

6月13日（金）奈良県地域医療等対策協議会 健康長寿部会

午後14時00分～16時55分

長寿社会課長： それでは、定刻となりましたので、ただいまから奈良県地域医療等対策協議会
第1回健康長寿部会を開催させていただきます。

皆様におかれましては、大変お忙しい中でございますけれども、出席をいただきまして、大変ありがとうございます。

会議に入ります前に、お手元に配付いたしております資料の確認をさせていただきます。

まず、会議次第、配席図、構成のメンバー表、それと資料一式ということで、資料一式の一覧と資料ナンバーをつけた資料1から資料4まででございます。

よろしいでしょうか。

始まるにあたりまして、本会議、この専門部会でございますけれども、審議会等の会議の公開に関する指針によりまして、公開となっておりますので、その点ご了解
よろしく願いをいたします。

傍聴される方、また報道機関の方につきましては、さきにお渡しをいたしております
注意事項をお守りいただきますようによろしく願いをいたします。

それでは、健康長寿部会の構成メンバーの方々をご紹介します。

お手元に配席図そして構成メンバー表をお示ししておりますけれども、まず、小林
部会長でございます。

安川委員でございます。

今村委員でございます。

佐久間委員でございます。

竹村委員でございます。

平井委員でございます。

辻村委員でございます。

栗田委員でございます。

佐藤委員でございます。

田中委員でございます。

北田委員でございます。

橋本委員でございます。

瀬川委員でございます。

山中委員でございます。

武末委員でございます。

なお、松永委員、廣瀬委員、石井委員、村上委員につきましては、本日所用のため
ご欠席となっております。

また、座席につきましては、勝手ながら事務局の方で順不同で配席をさせていただきました
ので、よろしく願いをいたします。

また、事務局といたしまして、関係課の各課長以下、事務局として出席をさせて
いただいておりますので、よろしく願いをいたします。

それでは、ただいまから議事に入らせていただきますけども、奈良県地域医療等対策協議会設置要綱の第6条および第7条によりまして、部会長が議長となることになっておりますので、小林部会長にお願いいたしたいと思っております。どうかよろしくお願いいたします。

小林部会長： 部会長をご指名いただいた小林でございます。

実は、私は、奈良県で仕事をしたことは一度もありませんで、今回は知事さんが、例の救急車で患者さんを運んで、医療科が見つからなくてお亡くなりになったというお話があって、厚生大臣のところこういう話をしまして、なんとか国も助けてくださいと、こういうお話を知事さんと大臣とされたというふうに聞いています。

その後、知事さんからまた奈良県に尽くしてくださいというこういう要請がございました。

実は、私、知事さんがまだ運輸省の課長時代、私は厚生省の課長をしておりまして、二人で会ったのが仕事場ではなくて、遊ぶところで会ったのですけれども、それが初対面で、それよりずっと今。実は、今私の息子も運輸省に行ってます。まあ本当、役人になってやることは、親子2代でやることになったわけです。そんなこともあって、知事さんを助けてくださいと、私でやれることならお助けしましょうと、こういうことで出てきたわけでありまして。

もともと公衆衛生関係の職場だったわけですから、あと、臨床では小児科をちょっとやるのでございますけれども、まあ公衆衛生ぐらいで。国に国立公衆衛生院というのがありますが、その院長も2年やって、今は科学院というのになりましたけど、科学院の移転までは、あの、研究所と一緒にして、国立保健医療科学院をつくりました。それは和光市ですけども、実は、きょうは、和光市の方がお祭り騒ぎだろうと思っておりますけれども、というのは、新しい地下鉄が渋谷区までいった。あのおかげで、JRと東武鉄道が客が入ると。地下鉄は大もうけになるということで、東京は今騒いでます。その片方の終点が和光なものですから、いいところへ移転をしたものだ。というのは、東京で横着やて追い出されたんですね。それで和光へ行ったのですけれども、そんなことで、ずっとパブリックヘルスをやっておるものですから、この健康長寿部会って一番大事なところに呼ばれた。私の腹の中では、別の方を自分では考えていたんですけれども、だめでした。ということで、私が議長役をやらさせていただきます。

どうぞ、皆さんご協力をしていただいて、ご協力というのは、自分の言いたいことをちゃんということでありまして、意見を言わない、黙っているというのはもったいないですからご自分の意見を言うということだけでできるだけ。どうぞよろしくお願い致します。

それでは、まず最初に、事務局の方で議会の進め方と検討会についてご説明をお願いします。

地域医療連携課： 失礼いたします。

地域医療連携課の松岡です。よろしくお願い致します。

それでは、お手元にお配りしております資料、健康長寿部会次第という左止めの資料でございますが、これのほうの資料1をお開きいただきたいと思います。

健康長寿部会の進め方ということで、具体的にこれの部会の方の課題の設定、あるいは、今後この部会をどのように進めていくのか、あるいはそのスケジュールについて説明を申し上げます。

まず、お手元にお配りしておるその資料1、進め方でございます。この部会は地域医療等対策協議会の中で、健康福祉医療、この連携というものを具体的に実現していきたい。こういうものでございます。特に県民に対して、身近でわかりやすい対策というものを具体的にアウトプットできる部会ではないかということで、ぜひそのような方向でご議論いただきたいと思っております。

具体的には、その下の枠の中に安心して暮らせる地域社会の実現ということで、実は生老病死、別に生老病死という仏教用語を用いておるのですが、特に人生観とか死生観という議論ではなくて、一生の中で健康・医療・福祉との関係を具体的にあらわした中で、県民が安心して暮らせる地域社会の実現、これを念頭に置いた議論を進めていただけたらというふうに思っております。

具体的には、その議論の内容ということで、二つのテーマを設定しております。一つは、健康の保持増進。それからもう一つは、高齢者や障害者の地域ケア体制の構築。この二つにつきましては、具体的に次のページをお願いしたいと思います。

まず、健康の保持増進でございます。奈良県あるいは全国的な傾向を踏まえて現状と問題、それから課題、それに対する今後の議論の方向ということで取りまとめております。

まず、現状で問題ということで、まず、一つには、肥満者が多い。特に40から50歳代の男性で約5割がいる。

二つ目に運動不足。運動・スポーツを十分に行っており、満足している人の割合は12%と低い。以下、成人に週に1回のスポーツの実施率は39%、国の目標値は50%になっている。そんな開きがある。

それから、3番目に歩行数が少ない。

それから、4番目に食事のバランスが悪い。特に脂肪の摂取量が全国でも最も多い。あるいは、野菜の摂取量が全国ワースト4。

5番目には、特に小中校生の朝食の欠食率が全国に比べても非常に高い。これらの問題に関しては、後ほど具体的にデータをもとにそれぞれの担当課の方から説明をしたいと思います。

それに伴いまして、課題ということで、一つ目はやっぱり運動する人を増加、ふやしていきたい。あるいは県民一人一人の1日あたりの歩行数をふやしていく。食生活の改善。スポーツ・レクリエーション等に参加する障害者の増加というような考えを設定しております。

では、その課題に基づいて具体的にどんな議論をお願いしたいかということで、一番右の欄に用意しております。

まず、一つは、県民にわかりやすい健康づくりのための情報提供のあり方。それから2番目には、運動を継続できるための社会環境の整備。3番に食生活の改善。4番目に介護予防の推進。そして、障害者のスポーツ・レクリエーションの推進。多分この問題あるいは課題、議論の方向、これから具体的にそれぞれの立場でご意

見をいただきたいと思います。基本的に我々の事務局サイドで取り急ぎ取りまとめた内容ということでご承知いただきたいと思います。

それから、続いてもう一枚のページは、高齢者や障害者の地域ケア体制の構築というテーマでございます。

問題点として、まず一つ目に、可能な限り自宅での生活を望んでいる者が多くあります。特に在宅のケアのためには、介護サービスや障害福祉サービス等だけではなく、日常生活の維持が困難であり、適切な医療サービスの提供が不可欠であると。

それから、二つ目には、医療サービスと介護・障害福祉サービスの連携が必要である。

それから、同じような形でケアを必要とする高齢者・障害者の状態等について情報の共有を図っていく。

4番目に見守りを必要とする者に対する民生委員、あるいは住民ボランティア、NPOとこれらの周りの人が互いに連携ができていないというような現状がございます。

それに対して、課題ということで、やはり、高齢者施設での高齢者の施設でのケアを推進するためということで、国、県、市町村だけではなくて、地域住民全体の費用負担の増加をもたらす。あるいは、ケアを必要とする高齢者・障害者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、地域ケア体制の整備を推進する。自立した生活を維持するために、高齢者・障害者一人ひとりのニーズや環境、状態の変化に応じた支援が必要。そのためには、介護・福祉・医療や保健などさまざまなサービスの組み合わせによる連携と支援が必要。

ということで、最後に、議論の方向ということで、まず、高齢者・障害者について、それぞれに分けた形で整備をしております。

一つ、高齢者の方では、在宅医療と在宅介護の連携の方策。それから、在宅医療、在宅介護および見守りを含めた地域ケア体制の構築の方策。それから、県内の療養病床の入院患者の状況、医療機関の意向、これらを含めた調査をもとにした療養病床のあり方。

それから、障害者ということで、障害者を理解する医療スタッフの養成方策。それと最後に障害のある人もない人も互いに暮らせる地域社会の実現のための在宅医療、在宅介護、見守りを含めた地域ケア体制の構築の方策ということで、一応、この二つの議題のテーマ設定。この二つに関しましては、先ほど申し上げましたが、具体的にこの後、それぞれの担当課の方からデータをもとに詳細な説明をしていきたいというように思います。

以上でございます。

小林部会長： 今、ご説明いただいたこと、結構、きちっと書いてありますね。課の方に説明を皆さんが求められるかどうか、皆さん方はそれよりものが言いたいというほうが先ではないかと思いますが、課の説明は必要があったときに答えるという形で、先に皆さんの声を聞いたらいかがですか。

いいですか。

皆さん方、これ見られて、いいことが相当書いてあるのだけれども、いや、これ

は問題があるとか、こういうことをもっとデータがないのかとかいうのがちょっと気づかれたら、手を挙げてご発言いただきたい。

平井委員： 平井でございます。

今の課題の1のところでございますけれども、この介護保険施設の整備によって、本当に費用負担がふえるのかどうか。つまり、施設介護と在宅介護で、明らかにその在宅介護の方が費用がかからないのかどうかということで、ここにある前提でいくとすれば、もう既に介護保険施設を減らすという前提で、この会が進行されるんではないかなということで、ちょっと危惧を感じたんですが。

小林部会長：お答えできますか。要領よく。

長寿社会課課長： テーマ設定といたしまして、二つ目のテーマのところの地域ケア体制の構築というところでは、この中で議論というのは、施設そのものについて、今の段階では考えておらなくて、地域ケア体制、その地域ケアのシステムをいかにして組み立てていく必要があるかという、そこの論点のご議論をというようには考えております。

小林部会長： コストはどちらがかかるの。

長寿社会課課長： コストとしては、今の状況でいきますと施設の方がコストとしてはかかっているという状況はございます。

小林部会長： 施設では幾らかかっているというのは、わかっているわけね。在宅の方はあまりわからないんじゃないかな。

長寿社会課課長： 実際の利用されている実績からどの程度かかっているかというのは出てますけれども、ただ、それはやはり要介護度とかによってかわりますので、一概には言えないんですけども、実績を見る限りは一応施設の方が費用としてはかかっているということはございます。

小林部会長： 私も説明しますと、だいたい在宅の方がかからない。だけど、それは、家族の方が働いている労働の対価というような形ではとってないから、そこは出てこないですね。だけど、実態としては、家庭の負担という意味では、どっちが大きいかということとはちょっとわからないけど、経済的な問題でいくとやっぱり施設の方が費用がかかっていると思っています。

まず、そこでいっぺんとめて、ほかに何か、皆さん、どうぞ。

竹村委員： 竹村でございます。

一番最初に資料2の問題1、肥満者が多いというふうにぼんとでてきまして肥満者の割合が40歳、50歳代の男性で約5割というふうなことでございますが、奈良県の男性の平均寿命なんか見てますと、全国に最たる長生きの、県だということなんですか。これは、40歳、50歳代の肥満者が多いと、肥満の定義というのはどんなものなのか。それと、日本は欧米人の糖尿病患者のような肥満者はあまりおられずに、糖尿病でも比較的BMIが25以下の方が多いというふうな認識があるのですが、この肥満と直接ぼんと出てくるのは、これは、ちょっと何かベースデータですよ。ちょっと教えていただきたいのですが。

健康増進課長： 肥満につきましてのBMIの25以上ということで、基本的には指標としてございます。

小林部会長： BMI 25以上を肥満にしちゃっているわけね。

健康増進課長： はい。

小林部会長： これは、奈良県の実際のデータですね。

健康増進課長： 詳細なデータはまた後で説明をさせていただきます。

竹村委員： ありがとうございます。果たして40歳、50歳代の肥満というのは、多いところは60代、70代になると是正されるという、多分そういうデータなものですから、これでいけないのかという、どうなのかというのはよくわからないところでございます。

佐久間委員： 奈良女子大学の佐久間でございます。

資料2の最初のその健康の保持増進というところで、ちょっとお聞きしたいんですけれども、問題として七つほど設定されてありますけれども、そして、それに対応して、課題とか議論の方向ということ、整理されているんですけれども、まず、問題となっているもの、原因となるもの、根本的な原因というのは何なのか。奈良県の特徴づけというの、何か関連があるのかちょっとお聞きしたいのですけれども。

