

奈良県医療費適正化計画



平城遷都
1300年祭

2010年開催

公式マスコットキャラクター **せんとくん**
©Heijo-kyo 1300th Anniv.

平成22年4月
奈良県

はじめに

本県の年間医療費総額は3,564億円（平成17年度）であり、赤ちゃんからお年寄りまで、県民一人当たりの平均額で見ると25万1千円となります。これは、全国的には、医療費の高い方から33番目に当たり、現状としては、本県は必ずしも医療費の高い県というわけではありません。

しかしながら、本県の65歳以上の者の割合である高齢化率は、平成20年では22.6%（全国31番目）ではありますが、約25年後の2035年（平成47年）には36.8%（全国12番目）になると推計されており、本県は、今後急速に高齢化が進展するといわれています。

高齢化の進展により、医療にかかる人が多くなり、これによる医療費の増加は避けられないことですが、将来にわたり、質の高い医療の安定的な確保が図られるよう、本県の実態把握や状況分析を行い、中長期的な対策のあり方について検討してまいりました。

検討の過程で、長野県や県内の山添村において、これまで長年をかけて住民に対する健康づくりの取り組みが行われた結果、老人医療費が少額になっているということが明らかとなりました。これらの地域では、医師と保健師などの医療従事者が、地元住民である健康ボランティアの方の協力も得て、各地域を回り、健康づくりの重要性についての普及啓発が行われており、その結果、健康づくりや健診受診が多くの住民の日常生活の一部として習慣化されています。また、地域の医師が、病気の治療のみならず、住民の普段の健康づくりや病院を退院された後の在宅医療といった「予防」、「治療」、「回復」という一連の過程に、積極的に関わられていることがわかりました。

今後の高齢社会において、県民が心豊かに過ごすためには、先進地域の事例を参考にしながら、県全体で健康づくりの取り組みを進め、「健康長寿」の社会を目指すことが極めて重要なことと考え、本計画を策定しました。

本計画の実現には、県民一人ひとりが健康づくりの大切さを理解し、主体的な取り組みを行っていただくことが不可欠です。そのためには、県をはじめとして、市町村、保険者、企業、学校、医療福祉機関等、関係者それぞれが、県民の健康づくりの支援に地道に、粘り強く取り組むことが必要です。皆様方の一層のご理解とご協力をお願いいたします。

平成22年4月

奈良県知事 荒井正吾

〔目次〕

第1章 計画作成にあたって

1. 計画作成の背景と趣旨	1
2. 計画の位置づけ	
(1) 計画の性格	1
(2) 他の計画との調和	1
3. 計画に掲げる事項	1
4. 計画の期間	2
5. 計画の作成・推進体制	
(1) 専門家・関係者からの意見聴取	2
(2) 保険者(市町村を含む。)・医療機関その他の関係者の連携と協力	2
(3) 県民意見の反映	2
(4) 計画の周知	2
(5) 計画の進行管理	2

第2章 県民生活と健康

1. 県民の健康状態

(1) 健康指標から見た本県の位置	
① 平均寿命	4
② 死亡率	5
③ 医療費・介護費	6
(2) 県民の健康行動	
① 県民の食習慣	10
② 県民の運動習慣	11
③ 健診・人間ドック受診率	12
④ 市町村国保が実施する特定健康診査の受診率	14
(3) 高齢化の進展と高齢者の生活	
① 高齢化の現状と今後	15
② 高齢者の就業状況	17
③ 1人暮らし高齢者の割合	18
④ 死亡の場所	19
(4) 医療・介護サービスの提供	
① 医療提供施設・介護保険施設の状況	20
② 病院の平均在院日数の状況	21
③ 在宅医療の実施状況	22
④ 要介護・要支援認定者数	23
2. 地域による医療費較差	24
3. 山添村の取り組み	25

4. まとめ	26
--------	----

第3章 達成目標と計画期間における医療に要する費用の見通し

1. 達成目標

(1) 住民の健康の保持の推進に関する目標

① 特定健康診査の実施率	27
② 特定保健指導の実施率	27
③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	27

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

① 平均在院日数	27
----------	----

(3) 県独自で設定する目標

① 運動習慣のある人の割合	28
② 「わたしの健康づくり」を実践する人の割合	28
③ 高齢者就業率	28
④ 「かかりつけ医」を活用して集団健診を実施する市町村(国保)数	28
⑤ 在宅医療提供施設数	29

2. 計画期間における医療に要する費用の見通し

(1) 推計方法	29
(2) 結果	29

第4章 目標を達成するための施策

1. 施策の実施に向けての基本的考え方	30
2. 施策の方向性と具体的展開例	
(1) 健康長寿に対する県民意識の高揚(健康長寿文化づくりの推進)	31
(2) 地域・学校でのネットワークによる健康長寿の支援	32
(3) 保険者のネットワークによる健康長寿の支援	33
(4) 医療機関のネットワークによる健康長寿の支援	33
(5) 健康づくりの環境整備	34

第5章 計画の達成状況の評価

1. 計画の進行管理体制	35
2. 計画の評価	
(1) 進捗状況の評価	35
(2) 実績の評価	35

参考資料

第1章 計画作成にあたって

1. 計画作成の背景と趣旨

高齢化の進展による医療需要の増大に伴い、質の高い医療の提供と医療費負担の調和が大きな課題となっています。

このような中、奈良県では、様々な実証データに基づく本県の保健・医療・介護・福祉を取り巻く現状と課題を踏まえ、今後の県民の健康長寿対策のあり方について検討を行ってきました。

検討の過程では、老人医療費が全国一少ない「長野県」や県内一少ない「山添村」において、長年行われてきた「健康づくり」の取り組みに着目し、それらを参考にした取り組みを県内全域で実施・展開することにより、県民の健康長寿意識の高揚を図り、その結果として、医療費負担の軽減を目指すことが可能ではないかと考えました。

そして、実施に当たっては、保健・医療・介護・福祉分野の限られた人的・物的資源のもと、県民、市町村、保険者、企業、医療福祉従事者などの関係者・関係機関が、地域に根ざしたネットワークを構築することにより、地域の健康課題に取り組んでいくことが必要と考えています。

この計画は、今後、県、市町村を始めとして、県民、保険者、企業、学校、医療福祉機関などが一体となって進めることとしています。これにより、本県独自の「健康長寿文化」が醸成されることを目的とします。

2. 計画の位置づけ

(1) 計画の性格

この計画は、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号、以下「法」という。)に基づく、「都道府県医療費適正化計画」として作成するものです。

(2) 他の計画との調和

この計画の推進にあたっては、「奈良県保健医療計画」、「第4期奈良県介護保険事業支援計画」、「奈良県健康増進計画」、「奈良県高齢者福祉計画」、「なら運動・スポーツ振興プラン」等関係計画の内容と整合性を図ります。

3. 計画に掲げる事項

この計画では、法に基づき、以下の掲げる事項を基本として作成します。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">一 住民の健康の保持の推進に関し、県において達成すべき目標に関する事項二 医療の効率的な提供の推進に関し、県において達成すべき目標に関する事項三 前二号に掲げる目標を達成するために県が取り組むべき施策に関する事項四 第一号及び第二号に掲げる目標を達成するために保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項五 県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項六 計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項 |
|---|

七 計画の達成状況の評価に関する事項

八 前各号に掲げるもののほか、医療費適正化の推進のために県が必要と認める事項

※ 第二号の「医療の効率的な提供の推進に関する目標」のうち、「療養病床の病床数」にかかる目標値については、現在、国が療養病床削減計画の凍結方針を示しており、国の考え方が明確となるまでの間、本県では目標値の設定を行わないこととした。

4. 計画の期間

この計画の期間は、法に基づき、平成20年度から平成24年度までの5年間とします。

但し、健康づくりの取り組みについては、計画期間内での成果が期待できないため、平成25年度から平成29年度までの次期計画期間での継続を念頭に置いて実施します。

5. 計画の作成・推進体制

(1) 専門家・関係者からの意見聴取

県は、この計画の作成に当たって、平成19年4月に、保険者(市町村を含む。)、被保険者、医療関係団体、学識経験者の代表者から構成する「奈良県医療費適正化推進のための懇談会」を設置し、専門家・関係者の立場からの意見を聴き、計画作成の参考としています。

また、県が平成20年5月に設置した「奈良県地域医療等対策協議会健康長寿部会」における意見を、計画内容に反映させています。

(2) 保険者(市町村を含む。)・医療機関その他の関係者の連携と協力

県が計画の作成又は変更をしようとするときは、県は、法に基づく関係市町村への事前協議を行う他、保険者・医療機関その他関係者との調整を行います。

(3) 県民意見の反映

この計画は、「県の施策に関する基本的な計画策定及び重要な変更」に当たることから、県は、「奈良県パブリックコメント手続きに関する指針(平成14年4月1日施行)」に基づき、広く県民の意見を募集し、計画に反映させます。

(4) 計画の周知

県が計画の作成又は変更をしようとするときは、県は、「県民だより」や「県のホームページ」など、すべての県民が知ることができる媒体により、分かりやすく周知を行います。

