

山口県外来医療計画に係る報告について

1 外来医療機能報告

外来医師多数区域で新たに診療所を開設しようとする方に、当該地域で不足する外来医療機能(初期救急、在宅医療、公衆衛生)を担うよう要請するもの。
機能を担わない場合、地域医療構想調整会議での協議が必要。

▼前回報告(R4. 2)以降、提出のあった診療所(3件) (注)報告内容は別添参照

| | 開設 年月日 | 医療機関名 | 所在地 | 不足する外来医療 機能の実施予定 | | |
|---|-----------|------------------|---------|---------------------|----------|----------|
| | | | | 初期 救急 | 在宅 医療 | 公衆 衛生 |
| 1 | R4. 3. 14 | おくだ内科・循環器内科クリニック | 下関市熊野町 | 有 | 有 | 有 |
| 2 | R4. 9. 12 | いな内科・糖尿病クリニック | 下関市伊倉新町 | 有 | 有 | 有 |
| 3 | R4. 4. 12 | ひがしえき菜のはな耳鼻咽喉科 | 下関市羽山町 | 有 | 無* | 有 |

※管理者(及び診療に従事する医師)が一人親で子育て中のため、訪問診療等の実施は負担が大きく対応が困難であることを理由に、「在宅医療を担うことができない」との回答を受けた。

▼継続協議とした案件(1件) (注)報告内容は別添参照

| | 開設 年月日 | 医療機関名 | 所在地 | 不足する外来医療 機能の実施予定 | | |
|---|-----------|---------------|---------|---------------------|----------|----------|
| | | | | 初期 救急 | 在宅 医療 | 公衆 衛生 |
| 1 | R3. 9. 7 | ひろせ耳鼻咽喉科クリニック | 下関市上田中町 | 有 | 無* | 有 |

※前回書面協議した際、「再検討を求める」との意見があったことから、継続協議としていたもの。再度医療機関へ理由を聴取したが、耳鼻咽喉科領域では需要が少ない等、同様の理由により、「在宅医療を担うことができない」との回答を受けた。

(参考)下関市医師会意見 *ひがしえき菜のはな耳鼻咽喉科、ひろせ耳鼻咽喉科クリニック

診療科目の特性上、在宅医療には馴染まないため、例外的事項を定めた要綱第4条(3)に該当すると考える。

【運用要綱第4条：例外的事項】

新規開業者へは原則として第2条で規定する「圏域で不足する機能」全ての実施を求めることとするが、協議の場での協議の結果、下記のいずれかに該当するとみなされる場合は、全ての機能を実施する場合と同様に取り扱うこととする。

- (1) 保健医療計画で定めるべき地において、新規開業者が初期救急機能を担う場合
- (2) 診療所の管理者が70歳以上である場合
- (3) 実施しない機能について、標榜する診療科目上、当該「不足する機能」を担うことが実質的に想定されないと認められる場合
- (4) その他協議の場の協議の結果、適当と認められる場合

2 医療機器の共同利用計画

効率的な医療提供体制を構築するため、CT、MRI等の対象医療機器を設置・更新する際、「医療機器の共同利用計画」の提出を要請するもの。

▼前回報告(R4. 2)以降、提出のあった共同利用計画(9件) (注)計画内容は別添参照

| | 受付日 | 医療機関名 | 所在地 | 機器種別 | 共同利用 |
|---|-----------|------------------|---------|------|------|
| 1 | R4. 3. 8 | よしみず病院 | 下関市後田町 | MRI | 可 |
| 2 | R4. 3. 14 | おくだ内科・循環器内科クリニック | 下関市熊野町 | CT | 不可 |
| 3 | R4. 4. 12 | ひがしえき菜のはな耳鼻咽喉科 | 下関市羽山町 | CT | 不可 |
| 4 | R4. 4. 12 | 下関医療センター | 下関市上新地町 | CT | 可 |
| 5 | R4. 4. 12 | 下関医療センター | 下関市上新地町 | MRI | 可 |
| 6 | R4. 5. 23 | きど整形外科 | 下関市稗田町 | MRI | 不可 |
| 7 | R4. 9. 15 | 下関市立市民病院 | 下関市向洋町 | CT | 可 |
| 8 | R5. 1. 4 | ひろせ耳鼻咽喉科クリニック | 下関市上田中町 | CT | 不可 |
| 9 | R5. 1. 30 | 林田クリニック | 下関市上田中町 | CT | 不可 |

