

A decorative graphic on the left side of the page features three balloons in shades of green, blue, and purple, each with a yellow streamer and several yellow triangular flags. The text is centered on the page.

変革の時代に求められる放射線技師
—新たな未来を拓くために—



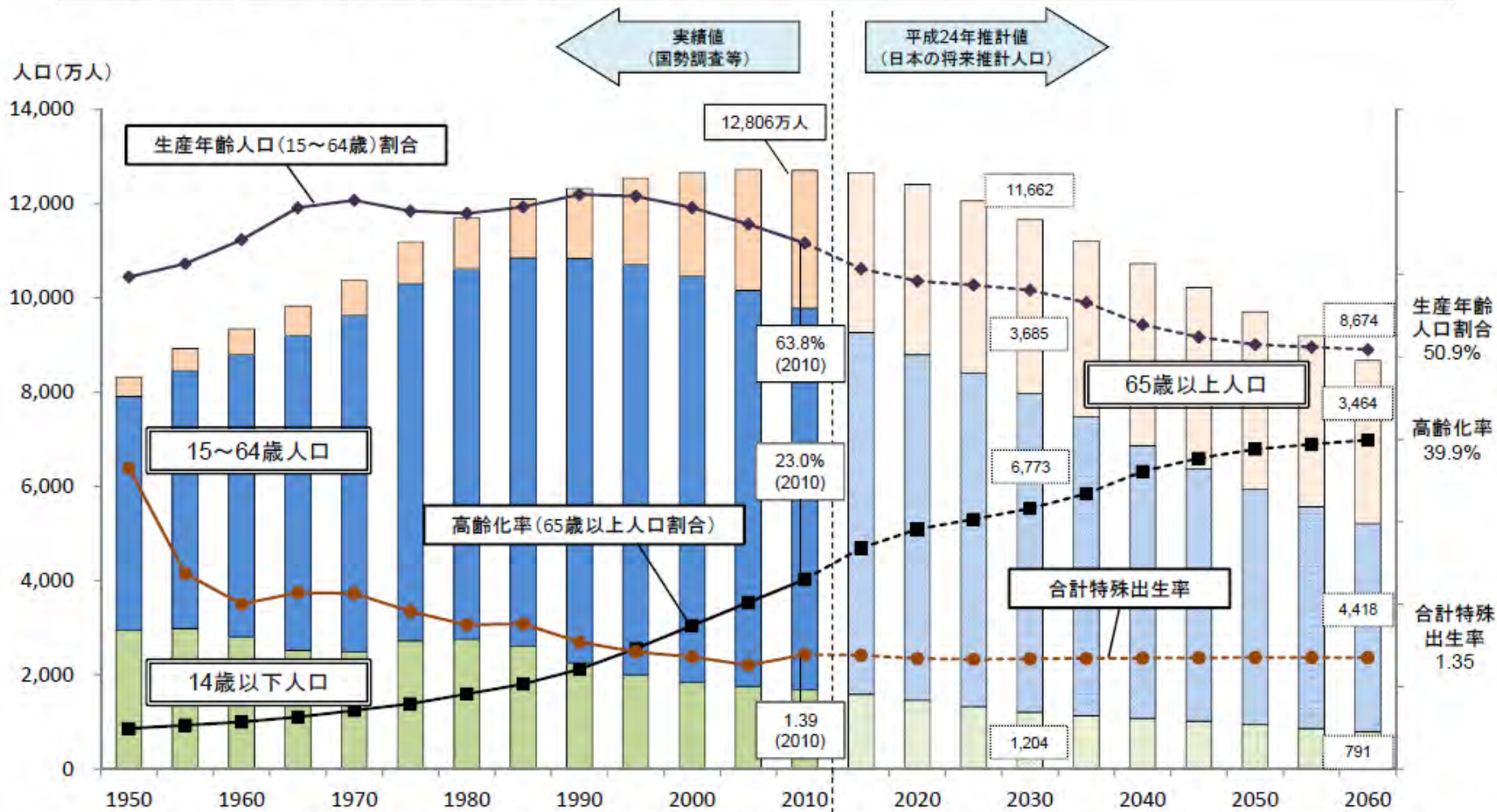
I. 医療変革の時代

時代認識; 21世紀前半は医療激動の時代

- 日本における医療を取り巻く状況の急激な変化の原因は少子高齢人口減少(多死)社会の到来。地域によって変化が異なることに留意する。→地域に見合った医療提供体制を考える
 - 日本における社会情勢の変化; 経済・社会の成熟化とグローバル化、社会保障負担の増加、可処分所得の目減り、財政収支の悪化と債務残高の累増など→時代の要請を捉える
 - 医療政策の変化; 医療制度の疲弊+社会保障費増の抑制、医療提供体制の抜本的改革、医療費適正化; 給付保障から給付需要発生抑制へ、国民の信頼感と安心感の維持
→国策としての医療制度改革を熟知する
- * 高度成長期にその骨格が創られ、あって当たり前「空気のような存在」になってしまった日本の社会保障制度(医療制度)と時代の要請とのミスマッチを抜本的に解決する事が喫緊の課題

日本の人口の推移

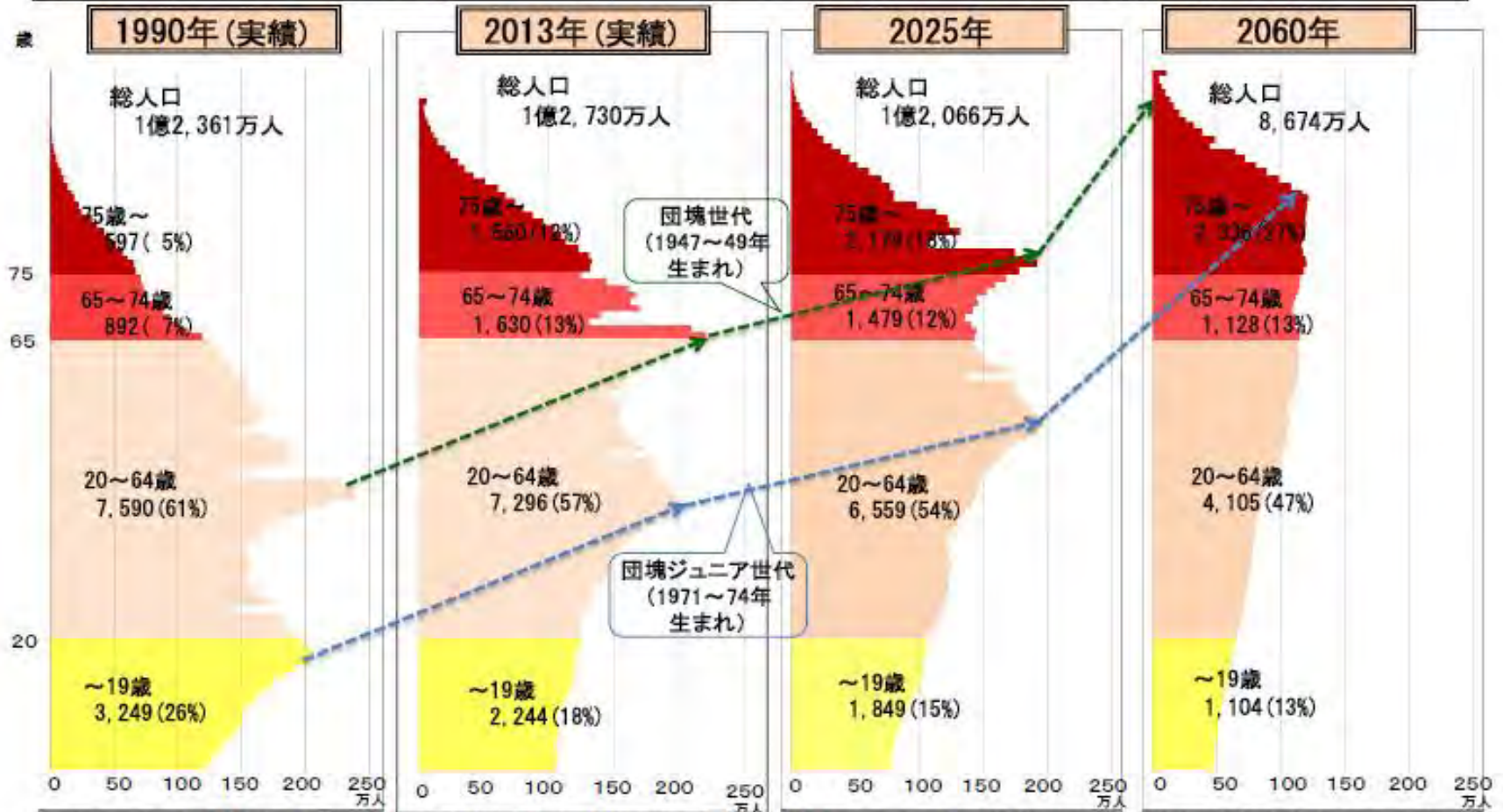
○ 日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口) 厚生労働省「人口動態統計」

人口ボーナスの時代から人口オーナスの時代へ

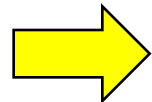
- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
- 2060年には、人口は8,674万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約40%となる。



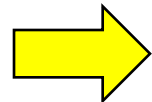
(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

**65歳以上
15~64歳**
従属人口指数
の増加

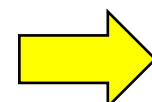
1人
5.8人
17.3%



1人
2.5人
40.4%



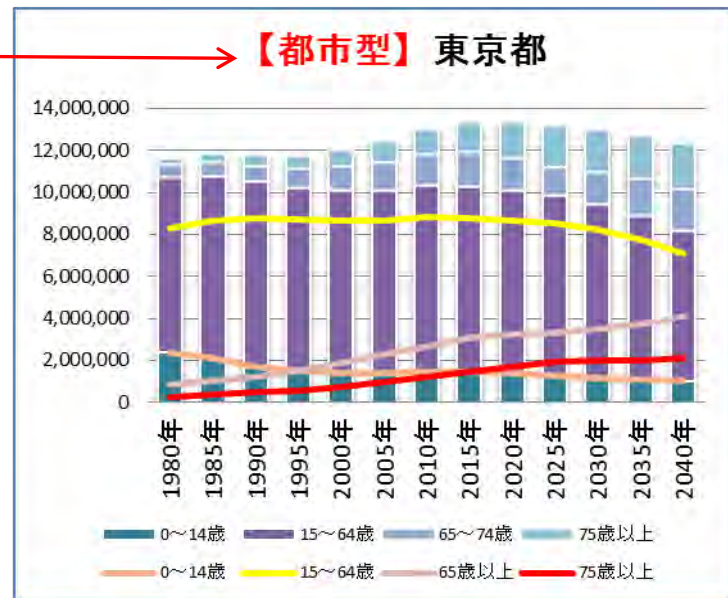
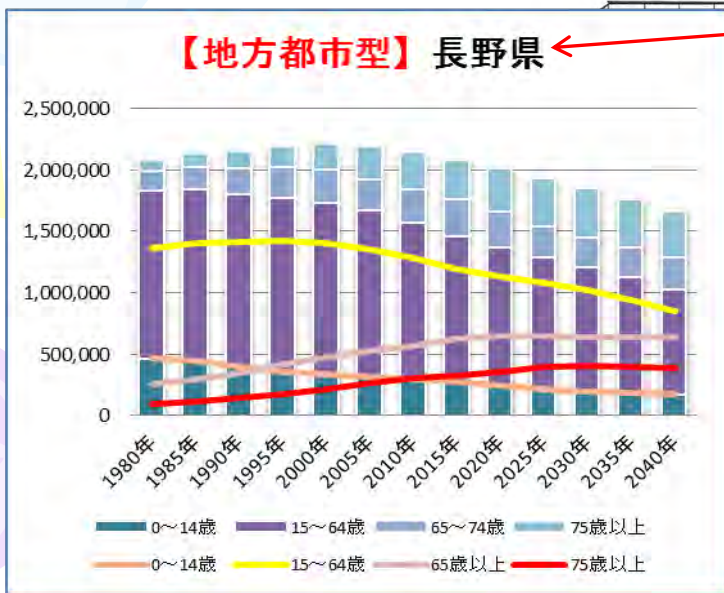
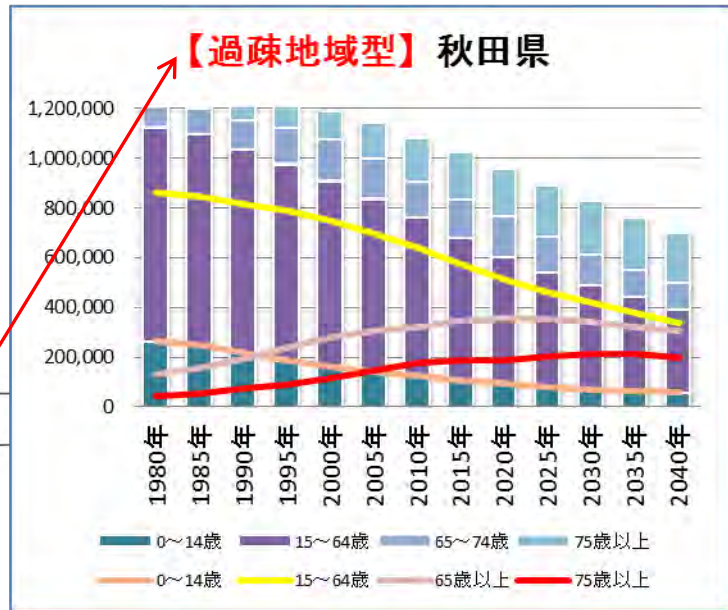
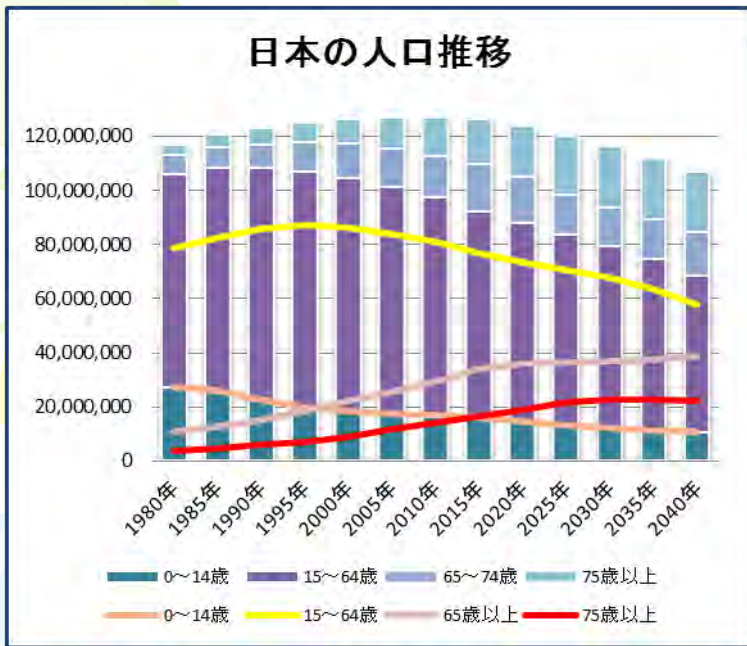
1人
1.9人
52.6%



