

福岡医発第1247号(地)

平成18年 9月26日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武

福岡県保健福祉部が実施する「療養病床アンケート調査」について

医療制度改革における療養病床の再編に伴い、今後の病床の円滑な転換の実現のため、福岡県保健福祉部において、療養病床における入院患者の状態や療養病床を有する医療機関の意向等を把握することを目的として、療養病床を有する県内の全医療機関を対象に「療養病床アンケート調査」を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。

本調査は、全国一斉に共通の項目について実施されるものであり、また、転換の意向に関しては、本調査の回答により今後の予定を拘束するものではありません。

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、調査対象の会員各位のご協力が得られますようご高配方よろしくお願い申し上げます。

なお、対象医療機関に対しては、福岡県保健福祉部より直接通知されます。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽

調査へのご協力よろしくお願いいたします。

調査票につきましては福岡県保健福祉部より直接送付されます。



(公印省略)

18医指第1680号

平成18年9月25日

社団法人福岡県医師会会長 殿

福岡県保健福祉部長

(高齢者福祉課企画管理係)

(医療指導課医務係)

(介護保険課企画財政係)

「療養病床アンケート調査」の実施について

貴会におかれましては、日頃から本県の保健医療行政の推進にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、今般の医療制度改革においては、療養病床の再編成政策が打ち出されたところです。今後、病床の円滑な転換を実現させるためには、その基礎資料として療養病床における入院患者の状態や療養病床を有する医療機関の意向等を把握する必要があります。そのため、療養病床を有する県内の全医療機関を対象に「療養病床アンケート調査」を実施することになりました。

つきましては、貴会員の皆様にも本調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようお願いいたします。

(公印省略)

18医指第1680号
平成18年9月26日

各医療機関の管理者 殿

福岡県保健福祉部長
(高齢者福祉課企画管理係)
(医療指導課医務係)
(介護保険課企画財政係)

「療養病床アンケート調査」の実施について

本県の保健医療行政の推進につきましては、日頃よりご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、今般の医療制度改革においては、療養病床の再編成政策が打ち出されたところです。今後、病床の円滑な転換を実現させるためには、その基礎資料として療養病床における入院患者の状態や療養病床を有する医療機関の意向等を把握する必要があります。そのため、療養病床を有する県内の全医療機関を対象に「療養病床アンケート調査」を実施することになりました。

なお、この調査は、全国一斉に共通の項目のもとに実施するものであり、また、転換の意向に関しては、このアンケートに回答したことによって今後の予定を拘束するものではありません。

つきましては、別添の記入要領・記入例等を参照のうえ、調査票を作成し、下記の提出先まで提出されますようお願いいたします。

記

(送付物)

- 1 「療養病床アンケート調査」ご協力のお願ひ (調査票…施設票・患者票・追加調査票)
- 2 「療養病床アンケート調査」記入要領
- 3 記入例
- 4 参考資料 (療養病床の転換支援策について・患者票における医療処置の定義について)

調査票の提出先 〒812-8577
福岡市博多区東公園7-7
福岡県保健福祉部医療指導課医務係 勝部、浜田、青木
TEL 092-643-3273
FAX 092-643-3277

調査票提出期限 平成18年11月10日(金) (必着)

(療養病床の転換に関する相談窓口…別添の相談体制に関する資料を参照ください。
ご不明な点があれば医療指導課医務係までお尋ねください。)

施設票

「療養病床アンケート調査」
ご協力のお願い

今般の医療制度改革においては、いわゆる社会的入院の是正を図り、患者の状態に応じた施設の適切な役割分担の推進を図るため、医療保険適応の療養病床（以下「医療療養病床」という。）及び介護療養型医療施設（以下「介護療養病床」という。）の再編成を実施することとしています。

今後本格化する療養病床の再編成において、病床の円滑な転換に向けた支援を進めるため、各地域においては、その受け皿づくりを含め、将来的なニーズや社会資源の状況等に即した「地域ケア体制」の計画的な整備が求められることとなります。

上記の「地域ケア体制」をさらに推進する観点から、療養病床を有するすべての医療機関に対して、「療養病床の概況」、「医療機関の転換意向」、「療養病床入院患者の状態等」等に関するアンケート調査を実施することとなりました。

つきましては、貴医療機関における平成18年10月1日午前0時現在の状況について、本調査票に記入をお願いいたします。本調査票は、「療養病床の概況」、「医療機関の転換意向」については、貴医療機関に関する票（施設票）、「療養病床入院患者の状況等」については貴医療機関に入院されている個々の患者についての調査票（患者票）及び平成24年度以降の最終的な転換予定等についての調査票（追加調査票）となっています。

調査票は、平成18年11月10日（金）までに必着するよう、下記照会先に提出ください。

また、ご記入いただきました調査票については、厳重に取り扱うこととし、上記以外の目的に使用することは一切ありません。また、公表にあたっては、個別の医療機関の状態等が特定できないようにいたします。

なお、記入に際しては別添の記入要領をご参照ください。

以上の趣旨をご理解のうえ、調査にご協力くださいますようお願いいたします。

(照会先)

☎ 812-8577

福岡市博多区東公園7-7

福岡県保健福祉部医療指導課

医務係 勝部、浜田、青木

電話 092-643-3273

FAX 092-643-3277

E-mail iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

貴医療機関について、以下(1)～(4)をご記入ください。

(1) ふりがな 医療機関名		
(2) 電話番号	() - () - ()	
(3) 所在地	〒 -	
(4) 記入者名	所属： 氏名：	

(都道府県記入欄)

[illegible]

療養病床の概況について

(1) 病床数及び入院患者数

平成18年10月1日午前0時現在の貴医療機関における病床数及び入院患者数について、それぞれ記入してください。

		① 病床数	② 入院患者数
01 療養病床	1 医療療養病床 (※)	床	人
	2 (再掲) 介護保険移行準備病床	床	人
	3 介護療養病床	床	人
	4 (再掲) 経過型介護療養病床	床	人
02 精神病床	5 老人性認知症疾患治療病床 (医療保険)	床	人
	6 老人性認知症疾患療養病床 (介護保険)	床	人
	7 (再掲) 経過型介護療養病床	床	人

(※) 療養病床入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している病床に限る。

(2) 医療区分とADL区分の組み合わせ (医療療養病床)

医療療養病床のみ、それぞれあてはまる入院患者数を記入してください。

	① ADL区分1	② ADL区分2	③ ADL区分3
01 医療区分1	人	人	人
02 医療区分2	人	人	人
03 医療区分3	人	人	人

(3) 要介護度別利用者数 (介護療養病床)