例えば、運動不足の「場」の問題にいたしましても。

小林部会長： では、後の説明に載ってますね。今、佐久間先生が言われたこと。聞こえましたね。

答えがないときは、答えがないでいいですから。

ほかに何か。特に私はこういう点が。はい、どうぞ。

辻村委員： 辻村でございます。

ちょっと、全体的なスタンスといいますか、そもそもが地域医療等対策協議会というこのネーミングそのものがそのスタンスをあらわしているのかもわかりませんが、資料の高齢者・障害者の地域ケア体制の構築についてというようなところにも、このところに出てまいりますけれども、介護サービスや福祉サービスだけでは日常生活が困難だと。だから、医療との連携が重要です。いろいろなところに介護・福祉だけでは不十分なので、医療が必要ですよというスタンスですが、ということは、介護や福祉の仕組みというのほぼでき上がっておって、医療が不足しておるから、医療についてのテーマを中心に議論ということになるんでしょうか。

私は、福祉の立場でありますので、福祉の仕組みそのものがまだまだ不十分であると。そして、それから、そういう観点からしますと、すごく医療的な問題にウエイトがかかっているような印象をスタート時点に印象を持ちますが、それと、障害者といった場合、子どもは、この部会では、子どものことについては議論の対象にはならないのでしょうかということなんですが、たまたま私も法人そのものが障害児の福祉に関わっておるものですから、障害児における問題というのは奈良県でも非常に大きな課題を抱えているように思いますので、そのあたりはどうでしょうかというのを。

小林部会長： 答えにくいところけれども、私が感ずるには、今、全国的なことからいくと、医療は医療、福祉は福祉でやっているんですよ。ところが、両方の連携がうまくいかないんです。そこのところを一番気にされているのではないかなと思ってま

して、医療だけがおくれているとか、福祉がおくれているということではなくて、それぞれ皆さんやるんだけども、これは、日本政府が悪いのかもしれないけど。衛生行政の方の人材養成と福祉関係の人材養成はパターンが違うんですよね。それがあつるもんで、どうしてもなかなかうまくいかない。国会議員さんがすると、私が局長の現職の時に国会議員さんに言われたのは、「小林君、何で厚生省が福祉系の人の人材育成一生懸命やらんのか。」と。そりゃ、私ら衛生サイドで福祉じゃないと。確かにおまえら衛生サイドだけよくやりよつて、福祉やらんからいのかのや、と。私が怒られたのですけれども、なかなかうまくいってないんですよね、全体的には、そんなことがあるんじゃないかと思いますが、関連な答えがありましたらお願いしたいと思います。

今、答えられますか。いいですか。ちょっと難しそうですから、これは後で。ほかに。どうぞ。

橋本委員： 橋本です。

ちょっと、テーマが第1番が健康の保持増進。2番目が全く異質な感じなテーマだと思つたんですけれども、それは別としまして、高齢者・障害者の地域ケア対策。前半の健康の保持の奈良県の特徴を書いておられるんですけど、2番目のこちらの方の二つ目の課題については、全国一般的な問題というとらえ方で、特に奈良県では、特に何が問題なのか。後で説明されるのかもしれないけれども、その辺をもうちょっと明確にして、2番目については、奈良県のどこが特に悪いのか、問題なのか、その辺明確にしないと。これ総論的な話になりますので、もうちょっとはっきりして議論した方がいいんじゃないかなと。

小林部会長： それは、では後ですね。後で事務局のほうから

ほかに。ひとまず、ここでいっぺん切つて、県の方からすみませんが、説明をお願いしたい。

前の方からずつといて、特にはっきりデータがわかっているところはとぼしてもいいけども。ちょっと説明をしたいというところを順番にしてください。

健康増進課長： それでは、今の肥満者等それから、奈良県特有の原因が何にあるのかという御質問がございましたけれども、その点につきまして、次の議題の2になってございます健康の保持増進に関する本県の現状というところがございますので、できればそつちの方で説明をさせていただきたいと思いますが、よろしいですか。それでは、健康の保持増進に関する本県の現状ということで、健康増進課の畑中でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

私の方から主に説明をさせていただいて、あと、関連の課がございまして、またそのあたりから説明をさせていただきたいと思ひます。

資料の3でございます。健康の保持増進に関する参考資料となつておる資料の方をごらんをいただきたいと存じます。

まず、最初の資料の2ページをごらんいただきたいと思ひます。

ここでは、本県と全国を比較をしてございまして、主要死因別の死亡率の推移、それから、死因別死亡者数、それから要介護原因等について記載をしておるところでございます。

まず、主要死因別の死亡数の推移でございますが、グラフ、非常に見にくいグラフになって申しわけなかったんでございますけども、実線の方が奈良県の数値を示しておるグラフでございます。それから、波線が全国の推移を示してございます。全体の傾向といたしましては、奈良県、それから全国ともほぼ同じ傾向にあるのかなというふうに思われます。個別的に申しますと、悪性新生物につきましては、ほぼ全国と同様、死亡率が最も高く、そして、一貫して増加をするという傾向にございます。また、心疾患につきましては、特に奈良県で顕著でございますけども、ここ数年に急増しているという状況でございます。また、逆に、脳血管の疾患につきましては、下降傾向を示しておるといようなことです。肺炎につきましては、わずかでございますけども、上昇傾向を示しておるといことになっております。

それから、続きまして、その下の18年度の奈良県の死因別の死亡者数でございます。奈良県では、平成18年に1万1,684人の方がお亡くなりになっていらっしゃいますけども、その死因を男女別にグラフにしてございます。男女で若干の差は見られますけれども、主に悪性新生物、それから心疾患、脳血管の疾患で、3つ合わせまして、男性で62%、女性で58%と死因の約6割を占めておる状況となっております。

続きまして、そのもう一つ下のところでございます。これの奈良県におけますところの要介護の原因となったものについてあらわしておるところであります。これにつきましては、平成14年度に行いましたアンケート調査の結果によるものでございます。本人の申告によるこの介護に至った原因というものを集計したものとなっております。これに基づきますと、介護の原因の第1位といたしましては、男性では脳卒中、それから女性では骨折となっております。また、脳卒中それから高血圧、心臓病では、男性では併せまして34%、女性では20%となっております。特に女性につきましては、骨折関節炎で28%と介護の主な原因となっております。状況でございます。

続きまして、3ページをお開きいただきたいと思います。

ここでは、性それから年齢別の肥満者の推移とそれからメタボリックシンドロームの現状につきまして推移をあらわしておるところでございます。まず、性・年齢別に見ました肥満者の割合の推移でございますが、これにつきましては、平成14年度から18年度の5年間の推移をあらわしてございます。全体の傾向といたしましては、男女ともにわずかでございますけども、減少の傾向を示しておるところでございます。ただ、男性につきましては、40代、それから50代が増加の傾向を示しておることがあらわれております。一方、女性につきましては、各年代共に減少しておるといことでございます。

それから、その下のところにメタボリックシンドロームの状況についてグラフで表させていただいております。男女ありまして、下段に、メタボリックシンドロームに該当するもの、それから上段の方に予備軍ということで数値であらわしておるところです。

これにつきましては、予備軍、該当者予備軍とも各年代におきまして、女性に比べまして男性の方が非常に高い数値を示してございます。男性の40歳代で該当者

または予備軍該当する者につきましては33%、50歳代以降に関しては40%弱で、年齢を経るごとに増加をするという傾向を示してございます。またメタボリックシンドロームそのものに該当する者につきましては、男女ともにこれも年齢を経るごとに増加をするという傾向を示しております。

続きまして、4ページをお願いいたします。

4ページにつきましては、性・年齢別の野菜の摂取量、それから脂肪エネルギー比について記載をしておるところでございます。

まず、上段の年齢階級別野菜摂取量でございますけれども、1日350グラムが一応目標とされてございますけれども、男女ともにこの350の基準というかラインに達しておるのは60歳代のみとなっております。各年齢共に野菜摂取量が少なく、特に若年層では少ないという数字が顕著にあらわれておるように思います。

それから、その下の下段でございますけれども、年齢階級別の脂肪エネルギー比率についてあらわしてございます。男女ともに加齢と共に脂肪比率が減少するという傾向を示してございます。30歳以降につきましては、25%に抑えることが望ましいというふうにされておりますけれども、男性に比べまして女性の方が25を超えるということで、超過の傾向にあるというふうな傾向を示してございます。

続きまして、5ページの方をごらんをいただきたいと思っております。

ここでは、各年代別の朝食の欠食率につきまして、性別の比較、性別別の全国比較をしております。まず、年齢別の朝食の欠食率につきましては、若年層に朝食の欠食が多く、特に男性の割合が高くなってございます。20歳代の男性の朝食の欠食率は35.7%となっております。3人に1人以上が朝食をとっておられない方がおられるという状況でございます。また10代の後半、それから30代についても高い数値を示しておるところでございます。

その下のところは、全国との比較をしております。男性は30歳代までは全国平均に比べまして、高い傾向がございまして。逆に40歳代以降は全国と比較して低いということになってございます。一方、女性は20歳代までは、全国比較に平均して低く、逆に30歳代は全国に比べても高いという数値を示してございます。

次に6ページの方をお願いをしたいと思います。

この6ページのところで、年齢別の運動に関する意識それから1日の歩行数についてグラフにあらわしておるところです。まず、運動に関する意識でございますが、まず、男性の場合は、20歳代から50歳代まで運動を実行していないし、実行しようとも考えていないというものの割合が30%以上となっております。全国と比べて高い数値を示してございます。また、実行していて十分に習慣化しているというものは、全体的に例えば15%程度の数字を示しております。特に、20歳代、それから60歳代につきましては3割それから24%、これは全国と比べても高い数字を示しておるところでございます。一方女性の場合でございますが、助成につきましては、20歳代と30歳代が実行していないし、実行しようとも考えていないというものの割合が30%以上というふうに高くなってございます。また、実行していて十分に習慣化しているというものの割合は、50歳代を除きまして、全体的に男性より低い数値となっております。

それから、1日の次の下の歩行数のグラフでございます。これにつきましては、男性からしましては、女性の方が歩行数が少ないという傾向が全体的に見られます。また、男性は1日平均約7,500歩あるのに対しまして、女性は6,800歩ということで、約700歩ということで1割程度少ないということになってございます。特に40歳代の年齢におきまして、男女の差が非常に顕著となってあらわれているところでございます。

それから、次に、7ページの方をお願いをしたいと思います。

7ページにつきましては、BMI別に1日の歩行数、それから摂取エネルギーについて比較をしたグラフを用意させていただいております。まず、上段の方のBMI別の1日の歩行数についてでございますけれども、これの男女ともに若干それぞれの差はございますけれども、傾向としましては、BMIの数値の高い集団の方が全体的に歩行数が少ないという傾向を示しております。それから、次の下段のBMI別の摂取エネルギーについての比較でございますけれども、男性につきましては、BMIの数値の高い集団が摂取エネルギーが多いという傾向を示してございます。女性は男性ほど顕著ではございません。女性の場合は各集団で摂取エネルギーが1,700キロカロリー以下ということが約4割から6割を占めるなど、小食の傾向が多く見られるのではないかとと思われるところでございます。

次に8ページの方をお願いしたいと思います。

8ページにつきましては、これも先ほどと同じにBMI別の脂肪エネルギー比と野菜の摂取量について比較をしております。まず上段の方でございますけれども、BMI別の脂肪エネルギー比につきましては、男女ともにBMIの数値の高い集団が脂肪エネルギー比が低い傾向にございます。また、その下段のBMI別の1日あたり野菜摂取量のグラフでございますけれども、このグラフにつきましても男女ともにBMIの数値の高い集団の方は野菜の摂取量は多くなるという傾向が見られるところでございます。これにつきましては、これは憶測も入っておりますけれども、肥満を気にされまして、脂肪エネルギーの摂取控える方が野菜を多くとるなど、そういうことがあらわれているんじゃないかなというふうに考えられているところでございます。

次に、9ページの方をお願いをしたいと思います。

9ページにつきましては、野菜それから脂肪の摂取量の都道府県の比較をしたものでございます。これにつきましては、奈良県民の野菜摂取量は1日271グラムとございまして、全国で下から4番目となっております。逆に脂肪摂取量は64グラムということで、全国で一番多いという数値となっておりますところでございます。

次の10ページそれから11ページにつきましては、後ほど、生涯学習・スポーツ振興課の方から説明をさせていただきたいと思っております。

次に12ページの方をごらんいただきたいと思っております。

12ページにつきましては、全国と奈良県の要介護度別認定率の推移でございます。平成12年度より介護保険制度が始まっておりますけれども、この表は65歳以上の人口占めるところの要介護認定者の割合を要支援それから要介護度別に全国と奈良県を比較したものとなっております。18年度に全国、奈良県とも認定率

が減少してございますけれども、これは、介護保険制度の改正でございまして、サービス事業体系が変更されたことによるものというふうに考えているところであります。また、介護の必要度が軽度であるものの認定区分が要支援、要介護1から要支援2および要支援1の3にございまして、要支援1および2の方は状態の悪化をできる限り防ぎ、生活の向上を図ることを目的としたあらゆる予防サービスを利用することなどで、この影響が出ておるといふふうに考えておるところでございます。介護保険につきましては、後ほど高齢者や障害の地域ケアの構築に関する本県の現況についてにおいて詳しく説明をさせていただきたいと思っております。

次に、10ページ、11ページにつきまして、生涯学習スポーツ振興課から説明をいたします。

生涯学習振興・：失礼します。生涯学習スポーツ振興課の竹川でございます。

スポーツ振興課長補佐 10ページ、11ページの資料について説明をさせていただきます。この資料は、平成15年に奈良県におけるスポーツ振興計画のあり方を検討するために、奈良県スポーツ振興審議会で調査されました奈良県民の運動・スポーツに関する実態意識調査の抜粋でございます。