(5) 計画の進行管理

計画の実効性を高めるため、県は、定期的に、計画作成(Plan)、実施(Do)、点

検・評価(Check)及び見直し・改善(Action)といった一連のマネージメント・サイクルに従い、進行管理を行います。

法に基づく「計画の進捗状況に関する評価」と「計画の実績に関する評価」の詳細は第5章に記載します。

第2章 県民生活と健康

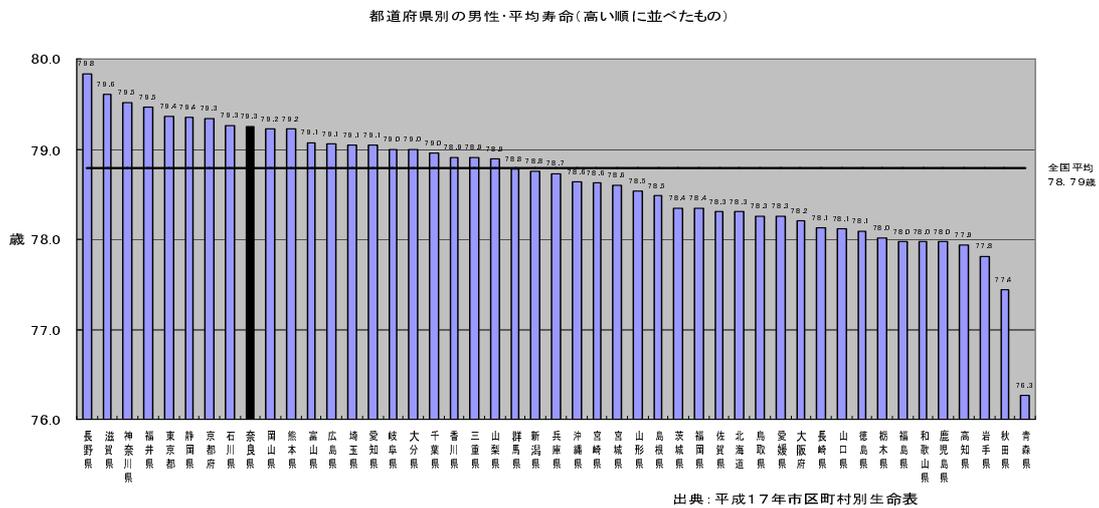
1. 県民の健康状態

(1) 健康指標から見た本県の位置

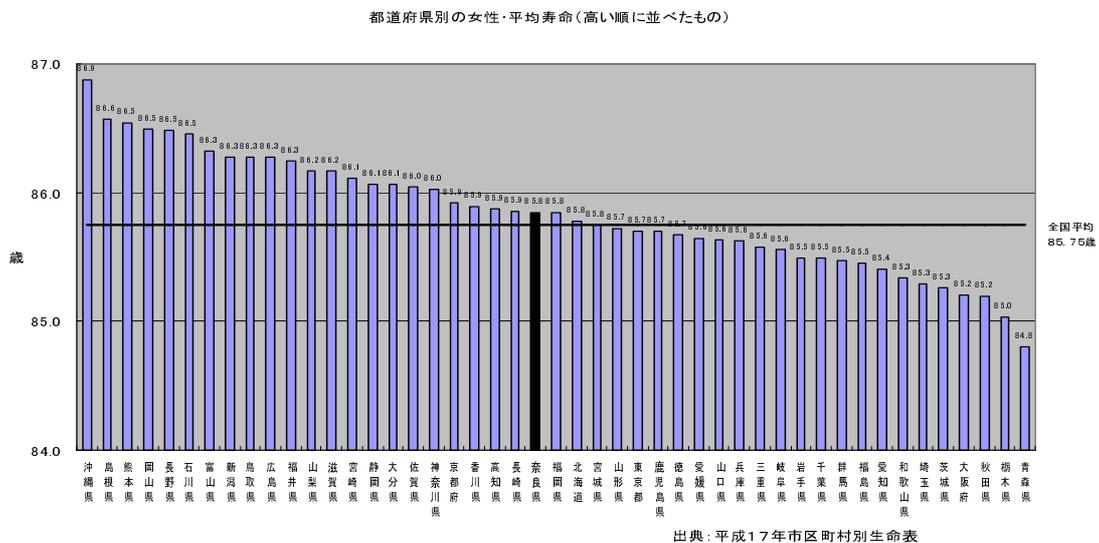
① 平均寿命

平成17年の県民の平均寿命は、男性が79.25歳(全国78.79歳)、女性85.84歳(全国85.75歳)となっており、全国順位では、平均寿命が長い方から男性が9番目、女性が23番目となっています。

[全国・男性]

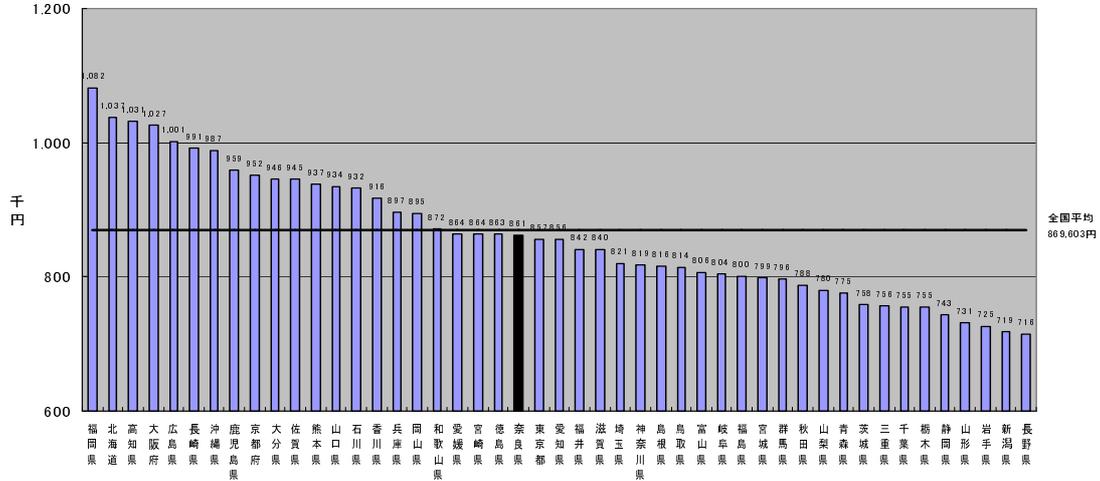


[全国・女性]



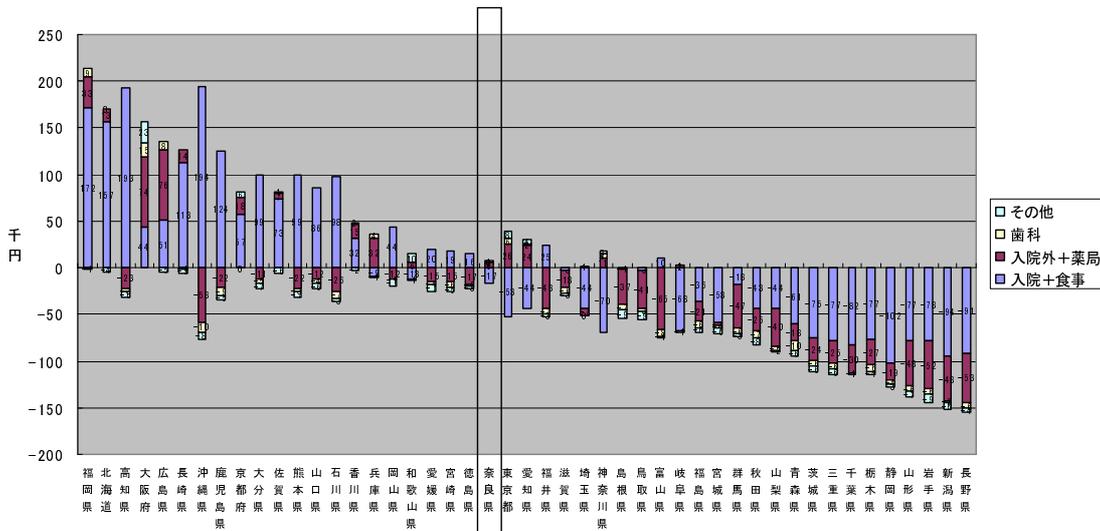
〔全国〕

都道府県別の1人当たり老人医療費(高い順に並べたもの)



出典: 平成19年度老人医療事業年報

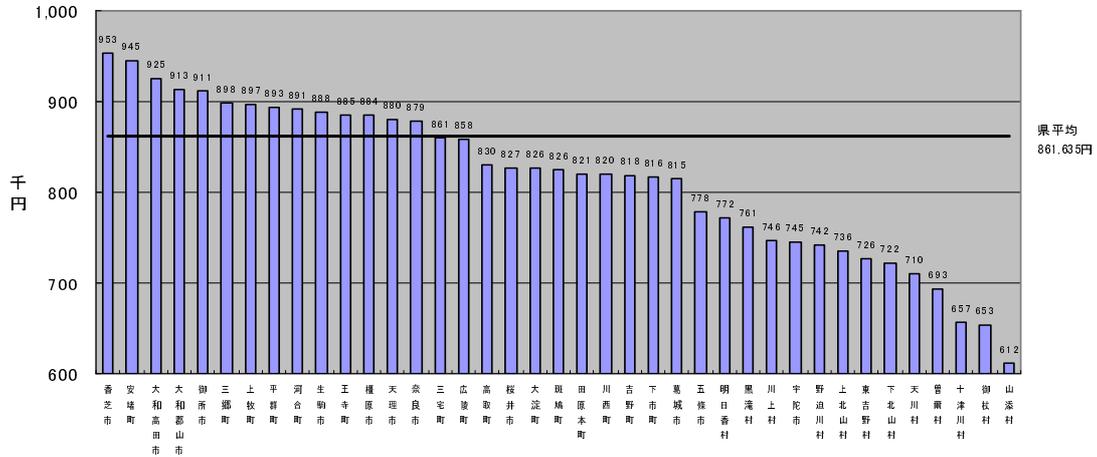
都道府県別の1人当たり老人医療費(高い順に並べたもの、全国平均との差)



出典: 平成19年度老人医療事業年報

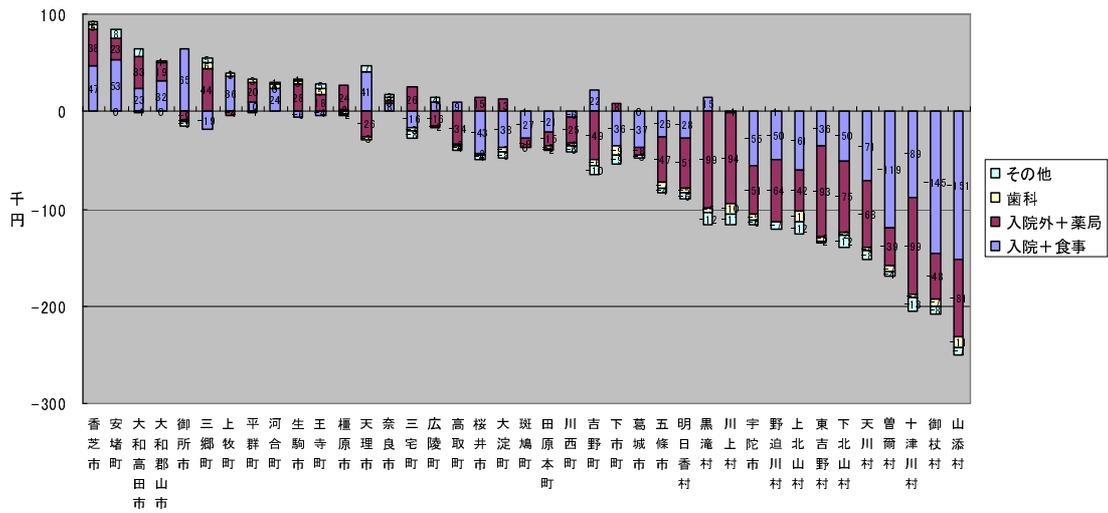
〔県内市町村〕

県内市町村別の1人当たり老人医療費(高い順に並べたもの)



出典:平成19年度国民健康保険及び老人保健(医療)事業状況

県内市町村別の1人当たり老人医療費(高い順に並べたもの、県平均との差)



