

## 第2班地域で市民と患者の生活を支える

新しい医療の在り方を踏まえた  
医師・看護師等の働き方ビジョン検討会  
平成28年11月15日

### 目指すべき姿1

患者の複合的なニーズ・多様な価値観に応え、  
患者の価値を常に維持向上させる能力と  
それを育成する専門性とキャリアが構築できる

### 目指すべき姿2

治療に際して、患者・家族の意思決定や意向を  
尊重し、巻き込むためのコンピテンシーが確保  
される

### QUESTION 1

患者（住民）の多様なニーズに応えられる  
医療従事者は育成できているのか？

### 施策概要

患者（住民）の複合的なニーズ・多様な価値観に  
応え、患者の価値を常に維持向上させる能力とそ  
れを育成する専門性とキャリアが構築できる

担当 丸山泉

### 阻害要因

- 教育内容が医学知識・医療技術に偏重している
- 「患者の価値中心のケア」に対する教育プログラムが卒前・卒後・生涯教育ともに体系化されておらず、教育アウトカムの点でも評価されていない
- 資格取得後の生涯学習について、更新制度等のシステム、教育資源ともに不十分
- 目指すべき姿を実現することへの動機・インセンティブがない

## 個別施策

- (1)各医療従事者養成過程に共通する「患者の価値中心のケア」に関するコア・コンピテンシーの確立と、アウトカム基盤型教育カリキュラムの導入
- (2)「患者の価値中心のケア」に関する生涯学習システムの構築と教育コンテンツの充実
- (3)「患者の価値中心のケア」を実践することに対するインセンティブの導入

## 具体的活動内容

### (1) について

- 1)職種ごとに、教育関係者・行政・有識者・住民代表などによる委員会を構成し、コア・コンピテンシーを作成する。
- 2)各養成機関は、作成されたコア・コンピテンシーを反映した教育アウトカムを設定し、アウトカム基盤型教育の概念に沿って教育カリキュラムを作成する。
- 3)相互チェックあるいは外部評価システムを充実させ、カリキュラムの内容および実施状況について評価し、その結果をフィードバックしてカリキュラムの持続的改良と確実な実施を促す。

## 具体的活動内容

- (2)（職種ごとに、職能団体・関係学会・有識者などによる委員会を構成して、生涯教育コンテンツを作成するとともに、生涯学習を促すシステムの充実を図る。（日本医師会の生涯教育制度など）。
- (3)「患者の価値中心のケア」を評価するために必要な、プライマリケアにおけるデータを収集するシステムを構築する。収集したデータに基づいて、評価指標をこれからの医療政策に反映する仕組みを構築する。

## 目玉政策 2

**職種ごとにコア・コンピテンシーを作成し、  
教育カリキュラムを作成する**

担当 丸山泉

## QUESTION 2

わが国では、世界的に標準とされる水準のプライマリケアの確立・普及ができていますか？

## 施策概要

世界的に標準とされる水準のプライマリケアの実践を通じて、予防や治療に際して、患者・家族の意思決定や意向を尊重したケアを提供することが出来る

担当 丸山泉

### 阻害要因

- (1) 学問領域としてのプライマリケアが確立しておらず、その概念も共有されていない
- (2) 世界的に標準とされる水準のプライマリケアを提供できる医師を体系的に養成する教育プログラムが確立していない
- (3) 提供されるプライマリケアを評価し、質を保証する仕組みがない

### 個別施策

- (1) 学問領域としてのプライマリケアの確立
- (2) 世界的に標準とされる水準のプライマリケアに関する能力（総合診療能力）を備えた医師を養成する研修システムの充実
- (3) プライマリケアの評価と質の改善を通じてプライマリケア強化に資する医療政策に関する推進

### 具体的活動内容

- (1) 大学におけるプライマリケア関連講座の新設・充実を図るとともに、人材養成にかかる経費や研究費を重点的に配分して、学問領域としての確立を図る。
- (2) 指導医養成の強化やプログラムに対するサポートを通じて、総合診療専門医を養成する質の高い研修プログラムを増やす。
- (3) プライマリケアにおけるデータを収集するシステムを構築する。収集したデータに基づいてプライマリケア機能を評価する仕組みを作成し、その評価によって質の改善につなげるシステムを構築する。

