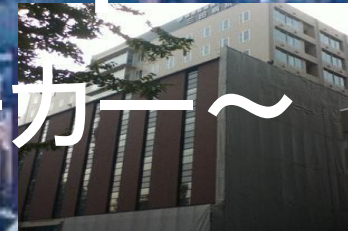


医療と介護のクロスロード ～2040年問題と製薬メーカー～



国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹

目次

- パート1
 - 2040年問題とは？
- パート2
 - 変わる地域医療と地域連携推進法人
- パート3
 - 共同購買組織とは？
- パート4
 - 変わる製薬メーカーの地域戦略



pixta.jp - 1518488

パート1 2040年問題

2018年6月6日 社会保障審議会医療部会

2040年に何が起きるか？

2025年との比較を試みよう

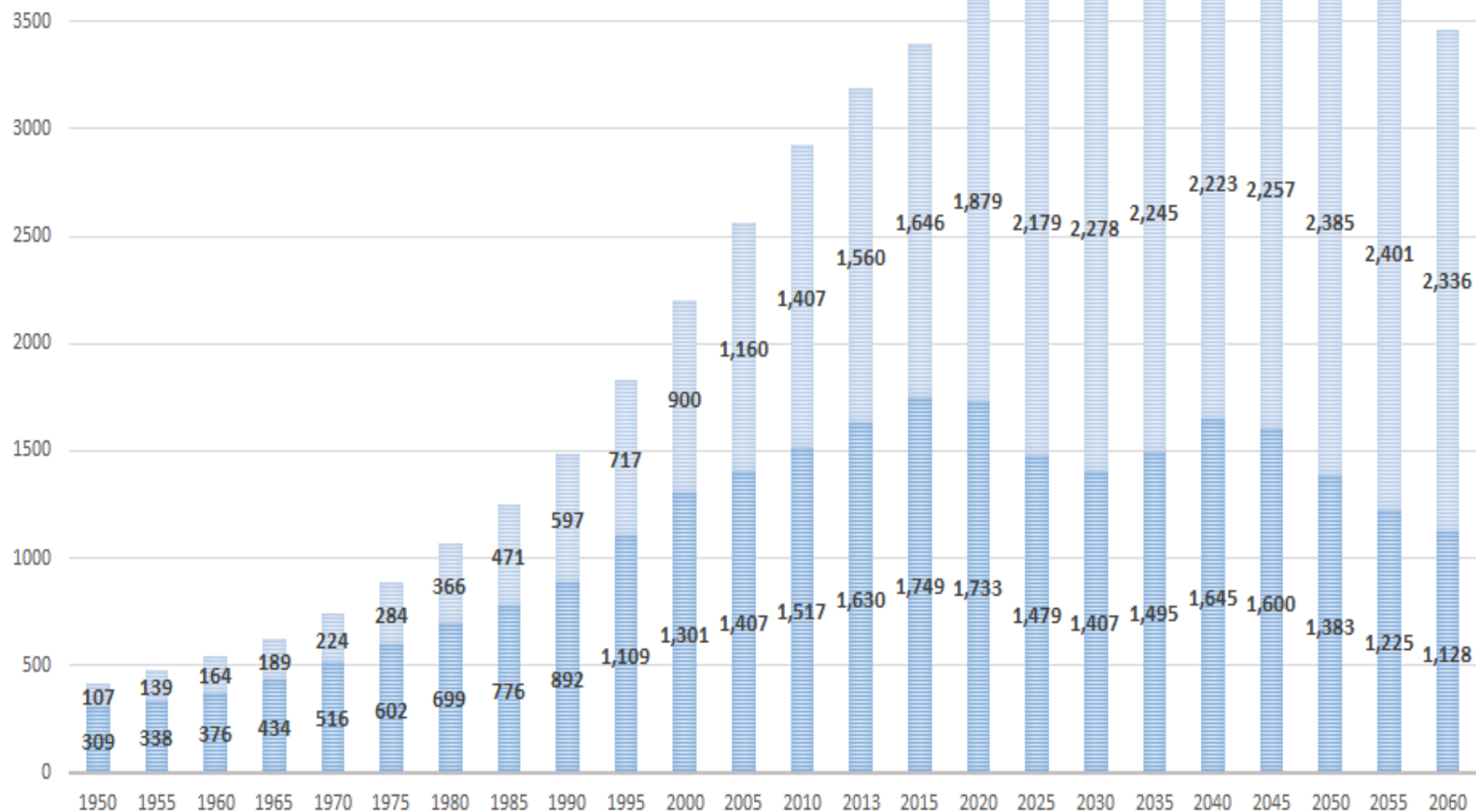
65歳以上の高齢者の人口推移

2040年

■ 65~74歳 ■ 75歳以上

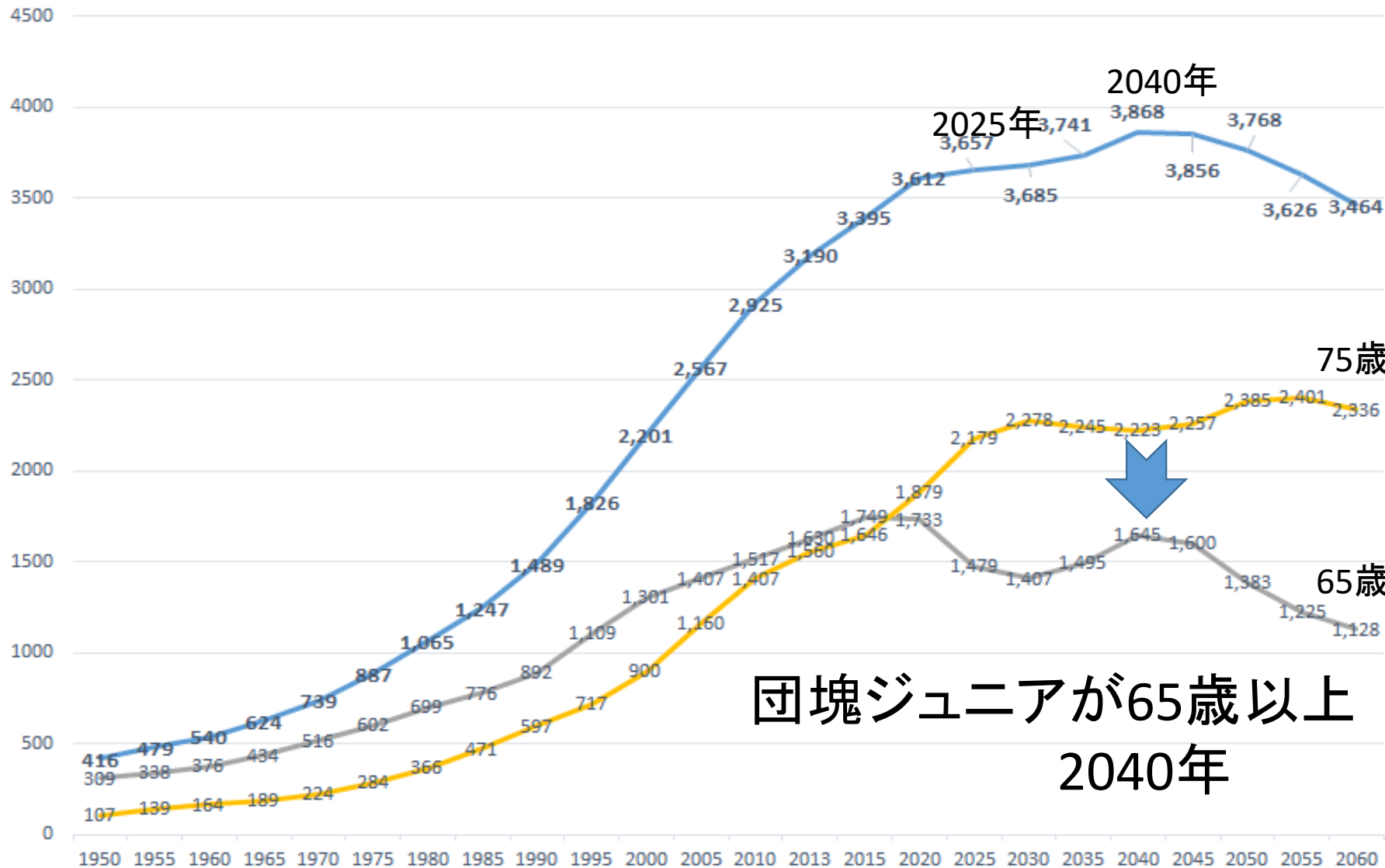
万人

2025年



65歳以上の高齢者の人口推移

65～74歳 75歳以上 65歳以上(計)