出典:平成19年度国民健康保険及び老人保健(医療)事業状況

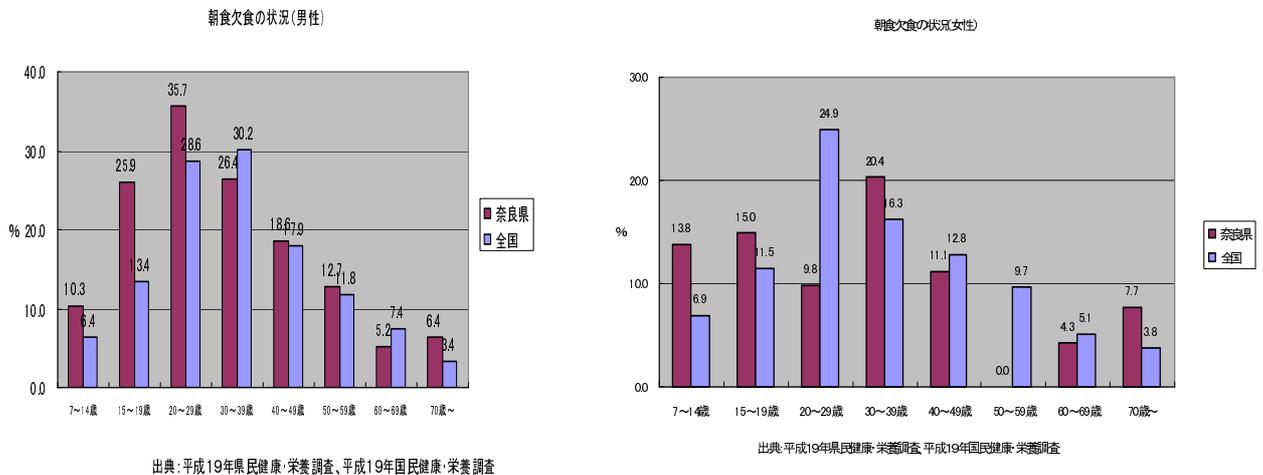
(2) 県民の健康行動

① 県民の食習慣

朝食欠食率は、男女とも20～30歳代で高くなっており、本県では、男性が20歳代で35.7%（全国28.6%）、女性が30歳代で20.4%（全国16.3%）と高くなっています。

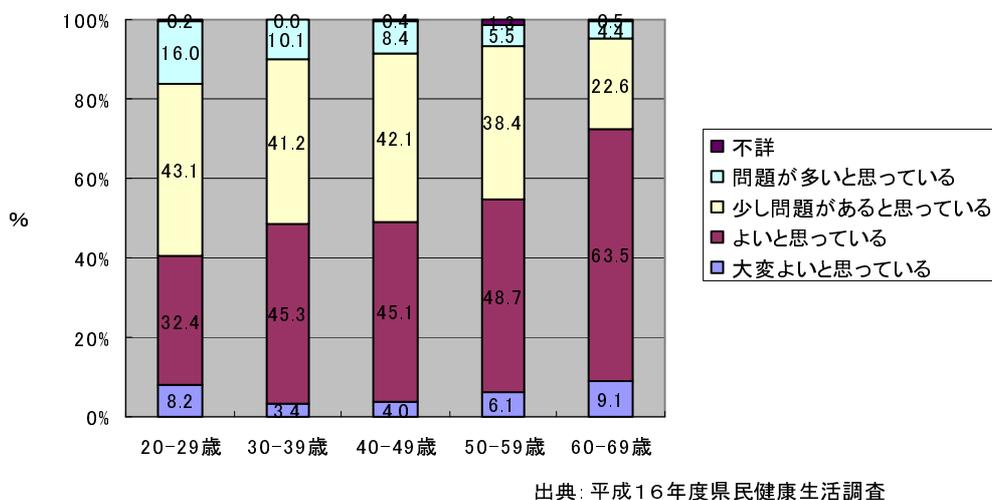
また、子どもに関しては、男女とも「7～14歳」、「15～19歳」の年齢層で、全国平均より高い朝食欠食率となっています。

自分の現在の食事についての県民（20～69歳）の考え方では、20～40歳代の半数以上の方が、何らかの「問題がある」（「少し問題があると思っている」あるいは「問題が多いと思っている」と思っています。



※ 「欠食」とは、①何も食べない(食事をしなかった場合)、②菓子、果物、乳製品、嗜好飲料などの食品のみ食べた場合、③錠剤、カプセル、顆粒状のビタミン、栄養ドリンク剤のみの場合を言います。

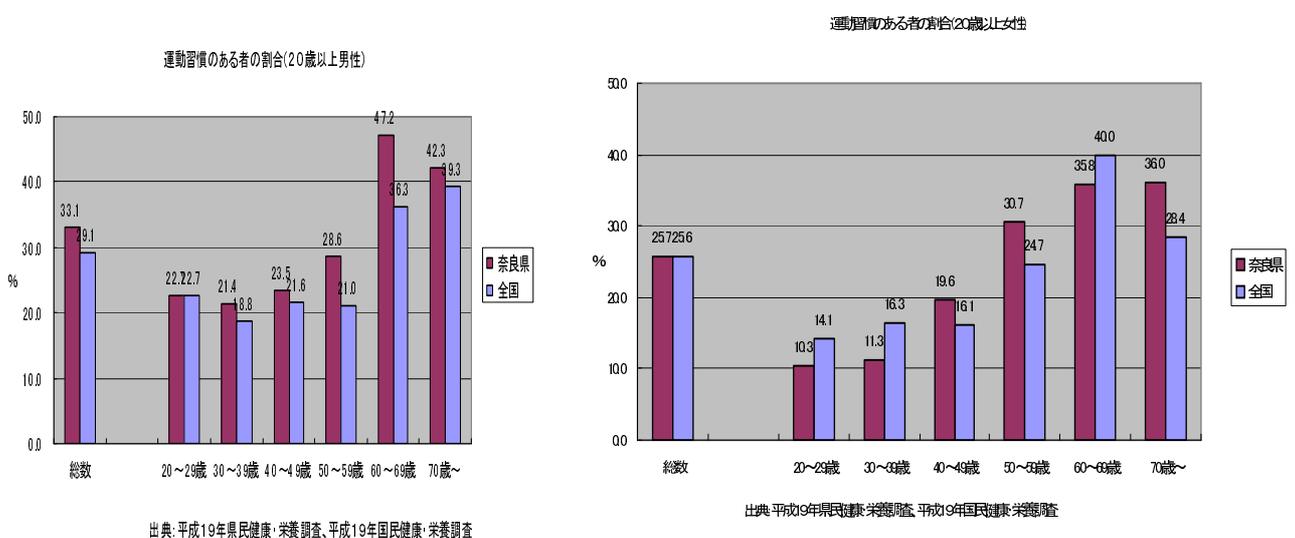
自分の現在の食事についての考え方



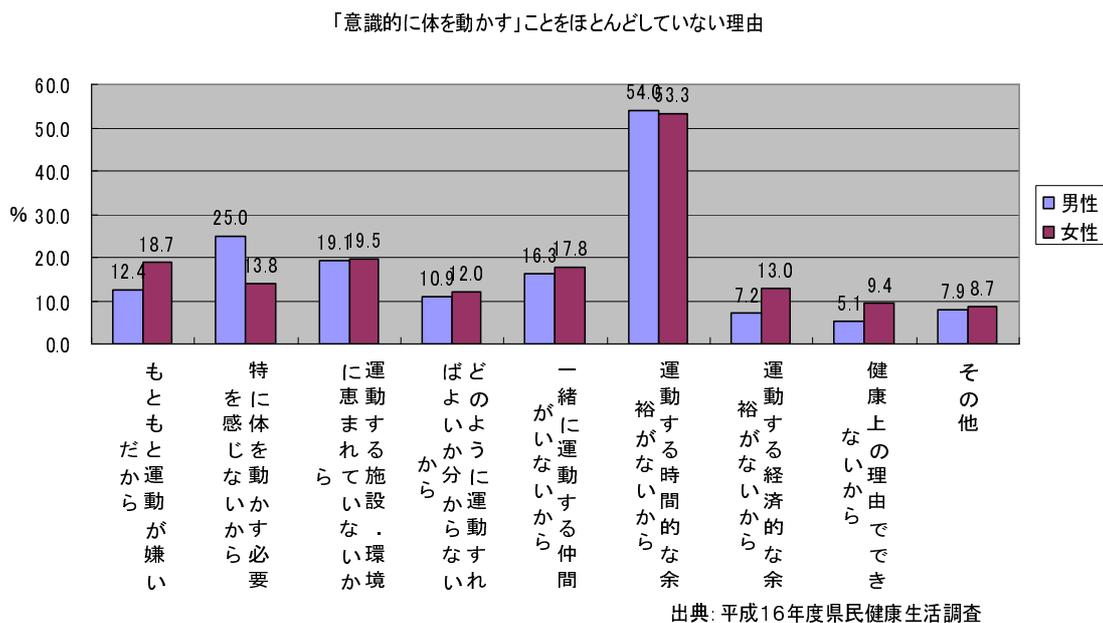
② 県民の運動習慣

運動習慣のある者(20歳以上)の割合は、男性では33.1%(全国29.1%)、女性では25.7%(全国25.6%)となっています。年齢別にみると、男性では30歳代が21.4%(全国18.8%)と最も低く、女性では20歳代が10.3%(全国14.1%)と最も低くなっています。

県民(20～69歳)の「意識的に体を動かす」ことをほとんどしていない理由は、「運動する時間的な余裕がないから」が男女とも半数以上で特に多く、その他、「特に体を動かす必要を感じないから」、「運動する施設・環境に恵まれていないから」、「一緒に運動する仲間がいないから」という理由が上げられています。



※運動習慣のある者とは、1日30分の運動を週2日以上実施し、1年以上継続している人を言います。



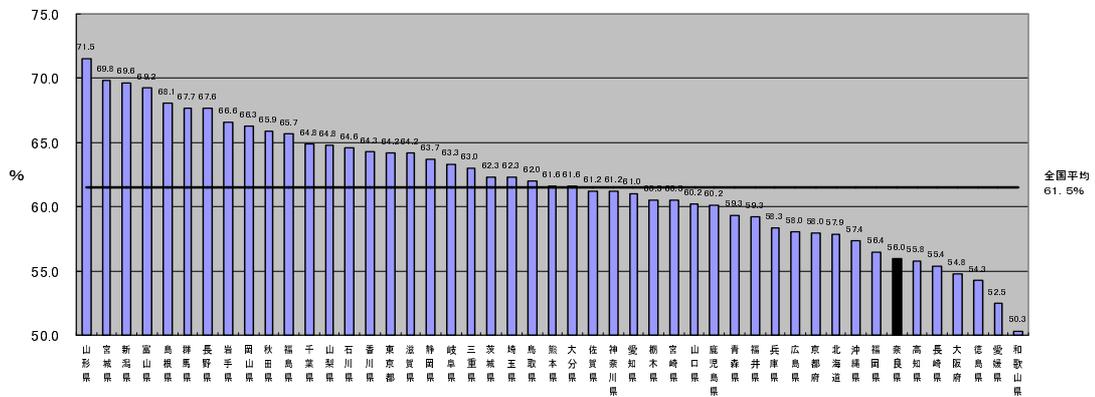
③ 健診・人間ドック受診率

県民(20歳以上)の過去1年間の健診(健康診断や健康診査)や人間ドックの受診率は56.0%であり、全国の61.5%に比べ低い状況となっています。全国順位は、受診率の高い方から41番目となっています。

県民(20~69歳)の「過去1年間に受診対象となっていた健康診断・検診を受けなかった」理由は、男女とも「時間的な余裕がないから」が最も多く、その他、「面倒だから」、「健康なので必要ないと思うから」、「費用がかかるから」という理由が上げられています

