

福岡県医発第 2039 号 (地)

平成 20 年 12 月 26 日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 横 倉 義 武

(公 印 省 略)

独立行政法人福祉医療機構による
病院の施設整備動向調査の実施について

標記の件につきまして、日本医師会より別紙のとおり通知がありましたのでご連絡申し上げます。

さて、独立行政法人福祉医療機構においては、「療養病床転換支援資金」、「経営安定化資金」の融資などによる各医療機関への支援並びに支援の質を高めるためのサービスの見直しに取り組んでいるところですが、今般、病院における経営方針や施設整備の資金需要などを把握し、医療の民間活動を総合的に支援していくための検討資料に活用することを目的としたアンケート調査を実施するとのことです。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただきますとともに、貴会内の対象施設への周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、対象施設は、全ての民間病院となっておりますことを申し添えます。

小郡三井医師会より

医業経営担当理事 廣瀬真恵
会長 丸山 泉



年税第47号
平成20年12月19日

都道府県医師会
医業経営担当理事殿

日本医師会
常任理事 今村 聡



独立行政法人福祉医療機構による
病院の施設整備動向調査の実施について

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、今般、独立行政法人福祉医療機構より、病院における経営方針や施設整備の資金需要などを把握し、医療の民間活動を総合的に支援していくための検討資料に活用することを目的として、福祉医療機構の貸付対象施設である民間病院を対象にアンケート調査を実施する旨通知がございました。

本調査は、福祉医療機構による「療養病床転換支援資金」、「経営安定化資金」等による医療機関支援や、支援の質の見直しを目的とするものです。

つきましては、本調査関連資料を別添いたしますので、本調査の実施についてご承知おき頂きたく、宜しくお願い申し上げます。

敬具

理事会協議



医 業 第 1217001 号

平成20年12月17日

社 団 法 人 日 本 医 師 会

会 長 唐 澤 祥 人 殿

独立行政法人 福祉医療機構

医療貸付部長 馬 淵 洋



病院の施設整備動向調査の実施について

当機構の業務に関しましては、日頃から格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、昨今の医療構造改革の実施により、療養病床の再編等、医療サービスの提供内容について再検討を迫られております。当機構としましても、医療計画に沿った融資の重点化や療養病床を円滑に転換するための「療養病床転換支援資金」、物価高騰による一時的な資金不足を解消するための「経営安定化資金」の融資などにより各医療機関を支援していくとともに、支援の質を高めていけるようサービスの見直しに取り組んでいるところでございます。

そこで、今般、病院における経営方針や施設整備の資金需要などを把握し、医療の民間活動を総合的に支援していくための検討資料に活用することを目的として、アンケートを実施することといたしましたのでお知らせいたします。

なお、このアンケート調査は、当機構の貸付対象施設である民間病院に対し実施させていただいております。

当機構は、医療基盤の整備を促進する一助として、これからも一層、業務を充実させていく所存ですので、本アンケート調査の趣旨をお含みのうえ、何卒、ご理解とご協力を賜りたく、重ねてお願い申し上げます。



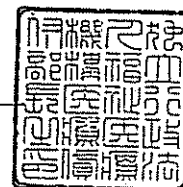
病院の施設整備動向調査のお願いについて

平成20年12月17日

病院長様

独立行政法人 福祉医療機構

医療貸付部長 馬 浏 洋



謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、当機構の医療施設や社会福祉施設に対する融資等の貸付事業に関しまして、格別のご理解とご支援を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、昨今の医療構造改革の実施により、療養病床の再編等、医療サービスの提供内容について再検討を迫られております。当機構としまして、医療計画に沿った融資の重点化や療養病床を円滑に転換するための「療養病床転換支援資金」、物価高騰による一時的な資金不足を解消するための「経営安定化資金」の融資などにより各医療機関をご支援するとともに、支援の質を高めていけるようサービスの見直しに取り組んでいるところでございます。

