

JAHMC集中研修【続編】

「医療業務プロセスのインキュベーション」

～医療をめぐる環境変化と行政施策～

平成30年8月23日(木) ➡ 平成31年5月14日(火)

13:00～15:00

18:30～19:30

認定登録 医業経営コンサルタント

経営学博士 小野瀬 由一

Mail: yoshi-o@tkg.att.ne.jp

目次

I.日本の医療をめぐる外部環境の変化

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

III.日本の医療改革のための各省庁支援施策

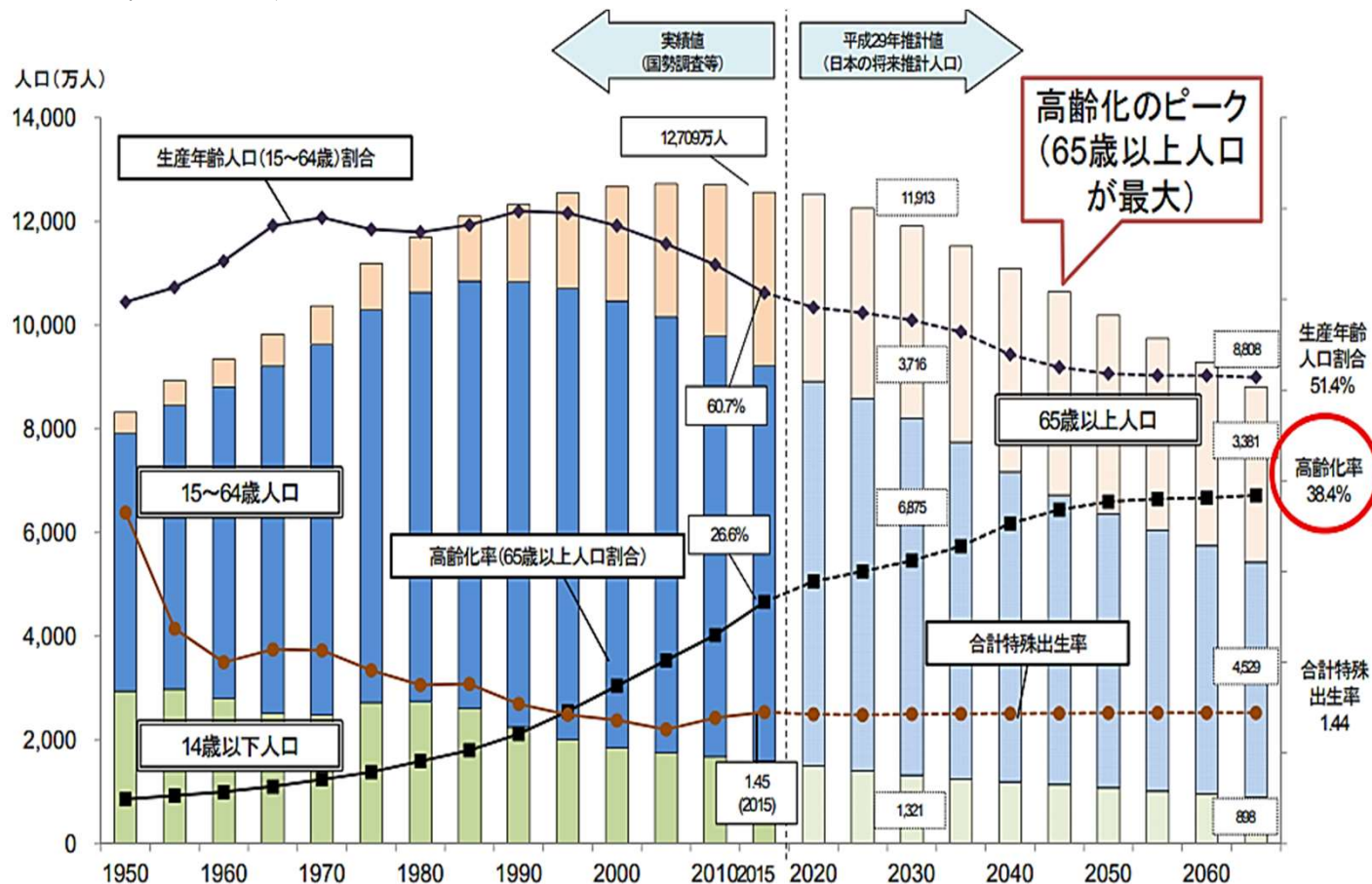
IV.病院の改革戦略と重要成功要因の例示（まとめ）

◆講師プロフィール

Ⅰ.日本の医療を めぐる外部環境 の変化

I.日本の医療をめぐる外部環境の変化

1.1.日本の人口動向



(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29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」

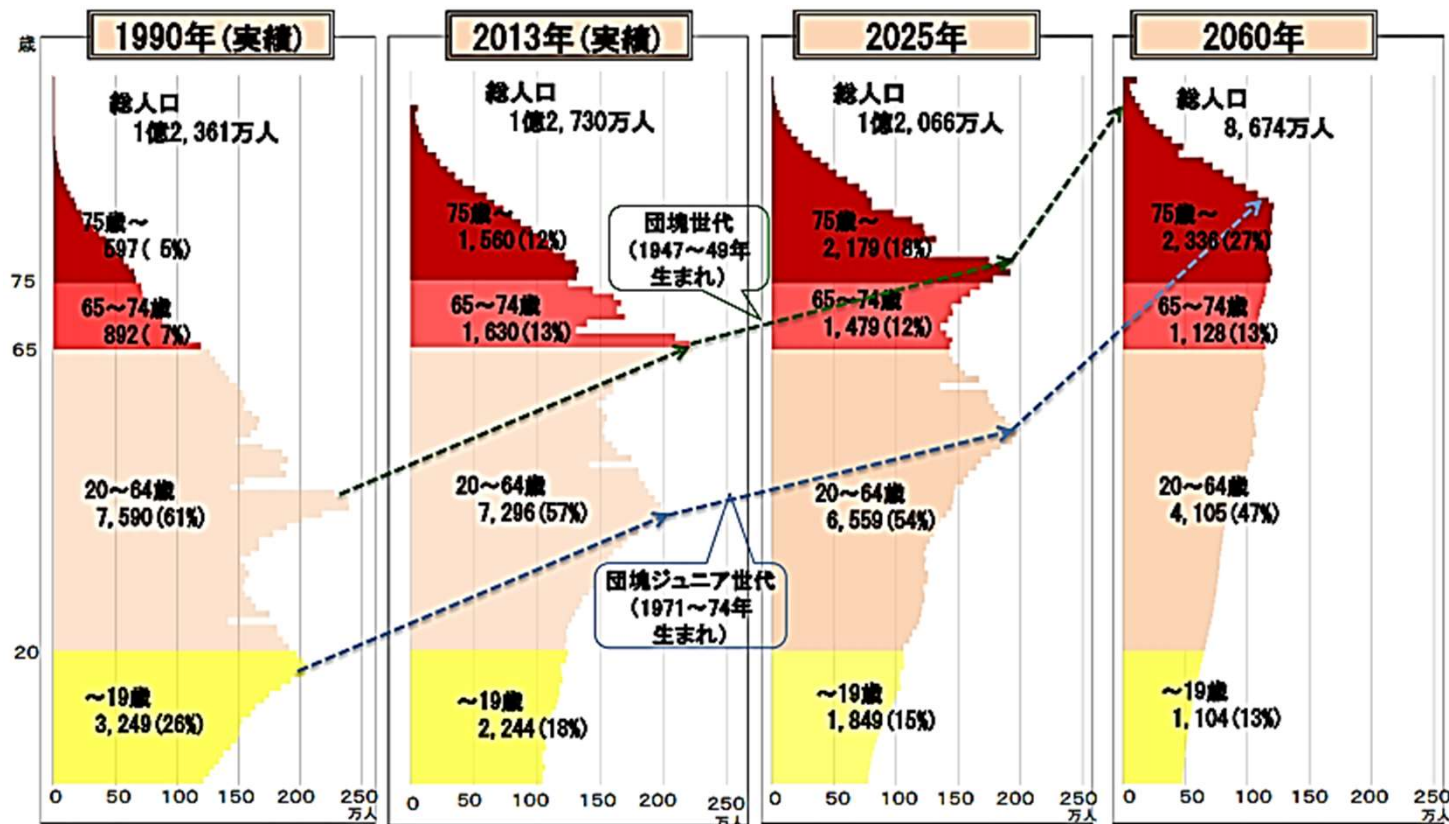
□日本の人口は、近年減少局面を迎え、少子高齢化傾向が顕著になっている。

□日本は、1970年に高齢化社会(65歳以上人口が**7%**)に突入し、24年後の1997年に高齢社会(同人口が**14%**)となり、3年後の2010年には超高齢化社会(同人口が**21%**)となった。

□今後も少子高齢化傾向は進み、2065年には総人口が**9,000万人**を割り込み、高齢化率は**38%台**の水準になると予測されている。

1.日本の医療をめぐる外部環境の変化

1.2.日本の人口ピラミッド



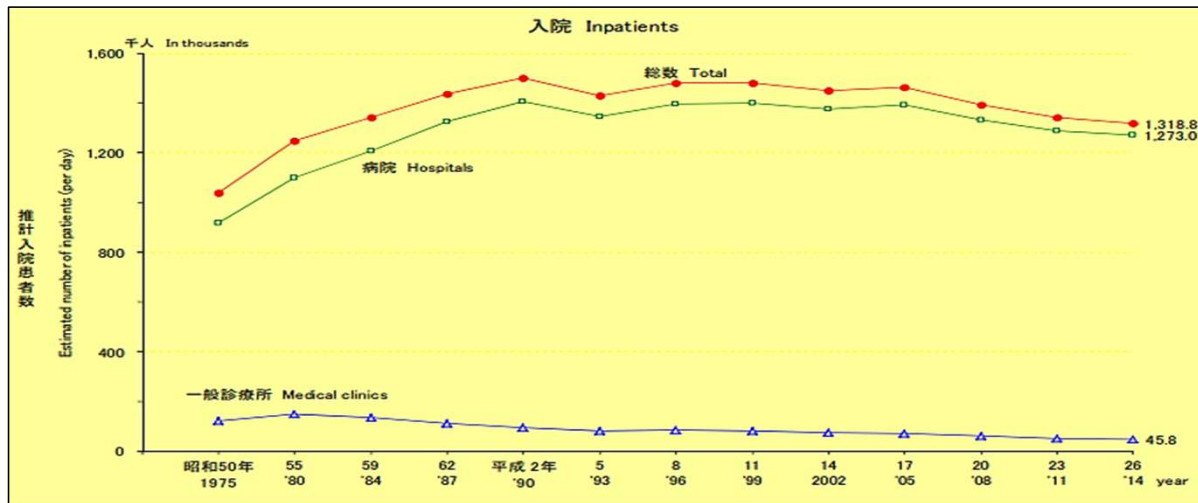
□2013年には、団塊世代が全て**前期高齢者**65歳以上74歳となり、全人口の**13%**を占めた。

□2025年には、団塊世代が全て**後期高齢者**75歳以上となり、全人口の**18%**を占めると予測されている。

□2060年には、人口は**8,674万人**にまで減少し、**後期高齢者**は**27%**、**前期高齢者**は**13%**を占め、65歳以上人口は**全人口の40%**を占める一方、**生産年齢人口**は**47%**まで減少すると予測されている。

1.日本の医療をめぐる外部環境の変化

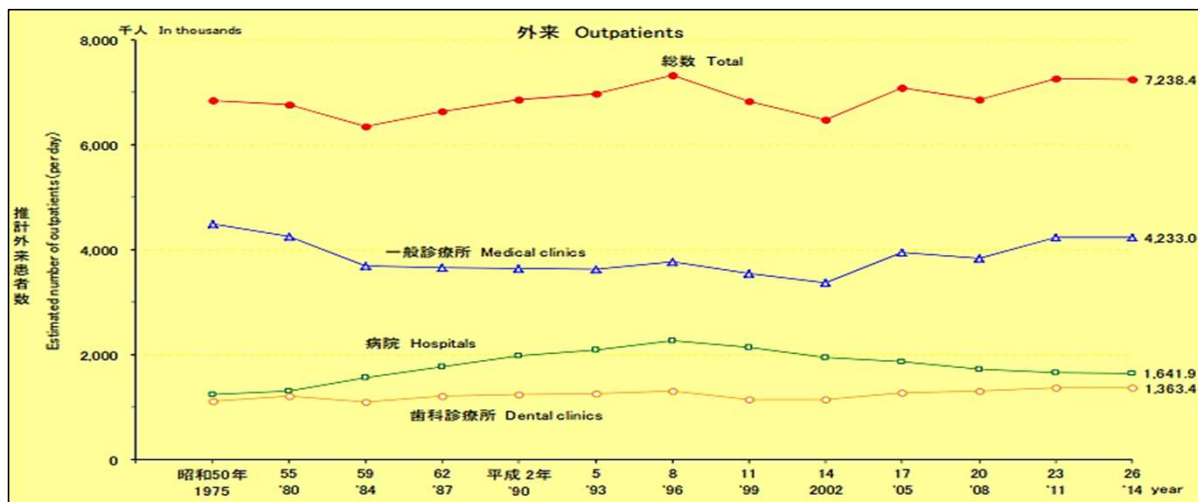
2.1.日本の入院患者数及び外来患者数



□患者調査によると、平成26年の入院患者数は**病院1,273万人、一般診療所48万人**、病院の入院患者数は一般診療所の**約28倍**で、**平成20年以降減少傾向**にある。

□平成26年の外来患者数は、**一般診療所423万人、病院164万人、歯科診療所136万人**の順で、**平成17年以降ほぼ横ばい傾向**にある。

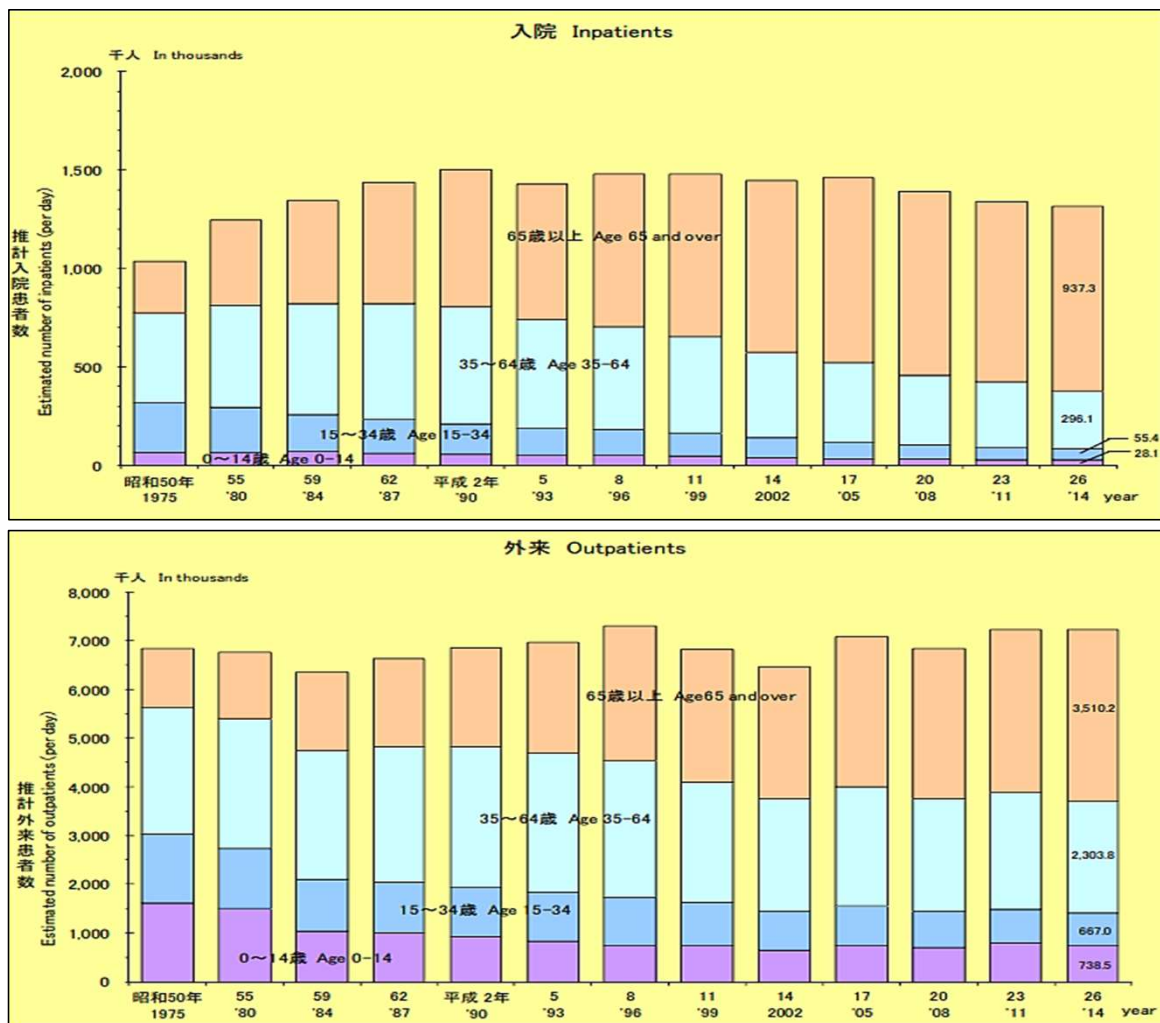
出典：厚生労働省「平成26年度患者調査結果」



記載

1.日本の医療をめぐる外部環境の変化

2.2.日本の年齢別入院患者数及び外来患者数



□患者調査によると、平成26年の**年齢別入院患者数**は65歳以上**937万人**、35歳以上64歳**296万人**、15歳以上34歳**55万人**、14歳未満**28万人**で、**65歳以上**は平成20年以降も**増加傾向**、**35歳以上64歳**は**減少傾向**、**その他の年齢層**は**横ばい傾向**にある。

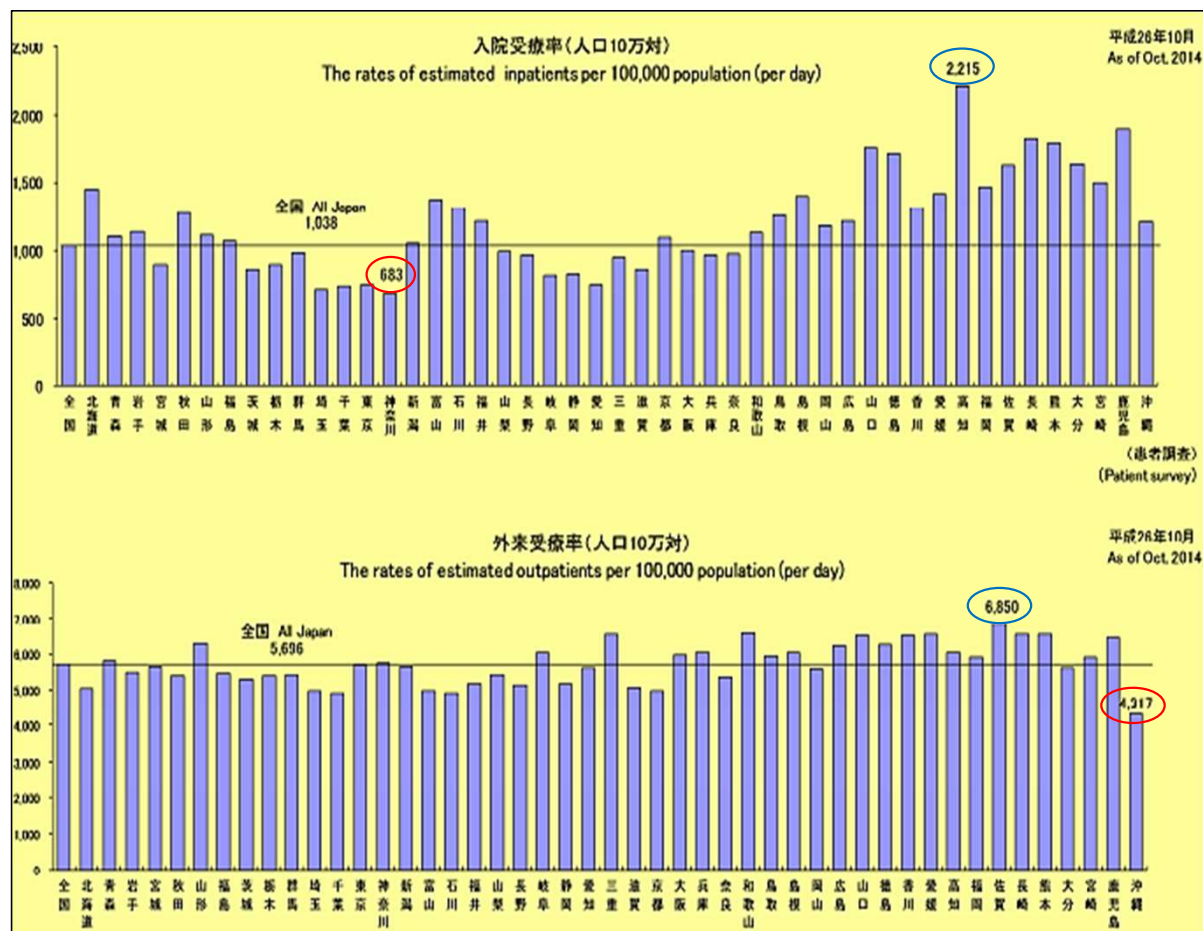
□平成26年の**年齢別外来患者数**は、65歳以上**3510万人**、35歳以上64歳**230万人**、15歳以上34歳**67万人**、14歳未満**74万人**で、**65歳以上**は平成20年以降も**増加傾向**、**その他の年齢層**は**横ばい傾向**にある。

出典：厚生労働省「平成26年度患者調査結果」

不許転載

1.日本の医療をめぐる外部環境の変化

2.3.日本の都道府県別入院受療率及び外来受療率



□患者調査によると、平成26年の都道府県別**1日当り入院受療率**(人口10万対)は、**全国平均1,038人**、**最高が高知県2,215人**、**最低が神奈川県683人**であった。☛人口10万対比一般病床数は高知県(1,994.3)が都道府県で最も高い⇔全国平均1,003.3

