



福岡医発第428号(地)

平成22年 5月20日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 松 田 峻一良

(公印省略)

療養病床を有する医療機関の転換意向の確認等について

時下 貴職益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

標記の件につきましては、本年2月にも類似の調査が実施されていますが、今般、厚生労働省からの依頼により別紙のとおり調査を実施する旨福岡県保健医療介護部より連絡がありました。今回の調査は、本年4月に診療報酬改定が実施されたことに伴い、診療報酬改定前後の医療機関の意向の変化を調査し、今後の方針を検討する際の基礎資料とすることを目的として実施されるものです。

つきましては、該当医療機関よりお問い合わせ等ありましたら、ご協力いただきますようご高配方よろしくお願い申し上げます。

なお、調査票は、福岡県保健医療介護部より直接対象医療機関に送付されます。

小郡三井医師会より

介護保険担当理事 名取一幸
医療保険担当理事 山下拓郎
会長 蒲池 壽

【公印省略】

22高支第189号
平成22年5月17日

医療機関の管理者 殿

福岡県保健医療介護部長
(医療指導課医療指導係)
(高齢者支援課施設整備係)
(介護保険課企画財政係)

療養病床を有する医療機関の転換意向の確認等について（依頼）

本県の保健医療介護行政につきましては、日頃から格段の御配慮を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件について、厚生労働省から調査の依頼がありました。今年2月にも類似の調査を実施したところですが、4月の診療報酬改定前後の医療機関の意向の変化を調査し、厚生労働省において今後の方針を検討する際の基礎資料にしたいということで、御理解ください。

つきましては、御多忙の折恐れ入りますが、下記のとおり提出していただきますようお願いいたします。

なお、この調査は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第

15条の規定に基づき、関係者に対し、必要な資料の提出に関し、協力を求めるものです。

記

1 送付書類

(1) 療養病床の転換意向等調査・調査票【平成22年4月】

全5頁（調査票1頁から4頁まで、記入要領5頁）

(2) 療養病床転換意向等調査・回答票

全2頁

なお、電子メールでの送付を希望される場合は、次のアドレスまで御連絡ください。

メールアドレス：korei@pref.fukuoka.lg.jp

2 提出書類

療養病床転換意向等調査・回答票

* 調査票及び記入要領をよく御覧になって、作成してください。

3 提出方法

ファクシミリ又は電子メール

4 提出期限

平成22年6月1日（火）必着 （←変更あり）

5 提出先（問い合わせ先）

〒812-8577

福岡市博多区東公園 7－7

福岡県保健医療介護部高齢者支援課施設整備係

TEL：092－643－3249

FAX：092－643－3253

メールアドレス：korei@pref.fukuoka.lg.jp

担当者：山内、岡本

6 備考

この調査は、必要に応じて集計結果を公表させていただくことがありますので、あらかじめ御了承ください。なお、公表に際しては、個人情報の取扱いには十分配慮することを申し添えます。

療養病床の転換意向等調査・調査票【平成 22 年 4 月】

＜調査項目についての留意事項＞

- 本調査の基準日は特にことわりのない限り、平成 22 年 4 月 30 日時点とする。
- 本調査の「療養病床」には、医療療養病床（回復期リハビリテーション入院料算定病床含む）、介護療養型医療施設（以下「介護療養病床」という。）を含むものとする。
- 本調査の「介護療養病床」には、療養型介護療養施設サービス費算定病床、診療所型介護療養施設サービス費算定病床、認知症疾患型介護療養施設サービス費算定病床を含むものとする。
- 本調査の「介護施設」は、介護老人保健施設（介護療養型老人保健施設及び従来型老人保健施設のことをいう。以下同じ。）、介護老人福祉施設、特定施設、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、小規模多機能型居宅介護事業所等をいう。

