

## 【開放型病院の概要】

石川県済生会金沢病院(以下「当院」という。)は、当院の「基本方針」の一つである、“地域に開かれた開放型病院として、地域の先生方との連携を密にした地域医療を実践します”を具現化するために、平成7年6月に「開放型病院」として施設認定を受けるとともに、外来および入院診療については、地域の医療機関からの紹介による患者(以下「紹介患者」という。)を優先することとしています。

「開放型病院」の制度は、金沢市医師会との話し合いにより定められた「登録医」制度を骨格とした病診連携システムであり、開放病床および紹介診療の2つのシステムから成り立っています。

### (開放病床)

1. 開放病床システムは、登録医が紹介入院させた患者を、当院医師と共同で診療に当たるものです。この場合、紹介患者は一般の患者に優先した扱いとなり、患者にとって満足度の高い、より高度の診療が可能となります。なお、当院での診療に一区切りがついた患者は、引き続き紹介元の登録医での診療を受けることとなります。

### (紹介診療)

2. 紹介診療システムは、地域の医療施設からの紹介患者に対する外来診療と高度な医療機器を利用して行う依頼検査が主なものです。紹介患者の外来診療や依頼検査は、一般の患者に優先して実施され、診療結果や検査結果は、直ちに紹介元の医師に報告することとしています。

### (登録医紹介の利用優先)

3. これらのシステムを利用できる対象は、主として当院関連の医師会会員(登録医を含む。以下「会員」と称する。)の医療機関としますが、当院への紹介入院については、登録医による紹介患者の利用を優先するよう努めることとしています。

### (病診連携システムの普及)

4. 当院は、一般患者等に対して病診連携のシステムの周知を図るとともに、適正な受診を促すためのPR活動を強化するなど、医師会と協調しながら、本システムの普及と定着に努めます。

## 【登録医制度】

### 1. 登録医の認定

- (1) 開放病床を利用される医師会会員(以下「会員」という。)は、あらかじめ金沢市医師会の会長(以下「医師会長」という。)に「開放病床利用登録医届」(様式1)を提出し、登録医としての認定を受ける必要があります。
- (2) 医師会長が認定した会員には、当院は認定された日付をもって「登録医証」(様式2)を発行し、当該会員に交付します。
- (3) 登録有効期間は2年間です。ただし、初回の有効期限は登録医に認定された日から1年を経過した日から最初の3月31日までとします。なお、登録医本人から辞退の申し出がない限り、有効期間は自動的に更新されます。
- (4) 登録医の届出受理、認定および当院への通知は金沢市医師会事務局で行います。「登録医証」の発行および交付、更新その他登録医に関する事務は当院の地域連携室が担当します。

### 2. 登録医の身分と院内活動

- (1) 登録医は、当院の組織には属しませんが、当院医師の場合と同様に当院内規約に従わなければならないこととします。また、当院の職員には、登録医の当院内活動に進んで協力・支援しなければならないことを義務付けています。
- (2) 登録医は、当院が用意する所定の名札を着用することにより、当院内での活動が認められます。
- (3) 登録医は、当院医師に準じて次のように当院内の施設・設備を利用することや、その他の当院内活動に参加できます。
  - ① 開放病床に入院させた患者に対する当院医師との共同診療
  - ② 当該患者診療のための医療機器等の設備および施設の利用
  - ③ 当該患者に関する診療録等の記載および閲覧
  - ④ 症例検討会等への参加
  - ⑤ 図書室の利用その他研修のための当院内施設・設備の利用

### 3. その他の事項

- (1) 開放型病院としての連絡窓口は地域連携室が担当します。
- (2) 当院は、登録医との共同診療の便に供するため、1階患者サポートセンター内に「登録医控室」を設けています。
- (3) 開放病床入院患者の診療内容については、症例検討会を開催し、登録医、当院医師相互の研鑽に努めることが義務付けられていますので、定期的に「病診連携カンファレンス」を開催することとします。
- (4) 開放病床において生じた医事紛争または医療事故について損害賠償を求められたときは、その交渉はすべて当院が一元的に対応するものとし、賠償の責はすべて当院の開設者および管理者が負うこととしております。ただし、当院が賠償の責に応じた場合において、当該医療事故が登録医の重大な過失に帰する診療過誤として、登録医、当院双方の認識が一致したときは、登録医に対する求償権は、当院が保有することになります。

## 【地域連携室】

### 1. 設置の目的

当院は、開放型病院としての開放病床システムおよび紹介診療システムの運営に関する病診連携業務を円滑に処理するため、当院内に地域連携室を設置します。

### 2. 担当業務等

地域連携室では、おおむね次の業務を担当します。

- ① 開放病床の運営等、病診連携活動に関する医師会との連絡調整
- ② 開放病床利用窓口事務および共同診療活動に関する連絡調整
- ③ 登録医に関する事務
- ④ 紹介診療システムに関する業務
- ⑤ 逆紹介に関する連絡調整
- ⑥ 退院支援に関する業務
- ⑦ 症例検討会等の開催に関する連絡調整
- ⑧ 医師会連絡室の管理
- ⑨ 地域医療連携に関する情報の収集、広報および関係業務統計の処理
- ⑩ 開放型病院運営委員会の庶務
- ⑪ 地域医療連携システム(ID-Link)の運用に関する業務

