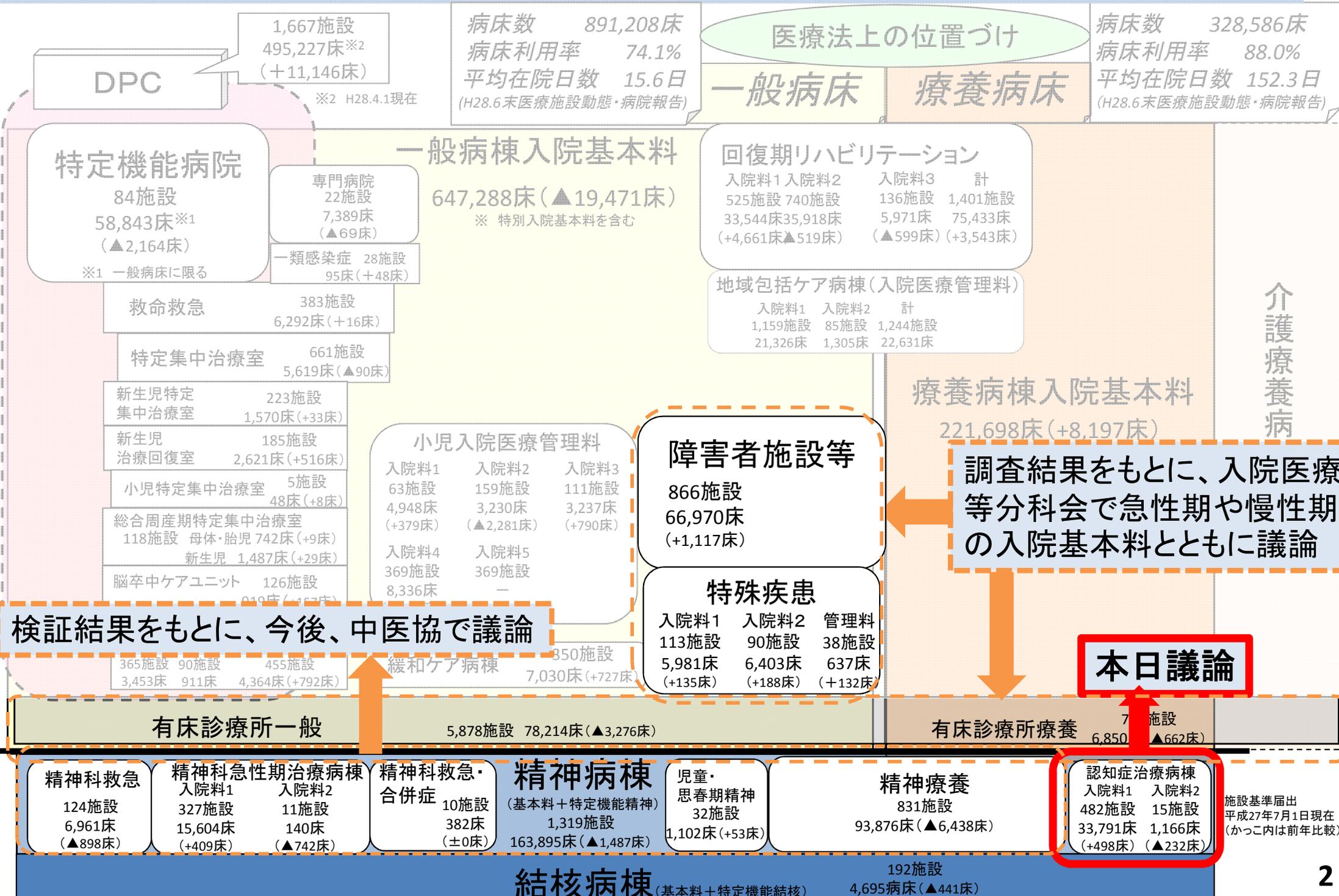


入院医療(その5)

平成29年7月26日

診療報酬における機能に応じた病床の分類(イメージ)



入院医療(その5)

1. 認知症治療病棟入院料

2. 老人性認知症疾患療養病棟に関する検討状況

3. 老人性認知症疾患療養病棟の現状

認知症治療病棟と老人性認知症疾患療養病棟の概要

○認知症治療病棟と認知症疾患療養病棟の施設基準においては、類似の規定もあるが、

- ・看護補助者(介護職員)の配置
- ・夜間の看護配置

等に違いがある。

	認知症治療病棟1	認知症治療病棟2	老人性認知症疾患療養病棟 (介護保険)	
看護職員	20:1以上	30:1以上	4:1以上	
看護補助者	25:1以上	25:1以上	(介護職員) 4:1、5:1又は6:1以上	
夜間の看護配置	看護職員又は看護補助者 2以上、うち看護職員1以上	看護職員1以上	—	
OT等	病棟専従のOT1名以上	病棟専従のOT1名以上 又は病棟専従の経験看護師1名 以上で、OTは週1回以上	病棟専従のOT1名以上	
PSW等	病院専従1以上	—	専従常勤の精神保健福祉士 1以上 専従常勤の介護支援専門員 1以上 (100:1以上)	
点数	~30日 1,809点 31~60日 1,501点 61日~ 1,203点	~30日 1,316点 31~60日 1,111点 61日~ 987点	【看護4:1 介護6:1】 要介護1 974単位 ~ 要介護5 1,230単位	【看護4:1 介護4:1】 要介護1 1,018単位 ~ 要介護5 1,286単位
その他	「第8部 精神科専門療法」の各点数及び「認知症患者リハビリテーション料」等については、出来高算定可能		特定診療費として「精神科作業療法」等を算定可能	
届出施設数 ・病床数	482施設・33,791床 (H27. 7)	15施設・1,166床 (H27. 7)	25施設・2,021床 (H27. 10)	

認知症治療病棟入院料の変遷①

平成8年 ※老人医科診療報酬点数表による

老人性痴呆疾患治療病棟入院料イ～ロ(看護職員30:1、介護職員25:1) 1270点～1170点

老人性痴呆疾患療養病棟入院料A～B(看護職員30:1、介護職員30～40:1) 1100点～1070点

- ・老人性痴呆疾患治療病棟入院料では、入院期間が3月以内と3月を超えた場合とに分けて入院料を設定
- ・老人入院基本料等加算のうち地域加算、精神科措置入院診療料及び精神科専門療法に係る費用を除き、診療に係る費用は入院料に含む

平成10年 ※老人医科診療報酬点数表による

老人性痴呆疾患治療病棟入院料イ～ロ 1312点～1209点

老人性痴呆疾患療養病棟入院料A～B 1137点～1106点

平成12年 ※老人医科診療報酬点数表による

老人性痴呆疾患治療病棟入院料 1312点

老人性痴呆疾患療養病棟入院料1～2 1137点～1106点

- ・老人性痴呆疾患治療病棟入院料において、入院期間が90日を超えた場合については、1日につき103点を所定点数から減算

平成14年 ※老人医科診療報酬点数表による

老人性痴呆疾患治療病棟入院料 1290点

老人性痴呆疾患療養病棟入院料(看護配置30:1、看護補助配置30:1) 1120点

- ・老人性痴呆疾患治療病棟入院料における、入院期間が90日を超えた場合の減算を、1日につき103点→110点に変更

平成16年 ※老人医科診療報酬点数表による

老人性痴呆疾患治療病棟入院料1～2 1290点～1160点 (施設基準(床面積等)の異なる入院料1～2に分類)

