



全日病NEWS

2023.6.1 No.1033

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp](mailto:ajhainfo-mail@ajha.or.jp)

二次救急の評価の充実や下り搬送の推進が課題に

中医協 2024年度診療報酬改定に向け、第8次医療計画をテーマに議論

中医協総会(小塩隆士会長)は5月17日、2024年度診療報酬改定に向け、医療計画をテーマとした。医療計画の6事業のうち、基本的に5事業(救急、災害時、へき地、周産期、小児)《※新興感染症発生・蔓延時における医療については別枠で》をめぐり議論が行われ、特に、救急医療について、診療側の委員から、第二次救急医療に対する評価の充実や、第二次救急医療を含め、救急病院に搬送された後の転院(下り搬送)の重要性を指摘する意見が相次いだ。

第8次医療計画では、救急医療機関の役割について、第二次救急医療機関が、「高齢者救急をはじめ、地域で発生する救急患者の初期診療と入院診療を主に担うなど、地域の救急医療機関の役割を明確化する」ことが課題とされた。医療機関間では、「転院搬送に必要な情報や受入れ可能な時間帯、搬送方法等について、あらかじめ共有することを通じて、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進する。転院促進を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等の活用を進める」との方針が盛り込まれた。

救急出動件数・搬送人員数は、2020年に新型コロナの影響により、若干減少したものの、年々増加傾向にある。年齢区分別では、65歳以上の高齢者の割合が増加している(右下表参照)。

救急医療体制をみると、第三次救急医療を担う救命救急センターは全国で307施設となっている。年間2,000件以上の救急車を受け入れている第三次救急医療機関は264病院で、第三次救急医療機関全体の年間救急車受入件数の97%を占めており、機能に偏りがみられる。

一方、第二次救急医療機関は3,060施設。このうち、年間2,000件以上の救急車を受け入れている第二次医療機関が628病院で、第二次救急医療機関全体の年間救急車受入件数の63%を占めている。年間1,000件未満の医療機関で全体の18%を受け入れており、ばらつきが大きいことが指摘されている。

厚生労働省は、高齢者の増加により、高齢者の救急患者・救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加している中で、第三次救急医療機関が、軽症患者も診療せざるを得ず、重症患者の診療に支障をきたす可能性がある」と指摘した。特に、第二次救急医療機関を含めた救急医療機関において、単身の高齢者や要介護者の増加により、退院先が決まらずに、病床を埋めてしまう「出口問題」が発生していることへの対応が必

要との認識を示した。

また、高齢者の救急搬送件数の増加に伴い、本人の意思に反した救急搬送も増えている可能性が指摘された。

これについて、一部の自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場を設け、救急搬送時の情報共有ルールの設定や、住民向けの普及啓発の取組みを進められているという。こうした先進事例をもとに、自治体を対象としたセミナーの実施を通じた連携ルール策定のための重点的な支援や取組みの全国的な横展開を推進することにより、人生の最終段階において、本人の意思が尊重される環境を整備していくと厚労省は説明した。

具体的には、「心肺蘇生を望まない傷病者への対応」を運用要件として定めている東京都(東京消防庁)の事例や、看取り時に「グリーンカードシステム」を通じて、家族が消防署に連絡し、救急車を呼ばずに往診依頼をする静岡県静岡市の事例などが紹介された。

高齢者救急めぐり診療側が発言

これらの状況に対し、日本医師会常任理事の長島公之委員は、「診療報酬改定では、これまで第三次救急医療機関への評価を充実させてきた。しかし、第二次救急医療機関の評価は不十分であり、救急医療の評価が歪んでしまっている」と述べ、第二次救急の評価の充実を求めた。

日本病院会副会長の島弘志委員は、「高齢者の救急搬送で、軽症・中等症が多い」という点についての誤解が生じかねないことを指摘した。総務省消防庁の定義では、「重症」が「傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの」で、「軽症」が「傷病程度が入院加療を必要としないもの」、「中等症」が「傷病程度が重症または軽症以外のもの」となっていることを問題視。3週間の入院が必要な場合が「重症」というのは、「現場の実態に合っていない」との見解を示した。

また、「発症時は重症と中等症、軽症の区別はできず、体制が整備された病院で適切な診断を行った上で、自宅に戻る場合も、入院する場合もある。『症状・徴候・診断名不明確』が多い

というが、複数疾患を有する高齢者特有の状況もある」と説明した。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、「高齢者救急については、語る人が想定するイメージに相当な幅がある」と述べた上で、救急医療のネットワークを地域で構築し、それに応じた評価が求められると主張。全国一律の評価で、救急医療が誘導されてしまうことへの懸念を示した。

「第二次救急医療機関であっても第一次医療機関であっても、地域により特性がある。地域包括ケア病棟でも受入れが難しい医療機関もあれば、療養病棟で受け入れる医療機関もある。外科系、内科系など得意分野もあり、それぞれが身の丈に合った救急医療を担っていくことが大事だ」と強調した。

レスパイト受入れへの対応が課題

災害医療については、厚労省から、DMATなど専門的な研修・訓練を受けた医療チームが、現在約2,000チーム登録され、新型コロナの経験を踏まえた新興感染症にも対応する活動を行う体制を整えていることや、災害拠点病院として、64の基幹災害拠点病院と701の地域災害拠点病院が指定されていることなどが説明された。

長島委員は、「災害医療の診療報酬の評価は、補助金との関係を考慮する必要がある」と述べるとともに、「現行のDPC制度における機能評価係数Ⅱの評価を継続すべき」と述べた。

へき地医療については、医療計画でオンライン診療を含む遠隔医療の支援を行うとともに、へき地拠点病院の主

要3事業(巡回診療、医師派遣、代診医派遣)の実績向上を図るとしている。へき地のオンライン診療は、D to P with Nが有効とされており、訪問看護の活用が期待されている。日本看護協会常任理事の吉川久美子専門委員は、専門性の高い看護師が遠隔医療で、へき地の看護師を支援することに意欲を示した。

周産期医療については、ハイリスク分娩を支援するさまざまな診療報酬の対応がなされ、また、総合入院体制加算で周産期を含む複数の診療科などによる総合的な入院医療体制を評価している。長島委員は、2022年度診療報酬改定で新設された急性期充実体制加算の影響で、「総合入院体制加算の減少につながっている」と指摘。産科の標榜の取りやめにつながる可能性があることへの懸念を示した。

小児医療については、医療的ケア児が増加している中で、対応する医療機関が訪問看護ステーションなどと連携し緊急入院・レスパイト受入れなどの体制を整備することになっている。診療報酬においては、小児入院医療管理料で、診療情報提供料による医療的ケア児への連携を評価するなどの対応がある。議論では、特に、保護者の負担を軽減するためのレスパイト受入れの推進を求める意見が相次いだ。

一方、診療報酬でレスパイト受入れを評価することには診療側・支払側の双方から慎重な意見が出た。池端委員は、「診療報酬にはそぐわないかもしれないが、ニーズは大きい。何とか落としどころを見つけたい」と訴えた。

第11回定時総会 開催のご案内

下記日程で第11回定時総会を開催します。

公益社団法人全日本病院協会 会長 猪口雄二

□第11回定時総会		決議事項	
日時	2023年6月17日(土) 午後1時~午後2時20分(予定)	第1号議案	2022年度決算(案)について
会場	ホテルオークラ東京 プレステージタワー1階「曙」 東京都港区虎ノ門2-10-4 TEL 03-3582-0111	第2号議案	次期役員選任について
報告事項	1. 2022年度事業報告について 2. その他	第3号議案	次期議長・副議長選任について
		第4号議案	顧問・参与・名誉会員の委嘱について
		その他	午後3時10分を目途に「新役員就任報告会」を開催します。

10年前と現在の救急搬送人員の比較(年齢・重症度別)

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。

	平成22年中			令和2年中		
	小児	成人	高齢者	小児(18歳未満)	成人(18歳~64歳)	高齢者(65歳以上)
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人	0.06万人 ▲33%	1.2万人 ▲25%	6.5万人 ▲10%
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人	0.7万人 ▲36%	9.7万人 ▲24%	35.3万人 ▲4%
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人	8.8万人 ▲14%	57.0万人 ▲7%	168.5万人 ▲41%
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人	24.4万人 ▲30%	97.4万人 ▲21%	119.4万人 ▲27%
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人	1835.9万人 ▲10%	7176.0万人 ▲8%	3602.7万人 ▲22%

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、初診時における医師の診断に基づき、分類する。

死亡:初診時において死亡が確認されたもの
重症(長期入院):傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
中等症(入院診療):傷病程度が重症または軽症以外のもの
軽症(外来診療):傷病程度が入院加療を必要としないもの

