



全日病 NEWS 10/15

21世紀の医療を考える全日病 2013

発行所/公益社団法人全日本病院協会
 発行人/西澤 寛 俊

F101-8378 東京都千代田区猿楽町2-8-8
 住友不動産猿楽町ビル 7F

TEL (03)5283-7441
 FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.811 2013/10/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

各県に医療勤務環境改善支援センター。医療団体に運営を委託

医療法等の改正 地域医療支援病院等も「医療の確保に関する施策」への協力・努力義務の対象

10月4日に開催された社会保障審議会医療部会は、「医師確保対策」「看護職員確保対策」と「医療機関の勤務環境改善」をテーマに議論した。

事務局(厚労省医政局総務課)は、次の通常国会に提出する医療法等一部改正法案に盛り込む事項として、(1)都道府県における地域医療支援センター設置の義務化、(2)都道府県知事による医師派遣要請等の法令化、(3)都道府県の「医療の確保に関する施策」に対する協力義務・努力義務の対象の拡大、(4)看護師等資格所有者のナースセンターへの届出義務化、(5)勤務環境改善マネジメントシステムの創設、などを提起した。

医療部会は全体として改正の方向性に同意したが、医療系の委員からは、各課題ごとに検討すべき課題の提起と効果ある施策に向けた提案が示された。

この日の医療部会は、(1)医師確保対策、(2)看護職員確保対策、(3)医療機関の勤務環境改善の3点をテーマに取り上げ、梶尾雅宏指導課長が、各課題をめぐる現状と医療法による対応の考え方を説明した。

「医師確保対策」に関しては、都道府県が医師確保対策に取り組む枠組みである地域医療対策協議会と地域医療支援センターのうち、法的根拠をもたない地域医療支援センターの位置づけと権限強化が検討の対象となった。

地域医療対策協議会は2005年に設置が始まり、第5次医療法改正(07年4月施行)で各都道府県に設置が義務づけられている。協議会で決められた方針のうち、医師確保にかかわる措置は地域医療支援センターが業務を担当している。

連絡調整機関にとどまる協議会に対して、地域医療支援センターは、国と都道府県の補助金を使って医師不足病院に医師を具体的に派遣する業務を行っている。

センターの設置は11年度に先行事業として取り組まれ、その後、15ヵ所(11年度予算)、20ヵ所(12年度)、30ヵ所(13年度)と政府補助による運営支援の対象が拡大されるとともに、その事業内容は13年度に始まった医療計画から記載事項となった。14年度予算では支援対象を42道府県に増やす方針で概算要求に盛り込まれた。

支援センターには専任医師2名と専従事務職員3名が配置され、大学病院や県立病院などによる運営も認めるといった実務的体制を確保。これまでに、

常勤・非常勤合わせて1,069人(常勤換算)の派遣実績をあげている。

事務局の提案は、医療法において、①支援センターの機能を明確にし、②その機能を、都道府県以外の大学(病院)、病院等に委託することを認める、③都道府県知事は医師派遣要請等を行なうことができる旨を規定する、④医

師派遣要請等に支援センターの受託機関が関与できるようにする、⑤都道府県が必要とする「医療の確保に関する施策」に対する協力義務・努力義務の対象を、特定機能病院、地域医療支援病院、大学等の医療従事者養成機関に拡大する(現在は公的病院に限定)、というものの。

未就業の看護師等にナースセンター届け出義務

「看護職員確保対策」は、無料紹介を行なっているナースセンターの機能強化が主たるテーマとされた。

「看護師等の人材確保の促進に関する法律」にもとづいて都道府県知事が指定するナースセンターは看護職の確保・定着に関する各種事業を行なっているが、その1つの無料職業紹介事業は、就業実績(12年度)が約1.2万人と、ハローワークの約5.1万人に比べて少ない。

この機能を向上させることによって71万人いる潜在看護師の復職率を高めるといことで事務局が提案したのが、看護師等資格所有者の「一部」についてナースセンターへの届出を義務化する、という措置。

現在、看護職員の届出義務は就業者に限られている。それを非就業者に拡

大するということだが、「一部」という意味について、事務局は「すべての資格所有者の登録を考えているわけではない。年齢、離職者あるいは新規取得者など、何らかの基準でターゲットを絞ることを検討したい」(中野医療労働企画官)と説明した。

現在も、ハローワークに就業相談に来る看護師等の情報は、本人の同意を得てナースセンターに登録しているが、その数は少ないという。そこで、法的義務を課してはどうかというわけだ。

医師や薬剤師等の届出義務とは異なり、復職率を高めるツールとして活用する考えであり、したがって、就業者に届出義務を課している保助看法ではなく、看護師等人材確保促進法に位置づける方針だ。



医療機関に勤務環境改善計画を要請。義務化はせず

「医療機関の勤務環境改善」として提案されたのは、①勤務環境改善マネジメントシステムの導入を医療機関に求め、②その取り組みを支援する「医療勤務環境改善支援センター」を各都道府県に設置し、③医療機関の要請に応じて相談と専門家派遣等を行ない、さらに、④支援センターの運営を医師会、病院協会、看護協会等の医療関係団体に委託できるようにする、という内容。

勤務環境改善マネジメントシステムは、国の指針にもとづいて、その内容と実施プロセスを計画してもらおう。厚労省は今年度中にガイドラインを策定するとしている。

マネジメントシステムはPDCA型サ

イクルとして設計され、その中の「目標・改善計画」では、労働時間の管理、労働安全衛生、働きやすさの環境整備を支えるソフト&ハードという3領域ごとに、具体的な対策と目標の明確化が求められる。

厚労省は、勤務環境改善マネジメントシステムの導入や勤務環境改善計画の作成を義務化することは考えていないとしている。

本紙の取材に、「あくまでも任意である。それを支援センターがコンサルティング等支援する。そのために計画をつくっていただくという仕組み」(中野医療労働企画官)であり、したがって届ける性格のものでもないとした。

医療系委員は医師派遣めぐり公私格差を批判

地域医療支援センターの医師派遣に関して、相澤委員(日病副会長)は「医師を斡旋するというが、それは公的病院対象の話。民間病院は斡旋されたことがない」と、公私格差の壁があることを指摘した。