老人性痴呆疾患療養病棟入院料 1120点

- ・老人性痴呆疾患治療病棟入院料における、入院期間が90日を超えた場合の減算を、入院料1、2それぞれ1日につき110点、30点に変更

認知症治療病棟入院料の変遷②

平成18年 ※老人性認知症疾患療養病棟は介護保険に移行

老人性認知症疾患治療病棟入院料1 (看護配置20:1、看護補助配置25:1) 1300点～1190点

老人性認知症疾患治療病棟入院料2 (看護配置30:1、看護補助配置25:1) 1060点～1030点

- ・90日以内と91日以上入院期間で、入院料を分けて規定
- ・入院料の包括範囲から、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算を除外

平成20年

認知症病棟入院料1～2 1330点～1020点

- ・入院料の包括範囲から、精神科身体合併症管理加算及び後期高齢者外来患者緊急入院診療加算、一部薬剤・注射薬の費用を除外

平成22年

認知症治療病棟入院料1～2 1450点～970点

- ・入院料を分ける基準となる入院期間を、60日以内と61日以上に変更
- ・6月以上入院している患者について、退院調整を行った場合に算定できる退院調整加算(退院時100点)を創設

平成24年

認知症治療病棟入院料1～2 1761点～961点

- ・入院料を分ける基準となる入院期間を、30日以内、31日～60日、61日以上に変更
- ・退院調整加算に係る施設基準として、退院支援部署の設置を要件化した上で、当該加算を増点(退院時100点→300点)

平成26年

認知症治療病棟入院料1～2 1809点～987点

- ・入院料の包括範囲から、データ提出加算、リハビリテーション総合計画評価料及び認知症患者リハビリテーション料を除外

平成28年

認知症治療病棟入院料1～2 1809点～987点

- ・入院料の包括範囲から、薬剤総合評価調整加算を除外

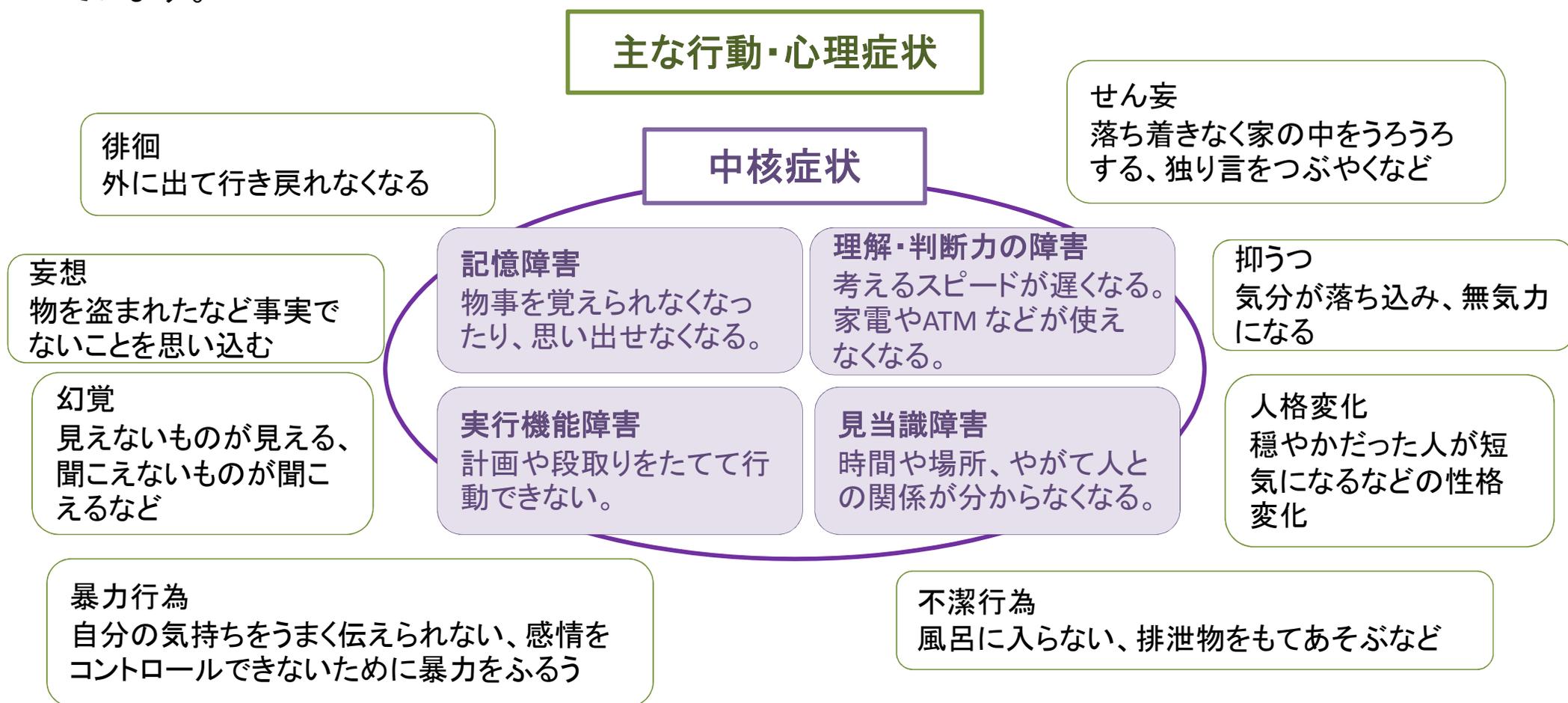
認知症の症状

脳は私たちのあらゆる活動をコントロールしている司令塔です。指令がうまく働かなければ、精神活動も身体活動もスムーズに運ばなくなります。

認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞がしんでしまったり、働きが悪くなったためにさまざまな障害が起こり、生活するうえで支障が出ている状態(およそ6ヶ月以上継続)をいいます。

