ヒューマンサイエンス基礎研究事業
（官民共同プロジェクト研究支援事業）
（調査・予測研究事業）

平成6年度（1994）

国内基盤技術に関する調査報告書

― 医療ニーズに関する調査 ―

財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団

ヒューマンサイエンス基礎研究事業
（官民共同プロジェクト研究支援事業）
（調査・予測研究事業）

平成6年度（1994）

国内基盤技術に関する調査報告書

― 医療ニーズに関する調査 ―

はしがき

ヒューマンサイエンス振興財団では、ヒューマンサイエンス基礎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を実施しております。

本調査は当財団の調査予測小委員会が、厚生省からの厚生科学研究費補助金の交付を受けて、実施したものです。

初年度は医療ニーズの概念と既存調査内容を把握することに重点を置き、以下の調査を行いました。

1）既存文献調査を基にした医療に関わる関係者のニーズ発信元と受信元の関連表

2）既存アンケート調査による医薬ニーズの解析の集約

本年度は２１世紀初頭の医療ニーズにどう対応すべきかの方向性を明確にするために、以下の調査を行いました。

1）医療事業者を対象とするアンケート調査

2）２００５年の疾病別患者数動向調査

本報告書は、平成５年度から６年度にかけての調査結果です。

御多忙中にもかかわりませず、本調査に御協力いただいた各位に、深甚の謝意を表します。

平成７年５月

（財）ヒューマンサイエンス振興財団

ヒューマンサイエンス振興財団調査予測小委員会委員（敬称略）　平成６年10月現在

片岡　一郎	流通科学大学学長（委員長）
荒巻康一郎	キリンビール株式会社取締役医薬事業本部副本部長
石丸　隆治	財団法人ヒューマンサイエンス振興財団専務理事
香月祥太郎	三井情報開発株式会社取締役システム事業本部業務統括部長
篠崎　英夫	厚生省大臣官房厚生科学課長
高野　久輝	国立循環器病センター研究所人工臓器部長
中村　桂子	生命誌研究館副館長
那部　浩一	田辺製薬株式会社研究開発企画センター総務部長
平井　俊樹	厚生省薬務局研究開発振興課長
舟久保熙康	芝浦工業大学システム工学部教授
真山　武志	明治製菓株式会社医薬情報部長

調査協力者

厚生省大臣官房厚生科学課
厚生省薬務局研究開発振興課
厚生省大臣官房統計情報部

データ解析

三井情報開発株式会社　総合研究所

調査・執筆担当者

ヒューマンサイエンス振興財団

開発振興委員会・国内調査ワーキンググループ（敬称略）

山之内製薬株式会社	創薬推進本部	具嶋　弘（リーダー）
旭化成工業株式会社	薬事センター	水野　雅之
塩野義製薬株式会社	東京支店医薬開発部	小林　猛
新日本製鐵株式会社	技術開発企画部	松永　研一郎
大洋薬品工業株式会社	開発部	田沢　博実
日本化薬株式会社	医薬事業本部	菅原　尚司
株式会社ビー・エム・エル	総合研究所	高野　昇一
ファイザー製薬株式会社	医薬事業推進部	横田　嘉彦・菊本　昭一
三井情報開発株式会社	総合研究所	江口　至洋・中村　誠
山之内製薬株式会社	医薬営業本部	目黒　英治
ヒューマンサイエンス振興財団	事務局	新井　淑久

目　　次

はじめに ---------- 1

第１章　医療ニーズ ---------- 4
　１．医療ニーズ調査の必要性の高まりの背景 ---------- 5
　　１）平均寿命の推移
　　２）疾病構造の変化
　　３）人口の高齢化と国民医療
　　４）医療経済学
　　５）医療ニーズ調査の必要性
　２．医療ニーズ調査 ---------- １２
　　１）医療ニーズ調査の意義
　　２）現状における医療ニーズ
　　３）治療ニーズの流れ
　　４）時間軸による医療ニーズの分類
　　５）治療の位置づけ
　　６）医療従事者を対象とするアンケート調査の意義
　　７）疾患別患者数動向調査の意義

第２章　医療従事者を対象とするアンケート調査 ---------- ２４
　１．アンケート調査概要 ---------- ２４
　　１）調査の方法
　　２）調査対象者
　　３）回収状況
　　４）アンケート回収者の属性
　２．医師へのアンケート調査結果 ---------- ２６
　　１）現在の治療の満足度と薬剤の役割と疾病動向
　　２）２００５年に重要と思われる疾病と望まれる対応
　　３）新薬への期待
　　４）効果的な治療に対する障害
　　５）診断方法に対するニーズ
　　６）新規診断並びに治療方法に対する期待度
　　７）予防診断に対するニーズ
　　８）患者のための対応課題
　　９）患者の立場に関する対応方法
　　10）よりよい医療のための患者への要望
　　11）ＭＲ（医薬情報担当者）に関する満足度

12) 医療インフラ（教育、施設等）に関する要望
13) 救急医療体制に関する現状認識と将来像
14) ＱＯＬ
15) 活力ある死に方
16) 自由意見
3．薬剤師へのアンケート調査結果 ---------- ５２
1）薬剤の採用基準
2）現在の薬剤の採用品目数
3）現在の処方品目数
4）今後必要と思われる薬剤の剤型
5）院内製剤（各病院の薬剤部で独自に製造する製剤）
6）ゼネリック薬
7）医薬分業
8）薬学教育
9）ＭＲ（医薬情報担当者）に関する満足度
10) 添付文書
11) より良い医療のための患者への要望
12) 患者の立場に関する対応方法
13) 効果的な治療に対する障害
14) 薬剤師の仕事の満足度
15) 自由意見
4．検査技師へのアンケート調査結果 ---------- ７１
1）医療ニーズにおける検査技師の位置づけ
2）臨床検査の現状
3）検査方法に対するニーズ
4）院内検査と外注委託検査
5）検査効率化（検体搬送システム、セット検査等）に関する要望
6）検査試薬改善への期待
7）新規検査法に関するニーズ
8）予防診断に対するニーズ
9）家庭内検査
10) 患者の立場に関する対応方法のニーズ
11) 医療インフラ（教育、設備等）に関する要望
12) 民間検査会社に対する要望
13) その他の医療産業に対する要望
14) 自由意見
5．看護婦へのアンケート調査結果 ---------- ８１
1）看護婦の現状認識
2）医薬品の現状認識
3）今後必要と思われる薬剤

4）医薬品情報
5）医療用機器及び器具
6）患者の立場に関する対応方法
7）よりよい医療のための患者への要望
8）医療インフラ（教育、設備等）に関する要望
9）救急医療に関する現状認識と将来像
10）ＱＯＬ
11）活力ある死に方に対する意見
12）自由意見

第３章　２００５年の疾病別患者数動向調査結果---------- ９３
１．患者数動向調査の概要---------- ９３
1）調査の目的
2）調査の対象
２．２００５年の患者数動向調査の算出方法---------- ９３
３．調査結果---------- ９４
1）患者数動向結果
2）主な疾病の考察
3）動向調査が行えなかった１５疾病についての考察
４．患者数動向調査のまとめ---------- 100

第４章　２１世紀初頭における医療ニーズの展望---------- 101
１．２１世紀における社会保障の全体像---------- 101
２．医療ニーズに対する調査結果の概要---------- 103
３．患者（国民）と医療従事者のニーズの比較---------- 106
４．医療従事者の要望比較---------- 107
５．医療従事者の医療ニーズの認識---------- 109
６．疾病別患者数の変遷を踏まえた展望---------- 110
７．２１世紀初頭の将来展望---------- 111

おわりに---------- 113

資料編
資料１．医療ニーズの文献調査情報---------- 115
資料２．時間軸による医療ニーズの分類---------- 123
資料３．医療従事者への医療ニーズアンケート調査票---------- 126
資料４．医療ニーズアンケート調査の医療従事者間の回答比較---------- 151

はじめに

「医療ニーズ」という言葉は「医療」と「ニーズ」という 2 つの言葉からなる複合語であり、正確にその意を体した外国語は見当たらず、「新語・現代語集」等を含む辞典・年鑑類にも、寡聞にして調査の範囲では見当たらない。

一方、日本語としての定義・概念が不明確なまま言葉として一人歩きしている点では、外国語ながら相応しい日本語訳が与えられないまま流布している「ＱＯＬ」(Quality of Life)とよく似たケースといえよう。

広範な「医療ニーズ」の中で患者サイドから発信されるニーズについては、中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会報告（以下中医協報告と省略、舘龍一郎委員長、平成 5 年 9 月 24 日）の中で、その内容を初めて具体的に特定された。

当該委員会は、平成 3 年 7 月から平成 5 年 9 月まで、17 回にわたる検討を踏まえて、次の 6 項目についてまとめられた。

(1)診療報酬体系および改定ルールのあり方
(2)技術料評価のあり方
(3)医療機関の機能・特質に応じた診療報酬のあり方
(4)診療報酬の適正化
(5)患者ニーズの高度化・多様化への対応
(6)その他

その報告書において、患者ニーズに関係する第 5 項について下記に全文を引用する。

Ｆ．患者ニーズの高度化・多様化への対応

１．患者ニーズの変化と診療報酬

ａ患者ニーズ変化の背景

医学・医療の進歩、疾病構造の変化、医療供給大成整備の進展、所得水準・生活水準の向上、消費者マインドの高まりなどに伴い、医療に対するニーズは、増大するとともに多様化・高度化してきている。

ｂニーズの種類と内容

患者ニーズには多くのものがあるが、基本的には次の３つに大きく分けることができる。

＊適切な医療に対するアクセス
＊効果的な治療と治癒
＊生活の質の維持

特に最近は、生活水準が向上するなかで慢性疾患を有する患者が増大してきており、病気と付き合いながら病気になる前の生活を維持していくための生活関連部分のニーズ（食事・療養環境等）が拡大してきている。

c 患者による選択の拡大と選択されるべきサービスの明確化

こうしたニーズに対応していくためには、医療という専門性の高いサービスのなかで、また、平等を旨とする公的な医療保険制度の下で、いかに患者の自主的な選択を尊重し、確保できるかが重要になってきている。

患者にできるだけ情報を提供し、選択の幅を拡大するとともに、選択の対象を明確にしていく必要がある。また、選択に伴う負担の考え方を確立していく必要がある。

2．患者ニーズの多様化に対応する選択肢の拡大

このような患者ニーズに対しては、医療サービスの基本的な部分については保険給付で対応するべきであるが、患者の選択による部分については、特定療養費制度の拡充を図るとともに、その柔軟な運用により対応することが必要である。

療養環境、予約診療等多くのサービスについて、今後特定療養費制度を活用して多様化していく患者ニーズに応えていくことが期待される。

3．選択のための環境の整備

患者に対し、適切な医療情報を提供する観点から、医療法上、医療機関の管理者や医師に関する情報、診療日や診療時間に関する情報の掲示が義務づけられているほか、多くの広告可能事項が規定されている。

また、療養担当規則・療担基準においても、患者の選択を担保するため、特定療養費制度の内容などの掲示義務が規定されている。

こうした制度を拡充していくとともに、第３者機関を通じて患者の立場からの医療の質を評価するシステムが検討される必要がある。

しかしながら、医療ニーズの全体像を把握するためには、患者のみならず、医療供給側や行政部門等のすべての関係者の間で交換される情報の集約が大前提となる。

医療産業にも、他の産業と同様に、当然のことながら需要があり、それに対応する供給があることは言を待たないが、どのような需要がどんな形で、何処にあるかと改めて問われると、具体的に解答するのがかなり難しく、参考にする資料も多くはない。しかし、供給者側の立場から考えると、需要調査の欠落した供給事業はないのが道理であって、改めて基礎調査を行い、整理しなおすことは有用であろう。

そこで、まず最近の公表資料の中から医療ニーズに係わる情報を集め、収集情報を発信者と受信者別に「医療ニーズ連関マップ」を作成することから開始した。

「医療ニーズ連関マップ」を俯瞰しながらメンバーで討議を重ねた結果、次のような点が徐々に明らかになってきた。

(1)患者ニーズは、医療ニーズの中の最も重要な部分を占め、ＱＯＬやＩＣ(Informed Concent)をはじめ患者中心の医療の、いわば原点に位置する。

(2)医療ニーズは、時代とともに質的に変化をとげつつあり、その変遷の経緯をたどる中にこそ、将来における医療ニーズの実態を解く鍵がある。

(3)医療ニーズは、人口構成、平均寿命、罹病率、主要疾患・病態等の要因と密接につながっており、それらの裏付けなしには、医療ニーズの将来予測はなし得ない。

(4)医療ニーズに関する調査は、官・公・民の種々の立場から実施されてきたが、医療従事者を対象とした「効果的な治療と治癒」に関する調査は極めて少ない。

このような認識を踏まえて、21 世紀初頭における医療ニーズの集約を目指して、下記の手順で調査を進めることとした。

(1)「医療ニーズ」概念に関する調査

- 文献調査による医療ニーズの必要性の背景の把握
- 医療ニーズの全体像の把握（「医療ニーズ連関マップ」の構築）
- 医療ニーズの概念の構築
- 既存アンケート情報入手による医療ニーズの概観の構築

(2)「効果的な治療と治癒」に関する調査（医療従事者認識調査）

- 医師へのアンケート調査
- 薬剤師へのアンケート調査
- 検査技師へのアンケート調査
- 看護婦へのアンケート調査

(3)「患者数推計値」に基づく将来の患者数予測

- 21 世紀初頭における主要疾患の患者数分析

(4)「21 世紀初頭における医療ニーズ」の展望

- 文献調査による 21 世紀初頭における医療ニーズの背景の把握
- 医療ニーズの医療従事者認識の比較
- 患者（国民）と医療従事者の医療ニーズ意識の差の考察
- 主要疾患別患者数の変遷を踏まえた医療ニーズの変化
- 21 世紀初頭における医療ニーズの展望

第１章　医療ニーズ

「医療ニーズ」に関するキーワードは広辞苑では下記のように記載されている。

医　療：医術で病気をなおすこと．療治．治療．
治　療：病気やけがをなおすこと．また、そのために施す種々のてだて．療治．
ニーズ：必要．要求．需要．(Needs)

〔出典：広辞苑〕

倉田は、医療需要とニードの関係を下記のように図示している(図 1-1)。

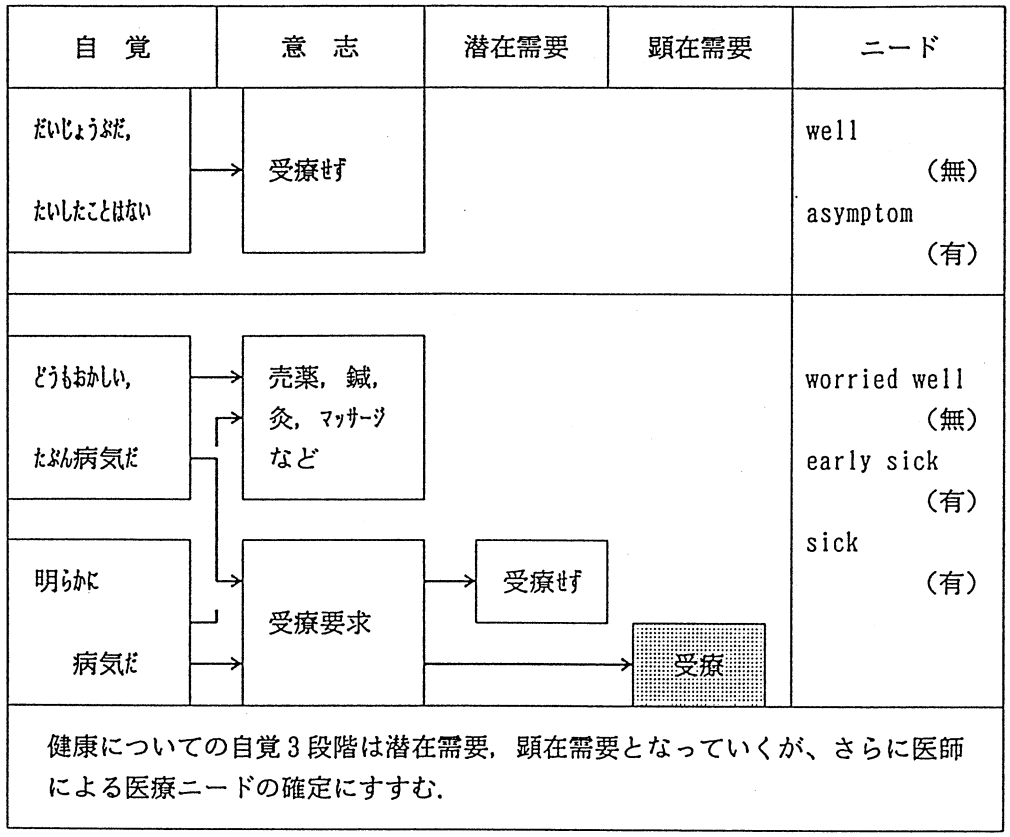


図１－１　医療需要とニード[1]

すなわち、医療需要(Demand for Health Service)は、経済的な意味での需要・供給(demand/supply)の関係とは異なり、受け手である患者の有する潜在需要のうち、医師の診断というスクリーンを通して確定され、顕在化したものを医療ニードと規定している。

「医療需要分析」については、「診療圏内の人口動態、交通調査、気候風土、生活習慣等地域の社会特性等と地域住民の疾病発生状態、受療率、有病者数等を調べ統計等によって医療需要を把握する方法」(ＷＩＢＡ 1990)と記述されており、医療需要と医療ニーズは相当部分を共有する概念と理解される。また、中医協報告[2]は、患者ニーズの変化を背景

として、「医学・医療の進歩、疾病構造の変化、医療供給体制整備の進展、所得水準・生活水準の向上、消費者マインドの高まり等」をあげている。

「満腹願望」が全国民を支配していた戦中・戦後の時代と、復興期を経て迎えた「飽食の時代」を比較すれば、国民一人一人の価値観の劇的な転換は明らかであるが、本章では「医療ニーズの変化と多様化」を招来した背景と「医療ニーズ調査」の必要性を考えてみたい。

1．　医療ニーズ調査の必要性の高まりの背景

1）　平均寿命の推移

わが国の平均寿命の伸長は著しい。

昭和22年、戦後初の国勢調査に基づいて作成された第8回生命表で、男50.06年、女53.96年と初めて50年を超えたのを皮きりに、昭和25年には女の平均寿命が60.00年を超え、翌26年には男も60.00年の大台を超えた。その後も急速に伸長し、平成4年現在、

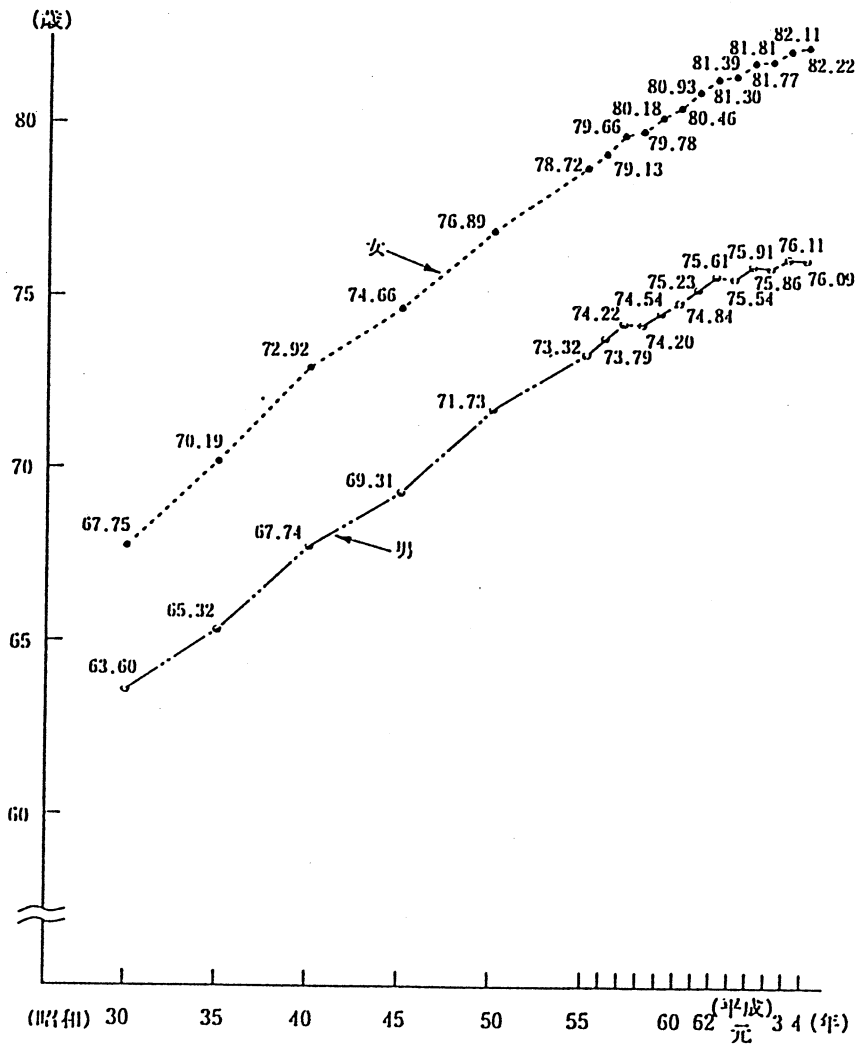


図1－2　平均寿命の推移(0歳時における平均余命)[3]

男 76.09 年、女 82.22 年となり、欧米先進諸国を抜いて世界一の長寿国となっている。このような平均寿命の伸長は、わが国の社会経済の発展に伴う食生活や衛生環境等の国民生活の向上もさることながら、医学・薬学の進歩と国民皆保健の実現(昭和 36 年)を初めとする医療保障の充実に負うところが多いと考えられる。

2） 疾病構造の変化

不治の病と恐れられた結核の激減、抗生物質の普及による急性疾患の減少と、図 1-3 でみられるように循環器疾患、糖尿病等の慢性疾患の増加が特に顕著である。また、悪性新生物、精神疾患の増加もみられる。このような傾向は国民医療費の使われ方にも反映されており、疾病分類別にみると、平成 2 年度の第 1 位は循環器系疾患(24%、4.56 兆円)、第 2 位は消化器系疾患(10.7%、2.42 兆円)、第 3 位は新生物の(9.7%、1.85 兆円)、第 4 位は呼吸器系疾患の(8.2%、1.55 兆円)となっている。注目すべきはその推移であり、昭和 52 年度において 19.7%、1.52 兆円であった循環器疾患の伸びが特に著しい。新生物も昭和 52 年度の 6.2%、0.47 兆へと顕著に増加している。因みに、成人病 4 疾患に対して支払われた医療費(平成 3 年)は表 1-1 の通りであり、国民医療費全体の 27.8%(5.28 兆円)を占めるにいたっている。

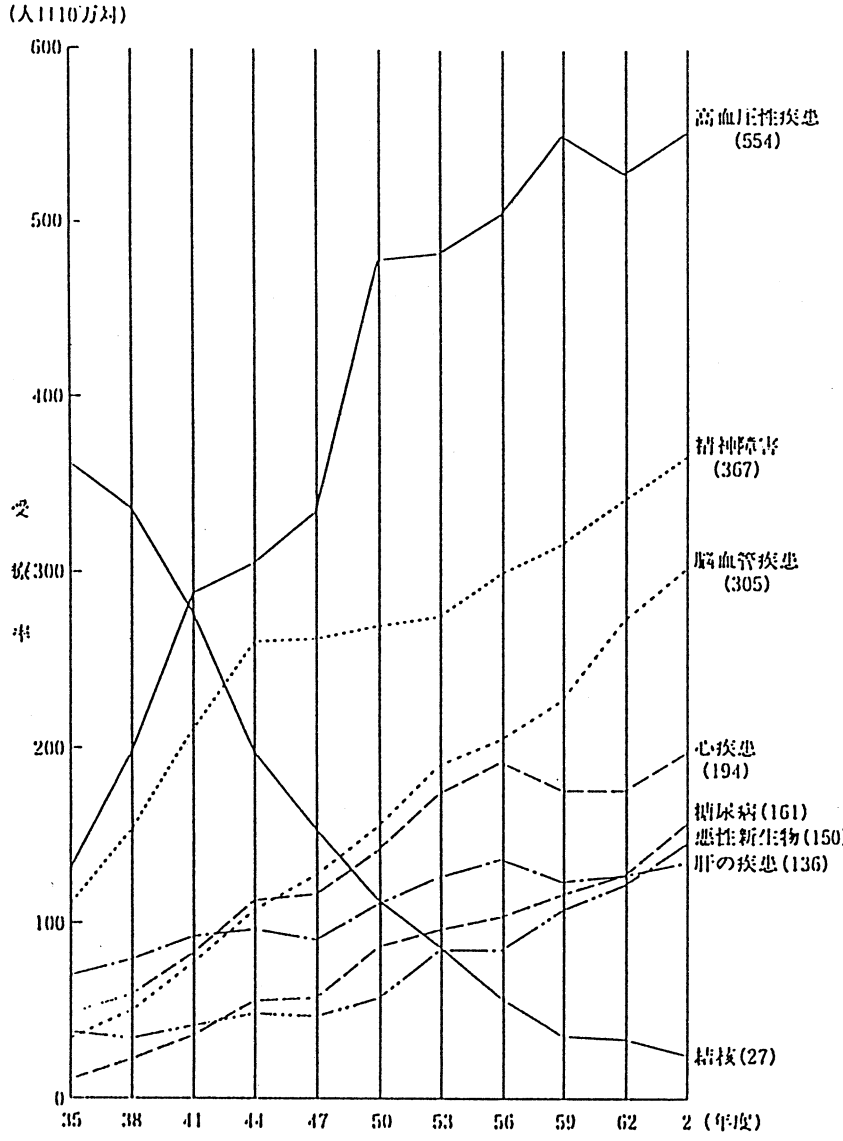


図１－３　主要傷病別にみた受療率(人口 10 万対)の推移 [3]
(　)内の数字は平成 2 年度

表１－１　成人病 4 疾患の国民医療費 [3]

疾患	医療費	比率
脳血管疾患	1.76 兆円	9.3%
ガン	1.45 兆円	7.6%
高血圧性疾患	1.42 兆円	7.5%
糖尿病	0.65 兆円	3.4%

3） 人口の高齢化と国民医療

低出生率と少子化が拍車をかけ、わが国の人口の高齢化（図 1-4）は急速に進展し、必然的に有病率(人口に占める有病者の比率)を高め、国民医療費の高騰の原因となった。

特に、老人医療費の増加が著しく、平成 3 年度の国民医療費（図 1-5）のうち一般医療費では、人口の 23.0%を占める 65 歳以上の老人が 41.8%と人口比 1.8 倍の医療費を要した。一人当たり医療費（図 1-6）でみても、65 歳以上の老人は、51.0 万円と 15 歳から 44 歳までの平均値 7.1 万円と比較して7.2倍となっている。

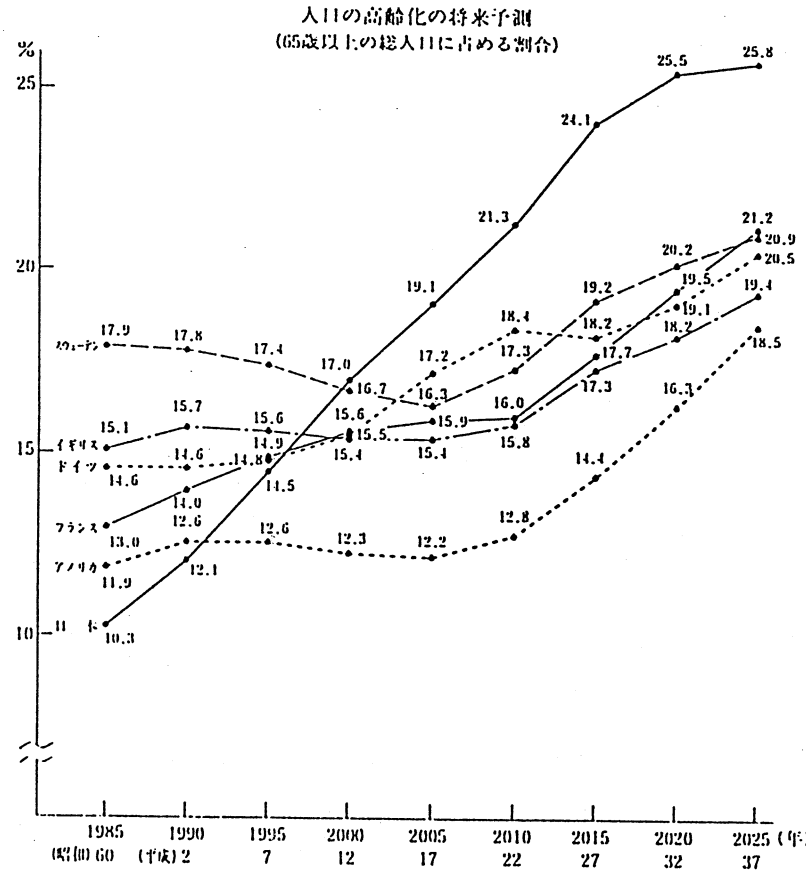


図１－４　人口高齢化の将来予測 3)
(65 歳以上の総人口に占める割合)

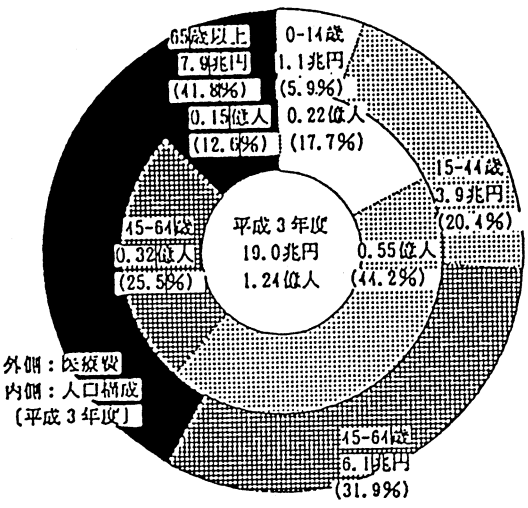


図１－５　国民医療費の
年齢別構成割合 3)

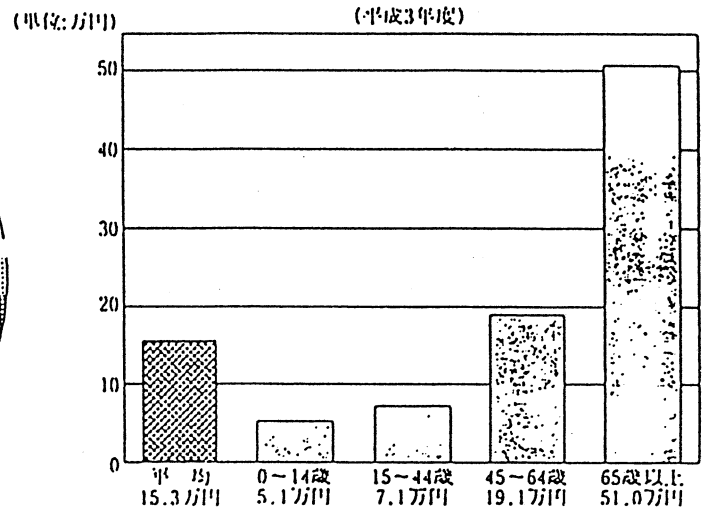


図１－６　一人当たり年間医療費 3)
(一般診療)

この人口の高齢化の内容を、厚生省人口問題研究所の年齢別人口構成の推移予測（図1-7）で示す。

技術研究組合・医療福祉機器研究所の調査によると、要介護者数（表1-2）は、1990年の105万人に対して、2010年には236万人と2倍以上に増加するものと推定している。

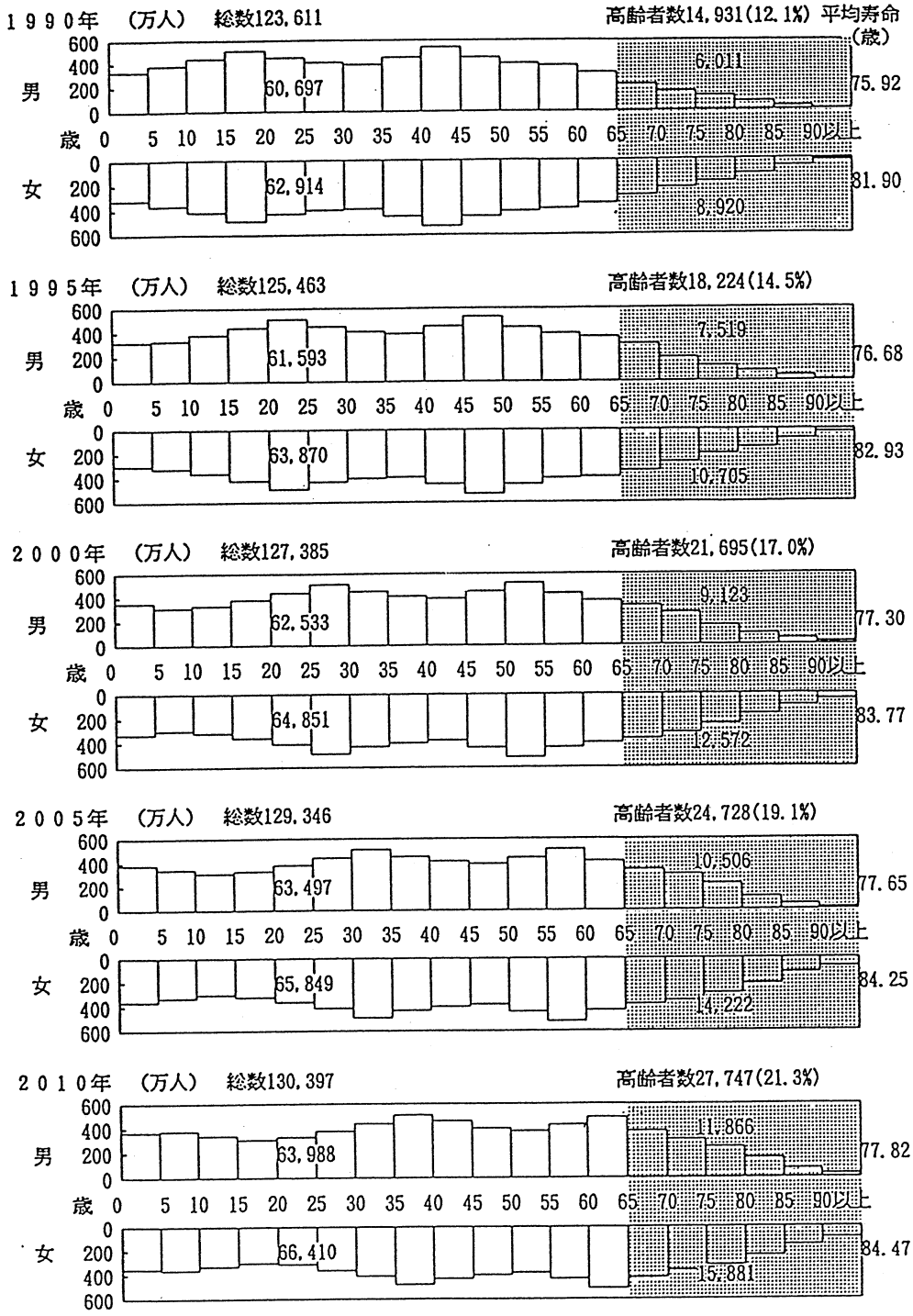


図1－7　1990年～2010年の人口構成の推移予測 [4)]

図 1-7 および表 1-2 のデータを基に介護を必要としない健康者の平均寿命を算出し、これを平均健康寿命として図 1-8 にその概念を図示した。

このグラフからも明らかなように、平均寿命は今後とも増加するものと予想されるが、その大半がターミナル年齢ともいえる要介護者の増加であって、健康年齢期ともいえる介護不要で、健康に過ごせる期間は低迷する結果になることが心配される。

表１－２　介護者の年齢別内訳 [5)]

	要介護者数（万人）	６５～７４歳	７５歳～
１９９０年	１０５	２０	８５
１９９５年	１３３	２６	１０７
２０００年	１６２	３１	１３１
２００５年	１９７	３３	１６４
２０１０年	２３６	３５	２０１

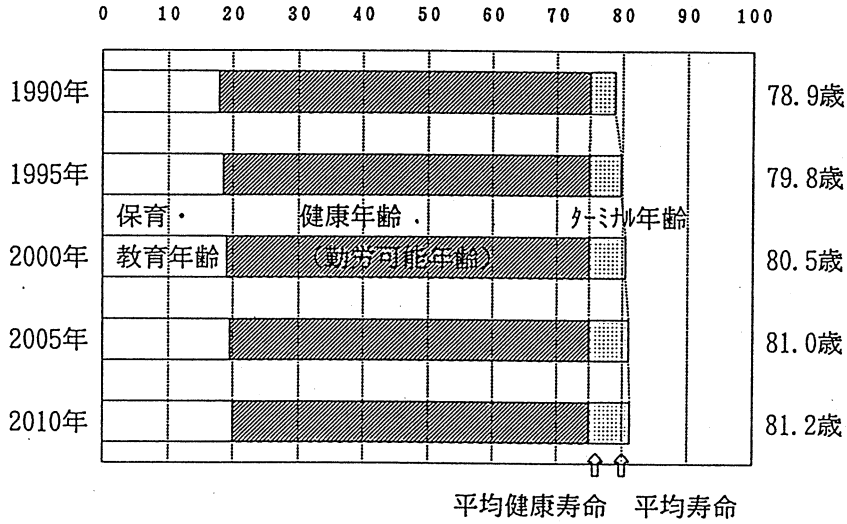


図１－８　要介護者数から推定した将来の平均健康寿命

（注：平均寿命は厚生省人口問題研究所の推計値の男女の単純平均値）

4）　医療経済学

医療経済学は、1960 年代半ば頃から、K.J.アロー、M.S.フェルドスタイン等により提唱され、1970 年頃学問として確立されたといわれており、「医療に要する経済的費用をどのように賄うか？」が問題意識の根底にある。

この学問が勃興した背景の１つとして、先進諸国における医療費の急増があげられる。従来は、「労働を生む人間的資源への投資」と捕らえてきた医療提供側(医師・病院)のあり方に対する反省を提起した。

他方、発展した資本主義諸国で医療費と公共支出の高騰が同時期に顕在化し、それ等の国々がいずれも高齢化社会に仲間入りした。そこで「必要以上の医療費の上昇」と、高齢化社会における医療提供側のあり方を含めた社会全体の新システム作りへの要求が高まり、これが医療経済学の原点になったともいえるであろう。

わが国においては、世界に例をみない急速な人口の高齢化、それに伴う医療費の急騰、

少子化による人口構成の変化等が進んでいる。これ等の要因から、経済的な観点だけでなく、わが国の将来像に対する不安も手伝って、「健康と医療の経済学」を標榜して 1973 年に東京で開催された国際経済学会は、医療経済学の重要性を浸透させるための起爆剤になったということもできよう。

一方、社会情勢の変化に伴うライフサイクルの変化は、個々人の生き方にも大きな変革をもたらしている。図 1-8 で示した「ターミナル年齢」に由来する社会負担が、従来のシステムでは賄えなくなってきたことも、医療経済学を支える背景となっている。

5） 医療ニーズ調査の必要性

平成 5 年度の国民医療費(推計)は、24.34 兆円で、国民一人当たり 19.5 万円にのぼった。

国民医療費の推移（図 1-9）は、毎年 1 兆円づつ増加しており、これは国民一人当たり毎年 1 万円づつ負担が増えていることを意味する。

昭和 36 年の国民皆保険の実現以来、医療保険制度の充実によって、患者の自己負担の軽減が図られ、昭和 59 年 10 月からは被保険者本人 1 割負担の導入はあったものの、患者負担分(率)は徐々に低下してきている。

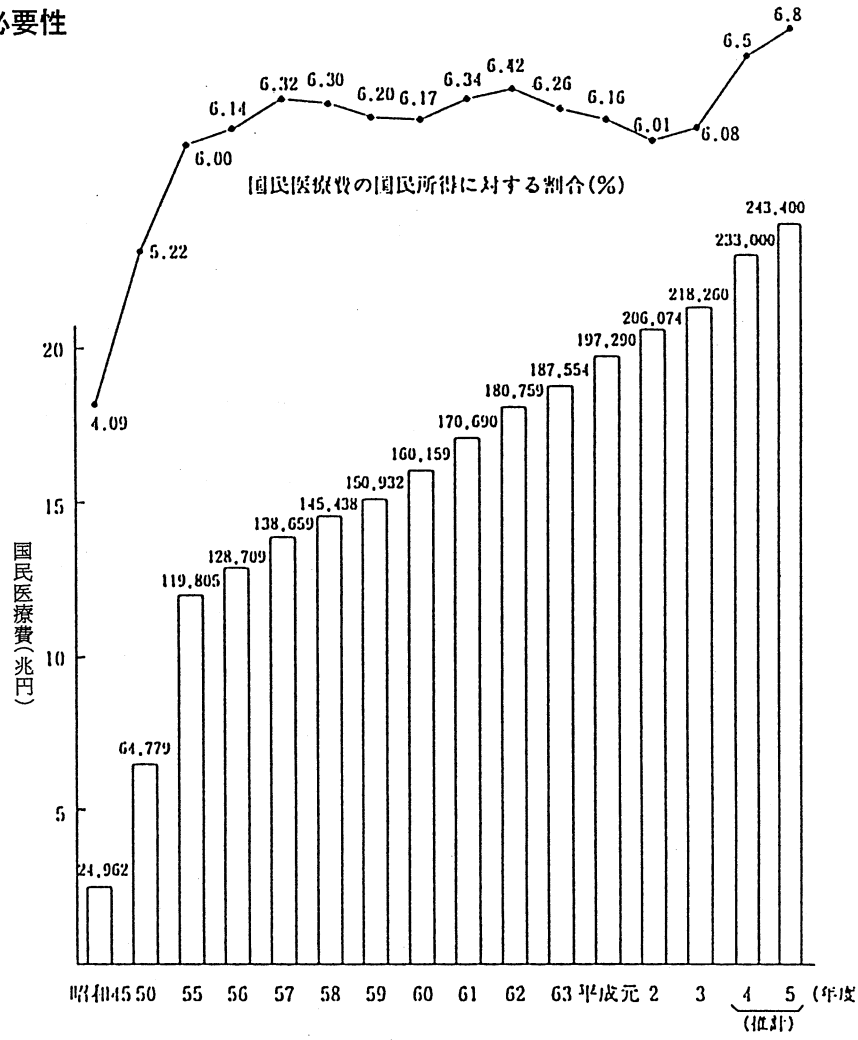


図１－９　国民医療費の推移 [3]

一方、昭和 58 年に老人保健制度が創設されてからは、老人保健分が増え続け、医療費全体の 3 割を占めるにいたった。また、平成 4 年の厚生省の国民生活基礎調査によると年齢階級別有訴者(自覚症状のある者)は図 1-10 で分かるように、当然のことながら、年齢とともに高くなり、65 歳以上の老人の有訴率は 460.0 で、15～24 歳の青年層の 152.5 の約 3 倍になっている。65 歳以上の老人の年間医療費は、図 1-6 で示したように、15 歳から 44 歳の階層に対する平均値の 7.2 倍に達するという事実の他に、生涯医療費の過半が、死の間際(半年間)に支出されることにも絡んでいる。この事実は、医療経済的側面のみならず、「人間の尊厳」「死

の権利」「活力ある死に方」等の末期医療のあり方をも含めた社会的な側面にまで議論の輪が広がりつつある理由になっている。

他方、生活水準が向上する中で増大した慢性疾患患者は、自身の生活の質の維持に対する関心が高く、生活関連部分(食事・療養環境等)の周辺では、医療とアメニティ部分との峻別が困難となってきている。

最近刊行された社会保障将来像委員会（隅谷三喜男会長）第二次報告[6]は次のように構成されている。

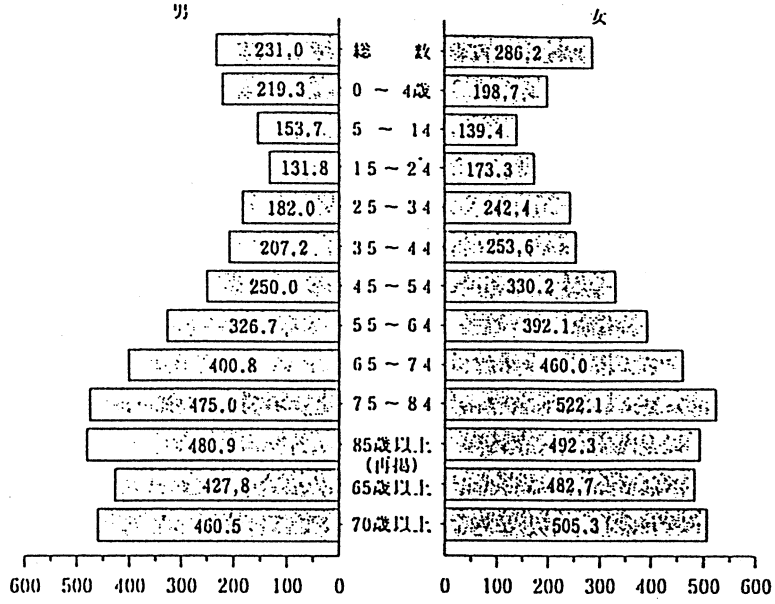


図１－10　年齢階級別有訴率 (人口千対)[2]

はじめに(21 世紀へのグランドデザイン)
1. 社会保障の展開
2. 21 世紀に向けての社会保障の基本的な考え方
3. 21 世紀へ向けての社会保障各制度の見直し
おわりに(社会保障の国民理解)

同報告書「3. 21 世紀へ向けての社会保障各制度の見直し」の冒頭には、「(1)保健，医療，福祉サービス保障の基本的あり方」について、次のように記述されている。

・国民が手助けを必要とする状態にならないことが重要であり、国としても病気の予防に重点をおいた施策が必要
・保健，医療，福祉サービスは総合的に提供されることが肝要で、かかる体制の整備が各人による自発的なサービス・選択の前提
・福祉施設についても収容施設から生活施設への転換、在宅と同じような環境に近づける必要があり、そのための人材の確保，十分な研修によるサービスの質の向上が不可欠
・高齢者や障害者に対する十分な在宅サービスの提供，福祉用具の研究開発と普及の推進
・公的助成による住宅対策と高齢者などに配慮した移動交通手段の確保・推進
・各人のニーズ把握、最も適切なサービスの選択・決定，供給までを調整するケースマネジメントシステムの導入、地域におけるサービス供給組織間で情報交換を行うネットワークの形成が重要

また、同報告書「はじめに(21 世紀へのグランドデザイン)」には、次のような記述がある。

> 第三には、供給側の意向でなく、利用者，国民の必要に応じた社会保障制度の展開が、図られなければならない。社会保障制度は利用者を一つの型でとらえて対処するものだといった考え方は変える必要がある。利用者が、健康状態，生活環境，収入，家族の状態など、様々に異なる要素を持っていること、気持ち・意思にもいろいろあることを念頭に置かねばならない。しかも利用者が自分で選択したサービスを受けられ、かつ公平性を確保することが大事である。このように社会保障制度への信頼を築いていかなければならない。

社会保障の主体が国民であるとの認識に立ち、医療ニーズを体系的に調査し、人口構成・患者推計・病態予測等を加味して、21 世紀初頭における医療ニーズに迫ることは、社会保障の新しい秩序つくりの礎になると考える。

2． 医療ニーズ調査

1） 医療ニーズ調査の意義

本調査は、これまで体系的に調査されることの少なかった医療ニーズの全体像およびその動向を把握しようとするものである。そして、21 世紀の医療に求められる要素を明らかにし、行政、医療従事者、医療関連企業、あるいは患者自身またその家族も含めて、それぞれが立場に応じて、どのように対応し、寄与できるかを知ることを目的に行った。

近代文明のパラダイム転換という大きな波の中で、医療も現在大きな転換期にあることは実感できる。しかし、その実体がどのようなものであるか、またどのような方向に向かっているかは、これまで述べたような様々な要因や要求が複雑にからみ相互に影響し合っているために、概括的にせよこれを明示することは難しい。

本報告の冒頭にも述べたように、調査を開始した当初は「医療ニーズ」という言葉が耳新しく感じられ、また言葉の持つ意味の理解すら覚束なかった。しかし、手探りで調査を続けるうちに、これまで本格的な調査が行われていなかったこの分野の実態が少しずつ明らかになり、目指すべき方向が見えてきたように思われる。取りあえずいえることは、過去から現在にいたる経過を単に外挿して得られる将来像と、現実に起こる姿は、かなり隔たったものになることが予想される。単に医療に留まらず、一般的に、多くの分野で現在が否定され、新たなニーズ、需要が喚起されるに相違ないとみられている。現在求められている 21 世紀への転換・変革の１つは「逆価値化」とオルタナティブであるという見方もある。医療ニーズもその例外ではあり得ない。これらの変化の予兆として、現在一般的に認知されていると思われる医療に関する事象を連記してみよう。

①社会が近代化し、成熟に向かうとともに疾病構造も感染症など急性のものから、成人病のように慢性のものに、さらには老人病へと変化している。

②治療の目的も、生命に絶対的価値を認める延命至上主義から、いわゆるＱＯＬ(生活の質)を重視した治療や予防医療へと質的に変化している。さらに、終末医療(terminal care)の重要度が延命治療以上に増してくる。

③長谷川敏彦等[7]は、この経過を「1つの医療」から「4つの医療」への変化と捕らえている。すなわち、若年層の場合は、疾患のほとんどが急性疾患であり、治癒後は早期に自立した生活に復帰することが可能であるとし、医療需要としては「発症に対応する」ことで短期間に完結する「急性期医療(acute care)」である。だが、高齢者の場合、疾病が発症する前には、その原因を断つ1次予防が、早期には早期発見、早期治療を目指す2次予防が、発症すると早期に社会復帰を目指す3次予防が必要となるとしている。これを整理すると、「発症しないよう対応する」「発症に対応する」「障害と疾病に対応する」、そして最後に「臨死に対応する」の4段階となる。

④医療の仕組みに目を転じると、これまでの治療を中心とした医師対患者の1対1の関係から、医師とパラメディカル対患者、さらにはメディカル・ソーシャル・ワーカー(ＭＳＷ)を介在した双方向的な仕組みへと転換する[8]。また在宅医療の必要から、患者の家族はこれまでにも増して経済的、労働力的な負担を負うことになろう。

⑤特に長期にわたって治療の必要な慢性疾患を持つ患者にとっては、医師との個人的な信頼関係を確立することが大切である。単に受け身の治療を受けるだけではなく、患者の医療ニーズに伴う患者自身および家族の責任と自覚、治療や健康の維持に対する主体性(いわゆるセルフケアー)が求められるようになる。

⑥患者と医師をはじめとする医療従事者とのより緊密な信頼関係が求められる。反面、教育の普及や情報の発達により、知識の共有化がさらに促進されると、患者やその家族が自分なりの理解に基づいて、医療に対する独自の考えを持ち、判断を下すようになる。そのため、医師をはじめとする医療従事者に対して人々がこれまで持っていた絶対的信頼や服従の姿勢が揺らぎ、医療のありかたや診断・治療方法に疑問を持つようになる。その結果、これまでのような全人格的な医療は困難になり、医療施設や医師の選別が進み、また、不服従(uncompliance)や医療訴訟のような不幸な結果にまでも発展する例が多くなるものと思われる。

⑦知識の共有化の反面、医療技術はますます高度に、また多様になるため、医療施設や医療従事者もそれぞれの分野で専門化される。その結果、専門家にしか分からない事柄が多くなってくるものと思われる。健全な医療活動を支えるためにも、正しい知識の普及や啓蒙、正確な情報の伝達があらゆる段階で必須である。従って情報の発信元の責任は益々大きくなる。

⑧高度医療の普及、高薬価薬剤の使用、患者の幅広い要求に応えうるような医療施設の建設、リハビリテーション、介護・介助の必要性等の要因によって医療サービスに対する対価が増大する。そこで、支払い側による支出抑制策がとられるようになる。患者あるいはその家族は、保険であれ、自費であれ、その対価を支払わなくてはならない。このため、比較的平均化して誰にでも平等である現在のような医療サービスを十分に受けられない階層が生ずる危険性がある。また、国際間の交流が高まるにしたがって在留外国人に対する医療サービスや医療費支払いの問題も起こってくる。

⑨人は誰でも健康でありたいと素朴に念じている。ＷＨＯ憲章によれば＜健康とは、肉

体的・精神的・社会的に完全に良好であること＞である。医療とは健康を維持することであるとすれば、快適な医療施設、質の高い治療技術、効果が高く、副作用の少ない医薬品を提供することが、狭義の医療である。自然環境を保護し、公害を除き、生活環境や労働環境を整備し、安全でかつ十分量の食品を供給することもまた広義の医療活動と考えることもできる。

⑩日本人の平均余命は男女ともに世界水準を上回り、ほぼ最大値に到達したと判断される。しかし、生命維持装置等延命医術の発達により、本人が意識するしないにもかかわらず、不本意に生かされているような、すなわち「倫理的生」とでもいうべき状況がある。一方、「活力ある生」とともに「活力ある死」が求められるようになった。「老いて生きざるを得ない苦痛」が語られるようになり、「安楽死」まではいかなくとも「延命治療の中止」による「消極的な死」が容認されることも考えられる。この結果、本人の意思を離れて、第三者による“個の生命”の選別も行われるようになり、医療倫理に大きな変革が生じるかも知れない。

⑪日本人の平均余命の伸長とは逆に、出生率が低下し、人口は 2007 年を境にして減少に転ずると推定される。地球環境的には人口の減少は歓迎すべきことであるが、短期的には老齢人口の比率の増大、若年層の経済負担の増加、経済活動の停滞、ひいては国力の低下をもたらし、医療費の増大を吸収できなくなる恐れもある。国による人口の増減の差は、食料・エネルギー資源、経済力の配分等と相まって国家間の紛争を惹起し、国際問題化する恐れもある。

⑫生産人口の減少に伴う若年層の経済的負担の増大は、治療の対価として支払われる医療費の問題に加えて、将来は、生産年齢層にある人々の健康障害に起因する労働力の低下によってもたらされる経済活動の逸失利益にまで及ぶものと考えられる。

このような認識を踏まえて、まず、文献調査により「医療」および「医療ニーズ」の概念とその変化の方向性を正しく把握することを目的に、既に発表されている官公庁の資料、統計資料、論文、アンケート調査等の文献を精査する。そして、現在の医療が抱えている問題点を抽出し、ニーズの発信者とその受信者の関係を整理し、マトリックス化し「医療ニーズ」の連関表を作成することにした。また、既存のアンケート調査結果に基づく医療ニーズを解析し、患者側から発信される「医療ニーズ」の集約を試みた。さらに、医療従事者に対する広範なアンケート調査を行い、医療従事者が抱えているニーズを知り、患者から発信されるニーズとの間にみられる相似または乖離を明らかにしようと試みた。最後に、厚生省が 3 年ごとに実施している疾病小分類別患者数調査のデータを用いて患者数動向調査を実施した。

2） 現状における医療ニーズ

医療ニーズの全体像を把握するために、下記の新聞、雑誌、単行本から医療ニーズ関連の情報を収集した。

・新聞 ……「朝日新聞」「読売新聞」「毎日新聞」「日本経済新聞」「日刊薬業」「日経流通新聞」「化学工業日報」

・雑誌類 ……「きょうの健康」「日経メディカル」「社会保険旬報」「厚生の指標」

「カレントテラピー」「日本医事新報」「日本医学会総会誌」「薬局」
「月間薬事」「ＭＥＤＩＡＰＥＸ」「ａｐｐｒｏａｃｈ」

・単行本 ・・・・・「北里大学病院 24 時」「青春期内科診療ノート」「がん患者の憧れ」
「看護婦の現場から」「肺癌病棟からの生還」「患者から学ぶ看護学」
「天国の書斎」「あなたが病に倒れたら」「病院が消える」
「医療不信」

これ等の資料から得た情報を要約し、医療ニーズ内容の発信元と受信先を、下記の分類にしたがった対象主体を明記した。

・国民一般
・患者 ・・・・・・・・・・・・ 外来患者、入院患者、末期患者、患者の家族、その他
・医療従事者 ・・・・・・ 医師、看護婦、薬剤師、調理師、検査技師、病院経営者、その他
・医療メーカ ・・・・・・ 製薬企業、医療機器関連企業、その他
・行政 ・・・・・・・・・・・・ 厚生省、文部省、地方自治体、その他

この情報を発信元および受信先別に分類し、資料１とした。また、主体別医療ニーズの連関表として表 1-3 のように整理し直して、医療ニーズの現状把握の一助とした。

その際、現状の医療ニーズのキーワードとして、「インフォームド・コンセント」「告知／ターミナル・ケア」「コミュニケーション」「ＱＯＬ」「アメニティ」「病院の多様化、社会変化の対応」「地域医療」「医療技術の進歩」「医療の質の評価」「保険医療制度の改革」「医薬分業」「国民のコンセンサス形成」「保健医療教育」「看護サービス」「チーム医療」を用いて、医療ニーズ関連の情報を集約した。

この主体別医療ニーズの連関表の概略をまとめると、以下の通りである。

・国民一般は、医療従事者に快適な医療環境を求めると同時に、行政に対して保険医療制度の改革を求めている。
・医療を受ける側は、患者本人と患者家族に大別される。
・患者本人は、病院に対してはアメニティを強く求め、医師に対してはインフォームドコンセント、ターミナル・ケア、コミュニケーションを求め、看護婦に対しては、アメニティやコミュニケーションを求めている。また、医師や医療メーカに対しては、医療技術の進歩を求めている。行政に対しては、高齢化社会に対応した病院機能の多様化および病院の評価システムの構築を求めている。
患者家族は、告知や看護疲れの解消に対するニーズをもっている。
・医療従事者側は、病院経営者と医師と看護婦に大別される。
病院経営者は、医療メーカへの医療機器，新薬開発に対する期待が大きい。
医師は、医師自身の技術向上に対する支援や保険医療制度の改革へのニーズがある。
看護婦は、自らの待遇改善に対するニーズが大きい。
・行政に対するニーズはアメニティから保険医療制度の改革まで多岐にわたるが、高齢化対策に関するニーズが多い。

表１－３　主体別医療ニーズの関連表

ニーズの発信元		受信先：患者	受信先：医療従事者 病院経営者	受信先：医療従事者 医師
国民			病院の評価〔情報公開 チーム医療 〔チーム医療制度の確立	
患者	患者本人		インフォームド・コンセント 〔セカンドオピニオンサービスの提供 アメニティ （施設の充実　食事の工夫 （外来待ち時間の短縮　入院期間の短縮 （診療環境改善 病院機能の多様化、社会変化への対応 （夜間の検査の実施 （多様な診療サービスの提供 （在宅ケアシステムの開始 地域医療　（救急センター専属医師の確保 （民間病院の地域開放 病院の評価　〔医療内容やレベルの公開 医療技術の進歩　〔技術の向上 保険医療制度の改革〔病院経営 医薬分業　〔医薬分業の検討 チーム医療 看護サービス〔完全看護の実施	インフォームド・コンセント 〔薬に関する情報提供 ＱＯＬ　〔手術方法 告知／ターミナルケア （癌の告知 （正確な情報の提供 （精神的苦痛の学習 病院機能の多様化 〔服薬方法の指導 コミュニケーション （夜間の他科診療実施 （病因の追及や生活内容の問診の実施 医療技術の進歩 （医療技術の進歩 （医薬品使用量抑制
	患者家族			告知　〔告知拒否
医療従事者	病院経営者	コンセンサス形成 〔高額医薬品の制限	病院の評価 〔病院経営	
	医師	自助努力 〔受診回数が多い〕 医療技術の進歩 （医師への信頼 （知識向上	医療技術の進歩 （耐性結核対策の実施 （ＭＲＳＡ感染対策専門の看護婦の供給 チーム医療 〔薬剤師の臨床現場への参画 アメニティ （外来待ち時間の短縮 （より丁寧な診療を実施できる環境形成	インフォームド・コンセント 〔薬に関する情報提供 チーム医療 〔チーム医療の構築 ターミナルケア 〔末期癌患者の鎮痛対策の罪悪感
	看護婦		看護婦の待遇改善　（お礼奉公の廃止 （労働条件の改善	
	薬剤師			医療技術の進歩 〔曖昧な処方箋の廃止
医療メーカ				
行政		保険医療制度改革	医薬分業	

看護婦	薬剤師	医療メーカ	行政
アメニティ 〔ゆとりのある対応 創意工夫の発揮			保険医療制度の改革 〔年金審議会への労働者代表の参画 中医協への国民や私立病院代表の参画 健康保険適用範囲の拡大 視力矯正士の制度化 地域医療 〔医療過疎地域の開業医後継者の育成
アメニティ 〔ﾌﾟﾗｲﾊﾞｼｰの保護 ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ 〔患者の立場の理解 患者の思いの代弁 医療技術の進歩 〔看護ミスの撲滅	ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞ・ｺﾝｾﾝﾄ 〔処方箋の疑問点の照会 病院機能の多様化 〔外国人向けｻｰﾋﾞｽの充実	医療技術の進歩 〔医療機器の低価格化 薬の服用方法 外国人向けｻｰﾋﾞｽの充実	ＱＯＬ　〔中間施設の配置、福祉政策 病院機能の多様化、社会変化への対応 〔施設ケアからｺﾐｭﾆﾃｨｹｱへの対応 成人病検診・老人保健の重視 医療と福祉の中間医療施設の設立 予防医療の実施 外国人向けサービス内容の充実 病院の評価 〔病院の医療格差の是正、情報提供 国際的標準医療の制定 第３者による監視システムの構築 医療技術の進歩　〔情報化 保険医療制度の改革　〔だいえっとへの適用
看護ｻｰﾋﾞｽ			保険医療制度改革 看護サービス
		医療技術の進歩 〔医療機器 新薬開発 Ex. ・生体反応修飾 ・細胞再生促進 ・食欲調整	病院機能の多様化、社会変化への対応 〔予防医療、専門病院、病院経営 医療技術の進歩 〔治療材料の価格設定 地域医療 〔障害者のためのサービスの充実 救急医療、在宅医療
		医療技術の進歩 〔未来の医療技術MI対応 慢性疾患治療技術の向上 新薬開発への期待 ﾅﾍﾟ．抗ｳｨﾙｽ剤 病院機能の多様化 〔老年者の障害対策 虚血性心疾患増加の予防 ＭＲの届出制	アメニティ　〔待ち時間の短縮 医療技術の進歩 〔多施設共同研究体制の構築 最先端の情報サービスの提供 保険医療制度の改革 〔保険医療制度の改革 欧米で確立された薬・装置の使用認可 老年期痴呆介護施設・ｽﾀｯﾌの充実 治療の質の差を反映した報酬の制度化 国民のｺﾝｾﾝｻｽ形成 〔臓器提供者の拡大 医療・看護料の問題解消 チーム医療 〔チーム医療が可能な制度の確立 保険医療教育　〔大学教育改革 患者に対する教育
			ターミナルケア
			保険医療制度改革
		保険医療制度改革	

3） 治療ニーズの流れ

集約された医療ニーズは「治療に係わるもの」や「医師や看護婦の待遇に係わるもの」から「病院経営に関するもの」まで多岐にわたるが、患者を発信元とするものに限定した場合は、中医協報告における「患者ニーズ」に近い概念を考えることができる。

中医協報告[2)]では、患者ニーズを３つに分類している。この分類に従って治療ニーズの流れ（図 1-11）を整理した。

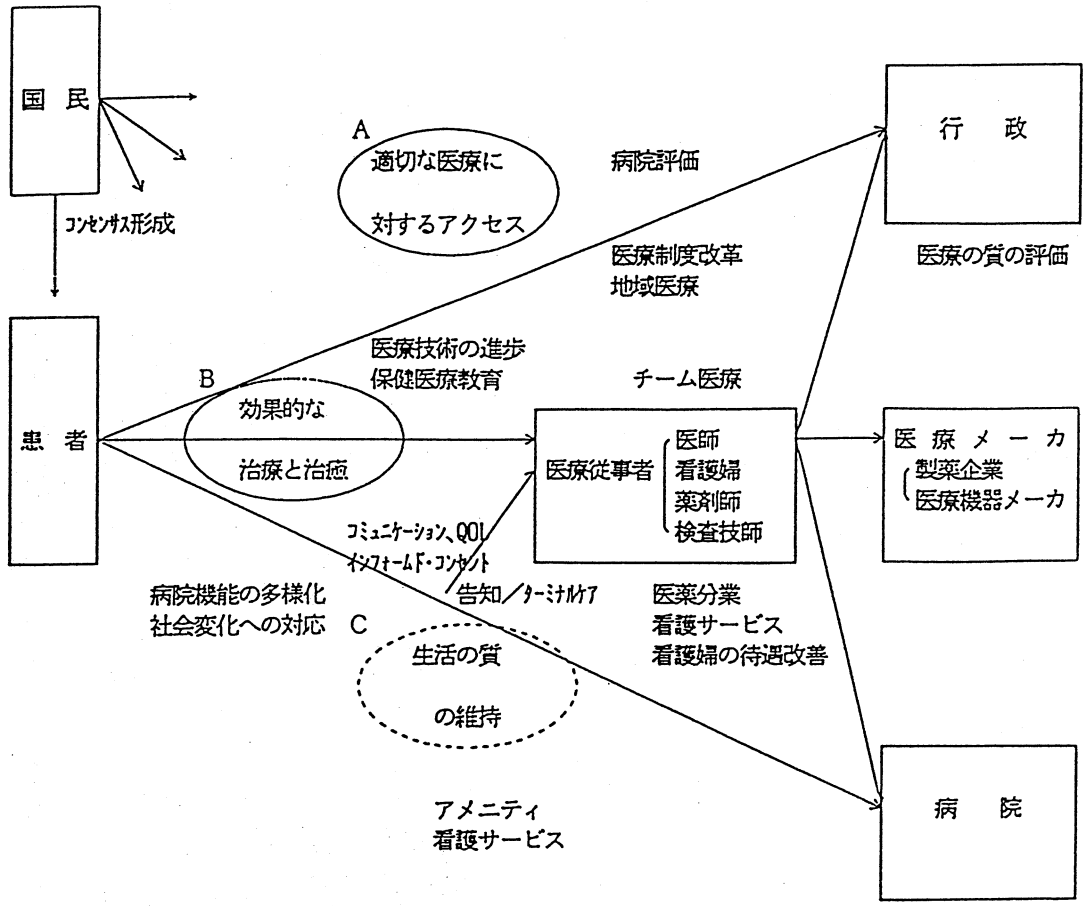


図１－11　治療ニーズの流れ

患者が発信するニーズのうち「適切な医療に対するアクセス」に関するものは、主として行政が受け皿となるべき筋合いのものである。「生活の質の維持」に関する部分のうち、アメニティ・看護サービスという範疇では、病院に向けられる性格のものと考えられるが、インフォームドコンセント・告知／ターミナルケア等直接医療従事者に伝えられるものも重視されなければならない。

