ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION
全日病
21世紀の医療を考える全日病 NEWS ニュース 2010 9/15
ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.740 2010/9/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

発行所／社団法人全日本病院協会
発行人／西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区三崎町3-7-12 清話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX(03)3234-5206

2011年度末廃止はひとまず延期

介護療養病床の廃止問題 長妻大臣が言明「通常国会で法改正。猶予を含め方針を決める」

▲「介護療養病床」廃止延期を明言した長妻大臣（9月8日）

長妻昭厚生労働大臣は9月8日の衆議院厚生労働委員会（閉会審議）で、介護療養型医療施設の2012年3月31日廃止は「転換意向調査の結果から困難である」と述べ、少なくとも先送りする意向を表明、廃止時期が明記されている介護保険法を次期通常国会で改正する方針を明らかにした。凍結されてきた廃止方針だが、11年度末限りという期限はいったん外し、廃止を撤回するか期限延長にとどめるかはあらためて検討を続ける、というのが長妻大臣の表明である。初鹿議員（民主党）の質問に答えた。

また、同委員会で、山井和則厚生労働大臣政務官は、慢性期患者に関する横断調査結果の速報値を報告、「医療療養病床と介護療養病床間の機能分化は進んでいる」という認識を示した。厚生労働省は同日、「療養病床の転換意向等調査結果」および「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査結果の速報値（介護療養病床関連部分）」を公表した（調査結果は4・5面掲載）。

「医療療養と介護療養の機能分化は進んでいる」

長妻大臣の答弁に先立って、山井和則政務官は「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」結果（速報値）および「療養病床の転換意向等調査」結果について、「介護療養型病床から他の施設等へ約2万床が転換しているが、その9割が医療療養への転換であった。今後の意向（転換先）は、未定が60%、医療療養病床が20%、介護老人保健施設等は10%であった」と報告した。

「介護療養病床の廃止はどうする考えか」という初鹿議員の質問に、長妻大臣は、「転換意向調査の結果から、それは困難であると考えざるを得ない。通常国会で法改正が必要となるが、猶予も含めて方針を決定していきたい」と述べた。

介護療養病床の今後について「猶予も含めて方針を決定する」とし、法改正に言及したということは、廃止時期の延期にとどまるのかあるいは廃止方針を撤回するかは、さらに検討して決めるということであり、少なくとも11年度末の廃止は先送りすることに踏み切ったことを意味している。

□長妻厚生労働大臣の答弁

転換意向調査の結果から、それは困難であると考えざるを得ない。通常国会で法改正が必要となるが、猶予も含めて方針を決定してまいりたい

当時は介護療養病床を廃止し、その病床の方々が老健施設などに転換していただくという想定であったが、現実は逆に、病院の中の医療保険のベッドである医療療養病床へ戻ったというか、本来の行政の意図とは異なるような状況となり、今後の転換意図についても6割が未定だということが分かった。

法律上は2011年度末に介護療養病床を廃止するというのが既定の路線であるが、調査結果から、それは困難であると考えざるを得ない。（廃止を中止する場合には）通常国会で法改正が必要となるが、猶予も含めて方針を決定してまいりたい。

□猪口雄二全日病副会長のコメント

2006年の介護保険法改正で、介護療養病床は2011年度末での廃止が決まった。しかし、介護療養病床の多くは、入院患者の受け入れ先を見つけられないなどの理由で、今後の態度を決めかねていた。これは、本年6月に行われた「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」の結果で明白である。

その結果から長妻厚生労働大臣が下した結論は、「介護療養病床の廃止は困難」「法改正も含めて対応する」ということである。

今回の決定によって、介護保険3施設をどのように機能分化させるのか、もしくは機能の一元化を図るのか、もう一度議論する機会ができた。

医療療養病床に医療区分を導入し、医療区分1を病院運営不可能な点数設定とし、さらに介護療養病床の廃止を有無も言わさず決めた、あの悪夢のような2006年同時改定を思い出し、もう一度議論のやり直しをしようではないか。

オンラインレセに対する支払の早期化を要望

四病協 「その負担は関係者全体で公平に分担すべきである」

西澤寛俊全日病会長、神野正博全日病副会長、相澤孝夫日病副会長は、9月3日、四病院団体協議会（四病協）を代表して厚生労働省の外口崇保険局長と面談、オンラインレセに対して診療報酬の支払いを早期化するよう関係者間の調整を求める長妻昭厚生労働大臣宛の四病協要望書を手渡した。面談には、唐澤剛審議官（医療保険、医政、医療・介護連携担当）、佐原康之保険局総務課保険システム高度化推進室長が同席した。

レセプト電子化の原則義務化によって、今年7月請求分の電子レセプト（件数ベース）は医科全体で89.4%（病院98.9%、診療所86.2%）に達している。しかし、電子化によって保険者は審査支払手数料が大幅に軽減される上、業務フローの効率化というメリットも少なくない。

四病協の要望書は「レセプトのオンライン請求は、医療保険事務全般の効率化を図るものとして、保険者、審査支払機関、医療機関という医療保険制度の関係者全てが共同して取り組むことによって実現できるものであり、その負担は関係者全体で公平に分担すべきものである」と指摘、「診療報酬について、その請求から医療機関への支払いに要する期間をできうる限り短縮することにより、レセプトのオンライン請求によるメリットを医療機関にも還元する方策を講じるべきと考える」として、診療報酬の支払い早期化に保険者と審査支払機関の協力が得られるよう、関係者間の調整を図るよう厚生労働大臣に要望したもの。

「電子請求対象に支払い短期化を検討」

保険局総務課長が医療保険部会に報告。10～15日短縮の方向

9月8日に開かれた社会保障審議会・医療保険部会に、事務局は、診療報酬支払早期化を求めた四病協要望書を事務局資料の1つとして配布。保険局の武田俊彦総務課長は、電子レセプトで請求した医療機関に対する診療報酬の支払いを早期化する方向で検討を開始したことを報告した。オンラインだけでなく電子レセによる請求が対象だ。

武田課長は「現時点でのイメージ」と断りながら、診療翌々月の21日（被用者保険）あるいは25日～月末日（国保）となっている医療機関への支払い日を、翌々月15日に統一かつ繰り上げる方向で調整していること、また、公費負担の医療も支払いサイトを短縮する方向で担当部局と協議していることを、明らかにした。

さらに、①保険者の資金繰り、②業務フローの見直し（審査支払機関）、③システムの改修（両者）、④紙レセと電子レセの2回に増える請求・支払等事務作業の追加コスト（両者）と、いくつかの問題があることを指摘しつつ、「支払日の繰上げは可能と考えられる。留意すべき点を念頭に置きながら、支払早期化に向けて実務の面を詰めていきたい」と語った。

専門委員として医療保険部会に出ている全日病神野副会長は、「四病協として、今般、支払早期化を求める要望書を出させていただいた。電子レセ化によって保険者は審査手数料が安くなった。審査支払機関の事務費の節減が図られる。我々医療機関も、ぜひ、恩恵にあずからせていただきたい」と発言した。

鈴木委員（日医常任理事）も「支払早期化はぜひ実現してほしい」と重ねた。

これに対して、白川委員（健保連専務理事）は、「ただちに反対賛成ということではないが、大きな組合になると数十億円の支払となる。（厚労省は）10日から15日ほど早めるという考えのようだが、まずは、各組合の実情調査をしてみたいと考えている」と述べた。

一方、「レセ電子化の果実は、まずは、審査の質向上に使われるべきではないか」と、批判的な意見を示す保険者の委員もいた。

医療保険部会終了後、本紙の質問に武田総務課長は「医療機関は10日～15日ほどの短縮では不満かもしれない。しかし、保険者にも負担が発生する。この辺りが可能な線ではないか。請求省令と異なり、支払日に関しては当事者が承知すれば即実施できる。システム改修に半年かかるので、できるだけ早く決着をつけたい」と、早ければ9月内にもまとまる可能性を示唆した。

清話抄

今、この原稿をパリのホテルの一室で書いている。2008年6月、2009年9月に続いて3度目のフランス医療視察である。昨日もパリでは大きなストライキがあり、地下鉄がストップした。7月中旬から1カ月半におよぶバカンスを終えた直後の9月7日にデモをする感覚は、日本人には受け入れがたいものだ。

フランスは自分たちの権利を守るためによくストを行い、主張と主張の合意点を求めて、徹底的に議論する。一方、他のことはラテン系特有のおおらかさがあり、普段は「ケ・セラ・セラ（なるようになる）」という、気楽さに満ち溢れている。

高齢者施設を訪ねても、強烈な個人主義と「ケ・セラ・セラ」の精神を感じる。例えば、選択メニューへの徹底的なこだわりである。選択すべき項目が多く、しかも毎食、同じような質問が行われ、その時に応じて高齢者が毎回自分で選択を行なっている。

一方、食べられなくなったら、「そこが人生の終焉」として受け入れ、亡くなっていくことが多い。フランスでは死ぬ直前まで、「自分のことは自分で決める」という生き方が徹底している。

ビートルズが来日した1966年から既に44年の歳月が流れ、当時30歳のビートルズ・ファンが来年75歳になる。

この世代は、フランス人ほどではないが、現在の高齢者とは比較ができないくらい自己主張が強く、好みも異なる。この世代は風船バレーは行わず、4人部屋の生活も耐えられないだろう。BGMにビートルズが流れ、自己主張型の高齢者が増える5年後の日本の施設の雰囲気は、フランスの施設の雰囲気に近づいていくような気がする。（泰）

主張

重度認知症患者を精神科病床だけで診るのは困難。一般・療養に入院できる体制や報酬を構築すべき。かつ、これら病床が在宅患者を支援する体制が必要だ。

これから増え続ける重度認知症患者が入院できる報酬や体制を構築するべきである。本紙が発行されるころには新総理大臣が決まっているだろう。原稿を書いている今は想像がつかないが、誰が総理大臣になるかによって、政策が変わる可能性もありそうだ。

昨年、民主党政権に変わったが、今のところはっきりした政策が打ち出されてこない。医療政策も不透明だ。

大病院中心の、急性期に重点を置いた診療報酬改定が4月に行われた。医療は急性期医療だけ充実しても、その後の医療・介護の体制整備がなされないと急性期医療も成り立たないことが民主党には判っていない。

