

日医総研ワーキングペーパー

地域医療支援病院制度についての 都道府県医師会アンケート調査結果

No. 274

2013年2月26日

日本医師会総合政策研究機構

前田 由美子

地域医療支援病院制度についてのアンケート調査結果

日本医師会総合政策研究機構 前田 由美子
日本医師会 地域医療第一課・総合医療政策課

キーワード

- ◆ 地域医療支援病院 ◆ 医師会病院 ◆ 診療報酬 ◆ 医療審議会
- ◆ 紹介率・逆紹介率 ◆ 共同利用 ◆ 委員会 ◆ 救急医療
- ◆ 在宅医療の支援

ポイント

- ◆ 地域医療支援病院制度について、都道府県医師会の7割以上は、制度を見直すべきとの回答であった。
- ◆ 現行の診療報酬についても、見直すべきあるいは補助金で対応すべきという意見が半数以上であった。診療報酬目的で地域医療支援病院の承認を受けることは問題であるとの意見もあった。
- ◆ 地域医療支援病院は、かかりつけ医の支援を目的に創設されたが、その承認にあたって、地域医療を代表する都道府県医師会の意見が反映されないところが半数近くであった。また承認後の実績について情報の提供がないところが半数以上であった。
- ◆ 紹介率、逆紹介率についてはおおむね高く評価されていた。特に医師会病院については高い評価であった。また地方よりも都市部での評価が高かった。地方では、紹介元、逆紹介先となるかかりつけ医が少なく、紹介率、逆紹介率を満たすことが困難なので要件を緩和してほしいとの意見があった。しかしながら、地域医療支援病院の本来の趣旨はかかりつけ医の支援であるので、支援すべきかかりつけ医の少ない地域でのあり方については、別途検討が必要である。

- ◆ また紹介率、逆紹介率については、承認要件は満たしているが、いわゆる門前クリニックなど特定の医療機関からの紹介になっているとの指摘があった。
- ◆ 共同利用については、一般の診療所が急性期病院の病床や設備を利用することは難しいといった意見があった。
- ◆ 在宅医療の支援については、今後の課題であるという声が多かった。また急性期病院に在宅医療支援の役割を担わせることには無理があるのではないかといった意見も見られた。
- ◆ 今回の調査結果を通じて、地域医療支援病院の中には、次のような病院があるのではないかと推察された。
 - ・ 都市部で救急医療を評価されている大規模急性期病院
 - ・ 医師会病院のように紹介率を評価されている病院
- ◆ 今後、地域医療支援病院制度を見直す場合、たとえば次のような方向性が考えられる。

第一に、現行制度を原則維持し、承認要件などの見直しを行っていくという考え方である。特に紹介率・逆紹介率は2004年に緩和されたが、かかりつけ医を支援するという地域医療支援病院本来の趣旨に立ち返って、以前の水準に戻すべきとの意見がある。

第二に、地域医療支援病院の制度は残すが、経済的なインセンティブは、地域医療支援病院入院診療加算やDPC機能評価係数Iのように、地域医療支援病院自体に付与するのではなく、個々の診療内容に対して与えるという考え方である。

また、地域医療支援病院では2007年に在宅医療の支援が義務化されたが、2008年に診療報酬上に創設された在宅療養支援病院との機能分担が明確ではない。医療提供体制全体の中での位置づけの再整理も必要である。

目 次

1. 地域医療支援病院の概要	1
1.1. 経緯	1
1.2. 承認要件および承認状況	5
2. 都道府県医師会アンケート調査	12
2.1. 調査の概要	12
2.1.1. 調査の目的と方法	12
2.1.2. 調査内容	13
2.2. 都道府県医師会ごとの意見	14
2.2.1. 制度の存続について	14
2.2.2. 承認数のあり方	15
2.2.3. 経済的インセンティブ（診療報酬など）	18
2.2.4. 承認のあたっの都道府県医師会の関与	21
2.2.5. 承認後の実績についての情報提供	22
2.3. 地域医療支援病院の個別評価	23
2.3.1. 回答状況	23
2.3.2. 全体	24
2.3.3. 紹介率・逆紹介率	26
2.3.4. 共同利用	28
2.3.5. 委員会	30
2.3.6. 救急医療	32
2.3.7. 在宅医療	34
2.3.8. 地域医療連携など	36
2.4. まとめと考察	37
2.4.1. 地域医療支援病院制度について	37
2.4.2. 個別病院に対する評価	37
2.4.3. 今後の検討に向けて	38
2.5. 自由記述	40
2.5.1. 地域医療支援病院の役割や承認要件について（問1）	40

2.5.2.	診療報酬上の手当てや補助金のあり方について（問2）	42
2.5.3.	個別の地域医療支援病院について評価できる点や問題点（問5）	43
2.5.4.	地域医療支援病院の制度全般について（自由記述）	54
2.6.	調査票	58
3.	参考資料	63

1. 地域医療支援病院の概要

1.1. 経緯

1996年、厚生省（当時）の医療審議会が「今後の医療体制の在り方（意見具申）」をとりまとめ、かかりつけ医等を支援する医療機関の位置付けを検討することが必要であるとした。そして、第3次医療法改正（1997年12月改正法成立、公布。1998年4月施行）で、医療法に地域医療支援病院が位置づけられた（表 1.1.1）。またこの改正によって、医療計画上に地域医療支援病院の整備目標数を定めることになった。

表 1.1.1 医療法における地域医療支援病院の位置づけ

医療法 第4条

国、都道府県、市町村、第42条の2第1項に規定する社会医療法人その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院であつて、地域における医療の確保のために必要な支援に関する次に掲げる要件に該当するものは、その所在地の都道府県知事の承認を得て地域医療支援病院と称することができる。

- 一 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供し、かつ、当該病院の建物の全部若しくは一部、設備、器械又は器具を、当該病院に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の診療、研究又は研修のために利用させるための体制が整備されていること。
 - 二 救急医療を提供する能力を有すること。
 - 三 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有すること。
 - 四 厚生労働省令で定める数以上の患者を入院させるための施設を有すること。
 - 五 第21条第1項第2号から第8号まで及び第10号から第12号まで並びに第22条第1号及び第4号から第9号までに規定する施設を有すること。
 - 六 その施設の構造設備が第21条第1項及び第22条の規定に基づく厚生労働省令並びに同項の規定に基づく都道府県の条例で定める要件に適合するものであること。
- 2 都道府県知事は、前項の承認をするに当たっては、あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴かなければならない。
 - 3 地域医療支援病院でないものは、これに地域医療支援病院又はこれに紛らわしい名称を付けてはならない。

1998年5月、厚生省（当時）の医療法改正法施行通知（以下、1998年通知）で、地域医療支援病院の承認要件や管理者の義務などが具体的に示され¹、6月には、医療計画においてすべての二次医療圏で地域医療支援病院の整備目標を検討することとされた²。

また、1998年7月には、紹介率の算定式が見直された³。それまでは、救急医療を行う場合、「初診患者」に休日または夜間に受診した救急患者が含まれていたが、これを除くことになった。

2004年7月、1998年通知が改正され、地域医療支援病院の開設主体、紹介率要件についての見直しが行われた（表 1.1.2）⁴。このとき、保険医療機関であって、かつエイズ治療拠点病院または地域がん診療拠点病院であれば、株式会社立の病院も承認を受けることができるようになった。

これより前の2004年6月、社団法人日本経済団体連合会は、エイズ治療拠点病院または地域がん診療拠点病院にかかわらず、営利法人が経営する病院を地域医療支援病院として承認するよう求めたが⁵、厚生労働省は「地域医療支援病院は、地域医療の充実・確保を図る上で不可欠な存在であり、地域医療システムの核となる病院であるため、開設主体については、経営の安定性・継続性や公正性が確保されるとともに、地域医療の確保を行い得る能力を有すると認められるものであることが必要である」⁶と回答している。

¹ 「医療法の一部を改正する法律の施行について」 健政発第 639 号, 1998 年 5 月 19 日

² 「医療計画について」 健政発第 689 号, 1998 年 6 月 1 日

「全ての二次医療圏において、かかりつけ医（歯科医）等への支援を通じた地域医療の体系化と地域医療支援病院の整備目標について、次の機能及び地域の実情を考慮し検討を行う。」

³ 「地域医療支援病院の紹介率の取り扱いについて」 健政発第 858 号, 1998 年 7 月 29 日

⁴ 『医療法の一部を改正する法律の施行について』等の一部改正について」 医政発第 0722003 号, 2004 年 7 月 22 日

⁵ 規制改革・民間開放推進会議に要望を提出した。

社団法人日本経済団体連合会「規制改革集中受付月間（6月）への提出要望一覧」2004年6月30日

<http://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/2004/059.html>

⁶ 内閣府規制改革・民間開放推進室「『全国規模の規制改革・民間開放要望』に対する各省庁の取組状況について」2004年9月13日

http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/old/accept/200406/0913_02.html

また 2004 年の見直しで、「紹介患者の数」及び「救急患者の数」はすべて初診患者のみを対象にすることが明確化された⁷。さらに、紹介率や逆紹介率の算定にあたって紹介元、逆紹介先が特定の医療機関に偏っている場合には、地域医療支援病院内に設置される委員会や都道府県医療審議会において対応策を審議すること、新たに地域医療支援病院の承認を行った場合には厚生労働省に情報提供することが定められた。

表 1.1.2 2004 年の地域医療支援病院の承認要件の見直し

	創設時	2004年見直し
開設主体	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国、都道府県、市町村、特別医療法人（特別医療法人は現在は社会医療法人） ・ 国家公務員共済組合及びその連合会 ・ 地方公務員等共済組合 ・ 政令で定める法律に基づき設立された共済組合及びその連合会 ・ 日本私立学校振興・共済事業団 ・ 健康保険組合及びその連合会 ・ 国民健康保険組合及び国民健康保険団体連合会 ・ 医療法人（医療法第42条第2項に規定する特別医療法人（現在は社会医療法人）を除く） ・ 民法法人（現在は一般社団法人又は一般財団法人） ・ 学校法人 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会福祉法人 ・ 独立行政法人労働者健康福祉機構 ・ 次の要件のいずれにも該当し、かつ、地域における医療の確保のために必要な支援について相当の実績を有する病院の開設者 <ul style="list-style-type: none"> ① エイズ治療拠点病院又は地域がん診療拠点病院であること ② 保険医療機関であること
紹介率	紹介率80%を上回っていること	従来の要件に加え、以下の要件を追加 <ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介率が60%超、かつ、逆紹介率が30%超 ・ 紹介率40%超、かつ、逆紹介率60%超

⁷ それまでは定義が明確化されていなかったもので、都道府県によって、初診患者のみとする地域と、そうではない地域とがあった。

2005年12月、社会保障審議会医療部会が「地域医療支援病院制度全般にわたる検討課題について、医療施設体系のあり方に関する検討会を開催して検討を進める」ことを提言した⁸。ここでの提言に基づいて設置された「医療施設体系のあり方に関する検討会」が、2007年7月に「これまでの議論を踏まえた整理」⁹を取りまとめ、地域医療支援病院の姿・要件についての見直しの方向性を示したが、具体的な見直しには至らなかった。

2006年6月、第5次医療法改正法が成立、2007年に施行され、地域医療支援病院の管理者の義務として、在宅医療への支援が追加された。ただし、地域医療支援病院の承認要件ではなく、都道府県知事に提出する業務報告書に在宅医療の実施状況に係る記載欄はない。また、このとき、都道府県知事が地域医療支援病院の業務報告を公表することが定められた。

2011年5月、「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」により、医療計画に地域医療支援病院の整備目標を定めることは努力目標になった¹⁰。

2011年12月、社会保障審議会医療部会が「医療提供体制の改革に関する意見」¹¹を取りまとめ、地域医療支援病院のあり方を見直す必要があることを指摘した。これにもとづき、2012年3月に「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」が設置され、具体的な見直し作業を進めている。

⁸ 社会保障審議会医療部会「医療提供体制に関する意見」2005年12月8日

⁹ 医療施設体系のあり方に関する検討会「これまでの議論を踏まえた整理」2007年7月18日

¹⁰ ただし、厚生労働省医政局長通知により、各都道府県に対し、それぞれの地域の実情に応じて引き続きその整備に努めるよう要請した。

「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律の施行について」医政発0502第6号、2011年5月2日

¹¹ 社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」2011年12月22日

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001zh6h-att/2r9852000001zhag.pdf>

1.2. 承認要件および承認状況

地域医療支援病院は、紹介患者に対する医療の提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有することが求められている¹²。

現在の承認要件は以下のとおりであり、病床種別を問わず原則として病床数200床以上の病院が対象である（表 1.2.1）。また、2006年の医療法改正で、医療法第16条の2第二項が追加され、地域医療支援病院の管理者の義務として、在宅医療のために必要な支援を行わなければならないようになった。

表 1.2.1 地域医療支援病院承認要件の概要

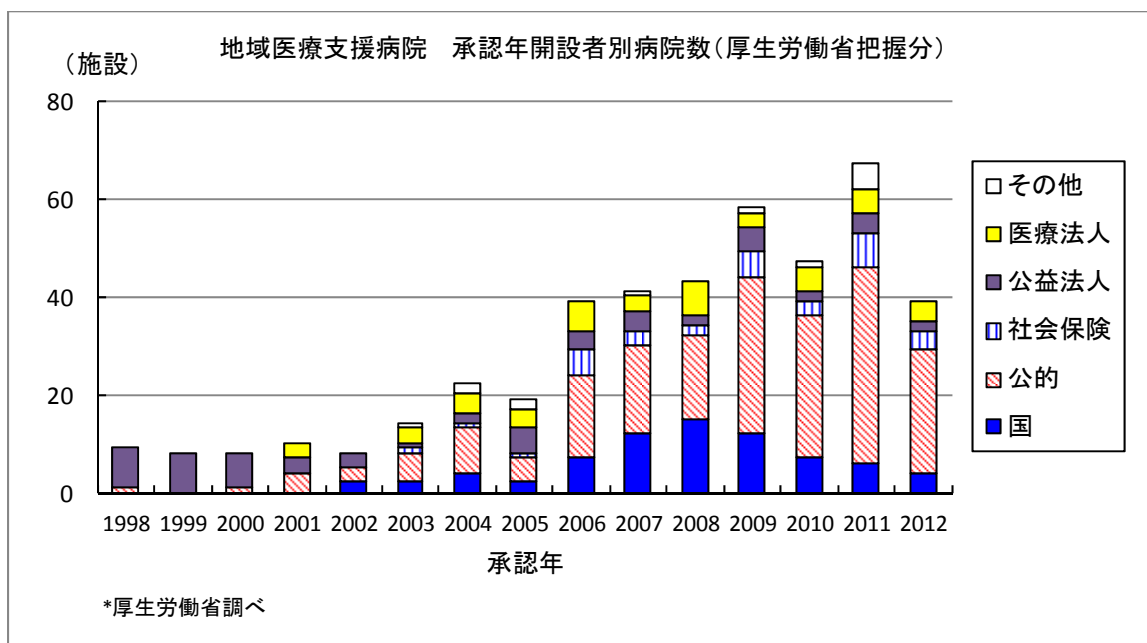
<ul style="list-style-type: none">○ 開設主体:原則として、国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等○ 紹介患者中心の医療を提供していること<ul style="list-style-type: none">① 紹介率80%を上回っていること(紹介率が60%以上であって、承認後2年間で当該紹介率が80%を達成することが見込まれる場合を含む。)② 紹介率が60%を超え、かつ、逆紹介率が30%を超えること③ 紹介率が40%を超え、かつ、逆紹介率が60%を超えること○ 救急医療を提供する能力を有すること○ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること○ 地域医療従事者に対する教育を行っていること○ 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること

*出所:厚生労働省「第1回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会資料」2012年3月15日

¹² 厚生省健康政策局長通知「医療法の一部を改正する法律の施行について」健政発第639号、1998年5月19日

2012年11月1日現在、厚生労働省が把握している全国の地域医療支援病院数は432施設である（表1.2.2）。地域医療支援病院の創設当初は医師会をはじめとする公益法人の承認がほとんどであったが、最近では、都道府県立、市町村立などの公的医療機関が多く承認されている（図1.2.1）。なお、個人立の病院は現在も承認対象外である。

図 1.2.1 地域医療支援病院 承認年開設者別病院数（厚生労働省把握分）



国：独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康福祉機構

公的医療機関：都道府県、市町村、地方独立行政法人、国民健康保険団体連合会、日赤、済生会、厚生連、北海道社会事業協会

社会保険関係団体：全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会

公益法人：旧民法上の財団法人・社団法人、一般財団法人・一般社団法人（公益財団法人・公益社団法人）

その他：学校法人、社会福祉法人、株式会社

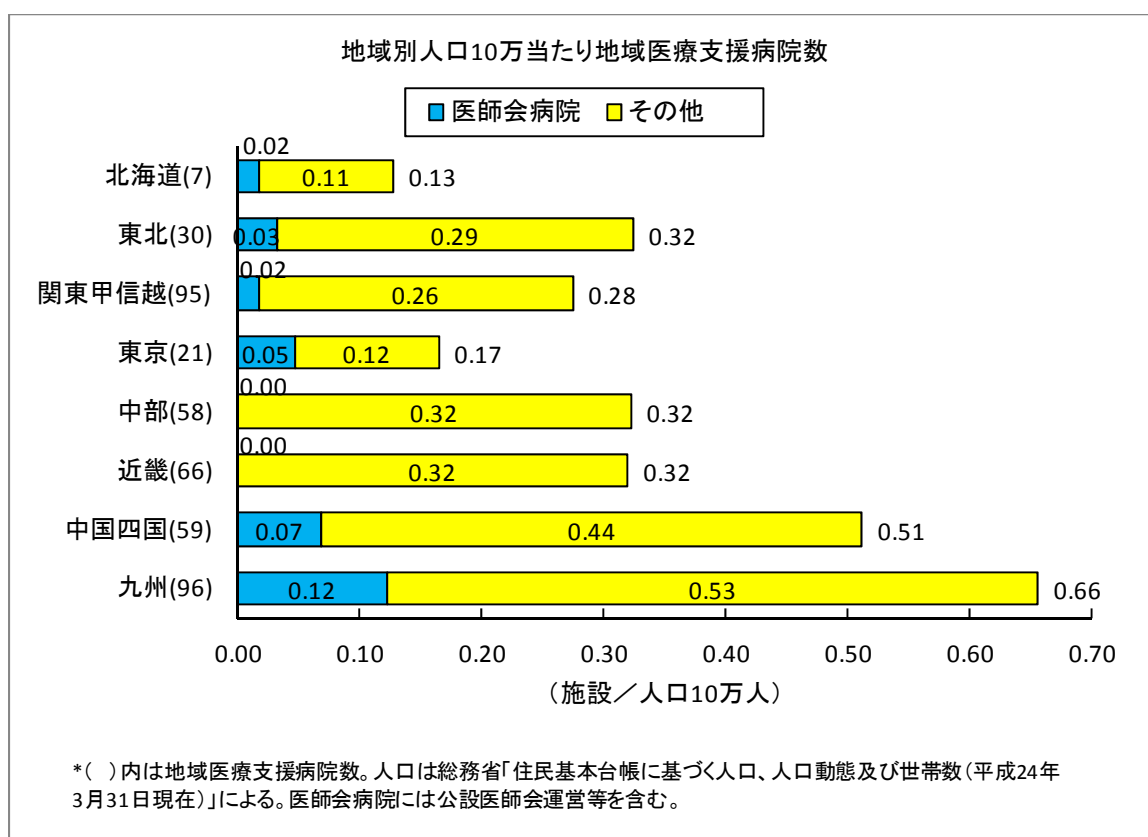
表 1.2.2 都道府県別地域医療支援病院数（2012年11月1日 厚生労働省把握分）

