

なら健康長寿基本計画推進戦略会議の委員に指名いただき、ありがとうございました。2月19日は日本心臓血管外科学会の学術総会の会期中であり、私の理事長としての会務も集中しておりまして、出席しなければなりません。第一回の戦略会議に欠席することになり、申し訳ございません。資料を拝見し、県医療政策参与として、とりわけ医師の見地から簡単ですが、私見をとりまとめました。

資料1

1 がん対策推進計画

がん検診受診率の増加は、がんの早期発見だけではなく、健康管理意識の高い県民を測る指標でもある。

つまり、がん検診によるがんの抑制効果、費用対効果については、学術的にも疑問視する報告もあり、私は結果的には、高齢化とともにがんが増加する事実を抑制できないと考えている。勿論、早期がんの検出された方の治癒率は上がることは論を俟たない。一方、1年間に進行がんや転移したがんが検出されることも多く、「一年前のどうして見つからなかったのか」というような声も聞かれる。つまり、限界があり、全人口的に疑問視されているという意味である。

しかし、がん検診を受けられる方は、そもそも健康管理意識が高いとも言え、がんが検出されるか否かにかかわらず、健康寿命の増進に寄与することは期待できる。

近年の4大死因は、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、肺炎の順（3、4位はほとんど同等）であり、これらの割合は今後、変化するものの、悪性新生物（がん）は突出した状況は変わらないと考えられる。例え、

がんを多少抑制できたとしても、「人は血管で老いる」のであるから、心疾患、脳血管疾患が増えることになるだけである。

見方を変えて、がんは決して悲劇的な疾患ではなく、緩徐に進行するので、介護を要する期間は短く、自らの人生の終焉をコントロールできることを認識すべきである。がんの最期は痛く、苦しいは過去のことであり、さらに緩和療法の体制を普及する必要がある。その点では、特に高齢発症のがんに対する医療体系（尊厳ある終末期医療）を提言することが重要となろう。（健康寿命には直接大きな影響を及ぼすとは言えないかもしれないが、がんはかなり進行するまで自立可能である）

むしろ、がん対策推進計画は、がんの発見と治療よりも、がんの発症の要因を可能な限り排除すべく、壮年期からの健康管理をさらに徹底することが重要である。なお、家族性や遺伝子異常によるがんの発症には、予防的な取り組みがこの10年では大きく進歩することが見込まれる。

2 保健医療計画

前述どおり、ヒトには避けられない老化と動脈硬化の進行がある以上、心疾患と脳血管疾患は発生する。これらの死亡率減少を目指すとしても、かなり困難である。ただし、健康寿命に関しては、脳卒中の急性期治療が極めて重要であるが、それは生死のみならず、その後の生活の質 QOL を大きく左右するからである。つまり、死因ではなく、介護を必要とする病態となることを回避することを目指した医療体制が必要である。

現状の要介護の実態（要介護レベル別の人数、期間、原因の疾患）

の推移が注目される。

(医療費適正化計画については、図示されていないとの記載があるので、後述する)

私の視点：平成 25～34 年度の期間に起こりうること

団塊の世代が 75 歳以上になり、ポスト団塊の世代が 70 歳代に突入する。これは、わが国が経験したことのない超高齢化社会であり、高齢者の患者が劇的に増加することになる。当然、高齢者の死亡数も増加するが、ポスト団塊の世代はこれまでに蓄積してきた各種の生活習慣病を有しており、治療を必要とする患者数は激増する。さらに三大死因を押し上げる予備軍であるとも言える。

推進計画を進める上では、この 10 年はいわば急な上り坂、あるいは、これまで坂道であっても、重い大きな荷物を背負いながらを進むことになる。推進計画を立てて、大きな効果を期待しても、期待する結果は出難いと言わざるを得ない。

ポスト団塊の世代が、定年後にどれだけ社会貢献できるか、は重要である。定年後も仕事ができ、充実した生活を送り、達成感や充実感、満足感を得られるかが問われる。スポーツも良いが、自己の楽しみと健康増進だけでなく、肉体を使う職業（奈良県では農業の可能性はどうか？や運搬等）の機会を提供できるか、も重要である。つまり、「社会の中で健康に生きる、社会に貢献し自立できる」仕組みが求められている。

この平成 25 年からの前半 5 年間は、ポスト団塊の世代が定年を迎える時期であり、まだまだ活動できる体力が維持されている割合も高いことか

ら、『健康づくりがしやすいまちを作る』大変、重要であり、賛同します。

資料2：健康寿命について

- 1 前述のように、これからの10年は、65歳から75歳の人口が激増する時期にあたるので、想定された変化とは異なる現象が発生するかもしれない。

(好転するのか？悪化するのか？)

人口ピラミッドが花瓶型となるが、その上部の突出がどれだけ続くのか？

2 健康寿命算出方法

根拠、数式はさておいて(+)要因と(-)要因の項目を明記していただきたい。

同じ余命でも自立期間を延ばす(介護期間を減らすには、何がポイントか)

同じ介護期間でも寿命を延ばす

(超高齢者が増え続ける間、介護は長くなるのでは、また、要介護人口が増える)

(要介護に至る原疾患の割合と要介護度から、何をこの計画で目標にするのか)

例えば、

(+) 要因を増す：

介護期間を短くする、自立期間を長くする 要介護の人数を減らすとしても、それには何を改善すればよいのか？

極端には、介護を要せずに死亡する（突然死：入浴中の死亡や重症の脳卒中）

筋力、体力を保つ（ロコモティブであれば）

体力が維持されても認知症が進行すれば、どうするのか

(-) 要因を減らすには

早世を防ぐ

認知症を防ぐ

延命治療の是非を問う

在宅医療の推進（大病院での高額医療から、在宅へ）

資料4

各項目は妥当であり、高く評価できる

視点は異なるが、超高齢化社会を迎える時期の医療体制について

1 高齢者の救急医療体制は、医療側と患者側が、それぞれが意見交換しコンセンサスを形成する取り組み、家族が納得できる医療が必要となろう。

2 医療は社会資源であることを先ず、理解することが必要。

例えば、高齢者が救急手術で救命はできても、他の臓器の機能が著しく低下していて、結局は、寝たきりで食事も摂取できなくなることが予期される場合、その治療方針の決定には、終末期医療の視点での治療選択（尊厳ある終末期医療）も許されよう。

（救急搬送されれば、出来る限りの治療を進める医師、それを求める家族も多い。ここには、医療者にも家族にも医療費負担の概念は乏しい。）

- 3 医療費適正化の取り組みは欠かせない。
- 4 ICT を利用した県民の医療データの蓄積と分析評価を継続することは先進的であり、ハードデータから各種の評価だけではなく、新たな知見が得られることは間違いない
- 5 社会生活、環境、労働も含めて健康づくりと成る仕組みを提案し、啓発を繰り返す。さらに20-30年の長期的視点での取り組みが重要である。ヒトが成長から老化に転じる時期からの健康管理（費用の掛からない生涯禁煙、体重管理、食生活と運動、歩行だけでもよい）を徹底すれば、将来に大きな成果をもたらすと思われる。