

創薬等ヒューマンサイエンス総合研究事業
(調査・予測研究事業)

平成15年度(2003)

国内基盤技術調査報告書

—高齢患者に対する医療の現状に関する調査—

財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団

はしがき

財団法人ヒューマンサイエンス振興財団では、創薬等ヒューマンサイエンス総合研究事業の一環として、わが国の基盤技術に関する実態調査事業を実施しております。

本調査は当財団の先端技術情報委員会が、厚生労働省から厚生労働科学研究費補助金の交付を受けて実施したものです。

本報告書は、財団法人ヒューマンサイエンス振興財団・開発振興委員会・国内基盤技術調査ワーキンググループが、平成 15 年度に実施した「高齢患者に対する医療の現状に関する調査」の結果をまとめたものです。

本委員会では、既に平成 6 年度、国内基盤技術調査として「医療ニーズに関する調査」を行い、本調査報告書の中で 21 世紀初頭における医療ニーズを展望し、「予防医療」や患者の立場に立った医療すなわち「QOL の視点にたった医療」の推進の重要性を報告しました。さらに、平成 12 年度には調査報告書「2010 年の医療ニーズの展望」をまとめております。

日本は先進国でも例を見ないスピードで高齢化が進んでおり、2050 年には国民の約 3 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者という本格的な高齢社会の到来が見込まれています。医療を受ける機会の多い高齢者が総人口に占める割合が増えていることから、政府は医療制度の改革や医科学研究の推進、国民の意識向上への取組みなど、様々な施策を行っている中で、若年からの保健・疾病予防の充実・強化、前期・後期高齢者の特性に応じた医療のあり方、保健・疾病予防や介護との連携・役割分担が重要なことが指摘されています。そこで当委員会では本年度「高齢患者に対する医療の現状に関する調査」を実施し、高齢医療の現状を把握するとともに、高齢医療の課題とニーズを明らかにすることを目的とし、調査を致しました。

ご多用のところ、本調査にご協力いただきました各位に深甚の謝意を表します。また本報告書が、関係する分野でご利用いただければ幸いに存じます。

2004 年 3 月

財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団

先端技術情報委員会

千葉大学
医薬品副作用被害救済
・研究振興調査機構

厚生労働省
三井情報開発株式会社
三共株式会社
厚生労働省
国立感染症研究所
慶應義塾大学大学院
旭化成ファーマ株式会社
厚生労働省
国立医薬品食品衛生研究所
日興シティグループ証券株式会社
明治製菓株式会社

名誉教授
研究振興部

医政局研究開発振興課
常務取締役
研究戦略部
医薬食品局審査管理課
副所長
教授
薬事部
大臣官房厚生科学課
副所長
株式調査部
医薬情報センター

山崎 幹夫
揚松 龍治

石塚 正敏
江口 至洋
金子 勲
岸田 修一
倉田 毅
田中 滋
千木良 純
中谷 比呂樹
早川 堯夫
山本 義彦
横田 正幸

調査・執筆担当者

財団法人ヒューマンサイエンス振興財団

開発振興委員会・国内基盤技術調査ワーキンググループ

山之内製薬株式会社
第一製薬株式会社
三井情報開発株式会社
旭化成ファーマ株式会社
エーザイ株式会社
株式会社エスアールディ
エスエス製薬株式会社
オリンパス株式会社
ゼリア新薬工業株式会社
テルモ株式会社
東レ株式会社
日研化学株式会社
株式会社ビー・エム・エル
三井情報開発株式会社
明治製菓株式会社
財団法人ヒューマンサイエンス振興財団（事務局）

研開経営部
研究開発戦略部

薬事部
創薬研究本部

開発企画管理室
ゲノム医療事業推進室
研究開発企画部
研究開発センター
医薬企画部
営業推進部
先端技術開発本部
総合研究所
研究開発管理部

玉起 美恵子（リ-ダ-）
佐藤 和明（サブ-リ-ダ-）
江口 至洋（サブ-リ-ダ-）
千木良 純
田中 弘
田澤 博実
小川 陽一郎
嘉納 時男
佐藤 健治
清水 正樹
上西 憲明
大関 三夫
星野 文則
加藤 智子
畔高 政行
池田 眞一
塩川 麻美子

本調査にご協力頂いた学識経験者及び機関（敬称略、順不同）

稲城市立病院	神経内科部長	若林 行雄
国立療養所中部病院	長寿医療研究センター長	田平 武
国立療養所中部病院	内科医長	三浦 久幸
財団法人朝日生命成人病研究所	循環器科部長	芦田 映直
東京大学	医学部呼吸器内科学教室教授	長瀬 隆英
財団法人ヒューマンサイエンス振興財団	理事長	竹中 浩治

目 次

第1章 はじめに	1
1. 調査の背景	1
2. 調査の目的	3
第2章 アンケート調査結果	4
1. アンケート調査概要	4
(1) 調査の概要	4
① 調査の方法	4
② 調査実施時期	4
③ 調査対象者	4
④ 回収状況	4
2. アンケート調査結果	5
(1) アンケート調査結果の概要	5
(2) 回答者の属性	7
① 施設の種別	7
② 設置主体	8
③ 病床数	9
④ 担当診療科	10
(3) 調査結果	11
① 「高齢患者」の定義に関して	11
② ここ10年ほどの患者の変化	13
③ 若・中年患者（高齢者以外の患者）との比較における高齢者診療の現状	14
④ 若・中年者との比較における高齢医療の現状	21
⑤ 高齢患者への対応に関して	30
⑥ 医療関連企業（製薬企業・医療機器製造業等）が取り組むべき課題について ...	33
⑦ 高齢医療における薬剤の使用に関して	38
⑧ 高齢医療を推進するにあたっての企業、行政への要望	43
⑨ 自由意見	53
第3章 ヒアリング調査結果	57
1. 調査方法	57
2. アンケート調査結果に対するコメント	57
(1) 高齢者の定義	57
(2) 若・中年患者（高齢者以外の患者）との比較における高齢者診療の現状	58
(3) 若・中年患者との比較における高齢医療の現状	59

(4) 高齢患者への対応に関して	60
(5) 医療関連企業が取り組むべき課題	61
3. 臨床現場での意見	62
4. まとめ	62
第4章 文献調査	64
1. 高齢医療を取り巻く環境	64
(1) 日本の高齢化の現状	64
(2) 医療費の動向	66
(3) 効率的な医療体制構築に向けた取り組み	66
(4) 高齢者医療制度の基本的考え方	68
(5) 今後の新高齢者医療のあり方検討の展開	70
(6) 高齢社会における高齢者医療・介護と新・地域ケアの取組み（事例）	70
2. 高齢者診療ガイドライン、学会の活動	72
(1) 高齢者診療ガイドライン策定状況	72
(2) 高齢医療に関連する学会	76
3. 高齢者の疾患と治療の現状	78
(1) 呼吸器疾患	78
(2) 排尿障害	81
第5章 まとめ	84
附属資料1：調査票	87

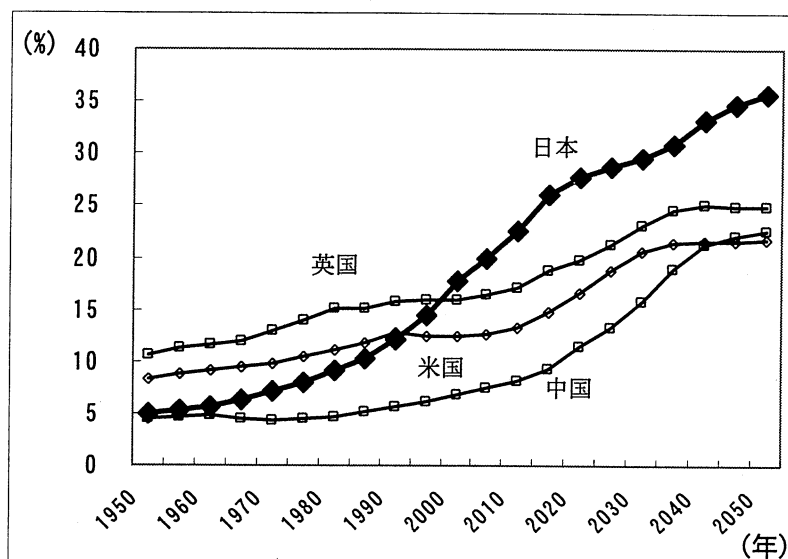
第1章 はじめに

1. 調査の背景

毎年9月15日は敬老の日と定められ^{注1)}、政府統計局はこの日の高齢者（65歳以上）人口を推計して毎年発表している。これによると、昨年（2003年）の高齢者人口は、男性が1,026万人、女性が1,405万人で、合計2,431万人である。これは、総人口1億2,769万人の19%を占めるほどとなっている。

平均寿命の伸長や出生率の漸減などにより、わが国の高齢化率^{注2)}は増加の一途をたどり、図表1-1-1に示すように、2000年には欧米諸国を追い抜いて17%台となった。その後も増加を続けると予想され、2035年には30%を超えて2050年には国民3人に1人が65歳以上の高齢者となるものと考えられる。

図表1-1-1 主要国の高齢化率の推移



（出典）日本：2000年までは総務省「国勢調査」、2005年以降は厚生労働省国立社会・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成14年1月中位推計）
各国：国連「World Population Prospects: The 1998 Division」（Medium Variant）

さらに、特徴的なことは図表1-1-2に示すように、この高齢化の速度が速いことである。欧米各国では、高齢化社会の目安とされる高齢者割合が7%から2倍の14%になるのに数十年以上を要しているのに対して、日本ではその半分以上しか要していない。

このような急激な高齢化に伴って、医療費も増加している。国民医療費は1990年には約20.6兆円だったのに対して、2000年には約30.4兆円と1.5倍に増えている。このうち老

注1) 2003年からは9月第3月曜日が敬老の日となった。

注2) 65歳以上の人口が全人口に占める比率

人医療費は、5.9 兆円から 11.2 兆円と 2 倍になっており、医療費全体に対する割合も 28.8% から 36.9%へと増大している。このように、高齢者人口（割合）が増加するとともに、老人医療費も増大し、社会的な問題となってきている。このような状況を打開するために、例えば 2000 年 4 月施行の介護保険制度によって、「介護が必要であっても、必ずしも医療が必要とはいえない高齢者の入院」を医療機関から介護施設へとシフトすることとなった。

図表 1-1-2 高齢化率倍増に要した年数

国名	高齢者割合が 7%から 14%になるのに要した年数
日本	24 年（1970～1994）
ドイツ	40 年（1932～1972）
イギリス	47 年（1929～1976）
イタリア	58 年（1931～1989）
アメリカ	70 年（1942～2012）
フランス	128 年（1864～1992）

（出典）『高齢化社会基礎資料年鑑 1994 年版』（社団法人エイジング研究センター刊）より作成

一方で、高齢者のための医療を行うべきであるという気運も高まってきている。文献などによると、高齢者と若・中年者では身体機能、病態、あるいは薬剤に対する反応性などが異なっており、高齢者にあった医療が行われる必要があるとされている。例えば、2003 年の消化器内視鏡学会会長講演「高齢者の消化器疾患の診断と治療」（日本大学医学部第三内科荒川泰行教授）では、逆流性食道炎、胃癌、十二指腸潰瘍および大腸癌について過去 5 年間に行われた約 8 万件にも上る消化器内視鏡検査のデータを分析した結果を発表している。これによると、逆流性食道炎では高齢者と非高齢者で頻度には差がないものの、高齢者では重症例が多かった。胃癌では高齢者に発見率が高く、加齢に伴って重症例の比率が高くなっている。また、十二指腸潰瘍は逆に高齢者の頻度が低く、大腸癌は胃癌と同様の傾向であった。以上から、荒川氏は以下のように総括している。

- 1) 高齢者の消化器疾患は、非高齢者と比べて、臨床病態や治療法の選択など多くの点で異なることが明らかとなった。
- 2) 高齢者疾患の特徴を理解して、日常診療に反映していくことが重要である。

また、一般的には 65 歳以上を高齢者として扱っているが、これも個人差が大きいと思われる。医療の現場では高齢者をどのようにとらえているのか、またどのように扱っているか明確ではない。

さらに、高齢者のうちでも 65 歳～74 歳を前期高齢者、75 歳以上を後期高齢者と呼んでいるが、この後期高齢者の割合が年々高くなっているのもわが国の特徴である。例えば、1970 年代には高齢者のうち後期高齢者の占める割合が 30%程度だったのに対して、1990 年には 40%を超え、その増加傾向は今も続いている。

また、よく知られているように高齢者の男女比を見ると、女性の方が多い。平均寿命（2002

年度)が男性 78.32 歳に対して、女性が 85.23 歳と長いことにより、特に後期高齢者では 3 人に 2 人が女性となっていることも見逃せない。

このような状況により、患者構成をみていくと高齢者の比率は年々上昇し続け、2007 年には全体の 50%を超え、2045 年には 66.6%と 3 人に 2 人が高齢患者となると推測されている。

このように患者構成に占める高齢者の比率が高まることによって、若・中年者に比べて高齢者に頻度が高い疾患が顕在化するなど、高齢者の増加によって今後どのような疾患が重要になってくるかを知ることでも大事である。

2. 調査の目的

これまで記してきたような高齢社会への移行に伴い、医療の質や中身も高齢社会に合うように変化していく必要があると思われるが、具体的な内容は必ずしも明らかになってはおらず、現実はどうか、医療がどう変化しているかを明らかにしていく必要があると考えられた。また、医療の現場では高齢者に対する医療についてどのように考えているかは、医療ニーズを探る上でも必要と考えられた。

そこで、医療機関に対するアンケート調査、専門家に対するヒアリング、ならびに文献調査により、若・中年者との比較による高齢者の医療の実態を明らかにすることを目的に調査を行った。

なお、高齢医療という用語は必ずしも一般的に使われているとは言えないが、今回の調査では高齢患者に対する医療を高齡医療と表現した。

第2章 アンケート調査結果

1. アンケート調査概要

(1) 調査の概要

① 調査の方法

医療機関に対する郵送アンケート調査

② 調査実施時期

調査期間：2003年9月18日（木）～11月6日（木）

③ 調査対象者

調査対象者は、医療機関に勤務する医師とした。

発送総数510件、その内訳は、日本老年医学会認定施設^{注1)}、一般施設、各255件とした。医療機関の選定にあたっては、まず日本老年医学会認定施設を抽出し、一般病院については、認定施設と地域や病院の規模が概ね揃うように配慮した。その結果、病床数「0～199床」が133施設、「200～499床」が156施設、「500床以上」が221施設となった。

診療科の選択にあたっては、第一優先を「老人科」、次に「総合診療科」、次に「内科」とした。内科については、循環器内科、呼吸器内科など、専門領域が分散するように配慮した。

④ 回収状況

本アンケート調査は、配布総数510件に対し、133件の回答をいただき、回収率は26.1%であった。

図表 2-1-1 回収率

配布数	回収数	回収率
510	133	26.1%

注1) 日本老年医学会認定施設とは、日本老年医学会が「老年者の診療に必要な総合的な知識と技量を有する優れた医師を養成し、老年者の医療の向上を図り、国民の福祉に貢献する」ことを目的に認定した施設である。

2. アンケート調査結果

(1) アンケート調査結果の概要

アンケート全体を通して、自由回答およびコメント欄への記載が多く、高齢医療に対する医療現場での関心の高さがうかがえた。

また、日本老年医学会認定施設と一般施設で回答に大きな差はみられなかった。

1) 「高齢患者」の定義に関して（問 1）

高齢患者の定義としては、一般的とされる 65 歳以上との回答は 2 割程度にとどまり、70 歳以上から高齢患者とする回答が多かった。

高齢患者として意識する際に 4 分の 3 が年齢以外に容姿・外観を考慮していた。

2) ここ 10 年ほどの患者の変化（問 2）

回答者の約 8 割が患者全体に占める高齢患者の割合は増加したと認識している。

生活習慣病患者、複数疾患の合併率も増加している。

3) 若・中年者（高齢者以外の患者、以下同様）との比較における高齢者診療の現状（問 3）

高齢者の患者に対して問診方法、治療薬剤の種類、用量、服薬指導の仕方については 7 割以上が対応を変えているが、合併症の確認、検査項目、処方期間・頻度について変えているのは半数程度であった。

治療薬剤の種類、用量については安全性を最も重視した選択が行われている。

4) 若・中年者との比較における高齢医療の現状（問 4）

全体的に、若・中年者に比して高齢者では治療に対する不満の割合が相対的に高かった。

若・中年者と比較して高齢者では虚血性心疾患、呼吸器系感染症、うつ病、排尿障害で不満の割合が高かった。

一方、高齢者と若・中年者とで治療満足度の高い疾患および満足度の割合に大きな差は認められなかった。

高齢者において不満足度が高い（20%以上）疾患で、かつ若・中年者の不満足度の 2 倍以上となっている「呼吸器系感染症」と「排尿障害」の 2 つの疾患を、高齢者で特に問題となる疾患と捉え、第 4 章で取り上げ、詳しく文献調査を行っている。

5) 高齢患者への対応に関して（問 5）

回答数の 3 分の 2 以上の施設で服薬指導を実施もしくは計画していた。

高齢医療では、QOL（Quality of Life）の重視、医療従事者の連携、個別治療の推進が重要視されている。

6) 医療関連企業(製薬企業・医療機器製造業)が取り組むべき課題について（問 6）

高齢医療での製薬企業への要望として、9 割近くが薬剤の高齢者に関する有効性、安全性のデータの充実を上げており、高齢者に向けた製剤の工夫・改善、新薬の研究開発を大きく上回っていた。

医療機器は、操作や表示といった使い易さ、高齢者への負担が少ない低侵襲性、誤用や転落・転倒防止、安価、高性能が求められている。

7) 高齢医療における薬剤の使用に関して（問 7）

過半数が費用対効果を検討の上、必要に応じて新薬、ジェネリック薬を使い分けるとしていた。

新薬に対しては、既存薬に対して明確な有効性の差を求めるという意見が、やや優勢、ほぼ同等でよいとの意見を大幅に上回っていた。

新薬に求める安全性は、全般的な副作用の発生頻度の低下を求める意見と重篤な副作用の発生頻度の低下を求める意見が拮抗していた。

新薬に求める使用性の向上は服用回数の改善が飲みやすさの改善を上回っていた。

8) 高齢医療の課題・要望（問 8）

医薬品では、使い易さ、安全性、適正使用情報、新製品に関するものが大部分であった。

医療機器では、使い易さ、介護に関する機器の要望が多かった。

医薬品、医療機器に共通するものとして、より安価な製品への要望が高かった。

行政に対しては、医療保険制度に関するものが最も多く、次いで国の組織体制整備に対する要望、予防医療と啓発活動の充実を訴える意見が続いた。

9) 自由意見（問 9）

自由意見でも問 8 と同様に医療保険、診療報酬に関するものが最も多かった。

また医療機関あるいは社会全体として高齢医療への取り組みが必要との意見も多かった。

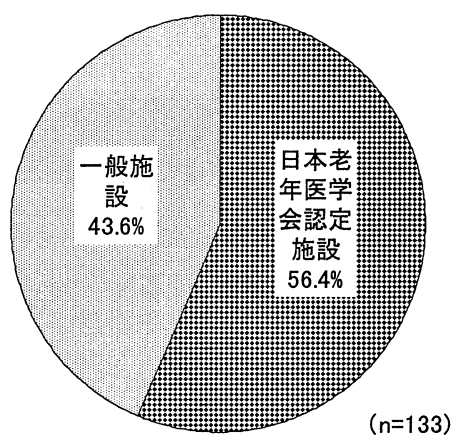
(2) 回答者の属性

① 施設の種別

回答者の施設種別を図表 2-2-1 に示した。回答者の施設種別割合は日本老年医学会認定施設 56.4%、一般施設 43.6%であった。

図表 2-2-1 施設種別

	回答数	%
日本老年医学会認定施設	75	56.4
一般施設	58	43.6
合計	133	100.0

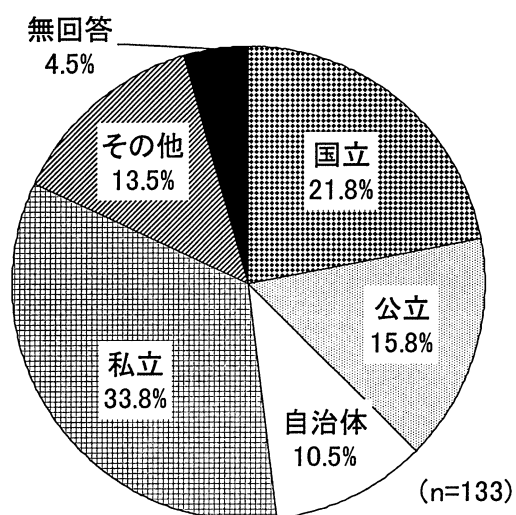


② 設置主体

回答者の施設の設置主体を図表2-2-2に示した。回答者の施設設置主体は「私立」が33.8%、次いで「国立」21.8%、「公立」15.8%、「自治体」10.5%であった。

図表 2-2-2 設置主体

	回答数	%
国立	29	21.8
公立	21	15.8
自治体	14	10.5
私立	45	33.8
その他	18	13.5
無回答	6	4.5
合計	133	100.0

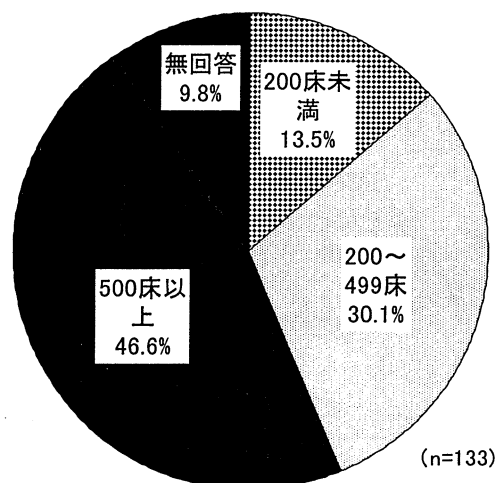


③ 病床数

回答者の施設の病床数を図表 2-2-3 に示した。回答者の病床数は、「500 床以上」が 46.6%、次いで「200～499 床」30.1%、「0～199 床」13.5%であった。

図表 2-2-3 病床数

	回答数	%
0～199 床	18	13.5
200～499 床	40	30.1
500 床以上	62	46.6
無回答	13	9.8
合計	133	100.0

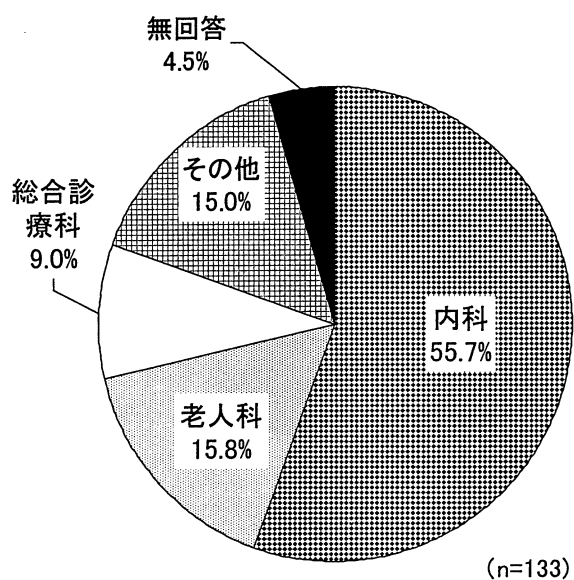


④ 担当診療科

回答者の担当診療科を図表 2-2-4 に示した。回答者の担当診療科は、「内科」が 55.7%と最も多く、次いで「老人科」15.8%、「総合診療科」9.0%であった。

図表 2-2-4 担当診療科

	回答数	%
内科	74	55.7
老人科	21	15.8
総合診療科	12	9.0
その他	20	15.0
無回答	6	4.5
合計	133	100.0



(3) 調査結果

① 「高齢患者」の定義に関して

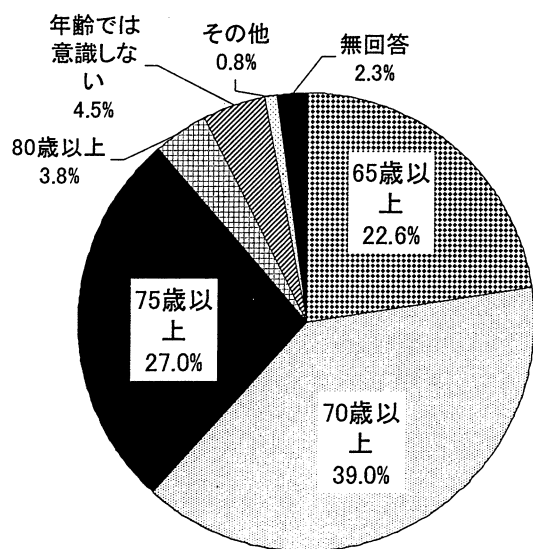
a. 「高齢患者」の定義に関して

問1(1)統計上、65歳以上が「高齢者」として定義されていますが、先生は、日常診療の中で、何歳ぐらいの患者からを「高齢患者」として意識されますか。下記の選択肢より 1つを選び、該当する番号に○をお付けください。

「高齢患者」として意識する年齢についての結果を図表2-2-5に示した。「70歳以上」との回答が最も多く39.0%、次いで「75歳以上」の27.0%、「65歳以上」の22.6%であった。

図表2-2-5 「高齢患者」として意識する年齢

	回答数	%
65歳以上	30	22.6
70歳以上	52	39.0
75歳以上	36	27.0
80歳以上	5	3.8
年齢では意識しない	6	4.5
その他	1	0.8
無回答	3	2.3
合計	133	100.0



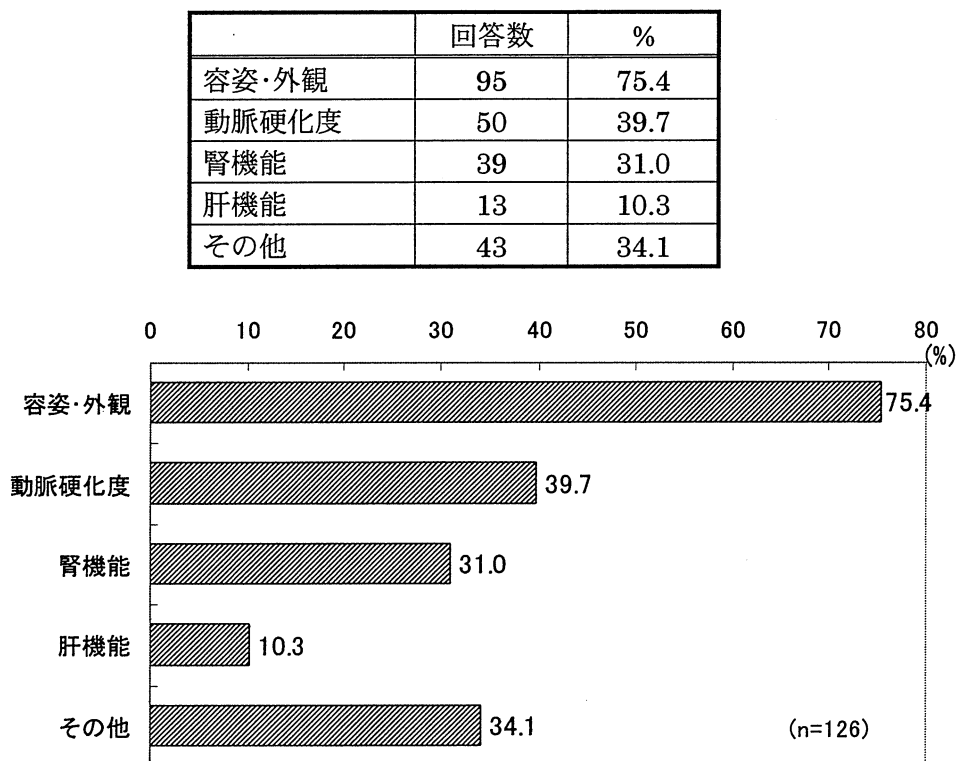
(n=133)

b. 高齢患者として年齢以外に考慮すること

問1 (2) 「高齢患者」として意識する場合、年齢以外に考慮することはありますか。下記選択肢のうち、該当する番号すべてに○をお付けください（複数回答可）。

「高齢患者」として年齢以外に考慮している点についての結果を図表 2-2-6 に示した。「容姿・外観」が 75.4%と最も多かったが、「動脈硬化度」(39.7%)、「腎機能」(31.0%)を考慮している割合も高かった。「その他」として、日常生活動作（Activity of Daily Living; ADL）を考慮するとの回答が最も多く（25 件）、痴呆の程度（12 件）、会話での受け答えの状況を考慮する（10 件）との回答が続いた。

図表 2-2-6 年齢以外に考慮すること（複数回答可 n=126）



※ →以下の質問の「高齢患者」の定義は、回答者各位が区分した定義に従ったものである。

② ここ 10 年ほどの患者の変化

問 2 ここ 10 年ほどで先生が診てこられた患者さんの年齢や疾患に変化がありましたか。

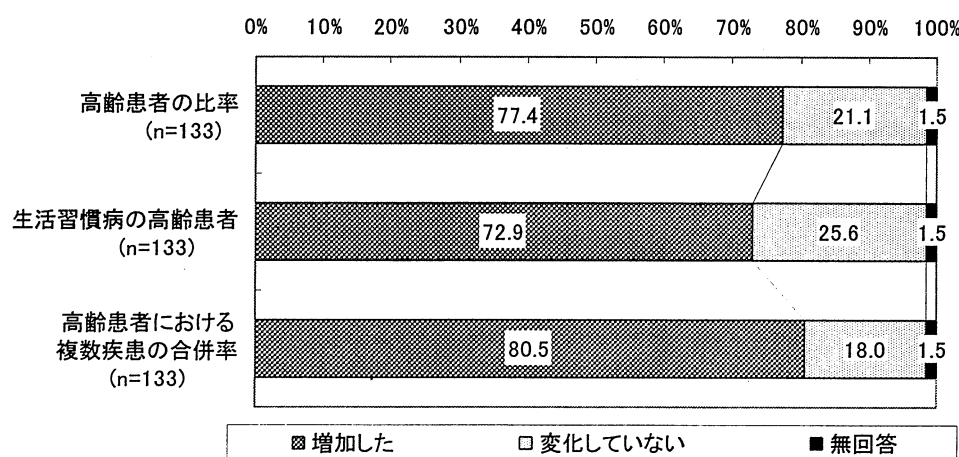
ここ 10 年ほどの患者の変化についての結果を図表 2-2-7 に示した。患者全体に占める高齢患者の割合は、「増加した」が 77.4%、「変化していない」が 21.2%、「減少した」との回答は 0%であった。特徴的なコメントとして、90 歳以上の高齢者が増加しているという意見があった。

