

日医工MPS行政情報シリーズ

http://www.nichiiko.co.jp/mps/mps_m.html

「療養病床の選択肢」

資料作成：日医工株式会社 MPSチーム

(認定登録 医業経営コンサルタント登録番号第4217 菊地祐男)



医療療養病床は10万床削減、介護療養病床は廃止

6月14日に参議院本会議において「医療制度改革関連法案」が可決成立し、下記の療養病床の改革が決定した。

2012年度（2011年3月31日）までに

医療療養病床、約25万床を10万床削減し、15万床に減らす。

介護療養病床、約13万床を全て廃止する。

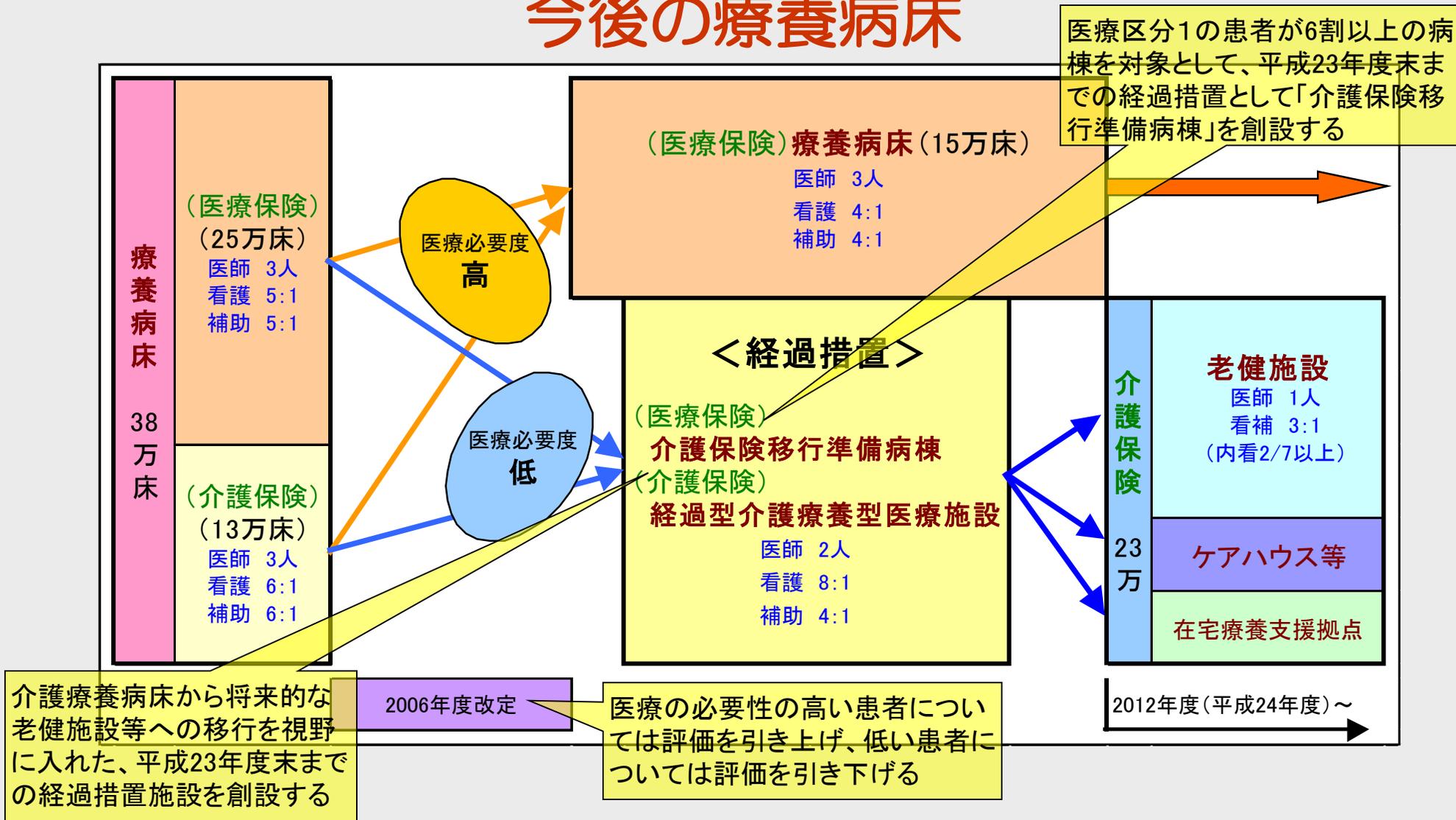
（療養病床38万床は15万床まで削減する）

医療療養病床は、医療の必要な（医療度の高い）慢性疾患患者を入院させる施設として、社会的入院とされている病床分を削減する。

介護療養病床は廃止して、医療度の低い患者は在宅及び介護施設によりケアを行うこととする。

移行をスムーズに実施するために医療保険による“介護保険移行準備病棟”と、介護保険による“経過型介護療養型医療施設”を設定し、老人保健施設や有料老人ホーム、ケアハウス、グループホームなどのへの転換を進め、併せて在宅への移行も進める。

今後の療養病床



- ①療養病床については、医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応する。
- ②医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅、居宅系サービス、又は老健施設等の介護保険で対応する。

療養病床の選択肢

一般病床	急性期病床	高い施設・人員基準
	亜急性期入院医療管理病床	高いハードル(在宅退院率6割、診療録管理等)
	回復期リハビリテーション病床	地域ニーズ、他(対象疾患、人員基準、在院日数等)
医療療養病床	医療療養病床	医療区分2・3の確保
	医療区分2・3、8割以上	医療区分2・3の確保
	医療区分2・3、8割以上(看護基準未滿)	看護職員の確保、又は医療区分1の確保
	介護保険移行準備病床(医療区分1が6割)	医療区分1の確保、将来の選択
	特別入院基本料算定病床	経営戦略の再検討
介護療養病床	介護療養型医療施設	2012年4月以降の対策
