

議題 紹介受診重点医療機関の決定について

○ 紹介受診重点医療機関を決定するために、御意見をお伺いいたします。
なお、紹介受診重点医療機関の制度の概要や重点外来基準等については、資料1を御覧ください。

○ 令和4年度より、外来機能の明確化・連携に向けて、「外来機能報告」が実施されており、その中で、紹介受診重点医療機関の状況は以下のとおりとなりました（詳細は資料2）。
＜紹介受診重点医療機関の重点外来基準及び意向の状況＞

		紹介受診重点医療機関の意向	
		あり	なし
重点外来 基準	満たす	3施設 (A)	0施設 (C)
	満たさない	3施設 (B)	0施設 (D)

○ 上記の結果及び紹介受診重点医療機関の決定方針を踏まえ、以下の項目に御記入をお願いいたします。
＜紹介受診重点医療機関の決定方針＞

(A)：特別な事情が無い限り、紹介受診重点医療機関とする。

(B)：今回の書面開催の意見を踏まえ、次回の委員会で協議する。

(C)：紹介受診重点医療機関としない。
(ただし、委員から求めがあった場合は、再度医療機関に意向確認し、次回の委員会で協議する。)

(D)：紹介受診重点医療機関としない。

○ 今回の意見聴取により、紹介受診重点医療機関に認められた医療機関については、令和5年8月1日に医療計画課 Web ページにて公表されます。（今後も順次紹介受診重点医療機関に認められた場合は公表されます。）

○ なお、外来機能報告は毎年度実施することとされており、紹介受診重点医療機関に関する協議も毎年度実施予定です。

-----以下、御記入をお願いします。-----

委員御氏名 _____ 印 _____

(A) 3施設（重点外来基準を満たし、意向あり）

1 特別な事情がない限り、紹介受診重点医療機関に決定されます。
賛成「○」又は反対「×」を記入してください。「×」の場合は反対の理由を記載してください。
(賛成「○」が過半数を超えた場合、決定となります。)

	医療機関名	判断	「×」の場合、その理由
1	公立陶生病院		
2	藤田医科大学病院		
3	愛知医科大学病院		

(B) 3施設（重点外来基準を満たさず、意向あり）

2 令和5年9月開催予定の次回の委員会で協議を行うにあたり、予め意見等があれば記載してください。
(いただいた御意見や紹介・逆紹介の基準等を参考に次回の委員会で協議を行います。)

	医療機関名	意見等（自由記載）
1	独立行政法人労働者健康安全機構 旭労災病院	
2	杉上クリニック	
3	伊藤ウィメンズクリニック	

ありがとうございました。お手数をおかけしますが、返信用封筒にて御返送をお願いいたします。