思います。

この点を踏まえて、県も各市町村も努力されているとお聞きしています。地域の皆さんが本当に安心して暮らしていけるような地域包括ケアシステムの構築が求められていますので、それに対する各市町村の取組をさらに進めていただきたいと思います。

健康寿命を延ばす取組に関して、今、市民の意識が大事です、それと成果の見える化が大事ですと今川院長からお話がありました。それと首長の決意とか意識も大事だと思いますが、市町村別のがん検診受診率の資料では、伸びのあった市町村を具体的に上げています。

桜井市長が取り組まれ、平成26年度から平成27年度で3倍、肺がんでは2.26倍と大きな伸びを示しています。行政の関与があったところで受診率が伸びています。奈良市はあまりなかったのが1.03となっています。

奈良市は人口も多いですから、頑張ってもらってとすごく良くなるという証拠として出しています。気が付かれない部分も多いのですが、何か良いことをするのに、このように成果が見える化して、頑張ってもらって市町村あるいは市民の方とこのように意識を共有させていただくことが大事だということで、こういう資料を用意しています。ご理解いただきたいと思います。

意見⑦

仲川奈良市長

知事から宿題をいただきましたので、具体的な目標を持って頑張りたいと思います。ありがとうございます。

知事は、いつもデータで見える化して、きちんと根拠を持ってやるということを言われます。こうやって市町村の成績表を並べられると、我々も根性論でやっていますということが通用しませんので、白日のもとにさらされるのは良いことだと思います。成績表を出して、どこが良い、どこが悪いというので終わりではなくて、現状に向き合い、その中から具体的な行動を考えてアクションを起こす、そしてまた評価をする、そういう意味で成績表は有効だと思いました。

今後は、奈良市内の地区の現状を踏まえて、また地区毎に、より具体的な取組を進めていきたいと思っています。

意見⑧

荒井奈良県知事

最後に一言御礼を申し上げます。

このようなテーマは大変身近ですが、なかなか多岐で複雑ですので、十分なプレゼン、あるいはディスカッションができたどうか心許ないですが、これから努力するとやはり奈良県は健康で長生きできる県だとなることを、地域の努力で成果が出るということを確信しています。努力しないところは成果が出ない、遅れをとるということは如実になってきていますので、われわれ地域の行政主体が決意を新たに、奈良市長とともに努力をしたいと思っていますので、今後ともよろしくご理解をいただきたいと思っています。

