



全日病 NEWS 6/15

21世紀の医療を考える全日病 2012

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.780 2012/6/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

公益社団法人移行にともなう定款等の変更を承認

第99回定期代議員会・第88回定期総会 移行直後の役員には現役員が就任。移行後初の社員総会で新役員を選出

6月2日に開催された全日本病院協会の第99回定期代議員会および第88回定期総会(東京都・ホテルグランドパレス)は、2011年度事業報告、決算報告、公益社団法人への移行にともなう定款変更等の各案を承認した。

移行にともなう議案は、①定款の変更、②定款施行細則の変更、③役員報酬規程の制定、④会費取り扱い規程の制定、⑤移行時就任予定役員選任の5件。

このうち定款や施行細則は、公益認定等委員会などによる今後の指導によっては今回承認されたものに一部変更が加えられる可能性があるため、そうした場合の対応を公益法人改革対応プロジェクト委員会(委員長・猪口雄二副会長)に一任するという条件とともに採決に付された。その結果、前出の5議案はいずれも満場一致で原案どおり可決された。

西澤執行部は8月にも内閣府に認定申請を行なう予定だが、順調に運べば13年の初めには公益認定がおりるものとみられる。その場合、全日病は13年4月1日をもって社団法人から公益社団法人への移行登記を行ない、新たに公益事業という立場から、わが国病院の向上と発展に寄与していくことになる。

定期総会終了後に厚生労働省医政局の井上誠一指導課長が登壇、「医療計画の見直し」と題した特別講演を行なった。(関連記事を2面・3面に掲載)



財団法人の認定等に関する法律」等の基準を満たしているとして国から認定を受ける公益社団・財団とに分かれることになったことがある。

これにより、08年12月以後特例民法法人となった旧来の社団・財団は、一般社団・財団の場合は移行申請を、公益社団・財団の場合は移行認定を13年11月末までに終えないと解散したものとみなされることになった。

この公益法人制度改革において、西澤執行部は、本会事業の大半が公益事業であることから、公益社団法人とする道を選択した。

しかし、公益社団の認定を得るためには、事業費用における公益目的の比率が50%以上であることなど幾多の要件を満たす必要があった。その重要な1つが、前出法とその関連法にそった定款の制定である。

こうした内容の定款へと変更するにあたって、執行部は、「現行の定款と大きく変わることがないようにする」(西澤会長)というスタンスで臨んだ。

その結果、公益社団としての定款と

その施行細則には、①会員種別に「準会員(病院以外の医療機関の代表者)」を追加する、②正会員をもって法上の社員とする、③代議員と代議員会を廃止する、④副会長の定数を「5人以内」とする(現在は「3名以内」)ことなどが盛り込まれたが、役員と役員会の構成、選任方法、任期はおおむね現在と変わらない。

会費について、正会員と賛助会員は現行どおりとなる。

その一方で、⑤支部の業務・会計および支部長・副支部長に関する規定、⑥理事・監事および理事会の職務・権限等の規定、⑦理事における特別利害関係や利益相反の制限等が新たに規定されるなど、公益法人としてのガバナンス強化が図られる。

移行時の役員について、執行部は、公益社団法人として事業を開始する13年4月1日から移行後最初の社員総会が開かれる6月までの第1期役員に現在の役員が就任(重任)するという案を示し、承認を得た。新たな役員は6月の社員総会で選出される。

11年度決算報告に全日病学会と支部の会計を盛り込む

木村佑介議長の下に開かれた第99回定期代議員会は、定数97名(欠員2名を含む)のところ、出席60名、委任状提出35名を得て成立。横倉義武日本医師会長(代理=三上裕司常任理事)および野中博東京医師会長が来賓として出席し、祝辞を述べた。

第1号、第2号議案として可決された2011年度の事業・決算報告は公益社団

法人の認定申請に供される。

このうち、決算報告については、新たに支部と全日本病院学会についても本部と一体に決算することが求められるため、一般会計と3特別会計を連結させた「総括表」の収支計算書、貸借対照表、正味財産増減計算書(損益計算書)、財産目録のそれぞれに両者の会計が計上された。

病院外医療機関対象に準会員を新設。副会長は5人制

全日病が公益社団法人への移行を選択するにいたった背景には、2008年12月1日に施行された公益法人制度改革関連3法によって、それまで主務官庁の裁量で設立が認められてきた公益法人

(旧来の社団・財団=前出3法施行後は特例民法法人)は、「一般社団法人及び一般財団法人に関する法律」等の要件を満たせば登記のみで設立できる一般社団・財団と、「公益社団法人及び公益

