

医療機器共同利用の手引き



令和 3(2021)年1月



地域医療連携推進法人

日光ヘルスケアネット

地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネットとは

日光ヘルスケアネットは、急速な人口減少と少子高齢化が進行する中、患者の状態に応じて必要かつ十分な医療を効率的に受けられるよう、参加法人による恒常的な話し合いを通じて、医療機関の機能分担・連携推進を図り、日光地域において将来にわたって安定的な医療提供体制の構築を目指すことを目的に設立した法人です。

【参加法人一覧】

法人の名称	施設又は事業所
医療法人社団双愛会	足尾双愛病院、介護老人保健施設そうあい
社団医療法人明倫会	今市病院、日光野口病院
医療法人秀明会 大澤台病院	大澤台病院
社団医療法人栄仁会	川上病院
学校法人獨協学園	獨協医科大学日光医療センター
公益社団法人 地域医療振興協会	日光市民病院、介護老人保健施設にっこう
社団医療法人英静会	森病院、介護老人保健施設ヴィラフォーレスタ(森の家)、訪問看護ステーションフォレスト日光
医療法人 矢尾板記念会	見龍堂クリニックかわせみ、見龍堂医療福祉総合クリニック、認知症高齢者グループホームかわせみ、介護老人保健施設今市Lケアセンター・メディケアユニット、居宅介護支援事業所かわせみ、ヘルパーステーション見龍堂メディケアユニット
医療法人社団志幸会	木村内科医院
	新沢外科（個人開業）
日光市	奥日光診療所、小来川診療所、国民健康保険栗山診療所、三依診療所、湯西川診療所、休日急患こども診療所

地域医療連携推進法人 日光ヘルスケアネット 事務局

住所 日光市平ヶ崎109番地（日光市今市保健福祉センター内）

（電話）0288-25-6840 （FAX）0288-25-6839

目 次

医療機器共同利用のイメージ	1
1 日光ヘルスケアネットによる医療機器共同利用システムとは	2
2 共同利用できる医療機器と利用料・保険請求	2
3 共同利用の流れについて	3
4 医療機器利用時の注意事項	4
表1 共同利用機器一覧	5
表2 共同利用担当窓口（医療機関別）	6
検査申込書（様式第1号）	7
MR I 検査問診票（様式第2号）	8
5 参考資料	9
表3 医療機器共同利用システムの対象外医療機器（紹介状が必要） 医療機器共同利用検査に係る委託契約書（写）	

《医療機器共同利用のイメージ》



①患者さんの希望日、希望時間などを確認してお電話ください。

「表1 共同利用機器一覧」より、必要な機器、患者さんの通院範囲などにより医療機関を選定し、当該医療機関の担当までお電話ください。



②担当者がご希望日を伺いその場で予約状況を確認します。



③患者さんに必要事項を説明のうえ、「検査申込書(様式第1号)」及びMRIの場合は、「MRI検査問診票(様式第2号)」を作成していただきます。完成後、作成した上記書類をFAXしてください。



④正式に予約の手続きを行います。



⑤予約日当日は、総合受付にお越しいただき、受付後撮影を行います。MRIの場合は、「MRI検査問診票(様式第2号)」を持参させてください。



検査当日は、撮影終了後そのままお帰りいただきます。結果及び請求書は後日、依頼された先生に送付いたします。



1 日光ヘルスケアネットによる医療機器共同利用システムとは

日光ヘルスケアネットによる医療機器共同利用システムとは、地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット（以下「HCN」と記載。）の参加医療機関が保有する医療機器を、上都賀郡市医師会（以下「医師会」と記載。）の会員となっている先生方が開設する又は勤務する医療機関において、自ら保有する医療機器として利用できるシステムです。

これまで、患者さんについて他の医療機関での検査が必要な場合には、患者さんが先生方の紹介状を持参して医療機関を受診し、検査日を予約してから検査を受けていましたが、このシステムでは、事前の予約と問診票の送付のみで、検査を受けられようになります。

なお、造影剤投与によるMRIや人工透析など、医師の関与が必要な医療機器「表3 医療機器共同利用システムの対象外医療機器（紹介状が必要）(P10)」については、これまでどおり紹介状を持参していただくこととなります。