	国	公的医療 機関	社会保険 関係団体	公益法人	医療法人	その他	合計
北海道	0	2	3	1	1	0	7
青森県	1	2	0	0	0	0	3
岩手県	0	2	0	0	0	0	2
宮城県	2	4	2	3	0	0	11
秋田県	0	0	0	2	0	0	2
山形県	0	3	0	0	0	0	3
福島県	1	2	0	6	0	0	9
茨城県	3	4	0	2	1	1	11
栃木県	1	5	0	1	0	0	7
群馬県	2	6	1	1	1	0	11
埼玉県	2	6	0	1	3	1	13
千葉県	2	5	0	0	1	1	9
東京都	3	4	3	8	1	2	21
神奈川県	5	15	3	1	3	2	29
新潟県	2	5	0	0	0	0	7
富山県	0	3	0	0	0	0	3
石川県	1	2	0	0	0	0	3
福井県	0	3	0	0	1	0	4
山梨県	0	0	0	0	0	0	0
長野県	2	5	0	0	1	0	8
岐阜県	0	6	0	0	2	0	8
静岡県	2	14	0	0	0	2	18
愛知県	2	8	1	1	2	0	14
三重県	1	6	1	0	0	0	8
滋賀県	0	5	0	0	0	0	5
京都府	2	5	1	0	1	1	10
大阪府	3	12	3	2	7	1	28
兵庫県	1	11	2	0	2	0	16
奈良県	0	2	0	0	0	0	2
和歌山県	3	2	0	0	0	0	5
鳥取県	2	2	0	0	0	0	4
島根県	1	2	0	1	0	0	4
岡山県	2	2	0	4	2	0	10
広島県	5	9	2	2	0	0	18
山口県	2	2	0	2	0	0	6
徳島県	0	4	1	1	0	0	6
香川県	1	3	0	0	1	0	5
愛媛県	0	2	0	1	0	0	3
高知県	0	2	0	0	1	0	3
福岡県	5	7	3	6	9	2	32
佐賀県	3	2	0	0	0	0	5
長崎県	3	4	2	0	1	0	10
熊本県	3	6	2	2	0	0	13
大分県	2	2	1	3	1	0	9
宮崎県	1	2	1	2	1	0	7
鹿児島県	2	5	0	6	0	0	13
沖縄県	0	2	0	1	4	0	7
全国	73	207	32	60	47	13	432
構成比(%)	16.9	47.9	7.4	13.9	10.9	3.0	100.0

*厚生労働省調べ

地域医療支援病院数は、人口 10 万人当たりで見ると九州地方、中国地方で多い(図 1.2.3)。また東京都では地域医療支援病院数はそれほど多くはないが、医師会立病院の割合が高い(図 1.2.2)。

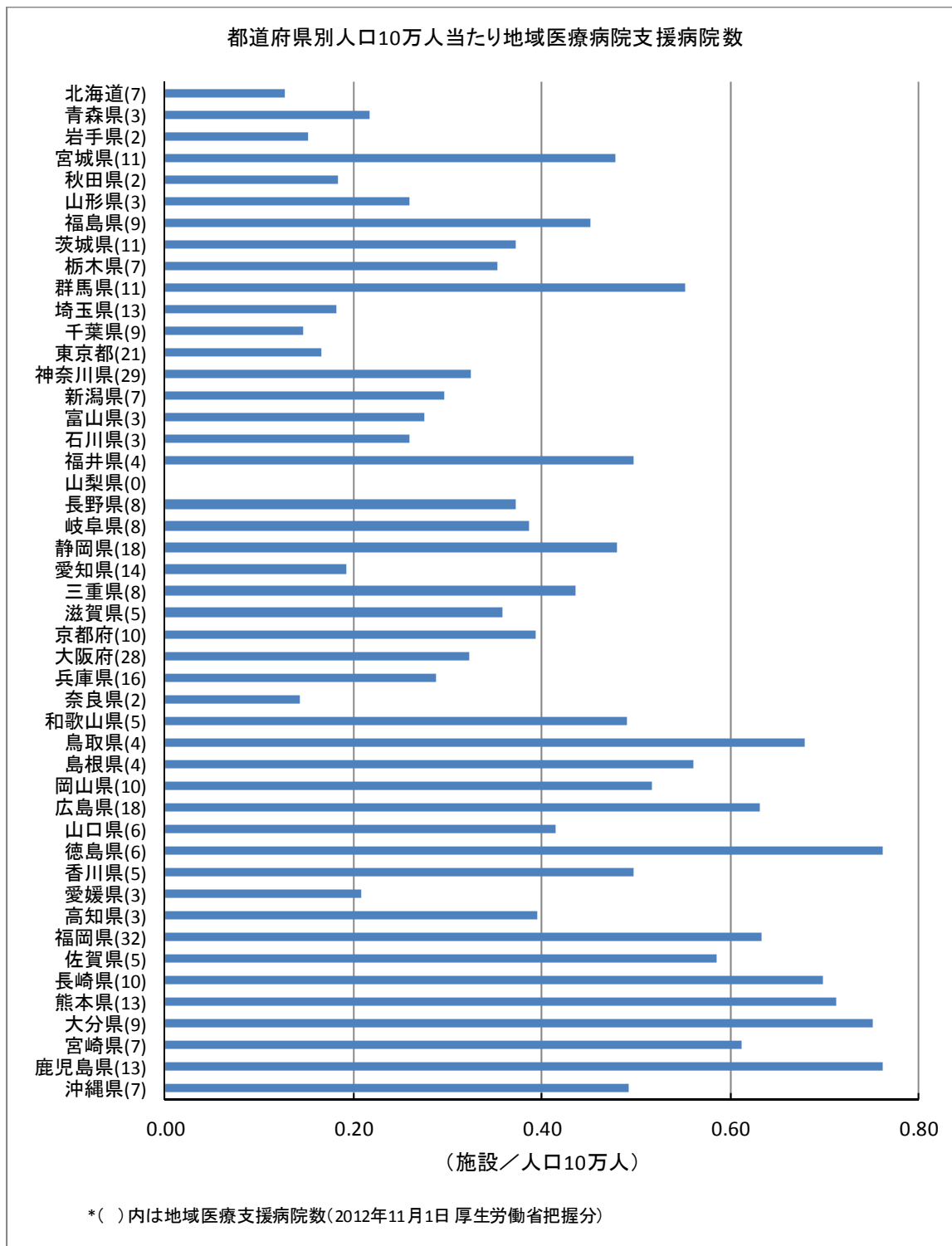
図 1.2.2 地域別人口 10 万人当たり地域医療支援病院数



日本医師会の地域区分

北海道	北海道
東北	青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
関東甲信越	茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県
東京	東京都
中部	富山県、石川県、福井県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県
近畿	滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県奈良県、和歌山県、
中国四国	鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県
九州	福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県鹿児島県、沖縄県

図 1.2.3 都道府県別人口10万人当たり地域医療支援病院数



地域医療支援病院が、政令指定都市（東京都特別区を含む）、中核市（人口30万以上の市で政令で指定）などのどこに立地しているかを示した（表 1.2.3）。

宮城県、東京都、神奈川県、静岡県、京都府、岡山県では、地域医療支援病院は政令指定都市に集中している。このうち、政令指定都市への人口集中度と比べても政令指定都市における地域医療支援病院が多いのは、宮城県、静岡県、岡山県であった。

表 1.2.3 都道府県別地方自治体区分別地域医療支援病院数

	地域医療支援病院数				構成比(%)				政令指定都市の人口集中度(%)
	政令指定都市	中核市	その他	計	政令指定都市	中核市	その他	計	
北海道	3	2	2	7	42.9	28.6	28.6	100.0	34.8
青森県	0	1	2	3	0.0	33.3	66.7	100.0	—
岩手県	0	1	1	2	0.0	50.0	50.0	100.0	—
宮城県	7	0	4	11	63.6	0.0	36.4	100.0	44.3
秋田県	0	1	1	2	0.0	50.0	50.0	100.0	—
山形県	0	0	3	3	0.0	0.0	100.0	100.0	—
福島県	0	5	4	9	0.0	55.6	44.4	100.0	—
茨城県	0	0	11	11	0.0	0.0	100.0	100.0	—
栃木県	0	2	5	7	0.0	28.6	71.4	100.0	—
群馬県	0	6	5	11	0.0	54.5	45.5	100.0	—
埼玉県	3	0	10	13	23.1	0.0	76.9	100.0	—
千葉県	2	1	6	9	22.2	11.1	66.7	100.0	15.2
東京都	14	0	7	21	66.7	0.0	33.3	100.0	67.7
神奈川県	18	3	8	29	62.1	10.3	27.6	100.0	64.1
新潟県	2	0	5	7	28.6	0.0	71.4	100.0	33.9
富山県	0	3	0	3	0.0	100.0	0.0	100.0	—
石川県	0	2	1	3	0.0	66.7	33.3	100.0	—
福井県	0	0	4	4	0.0	0.0	100.0	100.0	—
山梨県	0	0	0	0	—	—	—	—	—
長野県	0	2	6	8	0.0	25.0	75.0	100.0	—
岐阜県	0	2	6	8	0.0	25.0	75.0	100.0	—
静岡県	11	0	7	18	61.1	0.0	38.9	100.0	40.1
愛知県	7	1	6	14	50.0	7.1	42.9	100.0	—
三重県	0	0	8	8	0.0	0.0	100.0	100.0	—
滋賀県	0	2	3	5	0.0	40.0	60.0	100.0	—
京都府	6	0	4	10	60.0	0.0	40.0	100.0	54.4
大阪府	12	5	11	28	42.9	17.9	39.3	100.0	39.0
兵庫県	5	4	7	16	31.3	25.0	43.8	100.0	27.1
奈良県	0	1	1	2	0.0	50.0	50.0	100.0	—
和歌山県	0	2	3	5	0.0	40.0	60.0	100.0	—
鳥取県	0	0	4	4	0.0	0.0	100.0	100.0	—
島根県	0	0	4	4	0.0	0.0	100.0	100.0	—
岡山県	7	1	2	10	70.0	10.0	20.0	100.0	35.8
広島県	5	2	11	18	27.8	11.1	61.1	100.0	40.9
山口県	0	1	5	6	0.0	16.7	83.3	100.0	—
徳島県	0	0	6	6	0.0	0.0	100.0	100.0	—
香川県	0	2	3	5	0.0	40.0	60.0	100.0	—
愛媛県	0	2	1	3	0.0	66.7	33.3	100.0	—
高知県	0	3	0	3	0.0	100.0	0.0	100.0	—
福岡県	17	3	12	32	53.1	9.4	37.5	100.0	47.5
佐賀県	0	0	5	5	0.0	0.0	100.0	100.0	—
長崎県	0	2	8	10	0.0	20.0	80.0	100.0	—
熊本県	5	0	8	13	38.5	0.0	61.5	100.0	39.8
大分県	0	5	4	9	0.0	55.6	44.4	100.0	—
宮崎県	0	3	4	7	0.0	42.9	57.1	100.0	—
鹿児島県	0	3	10	13	0.0	23.1	76.9	100.0	—
沖縄県	0	0	7	7	0.0	0.0	100.0	100.0	—
全国	124	73	235	432	28.7	16.9	54.4	100.0	—

※政令指定都市には東京都特別区を含む。人口は、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成24年3月31日現在)」による。

2. 都道府県医師会アンケート調査

2.1. 調査の概要

2.1.1. 調査の目的と方法

2012年7月、厚生労働省の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」が地域医療支援病院の実態調査を行うことを決定した。対象は地域医療支援病院全数と、比較対照群として200床以上の病院（サンプル調査）である。また、厚生労働省は、都道府県行政に対しても、地域医療支援病院の審査や承認の方法、当該都道府県下の地域医療支援病院の機能等について調査を行うことにした。

厚生労働省の調査は、都道府県と病院を対象としたものである。そこで日本医師会は、地域医療の現場において、地域医療支援病院制度がどのような役割を果たし、どのような評価をされているかを把握する目的で、都道府県医師会へのアンケート調査を実施した。

日本医師会の調査票は、2012年10月11日に47都道府県医師会宛てに発送し、すべての都道府県医師会からの回答を待って、12月14日に締め切った。

2.1.2. 調査内容

質問は、問1から問5までで構成している（表 2.1.1）。

問1から問4については、地域医療支援病院制度についての質問であり、都道府県でひとつの回答を依頼した。すべての都道府県医師会から回答があった。

問5については、都道府県医師会管下の個別の地域医療支援病院についての質問であり、地域医療支援病院それぞれについて回答を依頼した。たとえば、北海道には地域医療支援病院が7施設あるので、回答数は7病院分である。なお、ひとつの病院について複数回答があったもの、地域医療支援病院はあるが問5の回答がなかったケースもあり、これらは有効回答数から除外した。詳しくは集計結果のところでは後述する。

表 2.1.1 地域医療支援病院制度についてのアンケート調査内容

問1	医療法上の地域医療支援病院制度の存続	都道府県医師会 単位で回答
問2	(1)地域医療支援病院の承認数のあり方 (2)地域医療支援病院に対する経済的インセンティブの要否	
問3	地域医療支援病院承認にあたっての都道府県医師会の関与	
問4	地域医療支援病院承認後の実績についての都道府県から 都道府県医師会への情報提供	
問5	地域医療支援病院の評価 <ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介率・逆紹介率の高さ ・ 病床の共同利用 ・ 設備や器械などの共同利用 ・ 委員会の開催頻度 ・ 委員会での審議の内容 ・ 救急医療の実施 ・ 在宅医療の支援 	都道府県医師会管下の 地域医療支援病院ごとに 都道府県医師会が回答

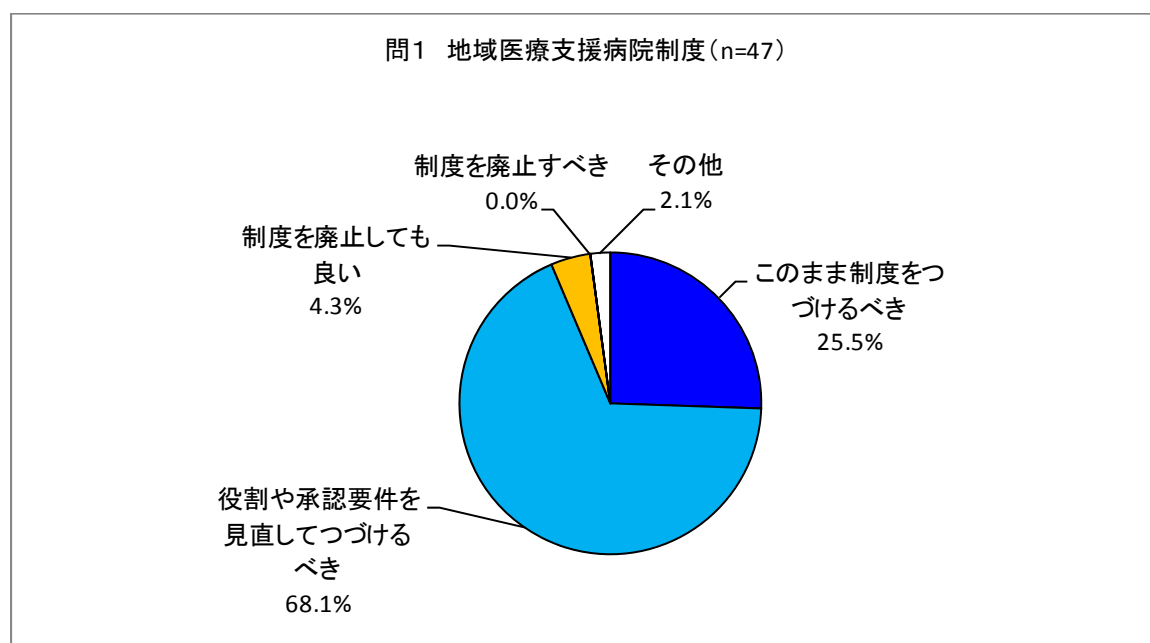
2.2. 都道府県医師会ごとの意見

2.2.1. 制度の存続について

医療法に地域医療支援病院を位置づける制度について、「このまま制度をつづけるべき」は 25.5%であった（図 2.2.1）。一方、「役割や承認要件を見直して制度をつづけるべき」が 68.1%、「制度を廃止しても良い」が 4.3%で、廃止も含めて制度を見直すべきという意見が合計 72.3%¹³であった。

地域医療支援病院制度の承認要件のうち、紹介率については引き上げを求める意見がある一方、（紹介元・逆紹介先となる）診療所かかりつけ医の少ない地方においては緩和すべきとの意見もあった。また、地域特性を考慮した柔軟な要件にすべきとの意見もあった（巻末参照）。

図 2.2.1 地域医療支援病院制度



¹³ 四捨五入差があるため内訳と合計が一致しない。以下同様の箇所あり。

2.2.2. 承認数のあり方

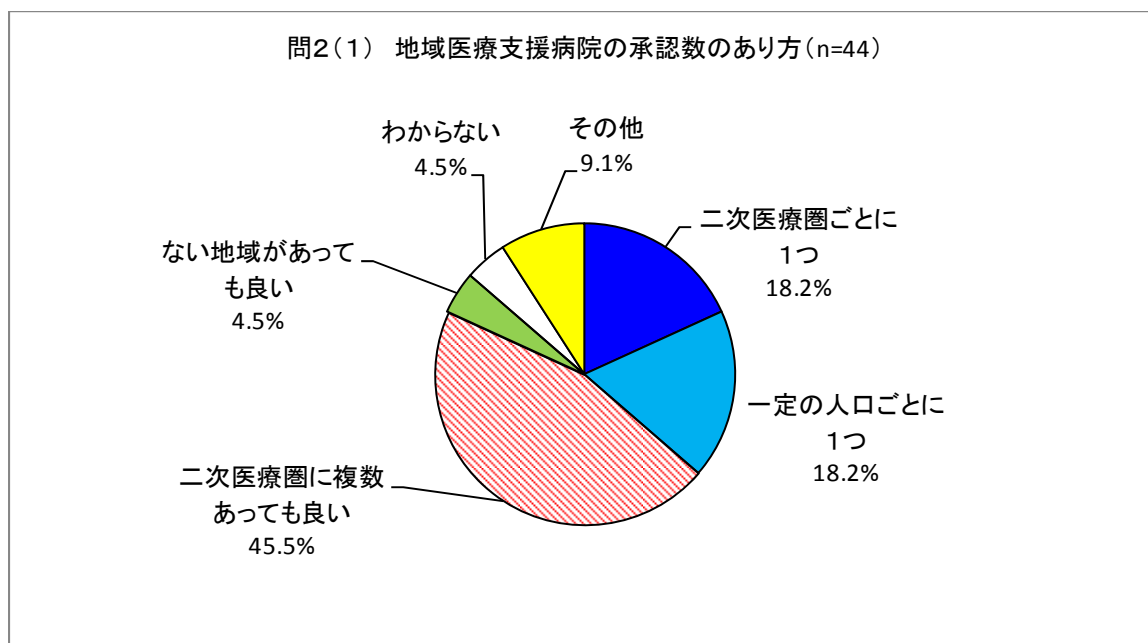
この項目は、地域医療支援病院制度を「つづけるべき」と回答した都道府県医師会への質問である¹⁴。

地域医療支援病院の承認数については、「原則、二次医療圏ごとに1つずつ」が18.2%、「一定の人口ごとに1つずつ」が18.2%であり、二次医療圏、人口などで制限すべきという意見が合計36.4%であった（図2.2.2）。