消費税率引上は政府案どおりで3党合意か 税制引き上げが主題。社会保障改革は後回し、取引材料の様相

「社会保障と税一体改革」関連法案をめぐって、政府・与党と自民、公明の3党による修正協議が進んでおり、6月14日までに消費税率を2014年4月に8%、15年10月に10%に引き上げるといって3党合意がほぼ固まった。焦点は社会保障改革をめぐる法案の取り扱いになっている。

一体改革関連については、まず消費税率の引き上げを実現させ、社会保障改革は「社会保障制度改革国民会議」で自民主導の議論に持ち込むというのが、自民党のスタンスだ。そこで、一体改革案に対抗して打ち出したのが「社会保障制度改革基本法案(仮称)」。

その「骨子案」(5月29日)には、「医療保険制度の見直し」として、①給付対象範囲の適正化、②高齢者医療制度の現行制度を基本とした必要な見直し、③(医療のあり方として)尊厳ある終末期医療等の環境整備があげられている。

民主党がマニフェストで公約している最低保障年金の創設と後期高齢者医療制度の廃止は一体改革関連法案で取り上げられ、法案化が閣議決定されている。自民党はこれに反対する政策を「社会保障制度改革基本法案」に盛り込み、学識経験者や専門家を中心とした「社会保障制度改革国民会議」で1年間

議論した上で法案内容を固めるべきとし、政府・与党に呑むよう見直し協議で迫っている。

それは民主党の分裂を促す効果があるとともに、消費税増税に消極的だが社会保障改革には積極的な公明党を引きつけるためにもなるからだ。

これに対して政府・与党は、「社会保障制度改革基本法案」を修正協議の対象とすることを容認、「社会保障制度改革

国民会議」に国会議員を加えるなどの修正提案を行なっている。

修正協議は最後は野田・谷垣会談で決着をみることになるが、日程的に6月15日までに決着させないと、消費税増勢法案の衆議院採決が会期末(6月21日)までに間に合わない。

法案は同一会期内に2院を通さなければ成立しない。したがって衆議院さえ通れば同日に会期延長を決め、参議

院における成立を期することになる。その場合、会期延長の日数によっては医療法ほかの改正法案が国会に提出される公算が出てくる。

このように、修正協議では消費税率の引き上げが先行し、社会保障改革は後回しに、あまつさえ譲歩手段にされている。本来は充実した社会保障施策を行なうために消費税率を引き上げるといって話であったところ、増税ありきで手段が目的化されているというのが実態だ。こうした与野党の攻防に民主党内の対立も加わり、社会保障改革の議論は政局の動乱にかき消されようとしている。

感染管理の従事経験は院内感染防止委員会等を含む

厚労省が12年度改定の質問に回答、全日病HPに掲載

2012年度診療報酬改定に関する全日病の質問に対する回答が、このほど厚労省保険局医療課から示された。

会員病院から寄せられ、医療保険・診療報酬委員会(猪口雄二委員長)が整理した上で医療課に投げかけた質問は64件にのぼる。同委員会は、厚労省の回答を「平成24年度診療報酬改定説明会質疑応答集」と題して、全日病ホームページに掲載した。

「質疑応答」の中で、「定期的に院内で検証を行う」とされている一般病棟の看護必要度測定にかかわる「定期的」の解釈について、医療課は「院内で定める

期間でよいが、年に1回では定期的とはいえないため不適切である」と指摘。その上で、「検証は必ずしも所定の研修を修了したものが行う必要はないものの、可能な限り修了したものが行う事が望ましい」とした。

感染防止対策加算の施設基準の1つである「感染制御チーム」を構成する看護師に関しては「5年以上感染管理に従事した経験を有する」とされているが、この「感染管理に従事した経験」については、「院内感染防止委員会等による、感染防止対策に関わる業務に従事した経験等への参加を含む」という解釈を示

した。

さらに、在宅療養支援診療所・病院に関しては、施設基準の1つに「過去1年間の緊急の往診実績5件以上(看取り実績2件以上)」とあるところ、「過去1年間の実績」は「年度単位ではなく、直近1年間の暦月単位での実績である」と説明、「平成24年6月に届出を行う場合は23年6月~24年5月までの1年間の実績」という例示を添えた。その上で、「実績に係る届出は年に1回でよいが、施設基準を満たさなくなった場合は直ちに届出を行うこと」と注意を喚起した。

