

福岡医発第 462 号(地)

令和元年 5 月 14 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

(公 印 省 略)

診療所の病床設置に係る地域医療構想調整会議での協議について

標記の件につきまして、福岡県保健医療介護部医療指導課より別添のとおり通知がありました。

さて、本県では、医療法第 7 条第 3 項に基づき、知事の許可を受けずに医療法施行規則第 1 条の 14 第 7 項第 1 号（地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所）、第 2 号（地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所）又は第 3 号（前二号に規定する診療所に療養病床又は一般病床の病床数を増加させようとする診療所）に規定する病床を診療所に設置する場合は、各構想区域の地域医療構想調整会議の協議を経ることとされております。

本件は、今般、地域医療構想調整会議で協議するための様式を作成したため、県内の各保健福祉（環境）事務所及び各保健所設置市に対し、病床設置の届出について相談があった場合は、「病床機能等の変更に関する報告書（様式 1）」、「医療機関が担う役割等の変更に関する報告書（様式 2）」に加え、「診療所における病床設置又は増加に係る申出書」を県医療指導課に提出する必要がある旨の説明を求めるものであります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただきますようお願い申し上げます。

なお、手続きの流れにつきましては、参考資料「診療所における病床設置届に係る手続きの流れ」をご参照ください。

1 医指第 4 3 9 号
令和元年 5 月 1 0 日

福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(医 療 指 導 課)

診療所の病床設置に係る地域医療構想調整会議での協議について

日頃から、本県の保健医療行政の推進につきまして、格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本県では、平成 3 0 年 4 月 1 1 日付 3 0 医指第 9 5 号において、医療法第 7 条第 3 項に基づき医療法施行規則第 1 条の 1 4 第 7 項第 1 号、第 2 号及び第 3 号に規定する病床を診療所に設置する場合は、すべて、各構想区域における地域医療構想調整会議の協議を経ることとしたところです。

この度、地域医療構想調整会議で協議するための様式を、別紙のとおり作成し、県内の各保健福祉（環境）事務所及び各保健所設置市医務主管課あてに別添（写）のとおり依頼しましたのでお知らせいたします。

○担当

保健医療介護部医療指導課

医療計画係 小林

TEL : 0 9 2 - 6 4 3 - 3 3 2 8

FAX : 0 9 2 - 6 4 3 - 3 2 7 7

Mail : kobayashi-t5978@pref.fukuoka.lg.jp



公印省略

1 医指第 4 3 9 号
令和元年 5 月 1 0 日

各保健福祉（環境）事務所長 殿

保健医療介護部医療指導課長
(医 療 計 画 係)

診療所の病床設置に係る地域医療構想調整会議での協議について

平成 3 0 年 4 月 1 1 日付 3 0 医指第 9 5 号において、医療法第 7 条第 3 項に基づき医療法施行規則第 1 条の 1 4 第 7 項第 1 号、第 2 号及び第 3 号に規定する病床を診療所に設置する場合は、すべて、各構想区域における地域医療構想調整会議の協議を経ることとしたところです。

この度、地域医療構想調整会議で協議するための様式を、別紙のとおり作成しましたのでお知らせいたします。

つきましては、貴所管内の診療所から病床設置の届出について相談があった場合は、「病床機能等の変更に関する報告書」、「医療機関が担う役割等の変更に関する報告書」に加え、別紙の「診療所における病床設置又は増加に係る申出書」を県庁医療指導課へ提出する必要があることを説明していただきますようお願いいたします。

○担当

保健医療介護部医療指導課

医療計画係 小林

TEL : 0 9 2 - 6 4 3 - 3 3 2 8

FAX : 0 9 2 - 6 4 3 - 3 2 7 7

Mail : kobayashi-t5978@pref.fukuoka.lg.jp



公印省略

1 医指第 4 3 9 号
令和元年 5 月 1 0 日

各保健所設置市医務主管課長 殿

保健医療介護部医療指導課長
(医 療 計 画 係)

診療所の病床設置に係る地域医療構想調整会議での協議について

平成 3 0 年 4 月 1 1 日付 3 0 医指第 9 5 号において、医療法第 7 条第 3 項に基づき医療法施行規則第 1 条の 1 4 第 7 項第 1 号、第 2 号及び第 3 号に規定する病床を診療所に設置する場合は、すべて、各構想区域における地域医療構想調整会議の協議を経ることとしたところです。

この度、地域医療構想調整会議で協議するための様式を、別紙のとおり作成しましたのでお知らせいたします。

つきましては、貴所管内の診療所から病床設置の届出について相談があった場合は、「病床機能等の変更に関する報告書」、「医療機関が担う役割等の変更に関する報告書」に加え、別紙の「診療所における病床設置又は増加に係る申出書」を県庁医療指導課へ提出する必要があることを説明していただきますようお願いいたします。