	経過型介護療養型医療施設	2012年3月まで、その後は介護施設へ
	介護施設(老健、特養、有料ホームなど)	設備投資、地域内の競合、参酌標準
その他	診療所(有床・無床) 在宅療養支援診療所	病院→診療所 (病床の返上)
	高齢者マンション	脱医療
	廃業	最後の選択肢

“在宅”となる住まいと、そこを支援する診療所の組み合わせも選択肢となる

療養病床の選択肢としては、一般病床なら「回復期」の可能性を検討、また診療所化や脱医療の検討も必要。現実的なのは、①医療型で残る、②医療型→介護施設、③介護型→介護施設などである。

医療療養病棟の選択肢分類

	医療療養病棟					脱病院	
	一般療養型	スーパー療養型	スーパー療養残念型	介護保険移行型	脱病院予備軍型		
区分	通常の療養病棟	医療区分2・3が8割以上入院している療養病棟		介護保険移行準備病棟	特別入院基本料算定病棟	有床診療所療養病棟	在宅療養支援診療所
基準等	看護職員(25:1) 看護補助者(25:1) 看護師比率2割 月平均夜勤時間72時間以下	看護職員(20:1) 看護補助者(20:1) 看護師比率2割 月平均夜勤時間のシバリなし	看護職員(20:1) 看護補助者(20:1) 看護師比率2割 の基準に満たない	看護職員(40:1) 看護補助者(20:1) 看護師比率2割 医師2名(最低) 医療区分1が6割以上 夜勤シバリなし	看護職員(25:1) 看護補助者(25:1) の基準に満たない	看護職員(30:1) 看護補助者(30:1)	
点数	ADL区分と医療区分のテーブルによる A: 1740点、B: 1344点、C: 1220点 D: 885点、E: 764点 ←		全入院患者 E: 764点	ADL区分と医療区分のテーブルによる ●	563点	テーブルによる(有床診) 975点 ~520点	
届出	7月21日までに届ける	直近3ヶ月の実績により10月に届ける	10月に届けるまではA~Dも算定可	移行準備計画を届出、7月1日より開始			
動向等	医療区分2・3の患者をなるべく多く確保し、高点数を算定する		医療区分1の患者を2割以上確保し、医療区分2・3を8割未満にするか、又は看護職員を増やす	医療区分1の患者を6割以上確保する 2012年4月以降は介護保険施設	医療保険以外の生き残り策を検討	病床の返上	