公益社団の認定申請に必要な機関決定が終了

第99回定期代議員会・第88回定期総会 正会員による社員総会が最高議決機関。準会員制度を導入。支部の規定も整備

6月2日の第99回定期代議員会・第88回定期総会は公益社団法人への移行にともなう議案の採決を行なった。その結果、①定款の変更、②定款施行細則の変更、③役員報酬および会費取り扱いの各規程、④移行時就任予定役員の選任がそれぞれ執行部案どおり採択され、公益社団法人の認定申請に必要な機関決定は基本的に終了した。以下に、承認された定款変更等の要点を紹介する。(1面記事を参照)

□「公益社団法人全日本病院協会定款」から(変更個所の抜粋=要旨) *現行規定を受け継ぐ部分がある条文については変更箇所を下線で示した。

- 目的(第3条)

全国の病院の一致協力によって病院の向上発展とその使命遂行に必要な調査研究等の事業を行い、公衆衛生の向上、地域社会の健全な発展に寄与することを目的とする。
- 事業(第4条)

(1) 社会保障制度、医療制度その他病院に関する諸制度に関する調査研究及び提言並びに政府その他の関係機関関係団体との連絡協議

(2) 病院の管理運営及び病院施設の改善向上に関する調査研究及び提言

(3) 病院資質の向上に資する医師その他病院関係職員の実務的、理論的及び倫理的なレベルの向上に関する教育研修及び検定並びに普及啓発

(4) その他この法人の目的を達成するために必要な事業
- 会員(第5条)

・会員は、正会員、準会員(病院以外の医療機関の代表者)、賛助会員をもって構成する。

・会員のうち正会員をもって「一般社

- 団法人及び一般財団法人に関する法律」上の社員とする。
- 理事会の決議により、正会員又は準会員から、特定の事業又は支部運営に必要な費用を徴収することができる。(第7条2項)
- 総会(第12条)

・すべての社員で構成される総会をもって法上の社員総会とする。
- 役員(第23条)

・本協会の役員は理事(50人以上55人

- 以内)と監事(4人以内)からなり、理事のうち1人を会長(法上の代表理事)、5人以内を副会長及び20人以内を常任理事とし、副会長及び常任理事をもって法上の業務執行理事とする。
- 支部(第46条)

・本協会は都道府県ごとに支部を置き、支部ごとに支部長を置く。

・支部の組織、業務及び支部長の選出方法は、理事会の決議を経て、会長が別に定める。

□「公益社団法人全日本病院協会定款施行細則」から(変更個所の抜粋=要旨)

- 支部・(副)支部長・支部会計等

・支部は当該支部に所属する正会員をもって構成する。(第14条)

・副支部長の定数は各支部の会員に応じて、30名以内の支部は1名、31名以上50名以内の支部は2名、51名以上の支部は支部会員数を50で除して得た数に1を加えた数(端数切り上げ)とする。(第15条)
- ・支部運営に必要な費用の徴収は当該支部の定めによる。(第16条)
- ・支部は当該年度終了後に支部会務についてすみやかに本部に報告を行う。(第17条)
- ・支部は会計報告等の処理について定期定型にて本部へ報告する。(第17条2項)

□2011年度事業実績報告(前文=要約)

2011年度には東日本大震災への対応として、被災地への医療救護班の派遣、医師・看護師の派遣を実施した。12年度も引き続き被災地への継続的支援を行う。

12年4月の診療報酬改定に対しては医療提供者の立場から中医協で積極的に発言、結果として小幅であるがプラス改定となった。

当協会の事業は多岐にわたっているが、多くの会員病院の協力の下、順調に発展している。各委員会(22委員

会)は事業計画に基づいて活動を行い、成果を挙げてきた。

主な成果として、「病院のあり方に関する報告書2011年版」の発行、消費税をはじめとする医療関連税制に関する要望書の提出、診療報酬改定に対する要望書の提出、「病院経営調査」の実施、「DPC分析事業」の実施、終末期に関する調査研究事業の実施、新たな病院機能評価項目の見直しへの提言、人間ドック・特定健診・特定保健指導に係る事業の実施、等がある。

また、多数の研修会(21研修会)も開催した。医療機関トップマネジメント研修や病院事務長研修などの病院の管理運営に係わるものから、医療安全管理者養成や個人情報保護管理・担当責任者養成などの医療従事者の資質向上に係るもの、医師事務作業補助者研修や総合評価加算に係る研修等診療報酬実務に及ぶものなど、様々な研修を実施した。厚生労働省等の委託事業も2事業受託した。

