

添付書類（構造設備及び体制）

医療法第42条の2第1項第5号の要件に該当する旨を説明する書類

申請者名： 社会医療法人恒心会理事長小倉雅

住 所： 鹿児島県鹿屋市笠之原町27番22号

以下のとおり相違ありません。

| | |
|--------|-------------------|
| 施設名 | 恒心会おぐら病院 |
| 施設の所在地 | 鹿児島県鹿屋市笠之原町27番22号 |
| 管轄保健所名 | 鹿屋保健所 |

1 診療科目

| | | | | | | |
|-----|--------|---------|--------|---------|--------------|---------|
| 科 目 | ✓ 整形外科 | ✓ 外科 | ✓ 内科 | ✓ 脳神経内科 | ✓ リハビリテーション科 | ✓ リウマチ科 |
| | ✓ 胃腸内科 | ✓ 消化器外科 | ✓ 肛門外科 | ✓ 循環器内科 | ✓ 放射線科 | ✓ 形成外科 |
| | ✓ 小児外科 | ✓ 呼吸器内科 | ✓ 血液内科 | ✓ 消化器内科 | ✓ 麻酔科 | ✓ 婦人科 |
| | ✓ 心療内科 | ✓ 精神科 | | | | |

2 許可病床数

| 一 般 | | 療 養 | | 結 核 | | 精 神 | | 感 染 症 | | 合 計 | |
|-----|-----|-----|-----|-----|---|-----|---|-------|---|-----|---|
| 室 | 床 | 室 | 床 | 室 | 床 | 室 | 床 | 室 | 床 | 室 | 床 |
| 51 | 116 | 37 | 100 | | | | | | | | |

3 構造設備

(1) 総括表（該当する業務の区分及び所有する施設・設備等の□にチェックすること。）

| 業務の区分 | 施 設 | 設 備 等 |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 救急医療 | <input type="checkbox"/> 集中治療室 | <input type="checkbox"/> 分娩監視装置 |
| <input type="checkbox"/> 精神科救急医療 | <input type="checkbox"/> 母体胎児集中治療管理室 | <input type="checkbox"/> 新生児用呼吸循環監視装置 |
| <input type="checkbox"/> 災害医療 | <input type="checkbox"/> 新生児集中治療管理室 | <input checked="" type="checkbox"/> 超音波診断装置 |
| <input checked="" type="checkbox"/> へき地医療 | <input checked="" type="checkbox"/> 診察室 <input checked="" type="checkbox"/> 手術室 <input checked="" type="checkbox"/> 処置室 | <input type="checkbox"/> 新生児用人工換気装置 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 病院 | <input checked="" type="checkbox"/> 臨床検査施設 <input checked="" type="checkbox"/> エックス線診療室 | <input type="checkbox"/> 微量輸液装置 <input type="checkbox"/> 保育器 |
| <input type="checkbox"/> へき地診療所 | <input checked="" type="checkbox"/> 調剤所 <input type="checkbox"/> 保護室 <input checked="" type="checkbox"/> 面会室 | <input type="checkbox"/> 簡易ベッド <input checked="" type="checkbox"/> 携帯用医療機器 |
| <input type="checkbox"/> 周産期医療 | <input type="checkbox"/> 専用病床（ 床） | <input checked="" type="checkbox"/> 食料 <input checked="" type="checkbox"/> 飲料水 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 |
| <input type="checkbox"/> 小児救急医療 | <input type="checkbox"/> 優先的に使用される病床 | <input checked="" type="checkbox"/> 自家発電装置 |
| | <input type="checkbox"/> 備蓄倉庫 | <input checked="" type="checkbox"/> トリアージタッグ |
| | <input type="checkbox"/> ヘリポート（ <input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 近接地） | <input type="checkbox"/> 救急用自動車 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 医師住宅 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師住宅 | <input type="checkbox"/> 広域災害・救急医療情報システム |

