

共同利用の手引き

大崎市民病院

初 版：平成24年3月4日

第2版：平成28年12月1日

第3版：令和5年4月1日

目次

1 施設・設備等の共同利用の案内

- (1) 目的
- (2) 共同利用の種類
- (3) 利用していただける対象者
- (4) 共同利用時の遵守事項
- (5) 共同利用の詳細

ア 開放病床での共同指導について

- (ア) 用語の定義
- (イ) はじめに
- (ウ) 開放病床
- (エ) 共同指導の範囲
- (オ) 申請方法
- (カ) 当日（開放病床での共同指導）の流れ
- (キ) 開放型病院共同指導料等の請求について
- (ク) 業務災害・医事紛争

イ 高額医療機器共同利用について

- (ア) はじめに
- (イ) 共同利用が可能な機器
- (ウ) 申込方法
- (エ) その他

ウ 施設共同利用について

- (ア) はじめに
- (イ) 共同利用が可能な施設
- (ウ) 申請方法

エ 閲覧について

- (ア) はじめに
- (イ) 閲覧可能な諸記録
- (ウ) 申請方法

2 その他

1 施設・設備等の共同利用の案内

(1) 目的

大崎市民病院（以下「当院」という。）が地域の医療機関の医療従事者に、施設・設備等を開放し共同利用することにより、診療や研究・研修の機会を提供し地域の医療水準向上に資するとともに、共同利用を通じた連携と協力により住民に良質な医療を提供することを目的とします。

(2) 共同利用の類型について

次の4つの類型の共同利用により実施をします。

- ア 開放病床共同指導
- イ 高額医療機器利用型共同利用
- ウ 施設共同利用
- エ 閲覧

(3) 利用していただける対象者

大崎市民病院登録医制度実施要綱第2条第2項に基づき承認を得た登録医（以下「登録医」という。）並びに登録医療機関に勤務する医療従事者とする。

(4) 共同利用時の遵守事項

- ア 事前調整の必要なものは、あらかじめ当院担当医と協議します。
- イ 開放病床の共同利用を行う際は、当日お渡しする白衣と名札（登録医証）の着用をお願いいたします。
- ウ 当院施設等共同利用運営実施要綱並びに本手引きに定めるもの以外については、院内諸規則の遵守をお願いいたします。

(5) 共同利用の詳細

次頁から12頁までのア～エを参照してください。

ア 開放病床での共同指導について

(ア) 用語の定義

本項でいう「開放病床」とは、診療報酬「開放型病院共同指導料（Ⅰ）（Ⅱ）」に準拠した形で用語を定義します。「共同指導」の範囲については、大崎市民病院地域医療支援委員会の意見を基に作成いたしました。

開放型病院共同指導料(Ⅰ)350点 診療点数早見表 [医科] [2022年4月]版抜粋
開放型病院(※1)に自己の診察した患者を入院させた保険医(以下、登録医)が、開放型病院に赴き、開放型病院の保険医(以下、当院担当医)と共同で診察、指導等(※2)を行った場合に1人の患者に1日につき1回算定できるものであり、その算定は当該患者を入院させた保険医が属する保険医療機関において行う。

(※1) 開放型病院

診療点数早見表 [医科] [2022年4月版]

病院の施設・設備が、地域の医師に開放利用される病院をいいます。開放病床を3床以上有すること等が要件です。

地域の医療機関で診察中の患者を、その主治医が、(患者を開放型病院に受診させて)開放型病院の医師と共同で診療にあたります。

(※2) 共同で診察、指導等

本項(Ⅰ)共同指導の範囲 参照

(イ) はじめに

地域の医療機関からご紹介いただいた入院患者の診療において、当院担当医は紹介医(登録医)との共同指導により当該患者について治療方針を決定し診療に当たるとともに、退院後の登録医による診療においても入院時からの一貫性を持った医療を継続することにより、当該患者に最適な医療提供を目指すものです。

