

福岡医発第697号(地)

平成19年 7月24日

各 医 師 会 長 殿



福岡県医師会

会長 横倉 義 武

(公印省略)

「平成19年度 療養病床転換意向等アンケート調査」並びに療養病床転換説明会の開催について

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おりますが、今般、「療養病床の概況」、「医療機関の転換意向」等に関するアンケート調査を実施することとなり、日本医師会並びに福岡県より別紙のとおり協力依頼がありました。

平成18年10月に療養病床を有する全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」に関するアンケート調査が実施されておりますが、今回は、平成19年秋を目途に各都道府県において療養病床転換推進計画等を盛り込んだ「地域ケア体制整備構想」を作成するにあたり、直近の状況を踏まえた医療機関の転換意向等を把握することを目的としております。

つきましては、本調査について、貴会におかれましても対象医療機関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。

また、本県では、本調査を実施するにあたり、福岡県と本会の共同で下記のとおり療養病床転換に関する説明会を開催することとなりましたので、ご連絡申し上げます。

なお、アンケート調査並びに説明会のご案内につきましては、福岡県より対象医療機関へ直接送付されます。

記

療養病床転換に関する説明会

1. 開 会
2. 挨拶
3. 説 明

1) 「療養病床転換について」(仮題)

福岡県保健福祉部

2) 「地域ケア体制整備構想に関する福岡県医師会の対応について」(仮題)

福岡県医師会担当理事

4. 質疑応答
5. 閉 会

開催日時	開催場所
平成19年8月 7日(火) 19:00	小倉医師会館 TEL093-551-3181 北九州市小倉北区中島1丁目19-17
平成19年8月10日(金) 19:00	福岡県医師会館 TEL092-431-4564 福岡市博多区博多駅南2丁目9-30



小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽

上記アンケート調査及び説明会の案内は直接福岡県より該当医療機関へ送付されます。

日医発第 325 号(保 64)(介 23)
平成 19 年 7 月 4 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長
唐澤 祥人

厚生労働省「平成 19 年度 療養病床転換意向等アンケート調査」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、「療養病床の概況」、「医療機関の転換意向」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。

療養病床転換意向等アンケート調査については平成 18 年 10 月に実施されておりますが、今回は平成 19 年秋を目途に各都道府県において療養病床転換推進計画等を盛り込んだ「地域ケア体制整備構想」を作成するにあたり、直近の状況を踏まえた医療機関の転換意向等を把握することを目的としております。

調査実施にあたり、本会では厚生労働省主管部局と事前協議を行い、調査実施の際、参考資料として転換支援策(案)等を添付し、転換意向が未定の医療機関にその理由を問う調査項目を追加することとなりました。

当該アンケート調査は、平成 19 年 8 月 1 日現在の療養病床を有する全医療機関の状況について実施する予定であり、さらに都道府県の判断に基づき、入院患者状況に関する項目や、地域の実情等を踏まえて独自項目を追加して行うこととなっております。

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。

敬具

記

(別添資料)

- ・「平成 19 年度 療養病床転換意向等アンケート調査」の実施について(協力依頼)
(平 19.6.22 老老発 0622002 号 厚生労働省老健局老人保健課長通知)

以上



(公印省略)

19医指第1238号
平成19年7月19日

社団法人福岡県医師会長 殿

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

「平成19年度 療養病床転換意向等アンケート調査」の実施について（依頼）

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御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、療養病床の再編成に伴い、各地域において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」の計画的な整備を推進する観点から、平成18年度に、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」に関するアンケート調査を実施したところです。

今後、平成19年内を目途に各都道府県において療養病床転換推進計画等を盛り込んだ「地域ケア体制整備構想」を作成することとなりますが、直近の状況を踏まえた医療機関の転換意向等を把握し基礎資料とすることが求められます。

このため、平成18年度に引き続き、療養病床を有する県内の全医療機関を対象に別添の通りアンケート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。





老老発 0622002 号
平成 19 年 6 月 22 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



「平成 19 年度 療養病床転換意向等アンケート調査」の実施について（協力依頼）

介護保険・医療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、療養病床の再編成に伴い、各地域において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」の計画的な整備を推進する観点から、平成 18 年度に、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」に関するアンケート調査を実施したところです。

今後、平成 19 年秋を目途に各都道府県において療養病床転換推進計画等を盛り込んだ「地域ケア体制整備構想」を作成することとなりますが、直近の状況を踏まえた医療機関の転換意向等を把握し基礎資料とすることが求められます。

このため、平成 18 年度に続き、都道府県が主体となり、別添の通り療養病床を有する医療機関に対し調査を行う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のほどよろしく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 大島・木下

電話：03-5253-1111（内線：3181）

「療養病床転換意向等アンケート調査」
ご協力をお願い

療養病床の再編成に伴い、各地域において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」の計画的な整備を推進する観点から、平成18年度に、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況等」に関するアンケート調査を実施したところです。

