

2025年へのロードマップ

～地域医療構想とデータヘルス計画～



国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
武藤正樹

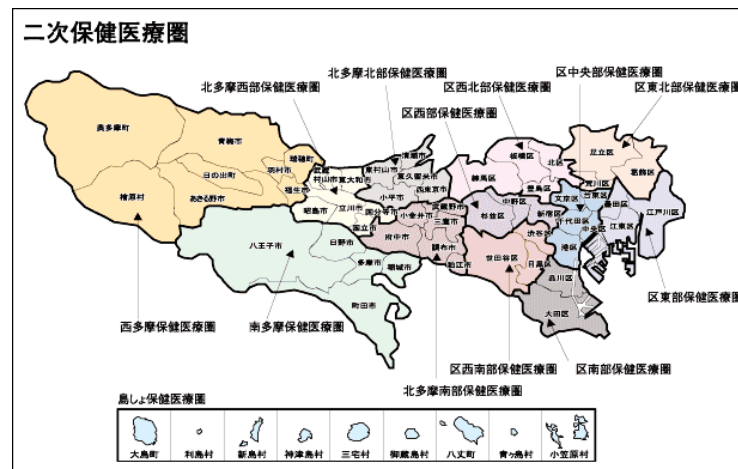
目次

- パート1
 - 地域医療構想
- パート2
 - 地域経営統合
- パート3
 - データヘルス計画と健康経営



パート1

地域医療構想について



東京都の13の二次医療圏

地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会



座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 構成員名簿

(敬称略。五十音順)

	相澤 孝夫	一般社団法人日本病院会副会長
	安部 好弘	公益社団法人日本薬剤師会常任理事
	石田 光広	稲城市役所福祉部長
◎	遠藤 久夫	学習院大学経済学部長
○	尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
	加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長代行
	齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事
	榎本 章司	公益社団法人日本精神科病院協会政策委員会委員長
	清水 循行	東京都奥多摩町福祉保健課長
	武久 洋三	一般社団法人日本慢性期医療協会会長
	土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
	中川 俊男	公益社団法人日本医師会副会長
	西澤 寛俊	公益社団法人全日本病院協会会長
	花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
	遠見 公雄	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
	本多 伸行	健康保険組合連合会理事
	松田 晋哉	産業医科大学医学部教授
	山口 育子	NPO 法人ささえあい医療人権センター COML 理事長
	渡辺 顕一郎	奈良県医療政策部長
	和田 明人	公益社団法人日本歯科医師会副会長

※ ◎ 座長 ○ 座長代理

地域医療構想策定プロセス

構想区域の設定



構想区域における
医療需要の推計



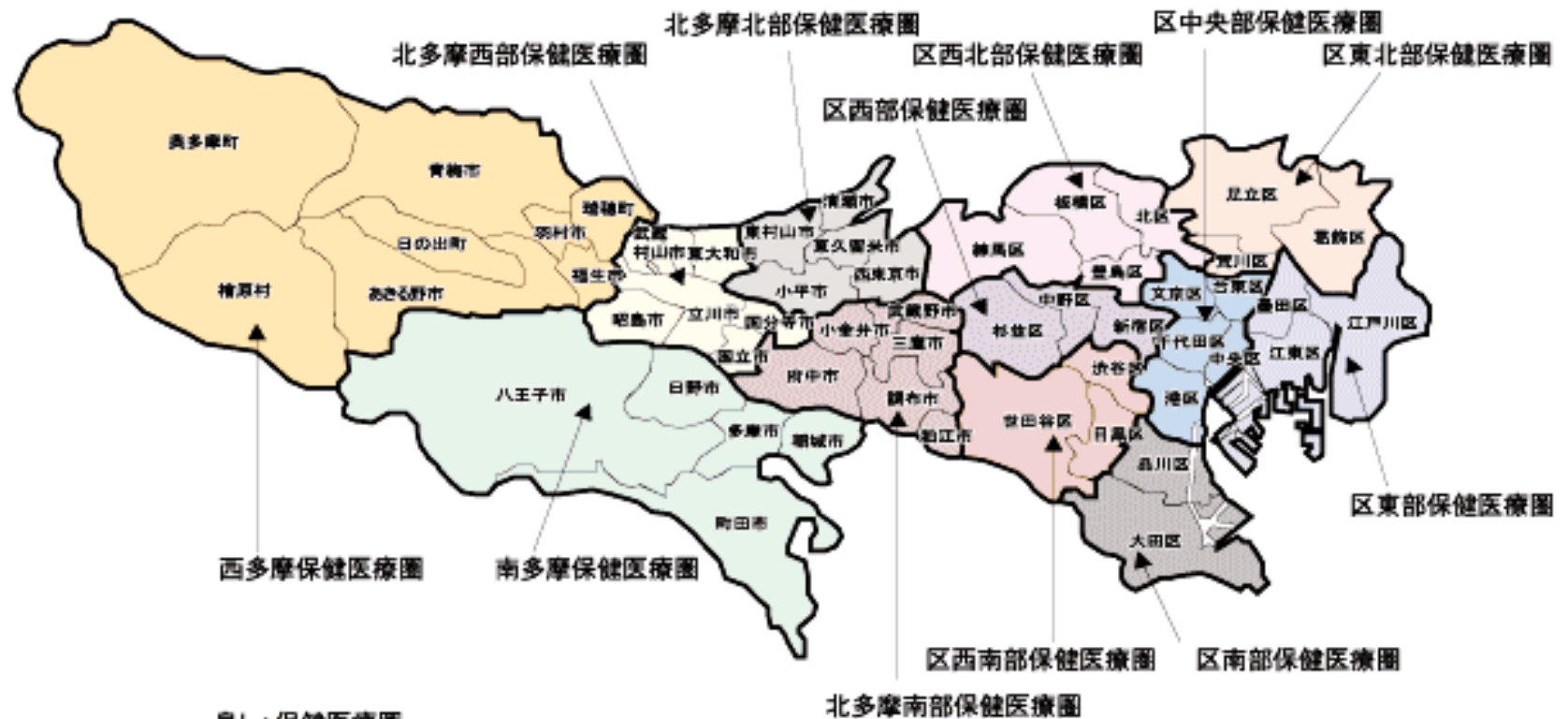
地域医療構想調整会議で
医療提供体制(必要病床数)
を協議

① 構想区域の設定

- 構想区域とは2025年を見据えて、「地域における病床の機能分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域」のこと
- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長 2014年10月17日）
- 「現状の2次医療圏は、さまざまな課題を持っているとはいえ、他に代わる有効なものがあるわけではないので、これをベースにし、4つの要素を勘案するという、厚労省の提案がおおむね認められたと思う」
- 「4つの要素」
 - (1)人口規模
 - (2)患者の受療行動(流出率・流入率)
 - (3)疾病構造の変化
 - (4)基幹病院までのアクセス時間等の変化

東京都の二次医療圏

二次保健医療圏



島しょ保健医療圏



②地域医療構想調整会議

- 地域医療構想策定ガイドラインに関する検討会（2014年11月21日）
- 地域医療構想調整会議
 - 地域医療構想(ビジョン)に関する「協議の場」
 - 議事、開催時期、設置区域、参加者の範囲・選定、参加の担保、合意の方法・履行の担保
 - ①病床機能と病床数、②病床機能報告制度の情報共有、③地域医療介護総合確保基金に関する都道府県計画、④地域包括ケアや人材の確保、診療科ごとの連携などビジョン達成の推進
 - 構想区域
 - 都道府県知事が適当と認める区域での設置、複数の調整会議を合同開催、議事に応じて地域・参加者を限定した開催、既存の会議対を活用した開催
- ビジョンは最終的には医療審議会が最終決定

地域医療構想に関する会議

都道府県単位の会議

都道府県

意見聴取

地域医療構想
(医療計画の一部)

都道府県医療審議会

(医療法第71条の2)

- ・ 都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

医療専門職、市町村、保険者の代表、学識経験者

地域医療対策協議会

(医療法第30条の12)

- ・ 救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保等必要とされる医療の確保について協議
- ・ 都道府県は参加者として関係者と共に協議し、施策を策定・公表

医療計画

二次医療圏等単位の会議

構想区域※1

※1 二次医療圏を原則としつつ、将来における要素を勘案して設定

地域医療構想調整会議

(医療法第30条の14)

- ・ 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ・ 病床機能報告制度による情報等の共有
- ・ 都道府県計画※2に盛り込む事業に関する協議
- ・ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

二次医療圏

(平成27年2月末現在344圏域)

圏域連携会議

(医療計画作成指針平成24年3月30日)

- ・ 必要に応じて圏域ごとに関係者が必要に応じて、具体的な連携等について協議する場

活用※3

※3 圏域連携会議など、既存の枠組みを活用した形での開催も可能

地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議

・ 複数の地域医療構想調整会議、複数の都道府県による合同開催や、地域・参加者を限定した形での開催など柔軟な運用が可能

・ 特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には専門部会・ワーキンググループを設置

※2 都道府県が作成する地域における医療及び介護の総合的な確保の観点から、達成するために必要な事業の計画
消費増収分を活用し都道府県が創設した地域医療介護総合確保基金を活用し、画に掲載された事業に要する経費を支弁

神奈川県では「保健医療計画推進会議」で2016年度より検討開始予定

第9回
ガイド
平成2

第3

③医療需要から 病床機能別病床数を推計

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(2014年10月31日)
 - 1日当たりの「**医療資源投入量**」の多寡で医療需要(患者数)を推計→病床機能別病床数を推計
 - DPCデータとNDBから、患者に対する個別の診療行為を診療報酬の出来高点数に換算して入院日数や入院継続患者の割合などと比較して医療資源投入量を算出
 - 医療資源投入量(1日あたり入院医療費から入院基本料とリハを除いた出来高部分、医薬品、検査、手術、処置、画像など)
 - 医療資源投入量の高い段階から順に、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4つの医療機能を位置付ける

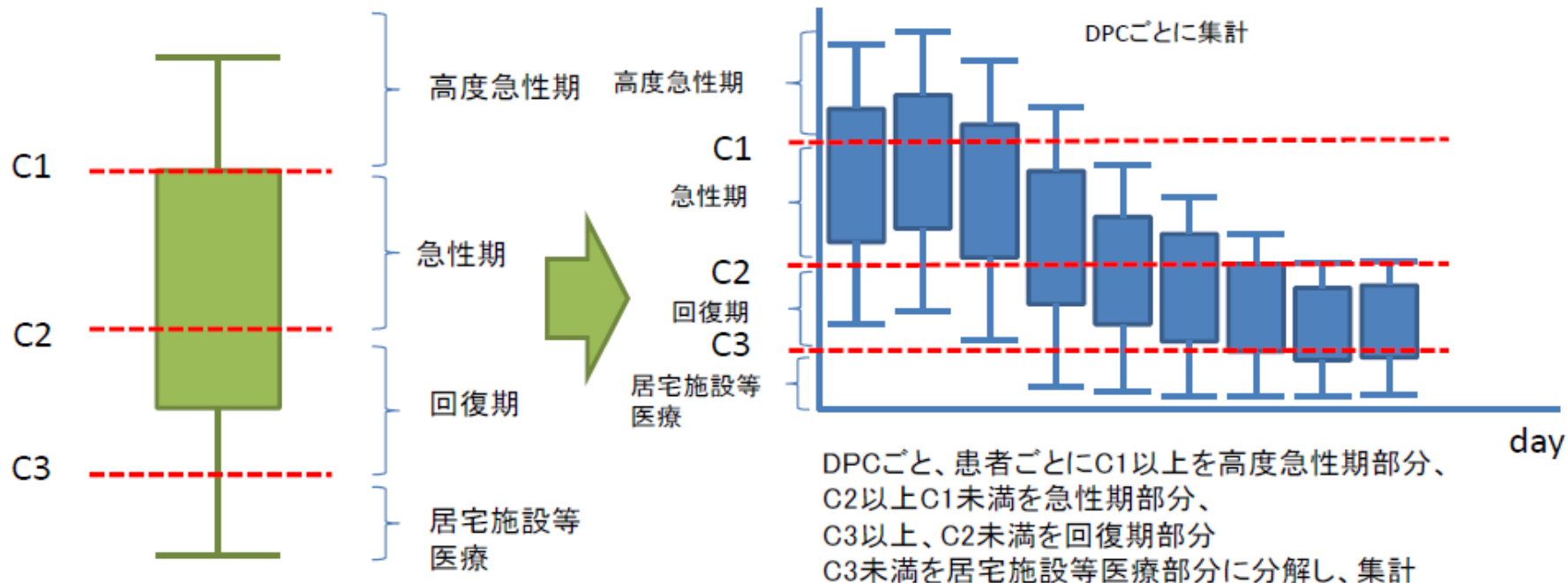
病床機能の区分案

(日本医師会・四病院団体協議会合同提案)

名称(仮称)	内容
高度急性期病床	<ul style="list-style-type: none">救命救急センター、集中治療室等、救命のために専門医等が常時配置されている病床
急性期病床	<ul style="list-style-type: none">急性期医療を提供する機能を持つ病床急性期の病態として重症・中等症・軽症があり、各病院の機能に応じた急性期医療を提供する多くの診療科を総合的に持つ病院病床、特定の専門分野の病院病床、地域に密着した病院病床と、地域の医療ニーズに応じてそれぞれが必要とされているため、きめ細かな報告制度が必要在宅や介護施設等の患者の急性増悪に対応する二次救急を担う地域包括ケアを推進するために、かかりつけ医との連携機能、介護との連携、患者支援などの機能も有する
回復期病床	<ul style="list-style-type: none">急性期経過後で引き続き入院医療が必要な患者に医療を提供する機能を持つ病床。リハビリテーションが必要な患者に専門的リハビリテーションを提供する病床とそれ以外の病床がある。一般病床でも療養病床でもこの機能を報告できるとすべき
慢性期病床	<ul style="list-style-type: none">長期にわたり療養を必要とする患者に医療を提供する病床

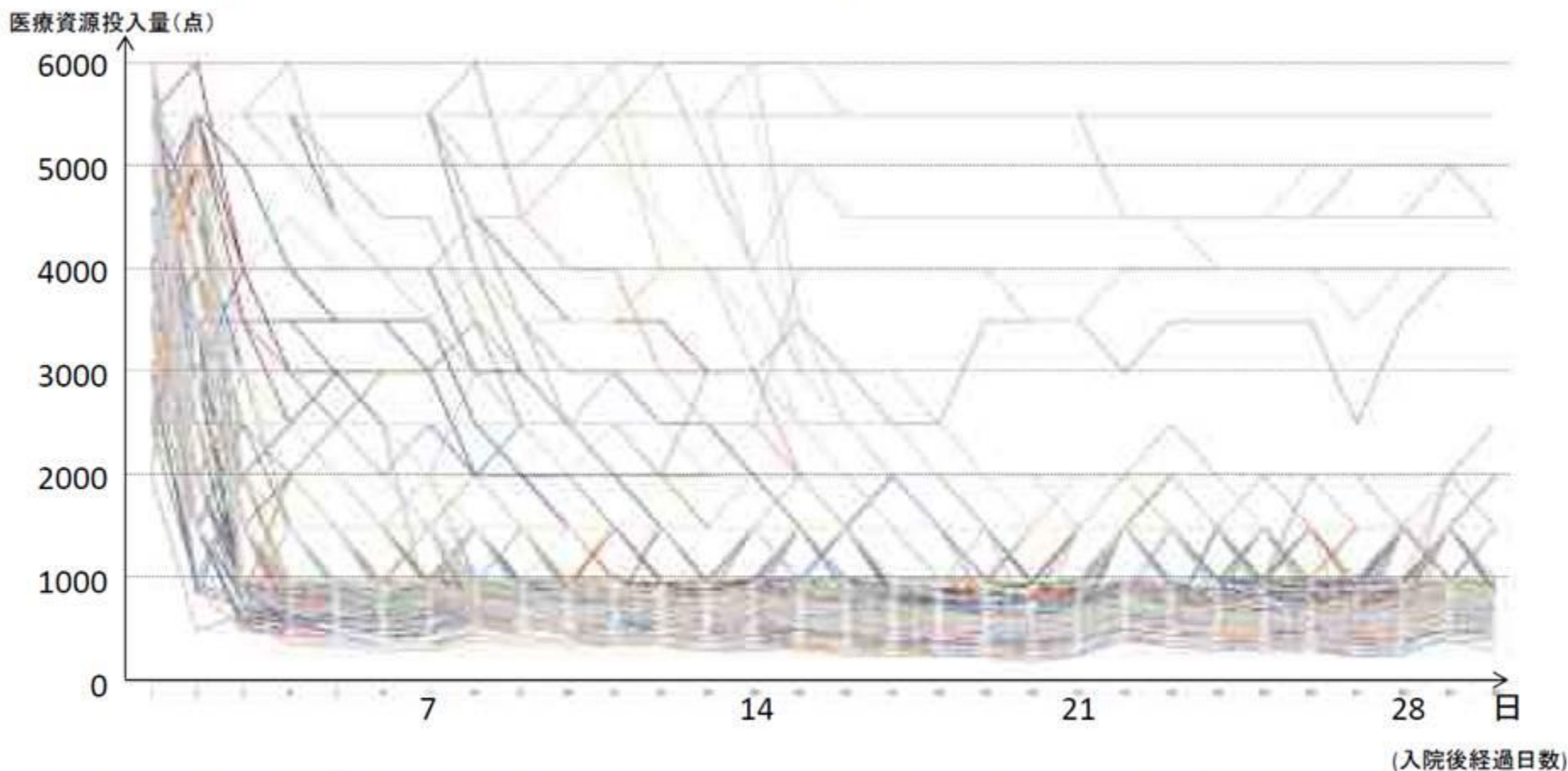
医療資源投入量を用いた 病床機能区分別の医療需要の推計方法(1)

- ① 1日当たりの医療資源投入量(入院期間の平均ではなく、入院1日ごとに計算。入院基本料、リハビリテーション料を除く。)を入院経過日数順に並べて、高度急性期と急性期の境界点(C1)、急性期と回復期の境界点(C2)、回復期と居宅施設等医療(通院を含む。以下同じ)の境界点(C3)となる医療資源投入量を分析。
- ② リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分する。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分する。



