



新潟県における医師不足を考える III

— 健康長寿を目指して、地域医療力、地域福祉力、地域教育力を向上する —

新潟医療福祉大学

高 橋 榮 明

1. はじめに

第I編¹⁾では医師不足を医師の供給の観点から考え、その実態、原因、対策を述べた。人口比率を考慮すると、全国平均に到達するまでの新潟県における医師不足実数は750～800名である。現在、対策として取り上げられている新潟大学医学部入学定員地域枠新設、自治医大本県分定員増員、奨学金給付などの対策はその効果が現れるのは8年後である。それらの増員分を合計しても、現在の医師供給状態が続くなら10年後、医師増加数は50名以下と推定される。本県では、10年後から定年到達医師の増加があり、その病院勤務医減少分を相殺すると、10年後に本県における医師不足は解決していないと予想されることを述べた。

第II編²⁾では、新潟県における医師不足の解決には医師の需要と供給、増加と減少の経年的な観点で考えると、供給の増加が必要で、県内高校からの医学部進学者増加、そして医師の県内定住促進のために県内臨床研修病院の研修医定員充足が必須であることを述べた。後者の実現には特色ある研修プログラムが期待されることを沖縄県との対比で述べた。そして医師不足について、医療者、行政、教育界、さらに一般県民が同じレベルでその実態および原因を理解し、そしてその短期、中長期対策を共有することの重要性を強調した。

本稿においては、急速に高齢化して、超高齢化社会の日本において、医師不足問題を、医師数の不足はあっても、保健医療福祉分野において充実した医療と継ぎ目のない連続した福祉サービスとケアの提供によって、健康長寿を目指す観点から述べる。

2. 新潟県民の健康度は如何なのか？

県民の健康は医師のみによって守られるものではない。医療問題が新潟県における医師不足という観点にのみスポットライトが当てられてきたが、私たちの健康についてもっと広く考えてみる必要があるのではないだろうか。

1) 健康寿命の意味するところ

私たちがどのくらい生きられるかは、平均寿命で表されてきた。「平均寿命」とは生まれたとき、すなわち0歳で、何年生きられるかの期間であり、一方「健康寿命」とは、心身ともに自立した活動的な状態で生活できる期間である。

表1で示した健康寿命の算出には、指標としてHALE (Healthy Life Expectancy) を用いた。具体的には、生存者の健康状態、障害の状態を考

表1 医師数と平均寿命・健康寿命

県名	医師数 (単位人)		平均寿命* (順位)		健康寿命** (順位)	
	10万対*	(順位)	男性	女性	男性	女性
徳島	282.4	1	36	33	41	37
鳥取	280.6	2	31	16	31	16
東京	278.4	3	15	36	15	36
沖縄	204.9	26	25	1	32	1
長野	190.9	35	1	5	1	2
新潟	179.4	38	23	9	25	5
千葉	152	45	18	36	14	32
茨城	150	46	30	43	38	44
埼玉	134.2	47	15	42	12	41
全国	211.7					

注) *：2005年都道府県別生命表

**：新潟医療福祉大学地域包括ケア研究センター
HALE (Healthy Life Expectancy) により
2000年の資料から算出

慮した健康指標であり、平均寿命から障害を割り引いた健康な状態での寿命をさす。今回の各都道府県の健康寿命は、「国民生活基礎調査」、「老人保健施設調査」、「社会福祉施設等調査」、「患者調査」、「都道府県生命表」により2000年における各都道府県の健康寿命の推計値を算出して求めた。なお、自殺率は含まれていない。その他、いくつかの計算方法がある。

障害調整生命年（Disability-adjusted life year, DALY）³⁾はWHOや世界銀行が世界の疾病負担の総合的な指標として公表され、各種の疾患による生命の損出や障害の総体を、単に死亡件数や患者発生件数、あるいは生命の短縮としてのみでなく、それ以外の障害・愁訴も考慮して定量化してある。障害調整平均余命（DALE: Disability-adjusted Life Expectancy）として、WHO方式では各国との比較が可能であり、各種統計データを基に、疾病や傷害を重み付けし、性年齢別の障害有病率を求める。しかし、算出が容易ではなく、市町村単位の計算が出来ない。