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

本号の紙面から

オンライン診療等で基本方針	2面
在支病連絡協議会の調査結果	3面
シリーズ・地域包括ケア⑥	4面
日本の将来推計人口の概要	5面
DPC/PDPSの調査結果議論	6面
改正健保法が国会で成立	7面
財務省が急性期の評価を提案	8面

主張

住民の意思を政治に反映させるため 地方議員を育てることが重要

少し前になるが、4月9日、当地では県議会議員選挙(統一地方選)があった。スタッフに投票を促すため、朝礼で以下のような話をした。

国会議員の仕事ぶりはテレビなどで報道されているからそれなりに知っているだろうが、地方議員が何をしているのか認識されていないようだ。実際、世間には「地方議員は要らないのではないか」という議論もあるくらいだ。

昔、学校で習ったことを思い出して欲しい。国政は「議院内閣制」、選挙で

国会議員が選出され、過半数を取得した与党の中から内閣総理大臣が選ばれる、つまり、立法権と行政権がまとまっており、総理が組織した内閣は国会に対して責任を負う形である。一方、地方自治は「二元代表制」、立法権をもつ議員(県議会議員)と行政権を持つ行政の長(知事)それぞれが選挙で選ばれる、つまり知事と議会はそれぞれ住民に対して直接責任を負う形である。だから、県議会議員の役割は、知事を、すなわち行政を監視する、換言すれば住

民に代わって行政のあり方に注文をつけることである。

しかし、実際に県議会議員を介して県の行政に注文を付けることがあっただろうか。住民は、注文を付けることができないから県議会議員が何をしているのか認識できないのかもしれない。住民自身が県政を自分事と考え、県議会議員に意見することに怠慢だったのかもしれない。

現在、地方分権が進められている。例えば、地域医療介護総合確保基金、新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金などの使い方は県の差配によって決められる。ところが県のこのような補助金の対応は、国からの指

示を杓子定規に流しているだけで地域の状況を考えていないように思えることも少なくない。住民の意思がきちんと県政に反映されるようにするには、住民が県議会議員を育てることが重要である。そのためにも、まずは県議選に投票することが必要である。

さて、当院のスタッフに対し選挙に行ったかどうかアンケート調査を実施した。回答率は約50%、そして投票率はその46%であった。群馬県全体の投票率は39.5%であったから、それと比較すれば一見よく見えるかもしれないが…。

(美原盤)

オンライン診療などの推進に向けた基本方針を大筋で了承

社保審・医療部会

医師等の医療従事者間の遠隔医療の取扱いは別に整理

社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)は5月12日、「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」を大筋で了承した。同日の議論を踏まえ、厚生労働省は、修文などを行った上で、改めて医療部会に報告するとともに、通知として発出する。ただ、患者が介在しない医師同士の遠隔コンサルテーションなど医療従事者間でのやり取りを含む遠隔医療については、個別事例を積み重ねるなかで、さらなる整理が必要との意見が相次いだ。

規制改革実施計画などを受け策定

基本方針は、政府の規制改革実施計画(2021年6月18日閣議決定)に、「国民、医療関係者双方のオンライン診療への理解が進み、地域において、オンライン診療が幅広く実施されるよう、オンライン診療のさらなる活用に向けた基本方針を策定し、地域の関係者や関係学会の協力を得て、オンライン診療活用の好事例の展開を進める」と明記されたことなどを受けたもの(下表を参照)。初診からのオンライン診療の規則を定めるため、2022年1月に改訂された厚労省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」での議論も踏まえている。全体の構成としては、基本方針の目的を明らかにした上で、「オンライン診療(医師と患者間での遠隔診療)」と「医師等医療従事者間での遠隔医療」

を分けて整理した。前者は、オンライン診療に加え、「患者向けに、診察、診断、診断結果の伝達、処方、医療機関への受診勧奨等をリアルタイムで行う行為」としてのオンライン受診勧奨を含んでいる。後者では、「遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション、遠隔カンファレンス、遠隔救急支援、12誘導心電図伝送、遠隔ICU、遠隔手術指導等」をあげている。

検討の視点としては、①地域の医療提供体制の確保において、遠隔医療が果たす役割②国、都道府県、医療関係者、それぞれが取り組むべき内容③患者・住民の理解を進めるための取組み④個人情報取扱いや情報セキュリティのあり方を示した。

基本方針の目的は、「厚労省が、オンライン診療その他の遠隔医療の実施形態およびその特徴を整理した上で、導入および実施上の課題およびその解決に向けて、国、都道府県、市町村を中心とする関係者の望ましい取組みの方向性を提示することで、遠隔医療の導入のための環境の整備を進め、もってオンライン診療その他の遠隔医療の適正かつ幅広い普及に資すること」としている。

この中にある「適正」な推進について、「安全性、必要性、有効性、プライバシーの保護等の個別の医療の質を確保するという観点に加え、対面診療と一体的に、地域の医療提供体制を確

保する観点も含まれる」ことも明確にしている。

あらゆる可能性を否定せず対応

全日病副会長の神野正博委員は、基本方針案の全体に対して、賛意を示した上で、「オンライン診療などについては、こうだと決め打ちにしてしまうのではなく、技術の進展に伴って生じてくる、あらゆる可能性を否定せずに対応することが必要だ。一方、基本方針案にある『適正かつ幅広い普及に資することが目的』というところの『適正』に関連しては、例えば、不適切事例をチェックする(統一的な)組織体を設置して、速やかに指導できる体制が求められる」と述べた。

また、神野委員は、「過疎地の病院に、都会の専門医が、遠隔コンサルテーションを行うことは、医療の質を担保するために有効な手段だ。オンライン診療については、コロナ禍で、私が理事長を務める恵寿総合病院(石川県七尾市)の、ある医師が濃厚接触者になり、予約も一杯だったので、患者は病院で、医師は自宅からというオンライン診療を行った。他の医師が同席して、D to P with Dとなった。患者は病院



にいるので、検査などを行うにも都合がよい。そのような経験もあり、オンライン診療、遠隔診療を推進すべきということへの確信を持つことができた」と強調した。

さらに、オンライン診療、遠隔診療の各形態において、「D to P」、「D to P with D」、「D to P with N」、「D to P with その他医療従事者」、「D to P with オンライン診療支援者(医療従事者以外)」がある(D=doctor、P=patient、N=nurse)。医療・介護等の2024年度同時改定の議論が進んでいることもあり、これらを推進するにあたって、診療報酬上のそれぞれの取扱いを整理することを、神野委員は求めた。

日本病院会会長の相澤孝夫委員も、「地域の医療提供体制を確保する上で、オンライン診療は非常に大きな意味がある。病院に来れない患者が増えて、通院用のバスを走らせ、病院に来てもらう方法を取っている病院もあるが、オンライン診療を積極的に活用すべきだ」と主張した。一方、医師等の医療従事者間での遠隔医療については、「まだ、きちんと整理されていないと感じる」と述べた。

報酬の配分などの取扱いを含め、医師等の医療従事者間での遠隔医療について、改めて今後の整理が必要との意見は、日本医師会常任理事の釜薙敏委員や日本医療法人協会会長の加納繁照委員、国際医療福祉大学大学院教授の島崎謙治委員などからも出された。これに対し、厚労省担当官は、現状では、さまざまな状況があり、各学会などからの意見を聴取しつつ、個別事例を積み上げながら、必要な整理を検討したいとの考えを示した。

なお、5月8日に、新型コロナの感染症法上の位置づけが2類相当から5類になったことに伴い、基本的には、オンライン開催となっていた医療部会は、中医協などと同様に、同日から会場とオンラインのハイブリッド開催となっている。神野委員も会場で参加した(写真)。

検討の背景

規制改革実施計画(令和3年6月18日閣議決定)(抄)

医療提供体制におけるオンライン診療の果たす役割を明確にし、オンライン診療の適正な実施、国民の医療へのアクセスの向上等を図るとともに、**国民、医療関係者双方のオンライン診療への理解が進み、地域において、オンライン診療が幅広く適正に実施されるよう、オンライン診療の更なる活用に向けた基本方針を策定**し、地域の医療関係者や関係学会の協力を得て、オンライン診療活用の**好事例の展開**を進める。

規制改革実施計画(令和4年6月7日閣議決定)(抄)

厚生労働省は、令和3年6月の規制改革実施計画を踏まえ策定するオンライン診療の更なる活用に向けた基本方針について、オンライン診療の現実の利用実態を踏まえたより実効的な内容となるよう、策定に当たっては、**オンライン診療を受診したことのある者及び実施した経験のある医師の意見を踏まえる**とともに、令和4年1月のオンライン診療指針の改訂に係る「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」における議論・経緯を踏まえ、当該基本方針の策定を行う。

新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画フォローアップ

(令和4年6月7日閣議決定)(抄)