一方、「二次医療圏に複数あっても良い」が45.5%であった。

「その他」の中には、「二次医療圏によって人口や医療機関数にばらつきがあるので、地域の実情に応じて決定する必要があるのではないか」「地域医療の不足部分を補うのに相当する承認数」といった意見があった。

図 2.2.2 地域医療支援病院の承認数のあり方



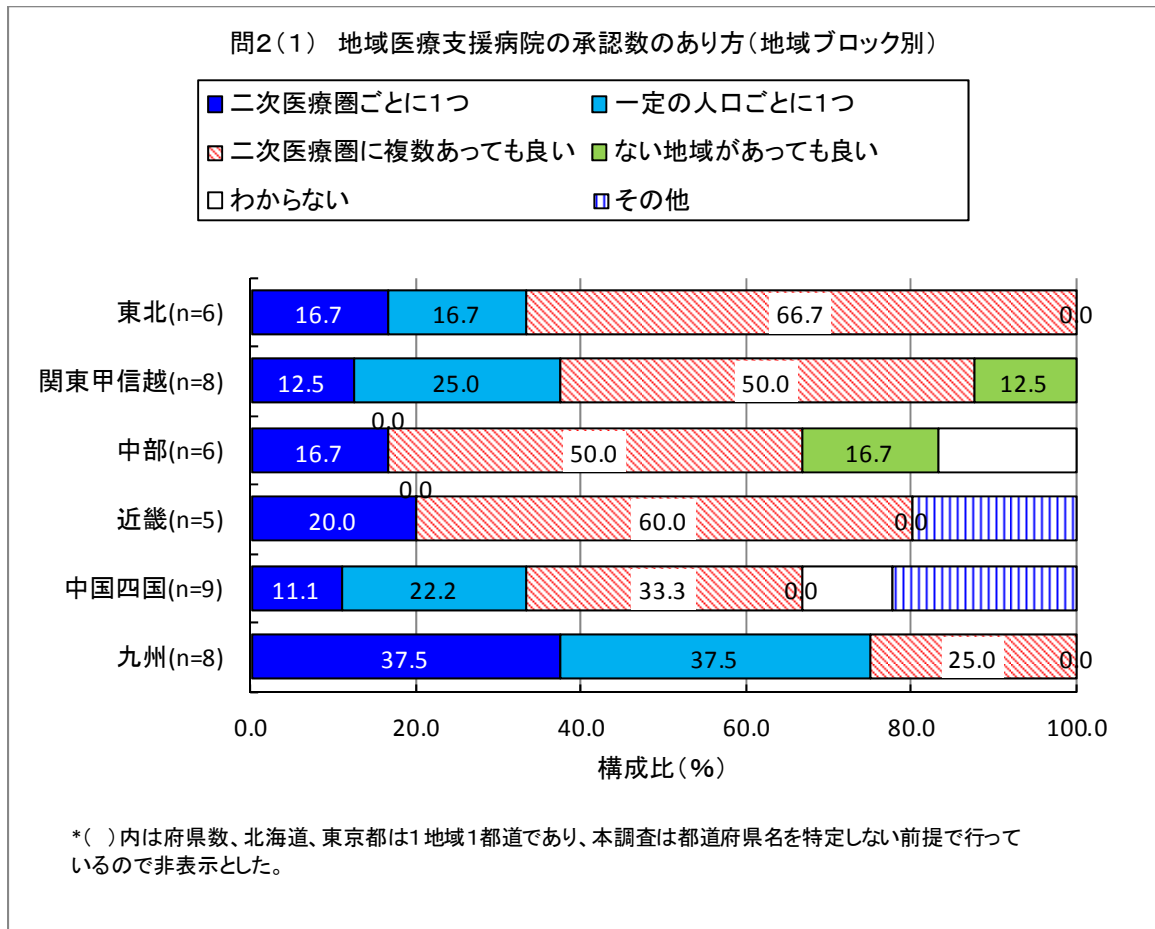
¹⁴ 問1で「このまま制度をつづけるべき」「役割や承認要件を見直して制度をつづけるべき」と回答した都道府県医師会への質問。

地域医療支援病院の承認数については、前述のように全体で見ると、「二次医療圏に複数あっても良い」が半数近くであるが、地域によって回答に違いが見られる。

たとえば、地域医療支援病院が多い九州地方では、二次医療圏ごとに1つ、一定の人口ごとに1つであるべきという回答が多い。地域医療支援病院が少ない関東甲信越、中部、近畿では「二次医療圏に複数あっても良い」という回答が半数以上である（図 2.2.3）。

地域医療支援病院が増えてくれば、二次医療圏や人口で制限すべきという意見が増えてくる可能性がある。

図 2.2.3 地域医療支援病院の承認数のあり方（地域ブロック別）



2.2.3. 経済的インセンティブ（診療報酬など）

この項目は、地域医療支援病院制度を「つづけるべき」と回答した都道府県医師会への質問である¹⁵。

地域医療支援病院は、診療報酬において、地域医療支援病院入院診療加算（入院初日）1,000点を算定することができる。DPC病院ではこれに相当する機能評価係数 I（0.0277）がある（表 2.2.1）。

表 2.2.1 地域医療支援病院に係る診療報酬

出来高

	～2005年度	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
地域医療支援病院入院診療料1	490点	地域医療支援病院入院診療加算 （入院初日）1,000点						
地域医療支援病院入院診療料2 ※	900点							
紹介患者加算1（紹介率80%以上）	400点	廃止						
紹介患者加算2（紹介率60%以上）	300点							

※紹介率80%以上

DPC

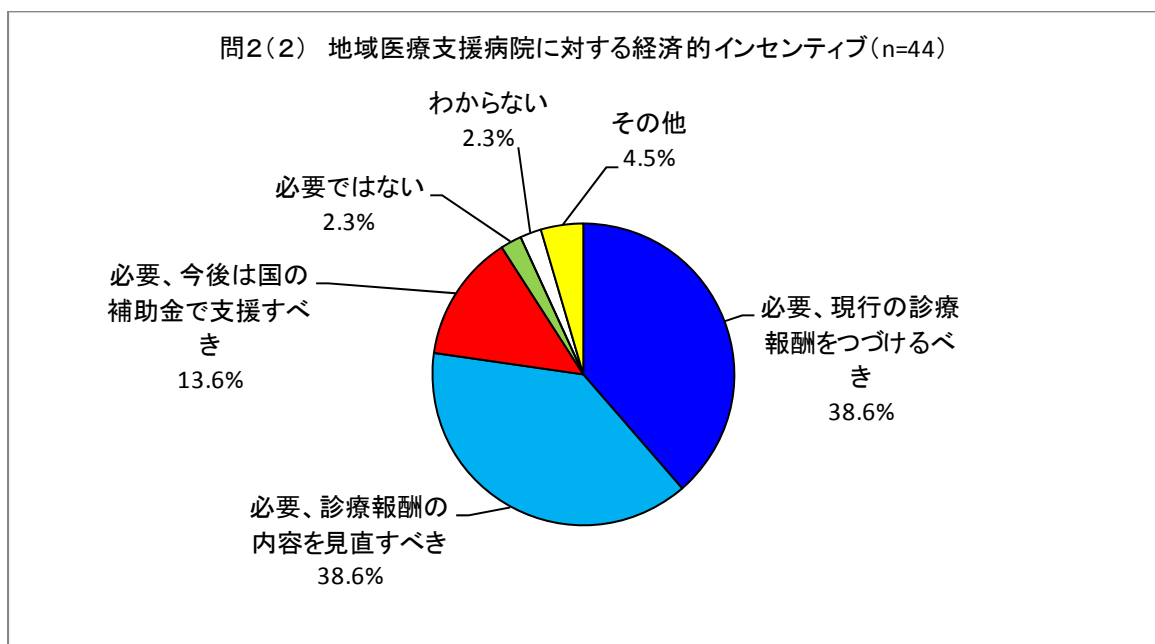
	～2005年度	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
機能評価係数 I	—	0.0294		0.0321		0.0327		0.0277

¹⁵ 問1で「このまま制度をつづけるべき」「役割や承認要件を見直して制度をつづけるべき」と回答した都道府県医師会への質問。

地域医療支援病院に対する経済的インセンティブについては、「必要であり、現行の診療報酬上の手当てをつづけるべき」が 38.6%であった。一方、「必要であり、診療報酬上の手当てが望ましいが、内容は見直すべき」が 38.6%、「必要であり、今後は国の補助金で支援すべき」が 13.6%、「必要ではない」が 2.3%であり、見直すべきという意見が合計 54.5%と半数以上であった（図 2.2.4）。

「その他」の中には、「紹介外来制など、機能分担にかかる評価を取り入れるべき」「救急ベッドの確保、地域の医療従事者への研修を実施する経費を確保するため、必要であるが、入院費用における患者負担増を考えると『診療報酬』と『国の補助金』を併用すべき」といった意見があった。

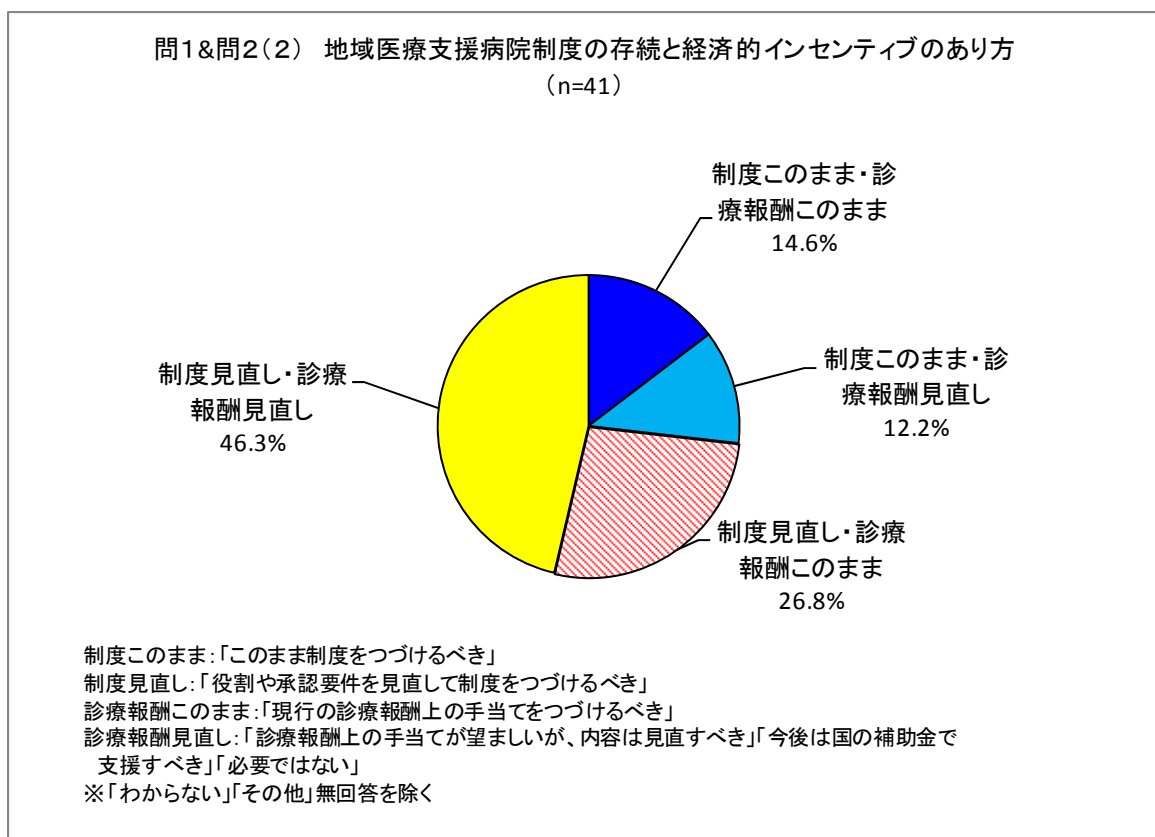
図 2.2.4 地域医療支援病院に対する経済的インセンティブ



地域医療支援病院の制度を「このままつづけるべき」であり、かつ「現行の診療報酬上の手当てをつづけるべき」（診療報酬このまま）と回答した都道府県医師会は14.6%と1割強に止まった（図 2.2.5）

その一方で、制度あるいは経済的インセンティブの両方またはどちらかを見直すべきという意見が、合計85.4%であった。

図 2.2.5 地域医療支援病院制度の存続と経済的インセンティブのあり方

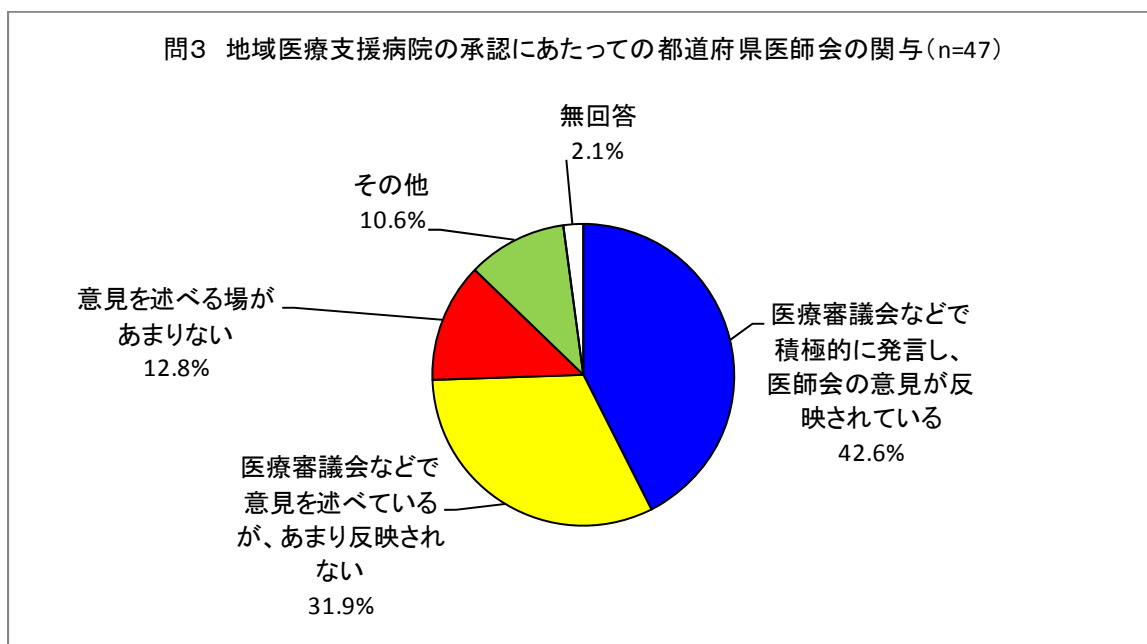


2.2.4. 承認のあたっの都道府県医師会の関与

地域医療支援病院の承認にあたり、都道府県医師会がどのような関与をしているかについては、「医療審議会などで積極的に発言し、医師会の意見が反映されている」が42.6%であった（図2.2.6）。「医療審議会などで意見を述べているが、あまり反映されない」が31.9%、「意見を述べる場があまりない」が12.8%であり、都道府県医師会の意見が反映されないという回答が合計44.7%と半数近くあった。

「その他」の中には、「医療審議会などで積極的に発言しているが、条件がクリアされていれば認めざるを得ないとの県の立場である。条件をクリアしただけで本当に認められるべきものなのか検討が必要である」との意見があった。

図 2.2.6 地域医療支援病院の承認にあっの都道府県医師会の関与



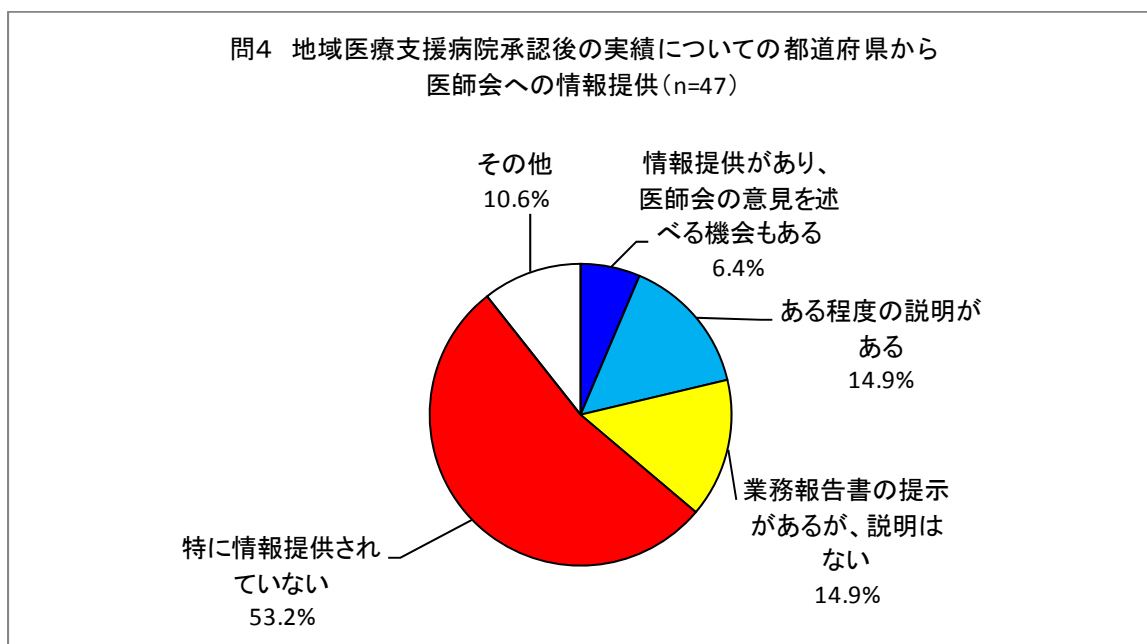
2.2.5. 承認後の実績についての情報提供

地域医療支援病院承認後の実績について、都道府県から都道府県医師会に対して、情報提供があるかどうかについては、「毎年、都道府県から、きちんと情報提供があり、医師会の意見を述べる機会もある」が6.4%、「毎年、都道府県から、管下の地域医療支援病院について、ある程度の説明がある」が14.9%であり、何らかの説明があるという回答は合計21.3%に止まった（図2.2.7）。

一方、「特に情報提供されていない」が53.2%と半数以上であった。

「その他」には、「医療審議会で説明がある」「地域医療支援病院協議会で病院から説明をうけている」「地域医療支援病院運営委員会で報告、説明されている」という回答があった。

図 2.2.7 地域医療支援病院承認後の都道府県から医師会への情報提供



2.3. 地域医療支援病院の個別評価

2.3.1. 回答状況

この項目（問 5）は、都道府県医師会に対し、都道府県内の地域医療支援病院についての評価をそれぞれ質問したものである。都道府県医師会には、「関係郡市区医師会とご相談の上、ご回答ください」と依頼した。たとえば、北海道には地域医療支援病院が 7 施設あるので、回答数は 7 施設である。

ただし、ひとつの地域医療支援病院について、複数の郡市区医師会から異なる評価が回答されたケースが若干ある。これらについては有効回答から除外した。有効回答数は 325 施設である。

