

地域医療・保健対策特別委員会
報 告 書

平成18年12月

地域医療・保健対策特別委員会

目 次

第 1 節	はじめに -----	2
第 2 節	委員会の活動状況 -----	3
第 3 節	地域医療の充実に向けた課題と提言 -----	5
第 1	現状と課題 -----	5
第 2	本県の地域医療充実の方向について -----	11
第 4 節	生活習慣の改善等による県民健康づくりや効果的な 生活習慣病対策の課題と提言 -----	16
第 1	現状と課題 -----	16
第 2	本県の県民健康づくりや効果的な生活習慣病対策の 方向について -----	26
第 5 節	おわりに -----	31
第 6 節	委員会委員名簿 -----	32
第 7 節	調査関係部課 -----	32

第1節 はじめに

わが国は、国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。

しかし、急速な少子高齢化等の大きな環境変化に直面しており、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革(医療制度改革)が急務となっている。医療制度改革は、「国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に提供される医療提供体制を確立する」ことを第一の柱とし、特に、医師の偏在や特定診療科の医師不足問題への対応と治療重点の医療から疾病の予防を重視した保健医療体制への転換が大きな課題となっている。

本県においても、近年、医師配置の偏在、勤務医の開業医志向、新臨床研修制度の導入等により、県内中核医療機関において医師不足が顕著になっている。

また、患者の大病院志向やかかりつけ医の普及が進んでいないことなどあって、円滑な救急医療体制の確保に支障が生じている。こうした憂慮すべき状況に適切に対処し、県民が安心できる地域の医療提供体制を早急に整備することが喫緊の課題となっている。

さらに、急速な高齢化の進行とともに、がん、脳卒中、心臓病や糖尿病等の生活習慣病の大幅な増加が懸念されており、効果的な生活習慣病対策を実施することも急務となっている。

このため本委員会では、「地域医療の確保と健康づくり対策の充実に関する調査研究について」を付議事件とし、医師確保支援センターを中心とする効果的な医師確保対策、救急医療体制の充実、生活習慣の改善等による県民健康づくりや効果的な生活習慣病対策の3つの重点テーマについて、関係者との意見交換や現地調査など、積極的な調査・研究活動を行ってきたところである。

この報告書は、こうした本委員会の調査・研究活動の結果を取りまとめたものである。

第2節 委員会の活動状況

1 平成18年3月20日(月)

(第1回委員会 定例会中)

- (1) 第284回定例会において、本委員会が設置され、委員が選任された。
- (2) 正副委員長の互選の結果、委員長に広瀬寿雄委員が、副委員長に小瀧信光委員が選任された。
- (3) 閉会中の継続調査事件として次の1件を議長に申し出、議決された。
「地域医療の確保と健康づくり対策の充実に関する調査研究について」

2 平成18年4月28日(金)

(第2回委員会 閉会中)

- (1) 委員席を決定した。
- (2) 重点テーマを次のとおり決定した。
「医師確保支援センターを中心とする効果的な医師確保対策について」
「救急医療体制の充実について」
「生活習慣の改善等による県民健康づくりや効果的な生活習慣病対策について」
- (3) 年間活動計画を決定した。

3 平成18年6月13日(火)

(第3回委員会 定例会中)

「医師確保・救急医療体制の現状と課題」及び「県民健康づくりや生活習慣病対策の現状と課題」について、執行部から説明を受け、質疑を行った。

4 平成18年6月28日(水)～30日(金)

(第4回委員会 閉会中)

- (1) 熊本県を訪問し、熊本市における救急医療の体制、小児救急医療体制等について関係者から説明を受け、意見交換を行った。
- (2) 三重県を訪問し、三重県の健康づくり施策等について関係者から説明を受け、意見交換を行った。

5 平成18年9月11日(月)

(第5回委員会 閉会中)

- (1) 広瀬寿雄委員長の議員辞職による委員長の互選の結果、木村委員が委員長に選任された。
- (2) 委員席を決定した。
- (3) 「医師確保と救急医療の充実」について、執行部から説明を受け、質疑を行った。
- (4) 獨協医科大学日光医療センターを訪問し、県内中核病院における地域医療の現状等について説明を受け、意見交換を行った。

6 平成18年10月4日(水)

(第6回委員会 定例会中)

「生活習慣の改善等による県民健康づくりや効果的な生活習慣病対策のための具体的な取組」について執行部から説明を受け、質疑を行った。

7 平成18年11月15日(水)

(第7回委員会 閉会中)

報告書(素案)について、討論を行った。

8 平成18年12月13日(水)

(第8回委員会 定例会中)

報告書(案)について、検討を行った。

第3節 地域医療の充実に向けた課題と提言

第1 現状と課題

1 全国の状況

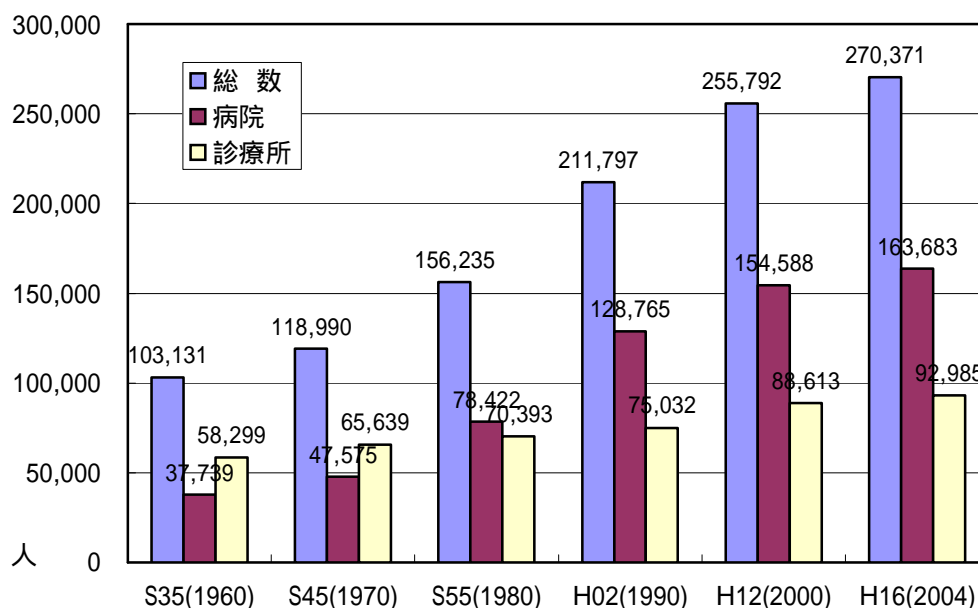
今日の地域医療の最大課題は、その根幹を担う中核的な病院の医師不足であり、全国的な問題となっている。また、この病院勤務医不足の影響を受けている救急医療の体制整備も喫緊の課題である。

(1) 医師数

総数

昭和48年から「無医大県解消構想」いわゆる「一県一医科大学」設置が推進され、その後医師の総数は急速に増加している。現在は毎年、約7,700人程度が医師国家試験に合格しており、退職などを差し引いて、医師は毎年3,500～4,000人程度が増加している。最新の平成16年度の医師・歯科医師・薬剤師調査によれば、医師の総数は270,371人で人口10万人当たり211.7人と、10年前の調査(平成6年度)の184.4人に比較して27.3人増加している。

(医師数の推移)



医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)より

偏在状況

ア 診療科別

医師・歯科医師・薬剤師調査で医療施設従事の医師数を見ると、平成6年から平成16年の10年間で医師総数は16.2%増加したが、産婦人科計では、1.9%減少している。ただし、産婦人科医の中でも、分娩を行わない婦

人科標榜の医師は55.4%増加している。これは、産科医の勤務が過酷である上、異常分娩等が訴訟事件になりやすいためと言われている。

小児科医も、不足していると言われているが、小児科医の総数自体に産科医のような減少は見られない。

《主たる診療科別医師数(医療施設従事者)の推移》

(単位:人、%)

分類	H06 1994 (A)	H14 2002 (B)	H16 2004 (C)	増減		増減率	
				(D) =(C)-(A)	(E) =(C)-(B)	(F) =(D)/(A)	(G) =(E)/(B)
総数	220,853	249,574	256,668	35,815	7,094	16.2	2.8
小児科計	13,879	15,094	15,359	1,480	265	10.7	1.8
小児科	13,346	14,481	14,677	1,331	196	10.0	1.4
小児外科	533	613	682	149	69	28.0	11.3
産婦人科計	12,396	12,400	12,156	-240	-244	-1.9	-2.0
産婦人科	11,039	10,618	10,163	-876	-455	-7.9	-4.3
産科	352	416	431	79	15	22.4	3.6
婦人科	1,005	1,366	1,562	557	196	55.4	14.3

(注)複数の診療科に従事している場合は主として従事する診療科である。

医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)より

イ 地域別

地域別の人口10万人当たり医師数を見ると、北海道216.2人、東北地方187.6人に対して四国地方254.9人、九州地方245.2人と、比較的西日本に医師は多い。また、東京は278.4人と非常に医師が集中している。

《地域別医師数》

(単位:人)

地域	医師数	人口(単位千人)	人口10万人当たり 医師数
北海道	12,201	5,644	216.2
東北地方	18,206	9,706	187.6
関東地方	80,912	41,231	196.2
茨城県	4,483	2,989	150.0
栃木県	4,030	2,013	200.2
群馬県	4,094	2,033	201.4
東京都	34,463	12,378	278.4
神奈川県	15,209	8,732	174.2
中部地方	41,186	21,767	189.2
近畿地方	52,097	22,756	228.9
大阪府	21,563	8,814	244.6
中国地方	19,054	7,692	247.7
四国地方	10,479	4,111	254.9
九州地方	36,236	14,780	245.2