介護療養病床のみ、それぞれあてはまる入院患者数を記入してください。

①要支援1 (経過措置)	②要支援2 (経過措置)	③要介護1	④要介護2	⑤要介護3	⑥要介護4	⑦要介護5
人	人	人	人	人	人	人

(4) 療養病床の建物の構造・築年数等

医療療養病床と介護療養病床が属する病棟の状況について記入してください。

病棟名	①建設年度	②病床数	居室数				⑦廊下幅 (内法)
			③個室	④2人部屋	⑤3人又は 4人部屋	⑥5人以上 部屋	
	1 大正 2 昭和 3 平成	1 医療 療養病床	床	室	室	室	1 片廊下
		2 介護 療養病床	床	室	室	室	2 中廊下
	1 大正 2 昭和 3 平成	3 医療 療養病床	床	室	室	室	1 片廊下
		4 介護 療養病床	床	室	室	室	2 中廊下
	1 大正 2 昭和 3 平成	5 医療 療養病床	床	室	室	室	1 片廊下
		6 介護 療養病床	床	室	室	室	2 中廊下
	1 大正 2 昭和 3 平成	7 医療 療養病床	床	室	室	室	1 片廊下
		8 介護 療養病床	床	室	室	室	2 中廊下
	1 大正 2 昭和 3 平成	9 医療 療養病床	床	室	室	室	1 片廊下
		10 介護 療養病床	床	室	室	室	2 中廊下
	1 大正 2 昭和 3 平成	11 医療 療養病床	床	室	室	室	1 片廊下
		12 介護 療養病床	床	室	室	室	2 中廊下
	1 大正 2 昭和 3 平成	13 医療 療養病床	床	室	室	室	1 片廊下
		14 介護 療養病床	床	室	室	室	2 中廊下
	1 大正 2 昭和 3 平成	15 医療 療養病床	床	室	室	室	1 片廊下
		16 介護 療養病床	床	室	室	室	2 中廊下
	1 大正 2 昭和 3 平成	17 医療 療養病床	床	室	室	室	1 片廊下
		18 介護 療養病床	床	室	室	室	2 中廊下
	1 大正 2 昭和 3 平成	19 医療 療養病床	床	室	室	室	1 片廊下
		20 介護 療養病床	床	室	室	室	2 中廊下

(5) 併設施設等の状況

貴医療機関に併設(※)している施設(事業所)について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

01 併設なし
02 病院
03 診療所
04 介護老人保健施設
05 特別養護老人ホーム
06 有料老人ホーム
07 軽費老人ホーム(ケアハウス)
08 グループホーム
09 通所介護事業所(認知症対応型通所介護事業所を含む。)
10 通所リハビリテーション事業所
11 訪問看護事業所
12 訪問介護事業所
13 居宅介護支援事業所
14 その他()

※ここでの「併設」とは、同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地に、同一法人又は関連する法人が開設する各施設・事業所があり、一般に「併設」と呼ばれるような連携がとれている場合を指す。

(※転換意向に関しては、現時点での予定を記入してください。なお、記入したことによって、今後の予定を拘束するものではありません。)

1. 平成23年度末までの最終的な転換予定(転換先、病床数、転換予定年度)について記入してください。

(2. 平成18年度中の転換を予定している場合のみ、整備区分(※)についてあてはまる積戻数を記入してください。)

[illegible]

1. 平成23年度末までの最終的な転換予定（転換先、病床数、転換予定年度）について記入してください。

(2. 平成18年度中の転換を予定している場合のみ、整備区分※)についてあてはまる病床数を記入してください。)

[illegible]

「その他」：工研を伴わない転機を行う場合であること

(3) 栄養病床転換全般についてのご意見等がありましたらご記入ください。(自由記載)

ご協力ありがとうございました。

療養病床入院患者の状態等について

患者票

平成18年10月1日午前0時現在の貴医療機関の入院患者のうち、医療療養病床（介護保険移行準備病床を含む。また、療養病床入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している病床に限る。）、介護療養病床（経過型介護療養病床を含む）それぞれ誕生月が3月、6月、9月、12月の全患者を選び、1人につき1枚ずつ記入してください。なお、できるだけ不明の回答が少なくなるよう、必要に応じて本人・家族等に確認して記入してください。

患者票の連番

(1) 生年月について記入してください。

01 生年月	1 明治・2 大正・3 昭和・4 平成	年	月
--------	---------------------	---	---

(2) 以下の02～16について、それぞれあてはまるもの1つに○をつけてください。

02 入院病床	1 医療療養病床 (介護保険移行準備病床を含む。)	2 介護療養病床 (経過型介護療養病床を含む。)
03 主病名 (医師の判断に基づく。)	1 脳梗塞 2 脳出血 3 骨折 4 認知症 5 心疾患 6 パーキンソン病 7 悪性新生物 8 糖尿病 9 うつ 10 褥瘡 11 その他	
04 性別	1 男 2 女	
05 医療区分	1 医療区分1 2 医療区分2 3 医療区分3 4 未実施	
06 ADL区分	1 ADL区分1 2 ADL区分2 3 ADL区分3 4 未実施	
07 要介護状態等区分	1 認定されていない 2 要支援1 3 要支援2 4 経過的要介護 5 要介護1 6 要介護2 7 要介護3 8 要介護4 9 要介護5 10 不明	
08 認知症高齢者の 日常生活自立度	1 自立 2 I 3 IIa 4 IIb 5 IIIa 6 IIIb 7 IV 8 M 9 不明・未実施	
09 障害高齢者の 日常生活自立度	1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明・未実施	
10 世帯の状況	1 単身世帯 2 高齢者のみの世帯 (単身世帯を除く。)	3 その他の世帯 4 不明
11 住居の状況	1 なし 2 自宅 (借家を含む。)	3 介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等 からの一時的な入院
12 自宅で介護者の有無	1 日中、夜間とも 介護ができる人がいる	2 日中のみ、 介護ができる人がいる
	3 夜間のみ、 介護ができる人がいる	4 日中、夜間とも介護ができる人がいない (介護者が病気等により介護できない場合も含む。)
	5 その他 6 不明	
13 特別養護老人ホーム の申込みの有無	1 なし 2 あり 3 不明	
14 介護老人保健施設 の申込みの有無	1 なし 2 あり 3 不明	
15 所得状況 医療療養病床 に入院している方	1 低所得Ⅰ① 2 低所得Ⅰ② 3 低所得Ⅱ 4 その他 5 不明	
16 所得状況 介護療養病床 に入院している方	1 利用者負担第1段階 2 利用者負担第2段階 3 利用者負担第3段階 4 その他 5 不明	

(3) 以下の17～19について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

17 医療処置 (9月に行われた処置。5,6 については既に行われたもの を含む。)	1 喀痰吸引 2 経管栄養 3 モニター測定 (心拍、血圧、酸素飽和度)	4 除菌療法
	5 気管切開 6 人工肛門 7 膀胱カテーテル	8 点滴 9 褥瘡処置(Ⅲ度以上)
	10 疼痛管理 11 透析 12 その他	
18 3ヶ月以内の急性増悪の 有無(急性期病棟への転 院等)	1 なし 2 あり 3 不明	
19 それぞれの施設等の機能 や、本人の医療や介護の 必要性等を踏まえて、対 応が望ましいと考えられ る施設等	1 一般病床 2 医療療養病床 3 介護療養病床 4 介護老人保健施設 5 特別養護老人ホーム 6 有料老人ホーム 7 経費老人ホーム(ケアハウス) 8 グループホーム 9 在宅 10 その他	

ご協力ありがとうございました。

(看護所長記入欄)

看護番号

(別紙)

(追加調査票)

医療機関名		記入者名	
-------	--	------	--

1 平成24年度以降の最終的な転換予定(転換先、病床数)について記入してください。
(経過措置終了・介護療養型廃止後の転換先)