生活習慣病^{注1)}の高齢患者の割合は、「増加した」が 72.9%、「変化していない」が 25.6%、「減少した」との回答は 0%であった。高齢者の生活習慣病についてコメントをいただいた 19 人中、糖尿病の増加を指摘する意見が 7 件と最も多かった。

さらに高齢患者における複数疾患の合併の割合は、「増加した」が 80.5%、「変化していない」が 18.0%、「減少した」との回答は 0%であった。

図表 2-2-7 ここ 10 年ほどの患者の変化

項 目		増加した	変化していない	減少した	無回答	合計
先生の患者全体に占める 高齢患者	回答数	103	28	0	2	133
	%	77.4	21.2	—	1.5	100.0
生活習慣病の高齢患者	回答数	97	34	0	2	133
	%	72.9	25.6	—	1.5	100.0
高齢患者における複数疾患 の合併率	回答数	107	24	0	2	133
	%	80.5	18.0	—	1.5	100.0



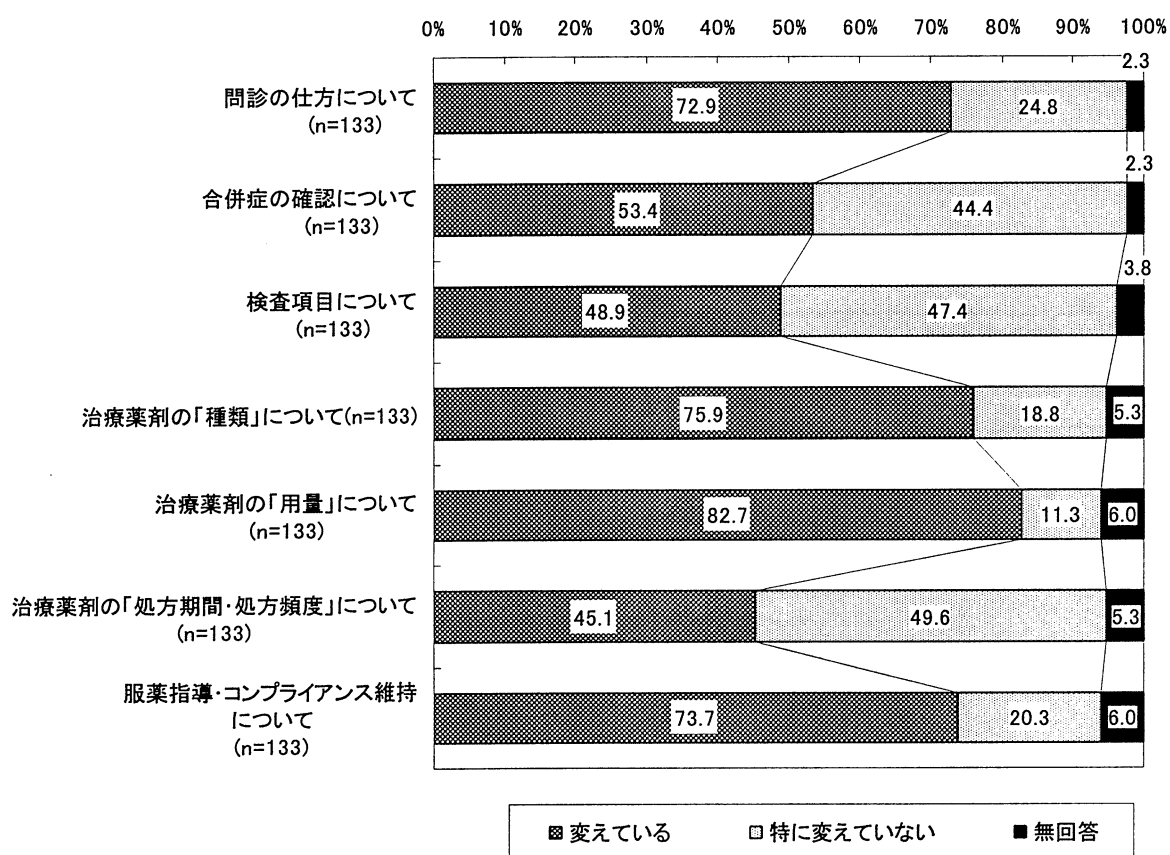
注1) 生活習慣病：食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群。インスリン非依存性糖尿病、肥満、高脂血症、高尿酸血症、先天性を除く循環器疾患、大腸がん、高血圧症、肺扁平上皮がん、慢性気管支炎、肺気腫、アルコール性肝障害、歯周病などが含まれる。

③ 若・中年患者（高齢者以外の患者）との比較における高齢者診療の現状

問3 「高齢患者」を意識して、「若・中年患者」と対応を変えていることはありますか。
該当する番号に○をお付けください。

「高齢患者」を意識して、「若・中年患者」と対応を変えていることを図表 2-2-8 に示した。高齢者の患者に対して問診方法、治療薬剤の種類、用量、服薬指導の仕方については7割以上が対応を変えているが、合併症の確認、検査項目、処方期間・頻度について変えているのは半数程度であった。

図表 2-2-8 若・中年患者との比較における高齢者診療の現状



a. 問診の仕方（症状や既往、服用中の薬剤などの聞き方、病気や治療法、薬剤の説明など）

高齢患者への問診の仕方についての結果を図表 2-2-9 に示した。問診の仕方を「変えている」との回答が 72.9%、「特に変えていない」が 24.8%であった。

高齢患者への問診の仕方について「変えている」と答えた回答者（97 人）が意識している点として、「ゆっくり時間をかける、平易に説明する」が最も多く（54 件）、聞き取る方法に工夫をしている（23 件）、家族や付き添いの方にも聞く（16 件）、問診の中で併用薬をチェックする（11 件）、うつや痴呆など精神状態をチェックする（8 件）が続いた。

図表 2-2-9 問診の仕方

	回答数	%
変えている	97	72.9
特に変えていない	33	24.8
無回答	3	2.3
合計	133	100.0

b. 合併症の確認

高齢患者で合併症の確認の仕方を変えているかについての結果を図表 2-2-10 に示した。合併症の確認を「変えている」との回答が 53.4%、「特に変えていない」が 44.4%であった。

高齢患者で合併症の確認の仕方を、「変えている」と答えた回答者（71 人）が意識している点として、心血管系の合併症（12 件）が最も多く、全身を総合的にチェックする（7 件）、痴呆の有無（5 件）、腎疾患の合併症（4 件）、癌の合併症（4 件）と続いた。また高齢者には合併症があるもの、という前提で治療する（4 件）との意見もあった。

図表 2-2-10 合併症の確認

	回答数	%
変えている	71	53.4
特に変えていない	59	44.4
無回答	3	2.3
合計	133	100.0

c. 検査項目(数や内容)

高齢患者で検査項目(数や内容)を変えているかについての結果を図表 2-2-11 に示した。高齢者で「変えている」との回答が 48.9%、「特に変えていない」が 47.4%とほぼ同率であった。

高齢患者で検査項目(数や内容)を「変えている」と答えた回答者（65 人）が注意している点として、高齢者ではより詳細に検査するという回答が最も多く（14 件）、腎機能検査

を重視している（13 件）、との意見が続いた。

逆に、高齢者の身体的な負担を考慮し行う検査を絞って少なくする（9 件）、侵襲的な検査を避けるようにしている（7 件）、画像診断を多用する（5 件）という回答も多かった。

図表 2-2-11 検査項目

	回答数	%
変えている	65	48.9
特に変えていない	63	47.4
無回答	5	3.8
合計	133	100.0

d. 治療薬剤の「種類」

高齢患者で治療薬剤の「種類」を変えているかについての結果を図表 2-2-12 に示した。高齢者で治療薬剤の「種類」を「変えている」との回答が 75.9%となっており、「特に変えていない」（18.8%）と比べて多かった。

図表 2-2-12 治療薬剤の「種類」

	回答数	%
変えている	101	75.9
特に変えていない	25	18.8
無回答	7	5.3
合計	133	100.0

（d.で、治療薬剤の「種類」を「変えている」と回答した人）

治療薬剤を選択する際に、下表の選択肢のうち、いずれの項目を重視しますか。**優先度順に 3 つを選択し、該当する欄に番号**をご記入ください。

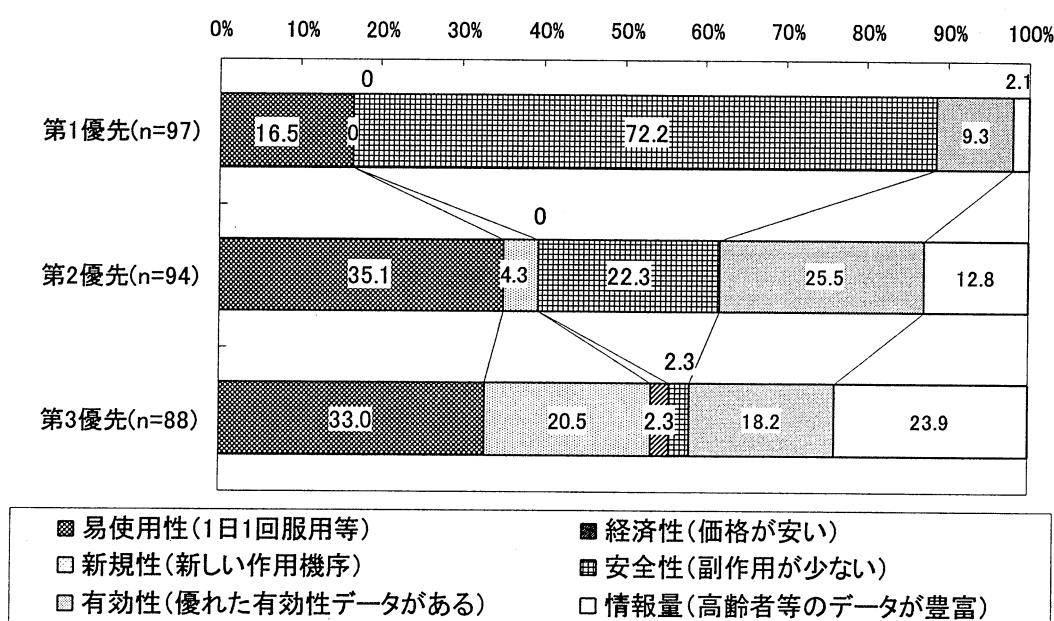
治療薬剤の「種類」を「変えている」と答えた回答者（101 人）の、薬剤の選択で重視する点についての結果を図表 2-2-13 に示した。重み付けを考慮した集計（*方法は次頁参照）により、第 1 位は「安全性」を重視するとの回答で 254 点、第 2 位は「易使用性」で 143 点、以下「有効性」91 点、「情報量」51 点と続いた。

高齢医療における治療薬剤選択の基準を「変えている」との回答者のコメント（23 人）として、安全性を重視するが最も多く（9 件）、処方する薬の種類を減らす（4 件）と続いた。なお、1 日 1 回投与よりも複数回投与で量が増減できる薬が処方しやすいとの回答が 2 件あった。

図表 2-2-13 治療薬剤の選択（優先順位 1～3 位）

項 目		易使用性(一日一回服用等)	経済性(価格が安い)	新規性(新しい作用機序)	安全性(副作用が少ない)	有効性(優れた有効性データがある)	情報量(高齢者等のデータが豊富)	合 計
第 1 優先	回答数	16	0	0	70	9	2	97
	%	16.5	—	—	72.2	9.3	2.1	100.0
第 2 優先	回答数	33	4	0	21	24	12	94
	%	35.1	4.3	—	22.3	25.5	12.8	100.0
第 3 優先	回答数	29	18	2	2	16	21	88
	%	33.0	20.5	2.3	2.3	18.2	23.9	100.0
総合(重み付け*)	回答数	143	26	2	254	91	51	567
	%	25.2	4.6	0.4	44.8	16.0	9.0	100.0

*第 1 優先を 3 点、第 2 優先を 2 点、第 3 優先を 1 点として計算



e. 治療薬剤の「用量」

高齢患者で治療薬剤の「用量」を変えているかについての結果を図表 2-2-14 に示した。高齢者で「変えている」との回答が 82.7%であり、「特に変えていない」の 11.3%と比べて多かった。

図表 2-2-14 治療薬剤の「用量」

	回答数	%
変えている	110	82.7
特に変えていない	15	11.3
無回答	8	6.0
合計	133	100.0

(e.で治療薬剤の用量を「変えている」と回答した人)

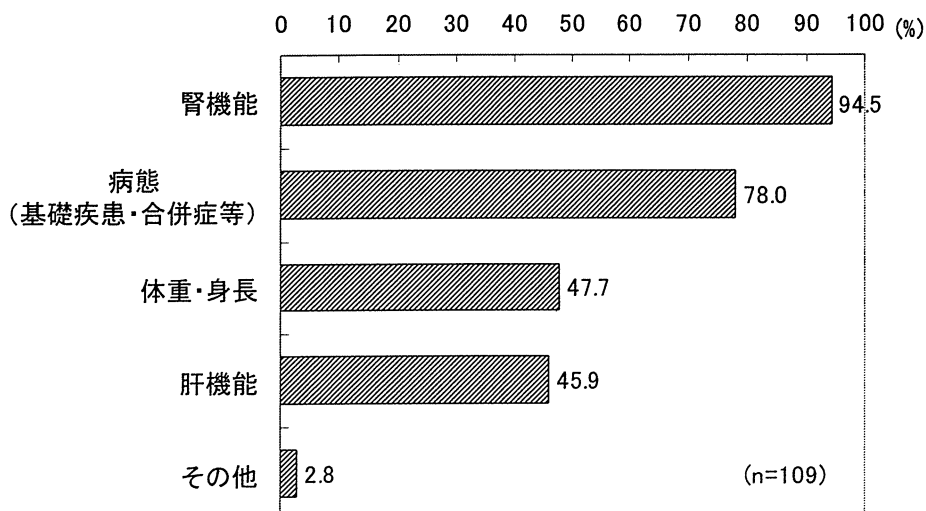
特に高齢者のどのような点に注意していますか。あてはまる番号すべてに○をお付けください（複数回答可）。

治療薬剤の「用量」を「変えている」と答えた回答者が用量の選択で注意している点についての結果を図表 2-2-15 に示した。「腎機能」に注意するが最も多く 94.5%、次に「病態（基礎疾患・合併症等）」78.0%、「体重・身長」47.7%、「肝機能」45.9%と続いた。

治療薬剤の「用量」を「変えている」と答えた回答者のうち自由回答に記載のあった人（68 人）が具体的に注意している点として、少なめに投与する、少量から開始するとの回答が最も多く（52 件）、定期的に肝腎機能や血中濃度をチェックして増減する（12 件）、高齢者では多剤投与される患者が多いことから薬物相互作用に注意する（2 件）と続いた。

図表 2-2-15 特に注意していること（複数回答可 n=109）

	回答数	%
腎機能	103	94.5
病態(基礎疾患・合併症等)	85	78.0
体重・身長	52	47.7
肝機能	50	45.9
その他	3	2.8



f. 治療薬剤の「処方期間・処方頻度」

高齢患者で治療薬剤の「処方期間・処方頻度」を変えているかについての結果を図表 2-2-16 に示した。高齢者で「処方期間・処方頻度」を「変えている」との回答が 45.1%、「特に変えていない」が 49.6%とほぼ同じだった。

高齢患者で治療薬剤の「処方期間・処方頻度」を「変えている」と答えた回答者のうち自由回答に記載のあった人（55 人）が具体的に变えている点は、処方期間を短めになっている（24 件）が最も多く、初回投与や処方変更時には処方期間を短めにしてチェックする（18 件）が続いた。

逆に高齢者では来院の負担を減らすため処方期間を長めにするとの回答も 6 件あった。

図表 2-2-16 治療薬剤の「処方期間・処方頻度」

	回答数	%
変えている	60	45.1
特に変えていない	66	49.6
無回答	7	5.3
合計	133	100.0

g. 服薬指導・コンプライアンス維持

高齢患者で治療薬剤の「服薬指導・コンプライアンス維持」を変えているかについての結果を図表 2-2-17 に示した。高齢者で「変えている」との回答が 73.7%、「特に変えていない」が 20.3%であった。

図表 2-2-17 服薬指導・コンプライアンス維持

	回答数	%
変えている	98	73.7
特に変えていない	27	20.3
無回答	8	6.0
合計	133	100.0

(g.で「変えている」と回答した人)

特に高齢者に対し、どのように対応していますか。あてはまる番号すべてに○をお付けください（複数回答可）。

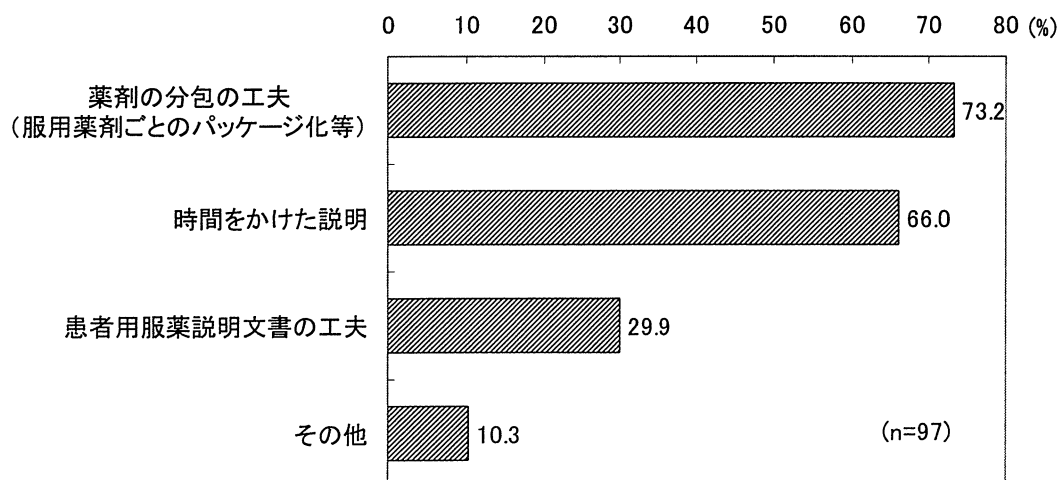
高齢患者で「服薬指導・コンプライアンス維持」を変えていると回答した人がどのように対応しているかについての結果を図表 2-2-18 に示した。「薬剤の分包の工夫」が 73.2%と最も多く、「時間をかけた説明」66.0%、「患者用服薬説明文書の工夫」29.9%と続いた。

「その他」として家族、介護者、関係する医療介護スタッフへ情報提供を行うとの回答があった。

高齢患者で「服薬指導・コンプライアンス維持」を変えていると回答した人が具体的にどのように変えているかについての自由回答（68 人）では、分包化や 1 日 1 回などシンプルな構成にする（26 件）との回答が最も多く、本人への服薬指導を十分行いコンプライアンスの重要性を理解してもらう（14 件）、家族や介護者への服薬指導（12 件）、本人や家族へ残薬のチェックを行う（9 件）、薬剤師や看護師と協力する（7 件）が続いた。

図表 2-2-18 特に注意していること（複数回答可 n=97）

	回答数	%
薬剤の分包の工夫(服用薬剤ごとのパッケージ化等)	71	73.2
時間をかけた説明	64	66.0
患者用服薬説明文書の工夫	29	29.9
その他	10	10.3



④ 若・中年者との比較における高齢医療の現状

問4 下表の疾患に関し、治療の効果、コンプライアンス、QOLの維持・改善なども含めて、現在、十分満足のいく治療が行えているとお考えでしょうか。疾患ごとに、**高齢者、若・中年者、それぞれの治療の満足度について、下表の当てはまる欄の番号に○をお付けください。**

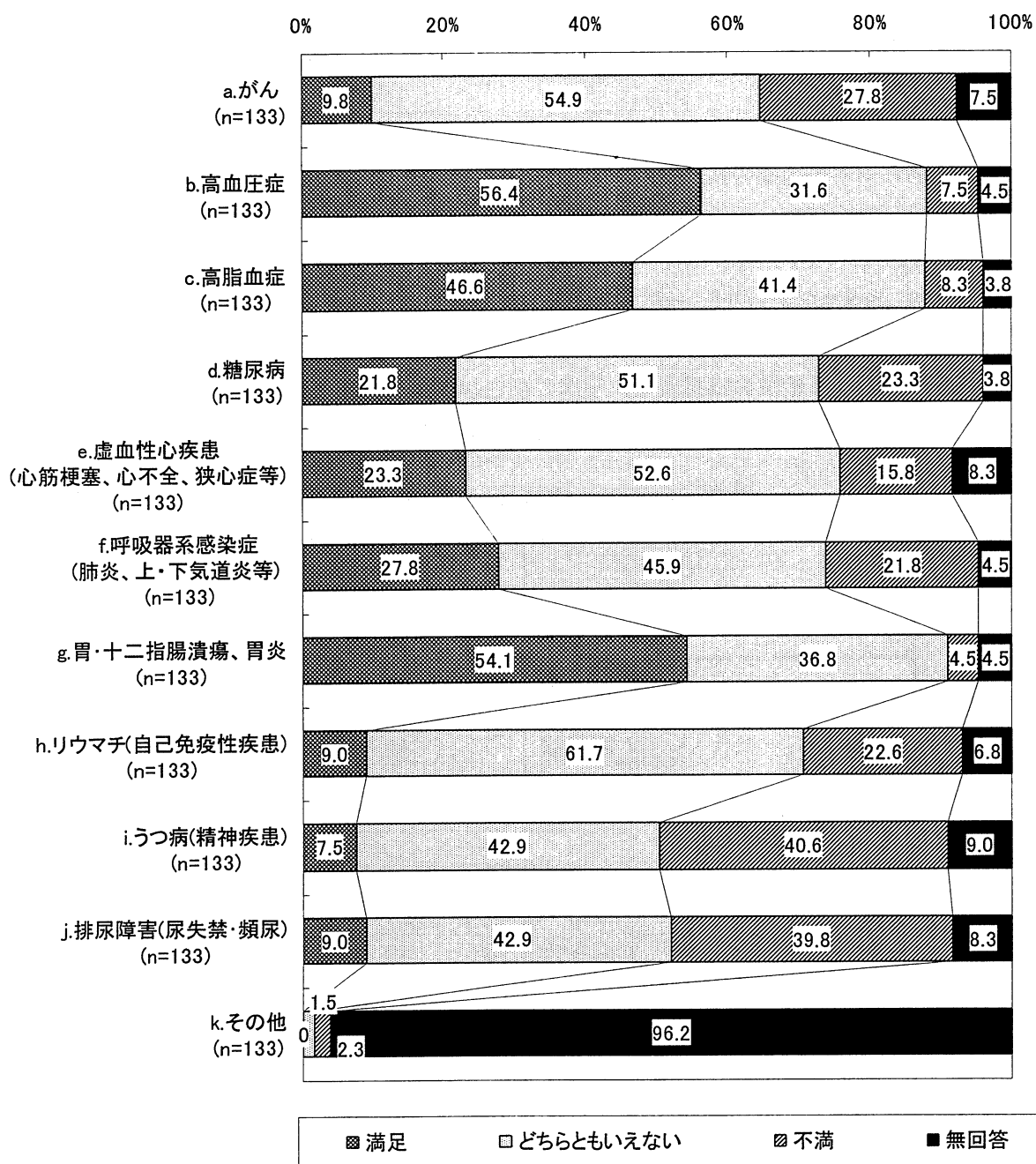
高齢者に対する治療の満足度について、図表 2-2-19 に示した。満足の割合が最も高かった疾患は「高血圧症」の 56.4%、次に「胃・十二指腸潰瘍、胃炎」の 54.1%、「高脂血症」の 46.6%であった。不満の割合が最も高かった疾患は「うつ病」の 40.6%で、次に「排尿障害」の 39.8%であった。一方、他の疾患は満足の割合も不満の割合も 30%以下であり、「どちらともいえない」の割合が高かった。

高齢者に対する治療の満足度で、不満の割合が満足よりも高かった疾患は、「がん」、「糖尿病」、「リウマチ」、「うつ病」、「排尿障害」であった。

図表 2-2-19 高齢者に対する治療の満足度

項 目		満 足	ど ち ら と も い え な い	不 満	無 回 答	合 計
a.がん	回答数	13	73	37	10	133
	%	9.8	54.9	27.8	7.5	100.0
b.高血圧症	回答数	75	42	10	6	133
	%	56.4	31.6	7.5	4.5	100.0
c.高脂血症	回答数	62	55	11	5	133
	%	46.6	41.4	8.3	3.8	100.0
d.糖尿病	回答数	29	68	31	5	133
	%	21.8	51.1	23.3	3.8	100.0
e.虚血性心疾患 (心筋梗塞、心不全心症等)	回答数	31	70	21	11	133
	%	23.3	52.6	15.8	8.3	100.0
f.呼吸器系感染症 (肺炎、上・下気道炎等)	回答数	37	61	29	6	133
	%	27.8	45.9	21.8	4.5	100.0
g.胃・十二指腸潰瘍、 胃炎	回答数	72	49	6	6	133
	%	54.1	36.8	4.5	4.5	100.0
h.リウマチ (自己免疫性疾患)	回答数	12	82	30	9	133
	%	9.0	61.7	22.6	6.8	100.0
i.うつ病 (精神疾患)	回答数	10	57	54	12	133
	%	7.5	42.9	40.6	9.0	100.0
j.排尿障害 (尿失禁・頻尿)	回答数	12	57	53	11	133
	%	9.0	42.9	39.8	8.3	100.0
k.その他	回答数	0	2	3	128	133
	%	—	1.5	2.3	96.2	100.0

図表 2-2-19 高齢者に対する治療の満足度（つづき）



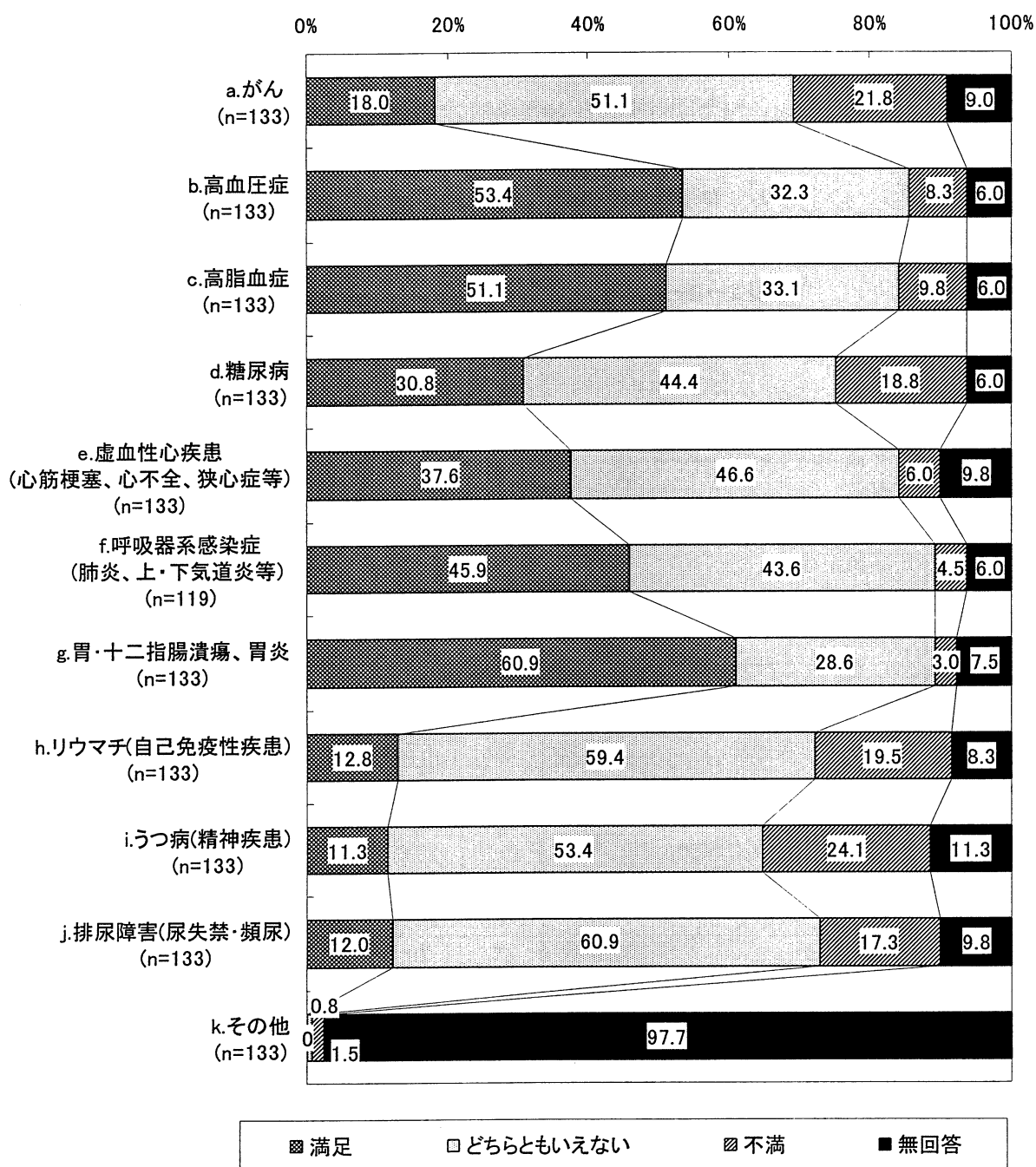
若・中年者に対する治療の満足度について、図表 2-2-20 に示した。満足の割合が最も高かった疾患は「胃・十二指腸潰瘍、胃炎」の 60.9%で、次に「高血圧症」の 53.4%、「高脂血症」の 51.1%であった。不満の割合が最も高かった疾患は「うつ病」の 24.1%で、次に「がん」の 21.8%、「リウマチ」の 19.5%、「糖尿病」の 18.8%、「排尿障害」の 17.3%であり、他の疾患の不満の割合はいずれも 10%未満だった。