【別添】個別の報告・計画内容

(1) 外来医療機能報告

(外来－番号1)

| | | | |
|------------------|------|---|-------------------|
| 開設する医療機関名称 | | おくだ内科・循環器内科クリニック | |
| 開設の場所 | | 下関市熊野町1丁目7-10 | |
| 開設年月日 | | 令和4年3月14日 | |
| 診療科目 | | 内科、循環器内科 | |
| 開設者 | | 奥田 治人 | |
| 管理者 | 氏名 | 奥田 治人 | |
| | 生年月日 | 昭和43年2月27日 | |
| 医療圏で不足する機能の実施予定 | 初期救急 | 実施予定 | 実施方法 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | 下関市の日曜祝日当番医への参加予定 |
| | 在宅医療 | 実施予定 | 実施方法 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | 患者からの求めがあれば往診対応可能 |
| | 公衆衛生 | 実施予定 | 実施方法 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | 予防接種実施予定 |
| 実施しない機能がある場合その理由 | 機能種別 | 初期救急 ・ 在宅医療 ・ 公衆衛生 | |
| | 理由 | | |

(外来一番号2)

| | | | |
|------------------|-----------------|---|------------------|
| 開設する医療機関名称 | いな内科・糖尿病クリニック | | |
| 開設の場所 | 下関市伊倉新町1丁目5番43号 | | |
| 開設年月日 | 令和4年9月10日 | | |
| 診療科目 | 糖尿病内科、循環器内科、内科 | | |
| 開設者 | 伊奈 雄二郎 | | |
| 管理者 | 氏名 | 伊奈 雄二郎 | |
| | 生年月日 | 昭和53年7月1日 | |
| 医療圏で不足する機能の実施予定 | 初期救急 | 実施予定 | 実施方法 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | 下関市夜間急病診療所への参加予定 |
| | 在宅医療 | 実施予定 | 実施方法 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | 患者から求めがあれば往診対応可能 |
| | 公衆衛生 | 実施予定 | 実施方法 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | 予防接種を実施予定 |
| 実施しない機能がある場合その理由 | 機能種別 | 初期救急 ・ 在宅医療 ・ 公衆衛生 | |
| | 理由 | | |

(外来一番号3)

| | | | |
|------------------|--|--|-----------------|
| 開設する医療機関名称 | ひがしえき菜のはな耳鼻咽喉科 | | |
| 開設の場所 | 下関市羽山町4番1号 | | |
| 開設年月日 | 令和4年4月12日 | | |
| 診療科目 | 耳鼻咽喉科 | | |
| 開設者 | 伊藤 彩 | | |
| 管理者 | 氏名 | 伊藤 彩 | |
| | 生年月日 | 昭和48年6月4日 | |
| 医療圏で不足する機能の実施予定 | 初期救急 | 実施予定 | 実施方法 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | 下関市の休日当番医制へ参加予定 |
| | 在宅医療 | 実施予定 | 実施方法 |
| | | 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | |
| | 公衆衛生 | 実施予定 | 実施方法 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | 予防接種を実施予定 |
| 実施しない機能がある場合その理由 | 機能種別 | 初期救急 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 在宅医療 ・ 公衆衛生 | |
| | 理由 | ・管理者（及び診療に従事する医師）が一人親で子育て中のため、訪問診療等の実施は負担が大きく、対応が困難であるため | |
| 備考 (郡市医師会意見等) | 例外的事項の該当可能性 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 ・ 把握していない | |
| | 診療科目の特性上、在宅医療には馴染まないため、例外的事項を定めた要綱第4条(3)に該当すると考える。 | | |