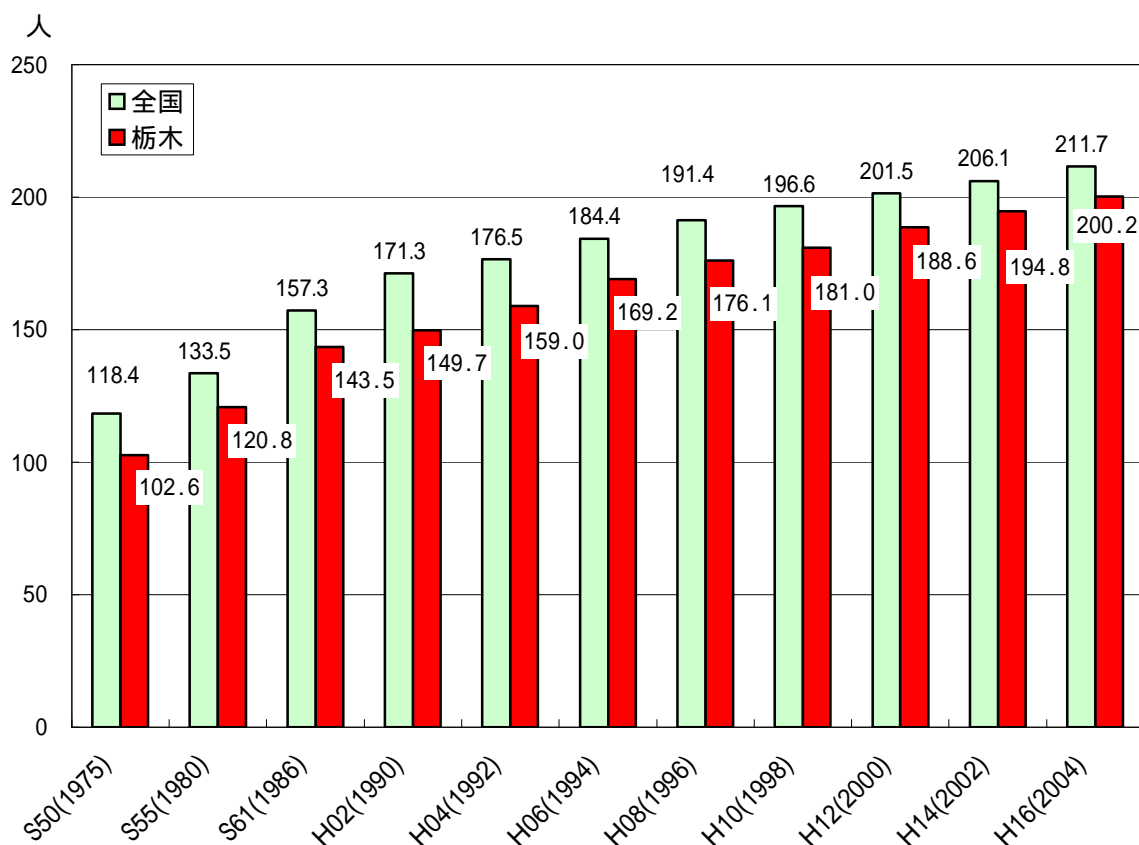
H16 医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)、H16.10人口推計(総務省)より

2 本県の状況

(1) 県内主要28病院の常勤医師数の推移

本県の医師数を見ると、人口10万人当たり200.2人と全国平均の211.7人を若干下回っているものの、過去10年間の伸び率は18.3%と、全国平均(14.8%)を上回っている。

(医師数(総数)対人口10万人当たりの推移)



医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)より

一方、県内で二次救急輪番等を実施している主要28病院の常勤医師数の状況を見ると、総数では平成16年8月現在の879人に対し、平成17年同月で832人と減少し、いわゆる医師不足問題が大きく顕在化した。ただ、これを平成18年同月で見ると831人となり、下げ止まった感がある。しかし、病院の医師不足自体が解消したわけではなく、一部の病院では診療科の休診や病棟の閉鎖という事態となっており、中でも、小児科と産婦人科については、平成16年8月から平成18年同月の2年間で全体が5.5%の減少であるのに対し、10%以上も減少するなど、減少幅の大きさが目立っている。

(県内主要28病院の常勤医師数の推移)

(単位:人、%)

診療科	平16.8月 (A)	平17.8月 (B)	平18.8月 (C)	増減数		増減率	
				(D) =(B)-(A)	(E) =(C)-(A)	(F) =(D)/(A)	(G) =(E)/(A)
内科系	341	305	309	-36	-32	-10.6	-9.4
外科系	380	361	356	-19	-24	-5.0	-6.3
小児科	49	49	43	0	-6	0.0	-12.2
産婦人科	51	48	45	-3	-6	-5.9	-11.8
麻酔科	37	35	35	-2	-2	-5.4	-5.4
臨床研修医	21	34	43	13	22	61.9	104.8
合計	879	832	831	-47	-48	-5.3	-5.5

(2) 救急医療

救急医療体制

県内を10の救急医療圏に分け、症状や緊急度に応じて、初期・二次・三次の三段階からなる救急医療体制の整備を推進している。

(救急医療体制の区分)

(平成18年4月現在)

初期救急	軽症患者に対応	休日夜間急患センター - 在宅当番医	9地区13センター 6地区
二次救急	手術や入院を要する重症患者に対応	病院群輪番制病院	10地区28病院
三次救急	生命に関わる重篤患者に対応	救命救急センター	5センター

救急医療の受診状況

高齢化の進行等に伴い、救急車による救急搬送人員が増加しており、毎年5%程度の伸び率を示している。

(救急車による搬送人員数の推移)

(単位:人、%)

	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
搬送人員	53,314	55,713	59,322	62,277	65,195
対前年比	104.5	104.5	106.5	105.0	104.7

消防防災年報(消防防災課)より

また、平成17年度における救急医療機関の受診者数のうち、二次及び三次

救急医療機関を受診した救急患者数は、全体の75.7%を占めており、中核病院への患者集中がうかがえる。

特に、小児救急患者については、三次救急医療機関を受診した患者が32.8%を占め、二次救急医療機関を受診した小児救急患者数の割合を上回る状況にある。さらに、三次救急医療機関における小児救急患者のうち、入院を要した患者の割合は6.9%に過ぎず、大部分の患者が軽症患者となっている。

(平成17年度救急患者数調べ)

(単位:人、%)

区 分	救急患者	構成比	うち入院患者	入院割合	備 考
初期救急医療機関	89,614 (42,076)	24.3 (40.5)	-	-	
急患センター	49,097 (28,996)	13.3 (27.9)	-	-	7地区9センター
在宅当番医	40,517 (13,080)	11.0 (12.6)	-	-	6地区
二次救急医療機関	149,009 (27,708)	40.5 (26.7)	18,813 (1,781)	12.6 (6.4)	22医療機関
三次救急医療機関	129,512 (34,069)	35.2 (32.8)	19,645 (2,355)	15.2 (6.9)	5医療機関
合 計	368,135 (103,853)	100.0 (100.0)	38,458 (4,136)	-	

二次・三次救急医療機関の救急患者数:救急車による搬送患者数+診療時間外の救急患者数

二次救急医療機関:病院群輪番制病院(救命救急センターを併設する医療機関を除く。)

三次救急医療機関:救命救急センターを併設する医療機関

()書は小児救急患者数で内数である。

救急医療の現状と課題

救急医療を取り巻く状況として、ライフスタイルの多様化や共働き家庭の増加等による救急医療利用のコンビニ化や、患者や保護者の大病院志向・専門医志向、さらには核家族化による子育て不安などが指摘されている。

こうしたことを背景に、初期救急医療機関が対応すべき軽症患者が中核病院へ集中し、本来、中核病院が担うべき重症患者への対応に支障が生じかねないなど、初期・二次・三次の機能分担からなる救急医療体制の維持にとって大きな課題となっている。

3 国の対策等

(1) 国の医師の需給見直し

厚生労働省は平成17年2月に「医師の需給に関する検討会」を立ち上げた。平成18年7月28日に出されたこの検討会の報告書では、今後の医師需給見直しについて次のように述べている。

平成34年(2022年)に医師の需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給されるが、これは短期的・中期的にあるいは、地域や診療科といったミクロの領域での需要が自然に満たされることを意味するものではない。

病院の入院需要は、平成52年(2040年)には現状の約1.4倍となる一方、病院に勤務する医師数は、現在の16.4万人から17.6万人まで7%程度の増加にとどまると推計されるため、長期的に見て、病院に大きな負担が生じる可能性がある。

(2) 新医師確保総合対策

この報告書を受け、厚生労働省、総務省及び文部科学省で構成する「地域医療に関する関係省庁連絡会議」が、平成18年8月31日に「新医師確保総合対策」を公表した。当面の主な対策は次のとおりである。

小児科医・産科医の集約化

病院への小児科医・産科医の広く薄い配置を改善し、病院勤務医の勤務環境の改善、医療安全の確保を図るため、都道府県が取り組む集約化・重点化を推進する。

医師不足県における医師養成数の暫定的な増員

地域間の偏在により一部の地域における医師不足が深刻な現下の状況を考慮し、医師不足が特に深刻と認められる青森・岩手・秋田・山形・福島・新潟・山梨・長野・岐阜・三重の10県において、当該県内への医師の定着を目的として、平成20年度からの最大10年間、将来の医師の養成を前倒しするとの趣旨の下、現行の当該県内における医師の養成数に各県毎年最大10人を上乗せする暫定的な増員を認める。

