

## 山口県外来医療計画に係る報告

### 医療機器の共同利用計画

#### ▼令和4年度に提出のあった共同利用計画(12件)

| No. | 受付日      | 医療機関名               | 所在地         | 機器の種別   | 共同利用 |
|-----|----------|---------------------|-------------|---------|------|
| 1   | R4. 8. 1 | 山口若宮病院              | 山口市下小鯖      | CT      | 不可   |
| 2   | R4. 8. 3 | 山口県済生会山口総合病院        | 山口市緑町       | CT      | 可    |
| 3   | R4. 8. 3 | 同上                  | 同上          | CT      | 可    |
| 4   | R4. 8. 3 | 同上                  | 同上          | CT      | 可    |
| 5   | R4. 8.16 | 同上                  | 同上          | MRI     | 可    |
| 6   | R4. 8.16 | 同上                  | 同上          | MRI     | 可    |
| 7   | R4.11.10 | 総合病院山口赤十字病院         | 山口市<br>八幡馬場 | CT      | 可    |
| 8   | R4.11.10 | 同上                  | 同上          | MRI     | 可    |
| 9   | R4.11.10 | 同上                  | 同上          | MRI     | 可    |
| 10  | R4.11.10 | 同上                  | 同上          | リニアック   | 可    |
| 11  | R4.11.16 | 山口県済生会山口総合病院        | 山口市緑町       | リニアック   | 可    |
| 12  | R5. 3.22 | 山口県立総合医療センター        | 防府市大崎       | PETCT   | 可    |
| 13  | R5. 3.22 | 同上                  | 同上          | CT      | 可    |
| 14  | R5. 3.22 | 医療法人<br>三の宮ふくだクリニック | 山口市三の宮      | マンモグラフィ | 不可   |

※ 医療機関がC T、MR I等の医療機器を購入する場合、当該医療機器の共同利用計画を策定し、当会議で確認を求めることとされている。

## 医療機器の共同利用計画

令和4年4月から令和5年3月までの間に提出のあった対象医療機器の共同利用計画は下記のとおり

(医療機関 1)

|                              |                |  |     |     |     |
|------------------------------|----------------|--|-----|-----|-----|
| 病院又は診療所                      | 名 称            | 山口若宮病院   |     |     |     |
|                              | 所 在 地          | 山口市下小鯖1522番地   |     |     |     |
| 共同利用対象機器                     | 種 別            | マルチスライスCT (64列以上・ <input type="checkbox"/> 16列以上64列未満・ <input type="checkbox"/> 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        | シーメンスヘルスケア(株)  |     |     |     |
|                              | 型 式 及 び 台 数    | SOMATOM go 1台  |     |     |     |
| 設 置 年 月 日                    | 令和 4年 7月 28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 | 画像診断専門認定医師を配置していないため   |     |     |     |
| 共同利用の相手方                     | 登録医療機関         | 名 称  | 名 称 | 名 称 | 名 称 |
|                              |                |  |     |     |     |
| 共同利用の相手方                     | 登録制度の担当者       | 部署等  | 部署等 | 部署等 | 部署等 |
|                              |                |  |     |     |     |
| 保守点検の方針                      | 保守点検計画の策定の有無   | <input type="checkbox"/> 有 ・ 無   |     |     |     |
|                              | 保守点検予定時期、間隔、条件 | 定期点検・保守 1回/年 フルメンテ契約   |     |     |     |
| 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   |     |     |     |

## (医療機関2)

|                              |                |   |            |       |        |
|------------------------------|----------------|---|------------|-------|--------|
| 病院又は診療所                      | 名 称            | 山口県済生会山口総合病院  |            |       |        |
|                              | 所 在 地          | 山口市緑町2番11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        | シーメンスヘルスケア(株)   |            |       |        |
|                              | 型 式 及 び 台 数    | SOMATOM Drive 1台  |            |       |        |
| 設 置 年 月 日                    | 令和 4年 7月 21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"> <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 |
|                              |                | 登録制度はないが、患者の紹介の受入れ、画像情報の提供は随時可能。  |            |       |        |
| 共同利用の相手方                     | 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 | 点検：2回/年予定<br>条件：メーカー推奨点検  |            |       |        |
| 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   |            |       |        |