(継続協議とした案件－番号1)

| | | | |
|------------------|--|--|----------|
| 開設する医療機関名称 | ひろせ耳鼻咽喉科クリニック | | |
| 開設の場所 | 下関市上田中町2-9-6 | | |
| 開設年月日 | 令和3年9月7日 | | |
| 診療科目 | 耳鼻咽喉科、頭頸部外科 | | |
| 開設者 | 廣瀬 敬信 | | |
| 管理者 | 氏名 | 廣瀬 敬信 | |
| | 生年月日 | 昭和49年12月10日 | |
| 医療圏で不足する機能の実施予定 | 初期救急 | 実施予定 | 実施方法 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | 休日当番医を行う |
| | 在宅医療 | 実施予定 | 実施方法 |
| | | 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | |
| | 公衆衛生 | 実施予定 | 実施方法 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | 学校医を担当する |
| 実施しない機能がある場合その理由 | 機能種別 | 初期救急 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 在宅医療 ・ 公衆衛生 | |
| | 理由 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 検査機器の持ち運びができず、適切な検査を行えない (内視鏡、聴力検査、超音波検査等) ・ 処置機器等の持ち運びができず、適切な処置が行えない (吸引ユニット等) ・ 耳鼻咽喉科領域では需要が少ない | |
| 備考 (郡市医師会意見等) | 例外的事項の該当可能性 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 ・ 把握していない | |
| | 診療科目の特性上、在宅医療には馴染まないため、例外的事項を定めた要綱第4条(3)に該当すると考える。 | | |

(2) 医療機器の共同利用計画

(共同利用－番号1)

| | | | | | |
|------------------------------|----------------|---|------------|---------------|--------|
| 病院又は 診療所 | 名 称 | よしみず病院 | | | |
| | 所 在 地 | 下関市後田町1丁目1番1号 | | | |
| 共同利用 対象機器 | 種 別 | マルチスライスCT (64列以上・16列以上64列未満・16列未満) その他のCT | | | |
| | | MRI (3テスラ以上・1.5テスラ以上3テスラ未満・1.5テスラ未満) | | | |
| | | PET・PETCT | | | |
| | | 放射線治療 (リニアック・ガンマナイフ) | | | |
| | | マンモグラフィ | | | |
| | 製 作 者 名 | GEヘルスケア・ジャパン(株) | | | |
| | 型 式 及 び 台 数 | SIGNA Artist 1台 | | | |
| 設 置 年 月 日 | 令和4年3月2日 | | | | |
| 共同利用 の方針 | 共同利用の方針 | <input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない | | | |
| | 共同利用に係る規程の有無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| | 共同利用の方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・連携先の病院又は診療所による機器使用 ・<input checked="" type="checkbox"/> 連携先の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 ・その他 () | | | |
| | 共同利用を行わない場合の理由 | | | | |
| 共同利用 の相手方 | 登録医療機関 | 名 称 | 開設者の氏名又は名称 | 所 在 地 | 主たる診療科 |
| | | 吉水内科 | 医療法人茜会 | 下関市上新地町1丁目5-2 | 内科 |
| | 登録制度の担当者 | 部署等 | 職 種 | 氏 名 | 連 絡 先 |
| | 院長 | 医師 | 瀧原安子 | 083-232-8600 | |
| 保守点検 の方針 | 保守点検計画の策定の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | 保守点検予定時期、間隔、条件 | 2022年6月・9月・12月、2023年3月 | | | |
| 画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針 (提供方法) | | ネットワーク・ <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ (<input checked="" type="checkbox"/> CD)・DVD)・紙ベース・その他 | | | |