「効果的な治療と治癒」については、専ら医療従事者に向けられ、医療サービスの形で患者に提供され、必要に応じて、行政・病院・医療メーカに伝達される。従って、企業としては、患者ニーズの代弁者たる医療従事者のニーズを把握することが重要となる。

4） 時間軸による医療ニーズの分類

先に「2) 現状における医療ニーズ」の項で、医療ニーズ発信者から受信者への関係を、主体別医療ニーズ連関表(表 1-3)として整理した。この中から、特にヒューマンサイエンスに大きな係わりあいのある治療に関する医療ニーズに焦点を当て、将来的なニーズを把握しようと試みた。

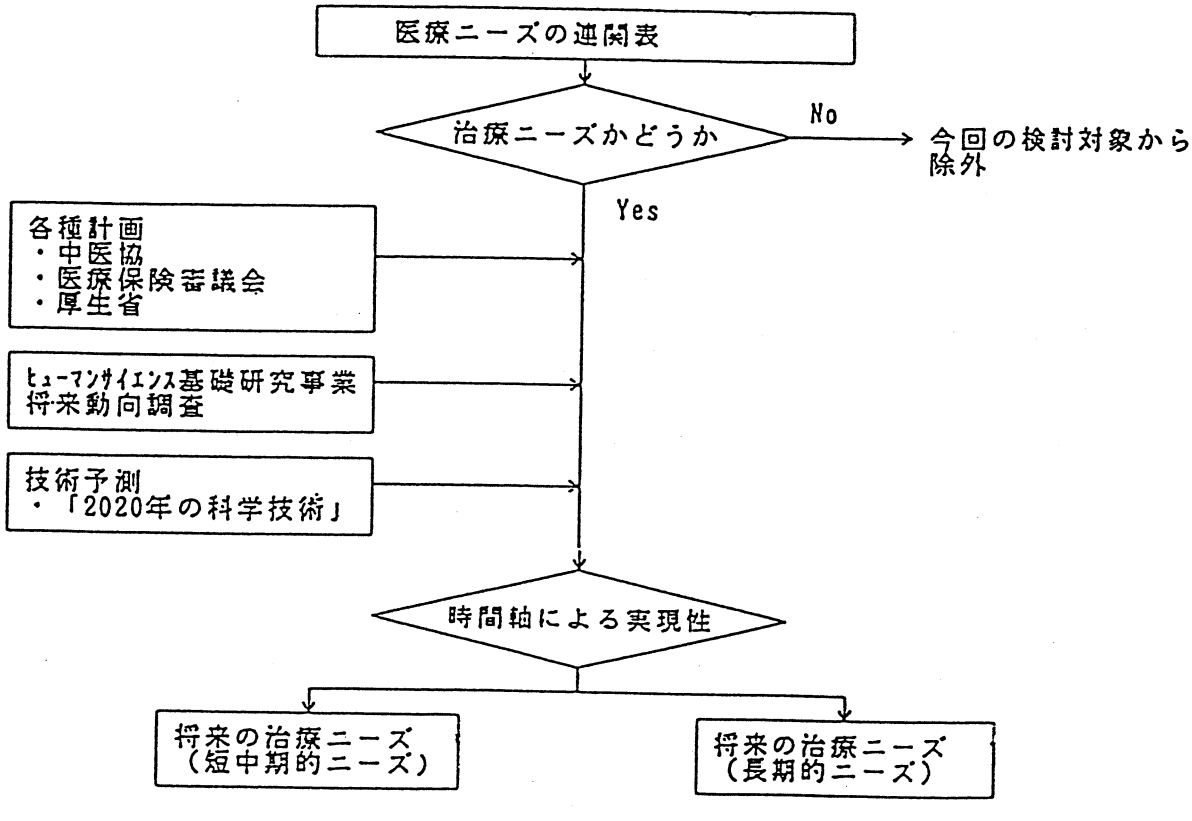


図１－12　将来の治療ニーズの把握に至る手順

すなわち、図 1-12 に示す手順により、まず第一に、整理した医療ニーズを、「治療に関するニーズかどうか」を基準に振りわけを行った。ここで「治療ニーズ」として区分されたニーズを、さらに、官・民・学で策定されている各種計画や将来の技術動向等を加味した上で、2005 年迄に実現するか否かを指標にして、「短中期的なニーズ」と「長期的なニーズ」という時間軸により整理し、資料 2 に示した。

先端医療に対するニーズのうち例えば、がんの分野については、短中期的には、対症療法主体から発症機構解明や遺伝子診断技術の実用化等を通じて、かなりのニーズが実現するものと考えられる。しかし、高齢者医療に関する分野は、長期的な対応が求められるニーズであると考えられる。

一方、アメニティ等の生活の質に関しては、短中期的にニーズが実現するものの、長期的には、さらにより高度で質の高いものが求められる等、長期にわたってニーズが顕在するものと考えられる。

5） 治療の位置づけ

病気や寝たきり等、他人の手助けが必要な状態にならないことは、本人のみならず、すべての国民の望むところである。成人病患者がますます増加する時代にあっては、日常的な食生活への配慮と健康管理が、成人病の予防のみならず、健康の維持にも特に重要である。しかしながら加齢は、着実に有病者・要介護者を増加させる。種々の環境条件や生活習慣の変化、とりわけ食生活の欧風化は、高血圧、大腸ガン、糖尿病等を惹起するものと考えられる。このような日常生活の変化による影響は、若年者とて避けることはできない。

健康保持のための努力にもかかわらず、不幸にして特定の疾病に罹病し、その症状が顕在化した場合には、開始(着手)の時期に多少の個人差はあるものの、医療・治療に頼るほかない。

このような状況下で、Self-medication を無効と判断した患者は、適切な医療へのアクセスを通じて健康回復へのアプローチを開始するが、その手順は、まさに図 1-13 の中医協報告の通りである。この中で最も重要なことは、「治癒」を目指して「治療」を受けることであり、その際の付帯要件として、各種の情報(地域性、専門性、緊急性、経済性等)をもとに各自の判断で医療機関を選択することである。「治癒」を目指して「治療」を受けたにもかかわらず、完全な「治癒」に到達し得なかった場合には、次善の目標として設定されるのが「生活の質の維持」である。

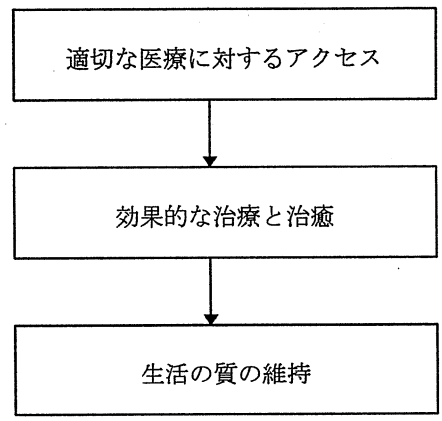


図１－13　健康回復への手順

他方、医療ニーズを把握するための調査は、国民、患者またはその家族、医療従事者を主たる対象にして、国(総理府、厚生省)を中心に、既に多くのアンケート調査(資料 3)が実施されており、その調査範囲は次の５つに大別される。

- 医療のあり方に関するもの
- 地域医療に関するもの
- 医療技術に関するもの
- 心理的なもの
- アメニティに関するもの

既に実施されたアンケート調査を調査対象・テーマ別に集約（表 1-4）した。前記のように、患者にとって最も重要なことは、自身が罹病している疾病(疾患)の「治癒」を目指して「治療」を受けることである。

6） 医療従事者を対象とするアンケート調査の意義

治療を構成する要因としては、施設・機器のほか、医師をはじめとする医療提供者よりもたらされる医療サービス(診断、治療、投薬、介護、指導)、医薬品、医療技術の基礎および応用科学全般等をあげることができる。

しかしながら、表 1-4 にみられるように、医療技術に関するアンケート調査は質・量ともに限定されており、ヒューマンサイエンス振興財団（ＨＳ財団）の将来動向調査以外は

表１－４　これまでに実施された医療ニーズに関するアンケート調査

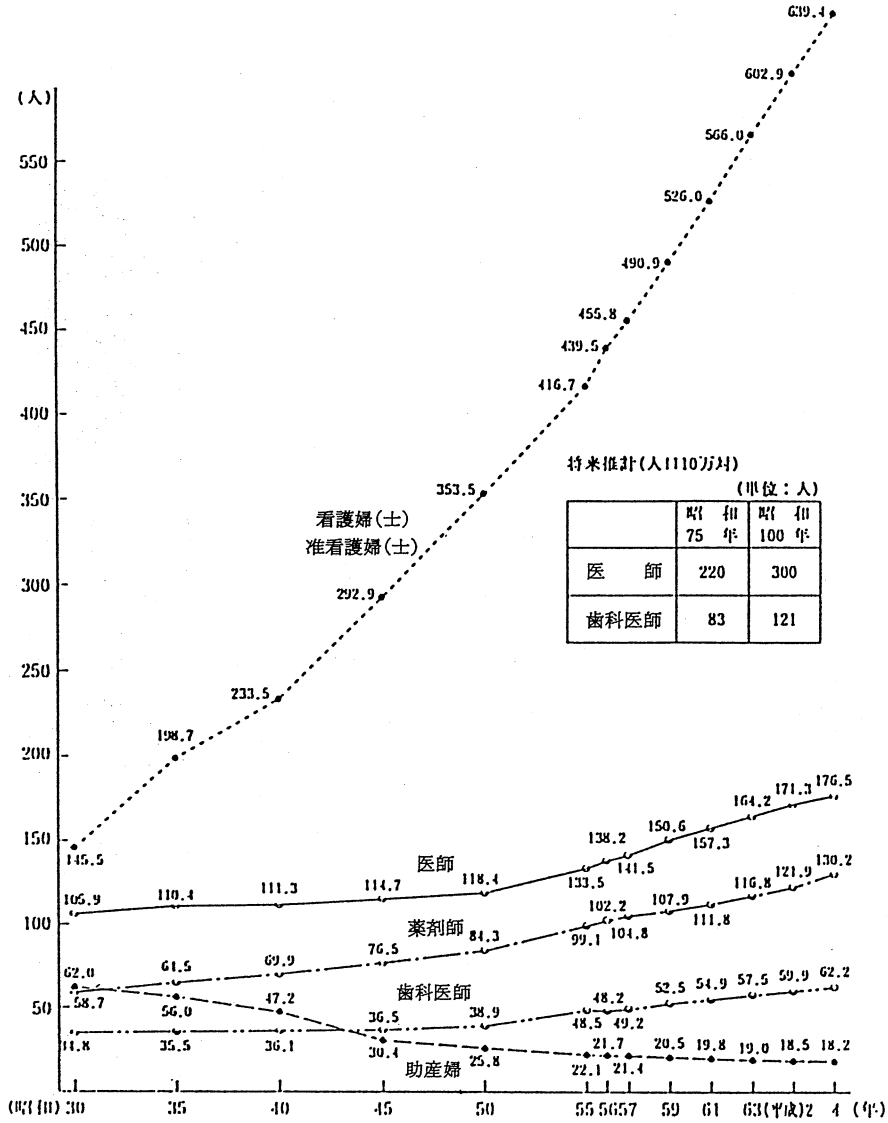
調査テーマ 調査対象	適切な医療に対するアクセス	効果的な治療と治癒	生活の質の維持
国　民	〔地域医療に関するもの〕 「高齢者のニーズ」（H3、厚生省） 「高齢化社会」（H5/4、毎日新聞社） 「高齢者介護」（H3、読売新聞社） 「高齢者介護」（H3、生命保険文化センター） 「尿失禁」（在宅高齢者、H3、信州大学泌尿器科） 「身近な医療」（H4、読売新聞社） 「健康と医療」（H5、読売新聞社） 「健康づくりと医療」（S62~H6、健保連） 「健康・福祉関連サービス需要」（H3、厚生省） 「地域の保健サービス」（H5、総理府） 〔医療のあり方に関するもの〕 「医薬分業」（H5、東京都消費者団体連合会） 「医薬分業」（H4、横浜市南区医師会） 「医療と医薬品」（S62、RAD-AR協議会） 「老後の介護と医療」（H2、厚生省） 「看護」（H５、総理府）		〔心理学的なもの〕 「医療倫理」（H２、総理府） 「末期医療」（H５、同検討会） 「ガン」（H４、読売新聞社） 「脳死・肝臓移植」（有識者、H2、厚生省） 「保健医療サービス」（S62、総理府）
患者または その家族	〔地域医療に関するもの〕 「在宅療養者の医療ニーズ」（S58～61　横浜市港北保健所） 「老年期痴呆の治療と介護」（S60(62)　慈啓会病院）		〔アメニティに関するもの〕 「医療関連サービス患者意識調査」（H５、医療関連サービス振興会） 「医療ニーズ」（S61、北品川総合病院） 〔心理学的なもの〕 「悪性新生物」（H４、厚生省） 「働き盛りのがん死」（H4、厚生省 「泌尿器癌手術のQOL調査」（H2前後） 「頭頸部癌患者のQOLと健康」（H2前後）
医療従事者	〔地域医療に関するもの〕 「在宅ケアへの取組み」（保健婦、H3、看護協会） 「痴呆性老人医療・ケアニーズ」（医師会等、S63/62/H1、兵庫県医師会） 〔医療のあり方に関するもの〕 「90年代の医療の流れ」（医師、H2日本アップジョン） 「看護サービス充実のためのアンケート調査」（H3、西奈良中央病院	〔医療技術に関するもの〕 「日本の医学が取り組むべき課題」（臨床医・研究者、S63、柳田邦男） 「将来動向調査（生体防御）」（臨床医・研究者、S63、HS財団） 「将来動向調査（循環器病）」（臨床医・研究者、H1、HS財団） 「将来動向調査（感染症）」（臨床医・研究者、H2、HS財団） 「将来動向調査（ガン）」（臨床医・研究者、H4、HS財団） 「将来動向調査（糖尿病）」（臨床医・研究者、H5、HS財団）	〔アメニティに関するもの〕 「医療をめぐる諸問題」（H1、民間病院問題研究所） 〔心理学的なもの〕 「医薬情報の伝達」（医師・薬剤師H5、日本アップジョン） 「心の問題」（医師、H1、アップジョン） 「サイコオンコロジー」（医師、H4、アップジョン） 「QOL」（医師・看護婦、H3、アップジョン
その他	〔医療のあり方に関するもの〕 「社会保障の将来像」（労働団体等H4~5、社会保障審議会） 「病院経営等」（病院、H５、矢野経済研究所）		

〔凡例〕「　」：調査名（略称）
（　）：調査対象（特記すべきもののみ）、調査時期、調査実施主体
(注)・複数の分野に係わる調査は、最も多い項目の分野に分類した。
・実施主体が国及び関係機関のもの、新聞においてとりあげられたものを中心にまとめた。
・調査テーマの分類は、中医協診療報酬基本問題小委員会報告書（平成５年９月）の医療ニーズの分類によった。

6年前の1件のみしか探し得なかった。このことは、医療従事者を回答者として調査することの困難さを示している。

ともあれ、患者にとって最も重要な「治療」に関する情報抜きで、医療ニーズを云々することは不可能なことで、今回われわれ自身の手で、医療従事者を対象にした独自のアンケート調査を実施することとした。

医療従事者の対象としては、医療サービス(診断、治療、投薬、介護、指導)を提供する医師、薬剤師、検査技師、看護婦とした。回答者は病院の種類・規模・地域や医師の専門性が適正に分布するように考慮して、無作為抽出によって選出した。但し、回答者の立場による比較が可能なように、同一病院で異なる医療従事者へのアンケートも組込んだ。因みに、人口10万人に対する医療従事者数は図1-14に示すように、平成4年では、医師が176.5人(22万人)、薬剤師が130.2人(16万人)、看護婦・准看護婦が639.4人(80万人)となっている。



注:いずれも人口10万対の数であり、助産婦、看護婦(士)・准看護婦(士)は医療施設従事者である。

図1－14　医療従事者数の推移と将来推計 [2)]

7） 疾病別患者数動向調査の意義

患者にとって最も重要な「治療」に関する情報を収集する際に、治療ニーズの重要性が疾病別患者数によって変わることに注目しなければならない。2005年の人口は、1.3億人に近づき、その19%にあたる2,500 万人弱が65歳以上と予測される高齢化社会を迎え、疾病別の罹病者数は将来大きく変化することは確実である。幸い、厚生省では3年毎に疾病小分類別に患者数の実態調査を実施し、性別・年齢別の患者数推計値を公表している。この患者数推計値を基準として、将来の性別・年齢別の人口動態に同期した各疾病別の患者数を予測し、今後増加すると予想される疾病に対して、あらかじめ対処する方法を講じておくことは意義あることと考える。

当初は平成5年(1993年)のデータも含めて患者数の推計を行う予定であったが、この調査を実施した時点で5年のデータは未発表のため、残念ながら使用できなかった。そこで、今回の調査では、精度は犠牲にして、独自の予測モデルを用い2005年の疾病別患者数の推計を行い、そのトレンドを示すに留めた。

他方、前述の医療従事者に対するアンケート調査・医師編からは、医療現場からみた疾病動向の変化に対する多くの回答が得られたので、この結果も併せて予測資料として用いた。

[参考文献]
1)倉田正一ら「地域医療計画」（1977）
2)中医協・診療報酬基本問題小委員会報告書（1993）
3)医療保険制度研究会「目で見る医療保険白書」（1994）
4)日本の将来推計人口、平成4年9月推計（1992）
5)技術研究組合・医療福祉機器研究所「福祉機器ニーズ・シーズ適合調査研究」（1994）
6)社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会「第二次報告」（1994）
7)(財)ファイザーヘルスリサーチ振興財団報告書「健康転換の国際比較分析とＱＯＬに関する研究」（1994）
8)川上　武「日本医療の課題」（1966）（勁草社）

第２章　医療従事者を対象とするアンケート調査

１．アンケート調査概要

１）調査の方法

①調査方法

発送・回収ともに郵送によるアンケート調査を実施した。

②調査時期

平成６年１０月２５日～平成６年１２月２日

２）調査対象者

調査対象者は、主に病院名簿（北海道～九州計 6 冊：医事日報）、国立病院医師名簿（日本厚生協会）、医育機関名簿（中外製薬）を参考に、医師、薬剤師、検査技師、看護婦、合計 550 名を抽出した。

表２－１－１　調査対象者

調査対象者	人数（名）
医師	250
薬剤師	100
検査技師	100
看護婦	100
合計	550

３）回収状況

本アンケート調査は、発送数 550 名に対し、270 名の方から本調査票を返送頂いた。その中で、集計上の都合で 12 月 3 日以降に返送された回答は集計より削除した。従って、集計対象となったのは 262 名であった。

集計対象とはならなかった調査票の自由記述は、本調査報告書の考察に活用させて頂いている。その内訳は表 2-1-2 の通りである。また、調査対象者別回収状況は表 2-1-3 に示す。

表２－１－２　回収状況

発送総数	550 名
返送総数	270 名(49.1%)
集計対象数	262 名(47.6%)
期日以降返送	8 名(1.5%)

表２－１－３　調査対象者別回収状況

調査対象者	発送数	回収数 (集計対象)	回収率
医師	250	98	39.2%
薬剤師	100	51	51.0%
検査技師	100	57	57.0%
看護婦	100	56	56.0%
合計	550	262	47.6%

４）アンケート回収者の属性

①設立主体

アンケートに対して回答のあった 262 名の設立主体（図 2-1-1）をみると、「国立」27.1%、

「公立」25.2%、「私立」30.5%と設立主体別にほぼ同じ比率であった。

これを、調査対象別（表 2-1-4）にみると、「医師」と「薬剤師」については、設立主体が「私立」の回答が、それぞれ 45.9%、31.4%で「国立」、「公立」より多い。

「検査技師」と「看護婦」については、設立主体が「国立」、「公立」の回答が、私立よりも多い。

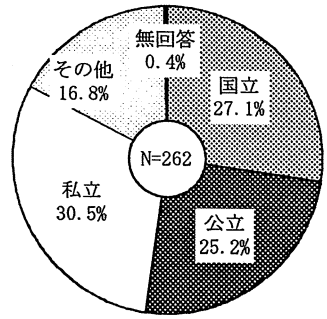


図２－１－１　設立主体(全体)

表２－１－４　調査対象者別設立主体状況

設立主体	国立(%)	公立(%)	私立(%)	その他(%)	記述なし(%)	回答数(N)
医師	22.4	22.4	45.9	8.2	1.0	98
薬剤師	29.4	15.7	31.4	23.5	0.0	51
検査技師	31.6	35.1	17.5	15.8	0.0	57
看護婦	28.6	28.6	16.1	26.8	0.0	56

②所属病院ベット数

アンケートに対して回答のあった 262 名の所属病院ベット数（図 2-1-2）をみると、「500 以上」が 61.8%と６割を占める。次いで、「301～500」および「101～300」が、それぞれ 18.3%、13.4%と続き、「100 以下」はわずか 3.4%である。

これを、調査対象別（表 2-1-5）にみると、所属病院ベッド数が「500 以上」の比率は、「医師」、「薬剤師」、「検査技師」、「看護婦」がそれぞれ 53.1%、62.7%、66.7%、71.4%と過半数を占めている。次いで所属ベット数が「301～500」の「医師」、「検査技師」、「看護婦」が、それぞれ 22.4%、17.5%、16.1%と多い。「薬剤師」については、所属ベット数が「101～300」の比率が 23.5%と「301～500」より多くなっている。

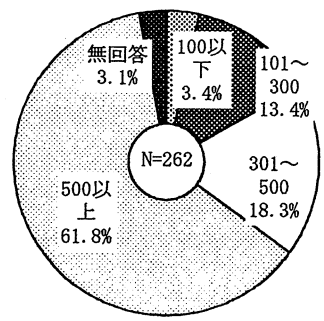


図２－１－２　所属病院ベット数(全体)

表２－１－５　調査対象者別所属病院ベッド数

	100 以下(%)	101～300(%)	301～500(%)	500 以上(%)	記述なし(%)	回答数(N)
医師	3.1	15.3	22.4	53.1	6.1	98
薬剤師	0.0	23.5	13.7	62.7	0.0	51
検査技師	3.5	10.5	17.5	66.7	1.8	57
看護婦	7.1	3.6	16.1	71.4	1.8	56

2．　医師へのアンケート調査結果

今回の調査は、治療の第一線で活躍されている臨床医に対し、いろいろな切り口から医療ニーズについて質問を投げかけ、何が問題点なのかを浮き彫りにしようとした試みである。

1）　現在の治療の満足度と薬剤の役割と疾病動向

医療の現場では、がん、エイズ、糖尿病等の疾病について、どの程度の満足度が得られているのか。現在の治療体系に組込まれている薬剤の治癒に対する貢献度は、どの程度評価されているのか。また、2005年を想定した場合、どんな疾病が増加あるいは減少すると予測するのかを調査した。

調査結果は、表2-2-1～3に回収数98を母数としたパーセンテージで示した。

①治療満足度

表2-2-1に示すように、老年期痴呆、アルツハイマー病、多発性硬化症、神経筋障害およびミオパシーは、「ほぼ満足のいく治療が行えている」を含めても0%であり、逆に「不満足な治療」および「治療が行えているとはいえない」がアルツハイマー病では71.4%と高く、現時点では治療手段がないことを示している。

エイズは、１人「充分満足のいく治療が行えている」と回答しているが、「不満足な治療」および「治療が行えているとはいえない」の比率が86.8%と高い。

がんにおいては、胃がん、乳がん、子宮がんに対する治療が満足度（「充分満足」+「ほぼ満足」）として、それぞれ 50.0、55.1、45.9%であるのに対し、肝がん、膵がん、肺がんは12.2、5.1、11.2%と低く、現在のがん治療の限界を示している。

中枢疾患としては、パーキンソン病、自律神経障害の満足度が、それぞれ8.1%、10.2%と低く、神経障害としては精神分裂病が8.2%であった。

代謝性疾患としては、骨粗鬆症の満足度が8.1%と低く、糖尿病では「充分満足する」は2.0%と非常に低いが、「ほぼ満足」が53.1%と高く、治療としては満足度の高いものであった。しかし、糖尿病性神経障害は 10.2%の満足度であり、充分なものではなかった。

循環器疾患での満足度は、脳梗塞の 10.2%を最低として脳出血、くも膜下出血がそれぞれ14.2%、22.4%で低かった。

一方、満足度の高いものとしては、本態性高血圧症の 65.3%が最も高く、次いで狭心症 55.1%、高脂血症 53.0%、不整脈 53.1%の順で、満足のいく治療が行われている分野といえる。

アレルギー、自己免疫疾患では、慢性関節リウマチ10.2%、変形性関節症10.2%、ＳＬＥ 12.2%、アトピー性皮膚炎 17.3%と満足度は低いが、アレルギー性鼻炎、気管支喘息は34.7%、40.8%とやや高い満足度を示した。

消化器疾患では、肝硬変、慢性肝炎が5.1%、6.1%と満足度は低く、Ｃ型肝炎、Ｂ型肝炎では、それぞれ11.2%、15.3%であった。一方、アンケート中で最も高い満足度が得られた疾病は、消化性潰瘍であり、満足度は 78.6%、その内「充分満足」が 25.5%と非常に高かった。

表２－２－１　治療満足度の集計結果

疾病名	充分満足のいく治療が行えている	ほぼ満足のいく治療が行えている	不満足な治療しかできていない	治療が行えているとはいえない	記述なし
エイズ	1.0%	0.0%	28.6%	58.2%	12.2%
ヘルペス群ウィルス感染症	4.1%	42.9%	34.7%	2.0%	16.3%
皮膚糸状菌症	3.1%	33.7%	26.5%	0.0%	36.7%
真菌症	3.1%	37.8%	40.8%	1.0%	17.3%
ＭＲＳＡ感染症	2.0%	23.5%	61.2%	3.1%	10.2%
クラミディア感染症	8.2%	43.9%	16.3%	0.0%	31.6%
カンジタ症	5.1%	44.9%	33.7%	0.0%	16.3%
胃がん	4.1%	45.9%	29.6%	0.0%	20.4%
大腸がん	3.1%	36.7%	37.8%	1.0%	21.4%
肝がん	2.0%	10.2%	60.2%	5.1%	22.4%
膵がん	1.0%	4.1%	56.1%	17.3%	21.4%
肺がん	1.0%	10.2%	58.2%	6.1%	24.5%
乳がん	6.1%	49.0%	20.4%	0.0%	24.5%
子宮がん	4.1%	41.8%	25.5%	0.0%	28.6%
前立腺がん	3.1%	26.5%	34.7%	1.0%	34.7%
膀胱がん	2.0%	20.4%	42.9%	1.0%	33.7%
白血病	2.0%	16.3%	52.0%	1.0%	28.6%
子宮の良性新生物	21.4%	35.7%	6.1%	0.0%	36.7%
糖尿病	2.0%	53.1%	21.4%	1.0%	22.4%
糖尿病性神経障害	1.0%	9.2%	52.0%	9.2%	28.6%
糖尿病性網膜症	1.0%	11.2%	54.1%	4.1%	29.6%
骨粗鬆症	1.0%	7.1%	57.1%	11.2%	23.5%
老年期痴呆	0.0%	0.0%	27.6%	45.9%	26.5%
アルツハイマー病	0.0%	0.0%	21.4%	50.0%	28.6%
精神分裂病	0.0%	8.2%	41.8%	13.3%	36.7%
うつ症	0.0%	18.4%	40.8%	6.1%	34.7%
不安神経症	0.0%	23.5%	39.8%	4.1%	32.7%
てんかん	1.0%	39.8%	25.5%	2.0%	31.6%
パーキンソン病	1.0%	7.1%	55.1%	3.1%	33.7%
自律神経障害	0.0%	10.2%	54.1%	4.1%	31.6%
多発性硬化症	0.0%	0.0%	32.7%	31.6%	35.7%
神経筋障害及びミオパシー	0.0%	0.0%	41.8%	23.5%	34.7%
本能性高血圧症	13.3%	52.0%	9.2%	0.0%	25.5%
高脂血症	7.1%	45.9%	19.4%	0.0%	27.6%
狭心症	4.1%	51.0%	16.3%	0.0%	28.6%
心筋梗塞	3.1%	42.9%	24.5%	2.0%	27.6%
不整脈	5.1%	48.0%	21.4%	0.0%	25.5%
くも膜下出血	1.0%	21.4%	44.9%	1.0%	31.6%
脳出血	2.0%	12.2%	51.0%	4.1%	30.6%
脳梗塞	1.0%	9.2%	52.0%	7.1%	30.6%
アレルギー性鼻炎	1.0%	33.7%	38.8%	0.0%	26.5%
気管支喘息	1.0%	39.8%	35.7%	0.0%	23.5%
アトピー性皮膚炎	0.0%	17.3%	52.0%	4.1%	26.5%
じょく瘡	0.0%	18.4%	53.1%	4.1%	24.5%
慢性関節リウマチ	1.0%	9.2%	60.2%	2.0%	27.6%
変形性関節症	1.0%	9.2%	53.1%	6.1%	30.6%
ＳＬＥ	0.0%	12.2%	57.1%	3.1%	27.6%
腰痛症	1.0%	12.2%	55.1%	2.0%	29.6%
消化性潰瘍	25.5%	53.1%	3.1%	0.0%	18.4%
肝硬変	0.0%	5.1%	53.1%	20.4%	21.4%
Ｂ型慢性肝炎	1.0%	14.3%	56.1%	9.2%	19.4%
Ｃ型慢性肝炎	1.0%	10.2%	59.2%	10.2%	19.4%
慢性肝炎	0.0%	6.1%	59.2%	10.2%	24.5%
ネフローゼ症候群	0.0%	19.4%	45.9%	3.1%	31.6%
慢性糸球体胃炎	0.0%	7.1%	52.0%	5.1%	35.7%
慢性腎不全	2.0%	15.3%	44.9%	6.1%	31.6%
前立腺肥大症	2.0%	29.6%	32.7%	0.0%	35.7%
尿失禁／頻尿	0.0%	11.2%	49.0%	4.1%	35.7%
緑内障	2.0%	27.6%	30.6%	0.0%	39.8%
白内障	6.1%	37.8%	20.4%	0.0%	35.7%

腎疾患での満足度は、慢性糸球体腎炎が 7.1%と低いが、慢性腎不全、ネフローゼ症候群は、それぞれ 17.3%、19.4%であった。その他、腰痛症 13.2%、尿失禁／頻尿は 11.2%であり、特に後者は「充分満足」が 0%であった。

②疾病の治療に対する薬の貢献度

前項と同一の疾患に対し、治療における薬の貢献度について、5 項目（複数回答可）の評価結果を表 2-2-2 に示す。

薬の治療における貢献の特に低い疾病は、膵がん、老年性痴呆、アルツハイマー病、多発性硬化症、神経性障害及びミオパシーである。「充分に貢献している」のみでみた場合、0%は、膵がんを除いた前記４疾患の他に、骨粗鬆症、肝硬変、慢性肝炎、慢性糸球体腎炎、慢性腎不全であった。がんにおける貢献度（「充分貢献」＋「不十分だが貢献」）は、膵がんの 3.0%が最も低く、次いで肝がん、肺がん、大腸がんが、それぞれ 7.1、7.1、13.2%であった。

一方、これ等の疾病では「薬以外の治療法が主体」の比率が、それぞれ 32.7、29.6、31.6、37.8%と高く、治療主体が手術や放射線療法で、化学療法は、集学的治療の一端を占めているにすぎないことを示している。それとは対照的に「薬以外の治療法が主体」の比率が低い疾病は感染症であり、その他、てんかん、消化性潰瘍が 0%であった。また、エイズは１回答 1.0%、気管支喘息、アレルギー性鼻炎がともに 1.0%であり、神経筋障害及びミオパシー、多発性硬化症がそれぞれ 1.0%、2.0%といずれも「薬以外の治療法」は低かった。

薬の貢献度の高い疾病は、消化性潰瘍が 75.5%で最も高く、次いで糖尿病 70.4%、本態性高血圧症 69.4%、狭心症 62.2%であった。

③２００５年疾病動向

各疾病の 2005 年における動向予測として「増加する」、「変わらない」、「減少する」について調査した。

表 2-2-3 に示すように、「増加する」疾病は、エイズの 80.6%が最も高く、次いで老年期痴呆 65.3%、大腸がん 64.3%、糖尿病 62.2%、高脂血症 60.2%、狭心症および心筋梗塞 59.2%、肺がん 58.2%、不安神経症 54.1%、骨粗鬆症 53.1%の順位であった。これ等の疾病が増加する要因として、従来より高齢化による自然増、主に食事を中心とした生活環境の変化、大気汚染等による疾病の拡大等が考えられる。

逆に「減少する」疾病は、Ｂ型慢性肝炎およびＣ型慢性肝炎であり、それぞれ 34.7%、27.6%であった。また胃癌、子宮癌は、それぞれ 32.7%、14.3%「減少する」と回答している。なお、ＭＲＳＡ感染症は「増加する」41.8%に対し、「減少する」は 13.3%であった。

表２－２－２　疾病の治療に対する薬の貢献度集計結果

疾病名	充分に貢献している	不十分だが貢献するところはある	もっと効く薬が欲しい	効く薬がない	薬以外の治療法が主体	記述なし
エイズ	1.0%	14.3%	37.8%	53.1%	1.0%	12.2%
ヘルペス群ウィルス感染症	19.4%	32.7%	36.7%	1.0%	0.0%	17.3%
皮膚糸状菌症	11.2%	32.7%	23.5%	0.0%	0.0%	36.7%
真菌症	12.2%	33.7%	41.8%	0.0%	0.0%	19.4%
ＭＲＳＡ感染症	11.2%	31.6%	53.1%	1.0%	5.1%	10.2%
クラミディア感染症	23.5%	31.6%	18.4%	0.0%	0.0%	27.6%
カンジタ症	19.4%	38.8%	33.7%	0.0%	0.0%	16.3%
胃がん	1.0%	14.3%	35.7%	14.3%	36.7%	22.4%
大腸がん	2.0%	11.2%	35.7%	15.3%	37.8%	23.5%
肝がん	1.0%	6.1%	40.8%	16.3%	29.6%	24.5%
膵がん	1.0%	2.0%	35.7%	25.5%	32.7%	23.5%
肺がん	1.0%	6.1%	43.9%	12.2%	31.6%	23.5%
乳がん	5.1%	19.4%	33.7%	6.1%	30.6%	24.5%
子宮がん	1.0%	14.3%	29.6%	8.2%	33.7%	29.6%
前立腺がん	3.1%	17.3%	35.7%	2.0%	22.4%	33.7%
膀胱がん	1.0%	10.2%	32.7%	9.2%	24.5%	33.7%
白血病	10.2%	24.5%	39.8%	5.1%	3.1%	28.6%
子宮の良性新生物	3.1%	7.1%	12.2%	5.1%	39.8%	38.8%
糖尿病	28.6%	41.8%	15.3%	1.0%	6.1%	21.4%
糖尿病性神経障害	3.1%	13.3%	45.9%	12.2%	1.0%	28.6%
糖尿病性網膜症	2.0%	9.2%	38.8%	15.3%	15.3%	29.6%
骨粗鬆症	0.0%	23.5%	44.9%	7.1%	4.1%	24.5%
老年期痴呆	0.0%	3.1%	21.4%	49.0%	10.2%	26.5%
アルツハイマー病	0.0%	2.0%	18.4%	51.0%	7.1%	28.6%
精神分裂病	3.1%	22.4%	35.7%	8.2%	2.0%	32.7%
うつ症	6.1%	24.5%	35.7%	4.1%	4.1%	29.6%
不安神経症	7.1%	25.5%	30.6%	3.1%	7.1%	31.6%
てんかん	14.3%	35.7%	21.4%	2.0%	0.0%	28.6%
パーキンソン病	4.1%	24.5%	39.8%	4.1%	1.0%	33.7%
自律神経障害	2.0%	18.4%	44.9%	2.0%	4.1%	32.7%
多発性硬化症	0.0%	3.1%	30.6%	29.6%	2.0%	38.8%
神経筋障害及びミオパシー	0.0%	3.1%	39.8%	21.4%	1.0%	38.8%
本能性高血圧症	36.7%	32.7%	8.2%	0.0%	5.1%	25.5%
高脂血症	19.4%	39.8%	19.4%	0.0%	9.2%	25.5%
狭心症	15.3%	46.9%	12.2%	1.0%	8.2%	27.6%
心筋梗塞	5.1%	45.9%	16.3%	5.1%	14.3%	25.5%
不整脈	14.3%	42.9%	22.4%	0.0%	2.0%	23.5%
くも膜下出血	1.0%	7.1%	19.4%	23.5%	32.7%	30.6%
脳出血	1.0%	11.2%	28.6%	17.3%	22.4%	29.6%
脳梗塞	1.0%	13.3%	37.8%	18.4%	7.1%	29.6%
アレルギー性鼻炎	5.1%	38.8%	35.7%	0.0%	1.0%	26.5%
気管支喘息	11.2%	39.8%	34.7%	1.0%	1.0%	23.5%
アトピー性皮膚炎	2.0%	27.6%	43.9%	4.1%	2.0%	28.6%
じょく瘡	2.0%	20.4%	34.7%	6.1%	20.4%	27.6%
慢性関節リウマチ	2.0%	18.4%	49.0%	4.1%	5.1%	29.6%
変形性関節症	1.0%	12.2%	34.7%	11.2%	16.3%	32.7%
ＳＬＥ	5.1%	21.4%	43.9%	4.1%	1.0%	29.6%
腰痛症	3.1%	20.4%	34.7%	6.1%	23.5%	31.6%
消化性潰瘍	53.1%	22.4%	8.2%	0.0%	0.0%	20.4%
肝硬変	0.0%	9.2%	32.7%	38.8%	2.0%	22.4%
Ｂ型慢性肝炎	3.1%	17.3%	45.9%	17.3%	0.0%	22.4%
Ｃ型慢性肝炎	1.0%	19.4%	43.9%	20.4%	0.0%	21.4%
慢性肝炎	0.0%	13.3%	44.9%	19.4%	2.0%	25.5%
ネフローゼ症候群	4.1%	23.5%	36.7%	11.2%	2.0%	29.6%
慢性糸球体胃炎	0.0%	10.2%	42.9%	17.3%	1.0%	33.7%
慢性腎不全	0.0%	11.2%	30.6%	19.4%	23.5%	30.6%
前立腺肥大症	3.1%	28.6%	31.6%	4.1%	7.1%	34.7%
尿失禁／頻尿	2.0%	16.3%	37.8%	10.2%	6.1%	32.7%
緑内障	3.1%	22.4%	22.4%	4.1%	17.3%	39.8%
白内障	1.0%	10.2%	19.4%	13.3%	39.8%	36.7%

表２－２－３　2005年疾病動向

疾病名	増加する	変わらない	減少する	記述なし
エイズ	80.6%	5.1%	3.1%	11.2%
ヘルペス群ウィルス感染症	24.5%	52.0%	2.0%	21.4%
皮膚糸状菌症	11.2%	43.9%	4.1%	40.8%
真菌症	27.6%	46.9%	2.0%	23.5%
ＭＲＳＡ感染症	41.8%	29.6%	13.3%	15.3%
クラミディア感染症	27.6%	36.7%	3.1%	32.7%
カンジタ症	24.5%	53.1%	1.0%	21.4%
胃がん	6.1%	39.8%	32.7%	21.4%
大腸がん	64.3%	13.3%	0.0%	22.4%
肝がん	41.8%	25.5%	8.2%	24.5%
膵がん	39.8%	36.7%	0.0%	23.5%
肺がん	58.2%	16.3%	1.0%	24.5%
乳がん	42.9%	28.6%	1.0%	27.6%
子宮がん	17.3%	36.7%	14.3%	31.6%
前立腺がん	34.7%	28.6%	0.0%	36.7%
膀胱がん	22.4%	40.8%	0.0%	36.7%
白血病	14.3%	54.1%	1.0%	30.6%
子宮の良性新生物	8.2%	51.0%	3.1%	37.8%
糖尿病	62.2%	11.2%	1.0%	25.5%
糖尿病性神経障害	44.9%	19.4%	3.1%	32.7%
糖尿病性網膜症	44.9%	20.4%	2.0%	32.7%
骨粗鬆症	53.1%	16.3%	1.0%	29.6%
老年期痴呆	65.3%	8.2%	0.0%	26.5%
アルツハイマー病	50.0%	21.4%	0.0%	28.6%
精神分裂病	15.3%	51.0%	0.0%	33.7%
うつ症	40.8%	26.5%	0.0%	32.7%
不安神経症	54.1%	13.3%	0.0%	32.7%
てんかん	1.0%	67.3%	0.0%	31.6%
パーキンソン病	18.4%	44.9%	0.0%	36.7%
自律神経障害	35.7%	28.6%	0.0%	35.7%
多発性硬化症	1.0%	58.2%	0.0%	40.8%
神経筋障害及びミオパシー	3.1%	56.1%	0.0%	40.8%
本能性高血圧症	30.6%	35.7%	4.1%	29.6%
高脂血症	60.2%	8.2%	2.0%	29.6%
狭心症	59.2%	8.2%	2.0%	30.6%
心筋梗塞	59.2%	9.2%	2.0%	29.6%
不整脈	32.7%	37.8%	0.0%	29.6%
くも膜下出血	18.4%	50.0%	0.0%	31.6%
脳出血	15.3%	40.8%	13.3%	30.6%
脳梗塞	36.7%	30.6%	2.0%	30.6%
アレルギー性鼻炎	45.9%	24.5%	1.0%	28.6%
気管支喘息	42.9%	32.7%	0.0%	24.5%
アトピー性皮膚炎	46.9%	22.4%	1.0%	29.6%
じょく瘡	28.6%	35.7%	6.1%	29.6%
慢性関節リウマチ	8.2%	60.2%	0.0%	31.6%
変形性関節症	32.7%	33.7%	0.0%	33.7%
ＳＬＥ	1.0%	67.3%	1.0%	30.6%
腰痛症	42.9%	25.5%	0.0%	31.6%
消化性潰瘍	27.6%	43.9%	5.1%	23.5%
肝硬変	28.6%	35.7%	11.2%	24.5%
Ｂ型慢性肝炎	9.2%	33.7%	34.7%	22.4%
Ｃ型慢性肝炎	20.4%	29.6%	27.6%	22.4%
慢性肝炎	15.3%	43.9%	14.3%	26.5%
ネフローゼ症候群	4.1%	63.3%	1.0%	31.6%
慢性糸球体胃炎	2.0%	58.2%	4.1%	35.7%
慢性腎不全	18.4%	48.0%	0.0%	33.7%
前立腺肥大症	32.7%	31.6%	0.0%	35.7%
尿失禁／頻尿	36.7%	31.6%	0.0%	31.6%
緑内障	7.1%	53.1%	0.0%	39.8%
白内障	35.7%	26.5%	0.0%	37.8%

2） 2005年に重要と思われる疾病と望まれる対応

近未来においてどのような疾病が重要となり、また、その疾病に対し具体的に望まれる対応はどのようなものがあるかを調査した。

①2005年に重要と思われる疾病

表2-2-4に示すように、エイズ、老年期痴呆、肺がん、心筋梗塞、糖尿病、アルツハイマー病、ＭＲＳＡ感染症の順であった。これ等の疾病は、いわゆる高齢化社会や食事の変化、大気汚染等の生活環境の変化に伴うものであり、エイズ、ＭＲＳＡの感染症対策等、現時点で既に検討されている医療上の課題が2005年においても、より大きな問題となってくることが浮彫にされている。

表２－２－４

2005年に重要と思われる疾病

順位	回答数	疾病名
1	30	エイズ
2	28	老年期痴呆
3	23	肺がん
4	17 17	心筋梗塞 糖尿病
6	14	アルツハイマー病
7	10	ＭＲＳＡ感染症
8	9 9 9	乳がん アトピー性皮膚炎 骨粗鬆症
11	8	大腸がん
12	7	膵がん
13	6 6	脳梗塞 肝硬変

②重要と思われる理由と望まれる対応

表2-2-5に示すように、がん特に肺がん、大腸がん、膵がんは、急速な増加がみられることが考えられる。「望まれる対応」としては、進行がんは、まだまだ外科手術による治療が多いことより、早期検診、早期発見が必須とされ、しかもより負担の少ない検査が求められている。また、有効な薬剤の開発、遺伝子療法、癌抑制遺伝子の応用等、さらに、ＱＯＬについての意見も多かった。なお、肺がんについては、禁煙の普及およびそのための教育、ディーゼルエンジン車の排気ガス規制を含めた大気汚染の防止等の提案が多かった。老年期痴呆は「重要となることの理由」として、高齢化社会での増加、治療する方法がないことがあげられ、その「対応」としては、在宅でのケアシステムの充実、原因の解明と治療薬の開発が主であった。エイズについては「理由」として、罹患者の急増をあげ、「対応」としては予防目的の教育、検査のルーチン化、ワクチンを含む薬の開発であった。クラミディア感染症では、若い女性の間で確実に増えており、不妊の原因となるが「理由」としてあげられ、性教育、特に女子に対する疾病の教育が「対応」策として重要だとしている。

3） 新薬への期待

2005年に望まれる薬の性能に関して、疾病名と望まれる効能、効果について考えられる上位5つ以内についての回答結果を表2-2-6～8にまとめた。

疾病名からみると、表2-2-6に示すように、エイズが28件で最も多い。次いで老年期痴呆、乳がん、アルツハイマー病の順であった。これを疾病分野別に分類した結果は、表2-2-7の通りで、第1位のがんは、75件で特出していた。なお、「望まれる効能、効果」については、表2-2-8に示す。

表２－２－５　重要と思われる理由と望まれる対応

疾病名	重要と思われる理由	望まれる対応
エイズ	・日本でも爆発的に増加する。 ・感染すると高率に発症し死に到る ・社会問題となる	・青少年に対する予防教育 ・ＡＲＣよりＡＩＤＳに移行させない薬 ・ＨＩＶのルーチン検査
老年期痴呆	・高齢化社会で確実に増加し、社会問題化する ・治療法がない ・受入施設や看護の問題が表面化する	・社会施設およびケアシステムの整備 ・予防法、原因の究明、薬の開発 ・在宅サポートシステム
肺がん	・増加している ・がんの中で死因のトップになる	・煙草の害毒の徹底した教育 ・ディーゼルエンジン車の排ガス規制などの大気汚染防止 ・早期発見と治療法の確立
心筋梗塞	・高齢化社会で増加する ・食生活の欧米化で増加する	・急性発症時の内科・外科の治療の体系的連携 ・副作用のない血栓溶解剤開発 ・動脈硬化を遷延させる薬開発 ・予防としての栄養、運動などの教育
ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ病	・高齢化により確実に増加 ・医療費、家族の負担増	・病因の解明 ・予防法、治療薬の開発 ・患者の尊厳を失わない介護
MRSA感染症	・院内感染は根治できない	・術後感染予防投与に関する再検討 ・抗生物質乱用防止の教育及び厳重な管理
乳がん	・増加している	・検診、自己触診の指導の徹底 ・骨転移機構解明・治療法確立によるＱＯＬの改善
ｱﾄﾋﾟｰ性皮膚炎	・患者数が多く、年々増加。成人でも増加している ・根治療法が未確定である	・良く効く非ステロイド剤の開発
骨粗鬆症	・高齢化社会での患者の急激な増加が予想される ・寝たきりの原因となる	・予防としての骨塩量測定の定期検診化 ・どこまでが正常な老化でどこからが異常かの鑑別診断技術の確立 ・青年期より教育、食生活の見直し、更年期に対する積極的取組 ・転倒防止のための住環境整備
大腸がん	・現在確実に増加中で、21世紀消化器外科の中心となる	・早期発見のためにも、もっと手軽に行える大腸内視鏡の開発 ・早期診断、住民検査の普及
膵がん	・現在は進行型が多く、治療可能例が少ない ・細胞の悪性度、診断、治療が困難なこと	・早期発見のための腫瘍マーカーの開発
脳梗塞	・高齢化に伴い増加	・動脈硬化の予防・糖尿病、高血圧、高脂血症の予防医学の発展 ・リハビリテーションの充実
肝硬変	・不可逆性の疾患である ・アルコール摂取の増加 ・Ｃ型、Ｂ型肝炎ウィルス保有者の延命	・進行を抑制する治療法の開発
男性不妊症	・有効な薬がない	・顕微鏡受精法の安全性と有効性の確立
更年期障害	・ＱＯＬの高まりを求める度合いが高まっている	・エストロゲンを中心としたホルモン補充療法
胆石症	・増加が予想される	・胆嚢機能を残し治療の有効な薬剤
慢性膵炎	・アルコール摂取の増加に伴って増加	・若年者のアルコール常飲防止のための自動販売機撤去
結核症	・老人、糖尿病、エイズの増加。外国人の流入	・耐性菌に対する対策

表２－２－６　新薬への期待(1)

順位	回答数	疾病名
1	28	エイズ
2	22	老年期痴呆
3	11	乳がん
4	10	アルツハイマー病
5	9	大腸がん
	9	肺がん
	9	心筋梗塞
8	7	膵がん
	7	白血病
	7	狭心症
	7	Ｃ型慢性肝炎
12	6	胃がん
	6	骨粗鬆症
	6	肝硬変
15	5	精神分裂症
	5	不整脈
	5	気管支喘息

表２－２－７　新薬への期待(2)

順位	回答数	疾病分野
1	75	がん
2	32	老年期痴呆(ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ病を含む)
3	28	エイズ
4	22	糖尿病（糖尿病性神経症を含む）
5	16	心筋梗塞及び狭心症
	16	Ｂ、Ｃ型慢性肝炎及び肝硬変
7	9	気管支喘息及びアトピー性皮膚炎
8	6	骨粗鬆症
9	5	脳梗塞及び脳出血
10	5	精神分裂症

表２－２－８　新薬への期待(3)

順位	疾病名	望まれる効能、効果
1	エイズ	・抗ＨＩＶ剤及びワクチンで効果が確実で副作用の少ないもの ・進行を止めるだけでもよい
2	老年期痴呆	・軽症の時に進行を止める薬剤 ・予防できる薬 ・記憶機能に有効な薬剤
3	乳がん	・切除術に勝る抗がん剤 ・再発例に対するホルモン薬 ・骨転移巣を標的とする薬 ・ＬＨ－ＲＨアゴニスト、アロマターゼインヒビターそれぞれ閉経後のホルモン療法として期待される
4	ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ病	・基本症状に効果のあるもの
5	大腸がん	・隣接臓器に浸潤するがんに対するneoajuvant therapyが有効な薬 ・再発防止になる薬剤 ・シスプラチンの適応拡大
	肺がん	・腺がん、未分化がんに病巣の縮小ならびに延命効果のあるもの ・全てのタイプに一次効果が期待できる薬剤 ・ＱＯＬを下げずに腫瘍縮小効果のよい薬剤
	心筋梗塞	・出血性副作用を起こさない。血栓のみを溶解する薬剤
8	膵がん	・がんとの共存でもよいが、生命を脅かさない程度の、発育をおさえる薬剤
	白血病	・前骨髄球性白血病に使用されているＡＴＲＡのような分化誘導できる薬剤 ・通常の治療後に、残存している白血病細胞を撲滅できる薬剤 ・ＡＭＬに対して治療効果のある薬剤
	狭心症	・エストロゲンの抗動脈作用を持つ薬
	Ｃ型慢性肝炎	・Ｃ型肝炎ワクチン ・インターフェロン以上の効果ある薬剤 ・肝硬変への移行を阻止し、肝がんの発生を抑える薬剤
12	胃がん	・スキルスがんに特に有効な抗がん剤 ・末期がんでも投与により治療が期待される薬剤
	骨粗鬆症	・副作用（性器出血、子宮内膜症、乳がんのリスク）のないホルモン剤 ・予防する薬、骨量を増加させる薬
	肝硬変	・肝細胞の再生に効果的な薬剤
15	精神分裂症	・殺人や傷害指向などの感情を確実に抑制する薬剤
	不整脈	・催不整脈作用のない抗不整脈剤 ・発作性心室性頻拍、発作性心房細動に有効な薬剤
	気管支喘息	・ステロイドに勝る抗炎症効果を持ち、副作用の少ない薬 ・抗体産生を確実に抑える薬剤 ・発作を起こす素因を減弱する薬剤

4） 効果的な治療に対する障害

医療をとりまく社会的基盤を中心に、現状および2005年頃にはどのようになるかを予測し、さらに、個別の疾病において、どのような要因が影響しているのかを調査した。その結果を表2-2-9に示す。

現在の障害の程度を要因別にみると「病因の解明されていない難病の存在」、「特異的治療法（薬）が未開発」、「早期診断の困難な疾病がある」は、それぞれ「障害になっている」が84.7、75.5、68.4%と高く、さらに「多少の障害がある」を加えると、それぞれ94.9、91.8、94.9%が障害ありと認識をしている。また、「医療費抑制による圧力」、「支払基金による制限」、「病院経営上の問題」、「スタッフの問題」は、それぞれ56.1、53.1、51.0、44.9%が「障害となっている」とし、これ等は「多少の障害がある」を加えると、それぞれ94.9、93.9、89.8、90.8%で、ほぼ全員が現時点で障害があると感じている。

一方、2005年頃については、技術的要因としての「早期診断の困難な疾病がある」、「特異的治療法（薬）が未開発」、「病因の解明されていない難病の存在」が改善されてくるは、それぞれ75.4、71.4、55.1%と高く、技術的進歩については比較的楽観的にみている。それに対して、経済的な要因としての「医療費抑制による圧力」、「支

表２－２－９　効果的な治療に対する障害

要因	現在			2005年頃			
	障害になっている	多少の障害がある	障害はない	より障害となる	現状と同じ	改善されてくる	改善され障害がなくなる
病因の解明されていない難病の存在	83 84.7%	10 10.2%	1 1.0%	7 7.1%	32 32.7%	54 55.1%	0 0.0%
早期診断の困難な疾病がある	67 68.4%	26 26.5%	3 3.1%	4 4.1%	16 16.3%	73 74.5%	1 1.0%
特異的治療法（薬）が未開発	74 75.5%	16 16.3%	3 3.1%	5 5.1%	7 7.1%	16 16.3%	70 71.4%
高度医療機関でも外来診療を行っている	14 14.3%	42 42.9%	36 36.7%	5 5.1%	52 53.1%	29 29.6%	4 4.1%
病院経営上の問題	50 51.0%	38 38.8%	6 6.1%	45 45.9%	42 42.9%	4 4.1%	0 0.0%
スタッフの問題	44 44.9%	45 45.9%	3 3.1%	28 28.6%	43 43.9%	18 18.4%	2 2.0%
支払基金による制限	52 53.1%	40 40.8%	2 2.0%	51 52.0%	36 36.7%	5 5.1%	0 0.0%
医療費抑制による圧力	55 56.1%	38 38.8%	4 4.1%	64 65.3%	22 22.4%	6 6.1%	1 1.0%
患者の無理解	16 16.3%	67 68.4%	10 10.2%	8 8.2%	48 49.0%	32 32.7%	1 1.0%
社会の無理解	25 25.5%	60 61.2%	7 7.1%	13 13.3%	40 40.8%	35 35.7%	1 1.0%

払基金による制限」、「病院経営上の問題」は、より障害となるが、それぞれ65.3、52.0、45.9%となり、「現状と同じ」まで含めると、それぞれ 87.7、88.7、88.8%と大多数が悲観的な見方をしている。

特定疾病においては、効果的な治療に対する障害の原因について合計 56 件（複数回答可）の回答があった。

がんに対する回答が最も多く、「早期診断の困難さ」が 12 件、「特異的治療法（薬）がないこと」9 件、「患者の無理解」4 件、「社会の無理解」3件が主な障害とされていた。それ等は 2005 年頃には約半数が「改善されてくる」としていることから、楽観、悲観が半々ということであろうか。

老年期患者については「特異的治療がない」が全例で、「社会の無理解」4 件、「難病である」とするもの3件、「病院経営の問題」が2件であり、これは社会的要因が主な障害とされていた。糖尿病では「患者の無理解」が第一位であり、次いで「特異的治療薬がないこと」があげられた。

エイズについては「特異的治療薬ないこと」が一位で、次いで「社会の無理解」であった。アルツハイマー病は「難病としての認識」と同時に「特異的治療薬がないこと」があげられ、気管肢喘息では「治療薬の不在」があげられた。特異的なものとしてＭＲＳＡについては「病院経営上の問題」と2件の指摘があり、人為的な疾病としての認識では一致していた。

5）　診断方法に対するニーズ

診断と治療は効果的治療における車の両輪であり、どのような疾病に対して、どのような具体的な診断方法の改善点があるかを調査した。その結果を表 2-2-10 および表 2-2-11 に示す。

表２－２－10　診断方法に対するニーズ

順位	回答数	疾病名
1	14	肺がん
	14	心筋梗塞
3	11	膵がん
4	10	大腸がん
5	7	糖尿病
	7	骨粗鬆症
7	6	乳がん
	6	老年期痴呆
	6	アルツハイマー病
	6	狭心症

回答件数は肺がん、心筋梗塞がともに14件で最も多く、次いで膵がん、大腸がんであった。なお、7位の乳がんを含めると、がんに関する回答が上位を占めており、早期診断、侵襲のより少ない診断法の開発、特に画像診断に対する期待は大きい。心筋梗塞では、発病後の早期診断が可能な非観血的冠動脈の血行動態測定、レーザーCT 等の血管外診断の開発が望まれる。糖尿病、骨粗鬆症はともに7件で、前者には非観血的測定装置、後者では簡便な骨塩量測定機器等進行具合がチェックできる方法が、また老年期痴呆およびアルツハイマー病については早期発見方法、進行具合の測定方法の開発、他の痴呆との鑑別診断方法の開発が望まれる。少数回答では、子宮内膜症について簡便な腹腔鏡、ＭＲＳＡには培養結果を待たずに判定できる試験紙、B、C型肝炎にはbiopsy以外の進行度をみる指標、腎不全には簡便で反覆可能なＧＦＲ測定法、高血圧には日常生活を阻害しないポータブル血圧測定装置、クラミジアには抗原抗体検査法、真菌症には深部感染症を正確に診断する方法、慢性腎炎には障害の程度を簡便に測定できる方法、ＳＬＥには特異的血液学的診断用マーカー、精神分裂症の再発予測方法、先天性胆道閉鎖症には肝生

検以外の侵襲の少ない検査法、低栄養状態への栄養状態改善の指標、神経芽細胞腫には残存腫瘍（骨髄内）のより確実な診断法、不妊症には検査所見が正常である不妊症の検査法等であった。

表２－２－11　診断方法に関する具体的改善内容

疾病名	具体的な改善内容
肺がん	・喀痰細胞診を上回る診断薬 ・silent,occult type のものを早期診断できる方法 ・胸部Ｘ－Ｐでもわからないくらい小さい癌を血液検査で発見する方法の開発 ・気管支鏡のより侵襲の少ない確診法の開発
心筋梗塞	・梗塞部心筋が生存しているかの判定法 ・発症後、早期診断が可能な非観血的冠動脈能測定法
膵がん	・特異的腫瘍マーカーの開発 ・高い解像度をもつ画像診断法
大腸がん	・大腸鏡より簡便で便潜血より確実な診断法 ・ＣＥＡ、ＣＡ１９－９よりも精度のよい体外診断法 ・注腸造影にかわって座薬での造影 ・便ヒトＨｂにかわる簡便な診断薬
糖尿病	・非観血的血糖測定装置 ・合併症の出現を調べる診断薬 ・糖負荷試験を必要としない簡便な方法 ・グリコヘモグロビン、フルクトサミンよりも近い過去の血糖コントロール指標
骨粗鬆症	・骨の立体画像処理 ・病状と骨粗鬆症の程度と相関する診断法
乳がん	・集団検診時、多人数受診者に触診せずに診断可能な画像診断法 ・小さい腫瘤を確実に摂取できる needle biopsy 機具
老年期痴呆	・ニューロン活性の簡便な定量的測定法、血液学的マーカー ・脳血流、脳代謝状態の簡単な測定法
アルツハイマー病	・他の Dementia との鑑別ができる特異的診断法
狭心症	・心カテより簡便な検査法 ・冠動脈硬化のより簡単な測定法

６）　新規診断並びに治療方法に対する期待度

表 2-2-12 に示すように、「非常に進歩する」と期待される診断技術は、遺伝子診断が57.1%で最も高く、次いで高精度三次元画像診断および低（無）侵襲診断法が、それぞれ53.1、50.0%であった。治療においては、人工臓器等生体代替材料の利用が 40.8%で最も高く、次いで遺伝子治療 29.6%、ＤＤＳ医薬 26.5%、臓器、細胞移植は 22.4%であった。介護支援知能システム、低侵襲性手術支援システムは 18.4%、20.4%と相対的に低かった。

なお、具体的な開発要望内容については、表 2-2-13 に示す。

表２－２－12　新規診断並びに治療方法に対する期待度(N=98)

項目	非常に進歩	まずまずの進歩	それ程進歩しない	わからない	記述なし
低（無）浸撃診断法	49 50.0%	38 38.8%	3 3.1%	2 2.0%	6 6.1%
遺伝子診断	56 57.1%	26 26.5%	8 8.2%	2 2.0%	6 6.1%
留置型バイオセンサー	23 23.5%	33 33.7%	11 11.2%	18 18.4%	13 13.3%
高精度三次元画像診断	52 53.1%	35 35.7%	2 2.0%	1 1.0%	8 8.2%
患者個人の検査情報の光カード等による蓄積	30 30.6%	37 37.8%	17 17.3%	6 6.1%	8 8.2%
臓器、細胞移植	22 22.4%	47 48.0%	19 19.4%	3 3.1%	7 7.1%
人工臓器等生体代替材料の利用	40 40.8%	37 37.8%	12 12.2%	3 3.1%	6 6.1%
遺伝子治療	29 29.6%	42 42.9%	15 15.3%	5 5.1%	7 7.1%
ＤＤＳ（ﾄﾞﾗｯｸﾞ ﾃﾞﾘﾊﾞﾘｰｼｽﾃﾑ）医薬	26 26.5%	38 38.8%	9 9.2%	17 17.3%	8 8.2%
介護支援知能システム	18 18.4%	39 39.8%	19 19.4%	9 9.2%	13 13.3%
低浸撃手術支援システム	20 20.4%	40 40.8%	15 15.3%	12 12.2%	11 11.2%

表２－２－13　新規診断並びに治療方法に関する具体的な開発要望内容

項目	具体的な開発要望
低(無)侵襲性診断法	・血管造影の疼痛緩和 ・冠状動脈の狭搾度を低侵襲で ・ＥＳＲ　ＣＴの開発 ・冠動脈硬化発生、進行度のチェック
遺伝子診断	・がんの悪性度の術前診断、手術方法決定への応用 ・心筋梗塞のリスク判断 ・突発性心筋症＆先天性心奇形の診断 ・発がんリスク診断
留置型バイオセンサー	・人工膵臓の超小型への応用 ・ＤＨ等にＩＣＤＣ除細動にもっと手軽なもの
高精度三次元画像診断	・動脈閉塞部の精密な描出ができる ・冠状動脈の狭窄度の三次元診断 ・１日８時間あたり２０名程度の処置能力があること
患者個人の検査情報の光カード等による蓄積	・受付でのカルテだし、会計等の頻雑さの改善 ・統一規格でどこでも利用できるように
臓器、細胞移植	・自己臓器細胞を体外で培養し、一定の大きさしてに自己に返す ・幹細胞増殖法 ・動物臓器、細胞を使った移植
人工臓器等生体代替材料の利用	・人工子宮による極小未熟児の保育
遺伝子治療	・臓器特異的なベクターの開発 ・糖尿病、高血圧症への応用
ＤＤＳ医薬	・ホルモン補充療法は長期にわたるので簡便な製剤 ・インシュリン注射の簡便投与法
介護支援知能機器	・より自然に近い呼吸器 ・排尿、排便に対するもの ・留置型センサーと通信機能のドッキング
低侵襲手術支援システム	・電気メスの改善、開瘡器の工夫 ・自動縫合器で、ディスポでなく繰り返し使える安価なもの

7） 予防診断に対するニーズ

病気になってから治療するより病気になるのを、または重篤となるのを未然に防ぐのが医療経済に対し効果的であるとの観点から、予防的診断5項目について調査した。その結果を表2-2-14に示す。

「必要になると思う」は「予防的診断の必要性」が82.7%で最も高く、次いで予防的診断の「保険適用」72.8%、「家庭内検査の病院診療適用」67.4%、「遺伝子疾患の誕生前診断」60.2%であった。しかし、「家庭内検査による予防的診断」については「必要ない」が33.7%と、他に比べ高かった。

表２－２－14　予防診的診断に対するニーズ（%）

項目	必要になると思う	必要ない	その他	記述なし
予防的診断の必要性	82.7	10.2	5.1	2.0
予防的診断の保険適用	72.9	17.3	8.6	1.2
遺伝子疾患の誕生前診断	60.2	17.3	17.3	5.1
家庭内検査による予防的診断	46.9	33.7	11.2	8.2
家庭内検査の病院診療適用	67.4	23.9	4.3	4.3

①予防的診断の必要性

「理由や根拠」については、表2-2-15に示すように、治療よりも発病を未然に防ぐこと、また早期診断、早期発見が健康管理の基本であり、医療費の節減にもつながるとの回答が多かった。

一方、全てを知ることが個人の幸せにつながるか、社会的にどう対応するか、利用の仕方に制限が必要との理由もあった。

表２－２－15　予防的診断の必要性

可否	理由や根拠
必要	・prevention is better than are ・予防的見地よりみれば究極の予防法 ・がん検診でもハイリスク、ローリスクグループで検査項目をかえれる ・成人病で遺伝子的要因を知れれば効果的治療が行える。 ・ＡＩＤＳ、肺がん、老人性痴呆は早期の予防的診断必要 ・がん、動脈硬化、骨粗鬆症では遺伝的素因があると思われる ・治療より国民経済よりみて利あり
必要ない	・全てを知ることが個人の幸せにつながるか問題 ・特殊な遺伝子疾患を除き不要、過度になると社会的影響が大きい
その他	・治療法の伴うものでなければいけない。人権の問題があり慎重に ・利用の仕方に制限を、限られた病疾のみにしないと社会的に問題