四病協、日病協に積極的に参加し、

□第99回定期代議員会における西澤会長の挨拶(要旨)

2011年度の診療報酬改定は「社会保障・税一体改革」の第一歩に位置づけられ、機能分化と連携そして在宅医療に重点配分したものとなった。

改革に併せて医療法改正も予定されており、病床の機能分化ということで急性期病床群という案のほか、在宅医療拠点を医療法に位置づけるという提案も出ている。

これまで「病院のあり方報告書」で示してきたように、我々は改革は必要であると考えている。しかし、厚労省の取り組み方をみていると、議論が不十分なまま、拙速に行なわれ

ている感がある。我々は、現状をきちんと踏まえた、データを基にした改革であるべきであると考えている。

少子高齢化が進む中、医療・福祉が本当にしっかりしなければ日本はおかしくなると危惧している。したがって、医療現場とともに全日病の役割が非常に大切になる。そういう意味から全日病は公益法人であるべきだろうと考え、公益法人を目指してきた。本日はそうした公益法人移行に関する議案をお諮りしている。

もうひとつの重要課題に消費税の問題がある。医療は非課税とされて

いることから、控除対象外消費税いわゆる「損税」が生じている。これに対して政府は、消費税率が8%あるいは10%までは現行どおり非課税でいくとしている。

時間がないこともあり、8%に関しては診療報酬による対応もやむを得ないかと思うが、10%以上になったときには課税にしてもらわなければ医療機関はもたない。

「非課税を課税に」と言うのと「患者に負担させていいのか」という話になりがちだが、患者に負担させるということではなく、医療機関がこうむっ

「がん対策推進基本計画」の変更を閣議決定

2012年度から2015年度までの5か年を対象とする「がん対策推進基本計画」の変更案が6月8日に閣議決定された。「がん対策推進基本計画」は都道府県がん対策推進計画の基本となる。


分野別の施策には、(1)チーム医療の推進(3年以内にすべての拠点病院にチーム医療の体制を整備)、(2)緩和ケアの推進(5年以内に、がん診療に携わるすべての医療従事者は緩和ケアの知識と技

術を習得。3年以内に拠点病院を中心に緩和ケアチームや緩和ケア外来を充実)、(3)新医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取り組みの着実な実施、(4)5年以内の小児がん拠点病院整備と小児がんの中核的機関の整備開始、などが新たに盛り込まれた。

また、喫煙率の数値目標が初めて書

き込まれた。2022年度までに、①成人喫煙率12%、②未成年者喫煙率0%、③受動喫煙は、行政機関・医療機関0%、家庭3%、飲食店15%、職場は2020年までに0%とする、というもの。

がん検診の受診率については、5年以内に50%(胃、肺、大腸は当面40%)を達成するとしている。



あんしんとゆとりで仕事に専念

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

お問い合わせ (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

コスト調査の必要をめぐる意見が対立

基本診療料のあり方に関する検討 支払側と診療側でコスト議論の認識に大きな落差

基本診療料のあり方に関する検討を開始した中医協の診療報酬基本問題小委員会は6月6日に2回目の議論を行なった。

議論は緒についたばかりで、今後の検討の進め方について意見を交換しあう段階に過ぎない。しかし、支払側と診療側との間で、コスト議論をめぐる認識に大きな落差があることがあらためて判明した。

同日の基本小委に、事務局(厚労省保険局医療課)は基本診療料のあり方に関する検討作業の論点構造を例示した。

事務局が示した案は、全体の論点を、「次期改定に向けて具体的な検討を進める事項」と「なお引き続き十分な検討を要する事項」とに分けて検討を進めるという前提にたった上で整理したものの。

そこには、「入院外来別に基本診療料が想定するサービス内容とはなにか」、「入院基本料と特定入院料の役割や水準・基準をどのように考えるか」、「基本診療料と各種加算や特掲診療料との関係や配分のウエイトをどのように考えるか」など、検討を進める上でベース

となる視点があげられた。

また、初再診料に関しては、「様々な診療に共通して一律に設定されている初診料・再診料の水準、医学管理等の特掲診療料との関係など、そのあり方をどのように考えるか」といった、コスト定義にかかわる視点も提示された。

事務局は、こうした検討テーマに続いてコスト調査をめぐる視点も示したが、その内容は、例えば「診療内容に一定の同一性がない場合はコスト調査は難しいのではないか」あるいは「コスト調査の意義付けや実施について、支払・診療各側の意見が異なることから引き続き意見調整を図ってはどうか」というように、もっぱらその実施困難さに着目した考え方であった。

