

福岡医発第464号(地)  
平成19年6月15日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会  
会長 横倉 義 武  
(公印省略)

厚生労働省「療養病床の再編成に伴う入院患者の影響に関する調査」  
について (ご依頼)

厚生労働省では、現在、療養病床の再編成に係る各種施策を進めていますが、今般、療養病床に入院されている患者の方への影響に関する実態調査の実施について、日本医師会並びに福岡県保健福祉部を通じて別紙のとおり協力依頼がありました。

そこで、平成19年6月14日開催の全会第8回理事会で協議の結果、本調査に協力することとなりました。

調査実施の期間が非常に短くなっておりますが、現在進められている療養病床再編施策において、患者の方が受ける影響等の実態把握を行うことが、今後の各種審議会や検討会等の議論の基礎資料となることをご勘案の上、調査対象医療機関から問い合わせ等ありましたら、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、調査は、平成18年4月1日から平成19年5月31日までの間に、療養病床を転換又は廃止した全医療機関を対象に実施されますが、調査票No.1については、その中で20医療機関(病院15、診療所5)を抽出して実施されます。

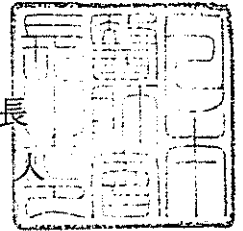
---

小郡三井医師会より  
調査をお願いする該当の医療機関へは福岡県医師会より直接調査の案内が参りますので、ご協力よろしくお願いいたします。

担当理事 蒲池 壽



都道府県医師会長 殿

日本医師会 長  
唐 澤 祥 人

厚生労働省「療養病床の再編成に伴う入院患者の影響に関する調査」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。

平素は本会会務に関し、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、厚生労働省は、現在、療養病床の再編成に係る各種施策を進めておりますが、今般、療養病床に入院されている患者の方への影響に関する実態について、各都道府県、市町村及び療養病床を有する医療機関に、緊急に調査を実施することとし、本会宛に協力依頼がありました。

本会と致しましては、調査の実施について期間があまりに短く、調査対象医療機関（各都道府県において 20 医療機関を抽出）のご負担を考慮すれば、調査協力に了承しかねるところであります。現在進められている療養病床再編施策において、患者の方が受ける影響等の実態把握を行うことが、今後の各種審議会や検討会等での議論における基礎資料となることを鑑みて、当該調査の実施に協力することといたしました。

つきましては、本調査の趣旨をご理解いただき、貴会におかれましてもご了知いただきますとともに、会員の先生方にもご協力を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

なお、対象医療機関につきましては、各都道府県において抽出されることとなっており、都道府県担当部局よりご連絡があるかと思われますので、よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

(別添資料)

- ・「療養病床の再編成に伴う入院患者の影響に関する調査」の実施について（協力依頼）  
(平 19.6.8 老老発第 0608001 号 保総発 0608001 号 厚生労働省老健局老人保健課長・  
保険局総務課長通知)





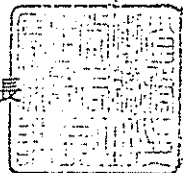
老老発 0608001 号  
保総発 0608001 号  
平成 19 年 6 月 8 日

社団法人日本医師会会長  
唐澤祥人 殿

厚生労働省老健局老人保健課長



厚生労働省保険局総務課長



「療養病床の再編成に伴う入院患者の影響に関する調査」の実施について（協力依頼）

介護保険行政の推進につきましては、日頃よりご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、今般の医療制度改革では、患者の状態に応じた施設の適切な役割分担を図るため、療養病床の再編成を進めておりますが、一方で、患者への悪影響を懸念する報道なども見られるところです。

このため、厚生労働省において、療養病床の再編成による患者への影響についての実態を把握するため、別添の通り各都道府県・市区町村及び都道府県が選定した医療機関あてに調査票を送付のうえ、回答を求めることといたしました。つきましては、調査の実施に当たり貴会員のご協力を賜りますようお願い申し上げます。