そこで、今般、病院における経営方針や施設整備の資金需要などを把握し、医療の民間活動を総合的に支援していくための検討資料に活用することを目的として、アンケートを実施することといたしました。

つきましては、ご多忙中のところ誠に恐縮ではございますが、別添のアンケートに所要のご回答をいただき、平成20年12月31日（水曜日）までに、同封の返信用封筒によりご返送くださいますよう、お願い申し上げます。

当機構は、医療基盤の整備を促進する一助として、これからも業務を充実させていく所存ですので、みなさま方のご理解とご協力を賜りますよう、重ねてお願い申し上げます。

なお、個別の調査結果につきましては、当機構の業務に資する他に一切使用しないことを申し添えます。

敬 白

福祉医療機構は、政府の特殊法人等改革により、社会福祉・医療事業団（旧医療金融公庫・旧社会福祉事業振興会）の事業を継承し、平成15年10月1日、福祉の増進・医療の普及と向上を目的として設立された厚生労働省所管の独立行政法人であり、福祉医療分野において多岐にわたる事業を展開しております。

ホームページ <http://www.wam.go.jp> (WAMネット) <http://www.wam.go.jp/wam> (福祉医療機構)

◎このアンケートに関するお問い合わせ先

〒105-8486 東京都港区虎ノ門 4-3-13 神谷町セントラルプレイス9階

TEL 03-3438-9293/FAX 03-3438-0659 医療貸付部 医療業務課（担当 森田・外谷・高田）

病院の施設整備動向 アンケート調査票

このアンケート調査は、独立行政法人福祉医療機構（医療貸付事業）の貸付対象である民間病院の施設整備の動向や設備投資に当たっての資金調達の状況などを調査し、今後の医療貸付事業の業務の運営に活かしていくものです。

昨今の世界的な金融危機の発生や先の医療制度改革が医療経営に及ぼす影響などについてのご質問も用意させていただきました。前回調査と一部重複するご質問もありますが、ご回答のほどよろしくお願いいたします。

アンケート調査票は、質問について、ご回答にあてはまる番号に○を付すか数字などを記入していただくものです。記入が終わりましたら、調査票に同封した返信用封筒にて、平成20年12月31日（水曜日）までにご返送ください。（お手数ですが、複数の病院を所有されている場合は、病院ごとにご回答ください。）

ご多忙の折、大変恐縮ですがご協力の程よろしくお願いいたします。

なお、個別のアンケート結果につきましては、当機構の業務の参考にする以外に使用しないことを申し添えます。おって当機構は、医療経営を取り巻く環境の厳しい中、多くの医療施設経営者の皆様方が医療貸付事業で資金調達を行うことで、医療経営の安定化に資することができれば幸いです。

1. 病院の概況

- ・所在地 所在する都道府県名をご記入ください。

都 府	道 県	郡 市	区
--------	--------	--------	---

- ・開設者 該当する経営主体の番号を○で囲んでください。

1. 個人 2. 医療法人 3. 財団法人 4. 社団法人 5. 社会福祉法人 6. その他

- ・病床規模（内訳） 現在の許可病床数をご記入ください。

一般病床	療養病床 （医療型）	療養病床 （介護型）	精神病床	結核病床	感染症病床	合 計
床	床	床	床	床	床	床

「精神病床」を有する病院の方は、別紙もございますのでご協力お願いいたします。

問1. 主な取引銀行（メインバンク）について

- ・該当する事項の番号を○で囲んでください。

1. 都市銀行 2. 地方銀行 3. 信用金庫 4. その他（ ）

① 該当する事項の番号を○で囲んでください。

- ② ①において「1. 厳しくなっている」と回答された方にお聞きします。どのような点が厳しくなりましたか。該当する事項の番号を○で囲んでください。

③ 資金調達先への希望について、該当する事項の番号を○で囲んでください。

- ・該当する事項の番号を○で囲んでください。

- ① 現在抱えている経営課題について、該当する事項の番号を○で囲んでください。

② どのような財務対策を講じているか、該当する事項の番号を○で囲んでください。

※ 機構では、昨今の物価高騰の影響により、一時的に資金不足を生じている病院、診療所及び介護老人保健施設の経営の安定化を図るための運転資金として、平成20年10月21日から「物価高騰に伴う経営安定化資金」（詳細はパンフレット参照）の融資を開始しました。迅速・適正な審査によって速やかに融資しますのでぜひご利用ください。

