

2020 年度日本医療研究開発機構研究費（創薬基盤推進研究事業）
研究開発課題名：革新的な治療薬の創出に向けた創薬ニーズ等調査研究

令和 2 年度（2020 年度）

国内基盤技術調査報告書

「60 疾患に関する医療ニーズ調査（第 6 回）」

【分析編】

公益財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団

本報告書は、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）の【創薬基盤推進研究事業（課題番号 20ak0101075h0004）】による委託研究として、公益財団法人ヒューマンサイエンス振興財団が実施した令和 2 年度「革新的な治療薬の創出に向けた創薬ニーズ等調査研究」の成果を取りまとめたものです。

発行元の許可なくして転載・複製を禁じます。

はしがき

公益財団法人ヒューマンサイエンス振興財団では、昭和 61 年度（1986 年度）から厚生労働科学研究費補助金にて、また、平成 27 年度（2015 年度）からは日本医療研究開発機構（AMED）の創薬基盤推進研究事業として、創薬や医療等のヒューマンサイエンス関連分野で調査研究を行っています。

医療ニーズ調査は、1994 年度から 2019 年度まで約 5 年ごとに、社会的に重要な 60 疾患に対する治療満足度並びに薬剤貢献度に関して内科医等を対象としてアンケートを実施し、定点的な医療ニーズの調査を計 6 回行ってまいりました。

本報告書は、2019 年度（昨年度）にアンケートを実施し、2019 年度国内基盤技術調査報告書「60 疾患に関する医療ニーズ調査（第 6 回）」として報告した内容をさらに分析し、考察した分析編です。

これまでの分析編では、医療ニーズ調査班としての分析結果や考察に加えて、注目する疾患について専門医にヒアリングを行い、ヒアリングのご意見を加えて報告してきました。しかし、本年度は COVID-19 の感染拡大の影響により、専門医へのヒアリングを自粛いたしました。このような状況から、本報告書の内容は、医療ニーズ調査班によるデータ分析とガイドラインや文献等に基づいた考察となっています。

本報告書は、過去 6 回の治療満足度並びに薬剤貢献度アンケート調査結果の推移の分析、治療が「十分満足」または薬剤が「十分貢献」に至っていない理由の深堀調査結果から調査班メンバーが注目した 4 疾患の分析、及び新たな治療法や治療薬の開発が急務として回答が多かった中枢・神経系疾患と 2018 年度の「神経疾患に関する医療ニーズ調査」の比較分析を軸に構成されています。

本報告書、並びに HS 財団がこれまでに公表してきた医療ニーズ調査報告書が、革新的な医薬品や医療機器の研究開発等に貢献することを願っています。

2020 年 12 月

公益財団法人ヒューマンサイエンス振興財団

調査・執筆にご協力いただいた方々
 公益財団法人ヒューマンサイエンス振興財団
 医療ニーズ調査班

(敬称略)

株式会社メディリード		正路 章子 (リーダー)
旭化成ファーマ株式会社	医薬研究センター	鈴木 眞 (サブリーダー)
キッセイ薬品工業株式会社	研究統括部	和南城 勲 (サブリーダー)
杏林製薬株式会社	創薬企画部	迫江 康彦 (サブリーダー)
大塚ホールディングス株式会社	事業開発部	橋本 徹哉
小野薬品工業株式会社	研究本部	高橋 正弥
第一三共株式会社	研究開発企画部	篠塚 剛
大日本住友製薬株式会社	研究企画推進部	瓦井 裕子
田辺三菱製薬株式会社	創薬本部神経科学創薬ユニット	後藤 章子
デンカ株式会社	デンカイノベーションセンター、ライフイノベーション研究所、 ワクチン・バイオ研究部	福島 直
東レ株式会社	医薬研究所	新田 亜衣子
扶桑薬品工業株式会社	研究開発センター 開発調査部	山本 誠司
公立大学法人横浜市立大学		上西 憲明
株式会社久留米リサーチパーク	バイオ事業部	具嶋 弘
株式会社リヘルタス・コンサルティング		菊池 雄一郎
公益財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団	研究企画部	井口 富夫
公益財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団	研究企画部	山下 剛一 (研究開発分担者)

目 次

第1章 調査方法の概要	1
1－1 調査の背景と目的	1
1－2 調査の方法	1
第2章 60 疾患の医療ニーズに関する分析	2
2－1 2019 年度調査結果の概要	2
2－2 60 疾患の治療満足度と薬剤貢献度の推移データ	2
第3章 深堀調査結果の分析	9
3－1 糖尿病	10
3－2 てんかん	11
3－3 慢性便秘症	13
3－4 骨粗鬆症	15
第4章 新たな治療法や治療薬の開発が急務と考えられる疾患の分析	19
4－1 2019 年度調査結果の概要	19
4－2 中枢・神経系疾患における 2019 年度と 2018 年度の調査結果の比較	21
4－3 考察	27
第5章 まとめ	33
附属資料	37

第 1 章 調査方法の概要

1-1 調査の背景と目的

本調査は、国立研究開発法人 日本医療研究開発機構 創薬基盤推進研究事業の「革新的な治療薬の創出に向けた創薬ニーズ等調査研究」の一環として、公益財団法人ヒューマンサイエンス振興財団（HS 財団）が実施した。1994 年度から約 5 年ごとに実施してきた 60 疾患の医療ニーズのアンケート調査を 2019 年度に実施し、「60 疾患の医療ニーズ調査（第 6 回）」として報告した。

本年度（2020 年度）は、2019 年度に報告した結果をさらに分析して考察するとともに、これまでの 60 疾患の医療ニーズ調査の成果と課題、並びに潜在的な医療ニーズの提案を目的とした。

1-2 調査の方法

以下の（１）～（３）の調査項目に医療ニーズ調査班メンバーをグループ分けし、それぞれのグループが分析した。なお、本年度は COVID-19 の感染拡大の影響を受け、過去 3 回の分析編で実施してきた専門医へのヒアリングは自粛した。

（１） 60 疾患の医療ニーズに関する分析（治療満足度及び薬剤貢献度）

2019 年度調査結果の再分析、並びに過去 6 回の治療満足度及び薬剤貢献度の調査結果の推移の比較から、医療ニーズを分析した。

（２） ある程度満足・貢献が十分満足・貢献に至っていない理由の深堀調査結果の分析

潜在的な医療ニーズを探る目的で、2019 年度調査結果のうち、治療満足度と薬剤貢献度が高い疾患の中から医療ニーズ調査班が注目した 4 疾患について、「ある程度」が「十分」に至っていない理由の深堀調査結果を分析した。

（３） 新たな治療法や治療薬の開発が急務と考えられる疾患の分析

総合内科専門医を対象とした 2019 年度の調査で「新たな治療法や治療薬の開発が急務と考えられる疾患」に最も回答数が多かった中枢・神経系疾患を、2018 年度の神経内科専門医を対象とした同様の調査と比較、分析した。

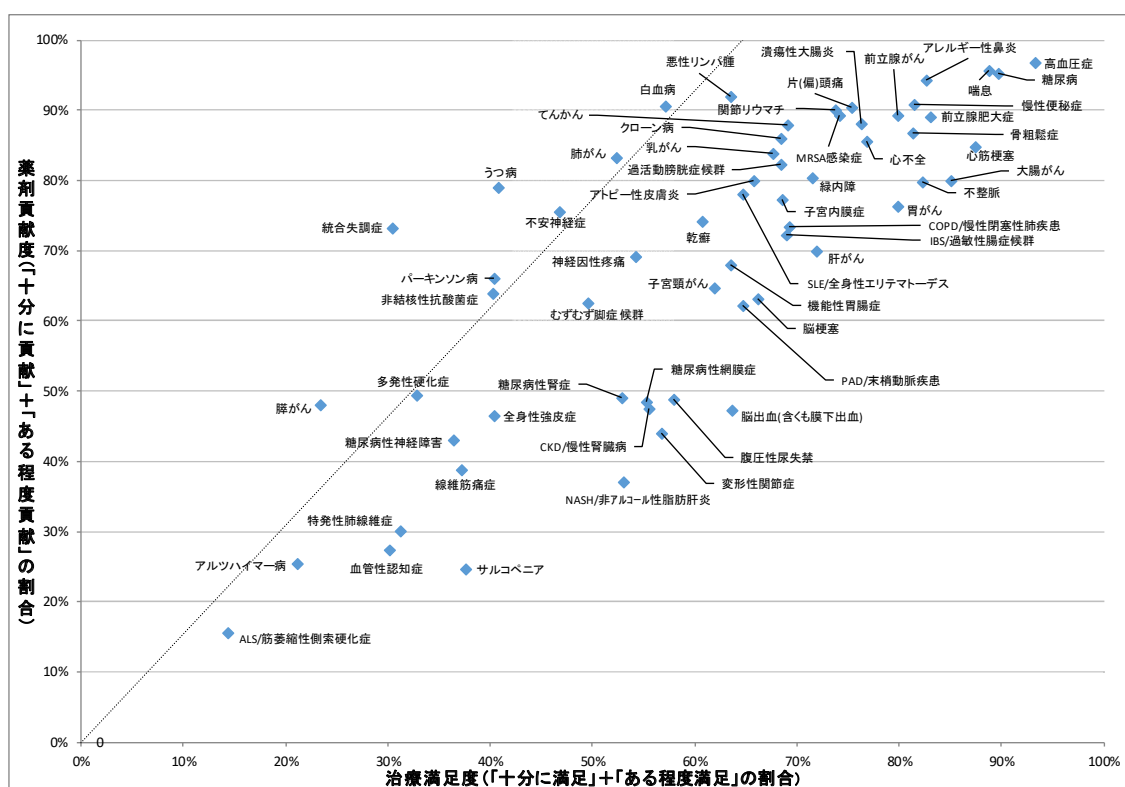
第2章 60 疾患の医療ニーズに関する分析

昨年度（2019 年度）に実施した 60 疾患の治療満足度と薬剤貢献度の調査結果、及び、過去 6 回の調査結果の推移の特徴や傾向について分析した。

2-1 2019年度調査結果の概要

昨年度の第6回調査の治療満足度（「十分満足」＋「ある程度満足」の割合）を横軸に、薬剤貢献度（「十分貢献」＋「ある程度貢献」の割合）を縦軸にプロットした結果を図表2-1-1に示した。治療満足度及び薬剤貢献度がいずれも50%以上の疾患は、「高血圧症」、「糖尿病」、「喘息」等の37疾患（調査対象60疾患の62%）であった。一方、治療満足度及び薬剤貢献度がいずれも50%未満の疾患は、「ALS/筋萎縮性側索硬化症」、「アルツハイマー病」、「膵がん」、「血管性認知症」、「特発性肺線維症」、「多発性硬化症」、「糖尿病性神経障害」、「線維筋痛症」、「サルコペニア」及び「全身性強皮症」の10疾患（17%）であった。なお、第1回～第6回の調査結果をプロットした相関図を巻末の附属資料（資料1-③）に示した。

図表 2-1-1 2019 年度調査結果（治療満足度、薬剤貢献度）



2-2 60 疾患の治療満足度と薬剤貢献度の推移データ

HS 財団の医療ニーズ調査班は、1994 年度から 60 疾患に対する治療の満足度、薬剤の貢献度、疾患動向、疾患の重要性等について内科医等を対象にアンケート調査を実施しており、2019 年度のアンケート調査で 6 回目を数えた。そこで、この 25 年間における医療

ニーズの推移を把握するため、1994 年度から 2019 年度までの治療満足度と薬剤貢献度の変化を分析した。ただし、過去 6 回の調査において、調査年度ごとに対象疾患を見直して疾患の入れ替えを行っていること、アンケートに回答する医師は同一ではないこと、さらに調査方法にも一部相違があること等を踏まえると、調査結果の単純比較は難しいことに留意が必要である。なお、1994 年度から 2019 年度の過去 6 回の全ての調査に共通した調査対象の疾患は、約半数の 32 疾患であった（巻末：附属資料－2）。

（１）調査年度ごとの推移

これまでの調査結果¹の大まかな経時的推移は、調査を重ねるごとに治療満足度と薬剤貢献度が向上する傾向、すなわち治療満足度と薬剤貢献度のプロットが全体的に右上に移動する傾向が見られた（附属資料－1－③）。調査年度ごとの推移を検証するために相関図を 50%で区切り、治療満足度と薬剤貢献度がいずれも 50%以上、いずれも 50%未満、及び、いずれかが 50%以上の疾患数を図表 2-2-1 に示した。

図表 2－2－1 年度別治療満足度・薬剤貢献度推移

調査年度	1994	2000	2005	2010	2014	2019
「治療満足度」「薬剤貢献度」 とも 50%以上の疾患	13	18	16	32	42	37
「治療満足度」50%以上、 「薬剤貢献度」50%未満の疾患	6	3	7	4	1	7
「治療満足度」50%未満、 「薬剤貢献度」50%以上の疾患	2	5	3	8	11	6
「治療満足度」「薬剤貢献度」 とも 50%未満の疾患	39	34	34	16	6	10

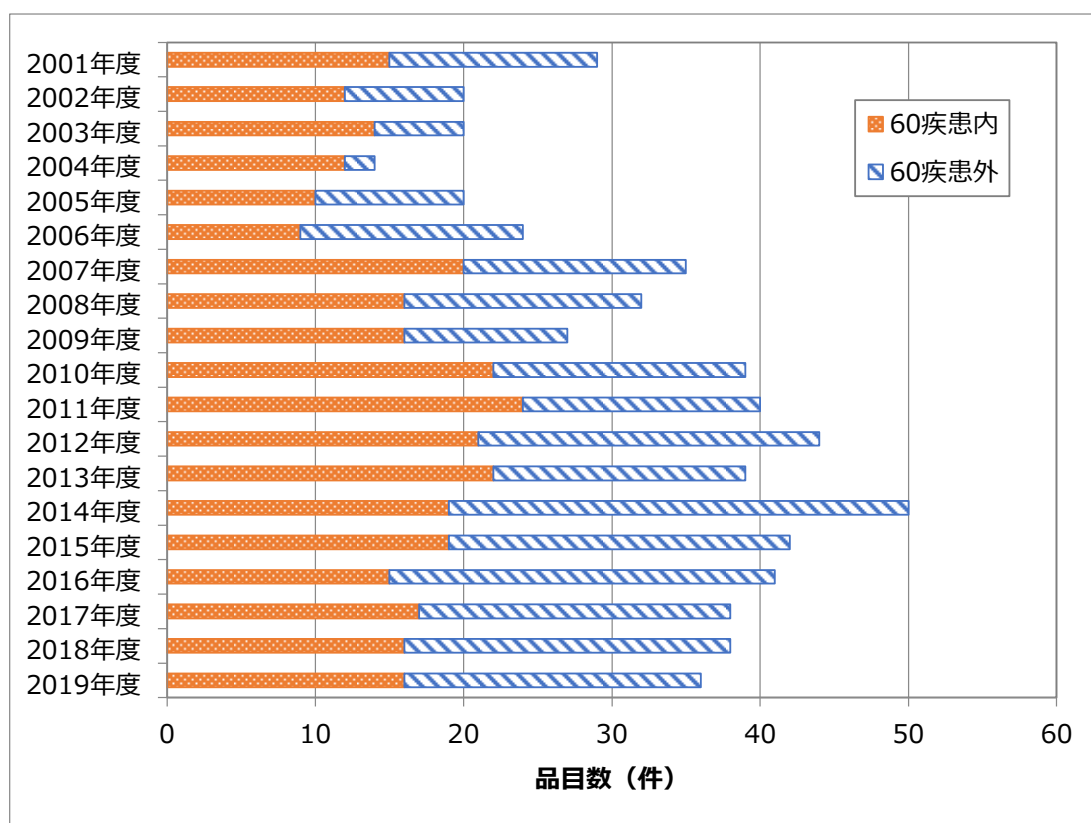
本 2-2 項の冒頭に記載した理由により、単純な比較は難しいものの、2014 年度まで過去 5 回の調査を行うごとに、治療満足度と薬剤貢献度がいずれも 50%未満の疾患数は減少傾向を示し、いずれも 50%以上の疾患数は増加傾向を示した。ところが、2019 年度の調査においては、治療満足度と薬剤貢献度がいずれも 50%未満の疾患数は増加し、いずれも 50%以上の疾患数は減少に転じる結果であった。このような変動が認められた理由として、2019 年度の調査対象から治療満足度・薬剤貢献度の高い 6 疾患（高尿酸血症・痛風、脂質異常症、慢性 C 型肝炎、慢性 B 型肝炎、HIV/エイズ、副鼻腔炎）と治療が医薬品主体ではない睡眠時無呼吸症候群、並びに IBD/炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎とクローン病の総称）の計 8 疾患を除外し、新たに 8 疾患（ALS/筋萎縮性側索硬化症、潰瘍性大腸炎、クロ

¹ 2010 年度、2014 年度、2019 年度の治療満足度、薬剤貢献度と同一の基準で比較するために、1994 年度、2000 年度、2005 年度の調査結果から無回答を除く等の再集計を行った。

ーン病、非結核性抗酸菌症、特発性肺線維症、全身性強皮症、慢性便秘症、サルコペニア)を調査対象に加えたことが挙げられる。2019年度に新規に調査対象とした8疾患のうち、治療満足度と薬剤貢献度がいずれも50%未満の疾患は4疾患(ALS/筋萎縮性側索硬化症、特発性肺線維症、全身性強皮症、サルコペニア)であり、いずれもが50%以上の疾患は3疾患(潰瘍性大腸炎、クローン病、慢性便秘症)であった。これらの疾患は、2014年度の調査において新たな診断・治療法、医薬品・医療機器の開発等の対応が望まれる疾患として多く挙げられた6疾患を含んでおり、2014年度から5年経過した2019年度においても依然として治療に貢献できる薬剤や治療法が充足されていない疾患が含まれていると考えられる。

次に、治療満足度と薬剤貢献度の年度推移に関して、2001年度以降の国内の新薬(新有効成分)承認数の年度推移との関連を調査した(図表2-2-2)。

図表 2-2-2 年度別国内新薬(新有効成分)数の推移



(出典：PMDA ホームページ、添付文書をもとに作成)

新薬承認品目数を医療ニーズ調査の調査年度ごとに区切ってみると、2001～2005年度は平均20品目、2006～2010年度は平均31品目、2011～2014年度は平均43品目、2015～2019年度は平均39品目と、2001～2014年度は増加傾向を示してきたが、この5年ほどは高止まりしている。このうち、調査対象60疾患を適応とする新薬の割合は、2001～2005年度は約60%、2006～2010年度及び2011～2014年度は約50%、2015～2019年度

では約 40%と減少傾向にあった。また、調査対象の 60 疾患を適応とする新薬の絶対数は 2010 年頃までは増加傾向にあったが、60 疾患を適応とする新薬の承認品目数がこの 10 年ほどは減少傾向にあり、新薬開発の対象がプライマリケア領域から、難治がん、中枢神経疾患、希少疾病などのスペシャリティ領域やニッチ領域にシフトするなど多様化していることがうかがえる。このような状況や環境の変化に伴い、60 疾患を対象とする本調査において医療ニーズを幅広く捉えることには、限界が生じてきている可能性も考えられる。

治療満足度と薬剤貢献度がいずれも 50%未満の疾患（2005 年度は 34 疾患、2010 年度は 16 疾患、2014 年度は 6 疾患、2019 年度は 10 疾患）を適応とする新薬の品目数は、2001～2005 年度は平均 5.2 品目であったのに対して、2006～2010 年度は 2.6 品目、2011～2014 年度及び 2015～2019 年度ではいずれも 0.8 品目まで減ってきている。特に 2000 年度以降の医療ニーズ調査結果と新有効成分の承認品目数の推移をもとに考察すると、2000 年代初頭には未充足ニーズの残された疾患が多く存在したが（附属資料－1－③の 2000 年度、2005 年度図表を参照）、その後、これらの疾患の治療薬が数多く承認され、治療満足度が右肩上がり向上してきたことがうかがえる。

HS 財団の医療ニーズ調査班は 60 疾患を対象とした医療ニーズ調査を四半世紀に亘り計 6 回実施してきたが、この間の科学の進歩による病態解明や技術革新により薬剤貢献度及び治療満足度が向上し、定量的推移を一律に比較することが難しくなっている。実際に、2010 年度調査では 11 疾患、2019 年度調査では 8 疾患と調査対象疾患の多くを入れ替えており、計 6 回の調査において継続的に調査対象とした疾患は約半数の 32 疾患であった。本医療ニーズ調査の新たな活動目的並びに調査の視点として、新薬開発が進められている疾患における治療満足度の検証や、より難治で未充足なニーズが残された疾患における治療ニーズの確認を加える必要が生じてきている。

（2）治療満足度と薬剤貢献度の変化が大きい疾患と小さい疾患

過去 6 回に調査対象とした全疾患のうち、調査期間中に治療満足度と薬剤貢献度がいずれも 40%以上上昇した疾患は、慢性 B 型肝炎、慢性 C 型肝炎、HIV/エイズ、MRSA、肝がん、脳梗塞、IBD/炎症性腸疾患、アトピー性皮膚炎、関節リウマチ、SLE、骨粗鬆症の 11 疾患であり、疾患群別にみると感染症と筋骨格疾患での治療満足度、薬剤貢献度の向上が顕著であった（附属資料－3）。

また、これら 11 疾患を除くと、薬剤貢献度が 40%以上上昇した疾患は、胃がん、大腸がん、膵がん、肺がん、乳がん、前立腺がん、白血病、多発性硬化症、乾癬の 9 疾患であり、新生物が多かった。薬剤貢献度が 40%以上上昇した疾患は、調査開始当初の 1994 年度には薬剤が存在しないか非常に少なく、その後の新薬の登場の影響が大きい疾患と考えられる。なお、アルツハイマー病の薬剤貢献度は、2014 年度は 40%以上上昇して 43.8%であったが、2019 年度は 2010 年度と同じレベルにまで戻った（2010 年度 22.6%、2019 年度 25.5%）。下降の原因は不明であるが、2014 年度は新薬上市による薬剤への期待度が一時的に反映されていた可能性が考えられる。なお、治療満足度が 40%以上上昇した疾患

は、COPD/慢性閉塞性肺疾患、変形性関節症、腹圧性尿失禁の3疾患であった。

一方、2019年度調査で治療満足度が30%未満と低い疾患は、ALS/筋萎縮性側索硬化症（14.3%）、アルツハイマー病（21.1%）の2疾患であり、薬剤貢献度が30%未満と低い疾患は、ALS/筋萎縮性側索硬化症（15.6%）、サルコペニア（24.7%）、アルツハイマー病（25.5%）、血管性認知症（27.5%）の4疾患であった。これらの4疾患のうち、アルツハイマー病と血管性認知症の2疾患は過去6回の全ての調査で調査対象となっており、1994年度の調査から継続して満足度が低かった。ALS/筋萎縮性側索硬化症とサルコペニアの2疾患は2019年度調査で新規に調査対象とした疾患であり、ALS/筋萎縮性側索硬化症は2019年度調査において治療満足度、薬剤貢献度ともに最も低かった。

1994年度の調査当初から、治療満足度と薬剤貢献度がいずれも70%以上と比較的高い疾患は、クラミジア感染症、糖尿病、脂質異常症、高血圧症、狭心症、不整脈、消化性潰瘍の7疾患であり、循環器疾患と代謝疾患が多かった。これらの7疾患のうち、過去6回の全ての調査で調査対象となった疾患は糖尿病と不整脈であり、糖尿病は治療満足度の「十分満足」の割合が増加したが（1994年度2.6%、2019年度19.2%）、薬剤貢献度の「十分貢献」の割合は微増であった（1994年度33.0%、2019年度37.8%）。一方、不整脈は「十分満足」の割合（1994年度6.8%、2019年度14.6%）と「十分貢献」の割合（1994年度18.0%、2019年度22.0%）がともに漸増した。2019年度の調査で「十分満足」及び「十分貢献」がともに20%以上の疾患は、高血圧症と心筋梗塞の2疾患のみであった（附属資料-1-①）。

（3）治療満足度と薬剤貢献度の乖離

1994年度、2000年度、及び2005年度は新生物の治療満足度と薬剤貢献度の乖離が大きく、薬剤貢献度が低い傾向にあった。一方、2010年度、2014年度、及び2019年度の調査結果では、全体的に治療満足度に比べて薬剤貢献度が高い傾向が示された（附属資料-3）。2019年度調査で治療満足度と薬剤貢献度の差分が20%以上の疾患は9疾患あり（非結核性抗酸菌症、膵がん、肺がん、白血病、悪性リンパ腫、統合失調症、うつ病、不安神経症、パーキンソン病）、特に統合失調症（差分42.8%）、うつ病（差分38.2%）で傾向が顕著であった。これらの疾患には、近年、特に薬剤貢献度が向上しているにもかかわらず、継続して治療満足度が低い疾患（悪性リンパ腫、統合失調症、うつ病、不安神経症等）、治療満足度も向上しているものの、依然として差分が大きい疾患（肺がん、白血病等）が含まれていた。

このような疾患では、新薬の登場で薬剤の選択肢が増えることにより薬剤貢献度は向上しているものの、薬剤による疾患の克服等、治療満足度に未達の状況があることや、治療満足度の向上に大きく貢献するインパクトのある薬剤が登場していない可能性がある。パーキンソン病に関しては、1994年度の調査開始から継続的に治療満足度及び薬剤貢献度が大きく向上してきたが、2010年度の調査をピークに2014年度、2019年度と治療満足度と薬剤貢献度はともに大幅な低下に転じている。これは、ドパミン補充療法を中心とした治療薬の充足や疾患概念の変化等に伴う治療ニーズの変化により、対症療法ではなく疾患

の進行そのものを修正できる疾患修飾療法（Disease-Modifying Therapy : DMT）等の新薬や新規治療法の開発への期待が表れていると推察される。

（４） 2019 年度調査で新規に調査対象とした疾患の分析

1) ALS/筋萎縮性側索硬化症

今回調査した 60 疾患の中で治療満足度（14.3%）、薬剤貢献度（15.6%）がともに最も低かったことに加え、治療が行えているとはいえない（50.4%）、効く薬がない（54.2%）の回答割合が最も高かった。本疾患は病態が悲劇的で生命予後は不良であるにもかかわらず、未だ有効な薬剤がないことが理由として挙げられており、新たな治療法や治療薬のニーズが非常に高い疾患と言える。

2) 潰瘍性大腸炎・クローン病

今回の調査では、従来 IBD/炎症性腸疾患としてまとめて調査していた対象を、潰瘍性大腸炎並びにクローン病に分けて調査した。その結果、両疾患の間で治療満足度（潰瘍性大腸炎 76.3%、クローン病 68.4%）と薬剤貢献度（潰瘍性大腸炎 88.1%、クローン病 86.0%）に大きな乖離はなかった。また、2014 年度に IBD/炎症性腸疾患として調査した治療満足度（68.9%）、薬剤貢献度（84.8%）と比べても大きな乖離はなかった。

3) 非結核性抗酸菌症

薬剤貢献度（63.9%）は比較的高かったものの、治療満足度（40.3%）は低かった。本疾患は抗菌薬を主体に治療されるが、抗酸菌の増殖スピードは非常に遅いため治療期間が長くなること、多剤併用でも効果が十分でなく安全性に問題があることが、治療満足度が低い原因と考えられる。

4) 特発性肺線維症

薬剤貢献度（30.1%）、治療満足度（31.2%）ともに低く、最近になり新薬が登場しているものの、未充足ニーズの高い疾患と言える。また、深堀調査では急性増悪に対応できない場合があるとの意見が挙がった。

5) 全身性強皮症

薬剤貢献度（46.5%）、治療満足度（40.3%）ともに低く、本疾患は対症療法しかなく、根本治療を行える治療薬がないことが原因と思われる。

6) 慢性便秘症

薬剤貢献度（90.9%）、治療満足度（81.4%）ともに高かったものの、深堀調査の回答数は多く、回答の内訳として治療の有効性や薬剤の安全性に対する意見が大部分を占めており、医療ニーズが潜在している可能性がある。

7) サルコペニア

薬剤貢献度（24.7%）、治療満足度（37.6%）ともに低かった。現在、サルコペニアを適応症とした承認薬がなく、治療法も運動療法並びに栄養療法しかないことが原因と思われる。更に、深掘調査の回答から、サルコペニア対策に外来点数が取れない診療科があること、治療の選択肢が整理されていないことなどが挙げられており、医療環境が十分に整っていないことも治療満足度の低さに影響していると思われる。

第3章 深堀調査結果の分析

2014 年度までのアンケート調査において、治療満足度及び薬剤貢献度に対する回答は「ある程度満足」並びに「ある程度貢献」の割合が高く、「十分満足」及び「十分貢献」の割合が低い傾向にあった。そこで、2019 年度調査では、「ある程度満足」及び「ある程度貢献」を選択した疾患について、潜在的な医療ニーズを調査する目的で『「十分満足」、「十分貢献」に至っていない理由』を記載いただき、回答を集計し、記載した（図表 3-1）。

回答数と回答内容から、本年度は、治療満足度、薬剤貢献度が高い疾患のうち医療ニーズ調査班が注目した糖尿病、てんかん、慢性便秘症、並びに骨粗鬆症の 4 疾患を選び（図表 3-1）、深堀調査結果を分析し、潜在する医療ニーズを考察した。

図表 3-1 十分満足または十分貢献に至っていない理由回答数（疾患分類別）

疾患分類	疾患	A	B	疾患分類	疾患	A	B
感染症	非結核性抗酸菌症	4	10	睡眠・覚醒障害	むずむず脚症候群	6	6
	MRSA	11	14	眼疾患	緑内障	-	-
新生物	胃がん	6	11	循環器疾患	高血圧症	46	24
	大腸がん	10	8		心筋梗塞	13	9
	肝がん	9	15		心不全	14	17
	膵がん	2	9		不整脈	12	9
	肺がん	6	15		PAD/末梢動脈疾患	4	3
	乳がん	1	2	呼吸器疾患	アレルギー性鼻炎	12	11
	子宮頸がん	0	1		COPD/慢性閉塞性肺疾患	12	13
	前立腺がん	2	2		喘息	15	13
	白血病	3	10		特発性肺線維症	3	8
	悪性リンパ腫	8	11		機能的胃腸症	11	7
代謝疾患	糖尿病	46	40	消化器疾患	クローン病	10	7
	糖尿病性腎症	12	12		潰瘍性大腸炎	12	9
	糖尿病性神経障害	4	6		IBS/過敏性腸症候群	10	10
	糖尿病性網膜症	4	4		慢性便秘症	24	23
精神疾患	血管性認知症	3	3		NASH/非アルコール性脂肪肝炎	6	5
	統合失調症	1	3	皮膚疾患	アトピー性皮膚炎	3	2
	うつ病	3	6		乾癬	3	2
	不安神経症	9	5		関節リウマチ	16	11
神経疾患	アルツハイマー病	4	7	筋骨格疾患	変形性関節症	4	3
	筋萎縮性側索硬化症（ALS）	2	1		サルコペニア	5	4
	パーキンソン病	10	16		骨粗鬆症	20	13
	多発性硬化症	8	6	免疫疾患	SLE/全身性エリテマトーデス	13	12
	てんかん	14	7		全身性強皮症	3	3
	片(偏)頭痛	18	11		CKD/慢性腎臓病	6	5
	脳出血(含くも膜下出血)	3	-		過活動膀胱症候群	2	1
	脳梗塞	9	10		腹圧性尿失禁	-	-
疼痛疾患	神経因性疼痛	7	3	腎尿路生殖器官疾患	前立腺肥大症	2	3
	線維筋痛症	3	1		子宮内膜症	-	-

A：「治療が十分満足に至っていない理由」回答数

B：「薬剤の治療への貢献度が十分貢献に至っていない理由」回答数

3-1 糖尿病

糖尿病は1型と2型に大別され、インスリンの分泌不全疾患である1型に対し、2型はインスリン分泌不全及びインスリン抵抗性を主因とする多くの要因から発症するヘテロな疾患である。2型糖尿病は多くの製薬企業が治療薬の開発を進めてきた疾患であり、多数の研究開発が実施され、様々な治療薬が上市された。近年の糖尿病治療薬の開発においては血糖降下のみエンドポイントでは不十分とされ、承認申請において心血管イベントに対する評価が必須となっている。心血管イベントに対する効果は大規模な臨床試験においてのみ評価ができることから、糖尿病治療薬の開発の難易度は飛躍的に上昇した。

近年、SGLT2 (sodium-glucose cotransporter 2) 阻害剤による心血管イベント抑制効果が多数報告されており、今後の糖尿病治療薬の開発においては、血糖値に対する十分な作用に加えてどのように心血管イベントに対して優れた効果を持たせるか、というプラスアルファの効果が期待されている。

このような背景の下、糖尿病の「治療が十分満足に至っていない理由」は有効性に関する回答が最も多く、根治を望む意見が多かった。また、有効性に付随してアドヒアランスや薬剤の多様性に関する指摘もあった。糖尿病治療薬の血糖低下作用そのものに対する満足度が高いために、根治やアドヒアランスが問題点として挙げられたと推察される。糖尿病治療及び治療薬に関しては大きな進歩があり、薬剤も治療満足度の向上に大きく貢献しているが、深堀調査から後述する課題が得られた（図表 3-1-1 及び図表 3-1-2）。

図表 3-1-1 糖尿病の治療満足度と「十分満足」に至っていない理由

治療満足度 89.7%	「十分満足」 19.2%	—
	「ある程度満足」 70.6%	「十分満足」に至っていない理由（回答 46 件） （理由の詳細は図表 3-1-2 を参照）
		有効性（20 件）、アドヒアランス（5 件） 治療方針（4 件）、安全性（3 件）、その他（14 件）

図表 3-1-2 糖尿病の治療が「十分満足」に至っていない理由の詳細

有効性	・100%が望めない ・根治できない ・根治不能である点 ・根本治療がないこと ・2型糖尿病の治療が不十分、個別化医療が行えていない ・インスリンに代わる治療薬が望ましい ・インスリンを用いるとかなり不便 ・現行の治療では合併症を完全に阻止できない ・合併症の予防が困難 ・長期にわたる治療が必要である
-----	--

