

2010 25026A

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

高齢者に対する適切な医療提供に関する研究

(H22-長寿-指定-009)

平成 22 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 秋下 雅弘

平成 23(2011)年 5 月

厚生労働科学研究費補助金  
長寿科学総合研究事業

高齢者に対する適切な医療提供に関する研究

(H22-長寿-指定-009)

平成 22 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 秋下 雅弘

平成 23(2011)年 5 月

## 目 次

I.	総括研究報告書	
	高齢者に対する適切な医療提供に関する研究-----	1
	秋下雅弘	
II.	分担研究報告書	
1.	高齢者医療の優先順位に関する意識調査-----	32
	秋下雅弘	
2.	老人保健施設と療養病床における薬剤等の医療提供と 有害事象の実態調査-----	61
	秋下雅弘	
3.	高齢者の経管栄養療法に関する実態調査-----	83
	荒井秀典	
III.	研究成果の刊行に関する一覧表-----	88
IV.	研究成果刊行物・別刷	

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

総括研究報告書

「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」

研究代表者 秋下雅弘 東京大学大学院医学系研究科加齢医学 准教授

研究要旨：高齢者医療のあり方について基礎データを得るために以下の調査研究を行った。

1) 高齢者医療の優先順位を把握するためのアンケート調査を行った。老年病専門医、介護職員、デイケア利用者、大学病院通院患者、地域在住高齢者を対象に、重要だと考えられる12項目に優先順位を付けてもらい、集計・解析した。その結果、患者側では「病気の効果的な治療」、デイケア利用者で「身体機能の回復」の優先順位が高い一方、医師・介護職員では「QOLの改善」が高かった。2) 老健施設と療養病床における処方薬剤と有害事象の関連について後ろ向き調査を行った。老健258例、療養病床213例を解析した。入所・入院後1ヶ月間に最も有害事象が多かったのは、療養病床の増加群であり、最も少なかったのは老健の不変群、その後2ヶ月間に最も多かったのは、療養病床の増加群で、最も少なかったのは老健の増加群であった。施設の性格に関連すると思われる。3) 老年病専門医に対して高齢者の経管栄養療法に対する実態調査を実施し、約4割の医師が“認知症による食欲低下・食失行”を経管栄養療法の適応であると考えていることがわかった。

分担研究者：

江頭正人・東京大学医学部附属病院 医療評価・安全・研修部 特任准教授

荒井啓行・東北大学加齢医学研究所 脳科学研究部門・加齢老年医学研究分野 教授

神崎恒一・杏林大学医学部 高齢医学 教授

遠藤英俊・国立長寿医療研究センター 内科総合診療部長

荒井秀典・京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 教授

葛谷雅文・名古屋大学大学院医学系研究科 老年科学 准教授

高橋龍太郎・東京都健康長寿医療センター・東京都老人総合研究所 副所長

鳥羽研二・国立長寿医療研究センター病院 病院長

堀江重郎・帝京大学医学部・泌尿器科学 主任教授

川合秀治・全国老人保健施設協会 会長

武久洋三・日本慢性期医療協会 会長

武川正吾・東京大学大学院人文社会系研究科 社会学 教授

森田 朗・東京大学大学院法学政治学研究科 教授



## A. 研究目的

高齢者、特に要介護高齢者や後期高齢者では、医療行為の有効性に関するエビデンスが乏しい。その一方、高齢者医療を担っている医師は必ずしも高齢者医療の専門医ではなく、専門領域以外の多疾患を合併し、多彩な病像や認知症などの障害を呈する高齢患者に、それも多くの場合一人で、いかに対処するべきか大変苦悩していると思われる。

また、高齢者では薬物有害事象などの医原性疾患が多く、濃厚な医療や侵襲的な医療の提供はふさわしくない場合がしばしばある。逆に、年齢や臓器機能低下、運動機能障害、経済性を理由にした過度の医療制限も懸念される。さらに、急性期病院から介護施設、在宅医療まで医療現場も多様であり、高齢者に対する医療提供の在り方については現場で混乱がある。

これらの問題に対して、もし各場面を想定した「高齢者に対する適切な医療提供」の指針があれば、医療決定の一助となり、現場での混乱を減ずることができるであろう。そこで、長寿科学総合研究事業「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」では、基盤となる調査研究を行い、高齢者に対する適切な医療提供について基本的コンセプトを提言するとともに、具体的医療現場を想定した対処法を指針としてまとめることを目的とした。

研究1：患者側のニーズを把握すると同時に、医療提供の考え方に患者・医療者間でギャップが存在するのではないかとという仮説を検証する目的で、「高齢者医療の優先順位に関する意識調査」を行った。死亡率の低下よりも機能の回復やQOLの改善が患者・医師双方から重視されるという英国の調査結果 (Roberts H, et al. Age Ageing 1994) を踏まえ、今回の調査では、重要だと考えられる12項目の医療サービスの達成目標について優先順位をつけていただくアンケートを実施した。

研究2：老人保健施設ならびに療養病床における投与薬剤と有害事象の関連について実態調査をおこない、高齢者に対する適切な医療提供について基礎的なコンセプトを提言するための基盤となるデータを得ることである。とくに、医療実態の把握ならびに施設形態間の差異に焦点をあてて解析を行った。

研究3：議論の多い高齢者の医療問題の一つとして認知症を含めた高齢者に対する経管栄養療法があり、老年病専門医を対象に高齢者に対する経管栄養療法の認識および実践の実態を把握するための調査を行った (分担；荒井秀典)。

## B. 研究方法

### 研究1：高齢者医療の優先順位に関する意識調査

対象：

1) 老年病専門医；日本老年医学会老人医療委員会との共同調査として、同学会認定老年病専門医全員 (約1,500名) の宛名ラベルを供与された。日本老年医学会理事長 (東京大学・