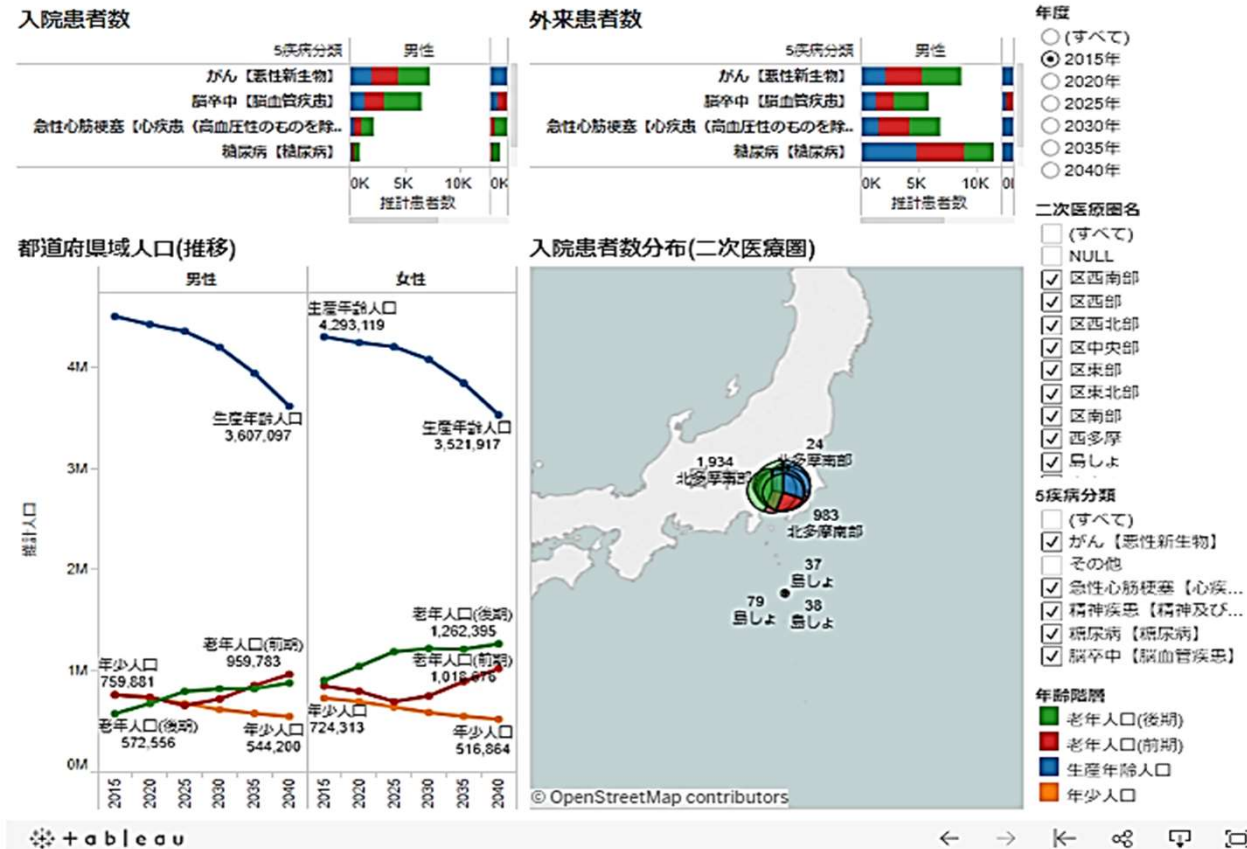
□平成26年の都道府県別**1日当り外来受療率**(人口10万対)は、**全国平均5,696人**、**最高が佐賀県6,850人**、**最低が沖縄県4,317人**であった。☛人口10万対一般療養所数は沖縄(61.5)が都道府県で低い方である⇔全国平均80.0

出典:厚生労働省「平成26年度患者調査結果」

I.日本の医療をめぐる外部環境の変化

【参考】 地域における医療需要の概況

◆東京都(医療需要の概況)

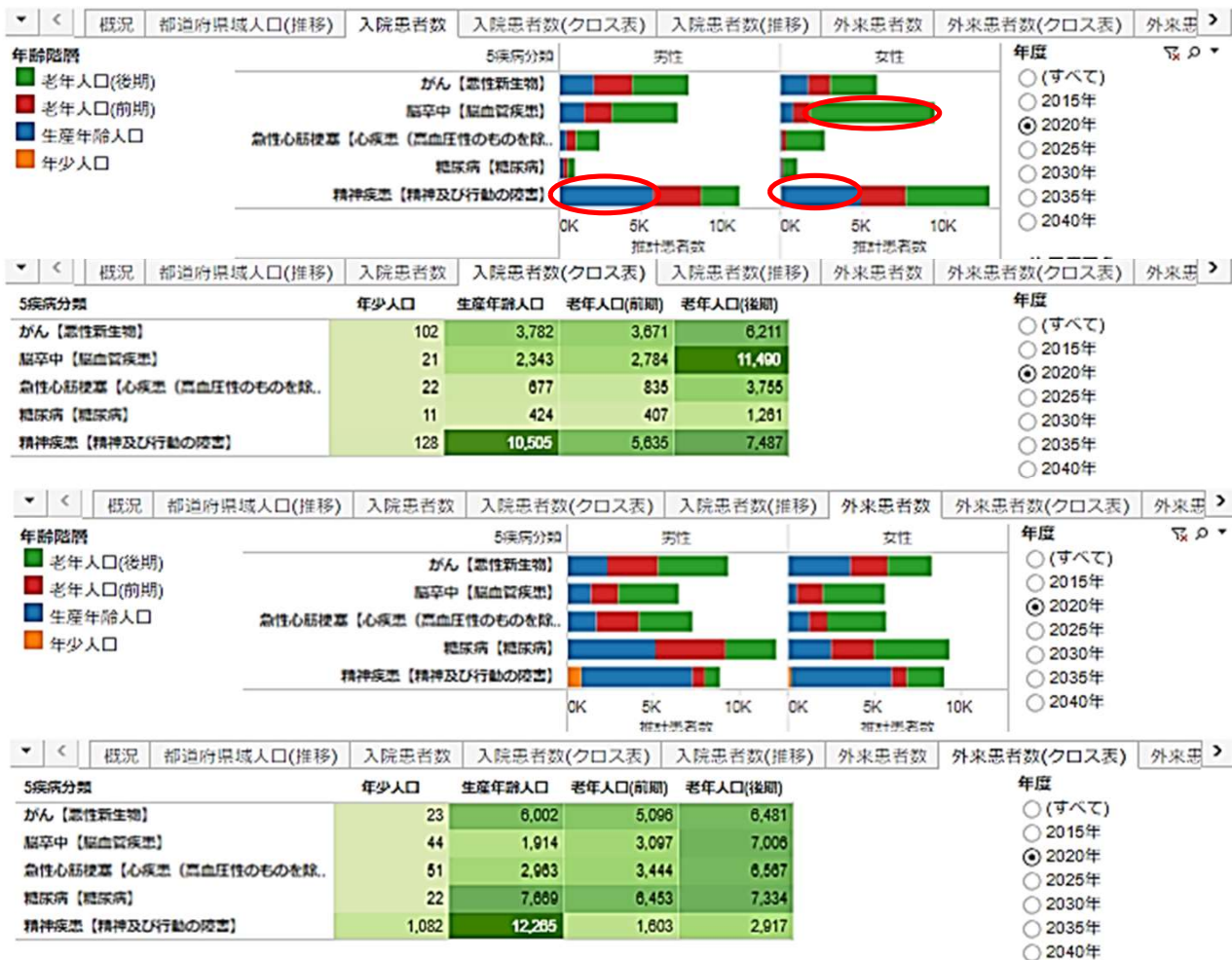


□JAHMCホームページ会員メニュー・情報活用ツール「ナレッジサイト」では、厚生労働省患者調査等に基づく都道府県別医療需要の概況として、男女別人口推移、人口区分別推移、二次医療圏別・市区町村別入院患者数、二次医療圏別・市区町村別外来患者数等の2015年数値から2040年予測値まで掲載している。

I.日本の医療をめぐる外部環境の変化

【参考】 地域における医療需要

◆東京都(医療需要/入院患者数/外来患者数)

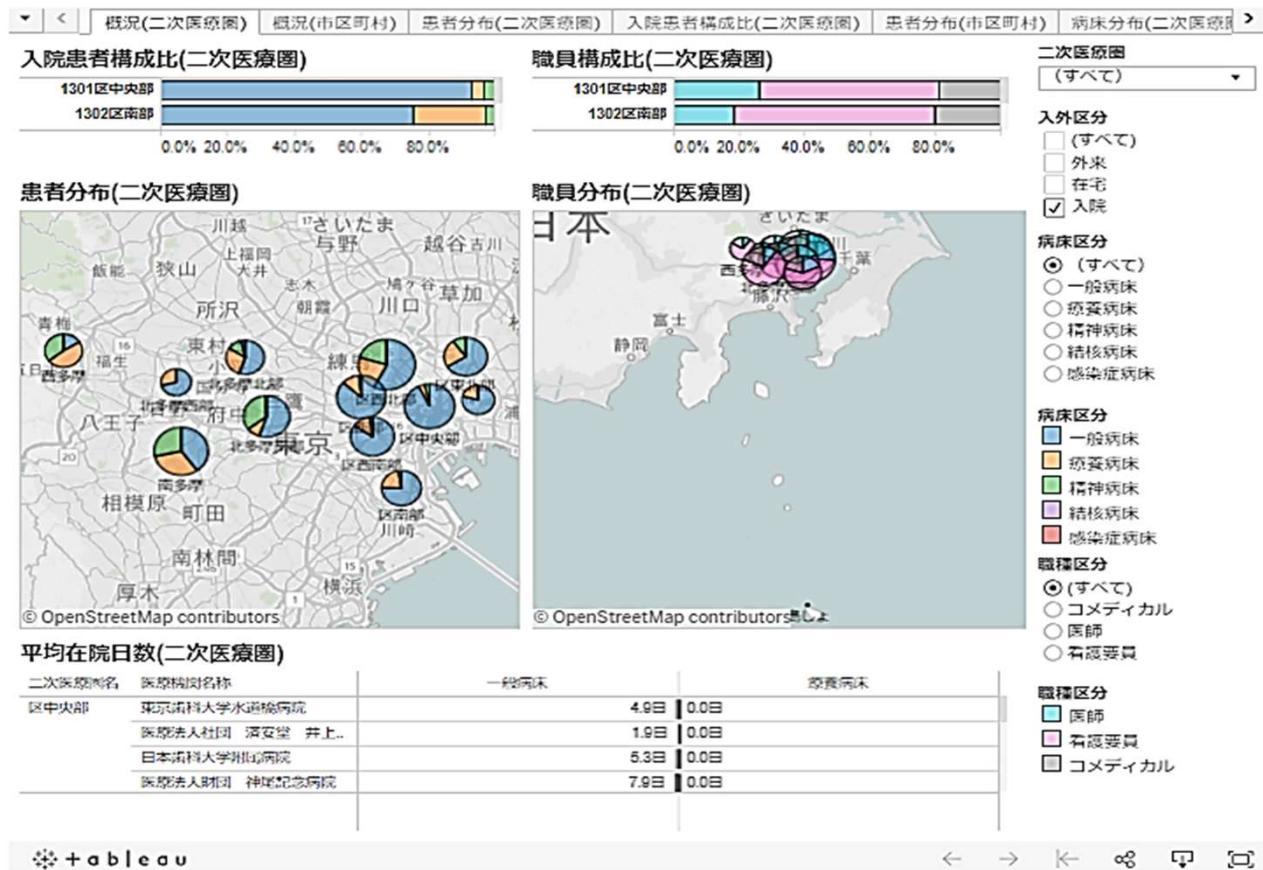


□「ナレッジサイト」によると、東京都の2020年入院患者数は、男性では①精神疾患、②がん、③脳卒中の順、女性では①精神疾患、③脳卒中、③がんの順と予測されている。

□一方、東京都の2020年外来患者数は、男性では①糖尿病、②精神疾患、③がんの順、女性では①精神疾患、②糖尿病、③がんの順と予測されている。

I.日本の医療をめぐる外部環境の変化

【参考】地域における医療供給の概況①



□JAHMCホームページ会員メニュー・情報活用ツール「ナレッジサイト」では、都道府県別医療供給の概況として、**入院患者構成比(二次医療圏/市区町村)**、**職員構成比(二次医療圏/市区町村)**、**患者分布(二次医療圏/市区町村)**、**職員分布(二次医療圏/市区町村)**、**平均在院日数(二次医療圏/市区町村)**等の2015年数値を掲載している。

出所：『コード内容別医療機関一覧表(平成27年7月1日現在)』関東信越厚生局
出所：『東京都医療機関案内サービスひまわり(平成27年10月現在)』東京都

I.日本の医療をめぐる外部環境の変化

【参考】 地域における医療供給の概況

#	タイトル	掲載データ
1	施設一覧	施設一覧 分布地図
2	職員1人当たり患者数	医師1人当たり入院患者数 医師1人当たり外来患者数 看護師1人当たり入院患者数 看護師1人当たり外来患者数
3	職員数	医師 看護師・准看護師 事務職員 医療技術員 その他職員 全職員
4	平均給与月額	医師 看護師・准看護師 事務職員 医療技術員 その他職員 全職員
5	平均年齢と平均給与	医師 看護師・准看護師 事務職員 医療技術員 その他職員 全職員 分布地図（医師、看護師、事務職員）
6	平均在院日数・病床利用率	平均在院日数・病床利用率
7	損益計算書	総収益・総費用・純損益 医療収益・医療費用・経常収益 材料費・うち薬品費・うち薬品費以外の医薬材料費 経費・うち委託料
8	医療収益対比率	医療収益対医療利益率 医療収益対材料費率 医療収益対人件費率 医療収益対減価償却費率
9	患者1人当たり診療収入	患者1人当たり入院収益 患者1人当たり外来収益
10	収益との相関	平均在院日数と医療収益 患者1人当たり入院収益と医師1人当たり入院患者数 患者1人当たり外来収益と医師1人当たり外来患者数 経常利益と医師数 経常利益と病床利用率

□JAHMCホームページ会員メニュー・情報活用ツール「**ナレッジサイト**」では、総務省「病院経営比較分析表」に基づく都道府県別**医療供給の概況**として、**公的病院**の施設一覧、職員一人当たり患者数、職員数、平均給与月額、職員平均年齢と平均給与、平均在院日数・病床利用率、損益計算書、医療収益対比率等の2014年及び2015年数値を掲載している。

1.日本の医療をめぐる外部環境の変化

3.1.医療保険制度改革の背景と改革の方向性

1. 改革の背景

○増大する医療費 約42兆円（毎年約1兆円増加）

H27国民医療費・・・前年比約1.6兆円（+3.8%）

- ①人口の減・・・約0.04兆円（-0.1%）
- ②人口の高齢化・・・約0.4兆円（1.0%）
- ③その他・・・約1.2兆円（2.9%）

○少子高齢化の進展による現役世代の負担増

給付費・・・後期高齢者は若人の約5倍

○国保の構造的な課題（年齢が高く医療費水準が高い等）

2. 改革の方向性

以下により、国民皆保険を将来にわたって堅持

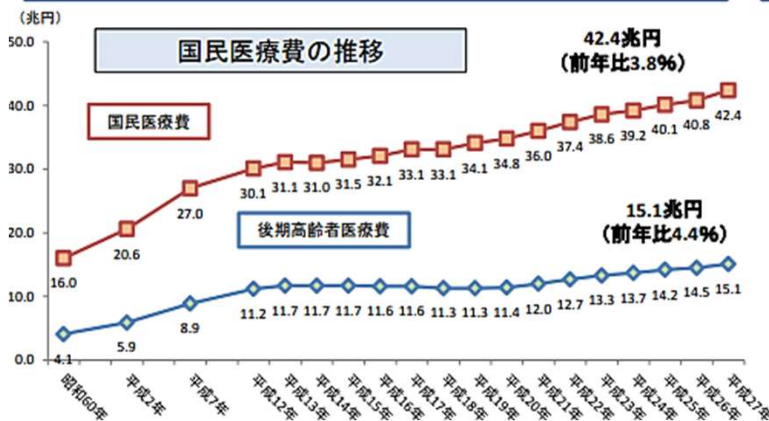
- ①医療保険制度の安定化（国保、被用者保険）
- ②世代間・世代内の負担の公平化
- ③医療費の適正化
 - ・病床機能の分化・連携、入院医療の適正化、地域包括ケアの推進
 - ・予防・健康づくりの推進、ICTの活用
 - ・後発医薬品の使用促進

□改革の背景

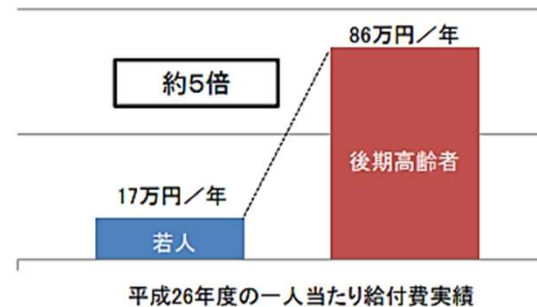
- ①増大する医療費
- ②現役世代の負担増
- ③国保は加入者の医療費水準高い

□改革の方向性

- ①医療保険制度の安定化
- ②世代間・世代内の負担の公平化
- ③医療費の適正化



後期高齢者と若人の一人当たりの給付費

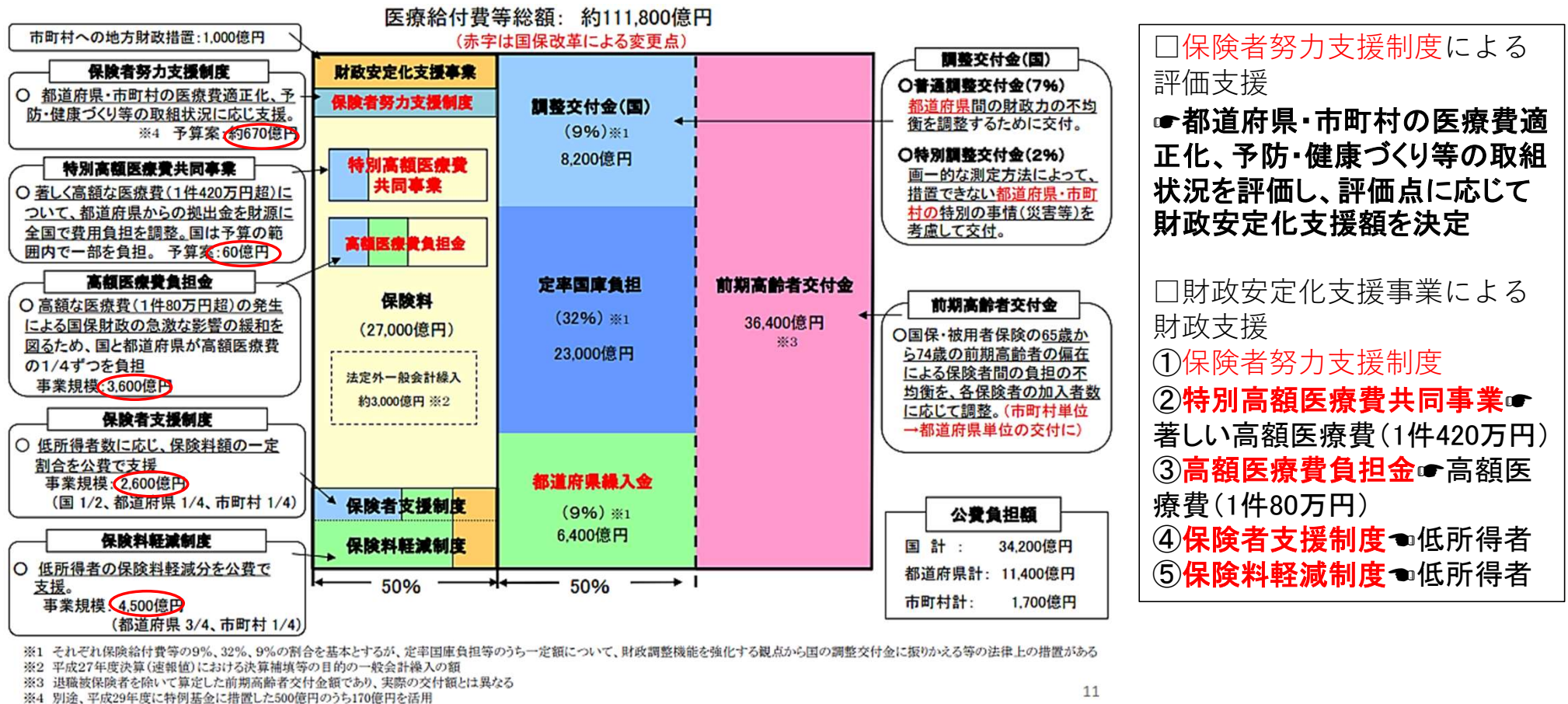


出典：厚生省ホームページ「国民健康保険制度における改革について」より引用

(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokenseido_kaikaku.html) 平成30年5月8日検索

1.日本の医療をめぐる外部環境の変化

3.3.平成30年度国保医療費給費等の注目点



□保険者努力支援制度による評価支援
●都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況を評価し、評価点に応じて財政安定化支援額を決定

□財政安定化支援事業による財政支援
①保険者努力支援制度
②特別高額医療費共同事業
●著しい高額医療費(1件420万円)
③高額医療費負担金
●高額医療費(1件80万円)
④保険者支援制度
●低所得者
⑤保険料軽減制度
●低所得者

出典：厚労省ホームページ「国民健康保険制度における改革について」より引用

(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokenseido_kaikaku.html) 平成30年5月8日検索

All Copyright©2018Yoshikazu Onose不許転載

1.日本の医療をめぐる外部環境の変化

3.4.平成30年度国保医療費給費の保険者努力支援制度評価指標

市町村分（300億円程度）※特調より200億円程度を追加

保険者共通の指標	国保固有の指標
指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 ○特定健診受診率・特定保健指導受診率 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	指標① 収納率向上に関する取組の実施状況 ○保険料（税）収納率 ※過年度分を含む
指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況 ○がん検診受診率 ○歯科疾患（病）検診実施状況	指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況 ○データヘルス計画の実施状況
指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況 ○重症化予防の取組の実施状況	指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況 ○医療費通知の取組の実施状況
指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況 ○個人へのインセンティブの提供の実施 ○個人への分かりやすい情報提供の実施	指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況 ○国保の視点からの地域包括ケア推進の取組
指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況 ○重複服薬者に対する取組	指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況 ○第三者求償の取組状況
指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況 ○後発医薬品の促進の取組 ○後発医薬品の使用割合	指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況 ○適切かつ健全な事業運営の実施状況

都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価 ○主な市町村指標の都道府県単位評価 ・特定健診・特定保健指導の実施率 ・糖尿病等の重症化予防の取組状況 ・個人インセンティブの提供 ・後発医薬品の使用割合 ・保険料収納率 ※ 都道府県平均等に基づく評価	指標② 医療費適正化のアウトカム評価 ○都道府県の医療費水準に関する評価 ※国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費に着目し、 ・その水準が低い場合 ・前年度より一定程度改善した場合に評価	指標③ 都道府県の取組状況 ○都道府県の取組状況 ・医療費適正化等の主体的な取組状況（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組等） ・医療提供体制適正化の推進 ・法定外繰入の削減
--	---	---

出典：厚生省ホームページ「全国厚生労働関係部局長会議資料」より引用
 (http://www.mhlw.go.jp/topics/2018/01/dl/tp0115-s01-11-01.pdf) 平成30年5月9日検索

□平成30年度保険者努力支援制度の市町村分評価指標

1) 保険者共通の主要指標:

☛①特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、②特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況、③糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

2) 国保固有の主要指標:

☛①収納率向上に関する取組の実施状況、②医療費の分析等に関する取組の実施状況、③給付の適正化に関する取組の実施状況

◆平成30年度保険者努力支援制度の都道府県分評価指標

☛①主な市町村指標の都道府県単位評価、②医療費適正化のアウトカム評価、③都道府県の取組状況

1.日本の医療をめぐる外部環境の変化

4.1.未来投資戦略2017-Society5.0の実現に向けた改革（H29.6.9閣議決定）

未来投資戦略2017

I. Society 5.0に向けた戦略分野

〔官民戦略プロジェクト10を発展させた形で〕
具体的なプロジェクトを推進

我が国の強みに
政策資源を集中投資

(I) モノづくりの強さ

- ① ものづくりの現場がある
- ② データ取得に必要なセンサー・デバイスの強み
- ③ ロボットなどものづくりの強み

(II) 社会課題の先進性・大きさ

高齢化に伴う労働人口減少、
環境・エネルギー問題など、
社会課題に新たなニーズが潜在

(III) リアルデータの取得・活用可能性

実世界のリアルデータを大量に蓄積
例：国民皆保険に基づく健康・医療情報
工場設備の稼働データ等

1. 健康寿命の延伸

〔データ利活用基盤の構築〕

・現在バラバラになっている健康・医療・介護データを個人個人が生涯にわたって一元的に把握できる仕組みの構築〔2020年度から本格稼働〕

〔保険者・経営者による個人の行動変容の本格化〕

- ・保険者に対する予防インセンティブ強化（後期高齢者支援金の加算・減算率の引上げ〔+0.23%→-0.048%〕→〔±10%〕等）
- ・各保険者の取組状況（加入者の健康状態・医療費・健康への投資状況等）の見える化（成績表）と経営者への通知、健康経営による生産性の向上、

