

# 医療制度改革と介護業界

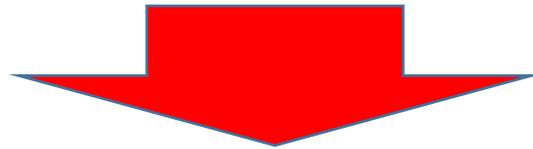
莞医療介護経営研究所

茶谷 滋

# 医療制度改革

医療費抑制 ⇒ 入院期間の圧縮 ⇒ 入院施設基準の厳格化

- ・ 早期退院
- ・ 患者抑制



## 介護保険制度の変質

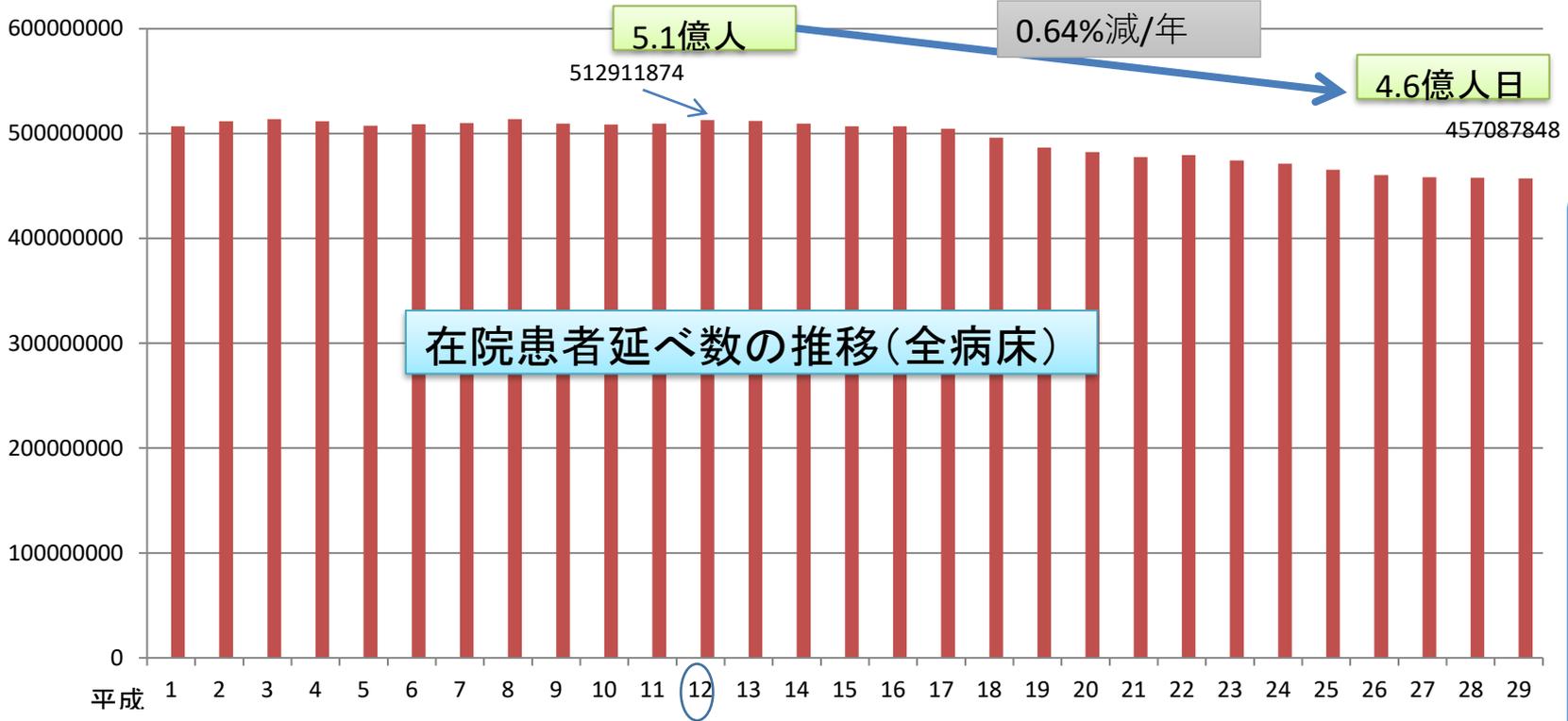
退院患者の受皿機能 ⇒ 地域包括ケアの登場

⇒ 居住系施設の増加

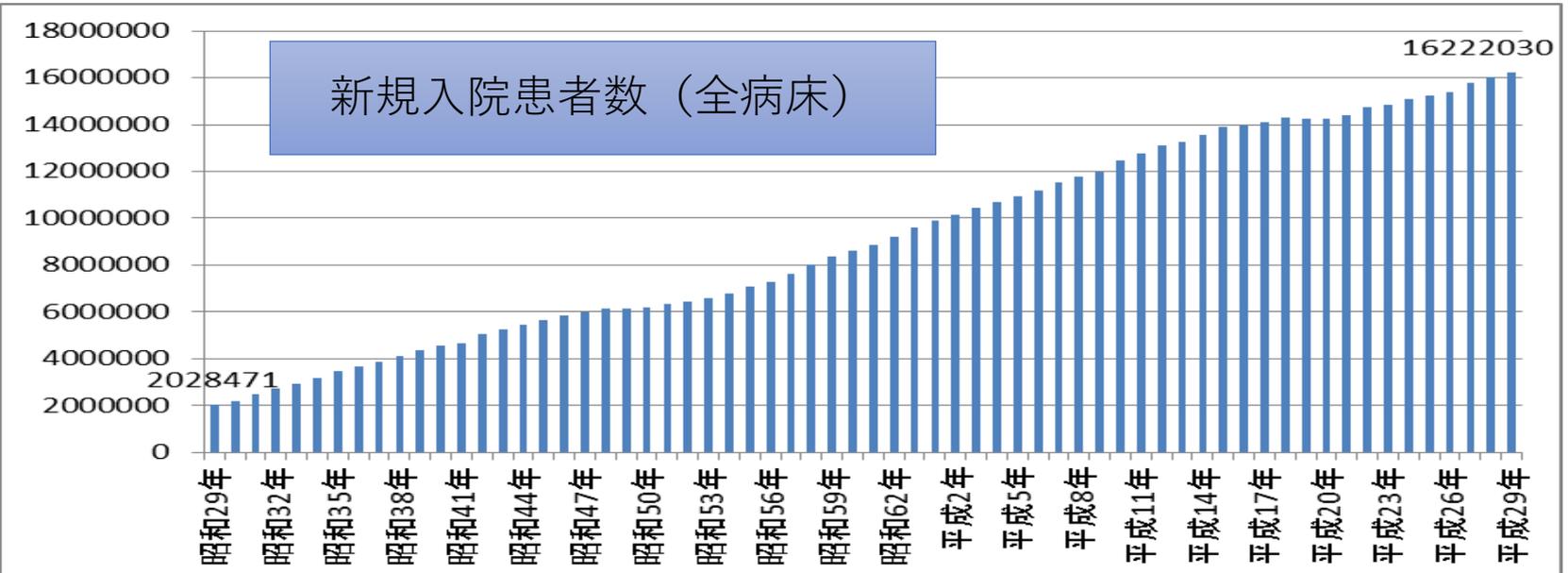
⇒ 介護福祉士等の医行為

⇒ 総合支援事業

⇒ 介護報酬の変化



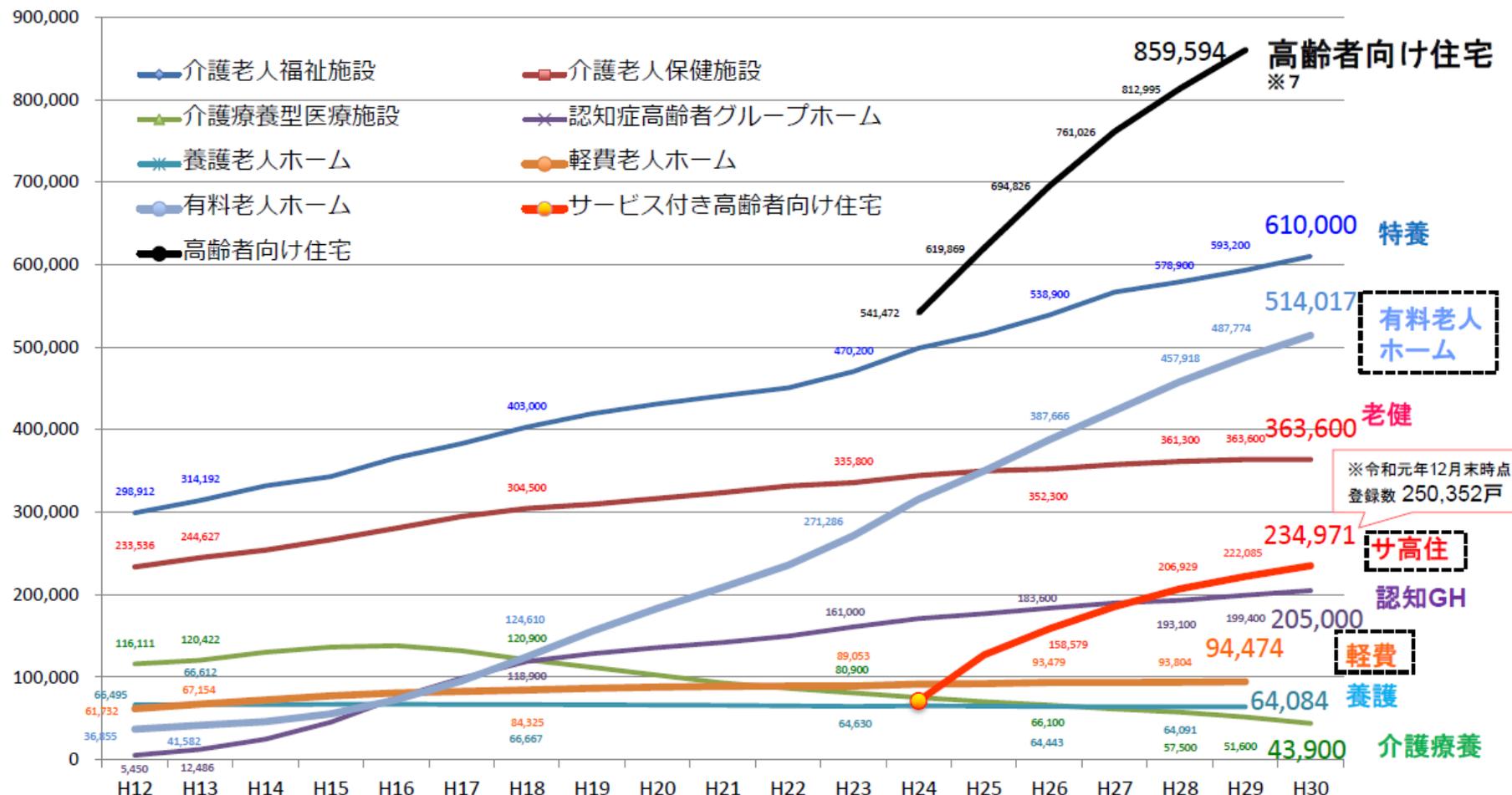
増加した早期の退院患者はどこへ



# 高齢者向け住まい・施設の利用者数

資料1-⑥Aに対応

(単位：人・床)



※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30～】」による。

※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したものの。

※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）

※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～H29は基本票の数値。（利用者数ではなく定員数）

※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果による。（利用者数ではなく定員数）

※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（9/30時点）」による。（利用者数ではなく登録戸数）

※7：高齢者向け住宅：有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム、高齢者向け優良賃貸住宅、シルバーハウジング