地域におけるオンライン診療の幅広く適正な実施など遠隔医療の活用の促進のため、2022年度中に、**遠隔医療が果たす役割や患者・住民の理解の推進等も含め、遠隔医療の更なる活用のための基本方針を策定**する。また、2022年度から、地域の医療関係者や関係学会の協力を得ながら、オンライン診療の取組事例の普及や遠隔医療を行う医療機関への情報通信機器の導入支援を行うとともに患者や住民の理解を得るための講習、普及啓発等を行う。

在宅療養支援病院連絡協議会がアンケート調査結果を発表

在支病協 「医療と介護を結びつける要に」 織田副会長

日本在宅療養支援病院連絡協議会(鈴木邦彦会長)は4月26日に会見を開き、在宅療養支援病院(在支病)に関するアンケート調査の集計結果を発表した。在支病の4割が地域包括支援センターを担い、介護サービスを併設する医療機関が多かった。織田正道副会長は、「在支病が介護と医療を結びつける一番の要になっていく」と述べた。

調査は今年3～4月に在支病を届け出た医療機関に対して実施し、152病院から回答を得た(回答率9.1%)。

回答病院の施設区分は「従来型」が36.9%で、「強化型・単独型」が22.8%、「強化型・連携型」が40.3%となった。強化型はいずれも2019年の前回調査より増加している。

経営主体は医療法人が71.4%で、許可病床数は「50～99床」「100～149床」「150～199床」がそれぞれ約3割を占める。民間の中小病院が在支病の大半を占めている。

往診医師3人以上が約8割

併設する介護サービスについてきくと、「居宅介護支援」を併設するのは79.3%、「通所介護」は39.1%、「通所リハビリテーション」は66.9%。在宅サービスを併設する医療機関が多いことがわかった。

地域包括支援センターの受託を受けているのは40.2%。在宅医療・介護連携推進事業の相談窓口を担っている医療機関は36.1%、介護予防に取り組んでいる医療機関は60.8%となった。

調査結果を説明した鈴木会長は、「医療だけではなく、すでに介護保険サービスや医療・介護の連携、介護予防に積極的に取り組んでいる医療機関が多いことがわかった」と述べた。

一方、2019年度、2020年度、2021年度の往診件数の実績をきくと、往診と緊急往診、在宅看取り件数は増加傾向だった。高齢者住宅への往診を行う医療機関数は44か所、増加傾向にある。3人以上の往診担当医師を置く医療機

関は79.8%で、前回の61.2%より上昇した。

第8次医療計画では、都道府県が「在宅医療の圏域」を設定し、その圏域内に「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」、「在宅において必要な連携を担う拠点」を少なくとも一つ設定する方向となっている。

この「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」になる意向があるのは72.4%、「在宅において必要な連携を担う拠点」になる意向があるのは68.3%だった。この結果について鈴木会長は「在宅医療において引き続き積極的に役割を担う意向があることがわかった」と述べている。

病院機能としての在支病の確立

地域包括ケア病棟をもつ医療機関の割合は73.7%。総合診療専門医がいる医療機関は22.0%だった。

年間救急搬送受入れ件数の平均値は678件で「かなり高い」(鈴木会長)。中

央値は294件。1,000件以上、救急搬送を受け入れている医療機関は22.3%となっている。「高齢者を中心とした救急医療のかなりの担い手になっている」と鈴木会長は評価した。

新型コロナへの対応では、「診療・検査医療機関」となったのが50.7%、重点医療機関が23.6%、「その他の受入医療機関」が18.6%となっている。

織田副会長は、「コロナ禍で、高齢の患者がかなり在宅におられるため、多くの患者を受け入れている在支病がある。在支病が介護と医療を結びつける一番の要になっていくのだろうと思う」と述べた。

鈴木会長は、これらの調査結果を受けて、「高度急性期の大病院とともに、在支病がこれからの病院の二つの軸のうちの一つになっていくために、地域包括ケアシステムを支える地域密着型の中小病院として、在支病が病院機能として確立されることが必要だと思う」と強調した。

人生の最終段階における医療・介護のあり方などを議論

厚労省・同時報酬改定に向けた意見交換会 本人の意思決定支援を推進する対応が課題

厚生労働省の「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」は5月18日、「人生の最終段階における医療・介護」と「訪問看護」をテーマとした。看取りにおける本人の意思決定支援を推進するための対応などが課題とされた。一方、これまで3回実施した意見交換会は今回で終了。厚労省が結果をまとめ、中医協と介護給付費分科会に示し、今後の同時改定に活用する。

「人生の最終段階における医療・介護」については、「患者・利用者本人が住み慣れた場所で望む生活を続け、尊厳ある死を迎える」ことを支援するため、医療・介護関係者が連携し、より早期からの本人の意思決定支援を進めることが求められている。

ただ、重度の認知症であるなど、本人の意思が確認できないことがある。その場合は、本人以外の方が、本人にとっての最善の方針を選ぶことになる

が、簡単なことではない。本人の意思であっても、その時点の本人の意思であって、状況によって変わり得る。

そのような困難がある中で、一律の基準で決められた実績を報酬で評価する仕組みを作ることはさらに難しい。このため、意思決定を支援する体制の整備や関係者の情報共有を推進することを報酬で評価することが、対応すべき課題とされた。

例えば、「人生の最終段階における意思決定に係る指針」を策定していない在宅医療を行っている医療機関は「約半数」との調査結果が示された。意識調査では、在宅医療を提供する医療機関のうち、「介護従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと」の指針を定めている医療機関は約76.2%という現状が報告された。

厚労省は、これらを踏まえ、「医療機関や地域包括支援センター、居宅介

護支援事業所などの意思決定に困難を抱える者や困難を抱えることが予測される者に関わる機関に求められる役割・機能を明確にすることや、救急現場を含めた「患者の家族等や医療・介護従事者における情報の共有」を検討の視点として提示。委員間でも、そのような視点を持ち、報酬改定に臨むことの共通認識を得た形となった。

なお、在宅療養支援診療所・病院や地域包括ケア病棟入院料等、療養病棟入院基本料では、「人生の最終段階における意思決定に係る指針」の策定は、要件となっている。

また、在宅等や介護施設において、苦痛を伴う看取りを行う場合に、がんでは疼痛管理を評価する報酬があるが、非がんでは明確な評価が位置づけられていないため、対応を求める意見も相次いだ。

「訪問看護」については、多様化す

る利用者や地域のニーズを踏まえ、訪問看護の質の担保・向上の方策を図るための議論が行われた。

特に、ターミナルケアの実施や医療ニーズが高い特別な管理を要する者への対応などが課題となる。日本慢性期医療協会常任理事の田中志子委員は、特定行為研修を修了した看護師を配置する訪問看護ステーションを報酬で評価することを主張した。日本医師会常任理事の江澤和彦委員は、規模が小さく、対応能力の低い訪看ステーションがあることを踏まえ、他法人の医療機関を含め、地域での連携を強化することで体制確保を図るべきであるとした。

各会長が感想を述べる

意見交換会を終えるにあたり、中医協の小塩隆士会長は、「2000年度に介護保険制度が導入され、医療と介護がそれぞれの強みを活かす制度に変更し、一定の効果を上げたが、連携という課題も生じた。とりわけ、要介護の高齢者の病状が急変した場合の対応をどうするかということがある。個人差・地域差が大きく、画一的な制度設計を行うことは難しい。しかし、現場が最善を尽くしているにもかかわらず、よくない結果が伴うのであれば、直さないといけない」と述べた。

介護給付費分科会の田辺国昭分科会長は、「前回(6年前)の意見交換会では、介護医療院の創設や維持期リハビリテーションの整理など制度移行期の課題が大きなテーマだった。今回は、高齢者が在宅、施設、医療機関を空間的に移動する、あるいは制度的に移動することで生じる様々な問題が指摘された。連携を図るということでは、今回、関係者で情報を共有することが、具体的な課題として示されたと思う」との考えを示した。

委員からの総論的な意見では、日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員が、「6年に1度の開催とはせずに、定期的に開催し、また、今回の意見交換会が2024年度同時改定にどう影響したかの検証も行ってほしい」と要望。田中委員は、次回は、障害福祉サービスとの連携を考慮することを求めた。

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」

策定の背景

- 平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。
- 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。
- パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。
※平成26年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改称。

ガイドラインの概要

1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

- 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として終末期医療を進めることが重要。
- 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

- 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
- 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

地域包括ケア病棟を活用しながら 病院がかかりつけ医機能を発揮して地域医療を支える

7月に地域包括ケア病棟研究大会を開催

地域包括ケアシステムの構築に当たり、地域包括ケア病棟をもつ病院はどのような役割を果たせるのでしょうか。福岡県久留米市で、地域の医療の中核となる田主丸中央病院を運営する鬼塚一郎理事長に、地域における役割や地域包括ケア病棟のあり方、かかりつけ医機能の発揮の仕方について、話を聞きました。