〔遠隔診療、AI開発・実用化〕

- ・かかりつけ医等による対面診療と組み合わせた効果的・効率的な遠隔診療の促進（次期診療報酬改定において位置付け）
- ・AI開発・実用化の促進（AI開発用のクラウド環境の整備・認証等）
- ・AIを用いた医師の診療の的確な支援（次期以降の診療報酬改定等での位置付けを目指す）

〔自立支援に向けた科学的介護の実現〕

- ・データ収集・分析のデータベース構築〔2020年度の本格運用開始を目指す〕
- ・効果のある自立支援の促進（次期介護報酬改定において位置付け）
- ・介護ロボット等の導入促進（次期介護報酬改定において位置付け、人員・設備基準見直し）

〔革新的な再生医療等製品等の創出促進、医療・介護の国際展開の推進〕

2. 移動革命の実現

〔世界に先駆けた実証〕

- ・トラックの隊列走行の実現（〔2020年に高速道路（新東名）で後続無人での隊列走行を実現、2022年に商業化を目指す。〕）
- ・地域における無人自動走行による移動サービスの実現（〔2020年の実現を目指し、全国10箇所以上の地域で公道実証〕）
- ・小型無人機（ドローン）による荷物運送の実現（〔2020年代に都市部での本格化に向け、補助者を配置しない目視外飛行に係る機体や操縦者等の要件の明確化〕）
- ・安全運転サポート車の制度整備・普及促進（先進安全技術の基準策定等）

〔データの戦略的収集・活用、協調領域の拡大〕

- ・高精度三次元地図作成（25cm単位）に向けた仕様・仕組の策定〔来年度中〕
- ・5Gの実現・自動走行等への活用（〔2020年までにサービス開始〕）
- ・サイバー攻撃対応の車載セキュリティの強化〔安全性評価の仕組み等の工程表策定〕

〔国際的な制度間競争を見据えた制度整備〕

- ・高度な自動走行（レベル3以上）に向けた、政府全体の制度整備の方針策定（〔システムによる運転〕に係る安全基準、道路交通法等ルール、責任関係等）

5. FinTech

〔オープンAPI/バージョン/キャッシュレス化の推進、チャレンジの加速〕

- ・銀行によるオープンAPI(※)の推進
- ・クレジットカードデータの利用に係るAPI(※)連携
※APIとは、金融機関やクレジットカード会社のシステムに接続するための仕様のこと。APIを通じた連携により、FinTech事業者は金融機関やクレジットカード会社と安全に連携してサービスを提供できる。
- ・新たな決済サービスの創出（電子決済環境の整備・高齢者に対するブロックチェーン技術の活用を通じた中小企業・資金調達の円滑化・低コスト化等）
- ・FinTech実証実験ハブ（仮称）を通じたチャレンジの容易化
- ・海外当局との協力枠組拡大、フィンテック・サミットの開催

3. サプライチェーンの次世代化

Connected Industries: IoT等によって様々なものをネットワーク化し、顧客や社会の課題解決に資する新たな付加価値を生み出す産業社会

〔データ連携の制度整備〕

- ・「スマート保安」(IoT・データを活用した異常の事前予測)に対応する保安規制の高度化
- ・複数事業者が連携した省エネのための法制度整備

〔データ連携の先進事例創出・展開〕

- ・国内外の複数企業のデータ連携の実証、国際標準化
- ・〔すり合わせ〕のデジタル化に向けたモデル構築（まずは自動車・自動車部品から開始）

4. 快適なインフラ・まちづくり

〔インフラ整備・維持管理の生産性向上〕

- ・〔i-Construction〕の対象拡大（橋梁・トンネル等へ、中小事業者・自治体等）、公共工事の3次元データのオープン化（利活用ルール策定）〔2025年度までに建設現場の生産性2割向上〕
- ・インフラ点検・災害対応ロボットの開発促進（ロボットの利用場面に応じた要求性能の設定等）

出典：内閣官房日本経済再生総合事務局「未来投資戦略2017-Society5.0の実現に向けた改革」より引用

1.日本の医療をめぐる外部環境の変化

5.1. IPA情報セキュリティ10大脅威2019年

■「情報セキュリティ10大脅威 2018」

昨年 順位	個人	順位	組織	昨年 順位
1位	インターネットバンキングやクレジットカード情報等の不正利用	1位	標的型攻撃による被害	1位
2位	ランサムウェアによる被害	2位	ランサムウェアによる被害	2位
7位	ネット上の誹謗・中傷	3位	ビジネスメール詐欺による被害	ラン ク外
3位	スマートフォンやスマートフォンアプリを狙った攻撃	4位	脆弱性対策情報の公開に伴う悪用増加	ラン ク外
4位	ウェブサービスへの不正ログイン	5位	脅威に対応するためのセキュリティ人材の不足	ラン ク外
6位	ウェブサービスからの個人情報の窃取	6位	ウェブサービスからの個人情報の窃取	3位
8位	情報モラル欠如に伴う犯罪の低年齢化	7位	IoT機器の脆弱性の顕在化	8位
5位	ワンクリック請求等の不当請求	8位	内部不正による情報漏えい	5位
10位	IoT機器の不適切な管理	9位	サービス妨害攻撃によるサービスの停止	4位
ラン ク外	偽警告によるインターネット詐欺	10位	犯罪のビジネス化 (アンダーグラウンドサービス)	9位

■「情報セキュリティ10大脅威 2019」

NEW : 初めてランクインした脅威

昨年 順位	個人	順位	組織	昨年 順位
1位 (※1)	クレジットカード情報の不正利用	1位	標的型攻撃による被害	1位
1位	フィッシングによる個人情報等の詐取	2位	ビジネスメール詐欺による被害	3位
4位	不正アプリによるスマートフォン利用者への被害	3位	ランサムウェアによる被害	2位
NEW	メール等を使った脅迫・詐欺の手口による金銭要求	4位	サプライチェーンの弱点を悪用した攻撃の高まり	NEW
3位	ネット上の誹謗・中傷・デマ	5位	内部不正による情報漏えい	8位
10位	偽警告によるインターネット詐欺	6位	サービス妨害攻撃によるサービスの停止	9位
1位	インターネットバンキング等の不正利用	7位	インターネットサービスからの個人情報の窃取	6位
9位	インターネットサービスへの不正ログイン	8位	IoT機器の脆弱性の顕在化	7位
2位	ランサムウェアによる被害	9位	脆弱性対策情報の公開に伴う悪用増加	4位
9位	IoT機器の不適切な管理	10位	不注意による情報漏えい	12位

(※1) クレジットカード被害の増加とフィッシング手口の多様化に鑑み、2018年個人1位の「インターネットバンキングやクレジットカード情報等の不正利用」を本年から、①インターネットバンキングの不正利用、②クレジットカード情報の不正利用、③仮想通貨交換所を狙った攻撃、④仮想通貨採掘に担わせる手口、⑤フィッシングによる個人情報等の詐取、に分割。

II.日本の医療を めぐる内部環境 の変化

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

1.1.日本の医師の働き方の現状①

雇用者(年間就業日数200日以上・正規職員)について、1週間の労働時間の実績を見ると、60時間を超える者が、雇用者全体の14%となっている。

これを職種別に見ると、**医師(41.8%)が最も高い割合**となっている。(次いで、自動車運転従事者(39.9%))

	計	管理的職業従事者	専門的・技術的職業従事者	研究者	医師(内科・外科・獣医師を除く)	看護師(准看護師を含む)	教員	事務従事者	販売従事者	サービス職業従事者	生活衛生サービス職業従事者	飲食調理従事者	保安職業従事者	農林漁業従事者	生産工程従事者	輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	建設・採掘従事者	運輸・清掃・包装等従事者	分類不能の職業
1週間の労働時間が60時間超の雇用者の割合	14.0 %	13.3 %	13.7 %	11.2 %	41.8 %	5.4 %	23.6 %	7.1 %	20.0 %	18.3 %	35.1 %	34.4 %	18.5 %	18.7 %	10.4 %	30.8 %	39.9 %	16.9 %	15.0 %	17.2 %

出典:総務省・平成24年就業構造基本調査

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

1.1.日本の医師の働き方の現状②

- 病院常勤勤務医の勤務時間（診療時間＋診療外時間＋当直の待機時間）については、男性は年代が上がるにつれて減少する一方、女性は二峰性の分布となる。
- ※ 本資料では、当直の待機時間は勤務時間に含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。なお、当直の待機時間には、労働基準法上の労働時間に該当するものと該当しないものの両方が含まれていると考えられる。

週当たり勤務時間	男性医師	女性医師
20代	64時間59分	59時間12分
30代	63時間51分	52時間13分
40代	61時間06分	49時間20分
50代	55時間28分	50時間05分
60代以上	45時間17分	42時間49分
全年代平均	57時間59分	51時間32分

出典： 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

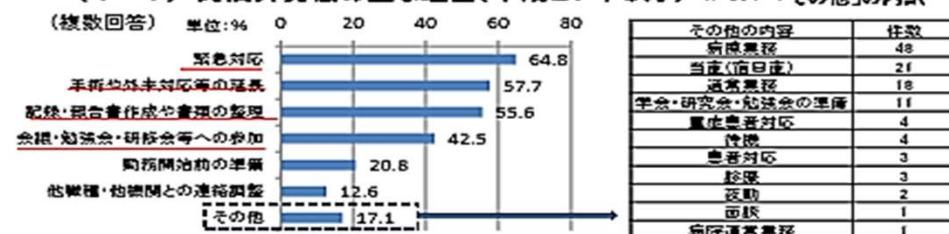
II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

1.2.日本の医師の働き方における課題

- 時間外労働の主な理由は、「緊急対応」や「手術や外来対応等の延長」が多くなっている。【1-1】
- 次いで、「記録・報告書作成や書類の整理」、「会議・勉強会・研修会等への参加」が多い。【1-1】
- 月の最長連続勤務時間が、24時間を超える医師が、全体の1割強。【1-2】
- 宿直は月平均3.2回。1回当たりの拘束時間は平均で15.2時間(うち、実労働時間は平均5.3時間)【1-3、1-4】

【表1】労働時間の実態

(1-1) 時間外労働の主な理由(平成27年6月) n=691 「その他」の内訳



(1-2) 月の最長連続勤務時間



【表2】休日・休暇の実態

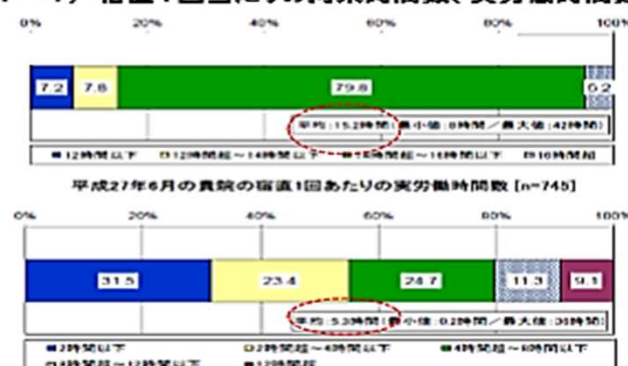
1ヶ月の休日日数(平成27年6月) 平均=5.3日 n=977

0日	1~3日	4~7日	8日	9日以上
11.4%	14.6%	47.0%	16.3%	10.7%

(1-3) 1ヶ月の宿直の回数



(1-4) 宿直1回当たりの拘束時間数、実労働時間数

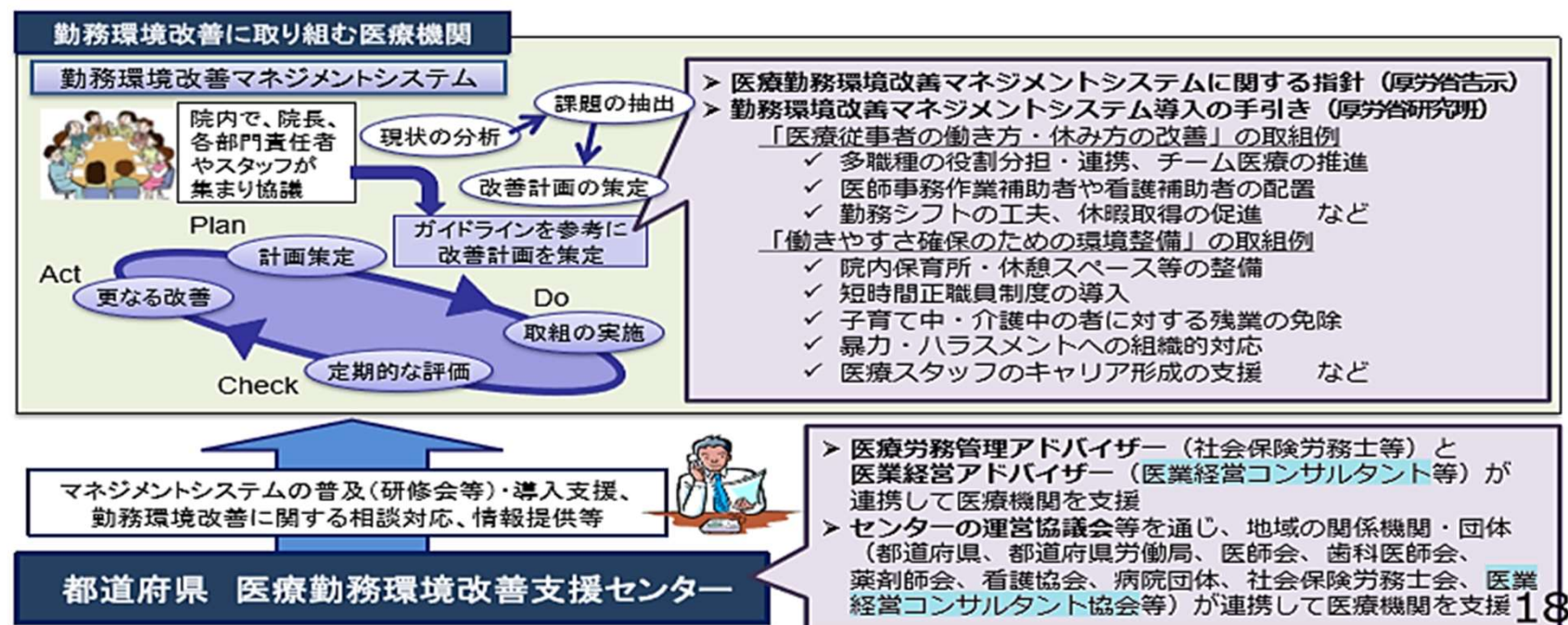


出典: 平成27年度厚生労働省医業分野の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究事業報告書

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

1.3.医療勤務環境改善支援センターの設置

○ 都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、「医療勤務環境改善支援センター」を設置し、個別の医療機関における勤務環境改善の取組を支援している。



出典：厚労省・平成29年8月第1回医師の働き方改革に関する検討会資料

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

1.4.医師の働き方改革に関する検討会中間的な論点整理を踏えた緊急対策（H30.2.27）

1. 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

☛医師の**在院時間**の客観的な把握を行う☛ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、**出退勤時間の記録**を上司が確認する等

2. 36協定等の自己点検

☛36協定の定めなく、また、36協定に定める時間数を超えて**時間外労働**をさせていないかを確認する＋医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について**自己点検**を行い、業務の必要性を踏まえ、長時間労働とならないよう、必要に応じて見直しを行う

3. 既存の産業保健の仕組みの活用

☛**既存の産業保健の仕組みの活用**を図るとともに、長時間勤務となっている**医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論**し、その上で以下4と6の対策を講じる

4. タスク・シフティング（業務の移管）の推進

☛医師の業務負担軽減のため、他職種への**タスク・シフティング**（業務の移管）を推進する☛○初療時の予診 ○検査手順の説明や入院の説明 ○薬の説明や服薬の指導 ○静脈採血 ○静脈注射 ○静脈ラインの確保 ○尿道カテーテルの留置（患者の性別を問わない） ○診断書等の代行入力 ○患者の移動の推進

5. 女性医師等に対する支援

☛医師が**出産・育児、介護等のライフイベント**で臨床に従事することやキャリア形成の継続性が阻害されないよう、各医療機関において、短時間勤務等多様で**柔軟な働き方**を推進する等きめ細やかな対策を進める

6. 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

☛各医療機関の置かれた状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組として、○**勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等の対応**を行わないこと ○**当直明けの勤務負担**の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定） ○**勤務間インターバル**や**完全休日**の設定 ○**複数主治医制**の導入に取組む

参考資料：厚生労働省医師の働き方改革に関する検討会「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

1.4.医師の働き方改革に関する検討会報告書（H31.3.29）【続編①】

医師の働き方改革に関する検討会 報告書の概要

- 医師の働き方改革に関する検討会（座長：岩村正彦東京大学大学院法学政治学研究科教授）において、医師の時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等についてとりまとめを行った（平成31年3月28日）。

1. 医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方

医師の働き方改革を進める基本認識

- 我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており危機的な状況。昼夜を問わず患者への対応を求められる仕事で、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態。
- 健康への影響や過労死の懸念、仕事と生活の調和への関心の高まり、女性医師割合の上昇等も踏まえ、改革を進める必要。
- 医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在、医師の養成のあり方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、国民の医療のかかり方等の様々な課題が存在。これらに関連する各施策と医師の働き方改革が総合的に進められるべきであり、規制内容を遵守できる条件整備の観点からも推進する必要。

医師の診療業務の特殊性

（応召義務について）

- 医療機関としては労働基準法等の関係法令を遵守した上で医師等が適切に業務遂行できる体制・環境整備を行う必要。応召義務を理由に、違法な診療指示等に従うなど、際限のない長時間労働を求められていると解することは正当ではない。

（医師の診療業務の特殊性）

- 公共性（国民の生命を守るものであり、国民の求める日常的なアクセス、質等の確保が必要）
- 不確実性（疾病発生が予見不可能である等）
- 高度の専門性（業務独占、養成に約10年要する）
- 技術革新と水準向上（新しい診断・治療法の追求と活用・普及の両方が必要）

2. 働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿

- 労働時間管理の適正化が必要。その際、宿日直許可基準における夜間に従事する業務の例示等の現代化、医師の研鑽の労働時間の取扱いについての考え方等を示す必要。
- 医師の労働時間短縮のために、医療機関のマネジメント改革（意識改革、チーム医療の推進（特定行為研修制度のパッケージ化等）、ICT等による効率化）、地域医療提供体制における機能分化・連携や医師偏在対策の推

進、上手な医療のかかり方の周知を全体として徹底して取り組んでいく必要。また、働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務環境の整備が重要。

- 個々の医療機関に対するノウハウ提供も含めた実効的な支援策、第三者の立場からの助言等が重要。
- 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会でとりまとめた方策を国が速やかに具体的施策として実行。 1

出典：医師の働き方改革に関する検討会報告書（H31.3.29 厚生労働省）より

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

1.4.医師の働き方改革に関する検討会報告書（H31.3.29）【続編②】

3. 医師の働き方に関する制度上の論点

時間外労働の上限規制の構成 ※具体的な内容はP 4・5

診療従事勤務医の時間外労働の上限水準として、脳・心臓疾患の労災認定基準を考慮した（A）水準を設定。このほかに、2つの水準を設定。

- 地域医療提供体制の確保の観点（①2024年時点ではまだ約1万人の需給ギャップが存在し、さらに医師偏在解消の目標は2036年、②医療計画に基づき改革に取り組む必要性、③医療ニーズへの影響に配慮した段階的改革の必要性）から、やむを得ず（A）水準を超えざるを得ない場合を想定し、地域医療確保暫定特例水準（（B）水準）を設定。
※「臨時的な必要がある場合」の1年あたり延長することができる時間数の上限（1,860時間）については、過重労働を懸念する声があがっており、本検討会においても、医師の健康確保や労働時間短縮を求める立場から賛同できないとの意見があった。
- 地域医療の観点から必須とされる機能を果たすためにやむなく長時間労働となる医療機関として、その機能については具体的に以下のとおり。

◆「救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの」・「政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5疾病・5事業」」双方の観点から、

- i 三次救急医療機関
- ii 二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」 かつ 「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」
- iii 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関
- iv 公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関
(例) 精神科救急に対応する医療機関（特に患者が集中するもの）、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関

以上について、時間外労働の実態も踏まえると、あわせて約1,500程度と見込まれる。

◆特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関
(例) 高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

- ①臨床研修医・専門研修中の医師の研鑽意欲に応えて一定期間集中的に知識・手技を身につけられるようにすること
②高度な技能を有する医師を育成する必要がある分野において新しい診断・治療法の活用・普及等が図られるようにすること、が必要であり、集中的技能向上水準（（C）－1水準（①に対応）、（C）－2水準（②に対応））を設定。

2

出典: 医師の働き方改革に関する検討会報告書(H31.3.29 厚生労働省)より

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

1.4.医師の働き方改革に関する検討会報告書（H31.3.29）【続編③】

B・C水準の適用の対象、手順等

(B) 水準	医療機関機能、労働時間短縮の取組等の国が定める客観的要件を踏まえ都道府県が対象医療機関を特定⇒特定された機能にかかる業務につき（A）水準超での36協定が可能に。新たに設ける「評価機能」が医療機関ごとの長時間労働の実態や取組状況の分析・評価を実施。結果を医療機関・都道府県に通知・住民に公表し、当該医療機関と地域医療提供体制の双方から労働時間短縮に向けて取り組む。
(C) - 1 水準 (研修医)	臨床研修・専門研修プログラムにおいて想定最大時間外労働（実績）を明示。これが（A）水準を超える医療機関を都道府県が特定（※超えない場合は（A）水準の適用）⇒「臨床研修・専門研修に係る業務」につき（A）水準超での36協定が可能に。医師は明示時間数を踏まえ自らプログラムを選択・応募。
(C) - 2 水準 (高度特定技能)	高度技能育成を要する分野を審査組織（※高度な医学的見地からの審査を行う）が特定。必要な設備・体制を整備している医療機関を都道府県が特定⇒「高度特定技能育成に係る業務」につき（A）水準超での36協定が可能に。医師が自由な意欲により計画を作成し、審査組織の個別承認を経たのちに実際の適用となる。

※現在、一般労働者の副業・兼業に係る労働時間管理の取扱いについては「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」において検討されている。このため、兼業（複数勤務）を行う医師に対する労働時間管理等の在り方については、改めて検討。

B・C水準の将来のあり方



4. おわりに

- とりまとめ内容の制度化・実施の際には、追加的健康確保措置が実効性をもって運用され、医師の健康を確実に担保するとともに、（B）水準の解消等に向けて労働時間短縮を着実に推進することが最重要。
- 個々の医療機関が労働時間短縮・医師の健康確保を進めた上で、労使で十分に話し合い、時間外労働について36協定を締結することが重要。さらに、地域医療確保のためにも、医療機関に対する実効的な支援等について確実に実行に移していけるよう、厚生労働省を始めとした行政の速やかな具体的対応を強く求める。
- 医師と国民が受ける医療の双方を社会全体で守っていくと強く決意する。