病院界では、民間業者が高額の斡旋手数料を得ている話がよく聞かれる。中川委員(日医副会長)がその実態調査を求めたところ、事務局は「調査を準備中である」と答えた。

一方、荒井委員(奈良県知事)は、派遣に応じる医師と派遣を受け入れる病院のマッチング機能が必要と問題提起。その中で、「派遣を求める民間病院は“稼げる医者”を欲しがると」という認識を披露した。

これに対して、西澤委員(全日病会長)は、「補助金もなく、赤字の補填もできない民間病院が良質な医療を継続して提供していくためには、黒字を確保しなければならない。そうした民間

病院が必要としているのは“稼げる医者”ではない。住民・患者から信頼される“良い医者”である。認識を改めていただきたい」と苦言を呈した。

その上で、「公的医療保険の下で医

療を提供する病院は、民間病院であってもパブリックな存在だ。公私で別けるのではなく、地域に必要な医療機関すべてに同じ支援をしていただきたい」と、公私格差の解消を訴えた。

医師派遣の強制に懸念。キャリアアップ方式を望む声

さらに、西澤委員は、「支援センターによる医師派遣は重要な機能だが、そこに強制があってはならない。大切なことは医師が行ってもいいと思えるような環境づくりである。併せて、支援センターは医師の意識改革にも取り組んでほしい」と注文した。

白鳥委員(東京女子医大病院長)も、「今は派遣を強制しようとしても誰1人応じない。キャリアアップにつながる内容がないとうまくいかない」と提起した。

こうした提案等を含め、部会は地域医療支援センターの機能強化策に大筋で賛成した。

ナースセンターの機能強化について、西澤委員は、「ハローワーク並みの実績を確保するためには、現在の形態を変える必要がある。ナースセンターに

病院、病院団体、医師会等の代表も参加したほうがよい」と提起した。

ナースセンターの運営に対して、本紙の質問に、中野医療労働企画官は「現在、事業運営協議会がもたれている。そこに、医師会や病院団体が参画する方向で検討している」ことを明らかにした。

西澤委員は勤務環境改善策についても発言。「勤務環境の改善は病院の経営が安定しないとできない。そのためには、人材供給と診療報酬の両面から対策を図る必要がある。つまり、勤務環境の改善は病院経営の改善ということである。この領域について、厚労省はかつて病院経営支援事業を行なっている。そのときの経験と実績を参考に、効果の出る取り組みを進めてほしい」と要請した。

10月11日開催の社保審医療部会(速報)を4面に掲載!
 厚労省、「必要な病床」の区分と病床数めぐり2案を提案

※本号は通常紙面(4頁)に埼玉学会案内特別頁(6頁)を折り込んでいます。

13年度調査結果から前改定見直し項目の検討を開始

入院医療等の調査・評価分科会 厚労省は7対1経過措置の13年度末廃止を提起。特定除外廃止は「問題がなかった」

9月30日の中医協・診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」に、事務局(厚労省保険局医療課)は2013年度に実施した調査結果を提示。同分科会は14年度改定に向けた第2ラウンドの議論を始めた。

調査結果から、事務局は、前改定における13対1・15対1における特定除外制度の廃止は「大きな問題はなかった」と評価し、その継続を提起。7対1の経過措置については、予定どおり、14年3月31日で終了する方針を示した。

「金曜入院・月曜退院の多い医療機関の土日入院基本料の減算」および「正午までの退院の多い医療機関の退院日入院基本料の減算」も継続した上で「適正化」を図る度合いを強める方向を提示。

該当医療機関がなかった「特定機能病院等における紹介のない患者などの初再診料等の大幅減算」に関して、対象を許可病床数500床以上の全病院に拡大した上で継続するという考え方を打ち出した。

分科会はこうした方針を概ね肯定したが、13対1・15対1の特定除外制度廃止を「大きな問題はなかった」とした部分に対して、神野委員(社会医療法人財団董仙会理事長・全日病副会長)と石川委員(社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会理事長・日医常任理事)は「そう判断できるだけのデータがない」などと、疑問を投げかけた。

神野委員は「特定除外制度廃止によって13対1・15対1には、7対1等からの



▲「入院医療等の調査・評価分科会」に臨む神野委員(左から2人目)

患者受け入れを拒むことはなかったのかなど、データが足りない」など「調査不足」を指摘。さらに、「悪性新生物をとっても13対1・15対1と7対1・10対1では病態が明らかに違う」と述べ、「大きな問題はなかったことをもって特定除外制度廃止を7対1・10対1に反映させるという考え方には異議を申し立てたい」と、今回調査の結果を7対1・10対1の特定除外制度廃止の根拠に

採用しようとする事務局の意図を否定してみせた。

また、石川委員は、日医と四病協が共同で実施した7対1・10対1の特定除外患者に関する実態調査の結果報告について説明した。

この日の議論を踏まえ、事務局は次回10月10日の分科会に報告書案を提示。今月内にとりまとめて中医協総会の審議に付したいとしている。

2013年度調査結果(要旨)と論点

■13対1・15対1における特定除外制度の見直しについて

- ・当該病棟の90日超患者の約7割が一般病棟入院基本料を算定している。
- ・当該病棟の90日超患者は約半数の医療機関で減少し、全体としても減少している。
- ・特定除外項目のほぼすべての項目で90日超患者が減少している。
- ・90日超患者の退棟先は自宅や一般病床以外の病床が大半である。
- ・90日患者の数が減少している医療機関は、その他の医療機関と比較して退院支援を行っている医療機関の割合が大きい。

〈論点〉

13対1、15対1の特定除外制度の見直しに大きな問題はなかったと考えてはどうか。

■7対1入院基本料算定要件の見直しに係る経過措置について

- ・7対1(経過措置)届出の医療機関は12

年4月1日の132から13年6月の80に減った。

- ・80医療機関が7対1(経過措置)を届け出ている理由は「重症度・看護必要度基準を満たす患者割合が1割5分以上を満たしていない」が48と多かった。
- ・7対1の施設基準を満たせない理由は、「救急車搬送救急患者の割合が低い」27.5%、「専門医が少なく重症患者を多く受け入れられない」25.0%、「亜急性期や長期療養患者を診ている」22.5%、「十分な設備等がなく重症患者を多く受け入れられない」12.5%であった。

7対1と7対1(経過措置)で医療機関の機能を比較すると、7対1の方が「地域医療支援病院」「がん診療連携拠点病院」「病院群輪番制病院」等を担っている。

- ・7対1(経過措置)よりも7対1の方が緊急入院患者数や手術等の実施件数が多い。
- ◎7対1(経過措置)を届け出ている医療機関の今後の意向

前出80医療機関のうち、「14年3月31日までに10対1に移行」は10.0%、「14年4月1日以降に10対1に移行」が18.8%、残りの62.5%は「7対1の施設基準を満たす」という意向である。