その上で、事務局は、「コスト要因の反映については診療科の特性や算定状況の分布等を見ながら具体的な検討が可能と考えられる分野から検討を進めるとともに、コスト調査の実行可能性を改めて検討してはどうか」と、コスト調査の可能性の検討をコスト要因の反映が可能な分野に狭めるという方法を提案した。



を明らかにした。

さらに、「専門家を交えたWGを設置して、そこで(基本診療料の内訳等を)整理してほしい。WGは病院管理の専門家や実際の病院経営に携わっている人を中心にするべきである」と提案した。

他の診療側委員も異口同音に、コスト調査を含むデータ分析をベースにした議論への期待と注文を語った。

こうした意見に、支払側の白川委員

(健保連専務理事)は「コストをめぐる議論に我々はまったく乗る気はない」と反発。

その理由を「コスト調査の目的がまったく分らないし、それを得て診療側が何をしようとしているかが分らないからだ」と説明。さらに、「患者を受け入れるために生じる基本コストと患者によって異なるコストがあると診療側は言う。とすると、再診料も診療科別になるのか」と弁じた。

支払側 コスト調査は点数アップにつながると懸念?

診療側 エビデンスにもとづく議論で点数設定すべし

支払側の疑問に、西澤委員は、閣議決定に基づいて03年7月に設置された診療報酬調査専門組織はデータにもとづく技術評価やコスト評価を重要な課題としていること、それが、現在にいたるも功を奏しているとはいえないこと等を指摘し「我々は単に点数に不満があるからといってコスト議論を希望しているわけではない。コスト調査の結果によっては下がるものと上がるものがある。大切なことはエビデンスにもとづく議論で点数を設定することである」と説明した。

支払側も次期改定に向けて反映可能

な課題を整理していく必要は認めている。それでもコスト調査の必要性を否定するのは、その結果診療報酬体系の歪みや点数設定の不整合が明らかになったとしても、医療費の制約がある限り、全面改訂の余地はないとする立場からとみられる。

逆に言えば、コスト調査は診療報酬を大きく引き上げる結果につながると確信しているともいえる。

議論の結果、診療・支払各側とも、今後どのような点をどう検討するのか検討作業の進め方に関する意見提案を次回示すことから始めることで合意した。

診療側「専門家や実務家によるWGを設置すべき」

支払側「我々はコスト調査に乗る気はない」

こうした事務局の提案に、診療側西澤委員(全日病会長)は、「問題点をよく整理しないと混乱する。次回改定に向けて何をするかという点が1つあるが、基本診療料のあり方の検討は長期にわたるものでもある。この2つをしっかりと分けて再度示してほしい」と注文をつけた。

その上で、「まずは基本診療料の内訳や定義を明らかにしなければならない。それをする事なく、基本診療料の議論をコスト調査に直結させると、コスト調査分科会の報告から指摘された過ちを繰り返すことになる。逆に、それが明確になれば調査も可能だ」と、精緻なコスト調査に向けた前提的課題

医療計画を通じて機能分化と連携を進めていく

医療計画見直しで各医療圏に「圏域連携会議」を予定。医療機関の参加を期待

特別講演「医療計画の見直し」(要旨) 厚生労働省医政局 井上誠一指導課長 *講演は第88回定期総会(6月2日)後に行なわれた。

今年度は、各都道府県が5年に1回の医療計画見直し作業を行ない、2013年度からの5ヵ年計画を策定する年に当たっている。新たな医療計画については「医療計画の見直し等に関する検討会」が、昨年の12月に意見書をまとめている。

そのポイントは以下のとおりである。

- (1) 2次医療圏の設定を見直す上での視点を整理
- (2) 疾病事業ごとのPDCAサイクルがうまく回る仕組みの導入
- (3) 在宅医療に関する数値目標や連携のあり方の記載
- (4) 4疾病5事業への精神疾患の追加(5疾病5事業)
- (5) 医療従事者の確保に関する地域医療支援センターの取り組みの記載
- (6) 災害時における医療体制に関するより具体的な対策の記載

以下、各項目にそってお話を(編集部注/一部項目は割愛した)。

(1) 2次医療圏の設定について

現在349ある医療圏を患者の流出入という点から検討した結果、人口20万人で傾向が分かることが分ったので、これを1つのラインとして、2次医療圏の見直しを都道府県に検討していただく。強制的かつ一律にやるということではなく、地域の事情をよく勘案しながら実態を踏まえて見直す、1つのメルクマールとして提示した。