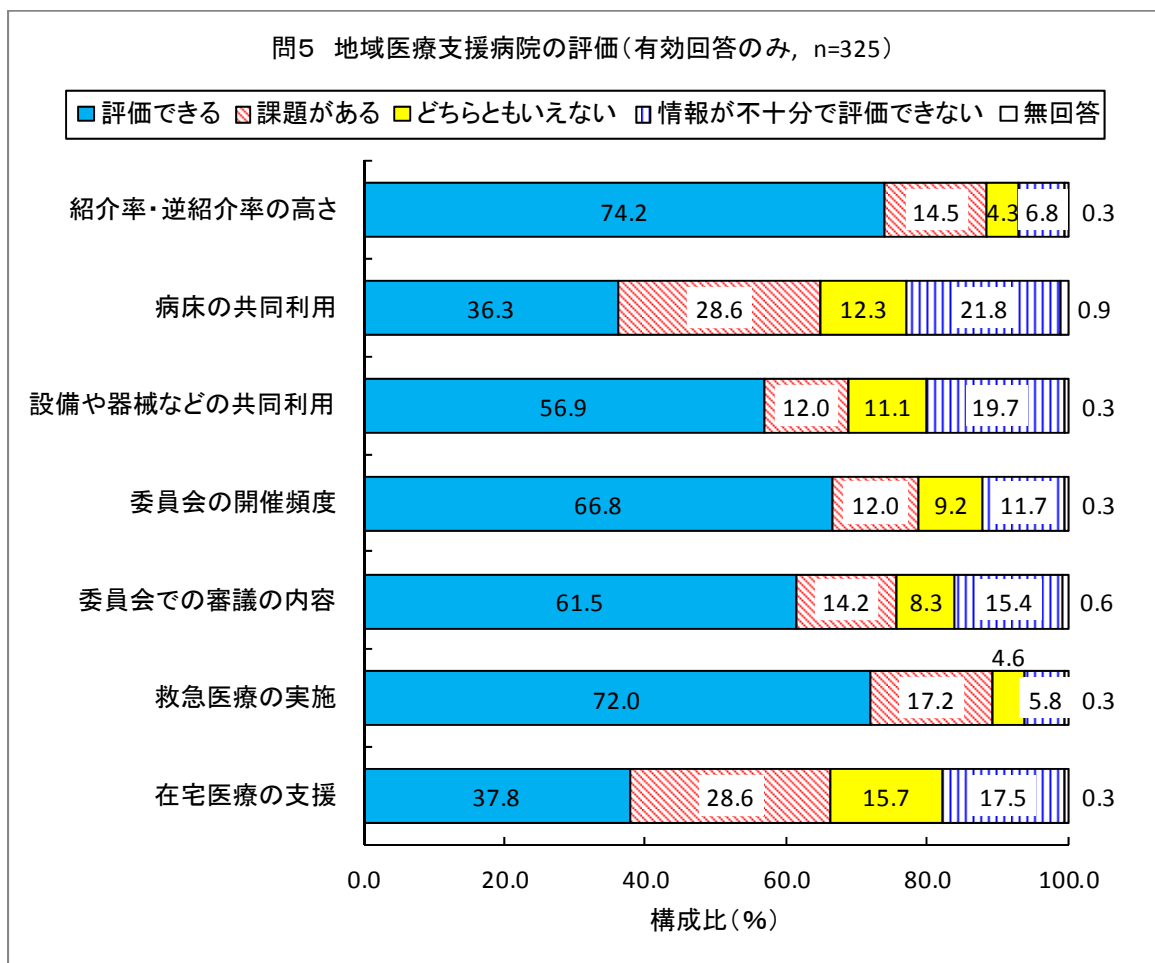
厚生労働省が 2012 年 11 月 1 日現在で把握している地域医療支援病院は 432 施設であるが、今回調査で、このほかに少なくとも 2 施設が承認されていることが判明した。厚生労働省が把握した時点以降に承認された可能性がある。地域医療支援病院数を 434 施設として、今回調査の有効回答数は 74.9%である（325/434 施設）。

2.3.2. 全体

「評価できる」という回答が多いのは、「紹介率・逆紹介率の高さ」74.2%、「救急医療の実施」72.0%である（図 2.3.1）。「課題がある」という回答が多いのは、「病床の共同利用」28.6%、「在宅医療の支援」28.6%であり、在宅医療とその後方支援病床としての役割に課題があることがうかがえる。

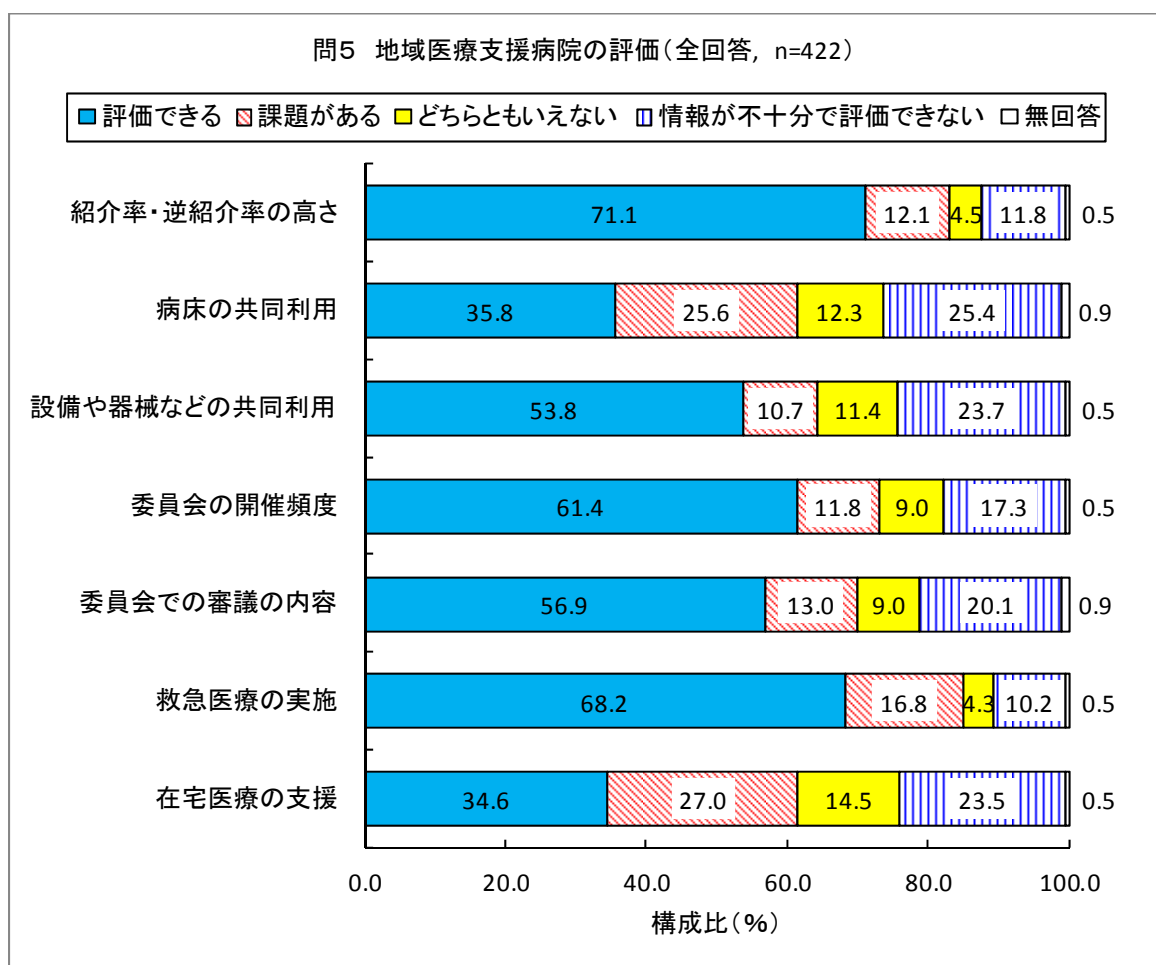
また、病床、設備等の共同利用については、「情報が不十分で評価できない」という回答が多かった。

図 2.3.1 地域医療支援病院の評価（有効回答のみ）



参考までに、郡市区医師会などが当該地域にない隣接地域等の地域医療支援病院についても回答し、1つの病院に複数回答があったものも含めた集計結果を示す。当該地域の地域医療支援病院ではないので、「情報が不十分で評価できない」という回答が増えるが、傾向としては有効回答のみの場合（前頁）とほぼ同じであった（図 2.3.2）。

図 2.3.2 地域医療支援病院の評価（全回答）



2.3.3. 紹介率・逆紹介率

地域医療支援病院創設当初の要件は、紹介率が 80%を上回っていることであった。2004 年の見直しで、紹介率 60%超かつ逆紹介率 30%、紹介率 40%超かつ逆紹介率 60%超が追加された。

かつて、診療報酬として、地域医療支援病院であるかどうかにかかわらず、一定の紹介率を満たすことで算定できる紹介患者加算があった¹⁶。このとき、紹介率を計算する紹介患者には、同一法人傘下など「特別の関係」¹⁷にある医療機関からの紹介患者を含むことができなかつた¹⁸。

地域医療支援病院の承認要件である紹介率を計算する際には、開設者と直接関係がある医療機関からの紹介患者を含むことができない¹⁹。しかし、診療報酬のように「特別の関係」にある医療機関からの紹介患者も含まないと明示したものはなく、また承認時に患者の紹介元まで精査されるわけではないので、いわゆる門前クリニックなど関係法人からの紹介患者も含んで紹介を計算しているところもあるようである。そのため、承認要件は満たしているが、門前クリニックなど特定の医療機関との紹介、逆紹介になっているといった指摘があった。また、紹介医療機関に返さずに他の医療機関に逆紹介しているといった指摘もあった。

¹⁶ 地域医療支援病院、特定機能病院、それ以外で、要件、点数は異なる。2004 年度の診療報酬改定で廃止された。

¹⁷ (イ) 当該保険医療機関等の開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合、(ロ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合、(ハ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合、(ニ) 当該保険医療機関等の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が 10 分の 3 を超える場合、(ホ) (イ) から (ニ) までに掲げる場合に準ずる場合 (人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関等が、当該他の保険医療機関等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る。)

¹⁸ 現在も救急搬送患者地域連携受入加算などで同様の規定がある。

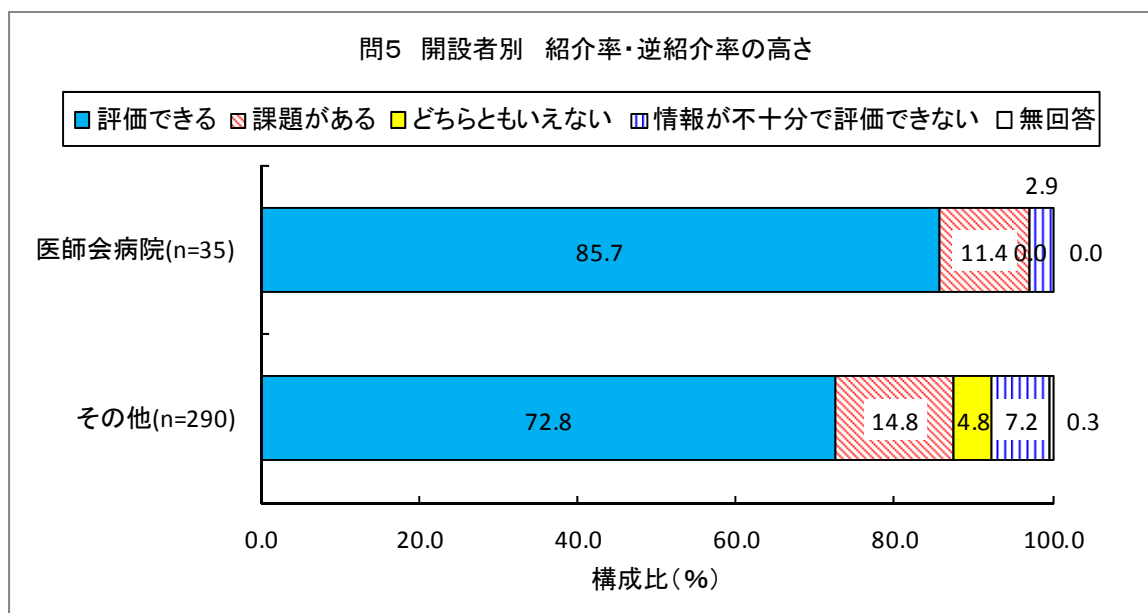
¹⁹ 「医療法の一部を改正する法律の施行について」(健政発第 639 号, 1998 年 5 月 19 日) で紹介患者の定義として「開設者と直接関係のない他の病院又は診療所からの紹介状により紹介された者の数 (初診の患者に限る)」とある。

開設者別

紹介率、逆紹介率の高さについて「評価できる」病院は、医師会病院（公設医師会運営等の病院を含む）85.7%、その他72.8%であり、医師会病院ではほとんどの病院で高く評価されていた（図 2.3.3）。

紹介率・逆紹介率については要件を厳しくすべきとの意見が多い一方、地方においては達成困難なケースもあるので（紹介元、逆紹介先となるかかりつけ医が少なく、紹介、逆紹介が成り立たない）、地域特性を考慮すべきではないかとの意見もあった。

図 2.3.3 開設者別 紹介率・逆紹介率の高さ



2.3.4. 共同利用

病床の共同利用

病床の共同利用について、「評価できる」病院は、医師会病院 68.6%、その他 32.4%であり、医師会が 36.2 ポイント高かった（図 2.3.4）。

設備や器械などの共同利用

「評価できる」は医師会 71.4%、その他 55.2%であり、病床の共同利用ほどには、それほど医師会病院が優位ではなかった（図 2.3.5）。

共同利用については、一般の診療所が病床や設備を利用することは困難、病院から医師への情報提供や利用方法の周知が不十分といった意見があった。

また急性期病院では、そもそも共同利用は難しいのではないかという指摘もあった。

図 2.3.4 開設者別 病床の共同利用

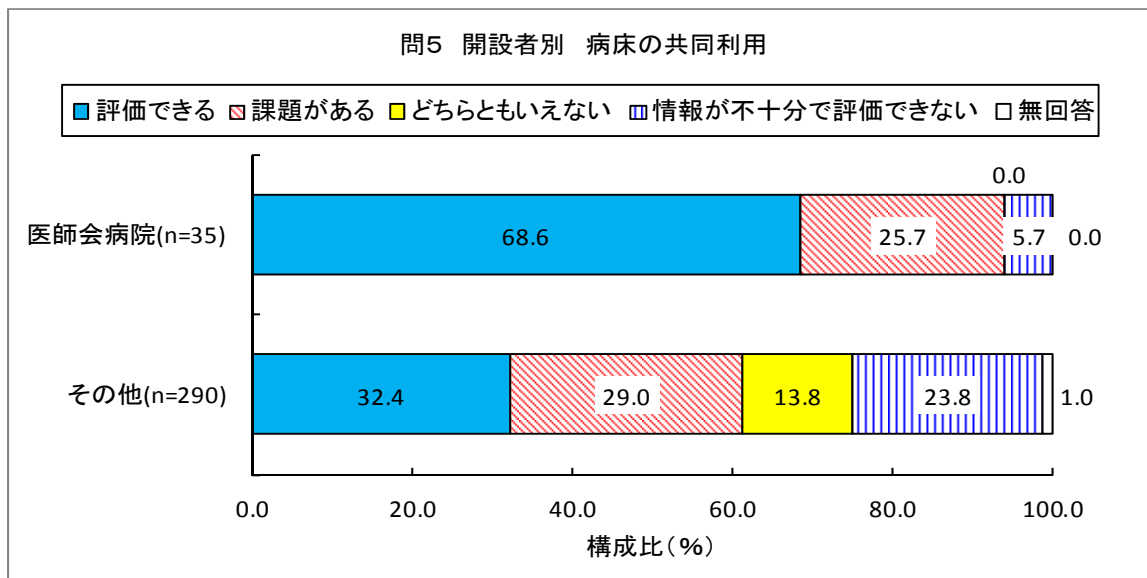
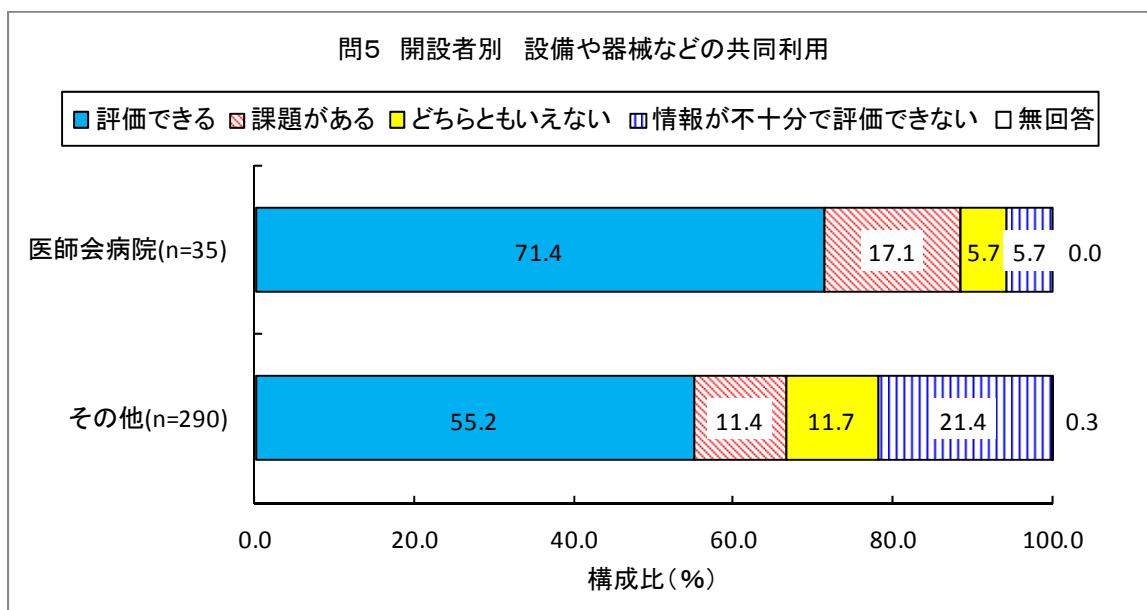


図 2.3.5 開設者別 設備や器械などの共同利用



2.3.5. 委員会

委員会の開催頻度について「評価できる」病院は、医師会病院 57.1%、その他 67.9%であった（図 2.3.6）。

委員会での審議の内容について「評価できる」病院は、医師会病院 51.4%、その他 62.8%であった（図 2.3.7）。医師会病院のほうが「評価できる」との回答が少ないが、もともとの期待が高いためである可能性もある。

また以下のように、地域の意見を幅広く聞いている病院は高く評価されていた。

- ・ 委員会で保健所や消防本部を含めて幅広く意見を収集している。
- ・ 地域の実情を良く知る自治会長、民生委員等を委員にしていることは評価できる。
- ・ 地域自治会や、近隣学校関係者を入れ、内容も充実している。