(転換意向に関しては、現時点での予定を記入してください。なお、介護保険にかかる転換予定施設につきましては、県及び市町村の計画の範囲内で整備されることとなります。)

(1) 医療療養病床のみ、以下について記入してください。 (2) 介護療養病床のみ、以下について記入してください。

①転換先		②病床数
医療療養	01 医療療養病床(病院又は診療所)	床
	02 (再掲)回復期リハビリテーション病床	床
	03 一般病床	床
	04 (再掲)障害者施設等入居基準等を 満たす施設	床
	05 (再掲)回復期リハビリテーション病床	床
	06 老人性認知症疾患治療病床	床
	07 診療所(無床)	床
介護療養	08 介護老人保健施設	床
	09 特別養護老人ホーム	床
	10 有料老人ホーム	床
	11 有料老人ホーム(ケアハウス)	床
	12 グループホーム	床
その他	13 廃止	床
	14 その他()	床
	15 未定 ⇒下欄へ	床

「15 未定」を選択した場合は、以下の欄に理由等を記載願います。

① 未定を選択した理由をご記入ください。

② 転換先を決めるために必要なものは何ですか、ご記入ください。

③ その場合、どのような施設に転換予定かを記入ください。

①転換先		②病床数
医療療養	01 医療療養病床(病院又は診療所)	床
	02 (再掲)回復期リハビリテーション病床	床
	03 一般病床	床
	04 (再掲)障害者施設等入居基準等を 満たす施設	床
	05 (再掲)回復期リハビリテーション病床	床
	06 老人性認知症疾患治療病床	床
	07 診療所(無床)	床
介護療養	08 介護老人保健施設	床
	09 特別養護老人ホーム	床
	10 有料老人ホーム	床
	11 有料老人ホーム(ケアハウス)	床
	12 グループホーム	床
その他	13 廃止	床
	14 その他()	床
	15 未定 ⇒下欄へ	床

「15 未定」を選択した場合は、以下の欄に理由等を記載願います。

① 未定を選択した理由をご記入ください。

② 転換先を決めるために必要なものは何ですか、ご記入ください。

③ その場合、どのような施設に転換予定かを記入ください。

2 転換するとした場合、該当するもの(ア～エ)に○をご記入ください。

- a 転換の整備区分(複数回答可) → ア 創設 イ 改築 ウ 改修 エ その他
b 施設を「創設」する場合 → ア 同一敷地内 イ 別の土地
c 転換にかかる費用の補助の希望 → ア 希望する イ 希望しない

3 設備の現況をご記入ください。

- a 居室 (人部屋) (一人当たり m) ... 室数 (室)
居室 (人部屋) (一人当たり m) ... 室数 (室)
居室 (人部屋) (一人当たり m) ... 室数 (室)
居室 (人部屋) (一人当たり m) ... 室数 (室)
b 片廊下 (m) 中廊下 (m)

ご協力ありがとうございました。

別添

「療養病床アンケート調査」記入要領

「療養病床アンケート調査」にご協力いただきありがとうございます。記入に際しては、以下の要領を参照のうえ、誤りのないように記入してください。

I 記入上の注意

- 1 記入文字は、黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを使って、かき書ではっきり記入してください。
- 2 数字はすべて算用数字で記入し、計上する数字のない場合は記入しないでください。
- 3 ○をつける質問は、該当する番号を○で囲んでください。（例 ① 医療療養病床）

II 主な調査事項の記入要領

本票は施設票と患者票があります。以下を参照し、断りのない限り平成18年10月1日午前0時現在の状況について記入してください。施設票は施設ごとに1部、患者票は患者ごとに1枚（足りない場合はコピーしてください）記入してください。

施設票

基本情報
（表紙（1）～（4））

法人名を含んだ医療機関名、電話番号、所在地を記入してください。後日、調査事項について照会させていただく場合もございますので、調査票に記入した方の所属、氏名を記入してください。

※（都道府県記入欄）については、各都道府県において記入するものですので、各医療機関において記入する必要はありません。

療養病床の概況について

(1) 病床数及び入院患者数

以下を参照し、あてはまる病床数及び入院患者数について記入してください。

1 医療療養病床	病院又は診療所における医療保険適用の療養病床をいいます。なお、療養病床入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している病床に限ります。
2 介護保険移行準備病床	1のうち、介護保険移行準備病床の病床をいいます。
3 介護療養病床	病院又は診療所における介護保険適用の療養病床をいいます。
4 経過型介護療養病床	3のうち、経過型介護療養型医療施設の病床をいいます。
5 老人性認知症疾患治療病床（医療保険）	医療保険における老人性認知症疾患治療病床の病床をいいます。
6 老人性認知症疾患療養病床（介護保険）	介護保険における老人性認知症疾患療養病床の病床をいいます。
7 経過型介護療養病床	8のうち、経過型介護療養型医療施設の病床をいいます。

(2) 医療区分とADL区分の組み合わせ（医療療養病床）

医療療養病床のみ、各医療区分1～3、ADL区分1～3の入院患者について、それぞれあてはまる人数を記入してください。
「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（平成18年6月30日第10630001号）における「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」に基づく医療区分、ADL区分について記入してください。

(3) 要介護度別利用者数(介護療養病床)

(4) 療養病床の建物の構造・築年数等

介護療養病床のみ、要介護度別の入院患者数を記入してください。

なお、要支援1(経過措置)、要支援2(経過措置)とは、平成18年4月以降の新要介護状態等区分において「要支援1」又は「要支援2」と認定された方のうち、法律上経過的に3年間の間に限り施設サービスを受けることができるとされた方です。

以下を参照し、病棟ごとにあてはまるものを記入してください。

病棟名	貴医療機関における固有の名称を記入してください。(例: 東2病棟)	
① 建築年度	当該病棟についての建築年度について記入してください。	
② 病床数	医療療養病床又は介護療養病床のうちあてはまる病床に○をつけたうえで、病床数を記入してください。医療療養病床及び介護療養病床をともに有する場合は、両方について記入してください。	
③ 個室	③から⑥の各病室の室数を室定員規模別に記入してください。	
④ 2人部屋		
⑤ 3人又は4人部屋		
⑥ 5人以上部屋		
⑦ 廊下幅(内法)	片廊下又は中廊下のうちあてはまるものに○をつけた上で記入してください。片廊下及び中廊下をともに有する場合は、両方について記入してください。複数の幅がある場合はもっとも狭い幅について記入してください。	

(5) 併設施設等の状況

併設している施設(事業所)について、あてはまるものすべてに○をつけてください。01から13にあてはまらないものはすべて14とし、()内に具体内容を記入してください。なお、「併設」とは、同一敷地内又は隣接若しくは近接する敷地に、同一法人又は関連する法人が開設する各施設、事業所があり、一般に「併設」と呼ばれるような連絡がとれている場合を指します。

療養病床の転換意向について

(1) 医療療養病床のみ
(2) 介護療養病床のみ

(1) 医療療養病床における今後の転換予定、(2) 介護療養病床における今後の転換予定について、貴医療機関においてあてはまるものを記入してください。(転換意向に関しては、現時点での予定を記入してください。なお、記入したことによって、今後の予定を拘束するものではありません。)

