

県内各医療機関の長 殿

福岡県保健医療介護部医療指導課長
(医療計画係)

病床機能等の変更に関する報告書等に係る様式等の変更について (通知)

平素より、本県保健医療行政の推進に、ご理解とご協力賜り厚く御礼申し上げます。

県では、団塊の世代の方々が全て 75 歳以上となる令和 7 (2025) 年に向けて、将来必要となる医療・介護の提供体制を構築していくため、平成 29 年 3 月「福岡県地域医療構想」を策定し、現在、各構想区域 (県内 13 の二次保健医療圏) に設置した地域医療構想調整会議 (以下「調整会議」という。) を中心として、病床の機能分化・連携の推進等について関係者間で協議を行っています。

調整会議については、平成 30 年 4 月 16 日付け 30 医指第 127 号「病床機能等の変更に関する事前の情報提供について」により、入院基本料に係る施設基準の届出や病床の種別の変更等に伴い病床の機能等が変更となる場合などの具体的な提出事例の整理をするとともに、様式を一部変更し、事前に福岡県医療指導課に連絡・相談 (情報提供) いただくようお願いしております。

今般、変更概要の別紙の添付を求める事例を下記のとおり整理し、当該事例に該当する場合は、その別紙として病床変更等事前計画書を提出していただくとともに、様式を一部変更しましたのでお知らせします。

今後も調整会議における協議が円滑かつ効果的に行われるよう、事前の情報提供についてご理解・ご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

記

1 変更概要の別紙 (病床変更等事前計画書) の添付をお願いする事例

- ① 過剰な病床機能への転換
- ② 地域包括ケア病棟への転換 (特に公立・公的医療機関等)
- ③ 病床がすべて稼働していない病棟を再稼働
- ④ 無床診療所から有床診療所 (同一法人内及び同一の二次医療圏内に限る。) への転換

2 提出方法

以下の URL から様式をダウンロードし必要事項を入力の上、県医療指導課に電子メールで提出して下さい。

【様式の掲載場所】

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/medical-bed-function-report.html>

【提出先メールアドレス】

iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

3 その他留意事項

- 公的医療機関等 2025 プランの対象病院については、プランの修正等を要請することとなりますので、別途、県医療指導課にご相談下さい。
- 提出された報告様式については、各調整会議の議長に回付され、調整会議への出席・説明を要請するか等を判断することとなります。
- 判断までに一定の期間を必要とすることから、可能な限り早期に（変更を行う時期の2～3か月前まで）に提出いただきますようよろしくお願いいたします。
- 調整会議への出席を要請されましたら、ご協力いただくようお願いします。また、議長による判断又は調整会議での協議が終わるまで変更等を行わないようご協力ください。

【問い合わせ先】

福岡県保健医療介護部医療指導課医療計画係

担当：西川・福田 TEL092-643-3328

E-mail : iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

病 床 変 更 等 事 前 計 画 書

1 病床を変更又は設置する理由

- 2 病床を変更又は設置する必要性（地域において将来的に必要とされる病床数及び病床機能との関係）
 ※病床機能報告に基づく近隣医療機関の医療提供状況、病院又は診療所の診療時間、医師の専門性（専門医の有無）、診療内容、施設基準、施設認定、直近の平均在院日数、病床稼働率及び直近の救急搬送件数等を客観的指標として記載すること。なお、調整会議議長より、追加で客観的指標を求められることがあります。

3 病院又は診療所が地域で担う役割（提供している医療の内容等）

4 病床変更・設置計画（具体的に記載してください）

(1) 病床変更・設置に伴う工事等の計画

○ 病床変更・設置の形態（新築・増築・改装・一部用途変更）

資 金 計 画	事業費	建築費	土地購入費	機器購入費	その他（什器・備品）	合計
		円	円	円	円	円
財 源	自己資金	借入金	補助金	その他（リース）	合計	
		円	円	円	円	円

(2) 病院又は診療所の運営計画（雇用計画、病院又は診療所運営計画、他の医療機関との連携等）

病床機能等の変更に関する報告書

令和 年 月 日

福岡県保健医療介護部医療指導課長 殿

報告者 _____

次のとおり、病院・診療所の病床機能等を変更する予定ですので、その情報を構想区域地域医療構想調整会議へ事前に提供します。

1 開設者・施設情報 (所要事項を御記入ください。)

	開設者	施設
氏名又は名称		
郵便番号		
住所		
電話番号		
FAX 番号		
担当者(所属・氏名)		

2 変更内容

(1) 許可病床の状況

変更概要			変更予定日	
			令和	年 月 日
	変更前		変更後	
一般病床		床	一般病床	床
療養病床		床	療養病床	床
			その他	(介護医療院等への転換数)
合計		床	合計	床