医療資源投入量(中央値)の推移

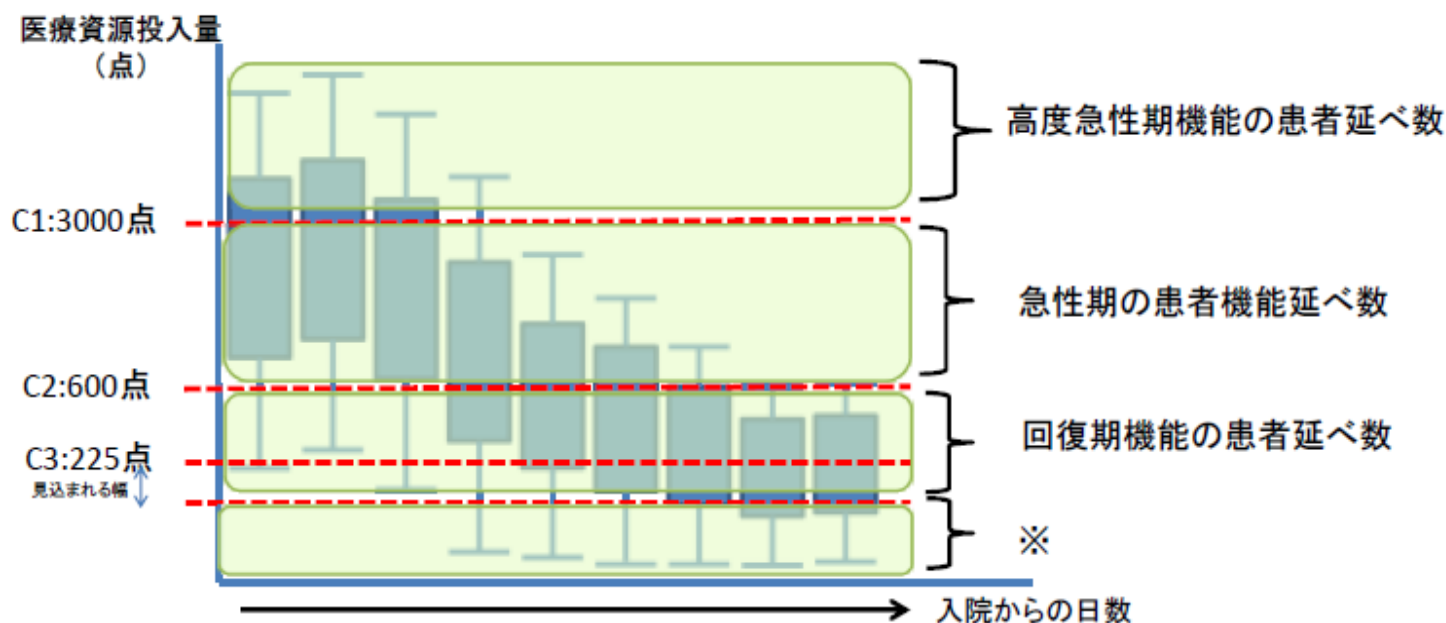
(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



- 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量(中央値)を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- 患者数上位255のDPCについてプロット (平成23年度患者調査)
- 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	<p>C1 3,000点</p>	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期		在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

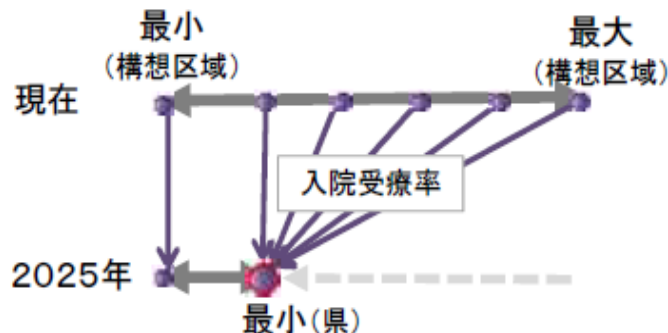
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
 - その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

パターンA

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院
受療率を低下する。

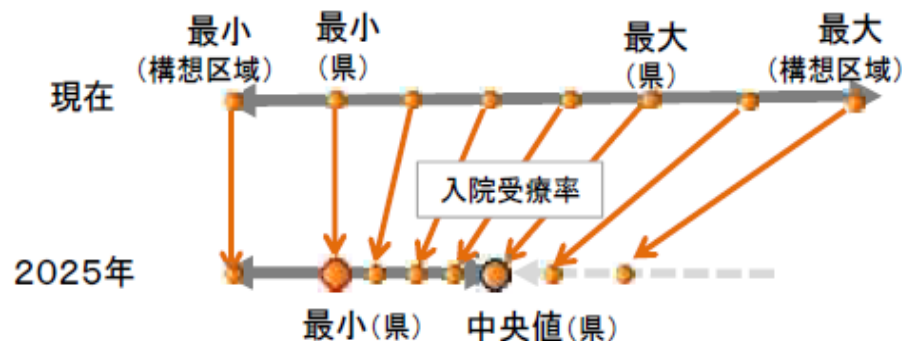
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。

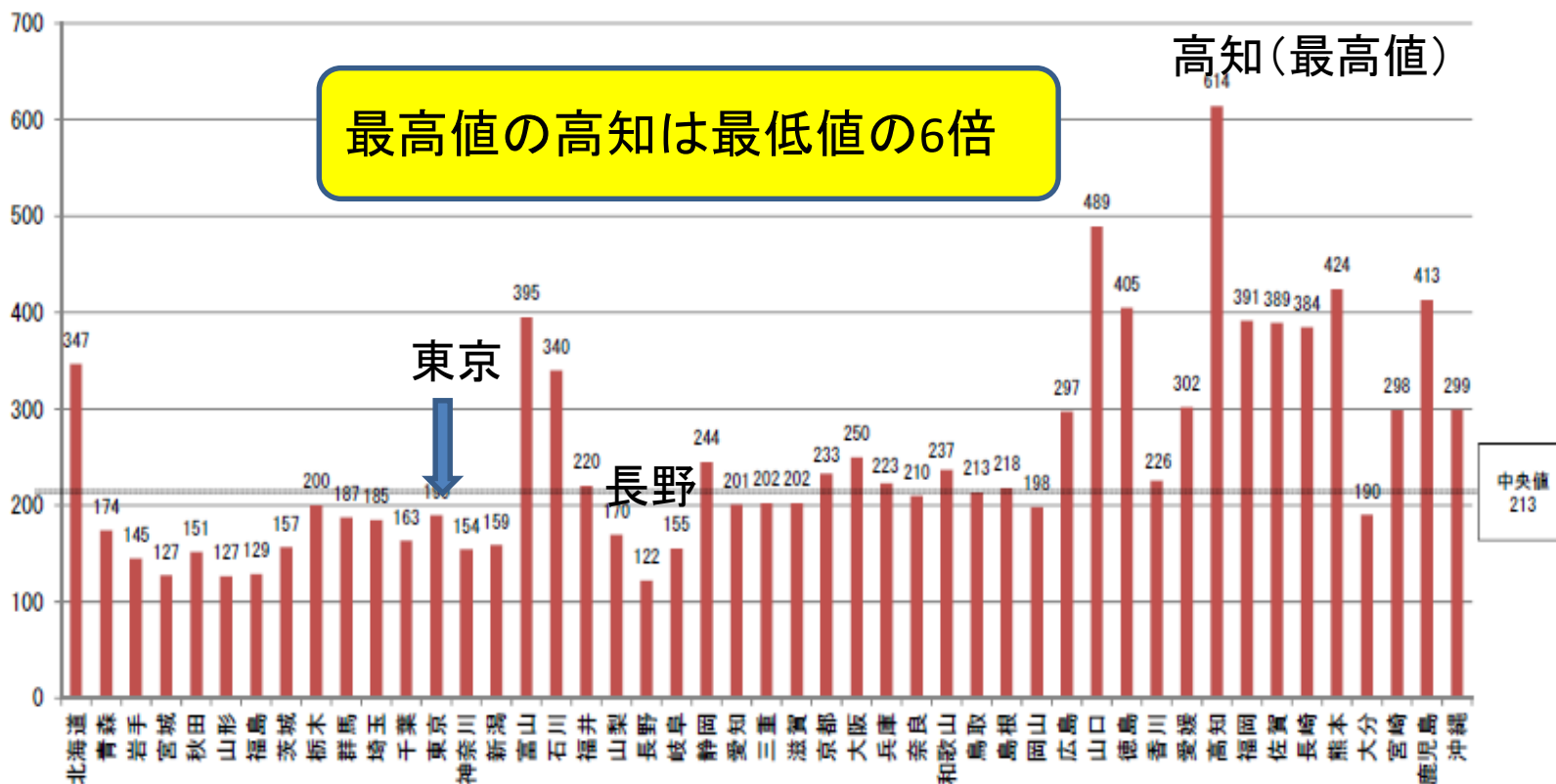


療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)の計算方法（平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査）】

各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数（Σ〔全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口〕）× 全国の入院受療率



注：1）都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。

2）福井県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の数値を用いている。

3）宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

医療重要から病床の必要量(必要病床数)を推計する

6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量(必要病床数)の推計

- 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ構想区域間の供給数の増減を調整し推定供給数(③)を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における平成37年(2025年)の病床の必要量(必要病床数)(④)とする。
- この場合において、病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期は 92%とする。

図7 構想区域ごとの医療機能別医療需要に対する医療供給(医療提供体制)の状況(脳卒中、心筋梗塞等の主な疾病についても同様の表を作成)

推計年度

	2025年における医療供給(医療提供体制)			
	2025年における 医療需要 (当該構想区域に居住する患者の医療需要)(①)	現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの(②)*	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの(③)	病床の必要量(必要病床数)(②を基に病床利用率等により算出される病床数)(④)
高度急性期 急性期 回復期 慢性期				

* 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期それぞれにおける②に関して、厚生労働省がデータ提供の技術的支援

7. 構想区域の確認

- 都道府県は、人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、構想区

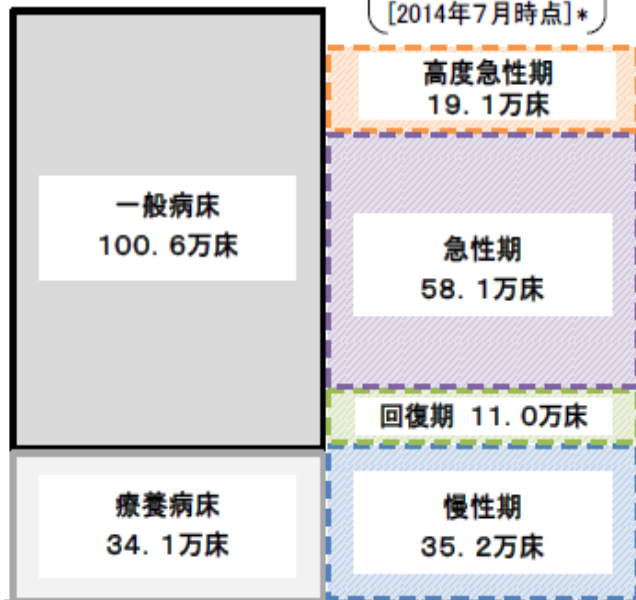
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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)

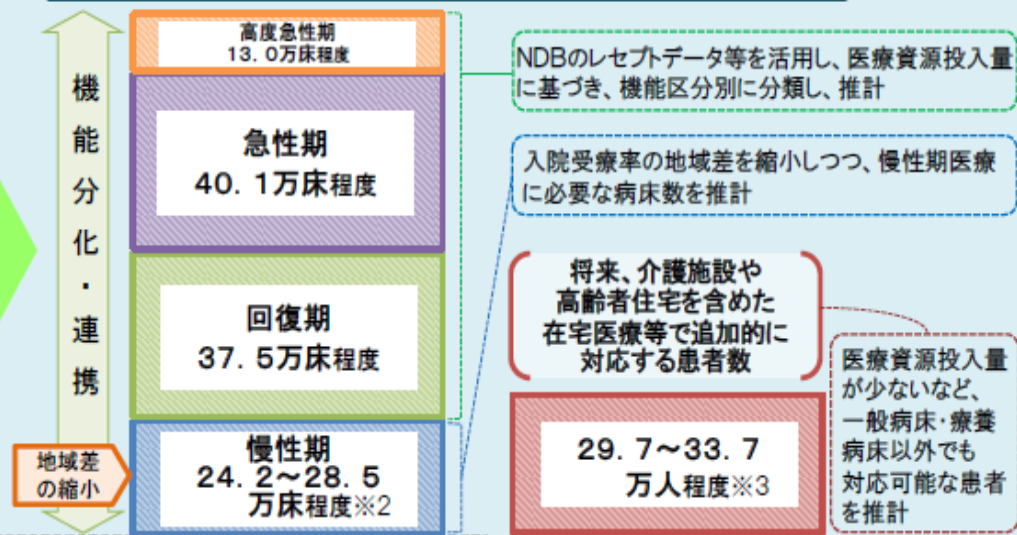
病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【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

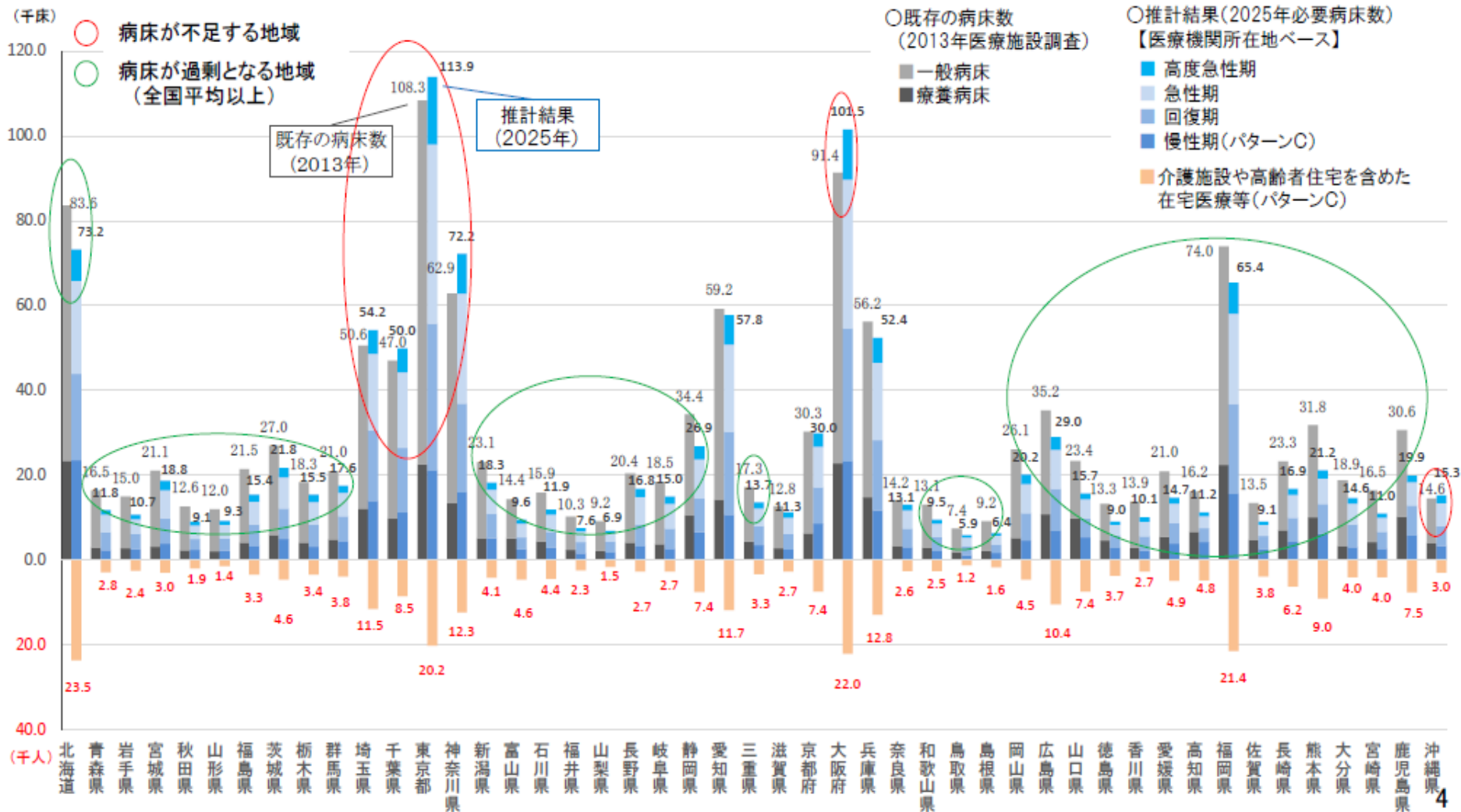


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※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

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 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も、大都市部を中心に多くなっている。



2013年比2025年増減率(目標)

- ① 15% 神奈川
- ② 11% 大阪
- ③ 7% 埼玉
- ④ 6% 千葉
- ⑤ 5% 東京、沖縄
- ⑥ -1% 京都
- ⑦ -2% 愛知
- ⑧ -7% 兵庫
- ⑨ -8% 奈良
- ⑩ -11% 宮城
- -12% 北海道、滋賀、福岡 (全国平均)
- -15% 栃木
- -16% 群馬
- -18% 長野、広島
- -19% 茨城、岐阜
- -20% 鳥取
- -21% 新潟、三重
- -22% 静岡
- -23% 山形、岡山、大分
- -25% 石川、山梨
- -26% 福井
- -27% 和歌山、香川、長崎
- -28% 青森、秋田、福島
- -29% 岩手
- -30% 島根、愛媛
- -31% 高知
- -32% 徳島
- -33% 富山、山口、佐賀、熊本、宮崎
- -35% 鹿児島

病床、最大20万削減

急性期と慢性期のベッド数を減らし
医療費を抑える(政府の目標)



2013年
13年の内訳は14年の病床機能報告から推計

内閣府の専門調査会
(食・水・育・自・自治医)

科大学長)が人口推計や
診療報酬明細書から、将

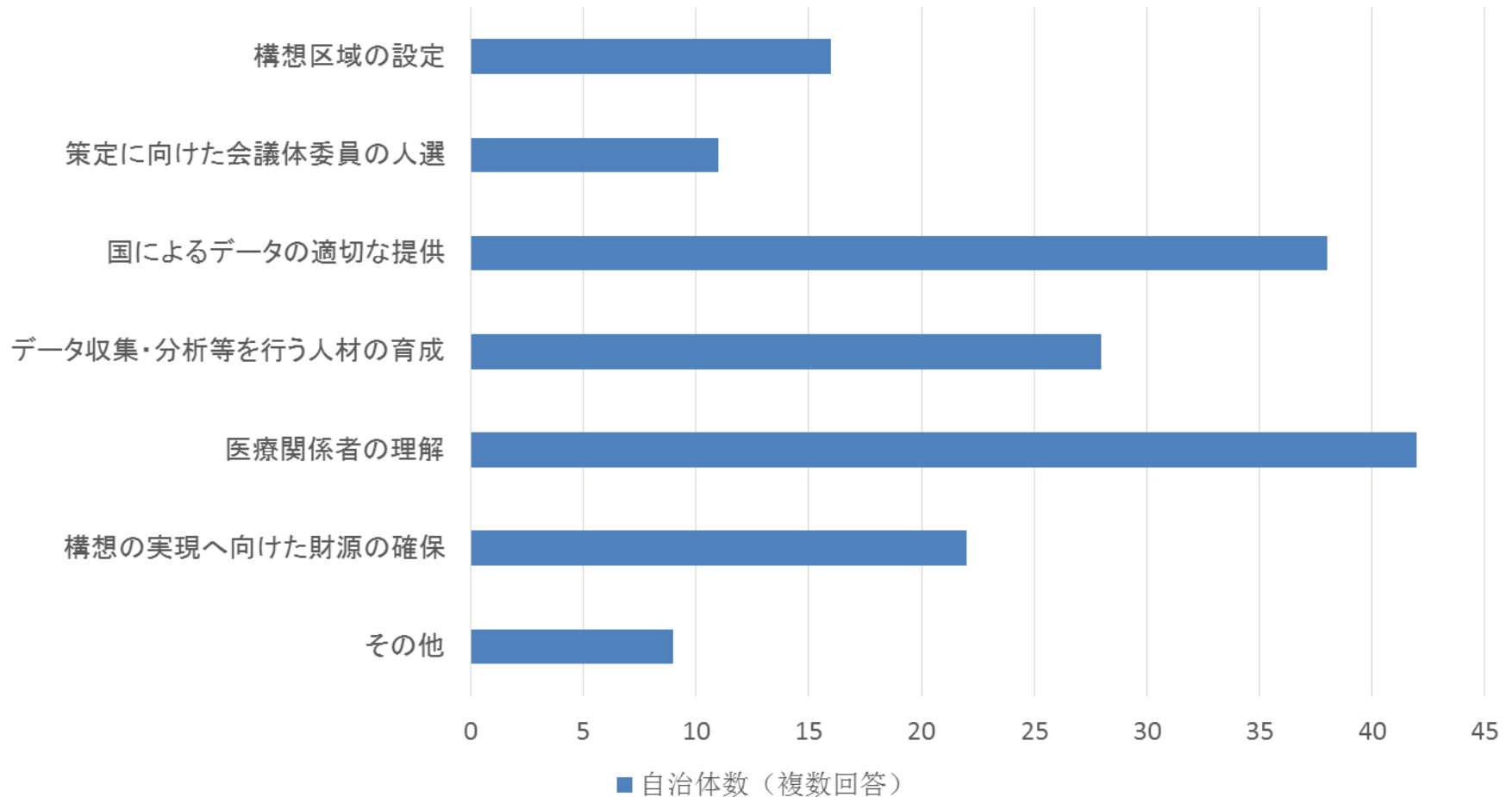
25年、30万人を削減

東京都は5千床増える!