- 平成23年度末までに複数の転換先がある場合には、最終的な転換先について記入してください。未定の場合は19を選択してください。また、(2)において介護療養病床のまま平成23年度末まで維持する場合は、「09 介護療養病床(病院又は診療所)」を選択してください。
なお、特別養護老人ホームに転換する場合は、社会福祉法人格が必要です。
- 整備区分欄には、次に該当するものを記入してください。
 - 「創設」: 既存の療養病床を有する施設を取り壊さずに、新たに施設を整備すること。
 - 「改築」: 既存の療養病床を有する施設を取り壊して、新たに施設を整備すること。
 - 「改修」: 既存の療養病床を有する施設を本体の躯体工事に及ばない屋内改修(壁撤去等)で工事を伴うものであること。
 - 「その他」: 工事を伴わない転換を行う場合であること。

(3) 療養病床転換全般についてのご意見等

療養病床転換全般についてのご意見等がありましたらご自由に記入してください。

患者票

療養病床入院患者の状態等について

平成18年10月1日午前0時現在の医療機関の入院患者のうち、医療療養病床（介護保険移行準備病床を含む、また、療養病床入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している病床に限る。）、介護療養病床（経過型介護療養病床を含む）それぞれ誕生月が3月、6月、9月、12月の全患者を選び、1人につき1枚ずつ記入してください。なお、できるだけ不明の回答が少なくなるよう、必要に応じて本人・家族等に確認して記入してください。また、すべての票に通して001から連番を付けてください。

(1) 生年月

生年月について記入してください。

(2) それぞれあてはまるものの1つに○をつけてください。

02 入院病床	あてはまる病床に○をつけてください。 医療療養病床は、介護保険移行準備病床を含みます。また、療養病床入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している病床に限ります。 介護療養病床は、経過型介護療養病床を含みます。 なお、精神病床については対象としません。		
03 主傷病名	医師の判断に基づいた、入院を必要としている状態の原因となっている病名のうちもっとも重大なものに○をつけてください。なお、入院時ではなく平成18年10月1日現在における主傷病名としてください。		
04 性別	あてはまる性別に○をつけてください。		
05 医療区分	「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（平成18年6月30日保医発第0680001号）における「医療区分・ADL区分に係る評価票評価の手引き」に基づき、あてはまる医療区分に○をつけてください。また、確認していない場合は未実施に○をつけてください。		
06 ADL区分	「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（平成18年6月30日保医発第0680001号）における「医療区分・ADL区分に係る評価票評価の手引き」に基づき、あてはまるADL区分に○をつけてください。また、確認していない場合は未実施に○をつけてください。		
07 要介護状態等区分	あてはまる要介護状態等区分に○をつけてください。 なお、介護療養病床における要支援1、要支援2とは、平成18年4月以降の新設介護状態等区分において要支援1又は要支援2と認定された方のうち、法律上経過的に3年間の間に限り施設サービスを受けることができる（療養措置）とされた方をいいます。		
08 認知症高齢者の日常生活自立度	以下の分類に基づき、あてはまるものに○をつけてください。		
	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	情動の認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られる。誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もある。日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
IIa	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金融管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
IIb	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがとどきと見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがランクIIより顕著となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の頻度等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
IIIa	口中を中心として上記IIIの状態がみられる。	食事、衣類、排泄・排尿が正しにできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、火事・窃盗をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難である。日間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態がみられる。	ランクIIIaに同じ	
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが顕著に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養老ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	等しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体症状が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、幻覚、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が顕著な状態等	ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門科を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体症状が見られ老人保健施設での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

09 障害高齢者の日常生活自立度	以下の分類に基づき、あてはまるものに○をつけてください。 <table border="1"> <tr> <td data-bbox="638 224 877 336">生活自立</td><td data-bbox="877 224 989 336">ランクJ</td><td data-bbox="989 224 1562 336">何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており他力を外す 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 身近所へなら外出する</td></tr> <tr> <td data-bbox="638 336 877 492">軽度たきり</td><td data-bbox="877 336 989 492">ランクA</td><td data-bbox="989 336 1562 492">室内での生活はほぼ自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている</td></tr> <tr> <td data-bbox="638 492 877 627">軽度たきり</td><td data-bbox="877 492 989 627">ランクB</td><td data-bbox="989 492 1562 627">室内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での活動が主体であるが、起床を待つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する</td></tr> <tr> <td data-bbox="638 627 877 739">軽度たきり</td><td data-bbox="877 627 989 739">ランクC</td><td data-bbox="989 627 1562 739">1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 2 自力では起きられない</td></tr> </table>	生活自立	ランクJ	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており他力を外す 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 身近所へなら外出する	軽度たきり	ランクA	室内での生活はほぼ自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	軽度たきり	ランクB	室内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での活動が主体であるが、起床を待つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する	軽度たきり	ランクC	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 2 自力では起きられない
生活自立	ランクJ	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており他力を外す 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 身近所へなら外出する											
軽度たきり	ランクA	室内での生活はほぼ自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている											
軽度たきり	ランクB	室内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での活動が主体であるが、起床を待つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する											
軽度たきり	ランクC	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 2 自力では起きられない											
10 世帯の状況	あてはまる世帯の状況に○をつけてください。 なお、高齢者とは、65歳以上の者をいいます。												
11 住居の状況	あてはまる住居の状況に○をつけてください。												
12 自宅で介護者の有無	障害者が自宅で暮らす場合に介護に従事する家族等の介護者の有無について、あてはまるものに○をつけてください。 なお、日中は、おおむね午前6時から午後6時、夜間とはおおむね午後6時から午前6時の間とします。												
13 特別養護老人ホームの申込みの有無	特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）の入所申込みの有無について、あてはまるものに○をつけてください。												
14 介護老人保健施設の入所申込みの有無	介護老人保健施設の入所申込みの有無について、あてはまるものに○をつけてください。												
15 所得状況（医療療養病床に入院している方）	医療療養病床に入院している方の所得状況について、あてはまるものに○をつけてください。 なお、各分類についてはそれぞれ以下の方をいいます。 低所得者Ⅰ①：市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者 低所得者Ⅰ②：市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方 生活保護法の要保護者であって、低所得者Ⅰ②の適用を受けることにより、被保護者とならない方 低所得者Ⅱ：市町村民税世帯非課税であって、低所得者Ⅰ①又は低所得者Ⅰ②でない方 生活保護法の要保護者であって、低所得者Ⅱの適用を受けることにより、被保護者とならない方 その他：上記以外の者												
16 所得状況（介護療養病床に入院している方）	介護療養病床に入院している方の所得状況について、あてはまるものに○をつけてください。 なお、各分類についてはそれぞれ以下の方をいいます。 利用者負担第1段階：市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者、生活保護受給者 利用者負担第2段階：市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方 利用者負担第3段階：市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以上で利用者負担第1段階、第2段階以外の方 その他：上記以外の者												
(3) 医療処置	9月中に行われた処置について、あてはまるものすべてに○をつけてください。 5 気管切開、6 人工肛門については、既に行われたものに対する処置を含みます。 なお、褥瘡処置（Ⅲ度以上）とは、皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む）（NPUP分類Ⅲ度及びⅣ度）に対して処置を行った場合をいいます。												
18 3ヶ月以内の急性増悪の有無（急性期病院への転院等）	病院の入院患者で、7月以降に急性増悪により急性期病院への転院、一般病床への転院などがあり、治療後再度貴院へ入院した経過の有無について、あてはまるものに○をつけてください。												
19 それぞれの施設等の機能や、本人の医療や介護の必要性等を踏まえて、対応が望ましいと考えられる施設等	それぞれの施設等の機能や、本人の医療や介護の必要性等を踏まえて、対応が望ましいと考えられる施設等について、あてはまるものに○をつけてください。その際、地域にこれらの施設等が存在していると仮定して記入してください。 なお、継続入院が望ましいと考えられる場合には、「2 医療療養病床」又は「3 介護療養病床」に○をつけてください。												