若・中年者に対する治療の満足度で、不満の割合が満足よりも高かった疾患は、「がん」、「リウマチ」、「うつ病」、「排尿障害」であった。

図表 2-2-20 若・中年者に対する治療の満足度

項 目		満 足	どちらとも いえない	不 満	無 回 答	合 計
a.がん	回答数	24	68	29	12	133
	%	18.0	51.1	21.8	9.0	100.0
b.高血圧症	回答数	71	43	11	8	133
	%	53.4	32.3	8.3	6.0	100.0
c.高脂血症	回答数	68	44	13	8	133
	%	51.1	33.1	9.8	6.0	100.0
d.糖尿病	回答数	41	59	25	8	133
	%	30.8	44.4	18.8	6.0	100.0
e.虚血性心疾患 (心筋梗塞、心不全心症等)	回答数	50	62	8	13	133
	%	37.6	46.6	6.0	9.8	100.0
f.呼吸器系感染症 (肺炎、上・下気道炎等)	回答数	61	58	6	8	133
	%	45.9	43.6	4.5	6.0	100.0
g.胃・十二指腸潰瘍、 胃炎	回答数	81	38	4	10	133
	%	60.9	28.6	3.0	7.5	100.0
h.リウマチ (自己免疫性疾患)	回答数	17	79	26	11	133
	%	12.8	59.4	19.5	8.3	100.0
i.うつ病 (精神疾患)	回答数	15	71	32	15	133
	%	11.3	53.4	24.1	11.3	100.0
j.排尿障害 (尿失禁・頻尿)	回答数	16	81	23	13	133
	%	12.0	60.9	17.3	9.8	100.0
k.その他	回答数	0	1	2	130	133
	%	—	0.8	1.5	97.7	100.0

図表 2-2-20 若・中年者に対する治療の満足度（つづき）

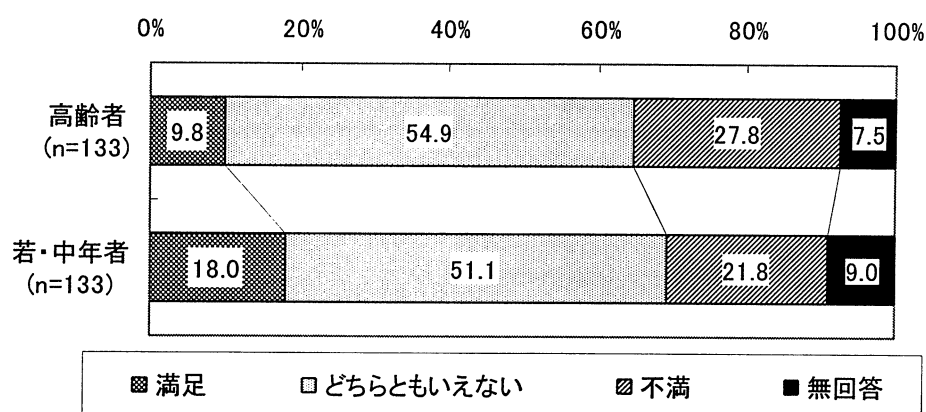


治療に対する満足度を高齢者と若・中年者と比較した結果を疾患ごとに図表 2-2-21 から 2-2-30 に示した。

a. がん

がんでは、「満足」の割合はいずれも低率であったが、高齢者で 9.8%、若・中年者で 18%と差が見られた。その理由として「がん種の違い」、「高齢者において治療耐用性が低い」、「合併症のため治療継続困難」、「平均余命、健康余命が異なる」などが挙げられていた。

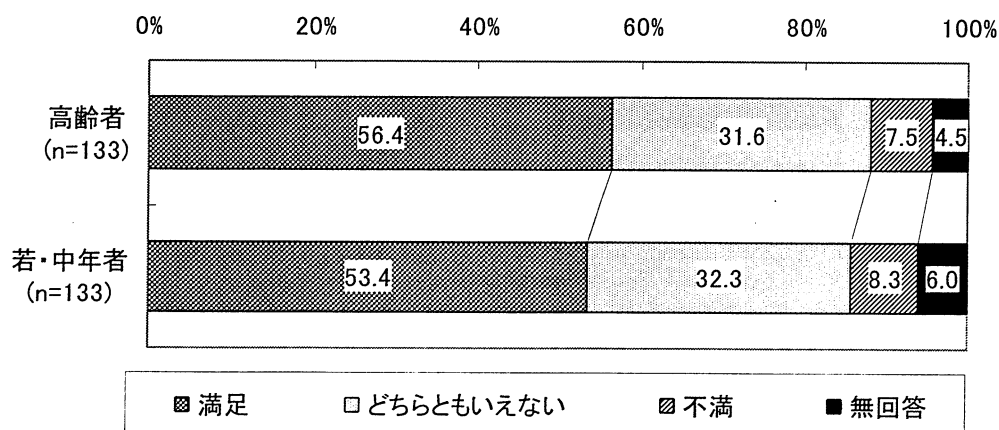
図表 2-2-21 高齢者と若・中年者の満足度比較（がん）



b. 高血圧症

高血圧症では、「満足」の割合に高齢者と若・中年者に差はほとんどなかった。高齢者が若・中年者に比べて満足度が高いと回答した理由として、「若・中年者の方が血圧をより低くしなければならない」、「高齢者の方が服薬のコンプライアンスが良い」、「病気に対する認識が若・中年者で低い」などであった。また、若・中年者で満足度が高いと回答した理由は、「高齢者は収縮期血圧が高く、かつ動揺性」、「高齢者で、もう少し降圧を目的として投薬すべき」、「高齢患者への知識の充足が必要」であった。

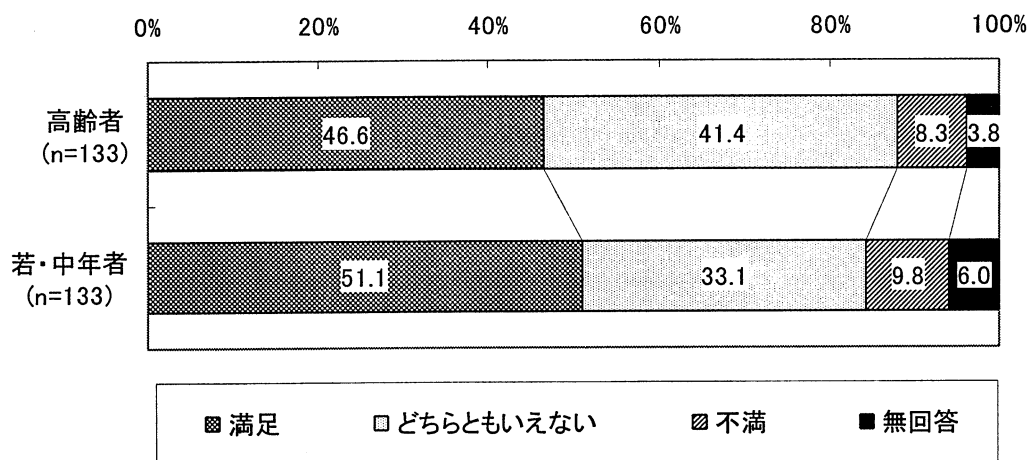
図表 2-2-22 高齢者と若・中年者の満足度比較（高血圧症）



c. 高脂血症

高脂血症では、「満足」の割合に高齢者と若・中年者に差はほとんどなかった。

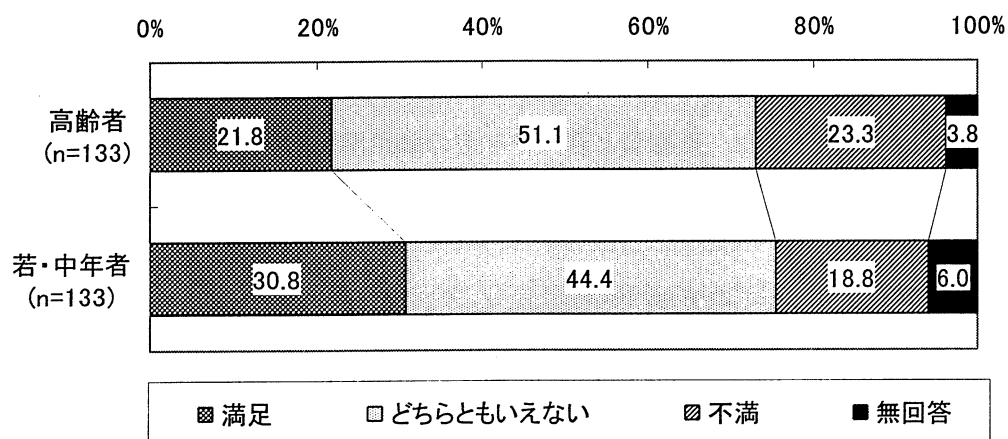
図表 2-2-23 高齢者と若・中年者の満足度比較（高脂血症）



d. 糖尿病

糖尿病では、「満足」の割合は高齢者で 21.8%、若・中年者で 30.8%であり、この差の理由は「合併症予防を若・中年者と同列に論じる事ができない」、「治療ゴールが異なる」、「高齢者にも使用しやすいインスリン製剤が必要」などであった。

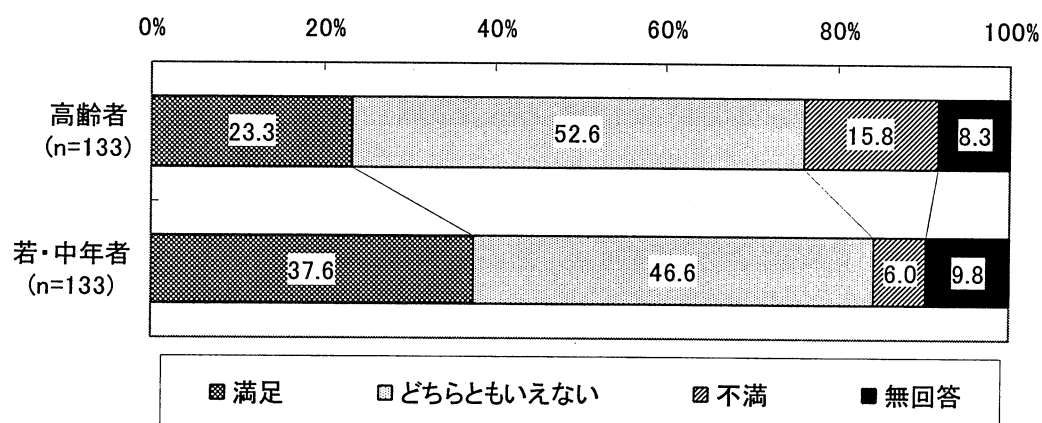
図表 2-2-24 高齢者と若・中年者の満足度比較（糖尿病）



e. 虚血性心疾患

虚血性心疾患では「満足」の割合は高齢者で23.3%、若・中年者で37.6%であり、この差の理由は「高齢者で心臓カテーテルがしづらい」、「高齢者において積極的な治療の判断基準が必要」などであった。

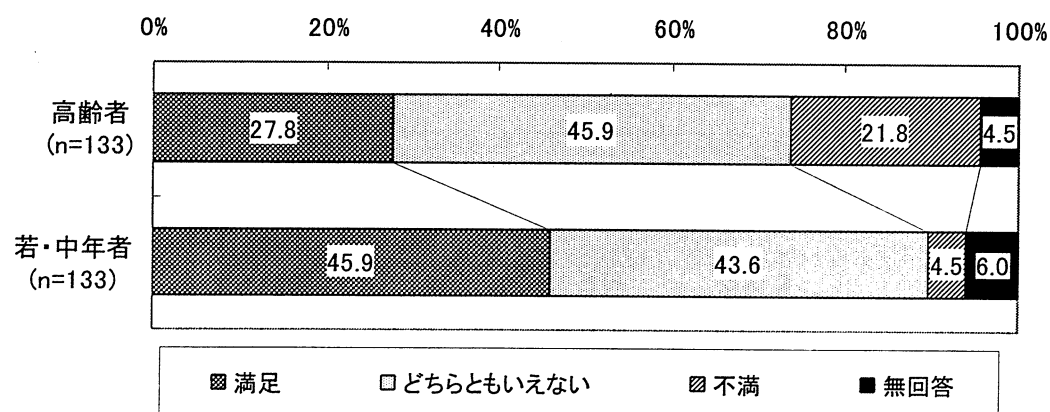
図表 2-2-25 高齢者と若・中年者の満足度比較（虚血性心疾患）



f. 呼吸器系感染症

呼吸器系感染症では、高齢者と若・中年者に「満足」の割合と「不満」の割合で差が見られ、高齢者で満足度が低かった。その理由として、「高齢者は手遅れになりやすい」、「重症化、致死率に大きな差がある」、「肺気腫を有すると難治性である」などが挙げられた。

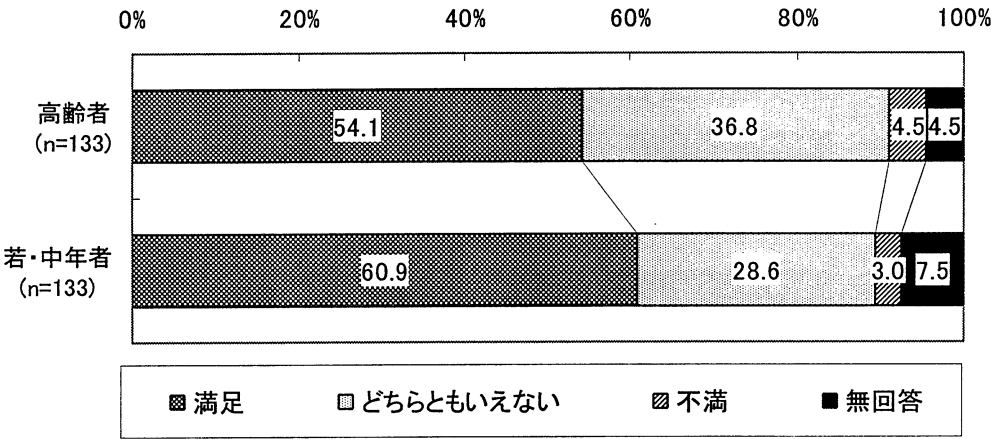
図表 2-2-26 高齢者と若・中年者の満足度比較（呼吸器系感染症）



g. 胃・十二指腸潰瘍

胃・十二指腸潰瘍、胃炎では高齢者と若・中年者の満足度に大きな差は認められなかった。

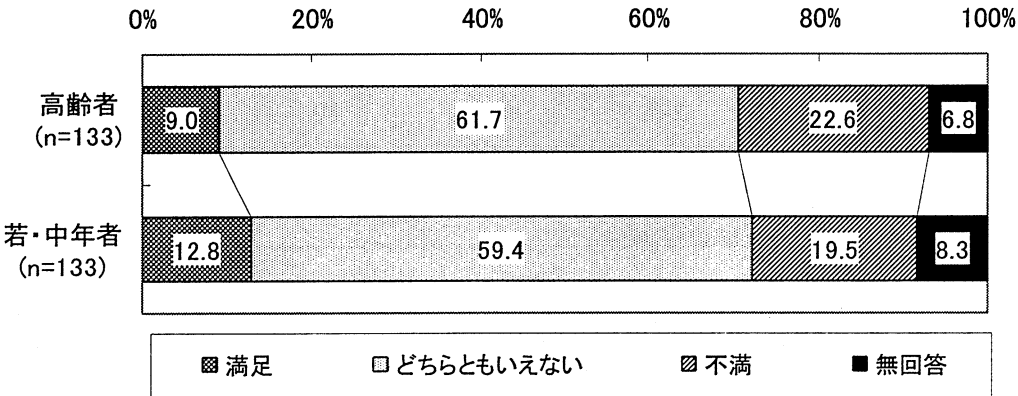
図表 2-2-27 高齢者と若・中年者の満足度比較（胃・十二指腸潰瘍、胃炎）



h. リウマチ

リウマチでは、「満足」の割合は高齢者および若・中年者のいずれも低く、差はなかった。

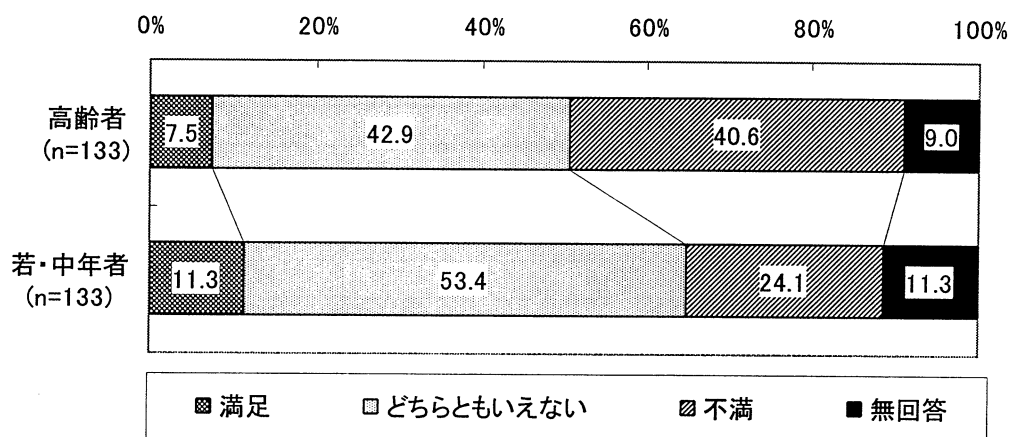
図表 2-2-28 高齢者と若・中年者の満足度比較（リウマチ）



i. うつ病

うつ病では「満足」の割合が高齢者、若・中年者においてともに低く、差はなかったが、「不満」の割合は高齢者で高かった。その理由として、「内科的疾患を有する高齢者でうつ病が多い」、「うつ病と痴呆が混在していると治療が難しい」、「高齢者で見逃されたうつ病が多い」、「社会的環境因子で解決しないことがよくある」などがあった。

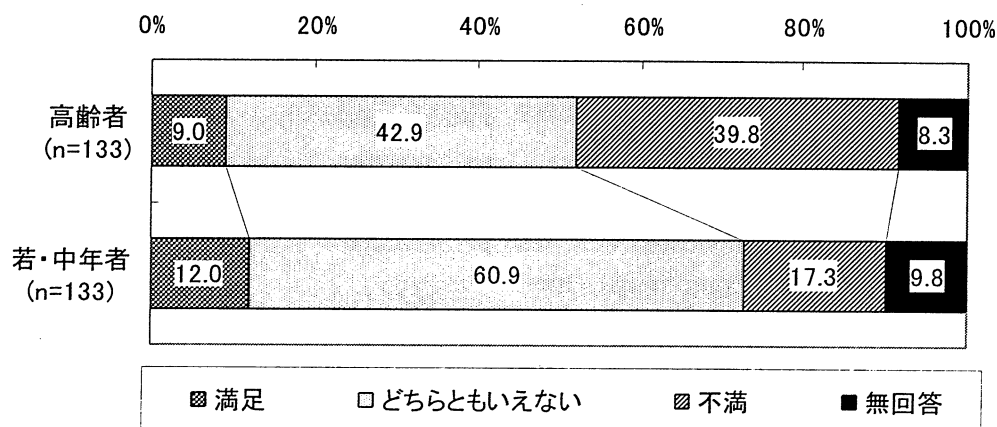
図表 2-2-29 高齢者と若・中年者の満足度比較（うつ病）



j. 排尿障害

排尿障害では「満足」の割合が高齢者、若・中年者においてともに低く、差はなかったが、「不満」の割合は高齢者で高かった。その理由として、「尿失禁、頻尿はともに高齢者のQOLを低下させ、有効な治療法がない」、「高齢者で持続バルーンカテーテルを留置せざるを得ない例がある」、「排尿障害への認識不足、治療可能なことが知られていない」などであった。

図表 2-2-30 高齢者と若・中年者の満足度比較（排尿障害）



⑤ 高齢患者への対応に関して

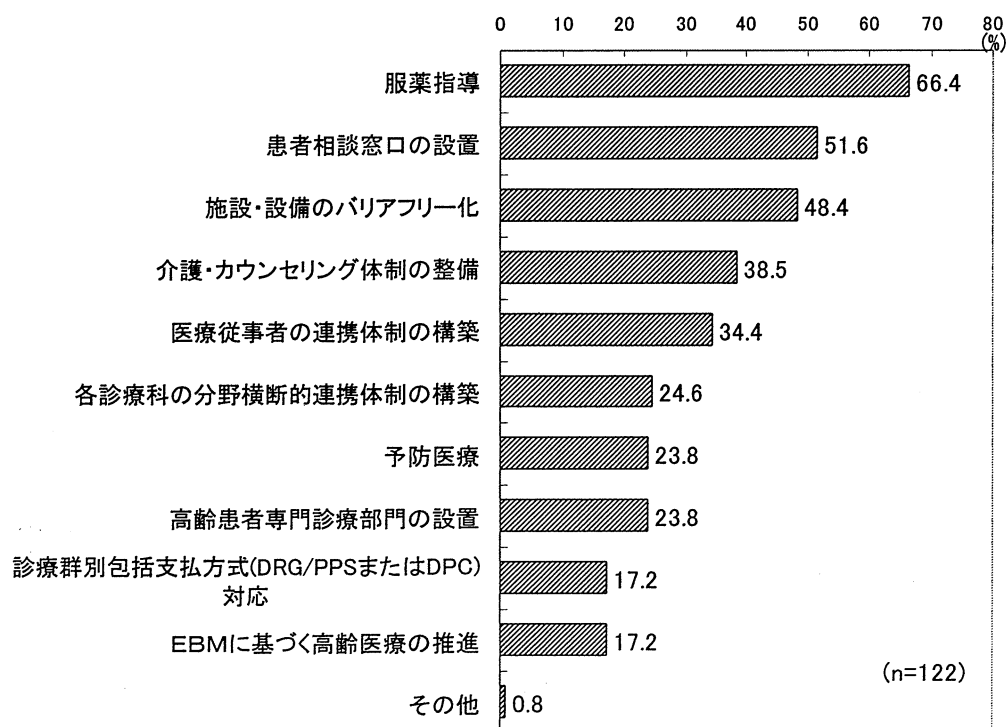
a. 高齢患者を意識した取組みの実施状況

問5 (1)貴医療機関における、高齢患者を意識した取組みの実施状況についてお伺いします。下表の項目のうち、貴機関が既に導入している施策または計画中（積極的に推進している）の施策の番号すべてに○をお付けください（複数回答可）。

高齢患者を意識して既に導入している施策または計画中の施策について、回答数の多い項目順に図表 2-2-31 に示した。「服薬指導」、「患者相談窓口の設置」、「施設・設備のバリアフリー化」、「介護・カウンセリング体制の整備」、「医療従事者の連携体制の構築」が上位5項として挙げられていた。

図表 2-2-31 既に実施している施策又は計画中の施策(複数回答可 n=122)

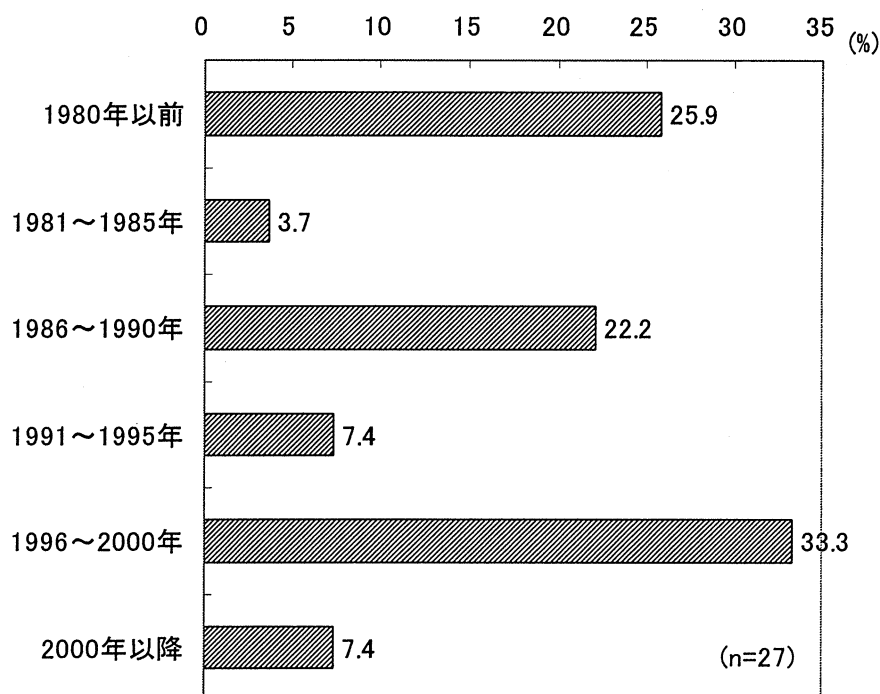
施 策	回答数	%
服薬指導	81	66.4
患者相談窓口の設置	63	51.6
施設・設備のバリアフリー化	59	48.4
介護・カウンセリング体制の整備	47	38.5
医療従事者の連携体制の構築	42	34.4
各診療科の分野横断的連携体制の構築	30	24.6
予防医療	29	23.8
高齢患者専門診療部門の設置	29	23.8
診療群別包括支払方式(DRG/PPS または DPC)対応	21	17.2
EBMに基づく高齢医療の推進	21	17.2
その他	1	0.8



高齢患者専門診療部門の設置時期について図表 2-2-32 に示した。1980 年以前、1986～1990 年、1996～2000 年に主に設置されていた。

図表 2-2-32 高齢患者専門診療部門の設置時期

	回答数	%
1980 年以前	7	25.9
1980～1985 年	1	3.7
1986～1990 年	6	22.2
1991～1995 年	2	7.4
1996～2000 年	9	33.3
2000 年以降	2	7.4
合計	27	100.0



高齢患者専門部門を設置した理由として 25 件の回答が寄せられ、その内訳として、「老年科（老人科）が設置されたため」5 件、「痴呆外来が設置」3 件、「社会の必要性に応えるため」3 件、「老年病専門医が赴任」2 件、「複合多臓器疾患管理を行うため」2 件、「高齢化率が高いため」2 件、その他「介護協力病院として発足」などであった。

また、これら高齢者専門診療部門で扱っている疾患、症状は内科系、精神科系など多岐にわたっていた。

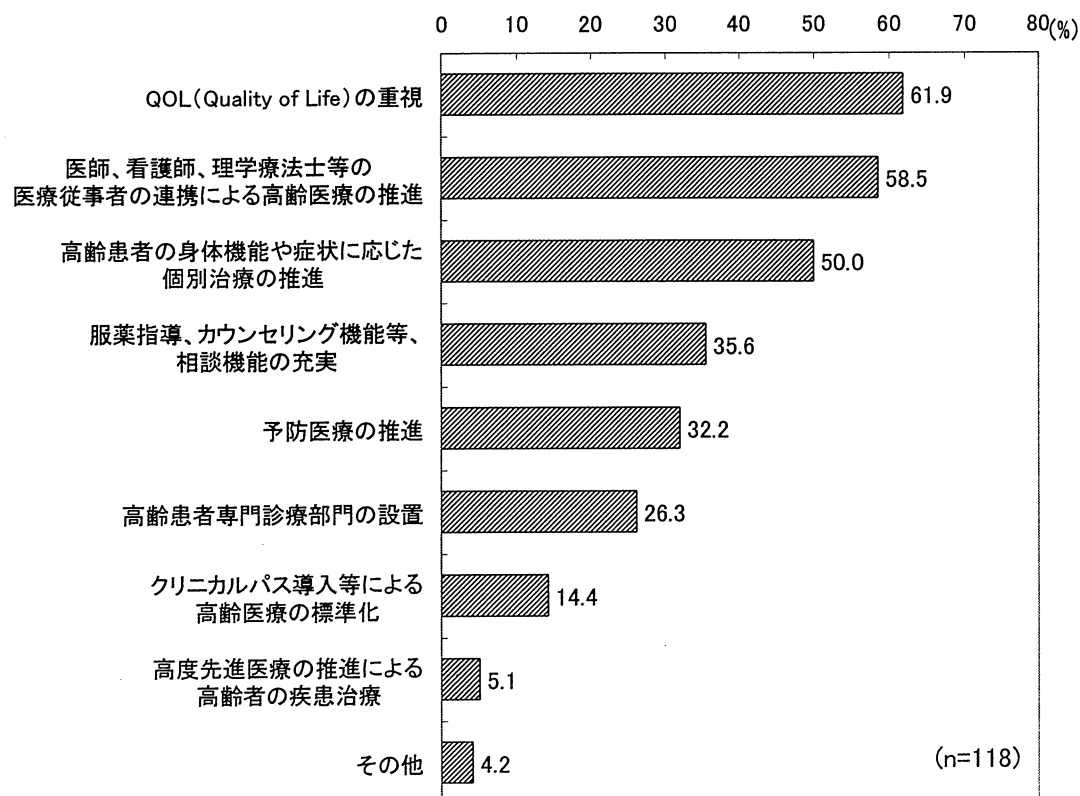
b. 高齢医療において特に重要と考える対応

問 5 (2) 下表の施策のうち、高齢医療において特に重要とお考えの対応について、3つまで○をお付けください。

高齢医療において医師が特に重要と考えている対応について、図表 2-2-33 に示した。回答者の半数以上が重要と考えている対応は、比率が高い順に、「QOL の重視」、「医師、看護師、理学療法士等の医療従事者の連携による高齢医療の推進」、「高齢患者の身体機能や症状に応じた個別治療の推進」、「高齢患者の身体機能や症状に応じた個別治療の推進」であった。