	・ 認知症状のある独居高齢者などで治療（週一回でそこそこコントロールができる）が少ない ・ 免疫疾患としての 1 型 DM の根本的治療法が確立されていない
アドヒアランス	・ 外来ではアドヒアランスの不十分さが目立つ ・ 患者個々のアドヒアランスに温度差が大きい
治療方針	・ わかりやすいガイドラインがない ・ 欧米型 T2DM への対処不足 ・ 治療の選択肢
安全性	・ メトホルミンの造影剤禁忌を慎重投与に変更希望 ・ 治療法の安全性 ・ 副作用
その他	・ 常勤管理栄養士がいない ・ 心理・社会的な問題への対応が未確立 ・ 発見が遅れると合併症が進行して、重篤な状態になる ・ 病気になる前に予防ができないかどうか

前述のとおり一般的に糖尿病治療及びその治療薬の満足度は高いが、深掘調査結果から、薬効に関する意見の記載がある。1 型糖尿病における治療薬はインスリン及びインスリンアナログのみであり、有効性の高い 1 型糖尿病治療薬（特に経口剤）は今後の大きな医療ニーズといえる。同時に 2 型糖尿病においても難治性患者は存在し、更に有効性が高い（血糖低下効果が高い）治療薬も必要であろう。また、2 型糖尿病の主因の一つである過食治療に関しては、食欲、肥満抑制作用を持つ糖尿病治療薬にも医療ニーズがあると思われる。しかしながら、食欲抑制薬には糖尿病治療薬以上に安全性が求められ、薬物依存性などの副作用のない食欲抑制薬の登場が望まれていると考える。

糖尿病の重症度に相関して糖尿病性腎症や糖尿病性神経障害が多発するが、これらの合併症の予防効果を求める意見も多く、腎症抑制効果や神経障害発症予防効果をもつ糖尿病治療薬は、これまで以上に望まれていくと思われる。

3-2 てんかん

2019 年度の医療ニーズ調査アンケートでは、てんかんの治療満足度は 69.1%（「十分満足」；5.7%、「ある程度満足」；63.4%）であり、「十分満足」に至っていない理由としては、有効性（9 件）と治療方針（3 件）、並びに安全性（2 件）が挙げられ、有効性が最も多かった（図表 3-2-1 及び図表 3-2-2）。また、てんかんの薬剤貢献度は 88.0%であるが、十分貢献に至っていない理由に対する回答数は 9 件あり、内訳は 5 件が有効性、4 件が副作用であった（図表 3-2-3）。

図表 3-2-1 てんかんの治療満足度と「十分満足」に至っていない理由

治療満足度 69.1%	「十分満足」 5.7%	—
	「ある程度満足」 63.4%	「十分満足」に至っていない理由（回答 14 件） （理由の詳細は図表 3-2-2 を参照）
		有効性（9 件）、治療方針（3 件）、 安全性（2 件）

図表 3-2-2 てんかんの治療が「十分満足」に至っていない理由の詳細

有効性	・ 完治できない症例が存在する ・ 十分な薬剤選択でも完全な発作消失に至らない例が 3 割程度存在する ・ 新規抗てんかん薬の長期的効果が不明 ・ 難治性患者の存在 ・ 薬剤は増えたが、治癒に至る症例は限られている
治療方針	・ 治療の選択肢が少ない ・ 診断基準があいまいで、しょっちゅう変わるのわからない
安全性	・ 眠気のため、車の運転ができないなど、QOL（Quality of Life）の妨げとなる ・ 有害事象

図表 3-2-3 てんかんの薬剤貢献度と「十分貢献」に至っていない理由

薬剤貢献度 88.0%	「十分貢献」 19.0%	—
	「ある程度貢献」 69.0%	「十分貢献」に至っていない理由（回答 9 件）
		有効性（5 件）、副作用（4 件）

てんかんは、日本神経学会の「てんかん診療ガイドライン 2018」（https://www.neurology-jp.org/guidelinem/tenkan_2018.html）において、てんかん性発作を引き起こす持続性素因を特徴とする脳の障害とされている。すなわち、慢性の脳の病気であり、大脳の神経細胞が過剰に興奮するために脳の発作性の症状が反復性に起こる疾患である。発作は突然に起こり、普通とは異なる身体症状や意識、運動及び感覚の変化などを生じる。明らかなけいれんがあれば、てんかんの可能性は高いとされている。また、てんかんは国際抗てんかん連盟のてんかん発作型、てんかん、てんかん症候群、及び関連発作性疾患の国際分類に従って診断されるので、てんかんの臨床発作型や神経学的症候に加えて、確定診断には脳波所見が必須である。なお、脳波検査の記録法は、日本臨床神経生理学会のガイドライン（<http://jsen.umin.ac.jp/guideline/index.html>）に準ずることが望ましいとされている。

十分満足、十分貢献に至っていない理由として、ともに「有効性」が最も多く挙げられた。これは、てんかんの承認薬は複数あり、薬剤療法の選択肢は多くあるが、現在の診断方法ではてんかんを正確に分類することが難しく、それぞれの症状にあった薬の処方が難しいこと、また、現状の薬剤療法では完治が難しいことが理由として考えられる。今後は、脳波測定等による診断技術の進歩により、患者一人一人の病状に適した治療法を選択する個別治療が確立されることが望まれる。

また、十分貢献に至っていない理由として次に多く挙げられた抗てんかん薬の「副作用」については、前述の日本神経学会の「てんかん診療ガイドライン2018」によると、アレルギー機序が関与する薬剤に対する特異体質による急性初期反応、用量依存性の神経系への抑制作用、及び長期服用時にみられる慢性期副作用に大別される。薬剤に対する特異体質による反応は、比較的頻度の高い皮疹が代表的な副作用である。まれであるが重篤な副作用として、Stevens-Johnson 症候群、薬剤性過敏性症候群、中毒性表皮融解壊死症がある。神経系への抑制による副作用には、めまい、眼振、複視、眠気、嘔気、食欲低下、小脳性運動失調、精神症状など多くの症状がある。これらの副作用の多くは用量依存性である。体重変化、多毛、脱毛、尿路結石、小脳萎縮、歯肉増殖などの抗てんかん薬の長期服用に伴う副作用もあるとされている。そのため、今後はこのような副作用が軽減された治療薬の登場が望まれると考えられる。

3-3 慢性便秘症

慢性便秘症の調査は昨年度が初めてのためこれまでの傾向は不明であるが、多くの深掘質問回答があった（24件）。慢性便秘症の治療満足度は81.4%であり（「十分満足」；14.0%、「ある程度満足」；67.4%）、「十分満足」に至っていない理由は、主に有効性 13 件、治療方針 5 件、安全性 3 件であった（図表 3-3-1 及び図表 3-3-2）。また、慢性便秘症の薬剤貢献度が「十分貢献」に至っていない理由は、有効性 19 件、副作用 3 件などであった（図表 3-3-3）。

図表 3-3-1 慢性便秘症の治療満足度と「十分満足」に至っていない理由

治療満足度 81.4%	「十分満足」 14.0%	—
	「ある程度満足」 67.4%	「十分満足」に至っていない理由（回答 24 件） （理由の詳細は図表 3-3-2 を参照）
		有効性（13 件）、治療方針（5 件）、 安全性（3 件）、アドヒアランス（1 件） その他（2 件）

図表 3-3-2 慢性便秘症の治療が「十分満足」に至っていない理由の詳細

有効性	・一部に薬剤が効かない患者がいるため ・新規下剤でも無効例や有害事象例が結構存在する ・満足のいく快便まではなかなか至らない ・多剤併用にて難治性の症例がある ・多剤併用しても、効果が十分得られない場合が多い ・薬物治療効果が不十分 ・治療法の効果が症例で異なる ・長期的な治療 ・治療しても症状が続く症例もいるため ・新薬が開発されているが、日常的にまだ多い疾患で、苦痛を感じる患者は多い ・根治不能である点
治療方針	・高齢者の便秘対応が難しい ・治療方法は増えたが、症状があってもほとんどが受診しない ・様々な疾患で問題となる状況である。日常診療にてかなり深刻な問題となる場合がある ・治療の選択肢が整理されていない ・治療効果の判定方法
安全性	・治療法の安全性 ・薬剤依存性を生じやすい ・一般市販薬を含めて患者に各種便秘薬の使用法が任されている面があり治療法の安全性に疑問がある
その他	・生活習慣の指導に十分時間が割けない

図表 3-3-3 慢性便秘症の薬剤貢献度と「十分貢献」に至っていない理由

薬剤貢献度 90.9%	「十分貢献」 17.3%	—
	「ある程度貢献」 73.6%	「十分貢献」に至っていない理由（回答 28 件）
		有効性（19 件）、副作用（3 件）、 利便性（1 件）、医療経済性（1 件） その他（4 件）

「便秘症」は単に「糞詰まり」の状態を想起させ、下剤や浣腸を使用して排便することで解消できると考えられがちであるが、近年いくつかの慢性便秘症治療薬が承認されるなど、新薬の開発も進んでいる。便秘の有症率は定義や調査方法によって異なるが、一般人口の 2～28%とされている。厚生労働省による 2016 年度の国民生活基礎調査によれば、我が国における便秘の有訴者率は 2～5%とされ、女性に多い傾向であるが、加齢により便

秘症の有病率は増加し、80 歳以上の男女比は 1 : 1 となっている。

国際的分類によれば、便秘症は機能性便秘障害の「大腸通過遅延型」と「便排出障害」に大別され、この他に器質性の便秘症がある。深堀回答の内容から、回答者は機能性便秘障害に関心が高いと思われる。慢性便秘症の治療に緩下剤としての酸化マグネシウム、センナやダイオウなどを含む刺激性下剤の 2 種類が使われているが、エビデンスが十分とは言えず、医師の経験に基づいて処方されることが多い。このような背景から、「治療効果が不十分」や「無効例がある」等の回答が多かったと思われる。しかし、近年、新しい治療薬が上市されており、慢性便秘症治療に対する治療効果があらためて注目されるであろう。新規治療薬として 2012 年に承認されたルビプロストンはクロライドチャンネルを活性化し、腸管内の水分分泌を促進する作用がある。2016 年承認のリナクロチドはグアニル酸シクラーゼ C 受容体アゴニストであり、ルビプロストンと同様に腸管内への水分分泌を促進すると同時に、腹痛や腹部不快感を改善する薬剤である。その他にも 2018 年承認の胆汁酸トランスポーター阻害薬のエロビキシバットやポリエチレン配合剤（マクロゴール 4000、ポリエチレングリコール 4000）がある。科学的な作用機序をベースとした治療薬が選択できることにより、慢性便秘症の治療が改善されていくと期待される。

慢性便秘症における治療のゴールは、直腸内の便塊が排便困難感を伴わず排出され、残便感を伴わない完全排便であり、完全排便ができれば患者の満足度は非常に高いとされている。しかし、加齢に伴い大腸通過機能や排便機能が衰えてくると、薬物の服用量が増えるため、患者の服薬への抵抗性が増すと思われる。他の便秘症として「大腸通過正常型便秘症」は食物繊維摂取量が不適切であるなど、生活習慣も影響していることが多いようである。高齢化による機能の衰えに生活習慣の影響が加わると治療が難しくなると想像され、「治療しても症状が続く」、「根治不能」という意見が挙げられたと考えられる。高齢者施設の入居者では有病率が 50%程度とも言われており、今後、介護における課題も浮上してくると考えられる。

慢性便秘症の治療薬には他に、オピオイド誘発性便秘症に対する治療薬としてオピオイド受容体拮抗薬があるほか、複数の化合物が臨床試験中のため、様々な選択肢が増えることが期待される。同時に高齢社会を考慮すると薬剤による治療に加え、食物繊維の適正な摂取や排便習慣などの生活習慣改善の指導も重要性を増すと推測される。

3-4 骨粗鬆症

2019 年度の調査で骨粗鬆症の治療満足度は 81.3%であり（「十分満足」；12.5%、「ある程度満足」；68.8%）、「十分満足」に至っていない理由は、主に有効性 7 件、治療方針 6 件、診断基準 5 件であった（図表 3-4-1）。深堀調査結果を分析し、潜在している医療ニーズを考察する上で参考となる具体的な意見を、図表 3-4-2 に示した。

図表 3-4-1 骨粗鬆症の治療満足度と「十分満足」に至っていない理由

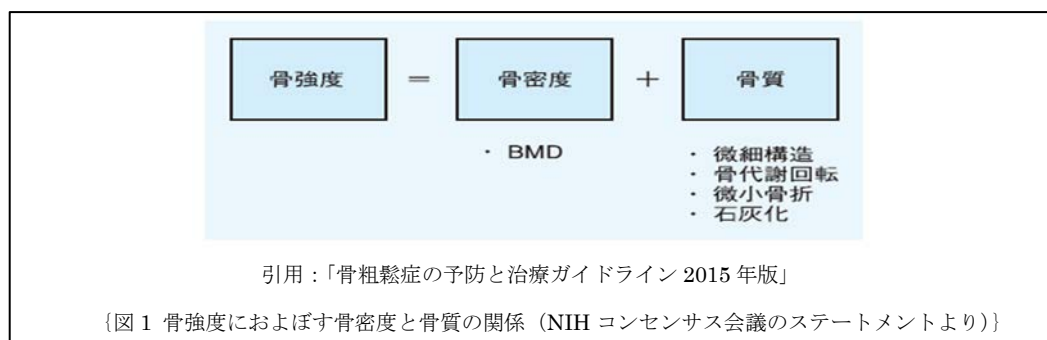
治療満足度 81.3%	「十分満足」 12.5%	—
	「ある程度満足」 68.8%	「十分満足」に至っていない理由（回答 20 件） （理由の詳細は図表 3-4-2 を参照）
		有効性（7 件）、治療方針（6 件） 診断基準（5 件）、他（2 件）

図表 3-4-2 骨粗鬆症の治療が「十分満足」に至っていない理由の詳細

有効性	・ 高リスク例のコントロールが困難 ・ 良い薬剤がかなり出てきたが、状況の悪い状態の方も未だ大勢いる状態である
治療方針	・ 治療の選択肢が整理されていない ・ 一部に治療の難しい症例があるため
診断基準	・ 骨質の評価法の不足 ・ 治療効果の判定方法
その他	・ 骨折が完全には予防できない ・ 実際の骨折を減らせているかどうか不明

骨粗鬆症の定義は、アメリカの国立衛生研究所（NIH）の 2000 年コンセンサス会議において、「骨強度の低下を特徴とし、骨折のリスクが増大しやすくなる骨格疾患：A skeletal disorder characterized by compromised bone strength predisposing to an increased risk of fracture」と改訂された。骨強度は「骨密度」と「骨質（微細構造、骨代謝回転、微小骨折、骨組織の石灰化など）」の 2 つの要因によって規定され（図表 3-4-3）、骨密度と骨質の低下は骨強度の低下を来し、骨折リスクを高める。骨密度については、DXA（Dual-energy X-ray Absorptiometry）等による測定がある程度確立され、臨床現場で汎用されているが、骨質の測定に関しては研究開発段階にある。

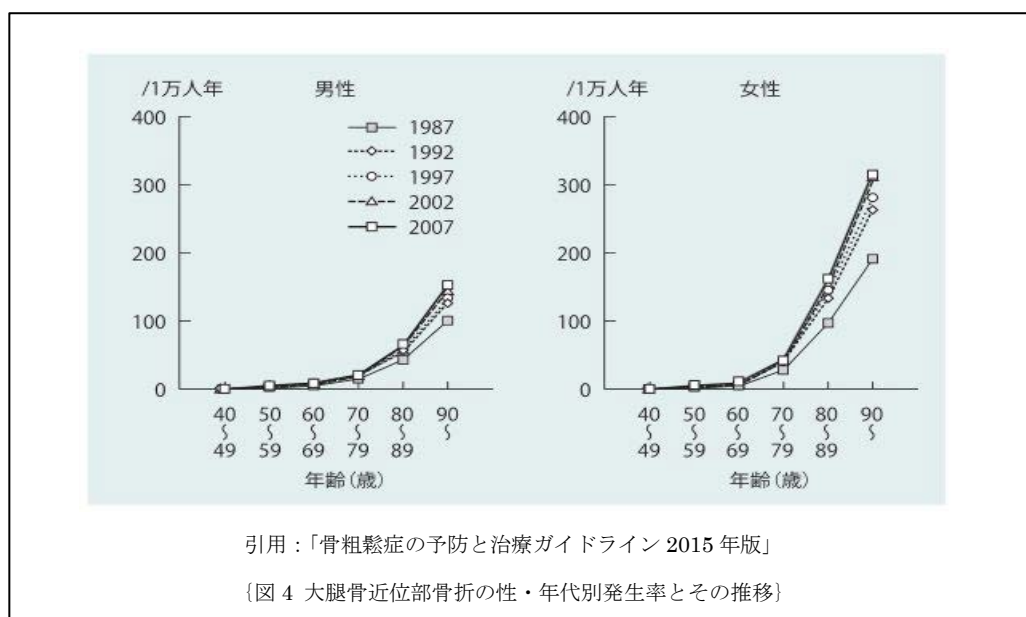
図表 3-4-3 骨強度に及ぼす骨密度と骨質の関係



骨粗鬆症の治療が「十分満足」に至っていない理由のうち、診断基準については、“骨質の評価法の不足”や“治療効果の判定方法”が挙げられた。骨質評価法の臨床現場における応用が望まれており、骨質評価法は治療効果の判定に貢献すると推察される。また、治療が「十分満足」に至っていない理由のうち、治療方針については、“治療の選択肢が整理されていない”との意見が出された。骨質評価法の臨床応用は、治療薬の骨質改善に対する効果を明らかにし、治療方針の向上につながると推察される。

治療が「十分満足」に至っていない理由のうち、その他には、“骨折が完全には予防できない”、“実際の骨折を減らせているかどうか不明”という意見が挙げられた。骨粗鬆症を起因とする骨折には、大腿骨近位部骨折（大腿骨頸部／転子部骨折）等が知られており、高齢者になるにつれて増加している（図表 3-4-4）。大腿骨近位部骨折等は日常生活機能や生活の質（QOL）を低下させるだけでなく、死亡リスクの上昇をもたらす。骨粗鬆症患者の骨折予防は現行の治療法では不十分であり、骨折予防の達成が骨粗鬆症の重要な課題であると推察できる。治療が「十分満足」に至っていない理由のうち有効性については、“高リスク例のコントロールが困難”、“状況の悪い状態の方も未だ大勢いる状態”のコメントがあった。高齢化に伴い、骨折リスクの高い患者が増加しており、骨折予防、特に骨折リスクの高い患者の骨折予防が喫緊の課題と考えられる。

図表 3-4-4 大腿骨近位部骨折の性・年代別発生率とその推移



骨粗鬆症の薬剤貢献度は 86.7%であり（「十分貢献」；13.3%、「ある程度貢献」；73.5%）、「十分貢献」に至っていない理由としては、有効性が 6 件、続いて医療経済性が 5 件であった（図表 3-4-5）。

図表 3-4-5 骨粗鬆症の薬剤貢献度と「十分貢献」に至っていない理由

薬剤貢献度 86.7%	「十分貢献」 13.3%	—
	「ある程度貢献」 73.5%	「十分貢献」に至っていない理由（回答 18 件） 有効性（6 件）、医療経済性（5 件） 副作用（3 件）、利便性（3 件）、他（1 件）

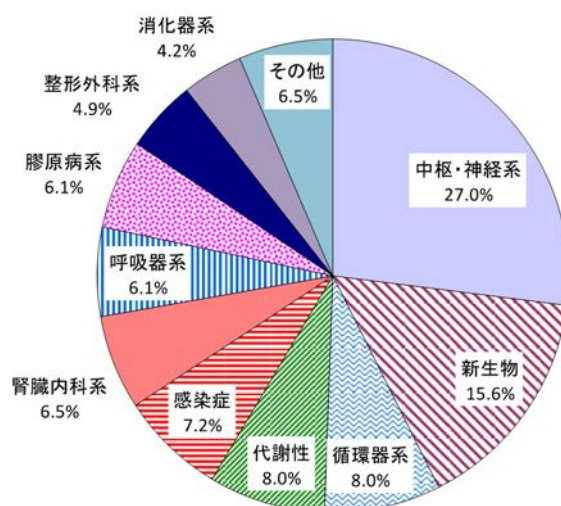
薬剤が「十分貢献」に至っていない理由として有効性に関する回答が多かったのは、上述のとおり骨折予防の達成が不十分な現状を反映した結果であると考えられる。骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2011 年版（http://www.josteo.com/ja/guideline/doc/11_2.pdf）に医療経済性に関する項目が設けられ、当該ガイドライン 2015 年版（http://www.josteo.com/ja/guideline/doc/15_1.pdf）では、医療経済性に関する情報が治療だけでなく、健診、予防も含めて包括的に記載された。骨粗鬆症の治療は長期間にわたることから、「十分貢献」に至っていない理由として、医療経済性の回答が多かったのは、本疾患において医療経済性の意識が浸透している結果と考えられる。

第4章 新たな治療法や治療薬の開発が急務と考えられる疾患の分析

4-1 2019年度調査結果の概要

2019年度の総合内科専門医を対象としたアンケート調査において、新たな治療法や治療薬の開発が急務と考えられる疾患の上位は、中枢・神経系（27.0%）及び新生物（15.6%）であった（図表4-1-1）。

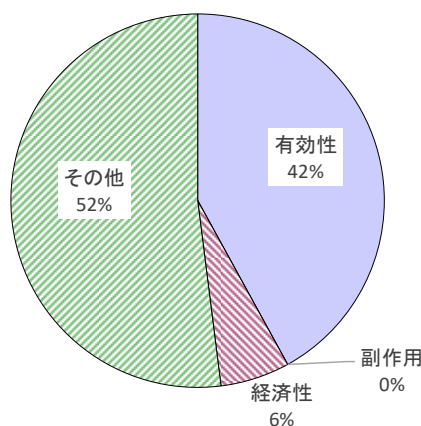
図表 4-1-1 新たな治療法や治療薬の開発が急務と考えられる疾患-大分類-（n=263）



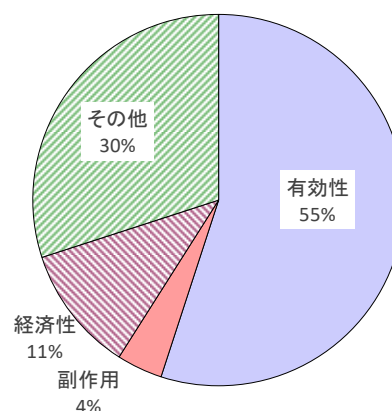
中枢・神経系疾患を記載した理由を「有効性」、「副作用」、「経済性」、「その他」の4項目に分類した結果、「その他」の理由が最も多く、次いで「有効性」、「経済性」の順であった。このことから、中枢・神経系の疾患については、主に薬物治療に起因する「有効性」及び「副作用」の要因以外にも、問題意識が高いことが示された。

一方、新生物を記載した理由は、「有効性」、「その他」、「経済性」、「副作用」の順で多く、挙げられた課題の傾向が中枢・神経系疾患と異なった。新生物の課題に中枢・神経系疾患では挙げられなかった「副作用」が挙げられ、「有効性」と「副作用」を合わせた回答が過半数を占めた。新生物の治療においては、「有効性」に加えて「副作用」の改善も重要な課題であることが示唆された（図表4-1-2及び4-1-3）。

図表 4-1-2 中枢・神経系疾患が
急務な理由 (n=79)

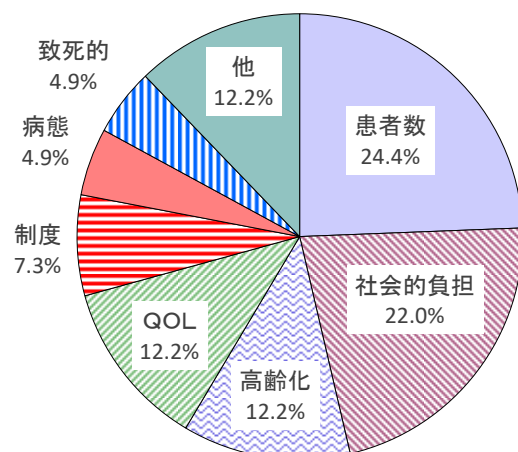


図表 4-1-3 新生物（がん）が
急務な理由 (n=44)



中枢・神経系疾患の回答理由の過半数を占めた「その他」の内訳を分析した結果、「患者数」、「社会的負担」、「高齢化」、「QOL」、「制度」の順に課題が多く、これらの合計が回答の8割近くを占めた（32/41）。この結果は、中枢・神経系疾患に対して有効な治療法がない現状において、今後、高齢化や患者数の増加による社会的な問題の深刻化に対する危惧を反映していると思われる（図表 4-1-4）。

図表 4-1-4 中枢・神経系疾患の『その他』の理由の内訳 (n=41)



なお、2019 年度調査で回答された全疾患名並びに理由についての報告は、2019 年度国内基盤技術調査報告書「60 疾患に関する医療ニーズ調査（第 6 回）」、並びに同報告書巻末の参考資料 2「新たな治療法や治療薬の開発が急務と考える疾患（全回答）」（p74-82）をご参照いただきたい（http://www.jhsf.or.jp/paper/report/report_201901.pdf）。

4-2 中枢・神経系疾患における 2019 年度と 2018 年度の調査結果の比較

2019 年度の調査における中枢・神経系疾患の結果と、平成 30 年度（2018 年度）国内基盤技術調査報告書「神経疾患の医療ニーズ調査（第 2 回）」²において、新たな治療法や治療薬の開発が急務と考えられる疾患・症候を調査した結果を比較した。アンケートの対象者や調査方法、回答数が異なるため、あくまで参考比較となる。以下に、中枢・神経系疾患に関する 2018 年度と 2019 年度のアンケート調査方法の違いを示す。

調査年度	2018	2019
調査対象者	日本神経治療学会員	総合内科専門医
回答方式（疾患）	神経 60 疾患・症候から選択	自由記載
回答方式（理由）	自由記載	自由記載
回答疾患の総数	382	71

なお、2018 年度調査対象者の専門医属性は 99.1%が神経内科専門医であり、以降は神経内科専門医と記載する。

2019 年度の調査において、新たな治療法や治療薬の開発が急務と考えられる中枢・神経系疾患として 2 例以上（全 71 回答のうち 2 例以上（2.8%以上））の記載があった疾患は、図表 4-2-1 に示す 8 疾患であった。疾患記載数と併せて、各疾患に対する理由を分類した結果を表示した。なお、理由の回答内で複数の理由が記載された項目を別分類として集計し（例：『患者が増えているが、新規薬剤がない』は、「患者数」と「有効性」の 2 つの理由に分類）、また、理由が無記載の回答もあったため、疾患数と分類数の合計は必ずしも一致しない。

図表 4-2-1 新たな治療法や治療薬の開発が急務と考えられる中枢・神経系疾患
(2 例以上の回答があった疾患、2019 年度調査)

	数	有効性	経済性	患者数	QOL	社会的負担	病態	その他	その他の内訳
アルツハイマー病	14	8	3	3	1	2		2	高齢化 (2)
筋萎縮性側索硬化症	13	7					2	3	致命的 (2) 生命倫理
認知症	12	2	2	4		3		3	高齢化 (2) 社会的関心
パーキンソン病	4	3						1	ADL 低下
慢性頭痛	4	4			1				
慢性疲労症候群	3	1			2	1		1	診療・診断
統合失調症	2	1							
発達障害	2			1				1	事件事故と関与

² http://www.jhsf.or.jp/paper/report/report_201801.pdf

2018 年度の回答を 2019 年度の集計と同様に、「有効性」、「経済性」、「患者数」、「QOL」、「社会的負担」、「病態」及び「その他」に分類した（図表 4-2-2）。なお、2018 年度の分類においては、「有効性」は薬剤に対する記載を対象とし、“新たな治療が必要”及び“治療法がない”の理由は、「その他」に分類した。

2018 年度調査結果の分類において、10 例以上（全 382 回答のうち 10 例以上（2.6%以上））の回答があった疾患は、図表 4-2-2 に示す 9 疾患であった。

図表 4-2-2 新たな治療法や治療薬の開発が急務と考えられる中枢・神経系疾患
（10 例以上の回答があった疾患、2018 年度調査）

疾患名	数	有効性	経済性	患者数	QOL	社会的負担	病態	その他	新たな治療法	治療法なし
アルツハイマー病	89	7	7	67		17	3	47	28	7
筋萎縮性側索硬化症	71	13		9	4	6	29	51	27	16
多系統萎縮症	32	1		3	2	3	4	28	7	15
パーキンソン病	22	2	1	11	1	1	4	16	10	2
プリオン病	22	3	1	1		1	3	19	7	10
進行性核上性麻痺	15	1		6	1			11	1	7
前頭側頭葉変性症	13			1	1		5	11	5	4
アテローム血栓性/ラクナ梗塞	12			3		1	2	10	9	
脊髄小脳変性症	12	1		3	2	3	5	9	4	5

新たな治療法や治療薬の開発が急務と考えられる中枢・神経系疾患として、2018 年度及び 2019 年度のいずれの調査においても上位に挙げられた疾患は、アルツハイマー病（2019 年度の認知症を含む）、筋萎縮性側索硬化症及びパーキンソン病であった。

2018 年度の神経系疾患医療ニーズ調査では上位に位置するが、2019 年度の 60 疾患では取り上げられないか、あるいは下位の疾患は、多系統萎縮症、プリオン病、進行性核上性麻痺、前頭側頭葉変性症、アテローム血栓症/ラクナ梗塞及び脊髄小脳変性症であった。

一方、2019 年度のみ上位に挙げられた疾患は、慢性頭痛、慢性疲労症候群、統合失調症及び発達障害の症状や精神疾患であった。ただし、これらの症状や疾患は、2018 年度調査対象の神経 60 疾患・症候（巻末：附属資料-4）には含まれていなかった。

なお、2018 年度の神経内科専門医を対象とした調査において、日常遭遇する（診る）疾患の選択結果は、パーキンソン病（168 件）、アルツハイマー病（93 件）、アテローム血栓症/ラクナ梗塞（93 件）、片頭痛（31 件）、筋萎縮性側索硬化症（19 件）及び多系統萎縮症（13 件）であった。

2019 年度及び 2018 年度のいずれの調査においても、治療法や治療薬の開発が急務として上位に挙げられた疾患：

アルツハイマー病（2019 年度の認知症を含む）：

2019 年度調査の 26 件の回答者の属性は、内科 9 名、消化器内科 5 名、脳神経内科 4 名、循環器内科 4 名、心療内科、血液内科、糖尿病内分泌内科及び漢方内科がそれぞれ 1 名であった。

2019 年度調査において、「有効性」以外に、「患者数」、「社会的負担」、「高齢化」が理由に挙げられており、2018 年度と類似する結果であった。しかし、2019 年度の総合内科専門医の回答では、「有効性」（10/26）の理由が「患者数」（7/26）よりわずかに上位であるのに対し、2018 年度の神経内科専門医の回答は「患者数」（67/89）が「有効性」と「その他：新たな治療法」をあわせた回答（35/89）の 2 倍近くであった。

2018 年度の調査で日常遭遇する疾患の上位にあるアルツハイマー病に対して、神経内科専門医は「患者数」を最も懸念しており、「新たな治療法」（35/89）が開発されなければ、「社会的負担」（17/89）につながる深刻な疾患と考えていると推察される。

筋萎縮性側索硬化症：

2019 年度調査の 13 件の回答者の属性は、脳神経内科 6 名、膠原病・リウマチ科 2 名、内科 4 名及び神経内科 1 名であった。総合内科専門医の回答では、「有効性」の課題が回答の半数を占め（7/13）、次いで「病態」に対する課題（4/13）であった。一方、神経内科専門医の挙げる課題も「有効性」（13/71）と「その他：新しい治療法」（27/71）が上位であるが、単独では「病態」に対する課題が多く挙げられた（29/71）。

神経内科専門医のコメントでは、病状の悲惨さを訴求する生々しい意見が印象的であった。2018 年度の調査において、日常遭遇する（診る）疾患の選択結果では、筋萎縮性側索硬化症は 19 件と、比較的遭遇する機会は少ない疾患ではあるが、有効な治療法が少なく、意識が鮮明なまま徐々に患者の生活を奪っていくため、少しでも病状の進行を遅らせる薬剤等が切望されていると思われる。

パーキンソン病：

パーキンソン病は、2018 年度の神経内科専門医を対象とした調査において、日常で最も遭遇する疾患であった。

2019 年度調査の 4 件の回答者の属性は、脳神経内科 2 名、消化器内科 1 名及び循環器内科 1 名であり、「有効性」の指摘が過半数（3/4）であった。一方、2018 年度調査では「患者数」（11/22）と「その他：新たな治療法」（10/22）がほぼ同数であった。

神経内科専門医の意見として、現時点では対症療法しか有効な治療法はなく、進行期では既存薬でのコントロールが困難な患者が多いとの記載があり、患者数の増加に対応して長期に症状を改善あるいは完治できる新しい治療法が求められていると推測される。

これらの上位3疾患に対する回答に記載されたモダリティ等について、2018年度の調査結果を分析した。アルツハイマー病ではバイオマーカーとワクチンが2件、iPS細胞、核酸医薬及び抗体医薬がそれぞれ1件であった。筋萎縮性側索硬化症では、バイオマーカーとiPS細胞が3件、抗体医薬、遺伝子治療及びレジストリが2件、再生医療、ワクチン、核酸医薬がそれぞれ1件であった。パーキンソン病では、iPS細胞が4件と最も多く、バイオマーカー、再生医療、ワクチン、核酸医薬及び抗体医薬が1件であった（図表4-2-3）。

