

後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方

平成19年4月11日

社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会

第164回国会においては、健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)が成立し、平成20年度から後期高齢者医療制度が創設されることとなった。参議院厚生労働委員会の審議過程においては、当該制度に関して附帯決議(平成18年6月13日)がなされ、「後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、必要かつ適切な医療の確保を前提とし、その上でその心身の特性等にふさわしい診療報酬とするため、基本的な考え方を平成18年度中を目途に取りまとめ、国民的な議論に供した上で策定すること。」とされた。

当特別部会では、この附帯決議を踏まえ、後期高齢者の医療の在り方について、平成18年秋より7回にわたり有識者からのヒアリング及び論議を重ねてきたが、今回、その中間的な報告として後期高齢者医療の診療報酬を考える上での基本的考え方を取りまとめることとした。この「基本的考え方」は、当部会での議論やヒアリングを通じて明らかになった、後期高齢者の心身の特性、基本的な視点及び課題を取りまとめたものである。当特別部会としては、この「基本的考え方」について、今後パブリックコメント等により広く御意見を頂くことを期待するとともに、これに基づいて、さらに論議を深めていくこととしたい。

人口の高齢化が進行する中で、後期高齢者は、安心して生活するために必要な医療が確保されることに願いを抱いている。当特別部会においては、こうした後期高齢者の思いを念頭に置きつつ、必要な医療を適切に確保していく観点から、今後、後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子を取りまとめるべく、引き続き議論を行いたい。

1 後期高齢者の心身の特性について

後期高齢者医療の診療報酬については、後期高齢者に特有の心身の特性等を踏まえ、これにふさわしい医療を提供するためにはどのような仕組みが適当か、という視点に基づいて考える必要がある。

なお、後期高齢者については、心身の特性のほか、経済面を含めた生活環境が多様であることに留意する必要がある。

後期高齢者の心身の特性については、次のような指摘がされている。

- (1) 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患(特に慢性疾患)が見られる。

- (2) 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
- (3) 新制度の被保険者である後期高齢者は、この制度の中で、いずれ避けることができない死を迎えることとなる。

2 基本的な視点

こうした心身の特性から、後期高齢者に対する医療には、次のような視点が必要である。

・ 後期高齢者の生活を重視した医療

一般に、療養生活が長引くことなどから、後期高齢者の医療は、高齢者の生活を支える柱の一つとして提供されることが重要である。そのためには、どのような介護サービスを受けているかを含め、本人の生活や家庭の状況等を踏まえた上での医療が求められる。

・ 後期高齢者の尊厳に配慮した医療

自らの意思が明らかな場合には、これを出来る限り尊重することは言うまでもないが、認知症等により自らの意思が明らかでない場合にも、個人として尊重され、人間らしさが保たれた環境においてその人らしい生活が送れるように配慮した医療が求められる。

・ 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療

いずれ誰もが迎える死を前に、安らかで充実した生活が送れるように、安心して生命を預けられる信頼感のある医療が求められる。

3 後期高齢者医療における課題

こうした基本的視点に立って、現状の後期高齢者に対する医療を振り返ると、次のような課題があると考えられる。

- (1) 複数の疾患を併有しており、併せて心のケアも必要となっている。
- (2) 慢性的な疾患のために、その人の生活に合わせた療養を考える必要がある。
- (3) 複数医療機関を頻回受診する傾向があり、検査や投薬が多数・重複となる傾向がある。
- (4) 地域における療養を行えるよう、弱体化している家族及び地域の介護力をサポートしていく必要がある。

(5) 患者自身が、正しく理解をして自分の治療法を選択することの重要性が高い。

後期高齢者に対しては、その抱える個々の疾患を疾患別に診るという医療だけでなく、精神的な不安も含めた複数の疾患について、トータルに診る医療が必要である。また、後期高齢者の中には、一人暮らしで寝たきりのケースも多く、単に医療機関に自ら治療を受けに来る患者を診るということだけでは十分とは言えない。

複数医療機関を受診することは、検査や投薬の重複が起きやすくなる結果として、提供される医療が不適切なものとなるなど、患者にとっても、また社会的に見ても好ましくない場合がある。このため、過剰・頻回受診を是正する必要がある。

そのほか、後期高齢者自らが医療サービスを自分の生活に合わせて選べるという選択の余地の拡大や、終末期に備えたりリビング・ウィル(生前の意思表示)を確認し、これを尊重する仕組みも必要である。

