63) 遠藤英俊：未病とこれからの医療政策．第 18 回日本未病システム学会，名古屋，2011.11.19.

64) Arai H, Kokubo Y, Sawamura T, Okamura T：Impact of small dense low-density lipoproteins cholesterol on cardiovascular disease in an urban Japanese cohort: The Suita study. American Heart Association 2011, Orlando U.S.A. 2011.11.12-16.

65) Arai H, Kokubo Y, Watanabe M, Miyamoto Y, Sawamura T, Okumura T：Small dense low-density lipoprotein is a risk for coronary artery disease in an urban Japanese cohort: the Suita study. ESC(European Society of Cardiology) Congress 2011, Paris FRANCE, 2011.8.27-31.

66) Arai H, Yokode M：(Symposium 3: The Role of Abdominal Organs in Atherogenesis) Inflammation and MCP-1-mediated macrophage recruitment in adipose tissue and the liver. 第 43 回日本動脈硬化学会総会・学術集会，札幌，2011.7.15-16.

67) Arai H, Kobubo Y, Watanabe M, Miyamoto Y, Sawamura T, Okamura T：Implication of small dense LDL as a risk for coronary artery disease in an urban Japanese cohort: The Suita study. 第 43 回日本動脈硬化学会総会・学術集会，札幌，2011.7.15-16.

68) Arai H, Kita T：Metabolic Syndrome in elderly -Comparison between East and West-. IAGG VII EUROPEAN INTERNATIONAL CONGRESS, Bologna ITALY, 2011.4.14-17.

69) 伊東美緒、児玉寛子、島田千穂、岡村菊夫、高橋龍太郎：「高齢者医療における優先度調査」結果報告その１―高齢者専門病院に勤務する看護師が優先する医療サービス．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.15-17.

70) 児玉寛子、伊東美緒、島田千穂、岡村菊夫、高橋龍太郎：「高齢者医療における優先度調査」結果報告その２―患者の医療サービス優先度における関連要因の検討．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京, 2011.6.15-17.

71) 島田千穂、伊東美緒、児玉寛子、岡村菊夫、高橋龍太郎：「高齢者医療における優先度調査」結果報告その３－終末期医療について話し合いの経験に関連する要因．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.15-17.

72) 高橋龍太郎：過疎地域の保健活動と高齢者医療．島嶼コミュニティ学会年会，東京，2011.6.18.

73) 石崎達郎、新名正弥、高橋龍太郎、杉原陽子、児玉寛子：高齢者における医療・介護サービスの利用状況．第 70 回日本公衆衛生学会総会，秋田，2011.10.19-21.

74) Takahashi R：Beyond the Disaster and Extremity；Collaboration to Support Frail Elderly People. The Korean Geriatrics Society 48th Meeting, KOREA, 2011.11.26-27.

75) 伊東美緒、島田千穂、高橋龍太郎：医療・福祉関連職種の高齢者ケアに対する Professional Esteem に関する研究．第 31 回日本看護科学学会学術集会，高知，2011.12.2-3.

76) 児玉寛子、伊東美緒、島田千穂、岡村菊夫、高橋龍太郎：高齢患者が望む医療サービスに関連する要因の検討～身体的・社会的側面に着目して～．第 7 回東京都福祉保健医療学会，東京，2011.12.15.

77) 鳥羽研二：（学術講演収録 DVD）高齢者の失いやすい生活機能、独居高齢者の特徴．第 28 回日本医学会総会，2011.4.

78) 鳥羽研二：（ランチョンセミナー）認知症と虚弱を支えるホームヘルスケア．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.

79) 鳥羽研二：6th Japan-Asean Conference on Men's Health and Aging，鎌倉，2011.7.

80) 鳥羽研二：認知症について．第 20 回日本脳ドック学会，東京，2011.7.

81) 鳥羽研二：認知症と胃瘻の諸問題．第 22 回日本老年医学会東海地方会，愛知，2011.9.

82) 鳥羽研二：（基調講演）認知症包括的ケア．第 3 回日本ケベック国際老年医学シンポジウム，Quebec CANADA, 2011.9.

83) 鳥羽研二：認知症からみた with aging の考え方．第 22 回日本老年医学会東北地方会，青森，2011.10.

84) 鳥羽研二：長寿化した社会からみえる運動器障害、歩行障害への対策～ロコモティブ

シンドロームとメタボと認知症～．第 48 回日本リハビリテーション医学会学術集会，東京，2011.11.

85) 鳥羽研二：認知症診療・ケア体制．第30回日本認知症学会学術集会，東京，2011.11.

86) Horie S：(The 6th JUA, UAA, EAU and AUA Joint Session) Spreading men's health. 第99回日本泌尿器科学会総会，名古屋，2011.4.20.

87) 堀江重郎：(シンポジウム 8) メンズヘルス診療への期待と課題．第 99 回日本泌尿器科学会総会，名古屋，　2011.4.23.

88) 武久洋三：「これからの医療提供体制のあり方を考える」～急性期から在宅まで個々のニーズに応じた医療を提供し地域での生活を支える～；日本慢性期医療協会，大阪，2011.4.14

89) 武久洋三：慢性期医療における理念と実践．日本慢性期医療協会，東京，2011.4.17.

90) 武久洋三：これからの医療・介護提供体制を考える．愛知県医療法人協会，愛知，2011.5.25.

91) 武久洋三：慢性期医療における診療のポイント（２）．日本慢性期医療協会，東京，2011.6.11.

92) 武久洋三：血管内脱水に対する間歇的補液療法の効果について（間歇的補液投与療法）－第 2 報－，第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.17.

93) 武久洋三：赤字病院を救うには．西日本若手病院経営者の会，福岡，2011.6.18.

94) 武久洋三：2012 年同時改定で医療・介護体制はどう変わるか．福岡県私設病院協会，福岡，2011.6.21.

95) 武久洋三：(シンポジウム) 医療保険、介護保険同時改定を控えて～どう対処していくか～．日本慢性期医療協会，北海道，2011.6.30.

96) 武久洋三：超高齢社会における中小病院の機能と役割について．日本医師会，東京，2011.7.6.

97) 武久洋三：(シンポジウム) 中小病院の地域連携はどうする．日本病院会，東京，2011.7.15.

98) 武久洋三：これからの医療体制について．東京都療養型病院研究会，東京，2011.7.23.

99) 武久洋三：慢性期医療と高齢者の療養環境の実際～現場よりの発信～．国際ジェロントロジーフォーラム，徳島，2011.8.11.

100) 武久洋三：慢性期病院の現状と認知症治療の実際．日本ケミファ，東京，2011.8.25.