まず3Aの「あなたはこの1年間に運動やスポーツを行いましたか。」という問いに関しましては、64%の人が何らかの運動・スポーツを実施しておるといふふうに答えております。行ったスポーツに関しまして、その3Bで聞いておりますが、最も多くの人が行ったスポーツは、ウォーキングでございます。45.4%になっております。それに次いで体操、ゴルフあるいは軽い球技、軽い球技と申しますのは、例えばキャッチボールとか円陣パスとか、ドッジボールとか、それから競技性の低い卓球とかバドミントン、そういうものを挙げております。奈良県はこういう結果になっておりますが、全国に関しましては、ウォーキングが33.8%で圧倒的に多い数字を示しております。

続きまして、11ページの3Cの問いでございますが、「上記の運動やスポーツを行った日数を全部あわせるとどの程度になりますか。」という問いに関しましては、それぞれ回答した方のそれぞれの割合、週に3日以上から、わからないまで書いておりますが、有効回答数が733ございまして、その全体に対する割合がその右側の奈良、全国ということで数値を挙げております。週に1回以上スポーツを行った割合が奈良県の場合は38.7%。全国は37.3%ということで、ほぼ同じ数値を示しております。平成12年に国のスポーツ振興計画が策定をされておまして、その中で、成人の週1回以上のスポーツ実施率50%を目指すということが、うたわれておまして、奈良県においてもこの15年の時点で39%でした。2人に1人の人が週1回以上スポーツを行うということを目指しているという現状でございます。

それから、3Fの問いですが、「すべての人にお尋ねします。」という、「あなたは運動・スポーツ活動についてどのように感じていますか。」というこの問いに関しましては、「運動・スポーツを十分に行っており満足している」と答えた人が12.1%であるのに対しまして、「もっと行いたい」あるいは「行いたいができない」という割合があわせると81%にのぼっております。このことから、運動・スポーツに対

する潜在的な欲求や需要は非常に高いと考えられます。この中にはデータはございませんが、運動を行わなかった理由といたしますのは、これも聞いておる問いがございます。この中では一番高かったのが、「仕事が忙しくてできない」と。それから、「機会がない」あるいは「年をとった」というものがございます。それから、「場所・施設がない」と、こういう理由が上位を占めておりました。このアンケートに關しましては、今年度、奈良県スポーツ振興計画の改訂を予定しておりまして、同じようなアンケートをこの6月に実施をする予定をしまして、また新たに最近のデータが入手できるのではないかなと考えております。

以上でございます。

健康増進課長： それから、先ほど長寿部会の進め方、議論の方向の中で、竹村委員の方からご質問がございました肥満者の割合、男性40歳から50歳代の男性で5割というふうに数値が出ておりましたけども、この数値ですが、申しわけございませんけども、4割ということで訂正の方をいただきたいと思っております。

我々としてましては、男性を特に中高年、働き盛りの世代、30代、40代、50代の世代に肥満が大数であり、増加する傾向にあるということが大きな今後の問題でないかなという考え方でございます。

小林部会長： もうほかはいいですか。

どうぞ。今後のあり方も含めてどうぞ。

佐久間委員： ご説明ありがとうございました。

これは、資料の方を拝見させていただければ確かにわかるんですけども、では、なぜ全国でも奈良県が劣っている項目が多いのか、それもいろいろあると思うんですけども、相対的に奈良県がなぜ劣っているのかっていうのは、どのように推測されているのでしょうか。その辺のことをお聞かせ願いたい。

健康増進課長： 数値の全国的に悪いところにつきまして、まず一つ、運動がやはり、する割合が少ないというのが原因だと思うんですけども、それからやっぱり食事の問題やいろいろあると思うんですけども、その具体的な理由分析につきましては、できてまだおらないというのが現状でございます。

安川委員： ありがとうございます。

質問が2点とコメントが1点あるんですが、私、たまたま昨年度奈良県の地域医療の医療費の分析を半年ほどさせていただいたことがあって、奈良県とまず一口にいてもかなり地域差があるということがあって、これはどちらかというとコメントの方なので、必ずしもお答えいただく必要はないんですが、例えば、9ページのところに野菜の摂取量であったり、脂肪摂取量であったりっていう量の比較をされていますね。野菜の摂取量がなぜ低いのかって、私もちょっとイメージがわかりませんが、脂肪の摂取量が多いという話は、これ見ていただくと、奈良県除いて、トップに入ってくるのは、ほとんど政令都市を持っている地域なんですね。政令都市を持っている大都市のある地域なんですよ。大阪とか神奈川、愛知、東京、宮城、福岡、京都。要するに食生活のパターンが奈良県の場合、これだけ見ると都市型の食生活をやっているんだと思うんですね。ところが、その場合の都市型の食生活をしている人たちというのは、多分奈良市とか生駒とか大阪や京都に近いところす

ね。いわゆる人口密集地域の人たちは、かなり都市型の生活を送っているんだけど、たとえばです、山の方はそれとは大分違うんじゃないかという、これは、私が実際に医療費のデータを見て感じるころなんですけど。そうすると、例えば、ここで脂肪摂取量の問題だ、じゃ、どうしようかという政策をとるときに、一体だれをターゲットにしてどういう施策をとろうとこれからするのかっていうところ、ちょっと考えどころがあるのかなと思います。私は、公衆衛生の専門家ではないので、その方策については、何も申し上げられませんけれど、奈良ひとくくりというのは、確かに県の行政としての姿勢は当然そうなんでしょうけども、具体的に例えば朝食の欠食率なんかも含めて、人間の食とか行動のパターンに関わるような対策をとっていく場合には、かなり地域差というのを考慮しなきゃいけないんじゃないかって、これはコメントです。

それから質問ですが、二つありまして、一つは、まず一番最後の要介護度認定の推移なんですけど、ちょっとぱっと拝見して、大急ぎで全国と奈良県の年度ごとの増加率をちょっと見てみました。そうしますと、おもしろいことがわかって、平成15年まではその前の年に比べて認定率の伸びはポイント数でいくと全国よりも奈良の方が多いいんですよ。ところが、15、16年になると、今度は奈良の方が認定率の増加率は全国よりも低くなるんです。この15年とか、16年のあたりで何かあったのか。あるいは、ここへ向けて奈良のほうの要介護認定に関わる何か特別な医療あるいは介護の分野からの働きかけ、あるいは県の中でのいろいろな取り組みというのが何かあったのかなと。そういうのがちょっともし情報としてあれば、もう少し議論がしやすくなるのではないかなというのの一つと。

同じことなんですけども、さっきのスポーツのところ、スポーツを行いたいと思っているができない。その理由として、一つは場所や施設がない。2番目に忙しい。仕事で忙しいということが挙げられておりました。理由としてはよくわかるんですが、これ調査しているのが平成15年ですから、少なくとも4年半たってるわけですね。その間に施設の問題、場所の問題というのはどの程度奈良として取り組まれたのか。あるいは、忙しすぎてできないのであれば、例えば、対応としては職場でできるだけ運動するようにという何かプロモーションというのか、そういうのがありうるのだらうと思うんですけど、そういう取り組みをこの4年間の間にされたのかされてないのかっていうのも含めて、今までどういう取り組みをしてきて、その結果、それがうまくいったのか、いかないのかという情報も、もし今日で無理であれば、また次回のときに少し入れていただくと、より前向きな議論ができるのではないかなと思いました。

栗田委員： 栗田です。

今のご質問と関連するかもわからないんですけども、きっと先ほどの数のことをお示しいただいた中に、やはり食事とか運動とか、生活習慣とかというところだと思えるんですけども、皆奈良県の人たちだと、自分たちの生活習慣の特徴みたいなのに、きっと気づきにくいのではないかなということで、例えば、歩行数が少ないというのは、公共交通機関の利用ではなくて、どこかに移動するときも車を使うことが多かったりとか、東京の方とかですと、やはり公共交通機関で移動するのが

主になってきて、歩行数がおのずとあがってきてたりするのかなと思いますし、その食事の内容、脂肪の摂取量のことであるとかということも、やはりそういうのが関係してくるのかなと思います。それで、例えば、全国の方と自分たちで原因を見ていくと、自分たちも同じように奈良県に住んでいる者なので、少し全国の傾向というか、あとどうしてそういう生活習慣の特徴であるとか、地域の特徴というのがもしわかるようであれば、その辺をまず出していかないと、次、どうするかというときに焦点がずれたようなことになってしまうのではないかなと、このように思うので、そのようなわかるような方策はあるのかなと思ひまして、もしできれば、その辺どうして、奈良県のこういうデータになっているかみたいな生活習慣とか地域の特徴みたいなあたりまで情報がいただきたいなと思います。

武末委員： 武末でございますけれども、実はそこら辺のことをこの部会に期待しておる次第で、県庁としては調査をすることは可能なんですけど、では、どういうところを調査すればそういうのが出てくるのかという知恵をぜひいただきたい。また、先ほど40代、50代の肥満、BMI 25が悪いのかどうかというようなことについても、そこら辺のところは他府県とかにあればそういうのを持ってきてやることも可能だと思いますけれども、いろいろ調べてみたんですけども、あまりそういうことを都道府県レベルでやっているところがないというのが実情でありまして、ちょっと話が私からいうべきではないのかもしれませんが、この部会の委員の方々に期待しているのは、その全国でも初めての取り組みになるかもしれないんですが、こういうのを何で計ればいいのか。例えば、やはり自家用車の所有率であるとか、例えば、買い物に行くときに何で行きますかみたいな話であるとか、通勤の際の手段であるとか、そういうのでひょっとしたらわかるかもしれませんがというような、いろいろなアイデアがあるんだと思うんですけども、そこら辺を調べるのは、今年になるか、来年になるかわかりませんが、県の方で調べることは可能だとは思いますが、何を調べればいいのかというのをいろいろ意見をいただけたらなというふうに強く期待をしているところでございます。

以上です。

瀬川委員： 天理市の保健師をしております瀬川と申します。

今、先ほどからご意見とかコメントが出ていた内容で、私たちも実は保健活動をしている中で、野菜の摂取率が少ないのか、脂肪が多いというところらへんで、数々皆で議論を重ねてきたプロセスがやっぱりあります。ちょっと私が保健師活動している中である農村地域で何で野菜つくっているのに野菜が奈良県摂取率少ないんだろうという話を地域の人たちに言ったときに、野菜をつくっているのは売ってため、自分たちが食べるためではないというふうに答えが返ってきたのです。これは、売ってためにたくさんつくって、皆に出荷、食べてもらうために売り物だというので、自分たちは食べない。実際、多分だから少ないんだろうというようなことが地域の中から声が出てきたことがありました。

それから、動物性脂肪、このアンケート調査の聞き方がどんなだったかちょっとわからないんですけども、動物性脂肪というところに関しては、奈良県の習慣と

して、必ずお肉でだしをとるといような調理のしかたをするのが、やっぱり奈良県、割と多いんです。だから、お魚でだしをとるんじゃなくて、お肉を入れて、お肉でだしをとって料理をつくるというのかな、そういう習慣が奈良県、結構多いです。だから、そういう傾向もあるのかなというのは、事実関係は確実にはつかんでおりませんが、私たち保健師活動している中でやっぱり議論として出てきた部分でもあります。

それと、介護認定の話があったんですが、佐藤さんもいらっしゃるから、ちょっとそういうのを聞いたらいいのですが、私のいる天理市でも当初はやっぱり認定を受ける人がかなり少なくて、なぜかというと、福祉とかそれから介護を受けるというのは恥ずかしい、要するに福祉サービスを受けたくない、受けるというのは恥だというようなことがやっぱり奈良県の人たちの特徴で、特に天理市なんかあって、あえて受けない。だから、受けないからこそ、こちらの行政側があえてPRしてサービスを使いましょう、認定を受けましょうという啓発をした時代がやっぱりありました。介護保険制度始まった当初がそういうような傾向があって、ただ、だれかが使い出すとどっと認定をし出す。例えば、町内でまとめて介護認定の申請をしたというような地域もあったりして、奈良県というのは結構ピアノの持っている率が全国で一高かったり、学校の先生している率が高かったりとか、そういうような特徴がある地域なんですけども、こういう認定に関しても、もしかしたらそういうサービスを受けること、認定を受けることが恥ずかしいというような風習があったと違うかなというように私たちがちょっと議論した経過があります。佐藤さんがよく知っているかもわかりません。

北田委員： リハビリテーションセンターの北田です。

奈良県の立地条件なんですけど、奈良県は、やっぱり大阪のベッドタウンであるという背景が大きいと思いますね。だから、その辺の県外の通勤者であるとか、あるいは県外に学校通っている方とか、あるいは県内で仕事されている方とか、そういうのに分けてこういういろいろな調査をしないと、いろいろなデータが違ってくると思うんですよね。だから、そういう視点も一つ入れていただいて、分析していただきたいと思います。

田中委員： 田中でございます。

食事等の中に「よくかむ」という視点を入れていただきたいというふうに思います。

このよくかむことによって全体の食事の量を減らす、あるいは摂取するカロリーの量が減る。それが肥満の、まあ早く食べることが肥満につながるという点も一つございますので、この一つの生活習慣でございますので、やはり低年齢のときからこういうふうなよくかんで食事の味をしっかり味わってということをやむを得ず視点として入れていただきたい。

今村委員： 全体的な意見なんですけども、総論としてこの議論に入る前の前提をちょっと確認をしたいんですけども、この健康増進の目標というのは、長生きすることが最終的な目標なんですか。それとも病気にならないということが目標なんですか。そこが論点の整理に必要なこと。長生きという意味じゃ、十分長生き、奈良県は