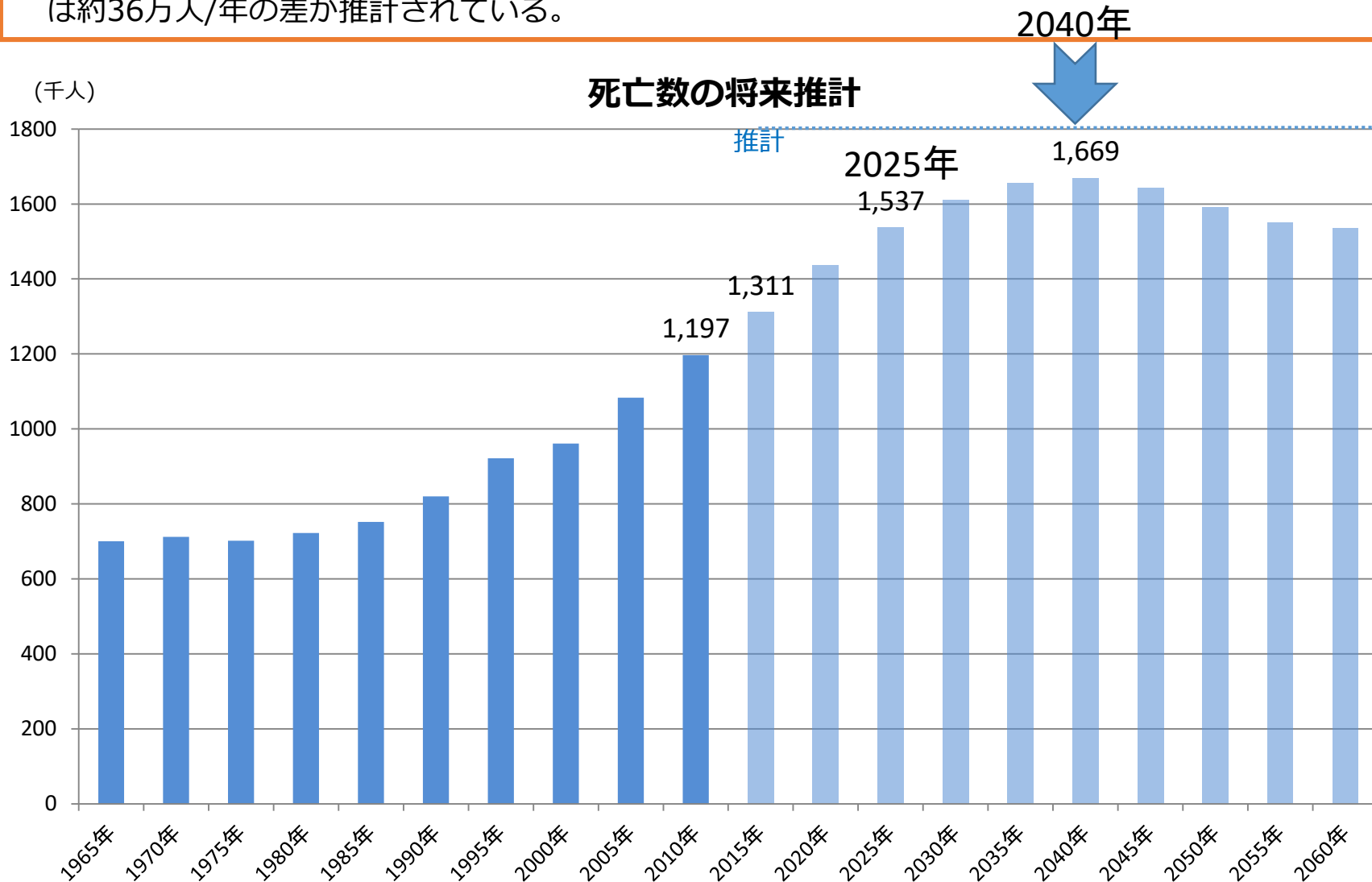
団塊ジュニアが65歳以上
2040年

75歳以上

65歳以上

2040年総死亡数のピーク

○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。

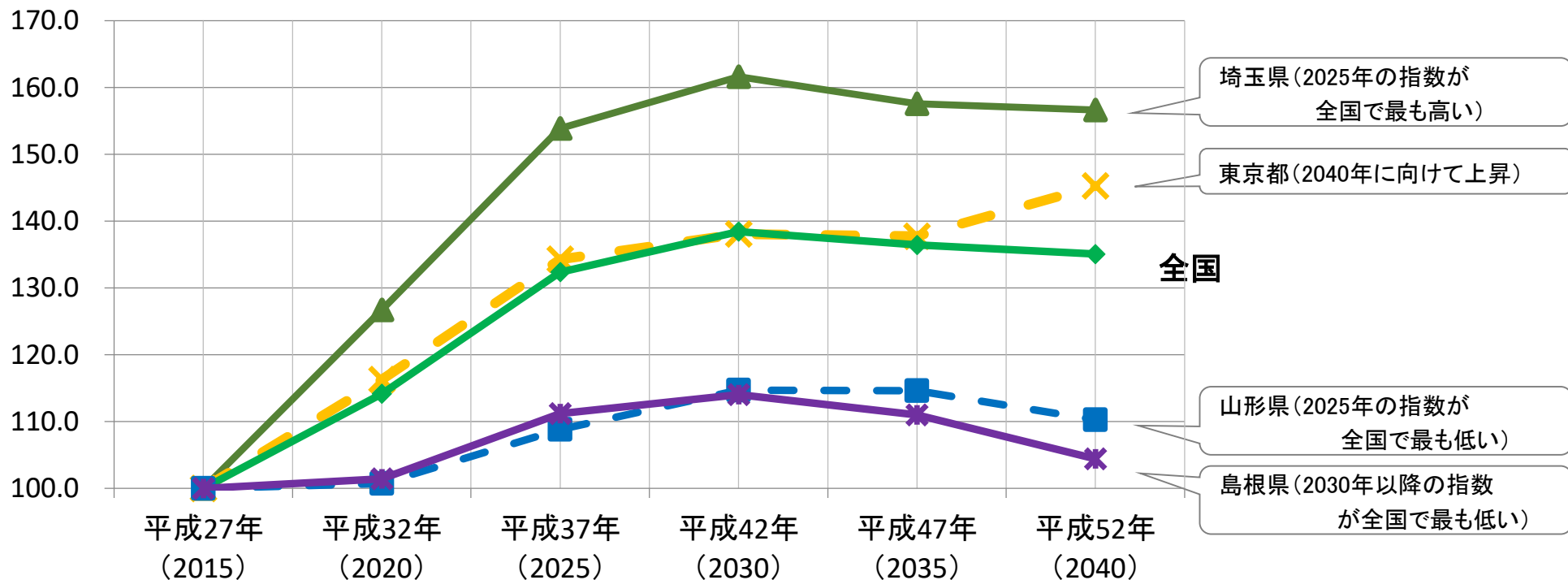


出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

2015～2025～2040年の各地域の高齢化の状況

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
 ※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
 ※東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県では、2040年に向けてさらに上昇
- 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

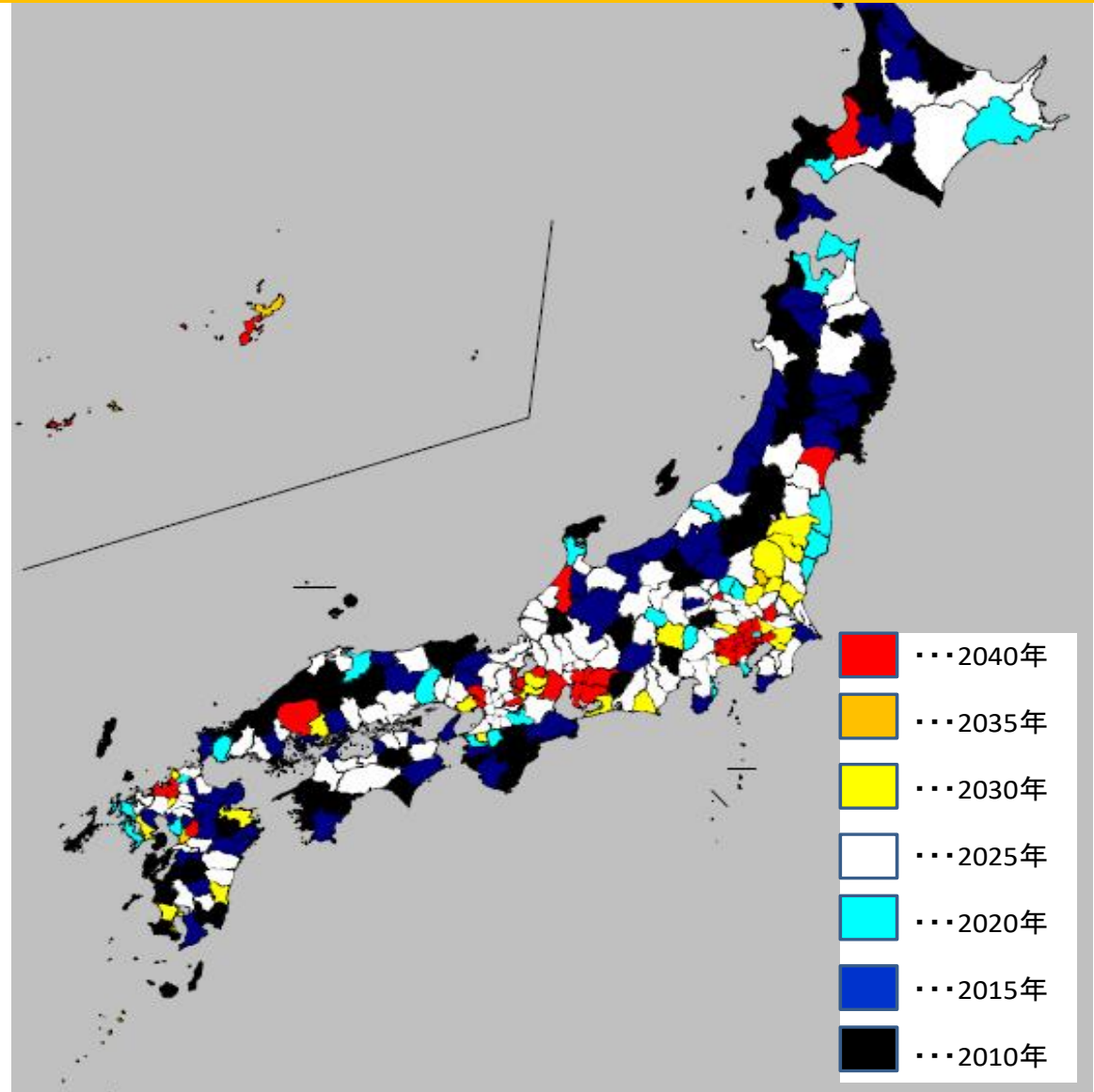
75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

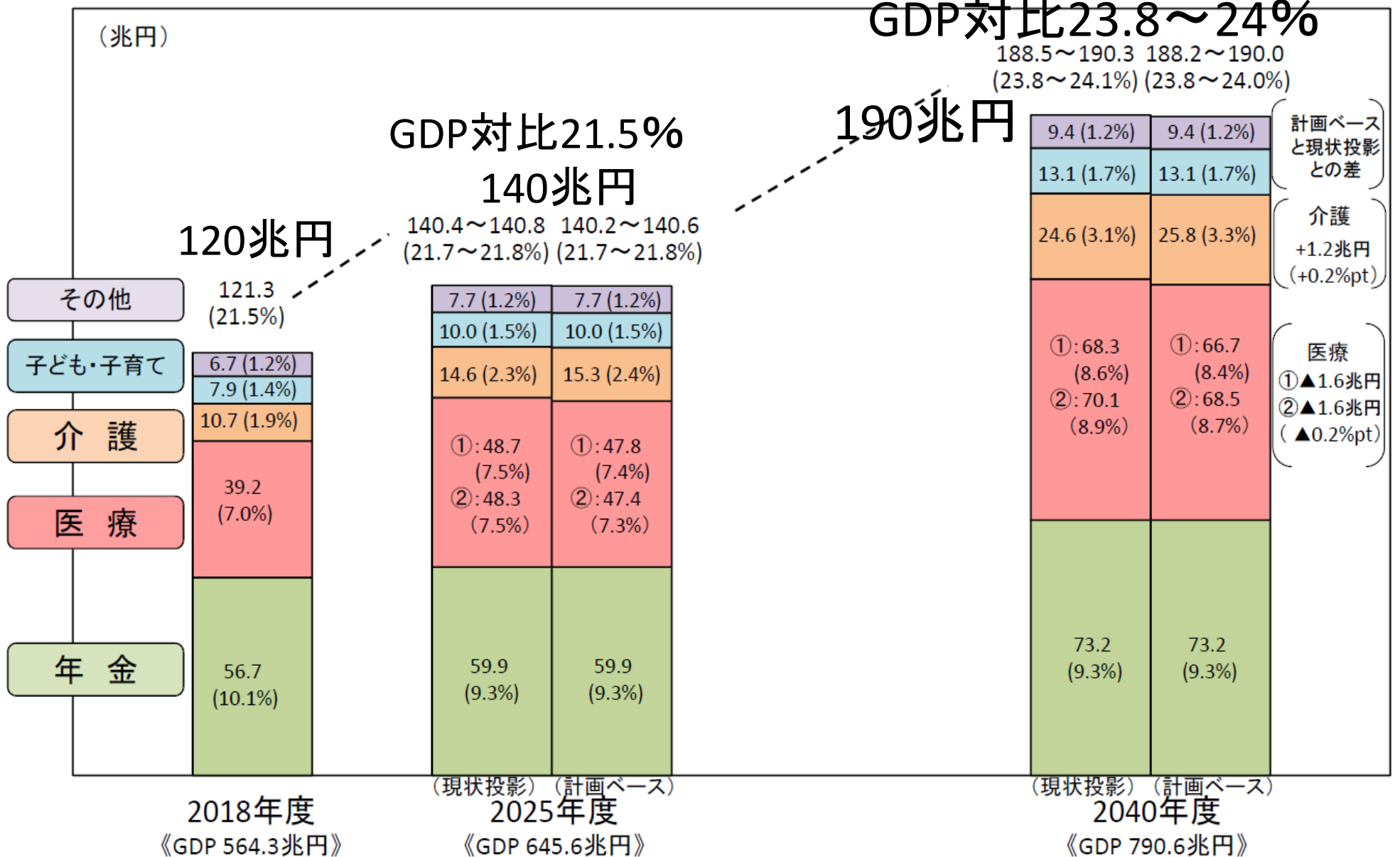
地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる



出典: 社会保障制度国民会議 資料 (平成25年4月19日 第9回
資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料)

社会保障給付費

社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をしており給付費に幅がある。

(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

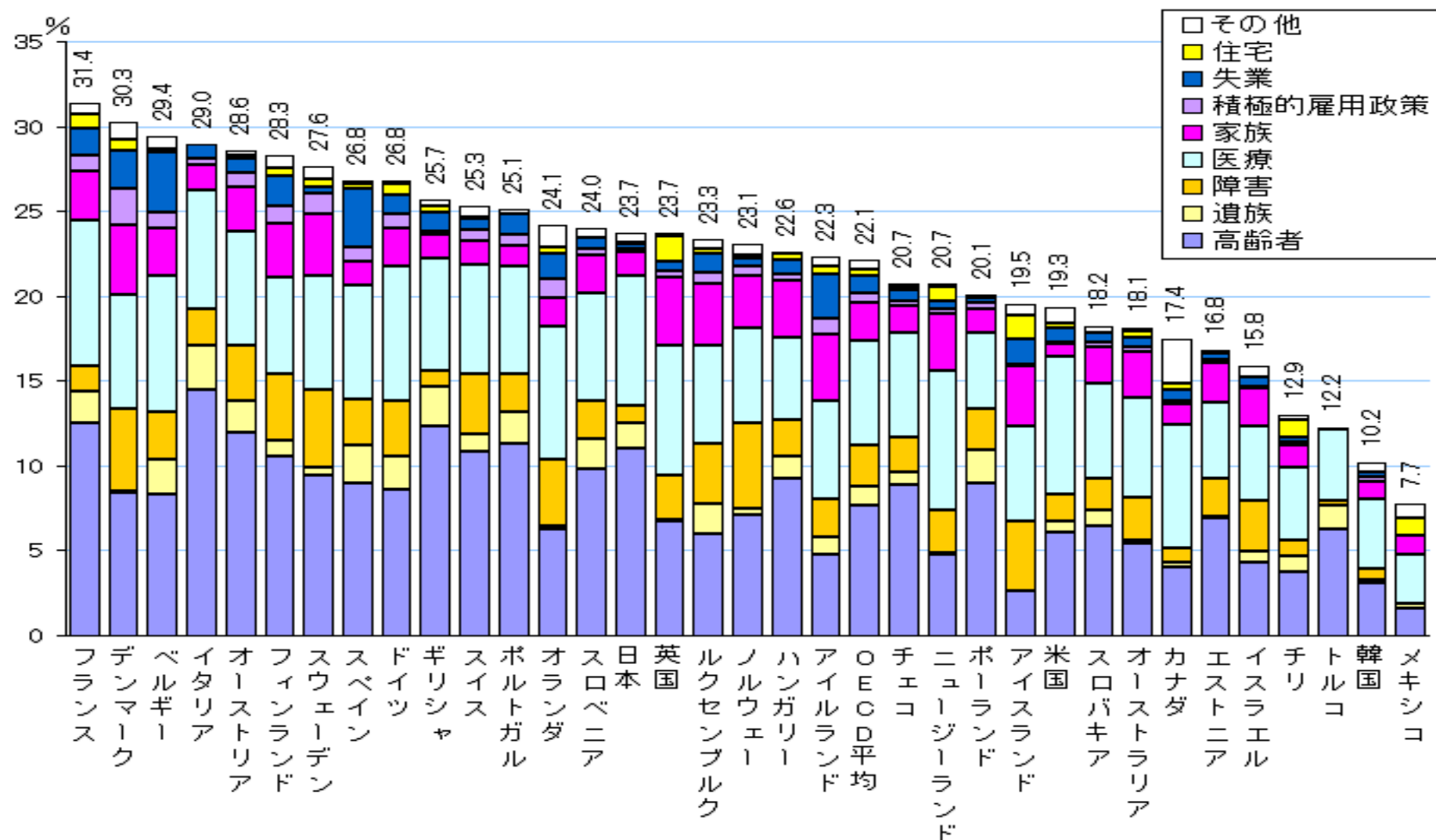
対GDP比はドイツに近く、世界に類を見ない水準というわけではない



伊原和人氏

- 2018年6月6日、社会保障審議会医療部会
- 「社会保障給付費が対GDP対比が24%という水準は今のドイツに近く、フランスではもっと高い、世界に類を見ない水準というわけではない」
 - 伊原和人厚労省大臣官房審議官(医療介護担当)