## (医療機関3)

|                             |                 |   |          |             |       |
|-----------------------------|-----------------|---|----------|-------------|-------|
| 病院又は<br>診療所                 | 名 称             | 山口県済生会山口総合病院  |          |             |       |
|                             | 所 在 地           | 山口市緑町2番11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)・ <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         | シーメンスヘルスケア(株)   |          |             |       |
|                             | 型 式 及 び 台 数     | Symbia Intevo 2 1台  |          |             |       |
| 設 置 年 月 日                   | 令和 4年 7月 25日    |   |          |             |       |
| 共同利用<br>の方針                 | 共同利用の方針         | <input 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 type="checkbox"/> 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>・<input 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   | 共同利用の相手方 | 登 録 医 療 機 関 | 名 称   |
|                             |                 | 登録制度はないが、患者の紹介の受入れ、画像情報の提供は随時可能。  |          |             |       |
| 共同利用<br>の相手方                | 登 録 制 度 の 担 当 者 | 部 署 等   | 共同利用の    | 登 録 制 度 の   | 部 署 等 |
|                             |                 |   |          |             |       |
| 保守点検<br>の方針                 | 保守点検計画の策定の有無    | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |          |             |       |
|                             | 保守点検予定時期、間隔、条件  | 点検：2回/年予定<br>条件：メーカー推奨点検  |          |             |       |
| 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  |          |             |       |

## (医療機関4)

|                             |                |  |          |        |     |
|-----------------------------|----------------|--|----------|--------|-----|
| 病院又は<br>診療所                 | 名 称            | 山口県済生会山口総合病院   |          |        |     |
|                             | 所 在 地          | 山口市緑町2番11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)・ <u>その他のCT</u>  |          |        |     |
|                             |                | 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)  |          |        |     |
|                             | 型 式 及 び 台 数    | SOMATOM go.Up RT Pro edition 1台  |          |        |     |
| 設 置 年 月 日                   | 令和 4年 7月 29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 <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"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・<u>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</u></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  | 共同利用の相手方 | 登録医療機関 | 名 称 |
|                             |                | 登録制度はないが、患者の紹介の受入れ、画像情報の提供は随時可能。   |          |        |     |
| 共同利用<br>の相手方                | 登録制度の担当者       | 部署等  | 共同利用の    | 登録制度の  | 部署等 |
|                             |                |  |          |        |     |
| 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 | 点検：2回/年予定<br>条件：メーカー推奨点検   |          |        |     |
| 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・ <u>デジタルデータ</u> ( <u>CD</u> ・DVD)・紙ベース・その他  |          |        |     |

## (医療機関 5)

|                             |                |  |            |       |         |
|-----------------------------|----------------|--|------------|-------|---------|
| 病院又は<br>診療所                 | 名 称            | 山口県済生会山口総合病院   |            |       |         |
|                             | 所 在 地          | 山口市緑町2番11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)・その他のCT  |            |       |         |
|                             |                | MRI ( <input checked="" type="checkbox"/> 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)  |            |       |         |
|                             | 型 式 及 び 台 数    | MAGNETOM ヴイーダ 1台   |            |       |         |
| 設 置 年 月 日                   | 令和 4年 8月 31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 <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"> <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  | 開設者の氏名又は名称 | 所 在 地 | 主たる診療科目 |
|                             |                | 登録制度はないが、患者の紹介の受入れ、画像情報の提供は随時可能。   |            |       |         |
| 共同利用<br>の相手方                | 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 <input type="checkbox"/> 無   |            |       |         |
|                             | 保守点検予定時期、間隔、条件 | 点検：2回/年予定<br>条件：メーカー推奨点検   |            |       |         |
| 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   |            |       |         |

## (医療機関 6)

|                             |                |  |            |       |         |
|-----------------------------|----------------|--|------------|-------|---------|
| 病院又は<br>診療所                 | 名 称            | 山口県済生会山口総合病院   |            |       |         |
|                             | 所 在 地          | 山口市緑町2番11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)・その他のCT  |            |       |         |
|                             |                | MRI (3テスラ以上・ <u>1.5テスラ以上3テスラ未満</u> ・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)フィリップス・ジャパン   |            |       |         |
|                             | 型 式 及 び 台 数    | Ingenu Ambition X 1.5T 1台  |            |       |         |
| 設 置 年 月 日                   | 令和 4年 8月 31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 <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"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・<u>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</u></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 | 主たる診療科目 |
|                             |                | 登録制度はないが、患者の紹介の受入れ、画像情報の提供は随時可能。   |            |       |         |
| 共同利用<br>の相手方                | 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 <input type="checkbox"/> 無   |            |       |         |
|                             | 保守点検予定時期、間隔、条件 | 点検：2回/年予定予定<br>条件：メーカー推奨点検   |            |       |         |
| 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・ <u>デジタルデータ</u> ( <input checked="" type="checkbox"/> CD)・DVD)・紙ベース・その他   |            |       |         |