図 2.3.6 開設者別 委員会の開催頻度

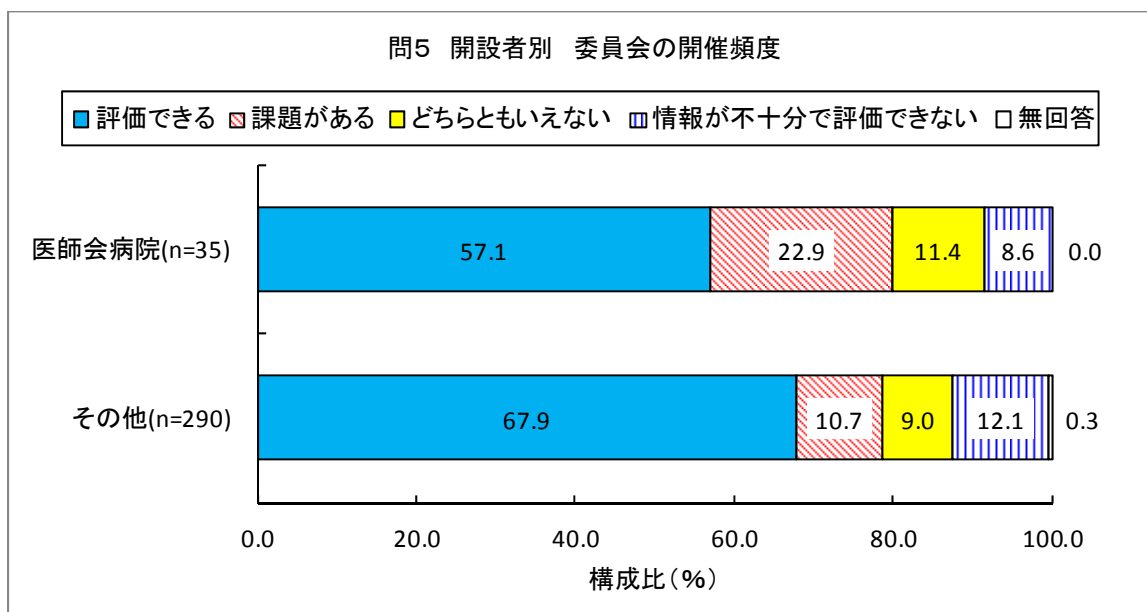
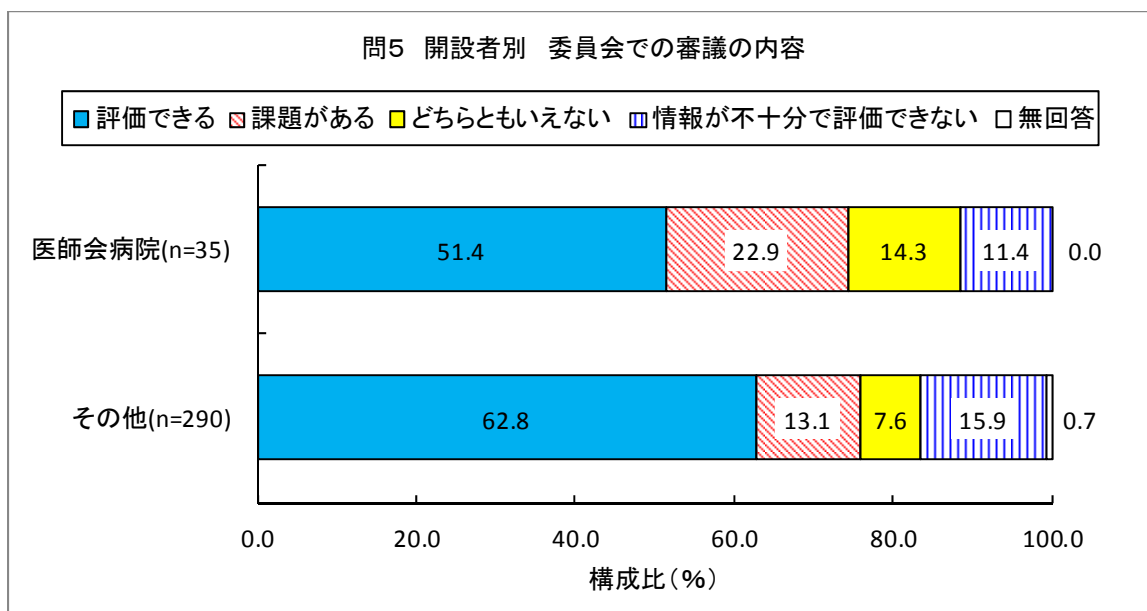


図 2.3.7 開設者別 委員会での審議の内容



2.3.6. 救急医療

救急医療の実施について「評価できる」病院は医師会病院 65.7%、その他 72.8%であった（図 2.3.9）。医師会病院のほうが「評価できる」の割合が低い
が、医師会病院は中小病院が多く、大規模急性期病院が少ないためではないかと推察される（図 2.3.8）。

また都市部の病院のほうが救急医療に対する評価が高かった（図 2.3.10）。

救急医療については、以下のように全体的に高く評価する声が多かったが、一部の病院に対しては、夜間、時間外の救急に問題があるとの指摘もあった。

- ・重症救急患者への対応、24 時間 365 日ドクターカー出動への対応が評価できる。
- ・小児科において断らない救急が実施されている。
- ・地域の救急医療、周産期母子医療、小児救急医療を支えており、なくてはならない。
- ・救急医療におけるメディカルコントロール体制について十分役割を果たしている。

図 2.3.8 地域医療支援病院 開設者別平均病床数

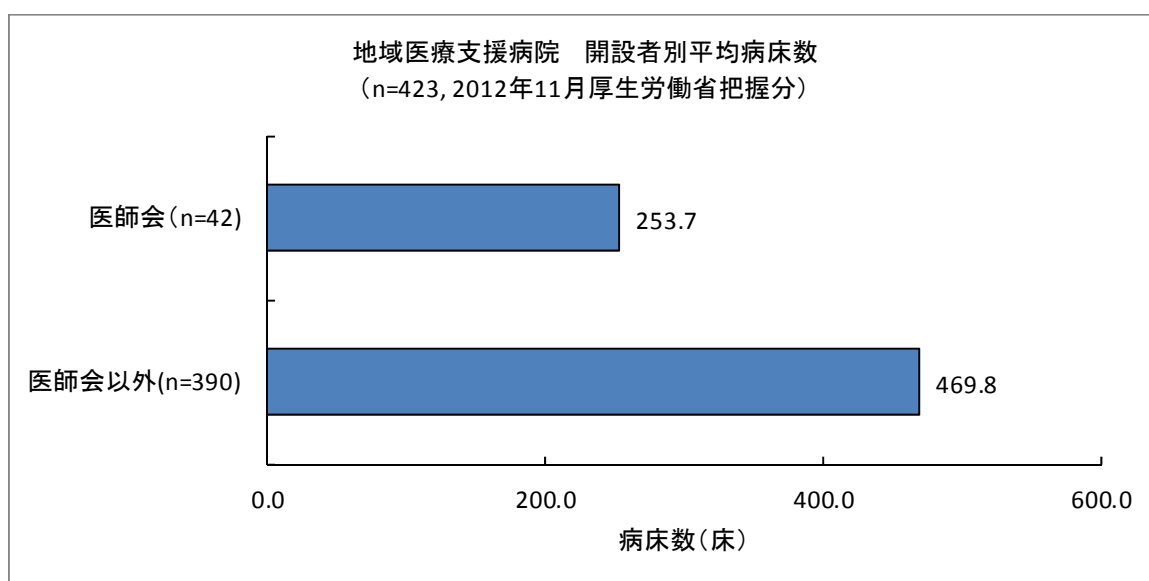


図 2.3.9 開設者別 救急医療の実施

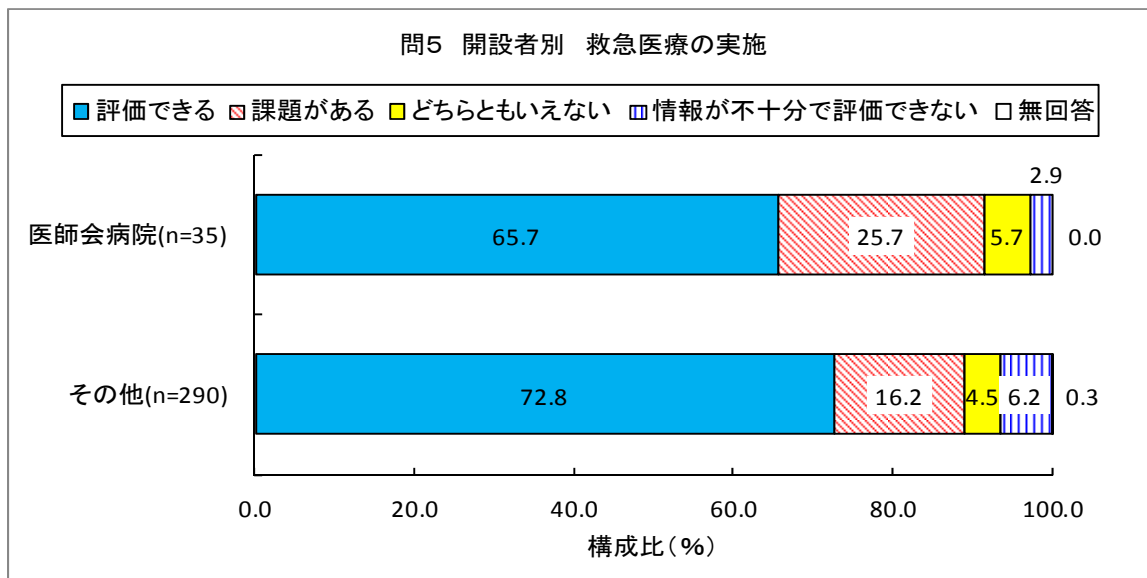
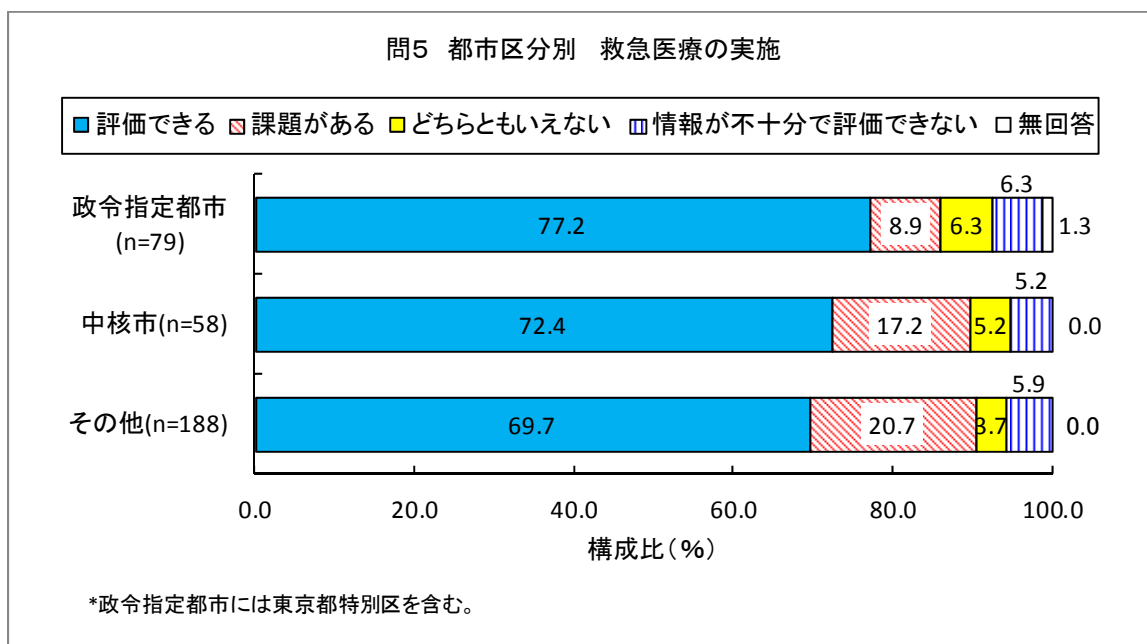


図 2.3.10 都市区分別 救急医療の実施



2.3.7. 在宅医療

在宅医療の支援は 2007 年の医療法改正で、地域医療支援病院の管理者の義務として追加された項目である。

在宅医療の支援について「評価できる」とされた病院は約 4 割にとどまっている（図 2.3.11）。都市区分別では都市部のほうが「評価できる」病院が多かった（図 2.3.12）。

在宅医療については、今後の課題といった意見が多かったが、以下のように連携室などの体制が整備されている一部の病院は評価されていた。

- ・在宅医療支援チームが作られ機能している。
- ・在宅緩和ケアを行うにあたり、緊急時のバックアップ病院としての役割を担っている。
- ・在宅医療については、退院時サマリーを迅速に処理し、連携室が対応している。

一方、急性期医療を提供する病院が在宅支援を行うことは困難ではないか等の意見もあった。

- ・在宅医療の後方支援病院としては不十分だか、急性期病院であるため仕方がない。
- ・救急を行っており在宅の後方支援が不十分になる。
- ・認知症のある患者に対応する病床がない。
- ・在宅医療の必要性は高まるが、病院勤務医の負担増が課題。
- ・三次医療機関なので地域医療支援病院にならなくても良い。

図 2.3.11 開設者別 在宅医療の支援

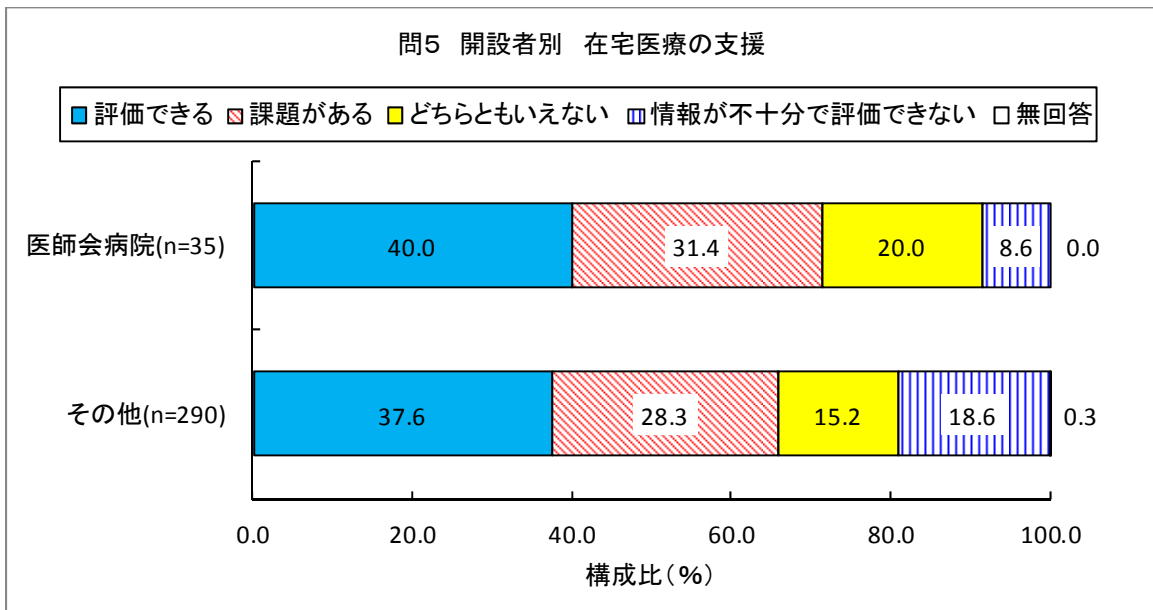
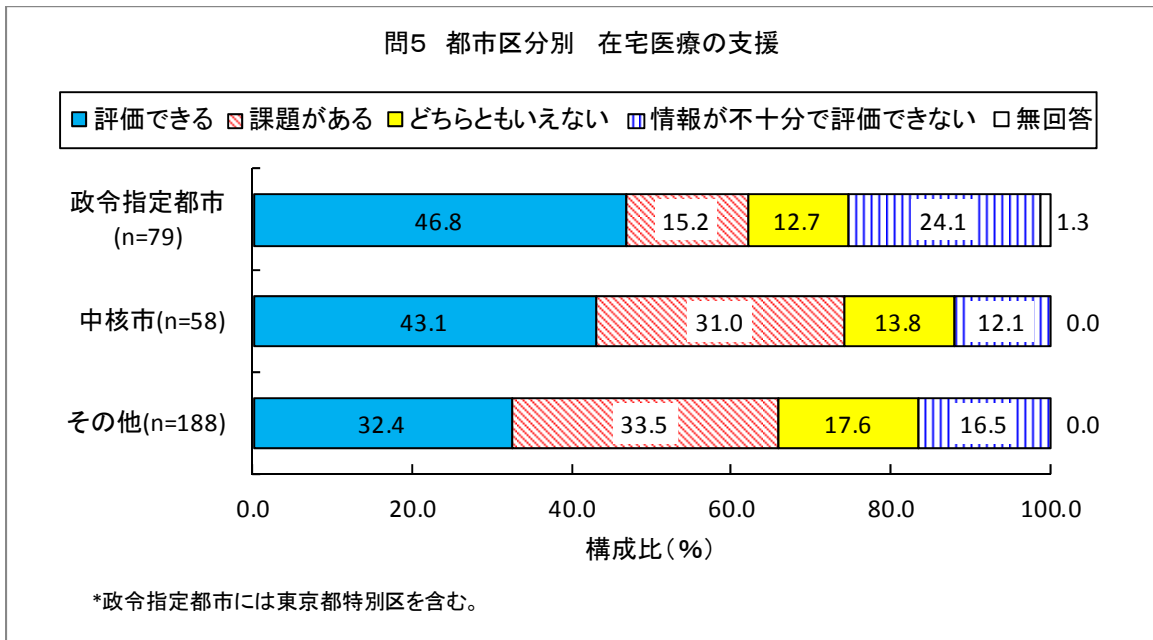


図 2.3.12 都市区分別 在宅医療の支援



2.3.8. 地域医療連携など

地域医療連携は、承認要件として明文化されているわけではない。しかし、地域医療支援病院のそもそもの理念でもあり、以下のように地域医療連携を進めている病院は高く評価されていた。

- ・連携に積極的で「顔の見える関係」が良くできている。
- ・地域医療情報ネットワークに積極的に参加している。
- ・病診連携の要として、医師会員の診療の支援、また開放型病院として紹介医師との共同指導を行うことにより、入院医療から退院後の在宅医療の継続性が保たれている。
- ・地域連携クリニカルパスを利用して地域医療へ貢献している。
- ・地域医療連携室の活動が評価できる。
- ・医療連携室を設置し、地域医療機関での外来対応が難しい症例を受け入れている。

また地域医療支援病院になることで、地域医療に対する意識改革が進んだ病院があることが明らかになった。

- ・地域医療支援病院として承認された後、開業医、地元医師会、行政等との連携が強まり、患者に良質な医療提供をできるようになった。
- ・勉強会の開催や、開放型病院としての患者の共同指導などを通じ、勤務医の先生方との距離が近くなった。
- ・地域医療支援病院になってから、窓口対応等が改善された。救急関連の対応も向上した。
- ・地域住民に勉強会等を積極的に開催し、地域医療支援病院としての自覚を持っている。
- ・積極的に地域を意識した取り組みを行っている。
- ・かかりつけ医を持とうという広報を積極的に行っている。
- ・地域の講習会、災害訓練などに積極的にスタッフを派遣している。

2.4. まとめと考察

2.4.1. 地域医療支援病院制度について

- 地域医療支援病院制度について、都道府県医師会の7割以上は、制度を見直すべきとの回答であった。
- 現行の診療報酬についても、見直すべきあるいは補助金で対応すべきという意見が半数以上であった。診療報酬目的で地域医療支援病院の承認を受けることは問題であるとの意見もあった。
- 今後、地域医療支援病院の制度を続ける場合、二次医療圏に複数あっても良いという意見が半数近くあるが、全国平均に比べて地域医療支援病院が多い地域では、二次医療圏ごと、あるいは人口ごとに制限を設けるべきとの意見が多い。現在、二次医療圏に複数あっても良いと回答した地域においても、今後、承認数が拡大した場合には、制限を求める意見が強まる可能性がある。
- 地域医療支援病院は、かかりつけ医の支援を目的に創設されたが、その承認にあたって、地域医療を代表する都道府県医師会の意見が反映されないところが半数近くであった。また承認後の実績について情報の提供がないところが半数以上であった。