1 基本情報

(1)医療機関名： _____

(2)許可病床数の内訳：

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| 1 一般病床： _____ 床 | 3 介護療養病床： _____ 床 |
| 2 医療療養病床： _____ 床 | 4 その他の病床： _____ 床 |
| (うち回復期リハビリテーション入院料算定病床： _____ 床) | 5 計： _____ 床 |

2 今後の病床転換意向

(1) 貴院が有する療養病床について、他の病床等への転換意向別病床数

- ◇ 医療療養病床 → 平成 22 年度から平成 25 年 3 月末(平成 24 年度)までの間
- ◇ 介護療養病床 → 平成 22 年度から平成 24 年 3 月末(平成 23 年度)までの間

※太枠内に病床数を記入した場合には、転換意向に応じて、(2)～(5)も合わせて回答のこと。

※平成 25 年 3 月末まで医療療養病床として残る予定の病床数は、「医療療養病床」欄に記載すること。(回復期リハビリテーション入院料算定病床に移行する場合を含む。)

※現時点において転換先が未定の病床については、「未定」欄に記載すること。

転換先	転換元	医療療養病床	介護療養病床
一般病床			
一般病床・療養病床以外の病床			
医療療養病床		⇒(2)へ	⇒(3)へ
介護療養型老人保健施設		⇒(4)へ	⇒(4)へ
従来型老人保健施設		⇒(4)へ	⇒(4)へ
介護老人福祉施設		⇒(4)へ	⇒(4)へ
介護老人保健施設・介護老人福祉施設以外の介護施設		⇒(4)へ	⇒(4)へ
廃止（又は減床）			
未定		⇒(2)へ	⇒(5)へ

(2) 医療療養病床から他の病床又は介護施設への転換を予定していない理由

(記号回答・複数回答可): _____

※本設問は、今後、転換の予定がない（未定の場合を含む。）医療療養病床を有する医療機関が回答。

- 1 現状の体制で、入院患者の症状が安定しているため
- 2 療養病床の経営が、現状で安定しているため
- 3 医療機関の方針に、現状の体制が適しているため
- 4 24年度の医療・介護報酬同時改定の方角性をみてから判断したいため
- 5 近隣の医療機関や介護施設から、慢性期医療の受入れ先としてのニーズが高いため
- 6 地域で軽症救急患者受入れの役割を担っているため
- 7 回復期リハビリテーション病棟として運営していくため
- 8 一部の病床を転換したところであるため
- 9 懸念事項があるため転換できない→（以下のア～シから選択）

[懸念事項] (複数回答可): _____

- ア 転換にあたって、療養病床利用者の転院先、受入れ先を見つけるのが困難
- イ 転換後の資金繰りの目途が立たない
- ウ 転換すると利用者の十分な医療的ケアができない
- エ 周辺に競合する老健施設等があるため、経営に不安
- オ 地域で療養病床が必要とされているため、転換が困難
- カ 病院をやめる・転換することへの抵抗感（法人の理念、職員の意識等）
- キ 建物改修が必要（改修費用、改修時の患者の移動、面積等）
- ク 職員の配置や確保が困難
- ケ 介護施設の運営ノウハウがない（事務手続き、職員の意識改革等）
- コ 近隣に医療機関がなく、急変時の連携が困難
- サ 患者や家族への説明が困難
- シ その他（自由記載）: _____

10 その他（自由記載）: _____

(3) 介護療養病床から医療療養病床に転換を予定している理由

(記号回答・複数回答可): _____

※本設問は、介護療養病床を有する医療機関のうち、医療療養病床への転換を予定している医療機関が回答。

- 1 転換前の介護療養病床入院患者の状態像に、医療療養病床が適していると判断しているため
- 2 医師・看護職員を確保でき、必要な診療体制を確保できるため
- 3 転換後の経営状況を鑑み、採算がとれると判断されるため
- 4 近隣に介護施設があり、医療機関としてのニーズがより高いため
- 5 同一法人内で多様なサービスを提供するため
- 6 医療機関として存続させたいが、介護療養病床が廃止されるためやむなく
- 7 その他（自由記載）: _____