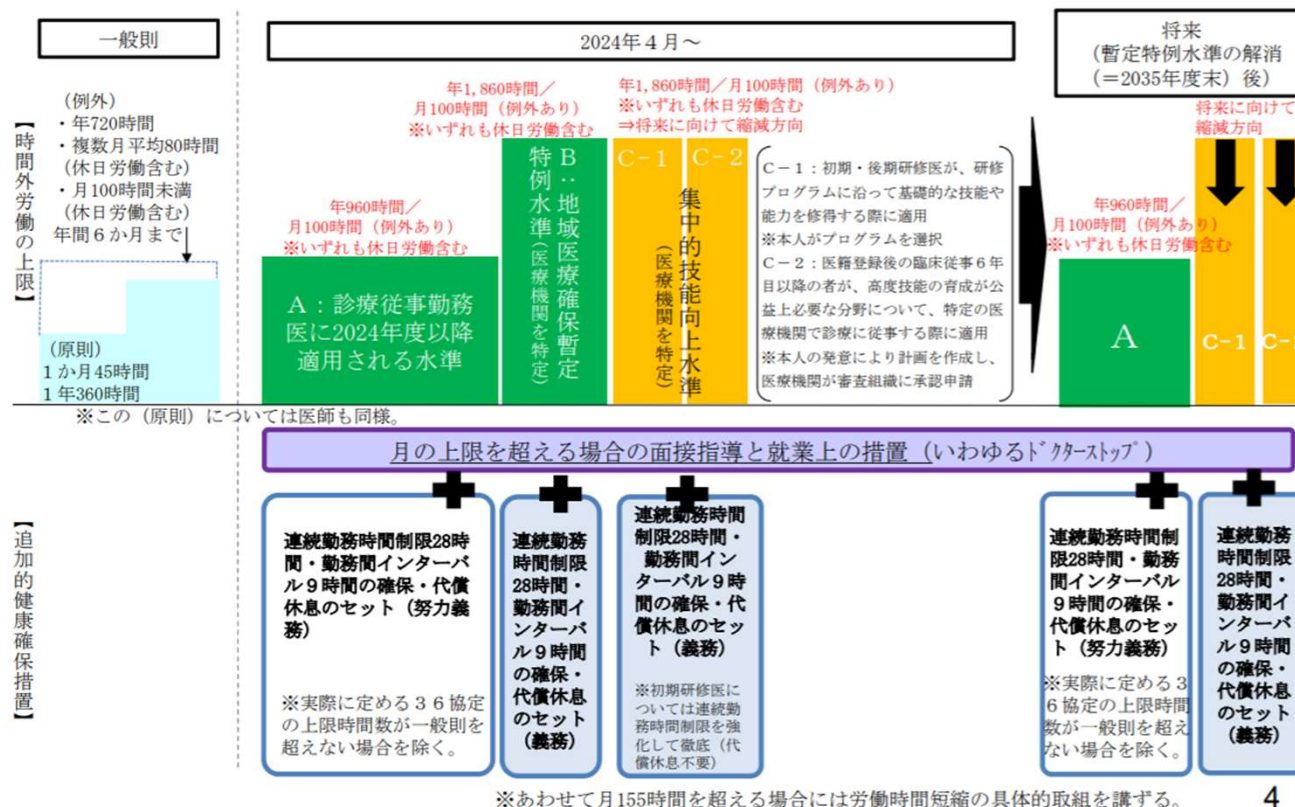
3

出典：医師の働き方改革に関する検討会報告書（H31.3.29 厚生労働省）より

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

1.4.医師の働き方改革に関する検討会報告書（H31.3.29）【続編④】

医師の時間外労働規制について①



出典: 医師の働き方改革に関する検討会報告書(H31.3.29 厚生労働省)より

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

1.4.医師の働き方改革に関する検討会報告書（H31.3.29）【続編⑤】

医師の時間外労働規制について②

		(A) 水準	(B) 水準	(C) 水準
縮36 の時間 結協 定で 上限 数	①通常の時間外労働（休日労働を含まない）	月45時間以下・年360時間以下		
	②「臨時的な必要がある場合」 （休日労働を含む）	月100時間未満（ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり）		
		年960時間以下	年1,860時間以下	
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む）	月100時間未満（例外につき同上）			
	年960時間以下	年1,860時間以下		
適正な労務管理（労働時間管理等）		一般労働者と同様の義務（労働基準法、労働安全衛生法）		
医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施		現行どおり （勤務環境改善の努力義務）	義務	
追加的 健康 確保 措置	連続勤務時間制限28時間※1（宿日直許可なしの場合）	努力義務 （②が年720時間等を超える場合のみ）	義務	
	勤務間インターバル9時間			
	面接指導（睡眠・疲労の状況の確認を含む）・必要に応じ就業上の措置（就業制限、配慮、禁止）		時間外労働が月100時間以上となる場合は義務 （月100時間以上となる前に実施※3）	

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

- 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討（36協定にも記載）。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

※1 （C）－1水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく1日ごとに確実に疲労回復させるため15時間（その後の勤務間インターバル9時間）又は24時間（同24時間）とする。

※2 長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代償休息によることも可能（C）－1水準が適用される初期研修医を除く）。

※3 時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、（A）水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、（B）・（C）水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

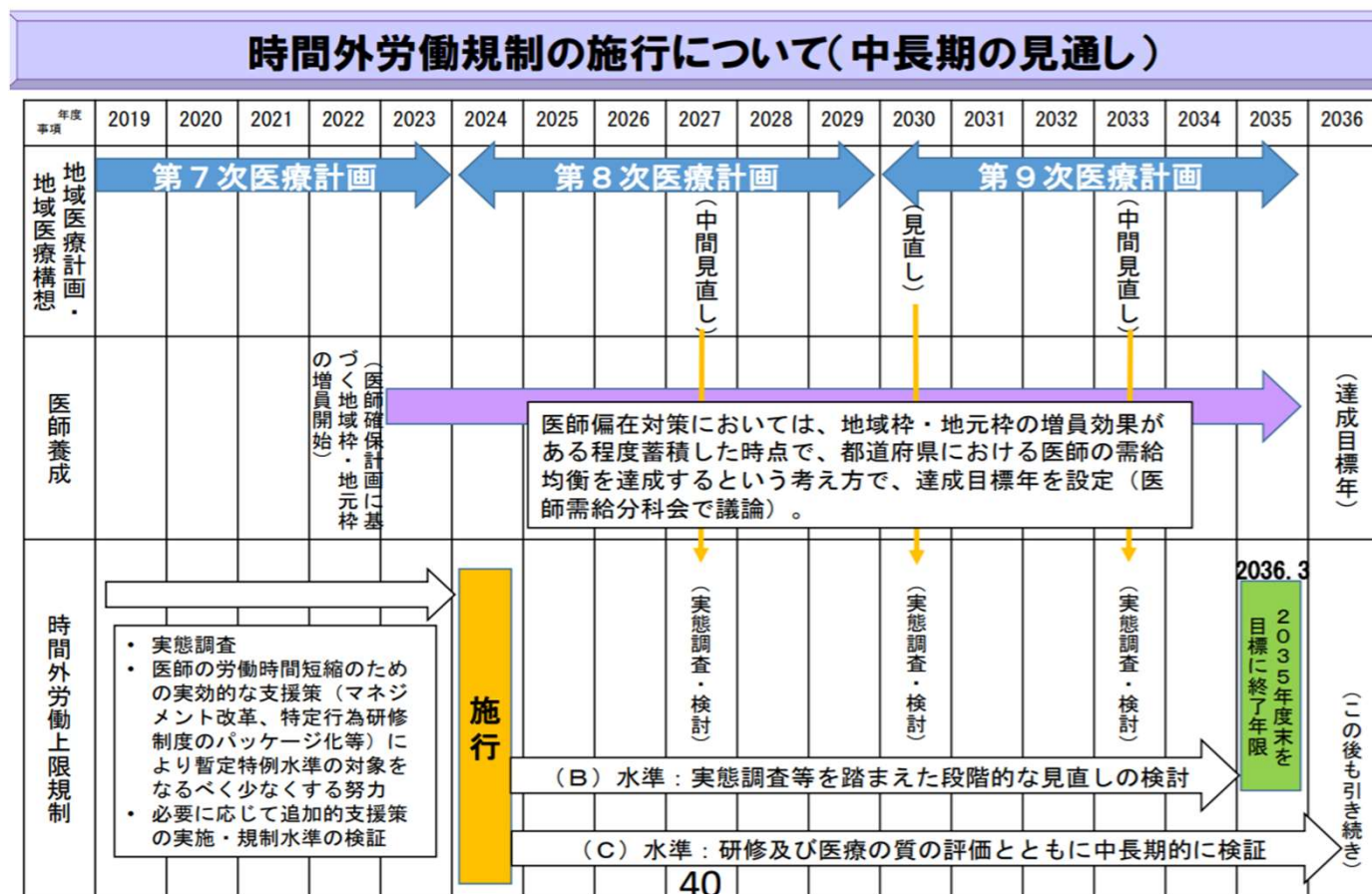
5

出典：医師の働き方改革に関する検討会報告書（H31.3.29 厚生労働省）より

All Copyright©2018Yoshikazu Onose不許転載

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

1.4.医師の働き方改革に関する検討会報告書（H31.3.29）【続編⑥】



出典：医師の働き方改革に関する検討会報告書(H31.3.29 厚生労働省)より

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

1.4.医師の働き方改革に関する検討会報告書（H31.3.29）【続編⑦】

「緊急的な取組」の徹底に向けて

- 医師の労働時間短縮に関する当面今後5年間の改革を着実に進めるためには、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の確実な実施が不可欠。特に、労働基準法等に基づく基本的な労働時間管理は、現状においても使用者の責務であるが、昨年9～10月に実施したフォローアップ調査においては、検討に着手していない医療機関が一定程度あり、義務の未実施が疑われる。
 - 「緊急的な取組」で求めた項目が未実施である病院については、2019年度中に都道府県医療勤務環境改善支援センターが全件、個別に状況確認を行い、必要な対応を求めていくこととする。
- ※ 「緊急的な取組」の実施状況も踏まえて、医師の労働時間短縮に向けたさらなる行政の支援策を検討する。

（参考）医師の労働時間短縮のための緊急的な取組 フォローアップ調査

※平成30年度厚生労働省委託事業により、平成30年9～10月にかけて調査を実施



適切な労働時間管理は使用者の責務

現行（2024年4月の上限規制適用前）であっても、36協定を締結せずに時間外労働させると法違反（6ヶ月以下の懲役又は30万円以下の罰金）

現行でも、長時間労働の医師が申し出たら使用者には面接指導を行う義務があり、対応できるよう体制整備が必要

すべての医療機関に適正な労務管理を！！

出典：医師の働き方改革に関する検討会報告書（H31.3.29 厚生労働省）より

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

1.4.医師の働き方改革に関する検討会報告書（H31.3.29）【続編⑧】

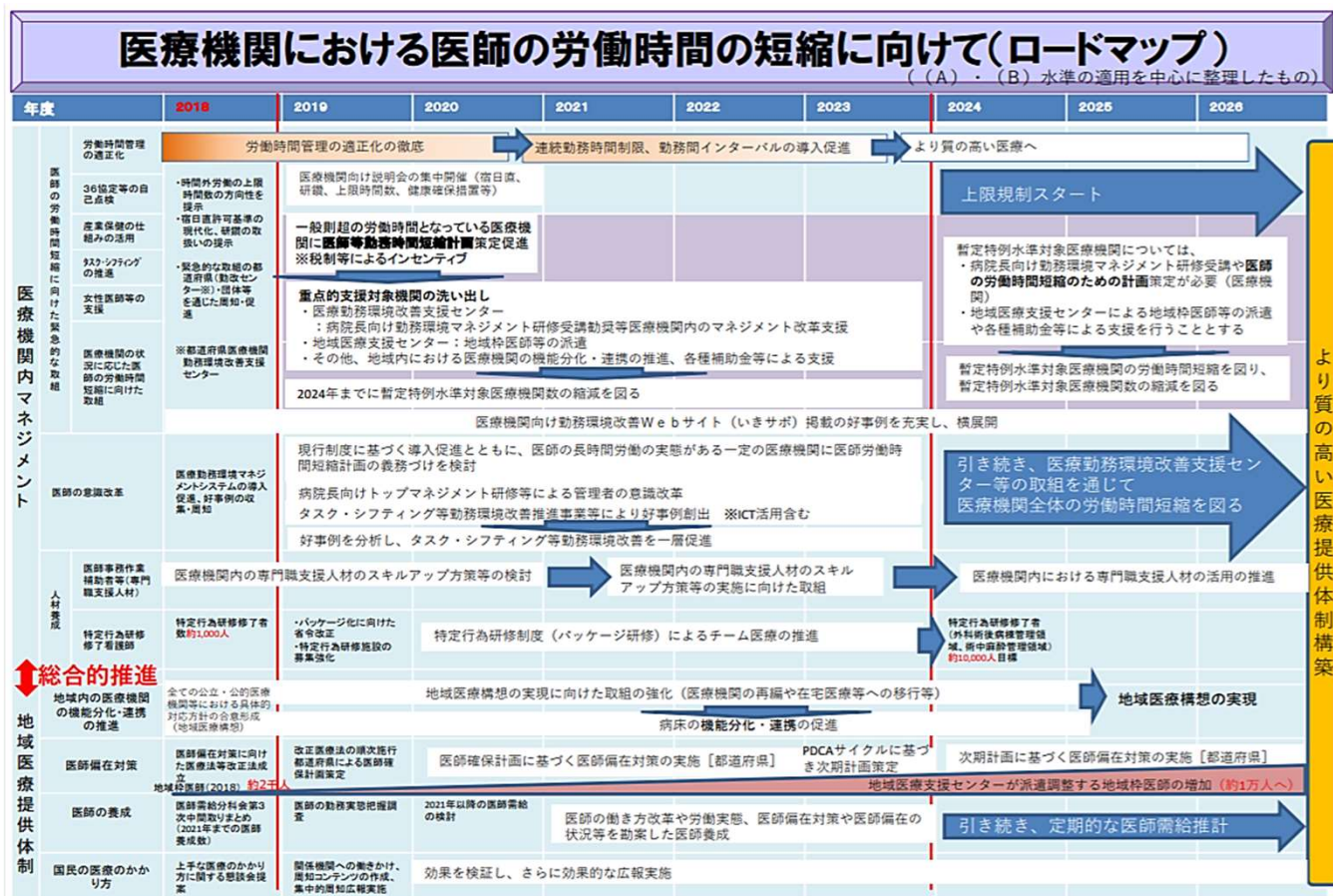
医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要		
考え方	勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要。	医療機関における経営の立場、個々の医療現場の責任者・指導者の立場の医師の主体的な取組を支援。
	医師の労働時間短縮に向けて国民の理解を適切に求める周知の具体的な枠組みについて、早急な検討が必要。	
勤務医を雇用する医療機関における取組項目 ※1～3については現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて全医療機関において着実に実施されるべき。	1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組	□ まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。 □ ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。
	2 36協定等の自己点検	□ 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。 □ 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。
	3 産業保健の仕組みの活用	□ 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応策について個別に議論する。
	4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進	□ 点滴に係る業務、診断書等の代行入力業務等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。 □ 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。
	5 女性医師等の支援	□ 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。
	6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組	□ 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。
行政の支援等	□ 厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実	

41

出典：医師の働き方改革に関する検討会報告書（H31.3.29 厚生労働省）より

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

1.4.医師の働き方改革に関する検討会報告書（H31.3.29）【続編⑨】

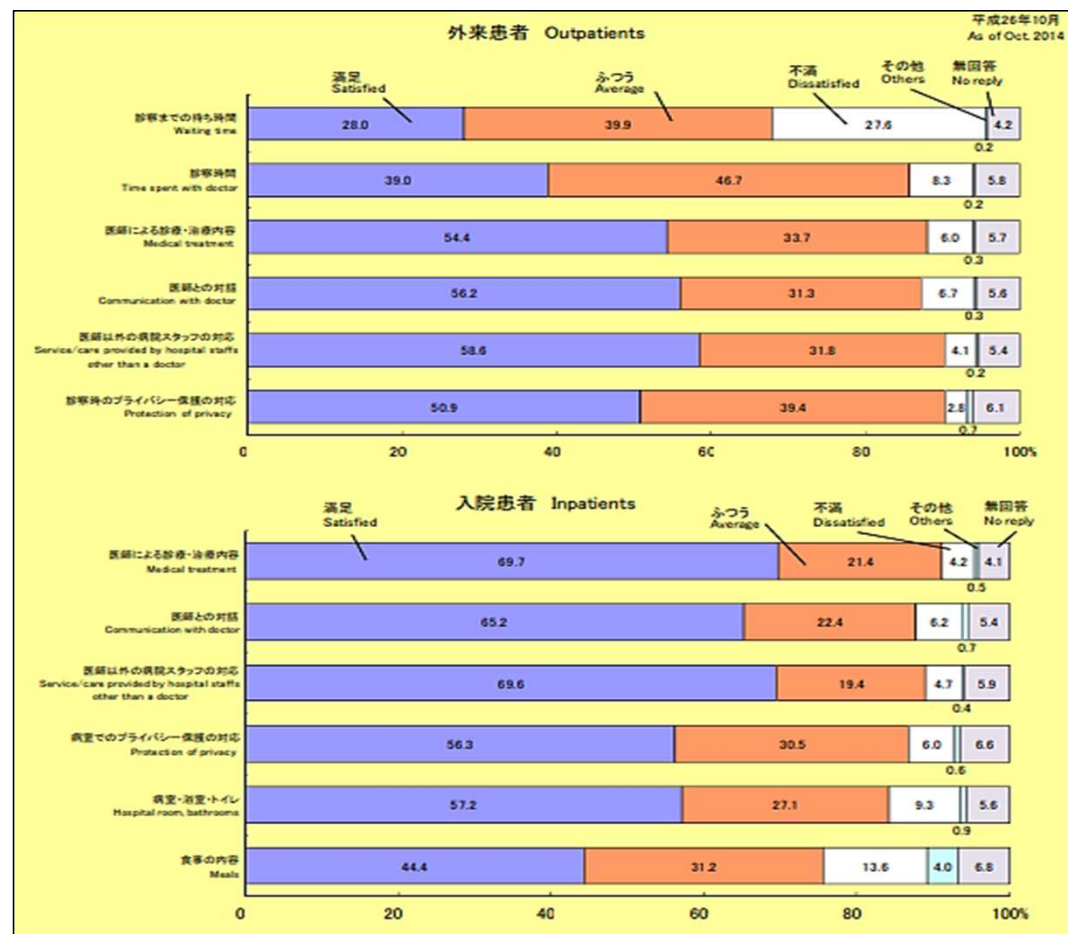


出典：医師の働き方改革に関する検討会報告書（H31.3.29 厚生労働省）より

All Copyright©2018Yoshikazu Onose不許転載

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

2.1.病院に対する外来患者及び入院患者の満足度【CS】



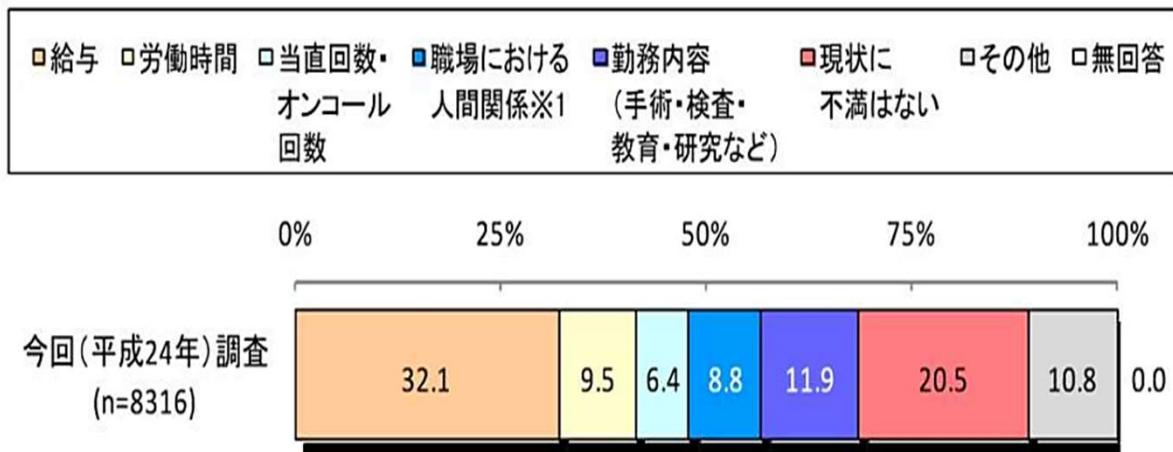
□患者調査によると、平成26年の**外来患者**の**病院満足度が高かったのは、医師以外の病院スタッフの対応58.6%、医師との対話56.2%、医師による診療・治療内容54.4%**であった。逆に**満足度が低かったのは、診療までの待ち時間27.6%、診療時間8.3%**であった。

□平成26年の**入院患者**の**病院満足度が高かったのは、医師による診療・治療内容69.7%、医師以外の病院スタッフの対応69.6%、医師との対話65.2%**であった。逆に**満足度が低かったのは、食事の内容13.6%、病室・浴室・トイレ9.3%**であった。

出典：厚生労働省「平成26年度患者調査結果」

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

2.2.病院勤務医師の満足度【CS】



※1: 前回調査は「職場における人間関係(対上司・対部下・対コメディカルなど)」
今回調査は「職場における人間関係(対上司・対部下・対メディカルスタッフなど)」

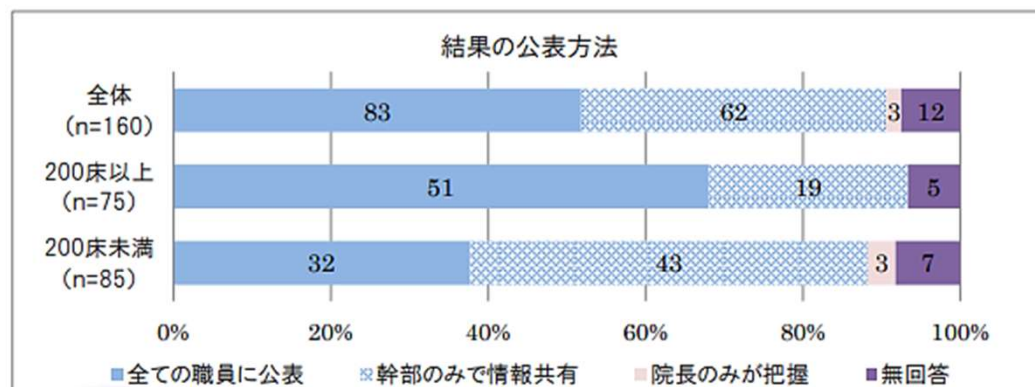
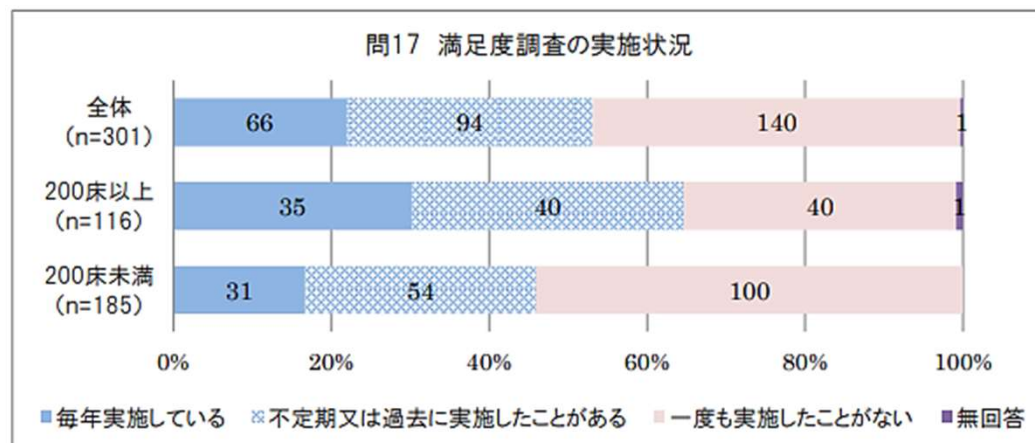
厚生労働省「医師の働き方改革検討委員会」資料によると、平成29年の**外科医師の満足度**(現状に不満はない)は**20.5%**であった。