地域連携室の窓口業務時間

平 日：午前8時30分から午後5時まで

### 3. 業務執行体制

地域連携室室長の統括のもとで、専任職員および兼務職員若干名をもって担当業務を処理します。

### 4. 設置場所

1階患者サポートセンター内

専用 TEL(076)266-1489 専用 FAX(076)266-2990

### 5. 医師会連絡室の設置

診療部門(医局)内に医師会連絡室を設置し、病診連携のための地区医師会会議や、医師会会員・登録医相互および当院医師との交流の場として広く活用する。

## 【開放病床システム】

### 1. 開放病床と入院手続き

- (1) 当院における開放病床は、当院開放病床の設置および運営に関する要綱第3条の規定により24床とします。診療の管理および登録医との連絡調整の業務を担当する内科系および外科系各1名の開放病床担当医長と、開放病床の看護管理業務を担当する開放病床担当師長1名を定めております。
- (2) 登録医は、開放病床へ患者を入院させようとするときには「開放病床入院届出書」(様式3)をあらかじめ送付もしくは電話により地域連携室に連絡します。その際、当該患者に対し開放病床に入院する主旨の説明に努めるものとします。
- (3) 登録医より事前に地域連携室に連絡のあった際は、地域連携室は直ちに該当する診療科に連絡したうえで病床を確認します。該当の診療科は入院日時および主治医を決め、地域連携室を通じて登録医に受け入れの報告をします。
- (4) 入院手続きの時間帯は、原則として、平日は午前9時から午後3時までとします。
- (5) 患者が緊急に開放病床へ入院を必要とするときは、(4)の時間帯にかかわらず、地域連携室もしくは担当医師に直接連絡してご相談下さい。この場合は、患者の病状または病室の都合により、開放病床として特定した病床以外の病床を一時的に利用することもありますのでご了承下さい。
- (6) 患者の入院手続きに必要なものは次のとおりです。紹介患者に持参するよう説明して下さい。
  - ① 診療情報提供書
  - ② 保険証
  - ③ 介護保険証(持っている方のみ)
  - ④ 印鑑
  - ⑤ 診察券(当院に受診歴のある方)

### 2. 入院型式と主治医

登録医が、開放病床へ患者を入院させようとするときは、次の2つの入院形式があります。

A形式: 登録医主治医形式入院

登録医が主治医、当院担当医師が副主治医となり、主たる診療は登録医が行うものです。

B形式: 当院担当医師主治医形式入院

当院担当医師が主治医、登録医が副主治医となり、主たる診療は当院担当医師が行うものです。

### 3. 共同診療

- (1) 登録医の開放病床における診療は、A形式またはB形式の規定にしたがって診療を行います。
  - ① A形式で患者を入院させた場合は、登録医が主治医となり診療上の責任を負うこととなりますから、毎日当院へ出向き診療する必要があります。
  - ② B形式で患者を入院させた場合は、当院担当医師が主治医となり診療上の責任を持つこととなります。登録医は副主治医となりますので、毎日当院へ出向く必要はありませんが、共同指導料の患者負担を考慮し、適宜当院に出向くことが望まれます。

- (2) 患者の診療方針および患者への病状や治療内容の説明等については、主治医、副主治医間で不一致がないよう、事前にまたは診療の都度十分に協議しておく必要があります。なお、患者への説明は原則として主治医が担当します。
- (3) 登録医が共同指導のために来院する際は、原則として地域連携室へ事前に連絡することとします。地域連携室は、登録医から事前に連絡があったときは、患者や当院担当医との日時の調整にあたります。
- (4) 登録医の開放病床における診察時間は、原則として平日の午後1時から午後5時までとします。やむをえず、登録医がそれ以外の時間帯に診察を行う場合は、前もって地域連携室、または当該病棟師長に連絡するものとします。
- (5) 登録医は来院に際して、1階患者サポートセンター内の登録医控室の「開放病床患者診療記録」(様式3-3)にサインし、用意した白衣と名札を着用して病床を訪問します。地域連携室職員は必要に応じて、当院担当医師や病棟に対し登録医の来院を連絡します。
- (6) 登録医が診療をおこなったときの診療内容の記載は、次のいずれかの方法によります。
  - ① 電子カルテによる入力  
診療内容を電子カルテに入力します。初回の電子カルテシステムへのアクセスは、当院より指定されたID及び初期パスワードにておこないます。以降、パスワードは個人管理としますので、適宜変更し漏洩しないよう管理するものとします。  
また、電子カルテシステムの端末は、病棟および登録医控室に設置されたものを利用します。
  - ② 地域連携室に用意してある「開放型共同指導票」に記入  
この場合、記入された用紙は地域連携室職員へお渡し下さい。スキャナーで電子カルテに記録します。
- (7) 看護師への指示、投薬、注射、検査、処置その他の医療行為は、主治医が行うことを原則としますが、必要に応じて副主治医も行うことができます。緊急を要するとき以外はあらかじめ主治医との協議を前提とします。なお、主治医不在のときに医療行為の必要が生じたときは、副主治医が行いますが、状況に応じて当該診療科医師又は当該病棟医長と協議します。
- (8) 開放病床の患者に突発的な事態が生じたときは、当院における緊急時の対応となります。登録医への速やかな連絡が必要となりますので、登録医は緊急時の連絡先を必ず当該病棟に明示しておいて下さい。
- (9) 退院および退院後の治療方針については、主治医、副主治医間で十分に協議して決定します。また、開放病床へ入院した患者の診療録等の整理は、主治医、副主治医が共同して行うとともに、そのサマリーを病院所定の期日までに完成させ、各一部を各々で保存します。
- (10) 不幸にして患者が死亡した場合は、主治医、副主治医が協議して剖検を行うために遺族の同意取得に努めるものとします。

