

<関係医療機関向けアンケート>

※ 回答期限:令和2年2月28日(金)まで(大変恐れ入りますが、よろしくお願い申し上げます。)

特定非営利活動法人 北海道病院協会

公益社団法人 全日本病院協会 北海道支部

貴施設名						
部署名			職・氏名			
入院基準	急性期一般入院料	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V
		<input type="checkbox"/> VI	<input type="checkbox"/> VII	<input type="checkbox"/> 特別		
	地域一般入院料	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III		
	療養病棟入院料	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II			
	その他					

【問1】過去5年間における貴施設の運営概要並びに診療実態をお聞かせください。

○ 許可病床

		2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度(見込)
一般病床	病床数	床	床	床	床	床
	稼働率	%	%	%	%	%
療養病床	病床数	床	床	床	床	床
	稼働率	%	%	%	%	%

※ 稼働率は、小数点第2位以下四捨五入してください。

○ 外来患者

		2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度(見込)
新患数/日		人	人	人	人	人
再来数/日		人	人	人	人	人
外来単価/日		円	円	円	円	円

※ 新患数、再来数は、小数点第2位以下四捨五入してください。

○ 入院患者

		2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度(見込)
新患数/日	一般	人	人	人	人	人
	療養	人	人	人	人	人
再来数/日	一般	人	人	人	人	人
	療養	人	人	人	人	人
入院単価/日	一般	円	円	円	円	円
	療養	円	円	円	円	円
平均在院日数	一般	日	日	日	日	日
	療養	日	日	日	日	日

※ 新患数、再来数、平均在院日数は、小数点第2位以下四捨五入してください。

○ 医師数

		2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度
常勤		人	人	人	人	人
非常勤		人	人	人	人	人
常勤換算		人	人	人	人	人

※ 常勤換算の人数は、小数点第2位以下四捨五入してください。

○ 医師以外の職員数(常勤換算)

	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度
看護職員	人	人	人	人	人
薬剤師	人	人	人	人	人
リハビリ職員	人	人	人	人	人
その他	人	人	人	人	人
事務系職員	人	人	人	人	人

※ 常勤換算の人数は、小数点第2位以下四捨五入してください。

【問2】経営実態をお聞かせください。

		2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度(見込)
医業収入	収入	億円	億円	億円	億円	億円
	支出	億円	億円	億円	億円	億円
	収益	億円	億円	億円	億円	億円
負担金補助金	国	億円	億円	億円	億円	億円
	自治体	億円	億円	億円	億円	億円
	法人等本部	億円	億円	億円	億円	億円

※ 小数点第2位以下四捨五入してください。

【問3】「地域医療構想」への取り組みについて伺います。

(1) 地域医療構想調整会議(以下、「調整会議」)に参加されていますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

① はい。	
② いいえ。	

(2) 人口動態・医療需要・各施設の機能などの検討に十分な資料の提供はありますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

1 はい。	
2 いいえ。	

(3) 調整は順調に進んでいますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

① はい。	
② いいえ。	

(4) 貴施設は病床変更となりますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

1 はい。	
2 いいえ。	

(5) 調整が進んでいない理由は何ですか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

1 議論が不十分	
2 ほとんど議論なく説明のみ	
3 調整が不調	
4 その他	

(次頁へ)

(前頁、問3(1)「いいえ」と回答の施設)

(6) 調整会議に参加されていない理由などについて伺います。あてはまるもの総てに○をつけてください。

1 調整会議に呼ばれていない。	
2 調整会議に呼ばれたら参加する。	
3 調整会議の内容に従うつもりがない。	
4 その他	
.....	

(7) 調整会議に参加しての感想などがありましたら、記載してください。

.....
-------

【問4】貴地域の人口・医療需要等の将来見通しから集約化や連携が必要と考えますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

1 はい。	
2 いいえ。	
理由	
.....	

【問5】今回、再編統合の再検証対象医療機関として公表されましたが、院内や自治体との協議をされましたか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

① はい。	
② いいえ。	

(1) 協議された内容について、お聞かせください。

.....
-------

(2) 貴施設のお考えをお聞かせください。あてはまるもの総てに○をつけてください。

1 自施設を含む集約化連携は不要	
2 他施設が考えるべきで公立・公的施設はその使命から対象外	
3 必要だがその形態によって対応が異なる	
4 客観的な資料提供を基に、第3者がその形態を示すのなら受諾	
条件等	
.....	
5 その他	
.....	

アンケートは以上となります。

ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。

**【返信先・問い合わせ先】**

特定非営利活動法人 北海道病院協会 事務局(担当:小嶋、古屋)  
〒011-0042 札幌市中央区大通西6丁目 北海道医師会館6階

TEL:011-231-9900

FAX:011-231-9902

Email:act@hoha.jp