都道府県	ベッドの増減数
東京都	10100

地域医療構想策定へ向けた 当面の自治体の課題（じほうアンケートより）

自治体数（複数回答）



パート2

地域経営統合



国民の医療介護ニーズに適合した 提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を

社会保障制度改革国民会議

2013年4月19日

慶應義塾大学商学部 権丈善一



解決の方向性は

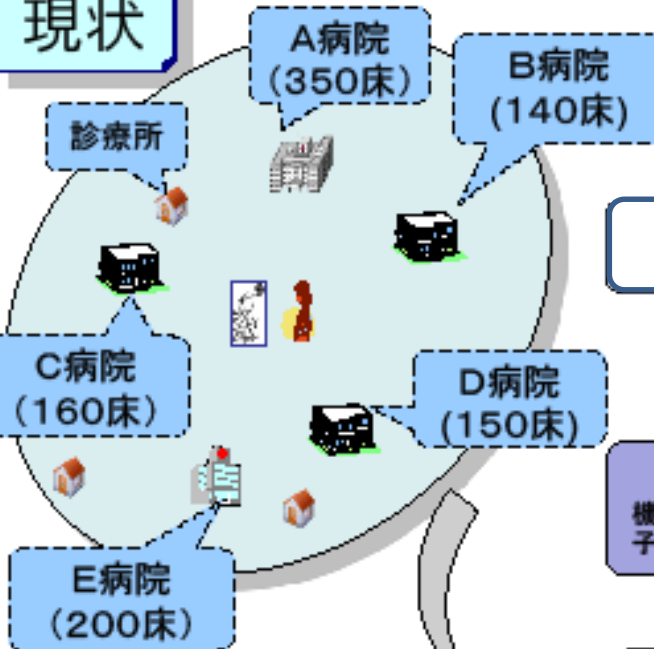
- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
 - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
 - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。**

連携ネットワークから統合ネットワークへ

- 地域連携ネットワーク(現状)
 - 経営主体の異なる医療機関・介護福祉施設の連携
 - 医療計画における連携推進
 - 疾病別・事業別ネットワーク
- 地域統合ネットワーク(今後)
 - 経営主体の異なる医療機関、介護福祉事業体等を経営統合した事業体を形成→IHN(Integrated Healthcare Network)
 - IHNとは
 - 50km~100Km医療圏に急性期病院、回復期リハ、慢性期病院、診療所、介護施設、在宅医療・介護
 - 売り上げ規模1000億~2000億円規模の統合ネットワーク
 - 保険者、物流、医療人材、情報の統合ネットワークを形成
 - 医療人材養成機関(大学)を併設あるいは連携

地域連携ネットワークから地域統合ネットワークへ

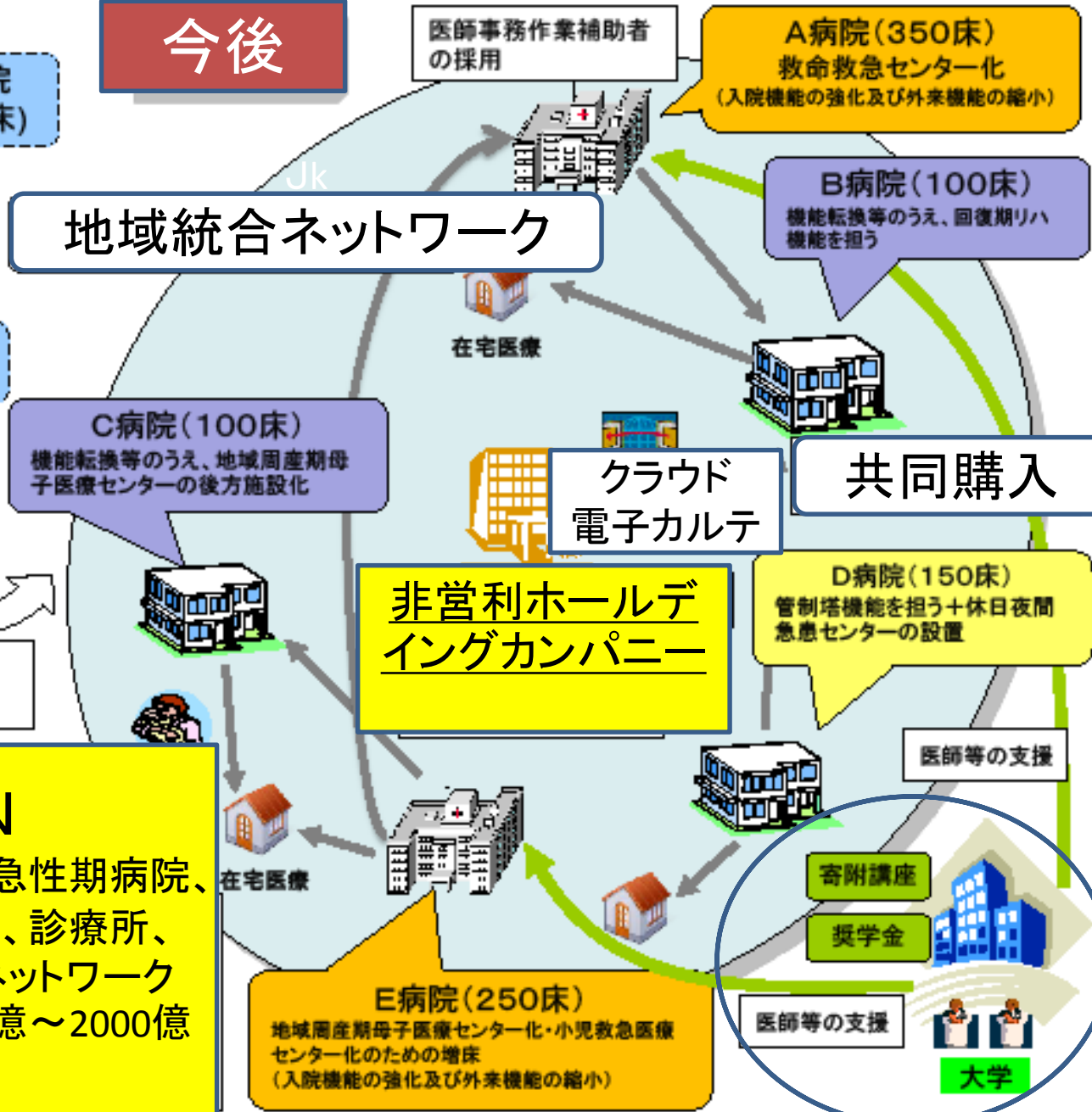
現状



- 課題
- 地域の医療資源が不足している
 - 施設間で機能分化と連携ができていない

今後

地域統合ネットワーク



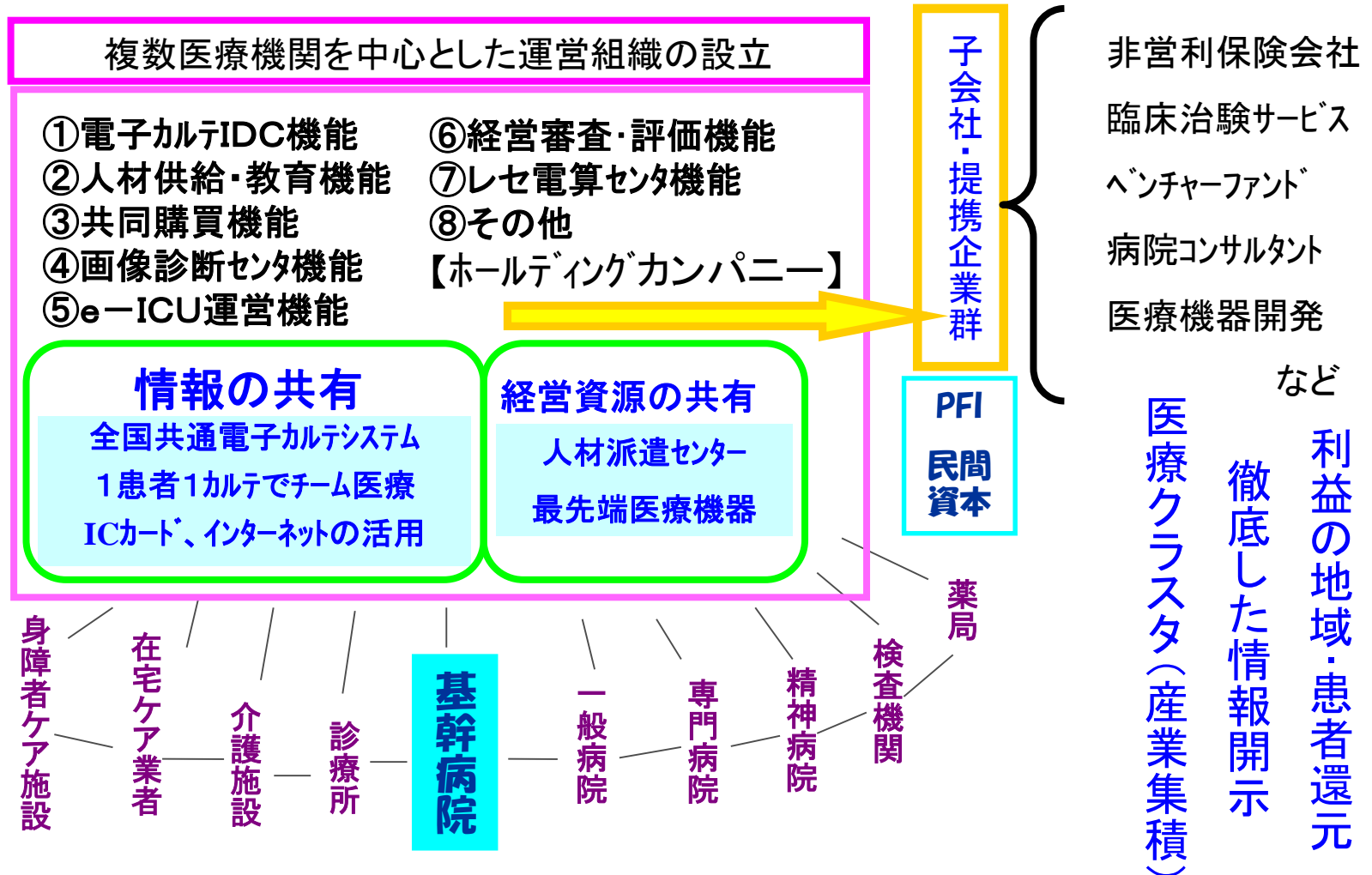
日本版IHN

半径50Km~100Km 圏内に急性期病院、回復期リハ病院、慢性期病院、診療所、介護福祉施設、大学の統合ネットワーク(IHN)を形成、売り上げ1000億~2000億円規模

大学

1つの広域医療圏で設立する ホールディングカンパニー

医療機関及び医療関連企業、医師会、大学、行政の共同出資会社



IHNモデルの代表 セントラ・ヘルスケア

- セントラヘルスケア
 - セントラ・ノーフォーク総合病院を中核とし、半径100キロメートルの医療圏に約120の医療関連施設を保有する複合事業体
 - 総合病院と小児専門病院などの専門病院を中核として医療機関を経営統合
 - 医科大学を併設
 - 開業医ネットワークとの連携
 - 機能の重複を上手く避けて、互いに補完し合っている
 - 規模のメリットを追求



ノーフォーク バージニア州
セントラヘルスケア

医療法人の事業展開等に関する検討会



医療法人の事業展開等に関する検討会

1 設置の趣旨

医療法人に関しては、病床の機能分化・連携などを進め効率的で質の高い医療提供体制を構築するため、医療法人等との連携を推進すること等としており、日本再興戦略等において課題の検討が求められており、有識者による検討会を開催する。

2 審議事項

- ・ 非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設について
- ・ 医療法人の透明性の確保・ガバナンスの強化について
- ・ 医療法人の分割について
- ・ 社会医療法人の認定要件の見直しについて 等

3 委員

田中 滋	慶應義塾大学名誉教授【座長】		
猪熊 律子	読売新聞東京本社社会保障部部長	鶴田 憲一	全国衛生部長会会長
今村 定臣	日本医師会常任理事	西澤 寛俊	全日本病院協会会長
浦野 正男	全国社会福祉法人経営者協議会総務委員長	橋本 英樹	東京大学大学院医学系研究科教授
太田 二郎	全国老人福祉施設協議会総務・組織委員長	長谷川 友紀	東邦大学医学部教授
大道 道大	日本病院会副会長	日野 頌三	日本医療法人協会会長
梶川 融	日本公認会計士協会副会長	松井 秀征	立教大学法学部教授
川原 丈貴	川原経営総合センター代表取締役社長	松原 由美	明治安田生活福祉研究所主席研究員
瀬古口精良	日本歯科医師会常務理事	山崎 學	日本精神科病院協会会長

4 審議スケジュール・開催状況

25年12月 4日	医療法人等との連携の推進について
26年 4月 2日	非営利ホールディングカンパニー型法人制度に係る報告について等
26年 6月27日	非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の検討に当たっての主な論点等について
26年 9月10日	非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設について等
26年10月10日	非営利新型法人制度の創設について等
26年11月27日	非営利新型法人制度の創設について等
27年 1月30日	地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設について等
27年 2月 9日	地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設及び医療法人制度の見直しについて【取りまとめ】

非営利ホールディングカンパニー型法人制度（イメージ）

制度の目的等

- 複数の医療法人及び社会福祉法人等を束ねて一体的に経営することを法制上可能とする非営利ホールディングカンパニー型法人（仮称）を創設（本年末までに検討を進め、その後速やかに制度的措置を講じる）。
→ 産業競争力会議では、その意義として、病床の機能分化や医療・介護等の連携が容易になり、高齢者が必要とするサービスを切れ目なく体系的に提供できるようになることや、病床や診療科の設定、高額医療機器の導入等を統合して行える他、資金調達の一括化による調達コスト抑制など、経営の効率化が可能となることを挙げている。

検討の方向性

- 非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等において、以下の3点を共有等できる仕組みとする方向で検討。（今後、本検討会において具体的に検討）

① 理念を共有すること

- 非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等が協力して、社会に対してどのような貢献をしていくのかを明確化した「理念」を策定する。

② この理念を実現するために行われる、意思決定を共有すること

- 上記の理念を実現するため、非営利ホールディングカンパニー型法人が行う個々の意思決定に従って、参加する医療法人等が法人運営を行うよう、必要なガバナンスの仕組みを設ける。
→医療法人等の社員総会又は評議員会の過半数を、非営利ホールディングカンパニー型法人やその理事又は社員が占める。

③ この理念等を実現するため、ヒト・カネ・モノを有効に活用すること

- 上記の理念や意思決定を実現するため、参加する医療法人等のヒト・カネ・モノを有効に活用する。
→個人に配当しない非営利法人の間で資金の融通ができるようにする。
→非営利ホールディングカンパニー型法人が株式会社（介護事業等）に出資できるようにする。

地域医療連携推進法人制度

趣旨

医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人(仮称)の認定制度を創設する。これにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保する。

ポイント

※医療法改正

○ 法人格

- ・ 地域の医療機関等を開設する複数の医療法人その他の非営利法人の連携を目的とする一般社団法人について、都道府県知事が地域医療連携推進法人(仮称)として認定する。

○ 参加法人(社員)

- ・ 地域で医療機関を開設する複数の医療法人その他の非営利法人を参加法人とすることを必須とする。
- ・ それに加え、地域医療連携推進法人の定款の定めるところにより、地域包括ケアの推進のために、介護事業その他地域包括ケアの推進に資する事業を行う非営利法人を参加法人とすることができる。
- ・ 営利法人を参加法人・社員とすることは認めない。

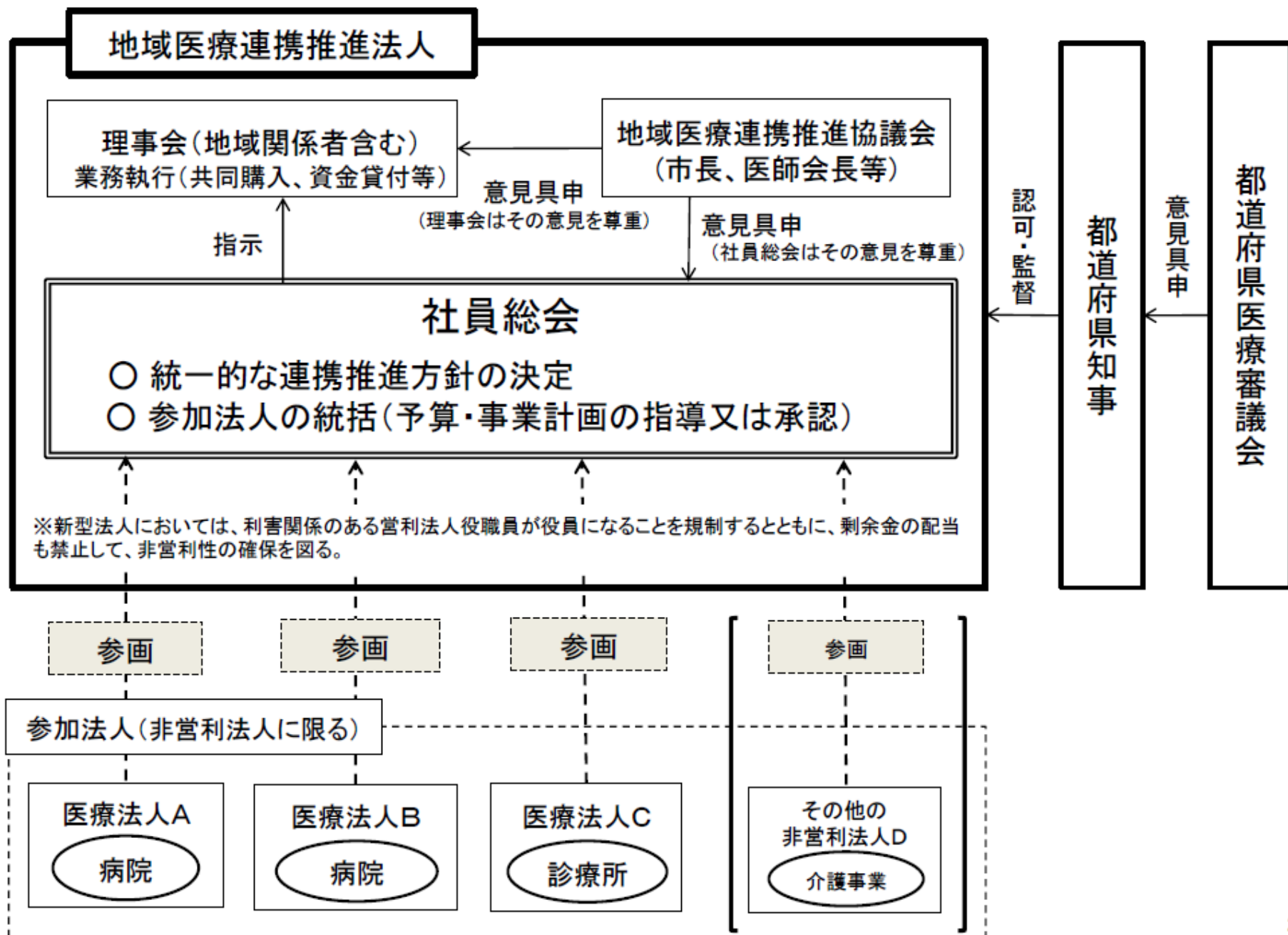
○ 業務内容

- ・ 統一的な連携推進方針(医療機能の分化の方針、各医療機関の連携の方針等)の決定。
- ・ 病床再編(病床数の融通)、キャリアパスの構築、医師・看護師等の共同研修、医療機器等の共同利用、病院開設、資金貸付等。
- ・ 関連事業を行う株式会社(医薬品の共同購入等)を保有できる。