2.4.2. 個別病院に対する評価

- 紹介率、逆紹介率についてはおおむね高く評価されていた。特に医師会病院については高い評価であった。また地方よりも都市部での評価が高かった。地方では、紹介元、逆紹介先となるかかりつけ医が少なく、紹介率、逆紹介率を満たすことが困難なので要件を緩和してほしいとの意見があった。しかしながら、地域医療支援病院の本来の趣旨はかかりつけ医の支援であるので、支援すべきかかりつけ医の少ない地域でのあり方については、別途検討が必要である。

- また紹介率、逆紹介率については、承認要件は満たしているが、いわゆる門前クリニックなど特定の医療機関からの紹介になっているとの指摘があった。
- 救急医療についても評価が高かった。
- 共同利用については、一般の診療所が急性期病院の病床や設備を利用することは難しいといった意見があった。
- 在宅医療の支援については、今後の課題であるという声が多かった。また急性期病院に在宅医療支援の役割を担わせることには無理があるのではないかとといった意見も見られた。

2.4.3. 今後の検討に向けて

今回の調査結果を通じて、地域医療支援病院の中には、次のような病院があるのではないかと推察された。

- 都市部で救急医療を評価されている大規模急性期病院
- 医師会病院のように紹介率を評価されている病院

このことも踏まえて、今後、地域医療支援病院制度を見直す場合、たとえば次のような方向性が考えられる。

第一に、現行制度を原則維持し、承認要件などの見直しを行っていくという考え方である。特に紹介率・逆紹介率は2004年に緩和されたが、かかりつけ医を支援するという地域医療支援病院本来の趣旨に立ち返って、以前の水準に戻すべきだとの意見がある。

第二に、地域医療支援病院の制度は残すが、経済的なインセンティブは、地域医療支援病院入院診療加算やDPC機能評価係数Ⅰのように、地域医療支援病院自体に付与するのではなく、個々の診療内容に対して与えるという考え方である。

また、地域医療支援病院では 2007 年に在宅医療の支援が義務化されたが、2008 年に診療報酬上に創設された在宅療養支援病院との機能分担が明確ではない。医療提供体制全体の中での位置づけの再整理も必要である。

今回、地域医療支援病院に対する医療現場の評価を調査することによって、地域のさまざまな事情も明らかになった。今後、地域医療支援病院制度の見直しを検討する過程では、こうした地域性や、また今回は調査しなかったが地域住民や患者にとっての意義も考慮することが望まれる。

2.5. 自由記述

2.5.1. 地域医療支援病院の役割や承認要件について（問1）

問1 役割や承認要件についてどのように見直すべきか
<p>本制度は、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援することを目的として、医師会病院などを想定して創設されたが、紹介率などの要件緩和により、承認要件を満たす病院が増加し、同一医療圏はもとより、同一行政区内に複数箇所の地域医療支援病院が承認される状況となってきた。地域医療支援病院の乱立により、地域医療体制に支障が生じないよう紹介率を創設当初の承認要件に戻すことなど対策が必要。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療支援病院の役割をはたしているにもかかわらず、紹介率・逆紹介率がネックになって承認を受けられない病院もあることから、算定式も含めた紹介率・逆紹介率の承認要件の見直しが必要。 ・医療機器や病床の共同利用は、各病院の果たすべき役割や医療機能等によって実績にバラツキが見られることから、基準の明確化が求められる。 ・平成18年度の改正で追加された在宅医療の支援については、今後の高齢社会における地域医療体制の整備という視点からも、一層の強化が必要。
<p>病診連携を強化するためICTの利用を促進し、外来機能をかかりつけ医に移す。</p>
<p>総合病院のうち大学は特定機能病院とされたが、その他の総合病院のうちで地域の初期診療を行わない病院を地域支援病院として医療法上の位置付けたのち経済的裏付けを付与したのが制度の始まりだと考える。「地域医療支援病院」と言う名称をはずし、「準特定機能病院」と位置付けるべき。</p>
<p>200床以上の公的病院は除外すべき</p>
<p>地域医師会が病院の診療体制について具体的に意見を提示し、地域医療の連携、機能分化が進められるように、委員会以外に、常設する運営部門(連絡)を院内に設置する事を義務づける。</p>
<p>逆紹介率を廃止し、紹介率を80%とすべき。</p>
<p>単科診療所のない地域の病院外来は必然的にその病院にも併診となる患者が多く、紹介率を上げることができない。地方において地域医療支援病院となることは極めて困難。</p>
<p>地域で完結できる中核病院として、承認要件を満たしていれば、二次医療圏に複数あっても問題はない。</p>
<p>紹介率・逆紹介率の基準を緩和したため、それほど地域と密接に連携していない病院も要件をクリアし承認を得ている。</p>
<p>不採算医療の実践、地区医師会との密接な連携を承認要件に位置づけるべき。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・病院側から地域医療支援病院の役割を地域関係者に周知することを明記する必要がある。 ・現在の承認要件は基本的なものとして捉え、都道府県の地域事情に応じて最終的に決定してはどうか。

問1 役割や承認要件についてどのように見直すべきか
紹介率と逆紹介率をさらに緩和し、地域医療支援病院を増やすべき。
紹介率、逆紹介率のハードルをもう少し低く設定すべき。
かかりつけ医が少ない地域、中山間地域の基幹病院では、紹介率、逆紹介率の基準を見直していく必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療支援病院の紹介率、逆紹介率を引き上げる。 ・500床以上の基準を廃止する。
逆紹介率を上げるべき。
地域医療支援病院の理念に突き合わせて、実効性のある要件に変えるような働きかけをしていただきたい。
<ul style="list-style-type: none"> ・承認されていない他の医療機関との連携のあり方を検討する必要がある。 ・職員に対して地域医療支援病院の意義を周知すること。 ・一般外来の初診患者(紹介状なし)にも支援病院の意義を徹底すること。 ・軽症患者を一次医療へ誘導するため、昼夜を問わず選定療養費を義務付けるべき。
診療報酬上の大きな加算で収入増を図るために支援病院が利用され、紹介率の要件クリアのみが最重要課題として意識されている。他の基幹病院・支援病院等が充実し、紹介が疾患別となった現在、医療費増、患者負担増につながる本制度の役目は終わった。
地域における役割について、定期的に郡市医師会等の意見を聴き、場合によっては取り消しも考慮すべき。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療支援病院の果たすべき役割強化を義務付けてほしい。 ・今の承認要件をクリアしていなくとも、その地域での役割や診療スタイルなど地域の為になくてはならない病院であれば承認されるような制度にしてほしい。

2.5.2. 診療報酬上の手当てや補助金のあり方について（問2）

問2 診療報酬上の手当てや補助金のあり方について
DPCによる加算などは、医療費の増大につながるので、慎重な議論が必要。
300床の病院で平均在院日数が12日とすると、月に750万円、年間で9000万円の増収となる。承認要件の厳しさからすると妥当。
インセンティブは絶対必要。何らかの手当はつけるべき。
診療報酬上等の経済的インセンティブは経営母体によって考えるべきで、公立、自治体立、公的のように経済的な優遇を受けているところにさらなるインセンティブを与えるべきではない。
地域の医療機関から要請のあった緊急入院には、さらにインセンティブを付けて欲しい。
公的病院に加算は必要ない。
診療報酬で対応せず、国の補助支援すべき。支援の業務別で補助金を出してもらおう。
担当する職員に対する人件費の補助が必要。
DPCの係数に関与しなければ、どれだけあっても良いが、医療費を費やすことを考えると数は制限するべき。診療報酬では大病院中心となり、地域医療確保がこの制度の主旨とすれば、交付金、補助金、等自治体が考えるべきことではないか。
国が診療報酬上の手当をつけるべき。都道府県としても、保健医療計画に基づき、地域医療支援病院としての機能を維持するためにも補助すべき。
診療報酬上の加算や補助金は、地域医療支援の貢献度に応じて、地域医療貢献加算または補助金等として行い、さらに地域貢献度は適当な指標により評価算定し、達成度により差をつけてはどうか。
救急のベッド確保、地域の医療従事者への研修を実施する経費を確保するため、経済的インセンティブは必要である。患者(住民)の受益者負担は必要であるが、入院費用における自己負担増を考えると「診療報酬」と「国の補助金」を併用すべき。
名目でなく実質的に地域を支援するものでなければならない。
DPCの係数の見直し。
県の意見や独自性を出しやすくするためには、補助金での支給も一考。
<ul style="list-style-type: none"> ・経済的インセンティブが主な目的で、地域医療支援病院を目指すことがあってはいけない。 ・確実に病院勤務者の事務作業量は増加している。何らかのインセンティブがないとやれない。 ・限られた診療報酬の枠内では不十分。 ・現行の診療報酬上の手当ては救急医療が優遇されすぎており、もう少し紹介率を大事にすべき。 ・診療報酬で、病院に手厚くする代わりに他を削ることがないよう、別途補助金を出すべきである。
平成24年の診療報酬改定により、機能評価係数が前年と比して0.005引き下げられており、評価基準を見直して頂きたい。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域の二次医療圏、他機関からの救急受け入れ数に応じた報酬の手当て、補助金があつてしかるべき。 ・DPC係数 I は総合病院向けであり、中小規模病院には補助金が必要

2.5.3. 個別の地域医療支援病院について評価できる点や問題点（問5）

開設者	問5 個別病院の評価(自由記述)
公的医療機関	逆紹介について非常に努力している。救急医療はドクターヘリ、脳外傷、救急外傷を含めて非常に評価できる。在宅医療支援も良好である。
医療法人	すぐそばに、外来専門の同名のクリニックがあり、紹介率への影響が懸念される。救急も単なる外傷は診ない等、科によって差がある。交通事故の患者に対応する診療、投薬(28日分)等、一般では考えられないことがある。営利に手を貸す支援病院制度はなくても良い。
公益法人	委員会の開催にあたっては、勤務者以外の方の日程調整に時間を要し、なかなか開催できない。地域医療支援病院の制度について、紹介率の基準を制度開始時に戻すことが必要であると思う。
公的医療機関	病床および設備や器械の共同利用については、●●病院が急性期病院である性格上、現段階では困難であるとする。
公的医療機関	●●病院は、地域医療支援病院として総合的に評価できる。特に同病院からの医師会への情報提供も有り比較密な関係を構築している。また、緩和ケア病棟も有しており在宅医療とのかかわりにも努力している。
公益法人	限られた医療機関が共同利用を行っている。委員会の開催は年に1～2回程度。在宅の後方支援に関しては心疾患の三次救急を行っており、受け入れが不十分な場合がある。
公益法人	・評価できる点 患者の受け入れがスムーズである。診療のレベルが高い。患者に関する情報提供がきちんに行われている。・問題点 施設がやや老朽化している。医師に対する福利厚生が不十分(医師の犠牲的精神で成り立っている)。
公的医療機関	数少ない勤務医の中で努力していると思います
国	勤務医が少ない中でよく健闘していると思っています
公益法人	H23.10月より●●地方病院群輪番制が発足し、活動している所です。三病院で担当していますが、地域特性(特に●●地区)、さらに通院先に搬送される件数も多く、発足前より増加している現状ではありません。又、担当医の負担が多く、受け入れられないこともあるようです。
公益法人	1. 東日本大震災直後に設置された●●市災害対策本部に、24時間体制で医師・看護師を派遣し、避難民の健康管理に貢献した。2. 自院が大きな被害を受けたにもかかわらず、二次救急病院として、地域の救急医療体制の維持に協力している。3. 指定管理者として町立●●病院の管理・運営を担い、地域医療に貢献している。
公益法人	病床の共同利用についてはそれなりの病床は確保しているも現在では紹介が多く、又、一緒に(病院医師と)診察をしなければならず、時間的制約があり一時期よりも利用は減少。設備等の共同利用については、一部、放射線器々については十分とは云えないが、それなりに共同利用されている また、夜間等における救急医療については十分対応されている。
公益法人	委員会は学識経験者4名、●●及び●●市保健所長、5地区医師会の代表に当病院の理事長、院長、副院長をもって構成され、3ヵ月に1度議案のもと討議されている。

開設者	問5 個別病院の評価(自由記述)
公的医療機関	内科への紹介率が極めて低い病院 紹介率、逆紹介率を達成できない月がある
国	勤務医不足の状態は改善しているも、入院に十分対応出来ていない診療科がある。
公的医療機関	三次医療機関である。地域医療支援病院とならなくても良い。
公的医療機関	設備器械共同利用は評価できるが、医療の機能分化がかなり遅れている。基幹病院である●●病院で診るべき疾患と、地域診療所で診るべき疾患の分化が遅々として進んでいない。基幹病院のなすべき医療に特化する姿勢が強求められる。
公的医療機関	○委員会での審議は、支援病院への生の意見を聴ける貴重な機会であるが、4半期に一度の開催は、院外のメンバーの負担も多く、連絡調整も困難をきたしている。○在宅に向けた退院支援を実施するとともに、在宅診療所が安心して継続診療できるように配慮している。○救命救急センターを併設し地域からの救急紹介を円滑に受け入れている。またドクターカーを運用しており、地域救命率の向上に努力している。○電話相談を24時間365日実施しており、医療機関受診への適正化を行っている。
公益法人	オープンで会員にベッドを提供しており、そのオープンベッド占有率は8割に達し、まさに地域のための病院となっております。地域の開業医は医師会病院なしではやっていけません。また、院内の医療機器は 会員は自由に使用する権利を有しており 会員の持てる力を十分に発揮する条件を備えている病院であります。また、医師会病院勤務医と会員の関係も良く一緒に手術をするなど 地域医療にとってとてもプラスに働いていると考えております。問題点は、病院自体の建物が老朽化しており耐震基準を満たしていないことが挙げられます。
公的医療機関	紹介率、逆紹介率ともに70%をこえており、地域の中小医療機関との連携を地域医療支援病院承認される以前に比較して積極的にすすめていることは評価できる。また現実外来患者数は承認以前の75%以下に減少しており入院患者中心の医療に向っていることもこの制度のもたらす効果がでている。一方、医師の過半数がローテーション医師であり、地域との連携も機械的となっている点もいめない。
国	夜間救急の問題が多い
公益法人	医師会病院であるので地元の医師会との関係は一般病院より密である。紹介率逆紹介ともに80%以上を保っている。在宅部間には問題がある。これからの問題と思われる。
公的医療機関	在宅医療の支援は訪問看護の実施のみで医師の往診は行われていない。地域診療所との在宅医療へのネットワーク作りはまだ不十分と思われる。
公的医療機関	紹介率、逆紹介率は高く、紹介患者に対する報告もしっかりした体制で行われている。その一方で、紹介状を持参しない初診の患者の門前払い等、救急医療体制では十分と言えない部分もある。在宅での支援も急変時の受入れ等十分とは言えない。
医療法人	特に評価できる点は紹介率の高さ
医療法人	医療連携室を設置し、地域医療機関が外来対応が難しい症例も受け入れてくれている。
公的医療機関	県内唯一の小児三次医療専門機関としての役割を十分果たしています。これらの関係で、共同利用、在宅支援などは病院の特性から難しいのが実態です。

開設者	問5 個別病院の評価(自由記述)
医療法人	地域医療推進委員会を設置し、医師会からも委員として参画している。診療実績、紹介実績、病診連携の取り組み、地域連携講演会、地域医療機関からの要望意見、受診者・受療者からの相談・要望などが報告され病病連携・病診連携に積極的に取り組み、地元医師会との連携も問題はない。
公的医療機関	三次救急など救急部門が優れている。医師同乗救急車について、行政と共に管理し、地域に貢献している。今後、在宅医療についても当地域でイニシアティブをとって、進めていただければと思う。
医療法人	●●病院が、地域医療支援病院として存在する意義は、唯一、門前クリニックとの連携においてのみであり、この制度が●●二次医療圏における、地域医療の向上に貢献しているとはとても考えられない。
公益法人	●●病院では、●●病院連携会議が行われていた頃は医師会でも情報を頂いていました。その頃は、紹介率、逆紹介率も高かったです。現在は共同利用病床もあり、地域医療支援病院としての役割は果たしていると思いますが、救急医療の受け入れに関しては課題があります。今後は、医師会との連携会議の中でも情報を頂いて評価していきたいと思います。
公的医療機関	当地域の紹介率は●%と低く評価できない。
医療法人	地域医療の支援度は満足できる。
公的医療機関	地域医療支援病院として承認されたあと、開業医だけではなく、地元医師会、他の医療施設、行政との連携が密になったと思われる。その結果、患者に良質、効率的な医療提供が進んだと思われる。
公的医療機関	(1)救命救急・循環器病・脳卒中・センターを有し、重症救急患者への対応が特に評価できる。また、消防署救急司令室の要請による24時間365日ドクターカー出動に対応しており評価できる(2)地域の医療従事者に対する検討会や研修会を各診療科が定期的実施している。(3)講演を行い市民啓発に努めている。
国	CT、MRI設備共同利用は、インターネットによる予約可能で利便性が高く、評価できる。外来患者紹介、上部消化管、下部消化管検査もFAXIによる予約が可能で利用率が高いと思われる。一方でやはり医師の減少による病院全体のキャパシティの減少が問題である。救急医療、在宅医療に影響されるように思われる。
公的医療機関	●●医師会管内で、唯一の全科を揃えた総合病院として、地域住宅からも良く利用されている。また、当医師会の会員ともよく連携が取られている。問題点として、呼吸器内科、呼吸器外科、心臓血管外科などの充実が望まれる。年間を通しての全疾患の救急患者受け入れに、やや困難あり。評価できる点は精神科があり、休日での精神異常者に対応可能である
公的医療機関	(1)地域の二次・三次医療を担っており、評価できる(2)診療科によって機能にばらつきが多い(3)逆紹介率が診療科によって、かなり違う(4)3ヶ月処方するような患者さんは、かかりつけ医に戻すべき
公的医療機関	(1)三次救急病院として、患者の受け入れ体制が評価できる(2)病床の共同利用は、主治医が二人体制になることから難しい面がある
公的医療機関	・委員会の審議で出た問題に対し、改善する姿勢がみられる点は評価。・院内の若い医師への医療連携の教育が不十分
公的医療機関	・地域の自治会長や民生委員等、地域住民の実情を良く知っている人たちを委員に入れ、地域の情報を積極的に取り入れようとしていることは評価できる。・委員会での協議、報告の内容に連携の問題点などの具体的な内容が無く、何となく上すべりの観が否めない。