(ウ) 開放病床

一般病床5床

*病棟は、疾患により変更する場合があります。

*精神科と放射線診断科、放射線治療科、病理診断科を除いた全診療科

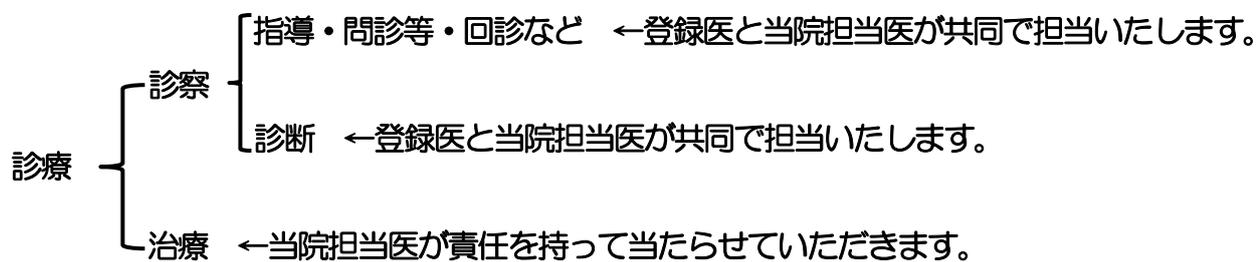
(Ⅰ) 共同指導の範囲

診療のうち診察は、登録医と当院担当医が共同主治医として担当します。

治療行為は当院担当医が行います。

当院担当医に検査・治療等に関するご意見・ご要望をお伝えください。

共同指導の範囲のイメージ



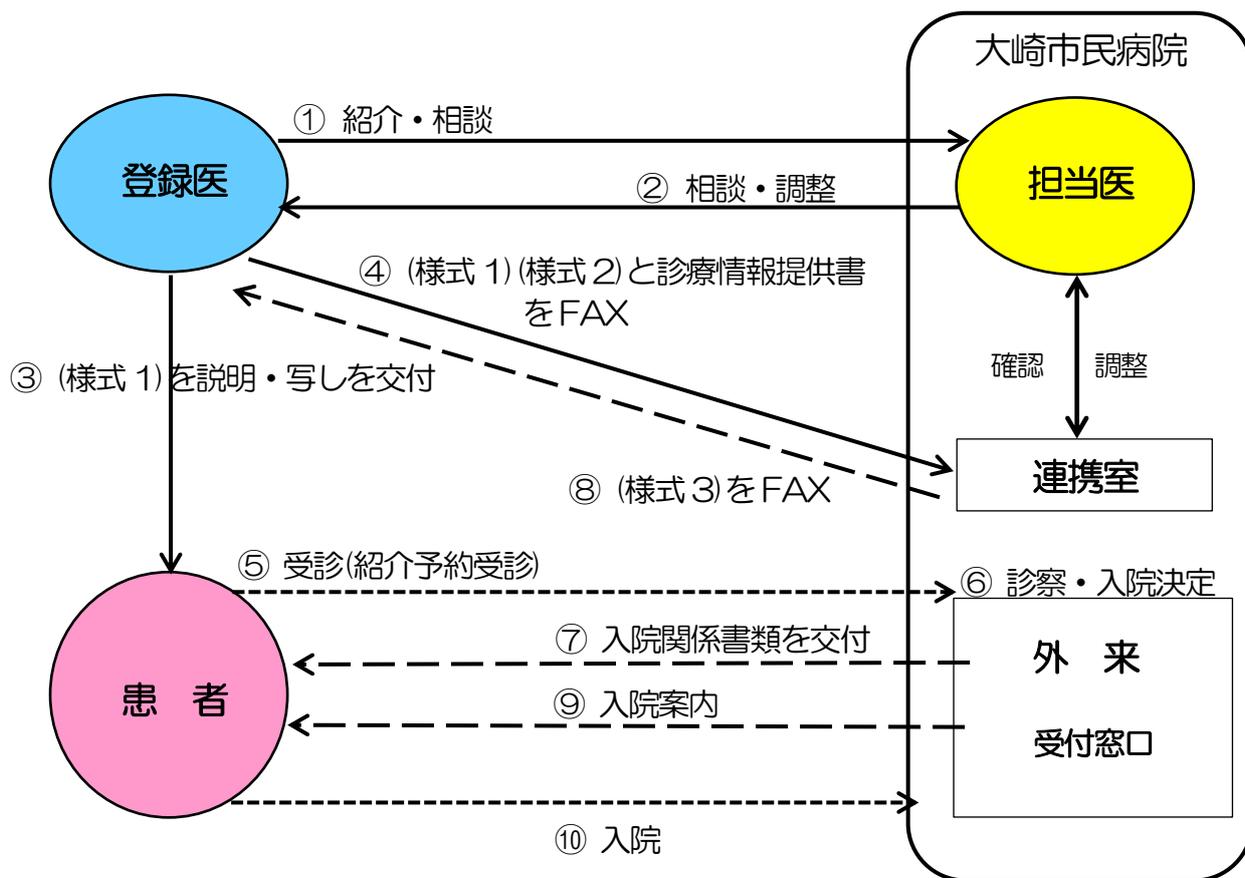
(カ) 申請方法【フロー図I参照】

- ① 当院では開放病床の共同利用を積極的に進めてまいりたいと考えており、登録医の先生方による開放病床のご利用を歓迎いたします。開放病床のご利用を希望される登録医の先生は、当院担当医にお気軽にご相談ください。

注意：開放病床を利用できる入院基準としては、急性発症・急性増悪した症状に対する急性期治療を要する患者さんです。症状安定後は、かかりつけ医のもとで継続管理をお願いすることになります。

- ② 開放病床を利用する場合は、事前に登録医の先生と当院担当医間で対象患者の治療、及び入院後の共同指導等について調整をさせていただきます。