(4) 療養病床から介護施設への転換を予定している理由

(記号回答・複数回答可): _____

※本設問は、今後、介護施設への転換を予定している全ての医療機関が回答。

- 1 転換前の療養病床入院患者の状態像に、介護施設が適していると判断されるため
- 2 医師・看護職員の確保が困難であるため
- 3 転換後の経営状況を鑑み、採算がとれると判断しているため
- 4 補助金等の公的な経済支援により、転換に必要な建物の増改築が可能であるため
- 5 金融機関からの融資等（補助金等の公的な経済支援を除く。）により、転換に必要な建物の増改築が可能であるため
- 6 近隣に医療機関があり、介護施設としてのニーズがより高いため
- 7 同一法人内で多様なサービスを提供するため
- 8 行政からの指導や後押し（補助金等の公的な経済支援を除く。）があるため
- 9 その他（自由記載）: _____

(5) 介護療養病床からの転換を予定していない理由

(記号回答・複数回答可): _____

※本設問は、今後、転換の予定がない（未定の場合を含む。）介護療養病床を有する医療機関が回答。

- 1 現状の体制で、入院患者の症状が安定しているため
- 2 療養病床の経営が、現状で安定しているため
- 3 医療機関の方針に、現状の体制が適しているため
- 4 24年度の医療・介護報酬同時改定の方角性をみてから判断したいため
- 5 近隣の医療機関や介護施設から、慢性期医療の受入れ先としてのニーズが高いため
- 6 一部の病床を転換したところであるため
- 7 懸念事項があるため転換できない→（以下のア～シから選択）

[懸念事項] (複数回答可): _____

- ア 転換にあたって、療養病床利用者の転院先、受入れ先を見つけるのが困難
- イ 転換後の資金繰りの目途が立たない
- ウ 転換すると利用者の十分な医療的ケアができない
- エ 周辺に競合する老健施設等があるため、経営に不安
- オ 地域で療養病床が必要とされているため、転換が困難
- カ 病院をやめる・転換することへの抵抗感（法人の理念、職員の意識等）
- キ 建物改修が必要（改修費用、改修時の患者の移動、面積等）
- ク 職員の配置や確保が困難
- ケ 介護施設の運営ノウハウがない（事務手続き、職員の意識改革等）
- コ 近隣に医療機関がなく、急変時の連携が困難
- サ 患者や家族への説明が困難
- シ その他（自由記載）: _____

- 8 その他（自由記載）: _____

(6) 転換にあたって必要とされる転換支援措置等

(記号回答・複数回答可) : _____

※本設問は、介護施設への転換の予定の有無にかかわらず回答すること。

- 1 サテライト型施設の設置要件の緩和
- 2 老健建物の耐火構造・直通階段・エレベーター設置基準の緩和
- 3 医療機関併設老健の診察室・階段等の共有
- 4 療養室面積、食堂・機能訓練室・廊下幅の緩和
- 5 転換に対する助成金
- 6 転換時改修に関する法人税特別償却制度
- 7 福祉医療機構の療養病床転換支援資金
- 8 福祉医療機構の融資条件の優遇
- 9 スプリンクラー及び火災報知器設置に係る助成金
- 10 その他（自由記載）: _____

3 療養病床の再編成についてご意見がありましたらご自由にお書き下さい

療養病床の転換意向等調査
【記入要領】

1 調査の目的

療養病床を有する病院の病床の転換意向等を把握し、必要な療養病床数を確保するための施策の企画・立案の基礎資料とすること。

2 調査対象

平成 22 年 4 月 30 日時点で療養病床を有する全病院・診療所。

3 調査時点

平成 22 年 4 月 30 日時点

4 回答方法

調査票の設問の指示に沿って、回答の記入をお願いいたします。
該当するすべての設問に回答いただくようお願いいたします。

5 提出方法・提出期限

各都道府県の担当者の指示に従って御対応ください。

【療養病床転換意向等調査・回答票 1/2

FAX送信先 高齢者支援課 施設整備係
FAX 092-643-3253

1. 基本情報 (*すべての医療機関において回答)

