



福岡医発第1015号(地)

平成18年 8月11日

各 医 師 会 長 殿



福岡県医師会
会長 横倉 義武



日本医師会が実施する「療養病床の再編に関する緊急調査」
へのご協力について

「療養病床に関する緊急アンケート調査」につきましては、福岡県医師会・医福研・日医総研・福岡県保健福祉部の共同調査として、療養病床を有する全会員医療機関を対象に6月20日時点でのご報告をいただき、現在データの分析中ですが、今般、日本医師会におきまして、療養病床の再編及び診療報酬改定の影響により、ほぼ5割とされている「医療区分1」の入院患者の方の実態や診療報酬上の影響等を明らかにすることを目的として、同様の緊急調査を全国規模で実施することとなり、別紙のとおり協力依頼がありましたのでご連絡いたします。

調査方法は、療養病床を有する全医療機関を対象（調査客体総数 6186 施設：病院 4139 施設、診療所 2047 施設）に、日本医師会より8月10日頃に直接調査票を郵送し、8月28日までに日本医師会宛に返送いただくというものです。調査結果につきましては、集計後に調査の概況として報告される予定です。

つきましては、貴会におかれましても本調査の趣旨をご理解いただき、本会において同様の調査を実施したばかりではありますが、関係医療機関のご協力が得られますようご高配の程よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽

調査の依頼がございましたら、ご協力よろしく願いいたします。



平成 18 年 8 月 2 日

都道府県医師会長 殿

日 本 医 師 会 長

唐 澤 祥 人

「療養病床の再編に関する緊急調査」実施に関する協力依頼について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は本会会務に格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本会より、平成 18 年 7 月 14 日付文書「『医療療養病床を有する施設一覧表』依頼について(保 71)(介 19)」にて依頼いたしました件につきましては、迅速にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

今般、本会では、療養病床の再編及び診療報酬改定の影響により、ほぼ 5 割とされている「医療区分 1」の入院患者の方の実態や診療報酬上の影響等を明らかにするため、標記の緊急調査を実施することと致しました。

調査方法は、すでにご連絡を賜りました保険医療機関を対象(調査客体総数 6186 施設: 病院 4139 施設、診療所 2047 施設)に、別添の調査票を 8 月 10 日頃に直接郵送し、調査依頼をさせていただきます。また、調査票は 8 月 28 日までに同封の封筒をご利用いただき本会宛に返送いただくようお願いしております。調査結果につきましては、集計後に調査の概況として報告をする予定であります。

つきましては、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

(別添資料)

- ・ 調査票一式
- ・ 返信用封筒見本

以上

療養病床の再編に関する緊急調査についてのお願い

調査ご担当者殿

本調査は、今般の療養病床の再編及び診療報酬改定を踏まえ、ほぼ5割とされている「医療区分1」の入院患者の実態や診療報酬上の影響等を明らかにするものです。

つきましては、同封致しました調査票に、各項目に示す注意事項をご参照のうえご記入いただき、8月28日(月)までにご提出くださいますようお願いいたします。記入していただいた内容につきましては、かたく秘密を守り、統計資料を作成する以外には一切使用いたしません。また、調査結果につきましては、集計後、調査の概況として、報告する予定です。

何かとご多忙の時期とは存じますが、この調査の趣旨をご理解いただき、格段のご協力を賜りますようお願いいたします。なお、ご不明な点等がございましたら、下記の日本医師会事務局までご照会いただきますようお願いいたします。

記

「調査票一覧」

(調査票1)	医療施設プロフィール票
(調査票2)	入院基本料算定状況票（医療療養病床）
(調査票3-1)	患者状況票（医療区分1について）
(" 3-2)	患者状況票（続き）
(" 3-3)	患者状況票（処置等の状況）
(調査票4)	診療報酬請求票
(調査票5)	今後の方針

