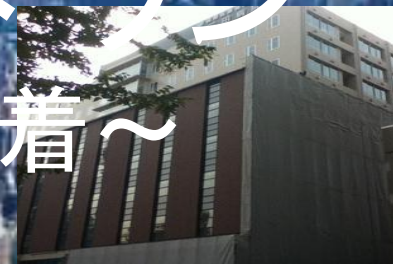


# 2025年へのカウントダウン

## ～地方での保健医療人材の定着～



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
  - 2025年問題と地域医療介護一括法
- パート2
  - 地域包括ケアシステムと都市の在宅医不足
- パート3
  - 地方の医師不足そのワケ
- パート4
  - 地方における医師の確保と定着
    - 医師地域ワケ
    - 地域連携推進法人



パート1  
2025年問題と  
地域医療介護一括法

# 人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

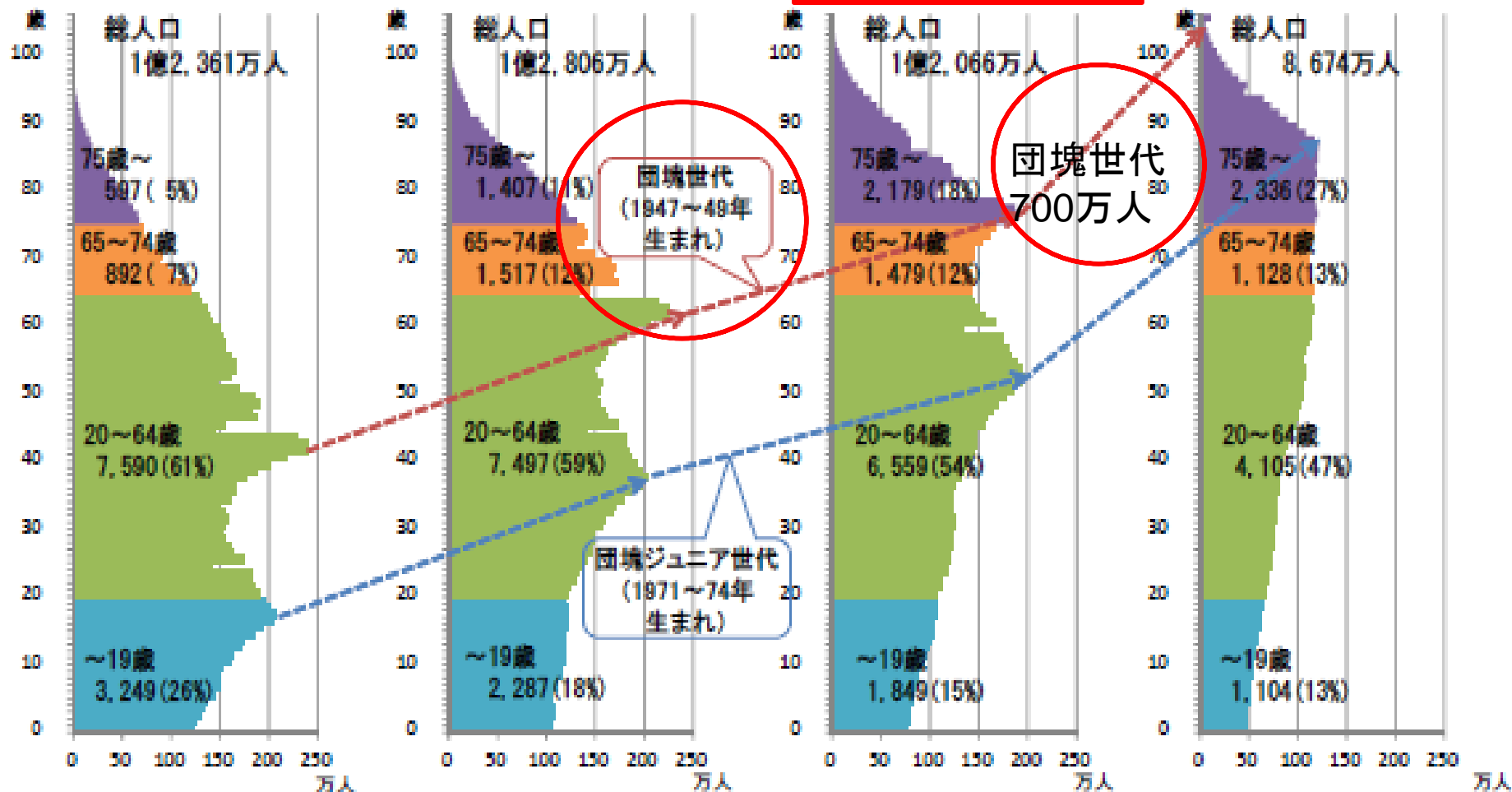
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

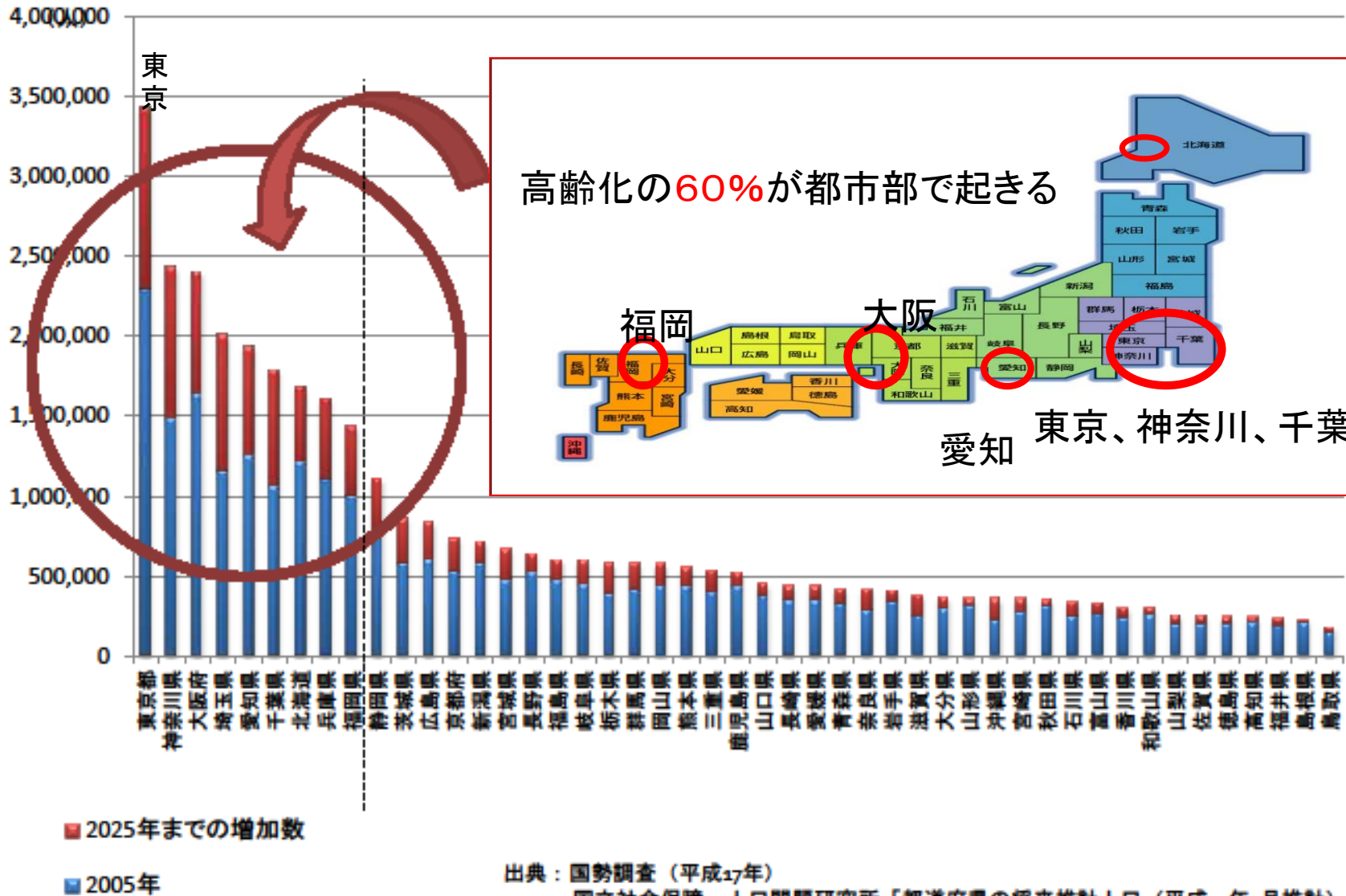
平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



