

2025年における医療機関ごとの具体的対応方針に関する調査票（案）

二次医療圏	※ リストから選択	千葉
市町村	※ リストから選択	千葉市中央区
医療機関名	※ リストから選択	A病院
担当者	部署	医事課
	氏名	〇〇 〇〇
	電話番号	043-xxx-xxxx
	メールアドレス	xxxx@xxxx.co.jp

1. 2025年に貴院が担う役割（予定を含む）に○をつけてください。

がん	脳卒中	心血管疾患	糖尿病	精神疾患	救急	災害	周産期	小児	在宅	その他
○	○	○			○				○	

「その他」を選択した場合又は補足がある場合、以下に具体的な内容を記入してください。

在宅患者の急変時の救急受入れを担っていく

2. 現在と2025年の機能別病床数及び現在の開設許可病床数を記入してください。

		H29年度 病床機能報告		2018年 7月1日時点	2025年の 見込み	2017→2025 病床増減
			圏域の状況			
	高度急性期	50	不足機能	50	70	増
	急性期	100	過剰機能	100	150	増(要理由)
	回復期	50	不足機能	0	0	減
	慢性期	0	不足機能	0	0	—
	休棟・廃止予定等	0		50	0	—
	介護保険施設等へ移行予定			0	0	—
合計		200		200	220	増
開設許可病床数（2018年7月1日時点）				220	許可病床数と合計数が不一致	

※ 「2018年7月1日時点」欄には、平成30年度病床機能報告の報告数を記入してください。

※ H29年度病床機能報告のデータがない場合、「2017→2018病床増減」欄は、2018年と2025年の比較結果を表示します。

2025年に向けて過剰機能への病床を増加する予定の場合、理由等を記入してください。

在宅からの救急患者が急増しており、救急依頼を断るケースが増えているため

開設許可病床数と機能別病床の合計数（2018.7.1時点）が異なる場合、状況等を記入してください。

平成〇〇年に配分を受け、現在整備中のため

3. 2025年に向けた施設整備（新築、増改築等）に当たり、以下の補助金の活用予定がある場合は、該当する補助金に○をつけてください。

	回復期リハビリテーション病棟等整備事業（回復期リハ、地域包括ケアへの転換）
	地域中核医療機関整備促進事業（公的医療機関等のみ対象）

4. 病床がすべて稼働していない病棟がある場合（2018年7月1日時点）、今後の見込み等について記入してください。

	該当病棟の 病床数	今後の 見込み	対応予定時期				(再稼働の場合のみ)		
							病床機能	入院基本料	診療科
1	1	再稼働	2019	年	4	月	急性期	地域包括1	内科
2				年		月			
3				年		月			
4				年		月			

※ 「対応予定時期」欄が空欄の場合、時期未定として集計します。

※ 「再稼働」を選択した場合、「病床機能」等を記入してください（空欄の場合未定として集計します）。

非稼働の理由、その他上記欄の補足等を記入してください。

急性期機能強化に向けて改修工事を行っているため

5. 地域医療連携に係る課題や地域で検討したい課題等があれば記入してください。

なし

御協力いただきありがとうございます。設問1～4の回答内容につきましては、
病院名を含めて公表させていただきますので御了承ください。