社会保障給付費の国際比較(OECD諸国)(2011年)



(注) 税や社会保険による社会支出(Social Expenditure; Public and mandatory private)の対GDP比である。日本の厚生年金保険からの給付はPublic、厚生年金基金からの給付はmandatory privateである。メキシコの失業、韓国の住宅は不詳。

(資料) OECD.Stat (data extracted on 04 Apr 2015)

社会保障給付費の見通し

(単位：兆円)

	2012	2015	2018	2025	2040
2018年5月推計					
計			121.3	140.2	190.0
年金			56.7	59.9	73.2
医療			39.2	47.4	68.5
介護			10.7	15.3	25.8
子ども子育て			7.9	10.0	13.1
その他			6.7	7.7	9.4
2012年3月推計					
計	109.5	119.8		148.9	
年金	53.8	56.5		60.4	
医療	35.1	39.5		54.0	
介護	8.4	10.5		19.8	
子ども子育て	4.8	5.5		5.6	
その他	7.4	7.8		9.0	



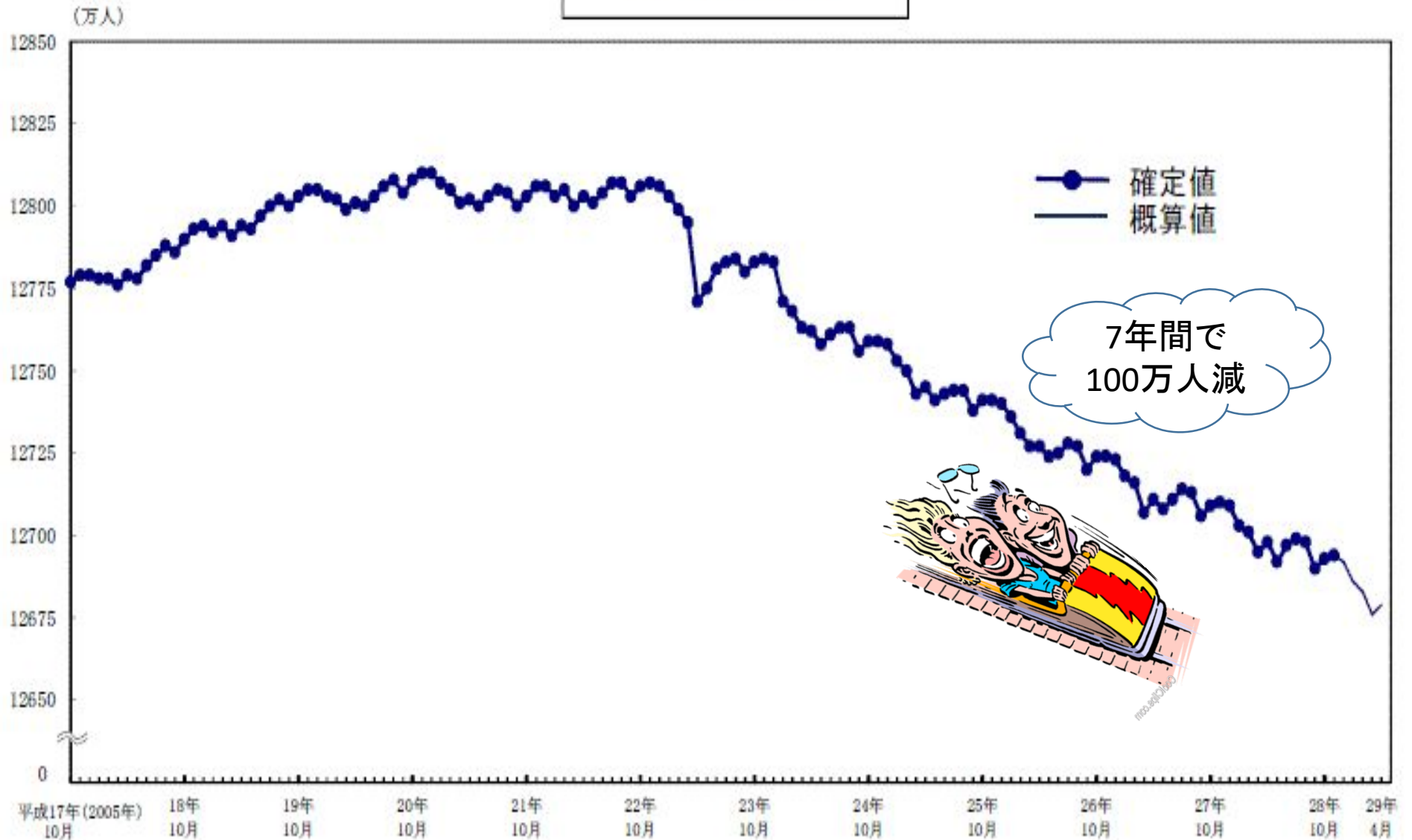
2025年推計
2012年推計より
2018年推計は
下振れしている

2025年推計が下振れしたのは どうして？

- 医療 54兆円→47.4兆円
 - 地域医療構想などによる病床機能分化
 - 入院患者数の減少
 - 後発医薬品の普及
- 介護 19.8兆円→15.3兆円
 - 介護給付範囲の絞り込み
- 子ども子育て 5.6兆円→10兆円
 - 一方、子ども子育ては上振れ
 - 2017年衆院選挙の安倍政権の公約の影響

問題は人口減

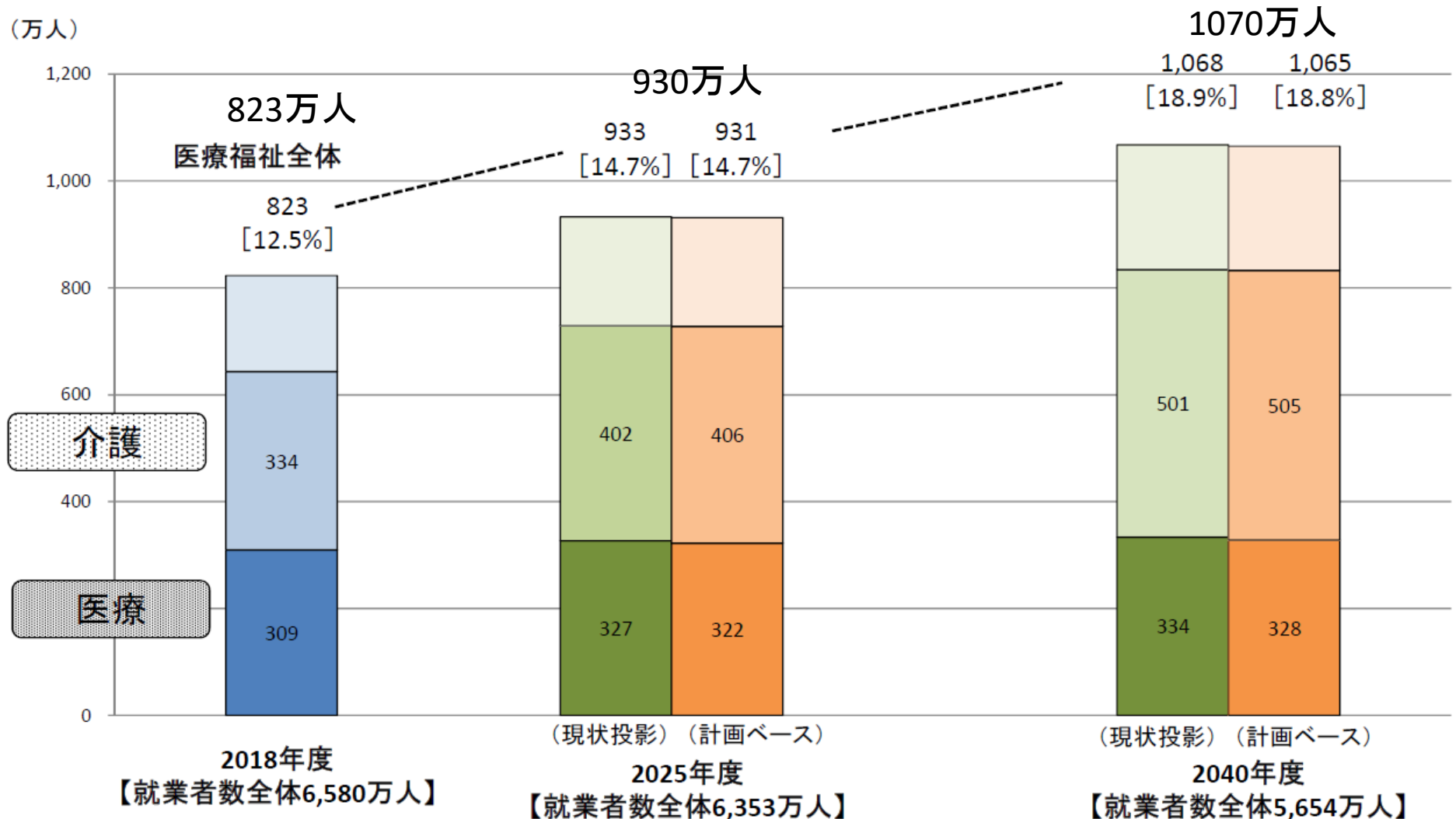
総人口の推移



2010年

2017年

医療福祉分野の就業者数の見通し



(注1) []内は就業者数全体に対する割合。

(注2) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

(注3) 就業者数全体は、2018年度は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年度以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年 労働力需給の推計」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位(死亡中位)推計)を元に機械的に算出している。

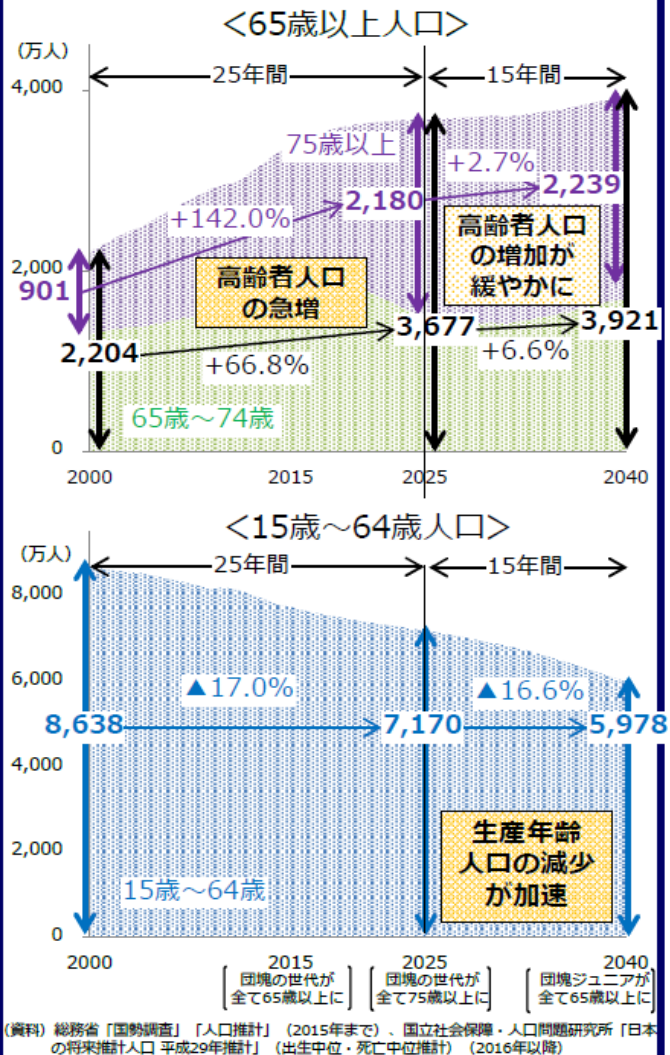
2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