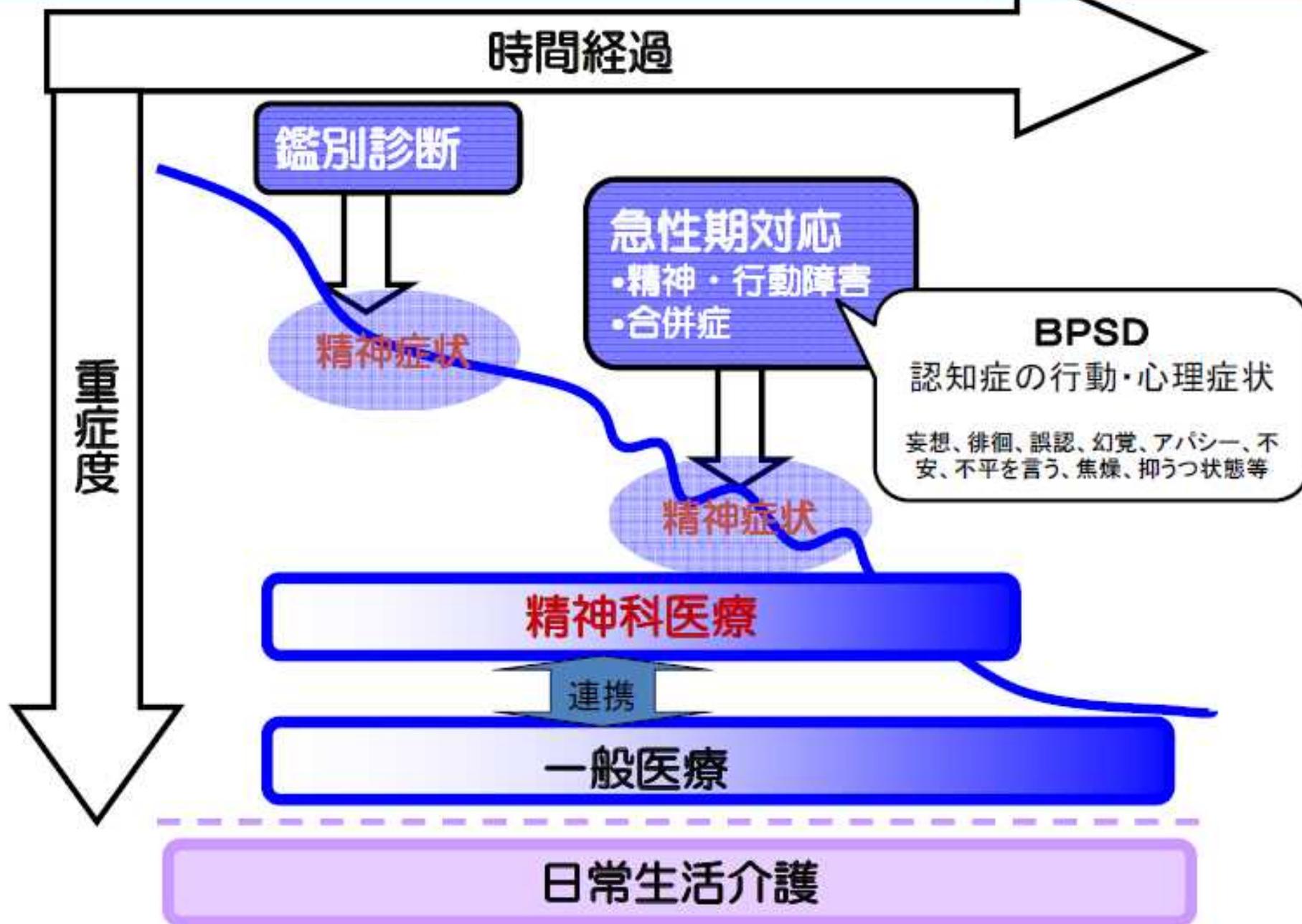
認知症の症状として、「中核症状」と「行動・心理症状」があります。

なお、「行動・心理症状」には周囲から見ると、「徘徊」や「妄想」も、本人なりの背景や理由があると言われている。



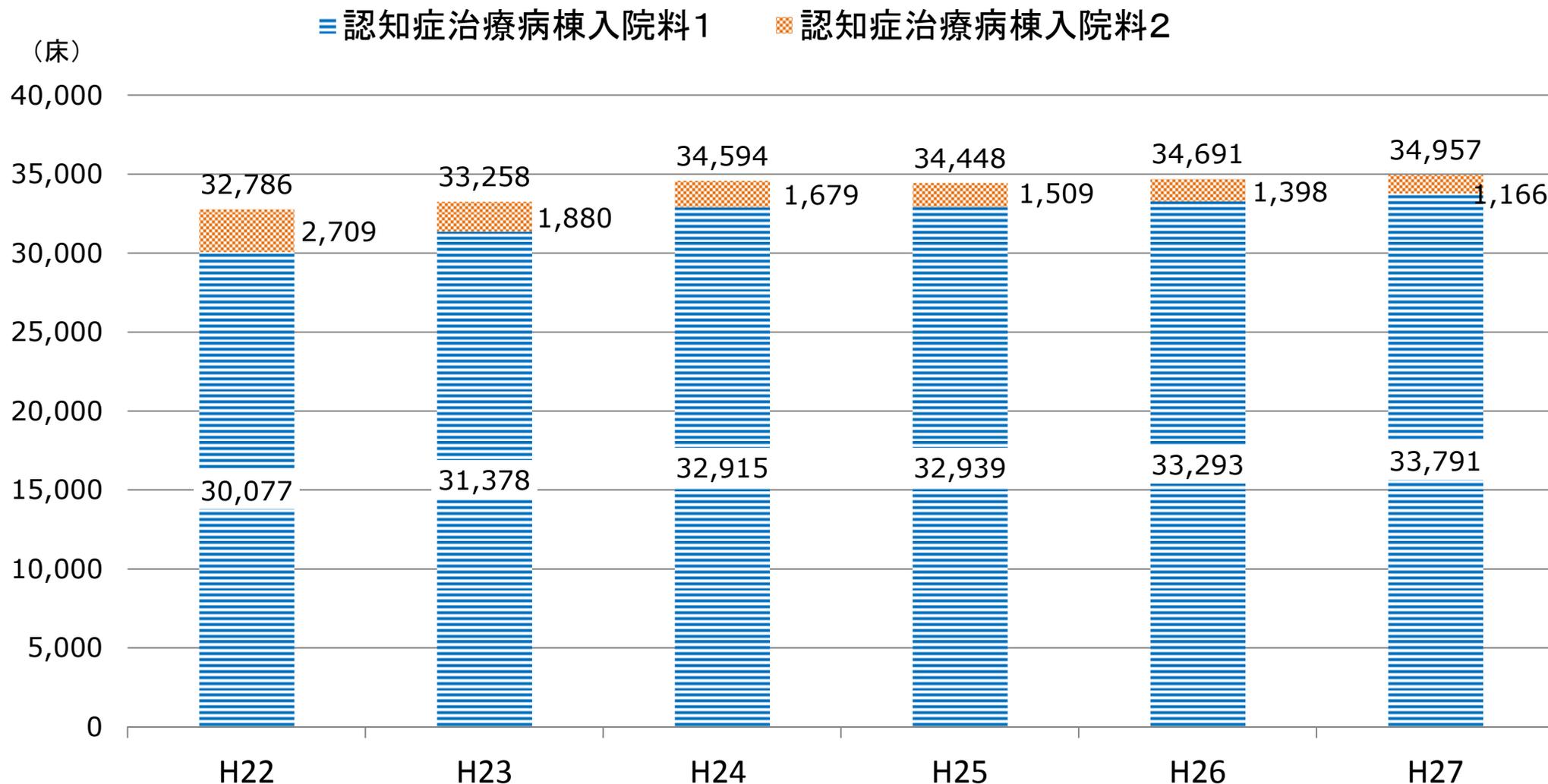
認知症の経過と医療の必要性

平成23年5月18日第190回
中央社会保険医療協議会
資料より



認知症治療病棟入院料の届出病床数

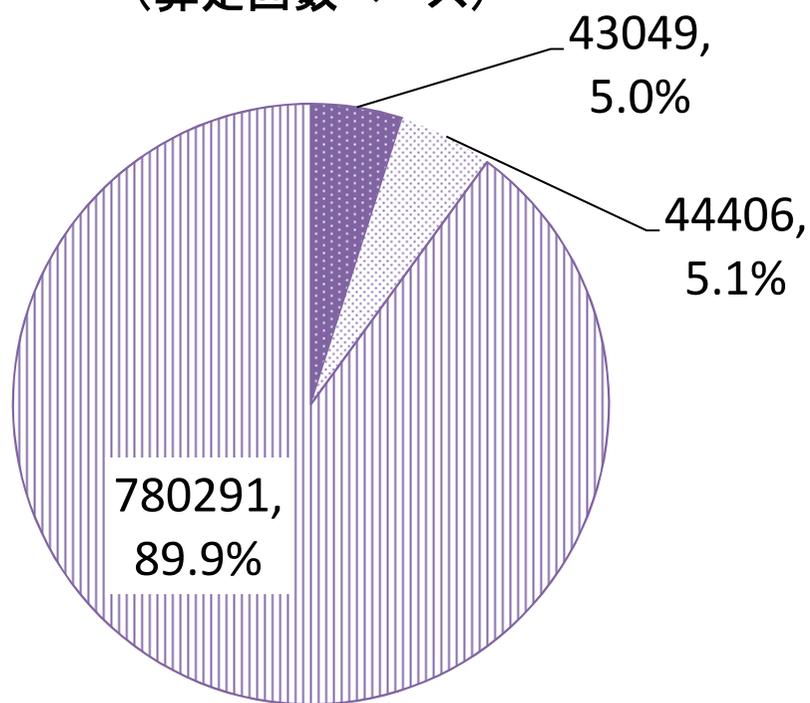
○ 届出病床数は、近年横ばいで推移しているが、入院料1については、緩やかに増加傾向。