## 一般病床



病床の機能分化  
(地域医療構想)

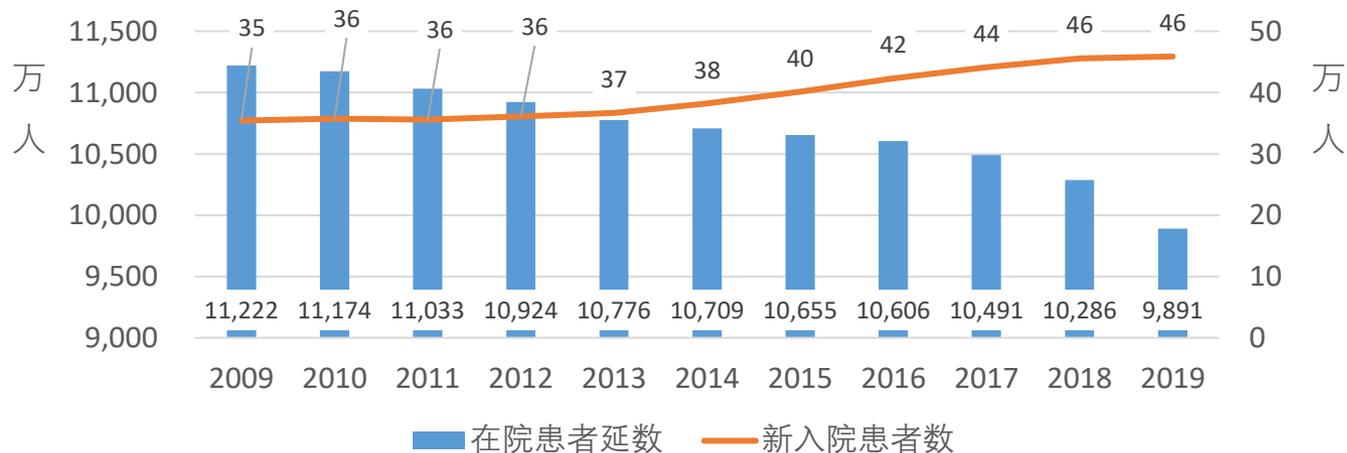
高度急性期  
急性期  
回復期  
慢性期



一般病床

(高度) 急性期から  
回復期への転換

## 療養病床



療養病床

慢性期から  
回復期への転換

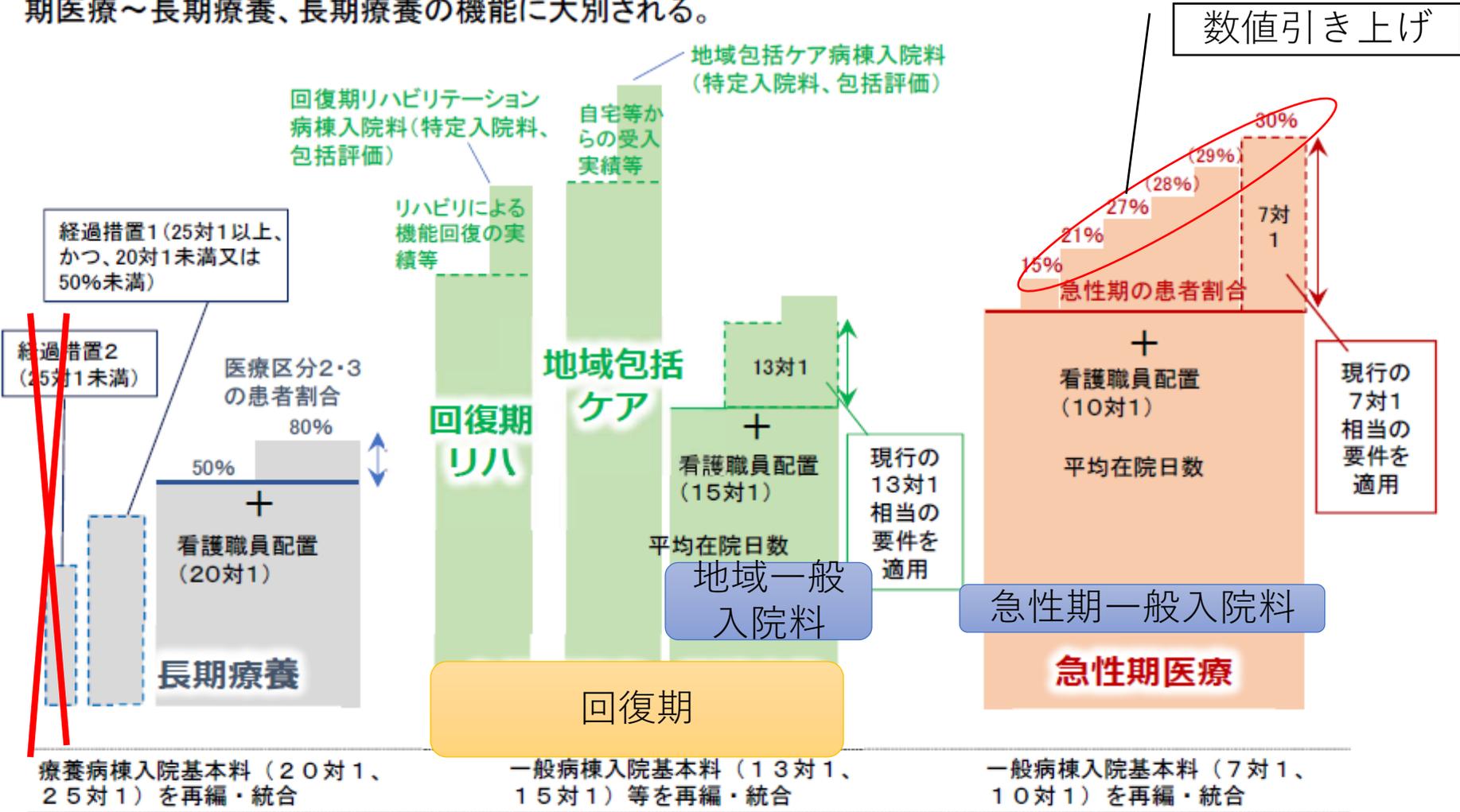


病院の機能理解  
に基づいた連携

注. 厚生労働省「病院報告」を用いて、独自に描画を行った。2019年のみ、概数値を用いている。

# 新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

急性期

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターでの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプでの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤での管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服での管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤での管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤での管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージでの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	I: 救急搬送後の入院(5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