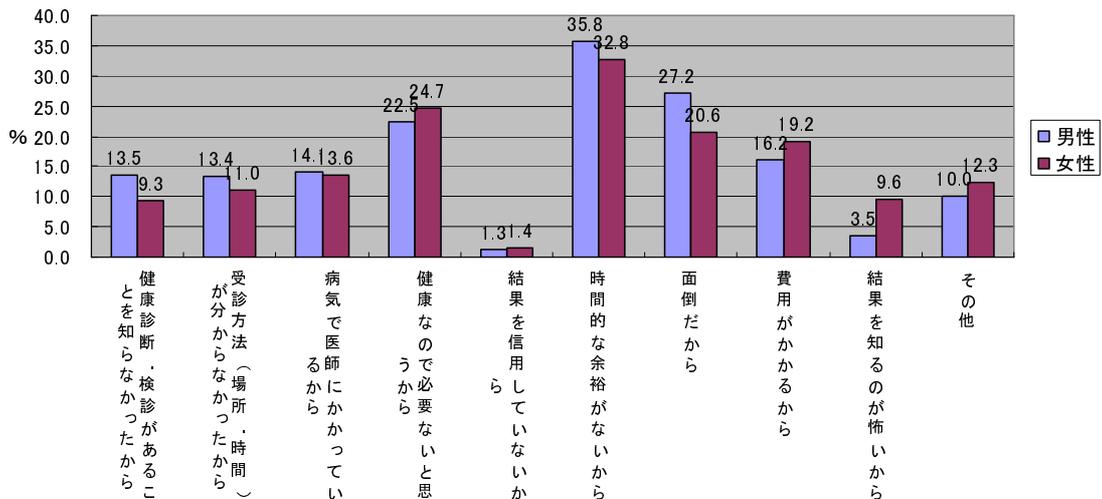
また、加入する医療保険別にみると、国民健康保険の加入者や健康保険や共済組合加入者の家族で、比較的若年層の受診率が低くなっています。

都道府県別の健診・人間ドック受診率(高い順に並べたもの、20歳以上)

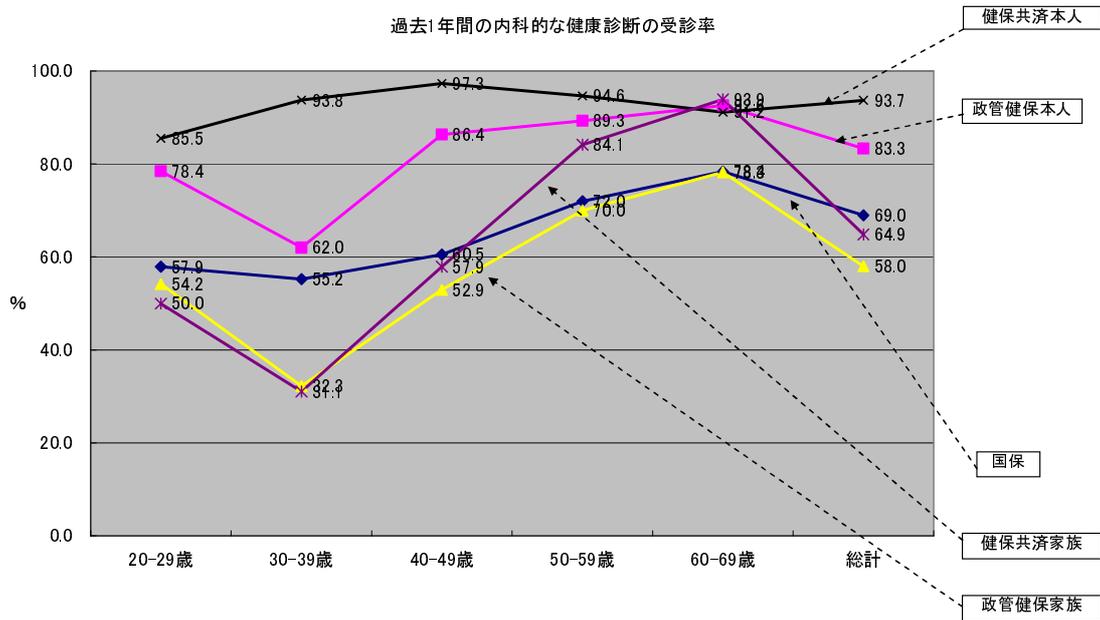


出典:平成19年国民生活基礎調査

過去1年間に受診対象となっていた健康診断・検診を受けなかった理由



出典:平成16年度県民健康生活調査



(3) 高齢化の進展と高齢者の生活

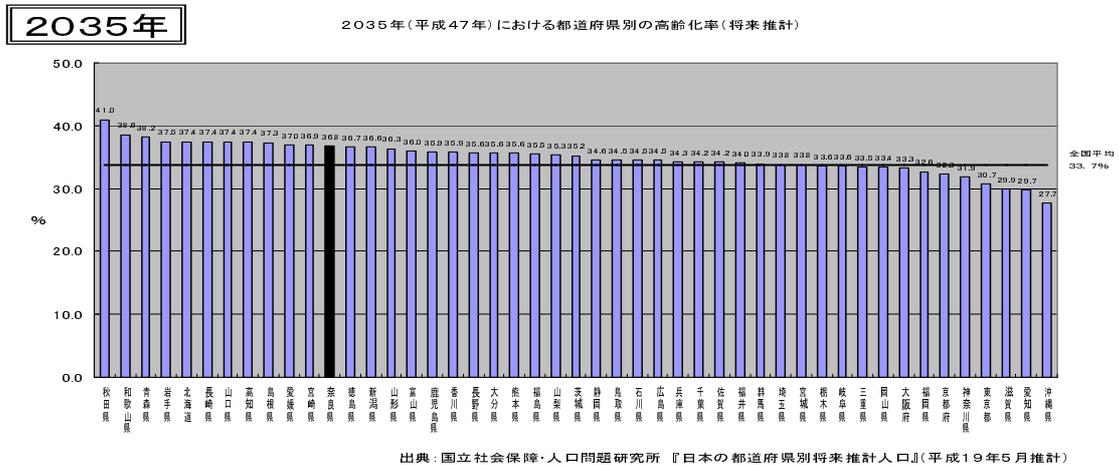
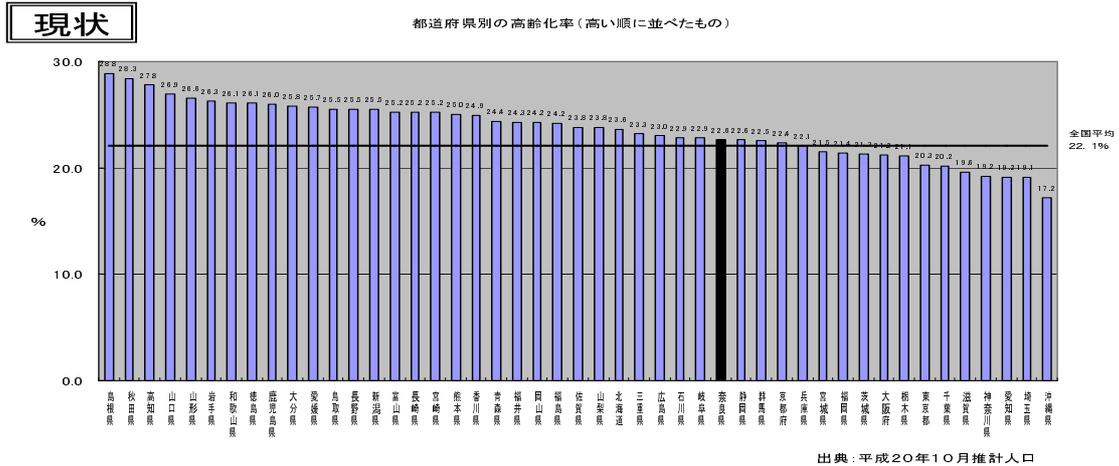
① 高齢化の現状と今後

平成20年10月1日現在の本県の人口は143万20人であり、0～14歳が19万2267人(13.5%)、15～64歳が92万1012人(64.4%)、65歳以上が31万6741人(22.1%)となっています(「住民基本台帳及び外国人登録」による。総務省統計局による「推計人口」とは数字が異なります)。

平成17年国勢調査の出生・死亡や住民移動の状況から、国立社会保障・人口問題研究所が推計した本県の将来人口は、約25年後の2035年(平成47年)では110万4千人とされており、0～14歳が10万1千人(9.1%)、15～64歳が59万8千人(54.1%)、65歳以上が40万6千人(36.8%)と、今後、人口の減少が継続し、少子高齢化が急速に進展すると予想されています。

65歳以上の者の割合である高齢化率については、平成20年現在、高い方から31番目となっていますが、約25年後の2035年(平成47年)では12番目となると予想されています。

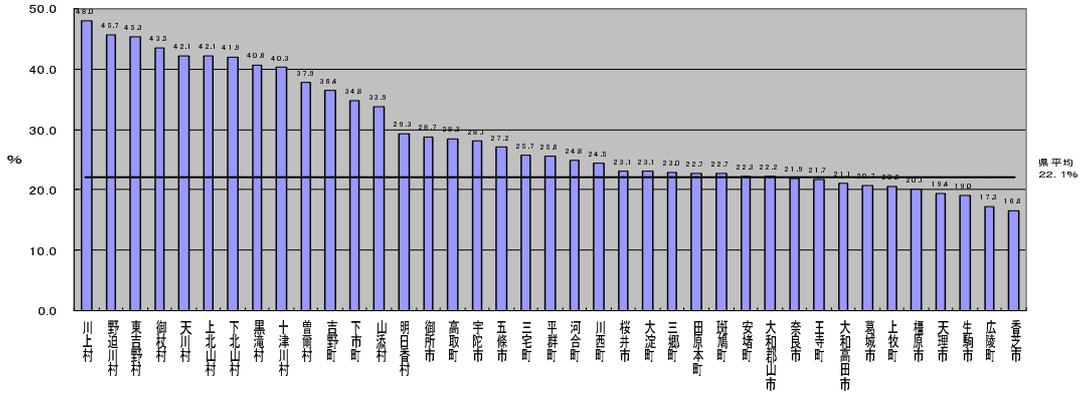
[全国]



〔県内市町村〕

現状

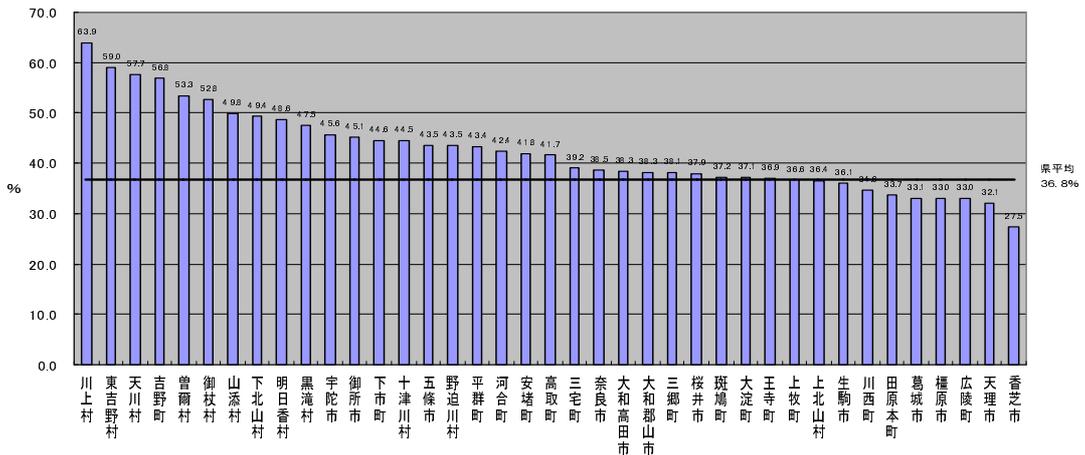
県内市町村別の高齢化率(高い順に並べたもの)