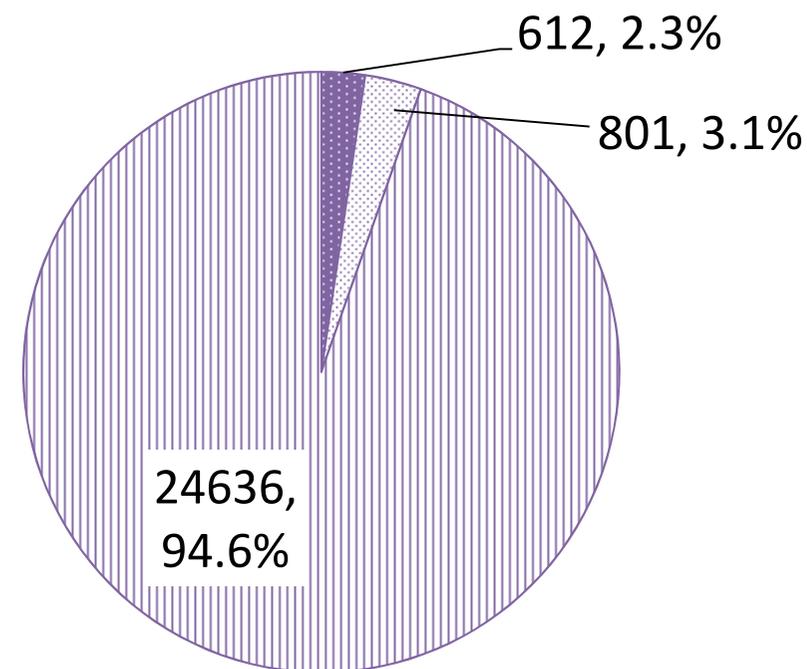
認知症治療病棟入院料の算定状況①

○ 認知症治療病棟入院料の算定回数を見ると、90%前後を「61日以上」の入院料の算定が占めていた。

入院料1の種別ごとの算定割合
(算定回数ベース)



入院料2の種別ごとの算定割合
(算定回数ベース)