なお、2018年度調査の設問には、以下の記載があった；『急務とお考えの理由や、開発に向けた具体的な方策等についてのご意見を、創薬標的、ゲノム解析、バイオマーカー、画像診断、再生医療、遺伝子治療、予防医学、デバイスなどを勘案の上で自由にご回答下さい。』

図表 4-2-3 3疾患のモダリティ等に関する回答結果（2018年度調査）

	アルツハイマー病	筋萎縮性側索硬化症	パーキンソン病
バイオマーカー	2	3	1
iPS細胞	1	3	4
再生医療		1	1
ワクチン	2	1	1
核酸医薬	1	1	1
抗体医薬	1	2	1
遺伝子治療		2	
レジストリ		2	

2019年度調査の中枢・神経系疾患に関する理由に、表に示されたモダリティ等の記載はなかった。

中枢・神経系以外の疾患においては、脳神経内科1名が機能性ディスペプシア、過敏性腸症候群及び線維性筋痛症に対して、消化器内科1名が肝細胞がんに対して、それぞれバイオマーカーを、神経内科1名がFabry病に遺伝子治療を、内科1名がウイルス感染症にワクチンを挙げた。

2019年度及び2018年度の調査で共通して挙げられた、その他の中枢・神経系疾患：

レビー小体型認知症：

2019年度調査で脳神経内科・精神科から1件の回答があり、アルツハイマー病に次いで患者数が多いが、有効な治療法が無いことが挙げられた。2018年度の調査でも同様に、高齢化に伴い患者数が多い、治療法が確立されていない等の課題が挙げられた。

視神経脊髄炎：

脳神経内科から1件の回答があり、治療法として免疫抑制剤が使用されているが、承認

されていないことが挙げられた。2018年度の調査でも、経口免疫抑制剤による再発抑制の保険適応はステロイド剤のみで適応できる薬剤が限定される、より有効で安全な抗体医薬や経口免疫抑制剤の適応拡大による再発抑制を望む等の意見が挙げられた。

多発性硬化症：

内科から 1 件の回答があり、既存薬では反応不良群があり、副作用の問題が小さくないことが挙げられた。2018年度の調査でも、既存の免疫療法は再発予防に有効ではあるが、完全に再発を抑制できず根本的な治療が必要、進行期への加療手段がないとの意見があり、加えて、若年性の発症であり、社会的な影響が大きいことが挙げられた。

多系統萎縮症：

脳神経内科から 1 件の回答があり、治験は行われているが、有効な治療法がないことが課題とされていた。2018年度の調査では、新しい治療法が急務な疾患の上位 3 位の位置にあり、対症療法も含め有効な治療法がないこと、進行が早く致命的な疾患であり、患者数が比較的多いこと等が挙げられた。

2018 年度神経 60 疾患・症候の選択肢に無いが、2019 年度調査で 2 名（2.8%）以上が挙げた疾患：

慢性頭痛：

脳神経内科 3 名及び漢方診療科 1 名から挙げられ、患者の QOL 低下や薬物乱用が課題として挙げられた。

慢性疲労症候群：

漢方診療科 1 名、血液内科 1 名及び内科 1 名から挙げられ、QOL の低下、潜在性患者の存在、診断基準・治療指針の整備が課題として挙げられた。

統合失調症：

脳神経内科 1 名及び精神科心療内科 1 名から挙げられ、疾患発症の本質が不明で、根本的に治療できていないことが課題であった。

発達障害：

内科 1 名及び消化器内科 1 名から挙げられ、様々な事件、事故に関連しており、実際には、多くの患者がいることが課題であった。

2018 年度の調査で上位に位置し、かつ、日常遭遇する（診る）疾患として上位にあった疾患：

アテローム血栓症/ラクナ梗塞：

2018 年度調査において、『その他：新たな治療法』が多数意見であった（9/12）。

脊髄小脳変性症：

2018 年度調査において、『病態』（5/12）、『その他：治療法なし』（5/12）、『その他：新しい治療法』（4/12）が主な課題であった。

4-3 考察

新たな治療法や治療薬の開発が急務と考えられる疾患について、2019年度の調査で総合内科専門医に自由記載を回答いただいた結果の中で最も回答数が多かった中枢・神経系疾患（27.0%）を、2018年度の神経内科専門医対象の調査結果と比較した。

アルツハイマー病：

2019年度と2018年度の比較は、アンケートの対象者や調査方法、回答数が異なるため、あくまで参考比較となるが、新たな治療法や治療薬の開発が急務とされる中枢・神経系疾患として、両年度に共通してアルツハイマー病（2019年度の認知症を含む）、筋萎縮性側索硬化症及びパーキンソン病の回答数が多かった。2019年度調査では、認知症を含むアルツハイマー病（n=26）が次点の筋萎縮性側索硬化症（n=13）の2倍の回答数であったが、2018年度調査ではアルツハイマー病（n=89）と筋萎縮性側索硬化症（n=71）に2019年度ほどの差はなかった。

アルツハイマー病の治療が急務な理由として、2019年度調査において「有効性」以外に「患者数」、「社会的負担」及び「高齢化」が挙げられており、2018年度と類似する結果であった。しかし、2019年度の回答では「有効性」（10/26）が「患者数」（7/26）よりわずかに上位であるのに対し、2018年度の回答は「患者数」（67/89）が「有効性」と「その他：新たな治療法」を合わせた回答（35/89）の2倍近くであった。回答者の専門性あるいは担当する患者の状態が、回答傾向の違いに影響しているのかもしれない。

「有効性」に関して2019年度と2018年度に共通して“根本的な治療法がない”が散見されたが、2018年度の回答では「新たな治療法」に関して具体的な記載が多い傾向にあった。参考に「新たな治療法」に関する2018年度の回答内容の例を以下に列記する：

- ・ タウをターゲットとした治療戦略に期待
- ・ iPS細胞を用いた疾患モデルや患者検体からの病態関連細胞を用いて、疾患の病態解析を背景とした薬剤の標的検索及び各種開発薬剤の有効性の迅速的な検討
- ・ 予防的な、ワクチンや抗体療法、核酸医療など
- ・ 健常若年層を含む全年齢層の分子イメージングデータを用いた発症早期変化の解明
- ・ バイオマーカーなど超早期からの介入。予防医学の確立
- ・ 発症以前から蓄積したアミロイドβに対する治療を開始する発症予防治療の開発
- ・ 現状ではタウ凝集体を対象とした創薬が現実的かもしれない。ただし、遺伝子異常を伴わないタウ凝集体を対象とした創薬が必要
- ・ 疾患修飾療法において明確な認知機能改善を示すことは困難と考えられ、病態の解明が開発成功のカギ

2018年度のアルツハイマー病に関する回答におけるモダリティとして、バイオマーカーについて2件の記載があった。従来の診断・検査に加えて、血中マイクロRNA測定やタウPETスキャンなどの画像診断、モバイルヘルスアプリなどで収集した日常データなどをバイオマーカーに用いることで早期での診断や治療の開始が可能となりつつある。診断・治療指針の整備や臨床試験のクライテリアやエンドポイント等の適切な選択に向けて、病状の進行や患者の状態を正しく診断できるバイオマーカーの確立が期待されていると考えられる。

他のモダリティとしてiPS細胞、ワクチン、核酸医薬及び抗体医薬の記載があった。近年、アルツハイマー病患者由来のiPS細胞を用いた化合物スクリーニングやアミロイドβやタウへのワクチン療法、アミロイドβや細胞外のタウを標的とした抗体医薬の開発が進められている。また、これまで創薬が困難であった多くの難病に対して細胞内の様々なタンパク質の発現を抑制できる核酸医薬の開発も進められており、アルツハイマー病の新たな治療法として細胞内のタウの発現を抑制する核酸医薬にも期待される。

筋萎縮性側索硬化症：

筋萎縮性側索硬化症の治療が急務な理由として、2019年度調査では「有効性」の課題が回答の半数を占め(7/13)、次点が「病態」に対する課題(4/13)であった。一方、2018年度の理由は、「病態」(29/71)が最も多く、次いで「その他：新しい治療法」(27/71)、「有効性」(13/71)が多く挙げられた。アルツハイマー病と同様に、回答者の専門性や担当患者の状態が回答傾向の違いに影響しているのかもしれない。

2018年度の神経内科専門医のコメントでは、“悲惨さは変性疾患でも群を抜いている”、“依然として、最も残酷な疾患”、“神経内科医としていつも無力感を感じる疾患”、“意識・認知機能が一般に正常な状態で呼吸筋を含め筋力が低下し予後が厳しい”、“比較的若い年代の発症もあり、極めて悲劇的な経過を示す疾患”、“罹患後の経過に対しての恐怖心大きい”、“ある程度のところで病状を停止できるだけでも良い”等、多くの症例を診ている専門医ならではの生々しい表現が印象的であった。

筋萎縮性側索硬化症は知覚神経や自律神経は正常なまま、全身の運動神経が損傷していく進行の速い致死性の疾患である。しかし、既存薬の選択肢も少なく、効果もまだ限定的であることから、少しでも病状の進行を遅らせ、少しでも患者や介護者のQOLを改善する治療が切望されていると思われる。また、筋萎縮性側索硬化症は特定の診断マーカーがなく、整形外科の疾患や自己免疫疾患等との鑑別診断の検査に時間を要し、未治療のまま症状が進行する場合も多い。中には誤診により不必要な手術や治療が行われる場合もある。筋萎縮性側索硬化症に早期に治療介入できる環境が整い、有効な治療薬や治療法が適切に使用されることも重要であろう。

筋萎縮性側索硬化症に関して、2018年度調査で“レジストリ”に関する記載が2件あ

った。筋萎縮性側索硬化症を対象として、2006 年 1 月に名古屋大学で JaCALS (Japanese Consortium for Amyotrophic Lateral Sclerosis Research) の登録 (レジストリ) が開始され、2018 年 9 月に 1,800 名を超える患者が登録された。JaCALS では、日本における筋萎縮性側索硬化症の自然歴の把握、病態や病気の原因解明の一助となる遺伝子解析、将来新規治療法開発につながる遺伝子バンクの構築などを目指して症例の収集を行い、遺伝子解析研究を神経変性班施設及び東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センターにおいて、前向き自然歴調査、遺伝子解析を行っている (JaCALS ホームページより抜粋:<https://www.jacals.jp/>)。JaCALS の研究から、リアルワールドデータの集積と解析、予後予測、病態解明、ドラッグリポジショニング等、創薬や臨床研究への展開が期待される。JaCALS 研究成果が、筋萎縮性側索硬化症の新しい治療法につながることに期待したい。

また、筋萎縮性側索硬化症に関するモダリティとして iPS 細胞の記載があった (3 件)。iPS 細胞を用いた研究により病態解明が進めば、再生医療、抗体医薬、遺伝子治療、ワクチン、核酸医薬、バイオマーカー等、筋萎縮性側索硬化症に対する治療の可能性が広がると考えられる。近年、筋萎縮性側索硬化症と RNA メタボリズム異常の関連が示唆されており、関連する遺伝子治療や核酸医薬の開発が進められている。また、2018 年度調査の回答に TDP-43 の可視化技術や分解促進薬に期待する記載があった。筋萎縮性側索硬化症の病理所見として細胞質封入体の形成が確認されており、細胞質封入体の構成成分である TDP-43 に着目した病態の解析や創薬への展開、バイオマーカーの開発も今後期待される。

パーキンソン病：

パーキンソン病の治療が急務な理由として、2019 年度調査では「有効性」の指摘が過半数 (3/4) であった。一方、2018 年度調査では、「患者数」(11/22) と「その他：新たな治療法」(10/22) がほぼ同数であった。

神経内科専門医の意見として、現時点では対症療法しか有効な治療法はなく、進行期では既存薬でのコントロールが困難な患者が多いとの回答があり、患者数の増加に対応して長期に症状を改善あるいは完治できる新しい治療法が求められていると推測される。

2018 年度調査のパーキンソン病に関する記載の中で、モダリティとして iPS 細胞の記載が比較的多かった (4/9)。パーキンソン病は黒質細胞の減少による脳内ドパミン量の低下が原因とされる疾患である。正常な黒質細胞を特定組織である黒質に移植できれば現行治療薬を上回る薬効が期待されることから、パーキンソン病治療法としての細胞治療の研究が積極的に進められている。一方で、脳内へ細胞を移植する手術は頻繁に実施できない制限がある中で、パーキンソン病において黒質細胞に異常が生じる原因がまだ明らかとなっておらず、移植した正常な黒質細胞も時間の経過と共に変性する可能性 (細胞の再移植が必要となる可能性)、他家細胞移植時の拒絶反応 (アナフィラキシー)、移植片誘発ジスキネジア、また、iPS 細胞の場合は移植細胞のがん化リスク、等、今後解決されなければ

ならない課題も多い（森實 飛鳥. 臨床神経学. 59 (3) :119, 2019）。

京都大学iPS細胞研究所の森實と高橋は、『2020年現在、日本ではHLAホモのiPS細胞株から樹立した細胞を用い、欧米では胎性幹細胞（ES細胞）由来の細胞を用いて、パーキンソン病に対する細胞移植治療の臨床試験が進められている。パーキンソン病に対する細胞移植治療が臨床で標準化されるためには、しっかりとしたサイエンスに基づき、安全面に十分に配慮しながら臨床研究を進めて行く必要がある』と報告している

（Glycoforum. 2020 Vol.23 (3) , A10, <https://www.glycoforum.gr.jp/article/23A10J.html>）。

現時点ではパーキンソン病の細胞治療は実用化されていないが、今後の研究や臨床試験の進捗によりこれらの種々の課題が解決され、細胞治療がパーキンソン病の新たな治療選択肢に加わることに期待したい。

パーキンソン病は他の中枢・神経系疾患と比較して遺伝的背景や病態解明が進んでいることから、iPS 細胞を用いた創薬研究にも期待がもたれる。現状のパーキンソン病の治療は補充療法や対症療法しかなく、病状の進行に伴い介護度が増すため、早期診断のためのバイオマーカーの必要性も高い。既存の低分子医薬に加えて核酸医薬、抗体医薬、ワクチン、再生医療による治療に期待が寄せられている。例えば、孤発性のパーキンソン病では、レビー小体での α -シヌクレインの凝集が病理学的特徴とされており、 α -シヌクレインの産生を抑制する核酸医薬や細胞外で伝播する α -シヌクレインを抑制する抗体医薬、ワクチン療法などの開発にも期待したい。

2019 年度及び 2018 年度調査における自由記載回答の比較：

新たな治療法や治療薬の開発が急務と考えられる疾患の調査法は、2019 年度と 2018 年度で疾患の回答方法が異なるが（2019 年度：自由記載、2018 年度：神経 60 疾患・症候から選択）、理由の回答は共に自由記載であった。そこで、2019 年度と 2018 年度の回答傾向を定量的に比較する目的で、自由記載回答の文字数を集計した。なお、表現等により内容は同じでも文字数が異なるため、あくまで自由記載に要した時間や理由に対する回答者の思い入れの目安として文字数を比較の対象とした。集計の対象疾患は、回答された全疾患、アルツハイマー病（2019 年度の認知症を含む）、筋萎縮性側索硬化症及びパーキンソン病とした（図表 4-3-1）。

図表 4-3-1 3 疾患の新たな治療法や治療薬の開発が急務と考えられる理由についての自由回答結果（2019 年度調査・2018 年度調査）

2019 年度	全疾患	アルツハイマー病	筋萎縮性側索硬化症	パーキンソン病
回答数	244	24	12	4
平均文字数	23.8	21.4	14.8	11.8
最多文字数	140	112	34	23
最少文字数	3	6	5	7

2018 年度	全疾患	アルツハイマー病	筋萎縮性側索硬化症	パーキンソン病
回答数	382	89	71	22
平均文字数	44.2	41.3	40.8	58.7
最多文字数	262	249	262	175
最少文字数	5	5	6	8

全疾患に対する 2019 年度の回答の平均文字数は 23.8 文字（n=244）であり、2018 年度は 44.2 文字（n=382）であった。アルツハイマー病、筋萎縮性側索硬化症及びパーキンソン病に対する回答文字数は、2019 年度がそれぞれ 21.4、14.8 及び 11.8 文字、2018 年度が 41.3、40.8 及び 58.7 文字であった。結果として、回答コメントの平均的な文字数は、2019 年度と 2018 年度で概ね 2 倍の差であった。

2018 年度調査の「日常遭遇する（診る）疾患・症候」は、パーキンソン病（168 件）、アルツハイマー病（93 件）、筋萎縮性側索硬化症（19 件）の順であった。アルツハイマー病はパーキンソン病よりも遭遇する頻度が低い疾患であるにも関わらず、新たな治療法の開発が急務と考えられる疾患として 2019 年度及び 2018 年度調査において回答数が最も多かった（それぞれ 24 件及び 89 件）。また、2019 年度調査ではアルツハイマー病に関する理由の平均文字数が他の 2 疾患と比較して多かった。これらの結果は、潜在的なアルツハイマー病あるいは高齢化に伴う患者数の増加や介護等が、総合内科専門医並びに神経内科専門医ともに今後の大きな社会的問題となることへの危惧を示しているのかもしれない。

パーキンソン病は 2018 年度調査で日常遭遇する疾患の 1 位であったが、新たな治療法の開発が急務な疾患としての回答数は、2019 年度（4 件）及び 2018 年度（22 件）と、ともに少なかった。これは前述のとおり、現在の治療法がパーキンソン病に対して一定の治療効果を示していることを反映していると思われる。しかしながら、神経内科専門医による 2018 年度の回答では、理由の平均文字数が 3 疾患の中で 58.7 文字と最も多く、回答の傾向として根治できない現在の治療法に対して患者数の多さや増加、新たなモダリティ等での新規な治療への期待を訴求する内容が多数回答された結果と考えられる。

筋萎縮性側索硬化症の回答数は、2019 年度（12 件）及び 2018 年度（71 件）と患者数

に比較して多く、社会的な関心の高さがうかがえる。2019年度の回答は難治であることと有効な治療薬がないことに集約されていたが、2018年度はこれらに加えて介護負担、モダリティ、病態メカニズム、医師としての無力感など、多様な記載が文字数の差につながった可能性がある。あるいは、指定難病のパーキンソン病及び筋萎縮性側索硬化症に関しては臨床の機会が多い神経内科専門医において、より問題意識が強く、直面する課題が多いことが文字数に反映されているのかもしれない。

回答文字数の差が、対象疾患と回答者の専門性に依存する可能性はあるが、アンケート形式の違いにも留意が必要であろう。2018年度調査は、「神経 60 疾患・症候」に関する治療満足度と薬剤貢献度のアンケートに選択回答後、同じ 60 疾患・症候リストから新規な治療が急務な疾患・症候を選択し、理由を自由記載する形式であった。一方、2019 年度は、“アンケートで質問した 60 疾患に拘らず、新規な治療が急務な疾患を 3 つ自由記載し、さらに理由を自由記載する回答形式”であった。従って、領域の専門性に加えて、2018 年度の調査では満足度・貢献度の調査の過程で疾患の課題が意識付けられ、具体的に詳細な理由を記載しやすい状況であった可能性がある。

なお、2019年度にアルツハイマー病、筋萎縮性側索硬化症及びパーキンソン病を記載した回答者の属性は、アルツハイマー病：内科 9 名、消化器内科 5 名、脳神経内科 4 名、循環器内科 4 名、心療内科、血液内科、糖尿病内分泌内科及び漢方内科がそれぞれ 1 名、筋萎縮性側索硬化症：脳神経内科 6 名、膠原病・リウマチ科 2 名、内科 4 名及び神経内科 1 名、パーキンソン病：脳神経内科 2 名、消化器内科 1 名及び循環器内科 1 名であった。

2018年度調査において、アルツハイマー病、筋萎縮性側索硬化症及びパーキンソン病に新たな治療法や治療薬の開発が急務な理由の全コメントを附属資料-5 として巻末に添付した。2019 年度調査報告書「60 疾患に関する医療ニーズ調査（第 6 回）」巻末の“参考資料 2 新たな治療法や治療薬の開発が急務と考える疾患（全回答）”（p74-82）との比較の参考になれば幸いである。

最後に、2019 年度調査結果の分析において、あらためて 2018 年度及び 2019 年度の回答コメントを拝読し、お忙しい中で 60 疾患の治療満足度並びに薬剤貢献度に回答した上で、コメントを記載いただいた回答者の皆様（総合内科専門医：112 名；263 回答、神経内科専門医：184 名；382 回答）に深謝申し上げます。

第5章 まとめ

(1) 調査について

2020年度は、60疾患を対象とした治療満足度・薬剤貢献度に関する2019年度（第6回）の医療ニーズ調査結果を分析して考察を加えた。

2005年度の第3回調査以降の60疾患の医療ニーズ調査において、約5年ごとに実施したアンケート調査の次年度は治療満足度・薬剤貢献度の推移を分析してきた。また、推移分析した年度ごとに注目される疾患を選び、文献調査に加えて専門医にヒアリングを行い、疾患の治療満足度・薬剤貢献度の背景にある臨床的な課題や今後の展望について考察を加えてきた。残念ながら、今年度は新型コロナウイルス感染の拡大に伴いヒアリングを自粛した。

2020年度は、医療ニーズ調査班として3つの視点から2019年度の調査結果に関する追加分析や文献調査等を行い、考察した。1つ目の分析は1994年度の初回調査以降の治療満足度・薬剤貢献度の推移と傾向、医療環境の変化と関連等の分析である。2つ目は、2019年度に初めて実施した「十分満足」・「十分貢献」に至っていない理由についての深堀調査結果から医療ニーズ調査班が注目した4疾患を選び、現在の課題や今後の展望について考察した。3つ目は、2019年度調査の「治療法・治療薬の開発が急務な疾患」の結果から、最も多く回答された中枢・神経系疾患を対象に現在の課題や今後の展望等を考察した。

(2) 60疾患の治療満足度・薬剤貢献度の推移に関する分析

はじめに、1994年度の初回調査から2019年度までの計6回の治療満足度と薬剤貢献度の推移を分析した。ただし、6回の調査で共通した調査対象疾患は、約半数の32疾患である点に注意が必要である。2015年度の分析では、初回調査から調査を重ねるごとに治療満足度と薬剤貢献度が向上する傾向が示され、治療満足度並びに薬剤貢献度がともに50%以上の疾患は増加した。しかし、2019年度の調査においては、治療満足度並びに薬剤貢献度がともに50%以上の疾患が減少し、一方でいずれも50%未満の疾患が増加した。これらの変化は、2014年度の調査結果から、特に治療満足度・薬剤貢献度の高い疾患や医薬品以外の治療法が主体の疾患等の8疾患を除外し、診断・治療法が十分ではないと考えられる8疾患を2019年度の調査対象疾患に追加したことも影響していると考えられた。なお、新たに追加した疾患の半数である4疾患は、治療満足度・薬剤貢献度がどちらも50%未満であった。

次に過去20年間に新規に承認された新薬の数と、調査対象の60疾患の関連性を分析した。2001～2005年度の新規承認薬の中で60疾患を適応症とする新薬の割合は約60%であったが、2005～2015年度は約50%、直近の2015～2019年度は約40%と減少傾向であった。さらに、治療満足度・薬剤貢献度がともに50%未満の疾患を適応症とする新薬の品目数も減少しており、2001～2005年度の年平均5.2品目に対して、2015～2019年度は0.8品目であった。近年は新薬開発の対象領域がスペシャリティ領域やニッチ領域に移行し、また薬剤開発の対象疾患も多様化してきていることから、一般的な60疾患を対象と

した調査から新薬開発の対象となる疾患や医療ニーズを的確に捉えるには、限界が生じている可能性がある。

1994年の初回調査から約25年間で、治療満足度と薬剤貢献度がいずれも40%以上上昇した疾患が11疾患あり、特に治療満足度と薬剤貢献度の上昇は2005年度から2010年度にかけて顕著であった。一方、2015～2019年度は軽微な上昇かあるいは低下であった。その他に治療満足度のみが40%以上上昇した疾患が3疾患、薬剤貢献度のみが40%以上上昇した疾患が9疾患あったが、いずれも2015～2019年度は軽微な変化であった。2005年度以降は新規有効成分の承認品目数が増加しており、病態解明や新薬創出が進んだ疾患では、2005年度からの10年間で治療満足度・薬剤貢献度が大きく改善したと考えられる。

近年、特に薬剤貢献度が向上しているにもかかわらず、低い治療満足度が継続している悪性リンパ腫、統合失調症、うつ病、不安神経症等の疾患、治療満足度が向上しているものの、依然として差が大きい肺がん、白血病等の疾患が認められた。これらの疾患は、薬剤だけではなく、治療満足度の向上に大きく貢献する治療法が求められていると考えられる。

(3) 2019年度に新たに追加した8疾患の治療満足度・薬剤貢献度

2019年度の調査対象には、新たに筋萎縮性側索硬化症、潰瘍性大腸炎、クローン病、非結核性抗酸菌症、特発性肺線維症、全身性強皮症、慢性便秘症及びサルコペニアの8疾患を追加した。筋萎縮性側索硬化症は60疾患の中で治療満足度・薬剤貢献度が最も低く、さらに治療が行えていない、効く薬がない等の回答が最も多かった。特発性肺線維症、全身性強皮症、サルコペニアは、治療満足度・薬剤貢献度がどちらも50%未満であり、これらの疾患に関してもあらためて有効な治療法が不足しており、未充足の医療ニーズがあることが示唆された。2014年度の調査までIBD/炎症性腸疾患とした調査対象を潰瘍性大腸炎とクローン病に分けた結果、潰瘍性大腸炎とクローン病の治療満足度と薬剤貢献度に大きな差はなかった。非結核性抗酸菌症は薬剤貢献度に比べて治療満足度が低く、現在の薬物治療に課題が残ることが推察された。慢性便秘症は、治療満足度、薬剤貢献度いずれも高いものの、近年新薬が登場しており、潜在的な課題についても注目が高まっている。

(4) 治療満足度・薬剤貢献度の深掘調査

60疾患調査における未充足な医療ニーズを調査する目的で、2019年度は「ある程度満足」または「ある程度貢献」を選択した回答者を対象に、日常的によく診療している疾患に対して「十分満足」「十分貢献」に至らない理由を調査した。回答結果から、医療ニーズ調査班が注目する下記の4疾患を考察した。

1) 糖尿病

糖尿病治療が「十分満足」に至らない理由に有効性を求める意見が最も多く、特に根本的治療を望む意見が顕著であった。その他として、インスリン以外の治療選択肢について

の意見、有効性に付随するアドヒアランスや患者の努力・知識に関する意見が挙げられたが、血糖降下作用に関する意見はなかった。糖尿病治療における血糖降下作用に対する薬剤の満足度は高いものの、治療効果の維持・向上に向けた患者の行動改善や、インスリン導入後の治療、糖尿病性腎症等の合併症等が課題であると推察される。2000年代後半から糖尿病に対する多様な作用機序の新薬が上市され、治療選択肢が拡大した。一方、近年は血糖降下のみでは糖尿病治療のエンドポイントとして不十分とされており、心血管イベントの抑制効果が必須とされてきている。深堀調査の結果も根本的治療や病態の進行を止める効果を求める意見が多く、長期的な予後につながる治療に期待が大きいと推察された。

2) てんかん

てんかんの治療が「十分満足」に至っていない理由の多くが有効性に関する意見であり、具体的には完治に至っていない患者や難治性の患者の存在であった。てんかんに使用可能な薬剤が増加し、治療選択肢が多いものの、現在の診断方法では正確な病型分類が困難で適した治療薬を選択するのが難しいこと、また完治が望めないことが理由と考えられる。薬剤貢献度が十分貢献に至っていない理由では、有効性に次いで副作用が多かった。抗てんかん薬は用量依存的な副作用や長期使用に伴って発生する副作用が知られており、薬剤での治療を難しくしていると推察される。

3) 慢性便秘症

慢性便秘症は 2019 年度に新たに追加した疾患である。十分満足に至っていない理由の多くが有効性であり、患者によって効果に差があり、無効例が存在するとの意見であった。2012 年度～2018 年度にかけて新しい作用機序の薬剤が承認されているものの、患者の治療満足に向けては課題が残ると考えられる。慢性便秘症の有病率は 2～28%とされているが、潜在患者数は高いと考えられており、また、加齢に伴って増加するため、今後も患者数の増加が予測される。治療の目標は完全排便だが、高齢者は大腸通過機能や排便機能が低下するため、治療が難しい患者も増えると予測される。新薬の使い分けや組合せ等による治療満足度の向上が期待される。

4) 骨粗鬆症

骨粗鬆症の治療が「十分満足」に至っていない理由は多様であり、有効性、治療方針及び診断基準がほぼ同数であった。有効性については既存の治療法の効果が不十分、骨折を完全に予防できないとの意見に加えて、コントロールが難しい高リスク例の患者の存在が挙げられた。治療方針については治療の選択肢が整理されていないことが挙げられ、また診断基準のあいまいさや骨質評価法の不足、治療効果の判定方法の不足が挙げられた。骨粗鬆症は脆弱性骨折をもたらし、日常の生活機能や QOL を低下させる上に、死亡リスクも高める疾患であることから、高齢化に伴い医療経済性に及ぼす影響が危惧される。2000 年度以降に骨密度改善に有効な薬剤が上市されてきたが、潜在的な患者が多く、また服薬アドヒアランスが低いと十分な骨折予防に至っていない。骨密度や骨質の評価法の普及

や治療効果の評価により、必要な患者に適切な治療を継続することが重要と考えられる。

(5) 新たな治療法や治療薬の開発が急務と考えられる疾患

2019年度の「新たな治療法や治療薬の開発が急務な疾患とその理由」調査において、最も多く回答された中枢・神経系疾患を分析した。急務な理由として有効性が最も多かったが、患者数や社会的負担、高齢化や QOL も理由に挙げられた。中枢・神経系疾患に有効な治療法がなく、また高齢化に伴って患者数や社会的負担の増加が懸念されていると推察された。

2018 年度に日本神経治療学会員を対象に実施した神経 60 疾患の医療ニーズ調査結果と比較した結果、2019 年度調査と調査対象者、回答方式等が異なるが、共通してアルツハイマー病、筋萎縮性側索硬化症及びパーキンソン病の回答が多かった。アルツハイマー病において急務な理由は有効性、患者数、社会的負担及び高齢化であり、2019 年度と 2018 年度で類似する結果であったが、2018 年度は患者数の回答が最も多かった。筋萎縮性側索硬化症の理由は両年度に共通して有効性と病態が多かったが、2018 年度は病態に関して病状の悲惨さを訴求する意見が多く挙げられた。パーキンソン病の理由は、2019 年度は有効性が過半数であったが、2018 年度は患者数と新たな治療法がほぼ同数であった。

(6) おわりに

社会的に重要な 60 疾患を対象として、医療ニーズの把握を目的としたアンケート調査を 1994 年から 25 年間で 6 回実施し、治療満足度・薬剤貢献度の観点から各疾患の満足度と貢献度の位置づけを相対的に可視化してきた。一方で、2020 年度の分析からは、25 年間で病態の解明や治療法の開発が進んだ結果として、多くの疾患の課題が多様化し、さらに高度化、専門化してきたことが示された。今回の分析結果を踏まえると、広範な 60 疾患の治療満足度・薬剤貢献度の調査から医療ニーズを推測するこれまでの方法には、限界があると思われる。現在あるいは将来の医療ニーズ調査においては、疾患に対する医療従事者の問題意識に踏み込んだ深い調査が重要であると考えられ、様々な視点から専門的な課題や意見を収集する調査方法を取り入れることにより、さらに意義の高い医療ニーズの知見が得られると期待される。

最後に、本年度は COVID-19 の感染拡大の影響で専門医へのヒアリングを自粛し、医療ニーズ調査班の分析と考察から報告書を作成したが、本報告書が「革新的な治療薬の創出に向けた創薬ニーズ」の参考となり、新規な治療法や治療薬の開発の一助になることを切に願う。

附 属 資 料

資料－１：60 疾患の治療満足度と薬剤貢献度の推移（1994 年度～2019 年度の過去 6 回調査結果）

- ① 60 疾患の治療満足度・薬剤貢献度 一覧表
- ② 60 疾患の治療満足度と薬剤貢献度の回答内訳
- ③ 治療満足度と薬剤貢献度の相関図
- ④ 回答者属性

資料－２：調査対象疾患リスト

資料－３：疾患分類別の治療満足度と薬剤貢献度の推移

資料－４：平成 30 年度（2018 年度）「神経疾患の医療ニーズ調査（第 2 回）」
調査対象疾患・症候リスト

資料－５：2018 年度調査 新たな治療の開発が急務な理由
（アルツハイマー病、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病）