### 目玉3

全ての医学部にプライマリケア・在宅医療  
関連講座を設置し、教育プログラムを充実させる

担当 丸山泉

### QUESTION 3

病気だけをみる医療のままで良いのか？

### 施策概要

患者（住民）を全人的にとらえ、  
価値を見出しともに共有する医療者になるために

担当 中島由美子

## 阻害要因

- 急性期・短期間入院中の患者が、基礎教育や医療機関での就業キャリアにおける患者像の中心モデルであり、地域を志向する看護職が少ない
- 問題解決思考の視点で患者を捉えており、高齢者や障害者の価値が見出せない
- 患者の状態を適切に判断するためのフィジカルアセスメント能力や判断力が十分に育っていない
- 患者や家族の意思を尊重し、多職種等と調整しながら、ニーズに応じるための高度なコミュニケーションスキルがない

## 個別施策

- (1)看護基礎教育の見直し  
患者の価値を見出す思考過程を持つ為のカリキュラムの改善、在宅領域などの実習時間の拡大、患者のニーズに応えるための知識や判断力等、高い資質を身につける教育の充実  
⇒従来の基礎教育内容の範囲では納まりきらないことから、年限を延長して教育内容を充実することが必要
- (2)看護師のキャリアの見直し  
医療機関就業看護職が訪問看護・福祉施設などへの研修や出向を経験することで、患者を生活者としてとらえることができる視点を養う。

## 具体的活動内容

- (1)看護師基礎教育において「患者の価値を見出しともに共有できる」ためのカリキュラムの内容について医療・福祉・教育・行政など多方面の有識者や患者団体の意見を取り入れながら検討する
- (2)検討した内容をカリキュラムに反映させる（在宅領域の実習期間も含む）
- (3)カリキュラム内容は既卒看護師も研修などにて学習する
- (4)病院看護師の在宅領域への3～6ヶ月間期間の出向を積極的に実践できるように働きかける

## 目玉政策 1

### 看護師教育とカリキュラムの刷新

担当 中島由美子

## 目指すべき姿 3

疾病予防や重症化予防等のため、魅力的な生活の中で、患者の意識を高めながら参加を促す

## QUESTION 4

病気にかからないと  
医療に向き合えない社会で良いのか？

## 施策概要

疾病予防や重症化予防等のため、魅力的な生活の中で、患者（住民）の意識を高めながら参加を促すことが必要

担当 庄子育子

## 阻害要因

- 病を患わない限り、一般市民が日常的に医療に接する機会はほとんどない
- 自治体職員や医療提供側からの情報が不足していたり説明が難解
- 日常生活面での困りごとを相談できる場が不足している
- 患者・住民が疾病予防や重症化予防に努めることへのインセンティブがない
- 医療提供者側に患者が不条理であることへの理解が欠けている

## 個別施策

- (1)医療需要の適正化に関する正しい理解の促進、患者・家族の自己決定力の強化支援（住民と医療提供者などによる研修の実施、受療行動の選択に役立つ情報提供、日常生活面での困りごとを相談できる場の充足等）
- (2)一般市民の医療活動への参画促進
- (3)医療保険者によるデータヘルスの実施（加入者個人への情報提供とインセンティブ付与等）
- (4)主として医療・介護の過疎地域におけるウェアラブル端末による住民・在宅患者の健康管理

## 具体的活動内容

(1)について

- 1) 各自治体が主導する形で住民と医療提供者などによる研修を実施（住民と医療提供者がともに参画することがポイント。それにより患者が不条理であることへの医療提供者の理解も進む）
- 2) 日常生活面での困りごとを相談できる場を充足（各自治体为主导する形で保健センターや地域包括支援センター等に設置するほか、医療・介護提供の現場に設けて診療報酬・介護報酬で手当とする方策もありか）
- 3) 各自治体による受療行動の選択に役立つ情報提供（冊子・ウェブサイトを活用した情報探しの支援や情報ニーズを踏まえた適時の情報提供[地域の医療提供体制の仕組みが文章だけでなく、図表で説明がされている]