(2) PDCAサイクルについて

疾病または事業ごとのPDCAサイクルでは、課題の抽出、施策、公表という項目を新たに取り上げて見直した。現状把握については指針において必須指標と推奨指標に分けて指標例を示したが、これを活かしながら課題を抽出、その上で数値目標を立て、それを達成するために必要な施策を立案し、実施し、その実施状況を評価していただく。そして、計画内容や進捗と評価の状況をホームページなどで公表していくという考え方を示している。評価は1年ごとに行うことが望ましいということ、都道府県に働きかけている。

(3) 在宅医療について

今は、1年間に亡くなる方の数は120万人ぐらいたが、2040年には166万人になると推計されている。40万人増える分を今後も病院でみるのは難しい。在宅医療を、看取りの場の確保という観点からも整備していくということが非常に重要である。

そういった問題意識で、厚労省は今年度を「在宅医療・介護あんしん2012」と位置づけて、医療計画や診療報酬・介護報酬を含めた施策を総動員していく所存である。

その1つに多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業があるが、今年度は、地域レベルの研修プログラ

ムを企画・立案するリーダーを育てる「都道府県リーダー研修・地域リーダー研修」を予定している。

もう1つは在宅医療連携拠点事業で、昨年度10ヵ所で行なったモデル事業を今年度は105ヵ所で行なう。在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、場合によっては地域の医師会や自治体が実施主体となり、ケアマネ資格を持つ看護師やMSW等を専従で置いて、連携を進めるための取り組みをしていただく。

在宅医療はこれまで記載事項にはなっていたが、都道府県ごとに記載内容が異なっていた。そこで、今回は在宅医療体制構築のための指針を示した。

退院、在宅療養、急変時、看取り時と、フェーズごとに、各機関がそれぞれの役割を担いながら支えていく体制を構築していく計画を想定しつつ、より積極的な役割を担っていく医療機関を医療計画に位置づけていく。

(4) 医療従事者の確保について

昨年度から都道府県による地域医療支援センターという取り組みを15ヵ所で行なうが、今年度は20ヵ所で行なう。将来的には希望するすべての都道府県で行なうことを目指したい。

都道府県が責任を持って医師の地域偏在解消に取り組むコントロールタワーということで、専任医師2人、専従の



事務職員3名という体制で、県庁や大学病院、県立病院に設けていただいている。

各都道府県には医療対策協議会が設けてあるが、地域医療支援センターがその実働部隊となって実際の医師確保対策を進めていくようなイメージを想定している。

医療計画を通じて機能分化と連携を進めていくことが何より重要と考える。それぞれの医療機関が自らの診療機能を明確にして、地域の医療連携体制構築に向けた取り組みに積極的に参画していただきたい。

今回の医療計画の見直しに際しては、医療圏ごとに協議の場、圏域連携会議のようなものをぜひ設けてほしいと各県に働きかけているが、そこに地域の医療機関も参加し、それぞれの地域のあるべき医療提供体制について議論していただきたい。

「2次救急医療機関等も計画停電の緩和対象とする」方向で検討

関電と九電が回答。詳細は6月半ばに公表。四国電力は計画停電実施に否定的

四病院団体協議会と日本医師会は5月25日に9電力会社と話し合いをもち、今夏に実施が決まっている電力使用制限と実施の公算がある計画停電について、全国の医療・介護施設および居宅患者・被介護者等に電力供給が行なわ

れるよう配慮を要請した(6月1日号既報)。この要望に対する電力各社からの回答が6月4日までに揃った。それによると、国の方針で「計画停電の準備を進める」とされた4電力会社のうち、関西電力と九州電力は「救

急救命センター、周産期母子医療センター、災害拠点病院とともにその他の医療機関(2次救急医療機関等)も可能な限り緩和対象に追加することを検討している」ことを明らかにした。残り2電力会社のうち、北海道電力

は影響緩和措置の検討内容に関して明言を避けたが、四国電力は「電力使用制限令及び計画停電発動の可能性は極めて低い」と断言した。以下に、電力各社の回答要旨を紹介する。

電力各社の回答(要旨・順不同)	
-----------------	--

□関西電力
国の方針で「計画停電の準備を進めておく」とされたことから、現在、検討を進めているところ。区域割りやスケジュールを含めた計画停電の準備については6月中旬を目途に公表する予定である。医療機関等については停電による影響をできる限り緩和したい。具体的緩和措置対象としては、救急救命センター、周産期母子医療センターおよび災害拠点病院だけでなく、その他医療機関(2次救急医療機関等)についても、国と調整しながら、緩和対象に含めることを検討している。検討結果は6月末までに各医療機関に伝られるよう努力する。
在宅で人工呼吸器等の医療機器を使用するお客さまへの対策の徹底、熱中症対策の周知徹底等にも国・自治体と連携しながら取り組んでまいりたい。