## (医療機関 7)

|                              |                |  |            |       |              |
|------------------------------|----------------|--|------------|-------|--------------|
| 病院又は<br>診療所                  | 名 称            | 総合病院山口赤十字病院  |            |       |              |
|                              | 所 在 地          | 山口市八幡馬場 5 3 - 1  |            |       |              |
| 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)・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(株)  |            |       |              |
|                              | 型 式 及 び 台 数    | SOMATOM X.cite 1台  |            |       |              |
| 設 置 年 月 日                    | 令和 4年 8月 19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 <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"> <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  | 開設者の氏名又は名称 | 所 在 地 | 主たる診療科       |
|                              |                | 山口市等の201診療所  |            |       |              |
| 共同利用<br>の相手方                 | 登録制度の担当者       | 部署等  | 職 種        | 氏 名   | 連 絡 先        |
|                              |                | 地域医療推進課  | 事務副部長      | 甲嶋 久慎 | 083-923-0111 |
| 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 | 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 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  |            |       |              |



## (医療機関8)

|                              |                |  |            |       |              |
|------------------------------|----------------|--|------------|-------|--------------|
| 病院又は<br>診療所                  | 名 称            | 総合病院山口赤十字病院  |            |       |              |
|                              | 所 在 地          | 山口市八幡馬場53-1  |            |       |              |
| 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)・その他のCT  |            |       |              |
|                              |                | MRI (3テスラ以上・ <u>1.5テスラ以上3テスラ未満</u> ・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)  |            |       |              |
|                              | 型 式 及 び 台 数    | MAGNETOM アバント 1台   |            |       |              |
| 設 置 年 月 日                    | 令和 4年 8月 31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 <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"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・<u>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</u></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       |
|                              |                | 山口市等の201診療所  |            |       |              |
| 共同利用<br>の相手方                 | 登録制度の担当者       | 部署等  | 職 種        | 氏 名   | 連 絡 先        |
|                              |                | 地域医療推進課  | 事務副部長      | 甲嶋 久慎 | 083-923-0111 |
| 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 | 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・ <u>デジタルデータ</u> ( <u>CD</u> ・ <u>DVD</u> )・紙ベース・その他   |            |       |              |

## (医療機関9)

|                              |                |  |            |       |              |
|------------------------------|----------------|--|------------|-------|--------------|
| 病院又は<br>診療所                  | 名 称            | 総合病院山口赤十字病院  |            |       |              |
|                              | 所 在 地          | 山口市八幡馬場53-1  |            |       |              |
| 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)・その他のCT  |            |       |              |
|                              |                | MRI ( <input checked="" type="checkbox"/> 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)  |            |       |              |
|                              | 型 式 及 び 台 数    | MAGNETOM Lumina 1台   |            |       |              |
| 設 置 年 月 日                    | 令和 4年 8月 31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 <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"> <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  | 開設者の氏名又は名称 | 所 在 地 | 主たる診療科       |
|                              |                | 山口市等の201診療所  |            |       |              |
| 共同利用<br>の相手方                 | 登録制度の<br>担 当 者 | 部署等  | 職 種        | 氏 名   | 連 絡 先        |
|                              |                | 地域医療推進課  | 事務副部長      | 甲嶋 久慎 | 083-923-0111 |
| 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 | 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 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                         |            |       |              |

## (医療機関10)

|                              |                |  |            |       |              |
|------------------------------|----------------|--|------------|-------|--------------|
| 病院又は<br>診療所                  | 名 称            | 総合病院山口赤十字病院  |            |       |              |
|                              | 所 在 地          | 山口市八幡馬場53-1  |            |       |              |
| 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)・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        | 米国アキュレイ インコーポレイティッド社   |            |       |              |
|                              | 型 式 及 び 台 数    | ラディザクト 1台  |            |       |              |
| 設 置 年 月 日                    | 令和 4年 9月 14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 <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"> <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  | 開設者の氏名又は名称 | 所在地   | 主たる診療科       |
|                              |                | 山口市等の201診療所  |            |       |              |
| 共同利用<br>の相手方                 | 登録制度の担当者       | 部署等  | 職 種        | 氏 名   | 連 絡 先        |
|                              |                | 地域医療推進課  | 事務副部長      | 甲嶋 久慎 | 083-923-0111 |
| 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 | 年間2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 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                         |            |       |              |

