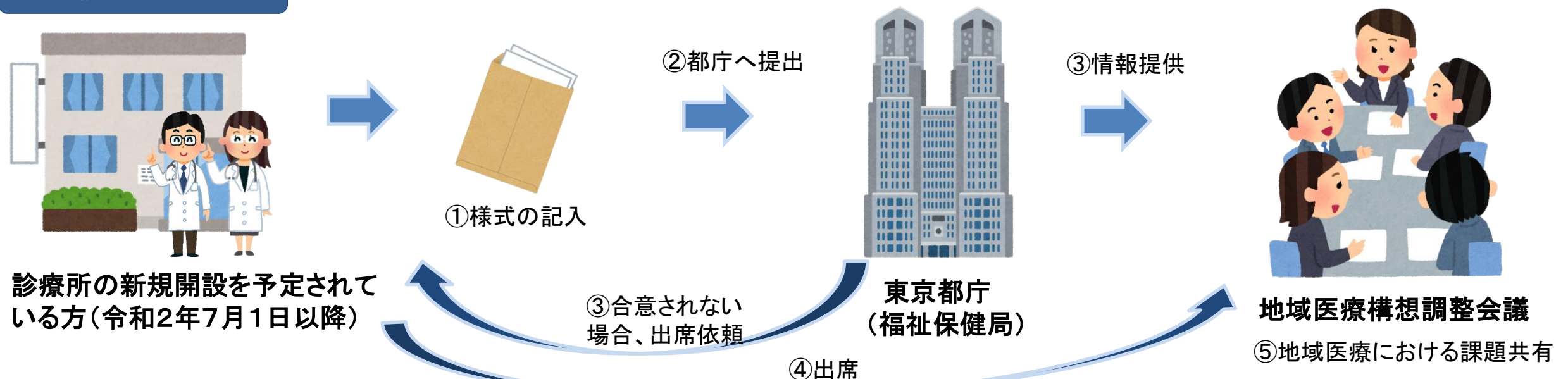


①地域医療への理解・協力について

- 1 目的 診療所の新規開設手続きに当たり、本計画に記載された二次保健医療圏ごとの外来医療機能の状況について、新規開設予定者の理解を深め、必要に応じて行動変容を促すものです。
- 2 対象 新規に診療所（※ 歯科診療所を除く）を開設することを予定している方（令和2年7月1日以降）
- 3 内容 地域医療への協力意向の確認
- 4 提出書類 都の所定様式 1部
 ※提出様式は、福祉保健局ホームページからダウンロード可能
 （東京都福祉保健局HP > 医療・保健 > 医療・保健施策 > 東京都保健医療計画関連事項 > 東京都外来医療計画）
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/kanren/gairaikeikaku.html
- 5 提出時期 開設より概ね1か月以内
- 6 その他 提出書類については、開設場所が所在する圏域の「地域医療構想調整会議」へ情報提供し、確認を行います。
 また、「地域医療の充実に向けた、可能な範囲で協力・貢献すること」に合意いただけない開設者の方には、同会議への出席を依頼し、地域医療における課題解決に向け、発言をお願いする場合があります。

手続きのフロー



<提出様式>「地域医療への協力意向の確認について」

様式

地域医療への協力意向の確認について

東京都知事 殿

年 月 日

提出者 住所
氏名
連絡先（電話）
(E-mail)

「東京都外来医療計画（令和2年3月策定）」に記載の地域医療への協力意向確認について、次のとおり提出します。

1. 開設者情報

名	称	
開	設	場
開	設	年
診	療	科
開	設	者
管	理	者(※1)
電	話	番
電	話	番

(※1) 法人が開設者の場合のみ

2. 確認内容

「東京都外来医療計画（令和2年3月策定）」を御一読いただき、以下の確認内容について、該当する項目に☑を入れて下さい。

「東京都外来医療計画（令和2年3月策定）」
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/kanren/gairaikeikaku.html

(東京都福祉保健局 HP > 医療・保健 > 医療・保健施策 > 東京都保健医療計画関連事項 > 東京都外来医療計画)

(裏面)

地域医療への協力意向に関する確認内容

新規に診療所を開設するにあたり、開設場所の二次保健医療圏における外来医療機能の状況をはじめとする「東京都外来医療計画」の内容を理解し、地域医療の充実に向けて、可能な範囲で協力・貢献していきます。

(1) 地域医療への協力意向の有無について

- 合意します
 合意しません → (2) の質問にお進みください。

(2) 合意できない理由について

- 地域の現状を十分に理解していないため
 その他（下の括弧内に具体的な理由をご記入ください）
(理由：)

○ 本手続における回答内容については、「地域医療構想調整会議(※2)」において確認を行うこととします。合意いただけなかった開設者の方には、同会議へ御出席いただき、地域医療における課題解決に向け、御発言を御願いさせていただく場合がございます。

(※2) 地域医療構想調整会議とは

二次保健医療圏ごとに地域の現状を把握した上で、地域の関係者自らが地域の課題を抽出し、その課題の解決に向けた検討を行う会議体。委員は医療機関、医療関係団体、保険者、区市町村等から構成され、年2回程度開催。

○ 御記入いただきました本様式は、封入されておりました封筒等をお使いいただき下記宛先まで郵送いただくか、様式をメールに添付して下記メールアドレスまでご提出ください。