2 共同利用できる医療機器と利用料・保険請求

(1) 共同利用できる医療機器

共同利用できる医療機器は、「表1 共同利用機器一覧 (P5)」のとおりです。先生方の利用目的、医療機器の機能と性能、メーカー、患者さんの希望などを参考に、医療機関と利用機器を選定してください。

(2) 共同利用のための契約

医療機器の共同利用については、HCNと医師会との一括契約となるため、個々に契約する必要はありません。

(3) 医療機器の利用料金・保険請求

ア 医療機器の利用料金は、保険点数に10円を乗じた額となります。

イ 検査後、原則として、検査を実施した医療機関から画像CDとともに、利用料金請求書及び内訳書を送付いたしますので、出来る限り請求月内にお振込みください。

ウ 検査を依頼した医療機関においては、内訳書に基づき、患者さんへの自己負担金の請求と検査・診断に係る保険請求を行ってください。なお、検査実施医療機関が読影を行った場合、診断料の費用も検査依頼医療機

関に請求させていただきます。

- ※ 保険請求は、検査実施医療機関の施設基準により算定してください。
その際、レセプトには必ず「画診共同」と記載してください。

3 共同利用の流れについて

(1) 検査の依頼・検査日の予約

ア 患者さんのご都合等を確認し、検査実施を希望する医療機関の担当窓口「表2 共同利用担当窓口（医療機関別）(P6)」あて、電話にてお申し込みください。担当者が予約日の確認を行い、その場で、予約日・予約時間をお知らせいたします。

イ 先生方におかれては、患者さんに予約日・予約時間をお伝えいただくとともに、検査に当たっての必要事項を説明の上、「検査申込書（様式第1号）」及びMRIの場合は、「MR I 検査問診票（様式第2号）」を作成し、事前に担当者あてFAXにて送信ください。

