

10月21日  
常務理事会／記者会見

# 地域医療支援病院の指定状況等 に関するアンケート調査

# 調査ならびに回答病院の概要

【調査実施期間】2021年8月27日～9月30日

【調査対象】373病院

【調査対象期間】2021年8月31日時点

※精神科単科病院を除く200床以上の病院

【有効回答】153病院（41.0%）

【地域別】	会員		回答	
	病院数	病院数	回答率 (%)	回答率 (%)
全 体	373	153	41.0	
北 海 道	18	10	55.6	
東 北	47	17	36.2	
関 東	92	36	39.1	
北陸・信越	32	14	43.8	
近畿・東海	109	41	37.6	
中国・四国	36	16	44.4	
九 州	39	19	48.7	

【病床規模別】	会員		回答	
	病院数	病院数	回答率 (%)	回答率 (%)
全 体	373	153	41.0	
200床台	86	28	32.6	
300床台	117	40	34.2	
400床台	74	34	45.9	
500床以上	96	51	53.1	

## 留意事項

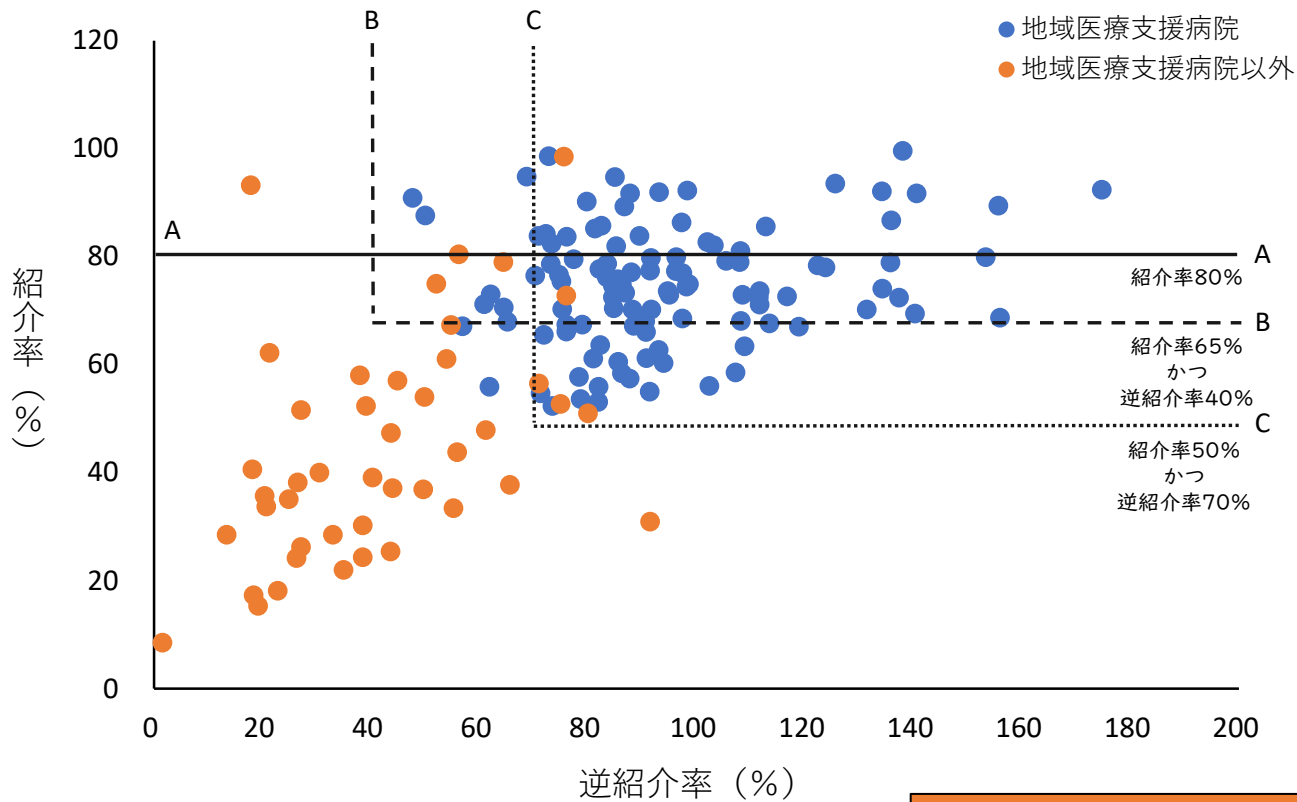
- ① 設問により無回答があるため回答病院数が異なっている
- ② 表示されている桁以下を四捨五入しているため合計が100%にならない場合がある
- ③ 複数回答可の設問においては、%の合計が100%を超える場合がある