一方、**不満要因**が高かったのは、**給与32.1%**、**勤務内容**(手術・検査・教育・研究など)**11.9%**、**労働時間9.5%**、**職場における人間関係8.8%**、**当直回数・オンコール回数6.4%**であった。

出典: 厚生労働省「医師の働き方改革検討委員会」資料

II.日本の医療をめぐる内部環境の変化

2.3.病院職員の満足度調査【CS】



□東京都福祉保健局「医療勤務環境改善に関する病院管理者(院長)意識調査結果(平成29年1月)」によると、平成28年病院職員の満足度調査の実施状況は、毎年実施している21.9%、不定期又は過去に実施したことがある31.2%、一度も実施したことがない46.5%であった。

□一方、満足度調査結果の公表は、全ての職員に公表51.8%、幹部のみで情報共有38.8%、院長のみが把握1.2%であった。

出典:東京都福祉保健局「医療勤務環境改善に関する病院管理者(院長)意識調査結果(平成29年1月)」

III.日本の医療改革のための各省 庁支援施策

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

1.1.医療等分野におけるネットワーク化推進施策【総務省】

- これまで進めてきた医療機関間の連携に加え、厚生労働省と協力し、
 - ① 医療機関と介護施設の連携（医療・介護連携に必要なデータ標準化の推進）
 - ② 医療機関と個人の連携（適切なネットワークセキュリティ、本人確認方法など遠隔医療の優良モデルの策定、遠隔医療の有効性の検証）に関する実証を行い、2020年度の「全国保健医療情報ネットワーク」本格稼働等に成果を反映。

① 医療・介護連携



課題

- 医療機関・介護施設間で情報をやりとりする際のデータ標準がない（データ項目、形式等がバラバラ）。
⇒ 効果的な施設間の連携を阻害するとともに、データ連携やシステム更新にかかるコストが高くなっている。

取組

- ・ データ流通の標準化に向けた実証を実施。
（実証成果は一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）にインプットすることを想定。）

② 遠隔医療



課題

- 遠隔診療を実施する際に必要なネットワークセキュリティや有効な本人確認等に関するモデルが存在しない。
⇒ 個別の医師の判断により遠隔医療を実施している。

取組

- ・ 安全かつ効果的な遠隔医療の実施モデルの策定及び遠隔診療の有効性（医師の業務効率化、患者の満足度向上等）の検証のための実証を実施。

□医療・介護連携の課題：医療機関・介護施設間で情報をやりとりする際のデータ標準がない（データ項目・形式等がバラバラ）⇒効果的な施設間の連携を阻害し、データ連携やシステム更新にかかるコストが高くなっている。⇒データ流通の標準化に向けた実証を実施。

□遠隔医療：遠隔医療を実施する際に必要なネットワークセキュリティや有効な本人確認等に関するモデルが存在していない⇒安全かつ効果的な遠隔医療の実施モデルの策定及び遠隔診療の有効性（医師の業務効率化、患者満足度向上等）の実証を実施。

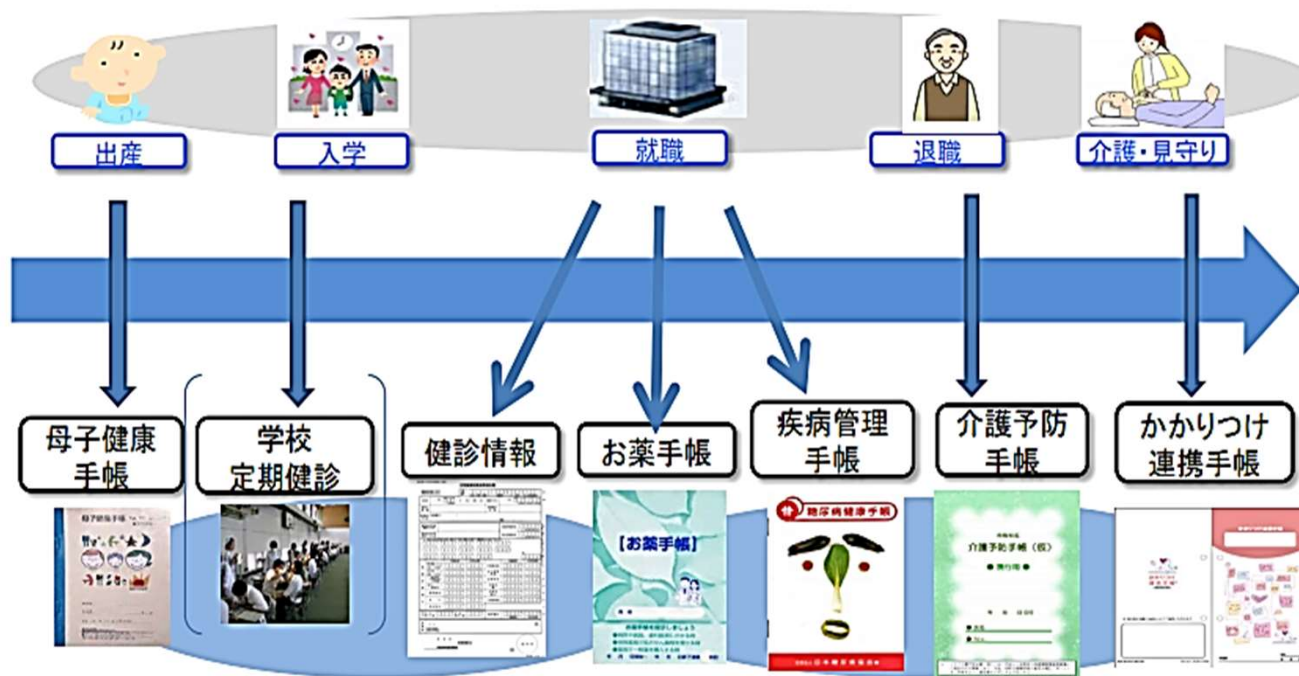
出典：総務省情報流通行政局「総務省が推進する医療ICT政策について（平成29年12月）」第5回晴やかネット研究会

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

1.2.手帳文化を活かした生涯データの活用【総務省】

- PHRアプリにより、各種手帳等に記載される個人の一生涯のデータを時系列で管理し、活用することが可能に。

PHR: Personal Health Record



□総務省は、**PHRアプリ**により、手帳文化を活かした**生涯データの時系列管理**による活用を目指す。☛
出産⇒母子健康手帳データ＋入学⇒学校定期健診＋就職(検診データ＋お薬手帳データ＋疾病管理手帳データ)＋退職⇒介護予防手帳データ＋介護・見守りデータ⇒かかりつけ連携手帳データ。

出典:総務省情報流通行政局「総務省が推進する医療ICT政策について(平成29年12月)」第5回晴やかネット研究会

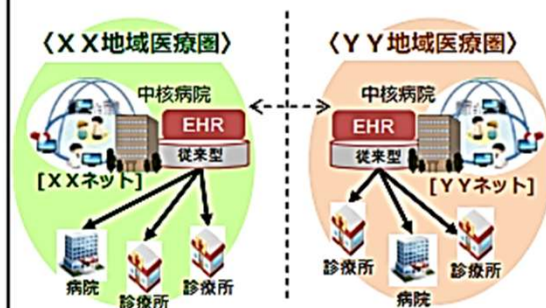
Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

1.3.地域医療ネットワーク（EHR）の高度化（H29）①【総務省】

- 全国に約250の地域医療連携ネットワーク（EHR）が存在するが、多くは一方向の情報閲覧であること、運用コストが大きいこと等から、参加施設及び患者の参加率が低く、**活用が十分進んでいない**。
- 平成28年度補正予算（20億円）を活用し、**クラウド活用型の双方向かつ低コストなEHRを整備する事業に対して補助を実施**。

EHR: Electronic Health Record

【従来型EHR】



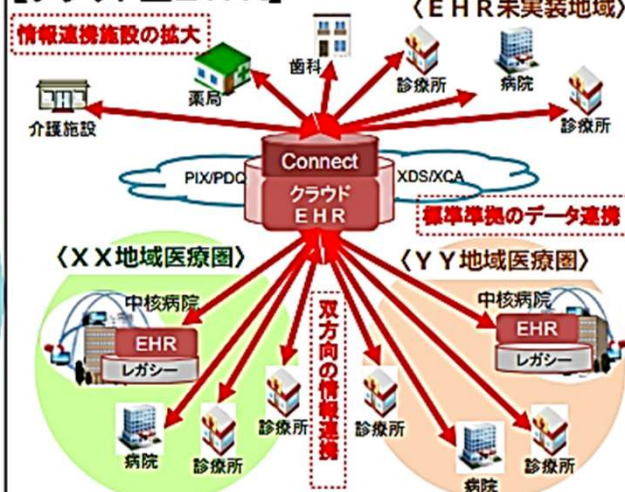
■ 一方向の情報閲覧

■ 閉じたネットワークによる重いコスト負担

■ EHRごとに異なるデータ形式

EHR高度化の支援

【クラウド型EHR】



■ 双方向の情報連携を実現

■ クラウドの活用及び標準準拠によりコストを低廉化し、データの広域利用が可能に

□総務省では、全国約250の地域医療連携ネットワークについて、平成28年度補正予算を活用し、双方向かつ低コスト**クラウド活用型EHR構築**を支援している。

□クラウド型EHRの構築により、
①**双方向**の情報連携が実現され、
②**クラウド活用**及び**標準準拠**により**コストの低廉化**と**データの広域利用**が可能になる。

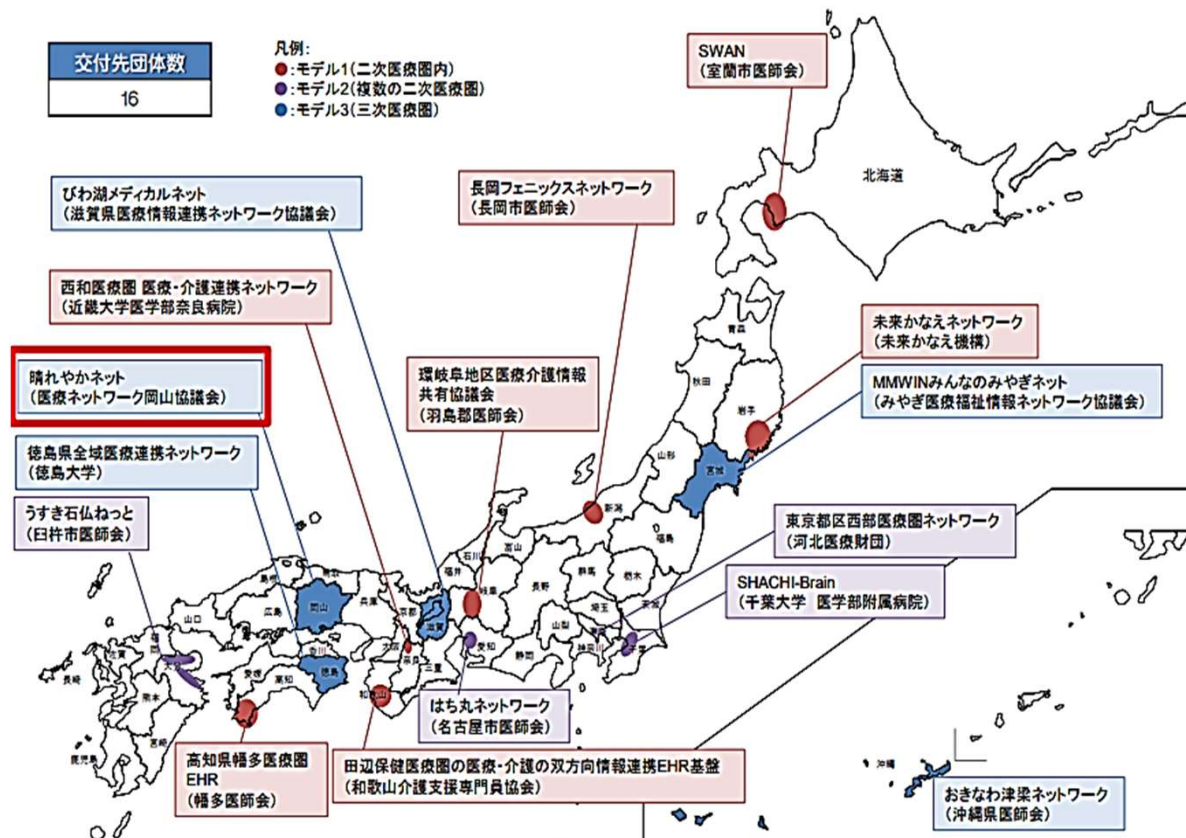
出典：総務省情報流通行政局「総務省が推進する医療ICT政策について（平成29年12月）」第5回晴やかネット研究会

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

1.3.地域医療ネットワーク（EHR）の高度化（H29）②【総務省】

クラウド型EHR高度化事業（H28補正） 交付先一覧

10



□総務省「クラウド型EHR高度化事業（H28補正）」の支援先は、モデル1(二次医療圏内)では、①北海道「SWAN」、②岩手県「未来かなえネットワーク」、③新潟県「長岡フェニックスネットワーク」、④岐阜県「環岐阜地区医療介護情報共有情報協議会」、⑤奈良県「西和医療圏医療・介護連携ネットワーク」、⑥和歌山県「田辺保健医療圏の医療・介護の双方向情報連携EHR基盤」、⑦高知県「高知県幡多医療圏EHR」の7件。

□モデル2(複数の二次医療圏)では、⑧千葉県「SHACHI-Brain」、⑨東京都「東京都区西部医療圏ネットワーク(仮)」、⑩愛知県「はち丸ネットワーク」、⑪大分県「うすき石仏ネット」の4件。

□モデル3(三次医療圏)では、⑫宮城県「MMWINみんなのみやぎネット」、⑬滋賀県「琵琶湖メディカルネット」、⑭岡山県「医療ネットワーク岡山」、⑮徳島県「徳島県全域医療連携ネットワーク(仮)」、⑯沖縄県「おきなわ津梁ネットワーク」の5件。

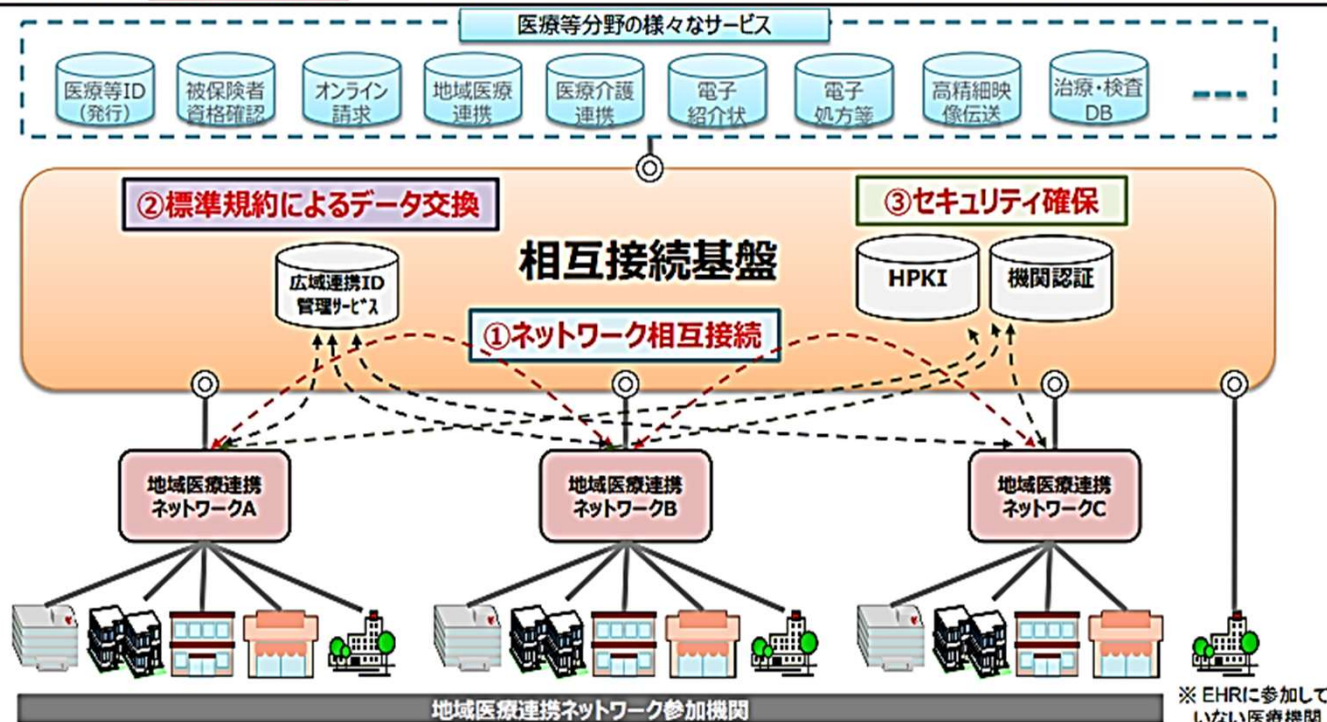
出典:総務省情報流通行政局「総務省が推進する医療ICT政策について（平成29年12月）」第5回晴やかネット研究会

All Copyright©2018Yoshikazu Onose不許転載

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

1.4.医療等分野の相互接続基盤の在り方に関する実証①【総務省】

- ・ **全国のエHRを相互に接続**する基盤の構築に向けた検証を行い、2020年の「全国保健医療情報ネットワーク」構築につなげる。
- ・ 今年度、厚生労働省と連携して実証事業（H28補正 8億円）を実施。「①**ネットワークの相互接続**」、共通ルールに基づき患者情報を流通させるための「②**標準規約によるデータ交換**」、安全な通信を実現するための「③**セキュリティ確保**」について検討し、実運用フェーズに移行するための運用ルール等を策定。



出典：総務省情報流通行政局「総務省が推進する医療ICT政策について（平成29年12月）」第5回晴やかネット研究会

All Copyright©2018Yoshikazu Onose不許転載

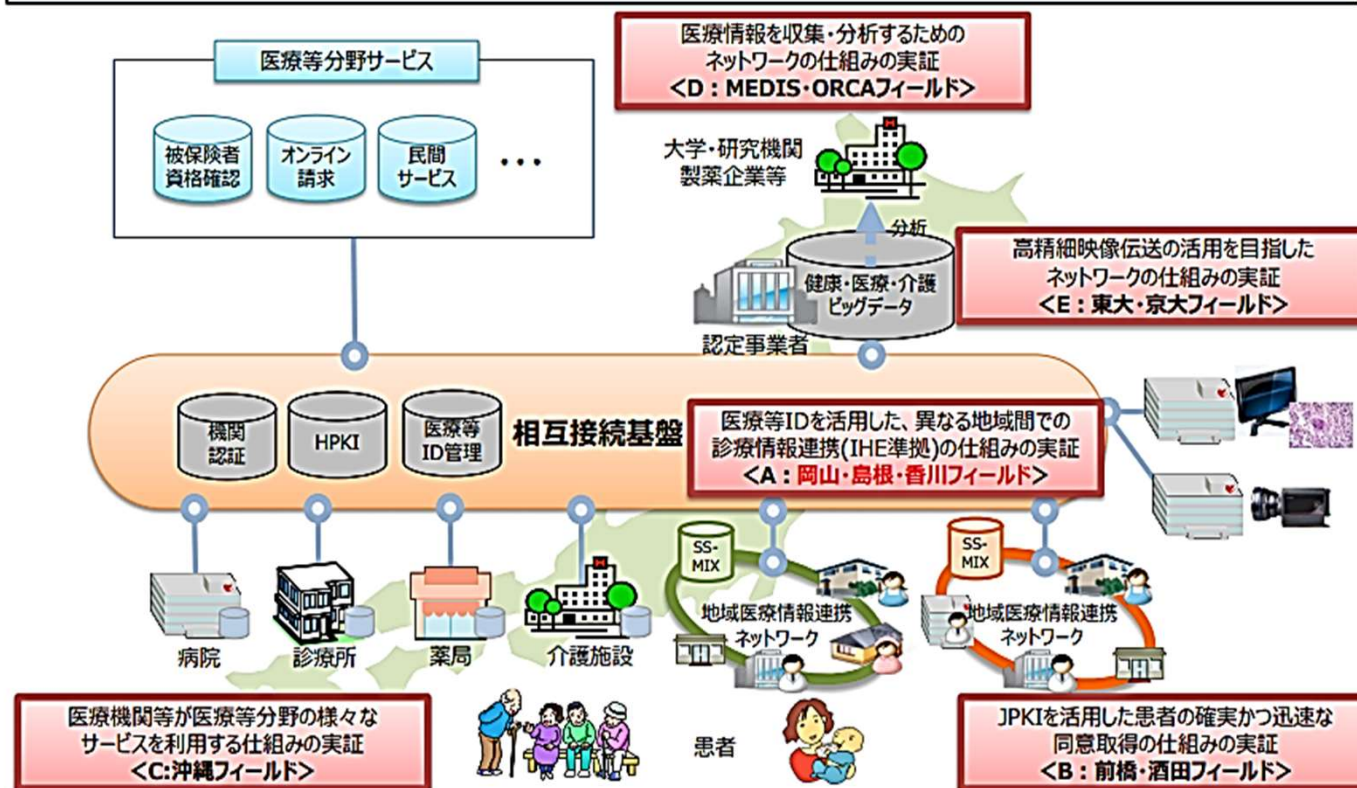
□総務省＋厚生労働省との連携により、**全国EHR基盤の実証事業**（H28補正8億円）を実施し、2020年「**全国保健医療情報ネットワーク**」構築を目指す。

□実証事業では、①**ネットワークの相互接続**、②**標準規約によるデータ交換**（広域連携ID管理サービス）、③**セキュリティ確保**（HPKI＋機関認証）について検討し、実運用フェーズに移行するための運用ルール等の策定を目指す。

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

1.4.医療等分野の相互接続基盤の在り方に関する実証②【総務省】

- 5つの実証フィールドにおいて、地域を越えた診療情報連携、医療等分野共通サービスの利用、8K等高精細映像伝送のあり方等について、技術面・運用面での課題を検証し、実運用に向けた環境整備を実施。



□総務省＋厚生労働省の「**医療等分野の相互接続基盤の在り方に関する実証事業**」では、全国5つの実証フィールドにおいて、**技術面・運用面での課題検証**により**実運用に向けた環境整備**を実施。