4 後期高齢者にふさわしい医療の体系

後期高齢者が受ける医療は、74歳までの者との連続性が必要である。その上で、後期高齢者の心身の特性とこれまでの後期高齢者医療の課題を踏まえると、今後の後期高齢者医療について特に考えるべき点としては以下のものが挙げられる。

(1) 急性期入院医療にあっても、治療後の生活を見越した高齢者の評価とマネジメントが必要

慢性期医療の提供においては、治療が長期にわたるために後期高齢者の生活を踏まえた医療を提供していくべきことは当然であるが、急性期入院医療においても、後期高齢者の入院時から、退院後にどのような生活を送るかということを念頭に置いた上で、その生活を実現するための総合的な治療計画を立てていく取組を進め、それを元にして入院医療を実施するほか、看護や介護といったサービスとの連携体制を考えていくことが重要である。

(2) 在宅(居住系施設を含む)を重視した医療

- ・訪問診療、訪問看護等、在宅医療の提供
- ・複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師
- ・医療機関の機能特性に応じた地域における医療連携

地域での療養生活を安心して送ることができるようにするためには、信頼感の確保された在宅医療が必要であり、そのためには、患者についての情報を共有しつつ、患者を中心に、地域における医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療関係者が相互に協力して、チームとして対応する必要がある。

この場合、中心となって医療関係者の連携を調整する役割を担う医師が置かれる仕組みが重要となる。これを実現するためには、後期高齢者を総合的に診る医師が必要である。

また、在宅医療を後方支援する医療機関との連携を進めていくことが必要である。さらに、全身状態の維持にも重要である継続的な口腔管理を促すことや、重複投薬・相互作用の発生防止を目的とした同一の薬局による使用医薬品の管理、在宅での療養を支える訪問看護の取組等を進めていくことが必要である。

通院医療についても、在宅医療と同様に、後期高齢者を総合的に診る医師により提供されることが重要である。

また、これらの取組については、各地域の実情に応じて進めていく視点も必要である。

(3) 介護保険等他のサービスと連携の取れた一体的なサービス提供

後期高齢者の医療を考える上では、後期高齢者が介護保険のサービスを受けていることも多いことから、主治医とケアマネジャーが緊密に情報交換を行い、後期高齢者の状態を十分に踏まえたサービス提供を行うなど、医療サービスの枠内に止まらず、公的な介護・福祉サービスや地域との連携を図ることが不可欠である。

(4) 安らかな終末期を迎えるための医療

- ・十分に理解した上での患者の自己決定の重視
- ・十分な疼痛緩和ケアが受けられる体制

終末期医療については、患者及び家族と医療関係者との信頼関係に基づく緊密なコミュニケーションの中で、患者及び家族の希望を尊重しつつ、その尊厳を保つことに配慮した医療を実現していくべきであり、その具体的な在り方については、国民の関心も高く、実践が積み重ねられる中で、今後とも慎重に議論を行っていくべき問題である。

なお、現在、厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する

検討会」において、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を早期に作成することとしている。

(5) その他

新制度の被保険者である後期高齢者の負担を考慮し、制度の持続可能性に留意した、効果的・効率的な医療提供の視点が必要である。

また、後期高齢者にふさわしい医療の体系を目指し、段階的に取組を進めていく視点も必要である。

(参考)

後期高齢者医療の在り方に関する特別部会について

1 「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」の設置の趣旨及び審議事項

健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）により、75歳以上の後期高齢者については、平成20年4月より独立した医療制度を創設することとされている。

後期高齢者医療制度の創設に当たり、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるような新たな診療報酬体系を構築することを目的として、後期高齢者医療の在り方について審議いただくため、社会保障審議会に専門の部会を設置したものの。

2 特別部会委員（○：部会長）

遠藤	久夫	学習院大学経済学部教授
鴨下	重彦	国立国際医療センター名誉総長
川越	厚	ホームケアクリニック川越院長
高久	史磨	自治医科大学学長
辻本	好子	NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
○糠谷	真平	独立行政法人国民生活センター顧問
野中	博	医療法人社団博腎会野中病院院長
堀田	力	さわやか福祉財団理事長
村松	静子	在宅看護研究センター代表