（本件連絡先）

厚生労働省 老健局

地域ケア・療養病床転換推進室 榎本・國光

電話：03-5253-1111（内線：2176）

保険局総務課

医療費適正化対策推進室 東・進士

電話：03-5253-1111（内線：3219）

(公印省略)

19医指第996号

平成19年6月14日

社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健福祉部長

(高齢者福祉課)

(医療指導課)

(介護保険課)

「療養病床の再編成に伴う入院患者の影響に関する調査」の実施について(依頼)

本県の保健福祉行政の推進にあたっては、日頃より御協力賜り厚くお礼申し上げます。

さて、今般の医療制度改革では、患者の状態に応じた施設の適切な役割分担を図るため、療養病床の再編成を進めているところですが、一方で、患者への悪影響を懸念する報道等も見られるところです。

そこで、厚生労働省からの照会を受け、療養病床の再編成に伴う入院患者の影響についてその実態を把握するため、平成18年4月1日から平成19年5月31日までの間に、療養病床を転換又は廃止した医療施設を対象に、入院していた患者の数や移動先等について別紙のとおり調査をすることといたしました。

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

(公印省略)

19医指第996号

平成19年6月15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)

(医療指導課)

(介護保険課)

「療養病床の再編成に伴う入院患者の影響に関する調査」の実施について(依頼)

本県の保健福祉行政の推進にあたっては、日頃より御協力賜り厚くお礼申し上げます。

さて、今般の医療制度改革では、患者の状態に応じた施設の適切な役割分担を図るため、療養病床の再編成を進めているところですが、一方で、患者への悪影響を懸念する報道等も見られるところです。

そこで、別添のとおり厚生労働省からの照会を受け、平成18年4月1日から平成19年5月31日までの間に、療養病床を転換又は廃止した医療施設を対象に、入院していた患者の数や移動先、患者対応についての基本方針等について調査をすることといたしました。

つきましては、御多忙のところ恐縮ではありますが、平成19年6月22日(金)までに、下記の提出先までFAXにて回答していただきますようお願いいたします。

(提出するもの：2種類)

①「療養病床の再編成に伴う入院患者の影響に関する調査」No.1

②「療養病床の再編成に伴う入院患者の影響に関する調査」No.2

|     |                   |
|-----|-------------------|
| 提出先 | 福岡県保健福祉部医療指導課 医務係 |
| FAX | 092-643-3277      |
| TEL | 092-643-3273      |

(調査票の方には、6月22日(金)までに(財)医療経済研究・社会保健福祉協会医療経済研究機構に提出するようになっていますが、6月22日(金)までに福岡県保健福祉部医療指導課にFAXにて提出していただきますようお願いいたします。)

No. 1

医療機関用

## 「療養病床の再編成に伴う入院患者の影響に関する調査」

## ご協力をお願い

今般の医療制度改革では、患者の状態に応じた施設の適切な役割分担を図るため、療養病床の再編成を進めておりますが、一方で、患者への悪影響を懸念する報道なども見られるところです。

このため、厚生労働省において、療養病床の再編成による患者への影響についての実態を把握するため、別添の調査票に基づき調査を行うことといたしました。

つきましては、貴医療機関における状況について本調査票に記入をお願いいたします。なお、質問の中にある医療の必要性等については、患者の状態等を踏まえた貴医療機関の判断に基づくものとします。

調査票は、平成 19 年 6 月 22 日(金)までに必需するよう、下記提出先に提出ください。

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、療養病床の再編成による患者への影響についての実態の把握以外の目的に使用することはありません。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。

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。

## &lt;調査票の提出先&gt;

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会  
医療経済研究機構 研究部 沢村・高橋  
〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11  
第 11 東洋海軍ビル 2 F  
T E L : 03-3506-8529 F A X : 03-3506-8528  
E-mail : sawamura@ihep.jp

(提出方法は、メール、または郵送でのいずれでも可能です。)