〈論点〉

7対1(経過措置)は、①届出数が減少している、②「複雑な病態を持つ急性期患者に高度な医療を提供」しているとは言えないため、経過措置は14年3月31日で終了することについて、どのように考えるか。

■入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討

◎金曜入院・月曜退院の多い医療機関の土日入院基本料の減算

12年6月と13年6月を比べたところ、金曜入院は入院患者の約13%。月曜退院は約12%。土日の手術件数割合は2~3%。いずれも診療報酬見直しの前後で変化はみられなかった。

◎正午までの退院の多い医療機関の退

院日入院基本料の減算

正午までに退院した患者の曜日別割合および30日以上入院患者の曜日別割合はともに7~18%の範囲に分布していた。

〈論点〉

12年改定後、現時点では、金曜日入院、月曜日退院、正午までの退院に関して、医療機関の動向に大きな影響はみられないが、これらの評価を14年改定後も継続することをどのように考えるか。また、引き続き適正化を進めることについて、どのように考えるか。

■特定機能病院等における初再診料等の大幅な減算

対象となった医療機関はなかった。

〈論点〉

許可病床数500床以上のすべての病院を12年改定と同様の取り扱いとするとともに、特に逆紹介の取り組みを更に推進していくことについて、どのように考えるか。

70歳未満 所得770万円以上の限度額を引き上げる方向を確認

医療保険部会 高額療養費の見直しで具体案3案を検討。予算編成にらみ結論を厚労省に委ねる

10月7日の社会保障審議会医療保険部会は高額療養費の見直しについて、厚労省が示した複数の案にもとづいて議論した結果、70歳未満に関しては所得区分770万円以上の自己負担限度額を引き上げる方向でほぼ一致。年末の予算編成を踏まえ、最終案の絞り込みを厚労省に委ねることでおおむね合意した。

医療保険部会は、9月9日の会合で高額療養費を見直す方向で基本的に合意、財政影響を含む所得区分と自己負担限度額の見直し案を踏まえ、さらに検討することを確認していた。この日、事務局(厚労省保険局総務課)は3通りの案を提示した。

それによると、70歳未満に関しては、(1)所得を9区分に細分化(案1)、(2)6区分に細分化(案2)、(3)5区分に細分化(案3)した上で、3案ともに、「370~570万円」の区分は現行どおり据え置くが、770万円以上の区分は限度額を大きく引き上げ(案3は、そのうちの「370~770万円」の所得区分は限度額を据え置くとしている)、反対に、370万未満は3案とも限度額を大きく引き下げる(低所得者は据え置き)というもの。

現行方式の所得は3区分しかないが、見直し案は所得区分を細かく分けることによって、案の1と2は、現行の「上位所得者」(770万円以上)だけでなく「一般所得者」に属する570~770万円の世帯も限度額を引き上げるなど、財源中立を貫くために、負担増となる対象

を拡げている。

一方、70~74歳(3割・2割負担)については、案の1と2は、現行の「現役並み所得」(370万円以上)に「570万以上」という区分を新たに設けて限度額を大幅に引き上げ、これに準じる「370~570万円」は現行のまま据え置くとしている。案3は所得区分を含めて現行どおりで臨むという考えだ。

70~74歳で1割負担が認められる者と75歳以上の限度額はともに据え置く方針だ。

財政影響の面から各案をみると、給付費が増える額は、案3が約850億円

(2015年度推計)ともっとも大きく、次いで案1が約320億円、もっとも影響が小さいのは案2の約70億円となる。

すなわち、案3は利用者負担に与える影響をもっとも小さく見積もっており、案2がもっとも財政中立に近く、その分、一定以上所得層の負担を大きく見積もっていることになる。事務局は「できれば案2を進めたい」と部会に要請した。

とはいえ、保険料に与える影響は、もっとも財政中立に忠実な案2の場合でも、協会けんぽが+140億円、健保組合が-190億円、共済組合-60億円、市町村国保+170億円と格差が生じ、所得水準が相対的に低い加入者の多い協会けんぽと国保の負担が断然大きくなると推定されている。

部会の議論で協会けんぽと国保の委員は猛反発し、「どの案も受け入れがた

い」(小林委員=全国健康保険協会理事長)と強く反対した。健保連と連合の委員も、「後期高齢者医療の見直しを先行するべきではないか」「各案における公費負担の根拠がよく分からない。3案とも十分とはいえない」など、とりまとめに慎重な見解を表わした。

鈴木委員(日医常任理事)は案3を支持したが、部会委員の多くは案1もしくは案2が妥当とした。

細部にわたる点で疑問や保険者の負担等について調整を求める声もあったが、最終的な数字は財源の関係で決めざるを得ないことから、部会として、案1もしくは案2をベースに年末の予算編成を見据えながら最終案を決めるべきとし、事務局に判断を委ねた。

高額療養費見直しの時期について、事務局は「15年1月からの実施を目指す」としている。

介護保険部会 「一定以上所得者の2割負担」を了承

9月25日の介護保険部会に、事務局は、一定以上の所得がある利用者の介護保険の自己負担割合を2割に引き上げる案を示した。

- 一定以上所得者の基準については、(1)合計所得金額160万円以上相当(被保険者全体の上位約20%に該当)、(2)合計所得金額170万円以上相当

(住民税課税対象の被保険者のうち所得額が上位概ね半分以上に該当)の2案を提示した。

委員からは「医療保険の自己負担割合に合わせた形が適当ではないか」などの意見も出たが、多くの委員が「2割負担」を支持したため、部会として「一定以上所得者の2割負担」を了承。

異論が多かった「一定以上の所得」を定める基準案は引き続き検討することを確認した。

事務局は、2015年度からの実施を目指し、来年の通常国会に提出する介護保険法改正案に盛り込みたいとしている。

第55回全日本病院学会 in 埼玉
地域医療を担う我ら ～埼玉から日本へ発信～

【開催日】11月2日(土)
3日(日)
【会場】大宮ソニックシティ
JR大宮駅 西口 歩行者デッキ直結
徒歩3分
〒330-8669 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-7-5
TEL 048-647-4558 HP http://www.sonic-city.or.jp/

主催：公益社団法人全日本病院協会・埼玉県支部(〒362-8588 埼玉県上尾市柏原1-10-10 医療法人社団愛友会 上尾中央総合病院内) 電話：048-779-5301 FAX：048-779-5302 E-mail：ajha55insaitama@ach.or.jp)

一般演題プログラム

第1日目・11月2日(土)

Table with 6 columns: 会場 (Venue), テーマ (Topic), 時間 (Time), 座長 (Chairman), プログラム番号 (Program No.), 参加者氏名 (Participant Name), 所属病院 (Affiliation), 演題名 (Topic). Contains detailed program information for the first day, including topics like '経営戦略' (Business Strategy), '病院事務管理' (Hospital Administration), '医師事務作業補助' (Physician Assistant), '感染防止' (Infection Prevention), '終末期' (End of Life), and '医療安全' (Patient Safety).

