

参考資料 2

委員から提出のあった参考資料

大橋委員	提出資料P. 1~P. 5
佐伯委員	提出資料P. 6
古橋委員	提出資料P. 7

全国市長会 大橋委員 提出資料

有床診療所は次第に無床診療所にとって替わられようとしていますが、私はこの事は日本のスクリーニングとプライマリケアに於ける最大の危機だろうと思っています。時に現在の無床診療所が非常に狭い専門を守る様に（内視鏡への特化等）なっていることを考えると、古いタイプの有床診療所の重要性が気づかれていないか見逃されて居る様に思えます。

前回の論議で有床診療所の重要性は大部分の委員は認めていらっしゃる様なので、多くは申し上げませんが、今、手を打たなければわが国の有床診療所は壊滅的に無床診療所に移行してしまうと思います。問題は有床診療所にまわるお金が減らされて、病院の充足に使われてしまっていることです。（資料1。5年毎位の資料が欲しいところ）われわれ地方行政は個々の有床診療所に介入することは出来ません。お金の流れをコントロールするのは厚生労働省ですから是非そのことを考えて欲しいと思います。

病院を沢山作るのは問題です。前回申し上げたように医療の人材は限られています。小児科医が一人しか居ない病院をいくら作っても、小児科医が二人居る有床診療所の方がはるかに良い仕事が出来るとは思います。自分の資料で恐縮ですが、参考に見て下さい。（資料2。複数の医師のいる有床診療所は0.06%位の転送率で病院の負担を軽減できる。）

第一線の急性期の疾患に対応する有床診療所では本当に必要とするベッド数はそれほど多くを必要としません。

これは、警察の失敗をみれば、明らかです。大きな犯罪には中央署の充足のために、昔からの交番を減らしてしまい、犯罪の急増をみえています。大きな中央署は効率が良いのだが、初動捜査には立派な中央署は向いていないのです。昔からの交番が有効だったと、警察はあわててお金をかけ増員して交番を増やしていますが、昔の交番は戻ってこない。交番というのは江戸時代の木戸の番所や、岡っ引きの伝統をひくもので、ヒト、つまりソフトウェアが失われては、若い新米の巡査が立っているだけではダメなのです。

医療をシステムとしてとらえると、ステレオシステムに似ています。ピックアップ、アンプ、スピーカーのどの部分でも悪いと良い音は出ません。ピックアップに相当する開業医が劣化してスクリーニングとプライマリケアが悪くなれば医療全体が悪くなってしまいます。アンプに相当する高度な医療を行う特定機能病院は必要であるがそれだけを充実させても若者の車のような騒音をだすだけのシステムになります。今、出口に当たる介護にもお金が必要です。現在の医療の混乱はスクリーニングとプライマリケアがうまくいっていない。諸

外国に見られない日本独特の診療所は多くの諸外国の人達から認められ、米国でもERに併設したURシステムやURセンターが作られて来ており、またファミリーメディスンの急速な発展などは専門医の発達に中心的役割を果たしてきた米国がスクリーニングとプライマリケアの重要性に気づき充実を図って来ていると思います。

折角、発達した開業医網をもつわが国が却って機能の低下を来しているのは問題です。(資料3) 厳しい目でスクリーニングとプライマリケアシステムを経済の分析を中心に全体のバランスを検討する必要があります。

有床診療所の一般病床についての要望

- ① 医療法13条に関する規定
入院48時間を撤廃し、在院期間を規定しない
- ② 医師に関する規定
開設者である常勤医師を1人以上とする。なお、緊急時や医師不在時不測の事態に対応する協力医を設置する
- ③ 看護職員に関する規定
患者の安全のために、看護職員の配置を義務付ける
- ④ 構造設備基準について
病床面積は患者1人当たり6.4㎡とし、廊下幅については、片廊下1.8m、中廊下2.7mとする(新築、全改築の場合)
(病院と同じ)
- ⑤ 診療報酬に関する規定
有床診療所の報酬を病院と同等程度にする