— 問い合わせ先 —

日本医師会 事務局（保険医療課・介護保険課）

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

TEL:03(3946)2121

FAX:03(3946)6295

ご提出期日：平成18年8月28日(月)

— 同封の返信用封筒にてご返送下さい —

医療施設プロフィール票

2006年7月1日の状況でご記入ください。

(1) 施設名	都道府県番号 <table><tr><td></td><td></td></tr></table> 医療機関コード <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																												
ゴム印の押印でも結構です。																													
(2) 所在地	都・道・府・県 _____ 市・郡・区 _____ 町・村 _____																												
(3) 病院種別	該当する病院種別に○をお付けください 1 一般病院 2 医療療養病床を有する精神科病院 3 有床診療所 4 その他(_____)																												
(4) 開設者	該当する開設者に○をお付けください 1 個人 2 医療法人 3 国公立 4 公的・社会保険関係団体・公益法人 5 その他(_____)																												
(5) 病床数	病棟数・病床数をご記入ください <table><tr><td></td><td>病棟数</td><td>病床数</td></tr><tr><td>一般病床</td><td>病棟 _____</td><td>床 _____</td></tr><tr><td>療養病床</td><td>病棟 _____</td><td>床 _____</td></tr><tr><td>精神病床</td><td>病棟 _____</td><td>床 _____</td></tr><tr><td>その他</td><td>病棟 _____</td><td>床 _____</td></tr></table> (療養病床の内訳) <table><tr><td>医療保険</td><td>介護保険</td></tr><tr><td>床 _____</td><td>床 _____</td></tr></table> 2006年3月末時点 で、医療療養病床のうち、下記の点数を算定していた病棟の有無について いずれかに○を付けてください。 また、「あり」の場合、その病床数(2006年3月末)を ご記入ください。 <table><tr><td></td><td>病棟の有無</td><td>病床数</td></tr><tr><td>特殊疾患療養病棟入院料</td><td>なし ・ あり →</td><td>ありの場合 _____ 床</td></tr><tr><td>特殊疾患入院施設管理加算</td><td>なし ・ あり →</td><td>ありの場合 _____ 床</td></tr></table>		病棟数	病床数	一般病床	病棟 _____	床 _____	療養病床	病棟 _____	床 _____	精神病床	病棟 _____	床 _____	その他	病棟 _____	床 _____	医療保険	介護保険	床 _____	床 _____		病棟の有無	病床数	特殊疾患療養病棟入院料	なし ・ あり →	ありの場合 _____ 床	特殊疾患入院施設管理加算	なし ・ あり →	ありの場合 _____ 床
	病棟数	病床数																											
一般病床	病棟 _____	床 _____																											
療養病床	病棟 _____	床 _____																											
精神病床	病棟 _____	床 _____																											
その他	病棟 _____	床 _____																											
医療保険	介護保険																												
床 _____	床 _____																												
	病棟の有無	病床数																											
特殊疾患療養病棟入院料	なし ・ あり →	ありの場合 _____ 床																											
特殊疾患入院施設管理加算	なし ・ あり →	ありの場合 _____ 床																											
(6) 調査担当	本調査の記載内容について問い合わせをする場合のため、ご担当の部署名および連絡先をお書きください。 部署名:(_____) 連絡先:Tel _____ - _____ - _____ Fax _____ - _____ - _____																												

入院基本料算定状況票 (医療療養病床)

2006年7月 (7月1日～31日、途中入退院含む)に 医療療養病床 に入院している患者さんについて、
“療養病棟入院基本料2” および “有床診療所療養病床入院基本料2”の区分ごとに、合計実日数
をご記入ください。

“特別入院基本料”を算定する病棟がある場合は、右欄に○印を付けてください。
当該病棟に入院している患者さんについては、下表の記入は不要です。

特別入院基本料

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	日 (入院基本料D)	日 (入院基本料B)	日 (入院基本料A)
ADL区分2	日 (入院基本料E)	日 (入院基本料B)	日 (入院基本料A)
ADL区分1	日 (入院基本料E)	日 (入院基本料C)	日 (入院基本料A)
合計	医療区分1 計 日 (D+E)	医療区分2 計 日 (B+C)	医療区分3 計 日 (A)