なお、御記入いただきました内容は、地域医療構想調整会議において本計画における合意状況の確認のために使用し、他の目的には使用いたしません。

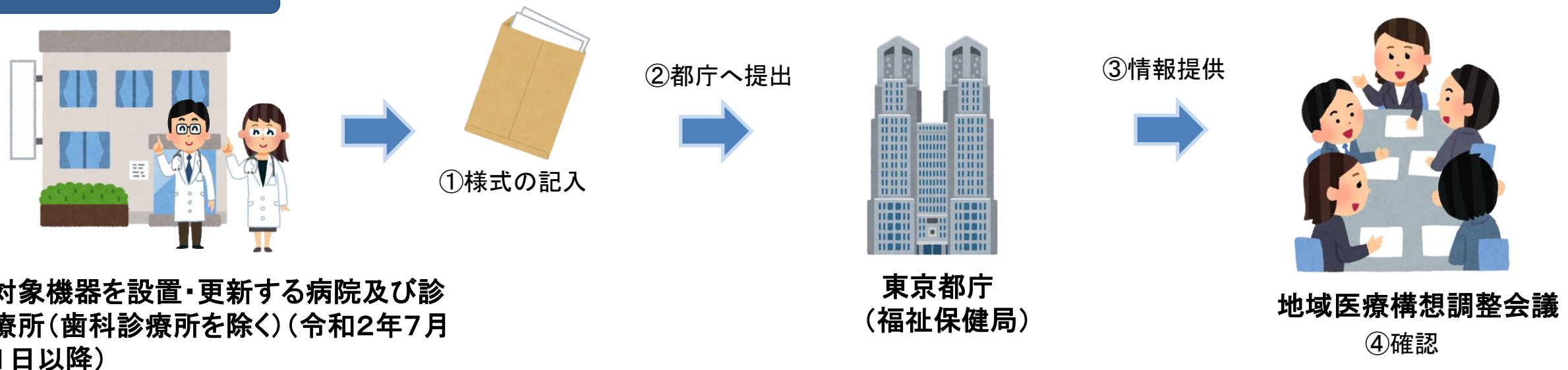
【提出先】

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課保健医療計画担当
〒163-8001
新宿区西新宿2丁目8番1号 東京都庁第一本庁舎28階南側
電話番号：03-5320-4424、4425（ダイヤルイン）
E-mail：^(ゼロが4つ)S0000298@section.metro.tokyo.jp

②医療機器の共同利用計画について

- 1 目的 効率的な医療提供体制の構築に向けて、医療機器の共同利用による効率的な活用を求めるものです。
- 2 対象 下記の医療機器を設置・更新する病院及び診療所（※歯科診療所を除く）（令和2年7月1日以降）
 【対象医療機器】
 ①CT②MRI③PET（PET-CT含む）
 ④放射線治療装置（リニアック・ガンマナイフ等）⑤マンモグラフィ
- 3 内容 医療機器共同利用計画書の確認
- 4 提出書類 都の所定様式 1部
 ※提出様式は、福祉保健局ホームページからダウンロード可能
 （東京都福祉保健局HP＞医療・保健＞医療・保健施策＞東京都保健医療計画関連事項＞東京都外来医療計画）
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/kanren/gairaikeikaku.html
- 5 提出時期 設置・更新より概ね1か月以内
- 6 その他 提出書類については、開設場所が含まれる圏域の「地域医療構想調整会議」へ情報提供し、確認を行います。

手続きのフロー



<提出様式>「医療機器共同利用計画書」

様式

医療機器共同利用計画書

東京都知事 殿

年 月 日

住所
提出者 氏名
連絡先 (電話)
(E-mail)

以下の医療機器の設置にあたり、「東京都外来医療計画（令和2年3月策定）」に記載の共同利用方針を理解し、次のとおり提出します。

1. 医療機関情報

名称	
開設者	
管理者 (※法人が開設者の場合)	
所在地	
電話番号	
担当者(所属・氏名)	

2. 今回設置する医療機器について

新規購入又は更新	<input type="checkbox"/> 新規購入 (リース・レンタルを含む) <input type="checkbox"/> 更新
機器種別	<input type="checkbox"/> マルチスライスCT (<input type="checkbox"/> 64 列以上 <input type="checkbox"/> 16 列以上 64 列未満 <input type="checkbox"/> 16 列未満) <input type="checkbox"/> 上記以外の CT
	<input type="checkbox"/> MRI (<input type="checkbox"/> 3 テスラ以上 <input type="checkbox"/> 1.5 テスラ以上 3 テスラ未満 <input type="checkbox"/> 1.5 テスラ未満)
	<input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> PET - CT
	<input type="checkbox"/> 放射線治療装置 (<input type="checkbox"/> リニアック <input type="checkbox"/> ガンマナイフ <input type="checkbox"/> その他 ())
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ
メーカー及び型式	
台数	台
設置年月日	年 月 日

裏面にお進みください。

(裏面)

3. 共同利用の実施について

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		
(共同利用を行わない場合その理由)			
共同利用に係る規定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
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 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 ()		
共同利用の相手方医療機関 (※)	名称	開設者	所在地

(※) 適宜、行を追加することは可能

4. 保守・整備等の実施方針について

保守・整備の実施方針	保守点検計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	保守点検予定 (時期・間隔・方法 など)	

5. 画像情報及び画像診断情報に関する他の医療機関等への提供方針

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"/> CD <input type="checkbox"/> DVD)
	<input type="checkbox"/> 紙媒体
	<input type="checkbox"/> その他 ()

御記入いただきました本様式は、メールに添付して下記メールアドレスまでご提出ください。

なお、御記入いただきました内容は、地域医療構想調整会議において確認のために使用し、他の目的には使用いたしません

【提出先】

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課保健医療計画担当
〒163-8001
新宿区西新宿 2 丁目 8 番 1 号 東京都庁第一本庁舎 28 階南側
電話番号：03-5320-4424、4425 (ダイヤルイン)
E-mail：^(ゼロが4つ) S0000298@section.metro.tokyo.jp