C	手術等の医学的状況	なし	あり
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査(2日間)(例: 経皮的針生検法)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例: 眼窩内異物除去術)	なし	あり

[該当患者の基準]

対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点が2点以上かつB得点が3点以上 ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上

B	患者の状況等	患者の状態			x	介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	x	実施なし	実施あり
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
14	診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ				
15	危険行動	ない		ある			

該当期間 / ●%  
以内に退院

非該当の患者の入棟はさせておけないということ

早期転棟か退院

# 回復期リハ病棟の実績指数

## 実績指数

$$\frac{\text{FIM利得 (入棟時と退棟時の運動機能の差)}}{\text{在棟日数/算定上限期間}}$$

FIM利得 30点  
算定上限期間90日 (骨折)

↓

$$30 \div P/90日 > 27$$

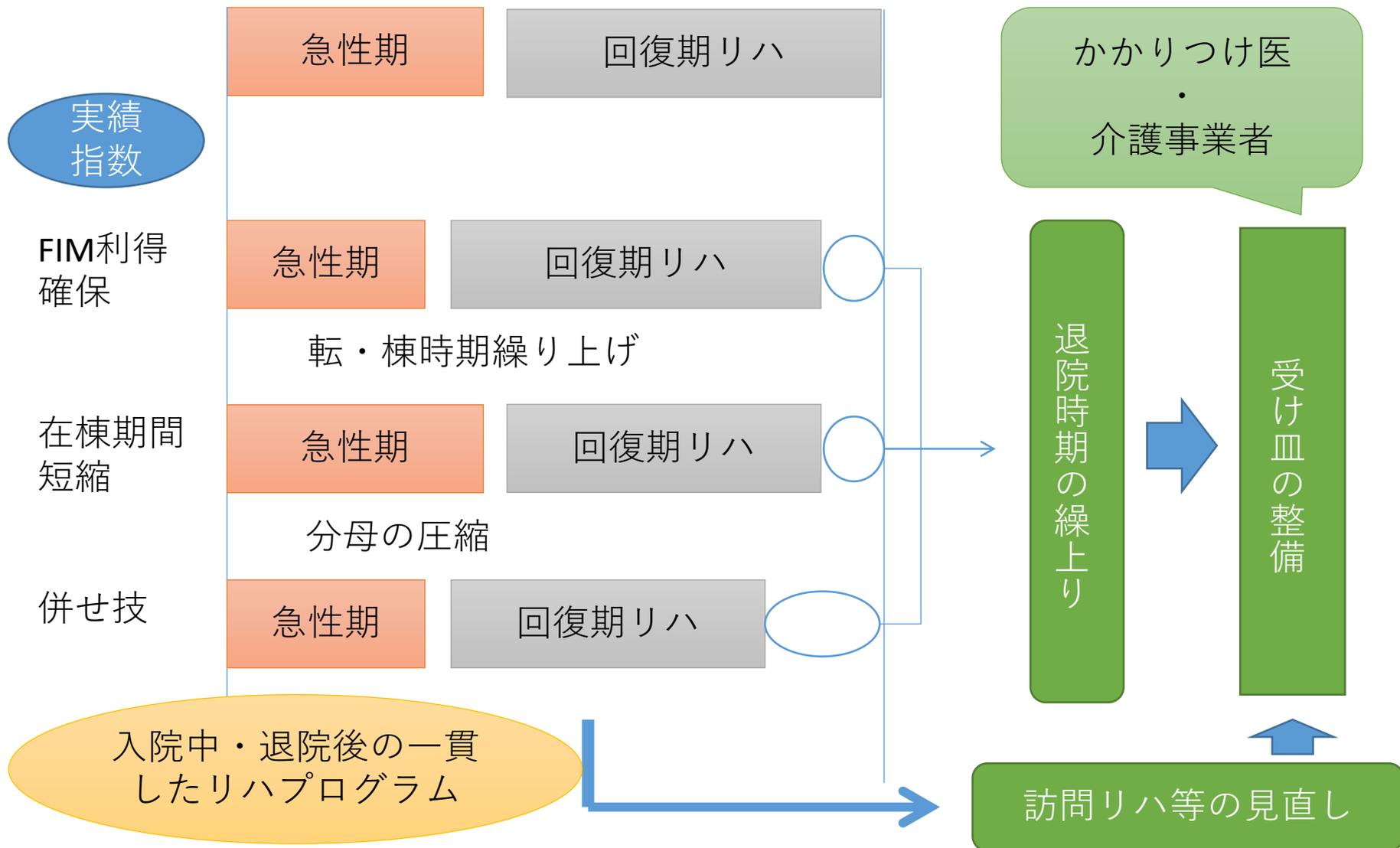
P=100日



利得の向上

在棟期間を短縮

# 回復期リハ病棟の受け皿

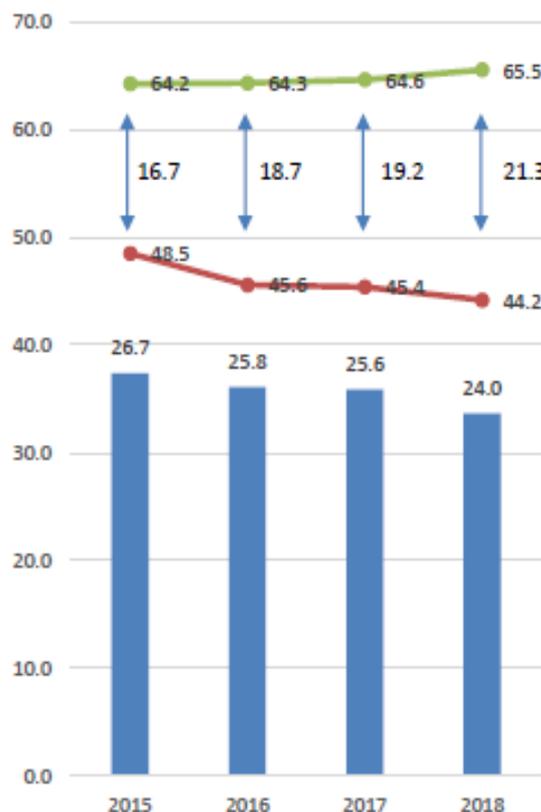


# 入退棟時FIM及びFIM（運動項目）の変化について

診調組 入-1  
元. 9. 19

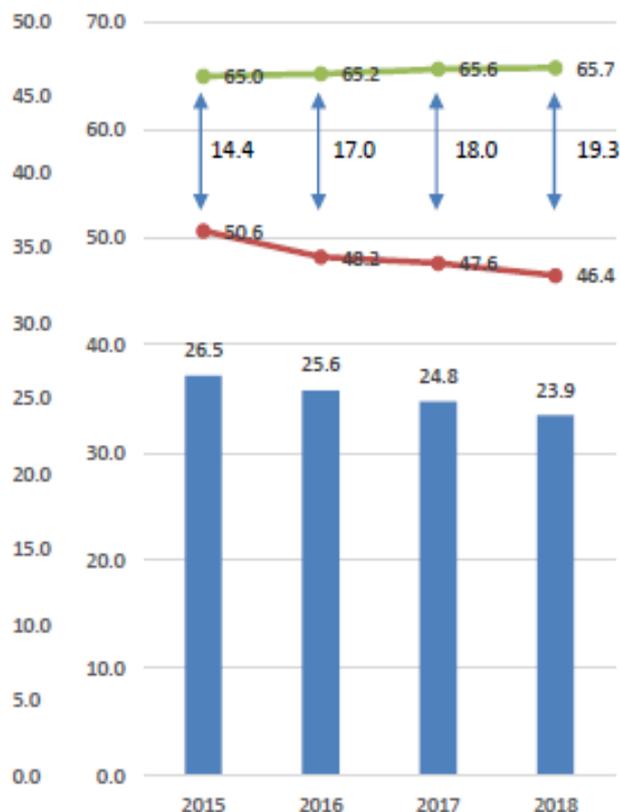
○ 入院料別に、入棟時のFIMをみると、入院料1～4においては、経年的に減少傾向であった。また、入退棟時のFIMの変化をみると、入院料1～4においては、経年的に増加傾向であった。

