

Deloitte.

デロイト トーマツ



医師の働き方改革を踏まえた 製薬/医療機器メーカーの在り方

メーカーの責務を果たし続けるために

デロイト トーマツ リスクアドバイザー 合同会社
ライフサイエンス/ヘルスケア/デロイト アナリティクス
2024年4月

Introduction	3
2024年4月以降に適用される医師の働き方改革の概要	4
個別の医療機関に生じると想定される変化	6
地域医療への影響	7
製薬・医療機器メーカーに想定される環境変化とシナリオ	8
変化に対応するための部門間連携	9
執るべきアクションとは	10
最後に	11

Introduction

2024年4月から始まる医師の働き方改革により、時間外労働の上限規制、追加的健康確保措置が設定された。これまでの我が国の医療は医師の長時間労働により支えられてきた。今後、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。

今後、各医療機関において医師の病院滞在時間が減少することが想定される。これにより、メディカルスタッフへのタスク・シフトが加速化することに加え、主治医制度が見直される等の影響により、医師の勤務時間に変化が生じることが予測される。また、大学医局からの医師の派遣に関しても見直され、地域医療提供体制も変化する可能性がある。これらの変化は中長期的には医療機関の再編につながることも考えられる。

製薬・医療機器メーカーは、斯様な環境変化があったとしてもメーカーとしての責務を果たすことができるよう、また医療機関および医師にとって良き相談相手であり続けるべく、変化に対応しなければならない。本稿では医師の働き方改革の概要、予測される医療体制の変化、そして製薬・医療機器メーカーに求められるアクションに関して考察した。

2024年4月以降に適用される 医師の働き方改革の概要

2024年4月より、医師の時間外・休日労働の上限規制（いわゆる医師の働き方改革）がスタートし、各医療機関によって適用される労働時間のルールが変わった

2024年4月以降、年960時間を超える時間外労働は、都道府県知事の指定を受けた医療機関に従事する医師（連携B・B・C-1・C-2水準の適用医師）のみ可能となった

医師の働き方改革の背景

一般的には年960時間以上の時間外労働が過労死ラインとされている。2022年の医師の勤務環境把握に関する研究(*1)によると年換算960時間越えの時間外労働をしている常勤勤務医は21.2%であることが分かった。また過労死ラインの2倍の時間外労働となる年換算1,920時間を超えた労働をしていた常勤勤務医は3.7%であった。これまで医師の長時間労働により支えられていた我が国の医療は、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少などにより、医師の更なる負担増加が想定される。医療の質・安全を確保し、持続可能な医療提供体制を維持するためには、医師が健康で働き続けるための環境整備は重要な要素となる。このような背景の中、2021年5月に医師の働き方改革を進めるため、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が公布され、2024年4月に施行された。

的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が公布され、2024年4月に施行された。

時間外労働時間の上限

一般則では時間外・休日労働の上限として年720時間が適用されるが、医師については、原則年960時間・月100時間未満となる（A水準）。併せて、地域の医療提供体制の確保のために暫定的に認められる水準（連携B・B水準）及び集中的に技能を向上させるために必要な水準（C-1・C-2水準）として、年1,860時間・月100時間未満の上限時間数が設定され、適用する医療機関は労働時間短縮計画を作成し、都道府県から指定を受ける必要がある。なお、2035年度末を目標に、連携B・B水準は解消、C-1、C-2水準も縮減することが目指されている。