第2 本県の地域医療充実の方向について(提言)

1 既存事業の充実

(1) 医師確保対策事業

既存の医師確保対策事業の概要

県では、県内病院の医師不足に対処し、地域医療体制を確保するため、国に抜本的な対策を要請するとともに、平成17年6月に「栃木県医師確保支援センター」を立ち上げ、病院の医師確保を支援する様々な対策を講じてきた。

(本県医師確保対策事業の概要)

事業	概要	実施状況
医師研修資金貸与事業	<ul style="list-style-type: none"> ・小児科、産科、内科を専攻する後期研修医に対し、研修資金を最長3年間貸与 ・小児科、産科 5名 月額20万円 ・内科 10名 月額10万円 ・貸与期間と同期間、県内公的病院等勤務で返還免除 	<ul style="list-style-type: none"> ・平成18年1月1日～募集中 ・平成18年度貸与者 内科3名、産科2名
ドクターバンク事業	<ul style="list-style-type: none"> ・医師を県職員として3年間採用し、県内の公的病院へ派遣 ・1,2年目は公的病院勤務、3年目は県内の大学等での研修可能 ・募集診療科 小児科、産科、内科 	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回目募集 平成18年2月10日～平成18年3月6日 ・第2回目募集 平成18年5月15日～募集中
女性医師臨床復帰支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ・無就労の女性医師が臨床に復帰するための研修を行う公的病院等に対し、補助金を交付 	平成18年4月1日～募集中
臨床研修医確保事業	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床研修医の確保を目的とした合同セミナーへの出展に対する県内病院等への支援及び共通ポスター・パンフレットの作成(負担金方式:県負担額1/2) 	<ul style="list-style-type: none"> ・平成18年度出展 後期研修医対象 6月4日 横浜 ・前期研修医対象 7月16日 東京 ・参加病院 臨床研修病院9 医科大学2 県立病院3
医師登録制度	<ul style="list-style-type: none"> ・主に本県出身の医師や医学生を登録し、イベントや本県の医療施策、県内医療機関の情報等を提供 	・登録者数 185名
医師募集情報の一括発信事業	<ul style="list-style-type: none"> ・県内医療機関の医師募集情報を県ホームページ上で全国に発信 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加病院数 県内全115病院中74病院

実施状況は平成18年12月1日現在

既存事業充実の方向

本県で行われている既存の医師確保対策事業は、全国の都道府県で行われている事業をほぼ網羅していると言える。今後は、更に効果ある事業を目指すことが必要と考えられ、その方向性としては次の点が挙げられる。

ア 対象拡大

医師研修資金貸与事業は後期研修医を対象としているが、今後は、利用者の増加を目指して、事業の費用対効果を考慮しながら対象者拡大について検討していくべきである。

イ 「量と質」の充実

医師登録制度や医師募集情報一括発信事業のような情報提供を主とする事業では、発信情報の「量と質」を充実させ、多くの医師や医学生の目を本県に向けさせることが重要である。

ウ 医師育成

従来の県の対策は、既に小児科・産科を目指すことを決めている医師を確保することがメインであったが、これから小児科・産科を志す医師を多く育てることも重要な課題である。たとえば、本県に定着する可能性の高いと想定される県内高校出身の小児科医・産科医を積極的に育てる本県独自の対策も重要な検討課題である。

また、本県の自治医科大学卒業医師は一般内科や一般外科に進む者が多いが、小児科・産科専門医への道を大きく開くなどして、これら特定診療科に積極的に誘導することも対策の一つである。

自治医科大学卒業医師に対しては、授業料等免除の条件となっている在学期間の1.5倍、通常9年間のへき地医療等への従事義務が課せられているが、その義務終了後も引き続き本県に残り、地域医療に貢献することが求められており、県としても対応を検討すべきである。

(2) 救急医療

地域における救急医療体制の整備充実

初期救急医療については、市町・医師会等と連携し体制の整備充実に努めているが、地域によって整備状況に差が生じている。県民がいつでも安心して受診できるよう、今後とも身近な地域における体制の整備充実に県内全域で着実に進める必要がある。その際、緊急の場合の県民の利用のしやすさを考慮すると、場所が交替する在宅当番医制よりも「休日夜間急患センター方式」など一定の場所に整備していくことが望ましい。

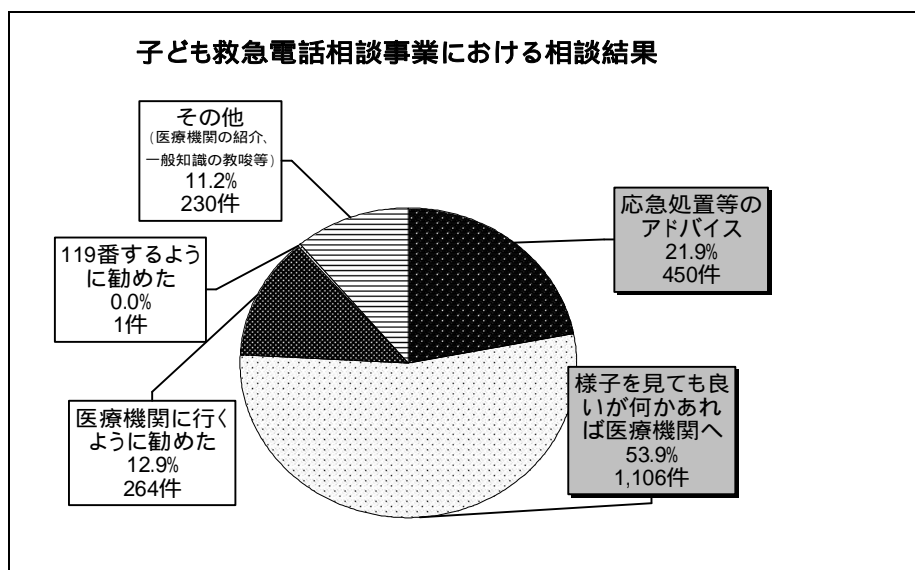
また、二次救急医療については、救急医療圏毎に病院群輪番制病院で、三次救急医療については、5つの救命救急センターで対応しているが、引き続き施設設備の整備に対する支援を行うなど、診療機能と高度専門医療機能の充実強化に努めるべきである。さらに、三次救急医療については、国の動向なども踏まえながら、ドクターヘリの導入の可能性について検討を行う必要がある。

小児救急医療の充実

初期救急医療については、内科医等を対象に行っている「小児科診療医師研修事業」の継続的实施により、小児救急に対応可能な医師の確保を図るとともに、市町・医師会等と連携し、初期救急医療体制の整備充実を図る必要がある。

二次救急医療については、小児科医が不足する中、小児科医がいる特定の中核病院に軽症患者が集中し、勤務医の疲弊と離退職を招いているとの指摘がなされていることから、地域の初期救急医療体制の整備充実とその利用促進により機能分担を図るべきである。本特別委員会の調査先である熊本市における、いわゆる「熊本方式」等も参考に早急な体制の整備充実が望まれる。

また、子ども救急電話相談事業における相談結果のうち、約75%が「応急処置等のアドバイス」や「様子を見ても良いが何かあれば医療機関へ」といった緊急の受診を必要としない相談内容となっている。不要不急の受診抑制に一定の効果があると思われることから、今後とも、一層の普及に努めるべきである。



平成17年11月～平成18年9月の相談件数2,051件

2 地域医療資源の有効活用

医師不足による地域医療の危機を回避するためには、直接的に医師を確保することが最も有効な対策であるが、医師の養成には10年近くを要することや、基本的に国の施策によるところが大きいことなどから、県の取組には一定の限界がある。このような状況にあって、県が地域の医師不足対策を効果的に推進していくためには、既存の医療資源を最大限に有効活用していくことが極めて重要である。

特に、昨今、医師不足が顕在化している小児科や産科については、本県のそれぞれの診療科の置かれている現状や診療科固有の事情等を踏まえ、これらに即した既存医療資源の有効活用策を検討すべきである。

小児科については、小児救急患者の大多数が軽症患者であることから、身近な地域における休日夜間急患センターの整備充実と、初期救急・二次救急の機能分担の推進が重要である。また、中核病院の時間外診療に開業医が参加し、協力して初期救急診療を行うなど弾力的な対応も検討すべきである。

また、二次救急医療については、小児科医が不足している現状を踏まえ、県民の安全・安心の確保に向け、その提供体制のあり方について具体的な検討を行うべきである。

産科については、分娩リスクの高まりや過酷な労働条件等を背景に、産婦人科医の産科離れや、産科の休廃止が起こっており、分娩の安全性の確保と産科医の確保が課題となっている。

このため、地域の中核的な病院と身近な診療所とが、健診や分娩等について適切な役割分担を行うとともに、連携協力関係を構築するなど、産科医療の安全性と効率性の向上を図るための具体的な方策について検討や調整を進めていくべきである。

3 県民の理解と行動

今後、本県の地域医療を確保し、県民の健やかな暮らしを守っていくためには、医療提供体制の整備充実を図ることは勿論であるが、一方で県民一人ひとりの理解と協力による適切な行動が車の両輪となって機能していくことが必要である。その意味で、地域医療の充実は、医療関係者のみならず、県民すべてが一丸となって取り組むべき課題であると言える。

このため、本県の地域医療の現状についての情報提供や医療機関の利用方法等についての普及啓発を積極的に進めるなど、医療提供者側と利用者側が互いの立場を尊重し協力していく土壌づくりが重要である。