病棟再編を繰り返し 地域に一番合う構成に

——田主丸中央病院がある久留米の地域について教えてください。そこで必要とされる医療は、どのようなものでしょうか。

当院は久留米二次医療圏の東部に位置し、農村地帯で、対象人口は5万人程度です。急性期は二次救急を中心にしています。リハビリテーションにも力を入れ、急性期から慢性期までの地域密着型医療を提供していると自負しています。

当院から20キロほど西に行くと、久留米市の中心部になります。そこには三次救急を担う久留米大学病院や聖マリア病院など高度な医療を行う病院が集中していますので、当院としてはそれらの病院に、患者さんを的確に選別して紹介するというを行っています。

また、それらの病院で治療を受けたのちに在宅復帰をめざす患者さんに対しては、当院でリハビリテーションを提供したり、介護保険の調整を行うことなどにより、ご自宅で暮らせるようにすることが求められているのではないかと考えています。

あまり重症ではない患者さん、例えば肺炎や骨折など、一般的な医療で対応できる患者さんに対しては、なるべく当院で治療して医療を地域で完結できるようにしてあげることが、当法人の理念である「地域のために、地域と共に」にそうことですし、地域のためになることだと思っています。

——田主丸中央病院は地域の中核病院で、多岐に亘る医療機能をもっておられます。

そうですね、当院には、◇一般急性期病床90床◇地域包括ケア病床34床◇

【病院の概要】

所在地：福岡県久留米市田主丸町益生田892

病床数：343床（一般病床178床、精神科病床93床、療養病床72床）

開設者：医療法人聖峰会

理事長：鬼塚一郎

診療科目：一般外科、脳神経外科、整形外科、心臓血管外科、歯科・口腔外科、眼科、ペインクリニック、放射線科、精神科、リハビリテーション科、一般内科・総合診療科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科・透析内科、糖尿病・内分泌内科、血液内科、脳神経内科、リウマチ・膠原病科、泌尿器科、皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科、スキンケア外来

回復期リハビリテーション病棟47床◇医療療養病床25床◇緩和ケア病棟13床◇障害者施設等一般病棟41床◇精神科病棟（身体合併症病棟）47床◇精神科病棟46床—と、さまざまな病棟が少しずつあります。

私が院長になったのは10年前のことですが、それから医療制度や地域のニーズを考慮しながら病棟再編を4、5回繰り返したのです。それにより、いまは地域に一番合う病棟構成になっているのではないかなと思います。

地域医療構想が始まってからは、あまり病床を変えられなくなったので、あの頃に再編して地域に合わせた形にしておいて、よかったですね。

地ケアのポストアキュート受入れに 診療報酬改定で厳しい評価

——最近の診療報酬改定で、地域包括ケア病棟等に期待される機能のうち、ポストアキュート機能に対しては、厳しい評価が行われていると感じます。田主丸中央病院には急性期病床があり、地域包括ケア病棟はポストアキュート機能での活用が多いと思います。鬼塚先生は地域包括ケア病棟の意義をどのように考えていますか。

2022年度診療報酬改定以前の自院の地域包括ケア病棟の使い方は、8～9割の病床がポストアキュート機能でした。

しかし2022年度改定で、200床～400床未満の病院についても、自院の一般病棟から地域包括ケア病棟への転棟割合が6割以上になると減額される措置の対象となり、減額率も15%に拡大しました。

そのほかの見直しもあり、ポストアキュート機能の受入れに対しては、厳しい改定が行われたと理解しています。これを受け、いわゆるサブアキュート機能での患者の受入れを一定程度は行うようになりました。

もともと、自院は、高度急性期の大病院のように、重症患者の治療を集中的に受け入れるというよりも、地域包括ケア病棟のほうがふさわしい患者の受入れが多かったので、無理して地域包括ケア病棟で受け入れているという感じではありません。

また、2020年度改定では、入院期間により入院料が下がるDPC/PDPSにおいて、地域包括ケア病棟の入院料が入院期間Ⅱよりも高いために、入院期間Ⅱになると、地域包括ケア病棟に転棟させる誘因が働いてしまう仕組みも見直されました。2022年度改定でもさらなる是正がありました。

入院患者の病態に合った病棟に入院するという方向での見直しであり、それは理解します。

自由度こそが地域包括ケア病棟の醍醐味

——地域密着型の病院における地域包括ケア病棟のあり方を、どのように考えておられますか。

地域包括ケア病棟をどのように使ったらよいかということは、病院の地政学的な状況や、周囲にどのような病院

があるかといったことにより、微妙に違ってくるでしょう。

地域包括ケア病棟協会の仲井培雄会長が言う「最大にして最強の」という地域包括ケア病棟は、なるべく病院側に自由度高く使わせてもらう方がいいのではないかと個人的には思っています。

前回の診療報酬改定で国は、地域包括ケア病棟はこうあるべきというテーマをだされたように考えています。そうであれば、それに従って、ルールの範囲内で柔軟に使っていくしかないのではないのでしょうか。

大病院が地域包括ケア病棟をもつことにより、ポストアキュートの患者を抱え込むことになってしまった状況には、首をかしげるところがあるかもしれません。とはいえ、本来、自由度こそが地域包括ケア病棟の醍醐味だだと思うのです。

それなのに、あまりに細かいルールを設定されると、病院側はマネジメントに無駄な労力を使わざるを得ない。それは医療の本質からそれるのではないかと危惧しています。

7月に地域包括ケア病棟の 研究大会を開催

——地域包括ケア病棟協会が7月8日に東京・大手町で開催する研究大会では、鬼塚先生が大会長を務められるのですね。

地域包括ケア病棟協会に入ってまだ日が浅い自分が大会長を引き受けてよいのかという思いがありました。しかし、地域包括ケア病棟の制度がつくられた2014年から当院では地域包括ケア病棟をつくっており、私も地域包括ケア病棟に対してはそれなりの思いを持っています。その経験を多少なりとも大会運営に生かしたいと考えているところです。

研究大会では、日本医師会の松本吉郎会長に基調講演、厚生労働省の眞鍋馨医療課長に特別講演をお願いしています。「コロナ禍の振り返りと今後の取り組み～マルチモビディティへの対応を含めて～」と題したパネルディスカッションや、「地域包括ケア病棟、あるべき姿への挑戦」をテーマにしたシンポジウムも開催します。

地域包括ケア病棟のあるべき姿をどう捉えて、診療報酬改定をリードするのか、増え続けるマルチモビディティの患者の診療にどう挑んでいくのかといったことを議論してもらいます。

オンラインではなく現地開催の学会を開くのは久しぶりのことですので、是非多くの方にご参加いただきたいと思っています。

地域包括ケア病棟もつ中小病院が かかりつけ医機能担うのが理想

——国の医療政策では、かかりつけ医機能の制度整備が課題となっています。地域包括ケア病棟をもつ病院は、かかりつけ医機能をどのように担っていると見えますか。

かかりつけ医制度を国がつくろうとしたその意図は、英国のGP制度を見



鬼塚一郎理事長

習って、医師にゲートキーパー的な役割をもたせて一般の患者が安易に総合病院を受診できないようにし、医療費を抑制したいということだったのではないのでしょうか。

しかし、かかりつけ医というのは本来、そういうものではありません。現在、国会で審議されている法案に盛り込まれたかかりつけ医機能の制度整備も、そのような趣旨ではなく、かかりつけ医は患者・国民が選ぶものという原則に立ち、かかりつけ医機能を位置付けるということになりました。それに基づいて、全日病の考え方が昨年12月に示されています。

かかりつけ医機能というのは、本来、中小病院がもつべきなのではないかと私は思っています。さまざまな疾患をもつマルチモビディティで、医療だけでなく介護保険や福祉も利用しなければいけない患者さんを、1人の医師が昼夜を問わず、診断から介護までをカバーするというのは不可能な話でしょう。

地域包括ケア病棟を有するような中小病院が、地域包括ケア病棟をうまくつかいながら、地域でかかりつけ医機能を発揮し、診療所の先生たちとも可能なところは協力しながら、地域医療を支えるというのが理想ではないかと思っています。

医療から生活支援まで 一体的にサービス提供したい

——今後の展望をお聞かせください。

わたくしどもの法人は久留米市を中心に2つの病院と訪問看護ステーション、通所リハビリ、グループホームなど計18施設を運営しています。また関連法人である社会福祉法人ひじり会が特別養護老人ホームを運営しています。今後、もし病床を増やせるのなら、介護医療院をつくりたいと思っています。