あるいは予算がないから分からない振りをしているのかも知れない。日本医師会の会長も変わったことだし、病院団体と医師会が一体となって日本の医療を構築してゆくべきである。医療費からだけではなく、あるべき医療供給体制を示すべきである。

全日病は、このたび、厚生労働省の老人保健事業推進費等補助金で「認知症を持つ要介護高齢者への適切な医療・ケアの構築に関する調査研究事業」を行った。

調査結果から、重度の認知症患者は、精神科病棟だけでなく広く一般病棟、医療療養病床、介護療養型医療施設に入院していることが再確認された。しかも、どの病棟でも重度認知症患者は多くの人手と費用がかかっていることが明らかになった。また、回帰モデルによる分散分析の結果では患者1人1日当たりの個別サービス時間では、重度認知症の有無が医療区分やADL区分よりも影響が大きいことが判った。

国は、認知症患者を精神科病床で診てゆくとしているが、今後増え続ける認知症患者を精神科病床だけで診てゆくのは困難と思われる。広く一般病床や、療養病床に入院できる体制や報酬を構築すべきである。その上でこれらの病床を持つ病院が、在宅の重度認知症患者のバックアップ体制をつくらなければならない。特に内科合併症や、手術の必要な患者が入院や手術を拒否されない様な連携作りが重要である。

日本精神科病院協会は、医療計画制度の4疾病5事業を認知症などを加えて5疾病とするように考えているようだが、このときには、精神科に限らず広く体制を構築してゆくべきと考える。(K)

多剤耐性菌の院内感染報告相次ぐ

厚労省は多剤耐性菌の実態調査に着手。報告対象の耐性菌を拡大

多剤耐性を獲得した細菌による感染症の集団発生および多剤耐性菌の検出報告が各地病院で続出しており、厚労省は9月10日実態調査に乗り出した。

これまで国内で発生が報告されてきた多剤耐性菌だけでなく、海外で感染が拡大しているNDM－1やKPCを産生する耐性菌も報告されている。新型を含む多剤耐性菌による院内感染に、各病院は防止体制の強化とともに発生を確認した際の迅速な報告が求められている。

一連の院内感染報告の発端となった帝京大医学部付属病院に対して、警視庁は、業務上過失致死の疑いもあるとみて任意の事情聴取を開始した。

こうした警視庁の動きに、全日病執行部は下記コメントを表明している。

> 院内感染は医療の副産物的な要素が極めて強いものであり、完全に防止することは不可能である。耐性アシネトバクターによる感染症が出現したからといって、行政の調査を待つことなく業務上過失致死容疑などで警察が介入するようなことになれば、原因究明が阻害され、また、医療の萎縮を招くのは必至である。医療の不確実性を否定する警察権力の介入に断固反対する。

多剤耐性菌の発生報告

◇帝京大医学部付属病院（東京都）は9月2日に、昨年8月から今年9月までに入院患者46人が多剤耐性菌アシネトバクターに感染していたと保健所に報告した。その後、さらに12人の感染を確認、感染者は58人にのぼっていたと発表した。同院では、今年6月から8月にかけて多剤耐性緑膿菌に4人が感染、うち1人が敗血症で死亡していることも判明している。

◇藤田保健衛生大の付属病院（愛知県）で、今年2月以降の入院患者24人からアシネトバクターの菌が検出されたことが判明、同院は2月16日に地元保健所に報告していた。

◇有隣病院（東京都）は、入院患者からアシネトバクターが検出されていたと9月6日に保健所に報告した。2～7月に8人が感染、4人が死亡、そのうち2人に因果関係の疑いが残るとされている。同院は、「感染者の病室は別々で、感染者間につながりがみつからない」と院内感染を否定している。

◇東京都健康長寿医療センター（東京都）は、9月7日に、「2～8月に患者3人がアシネトバクターに感染していた」と報告した。さらに9月8日には、昨年5月以降20人が多剤耐性の緑膿菌に感染、10人が死亡したと発表した。うち4人に因果関係が疑われるとしている。

◇独協医科大学病院（栃木県）は、インドから帰国後、同院に入院・退院した50代男性患者から昨年5月に多剤耐性の大腸菌（NDM1）が検出されていたことを、9月6日に公表した。ほかの患者への感染は生じていない。NDM－1は国内初の報告である。

◇九州大学付属病院（福岡県）は9月9日、08年4月に入院患者から、KPCという抗生物質分解酵素を持つ多剤耐性の肺炎桿菌が検出されていたことを発表した。他への感染は生じていない。

◇岩手県は、岩手医大付属病院からアシネトバクターの検出報告が出ていたことが分かったと9月9日に明らかにした。

◇日本医科大付属病院（東京都）で、昨年12月から今年6月にかけて、つごう46人にのぼる入院患者がバンコマイシン耐性腸球菌（VRE）に集団感染し、うち14人が死亡していたことが地元保健所等から判明した。同院は保健所から院内感染対策の改善指導を受けた。同院はこれまで院内感染の発生を公表せず、また、14人の死について感染との因果関係を否定している。保健所も「直接の因果関係は認められない」としている。

◇07～09年度の3年間に全国医療機関の約1割で患者から多剤耐性菌アシネトバクターが検出されていたことが、このほど厚労省研究班の調査で判明した。

◇66％の病院で患者から多剤耐性緑膿菌が検出されていることが、昨年実施した日本化学療法学会の調査（回答は499施設）で判明した。

厚労省における対応・対策

◆9月5日に対策チームを省内に設置、近々「院内感染対策中央会議」を臨時開催して新しい対応策を決定するなどの方針を決めた。

◆医政局指導課は9月6日、医療機関に多剤耐性菌の院内感染防止を徹底するよう求めるとともに、アシネトバクターの院内感染を疑う事例を把握した場合の速やかな情報提供を呼びかけた事務連絡を出した。

◆9月7日の会見で、長妻大臣は、アシネトバクターが報告義務に入っていないことを踏まえ、今後、報告を課す耐性菌の見直しを図るとして、感染症部会を招集する方針を表明した。耐性菌による感染症（5類）は、現在、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症の5つが全数・定点を含めた報告対象となっている。

◆9月9日、多剤耐性菌に関する一般向けの情報を同省HPで公表した。

◆健康局結核感染症課は9月10日、多剤耐性菌の実態を調査するために、感染の疑いがある患者がいた場合は国立感染症研究所に検体を送るよう求める課長名の通知（健発0910第1号）を発出した。対象は腸内細菌（大腸菌、肺炎桿菌、セラチア、エンテロバクター等）で、かつ、カルバペネム系、フルオロキノロン系、アミノ配糖体系の3系統すべての抗菌薬（各1剤以上）に「R」判定が出たもの。調査期間は9月15日から12月28日まで。

院長！　うちは入ってますよね？

未加入でしたら、病院基金へぜひご加入を

病院厚生年金基金は、都道府県内の病医院が協力して運営しているため、省コストで充実した企業年金を支給できる制度です。
事業主と従業員、双方にメリットがあり、職場への信頼と将来の安心をお手伝いいたします。

基金加入のメリット

- ●事業主掛金は経費算入できる優遇措置。
- ●従業員の負担増なしで手厚い給付。
- ●短期間の加入も、すべて将来の給付に反映。
- ●労働意欲の向上と優秀な人材確保に寄与。
- ●基金の福祉事業の利用で福利厚生を充実。

お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道	☎011-261-3172	兵庫県	☎078-230-3838
秋田県	☎018-824-5761	奈良県	☎0742-35-6777
山形県	☎023-634-8550	和歌山県	☎073-433-5730
福島県	☎024-522-1062	鳥取県	☎0857-29-6266
茨城県	☎029-227-8010	島根県	☎0852-21-6003
栃木県	☎028-610-7878	岡山県	☎086-223-5945
群馬県	☎027-232-7730	広島県	☎082-211-0575
埼玉県	☎048-833-5573	山口県	☎083-972-3656
千葉県	☎043-242-7492	徳島県	☎088-622-1602
東京都	☎03-3833-7451	香川県	☎087-823-0788
神奈川県	☎045-222-0450	愛媛県	☎089-921-1088
新潟県	☎025-222-3327	福岡県	☎092-524-9160
富山県	☎076-429-7796	長崎県	☎095-801-5081
石川県	☎076-262-5261	熊本県	☎096-381-3111
長野県	☎0263-36-4834	大分県	☎097-532-5692
静岡県	☎054-253-2831	宮崎県	☎0985-26-6880
滋賀県	☎077-527-4900	鹿児島県	☎099-227-2288
京都府	☎075-255-1312	沖縄県	☎098-869-3521
大阪府	☎06-6776-1600		

中医協総会

新薬配合剤の処方14日制限は個別対応とする方向

9月8日の中医協総会は、新既収載医薬品のうち、既存薬配合剤として新たに収載された医薬品に対しては、薬価収載後1年間は14日以内の処方に限られるという現行規制を一律に適用することは止め、副作用がないなど十分な実績がある配合成分によっては14日処方のしばりを外すなど、個別に対応する方向で見直しを検討することが合意された。

同日の中医協には新薬12成分15品目の薬価収載が諮られ、了承された（9月17日収載予定）。

このうち、ミカムロ配合錠に対して、診療側邉見委員は「新薬創出加算がついた今、(メーカーは)新薬開発に注力すべきであり、配合剤の薬価収載は止めてもらってはどうか」と注文をつけた。

これに関連して、診療側安達委員は、「配合剤になると14日処方というしばりが復活する。治験で安全性が確認されているのに、なぜしばりをかけるのか。現場では、配合剤を待たずにダブル投与している。安全上全く問題はない」と、新薬の薬価収載（発売）後1年間は1回の処方期限が14日までとされている規制の見直しを提起した。

これに対して、支払側の白川委員（健保連）は「配合剤だからといって一律にしばりを外すというのはどうか。そのつどデータを取って個別に対応したらよい」と規制の弾力運用に応じる意向を示示したため、個別対応を図る方向で見直すことが決まったもの。今後、基本小委で見直しの具体的内容を詰めることを確認した。

安達委員は、配合剤にかかわらず、14日という新薬の処方制限そのものの見直しを求めた。現時点で、遠藤中医協会長および支払側は否定的だが、検討課題としてノミネートされた格好だ。

さらに、同日承認された新既収載品のうち、オレンシア、アブラキサン、トーリセルの3品目は高額医薬品としてDPC包括評価から除外し、次期改定まで出来高算定することが承認された。