入院料1・2



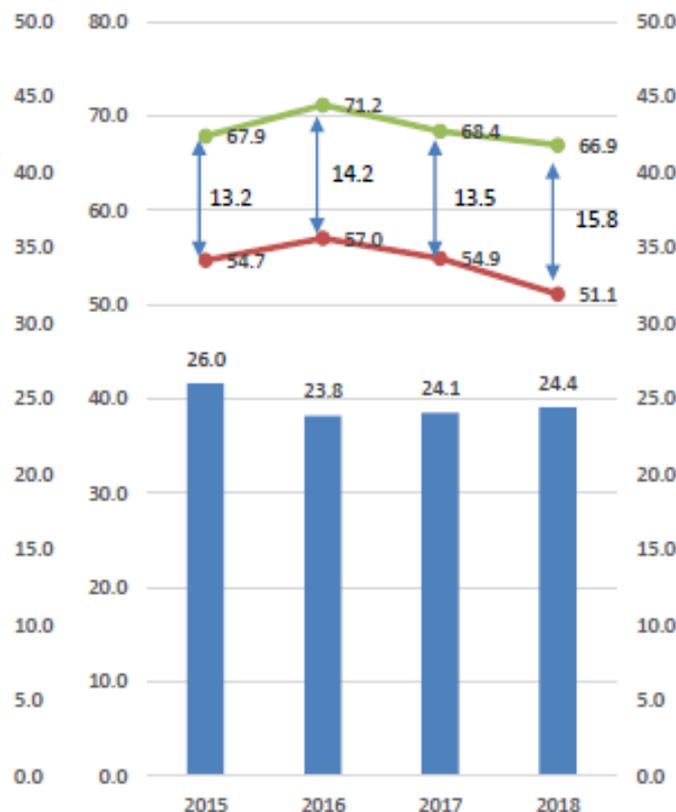
■ 発症から入棟までの日数  
● 入棟時平均  
● 退棟時平均

入院料3・4



■ 発症から入棟までの日数  
● 入棟時平均  
● 退棟時平均

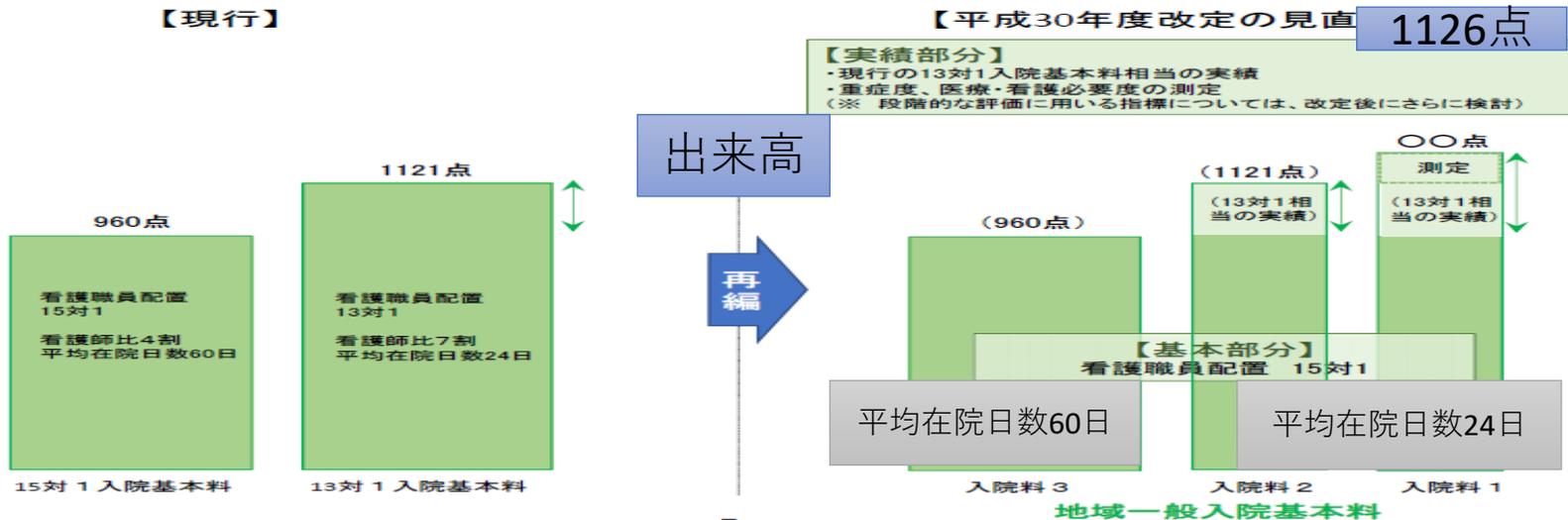
入院料5・6



■ 発症から入棟までの日数  
● 入棟時平均  
● 退棟時平均

# 地域包括ケア病棟

## 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)の再編・統合のイメージ



地域包括ケア病棟と  
地域一般病棟の使い分け

60日の意味の違い

原則包括 + 手術・透析など

地域包括ケア病棟

Ⅱ 2558点

Ⅳ 2038点

- ・ 60日上限
- ・ 在宅復帰率70%～

急性期患者支援病床初期加算 150点/日 \* 14日

在宅患者支援病床初期加算 300点/日 \* 14日

ポスト・アキュートと  
サブアキュートの構成

介護事業者にとっての主要なパートナー

- ・ 退院⇒介護サービス
- ・ 容体悪化⇒入院先

## 地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し

### 地域包括ケアに係る実績要件の見直し

➤ 入院料(管理料)1・3に係る実績について、以下のとおり見直す。

	現行	改定後
自宅等から入棟した患者割合	1割以上(10床未満の病室は3月3人以上)	1割 <u>5分</u> 以上(10床未満の病室は3月 <u>6人</u> 以上)
自宅等からの緊急患者の受入(3月)	3人以上	<u>6人</u> 以上
在宅医療等の提供	以下(4つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと	以下(6つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと
	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月)20回以上	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月) <u>30回</u> 以上
	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数／同一敷地内の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数(3月間)100回以上／500回以上	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数(3月) <u>60回</u> 以上 <u>併設</u> の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数(3月) <u>300回</u> 以上
	開放型病院共同指導料の算定回数(3月)10回以上	(削除)
	同一敷地内の事業所で介護サービスを提供していること	<u>併設</u> の事業所が介護サービスの提供実績を有していること
	-	<u>在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料</u> の算定回数(3月) <u>30回</u> 以上
	-	<u>退院時共同指導料2</u> の算定回数(3月) <u>6回</u> 以上

在宅患者を抱えるイメージ

診療所・介護事業所との関係構築は?

※併設とは当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内にあること

# 療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定】

【実績部分】  
・医療区分2・3該当患者割合

経過措置  
療養2の95/100  
を算定

経過措置2  
療養病棟入院料2  
の80/100を算定

経過措置1  
療養病棟入院料2  
の90/100を算定

(25対1を満  
たさない)  
又は  
(医療区分  
2・3患者割  
合50%を満  
たさない)

再  
編

看護職員配  
置30対1以上  
(25対1を満  
たさない)

看護職員配置  
25対1以上  
(20対1を満  
たさない)  
又は  
(医療区分2・3  
患者割合50%  
を満たさない)

区分A~I  
1,745~735点  
50%

区分A~I  
1,810~800点  
80%

【基本部分】  
看護職員配置 20対1

療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料

令和2年  
改正

## 療養病棟入院基本料 1

## 【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,810点	1,412点	967点
ADL 区分2	1,755点	1,384点	919点
ADL 区分1	1,468点	1,230点	814点

※特別入院基本料 576点(生活療養を受ける場合 562点)

## 療養病棟入院基本料 2

## 【施設基準】

①看護配置25:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,745点	1,347点	902点
ADL 区分2	1,691点	1,320点	854点
ADL 区分1	1,403点	1,165点	750点