1人
1.3人
76.9%

人口推移の3タイプ

※すでに人口ピークを過ぎ、急激に人口減少していくタイプ



※すでに人口ピークを過ぎているが、ゆるやかに人口減少していくタイプ

※現時点がピークで、ゆるやかに人口減少していくタイプ

年齢階級別・疾患別退院患者統計

疾患別・年齢階級別 退院患者数および平均在院日数 (厚生労働省 平成23年9月患者調査)

	病院全体		一般病床		0～19		20～64		65～74		75歳～	
	退院患者数	平均在院日数	退院患者数	平均在院日数	病院退院患者	平均在院日数	病院退院患者	平均在院日数	病院退院患者	平均在院日数	病院退院患者	平均在院日数
総数 (単位:千人)	1182.8	34.3	1107.3	18.9	99.4	9.5	436.6	24.3	233.9	35.3	409.5	50.2
1 感染症及び寄生虫症	32.5	21.9	31.0	18.2	6.5	6.2	10.6	14.3	4.8	24.3	10.5	37.6
2 新生物	234.3	19.9	231.8	18.3	2.9	19.6	91.2	15.7	68.4	18.5	71.3	26.7
(悪性新生物)(再掲)	201.4	21.0	199.2	19.3	1.4	32.2	71.4	17.0	62.6	19.0	65.5	27.0
胃の悪性新生物(再掲)	(21.5)	22.4	(21.2)	20.2			(6.4)	16.3	(6.9)	19.9	(8.1)	29.2
結腸及び直腸の悪性新生物(再掲)	(33.6)	18.1	(33.3)	15.8	0		(11.5)	13.0	(11.1)	14.2	(10.8)	27.5
気管、気管支及び肺の悪性新生物(再掲)	(27.9)	21.9	(27.6)	20.2	0		(8.3)	19.5	(9.7)	19.7	(9.8)	26.1
3 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	8.1	30.4	8.0	28.1	1.1	13.7	2.1	18.5	1.3	32.0	3.6	41.9
4 内分泌、栄養及び代謝疾患	33.8	29.1	32.3	21.7	2	7.6	12.2	21.4	6.5	25.0	13.1	43.5
糖尿病(再掲)	17.7	35.1	16.8	24.2	0.2	16.9	8	26.2	4.4	26.3	5	65.2
5 精神及び行動の障害	34.1	304.1	5.9	44.0	1.3	39.7	20.7	192.2	4.8	606.6	7.1	463.2
6 神経系の疾患	39.0	78.6	33.0	35.0	4.3	17.7	14.5	52.1	6.9	69.0	13.1	131.0
7 眼及び付属器の疾患	41.4	6.1	41.3	5.9	0.8	10.0	9.6	6.6	12	6.3	18.9	5.6
白内障(再掲)	28.8	4.7	28.7	4.6	0		4.3	3.4	8.7	4.9	15.4	4.9
8 耳及び乳様突起の疾患	9.7	8.1	9.6	7.9	1.1	5.0	4.2	7.6	2.2	7.6	2.3	10.8
9 循環器系の疾患	157.9	45.9	143.9	23.6	1.2	14.6	41.2	23.2	39.8	29.4	75.3	67.4
(心疾患(高血圧性のものを除く))(再掲)	82.4	21.6	80.3	15.5	0.6	14.8	21.6	9.4	21.7	10.9	38.3	34.4
虚血性心疾患(再掲)	(44.1)	9.4	(43.8)	8.0	0		(14.0)	6.5	(14.2)	6.4	(15.8)	14.6
脳血管疾患(再掲)	50.9	97.4	39.7	44.5	0.1	24.9	11.4	57.3	11.7	70.4	27.3	126.7
10 呼吸器系の疾患	104.2	26.1	99.8	20.0	29.4	5.6	17.9	13.9	10.7	30.8	45.8	43.2
肺炎(再掲)	41.4	28.7	39.2	22.4	10.1	5.7	4.6	16.3	4.2	36.5	22.2	40.3
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患(再掲)	7.5	31.5	7.0	17.6	3.8	5.9	0.3	34.5	0.6	37.5	2.6	68.8
11 消化器系の疾患	138.2	13.0	136.8	12.0	7.4	5.6	55.5	10.2	29.4	11.6	45.5	18.7
肝疾患(再掲)	9.6	27.6	9.2	23.8	0		4.3	21.8	2.4	25.0	2.8	38.6
12 皮膚及び皮下組織の疾患	18.0	26.0	17.4	22.3	1.5	7.1	6.1	17.6	3.3	28.1	7.3	35.7
13 筋骨格系及び結合組織の疾患	53.8	32.6	50.5	25.4	3	13.2	19.5	21.3	12.4	27.2	18.8	51.1
関節症(再掲)	9.5	38.2	8.9	33.8	0		2.6	27.3	2.6	32.5	4.2	49.2
脊柱障害(再掲)	23.3	28.2	22.2	22.2			9	18.5	5.7	23.2	8	44.0
14 腎尿路生殖器系の疾患	58.0	21.9	56.5	17.4	3	9.1	23.8	11.5	10.6	22.9	20.6	35.2
糸球体疾患、腎尿細管間質性疾患及び腎不全(再掲)	26.8	35.3	25.7	27.0	1.4	13.1	8	22.3	5.4	34.2	11.9	47.1
乳房及び女性生殖器の疾患(再掲)	8.9	5.9	8.8	5.8	0.1	7.7	7.5	5.2	0.7	8.8	0.4	11.7
15 妊娠、分娩及び産じょく	51.5	9.2	51.5	9.2								
17 先天奇形、変形及び染色体異常	7.8	16.5	7.8	15.8	5.5	14.9	1.6	17.7	0.3	22.3	0.2	26.1
18 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	24.8	20.3	23.9	15.5	2.9	6.4	6.9	9.6	4.1	15.5	10.9	31.9
19 損傷、中毒及びその他の外因の影響	106.3	32.9	97.9	25.6	10.5	8.5	36.8	19.1	15.4	37.1	43.4	49.0
骨折(再掲)	60.4	39.6	53.9	31.7	4.2	8.0	16.6	21.7	8.3	39.7	30.8	53.4
20 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	15.6	8.0	14.9	6.6	0.8	6.1	11.4	5.5	1.4	10.2	1.9	22.7

年齢階級別・疾患別退院患者統計の主な疾患を抽出

1日の退院患者
 × 平均在院日数
 = 入院した患者数
 = 医療需要
 = 必要最少病床数

脳血管疾患は患者
 数が2.4倍平均在
 院日数が2.2倍

$27300 \div 30$
 $\times 126.7 =$
115297

$27300 \div 30$
 $\times 57.3 =$
49413

差は65884床
 肺炎は患者数が
 4.8倍、平均在院
 日数が2.5倍

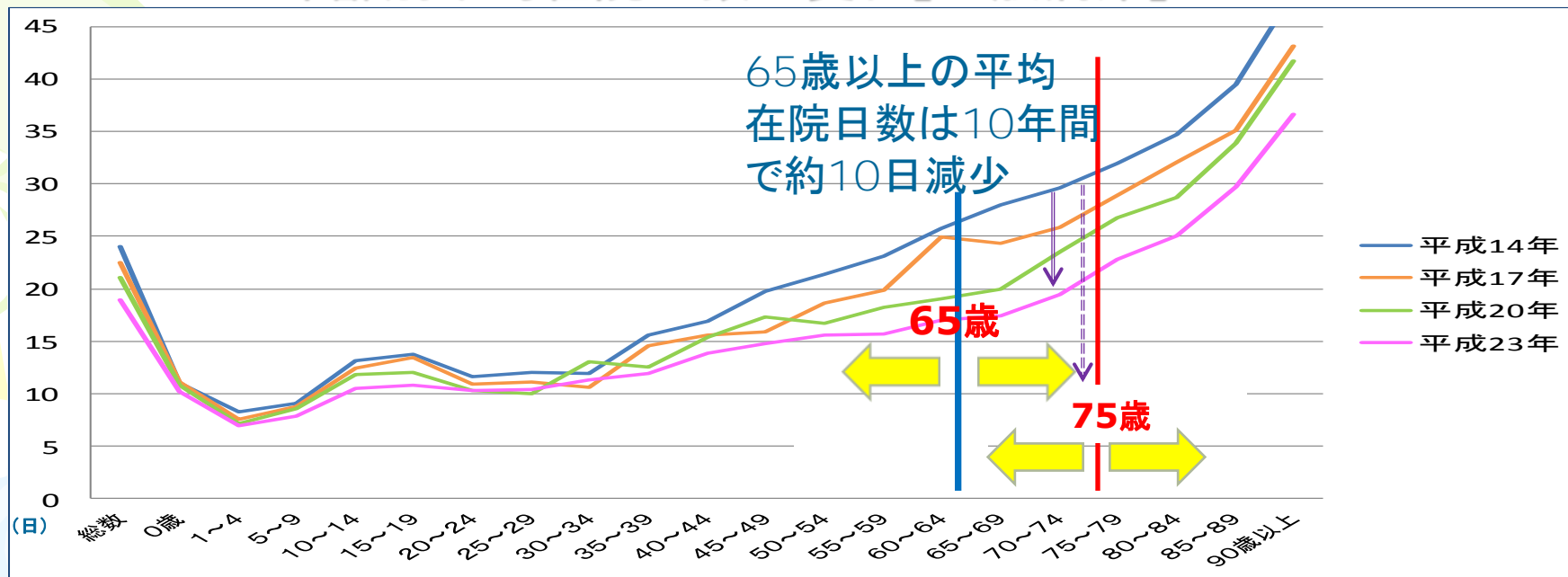
$22200 \div 30$
 $\times 40.3 =$
29822

$22200 \div 30$
 $\times 16.3 =$
12062

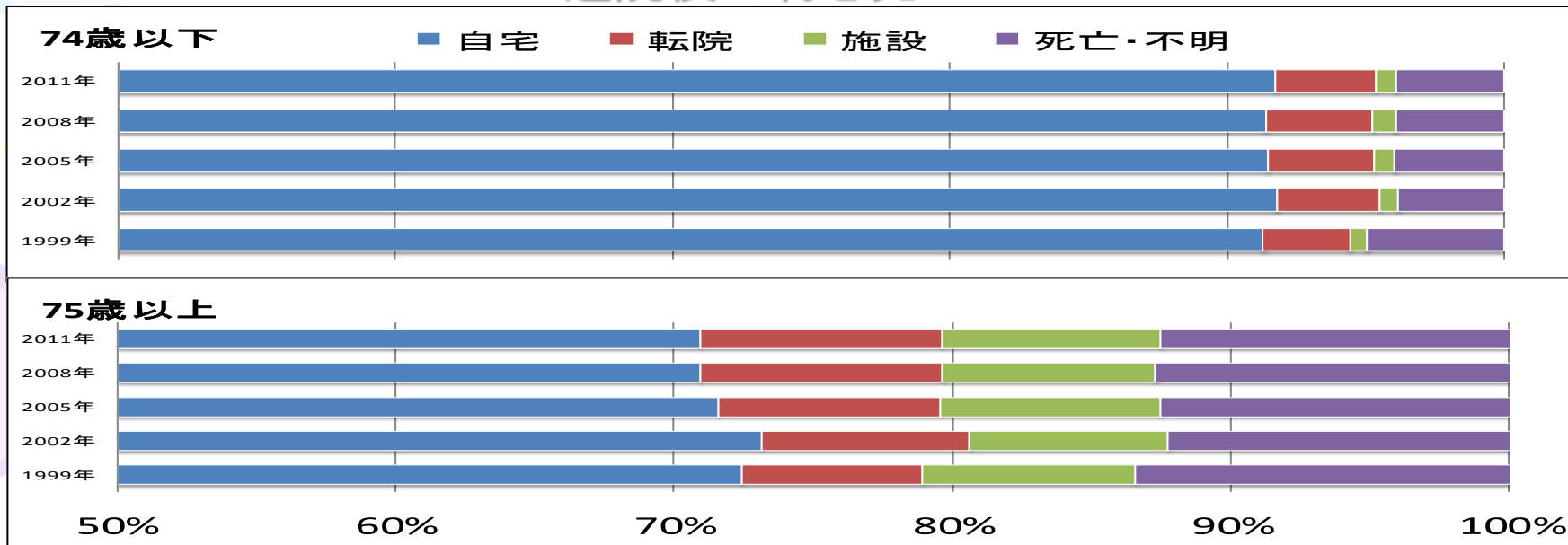
差は17760床

疾患名	年齢	1ヶ月の退院者数	平均在院日数
	20～64	11400	57.3
脳血管疾患	65～74	11700	70.4
	75以上	27300	126.7
	20～64	4300	3.4
白内障	65～74	8700	4.9
	75以上	15400	4.9
	20～64	4600	16.3
肺炎	65～74	4200	36.5
	75以上	22200	40.3
	20～64	14000	6.5
虚血性心疾患	65～74	14200	6.4
	75以上	15800	14.6

年齢別平均在院日数の変化【一般病床】



退院後の行き先



社会保障制度の変遷

昭和20年代

1945~1954

戦後の混乱・生活困窮者の緊急支援

戦後の緊急援護と基盤整備(いわゆる「救貧」)

- 昭21 生活保護法制定
- 昭22 児童福祉法制定
- 昭23 医療法、医師法制定
- 昭24 身体障害者福祉法制定
- 昭25 制度審勧告(社会保障制度に関する勧告)

昭和30・40年代

1955~1974

高度経済成長・生活水準の向上

国民皆保険・皆年金と社会保障制度の発展(いわゆる「救貧」から「防貧」へ)

- 昭33 国民健康保険法改正(国民皆保険)
- 昭34 国民年金法制定(国民皆年金)
- 昭36 国民皆保険・皆年金の実施
- 昭38 老人福祉法制定
- 昭48 福祉元年
(老人福祉法改正(老人医療費無料化)、健康保険法改正(家族7割給付、高額療養費)年金制度改正(給付水準引上げ、物価・賃金スライドの導入))

昭和50・60年代

1975~1990

高度経済成長の終焉・行財政改革

安定成長への移行と社会保障制度の見直し

- 昭57 老人保健法制定(一部負担の導入等)
- 昭59 健康保険法等改正(本人9割給付、退職者医療制度)
- 昭60 年金制度改革(基礎年金導入、給付水準適正化、婦人の年金権確立)
医療法改正(地域医療計画)