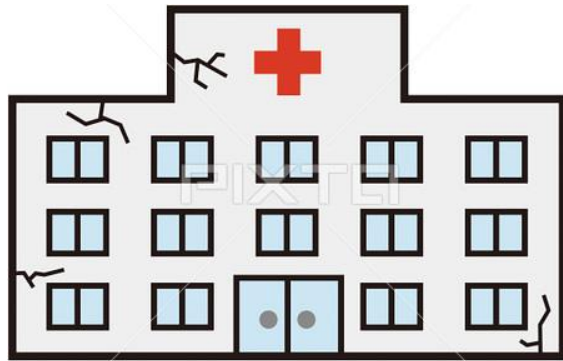
○ ガバナンス(非営利性の確保等)

- ・ 社員の議決権は各一個とするが、不当に差別的な取扱いをしない等の条件で、定款で定めることができる。
- ・ 参加法人の事業計画等の重要事項について、意見を聴取し、指導又は承認を行うことができる。
- ・ 理事長は、その業務の重要性に鑑み、都道府県知事の認可を要件とする。
- ・ 地域医療連携推進協議会の意見を尊重するとともに、地域関係者を理事に加えて、地域の意見を反映。
- ・ 営利法人役職員を役員にしないこととするとともに、剰余金の配当も禁止して、非営利性の確保を図る。
- ・ 外部監査等を実施して透明性を確保する。
- ・ 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見に沿って、法人の認定、重要事項の認可・監督等を行う。

地域医療連携推進法人制度(仮称)の仕組み

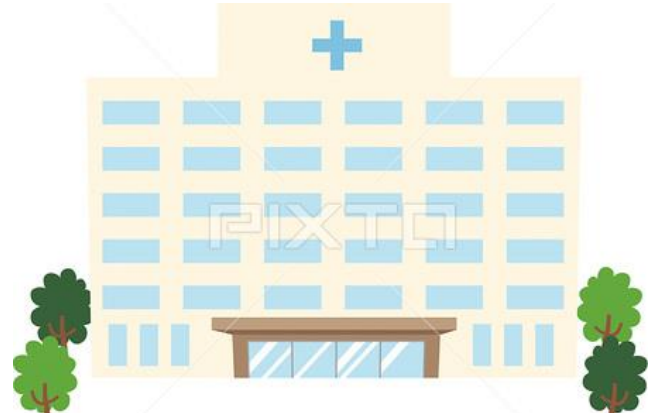
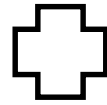


病床融通特例



pixta.jp - 4902298

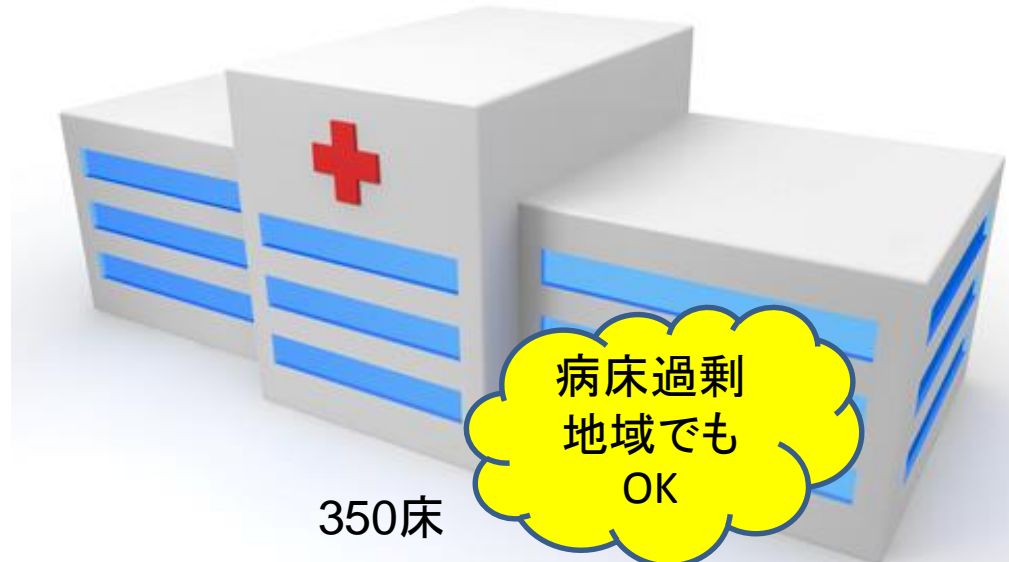
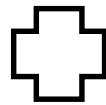
200床



200床



50床



350床

病床過剰
地域でも
OK

(参考) 非営利ホールディングカンパニー型法人の活用モデル等について

非営利ホールディングカンパニー型法人の活用モデルの例	具体的なイメージの例
自治体中心型	<ul style="list-style-type: none">○ 都道府県や市町村がその区域内的の医療法人、社会福祉法人等に呼びかけて、非営利ホールディングカンパニー型法人（HD法人）を創設する。○ 自治体を中心となって、医療法人等の横の連携を高めることで、地域医療構想、医療計画、介護保険事業計画などと整合性を持ちつつ、病床機能の再編、地域包括ケアシステムの構築等を円滑に進めることが期待される。○ 必要に応じて、自治体が出資したり、自治体の幹部を理事とするなど、適宜、関与することも可能である。
中核病院中心型	<ul style="list-style-type: none">○ 地域の社会医療法人、大学付属病院を経営する法人など急性期医療等を担う中核的な医療法人等が、回復期や在宅医療を担う医療法人や、介護を担う社会福祉法人に呼びかけて、HD法人を創設する。○ 地域の中核病院が中心となることで、回復期や在宅医療の基盤が弱い場合は、中核病院の信用力を元に資金を確保してそこに投資するなど、地域の効率的な医療提供体制を構築することが期待される。
地域共同設立型	<ul style="list-style-type: none">○ 都道府県医師会や地区医師会が中心となって、その区域内的の医療法人、社会福祉法人等に呼びかけて、HD法人を創設する。○ 医師会が中心となることで、現在、医師会が中心的に進めている在宅医療・介護の連携の更なる促進や、共同購入や医療機器の共同使用等による中小医療法人の経営の効率化、経営の厳しい医療法人の支援や受け皿としての機能が期待される。○ 自治体も巻き込むことによって、自治体からの出資などの支援を受けることも可能である。

総務省は
慎重意見

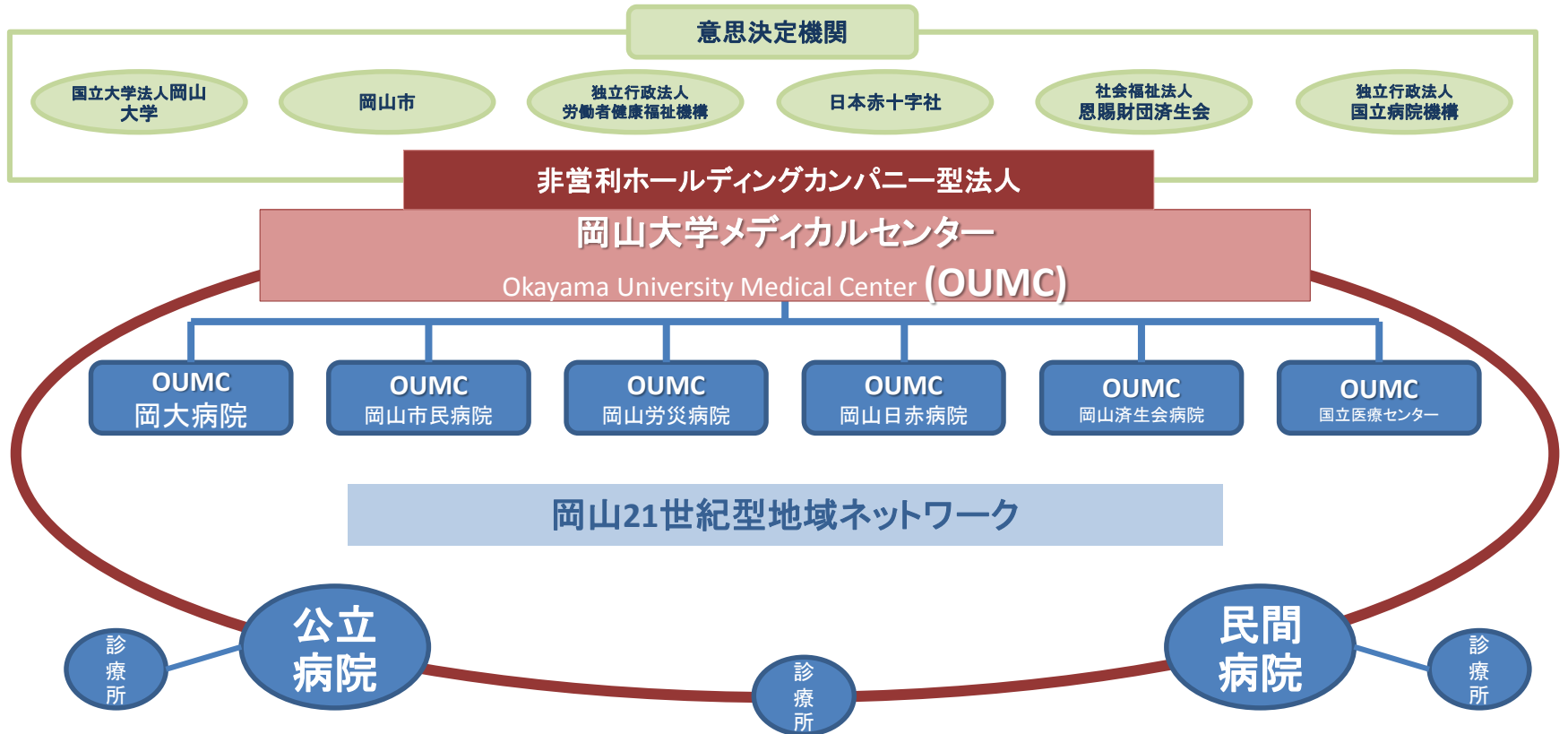


岡山大学メディカルセンター構想

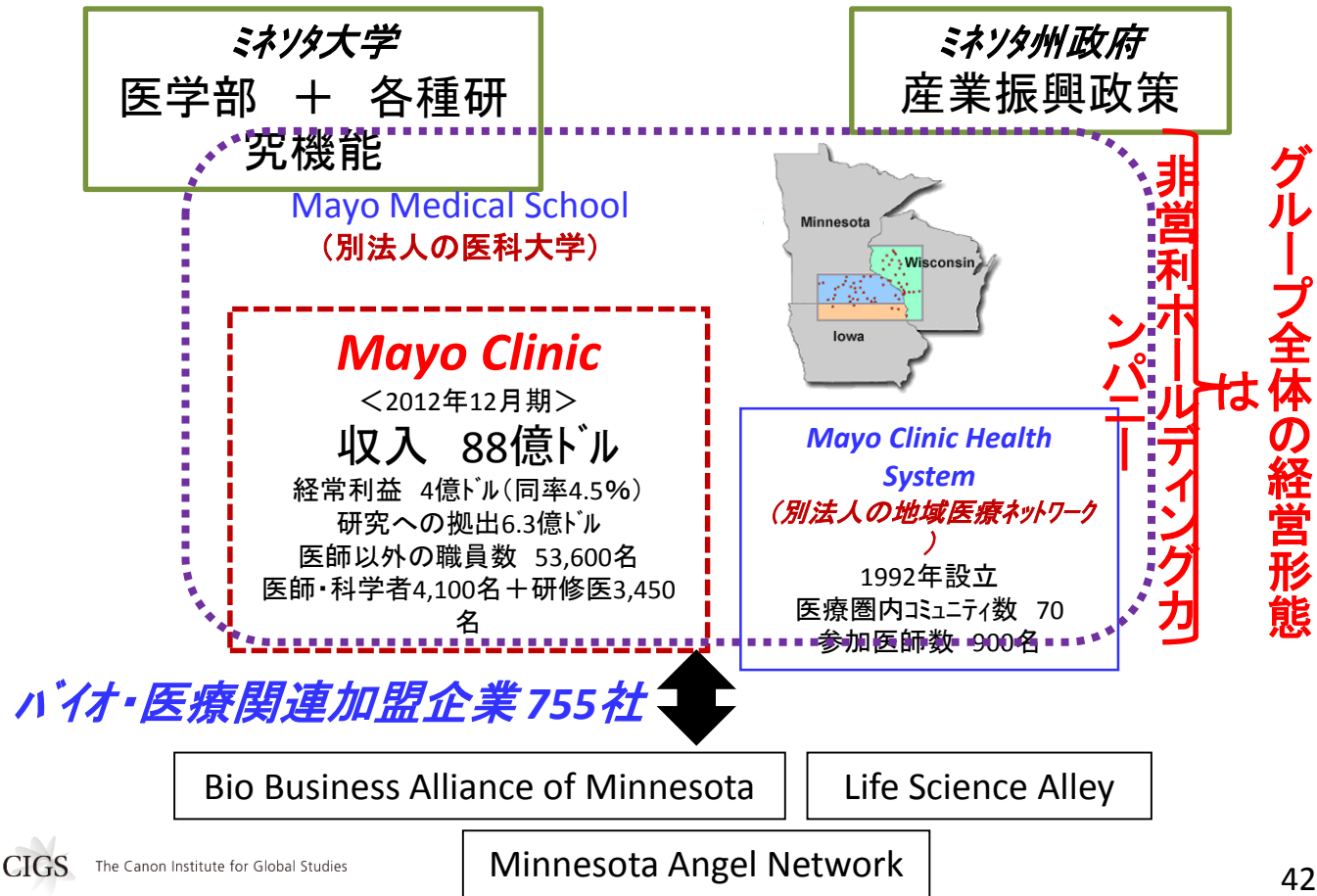
～岡山における医療・福祉サービス提供体制の効率化と地域経済活性化の実現～


平成26年3月28日
岡山大学 森田 潔

(2) 岡山大学メディカルセンター構想の概要



Mayo Clinicを核にした医療産業集積





米メイヨー・クリニック
のような巨大ヘルス
ケア提供機関を作る
ための持ち株会社制
度などを通じて医療
分野の発展を促す

2014年1月22日ダボス会議

非営利HD法人の課題は さらなる税制優遇や補助金誘導

地域医療構想実現の
一手法として位置づけることが重要

パート3

データヘルス計画と健康経営



データヘルス計画



「データヘルス計画」の推進に関する政府の方針

○日本再興戦略: (平成25年6月14日閣議決定)

健康保険法等に基づく厚生労働大臣指針(告示)を今年度中に改正し、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画(仮称)」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。

○健康・医療戦略: (平成25年6月14日関係大臣申合せ)

保険者によるレセプト等データの分析・利用が全国展開されるよう国による支援や指導を行うことを検討する。具体的には、①加入者の健康づくりや予防活動の促進が保険者の本来業務であることを周知、②医療費分析システム利用を促進するとともに、医療費分析に基づく事業に関して国が定める指針の内容を充実させる等により、保険者の取組を促進する。被用者保険に関しては、「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」を今年度中に改訂し、平成26年度中には、全ての健康保険組合に対しレセプト等のデータの分析、それに基づく事業計画「データヘルス計画(仮称)」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求める。

レセプト等のデータ分析に基づいた保健事業の立ち上げ支援事業

25年度補正予算額 5.2億円

26年度当初予算額 3.6億円

○事業の目的

近年、健康情報・医療情報の電子化が進み、医療保険者が、レセプト・健診情報等のデータを活用することが可能となっているが、現状ではデータ分析を十分に行い、保健事業に活用している医療保険者は少ない。

本事業は、国民の健康の保持増進、疾病予防及び重症化予防を推進するため、日本再興戦略（平成25年6月）に基づき、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿って実施する保健事業の実施計画（データヘルス計画）を健保組合等が策定し、実施できるよう支援するものである。