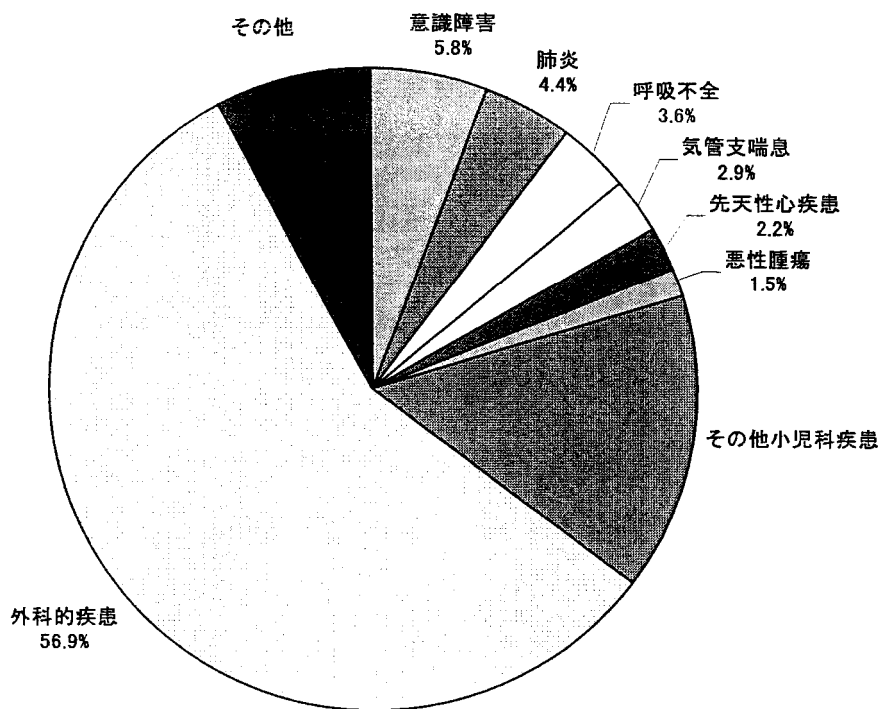
資料 1

病院医療費と診療所医療費（兆円）

病院医療費	診療所	計
16.6 (76%)	7.2 (24%)	24.2 (100%)
入院医療費		
11.8 (96%)	0.5 (4%)	12.3 (100%)
外来医療費		
5.1 (43%)	6.8 (57%)	11.9 (100%)
外来件数		
36.7%	63.3%	100%

有床小児科診療所からの転送例

(年間総数137)



複数の医師のいる有床診療所は、0.06%位の転送率で病院の負担を軽減できる。

文献 内田清、川田幸吉、大橋俊二：小児科有床診療所の治療限界。小児科診療47：2189-2193,1994

資料 3

ピックアップ

アンプ

スピーカー

ピックアップ	アンプ	スピーカー
スクリーニング プライマリケア	病院医療	社会復帰のための アフターケア
無床診療所 有床診療所 中小病院 ER URなど	特定機能病院など	ソーシャルワーカー 機能訓練士 心理学者 介護関係など

有床診療所の存在理由は？

利便性と医療の高度化に伴い患者のニーズに答えて行けるか？

なぜ減少の一途を辿っているのか？

医療者の意志？一人では大変だから？

採算が合わない？合えば新規がふえるか？

患者のニーズに合わせられなかった？

プライマリケアをおこなうにはどの形態が望ましいか経済性を含めて比較検討する必要がある。

東京SP（模擬患者）研究会

代表 佐伯晴子

①患者・国民の視点の確保について

「患者・国民の視点」を尊重し「国民のニーズ」に応える、安全で質の高い医療を目標としているわけですが、「患者・国民の視点」「住民のニーズ」などの表現はあっても、どのように医療の受け手と協議するかについて、明確ではありません。

たとえば、「医療計画の見直し等に関する検討会」およびそのワーキンググループには、純然たる患者や住民の立場の委員が入っていないのは、何故でしょうか？この点について昨年秋の医療部会で質問しましたが、その後委員の変動がないままに検討会がこの国の医療を「見直し」ています。医療提供側と一部の学者が行なう「見直し」は医療の受け手からの視点が入らず、一面的なもので終わるのではないかと危惧します。

医療の受け手あるいは、納税者としての立場で委員を入れて入れていただきたいと思えます。患者と規定せず、納税者・保険料納付者と考えるべきです。

また、子育て世代、中年世代（介護世代）、高齢世代の3世代の女性が構成員に入るべきだと考えます。これは、各自治体での医療を考える会議にも同様の配慮が必要だと思えます。（高齢委員による高齢者のための少子化対策は高齢者エゴイズムと批判されても仕方がないと思えます。各世代のニーズを把握し同じテーブルで議論する態勢を早急に作り、地域社会や国の財産として次世代を育成しなければなりません。高齢者に配慮するのと同等分を20歳未満の世代すべてに用意するのが妥当ではないでしょうか）