## &lt;調査票の照会先&gt;

厚生労働省 老健局 地域ケア・療養病床転換推進室 國光・赤枝  
電話: (03)5253-1111(内線2177)  
(03)3595-2184(直通)  
FAX: (03)3595-2186  
保険局 医療費適正化対策推進室 東・進士  
電話: (03)5253-1111(内線3219)  
(03)3595-2550(直通)  
FAX: (03)3504-1210  
Eメール: kaigohonbu@mh1w.go.jp  
(都道府県記入用)

|        | 都道府県番号 |   | 整理番号 |  |  |  |  |  |
|--------|--------|---|------|--|--|--|--|--|
| 医療機関番号 | 4      | 0 |      |  |  |  |  |  |
| 医療機関名  | 〇〇病院   |   |      |  |  |  |  |  |

## 医療機関用

## 療養病床の再編成に伴う入院患者の影響に関する調査

## &lt;基本情報&gt;

1. 貴医療機関における入院患者の医療区分、要介護度の状況について記入してください。なお、対象日を( )に記入してください。

| 時 点                                  |                                            | 平成 18 年 7 月 ( ) 日<br>(当該年度の状況が把握困難であれば、平成 18 年 10 月 1 日時点の「療養病床アンケート調査」結果に基づき記入してください。なお、その場合、以下( )に○をつけてください。)<br>( ) 平成 18 年 10 月 1 日時点を使用 |                                              | 平成 19 年 6 月 ( ) 日現在                                  |                                              |   |
|--------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---|
|                                      |                                            | 医療療養病床<br>(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<br>(老人性認知症疾患療養病床における病床に該当するものは含みません。) | 医療療養病床<br>(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<br>(老人性認知症疾患療養病床における病床に該当するものは含みません。) |   |
| 1                                    | 病 床 数                                      | 床                                                                                                                                            | 床                                            | 床                                                    | 床                                            |   |
| 2                                    | 患 者 数                                      | 人                                                                                                                                            | 人                                            | 人                                                    | 人                                            |   |
| (内 訳) それぞれの合計が全体の患者数と等しくなるようにしてください。 | 医 療 区 分<br>(介護療養病床においても、把握できる場合は記入してください。) | 医 療 区 分 1                                                                                                                                    | 人                                            | 人                                                    | 人                                            | 人 |
|                                      |                                            | 医 療 区 分 2                                                                                                                                    | 人                                            | 人                                                    | 人                                            | 人 |
|                                      |                                            | 医 療 区 分 3                                                                                                                                    | 人                                            | 人                                                    | 人                                            | 人 |
|                                      |                                            | 不明又は未実施                                                                                                                                      | 人                                            | 人                                                    | 人                                            | 人 |
|                                      | 要 介 護 度<br>(医療療養病床においても、把握できる場合は記入してください。) | 要 支 援 1                                                                                                                                      | 人                                            | 人                                                    | 人                                            | 人 |
|                                      |                                            | 要 支 援 2                                                                                                                                      | 人                                            | 人                                                    | 人                                            | 人 |
|                                      |                                            | 超過的要介護                                                                                                                                       | 人                                            | 人                                                    | 人                                            | 人 |
|                                      |                                            | 要 介 護 1                                                                                                                                      | 人                                            | 人                                                    | 人                                            | 人 |
|                                      |                                            | 要 介 護 2                                                                                                                                      | 人                                            | 人                                                    | 人                                            | 人 |
|                                      |                                            | 要 介 護 3                                                                                                                                      | 人                                            | 人                                                    | 人                                            | 人 |
|                                      |                                            | 要 介 護 4                                                                                                                                      | 人                                            | 人                                                    | 人                                            | 人 |
|                                      |                                            | 要 介 護 5                                                                                                                                      | 人                                            | 人                                                    | 人                                            | 人 |
|                                      | 不明又は設定されていない                               | 人                                                                                                                                            | 人                                            | 人                                                    | 人                                            |   |