②予防的診断の保険適用

「必要になると思う」が72.8%で大多数であった。その理由は、予防が行えれば全体的な医療費を抑制できる、対象が多数である、検査費用が高額またはルーチンになると個人負担では不可能、保険という経済的裏付けがないと普及しない等々であった。一方、個人が将来の疾患を予想するのだから、個人負担でよい、どんどん保険支払がふくらみ保険制度が危機になるとの理由もあった。

③遺伝子疾患の誕生前診断について

「必要になると思う」が 60.2%、「必要ない」17.3%、「その他」17.3%であった。「理由や根拠」については、表 2-2-16 に示す。表以外にも誕生前に診断できれば対策が早いうちにたてやすい、特に先天性疾患および代謝性疾患では、みすみす有病者を誕生させるべきではない。誕生前診断をしないと、訴訟問題が発生する等であった。一方、「必要ない」の理由としては、人として命を与えられれば全て生まれ出る権利を有する。診断はできても治療法に大きな発展が期待できない、また、コストが高い割には頻度は少なく、有効性も少ない等であった。なお、本設問についてはわからないとの回答が非常に多かった。

④家庭内検査による予防的診断について

「必要になると思う」が 58.8%、「必要ない」29.4%、「その他」11.8%であった。「必要になると思う」の理由として、疾病の発生予防に効果を期待するものおよび検査を行うことにより医療費の削減ができるとの回答が多かった。現に尿のラスタイプや血圧測定は行われている。また、将来簡便な検査法が開発されることへの期待や成人病について家庭内での自己管理が主体となるとする意見もあった。「必要ない」の理由としては、家庭内でできる程簡単なものではない、誤った知識によるトラブルが増加することを懸念するものが多く、次いで倫理面での整備ができていない等であった。

表２－２－16　遺伝疾患の誕生前診断

可否	理由・根拠
必要になると思う	・治療法が確立していることが前提、中絶のためなら不必要 ・事実を知った上での判断 ・重大な遺伝的異常の出生前チェックの目的、倫理面の配慮が必要 ・新生児の生後のハンデキャップ除去のためにも必要 ・すでにいくつかの遺伝性疾患には行われており、抵抗ない ・疾病によっては、家族、社会の負担となり中絶の対象となる
必要ない	・診断されても治療法に大きな発展が期待されない ・人として命を与えられれば全て生まれ出る権利を有する
その他	・望ましいとは思うが、倫理問題とからみて社会的コンセンサスが得られない ・特定の患者に限定される必要がある。プライバシー保護のため

⑤家庭内検査の病院診療適用について

賛成 60.0%、反対 35.0%、その他 5.0%であった。賛成の多数は、本来病院で行うべきものを家庭で行っているのだから病院診療の一環として扱うべきということで、対象検査は糖尿病、高脂血症、妊娠反応、子宮頸部細胞診、尿蛋白、糖定性、血圧、便潜血、腫瘍マーカー、乳頭分泌物等があげられた。一方、反対としては、医療費の高騰、プライバシーの確保、希望者だけでよいのではないか等であった。

８）　患者のための対応課題

最近の医療は、病気を治すのではなく患者を癒すとよくいわれる。また、ＱＯＬ、アメ

ニティー等の言葉に代表される患者を中心とした医療体制づくりも望まれている。そこで、患者のために是非必要と思われる事柄について調査した。結果を表 2-2-17 および表 2-2-18(自由意見)に示す。

現状においては、病気をしっかりと治療させたい、もっと短期に治したいは「実行している」および「実行したい」を加えると、それぞれ 89.7%、77.5%と非常に高い。患者のＱＯＬをもっとよくしたいも「実行している」と「したい」を加えると 85.7%と高い。一方、問診にもっと時間をかけたい、アポイント制を確立、施設をきれいにしたい、入院食を改善したいについては「やりたいがゆとりがない」が 40%前後であった。

2005 年頃には、問診時間は「実現している」および「現在より進歩している」を加えると 39.8%、「変わらない」が 48.0%で、現状と余り変わらないと思われる。アポイント制、施設、入院食は「実現している」と「進歩している」を加えると、それぞれ 66.4%、70.4%と高くなる。介護について現在はゆとりがないが、将来は良くなるという見通しがうかがえる。

電話について、現状では「あまり必要でない」が 29.6%、将来でも「今と変わらない」が 49.0%であった。もっと安価に治療したいでは現在でも「あまり必要でない」「必要と思わない」を加えると、現状は 24.5%であり、将来も「今より悪くなっている」が 30.6%と見通しは暗い。

表２－２－17　患者のための対応課題(1)

課　題	現状					2005年頃			
	非常に必要であり実行している	必要でありできるだけ実行したい	やりたいがゆとりがない	あまり必要でない	必要と思わない	実現している	現在より進歩している	今と変わりない	今より悪くなっている
問診にもっと時間をかけたい	8 8.2%	50 51.0%	37 37.8%	0 0.0%	0 0.0%	8 8.2%	31 31.6%	47 48.0%	8 8.2%
アポイント制を確立	18 18.4%	30 30.6%	36 36.7%	7 7.1%	2 2.0%	18 18.4%	47 48.0%	26 26.5%	1 1.0%
病気をしっかりと治癒させたい	22 22.4%	66 67.3%	7 7.1%	0 0.0%	0 0.0%	8 8.2%	66 67.3%	18 18.4%	3 3.1%
もっと短期に治したい	7 7.1%	69 70.4%	8 8.2%	7 7.1%	0 0.0%	5 5.1%	65 66.3%	22 22.4%	0 0.0%
患者のＱＯＬをもっと良くしたい	12 12.2%	72 73.5%	11 11.2%	1 1.0%	0 0.0%	9 9.2%	68 69.4%	18 18.4%	1 1.0%
介護に重点を置きたい	2 2.0%	28 28.6%	52 53.1%	7 7.1%	0 0.0%	3 3.1%	60 61.2%	25 25.5%	3 3.1%
施設をきれいにしたい	5 5.1%	42 42.9%	42 42.9%	2 2.0%	0 0.0%	6 6.1%	59 60.2%	23 23.5%	4 4.1%
欧米のように大部屋でも各ベットに電話をつける	0 0.0%	10 10.2%	44 44.9%	29 29.6%	11 11.2%	7 7.1%	34 34.7%	48 49.0%	2 2.0%
入院食を改善したい	5 5.1%	44 44.9%	38 38.8%	5 5.1%	1 1.0%	11 11.2%	58 59.2%	21 21.4%	2 2.0%
もっと安価で治療したい	0 0.0%	37 37.8%	30 30.6%	18 18.4%	6 6.1%	2 2.0%	20 20.4%	37 37.8%	30 30.6%

表２－２－18　患者への対応課題(2)

課　題	内　容
ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞｺﾝｾﾝﾄ	・欧米並にインフォームドコンセントを確立する ・インフォームドコンセント等患者の人権を守れる医療の保障
ＱＯＬ	・末期がん患者のＱＯＬ向上及び本人への告知と残りの人生の生活指導 ・ＱＯＬと共に存命率についての討議・研究を
アメニティ	・待ち時間が少なく充分に問診できる外来 ・アポイント制の確立 ・大部屋から二人部屋あるいは個室へ ・入院中の食事と家庭の食事の隔たりを少なく ・院内学級の整備 ・在宅死亡ができるような支援医療体制の確立
医療情報	・病状説明の簡略化とマニュアル化 ・他院での併診のデータが引き出せるシステム ・パソコン通信、ＦＡＸを使っての家庭と病院との対話
パラメディカル	・パラメディカルスタッフとのコミュニケーションの改善 ・患者を支えるスタッフのネットワーク作り
医療制度	・もっと短期に安価で治療したい。 ・術後合併症をたくさん作った場合の方が儲かる医療は異常 ・病診連携の確立、大学病院に高度医療機関として紹介制で

９）　患者の立場に関する対応方法

①患者の立場に関する対応方法

最近の医療は、患者の立場に立った医療が要求されている。そこで、特に近年トピックスになっている事項をあげ、その必要度について調査した。

表 2-2-19 に示すように、全体の中で「ぜひ必要である」という評価が40%以上は、末期医療、アメニティー、介護体制の 3 項目であった。これ等は「必要である」まで加えると約 95%で、ほぼ全員が必要であるとの認識であった。

表２－２－19　患者の立場に関する対応方法(1)

項目	ぜひ必要である	必要である	あまり必要でない	必要と思わない	わからない	記述なし
告知	31 31.6%	50 51.0%	11 11.2%	0 0.0%	5 5.1%	1 1.0%
末期医療	44 44.9%	48 49.0%	2 2.0%	1 1.0%	2 2.0%	1 1.0%
脳死判定	35 35.7%	39 39.8%	10 10.2%	7 7.1%	3 3.1%	4 4.1%
機能保存治療	33 33.7%	53 54.1%	3 3.1%	1 1.0%	4 4.1%	4 4.1%
アメニティ（快適度）	44 44.9%	49 50.0%	2 2.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 3.1%
介護体制	42 42.9%	52 53.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 4.1%
服薬指導	24 24.5%	65 66.3%	4 4.1%	1 1.0%	0 0.0%	4 4.1%
在宅医療	31 31.6%	59 60.2%	5 5.1%	0 0.0%	0 0.0%	3 3.1%
かかりつけ医	31 31.6%	59 60.2%	5 5.1%	0 0.0%	0 0.0%	3 3.1%
家庭医学	13 13.3%	58 59.2%	14 14.3%	3 3.1%	4 4.1%	6 6.1%
医療情報提供体制	30 30.6%	57 58.2%	7 7.1%	0 0.0%	1 1.0%	3 3.1%
定額医療	5 5.1%	22 22.4%	26 26.5%	27 27.6%	12 12.2%	6 6.1%
保険適用外検査の適正供用	20 20.4%	58 59.2%	6 6.1%	5 5.1%	3 3.1%	6 6.1%

機能保存治療、服薬指導、在宅医療、かかりつけ医、家庭医学、医療情報提供体制については、「必要である」の比率が約60%～65%と高く、さらに「ぜひ必要」を加えると、家庭医学(72.5%)以外は約90.0%であった。告知、脳死判定については「ぜひ必要」とするが、それぞれ31.6%、35.7%で、「必要」も加えると82.6%、75.5%と高い。しかし「あまり必要でない」または「必要と思わない」という否定的評価も約10%みられ、前記のものとは明らかに異なっている。定額医療は「あまり必要でない」、「必要と思わない」の否定的意見が54.1%と半数以上あった。

自由意見(表2-2-20)について「告知」では21件の回答のうち、知らせるべき4、ケースバイケースでの対応9、否定的見解2、その他が6と、意見がわかれていた。末期医療については8件の回答があり、そのうち患者本人の意志に沿う治療および家族の了解が5、社会的コンセンサス2であった。脳死では6件の回答のうち、積極的肯定1、実際上無理1、条件付2、その他2であった。アメニティーについては、費用がかかる、個々の疾患によって内容が異なる、費用対効果と社会的補助等であった。

表２－２－20　患者の立場に関する対応方法(2)

項　　目	具体的な対応策
告知	・選択権は患者にあるのだから医療情報は全て告知しなければ患者は方針を選択できない ・来院時に患者に告知を希望するかどうかあらかじめ聞いておき、希望者に知らせる ・告知後の医療側の対応をきめ細かにしないと、やりっぱなしでは患者が不幸 ・本人に告知するなと家族にとめられている。告知をした上で家族と一緒にサポートする体制、コンセンサス作り ・告知による長所、短所を検討中。告知前に精神状態をチェックし、告知後の変化を検討 ・告知といえば、がん告知と思われがちであるが、全ての患者において患者と治療者が同じ高さに立っての治療を
末期医療	・医療は患者のＱＯＬを保つためのものでよい。介護が主体となるべき。患者の希望に沿った治療と介護の選択 ・どの程度行うかが問題。本人の意思によってある程度の治療段階を区切るべし
脳死	・脳死＝人の死となれば希望しない例に脳死判定をして死亡とするかどうか問題。希望したり、必要な場合のみ実施 ・死の概念は時代とともに変わる。脳死の判定をして告知すべし
アメニティ	・費用が大変かかることであり、それでもやるという国民的合意を得る ・家庭よりも不自由な生活を我慢させられない程度の設備と食事に補助か免税を
服薬	・指導に対する保険治療上での評価を
在宅医療	・現代医学の限界を知り、むしろ安らかな死が迎えられるようにする配慮と指導 ・希望するものは、自宅で死亡できるように病院－医院－家庭の連携が必要。たとえ病院のアメニティーを改善しても老人にとって在宅が望ましい場合、医療、看護、リハビリ、保険、福祉を包括したサービスが提供できる体制を ・介護する側の条件を整備しないと、責任のおしつけに終わる。行政との連携を
かかりつけ医	・この思想が定着するためには個々の医師の評価が必要 ・専門医が必ずしも最も良い医師ではないので、必要性を国民に示す必要がある ・メリットをはっきりさせて、かかりつけ医がチームを組んで２４時間対応できるとかの患者にとっての利益を明らかに ・資格と適正配置を
定額医療	・完全な定額医療（米国のＤＲＧ等）は無理と思うが、導入は検討すべき ・高額医療のできる施設と定額医療施設とを基準により明確に区分する必要あり ・定額医療は基本だが、本人、家族の希望があれば、部屋とか食事の希望に多少のコストならアメニティーに差があるのはよい

介護体制について3件の回答があり、介護士の増員、身分保障や完全看護体制に現時点では無理がある等であった。服薬指導は5件の回答、医師の業務概念の確立、保険での対応が主であった。在宅医療は6件の回答、在宅医療そして自宅での死に対し、患者を取りまく体制をどの点から整備してゆくかという提言があった。かかりつけ医について9件の回答、専門医が必ずしも最も良い医師ではない等医師の評価が 3、かかりつけ医としての教育と適正配置等の制度改革が3であった。医療情報提供体制には6件の回答があり、コンピューターにおける治療成績の公開2、マスコミ医療情報チェックが1であった。定額医療ついては5件の回答、内訳は肯定的1、否定的2、施設によって高額医療と定額を区分する、また定額を基本とし、あとはオプションの自己負担等であった。

②患者への説明に対する意見

現状の医療は「3分診療」といわれるように、患者への説明に満足な時間がとれないといわれている。その実態を表2-2-21に示す。

表2－2－21　患者への説明の実態　(N＝98)

項　目	十分	普通	不十分	記述なし
検査内容	17 17.3%	53 54.1%	23 23.5%	5 5.1%
疾病内容	25 25.5%	48 49.0%	20 20.4%	5 5.1%
治療内容	25 25.5%	46 46.9%	22 22.4%	5 5.1%

患者への説明は「充分」行っているは、疾病内容、治療内容でともに25.5%、検査については17.3%であった。自由意見(表2-2-22)は、総数49件のうち「不充分である」18、「ケースバイケース」17、「充分行っている」9、その他5件であった。

表2－2－22　患者への説明に対する意見

項　目	意　見
充分行っている	・術前より、ガンを含め病名告知を行っているので、当然の事ながら治療内容の説明、選択、薬剤内容と副作用の危険性等は説明している ・現在も充分時間をかけて納得いくまで説明している。しかし、患児の親は百人十色であり、他院では説明されていないこともある。 ・当大学病院では3分診療は存在せず、少なくとも8～10分程度をかけている ・精神科では特に重要なことであり、充分に時間をかけて説明しているが、なかなか理解してもらえず、何回も同じことをやる ・3分診療にならざるを得ないのは、それだけ患者が納得づくで殺到するからで、1分にもなりうる
不充分である	・多数の外来患者をみなければ病院経営が圧迫されるということになるのが問題。すき好んでの「3分診療」ではない ・入院患者については充分な内容だが、外来は時間的に無理 ・スタッフの不足が影響している。特に大学病院では診療以外の教育、研究に一人何役もの責任がある。外来或いは入院診療における勤務体制の改善が必要 ・現在の医療制度では説明したりすることの評価があまりに低く、患者に時間をかけて対応してもきちんと評価されない。本当に患者が充分な説明を希望するなら医療費が高額になることも充分アピールして、体制づくりをして行く必要がある
ケースバイケース	・病状の落ち着き、合併症もない、単なる本能性高血圧症の患者では、3分後診療でも充分な場合もありケースバイケース ・病院のランク付け、機能別に区分しなければゆとりある診療はまず無理。アポイント制の高度機能病院と一般病院にまずわけるべき

③臨床試験の実態

医薬品開発にとって、臨床試験は重要なステップである。その実施にあたっての実態について98件の回答を得た。表2-2-23に示すように、治験は84.7%が経験している。しかし、臨床試験については「積極的に実施すべき」48.0%と、「画期的な新薬以外やめる」43.9%にみられるように考え方に違いがある。実施姿勢については「積極的に実施」と「新薬開発に協力」を加えると72.5%と高い。協力患者の確保は「説得すれば問題なし」が最も多く45.9%、「ほとんど苦労しない」が10.2%に対し、「苦労して確保」が24.5%と苦労がうかがえる。患者に説明するときの問題点として「副作用」、「プラセボ使用の説明が困難」が、それぞれ33.7%、52.0%と高い。

「選択肢を選んだ理由」の有効回答数は97件であった。臨床試験について「積極的に実施すべき」15件、「画期的新薬以外やめる」18件で後者がやや多かった。臨床試験の実施姿勢は19件あり、「積極的に実施したい」15件、「新薬開発に協力してもよい」8件、「治療との兼ねあいが難しい」3件、「できれば実施したくない」3件であった。協力患者の確保では13件で「説得すれば問題なし」が7件と大勢であるが、内容は苦労しつつ確保しているというのが多かった。患者への説明では32件であるが、「副作用説明」10件、「プラセボ説明」13件と苦労している様子がみられる。また、目的、試験方法も6件、8件と対策を模索している実態が示された。臨床試験が近年難しくなってきているこ

表2－2－23　臨床試験の実態

臨床試験の経験

経験あり	経験なし	臨床試験医の補助経験のみ	記述なし
83 84.7%	8 8.2%	6 6.1%	2 2.0%

臨床試験についての考え方

積極的に実施すべき	画期的な新薬以外やめる	既存薬活用を優先させる	基本的にやめるべき	記述なし
47 48.0%	43 43.9%	7 7.1%	3 3.1%	5 5.1%

臨床試験の実施姿勢

積極的に実施したい	新薬開発に協力してもよい	治療との兼ね合いが難しい	できれば実施したくない	記述なし
29 29.6%	42 42.9%	26 26.5%	9 9.2%	3 3.1%

協力患者の確保

ほとんど苦労しない	説得すれば問題なし	苦労して確保	確保困難な場合が多い	記述なし
10 10.2%	45 45.9%	24 24.5%	11 11.2%	9 9.2%

臨床試験実施上の説明に対して患者に理解させるための問題点

特に困っていない	試験目的の説明が難しい	試験方法の説明が難しい	全副作用の説明が難しい	ﾌﾟﾗｾﾎﾞ使用の説明が難しい	記述なし
17 17.3%	18 18.4%	15 15.3%	33 33.7%	51 52.0%	8 8.2%

とが如実にあらわれており、「開発する側としても画期的な新薬でなければ実施する医師にも、協力してくれる患者にも受け入れられないことを肝に命ずる必要がある」との意見があった。

自由意見(表 2-2-24)では治験の必然性が 11 件、患者保護 5 件、治験施設に関する回答が 5 件、倫理的なものが 4 件、その他 3 件、計 28 件であった。

表２－２－24　臨床試験への自由意見

項目	自　由　意　見
治験の必然性	・臨床試験等がなくなれば、医学は衰退するのは間違いない。それで世の中がよしとするのか ・臨床は或意味では壮大な人体実験。チェックが必要。前臨床試験でＯＫでも種による差があり、統計上は１０%の副作用でも個人では０ or １である ・外国で人間に使われている薬で、特に問題なさそうなものは、日本での臨床試験は無駄な投資ではないか
被験者保護	・臨床試験は人体実験。他に治療法がないとき、最後の望みとして使う以外は極力避けたい ・臨床試験に被験者として協力してもらうには、患者のメリットが必要。米国では医療費免除という経済的メリットがあるが、わが国ではより有効と思われる薬剤を早期に使用できる点に限られている。それも治療終了後の薬剤継続提供の制限でメリットを生かせなくなっている。このような状態では協力患者の確保は困難
治験施設	・大学は治験をするための病院に特化 ・臨床試験に関しては高度先進医療機関に限定し、入院時点で患者がそのことをある程納得して受けるシステムが必要
倫理	・医薬品開発は必要であると思うが、メーカーと現場医師にまかされている部分が大きく、行政がもう少し臨床試験に関わり、データの信頼性、客観性を上げるようにしたらどうか

10)　よりよい医療のための患者への要望

患者への要望について 70 件の回答があった。これ等のうち「患者として守るべきルール」が 27 件で最も多く、次いで「病気の理解を」12、「医師との信頼関係」11、「わからなかったら質問」5、「マスコミの影響」4、「医師の仕事に理解」3、「医院の渡り」3、「自分のことは自分で守る」2 件であった。具体例を表 2-2-25 に示す。

表２－２－25　よりよい医療のための患者への要望①

項目	自　由　意　見
患者として守るべきルール	・(1)医師の指示通りきちんと内服、外用(2)医師や看護婦の説明を真剣に聞く。(3)専門家でない人間の言うことに惑わされない。(4)薬の残り等、きちんと把握してくること。(5)他の医者の悪口を言わない。(6)病名をきちんと知り、慢性疾患の病気対応を覚える。(7)本人の病気を他人の責任にすりかえない。(8)とにかく時間を守れ。
病気の理解	・病院に来て金を支払うのだから完治するのが当然と考える人がいる。現在の医療は完全でないことの理解を ・疾病に対する理解力不足。自分勝手な理解。患者家族のわがままな態度 ・特に夜間救急等では、どの程度の外傷、疾病なら救急車を呼び救急病院を受診するか、もっと一般人の知識の向上を
医師との信頼関係	・医者を信用することから契約が始まる。すなわち信用できる医者にかかるように、いろいろな医者にかかってみる
わからなかったら質問を	・医師に対する不必要な遠慮をさけ、積極的に説明をもとめる。その上で、治療方針に対して充分理解して協力してもらうこと ・自分の意見、疑問点は必ず医師に伝えること。思っていても言わないで黙って医師を転々としている人が多い ・治療法その他自分が分からなければならない事項は、納得できるように質問し、勉強し、納得できなければ、更に質問した上で治療を受けること。医師はその上で対応しなければ、対等の立場で治療することにならないし、患者は一方的押しつけをうけることになる

表２－２－25　よりよい医療のための患者への要望②

項目	自由意見
マスコミの影響	・マスコミを中心とした中途半端な医療的知識に振り回されないでほしいこと ・マスコミ等の医学情報におどらされて、特定の難病を想定しすぎて検査等要求することが多い
医者の仕事の理解	・３分診療にしても、医師側は多人数の患者相手に昼飯も抜いて診療にあたっていることもあることも理解して欲しい
医師の渡り	・患者側からは自由に医療機関を選べるため、複数受診が意外に多い。また自分の希望にそわないと来院中止や他院受診を安易に行う。少なくとも問診では、診療歴、服薬歴を正しく申告すべし
自分のことは自分で守る	・治療する側に頼りすぎず、自らの健康維持のためにどのような医療の援助が必要かということを考えよ ・病気と闘う気をもつ。予防等自分でできることを実践する

11)　ＭＲ（医薬情報担当者）に関する満足度

表 2-2-26 に示すように、ＭＲ (Medical Representative) の活動については、訪問頻度および訪問人数は「適当である」が、それぞれ 50.0%、64.3%であった。情報の伝達については有効性、安全性について「ほぼ満足している」がともに 43.9%で、「満足」をあわせると約半分の満足度であった。

自由意見(表 2-2-27)では 48 件の回答があり、ＭＲの資格制度が実施された場合、質の向上が期待できるとの回答が 67.3%もあり、高い期待がよせられている。一方、期待できないとの回答は 21.4%で、その内容は、「何でもかんでも資格制にするのは疑問」が５件、次いで「個人の資質によるもの」が４件、「資格よりもＭＲの仕事としての情報伝達がＦＡＸ、ビデオでてき、基本的には文献となるので現行と変わらない」が３件、「資格より生涯教育や実践が大切」２件、また「現在のＭＲが悪いと思っていない」２件等であった。

表２－２－26　ＭＲ（医薬情報担当者）に関する満足度

先生の下への１社当たりの訪問回数

1.9 回 ／ 週　　(N=89)

１回の面会時間

4.9 分 ／ 回　　(N=90)

１社当たりの訪問の頻度は適当か

はい	いいえ	わからない	記述なし
49 50.0%	19 19.4%	24 24.5%	6 6.1%

１社当たりのＭＲの訪問人数は適当か

少ない	適当	多い	わからない	記述なし
7 7.1%	63 64.3%	8 8.2%	14 14.3%	6 6.1%

情報の伝達についてどのように評価しているか

	満足している	ほぼ満足している	やや不満足である	不満足である	わからない	記述なし
有効性について	7 7.1%	43 43.9%	25 25.5%	16 16.3%	4 4.1%	3 3.1%
安全性について	5 5.1%	43 43.9%	25 25.5%	18 18.4%	3 3.1%	4 4.1%

ＭＲの資格制度が実施された場合の、質の向上が期待できるか

はい	いいえ	記述なし
66 67.3%	21 21.4%	11 11.2%

表２－２－27　ＭＲ活動に対する要望、改善点

項目	要望および改善点
科学的データを	・単なる営業と考えず、科学的情報を伝える努力を ・薬の作用機序に関する情報を与えてほしい ・情報が断片的なので、系統だったものを
副作用をきちんと	・negative date を隠してしまう者が多く信用しきれない ・安全性に関する情報提供が少ない
類似品の情報	・自社製品の利点を強調しすぎる。他社製品も公正に
情報提供のＴＰＯ	・時間を決めて訪問して欲しい ・外来、病棟ではダメ。廊下、研究室その他も、なるべく避けて欲しい。複数の医師をまとめ、質疑応答も充実させる実のある活動を ・簡単明瞭に説明してほしい
医師と対等に	・学術的に医師と対等に話せるように ・きちんとした基礎データを見せて説明してほしい。薬学出身が担当すべし
能力不足	・会社がＭＲに正確に情報を入れていない。自社の商品知識不足 ・社内の研修知識を一方的に説明する人が多い ・医療、薬の知識がない
ＭＲの意義	・ＭＲ自身何をしようとしているのかわからないのではないか ・毎日訪問することはない。何しにきているのかわからないのが多い

12)　医療インフラ（教育、施設等）に関する要望

医療をとりまく環境は社会の変化に伴ってその基盤も変動する。表 2-2-28 および 2-2-29 に示すように、「医師の養成」に関しては 85.4%が、「病院の設備と環境」については 88.6%が改変すべきであると回答している。

改変すべき内容は、医師の養成に関する教育が 27 件、教育制度全般 17 件、卒後教育 15 件、入試制度 6 件、医道 2 件であった。指摘された内容は現場を鋭く直視したものが多い。病院の設備と環境については 68 件のうち所謂アメニティの改善が 29 件で圧倒的に多かった。その他医療制度、医療経済、学会に対する改善意見が各々数件づつみられた。

表２－２－28　医師の養成

項目	改善内容
アンケート結果	今のままで良い　　14.6% 変革すべきである　85.4%
入試制度	・偏差値重視で、人格的に劣る学生が増えている ・家業を継ぐだけで医師になるようなものを排除すべし
教育制度	・大学での単位取得、医師国家試験の合格ラインはもっと厳しく ・臨床実習の拡充。専門教育を教養部にも入れる ・患者関係の作り方のような基本を教えるべき。また、保健業務、法律等社会との関係も ・医師に不適当と思われた場合の進路変更が可能なように
卒後研修	・医学部卒業後、４年間はハードな施設にて研修 ・研修医体制の完備を。施設でのレベルの差をなくすよう
制度全般	・国内での活動を優先するなら、養成数を減らす。数を優先するなら、国外での活動や臨床医以外へと範囲を広げる
医道	・基本的に人としての道徳とか礼儀とか公徳心とかがない若い医者が増えている。まず人間教育を

表２－２－29　病院の設備と環境

項目	改善内容
アンケート結果	今のままでよい　11.4% 変革すべきである　88.6%
病院設備	・あまりに貧しい入院環境。迷路のような構造。もっときれいに ・入院は個室を増やし、プライバシーの確保を、トイレ、洗面等ももっとスペースを
アメニティー	・家庭生活と同じ水準の生活が送れる設備を ・患者がpatient（我慢する人）でないような環境整備 ・もっと病気を直す環境を。今はにわとり小屋と同じ ・患者のＱＯＬの向上を
労働環境	・病室のドアをベッドの幅より広くして、ベッドのままの移動を ・職員にもあたたかみのあるように、体力的負担の少ない制度に
その他	・もっと入院費を。ビジネスホテルより安いのではかなわない

13)　救急医療体制に関する現状認識と将来像

①所属病院での救急医療体制はうまく機能しているか

有効回答の63.2%が、うまく機能していないとの回答であった。

②救急医療体制に対するの自由意見

救急医療体制の現状における問題点と将来予測(表2-2-30)に関する86件の回答のうち、約半数が医療スタッフの不足をあげ、特に専門医不足が多かった。さらに、設備の不足について19件、ベッド不足が7件、医師の超過剰勤務について訴えるものが7件と多かった。経営については救急が現状の医療の中では経済性をまともに持っていない、大赤字である等5件あった。これ等について21世紀初頭での予測は、改善される14件に比し、52件が変わらないとの悲観的な見通しであった。

表２－２－30　救急医療体制の問題点と将来予測

	21世紀初頭の動向（回答数）			
救急医療のうまく機能しないポイント	大きく改善されている	変わらない	悪くなっている	不明
医療スタッフ全体の不足	3	11		5
当直医		3		1
専門医（部）	3	4		
麻酔医		1		1
看護婦、看護体制		2	1	
検査、放射線担当者	2	2		
患者がとにかく多い		3		
設備の不備	2	2		1
ベッド	1	2		2
救急治療室不備	1	7		
患者搬送体制不備		1		1
制度		3		
患者の振り分け	1	3	1	
二次医療との連携	1	4	1	
超過剰勤務		2		2
独立科がない、他科との連携				2
経営				
経済性の欠如		2		2
病室規模				1

③救急医療体制について国に対する要望

表 2-2-31 に示すように、救急医療体制は国がリーダーシップをとり、国公立による24時間体制で、医療スタッフにも満足のゆくことが望まれている。ネックとなるスタッフの不足、保険制度を含めた医療経済制度の整備、教育制度の整備等多岐にわたる要望があった。

表２－２－31　救急医療体制について国に対する要望

項　目	要　　望
現状	・国公立病院は救急医療には不熱心である ・国公立病院で救急をしているのは殆どない現状は残念 ・国公立等公的病院こそが救急医療にもっと積極的に取り組む必要がある。矛盾としての外国人や老人等は民間に押しつけられる ・全国にある公的病院が高度救急に対応できるようなシステム作りを ・国公立の 24 時間救急専門病院を ・救急は国がリーダーシップをとってやること
経済	・救急医療体制の補助を積極的に参加している民間病院にもまわす。実働していない国公立救急部への補助を再検討 ・自治体が救急センターの開設、運営することに財政援助を ・国立病院に於いても救急医療は不採算部門となっており、今後もあまり改善が期待できるとは考えないが、地域単位で搬送を含めた体制が必要 ・国立病院は救急を行ったところで、市から救急用として出す費用を受け取れない。そのために救急用に看護婦を雇う等の対応もとれない ・正当な費用は受取り、機能させるシステム作りを
保険	・時間外受診は私費払いとし、病状を公的機関で審査して、後から相応の保険料を返却するくらいの公平な保険負担制度 ・救急患者は通常の３倍の医療費を自費でとった方が良い。入院が決まったらその時点で保適とすればよい。 ・救急で行った医療保険で査定されることが本来あってはならない。緊急避難であれば法を超えることもある
スタッフ充実	・医師、看護婦、検査技師が少なすぎ、関係者の犠牲、善意にたよらざるを得ない。救急体制にはマンパワーが絶対必要。財政的援助を ・救急医学講座を全大学に設置し、充分な独立スタッフの確保を ・成人とは別の小児（新生児を含む）救急医療体制の整備は急務 ・医師に救急医療に対する教育が不足 ・救急救命士の数をどんどん増やす
救急輸送	・ヘリコプター搬送の導入 ・救急車の有料化

14)　ＱＯＬ

患者のＱＯＬ向上のために現在何をなすべきか、また 21 世紀初頭にはどうなっているかについて調査し、その結果を表 2-2-32 に示す。

「患者さんとの対話時間」、「患者さんの苦痛の軽減」について現在は、不充分であるとの認識が 68.4%、85.7%と非常に高い。21 世紀初頭には改善されているが、それぞれ31.6%、59.2%となり、苦痛軽減が期待される。「プライバシーの保持」、「快適に治療できる施設・設備」、「療養生活を日常生活に近づける」も同様の傾向を示し、現状不充分が 48～61%で、将来良くなるが「プライバシーの保持」(32.7%)を除いて約 55%であった。「プライバシーの保持」は、解決の難しい問題として残されることがうかがえる。「家族

が少しでも長くつき添えるシステム造り」は、「現時点で不充分」、「全く不充分」が合計94.9%あり、さらに21世紀初頭においても「現在と変わらず」42.9%、「現在より悪くなっている」が15.3%と将来も見通しは暗い。

表２－２－32　ＱＯＬ

項　目	現在			２１世紀初頭		
	十分できている	まだ不十分である	全く不十分である	現在より良くなっている	現在と変わらず	現在より悪くなっている
患者さんと対話する時間をもっと長くする	7 7.1%	67 68.4%	20 20.4%	31 31.6%	54 55.1%	8 8.2%
患者さんの（肉体的・精神的）苦痛を軽減する	3 3.1%	84 85.7%	8 8.2%	58 59.2%	32 32.7%	4 4.1%
患者さんのプライバシーを保持する	30 30.6%	47 48.0%	18 18.4%	32 32.7%	55 56.1%	7 7.1%
患者さんが快適に治療できる施設・設備を増やす	2 2.0%	50 51.0%	43 43.9%	54 55.1%	31 31.6%	9 9.2%
患者さんの療養生活を日常生活に近づける環境を造る	1 1.0%	60 61.2%	33 33.7%	56 57.1%	28 28.6%	8 8.2%
家族が少しでも長く付き添えるシステム造りをする	2 2.0%	47 48.0%	46 46.9%	37 37.8%	42 42.9%	15 15.3%

15)　活力ある死に方

54件の回答のうち植物人間14、尊厳死11、死全般に関すること7、終末医療5、予防医学5、脳死3、その他9件であった。概略を表2-2-33に示す。

表２－２－33　活力ある死に方①

項目	死に対する意見
植物人間	・植物状態になった患者の尊厳に対し、現場で充分配慮が払われているとは言い難い。この点医師の役割は重要であり、医学教育の中での対応必要。 ・植物人間は作ろうとして作っているのではない。助けようとした結果生じたもの。なった患者は社会、家族にとって重荷となるが、家族にとって生き甲斐でもある。簡単に安楽死の道は論じられない ・残された家族に「納得できる死」なら、それで充分とすべし。植物人間の作製は社会悪といっても過言ではない ・植物人間は医療の失敗～診療上の判断ミスとして過言ではない。医師が判断出来る問題ではないが、尊厳死は一つの選択ではないか ・「植物状態」の確定診断法の確立が不可欠。患者・家族への充分な説明と対処の仕方の同意を得る。このことを繰り返し話し合うことが必要である ・植物状態に対しては、裁判所で医師が関与した上で判断し、対応を公的に責任を持つべきである。
尊厳死	・オーランド州でも尊厳死は認められたが条件がある。生死を他人で決められない。生前承諾とかいろいろな条件の上で成り立つ ・死にゆく人の望み、希望を尊重する医療が望まれる（必要のない治療をして生きながらえることだけを目的の医療は不必要と思われる） ・複数の医師の協議で、寿命の限界を告げられる環境と基準作り
死の一般論	・どのように死なすかも医師の役割。患者の納得する死に方をさせることも必要 ・現在は医療のために人の死があり、人間最後のセレモニーを病気として扱っているのは情けない。人の死のあり方の思想の確立を ・生命、死に対する議論からタブーをなくすこと

表２－２－33　活力ある死に方②

項目	死に対する意見
終末医療	・今までの医療は「病気」を治しても「病人」を治していなかったのではないか。治療の中に患者も参加した体制作りが必要。人は全て死に向かって生きている。この事は日常生活の中で各自が理解する必要がある ・医学教育に患者を生かすことの教育ばかりではなく、良い死に方への医師の関わり方の教育をすべきである。小学校から生命の誕生、動物や人間の死を直接体験させ、活力ある生き方、死に方の基礎教育をしておく必要がある。社会全体として問題を捉える必要有り ・「年だから仕方がない」という安易な発想と、一方で「もう死なせてやれよ」という末期患者にダラダラとつぎ込まれる多額な医療の現在。今の医者にはマニュアルが必要なのか
予防医学	・元気に死ぬためには病気の予防が必要であり、予防医学やそれに対する国の補助が急務である。 ・治療より予防医学の充実、疾患予防のための食事、運動等の知識をもっと正しく普及すべきである
脳死	・本人、家族の意見に従うべきであり、「脳死」問題にしても、医師、家族（できれば本人）で決定すべきである。社会的な意見の一致は無理に必要なものではない ・患者の意志を尊重した医療が必要であるが、尊厳死や脳死を含めた臓器移植の問題等国民を巻き込んだ討論の場を設け、一定期間で結論を出すことが必要。

16)　自由意見

43件の回答のうち、患者との関わり12、医師の役割10、病院の役割6、医師の待遇5、その他10件であった。概略を表2-2-34に示す。

表２－２－34　自由意見

項目	自由意見
患者との関わり	・治療の主人公は患者本人、患者自身が治療意欲を持つことが必要。インフォームド・コンセントが重要 ・大学病院の講座性主体のシステムは患者本位とはいいがたい ・医療則奉仕とはいえ、医療側も生活できることが前提 ・医療は「病気に苦しむ人」のため、活かせない場合でも苦しみを少しでも救うもの。しかし現実は経済効果優先、論文優先 ・患者、家族のニーズにこたえる。お互いに協力して病気を治すことを自覚することが必要 ・患者の人権を大切にし、相互に納得する医療を行うと経済的困難が大きい。北欧のような福祉国家を実現するなら国政の転換を
医師の役割	・出来の悪い息子を金で医大へ入れ、学生時は勉強せず、何とか国試を通り、やがて親の後をついで院長職。土日ゴルフで患者はとことん悪くなるまで抱え込み、手に負えなくなると大病院へと放り出す。医師の評価をきちんとできるシステムを ・医師以前の人間としてのレベルのバラツキ。医師の能力のバラツキ。病院のレベルのバラツキ。論文だけで臨床力を判断される危険 ・我が国の医師の最大の汚点は「無診投薬」である。医師法第２０条違反の詐欺行為である ・医師の高給は良い医師の確保には必要だが、現在の個人開業医は金儲けをしすぎている ・医師には社会的に成熟していないものが多くみられる
病院の役割	・病院をもっと機能別に役割別にし、そのネットワークを形成し、効率のよい医療を ・研究医、臨床医、家庭医等、身分制度を変えてそれぞれの専門家を養成すること ・病院は医療、福祉情報の集約基地のような役割をもつように ・医療は医師、看護婦、検査技師、薬剤師、患者、家族との協同作業である
医師の待遇	・欧米に比べ安い給料でよくやっている。勤務医はアルバイトなしで生活できない者が多い ・患者に対し、親身に一生懸命やればやるほど自分の時間がとれず、医療費も安くなってしまう現状をなんとかしてほしい。９５%のベッドがうまっていないと採算がとれない価格設定はおかしい

3．薬剤師へのアンケート調査結果

1） 薬剤の採用基準

表 2-3-1 に示すように、重要な項目（複数回答）に関しては「有効性を優先」が 90.2%で最も高く、次いで「安全性を優先」86.3%、「最初に開発された製品を優先」58.8%、「価格を優先」35.3%であった。一方、最重要項目は「安全性を優先」が 38.0%で最も高く、次いで「有効性を優先」22.0%、「最初に開発された製品を優先」8.0%の順で、「価格を優先する」の回答はなかった。薬剤の採用基準は「安全性を優先する」が第一とされ、次いで「有効性を優先する」であった。

表２－３－１　薬剤の採用基準（複数回答）

採用基準	最初に開発された製品を優先する	安全性を優先する	有効性を優先する	価格を優先する	その他	記述なし	回答数
重要項目	30 58.8%	44 86.3%	46 90.2%	18 35.3%	2 3.9%	1 2.0%	N=51
最重要項目	4 8.0%	19 38.0%	11 22.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 32.0%	N=50

2） 現在の薬剤の採用品目数

剤型別採用品目数(表 2-3-2)は病院当たりの平均で、経口剤が 760.5 品目、注射剤が 514.4 品目、外用剤が 285 品目であった。これ等の採用品目数の必要性(表 2-3-3)については、「必要と思う」が、経口剤、注射剤、外用剤でそれぞれ 37.3、49.0、43.1%、「必要ない」が同じく 60.8、49.0、54.9%で、いずれも半数以上が現在の採用品目数を多いと感じていた。また、「必要ない」と回答した適性品目数(表 2-3-4)は、経口剤、注射剤、外用剤でそれぞれ 536.8、394.5、215 品目であり、採用品目数の 24%～30%の品目が過剰であると考えられている。その理由として、「同種同効品が多すぎる」が最も多く、次いで「同一成分、同一含量薬剤を整理する必要がある」で、今まで開発されてきた新薬のかなりが類似医薬品いわゆるゾロ新と呼ばれている新薬であり、これ等が採用品目数の増加に繋っていることがうかがえる。なお、今回のアンケート調査対象となった病院の平均外来患者数は 1311.9 人であった。

表２－３－２

剤型別採用品目数（平均）(N=51)

剤型	品目
経口剤	760.5
注射剤	514.4
外用剤	285.0

表２－３－３

採用品目数の必要性(N=51)

剤型	はい	いいえ	わからない
経口剤	19 37.3%	31 60.8%	1 2.0%
注射剤	25 49.0%	25 49.0%	1 2.0%
外用剤	22 43.1%	28 54.9%	1 2.0%

表２－３－４

「いいえ」の場合の必要品目数(N=51)

剤型	品目	回答数
経口剤	536.8	28
注射剤	394.5	22
外用剤	215.0	26

3） 現在の処方品目数

①診療科別の品目数

患者一人当たりに処方される診療科別の品目数の過多に関するアンケート結果を表 2-3-5 に、またそれぞれの区分で考える想定品目数を表 2-3-6 に示す。

「多い」と「やや多い」を合わせた割合は、高い順に内科 68.7%、精神神経科 49.0%、小児科 25.4%、外科 23.5%、皮膚科 13.7%、耳鼻咽喉科 9.8%、泌尿器科 7.9%、産婦人科 4.0%、眼科 4.0%であった。このうち内科と精神神経科における「多い」の割合は、それぞれ 31.4、23.5%であり、多剤投与の傾向がうかがえる。また「適当である」と考える平均品目数は、最高の内科 4.1 品目から最低の産婦人科 2.4 品目で、診療科別では大きな差はなかった。

表２－３－５　一人当たりの処方品目数(N=51)

診療科	多い	やや多い	適当である	少ない	わからない	記述なし
内科	16 31.4%	19 37.3%	9 17.6%	0 0.0%	3 5.9%	4 7.8%
精神神経科	12 23.5%	13 25.5%	6 11.8%	0 0.0%	5 9.8%	15 29.4%
外科	2 3.9%	10 19.6%	31 60.8%	2 3.9%	2 3.9%	4 7.8%
皮膚科	4 7.8%	3 5.9%	32 62.7%	2 3.9%	2 3.9%	8 15.7%
泌尿器科	3 5.9%	1 2.0%	35 68.6%	3 5.9%	2 3.9%	7 13.7%
耳鼻咽喉科	1 2.0%	4 7.8%	31 60.8%	4 7.8%	2 3.9%	9 17.6%
産婦人科	1 2.0%	1 2.0%	32 62.7%	8 15.7%	2 3.9%	7 13.7%
小児科	4 7.8%	9 17.6%	29 56.9%	0 0.0%	2 3.9%	7 13.7%
眼科	1 2.0%	1 2.0%	35 68.6%	4 7.8%	2 3.9%	8 15.7%

表２－３－６　区分別診療科別の推定品目数（平均品目数／回答数）

診療科	多い	やや多い	適当である	少ない	わからない
内科	8.3/12	6.1/16	4.1/9	5.0/0	0.0/0
精神神経科	9.4/9	6.1/12	4.1/6	5.0/1	0.0/1
外科	7.0/1	5.7/8	3.8/26	3.0/2	0.0/0
皮膚科	5.5/2	6.0/3	3.1/27	3.5/2	0.0/0
泌尿器科	9.0/1	5.0/1	3.0/29	2.7/3	0.0/0
耳鼻咽喉科	0.0/0	5.0/3	3.0/25	2.5/4	0.0/0
産婦人科	0.0/0	0.0/0	2.4/27	2.2/7	0.0/0
小児科	7.3/3	5.4/7	3.8/24	0.0/0	0.0/0
眼科	0.0/0	0.0/0	2.6/31	3.3/3	0.0/0

②患者の服薬状況

服薬状況(表 2-3-7)は「わからない」が 41.2%と最も高く、次いで「不完全である」35.3%であり、「完全である」と「ほぼ完全である」を加えても 19.6%にすぎなかった。「不完全である」の理由(表 2-3-8)は「服薬指導が不足」61.1%、「服薬しづらい」16.7%であり、「処方品目数が多い」は 5.6%であった。病院薬剤師の立場では患者の服薬状況を把握することは難しいようである。また服薬が「不完全である」の主な理由は「服薬指導が不足」であり、服薬指導の充実は今後の薬剤師業務の課題の１つと思われる。

表２－３－７　患者の服薬状況

完全である	ほぼ完全である	不完全である	わからない	記述なし	合計
1	9	18	21	2	51
2.0%	17.6%	35.3%	41.2%	3.9%	100.0%

表２－３－８　不完全の場合の理由

処方品目数が多い	服薬しづらい	服薬指導が不足	その他	記述なし	合計
1	3	11	3	0	18
5.6%	16.7%	61.1%	16.7%	0.0%	100.0%

４）　今後必要と思われる薬剤の剤型

①成分と剤型

今後必要と思われる薬剤の剤型について、小児用、成人用、老人用別に調査した結果を表 2-3-9 に示す。小児用では坐剤５件、外用剤・テープ剤４件、ドライシロップ剤３件、スプレー剤２件等があり、いずれもコンプライアンスの改善を目的としていた。成人用ではインシュリンのＤＤＳ製剤の要望が７件と高く、その他はまちまちであった。老人用では外用剤・テープ剤４件、坐剤３件、シロップ・液剤２件、顆粒剤２件等、小児用と同じくコンプライアンスの改善を目的としたものが多かった。今後、高齢化社会を迎える上で、老人に適した剤型の開発が必要と思われる。

②薬剤の色、香、味、大きさ

薬剤の色、香、味、大きさに関して小児用、成人用、老人用別に調査した結果を表 2-3-10 に示す。色については、いずれも白が最も多く、着色の要望は識別のためであり、小児用、成人用、老人用で特に差はなかった。香りおよび味については、小児用での重要性が高いと思われる。しかし、成人用、老人用では無味、無臭が多く、重要要素ではないようである。大きさでは小児用、老人用で「小さくする」が多かったが、老人用では「小さすぎないよう」もあり、これは操作性が悪くなるためと思われる。

表２－３－９　今後必要と思われる薬剤の剤型

区分	剤型	件数	成分または薬効分類	件数	理由
小児用	坐剤	5	抗生物質	3	投与しやすくする
			抗アレルギー剤	1	
			キサンチン素薬剤	1	
	外用剤・テープ剤	4	抗不安薬剤（麻酔前）	1	
			β刺激薬	1	
			インシュリン製剤	1	ＱＯＬ向上
			成長ホルモン剤	1	
	ドライシロップ	3	テオフィリン	1	のみやすくする（味，剤型）
			抗生物質	1	
			プレドニゾロン	1	
	チュアブル	1	抗生物質	1	
	スプレー	2	解熱剤	1	投与しやすくする
			成長ホルモン剤	1	
	舌下錠	1	解熱剤（アミノフィリン）	1	
	皮膚埋込型製剤	1	抗てんかん剤	1	
	持効性製剤	1			投与回数を減らす
	安全キャップ付容器	1	シロップ剤全般	1	事故（誤飲）防止
	散剤	1	ニューキノロン系	1	錠しかない（薬剤の多様化）
	吸入剤	1	気管支拡張薬	1	種類少ない
成人用	貼付剤 点鼻，埋込型製剤 内服，ＤＤＳ製剤	3 2 2	インシュリン製剤	7	ＱＯＬの向上
	内服液 高用量注射剤	1 1	モルヒネ モルヒネ（50,100mg）	2	
	顆粒または マイクロカプセル	1	抗ガン剤	1	用量調整の操作性を良くする （薬剤師の安全性？）
	ＤＤＳまたは注射剤	1	抗ガン剤	1	
	注射剤	1	ニューキノロン系	1	
	注射剤（静注用）	1	解熱鎮痛剤	1	
	糖衣錠	1	プレドニゾロン	1	のみやすくする（味）
	錠剤	1	乳酸Ca，炭酸Ca	1	粉末しかない
	低用量製剤	1	ジゴキシン0.125mg	1	
	長時間型貼付剤	1	非ステロイド剤	1	
	貼付剤	1			
	吸入剤	1			もっと使用しやすいものを
	坐剤	1	抗てんかん剤	1	けいれん重症時に使用
老人用	外用剤・テープ剤	1	麻薬，鎮痛剤，抗痴呆薬	1	コンプライアンス改善 ＱＯＬの向上
	坐剤	1	ドパミン，鎮痛剤，全般	1	副作用軽減 （シールをやぶれやすくして）
	顆粒剤	1	全般	1	チューブにて鼻腔注入， 嚥下困難
	易崩壊性錠剤	1			
	口腔溶解錠	1			
	シロップ・液	1	脳代謝薬，全般	1	
	吸入剤	1	消毒薬	1	うがいのできない人用
	１回量分包	1	水剤全般	1	コンプライアンス改善

表２－３－10　薬剤の外観等に関する意見

内容		小児	成人	老人
色	白(着色を避ける)	4件	5件	4件
	白～淡色	3	1	
	着色する(識別のため)	2	4	4
	フルーツ色	1		
	オレンジ以外の抗生剤	1		
香	無臭(不要)	2	2	3
	ﾌﾙｰﾂ(ｵﾚﾝｼﾞ，ｽﾄﾛﾍﾞﾘｰ)，芳香	5		
味	無味	2	2	3
	ﾌﾙｰﾂ(ｵﾚﾝｼﾞ，ｽﾄﾛﾍﾞﾘｰ)	4		
	甘味	2	1	1
	苦みを抑える	2		1
	コーヒー味		1	
	味の良いもの	1		
大きさ	小さくする	4	1	4
	大きすぎず小さすぎず	1	1	3
	大きすぎないよう		1	1
	小さすぎないよう			3
	分割しやすい大きさ		1	1
	5㎜以下	1		
	5㎜前後		1	1
	6～8㎜，＜10㎜		2	2
その他		つぶせるもの 湿気に強いもの	低用量製剤 (割線は不正確) 見やすいコード	識別性のあるもの(ﾋｰﾄｼｰﾙ，色，大きさ，形など) 球型は不便、飛散性の低いもの シロップ・液 カプセル素材の改善(ひっかからないよう) ＰＴＰを大きく(誤飲防止)

③キット化

抗生物質以外でキット化した方が良いという薬（表 2-3-11）は、高カロリー輸液、粉末抗ガン剤、止血剤等がみられた。

表２－３－11

キット化した方が良い薬剤（抗生物質以外）

薬 剤	件数
高カロリー輸液（ＩＶＨ）	5
粉末抗ガン剤の注射剤	5
止血剤	3
心不全用剤・ミリスロール注	2
自己注射剤	2
油性懸濁注射剤・油性ブレオ	2
用時点眼剤，救急用品，気管支拡張薬，ステロイド，昇圧薬，大腸検査薬，ビタミン，長期使用剤，持続性製剤・造影剤	各1

5） 院内製剤（各病院の薬剤部で独自に製造する製剤）

院内製剤の実施例については、88.2%が「ある」との高い回答を得た。

実施例の内容を表 2-3-12 に、また、製薬メーカーに開発してほしい院内製剤を表 2-3-13 に示す。

表２－３－12 院内製剤の実施例(1)

疾患名または目的	剤型	成分	件数
(1)中枢神経系用薬（モルヒネ含む）			
神経ブロックなど	注射	無水エタノール	4
		フェノール（+グリセリン）	4
てんかん	錠剤・坐剤	フェニトイン、フェノバルビタールなど	3
	坐剤	ジアゼパム	1
癌攣発作	坐剤	バルプロ酸ナトリウム	1
小児の熱性けいれん	注射	ジアゼパム	1
疼痛緩和	坐剤	塩酸モルヒネ	3
風邪、頭痛症候群	顆粒	漢方+新薬	1
(2)局所麻酔薬			
レーザー照射時の痛み止め	クリーム剤	リドカイン（塩基）	1
(3)眼科用剤			
点眼麻酔	点眼剤	塩酸コカイン	1
		塩酸リドカイン	1
角膜感染症・水泡性角膜症	点眼剤	シクロスポリン	2
感染予防	点眼剤	テトラサイクリン	1
(4)循環器官用薬			
高血圧症	注射	ニトロプルシッドナトリウム	2
心停止液	液・注射	NaCl、KCl、MgCl2、MgSo4、ヤング氏液など	5
食道静脈瘤	注射	エトキスラレール、エタノール、アミンオレエート	2
下肢静脈瘤硬化療法	注射	ラウロマクロゴール	1
		ポリドカノール、エタノール	1
(5)呼吸器官用薬			
鎮咳剤	顆粒	漢方+新薬	1
(6)消化器官系			
健胃消化	散剤	炭酸水素ナトリウム、ジアスターゼ、ゲンチアナ	1
	顆粒	漢方+新薬	1
制酸、緩下剤	錠剤	酸化マグネシウム	1
逆流性食道炎	液剤	アルブミン、カゼイン、レシチン、CMC・Na、単シロップ、レモン油	1
（潰瘍性大腸炎）	坐剤	プレドニゾロン	1
口腔乾燥症	シロップ	リン酸ソーダ	1
舌あれ治療	液剤	グリセリン、ハチアズレオラドール	1
肝機能剤	顆粒	漢方+新薬	1
(7)ホルモン剤			
甲状腺	坐剤	チラージン	1
脳下垂体機能低下症甲状腺摘出患者で経口摂取不能	注射	L-チロキシンナトリウム	1
(8)泌尿・生殖器官用薬			
尿路結石溶解	無菌液剤	solution G液、クエン酸、酸化マグネシウム、無水炭酸ナトリウム	1
膀胱結石溶解液	減菌外用剤	EDTA-2Na、NaOH、KOH	1
膀胱洗浄	外用液	ポピドンヨード（+抗生物質）	1
膀胱アシドーシス	液	５０%DMSO	1
不妊治療	液	パユール液、Ham6F10、flow laboratories Inc	1
子宮内止血剤	粉末塗布剤	トロンビン、フラジオマイシン・トリプシンパウダー	1

表２－３－12　院内製剤の実施例(2)

疾患名または目的	剤型	成分	件数
潰瘍面（術後・人工肛門）、止血	軟膏・外用液	アプロチニン（＋アズレン）	2
人工肛門周囲のただれ	軟膏	アミノ安息香酸エチル、精製ラノリン、硫酸アルミニウム	1
		メシル酸ガベキサート（＋キシロカイン）	2
消炎排膿促進剤	坐剤	ヨウ化カリウム、チオ硫酸ナトリウム、マクロゴール	1
②湿疹・皮膚炎等			
あせも	ローション	レゾルシン、亜鉛華デンプン、グリセリン、エタノール、精製イオウ	2
おむつかぶれ	軟膏	ベタメタゾリン、ピマシリン	1
湿疹	軟膏	塩酸ジフェンヒドラミン、酸化亜鉛	1
疱瘡	軟膏	ポビドンヨード	1
帯状疱疹痛	軟膏剤	アスピリン	1
皮膚掻痒症	外用液剤	ほう酸、エタノール、フェノール、グリセリン、Ａｇ	1
	ローション	ヨモギ	1
乾癬	軟膏	コールタール	3
③寄生性皮膚疾患用剤			
白癬皮膚疾患、疥癬、毛ジラミ駆除	ローション、クリームなど	安息香酸ベンジル、トリエタノールアミン、オレイン酸など、Ａｇ、クロタミトン	4
疥癬	軟膏	α・β　HC	1
		γ－BHC	1
④その他外皮用剤			
にきび	ローション	クリンダマイシン	2
糖尿病性末梢神経疾患	クリーム剤	カプサイシンエキス、ザーネクリーム（市販品）	1
肝斑	軟膏	コウジ酸、親水軟膏	1
肝斑症、色素欠着症	クリーム	ハイドロキノンテベンジルエーテル、リドメックスクリーム	1
伴性遺伝性魚鱗癬	軟膏剤	コレステロール	1
(10)代謝性医薬品			
透析患者	錠剤	水酸化アルミニウム	1
微量原素欠乏	注射剤	マンガン、亜鉛、鉄、銅、セレン	1
亜鉛欠乏症	シロップ	硫酸亜鉛	1
セレン欠乏症	注射液	亜セレン酸ナトリウム	1
高アンモニア血症	注射	安息香酸ナトリム	1
透析患者における高リン血症	カプセル	酢酸カルシウム	1
有機酸代謝異常症		ｌ－カルニチン	1
シアン化合物中毒の解毒	注射剤	３Ｙ、亜硫酸ナトリウム	1
副甲状腺機能の診断、高Ｃａ血症	注射	ＥＤＴＡ・２Ｎａ	1
口内炎	含漱剤	アロプリノール	7
		メシル酸カモスタット	1
(11)抗癌剤・抗生物質			
肝ガン	注射剤	シスプラチン、リピオドール	1
肝細胞ガン	注射剤	エタノール	2
Ｇ(－)菌感染	軟膏(歯周ポケット注入用)	塩酸テトラサイクリン末、プレドニゾロン	1
(12)治療を目的としないもの			
自己導尿用潤滑剤	滅菌剤	グリセリン、塩化ベンザルコニウム	1
バルーンが抜けやすくするため	液	グリセリン、蒸留水	1

表２－３－13　製薬メーカーに開発してほしい院内製剤

疾患名または目的	剤型	成分	件数
(1)中枢神経系用薬			
神経ブロック	注射剤	フェノール、グリセリン	2
		無水エタノール	2
痙攣発作	坐剤、注射剤	バルプロ酸ナトリウム	1
(2)末梢神経系			
レーザー、注射時の疼痛	クリーム	リドカイン	1
(3)眼科用剤			
止血	点眼液	エピネフリン	1
角膜移植後の拒絶反応	点眼液	シクロスポリン	2
眼科・真菌症	点眼液	ミコナゾール	1
(4)循環器官用薬			
高血圧症	注射剤	ニトロプルシッドナトリウム、クエン酸３ナトリウム	1
心筋保護剤・心停止液	注射剤(ヤング氏液)	クエン酸３カリウム、硫酸マグネシウム、塩化ナトリウム	2
	バックバーグ原液	マンニトール、ＬＴＨＡＭ、クエン酸３ナトリウム、ＫＣｌ、クエン酸H_2O	2
下肢静脈瘤	注射液	ニッコールＢＬ-９ＥＸ、無水エタノール	1
		ポリドカノール、エタノール	1
(5)呼吸器官用薬			
喘息	坐剤	オザグレル	1
(6)消化器官用薬			
下痢	外用液	薬用石鹸	1
解毒用催吐剤	シロップ	トコン	1
潰瘍性大腸炎	坐剤	プレドニゾロン	1
(7)ホルモン剤			
甲状腺	坐剤	チラージン	1
(8)泌尿・生殖器官用薬			
尿路結石溶解	無菌溶剤	solution　G液、クエン酸、酸化マグネシウム、無水炭酸ナトリウム	1
尿閉	注射液	塩化ベタネコール、塩化ナトリウム（注射用）	1
膀胱洗浄	外用液	ポピドンヨード	1
(9)外皮用薬			
熱傷	軟膏	ズダンⅣ、オリーブ油単軟膏	1
人工肛門処理	軟膏剤	アプロチニン（＋アズレン）	3
		メシル酸ガベキサート	2
		カラヤゴム、１０％亜鉛華単軟膏	1
		カルボキシメチルセルロース	1
あせも	ローション	レゾルシン、亜鉛華デンプン、グリセリン、エタノール、精製イオウ	1
皮膚掻痒症	外用液剤	ほう酸、エタノール、フェノール、グリセリン、Ａｇ	1
乾癬・慢性湿疹	軟膏、固体	コールタールほか	2
白癬皮膚疾患	ローション	安息香酸ベンジル、トリエタノールアミン、オレイン酸など、Ａｇ	1
疥癬	軟膏	γ－ＢＨＶ	1
耳あか疾患	外用液	重曹、グリセリン、Ａｇ	1
糖尿病における足のしびれ	軟膏・クリーム	カプサイシン	2
帯状疱疹の疼痛			
(10)代謝性医薬品			
亜鉛欠乏症	シロップ・錠剤	硫酸亜鉛	2
セレン欠乏症	注射剤	亜セレン酸	2
オルニチン回路欠損症	注射剤及び錠剤	安息香酸ナトリウム	1
メトヘモグロビン血症	注射剤	メチレンブルー（静注用）	1
フッ化水素中毒	ゼリー	グルコン酸カルシウム	1
高リン血症	錠剤	炭酸カルシウム	1
切迫早産の破水予防	膣坐剤	ウリナスタチン	1
口内炎	含漱液	アロプリノール	3
(11)抗癌剤・抗生物質等			
肝臓ガン	注射剤	エタノール	3
肝ガン	注射剤	シスプラチン、リピオドール	1
抗ガン剤	カプセル	ブスルファン	1
悪性腫瘍	散剤(10倍数、分包品)	シクロホスファミド	1
感染性疾患	軟膏剤	アミカシンなどAGS軟膏	1
真菌症	含漱液	アムホテリシンＢ	1

6） ゼネリック薬

現在のゼネリック薬のイメージ（表 2-3-14）について、品質は「良い」5.9%、「悪い」33.3%、「わからない」58.8%、情報は「ある」19.6%、「ない」62.7%、「わからない」15.7%、価格は「適性」23.5%、「適性でない」13.7%、「わからない」60.8%であった。この結果はゼネリック薬に関する情報が不足していることを示しており、今回調査対象となった病院へのメーカーからの情報提供が十分に行われていないか、ＭＲが訪問していないためと思われる。

次に、ゼネリック薬の採用状況（表 2-3-15）をみると「採用」19.6%、「不採用」78.4%であった。採用の理由として「技術と安全性が優れたメーカーの安価なもの」、「品質が信頼でき、価格が適当」、「経営上プラスなため」等であった。一方、不採用の理由は、「情報が少ない」、「品質の信頼性がない」であった。

現在不採用であるとの回答に対して、今後の採用の可能性について調査した結果（表 2-3-16）「可能性はある」25.0%、「可能性はない」52.5%、「わからない」22.5%であった。その理由として「可能性はある」は「品質の向上が裏付けられれば」、「情報の提供・維持があれば」、「レセプト請求においてまるめとなる診療が増加した場合」、「経営状況の変化に応じて」であり、「可能性はない」は「情報、品質に対する信頼度不足」、「院内での製品に対する信頼が得られていない」であった。

ゼネリック薬の必要性（表 2-3-17）については「必要である」47.1%、「不必要である」15.7%、「わからない」33.3%であった。「必要である」の理由は「医療費抑制と患者負担軽減」、「自由競争のため」、「納入価が適性」であり、「不必要である」の理由は「収載品目が増え、混乱を増す」、「種類の増加による分業の妨げ」、「ゾロが多すぎる、販売合戦となり、肝腎な情報が不正確にしか伝わってこない」であった。

医療用医薬品のうち、ゼネリック薬の市場規模は 7%前後といわれており、2000 年には 15%程度まで拡大すると予想されている。本格的な高齢化社会を迎え、医療の現場にも経済学が導入されつつあり、その目的は医療費の抑制である。ゼネリック薬は薬剤費の軽減と患者負担の軽減という大義名分があり、理論的には今後の市場拡大が見込まれる。しかし、今回のアンケート結果では、ゼネリック薬の必要性は認めつつも、実際に採用の段階

表２－３－14 現在のゼネリック薬のイメージ(N＝51)

内容	良い	悪い	わからない	記述なし
品質	3 5.9%	17 33.3%	30 58.8%	1 2.0%
情報	10 19.6%	32 62.7%	8 15.7%	1 2.0%
価格	12 23.5%	7 13.7%	31 60.8%	1 2.0%

表２－３－15 現在の採用状況

項目	回答数	回答率
採用	10	19.6%
不採用	40	78.4%
記述なし	1	2.0%
合計	51	100.0%

表２－３－16 将来採用する可能性

項目	回答数	回答率
採用の可能性はある	10	25.0%
採用の可能性はない	21	52.5%
わからない	9	22.5%
合計	40	100.0%

表２－３－17 必要性(N=51)

項目	回答数	回答率
必要である	24	47.1%
不必要である	8	15.7%
わからない	17	33.3%
記述なし	2	3.9%

では２つの大きな問題があることが示唆されている。１つは情報が少ないことであり、ゼネリック薬のイメージがつかめず、善し悪しの判断すらつかない状況（各質問項目のわからないの回答比率が高い）である。他の１つは品質の問題である。ゼネリック薬が先発品と同等の有効性、安全性、安定性を確保しているかどうかである。いずれもゼネリックメーカーが改善すべき問題であり、これ等の点が解決されないかぎり、ゼネリック薬の使用増加は期待出来ないと思われる。