# 都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)

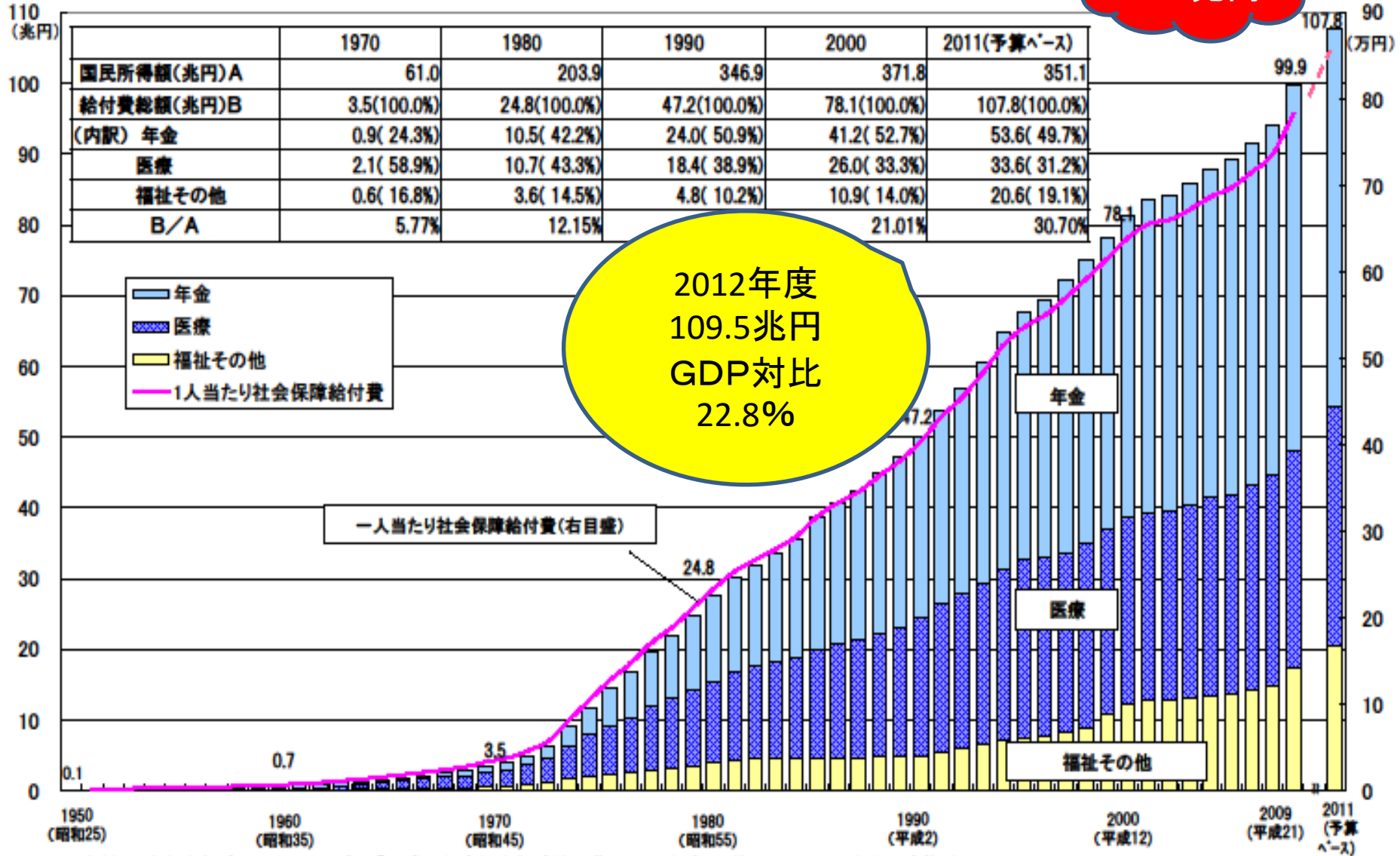


出典：国勢調査（平成17年）

国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成19年5月推計）」

# 社会保障給付費の推移

2025年  
149兆円



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

# 地域医療介護一括法



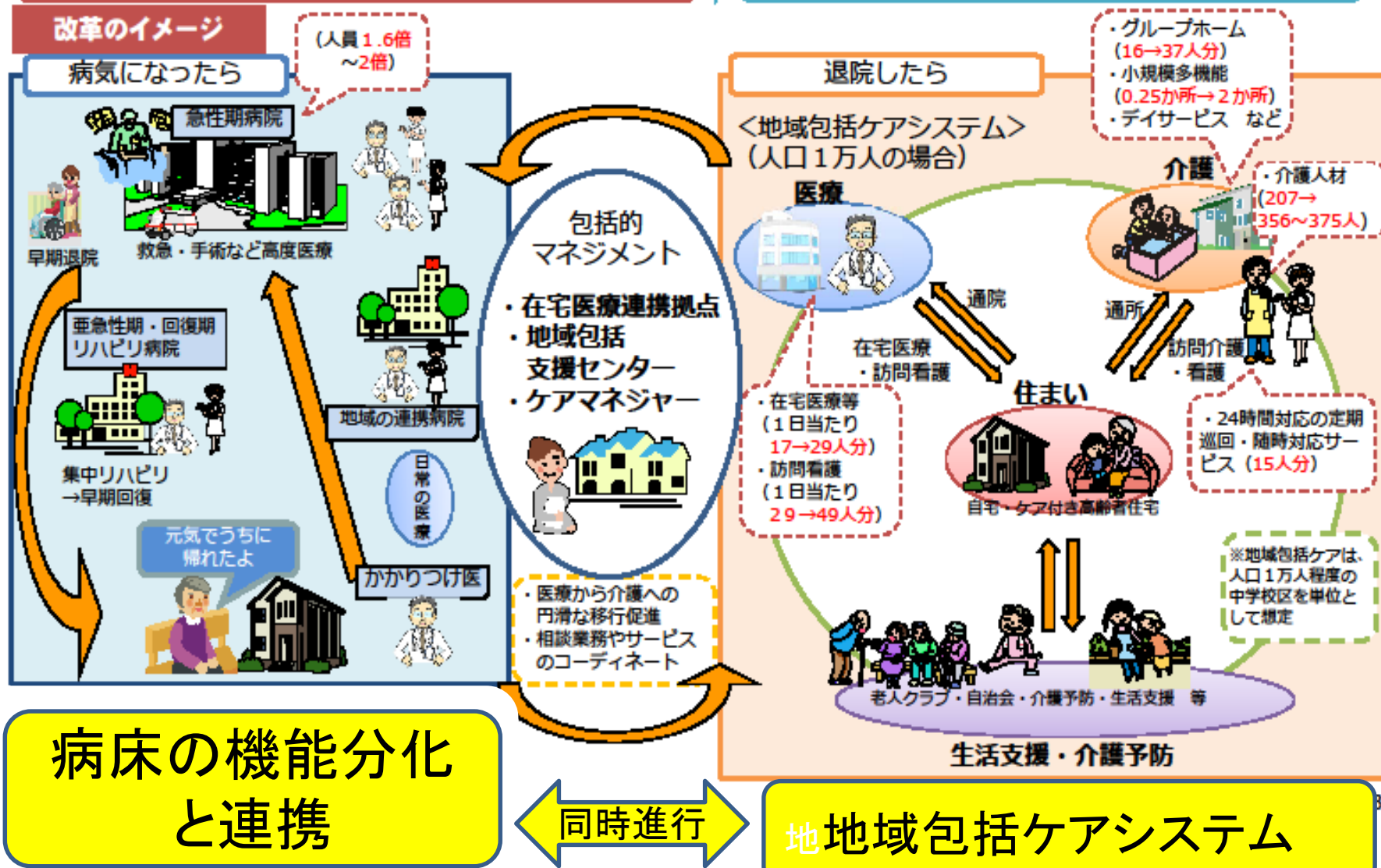
## 改革の方向性 ②

## 医療・介護サービス保障の強化

- 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



病床の機能分化  
と連携

同時進行

地域包括ケアシステム



# 地域医療・介護一括法成立可決(2014年6月18日)

## 医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

## 介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

2014年6月18日  
可決成立

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院  
厚生労働委員会で  
強行採決！



# 衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致  
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

# パート2

## 地域包括ケアシステムと 都市の在宅医不足



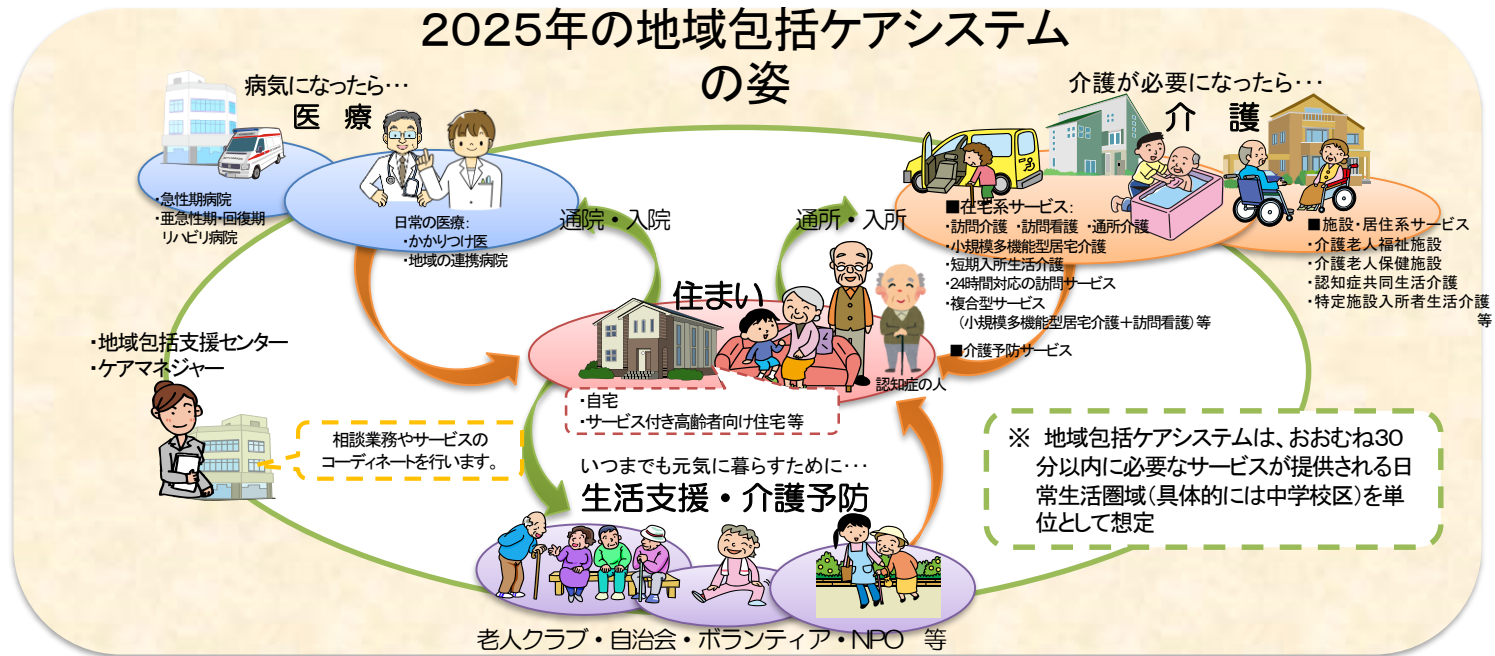
# 地域包括ケアシステムとは

介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム

Aging in Place

# 平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**必要があります。



# 医療が変わる

	20世紀	21世紀
人口	増大・若者	減少・高齢化
疾患	単一疾患	複数疾患、退行性疾患
目標	治癒、救命	機能改善、生活支援
目的	治す医療	支える医療
場所	病院	地域
医療資源投入	多量	中等度