## 具体的活動内容

- (2)病院・診療所において医療ボランティアを積極活用
- (3)医療保険者が加入者個人への情報提供とインセンティブ付与を行なう。  
（レセプト・健診データ等の分析による最適提案、健康ポイントに応じて商品を進呈）併せて、積極的にデータヘルスに努め成果を上げていく保険者には国から経済的インセンティブを付与（後期高齢者支援金の加算・減算見直しの前倒し実施等）
- (4)主として医療・介護過疎地域において、住民・在宅患者にウェアラブル端末を身に付けてもらい、健康データをより詳しく集めて健康管理に当たる（自治体为主导する形か）

## 目玉政策 4

**医療保険者が加入者個人への情報提供とインセンティブ付与**

担当 庄子育子

#### 目指すべき姿4

自治体（都道府県等）が実情に応じたガバナンスと政策展開を行うことができる

#### QUESTION 5

厚生労働省は、地方自治体が主体的活動ができる様にわかりやすく伝達しているのか？

#### 施策概要

国から地方自治体へ指導が行き届き、地方自治体が主体的に医療人材の育成教育が必要

担当 庄子育子

#### 阻害要因

- 国からの必要な支援・助言が不足している
- 自治体（都道府県等）における保健医療政策人材の教育・研修
- 確保システムが確立していない（人材養成の方針が欠如、教育と研修のあり方に課題、多忙・定期的な人事異動等）
- 自治体が主体的な活動することへの動機・インセンティブがない（地方分権が不十分）

#### 個別施策

- (1)自治体職員に対する厚労省の資料作成・プレゼン改革
- (2)自治体（都道府県等）で活躍する保健医療政策人材の教育・研修・確保体系の確立
- (3)アカデミアにyる都道府県行政支援
- (4)地方分権の促進、自治体の自助努力に対する評価の拡充

#### 具体的活動内容

- (1)厚労省の現行資料・研修内容等に関する自治体職員へのアンケートを実施して課題を把握⇒上記によって判明した課題を克服できるよう、厚労省サイドで分かりやすい資料作成・プレゼン改革を実施
- (2)について
  - 1)厚労省主導で自治体職員向けの「保健医療政策人材養成講座」（仮）を開催（座学[対面講義のほかeラーニングも併用]+グループワークの実施、カリキュラムにも工夫[政策知識だけではなく計画策定やマネジメントのスキルを向上させられる／全国共通の内容と、地域特性を反映した内容の双方を学ぶ]
  - 2)現状の異動を前提とした人事制度を一部見直し
  - 3)各大学医学部に医療政策に関する寄付講座を設置し、そこに属するアカデミアの人材が県の医療政策のブレーンとして活躍。

### 具体的活動内容

(3)について

- 1)自治体に付与できる（あるいは付与すべき）権限内容を整理した上で、実現可能性の高いものから速やかに実行に移す（例：特例診療報酬の設定、保険医療機関の指定等）
- 2)自治体の保健医療政策に関する自助努力が加速されるよう、地域医療構想の達成状況等を随時公表する。（公表の仕方に工夫。住民が見てわかるようにガイダンスを入れる等）あわせて成果を出している自治体には経済的インセンティブを付与する（後期高齢者支援金の加算・減算見直しの前倒し実施等）

### 目玉政策 5

#### 「保健医療政策人材養成講座」（仮）の開催

- 厚労省主導で自治体職員向けの「保健医療政策人材養成講座」（仮）を開催
- 座学[対面講義のほかeラーニングも併用]+グループワークの実施
- カリキュラムにも工夫[政策知識だけではなく計画策定やマネジメントのスキルを向上させられる/全国共通の内容と、地域特性を反映した内容の双方を学ぶ]
- 現状の異動を前提とした人事制度を一部見直し

### 目玉政策 6

#### 各大学医学部に 医療政策に関する寄附講座を設置

担当 庄子育子

### 目指すべき姿 5

多様な職種、住民とのチームで患者と向き合う

### QUESTION 6

どうすれば多職種のチームで患者に向き合えるのか？

### 施策概要

「患者さんはどう思っているの？」  
が共通言語になる

担当 中島育子

### 阻害要因

- 福祉系職種は医療系職種に指示を受けてきた文化がある。
- 連携の要であるケアマネジャーの医師への苦手意識
- ケア会議に参加する時間がない（特に医師）
- ケアマネジャーの報酬が低い（医療系ケアマネジャーが少ない）
- 住民への啓蒙活動不足