(1) 医療機関名	(2) 許可病床数の内訳				
医療機関名	1 一般病床	2 医療療養病床	3 介護療養病床	4 その他の病床	5 計
	床	床	床	床	床
		(うち回復期リハ入院料算定病床)			
		床			

2 今後の病床転換意向 (*すべての医療機関において該当する箇所を回答)

(1) 貴院が有する療養病床について、他の病床等への転換意向別病床数

◇ 医療療養病床 → 平成22年度から平成25年3月末(24年度)までの間

* 病床数を記入のこと。

* 太枠内に病床数を記入した場合には、転換意向に応じて、(2)、(4)も合わせて回答のこと。

* 平成25年3月末まで医療療養病床として残る予定の病床数は、「医療療養病床」欄に記載すること。
(回復期リハビリテーション入院算定病床に移行する場合を含む。)

* 現時点において転換先が未定の病床については、「未定」欄に記載すること。

「一般病床」への転換	「一般病床・療養病床以外の病床」への転換	「医療療養病床」への転換	「介護療養型老人保健施設」への転換	「従来型老人保健施設」への転換
		記入後(2)へ	記入後(4)へ	記入後(4)へ
「介護老人福祉施設」への転換	「介護老人保健施設・介護老人福祉施設以外の介護施設」への転換	廃止(又は減床)	未定	
記入後(4)へ	記入後(4)へ		記入後(2)へ	

◇ 介護療養病床 → 平成22年度から平成24年3月末(23年度)までの間

* 病床数を記入のこと。

* 太枠内に病床数を記入した場合には、転換意向に応じて、(3)～(5)も合わせて回答のこと。

* 平成25年3月末まで医療療養病床として残る予定の病床数は、「医療療養病床」欄に記載すること。
(回復期リハビリテーション入院算定病床に移行する場合を含む。)

* 現時点において転換先が未定の病床については、「未定」欄に記載すること。

「一般病床」への転換	「一般病床・療養病床以外の病床」への転換	「医療療養病床」への転換	「介護療養型老人保健施設」への転換	「従来型老人保健施設」への転換
		記入後(3)へ	記入後(4)へ	記入後(4)へ
「介護老人福祉施設」への転換	「介護老人保健施設・介護老人福祉施設以外の介護施設」への転換	廃止(又は減床)	未定	

【療養病床転換意向等調査・回答票】 2/2

FAX送信先 高齢者支援課 施設整備係
FAX 092-643-3253

(2) 医療療養病床から他の病床又は介護施設への転換を予定していない理由 (複数回答可)

* 本設問は、今後転換の予定がない(未定の場合を含む。)医療療養病床を有する医療機関が回答。

番号、理由等を記入すること。

番号1～9	番号9の懸念事項(ア～サ)	番号9の懸念事項(シ) その他(自由記載)	番号10(その他・自由記載)

(3) 介護療養病床から医療療養病床に転換を予定している理由 (複数回答可)

* 本設問は、介護療養病床を有する医療機関のうち、医療療養病床への転換を予定している医療機関が回答。

番号、理由等を記入すること。

番号1～6	番号7(その他・自由記載)

(4) 療養病床から介護施設への転換を予定している理由 (複数回答可)

* 本設問は、今後、介護施設への転換を予定している全ての医療機関が回答。

番号、理由等を記入すること。

番号1～8	番号9(その他・自由記載)

(5) 介護療養病床からの転換を予定していない理由 (複数回答可)