図表 2-2-33 高齢医療において特に重要と考える対応 (複数回答可 n=118)

対 応	回答数	%
QOL (Quality of Life) の重視	73	61.9
医師、看護師、理学療法士等の医療従事者の連携による高齢医療の推進	69	58.5
高齢患者の身体機能や症状に応じた個別治療の推進	59	50.0
服薬指導、カウンセリング機能等、相談機能の充実	42	35.6
予防医療の推進	38	32.2
高齢患者専門診療部門の設置	31	26.3
クリニカルパス導入等による高齢医療の標準化	17	14.4
高度先進医療の推進による高齢者の疾患治療	6	5.1
その他	5	4.2



⑥ 医療関連企業（製薬企業・医療機器製造業等）が取り組むべき課題について

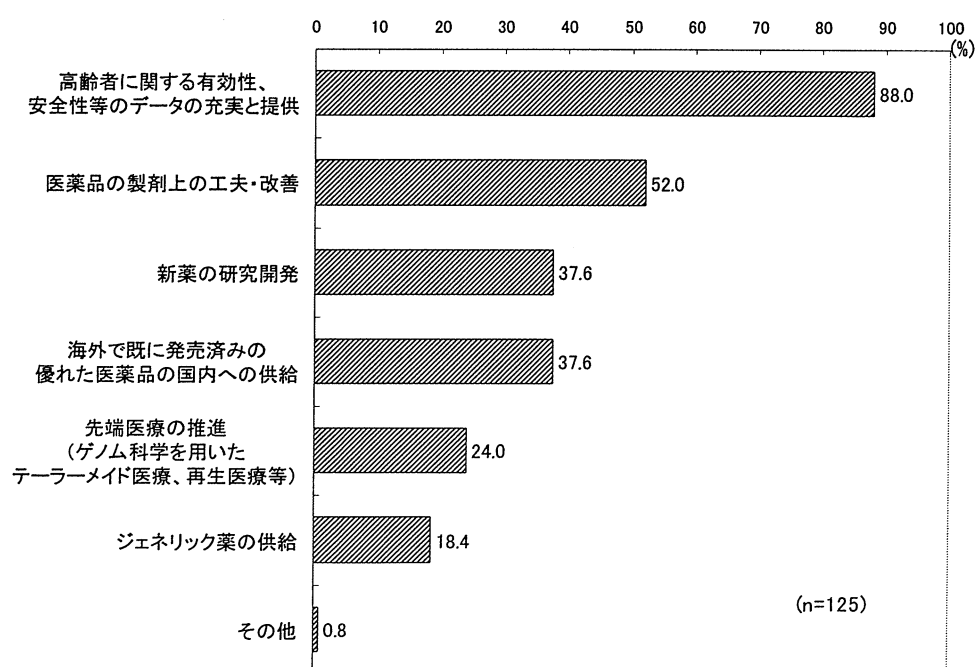
a. 高齢医療の発展のために製薬企業が取り組むべき内容

問 6 （１） 高齢医療の発展のために、製薬企業に積極的に取り組んでもらいたい内容について、**該当する番号すべてに○**をお付けください。

高齢医療の発展のために、製薬企業が取り組むべき内容について図表2-2-34に示した。高齢医療の発展のために、製薬企業が取り組むべき内容で特に重要と考える課題としては、「高齢者に関する有効性、安全性等のデータの充実と提供」が 88.0%と最も多く、次いで「医薬品の製剤上の工夫・改善」が 52.0%、「新薬の研究開発」が 37.6%、「海外で既に発売済みの優れた医薬品の国内への供給」が 37.6%、「先端医療の推進（ゲノム科学を用いたテーラーメイド医療、再生医療等）」が 24.0%、「ジェネリック薬の供給」が 18.4%であった。

図表 2-2-34 高齢医療の発展のために製薬企業が取り組むべき課題
(複数回答可 n=125)

課 題	回答数	%
高齢者に関する有効性、安全性等のデータの充実と提供	110	88.0
医薬品の製剤上の工夫・改善	65	52.0
新薬の研究開発	47	37.6
海外で既に発売済みの優れた医薬品の国内への供給	47	37.6
先端医療の推進（ゲノム科学を用いたテーラーメイド医療、再生医療等）	30	24.0
ジェネリック薬の供給	23	18.4
その他	1	0.8



b. 高齢患者に対して、医療機器関連企業が対応すべき課題

問6 (2) 高齢患者に対して、医療機器関連企業が対応すべき課題についてお答えください。下表の分類ごとに、どの機器のどのような点に留意すべきか、具体的にご記入ください。

高齢患者に対して、医療機器関連企業が対応すべき課題について、多くの意見が寄せられ、これを分類ごとに図表 2-2-35 に示した。

高齢医療に対応すべき課題として寄せられた意見で、多くの分類の医療機器に共通して多かったのは、①使いやすさ（操作が簡単、文字・表示が大きい、等）、②低侵襲性・非観血的、③安全性（誤用防止、転落・転倒防止、等）であった。また、高齢患者への対応に限定した内容ではないが、全般的に現在の医療機器は高価格であるため、低価格品を提供してほしいという要望が多くの分類の医療機器に共通していた。

図表 2-2-35 医療機器関連企業が対応すべき課題

1) 分類：医科向け診断機器（画像診断装置、内視鏡など）

（ ）内は件数

	対象機器	対応すべき課題、留意点
コンピューター断層撮影等(18)	画像検査機器全般(6)	・高速化、低侵襲性、安価、高解像度
	MRI(6)、CT(3)	・安価、高速化、圧迫感のないもの
	PET(2)	・小型化、安価
	簡易X線撮影装置(1)	・検査が十分できるもの
内視鏡(14)	内視鏡全般(8)	・さらに細く、小さいもの
	消化管ファイバースコープ(3)	・フレキシビリティの高いもの
	大腸ファイバースコープ(2)	
	気管支ファイバースコープ(1)	
超音波検査機器(10)	携帯用エコー(7)	・往診に使用可能なもの ・付加機能が少なく、安価なもの
	エコー検査機器(2)	・体形変化に対応可能なもの ・ベッドサイドに移動可能なもの
	超音波断層(1)	・判断の易しいもの
内視鏡台(3)		・検査台から転落しない装置
消化管透視台(3)		・転倒防止等の安全性確保
その他(3)	パルスオキシメーター(1)	・安価なもの
	換気量評価器(1)	・普通の呼気で評価可能なもの
	ホルター心電計(1)	・より軽量でコンパクトなもの

2) 分類：一般向け診断機器（体温計、血圧計、血糖値測定機器など）

対象機器	対応すべき課題、留意点
血糖測定機器類(28)	・操作が簡便、文字が大きく読みやすいもの(9) ・非観血的で正確なもの(8) ・大きい器具(3) ・迅速、正確なもの(3) ・音の出る、インターフェースを考えたもの(1) ・採血～測定がワンタッチのタイプ(1) ・HbA1cの自己測定器(1) ・規格の統一化（今は種類が多すぎ）(1) ・患者自身で使えるもの(1)
血圧計(24)	・正確なもの、上腕以外でも正確なもの(6) ・操作が簡便、文字が大きいもの(5) ・家庭で十分検査できるもの(3) ・安価で使いやすいもの(3) ・音の出るタイプ(1)、難聴者でも聞こえる(1) ・寝床の中でも測定可能(1) ・加圧をあまり高くしなくても良いもの(1) ・正確な自動血圧計(1) ・24時間血圧測定器（軽量、コンパクトな）(1) ・メモリー機能付(1)
全般(10)	・老人が使い易いよう操作簡便で分かり易い表示(4) ・データの蓄積と送信機能を持つ(2) ・家庭内で使用できるもの(1) ・瞬時に正確に測定可能(1) ・使いやすい形状・大きさ(1)、尖ってない(1)
体温計(5)	・文字が大きく読みやすいもの(3) ・さらに短時間型(1) ・音の出るタイプ(1)
その他(2)	・歩行能力測定器(1) ・極少量で診断可能な血液生化学検査(1) ・正確でリアルタイムに位置の固定が可能な追跡装置(1)

3) 分類：採血用具（注射器、真空採血器など）

対象機器	対応すべき課題、留意点
注射器、針(10)	・低侵襲性（痛みを少なく）(6) ・鋭く良く切れる（硬い血管用）(2) ・注射針の処置の工夫(1) ・針刺事故防止(1)
検査採血量の減少(3)	・少量血液で沢山のデータが測定可能となるよう(3)
その他(6)	・細い血管から溶血を起こさず採血できる工夫(1) ・採血後の止血用具の開発(1) ・痛みの少ない真空採血器(1) ・自動採血器（採血が難しい高齢者が多い）(1) ・金属部分をプラスチックでカバー(1) ・血糖測定用オートランセッターワンタッチで針装着可能な(1)

4) 分類：治療用機器（カテーテル類、薬剤投与用ポンプ類、植込型治療器など）

対象機器	対応すべき課題、留意点
カテーテル類(14)	・薬剤誤投与防止化、安全目的の総点検実施(4) ・安価なもの(3) ・静脈より挿入可能な丈夫なもの(1) ・モニター機能を高め安全性を高める(1) ・体温で柔らかくなる材質(1) ・移動時邪魔にならぬよう固定(1) ・自己導尿が円滑に行える導尿カテーテル(1) ・中心静脈カテーテルの固定確保(1) ・丈夫なもの、耐久性のあるもの(1)
ポンプ類(9)	・薬剤誤投与の防止化(3) ・軽量化(3) ・安価なもの(1) ・モニター機能を高め安全性を高める(1) ・機械とルートの製造会社の相違による誤作動可能性の防止(1)
全般(9)	・高すぎるので安価に(4) ・小型軽量化(2) ・セット後のロック機能（患者がいじっても設定が変わらぬよう）(1) ・作動音を小さく(1) ・使用しやすいもの(1)
ペースメーカー(3)	・安価な商品の開発(2) ・皮下植込みの安全性(1)
その他(9)	・安価で使い捨ての導尿装置(1) ・分かり易い表示、清潔感のある自動注入器(1) ・血糖測定とインスリン投与の一体化(1) ・栄養剤投与時に詰まりにくい鼻管チューブ(1) ・誤燕しない経管栄養チューブ(1) ・局所固定可能な胃管チューブ(1) ・ベッドサイドで簡単に十二指腸へ誘導できる胃管チューブ(1) ・オーダーメイド医療へ対応できる薬剤モニタリング(1) ・ステント等のインターベンション・冠動脈の簡便な処置法(1) ・脳腫瘍におけるカテーテル治療法の改善(1)

5) 分類：医療環境（データ転送等のIT関連技術など）

対象機器	対応すべき課題、留意点
データの共有化(11)	・IT技術の利用で病院間、病院—診療所間連携を図る(5) ・データ集積センターを設置しデータを一元管理(3) ・患者がカード式記憶媒体でデータを保有し医療機関がこれを利用(1) ・検査・診断・治療機器・福祉部門を含めた広範なネットワークの構築(1) ・薬剤だけでも高齢者ネットワーク情報化(1)
電子カルテ(4)	・入力法の改良（簡便化、音声入力等）(2) ・価格を下げる(1) ・電子カルテの推進(1)
画像転送(4)	・医療機関間の転送を可能に(2) ・誰でも使えるよう(1) ・明確な画像が得られるよう(1)
その他(10)	・IT技術（機器）を広く普及させる(2) ・IT利用による在宅医療推進(1) ・徘徊者用GPSシステム(1) ・モニターの小型化（カードサイズ）(1) ・患者取違い防止（ICタグ利用）(1) ・使いやすいオーダーリングシステム(1) ・操作を簡便化した端末(1) ・端末のコンピュータ的外観を少なくする(1) ・低廉化(1)

6) 分類：その他

対応機器等	対応すべき課題、留意点
全般	・医療器械／機器は他の市場と比べすべて高価。同様のものが医療器具になると高価格設定になっている ・以前、エコーなど類似の方式であるのに対象臓器毎に異なる機械が作られ高価だったが、最近現実的になってきた ・転倒リスクの疫学的調査に基づいた転倒予防対策の確立 ・すべての機器／用具が低侵襲性であるべき
ベッド、トイレ、床、等	・転落／転倒防止機能、褥瘡防止機能、洗浄の容易性
悪性腫瘍診断法の開発	・血液、PET、MRI等で簡便に診断できる技術
流量の調節ができる吸飲み	・高齢者が誤嚥しないよう
人工関節	・高すぎるので安価に
血液検査	・テーラーメイド医療
リストバンド	・アレルギー性を抑える、文字は読み易く
高齢者に関するデータ整備	・高齢者は一括りにできない。どのようなADL、認知能力の人は、どの程度の検査治療をすべきか、QOLとの関係でデータがまったくない

⑦ 高齢医療における薬剤の使用に関して

a. 高齢医療における薬剤について

i. 新薬の使用について

問 7 (1) 高齢医療における薬剤についてお伺いします。

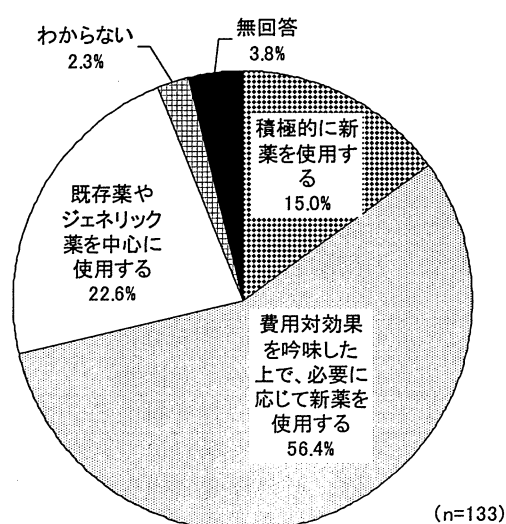
① 高齢医療に積極的に新薬を使用されますか。該当する番号 1 つに○をお付けください。

高齢医療における新薬の使用について図表 2-2-36 に示した。

高齢医療における新薬の使用については、「費用対効果を十分吟味した上で、必要に応じて新薬を使用する」が 56.4%と最も多く、次いで「既存薬やジェネリック薬を中心に使用し、新薬はあまり使用しない」が 22.6%、「積極的に新薬を使用する」が 15.0%であった。

図表 2-2-36 高齢医療における新薬の使用について

	回答数	%
積極的に新薬を使用する	20	15.0
費用対効果を十分吟味した上で、必要に応じて新薬を使用する	75	56.4
既存薬やジェネリック薬を中心に使用し、新薬はあまり使用しない	30	22.6
わからない	3	2.3
無回答	5	3.8
合計	133	100.0



ii. ジェネリック薬の使用について

問 7 (1) 高齢医療における薬剤についてお伺いします。

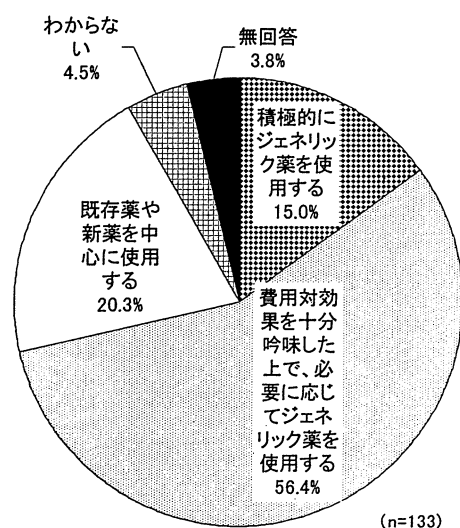
② 広く使用されている標準治療薬に安価なジェネリック薬(後発医薬品)が発売された場合、積極的にジェネリック薬を使用されますか。**該当する番号 1 つに○をお付けください。**

高齢医療におけるジェネリック薬の使用について図表 2-2-37 に示した。

ジェネリック薬の使用については、「費用対効果を十分吟味した上で、必要に応じてジェネリック薬を使用する」が 56.4%と最も多く、次いで「既存薬や新薬を中心に使用し、ジェネリック薬はあまり使用しない」が 20.3%、「積極的にジェネリック薬を使用する」が 15.0%であった。

図表 2-2-37 高齢医療におけるジェネリック薬の使用について

	回答数	%
積極的にジェネリック薬を使用する	20	15.0
費用対効果を十分吟味した上で、必要に応じてジェネリック薬を使用する	75	56.4
既存薬や新薬を中心に使用し、ジェネリック薬はあまり使用しない	27	20.3
わからない	6	4.5
無回答	5	3.8
合計	133	100.0



b. 高齢医療における新薬について

i. 有効性の向上

問 7 (2) 高齢医療における新薬についてお伺いします。

①新薬は、臨床データ上、既存標準治療薬に比べ、どの程度の有効性の向上が必要と考えますか。該当する番号 1 つに○をお付けください

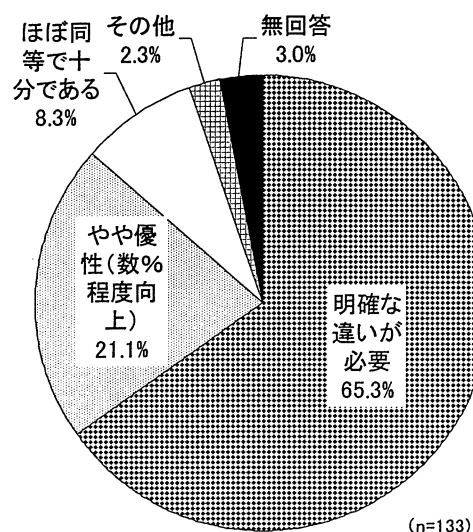
高齢医療において新薬に望む有効性の向上について図表 2-2-38 に示した。

高齢医療において新薬に望む有効性の向上については、「明確な違いが必要」が 65.3%と最も多く、次いで「やや優性（数%程度向上）」が 21.1%、「ほぼ同等で十分である」が 8.3%であった。

また、その他の自由回答として「臨床データで良し悪しを判断していない」、「他剤と明確な違いがあるかどうか重要」、「副作用が少なければ、同等でも十分」があった。

図表 2-2-38 新薬に望む有効性の向上について

	回答数	%
明確な違いが必要	87	65.3
やや優性（数%程度向上）	28	21.1
ほぼ同等で十分である	11	8.3
その他	3	2.3
無回答	4	3.0
合計	133	100.0



ii. 安全性の向上

問7（2）高齢医療における新薬についてお伺いします。

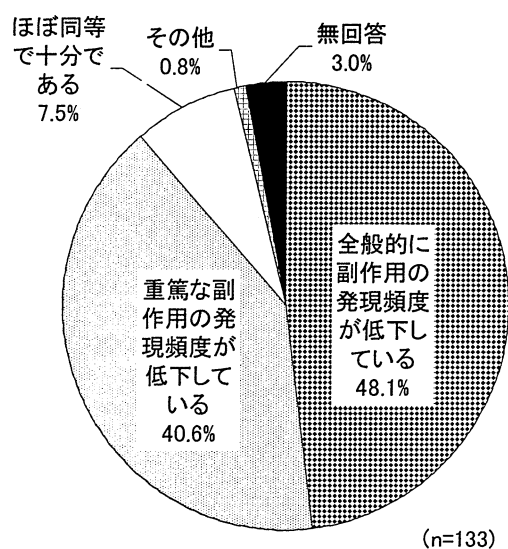
②新薬は、臨床データ上、既存標準治療薬に比べ、どの程度の安全性の改善が必要と考えますか。該当する番号1つに○をお付けください。

高齢医療における新薬に望む安全性の向上について図表 2-2-39 に示した。

高齢医療における新薬に望む安全性の向上については、「全般的に副作用の発現頻度が低下している」が 48.1%で最も多く、次いで「重篤な副作用の発現頻度が低下している」が 40.6%、「ほぼ同等で十分である」が 7.5%であった。

図表 2-2-39 新薬に望む安全性の向上について

	回答数	%
全般的に副作用の発現頻度が低下している	64	48.1
重篤な副作用の発現頻度が低下している	54	40.6
ほぼ同等で十分である	10	7.5
その他	1	0.8
無回答	4	3.0
合計	133	100.0



iii. 使用性の向上

問 7 (2) 高齢医療における新薬についてお伺いします。

③新薬は、既存標準治療薬に比べ、どのような使用性の向上が最も必要と考えますか。

該当する番号 1 つに○をお付けください。

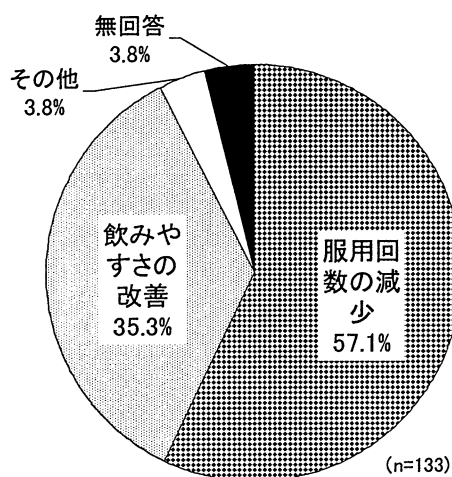
高齢医療における新薬に望む使用性の向上について図表 2-2-40 に示した。

高齢医療における新薬に望む使用性の向上については、「服用回数の減少」が 57.1%と最も多く、次いで「飲みやすさの改善」が 35.3%であった。

また、その他の自由回答として「速やかに排泄されるタイプ」、「データの劇的変化の少ないもの」、「服用回数の減少、飲みやすさの改善は当然」、「有効性と安全性の向上をまず満たすべき」があった。

図表 2-2-40 新薬に望む使用性の向上について

	回答数	%
服用回数の減少	76	57.1
飲みやすさの改善	47	35.3
その他	5	3.8
無回答	5	3.8
合計	133	100.0



⑧ 高齢医療を推進するにあたっての企業、行政への要望

a. 企業に対する要望

回答は自由回答形式としたので、一人の回答に複数の要望が含まれていた。それぞれの要望を内容に従って、「使い易さ」、「安全性」等のキーワードで分類、集計し、その総数を母数として図表 2-2-41 にまとめた。

総数 85 件のうち医薬品に関するものが 57 件、医療機器に関するものが 13 件、共通するものが 15 件であった。その他に高齢者の社会的活動の充実、現状などに触れた意見があったが、集計の対象外とした。医薬品では使い易さ、安全性、適正使用情報、新製品に関するものが大部分で、ほぼ同数の回答であった。医療機器では使い易さ（リスク防止を含め）が最も多く、次いで介護に関する機器の要望であった。共通するものは医薬、機器ともに安価な製品の供給であった。また、企業責任あるいは企業の意識に関するコメントもあった。

図表 2-2-41 高齢医療を推進するにあたり企業に対する要望

キーワード	医薬品 (件数)	医療機器 (件数)	共通 (件数)	計 (件数)
使い易さ	15	7		22
安全性	15			15
新製品	14	1		15
適正使用情報	11			11
低価格			11	11
介護		5		5
企業責任			3	3
産官学連携			1	1
オーダーメイド	1			1
ガイドライン	1			1
合計	57	13	15	85

	個別意見（企業に対する要望）
1	小型化することが必ずしも高齢者にとって良いとは限らない。パップ剤は、ある程度の大きさで、はがしやすく（透明フィルムは見にくい）した方が、本人が使用する場合、使用しやすい。錠剤も同様。
2	安全性の高い薬の開発。
3	生理機能が低下した高齢者に対する薬剤量の把握に対するエビデンスの広報（小児への換算量に比し老人の目安が少ない）。
4	種々の薬剤について、日本の高齢者におけるエビデンスを構築する努力。
5	薬理効果を臨床データの変化に求めることは、高齢者医療では危険である。コンプライアンスよりも安全性。自由な投与設定が出来ること。
6	介護関連の機器（リスク防止など）にも重点を置くべき。

	個別意見（企業に対する要望）
7	日本の老人に合った製品の開発。身体的特徴にマッチした形状と操作性、シンプルな外観。 治療歴を機械が保持し、医療者が交替しても容易にトレースできる製品の開発。 産官学連携による積極的開発。
8	高齢者割引。
9	夜間せん妄に対する薬剤。 夜間徘徊に対するやさしい医療器具。 嚥下困難、誤嚥防止に有効な薬剤、器具、食物の開発。
10	安全性の高い薬、機器の開発。
11	高齢者に対する薬剤のデータの蓄積や、機器のインターフェースをもっと人にとって優しくする必要がある。
12	高齢者の特性についての情報提供。
13	高齢者向けの薬剤(抗癌系薬、副作用の少ない薬剤)の開発。
14	小型軽量で簡便な機械。 副作用がなく効果の高い薬剤。
15	企業の儲け主義より社会的責任の認識。
16	高齢者に適した医薬品、特に副作用の軽減を考慮したもの。 薬価を抑える。
17	高齢者を対象とした薬効の評価 骨粗鬆症やうつ病に対する取り組み。
18	高齢イコール病気ではない。 薬剤は年齢に応じた生理機能や体内環境を乱さないものに。より安全であること。
19	ジェネリック薬の質を一定として欲しい。 痴呆、せん妄を含め明らかに有効な薬剤が少な過ぎる。
20	企業の発展が一番重要。外国企業に負けないよう利潤を上げ続け、行政に頼らず高齢者の能力を生かせる職場作りを行って欲しい。 高齢者であれ若者であれ、自由競争を原則として、やる気のある人は活躍した方が良いので、年齢制限を取り除くのが良い。
21	遺伝子研究に基づいたオーダーメイドの医療ができないか。 癌の転移を抑えられないか。
22	高齢者は薬の量も異なるし、服用の必要性を理解してもらった上で投与するという原則に立つならば、投与回数が少ない、かつ分かりやすい説明を付してパンフレットを作るなどの工夫が必要。
23	医療設備の充実。医療施設の充実。
24	痴呆の治療薬剤として、デボ剤を開発して欲しい。
25	高齢者を儲けの対象と見ない。高齢者の不安心理をあおる（使わないと良くないというようなイメージ）ことはやめる。
26	寝たきり老人専用トイレ、老人介護ロボット等の老人介護機器の開発。
27	現状よりもっともっと簡便な患者の状態をモニタリングできる機器の開発。
28	高齢者に使用しやすい、高齢者にやさしい医薬の開発が必要。
29	高齢者医療に対する関心は高まっている。
30	使い方がシンプルなもの。副作用が少ないもの。
31	わずか数回だけの投薬で長期間にわたって有効でかつ副作用のない医薬品の開発。 高齢者や障害患者に使いやすい低価格な介護機器、リハビリ機器の開発。
32	服用回数が少なく、服用しやすい薬の開発。
33	QOL を考えるにあたり、高齢者の生活環境整備が重要。

	個別意見（企業に対する要望）
34	本来高齢者であっても、行う医療は同一と考える。その一方で社会的、精神的また肉体的活動がなくなった状態での高齢者医療の指針は現場でのジレンマである。
35	降圧薬と骨粗鬆薬の合剤などの製薬上の工夫は考えられないか。
36	社会的弱者とされる高齢患者に関係するすべての企業に対して、経済的にも安価であり、使用に際しても便利であるなど、患者中心とした発想を企業理念とすること。
37	高齢者の特殊性を考え、医薬品・医療食品の成分値を若年とは異なる適正量を用いて、老人への副作用が生じないようにする。
38	痴呆に効く薬の開発。
39	高齢者の低下した代謝機能に合わせた製剤。 有用な薬剤に関しては高齢者における十分な安全性のデータの提供。
40	字を大きくするとか、誤嚥しないようにするとか、医療ミスを無くすような人間工学的な面を配慮した医薬品の開発、器具の開発。老人は食が細く、嚥下も困難なので、キャラメル1個で1日最低限必要なカロリーが取れるような少量高カロリー食品の開発。
41	高齢者の臓器機能低下と合併症に対応した副作用の少ない薬の開発。 ADL の悪い患者でも短時間で無理な姿勢をとらずに検査できる(撮影できる)機器の開発。 経口内服不能時の投与経路のある薬の開発。
42	包括払い制度下では、少ない経費（検査を減じる→検査機器への投資減、治療法の工夫、低価格化）、医療の質の維持（向上を目指す）が必要。効率化、EBM の活用。より「頭を使った医療」が必要となる。「情報を提供すること」が営利事業とならないものか。
43	身体が不自由になっていく高齢者にとって、杖、歩行器、靴等で便利な補助具の開発。
44	身体機能低下に対応した運動（旅行など）、能力補助（ロボットなど）の開発。 精神症状（不眠、不穏、うつ、ボケ）の治療薬の開発。若者と同等な活動能力を持たせる必要はないが、「死」を安らかに迎えられるような治療薬が必要。
45	嚥下障害の患者が良くなるので、薬は口腔内崩壊錠が望ましい。 検査は非侵襲的、あるいは低侵襲的なものから行うので、その精度が必要。 侵襲的検査は積極的な治療を行うとした時にのみ行う。無用な検査は避ける。 高機能ベッドの価格を低下させる。
46	錠剤、カプセル剤が大きくて服用困難のものがある。できる限り小さくする。 100 単位インスリン注射器（シリンジ）を、もっと操作しやすいものに（太く）する。
47	安心、安全な医療確保のための支援。
48	安全性を重視して欲しい。
49	安価なものが医療現場に供給できるよう努力すべきである。
50	各企業とも高齢化を見据えた対策は、ある程度行っている。
51	新薬に関しては効果、副作用等を含めた高齢者に対する用量、用法等のデータ提供。高齢者への使用も考慮した新薬の開発。
52	電動ベッドの価格をもっと下げる。
53	高齢者は痛みや痺れ（神経の痺れ、おそらく自律神経性の痺れ）を訴える方が多い。この方面での新薬の開発。また、以前よりある薬で、ラグレトール、リボトリールなどは痺れ（痛み）に有効なので、適応拡大を積極的に進めて欲しい。
54	高齢医療の経済性（安価）と有効な効果に重点。
55	老人も一般人と同じ医療を受けてもらいたい。
56	副作用が少ない、飲みやすい、安価な薬品の開発。 高齢者は転落、転倒が多いので、それに配慮した医療機器を開発すべき。
57	老年症候群など社会的問題に重点をおいた薬の開発。 安全で簡単な（事故の起きにくい）機器の開発。