### 個別施策

- (1) 事例を用いた多職種カンファレンスの開催
- (2) 主任ケアマネジャー研修のカリキュラムの見直し
- (3) ケアマネジメントの介護報酬見直しと利用者1割負担導入
- (4) 住民の役割を考えるための啓蒙活動
- (5) 医師も参加できる会議の工夫やICTの活用
- (6) 医療・福祉系学生の共同学習が実施できるカリキュラムの見直し
- (7) 「患者さんはどう思っているの？」が多職種間の連携における共通言語とする

### 具体的活動内容

- (1) デスクカンファレンスなど事例を用いた多職種カンファレンスの開催（訪問看護ステーションでの開催？）
- (2) 主任ケアマネジャー研修などで、「ファシリテーション能力を向上させるカリキュラム」の見直しを行う。
- (3) ケアマネジャーの競争力と報酬を上げるために、ケアマネジメントの介護報酬見直しと利用者1割負担導入
- (4) 多職種によるコンピテンシーをあげるためには、患者家族のニーズを共有し共通の目標の基に各専門職が役割をはたす必要があることを再確認するための研修会を開催する
- (5) 情報共有ツールの開発やICTの利用
- (6) 住民が、地域の問題点を知り地域包括ケアシステムにおける住民の役割を考えられるための啓蒙活動
- (7) 医療・福祉系の学生間の共同学習が実施できるカリキュラムの見直し

### 施策概要

多職種でのミーティングを多様な形で評価する

担当 永井康徳

### 阻害要因

- 日本の医療は単独職種で技術や能力を高めていくことで発展してきたため、他職種との連携が進んでいない。
- 同職種内でも複数体制や連携での情報の共有や方針の統一が進んでいない。

### 個別施策

- (1) ICTの活用
- (2) 遠隔医療の活用
- (3) 意志決定支援を含めた相談業務を行うチーム作り
- (4) 多職種でのミーティング（義務づけ、困難事例やデスクカンファ、意志決定支援、一般を巻き込んだ倫理委員会）
- (5) 疲弊しないシステムでの当番体制の構築

## 具体的活動内容

- (1)多職種ミーティング加算の設定
- (2)遠隔医療を制度化
- (3)ICTを活用したミーティングを認める（現行では、機能強化型の連携でも対面のミーティングしか認められていない）
- (4)新しい医療のシステムや連携の具体的方法を国が具体的に明示し、推進する。
- (5)在支診・在支病での24時間365日当番体制を医師のみでなく、多様な職種での対応を認める。

## 目玉政策7

**多職種連携のミーティングを制度化し、  
点数を賦与する**

担当 中島育子、永井康徳

## QUESTION 7

なぜ、地域医療は疲弊や格差が起きるのか？

## 施策概要

医師看護師の派遣を認め、移動を自由化し、  
権限委譲を進める

担当 永井康徳

## 阻害要因

- 医師看護師は派遣が認められておらず、医師・看護師が過剰の医療機関でも派遣ができない。
- 医師、看護師、介護職などの権限が強固で、サービス内容の権限移譲が進んでいない

## 個別施策

- (1)疲弊しない24時間体制システム（複数勤務か、1人診療所の連携か、多職種連携か）
- (2)各職種、同職種の役割分担
- (3)情報の共有と方針の統一
- (4)多職種連携
- (5)各専門職種間の権限委譲
- (6)規制改革（多様な診療形態を認める、訪問看護ステーションの1人開業など）
- (7)多様な働き方を認める
- (8)子育て支援（女性医師の活躍）

## 具体的活動内容

- (1)多様な診療形態を認める（在宅医療専門クリニックを基準で制限するのではなく、多様な形態を認める方向へ）
- (2)サテライトクリニックや都道府県をまたいだ医療機関の開設を認める。
- (3)訪問看護ステーションも1人開業や医療過疎地域でのサテライトの設置などを制度上後押しする。
- (4)頻回な吸引が必要な患者や人工呼吸器患者などの重度患者を介護関連施設で診れるようにする（重度患者加算の創設、胃ろう、自己注射、吸引、人工呼吸器の介護評価）
- (5)ヘルパーの吸引資格をグレードの高いもの（患者を問わない資格）にして、養成を加速する。
- (6)医師や看護師も時短や直行直帰、多様な休日取得など多様な働き方を国が指し示し、運用を加速する
- (7)子育て期の女性医師、女性看護師の支援を行う。
- (8)都会の医療機関や複数医師が集まるマンパワーの豊富な医療機関が過疎地域の医療をサポートできるような医師・看護師派遣を認める規制改革を行う。