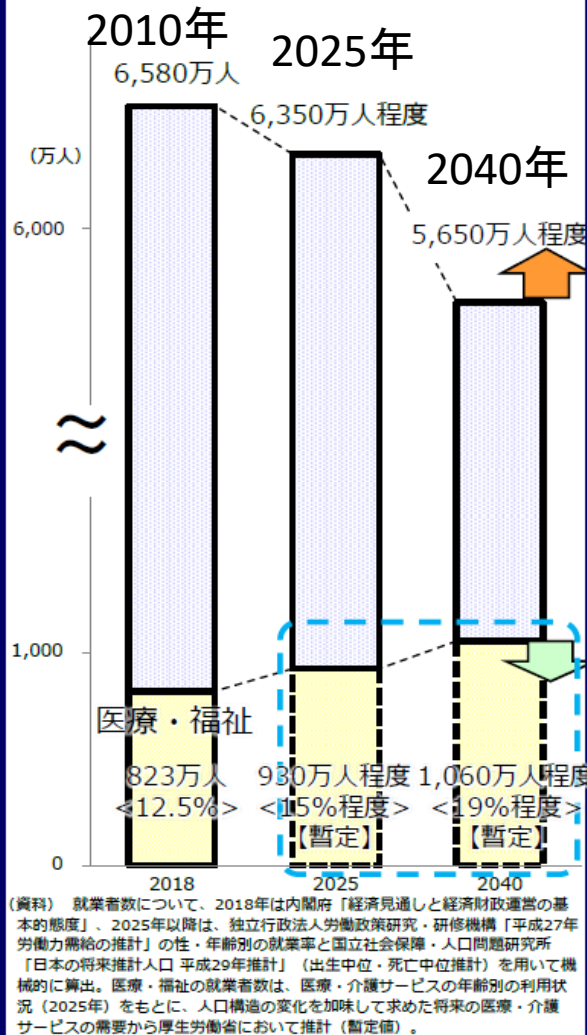


2025年以降の現役世代の人口の急減という新たな局面における課題への対応が必要。

《2040年までの人口構造の変化》



《就業者数の推移》



国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性^{*}の向上を目指す。

- ※ サービス産出に要するマンパワー投入量。
- ※ 医療分野：ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度（「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出）
- ※ 介護分野：特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり。

2040年
就労人口の激減で、就業者数の
5人1人がヘルスケア分野

2040年問題のポイント

社会保障給付費はなんとかコントロールの範囲内
しかし就労人口減が最大の課題！

骨太の方針2018

1 人づくり革命の実現と拡大

① 待機児童問題解消

- ・女性就業率80%※に対応できる「子育て安心プラン」の前倒し
※25歳～44歳の女性就業率は、日本72.8%、アメリカ71.1%、イギリス75.5%、ドイツ77.8%、フランス74.6%、スウェーデン82.5%

② 幼児教育無償化

- ・幼稚園、保育所、認定こども園以外の認可外保育施設の無償化対象化
対象者：保育の必要性があると認定された子供（認可保育所への入所要件）であって、認可保育所や認定こども園を利用できていない者
対象サービス：幼稚園預かり保育、一般にいう認可外保育施設、地方自治体の認証保育施設、ベビーホテル、ベビーシッター、認可外の事業所内保育など（地方自治体に対して届出を行った施設、かつ、指導監督基準を満たす施設を対象とする。指導監督基準の適合性については5年間の経過措置を設定）
認可外保育施設の無償化上限額：認可保育所における月額保育料の全国平均額
実施時期：2019年10月から全面的実施の方向
- ・認可外保育施設の認可施設への移行促進策の強化

③ 大学など高等教育無償化

- ・住民税非課税世帯（年収270万円未満）に対し授業料免除（私立大学の場合、私立大学の平均授業料と国立大学の授業料の差額の2分の1を加算した額まで無償化）
- ・必要な生活費を給付型奨学金として支給（教科書代、通学費等に加え、自宅外生の場合、食費、住居・光熱費等も賄えるよう支給）
- ・年収300万円未満の世帯については住民税非課税世帯の3分の2、年収300万円～380万円未満の世帯については3分の1を支給
- ・支援対象者：高校在学時の成績だけで否定的な判断をせず、本人の学習意欲を確認

④ 介護職員の処遇改善

⑤ 私立高等学校授業料の実質無償化

⑥ リカレント教育の拡充

- ・専門実践教育訓練給付（7割助成）の対象講座を第4次産業革命スキルなどを対象に拡大
- ・一般教育訓練給付（2割助成）の給付率をITスキルなどを対象に4割へ拡大
- ・情報処理、バイオ、ファインケミカル、エンジニアリング、ロボット分野などにおいて、技術者へのリカレント教育コースを学会等に設置
- ・大手企業の中途採用の拡大

⑦ 大学改革

- ・国立大学・私立大学ともに、各校の役割・機能を明確化
- ・各国立大学、私立大学の連携・統合を促進 等

⑧ 高齢者雇用の拡大

- ・65歳以上への継続雇用年齢の引上げに向けた環境整備（個人差の尊重と成果を重視する評価・報酬体系の構築）
- ・高齢者のトライアル雇用の促進

2 生産性革命の実現と拡大

- 「Society 5.0」の実現に向けた「**フラッグシップ・プロジェクト**」の実施
- 重点分野における「**産官協議会**」の設置による目指すべき経済社会の絵姿の共有

(重点分野とフラッグシップ・プロジェクト)

- ・人手不足・移動弱者の解消、新サービスの創出により、「**生活**」「**産業**」が変わる
 - 無人自動運転による移動サービスの2020年実現や、高速道路でのトラック隊列走行の早ければ2022年商業化
 - 個人の健診・診療・投薬情報を医療機関等で共有できる全国的な保健医療情報ネットワークの2020年度本格稼働
- ・最新の技術革新により、「**経済活動の糧**」(エネルギーと金融)が「**強み**」に変わる。
 - デジタル技術を活用したエネルギー制御、水素利用などの“エネルギー転換・脱炭素化”に向けた技術開発・ESG(環境、社会、ガバナンス)投資推進
 - 業態ごとの金融・商取引関連法制の機能別・横断的な法制への見直し
- ・行政のあらゆるサービスのデジタルでの完結(アナログ行政から決別)、インフラ管理での民間活力・技術革新の活用により、「**行政**」「**インフラ**」が変わる
 - 様々な手続で求められる添付書類の撤廃、押印などの本人確認手法の見直しの実現
 - 港湾、空港、道路、上下水道など様々な分野におけるインフラ管理手法の民間事業者によるオープンイノベーションでの開発
- ・自動走行を含めた便利な移動・物流サービスやオンライン診療、データ連携やI o T等を活用する中小企業、稼げる農林水産業により、「**地域**」「**コミュニティ**」「**中小企業**」が変わる
 - 農林水産業のスマート化(生産と出荷の最適化やコストの最小化)の推進
 - まちづくりと公共交通の連携や新技術・官民データの活用の加速
 - 中小企業の経営改善と連携したI T支援体制の強化

3 働き方改革の推進

- 働き方改革関連法制(罰則付き時間外労働規制実施、同一労働同一賃金実現、高度プロフェッショナル制度の創設等)の円滑な実施
- 中小企業・小規模事業者に対する丁寧な対応
- 高度プロフェッショナル制度における本人同意の撤回手続の明定

4 新たな外国人材の受入れ

- 中小企業・小規模事業者をはじめとした人手不足の深刻化への対応
- 一定の専門性・技能を有し即戦力となる外国人材を幅広く受け入れるため、**就労を目的とした新たな在留資格を創設**
- **出入国管理及び難民認定法を改正し、政府の基本方針を定めるとともに、業種別の受入れ方針を策定**
- 求める技能水準は、**受入れ業種ごとに定め、日本語能力水準も、業務上必要な水準を考慮して、受入れ業種ごとに定める**
- 政府の在留管理体制を強化するとともに、**受入れ企業又は登録支援機関(業界団体等)による生活ガイダンス、相談対応、日本語習得支援等を実施**
- 在留期間の上限は通算5年とし、家族の帯同は基本的に認めないが、滞在中に高い専門性を有すると認められた者について、在留期間の上限が無く、家族帯同を認める在留資格への移行措置を整備する方向

5 「経済・財政一体改革」の推進

(1) 2019年10月の消費税率引上げと需要変動の平準化

① 消費税率引上げ分の使途変更による教育負担の軽減

・子育て層支援としての幼児教育無償化等を2019年10月に実施し、消費税率引上げによる経済的な悪影響を緩和する方向

② 軽減税率制度の円滑な実施

③ 駆け込み・反動減の平準化策

・事業者による価格設定の在り方の検討
 ・決済端末の導入やポイント制の促進、商店街対策といった**中小企業・小規模事業者対策**
 ・自動車や住宅などの耐久消費財について税率引上げ後の**税制等による購入支援**を検討

④ 需要変動に対して機動的な対応

・消費税率引上げに伴う需要変動に対して機動的な対応を図る観点から、**臨時・特別の措置を2019・2020年度当初予算**において講ずる

(2) 新経済・財政再生計画

① 基本的考え方

・「**経済再生なくして財政健全化なし**」

② 社会保障改革を軸とする「基盤強化期間」の設定

・団塊世代が75歳に入り始める2022年の前までの**2019～2021年度を「基盤強化期間」**と位置付ける。

③ 財政健全化目標と毎年度予算編成を結び付けるための仕組み

・基盤強化期間においては、以下の**目安に沿った予算編成**を行う
 -**社会保障関係費**は、実質的增加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針を、経済・物価動向等を踏まえ、**2021年度まで継続**する
 -人口構造の変化等を踏まえ、**毎年度の予算編成過程で数値を明示**
 -**非社会保障関係費**は、経済・物価動向等を踏まえつつ、安倍内閣のこれまでの歳出改革の取組を継続する
 -地方の一般財源の総額は、2018年度と実質的に同水準を確保する

④ 計画実現に向けた今後の取組

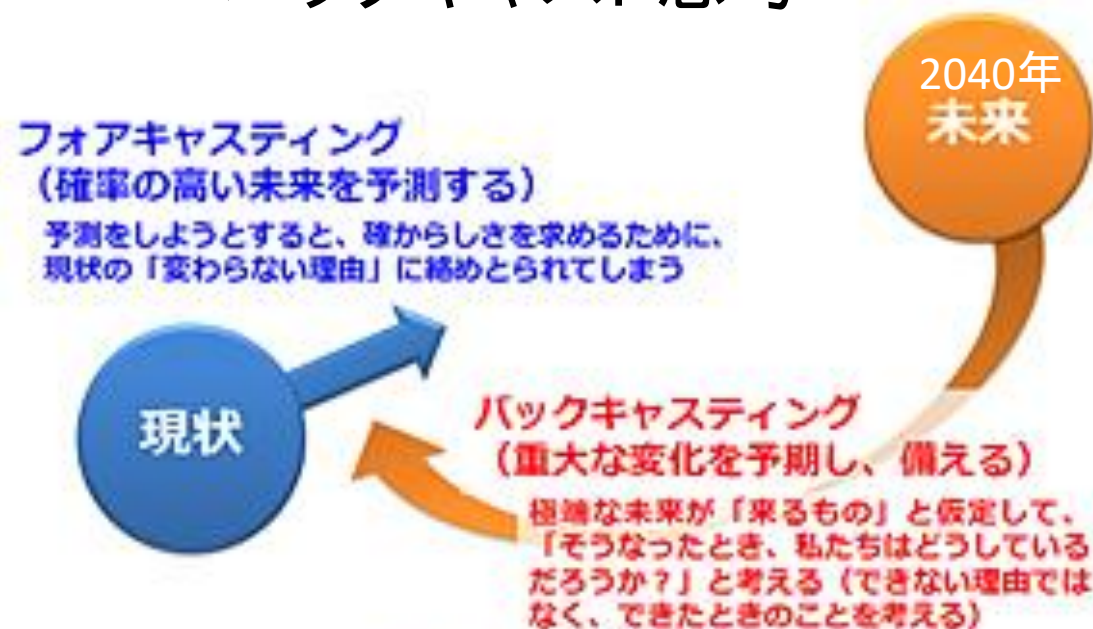
・**今年末までに**改革工程表を改定し、**新たな改革工程表**を策定
 ・**2020年度**に、社会保障改革を中心とした**進捗状況をレビュー**し、骨太方針において、**給付と負担の在り方**を含め**社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめ、早期に改革を具体化**
 ・新計画の中間時点（2021年度）において経済・財政一体改革の進捗について評価※を行い、2025年度P/B黒字化実現に向け、その後の歳出・歳入改革の取組に反映
 ※2021年度の中間指標を設定
 ・P/B赤字対GDP比：2017年度からの実質的半減値（1.5%程度）
 ・債務残高対GDP比：180%台前半
 ・財政収支赤字対GDP比：3%以下

⑤ 財政健全化目標

・**全ての団塊世代が75歳以上になるまでに**、財政健全化の道筋を確かなものとする必要のため、
 -**2025年度の国・地方を合わせたP/B黒字化**を目指す
 -同時に**債務残高対GDP比の安定的な引下げ**を目指すことを堅持

2040年からバックキャストして 2025年問題を見直そう

バックキャスト思考



パート2

変わる地域医療と 地域連携推進法人



「地域医療構想は地域の医療提供体制を守る大きな仕事」

- 6月1日に開催された、「平成30年度 第1回 都道府県医療政策研修会」
- 「地域医療構想の業務は、地域の医療提供体制を守る大きな仕事である。これに携わることは宿命・運命であると捉え、真剣に取り組んでいただきたい」
- 厚労省医政局地域医療計画課の佐々木健課長



