

# 厚生委員会記録

開催日時 平成25年3月25日(月) 9:33~10:10

開催場所 第2委員会室

出席委員 8名

尾崎 充典 委員長

小泉 米造 副委員長

井岡 正徳 委員

小林 照代 委員

畠 真夕美 委員

安井 宏一 委員

高柳 忠夫 委員

梶川 虔二 委員

欠席委員 1名

米田 忠則 委員

出席理事者 江南 健康福祉部長

高城 医療政策部長 ほか、関係職員

傍聴者 なし

## 議 事

(1) (仮称)なら健康長寿基本計画(案)について

### <質疑応答>

○尾崎委員長 それでは、ただいまの報告について、質疑があれば発言をお願いします。

○井岡委員 健康増進法は今まで医療政策部でしたけれど、今でもそうなのですか。

○松山健康福祉部次長兼健康づくり推進課長事務取扱 健康増進計画は、健康福祉部で扱っております。

○井岡委員 今まで保健予防課であったと、前は理解しているのだけれど。

○松山健康福祉部次長兼健康づくり推進課長事務取扱 平成22年度に健康福祉部に健康づくり推進課ができたときに、保健予防課が所管していた健康増進法に関するものが健康づくり推進課に変わりました、健康福祉部が変わったということです。

○井岡委員 私が迷うように、多分恐らく市町村に説明されたところでも、市町村ではまだいまだに医療の方に入っているケースが多いということもあるかもわかりませんから、

基本計画の中に健康増進計画の法定計画を入れるということ、兼ねるということになっておりますので、多分、市町村の説明の中では今までと同じような感覚でやることもあるので、医療政策部と健康福祉部が奈良県は一緒になってというか、横ぐしに計画を立てるということですが、その辺を十分に説明をしておいていただけたらと。マネジメントは、主体はだれなのかが一番問題になると思いますので、基本計画という個別計画の上位計画を立てるということは大変いいことですが、この計画をまた運用する場合に主体はだれなのかというのが一番県でも問題ですし、また市町村でもどこの担当課が主体になるのか多分迷うと思うので、その辺を計画のことなので、今後注意して議論して説明をしていただきたいと思います。以上です。

○小林委員 1点お尋ねをしておきたいと思います。この中にあります健康づくりと予防の推進ですが、先日来、がん検診の受診率が低いということで、計画も出されまして受診率を向上させるためのいろいろな施策も出されているわけですが、特定健診ですね。過日の厚生委員会でも指摘いたしましたけれども、特定健診が今回の中身を見ましても非常に受診率が低くて、特定保健指導利用率も低いと出ています。いろいろ現状と課題を出されているのですが、お尋ねしたいのは、実はこれまでの基本健診は自治体が行っていたわけですが、特定健診は5年前から保険者が行うという状況になったということがあります。そういう問題等々含めまして、この特定健診の受診率がどうしてこんなに低くなったのか。ここには受診率を高めていくと、これはがん検診とも連動しますので、ここには非常に低いと、全国平均よりも低いとも書いてありますが、なぜこうなのか。また市町村によって努力されて、高いところはあるのか、そこの教訓は何なのかをお尋ねをしたいと思います。

○松山健康福祉部次長兼健康づくり推進課長事務取扱 特定健診に関する質問ですが、奈良県の特定健診の受診率は確かに低いです。特定健診の受診率自体は、奈良県では平成23年度で25.1%。これは平成22年度の23.8%から少しはふえているのですが、平成22年度の全国平均32%と比べてまだ低い状況です。

それから、特定保健指導の終了率、保健指導を受けてちゃんと特定保健指導の最後まで行かれた方は、全国平均に比べて奈良県の場合は14.2%という低い状態にあります。なぜこんなに低いのかを市町村等にアンケートを行いながら、これは保健所で実施してもらったのですが、聞き取り調査をした結果、答えとしてあるのは、一番多かったのは健診を受ける時間がない、次に、自分は健康と思っている、次に、今現在通院しているから、そこで検査してもらっているからいいという、この3つです。それから、委員がおっしゃ

ったように、平成20年から制度が変わりました。その結果、前の老人保健法による基本健診よりも検査項目が少なくなったことで、あまり受ける気がしないという答えが多くございました。