医療型で残る場合の選択肢では、地域のニーズを無視した選択は難しい。残れないと判断した場合は、次の手として、介護施設化や診療所化のシミュレーションを実施し、“病院”からの離脱を考慮することも必要。

介護療養病棟の選択肢分類

介護療養病棟			
	様子見型	とりあえず型	即断型(介護施設へ移行)
区分	介護療養型医療施設	経過型 介護療養型医療施設	(例)介護老人保険施設
基準等	医師3名 看護職員(30:1)、看護補助者(30:1) 廊下幅(内法1.8m)	医師2名 看護職員(40:1)、看護補助者(20:1) 廊下幅(内法1.2m)	医師1名 (100床あたり) 看護職員9人、看護補助者25人
点数	<多床室> 要介護5:1322単位 要介護4:1231単位 要介護3:1130単位 要介護2: 892単位 要介護1: 782単位	<多床室> 要介護5:1182単位 要介護4:1091単位 要介護3:1000単位 要介護2: 892単位 要介護1: 782単位	老健<多床室> 要介護5:990単位 要介護4:937単位 要介護3:883単位 要介護2:830単位 要介護1:781単位
届出		7月31日までに届ければ7月1日から算定可	
動向	2012年4月以降の方向策定	2012年4月以降の準備	有料老人ホーム、ケアハウス、グループホームなどへの転換も
!	補助金枠 参酌標準(介護施設の認可は14年の要介護2以上人数の37%を限度。2009年に見直し)		

介護型の場合は2011年度で廃止が決まっており、生き残り戦略やその準備は待ったなしである。施設を活かすには介護施設への転換しかないが、補助金枠や参酌標準があり、決断が急がれる。

介護療養型医療施設における経過措置 (2011年3月末まで)

参考

		介護療養型医療施設	経過型介護療養型医療施設
病院の場合			
人員基準	医師	3名以上	2名以上
	看護職員	6:1以上	8:1以上
	介護職員	6:1以上	4:1以上
その他の人員配置基準は現行どおり			
設備基準	廊下幅	内法1.8m以上	内法1.2m以上
	(両側に居室がある場合)	内法2.7m以上	内法1.6m以上
その他の設備基準は現行どおり			
老人性認知症疾患療養病棟を有する病院の場合			
人員基準	医師	3名以上	2名以上
	看護職員	3:1以上(大学病院等) 4:1以上(その他) 5:1以上(経過措置)	5:1以上
	介護職員	6:1以上	6:1以上
その他の人員配置基準は現行どおり			
設備基準	廊下幅	内法1.8m以上	内法1.2m以上
	(両側に居室がある場合)	内法2.7m以上	内法1.6m以上
その他の設備基準は現行どおり			