* 本設問は、今後、転換の予定がない(未定の場合を含む。)介護療養病床を有する医療機関が回答。

番号、理由等を記入すること。

番号1～7.	番号7の懸念事項(ア～サ)	番号7の懸念事項(シ) その他(自由記載)	番号8(その他・自由記載)

(6) 転換にあたって必要とされる転換支援措置等 (複数回答可)

* 本設問は、介護施設への転換の予定の有無にかかわらず回答すること。

番号、理由等を記入すること。

番号1～9	番号10(その他・自由記載)

3 療養病床の再編成について御意見がありましたら御自由にお書きください。

--

記入者	医療機関名	所属	氏名	電話番号

事 務 連 絡

平成 22 年 4 月 27 日

各都道府県医療構造改革担当部（局） 御中

厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室

厚生労働省老健局老人保健課

療養病床を有する医療機関の転換意向の確認等について

厚生労働行政の推進につきましては、平素から格段の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

各都道府県におかれましては、医療と介護の適切な機能分担の一環として、療養病床の再編に取り組んでいただいております。これまでも療養病床を有する医療機関に対する転換意向の確認等ご協力いただいております。

療養病床再編の見直しについては、平成 22 年 2 月に療養病床を有する医療機関を対象として、改めて転換意向の確認等を実施したところですが、新年度に入り平成 22 年度の診療報酬改定後の診療が開始されたことから、再度転換意向等の調査を実施し、改定前後での医療機関のご意向の変化を確認させていただくこととしました。これらの調査結果等は、今後の方針の検討に資する基礎資料となることから、類似の調査を複数回行う必要があることにご理解下さい。

各都道府県におかれては、ご多忙の折恐れ入りますが、別添の調査要領を参照の上、別紙「療養病床転換意向等報告書（平成 22 年度）」（病院用・診療所用）に記入し、平成 22 年 6 月 11 日 17 時までにメールにてご回答いただきますよう、よろしくお願いいたします。

以上

[照会先]

保険局総務課医療費適正化対策推進室 岡野

T E L : 03-5253-1111 (内線 3179)

老健局老人保健課

大淵、進藤

T E L : 03-5253-1111 (内線 2177)

[提出先メールアドレス]

tenkanikou@mhlw.go.jp

【調査要領】

① 調査の目的

療養病床を有する病院の病床の転換意向等を把握し、必要な療養病床数を確保するための施策の企画・立案の基礎資料とすること。

② 手順

本調査の手順は以下のとおりとなります。

- (1) 調査対象となる医療機関（各都道府県内の病院で療養病床等^(※)を有するもの）に別添の調査票及び記入要領を配付し、必要事項を記入。

（※）医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（主として長期療養を必要とする患者を入院させる病床）及び介護保険法施行令第4条第2項に規定する病床をいう。

- (2) 調査票を回収し、結果を〔別紙〕療養病床転換意向等報告書（病院用・診療所用）にとりまとめ。

- (3) 記入した〔別紙〕療養病床転換意向等報告書（病院用・診療所用）を厚生労働省にメールにより提出する。

※報告書にまとめる際、回収率（調査票を提出した医療機関数／調査票を配布した医療機関数）を必ず記入すること。

提出先メールアドレス：tenkanikou@mhlw.go.jp

③ 留意点

本調査は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第15条の規定に基づき、関係者に対し、必要な資料の提出に関し、協力を求めるものです。

本調査結果は、必要に応じて集計結果を公表させていただくことがありますのであらかじめご了承ください。なお、公表に当たり、個人情報の取扱には配慮することを申し添えます。

日付 2010年04月27日 13時12分13秒

宛先 山内 朋子 <yamauchi-t1660@pref.fukuoka.lg.jp>

Cc

基準日 22.4.30.