なお、「MR I 検査問診票（様式第2号）」につきましては、患者さんに持参させてください。

(2) 検査当日の流れ

ア 患者さんは、検査実施医療機関にて受け付けし、検査を受けてください。

- ※ 基本的に検査当日に診療行為は行いませんが、体調不良などを考慮し、念のため、保険証をご持参ください。

イ 検査終了後、患者さんは、そのままお帰りください。（検査によっては、画像CDをお渡しすることもありますので、ご注意ください。）

(3) 検査結果の報告

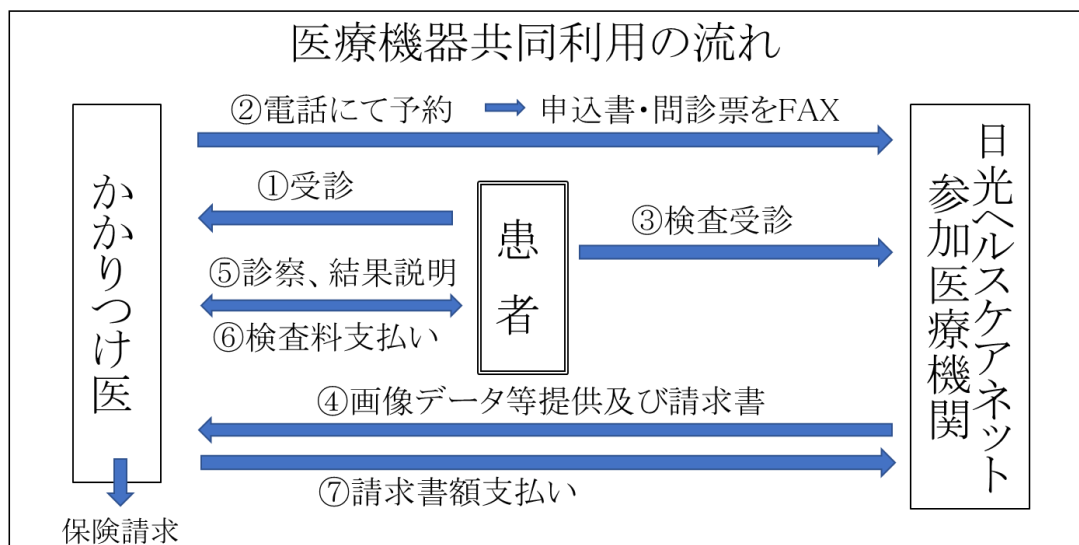
ア 「読影レポート」を希望される場合

放射線担当医等が読影を行い、紙面にてレポートを作成いたします。

画像については、CDを作成し、後日郵送いたします。

イ 「読影レポート」を希望されない場合

検査終了後、画像CDを作成し、先生方に郵送いたします。（検査によっては患者さんにお渡しすることもあります。）



4 医療機器利用時の注意事項

- ① MRIについては、体内金属（ペースメーカー、インプラント等）や刺青などがある場合は、検査を実施することができません。その他、個々の検査における一般的な留意事項につきましても、先生方から患者さんに必ず説明してください。
- ② 検査日・検査時間に患者さんが来院されない場合は、キャンセル扱いとして先生方に連絡させていただきます。
- ③ 検査中に体調不良などが生じた場合は、検査実施医療機関で保険診療を行う可能性があります。
- ④ MRI検査問診票（様式第2号）に記載されていない事態が発生した場合など、当日の患者さんの体調等によっては、検査実施医療機関の判断で検査を中止させていただく場合があります。

表1 共同利用機器一覧

病院名	医療機器		備考
	機器名(性能)	メーカー名	
足尾双愛病院	CT(16列)	キャノンメディカル	
今市病院	CT(16列)	キャノンメディカル	読影については別途 相談してください。
	MRI(1.5T)	GE	
川上病院	CT(4列)	キャノンメディカル	
獨協医科大学日光医療センター	CT(80列)	キャノンメディカル	読影については別途 相談してください。
	MRI(1.5T)	キャノンメディカル	
	MRI(1.5T)	フィリップス	
日光市民病院	CT(16列)	キャノンメディカル	
	MRI(1.5T)	GE	
森病院	CT(4列)	キャノンメディカル	読影については別途 相談してください。
	MRI(0.25T)	日立メディコ	
見龍堂クリニックかわせみ	CT(4列)	日立メディコ	
見龍堂医療福祉総合クリニック	CT(16列)	日立メディコ	

表2 共同利用担当窓口(医療機関別)

病院名	住所	連絡先	
		担当部署	電話番号
足尾双愛病院	日光市足尾町砂畑4147-2	事務室	0288-93-2011
今市病院	日光市今市381	病診連携室	0288-22-2200 (内線130)
大澤台病院	日光市山口867-3	事務課	0288-26-2828
川上病院	日光市並木町2-5	医療連携室	0288-25-8122
獨協医科大学日光医療センター	日光市高德632	地域医療連携・入退院 支援センター	0288-76-1717
日光市民病院	日光市清滝安良沢町 1752-10	地域連携室・医事課	0288-50-1188
森病院	日光市今市674	事務室	0288-22-1024
見龍堂クリニックかわせみ	日光市平ヶ崎609-4	事務課	0288-22-1221
見龍堂医療福祉総合クリニック	日光市木和田島3008-8	事務課	0288-32-2021

(様式第1号)

検査申込書(FAX用)

依頼元医療機関名 _____

担当医師名 _____

TEL _____ FAX _____

患者情報

患者名								
性別	<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	女	<input type="checkbox"/>			
生年月日	T	・	S	・	H	・	R	年
病名								
予約日時	R	年	月	日	時			

オーダー内容 (※1) MRI検査の場合は、MRI検査問診票(様式第2号)を作成。

種類	<input type="checkbox"/>	MRI(※1)	<input type="checkbox"/>	CT	<input type="checkbox"/>
撮影区分					
部位					
体位	※原則、検査医療機関の判断。特別な理由があれば「撮影コメント」欄に記載。				
方法	単純撮影のみとなります				
撮影コメント					
検査目的					
読影の有無	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>
患者への説明	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>
	金属(MRIのみ)・予約時間・撮影時間・閉所・撮影の中止等				
移動形	<input type="checkbox"/>	独歩	<input type="checkbox"/>	車椅子	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	ストレッチャー	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>
特記事項	(例) ペースメーカー装着等				

検査医療機関記載欄

患者ID	
当院受診歴	
その他	

(様式第2号)