(2) 災害医療の確保に関する事業に係る病院の概要

| 区 分 | 構造の概要 | 耐震基準 | 用途の区分 | 室 数 |
|-----|-------|------|-------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(3) へき地医療拠点病院に医師を派遣する場合、又は開設するへき地診療所の所在地の都道府県において病院を開設する場合の当該病院の概要

| 病 院 名 | 施 設 | へき地診療所からの入院患者の受入れ体制 |
|-------|---|---------------------|
| | <input type="checkbox"/> 診察室 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 処置室 <input type="checkbox"/> 臨床検査施設 <input type="checkbox"/> エックス線診療室 <input type="checkbox"/> 調剤所 <input type="checkbox"/> 病床数 (床) <input type="checkbox"/> 医師住宅 <input type="checkbox"/> 看護師住宅 | |
| | <input type="checkbox"/> 診察室 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 処置室 <input type="checkbox"/> 臨床検査施設 <input type="checkbox"/> エックス線診療室 <input type="checkbox"/> 調剤所 <input type="checkbox"/> 病床数 (床) <input type="checkbox"/> 医師住宅 <input type="checkbox"/> 看護師住宅 | |
| | <input type="checkbox"/> 診察室 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 処置室 <input type="checkbox"/> 臨床検査施設 <input type="checkbox"/> エックス線診療室 <input type="checkbox"/> 調剤所 <input type="checkbox"/> 病床数 (床) <input type="checkbox"/> 医師住宅 <input type="checkbox"/> 看護師住宅 | |

※ へき地医療拠点病院に医師を派遣する病院にあつては、(1) 総括表の「施設」欄の記載と重複するため、本表の「施設」欄は記載不要。

4 職種別従業員数

| 職種 人員 | 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 診療放射線技師 | 歯科技工士 | 臨床検査技師 | 歯科衛生士 | 看護師 | 助産師 | 栄養士 | 理学療法士 | 作業療法士 | 臨床工学技士 | 事務職員 | 調理師 | その他 | 計 |
|----------|------|------|-----|---------|-------|--------|-------|-----|-----|-----|-------|-------|--------|------|-----|-----|-----|
| 定員 | 17.4 | | 3 | | | | | 73 | | 1 | | | | | | | |
| 実人員 | 27 | | 7 | 8 | | 3 | 2 | 181 | | 4 | 74 | 28 | 2 | 53 | | 99 | 488 |
| 内特殊関係者 | 7 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 8 |

5 勤務体制

| | 体制 | 昼間（15時現在） | | 夜間（3時現在） | | 休日（15時現在） | |
|---------------------------|-------|-----------|-----|----------|----|-----------|----|
| | | 専任 | 兼任 | 専任 | 兼任 | 専任 | 兼任 |
| 医師 | 病院内 | | 24 | | 2 | | 2 |
| | オンコール | | | | 4 | | 4 |
| 内 精神科医（再掲） | 病院内 | | | | | | |
| | オンコール | | | | | | |
| 内 小児科医（再掲） | 病院内 | | | | | | |
| | オンコール | | | | | | |
| 内 産婦人科医（再掲） | 病院内 | | | | | | |
| | オンコール | | | | | | |
| 薬剤師 | 病院内 | | 7 | | | | |
| | オンコール | | | | 1 | | 1 |
| 診療放射線技師 | 病院内 | | 8 | | | | |
| | オンコール | | | | 1 | | 1 |
| 臨床検査技師 | 病院内 | | 3 | | 1 | | 1 |
| | オンコール | | | | | | |
| 看護師 | 病院内 | | 112 | | 15 | | 44 |
| | オンコール | | | | | | |
| 合計 | 病院内 | | 154 | | 18 | | 47 |
| | オンコール | | | | 6 | | 6 |
| 内 救急医療（再掲） （精神科救急医療含む） | 病院内 | 外 | 18 | | | | |
| | | 手 | 11 | | | | |
| | | 2東 | 17 | | | | |
| | | 3東 | 15 | | | | |
| | | 3西 | 17 | | | | |
| | | 4F | 17 | | | | |
| | | 5F | 17 | | | | |
| オンコール | | | | | | | |
| 内 周産期医療（再掲） | 病院内 | | | | | | |
| | オンコール | | | | | | |
| 内 小児救急医療（再掲） | 病院内 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|-------|--|--|--|--|--|--|
| | オンコール | | | | | | |
|--|-------|--|--|--|--|--|--|