また、調整会議に高度急性期のハイケアユニット（8床）の設置を申請し、その許可は下りています。そのため、急性期の一部を高度急性期の機能に変える予定です。ただ、マンパワーの問題から踏み出せずにいるところです。

地域の住民の皆さんが、住み慣れたこの地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される、切れ目のない地域包括ケアシステムの構築を今後も目指していきたいと考えています。

——ありがとうございました。

50年後の人口は現在の7割、65歳以上は全体の4割

社人研 5年に1度の「日本の将来推計人口」を公表

国立社会保障・人口問題研究所は4月26日、5年に1度の「日本の将来推計人口」(2023年推計)の結果を公表した。50年後の日本の人口動態は、総人口が現在の7割に減少し、65歳以上人口がおおよそ4割を占めるといふ、人口減少と超高齢社会がさらに進展する姿だ。ただ、今回の推計では、前回推計よりも出生率は低下するものの、平均寿命が延伸し、外国人の入国超過増により人口減少の進行はわずかに緩和するという結果だった。

将来の人口動態は、年金制度をはじめ、医療・介護に対しても、決定的な影響を与える。このため、新たな将来推計人口を念頭に置きながら、今後の医療提供体制などを考えていく必要がある。大きなトレンドはこれまでの将来推計人口と変わっていないが、合計特殊出生率の下方修正や外国人の入国超過増が続くという想定は、地域ごとの将来人口推計により大きな変化を与えている可能性がある。

日本の将来推計人口とは、将来の出生、死亡および国際人口移動について仮定を設け、これらに基づいて日本全体の将来の人口規模および年齢構成等の人口構造の推移について推計を行ったものである。将来の出生推移・死亡推移についてそれぞれ中位、高位、低位の3仮定を設け、それらの組み合わせにより9通りの推計を行っている。

以下では、出生・死亡とも中位の組み合わせでの結果の概要を示す。

総人口は2070年に8,700万人

合計特殊出生率は、新型コロナウイルスの感染拡大以前からの低迷を反映し、前回推計の1.44(2065年)から1.36(2070年)に低下する。また、短期的には新型コロナウイルスの感染拡大期の婚姻数減少等の影響を受け低調に推移する。平均寿命は、2020年の男性81.58年、女性87.72年が、2070年には男性85.89年、女性91.94年に伸びる。

国際人口移動は、近年の動向を反映し、日本人の出国超過傾向がわずかに緩和される。一方、外国人の入国超過数は、新型コロナウイルスの感染拡大期を除く近年の水準上昇を反映し、前回推計の年間約6万9千人(2035年)から今回推計の年間約16万4千人(2040年)へと増加する。

総人口は、2020年国勢調査による1億2,615万人が2070年には8,700万人に減少すると推計した。

総人口に占める65歳以上人口の割合(高齢化率)は、2020年の28.6%から2070年には38.7%へと上昇する。前回推計と比較すると、2065年時点の総人口は前回8,808万人が今回9,159万人となる。総人口が1億人を下回る時期は2053年が2056年になり、人口減少の速度はわずかに緩む。これは国際人口移動の影響が大きい。

65歳以上人口割合(高齢化率)は、2065年時点で比較すると前回推計と変わらず38.4%となっている。65歳以上の人口(高齢者数)のピークは、前は2042年の3,935万人だったが、今回は2043年の3,953万人になる。

出生数と国際人口移動の仮定

日本の将来推計人口における推計方法は、前回推計と同様、コーホート要因法を基礎としている。コーホート要因法とは、年齢別人口の加齢にともなう生ずる年々の変化をその要因(死亡、出生、国際人口移動)ごとに

計算して将来の人口を求める方法である。

すでに生存する人口については、加齢とともに生ずる死亡数と国際人口移動数を反映して将来の人口を求める。また、新たに生まれる人口については、15～49歳の女性人口に生ずる出生数を性比で分け、その生存数および国際人口移動数を順次算出して求め、翌年の0歳人口として組み入れる。

(出生率の中位推計の仮定)

人口動態調査と同定義の合計特殊出生率は、実績値が1.33であった2020年から、2023年の1.23まで低下し、以後上昇に転じた結果、2070年には1.36へと推移する。前回推計と比較すると、2065年は前回の1.44から今回の1.35に低下し、2070年は1.36となる。

(国際人口移動の仮定)

外国人の国際人口移動の実績をみると、近いところではリーマンショックや東日本大震災に起因する大規模な出国超過が生じたほか、新型コロナウイルスの世界的流行による外国人の新規入国の停

止など、外国人の入出国傾向は短期間に大きな変動を示している。しかしながら、長期的には概ね入国超過数が増加する傾向にあるとみられ、さらに2015年以降は、より高い水準に移行したとみられる。

これまでの仮定値はそれまでの入国超過数の増加の動向を踏まえつつも、概ね直近の平均値付近の水準に収束するとしてきた。そこで、直近(2016～2020年)の動向のうち、新型コロナの世界的流行の影響を受けた2020年を除いた平均値を求め、それを将来に投影することにより、2040年までの仮定値とした。その結果、2022年以降2040年までの将来の外国人の入国超過数は、年間男性8万1,570人、女性8万2,221人、合計で16万3,791人となる。

こども・子育て政策を強化

加藤勝信厚生労働大臣は4月28日の閣議後会見で、将来推計人口の結果に対する見解を示した。

前回推計との比較では、「平均寿命

が延伸し、外国人の入国超過数が増加するため、人口減少のペースは緩和する見通しとなっている。しかし、将来の出生率は1.44から1.36に低下するなど、引続き少子高齢化や人口減少が継続することが見込まれ、我が国の社会経済や社会保障制度に与える影響も懸念されている」と述べた。

外国人の入国については、「2016年から2019年にかけて、外国人の入国超過数が年平均16万人という実績を基に将来への投影が行われた。今後、外国人労働者の適正な雇用環境の整備にさらに努める必要があるものと考えている」と、外国人が日本で暮らす環境を整えることが重要とした。

出生数については、「少子高齢化、人口減少の流れに歯止めをかけるべく、こども・子育て政策の強化について、現在こども未来戦略会議において必要な政策強化の内容、予算、財源について議論が進められており、厚生労働省としても積極的にこうした議論に入っていきたい」との姿勢を示した。

推計結果の要約(死亡中位推計)

出生率仮定 [長期の合計特殊出生率]		中位仮定 [1.36]	高位仮定 [1.64]	低位仮定 [1.13]	平成29年推計 中位仮定 [1.44]
死亡率仮定 [長期の平均寿命]		死亡中位仮定 [男=85.89年] [女=91.94年]			男=84.95年 女=91.35年
国際人口移動仮定 [長期の日本人入国超過率] [長期の外国人入国超過数]		[2015～19年の平均水準] [2040年に163,791人]			[2010～15年の平均水準] [2035年に69,275人]
総人口	令和2(2020)年	12,615万人	12,615万人	12,615万人	12,532万人
	↓				↓
	令和27(2045)年	10,880万人	11,203万人	10,600万人	10,642万人
	↓				↓
0歳	令和47(2065)年	9,159万人	9,885万人	8,570万人	8,808万人
	↓				↓
	令和52(2070)年	8,700万人	9,549万人	8,024万人	8,323万人
					[8,323万人]
14歳	令和2(2020)年	1,503万人 11.9%	1,503万人 11.9%	1,503万人 11.9%	1,507万人 12.0%
	↓				↓
	令和27(2045)年	1,103万人 10.1%	1,321万人 11.8%	919万人 8.7%	1,138万人 10.7%
	↓				↓
64歳	令和47(2065)年	836万人 9.1%	1,128万人 11.4%	620万人 7.2%	898万人 10.2%
	↓				↓
	令和52(2070)年	797万人 9.2%	1,115万人 11.7%	569万人 7.1%	853万人 10.2%
					[853万人] 10.2%
15歳	令和2(2020)年	7,509万人 59.5%	7,509万人 59.5%	7,509万人 59.5%	7,406万人 59.1%
	↓				↓
	令和27(2045)年	5,832万人 53.6%	5,937万人 53.0%	5,736万人 54.1%	5,584万人 52.5%
	↓				↓
64歳	令和47(2065)年	4,809万人 52.5%	5,244万人 53.0%	4,437万人 51.8%	4,529万人 51.4%
	↓				↓
	令和52(2070)年	4,535万人 52.1%	5,067万人 53.1%	4,087万人 50.9%	4,281万人 51.4%
					[4,281万人] 51.4%
65歳	令和2(2020)年	3,603万人 28.6%	3,603万人 28.6%	3,603万人 28.6%	3,619万人 28.9%
	↓				↓
	令和27(2045)年	3,945万人 36.3%	3,945万人 35.2%	3,945万人 37.2%	3,919万人 36.8%
	↓				↓
以上	令和47(2065)年	3,513万人 38.4%	3,513万人 35.5%	3,513万人 41.0%	3,381万人 38.4%
	↓				↓
	令和52(2070)年	3,367万人 38.7%	3,367万人 35.3%	3,367万人 42.0%	3,188万人 38.3%
					[3,188万人] 38.3%