# 地域医療支援病院の指定状況

【病床規模別】	回答 病院数	あ り		な し	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	153	108	70.6	45	29.4
200床台	28	11	39.3	17	60.7
300床台	40	22	55.0	18	45.0
400床台	34	26	76.5	8	23.5
500床以上	51	49	96.1	2 <sup>*</sup>	3.9

※特定機能病院

# 紹介率・逆紹介率の分布（令和元年度）



【病床規模別】	地域医療支援病院以外の病院 (病院)		うち、紹介率・逆紹介率を満たしている病院 (病院) (%)	
	全体	45	9	20.0
200床台		17	3	17.6
300床台		18	3	16.7
400床台		8	1	12.5
500床以上		2	2	100.0
うち、専門病院等		7	5	71.4

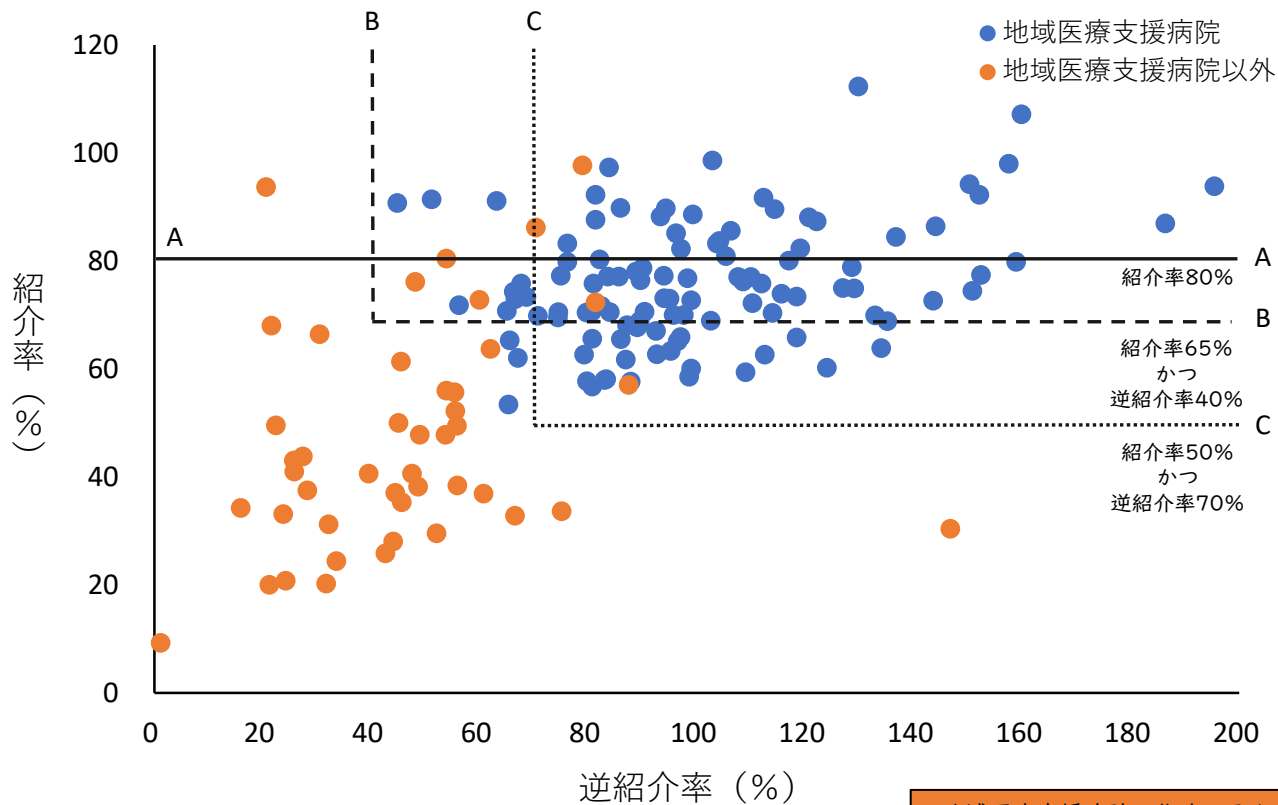
※専門病院等：がんセンター、特定機能病院などとしている



## 地域医療支援病院の指定が取れない理由

救急医療の提供が不足		建物などの共同利用体制の未整備	
全体	専門病院等	全体	専門病院等
5	3	4	3
地域の医療従事者の研修を実施できない			
全体		※複数回答可	
2	2		