問5. 一般病床を有する病院について

・急性期病院を取り巻く環境は大きく変化しています。今後の経営方針として、次の事項で該当する番号を○で囲んでください。2、3及び4に該当する場合は、数字を記入してください。

〔複数回答可〕

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1. DPCの導入 | 2. 医療体制の強化 — 常勤医師の増員 _____人 |
| 3. 救急体制の強化（ア ICUの増床 _____床 → _____床 | |
| イ 手術室の増設 | ウ その他 _____） |
| 4. 看護体制の整備（____対1看護体制） | 5. クリティカルパスの導入 |
| 6. 事業規模の拡大を図るための土地の取得 | 7. 急性期医療からの撤退 |
| 8. その他（ _____） | |

問6. 療養病床を有する病院について（療養病床の転換を予定している場合ご回答ください。）

- ① 転換計画の予定時期（平成20年度～平成23年度）について、いつ頃を予定していますか。
該当する年度の番号を○で囲んでください。（改正健康保険法等により介護療養型医療施設の転換期限は平成24年3月末日となっています）

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 平成20年度 | 2. 平成21年度 | 3. 平成22年度 | 4. 平成23年度 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|

- ② 療養病床の転換の内容について、該当する事項の番号を○で囲んでください。

〔複数回答可〕

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. 介護老人保健施設（従来型老健）へ転換 | 2. 介護療養型老人保健施設（新型老健）へ転換 |
| 3. 特別養護老人ホームへ転換 | 4. 有料老人ホームへ転換 |
| 5. ケアハウスへ転換 | 6. グループホームへ転換 |
| 7. 高齢者専用賃貸住宅へ転換 | |
| 8. 一般病床へ転換 | 9. 医療療養病床へ転換 |
| 10. 診療所へ転換 | 11. 検討中 |

- ③ 療養病床の整備について、機構から借入をしている方にお聞きます。

・機構からの借入金について償還期間の延長の制度を利用しますか。

- | | | |
|---------|----------|--------|
| 1. 利用する | 2. 利用しない | 3. 検討中 |
|---------|----------|--------|

- ④ 療養病床の整備について、民間金融機関から借入をしている方にお聞きます。

・民間金融機関からの借入れについて、機構の借換えの制度を利用する希望はありますか。

- | | | |
|---------|----------|--------|
| 1. 希望する | 2. 希望しない | 3. 検討中 |
|---------|----------|--------|

⑤ ④で希望すると回答された方は、どれぐらいの金額の借換えを希望しますか。

およそ

百万円

※なお、機構では、療養病床の転換支援策の一環として、平成23年度末までの間に限り、「機構からの既往借入金の償還期間の延長」(最大30年)や「民間金融機関からの過去債務の償還負担軽減や退職金等に必要運転資金」(詳細はパンフレットを参照)を有利な条件で融資する制度を用意しておりますので、転換の際はご活用ください。

問7. 精神病床を有する病院について

① 現在又は今後の自院の病院経営の目標について、該当するものに○をつけてください。

〔複数回答可〕

- | | |
|---------------------------------------|----------------|
| 1. 退院促進(1年以上退院者率の向上) | 2. 1年未満在院者率の低下 |
| 3. 地域の病院、診療所との連携の強化 | 4. 社会復帰支援の充実 |
| 5. 規模のダウンサイジング(病床や病棟数の削減) | |
| 6. 病床の機能分化(急性期、社会復帰リハビリ、地域生活支援、認知症病床) | |
| 7. その他() | |