# 在宅療養支援診療所・病院

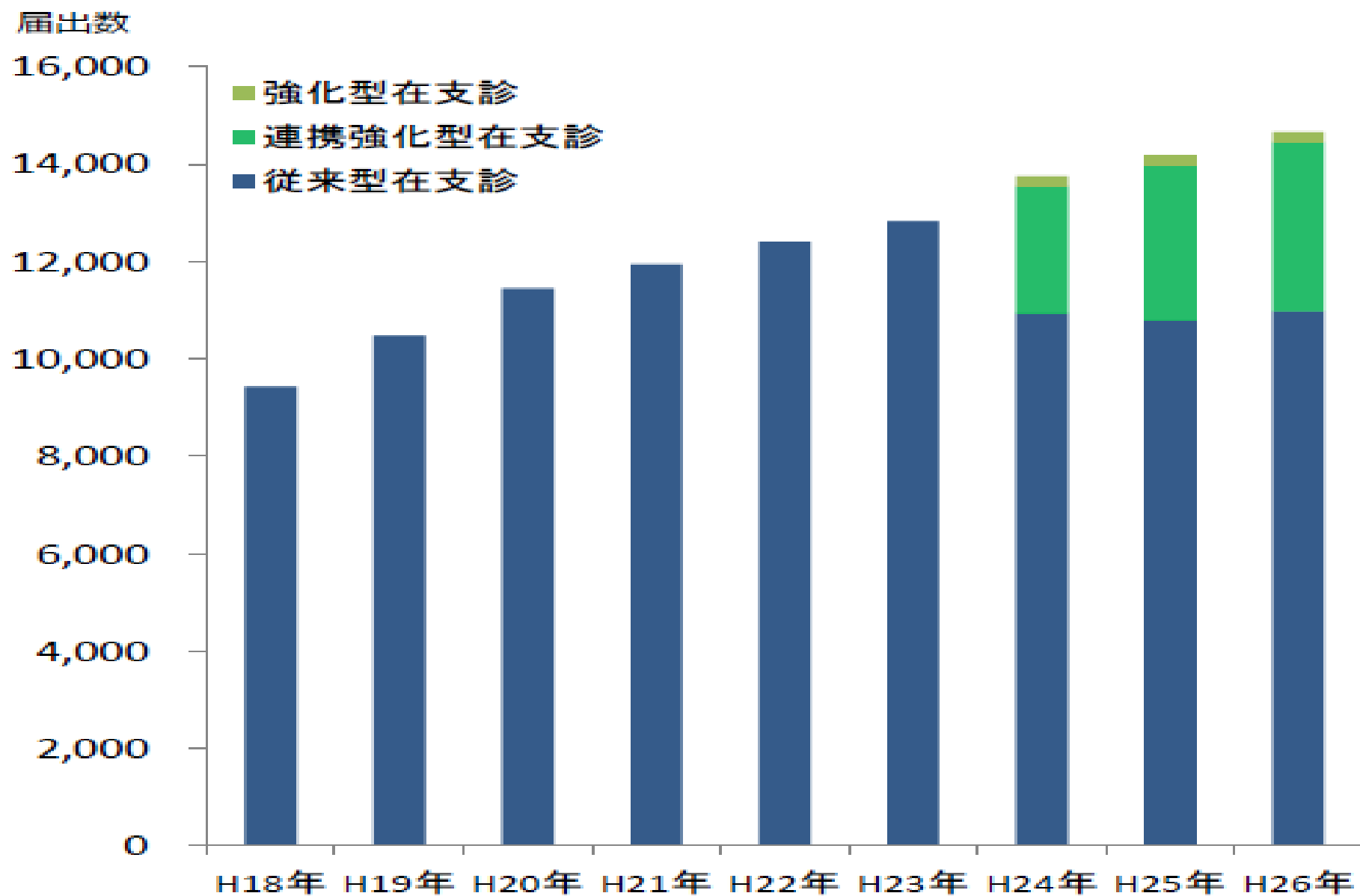




# 在宅療養支援診療所

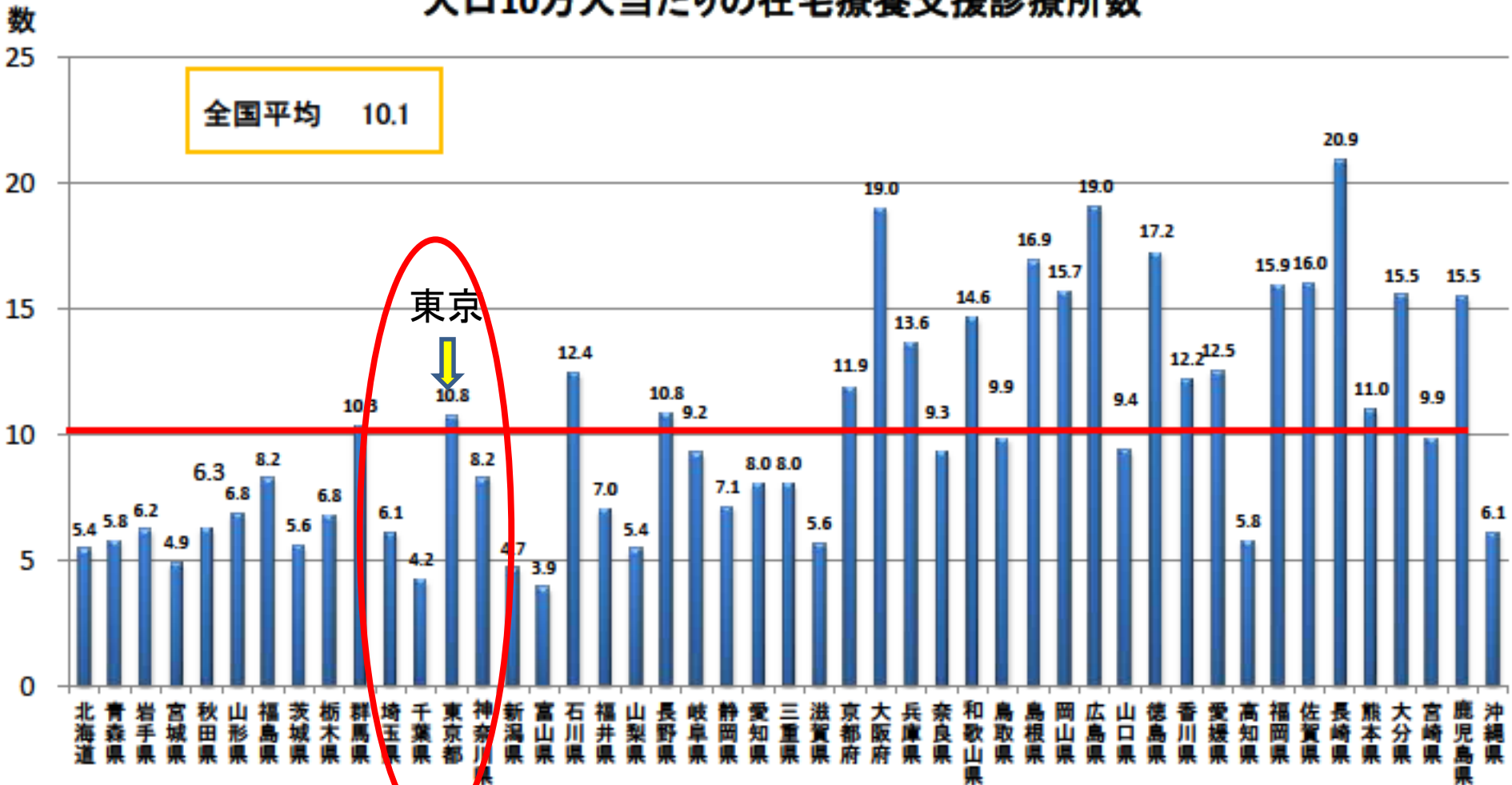


## <在宅療養支援診療所届出数>



# 人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援診療所数

## 人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数



首都圏に在宅医療が足りない！

保険局医療課データ 平成23年7月

2025年へ向けて都市部での  
在宅医の不足が課題！

地域包括ケアシステムには  
多職種連携が欠かせない

ICTの活用

# 高度にセキュアな SNSを用いた 新たな在宅医療・介護コミュニケーション

メディカルケアステーションの試み



伊東学氏

今、在宅医療・介護  
連携にSNSが注目！

# ICTで出来ること



## メール・メーリングリスト・一般的なSNS

- 大人数に伝達は可能
- 記録を残しやすい
- △スピーディーさは電話より劣るが  
時間を気にせず連絡できる
- △患者・家族参加に工夫が必要



× 紙媒体が電子媒体になり  
情報漏洩など情報管理に  
大きな問題が生じる

## 医療に特化したクラウド型のSNS

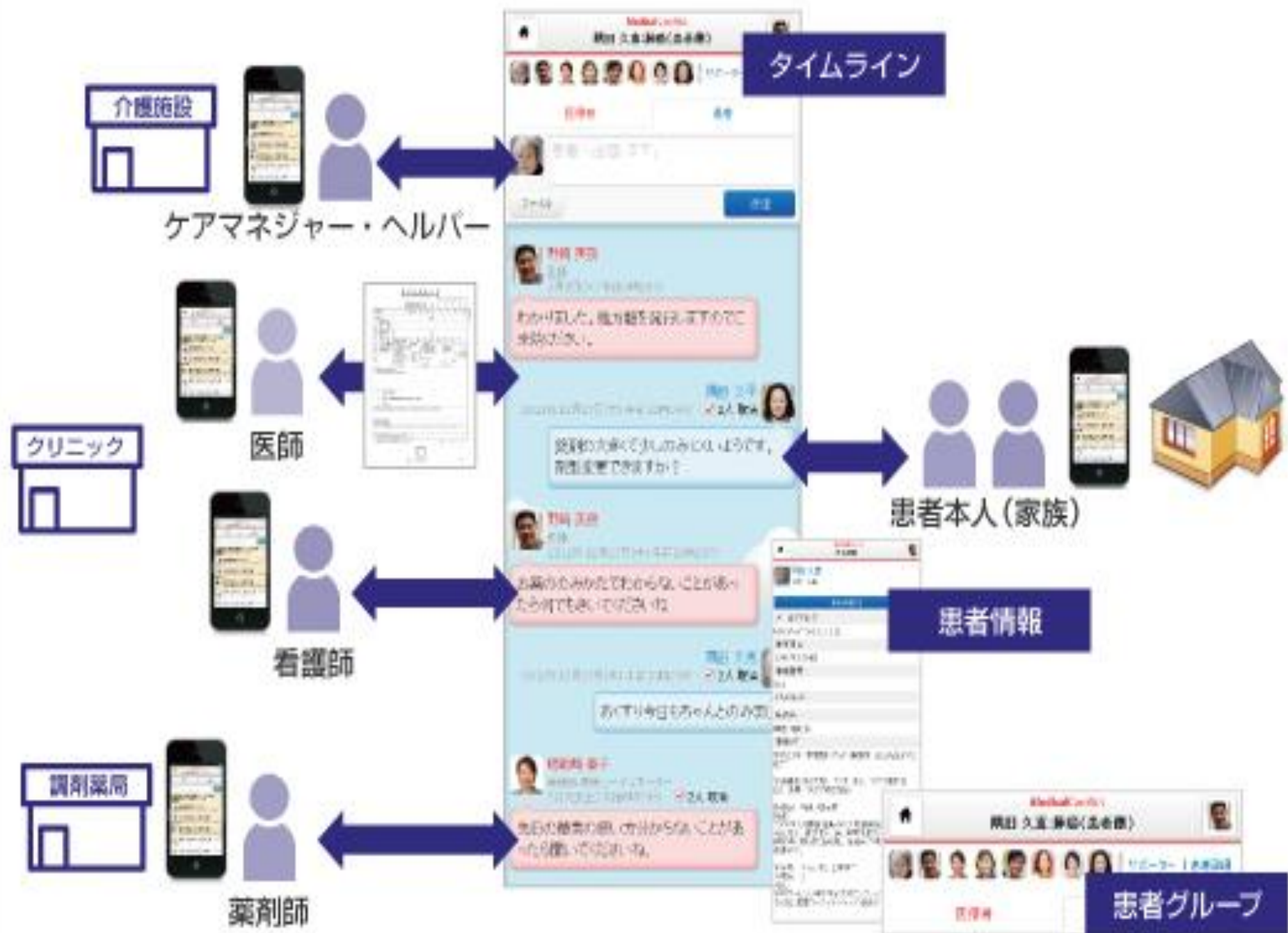
- 大人数に伝達できることで情報を共有できる
- 記録が残せるうえに 情報管理(セキュリティー)も万全
- 時間を気にせず連絡・書き込み出来るうえに アラート機能により  
スピーディーさを損なわない
- 患者・家族が参加する仕組みがある
- クラウド型のため、いつでもどこでも閲覧可能
- 導入コストが基本無料

# 医療・介護関係者向けヘルスケア 専用SNSの提供開始について

～ソフトバンクテレコム、日本エンブレース、JRCエンジニアリングの3社は、  
医療・介護関係者と患者・家族をつなぐSNSを提供し、医療・介護現場のIT化を支援～







# 家族との連携

SoftBank LTE 8:45 38% SoftBank LTE 8:33 70%

MedicalCareNet

設定 ホーム



東郷 清見

医師  
7月15日(水) 午後8時17分

今回は、睡眠薬の中でも筋弛緩作用の弱いとされていますマイスリー(1錠5mg、2錠まで可)を寝る前と、呼吸が苦しい時に使用する医療麻薬のオプソ(1包5mg 1時間以上あけて4回まで可)を処方致しました。

掛川さんの現在の状態でしたら、これらの薬による呼吸への影響は、それほど気にされなくても大丈夫だと思います。

また、オプソ使用に伴う吐気予防にノバミンを朝夕で処方致しています。

その後体調はいかがでしょう？

休み明けに早めにお伺いする予定で考えておりますが、病状が心配な時や薬についてご質問等ございましたら、いつでもご連絡ください。

7月14日(日) 午後5時32分 1人 了解



東郷先生にご連絡をし、急遽、お薬を処方して頂きました。先ほど薬局の方に自宅まで届けて頂きました。今、母は眠りについてます。今夜は、薬を活用しながら、様子を見たいと思います。

