

病床の機能分化・連携促進基盤整備事業に係る事前協議資料

医療機関名		所在市町村	
記入者役職・氏名			
電話番号			
E-mail			

1. 貴院の特色・特徴（診療科目等）、地域においてこれまで担ってきた（現在担っている）役割

2. 貴院の病床機能等分化・連携の取組内容

3. 貴院の病床機能等分化・連携が地域に与える影響（医療需要、医療機能、患者等）とその対応

病床種別・機能（現時点）							➔	病床種別・機能（事業実施後）						
	一般	療養	結核	精神	感染症	計			一般	療養	結核	精神	感染症	計
高度急性期			/	/	/	/	高度急性期			/	/	/	/	
急性期							急性期							
回復期							回復期							
慢性期							慢性期							
その他 (休床中など)							介護施設等への転換							
計			計											



病床の機能分化・連携促進基盤整備事業に係る事前協議資料

医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇病院	所在市町村	〇〇市
記入者役職・氏名	事務長 〇〇〇〇		
電話番号	(〇〇〇〇) - 〇〇 - 〇〇〇〇		
E-mail	.....@....., ... J p		

1. 貴院の特色・特徴（診療科目等）、地域においてこれまで担ってきた（現在担っている）役割

当院は、〇〇年に〇〇市（町・村）に開設し、〇〇〇〇構想区域において〇〇疾患に対する診療を中心に地域医療機関からの紹介を含めた医療を提供している。

特に、休日、夜間における入院治療を要する重症救急患者を受け入れる救急告示病院として、医師〇名、看護師〇名、〇〇師〇名等の体制で、多くの救急搬送を受入れ、急性期機能に特化した役割を果たしている。

2. 貴院の病床機能等分化・連携の取組内容

当院が所在する〇〇〇〇構想区域では、人口減少や高齢化が進む中、高齢者特有の医療需要が増加する一方で、急性期機能の医療需要は減少することが見込まれており、2025年における必要量と比較して、急性期機能が過剰であり、回復期機能が不足しているとされている。

このため、今回、病床機能を転換し、現在の急性期機能病床100床のうち、60床は同じ機能を維持しつつ、40床を回復期機能に転換する。

3. 貴院の病床機能等分化・連携が地域に与える影響（医療需要、医療機能、患者等）とその対応

当院が所在する〇〇〇〇構想区域では、在宅療養支援病院が不足し、在宅での療養生活を支える体制が十分ではないとされている。

このため、当院は在宅医療や在宅復帰に向けたリハビリ等の回復期機能を中心とした医療を提供する事としている。

なお、病床機能の転換により減少を予定している急性期機能は、近接する△△病院等と連携し、医療需要に応じた供給体制の構築を予定している。

病床種別・機能（現時点）							➔	病床種別・機能（事業実施後）						
	一般	療養	結核	精神	感染症	計			一般	療養	結核	精神	感染症	計
高度急性期			/	/	/	100	高度急性期			/	/	/	100	
急性期	100						急性期	60						
回復期							回復期	40						
慢性期							慢性期							
その他 (休床中など)							介護施設等への転換							
計	100						計	100						

4. 概算事業費	<p>総事業費 100,000千円</p> <p>○施設改修費 80,000千円</p> <p>○リハビリ器具等購入費 20,000千円</p> <p>購入予定機器 (○○○、○○○、○○○. . . )</p>
5. 事業期間 (予定)	<p>例) 基本計画 R〇〇年〇〇月 ~ R〇〇年〇〇月</p> <p>工期日程 R〇〇年〇〇月 ~ R〇〇年〇〇月</p>
6. 添付資料	<p><input checked="" type="checkbox"/> 業者概算見積書                      <input checked="" type="checkbox"/> 平面図                      <input checked="" type="checkbox"/> その他参考となる資料</p>

留意事項	<p><input checked="" type="checkbox"/> 地域医療構想調整会議（事務局は管轄保健所。）での議論が必要となります。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 原則として一般競争入札にて施設整備工事（医療機器の購入）を契約する必要があります。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 交付決定前の工事着手は、補助対象外となります。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 年度を超えた工事完了や納品は、原則として補助対象外となります。 (年度を超えそうな場合は、遅くとも11月上旬までに相談してください。)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 補助事業に係る関係書類の保存については、事業が完了する日の属する年度終了後5年間保管する必要があります。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 事業完了後の病床機能報告（例年7月1時点の報告）で、機能を変更した病床を報告する必要があります。</p>
------	---

事業分類（医療政策課記入）				
事前協議日	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">実施場所</td> <td style="width:40%;"></td> </tr> </table>		実施場所	
	実施場所			
病床機能等分化・連携 促進基盤整備事業	<input checked="" type="checkbox"/> 施設整備 <input type="checkbox"/> 病棟の新築・増改築 <input checked="" type="checkbox"/> 病棟の改修 <input type="checkbox"/> リハビリ施設の新築・増改築			
	<input checked="" type="checkbox"/> 設備整備			
	<input type="checkbox"/> 事業縮小に伴う施設整備			
備考				