<記入例>

施設票

「療養病床アンケート調査」 ご協力をお願い

今般の医療制度改革においては、いわゆる社会的入院の是正を図り、患者の状態に応じた施設の適切な役割分担の推進を図るため、医療保険適応の療養病床（以下「医療療養病床」という。）及び介護療養型医療施設（以下「介護療養病床」という。）の再編成を実施することとしています。

今後本格化する療養病床の再編成において、病床の円滑な転換に向けた支援を進めるため、各地域においては、その受け皿づくりを含め、将来的なニーズや社会資源の状況等に即した「地域ケア体制」の計画的な整備が求められることとなります。

上記の「地域ケア体制」をさらに推進する観点から、療養病床を有するすべての医療機関に対して、「療養病床の概況」、「医療機関の転換意向」、「療養病床入院患者の状態等」等に関するアンケート調査を実施することとなりました。

つきましては、貴医療機関における平成18年10月1日午前0時現在の状況について、本調査票に記入をお願いいたします。本調査票は、「療養病床の概況」、「医療機関の転換意向」については、貴医療機関に関する票（施設票）、「療養病床入院患者の状態等」については貴医療機関に入院されている個々の患者についての調査票（患者票）及び平成24年度以降の最終的な転換予定等についての調査票（追加調査票）となっています。

調査票は、平成18年11月10日（金）までに必着するよう、下記照会先に提出ください。

また、ご記入いただきました調査票については、厳重に取り扱うこととし、上記以外の目的に使用することは一切ありません。また、公表にあたっては、個別の医療機関の状態等が特定できないようにいたします。

なお、記入に際しては別添の記入要領をご参照ください。

以上の趣旨をご理解のうえ、調査にご協力くださいますようお願いいたします。

(照会先)

〒812-8577

福岡市博多区東公園7-7

福岡県保健福祉部医療指導課

医務係 勝部、浜田、青木

電話 092-643-3273

FAX 092-643-3277

E-mail irvpshido@pref.fukuoka.lg.jp

貴医療機関について、以下(1)～(4)をご記入ください。

(1) ふりがな 医療機関名	〇〇法人〇〇病院
(2) 電話番号	(092)-(xxx)-(xxxx)
(3) 所在地	〒812-8577 福岡市博多区東公園7-7
(4) 記入者名	所属: 〇〇課 氏名: 〇 〇 〇 〇

(都道府県記入欄)

整理番号

療養病床の概況について

(1) 病床数及び入院患者数

平成18年10月1日現在より前年度の医療機関における病床数及び入院患者数について、それぞれ記入してください。

		① 病床数	② 入院患者数
01 療養病床	1 医療療養病床 (※)	100 床	95 人
	2 (再掲) 介護保険移行準備病床	20 床	18 人
	3 介護療養病床	100 床	96 人
	4 (再掲) 経過型介護療養病床	0 床	0 人
02 精神病床	5 老人性認知症疾患療養病床 (医療保険)		人
	6 老人性認知症疾患療養病床 (介護保険)		人
	7 (再掲) 経過型介護療養病床		人

(※) 療養病床入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している病床に限る。

(2) 医療区分とADL区分の組み合わせ (医療療養病床)

医療療養病床のみ、それぞれあてはまる入院患者数を記入してください。

	① ADL区分1	② ADL区分2	③ ADL区分3
01 医療区分1	10 人	20 人	10 人
02 医療区分2	5 人	15 人	20 人
03 医療区分3	1 人	9 人	5 人

※ それぞれ
入院患者数の
合計が合計
するように入
してください

(3) 要介護度別利用者数 (介護療養病床)

介護療養病床のみ、それぞれあてはまる入院患者数を記入してください。

① 要支援1 (経過措置)	② 要支援2 (経過措置)	③ 要介護1	④ 要介護2	⑤ 要介護3	⑥ 要介護4	⑦ 要介護5
0 人	0 人	0 人	5 人	10 人	40 人	21 人

(4) 療養病床の建物の構造・築年数等

医療療養病床と介護療養病床が属する病棟の状況について記入してください。

病棟名	①建設年度	②病床数	居室数				⑦廊下幅 (内法)
			③個室	④2人部屋	⑤3人又は 4人部屋	⑥5人以上 部屋	
東1	1 大正 2 昭和 3 平成 60年度	① 医療療養病床 50床	5 室	5 室	10 室	0 室	1 片廊下 2
		2 介護療養病床					2 片廊下 2
東2	1 大正 2 昭和 3 平成 60年度	③ 医療療養病床 50床	5 室	5 室	10 室	0 室	1 片廊下 2
		4 介護療養病床					2 片廊下 2
西1	1 大正 2 昭和 3 平成 63年度	⑤ 医療療養病床 40床	5 室	10 室	5 室	0 室	1 片廊下 3
		⑥ 介護療養病床 60床	10 室	10 室	10 室	0 室	2 片廊下 3
西2	1 大正 2 昭和 3 平成 63年度	⑦ 医療療養病床					1 片廊下
		⑧ 介護療養病床					2 片廊下
	1 大正 2 昭和 3 平成 年度	9 医療療養病床					1 片廊下
		10 介護療養病床					2 片廊下
	1 大正 2 昭和 3 平成 年度	11 医療療養病床					1 片廊下
		12 介護療養病床					2 片廊下
	1 大正 2 昭和 3 平成 年度	13 医療療養病床					1 片廊下
		14 介護療養病床					2 片廊下
	1 大正 2 昭和 3 平成 年度	15 医療療養病床					1 片廊下
		16 介護療養病床					2 片廊下
	1 大正 2 昭和 3 平成 年度	17 医療療養病床					1 片廊下
		18 介護療養病床					2 片廊下
	1 大正 2 昭和 3 平成 年度	19 医療療養病床					1 片廊下
		20 介護療養病床					2 片廊下

(5) 併設施設等の状況

貴医療機関に併設（※）している施設（事業所）について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

01 併設なし
①② 病院
03 診療所
①④ 介護老人保健施設
05 特別養護老人ホーム
06 有料老人ホーム
07 軽費老人ホーム（ケアハウス）
08 グループホーム
09 通所介護事業所（認知症対応型通所介護事業所を含む。）
10 通所リハビリテーション事業所
11 訪問看護事業所
12 訪問介護事業所
13 居宅介護支援事業所
14 その他（ ）

※ここでいう「併設」とは、同一敷地内又は隣接もしくは近接する敷地に、同一法人又は関連する法人が開設する各施設・事業所があり、一般に「併設」と呼ばれるような連携がとれている場合を指す。

療養病床の転換意向について

(※幅紙裏面に記しては、読解点での予定を記入してください。なお、記入した年とによって、今後の予定が異なる場合があります。)