無障害平均余命（Disease Free Life Expectancy, DFLE）⁴⁾は障害の基準を定義し、基準に当てはまれば「健康ではない」とし、障害有病率を求める。介護保険の認定データを活用できることが、特色ではあるが、要介護度の区分で結果が

異なる。このよう介護度の区分が変更されれば、結果に影響する。しかし、市町村単位の計算ができる。

このように未だ計算方法が研究者により異なるので、今後の研究が望まれる。

2) 健康アウトカムと新潟

医療保険制度が都道府県単位で再編という基本的な考え方が示されている。政府管掌健康保険の保険者の公法人への変更、都道府県単位での財政運営の導入、新設される後期高齢者医療制度は全市町村が加入する都道府県単位の広域連合によって運営される予定である⁵⁾。日本医療政策機構代表理事／内閣特別顧問の黒川清教授は、医療制度の「地方分権」の時代であり、「地域医療計画」の構想を持つべきであると提言している⁶⁾。そのために地域の医療を評価する指標が必要である。「地域医療力」は黒川氏が代表理事の日本医療政策機構が刊行した医療白書2006年度版、日本の医療の「未来像」に使用されている言葉である。

その2006年度版⁵⁾、2007年度版⁷⁾白書の中で、九州大学の尾形裕也教授の報告の一部をここに紹介したい。尾形教授とその協力スタッフがまとめた地域医療評価指標は大きく5つ（図1）のカテゴリーに分類されている。それらは①健康アウトカム（寿命）、②健康アウトカム（疾患）、③生活

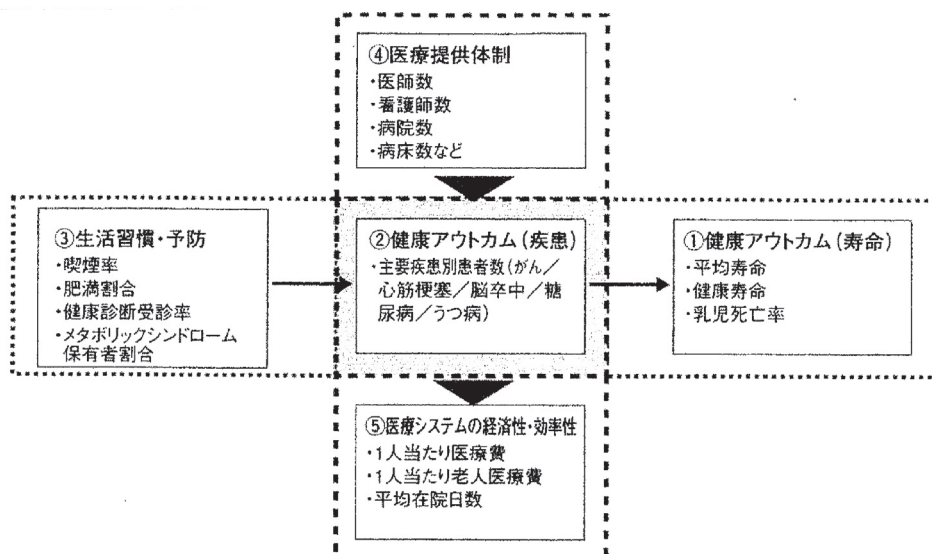


図1 地域医療評価指標の構成

（出典）：尾形裕也：都道府県・医療指標別ランキング。医療白書2007年度版。pp199-211, 2007

表2 地域別健康アウトカム順位リスト ―上位3、下位3、新潟県―

A. 主要疾患別別（※人口10万人当たり）

【疾患別患者数（がん）】

順位	県名	単位：人※
1	東 京	8.91
2	沖 縄	11.27
3	埼 玉	11.45
21	新 潟	53.09
45	山 形	125.58
46	秋 田	145.35
47	島 根	159.15