（50音順、敬称略）

（委員の所属・役職は平成19年4月1日現在）

「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」開催経緯

平成18年

10月 5日 第1回開催

10月25日 第2回開催

有識者からのヒアリング①：後期高齢者の心身の特性等について

- ・本間 昭 東京都老人総合研究所医学研究部長
- ・伴 信太郎 名古屋大学教授
- ・太田 壽城 国立長寿医療センター病院長

11月 6日 第3回開催

有識者からのヒアリング②：地域医療の現状について①

- ・桑田 美代子 青梅慶友病院看護介護開発室長
- ・秋山 正子 白十字訪問看護ステーション所長
- ・片山 壽 尾道市医師会会長

11月20日 第4回開催

有識者からのヒアリング③：地域医療の現状について②

- ・米山 武義 米山歯科クリニック院長
- ・林 昌洋 虎ノ門病院薬剤部部長
- ・岩月 進 ヨシケン岩月薬局薬剤師
- ・川島 孝一郎 仙台往診クリニック院長
- ・山口 昇 公立みつぎ総合病院事業管理者

12月12日 第5回開催

有識者からのヒアリング④：終末期医療について

- ・町野 朔 上智大学教授
- ・田村 里子 東札幌病院診療部Ⅱ副部長
- ・川越 厚 ホームケアクリニック川越院長

平成19年

2月 5日 第6回開催

後期高齢者医療について（フリーディスカッション）

3月29日 第7回開催

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」（案）について

平成 19 年 3 月 13 日

後期高齢者の医療および医療保険制度に関する
日本老年医学会の考え方

社団法人日本老年医学会

理事長 大内尉義

1. 後期高齢者医療に関する基本的な考え方

1-1. 高齢者医療は、国民の福祉に貢献している

わが国は、世界一の長寿国であり、かつ、健康寿命も世界一である。現状の医療費の総額、GDP比、今後の医療費の増加といった医療経済的視点以外は、高齢者医療のマクロ的な欠点は見いだせない（図1）。

健康寿命 1999 歳	平均寿命 1999 歳	不健康延命年数
1 日本 74.5	1 日本 80.9	6.4
2 オーストラリア 73.2	2 オーストラリア 79.5	6.3
3 フランス 73.1	3 スウェーデン 79.5	6.5
4 スウェーデン 73.0	4 スイス 79.3	6.9
5 スペイン 72.8	5 フランス 79.3	6.2
6 イタリア 72.7	6 モナコ 79.1	6.7
7 キリシャ 72.5	7 カナダ 79.1	6.7
8 スイス 72.5	8 アンドラ 78.8	6.5
9 モナコ 72.4	9 イタリア 78.7	6.0
10 アンドラ 72.3	10 スペイン 78.7	5.9
...
182 エチオピア 33.5	182 マリ 42.7	9.6
183 マリ 33.1	183 エチオピア 42.3	8.8
184 ジンハフエ 32.9	184 ウガンダ 42.2	9.5
185 ルワンダ 32.8	185 ルワンダ 41.8	9.0
186 ウガンダ 32.7	186 ジンハフエ 40.5	7.6
187 ホツワナ 32.3	187 ホツワナ 39.4	7.1
188 ザンビア 30.3	188 ニジェール 38.9	9.8
189 マラウイ 29.4	189 ザンビア 38.5	8.2
190 ニジェール 29.1	190 マラウイ 37.9	8.5
191 シエラレオネ 25.9	191 シエラレオネ 34.3	8.4

長命と短命のどちらが現状で医療費がかかるかに関しては、長命群が医療費が安い。（佐々木英忠、医療経済、老年医学テキスト、pp248-249.）

このような成績と GDP 比あたりの医療費が欧米の半分であることを十分国民に周知して、後期高齢者医療の議論がなされるべきである。

1-2. 高齢者の心身の特性に配慮した医療が行われるべきである

高齢者は複数疾患にかかりやすく、多くの医療機関を受診し、検査・薬剤処方も多くなる。日本老年医学会の成績も同様である。この件に関し、一疾患あたりの医療費が非高齢者より高いかを論ずるべきであり、病気が多いから、一つ一つの疾患の検査や投薬を経済的に制限するという議論は、高齢者差別であり、反対する。

検査に関して、臓器別複数医療機関を受診することによる重複検査を減らすことが必要であり、高齢者医療専門医（かかりつけ医）によるスクリーニングシステムの構築と、個人情報に配慮した異なる医療機関における検査結果の共有が必要である。

薬物療法に関しては、日本老年医学会では、長寿医療委託研究の成果として

「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を策定した。この中で、症状に対する安易な投薬、エビデンスのない慢性疾患の悪化予防に対する投薬など、優先順位の低い例をあげて、主として後期高齢者を対象とした薬物療法の基本を掲げている。出来高払いでも、包括医療でも患者本位で投薬態度を変えない制度にすべきである。

