

## 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(R7. 1)以降、提出のあった診療所(4件) (注)報告内容は別添参照

|   | 開設<br>年月日  | 医療機関名                | 所在地<br>(下関市) | 不足する外来医療<br>機能の実施予定 |          |          |
|---|------------|----------------------|--------------|---------------------|----------|----------|
|   |            |                      |              | 初期<br>救急            | 在宅<br>医療 | 公衆<br>衛生 |
| 1 | R7. 2. 1   | 志摩脳神経外科クリニック         | 形山みどり町       | 有                   | 有        | 有        |
| 2 | R7. 8. 5   | 安岡みみ・はな・のどクリニック      | 富任町          | 有                   | 有        | 有        |
| 3 | R7. 10. 1  | 医療法人星の里会岡医院※1        | 小月本町         | 無                   | 無        | 有        |
| 4 | R7. 10. 14 | なかやまメモリー・メンタルクリニック※2 | 富任町          | 無                   | 有        | 有        |

※1 管理者が高齢であるため、在宅医療に係る機能について対応困難

※2 精神科、心療内科については医師会から出務要請無し

(参考)下関市医師会意見

## ○ 医療法人星の里会

管理者の年齢により、運用要綱第4条(2)に該当

## ○ なかやまメモリー・メンタルクリニック

市内の精神科救急地域連携拠点機能を有する医療機関での当直を行っている。

## 【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(R7. 1)以降、提出のあった共同利用計画(7件) (注)計画内容は別添参照

|   | 受付日        | 医療機関名                   | 所在地<br>(下関市) | 機器<br>種別    | 共同<br>利用 |
|---|------------|-------------------------|--------------|-------------|----------|
| 1 | R7. 1. 17  | (医) しものせき脳神経外科<br>クリニック | 熊野町          | C T         | 不可       |
| 2 | R7. 2. 3   | 志摩脳神経外科クリニック            | 形山みどり町       | C T<br>MRI  | 不可       |
| 3 | R7. 10. 7  | (医) 星の里会岡医院             | 小月本町         | C T         | 不可       |
| 4 | R7. 10. 14 | なかやまメモリー・メンタルク<br>リニック  | 富任町          | C T         | 不可       |
| 5 | R8. 1. 20  | (医) 社団季朋会王司病院           | 王司本町         | MRI         | 可        |
| 6 | R8. 2. 2   | (医) 社団葵会稗田病院            | 稗田中町         | C T         | 不可       |
| 7 | R8. 2. 2   | (医) 長府病院                | 長府中之町        | マンモ<br>グラフィ | 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       |      | 志摩脳神経外科クリニック                              |                   |
| 開設の場所            |      | 下関市形山みどり町15-26                            |                   |
| 開設年月日            |      | 令和7年2月1日                                  |                   |
| 診療科目             |      | 脳神経外科                                     |                   |
| 開設者              |      | 志摩 秀広                                     |                   |
| 管理者              | 氏名   | 志摩 秀広                                     |                   |
|                  | 生年月日 | 昭和48年4月2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 | 時間外の急患対応を実施       |
|                  | 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に対応可能 |
|                  | 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           |
| 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       |      | 安岡みみ・はな・のどクリニック                           |                         |
| 開設の場所            |      | 下関市富任町1丁目6-12                             |                         |
| 開設年月日            |      | 令和7年8月5日                                  |                         |
| 診療科目             |      | 耳鼻咽喉科 アレルギー科                              |                         |
| 開設者              |      | 松浦 貴文                                     |                         |
| 管理者              | 氏名   | 松浦 貴文                                     |                         |
|                  | 生年月日 | 平成3年2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 | 2026年度より日曜祝日当番参加        |
|                  | 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に対応可能       |
|                  | 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、2026年度より学校医担当予定 |
| 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       |  | 医療法人星の里会岡医院  |         |
| 開設の場所            |  | 下関市小月本町2丁目15-20  |         |
| 開設年月日            |  | 令和7年10月1日  |         |
| 診療科目             |  | 内科、外科、整形外科、脳神経外科、乳腺外科、リハビリテーション科   |         |
| 開設者              |  | 医療法人星の里会 理事長 岡 保人  |         |
| 管理者              | 氏名   | 医療法人星の里会 理事長 岡 保人  |         |
|                  | 生年月日                                       | 昭和11年6月12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    |
|                  |  | 有・ <input type="checkbox"/> 無  |         |
|                  | 在宅医療                                       | 実施予定   | 実施方法    |
|                  |  | 有・ <input 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 |
| 実施しない機能がある場合その理由 | 機能種別                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 初期救急 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 在宅医療 ・ 公衆衛生 |         |
|                  | 理由   | 管理者が高齢で、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<br>(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  |         |
|                  | 管理者は89歳になられており、「診療所の管理者が70歳以上である場合」に該当するため |  |         |