平成以降

1991~

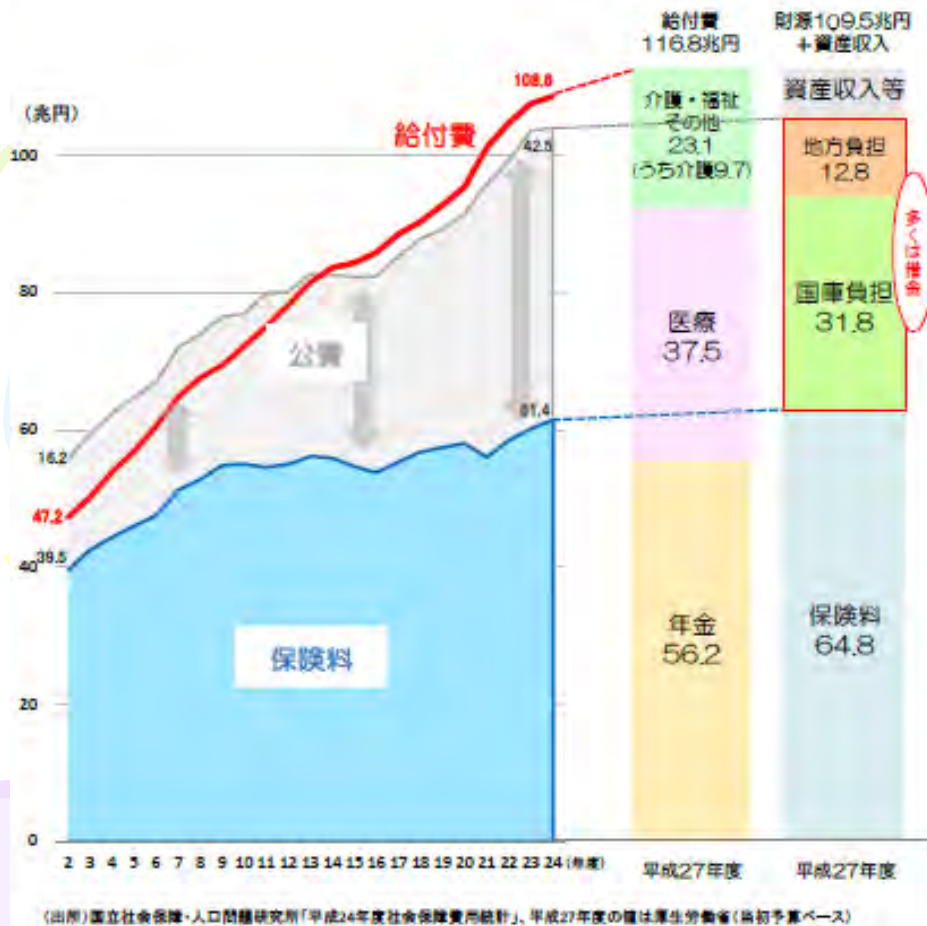
少子化問題・バブル経済崩壊と長期低迷

少子高齢社会に対応した社会保障制度の構造改革

- 平成元 ゴールドプラン策定
- 平2 老人福祉法等福祉8法の改正(在宅福祉サービスの推進、福祉サービスの市町村への一元化)
- 平6 エンゼルプラン、新ゴールドプラン策定
年金制度改革(厚生年金の定額部分の支給開始年齢引上げ等)
- 平9 介護保険法制定
- 平11 新エンゼルプラン策定
- 平12 介護保険開始
- 平15 次世代育成支援対策推進法制定・少子化社会対策基本法制定
- 平16 年金制度改革(世代間公平のためのマクロ経済スライドの導入等)
- 平17 介護保険改革(予防重視型システムへの転換、地域密着型サービスの創設)
- 平18 医療制度改革(医療費適正化の総合的な推進等)

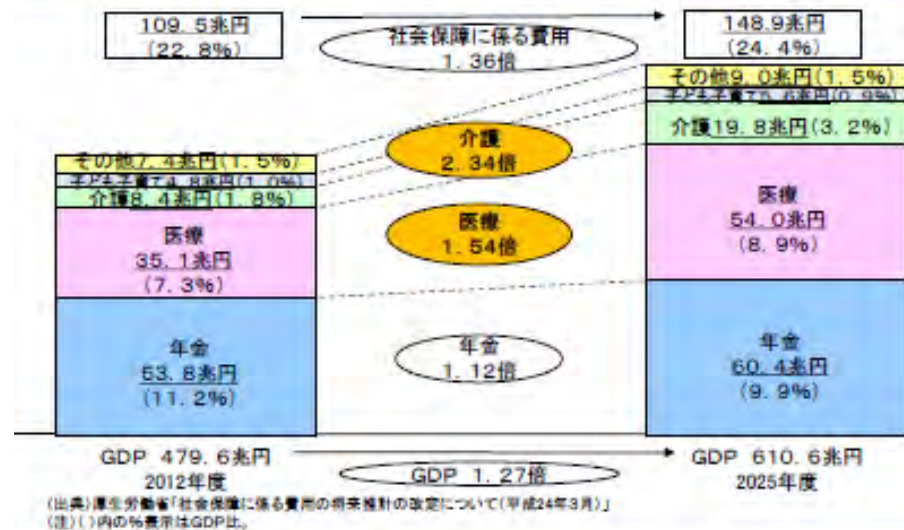
9. 社会保障給付費の増

急激な高齢化の進展を背景として、社会保障給付費(年金、医療、介護等)は大きく増加してきました。一方、社会保険料収入は給付の伸びほどは増加していません。日本の社会保障制度では、社会保険方式を採りつつも、年々拡大してきた給付費と保険料の差は、主に国と地方の負担で賄ってきました。国の負担は毎年1兆円規模で増えてきており、その財源の多くを借入に依存していることが、財政赤字の大きな要因となっています。



10. 将来の社会保障給付費

社会保障給付は、高齢化により今後も急激な増加が見込まれます。団塊の世代全員が75歳以上となる2025年に向かって、特に医療・介護分野の給付は、財源調達ベースとなるGDPの伸びを大きく上回って増加していきます。団塊の世代が75歳以上となる前の2020年代初めまでに、受益と負担の均衡が取れた社会保障制度を構築していく必要があります。



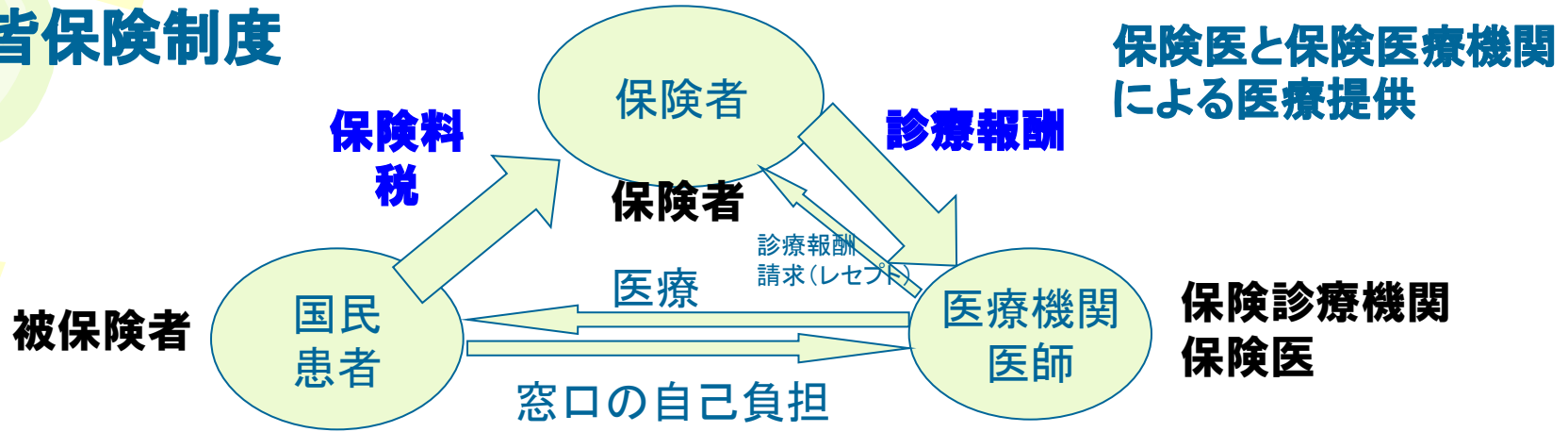
75歳以上になると他の世代に比べ、1人当たり医療費や介護給付費は大幅に高くなり、それに伴って1人当たり国庫負担も増大します。今後、75歳以上人口割合が増えていく中で、医療・介護分野の給付の効率化・重点化に取り組んでいく必要があります。

	全人口に占める人口数及び割合		医療 (2012年)		介護 (2012年)	
	2012年	2025年	1人当たり医療費 (64歳以下 :17.7万円)	1人当たり国庫負担 (64歳以下 :2.8万円)	1人当たり介護給付費 (64歳以下 :2.5万円)	1人当たり国庫負担
65~74歳	1,560万人 (12.2%)	1,479万人 (12.3%)	54.7万円	8.0万円	5.0万円 (4.4%)	1.4万円
75歳以上	1,519万人 (11.9%)	2,179万人 (18.1%)	89.2万円	33.7万円	46.1万円 (31.3%)	13.1万円

(出典) 年齢階級別の人口は総務省「人口推計」、医療費は厚生労働省「平成24年度国民医療費の概況」、介護給付費及び要支援・要介護認定率は、厚生労働省「介護給付費実態調査(平成24年)」、総務省「人口推計」
(注) 1人当たり国民医療費は、年齢階級別の国民医療費を人口で除して機械的に算出。
1人当たり国庫負担は、それぞれの年齢階級の国庫負担額(75歳以上は5.1兆円、65歳~74歳は3.8兆円)を2012年時点の人口で除して機械的に算出。

日本の医療制度

公的保険による 国民皆保険制度



需要側

- ・職場や居住地で決まる保険者
- ・税による直接補填
- ・保険者の拠出金と税で老人医療費を負担
- ・フリーアクセスなど

供給側

- ・診療科の自由、開業の自由
- ・標準化されていない医療
- ・不十分な医療の質評価
- ・など

診療報酬による調整

医療法など法律による調整

厚生労働省
政府

調整だけではバランスがとれず、抜本的改革が必至となった

我が国の医療制度は国の緩やかなコントロールの下に、多様な設立主体による医療機関が参加し、自由に活動することで効率的に運営されてきたと思われるが、今後はどうなる！

社会保障制度改革国民会議

医療・介護分野の改革

平成25年8月6日
社会保障制度改革国民会議

社会保障制度改革国民会議報告書(抜粋)

■ 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

■ この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。

改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化 社会保障改革で目指す将来像

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ

病気になったら



(人員1.6倍
~2倍)

包括的マネジメント

- ・在宅医療連携拠点
- ・地域包括支援センター
- ・ケアマネジャー

地域の連携病院

日常の医療

かかりつけ医

- ・医療から介護への円滑な移行促進
- ・相談業務やサービスのコーディネート

地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

退院したら

＜地域包括ケアシステム＞
(人口1万人の場合)

医療



- ・在宅医療等 (1日当たり 17→29人分)
- ・訪問看護 (1日当たり 28→49人分)

通院

通所

在宅医療・訪問看護

住まい



訪問介護・看護

- ・グループホーム (16→37人分)
- ・小規模多機能 (0.25か所→2か所)
- ・デイサービス など

介護



- ・介護人材 (207→356~375人)

- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービス (15人分)

※地域包括ケアは、人口1万人程度の中学校区を単位として想定



生活支援・介護予防

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

診療報酬及び介護報酬改定、新医療計画の策定、予算措置等を行うとともに、医療法等関連法の一部改正を順次行う。そのため、来年の通常国会以降速やかな法案提出に向けて関係者の意見を聴きながら引き続き検討する。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
- （→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)



病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

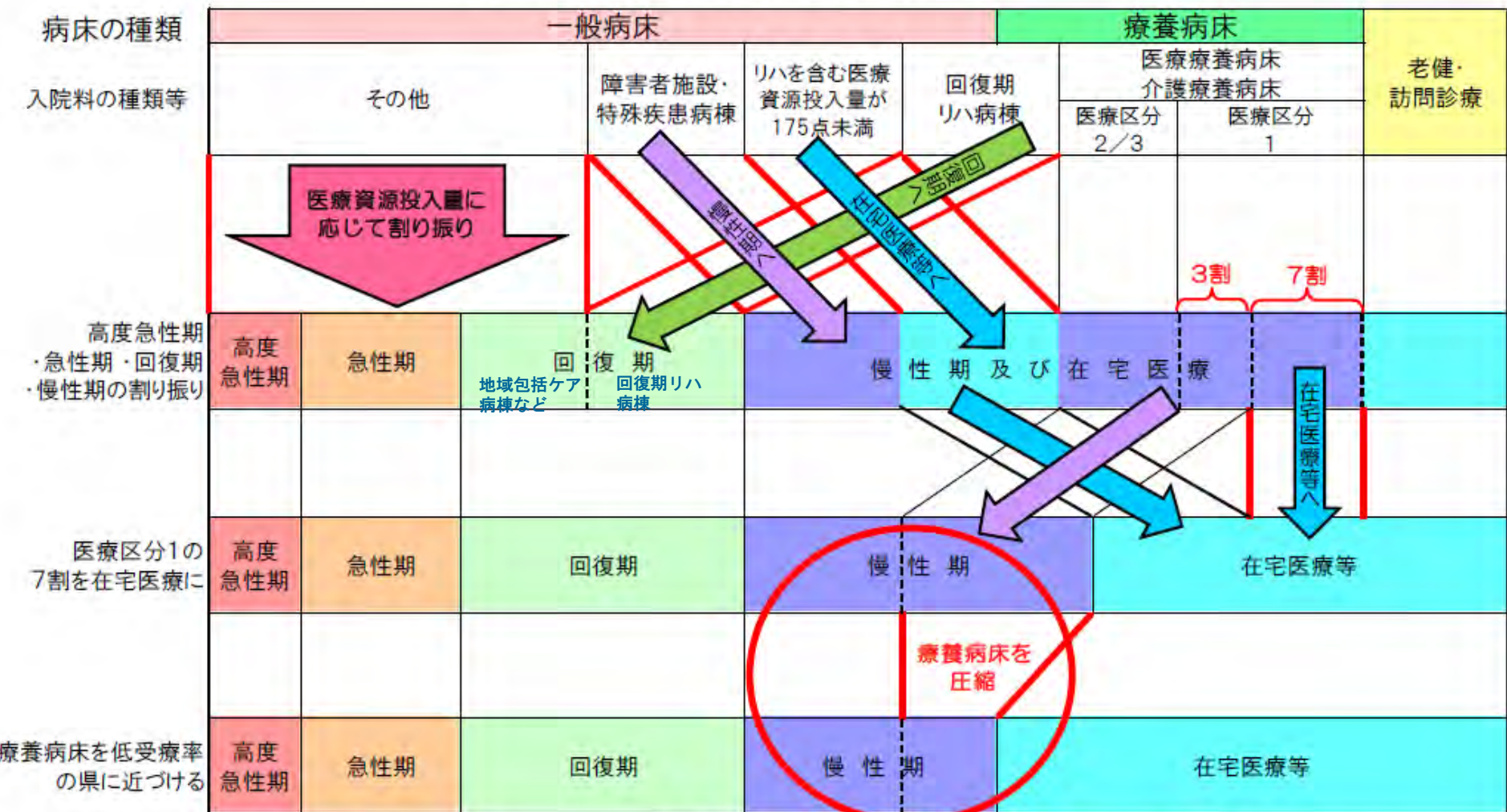
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