後期高齢者に有効な検査や、薬物療法のエビデンスの構築に関しては、医療制度とは別に、積極的な研究体制が計られることが医療経済的にも望ましい。

1-3. 後期高齢者医療は、生活機能低下予防を重視すべきである

高齢者は慢性疾患に伴う生活機能障害が起きやすく、生活機能障害が二次的に複数疾患を派生する。

後期高齢者の疾患の治療のターゲットは、生命予後、臓器機能予後とならんで、それ以上に生活機能予後を重視すべきである。

日本老年医学会では、「高齢者総合的機能評価ガイドライン」を策定し、急性、慢性、介護の現場における使用方法を定めている。さらに、生活機能低下予防に関しても、「介護予防ガイドライン」を策定し、医療と看護介護の協力による、生活機能低下予防の成績と方針を明らかにしている。

急性期病院における入院期間の短縮、慢性医療における転倒・骨折防止、地域医療における一人当たりの医療費削減の成績をすでに公表しており、2001年より毎年内保連を通じ、総合的機能評価に対する医療費給付を要求してきた。後期高齢者は、特に入院後に生活機能が低下しやすく、急性期病院でも総合的機能評価を実施すべきである。

後期高齢者の慢性期医療に関しては、薬物療法、非薬物療法のいずれがより有効であるかについて、エビデンスも踏まえ、給付の検討をすべきである(表)。

高齢者の非薬物療法と医療の効果比較

	薬剤・機器	非薬物療法
誤嚥性肺炎*	抗生物質 -10%	口腔ケア -40%
痴呆**	ドネペジル 38週	グループホーム 54週
機能性尿失禁***	×	排尿誘導 60%
切迫性尿失禁#	抗コリン剤 68%	Biofeedback 81%
褥瘡**	エアーマット	体位変換プログラム
転倒***	ビタミン D -40%	運動 -30~-80%
骨折	ビスフォス -50%	転倒予防教室?
高血圧****	20mmHg	<10mmHg

- * 佐々木英忠 日本老年医学会雑誌
 ** 鳥羽 日本老年医学会雑誌、老年医学会総会発表 2004
 *** Bischoff JBMR 2003 #Burgio JAMA 1998
 **** 藤井潤 降圧剤の選び方、使い方

1-4. 終末期医療においては、単なる死周期の医療の中止といった議論ではなく、内外のガイドラインや立場表明をもとに、議論されるべきである

高齢者の終末期医療に関しては、日本老年医学会では倫理委員会〔委員長（当時）：井口昭久名古屋大学教授〕が、下記の内容の「高齢者の終末期医療に関する立場表明」を2000年の日本老年医学会総会で発表し、会員の賛同を得ている。

<高齢者の終末期医療の基本的指針（要約）>

- (1) 高齢であることや自立能力が低下しているなどの理由により、適切な医療およびケアが受けられない差別があってはならない。
- (2) 高齢者の終末期の医療およびケアは、患者個々の価値観や思想、信仰を十分に尊重して行わなければならない。
- (3) 終末期医療では、患者の生活の質（quality of life : QOL）の維持、向上に最大限の配慮がなされるべきである。
- (4) 終末期の医療およびケアには、患者本人だけでなく家族などのケアも含まれる。
- (5) 終末期における医療およびケアは医学のみならず看護、介護、社会、心理など幅広い領域を含む集学的医療およびケアである。
- (6) 終末期医療およびケアにおいて施行される医療処置は、患者への利益が医学的に保証されたものであるべきである。
- (7) 患者の「尊厳」や「自律性」の尊重は、個々の文化的背景などに配慮すべきである。
- (8) 終末期患者が最善の医療およびケアを受ける権利を保障するために、医療者は実践的な教育を受けるべきである。
- (9) 「終末期の医療およびケア」は、終末期患者のQOL向上に役立つものである。

ることを、国民が理解することが望まれる。そのためには国民に対しての終末期のケアおよび死に関する教育が必要である。

(10) あるべき「終末期の医療およびケア」の実現のためには、社会制度的支援が不可欠である。

(11) 十分な資金提供のもとに、あるべき「終末期の医療およびケア」の実現を目指す研究の推進が必要である。

(12) 終末期における医療やケア行為の是非を検証できるような第3者を含めた「倫理委員会」を各医療機関に設置し議論を行うと同時に、そこでの議論を広く公開し、国民の意見にも耳を傾けるシステムをつくるべきである。