## 医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間持続点滴・中心静脈栄養・人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄</li> <li>・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室における管理</li> <li>・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)</li> </ul>
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患</li> <li>・その他の難病(スモンを除く)</li> <li>・脊髄損傷(頭髄損傷)・慢性閉塞性肺疾患(COPD)</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症</li> <li>・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内・脱水かつ発熱を伴う状態</li> <li>・体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創</li> <li>・せん妄・うつ状態・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討)</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引(1日8回以上)</li> <li>・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査</li> <li>・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置)</li> <li>・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)</li> </ul>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者 <b>21</b>

## ADL区分

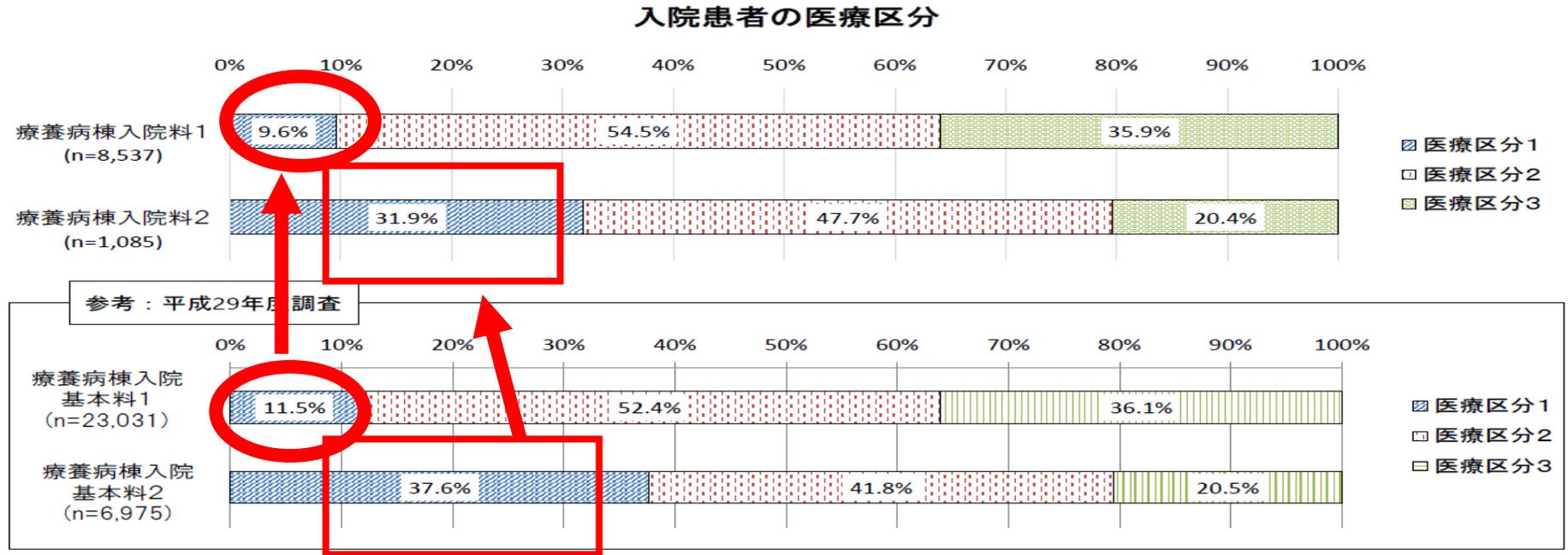
ADL区分3: 23点以上  
 ADL区分2: 11点以上~23点未満  
 ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。  
 新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。  
 ( 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、  
 4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 )

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24

## 療養病棟入院患者の医療区分

○ 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養病棟入院料1では全体のおよそ9割、療養病棟入院料2では全体のおよそ7割を占めた。



出典：平成30年度入院医療等の調査（病棟票）

医療区分2、3に該当しない患者は入棟できない

# I 型介護医療院の算定要件

- ・入所者等のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者（認知症であって、悪性腫瘍と診断された者、パーキンソン病関連疾患等と診断された者、認知症の日常生活自立度 **Ⅲb** 以上）の占める割合が **50** 以上。
  - ・入所者等のうち、喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が **50** % 以上。 → I 型介護医療院(Ⅱ)(Ⅲ)では、**30** %
  - ・入所者等のうち、次いずれにも適合する占める割合が **10** % 以上。  
→ I 型介護医療院(Ⅱ)(Ⅲ)では、**5** %
- ①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
  - ②入所者等又はその家族等の同意を得て、入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。
  - ③医師、看護職員、介護職員等が共同して入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又は家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。
- ・生活機能を維持改善するリハビリテーション行っていること。
  - ・地域に貢献する活動を行っていること。

## 21. 介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価 (続き)

### 算定要件等

	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型 (左記以外)
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)		在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)		
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上	
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	左記の要件を満たさない
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

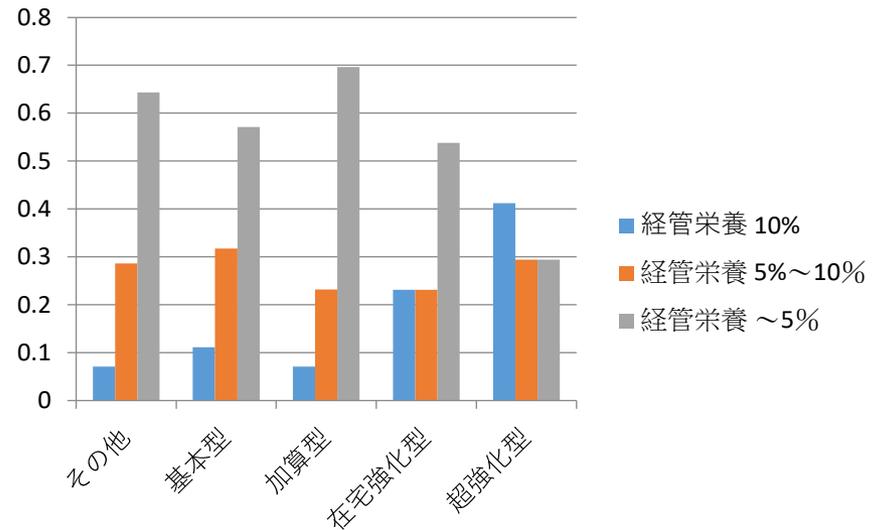
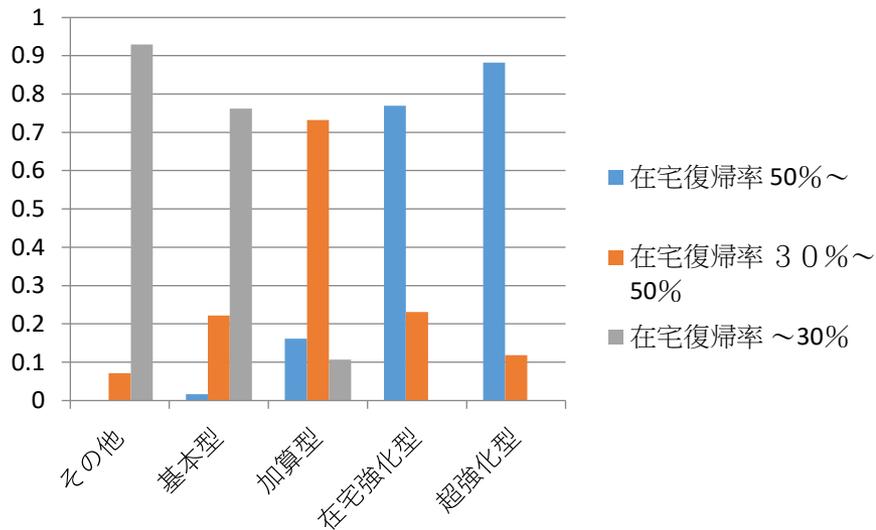
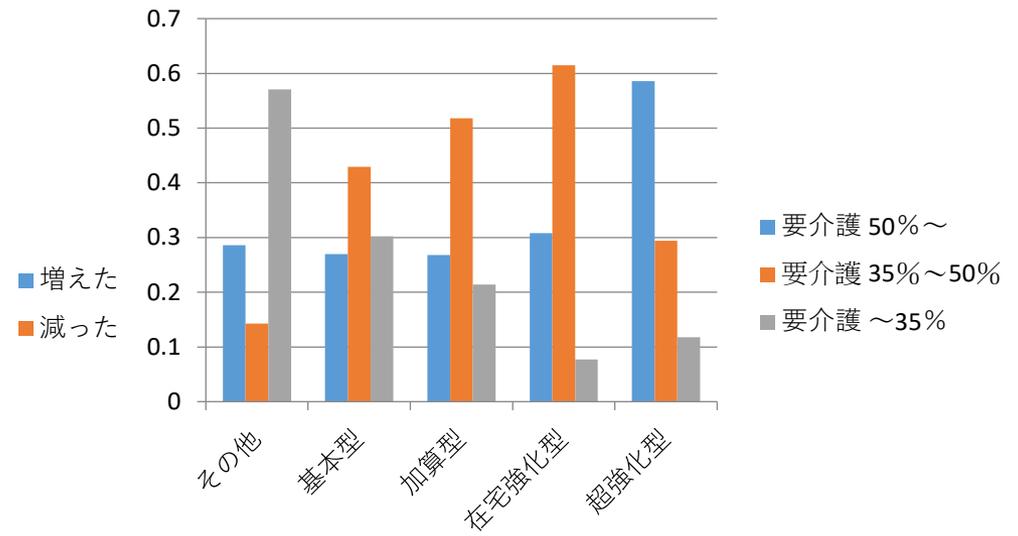
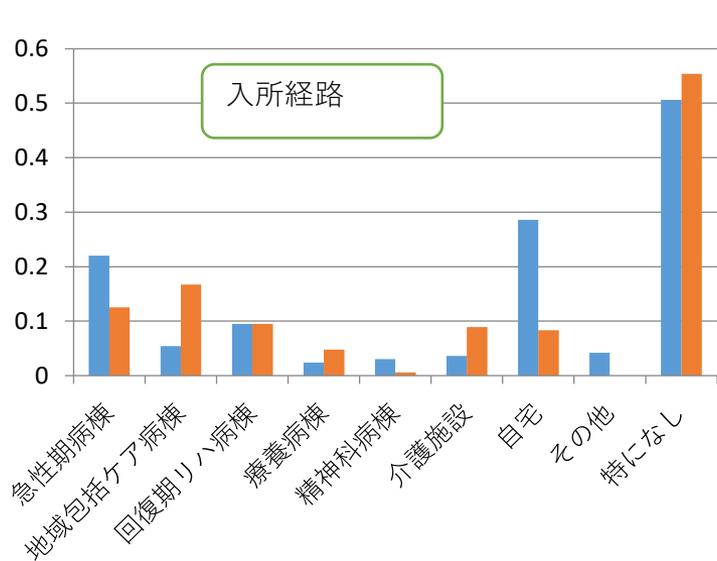
### 在宅復帰・在宅療養支援等指標 :