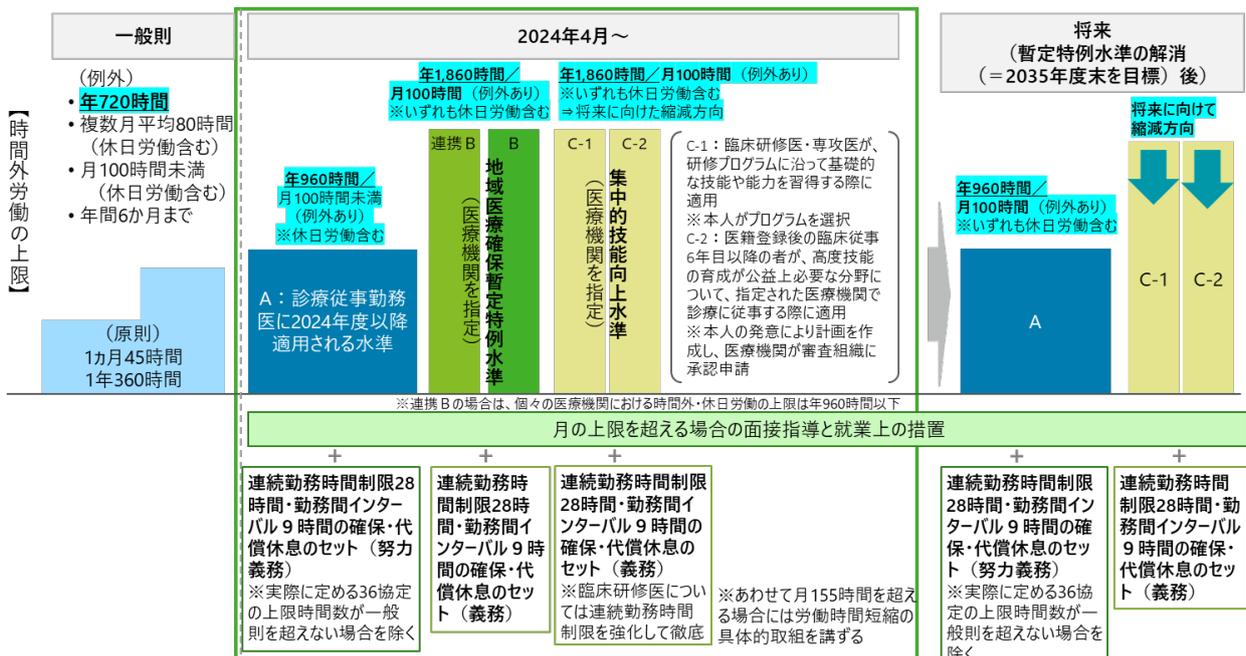
追加的健康確保措置

時間外労働の上限規制とともに追加的健康確保措置が2024年4月以降適用されることになった。具体的には、面接指導実施医師による面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息である。連携B・B・C水準の適用となる医療機関に関しては義務事項であるが、指定を受けない医療機関に関しては努力義務となっている。

参考：

(*1)厚生労働省資料「第18回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 令和5年10月12日資料2」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001232021.pdf> 最終アクセス 2024年4月22日)



データソース：厚生労働省 医師の働き方改革の推進に関する検討会 中間とりまとめ 参考資料 令和2年12月22日 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000720676.pdf> 最終アクセス 2024年4月22日)

勤務間インターバル

2024年4月より、勤務シフトの組み方によっては、勤務間インターバルが必要となるため、平日の日中に医師が院内や診察室に不在となる時間が発生する。勤務間インターバルは大きく次の①②(*1)のパターンに分かれ、下図のイメージとなる。勤務間インターバルはA水準では努力義務だが、連携B・B・C水準の場合は義務となる。

- ① 始業から24時間内で連続9時間の勤務間インターバル（＝1回の連続勤務は15時間まで）
 - i. 当日が日勤で、翌日も日勤に従事
 - ii. 当日がオンコールで、翌日も日勤に従事
 - iii. 当日、労働基準監督署による宿日直許可のある宿日直に従事
- ② 始業から46時間で連続18時間の勤務間インターバル（＝1回の連続勤務は28時間まで）
 - i. 宿日直許可のない宿日直に従事
 - ※ 初期研修医や専攻医が研修プログラム内業務の場合はC水準適用となり、48時間で連続24時間の勤務間インターバルが必要

なお、宿日直明けは働き方改革法令以外に、診療報酬の「手術及び処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1」でも規制されており、予定手術・処置前日の当直・夜勤・緊急呼出当番は年4回以内と制限されている。

代償休息

勤務間インターバル中にやむを得ない理由により発生した労働に従事した場合、その労働時間相当の代償休息を翌月末までに付与する配慮義務が課される。時間外労働時間が年960時間超の医師に対する勤務間インターバル及び代償休息確保は、2024年4月以降の医療監視項目にもなるため(*2)、多忙な医師ほど代償休息が多くなり、不在となる時間も増加する可能性がある。

労働時間管理

上限時間が規制されることに伴い、医師にも労働時間管理が徹底される。医師労働時間短縮計画作成ガイドラインで労働時間管理方法が規定されている他、2024年診療報酬決定においても、地域医療体制確保加算に「PC使用時間等の客観的な方法で記録を残すこと」という施設基準が追加された。特に最近では医師の入退室データを自動検知する技術とデバイスを導入しようとする医療機関が大学病院を中心に増加している。

労働時間

労働時間とは、明示・黙示にかかわらず、使用者の「指示」により労働者が業務に従事する時間が労働時間となる(*3)。労働基準監督署の宿日直許可がある場合は、その宿日直に携わる時間は、例外的に労働時間についてのルールが適用されない（労働時間に該当しない）。なお、宿日直中に通常の勤務時間と同様の業務（突発的な事故による応急患者に対応するための診療の時間など）に従事する時間は労働時間となる。加えて、宿日直許可を受けていない場合、宿日直中の仮眠時間（待機時間）も原則として労働時間となる。(*4)