資料－１ 60 疾患の治療満足度と薬剤貢献度の推移（1994 年度～2019 年度の過去 6 回調査結果）

① 60 疾患の治療満足度・薬剤貢献度 一覧表

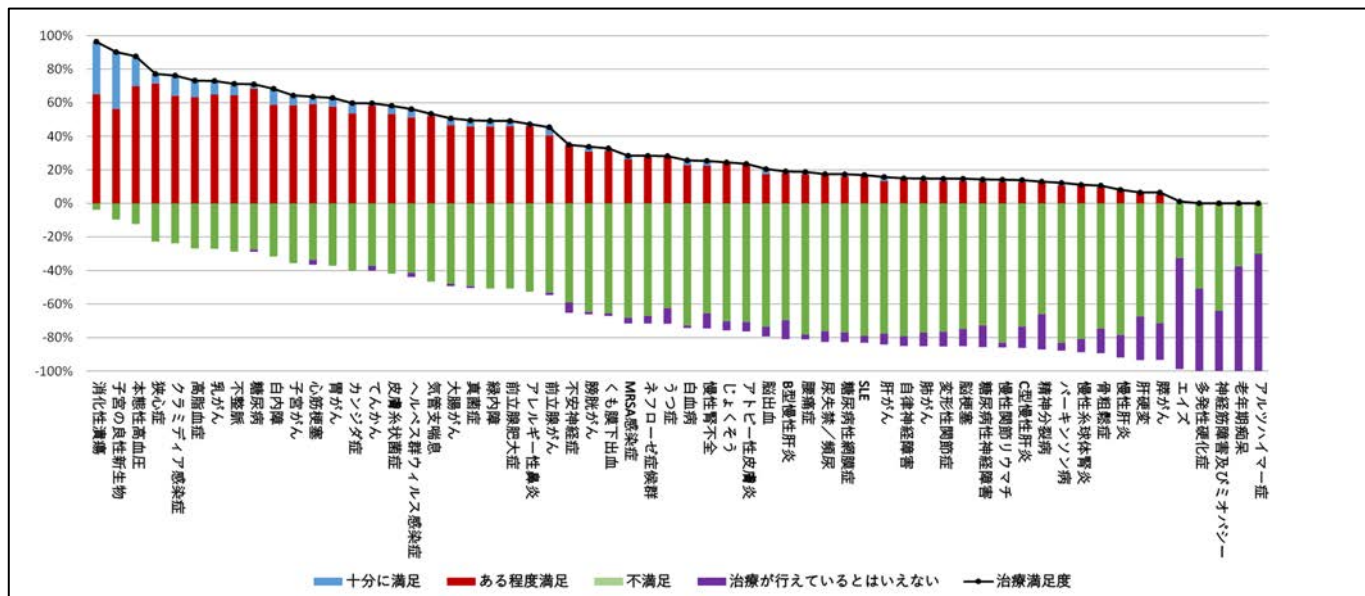
疾患名	治療満足度 (%)						薬剤貢献度 (%)					
	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度
感染症	結核	82.6	88.1					81.1	86.5			
	慢性B型肝炎	19.0	22.4	35.9	73.9	81.4	24.4	22.2	49.3	88.4	88.6	
	慢性C型肝炎	13.9	17.8	26.9	74.1	85.1	24.1	28.7	44.4	87.5	91.0	
	HIV・エイズ	1.1	18.0	19.5	49.5	76.2	14.4	32.2	31.2	81.8	86.5	
	非結核性抗酸菌症					40.3						63.9
	MRSA	28.4	31.0	27.8	55.9	61.5	44.2	53.6	47.6	75.7	80.5	89.3
	ヘルペスウイルス感染症	56.2	67.7				58.0	70.6				
	皮膚糸状菌症	58.1	66.3				65.1	70.4				
	クラミジア感染症	76.2	73.3				75.0	77.6				
	カンジダ症	59.7	69.2				63.3	73.5				
新生物	真菌症	49.5					52.3					
	胃がん	62.8	52.8	69.4	77.4	78.6	23.4	19.2	34.6	49.5	72.9	76.4
	大腸がん	50.6	43.8	62.8	72.4	79.5	20.6	17.6	32.7	56.4	70.1	80.0
	肝がん	15.7	23.1	42.0	50.4	64.6	11.1	16.2	17.5	42.1	64.6	69.9
	膵がん	6.5			10.7	16.9	23.3	4.7		20.4	38.5	48.1
	肺がん	14.8	16.8	19.3	39.7	37.3	52.4	11.2	15.9	55.5	72.5	83.3
	乳がん	73.0	46.6	56.8	72.5	73.7	38.1	34.6	36.2	68.3	80.6	83.9
	子宮がん	64.3	45.4	51.6			28.8	28.6	21.8			
	子宮頸がん				63.5	68.1	61.9			49.0	65.5	64.8
	前立腺がん	45.3	50.6	67.9	75.0	81.1	79.8	35.1	53.6	44.8	81.6	89.4
代謝疾患	膀胱がん	33.8					21.1					
	白血病	25.7	37.2	52.2	68.2	67.6	43.6	59.4	48.7	91.3	81.5	90.7
	悪性リンパ腫			65.4	64.0	63.5				85.6	75.0	92.0
	子宮筋腫	90.3	79.6	82.1			37.1	45.4	39.5			
	糖尿病	71.1	69.1	65.2	87.2	79.8	89.7	81.2	81.9	71.9	98.2	93.9
	糖尿病性神経障害	14.3	15.9	9.2	25.9	33.7	52.9	22.0	27.3	14.1	31.4	49.1
	糖尿病性網膜症	17.3	19.6	22.4	36.0	51.9	36.4	17.2	24.4	11.1	29.8	49.2
	糖尿病性腎症		12.7	15.6	25.7	40.5	55.3		22.0	20.0	40.0	59.4
	脂質異常症	73.2	71.5	84.7	81.7	86.5		75.3	84.8	83.8	92.7	92.3
	アルツハイマー病	0.0	3.9	4.3	12.0	16.7	21.1	2.8	9.9	8.5	22.6	43.8
精神疾患	血管性認知症	0.0	3.9	7.9	11.3	17.9	30.2	4.2	10.0	12.4	18.9	42.9
	統合失調症	13.0	21.4	22.2	30.7	26.0	30.4	36.7	47.0	38.9	63.1	73.2
	うつ病	28.2	40.6	42.3	44.4	46.7	40.8	43.5	58.4	62.3	80.2	75.8
	不安神経症	34.9	41.4	45.0	50.4	48.1	46.8	49.2	65.3	60.8	75.9	75.5
	自律神経障害	14.9	22.5					30.3	31.7			
	むずむず脚症候群				27.5	56.4	49.6				46.2	61.5
	パーキンソン病	12.2	21.8	33.3	56.0	43.6	40.3	39.4	44.7	47.4	86.0	72.3
	多発性硬化症	0.0	6.9	5.6	23.8	30.1	32.8	4.9	13.8	21.7	37.9	48.4
	てんかん	59.7	56.7	59.0	83.6	63.6	69.1	68.1	68.3	69.5	93.5	78.1
	片(偏)頭痛				86.6	78.2	75.4				93.6	81.8
神経疾患	神経因性疼痛				32.4	44.0	54.2				45.1	64.5
	筋萎縮性側索硬化症(ALS)						14.3					15.6
	線維筋痛症				13.2	26.7	37.2				27.9	36.5
	緑内障	49.2	47.8	67.7	75.5	82.1	71.4	49.0	47.5	57.9	80.0	70.9
	加齢黄斑変性			14.9	25.7					12.3	27.6	
	白内障	68.3	75.5					25.5	34.5			
	高血圧症	87.7	87.6	93.1		98.9	93.2	89.4	89.1	86.6		95.1
	狭心症	77.2	77.1	90.1				82.5	84.2	79.3		
	心筋梗塞	63.4	58.3	72.4	85.8	91.3	87.4	70.4	71.4	66.4	81.5	88.2
	心不全			63.4	79.5	81.5	76.8			63.7	92.5	85.5
循環器疾患	不整脈	71.3	65.4	65.8	89.2	83.3	82.3	71.9	74.0	63.1	90.7	85.1
	脳出血(含む脳下出血)		24.1	27.5	53.2	62.3	63.6		36.9	35.2	41.3	63.5
	脳出血	20.5						21.0				
	くも膜下出血	32.8						15.9				
	脳梗塞	14.7	20.2	26.6	61.5	63.3	66.1	20.3	34.0	38.2	72.8	76.5
	PAD/末梢動脈疾患				49.1	58.1	64.7				58.7	69.8
	副鼻腔炎				84.7	84.1					84.0	74.1
	アレルギー性鼻炎	47.2	56.8	54.4	90.5	88.9	82.7	55.2	68.2	70.5	91.1	88.7
	喘息	53.3	57.3	73.7	89.7	91.5	88.7	58.8	72.5	74.2	96.4	88.7
	COPD/慢性閉塞性肺疾患			21.7	43.9	57.0	69.2			35.2	55.0	73.5
呼吸器	特発性肺線維症						31.2					30.1
	睡眠時無呼吸症候群			27.2	49.6	67.1				19.1	18.3	51.6
	消化性潰瘍	96.2	92.5	94.9				90.2	92.2		91.9	
	機能性胃腸症			52.2	59.6	67.6	63.6			55.5	69.5	69.8
	IBD/炎症性腸疾患			26.6	60.0	68.9				37.8	76.4	84.8
	IBS/過敏性腸症候群			31.9	51.9	65.8	68.9			38.7	65.0	71.4
	クローン病						68.4					86.0
	潰瘍性大腸炎						76.3					88.1
	慢性便秘症						81.4					90.9
	肝硬変	6.5	14.0	12.7				11.4	21.7	18.3		
消化器	慢性肝炎	8.1						17.1				
	NASH/非アルコール性脂肪肝炎				25.0	38.9	53.0				23.3	48.3
	アトピー性皮膚炎	23.6	22.6	38.9	52.8	49.3	65.8	38.1	40.9	36.0	73.3	73.7
	乾癬			32.1	45.0	47.1	60.8			30.9	61.9	72.7
	じくそう	24.3	27.7	34.2				35.4	41.9	28.6		
	関節リウマチ	14.1	17.6	39.2	69.4	67.5	73.8	27.8	36.8	50.4	90.6	89.6
	高尿酸血症・痛風		82.5	86.0	92.6	92.8			84.7	84.4	95.1	88.2
	変形性関節症	14.7	17.0	30.7	47.2	60.8	56.8	22.3	29.1	32.2	42.2	57.4
	SLE	16.9	33.4	33.3	59.8	46.1	64.7	35.6	44.7	37.9	77.5	73.4
	全身性強皮症						40.3					46.5
筋骨格疾患	サルコペニア						37.6					24.7
	骨粗鬆症	10.6	27.0	38.4	62.5	70.9	81.3	31.1	39.8	41.3	79.8	81.5
	神経筋障害及びミオパシー	0.0	9.2					4.8	15.8			86.7
	脊椎症		23.0						27.3			
	腰痛症	18.8	35.0						51.1			
	慢性糸球体腎炎	11.1	24.5	31.5				36.5	26.6	26.7		
	ネフローゼ症候群	28.4	30.4	33.9				14.5	26.6	26.7		
	慢性腎不全	25.3	21.8	26.1				36.6	36.7	41.4		
	CKD/慢性腎臓病				36.2	55.1	55.6	18.3	20.0	26.7		
	過活動膀胱症候群			31.0	55.3	63.4	68.5			36.9	68.7	76.7
尿路性器疾患	慢性腎臓病									36.9	68.7	76.7
	過活動膀胱症候群									36.9	68.7	76.7
	慢性腎臓病									36.9	68.7	76.7
	慢性腎臓病									36.9	68.7	76.7
	慢性腎臓病									36.9	68.7	76.7
	慢性腎臓病									36.9	68.7	76.7
	慢性腎臓病									36.9	68.7	76.7
	慢性腎臓病									36.9	68.7	76.7
	慢性腎臓病									36.9	68.7	76.7
	慢性腎臓病									36.9	68.7	76.7
	慢性腎臓病									36.9	68.7	76.7