急性増悪により、一般病棟へ転棟等を行った
場合に算定する“入院基本料E”は、本表の
日数に含めず、こちらにご記入ください。

日

認知機能障害加算 を算定している患者さんの合計実日数をご記入ください。
(再掲)認知機能障害加算算定
日

(記入例) 1ヵ月間 療養病床に入院している場合、「31」日間が いくつかの枠に振り分けられます。

患者Aさん 1日～15日 医療区分1、ADL区分1 …… 15日間()
 16日～25日 医療区分2、ADL区分1 …… 10日間()
 26日～31日 医療区分1、ADL区分2 …… 6 日間() のように区分した場合の記入は、

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3			
ADL区分2	6 日 ()		
ADL区分1	15 日 ()	10 日 ()	
合計	21 日	10 日	

患者状況票 (医療区分1について)

主治医の先生とご相談の上、ご記入ください。

2006年7月31日現在、医療療養病床の「医療区分1」に区分される患者さんについて ご記入ください。

1. 7月31日現在の「医療区分1」の入院患者数を状況別にご記入下さい。

「医療区分1」の入院患者数 (a)+(b)+(c)			人	
内 訳	(a)病状不安定で退院の見込みがない		人	設問2へ
	(b)病状は安定しており、退院可能		人	
	(再掲) (b)のうち、在宅での受け入れが困難なため現実には不可能		人	設問3へ
	(再掲) (b)のうち、施設入所待機中		人	設問4へ
	(c)その他		人	

(b)の と どちらにもあてはまる場合には、両方に数えてください。

(上記の 1-(a) の患者さん(病状不安定で退院の見込みがない患者さん)についてお伺いします)

2. 「退院の見込みがない」と判断する 最もあてはまる理由を1つ選び、人数をご記入ください。

1	一定の医学的管理を要するため		人
2	処置が必要なため		人
3	院内での継続的リハビリが必要なため		人
4	認知症の程度が重度なため		人
5	その他		人
合 計 (上記1-(a)の人数に合致していることを確認してください)			人

(上記の 1-(b)- の患者さん(病状は安定しているが、在宅での受け入れが困難な患者さん)についてお伺いします)

3. 「在宅受け入れが困難」と判断する 最もあてはまる理由を1つ選び、人数をご記入ください。

1	独居のため		人
	(再掲) 独居のうち、家族が遠方のため		人
2	「喀痰吸引」「胃瘻の管理」「経鼻経管栄養」「留置カテーテル類」等の医療・看護処置が在宅ではできないため		人
3	家族はいるが、仕事・高齢等により介護できない		人
4	家族があり、人手もあるが、本人や家族が希望していない		人
5	家族があり、人手もあるが、物理的に困難(家の広さ、段差が多いなど)		人
6	在宅復帰してしまうと通院や、医師の往診が困難な地域にある		人
7	その他		人
合 計 (上記1-(b)- の人数に合致していることを確認してください)			人

患者状況票 (続き)

主治医の先生とご相談の上、ご記入ください。

2006年7月31日現在、医療療養病床の「医療区分1」に区分される患者さんについて ご記入ください。

(上記の 1-(b)- の患者さん(施設入所待機中の患者さん)についてお伺いします)

4. 患者さんはどの施設への入所を待機されていますか？(最も優先して待機している施設を1つ選び、人数をご記入ください)

1	介護老人福祉施設(特養)	人
2	介護老人保健施設(老健)	人
3	介護療養型医療施設	人
4	特定施設(介護保険指定の有料老人ホーム等)	人
5	施設にこだわっていない	人
6	その他	人
合 計 (前頁1-(b)- の人数に合致していることを確認してください)		人