副業・兼業

複数の医療機関で勤務する場合においても、労働時間は通算されることになっている。医師からの自己申告により把握した「副業・兼業先での労働時間」も通算した上で、時間外・休日労働の上限を超えないようにする必要がある。

参考：

(*1)厚生労働省「医師の働き方改革2024年4月までの手続きガイド」p.17

(*2)厚生労働省「医師の働き方改革2024年4月までの手続きガイド」p.42

(*3)令和元年7月1日基発0701第9号

(*4)厚生労働省「医師の働き方改革～患者さんと医師の未来のために～」

(1) 15時間又は28時間連続勤務する場合

図1: 通常の日勤

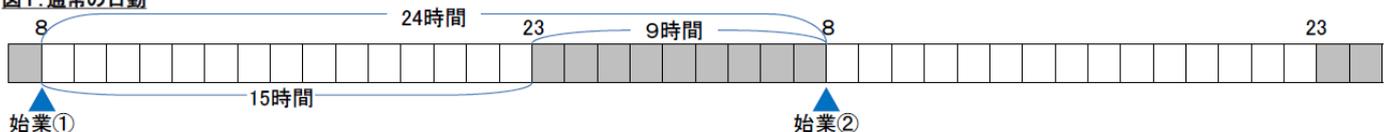


図2: 宿日直許可のある宿日直に従事する場合

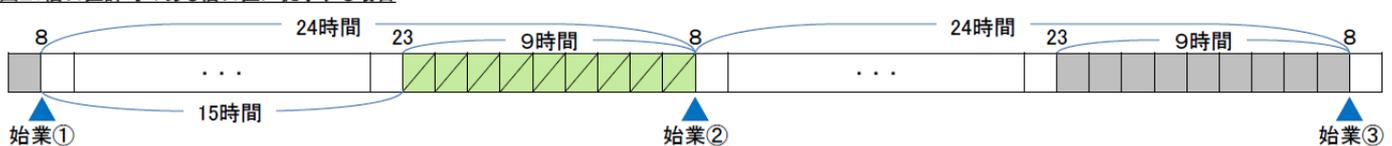
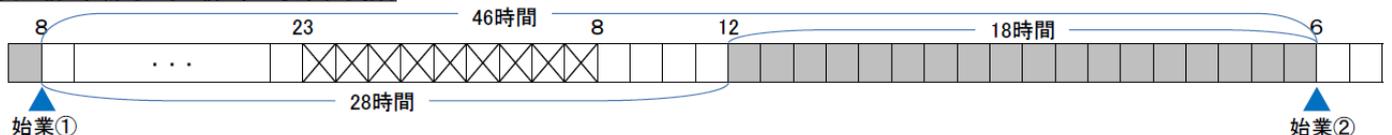


図3: 宿日直許可のない宿日直に従事する場合



(凡例) □ : 労働時間 □ : 休息時間 ▨ : 宿日直許可のある宿日直の時間 ▩ : 宿日直許可のない宿日直の時間

データソース：厚生労働省資料「第13回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 令和3年8月4日 資料1」より抜粋
(<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000806367.pdf> 最終アクセス 2024年4月22日)

個別の医療機関に生じると想定される変化

医師の病院滞在時間が短縮され、メディカルスタッフへのタスク・シフト、複数主治医制などを通じて、医師の勤務時間に変化が生じることが予測される

連携B・B・C水準の医療機関では、勤務間インターバルの確保や長時間労働医師への面接指導実施が義務付けられているため、医師の医療機関での滞在時間の変化が予測される

医師の勤務時間の変化

変形労働時間制の導入により、シフト勤務の多様化が進み、医師の院内での滞在時間が変化する。連携B・B・C水準の医療機関では、宿直明けの昼には退勤する必要があるため、必然的に滞在時間が減る他、状況に合わせて始業・終業時刻を前後にずらすことを検討している医療機関もある。

メディカルスタッフへのタスク・シフト

医師の業務負担軽減として、看護師や薬剤師等への医療従事者へのタスク・シフトが進むことが想定される。詳細は右記図に示すが、特に薬剤師においては、事前に取り決めたプロトコルに沿った薬剤投与量の変更や、医師への処方提案等の処方支援も行われることになる。

複数主治医制

複数主治医制を導入している医療機関もある。2名で1名の患者を受け持ち、もう1名の主治医が宿直明けの場合は他の医師が午後を担当することになる。この取り組みも医師の医療機関での滞在時間の短縮につながるようになる。医師との面談取得の方法も変化する可能性があるため、製薬会社担当MRはターゲット医師の勤務時間の変化を把握することが重要になるだろう。