大内尉義)、老人医療委員会委員長(国立長寿医療センター・鳥羽研二)との連名による依頼状とともに調査票を郵送し、FAXによる返信を求めた。

2) 介護職員およびデイケア利用者; 全国老人保健施設協会との共同調査として、全国の同協会会員施設から無作為に抽出した介護老人保健施設400施設の名簿を入手し、同協会会長(川合秀治)との連名による依頼状とともに調査用紙一式を郵送した。介護職員(デイケア担当、各施設2名に依頼)は自己記入、デイケア利用者(各施設5~10名に依頼)は介護職員から説明を受けた上、同意書(アンケートとは別紙、診療録に綴じ込み)に署名し、アンケートに回答、封入して介護職員に渡していただいた。記入済み調査票一式を施設毎にまとめて郵送で返信していただいた。

3) 病院通院患者; 5大学病院(東京大学、杏林大学、名古屋大学、京都大学、東北大学)の老年科外来で、ポスター掲示を行った上、担当医からの説明と調査票の手渡しを行った。患者が自己記入した調査票は、返信用封筒に入れて各自投函いただいた。

4) 地域在住高齢者(千葉県柏市、福井県鯖江市); 両自治体および東京大学高齢社会総合研究機構との共同調査として、要介護認定を受けていない65歳以上の住民6,000名(両市各3,000名、65~74歳および75歳以上、男女で各半数ずつ)を住民データベースから無作為抽出した宛名ラベルを各自治体から入手し、各市長からの協力依頼文を添えた調査票を送付した。対象住民が自己記入した調査票は、返信用封筒に入れて各自投函いただいた。

#### 質問票:

医療サービスの達成目標12項目(①QOLの改善、②身体機能の回復、③病気の効果的治療、④利用者の満足、⑤問題の解決、⑥精神状態の改善、⑦介護者の負担軽減、⑧資源の効率的利用、⑨地域社会との交流、⑩施設入所の回避、⑪死亡率の低下、⑫活動能力の維持)に順位を付ける質問票を作成した(次頁)。実施手順については、平成21年度の国立長寿医療研究センターの調査(国立長寿医療センターの機関等の評価に係る研究; 研究代表者・岡村菊夫)に準じて、順位を付けやすいよう、まず上位3項目を選び、次に下位3項目を選び、最後に中間の6項目に順位を付けてもらう方式とした。12項目の選定は、英国の先行研究(Roberts H, et al. Age Ageing 1994)も参考にして研究班内で議論したが、国立長寿医療研究センターの調査と比較できるよう、基本的には同じ内容とした。ただし、表現によって結果が変わる可能性を考えて、<②身体機能の回復させる>を<②身体障害を軽減させる>に、<⑤患者(高齢者)の抱える問題を解決する>を<⑤患者(高齢者)の抱える様々な問題を解決する>に、<⑧介護サービスなどの利用を勧める>を<⑧介護・福祉資源を有効に利用する>に、<⑪死亡率の低下をめざす>を<⑪寿命の延長をめざす>にすべて変更したバージョンの質問票も作成し、老年病専門医、介護職員、デイケア利用者、病院通院患者の半数、地域在住高齢者では1/3の対象に用いた。

## <高齢者医療の優先順位に関する質問票>

問 現在の高齢者医療には、病気の治療のほかにも高齢者の方々の生活全般を含めたケアが求められています。右の表「医療に望む項目」の12項目のうち、あなたが優先すべきであると思う項目に順位をつけていただきます。

### 医療に望む項目

(1) まず上位3項目を選び、第1位～第3位までの順位をつけて下さい。

第1位 → 第2位 → 第3位

□内へ3項目の記入が終わりましたら、右の表「医療に望む項目」の選んだ番号に×印をつけて下さい。

(2) 次に下位3項目を選び、第10位～第12位までの順位をつけて下さい。

第10位 → 第11位 → 第12位

□内へ3項目の記入が終わりましたら、右の表「医療に望む項目」の選んだ番号に×印をつけて下さい。

(3) 残りの6項目を選び、第4位～第9位までの順位をつけて下さい。

第4位 → 第5位 → 第6位 → 第7位 → 第8位 → 第9位

□内へ1項目づつ記入ができましたら、右の表「医療に望む項目」の選んだ番号に×印をつけていってください。

最終的にすべてに×がついたことをご確認下さい。

- |    |                    |
|----|--------------------|
| 1  | 患者（高齢者）の生活の質を改善する  |
| 2  | 身体の機能を回復させる        |
| 3  | 病気を効果的に治療する        |
| 4  | 患者（高齢者）や家族の満足度を高める |
| 5  | 患者（高齢者）の抱える問題を解決する |
| 6  | 精神面での健康状態を改善する     |
| 7  | 家族の介護負担を軽減する       |
| 8  | 介護サービスなどの利用を勧める    |
| 9  | 地域社会との交流や活動の場を広げる  |
| 10 | 施設への入所をできるかぎり回避する  |
| 11 | 死亡率の低下をめざす         |
| 12 | 現在の活動能力を維持させる      |

回答者の属性について、年齢、性別の他、医師では経験年数と専門領域（内科系、外科系、精神科、その他）を、介護担当者では経験年数と資格を、デイケア利用者では要介護度を、病院通院患者では要介護度、親族に介護を受けている者がいるかどうかを、地域在住高齢者では要介護度（地域在住者では要介護認定を受けていないことが条件）、治療歴（病気の治療の有無）、親族に介護を受けている者がいるかどうかを、併せて記入していただいた。

（倫理面への配慮）すべての調査は、東京大学大学院医学系研究科の倫理委員会による承認を受けて実施した。東京大学医学部附属病院以外の4大学病院（杏林大学、名古屋大学、京都大学、東北大学）の通院患者調査では、別途各大学の倫理委員会の承認を受けて実施した。質問票はすべて無記名で、FAXあるいは返信用封筒も無記名で返信いただいた。質問票の説明文書中には、自由意思による点、個人情報に関する点、集計データを発表する点など倫理的配慮に関する記載を行った。また、デイケア利用者からは同意書を取得し、各老人保健施設の診療録に保管していただいた。