- ③ 上記②の調整の結果、開放病床を利用することになった場合は、対象患者に登録医の先生から開放病床の利用と開放型病院共同指導料についての説明をお願いいたします。本手引きの「開放型病院共同指導料について」（様式1）を患者への説明の際にご使用いただき、同意をいただいた場合は（様式1）の下段部分に署名を頂くようお願いいたします。なお、（様式1）の原本は登録医療機関で保管し、控えを対象患者へ交付願います。
- ④ 「開放病床利用届出書」（様式2）に必要事項を記載のうえ、（様式1）と診療情報提供書と一緒に地域医療連携室にFAX送信してください。
受診が必要な場合は、診療予約をお取りし、予約票を返信いたします。
***受付時間は原則、平日の午前8時30分から午後4時30分までの間ですが、まずご相談ください。**
***平日の受付時間以降、土日及び祝日、年末年始における緊急入院は原則、救急の患者として取り扱います。**
- ⑤ 当該患者が診療科を受診（紹介予約受診）します。
- ⑥ 紹介を受けた当院担当医が診察、入院の決定（否の場合もあり）をいたします。
- ⑦ 当院から入院関係書類を交付します。
- ⑧ 当院主治医による入院オーダーを確認後、地域医療連携室が登録医宛てに「開放病床入院予定報告書」（様式3）をFAX送信します。
- ⑨ 患者には、入院日前に当院より入院についてのご案内をいたします。
- ⑩ 入院。