長生きしているわけですから、最終的な目標の一つずつは奈良県は劣っていても、最後の目標が高いレベルだったら、そもそも最後の目標さえクリアしていれば良いのではないですか。ただ、今の議論の流れが、病気にならないということを目標にしようとしているように考えるので、するとちょっと論点が変わるのかなと思ひまして、では何で病気にならないという必要があるのかという、この議論の発端を考えると、要は病気の人がふえると今の医療のキャパがあふれてしまうと。だから、こんな問題が起こったんだということに行きつくんじゃないかというふうに思ひて、その病人の場合は、病人の率がふえるという以前に、その数がふえることがまずは問題があるというふうに考えていまして、高齢者がこれから数としてはふえてきますよね。今、平成17年で2,000万人ぐらいの高齢者が平成37年には3,000万人ぐらいにふえます。1.5倍にふえると。すべての施策、今までどおりならばいいという前提かもしれませんが、数がふえれば、この施策で今までの病気の率さえも維持ができるかどうかはわからないという状況があると思うんですね。ですから、まず数、病人としての総数を伸びをどれだけ抑えていくかという多分議論だと思うんです。その辺は押さえていかなければいけないというふうに考えております。

小林部会長： 私もそこが大事なところで、これはやっぱり、奈良県の場合におきかえたら、健康長寿でないのかなと。だから、できるだけ病気にはならず健康で長寿という、ここにテーマが書いてありますね。やっぱり健康長寿ということを目標にしていくのがいいのではないのかなと私も思うんですけどね。だから、その辺が、皆さん方がご議論やれば、やっぱり目的は健康長寿だということに、そのことについては、ほとんど議論とか反対はないと思ひますけど、いかがなんですかね。それが一つの大事なことで、今村先生言っていたように、健康長寿を目標とする。そうすると、あと老人がだんだんふえてはきますけども、それで老人の方でもできればセルフメディケアでやるという人も、セルフメディケアって自分で自分の病気をきちっと管理しますよという人たちがふえてくる。それから、本当の病気なら早く発見して、早く治しましょうと。早期発見、早期治療に結びつけようということが課題になってくるんじゃないかと。そのために、皆さんおっしゃったように生活習慣をどこを直すのか。それは、県の中によってばらつきがあるのか、ないのか、まだよくわからない。このときどれをねらってたら、本当に一番いいのかというのは、またこれからとなってきます。私もそんなふうに思ひますが。

今村委員： ほかの県と比較して、どこが劣っているかというのは、重要なポイントだと思うんですけども、これから、そのサービスを受ける総数がふえてくるので、日本中がそのサービスを維持するために今、努力をしているという、その平均点が維持できるという前提の議論だと思うんですね。

小林部会長： そのサービスより、私が言ったのは、健康長寿ということを目標にして、そのサービスというのは、健康な人に一緒にサービスするという事はないんですよ。

今村委員： 例えばスポーツなど、スポーツ施設というのはキャパがあるわけですね。そうすると、老人の方がどれだけいけるかと。それが今までの老人の数がふえずにず

っと生きて、その率を上げるという話と、そもそもその総数がふえていくときに、そのキャパを維持できるのかということ、この議論の大切なポイントだと思います。これは、ほかの県もすべて直面している問題で、総数の増加に対して、この状態できるかという議論が最初にあって、その上でほかの県とどこを直していけばいいかというふうに、これはちょっと前提を崩れないということを確認してから議論した方がいいという、そういうことでございます。

辻村委員： 今、部会長さんがセルフメディケアとそれから早期発見早期治療ということをお話しされましたけど、先ほどの朝食の欠食率のところ、非常に見ながら、すごく愕然としつつ説明の中ではちっとも触れられなかったのですが、このデータ見ますと、1から6歳、修学前の子どもの朝食の欠食率が、これ全国と比べて、ものすごい女性では29.1。3人に1人が修学前の子どもは朝ごはん食べていない。この状態というのは、これは子どもが勝手に食べないというのではなくて、食べさせてないという状況を示しているのだと思いますね。私は、保育園もやっていますので、保育園に朝ごはん食べないでくるという子どもが結構いるんだという話は、ちらちら聞くんですけど、このことは、子どものその健康や発達に影響がないのか、あるのか。恐らくあるんだろうと思うんですが、なかったら、もうそんな食べなくてもええがなと、これでよろしいがなと、1食分助かっているわという話になるんですけども、まさかそんなことはない。そうすると、やっぱりこの子たちが大きくなっていく。その中で朝食の重要性というのは、こんな30%も食べていない子がいるというのは、どういうふうに対応するのかというのは、単に親に食べさせなさいと言っているのではなくて、きちっと生活の、習慣じゃなく、職業との関連とかで、きっと食べさせる時間がなくてお母さんが仕事に行っているという状況があるとすれば、こうしたことがあるんじゃない、どういうふうに改善したらいいのだろう。先ほどちょっと障害のことも児のことも入りますか、子どものことも入りますかと申し上げたのは、障害の場合も、先ほど先生がおっしゃった早期発見、早期治療、あるいは早期養育ということは、障害児にも関わる人にとっては、非常に重要な課題です。その辺のことを考えると、こんな健康な子どもでも欠食、朝のこんな大きな数字が出ているのは無視できないなというふうに思いました。

大人だったら、セルフメディケアというか、おまえ食べないのは自分で食べて言っていれば済むんですけど、子どもが食べてないというのは、これは、どうしたらいいんだろうと。

小林部会長： 今も実際のお話、なんか、主に女性の方でなぜ奈良県の子どもたちは特に今の子は食べないのか。

健康増進課長： すみません。事務局からですけども、今の1歳から6歳の、事務局からでなかった話ですけども、データを取っている者が非常に1歳から6歳というのは、非常に少ない数のデータでございまして、1歳6歳あわせて46人、特に女性の方が19人ございますので、一応、そのデータの関係がございまして、直接触れることもあるのかということで、ちょっとその辺の説明を終了させていただいたことでご理解をいただきたいと思っております。

小林部会長：物を言えないときはやっぱりデータに書かない方がいいですわ。書くとかえって誤解を招くからね。それは、統計でうそをつく方法という。私ら昔はやった…そんなこと言っちゃいかんな、それは冗談だけど。やっぱり物が言えないときは書かない方がいいね。

だけれど、ちょっと補足しますと、私の経験で言いますと、私が東京のある中高一貫教育のPTA会に講演を頼まれて行きましたときに、講演をずっとしたんだけど、その中で、学校給食を食べない子どもたちが多いう話をしてしました。ぜひとも食べなさいと。子どもたちだって食べたいはずですよ。学校給食でも、ついに、その中高一貫教育の学校は、皆学校へ来るまでに大体1時間以上かかってくる子が、かなり遠く、進学校で、ナンバースクールになろうかと頑張っているんですが、そこで給食を校長さんと理事が来て、すぐ1カ月以内に朝食を食べられるようにしてあげてくださいと私が言ったんです。そしたら、講演が終わるまでに二人で協議してやりますと。じゃ学校行って、それをやったら、成績が上がるんです。やっぱり食べるということは、朝、食べてくるということは、すごく大事。やっぱり食べないとだめですよ。これは何にもまして大事なことだと思う。それも、また先ほど話ありましたように、田中先生おっしゃったように、かむという、すごくこれ大事なこと。子どものときからきちっとやっておかないとね。皆飲み込んじゃうからね。食事のところも大事なことだと思います。ちょっと余談になりますけども、学校の先生で、これも朝食出すようにしたけど、一番喜んだのはだれだったか、学校の先生。先生方もうちで食べさせられずに学校へ来て、学校で子どもたちと一緒に食うとって、先生方が一番喜んだという落ちがある話です。すみません、脱線しました。

山中委員：先ほど辻村先生の方から子どもの議論はどうなのかという話がありましたですけども、障害とかいうことの中で子どもということは確かに大事なことでろうと我々認識しておりますんですけども、一応、いろいろな子ども全般ということになれば、我々としては、議論が相当拡散してくるのかなというようなことを思っております、できれば、ここに書いてありますような高齢者・障害者というくくりの中でご議論いただければとこのようにまず思っております。

それから、先ほどいろいろな調査のお話が出ておりましたですけども、奈良の場合は、北と南で相当いろいろな生活状況が違うということ。それは、我々も十分認識をしております。そういった中で、市町村ごとのいろいろなデータとか、市町村ごとのデータとかは相当あるのかなと思いますんで、そういった分析はある程度のことではできるのかなと思っておりますけれども、北田先生、先ほどおっしゃいました働き方とか、そういった形の中で、限られた時間の中でどこまでできるのかというのは、ちょっと正直いって、これは事務局の立場としてでもあるんですけども、ちょっとしんどい部分があるのかなという思いをしております。その辺は十分検討はしてみたいとは思っています。

それから、先ほど要介護認定の率のお話がございます。ちょうど、瀬川先生の方からもお話があったんですけども、ちょうど12年から14年というのは、これ介護保険の第1期にあたる時でございます。それで、15、16、17と第2

期に入ったということで、そこで率が落ちているのではないかというご指摘であったわけですがけれども、特に奈良県としてちょっとこれは十分分析をしてみたいと思いますけれども、特にその認定のしかたがそこでかわったとか、ただ考えられることは、15、16、17から新しい第2期の保険料になっているというようなことがどういった影響を与えておるかとかですね、そういったことも若干分析検討の余地があるのかなと思って聞かせていただいております。

ある程度意見といいますか、事務局の立場でちょっと発言させていただきました。以上でございます。

北田委員： ちょっとこのグラフを見て、スポーツのところなんですけど、この中でお年寄りがよくやっておられるゲートボールってありますよね。これはどうなっておるんですかね。10ページ、11ページ、スポーツでダンスとかいろいろ書いていますが、ゲートボールはこれ見たらないですね。

武末委員： 7番目にあります。ゲートボール。

北田委員： ああ、7番目にありますか。失礼しました。

この中で、ゲートボールで、例えば、このゲートボールなんて若い方されないと思うんですけど、年齢を区切って、例えば65歳以上でどのぐらいやっていると、こういうのはあるんですか、データ。だから、年齢でどうなって。例えば、お年寄りの65歳以上の方でゲートボールやられるのが何%ぐらいあるのかとか、そういうようなデータがないんでしょうか。

生涯学習振興・： 失礼します。

スポーツ振興補佐： まず、安川先生が最初にご質問されたと思いますが、施設に関してこの4年間に何か変化はあったのかというようなことですが、平成17年にスポーツ振興計画を策定をしまいたんですけれども、非常にそのときの財政的に厳しい状況でして、なかなかお金のかかる施設を語るっていうのは非常に難しい状況でして、内部ではいろいろなスポーツの施設の整備に関しての検討をしておったんですけれども、なかなかそれは予算に結びつくというようなことはございませんでして、具体的な施設整備というのは、実際のところはあまり変化はしておりません。

それから、職場でのスポーツの取り組みということに関しましても、特に民間の職場でのスポーツということに関しては、なかなか触れる機会がございませんでして、そこまで振興計画にも載せていないという現状でございます。

それから、ゲートボール年齢別のデータはあるのかということでございますが、一応20代から高齢者の方まで年齢別に抽出をしてアンケート実施しておりますので、細かいデータは確認したらあると思いますけれども、現在はその全体の数字しか載せておりませんので、ちょっとその辺はまた確認させていただきます。以上でございます。

佐久間委員： 先ほど山中先生のお話にもありましたけれども、健康長寿ということで、健康といまして私の専門とも関係あるものですから、割と体の方の問題といいますが、スポーツを何かそういったデータベース、あと病気のこと、食事のこと、そうなんですけれども、私、心の方の問題ですね、健康長寿というのは、では心

の方の問題はどうなのかという、そういった視点の何も資料が。

小林部会長： 健康長寿というのは、心の問題も入るんです。

佐久間委員： 入るんですよ。それに関するデータが全く。とらえずらいといわれていますようにわかりますけれども。私の側からの運動を媒介とした心の問題というのですか、そういったのをすでにやっているものですから、ちょっとその辺のところは、データとしては気になりました。

それと、先ほどからのスポーツ施設の問題のところでは触れられたんですけども、たまたまこの前、私の後輩が文科省の生涯スポーツ科の課長をやっているんですが、そこで、さっき言われました奈良県が全国で3位ですと。下から3番目。施設の充実度ですね。特に総合型スポーツクラブというんですね、いろいろな施設、学校施設などを活用した形での普及も含めて、全国で下から3番目だそうです。

小林部会長： 施設が。歩く道のことは。

佐久間委員： 歩く道という、今お話出てたんですけども、やはり、運動を普及させるために、やはり安全安心というのも非常に大きな要素でして。

佐藤委員： 見せていただきまして、私どもの方で今、地域包括支援センターの方が今年度から高齢者の選定ということで基本チェックリストを全体的に全65歳以上を対象にやろうとしております。

既に18年度から一般健康診査等でやってきているんですけども、その中で今ここを見せていただいた中で、栄養関係ですね、そのあたりが、ああそうなのか、高齢者の思っているのと少しやはり違うのかなって思うところが幾つかありました。というのが、例えばBMIの関係でも、高齢者の場合はどちらかという、低栄養であるとか、それから低アルブミン、低タンパクといわれているよう、やはり運動器も含めた形でターゲットにしているわけですね。ところが、今、ここでお示しいただいてるのは、どちらかという、メタボリックシンドロームを対象とした内容の項目が多くなっております。ですから、もし、全体的に健康長寿部会という形であるならば、そのあたりの高齢者向けのデータというのもお示しいただいたり、例えば摂取エネルギーでありますとか、脂肪エネルギー、野菜摂取量等も含めまして、年齢別のものが出していただくとありがたいと思いますし、それから、タンパク量のあたりも、できれば年齢別のものをお示しいただくとありがたいと思っております。