101) 武久洋三：介護保険と自立支援について．(社) 山口県視覚障害者団体連合会，山口，2011.8.27.

102) 武久洋三：在宅療養支援病院制の課題と 2012 年改定の方向．株式会社コンタクス，東京，2011.9.7.

103) 武久洋三：血管内脱水に対する間歇的補液療法について．第 195 回日本内科学会近畿地方会例会，大阪，2011.9.10.

104) 武久洋三：慢性期医療の立場から改定を展望する．国際医療福祉大学・国際医療福祉総合研究所，東京，2011.9.17.

105) 武久洋三：2012 年診療報酬・介護報酬同時改定対策：病院経営戦略セミナー【準備・対策編】．社団法人病院管理研究協会，東京，2011.10.7.

106) 武久洋三：(シンポジウム) 社会保障改革と２０１２年診療・介護報酬同時改定への対応策を探る～地域包括ケア実現に向けた医療・介護施設の新たな役割と新介護保険サービス（定時巡回・複合型サービス）創設がもたらすもの～．保健・医療・福祉サービス研究会，東京，2011.10.8.

107) 武久洋三：(シンポジウム) Clinical Indicator（慢性期医療の臨床指標）．日本医療機能評価機構，東京，2011.10.15.

108) 武久洋三：亜急性期・慢性期そして医療療養病床介護療養病床の行方．船井幸雄『経営道場』，東京，2011.10.16.

109) 武久洋三：介護給付費分科会の議論から見えてくるもの．全国個室ユニット型施設推進協議会，東京，2011.10.20.

110) 武久洋三：（シンポジウム）医療・介護の連携と機能分担　診療報酬、介護報酬の同時改定は何を目指すべきか．公益財団法人医療科学研究所，東京，2011.10.21.

111) 武久洋三：（シンポジウム）これからの医療提供体制．地域医療研究会，高知，2011.10.30.

112) 武久洋三：次期改定の議論の焦点-慢性期医療を巡って．日経ヘルスケア，東京，2011.10.30.

113) 武久洋三：慢性期医療のあり方・次期診療報酬改定に向けての対策．全日本病院協会岡山県支部 日本医療法人協会岡山県支部，岡山，2011.11.1.

114) 武久洋三：医療から考える医療・介護の連携のあり方．医療タイムス，東京，2011.11.5.

115) 武久洋三：診療報酬・介護報酬同時改定と医療と介護の連携課題．日本医療企画，福岡，2011.11.18.

116) 武久洋三：日本慢性期医療協会の活動と 2012 改定の展望．国際医療福祉大学大学院，東京，2011.11.21.

117) 武久洋三：慢性期医療の現状と今後～ジェネリック医薬品を扱う企業のあり方～．代々木会，東京，2011.11.24.

118) 武久洋三：（シンポジウム）地域ケア体制の確立と医療経営—診療・介護同時改定の動向を見据えて—．日本医療経営学会，東京，2011.11.26.

119) 武久洋三：診療・介護同時改定を迎えて—慢性期医療の役割—．全国民主医療機関連合会，東京，2011.11.29.

120) 武久洋三：慢性期病床の今後の方向性．医療経済フォーラム・ジャパン，東京，2011.11.30.

121) 武久洋三：医療介護保険料同時改定にあたり我々が望むこと、そしてその実現性を占う．21 世紀保健医療フォーラム，東京，2011.12.1.

122) 武久洋三：日本慢性期医療協会における Clinical Indicator の取り組みについて．独立行政法人国立精神・神経医療研究センター　精神保健研究所，東京，2011.12.13.

123) 武久洋三：（シンポジウム）医療と介護の役割分担について．特定非営利活動法人高齢社会をよくする女性の会，東京，2012.1.13.

124) 武久洋三：2025 年に向けたこれからの医療・介護ビジネス．　徳島銀行・香川銀行，大阪，2012.1.19.

125) 武久洋三：日本の慢性期医療からみた LTAC．社会医療研究所，大阪，2012.1.21.

126) 武久洋三：日本の慢性期医療からみた LTAC．社会医療研究所，東京，2012.1.22.

127) 武久洋三：臨床アウトカムからみる日本型医療提供体制改革の重要ポイント．地域中核病院研究会／医療経営研究センター・コンタクス，東京，2012.1.24.

128) 武久洋三：これからの中小病院の戦略．東京青年医会，東京，2012.1.27.

129) 武久洋三：医療と介護の連携の今後のあり方ー診療報酬・介護報酬同時改定をふまえてー．社団法人全国社会保険協会連合会，東京，2012.1.27.

130) 武久洋三：これからの中小民間病院の戦略．山口県慢性期医療協会，山口，2012.2.5.

131) 武久洋三：これからの民間病院の戦い．大阪府私立病院協会　青年部会，大阪，2012.2.29.

132) 武久洋三：（シンポジウム）これからの医療・介護．特定非営利活動法人日本介護経営学会，東京，2012.3.4.

133) 武久洋三：「介護療養病床の廃止延期」の波及と医療一般病床への影響．総合ユニコム株式会社『月刊シニアビジネスマーケット』，東京，2012.3.8.

134) 武久洋三：これからの慢性期医療．日本慢性期医療協会，大阪，2012.3.10.

135) 武久洋三：（シンポジウム）キーパーソンが読み解く、改定の狙いと積み残された課題．日経ヘルスケア，東京，2012.3.11.

136) 武久洋三：慢性期病院の立場から医療・介護同時改定を読み解く．新社会システム総合研究所，東京，2012.3.14.

H．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

研究協力者

東京大学大学院医学系研究科加齢医学	小島太郎
同上	亀山祐美
同上	山口　潔
同上	小川純人
同上	飯島勝矢
同上および日本老年医学会	大内尉義
東京大学高齢社会総合研究機構	鎌田　実
東北大学加齢医学研究所　老年医学研究分野	小坂陽一
京都大学大学院医学研究科	荻田美穂子
名古屋大学医学部附属病院　老年科	梅垣宏行
同上	長谷川潤
名古屋大学大学院医学系研究科　地域在宅医療学・老年科学	鈴木裕介
杏林大学医学部付属病院　もの忘れセンター	木村紗矢香
同上	山田如子
国立長寿医療研究センター	町田綾子
東京都健康長寿医療センター研究所	島田千穂
同上	児玉寛子
全国老人保健施設協会	江澤和彦
日本慢性期医療協会	池端幸彦
同上	美原　盤

