

福岡県医第469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)

『療養病床転換意向調査』の実施について

昨年6月『療養病床に関する緊急調査』を実施し、その結果、療養病床再編に伴う患者の受け皿や医業経営への影響など非常に深刻な問題が浮き彫りとなりました。また、本調査が発端となり日本医師会の全国調査につながり、その結果、再編に対する問題提起、提言が行われております。

今後、各都道府県において平成19年秋を目途に『地域ケア整備構想』が策定されることから、福岡県医師会では今年2月に『地域ケア整備構想プロジェクト』を立ち上げ、先の緊急調査の結果に基づく貴重なデータを活用し、療養病床の再編等に伴う今後の方向性、制度のあり方について鋭意検討を進めております。

『療養病床に関する緊急調査』は、療養病床再編直前の平成18年6月時点の状況を調査いたしました。今回、平成23年度末までの療養病床の転換の意向を把握し、今後、福岡県と協議していく上での資料とするため、平成19年6月14日開催の本会第8回理事会で協議の結果、標記調査を実施することといたしました。

療養病床を有する各医療機関に対しましては、本会より別紙のとおり直接ご協力をお願いをいたしております。

つきましては、貴会におかれましても本調査についてご了解いただき、貴会管下の関係医療機関に多数ご回答いただきますようご高配の程、何卒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。



療養病床転換意向調査（平成１９年６月）

- * 本調査は、療養病床を有する会員医療機関を対象に、今後の転換の意向を把握し、県で作成中の「地域ケア整備構想」等に県医師会としての見解を示す際の資料とすることを目的としております。
- * ご記入いただきました調査票につきましては、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。
- * 以上の主旨をご理解のうえ、調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。
- * 締め切りは６月末日となっております。
- * この表紙もつけて、以下にFAXにてご返送をお願いいたします。

《お問い合わせ先・返送先》

福岡県医師会 地域医療課（浜本・井上・能登・王子野）
〒812-8551 福岡市博多区博多駅南２－９－３０
TEL：０９２－４３１－４５６４
FAX：０９２－４１１－６８５８

※以下に、貴施設の連絡先等をご記入ください。

貴 施 設 名
連 絡 先
所在地：〒 -
電話番号：
FAX番号：
所 属：
担当者氏名：

記入漏れや記入内容に齟齬があった場合に確認させていただくためのものです。

個人名を特定して公表することは絶対にありません。

1. 現況について

(1) 病床数及び入院患者数

平成19年6月15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をご記入下さい。

種 別		病 床 数	入院患者数
一般病床		床	人
	(再掲) 回復期リハビリテーション	床	人
療養病床	医療療養病床	床	人
	(再掲) 介護保険移行準備病床	床	人
	(再掲) 回復期リハビリテーション	床	人
	介護療養病床	床	人
	(再掲) 経過型介護療養病床	床	人
精神病床	精神療養病棟(医療保険)	床	人
	老人性認知症疾患療養病棟(介護保険)	床	人

(2) 患者状況(医療療養病床)

医療療養病床の入院患者数を体系ごとにご記入下さい。

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分1	人	人	人
ADL区分2	人	人	人
ADL区分3	人	人	人
計	人	人	人

(3) 患者状況(介護療養病床)

① 介護療養病床の入院患者の要介護度別の人数をそれぞれご記入下さい。

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
人	人	人	人	人	人	人

② 介護療養病床の入院患者数を体系ごとにご記入下さい。(わかる範囲で結構です。)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分1	人	人	人
ADL区分2	人	人	人
ADL区分3	人	人	人
計	人	人	人

(4) 併設施設について

併設施設(事業所)について、該当するものの番号全てに○を付けて下さい。

1 併設なし	8 グループホーム
2 病院	9 通所介護事業所
3 診療所	10 通所リハビリテーション事業所
4 介護老人保健施設	11 訪問看護事業所
5 特別養護老人ホーム	12 訪問介護事業所
6 有料老人ホーム	13 居宅介護支援事業所
7 軽費老人ホーム(ケアハウス)	14 その他()

2. 転換意向について

(1) 平成23年度末までに転換の予定はありますか。該当する番号に○を付けてください。

① ある

② ない

③ 未定

(2) (1)で「① ある」の場合、転換予定について、医療療養病床を転換する場合はⅠに、介護療養病床を転換する場合はⅡにご記入下さい。

Ⅰ. 医療療養病床から転換

転 換 先		転換予定時期	転換病床数
医療 保 険	医療療養病床(病院又は診療所)		床
	(再掲) 回復期リハビリテーション病床	平成 年 月	床
	(再掲) 介護保険移行準備病床	平成 年 月	床
	一般病床	平成 年 月	床
	(再掲) 障害者施設等入院基本料を算定する病棟	平成 年 月	床
	(再掲) 回復期リハビリテーション病床	平成 年 月	床
	老人性認知症疾患治療病床	平成 年 月	床
	診療所(無床)	平成 年 月	
介護 保 険	老人性認知症疾患療養病床	平成 年 月	床
	介護老人保健施設	平成 年 月	床
	特別養護老人ホーム	平成 年 月	床
	有料老人ホーム	平成 年 月	床
	軽費老人ホーム(ケアハウス)	平成 年 月	床
	グループホーム	平成 年 月	床
そ の 他	廃止	平成 年 月	床
	その他()	平成 年 月	床
	未定		床

Ⅱ. 介護療養病床から転換

転 換 先		転換予定時期	病 床 数
医療 保 険	医療療養病床(病院又は診療所)	平成 年 月	床
	(再掲) 回復期リハビリテーション病床	平成 年 月	床
	一般病床	平成 年 月	床
	(再掲) 障害者施設等入院基本料を算定する病棟	平成 年 月	床
	(再掲) 回復期リハビリテーション病床	平成 年 月	床
	老人性認知症疾患治療病床	平成 年 月	床
	診療所(無床)	平成 年 月	
介護 保 険	経過型介護療養病床	平成 年 月	床
	老人性認知症疾患療養病床	平成 年 月	床
	介護老人保健施設	平成 年 月	床
	特別養護老人ホーム	平成 年 月	床
	有料老人ホーム	平成 年 月	床
	軽費老人ホーム(ケアハウス)	平成 年 月	床
	グループホーム	平成 年 月	床
そ の 他	廃止	平成 年 月	床
	その他()	平成 年 月	床
	未定		床