7）　医薬分業

実施状況（表 2-3-18）は「完全実施」9.8%、「一部実施」52.9%、「未実施」35.3%であった。

表２－３－18　医薬分業の実施状況(N=51)

項目	回答数	回答率
完全実施	5	9.8%
一部実施	27	52.9%
未実施	18	35.3%
記述なし	1	2.0%

実施に当たっての問題点について主な自由意見は、多い順に「受入体勢の未整備（開設数、薬剤師のレベル、機能）」、「患者の負担増、サービス低下（金額の増加、手間が掛かる、説明不足）」、「一般名処方の必要性（多品目による在庫、備蓄の問題）」、「薬価差益の減少」、「患者の理解不足（医薬分業のメリットを理解していない）」、「処方箋の不備」であった。

医薬分業のメリットについて主な自由意見は「薬歴管理が可能になる」、「病院薬剤師にゆとりができ、病棟業務に専念できる」、「患者へのメリット（待ち時間の短縮、十分な説明）」であった。一方、デメリットは「患者の負担増、サービス低下（金額の増加、手間が掛かる、説明不足）」、「院内外薬局の連携、統一性等繁雑となる」、「受入れ薬局のレベル不足」、「薬価差益の減少」であり、実施に当たっての問題点とかなり重複していた。

医薬分業が実施されている、またはされた場合の薬剤師の中心業務は「病棟業務（入院患者を対象とした業務）」との回答がほとんどであったが、「現段階では薬剤師の質に問題があり、改善が必要」との意見が幾つかみられた。

今回、調査の対象となった病院における医薬分業の実施率は、完全実施 9.8%、一部実施を含めると 62.7%であり、かなり高い。医薬分業を進める上で最も問題と考えられていることは、受入れ側である調剤薬局の体制で、ハードおよびソフト面の充実が必要と思われる。「現在の医薬分業の理由は経済的理由であるが、本来は技術的理由でなければならず、在り方を再考すべき」との意見があり、医薬分業の本来の意義が問われている。

8）　薬学教育

医学教育と比較した場合の薬学教育のカリキュラムの充実度に関する調査結果を表 2-3-19 に示す。「優れている」2.0%、「同程度である」2.0%、「劣っている」82.4%であった。理由として「臨床に関わる科目、実践が少ない」が大多数であり、この他に「年数が短い」、「医学の勉強不足」、「卒

表２－３－19　医学教育と比較した場合の薬学教育のカリキュラムの充実度(N=51)

項目	回答数	回答率
優れている	1	2.0%
同程度である	1	2.0%
劣っている	42	82.4%
その他	5	9.8%
記述なし	2	3.9%

後研修の実施が必要」等であった。これ等の意見から現在の薬学教育は机上論に近く、本来は医療に密着した薬学であるべきなのに物性に偏り過ぎていて、実践的教育がなされておらず、臨床現場で役に立っていないことがうかがわれる。

6年制教育制度導入の必要性（表 2-3-20）は「必要である」84.3%、「今のままの４年制で良い」3.9%、「わからない」11.8%であった。「必要である」場合、新たに追加すべき教育内容の主なものは臨床薬学、医療薬学、薬物治療学、実習（調剤、病棟）、解剖・病態生理であった。この他少数ではあるが、倫理学、心理学、経営・経済学、情報・統計学、新薬学等多岐に渡っていた。自由意見では「教育内容が不足している」が最も多く、その内容は医の倫理、薬剤師教育、患者心理、現場教育等であった。その他「抜本的な見直し必要」、「6年制は受験者数が減少するので、追加２年は選択制または別資格にする」等があった。新たに追加すべき教育内容は、前記のカリキュラムの充実度に関するアンケートにおける自由意見と同様で、ほとんどが臨床現場で必要と思われる内容であり、医療の中での病院薬剤師の在り方の方向が示唆されている。また薬剤師にこだわらず、より広い意味での薬学出身者の進路に対する意見として「薬学教育者、医療現場従事者、開局者、MR関係、開発研究者等、専門分野を薬学教育の段階から分けた専門教育が必要である。また、医療現場でも循環器系、内科系、外科系等専門性を持たせる」があり、現在の画一的な薬学教育の問題点が指摘されている。

医薬分業の本格的導入に備えて新たに加えるべき教育内容に関する自由意見では「実習（調剤）」、「臨床薬学」、「心理学（患者への対応）」、「解剖、病態生理」、「経営、経済学」、「法規、行政」等広い範囲にわたっていた。特に経営、経済学、法規、行政は薬局経営に直接必要な内容と思われる。

ベッドサイド業務拡大に備えて新たに加えるべきカリキュラムに関する自由意見では「心理学（患者対応）」が最も多く、次いで「解剖、病態生理」、「実習（病棟）」、「倫理学」、「看護学」であり、少数意見として「医薬品情報学」、「臨床薬剤学」であった。

実地教育の必要性（表 2-3-21）については「実施することに意味がある」80.4%、「実施するに越したことはない」15.7%、「あまり意味はない」0%であった。自由意見のうち「意味がある」では「現場の体験は是非必要」が最も多く、その他は少数意見で「現行の１週間は短いのでせめて６か月は必要」、「見学では意味がないので責任のある内容が必要」、「企業の研究開発部門に進むにしても必要」があり、その他「ミニ医者を作る必要はない」との意見があった。現在の薬学教育は医療現場と乖離しており、医療従事者の一員として現場の体験は是非必要であるが、その内容については考慮すべき点が多々あるようである。

表２－３－20

６年制教育制度導入の必要性(N=51)

項目	回答数	回答率
必要である	43	84.3%
今のままの４年制でよい	2	3.9%
わからない	6	11.8%

表２－３－21

実地教育の必要性(N=51)

項目	回答数	回答率
実施することに意味がある	41	80.4%
実施するに越したことはない	8	15.7%
あまり意味がない	0	0.0%
記述なし	2	3.9%

生涯教育の実施状況（表 2-3-22）は、「定期的・継続的に教育を受けている」19.6%、「自分自身で新しい知識の吸収に努めている」66.7%、「教育を受けたいがなかなか機会に恵まれない」7.8%、「なにもしていない」2.0%であった。自由意見は「生涯教育の認定が日本薬剤師会、病院薬剤師会で異なるので、共通にした上で国の認定もしくは資格化してはどうか」、「研修認定薬剤師制度の法制化が必要」、「病院薬局ではゆとりがなく、業務が非常に多く、研修等への参加が難しい」、「都市部と地方とで研修機会の格差が広がっている」、「研修制度が点数制で行われており、点を貰うために参加している例があり、制度の改革が必要」等があった。

「定期的・継続的に教育を受けている」は19.6%と低く、その原因は受ける機会がないのではなく、自己研鑽で代替えしていることがうかがえる。研修制度が魅力的なものであり、しかも業務に直接役立つ内容であることが必要と思われる。

国家試験の在り方に関する調査結果（表 2-3-23）では、「変わった方がよい」82.4%、「現在のまま」11.8%であった。自由意見は「薬剤師のレベルアップに繋がる」、「時代と共に改革すべき」、「臨床、現場の問題を増やすべき」が主なもので、少数意見として「試験内容が現場とかけ離れている」、「薬剤師免許への責任の取り方が問題」、「受験資格を固定せず、必要人員のみを合格とすべき」、「国指定の施設で現場勤務者として評価すべき」、「免許更新時に再試験をする」、「4 年制の薬剤師と 6 年制の臨床薬剤師を分ける」があった。

ほとんどの薬剤師が「変わった方がよい」と考えており、薬学教育の内容が変われば試験内容も当然変わるべきであると考える。

表２－３－22　生涯教育の実施状況(N=51)

項目	回答数	回答率
定期的・継続的に教育を受けている	10	19.6%
自分自身で新しい知識の吸収に努めている	34	66.7%
教育を受けたいがなかなか機会に恵まれない	4	7.8%
何もしていない	1	2.0%
記述なし	2	3.9%

表２－３－23　国家試験の在り方(N=51)

項目	回答数	回答率
変わった方がよい	42	82.4%
現在のままでよい	6	11.8%
記述なし	3	5.9%

9）　MR（医薬情報担当者）に関する満足度

MRの薬剤部訪問は、1社当たりの訪問回数が平均週 3.3 回、1回の平均面会時間は 9.3 分であった。

1社当りの訪問頻度および訪問人数の適否についての調査結果を表2-3-24～25に示す。訪問頻度は「適当」52.9%、「不適当」と「わからない」がともに 19.6%で、訪問人数では「適当」64.7%、「少ない」11.8%、「多い」5.9%、「わからない」17.6%であった。

情報伝達の満足度（表 2-3-26）は、有効性について「満足している」2.0%、「ほぼ満足している」49.0%であり、安全性に関してはそれぞれ 0%、23.5%であった。満足している比率は有効性も安全性も極めて少なく、また安全性についての満足度は有効性についての満足度よりも低く、情報伝達の在り方に問題があることが示唆される。

表２－３－24

１社当たりの訪問頻度の適否(N=51)

項目	回答数	回答率
適当	27	52.9%
不適当	10	19.6%
わからない	10	19.6%
記述なし	4	7.8%

表２－３－25

１社当たりのＭＲの訪問人数の適否(N=51)

項目	回答数	回答率
少ない	6	11.8%
適当	33	64.7%
多い	3	5.9%
わからない	9	17.6%

表２－３－26　情報伝達の満足度(N=51)

満足度	満足している	ほぼ満足している	やや不満足である	不満足である	わからない
有効性	1 2.0%	25 49.0%	16 31.4%	8 15.7%	1 2.0%
安全性	0 0.0%	12 23.5%	25 49.0%	13 25.5%	1 2.0%

ＭＲ活動に対する要望、改善点に対する自由意見は「説明書等の理解が不十分であり、基礎、専門の知識を持ってほしい」、「自社のものをマニアル通りに売り込むのではなく、利点、欠点も説明して、他社と比較する等学術的見地で情報を提供してほしい」、「営業色が強く、利益を目的とした売り込みを止めてほしい。以前のプロパーとあまり変わらない」が大多数で、いまだに営業中心の活動になっているようである。望まれるＭＲ像は、医療人としての自覚を持ち、自社製品の説明だけでなく、系統的な薬剤（他社品、同効薬、開発中の同効薬等）の説明を行える十分に知識のあるＭＲではないだろうか。企業の営業面と情報提供面の分離が必要と思われる。

ＭＲの資格制度が実施された場合の質の向上については「向上する」78.4%、「向上しない」21.6%であった。「向上しない」理由として「ノルマや利益優先の姿勢が改まらなければ意味がない」、「質的なものがクリヤーされても、倫理感、責任感等は制度だけでは十分に養成できない」、「今まで販売熱心なＭＲが改善されるとは思わない」等があった。

10)　添付文書

利用の程度（表 2-3-27）は「全文を必ず一度は読む」23.5%、「重要な記載事項だけ読む」35.3%、「必要なとき読む」41.2%で、「あまり読んだことはない」0%であった。重要な記載事項は適応症、用法・用量、効能・効果、副作用、相互作用、適用上の注意であった。添付文書は何等かの形で一度は読まれているようである。

表２－３－27　添付文書の利用程度(N=51)

項目	回答数	回答率
全文を必ず一度は読む	12	23.5%
重要な記載事項だけ読む	18	35.3%
必要な時に読む	21	41.2%
あまり読んだことはない	0	0.0%
その他	0	0.0%

内容の満足度に関する調査結果を表 2-3-28～30 に示す。内容全体の満足度は「満足」0%、「ほぼ満足」49.0%であり、一方「やや不満足」31.4%、「とても不満足」15.7%で不満足度は 47.1%であった。個別記載内容の満足度では有効性、安全性、相互作用の記載内容は、

それぞれ23.5%、9.8%、5.9%と、いずれも少なかった。「不十分」の理由は、いずれの項目でも「もっと詳しく記載してほしい」が最も多く、次いで「表現が分かりにくい」であった。

表２－３－28　内容全体の満足度(N=51)

項目	回答数	回答率
満足である	0	0.0%
ほぼ満足である	25	49.0%
やや不満足である	16	31.4%
とても不満足である	8	15.7%
どちらとも言えない	1	2.0%
記述なし	1	2.0%

表２－３－29 個別記載内容の満足度(N=51)

内容	十分である	不十分である
有効性	12 23.5%	39 76.5%
安全性	5 9.8%	46 90.2%
相互作用	3 5.9%	48 94.1%

表２－３－30　個別記載内容の不十分の理由（複数回答）

内容	回答数	表現が分かりにくい	もっと詳しく記載してほしい	記載場所が分かりにくい	有効なのかどうかはっきり分からない	その他	記述なし
有効性	N=39	16 41.0%	26 66.7%	5 12.8%	13 33.3%	3 7.7%	1 2.6%
安全性	N=46	16 34.8%	30 65.2%	4 8.7%	11 23.9%	3 6.5%	1 2.2%
相互作用	N=48	13 27.1%	35 72.9%	3 6.3%	7 14.6%	7 14.6%	1 2.1%

「内容について疑問を持ったことがあるか」の質問に対し、90.2%が「ある」と回答している。この場合の処置方法(表 2-3-31)は「製造元または販売元に問い合わせた」が74.3%で最も多く、次いで「添付文書に記載された文献を取り寄せて調べた」23.7%、「添付文書に記載された以外の文献や書物で調べた」20.4%であった。また「処置した結果、疑問点が解消されたか」の質問に対して「解消した」が63.0%に留まり、「問い合わせ先の説明は不十分な場合が多い」、「明確な解答が得られない場合がある」等の意見があった。

表２－３－31　内容に対する疑問の対処方法（複数回答）　(N=46)

項目	回答数	回答率
製造元／販売元に問い合わせた	44	95.7%
病院の医師に聞いた	0	0.0%
添付文書に記載された文献を取り寄せて調べた	22	47.8%
添付文書に記載された以外の文献や書物で調べた	19	41.3%
オンライン・データ・ベースを利用して調べた	6	13.0%
その他	2	4.3%
そのままにしておいた	0	0.0%
合計	0	0.0%

添付文書の書き方(表 2-3-32)については「非常に理解し易い」と「理解し易い」を加えても29.5%のみであった。レイアウト(表 2-3-33)については「とても良い」と「良い」を

加えて19.6%で、「まあまあである」が62.7%であり、レイアウト上の問題は少ないようである。文字の大きさ(表2-3-34)については「適当である」が58.8%、「小さ過ぎる」39.2%であった。

記載事項の必要度（表2-3-35）では「すべてが必要である」52.9%、「追加して欲しい事項がある」35.3%で、「削除しても良い事項がある」は、わずか5.9%であった。追加して欲しい事項は腎障害時、透析時、肝障害時の用法用量、老人用量、小児用量、相互作用、最高投与量、緊急処置法、副作用メカニズム、薬価収載、発売、効能・効果追加年月日であった。一方、削除しても良い事項は実験動物データであった。

添付文書以外に使用している資料については、表2-3-36に示す通りであるが、その他の項では、インタビューフォームが多かった。

添付文書の更新度（表2-3-37）について、「すべてが更新されている」23.5%、「大部分が更新されている」64.7%であり、更新度は比較的高い。

添付文書に関する意見、要望では「各社の様式、大きさ、表現を統一してほしい」が最も多く、他に「曖昧な表現を避け、事実に基づいた情報を掲載すべき」、「類薬との比較データを記載してほしい」、「印刷日付を明記してほしい」等があった。現在の添付文書は記載項目が統一されているが、記載内容やサイズの大きさ、文字の大きさ等については各社各様である。特にサイズの違いは整理、管理面で大きな障害となっていることがうかがえる。この点の改善はハード面だけなので、製薬企業は早急に改善すべきと思う。

表２－３－32　書き方 (N=51)

項目	回答数	回答率
非常に理解し易い	1	2.0%
理解し易い	14	27.5%
なんとか理解できる	25	49.0%
理解しにくい	9	17.6%
とても理解しにくい	0	0.0%
記述なし	2	3.9%

表２－３－33　レイアウト (N=51)

項目	回答数	回答率
とても良い	1	2.0%
良い	9	17.6%
まあまあである	32	62.7%
悪い	7	13.7%
とても悪い	2	3.9%

表２－３－34　文字の大きさ (N=51)

項目	回答数	回答率
適当である	30	58.8%
大き過ぎる	0	0.0%
小さ過ぎる	20	39.2%
記述なし	1	2.0%

表２－３－35　記載事項の必要度 (N=51)

項目	回答数	回答率
すべてが必要である	27	52.9%
追加して欲しい事項がある	18	35.3%
削除しても良い事項がある	3	5.9%
記述なし	3	5.9%

表２－３－36　添付文書以外に使用している資料（複数回答） (N=51)

項目	回答数	回答率
日本医薬品集	45	88.2%
医薬品副作用情報	44	86.3%
緊急安全情報	44	86.3%
医薬品安全情報ＤＳＵ	22	43.1%
その他	13	25.5%

表２－３－37　添付文書の更新度 (N=51)

項目	回答数	回答率
すべてが更新されている	12	23.5%
大部分が更新されている	33	64.7%
更新したりしなかったりする	5	9.8%
古いものを使うことがある	1	2.0%
その他	0	0.0%

11)　より良い医療のための患者への要望

病院薬剤師の立場から患者に対して遵守してほしい事柄は、「独自の考えで服薬中止したり、調合したりせずに服薬指導を守ってほしい」、「他科、他病院での治療、薬について詳しく教えてほしい」、「不調、不安、不明なことは遠慮せずに言ってほしい」、「薬に依存し過ぎないでほしい」、「自分の病気や薬にもっと関心や理解を持ってほしい」が主な意見で、その他、「大病院志向をしないでほしい」、「院外処方に協力してほしい」、「サービスを向上させたいが、お金、時間がかかることを理解してほしい」等であった。

全体的には服薬管理に重点をおいた要望が中心であり、患者が薬剤師の服薬指導通りに服用していないこと、自己判断で服薬していることがうかがえる。

12)　患者の立場に関する対応方法

最近の医療において患者の立場に立った医療が必要とされているが、その中で重要と思われる項目について調査した結果を表 2-3-38 に示す。

「ぜひ必要である」と多くの回答を得た項目は「インフォームドコンセント」78.4%、「救急医療体制」74.5%、「在宅医療」62.7%、「医療情報提供体制」62.7%、「服薬指導」60.8%、「ＱＯＬ」56.9%、「介護体制」54.9%、「アメニティ」51.0%であった。一方、「ぜひ必要である」と「必要である」を加えても 50%以下は「植物人間医療」37.3%、「定額医療」43.1%であった。

具体的な対応策、または意見として、インフォームドコンセントでは「3 時間待ちの 3 分診療にならず、余裕のある診療、十分な話し合いを行い、信頼関係を築く必要がある」に代表されると思われる。

告知では「医薬分業を進める上で障害となる可能性が

表２－３－38

患者の立場に立った医療における重要項目の必要度(N=51)

内容	ぜひ必要である	必要である	あまり必要でない	必要と思わない	わからない	記述なし
インフォームドコンセント	40 78.4%	9 17.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.9%
告知	6 11.8%	28 54.9%	3 5.9%	0 0.0%	10 19.6%	4 7.8%
末期医療	21 41.2%	16 31.4%	6 11.8%	4 7.8%	1 2.0%	3 5.9%
植物人間医療	3 5.9%	16 31.4%	9 17.6%	10 19.6%	8 15.7%	5 9.8%
脳死判定	6 11.8%	20 39.2%	5 9.8%	2 3.9%	14 27.5%	4 7.8%
ＱＯＬ	29 56.9%	18 35.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 7.8%
機能保存治療	8 15.7%	24 47.1%	3 5.9%	2 3.9%	6 11.8%	8 15.7%
アメニティ	26 51.0%	21 41.2%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.0%	3 5.9%
介護体制	28 54.9%	21 41.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.9%
救急医療体制	38 74.5%	11 21.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.9%
服薬指導	31 60.8%	18 35.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.9%
在宅医療	32 62.7%	17 33.3%	1 2.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.0%
かかりつけ医	18 35.3%	28 54.9%	3 5.9%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.9%
家庭医学	9 17.6%	30 58.8%	4 7.8%	2 3.9%	4 7.8%	2 3.9%
医療情報提供体制	32 62.7%	15 29.4%	1 2.0%	0 0.0%	1 2.0%	2 3.9%
定額医療	4 7.8%	18 35.3%	5 9.8%	8 15.7%	12 23.5%	4 7.8%
適用外検査の適正供用	9 17.6%	22 43.1%	2 3.9%	1 2.0%	13 25.5%	4 7.8%

ある」との意見があり、告知がなされていない場合の薬剤師の患者への情報開示（提供）の難しさが示唆される。

末期医療では「治る見込みのない患者にまで手術して点数を上げる医療機関にはもっと行政指導を行うべき」との意見があり、その内容に問題があることが指摘されている。

ＱＯＬでは「我が国の実態に合わせた評価基準が作成され、大規模な長期比較試験の中で評価項目として重視されるべき」、「長寿社会において如何に死んで行くかを求めさせ、そうすることにより今、どうすれば良いか、明らかになるのではないか」との意見があった。今後、慢性疾患に使用される薬剤は、ＱＯＬに対する評価が何等かの形で必要であると思われる。

13） 効果的な治療に対する障害

効果的な治療を行うに当たり、医療全般の中で現在「障害となっている」こと（表 2-3-39）は、「病院経営上の問題」49.0%で最も高く、次いで「病因の解明されていない難病の存在」および「早期診断の困難な疾病の存在」が、ともに 47.1%、「特異的な治療法（薬）が未開発」43.1%であった。

表２－３－39　効果的な治療を行う上での問題点（現在）(N=51)

問題点	障害になっている	多少の障害がある	障害はない	記述なし
病因の解明されていない難病の存在	24 47.1%	16 31.4%	1 2.0%	10 19.6%
早期診断の困難な疾病がある	24 47.1%	15 29.4%	1 2.0%	11 21.6%
特異的治療法（薬）が未開発	22 43.1%	19 37.3%	1 2.0%	9 17.6%
高度医療機関でも外来診療を行っている	9 17.6%	21 41.2%	11 21.6%	10 19.6%
病院経営上の問題	25 49.0%	18 35.3%	1 2.0%	7 13.7%
スタッフの問題	15 29.4%	27 52.9%	0 0.0%	9 17.6%
支払基金による制限	14 27.5%	23 45.1%	3 5.9%	11 21.6%
医療費抑制による圧力	20 39.2%	21 41.2%	2 3.9%	8 15.7%
患者の無理解	10 19.6%	32 62.7%	0 0.0%	9 17.6%
社会の無理解	10 19.6%	28 54.9%	5 9.8%	8 15.7%

これ等 2005 年頃の改善度（表 2-3-40）について「より障害となる」は「医療費抑制による圧力」37.3%、「病院経営上の問題」および「支払い基金による制限」が、ともに 29.4%であり、一方「改善されてくる」は「早期診断の困難な疾病の存在」56.9%、「特異的な治療法（薬）が未開発」52.9%、「病因の解明されていない難病の存在」43.1%であった。以上の結果から将来効果的な治療に対する障害は、医学薬学に関連する理由ではなく、経済的な理由であることが示唆される。

14） 薬剤師の仕事の満足度

現在および 2005 年頃の薬剤師の満足度に関する調査結果を以下に示す。

専門性（表 2-3-41）では、現在「ほぼ満足している」以上が 40%未満であるが、2005 年頃には改善していると考えている。患者の対応（表 2-3-42）について現在は、「ほぼ満足している」以上が 9.8～13.8%と低く、薬剤師と患者のコミニュケーションが十分でないことがうかがえる。しかし、2005 年頃には改善していると考えている。職場環境（表 2-3-43）では、現在「ほぼ満足している」以上は「パラメディカルとの関係」45.2%で最も

高く、「給与」の満足度は13.8%と最も低かった。2005年頃においても「給与」の改善は悲観的である。職能（表2-3-44）では、現在「ほぼ満足している」以上の比率は低く、「治療における主体性」では9.8%であった。しかし、2005年頃には改善していると考えている。

表２－３－40　効果的な治療を行う上での問題点（2005年の改善予想）(N=51)

問題点	より障害となる	現状と同じ	改善されてくる	改善され障害がなくなる	記述なし
病因の解明されていない難病の存在	2 3.9%	15 29.4%	22 43.1%	0 0.0%	12 23.5%
早期診断の困難な疾病がある	0 0.0%	9 17.6%	29 56.9%	1 2.0%	12 23.5%
特異的治療法（薬）が未開発	1 2.0%	10 19.6%	27 52.9%	1 2.0%	12 23.5%
高度医療機関でも外来診療を行っている	2 3.9%	15 29.4%	19 37.3%	2 3.9%	13 25.5%
病院経営上の問題	15 29.4%	18 35.3%	8 15.7%	0 0.0%	10 19.6%
スタッフの問題	7 13.7%	19 37.3%	14 27.5%	0 0.0%	11 21.6%
支払基金による制限	15 29.4%	15 29.4%	6 11.8%	0 0.0%	15 29.4%
医療費抑制による圧力	19 37.3%	11 21.6%	10 19.6%	0 0.0%	11 21.6%
患者の無理解	2 3.9%	16 31.4%	21 41.2%	1 2.0%	11 21.6%
社会の無理解	2 3.9%	17 33.3%	20 39.2%	2 3.9%	10 19.6%

表２－３－41　専門性に対する満足度(N=51)

	満足度	仕事遂行での自己の専門性	教育の機会
現在	大変満足している	3　(5.9%)	2　(3.9%)
	ほぼ満足している	15　(29.4%)	2　(29.4%)
	やや不満である	24　(47.1%)	2　(51.0%)
	大変不満である	7　(13.7%)	5　(9.8%)
	記述なし	2　(3.9%)	3　(5.9%)
2005年頃	大きく改善している	8　(15.7%)	6　(11.8%)
	やや改善している	29　(56.9%)	27　(52.9%)
	現状と同じ	7　(13.7%)	10　(19.6%)
	悪くなっている	0　(0.0%)	0　(0.0%)
	記述なし	7　(13.7%)	8　(15.7%)

表２－３－42　患者との対応に対する満足度(N=51)

	満足度	時間をかけた対応がとれている	患者の話を聞いてあげれる	患者の家族への配慮は充分
現在	大変満足している	1　(2.0%)	1　(2.0%)	1　(2.0%)
	ほぼ満足している	4　(7.8%)	6　(11.8%)	4　(7.8%)
	やや不満である	17　(33.3%)	22　(43.1%)	22　(43.1%)
	大変不満である	28　(54.9%)	21　(41.2%)	23　(45.1%)
	記述なし	1　(2.0%)	1　(2.0%)	1　(2.0%)
2005年頃	大きく改善している	8　(15.7%)	8　(15.7%)	6　(11.8%)
	やや改善している	30　(58.8%)	32　(62.7%)	32　(62.7%)
	現状と同じ	8　(15.7%)	6　(11.8%)	8　(15.7%)
	悪くなっている	0　(0.0%)	0　(0.0%)	0　(0.0%)
	記述なし	5　(9.8%)	5　(9.8%)	5　(9.8%)

表２－３－43　職場環境に対する満足度(N=51)

	満足度	給与	労働条件	病院における地位	パラメディカルとの関係	余暇
現 在	大変満足している	1(2.0%)	1 (2.0%)	2 (3.9%)	5 (9.8%)	1 (2.0%)
	ほぼ満足している	6(11.8%)	12(23.5%)	11 (21.6%)	18 (35.3%)	12(23.5%)
	やや不満である	24(47.1%)	27(52.9%)	26 (51.0%)	21 (41.2%)	22(43.1%)
	大変不満である	19(37.3%)	10(19.6%)	11 (21.6%)	6 (11.8%)	12(23.5%)
	記述なし	1 (2.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	4 (7.8%)
2005年頃	大きく改善している	3 (5.9%)	1 (2.0%)	6 (11.8%)	3 (5.9%)	2 (3.9%)
	やや改善している	17(33.3%)	25(49.0%)	26 (51.0%)	25 (49.0%)	20(39.2%)
	現状と同じ	23(45.1%)	15(29.4%)	11 (21.6%)	15 (29.4%)	15(29.4%)
	悪くなっている	1 (2.0%)	3 (5.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)
	記述なし	7(13.7%)	7(13.7%)	8 (15.7%)	8 (15.7%)	13(25.5%)

表２－３－44　職能に対する満足度(N=51)

	満足度	薬剤師の病院内の地位	治療における主体性	医師との職務権限
現 在	大変満足している	2 (3.9%)	2 (3.9%)	2 (3.9%)
	ほぼ満足している	10 (19.6%)	3 (5.9%)	6 (11.8%)
	やや不満である	27 (52.9%)	28 (54.9%)	23 (45.1%)
	大変不満である	10 (19.6%)	16 (31.4%)	17 (33.3%)
	記述なし	2 (3.9%)	2 (3.9%)	3 (5.9%)
2005年頃	大きく改善している	7 (13.7%)	5 (9.8%)	5 (9.8%)
	やや改善している	29 (56.9%)	28 (54.9%)	26 (51.0%)
	現状と同じ	10 (19.6%)	13 (25.5%)	14 (27.5%)
	悪くなっている	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	記述なし	5 (9.8%)	5 (9.8%)	6 (11.8%)

15)　自由意見

今後の薬剤師に求められる役割、病院の在り方等についての自由意見は、薬剤師に求められる役割として「チーム医療の一員としての自覚を持つ」、「患者中心の医療を心掛ける」、「薬の適正使用の実行と検証に努める」、「薬中心でなく患者を中心とした服薬指導を身につける」等である。なお、「これまでの薬剤師は開局の場合は商人的であり、病院の場合は職人的であった。これからはチーム医療の一員として患者との関わりの中で専門性を発揮した業務を展開する必要がある。より良き患者サービスを目指して可能な職能を探索、実践して患者、社会から信頼される存在となるように努力しなければならない」に代表されていると思われる。

病院の在り方については「病院の機能分類の促進が必要」、「患者中心の医療体制を取れる病院」、「入院中心の体制が必要」、「老人が増える中で多科受診が多くなり、一診療科受診で済む老人科のある病院の拡大」が主な意見である。これ等はいずれも患者中心の医療体制の整備に繋がることであり、現在の３時間待ちの３分間診療の解消を行えるような病院が必要であることを訴えている。

4．検査技師へのアンケート調査結果

回答数57件のプロフィルは、検査技師と思われる31名、医師と思われる20名、どちらか不明 6 名であった。本来は検査技師に向けてのアンケートであったが、臨床検査部門の責任者として臨床医や病理医の方々の回答も含まれている。

1） 医療ニーズにおける検査技師の位置づけ

医療費抑制の動きの中で、検査コストの低減化を目指して、自動化や外注委託化が進み、検査技師の削減や業務の変化が起こりつつある。こうした状況の中で、現在の待遇面や、今後の技師の役割について調査した。

表２－４－１　検査技師の待遇面（N=57）

項目	回答数	回答率
すべての待遇面で不満である	5	8.8%
他の医療従事者と比べて業務遂行体制に不満である	24	42.1%
業務の質・量に対して給料等で不満である	11	19.3%
業務の質・量に応じた給与レベルと評価している	13	22.8%
わからない	0	0.0%
その他	3	5.3%
記述なし	1	1.8%

表２－４－２　将来の検査技師の役割・業務（N=57）

項目	回答数	回答率
現在の検査業務は縮小するので、存在意義のある役割に転換を検討する	8	14.0%
現在の検査業務は縮小するが、その中で中核になって意義ある活動を継承する	17	29.8%
医療ニーズを追求すれば、検査業務は現状規模が継続し問題なし	24	42.1%
わからない	0	0.0%
その他	8	14.0%

待遇面（表 2-4-1）は「業務の質、量に応じた給与レベルである」が、わずかに 22.8%であり、すべての面であるいは何らかの理由で「不満」が70.2%と多数を占めた。特に「その他の医療従事者と比べて、業務遂行体制に不満である」が 42.1%であった。これは、検査技師の医療チームの一員としての役割、業務、待遇等に種々の不満が鬱積していることがうかがえる。

将来の検査技師の役割、業務（表 2-4-2）は、現状のまま固定して考えると「仕事量は、減少せざるを得ない」との認識が、ほとんどにあるように思われる。その対応策として「業務の転換を検討する」と「中核になって意義ある活動を継承する」を加えると42.8%であった。一方、「医療ニーズの追求により現状規模の業務が継続する」が 42.1%をしめた。主な自由意見として「ベットサイド検査等業務の拡大に向けて活動する」、「医療施設の役割分担が進み、高度医療、急性期医療を分担する施設において、検査技師の役割は増し今後、拡大に向かうし、拡大しなければならない」があり、検査技師の将来の役割、業務について真剣に議論されていることがうかがえる。

2） 臨床検査の現状

検査の実施状況（表 2-4-3）は、「必要な検査の他に不必要な検査が行われている」と「不必要な検査が多い」を加えると57.9%で、「必要な検査が適切に行われている」の 33.3%を上回り、検査サイドからみて、医師サイドからの検査依頼が必ずしも必要なものだけではないことを示している。自由意見には、「必要最低限の検査を実施しているのが現状」、「現行の保

険制度では必要な検査ができない」等があった。

検査技師が直接患者に対応する検査（表 2-4-4）については、患者への説明状況で「説明が十分である」が70.2%であったが、「不十分である」も 24.6%あった。自由意見として「検査の説明は医師の役目であり、検査技師が説明するのは不可能である」、「医師の説明不足により現場の技師が説明せざるを得ない」、「患者数が多いため、きめ細かな対応ができない」、「理解の困難な高齢者等の患者には説明しても無理」があり、また技師側の問題として「患者に対してコメントできるシステムをつくるべきである」、「患者に説明できる幅広い臨床知識が必要」等であった。

検査技師も、機器を介する検査の場で数値をみるのではなく、患者という人間全体をみるという眼を持つことが大切である。特に患者とのコミニュケーションを大切に、言葉をかけ説明する態度が必要であろう。

表２－４－３　検査の実施状況（N=57）

項目	回答数	回答率
必要な検査が適性に実施されている	19	33.3%
必要な検査は実施されているが、不必要な検査も多い	32	56.1%
必要な検査は実施されていず、不必要な検査が多い	1	1.8%
わからない	0	0.0%
その他	5	8.8%

表２－４－４　直接患者に対応する検査（N=57）

項目	回答数	回答率
十分説明されている	7	12.3%
十分説明されていることの方が多い	33	57.9%
説明が不十分な場合が多い	12	21.1%
説明が不十分である	2	3.5%
わからない	2	3.5%
記述なし	1	1.8%

3）　検査方法に対するニーズ

各種の検査について院内検査の有無と、それ等検査技術の改善希望の有無について表 2-4-5 に示す。

尿検査、血液学的検査、生化学的検査、生理学的検査は、全ての施設で院内検査を行っている。便検査、喀痰検査、微生物検査、免疫血清学的検査、病理学的検査、画像診断検査は、実施していない施設がわずかにみられる。しかし、遺伝子検査については、70.2%の施設が実施していない。遺伝子検査は、多くの施設で「導入を検討中あるいは導入すべき」としているが、人員、コスト、保険の対応範囲、ＰＣＲの特許、プローブの供給等解決すべき多くの問題があり、導入を躊躇している状況が読みとれる。

改善希望の多い項目は、微生物検査 31.6%、尿検査 28.1%であった。なお、遺伝子検査については 16 件の回答のうち 14 件が「改善希望あり」であった。改善希望の具体的意見としては、遺伝子検査については上述した通りであり、その他「自動化、システム化」が多く、検査の迅速化、コストダウンを目指す動きが読みとれる。特に微生物検査において「自動化、迅速化」の要望が強く、この検査に人手と時間がかかることが問題になっていると思われる。

表２－４－５　検査方法に対するニーズ(N=57)

検査項目		検査項目		改善希望		
	有	無	記述なし	有	無	記述なし
尿検査	57 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 28.1%	41 71.9%	0 0.0%
便検査	56 98.2%	1 1.8%	0 0.0%	3 5.3%	53 93.0%	1 1.8%
かく痰検査	52 91.2%	5 8.8%	0 0.0%	4 7.0%	48 84.2%	5 8.8%
微生物検査	52 91.2%	5 8.8%	0 0.0%	18 31.6%	34 59.6%	5 8.8%
血液学的検査	57 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 12.3%	50 87.7%	0 0.0%
免疫血清学	55 96.5%	2 3.5%	0 0.0%	11 19.3%	44 77.2%	2 3.5%
生化学的検査	57 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 12.3%	50 87.7%	0 0.0%
生理学的検査	57 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 7.0%	53 93.0%	0 0.0%
病理学的検査	52 91.2%	5 8.8%	0 0.0%	9 15.8%	43 75.4%	5 8.8%
画像診断検査	50 87.7%	7 12.3%	0 0.0%	8 14.0%	42 73.7%	7 12.3%
遺伝子診断検査	16 28.1%	40 70.2%	1 1.8%	14 24.6%	2 3.5%	41 71.9%

４）　院内検査と外注委託検査

院内検査と外注委託検査の割合（表 2-4-6）については、「ほとんどが院内検査」と「院内検査が 7～8 割」を加えると 94.8%であり、「外注委託」は、ほとんど少数であった。これは調査対象を大学病院等大手病院であったことによるものであり、中小病院を含めると院内検査の割合は、より少なくなると思われる。

表２－４－６　院内検査と外注委託検査（N=57）

項目	回答数	回答率
ほとんどが院内検査である	27	47.4%
院内検査が７～８割を占める	27	47.4%
院内検査と外注委託検査の割合はほぼ同じである	1	1.8%
外注委託検査が７～８割を占める	2	3.5%
ほとんどが外注委託検査である	0	0.0%
わからない	0	0.0%

院内検査と外注委託検査の役割分担（表 2-4-7）は、当然のことながら、緊急検査やベットサイド検査は「全面院内検査」が、それぞれ 96.5%、93.0%と多く、特殊検査は「一部外注」78.9%、「全面外注委託検査」19.3%であった。また一般ルーチン検査は、57.9%の施設が「全面院内検査」であった。主な自由意見として、「少数検査、採算性の悪い検査は外注する」、「検体検査は外注し、緊急検査や生理検査、微生物検査、病理検査、形態検査に重きをおくべき」等があった。

5） 検査効率化（検体搬送システム、セット検査等）に関する要望

表２－４－７　院内検査と外注委託検査の役割分担(N=57)

検査項目	全面院内検査	一部外注委託検査	全面外注委託検査	記述なし
緊急検査	55 96.5%	2 3.5%	0 0.0%	0 0.0%
ベッドサイド検査	53 93.0%	4 7.0%	0 0.0%	0 0.0%
一般ルーチン検査	33 57.9%	21 36.8%	3 5.3%	0 0.0%
特殊検査	1 1.8%	45 78.9%	11 19.3%	0 0.0%
上記以外の検査	8 14.0%	30 52.6%	4 7.0%	15 26.3%

表 2-4-8 に示すように、現状導入レベルに関しては「検体搬送システム」および「検査結果の搬送システム」が「不十分」は、それぞれ 80.7%、78.9%と高く、「外注会社連絡システム」も「不十分」が 49.1%であった。今後の導入拡大に関しては、拡大が必要としたものは「検査結果搬送システム」78.9%、「検体搬送システム」68.4%、「外注会社連絡システム」49.1%、「セット検査」38.6%の順であった。検査の現場では、検体の搬送や検査結果の伝達方法に問題があることがうかがえる。自由意見として「他病院との医療情報交換システム」、「診療科からの検体搬送が不十分であり今後の拡大が必要」等があった。

表２－４－８　検査効率化（検体搬送システム、セット検査等）に関する要望(N=57)

項目	現状導入レベル				今後の導入拡大		
	十分	不十分	わからない	記述なし	拡大必要	不要	記述なし
検体搬送システム	10 17.5%	46 80.7%	1 1.8%	0 0.0%	39 68.4%	13 22.8%	5 8.8%
セット検査	27 47.4%	26 45.6%	2 3.5%	2 3.5%	22 38.6%	29 50.9%	6 10.5%
検査結果搬送システム	11 19.3%	45 78.9%	1 1.8%	0 0.0%	45 78.9%	8 14.0%	4 7.0%
外注会社連絡システム	23 40.4%	28 49.1%	4 7.0%	2 3.5%	28 49.1%	21 36.8%	8 14.0%

6） 検査試薬改善への期待

検査試薬の現状における不満や問題点（表 2-4-9）のうち、検査試薬の情報については「現状で満足」と「なんとか入手している」を加えると 72.0%であった。改善要望として「検査試薬の客観的なデータが欲しい」、「添加物や構成成分の情報が少ない」、「定期的な情報提供が欲しい」等の意見があった。価格については「高価すぎる」との指摘が 56.1%と多かった。特に「免疫検査試薬が高価であり、本来原価から算定されるべきものが保険点数に連動した価格設定になっているのではないか」との不信感が述べられている。また「大手検査会社の納入価格との価格差の問題」や「輸入検査試薬が不当に高価である」との指摘もあった。検査試薬の応答性や扱い安さ等の性能面については「特に問題ない」が、それぞれ 66.7%、73.7%であった。

新しい検査試薬、検査方法の要望の有無（表 2-4-10）のうち、感染症について「要望あり」75.4%で、特に「遺伝子検査」や「簡易、迅速な検査法、検査試薬」への要望が多かった。悪性新生物には「要望あり」が 77.2%で、具体的には「特異性の高い、早期マーカー」に高い

要望があった。循環器系疾患では「要望あり」が 47.4%で、「画像診断や生理学的検査の充実」、「検体検査による診断法の開発」等があげられていた。アレルギー及び自己免疫疾患については「要望あり」が 63.2%で、「アレルギー原同定の簡易化法」や「液性免疫のみならず細胞性免疫診断の充実」等の意見があった。

表２－４－９　検査試薬の現状における不満や問題点(N=57)

情報

ほしい情報が十分に得られない	情報が多すぎて選別できない	必要情報はなんとか入手している	現状で満足している	記述なし
10 17.5%	6 10.5%	29 50.9%	12 21.1%	0 0.0%

価格

非常に高価なものが多い	検査内容相応の価格である	検査内容から安価すぎる	わからない	記述なし
32 56.1%	21 36.8%	1 1.8%	3 5.3%	0 0.0%

応答性

検査結果がでるのに時間がかかる	検査結果を判断するのに難しい	検査への使用量が多すぎる	特に問題ない	記述なし
6 10.5%	3 5.3%	5 8.8%	38 66.7%	5 8.8%

扱い易さ

自動機械にマッチしにくい	保存法方が難しい	検査上で取扱い難い	扱い易く特に問題ない	記述なし
5 8.8%	4 7.0%	0 0.0%	42 73.7%	6 10.5%

7）　新規検査方法に関するニーズ

先端的な検査である遺伝子診断と画像診断に的を絞り、どのようなニーズがあるかを調べた結果（表 2-4-11）、遺伝子検査については「簡便法の開発」、「安い価格」、「疾患評価システムの開発」の順に要望が高かった。現状の遺伝子検査は、煩雑で、人手がかかり、高価であることがうかがえる。画像診断では「適用疾患の拡大」、「簡便法の開発」、「安い価格」、「予防診断への適用」等の要望が、いずれも同程度であった。

表２－４－10　新しい検査試薬、検査方法の要望の有無(N=57)

疾病	有	無	記述なし
感染症	43 75.4%	12 21.1%	2 3.5%
悪性新生物	44 77.2%	9 15.8%	4 7.0%
循環器系疾患	27 47.4%	24 42.1%	6 10.5%
アレルギー及び自己免疫疾患	36 63.2%	14 24.6%	7 12.3%
その他	2 3.5%	5 8.8%	50 87.7%

8）　予防診断に対するニーズ

今後、予防診断の必要性はますます高まると考えられますので、21 世紀初頭にどうあるべきかを期待して調査した。結果は表 2-4-12 に示す。

予防的診断の必要性については、「必要になると思う」が 82.5%で、その理由は「リスクフ

ァクターを明らかにし、疾病の発症を予防あるいは遅延させることは、最終的に医療費の削減につながる」との意見が多かった。しかし「必要だが診断後の対応を検討してから実施する」、「範囲を限定する」等の意見もあった。「必要ない」理由として「不安、ストレスが増す」、「新たな差別を生む恐れ」が多く、また「必要だが財政面の問題で難しいだろう」との意見もみられた。

予防的診断の保険適用については「必要になると思う」が78.7%で、その理由は「最終的には、医療費の軽減につながるので、予防策のある疾患については保険適用を認めるべき」、「普及と効果の徹底には保険適用が不可欠」、「保険適用することにより適切で安価な検査が確立できる」等であった。また必要だが「適用範囲を検討すべき、予防策の不明なものを適用する必要はない」、「現行の疾病に対する保険制度とは別枠の保険制度を作るべき」との意見もあった。「必要ない」の理由としては「保険財政の破綻をきたす」が多かった。

表２－４－11　新規検査法に関するニーズ（複数回答）

遺伝子診断（N=57）

どの病院でもできる簡便法を開発してほしい	43	75.4%
もっと安い価格でできるようにしてほしい	39	68.4%
遺伝子診断による疾患ﾘｽｸ評価ｼｽﾃﾑ法を開発してほしい	26	45.6%
多因子疾患遺伝子診断ｷｯﾄを開発してほしい	21	36.8%
薬物代謝酵素系の遺伝子診断ｷｯﾄを開発してほしい	11	19.3%
その他	1	1.8%

画像診断（N=57）

適用疾患を広げてほしい	24	42.1%
どの病院でもできる簡便法を開発してほしい	24	42.1%
もっと安い価格でできるようにしてほしい	25	43.9%
予防的診断にも適用してほしい	24	42.1%
読み取り事例から人工知能的指示がでるようにしてほしい	17	29.8%
その他	0	0.0%

表２－４－12　予防的診断に対するニーズ（N=57）

項目	必要になると思う	必要ない	その他	記述なし
予防的診断の必要性	47 82.5%	5 8.8%	4 7.0%	1 1.8%
予防的診断の保険適用	37 64.9%	6 10.5%	3 5.3%	11 19.3%
出生前診断	33 57.9%	11 19.3%	9 15.8%	4 7.0%

ヒトゲノム解析や遺伝子研究の進展に伴い、疾患遺伝子の解明が進んで来ている。このような情勢から、21 世紀に向かって遺伝子疾患の出生前診断の議論は避けられないと思われる。「必要になると思う」が 57.9%で、過半数であった。しかし、「必要となる」の理由として「遺伝子治療等治療法の確立が前提条件になる」と条件付きの意見が 11 件もあった。「必要ない」は 19.3%であったが、その理由として「倫理、人権の問題」が多かった。これは出生前遺伝子診断に、生命の選択に関わる微妙な問題があるためと考えられる。

9） 家庭内検査

家庭内検査は 21 世紀初頭にどうあるべきかについて調査し、その結果を表 2-4-13 に示す。

表２－４－13　家庭内検査

項目	必要になると思う	必要ない	その他	記述なし	合計
予備的、経過観察的診断	39 68.4%	12 21.1%	5 8.8%	1 1.8%	57 100.0%
病院診療適用	28 71.8%	8 20.5%	3 7.7%	0 0.0%	39 100.0%

家庭内検査による予備的あるいは経過観察的な診断については「必要になる」が 68.4%であった。その理由として「高齢化社会を迎えて、慢性疾患と共生する患者が増加し、この在宅医療の一環として必要になるだろう」、「個人の健康管理は医療機関のみが行うものではない」等であった。「必要ない」の理由は「必要な知識を持たずに検査を行うことは、いたずらに混乱を引き起こす」、「病院の検査よりコスト高になる」、「糖尿病に限るべき」等であった。

家庭内検査の病院診療適用については、「必要になると思う」が 71.8%であった。理由は「病院に管理指導責任がある」、「結局、予防や早期治療につながり医療費の削減につながる」等であった。対象疾患としては、高血圧、糖尿病等の慢性疾患が主であり、尿、血液、便等が対象検体となる。「ドライケミストリー等を利用した簡易検査法の開発」への要望がある一方、結果判定の「専門的理解が必要」、「医師の充分な指導が必要」との意見もあった。「必要ない」とした理由の 1 つとして、「健康保険の財政面から、家庭内検査ぐらいは個人負担にすべきである」があった。

10） 患者の立場に関する対応方法のニーズ

最近の医療は、患者の立場に立った医者が要求されている。そこで以下に示す項目について調査し、その結果を表 2-4-14 に示す。

現在、特に治療に関してインフォームドコンセントが論議されているが、もちろん検査の場においても例外ではない。検査する際のインフォームドコンセントの必要性と対応について「ぜひ必要である」と「必要である」を加えると 93.0%であり関心の高さが感じられる。具体的な対応として「医師による説明の不備を補うため、検査技師が医師の合意の基に、検査意義説明に積極的に対応することが望ましい」が大勢で、現状は「検査現場で医師の説明不足のため混乱することがある」との意見もあった。

家庭内検査結果の活用については「ぜひ必要である」と「必要である」が 68.4%で、その対応として「家庭内検査結果が正しく行われ、結果が主治医にチェックされるシステムを構築する」、「患者に正しい検査知識をあたえる」、「健康管理ノートを作成する」、「精度管理、コスト面の解決が必要」等があった。

検査回数の適正化については「ぜひ必要である」と「必要である」が 87.7%であった。主な対応策として「前回値の利用」、「コンピューターによるチェックシステムの構築」、「医師の教育」、「検査マニュアルの作成」等で、一方「疾患によっては検査の統括化や回数制限をすべきでない（例えば、心筋梗塞、糖尿病、心臓外科手術等の外科手術等）」、「検査回数にこだわることはない、適応があれば実施する」との意見もあった。

事前準備の適正化では「ぜひ必要である」と「必要である」を加えて 91.3%と圧倒的多数であった。具体的な対応策として「患者への教育、検査データへの影響の周知徹底」が多数あり、「画一化した対応でなく検査項目に応じたＴＱＣが必要」もあった。

ＱＯＬについては「ぜひ必要である」と「必要である」が 82.4%であった。対応策として「非観血的検査法の技術開発」、「生物物理学の医学応用」、「生検、腹腔鏡等肉体的負担の大きい検査の改良」等があった。

保険適用外検査の適正適用では「ぜひ必要である」と「必要である」が 82.5%であった。対応として「学用患者費、研究費を充当している」、「絶対必要なものは患者負担で行っている」、「保険適用の拡大をすべき」、「医師の使用と保険適用までの時間差が大きく考慮の余地有り」等であった。

表２－４－14　患者の立場に関する対応方法のニーズ(N=57)

項目	ぜひ必要である	必要である	あまり必要でない	必要と思わない	わからない	記述なし
インフォームドコンセント	35 61.4%	18 31.6%	2 3.5%	0 0.0%	1 1.8%	1 1.8%
家庭内検査結果の活用	13 22.8%	26 45.6%	9 15.8%	5 8.8%	0 0.0%	4 7.0%
検査回数の適正化	15 26.3%	35 61.4%	5 8.8%	2 3.5%	0 0.0%	0 0.0%
事前準備の適正化	23 40.4%	29 50.9%	3 5.3%	0 0.0%	1 1.8%	1 1.8%
ＱＯＬ	19 33.3%	28 49.1%	2 3.5%	0 0.0%	5 8.8%	3 5.3%
保険適用外検査の適正適用	18 31.6%	29 50.9%	3 5.3%	3 5.3%	2 3.5%	2 3.5%

11)　医療インフラ（教育、設備等）に関する要望

検査技師の教育、研修（表 2-4-15）については「改変すべき」が 80.7%で「現行のままでよい」の 15.8%を大きく上回った。改変すべき点を集約すると「検査技師は、教育制度の面で最も遅れている。医療チームの一員として医師や他の医療従事者と同等の位置まで質的に向上を図る必要があり、教育は 4 年制大学と同等あるいはそれ以上のシステムにすべきである」であった。検査技師の研修については「研修の機会が少く、より多くすべきである」、「生涯教育研修システムを構築すべきである」等があった。検査技師の発言権や待遇面を改善するためには、教育制度や研修制度を改変し、充実することが重要な課題であると考えられる。

表２－４－15

検査技師の教育、研修（N=57）

項目	回答数	回答率
今のままで良い	9	15.8%
改変すべきである	46	80.7%
その他	0	0.0%
記述なし	2	3.5%

現行の検査技師の資格制度（表 2-4-16）については「改変すべき」が 59.6%で「現行のままでよい」は 29.8%であった。改変すべき点で最も多かった意見は「資格をもつものだけが業務を行い得る業務制限を確立する」であった。その他「認定、専門制度にする」、「衛生検査技師制度は廃止すべき、あるいは臨床検査技師と資格制度を分ける」等もあった。

ブランチラボ（表 2-4-17）については「導入すべきでない」が 56.1%であり「積極的に導入すべき」、「導入はしかたがない」の 29.8%を上回った。自由意見として「導入はしかたないとしても患者サービスを第一にし、経費節減のみの目的で行うべきでない」、「導入後の責

任体制を明確にする」等であった。夜間検査についての対応（表 2-4-18）では「必要である」との回答が圧倒的に多く「必要であるが難しい」を加えると 94.8%であった。

12） 民間検査会社に対する要望

表 2-4-19 に示すように、要望が多かった項目は、精度管理 54.4%、標準化、および報告時間短縮が、ともに 50.9%の順であった。標準化については「施設間を縮小するために、関連学会等の連携、指導の基に、全国規模で他の医療施設をも含めて進めるべき」との意見が大勢を占めた。精度管理では「大手検査会社の精度管理は評価している」、「公表を徹底して欲しい」との要望が多かった。報告時間短縮については「搬送、報告のシステムの改善を図ることにより短縮できる」、「再検の中間報告が多いので改善して欲しい」、「できれば 3～6 時間で報告を」、「医療の現場では 24 時間体制で休みがない、民間検査会社も医療職との認識を持ち休祭日の検査、報告体制を構築すべき」等の意見があった。データベースの利用については、付記意見として「プライバシーの問題」をあげていた。新規検査の開発では「期待している」、「当然の義務である」、「特殊な検査項目の開発は、民間に頼らざるを得ない」等の意見があった。その他の要望として「料金の適正化」、「不当なダンピングの中止」等、料金に関するものが多かった。検査料金ダンピングが病院検査部に跳ね返り、業務の衰退につながるとの認識があるものと考えられる。

表２－４－16　現行の検査技師の資格制度（N=57）

項目	回答数	回答率
検査技師の資格制度は現行のままでよい	17	29.8%
現行の資格制度は改変すべきである	34	59.6%
その他	2	3.5%
記述なし	4	7.0%

表２－４－17　ブランチラボ（N=57）

項目	回答数	回答率
積極的に導入すべき	2	3.5%
導入はしかたない	15	26.3%
導入すべきでない	32	56.1%
その他	5	8.8%
記述なし	3	5.3%

表２－４－18　夜間検査についての対応（N=57）

項目	回答数	回答率
必要である	47	82.5%
必要であるが難しい	7	12.3%
必要ない	1	1.8%
その他	1	1.8%
記述なし	1	1.8%

13） その他の医療産業に対する要望

医療産業に対する意見や要望について調査した結果を表 2-4-20 に示す。検査薬メーカーへの要望については「有り」が 64.9%で、主な要望は「試薬価格の施設間格差の是正」、「価格の引き下げ・適正化」であり、試薬価格に対する不満であった。その他「試薬の標準化」、「環境問題を考慮した試薬キットの開発」、「汎用試薬の開発」等であった。

検査機器・器具メーカーへの要望は「有り」が 57.9%で、価格に関する意見が多くみられた。具体的には「検査機器の低額化」、「定価と納入価の差がありすぎる。納得できる価格設定を」、「アフターサービスの充実」、「機器の規格化」等であった。

医療廃棄物の処理問題は、どの医療機関においても重要さを増してきていると考えられるが「無し」71.9%、「有り」28.1%であった。要望の多くは、処理料金に関するもので「処理料金が高すぎる、コストダウンをして欲しい」であった。その他「環境への配慮」、「行政の指導の徹底」等があった。

表２－４－19

民間検査会社に対する要望(N=57)

項目	有	無
標準化	29 50.9%	28 49.1%
精度管理	31 54.4%	26 45.6%
報告時間短縮	29 50.9%	28 49.1%
検査結果のデータベース利用	20 35.1%	37 64.9%
新規検査の開発	16 28.1%	41 71.9%
その他	5 8.8%	52 91.2%

表２－４－20

医療産業に対する要望(N=57)

項目	有	無
検査役メーカー	37 64.9%	20 35.1%
検査機器・器具メーカー	33 57.9%	24 42.1%
廃棄物処理業者	16 28.1%	41 71.9%

14)　自由意見

多様な意見が寄せられた。それらの中で、検査技師の役割、業務に関する意見が多数みられた。例えば「医師に従属した技師からの脱却」、「医療チームの一員として検査のエキスパート化」であり、そのために必要な対応として、検査技師本人が「常に研究心を持ち、新しい知識の吸収に努める」、「在宅医療や救急医療等、新しい業務へ積極的に取り組む」等、またインフラストラクチャーの改革に関しては「検査技師養成を 4 年制大学あるいはそれ以上とする」、「業務制限を立法化する」、「検査技師の専門職化を進める」、「他部門との連携を強化する」等の意見があった。これは、厳しい医療環境の中で、病院の検査科の在り方や検査技師の役割が問われており、医療チームの一員として、より意義のある存在への変革が求められているものと考えられる。次いで多かったのは「病院経営の建て直し」に関する意見であり、検査科の充実、検査技師の地位安定には、病院経営の健全化が必須であることから当然であろう。その方策として「保険制度の見直しが必要」、「病院の機能分化を図る（機能別病院）」との意見が多かった。より具体的には、「病院は外来診療をやめ入院診療を中心に運営し、開放型病床を増やし、地域開業医や診療所とネットワークを作り地域の病院として確立するべき」や、国公立病院について「真の患者のための医療を目指した抜本的な改革をすべき時に来ている。人員の増加や適切な人員配置、給与体系の改善を含めたシステムの改変がせまられている」との意見があり、現行の国公立システムでは患者本位の医療は不可能であるとの認識があることがうかがえた。また、検査業務について「一病院が一検査科を持つのは、経営面で不合理であり、例えば、地区単位のセンターを作り、業務を移行すべき」との意見があった。

5．看護婦へのアンケート調査結果

1） 看護の現状認識

看護の仕事の満足度(「大変満足」＋「ほぼ満足」)について、また、2005年頃にはどうなっていると思うかについて調査した。

職場環境(表2-5-1)については、現在の「病院での地位」の満足度59.0%以外は、半数以上が現状に不満であった。「やや不満」と「大変不満」を加えると「給与」66.0%、「労働条件」64.3%、「他の医療従事者」60.7%、および「余暇」69.7%であり、特に余暇時間が不足しているが多かった。

2005年頃には「大きく改善」と「やや改善」を加えると「給与」50.0%、「他の医療従事者」60.7%、「余暇」51.8%で、約半数の人が改善を期待し、特に「労働条件」については改善の期待が66.0%と高かった。

表２－５－１　職場環境　(N=56)

項　目		給与		労働条件		病院での地位		他の医療従事者		余暇	
現在	大変満足	0	0.0%	1	1.8%	2	3.6%	0	0.0%	1	1.8%
	ほぼ満足	19	33.9%	19	33.9%	31	55.4%	21	37.5%	15	26.8%
	やや不満	33	58.9%	29	51.8%	19	33.9%	26	46.4%	31	55.4%
	大変不満	4	7.1%	7	12.5%	4	7.1%	8	14.3%	8	14.3%
	記述なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	1	1.8%
2005年頃	大きく改善	5	8.9%	5	8.9%	4	7.1%	6	10.7%	3	5.4%
	やや改善	23	41.1%	32	57.1%	27	48.2%	28	50.0%	26	46.4%
	現状不変	23	41.1%	16	28.6%	23	41.1%	19	33.9%	23	41.1%
	悪　化	5	8.9%	3	5.4%	1	1.8%	1	1.8%	1	1.8%
	記述なし	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	2	3.6%	3	5.4%

職能面(表2-5-2)では、現状の満足度は「病院内の立場」17.9%、「医療への積極的参加」35.7%、「医師との職務分担」14.3%と非常に低い。高齢化社会を迎え、医療もキュアからケアの時代といわれて看護の質のアップが求められているが、看護婦を取り巻く環境は厳しく多くの不満を抱えているのが現状である。

21世紀を迎えるにあたり6〜7割の人が改善を期待している。しかし、現状とかわらないが約30.0%しめていた。

表２－５－２　職能　(N=56)

項　目		病院内の立場		医療への積極的参加		医師との職務分担	
現在	大変満足	0	0.0%	1	1.8%	0	0.0%
	ほぼ満足	10	17.9%	19	33.9%	8	14.3%
	やや不満	38	67.9%	33	58.9%	35	62.5%
	大変不満	8	14.3%	3	5.4%	12	21.4%
	記述なし	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%
2005年頃	大きく改善	5	8.9%	7	12.5%	7	12.5%
	やや改善	31	55.4%	33	58.9%	26	46.4%
	現状不変	18	32.1%	14	25.0%	22	39.3%
	悪化	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%
	記述なし	1	1.8%	2	3.6%	1	1.8%

専門性(表 2-5-3)については、現状の満足度は「仕事での専門性」28.6%、「教育の機会」48.2%と低く、半数以上の人が不満であった。一方、2005 年頃には「仕事での専門性」75.0%、「教育の機会」69.6%が改善を期待していた。

表２－５－３　専門性　(N=56)

項　目		仕事での専門性		教育の機会	
現在	大変満足	0	0.0%	1	1.8%
	ほぼ満足	16	28.6%	26	46.4%
	やや不満	29	51.8%	24	42.9%
	大変不満	9	16.1%	5	8.9%
	記述なし	2	3.6%	0	0.0%
2005 年頃	大きく改善	5	8.9%	6	10.7%
	やや改善	37	66.1%	33	58.9%
	現状不変	10	17.9%	14	25.0%
	悪化	0	0.0%	0	0.0%
	記述なし	4	7.1%	3	5.4%

看護婦の仕事は、主に「診療の補助」と「療養上の世話」であるが、仕事の専門性において両者を区別することは困難と思われる。看護婦が得た情報を専門的知識を生かし、治療と看護につなげることは重要な仕事で「仕事での専門性」の解釈にややとまどいがうかがえる。

患者の看護(表 2-5-4)について、現在の満足度は「時間をかけた対応」10.7%、「患者との対話」19.7%、「患者家族への配慮」14.3%、「介護」12.5%と、いずれも低かった。これは、看護婦数の不足から患者の看護に費やす十分な時間がないのが大きな要因と考えられる。2005 年頃には、これ等の問題はいずれも約 60.0%が改善を期待していた。

表２－５－４　患者の看護　(N=56)

項　目		時間をかけた対応		患者との対話		患者家族への配慮		介護	
現在	大変満足	1	1.8%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%
	ほぼ満足	5	8.9%	10	17.9%	8	14.3%	7	12.5%
	やや不満	39	69.6%	38	67.9%	41	73.2%	37	66.1%
	大変不満	11	19.6%	7	12.5%	7	12.5%	11	19.6%
	記述なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%
2005 年頃	大きく改善	5	8.9%	4	7.1%	4	7.1%	6	10.7%
	やや改善	26	46.4%	31	55.4%	34	60.7%	26	46.4%
	現状不変	20	35.7%	17	30.4%	14	25.0%	20	35.7%
	悪　化	2	3.6%	1	1.8%	1	1.8%	2	3.6%
	記述なし	3	5.4%	3	5.4%	3	5.4%	2	3.6%

在宅医療(表 2-5-5)について、現在の満足度は 8.9%と非常に低い。高齢化社会を迎え在宅医療は非常に重要な問題であるが、「訪問介護」について十分な対策がなされていないのが現状であろう。2005 年頃には 85.7%が改善を期待している。

その他(表 2-5-6)、「福祉の中での看護」については、現在の満足度が 8.9%と非常に低いが、2005 年頃には 76.8%が、在宅ケアを含む「福祉の中での看護」の問題に期待している。

望まれる薬剤について「効果的な治療・治癒」のために必要な薬は、がんおよび、痴呆に対する薬剤の要望が、ともに 11 件と多かった。その要件として大多数が、がん治療薬では現行薬剤よりも副作用の少ないものを、また痴呆治療薬では脳機能活性化作用を有し、精神活動能力の低下をきたさないことを望んでいた。さらにＭＲＳＡおよびエイズに対する薬剤の要望が、ともに５件あった。

表２－５－５　在宅医療　(N=56)

項　目		訪問看護の紹介	
現在	大変満足	0	0.0%
	ほぼ満足	5	8.9%
	やや不満	28	50.0%
	大変不満	21	37.5%
	記述なし	2	3.6%
2005年頃	大きく改善	13	23.2%
	やや改善	35	62.5%
	現状不変	5	8.9%
	悪化	0	0.0%
	記述なし	3	5.4%

表２－５－６　その他　(N=56)

項　目		福祉の中での看護	
現在	大変満足	0	0.0%
	ほぼ満足	5	8.9%
	やや不満	32	57.1%
	大変不満	16	28.6%
	記述なし	3	5.4%
2005年頃	大きく改善	10	17.9%
	やや改善	33	58.9%
	現状不変	9	16.1%
	悪化	1	1.8%
	記述なし	3	5.4%

なお、特定の疾患ではないが、患者の一番身近にいて看護する立場から、疼痛(15 件、副作用なく、非麻薬性の管理が容易なもの)、嘔気・嘔吐(6 件)、脱毛(4 件)、口内炎(4 件)、食欲不振(4 件)、不眠・不安(9 件、覚醒しやすい、幻覚のないもの)、褥創・そう痒(15 件)に対する薬剤の要望が多かった。看護する立場から、疾患ばかりでなく、慢性疾患や難治疾患のためにやむを得ず長期使用している薬剤の副作用を軽減・改善させる治療薬、患者のＱＯＬを向上する薬剤の要望が多かった。

介護で望まれる機械・装置（表 2-5-7）については、現在使用している機械・装置に対して小型化、操作性の向上、自動化を求め、その上、全体的に安価なものという要望が多かった。小型化、安価は病院内での使用に際して必要とされる仕様であるが、さらに患者のリハビリや在宅医療を進めるうえでも必須条件であると考える。