本調査においては、平成18年度に続き、直近の状況を踏まえた医療機関の転換意向等を把握することにより、各都道府県において療養病床転換推進計画等を盛り込んだ「地域ケア体制整備構想」を平成19年秋を目途に作成するための基礎資料とすることを目的としています。

つきましては、貴医療機関における平成19年8月1日午前0時現在の療養病床の概況、転換意向等の状況について、本調査票に記入をお願いいたします。

調査票は、平成19年8月15日（水）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況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)

福岡県保健福祉部医療指導課 医務係
担当 勝部、青木

電話 092-643-3273

FAX 092-643-3277

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

貴医療機関について、以下 (1) ~ (5) をご記入ください。

(1) 法人名・施設名	(法人名) (施設名)
(2) 施設の所在地	〒□□□-□□□□ TEL () - () - ()
(3) 開設主体	・あてはまるものに○をつけてください。 01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 社会福祉協議会 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 08 社団・財団法人 09 営利法人(会社) 10 その他の法人 11 個人
(4) 病院・診療所別	・あてはまるものに○をつけてください。 1 病院 2 診療所
(5) 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

施設票

(1) 病床数及び入院患者数

平成19年8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 (※3)
1 医療療養病床 (※1)	①-1 床	②-1 人
2 (再掲) 介護保険移行準備病床	①-2 床	②-2 人
3 介護療養病床 (※2)	①-3 床	②-3 人
4 (再掲) 経過型介護療養病床	①-4 床	②-4 人

(※1) 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。上記を算定していない場合は、本アンケートの対象外となりますので、同封の「アンケート対象外の医療機関用回答票」を提出してください。

(※2) 介護の指定を受けている病床数を記入してください。ただし、老人性認知症疾患療養病床（精神病床）に該当するものは記入する必要はありません。

(※3) 患者数については、当該患者につき算定されている保険種別に基づき記入してください。医療保険適用部分が満床のため、介護保険適用の病室を医療保険で使用している場合（医療保険給付の特例）は、(①-1)の病床数を(②-1)の入院患者数が上回っても差し支えありません。

(2) 医療区分別利用者数（医療療養病床）

医療療養病床 (※4) を有する場合、平成19年8月1日午前0時現在のあてはまる入院患者数を記入してください。

(01～03の合計患者数が(1) 医療療養病床の入院患者数 (②-1) と等しくなるようにしてください。)

01 医療区分1	02 医療区分2	03 医療区分3
人	人	人

(※4) 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。（なお、特殊疾患療養病床入院料等の見直しに伴う医療区分のみなし措置の対象となる病床については、みなし前の本来の医療区分としてください。）

(3) 医療区分別利用者数（介護療養病床）

介護療養病床（老人性認知症疾患療養病床（精神病床）を除く）を有する場合、平成19年8月1日午前0時現在のあてはまる入院患者数を記入してください。

- ① 介護療養病床の全入院患者について、医療区分の判定を行っている場合
→01～03の合計患者数が(1)の(②-3)と等しくなるようにしてください。
- ② 介護療養病床の全入院患者について、医療区分の判定を行っていない場合
→01～03の合計患者数が患者票の枚数と等しくなるようにしてください。

01 医療区分1	02 医療区分2	03 医療区分3
人	人	人

療養病床の転換意向について

(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。)

医療療養病床(※1)を有する場合は(1)、介護療養病床(※2)を有する場合は(2)を記入してください。
両病床を有する場合は(1)(2)を記入してください。

(※1) 療養病棟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(「療養病床の状況について」(1)①-1に該当する病床)のみを対象とします。

(転換対象として、貴医療機関で有する上記以外の病床(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床等)は含めないでください。)

(※2) 老人性認知症疾患療養病床は含みません。

医療療養病床(※)を有する場合、以下記入してください。

(1) (※1) 療養病棟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(「療養病床の状況について」(1)①-1に該当する病床)のみを対象とします。

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24年度の最終的な転換予定について記入してください。

①転換先		②病床数 (合計の病床数が「療養病床の状況について」(1)①-1の病床数と等しくなるようにしてください。)	③転換予定年度	④平成24年度以降の 病床数
医療保険	01 医療療養病床(病院又は診療所)	床		床
	02 (再掲) 介護保険移行準備病床	床	平成 年度	床
	03 (再掲) 回復期リハビリテーション病床	床	平成 年度	床
	04 一般病床	床	平成 年度	床
	05 (再掲) 障害者施設等入院基本料を算定する病床	床	平成 年度	床
	06 (再掲) 回復期リハビリテーション病床	床	平成 年度	床
	07 老人性認知症疾患治療病床	床	平成 年度	床
	08 診療所(無床)		平成 年度	
介護保険	09 介護療養病床(病院又は診療所)	床	平成 年度	
	10 (再掲) 経過型介護療養病床	床	平成 年度	
	11 老人性認知症疾患療養病床	床	平成 年度	
	12 介護老人保健施設	床	平成 年度	床
	13 特別養護老人ホーム	床	平成 年度	床
	14 有料老人ホーム	床	平成 年度	床
	15 経費老人ホーム(ケアハウス)	床	平成 年度	床
	16 グループホーム	床	平成 年度	床
	17 高齢者専用賃貸住宅	床	平成 年度	床
その他	18 廃止	床	平成 年度	床
	19 その他()	床	平成 年度	床
	20 未定	床		床

