

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 義順顕彰会 理事長 田上 寛容

住 所：鹿児島県西之表市西之表7463番地

以下のとおり相違ありません。

| | |
|--------|-------------------|
| 施設名 | 種子島医療センター |
| 施設の所在地 | 鹿児島県西之表市西之表7463番地 |
| 管轄保健所名 | 西之表保健所 |

1 診療科目

| | | | | | | |
|-----|----------|------------|-------|-------|-------|-------------|
| 科 目 | 内 科 | 小 児 科 | 外 科 | 整形外科 | 脳神経外科 | 眼 科 |
| | 耳鼻咽喉科 | 麻 酔 科 | 放射線科 | 皮 膚 科 | 泌尿器科 | リハビリテーション科 |
| | 循環器内科 | 心療内科 | 呼吸器内科 | リウマチ科 | 消化器内科 | 肝臓内科 |
| | 腎臓内科 | 血液内科 | 糖尿病内科 | 神経内科 | 消化器外科 | 肝臓・胆のう・膵臓外科 |
| | 乳腺・甲状腺外科 | ペインクリニック内科 | 科 | 科 | 科 | 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 |
| 70 | 186 | | | | | | | 1 | 2 | 71 | 188 |

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

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 | 臨床検査技師 | 看護師 | 助産師 | 栄養士 | 理学療法士 | 臨床工学技士 | 事務職員 | 調理師 | その他 | 計 |
|----------|-------|------|-----|---------|--------|-------|-----|-----|-------|--------|-------|-----|-------|--------|
| 定員 | 16.38 | | 3 | | | 68 | | 1 | | | | | | |
| 実人員 | 30.37 | | 3.2 | 8 | 5.6 | 104.5 | | 3 | 27.4 | 7 | 51.46 | | 81.72 | 322.25 |
| 内 特殊関係者 | 2 | | | | | | | | | | | | | 2 |

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 | 21 | | 1 | | 1 | |
| | オンコール | | | 1 | | 1 | |
| 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 | 2 | | | | | |
| | オンコール | | | 1 | | 1 | |
| 内 産婦人科医(再掲) | 病院内 | | | | | | |
| | オンコール | | | | | | |
| 薬剤師 | 病院内 | 3 | | | | | |
| | 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 | 5 | | | | | |
| | オンコール | | | 1 | | 1 | |
| 看護師 | 病院内 | 51 | | 11 | | 18 | |
| | オンコール | | | 1 | | 1 | |
| 合計 | 病院内 | 90 | | 12 | | 19 | |
| | 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 | | | | | | |
| | 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資料

申請者名: 社会医療法人 義順顕彰会 理事長 田上 寛

住 所: 鹿児島県西之表市西之表7463番地

以下のとおり相違ありません。

| | |
|--------|---------------------------------|
| 病 院 名 | 種子島医療センター へき地医療拠点病院の指定(有)・無) |
| 病院の所在地 | 鹿児島県西之表市西之表7463番地 |
| 管轄保健所名 | 西之表保健所 |

[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 |
|-----------|-------|-------|-----------|
| 種子島産婦人科医院 | 104日間 | 3人 | 105人日 |
| | 日間 | 人 | 人日 |
| | 日間 | 人 | 人日 |
| | 日間 | 人 | 人日 |
| | 日間 | 人 | 人日 |
| 合 計 | 104日間 | 3人 | 105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

| 派遣日数又は派遣期間 | 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4年4月1日 ～令和4年4月30日 | 8日間 | 種子島産婦人科医院 | 2人 | 8人日 | 小児科 |
| 令和4年5月1日 ～令和4年5月31日 | 8日間 | 〃 | 2人 | 8人日 | 小児科 |
| 令和4年6月1日 ～令和4年6月30日 | 7日間 | 〃 | 2人 | 7人日 | 小児科 |
| 令和4年7月1日 ～令和4年7月31日 | 8日間 | 〃 | 2人 | 8人日 | 小児科 |
| 令和4年8月1日 ～令和4年8月31日 | 7日間 | 〃 | 2人 | 7人日 | 小児科 |
| 令和4年9月1日 ～令和4年9月30日 | 8日間 | 〃 | 2人 | 8人日 | 小児科 |
| 令和4年10月1日 ～令和4年10月31日 | 4日間 | 〃 | 2人 | 4人日 | 小児科 |
| 令和4年11月1日 ～令和4年11月30日 | 9日間 | 〃 | 2人 | 9人日 | 小児科 |
| 令和4年12月1日 ～令和4年12月31日 | 9日間 | 〃 | 2人 | 9人日 | 小児科 |
| 令和5年1月1日 ～令和5年1月31日 | 9日間 | 〃 | 2人 | 9人日 | 小児科 |
| 令和5年2月1日 ～令和5年2月28日 | 8日間 | 〃 | 2人 | 8人日 | 小児科 |
| 令和5年3月1日 ～令和5年3月31日 | 8日間 | 〃 | 2人 | 8人日 | 小児科 |
| 令和4年7月1日 ～令和4年7月31日 | 1日間 | 〃 | 1人 | 1人日 | 小児科 |
| 令和4年9月1日 ～令和4年9月30日 | 2日間 | 〃 | 1人 | 2人日 | 小児科 |
| 令和4年11月1日 ～令和4年11月30日 | 2日間 | 〃 | 2人 | 3人日 | 小児科 |
| 令和4年4月1日 ～令和4年4月30日 | 1日間 | 〃 | 1人 | 1人日 | 麻酔科 |
| 令和4年7月1日 ～令和4年7月31日 | 1日間 | 〃 | 1人 | 1人日 | 麻酔科 |
| 令和4年8月1日 ～令和4年8月31日 | 1日間 | 〃 | 1人 | 1人日 | 麻酔科 |
| 令和4年10月1日 ～令和4年10月31日 | 1日間 | 〃 | 1人 | 1人日 | 麻酔科 |
| 令和4年11月1日 ～令和4年11月30日 | 1日間 | 〃 | 1人 | 1人日 | 麻酔科 |
| 令和4年12月1日 ～令和4年12月31日 | 1日間 | 〃 | 1人 | 1人日 | 麻酔科 |
| | 日間 | 〃 | 人 | 人日 | |
| | 日間 | 〃 | 人 | 人日 | |
| | 日間 | 〃 | 人 | 人日 | |
| | 日間 | 〃 | 人 | 人日 | |
| | 日間 | 〃 | 人 | 人日 | |
| | 日間 | 〃 | 人 | 人日 | |
| | 日間 | 〃 | 人 | 人日 | |
| | 日間 | 〃 | 人 | 人日 | |
| | 日間 | 〃 | 人 | 人日 | |
| | 日間 | 〃 | 人 | 人日 | |
| 合 計 | 104日間 | — | — | 105人日 | — |

(記載上の注意事項)

○ 派遣日は「令和〇年〇月〇日」、派遣期間は「令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日」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。