申請から入院日までの流れ【フロー図 I】（当院受診後に入院となる場合）



*受診せずに入院となる場合, ①②③④⑧⑨⑩の手順

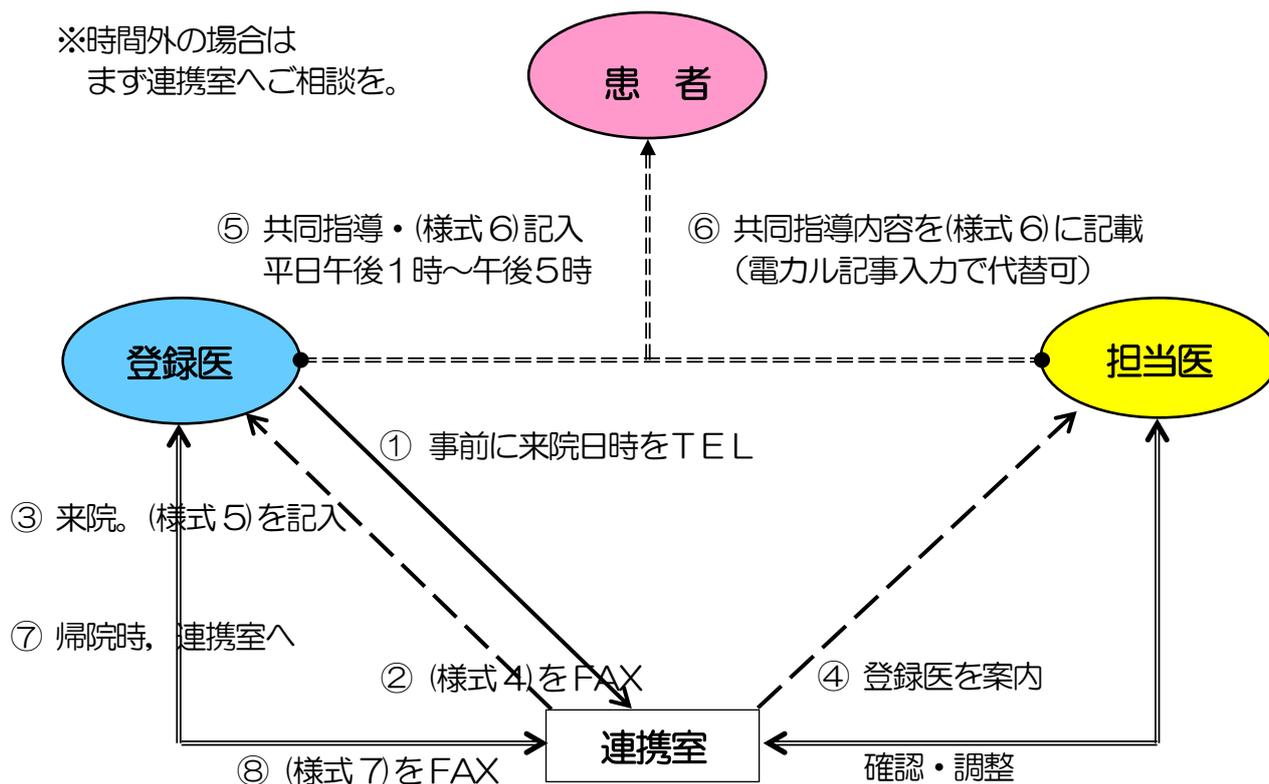
*入院期間は, 原則として2週間以内です。

(カ) 当日（開放病床での共同指導）の流れ【フロー図Ⅱ参照】

- ① 事前に共同指導（診療）の希望日時を電話などで地域医療連携室にお知らせください。（担当医に状況・日程の確認等を行います）
共同指導の時間は、原則として平日の午後1時から午後5時までの間といたしますが、やむを得ず時間外となる場合は、まず地域医療連携室にご相談ください。
- ② 日程調整後、登録医に「開放病床共同指導（診療）日程報告書」（様式4）を地域医療連携室がFAX送信します。
- ③ 来院時には、最初に地域医療連携室にお越しいただき、「登録医来院簿」（様式5）に記入をお願いします。白衣と名札（登録医証）をお渡ししますのでご利用ください。
- ④ 準備が整い次第、担当医の所へご案内いたします。
- ⑤ 登録医と当院担当医は共同指導後、開放型病院共同指導料（I）票（様式6）に記事を記入します。
- ⑥ 当院担当医が共同指導の内容を電子カルテへ記載した場合、フロー図Ⅱ⑥の当院担当医の記事記入を省略できます。この場合、地域医療連携室で記載内容を出力し、（様式6）に添付し、コピーを登録医へ交付いたします。自院の当該患者の診療録に貼付してください。（自院の診療録に診療内容を直接記載する場合は、添付の必要はありません。）
- ⑦ お帰りの際は、地域医療連携室に立ち寄り白衣と名札（登録医証）を返却した後、「登録医来院簿」（様式5）に帰院時刻を記入してください。
- ⑧ 後日、開放型病院共同指導実施票（様式7）をFAX送信します。（以下(キ)参照）

当日（開放病床での共同指導）の流れ【フロー図Ⅱ】

※時間外の場合は
まず連携室へご相談を。



(キ) 開放型病院共同指導料の請求について

開放型病院共同指導料（I）350点（1日につき1回）

開放型病院共同指導料（I）は、地域医療連携室が送付する「開放型病院共同指導実施票」（様式7）や自院診療録等に基づき登録医療機関で診療報酬請求をしてください。

*当院は月単位で「開放型病院共同指導実施票」（様式7）を作成し報告します。