## 目玉政策 8

**医師・看護師の派遣を認め、  
権限委譲を推進し、  
多様な診療形態、開業形態を認める**

担当 永井康徳

## 目指すべき姿 6

患者は、地域社会との繋がりの中で医療・介護サービスを受け、死に向き合うことができる

担当 永井康徳

## QUESTION 8

患者（住民）は死に向き合い、  
望む場所で最後を迎えられているか？

## 施策概要

住み慣れた場所で最期まで看とれる地域づくり

担当 永井康徳

## 阻害要因

- ・病院では、最期まで治し続ける医療が治し行われており、死に向き合えず、病院での看取り率は8割のままである。
- ・国民も最期まで病院での治療を望み、住み慣れた場所での看取りの選択肢が与えられない。

## 個別施策

- (1)医療者が地域作りという視点を持ち、役割を果たす
- (2)病院の医療従事者への在宅医療の啓蒙
- (3)最期まで治し続ける医療から、死に向き合い患者家族をサポートできる医療を目指す
- (4)病院側が在宅へ帰るイメージがつかないことから、一旦有床診療所で受けて在宅へ返す。有床診療所の再活用
- (5)一般市民への在宅医療の啓蒙（看取りのパンフレット）
- (6)独居でも看取れる在宅ケアを目指し、手厚い在宅サービスのある地域作りを行う。
- (7)特別養護老人ホームでの看取り率をあげる。
- (8)重度在宅患者の在宅での対応強化
- (9)現在はがん患者優遇の制度で、死因の1/3を占める非癌患者の看取りの制度構築を行う。

## 具体的活動内容

- (1)医療と地域を結びつけるハブ拠点を設ける（生き方支援センター）
- (2)病院に在宅医療相談外来の設置を推奨し、地域医療連携室と連携して退院支援にあたる。地域の在宅医が積極的に病院への非常勤医として協力する仕組みを作る。
- (3)病院医師、病院看護師に年に1回は退院患者の自宅を訪問する制度を作る
- (4)在宅患者のための有床診療所機能を活用していくため、有床診療所の点数を底上げる
- (5)看取りのパンフレットを行政が配布していく
- (6)介護保険の2号被保険者を対象に40歳から5年ごとに生き方講習（映像学習、看取りのパンフ）
- (7)非癌患者の看取りの制度を構築するために、まずは、非癌の看取り期の定義が必要

## 目玉政策9

### 非癌の看取り期を定義し、 在宅看取り総合診療料を創設する

担当 永井康徳

- 1.在宅看取り総合診療料の創設
  - ◆癌患者、非癌患者、在宅患者、施設患者関係なく算定できる包括点数。
  - ◆おおむね死亡日前4週間以内を看取り期のことんケアとして、訪問診療と訪問看護の同日算定や、訪問看護の複数回数加算、毎日訪問、複数名訪問加算を算定できるようにする。
  - ◆おおむね死亡日前4週間以内を原則とする（延長された場合はレセプトに理由を添付）。算定開始時期は次スライド参照。
- 2.介護保険でも看取り期のことんケアを認める。予後1ヶ月を評価。
- 3.特別養護老人ホームに施設看取り率を設定した上で、介護報酬に差をつける

## 非癌の看取り期の定義

- 1.非癌患者の看取りの制度を構築するために、まずは、非癌の看取り期の定義が必要
- ・厚生労働大臣の定める疾病等に看取り期の患者を加え、医療保険の訪問看護を可能とし、施設患者へも対応ができるようにする。
  - ・看取り期の予後週単位の患者を対象とする（おおむね死亡日前4週間以内もしくは、点滴や胃瘻などの人工栄養をせずに経口摂取量1日500ml以下になった患者）
  - ・経口摂取量は、食事水分の総量とし、改善が認められた場合は、一度解除する。
  - ・経口摂取量が1日500ml以下となり、看取り期に入ったと判断した場合は、レセプトにその日付を記載する。