□九州電力
国の方針を受け、6月中旬目途の公表に向け、万が一の場合の計画停電について検討を進めている。医療機関等への通電については、国の方針にもとづき、緩和措置を講ずるべく鋭意検討を行っている。具体的には、救急救命センター、周産期母子医療センターおよび災害拠点病院に加え、その他の医療機関(2次救急医療機関等)について

も、可能な限り緩和対象に追加することを検討している。また、在宅で人工呼吸器等の医療機器をご使用されているお客さまへの対策の徹底、熱中症対策の周知徹底等にも取り組んでまいりたい。

□北海道電力
国の方針を受け、計画停電について検討を進めている。影響緩和措置についても、国の方針に基づき、医療施設などに与える影響の重大性に鑑み、対象施設について検討を進めているところ。今般要望をいただいた内容も含め、国との調整を早急に進めるとともに、北海道など関係機関とも連携しながら鋭意取り組んでまいりたい。

□四国電力
一昨年並みの猛暑となった場合にも、僅かながら供給予備率がプラスとなる見通しにあり、電力使用制限令及び計画停電発動の可能性は極めて低いと考えている。ただし、万一の事態に備え、計画停電を想定した具体手順を検討しており、現在、計画停電実施時の影響緩和措置の対象施設について検討を進めている。

□東京電力
今夏について、当社の電力需給は平成22年並みの猛暑の場合でも供給予備率4.5%程度であり、安定供給は確保で

きる見通しである。政府より計画停電の準備指示は示されておらず、当社も計画停電の「原則不実施」を継続できると考えている。

□東北電力
今夏は節電の数値目標を設定しておらず、これまでと同様に計画停電は「原則不実施」としているが、万が一の場合には昨年夏の計画停電の枠組みを維持することとしている。その際、医療機関等については停電の影響をできる限り緩和するとともに、在宅で人工呼吸器等の医療機器を使用する患者様への対策の徹底等に取り組むたい。

□中部電力
2010年並みの猛暑を前提とした場合

にも供給予備率5.2%を確保しており、計画停電実施に向けた具体的な計画停電除外対象の選定等を行う状況にはない。

□北陸電力
現状では計画停電の必要性はないと考えているが、万が一の計画停電に備えた除外箇所の検討にあたっては、国と調整のうえ(貴会要望について)配慮して参りたい。

□中国電力
今夏について計画停電を行う必要性はないと考えているが、万が一を想定した計画停電の実施に向けた検討を進める際には貴会の要望を真摯に受け止め、最大限の対応を行ってまいりたい。

政府は大飯原発再稼働を表明。それでも計画停電準備は必要

野田佳彦首相は8日の官邸記者会見で、停止している関西電力大飯原発3・4号機(福井県おおい町)を再稼働させる方針を表明した。
一方、福井県は再稼働への同意を正式に決めているが、地元のおおい町も同意する方針を固めている。
政府は福井県知事とおおい町長の同意報告を受け、6月16日にも関係3閣僚との会合を開いて再稼働を決める手筈となっている。

関西電力は、大飯原発3・4号機の再稼働が決ってから両炉が実際に稼働するまで約6週間かかるとしている。また、停止のままだと今夏に14.9%の供給不足が生じるとされているが、両炉の再稼働によって「14.9%はゼロに抑えられるものの、さらに3%の予備電力が必要」なことから、現状では、「引き続きの節電努力と万が一に備えた計画停電の準備は進めざるを得ない」(関電広報室)としている。

EPA看護師候補者 准看受験資格と准看業務への従事を認める。「滞在3年」は変わらず

厚生労働省は5月30日付で医政局看護課長と職業安定局外国人雇用対策課長連名による通知(医政発0530第号)を各都道府県宛に発出、EPAにもとづいて受け入れた外国人看護師候補者が准看試験を受験する場合および免許取得後に准看として従事する場合の取り扱いに関する判断を示した。
以下は通知の要旨。
●准看試験の受験資格

保助看法にもとづく受験資格を有する者は同法22条3号の規定により准看試験の受験資格を有する。このため、EPAにもとづく外国人看護師候補者は准看試験の受験資格を備えていることになる。
●准看として従事する場合の在留資格
外国人看護師候補者が准看の免許を受けた後に受け入れ施設でそれまでの看護補助者の業務を准看の業務に変更