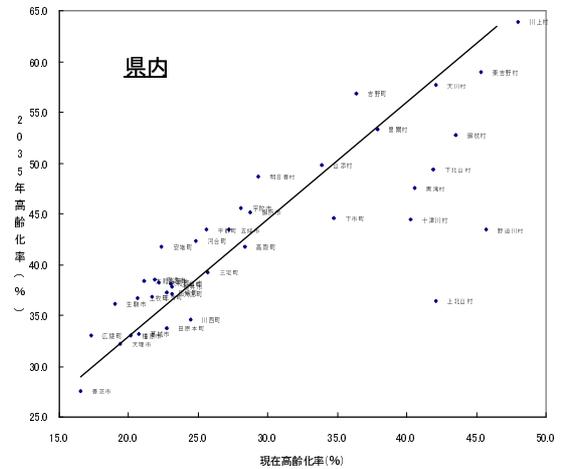
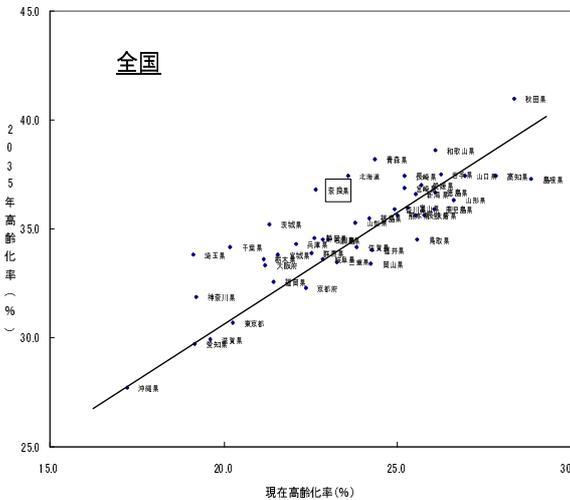
出典：平成20年10月住民基本台帳及び外国人登録に基づく人口
 ※総務省統計局による「推計人口」とは出典が異なるので、県平均値が異なっている

2035年

2035年(平成47年)における県内市町村別の高齢化率(将来推計)



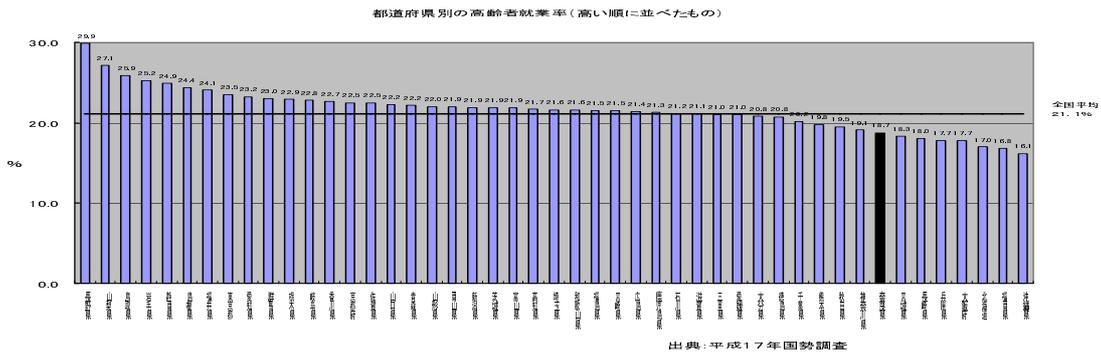
出典：国立社会保障・人口問題研究所『日本の市区町村別将来推計人口』(平成20年12月推計)



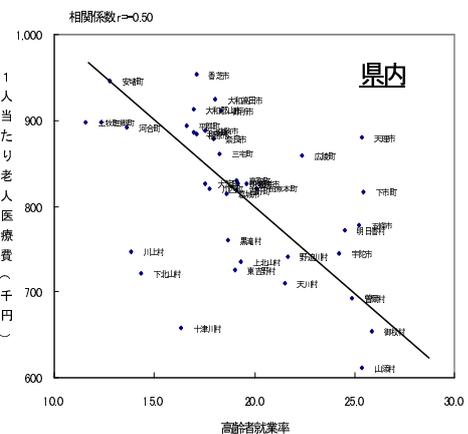
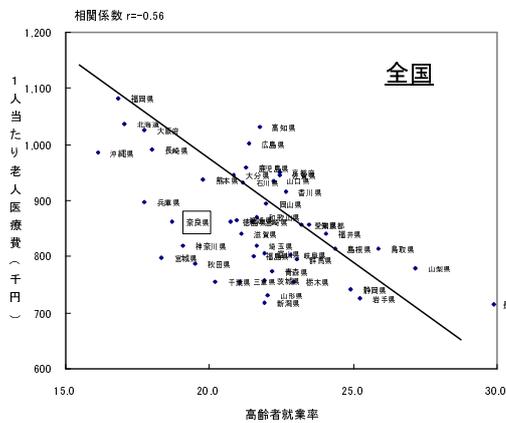
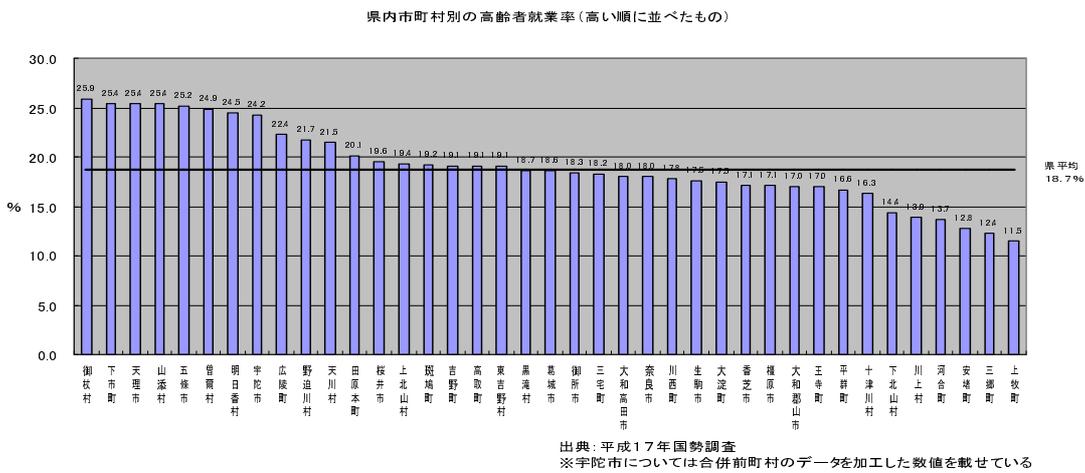
② 高齢者の就業状況

本県の高齢者就業率(65歳以上の就業率)は18.7%であり、全国の21.1%に比べ低い状況にあります。全国順位は、高齢者就業率の高い方から40番目となっています。県内市町村別にみると、最高の御杖村(25.9%)から最低の上牧町(11.5%)まで、市町村により差が大きい状況となっています。老人医療費との関係では、高齢者就業率の高い地域では、老人医療費が低い傾向がみられます。

〔全国〕



〔県内市町村〕



(4) 医療・介護サービスの提供

① 医療提供施設・介護保険施設の状況

本県の医療提供施設数、病院の病床数、介護保険施設の定員の状況は以下のとおりとなっています。

施設数では、一般診療所は全国に比べやや多い状況にありますが、病院、歯科診療所、薬局については、全国に比べ少ない状況にあります。

病院の病床数や介護保険施設の定員については、病院の一般病床数や介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の定員は全国に比較して多いものの、病院の療養病床数や精神病床数、介護老人保健施設や介護療養型医療施設(介護型療養病床)の定員については全国に比較して少ない状況にあります。

〔施設数〕

	施設の種類	施設数	施設数 (人口10万対比)	(参考)全国 (人口10万対比)
医療提供施設	病院	77	5.5	6.9
	一般診療所	1,141	80.9	77.9
	歯科診療所	702	49.8	53.1
	薬局	492	34.9	41.1

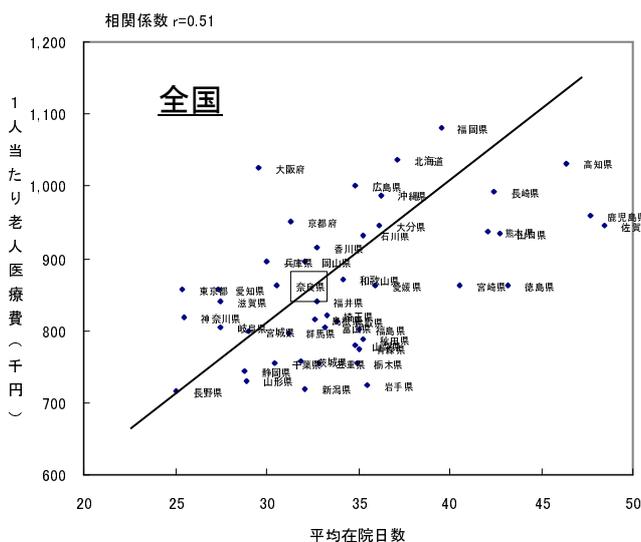
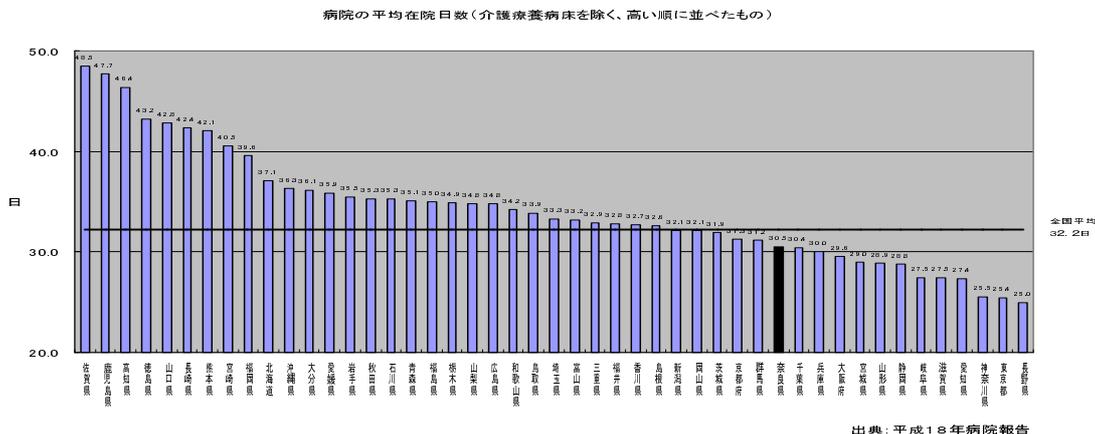
〔病床数・定員〕

	施設の種類	病床数 又は定数	病床数又は定数 (人口10万対比、 (※)は65歳以上 人口10万対比)	(参考)全国 (人口10万対比、 (※)は65歳以上 人口10万対比)
医療提供施設	病院(一般病床)	10,407	738.1	714.7
	病院(療養病床)	3,355	237.9	268.8
	病院(精神病床)	2,987	211.8	274.9
介護保険施設	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	4,944	1,610(※)	1,503(※)
	介護老人保健施設	3,354	1,093(※)	1,143(※)
	介護療養型医療施設 (介護型療養病床)	1,074	350(※)	403(※)