会場	テーマ 時間	座長	プログラム番号	参加者氏名	所属病院	演題名
第7会場	1-07-09~13 【救急医療1】 13:15~14:05	中村 太郎 大分中村病院 李 武志 埼玉東部循環器病院	1-07-09	平林 沙織	久米大学病院 高度救命救急センター	救急におけるエンゼルケア ~勉強会を通しての看護師の知識の向上~
			1-07-10	村岡 麻樹	戸田中央総合病院	当院における救急病棟の運用状況と今後の課題
第7会場	1-07-14~18 【救急医療2】 14:05~14:55	横倉 義典 ヨコクラ病院 吉永 圭吾 越合誠和病院	1-07-14	草野 孝彦	医療法人社団豊友会 千歳豊友会病院	24時間救急対応とチーム医療の現状から
			1-07-15	橋本 瑞美	公益財団法人 東京都医療保健協会 練馬総合病院	救急データベースの構築
第8会場	1-08-01~06 【地域医療1】 10:40~11:40	富家 隆樹 富家病院 四方 秀樹 多根総合病院	1-08-01	今田 美紗	西宮協立脳神経外科病院	患者支援体制の充実を目指して
			1-08-02	吉田 肇司	社会医療法人弘道会 守口生野記念病院	みんなの熱意と努力で勝ち得た在宅移行 ~医療・介護連携の重要性~
第8会場	1-08-07~12 【地域医療2】 13:15~14:15	西村 直久 西部総合病院 迫田 哲平 迫田病院	1-08-07	鹿野なつみ	医療法人深仁会 手稲深仁会病院	札幌市大動脈近位部骨折地域連携バスの効果と課題
			1-08-08	松平 康子	医療法人社団甲友会 法人本部	「連携ワーキングチーム」で法人全体を「つなく」~チームケア・地域連携を目指す「ち~む甲友会」作り Vo.2~
第8会場	1-08-13~18 【地域医療3】 14:15~15:15	田中 民弥 田中病院 大貫 忠男 指扇療養病院	1-08-13	天野 優佳	医療法人慈圭会 八反丸病院	医療と介護を繋げよう ~アセスメントシート・連携ミーティング~
			1-08-14	岡部 洋平	医療法人刀仁会 坂戸中央病院	救急患者受入件数増加のための取り組み~地域から見る救急病院としての役割~
第8会場	1-08-19~23 【地域医療4】 15:15~16:05	天草 大陸 リハビリテーション天草病院 美原 玄 美原記念病院	1-08-19	大城 隆二	社会医療法人 仁愛会 浦添総合病院	事例検討を通して見るソーシャルワーカーの専門性
			1-08-20	小林 綾子	TMG 西東京中央総合病院	病院勤務経験0からのスタート
第8会場	1-08-24~30 【地域医療5】 16:05~17:15	田辺 知宏 東川口病院 栗原 直人 練馬総合病院	1-08-24	三本松栄子	AMG 上尾中央総合病院	医療と介護の架け橋として ~特定事業所加算Iの体制を維持しながら、末期がん患者の在宅復帰を支援し、利用者増を目指す~
			1-08-25	小山 朝子	長岡西病院	家族の退院不安に寄り添い、退院に繋がった事例
第9会場	1-09-01~06 【リハビリテーション1】 10:40~11:40	室谷 ゆかり アルペンリハビリテーション病院 唐澤 剛 白岡中央総合病院	1-09-01	廣瀬 利彦	戸田中央総合病院	当院整形外科病棟における365日リハビリテーションの効果検証について
			1-09-02	飯干 亮	医療法人寿会 芳野病院	当院での亜急性期病棟に対するリハビリ部の取り組み
第9会場	1-09-07~12 【リハビリテーション2】 13:15~14:15	早川 信人 蓮田病院 林 孝之 東所沢病院	1-09-07	田澤 壯祐	沼田脳神経外科循環器科病院	言語聴覚士のイブニングリハの導入について
			1-09-08	牧山 大輔	横浜新都市脳神経外科病院	回復期リハビリテーション病棟における作業療法の家族支援について
第9会場	1-09-13~18 【リハビリテーション3】 14:15~15:15	飯塚 有子 関東脳神経外科病院 末永 正機 ちゅうざん病院	1-09-13	佐藤 武彦	社会医療法人社団聖善会 いすみ記念病院	脱抑制をきたした、高次脳機能障害患者のリハビリテーションを経験して
			1-09-14	原田 慎一	医療法人敬愛会 リハビリテーション天草病院	回復期リハ病棟におけるトイレ動作のチームアプローチ円滑化に向けたアンケート調査
第9会場	1-09-19~24 【リハビリテーション4】 15:15~16:15	平林 佑介 坂戸中央病院 若松 久高 東川口病院	1-09-19	高橋 久美	AMG 横浜相原病院	精神科の長期入院者に対する「バス利用プログラム」の試み
			1-09-20	今井はるか	医療法人敬愛会 リハビリテーション天草病院	当院での亜急性期病棟における居宅訪問指導の有効性 ~退院後早期の介入を通して生活の構築ができた一症例~
第9会場	1-09-25~30 【リハビリテーション5】 16:15~17:15	関 伸雄 原田病院 岡部 知昭 霞ヶ関南病院	1-09-25	吹田 洋一	医療法人誠昇会 介護老人保健施設 カントリーハーベスト北本	訪問リハビリテーションにおける利用者のサービスの推移
			1-09-26	高原 一樹	社会医療法人恵仁会 くるさわ病院	~外来リハ終了後訪問リハでQOL向上を目指して支援している症例~
第9会場	1-09-31~36 【リハビリテーション6】 17:15~18:15	進藤 晃 大久野病院 佐々木 一成 三菱病院	1-09-31	伏木 勇人	AMG 浅草病院	脳梗塞患者の入院早期から退院後の訪問リハビリへ貫いたリハビリを行った一症例 ~早期からの生活動作・環境への介入~
			1-09-32	武田 幸治	医療法人敬愛会 リハビリテーション天草病院	当院における脳卒中片麻痺者の麻痺側上肢に対する自主トレーニング調査について
第10会場	1-10-01~06 【リハビリテーション7】 10:40~11:40	伊藤 功 霞ヶ関南病院 河端 道子 指扇病院	1-10-01	林 翔太	沼田脳神経外科循環器科病院	当院のrt-PA投与患者におけるNIHSSを用いた転帰先の予測
			1-10-02	望月 圭	医療法人社団富家会 富家病院	ディケア利用者のボツリヌス療法導入によるADL・QOLの改善点
第10会場	1-10-07~12 【リハビリテーション8】 13:15~14:15	南本 浩之 春日部厚生病院 濱野 祐樹 上尾中央総合病院	1-10-07	翁長 裕乃	医療法人球陽会 海邦病院	Barthel indexを用いたADL能力比較 ~通所リハ利用者・家族・PTそれぞれの視点から~
			1-10-08	安藤 健士	藤仁会 藤村病院	一般病院におけるがん患者のリハビリテーション介入によるADL変化と転帰先についての検討
第10会場	1-10-13~18 【リハビリテーション9】 14:15~15:15	大熊 勇次 指扇病院 高橋 一樹 柏厚生総合病院	1-10-13	佐藤 泰	医療法人敬愛会 リハビリテーション天草病院	脳血管疾患により左半側空間無視を呈した2症例に対するチーム医療の取り組み
			1-10-14	白井 唯	IMS (イムス) グループ 医療法人財団明理会 東戸塚記念病院	リハビリテーション科がNSTIに能動的に関わる為の取り組み ~エネルギー摂取・消費量に着目したデータベースの作成~
第10会場	1-10-19~24 【リハビリテーション10】 15:15~16:15	宮原 拓也 上尾中央総合病院 山本 寿枝子 富家病院	1-10-19	宿若 巧雄	社会医療法人恵仁会 くるさわ病院	長期負荷による筋力低下に対する水中運動の効果の検討
			1-10-20	橋川麻衣子	医療法人敬愛会 リハビリテーション天草病院	脳卒中後遺症者に対するセルフトレーニング
第10会場	1-10-25~30 【リハビリテーション11】 16:15~17:15	山口 賢一郎 上尾中央総合病院 飛高 裕香 上尾中央総合病院	1-10-25	荒井 礼子	AMG 笛吹中央病院	鎖骨・肩甲骨骨折患者における治療経験 ~本人と家族の介入を中心としたアプローチの経験~
			1-10-26	服部 大輔	南部厚生病院	眼球運動後における頭頸部可動域の改善について
第10会場	1-10-31~36 【リハビリテーション12】 17:15~18:15	川島 眞之 川島整形外科病院 稲葉 治彦 霞ヶ関南病院	1-10-31	及川 晋史	医療法人社団アルテバロン 手稲いなづみ病院	一般内科病院における終末期がん患者のリハビリテーションの経験 ~終末期若年がん患者の在宅復帰まで~
			1-10-32	関 良平	医療法人誠昇会 介護老人保健施設カントリーハーベスト北本	在宅復帰に関する在宅改修の検討報告