#### 4. 開放病床利用にかかる診療報酬について

- (1) 登録医が開放病床に患者を入院させ、当該病棟において当該患者に対して療養上必要な指導を病院医師と共同して行った場合、患者1人1日につき開放型病院共同指導料(以下「共同指導料」という。)(Ⅰ)を1回算定できます。
- (2) 当院は、開放病床に患者が入院し、登録医と共同して診療を行った際に共同指導料(Ⅱ)を算定します。また、当院は患者に対して、入院時に共同指導料(Ⅰ)および(Ⅱ)についての説明をして、同意を得ることとしています。
- (3) 当該患者が、開放病床以外の病床を使用する状況が生じたときは、その期間に共同指導が実施されても指導料は算定できません。
- (4) 登録医が算定する共同指導回数は、当院が毎月末又は退院時にまとめて「開放型病院共同指導実施票」(様式4)を作成し、翌月2日までに登録医へ送付します。したがって登録医は、この「開放型病院共同指導実施票」に基づいて病名、指導日数をレセプトに転記し、共同指導料(Ⅰ)を保険請求して下さい。
- (5) 共同指導料(Ⅰ)の患者負担分については、当院が代わって徴収し、登録医の指定する銀行口座へ振り込みます。この場合に使用する証書は「領収書等」(様式4-2)とし、当該患者、登録医および当院がそれぞれ1通を保管することとします。

#### 5. 共同指導料の患者自己負担金の徴収に関する申し合わせ

(平成15年6月17日、石川県済生会金沢病院開放型病院運営委員会)

- (1) 登録医と当院との間の契約について  
金沢市医師会長の承認を経て登録医となった時点で、登録医と当院との間に共同指導の実施にかかる契約が成立したものとみなします。したがって、両者の間に特別の契約書を取り交わす必要はないものとします。ただし、登録医側の共同指導料の自己負担金の徴収は、各登録医が行うことが原則となっていますので、これを病院側に委託する場合は、下記に準じた契約書の取り交わしを必要とします。
- (2) 共同指導料の自己負担金の徴収の委託について
  - ① 登録医は、あらかじめ「共同指導料自己負担金徴収委託契約書」(様式3-4)により、当院と委託契約書を取り交わすものとします。
  - ② 登録医は、開放病床に患者を入院させるときは、「石川県済生会金沢病院開放病床入院届出書」(様式3)とともに、あらかじめ「患者説明書」(様式3-2)により当該患者に共同指導料の自己負担金に関する説明を行い、同意を得ておくものとします。
  - ③ 登録医は、開放病床に入院中の患者を診察するときは、その都度「開放病床患者診療記録」(様式3-3)(1階患者サポートセンター内登録医控室に備え付けてあります。)に必要事項を記載するものとします。
  - ④ 当院は、開放病床に入院した患者に対して、「患者説明書」(様式3-2)により当該患者に共同指導料の自己負担金に関する説明を行い、同意を得るものとします。
  - ⑤ 当院は、「開放病床患者診療記録」(様式3-3)の記載にしたがって、当該患者より共同指導料の自己負担金を徴収し、毎月1回、登録医指定の銀行口座に振り込むものとします。この場合に使用する領収書は「領収書等」(様式4-2)とし、当該患者、登録医および当院がそれぞれ1通を保管するものとします。

## 【紹介診療システム】

### 1. 紹介外来診療の手続き

- (1) 当院への紹介外来診療は、地域の医療施設全般を対象としたものです。  
なお、紹介患者に対する診療は、一般患者に優先した対応となります。
- (2) 紹介患者の受診手続は、次のとおりです。
  - ① 外来受診または入院目的で当院へ患者を紹介するには、診療情報提供書を持参させて直接受診してもらうか、地域連携室を通じて事前に受診の予約をして下さい。
  - ② 直接受診する場合の受付時間は、平日の午前8時20分から11時30分までです。受付時間が過ぎた後に受診する場合は、あらかじめ地域連携室または該当する診療科の医師に連絡するものとします。
  - ③ 予約は地域連携室に直接電話で連絡をします。それによって、地域連携室が受診日等を調整します。また、該当する診療科の医師に直接連絡をとることもできます。
  - ④ 時間外、休日などに救急受診が必要なときは病院代表電話に連絡します。  
この場合、救急担当の看護師または医師が対応します。
  - ⑤ 患者が来院・受診したときは「紹介患者受診報告書」(様式7)によりFAXで速やかに紹介医へ連絡します。