② 患者の社会復帰への支援方策としてどのようなものが必要と思われますか。該当するものに○をつけてください。

〔複数回答可〕

- | | | |
|----------------|-----------|-----------------|
| 1. 福祉サービスの充実 | 2. 相談支援 | 3. 早期退院プログラムの充実 |
| 4. 就労支援、居住先の確保 | 5. その他() | |

③ 精神病棟の現状、精神病床等の内訳等について別紙にご記入をお願いします。

2. 施設整備計画

問8. 今後の整備予定

今後5か年程度のうちに、施設整備の予定がありますか。該当する事項の番号を○で囲んでください。

- | | | | |
|-------------|-----------|------------|----------|
| 1. 必要だができない | 2. 予定している | 3. 予定していない | 4. 既に着工済 |
|-------------|-----------|------------|----------|

【(問8. で)「1. 必要だができない」と回答された方にお聞きします】

問8-2. 必要だができない理由について

該当する事項の番号を○で囲んでください。4は、確保が難しいスタッフについて職種に○を付けてください。

【複数回答可】

- | | | |
|---------------------------------|-------------|--------------|
| 1. 資金的な余裕がない | 2. 資金調達が難しい | 3. 土地の確保が難しい |
| 4. 医療スタッフの確保が難しい(医師・看護師・コメディカル) | | |
| 5. 医療制度改革等による影響を見極めたい | 6. 後継者がいない | |
| 7. その他 | [] | |

【(問8. で)「2. 予定している」と回答された方にお聞きします(問8-3～問8-6)】

問8-3. 計画の実施時期(平成21年度から5か年分)について

施設整備の着手は、いつ頃を予定していますか。該当する年度の番号を○で囲んでください。

- | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| 1. 平成21年度 | 2. 平成22年度 | 3. 平成23年度 | 4. 平成24年度 | 5. 平成25年度以降 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|

問8-4. 計画の目的について

整備計画の目的について、該当する事項の番号を○で囲んでください。

【複数回答可】

- | | | |
|---------------------|--------------|------------|
| 1. 施設の狭隘化の解消 | 2. 施設の老朽化の解消 | 3. 療養病床の転換 |
| 4. 増床(一般・療養・精神・その他) | 5. 病床削減 | 6. 施設の統合 |
| 7. 施設基準(法令等)への対応 | 8. 施設機能の充実 | 9. 耐震化 |
| 10. その他 | [] | |

問8-5. 建築工事費について

建築工事費はどれくらいを考えていますか。

- | | |
|-----|-----|
| およそ | 百万円 |
|-----|-----|

建築工事費について、自己資金以外の調達をどのように行いますか。該当する事項の番号を○で囲んでください。また、福祉医療機構から調達する場合、その金額はどれくらいですか。

1. 福祉医療機構からの借入れを希望 ◎ 機構からの資金調達希望額 およそ 百万円

2. 交付金 3. 金融機関からの借入れ (3-1 都銀 3-2 地銀 3-3 信金)

4. その他 () 5. 検討中

1. 知っている 2. 知らない

1. ない ……… 問10. へお進みください。
2. ある ……… 以下の小問にお答えください。

1. 長期・固定である 2. 低利である 3. 安心・信頼がある 4. サービスがよい

5. その他（ ）

1. 利用したい 2. 利用しない 3. 民間金融機関の貸出条件等と比較して検討したい

【すべての方にお聞きします】

問10. 医療貸付事業に希望する点があればお聞かせください。

[複数回答可]

1. 提出書類（事務手続き）の軽減
2. 融資決定までのスピード化
3. 事業計画に当たり設計、建設又は経営改善に関する整備事業前の経営相談の実施
4. 融資後の財務収支の定期的な点検等整備事業後の経営相談の実施
5. 法務・会計・労務に係る相談窓口の設置
6. 提供する担保物件の軽減
7. 複数連帯保証人制度の廃止
8. その他（ ）