	個別意見（企業に対する要望）
58	儲からない医薬品でも重要なものが沢山ある。現在日本で使用できないリファブチン、サリドマイド等が早く薬価収載されるよう働きかけて欲しい。
59	欧米に比し医療器具（カテーテル類）などいつまでも高値である。イムネース、インターフェロンなど一部の医薬品は考えられない高値が付けられている。もっと使いやすく安価にすべき。
60	新薬の治験では、80 歳以上の高齢者のデータを積極的に集める。
61	自宅療養の支援器具。
62	1 日 1 回服用可能な薬の開発。 誤嚥しにくく、食道に引っかかりにくい薬の開発。
63	創薬や大規模臨床をやるときには、病気の実態になるべく近づけて行うべき。そうでないデータからは高齢者は外されていく。
64	高齢者に対するデータの蓄積。
65	製薬会社、医療機器製造業者等の開発してくる製品は、まだかなり未完成の段階で世に出てくるものが少なくない。もちろん、高齢者が使用するに際して、それなりの配慮がなされることもあるが、全く考慮せずに使用に耐えない（つまり本当に疾患を有する高齢者に試用したと思えないような）製品を平気で出してくることもある。これまで以上にさらに本当の需要に見合った丁寧なつくりの製品を望む。

b. 行政に対する要望

行政に対しては 16 の項目に意見を分類し、図表 2-2-42 にまとめた。その中では医療保険制度に関するものが 28 件で最も多く、次いで国の組織体制整備に対する要望(18 件)、予防医療と啓発活動の充実を訴える意見が続いた(12 件)。介護保険制度に対する要望と環境整備、特に高齢者が社会的に活動できる施策を望む意見がそれに続いて多かった。

図表 2-2-42 高齢医療を推進するにあたり行政に対する要望

キーワード	件数
医療保険制度に関する要望	28
国の組織体制整備（施設を含め）	18
予防医療、啓発活動の充実	12
在宅医療に関する要望	8
環境の整備	7
介護保険制度に関する要望	6
EBM 等適正使用情報の充実	4
診療科、専門医の認知	3
合剤等の認可（規制を含む）	2
高齢者医療の研究、医師の研修	2
施設のバリアフリー	1
専門病院	1
高齢者医療への投資	1
医療の安全確保	1
個別的医療の充実	1
独居老人ケア	1
合計	96

	個別意見（行政に対する要望）
1	十分な指導、訓練のもとで自宅で家人が行える範囲（医療行為）を拡大する必要がある。
2	高齢者専門病院の設立。 高齢者入院患者と在宅医療の連携の確立。
3	年齢が高くなれば個人差が大きくなり、同じ病名でも症状や重症度がかなり異なる。従って包括的な医療には最も適さない年齢層が高齢者といえる。介護保険は、この個人差を網羅できない欠点を我々に教えてくれている。
4	病院なのにバリアフリーがなされていない、階段には一方しか手すりがついていない、和式トイレしかない、禁煙となっていないなど、生理的に活動能力が落ちた上に病気というハンデを持つ人の通う病院なのに、健康者、若年者からの発想で病院運営がされているのが現状。
5	65～74 歳まで 1 割負担。75 歳以上は無料へ。
6	老年科専門医の認知とインセンティブ。

	個別意見（行政に対する要望）
7	真のかかりつけ医を個々の高齢者が持ち、日常の診療のほぼ全てをその医師に委ね、必要に応じて病院との連携が取れるよう、外来機能の見直しを促して欲しい。現在の状態では大病院の外来が、かかりつけ機能を持たなくてはならない場合が高齢者も多い。
8	高齢者医療では、薬理効果を臨床データの変化に求めることは危険であると知ること。
9	高齢化に伴う事と同時に、医療の質の向上を医療界は求められていることから、今後医療にマンパワー並びに予算を現在以上に増大することが必要。
10	医療安全の責任範囲の明確化。 グローバルスタンダードでなくても、国内で十二分に活用できる環境の整備。 国内での完全治験の確立。 動物実験や細胞実験でない、臨床に即した強力な研究集団を施設・省庁横断的に組織する。国の施策として Elderly Health Initiative を立ち上げる
11	大学病院における高齢者入院患者の DPC の廃止。
12	高齢者に篤くあるべき。
13	病院で退院可能と判断した高齢者が受け入れられる施設を充実させる必要がある。 日本人に欧米人のような自己独立の意識が芽生えない限り（福祉が充実しない限り）、在宅は困難である。
14	高齢者医療システムを確立するに当たり、医師と非医師が主導権争いをしているような現状は好ましくない。全国民的な議論をして、システムを作ることが大切。総理大臣主導で行ってはどうか。
15	重症患者の長期入院例などでは、包括評価により収支が赤字となり、対応に苦慮することが多い。個別の事例により、診療報酬の見直しが望まれる。
16	既に始まっている高齢者社会における医療環境の整備が必要。予防に優る治療はないのは当たり前だが、病気になった後の対処も重要である。一つには「定年退職」の制度を見直すのはどうか。生涯現役として仕事があれば健康にもプラスに作用するといわれている。
17	ADL, QOL に応じた個別性のある医療相談の充実。
18	介護部門の充実。
19	平均余命が大きく変化している現況で、高齢者の定義自体が問題。基礎的データの集積による区別が必要。
20	経済的負担の軽減。
21	一次予防の重要性を広く国民に知らせる。 医療費の軽減、交通手段の確保、医療内容の充実など受診し易いように大幅な医療制度の改革が必要。
22	財源はどうするかなど、老人向けの医療保険制度の将来像が不明瞭。
23	山間部での介護保険制度は既に崩壊寸前。都会では午前中に 1 時間ずつ 3 人に対して食事介助等できても、山間部では、移動時間がほとんどで 1 人がせいぜい。かといって、料金を 3 倍請求するも出来ない。全国を 1 つの介護保険で見ることは難しい。地域に応じた対策、支援が必要。
24	高齢者医療における老年病の専門医がまだまだ不十分。今後の超高齢社会に向けて、一般の官公立病院あるいは企業病院においても、老年科あるいは老年内科の設置を望む。そのためには老年科あるいは老年内科を有する大学病院の老年科医の専門医を育成する使命は極めて大きい。
25	高齢社会にあった医療保険制度。 耐性菌保菌者への老人保健施設への入居拒否への対応。 過度の情報開示を改める。
26	医療費抑制の緩和。療養型施設の増設（助成金）。

	個別意見（行政に対する要望）
27	元気な高齢者、活動性の十分ある高齢者を社会的に埋もれさせないことが結果的に病気の高齢者を減らすに繋がるので、そのような施策が必要。70才で30才以上の能力を発揮する人は半数くらいはいるのではないか。
28	高齢者医療費を減らす。通院、通所のためのマンパワーを増やす。
29	もっと福祉を充実させて欲しい。（老人病院、老健施設とも、すぐに入所できない状態）
30	在宅での医療や介護が勧められ、実際は施設に近い環境であっても定義上、在宅とされる例が増えている。世代間コミュニケーション、地域活性化（地域ぐるみのボランティア・ポイント制など）を視野に入れた行政を期待する。
31	小まめな健康指導が疾病の早期発見・治療につながり、結果として医療費の低下につながる。医療費改定に終わらず、健康推進事業に的を絞って欲しい。
32	予防政策の推進。ニューモバックスの5年毎の接種等、海外と同等の予防対策を。後方支援機関の充実と質の確保（特養などの質が悪過ぎる）。
33	仕事のできる人に仕事を提供するよう高齢者に合わせた国づくり。得た収入は本人のものとし、年金を減らさないことが重要。高齢者が金持ちになって、事業に取り組み活躍することが重要であり、これらを妨げる規制を撤廃する。
34	高齢者では合併疾患も多く、治療の標準化が内科的には困難ながあり、危険性を有している。また適切な後方病院が無い地域では入院期間の短縮は高齢者にとって厳しい。
35	安心して将来の医療を受けられること。希望があること。健康寿命を延長するような施策を。
36	現在の保健システムでは十分な医療の推進は難しいため、十分な予算の確保が必要。
37	高齢者がすぐに医療機関にかかるには医療費が高くなってきており、本人の負担も増加している。介護保険を利用しようと考えても高いし、また利用したいと考えている人の介護認定に厳し過ぎたりする。
38	医療設備、医療施設、医療環境の充実のためには、行政で財政的政策を行わなければならない。
39	急性期後、できるだけ元の生活の場へスムーズに帰れるような中間施設の絶対数は明らかに不足している。こうした分野の施設従事者増ができる施策を進めて欲しい。 終末医療、痴呆を含めて高齢者の医療で無駄な医療、不要な濃厚医療を行わない方向での施策。
40	薬剤数が多くなるので、合剤を認可して欲しい。
41	多くの薬を無制限に出す医師をしっかりと指導して欲しい。
42	啓蒙運動、ボランティアの活用などを制度化するなど、寝たきり老人、痴呆老人をできる限り少なくするための対策。
43	診療科としての認定。
44	長期療養型病床の増床。
45	高齢者が安心して医者にかかる老人医療であって欲しい。
46	行政はなかなか動かない。
47	独居老人への適切・迅速な対応。
48	在院日数で管理料が低減するのを避けて欲しい。
49	回復する可能性のない高齢患者に対しても若年者に対するそれと同じ態度で高度な医療が行われている。DRG/PPS等でゆるやかな規制が必要。
50	生活習慣病の予防や対策に関する広報や啓蒙教育などにもっと力を注いで欲しい。
51	土木事業と同じくらいの財政援助を医療・福祉面でも望む。
52	ほぼ自立できる方は別として、いつも医療と介護を必要とする患者の行き場所がない。慢性療養型病院もこれらの患者で満床になっては機能を果たせない。
53	日常生活指導を行う保健機関の充実が必要。

	個別意見（行政に対する要望）
54	高齢者は社会貢献度が少なく、保険料負担に寄与していないので、高齢者の医療費自己負担分を増加させるという方向性は一般論として理解できるが、家族にとって高齢者患者が居ると、その負担は倍加することになり、これ以上の負担増を強いるべきではない。一方超高齢者(例えば 80 才以上)に対して、高額医療を施す施設があるが、この場合には費用対効果を意識せねばならない。結局、高齢者に対する治療に要する費用は包括方式に移行せざるを得ないを考える。
55	医療費抑制ばかりで、切り捨ての行政が目立つ。 行政の者が自分の親を考えた場合に同じことが出来るのか疑問。 高額所得者の保険料等、もっと見直しが必要。 医療費抑制、特に福祉行政への抑制は、将来これを行う機関・病院が減少する危惧が大いにある。
56	医療圏内での医療・介護の連携の強化。
57	高齢者医療の費用を抑制するため、制限を強めてきているので、十分な医療を行えなくなりつつある。リハビリの回数も予防的見地から転症例でも推し進めるべきである。
58	独居老人のケアの充実。
59	介護保険でのサービスを充実。
60	老年医学の研究推進。 医師への教育研修体制の充実。
61	医療費増大の原因として明らかなのは、高齢者への終末医療であり、ホーム等に社会的に放置される患者に、最大限の医療を要求するために生じている現実がある。
62	高齢者は不必要な薬剤を安易に求める傾向が強く、医療機関側だけでなく行政側も適切に医療を受けるように啓蒙活動をすべき。患者側にコスト意識を持たせることも重要。
63	痴呆、難症度の高い患者の高齢者は公費で賄い、公的病院で入院加療すべき。長期入院の場合、今後の医療行政を見ていると、私的病院では入院不可となる。
64	高齢者医療には手間がかかる、治療後の回復に時間がかかり、在院日数が長くならざるを得ない、治療中に廃用をきたしやすく、リハビリに時間を要するということを認識して、スペースの確保、マンパワーを増しても採算が取れることを望む。せん妄出現時、家族の付添いや拘束もやむを得ない場合があり理解を求めたい(きれいごとだけでは現場はすまない)。
65	医療を受ける対象者は、元々高齢者が多い。高齢者は合併症が多い。現在進めている急性型包括医療ではこの点についての配慮が足りない。高齢者では慢性疾患を有する例が、急性に悪化することも多く、慢性医療と急性医療は一連のものと考えられる。医療の質の向上と医療費抑制は相容れないものがある。行政側の手腕に期待する。
66	医療費の自己負担分の軽減。 健康教育の推進。
67	デイケア、老人ホーム等の充実は当然だが、生きがいとなる仕事、例えば農作業などをもっとやらせるべき。老人が老人を看病する制度があって良い。若者に期待し過ぎ。
68	老年医学的総合評価の実施と、それに従って治療を進めるための、エビデンスに基づいたガイドライン作りが必要。ただ医療費を抑制することには無理がある。
69	在宅医療・療養の患者が増加しない状況にある。経済誘導すべきである。施設も在宅も自己負担額は 10%であるが、施設入所者は 18%、在宅療養の人は 2%ぐらいの負担にする。家族の物的、精神的負担が軽減しないと、在宅療養患者は増えない。地域で（ボランティアを含め）高齢者を援助しないといけない。
70	社会的入院の解消をスムーズに行えるような対策。
71	予防医療の推進。
72	予防医療の推進（公費負担制度）。医療費の削減になると判断される。

	個別意見（行政に対する要望）
73	良心的に行う医療を大切にして欲しい。高齢者では慢性疾患が多いので、それへの対応に経済面で配慮して欲しい。予防的投薬の必要性を認識して欲しい。
74	高齢者医療は費用がかさむものであるとの考え方に立って、種々の施策をなすべき。当初から総量規制など行えば、弱者切捨て、貧者切捨て、姥捨て山的発想に辿り付くしかない。 いくら良い道路を作り、暮らしの利便性が向上しても、それに伴う健康被害があれば何にもならない。健康維持、予防増進にかかる費用を産業の発展、発達にかかる費用より多くとるべきである。
75	PET の保険診療の拡大。 セカンドオピニオンの保険点数設定。 インフォームド・コンセントの保険点数加算。インフォームド・コンセントの法的な位置づけ。
76	高齢者は地域の中で生活するのが幸であると考えた場合、地域でのチームを構成し、受け入れる体制を作ることが必要。
77	身体障害者の申請に関して肢体不自由の書類は、整形外科的疾患を念頭に作成されたもので、神経内科的疾患（脳血管障害、ジストニア、失調症など）の申請に不具合な場合も多々あり、改善を望む。言語障害の書類は、耳鼻科的疾患を念頭に作成されているため、失語症の申請には多少不具合があり、改善を望む。 障害年金の申請に関して発症後 1 年 6 ヶ月の状態について記載を求められていつも困る。改善を望む。痴呆、てんかんについては神経科だけでなく、神経内科でも記載できるようにすることを望む。 発売後一定の時間が経過すると薬価が下がるため、例えば、アレビアチンなどはそのため利潤が少なくなり、企業は製造をやめる事態も生じかねない。患者治療に本当に必要で需要の多い薬は、一定の薬価を保障する必要もある。
78	老人も一般人と同じ医療を受けてもらいたい。ただし、回復の全く見込みのない癌患者や、植物人間に対する延命処置には反対、尊厳死を考えたい。
79	高齢者は複数の医療機関の同時受診が多いので医療機関相互の医療データ（検査結果、投薬内容等）の共有化が必要。
80	医療費の増大に対する対策として、すぐに弱者の高齢者に負担をかける政策を取りがちである。先進諸国の GNP における日本の医療比率は高くなく、公共事業の比率は高いのに、その事実を伝えることなく医療費の削減のみを行うのはどうか。国民福祉の充実に望む。
81	研究費の増額並びに、政策的でかつ高齢医学に特化した重点研究の推進。 パラマキ配分や基礎研究重視の配分は止めて欲しい。
82	特に高齢の方は国保の方が多く、教科書的な医療又は標準的な医療を行っても保険審査で査定されることが少なくない。査定の基準の明確化を望むとともにその実態を公表して、医療に国や県などが以前ほど金を出せなくなってきたということを国民により理解してもらうよう望む。
83	訪問看護で看護婦が留置、尿道カテーテルを交換しても代金を取れるようにして欲しい。 手術・技術への評価が極めて低く、薄利多売を強いられて、ゆっくりとした診断、診療ができない。十分な時間、報酬でないにもかかわらず、要求される医療は欧米並みであるのはつらい。タバコ税をかけて、タバコを高くして、医療に回して欲しい。
84	ケアの充実を図るために、人的にも設備面でも充実させる。
85	施設に頼らない自宅療養への援助。

	個別意見（行政に対する要望）
86	外来、入院を通じて ADL の低下した高齢者に対する看護の時間的、労力的負担に対する（定量的でない部分に対する）保険点数の評価。
87	高齢者疾患は、生活習慣病を中心とした健康障害の延長線上に発生してくるものである。「健康日本 21」のように乳幼児からの健康保持－増進の意識の喚起が不可欠である。このための健康維持・健診システム・啓蒙等の周知、キャンペーン活動の工夫・推進が不可欠である（つまり予防医学・医療が最重要）。 これらの活動が不十分であったことを行政に携わる人が報告や本の中、報道の中で触れるだけでは全く不十分であり、医療の現場に足を踏み入れて、患者及び医療者たちの生の姿に触れるべきである。医療上のミスだけを取り上げていたのでは進歩は期待できない。

⑨ 自由意見

自由意見では 46 人の回答者から回答があった。意見を「費用の公平適正使用」、「延命のみを重視しない医療」などのキーワードに分類して集計し、図表 2-2-43 に示した。一人の回答者が複数の意見を記入してあった場合、それぞれのキーワードに重複して集計した。

図表 2-2-43 自由意見のまとめ

キーワード	件数
費用の公平適正使用	10
延命のみを重視しない医療	7
高齢者の満足・福祉	7
予防を重視すべき	7
包括医療の見直しが必要	7
高齢医療について国民全体への教育・啓発が重要	6
医療のチーム化が必要	6
高齢者に合った医療の研究が必要	6
高齢医療への予算増が必要	5
行政の認識不足	4
自己負担低減	4
在宅医療の充実が重要	4
その他	27
合計	110

	自由意見
1	本人も望まない高齢医療よりも、活動性維持のための医療が現場では求められている印象がある。 高齢者における精神医療について調査、研究が必要。
2	高齢者に対して、若年者に対するのと同様な医療を行うのではなく、高齢者に合ったオーダーメイド医療の確立が必要である。
3	「生きる」という事がどういうことなのか、逆に「死する」という事がどういうことなのかを国全体で考えるシンポジウムや教育の機会がもっともっと自治体レベルであるべきである。
4	医療はあくまで福祉の一環であり、経済的な面は二の次である。 良い医療をした者が経済的にも報われるのとは全く逆の方向に行くのでは危険性が大きい。 医師の免許があれば全く経験がなくとも何科でも開業可能な制度には、良質な医療を提供するために手を打つべきである。
5	人の死についての教育が不足しており、高齢者の生き方・死に方について本人の自己決定権がないがしろにされている印象がある。医療従事者のみならず、日本人全体で考えるべき問題ではないか。 EBM によって強引に適応の可否を決定する医療ではなく、個としての各々の状態（特に高齢者は複合した負荷を持つ）に適応した医療を提供するべきである。

	自由意見
6	保険医療の範囲を明確にすることが必要である。 代替医療を評価することと医療並みの厳しい規制が必要である。患者救済制度の整備が必要である。 データを集積し、高齢者医療の問題点、対処を研究する。そこから行政の方策と医学・医療の方策が実効性を伴って出るようにする。
7	我国の医療費はまだまだ少なく今、医療を含めた福祉に予算を多くかけるべきである。福祉に関連した産業が中心に発達すべきである。高齢者が福祉の充実を実感するようになれば消費も増加する。 長期入院の自己負担率は見直す必要がある。
8	呼吸器内科病棟では入院患者の約70%が高齢者であり、さらに比率が増加していることから包括評価を含めて、適正な診療対価が得られるよう望む。
9	老人医療（従来の）と包括医療を上手に組み合わせた制度が必要である。
10	医療費の軽減に向けた制度改革を断行すべきである。
11	マスメディアの一方的な情報過多により患者の不安を助長しているだけである。中立的な報道が必要である。
12	慢性的に医療の対象となった高齢者が、単身生活者である事がますます多くなり、地域のネットワーク、中核となる施設の充実などが必要だろう。 高齢者が単に保護の対象となるのは最後の最後で、高齢者も様々な側面で社会に貢献していけるということが理想的である。
13	高齢者が均一的に高度医療を受ける必要はない。（選択可能な医療）
14	回復の可能性が見逃されていることが多く、また簡単に抑制されていて、高齢者の人権がないがしろにされている。 高齢である事を理由に医療が十分に受けられない。患者側や家族の意識にも問題がある。 医療費が、財政上の補助で成り立っていることを考えていない人が多すぎる。
15	自分自身が高齢者の仲間入りをした時に、どうなっているか不安である。
16	医療制度改革や介護保険では根本的な解決にはならないと考えられる。 根本的に、高齢者の医療・福祉をどうするのかという問題の解決なしには進まない。政治が不在である。日本独自のシステムを構築することが必要である。
17	医療設備、医療施設、医療環境の充実が必要である。
18	まだ高齢者医療をまじめに考え、対応する医師数の少なさを実感する。プライマリ・ケアの専門医、老年医療の専門医の制度化、専門医による治療での医療費の差別化が必要。 弱った高齢者の受け皿が不足しているのは明らかである。こうした人のための施設増、こうした人のお世話をする仕事増は新しい職を増やし経済活性化につながると共に、高齢者、これから的高齢者に安心を与えることになる。メディカルソーシャルワーカーの地位の向上、医療機関内での義務化ができることを希望する。
19	社会全体が高齢者にかかる医療費について考え直すべき。安易に「命は地球よりも重い」などという考え方に走るべきではない。
20	高齢患者にやさしい医療。そして、高齢者が安心して暮らせる医療体制の構築を望む。
21	高齢者の満足度を上げるような、高齢者医療が提供されるかどうかが一番の問題である。 自分に訪れた老い、加えて眼前の高齢者の発するサインを傾聴し、等身大の高齢者像を描けることでここから、高齢者にとって満足のいく医療が見えてくる。
22	高齢患者と若年・中年との医療の考え方の、市民・国民への啓発が必要である。現在は同じように医療を行うべきとなっており、高齢患者にとって負担となっている。

	自由意見
23	実際に3ヶ月や6ヶ月での在宅、施設への入所は不可能で、減額は利用者の切捨てになる事は明白。 3Kの職場には十分な給与なくして、職員は集まらない。このままでは、将来、医療を行う者がいなくなり、個人開業ばかりになる可能性が高い。
24	健康増進、予防医療への積極的取組みが必要である。
25	高齢者医療は、高齢者だけでなく現在若い者もその恩恵を受けねばならないのだから、高齢者が安心して病気になれる制度を考えるべきである。
26	介護度のみで患者への費用を決めるだけでなしに、病状の特殊性についても診療内容を考慮して、医療が本人に適正に行えるようにすべきである。
27	「健康の自己管理」を国民に理解させるための運動（指導）を行う必要がある。
28	介護と医療の連携が、更に必要になると感じる。
29	本当に医療を必要とする方に十分な医療を適切に提供できるような大胆な構造改革が必要と思われる。例えば救急車の適正利用のため、有料化も考えて良いのではないか。
30	高齢者が足腰がしっかりして自分のことは最低何でもできるという社会を作る必要がある。 例えばヘリコプターによる救急医療などごく少人数に対する高度医療にのみお金を使って大多数の高齢者が恩恵を被っているとは思えない。費用対効果、公平性、低コストを考えて医療体制を考えるべき。
31	末期に濃厚治療をしている場面に、まだまだ出くわすことが多いが、高度医療・先進医療を、直ちに高齢者に適用するのは、財政上無理がある。これらの治療の完遂率、結果、QOLを損う面が多々ある。 有病老人の行き場所がない。 輸血依存性の患者への援助を考えて欲しい。
32	高齢者は急性期病院でも介助量が大きく現在の医療制度での人員配置（人数）は基準が低すぎる。また書類が多くディスプレイに向かう時間も増す。労働条件を守りながら、医療の質を維持するのは厳しい。
33	高齢医療には予防医学が最も重要であり、おそらく費用対効果も高い。生活習慣病の予防のみならず、一度生活習慣病による臓器障害が発生した後にも、その後起こるべき疾患を想定し、早め早めに予防処遇を講ずる事が重要である。 医療のみならず治療、介護、リハビリも含めてチーム医療の必要性が出てくる。
34	生老病死の理解と納得を、より多くの人たちが得るようにしてもらいたい。健康寿命を強調した方がよい。 1人当たり1ヶ月の医療費が500万円以上になることが予測される時は、延命・社会復帰の面から、その特別な治療に制限を加える方法を考えられないか。公的医療費には制限があっても仕方ない。
35	価値の多様性を認めた個別的な医療ができることが望ましい。
36	医療では予防が最も重要であるという認識のもとに、予防投薬を可能にするべきである。 医療、保健、福祉の連携を行い易い医療制度が必要である。
37	基本的には、不健康な生活を強いられている高齢者を少なくする為に、予防、健康増進の発想を老人になってからでなく、若年、中年者の頃から持てるような教育と、健康増進施設や方法について研究すべきである。ダイオキシン、たばこ、合成保存料、環境ホルモンなど不健康な物質を減らす努力を政府はなすべきである。
38	難しい問題と思う。
39	インフォームド・コンセントの法的な位置付けがないため医療事故の発生時に患者サイドと医療サイドの意見が全く違ってくるのが医療事故の解決を長引かせている。

	自由意見
40	代替医療としてのあんま、針、マッサージ等は、効果についてはエビデンスが乏しい。エビデンスのないものについてはエビデンスの提出を求めるか、あるいはそれが困難であれば徐々に縮小していくべきではないか。
41	75 歳以上の高齢者は、幼児と同様に一般とは異なる対応が必要である。高齢者は多数の疾患を有することが多く、複数の医療機関を受診する傾向にある。診察はともかく投与は 1 ヶ所に限定すべきである。 ある程度の自己負担は避けられないが、低所得の高齢者への配慮は必要である。 倫理的な面で問題があると思うが、高齢者に対する救急医療やがん治療にある程度の国民的なコンセンサスが必要。
42	病院とデイケアや訪問看護、ヘルパーetc の連携を強める必要がある。
43	高額医療になってしまうと、過剰医療として保険審査で査定されることが少なくない。患者や家族の『非常に進歩した医療』への期待感が大きく、病気の経過によっては過剰医療とされてしまう医療にならざるを得なくなるのも実情である。 今のように査定によって、病院の持ち出しとさせる方向ではなくて、この窮状を国民に説明し、例えば「高齢者は若い人ほどは医療にお金を出せなくなる」、というようなことをきちんと言ってもらわないとそろそろいけないのではないか。 この情報公開の時代、過剰医療と指摘されても、治療の選択肢がまだあるのにもう無いと言うことはできない。健全経営の視点からは、むしろ『査定は少なく』であり、このジレンマに悩まされている。 今後の医療として『自費』も 1 つの選択肢である。 保険で認められていないが、欧米では既に標準的治療薬という位置づけの薬剤があり、患者は Web などからこの情報を入手して自己負担でよいからこのような薬剤を使って欲しいと言われることがある。この場合、混合診療を認めていないため、殆どの診療行為が 10 割負担となってしまうことが問題となる。
44	高齢になり、たとえ障害をもつようになっても、住み慣れた家で、親しい家族と一緒に暮らせるような在宅医療の方策が必要である。
45	若・中年期からタバコやストレス対策など病気を予防していく施策が重要である。 医学教育にも予防医学・医療の重要性を教えていく。 医師だけでなく看護師、保健士などによる地域でのきめ細かい対応が重要である。
46	高齢患者が近接性、包括性、統合性、継続性、責任性のある医療を受けられる医療制度を推進して欲しい。

第3章 ヒアリング調査結果

1. 調査方法

今回のアンケート調査に回答いただいた有識者 5 名を選び、ヒアリング調査を実施した。あらかじめ、高齢者の定義、高齢者を意識した診療、高齢医療の現状、高齢患者への対応および医療関連企業が取り組むべき課題についてのアンケート調査結果（中間集計 n=119）と質問票を送付し、アンケート調査結果に対するコメントと臨床現場での意見を聴取した。

2. アンケート調査結果に対するコメント

ヒアリング調査で今回のアンケート調査結果に対して以下のようなコメントが得られた。

（1）高齢者の定義

① 年齢

「日常診療の中で何歳ぐらいの患者から高齢患者と意識しますか？」とのアンケートの結果：「70 歳以上」との回答が最も多く 38.7%*でした。一方、統計上の高齢者である「65 歳以上」は 22.7%*しかありませんでした。この結果にご意見をいただきたいと存じます。
（*：中間集計（n=119）のため最終成績と数値が若干異なります。）