自己研鑽への捉え方

自己研鑽を業務時間とするか否かといった点が議論を呼んでいる。この点について、厚生労働省は大学病院に勤務する医師について、新薬の勉強など本来業務と直接関連のある「研鑽」は労働時間に該当するという考え方を示した。新薬の勉強に製薬会社からの情報提供が該当するのといった点に関して各医療機関の対応が注目されることになるだろう。

現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例（薬剤師の場合）

① 周術期における薬学的管理等	ア 手術前における、患者の服用中の薬剤、アレルギー歴及び副作用歴等の確認、術前中止薬の患者への説明、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコルに基づく術中使用薬剤の処方オーダーの代行入力、医師による処方後の払出し イ 手術中における、麻酔薬等の投与量のダブルチェック、鎮痛薬等の調製 ウ 手術後における、患者の状態を踏まえた鎮痛薬等の投与量・投与期間の提案、術前中止薬の再開の確認等の周術期の薬学的管理
② 病棟等における薬学的管理等	ア 病棟配置薬や調剤後の薬剤の管理状況の確認 イ 高カロリー輸液等の調製、患者に投与する薬剤が適切に準備されているかの確認、配合禁忌の確認や推奨される投与速度の提案
③ 事前に取り決めたプロトコルに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等	薬物治療モニタリング（TDM）や検査のオーダーを医師等と協働して実施し、医師の指示により実施された検査の結果等を確認することで、治療効果等の確認を行い、必要に応じて、医師に対する薬剤の提案、医師による処方の範囲内での薬剤の投与量・投与期間（投与間隔）の変更を行うこと 薬物療法を受けている患者に対する薬学的管理（相互作用や重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認、薬剤の効果・副作用等に関する状態把握、服薬指導等）を行い、その結果を踏まえ、必要に応じて、服薬方法の変更（粉碎、一包化、一包化対象からの除外等）や薬剤の規格等の変更（内服薬の剤形変更、内服薬の規格変更及び外用薬の規格変更等）を行うこと 入院患者の持参薬について、院内採用の同種同効薬への変更処方オーダーの代行入力を行い、医師による処方後、払出すこと
④ 薬物療法に関する説明等	医師による治療方針等の説明後の薬物療法に係る治療スケジュール、有効性及び副作用等の患者への説明や、副作用軽減のための対応方法と記録の実施等についての患者への説明 薬物療法に関して、必要に応じて患者の相談に応じ必要な薬学的知見に基づく指導を行うなどの対応
⑤ 医師への処方提案等の処方支援	患者の入院時に持参薬を確認するとともに、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのある患者に対しては、処方の内容を総合的に評価 アレルギー歴及び副作用歴等を確認するとともに、医師と綿密に連携し、診療録等による服薬内容、バイタルサイン（血圧、脈拍、体温等）及び腎機能、肝機能に関する検査結果の確認、回診・カンファレンスの参加等により患者の状態を把握した上で処方提案等の処方支援を実施 外来診療の場面においても、医師の診察の前に、残薬を含めた服薬状況や副作用の発現状況等について、薬学的な観点から確認を行い、必要に応じて医師へ情報提供
⑥ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導	糖尿病患者等の自己注射や自己血糖測定等について、練習用注射器等を用いて、注射手技等の実技指導を行い、患者が正しい手順で注射できているか否かなどの確認等を行うこと（ただし、薬剤師が患者に対して注射等の直接侵襲を伴う行為を行うことはできない）

参考：厚生労働省医政局 令和3年9月30日 発出医政局通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」

(https://iryuu-kinmukankyou.mhlw.go.jp/pdf/outline/pdf/20220214_02.pdf 最終アクセス 2024年4月22日)

大学病院など医師派遣元医療機関への影響

大学病院など医師の派遣元となる医療機関においても、労働時間の適正管理、時間外労働の上限規制により、労働時間の短縮が促進される。また、他の医療機関での派遣先（兼業・副業）での労働時間も通算されることから、宿日直許可の取得など派遣先となる医療機関への影響も想定される。併せて、一般的に大学病院の報酬は他の医療機関に比べて高くない場合が多く、医師の大学病院離れが進むことも危惧される。

同時に大学病院は臨床に加え、教育・研究の機能を担っており、教育・研究に費やす時間の減少も懸念される。これら地域において基幹的役割を担う医療機関にも医師の働き方改革の影響は及び、地域によっては大学病院から派遣する医療機関の見直しなどの可能性もある。



医師の派遣元となる大学病院などへの影響

- 労働時間の適正化や兼業・副業先との労働時間の通算など、時間外労働の上限規制への対応により、これまでの働き方が許容されなくなる
- 労働時間の短縮により、臨床の機会だけでなく、教育・研究の時間の減少も想定される
- 限られた労働時間の中で生産性を高めるため、医療DXやタスク・シフト/シェアの推進が不可欠
- 宿日直許可の有無を含め、派遣先医療機関の見直しの可能性がある
- 兼業・副業が減少すると、報酬が高くない大学病院からの離職が懸念される



