

【留意事項】本理由書の記載内容は、紹介受診重点医療機関の選定にかかる協議に使用しますが、理由書の提出により、自動的に「紹介受診重点医療機関」として選定される訳ではありません。

## 理由書

(紹介受診重点医療機関にかかる基準は満たさないが、紹介受診重点医療機関への意向がある理由)

大阪府知事様

<提出日> 令和 7 年 1 月 23 日

<医療機関>

名称 馬場記念病院

所在地 堺市西区浜寺船尾町東 4-244

<申請者>

法人又は個人の名称 社会医療法人ペガサス

代表者 馬場 武彦

住所または所在地 堺市西区浜寺船尾町東 4-244

令和 6 年度外来機能報告において、紹介受診重点外来の基準を満たさないが、紹介受診重点医療機関への意向がある理由は下記のとおりです。

馬場記念病院は平成 15 年より地域医療支援病院として、地域の医療機関との連携を継続して推進していくように取り組んでいます。

地域の診療所などから紹介患者の受け入れ及び、逆紹介を積極的に行っており、令和 6 年度の外来機能報告では紹介率 82.9%（参考水準 50%）逆紹介は 107.4%（参考水準 40%）の実績があります。

また、初診の基準 40%に対して令和 6 年度の外来機能報告では 79.9% です。

再診の基準 25%に対して令和 5 年度外来機能報告では 23.7%、令和 6 年度外来機能報告では 24.7% と改善しております。引き続き地域の医療機関との連携を密に図り、地域の医療ニーズに適切な形で応えるべく取り組んでいく所存です。

※添付資料がある場合は、あわせてご提出ください。

### 【理由の記載について】

- ・一時的に基準を満たしていない場合は、その事情をあわせて記載ください。
- ・何らかの事情により基準を満たすことができない場合は、その事情をあわせて記載ください。

【留意事項】本理由書の記載内容は、紹介受診重点医療機関の選定にかかる協議に使用しますが、理由書の提出により、自動的に「紹介受診重点医療機関」として選定される訳ではありません。

## 理由書

(紹介受診重点医療機関にかかる基準は満たさないが、紹介受診重点医療機関への意向がある理由)

大阪府知事様

<提出日>	令和7年1月23日
<医療機関>	
名称	社会医療法人清恵会 清恵会病院
所在地	大阪府堺市堺区南安井町1-1-1
<申請者>	
法人又は個人の名称	社会医療法人清恵会 清恵会病院
代表者	院長 池内 尚司
住所または所在地	大阪府堺市堺区南安井町1-1-1

令和6年度外来機能報告において、紹介受診重点外来の基準を満たさないが、紹介受診重点医療機関への意向がある理由は下記のとおりです。

当院の堺市医療圏外来機能報告に基づき、以下の理由を述べさせていただきます。

- ・再診率について：当院の重点外来における再診率は24.8%であり、参考水準に対して0.2%不足しています。この数値は改善の余地があるものの、前年は0.8%の未達であり、全体的な外来機能の向上に向けた取り組みを継続していることを示しています。
- ・初診率について：初診率は46.4%となり、前年に比べて2.4%の増加を示しています。このことは、当院への新規患者の受け入れが基準を満たしており、地域の医療ニーズに応える努力が実を結んでいると考えます。
- ・紹介率および逆紹介率について：紹介率は53.0%、逆紹介率は55.5%であり、いずれも参考水準を満たしています。これにより、当院が地域医療において重要な役割を果たしていることが確認でき、他の医療機関との連携が円滑に行われていることが示されています。

以上の理由から、前年に引き続き紹介受診重点医療機関への申請を行います。

※添付資料がある場合は、あわせてご提出ください。

### 【理由の記載について】

- ・一時的に基準を満たしていない場合は、その事情をあわせて記載ください。
- ・何らかの事情により基準を満たすことができない場合は、その事情をあわせて記載ください。

【留意事項】本理由書の記載内容は、紹介受診重点医療機関の選定にかかる協議に使用しますが、理由書の提出により、自動的に「紹介受診重点医療機関」として選定される訳ではありません。

## 理由書

(紹介受診重点医療機関にかかる基準は満たさないが、紹介受診重点医療機関への意向がある理由)

大阪府知事様

<提出日>	令和 7 年 1 月 23 日
<医療機関>	
名称	公益財団法人 浅香山病院
所在地	堺市堺区今池町 3 丁 3 番 16 号
<申請者>	
法人又は個人の名称	公益財団法人 浅香山病院
代表者	理事長 高橋 明
住所または所在地	堺市堺区今池町 3 丁 3 番 16 号

令和 6 年度外来機能報告において、紹介受診重点外来の基準を満たさないが、紹介受診重点医療機関への意向がある理由は下記のとおりです。

当院は 744 床の精神病床を抱える大規模な精神科病院かつ 223 床の一般病床を持つ急性期ケアミックス型病院でもあり、他には例を見ない医療機関です。精神科では救急急性期から認知症治療、合併症治療さらには電気けいれん療法 (mECT)、rTMS 治療など、高機能の精神医療体制を確立しています。地域の精神科に限らず大阪府下の幅広い医療機関での受療患者の危機対応、鑑別診断、治療方針の決定とフォロー・更新に多数の紹介を受け入れています。当院としての病態評価に基づいた治療方針の判断のもと、各々の医療機関での継続的治療の支援につなげています。これらでは初期の鑑別診断以外では高額医療機器等医療資源の投入は行いませんが、精神医療に固有な高機能の診断・治療機能を発揮した重点外来に相当するものであります。

基準値の未達については上述のとおり、特に再診において高額医療機器等医療資源の投入を行わない精神科外来（精神科デイケアを含む）患者が多いため、再診の重点外来割合が 21.1% と基準 25% を満たさない低い数値となります。ただし精神科外来患者を控除して計算すると 36.6% となり基準をクリアします。

なお、前年度、基準を満たしていなかった紹介率（令和 4 年度実績 42.2%）は、令和 5 年度は 50.4% と基準の 50% 以上を満たしており、今後も引き続き地域の医療機関との連携を図ってまいりますことを申し添えます。

再診の重点外来割合が基準を満たしていない事情は以上のとおりであり、ご理解いただきますようお願ひいたします。

※添付資料がある場合は、あわせてご提出ください。

### 【理由の記載について】

- ・一時的に基準を満たしていない場合は、その事情をあわせて記載ください。
- ・何らかの事情により基準を満たすことができない場合は、その事情をあわせて記載ください。