患者の退院後3日以内、または入院が月をまたぐ場合は翌月3日までに登録医にFAX送信します。

※同一の入院について、開放型病院共同指導料（I）及び退院時共同指導料1は別に算定できませんのでご注意ください。（診療点数早見表参照）

(ク) 業務災害・医事紛争

- ① 共同指導の実施に関連して生じた登録医の業務災害は、出張中の災害となるため、登録医側での適正な手続きをお願いします。
- ② 医事紛争が発生した場合、両者が連携を密に協力して対応します。
- ③ 損害賠償や医療裁判に進展した場合は、それぞれの責任に応じて、加入している損害賠償保険を適用することとします。
- ④ その他、両者が連携を密に協議していきます。

イ 高額医療機器共同利用について

(ア) はじめに

事前に外来診療予約をお取りください。窓口は地域医療連携室です。

なお、機器の利用目的のみの診療予約はお受けしておりません。ご了承ください。

この共同利用は、地域の医療機関が治療・精査目的で紹介する患者について、依頼医と当院担当医とが連携し、診療・検査の効率化を通じ依頼医への支援に資するとともに、当該患者に対して最適な医療の提供を目指すものです。

従って、診療連携による「高額医療機器」の「共同利用」と定義します。

(イ) 共同利用が可能な機器

大崎市民病院施設等共同利用運営実施要綱 別表に定めるものとします。

(ウ) 申込方法

精査・治療をご希望の場合は、地域医療連携室宛にお申し込みください。その際
の紹介先は原疾患診療科宛としてご紹介ください。ご不明な場合はご相談ください。

放射線治療装置の共同利用をご希望される場合は、紹介先を放射線治療科として、
地域医療連携室にお申し込みください。担当医と日程を調整後にご返事いたします
(紹介予約制)。

紹介予約専用FAX 番号：0229-24-3005

ウ 施設共同利用について

(ア) はじめに

病院の施設及び開催する研修会等を広く地域の医療従事者に開放して、ともに研修を進め地域の医療従事者相互の医療の質の向上を図ることを目的とします。

(イ) 共同利用が可能な施設

研究室，会議室，図書室及び手術室

(ウ) 施設利用申請方法

- ① 事前に「施設共同利用申請書」（様式 8）を地域医療連携室に FAX 送信してください。
- ② 地域医療連携室から施設利用について通知します。
予約状況により，使用が出来ない場合はその旨を通知いたします。