※2019 年度調査で新規に対象とした疾患名を網掛け

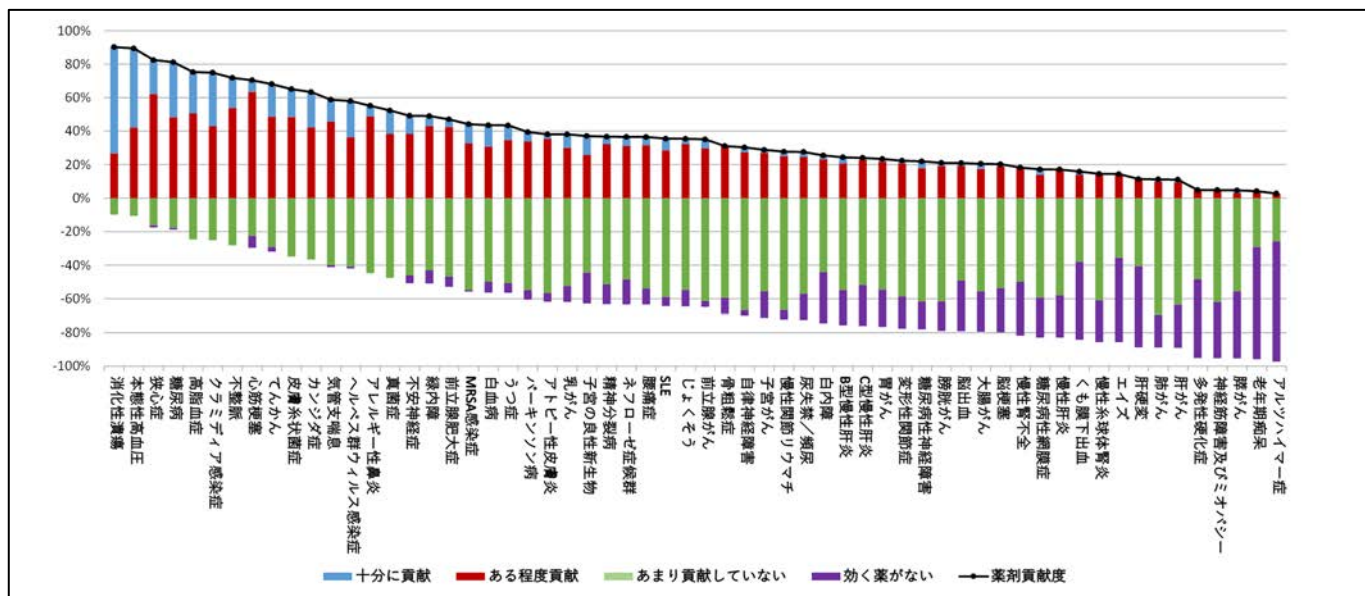
② 60 疾患の治療満足度と薬剤貢献度の回答内訳

1994 年度

—治療満足度—

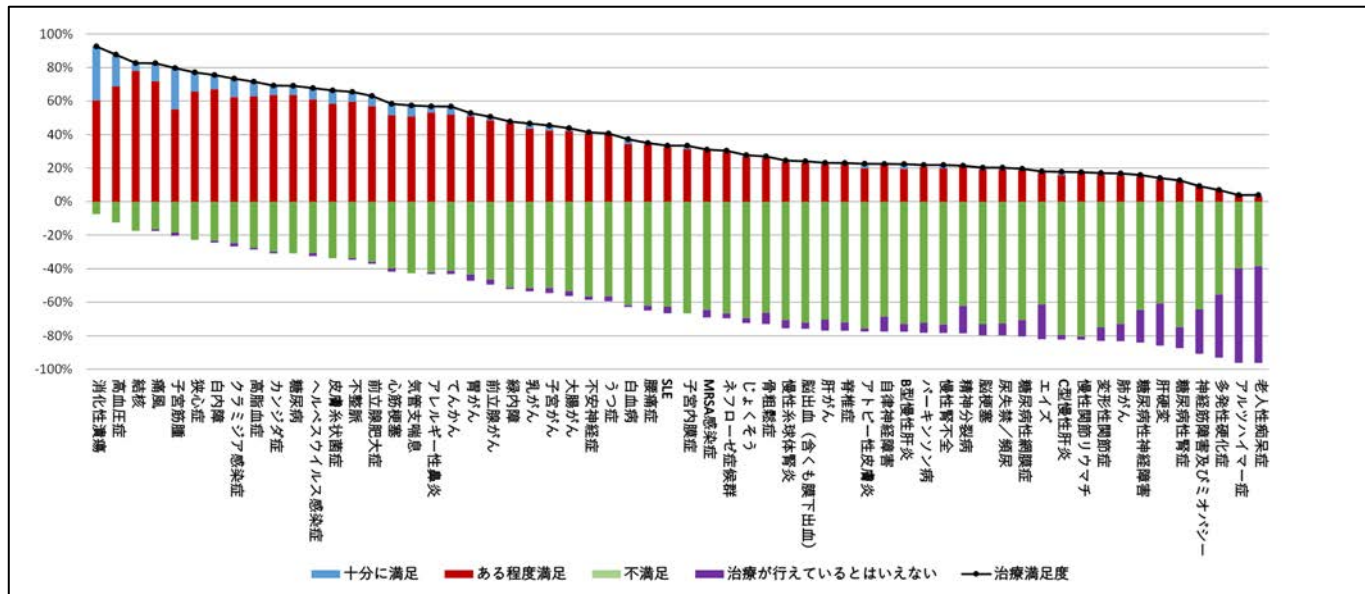


—薬剤貢献度—

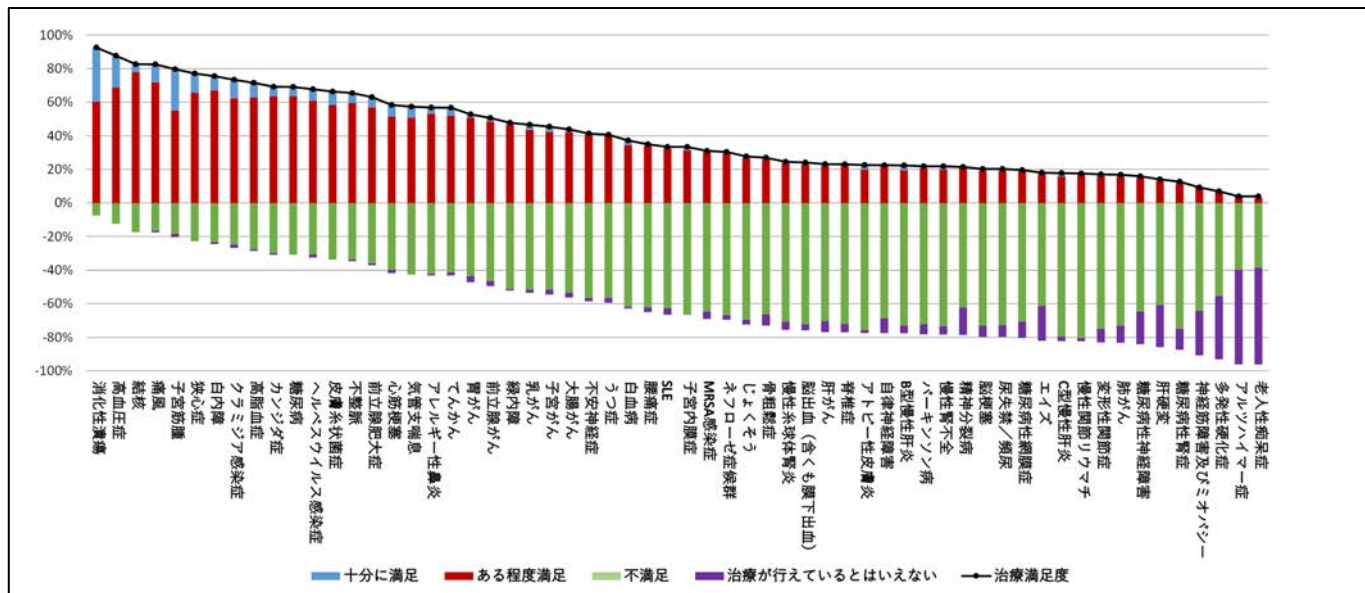


2000 年度

—治療満足度—

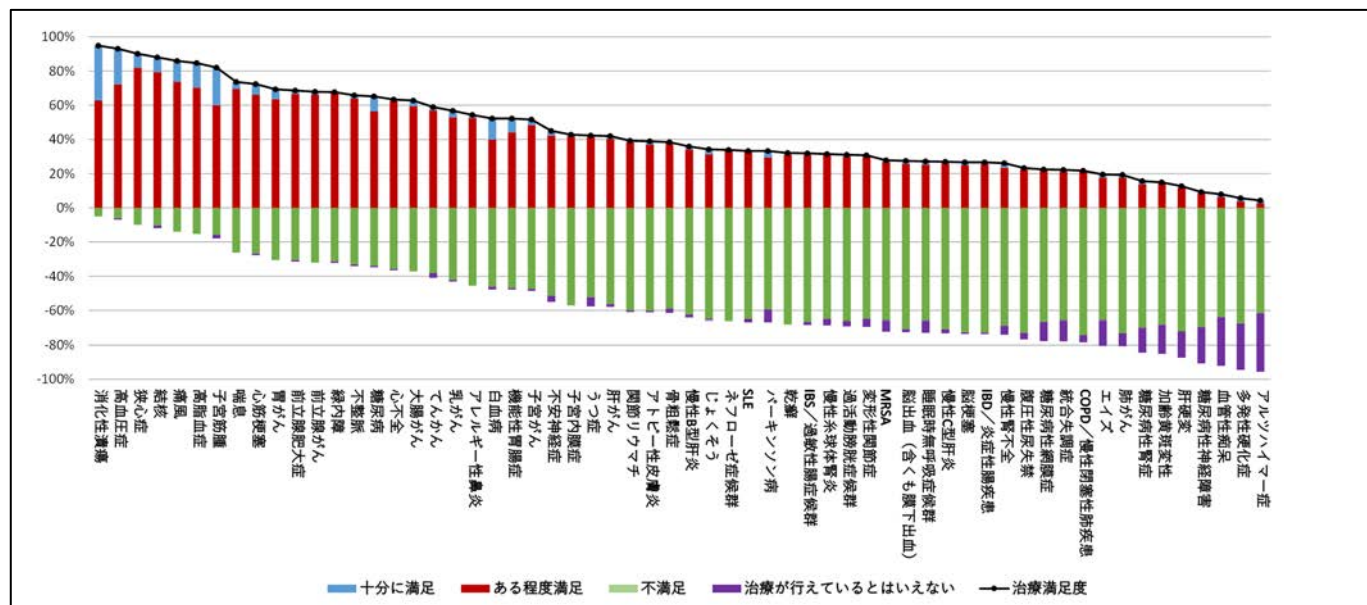


—薬剤貢献度—

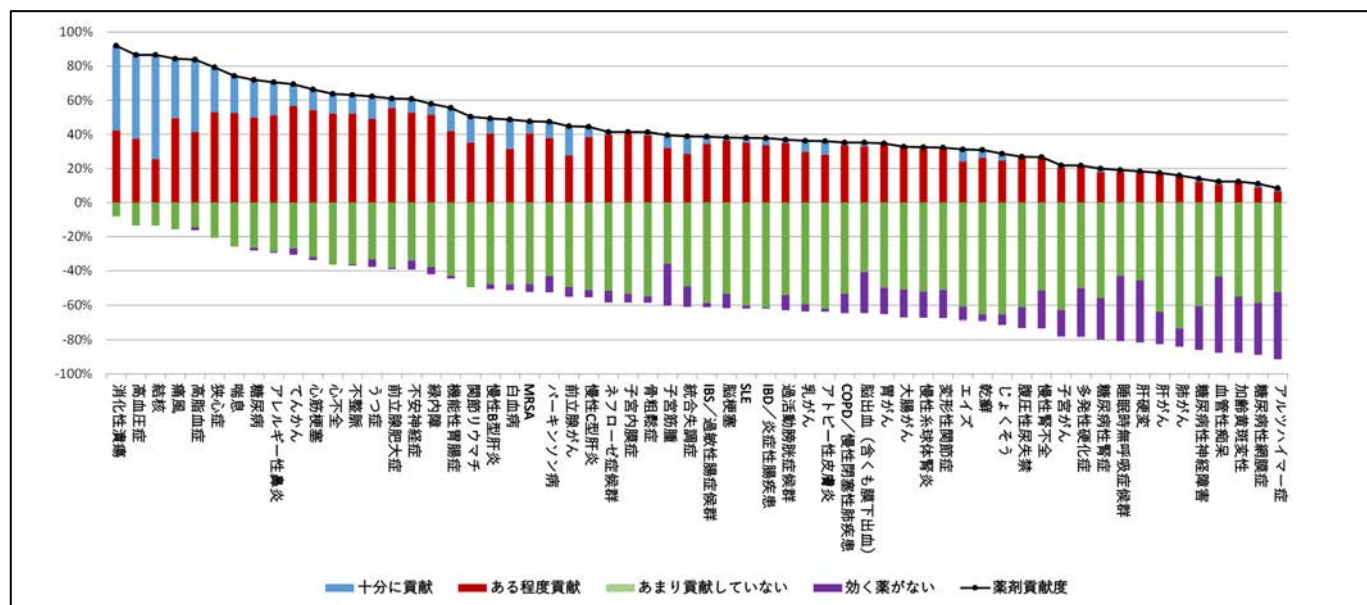


2005 年度

—治療満足度—

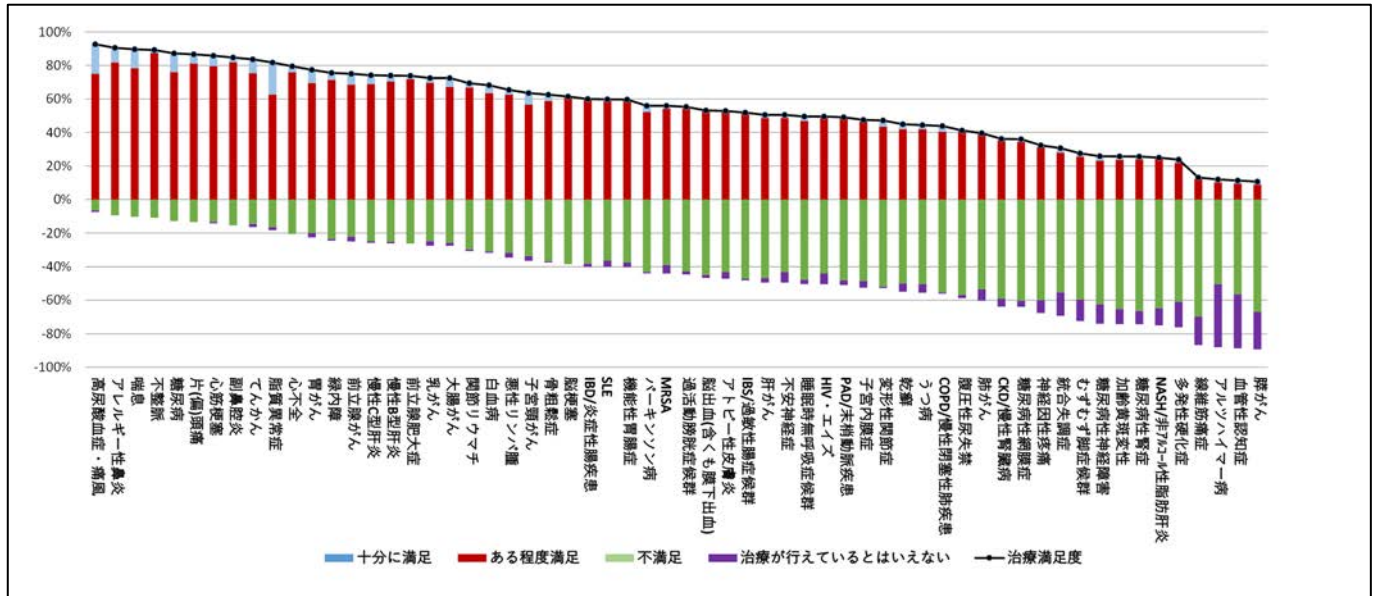


—薬剤貢献度—

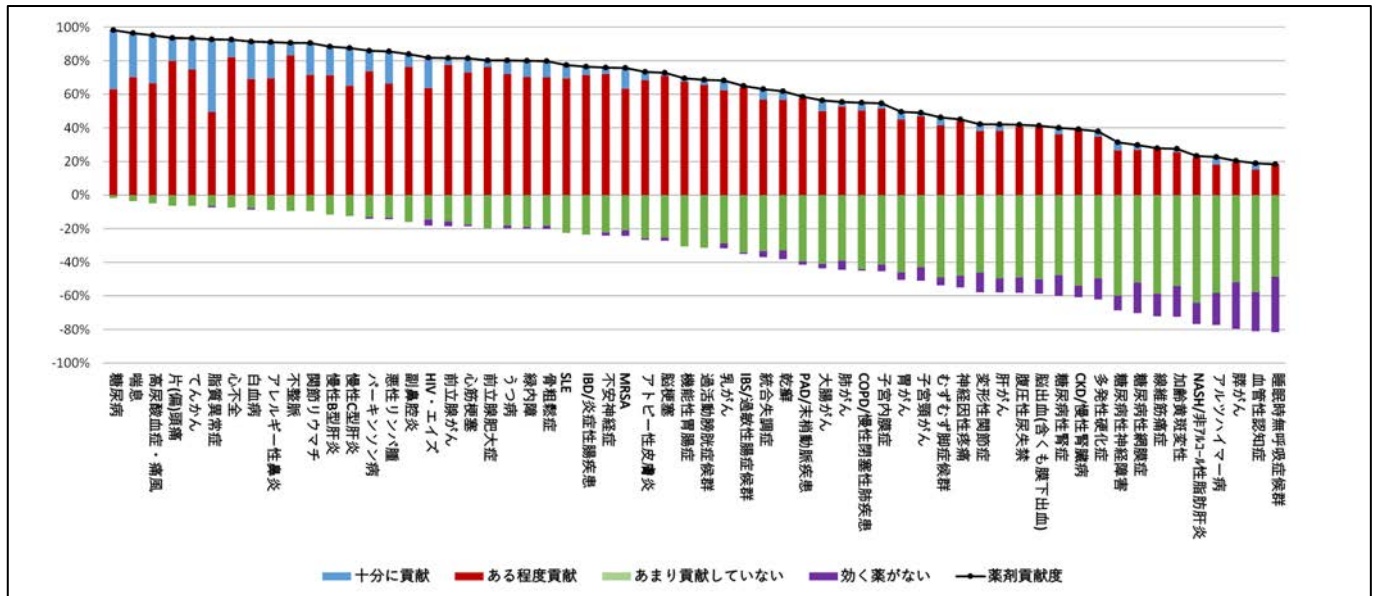


2010 年度

—治療満足度—

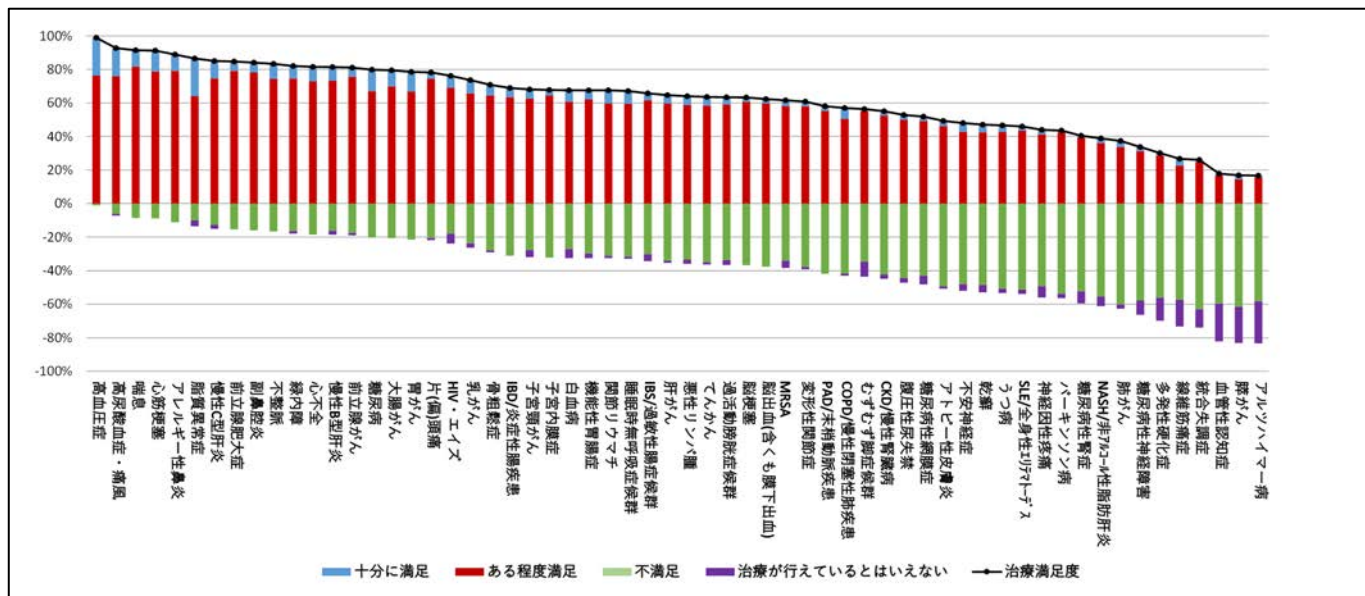


—薬剤貢献度—

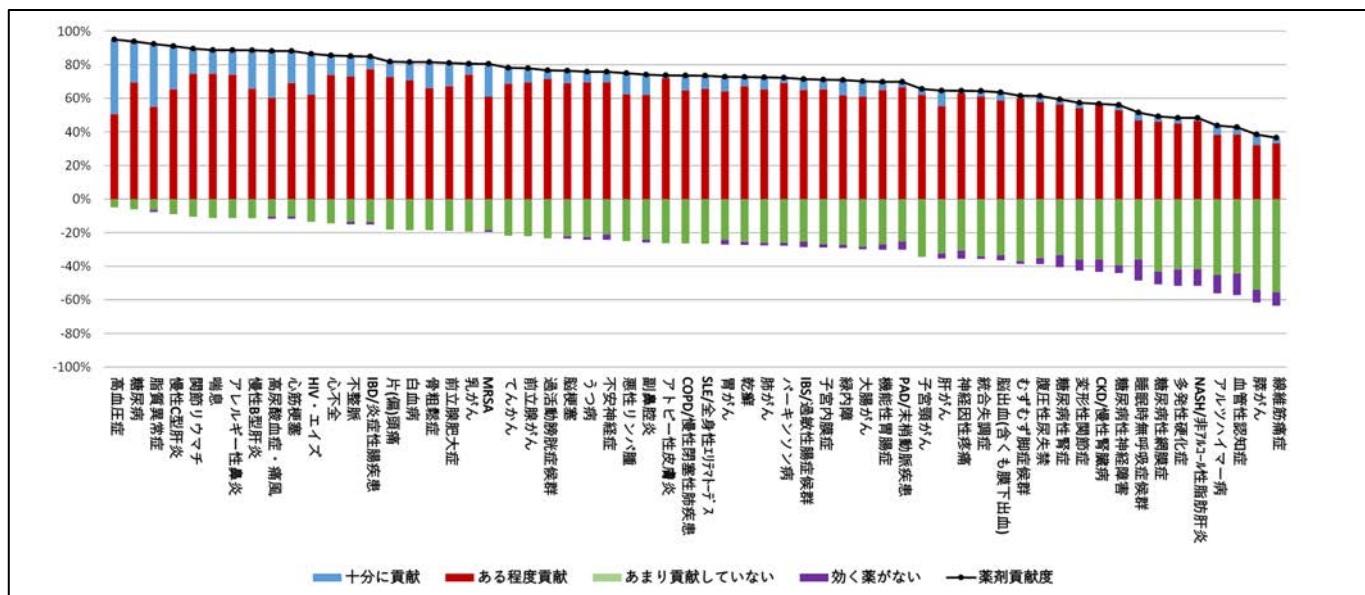


2014 年度

—治療満足度—

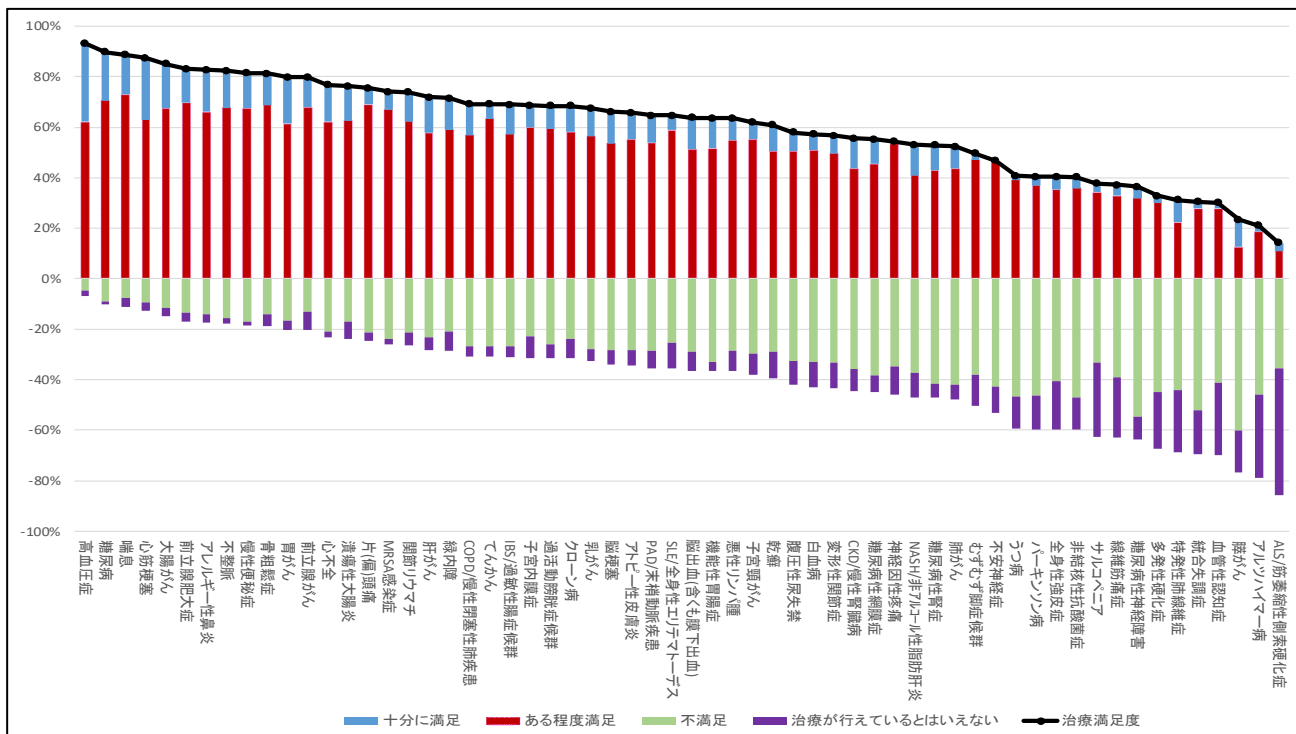


—薬剤貢献度—

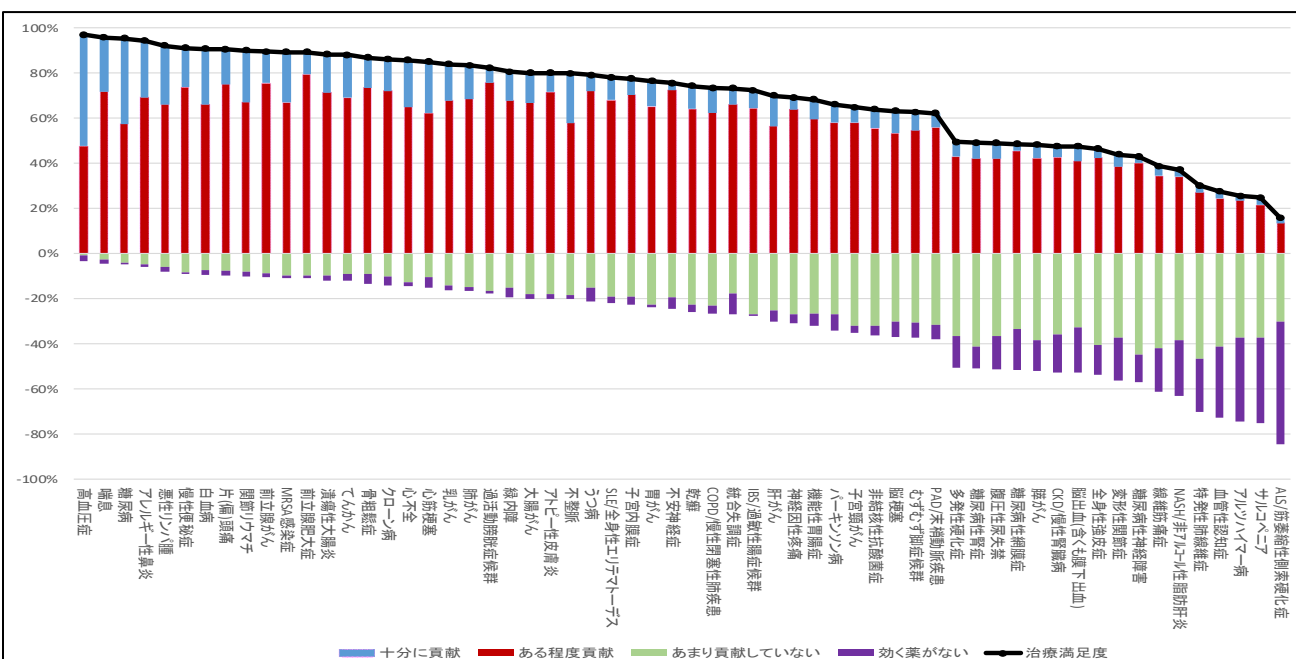


2019 年度

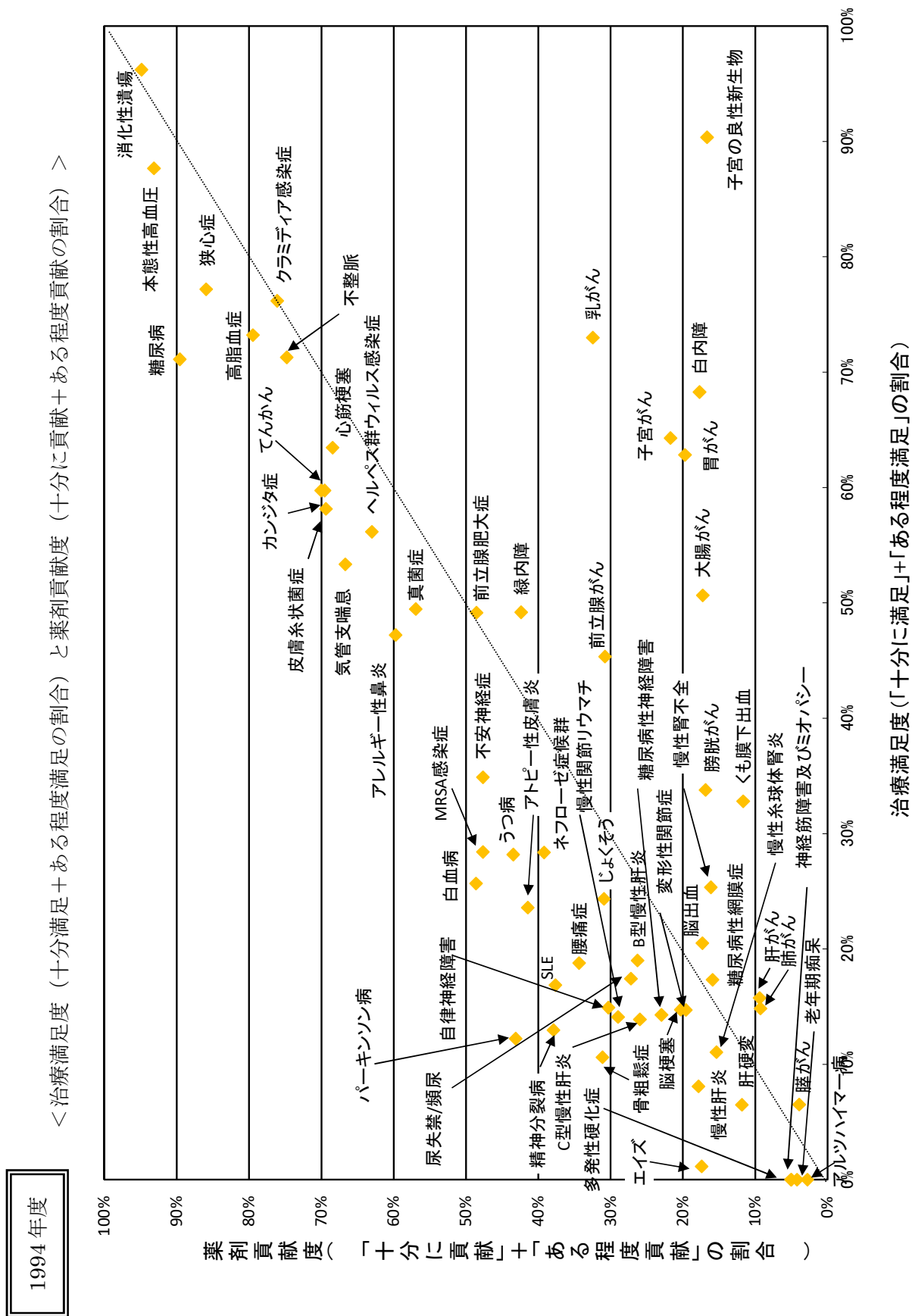
—治療満足度—



—薬剤貢献度—

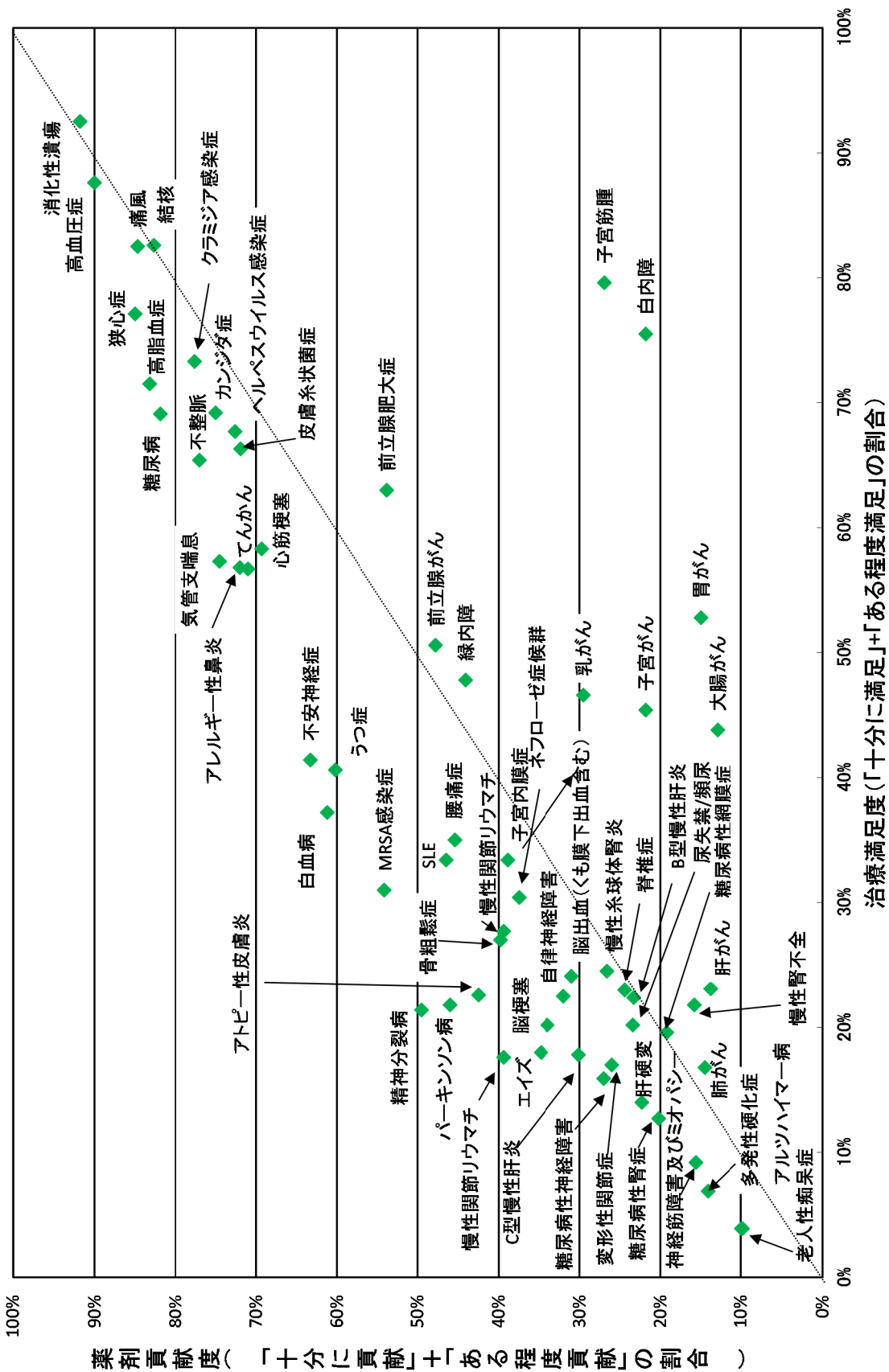


③ 治療満足度と薬剤貢献度の相関図



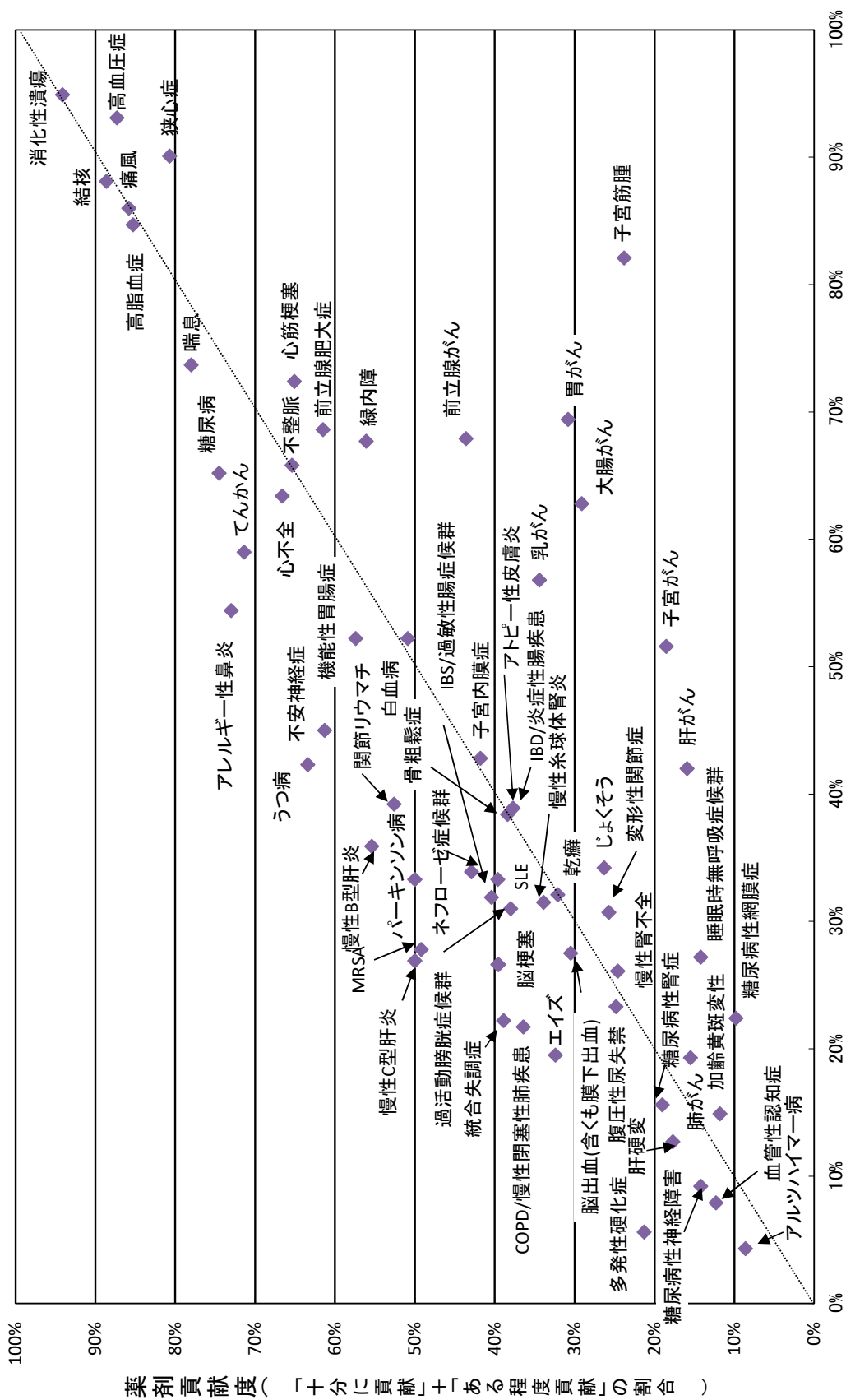
2000 年度

＜治療満足度（十分満足＋ある程度満足の割合）と薬剤貢献度（十分に貢献＋ある程度貢献の割合）＞



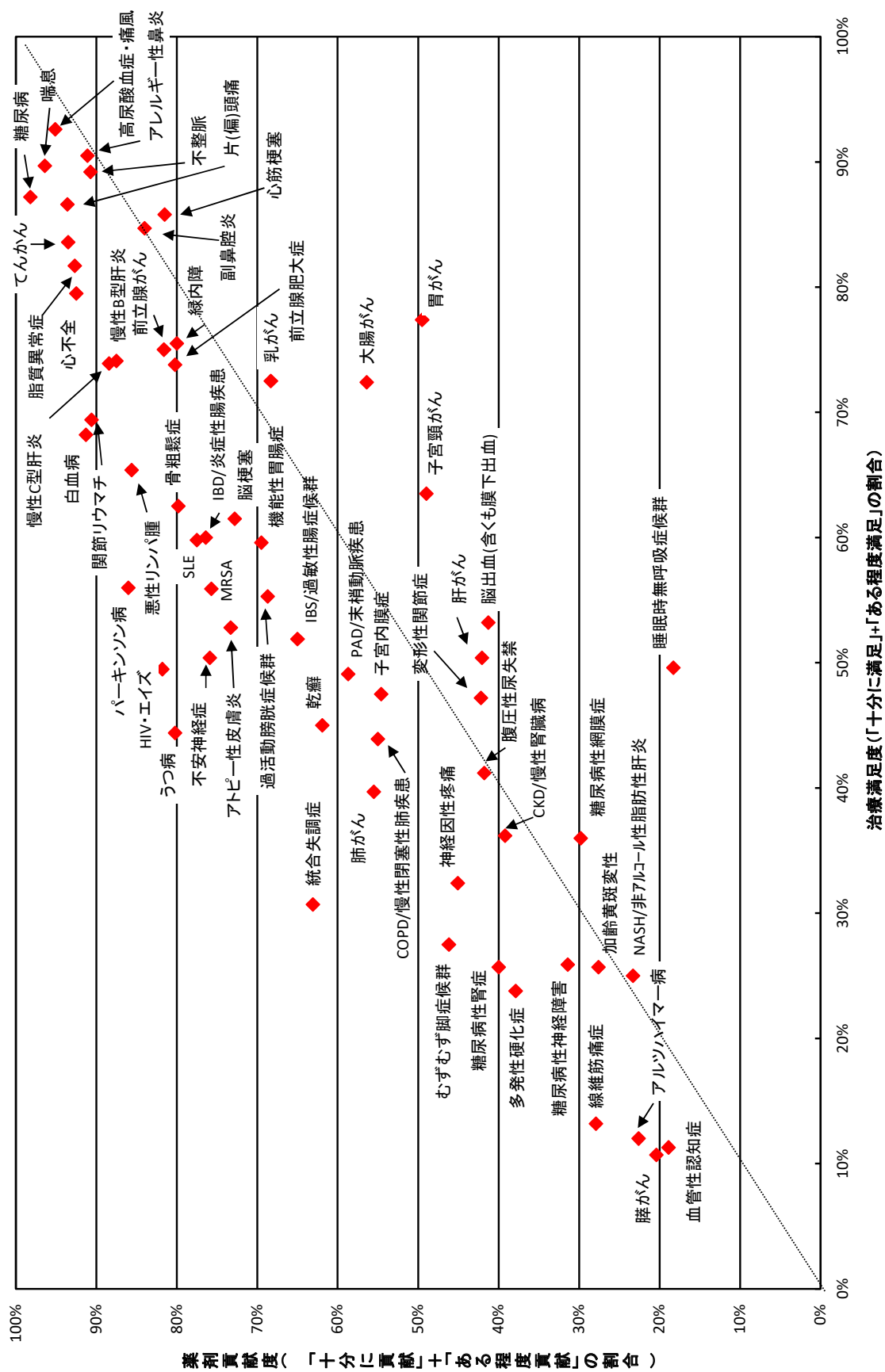
2005 年度

< 治療満足度（十分満足＋ある程度満足の割合）と薬剤貢献度（十分に貢献＋ある程度貢献の割合） >



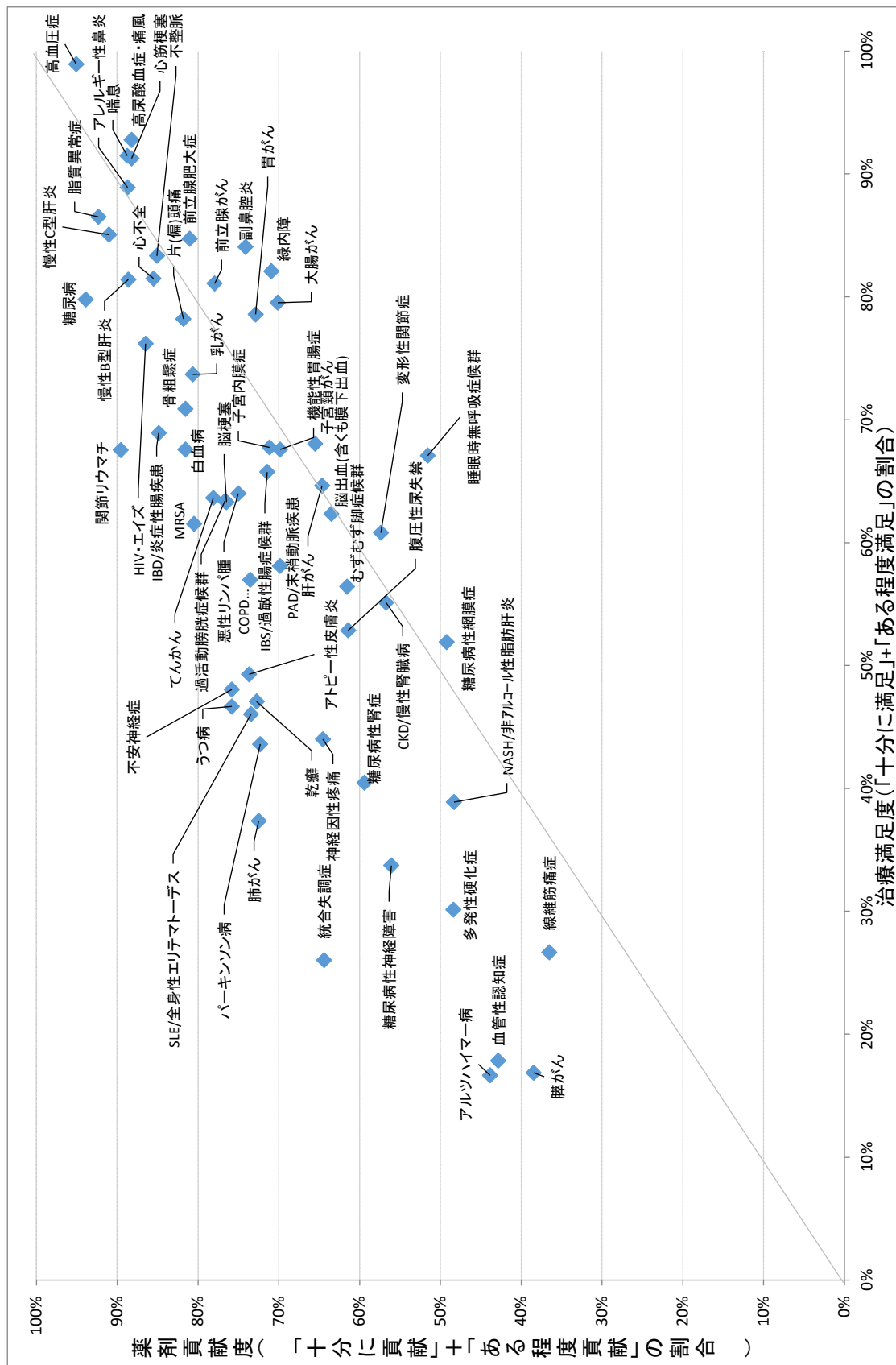
2010 年度

治療満足度（十分満足＋ある程度満足の割合）と薬剤貢献度（十分に貢献＋ある程度貢献の割合）



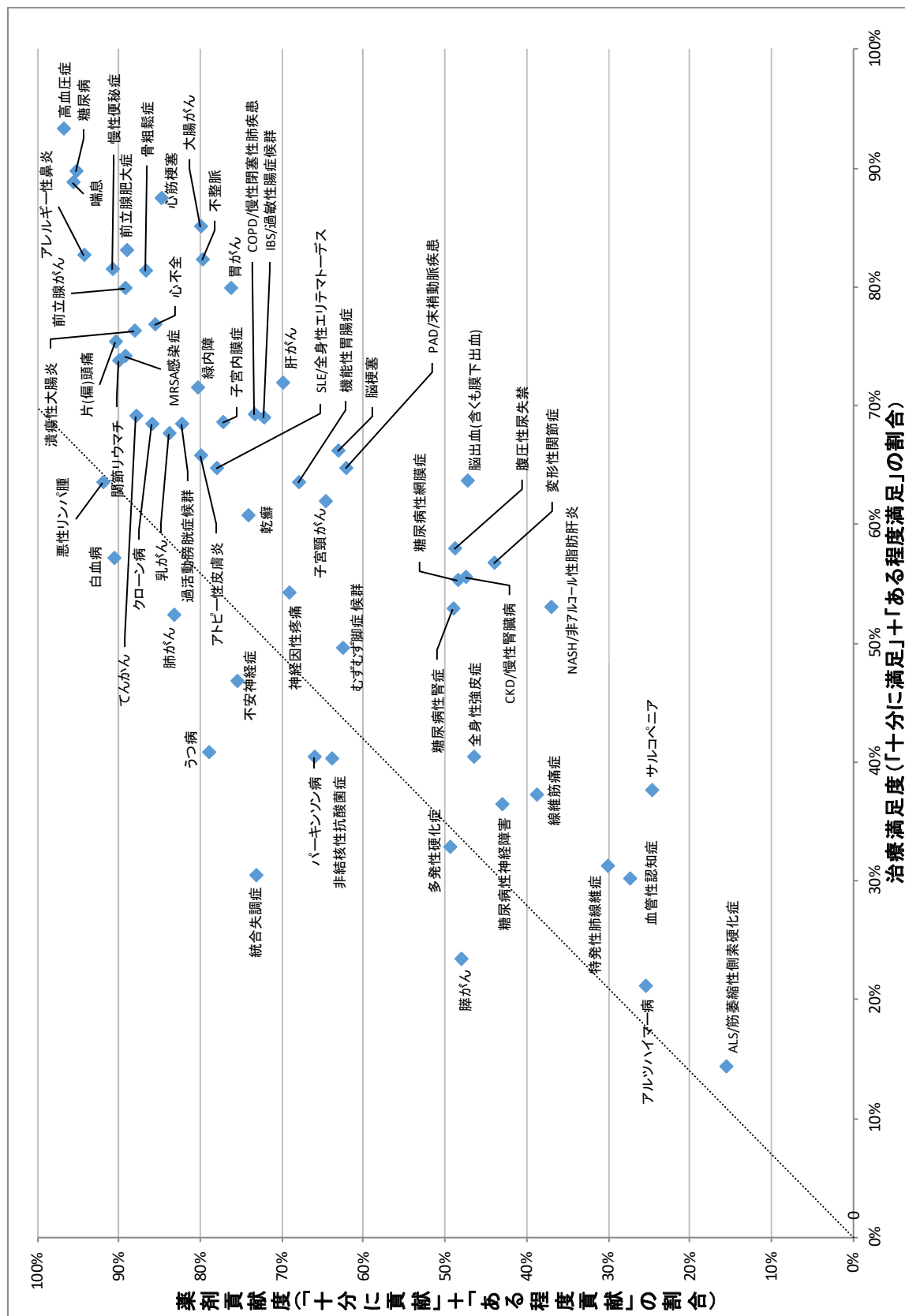
2014 年度

治療満足度（十分に満足＋ある程度満足の割合）と薬剤貢献度（十分に貢献＋ある程度貢献の割合）



2019 年度

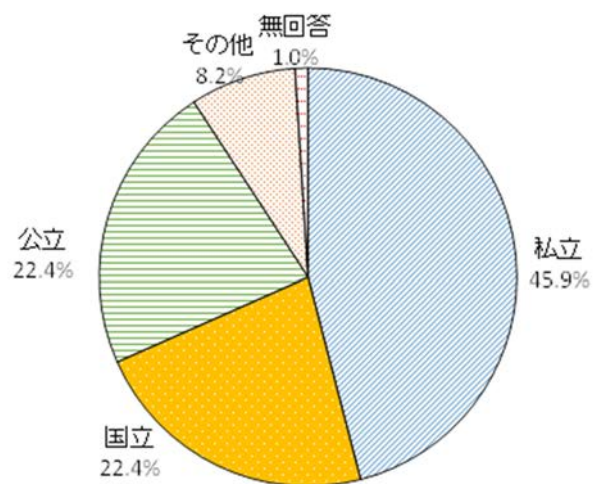
治療満足度（十分に満足＋ある程度満足の割合）と薬剤貢献度（十分に貢献＋ある程度貢献の割合）



④ 回答者属性

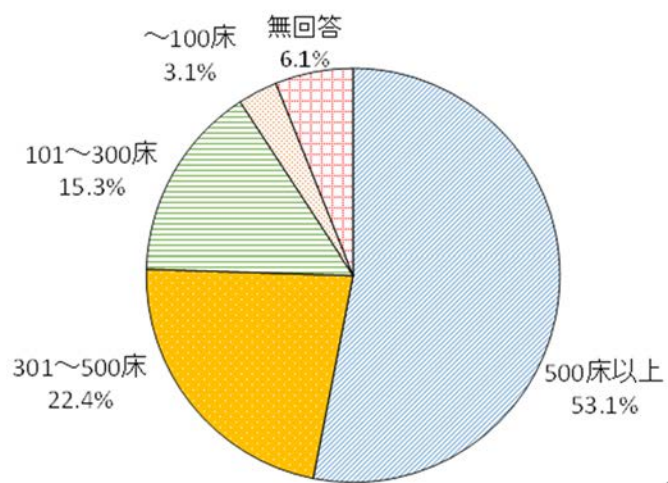
1994 年度

<所属機関>



(n=98)

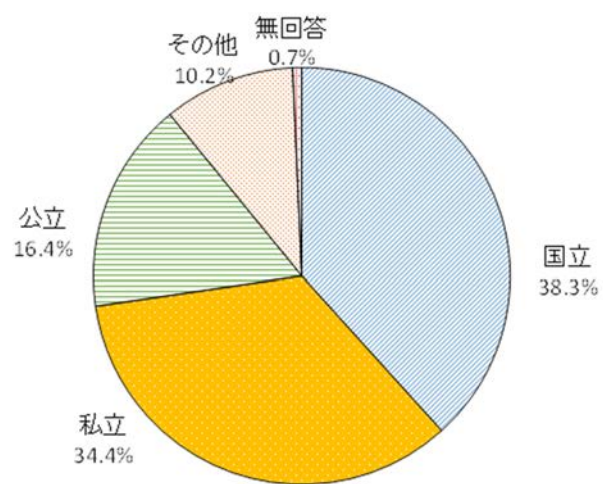
<病床数>



(n=98)

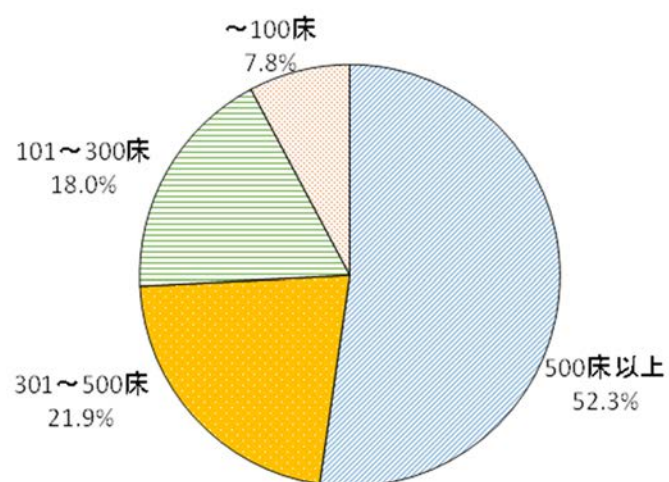
2000 年度

<所属機関>



(n=128)

