

県内各病院・有床診療所 管理者 殿

沖縄県保健医療介護部医療政策課長
(公 印 省 略)

病床適正化調査（地域医療構想の取組の推進に向けた調査）について
(依頼)

平素から本県の医療行政にご協力を頂き、感謝申し上げます。

みだしのことについて、厚生労働省医政局地域医療計画課から地域医療構想の推進に向けて、医療機関の連携・再編・集約化の取組状況等を把握するための調査実施について依頼があります。

つきましては、病床適正化の実施について予定又は可能性がある医療機関におかれましては、下記のとおり本調査についてご提出をお願いいたします。

なお、本調査への回答提出については、今後の当該病床適正化に係る補助・交付の前提となる可能性がありますので、補助・交付を希望される医療機関は必ずご提出をお願いいたします。

(※本調査への回答提出により、今後、医療機関において実施する病床適正化に対する補助・交付をお約束するものではありません。)

※本調査の該当が無い(補助・交付を希望しない)場合についても、下記メールアドレス宛にその旨のご連絡をお願いいたします。

記

1. 調査対象施設：病院、有床診療所
2. 提出期限：令和 7 年 9 月 10 日（水）17:00 ※期限厳守
3. 提出様式：様式 1～4（※様式 1～2 は必須回答、様式 3～4 の該当が無い場合はその旨を提出メールに記載。）
※ 様式は沖縄県ホームページに掲載しています。
<https://www.pref.okinawa.jp/iryokenko/iryo/1005227/1036142.html>
4. 提出方法：下記アドレス宛てに Excel ファイル（※PDF 等不可）を提出
5. 提出アドレス：aa090603@pref.okinawa.lg.jp
※メールの件名は「病院（診療所）名_病床適正化調査」としてください。