月単位	体の中に入る量（経口、注入、点滴）が1日500ml以上
週単位	体の中に入る量（経口、注入、点滴）が1日500ml以下
日単位	体の中に入る量（経口、注入、点滴）がほぼゼロ

## 施策概要

### 生き方に向き合える相談事業を開始する

担当 永井康徳

## 阻害要因

- ・最期まで治し続ける医療が治し病院では行われており、医学教育や看護教育でも、死や生き方に向き合う医療は行われておらず、人材育成には時間がかかる。
- ・亡くなるまでどう生きるかを考える時点で、意思決定支援や相談業務は重要にもかかわらず、人材がいない。
- ・そもそも相談業務には、報酬が伴わず、サービスでの運営となっている。

## 個別施策

- (1)相談業務の評価と拡充（終末期の相談は医師以外でもできる）
- (2)単独職種でなく多職種のチーム作り
- (3)医師に集中した権限を多職種に広げ、看護師、ヘルパー、ケアマネなど多職種に権限委譲を行う。
- (4)医学部教育、看護教育も治す医療偏重から支える医療への転換を図る
- (5)情報の共有と方針の統一を図るミーティングを重視（多職種連携の鍵）
- (6)複数体制や多職種での疲弊しない体制をシステムで解決す

## 具体的活動内容

- (1)医学教育・看護教育に在宅医療や終末期におけるACP・意思決定支援の方法を必須とする。
- (2)多職種でのミーティングでの連携を重視し、診療報酬上、多職種ミーティング加算を設け、評価する。
- (3)介護保険の2号被保険者を対象に40歳から5年ごとに生き方講習（映像学習、看取りのパンフ）
- (4)生き方支援センターの設置（次スライドに詳細を記載）

## 目玉政策10

### 生き方支援センター（仮称）の設置 担当 永井康徳

- (1)元気なうちからどこでどう亡くなるか、亡くなるまでどう生きるか考える機会を設ける
- (2)介護保険の2号被保険者を対象に40歳から5年ごとに生き方講習（映像学習、看取りのパンフ）
- (3)設置主体は、診療所、病院、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、単独開業など多様な事業所を認める。
- (4)生き方支援センターの構成員は、MSW（社会福祉士）を中心とし、その他多様な人材を育成して認める。地域の人材も活用することで、地域づくりにつなげていく。
- (5)生き方に向き合う相談に一定の費用が算定できるようにする。退院時カンファレンスや在宅移行時にも相談員による相談について費用算定ができるようにする。

## 生き方支援センターの意義

- (1)今後社会保障費の増大で在宅医療の費用が増大していく際に、医師の権限を最小限にしておくことが、医療費を抑える事につながる。そもそも多死社会では、医師の役割は少なくなり、医療は最小限になるので、多職種のチームで国民の生き方を支える仕組みが必要。
- (2)生き方に向き合うのは医師でなくてもできる。生き方に向き合う相談業務を多職種のチームで請け負う。
- (3)外来や在宅だけでなく、病気にかかる前から地域でどう生きるかについて考える機会や相談を受ける機会を増やす。

## 総合診療専門医 専門研修カリキュラム

### 【到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー】

1. 人間中心の医療・ケア
  - 1) 患者中心の医療
  - 2) 家族志向型医療・ケア
  - 3) 患者・家族との協働を促すコミュニケーション
  
2. 包括的統合アプローチ
  - 1) 未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応
  - 2) 効率よく的確な臨床推論
  - 3) 健康増進と疾病予防
  - 4) 継続的な医療・ケア
  
3. 連携重視のマネジメント
  - 1) 多職種協働のチーム医療
  - 2) 医療機関連携および医療・介護連携
  - 3) 組織運営マネジメント
  
4. 地域志向アプローチ
  - 1) 保健・医療・介護・福祉事業への参画
  - 2) 地域ニーズの把握とアプローチ
  
5. 公益に資する職業規範
  - 1) 倫理観と説明責任
  - 2) 自己研鑽とワークライフバランス
  - 3) 研究と教育
  
6. 診療の場の多様性
  - 1) 外来医療
  - 2) 救急医療
  - 3) 病棟医療
  - 4) 在宅医療

### 【経験目標】

1. 身体診察及び検査・治療手技
2. 一般的な症候への適切な対応と問題解決
3. 一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント
4. 医療・介護の連携活動
5. 保健事業・予防医療