また、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤にフォルテオ皮下注キット（テリパラチド製剤）とエンブレル皮下注（エタネルセプト製剤）を追加することが承認された。

医療費35.3兆円。大学病院の医療費は上向き

病院入院の受診延日数低落傾向に底打ちの気配も

9月8日の中医協総会に事務局（厚労省保険局医療課）は「2009年度医療費の動向」を報告した。医療費は全体で35.3兆円、前年度から3.5%（1.2兆円）増えた。そのうち70歳以上の医療費は15.5兆円（全体の44%）、75歳以上に限ると12.0兆円（同34.2%）となる。

医科医療費は入院が14.0兆円（前年度比+3.1%）で全体の39.8%、入院外が12.7兆円（同+2.8%）で全体の36.1%、合計26.7兆円で医療費の75.9%を占めている。

病院の医療費は18.7兆円（前年度比+3.4%。全体の52.9%）。内訳は、大学病院2.14兆円（+5.6%、6.1%）、公的病院6.83兆円（+3.3%、19.4%）、法人病院9.38兆円（+3.4%、26.6%）、個人病院0.3兆円（−4.2%、0.9%）。

いずれも前年度比の伸びは過去に比べて高い水準を記録、個人病院も08年度の−14.2%から大きく下げ幅を縮めている。堅調に推移してきた法人病院に対して、ここ5年、大学病院が常に法人病院を上回る医療費伸び率を示している。

病院の入院医療費は13.7兆円（前年度比+3.3%）。内訳は、大学病院1.5兆円（+4.5%）、公的病院4.8兆円（+3.0%）、法人病院7.1兆円（+3.4%）、個人病院0.2兆円（−4.6%）。

09年度の受診延日数は前年度比−0.6%と5年連続の減少となった。医科入院が−0.1%なのに対して入院外が−0.8%落ち込んだのが大きい。

入院外の受診延日数は、病院が−1.3%、診療所が−0.6%と病院外来の落ち込みが大きく影響した。ただし、大学病院だけは0.9%のプラスを記録している。これは、1施設あたりの入院外受診延日数でも同様の結果となっている。

これに対して、入院における受診延日数のマイナスは個人病院が−6.3%、有床診が−4.9%と大幅な落ち込みを示したことが大きく、長くマイナス基調にあった大学病院はプラスに転じ、公的病院も−1.1%と下げ幅を大きく縮めている。

しかも、病院1施設あたりの入院受診延日数は0.9%と過去6年間でもっとも高い増加率を記録、08年度までマイナスを続けた大学病院、公的病院がプラスに転じるなど、個人病院と有床診の減少による影響を除くと、病院における入院受診延日数の減少は09年度に底を打った可能性がある。法人病院の入院受診延日数は、全体・1施設あたりのいずれもプラス基調で推移している。

一方、1日あたりの医療費は、医科入院が+3.2%、入院外が+3.6%と、ともに高水準の増加を示した。入院と入院外を合わせた1日あたりの医療費は、病院全体で+3.1%、大学病院+3.3%、公的病院+4.2%、法人病院+2.5%、個人病院+1.8%と、いずれも増加基調を維持するなど、受診期間の短縮を受診単価の伸びが補う傾向が依然続いている。

医療保険部会

「膨張する薬剤費」との声

医療費のうち、調剤は5.9兆円（全体の16.7%、前年度比+7.9%）と6兆円に迫るところまで薬剤費を伸ばしている。

この薬剤費について、9月8日の医療保険部会に高原委員（長崎県諫早市医師会長）は「膨張する薬剤費」と題した個人資料を配布、「（厚労省が公表する医療費のうち）薬剤費は出来高請求の薬剤費であり、近年急速に拡大している包括医療（DPC等）に包括される薬剤費は全く含まれていない」と説明。

「2009年度は前年と比較して1.2兆円増（入院4,300億円増、入院外7,900億円増）であるが、入院外の増加分7,900億円の大半は薬剤費7,500億円で占められる」と指摘した。

09年度医療費は医科入院外が12.7兆円、調剤が5.9兆円で両者を合計すると18.6兆円となる。対前年度比は、入院外+3,500億円、調剤+4,300億円、合計+7,800億円である。

高原委員は別の資料から、09年度の医科医療費には2.79兆円の薬剤費が含まれており、一方、調剤薬局における薬剤費は4.34兆円であるとして、薬剤費はつごう7.13兆円に達していると指摘。

それぞれの08年度からの増加額が医科の分で3,700億円、調剤薬局の分で3,800億円であることから、合計7,500億円の薬剤費増加が生じているにもかかわらず、厚労省の医療費動向では調剤医療費の増額は4,300億円とされ、医療費が09年度に1.2兆円増加したうち「63%」を占める薬剤費の膨張が糊塗されている、と主張した。

DPCは「22.3%増」、手術は「16.6%増」

10年度改定で支払基金が分析

社会保険診療報酬支払基金が8月23日に発表した「電子レセプトから分析した診療報酬改定の影響」によると、2010年4月改定によってDPC包括評価の医療費は22.3%増加した。プラス改定に加え、算定病院数が増えたことが大きい。難易度が高いものを中心に大幅な増点となった手術も16.6%増となったが、入院料は1.4%減少した。

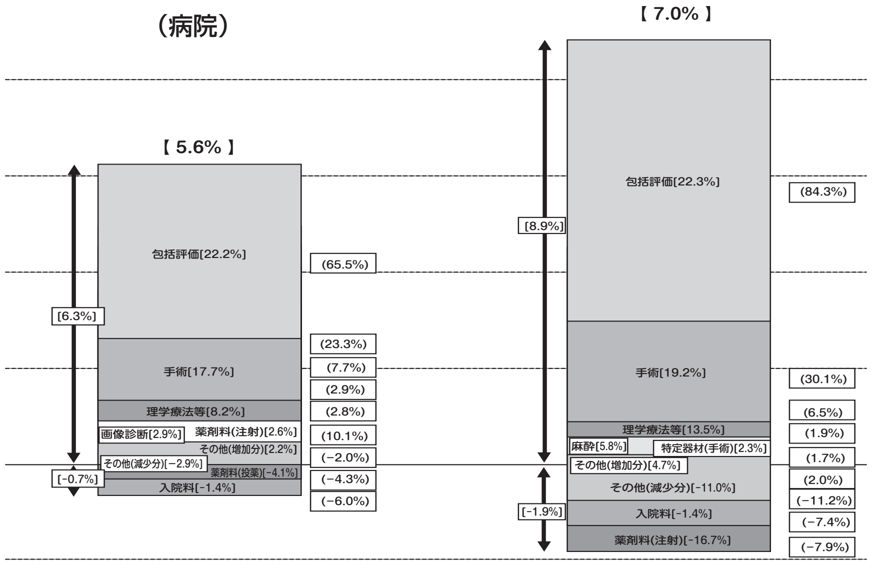
「電子レセプトから分析した診療報酬改定の影響」は、09年4・5月診療分と10年4・5月診療分のいずれも電子請求があった医科レセプト(請求病院数の77.5%、請求診療所数の32.5%）を診療項目別等に集計し、支払基金として分析を行なったもの。

入院医療費全体が+7.0%（入院外は+3.3%）となる中、入院医療費増加に対するDPC医療費の寄与率（シェア）は84.3%、手術の寄与率は30.1%であった。これに対して、入院料の寄与率は−7.4%と医療費増加の足を引っ張る結果となった。

10年度改定の影響を病院、診療所別にみると、病院医療費が全体で+5.6%（診療所は+3.4%）となる中、DPC（+22.3%）の寄与率（シェア）は65.5%、手術（+17.7%）は23.3%、入院料（−1.45%）は−6.0%であった。

この分析は、支払基金の電子レセプトデータを使った医療費分析システムから抽出されたもので、国保請求分、後期高齢者医療の請求分は分析の対象に入っていない。

□2010年度改定の診療項目別伸び率



医療事務技能審査試験

医療事務技能審査試験は、厚生労働省許可の(財)日本医療教育財団が実施する全国一斉の統一試験であり、試験合格者には「メディカル クラーク」の称号が付与されます。

■合格者に付与する称号　(1) 1級メディカル クラーク　(2) 2級メディカル クラーク
■受験資格　医療事務職としての実務経験等の受験資格があります。
■試験会場　各都道府県内の公共施設等で実施します。
■受 験 料　6,500円（1級・2級とも同一）
■試 験 日　(1)1級　年3回(6月・10月・2月)　(2)2級　年12回(毎月)
■試験科目　〈実技Ⅰ〉 患者接遇(1級には院内コミュニケーションも含む)
〈学　科〉 医療事務知識
〈実技Ⅱ〉 診療報酬請求事務（明細書点検）

医師事務作業補助技能認定試験

【 主催：社団法人 全日本病院協会 ・ 財団法人 日本医療教育財団 】
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

■合格者に付与する称号　ドクターズクラーク
■受験資格　医師事務作業補助職としての実務経験等の受験資格があります。
■試験会場　各都道府県内の公共施設等で実施します。
■受 験 料　8,000円
■試 験 日　年6回（5月・7月・9月・11月・1月・3月）
■試験科目　〈学科〉 医師事務作業補助知識　〈実技〉 医療文書作成

●試験の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

(財) 日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿楽町 2-2-10-1923
●03 (3294) 6624　http://www.jme.or.jp

厚生労働省は9月8日に、「療養病床の転換意向等調査結果」と「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査結果の速報値（介護療養病床関連部分）」を公表した（1面に関連記事）。以下は、それぞれの調査結果の概要である。

転換できない理由の７割が「地域に療養病床が必要」

医療療養の７割が現状維持を希望。介護療養の転換未定組も７割が念頭に医療療養

厚労省「療養病床の転換意向等調査」結果の概要　9月8日公表

調査対象●調査時点で療養病床を有する医療機関
調査時期●第1回調査／2010年1月31日
第2回調査／2010年4月30日
回答率●第1回調査／94％＝5,013医療機関（東京都を除く46道府県で実施）
（医療療養病床4,519＝22万9,919床、介護療養1,954＝7万9,096）
第2回調査／91％＝5,041医療機関（47都道府県で実施）
（医療療養病床4,526＝23万9,055床、介護療養1,954＝8万4,787床）