県といたしましては、一つは検査項目が少ないと言われているところで、県独自でクレアチニン、糖、尿酸、随時血糖値検査なども追加して、ニーズに合わそうとはしております。それから、時間がないとおっしゃることもありますので、市町村にお願いして休日に実施していただくという形で努力しておりますし、いろいろな形で受診勧奨をしておられる市町村は、平成24年度では36市町村で受診率向上のための何らかの施策を実施してもらっております。それにつきまして、県といたしましては、特別会計の国民健康保険の財政調整交付金を使いまして支援しております。来年度におきましても、受診勧奨、それから特に健診の結果すぐに病院にいかなければならない人に対する医療の勧奨等を行っていかうと新たな取り組みを15市町村ぐらいでやってもらう予定をしております。

それから、成績のいいところといたしましては、山添村の受診率は高いです。これは山添村にお聞きしますと、別に特別なことをやっているのではないというお答えが返ってくるのですが、住民に昔から皆さん健診受けましょうというのが根づいておりまして、当たり前のように健診を受けられるという文化のところまで行っているような形で受診率は高いという結果をいただいております。以上です。

○小林委員 先ほど指摘をいたしましたけれども、お答えにもありましたが、制度が変わったわけです。自治体が行っていたものが保険者が行うようになったと。資料2「(仮称)なら健康長寿基本計画(案)」の30ページで現状と課題のところにもありますが、特定健診対象者の保険者別構成が、市町村国民健康保険が62%となっていて一番多いです。協会健康保険28%、各種共済8%、組合健康保険1%、国民健康保険組合が1%となっています。

それで、以前でしたら自治体で、例えば従来、扶養家族とか事業者健診を実施していない、事業者健診は恐らく労働安全衛生法でそれぞれやっていると思うのですが、できていない中小企業の従業員などは、今回特定健診になりますと、従来は自治体健診も受診できたのですが、しかし、制度が変わってから保険者及び雇用者の意思が伴わなければ受診ができなくなったとも聞いているのですが、そういう状況もあるということと、もう一つは健診料です。制度が変わることによって有償になったところが多いということで、その辺が受診率を下げている。先ほどは健診項目のことも言っていました。そ

れも確かにそうです。

ということなのですが、国民健康保険が一番多いわけなのですけれども、保険者に対する、働きかけとか、協議とか、中心になってやるのは市町村なのですけれども、そういうことも必要ではないかと思うわけです。何せ早期発見、早期治療、予防の推進、健康づくりは、がん検診の率も上げる、そしてそれは同時に特定健診の率を上げなければ予防の推進、健康づくりがなかなか進められない大きな課題だと思いますけれども、その辺についてはいかがでしょうか。

○松山健康福祉部次長兼健康づくり推進課長事務取扱 特定健診受診率アップも大きな課題ととらえております。市町村には、医療費適正化計画の中でも、医療費を下げるという意味で早期発見は、がんに限らず糖尿病、生活習慣病、一般にすべて言えることですので、その辺は市町村にも特定健診受診率アップの取り組みについてはお願いしておりますし、先ほども言いましたが、国民健康保険の財政調整交付金を使いまして、そういう取り組みをしてもらえるところには市町村に対して支援します。この点は県ではこういう取り組みどうですか、ああいう取り組みどうですかといろいろ調査研究した結果、市町村に来年やってもらえませんかというのを今もやっておりまして、先ほど言いましたように15市町村で来年度新たな取り組みをまた考えていただいているというところです。特定健診の受診率アップも大きな課題ととらえておることは間違いありません。

○小林委員 がん検診のところを出していただきました個別に働きかけ、今は受診勧奨と言われたのですが、コール・リコールなども今度取り組まれ、やられるということですが、受診体制の機会をふやすといいますか、充実ということで非常に大事かと。時間外とか休日とか、足元の医療機関を見ていると、努力しているところは日曜日に検診、それから日曜日を設定して検診とか時間外も検診は受け付けるという努力はされていますけれども、あわせてそういう受診体制の充実も、これからこの計画を進めるに当たって、やっていただきたいと思います。以上です。

○除委員 市町村と連携する中でこの計画を進められていくのですけれども、市町村で計画を持っていないところございますよね。そういったところについては、まずは計画をつくりなさいと言っていくのですか。資料に書いている計画の進行管理については市町村関係者から構成する評価推進機関を設置すると書いてありますが、計画を持たなくても機関を設置してやろうとされているのか。