開設者	問5 個別病院の評価(自由記述)
医療法人	○病床利用については、利用する診療所側の姿勢にも課題がある。(利用したいとする医院が極めて少ない。)○在宅医療については、一層必要性が増すと思われるが、病院勤務医の忙しさにどれ程の余力があるかが問題です。
公的医療機関	・救急の窓口は、しっかりしている。・病診連携に積極的である。
公的医療機関	・院内の体制に多少問題があると思われる。
公的医療機関	当●●地区においては、従来より整備されている救急体制における「●●方式」での実績が示すように、病診連携体制が機能している。その中で中心的な役割を果たしているのが●●医師会であり、紹介率、逆紹介率の高さなど、各項目に相互の相乗作用が各病院とも認められる。
公的医療機関	在宅医療については、まだ、開業医側の問題も大きいですが、充分な対応は出来ていない。
公的医療機関	・病院連携については、大変評価ができる。
公的医療機関	・地域医療支援病院としての役割を認識し、院内体制づくりを推進しており、大変評価できる。
公的医療機関	(1)療養型病床群を有していないが、高齢者の肺炎などはしっかり入院できる。(2)家族のレスパイトとしての部分がない。(3)往診・訪問看護部門がないので、今後在宅軽視の方向へ向かうのではないかと心配している。(4)医師会ととても仲が良く、話をする機会も多く、医師会理事も病院より1名入っており、意見交換は容易にできる。
公的医療機関	二次救急に対応できる施設が限られた中で、受け入れを頑張ってくれておりありがたい。また、外来部門を軽減するために、紹介・逆紹介にも取り組み、地域の病診連携がスムーズに行われている。一方、一次救急については時間帯などで診療所、救急センターが開いていない時には、対応も検討が必要かと思う。
国	病診連携、医師会との連携に対して積極的に行動していただいている(顔の見える関係がよくできている)。
公的医療機関	病院の規模が大きくなりすぎたために、システムが理解できない点や、主治医とコンタクトがとりにくい点ため患者の病状について相談しづらい点が課題。
公的医療機関	●●病院とその他3病院とのクリティカルパスの共通・標準化、病診連携の効率化を高めた。委員会に出席している各界代表者による毎回情報交換を行っている(講話形式による)。
公的医療機関	委員会が定期的開催され、情報の提供及び意見の聴取が適切になされ会議が充実していることに特に評価できる。医師会との連携、各医療機関との連携、行政との連携が密であり特に評価できる。医師会主催の「呼吸器疾患相談会」の会場及び事務局をもち、毎月1回の定期相談会の企画等の実施に特に評価できる。●●市地域包括在宅医療ケアシステムの病院部会及び介護支援専門部会への積極的な参加について特に評価できる。在宅医療の後方ベッドとして常に利用可能な体制をとっていることに特に評価できる。
社会保険関係団体	消化器系外来等の充実など、特色ある病院形態を行っている。
公的医療機関	委員会は年に一度2時間程度開かれているが、殆どが、病院からの報告で終わっている。当方からも一応注文はつけるが、どれ程反映されているかは、不明です。

開設者	問5 個別病院の評価(自由記述)
公的医療機関	地域連携室の機能向上により紹介状の返事はきちんと返ってくるが、逆紹介が少ないとの一部の不満もある。救急医療に関しては十分な対応をいただいている。在宅医療の後方支援病院としては不十分である。(急性期の病院であるので仕方ない部分がある)
医療法人	・救急の受入れ体制は充実している。・在院日数の面で、患者からの不満もある。・終末期医療に対し、積極的でない。・救急医療を担うには、スタッフが足りないように感じる。・委員会では医師会の他、消防、行政、歯科も参加し、活発な審議が行われている面は評価できる。・地域医療支援病院の数が、特に市内で多すぎると感じる。・地域よりの紹介に応じるベッド数の確保が欲しい。・逆紹介患者に問題のある患者が含まれることが多い(寝たきり、など)・各支援病院は紹介先の診療所の立場に立って考えて欲しい。
医療法人	救急の受け入れ数の半数が休日夜間の受け入れで、地域医療に大変貢献していただいている。委員会での色々な意見が病院の運営に反映されていると思われ、地域医療支援病院としての役割をはたしていただいていると思う。
その他	・実質的な紹介(情報が充実)が行われており、満足できるが、一層病診連携を深めたい。・委員会の回数が今年度より増加した。・在宅医療支援チームが●●病院でつくれ機能している。
医療法人	●●圏域では一番早く地域医療支援病院の認可を受けており地域医療の貢献度は高く研修や勉強会(患者など医療従事者)の内容も充実している。救急にも力を入れており救急体制は三病院の中では一番充実しており、特に産科救急患者は大部分が●●病院を受診している。産科救急が●●のみならず●●圏域他府県からの依頼も多い、委員会は地域自治会や、近隣学校施設関係者を素直に入れており内容も充実している。
医療法人	・地域住民に対して、説明会、勉強会等を積極的に開催し支援病院としての自覚をもって活動している点が評価できる。
医療法人	救急対応に関しては、課題があると考えます。今後は、在宅医療の拠点としての役割も望まれる。
医療法人	病院の立地条件が●●市と●●市の境界に位置する為、●●市内の病院であるが●●市からの紹介患者も多く救急搬送に関しては●●市の救急対制が整っていないこともあり●●市からの搬送が半数を越える。ただ救急に関しては脳外科常勤不在の為脳外科の対応に課題を有し、また産科婦人科小児科がスタッフ不足で救急の対応に問題がある。患者紹介率、逆紹介率は高く周辺地域の患者、診療所の信頼は厚い。
公的医療機関	特に問題点もなく、地域医療によく協力してもらっている。
公的医療機関	病床の共同利用については病院の体制は整っているが実際の利用頻度はまだ高くない。在宅について認知症の対応は困難。病床が無い。紹介 逆紹介とも良好。
公的医療機関	日頃より地域医療支援病院として、院長を中心に頑張っておられると考えます。
公益法人	共同利用・(特定の医者しか利用していない)・利用すると自己負担が増えるため
社会保険関係団体	逆紹介70%近くで紹介に徹している。救急車を約●件受け入れ、二次救急で重要な役割を果たしている。
公益法人	病床の共同利用 病院の体制は整っているが実際の利用が少ない。在宅について、認知症のある患者に対する病床が無い。紹介 逆紹介とも良好

開設者	問5 個別病院の評価(自由記述)
公的医療機関	医師会と当該病院とは、定期的意見交換の場を確保しており、地域医療支援委員会は3ヶ月毎に開催されるなど、十分評価できる。共同診療の稼働率・紹介率・逆紹介率などの数字も十分評価できる。
国	1、逆紹介率は評価できるが問題はその内容です。元の主治医へ戻っているのか、紹介先と特定の医療機関(診療所)に誘導していないか？患者よりも担当医の意向が強く働いていないか等々数字だけでは判断できない。2、救急医療は必要性の高い(要望の多い)診療科は早急に対応できるようにしてほしい。3、在宅医療推進のため、クリニカルパスを運用しているが地域支援病院の自覚を持ってもっと積極的に運用に協力すべきです。
公的医療機関	1、紹介率は改善されつつある。逆紹介率は例年同じで病診連携を今後も努力すべきである。開放型病床利用率は毎年低下しており地域の医師が利用しやすくするための整備が必要である。2、救急医療の受け入れは小児科において断らない救急が実施されており今後、新病院(平●年開院予定)にあたって、三次救急も開設されることであり、外科系救急の充実を計っていただきたい。3、委員会の開催は年2回を予定されているが、3カ月に一回程度の開催が必要
国	地区医師会員の意欲・姿勢にもよるが、病床の共同利用が少ないようである。委員会での内容は報告的なものが多くあまり委員から意見が出ない(順調なためか)
公的医療機関	・地域連携室を設置し、室長は医師、その他6職種12名の体制で取り組んでおり、その活動は評価できる。また、室長が中心となり、在宅医療に取り組んでいる。・紹介率は●%、逆紹介率は●%弱であり、疾患が特殊であるため、逆紹介率はこれ以上は上がらないと思われる。・病床、設備等の共同利用は一般医療機関が利用するのは困難である。・救急医療においては、小児科3次救急病院、母子医療センター(母体・新生児搬送あり)として機能している。
国	●●病院における勉強会の開催や、開放型病院としての患者の共同指導などを通じ、勤務医の先生方との距離が近くなったように感じます。
公的医療機関	地域支援等は皆無である。患者が集まってくるので特に意識がないようである。
公的医療機関	24時間体制で入院治療を必要とする救急患者を速やかに受け入れていただいている。CTetcの設備が開放利用されている。
国	積極的に地域を意識した取り組みを行なっていただいている。
公的医療機関	・外来の縮小に努力している。
国	診療管理職は経営を含めた病院機構維持に懸命に努力している。
公益法人	県内トップクラス、日本全体で考えても有数の医療設備、医療技術は優れた病院です。平均在院日数短縮のため、入院後早期に退院・転院を促がされるのが少々難点です。
医療法人	逆紹介率が高率である点、開業医向けの研修等を十分に行なっておられる事も評価できる。病院も新築され、今後の発展も十分に望まれる。
公益法人	地域支援の努力をしておられます。●●医療情報ネットワークにも積極的に参加しています。
公的医療機関	救急の対応、かかりつけ医を持つという積極的な広報、紹介患者の外来窓口を新設
公的医療機関	●●市医師会●●夜間急病センター(内科・外科)においては、当日の紹介患者の大半を当該病院で引き受けて頂いており、大変感謝しています。

開設者	問5 個別病院の評価(自由記述)
国	在宅医との関係構築が今後の課題と思われる。
公的医療機関	土日祝日の地域連携機能がない。主治医(当直医)との直接のやりとりで大変です。
国	地域医療支援病院に指定されてから紹介、逆紹介の連携が以前よりスムーズになってきた。病院主催の講演会やカンファレンス開催など積極的に取り組んでおられる。
公益法人	救急医療の課題は医師不足に基づくもので、病院側の本質的問題ではありませんが、3次救急にかかわる拠点病院とは異なり、地域医療の1次2次救急を担い、3次救急病院の医療機能維持に貢献する役割を担っています。この点を考慮した地域医療支援病院に対する人的あるいは診療報酬上の公的援助が望まれます。
国	「地域医療支援病院」としては、紹介率や設備の共同利用、勉強会の開催は高く評価できるものがありますが、病院側としては、医療圏の拠点病院であること、特定機能病院としての立場より、1次2次救急はむしろ敬遠する姿勢にあり、「地域医療支援病院」としての立場と「特定機能病院」、「地域の拠点病院」の立場がすべて共存するものなのか、問題があると考えます。
社会保険関係団体	4. 委員会の開催頻度 2 委員会は年2回の医療懇話会のあと●●病院の委員、医師会の委員、市長などで開催されている。●●病院の説明がある。5. 審議の内容 3 医療懇話会では主に●●市の救急体制について、医師会、●●病院、●●歯科医師会、薬剤師会が話しあっている。(懇話会であって審議ではない) 問題点 1. 循環器内科があるが、循環器外科が設置されていない。2. 耳鼻科がない。3. 外科ドクターが足りない。
公益法人	病診連携の要として、医師会員の診療の支援、また開放型病院として紹介医師との共同指導を行うことにより、入院医療から退院後の在宅医療の継続性が保たれている。医師不足の影響で現時点では外科系の救急患者の受け入れができていないが、循環器内科の診療においては当地域随一のスタッフ、設備を備え急性冠症候群について周辺地域よりも救急患者受け入れを行っている。在宅にて緩和ケアを行うにあたり緊急時のバックアップ病院としての役割を担っている。
公的医療機関	地域医療連携研修会が充実している点が評価できる。3次救急の割合の低さが課題である。●●市には複数の地域医療支援病院があり、それぞれの役割、機能分担が不明確である。
公的医療機関	公的病院または地域の中核病院として、医療機能・施設ともに充実しており、本会会員の診療支援施設として十分役割を果たしている。
社会保険関係団体	地域の拠点機関病院として、大腿骨近位部骨折、脳卒中、急性心筋梗塞、がんといった疾病に関し、地域連携クリニカルを使った地域連携を推進しており、年々その症例数が増えています。がんや先進医療への取り組みもさることながら、救急医療、周産期母子医療、小児救急医療を支える地域にとって無くてはならない地域医療支援病院といえます。
医療法人	地域の講演会、講習会、症例検討会、災害訓練などに積極的に参加・スタッフの派遣を行っている点は評価できる。
公的医療機関	公的病院または地域の中核病院として、医療機能・施設ともに充実しており、本会会員の診療支援施設として十分役割を果たしている。
公益法人	・紹介率は徐々に上がっているが、逆紹介率が●%でもうひとつ頑張してほしい。 ・救急医療のとり組みは評価できる。

開設者	問5 個別病院の評価(自由記述)
医療法人	内科系、特に循環器・消化器・呼吸器・脳血管を中心に救急の受け入れをしている。紹介・逆紹介を高くする努力をされている。また、交通の利便性が良いこともあってか、各医療職種対象の講演会、勉強会を頻回に行っている。地域支援病院委員会として保健所や消防本部を含めて幅広く意見を収集している。在宅支援診療所との連携も充実している。問題点として冬場の特に感染症が多い時期などに、満床で患者の受け入れができない日が数日あり、輪番制病院群での対応の充実を医師会として検討している。
公的医療機関	公的病院または地域の中核病院として、医療機能・施設ともに充実しており、本会会員の診療支援施設として十分役割を果たしている。
公的医療機関	・紹介率、逆紹介率は徐々に上がっているが、紹介率はまだ70%で充分とは言えない。・連携室のさらなるパワーアップが望まれる。・ERを早く立ち上げるべきでしょう。
医療法人	公的病院または地域の中核病院として、医療機能・施設ともに充実しており、本会会員の診療支援施設として十分役割を果たしている。
国	平成23年度の紹介率は●%とかなり低下しているにもかかわらず、病院側にはあまり危機意識が感じられない。紹介外来制の徹底を望む。
医療法人	この制度の理解不足があるのでその指導が必要と思われる。
国	地域医療支援病院運営委員会での委員会の構成において、医師会枠が一名しかない。●●地区といっても、●●病院が位置する東部以外にも、●●、●●、●●などの地域があり、各々の地域が支援が適切に行われているのか？を評価する為にも、もう少し、委員会構成での医師会枠を増やして頂きたいと考える
医療法人	地域の中核病院として地域住民のみならず、またかかりつけ医の支援を十分に実施している。
医療法人	23年度の紹介率●%、逆紹介率●%が示すように、地域に密着した先進高度医療、救急医療を担う地域医療支援病院として大変重要な位置づけです。近年はとくにがん治療に力を入れており、各種地域連携クリニカルパスを利用した地域医療への貢献も刮目に値します。
国	・逆紹介率は高いが、紹介率がなかなか伸びていない。・インターネットを利用した画像検査予約システムが稼働している。
公益法人	1)平成23年度紹介率●%、逆紹介率●%であり、紹介率の高さから病床及び設備の共同利用が高いことを示し、高く評価できる。2)救急医療の実施については、休日夜間急患センターを●●病院内で実施され、内科・外科・小児科の一次救急診療が地域内で実施されている。また、救急患者受入れにかんしても圏内救急搬送患者の約●%を受け入れられている。3)市民公開講座が年3回程、定期的に開催され、情報発信されている。4)委員会も地域代表出席のもと意見交換が行われている。
公益法人	病診連携カンファレンスや委員会も定期的を開催しており、紹介、逆紹介や病床や器械の共同利用も充実している。救急患者の受け入れもほとんど可能であるが、疾患によっては●●市内の病院への搬送も行っている。在宅医療については、退院時サマリーも迅速に処理しており、連携室が対応し、医師会立訪問看護ステーションが支援している。夜間の看取りへの対応が、やや不十分か？

開設者	問5 個別病院の評価(自由記述)
公益法人	逆紹介率はまずまずだが、H23年より紹介率がやや低下している。
医療法人	当病院が行っている地域医療支援病院運営委員会に当医師会から委員を派遣しており、意見交換も十分できている。
その他	・特に問題なく評価できる。逆紹介率などは大いに評価できる。・小児救急として一晩中小児科専門医の診察が可能で、逆紹介を確実に行われている。・救急患者受入れ窓口が時間外にスムーズでなく断られる事も多いようで、この点の改善をお願いしたい。・救急患者の受け入れには●●地区の他の基幹病院に比し積極的でないような印象があります。・紹介状に対する返信がすぐ来る。定期的に研修会を開催している。時々、連携室と診療する医師の対応が違うことがあり困る。
国	医療連携(病診・病病)についてご協力いただいております。
医療法人	小児救急・交通外傷を含めて、高度救命センターの役割を十分担って救急患者の受け入れをしている。夜間・休日の受診時なども、1-3日程度の短期の処方で、かかりつけ医への逆紹介を促している。地域支援病院委員会として保健所や消防本部を含めて幅広く意見を収集している。年末には新病棟が開設して更に地域に根ざした診療が期待される。問題点として診療科によってはその多忙さから勤務医がやや疲弊しており、小児救急のように医師会会員が準夜帯に手伝うなどの連携や、軽症患者の輪番制病院での対応を医師会として検討している。
医療法人	・支援委員会は当該病院の医師が4名ほど入っているが、院長の他はほとんど出席がない。医師は不在で事務の方が多数の事があり、医師の参加を望んでいます。この委員会の内容が医師達に伝わっていない。・逆紹介がほとんど増えておらず、地域の医療機関との更なる連携が必要である。また、研修会の外部参加者が少ない。・周産期医療と小児救急に特化している。小児救急の深夜帯に小児科専門医の対応が出来ないことが問題と考えるが、少ない人数で周産期診療、小児救急、小児科診療と頑張っていると考える。
その他	1. 紹介率、逆紹介率は高く評価できるが、紹介医療機関に返さずに、専門医療機関に逆紹介されるケースがあり、必ずしも、連携が円滑に行われていないことがある。2. 紹介科より転科した場合、報告が為されていないことがある。3. 病床や設備・機器などの共同利用については、ハードルが高い。4. 救急医療に関しては、全国一患者数は多いが、コンビニ受診などが多くて高度救急医療の妨げになっている面がある。5. 在宅医療については、連携パスなど積極的にためられているが、症的にはパス制限があつて、少ない。
国	地域医療支援病院には、地域医療を確保するための、ネットワーク機能、救命救急機能、臨床研修機能を備えることなどの要件が課せられている。上記病院においては、救命救急医療を中心に地域の基幹病院としての役割は十分に果たしており評価できる。小児救急医療も役割を十分果たしている。また、救急医療におけるメディカルコントロール体制についても十分役割を果たしている。但し、当医療圏は東西に細長く、立地条件的に施設・医療設備の共同利用には難がある。また、臨床研修機能の充実は、まだ十分とは言えない。
社会保険関係団体	病床・設備機器の共同利用は実施されていないが、紹介と逆紹介、連携等により特段の支障はない。今後は症例に応じた病床開放や副主治医制があるとさらに好都合と考える。在宅医療支援は欲しいが、現況の医師定員では無理と考えるので支援病院への期待は酷である。救急体制は内科系・外科系とも輪番体制で十分に機能しており、特に小児対応は満足出来る。

開設者	問5 個別病院の評価(自由記述)
公的医療機関	●●病院は、救急医療や脳卒中センター・小児休日診療・看護学生への教育など地域の核となる医療を提供しているが、医師の偏在等かかえる問題は大きい。今後も地域支援病院としてあり続けるためにも、県全体での改善(工夫)が必要と考える。我々医師会は、●●病院に今後も期待する事も大きい。
公的医療機関	地域医療支援病院となってから、窓口対応等が改善されている。救急関連については、対応が向上したと感じる。共同利用の点を含め、本制度そのものの意義や役割が一般会員に十分広報がされ、理解されているとは言い難い点があり、講演会等への参加が伸び悩んでいる。認知症の方の在宅・施設入所者への救急対応が問題となることが多いと感じている。
国	紹介患者の受け入れ、及び検査依頼は十分評価出来るが、診療科目が少なく、他の病院に紹介せざるを得ない場合も多い。
公的医療機関	共同利用に関しては、医師会員への情報提供やその利用法の周知が不十分である。在宅医療については、病室が全て個室のため、救急用は用意されているようだが、在宅の後方支援ベッド確保という点では少し難点がある。救急については比較的受け入れは良好。
公的医療機関	医師会との連携はすこぶる良好であり、運営委員会の会長は当医師会会長が勤めている。しかしながら、当地域は●●県との県境にあり、医師・看護師をはじめ医療スタッフの充足に問題があり、病床も約●床が休床という状態であるので、今後もスタッフの獲得に努力しなければならない。
公益法人	保健・医療・福祉の連携の協議会等にて検討すべきである。
公的医療機関	夜間小児救急に対して、小児科医が少ないため医師会員が一次救急に対応する体制をとっている。一部、不安感は残る。
国	・紹介率●%を超える。逆紹介率●%を超える高い紹介率。・救急医療についても24時間365日断らない受け入れを行っている。・防災ヘリ・ドクターヘリの2機体制の「●●型」ヘリ救急搬送体制での防災ヘリのヘリポートが設置が行われ昼夜問わず地域医療に多大な貢献がある。
公益法人	休日夜間の一次救急を会員の先生方と協力しながら行っており、地域医療に貢献している点は評価に値すると思います。
公的医療機関	・共同利用については、全体としての利用数は未だ少なく、利用者に偏りがある。
社会保険関係団体	当医師会内にある他の地域医療支援病院とは、「●●医療ネット」などを通じて当医師会会員との医療連携は非常にうまく機能している。
公益法人	●●病院は紹介率80%をクリアしており、地域医師会会員の共同利用の場として全病床オープン型の形態をとり、医療機器等の共同利用を行い、さらに救命救急センターの機能も有しており、地域の医療を担っている。
公益法人	地域医療支援病院委員会の開催は年1回であるが、開設者(医師会主催)または病院主催により、別途、行政機関・地域議員・大学医学部と個別の意見交換会を実施している。また、歯科医師会・薬剤師会及び看護協会を交えた地域医療に関する協議会を行い審議事項として地域医療支援病院委員会に反映させている。
公益法人	24時間体制で一次、二次救急医療に対応している。