(外来一番号4)

|                  |                                      |  |                 |
|------------------|--------------------------------------|--|-----------------|
| 開設する医療機関名称       |                                      | なかやまメモリー・メンタルクリニック                                     |                 |
| 開設の場所            |                                      | 下関市富任町5丁目3番37号   |                 |
| 開設年月日            |                                      | 令和7年10月14日   |                 |
| 診療科目             |                                      | 精神科、心療内科   |                 |
| 開設者              |                                      | 中山 寛人  |                 |
| 管理者              | 氏名                                   | 石井 泰   |                 |
|                  | 生年月日                                 | 昭和48年10月30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            |
|                  |                                      | 有・ <input type="checkbox"/> 無                          |                 |
|                  | 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対応可能 |
|                  | 公衆衛生                                 | 実施予定   | 実施方法            |
|                  |                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 有・無                | 依頼があれば対応可能      |
| 実施しない機能がある場合その理由 | 機能種別                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 初期救急 ・ 在宅医療 ・ 公衆衛生 |                 |
|                  | 理由                                   | 標榜する診療科目上、出務要請がないため。                                   |                 |
| 備考<br>(郡市医師会意見等) | 例外的事項の該当可能性                          | 有・ <input type="checkbox"/> 無・把握していない                  |                 |
|                  | 市内の精神科救急地域連携拠点機能を有す医療機関での当直勤務を行っている。 |  |                 |

## (2) 医療機器の共同利用計画

### (共同利用－番号1)

|                              |                |   |                           |       |                    |
|------------------------------|----------------|---|---------------------------|-------|--------------------|
| 病院又は<br>診療所                  | 名 称            | 医療法人しものせき脳神経外科クリニック   |                           |       |                    |
|                              | 所 在 地          | 下関市熊野町1-7-6   |                           |       |                    |
| 共同利用<br>対象機器                 | 種 別            | マルチスライスCT (64列以上・ <input checked="" type="checkbox"/> 16列以上64列未満・16列未満)<br>その他のCT (放射線治療装置附属)   |                           |       |                    |
|                              |                | 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        | シーメンスヘルスケア株式会社  |                           |       |                    |
|                              | 型 式 及 び 台 数    | SOMATOM go[24]ラディザクト 1台   |                           |       |                    |
| 設 置 年 月 日                    | 令和7年1月4日       |   |                           |       |                    |
| 共同利用<br>の方針                  | 共同利用の方針        | 共同利用を行う ・ <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無   |                           |       |                    |
|                              | 共同利用の方法        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・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</li> <li>・その他 ( )</li> </ul> |                           |       |                    |
|                              | 共同利用を行わない場合の理由 | 共同利用を受け入れる余力無し  |                           |       |                    |
| 共同利用<br>の相手方                 | 登録医療機関         | 名 称   | 開 設 者 の<br>氏 名 又 は<br>名 称 | 所 在 地 | 主 たる<br>診 科<br>療 目 |
|                              |                |   |                           |       |                    |
| 登録制度の<br>担当者                 | 部 署 等          | 職 種   | 氏 名                       | 連 絡 先 |                    |
|                              |                |   |                           |       |                    |
| 保守点検<br>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1回、メーカー水晶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・デジタルデータ (CD・DVD) ・紙ベース・その他   |                           |       |                    |

(共同利用一番号2)

|                              |                |   |            |       |         |  |
|------------------------------|----------------|---|------------|-------|---------|--|
| 病院又は<br>診療所                  | 名 称            | 志摩脳神経外科クリニック  |            |       |         |  |
|                              | 所 在 地          | 下関市形山みどり町15-26  |            |       |         |  |
| 共同利用<br>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)<br>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        | シーメンスヘルスケア  |            |       |         |  |
|                              | 型 式 及 び 台 数    | CT SOMATOM go 1台<br>MRI MAGNETOM Sempra 1台                              |            |       |         |  |
| 設 置 年 月 日                    | 令和7年2月1日       |   |            |       |         |  |
| 共同利用<br>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        | ・連携先の病院又は診療所による機器使用<br>・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<br>・その他 ( ) |            |       |         |  |
|                              | 共同利用を行わない場合の理由 | 外来診療を行う診療所であり職員が少数で、受入に係る事務手続きの負担が大きいため                                 |            |       |         |  |
| 共同利用<br>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<br>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 | 年間2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・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<br>診療所                 | 名 称            | 医療法人星の里会岡医院  |                           |       |                    |
|                             | 所 在 地          | 下関市小月本町2丁目15-20  |                           |       |                    |
| 共同利用<br>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)<br>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        | 東芝メディカルシステムズ株式会社   |                           |       |                    |
|                             | 型 式 及 び 台 数    | DREX-PZ10 1台   |                           |       |                    |
| 設 置 年 月 日                   | 令和7年10月1日      |  |                           |       |                    |
| 共同利用<br>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        | ・ 連携先の病院又は診療所による機器使用<br>・ 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<br>・ その他 ( ) |                           |       |                    |
|                             | 共同利用を行わない場合の理由 | 共同利用の依頼の実績がなく、受入れに係る事務負担が過大のため   |                           |       |                    |
| 共同利用<br>の相手方                | 登録医療機関         | 名 称  | 開 設 者 の<br>氏 名 又 は<br>名 称 | 所 在 地 | 主 たる<br>診 科<br>療 目 |
|                             |                |  |                           |       |                    |
|                             | 登録制度の担当者       | 部 署 等  | 職 種                       | 氏 名   | 連 絡 先              |
| 保守点検<br>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2回(6ヶ月毎)<br>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・デジタルデータ(CD・DVD)・紙ベース・その他  |                           |       |                    |