出典:平成19年医療施設調査、平成19年介護サービス施設・事業所調査、
平成19年度保健・衛生行政業務報告

② 病院の平均在院日数の状況

病院の平均在院日数(介護型療養病床を除く。)は、本県では30.5日と、全国平均32.2日に比べ短い状況となっています。全国順位は、平均在院日数の長い方から35番目となっています(平成18年病院報告)。老人医療費との関係では、平均在院日数が短い地域では、老人医療費が低い傾向が認められます。



③ 在宅医療の実施状況

医療機関への通院が難しい患者の自宅や施設に、医療機関や訪問看護事業所の医師や看護師等が出向き、診療・看護・リハビリ等を提供することを「在宅医療」と言います。

本県において在宅医療を実施する施設数(往診・訪問診療・訪問看護等の実施施設数、人口10万対)は全国と比べ、比較的少ない状況(全国31番目)にあります。一方、1施設当たりの実施件数については、比較的多い状況(全国9番目)となっています。老人医療費との関係では、1施設当たりの実施件数が多い地域では、老人医療費が低い傾向がみられます。

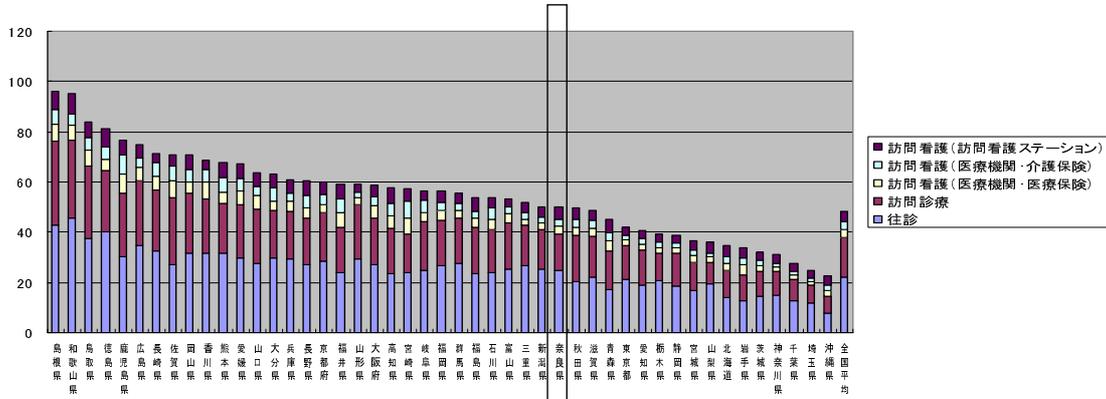
本県の在宅医療の実施施設については、在宅医療の提供に関して一定の基準

(※)を満たし、在宅医療を専門的に実施する医療機関(病院・診療所)は187施設、訪問看護事業所(医療みなしを含む)は93施設となっています(平成21年12月現在)。

(※)下記の診療報酬上の基準を満たす医療機関

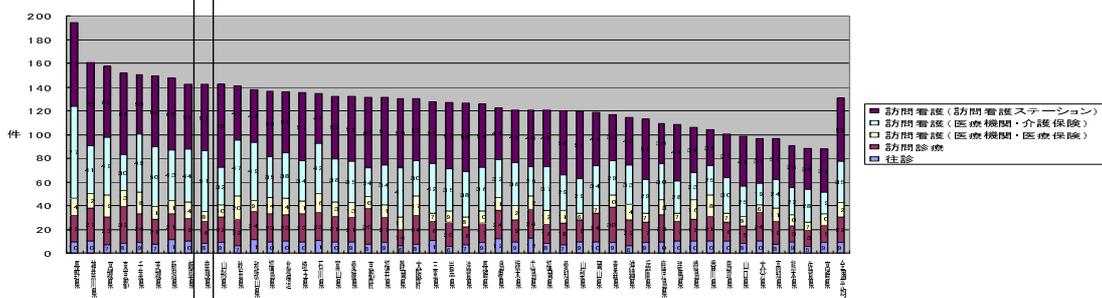
- ① 在宅療養支援診療所: 自院又は連携機関による24時間往診・訪問看護の提供等が可能な診療所(114施設)
- ② 在宅時医学総合管理料: 継続的に訪問診療等ができる常勤医師が勤務し、在宅医療の調整担当者を配置した医療機関(181施設)
- ③ 在宅末期医療総合診療料: 在宅療養支援診療所であり、在宅末期医療総合診療を提供できる医療機関(91施設)

都道府県別の在宅医療実施施設数(人口10万対施設数、高い順に並べたもの)

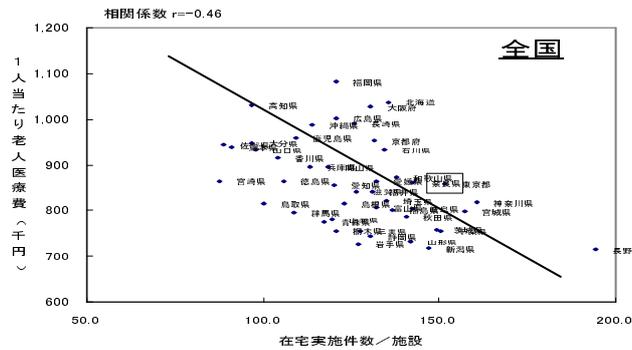


出典:平成17年医療施設調査、平成17年介護サービス施設・事業所調査

都道府県別の1施設当たり在宅医療実施件数(1か月件数、高い順に並べたもの)



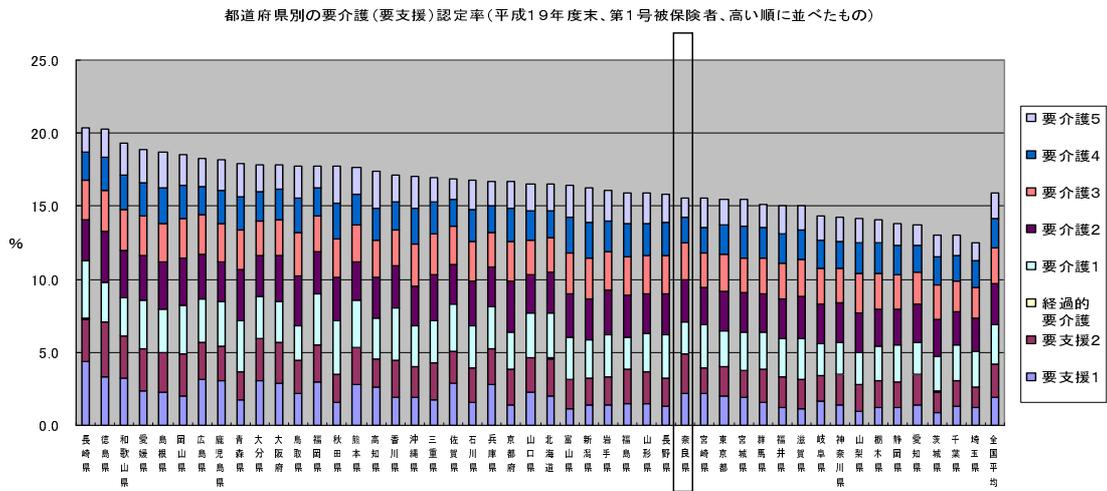
出典:平成17年医療施設調査、平成17年介護サービス施設・事業所調査



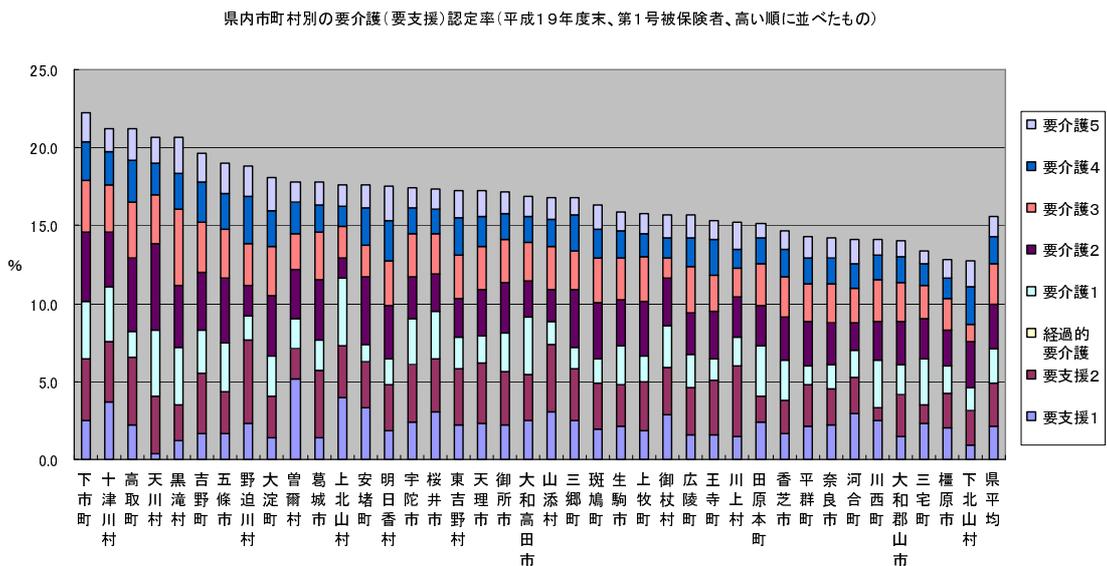
④ 要介護・要支援認定者数

平成19年度末における県民の介護保険の要介護・要支援認定者数は50,106人となっています(第1号被保険者48,533人、第2号被保険者1,573人)。第1号被保険者(65歳以上者)の要介護・要支援認定者の割合は15.6%となっており、全国平均の15.9%を下回っています。全国順位は、要介護・要支援認定者の割合の多い方から32番目となっています。県内市町村別にみると、最高の下市町(22.2%)から最低の下北山村(12.7%)まで、市町村により差のある状況となっています。

〔全国〕



〔県内市町村〕



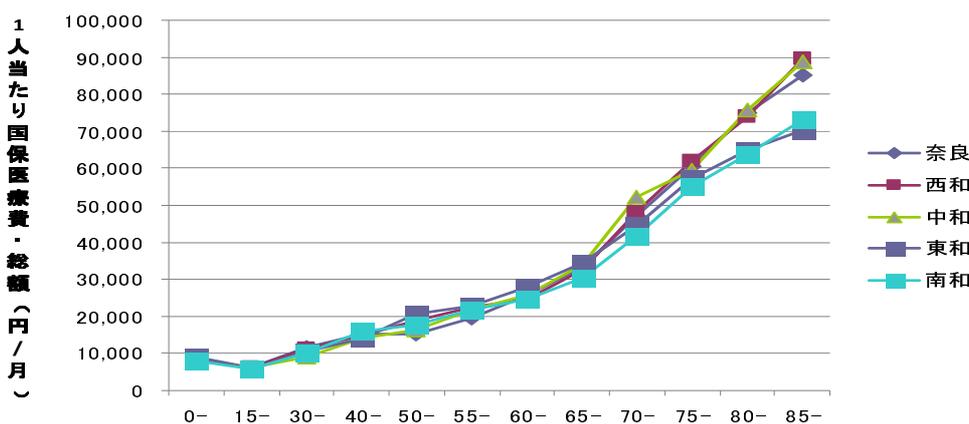
2. 地域による医療費較差

これまでのデータから、「特定健康診査の受診率が高い」、「高齢者就業率が高い」、「1人暮らし高齢者の割合が低い」、「自宅等での死亡割合が高い」、「病院の平均在院日数が短い」、「在宅医療施設の1施設あたり実施件数が多い」地域では、老人医療費が低い傾向がみられました。