# 紹介率・逆紹介率の分布（令和2年度）



【病床規模別】	地域医療支援病院 以外の病院	うち、紹介率・逆紹介率 を満たしている病院	
	(病院)	(病院)	(%)
全体	45	8	17.8
200床台	17	2	11.8
300床台	18	3	16.7
400床台	8	1	12.5
500床以上	2	2	100.0
うち、専門病院等	7	6	85.7

※専門病院等：がんセンター、特定機能病院などとしている



## 地域医療支援病院の指定が取れない理由

救急医療の提供が 不足		建物などの共同利用 体制の未整備	
全体	専門病院等	全体	専門病院等
5	4	4	3
地域の医療従事者の 研修を実施できない		※複数回答可	
全体	専門病院等		
2	2		

# 地域医療支援病院の指定を取得できない (取得しない) 理由

【地域医療支援病院の指定なしとした場合のみ回答】

※複数回答可

【病床規模別】	回答 病院数	紹介率・逆紹介率 が足りない		救急医療の提供が 不足		建物、設備、機器等 を地域の医師などが 共同利用できる体制 が未整備		地域の医療従事者に 対して研修を行うこ とができない (行っていない)	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	45	37	82.2	13	28.9	12	26.7	12	26.7
200床台	17	14	82.4	7	41.2	6	35.3	6	35.3
300床台	18	17	94.4	3	16.7	4	22.2	4	22.2
400床台	8	6	75.0	3	37.5	2	25.0	2	25.0
500床以上	2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

※500床以上で回答のあった2病院については特定機能病院に指定されている

# 紹介率・逆紹介率が足りない理由

【指定を取得できない理由で紹介率・逆紹介率が足りないと回答した場合のみ回答】

※複数回答可

【病床規模別】	回答 病院数	地域周辺に紹介を受ける、あるいは逆紹介依頼可能な医療機関が少なく、自院がかかりつけ医機能を担っている		患者が紹介状を持たずに受診することが多い、あるいは転院を望まないケースが多い		圏域内または近隣に既に地域医療支援病院があり、そのような役割を担っていない		その他	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	37	21	56.8	26	70.3	11	29.7	4	10.8
200床台	14	9	64.3	10	71.4	5	35.7	2	14.3
300床台	17	9	52.9	10	58.8	4	23.5	1	5.9
400床台	6	3	50.0	6	100.0	2	33.3	1	16.7
500床以上	0	0	—	0	—	0	—	0	—

## 【その他の内容】

- ・高齢者が多く、疾患が多岐にわたっている患者さんが多いため、患者さん自身が、疾患ごとに異なるクリニックにかかるのではなく、1つの病院で済ませたいとの希望が多い。
- ・公立病院としての役割は担っているが、近隣に地域医療支援病院がある。
- ・コロナ開始前は、紹介率・逆紹介率の要件のクリアに向けて、病院全体で取り組み、申請を挙げられる状況にまで到達したが、令和2年4月にコロナ専門病院となったことで、一時期、全ての外来診療ならびに急性期入院を休止したことで、特に紹介患者は激減となった。

など

# 地域医療支援病院の指定を受けるに至った経緯・理由

【地域医療支援病院の指定ありとした場合のみ回答】

※複数回答可

【病床規模別】	回答 病院数	診療報酬での加算が 取れるなどの経済的 メリット		外来患者の抑制・制 限により医師の負担 軽減や働き方改革推 進		地域医療連携体制の 推進		地域の医療機関との 医療機能の分化・明 確化		専門外来、入院など に注力するため		その他	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
		<b>全 体</b>	108	93	86.1	38	35.2	99	91.7	91	84.3	31	28.7
200床台	11	9	81.8	0	0.0	11	100.0	10	90.9	3	27.3	0	0.0
300床台	22	21	95.5	12	54.5	21	95.5	17	77.3	9	40.9	0	0.0
400床台	26	22	84.6	13	50.0	23	88.5	23	88.5	10	38.5	0	0.0
500床以上	49	41	83.7	13	26.5	44	89.8	41	83.7	9	18.4	1	2.0