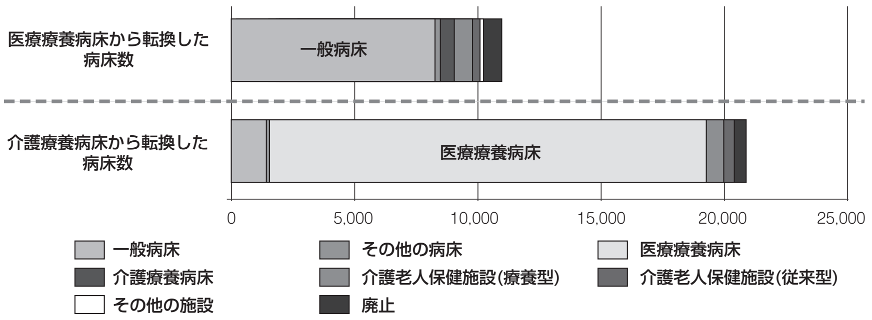
療養病床を持つすべての医療機関を対象に、2006年4月から10年3月までの転換状況と今後の転換意向についてアンケート調査を行なった。ただし、転換状況は10年1月に実施した第1回調査でのみ実施、東京都については調査されていない。

医療療養病床からの転出は合計1万983床。転出先は一般病床が最も多く転換病床数の76％を占めた。他は、介護老人保健施設が10％（療養型が7％、従来型が3％）、介護療養病床が5％などであった。廃止が6％あった。

一方、逆に2万9,057床が医療療養病床に移ってきている。内訳は、介護療養病床からがもっとも多く1万7,765床（61％）、一般病床からも7,168床（25％）ある。

介護療養病床からの転出は合計2万906床。行き先は医療療養病床が1万7,765床（85％）と圧倒的。一般病床も7％あるが、厚労省が誘導するために06年7月に新設した介護老人保健施設（療養型）は735床（4％）とごくわずかにとどまった。介護老人保健施設（従来型）も377床に過ぎず、老健施設へ移ったのが転換病床全体の5％だけであった。廃止も457床（2％）ある。（図1）

図１■2006年4月から10年3月までの転換状況



注：転換状況の調査は10年2月時点で療養病床を有する医療機関が対象であるため、それまでに全病床を介護施設や一般病床に転換した医療機関又は廃止した医療機関は把握していない。

「医療療養から介護施設へ」「介護療養から介護施設へ」「介護療養から医療療養へ」に、それぞれ転換した理由（複数回答）をたずねたところ、「入院患者の状態像に転換先が適していたため」という理由がもっとも多く、「医療療養から介護施設へ」と「介護療養から介護施設へ」はともに5割近くを占めた。とくに、「介護療養から医療療養へ」の転換では、約7割の医療機関がこの理由をあげた。

次いで、「医療療養から介護施設へ」と「介護療養から介護施設へ」では「医師・看護職員の確保が困難であった」ことがあげられている。とくに、前者の医療機関では「入院患者の状態像に転換先が適していたため」という理由と同率（45％）の最多を占めており、06年7月から導入された医療区分にもとづいた診療報酬の算定要件を看護25対1・看護補助25対1に引き上げたことが、厳しく経営を圧迫したことをうかがわせる結果となった。

以降、「医療療養から介護施設へ」と「介護療養から介護施設へ」は同じ理由が同様の順位で続いた。これに対して、「介護療養から医療療養へ」転換した医療機関は、約7割が医療区分に依拠したケースミックスによって医療療養がふさわしいと判断した上、26％が「必要な診療体制を確保できた」ことを、さらに、同率の26％が「採算がとれると判断」したことを理由にあげた。

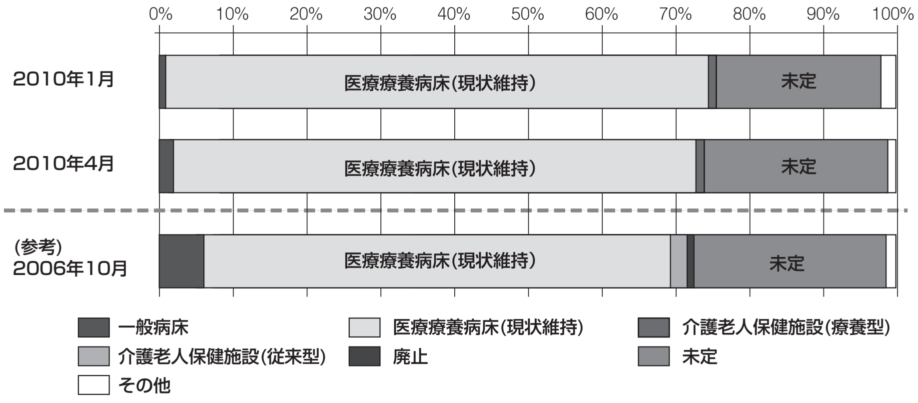
療養病床から介護施設に転換した医療機関において、「同一法人内で多様なサービスを提供するため」という理由が40％（ケース1）と32％（ケース2）と高いのは、ケアミックス型として療養病床の病棟を残した一部転換組が少なくなかったものとみられる。（表1）

表１■転換した理由（それぞれ複数回答）

転換した理由	医療療養から介護施設へ転換	介護療養から介護施設へ転換	介護療養から医療療養へ転換
入院患者の状態像に転換先の施設が適していると判断したため	45%	48%	68%
医師・看護職員の確保が困難であったため	45%	39%	－
医師、看護職員を確保でき、必要な診療体制を確保できたため	－	－	26%
同一法人内で多様なサービスを提供するため	40%	32%	13%
転換後の経営状況を鑑み、採算がとれると判断したため	33%	29%	26%
行政からの指導や後押しがあったため	20%	13%	2%
補助金等の公的な経済支援により、転換に必要な建物の増改築が可能であったため	18%	19%	0%
金融機関からの融資等により、転換に必要な建物の増改築が可能であったため	13%	10%	1%
近隣に医療機関があり、介護施設としてのニーズがより高かったため	13%	10%	－
近隣に介護施設があり、医療機関としてのニーズがより高いため	－	－	24%
その他	18%	13%	27%
回答医療機関数	40	31	575

今後の転換意向に関しては今年1月と4月の2回調べたが、医療療養病床においては「現状維持」が病床数の73％および71％と最多を占め、老健施設への転換希望はともに1％しかなく、その他の施設にいたってはいずれもゼロであった。一方、「未定」と答えたのが22％および26％あった。（図2）

図２■医療療養病床からの転換意向



転換意向で「現状維持」あるいは「未定」と答えた医療療養病床にその理由をたずねたところ（第2回調査）、「近隣の医療機関や介護施設から慢性期医療受入先としてのニーズが高いため」（47％）、「医療機関の方針に現状の体制が適しているため」（40％）、「現状の体制で入院患者の症状が安定しているため」（37％）、「懸念事項があるため」（33％）などであった。

そこで、「懸念事項」の内容をきくと、「地域で療養病床が必要とされているため」（70％）、「転換すると利用者の十分な医療的ケアができない」（46％）、「転換にあたって患者の受入先を見つけるのが困難」（38％）、「建物改修が必要」（34％）などがあげられた。（表2）

表２□「懸念事項があるため転換できない」と答えた「懸念事項」の内訳（複数回答）

懸念事項	医療療養の回答割合	介護療養の回答割合
地域で療養病床が必要とされているため、転換が困難	70%	72%
転換すると利用者の十分な医療的ケアができない	46%	50%
転換にあたって、療養病床利用者の転院先、受け入れ先を見つけるのが困難	38%	55%
建物改修が必要（改修費用、改修時の患者の移動、面積等）	34%	40%
転換後の資金繰りの目途が立たない	23%	31%
職員の配置や確保が困難	25%	22%
病院をやめる・転換することへの抵抗感（法人の理念、職員の意識等）	19%	19%
介護施設の運営ノウハウがない（事務手続き、職員の意識改革等）	12%	9%
患者や家族への説明が困難	9%	16%
周辺に競合する老健施設等があるため、経営に不安	8%	9%
近隣に医療機関がなく、急変時の連携が困難	5%	3%
その他	10%	13%
「懸念事項があるため転換できない」を選択した医療機関数	1,384	620

介護療養病床における転換意向は「未定」とした回答が66％（1月）、61％（4月）と圧倒的に多く、廃止2年前にして6割を超える結果となった。「医療療養への転換」希望が17％、22％と増加基調で続き、「老健施設への転換」希望は2回とも13％（そのうち、いずれも11％が介護療養型老健施設）にとどまった。（図3）

「未定」とした介護療養病床に念頭に置いている転換先をたずねたところ（複数回答）、「医療療養病床」（67％）、「介護療養型老人保健施設」（38％）、「一般病床」（26％）、「一般病床・医療療養病床以外の病床」（8％）と、本来の医療提供施設としてとどまることを希望するところが多いことが判明した。（表3）

介護療養からの転換予定が「未定」とした理由の最多が「2012年度同時改定の方向性をみてから判断したいため」（58％）、「懸念事項があるため転換できない」（52％）と、情勢をみきわめるまで判断を保留する一方で、医療療養と同様、転換をはばむ「懸念事項」が介護療養の半数にあることが判明した。（表4）

その「懸念事項」（複数回答）とは、「地域で療養病床が必要とされている」（72％）、「転換にあたって、療養病床利用者の転院先、受け入れ先を見つけるのが困難」（55％）、「転換すると利用者の十分な医療的ケアができない」（50％）、「建物改修が必要」（40％）、「転換後の資金繰りの目途が立たない」（31％）など、医療療養と同様の事項がほぼ同様の順次であげられている。（表2）