表２－５－７　介護で望まれる機械・装置

機械・装置	件数	イメージ（仕様・要件）
ベット、マット	１９	褥瘡予防[体位変換可能(自動)、圧調節機能あり] 保温/防水、ボタン操作配膳台など操作性の良いもの、 心電図・血圧モニター等のビルトイン型
点滴/輸液器具	１３	携帯歩行可能な小型なもの、滴下数自動セット
入浴/洗面装置	１１	寝たまま入浴できるもの、家庭用
人口呼吸器、酸素ボンベ、熱気浴等	１１	小型、軽量、長時間使用可能
ストレッチャーなどの搬送具	１１	ベッドへの移動や入浴時の移動に操作性のよいもの
排泄用具 ポータブルトイレ	１０	消臭/消音効果のあるもの,おむつでなく衛生的なもの 高さなどの調節可能なもの
吸引機 (痰、腹水等)	8	小型、軽量、自動
心電図、血糖値等のモニター機器	6	コード数少ないもの,ベッドにビルトインされたもの
痴呆、不穏患者の徘徊監視	6	トレスコール
採血、血圧測定	5	患者に負担がかからないもの,自動化,看護婦詰所でモニターできるもの
車椅子	5	点滴/酸素ボンベ架台やテーブルがついたもの 小型、操作性のよいもの(電動)
失禁センサー	4	
排泄可能ベッド	3	寝たまま排泄可能なもの
その他		・カロリー計算機/献立シュミレーション機械 ・ビデオ付きナースコール ・患者教育/説明用ＡＶ機器 ・配膳/下膳,汚物洗浄,シーツ交換など時間セットして自動で行うロボット

2） 医薬品の現状認識

医療の現場に従事するものとして、医薬品に対してどのような認識を持たれているか、服薬指導をどのようにされているか、薬の適正使用等について調査した。

全般的な印象(表 2-5-8)として 56 人中 55 人(98.2%)が、医薬品は患者の治療に役立っているとする反面、53 人(94.7%)が薬に対する不安をもっていた。薬に対する不安の要因の 1 つとして、看護婦への医療情報提供が不足しているためと考えられる。

服薬指導(表 2-5-9)については、89.2%が服薬指導を実施している。その他では「薬剤師が説明・指導」、「薬剤師、医師による服薬指導」等があった。キュアからケアの時代となり、看護が重視される昨今、薬剤師がベッドサイドで訪問服薬指導することにより、看護婦が患者の日常生活指導等の看護に費やす時間が増えることが期待される。

表２－５－８　全般的印象　(N=56)

項目	評価	件数	(%)
薬の治療への貢献	非常に役立	29	(51.8)
	やや役立	26	(46.4)
	役立たない	0	(0.0)
	記述なし	1	(1.8)
薬に対する不安	非常に不安	8	(14.3)
	やや不安	45	(80.4)
	不安なし	2	(3.6)
	記述なし	1	(1.8)

表２－５－９　薬の説明および服薬指導(N=56)

項目	評価	件数	(%)
薬の説明	非常によく説明している	18	(32.1)
	やや説明している	34	(60.7)
	全然説明していない	0	(0.0)
	その他	3	(5.4)
	記述なし	1	(1.8)
服薬指導	非常によく説明している	18	(32.1)
	やや説明している	32	(57.1)
	全然説明していない	0	(0.0)
	その他	5	(8.9)
	記述なし	1	(1.8)

薬の適正使用のうち、患者の薬剤服用(表 2-5-10)について、入院患者の場合は 62.5%がきちんと服用しているのに比べ、外来では 7.1%にすぎず、外来患者の服用状況は、ややラフになっていると思われる。その他では入院患者について「疾患により違う」、「患者の個人管理」等、また外来患者では「個人差あり」、「年齢により相違」等があった。

老人での薬の過剰投与(表 2-5-11)については、何等かの形で 78.6%が経験していることは注目すべきである。その他として「他科・他院による複数処方」があった。また、看護のための鎮痛剤投与(表 2-5-11)は 76.8%であった。背景が把握できていないので軽々しくコメントできないが、鎮痛という処置が臨床上重視されていることがうかがえる。

表２－５－10

薬の服用状況　(N=56)

項目		評価	件数	(%)
薬の服用状況	入院	非常によくしている	35	(62.5)
		ややしている	18	(32.1)
		全然していない	0	(0.0)
		その他	2	(3.6)
		記述なし	1	(1.8)
	外来	非常によくしている	4	(7.1)
		ややしている	38	(67.9)
		全然していない	0	(0.0)
		その他	9	(16.1)
		記述なし	5	(8.9)

表２－５－11

過剰投与および鎮痛剤投与(N=56)

項目	評価	件数	(%)
薬の過剰投与	非常にある	7	(12.5)
	ややある	37	(66.1)
	全然ない	7	(12.5)
	その他	2	(3.6)
	記述なし	3	(5.4)
鎮痛剤投与	非常にある	6	(10.7)
	ややある	37	(66.1)
	全然ない	9	(16.1)
	その他	1	(1.8)
	記述なし	3	(5.4)

薬剤の工夫(表 2-5-12)について「乳幼・小児投与の工夫」では、「味を付ける(シロップ)、服用形態の工夫(アイスキャンディ、ウエハースにサンド、ジュース)およびスポイド等の器具を使用する」等で、「投薬ミスを防ぐための工夫」として 80.4%が何等かの工夫をしており、「複数回(ダブル)チェック」、「看護婦が確認(管理)して投薬する」、「名前・色分け区分、与薬箱に入れる」等であった。

表２－５－12　薬剤の工夫　(N=56)

項目	評価	件数	(%)
乳幼・小児投与の工夫	ある	28	(50.0)
	ない	6	(10.7)
	記述なし	22	(39.3)
投薬ミスを防ぐための工夫	ある	45	(80.4)
	ない	3	(5.4)
	記述なし	8	(14.3)

その他の自由意見として「過剰投与の問題は医師の責任だけでなく、薬に頼る患者側の問題もある」、「重複投与回避や服用忘れ防止のチェック体制確立」、「服薬指導の徹底」、「医師の適正使用についての認識不足」等があった。

3）　今後必要と思われる薬剤

対象疾患と薬剤の剤型に関しては、糖尿病、がん(がん疼痛を含む)に対して、坐薬、外用剤の要望が多かった。糖尿病、がんの回答件数は以下の通りである。

・糖尿病　　外用薬　２件
　　坐薬　　１件
　　注射剤　１件
　　その他（点眼剤、舌下剤、体内埋込式ｶﾌﾟｾﾙ）

・がん（がん疼痛含む）　外用剤　５件
　　経口剤　１件

その理由は「全身投与で長期服用するために生じる副作用を避けるため、または内服不可能なぐらい体力の消耗した患者に対して局所投与製剤が必要」、「嘔吐，老人の嚥下障害時、喘息(発作時)等の経口投与が不可能な疾患・状態時に外用剤、坐薬等の局所製剤が必要」、「痴呆患者に対して服薬を忘れないように腕輪等のようないつも身につけている形のもので服薬遵守できるもの」、「膀胱洗浄液というような、介護の立場から在宅医療、セルフケアを考慮した薬剤・衛生用品を要望する」等であった。

投与回数(表 2-5-13)については「1 日 2 または3回投与と 1 日 1 回投与と比べて 1 日 1 回投与のほうが便利ですか」において、1 日 1 回投与の方が便利が 66.1%であった。

表２－５－13　１日１回投与の是非(N=56)

はい	いいえ	そうとも言えない	記述なし
37 66.1%	2 3.6%	12 21.4%	5 8.9%

次に、患者の服薬率向上について次のような意見があった。

(処方前)

・必要最低限の種類、量を処方する。
・服薬回数が少なくすむような薬剤を選ぶ。
・1 回服用分毎に分包する。
・患者のライフスタイルに合わせた処方設計を行う。

(処方時)

・個々の患者にあわせた服薬指導を行う。

(例)患者家族にも服薬指導

・処方した薬の作用、副作用と必要性を説明し、理解、納得させる。

(例)服薬中止したときの副作用の説明

血中濃度データ等を示した具体的な説明

説明書を添付

(処方後)

・服薬状況をチェックする(看護婦、薬剤師、医師)

・いつでも患者から相談を受けられる体制を作る。

小児用、成人用および老人用の薬剤に関し、それぞれの色、香、味、大きさについて、次のような意見があった。

〔色〕薬効により色を識別する。理由として「老人は視力低下により識別が比較的難しい」、「小児では服薬に興味を示すようにする」等、着色することに賛成が多かった。

〔香〕色とは逆に香は不要が多かった。しかし、小児の場合は「誤飲防止のため無香がよい」と「子供の好むような香がある方がよい」の2つに分かれた。

〔味〕苦くないもの、甘味の希望が多かった。

〔大きさ〕小さい方がよいが多数であった。さらに、小児用では「興味をそそる動物、花等の形をしたもの」、成人用では「持ち運びに便利な大きさ(包装)」、老人用では「小さすぎると視力低下で見失う」、「手指が自由に動かないので適度な大きさ」等があった。

その他、使い易い製剤または今後必要と考える製剤については、取り出し易いパッケージ、副作用防止または服薬遵守のために坐薬、貼付剤等の剤型に対する要望があった。

キット化した方がよいと思う薬については、主として抗生物質(+消化剤)、化学療法剤(+脱毛防止剤、制吐剤)、麻薬(+緩下剤)、鎮痛剤(+胃腸薬)であった。すなわち、対象疾患の治療薬とその薬剤による副作用予防のために組み合わせて処方するキット化の要望が多かった。

薬の廃棄処理で困ったことに関して31件の回答があり、主に次のような意見があった。

・使用済みの消毒剤の廃棄(6件)

・針が付いた容器、ビンの廃棄(5件)

・抗がん剤の入ったアンプル、バイアルの廃棄(4件)

・ヒートシールで複数種混じった薬剤の廃棄(3件)

・麻薬の(空)アンプル、麻薬の入ったＩＶＨの廃棄(2件)

4)　医薬品情報

医薬品情報の入手元(表2-5-14)は、薬剤師が75.0%で一番高く、次いで医師62.5%、看護婦46.4%の順であった。前述の服薬指導の項で、約90%が患者に対し薬の説明をしている。また、適正使用の項で約8割が老人での薬の過剰投与を経験していることから、今後ＭＲ(30.4%)による医薬品情報の提供が益々重要になるであろう。なお、パンフレットについては質的な向上が必要である。医薬品の適正使用という観点からも、企業から医療従事者への情報提供システムは、真のチーム医療に即したものを構築する必要があろう。

表２－５－14　情報の入手元　(N=56)

入手元	MR	パンフレット	病院説明会	学会誌	学会講習会	医師	薬剤師	看護婦
入手している	17 30.4%	25 44.6%	13 23.2%	13 23.2%	20 35.7%	35 62.5%	42 75.0%	26 46.4%
入手していない	23 41.1%	16 28.6%	25 44.6%	23 41.1%	18 32.1%	7 12.5%	3 5.4%	9 16.1%
記述なし	16 28.6%	15 28.6%	18 32.1%	20 35.7%	18 32.1%	14 25.0%	11 19.6%	21 37.5%

情報に対する満足度(表 2-5-15)は、薬剤師からの情報が、質・量ともに約 50%で最も高かった。一方「どちらともいえず」は、MR、パンフレット、病院説明会および学会誌等でいずれも質・量ともに、約半数で、これは企業からの医薬情報提供の機会が少ないことが推察される。

表２－５－15　情報に対する満足度

情報元	情報	満　足	やや満足	どちらともいえず	やや不満	不　満	記述なし	合計
M　R	質	2 11.8%	2 11.8%	11 64.7%	1 5.9%	0 0.0%	1 5.9%	17
	量	2 11.8%	1 5.9%	10 58.8%	3 17.6%	0 0.0%	1 5.9%	
パンフレット	質	2 8.0%	3 12.0%	13 52.0%	3 12.0%	1 4.0%	3 12.0%	25
	量	2 8.0%	2 8.0%	13 52.0%	4 16.0%	1 4.0%	3 12.0%	
病院説明会	質	0 0.0%	5 38.5%	6 46.2%	1 7.7%	0 0.0%	1 7.7%	13
	量	1 7.7%	2 15.4%	7 53.8%	2 15.4%	0 0.0%	1 7.7%	
学会誌	質	0 0.0%	5 38.5%	6 46.2%	0 0.0%	0 0.0%	2 15.4%	13
	量	2 15.4%	2 15.4%	8 61.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 7.7%	
学会・講習会	質	2 10.0%	7 35.0%	5 25.0%	3 15.0%	0 0.0%	3 15.0%	20
	量	2 10.0%	4 20.0%	9 45.0%	3 15.0%	0 0.0%	2 10.0%	
医　師	質	2 5.7%	12 34.3%	8 22.9%	8 22.9%	1 2.9%	4 11.4%	35
	量	4 11.4%	7 20.0%	10 28.6%	8 22.9%	2 5.7%	4 11.4%	
薬剤師	質	7 16.7%	17 40.5%	5 11.9%	7 16.7%	2 4.8%	4 9.5%	42
	量	8 19.0%	12 28.6%	9 21.4%	7 16.7%	2 4.8%	4 9.5%	
看護婦	質	0 0.0%	10 38.5%	9 34.6%	4 15.4%	2 7.7%	1 3.8%	26
	量	1 3.8%	6 23.1%	12 46.2%	4 15.4%	2 7.7%	1 3.8%	

5） 医療用機器及び器具

「効果的な治療・治癒」のための医療用機器および器具の改良点に対するアイデアは、次のようなものがあった。

(現行品の改良点)

・ネブライザー、吸引機：小型で、患者が自分で操作できるもの。蛇管の改善
・輸液やシリンジポンプ：充電池で長時間使用可能なもの
・ＥＣＧモニター等患者が装着する機器
：コードレス、軽量等運搬時に荷にならないもの
・血糖測定機：糖尿患者で視力障害を有する患者のために表示のみやすいもの
・排泄用具(尿便器等)

(新規機器・器具)

・点滴ボトル、ＩＶＨパックの薬剤自動注入機
・自動点滴滴下調節機
・非観血的な循環動態、血液ガス分圧測定機
・圧調節機能つきベッド

(その他)

・美容院等のアイデアを取り入れ、色、デザイン等に快適さを加える。
・機器・器具のメンテナンスに看護婦が相当の時間を費やしているので、その点の改善も必要である。

6） 患者の立場に関する対応方法

最近、患者の立場に立った医療が要求されているが、その中で重要と思われる項目(表 2-5-16)について、患者の立場を考えた必要度(「ぜひ必要である」＋「必要である」)が 90%以上は、インフォームドコンセント、ＱＯＬ、アメニティ、介護体制、救急医療体制、服薬指導、在宅医療、かかりつけ医、医薬情報提供体制であった。中でもインフォームドコンセントおよびＱＯＬは「ぜひ必要である」が、それぞれ 82.1%、85.7%と強い関心を示した。その他必要度の高い項目として末期医療、家庭医学がともに 83.9%であった。なお定額医療の必要度は 42.9%と低かった。具体的な主な対応策を表 2-5-17 に示す。

表２－５－16 患者の立場に関する対応方法(N=56)

情報元	ぜひ必要である	必要である	あまり必要でない	必要と思わない	わからない	記述なし
ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞｺﾝｾﾝﾄ	46 82.1%	6 10.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 7.1%
告知	6 10.7%	33 58.9%	6 10.7%	0 0.0%	7 12.5%	4 7.1%
末期医療	36 64.3%	11 19.6%	6 10.7%	1 1.8%	1 1.8%	1 1.8%
ＱＯＬ	48 85.7%	3 5.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 8.9%
アメニティ	40 71.4%	13 23.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 5.4%
介護体制	40 71.4%	12 21.4%	1 1.8%	0 0.0%	1 1.8%	2 3.6%
救急医療体制	38 67.9%	16 28.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.6%
服薬指導	26 46.4%	27 48.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 5.4%
在宅医療	32 57.1%	21 37.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 5.4%
かかりつけ医療	24 42.9%	27 48.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 8.9%
家庭医学	11 19.6%	36 64.3%	3 5.4%	0 0.0%	0 0.0%	6 10.7%
医薬情報提供体制	28 50.0%	23 41.1%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	4 7.1%
定額医療	3 5.4%	21 37.5%	3 5.4%	5 8.9%	9 16.1%	15 26.8%

表２－５－17　具体的な主な対応策

インフォームドコンセント	・分かりやすい言葉で、充分な時間をかけた説明(日常用語での説明、繰り返し説明、治療方針の充分な説明等) ・医者と患者の信頼関係を高める(一方的説明回避、医者の認識不足等) ・患者の知る権利・選ぶ権利の行使 ・医療チームと患者間の協議 ・医師・看護婦の(患者の立場に立てる)人間性教育
告知	・患者(家族)のことを考えた必要性判断 ・告知後の支援体制
末期医療	・施設(緩和病棟、ターミナルケア病棟)の増設 ・専門スタッフ体制の強化 ・患者(家族)の意思尊重した対応 ・公費負担の保障
ＱＯＬ	・患者の立場(環境)を考えた対応
アメニティ	・入院環境(プライバシー保持等)の改善、生活の規制 ・医療従事者の入院体験 ・アメニティを考慮した病院ランク付け
介護体制	・介護体制確立するための支援(役割の確立、企業の対応) ・患者の必要性に応じた対応 ・退院後の継続フォロー
救急医療体制	・病院と地域のタイアップ(救急医療情報説明用パンフ作成、当番制による救急ベット確保)
服薬指導	・薬剤師によるベットサイド指導
在宅医療	・在宅支援(医療と訪問看護のセット化等)体制の確立・強化 ・医師派遣制度の確立 ・在宅医療センター、独居老人用の中間施設等の充実ならびに増設
かかりつけ医	・医師派遣制度の確立 ・かかりつけ医と病院間のオープンシステム確立 ・育成と優遇対策
家庭医学	・医療サイドからの指導と教育
医療情報提供体制	・患者情報のカード化(重複治療の回避)
定額医療	・医療の質の低下回避
その他	・看護婦確保(看護点数の適正化) ・ＨＩＶに対する取組み

7）　よりよい医療のための患者への要望

医療ニーズにマッチした医療を実施するために、患者に遵守して欲しい要望のうち、一番多かったのは「自分の意思の表現・伝達を適格にして欲しい」という、患者情報の入手に相当するものであった。その主なものについて「実行を望む」と「やめて欲しい」に分けて表 2-5-18 に示す。

表２－５－18　よい医療のための患者への要望

実行を望む	・自分の意志の表現・伝達を適格に ・自立意識の治療姿勢を持つ ・病院規則の励行 ・治療への積極的な参加 ・一緒に治す心構えを持つ ・食事制限指示の厳守 ・病院診療機能の理解
やめて欲しい	・「おまかせします」的治療態度 ・わがままな自己権利主張 ・勝手な治療方針変更 ・お菓子等のお礼

8） 医療インフラ(教育、設備等)に関する要望

看護婦の教育・研修と資格制度(表 2-5-19)の両方について「改変すべきである」が約 85%であった。教育、研修に関する改変内容については「専門性を高めるための理論と実戦を結び付ける教育、卒後(継続)・復職の教育体制および設備、人間的側面を重視した教育」、「卒後研修施設(機会)を増やす」、「准看教育の廃止」、「教育・研修で得た能力を、制度・組織中で発展的に活用すべき」等であった。これ等は、本来看護婦自身の問題でありながら、他の医療従事者および行政機関の関与する大きな問題であるため、看護婦サイドでは手を付けられない状況が浮き彫りになった。

表２－５－19　医療インフラに関する要望(N=56)

項目	今のままで良い	改変すべきである	その他	記述なし
教育、研修	3 5.4%	48 85.7%	1 1.8%	4 7.1%
看護婦資格制度	7 12.5%	47 83.9%	1 1.8%	1 1.8%

また、看護婦の資格制度に関する改変内容は「准看制度を廃止し教育制度ならびに資格を一本化すべき」、「教育制度は４年制大学(短大、専門学校を含むとの意見もあり)とし資格を一本化する」、「専門看護婦のライセンス取得機会を普及する」、「医師会養成の准看護婦は看護婦とは別の体系にすべき」等であった。

9） 救急医療に関する現状認識と将来像

所属病院での救急医療体制の現状について、回答数 56 件のうち「機能していない」34 件(60.7%)、「機能している」16 件(28.6%)で、「機能していない」が約２倍もあり、救急医療体制の整備が望まれる。

21 世紀初頭の救急医療体制(表 2-5-20)については、主に救急(専門)医師、救急(専門)看護婦および救急ベット数の不足等の問題がある。しかも、これ等の改善はあまり期待できないと思われるので、行政の早急の対応が望まれる。

国に対する救急医療体制に関する要望は、市民が適切な救急医療を受けられるように、

表２－５－20　救急医療体制についての将来像

要　望　項　目	大きく改善される	変わらない	悪くなっている
救急（専門）医の増員	4件	8件	0件
救急入院ベットの確保	5	4	1
救急（専門）看護婦の増員	3	6	
救急医療体制のシステム化	4	3	
救急設備の整備	3	3	
夜間医療従事者（検査技師、薬剤師、ﾚﾝﾄｹﾞﾝ 技師等）の確保	3	2	
救急医療体制の整備	2	3	
救急医療部門の独立	1	3	1
救急（専門）医の育成	1	2	
救急（専門）看護婦の育成	3		
検査設備の整備		2	

国家予算を計上し、施設ならびに専門医療スタッフを増やすことが求められていた。主な要望を次に示す。

・救急医療体制の市民啓蒙(一～三次救急の理解、かかりつけ医の有効利用)
・救急病院への予算措置
・救急医療体制の整備
・救急(専門)看護婦および・救急(専門)医の育成・増員
・一次、二次、三次救急施設の役割整備
・救急医療専門施設の増設
・病院間ネットワークの構築

10) ＱＯＬ

患者のＱＯＬ向上(表 2-5-21)のために現在何をしなければならないか。また、2005 年頃にはどのようになると思うか調査した。現在「十分である」は「患者のプライバシー保持」が 17.9%で最高、他は残念ながら「不十分」が圧倒的に多かった。一方、21 世紀に「改善される」は「家族が付き添う時間の延長」の 41.1%を除いて、いずれも約 60～75%と高かった。なお「対話時間の延長」、「苦痛の軽減」、「プライバシー保持」については、約 30%が「不変」であった。

その他では、現状の看護婦数、看護婦の人間的な成長、アメニティ、在宅医療および患者へのカウンセリング等が「不十分である」との意見がみられた。

表２－５－21　患者ＱＯＬの現状と予想(N=56)

項目	現在				２００５年頃			
	十分	まだ不十分	全く不十分	無回答	改善	不変	悪化	記述なし
患者との対話時間の延長	2 3.6%	38 67.9%	12 21.4%	4 7.1%	32 57.1%	19 33.9%	1 1.8%	4 7.1%
患者の(肉体的・精神的)苦痛を軽減	3 5.4%	45 80.4%	6 10.7%	2 3.6%	38 67.9%	16 28.6%	0 0.0%	2 3.6%
患者のﾌﾟﾗｲﾊﾞｼｰ保持	10 17.9%	38 67.9%	5 8.9%	3 5.4%	35 62.5%	18 32.1%	0 0.0%	3 5.4%
快適な療養施設・設備増設	0 0.0%	32 57.1%	22 39.3%	2 3.6%	38 67.9%	11 19.6%	4 7.1%	3 5.4%
日常生活に近い環境造り・食事内容改善	1 1.8%	37 66.1%	16 28.6%	2 3.6%	42 75.0%	11 19.6%	0 0.0%	3 5.4%
家族が付き添う時間の延長	1 1.8%	26 46.4%	23 41.1%	6 10.7%	23 41.1%	19 33.9%	8 14.3%	6 10.7%

11) 活力ある死に方に対する意見

人間性を重視した医療総合化が期待される 21 世紀を迎えるにあたり、「活力ある死に方」および「植物人間への対処のあり方」等の「医療のあり方」については、患者(あるいは家族)の意志を尊重した医療を求めていることでは、ほぼ共通した意見と思われる。ただし、意思表示が出来ない患者に対して、以後の処置をどうするか、また植物状態の判断に誤りはないか等の問題が起こることが考えられる。

〔主な意見〕

・安らかに死を迎えることができたものを、なまじ医療が進んで蘇生できたために、意識が戻る可能性がないまま呼吸器と薬で生かされつづける。私ならそうまでして生き長らえたいとは思わない。薬を切り、呼吸器をはずして早く本当の眠りにつかせてほしい。

・人間として最後まで人間の温かさのなかで死を迎えたい。少子化社会で自分の子供にも頼れない人達にとって、最後の終焉の日まで温もりある日でありたいと願っている。看護する人にとってもその人の安らぎの支援ができた喜びを感じられる価値ある日を実感できたらうれしい。

・植物状態の患者は精神の活動がないように見えるが、それは誰にも分からない。月および年単位で服する人もいるので過剰な治療は不要だが、生きていくための基本的な栄養は必要と思う。「脳死」と判定されても現実には体が温かく、機械による呼吸であっても心臓が動いているのを見ると、家族でなくてもその死は受け入れがたい。人工呼吸を止めた事例や、そのまま自然死を待った事例もある。いずれの場合の「死」も考えさせられたと後悔は残った。

12) 自由意見

今後「看護婦に求められる役割」としては、主に業務および教育(育成)についての意見が、また「病院の在り方」については地域医療に関する意見が多かった。

〔看護婦に求められる役割〕

・看護婦の役割の認識、社会の中(地域活動、国際化)での役割を果たす、社会に貢献できるナースの育成

・人間性重視の感性のある看護教育の実践

・自立性のある看護婦の育成、主体性を持った専門看護婦(ターミナル、精神、小児、ストーマ、透析、救急、訪問看護)の育成・制度化、看護スペシャリストの養成

・質の高い看護業務・教育

・地域医療への参加(健康管理、生活指導)

・看護婦業務の見直し、看護婦をとりまく雑務の排除、看護業務の専門化

・チーム医療中での看護の独自性・専門性の発揮

・専門看護婦の制度化

〔病院の在り方〕

・地域医療の役割認識、地域医療(健康指導、教育)へのネットワーク対応、地域への密着した介入

・患者中心(患者が意見を言える)医療の提供、患者本位のサービス(金儲け主義の排除)

・老健施設・中間施設の設立、連携医制度の導入、緩和ケア病棟の設置

・在宅医療(訪問看護)の提供

第３章　２００５年の疾病別患者数動向調査結果

１．患者数動向調査の概要

１）　調査の目的

将来における医療ニーズの実態を把握することが、本調査全体にわたる課題であり、その中で患者数の将来動向を予測することは重要な意味を持つ。しかし、患者数の将来動向は、これまで様々な形式で行われているものの指標がまちまちであり、値もそれぞれ異なる。そこで、我々は、最も調査対象範囲が広い厚生省患者調査の推計患者数を用いて将来の患者動向を調査した。また、前述の医療ニーズに関するアンケート(医師編)における2005 年疾病動向調査の結果もふまえて、客観的な動向(患者調査)と医療の現場からみた疾病動向(アンケート調査)の両面から将来の患者動向を調査した。

なお、当初、平成５年(1993 年)のデータも含めて患者数の推計を行う予定であったが、現時点(94 年 12 月現在)ではデータが未発表のため使用できなかったので、昭和 59 年(1984 年)、昭和 62 年(1987 年)、平成２年(1990 年)の３点のデータしか利用できなかった。従って、患者数を推計値としては表示せず、トレンドとしての増減率で表示することにした。

２）　調査の対象

昭和 59 年(1984 年)、昭和 62 年(1987 年)、平成２年(1990 年)の厚生省患者調査推計患者数(疾病小分類)を用いて 2005 年の患者動向を調査した。疾病は前述の医師の医療ニーズに関するアンケート調査で行った 60 疾病を対象とした。

なお、疾病小分類の項目になかった 15 疾病については別途調査した。

２．2005 年の患者数動向の算出方法

表３－１　2005 年の患者数動向の算出方法

性	年齢	１９８４年		１９８７年		１９９０年		２００５年	
		患者数	人口数	患者数	人口数	患者数	人口数	患者数	人口数
男性	０－１４歳	A1	C1	A2	C2	A3	C3		C4
	１５－３４歳	・	・	・	・	・	・		・
	３５－６４歳	・	・	・	・	・	・		・
	６５歳以上	・	・	・	・	・	・		・
女性	０－１４歳	・	・	・	・	・	・		・
	１５－３４歳	・	・	・	・	・	・		・
	３５－６４歳	・	・	・	・	・	・		・
	６５歳以上	・	・	・	・	・	・		・
2005年の人口構成による患者数		G１＝A１×C１／C４		G２＝A２×C２／C４		G３＝A３×C３／C４		G１，G２，G３から予測	

注 1）1984 年、1987 年、1990 年の各年における男女別年齢別の患者数(A1,A2,A3･･･)を厚生省患者調査より抜粋した。年齢区分は小児１区分(0～14 歳)、青年２区分(15～34 歳、35～64 歳)、老人１区分(65 歳以上)の４区分とした。また、人口数(C1,C2,C3･･･)については厚生省人口動態統計

より抜粋した。

注 2) 2005 年の人口構成に対応する仮想患者数を各年において算出し、それを曲線回帰して 2005 年の患者数を推計した($G_1=A_1\times C_1/C_4$、同様にG_2、G_3 を求め、G_1、G_2、G_3 から 2005 年の患者数を推計)。なお、曲線の種類は患者数総計による曲線回帰でいくつかの曲線を選び、その中で最も決定係数が 1 に近かった直線回帰を用いた。また、値が負になった場合は対数曲線の値を使用した。

注 3) 1990 年の患者数を 100 として 2005 年の患者数の増減率を算出した。

注 4) アンケート回答比率は、医師に対するアンケート調査結果を用いた。

3. 調査結果

1) 患者数動向結果(表 3-2)

2005 年の患者数予測増減率(45 疾病合計,1990 年に対して)は 164%であった。

疾病別の増加傾向が大きい順に①前立腺がん 406%、②膀胱がん 347%、③肝がん 346%、④前立腺肥大症 289%、⑤脳梗塞 285%であった。上位 5 疾病の中に、がんが 3 つもあるのは特筆すべき点である。いずれのがんも食生活の欧米化と人口の老齢化の影響が大であり、さらに、これといった治療法がない点も増加を裏付ける要因となっている。アンケート調査との関係では、膀胱がんで増加と回答した医師が 22.4%と、それほど多くなかったことは意外であった。それ以外の疾病では、ほぼ予測増減率とアンケート回答率がリンクしていた。

減少傾向が大きい順に、①慢性糸球体腎炎 34%、②慢性関節リウマチ 64%、③カンジダ症 76%、④腰痛症 90%、⑤ネフローゼ症候群 107%であった。腰痛症以外は、アンケート調査とも一致して減少傾向を示している。腰痛症は、アンケートで増加と回答した医師が 42.9%であった。人口の老齢化によって増加すると思われる疾病であることから、医療現場の医師の印象の方が正しいようである。

一方、アンケートで増加すると回答した比率が高かった疾病は、①大腸がん、②糖尿病、③心筋梗塞、④肺がん、⑤不安神経症の順であった。いずれの疾病も疾病増減率が合計の 164%を大きく上回っており、食い違いは生じていない。医師の感じる将来疾病動向はかなり信頼性が高いといえる。

2) 主な疾病の考察

主な疾病として糖尿病、脳梗塞、消化性潰瘍、慢性腎不全、本態性高血圧症、胃がん、大腸がんの 7 疾病について、アンケート調査における疾病動向をふまえて 2005 年の患者動向を推察した。

表３－２　患者数動向結果

疾病名	患者数推計値(人)及び2005年の予測増減率				ｱﾝｹｰﾄ回答比率(%)		
	1984	1987	1990	2005	増加	減少	不変
ﾍﾙﾍﾟｽ群ｳｨﾙｽ感染症	33,900	42,800	47,539	187%	24.5	2.0	52.0
皮膚糸状菌症	246,500	251,900	271,912	134%	11.2	4.1	43.9
真菌症	8,700	7,200	9,601	149%	27.6	2.0	46.9
ｶﾝｼﾞﾀﾞ症	72,500	87,400	65,755	76%	24.5	1.0	53.1
胃がん	149,200	165,300	200,606	196%	6.1	32.7	39.8
大腸がん	67,000	88,400	129,823	277%	64.3	0.0	13.3
肝がん	10,500	21,800	30,522	346%	41.8	8.2	25.5
膵がん	6,000	7,900	10,538	249%	39.8	0.0	36.7
肺がん	33,400	40,400	55,852	250%	58.2	1.0	16.3
乳がん	51,500	73,500	86,785	212%	42.9	1.0	28.6
子宮がん	21,500	21,000	27,526	124%	17.3	14.3	36.7
前立腺がん	9,100	15,000	25,915	406%	34.7	0.0	28.6
膀胱がん	5,500	8,600	13,000	347%	22.4	0.0	40.8
白血病	13,300	10,900	17,338	204%	14.3	1.0	54.1
子宮の良性新生物	48,300	52,200	63,899	132%	8.2	3.1	51.0
糖尿病	943,600	1,085,700	1,490,006	219%	62.2	1.0	11.2
精神分裂病	415,900	431,100	481,299	126%	15.3	0.0	51.0
うつ病	96,700	144,300	216,580	253%	40.8	0.0	26.5
不安神経症	259,200	355,000	478,874	208%	54.1	0.0	13.3
てんかん	240,900	250,900	283,611	131%	1.0	0.0	67.3
パーキンソン症	56,500	75,900	92,597	252%	18.4	0.0	44.9
自律神経障害	136,800	154,600	163,509	141%	35.7	0.0	28.6
多発性硬化症	2,300	3,900	3,791	193%	1.0	0.0	58.2
神経筋障害・ﾐｵﾊﾟｼｰ	8,200	9,800	13,784	213%	3.1	0.0	56.1
本態性高血圧	5,141,400	5,164,400	5,858,416	124%	30.6	4.1	35.7
心筋梗塞	96,300	94,700	108,319	120%	59.2	2.0	9.2
不整脈	139,400	179,400	240,681	254%	32.7	0.0	37.8
くも膜下出血	13,300	20,300	26,863	260%	18.4	0.0	50.0
脳出血	58,000	85,900	96,083	251%	15.3	13.3	40.8
脳梗塞	317,200	401,400	560,442	285%	36.7	2.0	30.6
ｱﾚﾙｷﾞｰ性鼻炎	308,200	446,000	414,996	180%	45.9	1.0	24.5
気管支喘息	687,100	765,700	845,505	197%	42.9	0.0	32.7
ｱﾄﾋﾟｰ性皮膚炎	154,100	224,400	234,578	251%	46.9	1.0	22.4
慢性関節ﾘｳﾏﾁ	299,900	269,700	291,801	64%	28.6	6.1	35.7
変形性関節症	265,700	402,500	435,613	253%	8.2	0.0	60.2
腰痛症	279,600	291,800	295,030	90%	42.9	0.0	25.5
消化性潰瘍	847,100	853,500	979,567	130%	27.6	5.1	43.9
肝硬変	98,000	108,500	135,829	195%	28.6	11.2	35.7
慢性肝炎	295,000	359,800	380,601	174%	15.3	14.3	43.9
ﾈﾌﾛｰｾﾞ症候群	27,300	22,500	28,821	107%	4.1	1.0	63.3
慢性糸球体腎炎	83,900	68,700	63,077	34%	2.0	4.1	58.2
慢性腎不全	51,600	83,600	112,274	272%	18.4	0.0	48.0
前立腺肥大症	96,600	135,000	170,449	289%	32.7	0.0	31.6
緑内障	114,200	144,100	195,580	244%	7.1	0.0	53.1
白内障	1,003,400	1,066,900	1,135,526	113%	35.7	0.0	26.5
合計(15疾患除く)	13,314,300	14,594,300	16,890,713	164%			

注：2005年は、90年患者数を100としたときの2005年の増減率(%)

アンケート回答比率は2005年の疾病動向(増加、減少、不変)を回答した医師の数を比率化した。

①糖尿病

合計の増減率は 219%であり、1990 年の 2 倍強になる見込みである。年齢区分では 65 歳以上が 269%と最も高く、次いで 35～64 歳 184%、0～14 歳 145%、15～34 歳 66%となっており老齢疾患であることがうかがえる。0～14 歳で 145%と高いことは、この年齢層は IDDM(インスリン依存型糖尿病)が多いためと思われる。

アンケートの回答比率(表 3-2、以下同様)でも増加が 62.2%であり、減少 1.0%、不変 11.2%を大きく上回っている。医療現場サイドからみても増加することが確実な疾患といえる。

表３－３　糖尿病患者数増減率

患者数		1990年	2005年増減率
0-14歳	男性	955	78%
	女性	2,900	166%
	計	3,855	145%
15-34歳	男性	12,900	135%
	女性	13,605	0%
	計	26,505	66%
35-64歳	男性	466,974	200%
	女性	347,043	163%
	計	814,017	184%
65歳以上	男性	263,192	297%
	女性	382,437	251%
	計	645,629	269%
合　計		1,490,006	219%

②脳梗塞

合計の増減率は 285%と、約 3 倍弱である。年齢区分では 65 歳以上が 318%、35～64 歳 197%、15～34 歳 99%、0～14 歳 200%と老人が圧倒的に高い。

アンケートの回答比率は、増加が 36.7%、不変が 30.6%で、医療サイドではそれほど急激に増加しないと思われている。これは高血圧管理等が普及し、脳梗塞のリスクファクターが今後減っていくと考えられているからと思われる。

表３－４　脳梗塞患者数増減率

患者数		1990年	2005年増減率
0-14歳	男性	133	3%
	女性	244	307%
	計	377	200%
15-34歳	男性	1,129	188%
	女性	1,012	1%
	計	2,141	99%
35-64歳	男性	102,612	192%
	女性	46,407	206%
	計	149,019	197%
65歳以上	男性	214,259	326%
	女性	194,647	309%
	計	408,906	318%
合　計		560,443	285%

③消化性潰瘍

合計の増減率は 130%と、今後それほど大きな増加はないと推定される。年齢区分では 65 歳以上が 231%と増加傾向であるが、35～64 歳 104%、15～34 歳 33%、0～14 歳 86%と 64 歳以下ではむしろ減少傾向である。

アンケートの回答比率においても、増加 27.6%に対し不変が 43.9%もあり、消化性潰瘍は患者動向としてすでに成熟している疾患といえる。

表３－５　消化性潰瘍患者数増減率

患者数		1990年	2005年増減率
0-14歳	男性	1,389	27%
	女性	866	180%
	計	2,255	86%
15-34歳	男性	64,034	49%
	女性	29,025	0%
	計	93,059	33%
35-64歳	男性	442,754	90%
	女性	188,631	137%
	計	631,385	104%
65歳以上	男性	136,761	212%
	女性	116,107	254%
	計	252,868	231%
合　計		979,567	130%

④慢性腎不全

合計の増減率は 272%である。年齢区分では 65 歳以上 357%、35～64 歳 245%、15～34 歳 138%となっている。

アンケートの回答比率では、増加が 18.4%に対し不変が 48.0%で、アンケートと患者数動向調査の結果に乖離がみられる。現在、約 10 万人の透析患者がおり、今後ほぼ直線的に増加傾向を示すと予想される老齢疾患であることから、21 世紀初頭には増加すると思われるので、このアンケート結果は意外であった。

表３－６　慢性腎不全患者数増減率

患者数		1990年	2005年増減率
0-14歳	男性	6	0%
	女性	135	19%
	計	141	18%
15-34歳	男性	4,688	227%
	女性	3,044	0%
	計	7,732	138%
35-64歳	男性	39,969	243%
	女性	29,347	248%
	計	69,316	245%
65歳以上	男性	18,224	355%
	女性	16,862	359%
	計	35,086	357%
合　計		112,275	272%

⑤本態性高血圧症

合計の増減率は 124%であり、ほぼ飽和状態にきている疾病である。年齢分布でも 65 歳以上で 143%の増減率しかなく、64 歳以下ではほぼ横ばいである。

アンケートの回答比率では、増加 30.6%、不変 35.7%で、それほど増加しないと思われる。高血圧自体は老齢疾患であるが、診断方法、治療法がすでに確立されており、新たな潜在患者の掘り起こしが見込まれないことが、このような結果になったのであろう。

表３－７　本態性高血圧患者数増減率

患者数		1990年	2005年増減率
0-14歳	男性	87	0%
	女性	233	215%
	計	320	156%
15-34歳	男性	19,618	28%
	女性	8,398	0%
	計	28,016	20%
35-64歳	男性	1,246,116	95%
	女性	1,568,764	113%
	計	2,814,880	105%
65歳以上	男性	1,004,826	129%
	女性	2,010,374	151%
	計	3,015,200	143%
合　計		5,858,416	124%

⑥胃がん

胃がんは、がんの中で最も患者数が多い。合計の増減率は 196%と約 2 倍である。年齢区分では 65 歳以上 255%、35～65 歳 125%で高齢者は非常に高い。

アンケートの回答比率では、不変が 39.8%、増加はわずかに 6.1%であった。

胃がんは、定期検診の普及によって、潜在患者の発掘はさほど多くないことから、今後それほど増加しないと思われる。

表３－８　胃がん患者数増減率

患者数		1990年	2005年増減率
0-14歳	男性	0	0%
	女性	0	0%
	計	0	0%
15-34歳	男性	777	88%
	女性	1,074	0%
	計	1,851	37%
35-64歳	男性	56,090	122%
	女性	31,567	131%
	計	87,657	125%
65歳以上	男性	67,564	304%
	女性	43,535	179%
	計	111,099	255%
合　計		200,607	196%

⑦大腸がん

大腸がんは、胃がんに次いで患者数が多い。合計の増減率は 277%であり、食生活の欧米化に伴い増加が予想される。年齢区分では 65 歳以上 334%、35～64 歳 219%と老齢疾病であることがうかがえる。

アンケート回答比率でも、増加が 64.3%と多く、今後、急激に増加すると思われる。

表３－９　大腸がん患者数増減率

患者数		1990年	2005年増減率
0-14歳	男性	6	0%
	女性	0	0%
	計	6	0%
15-34歳	男性	587	241%
	女性	1,017	0%
	計	1,604	88%
35-64歳	男性	34,682	225%
	女性	25,582	210%
	計	60,264	219%
65歳以上	男性	34,322	368%
	女性	33,628	300%
	計	67,950	334%
合　計		129,824	277%

３）　動向調査が行えなかった 15 疾病についての考察

今後、医療ニーズが非常に要望されると思われる疾病で、厚生省の患者調査(疾病小分類)において分類上にない高脂血症、狭心症、尿失禁等、さらにエイズ等の話題の多い疾病を対象にした。これ等の疾病については、一刻もはやく患者調査に掲載されることが望まれる。

一方、厚生省班研究や各種調査会社においては、これ等の疾病の患者数について調査されているので、文献上より考察した。

表３－10　動向調査が行えなかった 15 疾病に関する既存のアンケート調査

疾病	患者数	出典	年度	コメント	ｱﾝｹｰﾄ回答比率(%)		
					増加	減少	不変
エイズ	3,022	厚生省研究班	94	感染者数。1997年23,220人と予測	80.6	3.1	5.1
MRSA感染症	なし				41.8	13.3	29.6
ｸﾗﾐﾃﾞｨｱ感染症	なし				27.6	3.1	36.7
糖尿病性神経障害	なし				44.9	3.1	19.4
糖尿病性網膜症	なし				44.9	2.0	20.4
骨粗鬆症	約500万人	読売94/3/29	94/3	骨粗鬆症財団:1000万人強(2000年),1400万人(2010年)と推定	53.1	1.0	16.3
老年期痴呆	約100万人	厚生科学研究	90	2000年150万人、2015年247万人	65.3	0.0	8.2
ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ病	(上記に含む)				50.0	0.0	21.4
高脂血症	1850万人	疫学からみたﾏｰｹﾃｨﾝｸﾞ94	94	潜在患者数。受療患者は約250万人(日本経済新聞93/1/5)	60.2	2.0	8.2
狭心症	59万人	疫学からみたﾏｰｹﾃｨﾝｸﾞ94	94		59.2	2.0	8.2
褥瘡	なし				32.7	0.0	33.7
SLE	30,926	90年受給者交付数(難病指定)	90		1.0	1.0	67.3
B型肝炎	120-140万人	厚生省:国民衛生の動向94年	94	ｷｬﾘｱ数	9.2	34.7	33.7
C型肝炎	200-400万人	厚生省:国民衛生の動向94年	94	患者数は約70万人	20.4	27.6	29.6
尿失禁/頻尿	約100万人	厚生省住民調査92年	92		36.7	0.0	31.6

①エイズ

厚生省研究班によると感染者数は、平成 6 年 4 月末日 3,022 人であるが、1997 年には 23,220 人と急速に増加すると予測されている。わが国の感染者は、現在約 60%が凝固因子製剤による感染事故が原因であるが、今後は性的接触等による感染が急激に増加していくものと思われる。

アンケート回答比率でも 80.6%が増加とし、今後急増する疾病である。

②骨粗鬆症

骨粗鬆症財団によると、94年に約500万人、2000年には1000万人強、2010年には人口の10.8%にあたる約1400万人になると推定されている。これは潜在患者数であり、実際の治療患者数はもっと少ないと思われる。しかし、高血圧や高脂血症とならぶ患者数が非常に多い国民病であり、人口の老齢化とともに深刻な問題となるであろう。

アンケート回答比率では、増加が53.1%、不変が16.3%であり、やはりかなりの増加傾向である。

③老年期痴呆

厚生科学研究による推計では、90年で約100万人であったものが、2000年には150万人、2015年には247万人にまで増加すると予想されている。老年期痴呆患者に対する早急な対策が必要なことはいうまでもない。

アンケート回答比率では、増加65.3%、不変8.2%と、これも急激な増加が見込まれる。

④高脂血症

疫学からみたマーケティング94によると、血中総コレステロール値220mg/dl以上の人が約1850万人といわれている。将来動向については予測はされていないが、食生活の欧米化や高齢化に伴い増加することは確実である。

アンケート回答比率では、増加60.2%、不変8.2%であり、高血圧と比較すると、まだ潜在患者が多く存在し、患者数は当分、増加傾向にあることがうかがえる。

⑤狭心症

疫学からみたマーケティング94によると、59万人とされている。将来的には高脂血症患者の増加等で危険因子が増加するため、患者数も増加すると思われる。

アンケート回答比率では、増加59.2%、不変8.2%でやはりかなりの増加が予想される。

⑥SLE(全身性エリテマトーデス)

難病指定されており、90年の受給者交付数は30,926人である。

アンケート回答比率では、増加1.0%に対し不変67.3%と今後の増加は見込まれない疾病である。

⑦B型肝炎

厚生省国民衛生の動向94によると、120～140万人のキャリアが存在していると推定されている。B型肝炎は、ほとんどが母児感染であり、昭和60年からB型肝炎ワクチンの投薬が行われており、今後は患者数は激減することが予想される。

アンケート回答比率では、増加9.2%、減少34.7%、不変33.7%で減少することは間違いないようである。

⑧C型肝炎

厚生省国民衛生の動向94によると、200～400万人のキャリアが存在していると推定されている。C型肝炎の輸血以外の原因による感染、例えば母児感染、性行為感染は極めて希れといわれており、輸血感染も1990年11月以降C型感染ウィルス(HCV)のスクリーニング検査が実施され、発生頻度が大幅に減少している。従って、患者数はキャリアの減少とともに減少していくであろう。

アンケート回答比率では、増加20.4%、減少27.6%、不変29.6%であり、B型肝炎と同様に減少傾向にある。

⑨尿失禁

厚生省住民アンケート調査92年によると、約100万人(60歳以上の男性の4.1%、女性の5.3%)とされている。高齢化に伴い今後も増加することが予想され、また、失禁は介護者にも大きな負担を強いること等から、解決すべき問題の多い疾病といえる。

アンケート回答比率では、増加36.7%、不変31.6%であり、増加傾向ではあるが、急激に増加するとは思われない。

⑩その他

その他、糖尿病性神経障害、糖尿病性網膜症等の糖尿病合併症は、アンケート回答比率で増加が44.9%あり、糖尿病の増加とともに増加することがうかがえる。

4.患者数動向調査のまとめ

今回の患者数動向調査は、厚生省患者調査の推計患者数による回帰予測と、医師に対するアンケート調査の両面から行い、医療現場の最新のニーズを取入れた調査である。患者数予測増減率と患者数の増減に関するアンケートの回答比率は、ほとんどの疾病で同様の傾向がみられたが、いくつかの疾病では両者の間に乖離がみられた。これは、アンケート調査は1994年に行われたのに対し、患者調査データは最新年が1990年であったため、この4年間に疾病動向に変化が起き、医師の疾病動向に関する考え方が変わって、アンケート調査の回答比率に影響を与えたものと思われる。

疾病動向を領域別にみると、増減率は領域によりかなりの差があることがわかる。横ばい、あるいは減少すると思われる領域には感染症、精神科領域(老年期痴呆、不安神経症は除く)、腎臓領域があげられる。これ等の領域は、潜在患者の掘り起こしがほぼ終了しており、リスクファクターの減少や治療法の確立等が行われているため、患者動向が横ばいあるいは減少傾向になっているものと思われる。

一方、上記の領域以外は、ほとんどの領域が増加傾向にある。これは人口の老齢化による影響が最も大きいことが考えられる。また、老齢化の影響による増加をさらに上回る増加が予想されている疾病として大腸がん、前立腺がん、エイズ、老年期痴呆等があげられる。これ等の疾病は、老齢化による要因に、食生活の欧米化、診断方法の進歩、生活様式の変化等が加わるため急激な増加が確実といわれている。

疾病全体でいえることは、治療方法、診断方法が確立されている疾病は、今後、患者数が大きく増加することはなく(高血圧症、緑内障等)、そうでない疾病が増加するということである。つまり、治療方法、診断方法を確立することが患者数の減少につながるという事実を今回の調査でも実感させられた。

[参考文献]

1) 厚生省「国民衛生の動向」(1994)
2) 読売新聞　1994年3月29日号
3) ファルマーマーケティングサーベイ研究所「疫学から見たマーケティング」(1994)
4) 東京新聞　1992年7月21日号
5) 平成5年度厚生行政科学研究事業「総患者数推計のための標準的方法に関する研究」

第４章　21世紀初頭における医療ニーズの展望

１．21世紀における社会保障の全体像

第１章で紹介した社会保障将来像委員会(隅谷三喜男会長)第二次報告[1] (平成６年９月８日)は、「はじめに(21世紀へのグランドデザイン)」の一節で次のように記述している。

> 21世紀には高齢者１人に現役世代２人子ども１人という社会になる。その中ですべての国民が等しく、かけがえのない個人として互いに尊重し合い、その生涯を自らの選択に基づいて、生き生きとして安心して暮らせるような社会にしなければならない。また、すべての国民が地域での主役としてその役割を担い、自己責任と他者への思いやりを持つ自立と連帯の社会でもなければならない。

21世紀前半に、前記のような社会を実現するために必要な事柄として、同報告書は、次の諸点をあげている。

(1)すべての国民が、社会保障の心「自立と連帯の気持ち」をより強く持つこと。

(2)社会保障制度でカバーする範囲と費用をはっきりさせ、国民の理解を得て不安を解消すること。

(3)供給側の意向でなく、利用者、国民の必要に応じた社会保障制度を展開すること。

(4)縦割り制度を超え、地域住民の立場に立った現場での総合的な対処をすること。

平成６年３月、高齢社会福祉ビジョン懇談会(宮崎勇座長)が「21世紀福祉ビジョン―少子・高齢社会に向けて―」[2]を公表した。

ビジョンの基底となる「少子・高齢社会における社会保障の全体像」についての「基本的考え方」は次の通りである。

> ・21世紀の少子・高齢社会の姿について、明暗、いろいろな見方があるものの、これほどの長寿を享受できるのは現在の人類のうち、ごく少数に限られているということに、あらためて思いを致してみることも必要である。
> ・「高齢化が活力に結びつく明るい社会を構築する」という基本理念の下に、社会経済システムの再編等を通じて、長寿国に生まれ育った幸福感を持つことのできる福祉社会の構築。
> ・公民の適切な組み合わせによる適正給付・適正負担というわが国独自の福祉社会の実現。
> ・「自立した個人」の形成重視と、自助、共助、公助のシステムが適切に組み合わされた重層的な福祉構造社会の構築。
> ・国民生活の安定基盤としての役割を重視した社会保障制度の構築。

具体的な「社会保障の姿」については、以下の５点をあげている。

(1)公正・公平・効率性の確保

(2)年金、医療、福祉のバランスのとれた社会保障の給付構造の実現

(3)雇用政策、住宅政策、教育政策等の関連施策の充実・連携強化

(4)自助、共助、公助の重層的な地域福祉システムの構築

(5)社会保障の安定財源の確保

一方、世界的な医療費抑制が進む中で、わが国でも社会保障給付費のうち医療費の伸びが抑制されることが予想され、上記の 21 世紀の理想像における医療の位置づけを確保することが難しい。日本製薬協団体連合会の医療制度小委員会は「21 世紀の医療費・薬剤費抑制策動向予測」[3]の中で、近未来に次のような医療の変化を予測している。

(1)老人医療の一部負担の増加

(2)定額化の拡大

(3)保険適用範囲の見直し

(4)老健施設、介護・福祉施設の見直し

(5)病院機能の類型化による外来・長期入院の適正化の促進

(6)在宅医療の定着化

(7)標準医療の導入・ガイドラインの強化

(8)家庭医の制度化

(9)給付率の見直し

(10)医薬分業の推進

(11)医薬品使用の更なる適正化

また、川崎邦彦氏が「21 世紀の医療と病院経営」[4]の中で、医療サービスの提供体制面においても、大きな変化があるであろうと予測している。90 年代後半に予定される第三次医療法改正において、次のような項目をあげている。

(1)医療サービスの定義の拡大

(2)医療施設の再体系化

(3)法定人員および施設の基準の見直し

(4)指導監督の規定の整備

(5)医療法人の規定の整備

(6)情報提供の更なるオープン化

(7)医療資源の共有規定の創設等

行政においても、薬務局長の私的懇談会である“21 世紀の医薬品のあり方に関する懇談会”は、時代に即した医薬品の開発と適正使用について提言している。特に、医薬品適正使用の項において中間報告[5]では、高齢化、医療ニーズの変化、健康意識の向上等に対応した医薬品に対する期待が高まっている中で次のような医薬品の重要性を指摘している。

(1)成人病・高齢者用医薬品、オーファンドラッグ

(2)医薬品の質と効率性の向上に寄与する医薬品

(3)世界の医療の向上に対する貢献

最終報告[6]（平成 5 年 5 月 28 日）の「医薬品の適正使用の推進」においては、基本的な考え方として医薬品の適正使用を確保するためには、行政、医療の現場、大学、製薬企業が各々の役割を明確にした上で、医薬品情報の収集・提供・評価のための体制づくりや教育・研修および研究等の基盤整備等の対策を総合的に進めていく必要があるとしている。また、具体的方策として、次の点をあげている。

（1）医薬品情報の収集および提供システムの充実
・医薬品情報の内容の充実
・医薬品情報収集等の作成と添付文書等の改善
・情報収集・提供方法の改善
・院内における情報の収集・提供機能の整備・充実
・患者および一般消費者に対する情報提供と相談体制の整備
（2）医療現場における医薬品適正使用の推進
（3）医薬分業の推進（かかりつけ薬局の育成）
（4）不適正な医薬品使用を助長する経済的インセンティブの排除
（5）医療関係者の教育および研修の充実と研究の推進
・医師及び薬剤師の教育・研修
・MRの教育・研修体制の充実およびMRの資格化
・研究の推進

患者の期待に応えるには、メーカーの自発的努力を基本としながらも、行政の役割も少なくないとし、さらに医療ニーズに対応した医薬品の開発と安定供給を促進するための環境整備を積極的に推進し、時代の要請に応じた薬務行政の拡充を図る必要があるとしている。これ等の意見を総合すると、21 世紀初頭の医療ニーズを把握するにあたって、その時点での医療環境は大きく変貌していることを認識する必要がある。

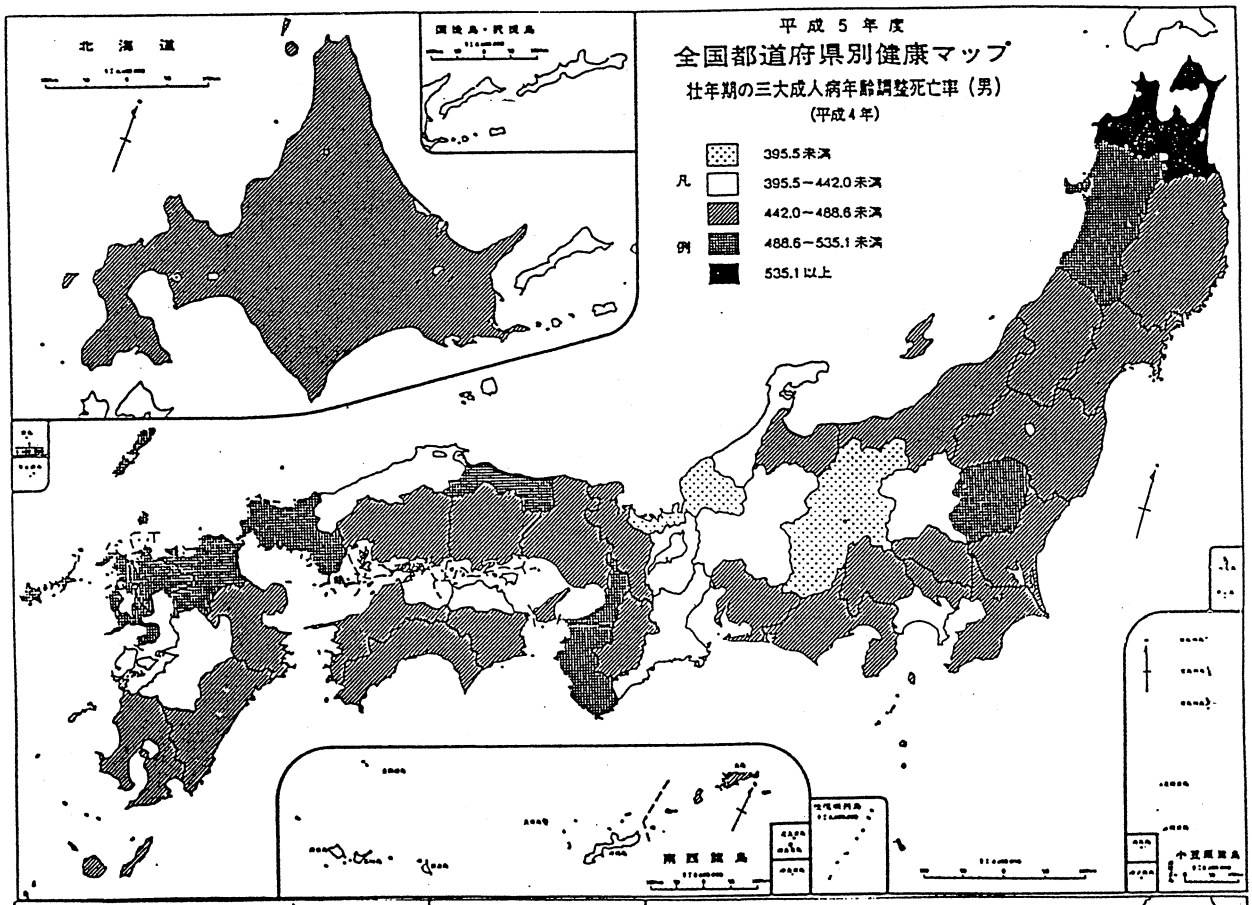
2．医療ニーズに対する調査結果の概要

医療ニーズの展望において地域性は重要な要因である。わが国土は東経 122 度から 154 度と北緯 20 度から 46 度に約 3000 ｋｍにわたって延びる弧状列島である。本州においても、太平洋岸、瀬戸内海沿岸、日本海側並びに山間部では著しく気象条件が異なる。東北、関東、甲信越、東海、近畿、中国という分類もあり、必然的に暮らし、言語、食習慣等地域ごとの歴史があり、固有の文化が根づいている。

このような背景を踏まえて、いろいろな面で地域性がみられるが、その具体的な姿の一端として図 4-1 に「健康マップ」[7]を例示する。三大成人病については、女性は比較的平準化されているが、男性については青森県が図抜けて高く、都道府県単位でも一律には論じ難い。なお、この「健康マップ」は、昭和 58 年 12 月の公衆衛生審議会の答申「保健事業の推進方策について」に基づき、保健事業の推進のため、市町村、都道府県毎の進捗状況を常時把握し、指標化によって関係者に事業推進の目安を示すことを目的として作成されている。この指標には、市町村別健康診断(基本健康診断、胃ガン検診、肺ガン検診)、都道府県別年齢調整死亡率(ガン、心臓病、脳卒中、壮年期の三大成人病)、都道府県別老人１人当り入院日数・医療費等が含まれる。

これ等の諸点に留意しつつ、21 世紀初頭における医療ニーズの展望に資するため、目的に適った確度の高い基礎資料の蒐集と状況把握を進め、概ね表 4-1 のような調査内容を得た。

この表から分かるように、今回の調査は「医療ニーズの概念把握調査」「医療従事者の予測調査」「疾患別患者動向予測調査」の 3 種を並行して行い、これ等を総合して 21 世紀初頭の将来展望を考察することを目的とした。



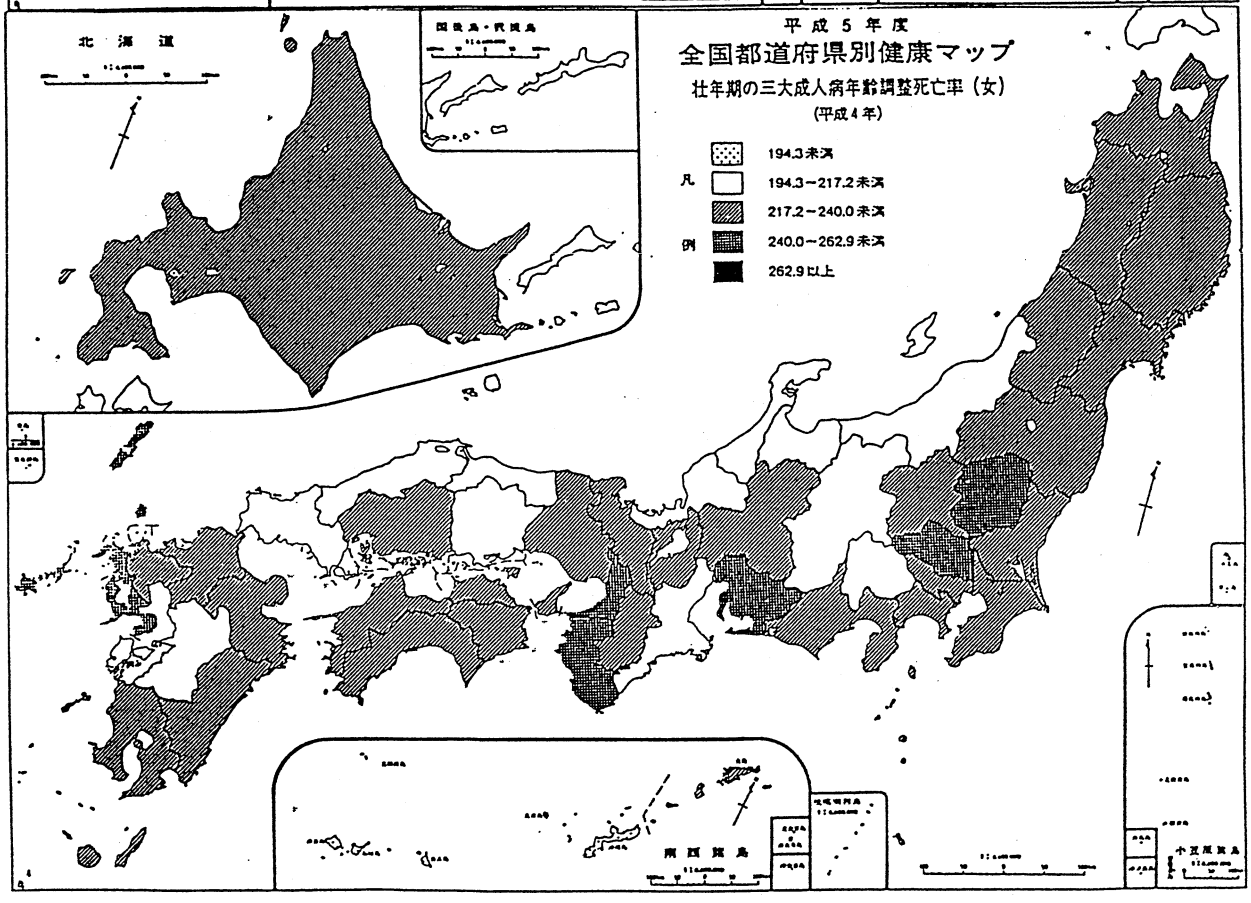


図4－1　全国都道府県別健康マップ

表４－１　医療ニーズのための３種の調査内容の概要一覧表

目的	医療ニーズ概念把握調査	医療従事者の意識調査	疾病別患者増加率予測調査
方法	文献・公開情報の集約	アンケート調査の分析	統計処理による予測
対象	・新聞，雑誌，単行本，白書等 ・既存アンケート調査	・医師９８人，・検査技師５７人 ・薬剤師５１人，・看護婦５６人	・統計情報部疾病別患者数推計値 ・統計解析による増加率予測
内容の概要	〔文献調査〕 ・医療ニーズ調査の必要性 ・医療ニーズの定義 ・医療ニーズの全体像 ・医療ニーズの現状 〔文献調査情報の分析〕 ・医療ニーズマップ 発信元／受信元 ・既実施アンケート 調査結果の概観 〔医療ニーズ概念の構築〕 ・医療ニーズの流れ ・時間軸による分類	〔共通質問内容〕 ・よりよい医療のための患者への要望 ・医療従事者に関する要望 ・医療産業に対する要望 ・行政部門に対する要望 ・医療インフラに関する要望 ・患者の立場に関する対応方法 ・高齢社会への対応 ・創薬ニーズ ・自由意見 〔部分的共通質問内容〕 ・担当業務認識（薬，検，看） ・医薬品の認識（薬，看） ・医薬品情報（医，薬，看） ・治療に対する障害（医，薬） ・新規診断・治療法（医，検） ・予防診断のニーズ（医，検） ・ＱＯＬ（医，看護婦） ・救急医療（医，看） ・活力ある死に方（医，看） 〔個別質問内容〕 ・治療の現状認識（医） ・疾病の望まれる対応（医） ・患者への対応課題（医） ・患者説明への意見（医） ・臨床試験の実態（医） ・臨床検査の現状認識（検） ・院内製剤（薬） ・ゼネリック薬（薬） ・医薬分業（薬） ・医療機器・器具（看）	〔疾病別患者数推計値〕 ・性別年齢別の公開情報の入手 ・患者数推計値の推定方法 ・患者数推計値の信頼性聴取 ・主要６０疾病の選別 〔疾病別患者増加率予測方法〕 ・性別年齢別人口構成の推移 ・統計解析による増加率予測 ・妥当性の検証 〔疾病別患者数予測値〕 ・主要６０疾病患者数推計値 ・主要６０疾病患者数増加率 ・対象外１５疾患の考察 ・アンケート結果との比較