○松山健康福祉部次長兼健康づくり推進課長事務取扱 評価機関による評価に市町村も入

っていただくのは、県のつくりました基本計画の評価を市町村にも入ってもらってしてもらおうと。その前の質問ですが、市町村では健康増進法に基づく努力義務で、健康増進計画をつくっておられるところは35市町村、これが一番多いです。あと、スポーツ基本法に基づく計画は、市町村でつくっているところは7市町村。食育計画を持っているところは19市町村。計画をつくってもらわないとなかなか施策が進みませんので、つくることに努めるという努力義務のところにつきましては、県からつくってくださいという要請及びつくり方についての支援も行ってまいりたいと思います。

ただ、繰り返しになりますが、今回つくろうとしている評価機関に市町村が入ってもらうのは、県の基本計画です。資料に歯車の絵があった、この歯車の進みぐあいはどうかというところに市町村も入ってもらって評価してもらったり、対応するための対策、その対策としてこういう事業をしたらどうかというところに県だけで決めても、実施してもらえ市町村がそれは無理という話もあると思うので、市町村も入ってもらって評価していただくということなのです。

○除委員 要するに県として健康増進計画を持たれるのは大変いいことなのですが、ただ現場の意識が高まらないとこういった計画をつくっても完遂しないので、まずはそれぞれ努力義務の部分については県も応援してあげていただいで作成するようにお願いしたいと思うのですが、努力義務でなくても、現場がどういう意識を持とうとしているか、それを目指して頑張ろうとしているかが結局は県の計画に反映してくるわけですから、そこが一番大事かと思うのです。県の評価推進機関に市町村の関係者を入れて、県のこういうデータを出したいから現場はどうですかということでは、本当の意味での奈良県の健康長寿にはならないと思うので、そういったところを、努力されようとはしているかと思えますけれど、最初の立ち上げが大変だと思います。いろいろ意識していろいろ説明して大変かと思いますが、一たん軌道に乗ると、あとは年次に追ってどこまで行ったかを見ればいいわけですから、よろしくお願いをしたいと思います。

健康長寿の指標の出し方は、介護の認定をどれだけ受けているかとか、そういうことで出ているのですね。男性が全国2位、要するに健康な男性が奈良県の場合は多いということですね。指標って、根拠になる数字一つだけなのですけれど、それを信じるしかないのですね。いいことなので信じてもいいのですけれど、ただ、介護も男性の割合がまず少ないかもわかりませんが、介護のデイサービスへ行っても結構少ないですね、男性の場合。デイサービスに行くのが嫌な男性が多いかもしれませんし、それを調べる指標が介

護の認定数から調べられてるのかと思うのですけれど、その辺はいかがですか。

○松山健康福祉部次長兼健康づくり推進課長事務取扱 今後10年間で健康寿命がどれだけ伸びたかにつきましては、まず健康寿命の定義を定めなければならない。それと、その定義は客観的に評価したい。ですから、介護認定2よりも健康な人、要支援1、2及び介護認定1までは健康ということで、65歳を過ぎてもその基準までの人を健康寿命の質ととらえましょうというとらえ方をしたのは、介護認定を市町村にやってもらっていますが、これは客観的な基準に基づいてやってもらっていますので、それでしたら毎年毎年、健康寿命が何年かと客観的にとらえられるということもありまして、この基準を使っております。

○除委員 ということは、これは全国的な健康寿命という定義ではないのですか。

○松山健康福祉部次長兼健康づくり推進課長事務取扱 健康寿命につきましては、定義として65歳を過ぎてから介護認定2の認定を受けない方という定義の仕方は、国で研究機関が一つ定めた方法で、全国一律で健康長寿という基準はございません。厚生労働省が調べたところは、65歳を過ぎた人に聞き取り調査で、あなたは毎日暮らしてどうですか、健康ですかという聞き取り調査で決めているところがあるのです。それでしたらばつきが生じるのではないかと思ひまして、奈良県は客観的な基準、介護認定2までというのをとっております。これは奈良県がつくったわけではなくて、国の研究機関で提唱されている形で、その研究者の名前を忘れましたが、そこで出ているもので、他府県でもこの指標使っているところはたくさんあります。