小林部会長： 先生方からいろいろ要望等が出ましたんですけども、多分この会はあと2回で議論を固めなくちゃという、どうも制約になりそうなので。

大体一般、基本、先生方皆さん方公衆衛生や合理化するかについて、どういうことをすればどういうふうに役立つというのは、大体ご理解はされていると思うのですが。

あとは、問題は、これが奈良県全体の大問題なのか、地域の問題なのかということは、まだわからない、という状況下で知事さんに対して、こういうことをやってくださいよということをお願いする魅力を書いていかないといけない。こんなふうに思ったのですが、それで、皆さん方それぞれ皆さん、これが重要というのがあると思うけども、県民の皆さん方に健康長寿に役立つ何か運動、健康増進的な活動と

というのは、何がお勧めにあるんですかということ、きょうここでまとまらなければ、事務局とそれから私は今村先生の専門分野ですから、先生がここで聞いたことをまとめていただいて、こういうのがいいですよと。結局、すべて悪いことはないんです。皆いいことなんだけれども、奈良のこの奈良県民のため、特に、大事なことは、もう一方で医療福祉というのがあり、そこへも金を財源を積み込まなくちゃいけないので、多分健康増進だけをやっているというわけにはいかなくて、私が知事だったら金がかかるのがすべてなんで、金がかからずにやれることを考えてみようと、こう言いたくなるような、知事さんはこんなことまではおっしゃらんと思えますけど、やっぱり知事にこういうことをやっぱりやっってくださいということ、皆さん方が提案していただけると本当はいいような気がするんですが。

その点から見ても、この。だって、今まで全国でうまくいったというものは、一番は、最近で言えば秋田、栃木が塩分、みそ汁なんかのね、塩分コントロールということ、県を挙げてやったんですね。その前に、同じく秋田は、脳卒中の予防ということに必死になって、脳卒中という病気をねらって皆予防策をやろうとやってる。そして、すごく少なくなった。そういうような、かつての歴史はあるんですけど、この際今のお話だと、一つに絞れるということではあまりなさそうなので、そうでもないのかもしれないんですけど、本を読んで何をやったらいいのかと、こういうのを、ちょっと皆さん少し考えて、ご意見があったら出していただく。まとまらなければ今村先生の宿題でも……。

平井委員： 確か、今の健康保持増進に関する参考資料というのは、確か、これ健康なら21で議論していることだと思うんですよ。私もその委員をだぶっているんですけども、そこから出てきて、ここではこういうふうなことを進めてますっていうふうにしていただいた方が、恐らく議論されてきている、佐久間委員がおっしゃった自殺対策で、心の健康をもっと重視してくださいというのは、私、4、5年前から言い続けているんですけども、だから、その結果としてここに出していただいたほうが、だから、結構奈良県の施策として重点を置いてやっていることがあると思いますので、時間がないんですけど、今後の進め方としてですね、一回やったことをまたメンバー替えてやっているような気がするので、ちょっとその辺、もう少し要領よくやっていただきたらと思います。

小林部会長： 要領よくというのは、どういう意味ですか。

もうそのレポートがあるから、それを参考に見せていただいて、議論をすると。

平井委員： 例えば、健康なら21というのが最終的な形で出ているんですね。そういうのを出してもらうとか、こういうふうなことを今、奈良県ではこの健康なら21の委員会を受けてやっていますとかというふうなことの方が、時間の関係で、このスケジュールを見るとだぶっているような気がしてしょうがないんですね。

北田委員： 先ほど、奈良県の要介護の原因として、女性の場合の骨折が18.3%というのがありますよね。2ページなんですけど、資料3の2ページなんですけど。女性の骨折というのの原因は、一番やはり骨粗しょう症というのは、大きな原因なんです。だから、先ほどもちょっとゲートボールのことで聞いたんですが、すべてではないにしても、やっぱり太陽によくあたって、ビタミンBをとって、筋力

を使えば、それほど金を使わなくても、それはできますから。だから、その辺が家に、日陰に引きこもってじっとしているよりは、はるかにそれの方が、そういう骨粗しょう症の意味では、改善できるんじゃないか。そういうことによって、骨粗しょう症が改善できれば、この骨折も当然少なくなります。そういうことで、骨折が少なくなれば、介護が減ると。そういうような算段もありますので、その辺もちょっともう少し詳しいデータを知りたいなと思います。

竹村委員： 竹村でございます。先ほどもご意見ありましたように、奈良県は全国一番の県外就職率の高い、県外就職率、高校生の就職する地域が県内が一番少ないということで、県外就職率が全国一ということで先ほどからご意見ありましたように、奈良と大阪には鉄道で6本ぐらいあるんですかね、高速道路も今現在有料道路3本走っております、南北がゼロということで、奈良県は、大阪の完全なる衛星都市ということで、先ほど健康なら21の情報についても、今回新しくいろいろな提言があっても、奈良県の人は何を見ているかということ、大阪の新聞を見ていたり、職場で新聞を見ていたりということで、奈良県で本社機能を持っている大きな企業も森精機とか、今名古屋へ本社移しましたですし、それから松下、石油ファンヒーターをつくった工場も今も半分以下になって、職場は、いろいろなところ、大阪それから尼崎、シャープも亀山というふういろいろなところに移しまして、奈良県で働いていらっしゃった方も、そちらの方まで単身赴任というような、そんなことなもんですから、健康なら21、それから今度の情報もどれだけうまく伝わるかというようなことが、それも一つ、幾らいい提言をしてもなかなかうまく伝わってなかったんじゃないかなというような、僕にも当然、私の方にも責任あるんですが、何か上手に伝える方法があって、それが実効あるようにできなきゃ、何にもならないなというような感じもいたしました。

武末委員： 健康安全局の武末です。

まさに、なぜこの会を改めてやるのかというような、今ご指摘があったようで、既存の枠組みがきちんとうまくしているのかというのが、知事のまず皆さんに投げかけられている問いでございます。従来、国がこれをするべしということで、各種計画やかつてそれに従ってやっていって、それが本当に有効なのかどうか、奈良県の中で考えたことがあるのかということなんでございます。

私、実は4月に来たばかりで、本当に奈良県のことをよく知らない中で、失礼なことを言うかもしれませんが、本当に奈良県というのは、一つの組織として言っているのかというぐらい、地域の特性が違います。一つのあらわれとして、世の中があつという間に合併、合併をして、目先のエンジンに食らいついている中で、これほど合併しないで自分たちでやっていくんだという文化というのを持っている地域っていうのは、恐らく奈良県はトップなのかなというふうに、2カ月で感じているところなんです、そのような中で、県としてそういう今まで従来やっていた計画が粒度（※物事の大きさ、スケール）として正しかったのか、今ご指摘があったように、市町村別に少しやった方がいいぐらいのあれかもしれないということもありますし、ということなんです。ですので、従来の計画は計画として、その効果の評価もきちっとすべきというご意見も一つでありますし、ただ3回、秋ぐらい

までという制限がある中で、今、言われていることは、まずは、今あるデータを有効活用して、何か言えないかというのを大まかにつかんでいきたいなということが1点。もう一つは、あるといいなという意見が、今、たくさん出てまいりました。こういうデータが欲しい、ああいうデータが欲しいというご意見いただきましたが、できれば、そのデータがあると本当にいいのかというのを、他府県でもいいですし、世界中のどこかでもいいですし、恐らく専門家の方々が直感的にそういうことを言われるということは、そういうデータがあると、こういうことがわかって、こういうことができるというのが言われているんだというのを、先生方はわかっているんだろうけれども、我々が、ではどのデータを提言に基づいて調べましょうかというときには、わからないんです。できれば、効率的にやりたいと。同じ調査に力をかけてやるならば効果的な施策を打ちたいということで、そういったところも、今回、この委員の先生方にもデータを出してくださいと、行政に言うだけではなくて、その際には、そのデータを出す有効性というところも、専門家としてあわせて提示していただけると、行政としては、調査をやるときに非常に、予算の要求もやりやすいですし、本当に県民のためになる調査ですということで回収率も上がるのではないかなというふうに考えているわけでございます。

こういうことを言うために、もう一つこの委員会の特徴というのは、行政から私と二人入っているのは、今までなかなか事務局だと、こういうことなかなか言いにくくて、先生方からこれ出して、これ出してって言われると、うーんと思いつつも、なかなか言えずに、そのままやむやになっちゃうということがよく、奈良というわけではなくて、どこの行政でもあってですね、そこをきちんと、行政の立場もこれらを出していただくとやりやすいということを、議論しながら進めていきたいなと思っております。

以上でございます。

小林部会長： それで、私の提案なんですけど、私は奈良が今、武末さんが言ったように、奈良県があちこちの地域によってそれぞれ大分生活の違うようなお話でした。もし、言われるならば、奈良県が幾つかに分割できるなら分割して、その地域の中では、この中で議論が出たような何をやりましょうと、一つずつでも同じところが、同じものが二つあってもいいんですけど、そうやって、お互いに競争しあってやるという方式をとるか、あとは全県をまとめて同じ運動でやるのか。私は、前回言ったときに、県の方とやったのは、奈良市では、特に奈良県庁出身者は全部、もう自動車通勤することはやめてくださいと。全部は無理でも、できれば歩く方は自転車で出勤することにしてほしいと、そうやって、県民の代表として、まず県庁におる人間はそういうところはやりました。これは、奈良市しか、今言えない話なんですよね。ほかの地形はわからない。だから、その地域にあったことで、この地域ではこういうことをやりましょうとって、何か決めて、それはひとつひとつというようなことをやると、結構色合いがついて、地域によって、山が多いところとそうでないところと当然ありますから、分けてやるというようなことも考えられるのかなというように、地域に少しわかれたものを課題に持ってやるというやり方と、あくまで、皆、地域競争をやるということ、両方あると

思うんだけど、どんなもんですかね。

安川委員： その二つに加えて、ずっと気になっていることが、今、るる、ありました県外就職者の数が多いということと、情報が結局奈良の情報を奈良県民がちゃんと見ないというのがあって、大きなポイントだと思います。それで、この手の話っていつもそうですけど、いろいろ提言をしたり、アイデアを出しても、結局実際にいざ始めようと思うと、これは、自分たちのテリトリーではないとか、これは手が出せないとか、ほかのいうことも割とおいとくとか、何て言いましょうか、実行可能なリソースが非常に少ないということが。

実は奈良の話をしているんだけど、問題は奈良県からかなりオーバーフローして、奈良県に入ってくる、他県の問題が奈良県に反映されているということは、よくあるんだと思う。そうすると、本当の意味で実効性のある提言、本当の意味で、実現可能性のある提言を本当にしていこうと思うと、腹くくらなきやいけないなと思うのは、一体どこまでの人を巻き込みますかということだと思う。例えば、この話を大阪府にぽっくり持っていきますかとかですね、奈良県の人には話はできますかっていうことなんです。それが全くできないと。他県のこと是一切だめで、奈良県の中だけで考えましようとなりますと、私、かなりのことはできないと思います。だから、その辺の腹のくくりはどうなのかなというのが、ちょっと気になります。

小林部会長： 奈良県でできることをよその地域まで広げるといふ。

安川委員： いえいえ、奈良県の健康長寿を政しようと思っても、奈良県というエリアだけでやっても、効果が薄い可能性があるということです。例えば、さっきの話で、子どもたちだって奈良県の学校へ行くより外の学校に行くのが多いとすれば、例えば、脂肪の摂取のことでハンバーガーをたくさん食うのをやめろっていうような話の一つあると思うんですけど、それは、例えば奈良県の中でハンバーガー食べるのをやめましようねと幾ら言っても、県外出ちゃったら全然把握できないわけですね。奈良県に住んでいる人たち、あるいは奈良にかかわりのある人たちの健康長寿ということを考えるというときには、今現在奈良にいる人が、奈良で動いていることだけを切り取って、そこを何か改善するという話と、奈良という人につながっているようなその人たちがすべてそういった問題に関われるような状況を、周辺と共同でつくっていきながら、そのベネフィットとか利益を奈良も一緒に享受していくというのと、両方あると思うんですけどね。恐らく、ここに出てくるような食生活の問題であるとか、そのことをるる考えて見ると、決して奈良県ということだけのくくりで切り取ってできる話ではないんじゃないかなと、私は思う、ということです。

武末委員： 全くおっしゃるとおりだと思うんですね。ただ、進め方として、今、言われておりますのは、もちろん奈良県ですので、奈良県の中でできることが一番すぐできることになると思います。ただ、おっしゃるように、本当に効果的にやろうと思うと、例えば、近畿で、近畿の知事会等で提言してやらないといけないんでしょうけども、その場合には、ある程度それをやれば相当、ちゃんと効果がありますよという、ある程度説明ができて、納得ができて、そっちがやるならこっちもやりますよみたいなところができないといけない。または、国に対して、奈良県

でこういう、それこそモデル事業でもいいんでしょうけれども、やってみて、そして実際にやったらこんなよくなりましたと。有名なのは長野の佐久であるとか、先ほど来のお話ですけど、そういう形で国に持っていこうと。