### 2. 依頼検査の手続き

- (1) 当院では高額装置(CT、MRI)の共同利用を積極的に進めています。依頼検査は検査終了後、画像データやレポートは患者を介して紹介医に届くようにしています。(検査結果は紹介医から説明をお願いします。)
- (2) 予約可能な検査項目は、放射線機能検査と生理機能検査です。依頼検査の予約方法は別表(依頼検査受託項目一覧)のとおりです。

(別表)

## 依頼検査受託項目一覧

### 放射線検査

検査項目	CT
	MRI
	超音波検査(心臓以外、腹部・甲状腺など)
	骨密度(DEXA)検査

#### 1.電話予約

電話:地域連携室(直通)076-266-1489 (平日 8:30~17:00 まで)

※予約日時をお取りします。

#### 2.情報提供書送付

CT検査及びMRI検査の申し込みの際は、当院様式の「石川県済生会金沢病院紹介CT検査申込書(診療情報提供書)」又は「石川県済生会金沢病院MRI検査申込書(診療情報提供書)」に必要事項を記入し、事前にFAXしてください。

超音波検査の申し込みの際は、診療情報提供書を事前にFAXしてください。

骨密度検査の申し込みは、当院「石川県済生会金沢病院様式の骨密度測定検査申込書(診療情報提供書)」に記入し、FAX(電話不要)してください。

FAX:地域連携室(直通)076-266-2990

#### 3.検査結果報告

文書による報告とします。データは原則CDでお渡しします。フィルムのご希望がある場合、予約時にお伝えください。

### 生理機能検査

検査時間は原則、14:00~16:30 とします。

検査項目	心臓超音波検査
	ホルター心電図検査
	ABI-PWV(血圧脈波検査)
	頸動脈エコー検査
	呼吸機能検査A(VC、FVC)呼吸機能検査A(VC、FVC)
	神経伝導速度

#### 1.電話予約

電話:地域連携室(直通)076-266-1489 (平日 8:30~17:00 まで)

#### 2.情報提供書送付

事前に診療情報提供書を事前にFAXしてください。

FAX:地域連携室(直通)076-266-2990

#### 3.検査結果報告

文書による報告とします。

# CT 検査申込書 / 診療情報提供書

令和 年 月 日

石川県済生会金沢病院 宛

金沢市赤土町二13-6

地域連携室 電話 076-266-1489

FAX 076-266-2990

## 【紹介元】

医療機関名:

紹介医師:

TEL:

FAX:

検査日時	令和 年 月 日 ( ) AM・PM ( : ) ただし、土曜日は予約不可となります		
フリガナ		性別	生年月日 / T・S・H・R
患者氏名		男・女	年 月 日 ( ) 歳
済生会病院受診歴	有(ID) _____ ・ 無		
検査部位	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・上肢・下肢 頸椎・胸椎・腰椎・その他( )		
単純のみ	造影は各診療科へご紹介ください (この用紙では受付していません)		
装着機器の有無	埋込型(ペースメーカー等)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )
	貼付型(グルコース測定器等)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )
ID-LINK	<input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> 利用する (紹介元 ID _____)		
結果報告の方法	検査終了後、CD-Rは患者さんにお渡しします。読影結果はFAXのうえ郵送いたします。 右記の場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> CD-R不要 <input type="checkbox"/> 読影結果 郵送不要		
診断名	:		
検査目的・症状等	:		
<p>・電話およびWEB予約完了後この用紙をFAXで送ってください。原本は患者さんが当日お持ちください。</p> <p>・CT検査は、30分前に来院してください。(説明・処置等に必要場合があります)</p>			

令和7年4月1日 改定

## MRI 検査申込書 / 診療情報提供書

令和 年 月 日

石川県済生会金沢病院 宛

金沢市赤土町二13-6

地域連携室 電話 076-266-1489

FAX 076-266-2990

## 【紹介元】

医療機関名:

紹介医師:

TEL:

FAX:

検査日時	令和 年 月 日 ( ) AM・PM ( : ) ただし、土曜日は予約不可となります		
フリガナ		性別	生年月日 / T・S・H・R
患者氏名		男・女	年 月 日 ( ) 歳
済生会病院受診歴	有(ID) _____ ・ 無		
検査部位	頭部・頸椎・胸椎・腰椎 肩関節(左・右)・肘関節(左・右)・手関節(左・右)・手(左・右) 股関節・膝関節(左・右)・足関節(左・右)・足(左・右) 腹部・骨盤部		
単純のみ	造影は各診療科へご紹介ください(この用紙では受付していません)		
禁忌等 (検査不可の場合有り)	埋込型(ペースメーカー等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
	貼付型(グルコース測定器等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
	体内金属(歯列矯正具等含む)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
ID-LINK	<input type="checkbox"/> 利用しない	<input type="checkbox"/> 利用する(紹介元 ID )	
結果報告の方法	検査終了後、CD-Rは患者さんにお渡します。読影結果はFAXのうえ郵送いたします。 右記の場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> CD-R不要 <input type="checkbox"/> 読影結果 郵送不要		
診断名	:		
検査目的・症状等	:		
<p>・電話およびWEB予約完了後この用紙をFAXで送ってください。原本は患者さんが当日お持ちください。</p> <p>・MRI検査は、30分前に来院してください。(来院されない場合キャンセルになることがあります)</p>			