○事業概要

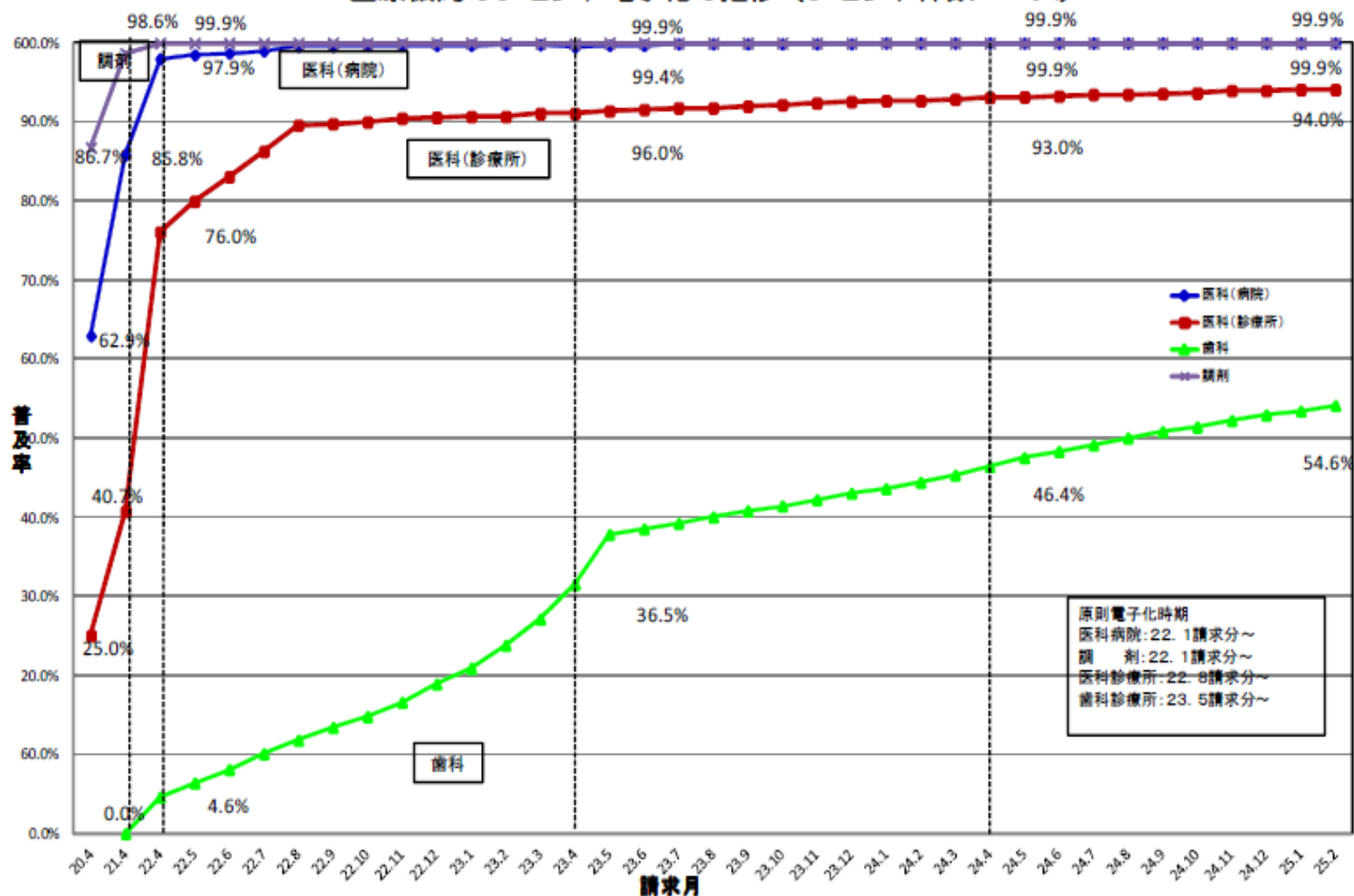
① モデル的「データヘルス計画」の作成等に係る費用を補助（7.1億円）

各保険者の取組のモデルとなる計画を作成する健保組合及び協会けんぽに対して、計画策定等に要する費用を補助

② 健保組合への普及・指導事業の費用を補助（1.6億円）

データヘルス計画の普及・指導事業（説明会や講習会の開催等）に要する経費を補助

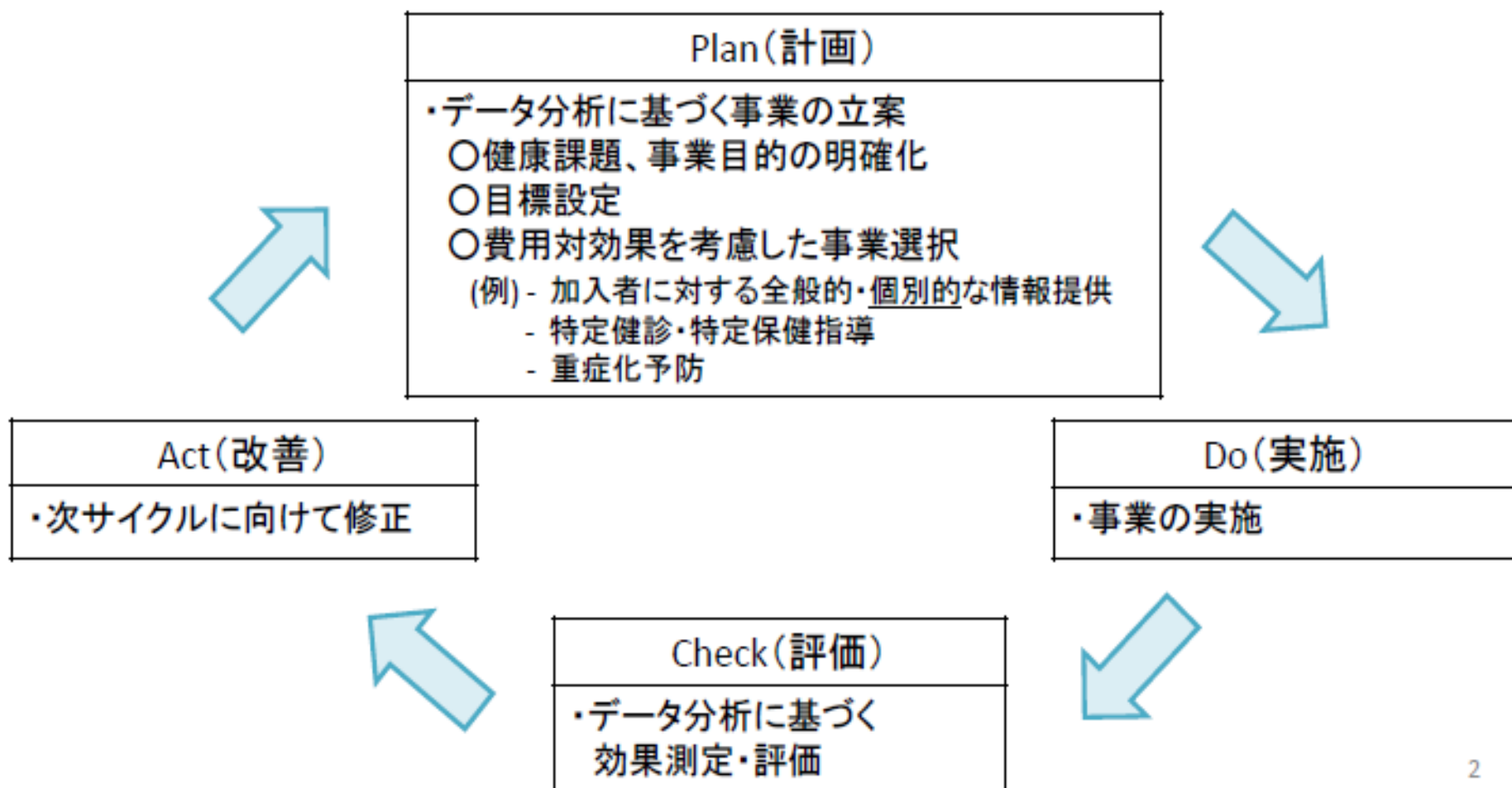
医療機関のレセプト電子化の推移 (レセプト件数ベース)



「データヘルス計画」とは

「データヘルス計画」

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく
効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画



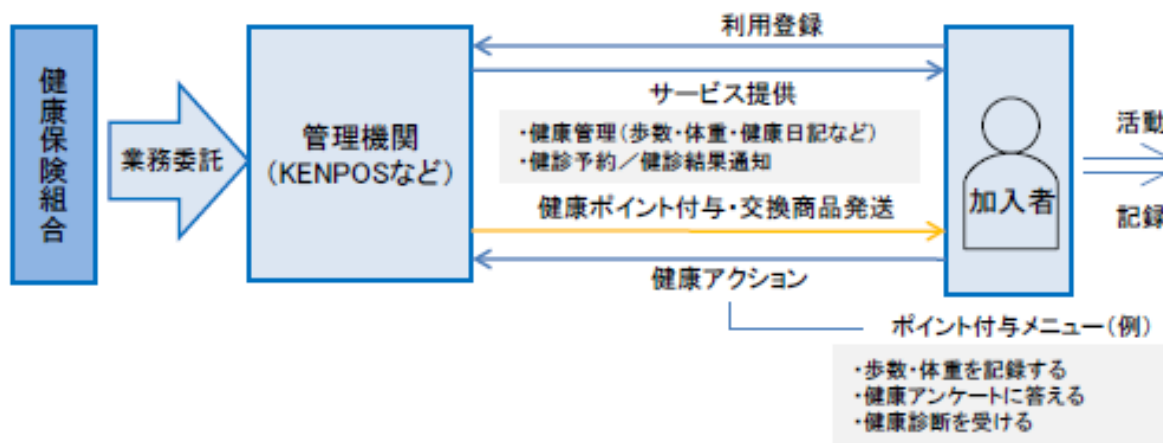
「データヘルス計画」の特徴

～被用者保険者の持つ強みや特性を踏まえた展開～

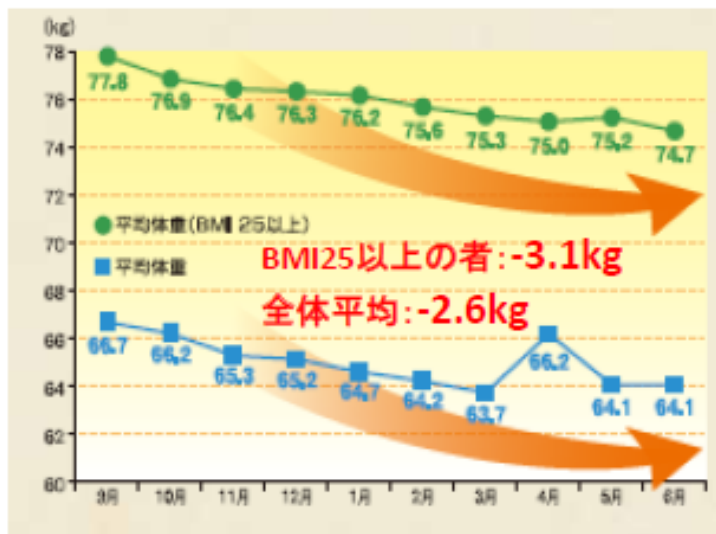
1. レセプト・特定健診データの活用による
 - ① 組合や事業所における全体的な健康状況・受診状況・医療費状況の把握
 - ② 保健事業の効果が高い対象者の抽出
2. 身の丈に応じた事業範囲
 - ① 加入者に対する全般的・個別的な情報提供（一次予防）
 - ② 特定健診・特定保健指導
 - ③ 重症化予防
3. コラボヘルス（事業主との協働）
4. 外部専門事業者の活用

生活習慣病予防・健康増進支援サイトを活用した保健事業

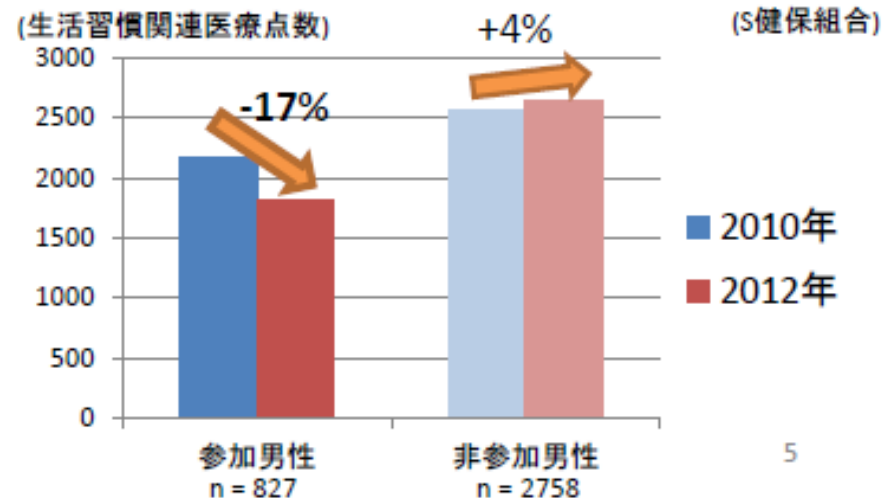
○ ウォーキングやジョギングなどの健康づくりに資する活動に対して、健康グッズやスポーツクラブ利用券などと交換できるポイント(健康ポイント)を付与する仕組みやSNS機能を用いた応援や励まし機能を活用した健康管理ツールを用いて、継続的な健康管理や生活習慣の改善を目指す。



健康管理ツール導入者の平均体重の推移(9ヵ月)



健康管理ツールの参加・非参加者における医療費の推移



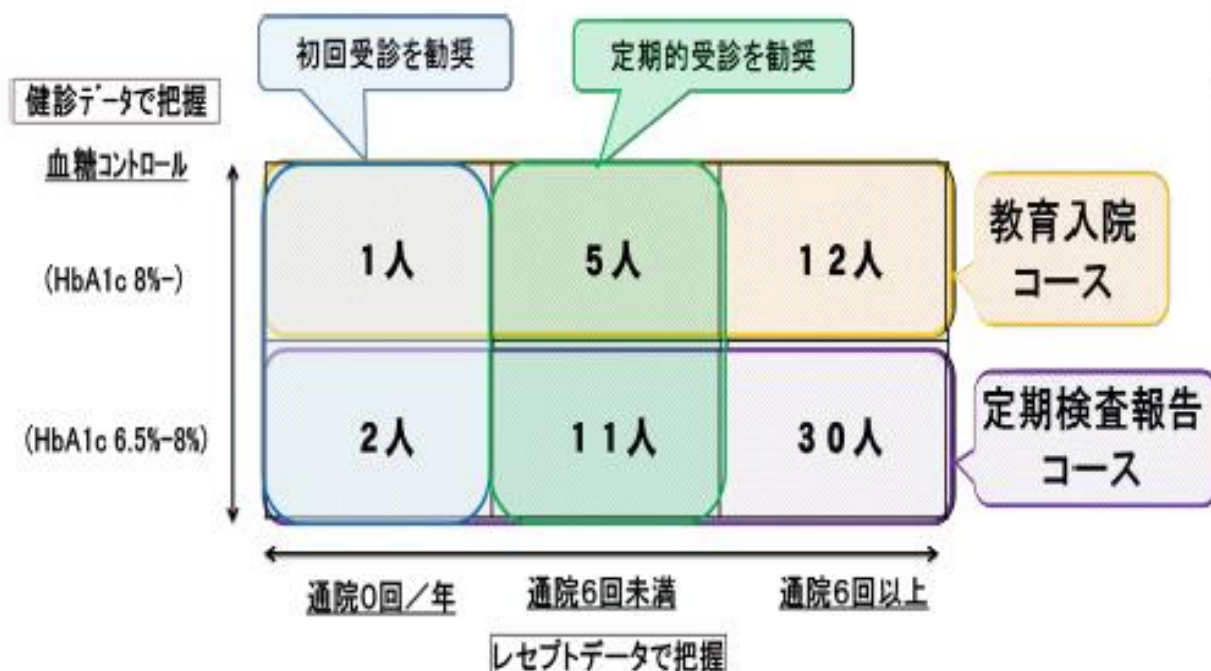
レセプト・健診データの突合分析による糖尿病の重症化予防事業

取り組みの背景

健診結果データにレセプトデータを突合し分析を行ったところ、HbA1cの数値が悪い者の中には

- ① 医療機関への定期的な受診を行っていない
 - ② せつかく治療を受けていても状態が改善せず治療効果が得られていない
- など、適切な受診状況といえない者が散見された。

対象者の抽出(概念図)



事業効果

【教育入院コース】

60%が改善
(うち20%が6.5%未満に改善)

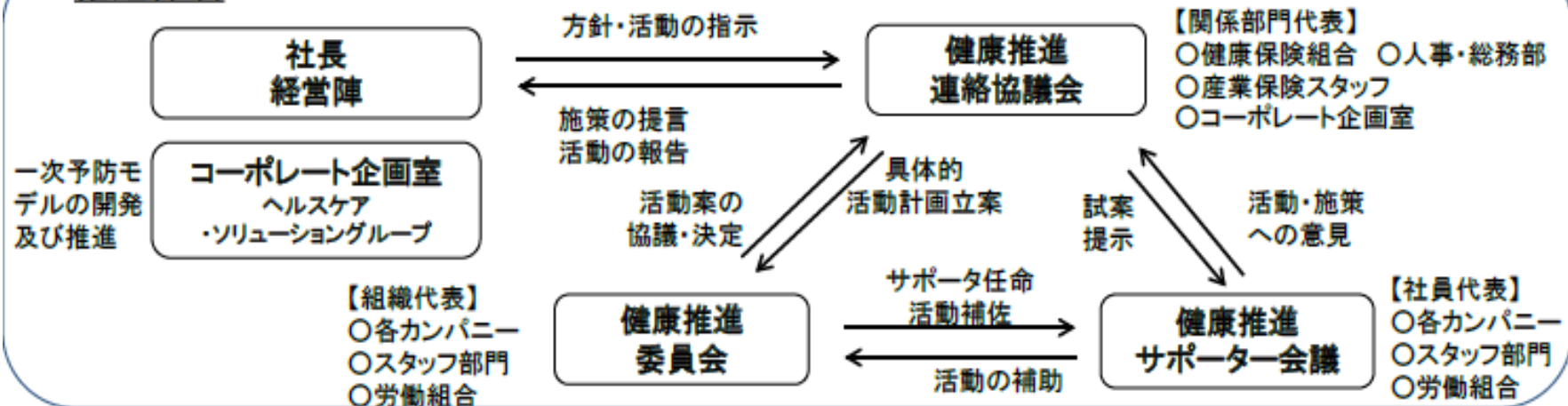
【定期検査報告コース】

64%が改善
(うち24%が6.5%未満に改善)

n = 42

母体企業と保険者のコラボレーションによる 全階層を対象とした階層別予防事業

推進体制

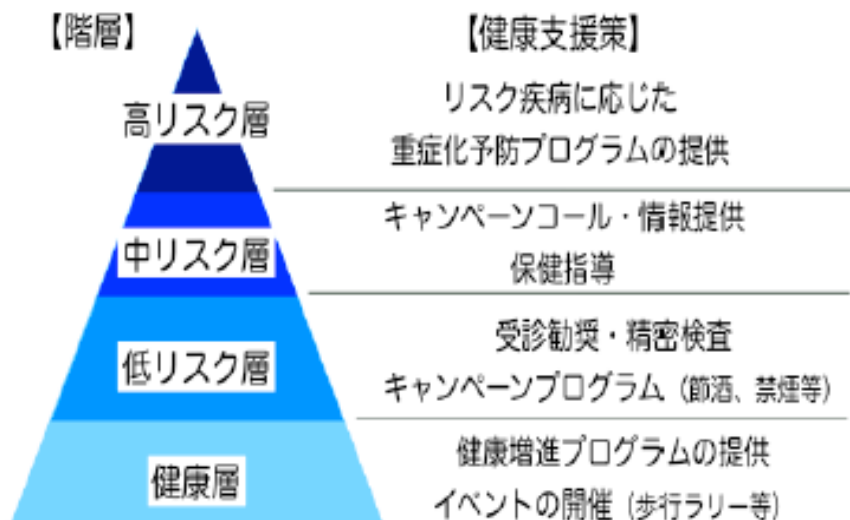


リスク階層分け

定期健康診断結果から複合的要素を加味して予防可能なリスク疾病につながる兆候がある者の抽出し、レセプトデータを突合させて治療状況の確認



分析情報を基に被保険者一人ひとりのリスク度合いの順位付け(右図)を行い、リスク程度に応じた階層に分類。



1-4. データヘルス計画の実施範囲(イメージ)