知事は、そこまで腹をくくっておられるんですけども、ただ、やはり、優先順位があるというところで、今できることというのは、比較的奈良県の中で、権益の及びやすいところになると思いますけれども、この部会の対象としては、そこはどちらかというと、ハウトゥーの心の部分ですので、そこを最終的に整備する場合に、これは、それを実現するために県域外までアプローチしなければならないとか、これは、国に提言しなければならないですねという整理をさせていただいて、ただ、最初のあるべき論とか目指すべきところを示すところは、今、もしそれが本当に非常に県内の健康の向上に重要であれば、まずそれは、スコープの中に入れていただいて構わないと思うんです。

山中委員： それと、ここでご議論いただく施策の実効性という観点から考えまして、やはり総論的な話もちろんそうなんですけれども、だれがやるのか、県がやるのか、市町村がやるのか、あるいは各種団体がやるのか、住民がやるのかという、そういったそれぞれの役割分担というものをきっちり詰めた上で、ご議論いただければなど、このように思っております。そういったことで、ちょっとお願いができたかなということ。

以上でございます。

小林部会長： 私の方には、皆さん方が先ほど提言でいろいろな活動があるんですよ、公衆衛生活動、そして、いろいろなものが。どれが最善だということも地域によっては違って来るから。私は自分で、だけどやっぱり奈良県、この前大学のあるところと奈良と比べると大分違いますもんね、感じがね。それから、私が昔、三重県時代にきた南の方の地域はまた全然違うからね。だから、やっぱり全部同じテーマでなくて、それこそ、保健所の単位ぐらいなら分かれるかな。保健所幾つあるの。六つぐらい。

健康増進課長： 奈良市入れて六つ圏外五つと奈良市が一つと、あわせて六つ。

小林部会長： だから、六つあるとすると、六つぐらいが各市町村の答えとして、全市町村別でやるっていうのは、ちょっと多くなっちゃう。そうやって目標を立てて、やっぱり保健所長さんが音頭取りをして、その地域でやっていただくというようなことを考えていたんだけどね。私は個人的にはね。

テーマも最も効果的な流れが、大体が部分的にはデータある程度出てきますからね。その中でやれるというのがあるといいのかなと。また、逆に言うと、何か県全体で統一して何かしようということができないのではないかと。そうすると、また大変なことだろうね。難しいんじゃないかな。いいのがあるでしょ。中には。そのお味噌汁ばかり対策やろうしている人がいるという話。一番これデータの中にはウォーキングというのがないね。ウォーキングという言葉がない。万歩計の話は出てたけど。私は、一番いいのは、本当はウォーキングが全体で県民が歩いてくださるのが一番いいと思うんだけど。地域の人によって違うし、山つきの多いところは、ウォーキングなんかって言ったって、歩かれないんじゃないの。歩くということ

は都会ではやれることかなと思ってはいるんです。

どうですかね。皆さん方。

きょうは答えでなくてもいいんだけど、次回集まるときに、たたき台でも何でもつくって、それについて議論をするということにすれば、そのときに、だれがこれをどう進めるのかというのは、そのテーマによっては違うでしょ。テーマによっては、今、今村さんおっしゃられたように、確かに大事なことが。だから、それもあんまりお金のかかることならば、それは、できない話になります。そういうふうを考えるんだったら、次への宿題もできたことだし、ちょうどいいのではないのかなと、こんなふうに思いますが。

事務局で何か、ここも総括で議論せよと言うんなら、言ってください。

大体、ほとんど大体、尽きていると思うんですけど。

それで、だれも言わないが、奈良県庁は皆朝、通勤は自動車だめよってというのは、守れそうでやれそうなんですか。

知事さんのお膝元だから、知事が一番影響力出せる人っていうのは、県庁職員。

大学は入れるかどうかは別として。そうすれば、皆が歩けば、結構よくなるし。県庁の方、いかなですか。反対ですか。

まずは、知事さんのお膝元の直下の方々が皆さん歩くっていうことで。

今日、答え出すわけではないです。

大体皆さん方、きょうのところは言うべきことは言われましたか。

長寿社会課課長： そしたら、もう一つのテーマがございませうけども、お願いできますでしょうか。

小林部会長： では、一たん休憩します。

ひとまず5分休憩します。

長寿社会課課長： そしたら5分ほど休憩させていただきますので。

(休 憩)

長寿社会課課長： そうしましたら、もう一つのテーマでございませう高齢者や障害者の地域ケア体制の構築についてという資料について説明をさせていただきたいと思っております。簡単な資料説明をさせていただきますけど、まず、1ページからお願いをいたします。

1ページは、全国の総人口と高齢者人口の将来予測でございませう。現在高齢化率全国で20.2%でございませうけども、将来的には30%を超える率になっていくということございませうして、現在、2,500万人の高齢者が将来には3,700万人ぐらいになっていくと。2035年ですけども。

次のページは、奈良県の同じ総人口と高齢者の将来予測ということございませう。奈良県の人口は今後低下をしていくということございませうけども、高齢化率は10%から将来36%といったような数字になっておりまして、2025年が一応65歳以上の人口としてはピークになるということ、2025年の上の部分で、41万1,000人ここが将来については、高齢者の人口がピークになるということが推計されております。

次の3ページのデータですけども、これは、高齢化率の都道府県のランキングということで、高齢化率の高いところから順番に並べておるところで、奈良県で34

位というところでございます。

次の4ページは、県内の高齢化率で、市町村別のランキングを高齢化率の高いところから低いところに順番に並べております。高いところではいきすと5割、50%に近い高齢化率のところもございまして、香芝でしたら、15%といった状況です。

次に5ページでございまして、5ページの資料は、一般所帯に占めます高齢者単身そして夫婦所帯の割合でございまして。現状でしたら、8%あまりということではございましてけれども、将来的には高齢者の単身あるいは夫婦の所帯がどんどんふえていくという状況が、見て取れるということではございまして。特に奈良県は、全国と比べまして、こういった割合が高くなっているということが予測をされております。

次に6ページでございまして。これは、奈良県の場合の要介護認定者の推移ということで、現在約5万人の方が要介護認定を受けておられるということで、次の7ページのところは、65歳以上に占める認定者の割合ということで、これも先ほど少し出ておりましたですけれども、約16%ぐらいのところの認定の割合ということでございまして。

次、8ページでございまして、これは、市町村別の認定者の割合ということで、市町村別に並べております。

次に9ページでございまして、要介護認定者のサービスの利用の割合ということでございまして。要介護認定における現状が5万人ほどの認定を受けておられますけれども、そのうちの程度の方が実際にサービスを利用されておられるかというデータでございまして、平成19年のところではいきすと、3万9,850人ということで、対認定者の割合ではいきすと、約80%といった割合になっております。

その棒グラフの内訳として、上の部分が、白い部分が施設で利用されている方、下の黒い部分が居宅で、家の方でサービスを受けておられる方です。

次に10ページでございまして、10ページは、介護給付費の推移でございまして。本人負担分を除きました9割分の介護給付費の推移でございまして、平成12年、制度が始まった当初から比べまして、倍以上の伸びということで、現在平成19年におきましては、652億円の介護給付ということになっております。このうちの半分は保険料、そして半分は国県市町村の財政負担といったことになっております。

11ページは、介護保険料の状況でございまして。保険料の高いところから順に低いところの市町村ということで並べております。現在3,957円というのが奈良県の第3期計画分の平均でございまして。

次の12ページ、これは、第1期、第2期、第3期ということで、介護保険が始まってからの保険料の月額推移でございまして。

次の13ページでございまして。13ページは、特別養護老人ホームに対しての申込者の状況のデータでございまして。これは、平成19年9月時点での調査のデータでございまして、その調査結果のところでは書いておられますけれども、入所申込者数が5,002人ということで約5,000の方が入所をお申し込みされておられるということで、その内訳として、要介護3以上の方ではいきすと、2,459人約

半分の方が要介護3以上の方が申込をされているということでございまして、そのページの右手の方では、特養の入退者の状況ということで書いておりますけれども、1年間にどの程度の方が退所されておられるということでいきますと、約1,000人の方が年間で退所されておられるということでございます。

次の14ページをお願いいたします。14ページは、介護サービスの提供する基盤ということで、施設あるいは事業所の推移を整理したものでございます。

中ほどに棒グラフがございまして、平成12年の制度スタート開始から比べますと、現時点では特に居宅サービスが、特に高い伸びとなっております。施設につきましても、緩やかではございますけれども、年々施設の整備も進んでおるといった状況でございます。

17ページを少し見ていただきたいんですが、17ページ、これ、それぞれ施設がございまして、施設でどの程度の費用がかかるかというところでいきますと、その表、上の方の1人当たり、1人一月あたりの費用ということで書いておりますけど、先ほど少しご意見もありましたけれども、こういったそれぞれ施設ごとに1人あたりの費用がかかっておるといったデータでございます。

少し飛びまして、21ページをお願いいたします。

21ページは奈良県の将来人口から推計をいたしまして、将来施設の入所者がどの程度になるかという見込をたてたものでございます。21ページの一番左側のところ平成18年のところでいきますと、一番下の部分が特別養護老人ホームでございまして、その次が、介護老人保健施設、その上が介護療養病床という順になっておりますけれども、例えば、特養でいきますと、18年度ベースで4,690人という入所者でございまして、将来を見ますと、将来推計人口からいきましても年々ふえていくというような、こういった推計がされるということでございます。

次に23ページをお願いいたします。23ページは、施設サービスにかかる介護保険料の影響額ということで、大変粗い試算を行っております。黒い網掛けの部分が介護老人福祉施設ということで、特養について推計をした分でございますけれども、少数50人の少数の特養を一つ例に計算をいたしておりますけれども、保険料がどの程度影響があるかということで、A市の場合でいきますと、年間369円の保険料として影響があると。B市の場合でいきますと、2,473円、C町でいきますと1万1,293円という、それぞれは65歳以上の方の人口が違いますので、こういった影響が保険料には出てくるということでございまして、また、その表の右手の方ですけれども、県負担金また市町村負担金増加額と書いておりますけれども、それぞれこの網掛けのところに書いておりますように、例えば県負担でいきますと、50床の特養をひとつ整備しますと2,700万円ほどの負担がふえる、市町村でいきますと、1,900万ほどの負担がふえるという、こういった粗い推計でございます。

ただこれは、入所される方全員がその市町村に住んでおられる方というのが大前提として、こうなっております。

次に、24ページをお願いいたします。ここからは、調査結果ということで、まず、20ページは、内閣府が平成18年の調査としておこなったものでございまして、虚弱化したときに望む居住形態ということでございますけれども、その棒グラフ

一番左の分ですけれども、虚弱化したときに、現在の住宅にそのまま住み続けたい、また、その右手、現在の住宅を改造して住みやすくするというので、現在の住宅で住むことを望んでおられる方がこの二つをあわせると、約60%という数字になります。

次に、25ページでございますが、平成15年の内閣府の調査の結果でございますけれども、本人が介護を受けたい場所ということでいきますと、左手の黒い部分というのが可能な限り自宅で受けたい、もう一つ、右手の33.3%が介護施設で介護を受けたいという希望をされておられる方ということになっております。

次に、右のページでございますが、介護を受けさせたい場所ということで、家族として、要介護状態になった家族の方をどこで介護を受けさせたいかということでいきますと、可能な限り自宅でという方が57.7%、施設でという方が23.9%というこういうデータになっております。

27ページは、自宅で介護を受けたい理由ということでございますけれども、住み慣れた自宅で生活を続けたいという方がダントツで多くなっております。

次の28ページでございますが、先ほど25ページのところで介護を受けたい場所というところで、本人の方が介護を受けたい居場所ということで、可能な限り自宅の次に介護保険施設ということで33.3%というデータがありますけれども、では、介護施設などを利用したい理由は何かということで聞いております。その結果からいきますと、一番上ですけれども、家族に迷惑をかけたくない、また専門的な介護を受けられないといったことからという理由になっております。これからいきますと、条件を整えば、できるだけ住み慣れた自宅で介護を受けたいというようなことも判断できるのではないかと思います。

次の29ページは、施設の入退所者の経路でございます。一番上が、介護老人福祉施設特別養護老人ホームでございますけれども、退所後の行き先ということで、右手の方でいきますと、医療機関に行かれる方が27.4%、亡くなられる方が62.0%。各家庭、家に帰られる方が1.4%となっておりますが、介護老人保健施設、リハビリで在宅復帰を目指す施設でございますので、やはり在宅に復帰される方が33%ということで、大変高い割合にはなっております。

30ページは、これは、奈良県の介護老人保健施設協議会が調べられたデータでございます。平成18年度の自宅、家庭復帰率というのでしょうか、老健から自宅に退所をされた割合でございます。施設番号というのを一番下を書いておりますけれども、これは、退所率の低い施設から高い施設の順に並べておりますけれども、平均としては29.4%の家庭退所率ということになっております。

31ページのところでは、2015年の高齢者介護ということで、厚生労働省の高齢者介護研究会の報告ということで出ておりますけれども、可能な限り在宅で暮らすことを目指すということで、少し見にくい表かも知れませんが、内容としては、これまでの施設サービスとそれから在宅サービスという、その中間的なものとして、在宅サービスとの連続性を確保するための新しいサービス体系の必要性というのがここではうたわれております。

32ページは、地域包括支援センターの機能を少し整備したものでございます。

県下の全市町村に地域包括支援センターが設置されておりますけれども、総合的に高齢者を支えるセンターとして活動が始まっておるセンターでございます。

次、33ページからでございますけれども、これは、要介護者の方に必要なサービス、こういったようなサービスを提供すればいいかという際に、ケア会議、ケアカンファレンスを行うようになっておるわけでございますけれども、それらの医師の参加の状況でございます。このデータは、京都府の医師会のデータでございますが、1番上の部分ですけれども、これはケアマネジャーに対してのアンケートの分でございますけれども、医療情報が必要かというときに、必要なときが多いというのが一番多くなっております。また、下から二つ目主治医との連携というところでは、普通という回答が非常に多いわけですが、ただ、サービス担当者会議への参加というのは、医師に対しては、ほとんど要請していないといった部分が非常に多くなっております。