令和7年4月1日 改定

石川県済生会金沢病院 骨密度(DEXA) 検査申込書 \*FAX予約用紙 電話不要  
(診療情報提供書)

令和 年 月 日

施設名	TEL _____ FAX _____
医師名	
検査希望日時	令和 年 月 日 ( ) PM( : ) 土曜日および放射線科医不在日は予約できませんのでご了承ください
フリガナ 患者氏名 生年月日 性別	T. S. H. R. / / 男 ・ 女
済生会病院受診歴	有(ID) _____ ・ 無
検査部位	腰椎 ・ 大腿骨 ( 基本、2部位検査します )
インプラントの有無	腰椎 ・ 右大腿骨 ・ 左大腿骨 ・ なし
当院のDEXA検査履歴	初回 ・ 2回目以降 (前回検査より4か月経過必要)
ID-LINK	利用する(紹介医ID _____ ) ・ 利用せず
データ媒体	検査結果(英語) ・ 検査結果(日本語) ・ その他
受渡し方法	患者渡し ・ 郵送 ・ 不要 ・ その他
診断名 :	
検査目的・症状等 :	

・ 検査日当日、この用紙を持参のうえ、総合受付窓口にご来院ください。

石川県済生会金沢病院 地域連携室 FAX番号 076-266-2990

石川県済生会金沢病院 放射線部 お問い合わせ番号 076-266-2938

## 【紹介患者の受診、返送および一般患者の逆紹介】

### 1. 紹介患者の外来診療と返送

- (1) 当院は、会員からの紹介患者が来院し、外来受診または入院したときは原則として即日、病院の担当医師名をもって、紹介元の会員へ患者の「紹介患者受診報告書」(様式7)をFAXで連絡することとします。
- (2) 紹介患者が外来で通院している場合には、症状の回復および病状の安定など、病院で診療を継続する必要がなくなった段階で、患者の意向を確認したうえ、紹介元の会員へ逆紹介することを原則としています。
- (3) 紹介患者の症状またはその経過等により、当院の担当医師がさらに高次の医療機関や専門病院、あるいは施設などへ転院もしくは入所させることが適当と認めた場合についても、事前に紹介元の会員に連絡または協議することとします。
- (4) 紹介患者の当院での診療が一定の期間を経過した場合や、当院の担当医師が経過をお知らせする必要があると判断した場合には、紹介元の会員に診療経過について報告することとします。

### 2. 一般患者の逆紹介

- (1) 一般患者(紹介によらないで病院を受診した患者、救急患者を含むすべての患者をいう。)のうち、病院での診断や治療方法が決定し、または症状が回復あるいは安定し、最寄りの医療施設での診療が適切と判断された患者については、速やかに逆紹介するものとします。
- (2) 逆紹介先の決定については、原則、患者の「かかりつけ医」を第1順位とします。「かかりつけ医」がない場合は、患者居住地に近い複数の医療施設を示して、患者の選択に委ねるものとします。

# 石川県済生会金沢病院開放病床の設置

## および運営に関する要綱

(平成7年2月9日 制定)

(平成8年4月1日 一部改正)

(平成10年4月1日 一部改正)

(平成18年7月1日 一部改正)

(平成19年7月11日 一部改正)

(平成26年7月1日 一部改正)

### (目的)

第1条 この要綱は、石川県済生会金沢病院（以下「病院」という。）と金沢市医師会（以下「医師会」という。）とが密接な連携を図りながら、患者中心の継続性のある適正な医療を確保するとともに、医学と医療技術の進歩に対応した相互の研鑽に努め、もって地域医療の向上に寄与するため、病院の一部に開放病床を設置するものとし、これに必要な事項を定めることを目的とする。

### (定義)

第2条 この要綱において、「開放病床」とは、第4条に規定する登録医が、病院に入院させた自己の患者に対し、病院に勤務する医師（以下「病院医師」という。）と共同して診療および療養指導を行うことのできる病院内の病床をいう。

2 前項の病床は、社会保険診療報酬点数表の規定にかかる開放型病院の開放病床として特定するものとする。

### (病床数)

第3条 前条の開放病床の病床数は24床とし、許可病床の範囲内で必要に応じて増床を図るものとする。

### (登録医)

第4条 前条の主旨に賛同し、当該開放病床を利用しようとする医師会会員は、あらかじめ医師会会長に開放病床利用登録医届を提出し、その認定を受けなければならない。

2 病院は、前項の規定により認定を受けた医師会会員（以下「登録医」という。）に対して登録医証を発行し、交付するものとする。

3 登録医の登録期間は、原則として2年とし、更新を妨げない。

### (共同診療)

第5条 登録医は、別に定める要項に基づいて開放病床に入院させた患者については、病院医師と共同して当該患者の診療および療養指導を行うものとする。

(報酬)