下記評価項目(①～⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値  
(最高値:90)

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス 3	1サービス 2 0サービス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0
⑩経営栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0

評価項目	算定要件
退所時指導等	<p><b>a: 退所時指導</b> 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。</p> <p><b>b: 退所後の状況確認</b> 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

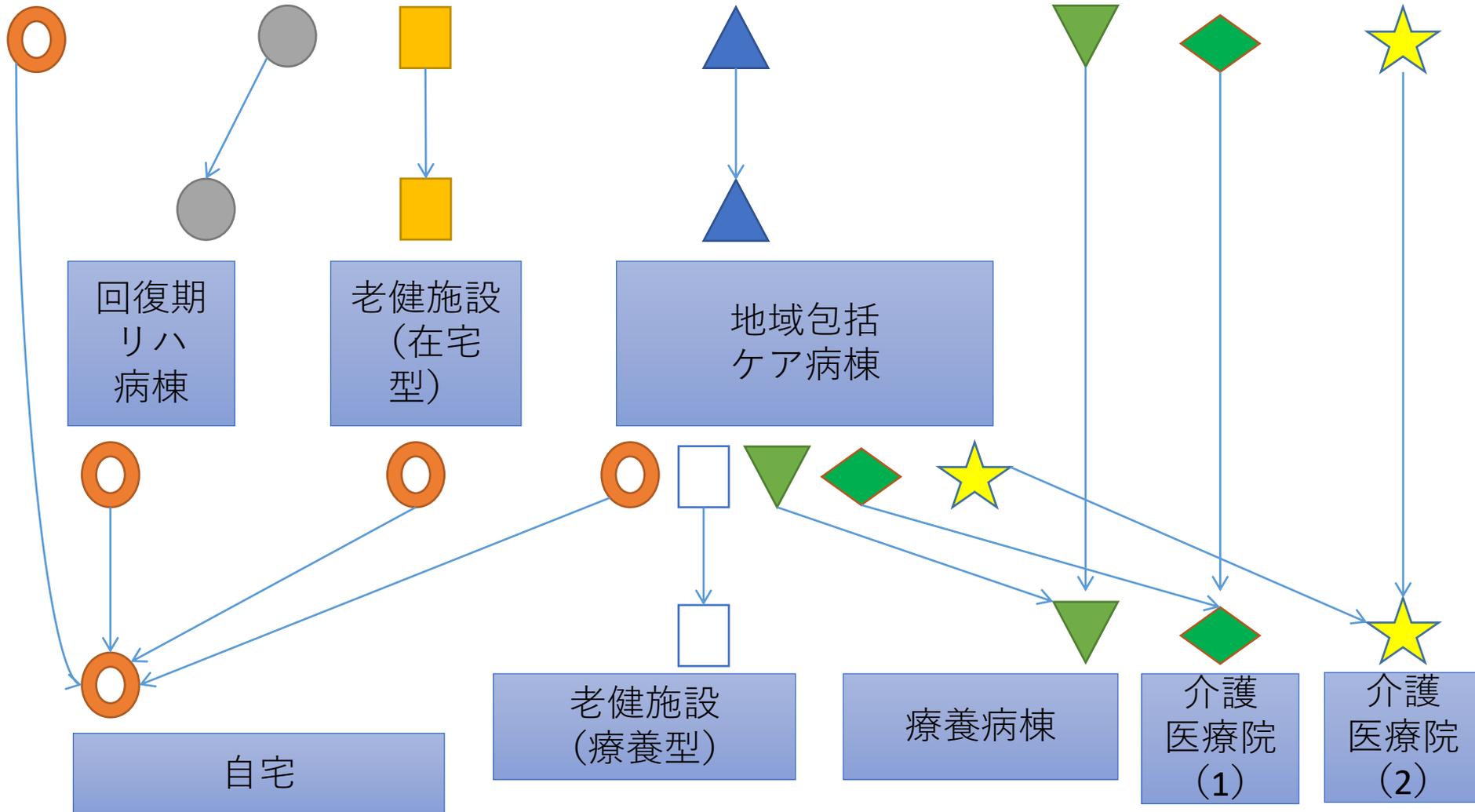
※要介護4・5については、2週間。



施設による受け入れ患者の差  
⇒ 提携先病院の差

# ジグソーパズルの時代

## 急性期一般病棟



# 施設基準による 入院患者数のコントロール

重症度基準  
(急性期一般 1)

+18.6日

開頭術  
7日/30% = 23.3日  
↓  
0.766床分

開頭術  
13日/31% = 41.9日  
↓  
1.378床分

実績指数  
(回復期リハ 1)

-3.6日

FIM利得20  
骨折90日  
 $20 * 90日 / 37$   
= 48.6日  
↓  
1.599床分

FIM利得20  
骨折90日  
 $20 * 90日 / 40$   
= 45日  
↓  
1.480床分

医療区分  
(医療療養 2)