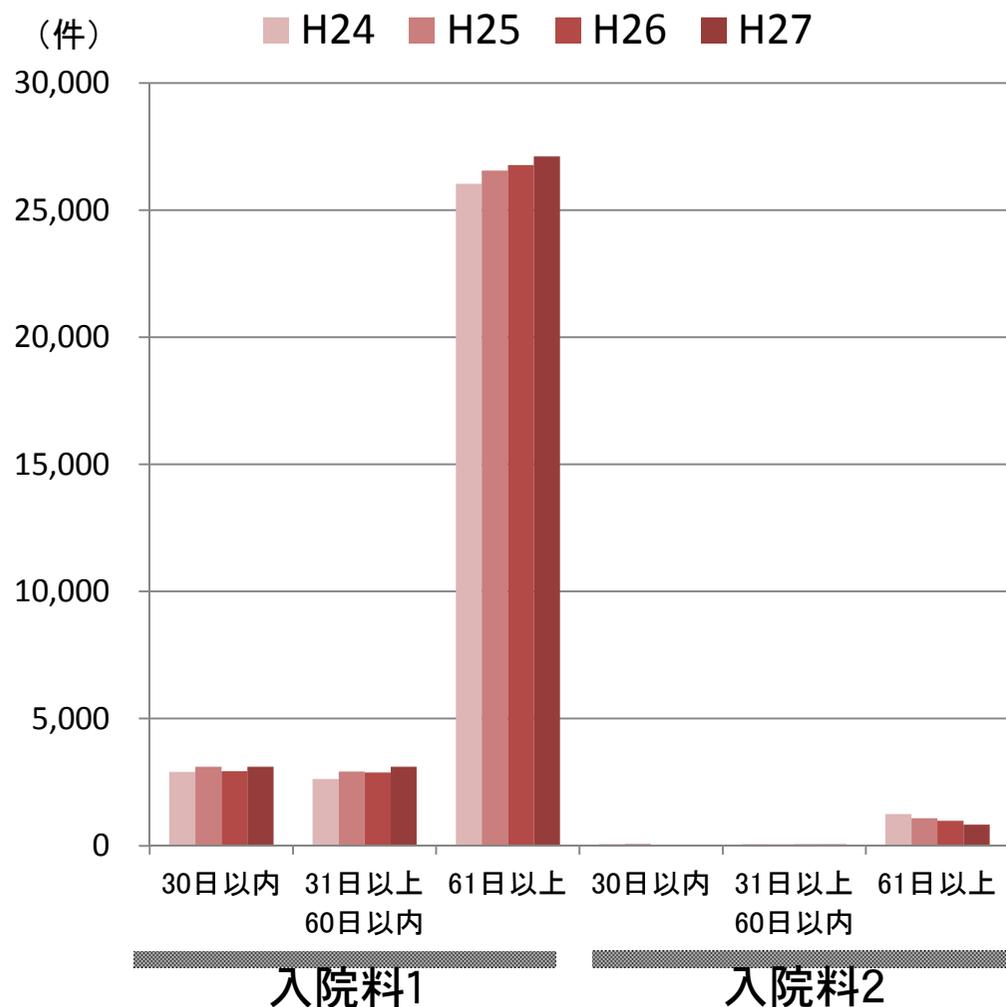
■ 30日以内 ▨ 31日～60日 ▤ 61日～

■ 30日以内 ▨ 31日～60日 ▤ 61日～

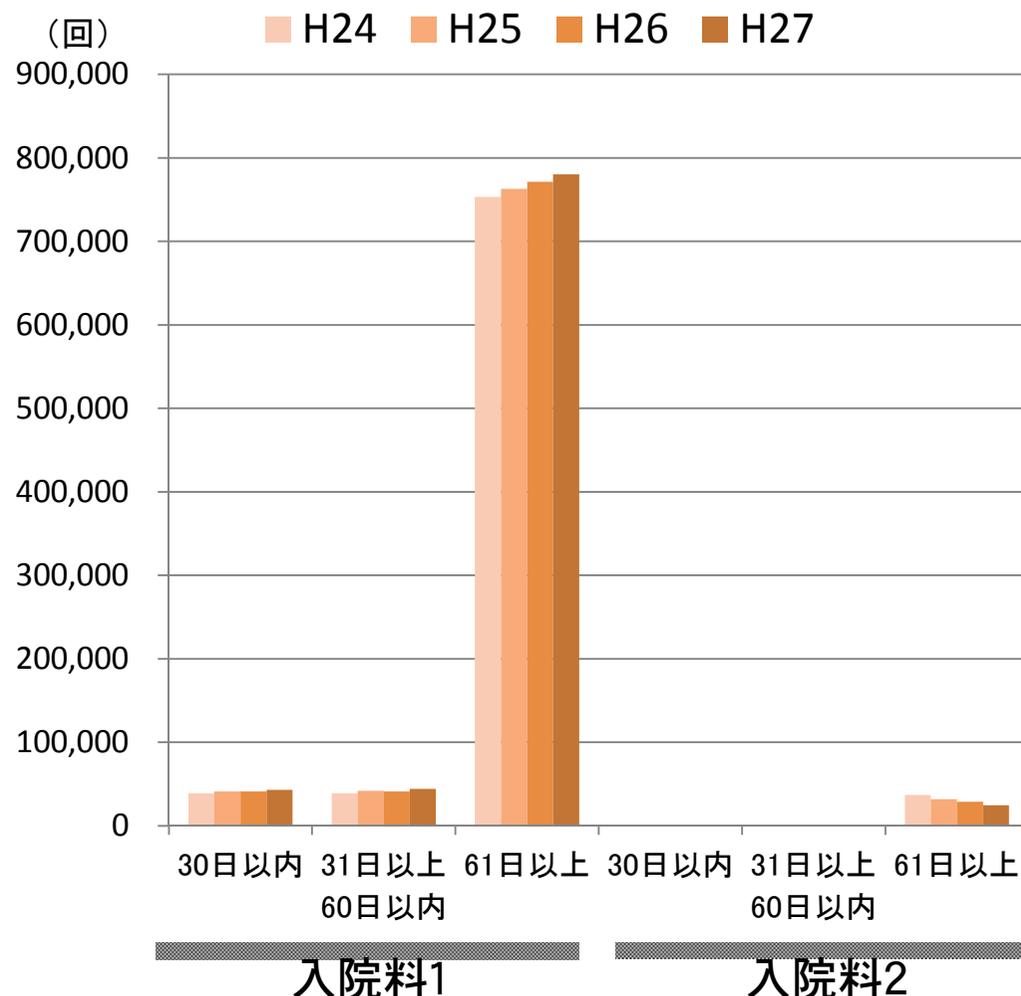
認知症治療病棟入院料の算定状況②

○ 算定状況の年次推移を見ると、「61日以上」の入院料において、入院料1の算定は微増傾向、入院料2の算定は微減傾向にある。

算定件数



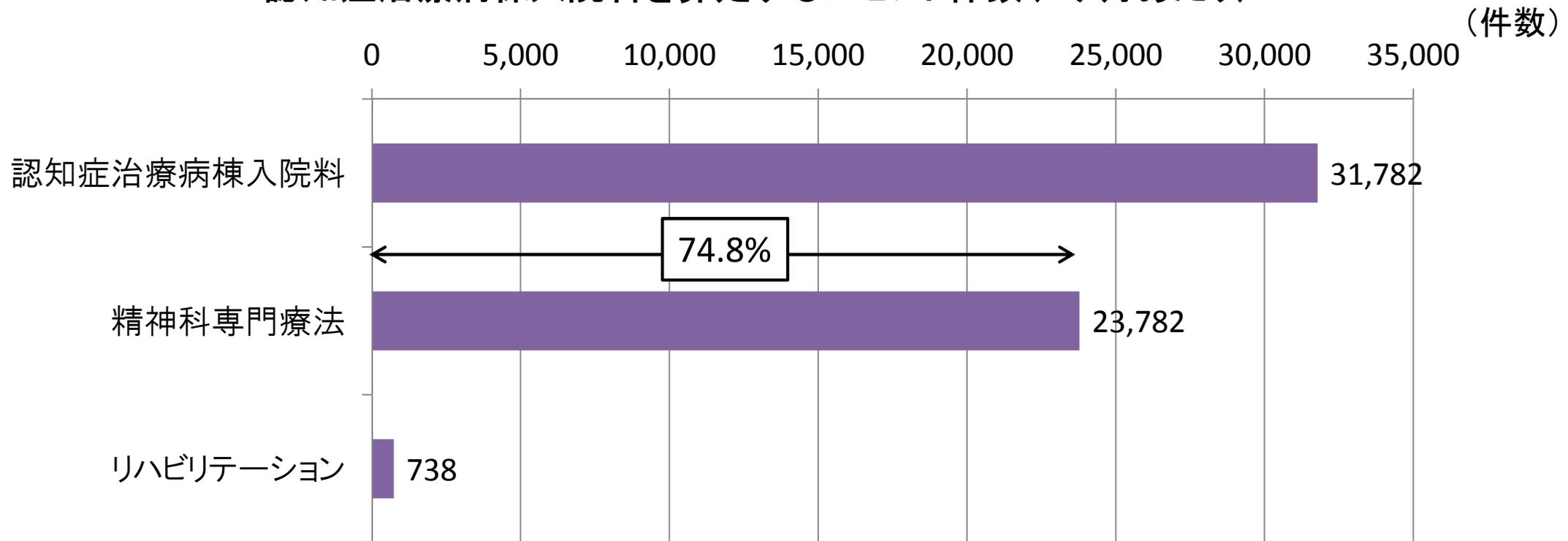
算定回数



認知症治療病棟入院料を算定するレセプトの分析①

- 認知症治療病棟入院料の算定レセプトの件数は1月あたり31782件で、そのうち、精神科専門療法を算定するレセプトは23782件で、約75%となっている。

認知症治療病棟入院料を算定するレセプト件数(1ヶ月あたり)



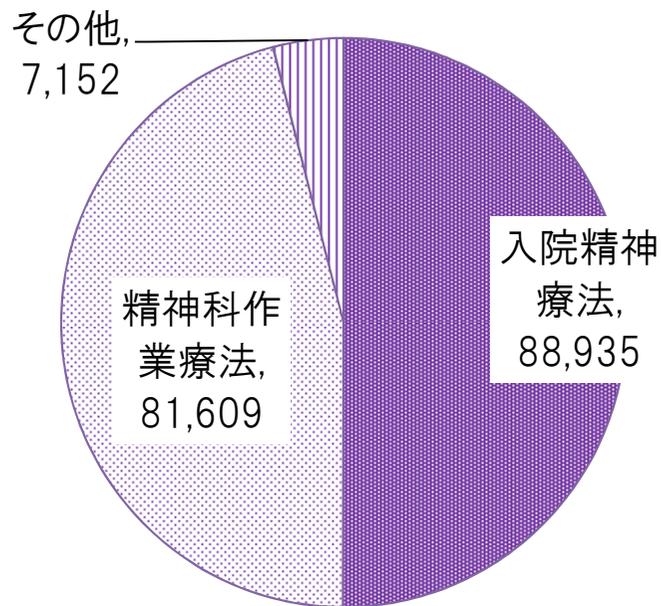
※ 認知症治療病棟入院料は、リハビリテーション総合計画評価料、認知症患者リハビリテーション料、「第8部 精神科専門療法」の各点数及び一部の薬剤料等を除き、包括評価となっている。

認知症治療病棟入院料を算定するレセプトの分析②

○ 認知症治療病棟入院料の算定レセプトにおける精神科専門療法とリハビリテーションの算定回数を見ると、

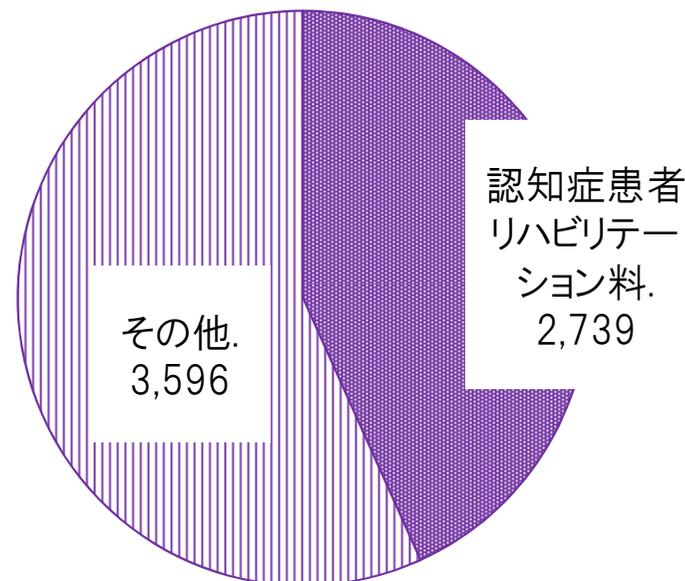
- ・精神科専門療法の約96%を「入院精神療法」「精神科作業療法」が占めていた。
- ・リハビリテーションの約43%を「認知症患者リハビリテーション料」が占めていた。