### 研究2：老人保健施設と療養病床における薬剤等の医療提供と有害事象の実態調査

老健については、全国老人保健施設協会の会員施設から無作為に抽出した800施設に依頼

状を送付し参加を募った。療養病床については、日本慢性期医療協会の全会員施設906施設に依頼状を送付し参加を募った。老健は64施設から書面で参加承諾を得た。そのうち53施設から調査票を回収し得た。療養病床は62施設から書面で参加承諾を得た。そのうち44施設から調査票を回収し得た。

対象施設に平成22年4～6月に入所・入院した者（死亡・退院（所）した症例も含む）の中から、入所・入院後3か月以上経過した症例のうち、症例の誕生日などにしたがった方法で無作為に各施設5症例抽出し、診療録の調査を後ろ向きに行った。入所・入院時と1ヶ月後、3か月後の主疾患・疾患数、薬剤（数、種類）、自立度JABCランク、要介護度、経過中の有害事象（転倒、肺炎、不穏など病状の急激な変化）を調査した。調査票に記入は担当看護師に依頼し、病名など医学的情報は必要に応じて担当医から入手し記入いただいた。また、調査終了時、症例の担当医に対して薬剤処方意識に関するアンケート調査を行った。

（倫理面への配慮）本調査は、東京大学大学院医学系研究科の倫理委員会による承認を受けて実施した。本調査の内容と連絡先について東京大学医学部附属病院老年病科のホームページに掲載した。

### 研究3：高齢者の経管栄養療法に関する実態調査

**調査対象**；2010年10月時点で日本老年医学会ホームページに公開されている同学会が認定する老年病専門医1469名とした。

**調査方法**；調査は郵送法で、2010年10～12月に調査対象者へ自記式質問紙を送付した。なお、本調査は京都大学大学院医学研究科・医学部および医学部附属病院の医の倫理委員会の承認を得て実施された（承認番号E-984）。

**調査項目**；本調査では、年齢、性別、勤務場所、臨床経験等の基本属性、高齢者に対する経管栄養療法に関するガイドライン使用状況、高齢者に対し経管栄養療法を選択する理由、経管栄養療法の適応に対する考え等を含む多肢選択式質問紙調査票を用いた。また調査票には本研究における“高齢者”とは要介護高齢者や後期高齢者を示すこと、経管栄養療法とは経鼻、胃瘻、腸瘻を含むことを明記した。

**分析方法**；各質問項目への回答を全体および基本属性別に記述した。また、臨床経験と経管栄養療法の適応に対する考えとの関連をトレンド検定、ガイドライン使用の有無と経管栄養療法の適応に対する考えとの関連をカイ二乗検定にて検討した。

## C. 研究結果

### 研究1：高齢者医療の優先順位に関する意識調査



## 回答数：

老年病専門医676名（回答率45%）、老人保健施設123施設（回答率31%；介護職員233名、デイケア利用者955名）、大学病院通院患者633名（回答率67%）、地域在住高齢者3,291名（同55%）から回答を得た。属性不備、順位不備の回答は除外し、最終的に、老年病専門医619名（有効回答率41%）、介護職員204名、デイケア利用者795名、大学病院通院患者512名（有効回答率55%）、地域在住高齢者2,637名（有効回答率44%）から有効回答を得た。

## 集計結果：

対象毎の集計結果を、順位の高い項目から並べて、平均順位とその標準偏差とともに表1～表5に示した。方法に記載したように、②⑤⑧⑩の4項目の表現を変えた質問票を各対象の1/3～半数に用いたが、表現によって結果はほとんど変わらなかった。そのため、すべての集計結果は両バージョンを合計して解析した。

老年病専門医（表1）では、＜QOLの改善＞、＜利用者の満足＞、＜病気の効果的治療＞＜活動能力の維持＞が順に1～4位、＜地域社会との交流＞、＜施設入所の回避＞、＜死亡率の低下＞が10～12位であった。介護職員（表2）では、1位の＜QOLの改善＞および下位2項目は老年病専門医と同じであったが、2位は＜活動能力の維持＞、3位は＜介護者の負担軽減＞であった。＜病気の効果的治療＞の順位が9位と低かったことは、老年病専門医および利用者側の結果と大きく異なり、特徴的である。

次に医療を受ける側の高齢者の結果であるが、デイケア利用者（表3）では＜身体機能の回復＞、＜病気の効果的治療＞、＜介護者の負担軽減＞が、大学病院通院患者（表4）では＜病気の効果的治療＞、＜身体機能の回復＞、＜QOLの改善＞が、地域在住高齢者（表5）では＜病気の効果的治療＞、＜介護者の負担軽減＞、＜身体機能の回復＞がそれぞれ1～3位であったのに対し、10～12位は老年病専門医と同じく＜地域社会との交流＞、＜施設入所の回避＞、＜死亡率の低下＞であった。提供者側と比べて＜病気の効果的治療＞の順位が高いこと、提供者側では上位の＜活動能力の維持＞と入れ替わるように＜身体機能の回復＞が3位以内に入っていることが特徴的である。

次に、各対象を属性別に解析した。老年病専門医では、男女差はほとんどなく、一方、医師の経験年数あるいは年齢別に解析すると、上位項目には明らかな差があり、医師経験年数30年以上の専門医（n=317）では＜病気の効果的治療＞、＜身体機能の回復＞がそれぞれ2位、3位であったのに対し、医師経験年数30年未満の専門医（n=302）では、＜利用者の満足＞、＜活動能力の維持＞が2位、3位であった。年齢60歳以上（n=252）と60歳未満（n=367）に分けて解析すると、経験年数30年で分けた場合と同様な結果であった。

デイケア利用者を、要介護度により、要支援（n=268）と要介護1以上（n=512）に分けた場合、および要介護1まで（n=466）と要介護2以上（n=314）に分けた場合のいずれも、