# 地域医療支援病院の指定を受ける、または機能を維持するにあたっての苦労・工夫

## ① 紹介率・逆紹介率について

- 市民のかかりつけ医制度についての理解、受け入れ先である療養型病院等の不足。病院職員の紹介率・逆紹介率に関する共通理解が得られない
- 完全紹介予約制（予約方法含め）を地域医療機関や患者家族に周知徹底することが困難であった
- 専門科によっては、非常勤の医師しかいないため、紹介率が低くなる
- 紹介率については、小児専門病院のため紹介制を取っており90%以上維持している。逆紹介率は、40%前半で低めである。これは、専門性や特殊性が強いことや小児の後方支援病院がないことも影響していると思われる
- 通常診療時は、当院を「かかりつけ医」として位置づける周辺住民も少なからず存在しており、周辺のクリニック等へのご紹介を納得しえもらえない患者も多にいる
- 市民病院であることから紹介状を持たずに受診する患者もおられ、紹介率の飛躍的な向上が難しい
- 逆紹介が進まないうえ、逆紹介しても戻ってくることもある
- 退院後の紹介元への返書管理の体制整備に労力を必要とした
- 認定申請までは、市民にまずはかかりつけ医への受診を促すこと、紹介状の必要性を理解してもらうことに時間を要した
- 院長や事業管理者、診療科医師と連携医療機関や近隣の医療機関を訪問し、顔の見える関係の構築
- 広報誌やパンフレット、ポスターを作成し、医療機関や患者への広報活動の実施
- 医療機関からのFAX予約や電話一本で予約が取れる、事前予約の受付時間の延長などの予約システムの構築
- 紹介された患者は必ず紹介元に逆紹介することの推進や逆紹介について医師への周知徹底
- 地域医療支援病院運営委員会などを開催し、医師会や地域の医療機関と情報交換等の実施
- 病状の安定した外来患者さんに対して医師の指示のもとに「かかりつけ医相談」を地域連携センターが担い、患者の相談に応じている
- 受けた意見のうち少しでもよいので実現して報告すること。連携登録医の先生方との連携強化のため、紹介返書の徹底のためのシステム運用と内容に関する苦情を把握し、改善に結びつけること
- 指定を受ける以前は、紹介率が基準を満たせない状況であったが、地域の医療従事者を招いて「医療連携の会」を開催するなど地域連携の促進に努めることで、指定を受けるに至った
- 逆紹介率の承認要件基準を満たすことが出来ない状況が続いたため、診療情報提供書の作成にインセンティブを付与した

# 地域医療支援病院の指定を受ける、または機能を維持するにあたっての苦労・工夫

## ② 救急医療の提供について

- 三次救急病院として急性期治療の必要な患者への対応については機能を発揮しているが、急性期から慢性期へ移行した後の退院先の調整について苦慮している
- 地域医療支援病院への移行に伴い、診療情報提供書が得られなかった、かかりつけ医を経ない軽症患者が時間外診療を申し込むケースがあることから、制度趣旨に鑑み、夜間・時間外選定療養費の設定について検討していく必要が生じている
- 常勤の救急専門医の確保
- コロナ感染症患者の受け入れ体制により、3次救急を抑制せざるを得ない時期が生じるなどの課題はある
- 重症患者対応に対する人的物的資源の整備に注力しているが、救急科医師の減員があり、繁忙期の複数回同時救急要請があると対応しきれない課題がある
- 24時間・365日断らない救急医療の提供を行っており、救急受入件数も年々増加しているが、救急患者を受け入れる体制（医師や看護師、ベッドコントロール）維持に苦労している
- 断らない救急をモットーにした体制の構築
- 院内で救急の不应求をできる限り無くすため会議で報告・検討を行っている
- 消防局との間で救急活動における傷病者の収容依頼が病院交渉5回以上かつ病院交渉30分以上経ても収容病院が決定しない搬送困難事例に関しては、原則当院で受け入れるという制度を設けている
- 患者支援センターに救急紹介ホットラインを開設し、一次医療機関との救急要請受付体制を運用している
- 救急外来への軽症者のコンビニ受診に苦慮していたが、地域支援病院の承認に合わせて時間外選定療養費の徴収を開始したことで、抑制することができている
- 救急医療を充実させるために救急外来を拡張し、診察室を2室から4室に、回復用ベッドを3床から5床に増設して、より安全で安心な救急医療体制を構築した
- 各診療科と協力体制を持ち、曜日毎の部門紹介の順位や担当を決め、速やかな診療が行えるよう工夫している
- 救急体制を維持するために、職員の研修や救急患者のトリアージに力を入れている。また、消防署と定期的な事例検討、学習会を開いて情報交換を行っている