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

「高齢者医療の優先順位に関する意識調査・続報」

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：昨年度に引き続き、様々な要因から混乱の多い高齢者医療のあり方を検討するために、医療・介護の提供側、受療側それぞれが考える高齢者医療の優先順位を把握するアンケート調査を関連領域に対象をさらに拡大して行った。高齢者を診療する 5 領域の専門医、介護老人保健施設の医師、認知症患者の家族を対象として、重要と考えられる 12 項目（身体機能の回復・QOL の改善・介護者の負担軽減・精神状態の改善・活動能力の維持・病気の効果的治療・施設入所の回避・問題の解決・利用者の満足・地域社会との交流・資源の効率的利用・死亡率の低下）に優先順位を付けてもらい、集計・解析した。その結果、認知症患者の家族では「病気の効果的な治療」が一位、5 領域の専門医および老健医師では「QOL の改善」が一位と、上位項目には受療側と提供側で昨年同様の乖離がみられた。また、受療側には医療・介護に期待する傾向が、提供側には病状・機能改善に関して現実的に考える傾向がある点も昨年度同様であった。さらに、死亡率低下の優先順位がどの集団でも低かった。これらの結果は若中年者の医療とは異なる高齢者医療の提供や政策・研究の立案に際して参考になると考えられる。

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　地域在宅医療学・老年科学　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
山田和彦・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
三上裕司・日本医師会　常任理事

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。

これらの問題を解決するための「高齢者に対する適切な医療提供」の指針の策定を目的として、昨年度より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し、さら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たいと考えている。

昨年度より、医療のニーズとその提供に関して患者・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」を開始した。平成21年度に行われた国立長寿医療研究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）に準じて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作成し、医療を受ける側（65歳以上の地域在住者、病院通院患者、デイケア利用者）と医療提供者（老年病専門医、介護職員）に実施し、優先順位の傾向について比較検討を行った。

その結果、優先されるものとして地域高齢者、通院患者では病気の効果的な治療、デイケア利用者では身体機能回復がそれぞれ首位に来るなど医療に期待する傾向が認められるのに対し、提供側の老年病専門医・介護施設職員ではQOLの改善が首位にくるなど現実的な傾向がうかがえる。また、死亡率低下の優先順位が一貫して低いことなど、高齢者医療のあり方を考えさせる結果であった。

今年度はさらにこの調査を発展させるべく、高齢者医療に関わる関連領域にも同じアンケート調査を行い、優先順位の傾向をまとめた。

B．研究方法

対象：

１）5領域の学会専門医；高齢者診療の多いと考えられる５つの学会（内科系2、外科系2、他領域1）の学会認定専門医5,000名に対して本アンケート調査を行った。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）介護老人保健施設医師；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800施設の名簿を入手し、同協会会長（山田和

彦）との連名による依頼状とともに調査用紙一式を郵送し、FAXによる返信を求めた。
３）認知症患者の家族；4大学病院（東京大学、杏林大学、名古屋大学、京都大学）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4大学で計542名に対して行った。患者家族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）今年度の結果に昨年度の調査結果を加えた比較検討においては、以下の昨年度の研究参加者を対象として加えた：日本老年医学会認定老年病専門医619名、デイケア施設職員204名、地域在住高齢者2637名、５つの大学病院通院患者512名。

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（図１）。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。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。なお、このアンケート調査は昨年度行ったものと同じものである。

（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3大学病院（杏林大学、名古屋大学、京都大学）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。

図1. 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。

（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。

医療に望む項目

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

C．研究結果

回答数：

5領域の学会専門医 1,305名（回答率26.1%）、介護老人保健施設医師 384名（同48.0%）、大学病院4施設通院の認知症患者の家族 333名（61.4%）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、平均順位をその標準偏差とともに表1～表3に示した。方法に記載したように、②⑤⑧⑪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（データ示さず）。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。

5学会専門医（表1）では、＜QOLの改善＞、＜利用者の満足＞、＜活動能力の維持＞、＜身体機能の回復＞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。介護老人保健施設医師（表2）では、1位の＜QOLの改善＞、2位の＜利用者の満足＞、および下位4項目は5学会専門医と同じであったが、3位は＜身体機能回復＞であった。＜病気の効果的治療＞の順位は専門医と比較して8位と低く、反対に相対的に上位に来たのは、5位の＜精神状態の改善＞であった。

表１．５学会専門医の優先順位

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	3.09	2.38
2	4	患者（高齢者）や家族の満足感を高める	4.34	2.77
3	12	現在の活動能力を維持させる	4.64	2.94
4	2	身体の機能を回復させる	5.25	3.13
5	3	病気を効果的に治療する	5.32	3.53
6	7	家族の介護負担を軽減する	5.93	2.54
7	5	患者（高齢者）の抱える問題を解決する	6.12	2.74
8	6	精神面での健康状態を改善する	6.39	2.34
9	8	介護サービスなどの利用を勧める	7.50	2.28
10	9	地域社会との交流や活動の場を広げる	8.69	2.42
11	10	施設への入所をできるかぎり回避する	10.24	1.86
12	11	死亡率の低下をめざす	10.49	2.44

表 2. 老人保健施設医師の優先順位

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	2.88	2.56
2	4	患者（高齢者）や家族の満足感を高める	4.60	2.79
3	2	身体の機能を回復させる	4.68	2.85
4	12	現在の活動能力を維持させる	4.73	2.99
5	6	精神面での健康状態を改善する	5.50	2.11
6	5	患者（高齢者）の抱える問題を解決する	5.77	2.67
7	7	家族の介護負担を軽減する	6.10	2.68
8	3	病気を効果的に治療する	6.22	3.49
9	8	介護サービスなどの利用を勧める	8.15	2.02
10	9	地域社会との交流や活動の場を広げる	8.20	2.45
11	10	施設への入所をできるかぎり回避する	10.31	1.83
12	11	死亡率の低下をめざす	10.85	1.86

表 3. 大学病院通院の認知症患者の家族の優先順位

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	3.07	2.61
2	2	身体の機能を回復させる	4.51	2.75
3	12	現在の活動能力を維持させる	5.10	3.18
4	7	家族の介護負担を軽減する	5.31	2.94
5	6	精神面での健康状態を改善する	5.50	2.69
6	1	患者（高齢者）の生活の質を改善する	5.83	3.05
7	5	患者（高齢者）の抱える問題を解決する	5.98	2.70
8	4	患者（高齢者）や家族の満足感を高める	5.99	2.82
9	8	介護サービスなどの利用を勧める	7.47	2.56
10	9	地域社会との交流や活動の場を広げる	9.18	2.53
11	10	施設への入所をできるかぎり回避する	9.85	2.42
12	11	死亡率の低下をめざす	10.21	2.31