(エ) 研修会

地域の医療従事者向け研修会，講演会，各診療科のカンファレンス，症例検討については，当院から登録医療機関へ広報します。案内に沿ってお申し込み，ご参加ください。

エ 閲覧について

(ア) はじめに

地域でのかかりつけ医としての立場を尊重しながら、登録医の先生と病院内担当医とが連携し病院内の諸記録を共同利用することにより、かかりつけ医への円滑な連携に資するとともに、住民に対してより良い医療の提供を目指すことを目的とします。

(イ) 閲覧可能な諸記録

- ① 共同利用の実績
- ② 救急医療の提供の実績
- ③ 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績
- ④ 閲覧の実績
- ⑤ 紹介患者に対する医療提供及び他の病院又は診療所に対する患者紹介の実績

(ウ) 申請方法

- ① 事前に「閲覧申請書」(様式9)を地域医療連携室にFAX送信してください。
 - ② 地域医療連携室から閲覧について通知します。
- ※ 閲覧が患者の個人情報を守る恐れがあると判断し、閲覧をお断りする場合はその旨を通知します。

2 その他

- (1) 各種様式はホームページ <http://www.h-osaki.jp> からダウンロードできます。
- (2) ご要望、ご不明な点等ございましたら、地域医療連携室までご連絡ください。

大崎市民病院地域医療連携室 TEL 0229-23-9986 FAX 0229-23-3969 ↓↓紹介予約はこちらへ↓↓ FAX 0229-24-3005
--

開放病床ご利用の患者さんへ

大崎市民病院院長

開放型病院共同指導料について（ご説明）

開放病床とは、地域医療連携の一環として、大崎市民病院の病床を利用し「かかりつけ医」と「大崎市民病院担当医」が協力して、通院から入院・退院までの一貫した診療を行うための病床です。

かかりつけ医の先生から当院に紹介のうえ入院していただき、当院の開放病床で大崎市民病院担当医と共同して診療を行います。その際に、かかりつけ医が大崎市民病院に来院し診療した場合に発生する診療費が「開放型病院共同指導料」です。かかりつけ医の先生と大崎市民病院の双方に発生します。

自己負担をしていただく金額は次の通りとなります。

患者さんの 自己負担割合	かかりつけ医 (1回につき)	大崎市民病院 (1回につき)
1割負担	350円	220円
2割負担	700円	440円
3割負担	1,050円	660円

- ※ 公費受給者証をお持ちの場合、自己負担金が上記とは異なります。
- ※ ご不明な点がございましたら、医事課受付でご遠慮なくお尋ねください。
- ※ 同意と撤回は自由です。通院から入院・退院までの一貫した診療を行った方が良いと判断した場合にお勧めしております。途中で中止する場合は、かかりつけ医又は大崎市民病院スタッフにお気軽にお申し出ください。

一日も早くご快方に向かわれることをお祈り申し上げます。

かかりつけ医療機関 院長

大崎市民病院 院長

上記内容を理解しました。かかりつけ医と大崎市民病院担当医による共同診療を希望します。

日 時 _____ 年 月 日 _____

希望署名欄 氏名： _____ 様・患者との続柄：本人・父・母・その他(_____)

開放病床利用届出書

大崎市民病院 地域医療連携室 行

FAX：0229-24-3005

TEL：0229-23-9986

年 月 日

登録医療機関の所在地

登録医療機関名

医師名

印

電話番号

FAX番号

フリガナ		生年月日	性	男
患者氏名	様	年 月 日	別	女

紹介目的	開放病床利用による入院治療			
事前電話調整をした当院担当医名	科	医師（調整日時 月 日 時頃）		
開放型病院共同指導料の説明	<input type="checkbox"/> 説明済（未の場合は様式1をご活用ください）			
入院前に外来診療を受ける時	第1希望 月 日（ ）	第2希望	月 日（ ）	
入院希望日	第1希望 月 日（ ）	第2希望	月 日（ ）	