# 地域医療支援病院の指定を受ける、または機能を維持するにあたっての苦労・工夫

## ③ 建物、設備、機器等の共同利用の体制整備・確保について

- CTとMRの利用については、院内患者の利用が非常に多く、地域の医療機関にご迷惑をお掛けすることがある
- 地域医療支援のため、広域の病院に呼びかけて協定を締結し、共同利用を推進しているが、市内他病院の機器整備が進んだ影響により、利用数が伸びていない状況にある
- 共同利用の体制は整備しているが、利用する連携医がここ数年固定化しており、利用数も伸びない
- コロナにより共同利用数が減少するなどの影響が生じている
- 検査機器の利用については医療圏の中で開業検査機関も多く、依頼件数は伸びない
- 同じ医療圏に地域医療支援病院が複数あるため共同利用件数が少ない。今後、導入している機器や利用可能な設備を地域の医療従事者へ周知できるよう検討している
- 病床の共同利用については、地域の医師が当院へ来訪される機会が少なく、コロナ禍もあり、病床の共同利用は実施不可の状況
- 医療機器等を共同利用しやすいように、連携医療機関からFAXで予約がとれるようにしている。検査後は画像所見等を速やかにおくるよう務めている
- 当院共同利用については、毎月発行している広報誌に掲載しているほか、紹介元医療機関への返信にお知らせを同封するなどPRし、利用増加につなげるよう努めている
- 診療所などからの検査依頼をスムーズに受けられるよう、専用の予約枠を確保している。また、令和元年より土曜日の検査予約も受けられるようにした
- 開放病床を10床設置している。開放病床以外の病床であっても共同診療を実施できる体制にしている。施設については図書室が共同利用できる体制になっている。共同手術も実施できる体制を整備している
- 利用医師登録制度を実施している。MRIやCTなどの共同利用について外部医療機関の要望により、検査の枠を拡大している

# 地域医療支援病院の指定を受ける、または機能を維持するにあたっての苦労・工夫

## ④ 地域の医療従事者への研修について

- コロナ禍で集合形式の研修会等は難しく、オンラインで実施しているが、その周知や参加者の把握、研修会の運営等で試行錯誤している
- コロナ禍において、集合研修が難しくなり、WEB配信等で実施している。参加者からは好評であるが、従来行っていた実技等については実施しにくくなっている
- どういった内容にするか悩む。また、地域連携室だけで運営しているため負担が大きい
- 感染症の拡大等があり、感染対策の徹底やWebを利用し研修会を開催しているが、開催頻度や参加者数が減少している
- コロナ禍のため、WEB研修としたが、会場での研修会より参加数が減少や講師からは受講者の反応がリアルタイムに把握できなかったとの意見があった
- 研修内容が有効かどうかの評価はできておらず、各診療科にて計画・実施されていることが多く、病院として統一されていないことが課題である
- コロナの影響で集合研修が難しくなったが、Zoom等を利用しオンライン形式で研修を実施している
- 年12回となると、企画・開催が大変であるが、医療・災害・救急救命・患者サポート等多方面・他分野から企画し、幅広い連携が行えるよう工夫している。県内の他の地域医療支援病院での年12回以上開催しているため、地域の医療従事者（参加側）の負担も大きいと思われる
- 地域医療と介護・福祉をつなぐ会を開催して、地域の医療と介護従事者を対象に情報提供や技術の提供・支援に向けた研修を開催するほか、ポリファーマシー対策会議、CKD・DKDネット会議、口腔ケア推進会議を開き、医師会、歯科医師会、薬剤師会、行政をはじめ多職種が連携して地域課題の解決に向け取り組み地域包括ケアの深化・推進の一翼を担っている
- ほぼ毎月、研修会（Web会議システムを活用）を開催し、当院の治療に関する情報を発信し、連携医との情報共有を図っている。また、認定看護師の研修会をほぼ毎月開催し、院外から多数参加している

