

事務連絡
令和2年5月20日各都道府県 医療計画主管課 御中
介護保険事業支援計画主管課厚生労働省医政局地域医療計画課
厚生労働省老健局介護保険計画課

第7次医療計画（中間見直し）及び第8期介護保険事業（支援）計画の策定に係る医療療養病床を有する医療機関及び介護療養型医療施設からの転換意向の把握について

令和2年度は第7次医療計画の見直し及び第8期介護保険事業（支援）計画作成が同時に検討される年度であり、引き続き、病床の機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築並びに在宅医療・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、これらの計画における整合性を確保することが重要であり、医療療養病床を有する医療機関及び介護療養型医療施設から介護保険施設等への転換意向を把握する必要がある。

また、各都道府県の医療部局と介護部局の密接な連携の下、転換意向調査を実施し、医療機関における転換の意向等を把握した上で、都道府県や市町村の医療、介護担当者等の関係者による協議の場（「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な指針（平成26年厚生労働省告示第354号）第2の2の1の協議の場をいう。」）において議論することにより療養病床からの転換の見込量を設定することが重要である。

現在、各都道府県の医療部局及び介護部局においては、新型コロナウイルス感染症へ対応いただいているところであるが、このような趣旨を御理解の下、転換意向を把握することについて御協力をお願いしたい。なお、調査にあたり、今般の新型コロナウイルス感染症への対応の状況を踏まえ、メ切りについては柔軟に対応するので必要に応じて相談いただきたい。

なお、介護療養型医療施設の設置期限は2024年3月31日とされており、特に2023年4月1日の転換先が未定と回答した医療機関に対しては、当該期限までに計画的に移行等が行われるよう、面談等により個別に検討状況を確認する等の支援をお願いしたい。「未定」との回答であった医療機関に対しては、本年夏頃を目処に、あらためて意向調査を行う予定である。

おって、これらの計画の整合性の確保については、別途通知する予定である。

記

(1) 調査対象

各都道府県に所在するア及びイとする。なお、4月1日以降、調査対象以外の施設に転換した施設、廃止した施設は調査対象外とする。

ア 2020年4月1日時点で次の入院基本料を算定している病床を有する医療機関
・療養病棟入院基本料 療養病棟入院料1・2

- ・療養病棟入院基本料（経過措置療養病棟入院基本料注 11 に規定される点数）
- ・療養病棟入院基本料 特別入院基本料
- ・有床診療所療養病床入院基本料

イ 2020 年 4 月 1 日時点で介護療養型医療施設の指定を受けている施設

(2) 調査内容

別添調査票のとおり。全国集計するため、別添調査票の内容は必ず調査するようお願いいたします。

また、調査への回答に当たっての留意事項として調査票の送付と併せて調査対象医療機関及び施設に周知すべき内容は次のとおり。

- ・ 調査結果を厚生労働省、都道府県、市町村に情報提供すること。
 - ・ 現時点の状況を把握するものであるが、調査結果に基づき、各市町村は第 8 期介護保険事業計画のサービス見込量や介護保険料を設定することに留意すること。
- ※ その他、必要に応じて介護医療院の概要及び転換支援策について情報提供を行うこと。

(3) 調査結果の提出期限

令和 2 年 7 月 20 日までに厚生労働省（下の「提出先」アドレス）に提出する。未提出の施設があった場合、同年 8 月 17 日までに追加で提出する。

(4) 調査結果の情報提供

令和 2 年 7 月 20 日までに厚生労働省に提出いただいた調査結果について、都道府県をまたぐ利用状況も含めて集計し、7 月中に各都道府県へ情報提供しますので、管内市町村保険者への提供をお願いします。

【提出先】

厚生労働省老健局介護保険計画課計画係

Tel:03-5253-1111 内線 2175

Mail : 8kikaigo@mhlw.go.jp

医療療養病床の転換意向調査票

この調査は、2020年4月1日時点で次の基本料を算定している病床を有する医療機関が対象です。

- ・療養病棟入院基本料 療養病棟入院料1・2
- ・療養病棟入院基本料 経過措置（療養病棟入院基本料注11に規定される点数）
- ・療養病棟入院基本料 特別入院基本料
- ・有床診療所療養病床入院基本料