精神科専門療法の算定回数



■ 入院精神療法 ■ 精神科作業療法 ■ その他

リハビリテーションの算定回数



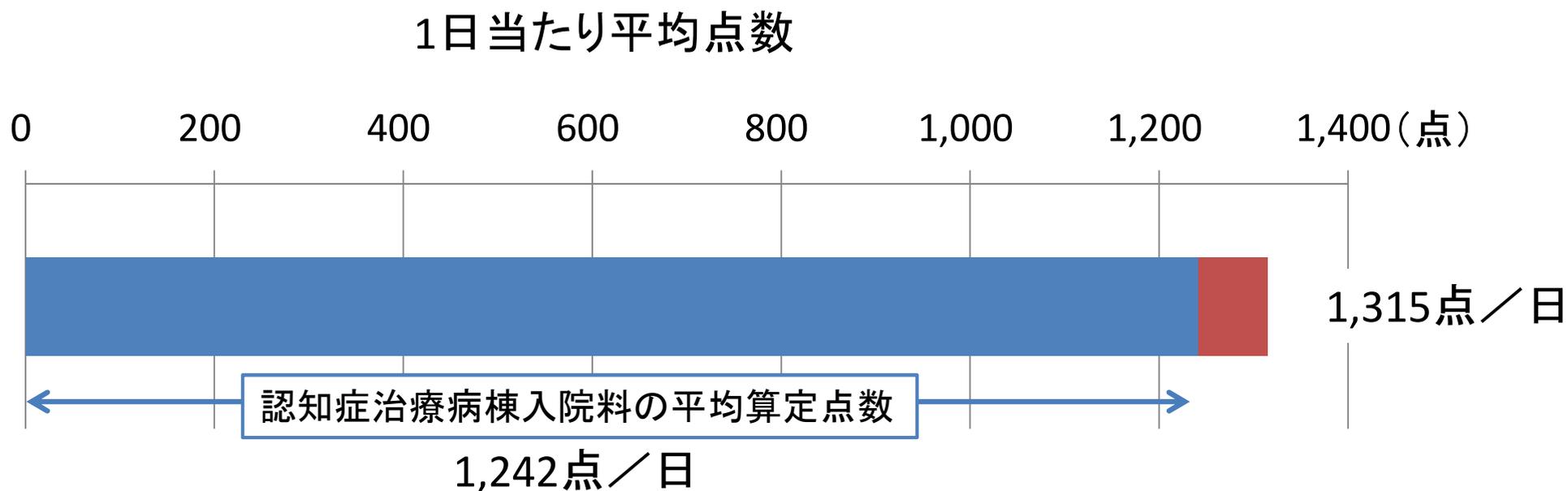
■ 認知症患者リハビリテーション料 ■ その他

※ 認知症治療病棟入院料は、リハビリテーション総合計画評価料、認知症患者リハビリテーション料、「第8部 精神科専門療法」の各点数及び一部の薬剤料等を除き、包括評価となっている。

(出典：NDBデータ(平成28年5月分レセプト))

認知症治療病棟入院料を算定するレセプトの分析③

- 認知症治療病棟入院料の算定レセプトにおける1日あたり平均のレセプト総点数をみると、1,315点であった。認知症治療病棟入院料の算定点数だけでみると、1日あたり平均点数は1,242点であった。



参考

認知症治療病棟入院料1		認知症治療病棟入院料2	
～30日	1,809点	～30日	1,316点
31日～60日	1,501点	31日～60日	1,111点
61日～	1,203点	61日～	987点

入院医療(その5)

1. 認知症治療病棟入院料

2. 老人性認知症疾患療養病棟に関する検討状況

3. 老人性認知症疾患療養病棟の現状

慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービスの提供体制を整備するため、**介護療養病床を含む療養病床の在り方**をはじめ、**具体的な改革の選択肢の整理**等を行うことを目的として、療養病床の在り方等に関する検討会を開催。

議論の経過

第1回～第4回：療養病床の在り方等を検討する際の論点について（※第2回に有識者・自治体関係者からのヒアリングを実施）
第5回：新たな類型に関する論点について 第6回～第7回：新たな選択肢について
平成28年1月28日「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」を公表

※ 療養病床の在り方等に関する検討会は、療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて、サービス提供体制の新たな選択肢の整理を行うものであり、具体的な制度設計(財源、人員配置、施設基準等)は、社会保障審議会の部会において議論。

新たな類型の整理案について

※ 医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの

介護療養病床、医療療養病床（25対1）※の主な利用者のイメージ

- **要介護度や年齢が高い者が多い**
⇒ 80歳以上の高齢者、要介護度が4以上の者が大半を占める
- **平均在院日数が長く、死亡退院が多い**
⇒ 医療療養病床が約半年、介護療養病床が約1年半の平均在院日数
⇒ 介護療養病床は約4割、医療療養病床(25対1)は約3割が死亡退院
- **一定程度の医療が必要**
⇒ 医療療養病床(20対1)よりも比較的医療の必要性が低いが、病態は様々で容体急変のリスクのある者も存在

新たな選択肢を考えるに当たっての基本的条件

- 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備（『住まい』の機能を満たす）
- 経管栄養や喀痰吸引等を中心とした**日常的・継続的な医学管理**や、**充実した看取りやターミナルケア**を実施する体制

医療・介護ニーズがあり、長期療養の必要がある者に対応する新たな類型

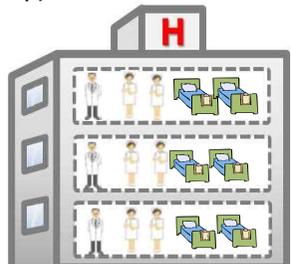
① **医療機能を内包した施設類型**（患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンが想定される）

② **医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型**

医療機能の集約化等により、医療療養病床(20対1)や診療所に転換。残りスペースを居住スペースに。

医療機関 (医療療養病床 20対1)

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者
- 医療の必要性が高い者



- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

医療機能を内包した施設系サービス

(患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示)

新(案1-1)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性が比較的高く、**容体が急変するリスク**がある者



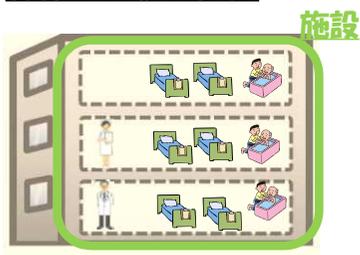
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案1-2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者**



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア

- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例

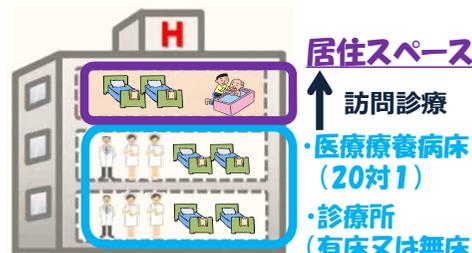


医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

- 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換
- 残りスペースを居住スペースに

新(案2) 医療機関に併設

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者**



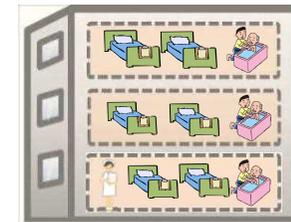
今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 居住スペースと医療機関の併設について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の種類としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の
特定施設入居
者生活介護