(1) かかりつけ医の活用

かかりつけ医は、患者の病歴や生活習慣などを把握しており、病変を早期に発見し、病気の進行をくい止めることができるなどのメリットがあることから、県民一人ひとりが各人の健康維持のため、気軽に相談できるかかりつけ医を持つことが重要である。また、かかりつけ医側も、患者の時間外診療に対して責任をもって対応することが望まれる。

(2) 診療時間内の受診促進

救急医療はあくまでも緊急事態に備えるものであり、限られた医療スタッフで運営されていることから、医療スタッフが揃った診療時間内の受診を促進する必要がある。また、診療時間内の受診促進により、不要不急の時間外受診の減少も期待される。

(3) 症状や緊急度に応じた救急医療機関の利用促進

救急医療における喫緊の課題は、軽症患者が中核病院へ集中し、本来、中核病院が担うべき重症患者への対応に支障が生じかねないことにある。このため、県民の理解と協力により、軽症患者は地域の休日夜間急患センターを利用するなど、症状や緊急度に応じた救急医療機関の利用を促進し、限られた医療資源の適正利用を図るべきである。

(4) 小児救急に対する理解の促進

病気やけがに対する正しい知識の普及啓発とともに、家庭内の事故など防げる事故の予防や各家庭における救急薬の備え付けなど、保護者の日頃の心がけも重要である。また、こども救急ガイドブックや子ども救急電話相談事業の一層の活用も望まれる。

第4節 生活習慣の改善等による県民健康づくりや効果的な生活習慣病対策の課題と提言

第1 現状と課題

1 県民の健康状態

(1) 死因の状況

全国の死因順位の推移をみると、平成9年度以降、第1位はがん、第2位は心臓病、第3位は脳血管疾患となっている。

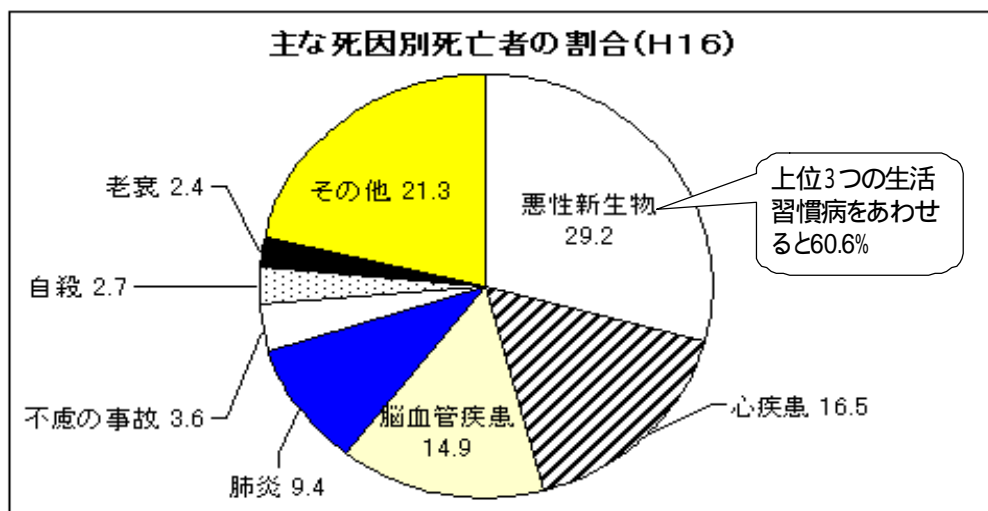
本県では平成15年度以降、がん、心臓病、脳血管疾患の順であり、平成16年度は三大死因が全死因の60.6%を占めている。

年齢階級別にみても、壮年期(25～64歳)の死因の64%が生活習慣病といわれる三大死因で占められている。

また、このうち脳血管疾患の死亡率(人口10万人対)は、平成16年は126.1と、昭和45年のピーク時の239.9に比べ半分程度に低下した。年齢調整死亡率では、全国平均との差は縮まっているが、全国順位は依然として高い状況にあり、脳血管疾患の克服が本県において大きな課題となっている。

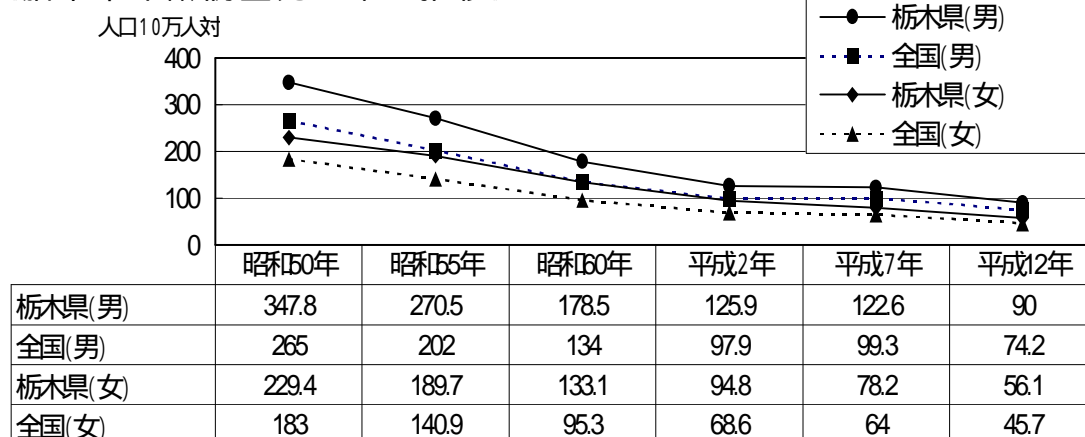
なお、自殺も2.7%を占めており、特に20～39歳では死因の第1位となっている。

(主な死因別死亡者の割合)



(平成16年人口動態統計より)

(脳卒中年齢調整死亡率の推移)



(平成12年都道府県別年齢調整死亡率 - 人口動態統計特殊報告より -)

◆ 三大死因別死亡率(人口10万対)の年次推移(栃木県・全国)

		平成4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
全死因	全国	693.8	709.7	706.0	741.9	718.6	730.9	747.7	782.9	765.6	770.7	779.6	804.6	815.2
	栃木県	727.1	746.5	730.7	746.5	737.2	759.4	768.6	796.9	787.1	789.7	808.1	851.2	844.4
脳血管疾患	全国	95.6	96.0	96.9	117.9	112.6	111.0	110.0	110.8	105.5	104.7	103.4	104.7	102.3
	栃木県	126.0	124.9	123.7	141.6	135.5	129.5	131.4	131.5	125.7	130.4	132.1	133.4	126.1
悪性新生物	全国	187.8	190.4	196.4	211.6	217.5	220.4	226.7	231.6	235.2	238.8	241.7	245.4	253.9
	栃木県	181.5	185.0	193.3	202.2	208.7	220.8	223.7	223.7	230.3	234.5	233.3	247.6	246.4
心疾患	全国	142.2	145.6	128.6	112.0	110.8	112.2	114.3	120.4	116.8	117.8	121.0	126.5	126.5
	栃木県	145.7	147.1	129.5	113.0	117.0	121.9	119.1	128.6	125.9	125.5	128.2	136.6	139.6

(2) 悪性新生物の部位別死亡数・死亡率

胃がん、子宮がんが減少する一方、肺がん、大腸がん、肝がん、乳がんが増加している。

◆ 悪性新生物の主な部位別死亡率(人口10万対)の年次推移(栃木県)

		性別	部位	S40	S50	S60	H7	H11	H12	H13	H14	H15	H16
死亡率	男	胃	72.8	68.1	58.7	55.9	63.3	62.9	59.0	58.3	60.2	59.1	
		肝		7.1	18.6	32.3	33.8	32.8	33.9	35.8	32.4	37.1	
		肺	9.4	18.8	31.2	48.3	57.4	58.5	61.7	63.0	66.3	63.4	
		大腸				29.2	30.9	30.8	32.3	34.9	34.3	38.1	
	女	胃	39.8	37.9	36.0	31.6	32.9	28.4	29.7	33.6	30.7	30.1	
		肝		6.5	6.7	11.1	15.2	14.7	14.5	11.7	13.7	15.2	
		肺	4.7	5.2	10.7	16.0	18.2	18.3	22.2	19.1	21.8	21.8	
		乳房	2.8	6.5	7.2	11.1	13.8	11.4	13.6	14.6	15.1	16.4	
		子宮	12.7	12.4	7.4	6.7	8.7	11.0	9.6	7.7	8.9	8.6	
		大腸				19.1	24.1	25.2	26.4	25.5	28.1	26.7	