第6条 登録医の当該患者にかかる診療報酬は、健康保険法の定めるところによるものとする。

(運営委員会)

第7条 開放病床の設置運営および開放型病院としての機能の活用を効果的、かつ、円滑に行うために、病院に石川県済生会金沢病院開放型病院運営委員会（以下「運営委員会」という。）を設置する。

2 運営委員会の組織、運営に関して必要な事項は、別に定める。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、運営委員会の議を経て医師会と病院が協議して別に定める。

附則

1 この要綱は、医師会と病院とが開放病床の設置運営に関する協定を締結した日（平成7年2月9日）から施行する。

2 白山ののいち医師会会員が病院の開放病床を利用する場合は、この規定を準用する。  
この場合、第4条に規定する「医師会会員」を「白山ののいち医師会会員」と読み替えるものとする。

3 この改正要綱は、平成8年4月1日から施行する。

4 この改正要綱は、医師会と病院とが開放病床の設置運営に関する協定（平成7年2月9日）の一部改正協定を締結した日（平成10年4月1日）から施行する。

5 この改正要綱は、平成18年7月1日から施行する。

6 この改正要綱は、締結した日（平成19年7月11日）から施行する。

7 河北郡市医師会会員が病院の開放病床を利用する場合は、この規定を準用する。  
この場合、第4条に規定する「医師会会員」を「河北郡市医師会会員」と読み替えるものとする。

8 能美市医師会会員が病院の開放病床を利用する場合は、この規定を準用する。  
この場合、第4条に規定する「医師会会員」を「能美市医師会会員」と読み替えるものとする。

9 この改正要綱は、締結した日（平成26年7月1日）から施行する。

# 石川県済生会金沢病院紹介診療システムの 運営に関する要綱

(平成7年2月9日 制定)

(平成12年7月1日 一部改正)

(平成18年7月1日 一部改正)

(平成21年9月1日 一部改正)

(趣旨)

第1条 この要綱は、石川県済生会金沢病院（以下「病院」という。）の外来および入院診療は、救急の場合を含め、地域の医療機関（主として診療所）からの紹介による患者を優先して取り扱うことを基本とする病院の運営方針に基づき、金沢市医師会を中心とする関係医師会の協力と地域における医療機関との相互理解のもとで、これをシステム化して実践するため必要な事項を定めるものである。

(定義)

第2条 この要綱において「紹介医」とは、病院へ患者を紹介した診療所等の地域医療機関の医師をいう。

2 この要綱にいう「依頼検査」には、地域の医療機関が診断または治療を目的として、当該医療機関において実施できない検査または病院で行うことを適当とする検査で、かつ、患者が直接病院に赴いて行う検査および画像またはその他の処理を病院の設備等を利用して行う検査を含むものとする。

3 この要綱において「一般患者」とは、地域の医療機関からの紹介によらないで病院を受診した、救急患者を含むすべての患者をいう。

(紹介診療申込)

第3条 地域の医療機関において、当該医療機関の受診患者で病院への紹介による外来診療または依頼検査もしくは入院（開放病床の入院にかかる場合を除く。）の必要性を認めた場合は、当該患者の同意を得て、「紹介診療予約申込書」（様式5）を病院の地域連携室へ FAX をもって予約するものとする。同室へ電話で予約することもできる。

2 予約の申込は、診療情報提供書（医師会所定のもの。）をもって代えることができる。

3 病院は、紹介診療の申込を受けたときは、即時または可及的すみやかに来院日時を電話または FAX をもって当該紹介医に連絡する。

4 病院は、紹介診療システムなど、地域医療連携活動業務の円滑な推進をはかる。

(紹介患者の受診)

第4条 紹介医は、患者の診療状況を示す「紹介診療予約申込書」（様式5）または診療情報提供書（医師会所定のもの）を当該患者に交付し、予約した日時に病院へ赴くよう指示する。

2 紹介医が使用する患者の「紹介状封筒」（様式6）は、病院があらかじめ地域の医療機関へ配布しておくものとする。

- 3 病院は、紹介患者が来院したときは、即日担当した病院の医師名等を記入した「来院報告」(様式7)を紹介医へ送付する。ただし、依頼検査の場合は、病院所定の検査結果報告書の紹介医への送付または患者持参をもってこれに代えることができる。

#### (紹介患者の返送)

- 第5条 病院は、紹介患者について、診断または治療方針の決定、症状の回復および病状の安定など、紹介の目的を満たし、かつ、病院での診療継続の必要がなくなった段階に至ったときは、患者の意向を確認したうえ、紹介医へ当該患者の診療状況を示す文書を添えて返送するものとする。
- 2 病院は、紹介患者の返送時には、事前に病院の担当医師から紹介医へ電話等で連絡するものとする。
  - 3 病院は、紹介された患者の症状または経過等により、病院の担当医師がさらに高次医療機関または専門病院もしくは施設等へ転院等をさせることが適当と認めた場合についても、あらかじめ紹介医に連絡するものとする。
  - 4 紹介患者の病院での診療が、一定期間以上長期にわたるような場合などには、紹介医に診療経過を報告するものとする。