「医療ニーズの概念把握調査」では、医療ニーズマップ、既実施アンケート調査結果の概観、医療ニーズの流れ、時間軸による分類等を通じて、第 1 章で考察した通り、アンケート調査の質問等に反映し、参考資料に収集情報を添付している。

「医療従事者の予測調査」では、アンケート調査を通じて第 2 章で考察した興味深い内容を得、医療従事者間の認識比較については共通質問について後述する。

「疾患別患者動向予測調査」では、3 年毎の疾患別患者数推計値の情報を活用して第3章に示すような 21 世紀初頭の患者数予測を試みたが、推計値のデータ数が少ないため増加率予測に止めた。さらに、エイズ等今後問題視される疾患が患者数推計の情報にないため、複数の情報機関による予測を追加した。これ等を総合した上で、アンケート調査による医師の認識調査との比較も試みた。

医療従事者の意識調査は極めて少数例であり、その大部分は医師を対象とするものであった。医療ニーズという切り口から、主要な医療従事者に対して同じスタンスで質問し、体系的に回答を得たのも今回が最初であった。

結果的に、医療従事者に共通する考え方や立場が集約された他、医師、薬剤師、検査技師、看護婦のそれぞれの領域における実態が明らかになり、医療ニーズという側面から解決すべき問題が残されていることも分かった。

第 2 章の調査結果を通じての考察を次節以降に記述する。

3．患者(国民)と医療従事者のニーズの比較

医療従事者も医療サービスの受益者としては、患者と同質のニーズを発信するはずであるが、医師自身が罹病して患者の立場で入院・加療を受けて「はじめて患者の気持ちの一端が理解できた」と率直にいえるという。

河井継之助(江戸時代末期の越後長岡藩士)は「人の立場によって生きている」と述べており、医療従事者の立場からの発言は、この言葉を裏付けているようにみえる。

医療サービスの受益者とその提供側の間で見解が食い違ったアイテムは、ＱＯＬについてであった。

患者サイドでは「慢性病の入院患者にとって、ベッドサイドは生活の拠点」との基本認識があって、個室化等施設の質的向上と、食事をはじめとする生活の質の確保に対して極めて貪欲である。反面、医療供給サイドでは、特に医師は「医療の範囲にはおのずと限度があり、アメニティ部分とは峻別すべし」というスタンスを崩していない。

インフォームドコンセントについても両者の見解は分かれ、倫理・告知・生存権の問題で医療の原点に関わる事柄ゆえに、本道を見極めた議論が必須である。

平成７年１月５日の朝日新聞の「医師と患者へのアンケート調査平成患者学」[8] に、次のような興味あるアンケート結果が掲載された。

〔医師から患者への注文〕

・医は万能でない
・わかるまで質問を
・救急の乱用は困る
・指示は守ってほしい

〔患者から医師への注文〕

・顔を見て話して
・薬のききめの説明を
・実情は１分診療
・欲しい温かい言葉

〔アンケート結果の解説〕

・アンケートから患者の切実な訴えが聞こえてくる
・医師からの要望もなかなか鋭い指摘が多い
・双方ともこれほど真剣なのに、すれ違いがなぜこんなに大きくなるのであろう
・しかし、医者もずいぶんかわってきた

今回、医師とともに薬剤師、検査技師、看護婦に同じ目的でアンケート調査を行い、その要望の比較をとりまとめたので、その考察を次に記述する。なお、詳細は資料４の表 1 を参考されたい。

患者への要望の比較では「積極的な質問を」「服薬を勝手にやめないでほしい」が共通しており、朝日新聞の記事と同様に患者と医療従事者との乖離が見受けられた。また、医師の「信頼しあえる関係を築こう」や看護婦の「おまかせしますの治療態度の是正」「自律意識の治療姿勢」をみると、患者の姿勢是正による患者中心への転換に期待を持たせるものであった。また、ある医師は「医療が成り立っている基本は医師と患者との間の人間関係であり、医師と患者は同一平面上に位置している。故に患者も人間として基本的な規則を厳守してほしい」と記述している。

４．医療従事者の要望比較

医療従事者サイドも医師、薬剤師、検査技師、看護婦の立場の差によって患者に接する際の職務、責任、頻度が異なり、微妙に発言内容が異なる点に留意しなければならない。

今回、われわれは各医療従事者の医療ニーズに対する認識として、医療従事者、メーカー、行政への要望もアンケート調査を行った。その結果については第 2 章での考察は省き、本章で回答内容の差を比較して考察することとした。資料４の表 2 に詳細を記載したので参照されたい。

病院経営者への要望は「長期的な視点での経営方針と地域医療の役割認識を持って欲しい」が、どの医療従事者からも多かった。医療従事者間で差異がみられたのは、医師が「金儲け主義の排除」、薬剤師が「適正人員の配置」、検査技師が「検査技師職能の認知」、看護婦が「職場環境の整備」と各職務に応じた要望であった。ある看護婦から「3本柱である医師、看護婦、事務のバランスを考慮し、病院の実情を的確に把握し、戦略的に活力ある患者主体の病院作りをしてほしい」との指摘は印象的であった。

医師への要望は、医師を除く各医療従事者に共通して「インフォームド・コンセントの実施」であり、医薬品の適正使用や治験における事故、トラブルをなくすためにも重要な意見だと思われる。医師自身からの要望では「専門知識の向上を目指す」が最も多かった。薬剤師が「正確な処方箋記載」、検査技師が「必要検査の厳選」、看護婦が「看護婦との協力体制」「医療従事者との連携を考慮して欲しい」と各職務の遂行の障害をなくすための要望が多かった。ある看護婦から「ドクターの組織人としての意識が低く、一番大切な患者や家族の意向を無視した形で治療を進めていることが多い。また、インフォームドコ

ンセントの意味をはき違え、理解納得を無視して、とにかく説明すればよしとする風潮がある」と患者側に立った意見があった。

検査技師への要望は、検査技師自らが「医療従事者相互間の意志疎通」、他の医療従事者から「仲間意識、連携」といったチーム医療のメンバー意識に関する意見が多かった。その他、医師からは「専門職の自覚と研鑽」、看護婦からは「検査技師による直接採血等をして欲しい」という要望が多かった。

放射線技師への要望は、検査技師と同様にチーム医療のメンバー意識に関する意見が共通して多かった。その他、医師からの「患者本位の医療提供」、看護婦からの「患者への優しい接遇」といった要望が多かった。

薬剤師への要望は、医療従事者共通に「外来、病棟業務への参画」といったチーム医療に関する意見であった。個別には、医師と看護婦から「積極的な服薬指導」、薬剤師自らと医師から「薬学知識の自己研鑽」の声が多くあった。

看護婦への要望は、医師から「医師との連携」、薬剤師から「同僚としての認識」、検査技師から「医療仲間との連体意識」といった医療従事者の連帯感についての要望が共通して多かった。さらに、医師から「高度化する医療への対応」、期待感からか「更なる医学知識の向上」「医療専門職を」という要望も見受けられた。

その他、理学療法士・作業療法士、介護士への要望にも興味深いものもあるが、考察は割愛して、資料４を参考にしてほしい。

医療従事者間の要望を総合的に考察すると、チーム医療のメンバー意識に関する要望が共通して多く、共通認識は持っているものの実行が伴わない歯痒さがうかがえる。また、インフォームドコンセント等の患者の側に立った医療提供に関心が深く、さらに、医療に関する知識と認識の向上に対する期待が多かった。

また、各医療従事者の医療産業への要望については、製薬メーカー、診断薬メーカー、医療機器メーカー等医療従事者に関係のある業種への要望を質問した。その結果は資料４の表３に詳細を記載したので参照されたい。

製薬メーカーへの要望は「薬の科学的情報、副作用情報を的確に流して欲しい」が共通して多かった。個別には、医師が「社会的に必要でかつ真に役に立つ新薬開発」、薬剤師が「医療現場のニーズの活用」の要望が多かった。薬剤師の要望については今回の調査報告書の活用が期待される。医師からは「臨床試験はしんどいが画期的なものであればやる」「医療産業としての倫理と責任感を持って欲しい。収益追求型のメーカーが多い」「研究体制が悪いのか投資が少ないのか、日本のオリジナルの薬の開発が少なすぎる」等の手厳しい意見が少なくなかった。

診断薬メーカーへの要望は「安価かつ良質な診断薬の開発、提供」が多く、また、医師から医薬品開発に対する要望と同様に「高精度、日本独自の診断薬の開発」を求める声があった。検査技師からは「品質の統一・標準化」と「価格の施設格差の是正」の要望があった。

その他、医療機器メーカー、医薬品卸、民間検査会社、介護サービス企業やＣＲＯへの要望もアンケートしたが、考察は割愛し、資料４を参考にしてほしい。

一方、行政部門への要望については、資料４の表４で比較している。

厚生省への要望は「保険医療制度の改善」が共通して多い。各医療従事者ごとの特徴と

しては、医師が「医療のあり方に関する意見」、看護婦が「労働環境の改善」、検査技師が「臨床検査点数の見直し」が多かった。ある医師は「課長、課長補佐が現在のように 1～2 年でポストを変わるようでは疾病に対する理解もなく、無責任な発言しかない。患者も医師も 10～30 年と同じ病気に関わっているのであり、役人も各疾患の専門となるような専門的理解が必要である」との厳しい意見があった。また、ある薬剤師からは「効率の良い医療供給体制の確立、かかりつけ医、長期療養病床病院等、現在推進されつつある病院の分担化をより強力に進め、効率よく公平な医療体制を確立する必要がある」と、また、ある看護婦からは「看護の質の向上は一人一人の力では限界があると思います。(中略)いかに情熱があっても一人の患者にかかる手間が数十年前とは比べようがなく、してあげたくてもできない現実の中で、若い看護婦がバーンアウトしていきます。看護婦が足りないのなら、何故仕事が続けられないかを考えてみるべきです。学校を増やして卒業させるだけでなく、その後のフォローもしっかりと考えて下さい」と行政への期待を縷々記述している。

教育機関への要望は、各医療従事者とも自らの部門の教育制度の改革に関する意見が多く、内容の共通性は少なかった。医師からは「優れた臨床医の育成」を求める要望が多い反面、ある医師から「診療、研究、教育を一人の人間に要求するのはもう無理だと自覚すべき」のように、診療と教育は分離すべきだという意見もいくつかみられた。薬剤師からは「薬学教育の見直し」、検査技師からは「技師養成 4 年制化」、看護婦からは「准看護婦制度の見直し」「4 年制看護大学の増設」等将来の高度医療への対応に対する要望が非常に多かった。

国公立研究機関への要望は「先進医療中心の研究」「難病の集約治療体制」「公的研究機関の再検討」に関する意見が多かった。医師から「他機関との人的交流を行い、活性化して欲しい」「親方日の丸的な意識を捨てて、活動的になるべし」という要望にあるように、国公立研究機関に対する今後の発展に期待を寄せている意見と思われる。また、「21 世紀の医薬品のあり方に関する懇談会」の提言が、医薬品開発に対して世界の医療に貢献することを求めているが、国公立研究機関も産学との共同研究等を介して真の医療ニーズにマッチした研究も追求されるかもしれない。厚生省の試験研究機関も 21 世紀に向けて改革が始められようとしている。また「地域中核病院への変貌をすべし」という要望もあった。

このように、医療従事者は共通して患者側に立った医療ニーズを推進する立場からの具体的な提案が大勢を占めている。

5．医療従事者の医療ニーズの認識

高齢社会への対応に対する質問は、各医療従事者に共通して行い、資料４の表 5 に認識の比較を示した。本章で各医療従事者の認識比較も含めて考察する。

「在宅医療への対応」は、どの医療従事者にも共通しており、医師は「高齢者治療疾患の確立」「予防医学の充実」、看護婦は「地域医療体制の推進」等を課題としているのが多い。ある医師から「高齢者に対する医療は、パラメディカルスタッフの役割が大きいので医師以外の医療従事者と連携する中で指導的役割を果たしたい」という医療ニーズに沿った意見がある一方「本来的には気の毒であるが、高齢者福祉よりも青壮年の医療が大事

である。高齢者の患者を取り巻く家族の状態も考慮に入れて医療を行うべき」という特異な意見もあった。

また、患者の立場に立った医療制度で、インフォームドコンセント、末期医療、脳死判定、ＱＯＬ、アメニティ、介護体制、救急医療体制、服薬指導、在宅医療は是非必要との意見が大勢を占めた。告知、機能保存治療、かかりつけ医、家庭医学、医薬情報提供体制は必要度が中程度の意見が多く、植物人間医療や定額医療は不必要との意見が多かった。

救急医療体制については、医師と看護婦のみの設問であったが、所属病院に対して「救急医療スタッフの増員」や「救急入院ベッドの確保」等の救急インフラの整備に関する要望が多く、国に対しては「救急医療センターの公営化」「救急医療体制の整備」「救急2、3次体制の整備」が多かった。

活力ある死に方に対する課題も医師と看護婦のみの設問であったが「無意味な延命医療の見直し」「尊厳死やリビング・ウイルの普及・定着」と、治療重視から患者の意志を重視する意見が多かった。また活力を持続する対策として「予防医学の推進」「社会活動の場の提供」等もあった。

ＱＯＬに対する実態の設問も医師と看護婦のみであったが、対話時間、苦痛軽減、プライバシー保護については、まだ不十分の認識が多く、快適治療施設、療養生活環境、家族の介添えシステムについても、まだ不十分と全く不十分の意見が同程度あった。

その他の医療ニーズとして、医薬品の適正使用、院内製剤、医薬分業、ゼネリック薬、患者説明、臨床試験、予防診断等に興味深い意見も多かったが、第 2 章の考察を参考にされたい。

６．疾病別患者数の変遷を踏まえた展望

2005 年の人口は、1.3 億人に接近し、その 19%の 2500 万人弱が 65 歳以上の高齢者になると予測されている。また、平均寿命は 81 歳を越えた要介護者が 200 万人近くに増え、高齢者の介護を中心とした医療ニーズが益々高まるものと予想される。

第 3 章で 2005 年の疾病別患者数について言及されたが、この調査結果によると患者数増加率は多い順に①前立腺がん、②膀胱がん、③肝がん、④前立腺肥大症、⑤脳梗塞となっている。一方、減少傾向が強い疾患疾患順は、①慢性糸球体腎炎、②慢性関節リウマチ、③カンジダ症、④腰痛症、⑤ネフローゼ症候群である。この結果は、第 2 章の医師のアンケート調査の回答からも同様の傾向が多くみられ、将来動向として概ね正しいと判断される。

また、疾病別患者推計調査で扱われていない 15 疾患についても文献調査と医師のアンケート調査結果からエイズ、骨粗鬆症、老人性痴呆、高脂血症、狭心症、尿失禁は今後増加する重要な疾患と考えられる。

この状況を踏まえた医療ニーズの展望として、診断方法、治療方法の確立された疾病は、患者数が横這いか減少傾向にあり、効果的な診断と治療が患者数の減少とつながると類推される。

ともあれ、重要なことは、2005 年に予測される増加率が高く、患者数が多い疾病の治療を患者のニーズに沿った方向へ導けるように、今後の研究開発や行政面での強力な推進が期待される。

7．21世紀初頭の将来展望

21 世紀の医療に医療関連産業や医療従事者および行政部門が寄与していくためには、患者の代弁者たる医療従事者のニーズを把握することが重要となる。医療ニーズの全体像を把握するために、医療従事者にアンケート調査を実施したが、その考察を総括して 21 世紀初頭の医療のあるべき姿を展望した。

(1)患者の立場に立った医療の推進

- インフォームドコンセント、ＱＯＬ、告知、末期医療、アメニティ、介護体制、服薬指導、在宅医療、かかりつけ医療、家庭医学、定額医療に対する対応が必要
- 今後の慢性疾患に使用される薬剤には、ＱＯＬに対する項目も重要な評価項目
- 平易な言葉で、十分時間をかけた説明
- 長期使用薬剤の副作用軽減治療を狙うＱＯＬ薬剤の開発を期待

(2)チーム医療制度の確立

- 高齢化社会への対応策として、複雑・多様化した患者ニーズへの対応が必要
- 医療従事者間の協力によるチーム医療により、総合的な医療の提供
- そのために、行政、病院経営者および医療従事者の協力による制度の改善が必要
- あわせて、教育、研修、設備、医療スタッフ等の医療インフラの整備も重要

(3)医療ニーズに適応した医薬品（診断薬）の開発

- 2005 年に患者数増加が予測され、現状が不満足な疾患の治療法の開発が重要
- また、難病治療薬、オーファンドラッグの開発にも社会的使命を持って挑戦すべき
- そのような画期的・独創的な新薬創製には基礎研究の充実や先端技術の導入が必要
- その他安価で簡便な診断法や遺伝子診断薬の開発が重要
- 医療ニーズを新薬創製につなげるためには、産官学の協調が必要
- 独創的な治療法の開発には教育制度や研究制度の改革も必要
- 米国並のベンチャー企業行動を可能にする社会制度や金融制度も重要

(4)医薬品の適正使用

- 患者本位の良質な医療として、医薬品の適正使用情報の医療現場への的確な提供
- 正確な薬の科学的情報や副作用情報の開示
- 医療チームへの情報提供システムの確立

(5)医療従事者の教育制度の見直し

- 多様化、高度化していく医療に対応すべく、教育制度の改革
- 医学教育は、実践指向型への改善、卒後研修制度の確立等が必要
- 検査技師教育は 4 年生大学と同等あるいはそれ以上のシステム作りが必要
- 薬学教育は、机上論から臨床現場直結教育へ画一的教育からの脱皮

・看護教育は、4年制看護大学増設、卒後研修制度を通じての資格の一本化

・どの問題も、医療従事者と行政部門が協力して抜本的な改革が早急に必要

・医療従事者の人間性教育

(6)病院における患者中心医療の提供と体制の整備

・高齢化社会を迎えて、総合的な対応策が必要

・行政部門により、目的にそった医療提供体制が整備できる制度の改善

・病院経営者による新制度を先取りした医療インフラの整備

・医療従事者はチーム医療が提供できる体制作りに協力的な行動が必須

(7)予防診断、予防医学等健康科学の推進

・疾病の診断、治療は事後処置であり、疾病にかからない努力が重要

・予防診断、予防医学への対応を可能とする制度やマニュアルの普及

(8)患者数調査の適正な疾患分析

・現状実施の患者推計調査は、将来重要となる疾患の疾病小分類の追加が必要

・具体的には、エイズ、骨粗鬆症、老人性痴呆、高脂血症、狭心症、尿失禁、ＭＲＳＡ感染症、クラミディア感染症、糖尿病性神経障害、糖尿病性網膜症、ＳＬＥ、Ｂ型肝炎、Ｃ型肝炎

・早急なる追加がなければ、今後の患者増加の予測は困難

・オーファンドラッグの患者数把握は、別方法の検討が必要

[参考文献]

1) 社会保障将来委員会「第二次報告」(1994)
2) 高齢社会福祉ビジョン懇談会「21世紀福祉ビジョン」(1994)
3) 日本製薬協団体連合会・医療制度小委員会「21世紀の医療費・薬剤費抑制策動向予測」(1993)
4) 川崎邦廣「21世紀の医学と病院経営」(1994)（医療ジャーナル社）
5) 21世紀の医薬品のあり方に関する懇談会「中間報告」(1993)
6) 21世紀の医薬品のあり方に関する懇談会「最終報告」(1993)
7) 厚生省老人保健福祉局「平成5年度全国都道府県別健康マップ(平成4年度)」(財団法人健康・体力づくり事業団)(1994)
8) 朝日新聞　1995年1月5号

おわりに

今回、厚生省の官民共同プロジェクト研究支援事業の一環として、平成 5 年度から 2 年間にわたり「医療ニーズ」について多面的に調査を行った。調査を開始した時には、医療ニーズという言葉は耳に新しく感じられ、医療ニーズの解釈、定義、範囲も様々で、共通認識すらおぼつかなかった。有識者へのヒアリングを行ったところ、ある先生から「医療ニーズについて真面目に取り組んできた人がいたが、その計量化を含めて極めて難しい課題であった。あえて調査をやるとしたら、マクロに日本の医療を調査したら明確なトレンドがみえてくるかもしれない」とのコメントを得た。

その後、中医協の答申や診療報酬の改訂で世間の脚光を浴び、この 2 年間で「患者重視の医療」が声高に叫ばれるようになった。

この現実を踏まえ、本調査はこれまで体系的に調査されていない医療ニーズについて全体像を把握し、21 世紀の医療に医療関連産業や医療従事者ならびに行政部門が、如何に寄与出来るかについての示唆を与える資料となるべく期待を持って作成したものである。

21 世紀に向けての医療現場は、平成 7 年 1 月に国内初の遺伝子治療計画が承認され、さらに人工臓器、マイクロマシン、医療工学、ヒトゲノム解析等の先端技術の進展により根本的に変貌しようとしている。このような医療の高度化に伴い、医療ニーズは益々多様化し、患者および医療従事者の双方にとまどいがみられるのも事実であろう。

医療従事者に対するアンケート調査では、医師、薬剤師、検査技師、看護婦の多くの方々から貴重なご意見をいただいた。回答の中で、日本の医療が 21 世紀に向けて患者中心の医療に変わっていくことを期待されるものとして２つの意見を紹介する。

１つは、「医療は『病気に苦しむ人』のために治療し、治せない場合でも苦しみを少しでも救い、患者のためにあるはずだと考えます。しかし、表面的にどう言おうと、経済的効果優先や論文優先等の医療が個々人の目的手段になっている体制は残念だと強く思います」、もう１つは、「看護婦とは常に患者のそばにあって、他の医療従事者に自分の判断を交えた情報を提供していくことが出来る人と考える。ただ医師やその他の医療従事者の仕事を代行しているだけではないと思う。そのためには、医療だけに止まらず人間を理解するための豊富な知識を持っていることが必要であると考えます」という意見であった。

以上に代表されるように、日本の医療が 21 世紀に向けて患者中心の医療に変わっていくことを期待させる多くの意見がよせられた。

最後に、あらためて本調査にご協力いただいた各位に深甚の謝意を表します。

資　料　編

資料１　医療ニーズの文献調査情報

資料２　時間軸による医療ニーズの分類

資料３　医療従事者への医療ニーズアンケート調査票

資料４　医療ニーズアンケート調査の医療従事者間の回答比較

資料　1　医療ニーズの文献調査情報

医療ニーズ関連の文献を整理した結果を以下に示す。

（1）　患者関係

＜ニーズ発信元＞	＜ニーズ要求先＞	＜医療ニーズ＞	＜文献＞
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	患者の位置づけ向上	単行08
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	患者の恥部露出を配慮した処置方法	単行08
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	患者情報の生涯管理ｼｽﾃﾑと公開	雑誌11
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	患者集めや強制検査による病院再建の抑制	雑誌04
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	病院内死亡原因解明のカルテ公開	新聞02
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	セカンド・オピニオン・サービス	新聞01
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	有料アメニティによる質の向上	雑誌04
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	夜間検査	新聞01
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	検査室での緊張をほぐす環境作り	新聞01
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	漢方診療等多様な診療サービス	新聞01
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	薬の内容説明（名前，説明書，副作用等）	新聞01
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	処方薬の成分・薬効・副作用の説明	新聞02
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	医薬品使用量抑制，効能少医薬品使用中止	雑誌04
患者（患者全般）	⇨医療機関（民間病院）	小回りの利点を活かした地域開放密着型志向	雑誌04
医療機関（大学病院）	⇨患者（患者全般）	高額医薬品の使用制限	新聞02
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	命あってのアメニティー	単行08
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	病院設備の整備	雑誌02
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	病室面積の拡大等の病院アメニティの向上	単行09
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	意志疎通・日常性を軸にしたアメニティ	雑誌04
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	ｽﾍﾟｰｽ，ﾊﾞﾘｱﾌﾘｰ 等の療養環境の整備	雑誌04
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	患者の選択幅を広げる特定医療費の徴収	雑誌04
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	病状に配慮した食事	単行01
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	病院側都合の給食方法の改善	単行01
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	給食時間是正，複数ﾒﾆｭｰ，入院期間短縮等	雑誌04
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	治療目的の共通認識確保と退院時の質の向上	雑誌04
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	患者の苦しみを和らげる配慮のケア	単行06
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	定額支払い治療の教訓（薬剤，点滴）の採用	雑誌04
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	患者中心のチーム医療	単行06
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	夜間異常の対応不足より自覚症状伝達の減少	単行06
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	告知	単行04
患者（癌患者）	⇨医療機関（病院）	泌尿器癌患者のＱＯＬ的回腸膀胱造設術	雑誌11
患者（癌患者）	⇨医療機関（病院）	子宮癌患者のＱＯＬ的子宮全摘回避手術	雑誌11
患者（癌患者）	⇨医療機関（病院）	頭頚部癌患者のＱＯＬ的会話機能維持手術	雑誌11
患者（痴呆患者）	⇨医療機関（老人病院）	痴呆老人のｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ 造り・ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	雑誌11
患者（高齢患者）	⇨医療機関（老人病院）	転倒・失禁・意識障害・医原性障害等の対策	雑誌11
患者（高齢患者）	⇨医療機関（老人病院）	定額医療のＱＯＬ等の質の確保	雑誌04
患者（高齢患者）	⇨医療機関（病院）	高齢者の生活の場としての社会的入院	雑誌04
患者（末期患者）	⇨医療機関（病院）	痛みの除去	単行03
患者（末期患者）	⇨医療機関（病院）	放射線治療の副作用回避	単行04
患者（末期患者）	⇨医療機関（病院）	在宅治療	単行04
患者（末期患者）	⇨医療機関（病院）	２４時間ケアの老人ホームの開設	新聞02
患者（末期患者）	⇨医療機関（病院）	ホスピス並のターミナルケアの提供	新聞02
患者（末期患者）	⇨医療機関（ホスピス）	精神的苦痛除去のｼﾘﾝｼﾞﾄﾞﾗｲﾊﾞｰ 使用	単行07
患者（末期患者）	⇨医療機関（ホスピス）	家族的雰囲気を味わえる個室緩和ケア病棟	単行05
患者（在宅患者）	⇨医療機関（病院）	看護婦巡回，薬剤宅配等の自宅療養支援	新聞04
患者（入院患者の家族）	⇨医療機関（病院）	告知拒否	単行03
患者（末期患者の友人）	⇨医療機関（病院）	死を美しく演出	単行03
患者（末期患者の友人）	⇨医療機関（病院）	安楽死	単行04
医療機関（ホスピス）	⇨患者（末期患者）	自分の立場の理解と心の準備	単行05
患者（外来患者）	⇨医療機関（病院）	患者を配慮した待合室の環境改善	雑誌03
患者（外来患者）	⇨医療機関（病院）	投薬の待ち時間の短縮	単行01
患者（外来患者）	⇨医療機関（病院）	待ち時間短縮，外来手術，検査合理化等	雑誌04
患者（外来患者）	⇨医療機関（病院）	乳癌の初診窓口を婦人科でも実施	雑誌04
患者（外来患者）	⇨医療機関（病院）	新米の担当医師手術の割引制度	雑誌04
患者（外来患者）	⇨医療機関（病院）	総合的診療による待ち時間短縮	新聞04

＜ニーズ発信元＞	＜ニーズ要求先＞	＜医療ニーズ＞	＜文献＞
患者（患者全般）	⇨医療従事者（医師）	患者の事故決定権行使のためのｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞ・ｺﾝｾﾝﾄ	雑誌04
患者（患者全般）	⇨医療従事者（医師）	患者の理解と同意を得られるｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞ・ｺﾝｾﾝﾄ	雑誌06
患者（患者全般）	⇨医療従事者（医師）	患者の理解と同意が必要なｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞ・ｺﾝｾﾝﾄ	雑誌04
患者（患者全般）	⇨医療従事者（医師）	告知に関する正確な事実の開示	単行06
患者（患者全般）	⇨医療従事者（医師）	生活歴からの病因追求	単行06
患者（患者全般）	⇨医療従事者（医師）	基本的な服薬方法の指導	雑誌09
患者（患者全般）	⇨医療従事者（医師）	難聴者を考慮した診断・指示	雑誌01
医療従事者（医師）	⇨患者（患者全般）	投薬の説明のための時間不足	新聞04
医療従事者（医師）	⇨患者（患者全般）	臨床医を信頼した素人治療知識の抑制	雑誌02
患者（癌患者）	⇨医療従事者（医師）	うかつな激励失言しない配慮	単行05
患者（癌患者）	⇨医療従事者（医師）	恐怖感を払拭するきちんとした癌の告知	新聞04
患者（癌患者）	⇨医療従事者（医師）	癌告知	新聞02
患者（末期患者）	⇨医療従事者（医師）	尊敬しあえる人間関係での病名告知	単行05
医療従事者（医師）	⇨患者（入院患者）	患者の回復時の病態報告による専門知識向上	単行06
患者（外来患者）	⇨医療従事者（医師）	問診で何でも言える雰囲気	単行09
医療従事者（医師）	⇨患者（外来患者）	国民の受診回数の削減	単行10
患者（入院患者）	⇨医療従事者（看護婦）	ベッドバス時の適切なｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ の情報収集	単行06
患者（入院患者）	⇨医療従事者（看護婦）	看護ミスの撲滅	単行08
患者（痴呆患者）	⇨医療従事者（看護婦）	精神症状の的確な観察・早期発見	雑誌11
患者（入院患者の家族）	⇨医療従事者（看護婦）	配慮ある言動	単行03
患者（入院患者）	⇨医療従事者（介助者）	患者側にたった食事の介助	単行06
患者（入院患者）	⇨医療従事者（栄養師）	冷たいものがしみるので温かい食事	単行01
患者（患者全般）	⇨医療従事者（検査技師）	検査精度・再検査撲滅・効率的利用ｼｽﾃﾑ	雑誌11
患者（患者全般）	⇨医療従事者（調剤薬局）	第Ⅲ世代の調剤概念と薬剤師の質の向上	雑誌08
患者（患者全般）	⇨医療従事者（調剤薬局）	薬袋および内袋の改善	雑誌08
患者（患者全般）	⇨医療従事者（調剤薬局）	ＤＩ活動の充実	雑誌08
患者（患者全般）	⇨医療従事者（薬剤師）	処方箋の疑問点の照会	新聞01
患者（外国人患者）	⇨医療従事者（薬剤師）	外国人向け服薬指導の充実・向上	雑誌07
患者（患者全般）	⇨製薬企業（医療用医薬）	患者に効く医薬品情報	新聞02
患者（慢性疾患患者）	⇨製薬企業（医療用医薬）	服薬しやすい工夫（回数，時間帯，調合）	単行06
患者（外国人患者）	⇨製薬企業（医療用医薬）	外国人向けの薬剤のカタカナ表示	雑誌07
患者（患者全般）	⇨その他（医療機器企業）	医療機器の低価格化	雑誌02
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	紹介専門診療所等の変化予見能力のある行政	雑誌04
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	福祉と医療の完全整合	雑誌11
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	個々の病院の医療内容の公開	新聞01
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	入院医療から質を落とさない在宅医療の提供	雑誌04
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	標準治療による病院間の治療成績差の解消	単行05
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	医療情報１１０番増設	新聞04
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	身近な病院の電話での紹介	新聞04
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	賢い医者のかかり方の情報	新聞04
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	「開かれた医療」のマニュアル作成	新聞03
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	冠動脈疾患のﾘｽｸﾌｧｸﾀｰ低下の予防医学の導入	雑誌02
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	女性の骨粗鬆症予防対策の骨密度検査	新聞04
行政（厚生省）	⇨患者（患者全般）	給食，室料，薬剤の保険給付範囲の見直し	雑誌04
患者（入院患者）	⇨行政（厚生省）	在宅訪問看護の推進	単行08
患者（入院患者）	⇨行政（厚生省）	医療技術再審査制度の確立	単行08
患者（入院患者）	⇨行政（厚生省）	医療の質の第三者評価	雑誌04
患者（心臓病患者）	⇨行政（厚生省）	ダイエットも医療保険適用	新聞04
患者（入院患者の家族）	⇨行政（厚生省）	看護疲れからの回避・金銭的補助	単行03
患者（癌患者）	⇨行政（厚生省）	癌診断の全国ネットワーク情報システム	新聞01
患者（難病患者）	⇨行政（厚生省）	ＱＯＬを配慮した難病中間施設の設置	雑誌04
患者（難病患者）	⇨行政（厚生省）	ＱＯＬ改善，在宅ケア推進等の福祉政策導入	新聞06
患者（高齢患者）	⇨行政（厚生省）	高齢者ケア定額制の最適基準と第三者評価	雑誌04
患者（高齢患者）	⇨行政（厚生省）	在宅ケアのための社会サービスの展開	雑誌04
患者（末期患者）	⇨行政（厚生省）	訪問看護の在宅ケアシステム	単行09
患者（末期患者）	⇨行政（厚生省）	痴呆老人ケアの社会的支援態勢の確立	新聞02
患者（末期患者）	⇨行政（厚生省）	特養・老健施設に第三者による評価基準設定	雑誌04
患者（末期患者）	⇨行政（厚生省）	痴呆老人の適切な介護必要度の判定基準	雑誌04
患者（在宅患者）	⇨行政（厚生省）	かかりつけ 医，家族の意欲，場所と体制	単行07

患者（在宅患者）	⇨行政（厚生省）	診療報酬・医師研修の場・連絡体制の整備	雑誌02
患者（在宅患者）	⇨行政（厚生省）	老人訪問看護ステーションの設置	新聞02
患者（在宅患者の家族）	⇨行政（厚生省）	在宅介護の介護手当の支給	雑誌11
患者（外来患者）	⇨行政（厚生省）	義歯の健康保険適用範囲拡大	新聞01
患者（外来患者）	⇨行政（厚生省）	社会保険制度の経済誘導による 患者集中の是正	雑誌04
患者（患者全般）	⇨行政（地方自治体）	高齢者福祉の実施市町村別比較情報	新聞04
患者（外国人患者）	⇨行政（地方自治体）	外国人向けサービス内容の充実	雑誌07

（2） 医療機関関係

＜ニーズ発信元＞	＜ニーズ要求先＞	＜医療ニーズ＞	＜文献＞
医療機関（ホスピス）	⇨医療機関（病院）	治療可能な患者の安易な送り込みの抑制	単行05
医療機関（民間病院）	⇨医療機関（公立病院）	看護婦配置比率遵守の引き抜き抑制	雑誌04
医療機関（医師会）	⇨医療機関（診療所）	かかりつけ医，待機入院，在宅介護代替等	雑誌04
医療機関（病院）	⇨医療従事者（医師）	耐性結核対策	単行09
医療従事者（医師）	⇨医療機関（病院）	臨床心理士を含めたチーム医療	新聞01
医療従事者（医師）	⇨医療機関（病院）	癌告知専門の神父の設置	単行07
医療従事者（医師）	⇨医療機関（救急病院）	専属医師の確保	雑誌02
医療従事者（医師）	⇨医療機関（特定機能病院）	教育・研究・研修に関する広い視野の存在	雑誌04
療機関（病院）	⇨医療従事者（看護婦）	急患による人手不足時の過勤務	単行01医
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	３Ｋ＋５Ｋの改善	単行08
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	私生活のための勤務時間の配慮	単行01
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	人手不足分の給料面での配慮	単行01
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	夜勤軽減・業務相当給与・質的業務改善	雑誌04
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	専門性に見合う待遇，環境，労働条件の改善	雑誌06
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	きつい，不規則の改善	新聞04
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	マンパワーの増員，処遇	雑誌04
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	診療補助・療養世話専念の役割分担効率化	雑誌04
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	看護学生への奨学金のお礼奉公の廃止	雑誌04
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	エイズ患者の看護関係者への解説書の提供	新聞02
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	ＭＲＳＡ感染対策専門の看護婦の配備	新聞02
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（老人病院）	生活ケア病棟設置・専門職採用・施設改善	雑誌11
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（救急病院）	ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ 不足の燃え尽き症候群対策	単行01
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（救急病院）	ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ 不足・ｽﾄﾚｽ過多の燃尽症候群解消	単行01
医療機関（病院）	⇨医療従事者（薬剤師）	入院患者の投薬説明に臨床薬剤師の設置	新聞04
医療従事者（調理師）	⇨医療機関（病院）	食事改善できる調理上の制約緩和	単行01
医療従事者（検査技師）	⇨医療機関（病院）	忙し過ぎの解消	単行01
医療従事者（全般）	⇨医療機関（病院全般）	週休２日制導入のための職務再配分	雑誌04
医療機関（病院）	⇨製薬企業（医療用医薬）	ＭＲによる医薬品適正使用の必要情報の提供	雑誌04
医療機関（病院）	⇨製薬企業（医療用医薬）	生体反応修飾，細胞再生促進，食欲調整の薬	雑誌11
医療機関（病院全般）	⇨その他（医療機器企業）	自動被保険証チェック装置	雑誌04
医療機関（病院全般）	⇨その他（国民）	医療・保健・福祉施設利用の十分な理解	雑誌04
その他（国民）	⇨医療機関（大学病院）	医療ニーズに応える枠組みの見直し	雑誌02
その他（国民）	⇨医療機関（病院全般）	医療機関の機能・評価の公開情報化	雑誌04
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	予防医療の推進	雑誌03
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	大手術後のリハビリ病院の整備	新聞01
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	病院と養護施設の中間医療施設の設置	雑誌11
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	老人医療の病院の一元化システムの構築	雑誌04
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	開業医・看護婦拡充による在宅医療普及	雑誌11
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	看護職員を中心とした人材確保対策の推進	雑誌04
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	特定治療材料等の機能別評価の価格設定化	雑誌06
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	ＭＲＳＡ等の院内感染防止対策の診療報酬化	雑誌10
医療機関（老人病院）	⇨行政（厚生省）	介護ｽﾀｯﾌ充足・医療費補助・施設整備対策	雑誌11
医療機関（個人病院）	⇨行政（厚生省）	かかりつけ医制度の金融・税制上の優遇措置	雑誌04
医療機関（救急病院）	⇨行政（厚生省）	救急医療体制の見直し	雑誌11
医療機関（救急病院）	⇨行政（厚生省）	救命率の大幅向上するドクターカーの導入	雑誌06
医療機関（病院）	⇨行政（労働省）	人手不足の解消	単行08
行政（厚生省）	⇨医療機関（病院）	３時間待ちの３分診療の改善	単行09
行政（厚生省）	⇨医療機関（病院）	ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞ・ｺﾝｾﾝﾄ による 患者の権利・義務の教育	単行09
行政（厚生省）	⇨医療機関（病院）	医療施設近代化・医師資質向上の推進	雑誌06

＜ニーズ発信元＞	＜ニーズ要求先＞	＜医療ニーズ＞	＜文献＞
行政（厚生省）	⇨医療機関（病院）	他業務協力の効率的チーム医療の推進	雑誌04
行政（厚生省）	⇨医療機関（病院）	癌診療を支援する情報システムの構築	雑誌02
行政（厚生省）	⇨医療機関（病院）	医薬品相対情報の充実による適正使用	雑誌09
医療機関（大学病院）	⇨患者（患者全般）	高額医薬品の使用制限	新聞02
医療機関（ホスピス）	⇨患者（末期患者）	自分の立場の理解と心の準備	単行05
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	患者の位置づけ向上	単行08
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	患者の恥部露出を配慮した処置方法	単行08
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	患者情報の生涯管理ｼｽﾃﾑと公開	雑誌11
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	患者集めや強制検査による病院再建の抑制	雑誌04
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	病院内死亡原因解明のカルテ公開	新聞02
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	セカンド・オピニオン・サービス	新聞01
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	有料アメニティによる質の向上	雑誌04
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	夜間検査	新聞01
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	検査室での緊張をほぐす環境作り	新聞01
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	漢方診療等多様な診療サービス	新聞01
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	薬の内容説明（名前，説明書，副作用等）	新聞01
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	処方薬の成分・薬効・副作用の説明	新聞02
患者（患者全般）	⇨医療機関（病院）	医薬品使用量抑制，効能少医薬品使用中止	雑誌04
患者（患者全般）	⇨医療機関（民間病院）	小回りの利点を活かした地域開放密着型志向	雑誌04
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	命あってのアメニティー	単行08
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	病院設備の整備	雑誌02
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	病室面積の拡大等の病院アメニティの向上	単行09
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	意志疎通・日常性を軸にしたアメニティ	雑誌04
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	ｽﾍﾟｰｽ，ﾊﾞﾘｱﾌﾘｰ 等の療養環境の整備	雑誌04
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	患者の選択幅を広げる特定医療費の徴収	雑誌04
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	病状に配慮した食事	単行01
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	病院側都合の給食方法の改善	単行01
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	給食時間是正，複数ﾒﾆｭｰ，入院期間短縮等	雑誌04
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	治療目的の共通認識確保と退院時の質の向上	雑誌04
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	患者の苦しみを和らげる配慮のケア	単行06
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	定額支払い治療の教訓（薬剤，点滴）の採用	雑誌04
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	患者中心のチーム医療	単行06
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	夜間異常の対応不足より自覚症状伝達の減少	単行06
患者（入院患者）	⇨医療機関（病院）	告知	単行04
患者（入院患者の家族）	⇨医療機関（病院）	告知拒否	単行03
患者（癌患者）	⇨医療機関（病院）	泌尿器癌患者のＱＯＬ的回腸膀胱造設術	雑誌11
患者（癌患者）	⇨医療機関（病院）	子宮癌患者のＱＯＬ的子宮全摘回避手術	雑誌11
患者（癌患者）	⇨医療機関（病院）	頭頚部癌患者のＱＯＬ的会話機能維持手術	雑誌11
患者（痴呆患者）	⇨医療機関（老人病院）	痴呆老人のｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ 造り・ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	雑誌11
患者（高齢患者）	⇨医療機関（老人病院）	転倒・失禁・意識障害・医原性障害等の対策	雑誌11
患者（高齢患者）	⇨医療機関（老人病院）	定額医療のＱＯＬ等の質の確保	雑誌04
患者（高齢患者）	⇨医療機関（病院）	高齢者の生活の場としての社会的入院	雑誌04
患者（末期患者）	⇨医療機関（病院）	痛みの除去	単行03
患者（末期患者）	⇨医療機関（病院）	放射線治療の副作用回避	単行04
患者（末期患者）	⇨医療機関（病院）	在宅治療	単行04
患者（末期患者）	⇨医療機関（病院）	ホスピス並のターミナルケアの提供	新聞02
患者（末期患者）	⇨医療機関（病院）	２４時間ケアの老人ホームの開設	新聞02
患者（末期患者）	⇨医療機関（ホスピス）	精神的苦痛除去のｼﾘﾝｼﾞﾄﾞﾗｲﾊﾞｰ 使用	単行07
患者（末期患者）	⇨医療機関（ホスピス）	家族的雰囲気を味わえる個室緩和ケア病棟	単行05
患者（末期患者の友人）	⇨医療機関（病院）	死を美しく演出	単行03
患者（末期患者の友人）	⇨医療機関（病院）	安楽死	単行04
患者（在宅患者）	⇨医療機関（病院）	看護婦巡回，薬剤宅配等の自宅療養支援	新聞04
患者（外来患者）	⇨医療機関（病院）	患者を配慮した待合室の環境改善	雑誌03
患者（外来患者）	⇨医療機関（病院）	投薬の待ち時間の短縮	単行01
患者（外来患者）	⇨医療機関（病院）	待ち時間短縮，外来手術，検査合理化等	雑誌04
患者（外来患者）	⇨医療機関（病院）	総合的診療による待ち時間短縮	新聞04
患者（外来患者）	⇨医療機関（病院）	乳癌の初診窓口を婦人科でも実施	雑誌04
患者（外来患者）	⇨医療機関（病院）	新米の担当医師手術の割引制度	雑誌04

（３）　医療従事者関連

＜ニーズ発信元＞	＜ニーズ要求先＞	＜医療ニーズ＞	＜文献＞
医療従事者（医師）	⇨医療従事者（検査技師）	検査結果情報の迅速な提供	雑誌11
医療従事者（薬剤師）	⇨医療従事者（医師）	略語等の処方箋解釈違いによる調剤過誤撲滅	雑誌02
医療従事者（医師）	⇨医療機関（病院）	臨床心理士を含めたチーム医療	新聞01
医療従事者（医師）	⇨医療機関（病院）	癌告知専門の神父の設置	単行07
医療従事者（医師）	⇨医療機関（救急病院）	専属医師の確保	雑誌02
医療従事者（医師）	⇨医療機関（特定機能病院）	教育・研究・研修に関する広い視野の存在	雑誌04
医療機関（病院）	⇨医療従事者（医師）	耐性結核対策	単行09
医療従事者（医師）	⇨製薬企業（医療用医薬）	癌治療薬・精神機能改善薬・抗ウイルス薬	雑誌11
医療従事者（医師）	⇨製薬企業（医療用医薬）	医薬情報担当者ＭＲの届け出制	雑誌10
医療従事者（医師）	⇨その他（医療機器企業）	小型化・人にやさしい　・ﾊｲﾃｸﾆｸｽの医療機器開発	雑誌11
医療従事者（医師）	⇨その他（医療機器企業）	非侵襲手術・ﾐｻｲﾙ治療・電磁波鎮痛・ＤＤＳ 等	雑誌11
医療従事者（医師）	⇨その他（国民）	臓器提供者の増加	単行07
医療従事者（医師）	⇨その他（国民）	骨髄バンクの充実（再生不良性貧血用）	新聞02
その他（国民）	⇨医療従事者（医師）	末期患者のための死の教育の習得	雑誌02
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	死体組織利用の法律整備	新聞01
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	薬の内容説明に時間をかけられる制度	新聞01
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	欧米薬の日本での同時使用	単行09
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	アダプター付き点滴装置の日本での使用	単行10
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	比較臨床試験の多施設共同研究体制	単行09
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	医療の最先端情報サービス	単行09
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	若年層の虚血性疾患の予防対策	雑誌11
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	施設機能体系の確立による患者の適正振分	雑誌04
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	かかりつけ医師制度	雑誌04
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	救急医療研究への研究費増額	単行07
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	体外受精の技術評価公的機関の設置	新聞02
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	ＭＲＳＡ原因の抗生物質乱用防止	新聞02
医療従事者（医師）	⇨行政（文部省）	救急医療の医学教育	単行09
医療従事者（医師）	⇨行政（文部省）	家庭医療学の確立と家庭医の養成	雑誌11
医療従事者（医師）	⇨行政（文部省）	教育機関の中に総合診療のセクションの設置	雑誌04
医療従事者（医師）	⇨行政（文部省）	東洋医学と西洋医学の併用できる講座の設置	単行07
医療従事者（医師）	⇨行政（文部省）	医学関連の学会の質の向上	雑誌02
医療従事者（医師）	⇨行政（地方自治体）	医療過疎地域の開業医の後継者探し	新聞01
医療従事者（医師）	⇨行政（地方自治体）	在宅ケア推進地域の医師・患者交流の場設定	雑誌06
医療従事者（医師）	⇨患者（患者全般）	投薬の説明のための時間不足	新聞04
医療従事者（医師）	⇨患者（患者全般）	臨床医を信頼した素人治療知識の抑制	雑誌02
医療従事者（医師）	⇨患者（入院患者）	患者の回復時の病態報告による専門知識向上	単行06
医療従事者（医師）	⇨患者（外来患者）	国民の受診回数の削減	単行10
患者（患者全般）	⇨医療従事者（医師）	患者の事故決定権行使のためのｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞ・ｺﾝｾﾝﾄ	雑誌04
患者（患者全般）	⇨医療従事者（医師）	患者の理解と同意を得られるｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞ・ｺﾝｾﾝﾄ	雑誌06
患者（患者全般）	⇨医療従事者（医師）	患者の理解と同意が必要なｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞ・ｺﾝｾﾝﾄ	雑誌04
患者（患者全般）	⇨医療従事者（医師）	告知に関する正確な事実の開示	単行06
患者（患者全般）	⇨医療従事者（医師）	生活歴からの病因追求	単行06
患者（患者全般）	⇨医療従事者（医師）	基本的な服薬方法の指導	雑誌09
患者（患者全般）	⇨医療従事者（医師）	難聴者を考慮した診断・指示	雑誌01
患者（癌患者）	⇨医療従事者（医師）	恐怖感を払拭するきちんとした癌の告知	新聞04
患者（癌患者）	⇨医療従事者（医師）	うかつな激励失言しない配慮	単行05
患者（末期患者）	⇨医療従事者（医師）	尊敬しあえる人間関係での病名告知	単行05
患者（ホスピス）	⇨医療従事者（医師）	癌告知	新聞02
患者（外来患者）	⇨医療従事者（医師）	問診で何でも言える雰囲気	単行09
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	３Ｋ＋５Ｋの改善	単行08
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	私生活のための勤務時間の配慮	単行01
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	人手不足分の給料面での配慮	単行01
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	夜勤軽減・業務相当給与・質的業務改善	雑誌04
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	専門性に見合う待遇，環境，労働条件の改善	雑誌06
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	きつい，不規則の改善	新聞04
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	マンパワーの増員，処遇	雑誌04
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	診療補助・療養世話専念の役割分担効率化	雑誌04
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	看護学生への奨学金のお礼奉公の廃止	雑誌04

＜ニーズ発信元＞	＜ニーズ要求先＞	＜医療ニーズ＞	＜文献＞
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	エイズ患者の看護関係者への解説書の提供	新聞02
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（病院）	ＭＲＳＡ感染対策専門の看護婦の配備	新聞02
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（老人病院）	生活ケア病棟設置・専門職採用・施設改善	雑誌11
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（救急病院）	ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ 不足の燃え尽き症候群対策	単行01
医療従事者（看護婦）	⇨医療機関（救急病院）	ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ 不足・ｽﾄﾚｽ過多の燃尽症候群解消	単行01
医療機関（病院）	⇨医療従事者（看護婦）	急患による人手不足時の過勤務	単行01
医療機関（ホスピス）	⇨医療従事者（介助者）	痴呆老人ケアの公的奉仕の充足	新聞02
医療従事者（看護婦）	⇨行政（厚生省）	ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ・ｼｽﾃﾑの充実とﾈｯﾄﾜｰｸ整備	雑誌11
医療従事者（看護婦）	⇨行政（厚生省）	慢性疾患患者の看護にも医学技術資源の配慮	雑誌04
医療従事者（看護婦）	⇨行政（厚生省）	看護婦資格者就労のためのﾅｰｽｾﾝﾀｰ をｵﾝﾗｲﾝ 化	雑誌02
医療従事者（看護婦）	⇨行政（文部省）	ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ のｽﾍﾟｼｬﾘｽﾄ の育成	雑誌11
医療従事者（看護婦）	⇨行政（医労連）	就労条件改善の電話相談の看護婦１１０番	雑誌04
医療従事者（看護婦）	⇨患者（末期患者）	患者の自立志向の気持ちの不足部分の判断	雑誌04
患者（入院患者）	⇨医療従事者（看護婦）	看護ミスの撲滅	単行08
患者（入院患者）	⇨医療従事者（看護婦）	ベッドバス時の適切なｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ の情報収集	単行06
患者（痴呆患者）	⇨医療従事者（看護婦）	精神症状の的確な観察・早期発見	雑誌11
患者（入院患者の家族）	⇨医療従事者（看護婦）	配慮ある言動	単行03
患者（入院患者）	⇨医療従事者（介助者）	患者側にたった食事の介助	単行06
医療従事者（調理師）	⇨医療機関（病院）	食事改善できる調理上の制約緩和	単行01
患者（入院患者）	⇨医療従事者（栄養師）	冷たいものがしみるので温かい食事	単行01
医療従事者（検査技師）	⇨医療機関（病院）	忙し過ぎの解消	単行01
医療従事者（検査技師）	⇨その他（医療機器企業）	ﾍﾞｯﾄﾞｻｲﾄﾞ検査・精度管理・在宅検査薬の開発	雑誌11
患者（患者全般）	⇨医療従事者（検査技師）	検査精度・再検査撲滅・効率的利用ｼｽﾃﾑ	雑誌11
医療機関（病院）	⇨医療従事者（薬剤師）	入院患者の投薬説明に臨床薬剤師の設置	新聞04
患者（患者全般）	⇨医療従事者（薬剤師）	処方箋の疑問点の照会	新聞01
患者（外国人患者）	⇨医療従事者（薬剤師）	外国人向け服薬指導の充実・向上	雑誌07
患者（患者全般）	⇨医療従事者（調剤薬局）	ＤＩ活動の充実	雑誌08
患者（患者全般）	⇨医療従事者（調剤薬局）	第Ⅲ世代の調剤概念と薬剤師の質の向上	雑誌08
患者（患者全般）	⇨医療従事者（調剤薬局）	薬袋および内袋の改善	雑誌08
行政（厚生省）	⇨医療従事者（調剤薬局）	薬歴管理を前提の服薬指導できる医薬分業	雑誌04
行政（地方自治体）	⇨医療従事者（調剤薬局）	医薬分業に応じた処方箋応需体制の整備	雑誌10
医療従事者（全般）	⇨その他（国民）	患者の安心できる医療現場の条件作り	単行08
医療従事者（全般）	⇨医療機関（病院全般）	週休２日制導入のための職務再配分	雑誌04

（４）　行政関係

＜ニーズ発信元＞	＜ニーズ要求先＞	＜医療ニーズ＞	＜文献＞
行政（厚生省）	⇨医療機関（病院）	３時間待ちの３分診療の改善	単行09
行政（厚生省）	⇨医療機関（病院）	ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞ･ｺﾝｾﾝﾄ による 患者の権利・義務の教育	単行09
行政（厚生省）	⇨医療機関（病院）	医療施設近代化・医師資質向上の推進	雑誌06
行政（厚生省）	⇨医療機関（病院）	他業務協力の効率的チーム医療の推進	雑誌04
行政（厚生省）	⇨医療機関（病院）	癌診療を支援する情報システムの構築	雑誌02
行政（厚生省）	⇨医療機関（病院）	医薬品相対情報の充実による適正使用	雑誌09
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	予防医療の推進	雑誌03
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	大手術後のリハビリ病院の整備	新聞01
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	病院と養護施設の中間医療施設の設置	雑誌11
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	老人医療の病院の一元化システムの構築	雑誌04
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	開業医・看護婦拡充による在宅医療普及	雑誌11
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	看護職員を中心とした人材確保対策の推進	雑誌04
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	特定治療材料等の機能別評価の価格設定化	雑誌06
医療機関（病院）	⇨行政（厚生省）	ＭＲＳＡ等の院内感染防止対策の診療報酬化	雑誌10
医療機関（老人病院）	⇨行政（厚生省）	介護ｽﾀｯﾌ充足・医療費補助・施設整備対策	雑誌11
医療機関（個人病院）	⇨行政（厚生省）	かかりつけ医制度の金融・税制上の優遇措置	雑誌04
医療機関（救急病院）	⇨行政（厚生省）	救急医療体制の見直し	雑誌11
医療機関（救急病院）	⇨行政（厚生省）	救命率の大幅向上するドクターカーの導入	雑誌06
医療機関（病院）	⇨行政（労働省）	人手不足の解消	単行08
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	死体組織利用の法律整備	新聞01
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	薬の内容説明に時間をかけられる制度	新聞01
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	欧米薬の日本での同時使用	単行09

＜ニーズ発信元＞	＜ニーズ要求先＞	＜医療ニーズ＞	＜文献＞
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	アダプター付き点滴装置の日本での使用	単行10
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	比較臨床試験の多施設共同研究体制	単行09
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	医療の最先端情報サービス	単行09
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	若年層の虚血性疾患の予防対策	雑誌11
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	施設機能体系の確立による患者の適正振分	雑誌04
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	かかりつけ医師制度	雑誌04
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	救急医療研究への研究費増額	単行07
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	体外受精の技術評価公的機関の設置	新聞02
医療従事者（医師）	⇨行政（厚生省）	ＭＲＳＡ原因の抗生物質乱用防止	新聞02
医療従事者（医師）	⇨行政（文部省）	医学関連の学会の質の向上	雑誌02
医療従事者（医師）	⇨行政（文部省）	救急医療の医学教育	単行09
医療従事者（医師）	⇨行政（文部省）	家庭医療学の確立と家庭医の養成	雑誌11
医療従事者（医師）	⇨行政（文部省）	教育機関の中に総合診療のセクションの設置	雑誌04
医療従事者（医師）	⇨行政（文部省）	東洋医学と西洋医学の併用できる講座の設置	単行07
医療従事者（医師）	⇨行政（地方自治体）	在宅ケア推進地域の医師・患者交流の場設定	雑誌06
医療従事者（看護婦）	⇨行政（厚生省）	ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ・ｼｽﾃﾑの充実とﾈｯﾄﾜｰｸ整備	雑誌11
医療従事者（看護婦）	⇨行政（厚生省）	慢性疾患患者の看護にも医学技術資源の配慮	雑誌04
医療従事者（看護婦）	⇨行政（厚生省）	看護婦資格者就労のためのﾅｰｽｾﾝﾀｰ をｵﾝﾗｲﾝ 化	雑誌02
医療従事者（看護婦）	⇨行政（文部省）	ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ のｽﾍﾟｼｬﾘｽﾄ の育成	雑誌11
医療従事者（看護婦）	⇨行政（医労連）	就労条件改善の電話相談の看護婦１１０番	雑誌04
行政（厚生省）	⇨医療従事者（調剤薬局）	薬歴管理を前提の服薬指導できる医薬分業	雑誌04
行政（地方自治体）	⇨医療従事者（調剤薬局）	医薬分業に応じた処方箋応需体制の整備	雑誌10
製薬企業（医療用医薬）	⇨行政（厚生省）	承認審査改善，研究基盤整備，薬価問題等	雑誌04
製薬企業（医療用医薬）	⇨行政（厚生省）	新薬開発支援の担当課新設	新聞02
行政（厚生省）	⇨その他（医療機器企業）	医療機器の臨床評価ガイドライン作成	新聞05
その他（販売員）	⇨行政（厚生省）	視力矯正士制度	新聞01
その他（医療保険）	⇨行政（厚生省）	長期入院是正，在宅医療，レセプト点検等	雑誌04
行政（厚生省）	⇨患者（患者全般）	給食，室料，薬剤の保険給付範囲の見直し	雑誌04
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	紹介専門診療所等の変化予見能力のある行政	雑誌04
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	福祉と医療の完全整合	雑誌11
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	個々の病院の医療内容の公開	新聞01
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	入院医療から質を落とさない在宅医療の提供	雑誌04
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	標準治療による病院間の治療成績差の解消	単行05
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	医療情報１１０番増設	新聞04
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	身近な病院の電話での紹介	新聞04
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	賢い医者のかかり方の情報	新聞04
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	「開かれた医療」のマニュアル作成	新聞03
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	冠動脈疾患のﾘｽｸﾌｧｸﾀｰ低下の予防医学の導入	雑誌02
患者（患者全般）	⇨行政（厚生省）	女性の骨粗鬆症予防対策の骨密度検査	新聞04
患者（患者全般）	⇨行政（地方自治体）	高齢者福祉の実施市町村別比較情報	新聞04
患者（入院患者）	⇨行政（厚生省）	在宅訪問看護の推進	単行08
患者（入院患者）	⇨行政（厚生省）	医療技術再審査制度の確立	単行08
患者（入院患者）	⇨行政（厚生省）	医療の質の第三者評価	雑誌04
患者（入院患者の家族）	⇨行政（厚生省）	看護疲れからの回避・金銭的補助	単行03
患者（心臓病患者）	⇨行政（厚生省）	ダイエットも医療保険適用	新聞04
患者（癌患者）	⇨行政（厚生省）	癌診断の全国ネットワーク情報システム	新聞01
患者（難病患者）	⇨行政（厚生省）	ＱＯＬを配慮した難病中間施設の設置	雑誌04
患者（難病患者）	⇨行政（厚生省）	ＱＯＬ改善，在宅ケア推進等の福祉政策導入	新聞06
患者（高齢患者）	⇨行政（厚生省）	高齢者ケア定額制の最適基準と第三者評価	雑誌04
患者（高齢患者）	⇨行政（厚生省）	在宅ケアのための社会サービスの展開	雑誌04
患者（末期患者）	⇨行政（厚生省）	訪問看護の在宅ケアシステム	単行09
患者（末期患者）	⇨行政（厚生省）	痴呆老人ケアの社会的支援態勢の確立	新聞02
患者（末期患者）	⇨行政（厚生省）	特養・老健施設に第三者による評価基準設定	雑誌04
患者（末期患者）	⇨行政（厚生省）	痴呆老人の適切な介護必要度の判定基準	雑誌04
患者（在宅患者）	⇨行政（厚生省）	ｶｶﾘﾂｹ 医，家族の意欲，場所と体制	単行07
患者（在宅患者）	⇨行政（厚生省）	老人訪問看護ステーションの設置	新聞02
患者（在宅患者）	⇨行政（厚生省）	診療報酬・医師研修の場・連絡体制の整備	雑誌02
患者（在宅患者の家族）	⇨行政（厚生省）	在宅介護の介護手当の支給	雑誌11
患者（外来患者）	⇨行政（厚生省）	義歯の健康保険適用範囲拡大	新聞01

＜ニーズ発信元＞	＜ニーズ要求先＞	＜医療ニーズ＞	＜文献＞
患者（外来患者）	⇨行政（厚生省）	社会保険制度の経済誘導による患者集中の是正	雑誌04
患者（外国人患者）	⇨行政（地方自治体）	外国人向けサービス内容の充実	雑誌07

（5）　その他

＜ニーズ発信元＞	＜ニーズ要求先＞	＜医療ニーズ＞	＜文献＞
患者（患者全般）	⇨製薬企業（医療用医薬）	患者に効く医薬品情報	新聞02
患者（慢性疾患患者）	⇨製薬企業（医療用医薬）	服薬しやすい工夫（回数，時間帯，調合）	単行06
患者（外国人患者）	⇨製薬企業（医療用医薬）	外国人向けの薬剤のカタカナ表示	雑誌07
医療従事者（医師）	⇨製薬企業（医療用医薬）	癌治療薬・精神機能改善薬・抗ウイルス薬	雑誌11
医療従事者（医師）	⇨製薬企業（医療用医薬）	医薬情報担当者ＭＲの届け出制	雑誌10
医療機関（病院）	⇨製薬企業（医療用医薬）	ＭＲによる医薬品適正使用の必要情報の提供	雑誌04
医療機関（病院）	⇨製薬企業（医療用医薬）	生体反応修飾，細胞再生促進，食欲調整の薬	雑誌11
製薬企業（医療用医薬）	⇨行政（厚生省）	新薬開発支援の担当課新設	新聞02
製薬企業（医療用医薬）	⇨行政（厚生省）	承認審査改善，研究基盤整備，薬価問題等	雑誌04
患者（患者全般）	⇨その他（医療機器企業）	医療機器の低価格化	雑誌02
医療従事者（医師）	⇨その他（医療機器企業）	小型化・人にやさしい ・ﾊﾞｲｵﾆｸｽの医療機器開発	雑誌11
医療従事者（医師）	⇨その他（医療機器企業）	非侵襲手術・ﾐｻｲﾙ治療・電磁波鎮痛・DDS 等	雑誌11
医療従事者（検査技師）	⇨その他（医療機器企業）	ﾍﾞｯﾄﾞｻｲﾄﾞ検査・精度管理・在宅検査薬の開発	雑誌11
医療機関（病院全般）	⇨その他（医療機器企業）	自動被保険証チェック装置	雑誌04
行政（厚生省）	⇨その他（医療機器企業）	医療機器の臨床評価ガイドライン作成	新聞05
その他（販売員）	⇨行政（厚生省）	視力矯正士制度	新聞01
その他（医療保険）	⇨行政（厚生省）	長期入院是正，在宅医療，レセプト点検等	雑誌04
その他（国民）	⇨医療従事者（医師）	末期患者のための死の教育の習得	雑誌02
医療従事者（医師）	⇨その他（国民）	臓器提供者の増加	単行07
医療従事者（医師）	⇨その他（国民）	骨髄バンクの充実（再生不良性貧血用）	新聞02
医療従事者（全般）	⇨その他（国民）	患者の安心できる医療現場の条件作り	単行08
その他（国民）	⇨医療機関（病院全般）	医療機関の機能・評価の公開情報化	雑誌04
その他（国民）	⇨医療機関（大学病院）	医療ニーズに応える枠組みの見直し	雑誌02
医療機関（病院全般）	⇨その他（国民）	医療・保健・福祉施設利用の十分な理解	雑誌04

上記文献の出典分類を以下に示す。

〔新聞〕
- 新聞０１：朝日新聞
- 新聞０２：読売新聞
- 新聞０３：毎日新聞
- 新聞０４：日本経済新聞
- 新聞０５：日経流通新聞
- 新聞０６：化学工業日報
- 新聞０７：日刊薬業

〔雑誌〕
- 雑誌０１：きょうの健康
- 雑誌０２：日経メディカル
- 雑誌０３：カレントテラピー
- 雑誌０４：社会保険旬報
- 雑誌０５：厚生の指標
- 雑誌０６：日本医事新報
- 雑誌０７：月間薬事
- 雑誌０８：薬局
- 雑誌０９：ＭＥＤＩＡＰＥＸ
- 雑誌１０：ａｐｐｒｏａｃｈ
- 雑誌１１：日本医学会総会誌

〔単行本〕
- 単行０１：北里大学病院２４時／足立倫行／新潮社
- 単行０２：青春期内科診療ノート／森崇／講談社
- 単行０３：天国の書斎／前田みち／ﾊﾟﾝﾘｻｰﾁ出版局
- 単行０４：肺癌病棟からの生還／野原一夫／新潮社
- 単行０５：がん患者の憧れ／ワット隆子
- 単行０６：患者から学ぶ看護学／篠田知璋／中央法規
- 単行０７：あなたが病に倒れたら／遠藤周作／ＰＨＰ研究所
- 単行０８：看護婦の現場から／向井承子／講談社
- 単行０９：医療不信
- 単行１０：病院が消える