# 地域医療支援病院の指定を受ける、または機能を維持するにあたっての苦労・工夫

## ⑤ その他

- ごく一部だが軽症の生活保護受給者が選定療養費を無料と曲解し、一次医療機関への受診を経ず診療を申し込むケースが散見されるが、こうしたことは制度の根幹に係る大きな課題と認識している
- 地域医療支援委員会で、委員に提示する資料が多く、年間4回の開催数であることも含め、事務負担が大きい。
- コロナ禍のため、対面での研修会の実施や支援病院運営委員会の開催が困難となり、オンライン（又は書面開催）で実施する予定ですが、オンラインでの実施に不慣れなため、準備に手間がかかっている
- 年4回委員会の開催が義務要件となっている。特に自地域は地域医療支援病院の認可を受けた病院が多数あり、委員招聘の日程調整に苦慮している。
- コロナ禍では地域の医療機関等との「顔の見える連携」が取りづらく、オンラインの活用等、今後新たな手段を検討する必要がある
- コロナ禍以前より、感染症対策に向けた看・看ネットワークによる介護従事者の技術向上研修機会の提供を進めてきた。また、高齢化に伴う心不全の再増悪を予防、早期介入による再入院抑制を目指し、心不全連携チームを発足させ、地域の福祉施設や地域医療・介護従事者とともに重症化予防を進めている
- 連携医が勤務する病院・診療所に対する診療支援が行えるよう、医師の派遣体制を整備している。また、医師不足により一時的に医師の応援を必要とする医療機関へ医師を派遣している。
- 診療報酬改定から、学校医に情報を提供できるようになり、範囲を拡げて連携を取れるようになった
- 地域支援病院運営委員会では当院の実績報告だけでなく、地域医療機関からのご意見や、タイムリーなトピックス情報を取り入れた有意義な委員会を目指している

# 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関（仮称）」に指定、手挙げをした場合の選定療養費を取ることに對する意見

## 【地域医療支援病院の意見】

- 地域医療構想の推進において、入院医療だけでなく外来においても機能分化と連携が必要と考えられるため、一定の選定療養費の設定に関してはやむを得ないとする。ただし、都市部と過疎地域における事情は異なるため、過疎地域の特殊性に配慮する必要があるとする
- 地域の状況により「かかりつけ医」機能を兼ねざるを得ない病院にとっては高額な選定療養費は不適である。手挙げしないことで回避できるのであれば問題はない
- 豊富な医療資源を有する地域医療支援病院とかかりつけ医との機能分化を進めるためには必要なことではあると理解するが、年金生活をしている高齢者が多い地方において、受診抑制とならないような適正な額に設定することが求められる
- 機能分担を進める上で必要だが、制度の趣旨・内容についての周知を十分図るよう努めてほしい
- 地域住民（患者）の理解が必要だと思しますので、単に一医療機関だけの問題ではなく、国（又は都道府県）として国民に理解を得られるような説明（広報）をしてもらえると良いのではないのでしょうか
- 現在でも定額負担が義務付けられ、一定の効果が出ている。これ以上の負担については、効果に疑問が残る
- 医療機関の機能分担を図る目的としては、妥当である。基幹病院としての指定を受ける基準はしっかり定める必要がある
- 現在も選定療養費を徴収しており、特に変化や問題はない
- 現在、二次医療圏内に同規模の地域医療支援病院が多数あり、選定療養費についてはほぼ同額を徴収している。今後、設問の医療機関に指定されることで選定療養費の金額に大きな差が生じるようであれば、集患や経営状況に影響が出ないか懸念される