注：平成29年推計の令和52(2070)年の数値(括弧内)は長期参考推計結果による。

DPC/PDPSの特別調査の結果などめぐり議論

中医協総会・基本問題小委

DPCデータを適切に提出する手順や体制の改善求められる

中医協総会(小塩隆士会長)と診療報酬基本問題小委員会は5月10日、入院・外来医療等の調査・評価分科会の尾形裕也分科会長から、分科会の今後の議論の進め方や入院・外来医療等に関する2023年度特別調査、DPC/PDPSに関する2022年度特別調査の結果などの報告を受け、了承した。

基本小委の議論では、日本医師会常任理事の長島公之委員が、DPC/PDPSで2023年4月に改定した機能評価係数Ⅱの診療実績に基づく各指数において、新型コロナに配慮した特例的な取扱いを実施したことに関して発言。「DPC/PDPSは、ルールに従って適切に運用されなければならない、そのルールは現状を踏まえたものである必要がある。特例的な取扱いは、新型コロナに対応した医療機関に対する適切な対応と考えればよいか」と質問した。

これに対し、厚生労働省担当官は、「新型コロナに対応したDPC対象病院は、通常とは異なる状況であったことに配慮し、係数の設定において、新型コロナ以前の通常の状態に近い診療実績を用いて計算できるようにした」と説明。長島委員は、「今後とも、実態を踏まえた適切な対応をお願いします」と述べた。

2024年度診療報酬改定に向けた今後のDPC/PDPSの検討では、診断群分

類の見直しに際して、「MDC毎の診断群分類見直し技術班」を分科会の下に設置することも了承した。これに関し、日本病院会副会長の島弘志委員は、技術班の検討内容が分科会の議論にフィードバックされるかを確認した。

厚労省担当官は、「技術班は、診断群分類の見直し作業など、分科会での検討内容とより連動する形で実施されるようにするためのもの」と説明した。技術班の検討事項には、①診断群分類②様式1③コーディングテキストの見直しなどがある。各診療科分野の臨床の専門家と公衆衛生学分野などの専門家で構成する。診療報酬調査専門組織の保険医療専門審査員を充てるとしている。

診断群分類の適切性について、「例えば、急性心筋梗塞のように、発症からの日数によって病態が変わる疾患については、発症日からの日数で、診断群分類を区別できるようにすること」の検討を求める指摘などが出ている。

正確なコーディングを求める意見

一方、支払側の委員は、機能評価係数Ⅱに着目したDPC/PDPSの2022年度特別調査におけるDPC標準病院群の保険診療係数にかかわる結果などを問題視した。保険診療係数では、DPCデータを適切に提出することなどを評

価している。

健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「DPC/PDPSを健全に機能させるには、正確なコーディングが不可欠だが、手順や体制が必ずしも十分ではないとの結果が出ている。また、急性期入院医療を標準化、効率化する上で、DPC/PDPSにふさわしくないDPC対象病院もあるように思うので、退出基準の検討は必要だ」と述べた。さらに、長島委員の意見に関連し、「診療実態に合わせた制度設計も大事だが、制度目的に実態を合わせる努力も引き続き求められる」と強調した。

他の支払側の委員からも、コーディングに携わる部門の人員配置(診療情報管理士の配置)やコーディングの手順(入力者・確認者)、コーディング委員会の開催頻度などDPCデータを適切に提出することにかかわる事項の調査結果に対し、コーディングにおける主治医の関与を強めることを含め、改善を求める意見が相次いだ。

また、入院・外来医療等の2023年度調査の中で、「新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評



価等について(その2)」と「外来医療に係る評価等について(その2)」の調査については、回答者が特定の医療機関に紐づけられない一般人へのWEB調査を実施する。ただ、WEB調査の回答には、年齢による偏りなど一定のバイアスがかかると想定される。

4月24日の入院・外来医療等の調査・評価分科会の議論で、全日病常任理事の津留英智委員は、「10歳未満の年齢区分が含まれているが、かかりつけ医の設問等に対応出来るのか」と指摘していた。これを受け、厚労省は、10歳未満を削除するなどの変更を行った。

なお、5月8日に新型コロナの感染症法上の位置づけが2類相当から5類になったことに伴い、2020年4月8日以来、3年と1カ月にわたってオンライン開催となっていた中医協が、同日から対面とオンラインのハイブリッド開催となった(写真参照)。当面、ハイブリッド開催となる見通しだ。

機能評価係数Ⅱのヒアリング調査結果

5月10日の中医協総会と診療報酬基本問題小委員会上、「DPC/PDPSに係る令和4年度特別調査」の調査結果が報告された。「DPC/PDPSになじまない可能性のある病院も含めたDPC対象病院の診療実態」の検討を進めるため、機能評価係数Ⅱに着目した特別調査となっている。その中で、調査票の回答状況や各病院の機能評価係数Ⅱの取得状況を踏まえ、10施設程度を選定したヒアリングを実施している。以下でその内容を紹介する。機能評価係数Ⅱの各係数が上位・下位のいわゆる「外れ値」に当たる病院が選ばれた。

(保険診療係数)

○「部位不明・詳細不明コード」についてのヒアリング概要は以下のとおり。

「部位不明・詳細不明コードのうち、廃用症候群(ICD-10:M6249、DPC:160650コンパートメント症候群)の使用割合が高い。廃用症候群リハビリテーションを行う症例が多く、廃用症候群のコーディングをせざるを得ない。脳梗塞等含むコーディングについては、定期的なコーディング委員会で分析、検討の対象としている。

○「未コード化傷病名」についてのヒアリング概要は以下のとおり。

新型コロナで未コード化病名を使用してしまっていた。それ以前は、特に未コード化傷病名の割合が多かったわけではなく、現在はコード化したものを使用。コーディング委員会は毎月開催しているが、未コード化傷病名の内容までは確認できていなかった。

(効率性係数)

○効率性係数が高い値を取る背景についてのヒアリング概要は以下のとおり。

急性期医療と回復期医療の中心を担う医療機関として位置づけられており、重症患者の受け入れには制限があるが、急性期病床の規模に比較し多くの予定外入院を受け入れている。常に急性期病床を空けておく必要があり、早期の

地ケア病棟への転棟、退院を目指した結果、在院日数が短くなっている。パスでの管理も行っているが、個別の患者に合わせて対応している。

消化器疾患や透析治療を中心に扱う亜急性期病院で、地域包括ケア病棟も運用している。ヘルニアや虫垂炎等、在院日数が比較的短い疾患を多く診療しており、院内での転棟は多くない。○効率性係数が低い値を取る背景についてのヒアリング概要は以下のとおり。

地域唯一の救急告示病院として、急性期医療から慢性期医療まで幅広く患者の受け入れを行っている。地域包括ケアシステムの拠点として、近隣の高齢者施設の協力施設でもある。医師の方針もあり、内科疾患、外科疾患ともに在院日数が長い。地ケア病棟も保有しているが、病院全体で、積極的な転棟は行っていないが、退院調整にはそれほど困っていない。今後、急性期病床を減らし、地ケア病床を増やす予定。

(複雑性係数)

○複雑性係数が高い値を取る背景についてのヒアリング概要は以下のとおり。

高齢化が進む地域に所在し、併設する複数の高齢者施設からの入院も受け入れている。その結果、誤嚥性肺炎や脳梗塞、骨折といった疾患に症例構成が偏る。早期のリハビリには力を入れている。コロナを受け入れる病床がなく、発熱患者や呼吸器症状のある患者は近隣の急性期医療機関へ搬送されるため、病床利用率が低く出てしまった。

○複雑性係数が低い値を取る背景についてのヒアリング概要は以下のとおり。

小児科診療の中核を担っており、小児のコロナ患者を多く受け入れている。一方で、外科医師が減少しており、消化器がん手術等手術件数が

減っており、疾患構成が変化してきている。

ケアミックス型の医療機関として運用している。内視鏡検査やがんの化学療法等、外来でも診療可能な症例を入院で診療していた。今後可能な範囲で外来での実施に移行する予定。

(地域医療係数)

○地域医療係数が高い値を取る背景についてのヒアリング概要は以下のとおり。

救急、災害医療、周産期医療等、地域における中核病院としての役割を担っており、他の医療圏までカバーし

ている分野もある。一方で、地域事情から急性期機能以外に、回復期や外来機能も持つ必要がある。

○地域医療係数が低い値を取る背景についてのヒアリング概要は以下のとおり。

近隣に急性期病院が複数あり、24時間365日体制での救急医療を行いつつ、高次医療が必要な場合には関連の高次医療機関への転送も行っている。地域では、血液疾患や整形外科疾患を中心とする急性期医療とともに、急性期病院と慢性期病院をつなぐ亜急性期的な役割も担っていると考えている。