②個人開業医の意識改革

かかりつけになる不健康な状態ではなく、一度もかかっているが何かあったときには安心だという状態になるのが「保険」の意義でもあると思えます。地域の個人開業医には従来にも増して積極的に、地域健康支援の担い手として活躍していただく必要があります。プライベートなクリニックではなく、パブリックの診療所として位置づけ、利用者本位の情報開示、他機関との連携を継続的に進めてもらいたいと思えます。

③「在宅」は「家族」ではなく、地域が個人を支える形態と捉えること

一部に誤解されている印象を持ちますが、在宅医療は医療機関・施設ではなく、ご本人が暮らす場所で療養するという意味です。北イタリアでは一人暮らしのがん・エイズの末期患者さんを24時間無料で支援する活動が20年以上前から出来上がっています。「個人の生」を支える医療や介護の形態であって、地域にそれが可能なシステムを構築することが、今もっとも必要なことなのです。家族をもたない人、家族を失った人も、その地域に生きることができるようになると、国の方針にも掲げることが重要です。

近年の看護師人員配置と患者アウトカムの関連に関する海外の代表的な研究

著者	発表年	目的	対象	独立変数	従属変数	結果
1. Choら	2003	・看護師人員配置と有害事象、罹病率、死亡率、医療費との関連を明らかにすること	・カリフォルニア州の232の急性期病院で、外科の20のDRG(疾患別診断群)に該当する患者124,240人	・看護師人員配置 (看護師のケア提供時間、看護師の割合)	・患者の転倒、受傷／褥瘡／誤薬／肺炎／尿路感染／創感染／敗血症 ・罹病率(在院期間) ・死亡率 ・1人あたり医療費	・患者一人当たりの看護師のケア提供時間が1時間増加することで、肺炎が8.9%低下し、看護師の割合が10%増加することで9.5%低下する。 ・肺炎の発生により、在院期間は5.1-5.4日増加、死亡率は4.67-5.55%増加、1人あたり医療費は\$22,390-28,505増加する。 ・看護師は外科患者にとって術後の肺炎の予防という観点から非常に重要な役割を担っている。 (ロジスティック回帰分析を使用)
2. Aikenら	2002	・患者対看護師の割合と、外科患者の死亡、術後合併症による死亡との関連を明らかにすること	・1998年4月～99年11月に、168の病院で30日以内に退院した外科、整形外科、心外患者230,342人	・看護師人員配置 (看護師対患者比)	・死亡率(入院後30日以内) ・非救命率(入院後30日以内の合併症による死亡)	・看護師の受け持ち患者数が1人増加した場合、死亡率が7%増加し、非救命率が7%増加する。 ・看護師の受け持ち患者数が4人から6人もしくは8人に増加した場合、死亡率がそれぞれ14%、31%増加する。 ・カリフォルニア州ではこの研究等をもとに、常時患者対看護師4:1を導入した。 (多変量ロジスティック回帰分析を使用)
3. Needlemanら	2001	・看護師が患者に提供するケアの量と患者アウトカムの関連を明らかにすること	・11の州の799病院の内科退院患者5,075,969人及び、外科退院患者11,104,659人	・看護師人員配置 (看護師がケアする割合)	・入院期間／尿路感染症／褥瘡／入院による肺炎／ショックや心停止／上部消化管出血／入院後の敗血症／深部静脈血栓症／脳神経系の合併症／死亡／救命の失敗／創傷感染／肺機能不全／代謝障害	・看護師が実施するケアの割合が高いことは、内科患者・外科患者ともに在院日数の短縮、尿路感染・上部消化管出血、肺炎などの発生の低下につながった。 (ロジスティック回帰分析を使用)

注1: 本表からは、看護師のバーンアウト等患者アウトカムではない従属変数を割愛している。

<文献>

- 1.Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH, et al. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. Nurs Res. 2003;52(2):71-9.
- 2.Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital Nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA. 2002;288(16):1987-93.
- 3.Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, et al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. N Eng J Med. 2001;346(22):1715-22.