療養病床戦略のポイント

地域の状況

入院患者さん情報（住所＝医療圏、紹介元、紹介先、退院先、など）
同医療圏内の紹介元医療機関の状況（急性期病院の状況、連携の現状）

同医療圏内の療養医療機関の状況（ライバルはどこに向かうか）

同医療圏内の紹介先医療機関の状況（在宅医療の状況、連携の現状）

入院の状況

医療度は、ADL度は、平均在院日数は、など

自院の状況

スタッフの充実度（採用状況、定着率、など）

施設設備の充実度（リハビリ
認知症で処置の必要な患者
を一手に引き受ける

一定の医療ケアが必要な急性期病院の退院患者や外来治療中患者の仮住まい

自院の特長は

何をアピールできるか

（例）認知症患者専門（透析、検査、リハビリ・・・）

医療安心の住いを提供（高齢者マンション、weeklyマンション）

在宅医療サポート（24時間往診、緊急入院対応・・・）

療養病床再編のサポート

相談窓口の設置

6月30日付けで厚生労働省の3局（医政・老健・保険）から、都道府県あてに「療養病床の再編成に関する相談体制の確保について」とする事務連絡がなされた。

- ①患者や住民、医療機関等からの相談・照会に応じる相談窓口の開設
- ②患者や住民、医療機関等に対する情報提供の推進
- ③情報収集と国への情報提供

参考になるホームページ

「日本療養病床協会」 <http://www.ryouyo.jp/>

国としてはスムーズな移行のためにも相談窓口を整備するとしている。また都道府県では、地域連携の協議会の設置も進めており、自治体と緊密にコンタクトをとり、情報収集を進めながら療養病床の将来像を明確にしていくことも重要。

参考資料

<入院基本料>療養病棟入院基本料

病院

平成18年7月1日から実施する

現行	
療養病棟入院基本料1	1,209点(老人1,151点)
療養病棟入院基本料2	1,138点(老人1,080点)
[その他の包括する点数] 日常生活障害加算、認知症加算、特殊疾患入院施設管理加算、(準)超重症児(者)入院診療加算 等	

経過措置(平成18年6月30日まで) 「療養病棟入院基本料1」	
入院基本料1	1,187点(老人1,130点)
入院基本料2	1,117点(老人1,060点)

改定後(平成18年7月1日~) 「療養病棟入院基本料2」			
ADL区分	医療区分		
	1	2	3
3	D 885点	B 1,344点	A 1,740点
2	E 764点		
1		C 1,220点	
	50.2%	37.2%	12.6%

入院基本料A~Eの5分類へ
当初9分類(+認知症2分類)の11分類に点数が設定される方向だったが、結局5分類となった。
療養病棟に約半分入院している医療区分1の患者さんについては、大幅な点数ダウンとなり、自宅や介護施設へのシフトが始まると考えられる。

認知機能障害加算 +5点

(基準以下)特別入院基本料 563点

参考資料

＜入院基本料＞有床診療所療養病棟入院基本料

平成18年7月1日から実施する

診療所

現行
有床診療所療養病床入院基本料 816点(老人798点)
[その他の包括する点数] 日常生活障害加算、認知症加算、特殊疾患入院施設管理加算、(準)超重症児(者)入院診療加算 等

経過措置(平成18年6月30日まで)
有床診療所療養病床入院基本料1 801点(老人783点)

改定後(平成18年7月1日～) 「有床診療所療養病床入院基本料2」			
ADL区分	医療区分		
区分	1	2	3
3	D 602点	B 871点	A 975点
2	E 520点		
1		C 764点	

有床診療所が介護保険の中で重要な位置付けが行われる中で、医療度の低い患者は医療保険では評価しないことが明確にされた。

医療区分2、3の医療度の高い患者は、病院での管理が中心となり、有床診療所は在宅へシフトした医療区分1の患者さんのサポートが中心になる。24時間対応や緊急入院対応の施設として、地域内でのポジションを明確にすることが重要になる。

認知機能障害加算 +5点

(基準以下)特別入院基本料 450点

<入院基本料>療養病棟入院基本料 ADL区分

[厚生労働省保険局医療課事務連絡2006/6/16]

「ADL区分」のためのADL得点の算出（単純合計方式）

	自立	準備	観察	部分的な援助	広範囲な援助	最大の援助	全面依存	本動作なし
ベッド上の可動性	0	1	2	3	4	5	6	6
移乗	0	1	2	3	4	5	6	6
食事	0	1	2	3	4	5	6	6
トイレの使用	0	1	2	3	4	5	6	6
	ADL得点							
ADL区分 1	0～10点							
ADL区分 2	11～22点							
ADL区分 3	23～24点							

認知機能障害の加算の算出
 CPS (Cognitive Performance Scale) を用いて、「0 (障害なし)～6 (最大度)」の7段階に分類し、CPS3以上を「認知機能障害」ありとする。