- ・ 今回のアンケート結果は、①社会構造の変化（世の中が便利になったことに伴う肉体的活動の低減など）、②加齢医学の進歩が寄与していると思われる。
- ・ 実際の患者の状態のほかに、老人医療保険が 70 歳以上を対象にしていること、罹患率が 70～75 歳で急速に増加すること、医学的なこと以外にも肉体的、経済的、社会的なことも踏まえると 70 歳以上を高齢者という回答は妥当であろう。
- ・ 医学的に高齢者とは生物学的な機能が低下し、ホメオスタシス（恒常性）維持が困難になり、その後ホメオスタシスが破綻する状態になることであるため、現実的には後期高齢者（75 歳以上）が真の高齢者かもしれない。

② 年齢以外に考慮すること

「高齢患者として年齢以外に意識することがありますか？」とのアンケートの結果：「容姿・外観」を意識するとの回答が断然 1 位でしたが、この結果についてご意見をいただきたいと存じます。

- ・ 「容姿・外観」が断然 1 位であったのは、医師の診察が視診から入るので納得できる結果である。臨床医は経験があり、その判定は正確である。
- ・ 実際の診察では ADL や活力を重視し、足腰が丈夫でしっかりしている人は実年齢より若く見える。

- ・ 容姿・外観・ADLなどはすぐに判断できるが、腎機能、肝機能などは測定してみないと判断できない。腎機能や肝機能は治療をする時に考慮する。
- ・ 動脈硬化度は正確に測定できる施設が限られている。今回のアンケート結果は、このような機器を使って正確に測定して評価した場合と単に血管の具合を観察して評価した場合が混在しているのかもしれない。
- ・ 腎機能、肝機能、動脈硬化度などを高齢者の指標として意識することは当然であるが、「呼吸機能の低下」も高齢者で現れる。「呼吸機能」を設問に入れる必要があった。

(2) 若・中年患者（高齢者以外の患者）との比較における高齢者診療の現状

「以下の項目で高齢患者を意識して若・中年患者と対応を変えていますか？」とのアンケートの結果：「治療薬剤の「用量」について」、「治療薬剤の「種類」について」、「服薬指導・コンプライアンス維持について」、「問診の仕方について」、などを変えているという回答が多かったのですが、この結果についてご意見をいただきたいと存じます。

① 問診の仕方

- ・ 高齢者は、呆けていたり、難聴であったりすることが多いので大きな声でゆっくり話す。
- ・ 合併症を有しているのが普通であり、非定型的な症状（発熱しない肺炎など）が多いので、問診に十分な時間をかける。
- ・ 高齢者であるのに「問診の仕方」を「変えてない」が 1/4 もあることの方が問題である。

② 治療薬剤の「種類」や「用量」

- ・ 治療薬剤の「種類」や「用量」を高齢者向けに変更しているのも理解できる。
- ・ 今回のアンケートでは治療薬剤を選択する基準について「安全性」、「易使用性」、「有効性」の順であったが、この結果は、対応能が低い高齢者の「安全性」を最優先にしたためである。しかし、「有効性」を重視して薬剤を選択する場合もある。
- ・ 「安全性」を重視する場合は、通常 1/2 量から投与を開始し、患者の状態をみて増量する。肝・腎機能が低下している可能性が考えられるので、薬剤の「種類」・「用量」に関しては若年者と比べて慎重に行う。1 日 3 回服用できない患者には家族の管理のもとに服用できるように処方する。
- ・ 「有効性」を重視する場合は、50、60 歳と 70 歳では治療薬剤の「種類」や「用量」を変えない。体重が 50kg 以上あれば常用量を処方し、副作用が出現すれば減量する。しかし、効果を出すために若い人には倍量処方を行うことがあるが、高齢者には倍量処方をしない。
- ・ 高齢者は個体差が大きく、薬物の有効性にも大きな差があるのは事実である。
- ・ 日本の使用説明書では「適宜増減」となっており、あいまいな表現である。腎機能が、用量を決定するひとつの指標であるが、実際には医師が有効性と安全性を経験的に判断しているのが現状である。今後、何かの目安が必要かもしれない。

③ その他

- ・ 高齢患者と若・中年患者で対応を変えることにはコンセンサスが得られているが、高齢者を対象としたデータがない。高齢者の EBM（Evidence Based Medicine：科学的根拠に基づく医療）に基づいた薬物療法ガイドラインは必要である。
- ・ 高齢者の薬物療法のガイドラインを作成する動きがある。

（３）若・中年患者との比較における高齢医療の現状

「下記の疾患に関し、治療の効果、コンプライアンス、QOL の維持・改善なども含めて、現在、十分満足 of いく治療が行えているとお考えでしょうか？高齢者、若・中年者それぞれの治療の満足度についておうかがいします」とのアンケート結果：高齢者に対しては「高血圧症」、「高脂血症」、「胃・十二指腸潰瘍、胃炎」が満足度の高い疾患となりました。若・中年者に対しても「高血圧症」、「高脂血症」、「胃・十二指腸潰瘍、胃炎」が満足度の高い疾患になりました。一方、高齢者と若・中年者を比較した場合、「呼吸器系感染症」、「うつ病」、「排尿障害」などが若・中年者に比べ治療の満足度が低い傾向を示しています。この結果につき先生のご意見をうかがいたいと存じます。

① 全般

- ・ 高齢者および若・中年者のいずれにおいても「高血圧症」、「高脂血症」および「胃・十二指腸潰瘍、胃炎」に対する治療の満足度が高かったのは、有効な薬物があるためである。
- ・ 高齢者における治療の満足度が低い疾患として、「呼吸器感染症」、「うつ病」および「排尿障害」が挙げられているが、現状を非常に良く反映していると思われる。

② 呼吸器系感染症

- ・ 高齢者の「呼吸器系感染症」は治療が困難（難治性）で致死性の疾患なので治療の満足度が低い。高齢者は若・中年者と比べて「呼吸器系感染症」になりやすく難治性である。この理由として、高齢者は①生理（肺）機能が低下している、②免疫機能が低下している、③基礎疾患を有していることが考えられる。
- ・ 「肺炎は老人の友」と言われ、高齢者は肺炎になっても発熱しないこともあり、重症化しやすい。また、耐性菌による治療の難しさに加え、嚥下性肺炎を繰り返すことも難治性となる。
- ・ 呼吸器疾患での死亡者数は年間 55,000 人であり、年々増加している。特に男性の COPD（慢性閉塞性肺疾患）による死因は現在第 7 位であるが、将来第 3 位になると推測されている。

③ うつ病

- ・ 高齢者の「うつ病」は、痴呆初期の症状と区別がつきにくいので、抗うつ剤を痴呆患者

に投与していることもある。

- ・ 精神科に来院すれば治療しやすいが、内科では時間をかけて診察できないことがある。
- ・ 高齢者の場合、副作用に注意が必要なため軽度な抗うつ剤から投与を開始することになるが、高齢者に処方できる抗うつ剤の種類が少ない。
- ・ 高齢者の「うつ病」は、高齢者の置かれている社会的な環境（無気力、とじこもりなど）が悪循環の中にあることもある。

④ 排尿障害

- ・ 「排尿障害」に対する治療の満足度が低いのは、脳梗塞後遺症や糖尿病による神経障害などの慢性的な基礎疾患の治療ができないことも原因と考えられる。

（４）高齢患者への対応に関して

① 既に実施している施策

「貴医療機関ですでに導入している施策または計画中の施策は？」とのアンケート結果：「服薬指導」67.3%*、「患者相談窓口の設置」50.9%*、「施設・設備のバリアフリー化」46.4%*の順でした。この結果についてご意見をいただきたいと存じます。

- ・ 「服薬指導」、「患者窓口の設置」、「施設・設備のバリアフリー化」が高率を示したのは理解できる。
- ・ 高齢者には物忘れ、痴呆の人が多いため薬剤の用途や目的について医師が患者自身あるいは付き添い者に説明を行い、注意事項などは薬剤師が「服薬指導」をする。
- ・ 入院の場合は薬剤師が全患者に「服薬指導」をする。
- ・ 退院後の管理にも「服薬指導」は大切である。
- ・ 「患者相談窓口の設置」、「施設・設備のバリアフリー化」も高齢医療には必須である。
- ・ 「EBMに基づく高齢医療の推進」を実施しているとの回答率が低かったのは、高齢者のデータが少ないため、現場では、経験則で投与量を判断している現状が表れている。薬物の減量の目安となるデータや高齢者特有のガイドラインが必要である。
- ・ 「各診療科の分野横断的連携体制の構築」を実施しているとの回答率が低かったが、実施している例としては、各診療科が連携してひとりの患者を包括的に診るスタイルで、病棟では介護の人も含め様々な職種の人が退院後の方針までを決めている。ただし、心臓病で入院している患者に骨の検査をした場合には保険点数にならないなどの問題点がある。
- ・ 一方、「各診療科の分野横断的連携体制の構築」を実施していない例としては、主治医体制を採っているために疾患が他の診療科に及ぶ場合は主治医がその科の医師に相談している。

② 特に重要と考えている施策

「高齢医療において特に重要とお考えの施策は？」とのアンケート結果：「QOL の重視」、「医師、看護師、理学療法士等医療従事者の連携による高齢医療の推進」、「高齢患者の身体機能や症状の応じた個別医療の推進」の順でした。この結果についてご意見をいただきたいと存じます。

- ・ 「QOL の重視」が高率なのは高齢医療の基本であるので理解できる。
- ・ 後期高齢者の場合、がんを治癒させることが必ずしも患者の QOL 向上につながらない。余命を考えて治療をすることが重要である。
- ・ 「医師、看護師、理学療法士等医療従事者の連携による高齢医療の推進」に関しては、COPD 患者に呼吸リハビリのプログラムがあり、栄養、カウンセリングなども加えチーム医療を実践している施設がある。
- ・ 「高齢患者の身体機能や症状に応じた個別医療の推進」も重要であり、高齢者は個体差が大きい。
- ・ 「老人科など特殊な診療科の設置」も必要である。現実に来院患者の多くは高齢者（65 歳以上）である。

（５）医療関連企業が取り組むべき課題

「高齢医療の発展のために、製薬企業に積極的に取り組んでもらいたい内容は？」とのアンケートの結果：「高齢者に関する有効性、安全性等のデータの充実と提供」、「医薬品製剤上の工夫」が高率でした。この結果についてご意見をいただきたいと存じます。

- ・ 「高齢者に関する有効性、安全性等のデータの充実と提供」は必須である。
- ・ MR（医薬情報担当者）が薬剤の説明をする際に小児の用量は明確に説明するが、高齢者の薬剤情報はない。腎機能低下の度合い（クレアチニンクリアランス）により推奨する用量の情報提供が欲しい。
- ・ 「医薬品の製剤上の工夫・改善」について、高齢者はカプセル剤や散剤を服用しにくいので飲み易い剤型（小さな錠剤、口腔内崩壊錠、液剤など）が必要である。
- ・ 飲み間違いしないような工夫（色など）、投与が確認できる剤型（経皮吸収剤など）も必要である。
- ・ 口腔内崩壊錠は嚥下障害を起こさないこともあり、高齢者自身が希望する場合もある。
- ・ 薬物の服用回数は１日３回よりは１日１回（朝か寝る前服用する）製剤が良い。

3. 臨床現場での意見

高齢医療について、行政に要望する点がございましたら、ご指摘いただきたいと存じます。

- ・ 高齢医療には予防が最も大切であるが、予防医療は保険請求できない。予防医療を進展させるためには、病院の利益が上がるような仕組みが必要である。
- ・ 高齢者は医師が話を聴いただけで満足する場合もある。現時点では治療しなければ時間をかけて話を聴いても保険請求できない。
- ・ 包括的医療での他科の検査（前述）が保険請求できない。
- ・ 保険診療における薬剤費についての柔軟性（ある薬剤の低用量は導入期にしか使えない。高齢者では低用量で十分効果を示すのに導入後は高用量しか使えない）が必要である。
- ・ 高齢者では処方した薬物の有効性を評価するまでに退院日になってしまうことがあるので、入院期間を一律に制限するのではなく、疾患に応じたきめ細かい配慮が必要である。
- ・ 行政からジェネリック薬を積極的に導入する指示が出されているが、効力、安全性、品質など心配な要素がある。
- ・ 高齢医療には医師および医学生に対する教育が最も大切であり、その教育を担う人材が必須である。
- ・ 患者の大学病院志向が強いので、適切な医療環境のためにプライマリケア（開業医）と高度な医療が必要な場合(病院)を示すガイドラインなどが必要である。
- ・ 介護保険、年金、医療保険の3領域をバランス良く運営していくことが今後の課題である。
- ・ 現在の高齢者（特に85歳以上）は戦時中の体験があるので身体的・精神的に非常に強い人たちが多く、今後の高齢者（今の高齢者予備軍）は心配である。生活習慣病は減らないと予想する。特に女性の喫煙者が多いことが問題になるかもしれない。

4. まとめ

専門家の意見を聴取したが、いずれも今回のアンケート結果に関しては納得できるとの評価であった。臨床の最前線にいる内科系の医師であれば同じ感覚で回答できたこと、実際の臨床の場では高齢患者が多く、直面している問題が同じであること、回答者のレベルが一樣に高かったことなどがその理由と思われる。

高齢患者として意識する年齢に関しては、医学的な判断では罹患率が急速に増える70歳以上を高齢患者と判断していることが明らかとなった。

ほとんどの医師が年齢以外に容姿・外観やADLを考慮して高齢患者と判断している。高

高齢者は個人差が大きく、肝機能、腎機能および動脈硬化度などを検査することにより、高齢患者と判断していることも判明した。高齢者の呼吸機能低下が重要であることが今回のヒアリング調査で指摘された。

高齢者は若・中年者と異なり非定型な症状や合併症を有するのが普通であるので高齢者を意識して「問診の仕方」を変え、「薬剤の種類や用量」を高齢者向けに変更している。その反面、高齢者に使用する際の薬剤情報が少ないため、医師は経験的に有効性と安全性を考慮して処方している。高齢者を対象とした薬剤情報の必要性和 EBM に基づいた高齢者薬物療法のガイドラインの必要性が明らかとなった。

高齢者の「高血圧症」、「高脂血症」、「胃・十二指腸潰瘍、胃炎」に対しては現在の薬物でよくコントロールできるので治療の満足度は高かった。一方、「呼吸器感染症」、「うつ病」、「排尿障害」に対する満足度は若・中年者と比べ低く、不満が多かった。この原因としては、老化による機能低下（生理機能、免疫機能）、基礎疾患（合併症）の存在および社会的環境などの要因が考えられた。

「服薬指導」、「患者窓口の設置」および「施設のバリアフリー化」を高齢患者への対応として実施している施設は多かったが、「EBMに基づく高齢医療の推進」を実施している施設は少なかった。ここでも、高齢者に対するデータが少ないことが指摘された。また、「各診療科の分野横断的連携体制の構築」を実施している施設も少数であった。各診療科が連携してひとりの患者を包括的に診ている施設では、他科の検査が保険診療にならないなどの問題点が明らかとなった。

医療関連企業が取り組む課題としては、「高齢者に関する有効性と安全性のデータの充実」と「高齢者に服用しやすい剤型」が要望された。同時に、高齢者自身のことも考えて「飲み間違いしない工夫」、介護者のことを考えて「投与が確認できる剤型」も要望された。

臨床現場から、予防医療、他科の検査、薬剤費などの保険診療に関する柔軟性を求める要望があり、入院期間の一律制限に関しても同様の意見があった。また、現在の高齢者予備軍が高齢者になったときを懸念する意見もあった。

第4章 文献調査

1. 高齢医療を取り巻く環境

(1) 日本の高齢化の現状

日本の総人口は、2002年10月1日現在、1億2,744万人となっているが、このうち、65歳以上の高齢者人口は2,363万人(男性996万人、女性1,367万人、性比(女性人口100人に対する男性人口の割合):72.9)であり、総人口に占める割合(高齢化率)は18.5%となっている。

図表4-1-1 日本の高齢化の現状

		2002年10月1日現在		
		総数	男	女
人 口 (万人)	総人口	12,744	6,225	6,518
	高齢者人口(65歳以上)	2,363	996	1,367
	前期高齢者(65～74歳)	1,359	632	726
	後期高齢者(75歳以上)	1,004	364	641
	生産年齢人口(15～64歳)	8,571	4,302	4,269
	年少人口(0～14歳)	1,810	928	883
構成比 (%)	総人口	100.0	100.0	100.0
	高齢者人口(高齢化率)	18.5	16.0	21.0
	前期高齢者	10.7	10.2	11.1
	後期高齢者	7.9	5.8	9.8
	生産年齢人口	67.3	69.1	65.5
	年少人口	14.2	14.9	13.5

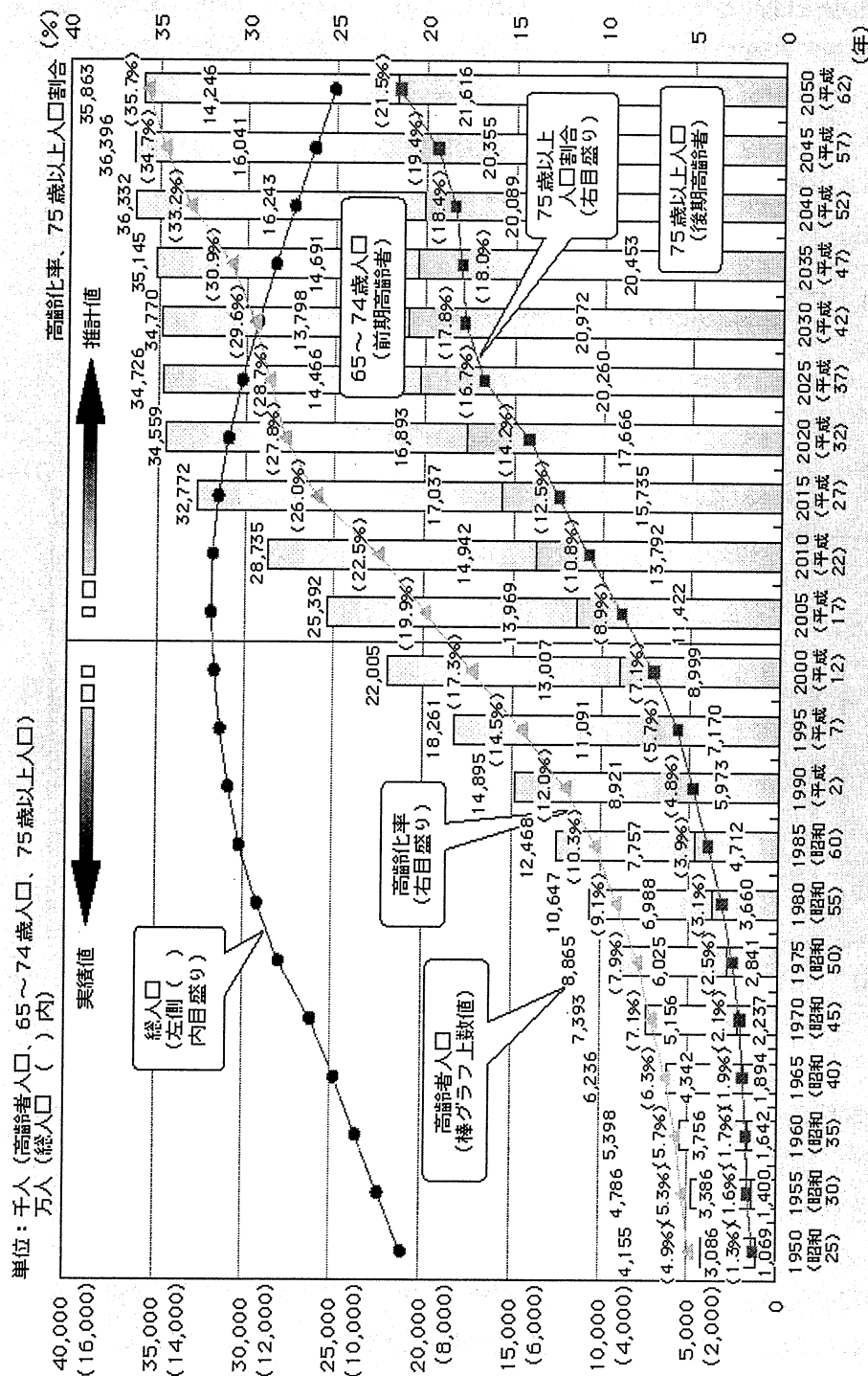
(出典) 総務省統計局「推計人口」

また、高齢者人口のうち、前期高齢者(65～74歳)人口は1,359万人(男性632万人、女性726万人、性比87.1)、後期高齢者(75歳以上)人口は1,004万人(男性364万人、女性641万人、性比56.8)となっており、後期高齢者人口が初めて1,000万人を上回った。

今後も、高齢者人口は2020年まで急速に増加し、その後はおおむね安定的に推移すると見込まれている。一方で、総人口が2006年にピークを迎えた後減少に転ずることから、高齢化率は上昇を続け、2015年には高齢化率が26.0%、2050年には35.7%に達し、国民の約3人に1人が65歳以上の高齢者という本格的な高齢社会の到来が見込まれている。

また、高齢者人口のうち、前期高齢者人口は2015年をピークにその後は減少に転ずる一方、後期高齢者人口は増加を続け、2020年には前期高齢者人口を上回るものと見込まれており、高齢者数が増加する中で後期高齢者の占める割合は、一層大きなものになるとみられる。

図表 4-1-2 高齢化の推移と将来推計 : 平成 14 年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施の状況に関する年次報告より

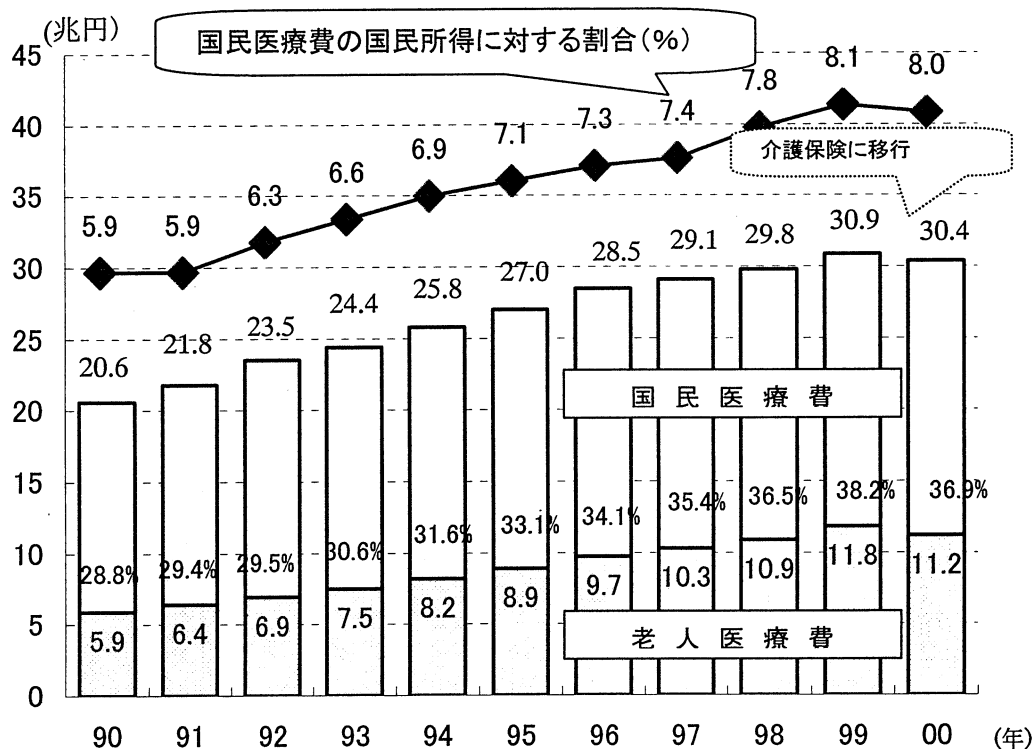


資料: 2000年までは総務省「国勢調査」、2005年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」
(注) 1955年の沖縄は70歳以上人口23,328人を前年の70歳以上人口に占める75歳以上人口の割合を元に70～74歳と75歳以上人口に按分した。

(2) 医療費の動向

2000年の介護保険制度導入により、若干落ちてはいるものの、わが国における国民医療費および老人医療費は、ともに右肩上がりに伸びており、「国民医療費の国民所得に対する割合」も8%を超えるまでに至っている。しかし、10%を超える米国やドイツ等に比べると、高くはない水準である。

図表 4-1-3 国民医療費および老人医療費の推移



(3) 効率的な医療体制構築に向けた取り組み

前述のとおり、わが国は急速な高齢化が進展しており、それに伴い介護を必要とする高齢者も急増している。また、マクロ経済の低迷と医療費の増加により、国民医療費の国民所得に対する割合の上昇は止まるところを知らない状況にある。これらは、少なからず国民生活にも影響を及ぼすと考えられる。このような中、効率的で質の高い医療の確立、および医療保険財政の悪化に歯止めをかけるため、様々な取り組みがなされている。

2000年4月より開始された介護保険制度は、従来、要介護高齢者のうち、「社会的入院」（介護は必要であっても、必ずしも医療が必要とはいえない高齢者の入院）の高齢者を医療施設から介護施設へ移し、「医療サービスを主とする施設」と「介護サービスを主とする施設」との機能分化、および在宅サービス等の新たな産業と介護専門員等の新たな雇用の

創出により国内経済にもプラスの効果を与えたと考えられる。

また、急性期を担当する病院（以下「急性期病院」）を退院した高齢者の受け皿となる施設や在宅サービスの充実により、急性期病院が患者の平均在院日数の短縮を図ることを可能とし、より多くの急性期患者への医療が可能となった。このことは、効率的な医療体制を促すとともに、患者を確保できない急性期病院の療養型病院への転身も促すと考えられている。厚生労働省の病床集計によると、4次医療法改正に基づく病床届け出では、一般病床と療養病床の比率は一般病床 72.7%、療養病床 27.3%になったとされる（2003 年 9 月現在）。

療養型病床群は、「医療ニーズの高い高齢者」に対し、医療保険を使用しうる施設として用意されているが、人員配置基準の甘さから、実質的には人手が不足していると考えられている。

図表 4-1-4 病床区分

区分		一般病床		療養病床	
主な人員配置基準		医 師	16:1	医 師	48:1
		看護師・准看護師	3:1	看護師等	3:1
				・看護師・准看護師	6:1
				・看護補助者(介護職員)	6:1
		薬剤師	70:1	薬剤師	150:1
構造設備基準	必要施設	手術室、診察室、臨床検査施設、処置室、エックス線室、調剤所等		一般病床において必要な施設の他、機能訓練室、食堂、談話室、浴室（機能訓練室には特例あり）	
	1 患者当たり病床面積	新設(全面改築含む) 6.4㎡以上 既設 4.3㎡以上		6.4㎡以上	
	廊下幅	新設(全面改築含む) 1.8m以上(両側居室2.1m) 既設 1.2m以上(両側居室1.6m)		新設(全面改築含む) 1.8m以上(両側居室2.7m) 既存病床からの転換 1.2m以上(両側居室1.6m)	

* 歯科医師については、歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者 16 人に 1 人。

図表 4-1-5 介護保険施設および療養型病床（医療保険）の人員配置基準

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	療養型病床(医療保険)
医師	非常勤で可	1/100床	1/48床	1/48床
看護師	3/100床	9/100床	17/100床	17/100床
介護職員	31/100床	25/100床	17/100床	17/100床
定員:看護職員	3:1 ~ 4.1:1	3:1 ~ 3.6:1	2:1 ~ 3:1	2:1 ~ 3:1
理学・作業療法士	規定なし	どちらか1人	規定なし	規定なし
ソーシャルワーカー	生活相談員1人	相談指導員1人	規定なし	規定なし
介護支援専門員	1人	1人	1人	規定なし

しかし、従来、平均在院日数 21 日以下とされていた急性期病院の条件が、2002 年 10 月からは、平均在院日数 17 日以下とされる等、たび重なる規制強化により、急性期病院は「長期入院を必要とする患者」を受け入れ難い状況となってきた。

このような医療制度改革と介護保険制度の狭間で、行き場をなくしている高齢者もあると

の報告もある。重篤な基礎疾患をもつ高齢者のうち、現在症状は安定しているが、その状態を維持するためにはかなりの医療援助を要し、かつ介護ニーズも高いケースである。例えば、以下のような事例が挙げられる。