図３■介護療養病床からの転換先意向

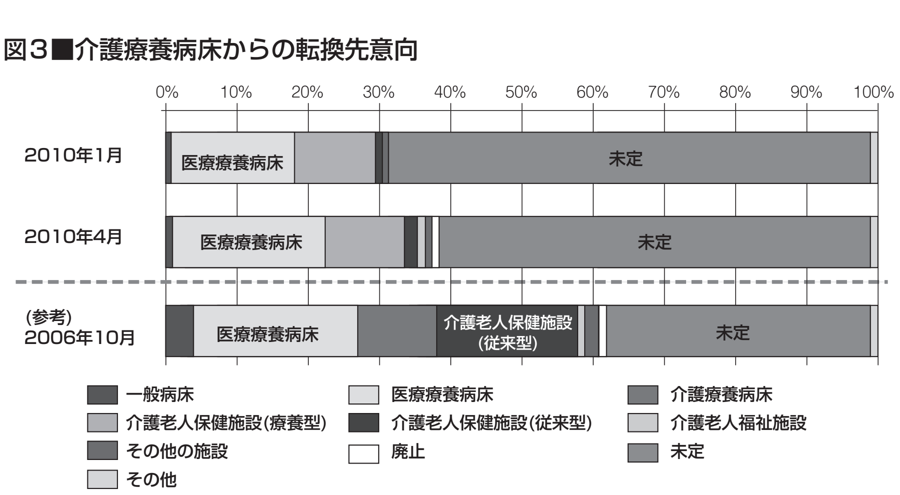


表3■介護療養からの転換予定「未定」の場合、念頭に置いている転換先（複数回答：第1回調査）

念頭に置いている転換先	件　数	割　合
医療療養病床	857	67%
介護療養型老人保健施設	483	38%
一般病床	334	26%
一般病床・医療療養病床以外の病床	107	8%
従来型老人保健施設	89	7%
廃止	79	6%
介護老人保健施設・介護老人福祉施設以外の介護施設	72	6%
介護老人福祉施設	51	4%
介護療養病床からの転換予定が「未定」を選択した医療機関数	1,287	100%

表4■介護療養病床からの転換予定が「未定」を選択した理由（複数回答：第2回調査）

「未定」を選択した理由	件　数	割　合
2012年度の医療・介護報酬同時改定の方向性をみてから判断したいため	687	58%
懸念事項があるため転換できない	620	52%
近隣の医療機関や介護施設から、慢性期医療の受け入れ先としてのニーズが高いため	564	47%
現状の体制で、入院患者の症状が安定しているため	384	32%
医療機関の方針に、現状の体制が適しているため	329	28%
療養病床の経営が、現状で安定しているため	255	21%
一部の病床を転換したところであるため	28	2%
その他	149	13%
介護療養病床からの転換予定が「未定」を選択した医療機関数	1,190	100%

医療提供で老健の「療養型」「従来型」の違いが明確

「経鼻経管・胃ろう」は医療療養、介護療養、療養型老健で実施率が同水準

「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値（介護療養病床関連部分）　9月8日公表

調査時点●2010年6月23日
調査対象●介護療養型医療施設（病院＝老人性認知症疾患療養病棟を有する病院を含む）
回収数　施設票840（回収率52.6％）患者票16,603
介護療養型医療施設（診療所）施設票166（26.3％）患者票576
介護老人保健施設　施設票853（42.7％）患者票24,449
介護老人福祉施設　施設票854（42.7％）患者票19,785

患者・入所者の状態像の比較

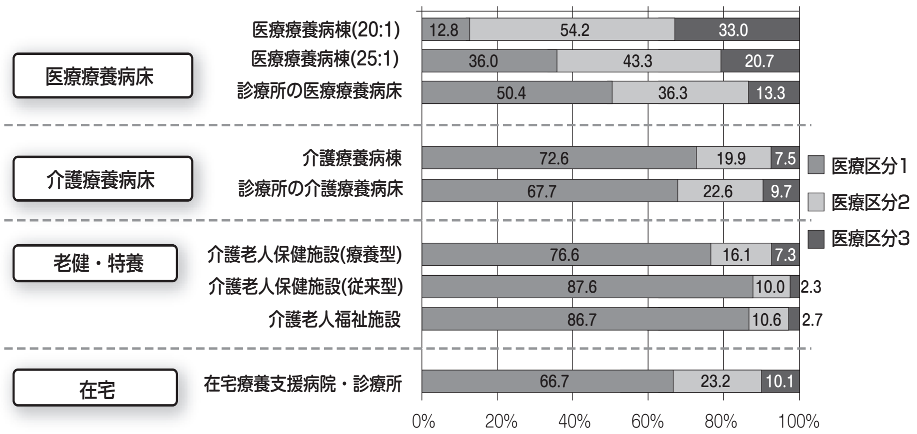
○医療区分について

・施設毎の医療区分については、介護療養病床の患者では、医療療養病床の患者よりも「医療区分1」の占める割合が高く、「医療区分2」及び「医療区分3」の割合が低い。

・「介護老人保健施設（療養型）」の入所者と、介護療養病床の患者では医療区分の割合に大きな差がない。

・在宅療養支援病院または診療所から医師の訪問診療等を受けている「在宅療養患者」と、介護療養病床、介護老人保健施設および介護老人福祉施設の患者及び入所者では、在宅療養患者で医療区分3の割合が高い。

□施設類型別の医療区分



○医療区分とADL区分について

医療区分毎のADL区分について比較した場合、医療療養病棟では、医療区分2もしくは3であってADL区分3の患者の割合が高く、介護療養病棟では、医療区分1かつADL区分3の患者が多く、介護療養病棟の患者と、医療療養病棟の患者では、分布に差が認められる傾向にある。

○医療の提供状況について

介護療養病棟においては、中心静脈栄養、人工呼吸器の使用、気管切開、酸素療法を行っている患者の割合が、医療療養病棟における割合より低い。一方、経鼻経管・胃ろうは、医療療養病棟、介護療養病棟、介護老人保健施設（療養型）の3施設では同水準の割合で行なわれている。介護老人保健施設については、医療提供状況に関する「療養型」と「従来型」の相違が明確になっている。

□医療の提供状況

	医療療養病棟(20:1)	医療療養病棟(25:1)	介護療養病棟	介護老人保健施設(療養型)	介護老人保健施設(従来型)	介護老人福祉施設	在宅
総 数	14,472人	13,521人	16,603人	436人	24,013人	19,785人	3,741人
中心静脈栄養	8.8%	5.3%	0.9%	0.0%	0.0%	0.1%	0.9%
人工呼吸器	2.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
気管切開･気管内挿管	15.9%	7.2%	1.7%	3.5%	0.1%	0.1%	3.6%
酸素療法	19.7%	11.4%	2.9%	2.3%	0.5%	0.8%	7.1%
喀痰吸引	40.2%	25.6%	18.3%	14.9%	2.4%	4.4%	7.6%
経鼻経管・胃ろう	35.7%	29.9%	36.8%	35.1%	7.3%	10.7%	12.4%

○今後の病状の見通しと適切な療養場所について

・施設が判断した「今後の病状の見通し」については、「不変」を選択した割合が高い。

・施設が今後の病状の見通しを踏まえて判断した「最も適切な生活・療養の場」については、現在の施設を選択した割合が高い。

・介護療養病棟において、「医療療養病棟」または「一般病棟」が適切であると選択した割合は8.6％であったが、「介護老人保健施設」「介護老人福祉施設」「その他の介護施設」及び「自宅」が適切であると選択した割合は、32.3％であった。

・今後の生活・療養の場に関する本人の希望については、とくに、介護療養病棟、医療療養病棟、「介護老人保健施設（療養型）」で「意思表示不能」を選択した割合が、50％前後から50％台と高い。「現在の療養場所での療養を希望」は、在宅（約60％）を除く各施設で10％台後半から20％前後を占める。「自宅での療養を希望」は介護老人保健施設（従来型）では24％と高く、介護老人福祉施設を除く各施設とも10％台に達している。

・今後の生活・療養の場に関する家族の希望については、各施設とも「現在の療養場所」を選択した割合が61.1％～86.1％と高い。在宅の場合も73.4％が「現在の療養場所」を希望している。ただし、介護老人保健施設（従来型）では「現在の療養場所」は48.3％と少なく、その代わりに「介護老人福祉施設」を選択した割合が29.5％と高い。

AI活用で合意。概算要求にハード・ソフトを計上

死亡時画像診断の活用に関する検討会

警察庁もAI活用に積極姿勢。議論に慎重さが求められる面も

厚生労働省は、2011年度概算要求に、①診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業に16億円、②異状死死因究明支援事業に10億円、③死亡時画像診断システム整備事業として12億8,200万円、④死亡時画像読影技術等向上研修に400万円を上した。

①は今年3月に終えた「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」を継承した日本医療安全調査機構のモデル事業に対する助成だが、同機構は6月3日の運営委員会でモデル事業にAI（Autopsy Imaging）を導入する方針を決めている。

②は監察医制度が運用されている地域以外で、異状死の死因究明のためにAIを含めて独自に解剖に取り組む自治体に対する財政支援、③は各機関と連携して死亡時画像診断を手がけるAIセンターの施設・設備に対する補助金を医療施設等施設整備費（枠は4億5,100万円）と医療施設等設備整備費（同8億3,100万円）のメニューに加えるというもの、④はAIを使いこなすために3回（医師1回50人、診療放射線技師2回100人）にわたる研修を実施する費用である。

②と③は今年度予算で初めて実現したが、厚労省は、さらに11年度予算に、施設・設備の整備に加えてソフト（読影技術等研修）の予算を組むことによって、AIの活用を積極的に進める方針を明確にした。

読影技術研修の予算付けにまで踏み込んだのは、足立信也厚生労働大臣政務官が主催する「死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会」の第3回会合（8月5日）で、日本放射線技師会、日本病理学会、日本法医学会がそれぞれ死因特定にAIを活用することを肯定するなど関連学会の足並みが揃い、検討会としてAI導入に積極的に取り組む方向性で合意、必要な予算措置を厚労省に求めるという点で意見が一致したためだ。

検討会は、AIの活用は、解剖を排除したり、その取り組みの弱さを糊塗するためではなく、解剖医に与える負担を軽減するとともに解剖の精度を上げるためのスクリーニングであると位置づけ、両者を併用して最終病理診断の実施率を上げていくという点で基本的に一致している。

したがって、診療関連死の死因究明という視点ではなく、現場における死因特定の精度と実績を高めるという方向性にそって議論集約を図る考えだ。

それは、死亡時画像診断の体制を整える取り組みには、診療関連死にかかわる病理診断の実績を上げるということだけでなく、異状死における犯罪可能性の見逃しを防止するという目的も入っているからである。

▲9月10日の検討会で挨拶する足立政務官

第1回会合で、足立政務官は、「診療関連死においても、またそれ以外、異状死体いわゆる非自然死体、この死亡の原因は何なのかということに対して、広く多くの国民の方々に亡くなった原因が何であるということを納得していただけるシステムがどうしても必要だ」と検討会の目的を言い表わした。