地域差の縮小

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

図 4機能区分の振り分けイメージ



出典:「地域医療構想策定ガイドライン」(平成27年3月31日)より作成

病床機能報告制度

- 各医療機関(有床診療所を含む。)は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。(平成26年10月より開始)

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択することに留意。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。

資料4 病床機能と病棟の情報(病棟コード)の対応表について

- 各医療機関の病棟と電子レセプトに記録された病棟の情報(病棟コード)とを関連づけるため、以下の対応が必要。
- 各医療機関は、次の対応表を病床機能報告の際に報告。
- 病棟毎に4つの機能を9桁のコードで入力。

例) 高度急性期 19061**** 急性期 19062****
 回復期 19063**** 慢性期 19064****

(注) 下4桁は各病院において病棟毎に『0001~0050』の範囲で任意に設定。

(対応表イメージ)

7. 病棟名及び病棟情報【貴院において、平成28年7月1日時点で一般病床・療養病床を有する全ての入院病棟の名称及び病棟コードを入力してください。】

※病棟の単位は、各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。特定入院料を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。
 (特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する場合は除く。)

※同じ病棟名の病棟が存在する場合、病棟名に連番を付して区別してください。

※病棟情報については、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院のみ入力対象となります。
 平成28年6月診療分の電子レセプトに記録頂いた病棟コードを入力してください。

No	病棟名	レセプトに印字又は表示する名称	病棟コード
1	3階東病棟	慢性期機能病棟01	190640001
2	3階西回復期リハビリテーション病棟	回復期機能病棟01	190630001
3	4階東地域包括ケア病棟	回復期機能病棟02	190630002
4	4階西病棟	急性期機能病棟01	190620001
5	5階東病棟	急性期機能病棟02	190620002
6	5階ICU病棟	高度急性期機能01	190610001
7			

各医療機関が有する病棟名を記載

6月診療・7月請求分の電子レセプトに記録した病棟コードを活用

資料4 電子レセプトを活用した病床機能報告の流れ(イメージ)

電子レセプトの請求
(6月診療、7月請求分)

病床を有する
医療機関



【病棟機能と病棟コード
の対応表イメージ】

[急性期機能病棟05]
名称: 5階東〇〇病棟

[高度急性期機能病棟02]
名称: 8階西〇〇病棟

[回復期機能病棟03]
名称: 3階東〇〇病棟

病床機能報告
(10月)

審査支払機関

【レセプト表示イメージ】

50 01	頭蓋内血腫除去術 (脳内のもの)	47020 × 1	
90 01	一般病棟7対1入院基本料	1591 × 2	
	急性期機能病棟05	0 × 2	病棟コード
92 01	救命救急入院料1(3日以内)	9869 × 3	
	高度急性期機能病棟02	0 × 3	病棟コード

請求

保険者



特定健診・レセプト情報等
収集提供システム

匿名化处理

提供

厚生労働省

レセプト情報・特定健診等情報
データベース(NDB)

病棟単位に診療行為を集計

対応表と診療行為集計データを突合

全国共通サーバ



病棟データ

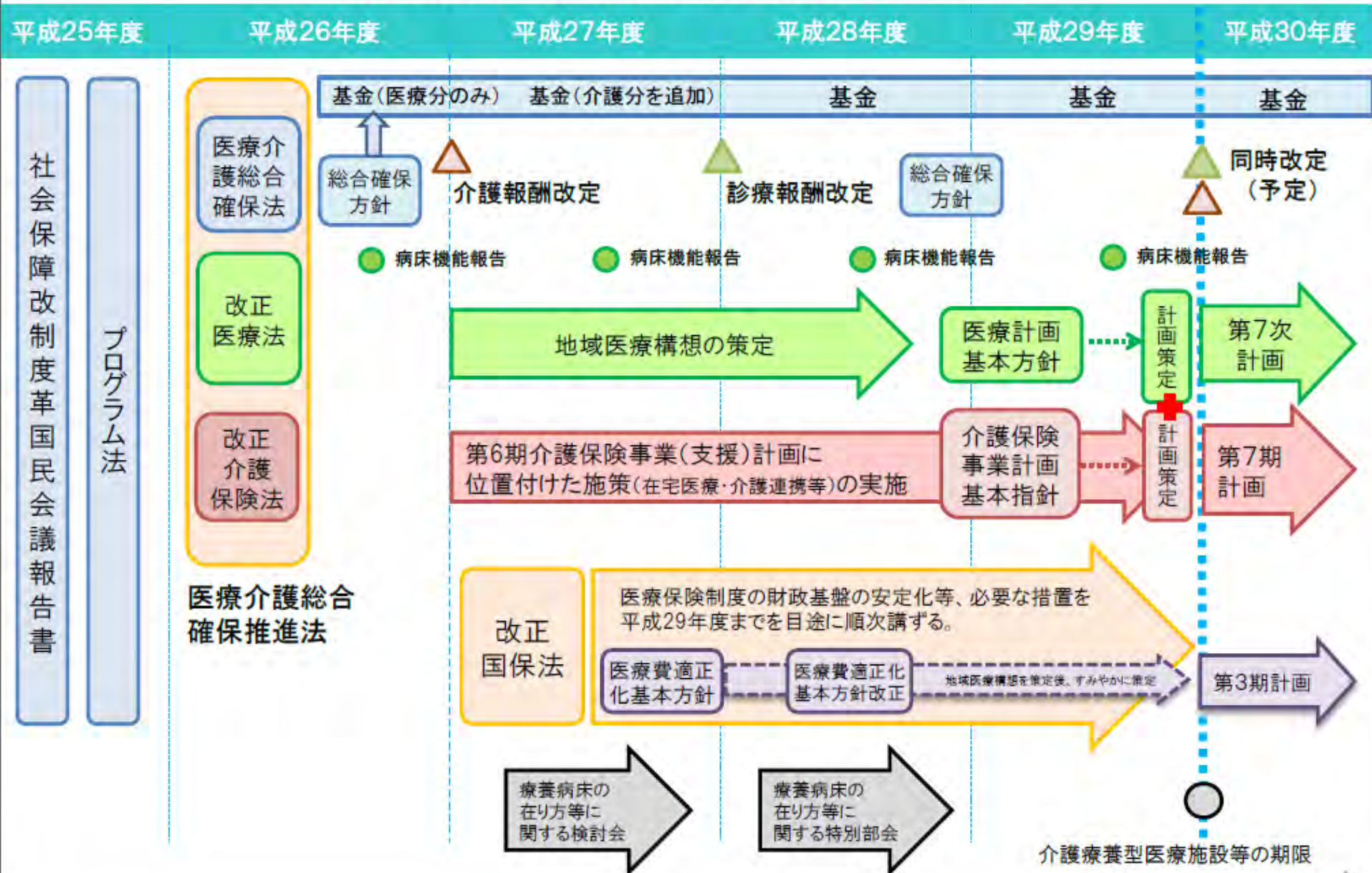
都道府県



都道府県毎に病棟データを
引出し、地域医療構想に活用

- 平成28年度診療報酬改定に併せ導入予定
- 有床診療所は1病棟と考えることから、病棟コードの記録は病院のみ(DPCを含む)とする
- 記録された病棟コードは、診療報酬の審査支払に用いる情報ではない旨、周知する

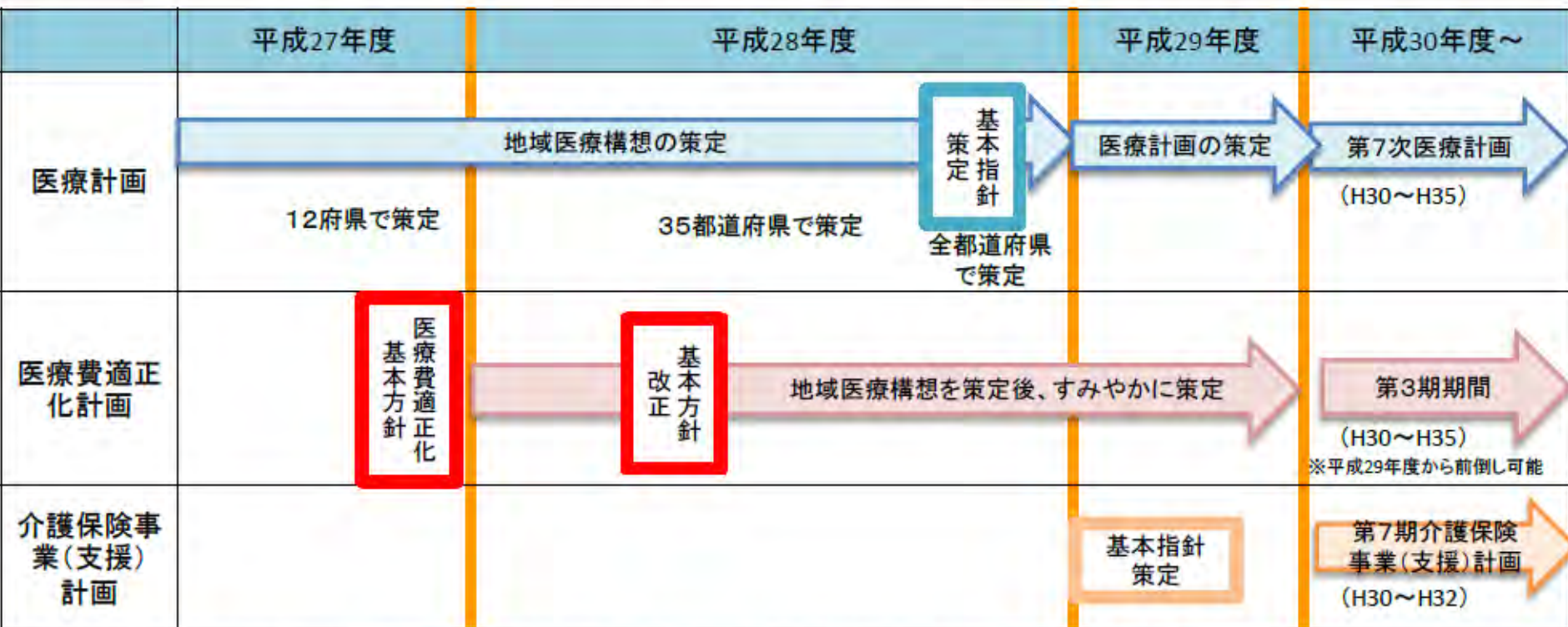
医療と介護の一体改革に係る主な取組のイメージ



地域医療構想と医療費適正化計画（スケジュール）

地域医療構想の策定状況

- 地域医療構想については、平成27年度中に12府県が策定済み、平成28年度半ばまでに策定予定が39都道府県、平成28年度中に全都道府県が策定予定。（平成28年3月末現在）

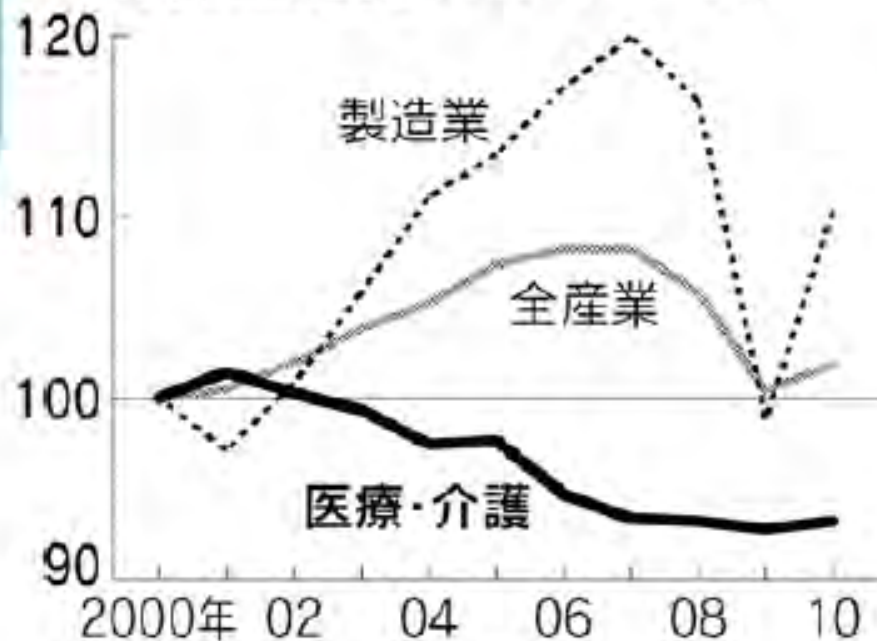


- このため、国においては、**昨年度末に、医療費適正化基本方針(大臣告示)を策定したが**、入院医療費の算定式については、今後策定されてくる地域医療構想の内容も踏まえ、本年夏頃を目途に基本方針の一部改正を行い、反映する。
- また、外来医療費については、4月以降もさらなるデータ分析を行い、本年夏頃の基本方針の一部改正時に医療費適正化の取組内容を充実させる。

Ⅱ. 変革の時代だから 求められるもの

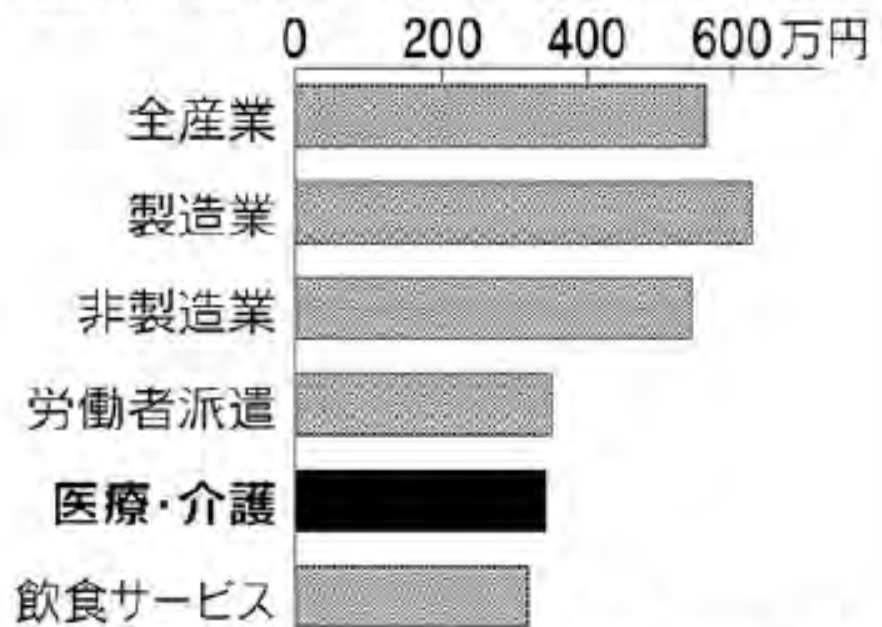
医療サービスの生産性(1)