一般医療機関への影響

- 医師派遣の見直しや労働時間の短縮により、診療機能の見直し・縮小の可能性がある
- 医師派遣の重要性がより高まり、医師にとって働きやすい・魅力のある職場環境の整備が重要
- 限られた労働時間のなかで生産性を高めるため、医療DXやタスク・シフト/シェアの推進が不可欠



地域の医療提供体制への影響

- 現行の地域医療構想は2025年が最終年度となり、2026年度以降の新しい地域医療構想が策定される
- 外来機能の明確化や医師偏在対策など、地域の医療資源の最適配置に向け、各医療機関の地域における役割分担・医療提供機能の見直し、再編等も進む可能性が高い

医師の働き方改革は地域の医療提供体制にも影響することが想定され、俯瞰的な視点で捉える必要がある

一般医療機関など医師派遣先への影響

医師派遣を受けている一般医療機関においては、医師の働き方改革が医師派遣に少なからず影響があることを踏まえた働き方改革への対応が必要となり、場合によっては診療機能の見直し・縮小を検討する必要性に迫られることが懸念される。

このような中、より一層医師確保の重要性が増すことで、医師の働きやすさの向上や人事制度を含む処遇の見直しなど、医師にとって魅力ある職場環境の整備が必要となる。

地域の医療提供体制への影響

医師の働き方改革の影響を受けて各医療機関への影響がどのようになるかは見えていない。一方で、現行の地域医療構想の最終年度となる2025年を翌年に控え、さらに2026年度以降の新しい地域医療構想が策定されるとともに、外来機能の明確化も併せた医療資源の最適配置が推進される。また、地域間・診療科間の医師偏在対策に加え、患者の行動変容も期待されている。これらに伴い各医療機関の地域における役割分担・医療提供機能の見直し、再編等も進んでいくことも予想される。そのため、一つの医療機関だけでなく、地域を俯瞰的にとらえる視点も、製薬会社担当MRIに求められると想定される。

製薬・医療機器メーカーに想定される 環境変化とシナリオ

医師の働き方改革の影響は多岐にわたり、
対策を早期に講じるか後手に回るかにより大きな差がつくことになる

医師の働き方改革は長期にわたる漸進的な変化を医療機関にもたらし、
製薬・医療機器メーカーは本社・現場の双方で時宜を捉えた対応が求められる
HCPに生じるニーズ変化

医師の働き方改革施行によって、医師の業務時間の定義が変更となる。これによって、限られた業務時間をより診療に充てるインセンティブが働くことから、業務時間に該当する新薬の情報提供など、企業イベントへの参加意欲が低下すると予測される。加えて、これまでの情報収集チャンネルやアプローチ以上に、より一層短時間に精度の高い情報収集が可能なチャンネル・コンテンツのニーズが増加する。同時にタスク・シフト/シェアによって出現する、“より直接的に処方に関わる新たなステークホルダー”による新たなニーズが発生すると予測される。

現場担当者目線の変化

医師の働き方改革によって生じる業務時間の短縮、勤務体制の変化により対面による医師への情報提供機会が減少する。同様に、有効性や有害事象の情報収集は元より、病院内の人事情報や薬審結果など施設担当者として重要な情報収集をタイムリーに行うことが難しくなると想定される点にも留意したい。これは医師を中心とした対面でのアプローチ戦略の機能性が下がることを意味し、同時にタスク・シフト/シェアによって、これまでより多様なメディカルスタッフへのアプローチが必要になると考えられる。医師、メディカルスタッフの勤務体制の変化を踏まえた、より興味関心を惹く企業イベントの開催、コンテンツ提供が求められることになるだろう。

製薬・医療機器メーカーに生じる変化

本社目線の変化

医師の勤務体制の変化、メディカルスタッフへのタスク・シフト/シェア、新たな“より直接的に処方に関わるステークホルダー”の出現によって、医師のみを中心としたマーケティング戦略に限界が訪れるかもしれない。その場合、KSF, KPIの見直しや、メディカルスタッフを含めた顧客情報を管理し、医師同様に業務記録を保存できる環境を構築する必要が生じる。また、医師や新たなステークホルダーの期待するチャンネルを含めたオムニチャンネルモデルの促進に伴い、3rd Partyの活用を含めたマーケティングコストの上昇も懸念される。