「地域医療構想の進め方」通知

地域医療構想WG・在宅医療WG合同会議	参考資料
平成30年3月2日	2

医政地発0207第1号
平成30年2月7日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（ 公 印 省 略 ）

地域医療構想の進め方について

地域医療構想（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項第7号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）は、平成28年度中に全ての都道府県において策定され、今後は、地域医療構想調整会議（同法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）を通じて、構想区域（同法第30条の4第1項第7号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）ごとにその具体化に向けた検討を進めていく必要がある。

また、「経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）」において、地域医療構想の達成に向けて、構想区域ごとの地域医療構想調整会議での具体的議論を促進することが求められている。具体的には、病床の役割分担を進めるためのデータを国から都道府県に提供し、個別の病院名や転換する病床数の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、それぞれの地域医療構想調整会議において2年間程度で集中的な検

地域医療構想の進め方(通知)

- (ア)個別の医療機関ごとの具体的な対応方針
 - 公立病院に関すること
 - 公的医療機関に関すること
 - その他の医療機関に関すること
- (イ)非稼働病床に関すること
- (ウ)新たな医療機関の開設や増床に関すること

南和地域の広域医療提供体制の再構築

発想の契機

- ・町立大淀病院
- ・県立五條病院
- ・国保吉野病院

3つの公立病院(急性期)がそれぞれ医療を提供



連携内容

医療機能が低下している3つの公立病院を、1つの救急病院(急性期)と2つの地域医療センター(回復期・療養期)に役割分担し、医療提供体制を再構築



12市町村とともに、県が構成員として参加する全国でも珍しい一部事務組合で3病院の建設、改修、運営を実施

南和広域医療企業団

回復期・慢性期

吉野病院

改修 (H28年4月)



急性期・回復期

南奈良総合医療センター

新設 (H28年4月)

回復期・慢性期

五條病院

改修 (H29年4月)



連携

H29.3ドクターヘリ
運用開始



連携の成果

- ・急性期から慢性期まで切れ目の無い医療提供体制を構築
- ・救急搬送受入数 計 5.7件→11.2件/日 (H28年度実績)
- ・病床利用率 65.0%→88.8% (H28年度実績)
- ・へき地診療所との連携強化
(医療情報ネットワークで結び、病院の予約や検査結果の相互利用)

南和地域の医療提供体制の再構築、ドクターヘリの運用により、救急医療、へき地医療、災害医療等が充実

再編前

3病院の医師数
(常勤換算)
※全て急性期病院

五條病院 25.7人
大淀病院 13.0人
吉野病院 9.7人
(計 48.4人)

(参考)

南和医療圏
人口 78,116人
(2015年)
医師数 107人
(2014年)
人口10万人あたり医師数
137人
(2014年)



再編後

3病院の医師数
(H29.4.1現在)

(急性期中心)
南奈良総合医療センター
_____ 58.2人

(回復期・慢性期中心)
吉野病院
_____ 5.8人

五條病院
_____ 3.0人

(計 67.0人)

集約化のメリット

集約化による急性期機能の向上

3病院の医師数計
48.4人 ⇒ 60.8人 (H28.4月時点)
(1.26倍)
に対し

救急搬送受け入れ件数
2,086件 ⇒ 4,104件 (H28実績)
(1.97倍)

症例集積や研修機能の向上による若手医師への魅力向上

- ✓ 専門研修基幹施設(1領域)
総合診療科
- ✓ 専門研修連携施設(12領域)
内科、外科、小児科、整形外科、
救急科、脳神経外科、麻酔科、
皮膚科、病理、形成外科
放射線科、総合診療科
- ✓ 基幹型臨床研修指定病院の指定
申請(H31年度の入受を目指す)

病院の役割の明確化による医局からの協力

- ✓ 医大医師配置センターから
3病院への派遣人数 (H28.4派遣)
 - 要請人数 52人(25診療科)
 - 派遣人数 51人(25診療科)

24時間365日の救急体制の
ために必要な医師数

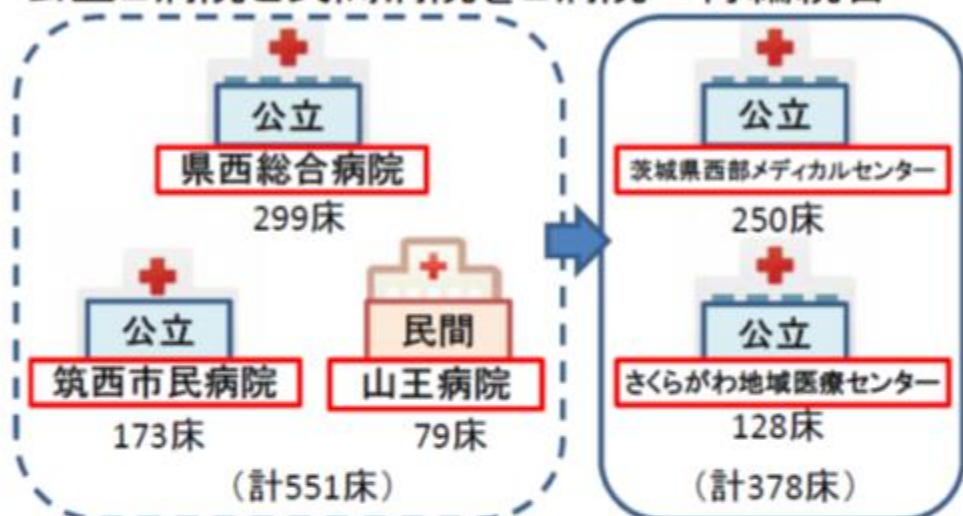
スケールメリットによる診療科の増加・強化

- ✓ 再編後に開始した診療科
 - 産婦人科
 - 歯科口腔外科
 - 精神科
 - 救急科
- ✓ 小児科の機能強化
 - 南奈良総合医療センターに
機能集約
 - 小児科救急輪番の充実
輪番日以外にも宿直対応、
● 夕診、午後診も実施

病院再編の概要(筑西)

【概要】

公立2病院と民間病院を2病院へ再編統合



【期待される役割】

当該地域において二次救急医療までを完結

(参考1)新病院の概要

病院名	茨城県西部メディカルセンター	さくらがわ地域医療センター
所在地	筑西市	桜川市
運営	地方独立行政法人茨城県西部医療機構(新設)	山王病院へ指定管理
規模	一般250床	一般80床 療養48床
診療科目	共通	内科, 小児科, 外科, 整形外科, 眼科
	独自	泌尿器科, 耳鼻咽喉科, 皮膚科・形成外科, 救急科

H21	茨城県地域医療再生計画に新病院整備を位置付け
H22	当該地域における医療提供体制あり方検討会議 ⇒建設場所の問題でまとまらず
H23	東日本大震災の被災等もあり, 公立2病院の統合に 両市基本合意
スキーム, 建設場所, 病院機能等について紆余曲折 ⇒県, 両市の勉強会を実施(10回開催)	
H26	民間病院を含む3病院のスキームについて両市合意
H27	・基本構想策定 ・基本設計着手
H30	開院予定(10月)

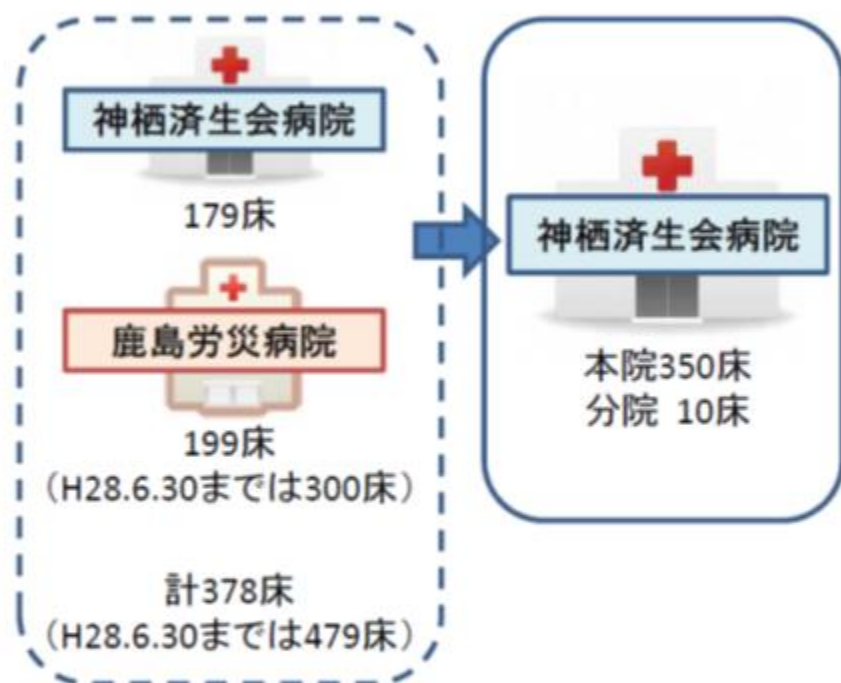
(参考2)概算費用

茨城県西部メディカルセンター 128億円
さくらがわ地域医療センター 73億円
(うち県の支援額26億円)

病院再編の概要（鹿行）

【概要】

2病院を再編統合し、医療資源を集約化



【概算費用】

本院整備 7,716百万円(うちH30施工分344百万円)
 分院整備 345百万円(全額H30施工分)

※H30における県・市の支援額
 県 172百万円(補助率1/4)
 市 230百万円(補助率1/3)

時期	内容
H26～27	H25の鹿島労災病院の医師大量退職を受け、神栖市、済生会病院、労災病院が中心となって議論するが具体的な方向性のとりまとめに至らず
H28.5	「鹿島労災病院と神栖済生会病院の今後のあり方検討委員会報告書」 ※再編の必要性や再編の基本的な考え方等
H28.7	「再編統合協議会」及び「再編統合準備室」設置 ※再編案や再編統合後の医療体制等について協議
H28.11～	住民説明会の開催
H29.4	「再編統合に伴う新病院等整備のための基本構想」決定 ※目指す姿や本院・分院の基本方針等
H29.8	「再編統合に係る基本合意書」締結 ※労災病院を済生会病院に統合。本院として済生会病院を増築整備、労災病院の所在地に分院として診療所を整備
H30.2	第5回再編統合協議会 ※統合時期(H31.4.1)、財産移譲、職員雇用、県・市の支援について合意
H30.6 (予定)	「再編統合に係る基本合意書に関する協定書」締結 ※統合時期、財産移譲、職員雇用、県・市の支援、統合後の病床数等
H31.3 (予定)	鹿島労災病院の廃止
H31.4 (予定)	両病院の統合、分院開院 ※出来るだけ早期に本院を増築

青森県の地域医療構想調整会議における検討内容

医療法に定める地域医療構想調整会議の開催

地域医療構想の記載内容(病床機能の分化・連携の推進)

- 構想区域内における医療機関の役割分担の明確化、連携体制の強化による、効率的・効果的な医療提供体制を構築
- 自治体病院等の機能再編成を推進

調整会議(津軽構想区域)での議論

- 新たな中核病院の整備による医療資源の集約を通じて、救急医療体制の確保と充実、急性期医療、専門医療の対応力向上
- その他の医療機関については、病床稼働率等の状況を踏まえた、病床規模の見直し及び回復期・慢性期機能へ転換

➡ **基本的な方向性について、関係者間で合意。今後、具体策について議論を深化。**

新たな中核病院の整備による自治体病院等機能再編成のイメージ

<津軽構想区域>

新たな中核病院



- ・ 国立病院機構弘前病院 (342床)
- ・ 弘前市立病院(250床)

統合し、**新たな中核病院を整備**

- ・ 救命救急センター
- ・ 臨床研修指定病院
- ・ 地域災害拠点病院
- ・ 地域周産期母子医療センター
- ・ 地域医療支援病院 等

黒石病院 (機能分化、病床削減)



回復期機能へ

板柳中央病院 (機能分化)



回復期、慢性期機能へ

大鰐病院 (機能転換、病床削減)



慢性期機能、老健等へ

- ・ 黒石病院(257床)
- ・ 大鰐病院(60床)
- ・ 板柳中央病院(87床)
- ・ その他の中小病院

病床規模の縮小や
回復期・慢性期機能へ転換

再編統合に関する議論の状況①

再編統合に関する議論を行っている構想区域



24構想区域／341構想区域

今後予定されている主な再編統合事例①

※議論の途上にある事例も含まれる。

【現状】

【再編後の予定】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数					休棟 など	統合	病院名	設置主体	所在地	許可病床数				再編予 定時期
				高度	急性	回復	慢性	高度						急性	回復	慢性		
青森県	国立病院機構弘前病院	(独)国立病院機構	弘前市	342	342				↓	新病院	(独)国立病院機構	弘前市	440～ 450	(調整中)			未定	
	弘前市立市民病院	市	弘前市	250	214	36												
宮城県	栗原市立栗原中央病院	市	大崎・栗原	300	200	50	50		↓	栗原市立栗原中央病院	市	大崎・栗原	300	200	50	50	H31.4	
	宮城県立循環器・呼吸器病センター	地方独立行政法人	大崎・栗原	90	90			※併せて結核病床等に移管する。(50床→29床)										
山形県	米沢市立病院	市	米沢市	322	5	283	34		↔	米沢市立病院	市	米沢市	300	300			H35.4	
	三友堂病院	医療法人	米沢市	190	5	115	58	12					170		170			
茨城県	神栖済生会病院	済生会	神栖市	179	93			86	↓	神栖済生会病院(本院)	済生会	神栖市	350	(調整中)			H31.4	
	鹿島労災病院	(独)労働者健康安全機構	神栖市	199	100			99					神栖済生会病院(分院)	済生会	神栖市	10		(調整中)