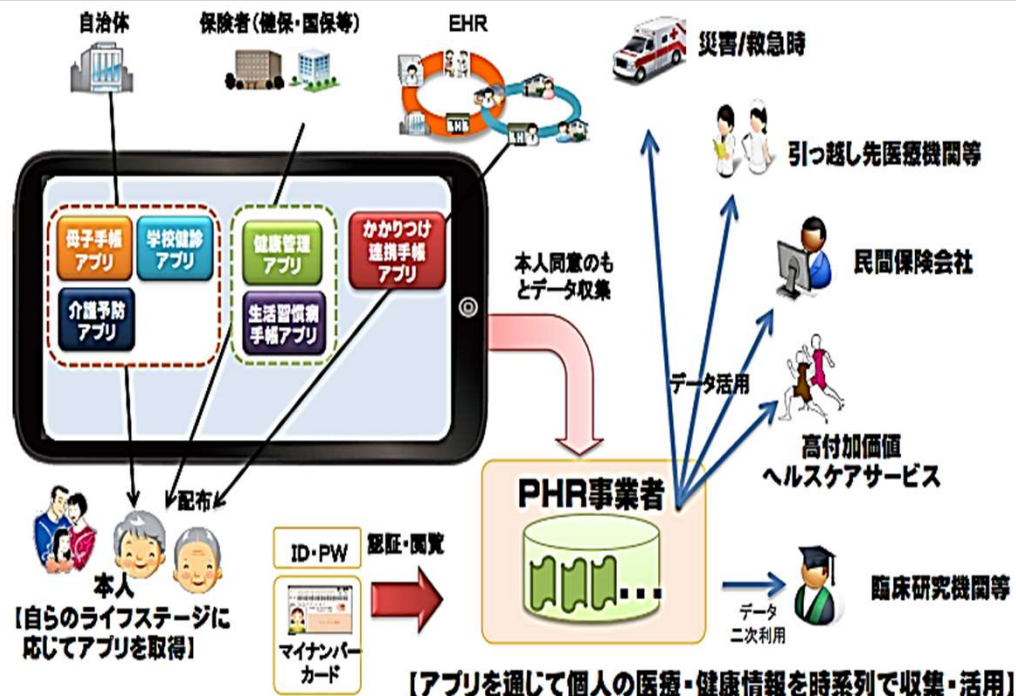
□**A: 岡山・島根・香川**⇨異なる地域間での診療情報連携(IHE準拠)の仕組み実証、**B: 前橋・酒田**⇨JPKIを活用した患者の確実かつ迅速な同意取得の仕組みの実証、**C: 沖縄**⇨医療機関等医療分野の様々なサービスを資料する仕組みの実証＋**D: MEDIS・ORCA**⇨医療情報を収集・分析するためのネットワークの仕組みの実証＋**E: 東大・京大**⇨高精細映像伝送の活用を目指したネットワークの仕組みの実証を目指す。

出典:総務省情報流通行政局「総務省が推進する医療ICT政策について(平成29年12月)」第5回晴やかネット研究会

III.日本の医療改革のための各省庁支援施策

1.5.PHRサービスモデルの構築【総務省】

- 近年、クラウドやモバイル（スマートフォン）の普及とあいまって、個人の医療・介護・健康データであるPHRを**本人の同意の下で様々なサービスに活用**することが可能になってきている。
- 平成28年度から、①妊娠・出産・子育て支援、②疾病・介護予防、③生活習慣病重症化予防、④医療・介護連携にかかる**新たなサービスモデルの開発**及びサービス横断的にデータを管理・活用できる**連携基盤（プラットフォーム）の開発**を実施中。
〔予算額 H28当初：3億円、H28補正：6億円、H29当初：1億円〕



出典：総務省情報流通行政局「総務省が推進する医療ICT政策について（平成29年12月）」第5回晴やかネット研究会

PHRサービスモデルの開発 一覧

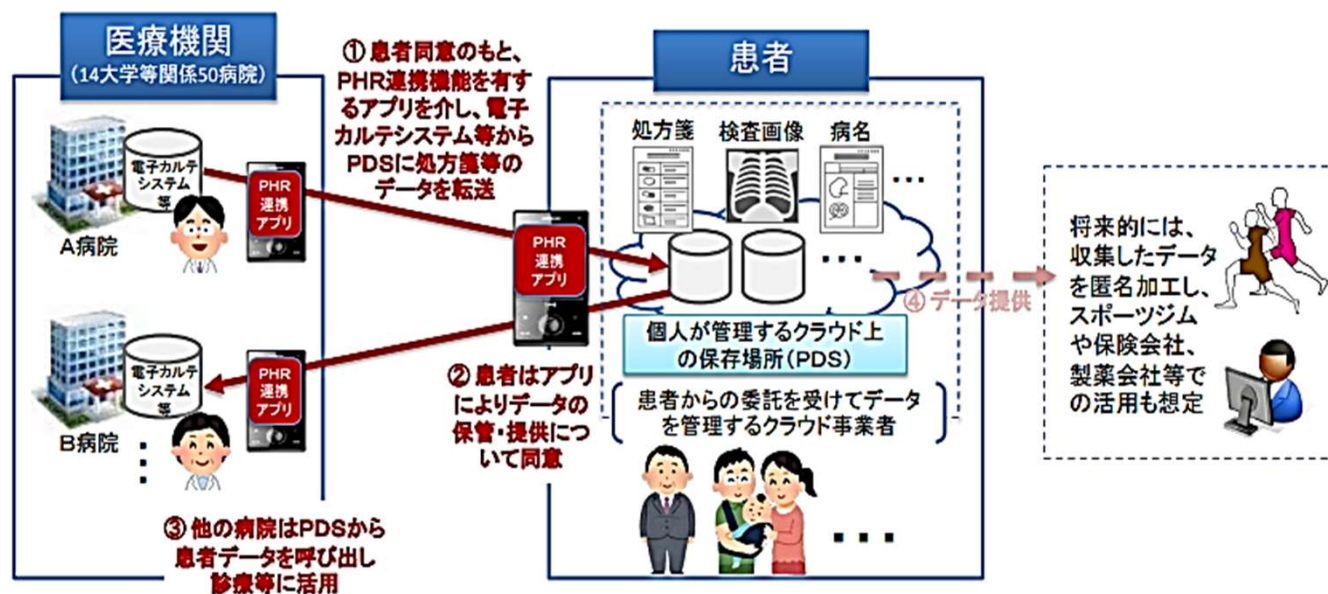
【H28～H30 AMED事業】

テーマ	サービスモデル概要【フィールド（チーム）】
① 妊娠・出産・子育て支援PHRモデル	○ 自治体保有の乳幼児検診、予防接種に関するデータ、産科医院の妊婦健診に関するデータ、お薬手帳のデータ、妊婦本人のバイタルデータ等をPHRとして収集し、関係者で共有、活用することで、 母子への効果的な健康支援、迅速な救急医療の実現、データ二次利用による疾病予防研究への活用 を実現。 【前橋市（前橋工科大学、TOPIC）】
② 疾病・介護予防PHRモデル	○ 自治体保有の介護保険に関するデータと健康診断データ、個人のバイタルデータ等のPHRをもとに 個人の介護リスクスコアを評価し、個人・地域の状況に応じた適切な介護予防サービス を実現。 【神戸市、名古屋市（千葉大学、NTT東日本）】
③ 生活習慣病重症化予防PHRモデル	○ 病院・診療所や検査センターから取得する診察・検査データ、薬局から取得する調剤データ、保険者から取得する健診データや、本人が着用するウェアラブル端末等から取得するバイタルデータ等のPHRを、 疾病管理事業者による人的サービスと組み合わせて糖尿病の重症化予防 を実現。 【西宮市、多久市（医療情報システム開発センター）】
④ 医療・介護連携PHRモデル	○ 日本医師会の推進する「かかりつけ連携手帳」を電子化し、医療機関、訪問看護・介護施設の情報、個人の血圧・体温等のデータをPHRとして 本人のスマホに保存、転居先や避難先で提示・活用し、診療や介護サービスの適切な提供 を実現。 ○ 蓄積したデータを本人の承諾のもとヘルスケアサービスや臨床研究に提供する方法についても検討。 【大月市（山梨大学、日本医師会ORCA管理機構）】

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

1.6.個人の端末やPDSを活用したPHRプラットフォームモデル研究（H29～30AMED）【総務省】

- ある医療機関が保有する**処方箋や検査画像等の診療データ**を、個人が管理するクラウド上の保存場所（**PDS: Personal Data Store**）を介して、**他の医療機関における診療等に活用**。
- 14大学等（※）関係の50医療機関の参加のもと、脳・心卒中領域を中心に、低廉かつ安全に**患者のスマホに診療データを戻すこと**で、**医療機関同士のシステム連携の有無に関わらずデータを共有**。



□総務省「個人の端末やPDSを活用したPHRプラットフォームモデル研究(H29~30AMED)」では、医療機関が保有する**処方箋や検査画像等の診療データ**について、①**患者同意**のもと、PHR連携機能を有するアプリを介し、電子カルテシステム等から**PDS**(個人が管理するクラウド上の保存場所)に**データ転送**＋②アプリによりデータの保管・提供について**患者同意**＋③**他の病院はPDSから患者データ**を呼び出し**診療等に活用**を目指す。

□脳・心卒中領域を中心に、低廉かつ安全に患者のスマホに診療データを戻すことで、医療機関同士のシステム連携の有無に関わらず**データ共有**を研究。14大学等関係の50医療機関の参加。

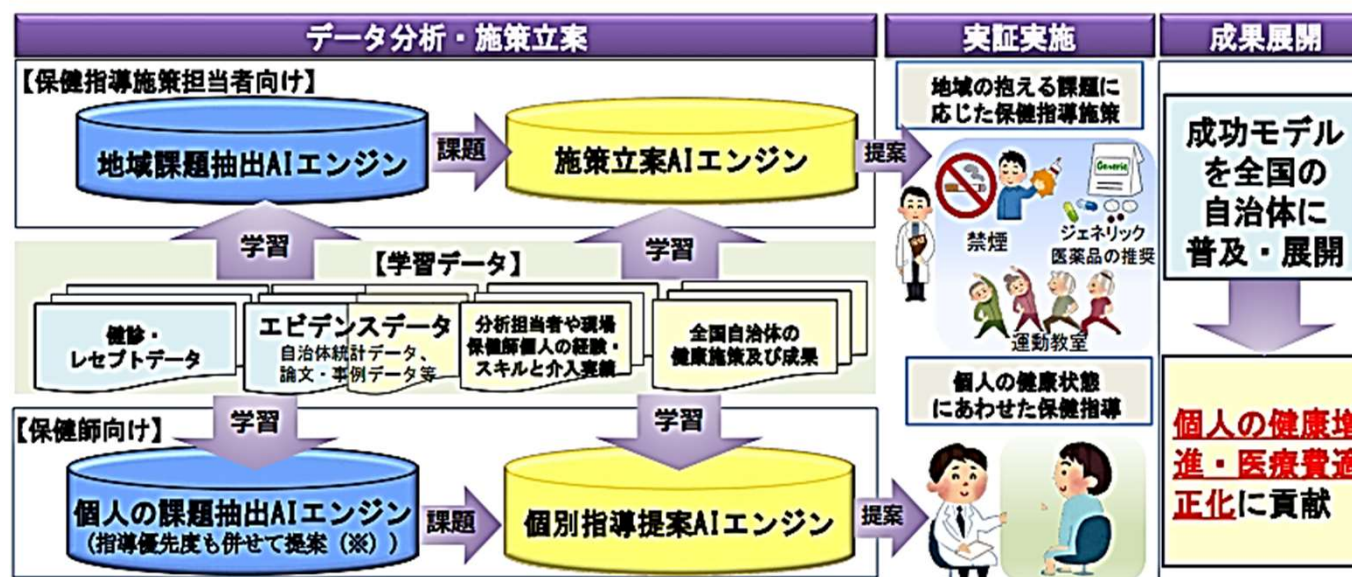
※ 旭川医科大学、北海道大学、岩手県立中央病院、筑波大学、東京慈恵会医科大学、金沢大学、藤田保健衛生大学、大阪市立大学、国立循環器病研究センター、兵庫医科大学、広島大学、徳島大学、福岡大学、佐賀大学

出典:総務省情報流通行政局「総務省が推進する医療ICT政策について(平成29年12月)」第5回晴やかネット研究会

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

1.7.自治体に蓄積されている健診データ等の医療応用モデル開発【総務省】

- 自治体に蓄積されている健診・レセプトデータ、事例データ及びエビデンスデータ等を収集し、人工知能(AI)による解析を行うことで、① 地域が抱える課題に応じ、適切な保健指導施策の提案を行うシステム【自治体の保健指導施策担当者向け】及び② 個人の健康課題に応じ、適切な保健指導を立案できるシステム【保健師向け】の2つのモデルの開発を実施。
- 複数の自治体で実装することにより、健康寿命延伸及び医療適正化の成功モデルを構築、全国への普及展開を目指す。
【事業期間：H29～H31】



（※）呉市後期高齢者医療制度の医療費分析結果では、人口の20%が医療費の75%を占めていることが分かった。

出典：総務省情報流通行政局「総務省が推進する医療ICT政策について（平成29年12月）」第5回晴やかネット研究会

□総務省「自治体に蓄積されている健診データ等の医療応用モデル開発」では、自治体に蓄積されている健診・レセプトデータ、事例データ及びエビデンスデータ等を収集し、AIにより解析を行うことで医療応用のモデル開発。①地域が抱える課題に応じ、適切な保健指導施策の提供を行うシステム（自治体の保健指導施策担当者向け）＋②個人の健康課題に応じ、適切な保健指導を立案できるシステム（保健師向け）の開発⇒健康寿命延伸＋医療適正化の成功モデルの構築と全国展開を目指す。

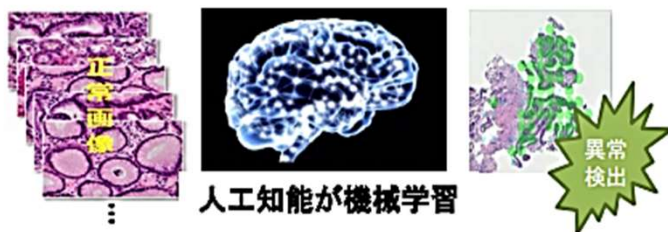
Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

1.8K等高精細映像技術の医療応用【総務省】

<8K内視鏡開発>



<診断支援システムの開発>



■ 8K内視鏡（硬性鏡）の開発や、8K等高精細映像データ及びAIによる診断支援システムを開発するための実証研究を実施

<遠隔医療、病理診断等の実証研究>



<居宅内>



■ 8K等高精細映像データを活用した遠隔医療や病理診断、TVやIoTセンサを活用した遠隔在宅医療等の実証研究を実施

□総務省「8K等高精細映像技術の医療の医療応用」では、8K内視鏡開発、診断支援システムの開発、遠隔医療・病理診断等の実証県境による医療応用➡①8K内視鏡開発、②AIによる診断支援システムの開発のための実証研究＋③8K等高精細映像データを活用した医療・病理診断＋④TV・IoTセンサを活用した遠隔在宅医療等の実証研究を実施。

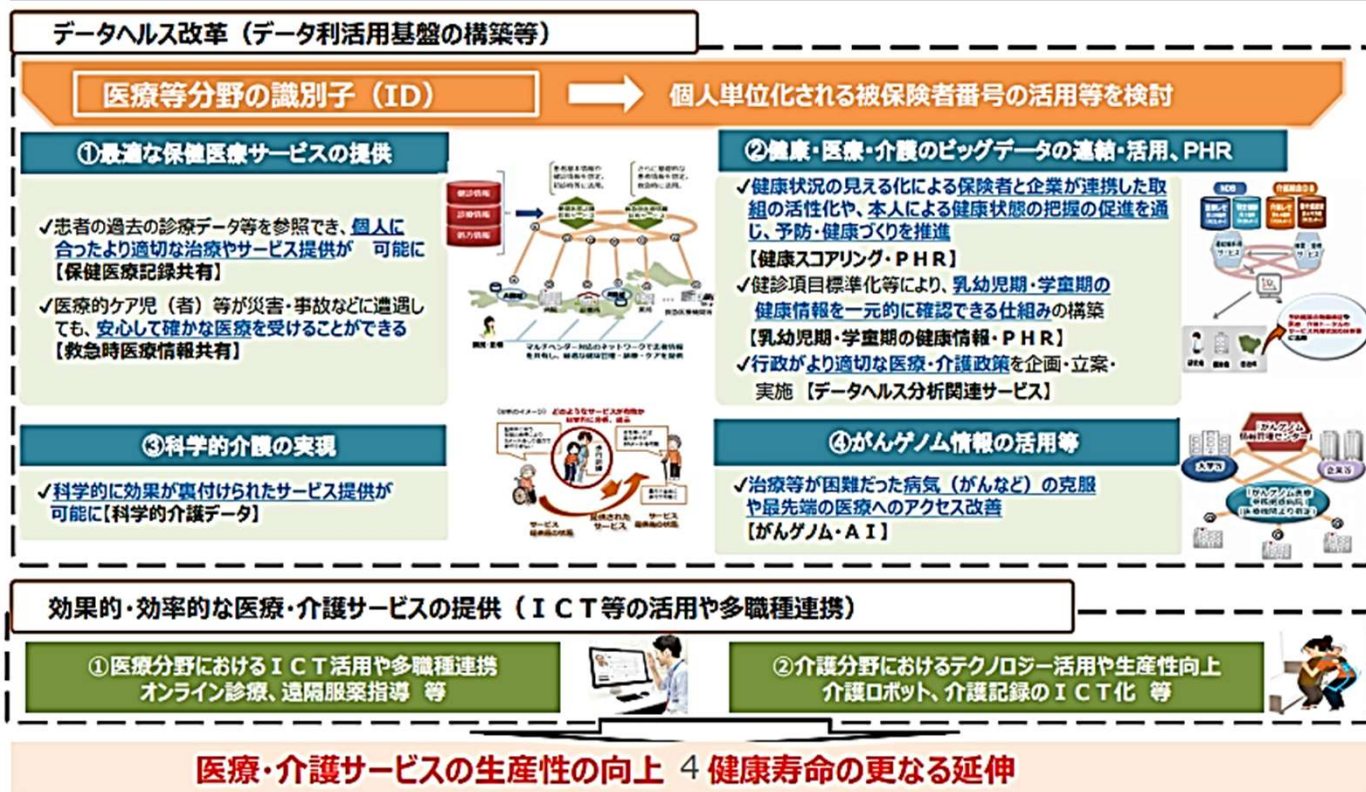
出典：総務省情報流通行政局「総務省が推進する医療ICT政策について（平成29年12月）」第5回晴やかネット研究会

All Copyright©2018Yoshikazu Onose不許転載

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

2.1.次世代ヘルスケア・システムの構築に向けた取組み（全体像）【厚生労働省】

- 人生100年時代を見据えると、ビッグデータの活用等により、質の高いヘルスケアサービスを効率的に提供することが重要。
- これにより、医療・介護サービスの生産性の向上が図られるほか、国民の健康寿命の延伸につながると考えられる。

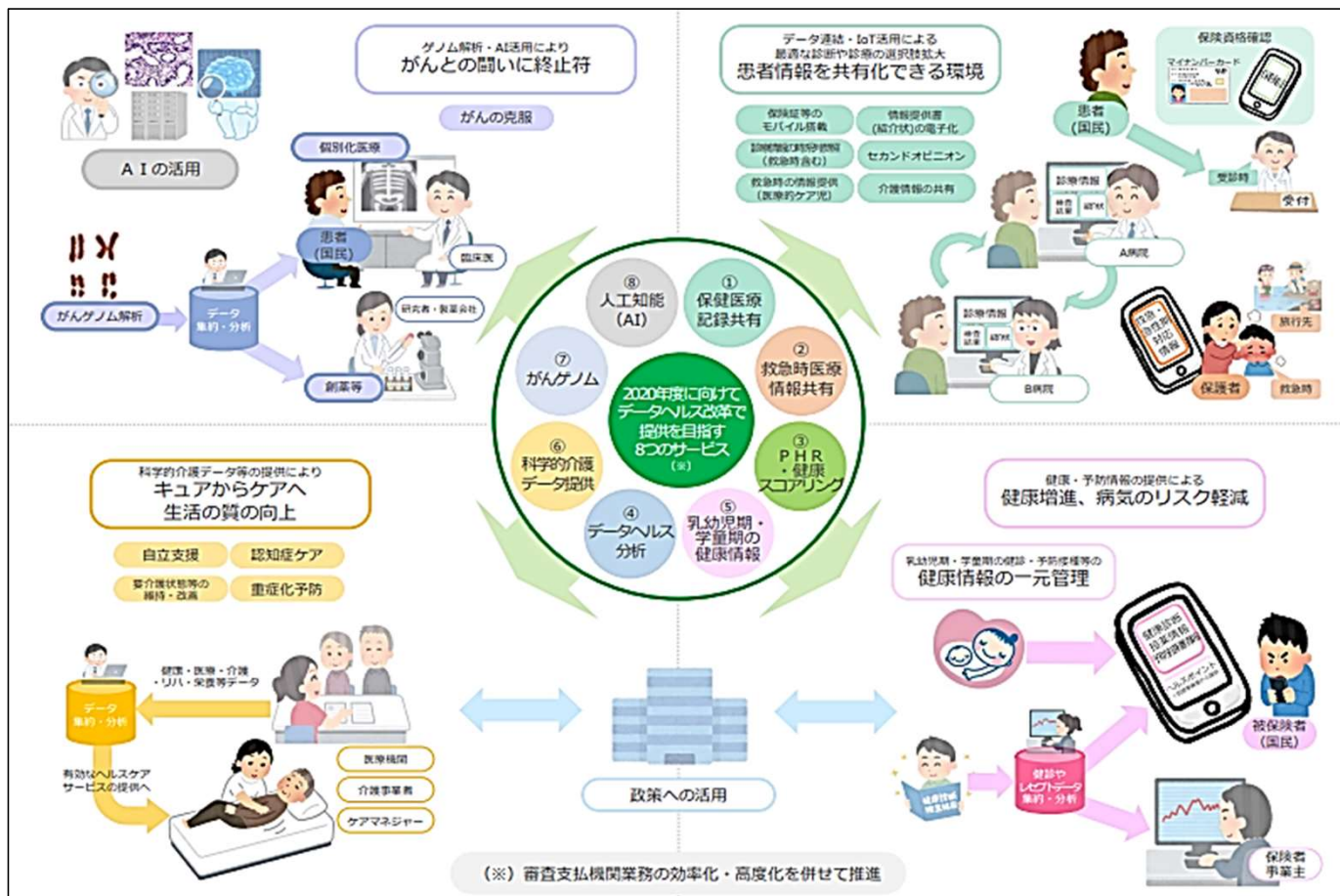


□厚生労働省「**次世代ヘルスケア・システムの構築**」では、人生100年時代を見据えたビッグデータ活用と質の高いヘルスケアサービスの効率的提供に取り組む⇒1) **データヘルス改革（データ活用基盤の構築＝医療等分野の識別子IDの活用等）**➡①**最適な保健医療サービスの提供、②健康・医療・介護のビッグデータの連結・活用、PHR、③科学的介護の実現、④がんゲノム情報の活用等の検討**＋2) **効果的・効率的な医療・介護サービスの提供**➡①**医療分野におけるICT活用や多職種連携、オンライン診療、遠隔服薬指導等**＋②**介護分野におけるテクノロジー活用や生産性向上、介護ロボット、介護記録のICT化等**⇒**医療・介護サービスの生産性の向上＋健康寿命の更なる延伸**