一方、受療者側である認知症患者の家族の結果であるが、表3のとおり＜病気の効果的治療＞、＜身体機能の回復＞、＜活動能力の維持＞がそれぞれ1～3位であったのに対し、9～12位は5学会専門医や介護老人保健施設医と同じく＜介護サービスの治療＞、＜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。提供者側では上位の＜利用者の満足＞と入れ替わるように＜病気の効果的治療＞の順位が高く、また特徴的なこととして中位のものでは＜介護負担の軽減＞が 4位と専門医や老健医師と比較して順位が相対的に高いことがあげられる。

次にこれら今年度の結果に昨年度の調査対象を加え、それぞれ提供側、受療側の二面に分割して順位をまとめたものを表４に示した。加えた調査対象は、医療提供側としては、日本老年医学会専門医 619 名、デイケア介護職員 204 名、医療を受ける側としては、地域在住高齢者 2637 名、５つの大学病院の通院患者である。

表４で医療・介護の提供側に注目すると、医師では１位、２位は共に＜QOL の改善＞と＜利用者の満足＞であり、介護職員では１位は＜QOL の改善＞で変わらないものの、２位は活動能力の維持となった。＜病気の効果的治療＞、＜身体機能の回復＞などは各群でばらつきが認められ、専門医では中位以上であったのに対し、老人保健施設など介護施設の従事者では順位が低い傾向が認められた。下位はいずれの群においても＜施設入所の回避＞、＜死亡率の低下＞が 11～12 位であった。

医療を受ける側では提供側とは異なり、上位１位、２位に＜病気の効果的な治療＞、＜身体機能の回復＞が占めた。逆に提供側で上位を占めた項目はいずれも中位に位置し、これらが提供側・受ける側のギャップと思われた。一方で下位には提供側同様、いずれの群においても＜施設入所の回避＞、＜死亡率の低下＞が 11～12 位であった。

表 4. 医療・介護提供側、受ける側の順位まとめ

-医療・介護提供側-

順位	老年病専門医 (N=619)	5学会専門医 (N=1,305)	老健医師 (N=384)	介護職員 (N=204)
1	QOLの改善	QOLの改善	QOLの改善	QOLの改善
2	利用者の満足	利用者の満足	利用者の満足	活動能力の維持
3	病気の効果的治療	活動能力の維持	身体機能の回復	家族の負担軽減
4	活動能力の維持	身体機能の回復	活動能力の維持	問題の解決
5	身体機能の回復	病気の効果的治療	精神状態の改善	精神状態の改善
6	精神状態の改善	家族の負担軽減	問題の解決	利用者の満足
7	問題の解決	問題の解決	家族の負担軽減	身体機能の回復
8	家族の負担軽減	精神状態の改善	病気の効果的治療	地域社会との交流
9	資源の効率的利用	資源の効率的利用	資源の効率的利用	病気の効果的治療
10	地域社会との交流	地域社会との交流	地域社会との交流	資源の効率的利用
11	施設入所の回避	施設入所の回避	施設入所の回避	施設入所の回避
12	死亡率の低下	死亡率の低下	死亡率の低下	死亡率の低下

-医療・介護を受ける側-

順位	地域高齢者 (N=2,637)	認知症患者の家族 (N=333)	病院通院患者 (N=512)	デイケア患者 (N=795)
1	病気の効果的治療	病気の効果的治療	病気の効果的治療	身体機能の回復
2	家族の負担軽減	身体機能の回復	身体機能の回復	病気の効果的治療
3	身体機能の回復	活動能力の維持	QOLの改善	家族の負担軽減
4	活動能力の維持	家族の負担軽減	家族の負担軽減	QOLの改善
5	問題の解決	精神状態の改善	精神状態の改善	活動能力の維持
6	精神状態の改善	QOLの改善	活動能力の維持	精神状態の改善
7	QOLの改善	問題の解決	問題の解決	利用者の満足
8	利用者の満足	利用者の満足	利用者の満足	問題の解決
9	資源の効率的利用	資源の効率的利用	資源の効率的利用	資源の効率的利用
10	地域社会との交流	地域社会との交流	地域社会との交流	地域社会との交流
11	施設入所の回避	施設入所の回避	施設入所の回避	施設入所の回避
12	死亡率の低下	死亡率の低下	死亡率の低下	死亡率の低下

D．考察

患者側の医療・介護のニーズおよび医療提供の考え方に患者・医療者間でギャップの存在を検証する目的で、「高齢者医療の優先順位に関する意識調査」を昨年度に引き続き対象を拡大して行った。一般論とはいえ今年度のアンケート調査結果は医療・介護の提供側、受ける側それぞれの視点から見た場合、昨年度とほぼ同様の結果であった。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。

昨年度の報告書でも述べたが、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。

さて、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労、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。施設の状況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、今年度追加した対象においても昨年度同様、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５学会の専門医や老人保健施設医師で最上位となったのは＜QOLの改善＞で、昨年度行った老年病専門医やデイケア介護職員と同じであった。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、認知症家族や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、一般に高齢者やその家族にとって、「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、認知症患者家族では６位、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、病院通院患者と認知症患者の家族で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、他の5学会専門医では4位、老健医師では3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、医師側では3～5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と思われた。

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。提供側では高齢者を中心に診療する老年病専門医で3位、他の5学会専門医で5位、要介護者を多く診療する老人保健施設医師では8位、処方を出すことのない介護職員で9位であった。要介護者に携わることの多い老健医師や介護職員においては、病気の効果的治療が困難であるとの認識があることを反映した結果であると考えられる。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、認知症患者の家族で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。特に認知症患者の家族は、認知症自体が改善できない疾患であると一定の認識を有しているにも関わらず＜病気の効果的治療＞を最上位にあげており、医療に対して極めて高い期待し、あるいは治療により将来の悪化が回避できるとの過信があるのかもしれない。同様の傾向はデイケア利用者にも認められ、＜身体機能の回復＞を1位に、＜病気の効果的治療＞を2位に挙げるなど、機能障害や病気の改善に対して高い希望がうかがえる。

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成的に対象を選定し、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て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。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。

昨年度には少数ではあるが、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が、今回の調査結果により、概して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ることが確認されたと思われる。現実には個々の患者に対する医療提供を考えねばならないが、まずその足掛かりとして、今回の調査が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。

E．結論

高齢者医療に求める優先順位の傾向と対象による差異について医師・介護職員・高齢者への意識調査を行った。その結果、患者側は医療に期待するのに対し、提供側は現実的な傾向がうかがえる。死亡率低下の優先順位が一貫して低いことなど、高齢者医療のあり方を考えさせる結果である。

F．健康危険情報

該当なし

G．研究発表

1．論文発表

1) Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, Yamaguchi K, Yamamoto H, Eto M, Ouchi Y. Factors associated with prolonged hospital stay in a geriatric ward of a university hospital in Japan. J Am Geriatr Soc.(in press).