(2) 介護療養病床(※2)を有する場合、以下記入してください。

(※2) 老人性認知症疾患療養病床は含みません。

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24年度の最終的な転換予定について記入してください。

①転換先		②病床数 (合計の病床数が「療養病床の状況について」(1)①-1の病床数と等しくなるようにしてください。)	③転換予定年度	④平成24年度以降の 病床数
医療保険	01 医療療養病床(病院又は診療所)	床	平成 年度	床
	02 (再掲) 介護保険移行準備病床	床	平成 年度	床
	03 (再掲) 回復期リハビリテーション病床	床	平成 年度	床
	04 一般病床	床	平成 年度	床
	05 (再掲) 障害者施設等入院基本料を算定する病床	床	平成 年度	床
	06 (再掲) 回復期リハビリテーション病床	床	平成 年度	床
	07 老人性認知症疾患治療病床	床	平成 年度	床
	08 診療所(無床)		平成 年度	
介護保険	09 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	平成 年度	
	11 老人性認知症疾患療養病床	床	平成 年度	
	12 介護老人保健施設	床	平成 年度	床
	13 特別養護老人ホーム	床	平成 年度	床
	14 有料老人ホーム	床	平成 年度	床
	15 経費老人ホーム(ケアハウス)	床	平成 年度	床
	16 グループホーム	床	平成 年度	床
	17 高齢者専用賃貸住宅	床	平成 年度	床
その他	18 廃止	床	平成 年度	床
	19 その他()	床	平成 年度	床
	20 未定	床		床

次ページに続きます。

(3) (1) (2) で「未定」を選んだ医療機関は、以下を記入してください。

転換が進まない理由について、最もあてはまるもの1つに○をつけてください。

1	転換先の介護施設等の医療提供の在り方が明確でない。
2	転換先の介護施設等の基準・報酬等が明確でない。
3	転換後の経営の見通しが不透明である。
4	転換に伴う施設の改修等に費用がかかる。
5	転換先の床面積等の施設の基準を満たすことが難しい。
6	床面積基準の拡大から病床削減をせざるを得なく、経営が困難となる。
7	地域の整備枠がなく転換が進まない。
8	その他 (具体的に:)

ご協力ありがとうございました。

介護療養病床入院患者の状態等について

患者票

(注) 介護療養病床(※)入院患者については、本来診療報酬上の医療区分は判定されないものですが、今後の療養病床転換推進計画等の策定の際の基礎資料とするため、介護療養病床においても判定を行っていただくようお願いいたします。

平成19年8月1日午前0時現在の貴医療機関の入院患者のうち、介護療養病床(経過型介護療養病床を含む) (※)に入院されている方で、誕生月が3月、6月、9月、12月である全患者を選び、1人につき1枚ずつ記入してください。

(※)老人性認知症疾患療養病床は含みません。

患者票の連番号

あてはまる医療区分1つに○をつけてください。

また、医療区分2及び3に該当する場合については、下表の「医療区分に係る評価項目」のうち、当てはまる項目の番号を記載してください。(複数項目当てはまる場合はすべて記入してください。)

01 医療区分	1 医療区分1	2 医療区分2	3 医療区分3
02 該当する評価項目番号		2 ()	3 ()

＜医療区分に係る評価項目＞

(具体的評価方法については、別紙「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0630001号)における「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」を参照してください。)

I 医療区分3

- スモン
- 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
- 中心静脈栄養を実施している状態
- 24時間持続して点滴を実施している状態
- 人工呼吸器を使用している状態
- ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
- 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態
- 酸素療法を実施している状態
- 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態
- 神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している患者

II 医療区分2

- 筋ジストロフィー症
- 多発性硬化症
- 筋萎縮性側索硬化症
- パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。))
- その他の難病(スモン及び12～14までを除く。)
- 脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)
- 慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)
- 悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)
- 肺炎に対する治療を実施している状態
- 尿路感染症に対する治療を実施している状態
- 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)
- 脱水に対する治療を実施している状態
- 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
- 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態
- 褥瘡に対する治療を実施している状態(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。)
- 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態
- せん妄に対する治療を実施している状態
- うつ症状に対する治療を実施している状態
- 他者に対する暴行が毎日認められる状態
- 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態
- 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態
- 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態
- 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)
- 頻回の血糖検査を実施している状態
- 創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態
- 神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者(医療区分3の患者を除く。)
- 基本診療料の施設基準等の別表第五の三の三の患者

ご協力ありがとうございました。

(都道府県記入欄)

整理番号