単独病床機能再編に関する事業計画書

作成日：令和○年○月○日

○○病院

**Ⅰ．本事業にかかる病床削減を行う医療機関の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 |  |
| 開設主体 | ○○ |
| 所在地 | ○○ |
| 二次医療圏 | ○○ |
| 許可病床数  （平成30年度病床機能報告） | 総許可病床数○○床  高度急性期○○床、急性期○○床、回復期○○床、慢性期○○床  休棟○○床 |
| 稼働病床数  （平成30年度病床機能報告） | 総稼働病床数○○床  高度急性期○○床、急性期○○床、回復期○○床、慢性期○○床  休棟○○床 |
| 1日あたり患者数  （稼働率） | 入院患者数　○○人/日（○％） |
| 標榜診療科 | ○○科、○○科、○○科、○○科、○○科、○○科、○○科  ○○科、○○科、○○科、○○科、○○科、○○科、○○科  ○○科、○○科、○○科、○○科、○○科、○○科、○○科 |

# Ⅱ．構想区域における現状と課題

# Ⅲ．病床再編計画の概要（病床削減のスケジュール等）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 機能 | 稼働病床数 |  | 機能 | 許可病床数 |
| 高度急性期 | 床 |  | 高度急性期 | 床 |
| 急性期 | 床 |  | 急性期 | 床 |
| 回復期 | 床 |  | 回復期 | 床 |
| 慢性期 | 床 |  | 慢性期 | 床 |
| 休棟等 | 床 |  | 休棟等 |  |
| 病床数合計 | 床 |  | 病床数合計 | 床 |

令和〇〇年　　　月　　　予定

【単年度事業】

平成30年度病床機能報告時点

|  |  |
| --- | --- |
| 機能 | 稼働病床数 |
| 高度急性期 | 床 |
| 急性期 | 床 |
| 回復期 | 床 |
| 慢性期 | 床 |
| 休棟等 | 床 |
| 病床数合計 | 床 |

【複数年度事業】複数年で病床機能再編を行う場合こちらに記入ください。

平成30年度病床機能報告時点

# 

令和〇〇年　　　月　　　予定

|  |  |
| --- | --- |
| 機能 | 許可病床数 |
| 高度急性期 | 床 |
| 急性期 | 床 |
| 回復期 | 床 |
| 慢性期 | 床 |
| 休棟等 |  |
| 病床数合計 | 床 |

|  |  |
| --- | --- |
| 機能 | 許可病床数 |
| 高度急性期 | 床 |
| 急性期 | 床 |
| 回復期 | 床 |
| 慢性期 | 床 |
| 休棟等 |  |
| 病床数合計 | 床 |

令和〇〇年　　　月　　　予定

**Ⅳ.病床機能再編支援事業終了予定（令和8年3月31日まで）**

令和　　　年　　　月　　　日

**Ⅴ.地域医療構想の達成に向けた必要性（単独病床削減を行う事で、圏域における役割、**

**他医療機関との機能分担や役割等がどのように変わるのかなど具体的に記載ください。）**