そのため、検討会には毎回、警察庁刑事局捜査第一課の係官がオブザーバーとして出席、必要に応じて質問に答えている。

その警察庁は、病死と誤認された時津風部屋力士の暴行死事件に触発されたことを契機に「犯罪死の見逃し防止に資する死因究明制度の在り方に関する検討会」を設置、この7月15日に「警察における死因究明力を向上する」と題した報告を公表した。

その提言で、全死体（異状死）に簡易薬物検査を実施すること、CT検査や携帯型超音波検査装置を積極的に実施することなど、「装備資機材の一層の活用」を提起している。

今後、AIは死因特定において解剖に準じる役割を果たす方向に向かうのは確実だ。

ただし、検討会には、AIに要する費用を診療報酬に求めようとする乱暴な意見もある。AI活用論が、弱体化している解剖体制の放置を許す根拠に使われないという保証はない。議論の運びには、なお、慎重さが求められるところだ。

併設型の多床室とユニット個室は別指定に

介護給付費分科会

特養に限り、厚労省が規制緩和。背景に地方分権改革も

厚生労働省は、9月6日の介護給付費分科会に、従来型（多床室）とユニット型個室を併設した施設を「一部ユニット型施設」としてきた基準省令上の取り扱いを止め、今後は、従来型とユニット型個室を別施設として指定する改正案を示した。特養に限って適用するもので、老健施設への適用は原則的に見送る方針だ。

特養居室面積基準の緩和と併せ、利用料が低い部屋を希望する低所得者のニーズに応える規制緩和である。

この方針によると、多床室とユニット型個室の合築施設（併設型）については、同一建物で、固有の居室部分と洗面・便所設備以外は併用が認められ、介護職員以外は兼務ができながら、別々に指定される施設が同居することになる。

医療系の委員からは、「病院には急性期の施設も慢性期の施設もある。ICUなど特定機能のユニットもある。同じ施設でも、フロアや棟によって設備基準、人員配置、サービス内容を変え、報酬も異なるという方法ではだめなのか」という疑問の声があがった。

介護給付費分科会は次回の分科会で、厚労省提案にそって改正案をまとめる予定だ。

厚労省は2003年度から始まった第2期介護保険事業計画を前に「全室個室・ユニットケア」を特徴とする新型特養の整備を提唱。国庫補助を駆使して、その増設に取り組んできた。ユニット型個室は「終の棲家」に欠かせない個別ケアの実現を目指すものとされたが、一方で、03年度介護報酬改定では、ユニット型個室の報酬と居住費の利用者負担が一体に導入された。

その後、国のかけ声に応じて全国的に新型特養の建設が進められたが、初期投資に費用がかかること、利用者からは居住費を含む高額な負担に対する不満の声もあることなどから、08年10月現在、ユニット型個室は1,630施設（全体の27.1%）、入所定員で8万9,571人（同21.2%）と、14年度に定員ベースで70%をユニット化するとした参酌標準に対して、かなり低い進捗率にとどまっている。

年金額や生活保護費では入所できないとする低所得者の不満も強く、待機者が多い都市部を中心に地方公共団体には多床室の従来型特養や併設型に舵をきるところが増えたと言われている

そうした中、03年度介護報酬改定に関する通知で「03年4月1日（老健は05年10月1日）現在の併設型施設は"一部ユニット型施設"として指定を認め、ユニット個室に当該報酬を認めるが、それ以降開設の特養・老健は「一部ユニット型」としての指定を認めず、ユニット型部分には従来型の低い介護報酬を算定する」という解釈通知を出しているにもかかわらず、直近の厚労省調査によると、特養、老健合わせ、基準日過ぎに新設された35施設（11地方公共団体）に指定が行なわれ、しかも、ユニット型部分にユニット個室の介護報酬を認めているところもあることが判明、「過払いに返還請求をすべきかどうか」厚労省は対応に頭を悩ませていた。

一方、関東地方知事会など行政機関と団体からは、「多床室・ユニット個室の合築を含む柔軟な整備方針と基準設定」を望む声が高まっており、さらに、地方分権改革推進計画（09年12月15日閣議決定）にもとづいて介護保険法とその政省令の改正（特養等非医療系施設の各種基準を都道府県等の条例に一任すること等）を11年4月1日に施行することが決まっている上、国会で継続審議となっている地域主権推進一括法案が成立すると、特養等の人員・設備・運営基準は、上位法となる一括法によって自治事務に移行し、地方公共団体の裁量に委ねられるという状況がある。

したがって、厚労省は早々と方針を転換、全室ユニット型個室の施設と従来型（多床室）を別の施設類型とし、併設（合築）施設については両類型別々に指定するとともにそれぞれ異なる基準と報酬を認め、居住費がとれない多床室の増設を認めることにしたもの。ただし、「ユニット型施設の整備推進は今後も堅持する」（事務局資料）というのが厚労省の公式的立場だ。

□「一部ユニット型施設」に関する厚労省の提案

①従来型とユニット型が併設された施設は、今後、それぞれ別施設として指定する。
②したがって施設サービスは,それぞれ別の介護職員によって別々に提供される。
③施設長、医師、生活相談員、介護支援専門員、看護職員、栄養士、機能訓練指導員、調理員および事務員については、入所者の処遇に支障がない限り、兼務を認める。
④施設の設備は、居室、共同生活室、洗面設備、便所を除き、サービス提供に支障がない限り、併用を認める。
⑤以上をすべて基準省令に明記する。
⑥施設整備に対する助成はユニット型個室に重点化する必要がある。ユニット型個室入居者にかかわる低所得者対策は2011年度の介護給付費分科会で検討する必要がある。
⑦ユニット型施設の施設類型明確化、整備目標、人員配置、ユニット定員数などは、今後、介護給付費分科会で検討する必要がある。
⑧介護老健施設等については、その機能と目的を踏まえた対応となるよう配慮する。
⑨「一部ユニット型施設」については、2003年4月1日以降に開設された特養は「一部ユニット型施設」と認めず、そのユニット型部分には従来型の介護報酬を算定するとした解釈通知が出ている中、独自解釈で当該ユニット型部分に個室ユニットケアの報酬を支払ってきた地域がある。これについて「介護報酬の返還を求めるべき」という意見もあるが、指定権者である都道府県等、保険者である市町村、当該施設の3者で相談し、その結果によっては、介護報酬の返還を求めないという判断も可能とする。

厚労省「2012年度の保険料は5,000円台」

介護保険部会

「保険料は5,000円が限界」しかし、公費負担引き上げで意見分かれる

9月6日の社会保障審議会介護保険部会は「給付と負担のあり方」をテーマに取り上げ、議論が交わされた。事務局（厚労省老健局総務課）は、(1)保険料のあり方、(2)公費負担の割合、(3)利用者負担のあり方、(4)財政安定化基金の見直し、(5)軽度者への支援、介護予防事業、補足給付など介護給付のあり方、を論点として提起。

資料説明において、事務局は、2006年度の5.9兆円（実績）に対して、09年度は7.0兆円（予算ベース）、10年度7.3兆円（同）、11年度7.6兆円（自然増を加えた見込み）、12年度8.2兆円（自然増＋16万人分緊急基盤整備の影響分＋処遇改善交付金）、13年度8.5兆円（同）、14年度8.9兆円（同）とハイペースで増加していく介護給付費（地域支援事業を含まない）の見込みを示した。

その上で、こうした給付費の増加を保険料、公費、本人一部負担で賄わなければならない事実を改めて喚起。本人負担（1割）以外を公費5割、保険料5割で構成している財源でまかなうとすると、給付費の原則2割を負担するとされている1号被保険者（65歳以上）の保険料は、第4期（09～11年度）の全国平均4,160円（月額）に対して、第5期（12～14年度）は5,000円を超えることになると推定してみせた。事務局の試算に対して、委員からは「保険料は5,000円程度が限界ではないか」という意見が相次いだ。

1号保険料（全国平均）は、第1期2,911円、第2期3,293円（+13%）、第3期4,090円（+24%）、第4期4,160円（+1.7%）と推移してきた。その間、介護保険の総費用（利用者負担を含む）は3.6兆円（2000年度）から7.7兆円（09年度）と214%になっているものの、年金に頼る高齢者に月5,000円強の負担は重い。

「保険料は5,000円程度が限界」とした委員の多くは公費負担割合の引き上げが必要という見解を示し、「6割まで引き上げるべきだ」という声もあったが、他方で、「公費割合の引き上げは、財務省による給付見直し要求を引き出しかねない」「社会保障費の新たな財源が確保されない限り難しい」と否定的な意見も出るなど、委員の見解は分かれた。

中には、「限られた財源の下で"選択と集中"の考え方にもとづいて給付と負担のバランスをとる必要がある」と、小泉政権時代の考え方をなぞらう意見も示された。

一方、利用者負担については「現行の1割を堅持すべし」という意見が多数を占めた。また、医療系委員からは、「介護職員処遇改善交付金を恒久化してほしい」という意見が出た。

処遇改善交付金は現状でいくと11年度で終わることになる。厚労省は、12年4月の介護報酬改定後も処遇改善交付金を続ける方向で考えているが、経過的な措置、しかも、地方移譲の対象となりかねない交付金ではなく、介護報酬自体に組み込んでほしいというのが介護事業者の本音だ。

財源的には公費負担割合をどうするかという議論と裏腹の問題であるが、保険料とトレードオフの関係で捉える委員も少なくない。厚労省の試算に誘導され、葛藤に揺れる意見が相次ぐ中、合意形成にいたるのは容易ではない。

2010年度 第2回理事会・第5回常任理事会の抄録　8月28日

【協議事項から】

●「チーム医療推進会議」の議論について

看護業務実態調査の実施を受け、特定医行為の範囲確定等具体的な議論が進められようとしている特定看護師について、理事会として議論を行なった。その結果、「看護師の仕事とは何か、医行為とは何か」など、幅広い視点からチーム医療と看護師の役割を考察した上で、特定看護師に関する全日病の見解をまとめることが承認された。