労働生産性 (2000年=100)



(注) 労働時間あたりの生産量で試算
経済産業省・厚生労働省資料より作成

医療・介護の労働生産性は低い



(注) 労働者1人が生み出す付加価値、財務省資料より第一生命経済研究所試算、09年度



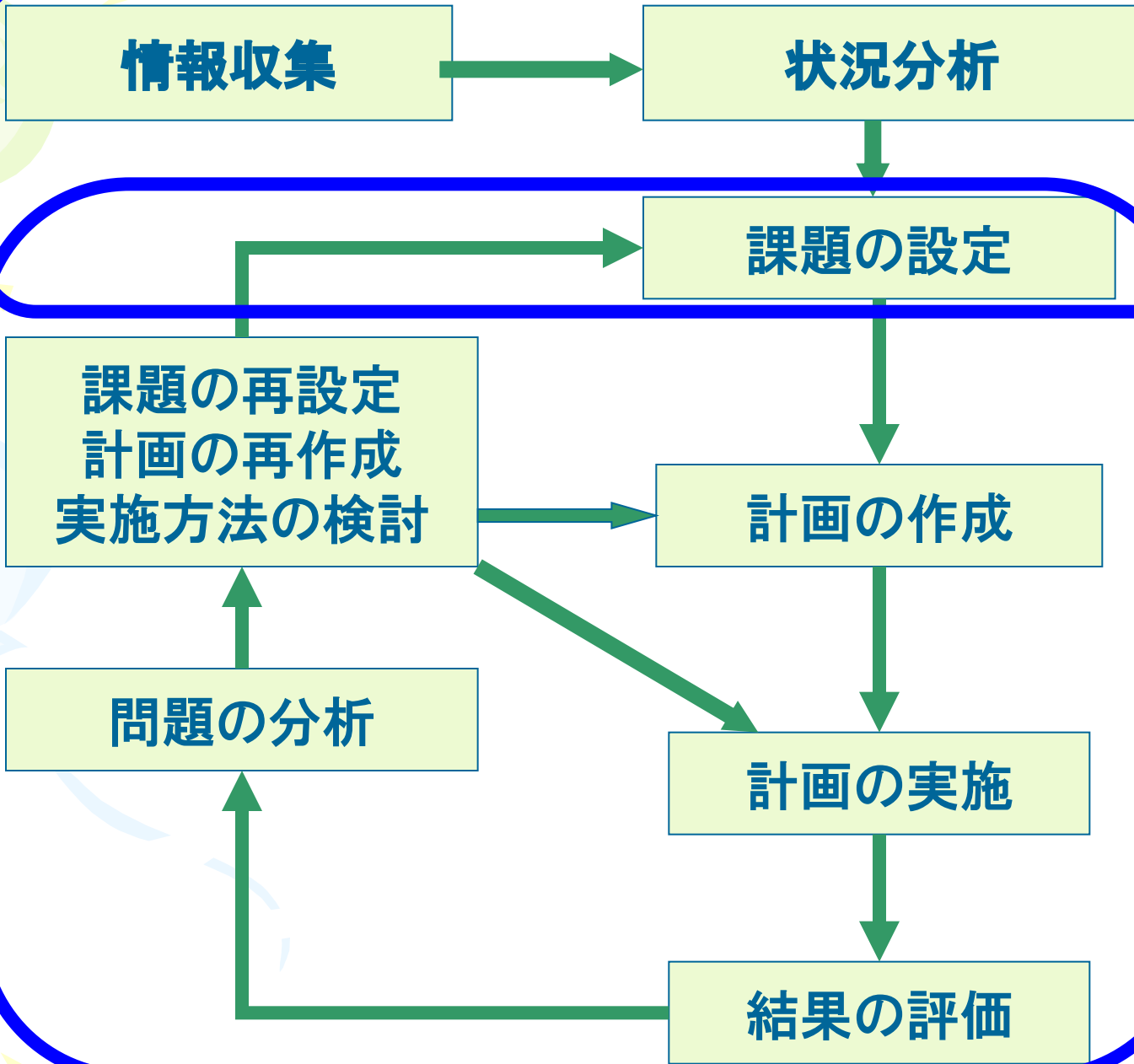
医療サービスの生産性は平均の6割

出典：日本経済新聞

マネジメントとは

- マネジメントとは、組織における様々な資源や資産・リスクなどを管理し、経営上の効果を最適化しようとする手法のこと。マネジメントは「管理」と訳されるが、「管理」という意味のほかにも、「評価・分析・選択・改善・回避・統合・改革・調整・指揮・統制・組織化」など様々な要素を含んでおり、これらを総合した概念をマネジメントと考える。高い目標を目指して組織を発展させること。
- 組織を組織として機能させるものがマネジメントである。マネジメントなくして機能しうる組織はない。マネジメントを欠くとき計画は実行に移されない。組織として成果を挙げることがマネジメント
- マネジメントの役割
組織の目的を能率的に達成するために、組織の維持・発展を図ること
- マネジメントの対象は、「ヒト」「モノ」「カネ」「情報」の4つである。マネジメントはこれら4つのリソースを有効に活用して経営効率を最大化させるために行う。
- マネジメントと組織の関係
組織がなければマネジメントはない。マネジメントがなければ、人の群れがあるだけであって組織はない。その組織は社会のための機関であり、社会・経済・人間が必要とするために存在する

病院には不断の改革が必須



自立

WHAT
構築能力

自律

セルフマネ
ジメント能力

不断の改革のために何らかのマネジメント方法確立する

変革・改善の考え方と手法

- **PDCAとSDCA**

PDCA; Plan-Do-Check-Act

SDCA; Standard-Do-Check

- **管理項目と管理指標は何か！**

管理項目; 点検項目: チェックリスト、ヒヤリハット

狭義の管理項目: システム管理(手術死亡率など)

管理指標

- **問題解決による改善の技法**

- **QC7つ道具**(パレート図、特性要因図、グラフ、管理図、チェックシート、ヒストグラム、散布図、層別)、QFD(品質機能展開)、FMEA(故障モードとその影響解析)

改善を支える文化と行動原理

品質第一、患者本位、
事実・データの重視、バラツキ管理、標準化、システム思考
失敗から学ぶ、重点思考、人間性の尊重



PDCAサイクル

重要となる目的、課題
何を達成するための
計画か

組織としてPDCAサイクルをしっかりと回して、継続的改善が行えるようにマネジメントする事が不断の変革が求められる病院では極めて重要



医療経営とは; 医療・病院の質と経営(狭義)の質の両立

$$\text{生産性} = \frac{\text{算出(アウトカム)}}{\text{投入(インプット)}} = \frac{\text{付加価値}}{\text{経営資源の投入量}}$$

継続の創造

経営の質

資源 → 事業遂行 → 社会的貢献

↓
信頼

労働生産性 ←

労働力

設備生産性 ←

設備

資本生産性 ←

資金

技術生産性 ←

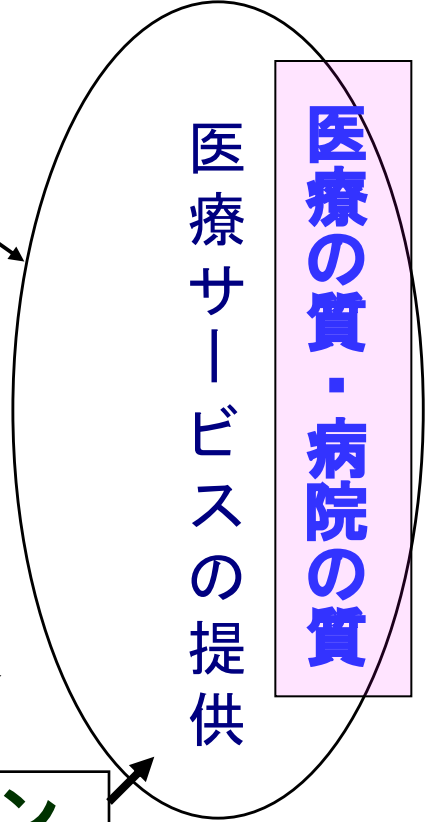
ノウハウ

情報生産性 ←

情報

人間関係生産性 ←

コミュニケーション



信頼の創造



医療の質の維持・向上は病院の使命

広義の医療の質の要素は、1) 診療の質(技術・能力・成果)、2) 設備・機器の質、3) 付帯サービスの質(接遇・その他)、4) 提供体制の質(制度・組織・運営)、5) 経済性(費用対効果・効率性・支払制度)である。

別の切り口から見ると、1) 適切性、すなわち、技術、2) 人間性、すなわち、信頼と安心、3) 快適性、すなわち、心地よさ、4) 経済性、すなわち、費用対効果である。

医療の提供は個別対応であり、患者の状態や要望によって異なる。医療における質とは絶対的なものではなく、相対的なものである。また、医療の社会的役割は時代や制度によって異なる。理想的で絶対的な医療というものはない。時代や地域や財政の限られた条件の中で、病院がどのような医療を提供することができるのかが重要である。

品質に関する医療界の問題

1. 品質概念が希薄

目的志向の思考や行動様式の欠如

医療の受け手志向の医療提供姿勢が希薄

2. 個人能力への依存

優れた少数の医療従事者の能力や意欲への依存

良い結果を得るためのプロセス志向の欠如

個々人の技量に基づく組織的・計画的運営の軽視

標準化の意義と重要性の軽視

マネジメントの重要性の軽視

3. 技術普遍化技術の軽視

分かっていることを普遍化するための方法の軽視

当たり前のことをミスやバラツキなく行なう仕組みの構築の欠如

当たり前のことを当たり前に行なうための訓練・教育の軽視

品質マネジメント

- マネジメントとは目的を継続的に効率よく達成するための全ての活動。又は目的を効率的に達成するために監視、統制すること。
- 管理の対象;管理の目的は目的達成である。良い管理のためには目的を定めることが何よりも重要となる。目的の設定においては「重点志向」を心がけるべきである。
- **品質管理のPDCA**

Plan

P1;目的、目標、管理項目、管理水準の明確化

P2;目的達成のための手段・方法の決定

Do

D1;実施準備・整備、教育・訓練

D2;計画、標準通りの実施、手順通りの実施

Check

C1;目標達成にかかわる進捗状況、処置

C2;副作用の確認、対応。ニアミス・ミス報告

Act

D1;応急処置(迅速・正確・誠実)、影響拡大防止(原因分析に基づく原因除去)

D2;再発防止(再教育・ルール変更)、未然防止(変更時の業務プロセスの見直し、日常的に守られていないルールの特定と見直し)

品質保証

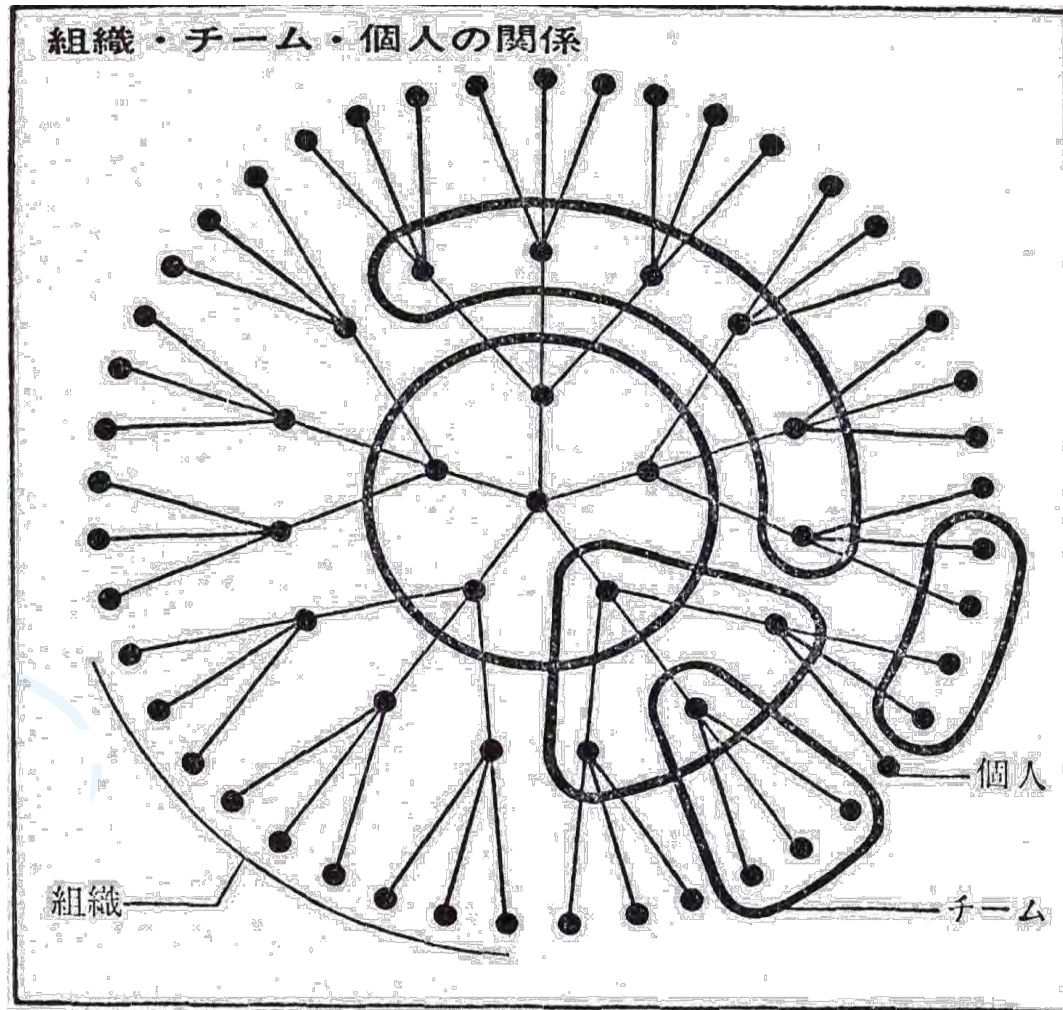
- 品質保証とは「品質の良いサービスを生み出せるようにすること、もし不具合があったら迅速に適切な処置をとること」である。
 - 1. 信頼感を与えることができるサービスを顧客に提供するための体系的活動
 - (1) 顧客が満足する品質を達成するための手順の確立
 - (2) 定めた手順通りに実施した場合に顧客が満足する品質を達成できることの確認
 - (3) 日常の作業が手順通りに実施されていることの確認と実施されていない場合のフィードバック
 - (4) 日常的に提供されているサービスが所定の品質に達していることの確認及び未達成の場合の処置
 - 2. トラブルが生じた場合の保証と再発防止のための体系的活動
 - (1) 応急対策としてのクレーム処理、アフターサービス、補償
 - (2) 再発防止策としての品質解析と全工程へのフィードバック
- * どのような仕組みで医療の質と安全を保証するのかの全貌を描く