出典：厚生労働省「次世代ヘルスケア・システムの構築に向けた厚生労働省の取組について」（平成30年5月17日）

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

2.2.健康寿命延伸に向けたデータヘルス改革【厚生労働省】



厚生労働省「健康寿命延伸に向けたデータヘルス改革」では、2020年度に向けて提供を目指す8サービス➡①保健医療記録共有＋②救急時医療情報共有＋③P・HR・健康スコアリング＋④乳幼児期・学童期健康情報＋⑤データヘルス分析＋⑥科学的介護データ提供＋⑦がんゲノム＋⑧人工知能(AI)⇒1)AI活用によるがんとの闘いに終止符＋2)患者情報を共有化できる環境＋3)キュアからケアへ＋4)健康情報の一元管理による健康増進、病気リスク軽減等を目指す。

出典:厚生労働省ホームページ

III.日本の医療改革のための各省庁支援施策

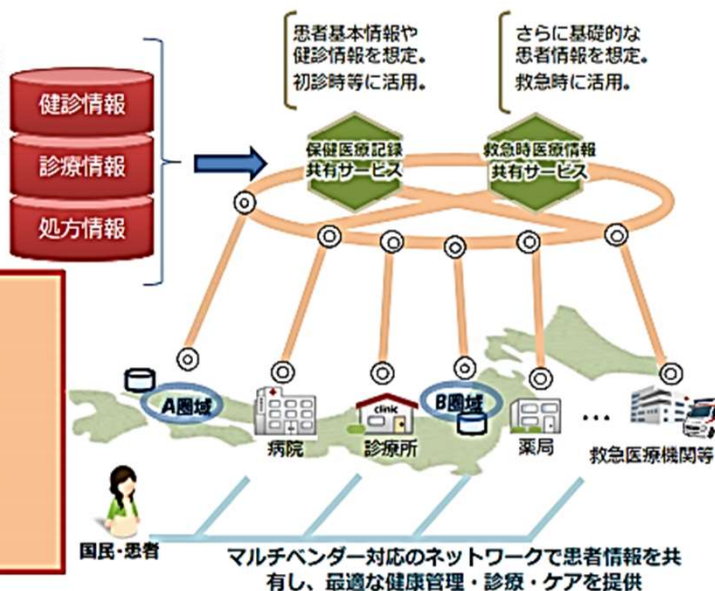
2.3.データヘルス改革で実現を目指すサービス（保健医療記録共有、救急時医療情報共有）【厚生労働省】

課題

・個人の健診・診療に関する情報が、医療機関等に分散して管理されており共有ができず、個人の病状や投薬歴等の診療に必要な基本的な情報をその都度把握し直さなければならない。

データヘルス改革で実現を目指すサービス

- ・全国的な保健医療ネットワークを整備し、
 - 患者同意を前提として、初診時等に、医療関係者が患者の過去の健診・診療・処方情報等を共有できるサービス
 - 医療的ケア児（者）等の救急時や予想外の災害、事故に遭遇した際に、医療関係者が、迅速に必要な患者情報を共有できるサービスの提供を目指す。



スケジュール

2017年度 (平成29年度)	2018年度 (平成30年度)	2019年度 (平成31年度)	2020年度 (平成32年度)
実証事業等を開始 検討会での議論	夏目途に工程表の提示 (医療的ケア児等については、全国 規模のサービス実施体制を整備)	本格稼働に向けての準備	本格稼働

平成30年度予算 6.5億円

- ・全国保健医療情報ネットワークのセキュリティ対策に係る調査、実証、要件定義やガイドライン策定等
- ・保健医療記録共有サービスの本格稼働に向けた課題の検討や実証
- ・医療的ケア児等の医療情報を共有するための全国規模のサービス実施体制の整備 5

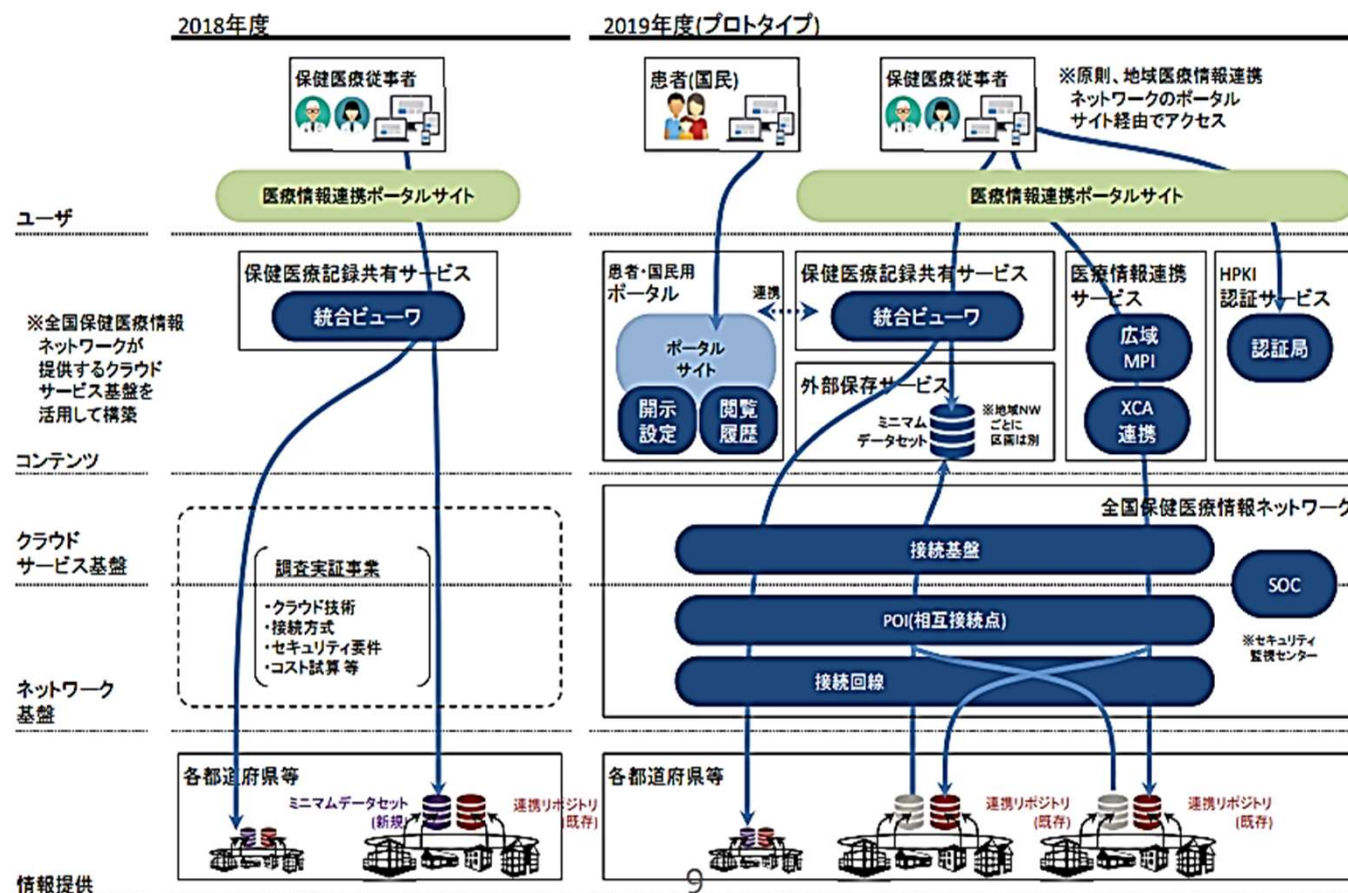
厚生労働省「**データヘルス改革**」では、2020年まで個人の健診・診療データの医療機関分散管理による共有できていない課題解決を目指す。全国的な保健医療ネットワークの構築により、①**患者同意を前提として、初診時等に、医療関係者が患者の過去の健診・診療・処方情報等の共有サービス**＋②**医療的ケア児（者）等の救急時や予想外の災害、事故に遭遇した際に、医療関係者が、迅速に必要な患者情報の共有サービスの提供**を目指す⇒ 1) A全国保健医療情報ネットワークの**セキュリティ対策に係る調査、実証、要件定義やガイドライン策定等**＋2) 保健医療記録共有サービスの**本格稼働に向けた課題の検討や実証**＋3) 医療的ケア児等の医療情報を共有するための**全国規模のサービス実施体制の整備**を目指す。 50

出典：厚生労働省「厚生労働省におけるデータヘルス改革（医療分野における情報連携関係）」（平成30年6月1日）

All Copyright©2018Yoshikazu Onose不許転載

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

2.4.全国保健医療情報ネットワーク、保健医療記録共有サービスの展開計画案（検討中）①【厚生労働省】



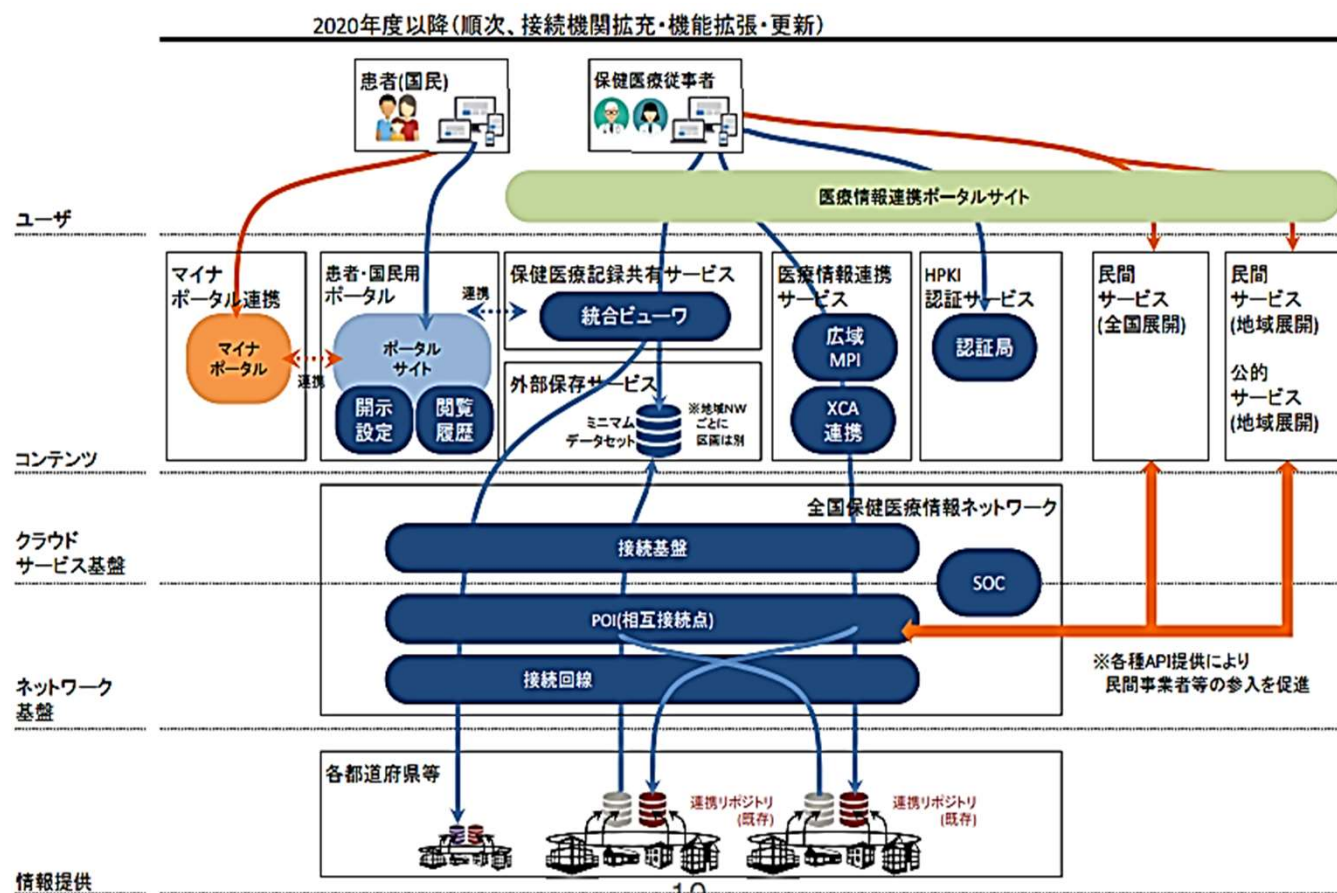
厚生労働省「データヘルス改革」では、2019年度まで、全国保健医療情報ネットワーク、保健医療記録共有サービスのプロトタイプ構築を目指す。①患者・国民ポータルサイトの構築＋②医療情報連携ポータルサイト(保健医療記録共有サービス＋外部保存サービス＋医療情報連携サービス＋HPKI認証サービス⇒全国保健医療ネットワークとの接続による都道府県等との情報共有)の構築を目指す。

出典: 厚生労働省「厚生労働省におけるデータヘルス改革(医療分野における情報連携関係)」(平成30年6月1日)

All Copyright©2018Yoshikazu Onose不許転載

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

2.5.全国保健医療情報ネットワーク、保健医療記録共有サービスの展開計画案（検討中）②【厚生労働省】



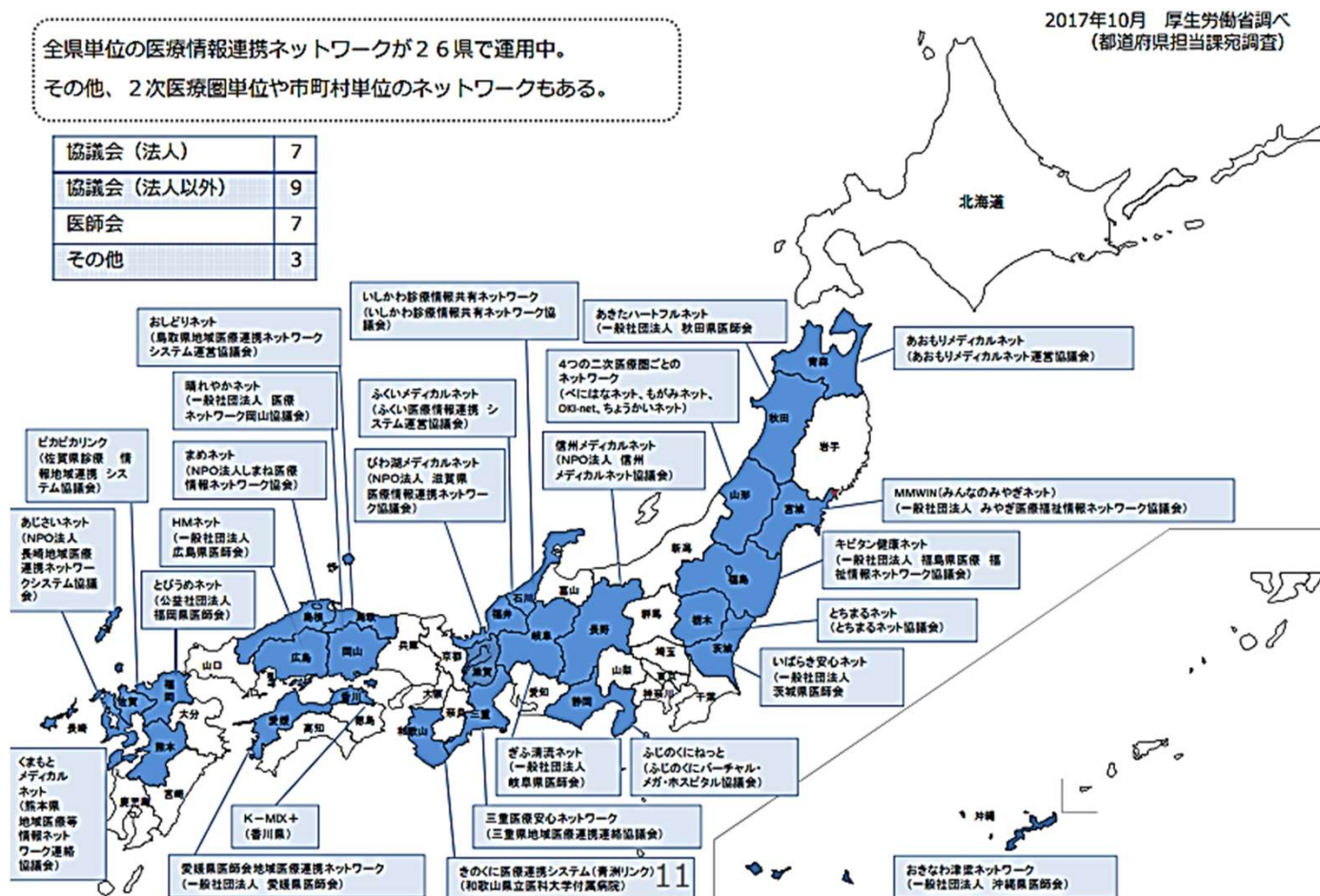
□厚生労働省「データヘルス改革」では、2020年度以降順次拡充・拡張・更新を目指す。①患者・国民ポータルサイトのマイナポータル連携＋②医療情報連携ポータルサイト(保健医療記録共有サービス＋外部保存サービス＋医療情報連携サービス＋HPKI認証サービス＋民間サービス全国・地域展開＋公的サービス地域展開)⇒全国保健医療ネットワークとの接続による都道府県等との情報共有)の構築を目指す。

出典:厚生労働省「厚生労働省におけるデータヘルス改革(医療分野における情報連携関係)」(平成30年6月1日)

2.6.全県単位の医療情報連携ネットワーク【厚生労働省】

協議会（法人）	7
協議会（法人以外）	9
医師会	7
その他	3

□厚生労働省による「**全県単位医療情報連携ネットワーク**」が、現在**26県**で運用中➡①協議会(法人)単位が**7県**＋②協議会(法人以外)単位が**9県**＋③医師会単位が**7県**＋その他が**3県**。

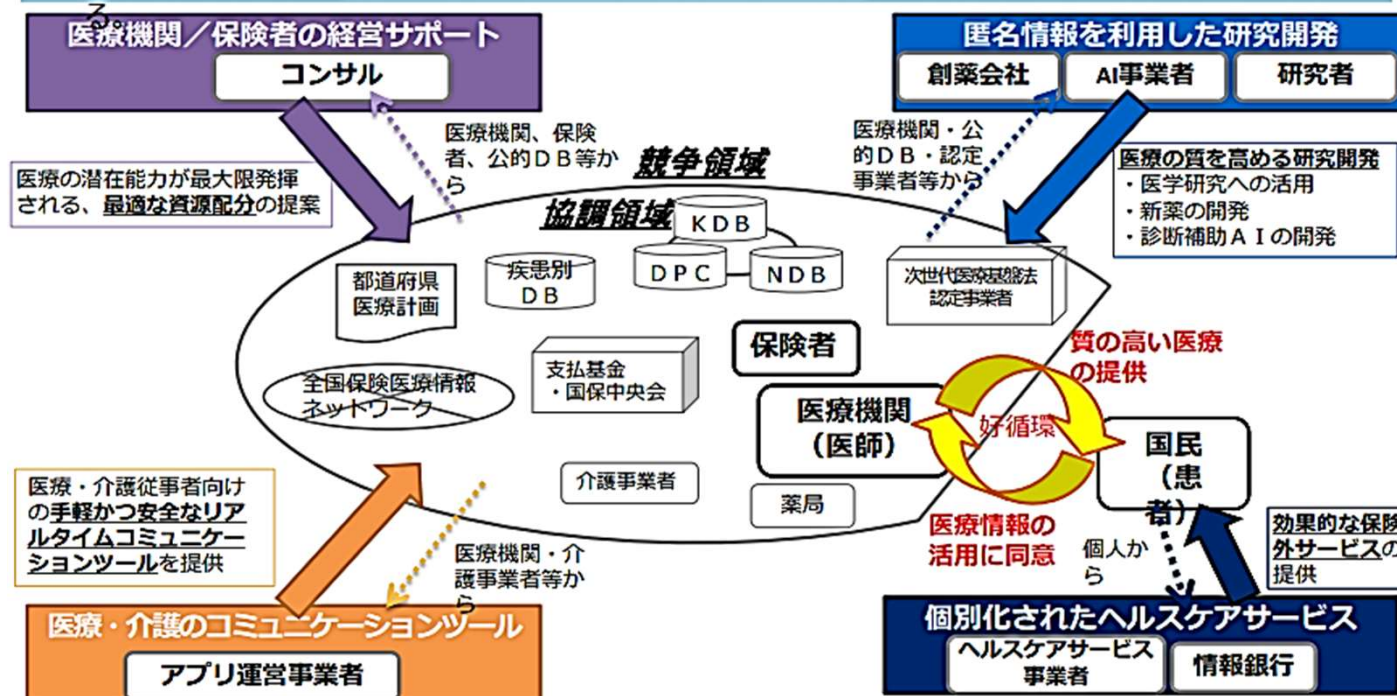


All Copyright©2018Yoshikazu Onose不許転載

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

3.1.医療情報の利活用に関する基本的考え方（協調領域・競争領域） 【経済産業省】

- 医療・介護の実力が十分発揮されるよう、医療情報の利活用を**官民あげて推進**することが重要。
- 一方、医療・介護分野は、**公共性の高さ**や取り扱う**情報の機微性**にかんがみ、特別な配慮が必要。
- そこで、医療情報については、安全・安心な医療制度を確保すべく**国中心で整備すべき協調領域と、民間中心にイノベーションを実現する競争領域**に分けて議論することが必要である。
- 競争領域で起こったイノベーションは**医療現場や個人に還元**されることで、医療の質の向上に繋が



□経済産業省の「医療情報の利活用に関する基本的考え方(協調領域・競争領域)」では、1)官民あげての推進+2)医療・介護分野は特別な配慮が必要+3)医療情報は安心・安全な医療制度を確保すべく国中心で整備すべき協調領域と民間中心にイノベーションを実現する競争領域に分けて議論する+4)競争領域のイノベーションは医療現場や個人に還元し医療の質の向上につなげる。①医療機関・保険者の経営サポート(医療経営コンサルタント)+匿名情報を利用した研究開発(創業会社・AI事業者・研究者)+医療・介護のコミュニケーションツール(アプリ運営事業者)+個別化されたヘルスケアサービス(ヘルスケアサービス事業者・情報銀行)

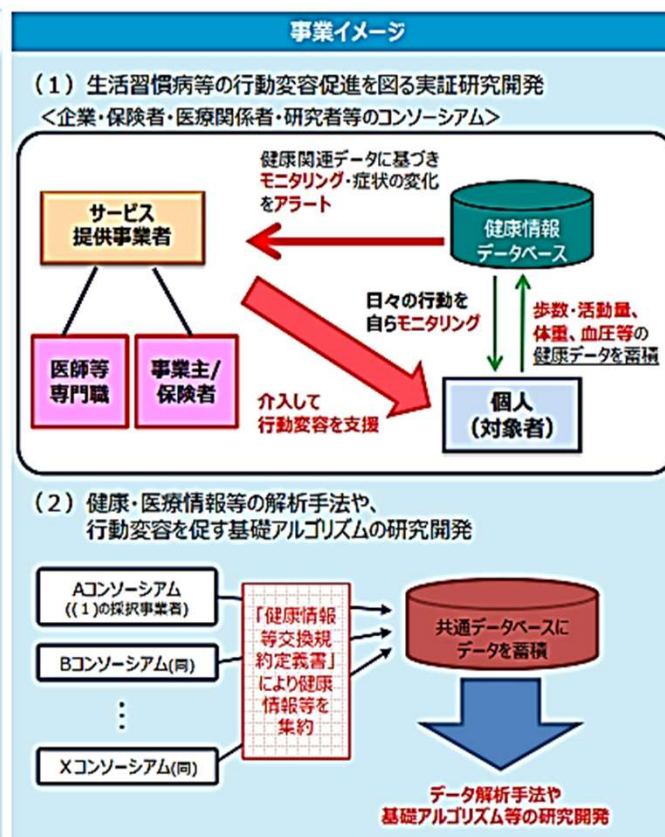
出典:経済産業省「ヘルスケア産業に関する課題と今後の方向性～予防やサービス利活用を中心に～」(平成29年12月23日)