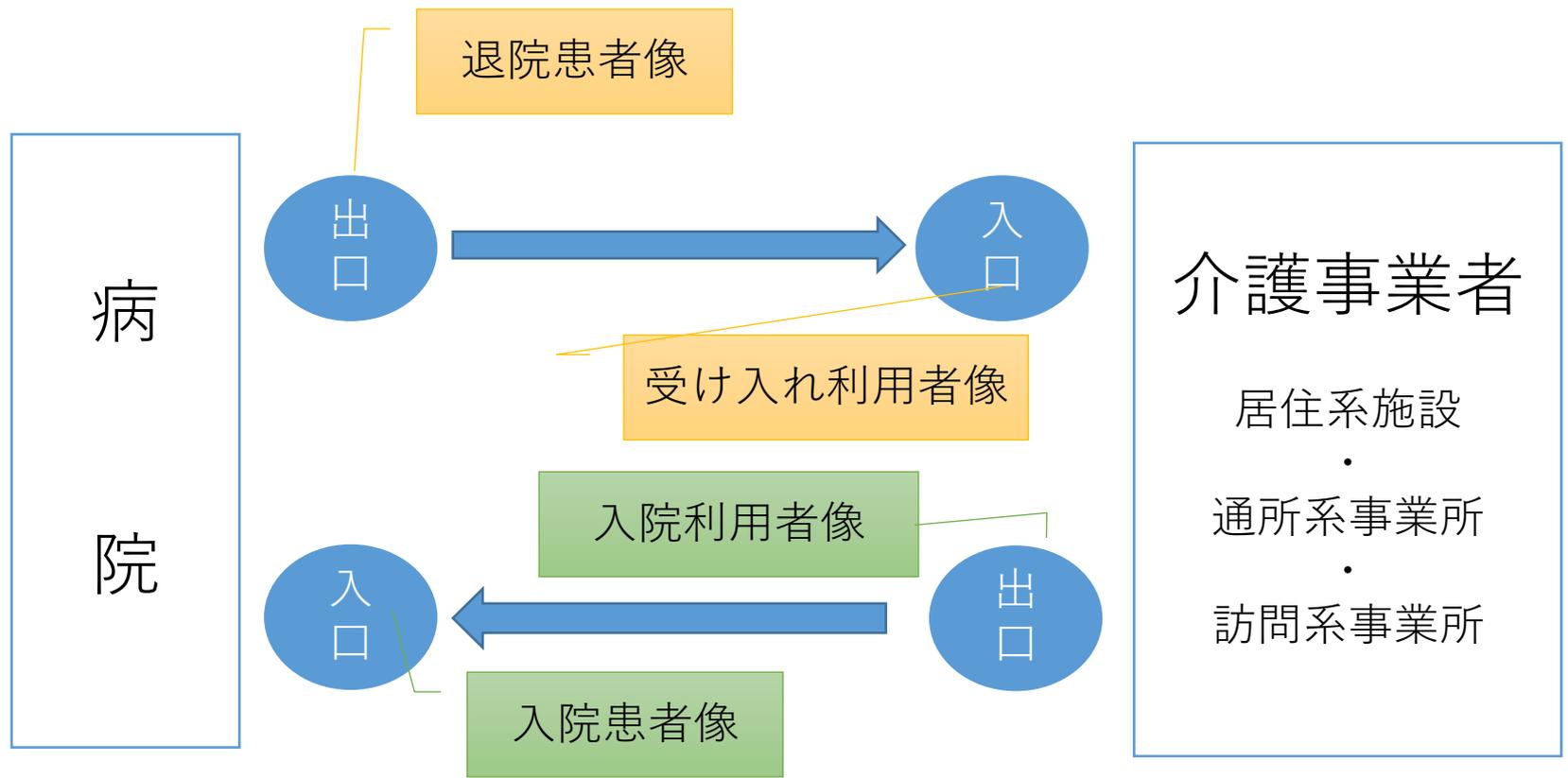
区分 1  
37.6%  
(H29)

区分 1  
31.9%  
(H30)

区分 1 の患者の入院先の減

医療区分  
(医療療養共通)

区分 2・3 の要件の厳格化  
→ 対象患者数の減



退院患者像	薬剤	医療機器 使用状況	栄養状態	排泄	?
	症状変化 時の支援	夜間対応			
入院利用者像	入院 タイミング	入院期間	退院連絡		

# 病院におけるリハ資源の戦略的配分

病棟リハ機能

退院患者フォロー  
機能

専門リハ機能

患者像の目的  
に即したリハ  
が実施されて  
いるか

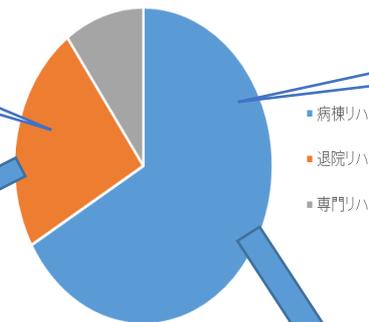
規模が大きくなり  
過ぎていないか

配分は適切か

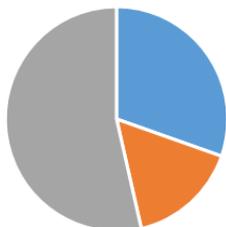
病棟に十分な資源が  
配分されているか

病棟間の資源配分は  
適正か  
Ex.急性期病棟

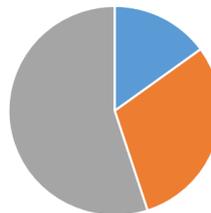
病院全体



退院フォロー



病棟リハ



# 患者フローの比較（病棟）

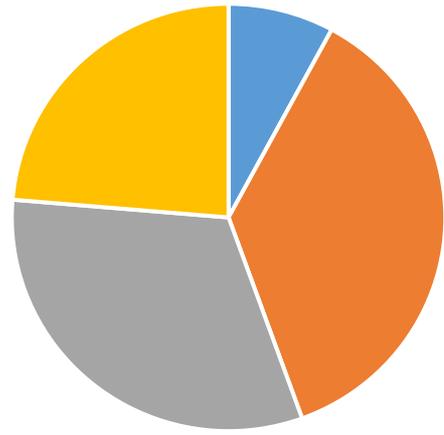
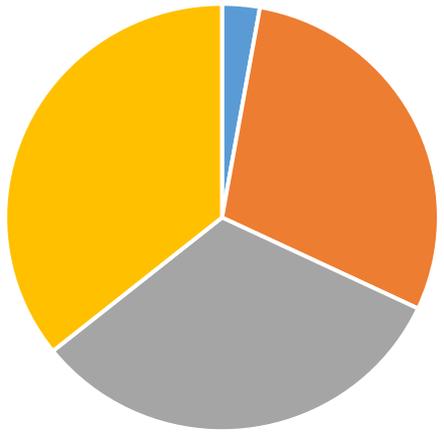
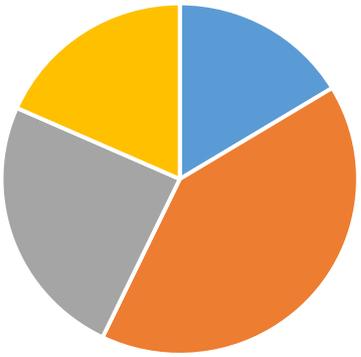
	入院患者数	在院日数	延べ患者数	日当円	収益
フローa	8	6	48	85,000	4,080,000
フローb	20	25	500	37,800	18,900,000
フローc	12	46	552	29,800	16,449,600
フローd	9	68	612	19,980	12,227,760
	49		1,712	172,580	51,657,360

患者フローの構成が変わると、稼働率も日当円も変化する  
 ↓  
 収益も変化する  
 ↓  
 どの患者群が変化するか

入院患者数

延べ患者数

収益



- コースa
- コースb
- コースc
- コースd

## 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

### 趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
- このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、~~患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。~~
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

### 明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
  - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
  - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
  - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、~~外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。~~

(参考)地域医療支援病院との関係について

- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
  - 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。
- ※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

## 定額負担の対象病院拡大について（案）

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在検討されている外来機能報告（仮称）においては、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関を地域の実情を踏まえつつ、明確化することが検討されている。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えることとしてはどうか。

	病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
現在の定額負担 (義務)対象病院	200床以上	86 (1.0%)	580 (6.9%)	688 (8.2%)	1,354 (16.1%)
	200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
現在の定額負担 (任意)対象病院	全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う病院