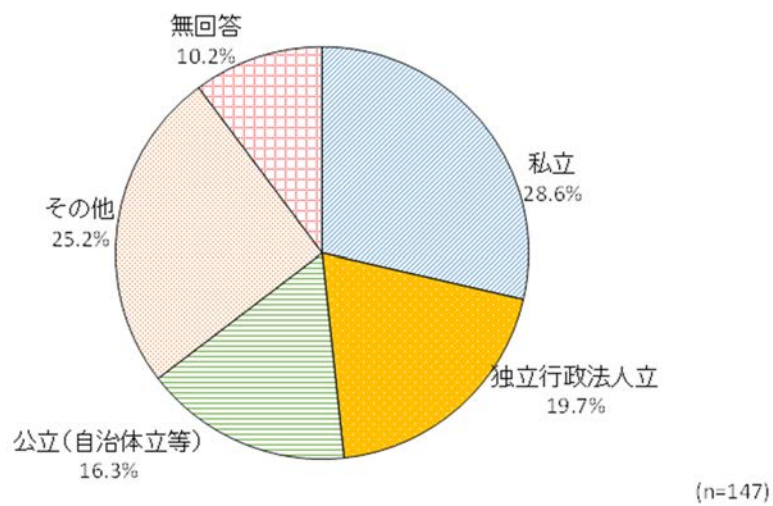
<病床数>



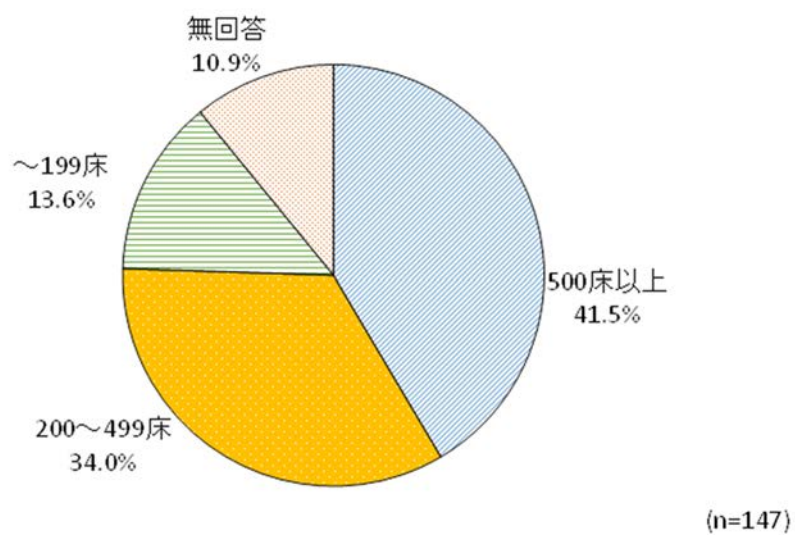
(n=128)

2005 年度

<所属機関>

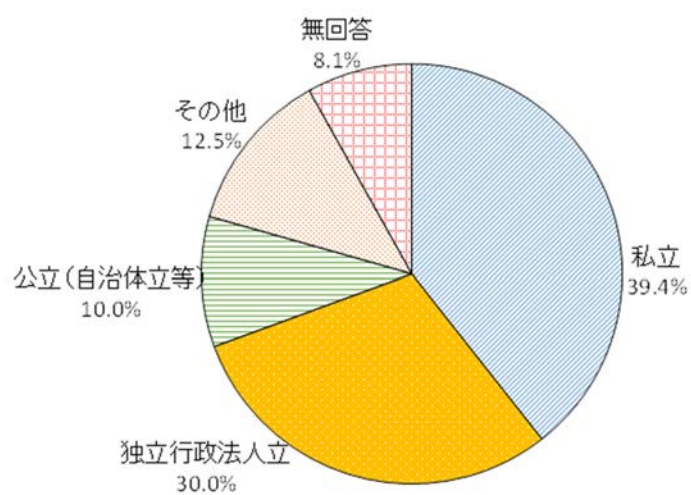


<病床数>



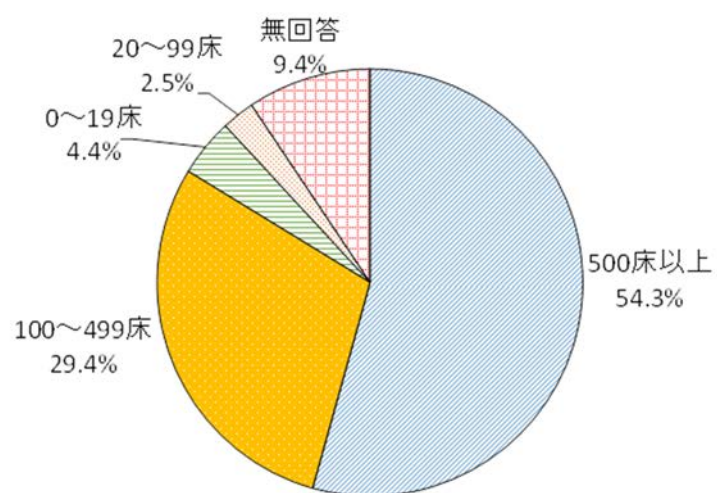
2010 年度

<所属機関>



(n=160)

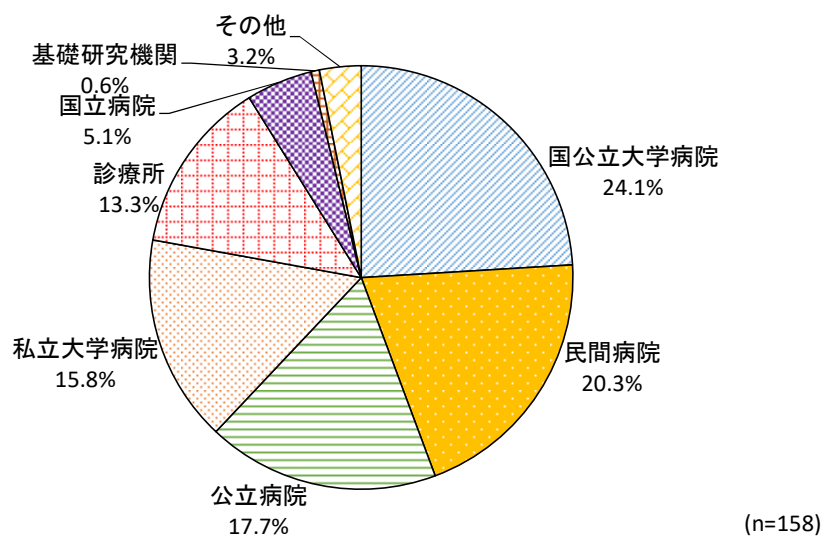
<病床数>



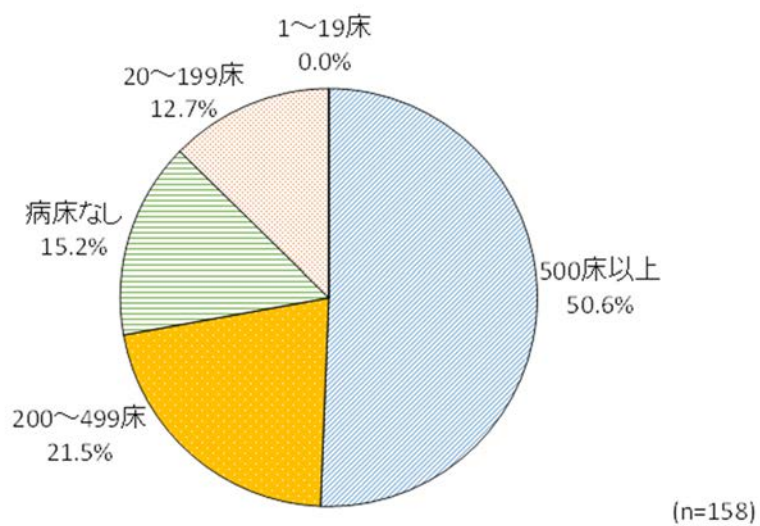
(n=160)

2014 年度

<所属機関>

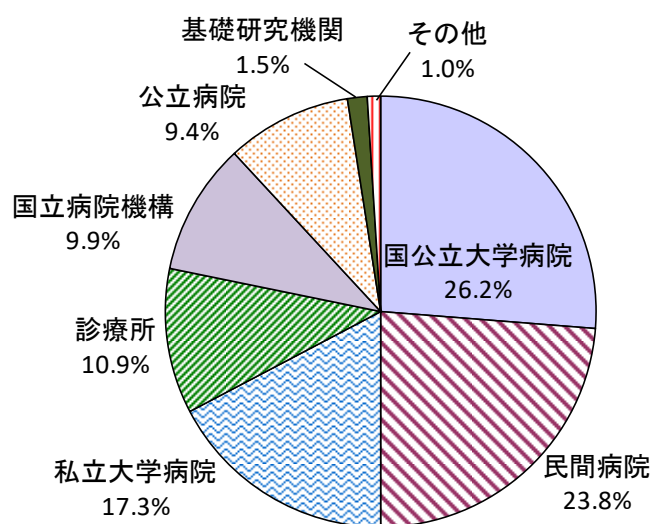


<病床数>



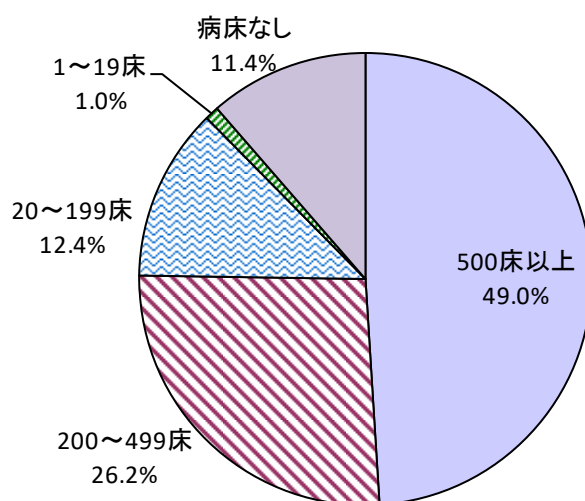
2019 年度

<所属機関>



(n=202)

<病床数>



(n=202)

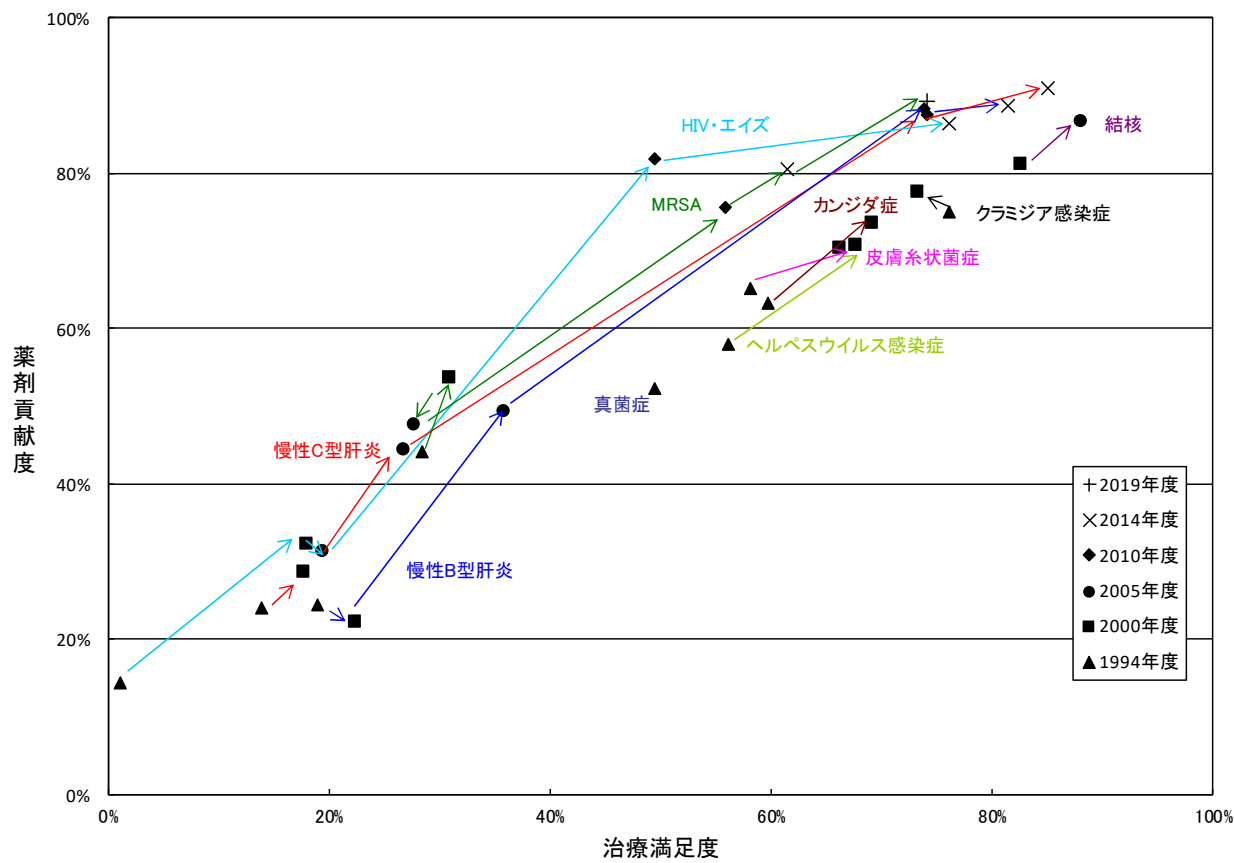
資料－2 調査対象疾患リスト

	第1回(1994年度)	第2回(2000年度)	第3回(2005年度)	第4回(2010年度)	第5回(2014年度)	第6回(2019年度)
	疾 患 名	疾 患 名	疾 患 名	疾 患 名	疾 患 名	疾 患 名
感染症	B型慢性肝炎	結核	結核	慢性B型肝炎	慢性B型肝炎	
	C型慢性肝炎	B型慢性肝炎	慢性B型肝炎	慢性C型肝炎	慢性C型肝炎	
	エイズ	C型慢性肝炎	慢性C型肝炎	HIV・エイズ	HIV・エイズ	
	MRSA感染症	エイズ	エイズ	MRSA	MRSA	MRSA
	ヘルペス群ウイルス感染症	MRSA感染症	MRSA			非結核性抗酸菌症
	皮膚糸状菌症	ヘルペスウイルス感染症				
	クラミジア感染症	皮膚糸状菌症				
新生物	カンジタ症	クラミジア感染症				
	真菌症	カンジタ症				
	胃がん	胃がん	胃がん	胃がん	胃がん	胃がん
	大腸がん	大腸がん	大腸がん	大腸がん	大腸がん	大腸がん
	肝がん	肝がん	肝がん	肝がん	肝がん	肝がん
	膵がん	膵がん	膵がん	膵がん	膵がん	膵がん
	肺がん	肺がん	肺がん	肺がん	肺がん	肺がん
代謝疾患	乳がん	乳がん	乳がん	乳がん	乳がん	乳がん
	子宮がん	子宮がん	子宮がん	子宮頸がん	子宮頸がん	子宮頸がん
	前立腺がん	前立腺がん	前立腺がん	前立腺がん	前立腺がん	前立腺がん
	膀胱がん					
	白血病	白血病	白血病	白血病	白血病	白血病
				悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫
	子宮の良性新生物	子宮筋腫	子宮筋腫			
精神疾患	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
	糖尿病性神経障害	糖尿病性神経障害	糖尿病性神経障害	糖尿病性神経障害	糖尿病性神経障害	糖尿病性神経障害
	糖尿病性網膜症	糖尿病性網膜症	糖尿病性網膜症	糖尿病性網膜症	糖尿病性網膜症	糖尿病性網膜症
	糖尿病性腎症	糖尿病性腎症	糖尿病性腎症	糖尿病性腎症	糖尿病性腎症	糖尿病性腎症
	高脂血症	高脂血症	高脂血症	脂質異常症	脂質異常症	
	アルツハイマー病	アルツハイマー病	アルツハイマー病	アルツハイマー病	アルツハイマー病	アルツハイマー病
	老年痴呆症	老年痴呆症	老年痴呆症	血管性認知症	血管性認知症	血管性認知症
神経疾患	精神分裂病	精神分裂病	統合失調症	統合失調症	統合失調症	統合失調症
	うつ病	うつ病	うつ病	うつ病	うつ病	うつ病
	不安神経症	不安神経症	不安神経症	不安神経症	不安神経症	不安神経症
	自律神経障害	自律神経障害				
				むずむず脚症候群	むずむず脚症候群	むずむず脚症候群
	パーキンソン病	パーキンソン病	パーキンソン病	パーキンソン病	パーキンソン病	パーキンソン病
	多発性硬化症	多発性硬化症	多発性硬化症	多発性硬化症	多発性硬化症	多発性硬化症
眼	てんかん	てんかん	てんかん	てんかん	てんかん	てんかん
				片(偏)頭痛	片(偏)頭痛	片(偏)頭痛
				神経因性疼痛	神経因性疼痛	神経因性疼痛
						筋萎縮性側索硬化症(ALS)
				線維筋痛症	線維筋痛症	線維筋痛症
	緑内障	緑内障	緑内障	緑内障	緑内障	緑内障
	白内障	白内障	加齢黄斑変性	加齢黄斑変性		
循環器疾患	本態性高血圧	高血圧症	高血圧症		高血圧症	高血圧症
	狭心症	狭心症	狭心症			
	心筋梗塞	心筋梗塞	心筋梗塞	心筋梗塞	心筋梗塞	心筋梗塞
	不整脈	不整脈	心不全	心不全	心不全	心不全
	脳出血		不整脈	不整脈	不整脈	不整脈
	くも膜下出血					
	脳梗塞	脳出血(含むくも膜下出血)	脳出血(含むくも膜下出血)	脳出血(含むくも膜下出血)	脳出血(含むくも膜下出血)	脳出血(含むくも膜下出血)
呼吸器疾患	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞
				PAD/末梢動脈疾患	PAD/末梢動脈疾患	PAD/末梢動脈疾患
	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	副鼻腔炎	副鼻腔炎	アレルギー性鼻炎
	気管支喘息	気管支喘息	喘息	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎
				喘息	喘息	喘息
						特発性肺線維症
			COPD/慢性閉塞性肺疾患	COPD/慢性閉塞性肺疾患	COPD/慢性閉塞性肺疾患	COPD/慢性閉塞性肺疾患
消化器疾患	消化性潰瘍	消化性潰瘍	睡眠時無呼吸症候群	睡眠時無呼吸症候群	睡眠時無呼吸症候群	睡眠時無呼吸症候群
		消化性潰瘍	消化性潰瘍	消化性潰瘍	消化性潰瘍	消化性潰瘍
		機能性胃腸症	機能性胃腸症	機能性胃腸症	機能性胃腸症	機能性胃腸症
		IBD/炎症性腸疾患	IBD/炎症性腸疾患	IBD/炎症性腸疾患	IBD/炎症性腸疾患	IBD/炎症性腸疾患
		IBS/過敏性腸症候群	IBS/過敏性腸症候群	IBS/過敏性腸症候群	IBS/過敏性腸症候群	IBS/過敏性腸症候群
						クローン病
						潰瘍性大腸炎
皮膚	肝硬変	肝硬変	肝硬変			慢性便秘症
	慢性肝炎					
				NASH/非アルコール性脂肪肝炎	NASH/非アルコール性脂肪肝炎	NASH/非アルコール性脂肪肝炎
	アトピー性皮膚炎	アトピー性皮膚炎	アトピー性皮膚炎	アトピー性皮膚炎	アトピー性皮膚炎	アトピー性皮膚炎
	じょくそう	じょくそう	じょくそう	乾癬	乾癬	乾癬
	慢性関節リウマチ	慢性関節リウマチ	関節リウマチ	関節リウマチ	関節リウマチ	関節リウマチ
	痛風	痛風	痛風	高尿酸血症・痛風	高尿酸血症・痛風	高尿酸血症・痛風
筋骨格疾患	変形性関節症	変形性関節症	変形性関節症	変形性関節症	変形性関節症	変形性関節症
	SLE	SLE	SLE	SLE	SLE	SLE
	骨粗鬆症	骨粗鬆症	骨粗鬆症	骨粗鬆症	骨粗鬆症	骨粗鬆症
						全身性強皮症
						サルコペニア
	神経筋障害及びミオパシー	神経筋障害及びミオパシー				
	脊髄症	脊髄症				
尿路性器疾患	腰痛症	腰痛症				
	慢性糸球体腎炎	慢性糸球体腎炎	慢性糸球体腎炎			
	ネフローゼ症候群	ネフローゼ症候群	ネフローゼ症候群			
	慢性腎不全	慢性腎不全	慢性腎不全			
				CKD/慢性腎臓病	CKD/慢性腎臓病	CKD/慢性腎臓病
			過活動膀胱症候群	過活動膀胱症候群	過活動膀胱症候群	過活動膀胱症候群
	尿失禁/頻尿	尿失禁/頻尿	腹圧性尿失禁	腹圧性尿失禁	腹圧性尿失禁	腹圧性尿失禁
	前立腺肥大症	前立腺肥大症	前立腺肥大症	前立腺肥大症	前立腺肥大症	前立腺肥大症
		子宮内膜症	子宮内膜症	子宮内膜症	子宮内膜症	子宮内膜症
				共通疾患	共通疾患	共通疾患
				2010年度に追加	2014年度に追加	2019年度に追加

(区分は第5回までのものに従う)

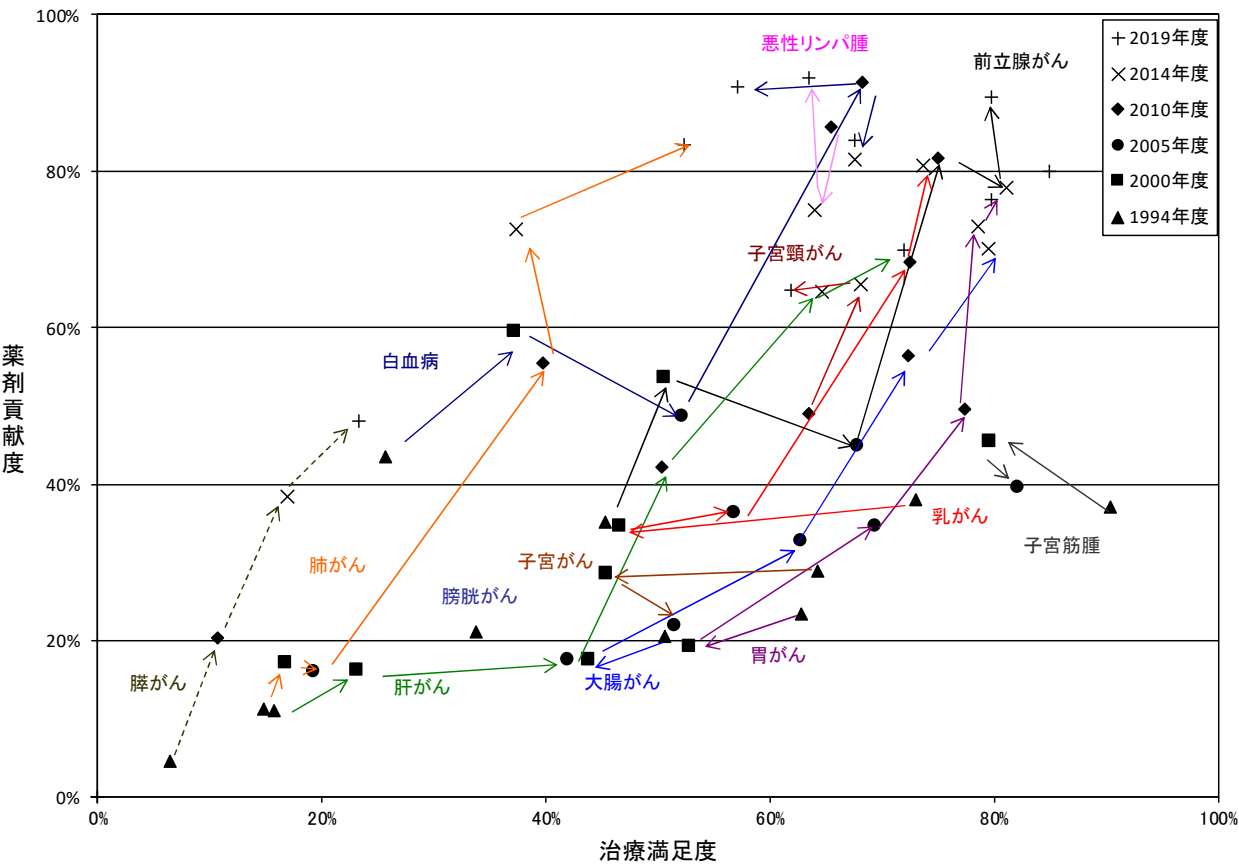
資料－3 疾患分類別の治療満足度と薬剤貢献度の推移

1. 感染症



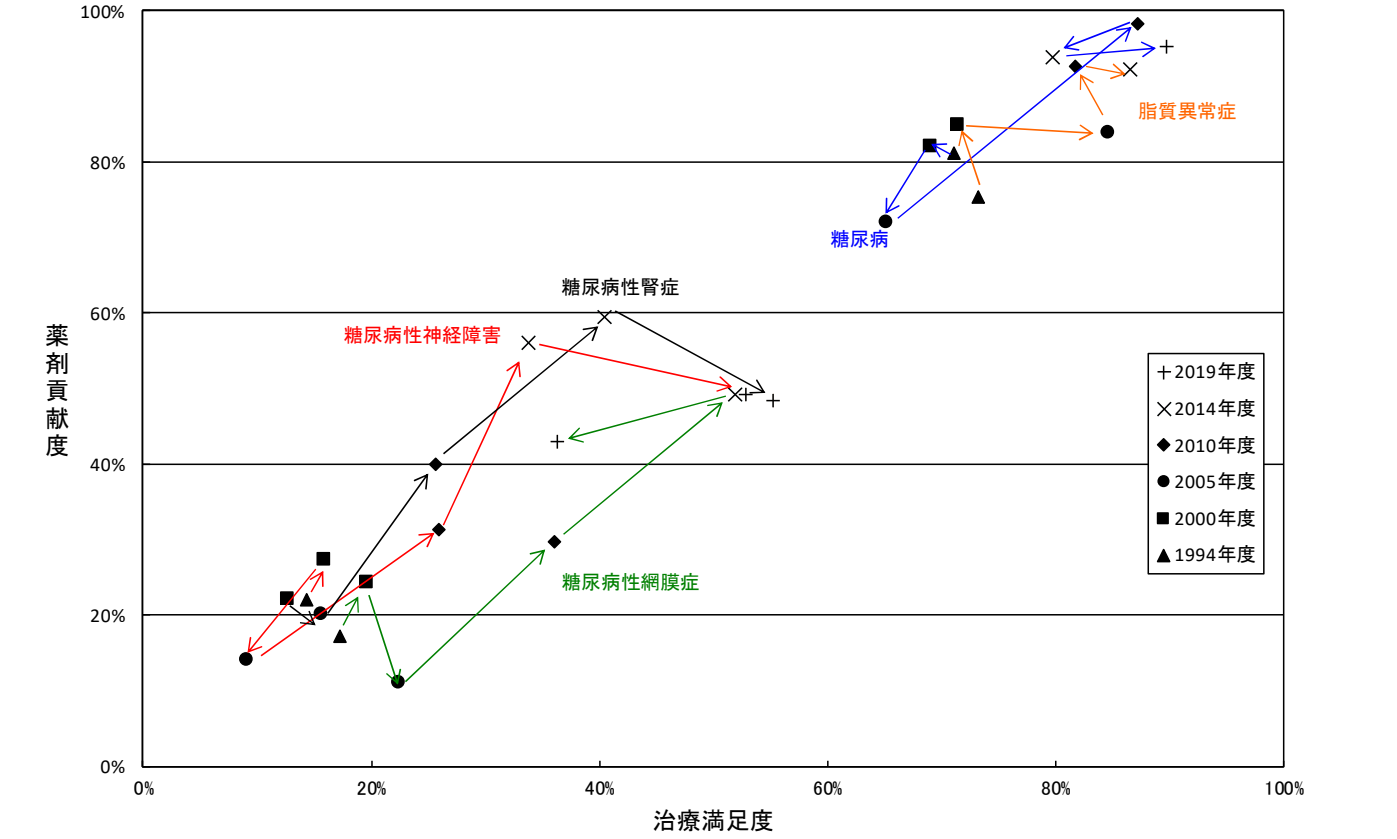
疾 患 名	治療満足度（％）						薬剤貢献度（％）					
	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度
結核		82.6	88.1					81.1	86.5			
慢性B型肝炎	19.0	22.4	35.9	73.9	81.4		24.4	22.2	49.3	88.4	88.6	
慢性C型肝炎	13.9	17.8	26.9	74.1	85.1		24.1	28.7	44.4	87.5	91.0	
HIV・エイズ	1.1	18.0	19.5	49.5	76.2		14.4	32.2	31.2	81.8	86.5	
非結核性抗酸菌症						40.3						63.9
MRSA	28.4	31.0	27.8	55.9	61.5	74.1	44.2	53.6	47.6	75.7	80.5	89.3
ヘルペスウイルス感染症	56.2	67.7					58.0	70.6				
皮膚糸状菌症	58.1	66.3					65.1	70.4				
クラミジア感染症	76.2	73.3					75.0	77.6				
カンジダ症	59.7	69.2					63.3	73.5				
真菌症	49.5						52.3					

2. 新生物



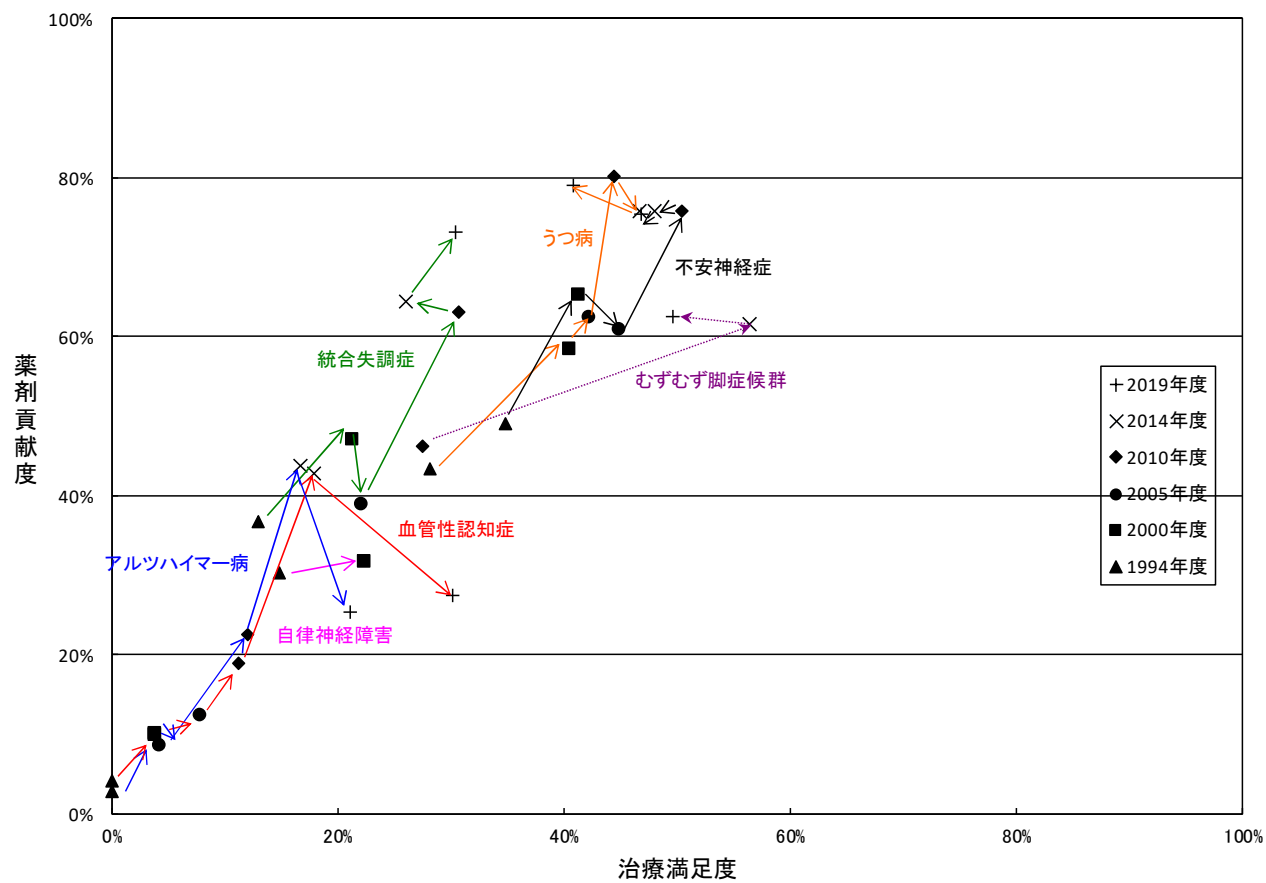
疾患名	治療満足度 (%)						薬剤貢献度 (%)					
	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度
胃がん	62.8	52.8	69.4	77.4	78.6	79.8	23.4	19.2	34.6	49.5	72.9	76.4
大腸がん	50.6	43.8	62.8	72.4	79.5	85.0	20.6	17.6	32.7	56.4	70.1	80.0
肝がん	15.7	23.1	42.0	50.4	64.6	71.9	11.1	16.2	17.5	42.1	64.6	69.9
膵がん	6.5			10.7	16.9	23.3	4.7			20.4	38.5	48.1
肺がん	14.8	16.8	19.3	39.7	37.3	52.4	11.2	17.1	15.9	55.5	72.5	83.3
乳がん	73.0	46.6	56.8	72.5	73.7	67.6	38.1	34.6	36.2	68.3	80.6	83.9
子宮がん	64.3	45.4	51.6				28.8	28.6	21.8			
子宮頸がん				63.5	68.1	61.9				49.0	65.5	64.8
前立腺がん	45.3	50.6	67.9	75.0	81.1	79.8	35.1	53.6	44.8	81.6	78.0	89.4
膀胱がん	33.8						21.1					
白血病	25.7	37.2	52.2	68.2	67.6	57.1	43.6	59.4	48.7	91.3	81.5	90.7
悪性リンパ腫				65.4	64.0	63.5				85.6	75.0	92.0
子宮筋腫	90.3	79.6	82.1				37.1	45.4	39.5			