「梅」レベル

- 共通基本分析（レセプト管理・分析システムで対応可能：平成26年4月より稼働予定）
 - ・健診データ分析による組合・事業所の健康特性把握
 - ・レセプト分析による組合・事業所の医療費特定把握
 - ・保健指導等のための分析
- オーダーメイド的な情報提供による健康意識づくり
 - ・自ら健診結果の内容や相対的な位置づけについて認識をもってもらう
 - ・個々人の状況に応じた健康増進活動の勧奨や受診勧奨
 - ・ICT活用によるコスト低減
- 組合・事業所の特性分析に基づいた事業所から被保険者への声かけ、働きかけ
- 効果測定

梅レベルの計画策定については、事例集とモデル計画により自前で作れることを想定

「竹」レベル

- 「梅」
- 十 (プラス)
- 重症化予防などの費用対効果の観点等を踏まえた保健事業の実施
- 事業主との協働(コラボヘルス)

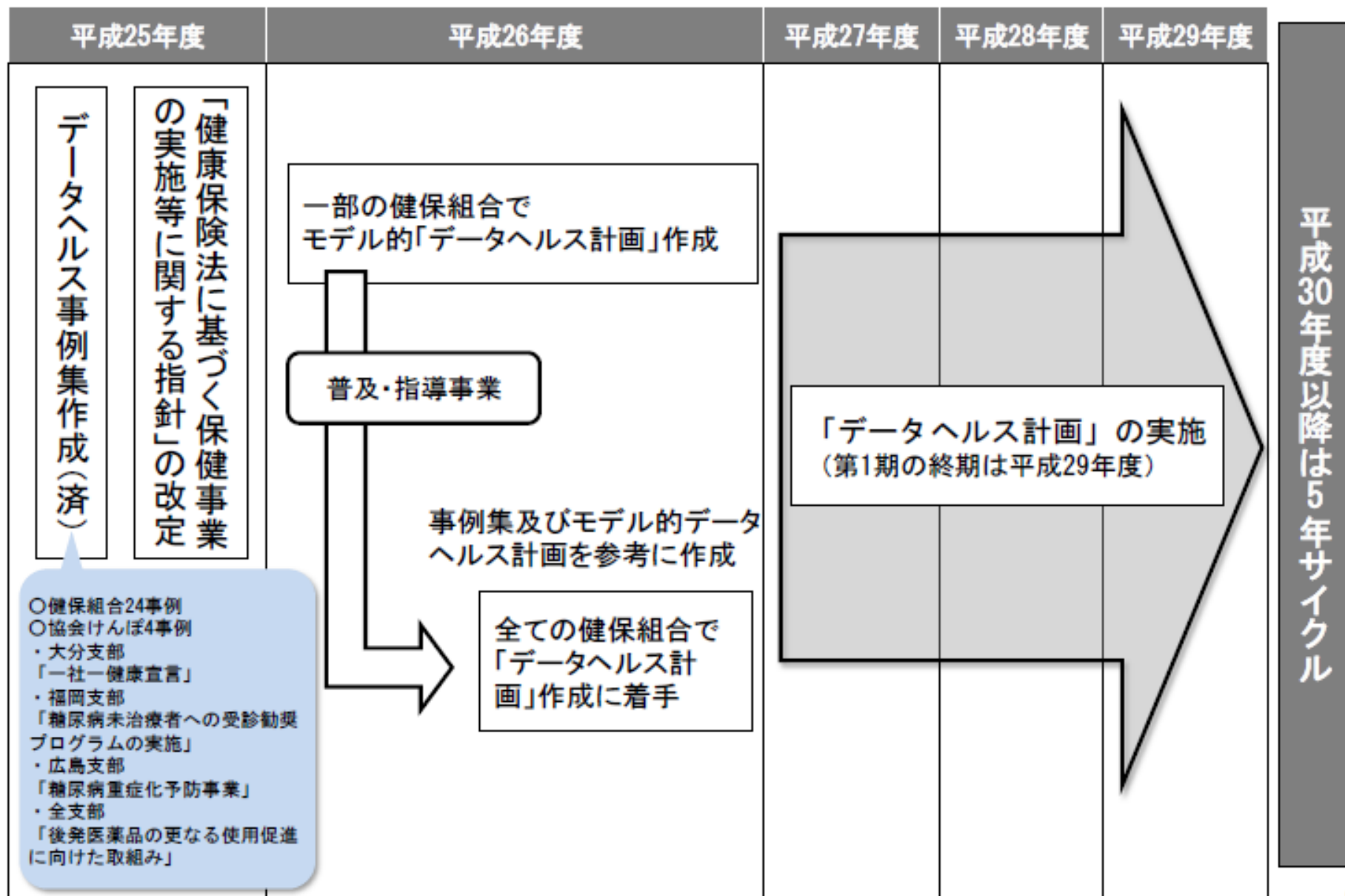
「松」レベル

- 「梅」
- 十 (プラス)
- 加入者(当面は被保険者中心でも可)の健康管理に関する基本的考え方や哲学の設定
- 加入者(当面は被保険者中心でも可)を相当程度網羅的にカバーした、リスク別の健康管理(それぞれのリスクに応じた保健事業の実施)
- 事業主との協働(コラボヘルス)

各保険者において、身の丈に応じた事業範囲(レベル)で計画策定・実施

※「松」「竹」「梅」は事業範囲の広さのイメージを示すものであり、制度上の用語ではない。

1-5. 現在、国が検討しているデータヘルス計画の実施スケジュール



健康経営



健康経営とは？

- 「健康経営」とは、米国の経営心理学者のロバート・ローゼンが提唱した概念で、企業の持続的成長を図る観点から従業員の健康に配慮した経営手法のこと。
- 従業員の健康が企業および社会に不可欠な資本であることを認識し、従業員への健康情報の提供や健康投資を促すしくみを構築することで、生産性の低下を防ぎ、医療費を抑えて、企業の収益性向上を目指す取り組みを指す。

メタボ対策が健康経営のカギ！

② 生活習慣病の実態

働き盛りの社員を襲う重大疾病

心疾患や脳血管疾患など、生活習慣に起因する疾病は、主に企業を支えている働き盛りの社員が発症しています。療養などによって人員が欠けると、中小企業は大きなダメージを負いますが、社員が倒れて初めて、そのことに気づくことが多いものです。

生活習慣病の重症化による医療費と入院日数

重大疾病を発症した場合は入院や長期治療が必要なため、本人だけでなく、企業にも大きな影響があります。

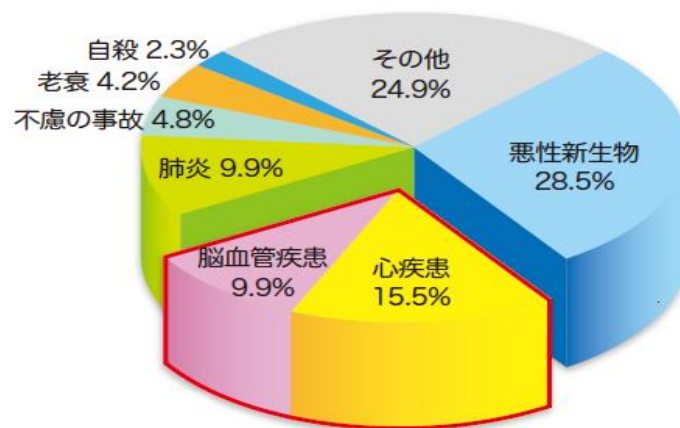
	一人当たり 年間医療費※	入院日数※	罹患後の負担
心筋梗塞	195万円	17.9日	再発の不安
脳梗塞	112万円	35.5日	片麻痺・言語障害・記憶障害といった後遺症
脳出血	177万円	46.2日	片麻痺・言語障害・記憶障害といった後遺症
糖尿病合併症 (腎不全の場合)	540万円	156日 (通院日数)	透析による定期通院 (週3回程度)

※ 糖尿病合併症以外は全日本病院協会2009年1～3月診療アウトカム評価分析結果より引用
糖尿病合併症は腎不全による人工透析の場合を想定し月額45万円として年間医療費を試算
通院日数については週3回の通院×52週として通院日数を試算

出典：平成24年東京都保険者協議会医療費分析部会「医療費の分析とその活用」

日本人の死因

生活習慣に起因する心血管系疾患が約3割も占めています。



出典：平成23年厚生労働省「人口動態統計月報年計」

IV メンタルヘルス(心の健康)に関する対策

健康経営におけるメンタルヘルスに関する対策の重要性

メンタルヘルスも身体の健康と並び、健康経営においては重要な柱の一つです。健康経営を実践している欧米の企業の多くは、メンタルヘルスに関する対策をマーケティング、財務などと同様に重要な経営戦略の一つと捉え、特に重視しています。

メンタルヘルスに関する現状

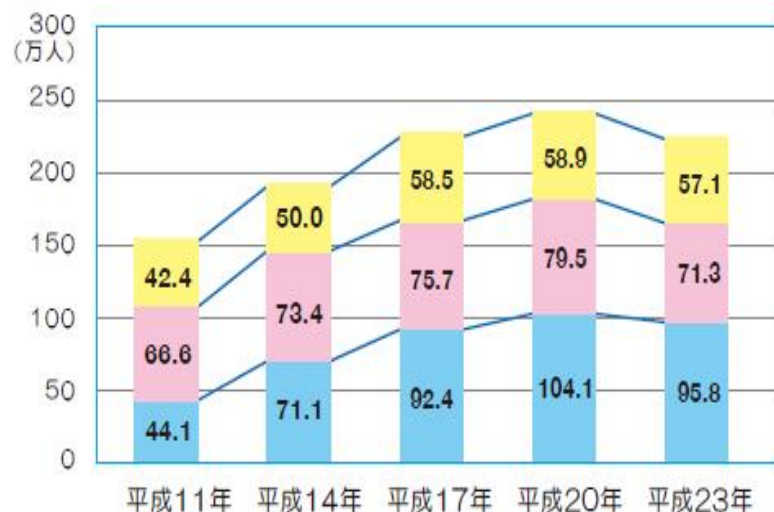
うつ病などメンタルヘルスの不調により医療機関に受診する患者の数は、平成23年の調査では減少しましたが、長期的には増加傾向にあり、日本社会が抱える大きな課題となっています。

職場環境がメンタルヘルス不調の原因となることも少なくないため、職場においてもメンタルヘルスに関する対策に取り組むことが重要です。

しかし、規模が小さな事業所ほどその対策が実施されていないのが現状です。小規模な事業所であっても、メンタルヘルス不調の予防・改善に向け、積極的に取り組みましょう。

医療機関に受診する患者の疾病別推計

- 不安障害など：神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
- 統合失調症など：統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害
- うつ病など：気分[感情]障害(躁うつ病を含む)



出典：厚生労働省「患者調査」

健康経営の課題

- 日本経済団体連合会
 - 「健康投資と企業経営に関する分科会」
 - 従業員の健康増進に積極的に取り組んでいる企業ヒアリング
 - メンタル、メタボ、禁煙への取り組み
 - 対症療法型から予防型へ
 - 健康保険組合、事業者、産業医、労働組合との連携
 - 家族、地域を含めた有機的連携
- 課題
 - 費用対効果が見えづらいことが課題

【調査結果のポイント】

1. 健康経営の認知と取り組み実態について

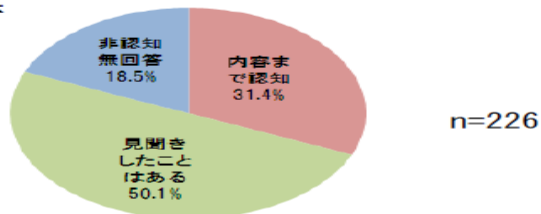
「健康経営」という概念の認知度（内容認知）は全体で31%。

業種別でみた場合、内容認知はサービス業で最も高いが、取り組み実態を見ると、製造業の方が取り組んでいる割合が高くなっている。

■ 「健康経営」という概念の認知度

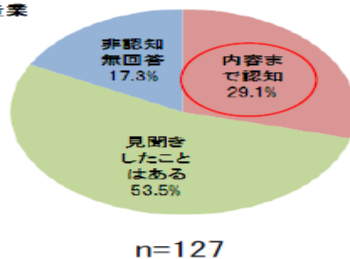
- ・「健康経営」について、内容まで理解している割合はサービス業では41.3%に上るが、製造業では29.1%にとどまっている。

全体

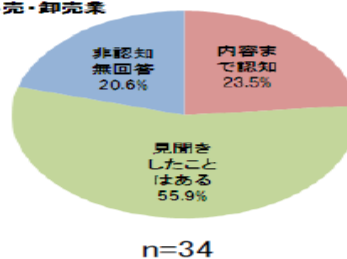


2013年電通
226社調査

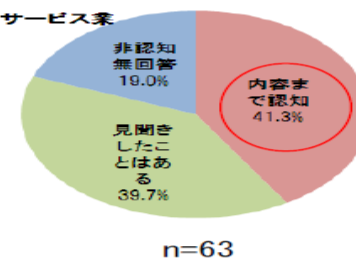
製造業



小売・卸売業



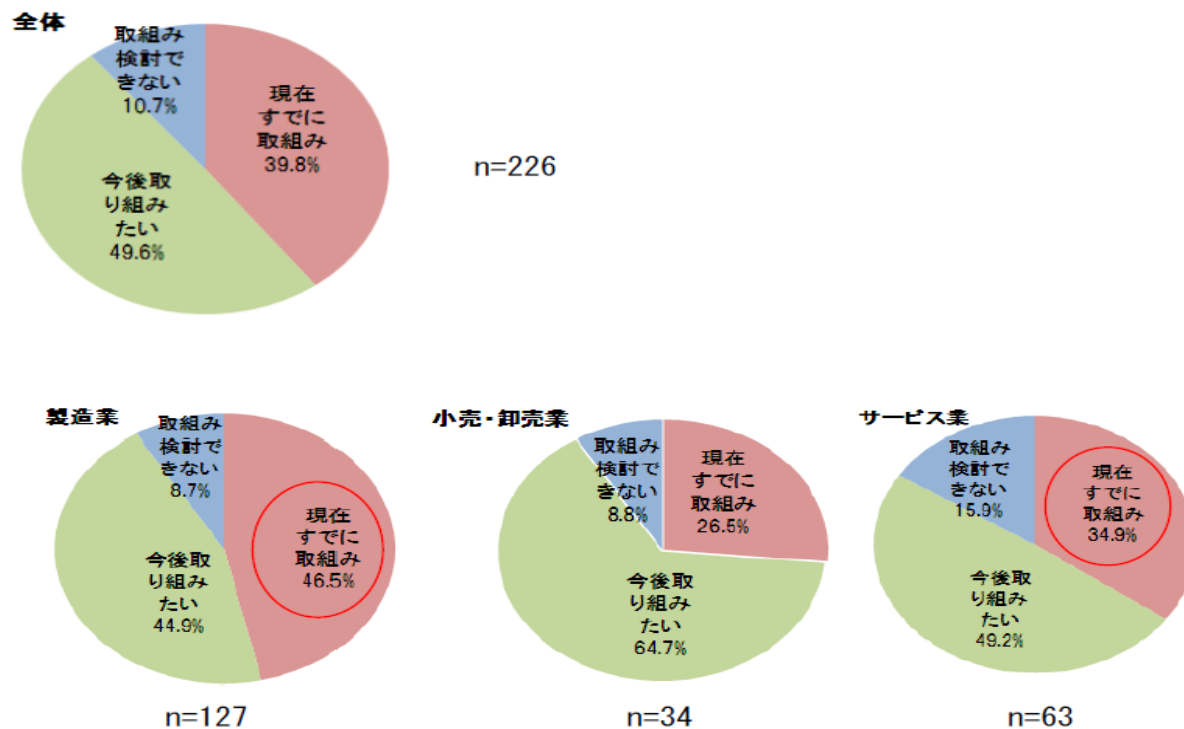
サービス業



■ 「健康経営」の取り組み度合い

- ・しかし、「健康経営」の取り組みの実態を見ると、製造業は「すでに取り組んでいる」が46.5%にまで達しているのに対し、サービス業は34.9%にとどまっている。ただし、各業種とも「今後取り組みたい」を含めた割合は8~9割となっており、「健康経営」に関して前向きな企業姿勢が伺える。

健康経営への取り組み状況



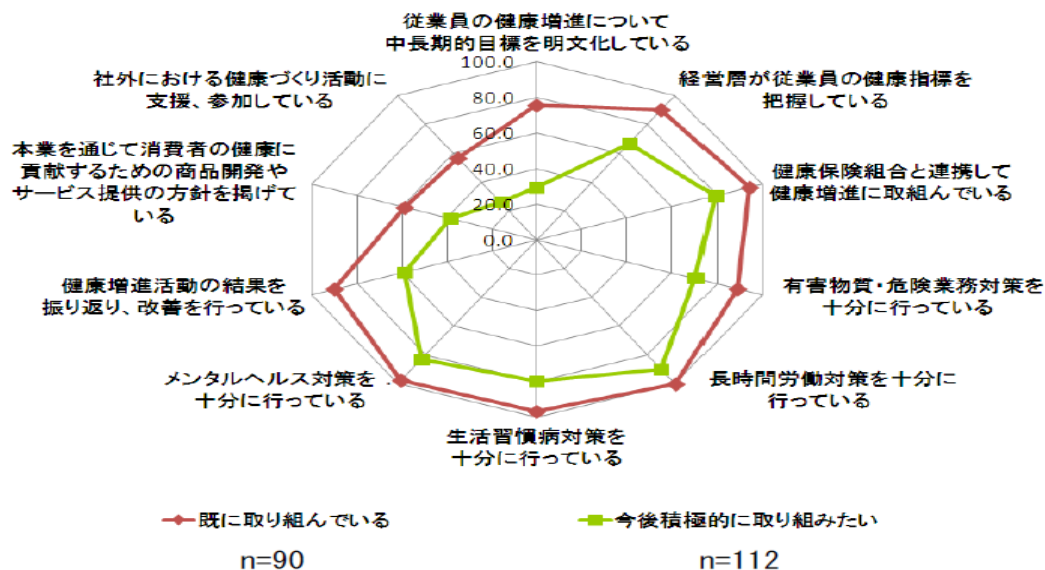
2. 健康経営の取り組み状況について

「健康経営」の取り組みが進んでいる企業は、全社的視点から PDCA(Plan→Do→Check→Action)による健康増進活動の管理を進めており、社員のみならず社外での健康づくり活動にも取り組んでいる。また、製造業では「有害物質・危険業務対策」、サービス業では「長時間労働対策」や「メンタルヘルス対策」など、業種による特徴が明らかになった。

■ 「健康経営」の現状の取り組み状況（評価項目別）

・「健康経営」に“すでに取り組んでいる企業”は全業種で90社（有効回答数は226社）であったのに対し、“今後積極的に取り組みたいとする企業”は112社であった。

前者と後者の企業における「健康経営」に対する見方を評価項目別で見ると、特に「従業員の健康増進に関する中長期目標の明文化（前者76%、後者30%）」、「健康増進活動の振り返りと改善（同90%、59%）」、「（CSR活動など）社外における健康づくり活動への参加（同57%、26%）」といった項目で差が大きくなっていることが分かった。