必要となる2つの技術；固有技術と管理技術

- **固有技術**；サービスの提供に必要なサービスに固有な技術のこと。固有技術にはサービスに直接かかわる知識・技術、サービスの設計にかかわる知識。技術実現・提供にかかわる知識・技術・技能、評価にかかわる知識・技術・技能。医療分野の固有技術とは診断、治療、看護、検査、手術などのいわゆる医療技術そのものである。
- **管理技術**；目的達成のための業務を効果的、効率的に実施できるようにし、また様々な運営上の問題を解決していくために有効な技術、方法のことをいう。固有技術を活かすための技術であり、個人の才覚に頼る芸術ではなく、科学としての医療の質・安全の維持・向上に必須の技術である。しかし管理技術のレベルはそこに埋め込まれている固有技術のレベル以上にはなれない。医療における管理技術とは医療技術を駆使し、患者の満足度、病院経営の効率を向上させる技術のことであり、最も重要な技術は「**組織管理の方法**」である。（組織構造の設計、責任・権限の定義、業務設計、教育・研修、人事考課、品質マネジメント、原価管理、問題解決法、症例検討会、ピアレビュー、クリニカルパス）**管理技術**を活用しながら**医療技術**を深めることでより良い医療を提供する。

チーム・組織・個人の関係

- 医療・医療サービスの担い手の専門性が極めて高いゆえにチームワーク・協働が極めて重要である！



病院におけるチームとその特性

- 病院ではさまざまなチームの集合・離散が頻繁に繰り返される
- 病院ではチームの人員構成も活動内容も実に多彩である
- 病院のチームは専門の異なる専門家同士の組み合わせとなることが多い

病院特有な組織構造による2チームの存在

- **医療チーム; 診療権限、ファンクショナル組織**

目標; 患者へ良質な医療を提供する

臨機応変の自己判断と自主行動

より高度な専門職と専門職の連携プレー

サッカーチーム、ヨコの分業→実際はタテの分業?

- **職場チーム; 管理権限、ライン組織**

目標; 職場目標の達成を通して病院目標を達成する

上司の命令の下に職場チーム全員で仕事を分担し

協力し合って職場目標達成のために協働する。自分

の役割を理解し、上司・同僚という相手の役割を理

解する

野球チーム、タテの分業

病院における職場チームその特性

- 病院においては医療チームの活動が優先されるため、職場チームの存在がないがしろにされることが多い
- 職員の専門性が強く、組織の仕組みが理解されず指示・命令、報告の原則も理解できない
- 職場ビジョンが曖昧なため、職場チームとしての目標が持てないことが多い
- 職場において担当する役割が医療チームに比べ曖昧なため、自分が担当する役割をしっかりと自覚することができない。
- 上司や同僚という相手の役割を十分に理解できないため、相手の役割に応じたコミュニケーションをとることができない

変革の時代を生きるために;「創発型組織」(組織マネジメント)と「プロに育成」(人材マネジメント)

21世紀に生き残るのは「適応性の高い組織」

変化に応じて自らも迅速かつ柔軟に変化していける組織
軍隊型組織から創発型組織へ

個々のメンバーが「プロフェッショナル」として能力を持つ

21世紀は「個;プロ」を活かす時代

個性豊かな人間がさまざまに組み合わせられる組織

→新たなエネルギー、活力、価値観の創出

個性がなく画一的な組織

→新たな活力の創出は困難

働き続けたいと思える魅力を創るために!

適正な処遇+使命感・成長感・貢献感が感じられる組織を創り
皆が生き生きと働いていれば、必ずよい仕事ができる。気持よく
仕事ができれば病院は活性化する。

効率的、効果的なチーム医療を行うために

診療放射線技師の業務拡大については、平成22年4月30日付厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進の観点から 1.画像診断等における読影の補助 2.放射線検査等に関する説明・相談」が現行制度の下で実施する業務として挙げられた。その後、厚労省「チーム医療推進会議」の中で、看護師の特定医行為の問題、各専門職種の仕事拡大が審議された。本会では、チーム医療問題検討委員会を立ち上げ、平成23年の1月から3月にかけて全国的な業務実態調査を行った。このアンケート結果に基づき、厚労省の中に「診療放射線技師に関するワーキンググループ」が設置された。その結果がチーム医療推進会議で審議され、さらに社会保障審議会医療部会（平成23年12月22日開催）で取りまとめられた。それはCT, MRI 検査時の自動造影剤注入装置による造影剤の投与、検査終了時の抜針・止血、下部消化管におけるネラトンチューブの挿入、造影剤・空気等の注入であった。その後のチーム医療推進会議において、画像誘導放射線治療(IGRT)時の肛門へのカテーテルの挿入、空気の吸引が検査関連行為が追加され、さらに核医学関連機器を使った検査が法的に明確になった。また診療放射線技師法第26条第2項の関係であるが、エックス線検診車における胸部の健診において、医師の立会いが必要でないことが第36回社会保障審議会医療部会（平成25年11月22日開催）で取りまとめられた。これらの診療放射線技師法改正については、医療と介護の一括法案として、平成26年2月12日に第186回通常国会に提出されるに至ったものである。

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための法律の整備に関する法律案」(医療・介護制度改革の一括法案)が、第186回通常国会において平成26年6月18日に成立し、6月25日に公布された。この一括法案の中には、医療従事者の業務範囲および業務の実施体制の見直しとして「診療放射線技師法」も含まれている。今回の診療放射線技師法の改正には、診療放射線技師が実施する検査に伴い必要となるCT、MRI検査時の造影剤の血管内投与、投与後の抜針・止血の行為、下部消化管検査時などの肛門からのカテーテルの挿入などについて、診療の補助として医師の指示を受けて行うものとし、業務範囲に追加される。また診療放射線技師が、病院又は診療所以外の場所において、健康診断として胸部エックス線撮影のみを行う場合に限り、医師又は歯科医師の立会いを求めないとされた。そして核医学診断装置については、これまで法的に診療放射線技師の業務として明確になっていなかったが、技師法第24条第2項の業務等に追加された。この中で「核医学診断装置」を用いた検査の追記、ならびに健康診断として胸部エックス線撮影時の医師の立会いを求めないという改正は「公布日」が施行日(平成26年6月25日)となっている。

部署別職能要件書

放射線画像診断科-放射線技術科 職能要件書

氏名

業務	課業	課業内容	修得状況(自己評価)									修得状況(上司評価)									習熟能力 達成レベル	具体的手段・方法	コメント
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
一般撮影	検査準備、終了	1. 撮影始点機 2. 検査室整理整頓	修	得							修	得								○始点機検査に慣れ、確認できる。 ○患者入室前、退室後に被カバーの交換、撮影台などの清掃ができる。 ○患者退室後機に則った確実な確認ができる。	■給薬の検査 ■患者動脈視視 ■事故防止マニュアル ■被ばく説明マニュアル		
		3. オーダーの患者と呼び入れた患者の確実な一般撮影 4. オーダー確認	修	得							修	得								○撮影依頼書、患者本人から前位、左右、器具脱着などの確認ができる。 ○オーダーに不明点がある場合、依頼医師に確認している。			
		5. 安全な誘導	履	修	得						履	修	得							○患者の状態に合った誘導を行い、移動に必要な場合応援を呼んでいる。 ○通常まで安全な誘導を行っている。 ○次の手順を分かり易く説明し、理解し難い患者には案内をしている。			
		6. 検査説明、放射線被ばく説明	履	修	得						履	修	得							○必要な検査説明ができ、被ばくに対する問い合わせにも対応できる。			
撮影業務		1. 新人研修カリキュラムの撮影部位	修	得							修	得								○新人研修カリキュラムの撮影部位について判断可能な質で撮影できる。 ○体厚に応じた撮影条件を設定できる。 ○左右、立位臥位などのマーカーを可能な限り入れて撮影している。 ○的確なサイズに照射野を絞って撮影できる。 ○常に患者の安全な動線を確保し撮影している。 ○複数の撮影部位の場合、効率を考慮し撮影順を判断している。 ○事故防止マニュアルに則り、撮影業務を行っている。	■新人研修カリキュラム ■のIT		
		2. 救急撮影	修	得							修	得								○ゴータブルで重症患者の胸部、背骨の撮影ができる。 ○多発外傷の撮影時、患者の状態から撮影順序を判断できる。 ○依頼部位以外に撮影が必要だと判断した場合、上申しで進行できる。 ○頸椎開口位撮影において横軸関節の描出が最少曝射でできる。 ○頸椎側面撮影において下位頸椎を描出する努力ができる。 ○正規なポジションで撮影が出来ないと判断でき臨機応変な撮影方法で対応出来る。 ○技師のみの撮影では無理と判断が出来、救急医師に撮影補助を要請出来る。 ○患者の状態(バイタル)を常に監視しながら撮影出来る。			
		3. 手術室撮影	履	修	得						履	修	得							○通常の手術室撮影が迅速にできる。 ○術中経過撮影撮影ができる。 ○術中イメージが行える。			
		4. 特殊撮影(全脊柱、下肢全長)	履	修	得						履	修	得							○全脊柱、下肢全長の撮影、画像合成ができる。			
		5. 特殊撮影(トモシンセシス)			履	修	得						履	修	得					○トモシンセシスの撮影、画像再構成ができる。			
		6. 特殊撮影(産科骨盤計測)			履	修	得						履	修	得					○産科骨盤計測撮影が迅速にできる。			
		7. 特殊撮影(ストレス撮影)			履	修	得						履	修	得					○ストレス撮影において依頼通りにストレスがかけられる。			
		8. 特殊撮影(股関節シャントバルブ撮影)			履	修	得						履	修	得					○バルブが正円になる様にポジションが出る。			
		9. 特殊撮影	履	修	得						履	修	得							○必要時に的確な防護措置を行っている。			

放射線技術科

ビジョン

高度な救急医療を提供するために、いつでもいち早く検査・血管内治療の開始ができ高度な依頼に対しても目的に適した画像情報を提供する。また放射線被ばくなどの負担を最小限にとどめ、患者さんに優しい検査を行う。

目標;医療の質

Door to balloon time 急性心筋梗塞患者の病院到着後90分以内の初回PCI実施割合

目標;運営の質

依頼に対し目的に適した画像情報を提供すると同時にパニック値報告が必要な症例に対し迅速かつ積極的に医師に報告を行い診療に寄与するための教育と体制を構築する。

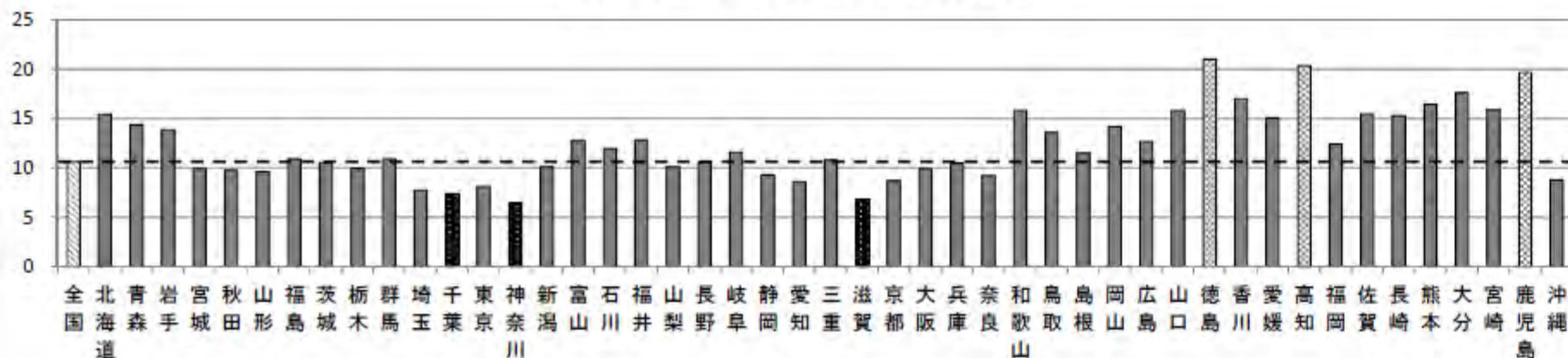


Ⅲ. 今議論されていること

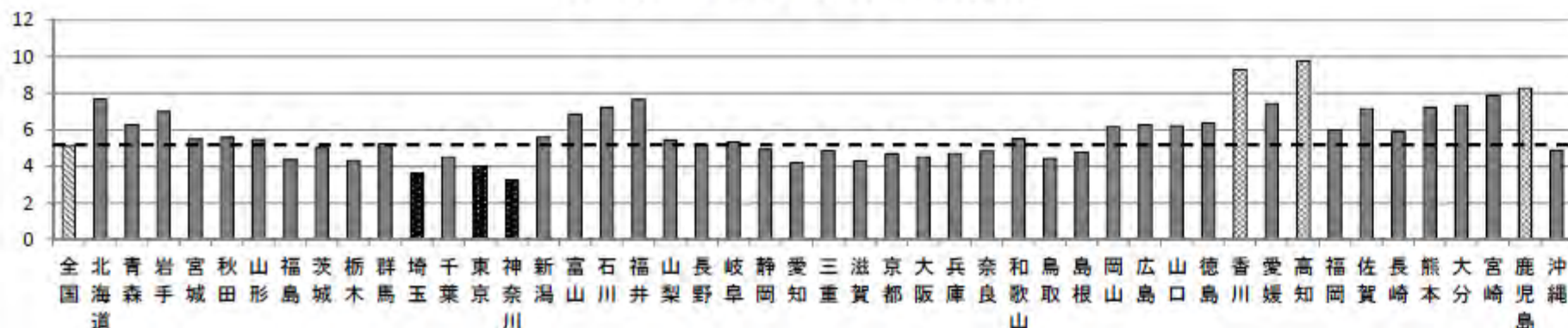
都道府県別のCT台数及びMRI台数(人口10万対)

・人口あたりCT台数及び人口あたりMRI台数は、それぞれ最大3.2倍、3.0倍の差がある。

人口あたりCT台数(台/10万人)