資料2　時間軸による医療ニーズの分類

		短中期的ニーズ	長期的ニーズ
(1)医療技術	①治療/(医)	先端医療の進歩 ・がん治療（抑制遺伝子検査による新しい診断法の確立／BRM（生物学的応答調節物質）の応用／放射線治療（陽子線照射法、重粒子治療法、温熱化学療法）の確立） ・エイズ治療 ・MRSA対策の確立 ・「動脈硬化のメカニズムが解明される」 チーム医療の進歩 ・薬剤師の臨床現場への参画が進む。 生命倫理の確立 ・インフォームドコンセントがより重視され、医師と患者のコミュニケーションが進む。 ・告知が進む。 ・脳死が人の死と認められる。 ・生前に安楽死に対する考え方が確認され、本人の意思が尊重される。 ・臓器提供者が増え、臓器移植が進む。 ・プライマリーヘルスケアが重視される。 医療過誤の問題化	先端医療の進歩 ・膵臓組織の再生 ・「がん化の機構の解明」 ・「がんの転移を防ぐ有効な手段の実用化」 ・「アルツハイマー型痴呆に対する治療法の確立」 ・「アルツハイマー型痴呆の発症機構の解明」 ・遺伝子治療、非侵襲手術、ミサイル的癌治療、電磁波鎮痛術、免疫工学的療法、タージェット温熱療法、DDS、細胞組織培養療法、異種臓器移植、体内埋め込み型人工臓器、宇宙ステーション重力治療 ・多施設共同研究体制の構築 生命倫理の確立 ・告知後の治療方法と精神的ケア ・臓器提供者の拡大臓器保存方法の改良
	/(薬)	先端治療薬の開発 ・がん（抗がん剤の高度化／G-CSF(顆粒球コロニー刺激因子）を使った薬） ・エイズ（アンチセンス医薬の研究／トリプスタチンによるエイズ感染阻止） 高齢社会に必要な薬の開発 ・骨細胞、組織の成長促進剤の実現（骨をつくる新薬） ・痴呆症治療薬の開発 ・飲みやすい薬の開発 その他 ・ラクトフェリンの天然の医薬品や医療用食品としての開発 ・食欲調整の薬の開発	先端治療薬の開発 ・「がんの発生を予防する薬の開発」 ・精神機能改善薬、抗ウィルス薬、生体反応修飾薬、細胞再生促進薬 高齢者用の薬の開発 ・視力回復薬、皮膚の若返り薬、感覚鋭敏化薬、もの忘れに効く薬 その他 ・幅広く効く薬の開発
	②予防、健康づくり/(医)	健康増進 ・森林浴、海洋療法の増加 ・スポーツによる健康増進のための専門医の誕生 健康診断の普及 ・がん、その他の成人病の早期発見 ・骨密度検査の実施 ・食事に関する栄養診断の実施 遺伝子診断の普及 健康心理学、臨床心理士の重視 ・ストレス（テクノストレス、会社人間型ストレス）への対応 予防接種の任意化	先端医療に関する予防 ・病気の遺伝子をもつ場合の治療方法の確立、精神的ケア 健康増進 ・スポーツをする空間、時間の確保 ・病院カルテと健康診断結果の一元的管理 高齢化対策 ・「アルツハイマー型痴呆の予防法の確立」 ・若年時期からの予防対策
	/(薬)	予防薬の開発、予防薬の表示 ・高齢者対応薬（ぼけの防止、骨粗しょう症予防） ・慢性病患者の増加への対応	高齢者用の予防薬 ・白髪予防薬、食物の軟化剤、のどにものをつまらせない薬、腰が曲がらない薬、ひざが痛くならない薬、耳が遠くならない薬 健康増進（体力増強剤／免疫増強剤） その他（天然素材の薬化（DHAのようなもの）／漢方薬と西洋医学の融合、相乗効果）
	③リハビリ/(医)	在宅ケアの進展 ・医師、看護婦、医学療法士による往診 ・手術後のリハビリのための一般病院の紹介	在宅ケア ・介護者がいない人の在宅ケアのしくみづくり ・国による介護者への経済面、労働面での支援 ・在宅ケアへの移行時期
	/(薬)	在宅ケアの進展 ・薬の宅配	在宅ケア ・体力回復剤 ・筋力回復剤

		短中期的ニーズ	長期的ニーズ
(2)医療へのアクセス	①医療制度 /(医)	病院の機能別体系化 ・一般病院／療養型病床群／特定機能病院 ・紹介外来制となる。 医療費の改善 ・医療費内訳の明確化 ・医療費の個人負担分の増加 ・定額支払い治療の実施 ・乳幼児医療費の無料化（自治体負担） 国際化への対応 ・外国語による表示、対応	病院の機能別体系化 ・紹介先の医療機関を変えたい場合の対策 ・療養型病床群における医師、看護婦不足 その他 ・医師過剰時代の医師の適正配置 ・経営難病院の再建 ・健保の一元化
	/(薬)	医薬分業の進展 ・薬剤師の権限強化 薬物の管理強化 ・鎮痛剤がより使用されるようになり、管理が厳しくなる。 国際化への対応 ・欧米で確立された薬の使用認可 ・医薬品ラベルの外国語による表示 ・薬店における外国語による対応 オーファンドラッグの保護 ・開発者へ販売独占権が与えられる	医薬分業の進展 ・病院で薬をもらえないことに対する二度手間への不満
	②地域医療 /(医)	病院の機能別体系化 ・家庭医制度 専門医の不在地域への対応 ・医療過疎地域の巡回医療の実施 ・遠隔病理診断システムの普及 救急医療の変化 ・救急車への医師の搭乗	一般病院の改良 ・開業医の高齢化
	/(薬)	医薬分業の進展 ・かかりつけ薬局の制度化（薬の重複使用の予防）	医薬分業の進展 ・薬局における医薬品の品揃えの多種化 ・薬局への医薬品の納品単位の小口化、高頻度化
	③医療情報、評価 /(医)	医療情報の提供 ・医師、一般向けの医療情報提供システムが構築される。 ・電話による病院の紹介システムの構築 ・カルテの公開 医療機能評価機構の設立 ・病院等の医療の質を評価し、情報提供機関の構築	医療情報の提供 ・国際的な情報提供システムの構築 ・高齢者福祉の実施自治体別比較情報の提供 評価の確立 ・医療技術再審査制度の確立
	/(薬)	薬に関する情報提供システムの構築 ・医薬品の効能等の検索システム ・副作用に関する情報提供	薬に関する情報提供 ・同じ種類の医薬品間の比較情報の提供
(3)生活の質の維持	①アメニティ /(医)	施設、診療環境 ・プライバシーの尊重（診察室の改善、病棟の改善） ・設備の充実（検査室の雰囲気づくり、病室が広く、明るくなる） 食事の改善 ・メニューの選択化（病状への配慮、嗜好の尊重） ・温かい食事 ・食器の改善 外来待ち時間の短縮 ・外来紹介制、医薬分業による外来待ち時間の短縮 入院期間の短縮　・外来手術の実施 医師、看護婦等の対応 ・患者とのコミュニケーションの重視による対応	より良い施設環境の追求
	/(薬)	飲みやすさの工夫	
	②ＱＯＬ /(医)	リハビリの機会の確保 ・理学療法士、作業療法士等のマンパワーの確保。チームワークの醸成 保健医療従事者による指導 ・寝たきり最大の原因である脳卒中の原因（高血圧、糖尿病等）の予防のための生活習慣改善指導 ・骨粗しょう症、骨折予防の指導 リハビリテーションの実践 ・後遺症の残った人のリハビリの強化	マンパワーの確保

		短中期的ニーズ	長期的ニーズ
(4)その他	①医療教育/(医)	医科大学教育の見直し ・医師と患者の関係、インフォームドコンセント、末期医療に関する教育が体系化され、告知を含めた患者の心理教育が重視される。 ・救急医療及び高齢者医療が重視される。 ・東洋医学の講座が設けられる。 ・一般向けの医学講座が設けられる。 医師の評価 ・医師の評価システムが構築され、再教育の機会が設けられる。	医師の削減 専門医師の育成 ・高齢者病専門医師の増強
	/(薬)	薬科大学教育の見直し ・教育年限が引き上げられて6年制となり、臨床面での教育が重視される。 ・一般向けの薬学講座が設けられる。 国家試験の見直し ・臨床関連分野の重視	
	②医薬品の販売、購入/(薬)	医薬品の製造 ・併用薬の副作用チェックが必須となる。 医薬品の流通機構 ・流通機構の近代化、正常化（薬価差益の問題解消）	
	③看護婦確保/(医)	依然とした看護婦不足 ・4年制看護大学の増加による看護士の増加 ・薬剤師の臨床現場への参画による負担軽減 専門看護婦の育成 ・MRSA対応 ・ターミナルケア	看護婦の役割の見直し 看護婦の適正配置 ・正看の国公立病院への偏在の解消

資料３　医療従事者への医療ニーズアンケート調査票

（１）　医師

１．現在の治療の満足度と薬剤の役割と疾病動向

下記の各疾病に関し、我が国における治療の満足度、疾病の治癒に対する薬の貢献度、２００５年頃の疾病動向を選び、該当する欄に○印をつけてください。また、先生の御専門の領域の疾病には「専門」の欄に○印をつけてください。

専門	疾病名	治療満足度				疾病の治癒に対する薬の貢献度（複数回答可）					2005年疾病動向		
		治療が充分満足のいくできている	治療がほぼ満足のいくできている	不満足な治療しかできていない	治療とはいえないが行えている	充分に貢献している	不十分だが貢献するところはある	欲しい効く薬がもっと	効く薬がない	薬が主体以外の治療法	増加する	変わらない	減少する
	エイズ												
	ﾍﾙﾍﾟｽ群ｳｲﾙｽ感染症												
	皮膚糸状菌症												
	真菌症												
	ＭＲＳＡ感染症												
	ｸﾗﾐｼﾞｱ感染症												
	カンジタ症												
	胃がん												
	大腸がん												
	肝がん												
	膵がん												
	肺がん												
	乳がん												
	子宮がん												
	前立腺がん												
	膀胱がん												
	白血病												
	子宮の良性新生物												
	糖尿病												
	糖尿病性神経障害												
	糖尿病性網膜症												
	骨粗鬆症												
	老年期痴呆												
	ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ 病												
	精神分裂病												
	うつ症												
	不安神経症												
	てんかん												
	パーキンソン病												
	自律神経障害												
	多発性硬化症												
	神経筋障害及びﾐｵﾊﾟｼｰ												
	本態性高血圧症												
	高脂血症												
	狭心症												
	心筋梗塞												
	不整脈												
	くも膜下出血												
	脳出血												
	脳梗塞												
	ｱﾚﾙｷﾞｰ性鼻炎												
	気管支喘息												
	ｱﾄﾋﾟｰ性皮膚炎												
	じょく痛												
	慢性関節ﾘｳﾏﾁ												
	変形性関節症												
	ＳＬＥ												
	腰痛症												
	消化性潰瘍												
	肝硬変												
	Ｂ型慢性肝炎												
	Ｃ型慢性肝炎												
	慢性肝炎												
	ﾈﾌﾛｰｾﾞ症候群												
	慢性糸球体腎炎												
	慢性腎不全												
	前立腺肥大症												
	尿失禁／頻尿												
	緑内障												
	白内障												

２．２００５年に重要と思われる疾病と望まれる対応

先生が２００５年における医療に向けて重要と思われる疾病名と望まれる対応について前設問の疾病名の中から上位３つ以内をお書きください。また、それ以外の疾病名で特に重要と思われるものがありましたら、下段の表にお書きください。

〔設問１の疾病名の中から〕

疾病名	重要と思われる理由	望まれる対応
（例）ＡＩＤＳ	日本でも爆発的に増加すると予測される	青少年に対する教育 ＡＲＣよりＡＩＤＳに移行させない薬の開発 良く効く抗ＨＩＶ剤

〔それ以外の疾病から〕

３．新薬への期待

２００５年に望まれる薬の性能に関して、疾病名と望まれる効能、効果について上位５つ以内をお書きください。

疾病名	望まれる効能、効果
例）肺癌	非小細胞性肺癌に一次効果よりも延命に寄与する薬剤

４．効果的な治療に対する障害

効果的な治療を実施するにあたり、どのようなことが障害になっているとお考えですか。

医療全般に関する回答と特定の疾病に限定しての回答をお願いします。特定の疾病は、疾病名をご記入の上、該当する欄に○印をつけてください。

		現在			２００５年頃			
		障害になって	多少の障害が	障害はない	よりな障害と	現状と同じ	改善されて	改善されな障害
■　医療全般として 1. 病因の解明されていない難病の存在 2. 早期診断の困難な疾病がある 3. 特異的治療法（薬）が未開発 4. 高度医療機関でも外来診療を行っている 5. 病院経営上の問題 6. スタッフの問題 7. 支払基金による制限 8. 医療費抑制による圧力 9. 患者の無理解 10. 社会の無理解 11. その他（　　） 12. その他（　　）								
■　特定疾病とその原因								
疾病名	原因が上記の場合はその番号を、その他の場合はご記入ください							
（例）ＡＩＤＳ	３，９，１０	○					○	

５．診断方法に対するニーズ

正しい診察、診断をするために現状から改善、開発が必要と考えられる対象についてお答えください。疾病名をご記入の上、技術、機器、診断薬等の具体的な改善内容を上位５つ以内お書きください。

疾病名	具体的な改善内容（技術、機器、診断薬等）
例１　膵がん	ＣＡ－１９よりも精度のよい体外診断薬の開発
例２　動脈硬化症	進行度合の簡便な測定方法の開発
1	
2	
3	
4	
5	

6．新規診断並びに治療方法に関するニーズ

新しい治療方法の開発の動きの中で、将来の実現に向けて加速することを期待される方法についてお答えください。該当する欄の○印をつけてください。また、その回答に関する具体的な開発要望を自由にお書きください。

		期待度				具体的な開発要望内容
		非常に進歩	まず進歩の	それほど進歩	わからない	
診断	低（無）侵襲診断法					
	遺伝子診断					
	留置型バイオセンサー					
	高精度三次元画像診断					
	患者個人の検査情報の光カード等による蓄積					
治療	臓器、細胞移植					
	人工臓器等生体代替材料の利用					
	遺伝子治療					
	ＤＤＳ（ﾄﾞﾗｯｸﾞ ﾃﾞﾘﾊﾞﾘｰｼｽﾃﾑ）医薬					
	介護支援知能機器					
	低侵襲手術支援システム					
その他（　　）						
その他（　　）						
その他（　　）						

7．予防診断に対するニーズ

今後、予防的診断（体質、遺伝的素因の診断）の必要性が高まると考えられますが、21 世紀初頭においてどのようにあるべきと期待されますか。該当する番号にの○印をつけてください。また、その理由や根拠を自由にお書きください。

(1)　予防的診断の必要性について

1. 必要になると思う
2. 必要ない
3. その他（　　）

〔理由や根拠〕

(2)　(1)の設問で「必要になる」とお答えになった方にお聞きします。

予防的診断の保険適用について

1. 必要になると思う
2. 必要ない
3. その他（　　）

〔理由や根拠〕

(3)　遺伝性疾患の誕生前診断について

1. 必要になると思う
2. 必要ない
3. その他（　　）

〔理由や根拠〕

(4)　家庭内検査による予防的診断について

1. 必要になると思う
2. 必要ない
3. その他（　　）

〔理由や根拠〕

(5)　(4)の設問で「1. 必要になると思う」とお答えになった方にお聞きします。

家庭内検査の病院診療適用について

1. 必要になると思う
2. 必要ない
3. その他（　　）

〔理由や根拠〕

〔対象検査〕

8．患者のための対応課題

患者のために是非達成（実行）したいとお考えになっている事柄についてお聞きいたします。該当する欄に○印をつけてください。

項目	現状					2005年頃			
	非常に必要であり実行している	必要であり実行できるだけしたい	やりたいがゆとりがない	あまり必要でない	必要と思わない	実現している	現在より進歩している	今と変わりない	より悪くなっている
問診にもっと時間をかけたい									
アポイント制を確立									
病気をしっかりと治癒させたい									
もっと短期に治したい									
患者のQOLをもっと良くしたい									
介護に重点を置きたい									
施設をきれいにしたい									
欧米のように大部屋でも各ベットに電話をつける									
入院食を改善したい									
もっと安価で治療したい									

上記の他、先生が実行したいとお考えになっていることを３つお書きください。

1

2

3

9．患者の立場に関する対応方法

(1)　最近の医療において患者の立場に立った医療が要求されていますが、該当する欄に○印をつけてください。また、その回答に関する具体的な対応策など項目番号を記入の上、自由にお書きください。

項目	必要度					具体的な対応策
	ぜひ必要である	必要である	あまり必要でない	必要と思わない	わからない	〔番号〕
①告知						
②末期医療						
③脳死判定						
④機能保存治療						〔番号〕
⑤アメニティ（快適度）						
⑥介護体制						
⑦服薬指導						
⑧在宅医療						
⑨かかりつけ医						〔番号〕
⑩家庭医学						
⑪医療情報提供体制						
⑫定額医療						
⑬保険適用外検査の適正供用						
⑭その他（　　）						
⑮その他（　　）						

(2)　患者への説明に対する意見

現状の医療の実態は「３分診療」と言われるように患者への説明に満足な時間が取れないと言われています。以下の内容について、現状での患者への各項目に関する説明について該当する番号に○印をつけてください。また、今後どのようにすべきかのご意見を自由にお書きください。

項目	十　分	普　通	不十分
①検査内容			
②疾病内容			
③治療内容			
④投薬内容			
⑤その他（　　）			

＜自由意見＞

(3) 臨床試験の実態

医薬品開発にとって、臨床試験は重要なステップですが、その実施にあたってどのような実態かについて該当する番号に○印をつけ（複数回答可）、選んだ理由について右の欄にお書きください。また、臨床試験の実態についてのご意見を自由にお書きください。

項目	選択肢	選択肢を選んだ理由
臨床試験の経験	1. 経験あり 2. 経験なし 3. 臨床試験医の補助経験のみ	
臨床試験についての考え方	1. 積極的に実施すべき 2. 画期的な新薬以外やめる 3. 既存薬活用を優先させる 4. 基本的にやめるべき	
臨床試験の実施姿勢	1. 積極的に実施したい 2. 新薬開発に協力してもよい 3. 治療との兼ね合いが難しい 4. できれば実施したくない	
協力患者の確保	1. ほとんど苦労しない 2. 説得すれば問題なし 3. 苦労して確保 4. 確保困難な場合が多い	
臨床試験実施上の説明に対して患者に理解させるための問題点	1. 特に困っていない 2. 試験目的の説明が難しい 3. 試験方法の説明が難しい 4. 全副作用の説明が難しい 5. ﾌﾟﾗｾﾎﾞ使用の説明が難しい	
＜自由意見＞		

１０．よりよい医療のための患者への要望

医療ニーズにマッチした医療を実現するには、患者としても協力する姿勢が必要と考えられます。医師の立場から患者に対して遵守してほしい事柄について、自由にお書き下さい。

１１．医療従事者に関する要望

今後の医療の質を向上させるために、各医療従事者に対する意見や要望を自由にお書きください。

	各医療従事者に対する意見や要望
病院経営者	
医師	
検査技師	
放射線技師	
薬剤師	
看護婦	
理学療法士、作業療法士	
介護士	
その他（　　）	

１２．ＭＲ（医薬情報担当者）に関する満足度

① 先生の下への訪問回数は１社当りどのくらいですか。

約　　回 ／ 週

② １回の面会時間は平均どの位ですか。

約　　分 ／ 回

③ １社当りの訪問の頻度は適当だと思いますか。

1. はい
2. いいえ
3. わからない

④ １社当りのＭＲの訪問人数は適当だと思いますか。

1. 少ない
2. 適当
3. 多い
4. わからない

⑤ 情報の伝達についてどのように評価されていますか。

ア．有効性について
1. 満足している
2. ほぼ満足している
3. やや不満足である
4. 不満足である
5. わからない

イ．安全性について
1. 満足している
2. ほぼ満足している
3. やや不満足である
4. 不満足である
5. わからない

⑥ ＭＲ活動に対する要望、改善点がありましたら自由にお書きください。

⑦ ＭＲの資格制度が実施された場合、質の向上が期待できると思いますか。また、「いいえ」の場合は、その理由をお書きください。

1. はい
2. いいえ

１３．医療インフラ（教育、施設等）に関する要望

(1)　医師の養成についてどのようにお考えですか。該当する番号に○印をつけてください。

1.　のままで良い

2.　改変すべきである。

〔改変内容〕

3.　その他（　　）

(2)　病院の設備と環境についてどのようにお考えですか。該当する番号に○印をつけてください。

1.　今のままでよい。

2.　改変すべきである。

〔改変内容〕

3.　その他（　　）

(3)　その他医学インフラについて意見があればご自由にお書きください。

〔自由意見〕

１４．医療産業に対する要望

日々の診療の場でのご経験から、医療産業に対する意見や要望を自由にお書きください。

	各医療産業に対する意見や要望
製薬メーカー	
医薬品卸	
診断薬メーカー	
医療機器メーカー	
介護サービス企業	
ＣＲＯ（治検受託機関）	
その他（　　）	

１５．高齢社会への対応

２１世紀初頭の日本の高齢社会において、実施しなければならない医療分野に関する課題やお考えについて、自由にお書きください。

医師としてなされなければならない課題
1.
2.
3.
市民としてなされなければならない課題
1.
2.
3.
国としてなされなければならない課題
1.
2.
3.

１６．救急医療に関する現状認識と将来像

(1)　あなたの所属する病院での救急医療体制はうまく機能していますか。

1.　はい　　2.　いいえ

「2.いいえ」の場合はそのポイントを以下にご記入下さい。また、そのことは、２１世紀初頭にはどのようになっていると予想されますか。

①	1.　大きく改善される 2.　変わらない 3.　悪くなっている
②	1.　大きく改善される 2.　変わらない 3.　悪くなっている
③	1.　大きく改善される 2.　変わらない 3.　悪くなっている
④	1.　大きく改善される 2.　変わらない 3.　悪くなっている
⑤	1.　大きく改善される 2.　変わらない 3.　悪くなっている

(2)　国に対しての救急医療体制についてのご意見がありましたらお聞かせ下さい。

①

②

１７．ＱＯＬ

患者さんのＱＯＬ向上のために現在何をしなければならないと思っておられますか。また、そのことは、２１世紀初頭にはどのようになっていると思われますか。それぞれ該当する番号に○印をつけて下さい。

項目	現在	２１世紀初頭どうなるか
①患者さんと対話する時間をもっと長くする。	1. 十分できている 2. まだ不十分である 3. 全く不十分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている
②患者さんの（肉体的・精神的）苦痛を軽減する。	1. 十分できている 2. まだ不十分である 3. 全く不十分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている
③患者さんのプライバシーを保持する。	1. 十分できている 2. まだ不十分である 3. 全く不十分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている
④患者さんが快適に療養できる施設・設備を増やす。	1. 十分できている 2. まだ不十分である 3. 全く不十分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている
⑤患者さんの療養生活を日常生活に近づける環境を造る（食事内容等の改善）	1. 十分できている 2. まだ不十分である 3. 全く不十分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている
⑥家族が少しでも長く付き添えるシステム造りをする。	1. 十分できている 2. まだ不十分である 3. 全く不十分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている
⑦その他 （　　）	1. 十分できている 2. まだ不十分である 3. 全く不十分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている
⑧その他 （　　）	1. 十分できている 2. まだ不十分である 3. 全く不十分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている

１８．行政部門に対する要望

医療行政に関わる公的機関に対する意見や要望を自由にお書きください。

	医療行政に関わる公的機関に対する意見や要望
厚生省	
大学等の教育機関	
国公立研究機関、国立病院など	

１９．活力ある死に方に対する意見

２０世紀は医療技術の発展した「科学の時代」であり、２１世紀は「人間性を重視した医療の総合化の時代」として期待されている。その側面において、単に生き永らえるのではなく、活力ある生き方とともに活力ある死に方ができれば幸せである。植物人間への対処のあり方等の人間的側面から見て、医療のあり方についてのご意見を自由にお書きください。

２０．自由意見

①　今後、医師に求められる役割、今後の病院の在り方等について、ご意見をお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。

（２）　薬剤師

１．薬剤の採用基準

薬剤の採用基準で重要な項目を下記の項目から３つ選んでください。該当する番号に○印をつけてください。また、最も重要と思う項目に◎印をつけてください。

1. 最初に開発された製品（先発）を優先する
2. 安全性を優先する
3. 有効性を優先する
4. 価格を優先する
5. その他（　　）

２．現在の薬剤の採用品目数

現在の薬剤の採用品目数についてお聞きします。

(1)　下記の剤型別採用品目数をお答えください。

	約　　品目
注射剤	約　　品目
外用剤	約　　品目

(2)　上記の採用品目数は必要と思いますか。該当する番号に○印をつけてください。

経口剤	1. はい　2. いいえ　3. わからない
注射剤	1. はい　2. いいえ　3. わからない
外用剤	1. はい　2. いいえ　3. わからない

(3)　「いいえ」の場合、必要品目数は幾つくらいと思いますか。また、何かご意見がありましたら自由にお書きください。

〔自由意見〕

経口剤	約　　品目	
注射剤	約　　品目	
外用剤	約　　品目	

(4)　１日の平均外来患者数はどれ位ですか。

１日　約　　人

３．現在の処方品目数

現在の処方品目数についてお聞きします。

(1)　現在、一人の患者さんに処方される品目数が多いと思われますか。該当する番号に○印をつけてください。また、現状での平均的な品目数もお書きください。

診療科	品目数
内科	1. 多　い　(　　品目)　2. やや多い　(　　品目) 3. 適当である　(　　品目)　4. 少ない　(　　品目) 5. わからない　(　　品目)
精神神経科	1. 多　い　(　　品目)　2. やや多い　(　　品目) 3. 適当である　(　　品目)　4. 少ない　(　　品目) 5. わからない　(　　品目)
外科	1. 多　い　(　　品目)　2. やや多い　(　　品目) 3. 適当である　(　　品目)　4. 少ない　(　　品目) 5. わからない　(　　品目)
皮膚科	1. 多　い　(　　品目)　2. やや多い　(　　品目) 3. 適当である　(　　品目)　4. 少ない　(　　品目) 5. わからない　(　　品目)
泌尿器科	1. 多　い　(　　品目)　2. やや多い　(　　品目) 3. 適当である　(　　品目)　4. 少ない　(　　品目) 5. わからない　(　　品目)
耳鼻咽喉科	1. 多　い　(　　品目)　2. やや多い　(　　品目) 3. 適当である　(　　品目)　4. 少ない　(　　品目) 5. わからない　(　　品目)
産婦人科	1. 多　い　(　　品目)　2. やや多い　(　　品目) 3. 適当である　(　　品目)　4. 少ない　(　　品目) 5. わからない　(　　品目)
小児科	1. 多　い　(　　品目)　2. やや多い　(　　品目) 3. 適当である　(　　品目)　4. 少ない　(　　品目) 5. わからない　(　　品目)
眼科	1. 多　い　(　　品目)　2. やや多い　(　　品目) 3. 適当である　(　　品目)　4. 少ない　(　　品目) 5. わからない　(　　品目)

(2) 患者さんの服薬の状況はいかがですか。該当する番号に○印をつけてください。

1. 完全である
2. ほぼ完全である
3. 不完全である
4. わからない

(3) 不完全の場合、その理由をどのように思われますか。該当する番号に○印をお書きください。

1. 処方品目数が多い
2. 服薬しずらい（具体的に：　　）
3. 服薬指導が不足
4. その他（　　）

4．今後必要と思われる薬剤の剤型

(1) 成分名をご記入の上、必要と思われる剤型及びその理由をお書きください。

	成分又は分類名	剤　型	理由
(例)	β－刺激薬	外用テープ剤	小児喘息の発作予防。服薬コンプライアンスの改善。
小児用			
成人用			
老人用			

(2) 薬剤の色、香、味、大きさ等に関して、ご意見がありましたら、自由にお書きください。

	小児用	成人用	老人用
色			
香			
味			
大きさ			
その他			

(3) キット化した方が良いという薬（抗生物質以外）はありますか。上位３つ以内をあげてください。

1	
2	
3	

5．院内製剤（各病院の薬剤部で独自に製造する製剤）

(1) 院内製剤の実施例は、今までにありますか。

1. ある
2. ない

(2) 「ある」とお答えになった方にお聞きします。その実施例について、さしつかえなければ対象疾病と剤型及び成分をお書きください。

疾病名	剤　型	成　分

(3) 製薬メーカーに開発して欲しい院内製剤のニーズがありましたら、下記の欄に具体　　的にお書きください。

疾病名	剤　型	成　分

6．ゼネリック薬について

(1) ゼネリック薬の現在のイメージをお聞きします。該当する番号に○印をつけてください。

ア．品質　1. 良い　2. 悪い　3. わからない

イ．情報　1. ある　2. ない　3. わからない

ウ．価格　1. 適正　2. 適正でない　3. わからない

(2) 現在のゼネリック薬の採用状況についてお聞きします。該当する番号に○印をつけてください。また、その理由を自由にお書きください。

1. 採用
2. 不採用

＜理由＞

(3) 不採用とお答えになった方にお聞きします。今後、ゼネリック薬を採用する可能性はありますか。該当する番号に○印をつけてください。また、その理由を自由にお書きください。

1. 採用の可能性はある
2. 採用の可能性はない
3. わからない

<理由>

(4) ゼネリック薬の必要性についてお聞きします。該当する番号に○印をつけてください。また、その理由を自由にお書きください。

1. 必要である
2. 不必要である
3. わからない

<理由>

7．医薬分業

(1) 医薬分業の実施状況についてお聞きします。該当する番号に○印をつけてください。

1. 完全実施（外来はすべて処方箋で対応している）
2. 一部実施
3. 未実施

(2) 医薬分業にあたっての問題点について自由にお書きください。

(3) 医薬分業のメリット、デメリットとしてどのようなことがあるとお考えですか。各々一つづつお書きください。

<メリット>

<デメリット>

(4) 実施している場合、現在の薬剤師の中心業務はどのようなことだとお考えですか。また、将来、実施すべき業務はどのようなことだとお考えですか。自由にお書きください。

8．薬学教育

医薬分業の本格的な実施やベッドサイドにおける業務の拡大など、薬剤師の仕事にも大きな変化が起ころうとしています。このような背景を念頭に置いてご意見をお聞かせ下さい。

(1) 医学教育と比較して薬学教育のカリキュラムの充実度はどうですか。該当する番号に○印をお書き下さい。また、その理由を自由にお書き下さい。

1. 優れている
2. 同程度である
3. 劣っている
4. その他

〔自由意見〕

(2) 6年制教育制度導入に必要性について伺います。該当する番号に○印をつけて下さい。また、その理由を自由にお書きください。

1. 必要である

〔新たに追加すべき教育内容〕

2. 今のままの4年制でよい
3. わからない

〔自由意見〕

(3) 医薬分業の本格的導入にそなえて新たに加えるべき教育内容はありますか。

〔自由意見〕

(4) ベッドサイド業務拡大に備えて新たに加えるべきカリキュラムはありますか。

〔自由意見〕

(5)　実地教育について伺います。該当する番号に○印をつけてください。また、その理由を自由にお書き下さい。

1. 実施することに意味がある
2. 実施するに越したことはない
3. あまり意味がない

〔自由意見〕

(6)　生涯教育の実施状況についてお聞きします。該当する番号に○印をお書き下さい。また、具体的な実施状況や生涯教育についての意見を自由にお書き下さい。

1. 定期的・継続的に教育を受けている
2. 自分自身で新しい知識の吸収に努めている
3. 教育を受けたいがなかなか機会に恵まれない
4. 何もしていない

〔自由意見〕

(7)　国家試験について伺います。薬剤師国家試験制度の改革が検討されています。従来の科目別制に変えて、基礎薬学、医療薬学、衛生薬学、薬事関連法・制度の４分野について総合的な知識を問う設問方式の採用が検討されています。それらのことを念頭に置いて、該当する番号に○印をつけて下さい。また、その理由を自由にお書き下さい。

1. 国家試験のやり方は変わった方がよい
2. 現在のままでかまわない

〔自由意見〕

９．ＭＲ（医薬情報担当者）に関する満足度

(1)　薬剤部への訪問回数は１社当りどのくらいですか。

約　　回／週

(2)　１回の面会時間は平均どの位ですか。

約　　分／回

(3)　１社当りの訪問の頻度は適当だと思いますか。

1. はい
2. いいえ
3. わからない

(4)　１社当りのＭＲの訪問人数は適当だと思いますか。

1. 少ない
2. 適当
3. 多い
4. わからない

(5)　情報の伝達についてどのように評価されていますか。

ア．有効性について

1. 満足している
2. ほぼ満足している
3. やや不満足である
4. 不満足である
5. わからない

イ．安全性について

1. 満足している
2. ほぼ満足している
3. やや不満足である
4. 不満足である
5. わからない

(6)　ＭＲ活動に対する要望、改善点がありましたら自由にお書きください。

(7)　ＭＲの資格制度が実施された場合、質の向上が期待できると思いますか。また、「いいえ」の場合は、その理由をお書きください。

1. はい
2. いいえ

１０．添付文書

(1)　添付文書の利用程度について、該当する番号に○印をお書き下さい。

1. 全文を必ず一度は読む
2. 重要な記載事項だけ読む（記載事項＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
3. 必要な時に読む
4. あまり読んだことはない
5. その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

(2)　内容の満足度について、該当する番号に○印をお書き下さい。

1. 満足である
2. ほぼ満足である
3. やや不満足である
4. とても不満足である
5. どちらとも言えない

(3)　特に有効性の記載内容について、該当する番号に○印をお書き下さい。

1. 十分である
2. 不十分である

〔理由〕

（複数回答可）

1. 表現が分かりにくい	5. その他
2. もっと詳しく記載してほしい	（　　）
3. 記載場所が分かりにくい	
4. 有効なのかどうかはっきり分からない	

(4)　特に安全性の記載内容について、該当する番号に○印をお書き下さい。

1. 十分である
2. 不十分である

〔理由〕

（複数回答可）

1. 表現が分かりにくい	5. その他
2. もっと詳しく記載してほしい	（　　）
3. 記載場所が分かりにくい	
4. 有効なのかどうかはっきり分からない	

(5)　特に薬剤の相互作用の記載内容について、該当する番号に○印をお書き下さい。

1. 十分である
2. 不十分である

〔理由〕

（複数回答可）

1. 表現が分かりにくい	5. その他
2. もっと詳しく記載してほしい	（　　）
3. 記載場所が分かりにくい	
4. 有効なのかどうかはっきり分からない	

(6)　添付文書の内容について疑問を持ったことがありますか。該当する番号に○印をお書き下さい。

1. ある――――→設問⑦にお進み下さい。
2. ない――――→設問⑨にお進み下さい。

(7)　〔(6)で「ある」とお答えになった方に〕どのように処置されましたか（複数回答可）。

1. 製造元／販売元に問い合わせた
2. 病院の医師に聞いた
3. 添付文書に記載された文献を取り寄せて調べた　　設問(8)に
4. 添付文書に記載された以外の文献や書物で調べた　　お進み下さい
5. オンライン・データ・ベースを利用して調べた
6. その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
7. そのままにしておいた　　設問(9)にお進み下さい。

(8)　〔(7)で何らかの処置をされた方に〕その疑問は解消しましたか。

1. 解消した
2. 調べたが分からなかった
3. その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

(9)　添付文書の書き方について、該当する番号に○印をお書き下さい。

1. 非常に理解し易い
2. 理解し易い

3. なんとか理解できる
4. 理解しにくい
5. とても理解しにくい

(10) レイアウトについて、該当する番号に○印をお書き下さい。
1. とても良い
2. 良い
3. まあまあである
4. 悪い
5. とても悪い

(11) 文字の大きさについて、該当する番号に○印をお書き下さい。
1. 適当である
2. 大き過ぎる
3. 小さ過ぎる

(12) 記載事項について、該当する番号に○印をお書き下さい。
1. すべてが必要である
2. 追加してほしい事項がある（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
3. 削除しても良い事項がある（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

(13) 添付文書以外に使用している資料について、該当する番号に○印をお書き下さい。
1. 日本医薬品集
2. 医薬品副作用情報
3. 緊急安全情報
4. 医薬品安全情報ＤＳＵ
5. その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

(14) 添付文書は常に更新されていますか。該当する番号に○印をお書き下さい。
1. すべてが更新されている
2. 大部分が更新されている
3. 更新したりしなかったりする
4. 古ものを使うことがある
5. その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

(15) 添付文書に関する意見、要望等がありましたら自由にお書きください。

１１．よりよい医療のための患者への要望

医療ニーズにマッチした医療を実現するには、患者としても協力する姿勢が必要と考えられます。薬剤師の立場から患者に対して遵守してほしい事柄について、自由にお書き下さい。

１２．医療従事者に関する要望

今後の医療の質を向上させるために、各医療従事者に対する薬剤師からの意見や要望を自由にお書きください。

	各医療従事者に対する意見や要望
病院経営者	
医師	
検査技師	
放射線技師	
薬剤師	
看護婦	
理学療法士、作業療法士	
介護士	
その他（　　）	

１３．医療産業に対する要望

日々の業務の場でのご経験から、医療産業に対する意見や要望を自由にお書きください。

	各医療産業に対する意見や要望
製薬メーカー	
医薬品卸	
診断薬メーカー	
医療機器メーカー	
介護サービス企業	
その他（　　）	

１４．行政部門に対する要望

医療行政に関わる公的機関に対する意見や要望を自由にお書きください。

	医療行政に関わる公的機関に対する意見や要望
厚生省	
大学等の教育機関	
その他	

１５．患者の立場に関する対応方法

最近の医療において患者の立場に立った医療が要求されていますが、その中で重要と思われる項目に○印をつけてください。また、その回答に関する具体的な対応策など自由にお書きください。

項目	必要度					具体的な対応策
	ぜひ必要である	必要である	あまりいい必要	思わとない必要	わからない	〔番号〕
①インフォームドコンセント						
②告知						
③末期医療						
④植物人間医療						
⑤脳死判定						
⑥ＱＯＬ						〔番号〕
⑦機能保存治療						
⑧アメニティ（快適度）						
⑨介護体制						
⑩救急医療体制						
⑪服薬指導						
⑫在宅医療						〔番号〕
⑬かかりつけ医						
⑭家庭医学						
⑮医療情報提供体制						
⑯定額医療						
⑰保険適用外検査の適正供用						
⑱その他（　　）						
⑲その他（　　）						

１６．効果的な治療に対する障害

効果的な治療を実施するにあたり、どのようなことが障害になっているとお考えですか。医療全般に関する回答と特定の疾病に限定しての回答をお願いします。特定の疾病は、疾病名をご記入の上、該当する欄に○印をつけてください。

		現在			２００５年頃			
		障害になって	多少の障害がある	障害はない	障害となる	現状と同じ	改善される	改善されなくても障害
■　医療全般として 1. 病因の解明されていない難病の存在 2. 早期診断の困難な疾病がある 3. 特異的治療法（薬）が未開発 4. 高度医療機関でも外来診療を行っている 5. 病院経営上の問題 6. スタッフの問題 7. 支払基金による制限 8. 医療費抑制による圧力 9. 患者の無理解 10. 社会の無理解 11. その他（　　） 12. その他（　　）								
■　特定疾病とその原因								
疾病名	原因が上記の場合はその番号を、その他の場合はご記入ください							
（例）ＡＩＤＳ	３，９，１０	○					○	

１７．薬剤師の仕事の満足度

現在の薬剤師の仕事に満足でしょうか。また、２００５年頃にはどうなっていると思われますか。該当する欄に○印をお書きください。

項目	現在				２００５年頃			
	満足している	ほぼ満足している	やや不満である	不満である	大きく改善している	やや改善している	現状と同じ	悪くなっている
(1) 職場環境 ・給与 ・労働条件 ・病院における地位 ・パラメディカルとの関係 ・余暇								
(2) 職能 ・薬剤師の病院内の地位 ・治療における主体性 ・医師との職務権限								
(3) 専門性 ・仕事遂行での自己の専門性 ・教育の機会								
(4) 患者との対応 ・時間をかけた対応がとれている ・患者の話を聞いてあげれる ・患者の家族への配慮は充分								
その他（　　）								

１８．高齢社会への対応について

２１世紀初頭の日本の高齢社会において、実施しなければならない医療分野に関する課題とお考えについて、自由にお書き下さい。

薬剤師としてなさなければならない課題
1.
2.
3.
市民としてなさなければならない課題
1.
2.
3.
国としてなさなければならない課題
1.
2.
3.

１９．自由意見

今後、薬剤師に求められる役割、今後の病院の在り方等について、自由なご意見をお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。

（3） 検査技師

1．医療ニーズにおける検査技師の位置づけ

(1) 検査技師に関する医療ニーズを具現化するにあたって、まず待遇面についてお聞きします。該当する番号に○印を一つつけて下さい。

1. すべての待遇面で不満である
2. 他の医療従事者と比べて業務遂行体制に不満である
3. 業務の質・量に対して給与等で不満である
4. 業務の質・量に応じた給与レベルと評価している
5. わからない
6. その他（ ）

(2) 検査コストの低減化を目指して、自動化や外注委託化が進んでいますが、将来の検査技師の役割・業務をどのようにお考えですか。該当する番号に○印を一つ付けてください。

1. 現状の検査業務は縮小するので、存在意義のある役割に転換を検討する
2. 現状の検査業務は縮小するが、その中で中核になって意義ある活動を継続する
3. 医療ニーズを追求すれば、検査業務は現状規模が継続し問題なし
4. わからない
5. その他（ ）

2．臨床検査の現状

(1) 検査の実施状況についてお聞きいたします。該当する番号に○印を一つ付けてください。

1. 必要な検査が適正に実施されている
2. 必要な検査は実施されているが、不必要な検査も多い
3. 必要な検査は実施されていず、不必要な検査が多い
4. わからない
5. その他（ ）

(2) 生理学的検査など検査技師が直接患者に対応する検査について、患者への説明状況をお聞きいたします。該当する番号に○印を一つ付けてください。また、このことに関してのご意見があれば、下記欄にご自由にお書きください。

1. 十分説明されている
2. 十分説明されていることの方が多い
3. 説明が不十分な場合が多い
4. 説明が不十分である
5. わからない

〔自由意見〕

3．検査方法に対するニーズ

下記の検査技術のうち、院内検査の実施有無に○印を記入して下さい。その中から現状の検査技術において改善が望まれるものには改善希望欄に○印を付けてください。なお、○印を付けた検査技術から３つ以内の番号を選んで、その具体的内容と改善要望についてお書き下さい。

検査技術	院内検査	改善希望	具体的内容と改善要望
①尿検査	有　無		〔番号〕
②便検査	有　無		
③かく痰検査	有　無		
④微生物検査	有　無		〔番号〕
⑤血液学的検査	有　無		
⑥免疫血清学	有　無		
⑦生化学的検査	有　無		
⑧生理学的検査	有　無		〔番号〕
⑨病理学的検査	有　無		
⑩画像診断検査	有　無		
⑪遺伝子診断検査	有　無		

4．院内検査と外注委託検査

(1) 院内検査と外注委託検査の割合についてお尋ねします。該当する番号に○印をつけてください。

1. ほとんどが院内検査である
2. 院内検査が７～８割を占める
3. 院内検査と外注委託検査の割合はほぼ同じである
4. 外注委託検査が７～８割を占める
5. ほとんどが外注委託検査である
6. わからない

(2) 院内検査と外注委託検査の役割分担についてお聞きいたします。該当する番号に○印をつけてください。

検査区分	検査方法（○印）
緊急検査	1.全面院内検査　2.一部外注委託検査　3.全面外注委託検査
ベッドサイド検査	1.全面院内検査　2.一部外注委託検査　3.全面外注委託検査
一般ルーチン検査	1.全面院内検査　2.一部外注委託検査　3.全面外注委託検査
特殊検査	1.全面院内検査　2.一部外注委託検査　3.全面外注委託検査
上記以外の検査	1.全面院内検査　2.一部外注委託検査　3.全面外注委託検査
〔自由意見〕	

5．検査効率化（セット検査、検査搬送システム等）に関する要望

下記の件名方法について、現状導入レベル、および今後の導入拡大について、お尋ねします。該当する項目に○印を一つ付けてください。

項目	現状導入レベル	今後の導入拡大
検体搬送システム	1.十分　2.不十分　3.わからない	1.拡大必要　2.不要
セット検査	1.十分　2.不十分　3.わからない	1.拡大必要　2.不要
検査結果搬送システム	1.十分　2.不十分　3.わからない	1.拡大必要　2.不要
外注会社連絡システム	1.十分　2.不十分　3.わからない	1.拡大必要　2.不要
その他（　　）	1.十分　2.不十分　3.わからない	1.拡大必要　2.不要

6．検査薬改善への期待

(1) 日頃検査に使っておられる検査薬の現状における不満や問題点についてお尋ねします。
各評価項目の具体的内容の該当する項目に○印をつけ、その改善要望について具体的に記入して下さい。

評価項目	具体的内容	改善要望
検査薬の情報	1.ほしい情報が十分に得られない 2.情報が多すぎて選別できない 3.必要情報はなんとか入手している 4.現状で満足している	
検査薬の価格	1.非常に高価なものが多い 2.検査内容相応の価格である 3.検査内容から安価すぎる 4.わからない	
検査薬の応答性	1.検査結果がでるのに時間がかかる 2.検査結果を判断するのに難しい 3.検査への使用量が多すぎる 4.特に問題ない	
検査薬の扱い易さ	1.自動機械にマッチしにくい 2.保存方法が難しい 3.検査上で取扱い難い 4.扱い易く特に問題ない	
その他（　　）		

(2) 下記の疾病について、新しい検査試薬、検査方法の要望の有無について○印をつけ、要望する具体的な検査方法等についてお書き下さい。

疾病名	要望の有無	要望する具体的検査法
1．感染症 （ｳｨﾙｽ、細菌、真菌、 原虫、寄生虫を含む）	有　無	
2．悪性新生物	有　無	
3．循環器系疾患 ・高血圧 ・虚血性心疾患など	有　無	
4．アレルギー及び 自己免疫疾患	有　無	
5．その他（　　）	有　無	

7．新規検査方法に関するニーズ

新しい検査方法の開発の動きの中で、遺伝子診断と画像診断の具体的な開発要望について、必要なだけ選択して番号に○印をつけて下さい。また、他に期待する新規検査法があればその他の欄に記入して下さい。

新規検査方法	具体的な開発要望内容
遺伝子診断	1.どの病院でもできる簡便法を開発してほしい 2.もっと安い価格でできるようにしてほしい 3.遺伝子診断による疾患リスク評価ｼｽﾃﾑ法を開発してほしい 4.多因子疾患遺伝子診断キットを開発してほしい 5.薬物代謝酵素系の遺伝子診断キットを開発してほしい 6.その他
画像診断	1.適用疾病を広げてほしい 2.どの病院でもできる簡便法を開発してほしい 3.もっと安い価格でできるようにしてほしい 4.予防的診断にも適用してほしい 5.読み取り事例から人工知能的指示がでるようにしてほしい 6.その他
その他（　　）	

8．予防診断に対するニーズ

今後、予防的診断（体質、遺伝的素因の診断）の必要性が高まると考えられますが、２１世紀初頭においてどのようにあるべきと期待されますか。該当する番号に○印をつけて下さい。また、その理由や根拠を自由にお書き下さい。

(1) 予防的診断の必要性について

1.必要になると思う
2.必要ない
3.その他（　　）

〔理由や根拠〕

(2) (1)の設問で「1.必要になると思う」とお答えになった方にお聞きします。

予防的診断の保険適用について

1.必要になると思う
2.必要ない
3.その他（　　）

〔理由や根拠〕

(3) 遺伝性疾患の出生前診断について

1.必要になると思う
2.必要ない
3.その他（　　）

〔理由や根拠〕

9．家庭内検査について

家庭内検査について２１世紀初頭にはどうあるべきでしょうか。該当番号に○印をつけ　て下さい。

(1) 家庭内検査による予備的あるいは経過観察的な診断について

1.必要になると思う
2.必要ない
3.その他（　　）

〔理由や根拠〕

(2) (1)の設問で「1.必要になると思う」とお答えになった方にお尋ねします。

家庭内検査の病院診療適用について

1.必要になると思う
2.必要ない
3.その他（　　）

〔理由や根拠〕

〔対象検査〕

１０．患者の立場に関する対応方法のニーズ

最近の医療において、患者の立場に立った医療が要求されていますが、各項目について必要度に○を付けて下さい。また、その中で３つ以内の項目に対して具体的な対応策に番号を付して書いて下さい。

項目	必要度					具体的な対応策
	ぜひ必要である	必要である	あまり必要でない	必要と思わない	わからない	〔番号〕
①インフォームドコンセント（検査意義説明）						
②家庭内検査結果の活用						〔番号〕
③検査回数の適正化						
④事前準備の適正化（食事時間制限）						
⑤ＱＯＬ（非観血的検査）						〔番号〕
⑥保険適用外検査の適正適用						
⑦その他（　　）						
⑧その他（　　）						

１１．よりよい医療のための患者への要望

医療ニーズにマッチした医療を実現するには、患者としても協力する姿勢が必要と考えられます。検査技師の立場から患者に対して遵守してほしい事柄について、自由にお書き下さい。

１２．医療従事者に関する要望

今後の医療の質を向上させるために、各医療従事者に対する検査技師からの意見や要望を自由にお書きください。

医療従事者	各医療従事者に対する意見や要望
病院経営者	
医師	
検査技師	
放射線技師	
薬剤師	
看護婦	
理学療法士,作業療法士	
介護士	
その他（　　）	

１３．医療インフラ（教育、設備）に関する要望

(1) 検査技師の教育、研修についてどのようにお考えですか。該当する番号に○印をつけてください。「改変すべき」に○印をつけた方は、どのように改変すべきかをお書き下さい。

1. そのままで良い
2. 改変すべきである。

3. その他（　　）

(2) 現行の検査技師の資格制度についてどう思いますか。「改変すべき」に○印をつけた方は、どのように改変すべきかをお書き下さい。

1. 検査技師（臨床検査技師、衛生検査技師等）の資格制度は現行のままでよい。
2. 現行の資格制度は改変すべきである。

3. その他（　　）

(3) ブランチラボについてどのようにお考えですか

1. 積極的に導入すべき
2. 導入はしかたない
3. 導入すべきでない
4. その他（　　）

(4) 夜間検査についての対応

1. 必要である
2. 必要であるが難しい
3. 必要ない
4. その他（　　）

(5) その他、教育、設備等の医療インフラに関する要望がありましたら、自由にお書きください。

〔自由意見〕

１４．民間検査会社に対する要望

民間検査会社に何を望みますか。要望のある項目について、要望の有無の欄に○印をつけ、要望について具体的にお書きください。

期待する項目	要望の有無	具体的な要望
標準化		
精度管理		
報告時間短縮		
検査結果のﾃﾞｰﾀﾍﾞｰｽ利用		
新規検査の開発		
その他（　　）		

１５．その他の医療産業に対する要望

日々の検査の場でのご経験から、医療産業に対する意見や要望がある場合は○印をつけ各々の意見や要望について自由にお書きください。

医療産業	要望の有無	医療産業に対する意見や要望
検査薬メーカー		
検査機器・器具メーカー		
廃棄物処理業者		
その他（　　）		

１６．行政部門に対する要望

医療に関する公的機関に対する意見や要望がある場合は○印をつけ、各々の意見や要望について自由にお書き下さい。

行政部門	要望の有無	公的機関に対する意見や要望
厚生省		
教育機関		
その他（　　）		

１７．高齢社会への対応

２１世紀初頭の日本の高齢社会において、実施されなければならない医療分野に関する課題やお考えについて、自由にお書き下さい。

検査技師としてなさなければならない課題
1．
2．
3．
市民としてなさなければならない課題
1．
2．
3．
国としてなさなければならない課題
1．
2．
3．

１８．自由意見

今後、検査技師に求められる役割、今後の病院の在り方等について、自由なご意見をお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。

（4） 看護婦

1．看護の現状認識

(1) 看護の仕事の満足度

現在の看護の仕事に満足でしょうか。また、２００５年頃にはどうなっていると思われますか。該当する欄に○印をお書きください。

項目		現在				２００５年頃			
		大変満足している	ほぼ満足している	やや不満である	大変不満である	大きく改善している	やや改善している	現状と同じ	悪くなっている
①職場環境	・給　与								
	・労働条件								
	・病院における地位								
	・他の医療従事者との関係								
	・余　暇								
②職能	・看護婦の病院内の立場								
	・医療への積極的な参加								
	・医師との職務分担								
③専門性	・仕事遂行での自己の専門性								
	・教育の機会								
④患者の看護	・時間をかけた対応がとれている								
	・患者の話を聞いてあげれる								
	・患者の家族への配慮は充分								
	・介護は充分行きとどいている								
⑤在宅医療	・訪問看護の紹介（退院後の指導）								
	・（　　）								
⑥その他	・福祉の中の看護の役割								
	・その他（　　）								
	・その他（　　）								

(2) 望まれる薬剤

「効果的な治療・治癒」のために必要な薬があれば、上位５つ以内をお書き下さい。

疾病名または症状	望まれる性能
（例）床ずれ	強い肉芽増殖作用を持つ薬
1	
2	
3	
4	
5	

(3) 介護で望まれる機械、装置

「効果的な治療・治癒」のために必要な機械、装置があれば、上位５つ以内をお書き下さい。

患者の状態	機械、装置のイメージ
（例）歩行可能な点滴患者	より小型、安価なインフュージョンポンプ
1	
2	
3	
4	
5	

2．医薬品の現状認識

医療の現場に従事されていて、医薬品に対してどのような認識を持たれているか、服薬指導をどのようにされているか、薬の適正使用等についてお尋ねいたします。該当する番号に○印をつけてください。

(1) 全般的印象

医薬品は患者の治療に役立っていると考えますか	1. 非常に役立っている 2. やや役立っている 3. 全然役立っていない 4. その他（　　）
患者さんの薬（有効性、安全性等）に対する不安についてどう感じますか	1. 非常に不安に感じている 2. やや不安に感じている 3. 全然不安に感じていない 4. その他（　　）

(2) 服薬指導

患者さんに薬のことを聞かれた時の説明について	1. 非常によく説明している 2. やや説明している 3. 全然説明していない 4. その他（　　）
服薬の指導について	1. 非常によく説明している 2. やや説明している 3. 全然説明していない 4. その他（　　）

(3) 適正使用

入院患者はきちんと服用している。	1. 非常によくしている 2. ややしている 3. 全然していない 4. その他（　　）
外来患者はきちんと服用していますか	1. 非常によくしている 2. ややしている 3. 全然していない 4. その他（　　）
老人で薬が過剰投与になった経験がありますか	1. 非常にある 2. ややある 3. 全然ない 4. その他（　　）
やむをえず看護のために鎮静剤を投与することがありますか	1. 非常にある 2. ややある 3. 全然ない 4. その他（　　）
乳幼・小児の投与につき工夫がある	1. ある （具体的に　　） 2. ない
投与ミスを防ぐための工夫がある	1. ある （具体的に　　） 2. ない
その他、薬の適正使用に関して、ご意見がありましたら自由にお書きください	

3．今後必要と思われる薬剤

(1) 対象疾病および剤型

今後必要と思われる対象疾病および剤型についてお尋ねします。対象疾病名をご記入の上、必要と思われる剤型の該当する番号に○印をお書き下さい。また、その他のご意見がありましたら自由にお書き下さい。

疾病名	剤型	自由意見
	1. 経口剤 2. 注射剤 3. 外用剤 4. 坐　剤 5. その他	
	1. 経口剤 2. 注射剤 3. 外用剤 4. 坐　剤 5. その他	
	1. 経口剤 2. 注射剤 3. 外用剤 4. 坐　剤 5. その他	

(2) 投与回数

疾病にもよりますが、１日２または３回投与と１日１回投与と比べて、１日１回の方が便利ですか。

１．はい　　２．いいえ　　３．そうとも言えない

(3) 服薬率

患者さんの服薬率を上げるにはどのようにしたら良いと思われますか。自由にご意見をお書き下さい。

(4) 製剤

① 特性

薬剤の色、香り、大きさ等に関して、ご意見がありましたら、自由にお書き下さい。

	小児用	成人用	老人用
色			
香			
味			
大きさ			

② その他

使い易い製剤または今後必要と考える製剤に関して自由にお書き下さい。

(5) キット化について

キット化した方が良いという薬はありますか。上位３つ以内をあげて下さい。

1	
2	
3	

(6) 薬の使用後、その廃棄処理に困ったことがありませんか。ありましたらその事例をあげてください。

1	
2	
3	

4．医薬品情報

医薬品の情報の入手方法および情報の満足度についてお尋ねいたします。該当する欄に○印をつけてください。

情報元	情報を入手しているか		得られる情報に満足しているか									
			情報の質（内容）					情報量				
	入手している	入手していない	満足している	やや満足してい	どちらともいえない	やや不満である	不満である	満足している	やや満足してい	どちらともいえない	やや不満である	不満である
①MR〔医薬情報担当者〕（プロパー）												
②製薬会社のパンフレット												
③病院説明会												
④学会誌												
⑤参加した学会や講習会												
⑥医師												
⑦薬剤師												
⑧看護婦												
⑨その他 具体的に〔　　〕												

5．医療用機器及び器具

日頃の看護活動において、「効果的な治療・治癒」のためにこのような点を改良したらというアイデアがありましたら、お聞かせください。

6．患者の立場に関する対処方法

最近の医療において患者の立場に立った医療が要求されていますが、その中で重要と思われる項目に○印をつけてください。また、その回答に関する具体的な対応策など項目番号を記入の上、自由にお書きください。

項目	必要度					具体的な対応策
	ぜひある必要	必要である	あまりない必要	思わない必要とない	わからない	〔番号〕
①インフォームドコンセント						
②告知						
③末期医療						
④ＱＯＬ						〔番号〕
⑤アメニティ（快適度）						
⑥介護体制						
⑦救急医療体制						
⑧服薬指導						
⑨在宅医療						〔番号〕
⑩かかりつけ医						
⑪家庭医学						
⑫医療情報提供体制						
⑬定額医療						
⑭その他（　　）						
⑮その他（　　）						

7．よりよい医療のための患者への要望

医療ニーズにマッチした医療を実施する場合は、患者としても協力する姿勢が必要と考えられます。看護婦の立場から患者に対して遵守してほしい要望について、自由にお書き下さい。

8．医療インフラ（教育、設備）に関する要望

(1) 看護婦の教育、研修についてどのようにお考えですか。該当する番号に○印をつけてください。

1．今のままでよい
2．改変すべきである
3．その他（　　）

(2) 現行の看護婦の資格制度についてどう思われますか。

1．看護婦（正・準看護婦等）の資格制度は現行のままでよい
2．現行の資格制度は改変すべきである
3．その他（　　）

9．医療従事者に対する要望

今後の医療を向上させるために、各医療従事者に対する看護婦からの意見や要望を自由にお書きください。

医療従事者	意見・要望
病院経営者	
医師	
検査技師	
放射線技師	
薬剤師	
理学療法士 作業療法士	
介護士	
その他	

10．医療産業に対する要望

日々の看護の場でのご経験から、医療産業に対する意見や要望を自由にお書きください。

医療産業	意見・要望
製薬メーカー	
医薬品卸	
診断薬メーカー	
医療機器メーカー	
介護サービス企業	
その他（　　）	

11．行政部門に対する要望

医療行政に関わる公的機関に対する意見や要望を自由にお書きください。

	医療行政に関わる公的機関に対する意見や要望
厚　生　省	
教　育　機　関	
国公立研究機関、 国立病院など	

12．救急医療について現状認識と将来像をご記入下さい。

(1)あなたの所属する病院での救急医療体制はうまく機能していますか。

1.　はい　　2.　いいえ

「2.いいえ」の場合はそのポイントを以下にご記入下さい。また、そのことは21世紀初頭にはどのようになっていると予想されますか。

①	1.大きく改善される 2.変わらない 3.悪くなっている
②	1.大きく改善される 2.変わらない 3.悪くなっている
③	1.大きく改善される 2.変わらない 3.悪くなっている
④	1.大きく改善される 2.変わらない 3.悪くなっている
⑤	1.大きく改善される 2.変わらない 3.悪くなっている

(2)国に対しての救急医療体制についてのご意見がありましたらお聞かせください。

①
②
③

１３．高齢社会への対応

２１世紀初頭の日本の高齢社会において、実施されなければならない医療分野に関する課題やお考えについて、自由にお書きください。

(1)　看護婦としてなさなければならない課題
①
②
③
(2)　市民としてなさなければならない課題
①
②
③
(3)　国としてなさなければならない課題
①
②
③

１４．ＱＯＬ

患者さんのＱＯＬ向上のために現在何をしなければならないとお考えですか。また、そのことは、2005 年頃にはどのようになっていると思われますか。それぞれ該当する番号に○印をつけて下さい。

項　　目	現　在	2005 年頃
①患者さんと対話する時間をもっと長くする	1. 十分出来ている 2. まだ不充分である 3. 全く不充分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている
②患者さんの（肉体的・精神的）苦痛を軽減する	1. 十分出来ている 2. まだ不充分である 3. 全く不充分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている
③患者さんのプライバシーを保持する	1. 十分出来ている 2. まだ不充分である 3. 全く不充分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている
④患者さんが快適な療養できる施設・設備を増やす	1. 十分出来ている 2. まだ不充分である 3. 全く不充分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている
⑤患者さんの療養生活を日常生活に近づける環境を造る（食事内容等の改善）	1. 十分出来ている 2. まだ不充分である 3. 全く不充分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている
⑥家族が少しでも長く付き添えるシステム造りをする	1. 十分出来ている 2. まだ不充分である 3. 全く不充分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている
⑦その他 〔　　〕	1. 十分出来ている 2. まだ不充分である 3. 全く不充分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている
⑧その他 〔　　〕	1. 十分出来ている 2. まだ不充分である 3. 全く不充分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている
⑨その他 〔　　〕	1. 十分出来ている 2. まだ不充分である 3. 全く不充分である	1. 現在より良くなっている 2. 現在と変わらず 3. 現在より悪くなっている

１５．活力ある死に方に対する意見

２０世紀は医療技術の発展した「科学の時代」であり、２１世紀は「人間性を重視した医療の総合化の時代」として期待されている。その側面において、単に生き永らえるのではなく、活力ある生き方とともに活力ある死に方ができれば幸せである。植物人間への対処のあり方等の人間的側面から見て、医療のあり方についてのご意見を自由にお書きください。

１６．自由意見

今後、看護婦に求められる役割、今後の病院の在り方等について、自由なご意見をお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。

資料4　医療ニーズアンケート調査の医療従事者間の回答比較

(1)提出されたアンケートのうち、医療従事者に共通な設問についてのみ比較表を作成した。
(2)各表の設問番号及び回答数を医療従事者名欄の付記した。
(3)自由記述回答の表中の言葉については9文字におさめ、同様の回答数を○内に示した。
(4)選択肢の回答は表中に簡単な選択肢内容と回答数を記述した。
(5)作成した比較表の表題は下記の通りである。

表1．医療従事者間の患者への要望比較
表2．医療従事者間の要望比較
表3．医療従事者の医療産業への要望比較
表4．医療従事者の行政部門への要望比較
表5．高齢社会への対応の認識比較
表6．患者の立場に関する対応方法の認識比較
表7．救急医療への対応の認識比較
表8．　活力ある死に方，ＱＯＬの認識比較

表1．医療従事者の患者への要望比較
〔○内数字は同一アンケート回答数，( )内は全回答数〕

	医　師 （設問10／98人）	薬剤師 （設問11／51人）	検査技師 （設問10／57人）	看護婦 （設問7／56人）
患者への要望	〔実行を望む要望〕 ・患者情報の伝達 ④ ・治療疑義の申告 ② ・積極的な質問 ⑦ ・診療への協力 ② ・診療，服薬歴の申告③ ・自己データの保管 ① ・病気に対する理解 ⑨ ・医学知識の修得 ④ ・信頼しあえる関係 ⑥ ・治療方針の理解 ② ・医師の立場の理解 ④ ・服薬，食事の遵守 ⑤ ・医師の指示の遵守 ③ ・病気と闘う気持ち ② ・説明内容の理解 ① ・生活管理の指示遵守② ・設定時間の遵守 ④ ・基本的規則の厳守 ① ・予防の実践 ② ・自宅療養時期の理解① ・慢性疾患の通院継続① ・主治医の確保 ① ・科学的思考の保有 ① ・老人介護者の協力 ① ・人生観の確立 ①	〔実行を望む要望〕 ・服薬指導の詳細質問⑨ ・他の服用薬の申告 ⑥ ・病気に対する理解 ③ ・一緒に治療する姿勢② ・薬服用中異常の相談③ ・薬剤師の立場の理解① ・処方治療指示の遵守① ・服用療法の厳守 ② ・投薬時の内容確認 ① ・服用薬への関心 ⑤ ・用法，用量の確認 ② ・指示への素直な遵守① ・食生活等での治療努力① ・セルフケアの意識 ① ・院外処方箋への協力① ・医薬分業意義の理解① ・プライバシーの遵守①	〔実行を望む要望〕 ・情報の正確な伝達 ② ・医師への信頼 ① ・医師への内容質問 ④ ・検査への協力的態度② ・検査内容の理解 ④ ・緊張や偏見の排除 ① ・技師指導事項の尊重③ ・検査事前準備の遵守⑪ ・検体の正しい採取 ③ ・検査時間の厳守 ③ ・医師の指示の遵守 ① ・正しい採血部位情報① ・小児の親の協力 ①	〔実行を望む要望〕 ・自分の意志の表現 ⑦ ・看護婦に全情報開示② ・看護婦説明への質問② ・他の服用薬の申告 ① ・健康歴の自己管理 ① ・病院診療機能の理解② ・一緒に治す心構え ③ ・治療への積極参加 ④ ・自分の役割責任考慮① ・検査事前準備の遵守① ・投薬服用の遵守 ① ・安静指示の厳守 ① ・食事制限指示の厳守② ・病院規則の励行 ③ ・集団生活規則の協調② ・定期検診の励行 ① ・自立意識の治療姿勢⑤ ・慢性疾患者の自立心① ・ﾅｰｽｺｰﾙ代替のｾﾝﾀｰ行① ・自立援助への理解 ① ・医療福祉制度の理解①
	〔やめてほしい要望〕 ・医師情報への不信 ① ・民間療法の盲信 ② ・ﾏｽｺﾐ情報による誤解④ ・複数病院の受診 ⑤ ・病気の責任転嫁 ① ・回復遅延の責任追求① ・投薬の服薬中止 ⑥ ・素人判断 ① ・不要な大病院指向 ① ・不必要な病院通い ② ・不必要な時間外受診① ・わがままな自己主張① ・疾病の理解不足 ① ・自分勝手な理解 ① ・わがままな家族 ①	〔やめてほしい要望〕 ・独自の服薬調合 ① ・虚偽の処方変更申告① ・乱診療 ② ・他力本願 ③ ・服薬の自己判断 ④ ・薬への過度の依存 ② ・無意味な大病院指向①	〔やめてほしい要望〕 ・医療への過度の不信① ・自己判定 ① ・ハシゴ診療 ① ・過度の検査要求 ① ・採血部位の誤指示 ① ・待ち時間の他人迷惑① ・検査順争奪姿勢 ①	〔やめてほしい要望〕 ・勝手な治療方針変更③ ・「おまかせします」治療態度⑤ ・投薬の選択的服薬 ② ・不必要大学病院受診① ・わがままな自己主張① ・不要なナースコール① ・入院後の幼児的行動① ・無断外出・外泊 ② ・お菓子等のお礼 ② ・医療以外での病院利用①