## (医療機関11)

|                              |                    |  |                           |       |                    |
|------------------------------|--------------------|--|---------------------------|-------|--------------------|
| 病院又は<br>診療所                  | 名 称                | 山口県済生会山口総合病院   |                           |       |                    |
|                              | 所 在 地              | 山口市緑町2番11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)・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)バリアンメディカルシステムズ  |                           |       |                    |
|                              | 型 式 及 び 台 数        | Vital Beam 1台  |                           |       |                    |
| 設 置 年 月 日                    | 令和 4年 11月 4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 <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"> <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<br>科 目 |
|                              |                    | 登録制度はないが、患者の紹介の受入れ・画像情報の提供は随時可能  |                           |       |                    |
| 共同利用<br>の 相手方                | 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     | 点検：2回/年予定予定<br>条件：メーカー推奨点検   |                           |       |                    |
| 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   |                           |       |                    |

## (医療機関12)

|                              |                    |  |            |       |         |
|------------------------------|--------------------|--|------------|-------|---------|
| 病院又は<br>診療所                  | 名 称                | 山口県立総合医療センター   |            |       |         |
|                              | 所 在 地              | 山口県防府市大字大崎10077番地  |            |       |         |
| 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)・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株式会社   |            |       |         |
|                              | 型 式 及 び 台 数        | Biograph Vision 1台   |            |       |         |
| 設 置 年 月 日                    | 令和5年(2023年) 2月 20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 <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"> <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  | 開設者の氏名又は名称 | 所 在 地 | 主たる診療科目 |
|                              |                    | 登録制度は無いが、患者紹介の受け入れ、画像情報の提供は随時可能  |            |       |         |
| 共同利用<br>の相手方                 | 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 <input type="checkbox"/> 無   |            |       |         |
|                              | 保守点検予定時期、間隔、条件     | 半年ごとの2回/年 メーカー委託によるオンサイト点検   |            |       |         |
| 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   |            |       |         |

## (医療機関13)

|                              |                   |   |            |       |         |
|------------------------------|-------------------|---|------------|-------|---------|
| 病院又は<br>診療所                  | 名 称               | 山口県立総合医療センター  |            |       |         |
|                              | 所 在 地             | 山口県防府市大字大崎10077番地   |            |       |         |
| 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)・ <u>その他のCT</u>   |            |       |         |
|                              |                   | 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       | Symbia Intevo2 1台   |            |       |         |
| 設 置 年 月 日                    | 令和5年(2023年) 3月 9日 |   |            |       |         |
| 共同利用<br>の方針                  | 共同利用の方針           | <u>共同利用を行う</u> ・ 共同利用を行わない  |            |       |         |
|                              | 共同利用に係る規程の有無      | 有 ・ <u>無</u>  |            |       |         |
|                              | 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>・ <u>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</u></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 | 主たる診療科目 |
|                              |                   | 登録制度は無いが、患者紹介の受け入れ、画像情報の提供は随時可能   |            |       |         |
| 共同利用<br>の相手方                 | 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      | <u>有</u> ・ 無  |            |       |         |
|                              | 保守点検予定時期、間隔、条件    | 半年ごとの2回/年 メーカー委託によるオンサイト点検  |            |       |         |
| 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・ <u>デジタルデータ</u> ( <u>CD</u> ・DVD) ・紙ベース・その他  |            |       |         |

## (医療機関14)

|                              |                    |  |            |       |        |
|------------------------------|--------------------|--|------------|-------|--------|
| 病院又は<br>診療所                  | 名 称                | 医療法人三の宮ふくだクリニック  |            |       |        |
|                              | 所 在 地              | 山口県山口市三の宮1丁目2-37 アセントⅢ1F   |            |       |        |
| 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)・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        | Crystal NOVA 1台  |            |       |        |
| 設 置 年 月 日                    | 令和4年(2022年) 7月 18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     | 職員が5人と少数であるため、受入が困難  |            |       |        |
| 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 |
|                              |                    |  |            |       |        |
| 共同利用<br>の相手方                 | 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       | 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   |            |       |        |