医療施設等経営強化緊急支援事業（病床数適正化支援事業）　対象病床の状況調査表

回答日：令和７年７月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 回答者 |  |
| 電話 |  |
| メール |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 意向調査回答病床数 | ○○○床 | 対象病床数 | ○○○床 |

１　病床数適正化支援事業の活用意向

|  |  |
| --- | --- |
|  | 事業活用の意向あり |
|  | 事業活用の意向なし（※　なしの場合、以下の回答は不要です） |

２　対象病床数を踏まえた削減予定病床数

　　上記対象病床数を踏まえ、削減を予定している病床の状況について記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　 | 削減予定病床数 |
|  | 休床中 | 休床予定 |
| ①一般病床 |  | 床 |  | 床 |  | 床 |
| ②療養病床 |  | 床 |  | 床 |  | 床 |
| ③精神病床 |  | 床 |  | 床 |  | 床 |
|  | 計（①＋②＋③） |  | 床 |  | 床 |  | 床 |

　　　　※別添「病床数適正化支援事業の注意事項」に該当する医療機関、病床は本事業の対象となりませんので御確認をお願いします。

３　病床削減による地域の医療提供体制への影響

　　　本事業による病床の削減が新興感染症に係る確保病床や地域の入院医療提供に与える影響について、該当するものに○を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 新興感染症の確保病床（※） | 地域の入院医療提供 |
| 影響あり |  |  |
| 影響なし |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　※　新興感染症に係る第一種協定医療機関の確保病床

　　　上記回答の理由を記載してください。

|  |
| --- |
|  |

*例）新興感染症の確保病床ではない。また、近年の最大稼働率を考慮しても削減して支障がない病床数である*