東郷先生、休暇にも関わらず、ご対応頂き、どうもありがとうございました。

7月14日(日) 午後12時19分 3人 了解



ALS協会のマニュアルNOS p10「肌の上に枕を置き、頭をのせる」に従い対応

7月14日(日) 午後12時14分 4人 了解



MedicalCareNet

設定 ホーム



7月23日(月) 午後9時12分 2人 了解

本日、13:30の食事時と16時頃に嘔吐するなど、吐き気と息苦しさが続いています。

15:00にオプソ1包とノバミン1錠を服用しました。

体の調子が悪く、体力も低下し、力が抜けてしまっていることから、現在はいくつかまでできていたリモコンの操作もままならない状態です。

7月15日(月) 午後1時56分 2人 了解



昨夜(日曜日)は、2日続けて不眠状態が続いていたので、午後5時頃と真夜中に1錠ずつマイスリーを服用しました。おかげさまで、合計で6時間ほどは眠っておりました。

一方、息苦しさは、本日(月曜日)になっても続いており、吐き気も伴うことから、朝9:00にオプソとノバミンを1錠ずつ服用し、11:00頃にオプソを服用し、様子を察しています。

現在の状態ですが、苦しくて、具合が悪く、食欲もなく、体力がない、などの体調不良を本人は訴えています。今朝のお風呂はヘルパーさんにベッド上で体を拭いていただき、洗髪も行っていただきました。



東郷 清見

医師  
7月15日(月) 午後8時17分

今回は、睡眠薬の中でも筋弛緩作用の弱いとされていますマイスリー(1錠5mg、2錠まで可)を寝る前と、呼吸が苦しい時に使用する医療麻薬のオプソ(1包5mg 1時間以上あけて4回まで可)を処方致しました。

掛川さんの現在の状態でしたら、これらの薬による呼吸への影響は、それほど気にされなくても大丈夫だと思います。

また、オプソ使用に伴う吐気予防にノバミンを朝夕で処方致しています。

その後体調はいかがでしょう？

休み明けに早めにお伺いする予定で考えておりますが、病状が心配な時や薬についてご質問等ございましたら、いつでもご連絡ください。

7月14日(日) 午後5時32分 1人 了解



東郷先生にご連絡をし、急遽、お薬を処方して頂きました。先ほど薬局の方に自宅まで届けて頂きました。今、母は眠りについてます。今夜は、薬を活用しながら、様子を見たいと思います。

東郷先生、休暇にも関わらず、ご対応頂き、どうもありがとうございました。

# 豊島区および豊島区医師会の取り組み



- ①在宅医療連携推進会議
- ②在宅医療コーディネーター研修
- ③在宅医療地域資源マップ
- ④在宅医療相談窓口
- ⑤在宅難病患者訪問診療事業
- ⑥在宅医等相互支援体制構築事業
- ⑦在支診/病院グループの作成
- ⑧勇美記念財団による助成事業
- ⑨医歯薬三師会のMCS利用契約
- ⑩在宅推進講習会、PC講習会



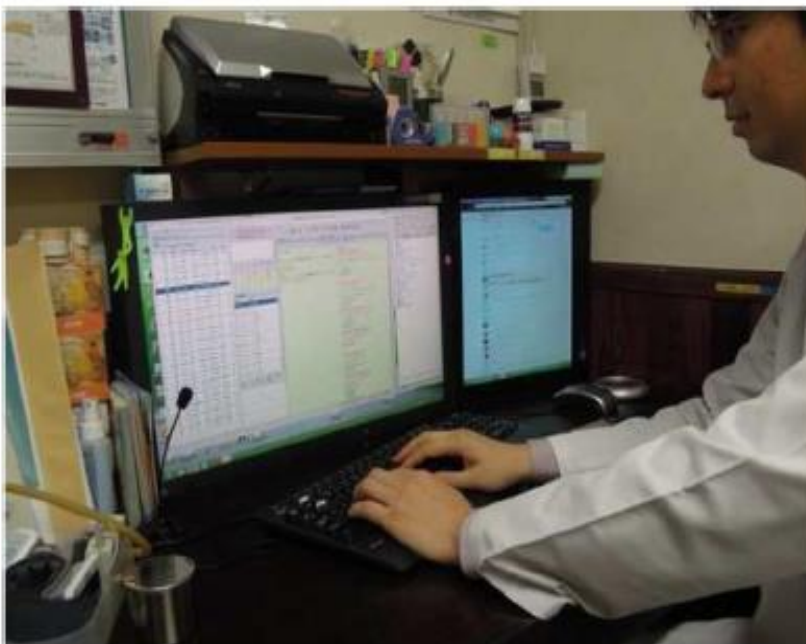
豊島区医師会 土屋淳郎先生

**MCSの利用**

## MCS、いつでもどこでも




- 訪問診療先でiPadを使う
- 出先の病院でスマートフォンから確認
- 自院診察室のPCで診察の合間に



# SNSで変化したこと

- 多職種が同じ場で、フラットな立場でディスカッションが可能となった
  - ケアマネの9割以上が「医師に相談しにくい」と言う
- 在宅医療の専門職以外の人たちが連携チームに加われるようになった
  - 病院スタッフ、行政、保健所、福祉用具、保険薬局、ボランティア、友人、家族など
- 招待メンバーは、誰でもいつでも情報共有が可能
- 他のメンバー同士のやりとりが分かるようになった
- 訪問前の状況チェックができるようになった。
- メンバー間の信頼感が増した
- 介護職やケアマネの不安感が減った
- 医療職、介護職のモチベーションが高まった。