3. 代謝疾患



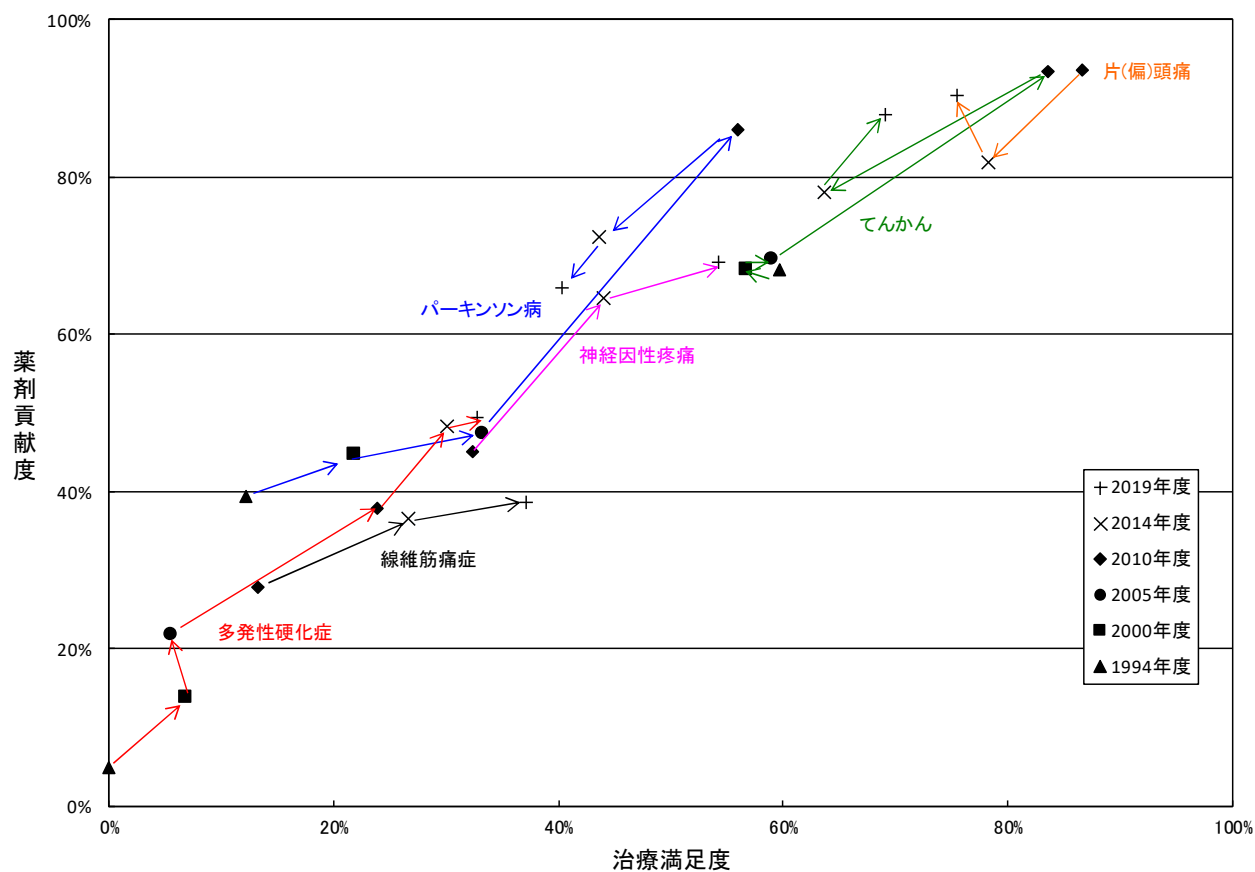
疾患名	治療満足度（％）						薬剤貢献度（％）					
	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度
糖尿病	71.1	69.1	65.2	87.2	79.8	89.7	81.2	81.9	71.9	98.2	93.9	95.3
糖尿病性神経障害	14.3	15.9	9.2	25.9	33.7	52.9	22.0	27.3	14.1	31.4	56.1	49.1
糖尿病性網膜症	17.3	19.6	22.4	36.0	51.9	36.4	17.2	24.4	11.1	29.8	49.2	43.0
糖尿病性腎症		12.7	15.6	25.7	40.5	55.3		22.0	20.0	40.0	59.4	48.5
脂質異常症	73.2	71.5	84.7	81.7	86.5		75.3	84.8	83.8	92.7	92.3	

4. 精神疾患



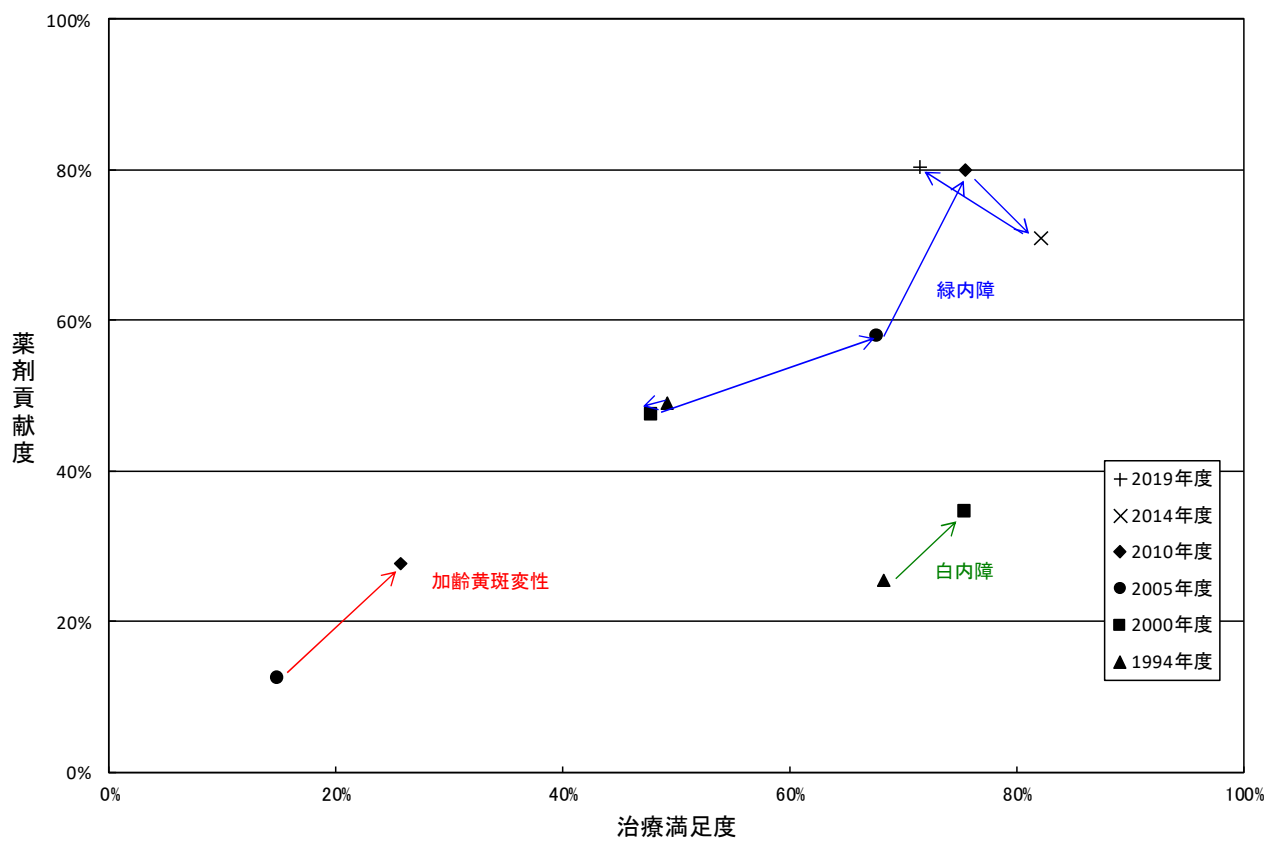
疾患名	治療満足度 (%)						薬剤貢献度 (%)					
	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度
アルツハイマー病	0.0	3.9	4.3	12.0	16.7	21.1	2.8	9.9	8.5	22.6	43.8	25.5
血管性認知症	0.0	3.9	7.9	11.3	17.9	30.2	4.2	10.0	12.4	18.9	42.9	27.5
統合失調症	13.0	21.4	22.2	30.7	26.0	30.4	36.7	47.0	38.9	63.1	64.4	73.2
うつ病	28.2	40.6	42.3	44.4	46.7	40.8	43.5	58.4	62.3	80.2	75.8	79.0
不安神経症	34.9	41.4	45.0	50.4	48.1	46.8	49.2	65.3	60.8	75.9	75.8	75.5
自律神経障害	14.9	22.5					30.3	31.7				
むずむず脚症候群				27.5	56.4	49.6				46.2	61.5	62.6

5. 神経疾患



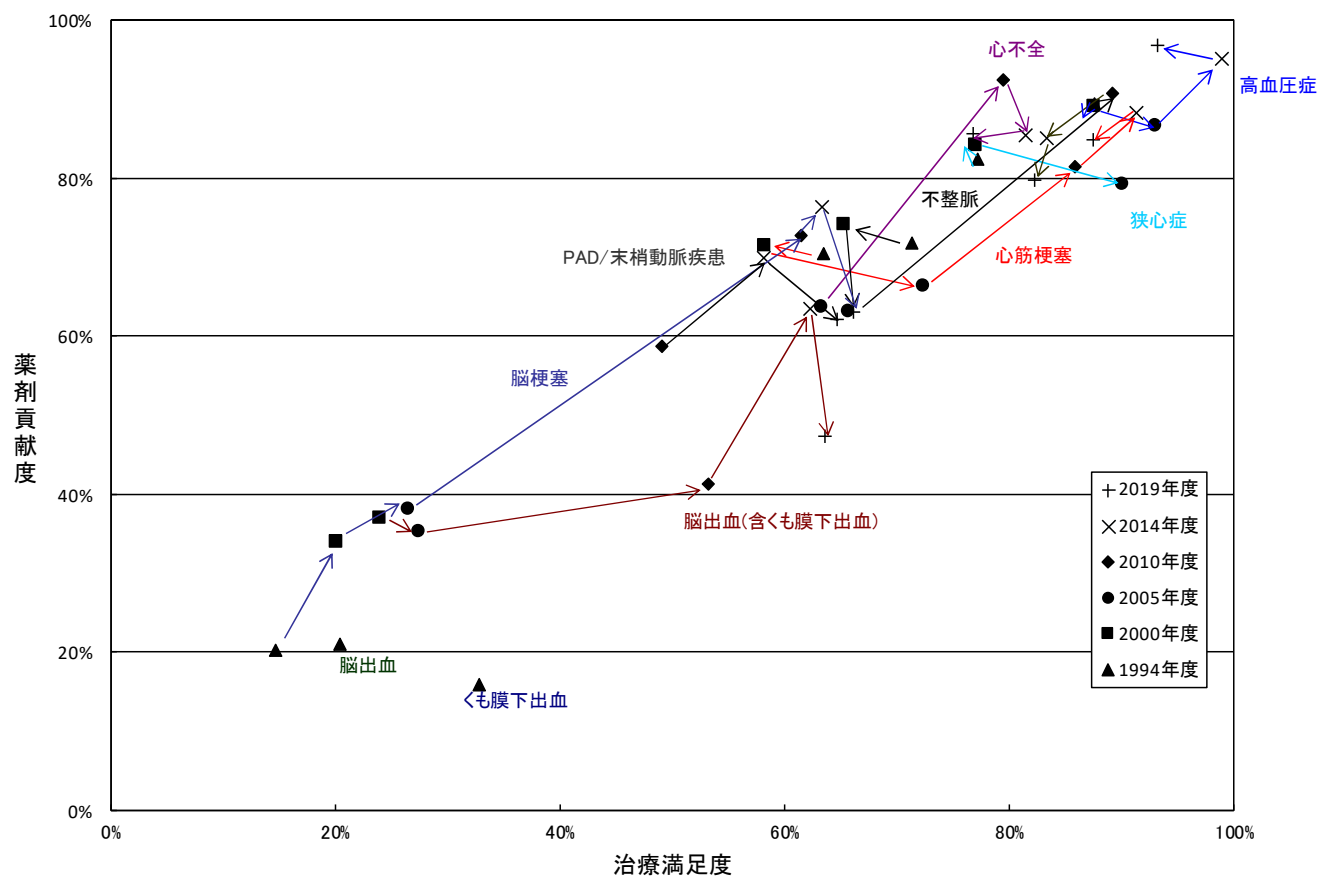
疾患名	治療満足度 (%)						薬剤貢献度 (%)					
	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度
パーキンソン病	12.2	21.8	33.3	56.0	43.6	40.3	39.4	44.7	47.4	86.0	72.3	66.0
多発性硬化症	0.0	6.9	5.6	23.8	30.1	32.8	4.9	13.8	21.7	37.9	48.4	49.5
てんかん	59.7	56.7	59.0	83.6	63.6	69.1	68.1	68.3	69.5	93.5	78.1	88.0
片(偏)頭痛				86.6	78.2	75.4				93.6	81.8	90.4
神経因性疼痛				32.4	44.0	54.2				45.1	64.5	69.1
筋萎縮性側索硬化症 (ALS)						14.3						15.6
線維筋痛症				13.2	26.7	37.2				27.9	36.5	38.7

6. 眼



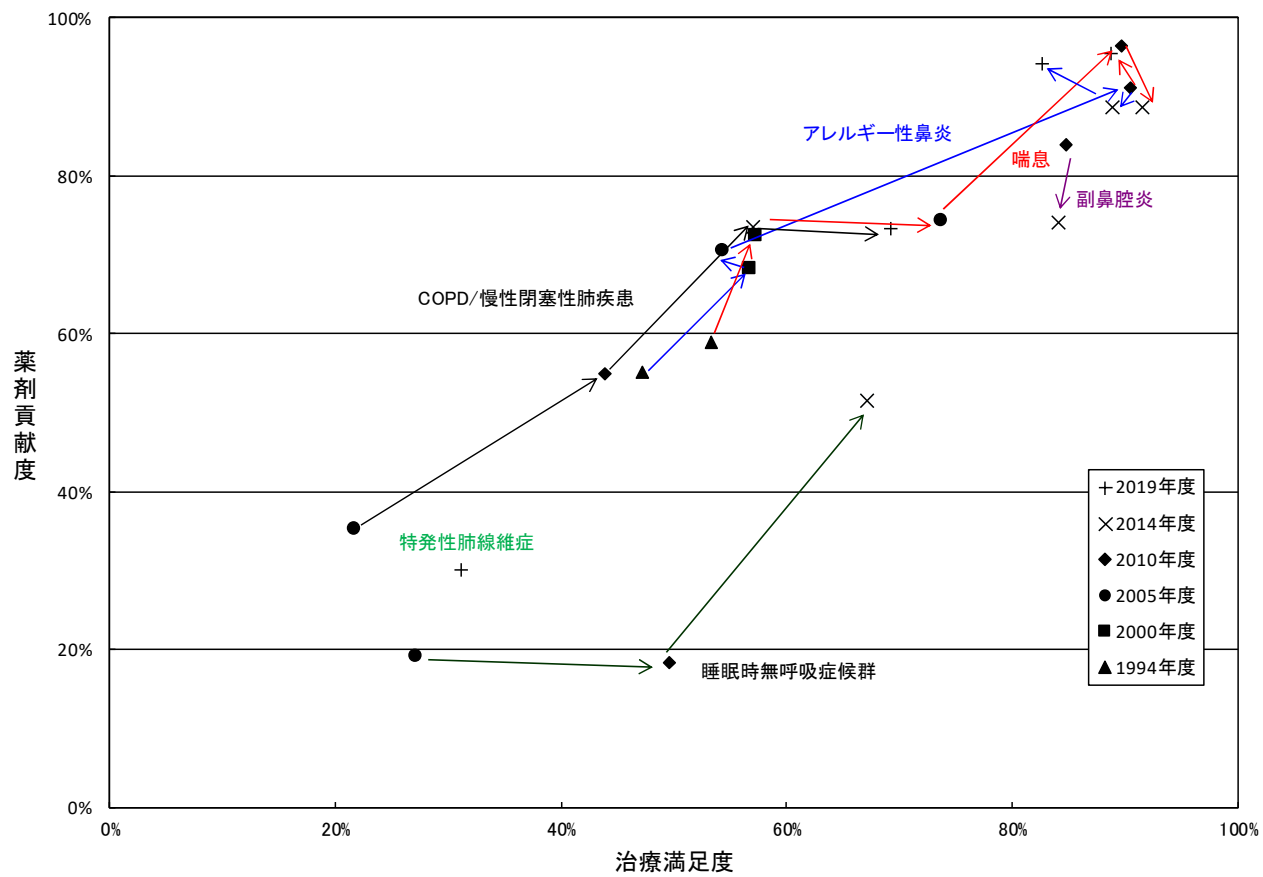
疾患名	治療満足度（％）						薬剤貢献度（％）					
	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度
緑内障	49.2	47.8	67.7	75.5	82.1	71.4	49.0	47.5	57.9	80.0	70.9	80.5
加齢黄斑変性			14.9	25.7					12.3	27.6		
白内障	68.3	75.5					25.5	34.5				

7. 循環器疾患



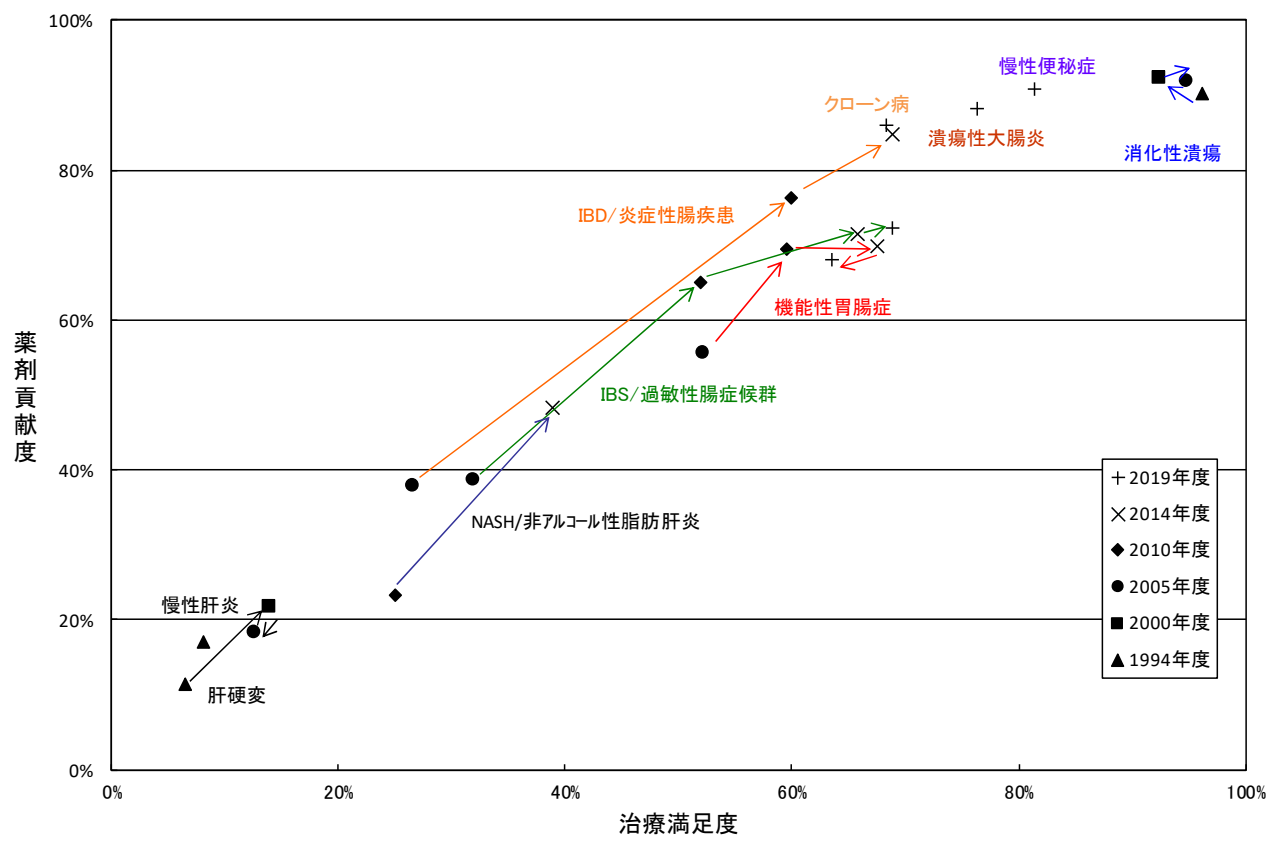
疾患名	治療満足度 (%)						薬剤貢献度 (%)					
	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度
高血圧症	87.7	87.6	93.1		98.9	93.2	89.4	89.1	86.6		95.1	96.8
狭心症	77.2	77.1	90.1				82.5	84.2	79.3			
心筋梗塞	63.4	58.3	72.4	85.8	91.3	87.4	70.4	71.4	66.4	81.5	88.2	84.9
心不全			63.4	79.5	81.5	76.8			63.7	92.5	85.5	85.6
不整脈	71.3	65.4	65.8	89.2	83.3	82.3	71.9	74.0	63.1	90.7	85.1	79.8
脳出血(含むくも膜下出血)		24.1	27.5	53.2	62.3	63.6		36.9	35.2	41.3	63.5	47.4
脳出血	20.5						21.0					
くも膜下出血	32.8						15.9					
脳梗塞	14.7	20.2	26.6	61.5	63.3	66.1	20.3	34.0	38.2	72.8	76.5	63.1
PAD/末梢動脈疾患				49.1	58.1	64.7				58.7	69.8	62.1

8.呼吸器



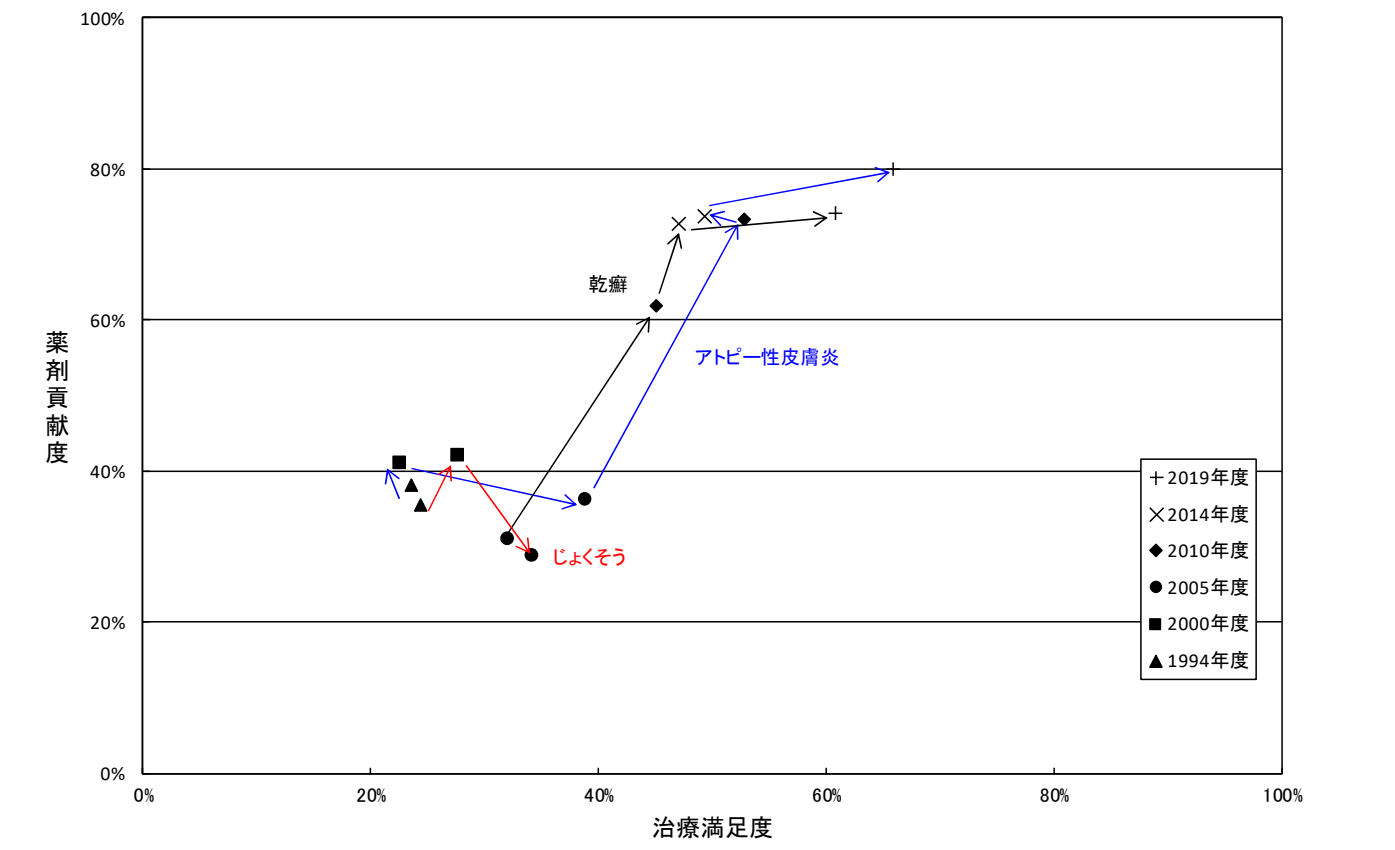
疾患名	治療満足度 (%)						薬剤貢献度 (%)					
	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度
副鼻腔炎				84.7	84.1					84.0	74.1	
アレルギー性鼻炎	47.2	56.8	54.4	90.5	88.9	82.7	55.2	68.2	70.5	91.1	88.7	94.2
喘息	53.3	57.3	73.7	89.7	91.5	88.7	58.8	72.5	74.2	96.4	88.7	95.6
COPD/慢性閉塞性肺疾患			21.7	43.9	57.0	69.2			35.2	55.0	73.5	73.4
特発性肺線維症						31.2						30.1
睡眠時無呼吸症候群			27.2	49.6	67.1				19.1	18.3	51.6	

9. 消化器

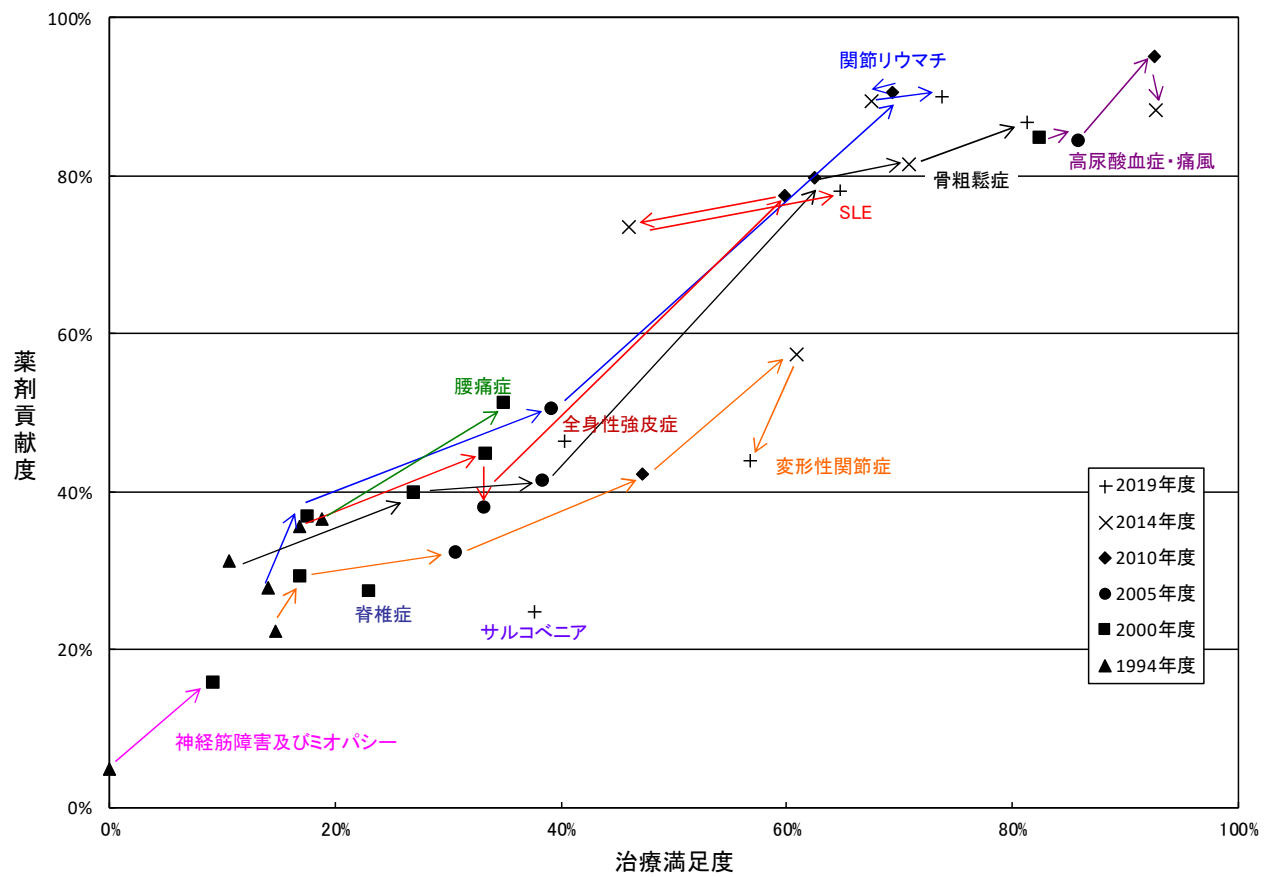


疾患名	治療満足度 (%)						薬剤貢献度 (%)					
	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度
消化性潰瘍	96.2	92.5	94.9				90.2	92.2	91.9			
機能性胃腸症			52.2	59.6	67.6	63.6			55.5	69.5	69.8	68.1
IBD/炎症性腸疾患			26.6	60.0	68.9				37.8	76.4	84.8	
IBS/過敏性腸症候群			31.9	51.9	65.8	68.9			38.7	65.0	71.4	72.3
クローン病						68.4						86.0
潰瘍性大腸炎						76.3						88.1
慢性便秘症						81.4						90.9
肝硬変	6.5	14.0	12.7				11.4	21.7	18.3			
慢性肝炎	8.1						17.1					
NASH/非アルコール性脂肪肝炎				25.0	38.9	53.0				23.3	48.3	37.1

10. 皮膚

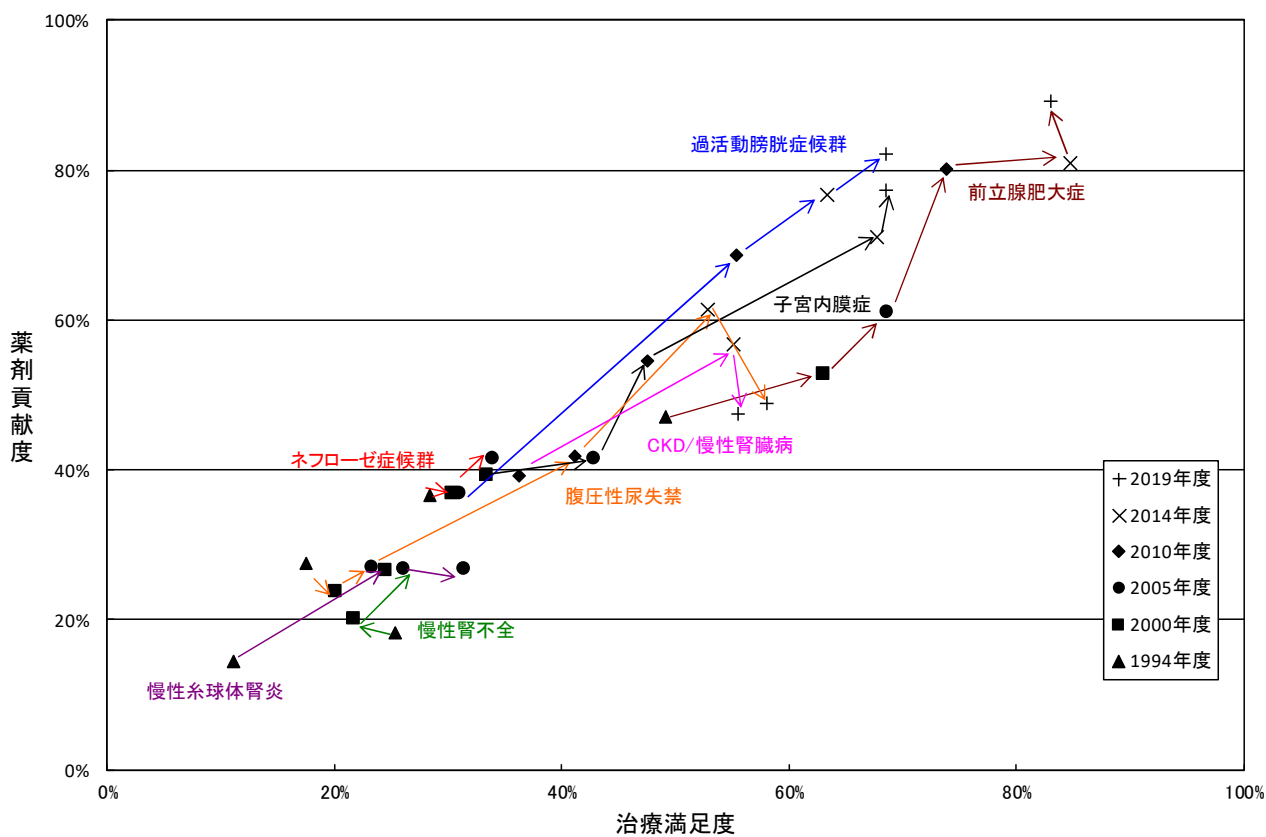


11. 筋骨格疾患



疾患名	治療満足度 (%)						薬剤貢献度 (%)					
	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度
関節リウマチ	14.1	17.6	39.2	69.4	67.5	73.8	27.8	36.8	50.4	90.6	89.6	90.0
高尿酸血症・痛風		82.5	86.0	92.6	92.8			84.7	84.4	95.1	88.2	
変形性関節症	14.7	17.0	30.7	47.2	60.8	56.8	22.3	29.1	32.2	42.2	57.4	44.0
SLE	16.9	33.4	33.3	59.8	46.1	64.7	35.6	44.7	37.9	77.5	73.4	78.0
全身性強皮症						40.3						46.5
サルコペニア						37.6						24.7
骨粗鬆症	10.6	27.0	38.4	62.5	70.9	81.3	31.1	39.8	41.3	79.8	81.5	86.7
神経筋障害及びミオパシー	0.0	9.2					4.8	15.8				
脊椎症		23.0						27.3				
腰痛症	18.8	35.0					36.5	51.1				