次のページの34ページは、これは医師に対してのアンケートでございますけれども、介護支援専門員との連携では普通だといったような回答がありますけれども、ただ、サービス担当者会議への出席は要請されたことがないというのが非常に多くなっているという状況になっております。

35ページは、これは、後期高齢者医療制度に関わりまして、診療報酬の改定が行われておりますけれども、それに関わって新しい報酬が生まれておりまして、内容といたしましては、退院やあるいは転院の際に医師の方が居宅介護支援事業所など、あるいは在宅療養支援診療所などと連携しながら、ケアカンファレンスを行えば、行った際には一定の評価を行うという新しい診療報酬の体系が組まれておること、こういったことはケア福祉との連携の中の必要な、非常に効果的な一つの診療報酬じゃないかということで、参考にこれを挙げさせていただきました。

以上でございます。

次に、あとの資料につきましては、保険福祉課そして障害福祉課の方から説明をさせていただきます。

保険福祉課長： 保険福祉課の松原でございます。

少し資料の方、戻っていただきまして、15ページをお願いいたします。

療養病床の再編成についてということでございまして、これは、国の方の資料でございます。療養病床の現状につきましては、データでございますように、ほとんど医師の指示が必要ない方が利用しているというのが医療用病床で44.8%、介護療養病床で50.1%とうことございまして、適切なサービスの提供の観点から再編成が必要となっているというのが国の状況でございます。

それから、16ページでございますけれども、こちらは、過去の療養病床をどのようにして今の現状に至っているかという流れを示した、経緯を示したものでございます。これはちょっと飛ばしていただきまして、17ページでございます。この療養病床と介護福祉保険施設の対応についてでございますけれども、向かって左側の方、療養病床、介護療養病床が入院治療が必要な方。右側の方に行くに連れまして、主に介護が必要の方ということになります。それぞれ費用がやはり療養病床の方が49万円、1人一月あたりでございますけれども必要になってまいります。それが少し

介護療養病床老人保健施設、特別養護老人ホームになりますと、その額がかわってくるということでございます。この左Bのところ、今奈良県の現状の病床数を示しております。医療用療養病床については1,925床、介護療養病床については1,074床が現状でございます。次の18ページを少し見ていただきますと、この先ほどの療養病床の今後の目標といいますか、再編に伴った目標ということで、国の方が算定標準というのを示しております。左の真ん中の介護療養病床、これが23年度末で廃止という方針を今示しております。これについて医療の必要性の低い方については、老人施設でありますとかケアハウス等に転換をしていく。医療の必要の高い場合については、これを医療の方に転換していく。また、一方の医療療養病床についても今、全国で23万床、奈良県で1,925床でございますけれども、これについても医療の必要性に応じまして、再編をしていくというようなことで国の方が示してきてございます。

実際の奈良県の状況ということでございますけれども、19ページでございます。介護療養病床の介護の必要性ということでございまして、下が全国ベース、上二つのグラフが県のベースでございます。約7割以上の介護療養病床に入院されておられる方が介護・要介護の4、5という介護の必要性の高い状況にあるという現状でございます。

それから、20ページをお願いいたします。

こちらは、県内の地域医療圏別に病床数を見たものでございまして、特徴といたしましては、老人ホームの定員は全国より多いということでございますけれども、介護老人保健施設というような、また、療養病床については、まだ低い状況にある。特に圏域別に見てみますと、奈良圏域では高齢者の人口に対する数ということでございますけれども、全般的に低い。特に南和医療圏においては、医療用病床数が非常に、一番右端でございますが、低くなっているという現状でございます。

それから、21ページをお願いいたします。地域の中身を見ていただきましたけれども、今後の将来の推計ということでございます。これのちょうど真ん中の18年度でございます。この下から4つ目、それから下から3つ目の2,011、1,024が現在の数と、介護療養病床、医療療養病床の数ということでございまして、今後高齢化の進展に伴って、現在の人口の伸びで必要数を考えますと、最高で平成42年にこれぐらいの数というのが想定されてくるということでございます。また、国の方としては、在宅医療の充実によって、こうしたものは対応していこうということを示しているということでございます。

それから21ページでございますけれども、こちらは、今申し上げました将来の伸びのところにつきまして、介護、先ほどのは特養とか老健施設を含んだ数字でございますけれども、医療療養病床と介護療養病床だけ抜き出して推計を将来への推計を見たものでございます。横に線が入っておりますけれども、こちらが一番下の線のところが国が示しております1,798とこういう目標数ということでございます。現状が真ん中の3,000少しのところということでございまして、将来人口の伸びに応じまして、この3,000グラフに出てくるところをどのように考えていくかと、高齢化の進展に伴って増加するについて、地域ケアあるいは在宅医療による対応が

必要だということを示しているところで、私は、以上でございます。

障害福祉課長： 失礼します。障害福祉課の古市でございます。

36ページをお願いいたします。

基礎データといたしまして、障害者にかかるデータをごらんいただきたいと思っております。36ページは身体障害者の手帳保持者数の推移でございますが、この身体障害の等級にかかわらず年々増加傾向にございます。19年度が6万3,428件ということでございます。

37ページをごらんいただきたいと思っております。生涯の種類別に身体障害者数の推移でございますが、種類別の構成比では、そんなに大きな変化はございませんが、すべての障害、内部機能障害であるとか、肢体不自由とか、すべての種類において年々増加傾向にあると言えます。

次に38ページをお願いします。奈良県内の知的障害者に対する療養手帳の交付数の推移でございますが、人数および対人口比とも年々増加しておりまして、19年度では、8,422件というような形になってございます。

それから、39ページをお願いします。これは、年齢別の療養手帳の保有者数の推移でございますが、65歳以上では伸びが止まっておりますが、この数を見ますと、18歳未満で大きく増加していることがわかります。

急いすみませんが、次の40ページ、41ページの資料でございますが、近畿府県における障害福祉サービスの見込量比較ということで、40ページ訪問ケアサービス、41ページ居住系サービスでございますが、これは、特に全体の人口を考慮してはいない統計でございますけれども、奈良県の障害福祉サービスの見込量は他府県に比べて低い水準にあると言えるのではないかとというような判断をしております。

それから42ページをごらんいただきたいと思うんですが、これは、縦書きで見にくいと思っておりますが、これは、奈良県の障害福祉計画を策定しておりますが、これは、23年度末のサービス見込量を立てておりまして、例えば訪問系サービスでありますと、5万938時間でございますが、そして18年度末の見込達成量が3万1,306ということでしたが、新着は3万9,227というのが、新着は121ということで、かなりいいペースなんでございますが、その下の日中活動系になりますと、かなり目標値を下回っておりまして、進捗率が55ぐらいから70%になったというような状況にございます。

それから、次に44ページをごらんいただきたいと思うんですが、これちょっと見にくくて失礼いたしますが、これ全国の統計でございます。身体障害者にかかる障害の原因別に見た身体障害児・者の数でございますが、上の表は身体障害者でございます。1行目だけ見ますと、総数が324万5,000人です。そして右の5つ目ぐらいまでが事故ということで553件、これが17%。疾病が849件26.2%、右の方が不明とか負傷とか、これがかなり大きな数字になっておりますので、これを合計してちょっとなかなか活用しにくいところもあると思っております。身体障害児についても同じように、8万1,900の総数に対して、事故が2,000、疾病が1万2,100、そしてこれも不明負傷が多うございます。

それから、次の45ページでございますけれども、これもちょっと写りが悪くて申しわけございませんけれども、これは障害の発生年齢および原因の資料でございます。これは、年齢別にどんな身体障害が起こっているかということでございます。全体としては、やっぱり40から64歳が37.7%最大でございます。視覚障害については、その年代40から64、29.9、聴覚言語障害についてはその年代でございますが、ゼロから3歳児で18.5とかなり大きな数字になっております。ほかは大体同じような傾向です。その下の精神障害につきましては、やっぱり全体では20代から39歳が37%、10から19歳が29.8%。その中で統合失調症は、10から19が41.3%、その次に20から39が36.2%というような統計になってございます。

それから、次の最後のページをごらんいただきたいと思います。

県では障害のある方もない方も地域で安心して暮らせる社会の実現を目指しておるわけでございますけれども、そのために、地域内システムをつくっていく必要があると考えてございます。資料の中央から少し左下、ちょっと見にくいと思いますが、障害のある人、障害のある子どもたちという輪をつくっておりますが、それを中心にその回りに市町村、相談支援事業者が、子保育所、保健所、病院などがネットワークをつくって、地域の中で共に支えあう地域づくりを進めるイメージを示してございます。多くの日常の障害福祉サービスは住民に最も身近な市町村の窓口で支給決定された上でサービス提供される仕組みとなっておりますが、市町村の窓口では、特に困難な事案などへの、対応が十分にできない場合があります。それから保健とか医療、福祉、教育、労働などさまざまな分野においてともすれば支援者が属する分野の専門性や資源のみで利用者の個々のニーズに対応した地域の課題に向かおうとしがちであります。このような状況を克服するために、この保健医療福祉教育などのさまざまな分野がそれぞれどのような専門性や資源を有しているかということを経験の共有化を図ることによって、分野を超えたネットワークを構築して、これまで支援が困難とされて、地域で暮らしをあきらめざるを得なかった、いわゆる困難な事例に対しての地域での支援が可能となる仕組みづくりを進めるものでございます。

具体的には、相談を受けた市町村や相談支援専門員等が開催する個別ケース会議というのがございますが、これで支援に必要な関係者が随時集まって協議する場となっておりますが、その場合、行政やサービス事業者だけでなく、例えば民生委員や関係機関などが集いまして、個々の持つ専門性が資源を活用して、具体的な支援を検討していただくということでございます。

資料右下の方に記載しておりますが、県全体の課題につきましては、市町村から吸い上げた課題とか、県全体の課題につきましては、県の自立支援協議会が設置しております、公益的な支援を検討しているところでございます。

そして、県の自立支援協議会での協議を踏まえまして、県と市町村が意見交換、情報提供の場として、また各圏域でワーキング会議を開催して、地域の障害福祉サービスの提供にあたっての助言支援を行っているところでございます。

また、各圏域マネージャーを配置しております、圏域全体の地域自立支援協議

会および市町村に対する助援、支援、人材育成などを通じて県におけるネットワークの構築とか、社会資源の開発・醸成といった広域的な支援をあわせて行っています。

さらに、左下に記載しておりますが、県の役割でございます専門性の高い相談支援ということで、発達障害者の支援とか、それから、専門相談窓口の設置などの取り組みもなっているところでございます。

このような全体的な展開を進めまして、地域ケアシステムを構築して、障害のある人もない方も地域で安心して暮らせる社会の実現を目指して現在取り組みを進めているところでございます。

簡単ではございますが、以上でございます。失礼いたしました。

小林部会長： ただいまのご説明に対しまして、ご質問、ご意見ございませんか。

今村委員： ご説明ありがとうございます。

本当にわかりやすい資料で、先ほどの健康のときも申し上げますけども、最大の問題は、老人が実際の数として増えていることに、その数の増に対するサービスが確保できるかというところだと思うんですね。今回、在宅のサービスも伸ばす、そのかわり施設の方は減らすというようになってますけども、老人人口が20年で1.5倍になるという状況の中で、施設を減らした分の在宅化の確保が、本当にできるのか。そして、本当に1.5倍になったときに、今、多分43%ぐらいの人が入所していると思うんですけど、それは多分35%とか30%まで下げないといけなくなる。今、介護療養病床のこの介護認定者をみても、医療は必要でなくても相当介護なりが必要になるし、特養とほとんど遜色がないぐらい重い人が入っているイメージがあって、本当にそれだけのサービスが提供できる体制があるのかという、今の状況をふまえて説明ください。

長寿社会課課長： 現状からいきますと、例えば、先ほどお示しいたしました特別養護老人ホームへの入所申込という例でいきますと、5,000人という数字出ておりますけども、ただ、5,000人申込されておられますけど、ただ全部が全部本当に今すぐ必要というのではなくて、予約的に申込されておられる方もおられますけど、ただ、事実として中重度の方も実際申込んでおられるということから考えると、そことしては、施設を求められているという事実がありますので、在宅サービスだけでは不十分だということで、そういうことになろうと思います。いずれにしても、在宅サービスももちろんですけども、施設サービスも一定整備はこれからも必要になってくるだろうというふうには考えております。

ただ、どこまで、本当に施設をつくっていけばいいのかというのは、先ほども少しお示しいたしましたけども、財政面の保険料とかの面で、やはり負担もございますので、そこは本当に私たちも悩んでおるところでございます。

今村委員： 施設をふやせということではなくて、今回、施設を減らそうという動きがあって、それも介護療養病床、割と重い施設を在宅型の入所施設とか老健施設とか軽い施設にかえるということは、重い人の行き場が減ることだと思うんですけど、それは数としての議論と今度は質としての議論が二つあると思うんですね。質としての議論として、さらに重い人の入る施設が減ってきて、本当にもつのか

ということのその見通しというのは、どんなものですか。

保険福祉課長： 介護療養の受け皿を、廃止された場合の受け皿で、その数だけでなく、その質的なところということでございますけども、県の方でも少し入院されておられる患者さんの実態調査、こういったものを作って、中身を少し把握していこうということを考えております。