2. 貴医療機関に患者・家族の相談窓口となる医療連携室等は設置されていますか。あてはまるものに○をつけてください。

|                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1                                                                                            | はい  |
| その場合、入退院に関する相談件数の変化について、最も当てはまるもの1つに○をつけてください。(①非常に増加した ②やや増加した ③減少した ④特に変化はない ⑤不明 ⑥その他 ( )) |     |
| 2                                                                                            | いいえ |

## 【医療療養病床（※）を有する場合に記入してください。】

（※）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。

以下それぞれの項目に関し、現在の状況について記入してください。

### <患者対応についての基本方針等>

#### 貴医療機関における受け入れの状況について

- （１）－１ 医療の必要性の高い患者について、貴医療機関への受け入れに関してどのような方針で対応していますか。 最も当てはまるもの１つに○をつけてください。

|   |                  |
|---|------------------|
| 1 | 特段の調整等を行っていない    |
| 2 | 一定程度受け入れる        |
| 3 | 積極的に受け入れる        |
| 4 | その他（具体的に： _____） |

- （１）－２ その場合、どのような医療機関から受け入れを行っていますか。 最も当てはまるもの１つに○をつけてください。

|   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | 同一法人又は関連する法人の一般病床 |
| 2 | 1 以外の一般病床         |
| 3 | 同一法人又は関連する法人の療養病床 |
| 4 | 3 以外の療養病床         |
| 5 | その他（具体的に： _____）  |

- （２）医療の必要性の低い患者について、貴医療機関への受け入れに関してどのような方針で対応していますか。 最も当てはまるもの１つに○をつけてください。

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | 特段の調整等を行っていない            |
| 2 | 一定程度受け入れる                |
| 3 | 家庭状況等により、やむを得ない患者のみ受け入れる |
| 4 | 外部からの新たな受け入れは行わない        |
| 5 | その他（具体的に： _____）         |

貴医療機関における移動の状況について

- (3) - 1 医療の必要性の低い患者について、貴医療機関から他施設等への移動に関してどのような方針で対応していますか。最も当てはまるもの1つに○をつけてください。

|   |                                                                                                                                                   |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 特段の調整等を行っていない                                                                                                                                     |
| 2 | 同一法人内又は関連する法人の介護保険施設等への移動を促す<br>その場合の主な移動先について、当てはまるものすべてに○をつけてください。<br>①介護療養病床 ②介護老人保健施設 ③特別養護老人ホーム ④有料老人ホーム<br>⑤軽費老人ホーム（ケアハウス） ⑥グループホーム ⑦その他（ ） |
| 3 | 2 以外の介護保険施設等への移動を促す<br>その場合の主な移動先について、当てはまるものすべてに○をつけてください。<br>①介護療養病床 ②介護老人保健施設 ③特別養護老人ホーム ④有料老人ホーム<br>⑤軽費老人ホーム（ケアハウス） ⑥グループホーム ⑦その他（ ）          |
| 4 | 在宅療養を促す                                                                                                                                           |
| 5 | その他（具体的に： ）                                                                                                                                       |

- (3) - 2 以上のうち、医療の必要性が低くかつ介護の必要性も低い患者について、どのような方針で対応していますか。最も当てはまるもの1つに○をつけてください。

|   |                                                                                                                                                   |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 特段の調整等を行っていない                                                                                                                                     |
| 2 | 同一法人内又は関連する法人の介護保険施設等への移動を促す<br>その場合の主な移動先について、当てはまるものすべてに○をつけてください。<br>①介護療養病床 ②介護老人保健施設 ③特別養護老人ホーム ④有料老人ホーム<br>⑤軽費老人ホーム（ケアハウス） ⑥グループホーム ⑦その他（ ） |
| 3 | 2 以外の介護保険施設等への移動を促す<br>その場合の主な移動先について、当てはまるものすべてに○をつけてください。<br>①介護療養病床 ②介護老人保健施設 ③特別養護老人ホーム ④有料老人ホーム<br>⑤軽費老人ホーム（ケアハウス） ⑥グループホーム ⑦その他（ ）          |
| 4 | 在宅療養を促す                                                                                                                                           |
| 5 | その他（具体的に： ）                                                                                                                                       |