表２．医療従事者間の要望比較
〔○内数字は同一アンケート回答数,（ ）内は全回答数〕

	医　師 （設問１１／９８人）	薬剤師 （設問１２／５１人）	検査技師 （設問１１／５７人）	看護婦 （設問９／５６人）
病院経営者への要望	・長期的視点での対応①	・病院経営理念明確化①	・経営方針の明確化　③	・理念、経営方針構築⑦
	・中長期的展望の保有③	・将来を見据えた対処①		
	・理念・目標の明示　②	・企業体組織の確立　①	・医療面の配慮重視　①	
			・病院経営の専門家　②	・専門の経営知識　②
			・時代に則した経営感覚②	・経営戦略の全員共有③
		・職員の信頼ある運営①	・運営と意欲との調和①	・看護婦の運営への参画②
	・新しい医療技術の導入②		・検査診断業務の指示①	・看護組織の権限強化②
	・医療の高度化専門化③			・医療動向情報の反映①
	・医療の本質の把握　①		・医療の原点の把握　①	・患者実態の直接把握①
		・医療費構造の理解　①		・臨床現場の把握　①
			・検査意義の理解　③	・看護重視の考え方　①
	・責任あるｽﾍﾟｼｬﾘｽﾄ　③	・医療従事者の認識　①		・各部門専門性の熟知①
		・薬剤業務の理解　①	・検査技師職能の認知⑥	・各職員の現状把握　②
		・免許業務の認識　①		
	・チーム医療の理解　②	・チーム医療の確立　①		・組織的活動体制　②
	・医療現場の意見聴取①	・職種間ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ　①	・職種間の協力体制　②	
		・600 点業務への協力①	・全層参画のｶﾝﾌｧﾚﾝｽ　②	
		・適正使用のｺﾐﾆｹｰｼｮﾝ①	・ｽﾀｯﾌ総合力発揮環境①	
	・不要検査強制の回避①	・医師優遇の改善　①		・医師中心からの脱皮②
	・人間的視野での判断①	・医師の掌握　①		・医師の人間性重視　①
	・人間性の向上　①		・業務遂行体制の改善①	・各人の資質発揮組織①
	・リーダーシップ発揮①	・医療界ﾘｰﾀﾞｰの見識　①		・リーダーシップ発揮②
			・向上心　①	・ﾄｰﾀﾙﾊﾞﾗﾝｽ感覚　①
	・地域医療の役割認識③	・地域に愛される病院①		・地域社会への貢献配慮②
	・医療の福祉認識　②	・ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ活動重視　①		・病院の役割の明確化①
	・患者側の立場の医療③	・ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ の重視　①		・訪問看護の注力　①
	・優しい医療の提供　①	・ﾊﾞﾗﾝｽのとれた医療の提供①		
	・病院のｱﾒﾆﾃｨ の充実①	・患者サービスの徹底②		・患者意見の拝聴姿勢②
	・患者ﾆｰｽﾞ 経営の模索①			・患者主体の病院作り①
				・患者の快適度向上　③
	・医療機器の適正更新①			・看護的環境の充実　②
	・医療内容の向上努力②		・医療ﾆｰｽﾞ の質の向上①	
	・医療の質的環境整備④		・必要機器の購入　③	・必要新機器の導入　③
	・院内検査施設の充実①	・薬剤使用制限の緩和①	・検査のシステム化　②	
	・働き易い労働環境　②	・働き易い環境作り　②		・働き易い職場環境　②
	・職員間ｽﾄﾚｽの解消　①	・職員の生活環境向上③		・福利厚生施設の充実②
			・勤労意欲の増す対応①	・各職員の達成感誘導①
	・研修時間の拡大　①	・教育への理解　①	・人材育成の投資　①	・職員の質的向上　①
		・育てる目　①		・看護婦の教育機会　②
		・薬剤師の勉強机設置①		・医師の人間性教育　①
				・全職員用図書室設置①
	・良質な医療職員確保③	・適正人員への拡充　⑤	・適切な人員の配置　③	・業務相応の人員措置②
	・心理士の増員　①			・医療人材の適材適所①
				・看護専念可能な体制①
		・常勤医師の増加　①		・看護助手等人員措置①
				・仕事に見合った賃金①
	・第三者評価の採用　①	・正当な技術料の主張①	・国家予算の獲得　①	・夜勤の負担増の理解①
	・赤字部門切捨て回避①	・適正ｻｰﾋﾞｽで経営改善①		・夜勤手当の向上　①
	・合理化の推進　①	・経済面の経営も注力①	・経済効率化　①	
	・経営間隔の修得　④	・医療・利益の両立　①		・医療・利益の両立　①
	・病院経営の理解活動①	・経営偏重の見直し　①		・看護面倹約限界理解①
	・積極的な問題解決　①			・ﾍﾞｯﾄﾞ 稼働率判断避　①
	・金儲け主義の排除　⑥		・金儲け主義の排除　①	

	医　師	薬剤師	検査技師	看護婦
医師への要望	・エリート意識の払拭①	・権威のふりかざし の抑制②	・金儲け主義の排除 ①	・医師特別意識の払拭①
	・特権意識の排除 ③	・自己利益主義の排除①	・エゴの排除 ①	
	・金儲け主義の排除 ①	・わがままの排除 ①		
	・自己保全主義の抑制①			
	・自分の仕事の責任感①		・医師としての威厳 ①	
	・幅広い人生観 ①		・医療に対する自覚 ②	・医療動向への対応 ②
	・人間性の維持 ④			・人間性の尊重 ②
	・医療の福祉認識 ①			
	・責任あるｽﾍﾟｼｬﾘｽﾄ ③			
	・チーム医療の理解 ①	・ﾁｰﾑ 医療重要性認識①	・チーム医療の自覚 ④	・医療従事者の連携 ⑦
	・医療のチーム力発揮③	・服薬指導の理解 ①	・医療専門職への信頼感①	・民主的医療チーム ①
	・医療の質的向上 ③	・検査値の情報交換 ①	・技師との協同作業 ⑤	・組織の一員の自覚 ③
	・医療現場中心主義 ①	・処方設計質問の対応②	・検査診断業務の指示①	・看護婦との協力体制 ⑧
	・医療の奉仕認識 ①	・他の意見を聞く耳 ②		・看護婦の重要性理解②
	・医師不適学生への対応①	・外来患者との接触機会①		・患者情報の共有 ①
		・ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ への参加機会①	・ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ 参加への配慮①	・看護婦とのｶﾝﾌｧﾚﾝｽ ①
	・各職種のｵｰｶﾞﾅｲｻﾞ能力②	・チーム医療の指揮 ①	・ﾁｰﾑ 医療ﾘｰﾀﾞｰ指導力③	・ﾁｰﾑ 医療ﾘｰﾀﾞｰの自覚⑥
	・医師間の意見交換 ①	・医師の独善判断排除③	・医療仲間としての確認 ②	・責任が取れる体制作り②
	・担当診療科の明確化①		・他部門との交流 ②	・医局間ｺﾐﾆｹｰｼｮﾝ向上①
	・手順通りの診療 ①		・業務遂行体制の改善①	・医師間の相互改善 ②
	・守備範囲の認識 ①			・自立した業務遂行 ②
	・患者本位医療の気概③		・患者の立場での診療①	・患者を思いやる気持④
	・患者とのｺﾐﾆｹｰｼｮﾝ緊密①			・患者の思いの受入れ④
	・患者の信頼獲得 ①			・患者とのｺﾐﾆｹｰｼｮﾝ向上③
	・患者ﾆｰｽﾞ 経営の模索①			・患者の人間面の重視⑦
	・患者，家族との協力①			・患者との信頼関係 ①
	・人間のモラルの保持②	・ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞ・ｺﾝｾﾝﾄ 実施③	・充分なｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞｺﾝｾﾝﾄ②	・ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞ・ｺﾝｾﾝﾄ 実施⑤
		・患者サービスの徹底①		・患者への個別説明増 ⑤
		・患者心理の配慮 ②		・告知への取組み ①
		・患者と対等の意識 ①		・押しつけ治療の回避①
		・３分治療の解決 ①		・研究材料扱いの回避①
	・重労働からの開放 ①			・患者病室の訪問会話②
	・質確保の選抜厳格化①			・痴呆患者の回診増 ①
				・看護婦行為への協力①
				・ケアの重視 ①
				・病院規則の遵守 ①
				・時間外指示の抑制 ①
	・検査，投薬の適正化①	・医薬品副作用に関心①	・検体についての知識②	
	・無診療投薬の回避 ①	・ﾒｰｶｰ情報過信の回避①	・検査結果の判断 ①	
		・ﾒｰｶｰとの結託抑制 ②	・検査データの解析力②	
			・必要検査の厳選 ⑨	
			・緊急検査の厳選 ①	
	・時間不足 ①		・依頼検査内容の理解④	
	・カルテの適切な記載①	・正確な処方箋記載 ②	・検査の必要性 ①	
	・第三者評価の採用 ①	・検査値依存処方抑制①	・データ依存からの 脱皮①	
	・有能な医師の確保 ①		・包括検査項目の把握①	
	・各種知識のバランス①	・医学知識の研鑽 ①	・向上心 ②	・全処置可能医師教育①
	・研究熱心 ②	・基礎学力の向上 ①	・勉強会等での指導 ①	・全人的医学教育推進①
	・新診断，治療の修得①			・後輩指導の充実 ③
	・専門知識の向上 ⑨			・ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ の勉強 ①
	・保険医療範囲の拡大①			・ｺﾐﾆｹｰｼｮﾝ技術の向上①
	・ＧＰ的医師の育成 ②			・可能な限り自主処理⑥
				・外来入院兼務医対応①
	・病院経営への協力 ①		・病院運営の勉強努力①	・管理的センスの向上①
	・専門バカの回避 ②			
	・医師のランク付け ①			

	医　師	薬剤師	検査技師	看護婦
検査技師への要望	・自分の仕事の責任感①		・検査バカの回避　①	・検査業務の積極推進①
	・臨床検査技師の自覚②	・検査技師の立場向上①	・検査技師の自覚　②	・専門業務範囲の拡大③
	・責任あるｽﾍﾟｼｬﾘｽﾄ　⑥		・医療職員人格の向上①	・関連業務の一貫実施①
	・医師ｺﾝﾌﾟﾚｯｸｽ の排除①			
	・専門職の自覚と研鑽④			・臨床担当の自覚　①
	・医療行為への参加意欲①	・医療従事者仲間意識①	・相互間の意志疎通　⑤	・医療仲間との連携　③
	・チーム医療参加意識②	・チーム医療の心掛け①	・チーム医療の自覚　②	・看護婦接点業務表現①
	・医師との緊密な連絡③		・チーム医療検査体制③	・看護現場への進出　①
			・病院経営参加の自覚①	
			・病院全体の知識拡大①	
	・医療の福祉認識　①		・外来，在宅への進出①	・外来，病棟への参画②
	・人間性の向上　③		・積極的な外部との交流①	
	・患者本位の医療提供④	・患者本位医療の精神①		・患者中心医療の徹底③
	・優しい医療の提供　①	・患者サービスの徹底①	・患者要求への応答　①	・患者苦痛考慮の検査①
	・患者考慮の検査体制①			・技師による 直接採血等⑮
	・検査意義の患者説明①			・複雑検査の検体採取①
	・患者との接触時間確保②		・患者との直接接触　①	・患者とのｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ ⑤
				・人間的な患者との接触③
	・自分のデータの責任②	・確実なデータ分析　①	・確信あるデータへの努力①	
	・検査ﾃﾞｰﾀ 重要性認識①	・信頼出来る検査値　①	・検査結果活用への理解②	・検査結果の情報提供①
	・検査成績から診断能力①		・検査診断等の確立　②	・時間短縮への配慮　①
	・新技術への柔軟な対応②		・医師への助言能力知識②	
	・検査技術の改善努力③		・検査法の改善努力　①	・採血量の削減努力　①
	・少量検体から多情報①		・新規開発の理解　①	
	・異常検査値の連絡　①			・検体の丁重な取扱い②
	・時間外の検査対応　②			
	・休日検査の充実　①	・放射性医薬品での連携①	・休日，夜間検査体勢①	・時間外の検査対応　③
	・専門知識の向上　⑥	・機械化依存しない 技術②	・検査技術知識の修得②	
	・解剖専門職の設置　①		・自己研鑽，向上心　⑧	・自らの職域での向上①
	・第三者評価の採用　①	・新技術の開発　①	・学術的熱意　②	
			・社会動向に敏感　②	・疾病，医療動向関心①
放射線技師への要望	・臨床放射線技師自覚②		・病院経営参加の自覚①	
	・専門職の自覚と研鑽③		・医療職員人格の向上①	
	・責任あるｽﾍﾟｼｬﾘｽﾄ　③	・仕事の線引きの再考①		・専門業務範囲の拡大①
	・撮影プロ意識の醸成④		・撮影技術知識の修得②	・関連業務の一貫実施①
	・医師ｺﾝﾌﾟﾚｯｸｽ の排除①			
	・チーム医療参加意識③	・チーム医療の心掛け①	・医療従事者間の連携②	・医療仲間との連携　④
	・医師との協力関係　②		・診断への協力意識　②	・積極的な病棟出向　①
	・医療行為への参加意識②		・類似業務からの連携⑥	
	・稀少価値意識の払拭①		・専門職間業務の理解②	
	・人間性の向上　②		・相互の立場の理解　②	
	・患者本位の医療提供⑥	・患者本位医療の精神①		・患者中心医療の徹底②
	・患者に対する態度　①			・患者とのｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ ②
	・患者との接触時間確保①		・ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞｺﾝｾﾝﾄへの参画①	・患者への優しい接遇⑦
	・医療の福祉認識　①	・患者サービスの徹底①	・患者サービスの向上①	・患者の不安の軽減　②
	・優しい医療の提供　①			・特殊検査の事前説明①
	・苦痛の少ない検査法①	・新技術の開発　①		・副作用軽減治療法　①
	・新技術への柔軟な対応②			・患者苦痛考慮の検査①
	・被爆認識の啓蒙　①			・時間短縮への配慮　②
	・検査成績から診断能力①	・ﾊｲﾃｸ画像の読影力　①	・検査の理解　①	
	・時間外の検査対応　②		・休日，夜間検査体勢①	・時間外の柔軟対応　①
		・的確な使用評価情報①		・撮影時の病状把握　①
	・専門知識の向上　⑥	・十分な臨床知識修得①	・向上心　②	・自らの職域での向上①
	・第三者評価の採用　①			・疾病，医療動向関心①
				・看護婦介助の不要化①

	医　師	薬剤師	検査技師	看護婦
薬剤師への要望	・確実な仕事の実行 ① ・臨床薬剤師の自覚 ② ・専門職のプライド ② ・責任あるｽﾍﾟｼｬﾘｽﾄ ③ ・医師ｺﾝﾌﾟﾚｯｸｽ の排除① ・治療の場への参画 ③ ・医師との協力関係 ② ・チーム医療参加意識④ ・医師への薬学情報伝達② ・人間性の向上 ② ・患者本位の医療提供② ・患者との接触時間確保① ・優しい医療の提供 ② ・医療の福祉認識 ① ・調剤ミスの撲滅 ① ・処方の迅速化 ① ・薬剤効果，用途理解① ・厳重な投薬管理 ① ・服薬指導への取組み④ ・服薬指導の限界 ① ・薬剤情報ｻｰﾋﾞｽの向上① ・薬歴管理の徹底 ① ・時間外業務の対応 ① ・幅広い医学知識 ① ・薬学知識の修得 ⑨ ・第三者評価の採用 ①	・薬剤師ﾋﾞｼﾞｮﾝの構築 ① ・医療人としての自覚③ ・専門家としてのプライド① ・業務努力のｻｰﾋﾞｽ精神① ・社会的存在感の発揮② ・薬剤業務の質向上 ③ ・実践的薬剤理論構築① ・チーム医療の心掛け② ・医療仲間との対話増① ・患者サービスの徹底② ・医学的知識の向上 ② ・患者理解の服薬指導① ・向上性 ① ・職能活用の自己研磨④	・専門職間業務の理解① ・病院経営参加の自覚① ・組織医療ｽﾀｯﾌの認識① ・高慢な態度の是正 ① ・相互の情報交換 ① ・医療仲間の連携 ③ ・医療仲間対等の会話① ・相互の立場の理解 ③ ・輸血業務の連帯性 ② ・患者本位の診察体勢① ・投薬待ち時間の減少① ・検査薬剤の影響知識① ・投薬指導の充実 ① ・服薬指導の強化 ② ・薬品情報の患者説明① ・向上心 ② ・リエンジニアリング①	・医療の役割理解 ① ・薬剤師の役割理解 ① ・専門業務の範囲拡大④ ・自らの職域での向上① ・外来，病棟への参画⑥ ・医療仲間との連携 ② ・看護婦接点業務表現① ・病棟調剤師の充実 ① ・患者中心の医療徹底② ・患者ニーズの配慮 ① ・信念のある患者接遇① ・親切な薬局窓口応対① ・人間関係論の習得 ① ・注射薬剤の院内混合⑩ ・点滴のセット化 ③ ・内服薬の分包支給 ⑤ ・院内薬剤の責任感 ② ・薬品管理の実施 ④ ・ﾍﾞｯﾄﾞｻｲﾄﾞ服薬指導 ⑤ ・積極的な服薬指導 ⑲ ・薬品の情報提供 ③ ・服薬指導の情報提供① ・院内薬剤相談室設置② ・疾病，医療動向理解①
看護婦への要望	・医療専門職の自覚 ⑤ ・責任あるｽﾍﾟｼｬﾘｽﾄ ③ ・医師ｺﾝﾌﾟﾚｯｸｽ の排除① ・チーム医療の理解 ③ ・医師との連携の確保⑥ ・治療方針の理解 ① ・病状の迅速把握 ① ・医療介助の重要認識① ・人間性の向上 ② ・優しい心の醸成 ② ・患者の立場でﾌﾟ意識④ ・患者に対する応対 ③ ・患者本位の医療提供① ・医療の福祉認識 ② ・担当分野の専門知識④ ・看護業務の適正評価③ ・幅広い医学知識 ⑤ ・医療技術の向上 ③ ・自己研修 ③ ・看護の質の向上 ④ ・初心の精神維持 ① ・自ら律する能力確保① ・保守的傾向の改革 ② ・時間外の看護対応 ① ・患児，親への思いやり① ・第三者評価の採用 ①	・同僚としての認識 ② ・業務中の話掛け注意① ・協調性と理解 ① ・接遇マナー ① ・患者への愛情ある接遇 ① ・患者サービスの徹底② ・誤った服薬指導の回避① ・不確実な情報の確認② ・研修努力 ① ・ケアの充実 ① ・看護業務の効率化 ①	・ナース精神の醸成 ② ・病院経営参加の自覚① ・専門職間業務の理解① ・チーム医療の理解 ① ・医療仲間の連携 ④ ・相互の情報交換 ① ・採血業務等の協力 ① ・検査の理解 ② ・相互職場の理解 ③ ・暖かみのある接遇 ② ・看護業務の再考察 ① ・正確，明確な患者名① ・患者本位の診察体勢① ・柔軟な対応 ① ・担当領域の専門化 ① ・正しい検体採取指導② ・正直な検査依頼 ① ・専門技能の理解 ② ・看護教育の修得 ① ・向上心 ① ・技術，精神面の両立① ・自己主張の抑制 ① ・他職種との重なり重視② ・リエンジニアリング①	（設問なし） ＜下記はその他に記載＞ ・病院全体研究発表会① ・正しい判断力の修得① ・看護知識の研修 ①

	医　師	薬剤師	検査技師	看護婦
理学療法士・作業療法士への要望	・責任あるｽﾍﾟｼｬﾘｽﾄ ② ・医師ｺﾝﾌﾟﾚｯｸｽ の排除① ・資格による業務拡大① ・チーム医療の理解 ② ・医師との協力 ③ ・リハビリの質向上 ① ・人間性の向上 ② ・患者本位の医療提供② ・患者の立場でﾌﾟﾛ意識① ・病状の早期把握 ① ・患者に対する応対 ② ・医療の福祉認識 ② ・リハビリ目的の認識② ・東洋医学の採用 ① ・幅広い医学知識 ① ・専門知識の向上 ③ ・時間外の治療対応 ① ・寝たきり老人も対応① ・在宅診療への対応 ① ・精神的ﾘﾊﾋﾞﾘへの参画① ・人員の増強 ② ・第三者評価の採用 ①	・医療従事者仲間意識① ・患者サービスの徹底① ・マンパワーの確保 ① ・教育人数の増加 ①	・積極的な活躍 ① ・医療仲間としての連携 ④ ・相互職場の理解 ③ ・相互の情報交換 ① ・患者本位の診察体勢① ・患者を通したＰＲ ① ・専門技能の理解 ① ・向上心 ① ・診療科の設置 ①	・ﾁｰﾑ 医療一員の理解① ・病棟との連携，協力⑥ ・医療仲間意識の醸成① ・ﾘﾊﾋﾞﾘからのｶﾝﾌｧﾚﾝｽ ② ・リハビリ情報の提供⑤ ・退院時状況記録提供① ・個別患者への関わり① ・事務的にならない 工夫 ① ・生活背景ADL ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ ① ・日常生活訓練の指導③ ・日常生活回復の工夫① ・家族ぐるみ ﾘﾊﾋﾞﾘ指導 ① ・療法室往復のｻﾎﾟｰﾄ ① ・自らの職域での向上① ・肺理学療法への取組み② ・専門業務範囲の拡張① ・病院への出張治療 ② ・ﾍﾞｯﾄﾞｻｲﾄﾞｹｱの充実 ② ・末期患者のリハビリ①
介護士への要望	・責任あるｽﾍﾟｼｬﾘｽﾄ ② ・医療制度の実情認識① ・医師ｺﾝﾌﾟﾚｯｸｽ の排除① ・チーム医療の理解 ② ・医師との協力 ① ・介護方法の説明指導① ・介護の質の向上 ① ・人間性の向上 ③ ・患者本位の医療提供② ・患者の立場でﾌﾟﾛ意識① ・患者に対する応対 ② ・医療の福祉認識 ① ・幅広い医学知識 ② ・専門知識の向上 ③ ・時間外の治療対応 ① ・人員の増強 ② ・第三者評価の採用 ①	・患者サービスの徹底① ・介護技術の研鑽 ①	・社会的地位の向上 ① ・医療仲間としての連携 ② ・相互職場の理解 ③ ・相互の情報交換 ① ・患者本位の診察体勢① ・専門技能の理解 ① ・向上心 ①	・業務の重要性認識 ① ・信頼ある地位の確立① ・医療ｽﾀｯﾌとの連携 ① ・医療仲間意識の醸成① ・役割分担の明確化 ① ・看護、介護領域厳守① ・看護婦との協力体制④ ・看護婦との情報交換② ・看護計画に沿った行動① ・患者本位の介護体勢① ・臨床現場への進出 ① ・ﾘﾋﾞﾝｸﾞ・ｳｨﾙの支援 ・合同研修会の実施 ①

表３．医療従事者の医療産業への要望比較
〔○内数字は同一アンケート回答数，( )内は全回答数〕

	医　師 （設問１４／９８人）	薬剤師 （設問１３／５１人）	検査技師 （設問13,14 ／５７人）	看護婦 （設問１０／５６人）
製薬メーカーへの要望	・社会的必要新薬開発③ ・真に役立つ薬剤開発① ・希少疾患治療薬開発① ・国内研究開発の強化② ・新規医薬品共同開発① ・大学への研究費拠出① ・無駄な新薬開発中止② ・類似製品販売の自粛② ・同種薬開発の調整　④ ・有用既存薬の持続　② ・基本的既存薬の改善① ・安価良質医薬品提供② ・医薬品の低コスト化① ・直販による安価化　② ・ゾロ品製造の自粛　① ・医療情報ｻｰﾋﾞｽの充実② ・専門的な情報の提供① ・科学的情報の提供　① ・自社製品の客観評価② ・科別有用薬剤情報　① ・正確な新薬情報　① ・他社製品との比較情報① ・安全性・副作用情報① ・正式な医薬品説明会① ・社会的責任の自覚　② ・医療は福祉との認識① ・利益の社会還元　④ ・利益第一主義の自粛⑤ ・医療貢献の文献検索① ・医薬品販売の自覚　① ・製薬業界の強化　②	・長期投与薬指向是正① ・真に役立つ薬剤開発① ・医療現場のﾆｰｽﾞ 活用② ・収載品目の削減　① ・同種医薬品の集約　① ・既存薬の社会的存続① ・品質で勝負　① ・剤形外形変更の自粛① ・契約薬品の在庫管理① ・小包装薬剤の取扱い① ・情報の開示　① ・ＭＲの添付文書説明① ・高齢者向け添付文書① ・充実した情報提供　① ・末端意見の情報収集① ・相互作用副作用情報③ ・速やかな情報伝達　① ・適正使用の推進　① ・ＭＲの削減　② ・ＭＲ評価法の是正　② ・適正利益体制　② ・利益優先主義の反省① ・医療人としての行動① ・業界再編による強化①	（設問なし）	・少副作用薬剤の開発② ・治験薬の安全性配慮② ・品目の削減　① ・製薬名の統一　① ・医薬品の低コスト化① ・ｶﾞﾗｽ 製でない ｱﾝﾌﾟﾙﾎﾞﾄﾙ ① ・空気針不要点滴ｾｯﾄ ① ・包装の簡素化　① ・臨床考慮製剤単位数① ・医療廃棄物回収ｻｰﾋﾞｽ① ・混注不可薬の明示　① ・わかりやすいパンフレット① ・治験薬剤の説明　① ・治験ﾌﾟﾛﾄｺﾙ の指導　② ・副作用の明確表示　② ・副作用の情報公開　② ・情報全員配付の自粛① ・ＭＲの医師指向自粛③ ・MRの病院内規則遵守① ・MRの医師への連絡自粛① ・医療従事者とのｸﾘｰﾝ化① ・利益追求からの脱皮① ・医療の立場での行動①
医薬品卸への要望	・安価良質医薬品提供① ・直販による安価化　⑤ ・卸廃止で手数料軽減② ・ｻｰﾋﾞｽの解釈間違い　① ・専門的な情報の提供① ・科学的情報の提供　① ・ﾕｰｻﾞｰ情報のﾌｨｰﾄﾞﾊﾞｯｸ　① ・医薬品知識の勉強　① ・正式な医薬品説明会① ・医療は福祉との認識① ・医療貢献の文献検索① ・利潤追求主義の自粛③	・安定供給の確保　① ・有効期限管理の徹底① ・迅速な発注，納品　① ・円滑な供給体制　① ・建値制度の不利克服① ・価格の地方格差是正① ・価格競争の自粛　① ・自由競争　① ・医薬品独自評価機構① ・情報提供過多の是正① ・ＭＳの教育，育成　① ・医薬品販売プロ意識① ・利益優先主義の反省① ・流通介助からの脱皮②	（設問なし）	・医療従事者とのｸﾘｰﾝ化① ・情報全員配付の自粛① ・突然のＰＲ訪問自粛① ・定期的新規情報提供① ・治験薬剤の説明　①

	医　師	薬剤師	検査技師	看護婦
診断薬メーカーへの要望	・新規開発品の開拓 ① ・高精度診断薬の開発③ ・迅速診断の試薬開発① ・ＶＣ利用容易の努力① ・新規医薬品共同開発① ・ﾌｧｼﾞｰ診断薬の自粛 ① ・高価診断薬使用機器① ・高信頼性安価キット① ・安価良質診断薬提供③ ・診断薬の低コスト化② ・直販による安価化 ① ・使用済薬の回収 ① ・専門的な情報の提供① ・科学的情報の提供 ① ・サービスネット拡大① ・情報提供の拡大 ① ・正式な医薬品説明会① ・医療は福祉との認識① ・利益第一主義の自粛① ・多方面での活躍 ①	・病原菌固定の高速化① ・機器専用試薬の自粛① ・診断薬の低コスト化① ・重要性のＰＲ ① ・連絡時間の迅速化 ① ・情報提供の拡大 ① ・大病院指向の自粛 ①	・医療上ﾕﾆｰｸ検査薬 ② ・高精度診断薬の開発① ・病状試験の開発 ① ・自動分析機への汎用性① ・検査反応性の考慮 ① ・低ﾗﾝﾆﾝｸﾞｺｽﾄ 検査薬① ・ﾊﾝﾁｮﾝｷｯﾄ化の反省 ① ・独自の開発試薬創造③ ・汎用機器用試薬開発② ・基準値付与検査薬 ① ・検査薬の規格化 ① ・品質の統一・標準化⑤ ・検査値互換性検査法① ・有効期間の延長 ① ・試薬のコストダウン④ ・価格の適正化・是正③ ・安価，安全，簡便 ② ・施設間価格差の是正⑥ ・サービスの向上 ② ・試薬容器等の引取 ① ・情報伝達の迅速化 ② ・特徴ある試薬の説明① ・新規試薬データ分析② ・内分泌検査の根拠 ① ・検査薬コスト情報 ①	・情報全員配付の自粛① ・医師指向の自粛 ① ・試験データの公表 ① ・治験薬剤の説明 ① ・定期的な説明会 ① ・医療従事者とのｸﾘｰﾝ化①
民間検査会社への要望	（設問なし）	（設問なし）	・標準化の実施公表 ① ・良質安価な標準化 ② ・標準化方法の統一 ⑤ ・医療関連協同標準化① ・実用基準法設備充実① ・振興会マーク拡充 ① ・ｾﾝﾀｰ間差量の減少 ② ・検査所全国的標準化④ ・関連学会等の連携 ① ・精度管理結果の報告① ・精度管理の実施公表④ ・精度管理方式簡素化① ・測定前精度管理徹底① ・ｻｰﾍﾞｲで精度管理向上② ・検査前検体適正保管① ・検体測定の統計処理① ・２４時間報告体制 ① ・休祭日報告体制 ① ・搬送等報告時間短縮⑥ ・報告情報伝達法改善⑤ ・再検討中の早期報告① ・検査結果ﾃﾞｰﾀﾍﾞｰｽ化 ② ・検査結果ﾃﾞｰﾀ の守秘① ・ﾃﾞｰﾀﾍﾞｰｽで整理迅速化① ・特殊検査の受託体制③ ・病院検査部門の査察① ・検査料金の適正化 ⑤	（設問なし）

	医　師	薬剤師	検査技師	看護婦
医療機器メーカーへの要望	・実質本位の機器製造①	・企業の充実・拡大 ①	・企業体質の強化 ①	
	・新規開発品の開拓 ①	・製品開発力の強化 ①	・海外企業との競争力 ①	
	・ｼﾝﾌﾟﾙ高精度医療機器②		・検査機器ニーズ調査①	・患者ニーズ採用機器①
	・小型簡便医療機器 ②	・自動化開発の推進 ①		
	・類似品開発からの脱皮①	・安価自動調剤機器 ①	・小型規格化検査機器①	・医療機器の小型化 ①
	・新規機器の共同開発②	・固定観念からの脱皮①	・専用機器の汎用化 ②	・安価簡便医療機器 ④
	・ﾍﾟｰｽ・ﾒｰｶｰの国産化 ②			・使い易い機器開発 ⑤
	・輸入品の安価提供 ①			・現場ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ装置設置①
	・安価良質の機器提供①	・先進機器の適正評価①		・ﾎﾙﾏﾘﾝ 燻蒸後ﾌﾟﾛﾃｸﾀｰ①
	・医療機器の低額化 ⑭		・検査機器の低額化 ⑦	・医療機器の低額化 ⑤
	・納入価格差明確化 ③	・納入価格差の是正 ②	・納入価格差明確化 ②	
	・売り込み攻勢の自粛②		・施設間価格差の是正②	
	・ﾓﾃﾞﾙﾁｪﾝｼﾞ の自粛 ①		・不必要ソフト除去 ①	・ﾓﾃﾞﾙﾁｪﾝｼﾞ の適正頻度①
	・患者に優しい設計 ①		・検査機器の標準化 ③	
	・新規機器のリース化①			・医療機器のリース化③
				・ﾘｰｽ 式在宅医療機器①
	・保守ｻｰﾋﾞｽの有料化 ①			・試用期間の配慮 ①
	・ｱﾌﾀｰｻｰﾋﾞｽの充実 ②	・ｱﾌﾀｰｻｰﾋﾞｽの充実 ③	・旧型機ｱﾌﾀｰｻｰﾋﾞｽ充実③	・ｱﾌﾀｰｻｰﾋﾞｽｹｱの向上 ①
	・交換部品の長期保存①	・欠陥のない開発製品①	・サービスの向上 ①	・定期的ﾒｲﾝﾃﾅﾝｽ ｻｰﾋﾞｽ⑤
	・納入機器の機能向上①			・安全機能のﾁｪｯｸ体制①
	・安全性や性能の向上①		・搬送ｼｽﾃﾑとの互換性 ②	
	・科学的情報の提供 ①	・医療機器情報の提供①	・ﾊﾞｶﾁｮﾝｷｯﾄ化の反省 ①	
	・正式な製品説明会 ①		・検査の反応性考慮 ①	・情報全員配付の自粛①
	・他社製品との比較情報①		・中古機器の下取り ②	・全ｽﾀｯﾌへの説明会 ①
	・ユーザー重視の姿勢①		・新製品の情報提供 ①	
	・厚生省ｼｽﾃﾑにｸﾚｰﾑ ①		・製品のコスト情報 ①	・販売員医師指向自粛①
	・医療は福祉との認識①		・海外での展示活動 ①	・販売員の病棟入自粛①
介護サービス企業への要望	・企業としての自覚 ①			
	・企業保護による充実②			
	・社会性の重視 ②			
	・積極的保険制度導入①			
	・医療機関との連携強化①	・医療機関との連携 ②		・病院等との連携 ①
	・連絡緊密による効率化①			・入院在宅一貫ｻｰﾋﾞｽ ①
	・人間味ある人材派遣①		（設問なし）	・手軽な利用ｼｽﾃﾑ作り①
	・安価良質のｻｰﾋﾞｽ提供②			・安価なｻｰﾋﾞｽ提供 ⑤
	・サービスの低価格化③	・価格の明瞭化 ①		
	・科学的情報の提供 ①	・介護ｻｰﾋﾞｽ情報の提供①		・患者への直接説明 ①
	・正式な商品説明会 ①	・介護用品使用適性 ①		・介護用品のﾚﾝﾀﾙ化 ①
	・利益第一主義の自粛①			・販売員の売込み自粛①
	・技術力向上の精神 ①			・情報全員配付の自粛①
	・医療は福祉との認識①			
ＣＲＯへの要望	・存在意義の明確化 ①			
	・社会的認知の努力 ②			
	・企業数の増加 ①			
	・中立性の確保 ①			
	・不正企業の閉め出し①			
	・安価正確なﾃﾞｰﾀ 提供①	（設問なし）	（設問なし）	（設問なし）
	・安価良質のｻｰﾋﾞｽ提供①			
	・科学的情報の提供 ①			
	・正式な商品説明会 ①			
	・実績からの改善 ①			
	・医療は福祉との認識①			
	・病院に適した検査 ①			

表４．医療従事者の行政部門への要望比較
〔○内数字は同一アンケート回答数,（ ）内は全回答数〕

	医　師（設問１８／９８人）	薬剤師（設問１４／５１人）	検査技師（設問１５／５７人）	看護婦（設問１１／５６人）
厚生省への要望	・一貫した厚生行政 ① ・医療は福祉の認識 ① ・医療全般の啓蒙活動② ・真に医療行政の改善③ ・実際の医療に協力的① ・官僚統制の緩和 ③ ・新しい枠組みの構築① ・医療関連法規の勉強① ・健康老人の就業制度① ・縦割り行政の反省 ① ・企業との癒着の排除① ・保険医療制度の改善⑦ ・医療福祉予算の充実② ・施設改善予算重点化① ・国家研究予算の増加④ ・重要研究課題ﾘｰﾀﾞｼｯﾌﾟ① ・少子対策制度の充実② ・小児医療制度見直し④ ・診療報酬の適正改善② ・保険点数の見直し ① ・医療費の適正再配分② ・医療費抑制政策 ① ・余裕ある診療の対応① ・安易な新薬認可回避① ・保険適用範囲の拡大① ・定額医療の適用拡大① ・保険制度の啓蒙拡大① ・医療費の増額 ③ ・先進医療への対処 ① ・地域医療との調和 ② ・救急患者受入の矛盾① ・家庭医と連携体制 ① ・医療現場解決型視察② ・医療機関のｼｽﾃﾑ化 ① ・医療内容の監視ｼｽﾃﾑ① ・医療現場中心の政策① ・医療の将来展望 ③ ・医療環境の整備 ② ・医療従事者意見拝聴① ・医療現場の理解 ② ・患者本位医療体制化① ・投薬期間の柔軟化 ① ・医療人材の質確保 ③ ・医療法人の性格付け① ・疾病の専門的理解 ① ・臨床研修ｼｽﾃﾑの改善① ・科学的思考法の採用① ・医師免許制度見直し① ・卒業後教育の制度化② ・研究活動の重視 ① ・国費研究成果の公表①	・法律の先走りの反省① ・薬剤師法の早期改正① ・法律のｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ作成 ① ・法律理解の同一指導① ・添付文書の除外明記① ・自己保身からの脱皮① ・医療制度の見直し ① ・中医協に病院委員 ① ・委員会ﾒﾝﾊﾞｰの適材化① ・技術料重視保険行政① ・調剤・指導料一元化① ・報酬審査医ﾊﾞﾗﾂｷ是正① ・医薬品認可の限定 ② ・日本型建値制度検討① ・中止薬の早急除外 ① ・大病時公的費用補助① ・医療費抑制対策 ① ・健康維持向上対策 ① ・健康対策の税制優遇① ・薬剤師定数の励行 ① ・日本型医薬分業推進④ ・実務研修施設の整備① ・治験同意書の見直し① ・第三者臨床試験計画① ・薬剤取扱いの理解 ① ・投薬方法の適正指導① ・問題情報の早期伝達① ・医薬品情報伝達機構① ・病院薬剤師地位向上② ・薬剤師教育制度改革② ・中堅薬剤師研修義務① ・医学教師の薬学教育① ・臨床薬学の国試導入①	・病院側の医療行政 ① ・日本にあった制度 ① ・医療関連省庁の連携① ・医療行政の緩和 ① ・診断薬の早期認可 ① ・標準化の積極推進 ① ・検体検査の業務制限② ・基準外試薬機器排除① ・保険財政の統合 ① ・医療ｲﾝﾌﾗ予算の増加① ・国家研究予算の増加① ・病院内予算の独立化① ・検査業界の育成 ① ・臨床検査点数見直し⑮（まるめ方式等） ・外注検査価格適正化② ・保険点数の適正配分② ・研修指定病院の別枠① ・委託検査の監視強化① ・平等な保険制度 ① ・疾病別定額医療適用① ・保険適用のｽﾑｰｽ化 ① ・保険審査の信用 ① ・柔軟な臨床検査指示① ・医師制限の緩和 ① ・医療従事者の増員 ① ・医療従事者意見拝聴① ・臨床検査現場の理解③ ・検査技師の身分確定③ ・教育機関の見直し ①	・社会ﾆｰｽﾞへの迅速対応① ・ＨＩＶ患者への保障① ・関連省庁の方針一致① ・安全，安心，平等策① ・病院環境改善の規則① ・病院の快適さ義務化① ・院内感染対策の対応③ ・付添い禁止の緩和 ① ・准看護婦制度の廃止② ・老人病院等の設立 ② ・安価高齢者介護施設① ・救急病院の増設 ① ・特定機能病院の措置① ・難病対策の特別予算① ・医療審議会に看護婦① ・看護料点数の適正化⑤ ・診療報酬改正の説明① ・薬禍防止の厳正審査① ・保険制度の質的改善③ ・健康保持増進対策 ① ・医療従事者の充実 ② ・看護婦不足現場理解① ・看護婦不足対策実施② ・看護婦人員適正化 ④ ・看護婦採用条件改善② ・看護婦労働環境改善④ ・看護婦の待遇改善 ⑤ ・医療現場の意見拝聴① ・医療現場の理解 ① ・看護婦海外出張支援① ・人間教育医学ｶﾘｷｭﾗﾑ① ・看護独自の業務拡大① ・看護婦の地位向上 ④ ・卒後教育のフォロー① ・夜間看護大学の設置① ・看護婦の資格制度 ③ ・病院間教育交換制度① ・夜勤看護婦の育成 ①

	医　師	薬剤師	検査技師	看護婦
教育機関への要望	・人格形成医学教育 ④ ・人間全体をｹｱする教育② ・優れた臨床医の育成⑦ ・責任感ある医師の育成① ・教育の独自性の発揮② ・医学倫理の修得 ① ・しっかりとした勉強① ・厳しい教育の実施 ① ・教育研究と診療区別⑧ ・学生の患者接触増加④ ・ｾﾈﾗﾙ医学者の育成 ① ・臨床医師教育の重視② ・卒前教育の重視 ③ ・若手の大学外での育成② ・研修医教育への注力① ・救急医療の体験教育① ・医療の高度化専門化① ・基礎研究の経済基盤① ・診療ｼｽﾃﾑの活性化 ① ・診察・表現法の教育① ・医局講座制の廃止 ① ・保険医療の理解 ① ・組織評価制度の導入① ・大学院の厚生省移管① ・教育病院の制約緩和① ・卒後教育の充実 ① ・情報網での卒後教育 ① ・高齢医師の再教育 ① ・医学技術評価見直し① ・診療・教育の評価法① ・自己点検・評価 ① ・創造的研究の育成 ① ・教育ｼｽﾃﾑの門戸開放① ・病院との連携ｼｽﾃﾑ構築① ・大学別異主題の研究① ・大学間の格差是正 ① ・教育機関間相互交流② ・地域医療直結医療 ① ・自治体病院助成強化① ・市立病院のｳｴｲﾄ増加① ・教育スタッフの充実④ ・教育者と医師の分離④ ・教授の臨床基礎分離① ・給与体系の見直し ①	・人間形成面の充実 ② ・薬剤師教育者の養成① ・先生の病院現状認識① ・公平な教育者人選 ① ・自己保存の抑制 ① ・薬剤師教育の理解 ① ・薬学の実践教育 ① ・薬学の臨床教育導入② ・医療主体の薬学教育① ・医学テキストの採用② ・臨床教育者意見拝聴① ・薬の倫理講座の新設① ・薬剤師の質の向上 ① ・薬学教育の見直し ⑤ ・薬学６年制化 ① ・薬科大学付属病院 ① ・患者本位の服薬考慮① ・新薬副作用情報収集① ・実務研修施設の協力① ・研修の一般開放 ① ・共同研究の門戸拡大① ・医療機関との連携 ① ・教育スタッフの充実① ・大学と病院の分離 ①	・文部，厚生省の連携① ・技師教育者の育成 ① ・臨床現場経験者指導① ・新規検査技術教育 ① ・医療の基本の修得 ① ・基礎能力の向上 ① ・臨床検査の正しい理解③ ・臨床検査効率的利用① ・病院実習の増加 ① ・医療経済等の教育 ① ・技師養成学校適正化① ・理工学系知識の修得① ・新しい情報の提供 ① ・技師養成４年制化 ⑩ ・卒後教育の充実 ① ・生涯教育の支援 ① ・教育機関の民間開放① ・研究的検査の実施 ① ・関連機関との交流 ① ・医療の充実重視 ① ・教員，施設の充実 ② ・医療従事者過剰対策①	・看護婦教育者の育成① ・看護教育への理解 ① ・良質看護婦の養成 ① ・人間的側面重視教育④ ・病態生理の看護教育① ・人との ｺﾐﾆｭｹｰｼｮﾝ教育① ・教育内容の専門化 ① ・高度医療専門家養成① ・理論と実践直結教育① ・新発想の教育 ① ・看護婦の夜勤実習 ① ・医師実習の患者経験① ・各種学校での養成禁止② ・准看養成所の抑制 ③ ・准看の正看転換促進② ・認定制度の門戸拡大③ ・４年制看護大学増設② ・夜間看護大学増設 ② ・看護大学の臨床研究① ・養成所の文部省移管② ・患者配慮の学生実習① ・研究者の臨床への参加① ・健康増進教育の普及① ・後続教育体制の構築① ・教育担当の施設派遣① ・管理者研修の増開催① ・臨床指導の学校派遣①

	医　師	薬剤師	検査技師	看護婦
国公立研究機関などへの要望	・医療機関の中核認識① ・親方日の丸意識払拭② ・本来の医療ｻｰﾋﾞｽ実施① ・先進医療中心の研究④ ・難病の集約治療体制③ ・しっかりとした勉強① ・早期体験学習義務化① ・基礎研究の蓄積　① ・予算獲得による充実① ・ゆとりある診療体制② ・診療と研究の分離　① ・研究機関専門化　① ・診療に役立つ研究　① ・臨床に徹した研究　① ・公的機関の再検討　④ ・国立病院の廃止　③ ・資金流れの明瞭化　① ・本来的大病院の設立① ・レベル差の是正　① ・救急医療の重点実施① ・救急部門の切り離し① ・地域中核病院への変貌④ ・他機関との人的交流② ・病院間の連携　① ・保険医療教育の実施① ・投薬の系統的教育　① ・市立病院のｳｪｲﾄ増加① ・無駄排除の負担軽減① ・患者第一の医療　① ・患者家族の意向拝聴① ・患者待時間の短縮　① ・施設利用の門戸開放② ・臨床研究施設の付設① ・出張病院への情報提供① ・組織外からの評価制度① ・研究実績評価の増加① ・自己点検・評価　① ・無駄な研究の中止　① ・事務職の休日対応　① ・医療スタッフの増員① ・環境改善による活性化① ・診療報酬の引き上げ① ・給与体系の見直し　① ・労働条件の平等性　②	・薬学の医療上の認識① ・手術の謝礼等の廃止①	（設問なし）	・最先端医療実施機関① ・難病患者受入施設増① ・難病研究の推進　① ・基礎研究機関の設立① ・基礎研究助成金増額① ・コンフィケーション① ・看護研究専任制度　① ・病院評価の評価表　①

表５．高齢社会への対応の認識比較
〔○内数字は同一アンケート回答数，( )内は全回答数〕

	医　師 （設問１５／９８人）	薬剤師 （設問１８／５１人）	検査技師 （設問１６／５７人）	看護婦 （設問１３／５６人）
医療従事者の立場	・高齢者の人権尊重 ② ・全人的医療の知識 ④ ・高齢者疾患治療確立⑨ ・不治の病の克服 ① ・不定愁訴の治療確立② ・医師の高齢化対応 ② ・加齢と疾病の鑑別 ③ ・老人医療の研究推進⑦ ・診断，治療の最適化⑥ ・治療適否の判断能力② ・医療の価値観の転換② ・チーム医療の連携 ④ ・全分野ﾌﾟﾗｲﾏﾘｰｹｱ対応⑤ ・ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ の重要性② ・定額制医療の導入 ① ・投薬，検査の厳選 ② ・社会資源活用の知識② ・無駄な治療の回避 ⑤ ・予防医学の充実 ⑩ ・在宅医療チーム編成⑩ ・介護教育とｼｽﾃﾑ参画② ・日常生活能力の評価② ・多機能老人収容施設② ・末期医療の再評価 ⑦ ・濃密治療の可否基準① ・脳死，尊厳死 ③ ・ＱＯＬ重視医療 ⑦ ・家庭医制と地域協力②	・患者中心医療の推進⑦ ・高齢者薬物療法確立③ ・不治治療薬の開発 ② ・服薬しやすい剤型の開発④ ・薬剤疫学への貢献 ④ ・医薬品の適正使用 ⑧ ・服薬指導の推進 ⑩ ・医薬品処方権の獲得① ・臨床薬学知識の修得④ ・専門知識の向上 ③ ・高度医療教育の充実① ・福祉教育の充実 ① ・医療費の削減 ① ・医薬分業の推進 ① ・健康管理のよき指導者② ・予防医学の推進 ② ・在宅医療への対応 ⑨ ・救急医療への対応 ①	・高齢者接遇の配慮 ④ ・より良い検査の提供④ ・新検査技術の開発 ③ ・ＱＯＬ検査法の開発② ・検査基準値の見直し⑤ ・ﾍﾞｯﾄﾞｻｲﾄﾞ検査指導 ④ ・検査意義の説明 ④ ・人間的治療への参画 ③ ・医療人としての自覚 ⑤ ・医学知識の修得 ⑦ ・検査技師の高度養成⑤ ・高齢者対応病院施設③ ・自己の健康管理 ① ・集団検診の推進 ② ・予防医学への職域拡大⑤ ・在宅医療の訪問検査⑬ ・医療問題への積極提言①	・患者相応の看護活動② ・患者主導の治療計画① ・高齢者の理解 ⑥ ・地域医療体制の推進⑧ ・高齢者介護教育指導② ・治療環境の快適化 ② ・退院時指導の適切化① ・訪問看護の人材育成② ・自己業務の責任実行② ・質の高い看護業務 ① ・他職種等との連携 ④ ・患者とのｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ ② ・専門職としての成長 ② ・看護業務でのﾘｰﾀﾞｰｼｯﾌﾟ ④ ・老人看護知識の修得⑦ ・高齢者ケア体験ｼｽﾃﾑ① ・社会支援ｼｽﾃﾑの構築② ・予防健康管理の推進⑤ ・生活力自立への援助⑥ ・訪問看護活動の推進⑯ ・在宅看護体制の整備⑤ ・末期患者の在宅対応① ・難病看護への取組み① ・卒後教育の計画履行①
市民の立場	・医療の価値観の転換③ ・高齢者との共存社会⑥ ・死生観の確立 ③ ・地域ぐるみの健康意識 ⑤ ・予防医療意識の向上④ ・自己健康管理意識 ⑦ ・患者の立場の対処法③ ・在宅ケアへの住民参加⑦ ・高齢介護ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ拡充⑬ ・無駄な医療費の回避② ・生き甲斐の発見 ④ ・脳死，尊厳死ｺﾝｾﾝｻｽ② ・経済的医療負担 ⑧	・良い医療環境の構築① ・人間性豊かな生活 ② ・ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ 可能環境② ・地域医療の連携 ② ・健康管理の維持 ③ ・健康管理の指導者 ① ・自己管理能力の向上⑤ ・専門知識の向上 ③ ・介護ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱの活性化⑫ ・在宅医療への参加 ② ・ｶｶﾘつけ 薬局の理解 ① ・疾病相応の病院選択① ・生涯学習への取組み①	・医療供給体制整備 ④ ・高齢者との優しい交流③ ・核家族化の歯止め ① ・地域ぐるみの支援体制 ② ・自己健康管理 ⑧ ・救急体制の充実 ① ・定期検診等の受診 ② ・医療知識の向上活用④ ・ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱへの参加 ⑩ ・ｶｶﾘつけ 医師の確保 ① ・医療費の節約 ⑤ ・社会福祉への関心高揚③	・社会的支援ｼｽﾃﾑ構築④ ・高齢者の存在の理解⑥ ・高齢者への暖かい配慮④ ・地域の相互援助体制⑬ ・自己健康管理の維持⑥ ・自分の限界の把握 ② ・予防，介護ｻｰﾋﾞｽ提供⑤ ・訪問介護の充実 ② ・ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱへの参加 ㉒ ・医療者とのｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ ② ・ﾎｰﾑﾄﾞｸﾀｰ 制度の啓蒙① ・老人病院の増設 ③ ・長期的な将来設計 ⑧
国の立場	・医療福祉ﾋﾞｼﾞｮﾝの明示① ・社会保障制度の改善⑬ ・老人医療の見直し ③ ・高齢者介護施設拡充⑯ ・生き甲斐機会の提供⑩ ・予防医学の充実 ② ・老人会での教育制度① ・高齢社会の認識啓蒙⑤ ・在宅医療の充実 ⑦ ・ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱｼｽﾃﾑの拡充 ④ ・医療従事者待遇改善② ・脳死，尊厳死ｺﾝｾﾝｻｽ② ・国の経済的支援 ⑯	・高齢化社会対応施設③ ・社会保障制度見直し⑪ ・高齢者生活環境改善③ ・高齢者医療施設拡充⑦ ・在宅介護機能の強化⑦ ・健康機能検査の充実② ・健康増進指導の充実① ・効率的医療供給体制④ ・家庭医制度の推進 ① ・医薬分業の推進 ③ ・医薬品開発体制改革④	・将来の福祉社会充実② ・社会保障制度の改善⑬ ・高齢者生活環境改善② ・高齢者医療施設拡充⑪ ・社会的入院患者対応② ・生涯健康学習ｼｽﾃﾑ化③ ・検査技師権限の拡大③ ・医療関連人材の育成③ ・在宅ケア対応制度 ③ ・医療体制の充実 ② ・医療関連予算の拡大④ ・検査法開発予算拡大④ ・医療人材の適正配分①	・ﾊﾞﾗﾝｽのとれた福祉政策 ④ ・柔軟的社会保障制度⑦ ・高齢者生活環境改善④ ・高齢者医療施設拡充㉑ ・高齢者の雇用促進策③ ・地域高齢者支援ｼｽﾃﾑ② ・高齢者対策認識教育② ・医療関連人材の育成② ・在宅医療ｼｽﾃﾑの整備⑥ ・訪問看護対策の推進⑧ ・医療予算の適正配分② ・ボランティアの啓発④ ・看護介護人材の増強⑧

表６．患者の立場に関する対応方法の認識比較
〔○内数字は同一アンケート回答数，（ ）内は全回答数，表内の数字は回答数〕

	医　師（設問９／９８人）	薬剤師（設問１５／５１人）	検査技師（設問１０／５７人）	看護婦（設問６／５６人）
患者の立場に関する対応課題	・ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞｺﾝｾﾝﾄ（疾病） 十分 25 普通 48 不十分 20 ・告知 是非必要 31 必要 50 あまり必要でない 11 ・末期医療 是非必要 44 必要 48 あまり必要でない 3 ・脳死判定 是非必要 35 必要 39 あまり必要でない 17 ・機能保存治療 是非必要 33 必要 53 あまり必要でない 4 ・ｱﾒﾆﾃｨ（快適度） 是非必要 44 必要 49 あまり必要でない 2 ・介護体制 是非必要 42 必要 52 あまり必要でない 0 ・服薬指導 是非必要 24 必要 65 あまり必要でない 5 ・在宅医療 是非必要 31 必要 59 あまり必要でない 5 ・かかりつけ医 是非必要 31 必要 59 あまり必要でない 5 ・家庭医学 是非必要 13 必要 58 あまり必要でない 17 ・医療情報提供体制 是非必要 30 必要 57 あまり必要でない 7 ・定額医療 是非必要 5 必要 22 あまり必要でない 53 ・保険適用外検査適用 是非必要 20 必要 58 あまり必要でない 11	・ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞｺﾝｾﾝﾄ 是非必要 40 必要 9 あまり必要でない 0 ・告知 是非必要 6 必要 28 あまり必要でない 3 ・末期医療 是非必要 21 必要 16 あまり必要でない 10 ・植物人間医療 是非必要 6 必要 20 あまり必要でない 7 ・脳死判定 是非必要 29 必要 18 あまり必要でない 0 ・ＱＯＬ 是非必要 29 必要 18 あまり必要でない 0 ・機能保存治療 是非必要 8 必要 24 あまり必要でない 3 ・ｱﾒﾆﾃｨ（快適度） 是非必要 26 必要 21 あまり必要でない 0 ・介護体制 是非必要 28 必要 21 あまり必要でない 0 ・救急医療体制 是非必要 38 必要 11 あまり必要でない 0 ・服薬指導 是非必要 31 必要 18 あまり必要でない 0 ・在宅医療 是非必要 32 必要 17 あまり必要でない 1 ・かかりつけ医 是非必要 18 必要 28 あまり必要でない 3 ・家庭医学 是非必要 9 必要 30 あまり必要でない 6 ・医療情報提供体制 是非必要 32 必要 15 あまり必要でない 1 ・定額医療 是非必要 4 必要 18 あまり必要でない 13 ・保険適用外検査適用 是非必要 9 必要 22 あまり必要でない 3	・検査意義説明（IC） 是非必要 35 必要 18 あまり必要でない 2 ・非観血的検査（QOL） 是非必要 19 必要 28 あまり必要でない 2 ・検査回数適正化 是非必要 15 必要 35 あまり必要でない 5 ・食事制限適正化 是非必要 23 必要 29 あまり必要でない 3 ・家庭内検査結果活用 是非必要 13 必要 26 あまり必要でない 9 ・保険適用外検査適用 是非必要 18 必要 29 あまり必要でない 6	・ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞｺﾝｾﾝﾄ 是非必要 46 必要 6 あまり必要でない 0 ・告知 是非必要 6 必要 33 あまり必要でない 6 ・末期医療 是非必要 36 必要 11 あまり必要でない 7 ・ＱＯＬ 是非必要 48 必要 3 あまり必要でない 0 ・ｱﾒﾆﾃｨ（快適度） 是非必要 40 必要 13 あまり必要でない 0 ・介護体制 是非必要 40 必要 12 あまり必要でない 1 ・救急医療体制 是非必要 38 必要 16 あまり必要でない 0 ・服薬指導 是非必要 26 必要 27 あまり必要でない 0 ・在宅医療 是非必要 32 必要 21 あまり必要でない 0 ・かかりつけ医 是非必要 24 必要 27 あまり必要でない 0 ・家庭医学 是非必要 11 必要 36 あまり必要でない 3 ・医療情報提供体制 是非必要 28 必要 23 あまり必要でない 1 ・定額医療 是非必要 3 必要 21 あまり必要でない 8

表７．救急医療に関する現状認識比較
〔○内数字は同一アンケート回答数，( )内は全回答数〕

	医　師 （設問１６／９８人）	薬剤師 （５１人）	検査技師 （５７人）	看護婦 （設問１２／５６人）
救急医療の課題（所属病院）	・救急１次体制の徹底④ ・救急 2,3次体制整備③ ・救急医療体制の整備⑧ ・救急専門科の独立 ② ・夜間休日の検討体制③ ・当直医の専門外対応⑤ ・救急専門医の増員 ⑦ ・救急医療ｽﾀｯﾌの確保⑯ ・医療ｽﾀｯﾌの認識強化① ・診療科間の連携 ② ・救急関連予算の確保① ・救急病院への報酬増額① ・入院ベッドの確保 ⑧ ・救急治療室の設置 ② ・救急設備の整備 ⑦ ・看護体制の整備 ② ・当直仮眠室の整備 ① ・規模拡大での救急余力① ・救急患者対応の統一① ・後方支援体制 ③ ・患者搬送体制の整備③ ・救急隊員の視覚処置① ・救急医療医の養成 ① ・医療行政官の認識 ① ・長時間勤務の解消 ② ・労働時間短縮の措置② ・不急患者の救急回避① ・国民の救急医療教育① ・救急医療の経済性 ⑤	（設問なし）	（設問なし）	・救急 2,3次体制整備④ ・救急医療体制の整備① ・救急医療部門の独立③ ・夜勤医療従事者確保② ・当直医の専門診療科③ ・救急医の増員 ⑨ ・救急看護婦の増員 ④ ・救急入院ベッド確保⑩ ・救急診療室の設置 ② ・救急設備の整備 ④ ・検査設備の一体整備③ ・末期患者入院施設 ① ・救急事務員の自覚 ① ・救急体制のｼｽﾃﾑ化 ④ ・救急医の教育 ⑤ ・救急看護婦の育成 ④ ・脳死の取扱い ①
（国）	・救急 2,3次体制整備① ・救急医療体制の整備③ ・救急専門科の独立 ① ・救急専門医の増員 ③ ・救急医療ｽﾀｯﾌの確保⑤ ・救急医療への熱意認識② ・救急医療整備補助増② ・救急医療ｾﾝﾀｰ公営化⑪ ・救命救急ｾﾝﾀｰの増設③ ・地域格差の是正 ① ・医療機関の能力評価① ・適正な医療費評価 ② ・医療機関のｼｽﾃﾑ化 ② ・病院間ﾈｯﾄﾜｰｸ完備 ② ・救急医学講座の設置① ・時間外受診の有料化② ・救急車の有料化 ① ・患者搬送体制の整備② ・ヘリコプターの導入① ・救急救命士の増員 ② ・国民の救急医療認識② ・救急医療医の養成 ① ・救急医療の予算保障⑭	（設問なし）	（設問なし）	・救急 2,3次体制整備⑧ ・救急医療体制の整備④ ・夜勤医療従事者確保① ・救急看護婦の増員 ① ・救急救命士の増員 ① ・救急病院への予算措置③ ・救急病院指定基準 ① ・救急設備の整備 ① ・検査設備の一体整備① ・病院間ﾈｯﾄﾜｰｸ構築 ① ・救急体制の市民啓蒙④ ・救急職員の保障制度① ・救急車の有料化 ② ・救急転送の医師同乗① ・ヘリコプターの導入② ・救急救命士業務拡大① ・救急医の教育 ① ・救急看護婦の育成 ④

表８．活力ある死に方，ＱＯＬの認識比較
〔○内数字は同一アンケート回答数，（ ）内は全回答数〕

	医　師 （設問19，17／９８人）	薬剤師 （５１人）	検査技師 （５７人）	看護婦 （設問15，14／５６人）
活力ある死に方に対する課題	・価値観対応医療体制① ・人間性重視の医療　② ・ＱＯＬ重視の医療　① ・死に方の思想確立　② ・死に方の意志表示　③ ・ﾘﾋﾞﾝｸﾞ・ｳｨﾙ概念の統一② ・患者の意識改革　① ・本人，家族での死決定① ・患者の意志の尊重　③ ・倫理観による 個人選択① ・家族に納得できる死① ・ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞｺﾝｾﾝﾄの充実② ・尊厳死の認知，定着④ ・家族の尊厳死の認識① ・苦しまない死の環境① ・患者主体医療の推進① ・脳死の早期認定　① ・無意味な延命見直し⑤ ・植物人間の安楽死　① ・植物患者の尊厳配慮① ・植物人間化の話合い① ・植物状態確定診断法③ ・植物状態医療の反省① ・安楽死のｺﾝｾﾝｻｽ　② ・回復困難時の啓蒙　① ・死に方の基礎教育　② ・予防医学の推進　② ・疾患予防生活の普及① ・個人ﾗｲﾌｽﾀｲﾙ の改善① ・患者余命の告知　①	（設問なし）	（設問なし）	・自然発想の生死観　① ・人間性重視の医療　② ・ＱＯＬ重視の医療　① ・自己の生死観の確立② ・死に方の生前文章化③ ・ﾘﾋﾞﾝｸﾞ・ｳｨﾙ概念の普及③ ・生命倫理の患者選択② ・患者生死観の対話　④ ・患者の意志の優先　⑥ ・充分なｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞｺﾝｾﾝﾄ⑤ ・家族納得の機器脱着① ・家族の負担の軽減　① ・蘇生不可時治療中止① ・家族への尊厳死の説得① ・過剰治療の抑制　① ・慎重な尊厳の判断　① ・治療打切りの勇気　① ・不必要過剰延命医療⑥ ・自然な生命への医療① ・植物人間の介護疲れ① ・植物状態確定診断法① ・諦めない医療体制　① ・膨大医療費の矛盾　① ・在宅介護体制の整備① ・死に場所の患者選択② ・末期医療の充実　① ・終焉日迄暖かい介護① ・患者の社会活動重視① ・医師の人間理解教育①
ＱＯＬ	〔設問１７〕　回答数 ・患者との対話時間 十分　7 まだ不十分　67 全く不十分　20 ・患者の苦痛軽減 十分　3 まだ不十分　84 全く不十分　8 ・患者のﾌﾟﾗｲﾊﾞｼｰ保持 十分　30 まだ不十分　47 全く不十分　18 ・患者の快適治療施設 十分　2 まだ不十分　50 全く不十分　43 ・患者の療養生活環境 十分　1 まだ不十分　60 全く不十分　33 ・家族の付添いｼｽﾃﾑ 十分　2 まだ不十分　47 全く不十分　46	（設問なし）	（設問なし）	〔設問１４〕　回答数 ・患者との対話時間 十分　2 まだ不十分　38 全く不十分　12 ・患者の苦痛軽減 十分　3 まだ不十分　45 全く不十分　6 ・患者のﾌﾟﾗｲﾊﾞｼｰ保持 十分　10 まだ不十分　38 全く不十分　5 ・患者の快適治療施設 十分　0 まだ不十分　32 全く不十分　22 ・患者の療養生活環境 十分　1 まだ不十分　37 全く不十分　16 ・家族の付添いｼｽﾃﾑ 十分　1 まだ不十分　26 全く不十分　23

平成6年度（1994）

国内基盤技術に関する調査報告書
―医療ニーズに関する調査―

発行日：平成7年5月25日
発　行：財団法人　ヒューマンサイエンス振興財団
〒103 東京都中央区日本橋小伝馬町13-4
共同ビル（小伝馬町駅前）4階
電話　03-3663-8641／FAX 03-3663-0448
（財団事務局担当　新井　淑久）
印　刷：株式会社　林　工　房
〒164 東京都中野区南台1丁目14番10号