それでもって、現実に関しましては参酌とどういう関係にあるか、質といわれるものについても中身を調査していかないかなというふうには思っておりますけど。今すぐ、全容をお示しするデータがないところでございます。いずれにしても、そういうところを考えていきたいと思っております。

小林部会長： ちょっとよく聞こえなかったけど、もう少しゆっくりしゃべってみてもらっても。

保険福祉課長： 県の実態調査をやることにしております。ただ単に数的なものだけではなくて、入院されてる方の状況というのを把握した上で、この問題について考えていきたいというふうに思っております。

小林部会長： ということは、実態調査の結果が出て、次に計画をつくり直すと、こういう構図でいくわけですか。

保険福祉課長： はい。医療適正化計画のことをおっしゃっているかと思っておりますけども、それについて、実態調査の結果を踏まえた上で、今まだ県の方では策定いたしておりませんので、それを踏まえて策定に向けて取り組むということでございます。

今村委員： ぜひそれは調べてもらいたいと思うことと、今回強烈だと思うのは、介護の方の施設を減らすのと同時に医療の方の療養施設も減らすという、ちょっとダブルできているところが大きな変化だと思います。今までは、医療の方を減らすときには介護をつくって、介護の方に逃がしたわけですね。介護の方から逃がそうとするときは、医療の方の数は変えずに動かしたという経緯があったと思うんですよね。今回、両方減らしにかかっているということで、本当に出ていけっていうなるというあたりが今までと違うと思うんです。だから、本当にそれだけの数を出すことができるのかということが、総量としての施設が減るっていう状況が今、あると思うんです。国が目指しているのはそういう姿だと思うので本当にそれが実施可能かということは、ぜひ調査の中でも考えてもらいたいと思う。

以上です。

小林部会長： 今のことに関連して、国はさっき言われたように、もう数は、この数で抑えろといっているわけでしょう。それ以上のことをつくったときには、どういうことになってしまうのか、心配でしょうがない、私は。結局国は、数を絞り込んだというのは、実は、平成17年、18年と保険局が実態調査をやっている。その実態調査に基づいて、これだけは国がどうしてもこの患者はみなくちゃいかんということを決めて、それ以外は全部だめだと。国が面倒見ないということを書いて、全国でたたかれていることは事実だと。そんな厳しい基準がひどすぎるといって怒っている県が多いのだけでも、まだ保険局もぐらぐらしているというのは、私も実際2、3日前にちょっと電話かけて聞いたら、そんなふうで。まあ聞いてはいるけれども、ただ、それは担当者がうろついているのであって、上の方の事

務次官や何かはどう考えているかは分からない。実は、17年、18年の実態調査に対して、厚生省がわりにもうこういう施設では収容はできる限り減らしていると言いだした。もう一つはそうじゃなくて、在宅医療でやってくれということを行っているんですよ、厚生省。もっと在宅医療の方で面倒を見ていく。ところがその在宅医療については、今度は実際の現場でやっている先生方の中には在宅医療は厚生省が言うほど簡単じゃないよと。私らようやらんからぶったおれるよと言っている人たちが結構おるといことが、それも聞いてきたんだよね、私ね。いろいろ調べたら。ということは、厚生省は、きついことを言っている。けれども、在宅医療も遵守をしないと、今でもこれ見ると、予算なんか見ていると、皆結構在宅で見てほしいというお年よりもおるし、それを見てあげたいという家族もいるということがあるから、それは、結局在宅サービスがよければ、結構そっちに動くだろうし、悪ければ、全部ようやらんということになるでしょうから、非常に難しいところなんだね。だから、早く実態調査の結果が県がやる結果を見ないといけないと。県は実態調査をやらずに県独自の判断でそこをいっちゃうと、国が実態調査やって、その結果に基づいて数字をつくっているのに、県の方は実態調査もやらずにそんなことをやるのかということになっちゃうから、実態調査は絶対必須なんだよね。だから、そうすると、まずその答えを見ないと、なかなかものが言いつらいんだよね、今。例えばこの会でものを言えと云って、実態調査の結果を見れば、ある程度は話になると思うけど。それまではちょっと無理して早く固めるのは。それで、実態調査をいつやって、いつごろ大体データが出てくるのというのを聞きたいんだわ。

保険福祉課長： 6月の10日に調査の方をお願いしておりまして、最終的に報告いただくのは8月ぐらいということのスケジュール感で考えているところでございます。

小林部会長： ということは、8月のデータを見て、この会議ができるんならいいよね。

保険福祉課長： そうですね、そういうことであれば、一番早い望ましい形になると。

小林部会長： その手続きを踏まないと、先生方にもどう判断していいかということをおこちが聞くのも大変問題なことだね。できればそこまで次長さんや、やっぱりデータを見て、それから、もうちょっと各県の動きを見ないと、すばつこうは。というのは、私個人の意見は、厚生省のやった実態調査に基づいて出したデータに対して、実は私と同じことを考えた当時の事務次官が在宅医療を推進しているし、国の長寿医療センターの総長も実は在宅医療の推進をやらなくちゃよくないと。その在宅医療をよくするということは、家庭でご老人が亡くなるのも子供、孫に見させたいと。人間教育として死をみるということが、在宅医療としては、すごくいいんだというそっちの方の哲学から来ていて、施設を金もつたいないからそれを減らすぞというのではなくて、根本的説明は、在宅医療で老人方が最後の時を迎えるというふうに、人権的尊厳死、そういう言い方で、今。ということをおいっているんで、その国の判断がかわらないかもしれない。となると、県はどうするかということ、大変厳しい話になるけど、考えざるを得ないんだよね。と私は思うんで、きょうのところはもうこれ以上、議論多分できないと思う。だから、今、言われたアンケート調査の結果を見せていただいて、早急に集計をして、そ

れで、皆さん方がそれをどうかよく見て、どうするかを考える。それと同時に、もう一方は、東京事務所を使って、実際に厚生省がどんなふうに考えておるのか。もう東京都なんかはうんとふやすって言っているんだよね。国の基準よりはるかにふやす。だから、東京都知事と厚生省のけんかやって、うちも知事が勝つか大臣が勝つかという展開になるんじゃないかなと、私は思っているけども、そこら辺りの答えを見ないと、なかなか皆さん方も数字を書けっても書けないだろうし、私は知事さんにどういう数字がいいですよとも非常に言いづらいと思うんだよね。だけど、厚生省が言っているのは、療養病床を減らすということをやると、在宅医療をふやすということをやれと、こう言っておるんで、表向きは。内手のことは、財務省が裏にあって、金はそんな出せないからもっと削れということを行っているかもしれないけど、表向きは、厚生省としては、在宅医療の推進。訪問看護ステーション、これは、診療報酬でもそうですよね。厚生省でも、国の方でも言っているのは、在宅医療をやれば点数はあげますよと。こういう言い方をしているし、訪問看護ステーションもふやしなさい。そうですよね。そういうふうに国の動き方としては、完全に一貫性が取れて、在宅医療で亡くなるということに力を入れているんです。これは、はっきりしていること。それは、日医も全部皆わかっていること。ただ、各県の方は、そのとおりそんなことはできっこねえという認識がまだ各県側にもあるからね。各県もそんなもん厚生省の言うとおりにやったらあんな危ない厚生省の言うことなんか聞けるかというのものもあるのかもしれないけど、口にはそのままでは言わないけど、そんな感想は。付き合いきれないといってますがね。そんなふうに思いますが、いかがでしょうか。

辻村委員： 療養病床再編の問題と医療の問題絡めてですが、実態として、例えば奈良県の先ほどの調査で、介護療養病床の入院患者の70%以上が要介護4、5ですよ。その人たちをどこへ移すかという話になったときに、どこかへ出て行けという話にはできないんじゃないですか。そうすると、それは、その療養病床が新しくできる療養型の老健施設にそれをかえていただくということが基本はそういう形に行かざるを得ない。だけど、さらにまた老健としての需要は多いわけですよ。特養はもういっぱいですよ。もう一つは、実は、どこで亡くなるかという話なんです。ある意味では。これは、もう厚生労働省のデータでも1970年代以降は在宅で死ぬという人よりも病院の方がだんだん多くなって、いまや90何%が病院で亡くなっている。特養の退所者のうちの死亡とっているやつは、あれは病院で亡くなっているんです。ほとんどが。だから、そうすると、どこでなくなるかというのを先生も今、尊厳死とかあるいは尊厳と人間が死ぬということをかかへていくかということ、孫や子どもに体験させろと。だけど、現実には、皆病院で死んでいる。あるいは病院に入院したくなる、させたくなる、最後のところですね。そういう、ここがかわらなかつたら、結局やっぱり病院にそのとき入院せざるを得ないと。させたいと。そのときに、受け皿の病院はありませんという状態についてはなってしまうと。そしたら、在宅で死を看取るということを知ってやるんじゃないかと、やむを得ずここで死んでしまふんやということに私たち団塊の世代の大量死の時代がそういうことになるんじゃないかと。

だから、何か、数字のデータとそれから観念的というか、理念としてこうあるべきやなど、なりたいなというのとは、何かすごくずれてて、現実には、そんなうまいぐあいにはいかないなという感じが私たち介護の側から見ていると。幾ら家で長くいたいと言っている、結果的に家では見れない状態になってます。だから、特養に入所せざるを得ない、入所させざるを得ないという現実の問題とのずれというのが。そんなもの放っておいていいんかいなという感じがしますんですけどね。

小林部会長： それでね、その答えは、辻村先生も多分答えがないことは承知の上で質問されていると私も思うんですけど、ただ一つ言えますことは、日本のいわゆる脳死だけでもないんだけど、人が死ぬということに対する医療関係者の取り組み方が逃げ腰なんです。さっきも言いましたように、ヨーロッパでは、人権問題として尊厳死をさせてあげないといけない。こういうのが、ヨーロッパがもうそうなんです。オランダなんかは、積極的安楽死まで認める国もあるぐらいですから、だから、外国は、ヨーロッパなんか特にもう尊厳死で、いわゆる消極的安楽死というのはもう当たり前のことで、逆に言うと、なぜ日本はそんなことやっているの。患者の人権が意識不明になっちゃうと意識が何もなくなったご老人は、いわゆる薬だけで、薬と機械だけで生かされると。本人は食事も自分も何にも取れない、呼吸も取れないという状態でも生かし続けていると。これは医療機関が金もうけやっているんじゃないかと、こういうふうに見えるんですよ、向こうの人は。

だから、そうではないんだけど、実際には、そこに対する誤解、もうちょっと日本のジャーナリストの皆さん方も社会学者の人も宗教家の人もお医者さんも皆真剣になって考えて、私はヨーロッパ基準ぐらいの本当に人権問題も含めた尊厳死ということ、やっぱりきちっと国民にご理解をいただいてやらないと、今でも、政府の実態調査のときに、そういう意識不明の患者さんがたがどういう扱い方されているのかというのを私も見てみたいし、今度のデータでも、そこが不明な点と、それから、もう一つは、精神病院に入っている認知症の患者さん。これは、私の承知しているところでは、あれは、もう完全な認知症の患者さんであれば、精神病院でお預かりすることができるでしょ。

平井委員： できないんですよ、今は。奈良県はできない。

小林部会長： 何で。

平井委員： 精神科の会長してますが、認知症であれば、診断がきちりしていれば、精神科病院に入れるかということでしたけれども、入れないんです、今は。精神医療審査会が非常に厳しくてですね。実際困っていらっしゃっても、いわゆる統合失調症と同じレベルで、医療保護要件がないと入ることができないんです。

小林部会長： という通知が出てるの。

平井委員： 出てない。奈良県はそうなんです。だから、先生がおっしゃるようには奈良県ではいかない。だから、認知症と診断ついても、できないことが多いのが事実です。

小林部会長： そうすると、奈良県はまたよその県に比べて、もう一つ難題があるんですか。

平井委員：　そうです。

小林部会長：　というのが、皆さんのまた県の事情です。今初めて私はわかった。東京の方で話を聞いたところでは、それは精神病院の方で、認知症の患者さんは預かれるのでと言っている県があるのです。相当数あるので、ああ、それならばならばは奈良県も助かるのかなと思って今、一応言ってみただけでも、そうじゃないの。どうしてそんなことに。もしかしてそれは奈良県庁のご指導ですか。

健康増進課長：　奈良県の指導ということはないですけども、非常に厳格に取り扱っている場合が多いということだというふうに私は理解をしています。

小林部会長：　厳格にということは、精神的症状で何か、たがいを起こすとか、自傷を起こすとかということがはっきりしていない限りは精神病院へは入れない。そういうことですね。

平井委員：　今、先生がおっしゃった解釈が近いです。

小林部会長：　どうぞ、ご意見ありましたら。なければもうそろそろ。

今のところ皆さん方大分わかりますね、今言った話。何がもめてるかという。答えは当然まだ出さない。大変深刻な問題なんですね。

それでは、これをもってきょうは終わりとさせていただきますよろしゅうございますか。

では、どうもありがとうございました。

長寿社会課長：　大変長時間ありがとうございました。テーマ二つということで、幅広い協議いただきましたために、時間が足りなくなったという状況で本当に申しわけございませんでした。時間的に制限がありましたので、十分発言できなかったという方おられると思いますので、できましたら、ご意見等ございましたら、事務局に対して、後ほどメールかあるいはペーパーでも結構ですので、お出しいただいたら大変ありがたく思います。

今回、健康の保持増進、それから地域ケアということで、テーマ二つ設定しております。その内容につきましても、きょうお示ししました内容のとおり、議論の方向ということで示させていただいておりますので、そういった議論の方向を考えながら、ご意見をいただいたらというふうに思いますので、どうかよろしく願いいたします。

きょうは本当にありがとうございました。

以　　上