(共同利用一番号2)

| | | | | | |
|------------------------------|----------------|---|---------------------------|-------|------------------|
| 病院又は 診療所 | 名 称 | おくだ内科・循環器内科クリニック | | | |
| | 所 在 地 | 下関市熊野町1丁目7-10 | | | |
| 共同利用 対象機器 | 種 別 | マルチスライスCT (64列以上・16列以上64列未満・16列未満) その他のCT | | | |
| | | MRI (3テス以上・1.5テス以上3テス未満・1.5テス未満) | | | |
| | | PET・PETCT | | | |
| | | 放射線治療 (リニアック・ガンマナイフ) | | | |
| | | マンモグラフィ | | | |
| | 製 作 者 名 | キャノンメディカルシステムズ(株) | | | |
| | 型 式 及 び 台 数 | Aquilion Start TSX-037A/2B 1台 | | | |
| 設 置 年 月 日 | 令和4年3月12日 | | | | |
| 共同利用 の方針 | 共同利用の方針 | 共同利用を行う ・ 共同利用を行わない | | | |
| | 共同利用に係る規程の有無 | 有 ・ 無 | | | |
| | 共同利用の方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・連携先の病院又は診療所による機器使用 ・連携先の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 ・その他 () | | | |
| | 共同利用を行わない場合の理由 | 無床診療所で人員体制が整えられないため共同利用を行えない | | | |
| 共同利用 の相手方 | 登録医療機関 | 名 称 | 開 設 者 の 氏 名 又 は 名 称 | 所 在 地 | 主 たる 診 療 目 |
| | | | | | |
| 登録制度の 担当者 | 部署等 | 職 種 | 氏 名 | 連 絡 先 | |
| | | | | | |
| 保守点検 の方針 | 保守点検計画の策定の有無 | 有 ・ 無 | | | |
| | 保守点検予定時期、間隔、条件 | | | | |
| 画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針 (提供方法) | | ネットワーク・デジタルデータ (CD・DVD) ・紙ベース・その他 | | | |

(共同利用－番号3)

| | | | | | |
|------------------------------|----------------|---|---------------------|-------|-----------|
| 病院又は診療所 | 名 称 | ひがしえき 菜のはな耳鼻咽喉科 | | | |
| | 所 在 地 | 下関市羽山町4番1号 | | | |
| 共同利用対象機器 | 種 別 | マルチスライスCT (64列以上・16列以上64列未満・16列未満) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> その他のCT | | | |
| | | MRI (3テスラ以上・1.5テスラ以上3テスラ未満・1.5テスラ未満) | | | |
| | | PET・PETCT | | | |
| | | 放射線治療 (リニアック・ガンマナイフ) | | | |
| | | マンモグラフィ | | | |
| | 製 作 者 名 | 朝日レントゲン工業(株) | | | |
| | 型 式 及 び 台 数 | アーム型X線CT診断装置 オージェソリオ シリーズ (耳鼻科用) 1台 | | | |
| | 設 置 年 月 日 | 令和4年4月12日 | | | |
| 共同利用の方針 | 共同利用の方針 | 共同利用を行う ・ <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない | | | |
| | 共同利用に係る規程の有無 | 有 ・ 無 | | | |
| | 共同利用の方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・連携先の病院又は診療所による機器使用 ・連携先の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 ・その他 (連携先の病院又は診療所からの患者の受入及び治療) | | | |
| | 共同利用を行わない場合の理由 | 当院保有機器は耳鼻科用であり、当院への受診が前提となり、共同利用の必要性が乏しいと考えられるため | | | |
| 共同利用の相手方 | 登録医療機関 | 名 称 | 開 設 者 の 氏 名 又 は 名 称 | 所 在 地 | 主 たる 診療科目 |
| | | | | | |
| | 登録制度の担当者 | 部 署 等 | 職 種 | 氏 名 | 連 絡 先 |
| | | | | | |
| 保守点検の方針 | 保守点検計画の策定の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | | | |
| | 保守点検予定時期、間隔、条件 | <ul style="list-style-type: none"> ・年間1回 ・メーカー推奨点検を委託により実施 | | | |
| 画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針 (提供方法) | | ネットワーク・ <input type="checkbox"/> デジタルデータ (CD・ <input type="checkbox"/> DVD) ・ <input type="checkbox"/> 紙ベース・その他 | | | |