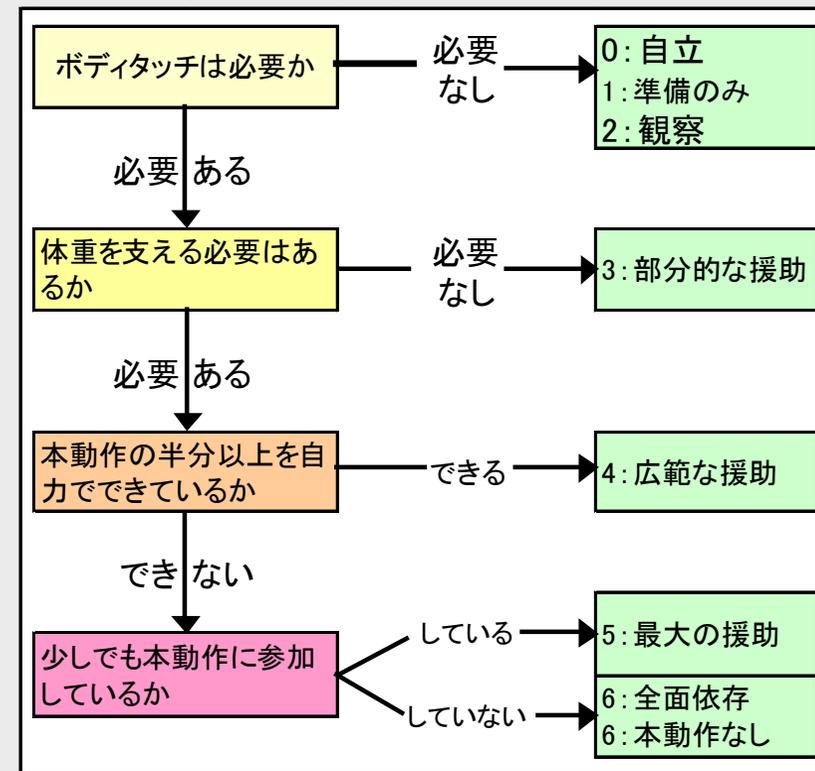
健康保険組合連合会：平成16年

参考資料

<入院基本料>療養病棟入院基本料 ADL区分評価方法

過去3日間の全勤務帯における患者の支援レベル		
a ベッド上の可動性 横になった状態からどのように動くか。 寝返りをうったり、起き上がったたり、ベッド上の身体の位置を調整する	0 自立	手助け、準備、観察は不要、または1~2回のみ
	1 準備	ものや用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
b 移乗 ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか。(浴槽や便座への移乗は除く)	2 観察	見守り、励まし、誘導が3回以上
	3 部分的な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできる ・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
c 食事 どのように食べたり、飲んだりするか。(上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	4 広範囲な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
	5 最大の援助	動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
d トイレの使用 どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。 排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門又はカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	6 全面依存	まる3日間すべての面で他者が全面援助した場合
	6 本動作なし	本動作は一度もなかった場合

厚生労働省保険局医療課
事務連絡 2006/6/16



参考資料

<入院基本料>療養病棟入院基本料 医療区分

[厚生労働省保険局医療課事務連絡2006/6/16 (官報告示2006/6/30)]