このため、奈良県では、奈良県国民健康保険団体連合会が毎年取りまとめている平成18年5月診療分の国民健康保険医療費データ(※)を用いて、1人当たり医療費(医療にかかっていない者も含めた1月平均医療費)について、二次保健医療圏別、年齢階級別の分析を行いました。

その結果、二次保健医療圏別の医療費は、75歳未満の年齢層では地域による差が殆ど無い状況ですが、75歳以上の年齢層では比較的山間地域の多い東和及び南和保健医療圏において医療費が低いことが明らかとなりました。これら地域による医療費較差の存在は、地域での対策により、医療費を低減させる可能性のあることを示しています。

二次保健医療圏別1人当たり医療費(月額)



資料: 奈良県国民健康保険団体連合会資料(※)を県にて分析

※ 県内の国民健康保険(市町村国保及び国保組合)加入者(518,236人、県人口[1,417,587人]の36.6%)の平成18年5月中にかかった医療費の状況を奈良県国民健康保険団体連合会が集計したもの。平成18年5月1か月間の国民健康保険医療費(入院、入院外、歯科、調剤のみ)は155億8千万円、加入者1人当たり医療費は30,065円(医療にかかっていない者も含めた1月平均医療費)であった。

(参考) 本県の二次(保健)医療圏

奈良保健医療圏	奈良市
東和保健医療圏	天理市、桜井市、宇陀市、山添村、川西町、三宅町、田原本町、曾爾村、御杖村
西和保健医療圏	大和郡山市、生駒市、平群町、三郷町、斑鳩町、安堵町、上牧町、王寺町、河合町
中和保健医療圏	大和高田市、橿原市、御所市、香芝市、葛城市、高取町、明日香村、広陵町
南和保健医療圏	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村

3. 山添村の取り組み

山添村は、「特定健康診査の受診率が高い」、「高齢者就業率が高い」、「1人暮らし高齢者の割合が低い」、「自宅等での死亡割合が高い」という、老人医療費が低くなる要素を持ち合わせ、実際に老人医療費が低い状況にあります。これは、医療資源(医療機関や医療従事者の数)が都市部と比較して少ないことはありますが、それだけでは説明はできず、以下に示します、この村の長年の特徴的な取り組みが強く影響しているものと考えられます。

(1) 山添村の地域特性

- ① 野菜を中心とした食生活
- ② 朝早くから働くなど、健康的な生活習慣
- ③ 高齢者は皆、「家の中」や「地域社会」で役割を持つ

(2) 充実した在宅医療

- ① 村立診療所の吉本先生は、岩手県沢内村より本村に移り、25年間、村の在宅医療を支えた
- ② 往診を積極的に行い、同時に健康づくりの指導を実施し、健診が必要という意識づけにつながった

(3) 専門スタッフの積極的な取り組み

① 保健師

- ・ 健診結果を直接本人に説明、健康相談や説明会の積極開催
- ・ 「健康のつどい」や「なかよう歩こ会」などのイベントを開催、村民の健康づくりへの意識を高める
- ・ 保健推進員の研修や補助を行うなど、村民の自主的な活動の手助けを地道に実施

② 保健推進員

- ・ 「住民が住民を指導する」健康づくりを実践
- ・ 地元住民に健診の意義を地道に浸透させる役割を担う
健診の取りまとめやイベントの実施にも寄与
- ・ 2年を任期として各大字から推薦、村長より委嘱、平成21年7月現在で32名が活動
- ・ 研修を受けるため、任期終了後も健康への意識が高い

(4) 「食育」「口腔ケア」等の総合的な取り組み

① 地域密着の「食育」の実施

- ・ 保育園でのおやつ作り、離乳食教室、地域の協力の下での菜園活動などの実施
- ・ 幼児期からの食育を積極的に行い、保護者や地域の方との世代間交流の場と

することで、多世代にわたり健康への意識を向上

② 口腔ケアの実施

- ・ 若年者の口腔ケアを重視して、小・中学校と協力して歯磨き指導などを実施

(5) 早期健診の実施

- ・ 30～40歳の者への独自健診を行い、早期の勧誘と健康への意識づけ

4. まとめ

山添村の健康づくりの取り組みは、住民の「健康長寿」と医療費負担の軽減をもたらしました。

本県では、この健康づくりの取り組みを参考にして、現在県が抱える健康課題の解決を図ることが必要と考えられます。現状に基づく課題を以下に整理します。

主なターゲット	課題
子ども	○ 朝食欠食の子どもの割合が全国平均より高い
青壮年	○ 自分の現在の食事の問題があると思っている者が多い ○ 「時間に余裕がない」ため、健康づくり(運動や健診受診など)が実践されない ○ 健診受診率が低い(特に健康保険加入者の家族や国民健康保険加入者で受診率が低い)
高齢者	○ 就業率が低い ○ 在宅医療の普及(在宅医療の利用促進、自宅での看取りの普及など) ○ 1人暮らし高齢者を減らす

第3章 達成目標と計画期間における医療に要する費用の見通し

1. 達成目標

(1) 住民の健康の保持の推進に関する目標

住民の健康の保持の推進に関する目標については、県民が加入する主な保険者が特定健康診査等実施計画で定めた平成24年度の目標値を積み上げた数字を基本として設定することとします。

① 特定健康診査の実施率

平成24年度において、40歳から74歳までの対象者の67%以上が特定健康診査を受診することとします。

② 特定保健指導の実施率

平成24年度において、当該年度に特定保健指導が必要と判断された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとします。

③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

平成24年度において、当該年度に特定保健指導が必要と判定された対象者が、平成20年度と比べて10%以上減少することとします。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

① 平均在院日数

平成24年において、本県の平均在院日数(30.5日、平成18年実績)と全国最短である長野県の平均在院日数(25.0日)の差を9分の3短縮(平成18年から平成27年までに長野県の平均在院日数との差を半減させるという考え方)することとし、平均在院日数を28.6日にすることとします。

(3) 県独自で設定する目標

本県では、計画の目的を達成するため、上記の5つとは別に目標値の設定が必要と考えられるため、本県独自に5つの目標値を設定することとします。

① 運動習慣のある人の割合

平成24年度末において、本県の運動習慣のある人の割合(20歳以上の者)を40%以上にすることとします。「運動習慣のある人」とは、1日30分の運動を週2日以上実施し、1年以上継続している人を言い、平成19年における本県の実績は男性33.1%、女性25.7%となっています。

② 「わたしの健康づくり」を実践する人の割合

平成24年度末において、本県の「わたしの健康づくり」を実践する人の割合(20歳以上の者)を50%以上にすることとします。「わたしの健康づくり」を実践する人とは、「運動習慣のある人」も含め、自らの健康のため、日常生活の一部として、楽しく気軽に取り組んでいることのある人のことを言います。本県における実績については、今後調査することとします。

③ 高齢者就業率

平成24年度において、本県の高齢者の就業率を全国レベルまで引き上げることとします。

長野県や山添村など、健康づくりの取り組みが進んでおり、老人医療費が低い地域では、高齢者就業率が高い傾向にあります。平成17年の本県の高齢者就業率は18.7%となっています(同全国21.1%、長野県29.9%、山添村25.4%など)。なお、結果の評価については、平成24年就業構造基本調査結果の有業率を用いることとします。

④ 「かかりつけ医」を活用して集団健診を実施する市町村(国保)数

平成24年度において、「かかりつけ医」を活用して集団健診(特定健康診査時)を実施する市町村(国保)数を25%以上とすることとします。

平成17年度の基本健康診査(旧制度)では、集団健診(指定された場所で、日時を決めて健診を行う方式)による健診受診者数が全国で36.6%、個別健診(医療機関で、一般外来と同様に受診することができる方式)による健診受診者数が63.4%となっています。本県では、集団健診が11.3%、個別健診が88.7%と個別健診受診者が多くなっています。

健診受診率の向上のためには、個別健診と集団健診の併用が必要と言えます。また、山添村の取り組みでも見られるように、住民の身体の状態を熟知する「かかりつけ医」が健康づくり事業や健診事業へ参加することにより、効果的な事業実施が可能となるものと考えられます。

⑤ 在宅医療提供施設数

平成24年度において、市町村毎に概ね現段階の県平均レベル(人口10万対20.0施設)の在宅医療提供施設を整備することとします。ここで言う在宅医療提供施設とは、在宅医療の提供に関して一定の基準(※)を満たし、在宅医療を専門的に実施する医療機関(病院・診療所)と訪問看護事業所(医療みなしを含む)であり、平成21年12月末現在、県内13市町村で県平均レベル以上の施設が整備されている状況にあります。

2. 計画期間における医療に要する費用の見通し

計画期間である平成20年度から平成24年度までの5年間の県民医療費の見通しについて推計を行いました。

(1) 推計方法

- ① 平成20年10月1日現在の「住民基本台帳及び外国人登録に基づく県人口」と「都道府県別将来推計人口」(平成19年5月国立社会保障・人口問題研究所公表)から、計画期間である平成20年度から平成24年度までの県人口(性別、5歳階級別)を推計しました。
- ② 奈良県国民健康保険団体連合会が毎年取りまとめている平成18年5月診療分の国民健康保険医療費データから、国民健康保険加入者の1人当たり医療費(性別、5歳階級別、入院・外来別、医科・歯科別)を、県全体と健康づくりの取り組みを長年実施してきた山添村について算出しました。
- ③ ①と②の値を掛け合わせ、平成20年度から平成24年度までの県民医療費と山添村レベルの医療費による県民医療費を計算しました。

(注：算出に当たっては、診療報酬改定、医療の高度化による医療費の自然増、医療費適正化対策による影響を見積もるのは困難なため、推計に当たっては、高齢化による人口構造の変化のみを考慮することとしています。)

(2) 結果

平成24年度の県民医療費の見込みは3,797億円と推計されます。

これが、今後、健康づくり対策を推進し、仮に医療費が山添村と同レベルとなった場合には、県民医療費は3,048億円となり、県全体として約750億円の医療費を減らすことが可能となります。

(単位:億円)	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
県民医療費の見込み(a)	3,663	3,688	3,714	3,756	3,797
山添村の医療費レベルとなった場合の県民医療費(b)	2,938	2,955	2,972	3,010	3,048
差(a-b)	725	733	742	746	749

第4章 目標を達成するための施策

1. 施策の実施に向けての基本的考え方

山添村や長野県における健康づくりの取り組みは、住民の「健康長寿」と、その結果として医療費負担の軽減をもたらしました。本県では、今後の高齢社会の進展に備え、山添村や長野県での取り組みを参考にした健康づくりの取り組みを、一定期間、県全体で実践・継続することにより、県民による「健康長寿文化」の醸成をはかることとします。