(共同利用－番号4)

|                              |                |   |            |       |        |
|------------------------------|----------------|---|------------|-------|--------|
| 病院又は<br>診療所                  | 名 称            | なかやまメモリー・メンタルクリニック  |            |       |        |
|                              | 所 在 地          | 下関市富任町5丁目3番37号  |            |       |        |
| 共同利用<br>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)<br>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  |            |       |        |
|                              | 型 式 及 び 台 数    | Aquilion Start 1台   |            |       |        |
| 設 置 年 月 日                    | 令和7年10月20日     |   |            |       |        |
| 共同利用<br>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"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・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</li> <li>・その他 ( )</li> </ul> |            |       |        |
|                              | 共同利用を行わない場合の理由 |   |            |       |        |
| 共同利用<br>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 |
|                              |                |   |            |       |        |
| 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1回、メーカーによる保守点検を実施  |            |       |        |
| 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・デジタルデータ (CD・DVD) ・紙ベース・その他   |            |       |        |

(共同利用－番号5)

|                              |                |  |                           |       |               |
|------------------------------|----------------|--|---------------------------|-------|---------------|
| 病院又は<br>診療所                  | 名 称            | 医療法人社団季朋会王司病院  |                           |       |               |
|                              | 所 在 地          | 下関市王司本町1丁目18番27号   |                           |       |               |
| 共同利用<br>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)<br>その他のCT   |                           |       |               |
|                              |                | <input checked="" type="checkbox"/> MRI (3テス以上・ <input checked="" type="checkbox"/> 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        | 富士フイルム株式会社   |                           |       |               |
|                              | 型 式 及 び 台 数    | ECHELON Smart 229ABBZX00028000 1台  |                           |       |               |
| 設 置 年 月 日                    | 令和8年1月12日      |  |                           |       |               |
| 共同利用<br>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   | 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無  |                           |       |               |
|                              | 共同利用の方法        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・<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</li> <li>・その他 ( )</li> </ul> |                           |       |               |
|                              | 共同利用を行わない場合の理由 |  |                           |       |               |
| 共同利用<br>の相手方                 | 登録医療機関         | 名 称  | 開 設 者 の<br>氏 名 又 は<br>名 称 | 所 在 地 | 主 たる<br>診 療 目 |
|                              |                |  |                           |       |               |
| 登録制度の<br>担当者                 | 部署等            | 職 種  | 氏 名                       | 連 絡 先 |               |
|                              |                |  |                           |       |               |
| 保守点検<br>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2回 (半年毎)   |                           |       |               |
| 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 (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<br>診療所                  | 名 称            | (医) 社団葵会稗田病院  |                           |       |                 |
|                              | 所 在 地          | 下関市稗田中町8番18号  |                           |       |                 |
| 共同利用<br>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)<br>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式会社  |                           |       |                 |
|                              | 型 式 及 び 台 数    | MRAD-A25S(KX0-25SS) 1台  |                           |       |                 |
| 設 置 年 月 日                    | 令和8年2月1日       |   |                           |       |                 |
| 共同利用<br>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"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・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</li> <li>・その他 ( )</li> </ul> |                           |       |                 |
|                              | 共同利用を行わない場合の理由 | 他院からの要望があれば検討するが、現時点では共同利用を希望する医療機関がないため。   |                           |       |                 |
| 共同利用<br>の相手方                 | 登録医療機関         | 名 称   | 開 設 者 の<br>氏 名 又 は<br>名 称 | 所 在 地 | 主 たる<br>診 療 目 的 |
|                              |                |   |                           |       |                 |
| 登録制度の<br>担当者                 | 部署等            | 職 種   | 氏 名                       | 連 絡 先 |                 |
|                              |                |   |                           |       |                 |
| 保守点検<br>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 | 日常点検月1回、定期点検3か月ごと、業者による定期点検1年ごと   |                           |       |                 |
| 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             | 医療法人長府病院  |            |     |        |
|                              | 所在地            | 下関市長府中之町2番4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)<br>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)  |            |     |        |
|                              |                | <input type="checkbox"/> マンモグラフィ  |            |     |        |
|                              | 製作者名           | 富士フイルム株式会社  |            |     |        |
|                              | 型式及び台数         | FDR MS-4000   |            |     |        |
| 設置年月日                        | 令和7年9月19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"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・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</li> <li>・その他 ( )</li> </ul> |            |     |        |
|                              | 共同利用を行わない場合の理由 | 当院のみで使用のため。ただし、他院からの実施要望があれば検討する。   |            |     |        |
| 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 |
|                              |                |   |            |     |        |
| 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2回 (6ヶ月毎、2月及び8月)<br>メーカーの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 ( <input type="checkbox"/> CDR・DVD) ・紙ベース・その他  |            |     |        |