再編統合に関する議論の状況②

今後予定されている主な再編統合事例②

※議論の途上にある事例も含まれる。

【現状】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数					休棟 など
				高度	急性	回復	慢性		
茨城県	筑西市民病院	市	筑西市	173	173				
	県西総合病院	市	桜川市	299	253		46		
	山王病院	民間	桜川市	79	43		36		

統合

【再編後の予定】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数				再編予 定時期
				高度	急性	回復	慢性	
	茨城県西部メディ カルセンター	市	筑西市	250	(調整中)			H30.10
	さくらがわ地域医 療センター	市※	桜川市	128	(調整中)			
	※さくらがわ地域医療センターの運営は山王病院(指定管理)							

愛知県	岡崎市民病院	市	岡崎市	715	298	417			
	愛知県がんセンター愛 知病院	県	岡崎市	226	4	222			

再編

	岡崎市民病院	市	岡崎市		(調整中)			H31.4
	(岡崎市移管)	市	岡崎市					

兵庫県	県立柏原病院	県	丹波市	303	4	215		84
	柏原赤十字病院	日赤	丹波市	95	95			

統合

	県立丹波医療セ ンター(仮称)	県	丹波市	320	(調整中)			H31

兵庫県	県立姫路循環器病セン ター	県	姫路市	350	25	325		
	製鉄記念広畑病院	医療法人	姫路市	392	190	194		

統合

	はりま姫路総合 医療センター	県	姫路市	736	(調整中)			H34

徳島県	阿南中央病院	公益法人	阿南市	229	120	30	50	29
	阿南共栄病院	厚生連	阿南市	343	283	40		20

統合

	阿南医療セン ター※	厚生連	阿南市	398	278	70	50		H31春
	※建物は民間の中央病院を継承し、組織運営は厚生連が担う								

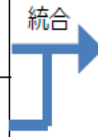
再編統合に関する議論の状況②

今後予定されている主な再編統合事例②

※議論の途上にある事例も含まれる。

【現状】

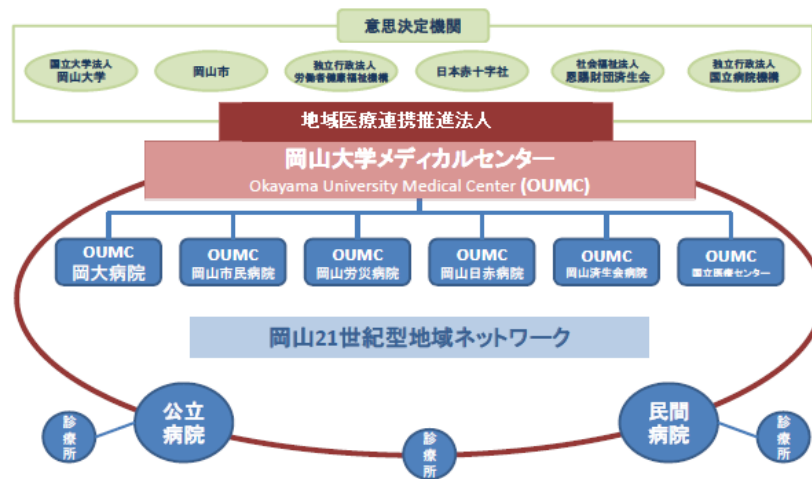
	病院名	設置主体	所在地	許可病床数					休棟 など
				高度	急性	回復	慢性		
熊本県	公立玉名中央病院	一部事務組合	玉名市	302	262	40			
	玉名郡市医師会立玉名地域保健医療センター	その他の法人	玉名市	150	53	47	50		
鹿児島県	鹿児島医療センター	(独)国立病院機構	鹿児島市	370	31	339			
	鹿児島通信病院	会社	鹿児島市	50	50				
沖縄県	沖縄県立北部病院	県	名護市	257	18	214	25		
	公益社団法人北部地区医師会病院	公益法人	名護市	200	6	139	55		



【再編後の予定】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数				再編予 定時期	
				高度	急性	回復	慢性		
	くまもと県北病院	地方独立行政法人	玉名市	402	(調整中)				H33.4
	鹿児島医療センター	(独)国立病院機構	鹿児島市	410	31	379			H30.4
	(両病院を統合)	調整中	調整中	調整中				未定	

地域連携推進法人



地域医療連携推進法人制度の経緯

- ◆ 2014年
平成26年1月
安倍首相が世界経済フォーラム年次会議で日本にもMayo Clinicのようなホールディングカンパニー型の大規模医療法人ができてしかるべきと発言
- ◆ 平成26年6月
日本再興戦略にて、「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」を記載
- ◆ 平成25年12月～27年2月
医療法人の事業展開等に関する検討会にて検討
- ◆ 平成28年3月25日
医療法人制度の見直しに関する改正医療法として第一段階施行
2017年
- ◆ 平成29年4月2日
地域医療連携推進法人制度の創設に関する改正医療法として第二段階施行

地域医療連携推進法人

◆ 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。

◆ 法人格

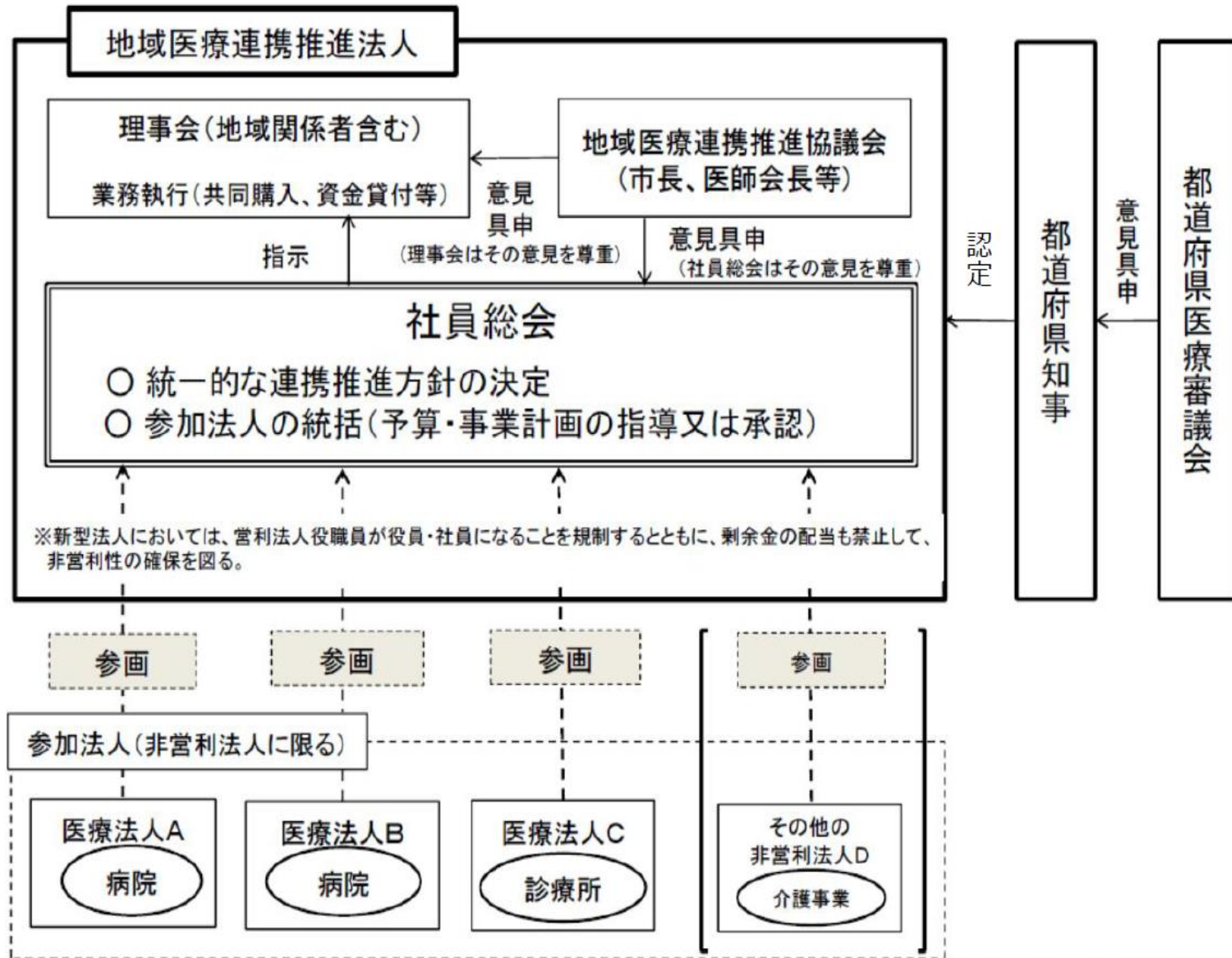
地域の医療機関等を開設する**複数の医療法人その他の非営利法人の連携**を目的とする

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や、その他の**非営利法人**。
- ▶ 地域包括ケアの推進のため、**介護事業その他の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。

参考)地域医療連携推進法人の仕組み



地域医療連携推進法人制度のメリット

1. 法制度上のメリット

- ① 病床過剰地域においても、地域医療構想達成のため、必要な病床融通を参加法人内で行う事ができる。
- ② 参加法人に対する資金貸付が可能

2. 法人運営上のメリット

- ① 患者紹介・逆紹介の円滑化・・・カルテの統一化、重複検査の防止、スムーズな転院
- ② **医薬品・医療機器等の共同購入**による経営効率の向上
- ③ 法人内での医師医療機器の適正配置

※診療報酬上のメリットはない

認可された地域医療連携推進法人

名称	認定日	参加医療機関
尾三会	4月2日	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 大学病院と地域医療法人等の業務提携 ◆ 藤田保健衛生大学病院を含む20法人と、2医療機関が参加法人ではない社員として加わる
備北メディカルネットワーク	4月2日	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 中山間地域における市立病院等の業務提携 ◆ 三次市立三次中央病院、三次地区医療センター、庄原市立西城市民病院の3病院で連携
奄美南部メディカルケアアソシエーション (ANMA)	4月2日	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 離島における地域の多数の診療所の業務提携 ◆ 大島郡宇検村と瀬戸内海を医療連携推進区域とし、医療法人馨和会、宇検村、瀬戸内町が参加
はりま姫路総合医療センター整備推進機構	4月3日	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 統合再編成を目指した病院間の業務提携 ◆ 兵庫県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院の統合再編をめざし、両病院の機能分担や業務連携を推進
日本海ヘルスケアネット	検討中	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地方独法病院を中心に医療法人や介護施設を含めた連携 ◆ 日本海総合病院、酒田医療センターと、医療法人、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーションが参加予定

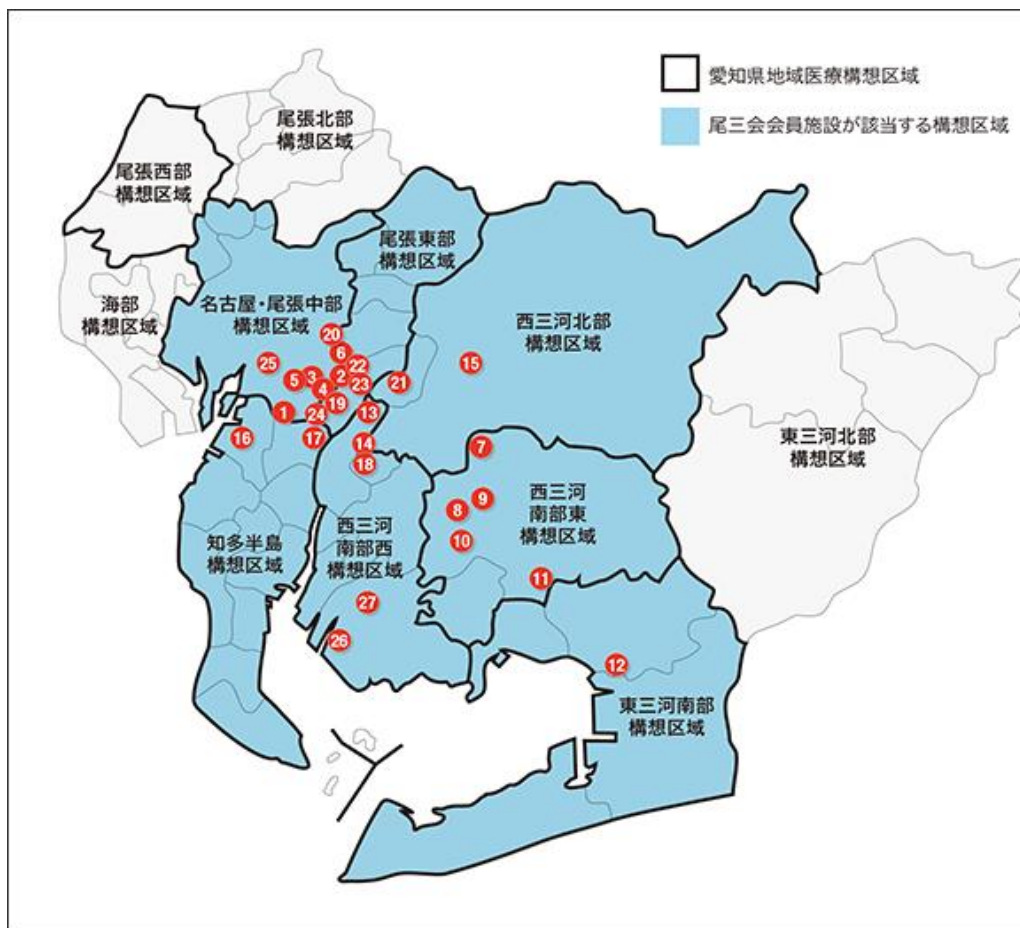
尾三会 地域連携推進法人



藤田保健衛生大学病院
湯澤 由紀夫 病院長

- 湯澤氏は、「高度急性期病院から回復期の病医院、慢性期の病院、在宅までの患者さんの流れを、この地区に特化した形で構築することが法人設立の第一義」と語る
- 同院は、診療の大きな柱に「がん治療」を掲げ、大学病院に希少な緩和ケア病棟を備えるが、その運用に関しては、常時、在宅の状況まで把握できる関係が地域との間に築かれている。
- 「それを一般的な疾患にまで広げ、在宅までシームレスに追うことのできる仲間ができたということです」
(湯澤氏)
- 一方、「目にみえるメリット」として、医療・介護従事者等の相互派遣、勉強会や研修業務の共同実施、医薬品の共同購入等による、人材供給の安定化や医療・介護の均質化、経営の効率化などを挙げる