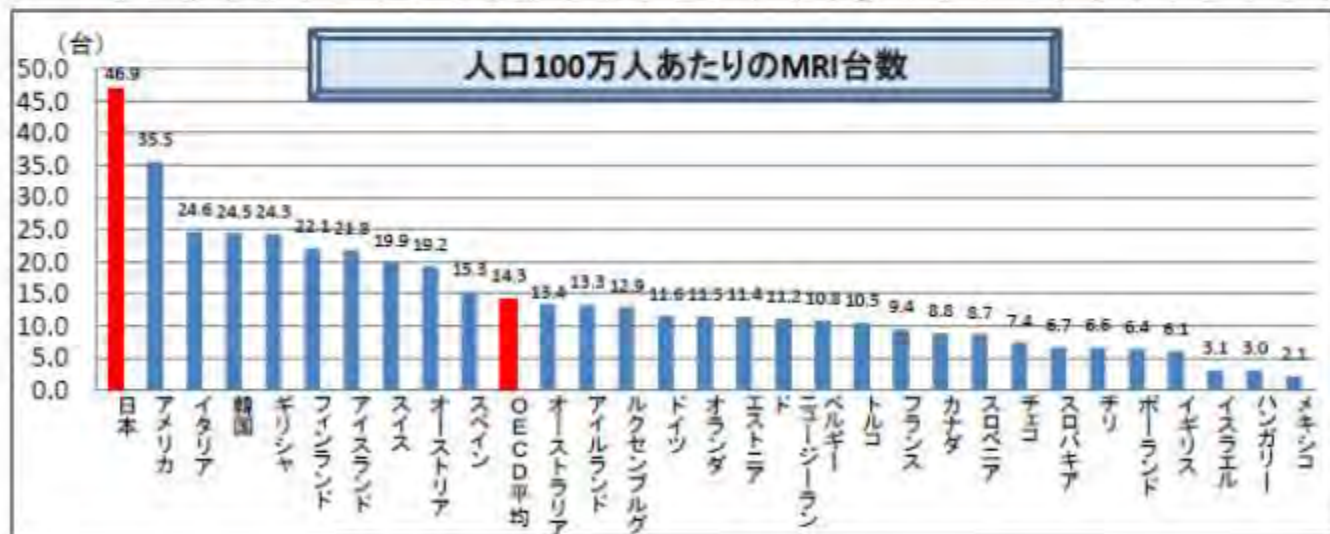


人口あたりMRI台数(台/10万人)



CT台数及びMRI台数の国際比較

・日本のCT・MRI台数は他国と比較して多い(OECD平均値と比してそれぞれ4.1倍、3.3倍)。

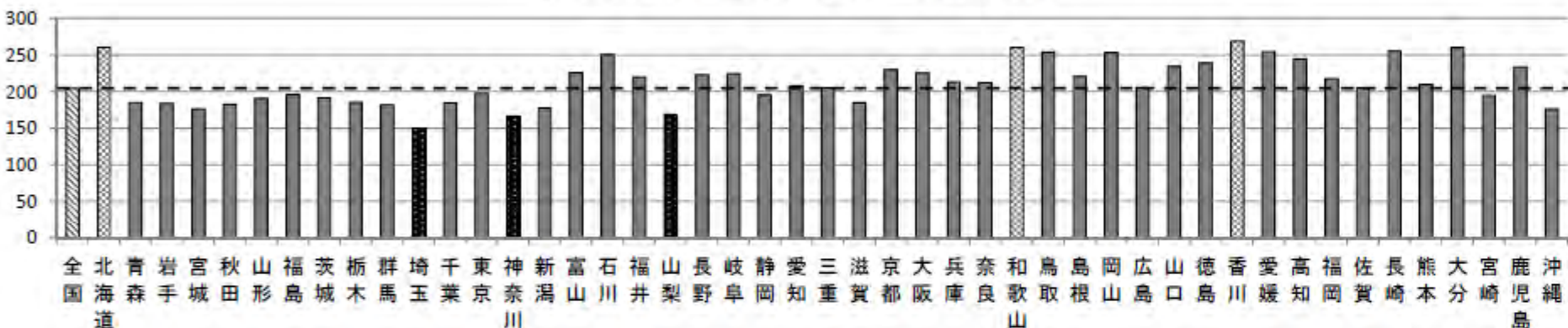


OECD Health Statistics
2015より(2013年分
もしくは直近分)

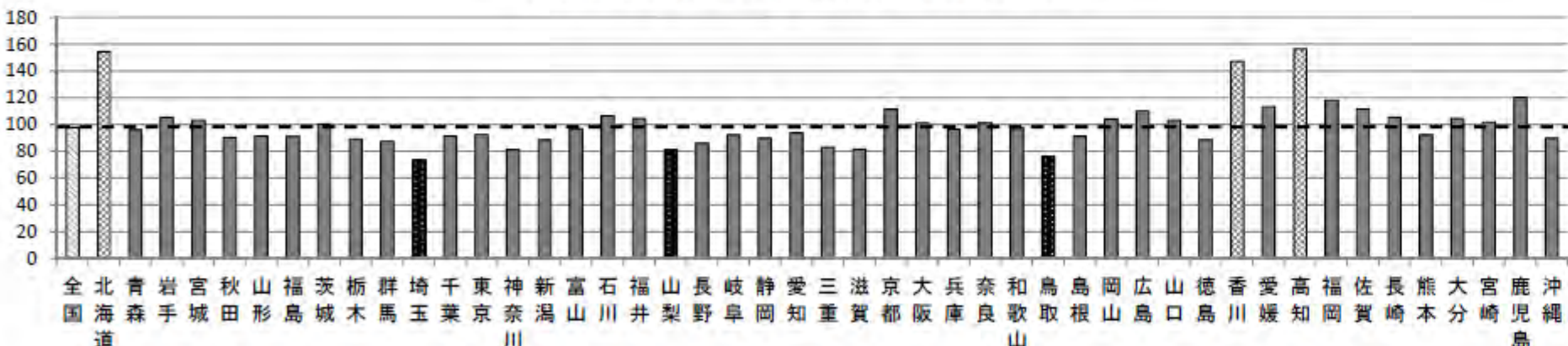
都道府県別のCT及びMRI患者数

・人口あたりCT患者数及び人口あたりMRI患者数は、それぞれ最大1.8倍、2.1倍の差がある。

人口あたりCT患者数(人/1万人・月)



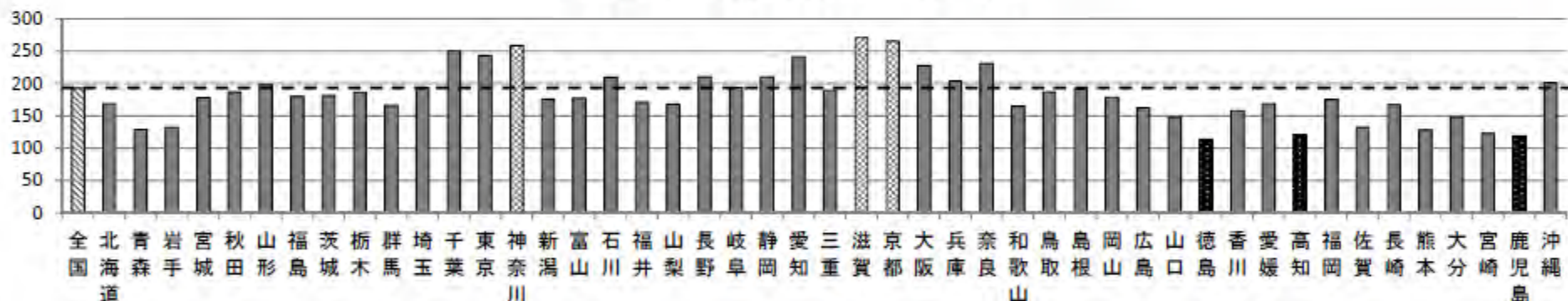
人口あたりMRI患者数(人/1万人)・月



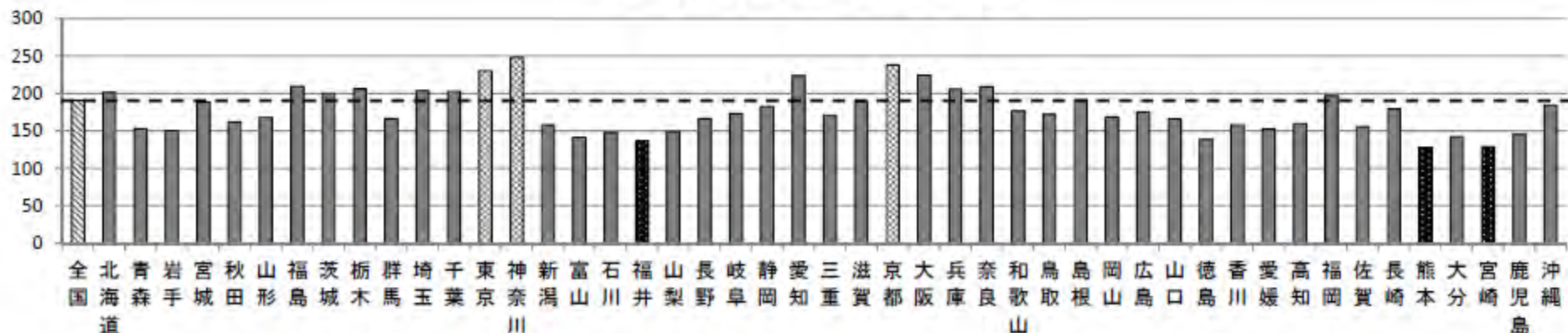
都道府県別のCT及びMRI1台あたりの患者数

・CT1台あたり患者数及びMRI1台あたり患者数は、それぞれ最大2.4倍、2.0倍の差がある。

CT1台あたり患者数(人/台・月)



MRI1台あたり患者数(人/台・月)



CT・MRI保有施設率(病院・病床規模別)

CT・MRI保有施設数

病床数	マルチスライスCT 保有施設数	シングルスライスCT 保有施設数	CT保有 施設数	MRI (1.5T以上) 保有施設数	MRI (1.5T未満) 保有施設数	MRI保有 施設数
20-99	1503	761	2239	266	445	702
100-299	2293	731	2974	1030	656	1660
300-499	825	230	973	642	120	727
500-	415	88	441	357	54	377

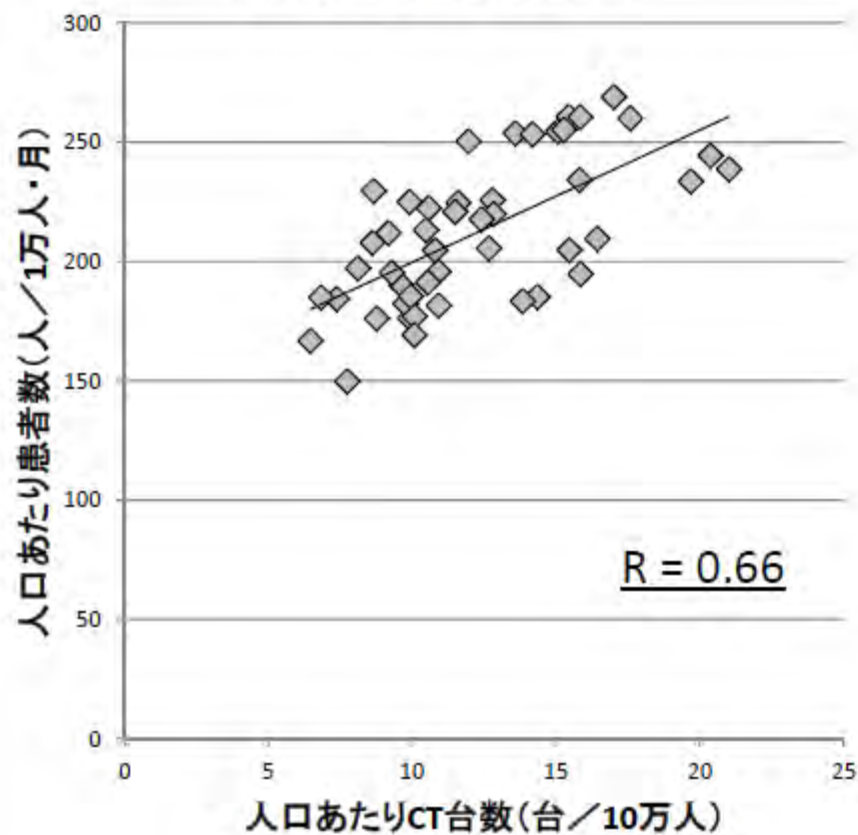
CT・MRI保有施設率

病床数	マルチスライスCT 保有施設率	シングルスライスCT 保有施設率	CT保有 施設率	MRI (1.5T以上) 保有施設率	MRI (1.5T未満) 保有施設率	MRI保有 施設率
20-99	47.0%	23.8%	70.0%	8.3%	13.9%	22.0%
100-299	59.0%	18.8%	76.5%	26.5%	16.9%	42.7%
300-499	75.5%	21.1%	89.1%	58.8%	11.0%	66.6%
500-	91.0%	19.3%	96.7%	78.3%	11.8%	82.7%