上位項目と下位項目は両群で同じであった。次に、大病院通院患者を大学毎に分けてその傾向を調査した。症例数の少ない大学を除いて、＜病気の効果的治療＞、＜身体機能の回復＞が1、2位で、10～12位も同じであった。最後に、地域在住高齢者を2つの自治体に分けて比較したが、1～3位と10～12位は同一であった。また、男女差はほとんどなかった。65～74歳の前期高齢者と75歳以上の後期高齢者に分けて解析すると、上位3項目は同じであるが、1位と2位が逆になり、前期高齢者では＜介護者の負担軽減＞が1位であった。

## 研究2：老人保健施設と療養病床における薬剤等の医療提供と有害事象の実態調査

老健施設から258例（平均年齢85±8歳、男性72例、女性186例）、療養病床から213例（平均年齢81±11歳、男性94例、女性119例）の症例調査票を得た。

入所・入院時の服用薬剤数は、平均でそれぞれ5.1、4.5種類であったが、両群とも入所または入院3ヶ月後には、それぞれ3.2、3.3種類と減少していた（図1）。

有害事象は、入所・入院後1ヶ月以内に、老健では43%、療養病床では63%の症例にみられた。入所・入院1～3か月の2ヶ月間には、老健38%、療養病床59%の症例に発生した。

薬剤数に関して、1剤でも減った群を減少群、変わらなかった群を不変群、1剤でも増えた群を増加群として有害事象の発生頻度について検討した。まず、すべての有害事象について検討したところ、入所・入院後1ヶ月間に最も有害事象が多かったのは、療養病床入院中の増加群であり、最も少なかったのは老健入所中の不変群であった（図2）。また、1-3ヶ月の間に最も有害事象が多かったのは、やはり療養病床入院中の増加群であったが、老健入所中の増加群は、最も少なかった（図3）。

続いて個々の有害事象についても検討を加えた。最も多い有害事象は、老健、療養病床ともに、あらゆる群において、最初の1ヶ月および1～3ヶ月の間のどちらにおいても「不穏、うつなどの精神症状」であり、有害事象全体の約半分をしめていた。「消化器症状」は、老健において、増加群で最初の1ヶ月に比べ1～3ヶ月の間に発生が大きく増加していたが、一方で、療養病床においては、増加群で最初の1ヶ月に比べて1～3ヶ月の間に発生が大きく低下していた。「肺炎以外の感染症、発熱」は、療養病床入院患者のうち、特に増加群において比較的多く発生していた。「転倒、骨折」の発生は、比較的少なかったが、老健においては、1～3ヶ月の間の発生が減少群で最も多く、療養病床においては、最初の1ヶ月および1～3ヶ月の間のどちらにおいても、発生が減少群においてかなり多くみとめられた。「心疾患（心不全の増悪等）」は、老健においては、ほとんど発生がみとめられなかった。一方、療養病床においては、減少群のほうが、最初の1ヶ月および1～3ヶ月の間のどちらにおいても、発生が多かった。また、「脳血管疾患（脳梗塞、脳出血など）」は、老健、療養病床

共に、最初の1ヶ月および1～3ヶ月の間のどちらにおいても、減少群でのみ発生していた。

続いて、医師の薬剤処方に関する意識と薬剤数の変化について検討を行った。老健では、「患者の入所後、薬剤の数を減らすよう見直すことにしていますか」に対して「どちらともいえない」と回答した医師が、他の回答をした医師と比べて、担当症例の薬剤数を減らした割合が低かった。一方で、上記の問いに対し「あまり当てはまらない」と回答した医師が、担当症例の薬剤数を減らした割合が最も高かった。療養病床においては、「かなり当てはまる」と回答した医師が、他の回答を行った医師と比べて、担当症例の薬剤数を減らした割合が最も高かった。薬剤数減少の理由との関連に関しては、老健においては、「効果があまり期待できない薬剤を減らす」という観点を最も重視すると回答した医師が、他の回答を行った医師と比べて、担当症例の薬剤数を減らした割合が最も高かった。療養病床においては、「高価な薬剤を削減」と回答した医師と「効果があまり期待できない薬剤を減らす」と回答した医師が、担当症例の薬剤数を減らした割合がほぼ同じ程度であり、「高齢者に問題を起こしやすい薬剤を減らす」という観点を最も重視すると回答した医師が、他の回答を行った医師と比べて、担当症例の薬剤数を減らした割合が最も高かった。

### 研究3：高齢者の経管栄養療法に関する実態調査

#### 分析対象者の概要：

日本老年医学会ホームページに公開されている同学会認定の老年病専門医 1469 名中、宛名不明者 51 名を除外した 1418 名を本研究の調査対象者とした。そのうち 628 名（応諾率 44.3%）より調査協力が得られ、同名を本報告書の分析対象者とした。

分析対象者の年齢は 30 代 9.1%、40 代 25.5%、50 代 28.4%、60 代以上 36.9%、無回答 0.2% で、性別は男性が 89.2%、女性が 10.5%、無回答 0.3% を占めた。勤務場所は、病院勤務が 63.1% と最も多く、ついで医院・診療所 30.6%、老人保健施設・特別養護老人ホーム 4.0%、現在診療に従事していない 1.4%、その他 0.8%、無回答 0.2% であった。臨床経験については、30 年以上のものが 44.7% と最も多く、ついで 20～30 年 31.1%、10～20 年 21.7%、5～10 年 2.2%、無回答 0.4% であった。

#### 高齢者の経管栄養療法に関するガイドラインについて：

高齢者に対して経管栄養療法を行う際のガイドライン使用の有無を尋ねたところ、「使用」30.6%、「未使用」66.2%、「無回答」3.2% で、ガイドライン使用者 193 名の内訳については、「静脈経腸栄養ガイドライン（日本静脈経腸栄養学会編集）」73.6%、「経皮内視鏡的胃瘻造設術ガイドライン（日本消化器内視鏡学会監修）」43.5%、「経静脈、経腸栄養のガイドライン（American Society Parenteral and Enteral Nutrition 提唱）」14.5%、「高齢者の経腸栄養療法