■ 「健康経営」に関する現状の取り組み状況（評価項目別）

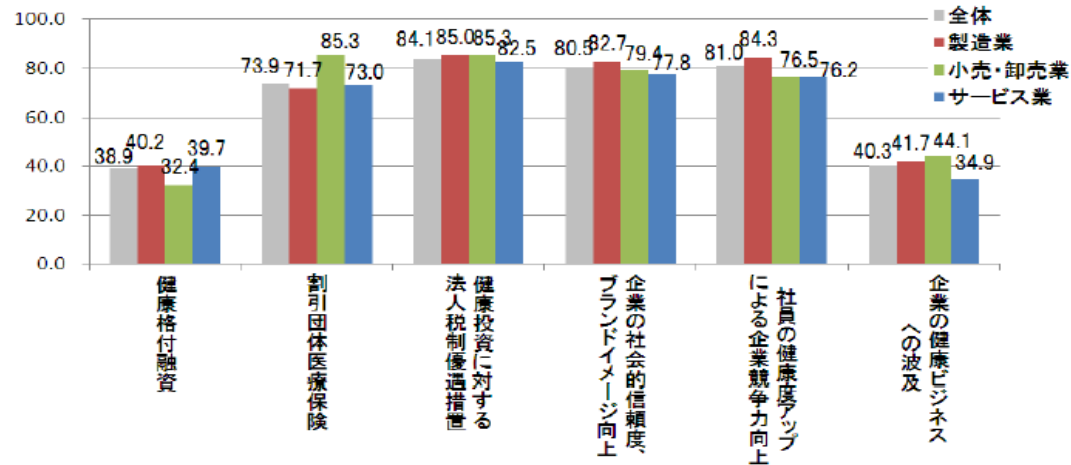
・業種別に見ると、取り組みが進んでいる製造業では「従業員の健康増進に関する中長期目標の明文化（58%）」、「有害物質・危険業務対策（95%）」の項目が他の業種より大幅に高いスコアとなっている。またサービス業では、企業にとって喫緊の課題である「長時間労働対策（97%）」、「メンタルヘルス対策（95%）」の取り組み度合い、小売・卸売業では「本業を通じた商品開発・サービス提供（59%）」が他の業種より高い傾向にある。

3. 「健康経営」に取り組むメリットについて

「健康経営」評価が高評価の場合にメリットとして受け止められている事項は、「法人税制優遇措置」や「割引団体医療保険」といった“金銭的インセンティブ”と、「ブランドイメージ」や「企業競争力」といった“経営的・社会的インセンティブ”に分別される。

業種別に見ると、製造業は「ブランドイメージ（82.7%）」や「企業競争力（84.3%）」など経営的・社会的インセンティブが特に高く、小売・卸売業は「法人税制優遇措置（85.3%）」や「割引団体医療保険（85.3%）」など金銭的インセンティブが高い傾向にある。

■ 「健康経営」評価のメリットとして魅力的な事項



4. 今後「健康経営」を推進する上で必要なこと

今後「健康経営」を推進する上では、「トップのビジョン掲出」や「メリットの見える化」が必要になると認識されている。また、製造業では「社としてのインセンティブ（58.3%）」、小売・卸売業では「具体的推進手法（70.6%）」が必要事項として多く挙げられた。

被用者保険における理想的な保健事業のイメージ



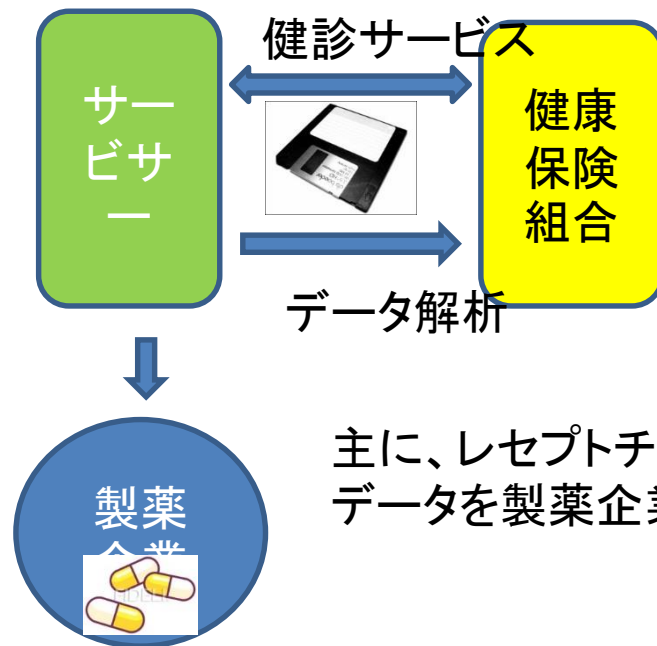
外部専門事業者 (サービサー)の活用

外部サービスの役割

消費者・患者サポート	<ul style="list-style-type: none">・患者向けパンフレットなどの教育資料・電話サービス、オンラインサービス・健康教室・検査、検査憎み合わせた生活改善プログラム
ヘルスケア提供者サポート	<ul style="list-style-type: none">・専門職種の教育・専門職種の紹介・ガイドライン、EBM情報サービス・意思決定サポートソフトウェア・患者アセスメント、改善計画・指導ツール
データ収集、データ分析、研究支援	<ul style="list-style-type: none">・電子カルテ・臨床試験・レセプト分析・薬剤経済学分析

外部サービスの類型①

- データ分析・戦略立案 (B2B) 型

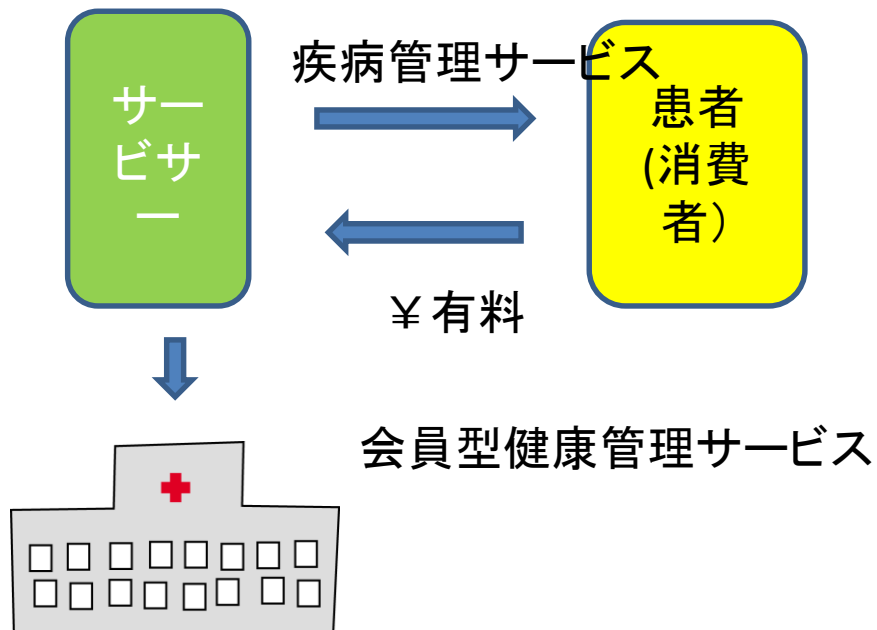


主に、レセプトチェック・分析
データを製薬企業等に販売する会社も

坂巻弘之氏資料

外部サービス類型②

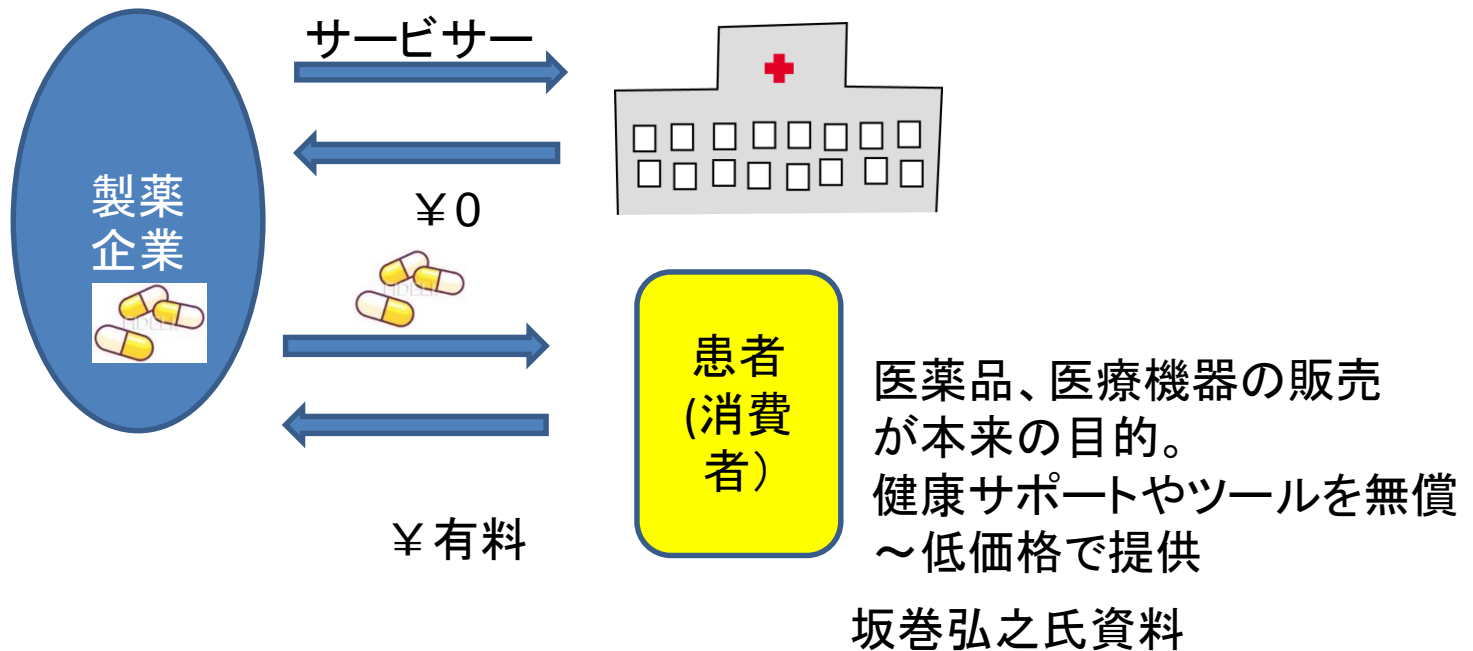
- 直接健康サポート(B2C)型



坂巻弘之氏資料

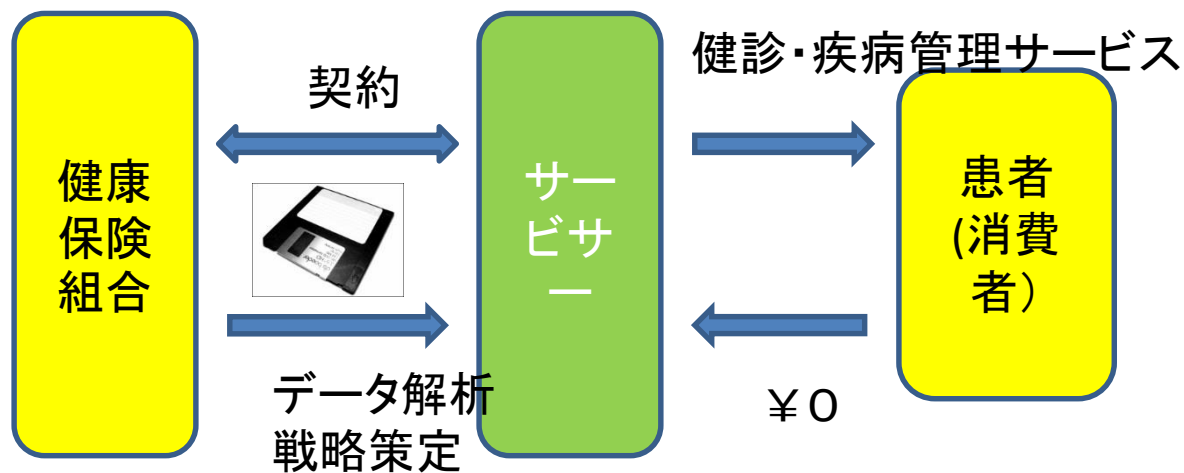
外部サービス類型③

- データ分析・戦略立案(B2B)型



外部サービス類型④

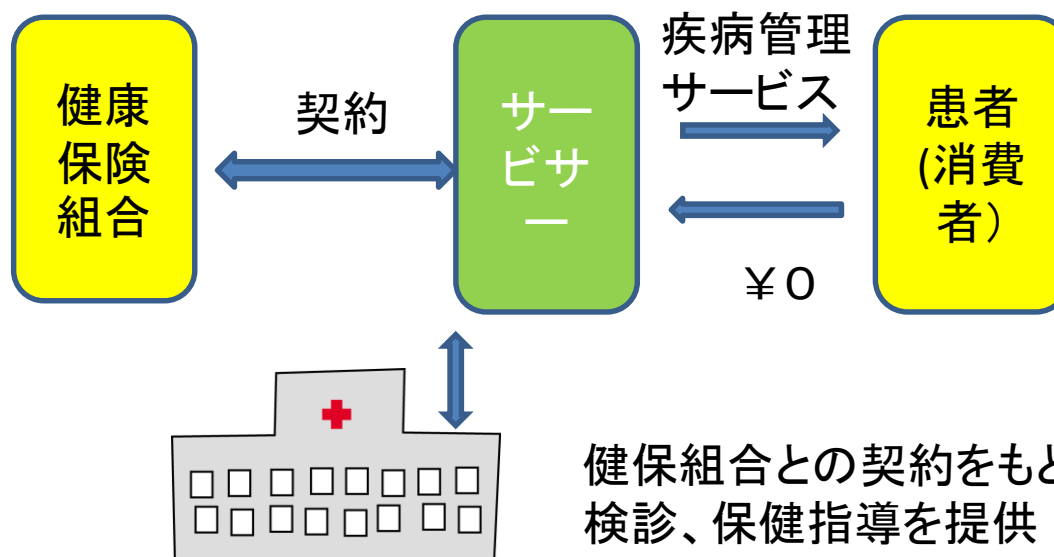
- フルサポート型



坂巻弘之氏資料

外部サービス類型⑤

- 保健指導サポート型



坂巻弘之氏資料

事例 メディヴァ



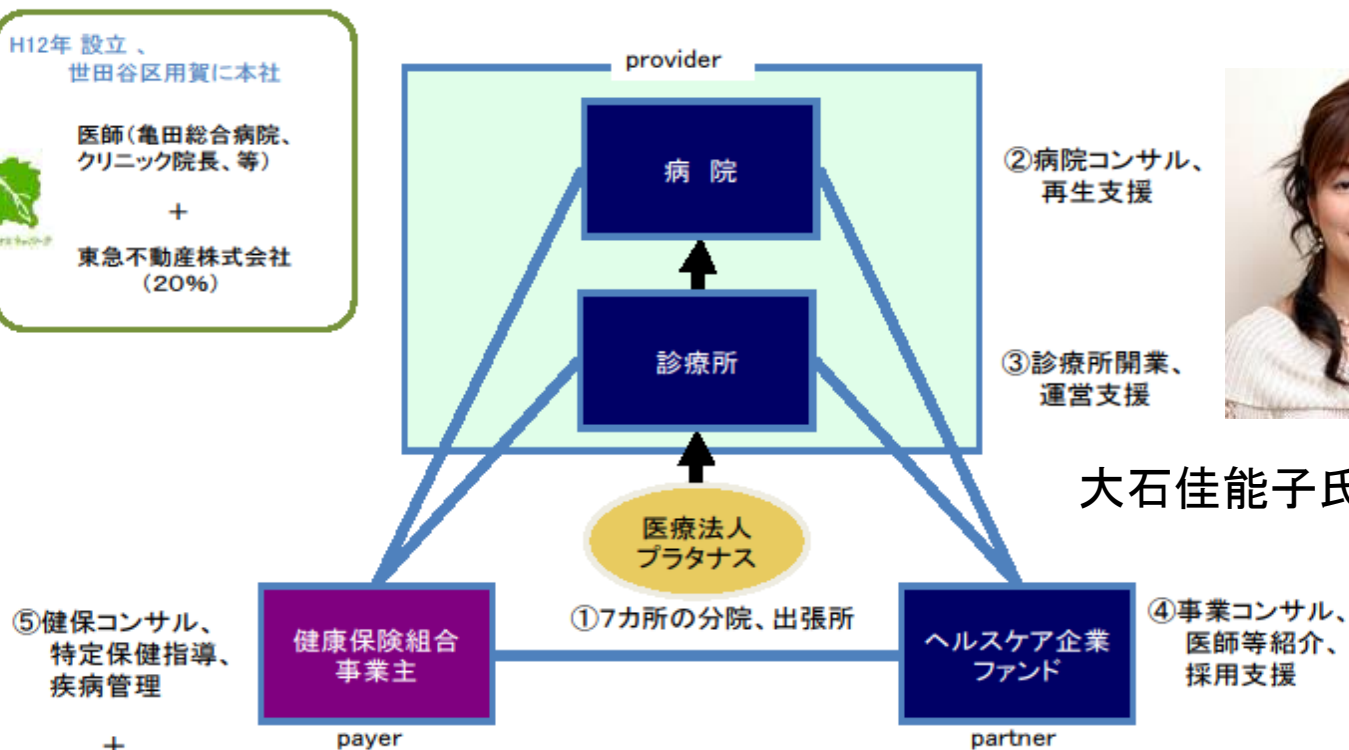
メディヴァについて(ご紹介)

H12年 設立、
世田谷区用賀に本社

医師(亀田総合病院、
クリニック院長、等)

+

東急不動産株式会社
(20%)