(2) 医療機能の状況 (病棟単位)

※過剰な医療機能への転換又は増床を行う場合は病床変更等事前計画書(別紙)の提出が必要です。

変更の概要				変更予定日		
				令和	年 月 日	
	変更前			変更後		
病棟名	医療機能	病床数	病棟名	医療機能	病床数	
〇〇病棟		床	〇〇病棟		床	
〇〇病棟		床	〇〇病棟		床	
〇〇病棟		床	〇〇病棟		床	
〇〇病棟		床	〇〇病棟		床	
合計	—	床	合計	—	床	

(3) 診療報酬の届出状況 ※地域包括ケア病床がある場合にはその内容も御記入ください。

変更の概要			変更予定日		
			令和	年	月 日
変更前			変更後		
病棟名	入院基本料	病床数	病棟名	入院基本料	病床数
〇〇病棟		床	〇〇病棟		床
〇〇病棟		床	〇〇病棟		床
〇〇病棟		床	〇〇病棟		床
〇〇病棟		床	〇〇病棟		床
合計	—	床	合計	—	床

注) 地域医療構想の必要病床数と直近の病床機能報告を比較した場合において、過剰な医療機能へ病床を転換する場合には、医療法第30条の15に基づき、地域医療構想調整会議や福岡県医療審議会において理由の説明を求められる場合があるほか、転換を行わないよう要請・勧告等を行うことがあります。

注) 病床の機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)を変更する場合には、医療法第30条の13第2項により、福岡県知事への報告義務が生じるため、この報告とは別に、病床機能報告を提出してください(提出先は、9月~1月の間は厚生労働省の委託先、それ以外の期間は福岡県医療指導課です。)

【医療法第30条の13】

2 病床機能報告対象病院等の管理者は、前項の規定により報告した基準日後病床機能について変更が生じたと認められるときとして厚生労働省令で定めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、速やかに当該病床機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

(4) 変更概要の別紙の有無

変更の概要に関して、別紙がある場合には「有」に、別紙がない場合には「無」に○をしてください。

なお、①過剰な病床機能への転換、②地域包括ケア病棟への転換、③病床がすべて稼働していない病棟を再稼働を行う場合は、別紙の病床変更等事前計画書を提出してください。

別紙の有無	有 ・ 無
-------	-------

【提出先】 電子メールで提出願います。

福岡県保健医療介護部医療指導課 医療計画係 宛て

E-Mail : iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

【以下は記入不要です。】

審査・協議結果等	
① 議長の審査結果	会議招請必要 ・ 会議招請不要
② 調整会議の協議結果	

様式2 (医療機関が担う役割等を変更する場合)

医療機関が担う役割等の変更に関する報告書

令和 年 月 日

福岡県保健医療介護部医療指導課長 殿

報告者 _____

次のとおり、病院・診療所の開設者の変更、医療機関の統廃合、診療体制の変更等を行う予定ですので、その情報を構想区域地域医療構想調整会議へ事前に提供します。

1 開設者・施設情報 (所要事項を御記入ください。)

	開設者	施設
氏名又は名称		
郵便番号		
住所		
電話番号		
FAX 番号		
担当者(所属・氏名)		

2 変更内容

(1) 開設者の変更

変更の概要	変更予定日			
	令和	年	月	日
変更前				
変更後				

注) 上記の変更等に伴い病床の機能等が変更となる場合は、「病床機能等の変更に関する報告書」も合わせて提出して下さい(以下同じ)。

(2) 医療機関の統廃合等(医療機関間の病床の移動を含む)

変更の概要	変更予定日			
	令和	年	月	日
変更前				
変更後				

(3) その他診療体制の変更、特定の診療科の休止・廃止等

変更の概要	変更予定日			
	令和	年	月	日
変更前				
変更後				

注) 上記の変更等に伴い病床の機能等も変更となる場合は、「病床機能等の変更に関する報告書」も合わせて提出して下さい。

(4) 変更概要の別紙の有無

変更の概要に関して、別紙がある場合には「有」に、別紙がない場合には「無」に○をしてください。

なお、無床診療所から有床診療所への転換（同一法人内及び同一の二次医療圏内に限る。）を行う場合は、別紙の病床変更等事前計画書を提出して下さい。

別紙の有無	有 ・ 無
-------	-------

【提出先】 電子メールで提出願います。

福岡県保健医療介護部医療指導課 医療計画係 宛て

E-Mail : iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

【以下は記入不要です。】

審査・協議結果等	
① 議長の審査結果	会議招請必要 ・ 会議招請不要
② 調整会議の協議結果	