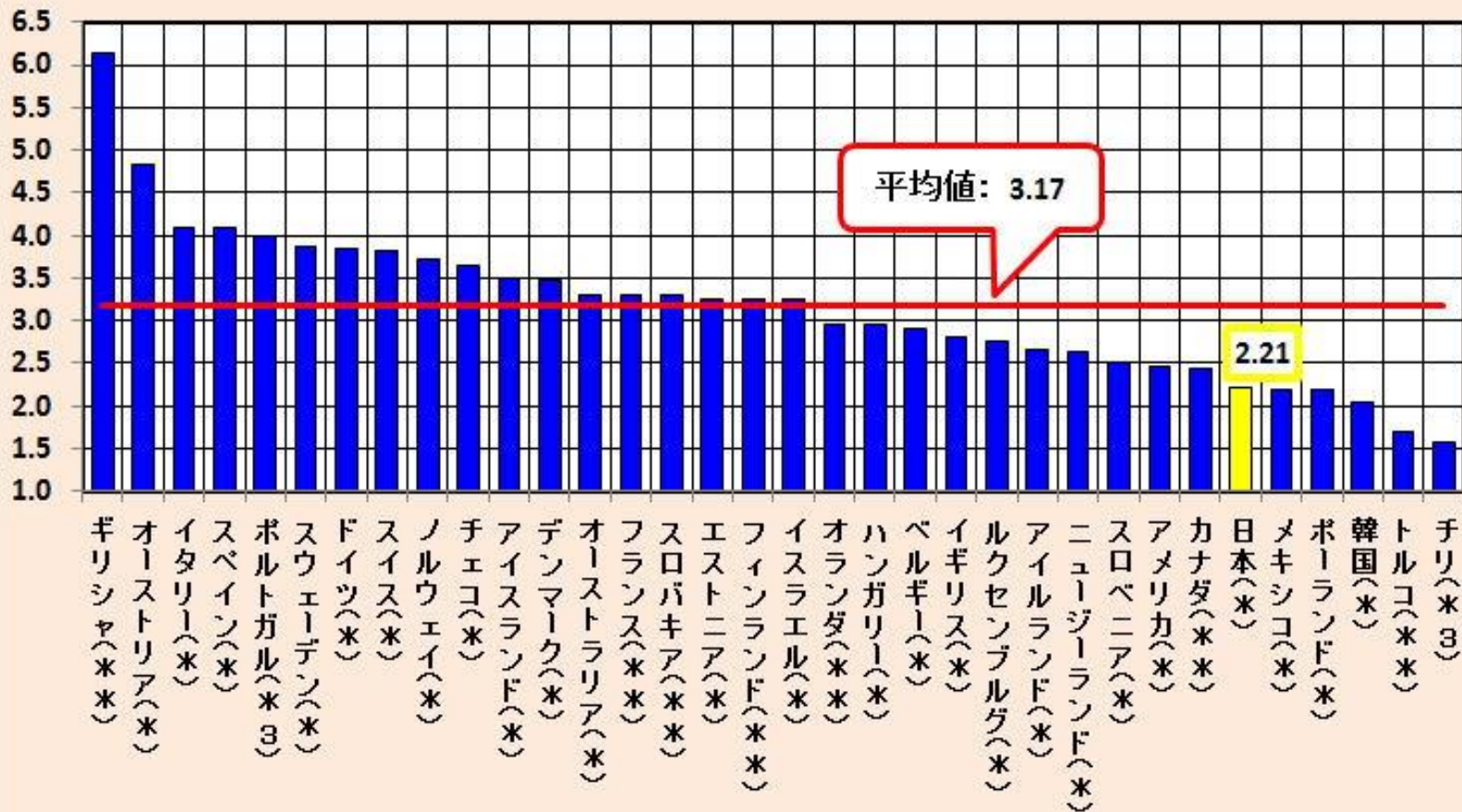
なによりもSNS  
はローコスト！

# パート3

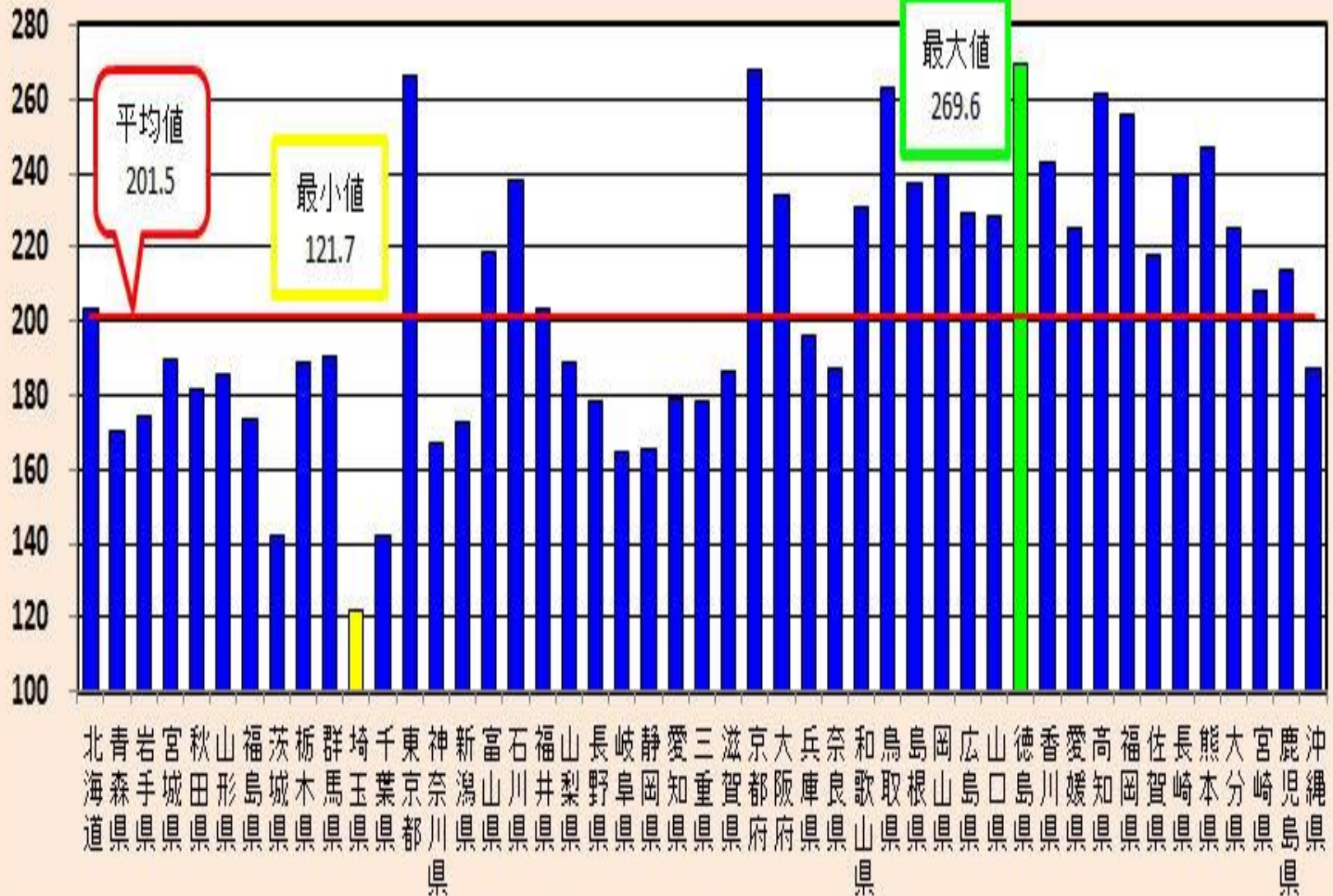
## 地方の医師不足そのワケ

日本の医療は西高東低

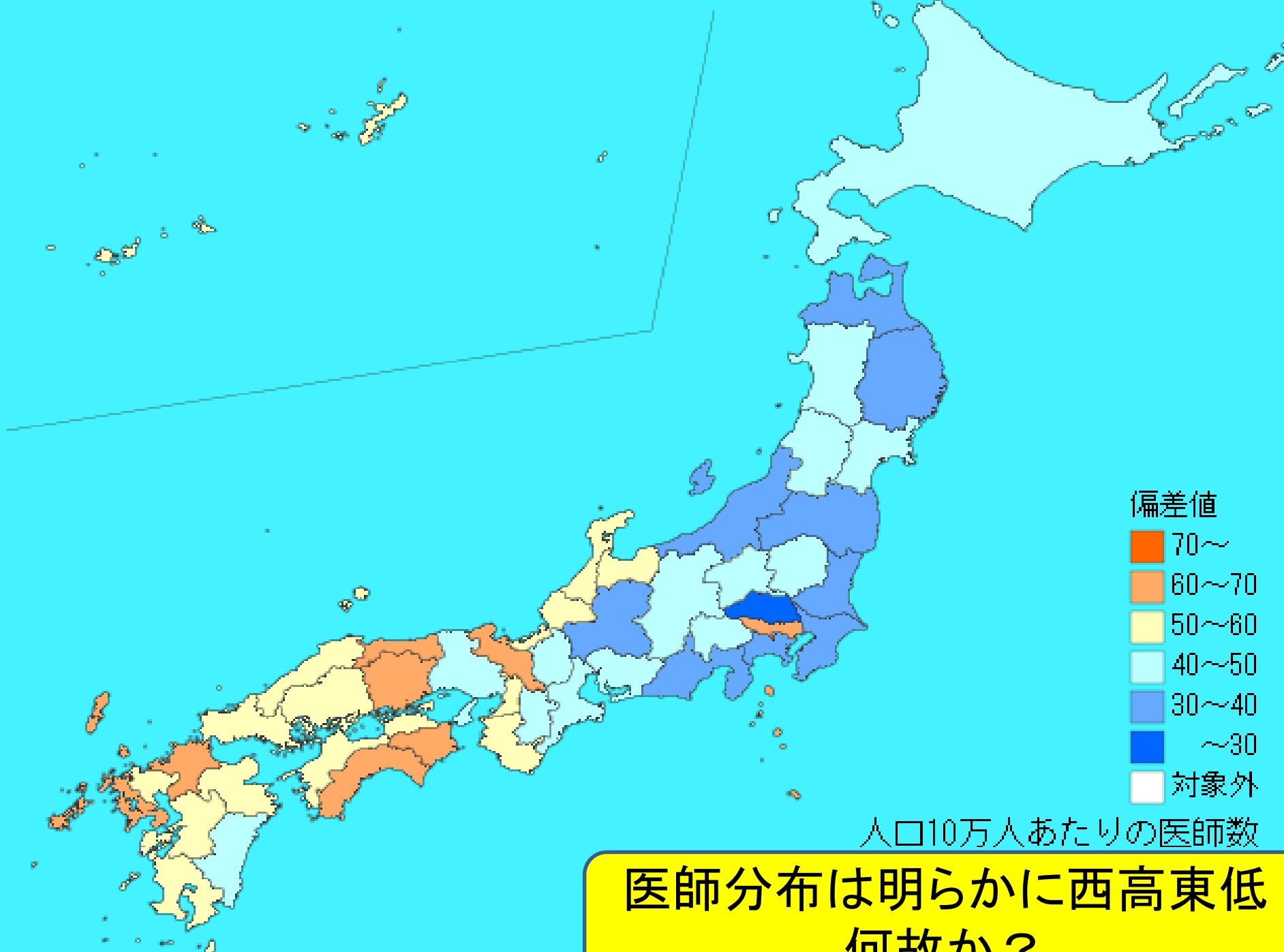
# 人口千人当たりの世界の医師数 2011年



# 都道府県別人口10万人当たりの医師分布



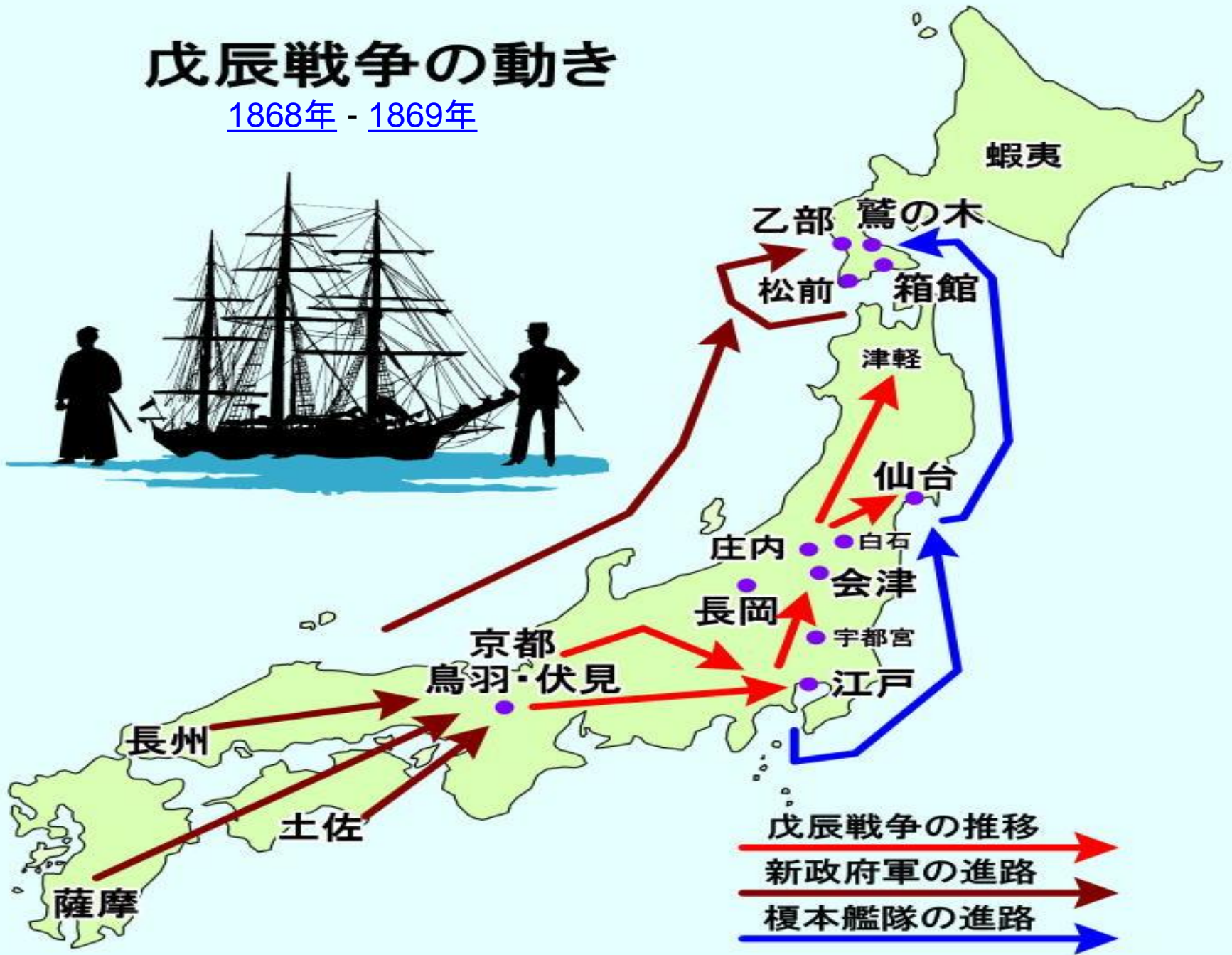




医師分布は明らかに西高東低  
何故か？

# 戊辰戦争の動き

1868年 - 1869年



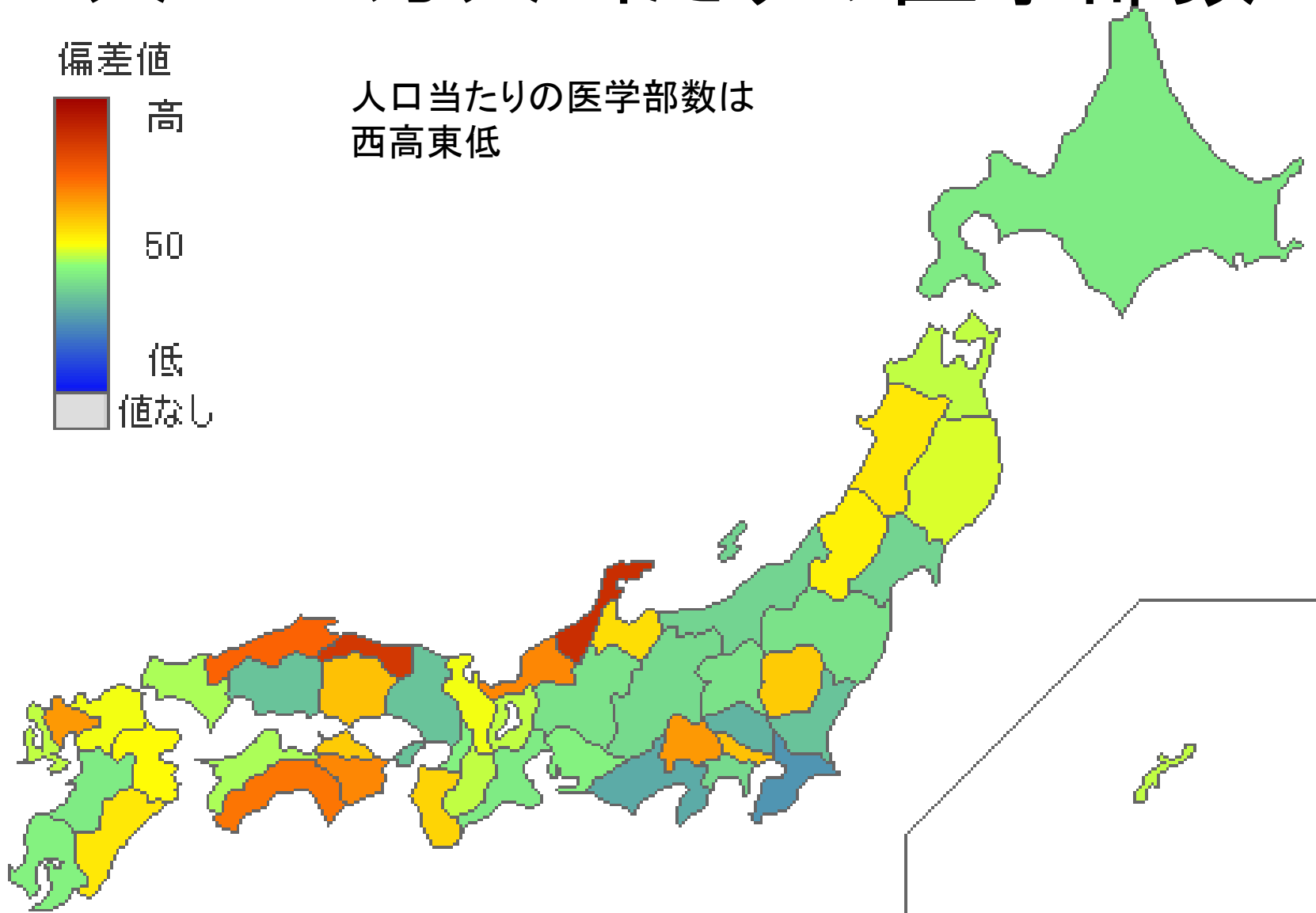
戊辰戦争の推移  
新政府軍の進路  
榎本艦隊の進路

# 人口10万人当たりの医学部数

偏差値



人口当たりの医学部数は  
西高東低



# 人口10万人あたりの 医師数と医学部数との相関

医学部の多い県に医師が多い

医学部数

0.20  
0.15  
0.10  
0.05  
0.00

100.0 150.0 200.0 250.0 300.0 350.0

医師数

埼玉県

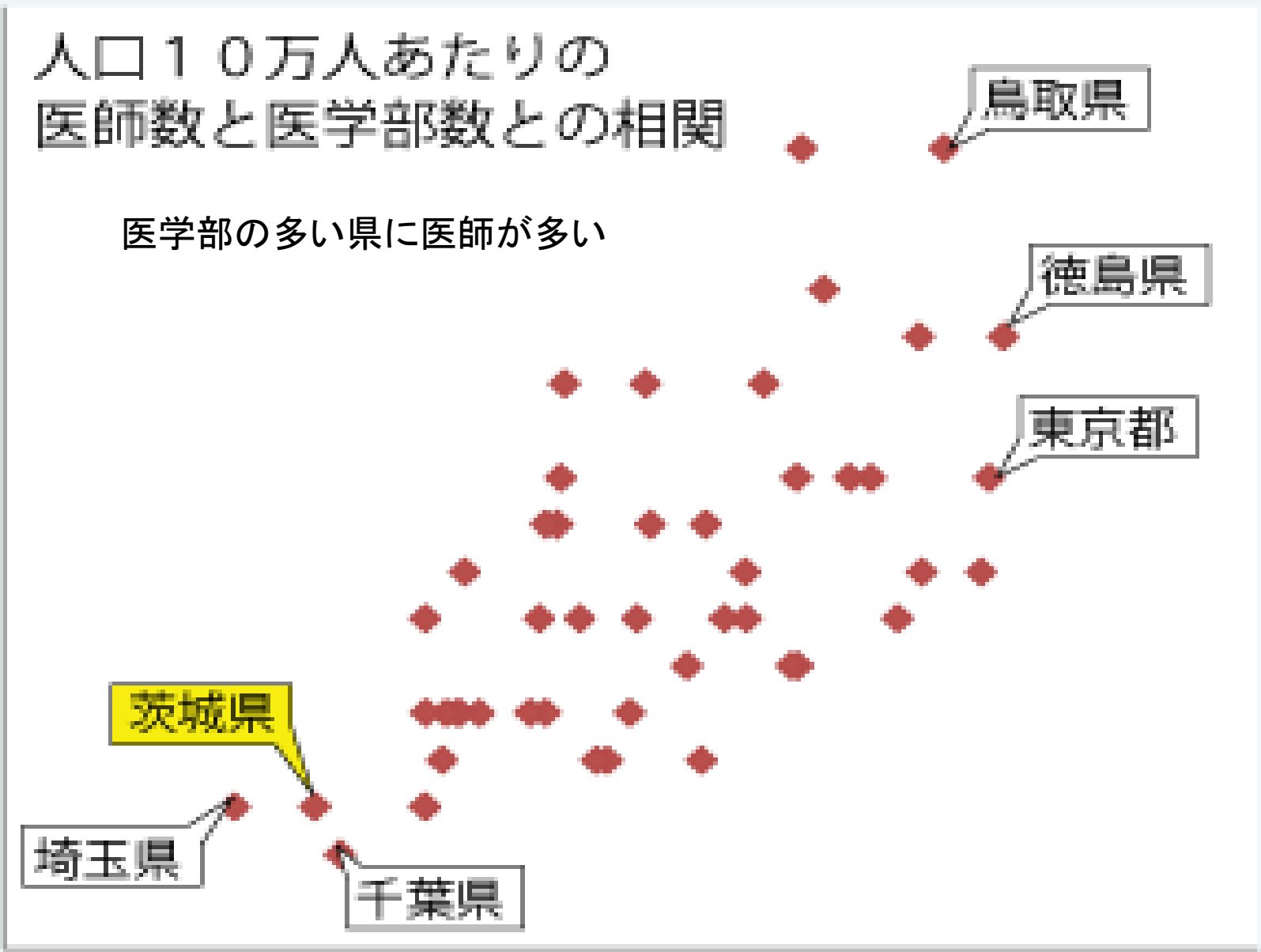
茨城県

千葉県

鳥取県

徳島県

東京都



# 戊辰戦争の影響

- 戊辰戦争
  - 明治新政府（西南雄藩）と旧徳川幕府勢力との内戦
- 明治新政府の医科大学政策
  - 戊辰戦争に勝利した明治新政府は新政府に味方した都道府県を中心に医学部を作った
- 医師は医学部のある都市に集まる
  - 日本の医師や病院の分布は西高東低

# わが国の医師需給政策

抑制策と増加策が交互する

# わが国における医師不足の議論の経緯1

1970年～1983年

増加	昭和45年	「最小限必要な医師数を人口10万人対150人とし、昭和60年を目途に充たそうとすれば、当面4～5年のうちに医科大学入学定員を1,700人程度増加させ、約6,000人に引き上げる必要がある。」とされた。
	昭和48年	「無医大県解消構想」いわゆる「一県一医科大学」設置を推進。
	昭和58年	「人口10万人対150人」の目標医師数の達成。

1986年～1998年

抑制	昭和61年	『将来の医師需給に関する検討委員会最終意見』において、昭和100（平成37）年には全医師の1割程度が過剰となるとの将来推計を踏まえ、「当面、昭和70（平成7）年を目途として医師の新規参入を最小限10%程度削減する必要がある。」との見解が示された。
	平成5年	医学部入学定員が7,725人となった（昭和61年からの削減率7.7%）。
	平成9年	「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む。」旨の閣議決定がなされた。

# わが国における医師不足の議論の経緯2

1998年

抑制

平成10年

