

今後の地域医療構想の推進に向けた取組みの参考にさせていただきますので、次の質問に回答してください。

※指定がない場合は現時点における状況を回答してください。

※回答いただいた内容については、地域医療構想に関すること以外には一切使用いたしません。

Q1. 医療機関名を入力してください。 必須

0 / 64

Q2. 貴院・貴所の属する構想区域を選択してください。 必須

宇摩 新居浜・西条 今治 松山 八幡浜・大洲 宇和島

Q3. 病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告することとされていますが、1つの病棟について複数の医療機能を選択できるとした場合に適切と考えられる各医療機能別の病床数をそれぞれ入力してください。

※医療機能の選択にあたっては、別紙「病床が担う医療機能について」を参照してください。（病床機能報告よりも詳細な現状把握を行うための調査となりますので、実際に提供されている医療機能を踏まえて回答してください。）

※複数病棟がある場合は、適宜行を追加してください。 必須

2022年7月1日時点 必須

病棟名・診療所名	高度急性期 必須	急性期 必須	回復期 必須	慢性期 必須	その他（休棟等） 必須	削除
0 / 500						
+ 行を追加						

Q4. Q3において「その他（休床等）」に属する病床がある場合は、「その他（休床等）」に属する理由・経緯、今後の方針を入力してください。

※Q3において「その他（休棟等）」に0以外を入力している場合は入力必須

0 / 60000

Q5. 貴院・貴所における医師の数を年齢別に入力してください。

20歳台以下 必須 30歳台 必須 40歳台 必須 50歳台 必須 60歳台 必須 70歳台以上 必須

常勤	_____	_____	_____	_____	_____	_____
非常勤	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Q6. Q5の医師の数を診療科別に入力してください。

※複数診療科を担当される医師がいる場合は、それぞれに計上してください。

※複数診療科がある場合は、適宜行を追加してください。

常勤

診療科名 必須	20歳台以下 必須	30歳台 必須	40歳台 必須	50歳台 必須	60歳台 必須	70歳台以上 必須	削除
+ 行を追加							

非常勤

診療科名 必須	20歳台以下 必須	30歳台 必須	40歳台 必須	50歳台 必須	60歳台 必須	70歳台以上 必須	削除
診療科名 必須	20歳台以下 必須	30歳台 必須	40歳台 必須	50歳台 必須	60歳台 必須	70歳台以上 必須	削除

+ 行を追加

Q7. 医師及び看護師の充足状況を入力してください。

医師 必須

看護師 必須

充足状況

Q8. 2021年における医師の時間外・休日労働時間の状況を入力してください

貴院・貴所のみ状況

時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師 必須

時間外・休日労働時間が年960時間超1,860時間以下の医師 必須

有無

副業・兼業先も含めた状況

時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師 必須

時間外・休日労働時間が年960時間超1,860時間以下の医師 必須

有無

Q9. 貴院・貴所が地域（構想区域）において現在担っている・今後担うべきと考える役割を入力してください。 必須

現在（2022年7月1日時点） 必須

0 / 60000

今後（2025年7月1日以降） 必須

0 / 60000

Q10. 貴院・貴所における現在の課題や今後起こり得る問題等があれば入力してください。

例 事業継承の問題

0 / 60000

Q11. 貴院・貴所において建物の建替えや閉院・閉所など重要な事項で検討していることがあれば入力してください。

例 令和7年頃の建替えを検討

0 / 60000

Q12. 貴院・貴所が属する構想区域について、現在の課題やこうした方がいいと思うことなどがあれば入力してください。

Q13. Q9～Q11に関して、県や専門家との個別の面談や相談等の機会があれば希望しますか。

※個別の面談や相談までは必要ないが、気になる点等がある場合は、その他を選択の上、自由記入欄にその内容を入力してください。 必須

Q14. 地域医療構想に係る事項の理解度について、当てはまるものを選択してください。 必須

	理解している	大体理解している	あまり理解していない	分からない・知らない
地域医療構想の目的について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病床機能報告の役割について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
今後（2025年）の地域の医療需要・必要病床数について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域医療構想調整会議について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域医療介護総合確保基金について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病床機能再編支援事業（補助金）について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域医療構想アドバイザーについて	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
重点支援区域について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域医療連携推進法人について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医師の働き方改革について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q15. 地域医療構想（地域医療の現状や将来見通し等）に係るセミナーや研修等があれば、参加したいと思いませんか。 必須

Q16. 回答者の情報を入力してください。 必須

氏名

必須

0 / 64

必須

0 / 64

必須

0 / 64

必須

0 / 64

電話番号

必須

0 / 15

メールアドレス

必須

0 / 128

必須

0 / 128

→ 確認画面へ進む