

医療機器共同利用計画書の提出について

1 趣旨

岩手県では令和2年(2020年)3月に「岩手県外来医療計画」を策定し、医療機器の共同利用を推進することとしており、本計画に基づきCT・MRI等の対象医療機器を設置・更新した医療機関に対して、「医療機器共同利用計画書」の提出を求めているもの。

2 令和7年度に提出された計画書

令和7年度は、県立中部病院から下記の医療機器(5件)について計画書の提出があったもの。(別添とおり)

[医療機器]

- ・マルチスライスCT (GEヘルスケア株式会社)
- ・マルチスライスCT (フィリップス株式会社)
- ・マルチスライスCT (GEヘルスケア株式会社)
- ・MRI (1.5テスラ以上3.0テスラ未満)
- ・マンモグラフィー

《参考》

【対象医療機関】

CT、MRI、PET (PET-CT含む)、放射線治療装置 (リニアック・ガンマナイフ)、マンモグラフィー医療機器を設置・更新する病院及び一般診療所
(歯科診療所及び一般外来を行わない医療機関は対象外)

【提出先】

中部保健所 (管理福祉課医療チーム)

【提出期限】

設置後30日以内

医療機器共同利用計画書

医療機関	名称	岩手県立中部病院			
	所在地	〒024-8507 岩手県北上市村崎野第17地割10番地			
対象医療機器	種別	<input checked="" type="checkbox"/> マルチスライスCT <input type="checkbox"/> マルチスライスCT以外のCT <input type="checkbox"/> MRI (1.5テスラ未満) <input type="checkbox"/> MRI (1.5テスラ以上3.0テスラ未満) <input type="checkbox"/> MRI (3.0テスラ以上) <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> PET-CT <input type="checkbox"/> 放射線治療(リニアック) <input type="checkbox"/> 放射線治療(ガンマナイフ) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ			
		メーカー	GEヘルスケア株式会社		
		型式及び台数	DiscoveryIQ2.0X 1台		
		設置年月	令和3年11月30日		
		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		
共同利用の実施(※1)	共同利用に係る規定の有無	有			
	共同利用の方法	<input type="checkbox"/> 共同利用の相手方医療機関による機器利用 <input checked="" type="checkbox"/> 共同利用の相手方医療機関からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	共同利用を行わない場合その理由				
共同利用の相手方(※2)	医療機関	名称	開設者	所在地	
		紹介患者の受入及び画像情報等提供について随時対応。			
保守点検の実施方針	保守点検計画策定の有無	有			
	保守点検予定時期・間隔・条件	年3回(7月・11月・3月)実施			
画像情報及び画像診断情報の提供方針		<input type="checkbox"/> ネットワーク <input type="checkbox"/> デジタルデータ <input type="checkbox"/> 紙 <input checked="" type="checkbox"/> その他(CD、DVD)			

※1) 医療機器の更新(入替え)やリース契約により医療機器を設置した場合も該当します。

※2) 共同利用の相手方が多数にわたることが想定される場合は、主な医療機関を記入ください

医療機器共同利用計画書

医療機関	名称	岩手県立中部病院		
	所在地	〒024-8507 岩手県北上市村崎野第17地割10番地		
対象医療機器	種別	<input checked="" type="checkbox"/> マルチスライスCT		
		<input type="checkbox"/> マルチスライスCT以外のCT		
		<input type="checkbox"/> MRI (1.5テスラ未満)		
		<input type="checkbox"/> MRI (1.5テスラ以上3.0テスラ未満)		
		<input type="checkbox"/> MRI (3.0テスラ以上)		
		<input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> PET-CT		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療 (リニアック)		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療 (ガンマナイフ)		
		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ		
	メーカー	フィリップス株式会社		
	型式及び台数	CT6000iCT 1台		
	設置年月	令和3年2月5日		
共同利用の実施(※1)	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		
	共同利用に係る規定の有無	有		
	共同利用の方法	<input type="checkbox"/> 共同利用の相手方医療機関による機器利用 <input checked="" type="checkbox"/> 共同利用の相手方医療機関からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	共同利用を行わない場合その理由			
共同利用の相手方(※2)	医療機関	名称	開設者	所在地
		紹介患者の受入及び画像情報等提供について随時対応。		
保守点検の実施方針	保守点検計画策定の有無	有		
	保守点検予定時期・間隔・条件	年4回(6月・9月・12月・3月)実施		
画像情報及び画像診断情報の提供方針		<input type="checkbox"/> ネットワーク <input type="checkbox"/> デジタルデータ <input type="checkbox"/> 紙 <input checked="" type="checkbox"/> その他(CD、DVD)		