- (4) 移動に際して、入院患者・家族にどのような理由を説明していますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。また、最も当てはまる理由に◎をつけてください。

|   |                                            |
|---|--------------------------------------------|
| 1 | 今後、医療の必要性の高い患者への対応に集中する方針である               |
| 2 | 医療の必要性の低い者は介護施設等への移動が必要である                 |
| 3 | 医療の必要性の低い者の評価が下がったことから、医療機関の経営上これ以上の入院が難しい |
| 4 | 医師・看護職員等の確保等が難しく、病床規模を縮小する必要がある            |
| 5 | 状態が改善し、当該医療機関での療養の必要性が低くなった                |
| 6 | その他（ ）                                     |



## 【介護療養病床（※）を有する場合に記入してください。】

（※）老人性認知症疾患療養病棟における病床に該当するものは含みません。

以下それぞれの項目に関し、現在の状況について記入してください。

### <患者対応についての基本方針等>

#### 貴医療機関における受け入れの状況について

- （１）－１ 医療の必要性の低い患者について、貴医療機関への受け入れに関してどのような方針で対応していますか。最も当てはまるもの１つに○をつけてください。

|   |                 |
|---|-----------------|
| 1 | 特段の調整等を行っていない   |
| 2 | 一定程度受け入れる       |
| 3 | 積極的に受け入れる       |
| 4 | その他（具体的に：_____） |

- （１）－２ その場合、どのような医療機関から患者の受け入れを行っていますか。最も当てはまるもの１つに○をつけてください。

|   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | 同一法人又は関連する法人の医療療養病床 |
| 2 | 1 以外の医療療養病床         |
| 3 | 介護療養病床              |
| 4 | 一般病床                |
|   | その他（具体的に：_____）     |

- （１）－３ 医療の必要性が低く、介護の必要性も低い患者について、貴医療機関への受け入れに関してどのような方針で対応していますか。最も当てはまるもの１つに○をつけてください。

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | 特段の調整等を行っていない            |
| 2 | 一定程度受け入れる                |
| 3 | 家庭状況等により、やむを得ない患者のみ受け入れる |
| 4 | 外部からの新たな受け入れは行わない        |
| 5 | その他（具体的に：_____）          |

貴医療機関における移動の状況について

(2) 医療の必要性の高い患者について、貴医療機関から他施設等への移動に関してどのような方針で対応していますか。最も当てはまるもの1つに○をつけてください。

|   |                                                                                             |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 特段の調整等を行っていない                                                                               |
| 2 | 同一法人内又は関連する法人の医療機関への移動を促す<br>その場合の主な移動先について、当てはまるものすべてに○をつけてください。<br>①一般病床 ②医療療養病床 ③その他 ( ) |
| 3 | 2 以外の医療機関への移動を促す<br>その場合の主な移動先について、当てはまるものすべてに○をつけてください。<br>①一般病床 ②医療療養病床 ③その他 ( )          |
| 4 | その他 (具体的に: )                                                                                |

(3) 移動に際して、入院患者・家族にどのような理由を説明していますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。また、最も当てはまるものには◎をつけてください。

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 1 | 今後、介護の必要性の高い患者への対応に集中する方針である    |
| 2 | 医療の必要性の高い者は他の医療機関等への移動が必要である    |
| 3 | 医師・看護職員等の確保等が難しく、病床規模を縮小する必要がある |
| 4 | 状態が改善し、当該医療機関での療養の必要性が低くなった     |
| 5 | その他 ( )                         |

(4) 患者の移動を伴う場合に、移動先の確保に向けてどのように対応していますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。また、最も当てはまるものには◎をつけてください。