- ・ 脳血管障害による嚥下障害があり、肺炎を繰り返す寝たきりの高齢者
- ・ 進行性の悪性腫瘍だが、医療援助があれば症状は安定している高齢者

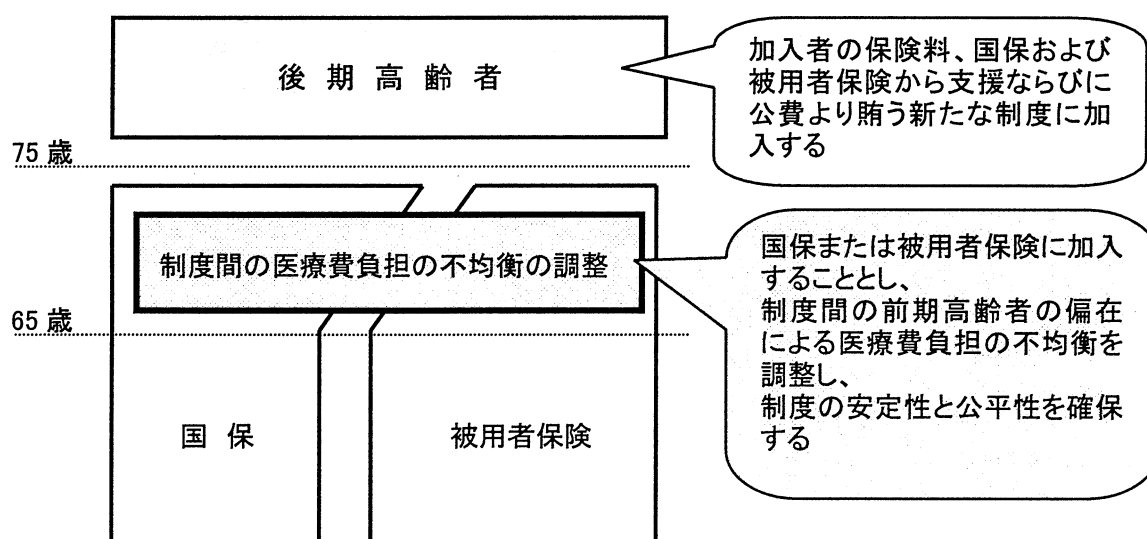
（４）高齢者医療制度の基本的考え方

2003年3月28日、75歳以上の後期高齢者全員が保険料を負担する新しい保険制度の創設を柱とした「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」が閣議決定された。少子高齢化社会においても医療制度の安定的な運営を図るため、保険者の再編・統合を含む医療保険制度の体系の在り方、新しい高齢者医療制度の創設、および診療報酬体系の見直しに関して示したものである。全体の構造は、後期高齢者（75歳以上）、および前期高齢者（65歳～74歳）の二重構造で考えられている。

「高齢者医療制度の基本的考え方」を以下に記す。

- ・ 個人の自立を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みである社会保険方式とする
- ・ 65歳以上の者を対象に、後期高齢者と前期高齢者のそれぞれの特性に応じた制度とする
- ・ 世代間、保険者間の保険料負担の公平化、制度運営の責任主体の明確化を図る
- ・ 現役世代の負担が過重なものとならないよう、増大する高齢者の医療費の適正化を図る

図表 4-1-6 高齢者医療保険制度の考え方



新しい高齢者医療保険制度では、原則として後期高齢者全員から保険料を徴収し、加入者の保険料、国保及び被用者保険からの支援、および公費により賄われることになる。扶養家族としてこれまで保険料を負担していなかった高齢者も保険料を支払うことになり、現役世代の負担を抑制する意図がある。

当該保険財源の割合については、

- ・ 50%を公費負担
- ・ 40%を国保および健保組合等からの財政支援
- ・ 10%を高齢者の保険料

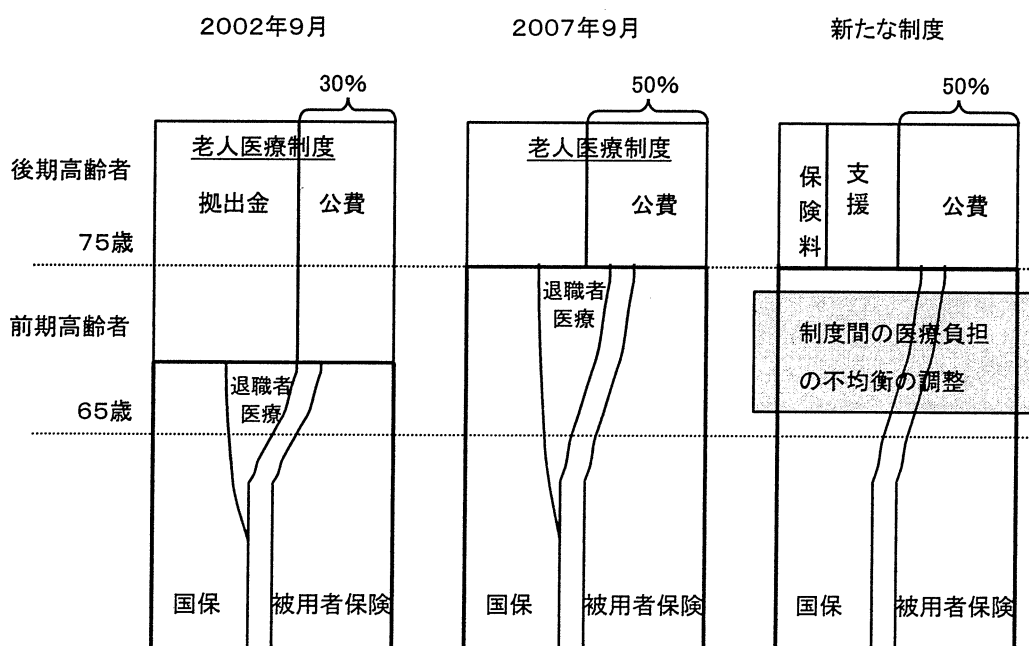
でそれぞれ賄うという方向で検討が進められることが想定されている。

公費負担財源については、将来の消費税引き上げ、年金問題、介護問題などを視野に入れた検討がなされる見込みである。

一方、前期高齢者については、国保または被用者保険に加入し、制度間の前期高齢者の偏在による医療費負担の不均衡を調整し、制度の安定性と公平性を確保することとなっている。また、全国 5,240 にも及ぶ保険者の再編・統合については、国保・政管健保は都道府県単位とした財政運営を導入し、健保組合は小規模・財政窮迫組合の再編・統合に資するよう規制緩和等を進めるとともに、再編・統合の新たな受け皿として、都道府県単位の地域型健保組合の設立を認める方向である。

政府は医療保険制度改革に対しては、2005 年度から法改正にとりかかり、2008 年度実施を目指し、診療報酬体系に関する改革については、次期診療報酬改定より、逐次実施を図る予定となっている。

図表 4-1-7 2002 年度制度改革に基づき、段階的に移行する医療保険制度



（５）今後の新高齢者医療のあり方検討の展開

現在、急速な高齢化とがんや糖尿病など生活習慣病の増加への対策の国家戦略として、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸および生活の質の向上を実現することを目的に設定された「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」（2000年3月）、次世代の先端科学及び医療・医術を国民の健康のために重点投入し、働き盛りの国民にとっての二大死因であるがん、心臓病への挑戦と、寝たきりや痴呆にならない健康な高齢期を目指す「メディカル・フロンティア」（2001年）、および健康診断の実施方法の統一化や生涯を通じた健康管理のあり方などを規定した「健康増進法」（2003年5月）等、国民の健康づくりに関する意識向上への取組みが次々と展開されている。

このような中、2003年11月に開催された社会保障審議会医療保険部会において、厚生労働省は新高齢者医療のあり方の論点は以下の3点であるとの考えを示している。

- ・ 若年からの保健・疾病予防の充実・強化
- ・ 前期・後期高齢者の特性に応じた医療のあり方
- ・ 保健・疾病予防や介護との連携・役割分担

当該部会では、今後も「高齢者特性に基づく医療サービスのうえに理想の保険の仕組みがある」ということを念頭に制度設計を行う方向である。

＜検討ポイント＞

- ・ 全年齢層： 高齢期の医療を踏まえた若年期からの保健事業の推進
- ・ 若年期～65歳までの前期高齢者： 地域の保健事業を推進、保険者の1次・2次予防の充実

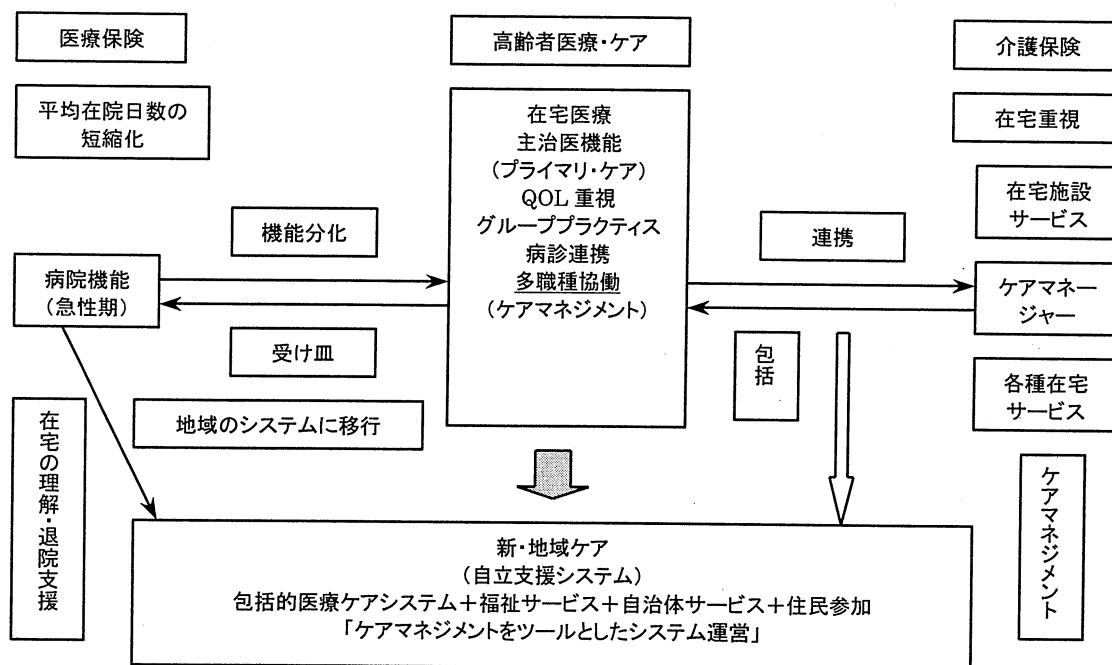
（６）高齢社会における高齢者医療・介護と新・地域ケアの取組み（事例）

ここで、わが国において先進的に地域ケアマネジメントを展開している尾道市医師会の例を示す。図表4-1-8に示すとおり、急性期の医療と慢性期の医療の機能分担を明確化し、地域医療を再編し、患者本位の医療とケアが継続的に地域のシステムとして根づいており、地域ケアの総合力による一体的な患者自立支援体制の取組みの良い事例であると考えられる。

高齢者医療・ケアにおいては、医療と介護は両輪の関係にある。また、前述したとおり、現在、急性期病院の平均在院日数の短縮化政策が行われており、急性期病院を退院する人たちの受け皿としての仕組みが必要となってくる。この連携を円滑に推進するためのツールが地域ケアマネジメント理論によるサービスの一元化であり、主治医機能を中核とした多職種協働の包括的サービス「新・地域ケア」（自立支援システム）である。このシステムを適正に機能させるためのポイントは、患者の退院支援として継続医療、継続看護を軸として、受け皿である在宅の主治医、ケアマネジャー、在宅サービス資源が一堂に会する「急

性期病院における退院前のケアカンファレンス」であり、患者の QOL を重視した多職種協働のケアマネジメントに繋がると考えられる。

図表 4-1-8 高齢社会における高齢者医療と介護、新・地域ケア



【参考文献】

- 1) 阿曾沼慎司, (厚生労働省 大臣官房): 日本病院会雑誌 50 (10) 1443-1461 (2003)
- 2) 健康保険法等の一部を改正する法律附則第 2 条第 2 項の規定に基づく基本方針 (医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について): 健康管理 5 24-28 (2003)
- 3) 青柳俊: 日本臨床整形外科医会誌 28 (1) 18-22 (2003)
- 4) 井藤英喜: 日本老年医学会雑誌 40 (3); 242-244 (2003)
- 5) 片山寿: 内科 92 (4) 753-757 (2003)
- 6) 片山寿: 内科 92 (2) 374-378 (2003)
- 7) 片山寿: からだの科学 232 12-16 (2003)
- 8) 厚生労働省 統計ホームページ (MEDIAS)
- 9) 平成 14 年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施の状況に関する年次報告
- 10) 日刊薬業新聞 (2003 年 11 月)
- 11) 政策研ニュース No.12 (2003 年 11 月)

2. 高齢者診療ガイドライン、学会の活動

(1) 高齢者診療ガイドライン策定状況

近年、科学的根拠に基づいて、患者あるいは高齢患者に対して推奨されるべき診断、治療法を示すことを目的とした診療ガイドライン（Clinical Practice Guideline）の作成が多くの疾患について進められている。ここでは、わが国におけるそれら診療ガイドライン策定の状況について概観する。

なお、診療ガイドラインとしては、治療ガイドライン、診断ガイドライン、疾病予防のためのガイドラインなど多く存在するが、ここでは主に治療ガイドラインが対象となっている。

① 診療ガイドラインの必要性と策定状況

EBM は、「診ている患者の医療上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、自分自身の専門技能を活用して医療を行うこと」¹⁾であり、医療の質の向上をもたらす重要な実践的手法である。しかし、その実践のためにはランダム化比較試験に基づく大規模な実験研究や、それら実験研究を体系的に取りまとめたメタ分析研究等の基盤的研究の集積が必要とされる。

わが国においては、これまで欧米ほど EBM は重視されてこなかったとの意見もみられるが、厚生労働省では EBM 推進の一方策として診療ガイドラインの策定を位置づけ、1996 年から診療ガイドライン作成の検討を進めてきている。

具体的には、1997 年 6 月に「医療技術評価の在り方に関する検討会」報告書が出されている。その成果を受けて、1998 年 6 月には、「医療技術評価の成果を臨床の現場で利用する EBM について検討し、その普及及び推進等、特に EBM 推進の一方策である診療ガイドラインの策定について検討することを目的」に医療技術評価推進検討会が設置され、その報告書は 1999 年 3 月に出されている。そこでは、各国における医療技術評価の対象優先順位決定法を参考にし、治療ガイドラインの対象疾患の優先順位を 47 位まで決定している。その一部を以下に示す。

1位 本態性高血圧	6位 慢性関節リウマチ(脊椎除く)
2位 糖尿病	7位 脳梗塞
3位 喘息	8位 腰痛症
4位 急性心筋梗塞及びその他の虚血性心疾患	9位 胃潰瘍
5位 白内障	10位 くも膜下出血及びその他の脳出血

これら優先順位に従い、上位の疾患から順に関係学会、医師会等が協力の上、治療ガイドラインを作成していくことが望ましいとされている。

この報告を踏まえ、厚生労働省では 1999 年度から補助金を出し、ガイドライン作成を支援している。そして、2001 年、2002 年に作成されたガイドラインを含め、近く 20 疾患のガイドラインが完成し、公開されていく予定にある²⁾。その対象疾患は以下の通りである。

－2001 年度までに完成したもの

糖尿病、急性心筋梗塞、高血圧症、喘息、泌尿器科領域、胃潰瘍、白内障、腰痛症、くも膜下出血、アレルギー性鼻炎

－2002 年度までに完成したもの

脳梗塞、関節リウマチ、肺がん、乳がん、アルツハイマー病、胃がん

－2003 年度までに完成したもの

大腿骨頸部骨折、肝臓がん、腰椎椎間板ヘルニア、脳出血

さらに、2003 年 11 月には、厚生労働省医政局より、厚生労働科学研究（医療技術評価総合研究事業：EBM 分野）として、「平成 16 年度における診療ガイドラインの整備・向上の環境づくりに関する考え方」が出された。

これによれば、厚生労働省として、「(財) 日本医療機能評価機構注 1) による医療情報サービス事業を円滑に実施に移し、その充実を図っていくことが当面の重要な目標」とされており、そのために下記を重要項目としている。

1. 学会等により既に作成された診療ガイドラインの電子化・データベース化
2. 国民（患者）向けの診療ガイドラインの整備
3. 学会等による診療ガイドライン整備のための文献検索や文献情報整理の支援

なお、ガイドラインの周知や理解、および利用の促進、診療ガイドラインの改訂については、学会固有の活動として、各学会が取り組みを推進していくことが期待されている。

② 診療ガイドラインの作成

診療ガイドラインの作成にあたっては、国際的に標準的な方法とされている EBM の手順に則って作成されるべきとされており、厚生科学研究費の 2 つの研究班

- ・「EBM の普及のためのシラバス作成と教育方法および EBM の有効性評価に関する研究」研究代表者 福井次矢（京都大学大学院医学研究科臨疫学）
- ・「日本における EBM のためのデータベース構築及び提供利用に関する調査研究」研究代表者 丹後俊郎（国立公衆衛生院附属図書館、疫学部理論疫学室）

注 1) 医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価し、その結果明らかとなった問題点の改善を支援する第三者機関。事業の一環として、医療情報サービスを実施しており、診療ガイドラインや医学文献等の評価・データベース化、インターネット等による情報提供、学会等が行う診療ガイドラインの作成・更新支援等を実施している。

は合同で「診療ガイドラインの作成の手順 ver.4.3 (2001 年 11 月)」を作成し、公開している³⁾。その手順については、出典とした参考文献³⁾を参照願いたい。

そこで述べられている「診療ガイドラインの作成の手順」は今後のガイドライン改定作業等で活用されていくことが期待される。また、具体的なガイドライン作成の中で、より豊富な経験や留意点が蓄積されてくるものと思われる。例えば、2003 年 12 月に脳卒中合同ガイドライン委員会（委員長 篠原幸人）が作成した「5 学会合同脳卒中治療ガイドライン（暫定版）」では、治療ガイドラインの作成、利用にあたっての留意点として、以下の点が強調されている⁴⁾。

「ガイドラインにおいてエビデンスを余りに強調すると、randomized controlled trial (RCT) やメタアナリシスの結果ばかりが前面に出てしまう。しかも欧米の RCT のみを主体としてガイドラインを作成すると必ずしもその結果は日本の実情にそぐわない。また“エビデンスに基づく治療 (EBM)”の真の意味は、単に文献的なデータだけにはとらわれず、目の前にいるこの患者さんにとってどのような診療が最も良い予後を生むかを考えることであり、既往歴や遺伝歴、経済的状況や社会的立場まで含めた患者さんの背景や特性を十分考えなければいけないし、担当医師自身の技量（経験や手術的手腕、あるいは広くその施設における画像その他の検査設備など）も含めた考慮が必要である。決してこのガイドラインブックさえ開けば誰でも同じように治療が出来るとは限らない。したがってこのガイドラインは個々の臨床家の裁量権を規制するものではなく、一つの一般的な考え方を示すものと理解すべきであることを強調したい。」

③ 高齢者治療ガイドライン策定

EBM 実践の手順として「医療技術評価推進検討会」報告書（1999 年 3 月）は、以下の 5 段階を示している。

- 1) 目の前の患者に関して臨床上の疑問点を抽出する
- 2) 疑問点に関する文献を検索する
- 3) 得られた文献の妥当性を自分自身で評価する
- 4) 文献の結果を目の前の患者に適用する
- 5) 自らの医療を評価する

段階 1) や 4) で述べられている「目の前の患者」に着目すると、一般的に患者は多様であり、例えば高齢者は幼児や若者、成人とは異なった観点からの観察が必要とされる場合がある。そのため、治療ガイドラインの作成にあたって高齢者を前面に出したガイドラインの策定もなされている。

2004 年 2 月現在、策定されている疾患ごとの高齢者ガイドラインとしては図表 4-2-1 のようなものがある。例えば、本来的に高齢者に多く見られる尿失禁については「科学的根拠に基づいて、高齢者尿失禁に対して推奨される診断・治療法を示す」ことを目的に、2000 年度厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）を受けて、岡村菊夫（国立療養所中

部病院泌尿器科) らが、「高齢者尿失禁ガイドライン」を作成、公開している⁵⁾。

これ以外にも現在策定中の高齢者ガイドラインも多い。

図表 4-2-1 高齢者を対象とした疾患ガイドラインの例

ガイドライン名	作成機関／収載雑誌、出版社
老年者の糖尿病治療ガイドライン	厚生省長寿科学総合研究事業「老年者の糖尿病治療ガイドライン作成に関する研究班」 長寿科学総合研究班の作成した老年者の糖尿病治療ガイドラインの概要. Geriatr Med 34:899-902, 1996
老年者の高血圧治療ガイドライン 1999 年改訂版 (1999)	厚生省長寿科学総合研究班 日本老年医学会雑誌 36(8):576-603, 1999
高齢者の急性心筋梗塞治療ガイド ライン (2000)	厚生省長寿科学総合研究班 日本内科学会雑誌 89(2):381-388, 2000
高齢者尿失禁ガイドライン	平成 12 年度厚生科学研究費補助金 (長寿科学総合研究事業) 事業: 岡村菊夫主任研究 高齢者尿失禁の評価・治療に関するガイドラインの作成 平成 12・13 年度総合研究報告書 2002
高齢女性の健康増進のためのホル モン補充療法ガイドライン (2001)	大内尉義編 (厚生労働省・長寿科学総合研究・高齢女性の健康増進のためのホルモン補充療法に関する総合的研究班) メディカルレビュー社 2001
高齢者総合的機能評価ガイドライ ン	長寿科学総合研究 CGA ガイドライン研究班 厚生科学研究所 2003
米国精神医学会治療ガイドライン: アルツハイマー病と老年期の痴呆	American Psychiatric Association 医学書院 1999
高齢者うつ病診療のガイドライン (2002)	World Psychiatric Association 南江堂 2003

また、疾患によっては、治療ガイドラインの一部として、高齢者の治療指針を策定している場合がある。例えば、喘息では、「EBM に基づいた喘息治療ガイドライン」の第 6 章の 1 節として、「高齢者 (老年者) 喘息」の項が設けられている。

また、日本高血圧学会が 2000 年 6 月に発表した「高血圧治療ガイドライン 2000 年版」の第 9 章には高齢者高血圧が記載されており、その特徴は以下の通りとされている⁶⁾。

- 1) 高齢者の加齢に伴う循環動態の変化、特に脳、心、腎などの臓器循環動態を考慮して、年代別に治療対象血圧レベルと降圧目標が定められている。
- 2) 男性 60 歳以上、女性 65 歳以上の高血圧は年齢そのものが危険因子となるので、高齢高血圧患者は全員中等リスクあるいは高リスク群に層別される。したがって、原則的には降圧薬療法が必要である。
- 3) 高齢者高血圧治療の第一選択薬は長時間作用型 Ca 拮抗薬、ACE 阻害薬 (副作用とし

て咳がでた場合はAⅡ受容体拮抗薬)と低用量の利尿薬である。降圧薬療法に際してはこの3種類の降圧薬の組み合わせで行う。しかし、降圧は2～3ヶ月かけて緩徐に目標血圧レベルに持っていく。

このように、高齢社会を迎えている日本において、高齢者の治療に対する意識が高まっており、2002年の第44回日本老年医学会では、「高齢患者は、複数の疾患に病むことが多く、高齢患者を診る医師は、各臓器別診療科の標準的な診断と治療について十分な知識の取得が必要である」との趣旨のもと、ワークショップ「老年者疾患別ガイドラインの現状と改正点－呼吸器」(司会＝順天堂大学 福地義之助氏)が開催されている⁷⁾。

実際の医療現場では、ガイドラインのように明確ではなくても、「65歳以上は1ランク上(軽度→中等度)として扱う」など、高齢者に関する規定がある場合も多い。

今後、このような意識の高まりを背景とし、医療の質の向上をもたらす重要な実践的手法として高齢者治療ガイドラインの策定はさらに進むものと思われる。

(2) 高齢医療に関連する学会

高齢者の医療に関する学会として、下表のような学会がある。

複数の学会から構成される大規模な学会として、日本老年学会がある。1959年、日本老年医学会、日本老年社会科学会の連合体として、日本老年学会が発足した。その後、日本基礎老化学会、日本老年歯科医学会、日本老年精神医学会、日本ケアマネジメント学会がこれに加盟した。これらの学会の中でも多数の会員を有する学会として、日本老年医学会があり、今回、その認定施設をアンケート調査対象の一部とした。

図表 4-2-2 高齢医療に関連する学会

	名 称	会員数 (H15 現在)	URL
1	日本老年医学会	6,400 名	http://www.jpn-geriat-soc.or.jp
2	日本老年社会科学会	1,403 名	http://www.rounenshakai.org
3	日本基礎老化学会	521 名	http://www.tmig.or.jp/jsbg/index.html
4	日本老年精神医学会	2,451 名	http://www.rounen.org
5	日本老年歯科医学会	1,859 名	http://www.kokuhoken.or.jp/gakkai/joho/gakkai01017.html
6	日本ケアマネジメント学会	1,261 名	
7	日本更年期医学会	1,620 名	http://www.j-menopause.com/
8	日本リハビリテーション医学会		http://www.soc.nii.ac.jp/jarm/
9	日本抗加齢医学会		http://www.anti-aging.gr.jp/

等

【参考文献】

- 1) <http://www1.mhlw.go.jp>、「医療技術評価推進検討会」報告書（1999 年 3 月）
- 2) <http://www.asahi.com/health/jhccolumn/030820>、「厚生労働省による 20 疾患の診療ガイドライン」
- 3) <http://www.niph.go.jp/glg1-4.3rev.htm>、「診療ガイドラインの作成の手順 ver.4.3」2001.11.7
- 4) <http://www.neurology-jp.org/guideline2003/index.html>、「5 学会合同脳卒中治療ガイドライン（暫定版）」、2003 年 12 月 26 日
- 5) www.chubu-nh.go.jp/urology/guidelines.pdf、「高齢者尿失禁ガイドライン」、2000 年度厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
- 6) 日和田邦男(2000)「高齢者高血圧の治療指針」第 118 回日本医学会シンポジウム記録集、pp77-82
- 7) http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2002dir/n2493dir/n2493_03.htm、医学書院／週刊医学 第 2493 号（2002 年 7 月 8 日）

3. 高齢者の疾患と治療の現状

ここでは、アンケート調査結果で、治療満足度の低かった「呼吸器疾患」および「排尿障害」を取り上げ、高齢者における疾患の特徴と治療の現状について調査した結果を以下に示した。

(1) 呼吸器疾患

高齢者の呼吸器疾患に関して、最近出版された幾つかの文献を基にまとめたものを以下に記す。

肺炎は我国の死亡原因の第4位であり、死亡者の90%以上が65歳以上の高齢者であることから示されるように、呼吸器疾患は高齢者にとって非常に重要な疾患となっている。

呼吸器疾患には肺炎や結核などの呼吸器感染症、COPD（慢性閉塞性肺疾患）や喘息などの閉塞性肺疾患、腫瘍、肺線維症など多岐に渡るが、ここではこれらの疾患の中で高齢者に特徴的で重要と考えられるいくつかの疾患について概説する。

① 呼吸器感染症

日本呼吸器学会の気道感染症ガイドラインでは、呼吸器感染症¹⁻⁶⁾を上気道感染症、下気道感染症、肺炎、胸膜炎に分類し、さらに急性と慢性に分けている。ここでは、頻度が高いと思われる急性上気道炎、肺炎について以下に述べる。

a. 急性上気道炎

急性上気道炎（かぜ症候群）の受療率は若・中年者に多いが、入院に限ると高齢者が多くなる。

特にインフルエンザでは罹患率は小児が最も高いものの、死亡者は75歳以上の高齢者に集中していることから、高齢者疾患としてのインフルエンザの重要性が再認識され、厚生労働省は、その対策として65歳以上の高齢者に対するインフルエンザワクチンの接種に対する公的補助を実施している（疫学調査より、高齢者に対するインフルエンザワクチンは、インフルエンザによる肺炎や入院、死亡を減少させることが報告されている）⁷⁾。

高齢者のインフルエンザの重要な特徴として、喘息やCOPDなどの基礎疾患の増悪もあるが、インフルエンザ肺炎の合併率（インフルエンザによる長期入院患者の20%前後）が高いことがあげられ、高齢者の肺炎による死亡原因の大きな一因となっている。特に血清アルブミン値が低値（3.0 mg/dl 以下）のような全身状態が良くない高齢者は、肺炎のハイリスク群と考えられる。したがって、高齢者における治療の留意点としては、肺炎の予防および治療と共に、栄養も視野に入れた総合的な診療を行う必要がある。

現在、インフルエンザの迅速診断法と特効薬（ノイラミダーゼ阻害剤や塩酸アマンタジン）が開発されている。ただし、これらの特効薬は発症後48時間以内に投与する必要がある、典型的な症状が現れにくい高齢者では投与タイミングを逃すことがある。また、腎機

能に応じた投与量の検討も過量投与による副作用を避ける上で重要となる。したがって、高齢者では上述したように、インフルエンザワクチンによる予防が勧められている。

その他のかぜ症候群は、主にライノウイルスやコロナウイルスなどによって生じるが、これらには対症療法（解熱鎮痛消炎剤；NSAID など）が中心となる。

b. 肺炎

肺炎は「老人の友」とも言われ、高齢者の死因の第 1 位を占める重要な疾患である（図表 4-3-1）。高齢者の肺炎の特徴としては、若年者の場合と比較して自覚症状に乏しく、しばしば重症化することや何らかの基礎疾患に合併する場合が多い点があげられる。また、高齢者の易感染性の要因としては、加齢に伴う呼吸機能の低下、気道の繊毛運動低下、嚥下反射の低下、免疫能低下などがあげられ、肺炎の発症様式としては主に以下の 3 つに分類される。

i) インフルエンザ肺炎

ii) 誤嚥性肺炎

iii) 基礎疾患（うっ血性心不全、慢性呼吸器疾患、悪性腫瘍など）に合併する肺炎
インフルエンザ肺炎については、a. 急性上気道炎の項で紹介した通りである。

誤嚥性肺炎も高齢者に非常に多い肺炎であり、その原因は不顕性誤嚥であるが、65 歳以上の高齢者では約 50%が不顕性誤嚥を起こしているとされている。この治療については、嚥下反射や咳反射を改善する ACE 阻害薬 (Substance P の上昇) の有用性が示されている。また、口腔ケアも重要な点と考えられる。

肺炎治療の原則は起炎菌の同定とそれに対する適切な抗菌剤の投与であるが、70 歳以上の患者では、第 1 位が MRSA を含む黄色ブドウ球菌であり、これにインフルエンザ菌、肺炎球菌、緑膿菌などが加わることが報告されている（69 歳以下ではマイコプラズマ菌、インフルエンザ菌、肺炎球菌が上位を占める）。一般的に、高齢者の肺炎は、抗菌剤の投与のみで治癒することは困難であり、全身状態や免疫能の改善も重要な点とされている。