(共同利用一番号4)

| | | | | | |
|------------------------------|--------------------|---|------------------|--------------|-----------------|
| 病院又は診療所 | 名称 | 下関医療センター | | | |
| | 所在地 | 下関市上新地町3丁目3番8号 | | | |
| 共同利用対象機器 | 種別 | マルチスライスCT (64列以上・16列以上64列未満・16列未満) その他のCT | | | |
| | | MRI (3テスラ以上・1.5テスラ以上3テスラ未満・1.5テスラ未満) | | | |
| | | PET・PETCT | | | |
| | | 放射線治療 (リニアック・ガンマナイフ) | | | |
| | | マンモグラフィ | | | |
| | 製作者名 | キャノンメディカルシステムズ(株) | | | |
| | 型式及び台数 | Aquilion Prime SP i Edition TSX-303B 1台 | | | |
| 設置年月日 | 令和4年1月24日 | | | | |
| 共同利用の方針 | 共同利用の方針 | <input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない | | | |
| | 共同利用に係る規程の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | 共同利用の方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・連携先の病院又は診療所による機器使用 ・<input checked="" type="checkbox"/> 連携先の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 ・その他 () | | | |
| | 共同利用を行わない場合の理由 | | | | |
| 共同利用の相手方 | 登録医療機関 | 名称 | 開設者 氏名又は 称 | 所在地 | 主たる 診療 科目 |
| | | | | | |
| | 登録制度の担 当者 | 部署等 | 職 種 | 氏 名 | 連 絡 先 |
| | 地域医療連携部 | 地域医療連携部長 | 田中 邦剛 | 083-231-5811 | |
| 保守点検の方針 | 保守点検計画の策定の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | 保守点検予定時期、 間隔、条件 | <ul style="list-style-type: none"> ・年2回 (6ヶ月毎) ・メーカー推奨点検を委託により実施 | | | |
| 画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針 (提供方法) | | ネットワーク・ <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ (<input type="checkbox"/> CD・ <input type="checkbox"/> DVD) ・紙ベース・その他 | | | |

(共同利用—番号5)

| | | | | | |
|------------------------------|------------------------|---|--------------------------------|--------------|-----------------|
| 病院又は 診療所 | 名 称 | 下関医療センター | | | |
| | 所 在 地 | 下関市上新地町3丁目3番8号 | | | |
| 共同利用 対象機器 | 種 別 | マルチスライスCT (64列以上・16列以上64列未満・16列未満) その他のCT | | | |
| | | MRI (3テスラ以上・1.5テスラ以上3テスラ未満・1.5テスラ未満) | | | |
| | | PET・PETCT | | | |
| | | 放射線治療 (リニアック・ガンマナイフ) | | | |
| | マンモグラフィ | | | | |
| | 製 作 者 名 | ㈱フィリップス・ジャパン | | | |
| | 型 式 及 び 台 数 | Ingenu 1.5T Omega Evolution 1台 | | | |
| 設 置 年 月 日 | 令和4年6月 | | | | |
| 共同利用 の方針 | 共同利用の方針 | <input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う ・ 共同利用を行わない | | | |
| | 共同利用に係る規程の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | | | |
| | 共同利用の方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・連携先の病院又は診療所による機器使用 ・<input checked="" type="checkbox"/> 連携先の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 ・その他 () | | | |
| | 共同利用を行わない場合の理由 | | | | |
| 共同利用 の相手方 | 登録医療機関 | 名 称 | 開設者 の 氏 名 又 は 称 | 所 在 地 | 主 たる 診療 目 |
| | | | | | |
| | 登録制度の担 当 者 | 部 署 等 | 職 種 | 氏 名 | 連 絡 先 |
| | 地域医療連携部 | 地域医療連携部長 | 田中 邦剛 | 083-231-5811 | |
| 保守点検 の方針 | 保守点検計画の策定の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | | | |
| | 保守点検予定時期、 間 隔 、 条 件 | <ul style="list-style-type: none"> ・年2回 (6ヶ月毎) ・メーカー推奨点検を委託により実施 | | | |
| 画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針 (提供方法) | | ネットワーク・ <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ (<input checked="" type="checkbox"/> CD・ <input checked="" type="checkbox"/> DVD) ・紙ベース・その他 | | | |

