

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	医療法人〇〇会	〇〇病院
郵便番号	000-0000	000-0000
住所	福岡市東区〇〇〇7-7	福岡市東区〇〇〇7-7
電話番号	000-000-0000	000-000-0000
FAX番号	000-000-0000	000-000-0000
担当者(所属・氏名)	事務長 〇〇 〇〇	

2 変更内容

(1) 許可病床の状況

変更概要	一般病床10床を療養病床10床に種別の変更を行う。		変更予定日	
			令和〇〇年〇〇月〇〇日	
変更前		➔	変更後	
一般病床	100床		一般病床	90床
療養病床	100床		療養病床	110床
			その他	(介護医療院等への転換数)
合計	200床		合計	200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	一部病棟を急性期から回復期に病床機能の変更を行う。			変更予定日		
				令和〇〇年〇〇月〇〇日		
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	急性期	50床		〇〇病棟	回復期	50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	—	50床	合計	—	50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	一部病棟の入院基本料の届出を以下のように変更を行う。				変更予定日	
					令和〇〇年〇〇月〇〇日	
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	7対1入院基本料	50床		〇〇病棟	地域包括ケア病棟入院基本料	50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	—	50床		合計	—	50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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	