【疾患別患者数（心筋梗塞）】

順位	県名	単位：人※
1	東 京	4.52
2	大 阪	6.14
3	神奈川	6.89
12	新 潟	28.20
45	福 井	119.55
46	島 根	123.78
47	高 知	137.85

【疾患別患者数（脳卒中）】

順位	県名	単位：人※
1	東 京	5.78
2	大 阪	9.35
3	神奈川	10.20
27	新 潟	77.98
45	秋 田	159.89
46	高 知	183.80
47	島 根	300.61

B. 生活習慣・予防

【疾患別患者数（糖尿病）】

順位	県名	単位：人※
1	東 京	11.14
2	神奈川	17.78
3	大 阪	21.65
12	新 潟	68.02
45	山 梨	299.72
46	徳 島	314.61
47	島 根	371.35

【肥満割合（男性）】

順位	県名
1	新 潟
1	島 根
3	岐 阜
3	京 都
45	徳 島
46	北海道
47	沖 縄

【肥満割合（女性）】

順位	県名
1	東 京
2	大 阪
3	京 都
4	新 潟
45	徳 島
46	青 森
47	沖 縄

【健診受診率】

順位	県名
1	山 形
2	群 馬
3	秋 田
21	新 潟
45	長 崎
46	広 島
47	高 知

【メタボリックシンドローム
保有者割合（男性）】

順位	県名
1	新 潟
2	京 都
3	島 根
45	北海道
46	秋 田
47	沖 縄

【メタボリックシンドローム
保有者割合（女性）】

順位	県名
1	新 潟
2	東 京
2	大 阪
44	愛 媛
44	香 川
46	沖 縄
47	徳 島

【喫煙率（男性）】

順位	県名
1	奈 良
2	沖 縄
2	徳 島
22	新 潟
45	福 岡
46	北海道
47	青 森

【喫煙率（女性）】

順位	県名
1	鳥 取
2	島 根
3	鹿児島
25	新 潟
45	神奈川
46	東 京
47	北海道

C. 医療提供体制

(医師数は表1に記載)

【看護師数（人口10万対）】

順位	県名
1	高 知
2	熊 本
3	宮 崎
29	新 潟
45	茨 城
46	千 葉
47	埼 玉

【病床数（総数）（人口10万対）】

順位	県名
1	高 知
2	鹿児島
3	熊 本
32	新 潟
45	千 葉
46	埼 玉
47	神奈川

D. 医療システムの経済性・効率性

【1人当たりの医療費】

順位	県名
1	埼 玉
2	千 葉
2	愛 知
17	新 潟
45	高 知
46	長 崎
47	鹿児島

【1人当たりの老人医療費】

順位	県名
1	長 野
2	山 形
3	新 潟
45	大 阪
46	北海道
47	福 岡

【平均在院日数（全病院）】

順位	県名
1	長 野
2	東 京
3	神奈川
19	新 潟
45	鹿児島
46	佐 賀
47	高 知

習慣・予防、④医療提供体制、⑤医療システムの経済性・効率性の5分野である。時間軸としては③生活習慣・予防→②健康アウトカム（疾患）→①健康アウトカム（寿命）である。

尾形教授が健康アウトカムとして発表した報告^{5,7)}の一部抜粋を表2に示す。各指標の上位、下位のそれぞれ1位から3位まで、および新潟県の順位を示した。これを見ると、新潟県の健康度は大体理解できる。疾患別患者数では、がんは21位、心筋梗塞12位；脳卒中27位、糖尿病12位；肥満は男性1位；女性4位と良好である。メタボリック症候群保有者割合は本県が男性・女性とも、1位で、この調査では最少である。医療費で1人当たり17位、老人医療費は3位である。