(共同利用一番号6)

| | | | | | |
|------------------------------|----------------|---|---------------------|-------|-------------------|
| 病院又は 診療所 | 名 称 | きど整形外科 | | | |
| | 所 在 地 | 下関市稗田町9番30号 | | | |
| 共同利用 対象機器 | 種 別 | マルチスライスCT (64列以上・16列以上64列未満・16列未満) その他のCT | | | |
| | | MRI (3テスラ以上・1.5テスラ以上3テスラ未満・1.5テスラ未満) | | | |
| | | PET・PETCT | | | |
| | | 放射線治療 (リニアック・ガンマナイフ) | | | |
| | マンモグラフィ | | | | |
| | 製 作 者 名 | Esaote社 | | | |
| | 型 式 及 び 台 数 | S - scan 1台 | | | |
| 設 置 年 月 日 | 令和4年5月21日 | | | | |
| 共同利用 の方針 | 共同利用の方針 | 共同利用を行う ・ <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない | | | |
| | 共同利用に係る規程の有無 | 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | 共同利用の方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・連携先の病院又は診療所による機器使用 ・連携先の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 ・その他 () | | | |
| | 共同利用を行わない場合の理由 | 対応する職員が1人と少数で、受入に係る手続きの負担が大きいため | | | |
| 共同利用 の相手方 | 登録医療機関 | 名 称 | 開設者の 氏名又は 名 称 | 所 在 地 | 主 たる 診療 科 目 |
| | | | | | |
| 登録制度の 担当者 | 部 署 等 | 職 種 | 氏 名 | 連 絡 先 | |
| | | | | | |
| 保守点検 の方針 | 保守点検計画の策定の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | | | |
| | 保守点検予定時期、間隔、条件 | ・メーカー推奨点検を委託により実施予定 | | | |
| 画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針 (提供方法) | | ネットワーク・デジタルデータ (CD・DVD) ・紙ベース・その他 | | | |

(共同利用一番号7)

| | | | | | |
|------------------------------|----------------|---|------------|-----|---------|
| 病院又は診療所 | 名称 | 下関市立市民病院 | | | |
| | 所在地 | 下関市向洋町一丁目13番1号 | | | |
| 共同利用対象機器 | 種別 | マルチスライスCT (64列以上・16列以上64列未満・16列未満) その他のCT | | | |
| | | MRI (3テスラ以上・1.5テスラ以上3テスラ未満・1.5テスラ未満) | | | |
| | | PET・PETCT | | | |
| | | 放射線治療 (リニアック・ガンマナイフ) | | | |
| | | マンモグラフィ | | | |
| | 製作者名 | GEヘルスケア | | | |
| | 型式及び台数 | Revolution CT 1台 | | | |
| 設置年月日 | 令和4年9月13日 | | | | |
| 共同利用の方針 | 共同利用の方針 | <input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う ・ 共同利用を行わない | | | |
| | 共同利用に係る規程の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | | | |
| | 共同利用の方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・連携先の病院又は診療所による機器使用 ・<input checked="" type="checkbox"/> 連携先の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 ・その他 () | | | |
| | 共同利用を行わない場合の理由 | | | | |
| 共同利用の相手方 | 登録医療機関 | 名称 | 開設者の氏名又は名称 | 所在地 | 主たる診療科目 |
| | | 登録医制度によらず、患者の紹介の受け入れ、画像情報の提供は随時可能 | | | |
| | 登録制度の担当者 | 部署等 | 職種 | 氏名 | 連絡先 |
| 保守点検の方針 | 保守点検計画の策定の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | | | |
| | 保守点検予定時期、間隔、条件 | ・年間4回の点検予定 (2022年12月より、3か月ごと、保証期間内のメーカー委託推奨内容) | | | |
| 画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針 (提供方法) | | ネットワーク・ <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ (<input checked="" type="checkbox"/> CD)・ <input checked="" type="checkbox"/> DVD) ・紙ベース・その他 | | | |