○除委員 いずれにしても、奈良県の方が介護を受けずに自立して最後まで健康で生きていけるのがそれぞれの目標でございますので、まだまだ頑張ってくださいと思います。

○高柳委員 除委員に引き続いて、同じような趣旨なのですが、我が自治体が日本一と使うのですね。今回これをメインに使って、日本一を達成するのだと言っているけれども、そういう意気込みはどの辺で担保していますか。今まで他府県と比べて、例えば男は全国で2位と、女性は22位ぐらいだとなっていて、日本一というのは単なるスローガンなのか、職員を縛るスローガンなのか、首長が日本一を使えということで職員が縛られているのか。どこをきちっとしたらというより、総合的にこれを計画したら当然1位、ほかの県がやっていないからということなのか、ポイントというのか、なぜ日本一という言葉を使うのか。

日本一はあまり自治体が使ってもらうのは好きではないのです。というのは、かけ声だ

けで終わるのに見ばえだけで引っ張ろうとする、計画になるので、日本一はここを確実に押さえたらなるのだというのだったら使ってもいい。だけれども、どこをどう押さえたらいのかわからないのに日本一と使うのだったら、これはだましかと思うので、説明していただけますか。

○江南健康福祉部長 高柳委員からは、要するに日本一となる確証があるのかと、どういうつもりだという……。

（「全くなかったら使うたらあかんねんで」と呼ぶ者あり）

健康寿命というのをまずしようとしたのは、いろいろな健康にかかわる、暮らし方にかかわる計画があると。健康寿命というの一番お元気な期間でございますので、暮らしを向上させるということでは一番典型的ないい指標であろうということがまず一つです。

先ほど除委員からもご質問ございましたが、いろいろなやり方があるのではないかとありますが、これは厚生労働省の研究のテーマとして出されたやり方で、ほかの県も準じてやっているところがございまして、一つの客観的ないい指標だと思います。

次に、これが日本一にできるのかというお尋ねだと思います。先ほど男性は何位、女性は何位と説明をさせていただきました。資料2の2ページに、本県の女性の欄に20.47年とあります。これをまさしく上げることはいいことだ、絶対それは間違いないと思います。日本一にできるのかという、これは確証はございません。ただ、このときに女性に対して1位はどこかと申しますと、女性の部の1位は島根県なのです。奈良県が20.47年に対しまして、1位の島根県は何年かと申しますと20.97年です。0.5年の差です。同じような見方をいたしますと、本県の男性は17.84年。1位は、いろいろなところで出てくるのですけれども長野県なのです。長野県は18.09年です。18.09年ということは、0.2年から0.3年の違いなのです。我々奈良県が努力してここまで行けるかどうかを思いやったときに、先ほど小林委員からもご指摘がございましたように、一番基本的な健診率でさえまだまだ努力する余地があるかと思っております。そういう努力する余地を考えますと、県民の皆様にもっと元気な生活の質を上げていただける余地があつて、なおかつそれはこれだけの差である場合は日本一をむしろ目指すべきではないかという考え方で、この目標を定めさせていただいているところでございます。以上でございます。

○高柳委員 そういう答えが返ってくると思っていたのですけれども、0.2年とか0.5年の差を、本当にすごい努力をして日本一という競争の中に職員なり県民を入れていく

のか。0.2年とか0.5年の差をどう見るかということは、すごく大きな差があると思うのです。子どもたちの学力テストの問題みたいなものもあるだろうと思うし、そういうところと健康を同じレベルにする価値観ではないと、今のところでは聞いているのです。健康まで競争の中に押し込めないで、やるべきことをきちっとしていった結果がなるのだと。日本一をひとり歩きさせないで、やるべきことをしてと。職員は職員でいい仕事をす、県民は県民で生活の質を高める、そういうことを応援するのがこの計画だと思っていますので、それでも日本一だと政治的にアドバルーンを上げるようなことだけはしないでほしいなと改めて感じました。何かすごく光っているのです、何これっていうの。こんなのも子どもの学力テストと同じ、そんなのを乗りでやられたらたまらないと思ったので質問しました。以上です。

○尾崎委員長 ほかにございませんでしょうか。

なければ、これもちまして質疑を終わります。

本日の委員会を終わります。