3) 健康度の課題

(1)本県における平均寿命の性差をどのように捉えるか？

2007年12月17日に厚生労働省が公表した2005年都道府県別生命表によると、本県の平均寿命は2005年には男性23位（78.75歳）、女性9位（86.27歳）である。全国の前平均寿命最上位と最下位との差は男性で3.57歳、女性では2.08歳であり、最上位と新潟県との差は男性1.09歳、女性0.61歳である。本県では健康寿命を公表していないが、新潟医療福祉大学地域包括ケア研究センターによると、健康寿命（HALE）は2000年には男性25位（71.81歳）、女性5位（77.47歳）である。この平均寿命、健康寿命の本県における性差の理由は、不明である。本県では肥満（男性1位、女性4位）も少なく、メタボリック症候群（1位、1位）は日本一少ない。何故このように良いのか？理由を明確に確認してその条件を継続することが、極めて重要である。

(2)女性の平均寿命が男性より上位の県

今回、公表された2005年都道府県別生命表によると、女性の平均寿命が1位～10位までの県で、女性が10段階以上高位で男性の平均寿命と差があるのは4県ある。沖縄（男性25位；女性：1位；、以下同じ）、鳥根（29位；2位）、鳥取（34位；8位）、新潟（23位；9位）である。

(3)男性の平均寿命が女性より上位の県

逆に、男性の平均寿命が1位～10位までの県で、男性が10段階以上高位で女性の平均寿命と差

があるのは6県ある。滋賀（2位；13位）、神奈川県（3位；18位）、東京（5位；28位）、静岡県（6位；16位）、京都（7位；19位）、奈良（9位；24位）である。男性11位より下位では、愛知（14位；40位）、埼玉（15位；42位）、岐阜（16位；35位）、千葉（18位；36位）など、関東、中部、関西の一部で、男性高位である。

(4)沖縄県の健康づくり運動

沖縄県の女性上位、男性下位の原因は明確に食事、運動不足の生活習慣に基づいている。長く全国1位であった男性の平均寿命が1985年（昭和60年）の全国1位をピークに、2000年（平成12年）に全国26位となった。これは「26ショック」といわれ、大きなインパクトを全国に与えた。NHK総合でも取り上げられたが、特に1945年（昭和20年）以降に生まれた男性の食生活が伝統的な食事から、高脂肪の食事へと変化し、運動不足、肥満の増加（男女とも肥満率47位）、糖尿病、肝疾患を来し、脳卒中、心筋梗塞など血管性疾患を高率に起こすようになった。そのため沖縄県では知事を先頭に2002年から「健康おきなわ2010」を策定し、健康づくり運動を推進している⁸⁾。

4) 医師数と健康アウトカムとの関連。

長野県では、医師数（10万対）は190.7人で全国35位であるが、平均寿命は（男性1位、女性5位）である。医師数全国1位の徳島県の平均寿命は男性39位、女性30位である。医師数と健康アウトカムは必ずしも関連していない。

3. 健康長寿を目指して、「三つの力」を強くするー「発想の転換」

今、新潟県において、さらに我が国において、健康を考えると、広い枠組みで考えることが必要なのではなかろうか。「パラダイム・シフト。paradigm shift, 発想の転換」⁹⁾が社会に求められている。新潟県において健康長寿を目指すためには、医療提供体制（医師、看護師、病院、病床）に注目することは必要であるが、それだけでは十分でない。本県では3つの要素（図2）を同時に考えることが重要である¹⁰⁾。病院を新築する、ハードを新しくして最新の設備を備えることも重要である。建物、機械設備などハード・ウェア（hardware）に対して、人や組織とそれがどの