下記の表は各指数の内容だが、係数に変換される。

指数	評価内容
保険診療指数	【適切なDPCデータの作成】 ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 様式1の親様式・子様式間(データ属性等(郵便番号、性別、生年月日等)、様式1とEFファイル間(入院日数入院料の算定回数の矛盾)、様式4とEFファイル(医科保険情報と先進医療等情報の矛盾)、DファイルとEFファイル(記入されている入院料等の矛盾)) ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。(様式1で評価) 【病院情報の公表】 自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。 【保険診療の質的改善に向けた取組み】:令和6年度からの評価を検討
地域医療指数	体制評価指数:5疾病5事業等における急性期入院医療を評価 定量評価指数:(当該医療機関の所属地域における担当患者数) / (当該医療機関の所属地域における発生患者数) 1)小児(15歳未満)と2)それ以外(15歳以上)についてそれぞれ同配分で評価。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。
効率性指数	(全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数) / (当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数) ※当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	(当該医療機関の包括範囲出来高点数(一入院当たり)を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数) / (全病院の平均一入院あたり包括点数) ※当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	(当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数) / (全診断群分類数) ※当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※すべて(包括評価の対象・対象外の両方を含む)の支払い分類を計算対象とする。
救急医療指数	1症例あたり(以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和) ※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2 【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】 ・救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・A205救急医療管理加算、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料 【A205救急医療管理加算】の施設基準のない施設:救急医療入院の患者

改正健保法が成立。16項目の附帯決議も

国会 かかりつけ医機能の制度整備や高齢者医療費の負担見直し

かかりつけ医機能の制度整備を行うとともに、出産育児一時金の費用を後期高齢者医療制度が支援することなどを盛り込んだ「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等改正法」が5月12日の参議院本会議で、与党や国民民主党の賛成多数で可決、成立した。

また、5月11日の参院厚生労働委員会では、16項目の附帯決議がついている(下記参照)。

法律の内容は、かかりつけ医機能の制度整備をはじめ、「子ども・子育て支援の強化」、「高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し」、「医療保険制度の基盤強化等」、「医療・介護の連携機能および提

供体制等の基盤強化」まで多岐にわたる。

かかりつけ医機能の制度整備では、かかりつけ医機能を「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義した。その上で、「医療機能情報提供制度の刷新」と「かかりつけ医機能報告の創設」を行う。また、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容の説明に関する努力規定を盛り込んでいる。

医療機関等には、厚生労働省令で定めるかかりつけ医機能の都道府県知事への報告が義務化される。かかりつけ医機能とは、慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に

対する厚生省令で定めるもので、①通常の診療時間以外の診療②緊急時の対応③在宅医療④介護サービスとの連携などを掲げた。他の医療機関と連携して、これらの機能を担う場合の規定も設けている。

都道府県知事は、医療機関等が報告したかかりつけ医機能が、厚生省令で定める要件に該当するかを確認する。医療機関等は確認を受けた体制に変更が生じた場合は都道府県知事に報告する。都道府県知事は、その結果を外来医療の医療提供体制の確保に関する協議の場に報告するとともに公表する。

医療提供体制の改正内容については、ほかに、◇医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で、当該情報に係るデータベースを構築する◇地域医療連携推進法人について、一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する◇出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の認定制度について、期限の延長を行う◇医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業に位置付ける一などがある。



高齢者医療の負担見直し

医療保険制度に関連した見直しでは、政令で出産育児一時金を42万円から50万円に引き上げるとともに、これまでは負担がなかった後期高齢者に対して、一部の負担を求める仕組みとする。具体的には、後期高齢者の支援割合を対象額の7%とする。

後期高齢者医療制度の医療費の分担も、後期高齢者の負担が大きくなる方向で見直す。これに伴い、後期高齢者の保険料設定においては、所得に応じて負担が増える所得割の負担限度額を引き上げる。見直しにあたっては、激変緩和措置を実施する。

一方、70～74歳の前期高齢者の医療費における財政調整に総報酬割を導入する。前期高齢者の医療費は、各保険者からの納付金で賄っており、納付金は各保険者の加入者数に応じて金額が決まる。納付金に報酬水準に応じた調整を3分の1の割合で導入することにより、負担能力に応じた調整方法に近づける。あわせて、現役世代の負担をできるだけ抑制する対応も図る。

改正健保法の附帯決議(かかりつけ医機能関連のみを抜粋)

○新たに刷新・創設される医療機能情報提供制度およびかかりつけ医機能報告制度について、医療機関に報告を求める項目等の詳細が厚生労働省令に委任され、本法の審査過程において当該厚生労働省令の具体的内容が明らかとならず、その詳細が本法成立後の有識者等による検討に委ねられたこと等を踏まえ、当該有識者等による検討結果や検討過程における議論の内容について、本法施行に先立ち、明らかにすること。また、当該有識者等による検討の場やその構成員について、決定次第、明らかにすること。

○本法のかかりつけ医機能に関する制度改正については、同機能が発揮される第一歩と位置付け、すべての国民・患者がそのニーズに応じて同機能を有する医療機関を選択して利用できるよう、速やかに検討し、制度整備を進めること。

また、同機能を有する医療機関に勤務しようとする者への教育および研修の充実に加え、処遇改善やキャリアパスの構築支援等、これらの者が増加するような取組を推進すること。

○かかりつけ医機能報告の対象となる慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者については、障害児・者、医療的ケア児、難病患者を含めるなど適切に定め、将来は、継続的な医療を要しない者を含め、かかりつけ医機能報告の対象について検討すること。

2023年春の叙勲・褒章で会員7人が受章

2023年春の叙勲・褒章で全日病の会員から7人の受章が決まり、それぞれに勲章が授与された。

【叙勲】

旭日小綬章	上野雄二	医療法人誠佑記念病院
旭日双光章	古賀義行	医療法人敬天堂古賀病院
旭日双光章	檜谷義美	社会医療法人社団沼南会沼隈病院
旭日双光章	深澤雅則	医療法人社団深仁会ふかざわ病院
瑞宝小綬章	松下兼介	医療法人仁心会福山病院
瑞宝双光章	鈴木孝彦	医療法人澄心会豊橋ハートセンター

【褒章】

藍綬褒章	木下勝之	医療法人社団九折会成城木下病院
------	------	-----------------

一冊の本 book review

『医療vs.他業種 安全文化 十番勝負』
他業種に学ぶ安全管理学

著者●三木保 監修
東京医科大学 医療の質・安全管理学分野 編

出版社●丸善出版
定価●1,760円(税込)

病院において「医療安全」は常に大きな課題である。安全についての意識を文化として醸成し、組織の1人1人に浸透させるために、全国の病院が悩みながら奮闘していることと思う。

本書は、異業種の安全の専門家を招いて行われた「安全文化」についての講演の概略と、講演後に行われた講師と三木保 東京医科大学名誉教授との対談をまとめたものである。航空運航、テーマパーク、鉄道事業、建設業、ハイパーレスキュー、原子力事業、航空整備、環境整備、サイバーセキュリティ、宇宙開発の異業種10分野で、それぞれどのような思想・工夫をもって「安全文化」を守っているのか。医療と共通するところと異なるところ。そのすべてが「医療安全」について多くの気づきを与えてくれるだろう。職種・職位に関係なく、すべての職員にお勧めしたい1冊。(安藤高夫)

2023年度 第1回常任理事会の抄録 4月15日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 大阪府 医療法人協仁会小松病院 総院長 一番ヶ瀬 明
 - 兵庫県 医療法人社団新長田眼科病院 理事長 山中 弘光
 - 兵庫県 医療法人櫻仁会赤穂記念病院 理事長 花房 龍生
 - 奈良県 医療法人友誼会奈良友誼会病院 院長 林 秀雄
 - 広島県 医療法人信英会島谷病院 理事長 島谷 英明
 他に退会が2会員あり、正会員は合計2,547会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。
 - 福岡県 医療法人宮若整形外科医院 院長 弓削 至
 他に退会が2会員あり、準会員は合計114会員となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認し

- た。
 - 東京都 株式会社ヘンリー (代表取締役 林太郎)
 - 東京都 東京ガスエンジニアリングソリューションズ株式会社 (公益営業部長 小笠原 広典)
 他に退会が3会員あり、賛助会員は合計114会員となった。
- 2022年度事業報告書(案)及び事業実績説明書(案)について説明があり、承認された。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
 - 「中医協総会、診療報酬改定結果検証部会」、「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」、「社会保障審議会医療部会」、「介護分野における特定技能協議会運営委員会」の報告があり、質疑が行われた。
 - 「研究機関における公的研究費の管理・監査のガイドライン(実施基準)」