ガイドライン（ヨーロッパ静脈経腸栄養学会報告）11.4%、「その他」7.3%であった。

#### 高齢者に対して経管栄養療法を選択する理由について：

高齢者に対して経管栄養療法を選択する上で最も重要視している点を3つ選び、優先順位をつけることを尋ねたところ、最優先理由に選ばれた項目は「全身状態の改善および合併症予防」51.3%、「生命予後の延長」17.2%、「QOLの向上」6.2%、「患者の満足度」5.1%、「事前指示書」4.9%、「Activity of Daily Living（以下ADL）の向上」4.6%、「介護者の負担」2.4%、「在院日数」0.5%であった。

また、臨床経験および勤務場所別にみた経管栄養療法を選択する理由の上位3項目の保有割合は、各群間で同程度であった。

#### 経管栄養療法の適応について：

経管栄養療法の適応についての考えを尋ねたところ、適応と判断された状態は「神経等の難病疾患による摂食・嚥下障害」89.2%が最も多く、ついで「脳卒中による食欲低下・食失行」88.9%、「頭部・顔面外傷による摂食・嚥下障害」83.6%、「食道等の悪性腫瘍に伴う摂食・嚥下障害」79.5%、「基礎疾患はなく、摂食できるが誤嚥を繰り返す高齢者」63.9%、「認知症による食欲低下・食失行」44.9%、「基礎疾患はなく、低栄養状態にある高齢者」33.1%であった。中でも「認知症による食欲低下・食失行」について、適応をされ割合を勤務場所別にみると老人保健施設・特別養護老人ホームが68.0%と最も多く、ついで病院48.0%、医院・診療所37.0%の結果であった。また、臨床経験別では、5～10年64.3%、10～20年47.1%、20～30年47.7%、30年以上40.9%で、臨床経験年数と経管栄養療法の適応判断には関連を認めなかった（ $p$  for Trend = 0.065）。さらに、「認知症による食欲低下・食失行」の状態を経管栄養療法の適応と考えているもののうちガイドライン使用者は46.1%である一方、非適応と考えているもののうちガイドライン使用者は53.9%で、2群間に相違を認めなかった（ $p=0.723$ ）。

次に胃瘻の適応を考える生命予後については、12週間以上とするものが77.7%と最も多く、ついで8週間10.7%、6週間1.3%、4週間6.7%、2週間1.0%であった。またその傾向は、勤務場所および臨床経験別に記述した場合においても同程度であった。

表1. 老年病専門医の優先順位(n=619)

順位		項目	平均順位	標準偏差
1	1	患者(高齢者)の生活の質を改善する	2.62	2.21
2	4	患者(高齢者)や家族の満足感を高める	4.37	2.73
3	3	病気を効果的に治療する	4.80	3.41
4	12	現在の活動能力を維持させる	4.92	2.92
5	2	身体の機能を回復させる	4.94	2.98
6	6	精神面での健康状態を改善する	6.04	2.09
7	5	患者(高齢者)の抱える問題を解決する	6.39	2.76
8	7	家族の介護負担を軽減する	6.45	2.34
9	8	介護サービスなどの利用を勧める	7.83	2.11
10	9	地域社会との交流や活動の場を広げる	8.80	2.27
11	10	施設への入所をできるかぎり回避する	10.28	1.77
12	11	死亡率の低下をめざす	10.56	2.44

表2. 介護職員の優先順位(n=204)

順位		項目	平均順位	標準偏差
1	1	患者(高齢者)の生活の質を改善する	4.29	3.04
2	12	現在の活動能力を維持させる	4.35	2.79
3	7	家族の介護負担を軽減する	4.80	2.72
4	5	患者(高齢者)の抱える問題を解決する	5.15	2.94
5	6	精神面での健康状態を改善する	5.25	2.84
6	4	患者(高齢者)や家族の満足感を高める	5.43	2.90
7	2	身体の機能を回復させる	5.83	3.02
8	9	地域社会との交流や活動の場を広げる	7.17	2.76
9	3	病気を効果的に治療する	7.41	3.35
10	8	介護サービスなどの利用を勧める	7.43	2.79
11	10	施設への入所をできるかぎり回避する	9.97	1.91
12	11	死亡率の低下をめざす	10.92	1.87

表3. デイケア利用者の優先順位 (n=795)

順位	項目	平均順位	標準偏差
1	2 身体の機能を回復させる	3.64	3.15
2	3 病気を効果的に治療する	4.33	3.16
3	7 家族の介護負担を軽減する	5.40	3.23
4	1 患者(高齢者)の生活の質を改善する	6.08	3.14
5	12 現在の活動能力を維持させる	6.12	3.54
6	6 精神面での健康状態を改善する	6.38	2.95
7	4 患者(高齢者)や家族の満足感を高める	6.44	2.87
8	5 患者(高齢者)の抱える問題を解決する	6.45	2.84
9	8 介護サービスなどの利用を勧める	6.57	2.95
10	9 地域社会との交流や活動の場を広げる	8.22	2.78
11	10 施設への入所をできるかぎり回避する	8.61	2.90
12	11 死亡率の低下をめざす	9.75	2.85

表4. 大学病院通院患者の優先順位 (n=512)

順位	項目	平均順位	標準偏差
1	3 病気を効果的に治療する	2.79	2.41
2	2 身体の機能を回復させる	4.06	2.63
3	1 患者(高齢者)の生活の質を改善する	5.46	3.14
4	7 家族の介護負担を軽減する	5.52	2.84
5	6 精神面での健康状態を改善する	5.81	2.67
6	12 現在の活動能力を維持させる	5.97	3.53
7	5 患者(高齢者)の抱える問題を解決する	6.17	2.86
8	4 患者(高齢者)や家族の満足感を高める	6.72	2.81
9	8 介護サービスなどの利用を勧める	7.46	2.62
10	9 地域社会との交流や活動の場を広げる	8.42	2.67
11	10 施設への入所をできるかぎり回避する	9.39	2.65
12	11 死亡率の低下をめざす	10.22	2.53