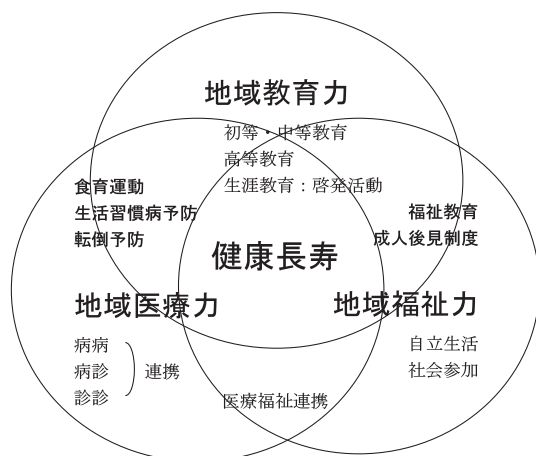


図2 健康長寿を目指す地域における三つの力（3P）の連携¹⁰⁾

（3ソフトパワー；Three Soft Powers；高橋榮明、2007）

ように動くかの制度を私はソフト・パワー（soft power）と呼びたい。コンピューターもソフトがなければ、只の部品の集積に過ぎない。健康長寿を目指すには、その三つ力、ソフト・パワーの向上が必要である。

1) 「地域医療力」の向上

本県で与えられている条件は全国平均から見て少ない医師でいかに効率よい医療提供体制を構築するかである。そこでは、保健・医療・福祉専門職のチームワークは欠かせない。基幹病院と周辺病院あるいは病院と診療所、さらに診療所間の連携ネットの構築が重要である。最近、宮城県ではマグネットホスピタル設置との構想が発表された¹¹⁾。その実現のためには乗り越えなければならない障壁・課題が指摘されている。新潟県においても同様な課題があると思われる。

2) 「地域福祉力」の向上

地域医療力と同じく福祉サービスは地域により違いがある。それで、地域におけるそのサービスを考え、「地域福祉力」という言葉があってよい。これから高齢者人口がますます増えた場合、高齢者は暮らし慣れた地域、住み慣れた家に、長く過ごせるように、いかに地域で支え、いかに快く生活できるようにするかである。最終的に健康寿命を伸ばすには、寝たきりを作らないことである。

そして何よりも大切なことは、医療と福祉との密接な連携である。その連携を担当する医療社会事業担当者は、県内140病院において、平成17年度専任で76.1%、兼任で9.4%、計85.5%で勤務している。このような医療ソーシャル・ワーカーの充実が望まれる。（県内医療施設における医療社会事業実施状況報告－平成17年分）

3) 「地域教育力」の向上

健康増進それも小児生活習慣病予防には日本体育協会の総合型地域スポーツクラブの活用が望まれる。わが国の男性喫煙率は他国と比べて高いといわれているが、本県の喫煙率男性22位、女性25位である。健康教育は初等、中等教育からの一貫した流れの中で考える必要がある。食育、運動習慣の確立は重要である。小学校で受動喫煙の危険性は話題となっているのであろうか。高校からの医学部進学は少なくと倍増が必要である。健康長寿を目指すためには、地域医療に活躍する医師のみならず、地域を愛する健康・医療・福祉関連専門職を、いかに育成するかである。私はこれら専門職を全て「QOL サポーター」と呼んでいるが、これは患者、高齢者、対象者の QOL（Quality of Life, 生活の質）を豊かにすることを支援する人材という意味である。生活習慣病やがん予防のための啓発、福祉からは成年後見者制度、リバースモーゲージなどの啓発活動も、健康維持には生涯スポーツを楽しむ啓発活動も広い意味で、この教育に含みたい。

4. おわりに

ここで、5つのカテゴリーの地域医療評価指標を使用して、本県の医療をまとめてみる。医療提供体制の中で医師数は確かに全国38位であるが、本県の平均寿命という健康アウトカムについては女性が上位に属し、男性は平均程度である。疾患の健康アウトカムの各項目は中位以上である。医療の経済性・効率性にいたっては1人当たりの医療費は17位、老人医療費は3位であり、少ない医師で効率的な医療を提供しているとも言える。逆に言えば、老人医療費をもっと増加したほうがよい、といえる。しかし、この尾形教授の調査で、驚くべきことに本県はメタボリックシンドロームが男性、女性とも1位と最も少ないのである。こ