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | 具体的な移動先を確保し、紹介する         |
| 2 | 移動先リスト等を渡し、患者・家族の判断にまかせる |
| 3 | 地域包括支援センター等の他機関に調整を依頼する  |
| 4 | 特に対応しない                  |
| 5 | その他 ( )                  |

ご協力ありがとうございました。

No. 2

## 療養病床の再編成に伴う入院患者の影響に関する調査

## ＜療養病床の転換・廃止等の状況＞

平成18年4月から平成19年5月末までに、療養病床（※1）の転換・廃止等（※2）を行った医療機関にお尋ねします。

（※1）転換・廃止前の病床については、医療療養病床は、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。また、介護療養病床は、老人性認知症疾患療養病床における病床に該当するものは含みません。

（※2）医療療養病床から一般病床、介護療養病床等への転換や、介護療養病床から一般病床、医療療養病床等へ転換する場合も含みます。

（4）療養病床の転換先（廃止を含む）を参照してください。

|                                                                   |                            |                                 |                            |                                  |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| (1) 医療機関名                                                         | 職名・担当者                     |                                 | TEL                        |                                  |
|                                                                   |                            | I 転換前の病床が医療療養病床であった場合に記入してください。 |                            | II 転換前の病床が介護療養病床であった場合に記入してください。 |
| (2) 療養病床の転換・廃止等を行う前の状況（転換・廃止等を行う前のできるだけ直近の状況について記入してください。）        |                            |                                 |                            |                                  |
| 1 療養病床数                                                           |                            | 床                               |                            | 床                                |
| 2 療養病床利用率                                                         |                            | %                               |                            | %                                |
| (3) 療養病床の転換・廃止等を行った際の患者の移動状況等                                     |                            |                                 |                            |                                  |
| 転換・廃止等を行った時期<br>1 (複数回にわたる場合は、時期の古い順に記入してください)                    | 1. 平成 年 月 日                | 1. 平成 年 月 日                     | 2. 平成 年 月 日                | 2. 平成 年 月 日                      |
| 2 転換・廃止等に伴い減少した病床の総数<br>(複数回にわたる場合は、全病床数の合計を記入してください)             | 床                          | 床                               | 床                          | 床                                |
| 3 転換・廃止等に伴い、他施設又は自宅に移動したおおよその患者数<br>(複数回にわたる場合は、全患者数の合計を記入してください) | 約 人                        | 約 人                             | 約 人                        | 約 人                              |
| 4 患者の移動先の確保方法<br>(・複数回答可)                                         | 1 具体的な移動先を確保し、紹介する         | 1 具体的な移動先を確保し、紹介する              | 2 移動先リスト等を渡し、患者・家族の判断にまかせる | 2 移動先リスト等を渡し、患者・家族の判断にまかせる       |
|                                                                   | 2 移動先リスト等を渡し、患者・家族の判断にまかせる | 2 移動先リスト等を渡し、患者・家族の判断にまかせる      | 3 地域包括支援センター等の他機関に調整を依頼する  | 3 地域包括支援センター等の他機関に調整を依頼する        |
|                                                                   | 3 地域包括支援センター等の他機関に調整を依頼する  | 3 地域包括支援センター等の他機関に調整を依頼する       | 4 特に対応しない                  | 4 特に対応しない                        |
|                                                                   | 4 特に対応しない                  | 4 特に対応しない                       | 5 その他 ( )                  | 5 その他 ( )                        |
|                                                                   | 5 その他 ( )                  | 5 その他 ( )                       |                            |                                  |
| 5 患者の移動先<br>(おおよその人数で構いません。)                                      | 1 継続して同医療機関の別の病床に入院        | 約 人                             | 1 継続して同医療機関の別の病床に入院        | 約 人                              |
|                                                                   | 2 他の医療機関に転院                | 約 人                             | 2 他の医療機関に転院                | 約 人                              |
|                                                                   | 3 介護施設へ移動                  | 約 人                             | 3 介護施設へ移動                  | 約 人                              |
|                                                                   | 4 自宅                       | 約 人                             | 4 自宅                       | 約 人                              |
|                                                                   | 5 その他 ( )                  | 約 人                             | 5 その他 ( )                  | 約 人                              |
|                                                                   | 6 不明                       | 約 人                             | 6 不明                       | 約 人                              |