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者**



- 医療は外部の病院・診療所から提供

- 多様な介護ニーズに対応

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

療養病床の在り方等に関する特別部会 「療養病床の在り方等に関する議論の整理」(抜粋)

平成28年12月20日

1. 基本的な方向性

- 平成29年度末に経過措置の期限が到来する介護療養病床及び医療療養病床(医療法施行規則の人員配置標準の特例の対象となっているものに限る。)については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目しつつ、
 - ・ 今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、
 - ・ 各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情に応じた柔軟性を確保した上で、必要な機能を維持・確保していくことが重要である。
- こうした基本的な方向性を実現していくためには、
 - ・ 介護療養病床の「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や、「看取り・ターミナル」等の機能を維持しつつ、
 - ・ その入院生活が長期にわたり、実質的に生活の場になっている実態を踏まえて、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、
新たな施設類型を創設すべきである。

6. 老人性認知症疾患療養病棟について

- 老人性認知症疾患療養病棟では、精神保健福祉法に規定する精神医療の対象となるような、BPSD等を伴う重症者を含む認知症患者に対し、適切な医療を提供しているが、これらは新たな施設類型に求められる機能とは大きく異なることを踏まえ、現在、老人性認知症疾患療養病棟に入院している認知症高齢者に対し、引き続き適切な精神科専門医療が提供できるよう、配慮すべきである。

入院医療(その5)

1. 認知症治療病棟入院料
2. 老人性認知症疾患療養病棟に関する検討状況
3. 老人性認知症疾患療養病棟の現状

老人性認知症疾患療養病棟を有する医療機関に関する調査について

調査の概要

調査の目的	介護療養型医療施設のうち老人性認知症疾患療養病棟を有する医療機関について、実態を正確に把握するため。
調査の対象と客体	老人性認知症疾患療養病棟の介護給付費を請求した事業所を調査対象とし、その全数を調査客体とした。
調査の時期	平成28年9月1日
調査事項	開設主体、施設名、所在地、許可病床数、病棟の入院患者数等

調査結果

有効回答施設

23施設

開設時期

1990年以前	1990年～2000年	2000年以降
14施設	4施設	5施設

開設主体

医療法人	その他
20施設	3施設

病院の特徴

精神病床単独の病院	精神病床以外を有する病院
12施設	11施設

病床数

	許可病床数	医療保険	介護保険
精神病床 (総数)	6472床	4537床	1856床
精神病床 (1施設あたり)	281床	197床	81床
療養病床 (総数)	2262床	1120床	1142床
療養病床 (1施設あたり)	98床	49床	50床
一般病床 ^(注) (総数)	60床	40床	—
一般病床 (1施設あたり)	3床	2床	—

注：一般病床を有する病院は1施設。

老人性認知症疾患療養病棟を有する医療機関に関する調査 結果概要①

- 老人性認知症疾患療養病棟では、
 - ・約70%の医療機関で、平均在院日数が500日を超えていた。
 - ・約63%の患者で、在院日数が1年を超えていた。
 - ・約70%の患者で、入院時の入院形態が医療保護入院だった。
 - ・約60%の患者が、身体疾患を合併していた。
 - ・約49%の患者が、BPSD（認知症に伴う行動・心理症状）に対する薬物療法等を必要としていた。

老人性認知症疾患療養病棟の基本情報（23施設）

病棟数（病棟）	34棟
病床数（病床）	1,856床
入院患者数（人）	1,694人
病床稼働率（%）	91.3%

身体合併症を有する者(人) 1,009人(59.6%)

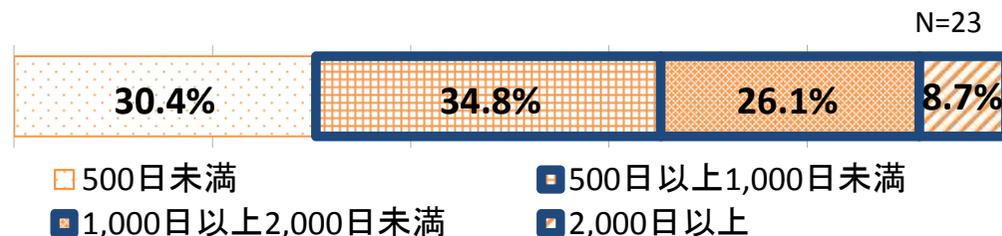
BPSDに対する薬物療法等が必要な者(人) 834人(49.2%)

※1 身体合併症を有する者の事例

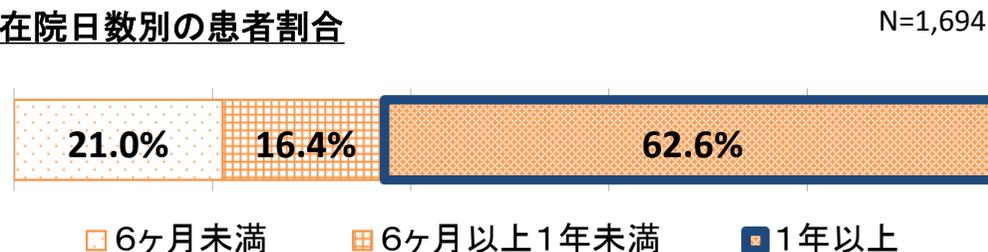
肺炎、悪性腫瘍、狭心症、慢性心不全、慢性腎不全、肝硬変、慢性閉塞性肺疾患、脳血管障害、脳挫傷、イレウス、膠原病、骨折などの内科的管理等を必要とする状態

※2 BPSD(認知症に伴う行動・心理症状)に対する薬物療法等が必要な者
BPSDが著しい等のため薬物療法や専門的な医学管理が必要な者

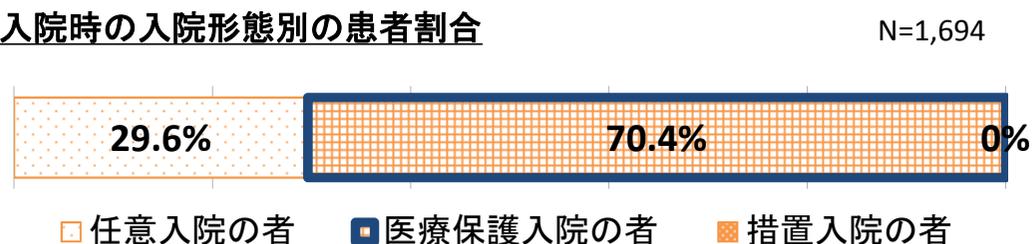
平均在院日数別の医療機関の割合



在院日数別の患者割合



入院時の入院形態別の患者割合

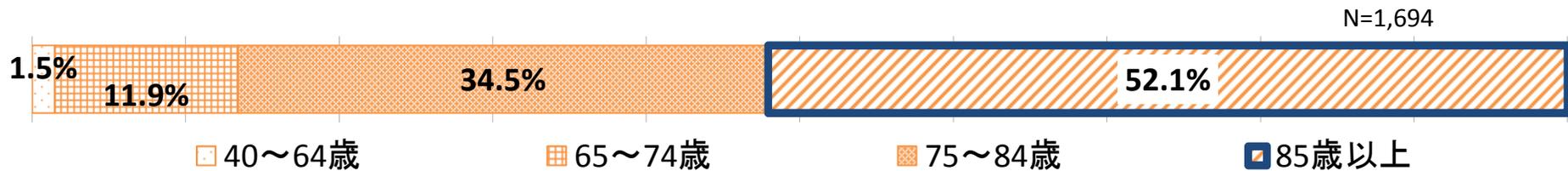


老人性認知症疾患療養病棟を有する医療機関に関する調査 結果概要②

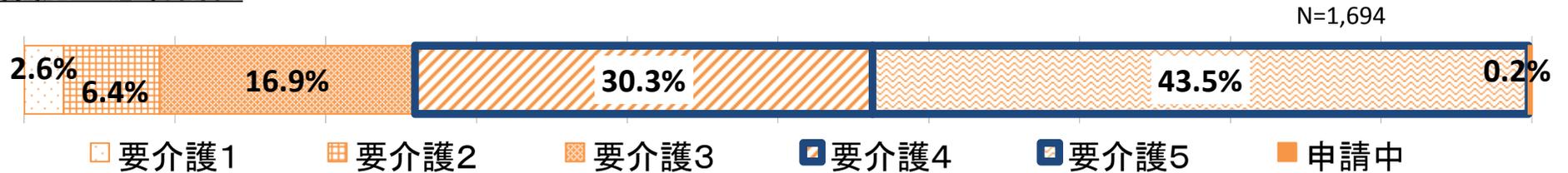
- 老人性認知症疾患療養病棟では、
 - ・約52%の患者が、85歳以上だった。
 - ・約74%の患者が、要介護4以上だった。
 - ・90%以上の患者が、認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上だった。