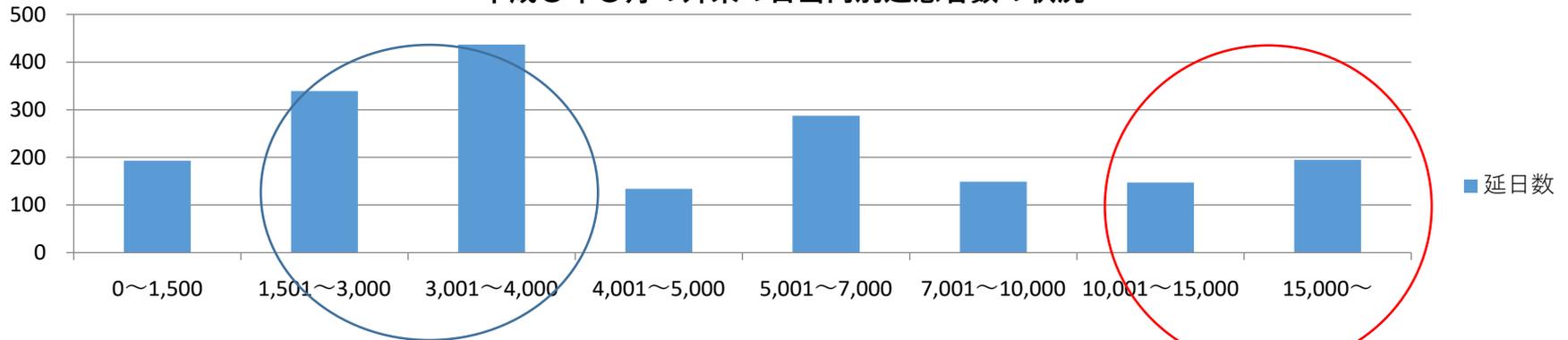
拡大

出典：特定機能病院一覧等を基に作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計）

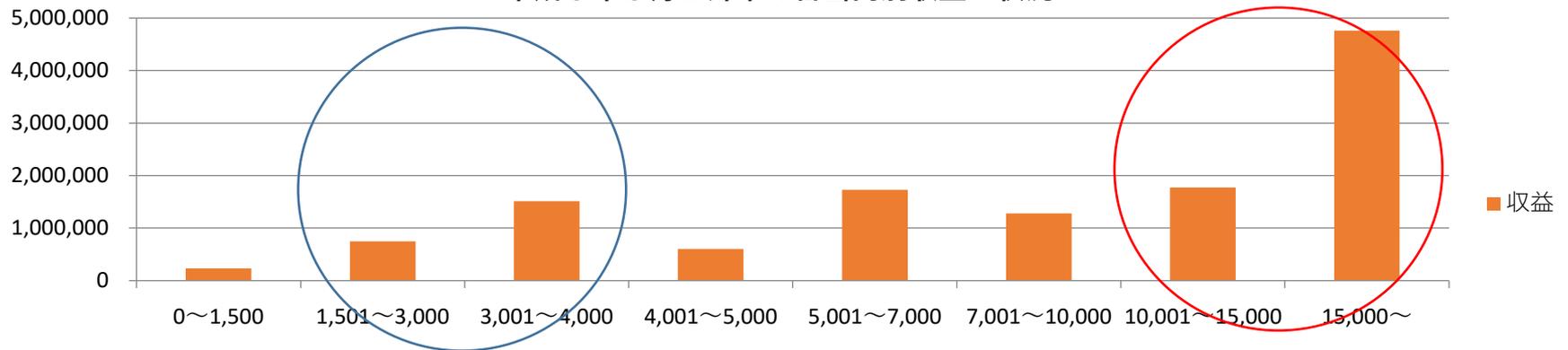
※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

# 外来部門にとって重要なのはどちら

平成〇年〇月の外来の日当円別延患者数の状況



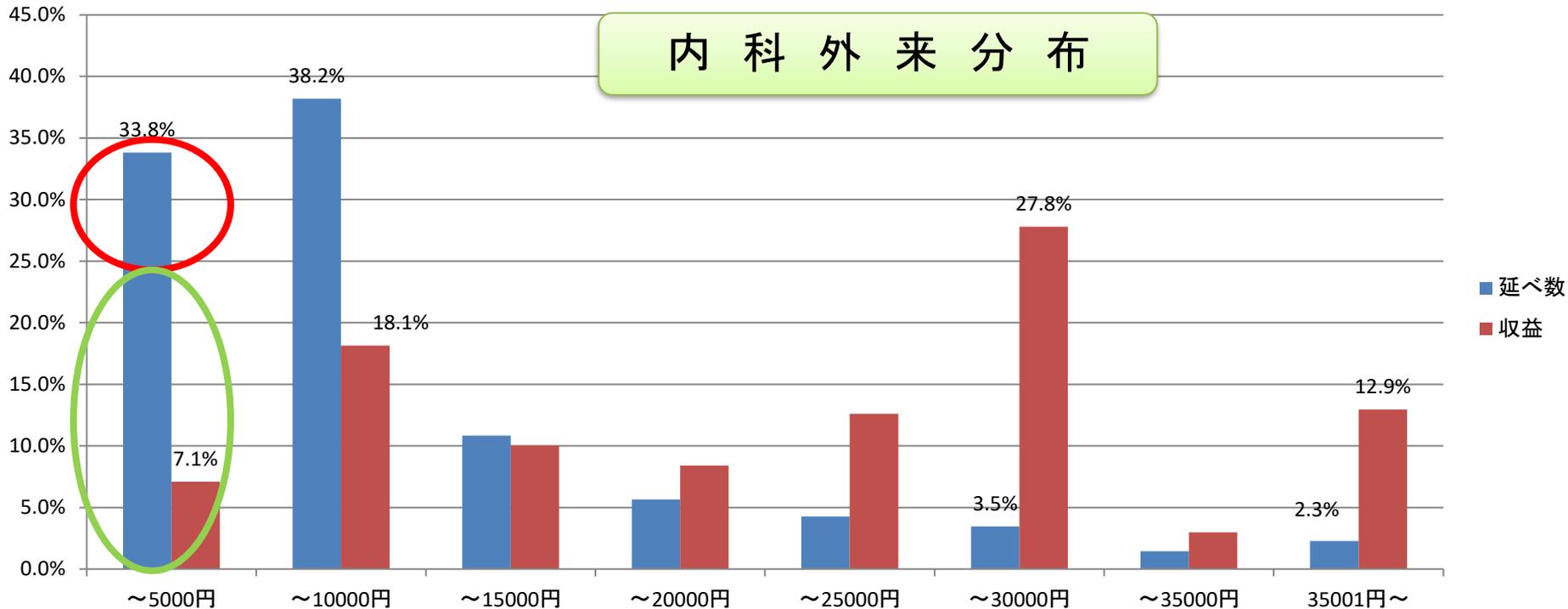
平成〇年〇月と外来の日当円別収益の状況



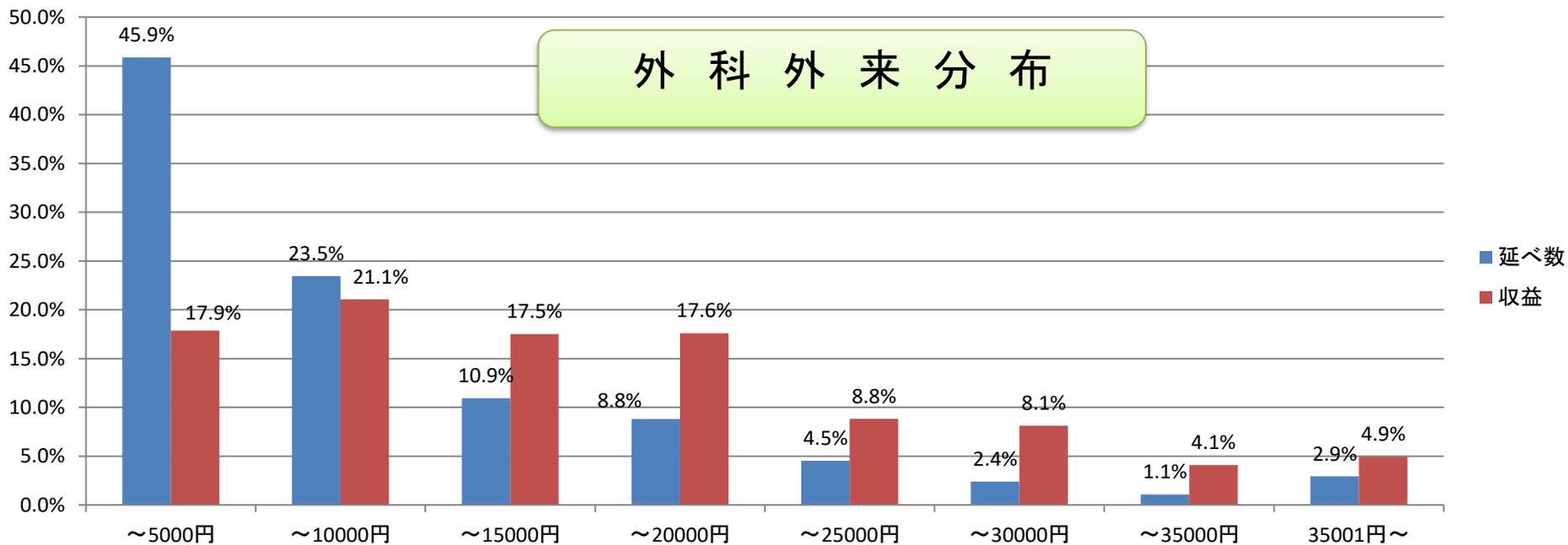
自院の外来部門の経営的  
意義が明確になるような指  
標

透析・日帰り手術・外来リハ・  
美容外科など特性が明確なものは  
除外

## 内科外来分布



## 外科外来分布



# 外来機能の分化

かかりつけ医機能

入院支援機能

高度医療機能

在宅専門医機能

検査機能

専門外来機能

どこの医療機関と連携するか

# ま と め

相手先医療機関にとって、どんな位置づけの  
介護事業者となっているのか？

介護事業者として、どのような機能を持った  
医療機関と連携する必要があるのか？



どの医療機関と、どのような条件で連携するか？