大石佳能子氏

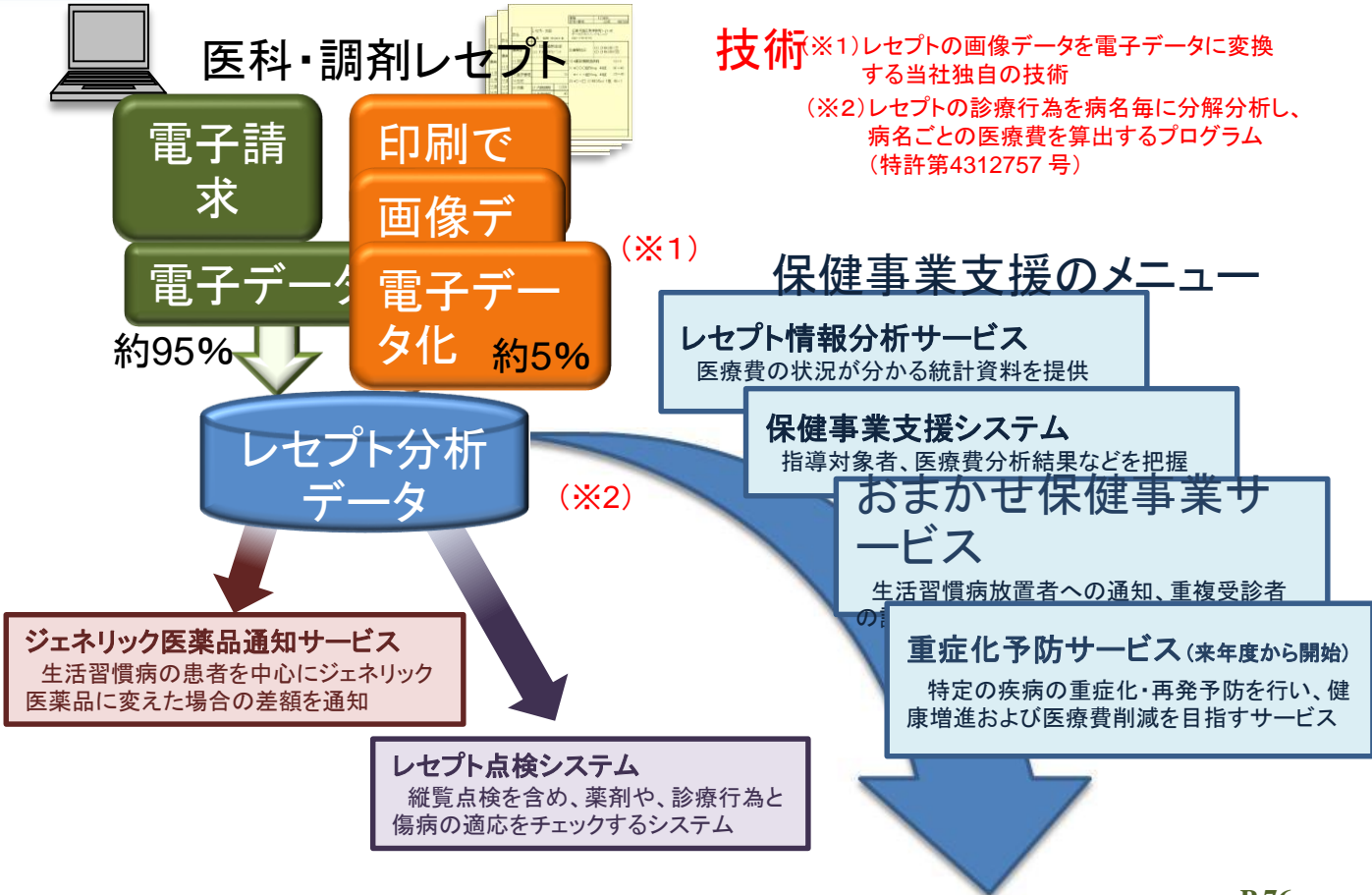


株式会社 イーウェル

メディヴァ

- 保険者のデータ分析、コンサルタント
 - 効率的な保険事業
 - メタボデータとレセプトデータ突合
 - HbA1c8.0以上で治療中のケースを抽出
 - 処方内容のチェック
 - 主治医に処方変更のアドバイス、あるいは主治医の変更
- 国際医療福祉大学大学院と連携
 - 健保組合のレセプトデータ分析
 - EARTH

事例 データホライゾン



1. 生活習慣病一次予防（保健指導）

特定健診データより、個人ごとの発症リスクの分析を行い、効果的な保健指導を支援します。

2. 生活習慣病二次予防（受診勧奨）

レセプトと特定健診データより、特定健診で異常があるにもかかわらず治療していない人や、治療を途中で中断している人を特定し、医療機関への受診を促します。

3. 生活習慣病三次予防（重症化予防）

レセプトより特定の疾病の病期進行状況分析を行い、重症化・再発予防を行います。
それにより、患者のQOL(生活の質)を高め、医療費の適正化を推進します。

4. 重複受診

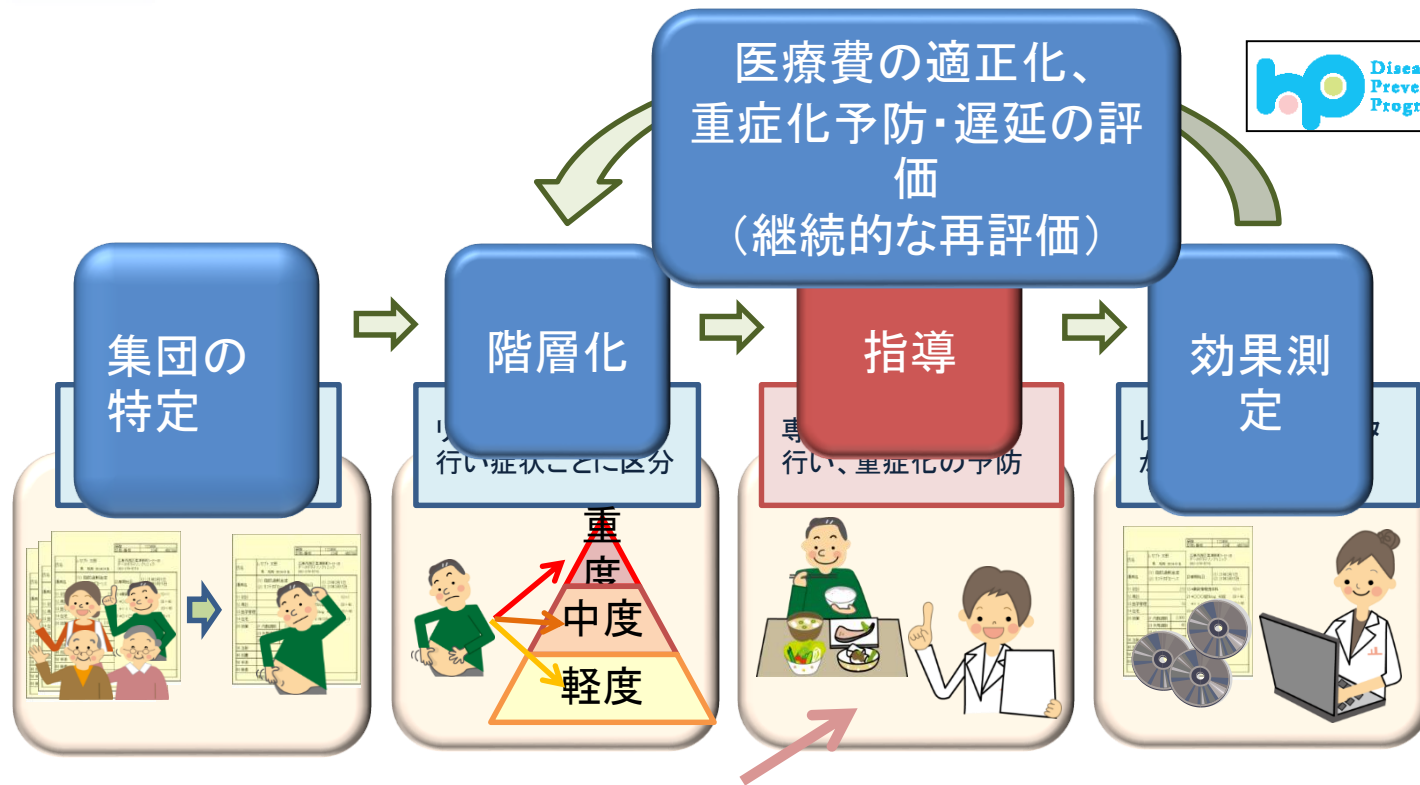
複数の医療機関に同一の傷病名で受診している人の確認ができます。

※ 7%に重複受診があり、慢性疾患だけでみると4.4%が重複受診。

5. 薬害防止

別々の医療機関で同一成分の薬剤を重複して服用している人、相互作用の発生の恐れがある人を抽出できます。

※ 2.7%が重複服薬、6.4%に相互作用。(併用禁忌0.3%、併用回避6.1%)

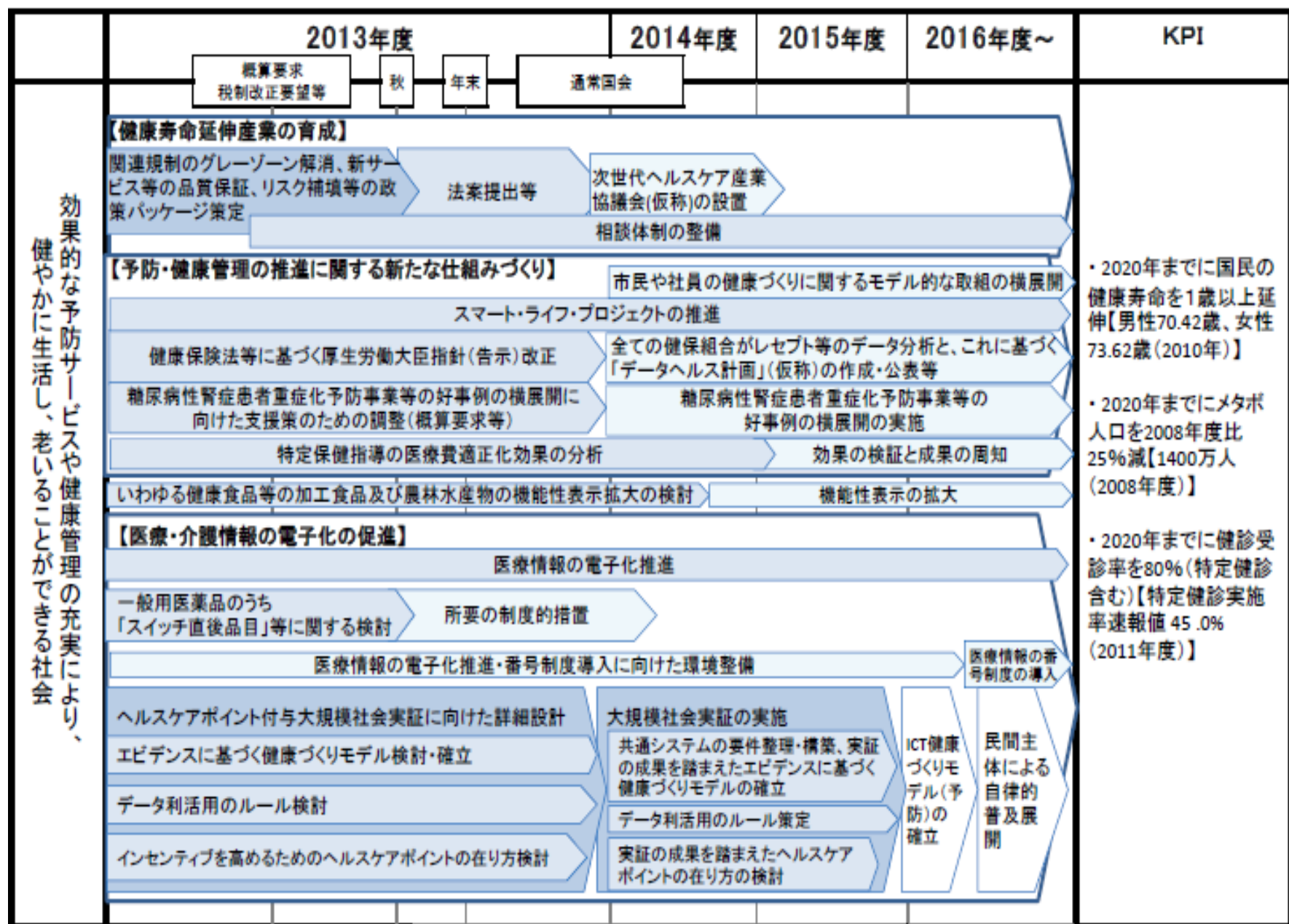


「指導」は、広島大学作成の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、専門家(保健師・看護師)が患者に面談や電話による指導を行い、生活習慣の改善を促進！

日本再興戦略中期行程表

健康寿命の延伸

中短期工程表「国民の「健康寿命」の延伸①」



一般社団法人 健康経済分析機構 (EARTH)

Economic Analysis, Research and Technology for Health (EARTH)

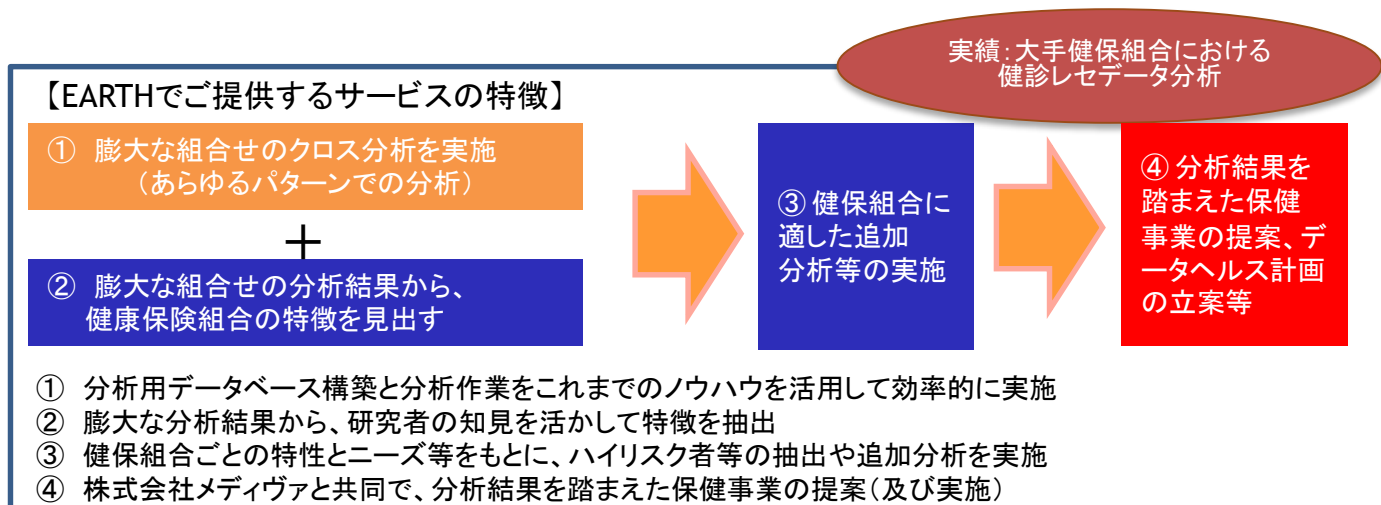
連絡先: ogawat.earth@gmail.com (代表理事・小川俊夫)

一般社団法人 健康経済分析機構 (EARTH) は、平成24年に大学の研究者と株式会社メディヴァが共同で設立した非営利団体です。EARTHは、大学での各種研究成果を活用し、大学の研究活動の一環として保険者の皆様が保有している各種データの分析と、その活用に関する知見をご提供し、今後の保健事業等に活用していただくことを目的としています。

医療福祉大学)
株式会社メディヴァ)

代表理事
理事

小川俊夫(国際医療福祉大学)
武藤正樹(国際
大石佳能子(株

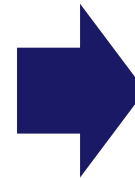


EARTHでご提供するサービスの特徴

- 大学研究者による分析用データベース構築及び専門的な分析サービスのご提供
 - 保険者内での分析用データベースの構築と分析の実施
 - 保険者それぞれのニーズに応じたカスタマイズしたサービスのご提供
 - 個人情報流出の危険を最小化
 - 様々な保険者のニーズに応じた分析の実施
 - 医療費適正化効果のある健診・指導サービスの抽出
 - 重傷化予防を目的としたハイリスクグループの特定
 - 費用対効果の高い指導の選別、など
- EARTHと株式会社メディヴァによる分析結果の活用のご提案と実施
 - 効果的な保健事業のご提案
 - 費用対効果の高い指導の選別と実施、など
- 継続したフォローアップのご提供

EARTHで提供するサービス

- 研究者による基本サービス
 - 分析用データベースの構築
 - データ分析の実施
 - 分析結果の取りまとめ
 - データヘルス計画等への提案
- 追加サービス
 - 翌年度以降のフォローアップ
 - 改善策のご提案
 - 改善策の実施
 - 分析用データ整備など



成果物

分析報告書

分析用
データベース

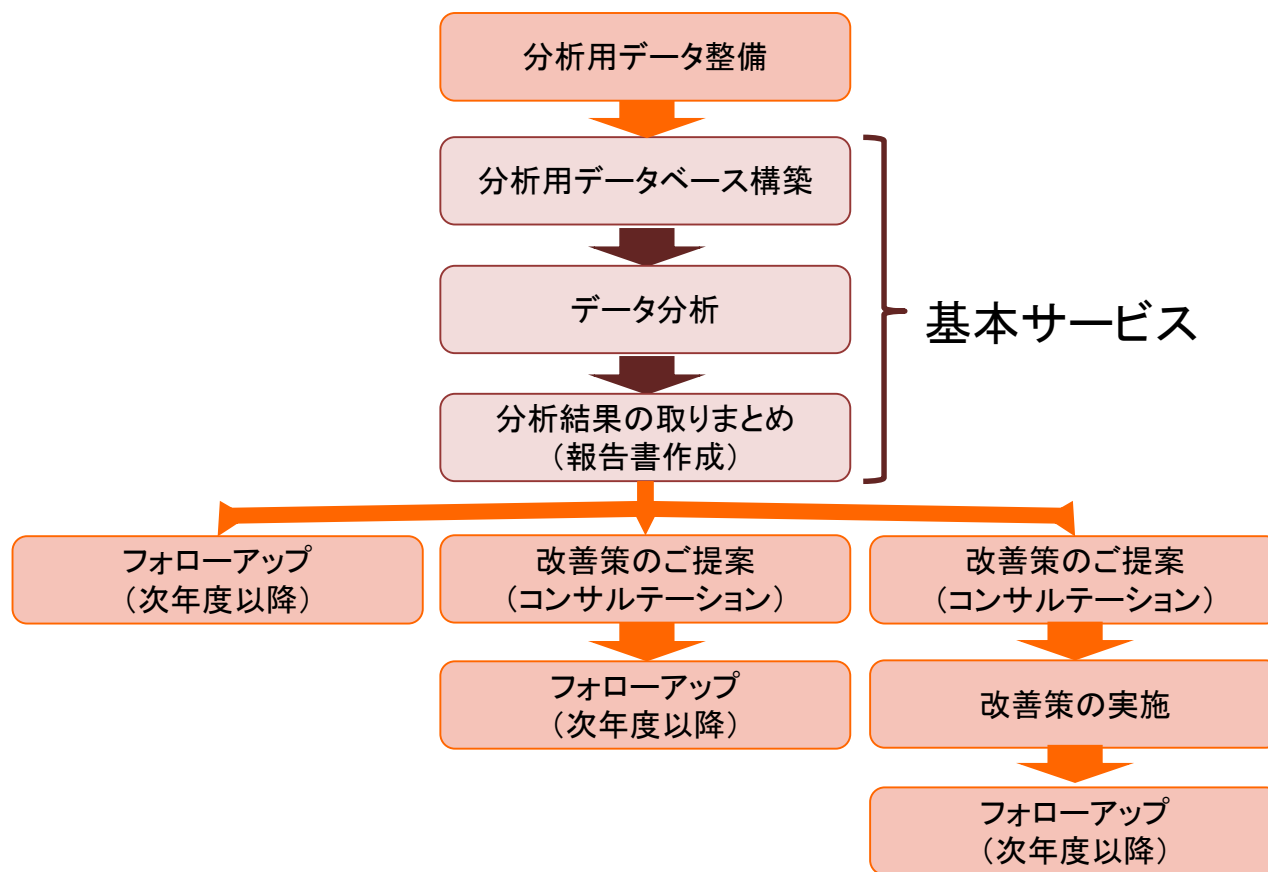
分析報告書

提案書

サービス提供など

実施報告書

EARTHがご提供するサービスの流れ



- ご相談・お問い合わせは、EARTHまでご連絡下さい。

一般社団法人・健康経済分析機構EARTH

〒108-0023

東京都港区芝浦3丁目14番19号大成企業ビル6階

EARTH代表理事 小川俊夫

⁶
E-mail: ogawat.earth@gmail.com

2025年へのロードマップ

～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **4月発刊**



これは
良く分
かる

日野原先生にもお読みいただいています。

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp