

旭川医科大学病院医療連携協定に関する要項

(令和3年3月30日病院長裁定)

(趣旨)

第1 この要項は、旭川医科大学病院（以下「本院」という。）と地域の医療機関が緊密な連携を保ち、それぞれが役割分担しながら、患者に一貫性のある良質な医療を提供できる体制を確立するため、本院と地域医療機関における医療連携協定（以下「協定」という。）の締結手続き等について定めるものとする。

(申請・登録)

第2 本院の医療連携先となることを希望する医療機関は、医療連携協定締結申請書（別紙様式第1号）を本院病院長に提出するものとする。

2 前項の申請があった場合、病院長は、地域医療連携室会議の議を経て協定締結の可否を決定し、本院と医療連携先となる医療機関（以下「連携病院」という。）を決定するものとする。

(協定の締結内容等)

第3 協定においては、相互の患者紹介、受け入れ等に関する必要な事項を定め、本院病院長と連携病院の代表者との間で医療連携協定書（別紙様式第2号）を取り交わすものとする。

2 本院は、連携病院に対して、医療連携登録証（別紙様式第3号）を交付するとともに、本院のホームページ等に連携病院に関する情報を掲載するものとする。

(連携期間・更新)

第4 協定に基づく連携期間は協定を締結した日が属する年度末までとする。ただし、本院又は連携病院から第6に定める連携終了の申出がない限り1年間延長するものとし、以後の更新についても同様とする。

(登録内容の変更)

第5 連携病院は、協定締結時の申請内容に変更が生じた場合、登録内容変更届（別紙様式第4号）を本院病院長に提出するものとする。

2 本院は前項の届出により、登録証の記載内容に変更が生じる場合には、速やかに変更内容を反映させた登録証を作成し、連携病院に交付するものとする。

(連携の終了)

第6 連携病院は、第4に定める協定の更新時期に関わらず、本院との連携関係を終了する場合、医療連携登録終了届（別紙様式第5号）を本院病院長に提出するものとする。

2 前項の届出があった場合、本院は連携病院に交付した登録証の返還を求めるとともに、本院ホームページ等に掲載されている当該連携病院の情報を速やかに削除するものとする。

(事務担当)

第7 協定に関する事務は、病院事務部医療支援課において処理する。

(その他)

第8 この要項に定めるもののほか、協定に関して必要な事項は、別に定める。

附 則

この要項は令和 3 年 4 月 1 日から実施する。

【制定理由】

医療連携協定に関し必要な事項を定め、もって良質な医療を提供できる体制の確立を図るものである。

別紙様式第1号（第2第1項関係）

医療連携協定締結申請書

年 月 日

旭川医科大学病院長 殿

医療機関名

代表者

（役職・氏名）

印

貴院の連携医療機関となることを希望いたしますので、別紙のとおり医療連携協定登録票を送ります。

医療連携協定登録票

記載日 令和 年 月 日

フリガナ			
医療機関名			
フリガナ			
代表者(院長)			
住 所	〒 -		
医療機関URL			
当院から貴院へ 患者さんを紹介させて いただく場合の 担当窓口等 ^{※1}	【部署名】		
	【電話】 ()	【FAX】 ()	
	【E-mail】		
	【備考】		
貴院へ紹介時の予約	要 ・ 不要	診療情報の事前提供 ^{※2}	要 ・ 不要
画像提供時の媒体 ^{※3}	<input type="checkbox"/> DVD-R	<input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> その他()

※1：主に外来患者さんの紹介を想定しております(複数記載可)

※2：原則、原本を患者さんが持参いたします

※3：希望の優先順位がある場合は、□内に数字を記載してください。ない場合は対応可能なものに☑を記載してください。

診療科目 (該当する診療科目に チェックしてください。 該当するものがない 場合は、空欄に追記 してください。)	循環器内科	腎臓内科	呼吸器内科	脳神経内科
	糖尿病内科	膠原病内科	内分泌内科	消化器内科
	血液・腫瘍内科	精神科神経科	小児科・思春期科	新生児科
	心臓外科	血管外科	呼吸器外科	乳腺外科
	小児外科	肝胆臓・移植外科	消化管外科	整形外科
	皮膚科	腎泌尿器外科	眼科	周産母子科
	女性医学科	放射線科	緩和ケア科	脳神経外科
	歯科口腔外科	総合診療部	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	リハビリテーション科
	麻酔科・蘇生科・ペインクリニック科	形成外科		
	専門外来等			

■ 診察受付時間、休診日等をご記入ください。(診療受付時間等がわかる資料を添付いただいても構いません)

曜 日	診療科	午 前	午 後	備 考
例)月火水金	呼吸器内科	8:00~11:00	13:00~15:00	予約制あり
休 診 日				

病 床	病床の有無	有 ・ 無		
	<input type="checkbox"/> 一般病床 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟 <input type="checkbox"/> 医療療養病床 <input type="checkbox"/> 介護療養病床 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 精神病床 <input type="checkbox"/> 回復期リハビリ病床		
可能な検査	<input type="checkbox"/> X線検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波		
リハビリスタッフ	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法士			

☆ 貴院の特徴やPRをご記載ください ☆

旭川医科大学病院 1/2

	診療可能な項目	入院			外来			在宅			特記事項	
		可	不可	相談	可	不可	相談	可	不可	相談		
在宅医療	往診	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	訪問診療											
	訪問看護											
	訪問リハビリ											
医療管理	気管カニューレ管理											
	在宅酸素導入・管理											
	人工呼吸器管理											
	非侵襲的陽圧呼吸器											
	自己注射指導管理											
	CVポート挿入											
	CVポート管理											
	中心静脈栄養管理											
	点滴管理											
	経管栄養管理											
	胃ろう交換											
	胃ろう管理											
	腎ろう交換											
	腎ろう管理											
	腸ろうカテーテル交換											
	腸ろうカテーテル管理											
	人工肛門の管理											
	ウロストーマの管理											
	自己導尿の管理											
	PTCD等ドレーン管理											
	イレウスチューブ管理											
	胃管管理											
	人工透析											
腹膜透析												
褥瘡管理												
病態	神経難病患者の診療											
	HIV患者の診療											
	認知症患者の診療											
	がん化学療法											
	高齢者終末期医療											
	がんの終末期医療 (※)											
	在宅療養中のレスパイト入院 医療区分1のリハビリ目的入院											

※ がんの終末期医療について「可」もしくは「相談」と回答された場合、以下の回答をお願いします。

	診療可能な緩和ケア	入院			外来			在宅			特記事項	
		可	不可	相談	可	不可	相談	可	不可	相談		
がんの終末期医療	医療用麻薬による疼痛緩和											
	鎮痛補助薬の使用											
	持続静注・皮下注による疼痛管理											
	神経ブロック											
	硬膜外ブロック管理											
	くも膜下ブロック管理											
	腹腔穿刺											
	腹腔ドレーン管理											
	胸腔穿刺											
	胸腔ドレーン管理											
	緩和リハビリ											
せん妄など精神症状への対応												

医療連携登録証

殿

旭川医科大学病院の連携医療機関
であることを証します

年 月 日

旭川医科大学病院

病院長

印

別紙様式第4号（第5第1項関係）

登録内容変更届

年 月 日

旭川医科大学病院長 殿

医療機関名

代表者

（役職・氏名）

印

下記のとおり、医療連携協定の登録内容に変更が生じたため届け出いたします。

【変更内容】

別紙様式第5号（第6第1項関係）

医療連携登録終了届

年 月 日

旭川医科大学病院長 殿

医療機関名
代表者
(役職・氏名)