開設者	問5 個別病院の評価(自由記述)
公的医療機関	(1)紹介率・逆紹介率が高くはなっているが、受入れる患者へ偏りがあり紹介する会員のニーズに応えているとは言い難い。むしろ●●病院の受け入れの方がスムーズである。(2)本来の二次・三次救急の受け入れは診療科によって問題がある。特に神経内科、消化器内科医の引き上げにより平成20年●月より医師会の会員による脳血管障害輪番制、平成20年●月より●●病院も含む医師会会員により消化管出血輪番制を施行している。
国	夜間の救急医療体制に問題がある。
国	・救急医療において、地域夜間輪番医療機関へのバックアップ体制機関として十分に機能している。循環器消化器に於いて精査依頼に十分な対応出来ている。脳血管疾患への対応が充分ではない。
公的医療機関	(1)比較的大きい圏域内に一定規模の有床・検査機能病院がすくないことから地域医師会員機関の後方支援機関としての役割を十分果たしている。(2)医師会型の「地域医療支援病院」が後方支援機関として制度上の選択から外れる認識は無い。
公的医療機関	・実質的な逆紹介があまりない。(紹介状のみのケースが多い)

2.5.4. 地域医療支援病院の制度全般について（自由記述）

自由記述
<p>●●県医療審議会の部会において、予め●●県がチェックした各病院の運営状況概要が報告される程度で、承認後の実績を評価する場がないため、詳細を把握できないことが問題である。</p>
<p>●●病院は、●●県全域からの最終救急病院である性格上、外来部門、入院部門、救急部門すべてが最大稼働していることから、●●市内においては地域支援病院を複数に増やすことを望む。</p>
<p>地域医療支援病院制度については、その承認要件等の変更の検討が進められてから久しいものがあるが、地域においては、そのことに関して情報不足の感が否めない。地域医療支援病院制度は、地域における医療機能分化と連携の促進に多いに寄与したものと考えられるが、地域医療支援病院の開設者から毎年提出される業務報告・実績に基づく評価がきちんとなされていないことから、今後においては、評価指標等による地域医療支援病院の評価をしっかりと行っていく必要があるものと思われる。</p>
<p>市民、近隣住民が安心して生活できる医療体制の確立。東日本大震災以来、当地では勤務医が減少し充足もされない状態でありこのままでは地域医療の崩壊につながります。・きちんと業務実績の情報提供が行政から医師会に行われるようすべきである。・業務実績が承認時よりも数年大きく下回るような場合には取り消し等を考慮されるべきである。</p>
<p>単に経済的インセンティブによる利益を受けるのみを目的とせず、それらの評価と検証を行い、支援病院と地域医師会が相互連携のもと、共存しながら、地域医療に貢献できるようなシステムを作るべきである。</p>
<p>高齢化に伴い、地域医療体制は大きく変化しなければならない。地域医療支援病院の役割も変わらざるを得ない。紹介・逆紹介率、共同利用、研修、救急医療のすべてを見直す、地域の実情に合った体制づくり、病診連携のみならず、介護・福祉との連携をとる必要がある。医師会を中心とした地域連携づくりの中で、治す医療の中心的役割を期待する。</p>
<p>補助金のある公的病院には、この制度が真に必要な時期にあると考える。</p>
<p>もともと地域医療を担う「かかりつけ医」を支援する目的で創設された制度であるが、診療報酬が高いため認可を受けている病院が多いと聞く。紹介率及び逆紹介率等の設定を高くし、地域医療支援の目的に合ったものとするべきである。インセンティブについては、診療報酬上の手当としてよいと考える。</p>
<p>1) 地域医療支援病院の名称を直ちに撤廃、これまでの地域医療支援病院は準特定機能病院と位置付け、インセンティブを下げる。2) 地域医療支援病院の名称は診療所のみならず他の病院の医療資源を考慮し、高度先進医療以外の医療が地域で完結できるような機能を発揮するために柔軟な働きを行っており、救急医療などで最終的に頼りにされる病院にさずけるべき。決して地域医療を破壊してしまうような病院に地域医療の名を与えてはならない。</p>
<p>地域医療支援病院は、「概ね二次医療圏にひとつ」以上存在することが望ましいとされているが、地域によっては必ずしも必要はないと考える。その理由としては、二次医療圏に必ずひとつ設置するとなると、先に認められた病院は、仮に努力を怠ったとしても経済的な恩恵を受けることになる。許認可権を有する県がすべての地域医療支援病院に対して調査をしているわけではなく、現時点で全病院が要件を満たしているかは不明である。一度認可されると地域医療支援病院でありつづけられるのではなく、要件を満たさないなどの場合は、見直しも検討するべきである。</p>
<p>●●県では、●つの二次医療圏があるが、地域医療支援病院のあるのは●圏域であり、現在承認を受けている病院については、特に問題はないと思われる。しかし、紹介率だけで差別化を図るのは難しく、本来の目的とされている中小病院や診療所などを後方支援や連携が十分行われているかが重要と思われる。</p>

自由記述
<p>診療報酬が目的で、紹介率を無理矢理に上げて取得しておいて施設やクリニックでの急変患者さんを受け入れなかったり、研修を行なわない病院は好ましくない。</p>
<p>地域医療支援病院制度の設置目的は、かかりつけ医、かかりつけ歯科医などの支援を通じて、地域医療を確保することである。しかしながらDPCの機能評価係数加算による診療報酬上のメリットを得ることが目的になってはいないだろうか。今一度、理念を確認していただきたい。</p>
<p>(1) 当会には該当する病院はないが、検討中の公的病院がある。(2) 200床以上の病院は、支援する必要がないと考える。(3) 既に優遇されている病院(厚生年金病院、社会保険病院等)は除外するべきである。</p>
<p>・診療の難しい症例の受入、特殊な治療、高度な治療に特化すべきである。・承認条件として、紹介率、逆紹介率を高く設定する。・在宅医療は、地域の診療所と連携して行うべき。・人間ドックなどは、他の医療機関にまかせるべき。・一番の問題は病床の共同利用。開業医が紹介のもと面会等に訪れることも多々あるが、共同診療料を請求すると患者負担が増してしまうのでほとんど請求していないのが現状。他の方策を至急検討して欲しい。・救急医療、地域医療者に対する教育的指導等、制度は維持されるべきと思う。</p>
<p>○入院機能に重点をおいて、外来機能を縮小する制度にするべき。○各種の病院(特に基幹病院を主として)の診療機能(例えば高度先進医療を行うがんセンター、特定機能病院等、一般的急性期病院機能、在宅医療を含む診療所の医療機能を支援して慢性期疾患を通院診療等で管理していく医療等)が混在して制度が運営されているため、分かり難く効率が悪い。全体の病院機能をあらためて整理し、複合した機能も必要と考えられるが、一般社会からも解りやすく、受診者にとっても効率よく受診できる体制に再整備する必要があると思われる。</p>
<p>○地域医療支援病院制度のルーツは医師会立病院であり、原則、紹介率80%超を求める等、病診の機能分担を図ることでの地域貢献が目的であったが、その後の見直しで、当初の目的は形骸化し、現在に至っている。</p>
<p>本来地域支援病院は地域医師会病院のためにつくられた制度と理解している。しかも始めは二次医療圏で1~2という数字であったと記憶している。これがDPCに対するインセンティブをつけたがために民間大病院に広がり、現在は自治体病院にも波及している。これは現在の紹介率、逆紹介率等の数字に固執した制度そのものに問題があると思う。</p>
<p>●万の人口を持つ1つの2次医療圏で●地域医療支援病院、他に●病院が整備中です(すべて公的病院)。2次医療を行っている病院が全て地域医療支援病院を取得する方向で努力しているか又はすでに取得している。この事態は異常です。点数というインセンティブが大きすぎます。医師会病院は存在しないこの地方で、この制度は各病院の3次医療への努力を阻害し、実態とかけ離れた形式だけの逆紹介・紹介率であり、救急医療へのインセンティブにもなっておらず、1医療圏の中で相似した病院が出現している。</p>
<p>地域で完結できる中核病院として、その承認要件が満たされた病院に認められる制度であるべきです。要件を満たせば二次医療圏に複数あっても問題はないと考えます。都道府県からの報告については実態を把握していません。地域の事情は異なりますが、他の支援病院との比較する資料の公表があるべきだと感じています。従来は一次医療…かかりつけ医 二次医療…入院を主体とした医療 三次医療…先進的医療という構造がとられて来たが、●●地方では一次でも病院志向の患者さんが、非常に多い。その為に二次、三次の医療が疎かになっている。</p>

自由記述
<p>地域の規模や特性がそれぞれ違うので、その実情にそった地域支援体制を構築すべきである。つまり、紹介、逆紹介、共同利用、救急医療、研修、在宅医療、すべてを兼ね備える必要はなく、その地域に求められるものを優先し、個別に機能評価を行えばいいのではないかと思います。在宅医療の支援に関しては、介護領域の従事者への研修に門戸を開くことが大切だと思います。特に地区の救急医療を充実してほしい。今後もしっかりと評価していきたい。在宅医療を充実させるためには、病診連携がしっかりと構築されることが重要と考えます</p>
<p>承認により診療報酬上のメリットが大であることは一応理解できるが、その名の示す如く地域医療支援病院の役割が十分に果たされていると断言できないのが、現在の正直な気持ちである。地域のかかりつけ医の多くは、患者住民の疾病に応じて患者紹介を行っており、また病院からの情報発信により共同利用や研修を受けている。地域医療支援病院が名実ともに地域支援の中心病院になるために、その役割を忠実に果たすことにある。</p>
<p>1. 地域医療における機能分化や連携を、経済的支援を与える事により促進しようとする制度である。救急医療のみならず、今後整備がすすめられる在宅医療多職種連携体制への支援も重要な役割になると考える。2. 承認にあたり、書類の型式だけでなく、医師会の意見が反映される医療審議会であっていただきたい。</p>
<p>病診連携が円滑になされているにもかかわらず、紹介率が60%を維持するのが困難な状況におかれている支援病院がある。交通アクセス、医療圏よりの流出等が関係していると思われるが、郡部に存在する支援病院の評価に別の視点が必要かと思われる。地域医療連携の要として連携室の機能が重要であり診療報酬上の評価が求められる。現状は地域を支援するというより、地域から患者を集める方向性の取り組み(地域支援という名目で)が多いように感じられる。</p>
<p>・病診連携がとれている。・在宅医療の取り組みが不充分である。・急性期医療に重点がおかれている。</p>
<p>病院によっては、紹介率が低い病院がある。もう少し承認要件のハードルを上げて、本来の機能を重見すべきと思う。</p>
<p>受診者にそのメリットがわかるような周知をしていただきたい。</p>
<p>現在、地域の基幹病院は、地域連携室に人員を割いて病診連携に力を入れています。また、電子カルテのネットワークなどを積極的にやっている医療機関も最近は多く見られるようになりました。連携強化の人材、IT化の支援ができる制度に向け予算化をお願いします。問1:地域医療支援病院の役割や承認要件の見直しについて・二次輪番当番医制への積極的参加・紹介率、逆紹介率の比率をもっと上げる必要がある。</p>
<p>地域医療支援病院の本来の目的から外れ、経済的インセンティブの面から、本制度を活用していると思われる病院もあります。委員会の開催の有無が不明の病院もあります。こういったことを考えると、紹介率、逆紹介率の基準の見直し(もう少し厳しくする)及び在宅医療の支援、委員会の定期開催の遵守等が必要と思われます。県からの情報提供も不十分である。</p>
<p>地域の他の中小病院及び診療所との連携が十分でない。</p>
<p>○地域医療支援病院の認定条件が満たされたとして、承認すれば、地域内の医療提携体制を混乱させることとなる。医療圏内の状況を十分に考慮して新しい支援病院は承認すべきである。○委員会に出席する医師会役員等は多々理解できることがあるが、一般会員の要望・意見を聞くシステムが確立されていないと考える。○地域医療支援病院は地域医療を支える「かかりつけ医」の後方病院であるという大原則をもう一度周知せしめるとともに、日医を始め、県・郡市医師会とも自分たちの地域医療を考えるときは基礎として常に念頭におくべきであろう。</p>

自由記述

今後、高齢者の増加と若年者の減少という人口構成変化の中で、地域においては亜急性期医療や在宅等からの急性変化患者の受け入れを求める声が強くなると予想される。また、2次救急患者の積極的な受け入れ等は常に求められる機能であろう。このように地域で求められる病院機能は、地域によりまた時期により異なってくる。その地域により求められる機能を果たしていくのが地域医療支援病院であるので、地元の郡市区医師会から定期的な評価を受ける仕組みが必要であろう。○要件の紹介率にもどし、入院に特化すべき。

・制度上、ベッド数200床以上とする基準は現実的ではない。離島・へき地や医療過疎地域等において、地域の一次・二次救急の機能や地域の大病院の後方支援を行うなど、真の意味で公共性の高い医療の役割を果たしている病院に対し、指定を行うような基準とするべきである。

・紹介率の基準は、当初の基準に戻すべきである。・サテライト診療所から本院へ紹介する患者を紹介率として算定することは問題である。・郡市医師会や県医師会に情報があがってきていないので、それらの情報を公開する方法が必要である。

2.6. 調査票

2012年10月

日本医師会「地域医療支援病院制度についての都道府県医師会アンケート調査」

社団法人 日本医師会

本調査は、地域医療支援病院がどのように地域医療に貢献しているかを把握するために
行うものです。

ご回答は統計的にのみ処理し、貴医師会および貴都道府県の地域医療支援病院名が特定
される形での公表は絶対に行いません。

お答えいただける範囲で、地域医療の現場からのご回答をお願いします。

医師会
ご担当者様:
ご連絡先:

問1 現在、医療法上に「地域医療支援病院」の制度が位置付けられています。

今後、この制度をつづけていくことについて、どのようにお考えですか。

もっとも近いものに1つだけ○を付けて下さい。

1. このまま制度をつづけるべき
2. 役割や承認要件を見直して制度をつづけるべき
3. 制度を廃止しても良い → 問3にお進みください
4. 制度を廃止すべき → 問3にお進みください
5. その他(具体的に)

役割や承認要件について、どのように見直すべきか、ご意見がありましたら
ご自由にご記入下さい。

問2 上記問1で「つづけるべき」(選択肢1および2)と回答された方におうかがいします。
地域医療支援病院の承認数等について、どのようにお考えですか。

もっとも近いものに1つだけ○を付けて下さい。

(1) 地域医療支援病院の承認数について

1. 原則、二次医療圏ごとに1つずつ
2. 一定の人口ごとに1つずつ
3. 二次医療圏に1つや人口にこだわらず、二次医療圏に複数あっても良い
4. 二次医療圏に1つや人口にこだわらず、地域医療支援病院がない地域があっても良い
5. わからない
6. その他(具体的に)

(2) 地域医療支援病院に対する経済的インセンティブは必要だとお考えですか。

1. 必要であり、現行の診療報酬上の手当てをつづけるべき(地域医療支援病院入院加算。DPC病院の場合はこれに相当する機能評価係数I)
2. 必要であり、診療報酬上の手当てが望ましいが、内容は見直すべき
3. 必要であり、今後は国の補助金で支援すべき
4. 必要ではない
5. わからない
6. その他(具体的に)

診療報酬上の手当てや補助金のあり方について、ご意見がありましたら
ご自由にご記入下さい。

問3 地域医療支援病院の承認にあたり、貴医師会はどのような関与をされていますか。
もっとも近いものに1つだけ○を付けて下さい。

1. 医療審議会などで積極的に発言し、医師会の意見が反映されている
2. 医療審議会などで意見を述べているが、あまり反映されない
3. 意見を述べる場があまりない
4. その他(具体的に)

問4 地域医療支援病院承認後の実績について、都道府県から貴医師会に対して、情報提供
がありますか。
もっとも近いものに1つだけ○を付けて下さい。

1. 毎年、都道府県から、きちんと情報提供があり、医師会の意見を述べる機会もある(たとえば、業務報告書にもとづき、引き続き承認要件を満たしている等の具体的な説明がある)
2. 毎年、都道府県から、管下の地域医療支援病院について、ある程度の説明がある
3. 毎年、都道府県から、各地域医療支援病院の業務報告書の提示があるが、特段の説明はない
4. 特に情報提供されていない
5. その他(具体的に)

問5 貴医師会は、貴都道府県の地域医療支援病院について、どのように評価しておられますか。
 地域医療支援病院名をご記入の上、それぞれ、**もっとも近いものに1つだけ○を付けて下さい。**

※ 必要に応じて貴会管下関係郡市区医師会とご相談の上、ご回答ください。

個別の病院名と評価を開示することはいたしません。

1 評価できる
 2 課題がある
 3 どちらともいえない
 4 情報が不十分なため評価できない
 ↓

病院名				
紹介率・逆紹介率の高さ	1	2	3	4
病床の共同利用	1	2	3	4
設備や器械などの共同利用	1	2	3	4
委員会 ^{※1)} の開催頻度	1	2	3	4
上記委員会 ^{※2)} での審議の内容	1	2	3	4
救急医療の実施	1	2	3	4
在宅医療の支援	1	2	3	4
当該地域医療支援病院について、特に評価できる点や問題点、その他のご意見などをご自由にご記入ください。				

※1) 当該地域医療支援病院に勤務しない学識経験者等をもつて主として構成される委員会

※2) 上記委員会では、地域における医療の確保のために必要な支援に係る業務に関し、当該業務が適切に行われるために必要な事項を審議し、必要に応じて当該病院の管理者に意見を述べることとされています。

問5は、貴都道府県の地域医療支援病院数分の枚数を同封しておりますが、不足している場合、大変お手数ですが、コピーしてお使い下さいますようお願い申し上げます。

地域医療支援病院の制度についてのご意見をご自由にご記入下さい。

以上でアンケート調査は終わりです。ご協力ありがとうございました。

3. 参考資料

Web ページ URL のアクセス日は 2013 年 2 月 19 日

厚生労働省・特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会資料
「地域医療支援病院について」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000253pd.html>

「地域医療支援病院の承認要件について」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000253pd-att/2r985200000253tn.pdf>

「基本資料集」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000253pd-att/2r985200000253u3.pdf>

前田由美子（2011）『地域医療支援病院の現状分析』

http://www.jmari.med.or.jp/research/summ_wr.php?no=463