注：大腸は「結腸と直腸S状結腸移行部及び直腸」を示す。

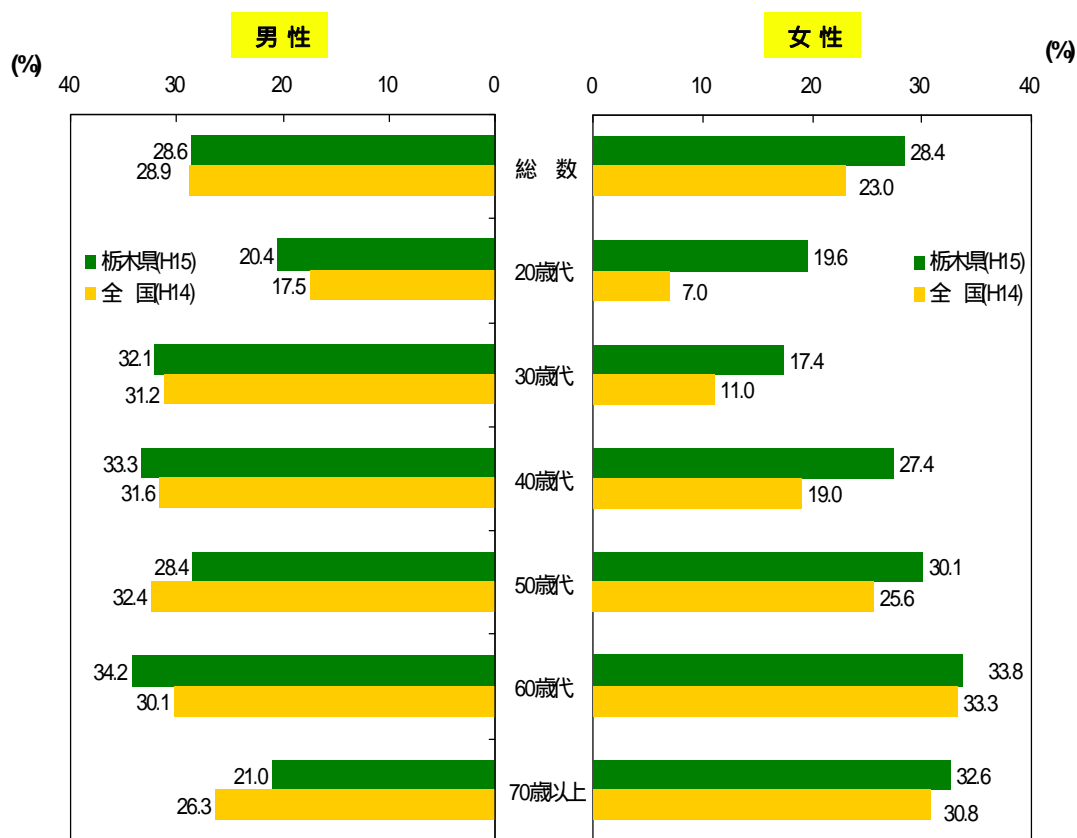
2 県民の生活習慣

(1) 栄養・食生活

BMI(体重÷身長²で算出される肥満度を表す指数)が25以上の肥満者(20歳以上)の割合をみると、男女とも約3割に上っており、女性は全年齢階級で全国を上回っている。

生活習慣病に至る最大の要因と言われる肥満の解消についての取組が急務である。

(肥満者の割合)

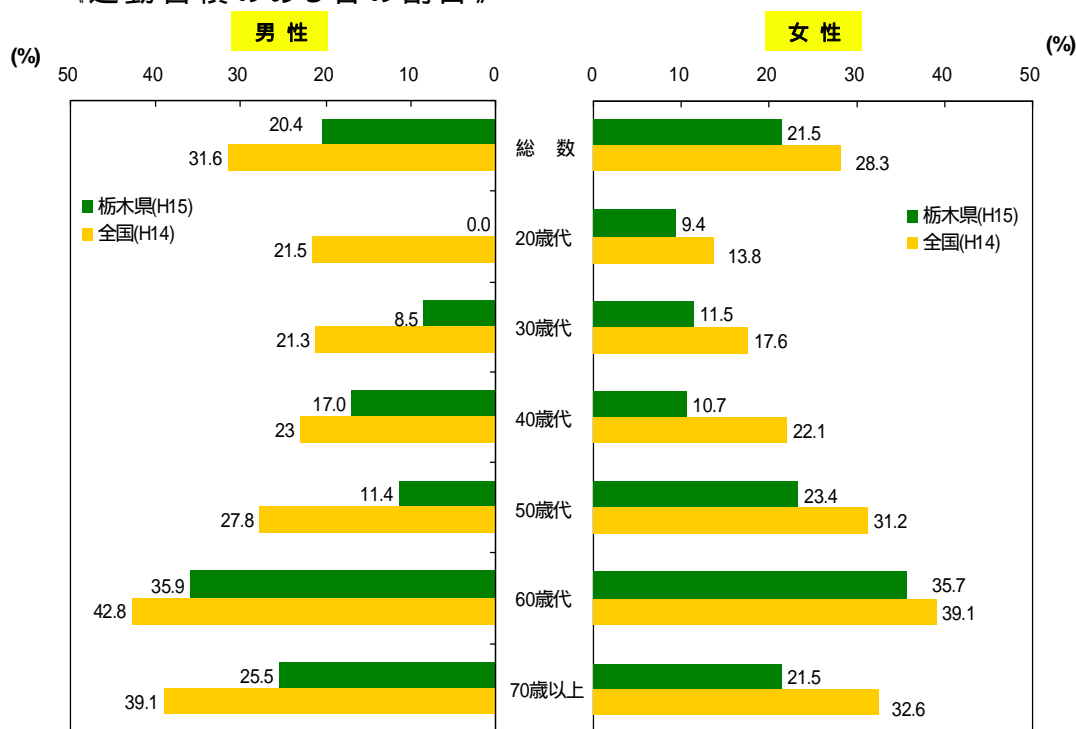


(平成15年度県民健康・栄養調査結果より)

(2) 運動

運動習慣のある者の割合は、男女とも約2割で、全国平均を大きく下回るため、運動習慣の定着を一層進める必要がある。

《運動習慣のある者の割合》

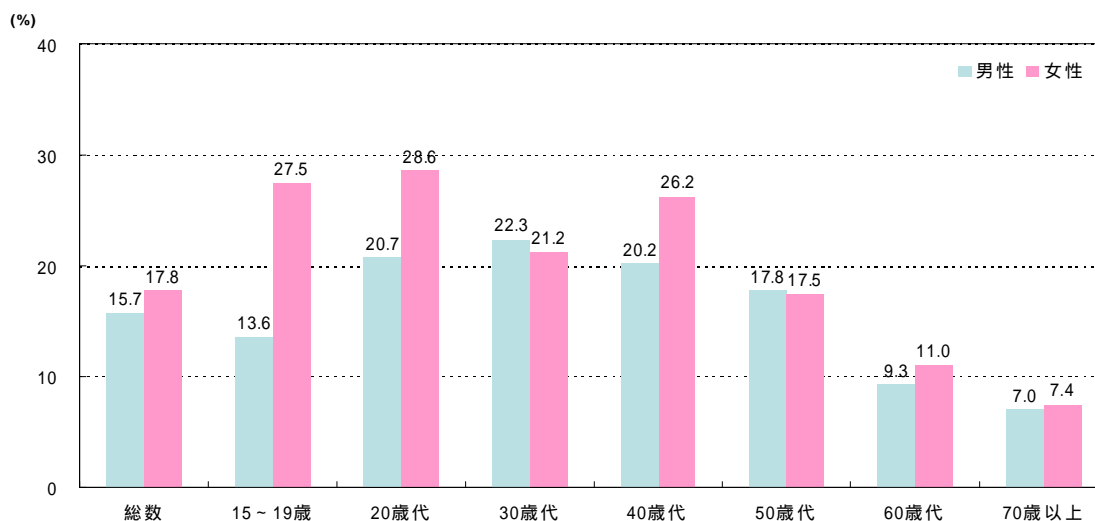


(平成15年度県民健康・栄養調査結果より)

(3) こころの健康(休養)

男女ともに、20歳～40歳代の2割以上の者がストレスを大いに感じており、男性より女性の方が強く意識する傾向が見受けられるため、日常生活の中で、積極的に心身のリフレッシュを図ることが求められる。

《ストレスが大いにあった者の割合》



(平成15年度県民健康・栄養調査結果より)

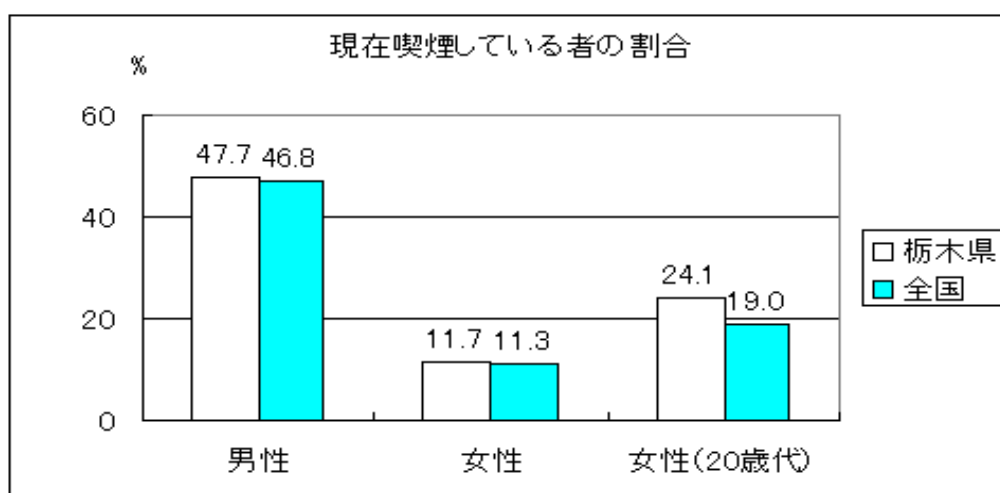
(4) 喫煙

成人喫煙者の割合は、男性47.7%、女性11.7%であり、全国平均とほぼ同じ水準となっているが、本県の20歳代女性の喫煙率は24.1%で、全国と比較して高くなっている。