#### (一般患者の逆紹介)

- 第6条 一般患者のうち、病院での診断または治療方針が確定後もしくは病状の安定その他の状況から、地域の医療機関での診療が適当と判断される患者については、病院は努めて地域の医療機関に逆紹介するものとする。
- 2 逆紹介は、患者の意向を尊重しながら、その同意を得て行う。
  - 3 逆紹介の決定は、患者のかかりつけの医療機関を第1順位とし、かかりつけの医療機関がない場合には、患者の居住地に近い複数の医療機関を示し、患者の選択に委ねるものとする。
  - 4 病院の担当医が逆紹介を行う場合は、事前に逆紹介先の医師に連絡のうえ、その了解を得たのち、患者の診療状況を示す文書を当該患者に交付し、逆紹介先の医療機関へ持参させるものとする。

#### (紹介状等の文書の統一)

- 第7条 第5条に規定する紹介患者の返送にかかる返送状および第6条に規定する一般患者の逆紹介にかかる逆紹介状は、診療報酬点数表に規定する診療情報提供料(I)を請求の有無にかかわらず、すべて医師会所定の診療情報提供書を用いるものとする。

#### 附則

- 1 この要綱は、平成7年2月9日から施行する。
- 2 この改正要綱は、平成12年7月1日から施行する。(一部改正)
- 3 この改正要綱は、平成18年7月1日から施行する。(一部改正)
- 4 この改正要綱は、平成21年9月1日から施行する。(一部改正)

# 石川県済生会金沢病院開放型病院 運営委員会細則

(平成7年2月9日 制定)

(平成8年7月1日 一部改正)

(平成18年7月1日 一部改正)

(平成21年9月1日 一部改正)

## (主旨)

第1条 この細則は、石川県済生会金沢病院開放病床の設置および運営に関する要綱第7条の規定に基づく石川県済生会金沢病院開放型病院運営委員会(以下「運営委員会」という。)の組織、運営等について必要な事項を定めるものである。

## (組織)

第2条 運営委員会は、次に掲げるものをもって構成する。

(1) 石川県済生会金沢病院関係委員

院長、副院長、開放病床担当医長(内科系、外科系)2名、看護部長、開放病床担当師長および事務部職員若干名

(2) 金沢市医師会関係委員

会長、開放病床担当理事、会長の推薦する登録医若干名および事務局長

2 委員長は、金沢市医師会長をもって充て、会務を総理する。

3 副委員長は、病院長および金沢市医師会長が金沢市医師会関係委員の中から指名した者1名をもって充て、委員長を補佐し、委員長に事故あるときはその職務を代理する。

4 金沢市医師会関係委員の任期は、金沢市医師会役員の任期による。

## (会議)

第3条 運営委員会の会議は、年1回定期的に開催するものとする。

2 委員長または病院長である副委員長は、必要があると認めるときは、臨時に会議を開催することができる。

3 運営委員会は、必要があると認めるときは、会議に関係者の出席を求め、説明または意見をきくことができる。

## (協議事項)

第4条 運営委員会は、開放型病院の開放病床の設置および運営ならびに紹介診療システムの運営に関して必要な事項を協議する。

## (庶務)

第5条 運営委員会の庶務は、石川県済生会金沢病院地域連携室において行う。

(様式1)

石川県済生会金沢病院開放病床利用登録医届

令和 年 月 日

金沢市医師会

会長

殿

会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

私儀

このたび、石川県済生会金沢病院の開放病床の設置  
および利用の主旨に賛同し、登録いたします。

(様式2)

登 録 医 証

(表)

No.	令和 年 月 日発行
石川県済生会金沢病院	
登 録 医 証	
医療機関名	
登録医氏名	
登録期限	
石川県済生会金沢病院長 印	

(裏)

ご 注 意	
1、この証書は病院構内自動車駐車の際にもご利用ください。	
2、この証明書の保管にご留意のうえ、紛失された場合は速やかに病院へご連絡ください。	
3、登録医をご辞退される場合は、医師会または病院へお返してください。	

(様式3)

石川県済生会金沢病院開放病床入院届出書

令和 年 月 日

施設名：	TEL：
医師名：	FAX：
患者名：	(男・女)
生年月日： T・S・H・R 年 月 日生	
済生会金沢病院受診歴：	なし・あり ( 頃)
診断名・症状：	
診療科：	入院型式：
希望医師名：	A : B
入院希望日時： 令和 年 月 日	AM ・ PM
備考	

(様式3-2)