印

医療連携協定の登録を終了するため届け出いたします。

医療連携協定書

<連携先医療機関名>（以下「甲」という。）と旭川医科大学病院（以下「乙」という。）は、適切な機能分化と質の高い医療の提供と患者に一貫性のある良質な医療を提供できる体制を確立するため、相互に緊密な医療連携を行うことを目的として以下のとおり医療連携協定（以下「本協定」という。）を締結するものである。

（連携実施内容）

第1条 上記目的を達成するため、甲及び乙は次に掲げる事項について実施するものとする。

- （1）甲及び乙は、相互に緊密な医療連携のもと、患者の紹介及び受け入れを行うものとする。
- （2）甲及び乙は、本協定に基づき患者を紹介する際には、当該患者の氏名、住所、生年月日及び性別などカルテ作成に必要な情報や、紹介先が必要とする情報を提供すること。
- （3）甲及び乙は、本協定に基づく患者を受け入れる場合、前号で提供された情報をもとに、カルテや診察券の事前作成・発行、診療予約など患者サービスについて、優先的な提供に努めるものとする。
- （4）甲及び乙は、受け入れた患者の診療情報については、診療後、遅滞なく紹介元に報告すること。
- （5）乙は、甲からの紹介患者について、乙が担当すべき治療及び検査等が終了したときは、原則として、甲に治療の継続を依頼するものとする。
- （6）甲は、前号により乙から治療の継続を依頼された患者の治療を引き続き行うものとして、これを受け入れること。

（医療連携登録証）

第2条 乙は本協定の締結に基づき、甲に対し

て「医療連携登録証」（以下「登録証」という。）を交付し、甲は自己の医療機関施設内に当該登録証を掲示することができるものとする。ただし、本協定終了後は速やかに乙に返還するものとする。

（連携期間）

第3条 本協定に基づく連携期間は、本協定締結日が属する年度末までとする。なお、甲及び乙のいずれからも本協定を終了する旨の意思表示が所定の期日までにない場合は、期間満了の日の翌日から更に1か年延長するものとし、以後の更新についても同様とする。

- 2 甲は、本協定の更新時期に関わらず乙との連携を終了しようとする場合、速やかに乙に対して本協定終了を申し出ること。

（連携に関する表示）

第4条 甲及び乙は、相互のホームページ及び発行する各種案内冊子等に「医療連携協定」を締結している旨を表示できるものとする。

- 2 乙は、乙の施設内に「医療連携病院名」を掲示できるものとする。ただし、甲の申出があれば掲示しないものとする。

（変更等の届出）

第5条 甲は、本協定に基づき乙から交付された登録証の記載内容に変更が生じる場合には、速やかに乙に届け出るものとする。

(守秘義務)

第6条 甲及び乙は、本協定で知り得た患者及び家族の個人情報並びに業務上の秘密事項を第三者に開示又は漏洩しないものとする。

(苦情対応)

第7条 甲及び乙は、本協定に基づき紹介又は受け入れた患者及び家族から、自己が行った治療に直接関係する内容の苦情が寄せられた場合には、責任をもって適切な解消を図るものとする。

2 甲及び乙は、その内容を甲乙間で共有する必要があると判断した場合には、速やかにその共有を図るものとする。

(登録の取消し)

第8条 乙は、甲が連携病院として相応しくないと認められる場合は、理由を明示したうえで協定を取り消すことができる。

2 前項に基づく取消しを行った場合、乙は甲に交付した登録証の返還を求めるとともに、乙のホームページ等に掲載されている甲の情報を速やかに削除し、及び乙のホームページにおいて甲との協定を取り消した旨を一定期間掲載するものとする。

(疑義の決定)

第9条 本協定に定めのない事項及び疑義が生じた場合は、甲乙間において協議の上、解消するものとする。ただし、医療連携協定の実施又はそれに基づく診療等に直接関係しない患者等からの要望等については、協議の対象とはしない。

以上を証するため本協定書を2通作成し、甲及び乙はそれぞれ押印の上、各1通を保有するものとする。

年 月 日

甲 <住所>
<連携先医療機関>
院長

乙 旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号
旭川医科大学病院
病院長