(1) 医療従事者のみ、以下について記入してください

1. 平成23年度末までの最終的な病床予定（既病院、病床数、病床予定年度）について記入してください。

	①施設名	②床数	③稼働率(%)
医療施設	01. 医療療養病床 (病院又は診療所)	50	
	02. (内科) 介護保険移行型療養病床	床	平成 年度
	03. (内科) 同病棟リハビリテーション病床	床	平成 年度
	04. 一般病床	床	平成 年度
	05. (内科) 療養型病床等入居型手術室 等手術室併設	床	平成 年度
	06. (内科) 同病棟リハビリテーション病床	床	平成 年度
	07. 老人性認知症疾患療養病床	床	平成 年度
	08. 診療所 (病床)		平成 年度
	09. 介護療養病床 (病院又は診療所)	床	平成 年度
	10. (内科) 普通型介護療養病床	床	平成 年度
介護保険	11. 老人性認知症疾患療養型病床	床	平成 年度
	12. 介護老人保健施設	20	平成 18年度
	13. 特別養護老人ホーム	床	平成 年度
	14. 有料老人ホーム	床	平成 年度
	15. 福祉老人ホーム (ケアハウス)	床	平成 年度
	16. グループホーム	床	平成 年度
	17. 施設	床	平成 年度
	18. その他 ()	床	平成 年度
その他	19. 未定	30	

(2.平成18年度中の転換を予定している組合の
所在地(県別)(注)について)である。また、転換を記
入してある。

[illegible]

(2) 介護療養病床のみ、以下について記入してください。

1. 平成23年度末までの最終的な転換予定（転換先、期日等、転換予定年度）について記入してください。

		①転送先	②病床数	③転換了生年度
医療保険	01	医療療養病床（病院又は診療所）	30	平成20年度
	02	（特例）介護療養型医療病床		平成20年度
	03	（特例）回復期リハビリテーション病床		平成20年度
	04	一般病床		平成20年度
	05	（特例）障害者福祉等入院事業科を 認定する病院		平成20年度
	06	（特例）回復期リハビリテーション病床		平成20年度
	07	老人性認知症疾患療養病床		平成20年度
	08	診療所（無床）		平成20年度
介護保険	09	介護療養病床（病院又は診療所）		平成20年度
	10	（特例）無選型介護療養病床		平成20年度
	11	老人性認知症疾患療養病床		平成20年度
	12	介護老人保健施設	80	平成18年度
	13	特別養護老人ホーム		平成20年度
	14	有料老人ホーム	20	平成20年度
	15	軽費老人ホーム（ケアハウス）		平成20年度
	16	グループホーム		平成20年度
その他	17	廃止	10	平成20年度
	18	その他（ ）		平成20年度
	19	未定		平成20年度

（2. 平成18年度中の転換を予定している場合のみ、盛増区分（※）についてあてはまる病床数を記入してください。）

[illegible]

〔改修〕 既存の築堤断面を有する施設を本体の原状工事と見做し、原則改修（置換法等）で工事を伴うものであること。
〔その他〕 工事を伴わない施設を行う場合であること。

(3) 療養病床転換全般についてのご意見等がありましたらご記入ください。(自由記載)

ご協力ありがとうございました。

療養病床入院患者の状況等について

患者票

平成18年10月1日午前0時現在の医療機関の入院患者のうち、医療療養病床、介護療養病床、介護療養病床（経過型介護療養病床を含む）、また、療養病床入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している病床に限る。）、介護療養病床（経過型介護療養病床を含む）、それぞれ誕生月が3月、6月、9月、12月の全患者を選び、1人につき1枚ずつ記入してください。なお、できるだけ不明の回答が少なくなるよう、必要に応じて本人・家族等に確認して記入してください。

患者票の連番

0 / 5

(1) 生年月日について記入してください。

01 生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	〇 年 〇 月
---------	---------------------	---------

(2) 以下の02～16について、それぞれあてはまるもの1つに○をつけてください。

02 入院病床	1 医療療養病床 (介護療養病床移行準備病床を含む。)	2 介護療養病床 (経過型介護療養病床を含む。)
03 主病名 (医師の判断に 基づく。)	① 脳梗塞 2 脳出血 3 骨折 4 認知症 5 心疾患 6 パーキンソン病 7 悪性新生物 8 糖尿病 9 うつ 10 痔瘻 11 その他	
04 性別	1 男 2 女	
05 医療区分	1 医療区分1 2 医療区分2 3 医療区分3 4 未実施	
06 ADL区分	1 ADL区分1 2 ADL区分2 3 ADL区分3 4 未実施	
07 要介護状態等区分	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 要介護6 7 要介護7 8 要介護8 9 要介護9 10 不明	
08 認知症高齢者の 日常生活自立度	1 Ⅰ 2 Ⅱ 3 Ⅲa 4 Ⅲb 5 Ⅲc 6 Ⅲd 7 Ⅳ 8 M 9 不明・未実施	
09 障害高齢者の 日常生活自立度	1 Ⅰ 2 Ⅱ 3 Ⅲ 4 Ⅳ 5 A1 6 A2 7 B1 8 B2 9 C1 10 C2 11 不明・未実施	
10 世帯の状況	1 単身世帯 2 高齢者のみの世帯 (同居世帯を除く。)	3 その他の世帯 4 不明
11 住居の状況	1 なし 2 自宅 (介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等 からの一時的な入居)	3 介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等 からの一時的な入居
12 自宅で介護者の有無	1 日中、夜間とも 介護ができる人がいる 2 日中のみ、 介護ができる人がいる 3 夜間のみ、 介護ができる人がいる	4 日中、夜間とも介護ができる人がいない (介護者が病状等により介護できない場合も含む。)
13 特別養護老人ホーム の申込みの有無	① なし 2 あり 3 不明	
14 介護老人保健施設 の申込みの有無	1 なし 2 あり 3 不明	
15 所得状況 医療療養病床 に入院している方	1 低所得Ⅰ 2 低所得Ⅱ 3 低所得Ⅲ 4 その他 5 不明	
16 所得状況 介護療養病床 に入院している方	1 利用者負担第Ⅰ段階 2 利用者負担第Ⅱ段階 3 利用者負担第Ⅲ段階 4 その他 5 不明	

(3) 以下の17～19について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

17 医療処置 (3ヶ月以内に行われた処置。5日 以内に行われた処置も含む。)	1 呼吸器 2 結核検査 3 モニター測定 (心拍、血圧、酸素飽和度)	4 酸素療法
5 気管切開 6 人工肛門 7 膀胱カテーテル	8 点滴 9 褥瘡処置(Ⅲ度以上)	10 疼痛管理 11 透析 12 その他
18 3ヶ月以内の急性増悪の 有無(急性期病院への転院等)	① なし 2 あり 3 不明	
19 それぞれの施設等の機能 や、本人の医療や介護の 必要性等を踏まえて、対 応が望ましいと考えられ る施設等	1 一般病床 2 医療療養病床 3 介護療養病床 4 介護老人保健施設 5 特別養護老人ホーム 6 有料老人ホーム 7 軽費老人ホーム(ケアハウス) 8 グループホーム 9 在宅 10 その他	

ご協力ありがとうございました。

(郵便局で記入)