質問0 施設所在市町村・コード、施設名 **都道府県・市町村（五十音順）は、プルダウンメニューから選択してください。**

都道府県	市町村	施設名

質問1 転換意向及び転換先に関する質問

2020年4月1日時点の医療療養病床に係る届出病床数と、2021年4月1日、2022年4月1日、2023年4月1日、2024年4月1日、2025年4月1日時点で想定される予定病床数についてお答えください。

		2020年4月1日時点の療養病床に係る届出病床数 ※1		2021年4月1日の予定病床数 ※2	2022年4月1日の予定病床数 ※2	2023年4月1日の予定病床数 ※2	2024年4月1日の予定病床数 ※2	2025年4月1日の予定病床数 ※2	
医療保険	療養病棟入院基本料 療養病棟入院料1・2 (20:1)		→						
	療養病棟入院基本料 経過措置 (25:1)								
	療養病棟入院基本料 特別入院基本料								
	有床診療所療養病床入院基本料								
	回復期リハビリテーション病棟入院料								
	地域包括ケア病棟入院料 ※病室を含む								
	その他（医療保険）								
介護保険	介護医療院								
	介護老人保健施設								
	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）								
	特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅を含む。）								
	認知症高齢者グループホーム								
	看護小規模多機能型居宅介護								
	小規模多機能型居宅介護								
	その他（介護保険）								
病床廃止（上記のいずれにも転換しない）									
未定	未定（介護保険サービスへの移行または病床廃止を含めて検討中）								
	未定（上記以外。医療保険サービス内での転換のみ検討中）								
合計		0床	→	0床	0床	0床	0床	0床	

※1 対象となる病棟が複数ある場合には、該当するすべての病棟を合算した数を記入してください。
 ※2 この調査票では、2020年4月1日時点の療養病床に係る届出病床数に関する予定病床数のみ記入してください。

合計数はいずれも同じにしてください。

ここに
 施設病床
 数は
 質問
 2を
 計上
 します。

介護療養病床の転換意向調査票

この調査は、2020年4月1日時点で「介護保険適用の療養病床」又は「老人性認知症疾患療養病棟」を有する医療機関が対象です。

質問0 施設所在市町村・コード、施設名 都道府県・市町村（五十音順）は、プルダウンメニューから選択してください。

都道府県	市町村	施設名

質問1 転換意向及び転換先に関する質問

2020年4月1日時点の介護療養型医療施設に係る届出病床数と、2021年4月1日、2022年4月1日、2023年4月1日、2024年4月1日時点で想定される予定病床数についてお答えください。

			2020年4月1日時点の介護療養型医療施設に係る届出病床数 ※1		2021年4月1日の予定病床数 ※2	2022年4月1日の予定病床数 ※2	2023年4月1日の予定病床数 ※2	2024年4月1日の予定病床数 ※2
医療保険	療養病棟入院基本料 療養病棟入院料1・2 (20:1)			→				
	療養病棟入院基本料 経過措置 (25:1)							
	療養病棟入院基本料 特別入院基本料							
	有床診療所療養病床入院基本料							
	回復期リハビリテーション病棟入院料							
	地域包括ケア病棟入院料 ※病室を含む							
	その他（医療保険）							
介護保険	病院	療養機能強化型A						
		療養機能強化型B						
		その他						
	診療所	療養病床	療養機能強化型A					
			療養機能強化型B					
			その他					
	介護医療院							
	介護老人保健施設							
	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）							
	特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅を含む。）							
	認知症高齢者グループホーム							
	看護小規模多機能型居宅介護							
	小規模多機能型居宅介護							
その他（介護保険）								
病床廃止（上記のいずれにも転換しない）								
未定								
合計			0床	→	0床	0床	0床	0床

※1 対象となる病棟が複数ある場合には、該当するすべての病棟を合算した数を記入してください。

※2 この調査票では、2020年4月1日時点の療養病床に係る届出病床数に関する予定病床数のみ記入してください。

合計数はいずれも同じ