5. すぐに他の施設に入所できない理由をご記入ください。

1	「喀痰吸引」「胃瘻の管理」「経鼻経管栄養」「留置カテーテル類」等の医療・看護処置が施設ではできないため	人
2	希望する他の施設が満床であり、受け入れが困難なため	人
3	(その他の理由)	人
4	(その他の理由)	人

患者状況票 (処置等の状況)

2006年7月31日現在、医療療養病床の「医療区分1」に区分される患者さんに対して、1ヵ月間(7月1日～31日)に行われた下記の処置等の状況について、実人数をご記入ください。
(延べ人数ではありません)

下記以外の処置等がある場合、具体的な「処置名」と「人数」について表 空欄(6～10)にご記入ください。

表

	処置等の状況	人数
例	〇〇の処置	12人
1	喀痰吸引	人
2	胃瘻の管理	人
3	経鼻経管栄養	人
4	留置カテーテル類	人
5	間歇的導尿	人
6		
7		
8		
9		
10		

〇〇の処置について、
・毎日頻回に行う患者 5人
・週1回程度行う患者 7人
の場合は、
 $5 + 7 = 12$ 人
(延べ人数ではありません)

医療の必要性が高く「医療区分1」に分類すべきでないと考えられる具体的な処置や状況があれば、表に記入してください。

(例えば、処置や管理に人手や時間がかかり、入院基本料D・E(医療区分1)では十分な対応ができないと考えられる状態等を記入してください。)

表

	処置等の状況	具体的な状況 等
例	喀痰吸引	毎日5回以上の処置(吸引)と随時の観察を要するような場合
1		
2		
3		
4		
5		

診療報酬請求票（医療療養病床全体）

医療療養病床“全体”の診療報酬の請求についてご記入ください。

合計点数は、各年とも請求ベースでご記入ください。

2005年7月分の過誤調整の反映は不要です。

特殊疾患療養病棟入院料 は含み、
回復期リハビリテーション病棟入院料 は
含めないでください。

2006年 7月分	合計点数	請求ベースで ご記入ください _____ 点
	患者1人1日当たり点数	小数点以下1位まで ご記入ください _____ 点
2005年 7月分 2005年7月1日現在の 医療療養病床数 _____ 床	合計点数	請求ベースで ご記入ください _____ 点
	患者1人1日当たり点数	小数点以下1位まで ご記入ください _____ 点

2006年 4月、5月、6月 の医療療養病床の退院患者数についてご記入ください。

	退院患者数	
4月の退院患者数	_____ 人	院内の一般病床等への転床 の場合を含みます。
(再掲) 死亡退院	_____ 人	
5月の退院患者数	_____ 人	退院または転床後の死亡は 含みません
(再掲) 死亡退院	_____ 人	
6月の退院患者数	_____ 人	
(再掲) 死亡退院	_____ 人	

今後の方針

今後予定される、もしくは、既に行った 貴院の療養病床(医療・介護)に関する対応(方針)について該当するものに○を付けてください(複数回答可)。

【医療療養病床】

1	医療療養病床として維持
2	介護保険移行準備病棟に転換
3	一般病床等、医療保険の他の病床に転換
4	介護老人保健施設に転換
5	特定施設(介護保険指定)に転換
6	閉鎖
7	その他 ()

【介護療養病床】

1	介護療養病床から医療療養病床に転換
2	経過型介護療養型医療施設に転換
3	一般病床等、医療保険の他の病床に転換
4	介護老人保健施設に転換
5	特定施設(介護保険指定)に転換
6	閉鎖
7	その他 ()

ご協力ありがとうございました

返信用封筒

見本

料
金
受
取
人
払

本郷局承認
5325

差出有効期間
平成18年11月
30日まで

1138790

東京都文京区本駒込2-28-16

日本医師会
療養病床再編に関する
緊急調査担当 行

1138790 17

施設名	
住所	〒