医学部入学定員が7,705人となった（昭和61年からの削減率7.8%）。『医師の需給に関する検討会報告書』において、「新規参入医師の削減を進めることを提言する。」との見解が示された。

2006年～2017年



増加

平成18年

国の『新医師確保総合対策』において、医師不足の特に著しい10県及び自治医大において、それぞれ最大10名10年間の医学部定員増を容認。

平成19年

国の『緊急医師確保対策』において、全都道府県を対象にそれぞれ最大5名（北海道は15名）、9年又は10年間の医学部定員増を容認。

平成20年

『安心と希望の医療確保ビジョン』において、「医師数については、現状では総数が不足しているという認識の下で対策を行う必要がある」との見解が示され、「従来の閣議決定に代えて、医師養成数を増加させる。」とした。

平成21年

『経済財政改革の基本方針2009』に基づき、さらなる定員増が図られた。

《大学医学部の定員増》

H20：7,793人 → H21：8,486人 → H22：8,846人  
(693人増) (360人増)

2016年 東北医科薬科大学新設(宮城)

2017年 国際医療福祉大学医学部新設(千葉)

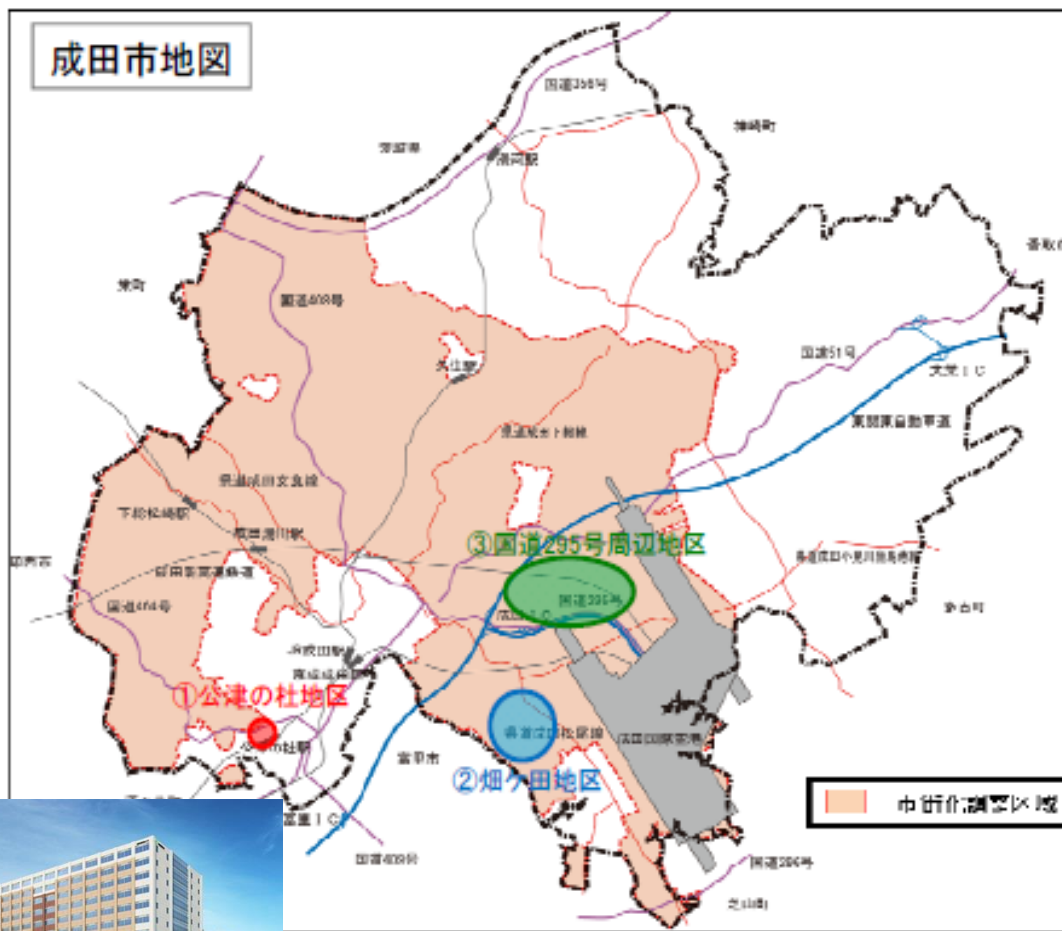


# 国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に  
医学部を！

## 1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



### ①公津の杜地区

#### 【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部  
(当初4学科⇒順次拡大)

### ②畑ヶ田地区

#### 【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グラウンド・テニスコート
- 駐車場

### ③国道295号周辺地区

#### 【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー

# 医師不足の県に医学部を 創設する！

西高東低の医師分布を是正する

# 相対的医師不足

## 相対的医師不足の原因



## パート4

# 地方における医師確保と定着

# 最近の地方における医師確保

地域ワケによる医師リクルート

# 地域枠等の分類

いわゆる「地域枠」には、以下の通り多様なバリエーションがある。

○奨学金の有無

○実施主体

（大学・都道府県・市町村等）

○医学部定員増との関係

（政策的に実施した措置か否か）

○勤務地の限定の有無

（個別病院の指定や都道府県内の病院から自由選択）

等

# 地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠（概要）

2010年より

## ○【地域枠】（平成22年度より医学部定員増）

- 〈1〉 大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠」
- 〈2〉 都道府県が設定する奨学金の受給が要件