## 開放病床に入院される患者さんへ

あなたは、 月 日より石川県済生会金沢病院の開放病床に入院の予定となりました。

入院後は、私(登録医)と病院の医師が共同で診療にあたります。何でもご相談ください。

その場合、若干の診療費がかかりますのでご承知ください。

令和 年 月 日

登録医療機関

医師

---

## 開放病床に入院される患者さんへ

様 は開放病床に入院となりました。

病棟 号室

入院中は、かかりつけ医(登録医)の 先生と

当院の主治医 科 が診療にあたります。何でもご相談ください。

かかりつけ医(登録医)の先生が病室で診療された場合、若干の診療費がかかります  
のでご承知ください。

ご不明な点がございましたら、病棟・事務または地域連携室までお尋ね下さい。

令和 年 月 日

石川県済生会金沢病院



(様式3-4)

## 共同指導料自己負担金徴収委託契約書

わたしは、石川県済生会金沢病院の開放病床の使用にあたり、登録医側の  
共同指導料に関わる患者自己負担金の徴収については、貴院に委託します。

令和 年 月 日

登録医氏名

印

当病院は、登録医側の共同指導料に関わる患者の自己負担金の徴収委託に  
ついては、受託いたします。

令和 年 月 日

石川県済生会金沢病院

院長

印

(様式4)

### 開放型病院共同指導実施票

ID番号	××××
氏名	〇〇 〇〇
生年月日	昭和××年×月×日 男

保険資格区分		
社保本人	国保3割	後期1割
社保家族	前期2割	後期2割
	前期3割	後期3割
退職者本人		公費
退職者家族		

令和 年 月分 入院型 A・B

登録医	△△ △△ 先生	病院医師	△△ △△
-----	----------	------	-------

共同指導日（○印）

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

入院日

退院日

入院中 ・ 退院

指導実施回数	患者一部負担金	支払決定額

病 名	診療開始日
(1)	
(2)	
(3)	
(4)	
(5)	

(様式4-2)

医療費請求書兼領収書	
患者番号	××××
金額	〇〇 〇〇 殿 〇〇〇〇 円
ただし 令和 ×× 年 × 月分 開放型病院共同指導料 ( × 回分) 上記の金額を石川県済生会金沢病院へ納めてください。 令和 ×× 年 × 月 × 日 <b>金沢市医師会</b> 登録医 〇〇 〇〇	
	

左記の金額を領収しました。

**金沢市医師会**  
登録医 〇〇 〇〇

領収日付印

※ 領収書の再発行は致しません。  
※ 領収日付印なきものは無効です。

---

医療費請求書兼領収書 (登録医控)	
患者番号	××××
金額	〇〇 〇〇 殿 〇〇〇〇 円
ただし 令和 ×× 年 × 月分 開放型病院共同指導料 ( × 回分) 上記の金額を石川県済生会金沢病院へ納めてください。 令和 ×× 年 × 月 × 日 <b>金沢市医師会</b> 登録医 〇〇 〇〇	

左記の金額を領収しました。

**金沢市医師会**  
登録医 〇〇 〇〇

領収日付印

※ 領収書の再発行は致しません。  
※ 領収日付印なきものは無効です。

---

医療費請求書兼領収書 (病院控)	
患者番号	××××
金額	〇〇 〇〇 殿 〇〇〇〇 円
ただし 令和 ×× 年 × 月分 開放型病院共同指導料 ( × 回分) 上記の金額を石川県済生会金沢病院へ納めてください。 令和 ×× 年 × 月 × 日 <b>金沢市医師会</b> 登録医 〇〇 〇〇	

左記の金額を領収しました。

**金沢市医師会**  
登録医 〇〇 〇〇

領収日付印

※ 領収書の再発行は致しません。  
※ 領収日付印なきものは無効です。

(様式5)

石川県済生会金沢病院紹介診療予約申込書

令和 年 月 日

施設名：		TEL：
医師名：		FAX：
患者名： (男・女)		
生年月日： T・S・H・R 年 月 日生		
済生会金沢病院受診歴： なし・あり ( 頃)		
診断名・症状：		
受診区分	外来	診療科： 希望医師名：
	検査	検査内容： 放射線等のフィルムコピー： 要・不要
受診希望日時： 令和 年 月 日 AM・PM		
備考		

(様式6)

## 紹介状封筒

予約日時 月 日 時 分 ※10分前までに1階初診受付におこしください。
<b>入院(一般・開放)・外来・検査</b>
医療機関名 所在地 TEL 紹介医名
石川県済生会金沢病院予約の番号は (076)266-1489 です FAX076-266-2990 インターネットホームページ <a href="http://www3.rsknet.or.jp/saiseikh/">http://www3.rsknet.or.jp/saiseikh/</a>

( 封筒の色はクリーム色とする )

(様式7)

紹介患者受診報告書

令和××年×月×日

Fax:〇〇〇-〇〇〇〇

〇〇クリニック

△△ △△先生御侍史

下記の患者様が、当院へ来院されました。

取り急ぎ、ご報告申し上げます。

ご紹介ありがとうございました。

患者氏名	〇〇 〇〇 様
ご来院日	令和××年×月×日
受診科	〇〇科
担当医	〇〇 〇〇

なお、詳細につきましては、後日担当医よりご報告申し上げます。

石川県済生会金沢病院  
地域連携室

TEL:076-266-1489

FAX:076-266-2990