調査結果

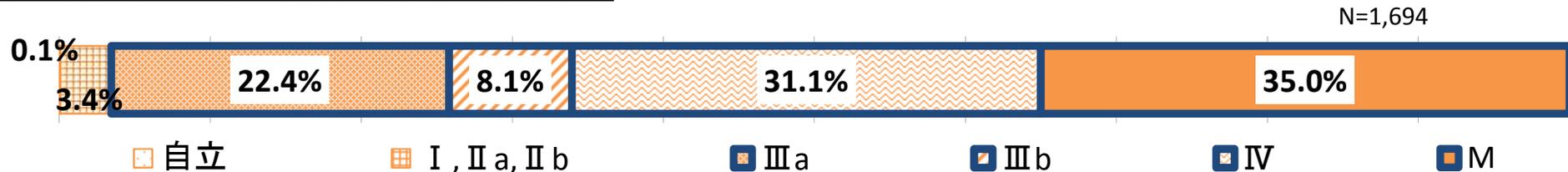
年齢別の患者割合



要介護度別の患者割合



認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合



認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

第2 具体的な施策

2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

(4) 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応

(循環型の仕組みの構築)

- 認知症の人に行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等で適切な治療やリハビリテーションが実施されるとともに、当該医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築する。

(中略)

(行動・心理症状(BPSD)への適切な対応)

- 行動・心理症状(BPSD)は認知症の進行により必ず生じるものではなく、また、その発現には身体的要因や環境要因が関与することもある。まずは早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じて行動・心理症状(BPSD)を予防するほか、行動・心理症状(BPSD)が見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則である。

(中略)

- 認知症の人の入院においては、行動・心理症状(BPSD)が大きな要因を占め、その際、家族は限界まで疲弊してから認知症の人を入院させることがあるため、入院し、行動・心理症状(BPSD)が緩和されても在宅復帰を尻込みし、結果として入院が長期化するとその負の連鎖があることがある。早期診断・早期対応を推進するとともに、認知症の人の介護者への支援を行うことが認知症の人の生活の質の改善にも繋がるとの視点に立って、家族の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援を推進する。

○ 精神科病院における認知症の人の入院に関しては、標準化された高度な専門的医療サービスを必要に応じて集中的に提供する場として、長期的・継続的な生活支援サービスを提供する介護サービス事業所や施設と、適切に役割を分担し、連携を図ることが望まれる。なお、慢性の行動・心理症状(BPSD)及び中等度から重度の身体合併症を伴う場合等においては、長期的に専門的な医療サービスが必要となることもある。

○ 認知症の人に精神科病院における医学的な治療が必要かどうかについては、介護力、サービス支援、受け皿等の地域差異が大きく、入院が必要な状態を一律に明確化することは困難であるが、①妄想(被害妄想など)や幻覚(幻視、幻聴など)が目立つ、②些細なことで怒りだし、暴力などの興奮行動に繋がる、③落ち込みや不安・苛立ちが目立つこと等により、本人及び介護者等の生活が阻害され、専門医による医療が必要とされる場合が考えられる。

○ また、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築する観点からも、早期退院・退所を阻害する要因を検討した上で、地域における退院支援・地域連携クリティカルパスの作成を進め、医療機関・介護施設等からの円滑な退院・退所や在宅復帰を支援する。

(身体合併症等への適切な対応)

○ 認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、身体合併症への早期対応と認知症への適切な対応のバランスのとれた対応を求められているが、現実には、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応が後回しにされ、身体合併症への対応は行われても、認知症の症状が急速に悪化してしまうような事例も見られる。身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から、関係団体による研修も積極的に活用しながら、一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講を進める。

(中略)

○ 身体合併症への適切な対応を行うためには、身体合併症等への対応を行う急性期病院等における行動・心理症状(BPSD)への対応力を高めること、及び精神科病院における身体合併症への対応力を高めることがともに重要であり、身体合併症等に適切に対応できる医療の提供の場の在り方について検討を進める。

○ 急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護職員は、医療における認知症への対応力を高める鍵となる。既存の関係団体の研修に加え、広く看護職員が認知症への対応に必要な知識・技能を修得することができるよう、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。

入院医療(その5) 【認知症治療病棟入院料】の課題(案)

1. 認知症治療病棟入院料について

- ・認知症治療病棟と、介護保険の老人性認知症疾患療養病棟の施設基準においては、看護補助者の配置や夜間の看護配置等について違いがある。
- ・認知症治療病棟入院料の経緯をみると、老人性痴呆疾患治療病棟入院料という包括入院料として創設され、近年は、入院早期の入院料を手厚く評価する、主に高齢者の入院医療に関わる加算等を包括範囲から除外する等の見直しが行われている。
- ・認知症治療病棟入院料のうち、「61日以上」の算定割合が約9割で最も多く、入院料1では、算定件数・算定回数ともに微増傾向。
- ・認知症治療病棟入院料を算定しているレセプトの1月あたり件数は、31,782件であり、そのうち精神科専門療法を算定しているレセプトは約75%。また、精神科専門療法の算定回数の内訳をみると、精神科作業療法と入院精神療法が約9割強であり、リハビリテーションの算定回数の内訳をみると、認知症患者リハビリテーション料が約4割である。
- ・認知症治療病棟入院料を算定しているレセプトの1日あたり平均点数をみると、約1,315点である。

2. 老人性認知症疾患療養病棟に関する検討状況

- ・療養病床の在り方等に関する特別部会(平成28年12月)において、老人性認知症疾患療養病棟については、現在当該病棟に入院している認知症高齢者に対し引き続き適切な精神科専門医療が提供できるよう配慮すべきとされた。

3. 老人性認知症疾患療養病棟の現状

- ・約63%の患者で、在院日数が1年を超えていた。
- ・約70%の患者で、入院時の入院形態が医療保護入院であった。
- ・約60%の患者に身体疾患を合併し、約49%の患者に薬物療法等を必要とするBPSDがあった。
- ・約74%の患者が要介護4以上であり、大部分の患者がランクⅢ以上の認知症であった。

○ 認知症治療病棟入院料については、今後の高齢者の増加が見込まれる中で、限られた医療資源を有効活用し、より効果的な認知症の入院医療を提供できるよう、

- ・ BPSD(認知症に伴う行動・心理症状)や身体合併症を有する認知症患者への対応のあり方
- ・ 入院日数等の実態を踏まえた、入退院支援のあり方
- ・ 介護サービスとの円滑な連携の推進

といった観点を踏まえ、更なる調査結果等を分析し、引き続き議論してはどうか。