Table with 6 columns: 会場, テーマ, 時間, 座長, プログラム番号, 参加者氏名, 所属病院, 演題名. Rows include 第11会場 and 第12会場 with various medical topics and speakers.

■ポスター発表(14:00~15:00)

Table with 6 columns: 会場, テーマ, プログラム番号, 参加者氏名, 所属病院, 演題名. Rows include 第11会場 and 第12会場 with poster presentation topics.

第2日目・11月3日(日)

Table with 6 columns: 会場, テーマ, 時間, 座長, プログラム番号, 参加者氏名, 所属病院, 演題名. It lists various medical symposiums and seminars across different venues and dates, including topics like 'NST1', 'Team Medical', 'Nursing', and 'Pharmacy'.

プライマリ・ケア検討委員会の報告—「プライマリ・ケア宣言2013」と今後の活動

認知症研修会でユマニチュードを紹介。MSWの研修を検討

「守るべき対象はすべての国民」。宣言の背景に、この思いと喫緊の課題に対する危機感が



常任理事 プライマリ・ケア検討委員会委員長 丸山 泉

全日本病院協会は8月7日に、その基本理念のもと、「プライマリ・ケア宣言2013」(別掲)を発表した。プライマリ・ケアという言葉はたぶん一人歩きしている。日本プライマリ・ケア連合学会は明確にこう示している。

「人々が健康な生活を営むことができるように、地域住民とのつながりを大切に、継続的で包括的な保健・医療・福祉の実践及び学術活動を行うことを目的とする」

プライマリ・ケアの定義は幅広く使われており、その一つに、1996年の米国国立科学アカデミーが定義したものである。その中では、

『プライマリ・ケアとは、患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである』

と説明され、I. 近接性、II. 包括性、III. 協調性、IV. 継続性、V. 責任性の五つの概念にまとめられている。

各国はそれぞれに独自の医療制度を持ち、おのずとその解釈は多様化し、その幅は広がっている。このような定義からも、本協会会員施設は、かなりの比率で軸足をプライマリ・ケアに置いている。

ではなぜ今、プライマリ・ケア宣言なのか。これには共有すべき日本医療の喫緊の課題がある。それは以下である。

1. 日本の減少する人口、人口構成の変化、つまり高齢化と少子化による担い手不足、人口の偏在、それにとりもなう医療施設の偏在
2. 東京に代表される大都市において想定しうる医療の問題
3. 多疾病罹患高齢者の増加
4. 認知症の増加
5. 高度化する医療と国民の期待値
6. 医療財源の確保
7. 貧富の格差と世代間の格差

これらの共有を前提にお話しすれば、これからの10年、そして次の10年は、私どもにとってかつてない激動のディケイドとなることは間違いない。従来の発想や成功してきたビジネスモデルが根底からくつがえされる大きな転換点に立っているのだ。そして、この国に住む全ての人々が、私どもが守るべき対象である。それが宣言の理由だ。