MR I 検査問診票

MR I 検査を安全に行うために、以下の質問に正確にお答え下さい

1) 体内に以下のような医療用の金属、機器、人工物がありますか	
・心臓ペースメーカー (MRI対応も含めて)、埋め込み型除細動器	いいえ ・ はい
・人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置	いいえ ・ はい
・脊柱管内リード線、脊髄刺激装置	いいえ ・ はい
・脳動脈瘤クリップ (くも膜下出血の手術)	いいえ ・ はい
・心臓や血管内の金属類、人工物 (リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルターなど)	いいえ ・ はい
・人工心臓弁	いいえ ・ はい
・圧可変式バルブシャント (脳室シャントなど)	いいえ ・ はい
・消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ	いいえ ・ はい
・人工骨頭、人工関節、釘など (整形外科の手術)	いいえ ・ はい
・胆管、食道、気管などの金属ステント	いいえ ・ はい
2) 体内に外傷による金属片 (銃弾破片や鉄片など) がありますか	いいえ ・ はい
3) 以下の金属類や人工的なものを身につけていれば、○で囲んで下さい ・補聴器 ・義眼 ・義足 ・義手 ・磁石を利用した義歯 (入れ歯) ・歯列矯正器具 ・コルセット鍼 (はり) の治療針 ・上記以外 ()	
4) 刺青 (イレズミ) をしていますか	いいえ ・ はい
5) カラーコンタクトレンズを使用していますか	いいえ ・ はい
6) 貼り薬を貼っていますか	いいえ ・ はい
7) 閉所恐怖症ですか	いいえ ・ はい
8) いままでにMRI検査を受けたことがありますか	いいえ ・ はい
9) 【女性の方へ】 妊娠あるいは妊娠の可能性はありますか	いいえ ・ はい

MR I 検査同意書

検査予定日 令和_____年_____月_____日

MRI検査に関する概要と禁止事項の理解が出来ましたので、MRI検査を受けることに

同意します。 ・ 同意しません。 (いずれかに○を付けて下さい)

同意日 令和_____年_____月_____日

署名 (本人または代理人) 氏名_____

参 考 资 料

表3 医療機器共同利用システム対象外医療機器(紹介状が必要)

病院名	医療機器		備考
	機器名(性能)	メーカー名	
足尾双愛病院	人工透析	東レ	短期受入れ可能(旅行・法事等)事前相談必要
	高気圧酸素治療装置	バロテックハニユウダ	
今市病院	MRI(造影)	GE	
	Angio装置	キャノンメディカル	
	透視装置	キャノンメディカル	
	結石破碎機(胆管、尿管結石)	MEDISPEC	
	内視鏡装置(上部下部消化器、泌尿器)	オリンパス、フジノン	
	人工透析	日機装	(旅行者受け入れ可能)
	マンモグラフィー	キャノンメディカル	
	骨密度測定装置	日立製作所	
日光野口病院	人工透析	ニプロ	(旅行者受け入れ可能)
大澤台病院	脳波計	日本光電	
川上病院	内視鏡装置	オリンパス	要相談 (曜日制限あり)
獨協医科大学日光医療センター	冠動脈CT	キャノンメディカル	
	MRI(造影)	キャノンメディカル、フィリップス	
	内視鏡装置(上部下部消化器、泌尿器)	オリンパス・フジノン	
	人工透析	日機装・ニプロ	(旅行者受け入れ可能)
	アンギオグラフィー	キャノンメディカル	
	超音波(心臓含む)	フィリップス、東芝、日立	
	心臓カテーテル	キャノンメディカル	
日光市民病院	MRI(造影)	GE	要相談
	CT(造影)	キャノンメディカル	要相談
	人工透析		要相談
森病院	人工透析		(旅行者受け入れ可能)
	MRI(造影)	日立メディコ	
	マンモグラフィー		

医療機器共同利用検査に係る委託契約書

一般社団法人上都賀郡市医師会（以下「甲」という。）と地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット（以下「乙」という。）は、医療機器の共同利用による検査（以下「検査」という。）の実施に関し、次のとおり契約を締結する。

この場合、甲は、甲の会員で検査の実施について承諾し、かつ、本契約締結についての権限を甲に委任した医師（以下「丙」という。）の代理人として、乙は、乙の社員で検査の実施について承諾し、かつ、本契約締結についての権限を乙に委任した別表に掲げる医療機関（以下「丁」という。）の代理人として契約を締結するものとする。