受動喫煙の機会は、飲食店、職場、遊技場、家庭の順で多く、飲食店では、男性78.7%、女性70.1%に上っている。

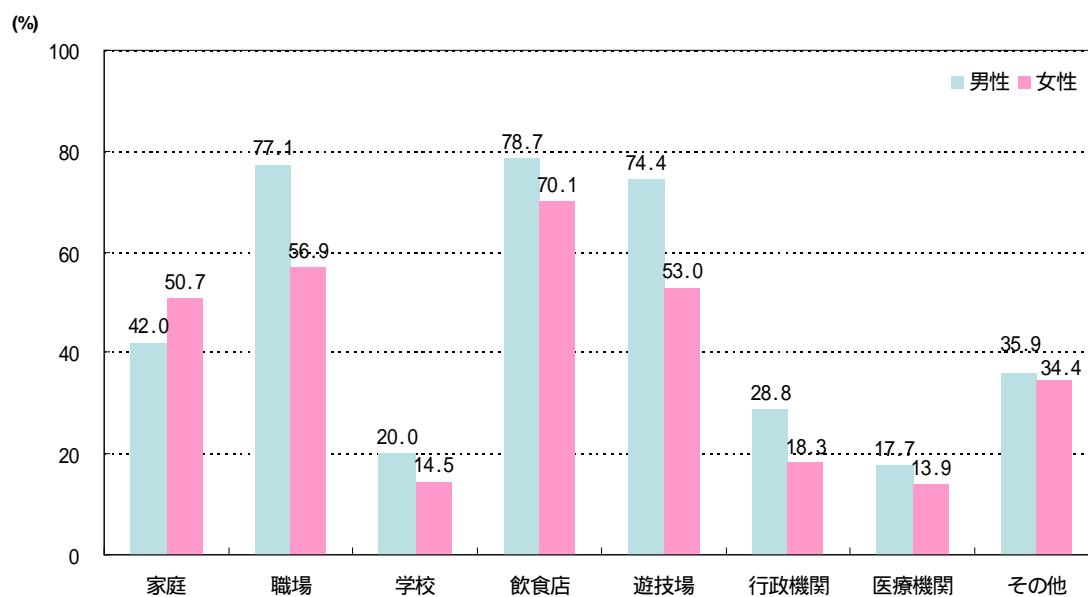
禁煙の支援、未成年者の喫煙防止、受動喫煙の防止が課題である。

《現在喫煙している者の割合》



(平成15年度県民健康・栄養調査結果より)

《受動喫煙の状況》



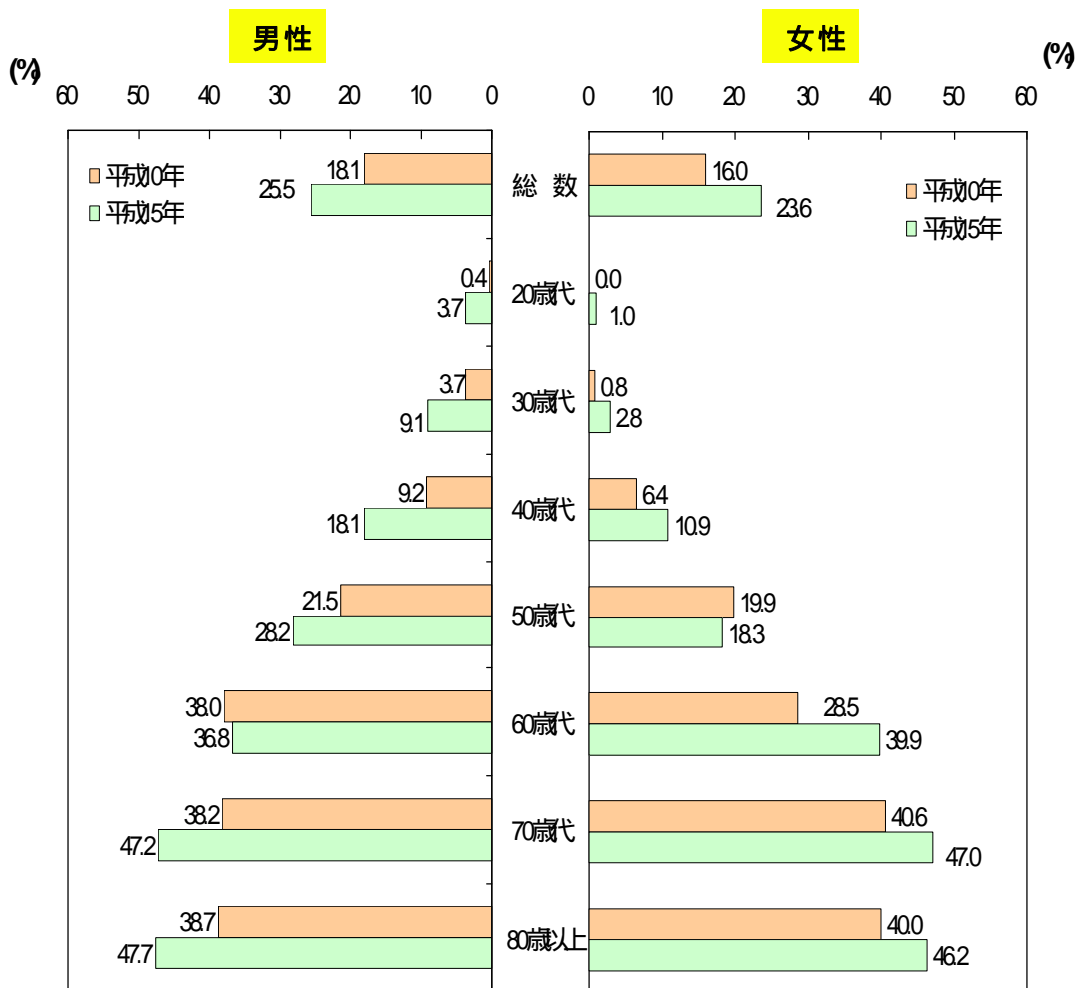
(平成15年度県民健康・栄養調査結果より)

(5) 糖尿病・高血圧

高血圧既往者が、平成15年度で男性25.5%、女性23.6%に上っており、5年前に比べていずれも7%ほど増加している。

また、高年齢層になるに従い、既往者が増加する傾向にあり、適正な自己管理が求められる。

(医師から高血圧と言われたことがある者の割合)

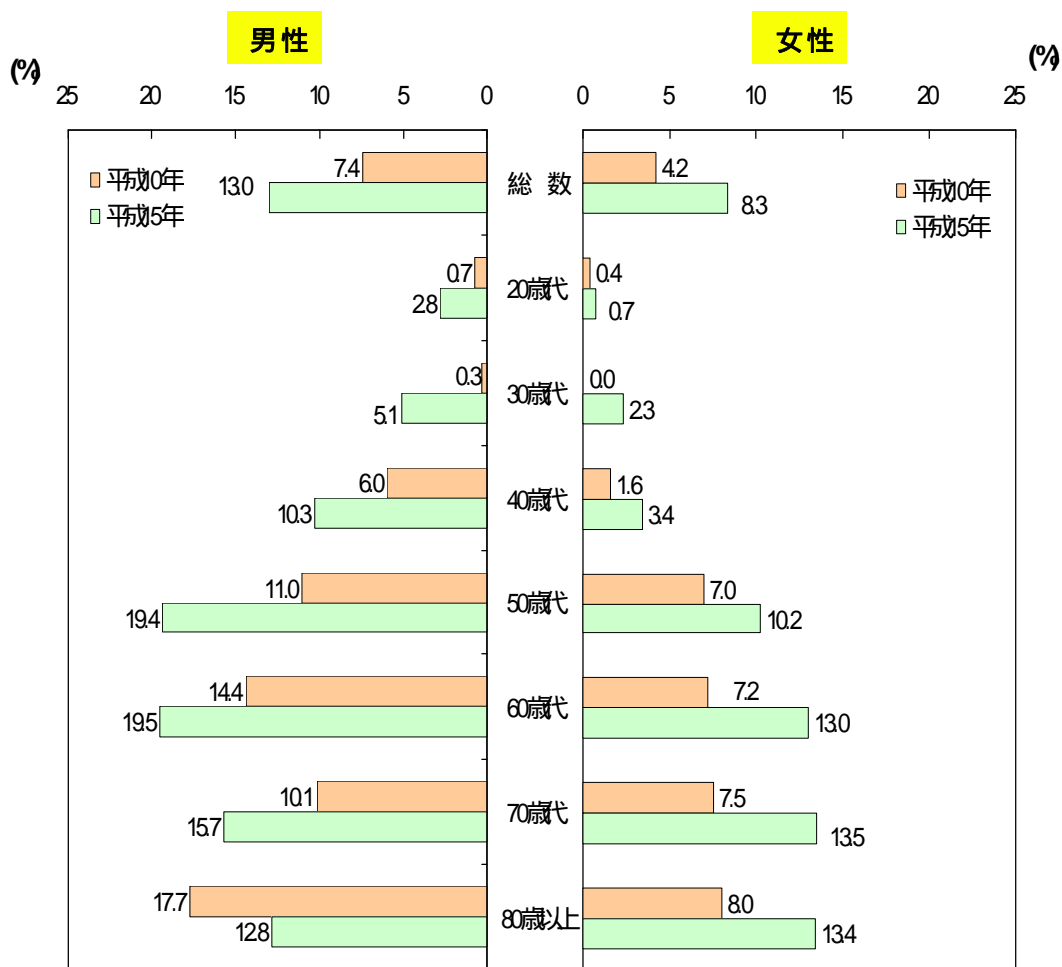


(平成15年度県民健康・栄養調査結果より)

また、糖尿病既往者も、平成15年度で男性13.0%、女性8.3%に達し、いずれも5年前の倍近くに増加している。

様々な疾病を引き起こす原因となる糖尿病について、普及啓発を図ることが求められる。

《医師から糖尿病と言われたことがある者の割合》



3 (平成15年度県民健康・栄養調査結果より)