1－5. すべての課題において高齢者医療の専門医を立ち上げることが急務である

日本老年医学会では1990年より専門医認定制度を実施しており、現在、全国で1478名の医師が専門医と認定されている。さらに、2005年3月には、厚生労働省から「老年病専門医」の広告が認められた。日本老年医学会は老年病専門医としての資質を担保するため、専門医のカリキュラムを策定し（下表）、毎年試験を実施している。また、専門医の質を維持するために、地方会および全体の学術集会でも教育講演を実施している。

後期高齢者医療保険制度を円滑に運営するために、高齢者のかかりつけ医制度を創設すべきとの意見があるが、かかりつけ医を高齢者医療のエキスパートとして養成するためには、専門医のカリキュラムの中の必修事項（Minimum Requirement）を定め、その質を担保する教育体制がとられるべきである。日本老年医学会の専門医はこのようなかかりつけ医として十分な資質を有しており、さらに、かかりつけ医の指導者として適任と思われるので活用していただきたい。

2. 後期高齢者医療保険制度に関する具体的な提言

2－1. 後期高齢者は在院日数が長くなりがちであることを考慮すべきである。

2－2. 後期高齢者は主病に加えて合併症をきたしやすいことから、合併症を生じた場合に、主疾患単位のDPCに合併症加算できる方法を考慮すべきである。

2－3. 廃用症候群の発症予防や、すでに存在する生活機能障害に対するリハビリテーションを実施した場合に加算できる方法を考慮すべきである。

2－4. 老年病専門医、あるいは高齢者医療に関して一定の講習を終了した医師の高齢者に対する診療に加算できる方法を考慮すべきである。

2-5. 総合機能評価チーム（医師、看護師、ソーシャルワーカー、栄養士、臨床心理士、PT、OTなど）、退院支援チーム（医師、看護師、ソーシャルワーカー、栄養士、臨床心理士、理学療法士、言語療法士など）による総合機能評価に基づく入院計画、退院計画が作成され、実施された場合に加算できる方法を考慮すべきである。

2-6. かかりつけ医やその指示をうけた看護師が加わって、入院計画や退院計画が作成された場合に加算できる方法を考慮すべきである。

<資料>

老年病専門医カリキュラム

基本的事項

1. 人体諸臓器における加齢変化の性状と、加齢の進展度の評価が理解できる
2. 老年症候群（転倒、せん妄、痴呆、失禁など）に対し臨床的に理解し対応できる
3. 高齢者における疾病像〔非定型的な症状、治療に対する反応性など〕を理解し対応できる
4. 多臓器疾患に起因する老年病を総合的に評価し対応できる
5. 高齢者のリハビリテーションや薬物療法、栄養学的管理を行える
6. 医療・福祉・看護のチームケアシステムを理解し、臨床的に実践出来る
7. 高齢者の終末医療を多元的に理解し対応できる

I 高齢者医療総論

1 基本的理解とマネジメント

- (1) 高齢者の主要な疾患
- (2) 高齢者の病態と疾患の一般的特徴
- (3) 要介護に至る疾患
- (4) 高齢者の悪性腫瘍
- (5) 老年病の臓器相関（複合性疾患）
- (6) 多臓器不全
- (7) 高齢者との面談と診察技術
- (8) 高齢者の生活指導（食事療法・運動療法を含む）
- (9) チーム医療の進め方
- (10) 高齢者の看護
- (11) 高齢者の介護
- (12) 退院計画