差出人 tashima-h9980@pref.fukuoka.lg.jp

件名 Fwd: (作業依頼)第2回意向調査について

重要度 通常

Forwarded by tashima-h9980@pref.fukuoka.lg.jp

Date: Mon, 26 Apr 2010 17:49:56 +0900

To: okamoto.naoki2@pref.hokkaido.lg.jp, fuji-nitta@pref.iwate.lg.jp, choujut2@pref.miyagi.jp, Yanagisawa-Yoshio@pref.akita.lg.jp, miurats@pref.yamagata.jp, sakamc

Cc: 療養病床の 転換意向(tenkanikou) <tenkanikou@mhlw.go.jp>, 横山 玄(yokoyama-gen) <yokoyama-gen@mhlw.go.jp>, 坂上 祐樹(sakagami-yuuki) <sakagami-yu

From: 療養病床の 転換意向(tenkanikou) <tenkanikou@mhlw.go.jp>

Subject: (作業依頼)第2回意向調査について

-----Original Message follows-----

>

> 都道府県 医療構造改革担当者様

>

>

> 厚生労働行政の推進につきましては、平素から格段の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

> 各都道府県におかれましては、医療と介護の適切な機能分担の一環として、療養病床の

> 再編に取り組んでいただいております、これまでも療養病床を有する医療機関に対する転換意向の

> 確認等ご協力いただいております。

> 療養病床再編成の見直しについては、平成22年2月に療養病床を有する医療機関を対象と

> して、改めて転換意向の確認等を実施したところですが、新年度に入り平成22年度の診療報酬

> 改定後の診療が開始されたことから、再度転換意向等の調査を実施し、改定前後での医療機関

> のご意向の変化を確認させていただくこととしました。これらの調査結果等は、今後の方針の

> 検討に資する基礎資料となることから、類似の調査を複数回行う必要があることにご理解下さい。

> 各都道府県におかれては、ご多忙の折恐れ入りますが、別添の調査要領を参照の上、

> 別紙「療養病床転換意向等報告書(平成22年度)」(病院用・診療所用)に記入し、

> 平成22年6月11日17時までにメールにてご回答いただきますよう、

> よろしく願います。

>

> 【補足】

> ・本メールは、第1回調査のメールを送付させていただいた方々に送付させていただいております。

> 担当者の変更につきましても、連絡いただいた場合等には反映しているところですが、反映漏れがあったり、その他に担当の方がいらっしゃいましたら、

> 適宜、転送いただけるようお願い申し上げます。

> また、病床転換助成事業の担当者に変更等がありましたら、当方あてご連絡いただけますと幸いです。

- > ・本メールに添付している書類一式と同じものを、別途、各都道府県医療構造改革担当部局あて郵送させていただいております。
- > ・各都道府県毎に、病院・診療所別にそれぞれ別紙・報告書(エクセル)のシート毎に取りまとめた上で、メールにてご提出いただくようお願いいたします。
- > その際には、回収率の記載もお願いいたします。
- > ・本調査の対象は、各都道府県内で療養病床(医療保険適用・介護保険適用いずれか、あるいは両方)を有する全病院・全診療所となっています。
- > 都道府県内で、複数の担当部局がある場合には、お手数ですが、関係部局間で調整の上、都道府県内の全医療機関に対し、重複することなく調査票を配布し、
- > 調査結果についても、病院・診療所それぞれ一つに取りまとめてご提出いただくようお願い申し上げます。

>
>
> ○事務連絡 ○調査票 ○報告書

>
>
> [照会先]
> 保険局総務課医療費適正化対策推進室
> 岡野
> TEL:03-5253-1111(内線3179)
>
> 老健局老人保健課
> 大淵、大沼
> TEL:03-5253-1111(内線2177)

>
> [提出先メールアドレス]
> tenkanikou@mhlw.go.jp

>
>
>
>
福岡県保健医療介護部高齢者支援課
施設整備係 田嶋
Tel 092-643-3249
FAX 092-643-3253

3-3062-1-attach-d1.html

100426転換意向等調査(平成22年度)・事務連絡.doc 100427(病院・診療所共通)療養病床の