# 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関（仮称）」に指定、手挙げをした場合の選定療養費を取ることに對する意見

## 【地域医療支援病院以外の意見】

- 地方部は医療機関数が限られるため、中小病院でかかりつけ機能を担わざるを得ない状況もあり、選定療養費を算定することで住民の不利益に繋がることも考えられることから、地域の状況を十分に考慮する必要があると考えます
- 限りある医療資源を有効に活用し、医師の負担軽減、地域医療連携体制を推進していくためには必要かと思われるが、それだけではなく他の手段によりかかりつけ医制度を進めていく必要があると考えます
- 地域住民の受診行動が大きく変化し、地域の開業医等における診療へも大きな影響を及ぼすと考えられるので、医師会や行政とも十分な協議をした上で、地域への丁寧な説明が必要になると思われる
- 紹介状なしで受診した場合、患者負担が増え、患者さんが減ってしまう可能性がある。しかし、これをきっかけに「かかりつけ医を受診し、そこから基幹病院の専門外来を紹介してもらう。専門外来での治療が一定程度終了した後は、かかりつけ医に逆紹介を行う」という流れができれば、「外来医療の機能分化」や「かかりつけ医機能の推進」が期待される
- 現在、当院で紹介状の無い患者様から1650円を頂いておりますが、金額が上がり患者様の負担が増えるようであれば、患者様にご理解していただくのは難しいと思います
- 当院でもかかりつけ医制度等の活用を推奨している。選定療養費などに関することをご存知でない市民の方も少なからずおられ、地域医療のあり方についての周知等が必要と思われる
- 当地域では、当院にしかない診療科が多く患者が病院を選べない状況もあり、選定療養費の徴収については難しいと考えます。今後についても状況が変化する要素は乏しく、仮に手挙げ方式から強制となった場合は患者への説明が困難になることが予想されます
- 社会保障費の圧縮、医療機能分化の推進、より急性期医療を必要とする患者に対して医療提供機会を逸しない環境づくりのためには、一定額以上の選定療養費の設定による差別化は必要と感じる

# 地域における外来診療の現状・課題

## 【地域医療支援病院の意見】

- 地方では開業医が高齢化し、閉院するケースが増えつつあり、かかりつけ医や一次救急を担う総合医、訪問診療を担う開業医の地方への誘導策が必要である
- 課題としては、当院で治療後に逆紹介をして地域の診療所に戻しても、患者が当院への通院を希望して帰ってきてしまうケースが診療科によっては相当数いること
- 現在の選定療養費制度や地域包括ケア等について、いまだに国民に認識が浸透していると言い難い。そのため、選定療養費に係る患者からの苦情がある。更なる周知及び啓発が必要である。当院の周辺地域は診療所や病院が多く、当院の外来診療は紹介が多い状況にあるが、県内でも人口集積が低い地域では診療所が少なく、地域の中核となるような病院でも紹介無しで外来患者を受け入れざるを得ない状況にある
- 「かかりつけ医」として患者の疾患を総合的に診ていく診療所が少なく、より専門性に特化した診療所が増加傾向にある
- 以前から地域医療連携の推進を図ってきたが、当院の外来患者数は増加傾向となっていた。現在は減少しているが、コロナ後の外来診療において医師の働き方改革の点においても地域での役割分担をより推進していくことが今後の課題である
- 当院は中核病院であり地域医療支援病院であるが、その役割と責任を十分には理解できていない医師が少なからずいるため、かかりつけ医や介護施設からの紹介に対して、十分に対応できていないところがある
- 機能分担が浸透しておらず、大病院志向の患者がまだまだ多い。地域住民への周知や、紹介・逆紹介の推進を行ってはいるが、理解を得られるのはまだ難しそう
- 一部の診療科（泌尿器科、耳鼻科、皮膚科など）において、専門クリニック少なく、近隣クリニックへご紹介できないケースがある
- 常勤一人医師の診療科もあり、病院単位での指定では見合わない診療科もある。地域の医療機関も少なく、また地方の交通事情もあり当院で抱えざるを得ない患者もいる。外来での人員配置を求められた場合、人員に余裕はない
- 連携パスによりかかりつけ医と病院の受診の住み分けができています
- 急性期を脱した患者をかかりつけ医紹介する場合、患者の理解が得られずなかなか連携できないケースが増えています