する場合、当該活動が引き続き看護師免許を受けることを目的とし、看護師として必要な研修として業務に携わるものであれば、EPAにもとづく在留許可として指定された特定活動の範囲を超えることはなく、引き続き特定活動の在留資格で在留することが可能であり、かつ、在留資格の変更手続きを要しない。
ただし、EPAにおいて最大3年間とされている滞在期間に変更はない。

●受け入れ施設(病院)の就労研修事業の取り扱い
前出のとおり外国人看護師候補者の准看就業を受け入れる施設(病院)は、引き続き、外国人看護師候補者就労研修事業の交付対象となる。
●雇用契約の要件の取り扱い
EPAの枠組では、受け入れ機関は「日本人が従事する場合と同等額以上の報酬」を外国人看護師候補者に支払うこととされているが、これは、准看として従事する場合には、准看の業務に従事する日本人職員と比較するものであること。

医療法施行規則の一部改正省令で施行通知

厚生労働省は5月31日付で医政局長通知(医政発0531第1号)を発出し、各都道府県知事等に、医療法施行規則の一部改正省令の施行(5月31日)に関する医療機関への周知を要請した。
改正省令の概要は以下のとおり。
●医療機能情報提供制度にもとづく医療機能情報の公表方法は、インターネットによるもの以外は、都道府県の裁量で行なえるようにする。
●地域医療支援病院の開設者から都道府県知事に提出された報告書も前出と同様とする。

●合併前の医療法人のいずれもが持分の定めのある医療法人で、合併によって設立する医療法人の定款または寄付行為で残余財産の帰属に関する規定を設けるときは、医療法第44条第5項の規定(編集部注/医療法人の設立認可の申請に関して必要な事項は省令で定める)に従うものとし、所要の改正を行なう(編集部注/5月31日付医政局指導課長通知「医療法人の合併について」を参照=下掲記事)。
●上記のため関係する医政局長通知を改正した。

合併により新たに医療法人を設立する場合の3通りを示した。
したがって、合併前の医療法人のいずれもが持分のある医療法人であって合併後にいずれかが存続する場合は「合併後存続する医療法人の定款において、残余財産の帰属すべき者として国若しくは地方公共団体又は医療法人その他の医療を提供するものであっ

て、厚生労働省令で定めるもの以外の者を規定することができる」とし、持分の定めのある医療法人として医療法経過措置の適用を受ける「経過措置型医療法人」となることができることを改めて明確にした。
通知の内容は2007年3月30日の医政局通知(医政発第0330049号)の3の(6)を再確認するものとなった。

医療機関債を活用した対医療法人融資を認める

厚生労働省は5月31日付医政局長通知(医政発0531第14号)で、「医療機関債発行ガイドライン」の一部を改正、同日から適用することを明らかにした。
改正は、これまで原則禁止とされてきた「医療法人による他医療法人への融資」に医療機関債を活用した特例を認めるもので、おおむね、以下の条件を満たすことが求められる。
(1) 医療機関債を購入する医療法人は、発行する医療機関と同一の2次医療圏内に自らの医療機関を有している上で両者間で医療連携が行なわれていること。

(2) 医療機関債を購入する前年度の貸借対照表上の総資産額に占める純資産額の割合が20%以上であること。
(3) 医療機関債の購入額は前出純資産額を超えず、かつ1億円未満であること。
(4) 保有することができる医療機関債は償還期間が10年以内のもので、かつ、1つの医療法人が発行するものであること。
(5) 同一医療法人が発行する新たな医療機関債は、保有済医療機関債の償還終了後1年が経過するまでは購入することができないこと。

医療法人 持分ある同士の合併は新設以外は持分ありも可能

厚生労働省は5月31日付で医政局指導課長通知(医政指発0531第2号「医療法人の合併について」)を発出、各都道府県に、医療法人の合併手続きにかかわる留意点等を整理して示した。
その中で、合併後に持分の定めのない医療法人となるケースとして、①合併前の医療法人のいずれも持分のない医療法人である場合、②合併前の医療法人のいずれかが持分のない医療法人である場合、③合併前の医療法人のいずれもが持分のある医療法人であって

い医療法人となるケースとして、①合併前の医療法人のいずれも持分のない医療法人である場合、②合併前の医療法人のいずれかが持分のない医療法人である場合、③合併前の医療法人のいずれもが持分のある医療法人であって