※診療情報提供書は別途必要となります。様式1，様式2及び診療情報提供書を地域医療連携室までFAXをお願いいたします。

※備考（当院担当医への依頼事項等がありましたら、ご記載ください）

--

<FAX 送信票>

「開放病床」入院予定報告書

年 月 日

登録医療機関名：

先生御侍史

大崎市民病院
地域医療連携室

年 月 日付の「開放病床利用届出書」に係る開放病床利用患者の入院について、
次の通り予定しておりますので報告します。

フリガナ		性別	男・女
患者氏名	様		
生年月日			
入院予定日			
主治医			
通信欄			

※ 入院予定日は変更になる場合がありますので、ご了承ください。

※ ご不明な点がありましたら、地域医療連携室までご連絡ください。

地域医療連携室

TEL：0229-23-9986

FAX：0229-24-3005

<FAX 送信票>

「開放病床」共同指導（診療）日程報告書

年 月 日

登録医療機関名：

先生御侍史

大崎市民病院
地域医療連携室

開放病床の共同指導（診療）日程について、下記の通り決定しましたので報告します。

患者氏名	様
診療科	
主治医	
共同指導 （診療）日程	
通信欄	

※ 共同指導（診療）当日は、初めに地域医療連携室にお越しく下さい。

※ 急遽、共同指導・診療が出来なくなった場合は、地域医療連携室にご連絡ください。

地域医療連携室

TEL：0229-23-9986

FAX：0229-24-3005

登録医来院簿 年 月

番号	月日	時間	登録医名	患者氏名
例	○/○	15:00 ～ 16:30	宮城大崎クリニック 古川太郎 先生	東北 花子 様
1	/	∴ ～ ∴	先生	様
2	/	∴ ～ ∴	先生	様
3	/	∴ ～ ∴	先生	様
4	/	∴ ～ ∴	先生	様
5	/	∴ ～ ∴	先生	様
6	/	∴ ～ ∴	先生	様
7	/	∴ ～ ∴	先生	様
8	/	∴ ～ ∴	先生	様
9	/	∴ ～ ∴	先生	様

開放型病院共同指導実施票

年 月分

患者番号

患者氏名

様

生年月日

年 月 日

共同指導（診療）を実施された日に「○印」を付けていますのでご確認ください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
共同指導（診療） 実施回数								主治医							
開放型病院共同指導料（I）					回										
入院日		年 月 日			退院日			年 月 日							

※ 開放型病院共同指導（診療）の実施状況を上記の通り報告いたします。

年 月 日

（ 登 録 医 ）

先生御侍史

大 崎 市 民 病 院
（ 地 域 医 療 連 携 室 ）

施設共同利用申請書

年 月 日

大崎市民病院院長 様

登録医療機関名 _____

医 師 名 _____ (印)

電 話 番 号 _____

次の通り大崎市民病院の施設を利用することを申請します。

利用を希望する施設

施 設	<input type="checkbox"/> 研究室 <input type="checkbox"/> 会議室 <input type="checkbox"/> 図書室 <input type="checkbox"/> 手術室
利用目的	
利用人員	名（予定）
利用希望日	第1希望 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分 第2希望 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分
備 考	※利用希望日はあらかじめ余裕をもって申請ください(2週間前くらい前)。

※処理欄

※欄は記入しないでください。

閲 覧 申 請 書

年 月 日

大崎市民病院長 様

登録医療機関名 _____

医 師 名 _____ (印)

電 話 番 号 _____

次の通り大崎市民病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧を申請します。

閲覧を希望する記録	
<input type="checkbox"/> 共同利用の実績	
<input type="checkbox"/> 救急医療の提供の実績	
<input type="checkbox"/> 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績	
<input type="checkbox"/> 閲覧実績	
<input type="checkbox"/> 紹介患者に対する医療提供体制及び他の病院又は診療所に対する患者紹介の実績	
<input type="checkbox"/> その他	
備考	

※処理欄

※欄は記入しないでください。