尾三会 地域連携推進法人



NO.	施設名	所在地
1	南医療生活協同組合 総合病院南生協病院	名古屋市緑区
2	医療法人清水会 相生山病院	名古屋市緑区
3	医療法人なるみ会 第一なるみ病院	名古屋市緑区
4	医療法人コジマ会 ジャパン藤脳クリニック	名古屋市緑区
5	医療法人 みどり訪問クリニック	名古屋市緑区
6	医療法人並木会 並木病院	名古屋市天白区
7	医療法人愛整会 北斗病院	岡崎市
8	医療法人鉄友会 宇野病院	岡崎市
9	医療法人十全会 三嶋内科病院	岡崎市
10	医療法人葵 葵セントラル病院	岡崎市
11	雷田病院	岡崎市
12	医療法人宝美会 総合青山病院	豊川市
13	医療法人明和会 辻村外科病院	刈谷市
14	医療法人社団同仁会 一里山・今井病院	刈谷市
15	公益財団法人 豊田地域医療センター	豊田市
16	医療法人贈恩会 小嶋病院	東海市
17	医療法人利晴会 前原整形外科リハビリテーションクリニック	大府市
18	医療法人 秋田病院	知立市
19	学校法人藤田学園 藤田保健衛生大学病院	豊明市
20	社会福祉法人あかひけ寿老会 特別養護老人ホーム 寿老苑	日進市
21	たきざわ胃腸科外科	みよし市
22	医療法人名翔会 老人保健施設 和合の里	愛知県東郷町
23	社会福祉法人東郷福祉会 特別養護老人ホーム イースト・ヴィレッジ	愛知県東郷町
24	社会福祉法人福田会 特別養護老人ホーム 豊明苑	豊明市
25	医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院	名古屋市南区
26	医療法人社団福祉会 高須病院	西尾市
27	医療法人秀麗会 山尾病院	西尾市

(理念)

尾三会は、広域をカバーする高度・専門医療を安定的に供給する一方で、地域住民の皆様が住み慣れた地域を中心に、切れ目なく適切な医療・介護サービスを利用できるよう、高度急性期医療と地域包括ケアの連携モデルを構築し、愛知県地域医療構想の確実な実現に貢献いたします。

(運営方針)

尾三会では、愛知県地域医療構想実現のため、以下の取組みを実施いたします。なお、病床機能調整を含む地域医療構想は、地域医療構想調整会議において検討の上その実現を図るため、尾三会は、参加法人を通じ、地域医療構想実現に向けてのノウハウや仕組みの提供、医療従事者の質の向上や職員派遣といった支援により、地域医療構想の実現に寄与いたします。

- ① 特定機能病院として広域への高度急性期医療の提供や、医療資源（医療従事者等）の適正配置及び医療・介護連携モデルの提供等を通じて回復期病床及び在宅診療等の充実化を促進いたします。
- ② 広域を担う特定機能病院と、地域医療構想区域の地域包括モデルとの連携促進により、地域住民が住み慣れた地域で、切れ目なく適切な医療・介護サービスを利用できる広域連携モデルの構築に寄与いたします。
- ③ 厳しい経営環境において持続可能性を維持しつつ、地域医療構想に柔軟に対応できるよう、**参加法人の経営に資する医薬品等の共同購入等を支援**

中略

・**医薬品の一括交渉を通じ、グループ内施設の経営の効率化を図ります。**

具体的には、平成29年4月に医薬品購入状況の調査を実施し、平成29年6月中に共同購入希望施設向け説明会を実施する。実質的な運用は平成29年10月から始めます。

図表2 ● 連携法人内の連携推進業務

① 地域包括ケアモデルの展開

② 医療・介護従事者向け勉強会や研修業務の連携

③ 医薬品・診療材料等の共同交渉

④ 医療事故調査等に関する業務の連携

⑤ 医療機器の共同交渉

⑥ 病院給食、介護・福祉給食サービスの共同化

⑦ 電子カルテ等、システムの共同利用

⑧ 医療・介護スタッフの派遣に関する連携

⑨ 職員等の相互派遣



●
備北メディカルネットワーク
設立の動

JMHA
自治体病院の倫理綱領

使 命

地域住民によってつくられた自治体病院は、その地域に
る医療に積極的に取り組むとともに、地域の医療機関や
の連携を図りながら、公平・公正な医療を提供し、地域
維持・増進を図り、地域の発展に貢献することを使命とす

行動指針

1. 地域医療の確保
自治体病院は、都市部から離島等へき地にいたるあ
いて、住民のニーズに対応した適正な医療を提供する。
2. 医療水準の向上
自治体病院は、総合的医療機能を基盤に、へき地医療、
先駆的医療等を担い、さらに、医療従事者の研修の場とし
果たし、地域の医療水準の向上に努める。
3. 患者中心の医療の確立
自治体病院は、患者に対し十分な説明と同意のもとに医療
かつ、診療情報を積極的に公開し、患者の権利を遵守する
人的医療を確立する。
4. 安全管理の徹底
自治体病院は、安心して医療を受けられる環境を整備
全教育を推進する。
5. 健全経営の確保
自治体病院は、公共性を確保するとともに、合理的
院経営に努めることにより、健全で自立した経営を

平成14年11月13日

広島県の中山間
地域の医師不足
解消が
法人設立の動機

地域医療連携推進法人 備北メディカルネットワーク
代表理事 中西 敏夫

● 備北メディカルネットワーク
設立の動機



備北メディカルネットワーク

地域医療連携推進法人

従来

市立三次中央病院
(三次市)

三次地区医療センター
(三次地区医師会)

庄原市立西城市民病院
(庄原市)

庄原赤十字病院
(日本赤十字社)

備北メディカルネットワーク

市立三次中央病院
(三次市)

三次地区医療センター
(三次地区医師会)

庄原市立西城市民病院
(庄原市)

庄原赤十字病院
(日本赤十字社)

医療機関の機能分化・連携を推進し安定的に医療提供体制を継続

これからの医師確保の形態(配置調整)



備北メディカルネットワーク

設立の動機

医療機関の経営の効率化

備北メディカルネットワーク

市立三次中央病院
350床

三次地区医療センター
150床

庄原市立西城市民病院
54床

庄原赤十字病院
301床

合計855床



共同購入(共同交渉)

医療機器・材料・医薬品など

地域医療連携推進法人 日本海ヘルスケアネット 2018年1月



日本海ヘルスケアネット

- 日本海総合病院を運営する山形県・酒田市病院機構など、酒田地区で医療や介護、福祉に携わる9法人が9日、「地域医療連携推進法人 日本海ヘルスケアネット」を4月に発足させることで合意した。
- 急速に進む少子高齢化と過疎化に対し、各法人が連携したり機能を分担したりして、医療や福祉を安定的に提供するのが目的
- 医療機関や介護施設を一体で運営できる。
- 参加する9法人は、酒田地区の医師会、歯科医師会、薬剤師会のほか、酒田市内の民間病院や特別養護老人ホーム、介護施設などを運営する法人。総ベッド数は2千を超す。連携区域は庄内地方全域。
- 法人化を前に、日本海総合病院(646床)と本間病院(154床)は、当直医を派遣したり、手術の集約化をしたりする実質的な連携が始まっている。医療機器の共同利用化や薬の共同購入を進めて経営の効率化を図る。また、退院後もスムーズにケアが受けられるよう、在宅医療機関や介護事業所との情報共有をさらに進めて地域包括ケアシステムの構築を目指す。
- 設立が認定されれば全国5例目になる。県・酒田市病院機構の栗谷義樹理事長は「地域で医療や介護サービスを継続して受けられる基盤づくりができた」と話した。

		病床数等		診療科	職員数	備考
1	地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構					
	日本海総合病院	計	646	27診療科	計 942	救命救急センター PET-CT・ヘリポート・LDR
	酒田医療センター	療養 回復期	35 79	内科、リハビリテーション科	計 107	回復期リハ デイケア
2	医療法人健友会	一般 地域包括ケア 療養 老健施設	80 24 50 100	内科、外科、整形外科、 泌尿器科	計 428	介護老健 訪問看護ステーション 地域包括支援センター 有料老人ホーム
3	医療法人宏友会	診療所 老健施設	6 100	外科、胃腸科、肛門科など	計 160	介護老健 在宅介護支援センター 地域包括支援センター 訪問看護ステーション
4	社会福祉法人光風会	老健施設	100		計 320	介護老健 地域包括支援センター 特別養護老人ホーム
5	一般社団法人酒田地区医師会	会員数	203		計 16	訪問看護ステーション、 スワン
※他、薬剤師会、歯科医師会などが オブザーバー参加			1,170床		総計1,973人	

連携法人日本海ヘルスケアネット(仮称)設立イメージ

グループ内の機能分化・連携
・急性期病床 過剰→適正化
・回復期病床 不足→充実
・介護、在宅医療等の充実

★山形県・酒田市病院機構★
総合病院等運営

寄り添う医療・介護

病床再編(病床
数の融通)

医師の再配置等

★A 会★
病院、介護老健等運営

★酒田地区医師会十全堂★
訪問看護ステーション等運営

地域医療連携推進法人
日本海ヘルスケアネット
(法人本部・日本海HP)

地域フォーミュラ
りを計画

★B 会★
診療所、介護老健等運営

★C 会★
介護老健等運営

《統一的な連携推進方針の決定》

- ・患者・要介護者情報の一元化
- ・人材教育、キャリアパスの構築
- ・医療機器の共同利用。材料共同購入
- ・医師派遣、NS医療技師派遣等
- ・退院支援・退院調整の円滑化
- ・在宅医療機関・介護事業所の連携等

2040年
地方は地域連携推進法人
だらけ・・・

パート3

共同購買組織 (GPO) とは？



GPOはコスト削減の切り札！

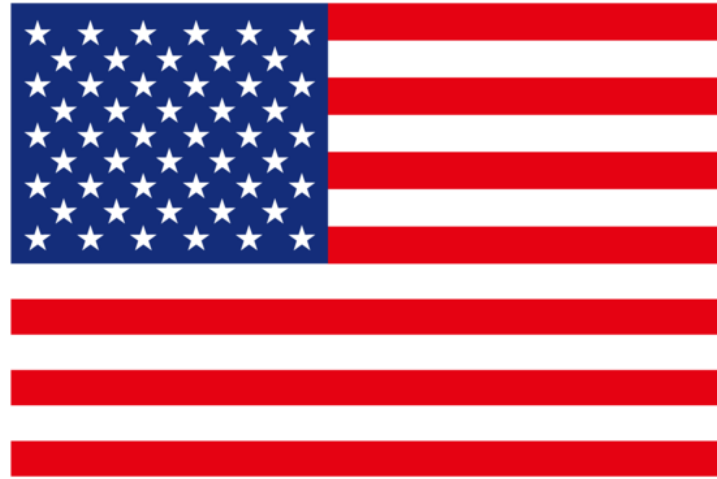
GPOによる米病院の削減額4.5兆円の内訳

削減項目	削減額
医薬品	約8160億円
手術機材や循環器・ 整形外科関連の医療材料・機器	約1兆3488億円
その他(医療機器その他、 コンピュータ、食品など)	約2兆1600億円
人件費	約2160億円
計	約4兆5408億円

