

9 医 第 5 5 0 号
平成 2 9 年 7 月 1 8 日

関係医療機関の長 様

京都府健康福祉部医療課長
(公 印 省 略)

病床転換に係るアンケート調査について (依頼)

平素は、京都府の医療行政の推進に御協力をいただき厚くお礼申し上げます。
さて、本年 3 月、京都府において、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向け、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域包括ケア構想が策定されましたが、構想の実現に向け必要な情報収集のため、別添調査票に基づき、上記調査を実施することになりました。

つきましては、下記により貴院の状況について御回答いただきますようお願いいたします。

記

- 1 提出期限
平成 2 9 年 8 月 2 5 日 (金) ※必着
- 2 提出方法
メールにより調査票を提出願います。
(各調査票様式のデータを御希望される場合は、京都健康医療よろずネットからダウンロードしてください。)
- 3 提出・問合せ先
京都府健康福祉部医療課地域医療担当 落合
T E L : 075-414-4745
E-mail : m-ochiai31@pref.kyoto.lg.jp

病床転換に係るアンケート調査

記入例

医療機関名		TEL	
担当所属		FAX	
担当者名		Mail	

問1 病床転換の予定

<input checked="" type="checkbox"/> 転換予定有	<input type="checkbox"/> 既転換済	<input type="checkbox"/> 転換予定無
転換予定年月	転換実施年月	
平成 30 年 4 月	平成 年 月	

⇒「転換予定有」又は「既転換済」と回答した場合、問2の質問にお答えください。

※「転換済」と回答した場合、問2(3)は転換の際に取り組んだ内容を御記入ください。

⇒「転換予定無」と回答した場合、質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

問2 病床機能転換について

(1) 転換予定病床について

転換前		転換後	
高度急性期	0 床	高度急性期	0 床
急性期	50 床	急性期	25 床
回復期	25 床	回復期	50 床
慢性期	25 床	慢性期	25 床
計	100 床	計	100 床

(2) 病棟の構成について

転換前			
病棟の種類	病床数	病床機能	診療報酬上算定する入院料
一般病棟	50	高・急・回・慢	一般病棟入院基本料(7対1入院基本料)
地域包括ケア病棟	25	高・急・回・慢	地域包括ケア病棟入院料1
療養病棟(医療)	25	高・急・回・慢	療養病棟入院基本料1
		高・急・回・慢	
		高・急・回・慢	
		高・急・回・慢	
		高・急・回・慢	

転換後			
病棟の種類	病床数	病床機能	診療報酬上算定する入院料
一般病棟	50	高・急・回・慢	一般病棟入院基本料(7対1入院基本料)
地域包括ケア病棟	50	高・急・回・慢	地域包括ケア病棟入院料1
療養病棟(医療)	25	高・急・回・慢	療養病棟入院基本料1
		高・急・回・慢	
		高・急・回・慢	
		高・急・回・慢	
		高・急・回・慢	

(3) 病床転換に伴う施設・設備整備及び運営の変更について

① 施設整備の実施	
<input checked="" type="checkbox"/> 実施予定 有り	<input type="checkbox"/> 新 築 <input type="checkbox"/> 増改築 <input checked="" type="checkbox"/> 改 修
<input type="checkbox"/> 実施予定 無し	
② 設備整備の実施	
<input checked="" type="checkbox"/> 実施予定 有り	(整備内容) リハビリ機器の整備
<input type="checkbox"/> 実施予定 無し	
③ 転換後病床の運営に係るスタッフの雇用について	
③-1 転換に伴い、新たにスタッフを確保する必要がありますか	
<input checked="" type="checkbox"/> 必要	<input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 (2) 人 <input type="checkbox"/> 作業療法士 () 人 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 () 人 <input type="checkbox"/> その他 () () 人
<input type="checkbox"/> 不要	内訳を記入
③-2 新たにスタッフを確保する場合の確保手段について	
<input checked="" type="checkbox"/> 病院の既職員の配置を変更等により調整予定	(1) 人
<input checked="" type="checkbox"/> 新規職員を採用予定	(1) 人
④ 病床転換に伴い、看護配置を変更する必要がありますか	
<input type="checkbox"/> 必要	現在： 対 ⇒ 転換後： 対
<input type="checkbox"/> 不要	

(4) 在宅医療提供体制充実にに向けた事業の開始予定はありますか

<input type="checkbox"/> 予定無し	<input checked="" type="checkbox"/> 予定有り	開始予定事業	開始予定時期
		<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	平成 31 年 4 月
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	平成 年 月
		<input type="checkbox"/> 在宅訪問診療	平成 年 月
		<input type="checkbox"/> その他 ()	平成 年 月

(5) 病床転換をするに当たって京都府地域医療機能強化特別事業補助金の活用予定はありますか

<input checked="" type="checkbox"/> 活用予定有	<input type="checkbox"/> 活用予定無
---	--------------------------------

※補助金の活用予定と御回答いただいた場合であっても、補助金の交付を保証するものではありません。

(6) 病床転換をするに当たって必要と思われるサポートを御記入ください

※ハード面、ソフト面問わず、転換にあたっての課題及び、その課題に対する必要なサポート等自由に御記入ください。

※必要に応じて、御連絡することがありますが、ご協力いただきますようお願いいたします。