独立行政法人国立長寿医療研究センター総長の大島伸一先生にご教示いただきながら、前身のプロジェクト時代を含むプライマリ・ケア検討委員会でのアクションプランを検討し、認知症の研修会から始めることにした。

去る9月11日、12日に第一回目の研修会を実施。予備軍まで含めると800万人以上となる認知症の高齢の方々が、多疾病罹患の一つとして認知症を煩っており、会員施設が認知症対応力をより高める必要があると考えたからだ。

ただし、従来のように認知症の病理、治療、対応困難事例の精神科への紹介、そこに派生する抑制や人権の問題など、私どもが教科書的な正論を掲げれば掲げるほど現場のスタッフは苦しい立場に置かれるのである。

何か方法論はないのか、現場の苦勞を軽減する方法はないのか、そして、ユマニチュードというメソッドにたどり着いた。幸い、出席した看護師等の

諸君からは大変好意的な感想が寄せられている。ユマニチュードについては提唱者のジネスト先生をフランスからお呼びすることも検討中である。

基調講演をしていただいた大島先生、国立病院機構東京医療センター本田美和子先生、海上療養所の上野秀樹先生など、多くの先生にご支援をいただいている。

プライマリ・ケア検討委員会は今後、新機構に移行中である日本専門医機構(仮称)に置かれた総合医の委員会(本協会より神野正博副会長が委員として参加)での進捗状況を注視しながら、総合診療専門医と病院医療とのあり方についても協議していく。

また、メディカルソーシャルワーカーに、会員施設がそれぞれの地域でのプライマリ・ケアのコアとなるべく、病院の一部門として責任ある成長を促すための研修会を検討している。医療従

事者委員会など本協会の各委員会との密な意見交換が必要だ。

付け加えておかなければならないことがある。本協会各委員会の質や的確性は長い歴史の中で確実に継承され、進化し、十分にその機能を果たしている。ただ、外部発信の力についてあえて言う。医療界のことは医療界のみでという時代から、メディアを含めた国民の目を意識して進まなくてはならない現実がある。プロフェッショナル・オートノミーという言葉が使われるが、その意味も時代とともに変容していかざるを得ない。

あえて宣言としたため、これまで地道に一個一個のレンガを積み上げ、堅牢な建築物を建てようと努力され結果を出してきた協会の真摯な方法論からは、パフォーマンスにすぎるとい言葉も聞こえてきそうであるが、しっかり自戒しながら、ご理解をお願いしたい。

全日本病院協会 プライマリ・ケア宣言2013

全日本病院協会(全日病)は、関係者との信頼関係に基づいて、病院経営の質の向上に努め、良質、効率的かつ組織的な医療の提供を通して、社会の健康および福祉の増進を図ることを使命とする。

上記理念に則り、これまで『医療は、患者(国民)と医療人が協力して整備を図るべき公共財であり、国民の健康・生活に直接関係する点で極めて重要である。』との認識のもとで、医療関係者ばかりではなく、患者、家族、地域住民などのすべてのステークホルダーとの協働を図ってきた。

2013年、われわれはプライマリ・ケアの重要性を認識し、新たな行動目標として以下を宣言する。

1. 在宅医療・介護対応宣言

全日本病院協会は、少子・高齢・人口減社会の医療・介護のあり方を直視し、すべての会員施設が地域におけるそれぞれの役割を確認し、診療所をはじめ医療・介護・福祉施設との連携を進め、さらなる在宅医療・介護の充実に協働することを宣言します。

2. 認知症対応宣言

全日本病院協会は、国民的な課題である「認知症」に、個別的に、かつ包括的に対応ができるよう、さまざまな具体的方策を提言・実行することを宣言します。

平成25年8月7日 公益社団法人 全日本病院協会

「救急医療体制等のあり方に関する検討会」の報告

高齢者救急の主役は2次救急。高齢者の急変時トリアージも

2次救急の役割と機能が「中間取りまとめ案」に明示。これに沿った改定要望に取り組む



常任理事 救急・防災委員会委員長 加納繁照

「救急医療体制等のあり方に関する検討会」は今年2月6日に始まり、私が構成員の1人に選ばれた。今回、画期的なのは、これまで厚生労働省の救急を検討する検討会等にオブザーバーで参加することはあったが、正式なメンバーとして、2次救急の現場の立場で入れて頂いたのは初めてのことだということである。

これまでの救急に関する検討会等で滔々とされてきた議論の多くは3次救急の入口・出口の問題ばかりであった。その結果、診療報酬も、基本的には3次救急の役割しか評価されてこなかっただけでなく、2次救急病院の現状を理解してもらえない機会も、発言の場もなかったのが実態である。

わずかながらも変化が出たのは、前々回の診療報酬改定の時で、この時の保険局医療課長、現健康局の佐藤敏信健康局長より「救急医療の今後のあり方に関する検討会」に、一度だけ参考人として呼んでいただいたことがある。

この頃より要望し始めた、救急搬送患者を応受した時に、救急搬送1件につき2,000点の「救急搬送患者受入加算」を創設するという要望に対しても理解を示して頂けた。

しかし、この時は入院中心の改定となったため、この加算は日の目を見ず、

その代わりに、救急医療管理加算が600点から200点アップの800点となった。

その後、現防衛庁内部部局衛生監の鈴木康裕前医療課長が担当した前回改定で「救急搬送患者受入加算」が新設された。しかし、評価の対象は終日ではなく、夜間休日に限定された「夜間休日救急搬送医学管理料」というもので、点数も、要望の10分の1の200点というものにとどまった。

点数と条件はともかく、初めての、2次救急医療機関の為だけの診療報酬評価ではあった。近々の2回の診療報酬改定で、放置されてきた2次救急病院に少しは報酬がつくようになってきたが、その一方で、こうした流れに逆行する、憂慮すべき情勢が生じている。

それは2次救急とは全く関係のない、2次救急の現場を一切理解していないある病院団体の動きによるもので、我々が求めてきた「救急搬送患者受入加算」に「地域連携」という概念を挿入し、「救急搬送患者地域連携受入加算」という項目が新設された。