この計画では、以下の6つの考え方に基づき、施策を進めていくこととします。

〔6つの考え方〕

- ① **ライフステージごとに健康的な生活習慣が身につく総合的な取り組みを展開**
地域、学校、職場などで、ライフステージに応じた対策の実施
(食育、スポーツや歩く習慣、生活習慣病の予防、健診受診、外出の推奨等)
- ② **県全体で健康づくりの推進**
県が中心となり、市町村、保険者、企業、学校、医療福祉機関等の関係機関が一体となって、健康づくりの取り組みを実施し、PDCAサイクルに基づき推進
- ③ **県民への健康長寿情報発信を重視**
ライフステージに応じた必要な健康長寿情報を、県民に効果的に伝わる手法で繰り返し発信し、浸透
- ④ **「食べるな」「歩け」方式の健康づくりからの脱却**
生活の一部として実施する「わたしの健康づくり」運動を展開
- ⑤ **健康づくりを推進する地域でのネットワークを構築**
長野県や山添村のように、地域の健診(検診)や健康づくり事業への「かかりつけ医」等の関与を推進
- ⑥ **予防・治療・回復の連携を重視**
切れ目のない保健・医療・介護・福祉体制の整備を促進

また、施策の実施に当たっては、以下の5つの方法により進めていくこととします。

- (1) 健康長寿に対する県民意識の高揚(健康長寿文化づくりの推進)
- (2) 地域・学校でのネットワークによる健康長寿支援
- (3) 保険者のネットワークによる健康長寿支援
- (4) 医療機関のネットワークによる健康長寿支援
- (5) 健康づくりの環境整備

2. 施策の方向性と具体的展開例

(1) 健康長寿に対する県民意識の高揚(健康長寿文化づくりの推進)

〔現状と課題〕

- 健康づくりについては、近年の生活習慣病の増加をふまえ、日常の食生活への注意や運動の習慣化が必要とされています。また、食育の推進により、健全な食生活を実践できる人間を育てる必要性が言われています。
- しかし、本県では、子どもの朝食欠食率が全国平均に比べて高く、また、20～40歳代の県民の半数以上で「自分の食事に何らかの問題がある」と思っている状況にあります。また、「運動する時間的な余裕がない」などの理由で20歳以上の運動習慣のある者の割合は30%程度に留まっています。
- これは、健康づくりに関する知識の普及・啓発の絶対的な不足によるためであり、現状の「食べるな」、「歩け」といった禁止方式の健康づくりの取り組みが、多様化する住民生活に受け入れにくいものになっていることも考えられます。

〔方向性〕

- より多くの県民が、健康長寿を意識して、健康づくりに取り組むためには、日常生活の一部として実践できる、容易で、効果的な健康づくりの取り組みを推奨していく必要があります。
- 山添村や長野県など、高齢者就業率の高い地域では、健康づくりの取り組みが進んでおり、高齢者の就業率を高めるための対策を進める必要があります。

〔具体的展開例〕

- 「食べるな」、「歩け」方式の健康づくりからの脱却
 - ・ 山添村や長野県における健康づくりの取り組みが、住民の日常生活の一部として定着している状況を、「健康長寿文化」として位置づけ、県全体で「健康長寿文化」の醸成を図ります。
 - ・ 生活習慣病対策として言われている食生活への改善や運動の実践のみならず、自らの健康のため、日常生活の一部として、楽しく気軽に取り組んでいる活動を、「わたしの健康づくり」として位置づけ、県民への普及を図ります。
 - ・ 県主導で、市町村、保険者、企業、学校、医療福祉機関などの関係者とともに、県民の健康づくりの課題を共有するとともに、各々の役割を明確化し、官民上げての取り組みを展開します。
 - ・ 県民を対象とした講演会などを開催し、県民を巻き込んだ普及啓発を進めます。
- 高齢者の生きがい向上等のため、奈良県版「ソーシャルファーム」の起業等、新たな社会参加のきっかけづくり
 - ・ 健康長寿を達成している山添村や長野県で、高齢者就業率が高いことを踏まえ、奈良県版「ソーシャルファーム」の起業等、新たな社会参加のきっかけづくりを検

討します。特に、農業、観光、環境、教育、福祉分野等の社会貢献分野での、起業と雇用の促進を検討します。

(※)ソーシャルファーム：1980年代にヨーロッパに始まった障害者等、就職機会が少ない者の雇用により、社会的目的を達成するための起業、ボランティア活動や各市町村設置のシルバー人材センターとは趣旨が異なる。

(2) 地域・学校でのネットワークによる健康長寿の支援

〔現状と課題〕

- 20歳以上の県民の過去1年間の健診(健康診断や健康診査)や人間ドックの受診者の割合は56.0%となっており、全国の61.5%に比べ低い状況となっています。「時間的な余裕がない」ため、健診を受診していない者が多く、健康保険加入者の家族や国民健康保険加入者において健診受診率が低くなっています。
- 本県の住民健診では、受診者の9割近くが個別健診方式で受診しており、集団健診などの地域住民が集まって健康づくりの支援を受ける機会が少なくなっています。
- 市町村などでは、種々の健康づくり事業(体操、ウォーキング、集団健診、健康教育、食育事業、介護予防事業など)が行われていますが、参加者数が少ない、医療機関との連携が少ないなど、必ずしも効果的な実施が図られているとは言えない状況にあります。

〔方向性〕

- 山添村や長野県など、健康づくりの取り組みが進んでいる地域では、「かかりつけ医」や保健師などの地域の医療従事者と地域住民で構成された健康ボランティアによる、健康づくりの取り組みが長年続けられてきた歴史があり、健康長寿の実現のためには、県民の健康づくりを地域で支援する体制を構築する必要があります。

〔具体的展開例〕

○ 「健康長寿推進員」の配置

- ・ 地域住民で構成された「健康長寿推進員」を小学校区ごとに組織し(※)、「かかりつけ医」や保健師などの地域の医療従事者ととも、地域社会や学校教育の場で、健康づくりや食育の重要性についての啓発を進めます。

(※)「健康づくり推進員」や「運動普及推進員」等の既存の健康づくりボランティアの活用も含みます。

○ かかりつけ医や「健康長寿推進員」のコミュニティ・レベルでの健康づくりへの関与

- ・ 市町村などの健康づくり事業(体操、ウォーキング、集団健診、健康教育、食育事業など)を効果的に実施するため、健康づくりに協力的な地域の「かかりつけ医」を確保し、健康づくり事業への参画を進めます。

- ・ 市町村などの健康づくり事業を地域に根ざすことを目的として、小学校区ごとに組織された「健康長寿推進員」が、市町村などが実施する健康づくり事業への参画を進めます。県は、「健康長寿推進員」間の情報交換のための連絡会議や、健康づくりにかかる普及啓発方法などの研修会の開催を検討します。

(3) 保険者のネットワークによる健康長寿の支援

〔現状と課題〕

- 県内の医療保険者は、被用者が加入する健康保険組合、協会けんぽ（全国健康保険協会管掌健康保険）、共済組合と、自営業者などが加入する市町村国民健康保険、国民健康保険組合があり、これらの医療保険者が平成17年度に「奈良県保険者協議会」を設置し、健康づくり事業を円滑かつ効率的に実施することを進めています。
- これまで40歳以上の県民に対して市町村が行っていた住民健診（老人保健法に基づく基本健康診査）に代わり、平成20年度から、医療保険者がその加入者に行う特定健康診査・特定保健指導が開始されたことから、医療保険者による健康づくりの取り組みの推進が課題となっています。

〔方向性〕

- 医療保険者による健康づくりの取り組みを強化するため、県が医療保険者の取り組みを支援する必要があります。より多くの医療保険者が健康づくりの取り組みを効果的に展開していく必要があります。

〔具体的展開例〕

- **医療保険者による健康づくりの取り組みの強化**
 - ・ 保険者協議会の構成員としての県の参画や県内に大きな事業所を有する県外医療保険者に協議会加入を推奨することにより、保険者協議会機能の強化を図ります。
 - ・ 県内医療保険者が協働して県レベルで統一した健康づくりプログラムを開発し、同時の展開を図ります。
 - ・ 県民の健康生活実態と健康意識に関する調査や県民の健康づくりに真に必要な情報の収集、県民に効果的に浸透するための情報発信手法のあり方にかかる研究の推進など、医療保険者の健康づくりの取り組みを支援します。また、このために「健康づくり」「地域活動」「情報戦略・メディア」などの専門家を、「健康長寿アドバイザー・スタッフ」として設置します。

(4) 医療機関のネットワークによる健康長寿の支援

〔現状と課題〕

- 自宅で介護を受けたいと希望する方が多いにもかかわらず、在宅医療資源や関

係者間の連携が不十分であることから、医療機関や介護保険施設から在宅療養への移行が進みにくい状況にあります。

〔方向性〕

- 在宅の介護・看護・看取りをサポートするため、地域の関係者によるネットワークを構築し、効果的効率的な保健・医療・介護・福祉体制を提供する必要があります。

〔具体的展開例〕

- **家庭での看取りを支える在宅医療推進のための基盤整備**
 - ・ 切れ目のない保健・医療・介護・福祉体制の整備を推進します。在宅医療提供施設の設置を促進するとともに、病院や施設から在宅医療へ円滑に移行するため、地域の関係機関間の連携体制の構築を進めます。併せて、「かかりつけ医」や「健康長寿推進員」による、在宅医療の利用についての県民への普及啓発を進めます。

(5) 健康づくりの環境整備

〔現状と課題〕

- 歩くことは生活習慣病予防や体力強化につながります。しかし、子どもやお年寄りを含め、どのような人でも、楽しく安全に歩くための環境が十分に備わっているとは言えない状況にあります。

〔方向性〕

- 県民が楽しく安全に歩くためには、「まちづくり」や「仲間づくり」などの歩く環境整備を行う必要があります。

〔具体的展開例〕

- **健康づくりの環境整備の推進**
 - ・ 県民が楽しく安全に歩ける歩行者道、自転車道、ジョギングロードの整備を進めます。
 - ・ 川辺にウォーキングなどができる遊歩道の整備を進めます。
 - ・ 地域スポーツクラブを普及し、歩く仲間づくりを進めます。

第5章 計画の達成状況の評価

1. 計画の進行管理体制

計画の実効性を高めるため、定期的に、計画作成(Plan)、実施(Do)、点検・評価(Check)及び見直し・改善(Action)といった一連のマネジメント・サイクルに従い、進行管理を行います。

2. 計画の評価

(1) 進捗状況の評価

県は、平成22年度に中間評価として、法第11条第1項に基づく「計画の進捗状況に関する評価」を行い、その結果を公表します。中間評価を踏まえ、必要に応じて、達成すべき数値目標の設定、目標達成のために取り組むべき施策等の内容について見直しを行い、計画の変更を行います。また、平成24年度から次期医療費適正化計画の策定作業が始まることから、次期計画策定の検討に際しては、中間評価の結果を適宜活用することとします。

(2) 実績の評価

県は、計画終了後の翌年度である平成25年度に計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、法第12条第1項に基づく「計画の実績に関する評価」を行います。