6 その他の体制

(1) 精神科救急医療の場合のみ

- ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第5条の2第1号に基づく都道府県知事の指定の有無（有・無）
- ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第5条の2第3号に基づく常時勤務する指定医の人数（ 人）

(2) 災害医療の場合のみ

- ・災害派遣医療チーム（DMAT）の有無（有・無）

「添付書類（構造設備及び体制）」の記載要領

1 各表共通

申請書又は決算届に記載した救急医療等確保事業を行っている病院（診療所）毎に記載すること。

2 「2 許可病床数」

医療法に基づき「患者収容定員」として使用許可を受けている「許可病床」の数を記載すること。

3 「3 構造設備」

(1) 「(1) 総括表」には、該当する業務の区分（複数の基準に該当する場合はその全て）及び所有する施設又は設備等の□にチェックすること。

(2) 「(2) 災害医療の確保に関する事業に係る病院の概要」は、以下のとおり記載すること。

- ① 「区分」欄には、建物の棟等の異なるごとに、その建物の名称（例えば、本館、第1外来診療棟、第1病棟等）を記載すること。
- ② 「構造の概要」欄には、その建物の構造の概要（例えば、鉄筋コンクリート3階建、木骨モルタル造2階建等）を記載すること。
- ③ 「耐震基準」欄には、「耐震基準を有する」又は「耐震基準を有しない」を記載すること。
※ 耐震構造を有する場合は、昭和56年6月1日以降に建築確認を受けた建物であるか、昭和56年5月31日以前に建築された建物であっても、建築基準法（昭和56年6月1日施行令改正）に基づく耐震基準を満たすものや耐震補強工事等により新耐震基準を満たすものをいう。
- ④ 「用途の区分」欄には、その建物の用途の異なるごとに、その用途（例えば、診察室、処置室、臨床検査施設、エックス線診療室、調剤所、病室、医師住宅等）を記載すること。
- ⑤ 「室数」欄には、その建物の用途別の区分に応じ、その室数を記載すること。

(3) 「(3) へき地医療拠点病院に医師を派遣する場合、又は開設するへき地診療所の所在地の都道府県において病院を開設する場合の当該病院の概要」には、医療法第42条の2第1項第5号の要件に該当するへき地診療所の所在地の都道府県において、当該医療法人が開設するすべての病院について記載すること。

- ① 「施設」欄には、該当する施設の□にチェックすること（へき地医療拠点病院に医師を派遣する病院にあっては、(1) 総括表に記載済みのため記載不要）。
- ② 「へき地からの入院患者の受入れ体制」欄には、その具体的な体制（例えば、病院開院時間におけるへき地の患者の受け入れ（外来、入院、検査等）の可否、〇〇病院が所有する患者輸送車により搬送できる体制、情報システムにより診療を支援できる体制等）を記載すること。

なお、へき地医療拠点病院へ医師を派遣する病院にあっては、へき地医療拠点病院からへき地診療所へ派遣された医師との連携を図るため、へき地診療所では対応困難な場合等において、当該病院の窓口を經由して対応可能な医師等に相談し、必要な助言・指導を受けられる体制（例えば、「担当窓口：〇〇室、対応方法：へき地診療所からの応援要請（へき地医療拠点病院を經由する場合を含む。）に対して対応可能な医師等に院内PHSで連絡し、適切な助言指導を行う。」など）についても記載すること。

4 「4 職種別従業員数」

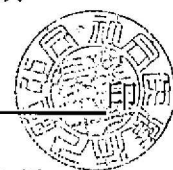
(1) 直近に終了した会計年度の末日における人数を記載すること。

(2) 特殊関係者とは、医療法人の設立者、理事、監事、社員若しくは評議員（以下「設立者等」という。）又はこれらの者と親族等の関係を有する者をいう。なお、親族等とは、次の者をいう。

添付書類 3-1 (へき地医療)