佐藤課長時代にいきなり、主に3次救急から慢性期病院への転送患者受入を評価する項目が1,000点で創設され、その後適応が拡大し、今では2,000点と倍額になった。

同時に在宅患者緊急入院加算という加算も作られた。2次救急が直接、救急搬送患者を受け入れるより、転送される患者さんを受け入れる点数が一桁高いという話であり、これが、その後の、2次救急以外の慢性期病院で急変時の対応が出来るという誤った考えを植え付ける要因となった。

その結果、現在公然と議論されている重急性期、回復期等でも2次救急ができるという誤解を生むにいたり、保険者側(1号側)に安価な制度として評価されてしまうようになっている。

これらを踏まえて、「救急医療体制等のあり方に関する検討会」で議論をしっかり進めた結果、中間取りまとめ案(9月18日)に、次の表現が盛り込まれた(第3-2。傍点は筆者)。

『(2) 2次救急医療機関の充実強化について

2次救急医療機関が、医療計画で求められている「地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療を行う」といった機能を果たすため、都道府県や2次救急医療機関は、地域の高齢化や疾病構造の変化等を把握し、より適切な体制の構築を行わなければならない。増加する認知症を含めた高齢者の救急搬送については、

主に2次救急医療機関が担わざるを得ないことから、2次救急医療機関の対応能力の底上げが必要であると共に、受入れの為の地域でのコンセンサス作りが必要である。特に、重症度が中等症である症例が増加しており、複数の医療機関に受入れを断られる事案も後を絶たないため、2次救急医療機関がその役割を的確に果たすことのできるような支援措置が求められる。』

これは、厚労省の救急検討会等の報告書が、2次救急医療機関の機能と役割に言及かつ評価した初めての文章である。

これから激増する高齢者救急受入の主役は2次救急であり、高齢者の急変時のトリアージは必ずや2次救急が行わなければならない。

こうした考えから、四病院団体協議会の「2次救急に関する検討委員会」は、次の改定に向けて、①夜間休日救急搬送医学管理料200点→2,000点と終日への適応拡大、②救急医療管理加算1日につき800点→1,600点、③救急時の認知症患者の受け入れ加算、新規2,000点、という要望を行っている。

わが国の救急を支えている2次救急医療機関の衰退を食い止め、その底上げを図るためにも、ぜひ、実現させたいと願っている。

安倍政権 14年4月8%を決める。同時に経済対策を実施

「消費税で安定した財源を確保し、社会保障を維持・強化していきたい」

政府は10月1日の閣議で2014年4月に消費税率を8%に引き上げる方針を決めるとともに、引き上げによる景気回復への悪影響を回避するために措置する経済政策パッケージを決定した。同日の記者会見で安倍首相が自ら発表した。

経済政策パッケージを含む閣議決定(「消費税率及び地方消費税率の引上げとそれに伴う対応について」)は、「社会保障制度改革」について、「政府は、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための社会保障

制度改革を総合的かつ集中的に推進する」とした上で、「法制上の措置の骨子」にもとづく法律案を速やかに策定し、次期国会冒頭に法案を提出した上で、消費税増収分を活用した社会保障の充実策に着実に取り組んでいく旨を明らかにしている。

経済政策パッケージは5兆円規模とし、来年度予算の編成作業と並行して具体化し、12月上旬に新たな経済対策の策定を行なうとした。さらに、来年度予算と合わせて補正予算を一体に組

む方針を示した。記者会見で、安倍首相は、「毎年増え行く社会保障費をどうまかなうかが課題である」という認識を披露する一方、「同時にデフレから脱却し、成長軌道を取り戻さなければ安定した社会制度は作れない」と、増税と経済対策を同時に実施する目的を明らかにした。

その上で、「世界に冠たる我が国の皆年金・皆保険制度、これを次世代にしっかりと引き渡してまいる。そのための一括改革である。消費税で安定し

た財源を確保し、社会保障を維持・強化してまいりたい」と述べた。



産業競争力会議 「当面の実行方針」まとめる。臨時国会に国家戦略特区関連法案

産業競争力会議は10月1日の会合で、国家戦略特区の創設など成長戦略のための優先政策を打ち出した「成長戦略の当面の実行方針」をまとめた。

「当面の実行方針」は、同日の経済財政諮問会議でとりまとめられた「経済状況等の総合的な勘案に向けた意

見」と併せ、同日の閣議における消費税率の引き上げと「経済政策パッケージ」の決定の基礎資料となった。

「当面の実行方針」にもとづき、政府は産業競争力強化法案など関連法案を臨時国会に提出する。

の特例措置を検討、具体化し、国家戦略特区関連法案を次期臨時国会に提出するなど、所要の措置を講ずる。

○産業競争力会議と規制改革会議との連携による全国単位での規制・制度改革 新たに創設する特例制度の改革効果等も踏まえつつ、日本再興戦略の趣旨に沿って、雇用、医療・介護(効率的で質の高いサービス提供体制の確立等)及び農業の分野を中心に、産業競争力会議と規制改革会議等が連携して、さらなる規制・制度改革の検討を進める。

3. 雇用制度改革・人材力強化 ○高度外国人材の活用促進 新たな高度外国人材ポイント制度の年

内開始に向けた制度改革を進めるとともに、高度外国人材の永住が許可されるための在留歴の短縮に必要な措置を講じるため、次期通常国会に出入国管理及び難民認定法の改正法案を提出する。

4. 構造改革等による戦略市場の創出 ○健康・医療市場の改革

・医薬品・医療機器開発や再生医療の実用化を加速するため、薬事法等改正法案、再生医療等安全性確保法案の次期臨時国会での早期成立を目指す。

・医療分野研究開発の司令塔機能の実現に向けて、一元的な研究管理の実務を担う独立行政法人(日本医療研究開発機構=仮称)を設立するため、次期通常国会に法案を提出する。

・国際競争を意識した、規制・制度改革、研究開発及び海外展開支援の取組を加速する。

「成長戦略の当面の実行方針」から(医療関連を抜粋) *下線は編集部による

1. 規制・制度改革のための基盤整備

○「国家戦略特区」の創設による戦略地域単位での規制・制度改革

「居住環境を含め、世界と戦える国際都市の形成」、「医療等の国際的イノベーション拠点整備」といった観点から、特例的な措置を組み合わせて講じ、

成長の起爆剤となる世界で一番ビジネスがしやすい環境を創出するため、「国家戦略特区」の具体化を進める。

具体的には、容積率・用途等土地利用規制の見直し、国際医療拠点における病床規制の特例による病床の新設・増床の容認、保険外併用療養の拡充等

産業競争力会議 医療・介護等分科会が発足。「日本再興戦略」の課題実施へ、年内に中間整理

政府の産業競争力会議は、9月2日の会合で、「日本再興戦略」にあげられている課題を集中的に議論するために、分野別の4分科会と特定課題に特化した課題別会合の発足を決めた。分科会の1つである「医療・介護等」は9月27日に初会合を開いた。