(共同利用－番号8)

| | | | | |
|------------------------------|-----------------|---|-----------------------|--------------|
| 病院又は 診療所 | 名 称 | ひろせ耳鼻咽喉科クリニック | | |
| | 所 在 地 | 下関市上田中町二丁目9番6号 | | |
| 共同利用 対象機器 | 種 別 | マルチスライスCT (64列以上・16列以上64列未満・16列未満) <input type="checkbox"/> その他のCT | | |
| | | MRI (3テスラ以上・1.5テスラ以上3テスラ未満・1.5テスラ未満) | | |
| | | PET・PETCT | | |
| | | 放射線治療 (リニアック・ガンマナイフ) | | |
| | | マンモグラフィ | | |
| | 製 作 者 名 | 株式会社モリタ製作所 | | |
| | 型 式 及 び 台 数 | MCT-HN F14DR 1台 | | |
| 設 置 年 月 日 | 令和5年1月1日 | | | |
| 共同利用 の方針 | 共同利用の方針 | 共同利用を行う ・ <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない | | |
| | 共同利用に係る規程の有無 | 有 ・ 無 | | |
| | 共同利用の方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・連携先の病院又は診療所による機器使用 ・連携先の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 ・その他 () | | |
| | 共同利用を行わない場合の理由 | 人 員 不 足 の た め | | |
| 共同利用 の相手方 | 登 録 医 療 機 関 | 名 称 | 開 設 者 の 氏 名 又 は 所 在 地 | 主 たる 診 療 目 的 |
| | | 耳鼻咽喉科専用のコーンビームCTであるため、需要が見込まれない | | |
| | 登 録 制 度 の 担 当 者 | 部 署 等 | 職 種 | 氏 名 |
| 保守点検 の方針 | 保守点検計画の策定の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 | | |
| | 保守点検予定時期、間隔、条件 | 点検時期：3月、9月 点検間隔：6か月に1回 条件：定期的 (故障していなくても行います) | | |
| 画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針 (提供方法) | | ネットワーク・ <input type="checkbox"/> デジタルデータ (<input type="checkbox"/> CD・ <input type="checkbox"/> DVD) ・紙ベース・その他 | | |

(共同利用一番号9)

| | | | | | |
|------------------------------|----------------|---|-----------|-----|---------|
| 病院又は診療所 | 名称 | 林田クリニック | | | |
| | 所在地 | 下関市上田中町一丁目18番20号 | | | |
| 共同利用対象機器 | 種別 | マルチスライスCT (64列以上・16列以上64列未満・16列未満) その他のCT | | | |
| | | MRI (3テスラ以上・1.5テスラ以上3テスラ未満・1.5テスラ未満) | | | |
| | | PET・PETCT | | | |
| | | 放射線治療 (リニアック・ガンマナイフ) | | | |
| | | マンモグラフィ | | | |
| | 製作者名 | 富士フイルム | | | |
| | 型式及び台数 | Supria Optica 1台 | | | |
| 設置年月日 | 令和5年1月24日 | | | | |
| 共同利用の方針 | 共同利用の方針 | 共同利用を行う ・ <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない | | | |
| | 共同利用に係る規程の有無 | 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | 共同利用の方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・連携先の病院又は診療所による機器使用 ・連携先の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 ・その他 () | | | |
| | 共同利用を行わない場合の理由 | 人員不足のため | | | |
| 共同利用の相手方 | 登録医療機関 | 名称 | 開設者の氏名又は称 | 所在地 | 主たる診療科目 |
| | | | | | |
| | 登録制度の担当者 | 部署等 | 職種 | 氏名 | 連絡先 |
| 保守点検の方針 | 保守点検計画の策定の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | 保守点検予定時期、間隔、条件 | 1年に1回 | | | |
| 画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針 (提供方法) | | ネットワーク・ <input type="checkbox"/> デジタルデータ (<input type="checkbox"/> CD)・DVD) ・紙ベース・その他 | | | |