表5. 地域在住高齢者の優先順位(n=2,637)

順位	項目	平均順位	標準偏差
1	3 病気を効果的に治療する	4.23	3.20
2	7 家族の介護負担を軽減する	4.56	2.99
3	2 身体の機能を回復させる	5.24	3.06
4	5 患者(高齢者)の抱える問題を解決する	5.88	2.92
5	12 現在の活動能力を維持させる	5.91	3.77
6	6 精神面での健康状態を改善する	6.26	2.71
7	1 患者(高齢者)の生活の質を改善する	6.36	3.46
8	4 患者(高齢者)や家族の満足感を高める	6.81	2.87
9	8 介護サービスなどの利用を勧める	6.91	2.76
10	9 地域社会との交流や活動の場を広げる	7.44	3.15
11	10 施設への入所をできるかぎり回避する	8.43	3.25
12	11 死亡率の低下をめざす	9.98	2.77

図1. 薬剤数の変化

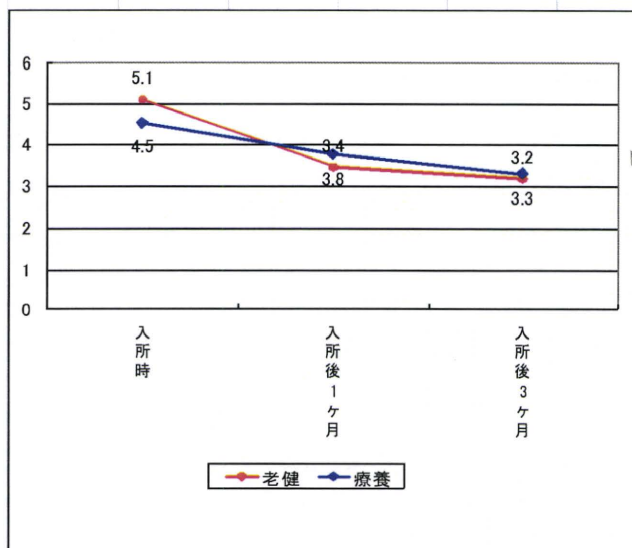


図2. 有害事象の発生件数:入所～入所後1ヶ月までの1ヶ月間の状況

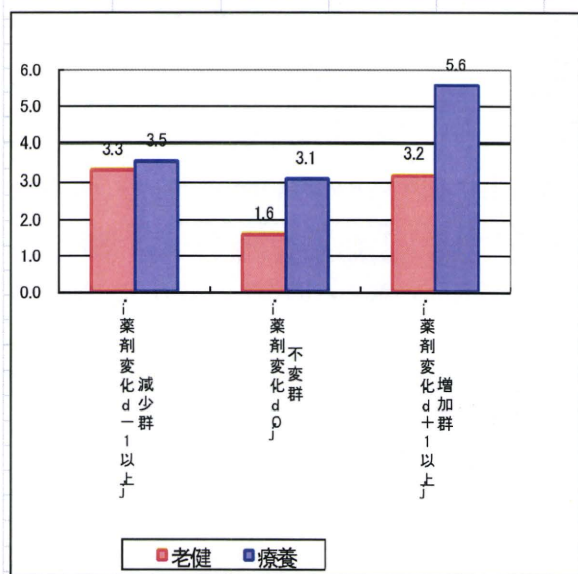
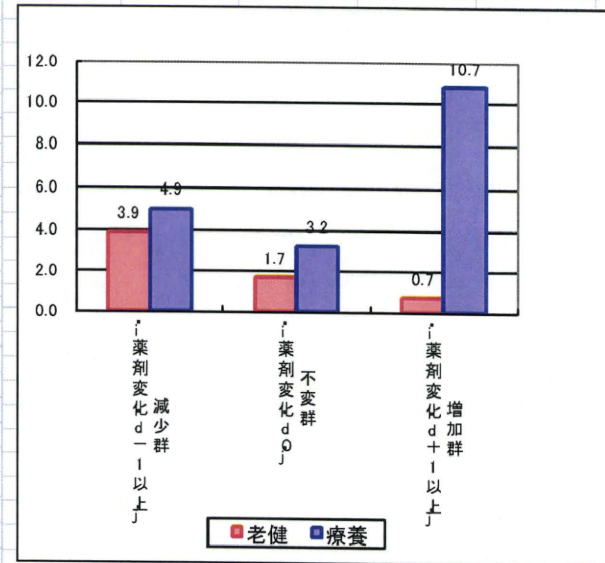


図3. 有害事象の発生件数:入所1ヶ月後～入所3ヶ月までの状況



#### D. 考察

患者側のニーズを把握すると同時に、医療提供の考え方に患者・医療者間でギャップが存在するのではないかという仮説を検証する目的で、「高齢者医療の優先順位に関する意識調査」を行った。今回の調査結果は、優先するべきだと考える医療サービスの達成目標について、それぞれの対象集団の平均的意見を導き出したものであり、あくまで一般論にすぎない。しかし、高齢者に対する医療提供について、エビデンス不足、薬物有害事象など医原性疾患の問題、多様な医療・介護現場などを背景として、何を目標にどこまで行うのか現場では混乱がある。医療提供は、本来、個々の患者の病状に基づき、意思に従って行うものであるが、高齢患者の病状は複雑であり、意思の確認・決定も困難な場合が多い。

そのような高齢者医療の現状を考えると、今回の調査結果を平均的な意見として、個々の患者に対する医療提供を考える足掛かりとすることは可能なように思われる。また、高齢者医療の在り方を考える一つの基礎データとなることは確かである。