※入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり

※学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

### 奨学金の例

※貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

医学教育（6年間）

### 1. 貸与額

○月額10～15万円

※入学金等や授業料など別途支給の場合あり

○6年間で概ね1200万円前後

※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり

（参考）全学部平均の学生の生活費（授業料含む）は

国公立大学で約140万/年、私立大学で約200万/年

出典（独）日本学生支援機構 学生生活調査（平成20年度）

### 2. 返還免除要件

○医師免許取得後、下記のような条件で医師として貸与期間の概ね1.5倍（9年間）の期間従事した場合、奨学金の返還が免除される。

1. 都道府県内の特定の地域や医療機関

（公的病院、都道府県立病院、市町村立病院、へき地診療所等）

2. 指定された特定の診療科（産婦人科・小児科等の医師不足診療科）

平成28年度以降、新たな  
医師として地域医療等へ貢献：

- ・平成22年度地域枠入学定員（313名）→平成28年に卒業見込み
- ・平成23年度地域枠入学定員（372名）→平成29年に卒業見込み
- ・平成24年度地域枠入学定員（437名）→平成30年に卒業見込み

# 地域枠等の分類と臨床研修制度

## A: 卒業後の勤務条件あり

※主に、6年間奨学金を受給して卒業後、当該都道府県内の地域医療に9年間程度従事

- ①: 初期研修は、指定された特定の医療機関で実施
- ②: 初期研修は、県内の医療機関(指定された医療機関含む)から自由を選択
- ③: 研修後に地域医療に従事



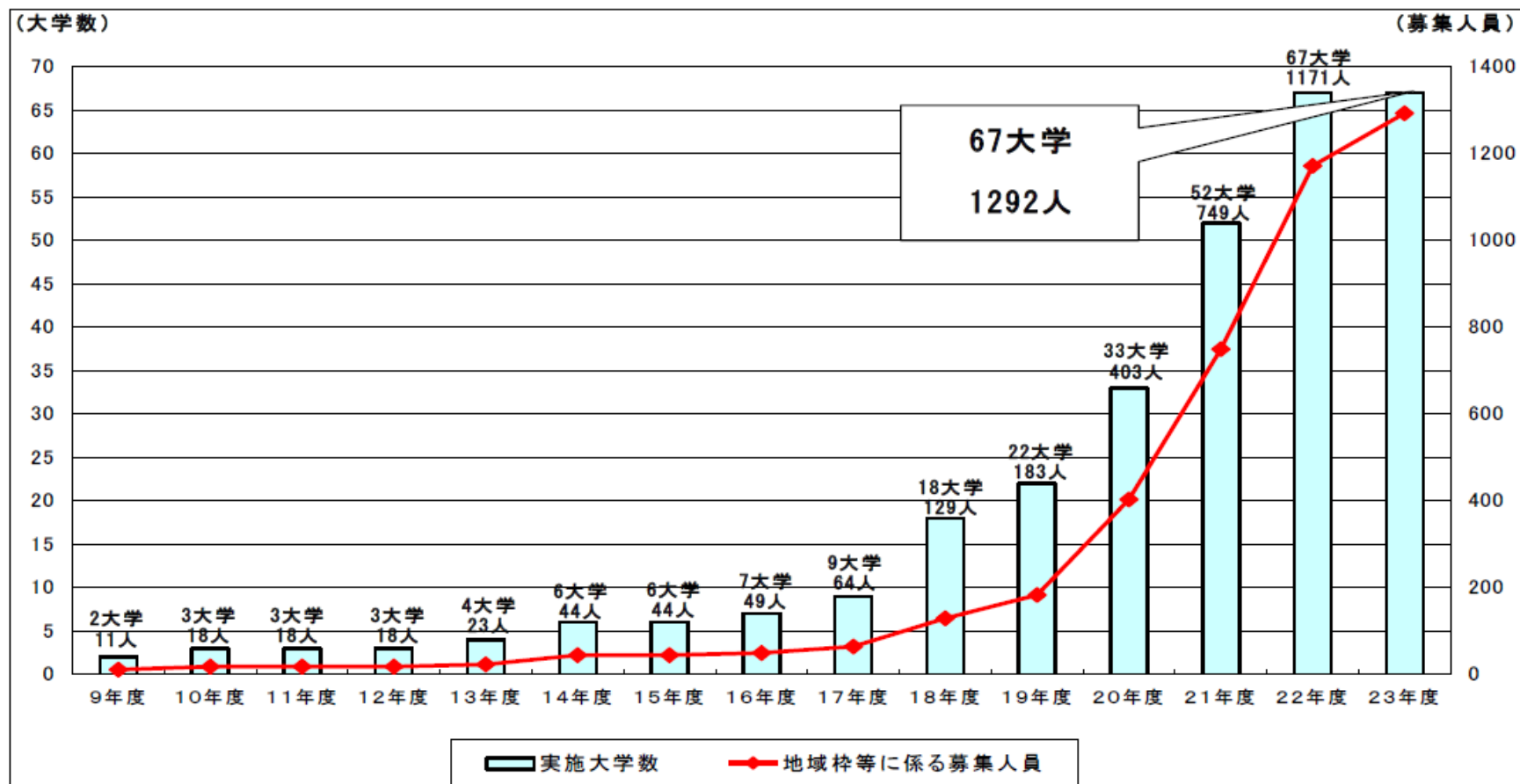
## B: 卒業後の勤務条件なし

- 地元出身者のための選抜枠
  - 県内の高校出身者を対象とした入学枠
- 出身地にとらわれない地域医療に従事する入学枠等

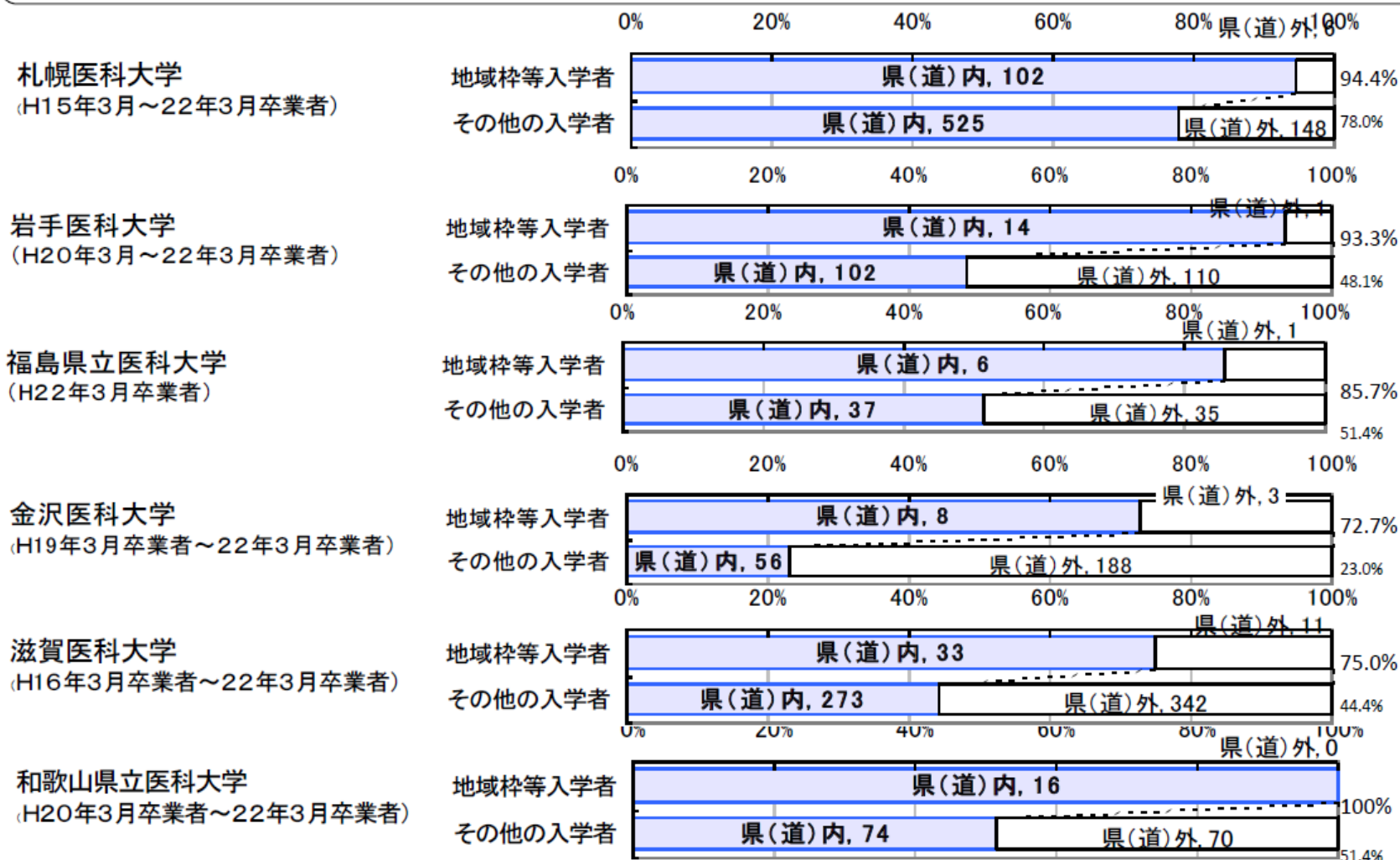


平成23年4月現在、67大学で1,292人の、地域医療に従事する意欲のある学生を対象とした入学者選抜枠（地域枠等）を設定。

地域を指定した入学者選抜（地域枠）等の導入状況



地域枠等による入学者の方が、一般枠の入学者より、卒業後も都道府県内に残る割合が高い。  
 (地域枠等による入学者が既に卒業している大学の県内定着率の平均は、地域枠等が89%に対して、一般枠は54%)



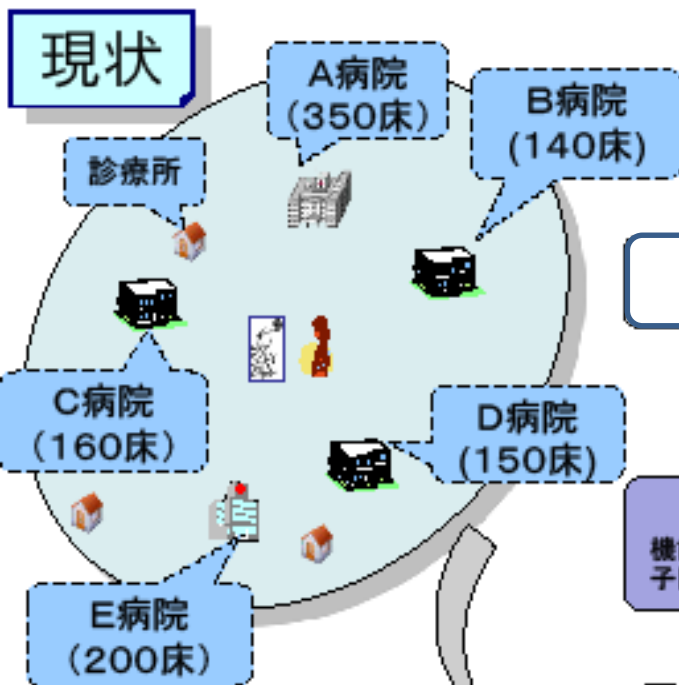
# 地域連携推進法人への期待

# 医療法人制度・社会法人制度の見直し

- 医療法人等の中での競争を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。
- このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある。
- 複数の医療法人がグループ化すれば、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、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができる。

