

本調査の対象確認フローチャート

一般病床、療養病床及び精神病床のいずれかを有する
県内医療機関のうち、以下のいずれかに該当するか

令和7年度または令和8年度中に

- 病床を削減を行った、または行う予定がある
- 病床の*機能転換を行った、または行う予定がある
- 他医療機関との再編等を行った、または行う予定がある



対象外のため
回答不要

*本調査における「機能転換」は、病棟全体での看護配置の変更を伴う転換をいう



様式1の提出が必要
加えて様式2～4も提出

令和7年度または令和8年度中に
病床を削減を行った、または行う予定がある

様式1に加えて
様式2も提出

令和7年度または令和8年度中に
病床の機能転換を行った、または行う予定がある

様式1に加えて
様式3も提出

令和7年度または令和8年度中に
他医療機関との再編等を行った、または行う予定がある

様式1に加えて
様式4も提出

(例) 令和9年3月31日までに病床の削減と機能転換の予定がある場合は、様式1、様式2、様式3を提出する