英国では延命よりも機能の回復や QOL の改善が患者・医師双方から重視されるという小規模の調査結果 (Roberts H, et al. Age Ageing 1994 ; デイケア患者 44 名、老年科医 84 名) が得られ、本邦でも昨年度の旧・国立長寿医療センターのインターネット調査 (国立長寿医療センターの機関等の評価に係る研究 ; 研究代表者・岡村菊夫 ; 一般人 3,000 名、医師 500 名、看護師 500 名) で類似した結果が出ているが、今回のような構造的で大規模な調査は世界的にも初めてである。

今回の調査結果で優先順位が低くランクされた項目は、どの集団においても<死亡率の低下>、次いで<施設入所の回避>であった。高齢者ももっと長生きしたい願望はあるはずだが、それ以上に他の項目が重要だと考え、結果的に12項目では最下位になってしまうのであろう。また、医療提供側も、普段接する高齢者から得られる情報をもとに、あるいは自分のこととして考え、同様な判断をしたのではなかろうか。一方、施設入所についてはどう考えるべきであろうか？住み慣れた自宅で過ごし続けたいという希望はあるはずだが、老々介護や独居の苦勞、子供たちへの負担、それらに伴って生じる家族との確執など、自宅での老後生活が必ずしもバラ色ではないことを認識しているせいかもしれない。あるいは、見聞きした老人ホームや介護施設での生活がそれほど悪くないものに思えるのかもしれない。施設の状態をよく知る医療提供側にとっても同様の論理は成り立つ。<地域社会との交流>も、介護職員の8位を除き、すべての対象集団で10位にとどまった。自治体などコミュニティからみれば重要項目のはずであるが、個人レベルではまず自分自身、次に家族、その後にコミュニティと範囲が広くなるに従って優先順位の意識が下がるのかもしれない。

一方、優先順位が上位であった項目は、集団の特性を反映した興味深い特徴が認められた。医療・介護を提供する側の老年病専門医やデイケア担当介護職員で最上位となったのは<QOLの改善>であったが、同項目は慢性疾患を抱える通院患者やデイケア利用者では3~4位、自立した地域在住高齢者では中位に留まった。「生活の質」という一般的な日本語訳で表現したQOL (quality of life) という言葉は、医療・介護関係者にとっては使い慣れた用語で、心身共に余裕のある生活をイメージさせる、とにかく良い意味の言葉である。しかし、一般の高齢者にとって、「生活の質」とは、経済状況や食事など物質的な比重も大きく、他の項目に比べて魅力的な言葉ではないのかもしれない。病院通院患者では3位、デイケア利用者では4位であったが、地域在住高齢者では7位であった。

<身体機能の回復>は、地域在住高齢者で3位、病院通院患者で2位、そして自身が何らかの障害を有するデイケア利用者では1位であったのに対し、老年病専門医では5位、介護職員

では7位であった。似ているが消極的なニュアンスを含む「活動能力の維持」が、老年病専門医で4位、介護職員では2位であったのに対し、高齢者／患者側で5～6位であったのと対照的である。高齢者の機能回復は容易でないことを知っている専門職側が現実的な機能維持という回答を選んだのかもしれない。しかし、医師経験年数30年以上あるいは60歳以上の老年病専門医では、「身体機能の回復」が2位で「活動能力の維持」が5位と、患者側と同様な傾向を示したこと、介護職員の8割以上が50歳未満（50歳代14%、60歳以上3%）であることを考え合わせると、回答者の年齢あるいは老化の自覚といった要素がこの結果を生んだ可能性もある。特に、要介護認定のない地域の前期高齢者と後期高齢者でこの2項目の順位はほとんど変わらないこと（「身体機能の回復」はどちらも3位）、デイケア利用者で「身体機能の回復」が1位であったことから、暦年齢よりも機能的衰えなど老化の影響が強いように思われる。

予想外であったのは、「病気の効果的治療」という薬物療法を中心とした医療行為を指す項目の優先順位が患者側で高かったことである。老年病専門医で3位、処方を出すことのない介護職員で9位であったのは、それぞれの職務を反映して納得できる。受療者側では、デイケア利用者による英国の先行研究で6位、ほとんどが70歳未満の一般人（おそらく元気な方々）による国立長寿医療センターのインターネット調査でも6位であった結果と大きく異なる。地域在住高齢者および病院通院患者で1位、デイケア利用者でも2位であった。英国の先行研究が行われた10数年前に比べて高齢者の薬物療法も進歩したことは確かであり、医療を提供する側としては、患者側の期待に応えるべく適切な薬物療法の提供とその開発に責務を感じる結果である。一方で、老年疾患に対して著効を示す治療法は数少ないし、現在の高齢者が存命のうちにそのような治療法が開発されることも期待薄である。であれば、「病気の効果的治療」をデイケア利用者までが2位に挙げたことは、単なる願望なのか？あるいはどんな病気でもきちんと治療すれば良くなると過信しているのか？両者の要素があるかもしれないが、理由についてはもう少し詳細な分析が必要である。ただ、高齢者の多剤服用とも関連する問題であり、薬で高齢者の病気は簡単に良くならないことを広く啓発することは重要だと考えられる。

その他、男女別やデイケア利用者の要介護度別、通院患者の病院別、地域高齢者の自治体別、前期・後期高齢者別などの層別解析では、特徴的な結果は得られなかった。ただ、地域高齢者では、前期高齢者で男女とも「介護者の負担軽減」が1位であり、介護する立場での意識か、介護される立場での意識かは不明だが、中高年者中心の国立長寿医療センターの調査結果とも一致し、興味深い。今回、医師では、高齢者医療の専門家ということで日本老年医学会認定老年病専門医のみを対象とした。今回の調査以降、高齢者を多く診療する内科系、外科系など5領域の専門医および老人保健施設の担当医に対し、同様な調査を行っているが、