III.日本の医療改革のための各省庁支援施策

3.2.健康・医療情報を活用した行動変容促進事業【経済産業省】

平成30年度予算額 **7.0億円（6.0億円）**

事業の内容
事業目的・概要 - 生活習慣病等の予防や重症化予防には、個人の生活習慣や行動を効果的に変容させることが重要です。このため、糖尿病等の生活習慣病軽症者等を対象に、ウェアラブル端末等から取得される日々の健康情報等に基づいて個人への介入を実施することで、行動変容を促進し、生活習慣病等の予防・改善を図る実証研究を実施しています。 - 本事業では、科学的根拠の構築を目指し、同領域での研究事業を継続するとともに、同様のサービスを糖尿病以外の生活習慣病や他の疾患領域でも応用すべく、実証研究を実施します。 - 同時に、本実証事業等を通じて得られる健康情報等を蓄積・分析することで、<u>行動変容につながる健康情報等の基礎的な解析手法(アルゴリズム)の開発</u>を目指します。 成果目標 - 平成29年度から平成31年度までの3年間、糖尿病等生活習慣病領域で実証研究を実施。<u>糖尿病等の予防・改善につながるサービスの高度化やその効果についてのエビデンスの構築</u>を進め、保険者等へのサービスの導入・普及を目指す。 - 他の疾病領域においても、効果的なサービスの創出を目指す。 条件（対象者、対象行為、補助率等） 国 補助 日本医療研究開発機構 委託 民間事業者等コンソーシアム 定額 7.0億円

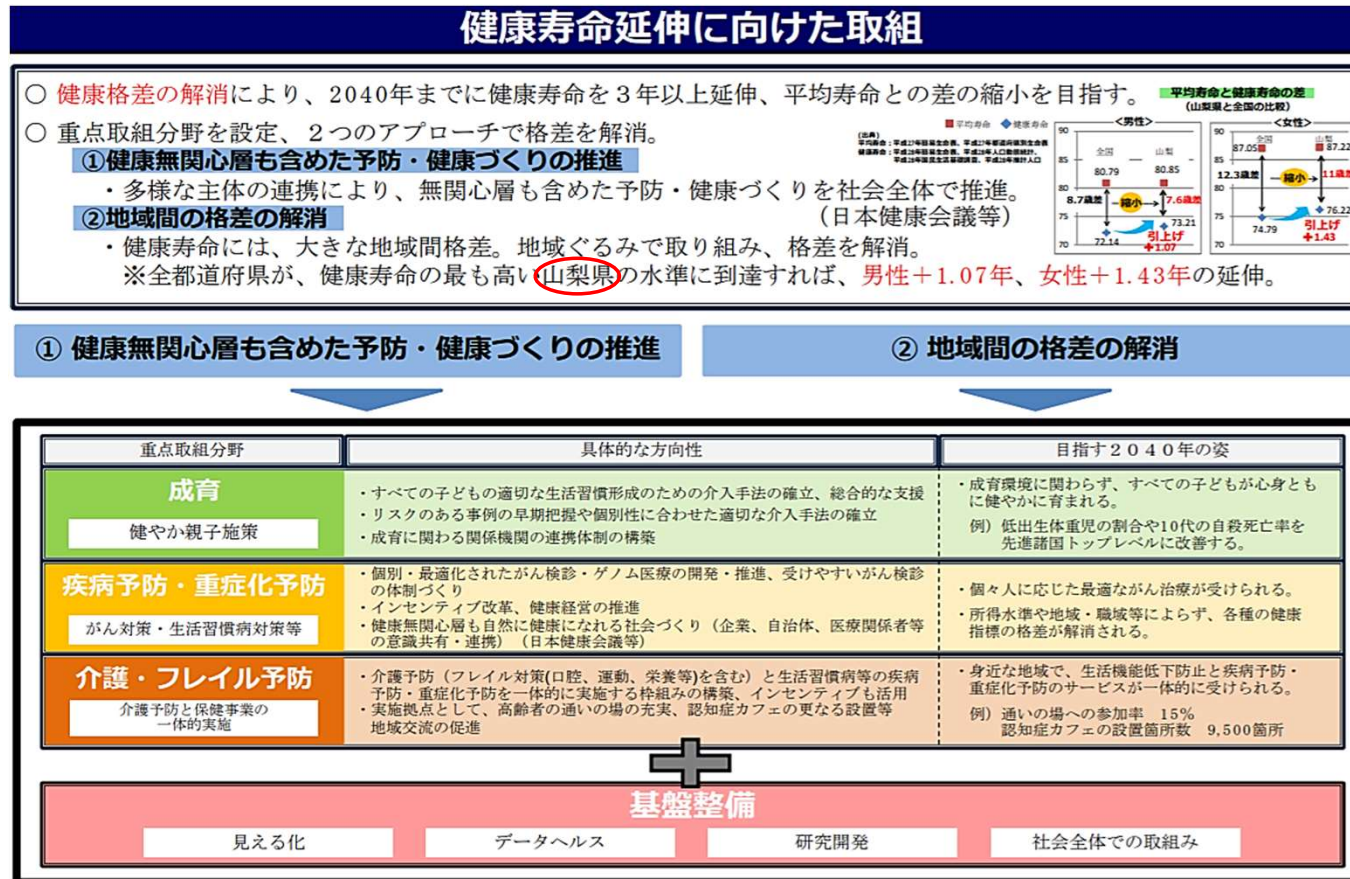


□経済産業省による「**健康・医療情報を活用した行動変容促進事業**」では、糖尿病等の生活習慣病軽症者等を対象に、**ウェアラブル端末等から取得される日々の健康情報等に基づいて個人への介入**を実施することで、**行動変容を促進**し、生活習慣病等の予防・改善を図ることを目指し実証研究を実施。H29年度からH31年度までの3年間、糖尿病等生活習慣病領域で**実証研究**を実施し、予防・改善につなげるサービスの高度化+その効果エビデンスの構築を進め、保険者等へのサービス導入を目指す⇒**日本医療研究開発機構(AMED)への補助金(7億円)**。民間事業者等コンソーシアムへの委託。

出典：経済産業省ホームページ

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

3.3.医療・介護・福祉サービスの生産性向上に向けて（内閣府）【続編①】



出典：平成30年4月12日経済諮問会議 加藤臨時議員提出資料より

5

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

3.3.医療・介護・福祉サービスの生産性向上に向けて（内閣府）【続編②】

医療・介護・福祉サービスの生産性向上に向けて

- 引き続き需要が増加する医療・介護等のサービスを安定的に提供するため、**マンパワーの確保**が課題。
- 一方、生産年齢人口の急速な減少により労働力制約が強まる中で、他の高付加価値産業への人材輩出も考慮すれば、**医療・介護・福祉の専門人材が機能を最大限発揮**することが不可欠。また、2040年までを展望すれば、AI・ロボット・ICTといったテクノロジーが急速に発展。
- このため、健康寿命の延伸に向けた取組に加えて、**医療・介護・福祉サービスの生産性改革**を進める。

従事者の業務分担の見直し・効率的な配置の推進

- 医師の働き方改革を踏まえたタスク・シフティングの推進（モデル事業の実施と全国展開）

（例）「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」によれば、医師の業務のうち、1日当たり47分は他職種への移管やICT等の活用により効率化が可能。

- 介護ロボット活用による特養での効率的な配置の推進（モデル事業の実施と全国展開）

（例）見守り機器導入後、夜間の入所者への訪室回数、巡回等に係る時間が減少。ヒヤリハット・介護事故件数も減少。

- 保育補助者など多様な人材活用による保育業務の効率化

テクノロジーの最大活用

- 医療機関におけるAI・ICT等の活用推進、診断等の質の向上や効率化に資する医療機器等の開発支援

（例）オンライン診療の推進やICTを活用した勤務環境改善（テレICU（複数のICUの集中管理）やタブレット等を用いた予診、診断支援ソフトウェア等）、多職種連携のためのSNS活用の推進 等

- 介護サービス事業所間の連携等に係るICT標準仕様の開発・普及

（例）ICT機器導入後、書類作成（ケア記録等の作成や介護報酬請求）に要する時間が減少。

- 保育所等におけるICT化の推進

- 病院長研修など医療機関のマネジメント改革への支援推進
- 介護分野、障害福祉分野における生産性向上ガイドラインの作成・普及
- 保育業務に関するタイムスタディ調査の実施、好事例の収集・横展開

マネジメント改革の支援

6

出典：平成30年4月12日経済諮問会議 加藤臨時議員提出資料より

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

3.4.アジア健康構想の基本方針の改訂（内閣府）【続編③】



出典：アジア健康構想に関する内閣府資料より

III.日本の医療改革のための各省庁支援施策

3.4.アジア健康構想の基本方針の改訂（内閣府）【続編④】



出典：アジア健康構想に関する内閣府資料より

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

3.4.アジア健康構想の基本方針の改訂（内閣府）【続編④】

【参考】日本の国際的な医療拠点



- ◆ 海外における日本の国際的な医療拠点を中心に、周辺産業を含めた日本の医療の海外展開を促進。
- ◆ 平成30年5月時点でアジアを中心に27ヶ所が開業（4ヶ所の開業予定を含む）。

●：平成30年5月時点で開業済み（23ヶ所）、●：平成30年以降の開業予定（4ヶ所）、○：実行可能性調査中（2ヶ所）



※アゼルバイジャンにおける後発医薬品工場建設は現在保留中であり、一般用医薬品（OTC薬）の流通拠点設立等も検討中。

4

出典：アジア健康構想に関する内閣府資料より

III.日本の医療改革のための各省庁支援施策

【参考】都道府県における医業支援策

◆東京都(福祉サービス第三者評価受審支援補助金)①

サービス種別	受審に関する補助制度			お問い合わせ先 (補助金請求窓口)
	補助金額	支援内容	補助形態	
①【高齢】指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	60万円 (定額)	「特別養護老人ホーム経営支援事業」において、東京都が補助金を交付します ＜条件＞サービス推進費と同じ	事業者 都	東京都福祉保健局 運営主管課 ・高齢社会対策部 施設支援課 ・障害者施設推進部 居住支援課 ・少子社会対策部 保育支援課 育成支援課 ・生活福祉部 保護課
②【高齢】経費老人ホーム(A型・B型)、養護老人ホーム 【障害】障害者支援施設、障害児入所施設(※1)、宿泊型自立訓練(※2) 【子ども家庭】母子生活支援施設、児童養護施設、自立援助ホーム、乳児院、婦人保護施設 【生活】救護施設、更生施設、宿所提供施設	60万円 (定額) (※7)	「民間社会福祉施設サービス推進費」において、東京都が補助金を交付します ＜条件＞ 以下の取組をすべて行うこと ・第三者評価を実施し、結果を利用者等に公表 ・「サービス改善計画」を作成し利用者等に公表 ・改善計画において利用者サービス向上の取組を実施 ・「サービス改善実施状況」を作成し、利用者等に公表		
③【子ども家庭】認可保育所(社会福祉法人等)(※3)	実費 (60万円上限) (※8)	「東京都保育サービス推進事業」において、東京都が直接補助金を交付します		
④【子ども家庭】認可保育所(株式会社等上記以外)(※4) 認証保育所、認定こども園、認可外保育施設(ベビーホテル等)	実費 (60万円上限) (※8・9)	「保育サービス推進事業」、「保育力強化事業」、「認可外保育施設(ベビーホテル等)第三者評価受審支援補助金」において、区市町村が受審経費の補助を行います (東京都は区市町村に補助をします)	事業者 区市町村 都	事業所所在地の 区市町村
⑤【障害】生活介護、自立訓練(機能訓練・生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援A型・B型の いずれか又は複数を実施する事業所(※5)	実費 (60万円上限) (※9)	「障害者日中活動サービス推進事業(加算分)」において、区市町村が受審経費の補助を行います (東京都は区市町村に補助をします)		
⑥【障害】短期入所(福祉型)(※4、※10) 区市町村立(公設民営を含む)も補助対象 共同生活援助(グループホーム)(※4) 区市町村立(公設民営を含む)も補助対象	実費 (※12)	「障害者(児)短期入所事業(都加算)」、「障害者グループホーム支援事業」において、区市町村が受審経費の補助を行います (東京都は区市町村に補助をします)		
⑦【障害】児童発達支援センター(※6)	実費 (70万円上限) (※9)	「児童発達支援センターサービス推進事業」において、区市町村が受審経費の補助を行います (東京都は区市町村に補助をします)		
⑧ ①～⑦において受審費補助の対象となっていないもの 認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 看護小規模多機能型居宅介護、介護老人保健施設、特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム・ケアハウス)、都市型軽費老人ホーム、居宅介護支援、訪問介護、通所介護、居宅介護(障害) 短期入所(障害)(※4、※11)、児童発達支援事業、など	区市町村 ごと	区市町村が受審経費の補助を行います (東京都は区市町村に補助をします) *対象となるサービスや補助の要件は、各区市町村で定めます		

※1 障害児入所施設は、平成24年4月に、知的障害児施設、二種自閉症児施設、ろうあ児施設、肢体不自由児施設又は重症心身障害児施設から移行した施設、又はそれと同等の基準を満たす施設に取ります。

※2 宿泊型自立訓練は、「民間社会福祉施設サービス推進費」の対象となっている都型通称に取ります。

※3 社会福祉法人等とは、社会福祉法人、日本赤十字社、公益社団法人及び公益財団法人、平成26年度時点で都のサービス推進費の対象となっている宗教法人及び個人。

※4 設置主体は問いません。

※5 社会福祉法人、特定非営利活動法人、財団法人、社団法人、医療法人、学校法人及び宗教法人が設置・運営する事業所に取ります。

また、障害者支援施設で実施する場合及び重症心身障害者を主たる対象とする生活介護事業所を除きます。

生活介護、自立訓練(機能訓練・生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援(A型・B型)のいずれか又は複数と同一事業所番号で宿泊型自立訓練を実施している事業所は、他のサービスと共に受審すること。

※6 社会福祉法人、日本赤十字社、特定非営利活動法人、一般財団法人(公益財団法人を含む。)、一般社団法人(公益社団法人を含む。)、医療法人、学校法人又は宗教法人が設置・運営するもの。

※7 障害者(児)施設に対する補助額は、70万円としています。

母子生活支援施設、児童養護施設、自立援助ホーム、乳児院については、措置費で算定される額を含みます。

※8 公定価格の第三者評価受審加算を受ける年度は、施設が評価機関に支払った額から15万円を差し引いた額(上限45万円)。

※9 都から区市町村への補助金額です。区市町村から事業者に交付される額は、区市町村の定めるところによります。

※10 報酬体系上福祉型に分類される事業所。

※11 報酬体系上医療型に分類される事業所。

※12 毎月の運営費補助に含まれる。「受審を完了した月」：評価機関が作成する評価結果報告書の日付(事業者が評価結果の公表に同意をした日)を含む月。

□東京都福祉保健局では「福祉サービス第三者評価」受審支援策として、評価を受けたサービス施設に対し受審補助金を支給している。

□平成30年度の補助対象と補助金額は、【高齢】特養60万円(定額)・経費老人ホーム・養護老人ホーム60万円(定額)となっている。ただし、市区町村の上乗せ補助金があるため、詳細は市区町村の助成対象を確認する必要がある。

☛次頁参照

出典：東京都福祉保健局ホームページ
(<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kiban/service/jigyosha.html>)

Ⅲ.日本の医療改革のための各省庁支援施策

【参考】 都道府県における医業支援策

◆東京都(福祉サービス第三者評価受審支援補助金)②

区市町村名	公設公営・公設民営										民設民営									
	特設	地域型	高齢・施設系	高齢・在宅系	障害者	障害児	障害児	障害児	障害児	障害児	特設	地域型	高齢・施設系	高齢・在宅系	障害者	障害児	障害児	障害児	障害児	障害児
1 千代田区	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○
2 中央区	○											○	○	○	○	○	○	○	○	○
3 港区	○											○	○	○	○	○	○	○	○	○
4 新宿区												○	○	○	○	○	○	○	○	○
5 文京区												○	○	○	○	○	○	○	○	○
6 台東区												○	○	○	○	○	○	○	○	○
7 墨田区												○	○	○	○	○	○	○	○	○
8 江東区	○	○										○	○	○	○	○	○	○	○	○
9 品川区		○										○	○	○	○	○	○	○	○	○
10 目黒区	○											○	○	○	○	○	○	○	○	○
11 大田区												○	○	○	○	○	○	○	○	○
12 世田谷区	○											○	○	○	○	○	○	○	○	○
13 渋谷区		○										○	○	○	○	○	○	○	○	○
14 中野区	○											○	○	○	○	○	○	○	○	○
15 杉並区												○	○	○	○	○	○	○	○	○
16 豊島区												○	○	○	○	○	○	○	○	○
17 北区	○											○	○	○	○	○	○	○	○	○
18 荒川区												○	○	○	○	○	○	○	○	○
19 板橋区												○	○	○	○	○	○	○	○	○
20 練馬区												○	○	○	○	○	○	○	○	○
21 足立区												○	○	○	○	○	○	○	○	○
22 葛飾区												○	○	○	○	○	○	○	○	○
23 江戸川区												○	○	○	○	○	○	○	○	○
24 八王子市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
25 立川市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
26 武蔵野市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
27 三鷹市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
28 青梅市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
29 府中市	○											○	○	○	○	○	○	○	○	○
30 昭島市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
31 清瀬市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
32 町田市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
33 小金井市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
34 小平市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
35 日野市												○	○	○	○	○	○	○	○	○

区市町村名	公設公営・公設民営										民設民営									
	特設	地域型	高齢・施設系	高齢・在宅系	障害者	障害児	障害児	障害児	障害児	障害児	特設	地域型	高齢・施設系	高齢・在宅系	障害者	障害児	障害児	障害児	障害児	障害児
36 東村山市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
37 国分寺市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
38 国立市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
39 福生市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
40 狛江市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
41 東大和市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
42 清瀬市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
43 東久留米市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
44 武蔵村山市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
45 多摩市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
46 稲城市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
47 羽村町												○	○	○	○	○	○	○	○	○
48 あきる野市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
49 西東京市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
50 調布市												○	○	○	○	○	○	○	○	○
51 日の出町												○	○	○	○	○	○	○	○	○
52 稲原町												○	○	○	○	○	○	○	○	○
53 奥多摩町												○	○	○	○	○	○	○	○	○
54 大島町												○	○	○	○	○	○	○	○	○
55 利島村												○	○	○	○	○	○	○	○	○
56 新島村												○	○	○	○	○	○	○	○	○
57 神津島村												○	○	○	○	○	○	○	○	○
58 三宅村												○	○	○	○	○	○	○	○	○
59 御蔵島村												○	○	○	○	○	○	○	○	○
60 八丈町												○	○	○	○	○	○	○	○	○
61 青ヶ島村												○	○	○	○	○	○	○	○	○
62 小笠原村												○	○	○	○	○	○	○	○	○

出典: 東京都福祉保健局ホームページ
<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kiban/service/jigyosha.html>

IV.病院の改革戦略と重要成功要因（まとめ）

IV.病院の改革戦略と重要成功要因の例示（まとめ）

重要成功要因	外部環境		
		事業機会 (Opportunity)	脅威 (Threat)
		◎高齢者人口の増加 ◎医療・介護保険制度の充実 ◎良好な交通アクセス ◎良好な病院評判 ◎次世代ヘルスケアシステムの構築 ◎AI病院の構築	▲医療報酬の減少 ▲競争病院の増加 ▲病院職員と患者の満足度の低下
内部環境	強み (Strength)	◎高度な医療技術と施設 ◎豊富な病院の患者 ◎全職員の良好なサービス能力等 【拡大・強化戦略】 ◇地域医療計画による有効な病院タイプの選択 ◇有効な福祉サービス(高齢者、障害者、児童)の選択 ◇病院の海外展開	【差別化戦略】 ◇報酬加算要件への対応 ◇対競争病院に優位な診療科選択 ◇職員・患者満足度調査の定期実施と課題対応 ◇第三者評価対応 ◇医療教育機関との連携促進
	弱み (Weakness)	▲入院・外来患者の減少 ▲収支の不均衡 ▲貧弱な医療技術と病院施設 ▲貧弱な医療チームワーク ▲次世代ヘルスケアシステムへの対応遅れ ▲AI病院への対応遅れ 【改善・改革戦略】 ◇患者マーケティングの強化 ◇経営管理部門の強化 ◇先進医療技術の習得と施設アメニティの改善 ◇職員教育の充実 ◇次世代ヘルスケアシステム・AI病院への対応強化	【リスク回避戦略】 ◇撤退条件の明確化 ◇患者・職員・施設のリスクマネジメントの強化 ◇病院情報システムのセキュリティマネジメント+BCP訓練の強化

64

◆講師プロフィール

- ・氏名: 小野瀬 由一(おのせ よしかず)
- ・出身: 山形県鶴岡市(1952年生まれ)
- ・所属: NPO法人東京ITコーディネータ副理事長、NPO法人VERSTA 専務理事
- ・学歴: 東海大学海洋学部卒、高千穂大学大学院経営学研究科博士後期課程修了
- ・学位: 高千穂大学大学院経営学博士(Ph.D.)『CSR対応型介護サービス経営革新モデルに関する研究』
- ・資格: 中小企業診断士・ITコーディネータ・公認システム監査人・ISO27001 & ISMS審査員補・一級販売士・イベント業務管理者・東京都福祉サービス第三者評価者、認定登録医業経営コンサルタント・情報化認定コンサルタント
- ・教育: 拓殖大学大学院商学研究科経営学特講Ⅰ「IT経営」、特講Ⅱ「健康経営と健康ビジネス」、商学部「健康介護ビジネス論」担当非常勤講師。産業能率大学総合研究所学習サービスセンター「マーケティング・エッセンス」「ITマネジメント・エッセンス」「グローバルリーダーシップの基本/実践」担当添削講師。
- ・略歴: 大学卒業後、海洋環境計測会社、食品業界団体を経て、日本初の音楽ビジネス専門学校・大学にて、助教授・企画開発部長として音楽ビジネス・マネジメント教育と企画開発事業に従事。21世紀に入り、経営コンサルタントとして独立する一方で大学院に進学し「介護経営革新モデルの研究」により博士号を取得。
その後、NPO法人東京ITコーディネータでは、IT経営支援、情報セキュリティ支援、システム監査のほか医業経営コンサルティングなどを行っている。また、NPO法人VERSTAでは、ブラジル国サンパウロ州にて同国大西洋沿岸林(UNESCO世界自然遺産認定)の再生支援活動を行っている。
- ・著書: 「商店街再生のデザイン」「介護ビジネス2002～2008シリーズ」「重点解説介護ビジネス経営革新の進め方」「循環資源大国ブラジルビジネス入門」(以上同友館)、「介護サービスのリスクマネジメント」(第一法規)、「医療経営者のための介護経営マニュアル」(日本医療企画)、「プロセスで解き明かすイノベーション」(日経BP社)ほか多数あり。