病院に対するプレゼンスの変化

これまで述べてきた通り、現場だけでなく本社側への影響も懸念されることから、組織的な意思決定が重要である。これまで述べてきたような対応ができない場合、漸進的な情報提供力/情報収集力の低減は明らかであり、短期的には自社品のシェアの低下や新薬の採用機会の逸失、中長期的には医療機関におけるプレゼンス低下に至ると考えられる。次項からは医師の働き方改革の影響を見据え、医師の働き方の変革を支援する潮流に乗るために必要な対策を検討していく。

		医師の働き方改革施行 (2024年4月)	短期 (施行後1~3年)	中長期 (施行3年~)
製薬・医療機器メーカー	HCP	<ul style="list-style-type: none"> ■ ニーズの変化 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 業務時間にあたるような企業イベントへの参加意欲が低下する ➢ これまで求められていた情報提供のチャンネルやアプローチ以上に、より短時間で精度が高い情報を求めるニーズが加速する ➢ タスクシフトに伴って出現する、処方に関係する新たなプレイヤーの未知のニーズが発生する 		
	現場	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医師への情報提供機会の減少 <ul style="list-style-type: none"> ➢ アポイント取得、面会・説明会が取得しにくくなり、医師との接点が減る ■ 医師からの情報収集量の減少 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 処方状況、有害事象詳細情報のタイムリーな収集が難しくなる ■ メディカルスタッフへのアプローチの拡大 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 薬剤師、看護師に限らず多様なメディカルスタッフへアプローチの機会が広がる ■ より興味関心を惹く企画・コンテンツ開発の要請の増加 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 医師がより興味を惹くコンテンツの開発について現場からリクエストが増える ➢ メディカルスタッフ向けのコンテンツの開発について現場からリクエストが増える 		<ul style="list-style-type: none"> ■ 病院に対するプレゼンス低下 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 競合他社よりもプレゼンスが低い場合、シェアの低下もしくは、採用機会を奪取される可能性が高くなる
本社	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医師を中心としたマーケティング戦略の限界 <ul style="list-style-type: none"> ➢ これまでのKSF, KPIが機能しなくなり、マーケティング戦略立案プロセスから見直しが求められる ■ 既存のデータベースの現状把握の限界 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 医師だけでなくメディカルスタッフに関するデータを社内で整備する必要性が求められる ■ マーケティング活動のコストの上昇 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 医師からの処方状況などの収集の外部委託が増加する ➢ 医師との接点維持のため3rdParty活用が増加する 			

変化に対応するための部門間連携

対応策と関連する社内ステークホルダー

これまで見てきた通り、医師を中心としたアプローチから、医師・メディカルスタッフと病院のステークホルダーに広くアプローチしていくことが求められる。自社の取り組み状況と医療機関の変化を把握して、次に何が必要になるか検討・対策を進めていくことが必要だろう。その際には、一部門では完結できるものは少な

く、社内のステークホルダーと連携が求められることになるだろう。ここからは、医師の働き方改革への検討事項と想定されるハードルについて、ステークホルダーとのかかわりも含めて整理していく。

対応策と関連した社内関連部署(例)

	営業部門 (MR/KAM)	マーケティング部門	メディカル ・MA部門	デジタル ・IT部門	コンプライアンス部門
ターゲットの再構築	○		○	○	○
Go to Market戦略の見直し		○		○	○
チャンネル・コンテンツ開発の見直し		○	○	○	○
自社バリューの最大化	○				○

備えておくべき検討事項と想定されるハードル

ターゲットの再構築

医師中心の活動からメディカルスタッフを含めて広くアプローチする必要性が高まり、現場担当者は担当病院について包括的な理解を深めることが求められる。しかし、外資系製薬企業を中心に領域別コマース体制を敷いていたり、デジタル戦略としても未だマルチチャンネルモデルでありオムニチャンネル化への移行途上であったりと、複数部署で顧客情報を管理していることが多く、部門横断的に情報を共有する必要があるだろう。また、メディカルスタッフを含めた包括的な行動を記録するためのCRM構築を新たに検討する必要がある。CRM構築にはデジタル・IT部門はもとより、販売情報提供活動ガイドラインとの整合性を見据えるとコンプライアンス部門など、複数部門との連携が必要となる。

Go to Market戦略の見直し

特に影響が大きいと考えられる病院および診療科・医局においては、COVID-19以降進められていたような変化、すなわちMR中心の情報提供アプローチから、オムニチャンネルに向けたアプローチへの変化が加速するだろう。PUSH/PULLの比率は、MR活動比率が高い医師においてはPUSH部分が減少すると考えられる一方、看護師/薬剤師などの新たなステークホルダーに対しては自社（品）を想起頂くべくPUSH型のアプローチが一過性として増加するかもしれない。一方で本社主導のコマースチャンネルが拡充するにつれ落ち着きを見せるはずであろう。当然、顧客の環境が変わればGo to Market戦略も変わることであり、ヒト・モノ・カネ・情報のリソースアロケーションや、測定すべきKPIも変化する。今後は、環境変化をいかに把握し、何をKSFとして定義するかによって、各企業のプレゼンスは大きく変化するだろうと考えられる。