# 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

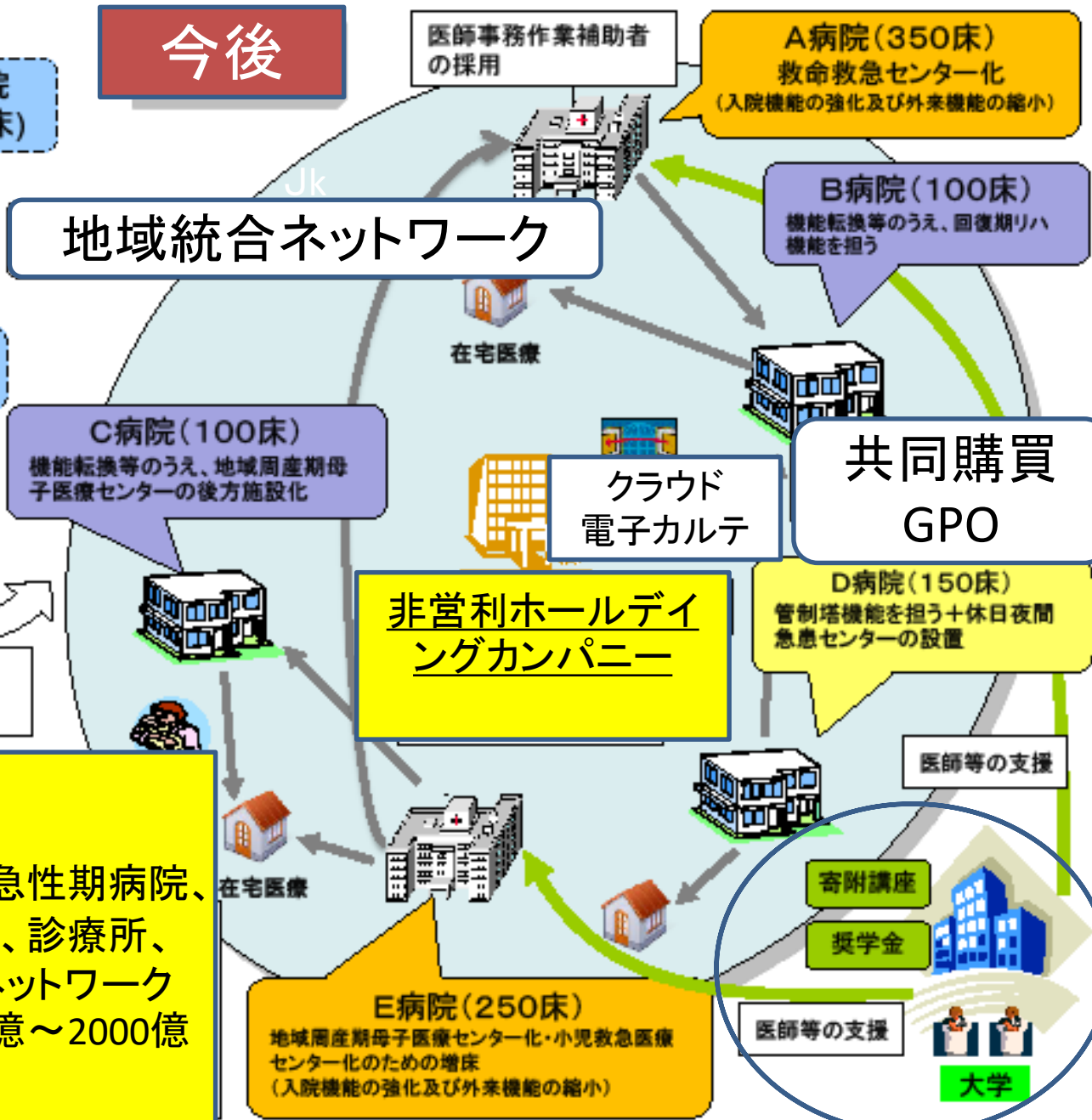


課題

- 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

# 医療法人の事業展開等に関する検討会

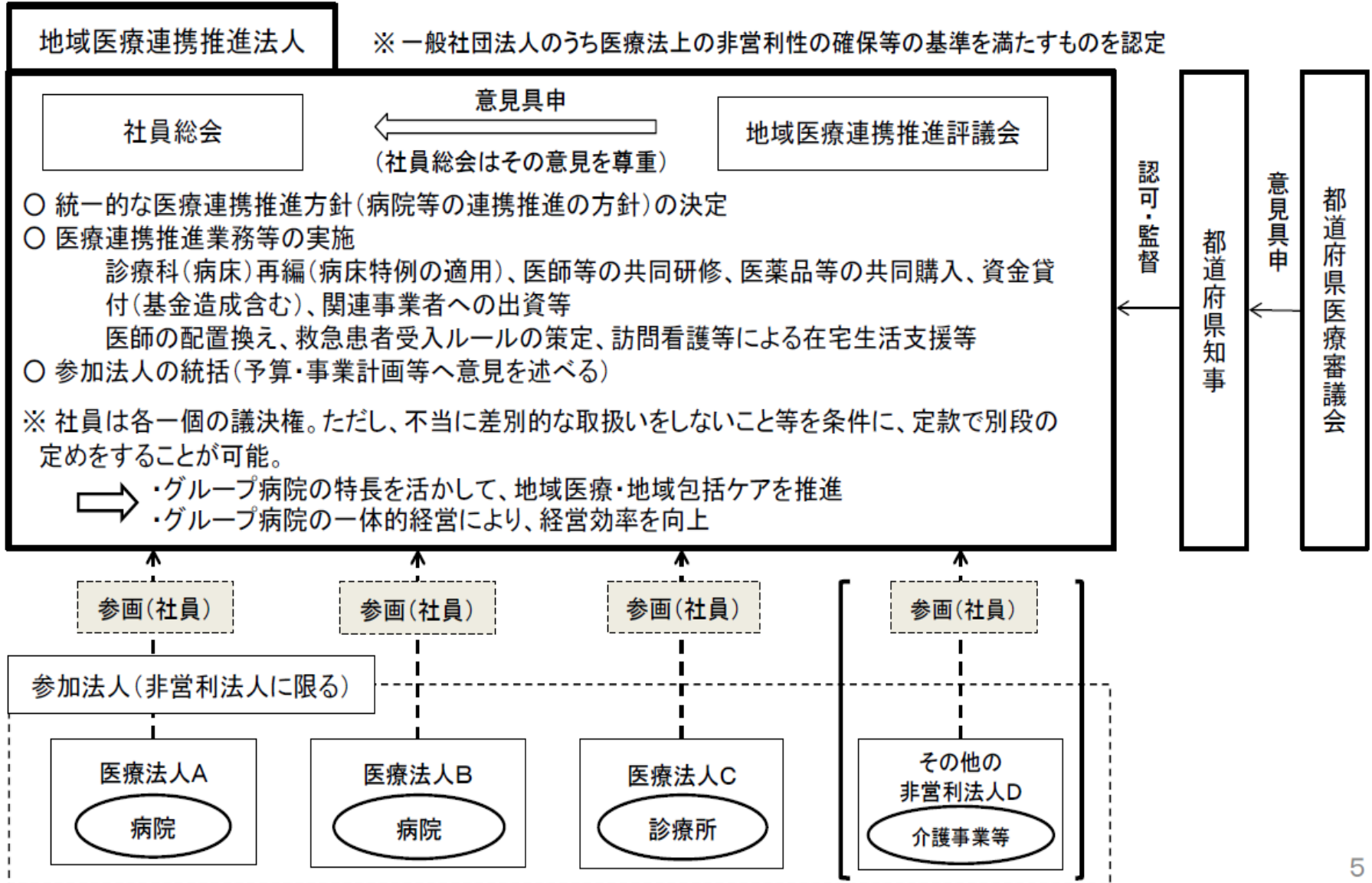


2013年11月

# 地域医療連携推進法人制度について(概要)

参考

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。



○ 新型法人設立の趣旨・期待できる効果としては、どのようなことが考えられるか。

(以下は議論のためのたたき台)

新型法人設立の趣旨

新型法人を設立し、既存法人の独自性を一定程度保障しながら、グループ全体に関する意思決定を一元的に行うことで複数の医療法人等を一体的に運営していくこととすると、これにより、地域の医療提供体制において医療法人等間の横の連携を強化し、競争よりも協調を進めることで、病床機能の分化・連携などを行い、地域包括ケアをさらに進めていくとともに、医療資源（ヒト・モノ・カネ）を効率的に活用することで医療提供体制を確保することができるのではないかと考えられる。

期待できる効果

以下の効果が考えられるのではないかと考えられる。

○ 医療等サービスの向上（地域包括ケアの推進）

新型法人において、参加法人を含めた運営方針を決定し、医療資源等を効率的に活用することにより、地域住民に対する医療等のサービスを向上させる。

- ・ 当該患者の症状に合ったグループ内医療機関の相談・紹介
- ・ グループ内医療機関の患者情報の一元的把握
- ・ 退院支援・退院調整ルール策定の策定
- ・ 救急受入ルールの策定
- ・ 介護事業を行う株式会社に出資することによる介護事業の拡充
- ・ 在宅医療・介護事業に未参入の医療法人が事業を新たに実施（グループ内からノウハウ・資金を入手）

○ 法人の経営効率の改善等（医療提供体制の確保）

グループの一体的運営によりヒト・モノ・カネを有効活用し、各法人の経営効率を改善させることで、医療提供体制の確保を図る。

- ・ グループ全体での採用・人事異動
- ・ グループ全体での従業員のキャリアパスの構築
- ・ 管理業務・共通業務の一括実施（統一システム、共同研修、共同物品購入、庶務等）
- ・ 医薬品等の共同購入・シーツのクリーニング等を一括で行う株式会社に出資して効率性を向上
- ・ グループ内の資金融通（貸付等）の実施
- ・ グループとしてのブランド力（信用力）の獲得



## (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"><li>○ 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。</li><li>○ 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。</li><li>○ 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。</li></ul>
中核病院中心型	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 地域の社会医療法人、大学付属病院を運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。</li><li>○ 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。</li></ul>
地域共同設立型	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 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。</li><li>○ 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。</li><li>○ 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。</li></ul>



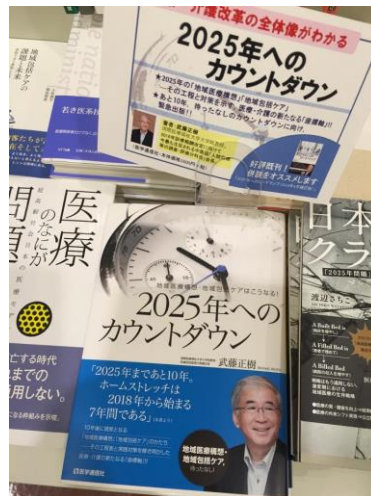
# 2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



アマゾン売れ筋  
ランキング瞬間風速第一位！



# まとめと提言

- ・医療介護一括法は、団塊世代700万人が後期高齢者となる2025年へむけて法制基盤
- ・2025年、都市部では在宅医不足、地方では医師不足
- ・解決のカギは地域包括ケアシステムと多職種連携、ICT
- ・地方においては、地域ワケによる医師リクルート、医療機関の経営統合と医師人材の集中化
- ・医師の西から東への医学部新設を通じた移転

# 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](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)