老年病専門医と上位項目および下位項目にほぼ相違はなかった。詳細は平成23年度の本研究報告書にまとめる。

高齢者医療の優先順位に関する今回の意識調査は、医療を受ける高齢者側と医療提供者に対して構造的に対象を選定し、それぞれの意見を十分に反映するサンプルを収集することができた。回答率も地域高齢者で55%と非常に高く、高齢者にとって関心のある調査であったことがうかがえる。地域高齢者の有効回答率も44%と偏りの少ないサンプルが得られたと考えるが、一方で高齢者側3集団では、回答のうち10数%が順位不備で無効となってしまった。項目から具体的なイメージを想起できない、あるいは項目間の相違を理解できないといった各項目の表現の問題も大きいと思われる。実際に、回答の意思はあるが難しくできないといった意見も電話でいただいた。対象によって項目に補足説明を加えるなどするとわかりやすくなったはずであるが、そのことによって誘導的になるなどバイアスがかかることを懸念し、昨年度の国立長寿医療センター調査で用いた項目をそのままの表現で使用した。電話の問い合わせにも、説明は加えず、抽象的でもそのままご自身のイメージで回答いただくよう求めた。事前に研究グループ内で議論になった4項目については、表現を変えたバージョンの質問票を作成して対象の1/3～半数に用いた。しかし、表現自体はどの集団でも集計結果にほとんど影響を及ぼさなかった。抽象的な表現の各項目を比較して順位を付けるという困難な作業をデイケア利用者に至るまでお願いしたが、集計結果をみる限り、全般的に上手く回答を遂行していただき、解析に十分堪える結果が得られたと考える。

少数ではあるが、このような調査には意味が無いという意見もいただいた。確かに、医療提供は個々の患者によって異なるものであり、病状が複雑な高齢者医療では特に個別化が重要である。したがって、平均的な意見にすぎない今回の調査結果を、その集団の個人に対して一律に当てはめてはならない。ただ、医療判断に迷った場合に、本人や家族と相談する材料にするといった使い方は可能であろう。また、医療提供側と医療を受ける側に優先順位の相違が認められたことをお互いが認識すれば、コミュニケーションを取って一方的な医療要求や医療提供を回避するのに有用かもしれない。いずれにしても、個々の患者に対する医療提供を考える足掛かりとし、高齢者医療の在り方を考える一つの基礎データとなることは確かである。今後は、今回の調査結果で優先順位の高かった項目を中心に、具体的な医療提供を考えることが重要である。老年病専門医は、患者の要求に対してどのような手段で応えることができるのか？それぞれ実施している工夫や根拠となるデータを集め、さらに必要であればそれを検証する研究を行い、高齢者に対する適切な医療提供の指針作成に役立てたい。

次に、老健施設および療養病床に入所または入院中の高齢者を対象に、服用薬剤数の経緯と有害事象に関して、実態調査を行った。有害事象全体の解析に関しては、療養病床の薬剤数増加群において、入院後1～3ヶ月の間の有害事象発生が増加していた。これは、原

疾患の悪化または新規病状の発生により、結果として薬剤数が増加したことが反映された可能性がある。一方で、老健においては対照的に薬剤数増加群において有害事象の発生が最も少なかった。このことは、適切な薬剤追加投与により有害事象の発生が抑えられた可能性を示唆している。この施設形態間の違いは、入所（入院）している対象の属性の違いで説明できるかもしれない。また、薬剤数減少群については、老健においても、療養病床においても入所または入院1ヶ月における有害事象発生頻度と1～3ヶ月の間における頻度に大きな変化は認めなかった。

個々の有害事象に関しては、老健、療養病床ともに、減少群において、入所または入院後1～3ヶ月の間の「転倒、骨折」、「心疾患（心不全の増悪等）」、「脳血管疾患（脳梗塞、脳出血など）」の発生は最も高かった。頻度としては大変少ないものの、重大な転帰につながる有害事象であり、特記すべきことと考えられる。特に「脳血管疾患（脳梗塞、脳出血など）」の発生は、全期間を通じて、両施設形態とも、減少群についてのみ発生していた。有害事象発生と薬剤数変化の因果関係については、今回の解析では不明であるが、それぞれの病態の予防に重要な薬剤（「転倒、骨折」；ビスフォスフォネート、「心疾患（心不全の増悪等）」；利尿薬など、「脳血管疾患（脳梗塞、脳出血など）」；抗血栓薬、降圧薬など）の投与中止が関連していた可能性は否定できない。今回は、総薬剤数のみの検討であるが、今後、具体的な薬剤の投与状況について検討することでさらに重要な知見が得られるものと期待される。

3番目に、老年病専門医に対して高齢者の経管栄養療法に対する実態調査を実施した。高齢者の経管栄養療法を行う上で参考ガイドラインがあると回答したものは3割程度であることが明らかになった。約7割の医師が参考ガイドラインを持っておらず、経管栄養療法の適応者や適応時期等について医師個々人の判断にゆだねられていることが考えられた。また、ガイドライン使用の有無と経管栄養療法の適応の考えに相違がなかった結果からも、現在出版されているガイドラインは高齢者に対する経管栄養療法を行うための明確な判断基準を示しているものではないことが考えられた。本調査で最もよく使用されていた「静脈経腸栄養ガイドライン（日本静脈経腸栄養学会編集）」をみても、一般的な経管栄養療法の適応等に関する指針が中心で、高齢者については「認知症や意識障害患者、末期高齢者に対する栄養療法施行にあたっては、患者のliving willや家族の意向を十分に尊重する」との説明のみであった。このような“栄養療法施行”時との大きなくくりではなく、経管栄養療法適応基準、また胃瘻適応基準などの具体的な指針が求められていると考えられた。

経管栄養療法の導入を決定する際、対象医師が最優先理由としていることは「全身状態の改善および合併症の予防」であることが明らかになった。一方、QOLの向上や患者の満