執るべきアクションとは

チャンネル・コンテンツ開発の見直し

これまで以上にメディカルスタッフを見つめたチャンネル構築が求められることになる。メディカルスタッフの興味分野は職種・キャリア・専門性などによって多様であり、豊富なコンテンツ開発が求められる。

仮に薬剤師に評価される機会を得ようとした場合、より公正で客観的なデータを選好する例も増えることから、開発部門やメディカル部門によるエビデンス・ジェネレーションの重要性は今以上に高まるであろう。それらの情報をより効果的かつ公正に届けるためには、マーケティング部をはじめとしたコマース部門だけでなく、デジタル・IT部門やコンプライアンス部門との連携が欠かせなくなると考えられる。

地域における自社バリューの最大化

働き方改革によって派遣が減少し、医療提供体制の確保が困難になることで地域医療が大きく変わる可能性がある。地域医療の変化や、病院の再編統合などの大がかりな動きに発展する可能性に鑑み、トリガーとなる動きを把握する必要があるが、これらの活動は過去からKey Account Management機能として、コマース部隊とは別の組織で価値提供してきた。営業部門やコンプライアンス部門との連携によって、医療圏の運営や病院経営に関する自社品にはかかわらないニーズを把握し、それらを施策として実行できるような体制構築が求められるだろう。

備えておくべき検討事項と想定されるハードル



最後に

本資料では医師の働き方改革の概要の紹介とともに製薬・医療機器メーカー視点での検討すべき事項を整理した。

製薬・医療機器メーカーにおいては医師の働き方改革によって生じる変化を受け、情報提供/情報収集活動を通じたメーカーとしての責務を果たすべく変革を進めることが求められる。その行動の追求はすなわち医療関係者のニーズに対する向き合い方を意味し、誠実に応えるメーカーには自由競争下での福音がもたらされることであろう。

文化や風土に切り込む多くの変革がそうであるように、変化は緩やかにしかし着実に、外観的には体感しにくい形で進行する。総じて、医師の働き方改革は“ゆで蛙”を多く生む類のものであると言える。医療関係者の声が拾えなくなってから対応しようとしても、その時にはすでに遅いからこそ、本資料を目にとめられた企業の皆様においては、この改革を好機ととらえ、適切に自社内の改革方針を定めて、ステークホルダーを巻き込み、早期に対策を講じられることを切に願う。

デロイトトーマツリスクアドバイザリーでは各社が患者および医療関係者という医療現場から選ばれる企業であり続けるために、変革シナリオを描き、社内改革を共に実行する体制を整えている。本資料が、各社の中で闊達な議論が交わされる機会となれば幸いである。

執筆者・コンタクト



篠崎 智也
パートナー
ライフサイエンス
デロイト トーマツ リスクアドバイザリー合同会社
tomoya.shinozaki@tohmatu.co.jp



金 英子
マネージングディレクター
デロイトアナリティクス
デロイト トーマツ リスクアドバイザリー合同会社
yingzi.jin@tohmatu.co.jp



吉岡 拓也
ディレクター
ヘルスケア
デロイト トーマツ リスクアドバイザリー合同会社
takuya.yoshioka@tohmatu.co.jp



廣谷 豪
シニアマネジャー
ヘルスケア
デロイト トーマツ リスクアドバイザリー合同会社
ghirotoni@tohmatu.co.jp



簗園 誓也
マネジャー
ヘルスケア
デロイト トーマツ リスクアドバイザリー合同会社
seiya.takesono@tohmatu.co.jp



基藏 魁一
ライフサイエンス
デロイト トーマツ リスクアドバイザリー合同会社
kaichi.daizo@tohmatu.co.jp



小杉 将太
ライフサイエンス
デロイト トーマツ リスクアドバイザリー合同会社
shota.kosugi@tohmatu.co.jp



古西 孝行
ライフサイエンス
デロイト トーマツ リスクアドバイザリー合同会社
takayuki4.konishi@tohmatu.co.jp

デロイトトーマツリスクアドバイザリー合同会社
ライフサイエンス/ヘルスケア/デロイトアナリティクス
Mail ra_info@tohmatu.co.jp
URL www.deloitte.com/jp/risk-advisory
【国内ネットワーク】東京・大阪・名古屋・福岡

※本稿で示した考察は、あくまで筆者のこれまでの業務経験を基にした推測にすぎないものであることにご留意ください。

※貴社および貴社の関係会社とデロイトトーマツグループの関係において監査人としての独立性が要求される場合、本サービス内容がご提供できない可能性があります。詳細はお問合せください。

Deloitte.