○担当

保健医療介護部医療指導課

医療計画係 小林

TEL : 0 9 2 - 6 4 3 - 3 3 2 8

FAX : 0 9 2 - 6 4 3 - 3 2 7 7

Mail : kobayashi-t5978@pref.fukuoka.lg.jp

診療所における病床設置届に係る手続きの流れ

1. 医療機関開設予定者から保健所（※１）に病床設置届について相談。
（相談があった際に、県庁医療指導課に「病床機能等の変更に関する報告書」、「医療機関が担うべき役割等の変更に関する報告書」及び「診療所における病床設置に係る申出書」（以下「報告書等」という。）を提出するよう説明を行う。）
2. 医療機関開設予定者から県庁医療指導課に当該報告書等を提出。
3. 県庁から該当する区域の地域医療構想調整会議（※２）の議長に当該報告書等を提出。
4. 議長による地域医療構想調整会議への招請の有無を判断し県庁医療指導課に連絡。
（病床設置届に係る報告書等はすべて地域医療構想調整会議への協議が必要）
5. 県庁医療指導課から該当する区域の医師会、保健所、医療機関開設予定者に招請の有無を連絡。
6. 当該区域の保健福祉（環境）事務所と医師会で地域医療構想調整会議の日程調整を行い、速やかに地域医療構想調整会議を開催。
7. 地域医療構想調整会議において、当該区域での病床設置の必要性について協議。
8. 福岡県医療審議会医療計画部会の意見を聴く。
（分娩を取り扱う有床診療所に関しては、平成１９年３月１９日に開催された福岡県医療審議会において、周産期医療に必要な診療所に該当するものとして、包括的に届出による病床設置が認められていることから、地域医療構想調整会議において合意が得られた場合は、医療計画部会の意見を聴くことを要しない。）
9. 病床設置が届出により可能となる有床診療所として適当であるか否かを県庁医療指導課から医療機関に通知。
10. 医療機関から病床設置届を保健所に提出。
11. 保健所から県庁医療指導課に病床設置届が提出された旨を報告。
12. 病床を設置する目的及び内容で利用されているかを保健所が確認し、必要に応じて是正措置命令等を行う。（適宜）

（※１）保健所設置市及び保健福祉（環境）事務所をいう（以下同じ）

（※２）病床機能分化連携推進部会がある区域は当該部会をいう（以下同じ）

診療所における病床設置又は増加に係る申出書

年 月 日

福岡県保健医療介護部医療指導課長 殿

申請者 _____ 印

医療法第7条第3項に基づき、知事の許可を受けずに医療法施行規則第1条の14第7項第1号、第2号又は第3号に規定する病床を次のとおり診療所に設置（増加）したいので、予め申し出ます。

なお、今回申し出た病床については、救急患者の受入など特段の事情がある場合を除き、次表の病床を設置する目的及び内容のとおり利用します。

開設者の氏名 又は名称		住所又は主たる事務所の所在地	〒 (TEL :)
施設の名称		開設の場所 (所在地)	〒 (TEL :)
診療科目			
病床を設置又は増加する目的・内容	☐ 地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所(医療法施行規則第1条の14第7項第1号) 【該当する機能】 ☐ 在宅療養支援診療所の機能（訪問診療の実施） ☐ 急変時の入院患者の受入機能（年間6件以上） ☐ 患者からの電話等による問い合わせに対し、常時対応できる機能 ☐ 他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入れを行う機能（入院患者の1割以上） ☐ 当該診療所内において看取りを行う機能 ☐ 全身麻酔、脊椎麻酔、硬膜外麻酔又は伝達麻酔（手術を実施した場合に限る。）を実施する（分娩において実施する場合を除く。）機能（年間30件以上） ☐ 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受渡機能		
	☐ 地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所(医療法施行規則第1条の14第7項第2号) 【該当する機能】 ☐ へき地医療 ☐ 周産期医療 ☐ 小児医療 ☐ その他（※以下具体的に記載） [] ☐ 前二号に規定する診療所に療養病床又は一般病床の病床数を増加させようとする診療所(療養病床又は一般病床に係る病室の病床数を変更しようとするときを除く。)(医療法施行規則第1条の14第7項第3号) ※該当する項目に☑を付けてください。		

病床機能等の変更に関する報告書

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

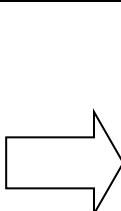
変更概要		変更予定日	
		令和	年 月 日
変更前		変更後	
一般病床	床	一般病床	床
療養病床	床	療養病床	床
		その他	(介護医療院等への転換数)
合 計	床	合計	床

(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理由書(様式任意)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。

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	

医療機関が担う役割等の変更に関する報告書

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。

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	