医療法第42条の2第1項第5号の要件に該当する旨を説明する書類

申請者名: 社会医療法人恒心会理事長小倉雅



住 所: 鹿児島県鹿屋市笠之原町27番22号

以下のとおり相違ありません。

| | |
|--------|---|
| 病 院 名 | 恒心会おぐら病院 へき地医療拠点病院の指定 (<input checked="" type="radio"/> 有) ・ 無) |
| 病院の所在地 | 鹿児島県鹿屋市笠之原町27番22号 |
| 管轄保健所名 | 鹿屋保健所 |

[へき地に所在する診療所に対する医師の延べ派遣日数]

| 支援診療所名 | 派遣日数 | 派遣医師数 | 医師の延べ派遣日数 |
|------------|------|-------|-----------|
| 南大隅町立佐多診療所 | 70日間 | 8人 | 70人日 |
| | 日間 | 人 | 人日 |
| | 日間 | 人 | 人日 |
| | 日間 | 人 | 人日 |
| | 日間 | 人 | 人日 |
| 合 計 | 70日間 | 8人 | ※ 70人日 |

※ 「医師の延べ派遣日数」の合計欄は、53人日以上(へき地医療拠点病院の指定を受けている社会医療法人にあっては、他の医療法人から医師の派遣を受けて行われたへき地診療所に対する医師の派遣の延べ派遣日数は除く。)であること。

(記載上の注意事項)

- 直近に終了した会計年度におけるへき地に所在する診療所(当該医療法人が開設又は指定管理者として管理するものを除く。)に対する医師の延べ派遣日数を記載すること。
- 当該病院の所在地の都道府県において行っている医師派遣について記載すること。

添付資料

- 医師派遣明細表
- へき地に所在する診療所に対する医師の延べ派遣日数を証明する書類(支援診療所との協定書等の写し)

医師派遣明細表

| 派遣日又は派遣期間 | 派遣日数 | 派遣先（診療所名） | 派遣医師数 | 医師の延べ派遣日数 | 受診可能診療科目 |
|--------------------------|------|------------|-------|-----------|----------|
| 令和2年4月1日 ～令和2年4月30日 | 6日間 | 南大隅町立佐多診療所 | 4人 | 6人日 | 整形外科 |
| 令和2年5月1日 ～令和2年5月31日 | 5日間 | 南大隅町立佐多診療所 | 5人 | 5人日 | 整形外科 |
| 令和2年6月1日 ～令和2年6月30日 | 7日間 | 南大隅町立佐多診療所 | 5人 | 7人日 | 整形外科 |
| 令和2年7月1日 ～令和2年7月31日 | 6日間 | 南大隅町立佐多診療所 | 5人 | 6人日 | 整形外科 |
| 令和2年8月1日 ～令和2年8月31日 | 5日間 | 南大隅町立佐多診療所 | 4人 | 5人日 | 整形外科 |
| 令和2年9月1日 ～令和2年9月30日 | 6日間 | 南大隅町立佐多診療所 | 5人 | 6人日 | 整形外科 |
| 令和2年10月1日 ～令和2年10月31日 | 7日間 | 南大隅町立佐多診療所 | 6人 | 7人日 | 整形外科 |
| 令和2年11月1日 ～令和2年11月30日 | 5日間 | 南大隅町立佐多診療所 | 5人 | 5人日 | 整形外科 |
| 令和2年12月1日 ～令和2年12月31日 | 6日間 | 南大隅町立佐多診療所 | 5人 | 6人日 | 整形外科 |
| 令和3年1月1日 ～令和3年1月31日 | 6日間 | 南大隅町立佐多診療所 | 5人 | 6人日 | 整形外科 |
| 令和3年2月1日 ～令和3年2月28日 | 5日間 | 南大隅町立佐多診療所 | 4人 | 5人日 | 整形外科 |
| 令和3年3月1日 ～令和3年3月31日 | 6日間 | 南大隅町立佐多診療所 | 5人 | 6人日 | 整形外科 |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| 合 計 | — | — | — | 70人日 | — |

(記載上の注意事項)

- 派遣日は「平成〇年〇月〇日」、派遣期間は「平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日」と記載すること。
- 受診可能診療科目は派遣医師が実際に診療できる科目を全て記載すること。