2) Yamada Y, Eto M, Yamamoto H, Akishita M, Ouchi Y. Gastrointestinal hemorrhage and antithrombotic drug use in geriatric patients. Geriatr Gerontol Int. (in press).

3) Ogita M, Utsunomiya H, Akishita M, Arai H. Indications and practice for tube feeding in Japanese geriatricians: Implications of multidisciplinary team approach. Geriatr Gerontol Int. 2012 Feb 20. [Epub ahead of print]

4) Akishita M, Yu J. Hormonal effects on blood vessels. Hypertens Res. 2012 Feb 2. [Epub ahead of print]

5) Kojima T, Akishita M, Nakamura T, Nomura K, Ogawa S, Iijima K, Eto M, Ouchi Y. Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. Geriatr Gerontol Int. 2011 Dec 23. [Epub ahead of print]

6) Kojima T, Akishita M, Nakamura T, Nomura K, Ogawa S, Iijima K, Eto M, Ouchi Y. Association of polypharmacy with fall risk among geriatric outpatients. Geriatr Gerontol Int. 11: 438-444, 2011.

7) Akishita M, Ohike Y, Yamaguchi Y, Iijima K, Eto M, Ouchi Y. Obstructive sleep apnea exacerbates endothelial dysfunction in patients with metabolic syndrome. J Am Geriatr Soc 59: 1565-1566, 2011.

8) Fukai S, Akishita M, Yamada S, Ogawa S, Yamaguchi K, Kozaki K, Toba K, Ouchi Y. Plasma sex hormone levels and mortality in disabled older men and women. Geriatr Gerontol Int. 11: 196-203, 2011.

9) Nagai K, Kozaki K, Sonohara K, Akishita M, Toba K. Relationship between interleukin-6 and cerebral deep white matter and periventricular hyperintensity in elderly women. Geriatr Gerontol Int. 11: 328-332, 2011.

10) Takemura A, Iijima K, Ota H, Son BK, Ito Y, Ogawa S, Eto M, Akishita M, Ouchi Y. Sirtuin 1 retards hyperphosphatemia-induced calcification of vascular smooth muscle cells. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 31: 2054-2062, 2011.

11) Yamaguchi Y, Hibi S, Ishii M, Hanaoka Y, Kage H, Yamamoto H, Yamauchi Y, Eto M, Nagase T, Ouchi Y. Pulmonary features associated with being underweight in older men. J Am Geriatr Soc. 59: 1558-1560, 2011.

12) 秋下雅弘. 特集　高齢者薬物療法のセーフティマネジメント；高齢者の薬物療法の基本—診かたと考えかたを知る. 月刊薬事53: 471-475, 2011.

13) 小島太郎, 秋下雅弘. 特集・高齢者救急診療　Ⅲ高齢者に多い内因性救急；薬剤起因性疾患. 救急医学35: 685-689, 2011.

14) 秋下雅弘. リハ医に役立つベーシック老年医学；９　高齢者の薬物代謝と薬物管理. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 20: 856-860, 2011.

15) 亀山祐美, 秋下雅弘. 高齢者と睡眠障害②；高齢者における睡眠薬のPK/PD. 薬局 62: 73-78, 2011.

16) 秋下雅弘. 特集・私の処方箋；総論　高齢者に対する処方の留意点. JOHNS 27:1263-1266, 2011.

17) 秋下雅弘. Ⅲ. 臨床編　薬剤誘発性認知症（状態）　各論；高齢者薬物療法の留意点と薬物有害事象. 日本臨牀 69増刊号10;149-152, 2011.

18) 秋下雅弘. 特集　これからの高齢者医療—診断・治療・予防への対応；≪高齢者に対する薬物の使い方の注意点≫高齢者に対する慎重投与薬. 内科 108; 1157-1161, 2011.

19) 荒井啓行. 認知症の包括的課題　第１４回認知症を語る会. 日老医誌 49(10): 1171-1190,2011.

20) Suzuki M, Uwano C, Ohrui T. Ebihara T, Yamasaki M, Asamura T, Tomita N, Kosaka Y, Furukawa K, Arai H. Shelter acquired pneumonia after a catastrophic earthquake in Japan. J. Am. Geriatr. Soc. 59(10): 1968-1970, 2011.

21) Furukawa K, Arai H. Earthquake in Japan. Lancet 377: 1652, 2011.

22) Arai H. A comprehensive strategy for dementia from primary prevention to end-stage management. Psychogeriatrics 11:131-134, 2011.

23) 神崎恒一. 第4章サルコペニアの症候別理解　第1節サルコペニアと老年症候群. サルコペニアの基礎と臨床. 監修　鈴木隆雄　編集　島田裕之. 東京, 真興交易㈱, 116-125, 2011.

24) 神崎恒一. Ⅲ臨床編　認知症の重症化に伴う医学的諸問題　各論　老年症候群と高齢者総合機能評価. 認知症学（下）日本臨牀69　増刊号10（1012）. 東京, 日本臨牀社, 503-510, 2011.

25) 神崎恒一. 薬剤起因生歩行障害. Geriat.Med 49(4): 473-476, 2011.

26) Nagai K, Kozaki K, Sonohara K, Akishita M, Toba K. Relationship between interleukin-6 and cerebral deep white matter and periventricular hyperintensity in elderly women. Geriatr