施設番号

(別紙)

<記入例>

(追加調査票)

医療機関名	〇〇 法人〇〇病院	記入者名	〇〇 〇〇
-------	-----------	------	-------

- 1 平成24年度以降の最終的な転換予定(転換先、病床数)について記入してください。
(経過措置終了・介護療養型廃止後の転換先)

(転換意向に関しては、現時点での予定を記入してください。なお、介護保険にかかる転換予定施設につきましては、県及び市町村の計画の範囲内で整備されることとなります。)

- (1) 医療療養病床のみ、以下について記入してください。 (2) 介護療養病床のみ、以下について記入してください。

①転換先		②病床数
医療療養	⑪ 医療療養病床(病院又は診療所)	50 床
	02 (再掲) 回復期リハビリテーション病床	床
	03 一般病床	床
	04 (再掲) 障害者施設等入居基本料を算定する病床	床
	05 (再掲) 回復期リハビリテーション病床	床
	06 老人性認知症疾患治療病床	床
	07 診療所(無床)	床
介護療養	⑫ 介護老人保健施設	20 床
	08 特別養護老人ホーム	床
	10 有料老人ホーム	床
	11 軽費老人ホーム(ケアハウス)	床
	12 グループホーム	床
その他	13 廃止	床
	14 その他()	床
	⑬ 未定 ⇒ 下欄へ	30 床

「15 未定」を選択した場合は、以下の欄に理由等を記載願います。

- ① 未定を選択した理由をご記入ください。

病床転換のための補助事業の内容が示されていないため

- ② 転換先を決めるために必要なものは何ですか。ご記入ください。

補助の有無、対象、条件等

- ③ その場合、どのような施設に転換予定かを記入ください。

(介護療養病床に係る補助内容と異なる場合)

01: 医療療養 20、03: 一般 10

①転換先		②病床数
医療療養	⑪ 医療療養病床(病院又は診療所)	30 床
	02 (再掲) 回復期リハビリテーション病床	床
	03 一般病床	床
	04 (再掲) 障害者施設等入居基本料を算定する病床	床
	05 (再掲) 回復期リハビリテーション病床	床
	06 老人性認知症疾患治療病床	床
	07 診療所(無床)	床
介護療養	⑫ 介護老人保健施設	40 床
	09 特別養護老人ホーム	床
	⑩ 有料老人ホーム	20 床
	11 軽費老人ホーム(ケアハウス)	床
	12 グループホーム	床
その他	⑬ 廃止	10 床
	14 その他()	床
	15 未定 ⇒ 下欄へ	床

「15 未定」を選択した場合は、以下の欄に理由等を記載願います。

- ① 未定を選択した理由をご記入ください。

- ② 転換先を決めるために必要なものは何ですか。ご記入ください。

- ③ その場合、どのような施設に転換予定かを記入ください。

- 2 転換するとした場合、該当するもの(ア～エ)に○をご記入ください。

- a 転換の整備区分(複数回答可) → ☒ ア 創設 ☐ イ 改築 ☐ ウ 改修 ☐ エ その他
b 施設を「創設」する場合 → ☐ ア 同一敷地内 ☒ イ 別の土地
c 転換にかかる費用の補助の希望 → ☒ ア 希望する ☐ イ 希望しない

- 3 設備の現況をご記入ください。

- a 居室 (1 人部屋) (一人当たり 8 m²) ... 室数 (20 室)
居室 (4 人部屋) (一人当たり 6.4 m²) ... 室数 (20 室)
居室 (人部屋) (一人当たり m²) ... 室数 (室)
居室 (人部屋) (一人当たり m²) ... 室数 (室)
b 片廊下 (1.8 m) 中廊下 (2.7 m)

ご協力ありがとうございました。

《参考資料》

療養病床の転換支援策について

療養病床の老健施設等への転換については、御承知のとおり「介護保険移行準備病床」や「経過型介護療養型医療施設」などの人員基準、施設基準を緩和した経過的類型が作られています。

そのほか、転換のために必要な施設整備について次のとおり助成制度があります。

- ・介護保険適用の療養病床 … 介護療養型医療施設転換整備事業（市町村交付金）
本年9月1日付高第1065号で介護療養病型医療施設の管理者には通知済み

- ・医療保険適用の療養病床 … 病床転換助成事業（県助成金）

上記助成事業は平成20年度以降始まる助成制度で、交付要件等はまだ定まっておりませんが、別添の「介護療養型医療施設転換に係る助成制度について」の例を参考にしてください。

介護療養型医療施設転換に係る助成制度について

市町村(特別区を含む。)は、

- ①市区町村全域を単位として、
- ②毎年度、
- ③市町村が関与して実施する既存の介護療養病床の老人保健施設やケアハウス等への転換を内容とする

「介護療養型医療施設転換整備計画」を策定することができる。

○ 介護療養型医療施設転換整備事業

既存の介護療養型医療施設を老人保健施設やケアハウス等に転換することを支援するために交付金を交付。

【交付対象】

以下に掲げる施設に転換を行うための整備に要する経費

※ただし、他の整備計画に基づき交付金が交付されるものについては、重複して交付しない。

介護療養型医療施設

- ・療養病床を有する病院
- ・老人性認知症疾患療養病床を有する病院
- ・療養病床を有する診療所



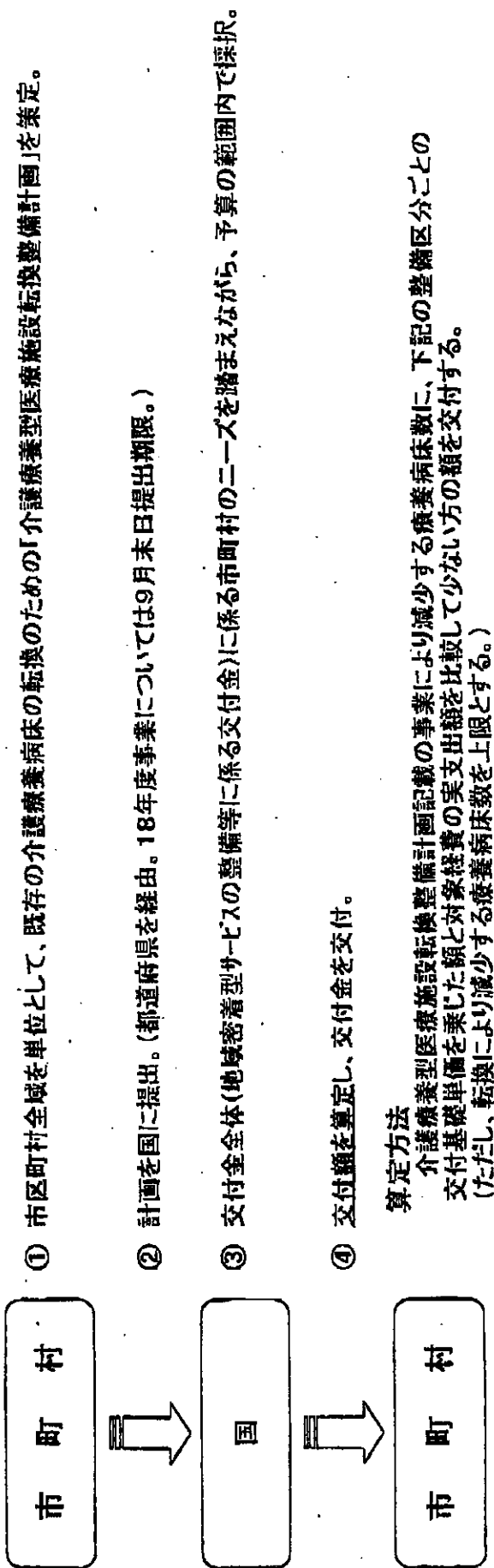
- ①老人保健施設
- ②ケアハウス
- ③有料老人ホーム
(居室は原則個室とし、1人当たりの床面積が概ね13㎡以上であること。)
- ④特別養護老人ホーム及び併設されるショートステイ用居室
(社会福祉法人を設立等する場合)
- ⑤認知症高齢者グループホーム
- ⑥小規模多機能型居宅介護事業所
- ⑦生活支援ハウス