デロイト トーマツ

デロイト トーマツグループは、日本におけるデロイト アジア パシフィック リミテッドおよびデロイト ネットワークのメンバーであるデロイト トーマツ 合同会社ならびにそのグループ法人（有限責任監査法人 トーマツ、デロイト トーマツ リスク アドバイザリー 合同会社、デロイト トーマツ コンサルティング 合同会社、デロイト トーマツ ファイナンシャル アドバイザリー 合同会社、デロイト トーマツ 税理士 法人、DT 弁護士 法人およびデロイト トーマツ グループ 合同会社を含む）の総称です。デロイト トーマツ グループは、日本で最大級のプロフェッショナル グループのひとつであり、各法人がそれぞれの適用法令に従い、監査・保証業務、リスク アドバイザリー、コンサルティング、ファイナンシャル アドバイザリー、税務、法務等を提供しています。また、国内約30都市に約2万人の専門家を擁し、多国籍企業や主要な日本企業をクライアントとしています。詳細はデロイト トーマツ グループ Web サイト、www.deloitte.com/jpをご覧ください。

Deloitte（デロイト）とは、デロイト トウシュ トーマツ リミテッド（“DTTL”）、そのグローバル ネットワーク 組織を構成するメンバー フォームおよびそれらの関係法人（総称して“デロイト ネットワーク”）のひとつまたは複数 を指します。DTTL（または“Deloitte Global”）ならびに各メンバー フォームおよび関係法人はそれぞれ法的に独立した別個の組織体であり、第三者に関して相互に義務を課しまたは拘束させることはありません。DTTL および DTTL の各メンバー フォームならびに関係法人は、自らの作為および不作為についてのみ責任を負い、互いに他のフォームまたは関係法人の作為および不作為について責任を負うものではありません。DTTL はクライアントへのサービス提供を行いません。詳細は www.deloitte.com/jp/about をご覧ください。デロイト アジア パシフィック リミテッドは DTTL のメンバー フォームであり、保証 有限責任 会社です。デロイト アジア パシフィック リミテッドのメンバー およびそれらの関係法人は、それぞれ法的に独立した別個の組織体であり、アジア パシフィック における100を超える都市（オークランド、バンコク、北京、ベンガルール、ハノイ、香港、ジャカルタ、クアラルンプール、マニラ、メルボルン、ムンバイ、ニューデリー、大阪、ソウル、上海、シンガポール、シドニー、台北、東京を含む）にてサービスを提供しています。

Deloitte（デロイト）は、監査・保証業務、コンサルティング、ファイナンシャル アドバイザリー、リスク アドバイザリー、税務・法務などに関連する最先端のサービスを、Fortune Global 500®の約9割の企業や多数のプライベート（非公開）企業を含むクライアントに提供しています。デロイトは、資本市場に対する社会的な信頼を高め、クライアントの変革と繁栄を促し、より豊かな経済、公正な社会、持続可能な世界の実現に向けて自ら率先して取り組むことを通じて、計測可能で継続性のある成果をもたらすプロフェッショナルの集団です。デロイトは、創設以来175年余りの歴史を有し、150を超える国・地域にわたって活動を展開しています。“Making an impact that matters”をパーパス（存在理由）として標榜するデロイトの45万人超の人材の活動の詳細については、www.deloitte.com をご覧ください。

本資料は皆様への情報提供として一般的な情報を掲載するのみであり、デロイト トウシュ トーマツ リミテッド（“DTTL”）、そのグローバル ネットワーク 組織を構成するメンバー フォームおよびそれらの関係法人が本資料をもって専門的な助言やサービスを提供するものではありません。皆様の財務または事業に影響を与えるような意思決定または行動をされる前に、適切な専門家にご相談ください。本資料における情報の正確性や完全性に関して、いかなる表明、保証または確約（明示・黙示を問いません）をするものではありません。またDTTL、そのメンバー フォーム、関係法人、社員・職員または代理人のいずれも、本資料に依拠した人に関して直接または間接に発生したいかなる損失および損害に対して責任を負いません。DTTLならびに各メンバー フォームおよび関係法人はそれぞれ法的に独立した別個の組織体です。

Member of
Deloitte Touche Tohmatsu Limited

© 2024. For information, contact Deloitte Tohmatsu Group.



IS 669126 / ISO 27001



BCMS 764479 / ISO 22301

IS/BCMSそれぞれの認証範囲はこちらをご覧ください
<http://www.bsigroup.com/clientDirectory>