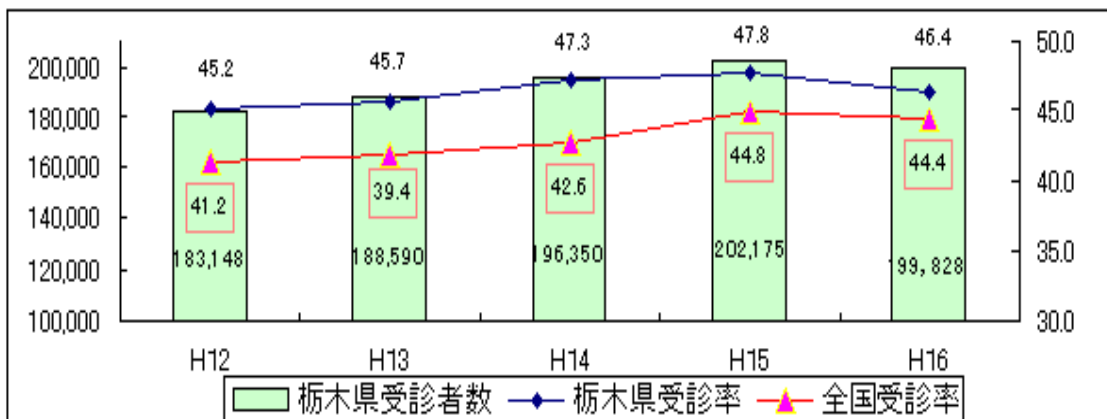
健康づくりの環境

(1) 基本健康診査受診率の推移

基本健康診査の受診率は、全国平均を若干上回る水準で年々向上してきたが、平成16年度は前年より減少に転じ46.4%となった。

引き続き受診向上に向けた取組が求められる。

《基本健康診査受診率の推移》



(平成16年度老人保健年報より)

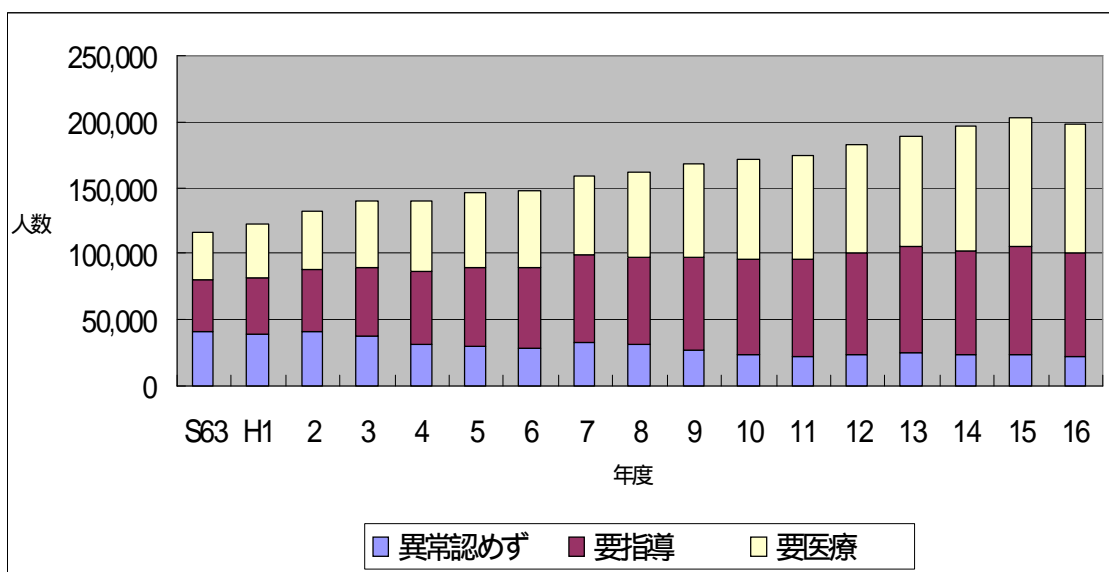
(2) 受診者及び結果（総合判定）の推移

受診者数は年々増加し、約20万人となっている。健康診査結果は「要指導」「要医療」と判定される者の割合が高く、平成16年度ではそれぞれ39.3%、49.7%となっている。

この他に、従事者50人以上の事業所での定期健康診断受診者が約19万5千人ある。

何らかの異常があると言われた人の割合が増加傾向にあり、これらの有所見者を精密検査や治療のルールに乗せることが課題となっている。

（基本健康診査実施結果の推移）



（平成16年度老人保健年報より）

4 国の対策等

(1) 医療制度改革における生活習慣病対策

医療制度改革大綱では、予防重視の観点から、生活習慣病対策を重要な柱として位置づけ、将来的に糖尿病等の生活習慣病有病者や予備群を25%減らすことを目標に、国民の健康増進・生活の質の向上を図り、結果として中長期的な医療費の適正化に寄与することとしている。

メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の概念の導入

肥満者の増加、肥満と糖尿病・心臓病・脳卒中との関連が明らかになってきたことを踏まえ、「1に運動、2に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ」をスローガンに、メタボリックシンドロームの概念の導入により、「予防」の重要性の理解促進を図る国民運動を展開する。

「メタボリックシンドローム」とは、内臓脂肪による肥満に、高血圧、高血糖、高脂血の危険因子が重なることにより、様々な疾病が引き起こされやすい状態

メタボリックシンドロームが強く疑われる者と予備群と考えられる者の割合

40～74歳の男性では2人に1人、女性では5人に1人

(平成16年度国民健康・栄養調査結果)

健診・保健指導等

平成18年6月に成立した「高齢者の医療の確保に関する法律」によって、平成20年度から各医療保険者に健診・保健指導の実施が義務付けられ、メタボリックシンドロームの危険因子を保有する対象者(ハイリスク者)を確実に抽出し、リスクに応じて階層化し実効性のある保健指導により行動変容を促していく。(ハイリスクアプローチ)

一方、市町村では、肥満や内臓脂肪蓄積の危険性について普及啓発や健康教育等の予防対策を実施する。(ポピュレーションアプローチ)

さらに、都道府県においては、効果的・効率的な保健指導が出来るよう、国が示す標準化プログラムを普及するための健診・保健指導従事者の人材の養成など、保険者の体制整備の支援を行うとともに、関係者の役割分担や連携促進のための総合調整等を行う。

また、都道府県健康増進計画の内容を充実し、運動・食生活・喫煙等

に関して地域住民にわかりやすい目標を設定する。

地域保健・職域保健の連携

今後の保健事業におけるポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチ双方の中核的役割を果たしていくため、都道府県及び二次医療圏を単位として、地域保健、職域保健及び関係機関それぞれの代表を構成員とした地域・職域連携推進協議会を設置する。

(2) がん対策及び自殺対策

がん対策

全国では、昭和56年以降、連続して国民の死亡原因の第1位を占め、年間(平成17年)約32万人ががんで死亡しており、亡くなった3人に1人はがんが原因である。また、男性の約2人に1人、女性の約3人に1人が、一生のうち1回はがんに罹患すると推定されている。

このように、がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状にかんがみ、がん対策を総合的かつ計画的に推進するため、がん対策基本法が制定された。(施行:平成19年4月1日)

また、全国どこでも質の高いがん医療が受けられるよう、がん診療連携拠点病院の整備が進められている。

自殺対策

全国における自殺死亡者数は、平成9年まで2万5千人前後で推移していたが、平成10年に3万人を超え、以後その水準で推移している。

本県でも、死亡率の全国順位は概ね中位レベルで推移しているものの、平成9年まで300人台であった自殺者数が平成10年に500人を突破し、以後500人前後の高水準で推移している。

このように、我が国において自殺による死亡者が高い水準で推移していることにかんがみ、自殺対策を総合的に推進するため、自殺対策基本法が制定された。(施行:平成18年10月28日)

第2 本県の県民健康づくりや効果的な生活習慣病対策の方向について (提言)

1 県民健康づくりの方向性

県民の生涯を通じた健康づくりを推進するためには、県民一人ひとりが「自分の健康は自分でつくる」という自覚を高めるとともに、個人の健康づくりの取組を、家庭・学校・職場・地域などが一体となり、社会全体で支援していくことが重要である。

(1) とちぎ健康21プランの推進

本県では、「みんなでつくろう生涯健康とちぎ」をスローガンに、「栄養・食生活」「運動・身体活動」「休養・こころの健康」「喫煙」「飲酒」「歯の健康」「脳卒中・心臓病」「がん」「糖尿病」の9つの重点領域ごとに、県民一人ひとりが今後取り組むべき目標を定めた「とちぎ健康21プラン」を策定している。

同プランの推進組織である、「とちぎ健康21プラン推進協議会」において、市町村や関係団体等とともに緊密に連携を図りながら、引き続き実効ある施策を推進・強化していくことが必要である。

(2) 地域・職域連携の推進

「とちぎ健康21プラン推進協議会」及び各広域健康福祉センターに設置された二次医療圏地域・職域連携推進協議会の機能を充分発揮して、地域における健康課題の情報収集・提供、健康意識調査によるニーズの把握等を行い、効果的な保健事業を推進する必要がある。

特に、過去の病歴や健診結果等の情報を健康相談や医療現場で多面的に活用できる「健康情報に関する手帳」など、県民の健康づくりを進める上で有効な手法の検討を進めていく必要がある。

また、被保険者に対する健診・保健指導・医療を包括的に担う「栃木県保険者協議会」との連携により、県民に対し、生活習慣病予防の重要性と、健全な生活習慣形成への理解促進を図っていく必要がある。

(3) メタボリックシンドローム対策

今後の県民健康づくりについては、メタボリックシンドロームに代表される生活習慣病の予防のため、県民一人ひとりが健全な食生活、継続的な運動、禁煙の実践などに積極的に取り組むよう支援していかなければならない。