※ 定員規模を問わない。

- ②、③については、特定施設入居者生活介護の指定の有無を問わない。
- ③については、利用者負担第3段階以下の人も入居可能な部屋を確保することが対象条件。

介護療養型医療施設転換に係る助成制度について

介護療養型医療施設転換に係る市町村交付金の流れ



事業区分	単位	配分基礎単価
○創設 既存の施設を取り壊さず、新たに施設を整備	転換床数	1,000千円
○改築 既存の施設を取り壊して、新たに施設を整備	転換床数	1,200千円
○改修 躯体工事に及ばない屋内改修(壁撤去等)	転換床数	500千円

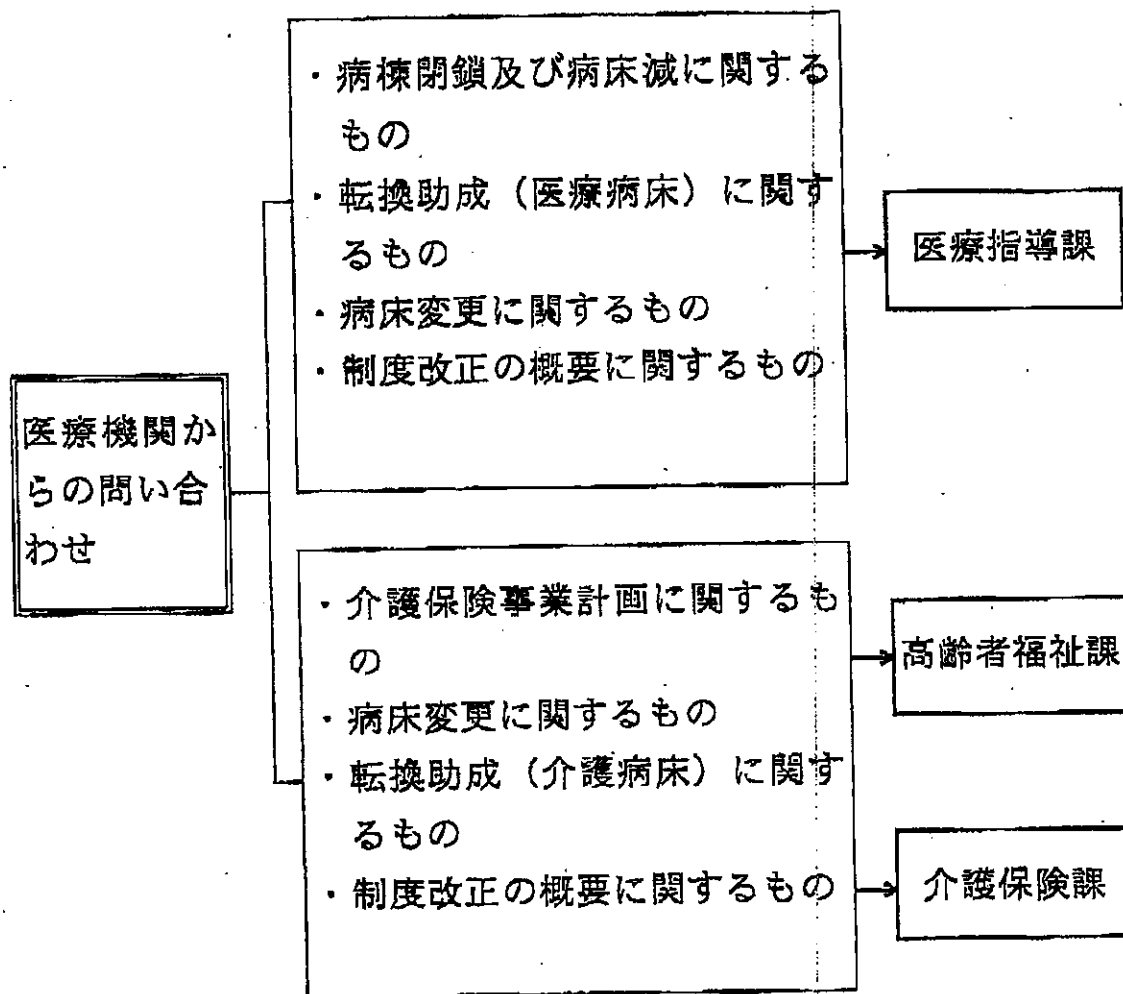
「療養病床アンケート調査」患者票における医療処置の定義について

○記入に際しては、9 月中に行われた医療処置についてそれぞれ以下の通り取り扱うこととします。

1	喀痰吸引	ネラトンカテーテル、吸引器等を使用して喀痰吸引を行った場合をいいます。
2	経管栄養	鼻腔栄養、胃ろう、腸ろう等により栄養処置を行った場合をいいます。
3	モニタリング (心拍、血圧、酸素飽和度)	継続して心拍、血圧、酸素飽和度を測定している場合をいいます。 なお、 <u>健康管理上の朝夕の血圧測定等は含みません。</u>
4	酸素吸入	鼻カニューラ、酸素マスク等により酸素吸入を行った場合をいいます。
5	気管切開	気管切開を行った場合をいいます。 (既に処置を行われていた場合を含みます。)
6	人工肛門	人工肛門を造設した場合をいいます。 (既に処置を行われていた場合を含みます。)
7	膀胱カテーテル留置	留置カテーテルの設置、カテーテル挿入による導尿等を行った場合をいいます。
8	点滴	<u>中心静脈点滴</u> を行った場合をいいます。 なお、末梢静脈点滴は含みません。
9	褥瘡処置 (Ⅲ度以上)	皮下組織に至る褥瘡(筋肉、骨等に至る褥瘡を含む)(NPUAP 分類Ⅲ度及びⅣ度)に対して処置を行った場合をいいます。
10	疼痛管理	オピオイド(麻薬系鎮痛薬)等を使用し疼痛管理を行った場合をいいます。
11	透析	血液透析及び腹膜透析を行った場合をいいます。
12	その他	薬剤内服等の上記以外の医療処置を行った場合をいいます。

福岡県保健福祉部

療養病床の再編に関する相談体制について



医療指導課医務係	092-643-3273	
高齢者福祉課企画管理係	092-643-3248	
施設整備係	092-643-3251	(介護療養の転換助成)
介護保険課企画財政係	092-643-3321	
指定育成係	092-653-3322	(介護療養型の病床変更)