Gerontol lnt 11: 328-332, 2011.
27) 神崎恒一. 骨粗鬆症と高齢者の虚弱. Geriat.Med 49(9): 971-975, 2011.
28) 神崎恒一. CGAと包括的ケア. Aging & Health 20(3): 8-11, 2011.
29) 神崎恒一. サルコペニアと生活機能障害. Modern Physician 31(11): 1323-1328, 2011.
30) 長谷川浩、神崎恒一. 認知症の地域連携－三鷹市・武蔵野市認知症医療連携の現状. 内科 108(6): 1231-1234, 2011.
31) Toba K, Nagai K, Kimura S, Yamada Y, Machida A, Iwata A, Akishita M, and Kozaki K. A new dorsiflexion measure device; A simple method to assess fall risks in the elderly. Geriatr Gerontol lnt. (in press) 2012.
32) Shimada H, Kato T, Ito K, Makizako H, Doi T, Yoshida D, Shimokata H, Washimi Y, Endo H, Suzuki T. Relationship between Atrophy of the Medial Temporal Areas and Cognitive Functions in Elderly Adults with Mild Cognitive Impairment. European Neurology 67: 168-177, 2012.
33) Umegaki H, Suzuki Y, Yanagawa M, Nonogaki Z, Nakashima H, Endo H. Dysphagia in older adults at high risk of requiring care. GGI. (in press).
34) Makizako H, Shimada H, Doi T, Yoshida D, Ito K, Kato T, Shimokata H, Washimi Y, Endo H, Suzuki T. The association between decline in physical functioning and atrophy of medial temporal areas in community-dwelling older adults, with amnestic and non-amnestic mild cognitive impairment. Arch Phys Med Rehabil. (in press) 2011.
35) 今井幸充、長田久雄、本間昭、萱間真美、三上裕司、加藤伸司、木村隆次、石田光広、沖田裕子、遠藤英俊、池田学、半田幸子. 認知機能障害を伴う要介護高齢者の日常生活動作と行動・心理症状を測定する新評価票. 老年精神医学雑誌 22(10): 2011.10.
36) 梅本充子、遠藤英俊、三浦久幸. 認知症高齢者における行動観察評価スケール NOSGER の検討（第２報）. 老年精神医学雑誌 22: 1283-1290, 2011.
37) 加藤昇平、遠藤英俊、鈴木祐太. 課題実行時ｆNIRS脳機能計測データのベイジアンマイニングに基づく認知機能障害の３群判別. 人工知能学会論文誌 27(2): SP-D, 2012.
38) 遠藤英俊. アルツハイマー病 地域の取組み, 介護保険サービスの利用法. 最新医学 66(9月増刊号), 2011.
39) 遠藤英俊、三浦久幸、佐竹昭介. 認知症の終末期のあり方. 診断と治療３ 99(3): 523-525, 2011.
40) 遠藤英俊、三浦久幸、佐竹昭介、洪英在. ６認知症の包括的ケア. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 20(6): 567-570, 2011.
41) 高田健人、田中和美、大矢未帆子、杉山みち子、遠藤英俊. 認知症高齢者における「食事中のＢＰＳＤアセスメント票」の信頼性・妥当性の評価. 日本老年医学会雑誌 48: 112, 2011.
42) 遠藤英俊、佐竹昭介、三浦久幸、小杉尚子. ５. 認知症のケアと非薬物療法の最前線. Geriatric Medicine 49(7): 795-799, 2011.
43) 遠藤英俊、三浦久幸. 介護保険改正の焦点は. 医学のあゆみ 239(5), 2011.10.29.
44) Yokoyama S, Yamashita S, Ishibashi S, Sone H, Oikawa S, Shirai K, Ohta T, Bujo H, Kobayashi J, Arai H, Harada-Shiba M, Eto M, Hayashi T, Gotoda T, Suzuki H, Yamada N. Background to Discuss Guidelines for Control of Plasma HDL-Cholesterol in Japan. J Atheroscler Thromb (in press).
45) Takechi H, Sugihara Y, Kokuryu A, Nishida M, Yamada H, Arai H, Hamakawa Y. Both conventional indices of cognitive function and frailty predict levels of care required in a long-term care insurance program for memory clinic patients in Japan. Geriatr Gerontol Int (in press).
46) Ogita M, Takechi H, Kokuryu A, Kondoh H, hamakawa Y, Arai H. Identifying cognitive dysfunction using the nurses' rapidly clinical judgment in elderly inpatients. J Clin Gerontol Geriatr (in press).

47) Tamura Y, Murayama T, Minami M, Matsubara T, Yokode M, Arai H. Ezetimibe ameliorates early diabetic nephropathy in db/db mice. J Atheroscler Thromb (in press).

48) Yamada M, Aoyama T, Arai H, Nagai K, Tanaka B, Uemura K, Mori S, Ichihashi N. Complex obstacle negotiation exercise can prevent falls in community-dwelling elderly Japanese aged 75_years and older. Geriatr Gerontol Int, (in press).

49) Yamada M, Uemura K, Mori S, Nagai K, Uehara T, Arai H, Aoyama T. Faster declineof physical performancein higherlevels of baseline locomotive function. Geriatr Gerontol Int (in press).

50) Yamada M, Arai H, Nagai K, Tanaka B, Uehara T, Aoyama T. Development of a new index for fall risk assessment in older adults. Int J Gerontol (in press).

51) Arai H, Ouchi Y, Yokode M, Ito H, Uematsu H, Eto F, Oshima S, Ota K, Saito Y, Sasaki H, Tsubota K, Fukuyama H, Honda Y, Iguchi A, Toba K, Hosoi T, Kita T. Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. Geriatr Gerontol Int 12(1): 16-22, 2012.

52) Arai H, Ishibashi S, Bujo H, Hayashi T, Yokoyama S, Oikawa S, Kobayashi J, Shirai K, Ota T, Yamashita S, Gotoda T, Harada-Shiba M, Sone H, Eto M, Suzuki H, Yamada N. Management of type IIb dyslipidemia. J Atheroscler Thromb 19: 115-124, 2012.

53) Gotoda T, Shirai K, Ohta T, Kobayashi J, Yokoyama S, Oikawa S, Bujo H, Ishibashi S, Arai H, Yamashita S. Harada-Shiba M, Eto M, Hayashi T, Sone H, Suzuki H, Yamada N. Diagnosis and management of type I and type V hyperlipoproteinemia. J Atheroscler Thromb 19: 1-12, 2012.

54) Kanamori H, Yanagita M, Nagai K, Matsubara T, Takechi H, Fujimaki K, Hara A, Usami K, Fukatsu A, Kita T, Matsubayashi K, Arai H. Psychosocial quality of life of elderly hemodialysis patients using visual analogue scale: comparing with healthy elderly in Japan. J Clin Gerontol Geriatr 2: 116-120, 2011.

55) Kanamori H, Nagai K, Matsubara T, Mima A, Yanagita M, Iehara N, Takechi H, Fujimaki K, Usami K, Fukatsu A, Kita T, Matsubayashi K Arai H. Comparison of the psychosocial quality of life in hemodialysis patients between the elderly and non-elderly using a visual analogue scale: The importance of appetite and depressive mood. Geriatr Gerontol Int 12(1): 65-71, 2011.

56) Tamura Y, Murayama T, Minami M, Yokode M, Arai H. Differential effect of statins on diabetic nephropathy in db/db mice. Int J Mol Med 28(5): 683-687, 2011.

57) Yamada M, Aoyama T, Arai H, Uemura K, Mori S, Nagai K, Tanaka B, Terasaki Y, Iguchi M. Effect of resistance training on physical performance and fear of falling in elderly with different levels of physical well-being. Age and Ageing 40(5): 637-641, 2011.

58) Yamada M, Arai H, Nagai K, Uemura K, Mori S, Aoyama T. Differential determinants of physical daily activities in frail and nonfrail community-dwelling older adults. J Clin Gerontol Geriatr 2: 42-46, 2011.