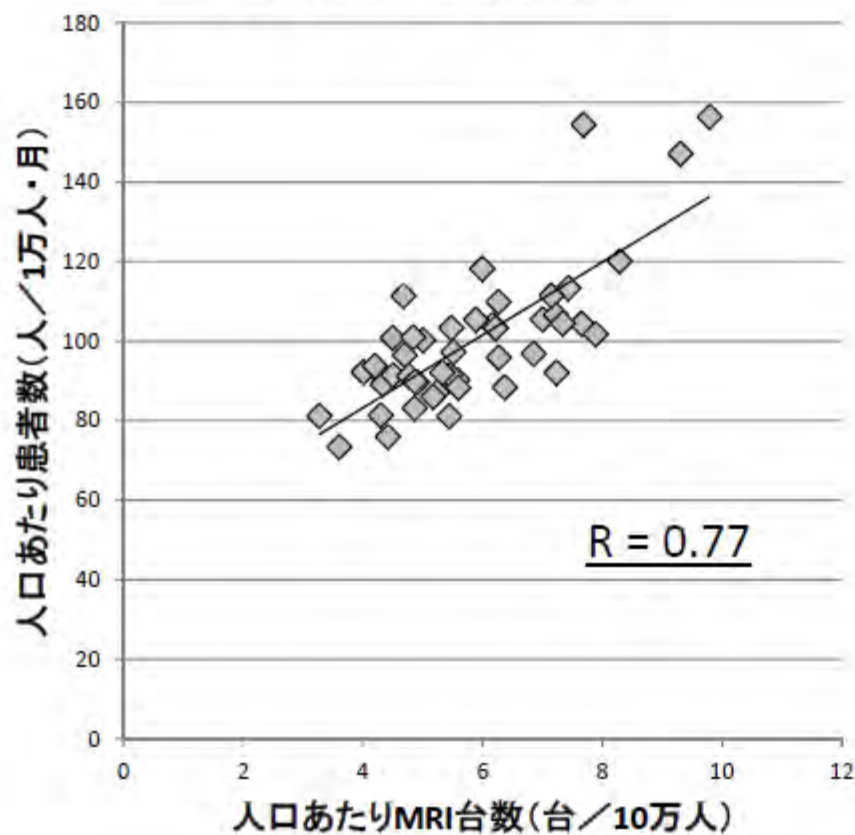
人口あたり患者数と人口あたりCT・MRI台数との関係

・人口あたりCT・MRI患者数と人口あたりCT・MRI台数には、それぞれ正の相関関係が認められる。

人口あたり患者数と
人口あたりCT台数との関係



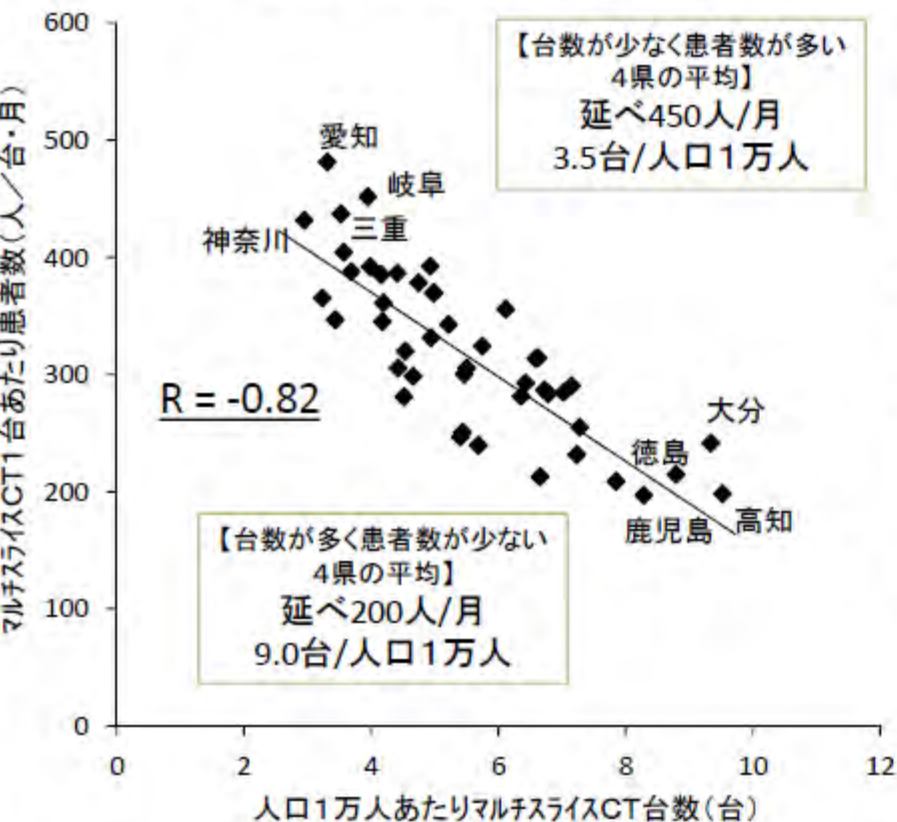
人口あたり患者数と
人口あたりMRI台数との関係



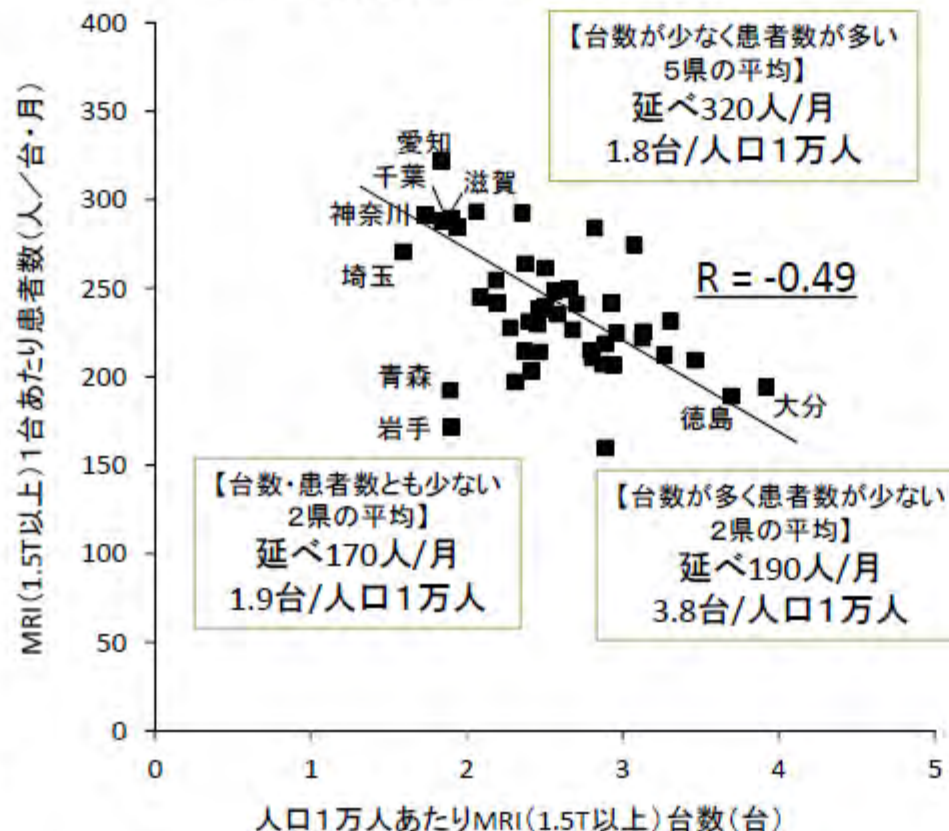
人口あたりCT・MRI台数と1台あたり患者数の関係

・人口あたりCT・MRI台数と、その1台あたりの患者数の間には、負の相関関係が認められる。

人口あたりマルチスライスCT台数(横軸)と
CT1台あたり患者数(縦軸)の関係



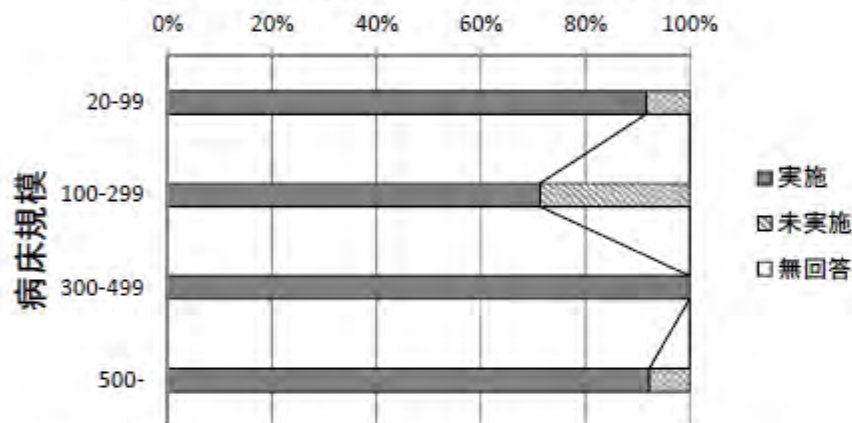
人口あたりMRI(1.5T以上)(横軸)と
MRI1台あたり患者数(縦軸)の関係



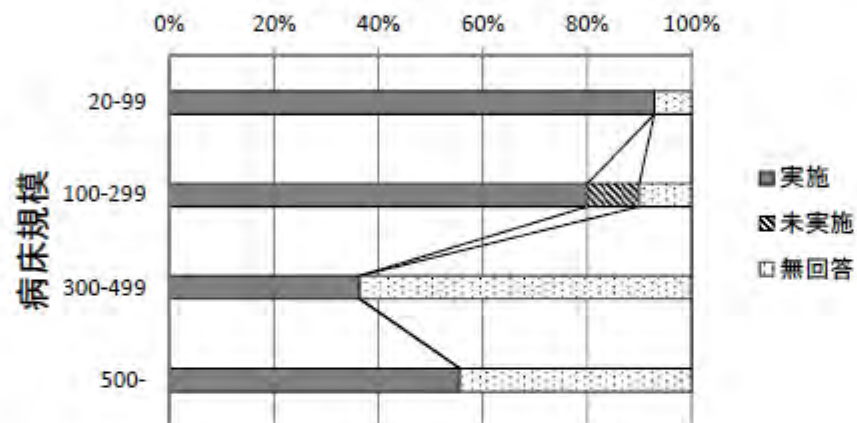
平成23年医療施設調査、平成25年3月31日住民基本台帳人口より集計
※病院についてのみ集計

保守点検実施率(病床規模別)

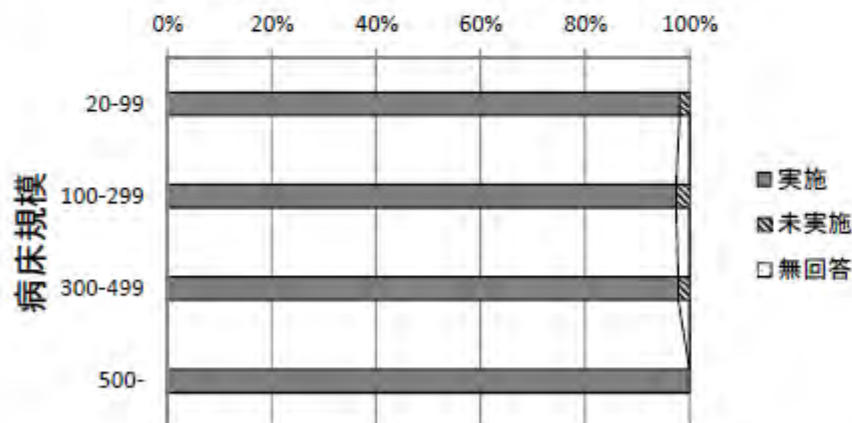
保守点検実施率(シングルスライスCT)



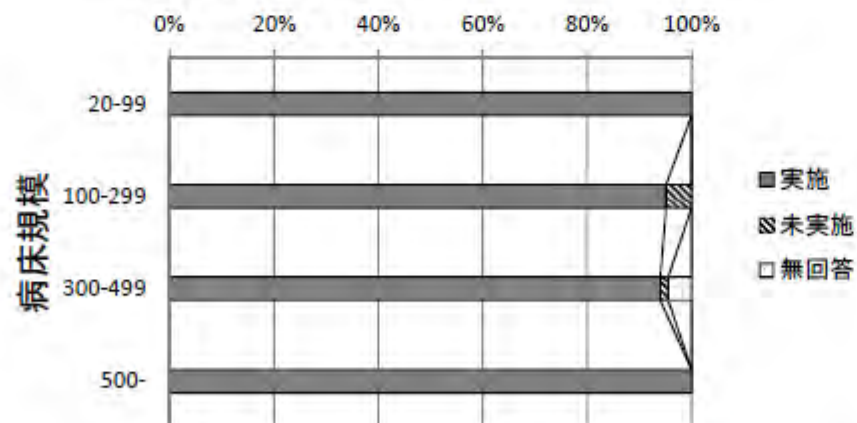
保守点検実施率(MRI 1.5T未満)



保守点検実施率(マルチスライスCT)



保守点検実施率(MRI 1.5T以上)



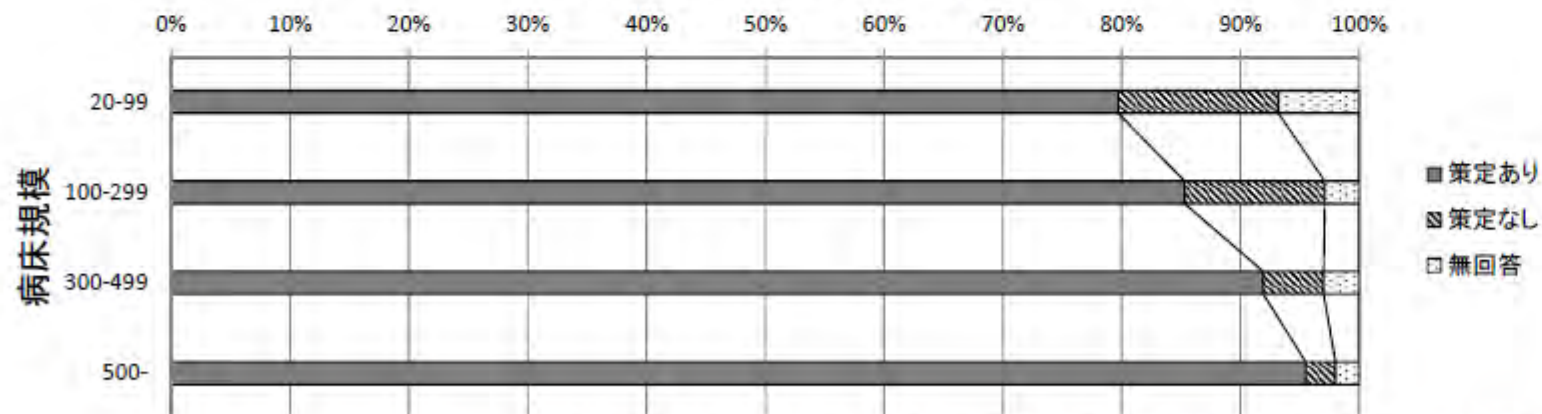
安全管理責任者設置率、保守点検計画策定率(病床規模別)

・病床規模の大きい施設ほど、責任者の設置率、保守点検計画の策定率ともに高い傾向にある。

医療機器安全管理責任者の設置



保守点検計画の策定状況



医療計画の見直し等に関する意見のとりまとめより

医療の安全の確保等について

- ・ 医療機器の安全管理等に関する事項として、高度な医療機器について、配置状況に加え、稼働状況等も確認し、保守点検を含めた評価を行うこととする。
- ・ CT・MRI等の医療機器を有する診療所については、都道府県において、これらの機器の保守点検を含めた医療安全の取組み状況について、定期的に報告を求めることとする。
- ・ なお、限られた医療資源を有効活用することは重要であることから、今後、医療機器等の配置の在り方等については、研究を行うことが必要である。
- ・ 地域医療構想調整会議における検討結果を踏まえて、構想区域ごとの将来の医療提供体制を構築していくための方向性を定め、関係者間で共有すること。
- ・ ○その際には、放射線治療装置等の高額な医療機器について、医療資源の有効活用の観点から、これらの機器の地域における活用の方法や新たな導入に向けた方針等についても、協議を行った上で共有すること。
- ・ ○また、地域の住民が望む医療へのかかり方等を聴取し、ニーズを把握すること。