●人間ドック実施施設指定の承認（順不同）

人間ドック実施施設指定の申請が承認された。

◎日帰り人間ドック
福島県　常磐病院
千葉県　平和台病院　予防医療センター

日帰り人間ドック実施指定は479施設となった。

●入会者の承認（敬称略・順不同）

以下の20名の入会が承認された。

北海道　深川第一病院　院長　林　憲雄
北海道　新雨竜第一病院　院長　皆川知紀
北海道　富良野病院　院長　羽根田　俊
北海道　小樽病院　院長　川村　健
宮城県　松田病院　院長　松田恵三郎
群馬県　群馬循環器病院　理事長　原田昌範
千葉県　国立がん研究センター東病院　院長　江角浩安
東京都　青梅市立総合病院　病院事業管理者　原　義人
石川県　米澤病院　院長　米澤幸平
石川県　浅ノ川総合病院　理事長　小市勝之
石川県　金沢有松病院　理事長　吉田千尋
石川県　木島病院　理事長　竹内尚人
石川県　新村病院　院長　新村康二
静岡県　静岡医療センター　院長　小嶋俊一
三重県　岡波総合病院　理事長　猪木令三
大阪府　巽病院　理事長　巽　孝彦
大阪府　和田病院　理事長　和田右門
大阪府　友愛会病院　理事長　中野敦久
大阪府　吉栄会病院　理事長　吉川栄人
広島県　松石病院　理事長　松石頼明

別途退会が7名あった結果、在籍会員数は2,318名となった。

以下の賛助会員の入会が認められた。

社団法人　日本能率協会（東京都、山口範雄会長）

賛助会員は96企業・団体となった。

【報告事項から】

●2010年度　第6回看護部門長研修コースの開催

「第6回（2010年度）看護部門長研修コース」を10月29・30・31日、12月3・4・5日に東京都内で開講するとの報告があった。定員は40名、受講料金は15万円。

●「2010年度臨床研修指導医講習会」の開催

全日病と医法協が共同主催する「2010年度臨床研修指導医講習会」を、11月13・14日に東京都内で開催するとの報告があった。定員は48名、受講料金は8万円。

●「過去の災害時における医療支援活動についての現況調査について」中間報告（案）

救急・防災委員会が今年3月に実施した、会員病院における医療支援活動に関する実態調査の中間報告が行なわれた。

中医協総会－両側の意見が真向対立

診療側「病院の原価を、基本料の内訳を、明確にしたい」

支払側「原価が分かっても財源の枠がない。無駄な作業だ」

9月8日の中医協は、事務局（厚労省保険局医療課）が整理した、次期改定に向けて支払・診療両側から提起されている検討課題のスケジュール案（今後の議論の進め方）について検討した結果、(1)「初再診料や外来管理加算、入院基本料等」「医療と介護との連携」「訪問看護」「慢性期入院医療」「勤務医の負担軽減」を優先して議論する、(2)「初再診料や外来管理加算、入院基本料等」について、支払側には「検討の対象を絞り込むなど慎重に検討すべき」という意見があることから、まず、議論の方向性や検討の進め方等について論点整理を行なうことから始める、などを確認した。

「初再診料や外来管理加算、入院基本料等」について、事務局は、①コスト根拠の明確化、②もの・技術の分離、③初再診料、外来管理加算、地域貢献加算、入院基本料、特定入院料、④複数科受診、を論点として提示した。

このうち、「コスト根拠の明確化」をめぐり、「病院における診療・運営基本コストを全把握する調査」と「初再診料や入院基本料はどういうコストを包含しているかの明確化」を求める支払側と、「そこまで大がかりな調査は困難であり、あるべきコストを求めるという主張は非現実的」とする診療両の間で、次のような議論が展開されている。

「病院の原価を洗い出し、診療報酬の基本項目にどう反映されているかを明らかにすべきだ」という要求は、科学的・合理的な診療報酬を構築する上でまったく理にかなった意見に思える。

しかし、支払側は、「厳密な原価把握は困難」という論法で診療側の要求を拒みながら、実は「正確な原価を把握する結果、医療費（診療報酬）はかなりの増額を免れない。しかし、そうした財源はないので、無駄な作業も慎むべきである」と主張していることが分かる。

中医協における病院医療費の原価把握をめぐる議論から（要旨）　9月8日

遠藤中医協会長　「勤務医の負担軽減」は、まず実態把握をすることでよいか。

嘉山委員（診療側）勤務医のタイムスタディ調査はできないのか。

遠藤会長　やろうと思えばできないことではない。具体的にどうするか考えてみたい。次に「初再診料、外来管理加算、入院基本料」だが、この進め方が結構難しい。

安達委員（診療側）（基本診療料に関して）一度、コストを積み上げていく調査を行ない、データをしっかりとつかみたい。

遠藤会長　コストの範囲は基本診療料か。実際のコストを知りたいのか、つまり、原価調査をしたいと?

安達委員　そういうことだ。

邉見委員（診療側）日病協は、（入院に要するコストを）入院基本料というかたちで掴みたいと思っている。今取り組んではいるが、しかし、実際に調査するとなると難しい。

白川委員（支払側）私は、これまでも診療側がいうコスト分析に反対してきた。これを実際にするとは大変、正確にはつかめない。地方と都市、病院の形態によっても違う。医師のコストを技術抜きで測るのか。リソースがありすぎて掴めない。むしろ、入院基本料とか初再診料が医療経営の中でどのくらいの比重を占めるのが適正か、また、その内訳として、どういう加算があるのが適切かということを調べる方が賢明だ。

西澤委員（診療側）議論のベースとなるものが必要だ。基本診療料にしても、そこに何が含まれているかさっぱり分からない中で点数を変えようとしても、（それが適正な点数かどうか）分からない。7対1入院基本料は、皆、7対1の看護配置にもとづく価格だという。しかし、そこにはキャピタルコストも医師のコストも入っている。しかし、それがどれだけ入っているかが分からないのだ。例えば、入院基本料に含まれている要素が明らかになり、それがどのくらいの割合なのか各々明確にし、どの部分を上げればよいかが分かれば、診療報酬の見直しも建設的な議論になる。

白川委員　言いたいことは分かる。企業は自社商品の価格を決めるためにコスト分析を行なう。しかし、我々は公定価格の下でやっている。出てきたコストを勝手に価格に転嫁することはできない。我々にはあらかじめ決められたサイズの財布があり、その枠内でやっていくしかない。コスト分析しても、必ずその結果には反対の要素が出てくる。そういう無駄な努力をしても仕方がない。

嘉山委員　我々の医療機関には文科省他からも補助金が出てくる。しかし、（補助金が細る中で）どこをどう直せばよいのか、コスト分析がないから分からない。何も、コスト分析したからといって、そのとおりの点数を要求するとは言っていない。

遠藤会長　現状のコストを知ること自体は、難しいが、分からないことはない。しかし、そこに、あるべきコスト論が入ってくると話は混乱する。

嘉山委員　それは違う。

白川委員　再診料がどういうコスト構造になっているかを議論することはよい。しかし、それと病院経営を論じることはまるで違う。

小林委員（公益側）コスト計算は価格決定、経営計画作成などには欠かせない。ただし、原価計算の対象となるものがなければならない。例えば、1患者当たりのコストとかを掴むとか。皆さんは損益分岐点がとても高い、基本コストが高いということを言いたいのだと思う。ならば、コストを固定費か流動費に分けてみたらどうか。収支だけでなく、償却も含めた固定費的な部分を分析していく価値はあると思う。

白川委員　それはそのとおりだが、コスト分科会にしても、DPC病院しか調査できていない。そこで、管理可能なコストを掴むとか、そういったスペック（細部）を一度整理してみてはどうか。

西澤委員　それは否定しない。ただ、今のコスト分科会はそうした調査となっていない。そういう調査ができるのであれば分科会に委ねてもよいが。

北村委員（支払側）かかった費用は全部診療報酬で取り返したいといった感覚でコスト分析を考えていないか。もっと具体的に、何の目的で、どういうコストを知りたいのか、そのためにどういう調査をするかを具体的に出してみてはどうか。

邉見委員　外保連が手術について原価を出している。

遠藤会長　北村委員の言うとおりだ。あるべきコスト論と実際のコスト論とが入り混じっている。一度整理してはどうか。

嘉山委員　2号側で整理して示したい。

西澤委員　2点ほど。白川委員がコストを積み重ねていくと現在よりも高くなる、その結果、財源の枠がないといった。多分、そのとおりだろう。我々は今、かなり無理してやっている。国民のためになる医療の質と安全を考えると不安が生じる中でやっている。決して、その全部を求めるわけではない。しかし、少しでも診療報酬を引き上げる上の根拠に使いたいとは思う。それと、包括になって点数の内訳が見えなくなっている。一体、この包括の中にどういう費用が含まれているのか、明らかにしてほしい。

鈴木医療課長　それは次回示す。

北村委員　質と安全のためと無理していると言う。では、それをも満たしていったときに、どこから財源が出てくるのか、保険としても今ギリギリ限界でやっている状況ではないか。

鈴木委員（診療側）　我々は、入院料について、色々な加算関係を明らかにしたい。

白川委員　それは外来も含めて明らかにしたい。

嘉山委員　どうも我々が高望みしているとの不安を与えているかもしれない。そうではない。我々が低い医療費でいかにレベルの高い医療をやっているか、例えば、昨年のインフルエンザでも我々はほとんど死者を出していない。そういうレベルであるのに、医療費が追いついてこない。そうした実態を国民に知ってほしいだけだ。

西澤委員　企業会計が専門の小林公益委員にもよい案を出していただけると助かる、お願いする。

2年連続移行課税特例措置が盛り込まれる

2011年度税制改正要望　**高額医療用機器の特別償却2年延長、省エネ投資減税の創設も**

厚生労働省は8月30日に同省がまとめた「2011年度税制改正要望事項」を公表した。

昨年に引き続いて「消費税のあり方の検討」と持ち分ありからなしへの移行にかかわる課税（相続税・贈与税）の特例措置が盛り込まれたが、後者については、移行を終える猶予期間は昨年の5年間から「最長3年間」に短縮された。一方、医療法人の法人税率を22%に軽減する措置の創設要求は見送られた。

また、2011年度末に適用期限を終える、高額な医療用機器に関する特別償却制度（14%）の2年延長が新たに加えられた。そのほか、病院等が省エネ設備等を取得した場合、特別償却等を認めるグリーン投資減税（仮称）の創設が取り上げられている。