- に基づく研究機関に対する令和4年度履行状況調査の結果について報告がなされた。
- 2023年度の各種研修会の開催について報告された。
- 病院機能評価の審査結果について
 - 主たる機能 【3rdG: Ver.2.0】～順不同
 - ◎一般病院1
 - 北海道 北彩都病院
 - 埼玉県 埼玉成恵会病院
 - 東京都 嬉泉病院
 - 東京都 野村病院
 - 東京都 柳原病院
 - 神奈川県 湘南泉病院
 - 大阪府 牧病院
 - 熊本県 熊本第一病院
 - ◎一般病院2
 - 北海道 函館中央病院
 - 埼玉県 TMGあさか医療センター
 - 千葉県 聖隷佐倉市民病院
 - 千葉県 船橋総合病院
 - 神奈川県 大船中央病院

- 京都府 日本バプテスト病院
- 福岡県 戸畑共立病院
- 福岡県 製鉄記念八幡病院
- 大分県 大分三愛メディカルセンター
- ◎リハビリテーション病院
 - 愛知県 木村病院
 - 兵庫県 本山リハビリテーション病院
- 3月10日現在の認定病院は合計2,013病院。そのうち、本会会員は853病院と、全認定病院の42.4%を占める。
- 【主な討議事項】
 - 新型コロナウイルス感染症の診療報酬上の取扱いについて討議した。
 - 5月8日以降の新型コロナウイルス感染症に係る院内感染対策等について説明があり、議論を行った。
 - 診療報酬改定DXの対応を協議した。

実績に基づく急性期入院医療の評価を提案

財務省 看護配置ではなく患者の重症度などを評価

財務省は5月11日の財政制度等審議会財政制度分科会に、医療提供体制に対する考え方を示した。医療機関の役割分担を進めるため、看護配置に依存した診療報酬体系から実績を反映した体系への転換や、地域医療構想の進捗に向けた法制的対応を提言した。

地域医療構想の状況を見ると、推計上の2025年の病床必要量と「病床機能報告」による現状の医療機能別の病床数の比較で、急性期が減少しておらず、回復期が増加していないことなどから、「進捗は、はかばかしくない」と指摘。「急性期・回復期をはじめとする病床の役割分担が進まないと、今後、各地域で治療に長い期間を要する高齢者が

増える中で、質の高い急性期医療、回復期における適切なケアの提供ができなくなる」と主張した。

次に、「病床機能報告」と診療報酬の関係を見ると、機能が急性期であると報告している病棟の多くが、看護配置7対1(急性期一般入院料1)の入院料を算定している。財務省は、「7対1といった看護配置に過度に依存した報酬体系から、患者の重症度、救急受入れ、手術といった『実績』をより反映した体系に転換すべき」との考えを示した。その上で、急性期の入院基本料の基本である10対1といった看護配置の要件は廃止することを提案した。

特定集中治療室などが分散している

ことも問題視し、集約化を求めた。

地域医療構想の実現に向けては、さらなる制度整備の必要性を主張した。

医療法では地域の会議の協議が整わない場合に、不足している病床機能を提供しよう、病院に指示・要請できるとの規定がある。しかし、ほとんど発動実績がないことを指摘。「進捗の遅さを踏まえれば、2025年以降の確実な目標実現を見据え、例えば、各医療機関に地域医療構想と整合的な対応を行うよう求めるなど、もう一歩踏み込んだ法制的対応が必要」と主張した。

診療所開設への対応を提案

医療機関の偏在についての意見も提

示した。近年、総患者数は伸びていないが、診療所数は増加の一途をたどっている。2020年に始まった「外来医療計画」に基づき、「外来医師多数区域」における取組みが行われているものの、全体の診療所数の増加は止まっていないと指摘。現状のままでは、大都市部で、医師や診療所数が過剰になり、地方では減少するという傾向が続くと主張した。

このような状況に対し、日本と同様に公的医療保険制度を採用しているドイツやフランスでは、診療科別・地域別の定員を設ける仕組みがあることを踏まえ、日本でも、診療所の新規開設について、「もう一歩踏み込んだ対応が必要ではないか」と提案した。

■ 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病ホームページを参照)

研修会名(定員)	期日【会場】	参加費 会員(会員以外)(税込)	備考
業務フロー図作成講習会 20病院	2023年7月1日(土) 【全日病会議室】	49,500円(77,000円)	各医療機関における医療の質向上、経営の質向上を目的として、業務フロー図に関する講習会を継続的に開催している。自院で作成した業務フロー図をもとに、業務フロー図作成と修正に関して検討していただく。
特性要因図作成研修会 20病院	2023年7月2日(日) 【全日病会議室】	49,500円(77,000円)	医療事故調査制度の根本にある原因究明と再発防止のため、業務フロー図に基づく現状把握、ブレインストーミングによる特性要因図の作成によって、改善すべき業務範囲と主要要因の抽出、それに基づく根本原因分析までを一貫して、座学、演習、グループ討議する研修会。
院内医療事故調査の指針・ 事故発生時の適切な対応研修会 70名	2023年7月8日(土) 2023年7月9日(日) 【全日病会議室】	27,500円(33,000円)	各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を演習で習得することを目的に開催。医療事故発生時の対応について系統的に体験していただくグループワークが中心。
病院管理士・看護管理士 フォローアップ研修会 150名	2023年7月16日(日) WEB開催	5,500円	昨年度の事務長研修と看護部門長研修の受講者が、研修の中で立案した病院の今日的課題の解決方法を発表し、参加者との間で討議する。本研修は病院管理士の継続要件③と看護管理士の継続要件②に該当する。
医療安全管理体制相互評価研修会 一病院管理者・幹部が留意すべき 事項一 60名	2023年7月17日(月・祝) 【全日病会議室】	16,500円(22,000円)	2018年度診療報酬改定で新設された医療安全対策地域連携加算に適切に対応するための研修会。制度の理解とともに実践を目的とし、今回は、特に、「病院管理者・幹部が留意すべき事項」に焦点を当てている。
医療事故調査制度事例検討研修会 60名	2023年7月23日(日) 【全日病会議室】	13,200円(16,500円)	各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を演習で習得することを目的に開催。発生した医療事故が医療事故調査制度の対象事例か否かの判断に迷った事例を中心に、事例を選択。eラーニングによる事前学習コンテンツのおざらいと質疑、事例に基づくグループ討議が中心のプログラム。
TQM(総合的質経営)の 医療への適用一医療と社会と法一 研修会【北海道札幌市開催】 40名	2023年7月29日(土) 2023年7月30日(日) 【道特会館】	55,000円(77,000円)	新型コロナを契機とする社会変革を振り返り、情報管理(個人情報保護、組織の情報資産管理、診療記録管理等)の切り口で組織運営の意思決定に関わる物事の基本的な考え方を医療、社会、法のそれぞれの観点から検討する。2日間にわたり主題に関して全般的な講義とグループワークを行う。
医療安全管理体制相互評価者 養成講習会【運用編】 100名	2023年8月5日(土) 2023年8月6日(日) 【全日病会議室】	27,500円(33,000円)	2018年度診療報酬改定で新設された医療安全対策地域連携加算に適切に対応するための研修会。現時点で研修会の開催の受講は施設基準の要件ではないが、それを先取りするものとして、制度の理解とともに実践を目的とする。
ハワイ研修旅行(6日間) 成田発着 60名 関空発着 60名 福岡発着 20名	2023年10月30日(月)~ 11月4日(土)	成田発着 343,200円 関空発着 361,200円 福岡発着 347,200円	今年で45回目を迎えるハワイ研修。米国の医療事情に関する研修、医療施設の視察を目的とした内容の充実を図りつつ、会員の皆さまの交流をさらに深めていただく企画も用意している。
医療安全管理者養成課程講習会 第1・2クール(講義)はWEB開催 200名 第3クール(講義)は会場での開催 1回あたり約100名	第1クール(講義) 2023年6月24日(土) 6月25日(日) 第2クール(講義) 2023年7月21日(金) 7月22日(土) 第3クール(演習)【全日病会議室】 ①2023年9月9日(土)、10日(日) ②2023年10月7日(土)、8日(日) ③2023年11月11日(土)、12日(日)	87,890円(108,790円)	医療の安全管理・質管理の基本的事項や実務指導に関わる教育・研修を行い、組織的な安全管理体制を確立する知識と技術を身につけた人材(医療安全管理者)を育成・養成することによって、安全文化を醸成し、医療の質向上を図ることを目的に開催する。課題を修了した受講者に対し、医療安全管理者として期間5年間の認定証(「医療安全対策加算」取得の際の研修証明)を授与する。