2 高齢者に特有な症候

- (1) 意識障害・失神
- (2) 痴呆

- (3) せん妄
 - (4) 抑うつ
 - (5) 頭痛
 - (6) 不眠
 - (7) めまい
 - (8) 手足のしびれ
 - (9) 言語障害
 - (10) 腰痛
 - (11) 歩行障害
 - (12) 転倒・骨折
 - (13) 尿失禁
 - (14) 便秘
 - (15) 寝たきり
 - (16) 廃用症候群
 - (17) 褥瘡
 - (18) 脱水
 - (19) 浮腫
 - (20) 嚥下障害・誤嚥
 - (21) 吐血・下血
 - (22) 医原性疾患
- 3 高齢者の救急疾患と対策
- (1) 心血管系疾患
 - (2) 脳血管障害
 - (3) 呼吸器疾患
 - (4) 消化器疾患
- 4 高齢者の検査値の変化と意義
- (1) 高齢者の基準値
 - (2) 異常値の評価
- 5 高齢者の栄養
- (1) 高齢者栄養状態の特徴
 - (2) 高齢者の栄養状態の評価
 - (3) 健康維持のための栄養
 - (4) 高齢者の栄養療法
- 6 高齢者薬物療法
- (1) 高齢者の薬物動態と薬物力学
 - (2) 高齢者の薬物処方上の留意点
 - (3) 高齢者の薬効評価
 - (4) 高齢者と漢方
 - (5) 服薬指導
- 7 予防医学
- (1) 老化・老年病の危険因子と予防
 - (2) ライフスタイルの改善
 - (3) 生活習慣病と老年病
- 8 高齢者の生活機能障害の評価
- (1) 包括的高齢者総合評価 (CGA)
 - (2) 身体的機能評価

- (3) 精神心理機能評価
- (4) 社会状況の評価
- (5) 高齢者のQOL
- 9 高齢者介護と医療
 - (1) 医療サービスと福祉サービス
 - (2) 施設介護と在宅介護
 - (3) 在宅診療
 - (4) 介護保険制度
 - (5) かかりつけ医の意見書、要介護認定、ケアプラン
- 10 高齢者介護とリハビリテーション
 - (1) 高齢者介護の特徴と実際
 - (2) 痴呆性老人の介護
 - (3) 作業療法
 - (4) 運動療法
 - (5) 脳血管障害後遺症の介護とリハビリテーション
 - (6) 言語障害の介護とリハビリテーション
 - (7) 嚥下障害の介護とリハビリテーション
 - (8) 骨折後の介護とリハビリテーション
 - (9) 廃用性症候群の予防
 - (10) 在宅介護とリハビリテーション
 - (11) 支援福祉機器
- 11 高齢者の終末期医療と医療倫理
 - (1) 患者の自己決定権とインフォームドコンセント
 - (2) 安楽死と尊厳死
 - (3) 事前指定書 (advance directive)
 - (4) 成人後見制度
 - (5) 緩和ケアとホスピス
- 11 高齢者と精神医療
 - (1) 問題行動 (徘徊、妄想、暴言、暴行他)
 - (2) 身体抑制、薬物による鎮静
 - (3) 虐待
 - (4) 概日リズム障害
 - (5) コミュニケーション障害
 - (6) 向精神薬の使用
- 12 その他
 - (1) 医療経済
 - (2) EBM (evidence based medicine)
 - (3) EBC (evidence based care)
 - (4) 補完・代替医療 (漢方、補助食品など)

II 高齢者医療各論

- 1 精神疾患
 - (1) 老年期うつ病、
 - (2) 老年期精神病)
- 2 神経疾患
 - (1) 脳血管障害

- (2) アルツハイマー病
- 3 呼吸器疾患
 - (1) 肺炎
 - (2) 閉塞性肺疾患
 - (3) 呼吸不全
- 4 心臓疾患
 - (1) 虚血性心疾患
 - (2) うっ血性心不全、
 - (3) 不整脈
- 5 血圧異常と血管系疾患
 - (1) 高血圧
 - (2) 閉塞性動脈硬化症
- 6 消化器疾患
 - (1) 胃腫瘍
 - (2) 大腸腫瘍
 - (3) 肝硬変
- 7 腎・泌尿器疾患
 - (1) 排尿障害
 - (2) 腎不全
- 8 内分泌・代謝疾患
 - (1) 糖尿病
 - (2) 脂質代謝異常
- 9 骨・運動器疾患
 - (1) 骨粗鬆症
 - (2) 変形性骨関節疾患
- 10 血液疾患
 - (1) 貧血
 - (2) 悪性リンパ腫
 - (3) 多発性骨髄腫
- 11 感染症・免疫・膠原病
 - (1) MRSA
 - (2) 敗血症
- 12 感覚器障害
 - (1) 視力障害
 - (2) 難聴
- 13 皮膚・口腔疾患
 - (1) 掻痒症
 - (2) 帯状疱疹
 - (3) 薬疹
 - (3) 口腔ケアと歯周病
- 14 外科疾患
 - (1) 術前評価
 - (2) 脳、神経疾患の手術適応
 - (3) 循環器疾患の手術適応
 - (4) 消化器疾患の手術適応
 - (5) 呼吸器疾患の手術適応

(6) 内視鏡的手術の適応