※1) 医療機器の更新(入替え)やリース契約により医療機器を設置した場合も該当します。

※2) 共同利用の相手方が多数にわたることが想定される場合は、主な医療機関を記入ください。

医療機器共同利用計画書

医療機関	名称	岩手県立中部病院				
	所在地	〒024-8507 岩手県北上市村崎野第17地割10番地				
対象医療機器	種別	<input checked="" type="checkbox"/> マルチスライスCT <input type="checkbox"/> マルチスライスCT以外のCT <input type="checkbox"/> MRI (1.5テスラ未満) <input type="checkbox"/> MRI (1.5テスラ以上3.0テスラ未満) <input type="checkbox"/> MRI (3.0テスラ以上) <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> PET-CT <input type="checkbox"/> 放射線治療(リニアック) <input type="checkbox"/> 放射線治療(ガンマナイフ) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ				
		メーカー	GEヘルスケア株式会社			
		型式及び台数	Discovery RT 1台			
		設置年月	令和3年9月30日			
		共同利用の実施(※1)	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		
			共同利用に係る規定の有無	有		
共同利用の方法	<input type="checkbox"/> 共同利用の相手方医療機関による機器利用 <input checked="" type="checkbox"/> 共同利用の相手方医療機関からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 <input type="checkbox"/> その他 ()					
共同利用を行わない場合その理由						
共同利用の相手方(※2)	医療機関	名称	開設者	所在地		
		紹介患者の受入及び画像情報等提供について随時対応。				
保守点検の実施方針	保守点検計画策定の有無	有				
	保守点検予定時期・間隔・条件	年3回(7月・11月・3月)実施				
画像情報及び画像診断情報の提供方針		<input type="checkbox"/> ネットワーク <input type="checkbox"/> デジタルデータ <input type="checkbox"/> 紙 <input checked="" type="checkbox"/> その他(CD、DVD)				

※1) 医療機器の更新(入替え)やリース契約により医療機器を設置した場合も該当します。

※2) 共同利用の相手方が多数にわたることが想定される場合は、主な医療機関を記入ください

医療機器共同利用計画書

医療機関	名称	岩手県立中部病院		
	所在地	〒024-8507 岩手県北上市村崎野第17地割10番地		
対象医療機器	種別	<input type="checkbox"/> マルチスライスCT		
		<input type="checkbox"/> マルチスライスCT以外のCT		
		<input type="checkbox"/> MRI (1.5テスラ未満)		
		<input checked="" type="checkbox"/> MRI (1.5テスラ以上3.0テスラ未満)		
		<input type="checkbox"/> MRI (3.0テスラ以上)		
		<input type="checkbox"/> PET		
		<input type="checkbox"/> PET-CT		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療 (リニアック)		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療 (ガンマナイフ)		
		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ		
	メーカー	フィリップス株式会社		
	型式及び台数	Ingenia Ambition 1台		
	設置年月	令和2年12月15日		
共同利用の実施(※1)	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		
	共同利用に係る規定の有無	有		
	共同利用の方法	<input type="checkbox"/> 共同利用の相手方医療機関による機器利用 <input checked="" type="checkbox"/> 共同利用の相手方医療機関からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	共同利用を行わない場合その理由			
共同利用の相手方(※2)	医療機関	名称	開設者	所在地
		紹介患者の受入及び画像情報等提供について随時対応。		
保守点検の実施方針	保守点検計画策定の有無	有		
	保守点検予定時期・間隔・条件	年2回(9月・3月)実施		
画像情報及び画像診断情報の提供方針		<input type="checkbox"/> ネットワーク <input type="checkbox"/> デジタルデータ <input type="checkbox"/> 紙 <input checked="" type="checkbox"/> その他(CD、DVD)		

※1) 医療機器の更新(入替え)やリース契約により医療機器を設置した場合も該当します。

※2) 共同利用の相手方が多数にわたることが想定される場合は、主な医療機関を記入ください

医療機器共同利用計画書

医療機関	名称	岩手県立中部病院		
	所在地	〒024-8507 岩手県北上市村崎野第17地割10番地		
対象医療機器	種別	<input type="checkbox"/> マルチスライスCT		
		<input type="checkbox"/> マルチスライスCT以外のCT		
		<input type="checkbox"/> MRI (1.5テスラ未満)		
		<input type="checkbox"/> MRI (1.5テスラ以上3.0テスラ未満)		
		<input type="checkbox"/> MRI (3.0テスラ以上)		
		<input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> PET-CT		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療 (リニアック)		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療 (ガンマナイフ)		
		<input checked="" type="checkbox"/> マンモグラフィ		
	メーカー	富士フィルムメディカル株式会社		
	型式及び台数	AMULET Innovality 1台		
	設置年月	令和2年12月1日		
共同利用の実施 (※1)	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		
	共同利用に係る規定の有無	有		
	共同利用の方法	<input type="checkbox"/> 共同利用の相手方医療機関による機器利用 <input checked="" type="checkbox"/> 共同利用の相手方医療機関からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	共同利用を行わない場合その理由			
共同利用の相手方 (※2)	医療機関	名称	開設者	所在地
		紹介患者の受入及び画像情報等提供について随時対応。		
保守点検の実施方針	保守点検計画策定の有無	有		
	保守点検予定時期・間隔・条件	年2回実施 (9月・3月)		
画像情報及び画像診断情報の提供方針		<input type="checkbox"/> ネットワーク <input type="checkbox"/> デジタルデータ <input type="checkbox"/> 紙 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (CD、DVD)		

※1) 医療機器の更新 (入替え) やリース契約により医療機器を設置した場合も該当します。

※2) 共同利用の相手方が多数にわたることが想定される場合は、主な医療機関を記入ください。