図表 4-3-1 肺炎による死亡数・死亡率（総数、人口 10 万対；平成 14 年）

年齢	55-59 歳	60-64 歳	65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-84 歳	85-89 歳	90 歳 以上	総数
死亡数	886	1,755	3,275	6,669	11,608	16,576	21,355	23,798	87,421
死亡率	10.3	21.8	44.6	107.7	249.3	582.6	1,291.1	2,786.7	69.4

（厚生労働省 平成 14 年 人口動態統計の概況より改変）

② 閉塞性肺疾患

慢性閉塞性肺疾患（COPD）^{8・10)}は慢性の咳・痰・呼吸困難を主訴とする予後不良の進行

性疾患であり、現時点では、慢性喫煙が最大の病因とされている（「たばこ病」）。中高年に発症し、長期の経過（5 年生存率 70%、10 年生存率 40%）を示す高齢者の疾患である。喫煙人口の増加と高齢化によって、COPD は世界規模で患者数が増加しており、障害調節疾患順位では、2020 年には全疾患の中で 3 位～5 位になると予測されている。米国では推計 2,400 万人の 2/3 が正しく診断されていない。また、日本においても、厚生労働省の統計では患者数は約 22 万人としているが、肺疾患疫学調査研究会の全国調査では、約 530 万（40 歳以上の 8.5%）と推計されている。高齢者の息切れは「年のせい」とされ、診断されていない潜在的 COPD 患者が多数存在することが懸念される。

このように、高齢者の呼吸器疾患として COPD は重要な課題となっている。この事態を踏まえて、GOLD (the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) のガイドラインが 2001 年に発表されたが、その後 2003 年 7 月に改訂が行われた。主な変更点は、①重症度の分類がより明確化された、②長時間作動性抗コリン吸入薬（日本では未発売）が気管支拡張薬の選択肢に加えられた点である。1 秒率 70% 未満で気道可逆性がなければ、慢性気管支炎や慢性肺気腫の区別なく、COPD にあたるとしている。ただし、健康な高齢者においても肺機能の加齢変化によって、約 30% は 1 秒率 70% 未満になるとの指摘もあり、COPD の診断には加齢の要素を勘案する必要がある。

COPD の最も大きな病因は喫煙であり、COPD リスクの 80～90% を占める。したがって、予防としては禁煙が最も重要となる。安定期 COPD の治療には、禁煙・薬物療法・呼吸リハビリテーション・長期酸素療法（呼吸不全を伴う場合）が行われる。薬物療法には抗コリン薬や $\beta 2$ 刺激薬（吸入薬）などの気管支拡張薬が用いられるが、安全性と有用性から、高齢者には抗コリン薬吸入が勧められている。しかしながら、これらの薬剤は可逆性の気流制限を改善するものであり、生命予後を改善するものではない。したがって、症状のない COPD では薬物療法の適応はないと考えられ、生命予後の改善・疾患の進行防止の観点では禁煙の方が重要である。なお、禁煙に関して、ニコチン代替療法（ニコチンガム・ニコチンパッチ）が使用されるが、保険適応ではなく全額自己負担（医師の処方箋必要）となっている。

最近、長時間作動性 $\beta 2$ 刺激薬（salmeterol）と吸入ステロイド（fluticasone）の併用投与が、各々の単剤投与よりも高い改善効果をもたらすことが報告（TRISTAN study; Trial of inhaled steroid and long-acting beta-2 agonist study）¹¹⁾され、欧米では合剤が認可されている。日本においては、長時間作動性の吸入性気管支拡張薬は発売されていないが、吸入回数の減少の面から、その有用性が期待される。その他の薬剤として、去痰薬やマクロライド系抗生物質も使用されることがあるが、症状や予後を改善するエビデンスはない。

本疾患は長期の経過を示す高齢者の疾患であるため、直接医療費に加えて間接医療費の面からも注目される疾患となっている。疾患の外来患者の 33%、入院患者の 74% の診療費が老人保健法の適用による負担となっており、高齢化と共に増加が予想される点は社会的にも重大な課題である。

③ 肺線維症

肺線維症³⁾は特定疾患に指定されている難病であり、加齢により有病率が高くなる予後不良の疾患である。外科的治療（肺移植）もあるが実施困難であり、根本的な治療薬剤も未だ開発されておらず、保存的治療（酸素療法）が行われているのが実情である。最近、肺線維症の発症にホスホリパーゼ A2 の関与が報告され、新たな治療（薬物）標的分子として注目されているおり、今後の研究成果が期待される¹²⁾。

（２）排尿障害

高齢者の排尿障害に関して、最近出版された幾つかの文献¹³⁻¹⁷⁾を基にまとめたものを以下に記す。

高齢者で排尿障害を訴える患者数が増加している。尿失禁に関しては、在宅高齢者の約 10%、病院や介護施設に入っている高齢者の 50%以上に認められる。また、わが国の 60 歳以上の高齢者の約 50%以上に尿失禁があるとも報告されており、患者数は 300 万～400 万人にのぼると推定されている。排尿障害自体は致命的な疾患ではないが、QOL を著しく低下させる代表的な疾患として重要である。このような状況より、2002 年には、国立療養所中部病院の岡村らによって、高齢者の尿失禁に関するこれまでのエビデンスを検討し、尿失禁を適正に評価・治療する際の指針（高齢者尿失禁ガイドライン）¹⁸⁾も作成されている。

また、尿失禁の有無を問わず、頻尿や尿意切迫感はあるが、原因となる局所病変（炎症や腫瘍など）がないものを「過活動膀胱症候群」（OAB; overactive bladder）として診断・治療すべきとの考え方が国際的に注目されている。欧米の調査ではこれに該当する患者数が成人の約 17%に達し、加齢に伴って増加しているためであるが、日本でも約 830 万人いると推定されている。

排尿障害は一般的には蓄尿時に尿を保持できない蓄尿障害と、排出時に十分な尿排出ができない排出障害に分けられる。蓄尿障害の症状としては、頻尿（夜間頻尿含む）・尿意切迫・尿失禁であり、排出障害の症状には排尿困難・尿閉があげられる。排尿障害は高齢者に多く、その発現要因としては、加齢に伴う機能低下に加えて、男性特有の前立腺肥大症、女性に多い腹圧性尿失禁、自律神経系疾患である神経因性膀胱が考えられる。以下に、各排尿障害とその治療法を中心に概説する。

① 頻尿

頻尿とは、一般的に、排尿回数が 1 日に 8 回以上、夜間（睡眠時）に 2 回以上の場合とされている。高齢者の頻尿の原因としては、前立腺肥大や老化による膀胱容量の減少、あるいは尿の濃縮能力の低下がある。夜間頻尿では、睡眠リズムの変化や高血圧症（カテコラミン高値による体内水分量増加によって、ヒト心房性および脳性ナトリウム利尿ペプチドが上昇）も関係するとされている。

② 尿失禁

尿失禁の主なタイプとしては、切迫性（男女の区別なく、60～70 歳代以上の高齢者に多い）、腹圧性（出産経験のある女性に多い）、混合性（切迫性と腹圧性が混在）、溢流性（前立腺肥大症や糖尿病性神経障害などを有する患者）、機能性（痴呆症などの患者）があげられる。治療法もそれぞれの病態に応じて使い分ける必要がある。尿失禁は加齢と共に発症頻度が増加し、特に腹圧性、切迫性、あるいは混合性尿失禁が比較的多くなる。腹圧性尿失禁は女性に圧倒的に多く、約 25%と推定されている。腹圧性尿失禁の治療に関しては、他の尿失禁同様の内科的治療（薬剤）に加えて、軽症の場合は骨盤底筋体操、重症では尿道を TVT（血管縫合用の特殊テープ）で吊りあげる低侵襲手術や尿道スリング術などの外科治療も有効である。

高齢者の溢流性尿失禁では便秘も原因の 1 つと考えられており、糞塊を除去することで改善する場合もある。

③ 神経因性膀胱

膀胱を支配する自律神経の異常によって生じる排尿障害であり、痴呆、脳血管障害、脳・脊髄疾患、脊髄損傷、椎間板ヘルニアおよび直腸がんや糖尿病の合併症としての末梢神経障害に起因する場合が多い。尿意の消失、排尿困難、頻尿、尿失禁などが主な症状になる。

④ 前立腺肥大症

前立腺肥大症は良性腺腫であり、その肥大が尿道を機械的・機能的に圧迫することで排尿障害を引き起こす。患者は圧倒的に高齢者に多く、最近 10 年間では、患者数で約 3 倍に増加している。前立腺肥大症に伴う排尿障害は、その病期によって異なる。第 I 期～II 期では頻尿や排尿困難、切迫性尿失禁であるが、第 III 期になると、尿閉と溢流性尿失禁が主な症状になる。

⑤ 薬物療法

排尿障害に使用される薬剤は、図表 4-3-2 に示すように、蓄尿障害と排出障害治療薬に分類される。

各薬剤の詳細については、高齢者尿失禁ガイドラインや以下に示す参考文献等に記載されているので参照されたい。また、排尿障害は前立腺肥大症、各種尿失禁、神経因性膀胱などによって引き起こされるが、薬剤性排尿障害もある。高頻度に排尿障害を引き起こす薬剤としては、鎮咳薬、感冒薬、抗コリン薬、精神安定薬、抗うつ薬などがある。高齢者では複数の薬剤を服用している場合が多い。したがって、患者の薬歴についても十分に留意することが必要である。

図表 4-3-2 排尿障害に対する治療薬剤 (参考文献 4 より改変)

排尿障害分類	薬理作用	治療薬剤
蓄尿障害	排尿筋収縮減弱	抗コリン薬、平滑筋弛緩薬
	尿道平滑筋・横紋筋収縮力増強	$\beta 2$ 刺激薬
排出障害	排尿筋収縮増強	コリン作動薬
	尿道抵抗減弱	$\alpha 1$ 遮断薬
	前立腺肥大抑制	生薬、アミノ酸製剤、漢方薬、 抗アンドロゲン薬*

*排尿障害としての適応は認められていないが、前立腺肥大の抑制により間接的に排尿障害を改善する。

排尿障害に対する治療薬としては上述したように多くのものを使用されているが、高齢化に伴う患者数の増加などから、より優れた治療薬も求められている。現在、開発中の頻尿・尿失禁治療薬としては、ムスカリン (M_3) 受容体アンタゴニスト、 Ca^{2+} 感受性 K^+ チャネルアゴニスト、 NK_1 受容体 (タキキニン受容体) アンタゴニスト、アドレナリン β_3 受容体アゴニスト、 P_2X_3 受容体アンタゴニストなどがある。より優れた薬剤の開発によって、排尿障害を有する高齢者の QOL の更なる向上が期待されている。

【参考文献】

- 1) 松島敏春：総合臨床 Vol.52, No.10, 2689 (2003)
- 2) 池松秀之：日本臨床 Vol.61, No.11, 1926 (2003)
- 3) 長瀬隆英、寺本信嗣：日本醫事新報 No.4117, 6 (2003)
- 4) 武田裕子、大塚盛男：治療 Vol.85, No.12, 87 (2003)
- 5) 河合 伸：診断と治療 Vol.89, No.8, 1277 (2001)
- 6) 吉田 聡 等：治療 Vol.83, No.9, 83 (2001)
- 7) Gross PA, et al., Arch Intern Med 148, 562, 1988)
- 8) 瀬山邦明、福地義之助：最新医学 Vol.57, 210, (2002)
- 9) 板橋 繁、佐々木英忠：治療 Vol.83, No.9, 73 (2001)
- 10) 泉 孝英 等監修：最新医学別冊 (2001)
- 11) Calverley P et al., Lancet 361, 449 (2003)
- 12) Nagase T et al: Nat Med 8, 480 (2002)
- 13) 頻尿・尿失禁の病態に応じた診断と治療の実際：Progress in Medicine Vol.23, No.8 (2003)
- 14) 河邊香月：日本醫事新報 No.4124, 1 (2003)
- 15) 頻尿・尿失禁の薬物療法：薬局 Vol.53, No.8 (2002)
- 16) 北村正樹：ファルマシア Vol.38, No.7, 665 (2002)
- 17) 諸井誠司、小川 修：治療 Vol.83, No.9, 131 (2001)
- 18) 高齢者尿失禁ガイドライン：<http://www.chubu-nh.go.jp/>

第5章 まとめ

1. 高齢医療の現状

日本は急速な少子高齢化の進展に伴い、高齢者人口（割合）の増加による医療費の増大が社会的・政治的な問題となっており、医療制度も大きな変革が求められている。この中には、適切で効率的な医療の提供という視点も含まれており、高齢者では心身の特性を踏まえた適切な医療の提供、適正な受診の促進が求められている。

今回、若・中年者との比較により、高齢者に対する医療（以下、「高齢医療」）の実情と今後の課題を明らかにすることを目的に約 500 の医療機関に対してアンケート調査を実施した。また、同時に専門家へのヒアリング調査、ならびに文献調査も実施した。

アンケート調査では日本老年医学会認定施設と一般病院との間の意識の違いに関しても分析したが、あまり顕著な差は見られなかった。

本調査では、当財団が実施したこれまでのアンケート調査と比較するとかなり多くの自由意見が寄せられ、高齢医療に対する回答者の熱意を感じさせる結果であった。

（1）日常診療における高齢患者の認識

今回の調査によると実際の医療の現場では、70 歳以上を高齢患者と認識している医師の割合が高かった。また、年齢以外にも容姿・外観、動脈硬化度、腎機能等も意識して診療を行っていた。

（2）高齢者診療の現状

若・中年者への対応と比較した場合、「問診の仕方」、「治療薬剤の種類」、「治療薬剤の用量」ならびに「服薬指導・コンプライアンスの維持」については 70%以上の医師が対応を変えているという回答であった。

高齢者に対する治療薬剤の選択に際しては安全性を重視するとの回答が最も多く、1 日 1 回服用等の易使用性、有効性との回答が続いた。用量についても腎機能や病態（基礎疾患・合併症等）に注意して変えている医師が半数以上であった。自由意見でも高齢者は薬物に対する反応性に個人差が大きい、副作用が多い・多様・重篤であるため等の意見が多くあり、さらに、副作用を防ぐため、薬剤の種類を少なくし、投与量も多くの医師が半量にする等の工夫をしていた。また、服薬指導については時間をかけた説明がされている事が伺えた。

高齢者に関する適正使用情報が少ないことを反映していると考えられるが、製薬企業が取組むべき重要な施策として「高齢者に関する有効性・安全性のデータの充実」の要望が高かった。高齢者に関するデータの充実、高齢者のデータに基づいた薬物療法ガイドラインの策定と推進が必要とされている。

(3) 主要な疾患における治療の満足度

高齢者とそれ以外の患者に対する違いを見るために治療の満足度を調査した。高齢者において満足度が低い疾患は、「呼吸器感染症」、「うつ病」、「排尿障害」であり、高齢者と若・中年者で疾患の質や症状、治療に対する反応性が異なる疾患である。高齢者では呼吸器感染症の症状が出にくく、難治性、かつ重症化し易いことが理由としてあげられた。高齢者のうつ病は痴呆との区別がつきにくく、誤った処方がされることが多いこと、高齢者のうつ病に対する認識が低いことが指摘された。高齢者で排尿障害の満足度が低いのは老化による機能低下に加え、脳梗塞後遺症や糖尿病による神経障害などの慢性的基礎疾患が背景にあることが指摘された。一方、「高血圧症」、「高脂血症」、「胃・十二指腸潰瘍、胃炎」などでは安心して使える有効な薬剤があるため、治療の満足度が高いことがわかった。

2. 高齢医療の今後の課題

前述のように、本調査では多数の回答者から熱心な意見を記載していただいた。特に、自由記載の形式をとった「問8. (企業、行政への) 高齢医療の課題・要望」、「問9. 自由意見」には「要望」の域を越えた、医療現場からの切実な訴えが寄せられた。

これらをまとめると以下の通りである。

(1) 医療提供サイドの課題

急激な高齢社会の到来は医療提供サイドに高齢医療に向けた急激な変革を迫っており、既に対応は開始されてはいるものの、まだまだ高齢患者にとって満足できる医療、また医師にとって納得できる水準の医療には遠い。

高齢医療に対応し、ハード面では医療・福祉施設（内容・数）、医療施設間および医療施設と福祉施設間の連携、薬剤・医療機器、ソフトでは高齢医療に関わるデータの蓄積・整備、高齢者の意向を反映した診療ガイドラインの整備、専門医や看護師・介護士の対応、等々、あらゆる面で一層の充実や推進が必要である。

(2) 行政サイドの課題

医療提供サイドに求められている変革の相当部分は行政の施策に依存している。その中でも特に医療費予算に関する問題が大きい。これは国民皆保険制度のわが国では医療保険制度のあり方に直結する問題で、高齢者の実態に即した制度の構築が未だ不十分である。

高齢者は、加齢ということで一律に論じられがちであるが、若・中年者に比較し生理機能の個人差は大きく、疾患・症状の進行も個人差が大きい。診療報酬の包括化が入院期間、診断群分類に基づく入院医療の包括化、外来診療、等々、多くの形で進められているが、高齢者の特性に即した柔軟性のある診療報酬体系が必要である。また、高齢者は若・中年者よりも多くの人手を要し、高齢者比率の増加は病院経営の悪化につながるので適正な手当てが必要である。

わが国の国民医療費は対国民所得比では決して多くはなく、国の予算配分の重点を従来型公共事業から福祉を含めた医療費に移すことなどで医療福祉産業を充実させ、産業構造を高齢社会型へ転換することが大きな長期的課題である。

（３）企業サイドの課題

製薬企業の課題は、薬剤の高齢者に関する安全性・有効性データの取得、高齢者が服用しやすい製剤工夫（小型化、１日１回投与、等）である。

医療機器関連企業には、低侵襲性の機器の開発、高齢者が使いやすい機器の提供（文字や表示が大きい、簡単な操作、等）、そして何より安価な機器の提供が求められている。

（４）社会全体として

高齢者のひとり暮らしや高齢者夫婦世帯の増加している現在、高齢医療の問題は、健康であると否とに関わらず高齢者すべての問題に他ならない。高齢者が健康で生き生きと生活してゆくにはまず自らの自覚が必要あることは言うまでもないが、同時にこれは地域社会に投げられた課題でもある。

現在の若・中年者も一定期間後には高齢者に移行する。高齢医療における主要な疾患は生活習慣病であることから、高齢医療の基本的課題は若・中年者を含めた健康の自己管理・予防医療の推進であり、健康増進活動の一層の推進が期待される。

今回は高齢医療を対象とした初めての調査でもあり、必ずしも高齢医療の現実を浮き彫りにできたとはいえない。今後、更なる調査が必要であると感じている。

附 属 資 料

附属資料 1 : 調査票

附属資料 1 : 調査票

<設 問>

【問1】「高齢患者」の定義に関して

(1) 統計上、65 歳以上が「高齢者」として定義されていますが、先生は、日常診療の中で、何歳ぐらいの患者からを「高齢患者」として意識されますか。下記の選択肢より 1 つ を選び、該当する番号に○をお付けください。

1. 65 歳以上	3. 75 歳以上	5. 年齢では意識しない
2. 70 歳以上	4. 80 歳以上	6. その他 ()

(2) 「高齢患者」として意識する場合、年齢以外に考慮することはありますか。下記選択肢のうち、**該当する番号すべてに○をお付けください**（複数回答可）。なお、「その他」に○を付けた場合、内容を具体的にご記入ください。

1. 容姿・外観	2. 腎機能	3. 肝機能	4. 動脈硬化度	5. その他
----------	--------	--------	----------	--------

↓

<年齢以外に考慮する点：具体的に>

*** 以下の質問は、問 1 で先生がお答えになった「高齢患者」の区分に従ってお答えください。**

【問2】ここ 10 年ほどの患者の変化

ここ 10 年ほどで先生が診てこられた患者さんの年齢や疾患に変化がありましたか。下表のそれぞれの項目について、該当する欄の番号に○をお付けください。また、コメントがあればお書きください。

項 目	増加した	変化していない	減少した	コメント
a. 先生の患者全体に占める高齢患者	1	2	3	
b. 生活習慣病*の高齢患者	1	2	3	
c. 高齢患者における複数疾患の合併率	1	2	3	

*生活習慣病：食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群。インスリン非依存性糖尿病、肥満、高脂血症、高尿酸血症、先天性を除く循環器疾患、大腸がん、高血圧症、肺扁平上皮がん、慢性気管支炎、肺気腫、アルコール性肝障害、歯周病などが含まれる。

【問3】 若・中年患者(高齢者以外の患者、以下同様)との比較における高齢者診療の現状

以下の①～⑦の設問について、「高齢患者」を意識して、「若・中年患者」と対応を変えていることはありますか。該当する番号に○をお付けください。なお、「変えている」と回答された場合、どのような点を意識しているか、具体的にご記入ください。

① 問診の仕方(症状や既往、服用中の薬剤などの聞き方、病気や治療法、薬剤の説明など)について

1. 変えている 2. 特に変えていない



【1とお答えになった方へ】 具体的にどのようなことを意識していますか。

② 合併症の確認について

1. 変えている 2. 特に変えていない



【1とお答えになった方へ】 具体的にどのようなことを意識していますか。

③ 検査項目(数や内容)について

1. 変えている 2. 特に変えていない



【1とお答えになった方へ】 特に高齢者のどのようなところに注意していますか。

④ 治療薬剤の『種類』について

1. 変えている	2. 特に変えていない
----------	-------------



【1とお答えになった方へ】

治療薬剤を選択する際に、下表の選択肢のうち、いずれの項目を重視しますか。
優先度順に3つを選択し、該当する欄に番号をご記入ください。また、高齢医療における治療薬剤選択の基準について、ご意見があれば、コメント欄にご記入ください。

1. 易使用性（1日1回服用等） 2. 経済性（価格が安い） 3. 新規性（新しい作用機序） 4. 安全性（副作用が少ない） 5. 有効性（優れた有効性データがある） 6. 情報量（高齢者等のデータが豊富）	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <th style="padding: 5px;">第1優先</th> <th style="padding: 5px;">第2優先</th> <th style="padding: 5px;">第3優先</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	第1優先	第2優先	第3優先			
第1優先	第2優先	第3優先					

<コメント>

⑤ 治療薬剤の『用量』について

1. 変えている	2. 特に変えていない
----------	-------------



【1とお答えになった方へ】

a. 特に高齢者のどのような点に注意していますか。 **あてはまる番号すべてに○**をお付けください（複数回答可）。

1. 腎機能	3. 病態（基礎疾患・合併症等）	5. その他（ ）
2. 肝機能	4. 体重・身長	

b. 具体的にどのような点に注意していますか。

【問4】 若・中年者との比較における高齢医療の現状

下表の疾患に関し、治療の効果、コンプライアンス、QOL の維持・改善なども含めて、現在、十分満足のいく治療が行えているとお考えでしょうか。疾患ごとに、高齢者、若・中年者、それぞれの治療の満足度について、下表の当てはまる欄の番号に○をお付けください。また、その理由やコメントがあれば、具体的にご記入ください。

疾患名	高齢者			若・中年者			コメント・理由 (治療の効果、QOLの維持・改善、若・中年者と高齢者の差異などについて、自由にご記入ください。)
	満足	どちらでもない	不満	満足	どちらでもない	不満	
a. がん	1	2	3	1	2	3	(*若・中年者と高齢者で特に治療の満足度が異なるがん種があればご記入ください：)
b. 高血圧症	1	2	3	1	2	3	
c. 高脂血症	1	2	3	1	2	3	
d. 糖尿病	1	2	3	1	2	3	
e. 虚血性心疾患 (心筋梗塞、心不全、 狭心症等)	1	2	3	1	2	3	
f. 呼吸器系感染症 (肺炎、上・下気道炎 等)	1	2	3	1	2	3	
g. 胃・十二指腸潰瘍、 胃炎	1	2	3	1	2	3	
h. リウマチ (自己免疫性疾患)	1	2	3	1	2	3	
i. うつ病 (精神疾患)	1	2	3	1	2	3	
j. 排尿障害 (尿失禁・頻尿)	1	2	3	1	2	3	
k. その他 ()	1	2	3	1	2	3	

【問5】 高齢患者への対応に関して

- (1) 貴医療機関における、高齢患者を意識した取組みの実施状況についてお伺いします。下表の項目のうち、貴機関が既に導入している施策または計画中(積極的に推進している)の施策の番号すべてに○をお付けください（複数回答可）。

1. 高齢患者専門診療部門の設置	6. 予防医療
2. 各診療科の分野横断的連携体制の構築	7. 施設・設備のバリアフリー化
3. 医療従事者の連携体制の構築	8. 服薬指導
4. EBMに基づく高齢医療の推進	9. 患者相談窓口の設置
5. 診療群別包括支払方式(DRG/PPS または DPC)対応	10. 介護・カウンセリング体制の整備
	11. その他()

【(1) で「1. 高齢患者専門診療部門の設置」に○をお付けの方にお伺いします。】

- a. 高齢患者専門診療部門をいつ頃設置されましたか。
(計画中の場合、設置予定)

年頃（西暦で）

- b. 高齢患者専門診療部門を設置(計画)されるようになったのはなぜですか。

- c. 高齢患者専門診療部門では主にどのような疾患や症状を扱っていますか(扱う予定ですか)。

- (2) 下表の施策のうち、高齢医療において特に重要とお考えの対応について、3つまで ○をお付けください。

1. 高齢患者専門診療部門の設置
2. 医師、看護師、理学療法士等の医療従事者の連携による高齢医療の推進
3. 高度先進医療の推進による高齢者の疾患治療
4. 高齢患者の身体機能や症状に応じた個別治療の推進
5. クリニカルパス導入等による高齢医療の標準化
6. 予防医療の推進
7. QOL（Quality of Life）の重視
8. 服薬指導、カウンセリング機能等、相談機能の充実
9. その他 ()

【問6】医療関連企業（製薬企業・医療機器製造業等）が取り組むべき課題について

- (1) 高齢医療の発展のために、製薬企業に積極的に取り組んでもらいたい内容について、
該当する番号すべてに○をお付けください。

1. 新薬の研究開発
2. 海外で既に発売済みの優れた医薬品の国内への供給
3. ジェネリック薬の供給
4. 医薬品の製剤上の工夫・改善
5. 高齢者に関する有効性、安全性等のデータの充実と提供
6. 先端医療の推進（ゲノム科学を用いたテーラーメイド医療、再生医療等）
7. その他（ ）

- (2) 高齢患者に対して、医療機器関連企業が対応すべき課題についてお答えください。
下表の分類ごとに、どの機器のどのような点に留意すべきか、具体的にご記入ください。

分類	対象機器の名称	対応すべき課題、留意点
(記入例)	注射器	低侵襲性・携帯性の高い機器の開発
1. 医家向け診断機器 (画像診断装置、内視鏡など)		
2. 一般向け診断機器 (体温計、血圧計、血糖値測定器など)		
3. 採血用具 (注射器、真空採血器など)		
4. 治療用機器 (カテーテル類、薬剤投与用ポンプ類、植込型治療器など)		
5. 医療環境 (データ転送等の IT 関連技術など)		
6. その他		

【問7】 高齢医療における薬剤の使用に関して

(1) 高齢医療における薬剤についてお伺いします。

①高齢医療に積極的に新薬を使用されますか。該当する番号1つに○をお付けください。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 積極的に新薬を使用する2. 費用対効果を十分吟味した上で、必要に応じて新薬を使用する3. 既存薬やジェネリック薬を中心に使用し、新薬はあまり使用しない4. わからない |
|---|

②広く使用されている標準治療薬に安価なジェネリック薬(後発医薬品)が発売された場合、積極的にジェネリック薬を使用されますか。該当する番号1つに○をお付けください。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 積極的にジェネリック薬を使用する2. 費用対効果を十分吟味した上で、必要に応じてジェネリック薬を使用する3. 既存薬や新薬を中心に使用し、ジェネリック薬はあまり使用しない4. わからない |
|---|

(2) 高齢医療における新薬についてお伺いします。

①新薬は、臨床データ上、既存標準治療薬に比べ、どの程度の有効性の向上が必要と考えますか。該当する番号1つに○をお付けください。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 明確な違いが必要2. やや優性(数%程度向上)3. ほぼ同等で十分である4. その他() |
|---|

②新薬は、臨床データ上、既存標準治療薬に比べ、どの程度の安全性の改善が必要と考えますか。該当する番号1つに○をお付けください。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 全般的に副作用の発現頻度が低下している2. 重篤な副作用の発現頻度が低下している3. ほぼ同等で十分である4. その他() |
|--|

③新薬は、既存標準治療薬に比べ、どのような使用性の向上が最も必要と考えますか。該当する番号1つに○をお付けください。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 服用回数の減少2. 飲みやすさの改善3. その他() |
|--|

【問8】 高齢医療の課題・要望

高齢医療を推進するにあたり、企業、行政への要望をそれぞれご自由にお書きください。

医療関連企業 に対する要望 (製薬・医療機 器製造業等)	
行政に対する 要望	

【問9】 自由意見

その他、医療制度改革が高齢医療に与える影響なども含め、高齢患者を対象とした医療に関する意見をご自由にお書きください。

--

ご協力ありがとうございました

平成 15 年度 (2003)

国内基盤技術調査報告書

－高齢患者に対する医療の現状に関する調査－

発行日：平成 16 年 3 月 26 日

発 行：財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団
〒103-0001

東京都中央区日本橋小伝馬町 13 番 4 号
共同ビル (小伝馬町駅前 4 F)

電話 03(3663)8641 / FAX 03(3663)0448
(財団事務局担当 池田 眞一)

印 刷：株式会社 ソ ー ラ ン 社

発行元の許可なくして無断転載・複製を禁じます