初会合では、産業競争力会議で医療・介護分野の検討領域とされた、

(1) 効率的で質の高い提供体制の確立(病床の機能分化推進、医療法人・社会福祉法人の合併・再編の推進等)、

(2) 医療介護のICT化(レセプト情報を活用した予防医療や医療費適正化、医療情報連携ネットワークの全国への普及・展開等)、

(3) 保険給付対象範囲の整理・検討(保険外併用療養の大幅拡大、セルフメディケーションの更なる推進等)、

(4) 公的保険外のサービス産業の活性化(医療の国際展開の推進等)

にそれぞれ取り上げられている諸課題を再確認した上で、年末を目途に分科会として中間整理をまとめる日程案を

了承した。この会合に、厚労省は所管する課題の検討・実施状況について、下記のとおり報告した(抜粋要旨)。

①外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)を推進していく(本年9月～11月に医療機関向けの全国説明会を実施)。

②医療法人が現地法人に出資可能であることを明確化することに関しては、今年秋に検討会を設置し、医療法人の海外展開に伴う出資についても議論を行なう。

③MEJ(一般社団法人Medical Excellence JAPAN)を活用した医療技術・サービスの国際展開については、8月に関係省庁と「今後の医療の国際展開に関する合意」を締結。これにもとづき、今後、個別の医療機関等の国際展開を推進・支援していく。

④2013年度には広域での地域医療連携に必要な情報ネットワークの標準規格案を策定、これに係る実証事業を実施するために、14年度概算要求に所要の予算を盛り込んでいる。

厚労省 「必要な病床」の区分と病床数めぐり2案を提案

医療部会 医療法等改正へ、機能分化を推進する都道府県の権限強化策も提示

厚労省は10月11日の医療部会に、医療機能報告制度と地域医療ビジョン策定の次のステップとして、「医療機能ごとに基準病床数もしくは『必要な病床数』を定める仕組みを医療法で措置する」という提案を行なった。提案は2つの選択肢からなる。

1つは、新たに一般病床と療養病床を報告制度の機能ごとに区分して、それぞれに基準病床数を設定する(各機能の病床数が基準病床数を超過している場合は、新規の開設・増床、都道府県は現行どおり不許可・勧告という取り扱いができる)というもの。

つまり、一般病床と療養病床を、医療機能報告制度で用いる「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」という機能区分で分けて現行の病床種別と同様の許可制度とする。その上で、現行の基準病床数は継続しつつ、4区分ごとの基準病床数を新たに定める(案1)、ということである。

現在、一般病床と療養病床の基準病床数は1つのカテゴリーとして合計数が算定されているが、これによると、療養病床は基本的に慢性期の区分として独立に設定され、一般病床も3つの区分ごとに基準病床数が設けられるこ

とになる。

2つ目は、現行の病床区分は変えずに、報告制度の医療機能ごとに定量的な基準を定めて各機能に必要な病床数へと誘導を図る(案2)、というもの。

報告制度では、当面、定性的な基準で機能区分が選択されるが、報告内容の分析を踏まえて定量的な基準(手術や処置等医療の内容を踏まえた指標)を作成(定量的基準は都道府県が政策的に補正できる)、それにそった各機能ごとの「必要な病床数」を算出、その範囲内に収まるよう医療機関を誘導していくという仕組みである。

基準病床数は医療計画上の規定であるが、「必要な病床数」は、医療計画と一体に策定される地域医療ビジョンにおける設定という位置づけになる。

一見すると、(2)の提案はこれまで議論してきた考え方に近い。

ただし、案を説明した土生総務課長は、案2について、「基準にあわない病床は(報告にあたって)当該機能を選択できない」と指摘。本来、医療機関が任意でできるとされてきた機能選択が、必ずしもそうならない可能性を示唆した。加えて、定量的基準の補正、基金と診療報酬上の手当て、さらには

別途提案された役割と権限を強化する措置を含め、都道府県が強力な誘導を行なうことが考えられる。

上記2案のいずれも、機能ごとの基準病床数または必要量は、都道府県の判断で一定の補正ができるとされている。

「この2案のいずれかを選んでほしい」とした上で、土生課長は、地域医療ビジョンと医療計画を介した機能分化と病床再編を推し進める都道府県の役割と権限強化策として、

(1) 医療計画策定・変更時に保険者協議会の意見を聴く

(2) 機能分化・連携のために必要に応じて2次圏ごとの圏域連携会議を活用する

(3) ビジョン達成のために都道府県知事は診療報酬に関する意見を出せる

(4) 都道府県知事は一定期間(1年)休眠の病床に稼働・削減を要請できる

(5) 都道府県知事は医療機関に医療機能の転換等を要請・指示できる

(6) 医療計画(5ヵ年)と介護保険事業支援計画(3ヵ年)の整合性を図るために、医療計画のサイクルを6年とし、在宅医療など重なる部分の計画は3年ごとに見直す

(7) 消費税増収分を投入した基金を都

道府県に設けるなどの措置を医療法(とその政省令)もしくは高齢者医療確保法等に位置づけるという提案を行なった。

このうち、(1)(2)はすでにある協議機関の活用を法定化する、(3)は高齢者医療確保法で医療費適正化目的の意見提出権限を機能分化推進目的にも適用拡大する、(4)(5)は現在公的医療機関には認められている都道府県知事権限を私的医療機関にも適用拡大する、ことをそれぞれ意味する。

いずれも、国保の都道府県移管に伴って都道府県の権限を強化する措置であり、これまで公的医療機関を対象とした措置の範囲を広げた上で、私的医療機関にも広げるという発想である。

こうした提案を受けた医療部会は、冒頭2つの提案に対して、圧倒的な委員が「案2」の考え方を支持もしくは条件付で賛成した。その中で、全国知事会の荒井委員は「案1」に代表される都道府県の権限強化を強く要請した。

事務局は11月いっぱい医療法等改正にかかわる報告のとりまとめを要請している。今回の提案も、他の改正課題ともども、あと2～3回ほどの会合で結論が迫られている。