制度改正関連では、医療法改正と介護保険制度改正を踏まえた「税制上の所要の措置を講じる」と書き込まれた。

全日病厚生会の
病院総合補償制度
全日病会員病院および勤務する方のための充実の補償ラインナップ

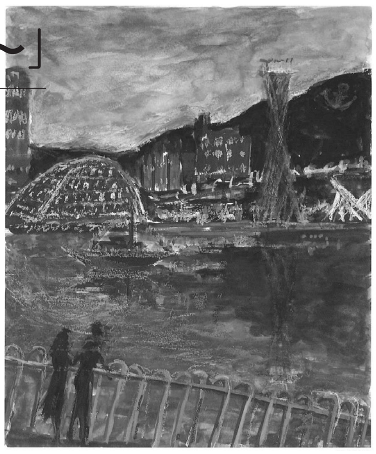
●病院向け団体保険制度
- 病院賠償責任保険（医師賠償責任保険）
- 医療施設機械補償保険
- 居宅介護事業者賠償責任保険
- マネーフレンド運送保険
- 医療廃棄物排出事業者責任保険
- 個人情報漏えい保険

●従業員向け団体保険制度
- 勤務医師賠償責任保険
- 看護職賠償責任保険
- 薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会
http://welfare-ajha.jp/
お問合せ（株）全日病福祉センター
〒101-0061東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327

第52回全日本病院学会 in 兵庫「グローバル社会と医療～国際都市神戸より～」

大地震から15年、神戸は
医療先端都市として甦った。
全国の全日病会員は、
病院スタッフと手を携えて
兵庫学会に集い、
医療再興に着手しようではないか！



第52回全日本病院学会運営事務局（兵庫県支部内）
TEL：078-230-1181　FAX：078-251-2777
E-mail：gakkai52@hgminkanhp.or.jp
http://www.ajha52kobe.org/index.html

一般演題登録数が学会史上最高の467題！

事前参加登録数も1,500に近づく。兵庫学会が10月10日・11日に開催

第52回全日本病院学会（学会長・西昂兵庫県支部長）は、兵庫県支部の担当で、10月10日・11日に、神戸市で開催される。

一般演題の登録数は過去最高の467題を数える。会員病院による事前参加登録数も1,500近くに達するなど、過去のどの全日病学会をも上回る規模は確実だ。

シンポジウムとして「病院医療の再生」「外国人雇用問題」「メディカルツーリズム」が組まれ、特別講演では「神戸の先端医療」が論じられる。市民公開講座にはアグネス・チャンが登場、国際未来都市神戸を背景に「日本の国際化と子供の未来」について語る。

神戸医療産業都市センター構想」の舞台、人工島ポートアイランドにたたずむ「神戸国際会議場」。そこに、地域医療を担う全日病会員が全国から集い、グローバルな視点から日本医療の再興について語り、交流する、第52回全日本病院学会が間もなく始まる。

第52回全日本病院学会 in 兵庫

テ　ー　マ◆グローバル社会と医療～国際都市神戸より～
主　　　催◆全日本病院協会（西澤寛俊会長）、担当/兵庫県支部（西昂支部長）
学　会　長◆西　昂（兵庫県支部長、医療法人康雄会西病院理事長）
実行委員長◆古城資久（兵庫県支部副支部長、医療法人伯鳳会赤穂中央病院理事長）
会　　　期◆2010年10月10日（日)、11日（月＝祝日）

注目プログラム

鼎談◆消費税問題　10月10日(日) 15:00～15:50／第2会場

シンポジウムⅠ◆病院医療の再生　10月10日(日) 13:20～15:50／第1会場
西澤寛俊（西岡病院理事長）、加納繁照（加納総合病院理事長）、中村康彦（上尾中央総合病院院長）、古城資久（赤穂中央病院理事長）

シンポジウムⅡ◆外国人雇用問題　10月10日（日）16:00～18:00／第1会場
相澤孝夫（相澤病院理事長）、安藤高朗（永生病院理事長）、大江与喜子（上ヶ原病院理事長）、dewi rachmawati（おおくまリハビリテーション病院）

シンポジウムⅢ◆メディカルツーリズム　10月11日（月）10:00～11:45／第1会場
藤本康二（経済産業省サービス産業課長）、東　健（神戸大学大学院医学研究科教授）、伊藤公一（伊藤病院院長）、jasonyap（regency special hp ceo）、田中紘一（神戸国際医療交流財団理事長）

特別講演Ⅲ◆「神戸の先端医療」　10月11日（月）　9:00～10:00／第1会場
田中紘一（神戸国際医療交流財団理事長）

市民公開講座◆「みんな地球に生きるひと」～日本の国際化と子供の未来～
10月11日（月）14:00～15:30　アグネス・チャン

◇委員会企画プログラムの抄録

●医療の質向上委員会／10月10日 13:20～15:50／第3会場
シンポジウム「安全文化」　RCA演習
医療機関における安全文化をテーマにしたシンポジウムの後、原因分析の代表的な手法であるRCAの演習を行なう。

●救急・防災委員会／10月10日　13:20～15:50／第4会場
医療復興～阪神淡路大震災後15年をふり返って災害医療はどのように進歩したのか～
自然災害に立ち向かう災害医療と地域復興に関するシンポジウム、阪神淡路大震災の教訓と体験を踏まえたをテーマとした3名の講演、災害医療として活躍するD-matに関する講演を通して、防災と復興にかかわる医療のあり方を考える。

●病院のあり方委員会／10月10日　16:00～18:00／第2会場
産業としての医療を考える
開原成允氏（国際医療福祉大学大学院院長）、中川俊男氏（日本医師会常任理事）、本田宏氏（済生会栗橋病院副院長）、神野正博全日病副会長を演者に迎え、産業という視点から医療を考証・検証する。

●人間ドック委員会／10月10日　16:00～18:00／第3会場
運動とメタボリックシンドローム・サルコペニア予防
上記テーマで講義と演習を予定している。既に保健指導士（AJHAヘルスマネージャー）として認定された方、医師、保健師、管理栄養士、当協会主催の「特定保健指導専門研修（食生活改善指導担当者研修）コース」を修了した看護師・栄養士・薬剤師等、一般参加の方々も含め、多数の参加を予定している。

●病院機能評価委員会／10月10日　16:00～18:00／第4会場
「機能評価受審における更新と質の確保　～機能評価受審の今後の課題～」
診療領域、看護領域、事務領域の3名のパネラーが機能評価受審の体験を踏まえた発表を行なう。初めての受審を考えている病院には恰好の事前予習だ。

●医療制度・税制委員会／10月11日　10:00～11:30／第3会場
4疾病・5事業
全日病が会員病院を対象に実施した、医療計画「4疾病・5事業」の会員病院参加実態を探る調査結果を池上直己慶應義塾大学医学部教授が報告、医療計画の問題点と地域病院の取り組み課題を論じる。

●広報委員会／10月11日 13:00～15:30／第2会場
ヤングフォーラム　～これから病院をどのように経営するかを、語り合おう～
13回目を迎えるヤングフォーラム。10名の若手経営者が自院の病院経営をモデルに明日の医療経営について語り合う。全日病若手会員の登竜門ともいうべきセッションだ。

●医療従事者委員会／10月11日　13:00～15:30／第3会場
貴院の人事管理（人事考課制度）における効果と課題～病院経営における給与体系のあり方、人事管理における医師・看護師の確保・定着のあり方～
会員病院の事務長・看護師長等を含む5名の演者が自院における給与体系と人事管理の実情報告を行ないながら、医師・看護師の確保・定着につながるマネジメントのあり方について検討する。

第1日目　10月10日(日)

第1会場（メインホール）	第2会場（3F 301）	第3会場（4F 401）	第4会場	第5～第10会場
開 会 式	一般演題			
10:00～11:00 特別講演Ⅰ　原中 勝征（日本医師会会長）				
11:00～12:00 特別講演Ⅱ　厚生労働省				
	12:00～13:00　ランチョンセミナー（8会場）			
13:20～15:50 シンポジウムⅠ 病院医療の再生 西澤 寛俊（西岡病院理事長） 加納 繁照（加納総合病院理事長） 中村 康彦（上尾中央総合病院院長） 古城 資久（赤穂中央病院理事長）	13:20～14:50 快適職場形成とメンタルヘルス 日本メディカル給食協会委員会 15:00～15:50 鼎談　消費税問題	13:20～15:50 シンポジウム 安全文化 RCA演習 医療の質向上委員会企画	13:20～15:50 医療復興 ～阪神淡路大震災後15年をふり返って災害医療はどのように進歩したのか～ 救急・防災委員会企画	一般演題
16:00～18:00 シンポジウムⅡ 外国人雇用問題 相澤 孝夫（相澤病院理事長） 安藤 高朗（永生病院理事長） 大江 与喜子（上ヶ原病院理事長） Dewi Rachmawati（おおくまリハビリテーション病院）	16:00～18:00 産業としての医療を考える 病院のあり方委員会企画	16:00～18:00 運動とメタボリックシンドローム・サルコペニア予防 人間ドック委員会企画	16:00～18:00 機能評価受審における更新と質の確保 ～機能評価受審の今後の課題～ 病院機能評価委員会企画	

第2日目　10月11日(月)

第1会場（メインホール）	第2会場（3F 301）	第3会場（4F 401）	第4～第10会場
9:00～10:00 特別講演Ⅲ　「神戸の先端医療」 田中 紘一（神戸国際医療交流財団理事長）			一般演題
10:00～11:45 シンポジウムⅢ　メディカルツーリズム 藤本 康二（経済産業省サービス産業課長） 東　健（神戸大学大学院医学研究科教授） 伊藤 公一（伊藤病院院長） Jason Yap（Regency Special Hp CEO） 田中 紘一（神戸国際医療交流財団理事長）	10:00～11:30 平成22年度診療報酬改定による医療機関への影響 日本医業経営コンサルタント協会	10:00～11:30 4疾病・5事業 池上直己（慶應義塾大学医学部教授） 医療制度・税制委員会企画	
		12:00～13:00　ランチョンセミナー（5会場）	
14:00～15:30 市民公開講座 「みんな地球に生きるひと」 ～日本の国際化と子供の未来～ アグネス・チャン	13:00～15:30 ヤングフォーラム これから病院をどのように経営するかを、語り合おう 広報委員会企画	13:00～15:30 貴院の人事管理（人事考課制度）における効果と課題 ～病院経営における給与体系のあり方、人事管理における医師・看護師の確保・定着のあり方～ 医療従事者委員会企画	一般演題