59) Mima A, Abe H, Nagai K, Arai H, Matsubara T, Araki M, Torikoshi K, Tominaga T, Iehara N, Fukatsu A, Kita T, Doi T. Activation of Src mediates PDGF-induced Smad1 phosphorylation and contributes to the progression of glomerulosclerosis in glomerulonephritis. PLoS One 6(3): e17929: 1-11, 2011.

60) Yamada M, Aoyama T, Arai H, Nagai K, Tanaka B, Uemura K, Mori S, Ichihashi N. Dual-task walk is a reliable predictor of falls in robust elderly adults. J Am Geriatr Soc 59(1): 163-164, 2011.

61) Kuzuya M, Enoki H, Hasegawa J, Izawa S, Hirakawa Y, Shimokata H, Iguchi A. Impact of caregiver burden on adverse health outcomes in community-dwelling dependent older care recipients. Am J Geriatr Psychiatry 19(4): 382-391, 2011.

62) Kuzuya M, Hasegawa J, Hirakawa Y, Enoki H, Izawa S, Hirose T, Iguchi A. Impact of informal care levels on discontinuation of living at home in community-dwelling dependent elderly using various community-based services. Arch Gerontol Geriatr 52(2): 127-132, 2011.

63) Hirano A, Suzuki Y, Kuzuya M, Onishi J, Hasegawa J, Ban N, Umegaki H. Association between the caregiver's burden and physical activity in community-dwelling caregivers of dementia patients. Arch Gerontol Geriatr. May-Jun 52(3): 295-298, 2011.

64) Aoyama M, Suzuki Y, Onishi J, Kuzuya M. Physical and functional factors in activities of daily living that predict falls in community-dwelling older women. Geriatr Gerontol Int 11(3): 348-357, 2011.

65) 大渕修一、高橋龍太郎. 高齢者と地域医療 介護予防の考え方. 内科 108(6): 1235-1239, 2011.

66) 高橋龍太郎. 地域社会と医療・福祉の今後. 病院設備 53(5): 36-39, 2011.

67) 島田千穂、高橋龍太郎. 高齢者終末期における多職種間の連携. 日本老年医学会雑誌 48(3): 221-226, 2011.

68) 鳥羽研二. ウィズ・エイジング～何歳になっても光り輝くために・・・～. グリーン・プレス: 1-247, 2011.

69) 藤谷順子、鳥羽研二：編著 誤嚥性肺炎 抗菌薬だけに頼らない肺炎治療. 医歯薬出版（株）:1-213, 2011.東京

70) Toba K. Relationship between testosterone and cognitive function in elderly men with dementia, JAGS 0:1-2,2012.

71) 鳥羽研二. 認知症の周辺症状に対する抑肝散のエビデンス. 漢方医学 35(2): 118-122, 2011.

72) 鳥羽研二. アルツハイマー病における中核症状と BPSD の治療の基本. メディカルレビー Cognition and dementia 10(1): 12-17, 2011.

73) 鳥羽研二. 高齢者医療と漢方. 診断と治療 99(5): 835-838, 2011.

74) 三浦久幸、鳥羽研二. 重症認知症疾患患者の合併症と終末期医療. 月刊 臨牀と研究 88(6): 87-89, 2011.

75) 鳥羽研二. 認知症の診断と非薬物療法について. 全国老人保健施設協会誌 老健 7: 18-25, 2011.

76) 鳥羽研二. 老年内科 標榜をめざして 老年症候群の考え方と高齢者の寝たきりの原因と対策. 日本医事新報 4552: 43-46, 2011.

77) 櫻井 孝、鳥羽研二. 特集 慢性腎臓病（CKD）と認知症 Ⅲ認知症の予防と治療. 臨牀透析 27(8): 1041-1046, 2011.

78) 鳥羽研二、木村紗矢香、山田如子、町田綾子、神崎恒一. 手段的 ADL と基本的 ADL. 日本臨牀 69(8): 313-318;認知症学（上）: 313-318, 2011.

79) 鳥羽研二. どんとこい！認知症 重度認知症患者デイケアの挑戦, 認知症の包括的アプローチ. どんとこい！認知症 : 135-153, 2011.

80) 鳥羽研二. 高齢者の総合的機能評価. Aging & Health 20(3): 6-7, 2011.

81) 鳥羽研二. 服薬コンプライアンスとアドヘレンス. 認知症学（下）: 22-25, 2011.

82) 鳥羽研二：企画含. 老年医学・医療の最先端. 医学のあゆみ 239(5): 323, 418-424, 2011.

83) 堀江重郎. 健康長寿バイオマーカーとしてのテストステロン. medicina 48(12): 1883-1885, 2011.11.

84) 武久洋三. 慢性期病床と地域連携. 日本慢性期医療協会機関誌 JMC 76 : 7-14, 2011.8.

85) 武久洋三. 慢性期医療の臨床指標（Clinical Indicator）の導入と活用－慢性期医療における診療の質を測る－. 日本医療・病院管理学会誌 48(2): 23-33,2011 .

86) 武久洋三. 慢性期医療と在宅診療の新たな連携. 医学のあゆみ 239(5): 541-546,2011.

87) 武久洋三. 《療養病床、介護施設での高齢者医療》療養病床で行う医療. 臨床雑誌内科 108(6): 1200-1205, 2011.

88) 武久洋三. 24 年度診療報酬・介護報酬同時改定への期待 協会としてどう取り組むか－そのポイント解説. 日本慢性期医療協会機関誌 JMC 78: 7-12, 2011.12.

89) 武久洋三．2025 年に向けて良質な慢性期医療の確立をめざして　3 事業立ち上げの趣旨．日本慢性期医療協会機関誌 JMC 79: 7-12, 2012.2.

90) 武久洋三．血管内脱水に対する間歇的補液療法の効果：経消化管補液の単独および併用療法について．日老医誌　49(1): 107-113, 2012.

2. 学会発表

1) 秋下雅弘（教育講演）:「健康長寿診療ハンドブック」について．日本老年医学会四国地方会，松山，2012.2.18.

2) 秋下雅弘：認知症と生活習慣病．日本老年医学会四国地方会，松山，2012.2.18.

3) 秋下雅弘（シンポジウム）：ホルモンと認知症．アンドロゲンの認知機能改善作用．日本認知症学会学術集会，東京，2011.11.12.

4) Akishita M (Symposium): Priorities of healthcare services for the elderly in Japan. 9th Asia/Oceania Regional Congress of Gerontology and Geriatrics. Melbourne, Australia, 2011.10.26.