・福祉医療機構の医療貸付事業に対するご意見、ご要望などがございましたら、お聞かせください。

今までのアンケート調査結果等における皆様方のご要望を反映し、機構では、お客様の事務の簡素化・軽減化を図るため借入申込時の提出書類を見直しました。また一方で、お客様の利便性を高める観点から年2回開催している「融資相談会」に加え、ご融資を希望される方に別途直接当機構職員がお伺いし（そのための出張に係る経費は機構が負担します）、現地で融資の相談を承るなどお客様のご負担を少しでも軽減する工夫を続けておりますので、適宜、ご連絡ください。

以上でアンケートは終了しました。ご協力ありがとうございました。

機構では今後とも皆様方に、適宜、機構が企画する事業その他有益な情報をご紹介しますので、ご面倒でも差しさわりがなければ、最終ページに必要事項をご記入の上、返信用封筒にアンケートと同封して、ご返送ください。

なお、アンケート調査の集計結果につきましては、平成21年1月を目途に送付させていただきます。

◎このアンケートに関するお問い合わせ先

独立行政法人福祉医療機構 医療貸付部 医療業務課（担当 森田・外谷・高田）

〒105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13 神谷町セントラルプレイス9階

TEL 03-3438-9293/FAX 03-3438-0659

お客様シート

アンケートへのご回答ありがとうございました。

なお、ご記入いただいた個人情報は、厳重な管理のもと、アンケート集計結果の送付及び出張融資相談その他機構からの情報発信の際に活用させていただきます。(集計結果につきましては、平成21年1月中旬を目途に送付させていただきます。)

※次の事項にご希望があれば ☒ をしてください。

☐ 融資のご案内(融資制度がわかるパンフレット)希望

☐ アンケート集計結果希望

☐ 出張融資相談希望(希望する予定時期:平成21年__月～__月の間)
(具体的な時期についてはあらためてご連絡し調整させていただきます。)

法人名又は個人名(担当者名・部署名)	(担当者名・部署名)
所在地(訪問希望先)	〒 (〒)
施設名・連絡先 電話番号・Fax	Tel () Fax
メールアドレス	

精神病床を有する病院のみ

○精神病棟について

・全ての病棟について記入をお願いいたします。

	建築年	改築・大規模修繕の実施の有無、実施年	病床数	1床あたり病棟面積	今後の改築・大規模修繕予定
病棟1	(S・H 年)	なし あり (S・H 年)	床	m ²	なし あり (H 年)
病棟2	(S・H 年)	なし あり (S・H 年)	床	m ²	なし あり (H 年)
病棟3	(S・H 年)	なし あり (S・H 年)	床	m ²	なし あり (H 年)
病棟4	(S・H 年)	なし あり (S・H 年)	床	m ²	なし あり (H 年)
病棟5	(S・H 年)	なし あり (S・H 年)	床	m ²	なし あり (H 年)
病棟6	(S・H 年)	なし あり (S・H 年)	床	m ²	なし あり (H 年)
病棟7	(S・H 年)	なし あり (S・H 年)	床	m ²	なし あり (H 年)

○精神病床の状況について

・以下の項目について記入をお願いいたします。(注:各病室の1床当たりの面積に該当する欄に記入してください。)

総数

病床

1床当たり	5.8㎡未満	5.8㎡以上 6.4㎡未満	6.4㎡以上 8.0㎡未満	8.0㎡以上
病室				
保護室	床	床	床	床
施錠できる個室	床	床	床	床
その他の個室	床	床	床	床
2人室	床	床	床	床
3人室	床	床	床	床
4人室	床	床	床	床
5人室	床	床	床	床
6人室	床	床	床	床
7人室以上	床	床	床	床

○今後の病棟新築の予定について

・該当する事項の番号を○で囲んでください。

1 予定している (年 整備予定)	2 予定していない
--------------------	-----------