12. 尿路性器疾患



疾患名	治療満足度 (%)						薬剤貢献度 (%)					
	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度	1994年度	2000年度	2005年度	2010年度	2014年度	2019年度
慢性糸球体腎炎	11.1	24.5	31.5				14.5	26.6	26.7			
ネフローゼ症候群	28.4	30.4	33.9				36.6	36.7	41.4			
慢性腎不全	25.3	21.8	26.1				18.3	20.0	26.7			
CKD/慢性腎臓病				36.2	55.1	55.6				39.2	56.7	47.5
過活動膀胱症候群			31.0	55.3	63.4	68.5			36.9	68.7	76.7	82.2
腹圧性尿失禁	17.4	20.2	23.3	41.2	52.9	58.0	27.6	23.7	26.9	41.8	61.4	48.9
前立腺肥大症	49.1	63.0	68.6	73.8	84.7	83.0	47.0	52.6	61.0	80.2	81.0	89.1
子宮内膜症		33.4	42.8	47.5	67.7	68.6		39.3	41.4	54.6	71.2	77.4

資料－４ 平成 30 年度（2018 年度） 「神経疾患の医療ニーズ調査（第 2 回）」
調査対象疾患・症候リスト

神経疾患	脳出血	神経疾患	シャルコー・マリー・トゥース病
	くも膜下出血		進行性筋ジストロフィー
	アテローム血栓性/ラクナ梗塞(非塞栓性脳梗塞)		筋強直性ジストロフィー
	心原性脳塞栓症		多発筋炎/皮膚筋炎
	ウイルス性脳炎・髄膜炎		封入体筋炎
	細菌性脳炎・脊髄炎		遠位型ミオパチー
	真菌性脳炎・脊髄炎		重症筋無力症
	HTLV-1 関連脊髄症		神経ベーチェット
	プリオン病		神経サルコイドーシス
	アルツハイマー病		片頭痛
	前頭側頭葉変性症		てんかん
	レビー小体型認知症		ライソゾーム病/ペルオキシソーム病
	パーキンソン病		ミトコンドリア異常症
	多系統萎縮症		血管性脊髄症
	進行性核上性麻痺		脊椎症と類縁疾患(ヘルニア/狭窄症など)
	脊髄小脳変性症		チャージ・ストラウス症候群
	ハンチントン病		帯状疱疹後神経痛
	筋萎縮性側索硬化症		Meige症候群/片側顔面痙攣
	球脊髄性筋萎縮症		傍腫瘍性神経症候群
	脊髄性筋萎縮症		レストレスレッグス症候群
	多発性硬化症		正常圧水頭症
	視神経脊髄炎		本態性振戦
	急性散在性脳脊髄炎		血管性認知症
	特発性顔面神経麻痺(Bell麻痺)	神経症候	睡眠障害
	ギラン・バレー症候群/フィッシャー 症候群		慢性疼痛
	慢性炎症性脱髄性多発神経炎		ジストニア
	POEMS症候群		痙性麻痺
	アミロイドーシス		起立性低血圧症
	糖尿病性ニューロパチー		神経因性膀胱
	手根管症候群		眩暈

資料－５ 2018 年度調査 新たな治療法や治療薬の開発が急務な理由
（アルツハイマー病、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病）

（１）アルツハイマー病

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
国公立大学病院	神経内科専門医*、 脳卒中学会専門医、 プライマリ・ケア連合学会 認定医	死んだ神経細胞は生き返りませんから、発症前、発症 する人にお薬を使うようにならないと、お薬の効果は 出ないので、早々の開発が望まれます
国公立大学病院	神経内科専門医*、 脳卒中専門医、 内科総合専門医	患者数が多く、超高齢化社会において、治療法の開発 が望まれる
国公立大学病院	神経内科専門医*、 日本内科学会認定医、 臨床遺伝専門医	患者数が多く、今後高齢化社会で症例が増加する。予 防的な、ワクチンや抗体療法、核酸医療など
国公立大学病院	神経内科専門医*、 臨床遺伝専門医、 頭痛専門医	患者数が多いので
国公立大学病院	神経内科専門医*	患者数が多い
国公立大学病院	神経内科専門医*	患者数の増加
国公立大学病院	神経内科専門医*	高齢化に伴う患者数の急激な増加が見込まれ、DMT の開発が急務 臨床現場を考える時、現在行われる前 臨床状態での投与を行うのであれば、莫大な対象者が 予測されることから医療経済的観点から非現実的では ないかと危惧される 軽度認知機能障害（臨床的に顕 性化後）の段階での症状進行抑制が可能な DMT が必 須になると考えられます 現状ではタウ凝集体を対象 とした創薬が現実的かもしれません ただし、その場 合にも遺伝子異常を伴わないタウ凝集体を対象とした 創薬が必要ではないかと愚考します（まずは孤発性モ デル開発??）
国公立大学病院	神経内科専門医、 総合内科専門医	患者数が多い
国公立大学病院	神経内科専門医、 総合内科専門医	社会的インパクトの大きい疾患
国公立大学病院	神経内科専門医、 総合内科専門医、	患者数が多く、根本的治療がまだないため

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
	臨床遺伝専門医	
国公立大学病院	神経内科専門医、 臨床薬理専門医、 総合内科専門医	神経変性疾患の中で患者数が一番多いが、疾患修飾薬が開発されていない
国公立大学病院	神経内科専門医	ADに限らず、タウオパチーについても、上記2疾患と同様。ADの創薬はA β をターゲットとしたものが多いが、成功例に乏しく、より早期からのDMTが必要と考えられているが本当にそうなのだろうか。タウをターゲットとした治療戦略に期待
国公立大学病院	神経内科専門医	患者が急増している。
国公立大学病院	神経内科専門医	患者数が急増しており、根本的治療薬及び疾患修飾薬が必用
国公立大学病院	神経内科専門医	患者数が多いため
国公立大学病院	神経内科専門医	患者数が多く、社会的な障害が大きい
国公立大学病院	神経内科専門医	患者数の激増が予想される
国公立大学病院	神経内科専門医	患者数の多さに対して、根本的な治療薬が無いため。
国公立大学病院	神経内科専門医	高齢化社会を迎えて患者数の増加があるため
国公立大学病院	神経内科専門医	治療薬があるが、効果が主に症状の進行遅延で十分な効果が認められることは多くなく、また、患者数が非常に多いため
国公立大学病院	神経内科専門医	人数が多い
国公立大学病院	神経内科専門医	全世界的に患者が急増しつつあり、損失の大きい分野であると考えられるため。医薬品開発において、医薬品臨床評価の壁がやや高すぎる印象もあるが、病態解明が不十分であること等を踏まえると、拙速な薬事承認はリスクも高いと思われる。疾患修飾療法において、明確な認知機能改善を示すことは困難と考えられ、病態の解明が開発成功のキーになると思われます
国公立大学病院	神経内科専門医	超高齢化社会で更に患者が増えていくと予想されるなかで、根本的治療法が望まれる
国公立大学病院	神経内科専門医	認知症全般に言えるが患者数が急増してきており、医療・介護負担が大きくなっているため。治療薬はできればいいが、現実的には疾患を受け入れる社会環境

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
		（見守り、疾患理解、民度の UP）の構築が求められると思う
国公立大学病院	神経内科専門医	頻度が多く、社会的負担が大きい。具体的方策は特にない
私立大学病院	神経内科専門医*、 日本内科学会 総合内科専門医	患者数の増加、疾患修飾薬の開発が急務
私立大学病院	神経内科専門医*	患者数も多いアルツハイマー型認知症に関しては、新規治療薬開発が期待される
私立大学病院	神経内科専門医*、 脳卒中学会専門医、 頭痛学会専門医	国家を滅亡させる勢いの本疾患の進行抑制や改善を図ることは急務である。しかし、開発にあたっては多くの製薬会社が総力をあげておりなかなか方策はない。生活習慣病などの発症予防を徹底させることが、当面急務かもしれない
私立大学病院	神経内科専門医*	患者さんの人数が多く、現在あまり有効な治療法が無い ため、アルツハイマー病含めて認知症をきたす疾患の根治的及び対症療法の発展、開発が急務と思われる。既に行われていますが、iPS 細胞を用いた疾患モデルや患者検体からの病態関連細胞を用いて、疾患の病態解析を背景とした薬剤の標的検索及び各種開発薬剤の有効性の迅速的な検討を行うことが最も近道のような気がします
私立大学病院	神経内科専門医*	現在の治療法のみでは限界となると考えるから。原因にせまる治療法の開発が急務と思います
私立大学病院	神経内科専門医*	超高齢化社会の国民最大の課題のため
私立大学病院	神経内科専門医、 リハビリテーション科専門医	患者数が多く、医療経済学的にも家族にも負担が大である
私立大学病院	神経内科専門医、 在宅専門医	患者数と今後の日本の状況より急務 早期診断とワクチン療法
私立大学病院	神経内科専門医、 総合内科専門医	患者数が多いが打つ手がないからです
私立大学病院	神経内科専門医、 頭痛学会専門医	患者数の増加のため

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
私立大学病院	神経内科専門医、 頭痛専門医、 総合内科専門医、 臨床神経生理学会専門医	高齢化に伴い患者数の増加が予測される。 現在は十分効果があるとは言い難い高額薬剤しかなく、生命予後的には比較的長く長期にわたる高額薬剤投与になり医療経済の圧迫が生じている
私立大学病院	認定内科医	高齢化に伴い、著しく患者数が増加するが、十分な治療法が確立していないため、開発が急務である。 発症以前から、蓄積したアミロイドβに対する治療を開始することで、発症予防を図る治療の開発が必要と考えられる
私立大学病院	神経内科専門医、 脳卒中専門医	罹病者が多く、医療経済的にも根本治療薬が待たれる
私立大学病院	神経内科専門医、 脳卒中専門医、 頭痛専門医	認知症の症例が年々ふえているため
私立大学病院	神経内科専門医	患者数が多く、社会的に大きな問題である
私立大学病院	神経内科専門医	患者数の増加、社会的ニーズが高い
私立大学病院	神経内科専門医	患者数の増加している。進行抑制効果のある薬剤が実用化されているが、根本的治療薬がない。画像診断を含めた超早期診断方法の確立が望まれます。
私立大学病院	神経内科専門医	患者数の多さ及び医療経済に及ぼす影響から
私立大学病院	神経内科専門医	現在、今後に急激に患者が増える可能性が高い
私立大学病院	神経内科専門医	現在の治療は対症療法的であり、疾患修飾療法の開発が必要である
私立大学病院	神経内科専門医	国民病なので
私立大学病院	神経内科専門医	認知症が激増であり、薬物、非薬物、社会的目的を含めた集学的治療を要する
私立大学病院	神経内科専門医	認知症は高齢化社会において社会的資源の確保の点から重要
私立大学病院	神経内科専門医	理由： 1) 高齢化に伴い罹患する患者が増えることが予想されるため。 2) 現時点では診断時には既にある程度進行した状態であり、進行予防が期待できない場合もあるため。 方策：病態解明に伴い特異的な治療薬の検索

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
私立大学病院	神経内科専門医	罹患率が高く、今後も増加する疾患であるため。研究に予算を付けて促進させる
その他の教育機関病院	神経内科専門医	理由：罹患率があまりに大きい。 方策等：原因究明がやはり理想
独立行政法人・ 国立研究機関・ 省庁	神経内科専門医*	患者数が多いが現存の治療薬ではほとんど治療の効果がない
独立行政法人・ 国立研究機関・ 省庁	神経内科専門医	患者が多く社会的損失が大きいから
独立行政法人・ 国立研究機関・ 省庁	神経内科専門医	高齢化が進むため、他疾患と患者数の桁が違う。とにかく研究費の獲得、神経疾患としてではなく、国民的な病気としてアピール。開発できたら、当分薬価の引き下げには反対する
独立行政法人・ 国立研究機関・ 省庁	神経内科専門医	今後、患者数の増加が見込まれるから
独立行政法人・ 国立研究機関・ 省庁	神経内科専門医	神経変性疾患中では患者数は桁外れに多いが、根本的な治療薬はまだ存在しないため、発症・進行を十分に抑制しうる薬剤の開発が必要だろう
公立病院	神経内科専門医*、 総合内科専門医、 脳卒中専門医、 リハ科専門医	患者数が年齢に比例して増加するので、治療の需要が今後も増加すると思われる。 現在、いくつかの方向性で創薬が行われており、今後の進展を期待しています
公立病院	神経内科専門医*	患者数が多いが、明らかな効果のある治療法がない
公立病院	神経内科専門医*	患者数が膨大
公立病院	神経内科専門医、 神経生理学会専門医	現在の薬では、効果が本当にあるとは言えない症例が多いので
公立病院	神経内科専門医	患者数が多く、臨床像が多彩。健常若年層を含む全年齢層の分子イメージングデータを用いた発症早期変化の解明
民間病院	神経内科専門医*、 日本脳卒中学会専門医	DMT が遅々として進んでいない
民間病院	神経内科専門医*、 老年病専門医	認知症医療をもう一歩進める必要がある

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
民間病院	神経内科専門医*	現状では診断がついても進行していくのを見守るだけである。薬物の効果も低い。発症させないことが必要である。バイオマーカーなど超早期からの介入。予防医学の確立
民間病院	神経内科専門医*	高齢化社会を迎え、介護保険費用の増大の要因となっているために
民間病院	神経内科専門医*	疾患修飾薬の開発
民間病院	神経内科専門医*	進行抑制や認知機能改善が期待できる薬剤の開発が必要
民間病院	神経内科専門医*	増加し、有病率が多いから
民間病院	神経内科専門医、 総合内科専門医	今後の患者数、社会的要因などから急務 現状の治療は現実的には無効に近い
民間病院	神経内科専門医、 内科専門医	高齢化により罹患者は増え、社会における人的資源を要するため
民間病院	神経内科専門医、 脳卒中学会専門医	診断のバイオマーカー 疾患抑止療法が必要
民間病院	神経内科専門医	対象者が急速に増えていること。進行予防の治療戦略が見えつつあること
民間病院	神経内科専門医、 臨床神経生理学学会専門医	患者数が多い。今後公衆衛生上及び医療経済上の重大な脅威になる
民間病院	神経内科専門医	さらに高齢化社会となると、患者数が増えるのは必至である。医療・介護負担は大きく、治療法が開発が望まれる。しかしながら、今までの状況を見ていると、根本治療薬の開発は困難を極めるとも思われるので、社会資源の整備に精力を費やす、という方策もあると思う
民間病院	神経内科専門医	圧倒的に数が多い。
民間病院	神経内科専門医	患者数が多く、進行期では高度痴呆となり、医療資源を必要とするが、コストパフォーマンスが悪いので社会的損失である。 今後、早期発見により、病状の進行を止める分子生物学的治療法の確立が 必要である
民間病院	神経内科専門医	急速に認知症患者が増えているため
民間病院	神経内科専門医	現在でも患者数が多いが、今後益々増加する疾患であり、介護負担などが社会的問題となっているため

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
民間病院	神経内科専門医	高齢化社会のかかえる大問題であるから。開発急務であるが過去の莫大な投資にむくいる結果がでていない。薬物開発への投資を米国の大薬業会社は今年から中止しているのが現状、あきらめムード
民間病院	神経内科専門医	高齢者の認知症が増えている 日本全体の問題としてとらえる必要あり
民間病院	神経内科専門医	症例が多く、今後も増加するため
民間病院	神経内科専門医	進行抑制薬の開発が進行してほしいです
民間病院	神経内科専門医	対象者が多く社会問題になっており、介護など家庭生活の崩壊に結び付き、社会にとって大きな負の働きをするから。具体的な方策は思いつかない
診療所	神経内科専門医*	対象人数が多いこと、社会からの期待感が大きい
診療所	神経内科専門医	バイオ医薬
診療所	神経内科専門医	患者数が多い
診療所	神経内科専門医	患者数が多く、社会的問題である
診療所	神経内科専門医	高齢化によってADの患者が増えるので、予防薬を含めてかいほつが必要である
診療所	神経内科専門医	高齢者の増加に伴い、患者さんの増加があり、医療費へのひっ迫、介護量全体の増加などをもたらしています。少なくとも介護度があまり必要でない期間の増加がのぞまれると思います

（２）筋萎縮性側索硬化症

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
国公立大学病院	神経内科専門医*、 脳卒中学会専門医、 プライマリ・ケア学会認定 医	進行が速いので、全く新しい考えの創薬が必要だと思います
国公立大学病院	神経内科専門医*、 脳卒中専門医、 内科総合専門医	劇的な症状改善を呈する薬剤はない。予後不良な疾患
国公立大学病院	神経内科専門医*、 日本内科学会認定医、 臨床遺伝専門医	難病で治療法が全く無い。遺伝子治療など画期的な治療。ワクチンや抗体療法、核酸医療など
国公立大学病院	神経内科専門医*	多方面からの開発アプローチが重要

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
国公立大学病院	神経内科専門医*	予後不良のため
国公立大学病院	神経内科専門医、 総合内科専門医	厳しい経過。患者数の増加
国公立大学病院	神経内科専門医、 内科総合専門医、 臨床遺伝専門医、 頭痛専門医	現在の治療薬では効果がほとんど認められないため
国公立大学病院	神経内科専門医、 臨床遺伝専門医	有効な治療がない
国公立大学病院	神経内科専門医、 臨床薬理専門医、 総合内科専門医	神経疾患の中で一番の難病であるが、明らかに有効な疾患修飾薬が開発されていない
国公立大学病院	神経内科専門医	リルゾールとエダラボンに保険適応があるものの、生命予後の改善に十分な効果があるとは言いがたいため
国公立大学病院	神経内科専門医	圧倒的介護負担 病型細分化により進行速度の予想曲線の信頼度を向上させたいと、現在使用可能な薬剤によるカクテル療法の効果を検証
国公立大学病院	神経内科専門医	患者の苦痛、社会的に治療薬への期待が高い
国公立大学病院	神経内科専門医	現状の治療法において、各々の患者における効果の有無を判断できない
国公立大学病院	神経内科専門医	現状の治療薬および治験薬は未だ症状進行改善には乏しく、症状進行を顕著に抑制する治療法開発が急務である
国公立大学病院	神経内科専門医	治療法を要する患者が多いため
国公立大学病院	神経内科専門医	重篤にてぜひ治ってほしい
国公立大学病院	神経内科専門医	神経疾患を代表する難病であり、医薬品開発の成功は、神経難病克服のシンボルになると考えられます。症状進行が速いことを踏まえると、その点からは、医薬品開発がしやすい点もある（差が見出しやすい）と思っています
国公立大学病院	神経内科専門医	進行が速く、ADLの低下が著しく、致死的。早期診断が困難。バイオマーカーがない。蓄積する TDP-43 の可視化技術。異常凝集した TDP-43 を選択的に認識し、オートファジーに誘導する技術、細胞内局在を正常化する技術開発

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
国公立大学病院	神経内科専門医	致死的疾患である
国公立大学病院	神経内科専門医	日常の活動性が要求される 50～60 歳で発症し、急速に身体、呼吸機能を奪い、ケアと生命維持に多大な経済的人的負担が生じる。その苦痛は想像を絶する。遺伝性疾患は RNA 干渉、ゲノム編集技術を、孤発性疾患に対しては抗体療法が有望
国公立大学病院	神経内科専門医	有効な治療の開発が遅れている
国公立大学病院	神経内科専門医	有効な治療法開発が必要
私立大学病院	神経内科専門医*、 日本内科学会総合内科専門医	疾患修飾薬の開発が急務
私立大学病院	神経内科専門医*	運動ニューロンが選択的に障害されるというシンプルな疾患にもかかわらず有効な治療法がない。神経変性疾患の本丸であり、新規治療法開発が急務である。 ALS は多様な臨床表現系を呈するため、単に臨床症状から有効性を評価するだけでは、治験薬の効果判定が困難である。生物学的なバイオマーカーの確立も急務であり、responder か否かを見極める上でもバイオマーカーをベースとした ALS 治験を行わないといけない。また、JaCALS をさらに充実させ、登録された患者さんに対して、新規治験のエントリーを呼びかけるなどのシステム構築が必要である
私立大学病院	神経内科専門医*、 脳卒中専門医	神経内科疾患の未踏のピークの一つ
私立大学病院	神経内科専門医*	ある程度の患者数がある。世間の注目度も高い
私立大学病院	神経内科専門医*	神経内科医として、いつも無力感を感じる疾患であり、この病気を解明していただき治療法が開発される日を待っております
私立大学病院	神経内科専門医*	進行性で予後不良、現在有効な治療法がない
私立大学病院	神経内科専門医、 在宅専門医	疾患の重篤さに比して十分な効果のある薬剤がない 革新的な薬剤が求められる ワクチン療法にも期待 再生医療も困難が予想されるが、それ以上に期待できる薬剤もないのが現実
私立大学病院	神経内科専門医、 総合内科、脳卒中、頭痛	認知機能が保たれているが、症状が重篤。あまり有効な治療がない

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
私立大学病院	神経内科専門医、 総合内科専門医	ラジカット治療は、効果が実感できない。依然として、最も残酷な疾患である。iPS細胞やモデル動物を用いた Mechanism-based medicine の開発を
私立大学病院	神経内科専門医、 頭痛学会専門医	発症短期間（数年）生命を落とす疾患のため
私立大学病院	神経内科専門医、 頭痛専門医、 総合内科専門医	治療薬がないため
私立大学病院	神経内科専門医、 日本脳卒中学会専門医、 日本頭痛学会専門医	神経変性疾患の中では比較的早い進行を示し、確実に死に至る病であるにも関わらず、現在の治療薬は進行を遅らせるレベルに止まっている
私立大学病院	神経内科専門医、 脳卒中専門医	疾患頻度と治療可能性という観点からは最も深刻な疾患とを感じるから
私立大学病院	神経内科専門医	アンメットニーズが高く、また患者レジストリなどの創薬の基盤が整備されており、病態解明に基づく治療薬開発が期待される
私立大学病院	神経内科専門医	これも有効な薬剤がない。ラジカットはほとんど効果がないようである
私立大学病院	神経内科専門医	延命治療も多く、呼吸器装着となりやすく介護負担も非常に大きい
私立大学病院	神経内科専門医	現在、認可されている治療では効果が限定的であるため。ブレインマシーンインターフェースなど医療機械工学分野をより一般的にしてほしい
私立大学病院	神経内科専門医	現在進行中の医師主導治験を急ぐ必要がある
私立大学病院	神経内科専門医	疾患のリスク因子が不明であり、予防ができず、比較的若い年代の発症もあり、極めて悲劇的な経過を示す疾患である。現行の治療では効果を実感できず、大変不憫に思われる。具体的な開発方法については思い当たらず
私立大学病院	神経内科専門医	神経疾患で最も残酷な疾患の一つであり、有効な治療法が無いので
私立大学病院	神経内科専門医	進行状況や予後の観点から、早期診断、早期治療の開発が急がれる
私立大学病院	神経内科専門医	難病の治療モデルになりうるから
私立大学病院	神経内科専門医	難病中の難病

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
私立大学病院	神経内科専門医	有効な治療法がない
私立大学病院	神経内科専門医	罹患率が高く、進行も早く致死的な疾患であるため。研究に予算を付けて促進させる
その他の教育機関病院	神経内科専門医	理由：一般に、罹患後の経過に対しての恐怖心が多い。方策等：iPS細胞をふくめた対症療法もよいが、原因究明がやはり理想
独立行政法人・国立研究機関・省庁	神経内科専門医*	現存の治療では効果が非常に乏しいため。意識・認知機能は一般に正常であるが、その状態で呼吸筋を含め筋力が低下するなど予後が厳しいため
独立行政法人・国立研究機関・省庁	神経内科専門医	バイオマーカーがなく、進行に個人差がある
独立行政法人・国立研究機関・省庁	神経内科専門医	既存治療ではベネフィットが少なすぎるから
独立行政法人・国立研究機関・省庁	神経内科専門医	急速に進行する代表的変性疾患であり、近年治療薬開発は加速していると感じるが、不十分 MSAと同様、戦略的アプローチはもっと必要
独立行政法人・国立研究機関・省庁	神経内科専門医	急速に進行する致死的な疾患であり、既存薬の効果が乏しいため。グルタミン酸神経毒性を軽減するリルゾールが有効であるが、これに併用する形で既存薬の効果が期待できないか治験が必要
独立行政法人・国立研究機関・省庁	神経内科専門医	進行が速く、機能予後・生命予後ともに厳しい疾患である。リルゾールやエダラボンが認可されているがなかなか効果を実感できない
公立病院	神経内科専門医*	現在、治療効果のある治療法がない
公立病院	神経内科専門医、 神経生理学会専門医	呼吸器装着の問題もあり、生命に関わる疾患だから
公立病院	神経内科専門医	患者数も多く、若年発症例も多く、現在根治療法がないため
公立病院	神経内科専門医	現在の治療薬では、効果が実感しにくい。患者の苦痛、家族の負担が大きすぎる ある程度のところで病状を停止できるだけでも良い こちらも、病態の解明が急務
民間病院	神経内科専門医*	ロピニロールの転用

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
民間病院	神経内科専門医*	満足できる薬剤がない
民間病院	神経内科専門医、 脳卒中学会専門医	予後不良の疾患なので
民間病院	神経内科専門医、 臨床神経生理学会専門医	進行が急速で悲惨な転機をとる。治療への seed がすでに現れており、これを早急に進めることが必要
民間病院	神経内科専門医	この 30 年間はほぼ新薬が発売されていない 治療方法がないので 方法策は・・・・・・思い浮かびません
民間病院	神経内科専門医	現在、疾患を治療できる薬剤がないから
民間病院	神経内科専門医	現時点では効果的な薬剤がないので
民間病院	神経内科専門医	数は多くはないが、人工呼吸器装着になった場合は長期になり、影響範囲が大きい。それまでの意志決定過程において、相談に非常に多くの時間を費やさなければならない
診療所	神経内科専門医*	根本的治療が依然難しい疾患であり進展が望まれる。iPS を利用した研究が必須かと思う
診療所	神経内科専門医	なんといっても、その悲惨さは変性疾患でも群を抜いています。根治治療があると良いと思います
診療所	神経内科専門医	治療薬がない
診療所	神経内科専門医	神経難病として象徴的疾患である
診療所	神経内科専門医	呵責なく進行する筋萎縮による QOL の低下と介護の難しさ。ゲノム解析と遺伝子治療と再生医療に期待する

（３） パーキンソン病

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
国公立大学病院	神経内科専門医*、 日本内科学会認定医、 臨床遺伝専門医	患者数が多く、今後高齢化社会で症例が増加する。予防的な、ワクチンや抗体療法、核酸医療など
国公立大学病院	神経内科専門医、 総合内科専門医	患者数が多い。対症療法はあるが、進行抑制療法は確立されていない
国公立大学病院	神経内科専門医、 臨床薬理専門医、 総合内科専門医	非運動症状、すくみ足、姿勢保持障害に対する有効な薬がない。疾患修飾薬が開発されていない

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
国公立大学病院	神経内科専門医	アゴニストに代わる代替薬があまり出てきていないが、患者は多くなっておりニーズも大きい
国公立大学病院	神経内科専門医	患者数の激増が予想される
国公立大学病院	神経内科専門医	根治的治療法の開発が望まれる IPS 細胞を利用した移植治療の確立が望まれる
私立大学病院	神経内科専門医*	iPS 治療に期待が高まる PD 以外の神経変性疾患に応用が期待できるため
私立大学病院	神経内科専門医*	患者さんの人数が多く、現在対症療法しか無い、パーキンソン病中心にパーキンソン病関連疾患の根治的及び対症療法の発展、開発が急務と思われる。既に行われていますが、iPS 細胞を用いた疾患モデルや患者検体からの病態関連細胞を用いて、疾患の病態解析を背景とした薬剤の標的検索及び各種開発薬剤の有効性の迅速的な検討を行うことが最も近道のような気がします
私立大学病院	神経内科専門医、 頭痛学会専門医	患者数も増加のため
私立大学病院	神経内科専門医、 頭痛専門医、 総合内科専門医、 臨床神経生理学会専門医	高齢化に伴い患者数の増加が予測される。ある程度効果のある薬剤があるが高額で徐々に効果が減弱してくるが、生命予後的には比較的長く長期にわたる高額薬剤投与になり医療経済の圧迫が生じている
私立大学病院	神経内科専門医、 脳卒中専門医	現在の治療薬の大半が運動症状に対する Dopa の補充療法であり、非運動症状は長年対症療法にとどまっている。実際にパーキンソン病患者の QOL を大きく落としているのは認知症をはじめとする非運動症状であり、これらへの対応が必要である。α-シヌクレインのリン酸化抑制を目的とした DMT を推進していくべきである
公立病院	神経内科専門医*、 総合内科専門医、 脳卒中専門医、 リハ科専門医	PD では運動症状以外に非運動症状が注目され、後者には認知症やうつをはじめ、症状は広範である。従来より患者のすそ野が拡大する可能性があるために、疾患のバイオマーカーや画像診断を開発しての早急の診断を行うこと、再生医療などで治療をさらに改善することが重要だと思います
公立病院	神経内科専門医*	患者数が多い、機序がある程度ははっきりしている

所属機関	専門性（*認知症専門医）	理由・意見
民間病院	神経内科専門医、 リハビリテーション学会専門医	患者の数が多く。一種の老年病となりつつある。かなり開発されているのは勿論だが、老人である程度のADLを保てる方法は薬剤では限度があるのか、又はもっと長く服用できる最低限の薬剤開発も大事ではないか
民間病院	神経内科専門医	対象者が多いこと。Prodromal PDの診断が確立されつつあること。進行予防（先制医療）の治療戦略が見えつつあること
民間病院	神経内科専門医	IPSの利用での期待が非常にあるので
民間病院	神経内科専門医	高齢化に伴い患者数が増えているため
民間病院	神経内科専門医	進行期では、既存の治療薬ではコントロール困難な症例が多いから
民間病院	神経内科専門医	対象者が多いこと。内服薬が多く治療費用がかかる
民間病院	神経内科専門医	薬剤で約10年のコントロールが可能である。いくつか計画されている新規治療が開発され加わり、コントロール出来る期間が20年に伸びれば、非若年発症例において飛躍的な患者QOL、予後改善につながる。変性疾患の中で最も現実的なターゲット
診療所	神経内科専門医	患者さんは変性疾患の中で圧倒的に多く、疾患の進行に伴い介護度が増す疾患です。社会活動ができる年齢において、活動量が低下しない治療ができると良いと思います
診療所	神経内科専門医	薬が効かなくなる

あとがき

本報告書は、昨年度の 60 疾患に関する医療ニーズ調査（第 6 回）の分析編です。コロナ禍のため、専門医へのヒアリングを自粛し、医療ニーズ調査班のメンバーによる分析となりましたが、少しでも皆様方のご参考になれば幸いです。

ところで、ヒューマンサイエンス振興財団では、国の補助金で平成 6 年（1994 年）以来、26 年間に亘って医療ニーズ調査を実施してまいりました。お陰様で、医療ニーズのデータは、様々な場で引用・紹介され、弊財団の代名詞と言われる事業に成長するに至っております。これまで、医療ニーズ調査にご協力いただいた医療ニーズ調査 WG（班）の皆様、アンケートやヒアリングにお答えいただいた先生方等関係諸氏に改めてお礼申し上げます。

しかしながら、誠に申し訳なく残念ではございますが、諸般の事情により、弊財団は 2020 年度で解散することになりました。今回の報告書は、5 年計画の 4 年目にあたります。5 年目については別の組織で実施される予定ですので、皆様方には引き続き、ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い致します。

公益財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団

理事長 高柳 輝夫

**令和 2 年度（2020 年度）
国内基盤技術調査報告書
「60 疾患に関する医療ニーズ調査（第 6 回）」
【分析編】**

発行日：令和 2 年 12 月 11 日

発 行：公益財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団
〒101-0032
東京都千代田区岩本町 2-11-1
ハーブ神田ビル
電話 03(5823)0361／FAX 03(5823)0363
(財団事務局 担当 井口 富夫 山下 剛一)

印 刷：タナカ印刷株式会社
〒135-0023
東京都江東区平野 2-2-39

発行元の許可なくして転載・複製を禁じます。