5) Akishita M (Symposium): Men's Heath and Metabolism: Androgen action on vascular metabolism. 6th Japan-ASEAN Conference on Men's Health & Aging, Kamakura, Japan, 2011.7.1.

6) 秋下雅弘（シンポジウム）：高齢社会／アンチエイジング　性ホルモンと抗老化．日本医学会総会，東京，2011（Web 開催）．

7) 秋下雅弘（シンポジウム）：テストステロン医学の最前線．テストステロンと虚弱．日本抗加齢医学会総会，京都，2011.5.29.

8) 秋下雅弘（シンポジウム）：生活習慣病におけるアンチエイジング医療：メタボ時代に最適なアンチエイジングとは？　性ホルモンとメタボリックシンドローム．日本抗加齢医学会総会，京都，2011.5.27

9) 秋下雅弘（ディベートセッション）：超高齢者の血圧はどこまで下げるべきか？（厳格な降圧または緩徐な降圧）　1）緩徐な降圧の立場から．日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.16.

10) 秋下雅弘：高齢者の不眠治療～転倒リスクを少なくするために～．日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.17.

11) 亀山祐美、飯島勝矢、山口潔、本多正幸、小川純人、江頭正人、秋下雅弘、大内尉義：女性高齢者における遅延再生と嗅覚障害の関連．日本認知症学会学術集会，東京，2011.11.12.

12) 山口潔、望月諭、藤井広子、山口優美、山賀亮之助、木棚究、亀山祐美、小川純人、秋下雅弘、大内尉義：認知症患者の死亡原因の解析．日本認知症学会学術集会，東京，2011.11.12.

13) Eto M: Appropriate decision-making in geriatric medicine: balancing effectiveness and safety in antithrombotic therapy for old patients. International Association of Gerontology and Geriatrics Meeting 2011, Melbourne AUSTRALIA, 2011.10.26

14) 小坂陽一、荒井啓行ら：老年科授業アンケートの結果に見る学生の関心．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.15-17.

15) 小坂陽一、荒井啓行ら：誤嚥性肺炎発症後、経口摂取不可能となり死亡した震災関連死が疑われる 1 例．第 22 回日本老年医学会東北地方会，弘前，2011.10.29.

16) 神崎恒一：（パネルディスカッション　介護予防：現状・課題と新たな方向性）虚弱の概念と転倒予防．第 27 回日本老年学会総会，東京，2011.6.15.

17) 神崎恒一：（シンポジウム）老年症候群と総合的機能評価．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.16.

18) 秋下雅弘、江頭正人、荒井秀典、神崎恒一、葛谷雅文、荒井啓行、高橋龍太郎、江澤和彦、川合秀治、鳥羽研二：高齢者医療の優先順位に関する意識調査．第 53 回日本老

年医学会学術集会，東京，2011.6.17.

19) 田中政道、井上慎一郎、長谷川浩、神崎恒一：高齢者における虚弱（frailty）の評価．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.17.

20) Kozaki K, Koshiba H, Mochizuki S, Nagai K：Evidence of the association of arterial stiffness and inflammation with cognitive dysfunction in older adults. 第 43 回日本動脈硬化学会学術集会，札幌，2011.7.16.

21) 神崎恒一：高齢患者における筋肉減少症（サルコペニア）と転倒予防．転倒予防医学研究会　第 8 回研究集会，東京，2011.10.2.

22) Kozaki K：Current Status of Medical Treatment in Long-term Care Facilities in Japan. 9th Asia/ Oceania Regional Congress of Geriatrics and Gerontology, Melbourne AUSTRALIA, 2011.10.26.

23) 中居龍平、山田如子、木村紗矢香、小林義雄、長谷川浩、神崎恒一：ハンカチテスト陽性の認知症患者における機能的近赤外スペクトロスコピー（fNIRS）による脳血流分布の検討．第 30 回日本認知症学会学術集会，東京，2011.11.11.

24) 木村紗矢香、山田如子、町田綾子、鳥羽研二、神崎恒一：もの忘れ教室の効果ー周辺症状と介護負担の検討ー．第 30 回日本認知症学会学術集会，東京，2011.11.11.

25) 山田如子、木村紗矢香、小林義雄、中居龍平、鳥羽研二、神崎恒一：認知症高齢者における抑うつ因子として家族構成と介護保険サービスが及ぼす影響の検討．第 30 回日本認知症学会学術集会，東京，2011.11.11.

26) 神崎恒一：（シンポジウム）サルコペニアの疫学・予防と対策．第 18 回日本未病システム学会学術集会，名古屋，2011.11.19.

27) 神崎恒一：（教育講演）高齢者の転倒リスクの評価と予防．第 55 回日本老年医学会関東甲信越地方会，東京，2012.3.10.

28) 遠藤英俊：（ランチョンセミナー）認知症疾患治療ガイドラインに基づく新しい薬物治療．第 31 回日本脳神経外科コングレス総会，横浜，2011.5.8.

29) 遠藤英俊：老年症候群の早期発見・早期診断に対する高齢者総合機能評価の有用性に関する研究．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.16.

30) 遠藤英俊：高齢者医療の生涯教育について．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.16.

31) 遠藤英俊：ケアと介護．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.17.

32) 遠藤英俊：地域包括ケアと在宅医療～ケアマネジメントの新たな役割～．第 10 回日本ケアマネジメント学会，東京，2011.6.17.

33) 遠藤英俊：特定高齢者の嚥下機能低下に関連する因子の検討．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.17.

34) 千田一嘉、西川満則、中島一光、徳田治彦、佐竹昭介、遠藤英俊：高齢持続陽圧呼吸療法（ＣＰＡＰ）患者の Vulnerable Elders Survey(VES-13)による予後予測．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.16.

35) 遠藤英俊、洪英在、佐竹昭介、三浦久幸：老年症候群の早期発見・早期診断に対する高齢者総合機能評価の有用性に関する研究．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.16.

36) 土井剛彦、島田裕之、牧迫飛雄馬、吉田大輔、下方浩史、伊藤健吾、鷲見幸彦、遠藤英俊、鈴木隆雄：文字流暢性課題とカテゴリー流暢性課題の課題特性．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.16.

37) 島田裕之、伊藤健吾、牧迫飛雄馬、土井剛彦、吉田大輔、下方浩史、鷲見幸彦、遠藤英俊、鈴木隆雄：高齢者における嗅内野皮質周囲の萎縮と認知機能との関係．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.16.

38) 溝神文博、小出由美子、小幡由紀、遠藤英俊、古田勝経：高齢者における多剤投与の現状と課題．第 53 回日本老年医学会学術集会，東京，2011.6.17.

39) 小出由美子、古田勝経、溝神文博、小幡由紀、遠藤英俊：高齢者における下剤・睡眠