共同購買組織（GPO）とは？

- 共同購買組織（GPO: Group Purchasing Organization）
 - 医薬品、医療材料、医療機器その他のサービスを共同で購入する仕組み
- 病院で行う購買交渉と何が違うのか？
 - 交渉力の背景となるバイイングパワー（購買力）が大きくなる。
 - 共同購買では複数の病院の購買力を背景にメーカーと交渉するので、交渉力が大きくなる
 - 一般に、流通業者は利幅が小さく、メーカーからの卸値（仕切値）の改定がないと、病院からの値下げ要求に応えられない実態がある。
 - そのため、共同購買では、メーカー同士を競争させながら交渉を行い、メーカーからより有利な取引条件を引き出す方法が取れる。

米国の共同購買組織 (GPO)



GPOは米国では100年の歴史

- 米国のGPO

- 約100年前、GPOは複数病院の出資により、医療材料のまとめ買いをしてディスカウントする目的で設立された。
- 米国のGPOは、1983年から急速に展開する
- 1983年にメディケア（高齢者向け公的医療保険）が、医療費の包括払い方式(DRG/PPS)を採用し、民間医療保険も医療費の削減を行ったため、病院側に支払経費の削減の機運が急速に高まった。

米国のGPOの現状

- 現在では、大小合わせて約600社のGPOがある
 - 上位7~8社が市場の90%のシェア
 - メドアセット、プレミア、ノベーション、ヘルストラスト、アメリカネットといった5大GPOがある
 - 全米の病院のほとんど(96~98%)が、GPOを利用している
 - 米国の病院の医薬品、医療材料・器具などの購入の約72%が、GPOを通じて行われており、GPO経由で購買されている市場規模は、約2,634億ドル(約28兆9,740億円)に上る

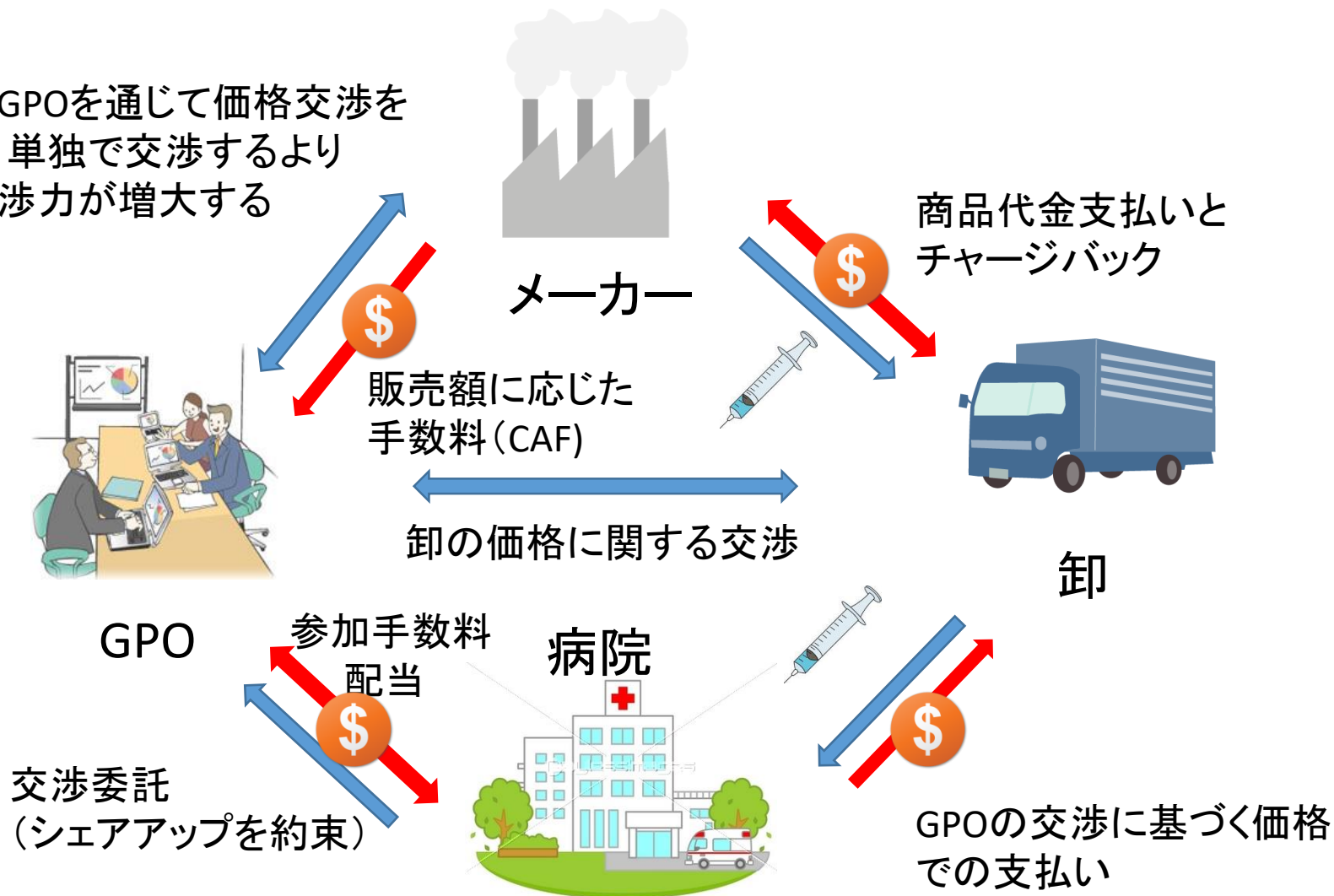
表 主要GPOの年間取扱高(2010年推計)

順位	GPO名	本社所在地	年間取扱高
1	Novation LLC	Irving, Texas	378億ドル
2	Premier Inc	Charlotte, North Carolina	360億ドル
3	MedAssets Supply Chain Systems	Atlanta	240億ドル
4	Health Trust Purchasing Group	Nashville	170億ドル
5	The Broadlane Group	Dallas	110億ドル
6	Amerinet Inc	St. Louis	72億ドル
7	PDM Healthcare	Cleveland	N/A

出所; Healthcare Purchasing News Research, Oct 2010

GPOを利用したメーカー・卸・病院間の取引イメージ

病院はGPOを通じて価格交渉を
すると、単独で交渉するより
価格交渉力が増大する



米国における医薬品・医療機器の流通について～GPOを中心に～
(厚労省医政局経済課資料 2008年)

今、なぜ日本でGPOなのか？

- 2003年に、入院医療費でDPC包括支払制度が導入された。
- 2014年、短期入院の手術などに、1入院当たりの包括払い(DRG)が導入された。
- 今後DRG化の更なる進展が予想される
- 消費税10%増税への対応
- なにより医薬品費、医療材料費が高騰している
- 病院にとって材料費等の削減が急務となっています。

2040年、共同購買が
米国なみに

パート4 変わる製薬企業の地域戦略



病院から地域へ

製薬メーカーも変わる

- 製薬メーカーのこれまでの新薬開発体制でよいのか？
 - 多病、がん、認知症など高齢者疾患へむけての新薬開発とは？ 高齢者向けの医薬品の開発とは？
 - 製薬MRの営業活動も変わる
 - 病院医師向けの活動だけでよいのか？
 - 製薬メーカーの地域戦略も変わりつつある
 - 製薬メーカーに地域連携課、地域包括ケア課ができてきた
- 医療機器メーカーの在り方も変わる！

製薬企業のマーケット戦略が変わる

- これまでは病院の医師中心のマーケット戦略
- これからは地域戦略、多職種戦略が必要
- 都道府県別や二次医療圏別にMR配置数の見直しや役割の見直しが必要
- 企業の組織体制の変革も必要
 - 地域連携室、地域包括ケア室等
- 川上から川中、川下戦略への転換が必要

地域包括ケアシステムとMR

- これからのMR活動は、急性期病院医療の中ばかりでなく、在宅医療や地域包括ケアシステムへと広がる。
- 地域包括ケアシステムの製品がどこで使われ、ステークホルダーは誰なのかを知る必要がある。
- 病院から地域へ、医療から介護へと視点が広げる必要がある
- 医療と介護福祉の世界に分け入る
- 川上から川下まで・・・

武田薬品、RACを配置 (2017年5月)



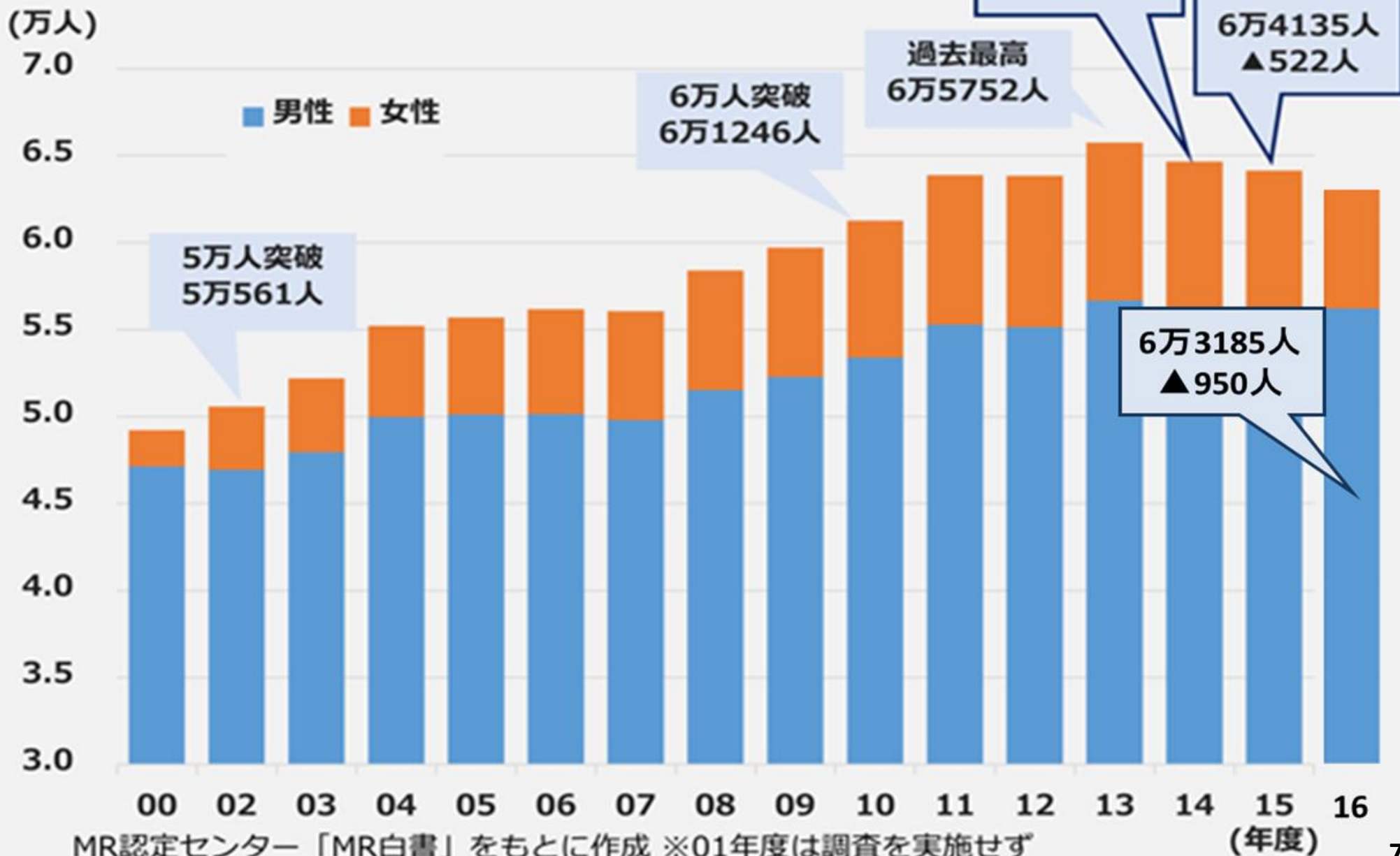
武田薬品で日本事業のトップを務める岩崎真人・取締役ジャパンファーマビジネスユニットプレジデント

- 武田薬品は3次医療圏単
位でRACを配置
- RAC(Rigional Access
Cordinator)
 - 医療提供体制や地域包
括ケアシステムを調査・分
析する専任担当者“RAC”
(ラック)
 - 地域データを分析して医
師会長や病院長にアクセ
スする

- ◆医療提供体制の変化を考えると、先発・後発に限らず、**MRは医療圏を軸とした活動**が重要。地域軸の視点が重要
- ◆医療圏レベルの営業戦略はエリアで立案することが重要、**本社はその立案のための資料や手法のトレーニング**を行う必要がある。
- ◆眼前の診療報酬や薬価改定の情報も必要だが、その背景となる**医療政策を理解するためのトレーニング**も重要。

医療が施設から在宅へ移り、薬剤の選択権も医師だけでなくコメディカルへ広がる。コメディカルへの情報提供も重要。

MR数の推移



MRって減ってるよね

2040年のMR数は？



まとめと提言

- ・2040年を見通した企業戦略が必要
- ・2040年、地域の形が変わっている
製薬メーカーも激変するだろう
- ・卸も変わっているだろう
- ・2040年からバックキャストして
2025年問題を捉えなおそう



医療と介護のクロスロード to 2025

- **2月20日緊急出版！**
- 2018年同時改定の「十字路」から2025年へと続く「道」を示す！
- 医学通信社から
2018年2月出版予定
本体価格 1,500円＋税



ご清聴ありがとうございました



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
mutoma@iuhw.ac.jp