れを維持し、健康寿命を更に延伸するにはどうするか、である。

本県の健康福祉ビジョンには生活習慣病の予防、がん予防・医療対策、介護予防とばけ防止、自殺予防、歯科保健対策の推進が強調されている。

それらの項目は全国どこでも当てはまるが、今後、本県の特殊性を考慮して、独自のビジョンが必要なのではなかろうか。新潟大学医学部のみが医師供給を十分にできる時代ではなくなった。道州制の足音は近づいている。行政としての県が無くなる日は、県立病院が無くなる日であり、それは10年後か、20年後かもしれない。しかし、国と市町村との2層となることを予測し、市町村としての地域が保健・医療・福祉について、独自の明確なビジョンを今から持ち、準備することが大切である。

今、必要なのは市町村地域別のそれぞれの地域医療福祉指標の提示と、年次別向上到達目標の設定である。黒川教授は新フロンティア戦略において、34項目の指標を毎年チェックすることを提案し、家庭力と地域力の強化をベースに予防重視の健康づくりの推進を提案している⁹⁾。地域医療力として、尾形教授による医療評価指標もとても参考になるであろう。新潟医療福祉大学でも、長岡市と協力して「ながおか・はつらつ応援ソフト」を作成して、介護予防の指標としている¹²⁾。

新潟県における医師不足を改善し、健康長寿を目指すには、私は3つのソフト・パワーの強化を主張したい。その地域医療力、地域福祉力、地域教育力の強化のためには、チーム医療、保健医療福祉専門職間連携を目指した人材育成が最も重要である。すなわち、地域教育力の向上である。新潟を「連携教育」の先進地とすることを、次回、提案したい。

「健康長寿」が実現するためには、将来を予測し、その対策を考え、全体像の認識を共有して、それぞれの分野の担当者がその役割を自覚し、密接に連携しながら、自らの役割を果たすことが必要である。すなわち、「発想の転換」である。

このような健康増進に関する戦略を長期展望も含めて話し合う定期的シンポジウムとして「新潟県健康増進戦略会議」の開催を提案したい。

文 献

1. 高橋榮明：新潟県における医師不足を考える——その実態、原因、対策への一私見——新潟県医師会報、No.662, 10-15, 2005
2. 高橋榮明：新潟県における医師不足を考えるⅡ——医師不足対策には進学者の増加と特色ある臨床研修プログラムが期待される——新潟県医師会報、No.683, 7-11, 2007
3. 森 亨：日本の主要疾患における DALY（障害調整生命年）の意義。平成6年度国際共同研究成果研究発表。pp.34-39, 2004
4. 切明義孝：介護保険制度を利用した健康寿命計算マニュアル。公衆衛生ネットワーク。2004
5. 尾形裕也：地域医療を評価する指標の考え方。医療白書2006年度版、日本の医療の「未来像」——国民が真に求める医療を徹底追及——pp.81-93, 2006
6. 黒川 清：医療制度の「地方分権」。医療白書2006年度版、pp.78-80, 2006
7. 尾形裕也：都道府県・医療指標別ランキング。医療白書2007年度版。医療崩壊から再生への“新しき潮流”——日本の医療を救う国民の選択。pp.199-211, 2007
8. 稲嶺恵一：チャンプルー文化で沖縄の長寿はよみがえる。医療白書2006年度版、pp.104-105, 2006
9. 黒川清：家庭力と地域力の強化をベースに予防重視の健康づくりを推進。医療白書2007年度版。pp.48-52, 2007
10. 高橋榮明：新潟県における医師不足の現状と課題Ⅱ——県立病院が無くなる日に備え、健康長寿を目指すために——。新潟経済社会リサーチセンター月報。No.401。pp.11-21, 2007
11. 金村政輝、伊藤恒敏、本郷道夫：マグネットホスピタル設置により危機的状況の打開を図る。医療白書2007年度版。pp.186-191, 2007
12. 長岡市福祉保健部介護保険課介護予防推進室、新潟医療福祉大学：ながおか・はつらつ笑顔応援ソフト・マニュアル。2007