|                            |                     | I 転換前の病床が医療療養病床であった場合に記入してください。 | II 転換前の病床が介護療養病床であった場合に記入してください。 |                                      |   |                                          |
|----------------------------|---------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------------|
| (4) 療養病床の転換先及び該当病床数（廃止を含む） |                     |                                 |                                  |                                      |   |                                          |
| 医療保険                       | 1                   | 医療療養病床（病院又は診療所）                 | 床                                |                                      |   |                                          |
|                            | 2                   | （再掲）介護保険移行準備病床                  | 床                                |                                      |   |                                          |
|                            | 3                   | （再掲）回復期リハビリテーション病床              | 床                                |                                      |   |                                          |
|                            | 4                   | 一般病床                            | 床                                |                                      |   |                                          |
|                            | 5                   | （再掲）障害者施設等入院基本料を算定する病床          | 床                                |                                      |   |                                          |
|                            | 6                   | （再掲）回復期リハビリテーション病床              | 床                                |                                      |   |                                          |
|                            | 7                   | 老人性認知症疾患治療病床                    | 床                                |                                      |   |                                          |
|                            | 8                   | 診療所（無床）                         | 床                                |                                      |   |                                          |
| 介護保険                       | 9                   | 介護療養病床（病院又は診療所）                 | 床                                |                                      |   |                                          |
|                            | 10                  | （再掲）経過型介護療養病床                   | 床                                |                                      |   |                                          |
|                            | 11                  | 老人性認知症疾患療養病床                    | 床                                |                                      |   |                                          |
|                            | 12                  | 介護老人保健施設                        | 床                                |                                      |   |                                          |
|                            | 13                  | 特別養護老人ホーム                       | 床                                |                                      |   |                                          |
|                            | 14                  | 有料老人ホーム                         | 床                                |                                      |   |                                          |
|                            | 15                  | 軽費老人ホーム（ケアハウス）                  | 床                                |                                      |   |                                          |
|                            | 16                  | グループホーム                         | 床                                |                                      |   |                                          |
| その他                        | 17                  | 廃止                              | 床                                |                                      |   |                                          |
|                            | 18                  | その他（ ）                          | 床                                |                                      |   |                                          |
| (5)                        | 転換・廃止等を行った理由（複数回答可） |                                 | 1                                | 医療の必要性の低い者が多く入院しており介護施設等に転換することが望ましい | 1 | 介護療養病床は平成23年度末に廃止されるため、介護施設等に転換することが望ましい |
|                            |                     |                                 | 2                                | 同法人の老健施設等の増床を図る等、介護分野での事業を強化する       | 2 | 同法人の老健施設等の増床を図る等、介護分野での事業を強化する           |
|                            |                     |                                 | 3                                | 医療区分の低い患者が多いために採算が取れない               | 3 | 要介護度の低い患者が多いために採算が取れない                   |
|                            |                     |                                 | 4                                | 3以外の他の理由により採算が取れない（具体的に： ）           | 4 | 3以外の他の理由により採算が取れない（具体的に： ）               |
|                            |                     |                                 | 5                                | 医師・看護職員の確保が困難であり、必要な診療体制が確保できない      | 5 | 医師・看護職員の確保が困難であり、必要な診療体制が確保できない          |
|                            |                     |                                 | 6                                | 入院患者の利用が減少している                       | 6 | 入院患者の利用が減少している                           |
|                            |                     |                                 | 7                                | 以前から事実上、休床していた                       | 7 | 以前から事実上、休床していた                           |
|                            |                     |                                 | 8                                | その他（ ）                               | 8 | その他（ ）                                   |

ご協力ありがとうございました。