このため、医療保険者が行う健診・保健指導を効果的・効率的に実施することはもとより、市町村をはじめ関係機関・団体が緊密に連携して、生活習慣病の予防等による健康づくりの普及啓発を推進していく必要がある。

また、国が示す標準的プログラムの研修等を通して、保健師等の人材の養

成に努め、医療保険者の健診・保健指導体制の整備を進めていく必要がある。

(4) がん・自殺対策

本県の特性に応じたがん対策推進計画を策定し、がん対策を総合的、計画的に推進していく必要がある。

また、様々な分野の関係機関・団体に構成する自殺対策を検討する組織を設置して、本県の状況に応じた自殺対策を推進していく必要がある

2 効果的な生活習慣病対策の取組

(1) メタボリックシンドロームと循環器疾患への取組

県民の健康づくりの支援については、とちぎ健康21プランに沿って広く行われるべきであるが、ここでは、国のスローガンにもある「運動」「食事」「喫煙」について特に提言する。

運動施策の取組：『内臓脂肪は運動で減らせ』

メタボリックシンドロームの概念を導入した生活習慣病予防では、内臓脂肪を減らすための運動習慣の普及が極めて重要である。

特に、肥満者の割合、運動習慣者の割合、1日平均歩行数などは、全国、本県ともに悪化傾向にあり、運動施策の展開が急務であるといえる。

今後は、平成18年7月に策定された「健康づくりのための運動指針2006」を普及し、運動習慣を「誘い合って」始める・続けるため地域でのつながりを重視した施策の展開が必要である。

「とちぎ健康21プラン」に掲げる「運動習慣者の割合」や「1日平均歩数」の目標値を達成するには、地域において健康づくりの担い手となる関係機関や団体のネットワークの構築が不可欠であり、既に地域で活動している団体等を掘り起こして、県民のための「運動応援隊」を組織化し、地域に根ざした運動リーダーの養成・確保を図る必要がある。

食生活改善施策の取組：『健康づくりは毎日の食事から』

近年、食の大切さに対する意識が希薄になり、健全な食生活が失われつつある。加えて、食に関する情報が氾濫し、県民が食に関する正しい情報を適切に選別し活用することが困難な状況も見受けられる。

県民が食に関する適切な情報を入手し、自分の健康は自分で守ることができるよう、以下のような取組が必要である。

ア ボランティアの育成

課題である肥満予防、減塩などを地域に普及するためには、地域の

状況をよく知るボランティアの確保が重要である。

このため、地域で個々人に合った食生活の助言などを行っている食生活改善推進員やヘルスサポーターを計画的に養成する必要がある。

また、食生活改善推進員の活動を充実させるため、継続的な研修を実施し、資質の向上を図ることが必要である。

イ 専門職の活用

平成20年度から、医療保険者に健診受診後の保健指導が義務づけられ、肥満や糖尿病、高血圧などの疾病を持つ人に対して、専門の見地からの食生活指導を行うことが期待されている。

しかしながら、医療機関や市町村においては管理栄養士や栄養士の配置が十分でない状況にあるため、全県を網羅する人材バンクの設置等により、保健指導を担う専門職を早急に確保する必要がある。

ウ 適正な情報の提供

食の外食化が進む現代においては、弁当や総菜を持ち帰り家庭で食べる中食^{なかしょく}や外食にも健康への配慮が求められている。

栄養成分表示等を行う「とちぎ健康21協力店」は、栄養バランスに配慮した食事の摂取や食事制限をしている人などが、適切なメニューを選択できるため、生活習慣病対策に効果的であることから、「食事バランスガイド」の普及を図るとともに、これら「とちぎ健康21協力店」を引き続き増やしていく必要がある。

エ 子どもの頃からの生活習慣病予防の推進

県民が生涯にわたって健康で暮らすためには、子どもの頃に健康的な生活習慣を身につけることが大切である。

本年度「栃木県食育推進計画」が策定される予定であり、子どもの頃からの生活習慣病予防を進めるため、保育所・幼稚園、学校、地域等が連携して子どもと家族が健全な食生活が実践されるよう、この計画に基づいた支援体制の整備を進めることが必要である。

たばこ対策の取組：『生活習慣病の危険因子、環境整備が重要』

喫煙は、がん等の生活習慣病の危険因子であることから、適正な情報提供、人材育成、環境整備により禁煙や受動喫煙防止対策を展開していくことが必要である。

ア 普及啓発の促進

たばこの害についての正しい理解を促すため、官民協働で効果的・

効率的な普及啓発を実施していくことが必要である。

イ 未成年者の防煙推進

小さな子どもをもつ保護者や小・中・高生を対象に適切な情報を提供することに加え、未成年者に吸わせない地域環境づくりを推進していくことが必要であり、また、喫煙者の9割以上が25歳までに喫煙を開始していることから、中長期的に喫煙率を減少させるためには、若年層にターゲットを絞った対策が必要である。

ウ 受動喫煙の防止

受動喫煙を防ぐには、公共の場を中心とした禁煙・分煙の推進による環境整備が急務であり、現在実施している「とちぎ健康21協力店」の取組を推進拡大することが必要である。

また、近年、たばこを取り巻く環境は大きく変わりつつあるため、禁煙・分煙の意識や状況について定期的に調査等を行い、官民が協働して効果的な受動喫煙防止につなげることが必要である。

エ 禁煙支援の推進

禁煙希望者を支援するため、喫煙者の身近で禁煙のきっかけづくりを進める禁煙サポーターの育成等、禁煙推進を担う人材育成と環境整備を行う必要がある。

(2) がんへの取組

県は、平成19年度にがん対策推進計画を策定することとなるが、県民に広く意見を求め、患者及びその家族の要望に沿った実効性のある計画を策定すべきである。

がん登録

県内のがん患者の把握等を行い、県民に正しいがん情報を提供するためには、地域がん登録の充実が不可欠であり、本県の地域がん登録の状況が全国比較できるよう早急に標準システムを導入し、登録件数の増加及び登録精度の向上並びに標準化の促進が必要である。

さらに、登録件数の増加や登録精度の向上を図るために医療機関への支援策も講じる必要がある。

1次予防（発症予防）

たばこ対策、食生活の改善指導、定期的な運動の指導について、地域と職域を通じた保健指導を展開し、県民に対して生涯を通じた継続的な支援を行う必要がある。

2次予防（早期発見）

がんの早期発見には、がん検診の受診率や精検受診率の向上、検診の精度管理や検診後の事後指導の強化、検診従事者の質の向上に努める必要がある。

また、女性の罹患率第1位である乳がんについては、マンモグラフィ検診等新たな検診方法の定着を促進するため、普及・啓発を一層図る必要がある。

さらに、医療制度改革に伴い、健康増進法に基づき実施されるがん検診が円滑に実施されるよう市町村を指導する必要がある。

3次予防（治療以降）

県民が県内のどこに住んでいても、質が高く安心して療養できるがん医療の提供体制や相談支援体制を確立するなど、本県におけるがん医療の均てん化を推進する必要がある。

このため、都道府県がん診療連携拠点病院を早急に整備するとともに、地域がん診療連携拠点病院を概ね2次医療圏に1箇所確保し、さらに、国が指定するがん診療連携拠点病院以外の地域の中核病院も加えたがん医療のネットワークを構築する必要がある。

第5節 おわりに

生涯を通じて健康で生き生きと暮らすことはすべての県民の願いであり、また、いざ健康が損なわれたとき、安心して良質な医療が受けられることが、豊かで持続可能な地域社会を形成する上での基本である。

本委員会では「安心・信頼の医療の確保と予防の重視は表裏一体」との認識の下、「地域医療の充実」と「生活習慣の改善等による県民健康づくりや効果的な生活習慣病対策」について、調査研究、議論を重ね、この報告書を取りまとめたところである。

まず、県内の医師の配置状況を見ると、県内中核医療機関において医師不足が顕著になっている。医師確保対策は本県にとって正に喫緊の課題であり、既存の医師確保対策はもとより、考えられるあらゆる方策を立案し試みることを望むものである。また、医師不足による地域医療の危機を回避するためには、地域における既存の医療資源を最大限に有効活用していくことが極めて重要であり、特に不足が目立つ小児科、産科について、具体的な検討を望むものである。

救急医療体制について、県内全域での整備充実を推進していく一方、県民に対しても、地域医療の現状についての情報提供や普及啓発に努め、一人ひとりの理解と協力による適切な受療行動を期待したい。

また、県民健康づくりの推進には、県が中心となり、県民一人ひとりの健康づくりの取組を、地域・職域が一体となって、社会全体で支援していくことが重要である。

「とちぎ健康21プラン」に沿って、運動、食生活、たばこ対策などの県民の健康づくりを支援する効果的な取組を推進するとともに、実効性あるがん対策推進計画の策定を望むものである。

結びに、来年度は、「栃木県保健医療計画」や「健康増進計画」の改定、さらには「地域ケア整備構想」の策定など、本格的な医療制度改革が行われる年である。本委員会の中で出された意見や報告書の提言が各種計画や今後の県政運営に反映されることを深く望むとともに、課題解決に向けた施策の展開には、県議会としても最大限の支援、協力を惜しまないことを申し添える。

第6節 委員会委員名簿

委員長	広瀬 寿雄 (平成18年7月30日まで)
	木村 好文 (平成18年9月11日から)
副委員長	小瀧 信光
委員	一木 弘司
	岩崎 信
	櫛淵 忠男
	星 一男
	小林 幹夫
	相馬 憲一
	早川 尚秀
	小高 猛男
	青木 務
	手塚 功一

第7節 調査関係部課

保健福祉部 医事厚生課
健康増進課