# 地域における外来診療の現状・課題

## 【地域医療支援病院以外の意見】

- 当2次医療圏域では、人口減少、高齢化率の上昇が予想されており、圏域内の医師の高齢化も進み、医療提供体制の脆弱化が進んでいます。このことにより、今後も当院が担う医療資源の提供体制の強化が必要と考えます
- 当圏域には3次救急を担当する医療機関があり、他圏域の医療機関を受診しなくても医療を完結できる環境にあるが、軽症者が2次・3次救急医療機関を受診することも多く、それら医療機関に勤務する医師等の負担も増大していることから、初期救急医療機関を含めた役割分担と連携強化が求められている
- 医師不足に伴い診療体制の縮小により地域のニーズに応える診療科を確保できない
- 高次機能を担う専門的な外来で通院歴ができると、近医での通院を嫌い、何があっても専門外来に直接来院するという患者さんが少なからずいる。「2つのかかりつけ」というお話をしても、なかなか理解されないことが多い
- 医療圏内に地域医療支援病院（3次救急）が1病院しかなく、診療科によっては専門的治療を行えず、他の医療圏に依頼し、医療圏内で完結できないことが多い。また、他の医療圏と比較しクリニックの数も少なく、二次救急医療機関も救急診療や入院治療に専念できず、かかりつけ医との役割分担ができていない
- 周辺の開業医も少なく高齢化が進んでいる。そのため、地域中核病院であるにも関わらず、かかりつけ医となっていたり、在宅診療も行っている現状である
- 当該圏域における人口減少は全国より著しく、高齢化率は全国の約29%に対して37%と超高齢社会となっている。生産年齢人口も減少しており、医療従事者の確保対策が課題となっている。このような背景から医療の質にも差があると感じており、外来機能の役割分担をどのように推進していけばよいかも課題と考えている。医療従事者も含めて高齢化する地域で専門医療の外来診療化を推し進めることは、福祉に近い医療を担うリソースをさらに消耗させ、現状目指している地域包括ケアシステムとは相いれないと感じる
- 医療機能分化という国の重点施策に関する患者ならびに地域住民の理解はまだまだ浅く、十分な周知が図られているとは感じづらい
- 市医師会等を中心とした地域医療連携システムが一定構築されており、それぞれの機関の役割に応じたネットワーク活動が実践され、継続的にモニタリング等が行われている
- 地域によっては、小児科や産婦人科等の一部の診療科が非常に少ない地域もあり、200床以上の急性期病院が「かかりつけ医」として役割を担っている病院もある。そのような診療科については、紹介率・逆紹介率ともに低く、受診患者にも選定療養費が負担となっている

# その他 地域医療支援病院やこれからの 外来機能報告等に関する意見・要望

- 地域医療支援病院においては、都市部と過疎地域における事情は異なるため、承認要件等の制度設計の上で過疎地域の特殊性を考慮していただきたい
- 地域医療支援病院入院診療加算を目的に承認となる病院が少なからずあると思われ、また、医療機能分化が進んでいく中では、地域医療支援病院という考え方はその役目を終えていると考えます。
- 地域周辺に紹介を受ける、あるいは逆紹介依頼可能な医療機関が少ない圏域における地域医療支援病院の承認要件を見直してもらいたい。
- 公立の地域中核病院として地域医療支援病院を目指しているが、近隣に既に私立の地域医療支援病院承認の病院があることもあり、紹介・逆紹介率の向上に苦慮している
- 圏域の医療従事者が少なく、医療資源が乏しい地域で地域医療支援病院等の指定を維持していくことが、ますます厳しい状況になるのではないかと危惧している
- 地域支援病院について、地域の開業医等との共同利用があまり増えていない。かかりつけ医の機能充実のため、共同利用にかかる診療報酬の引上げを希望する
- 紹介率の細かい算出方法が、病院毎に異なっている。また、算出式を明確に明示している県もあれば、提出先に任せている県もある
- 外来機能報告に当たっては、その目的を明確化するとともに、病院の事務負担を極力増やすことのない制度としていただきたい
- 外来機能報告においてはNDBデータなど極力既存の報告の内容を活用し、報告の事務負担の軽減に配慮していただきたい
- 外来機能報告等からのデータが集積され、地域の実情に即した外来機能の調整をどのように図っていくのか、地域医療構想調整会議などの会議体で調整が進むとは考えにくい。都道府県によって、調整力の格差が広がるのではないかと懸念している
- かかりつけ医と基幹病院等の役割分担をより明確にすることによって、働き方改革、医師不足、医師偏在対策、医療費削減等を一体的に進めようとしていると見ている。地域医療に支障がでないよう、整合性、一貫性のある政策をお願いしたい
- 外来患者について地域の医療機関との連携のみでなく、介護や福祉との連携について推進できるインセンティブを診療報酬制度に新設を要望する
- 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」に選定された場合、重症度が上がればより円滑な退院支援が必要です。入口だけでなく出口戦略も同時進行でご考慮いただきたいです
- 地域格差などもあることから、全国一律に一定の基準で判断されることはないようお願いしたい