（目的）

第1条 検査は、医療機関の連携により、高額な医療機器を有効に活用し地域の医療ニーズに適切に対応することを目的とする。

（総則）

第2条 丙は、丙が診療行為を行う対象患者について次の各号に掲げる検査の実施を丁に委託し、丁は、これを受託するものとする。

(1) C T 撮影

(2) M R I 撮影

（検査の実施手順）

第3条 検査の実施手順は、次のとおりとする。

(1) 検査の申込み

ア 丙は、検査の実施について丁に電話にて申し込み、検査日時を予約するものとする。

イ 丙は、対象患者に対し、予約した検査日時を伝達するとともに、検査における一般的な留意事項について説明を行うものとする。

ウ 丙は、検査申込書（様式第1号）及びM R I 検査を申込み場合はM R I 検査問診票（様式第2号）を作成し、丁にF A Xにて送信するとともに、M R I 検査問診票の原本については、検査当日、対象患者に持参させるものとする。

(2) 検査の実施

対象患者は、丁の窓口において受け付けし、検査を受けるものとする。

なお、基本的に検査当日に対象患者に対する診療行為は行わないが、体調不良

などを考慮し、保険証を持参させるものとする。

(3) 検査結果の報告

丁は、検査結果について画像データを作成し、丙に郵送するものとする。また、丙が読影を希望した場合は、丁は、読影レポートを作成し、丙に郵送するものとする。

(契約期間)

第4条 この契約による委託期間は、令和3年1月1日から令和3年12月31日までとする。また、この契約の有効期間満了前、1ヶ月までに契約当事者のいずれの一方からも、この契約の改定等について何等かの意思表示がないときは、有効期間満了の日の翌日から更に1年間この契約を更新されるものとし、以後も同様とする。

(検査料金)

第5条 この契約による検査料金は、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第1（医科診療報酬点数表）に掲げられる関係項目について、1点を10円として計算した額とする。

(検査結果の疑義)

第6条 検査結果に疑義がある場合は、次の各号により処理するものとする。

- (1) 丙は、検査結果受領後7日以内にその内容を丁に通知しなければならない。
- (2) 丁は、前号の通知を受けた時は、丙と協議の上、再検査その他の適切な処理をしなければならない。

(契約の解除)

第7条 甲又は乙は、次の各号に該当するときはこの契約を解除することができる。

- (1) 丙又は丁がこの契約に違反したとき。
- (2) 丁において、受託業務の遂行が著しく困難になったとき。
- (3) 健康保険法の改正により委託業務が困難になったとき。

(検査実施中の事故責任)

第8条 検査実施中（開始から終了まで）に不慮の事故等が生じた場合は、丁の責任において対処するものとする。

(検査料金の請求及び支払い)

第9条 丁は、前月までに実施した検査について、原則として、1ヶ月の検査料金をとりまとめて丙の所属する医療機関に請求するものとする。

2 丙の所属する医療機関は、請求書を受領した月の翌月末日までに丁の指定する口

座に振り込むものとする。

(個人情報)

第10条 丁は、本契約に基づいて検査を実施する当たり知り得た患者の個人情報について、検査目的以外に使用しないものとする。もし、丁により個人情報が漏洩した場合は、丁はその責任を負うものとする。

(協議)

第11条 この契約について疑義が生じた場合及びこの契約に定めのない事項については、その都度、甲乙協議の上、解決するものとする。

上記の契約を証するため本契約書を2通作成し、甲乙記名捺印のうえ各自1通を保持する。

令和2年12月15日

甲 住 所 栃木県鹿沼市千手町2506-8

職氏名 一般社団法人上都賀郡市医師会

会 長 木 村 安 志

乙 住 所 栃木県日光市平ヶ崎109番地

職氏名 地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット

代表理事 上 中 哲 也

別表

法人の名称	医療機関名
医療法人社団双愛会	足尾双愛病院
社団医療法人明倫会	今市病院
医療法人秀明会大澤台病院	大澤台病院
社団医療法人栄仁会	川上病院
学校法人獨協学園	獨協医科大学日光医療センター
公益社団法人地域医療振興協会	日光市民病院
社団医療法人英静会	森病院
医療法人矢尾板記念会	見龍堂クリニックかわせみ 見龍堂医療福祉総合クリニック