区分	疾患及び病態 [評価の単位]	医療処置 [評価の単位]
3	<ul style="list-style-type: none"> ・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[毎日] <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>1日に2つ以上の区分に該当する場合は最も高い区分で算定する</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養[毎日] (消化管異常、悪性腫瘍等により消化管からの栄養摂取が困難な場合) ・24時間持続点滴[毎日] ・人工呼吸器を使用[毎日] ・ドレーン法又は胸腔・腹腔洗浄[毎日] ・気管切開又は気管内挿管において発熱を伴う場合[毎日] ・酸素療法(安静時、睡眠時、運動負荷のうち静脈血酸素飽和度90%以下)[毎日] ・感染症において隔離室で管理[毎日]
2	<ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー[－] ・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[－] (パーキンソン病についてはヤールの分類Ⅲ、日常生活障害Ⅱ度以上) ・その他の難病(特定疾患治療研究事業実施要項による)[－] ・脊髄損傷(四肢麻痺が見られる状態)[－] ・慢性閉塞性肺疾患(COPD)(Hugh Jones V度の状態)[－] ・悪性腫瘍(疼痛コントロールが必要な状態)[毎日] ・肺炎[毎日] ・尿路感染症[毎日] (細菌尿であり、白血球尿(>10/HPF))の場合) ・リハビリテーションが必要な状態(発症して30日以内で現に実施)[毎日] ・脱水(尿量や体重減少、BUN/Cre比上昇、連続して8日目以降は非該当)[毎日] ・消化管等の体内出血(反復継続)[毎日] (例:「黒色便」「コーヒー残渣様嘔吐」「喀血」「痔核を除く持続性の便潜血陽性)) ・頻回の嘔吐(1日複数回嘔吐、該当の日から3日間算定)[毎日] ・褥瘡(2度以上又は2箇所以上)[毎日] ・末梢循環障害による下肢末端の開放創(2度以上)[毎日] ・せん妄の治療(要件参照)[毎日] ・うつ状態の治療(要件参照)[毎日] ・暴行が毎日みられる状態[毎日] 	<ul style="list-style-type: none"> ・透析[毎日] (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) ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養[毎日] (発熱又は嘔吐、連続して8日目以降は非該当) ・喀痰吸引(1日8回以上=3時間に1回程度)[毎日] ・気管切開・気管内挿管の状態(発熱を伴う場合を除く)[毎日] ・頻回の血糖検査(1日3回以上の血糖検査、検査日から3日間は該当)[毎日] ・創傷(手術創・感染創)、皮膚潰瘍、蜂巣炎・膿等の感染症[毎日] (1日2回のガーゼ等交換) <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto;"> <p>[せん妄の兆候]「この7日間は通常の状態と異なる」に次の6項目中1つ以上が該当すること。 a,注意がそらされやすい b,周囲の環境に関する認識が変化する c,支離滅裂な会話が時々ある d,落ち着きが無い e,無気力 f,認知能力が1日のうちで変化する [うつ状態]3日間で7項目合計が4点以上とする(1点:3日間のうち1~2日観察された、2点:3日間のうち毎日観察された) a,否定的な言葉を言った b,自分や他者に対する継続した怒り c,現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した d,健康上の不満を繰り返した e,たびたび不安、心配事を訴えた f,悲しみ、苦悩、心配した表情 g,何回も泣いたり涙もろい</p> </div>
1	区分2、3に該当しない者	区分2、3に該当しない者

参考資料

＜入院基本料＞慢性期入院医療の評価①

(看護職員の配置等)

療養病棟入院基本料の算定要件

- ・看護職員（実質25：1、現行5：1）、看護補助者（実質25：1、現行5：1）

有床診療所療養病床入院基本料の算定要件

- ・看護職員（実質30：1、現行6：1）、看護補助者（実質30：1、現行6：1）

医療区分2・3に該当する患者を8割以上入れている病棟は、以下の配置を満たさないと医療区分2・3に相当する点数は算定できない。

- ・看護職員（実質20：1、現行4：1）、看護補助者（実質20：1、現行4：1）

急性期増悪時の対応

- ・急性期増悪時により一般病棟へ転棟等を行った場合は、転棟等の3日前に限り、療養病棟において行われた医療行為については出来高による評価を行う。

（この場合の入院基本料は医療区分1に相当する点数を算定）

療養病棟療養環境加算

現行			改定後			
1	2	3	1	2	3	4
105点	90点	30点	132点	115点	90点	30点

診療所療養病床療養環境加算1	
現行	改定後
90点	100点

180日超の入院患者の特定療養費化

180日を超えて入院している患者の入院基本料減額し特定療養費制度とする仕組みから、療養病棟入院基本料（有床診療所含む）を除外する

療養病棟は医療度の高い患者の入院施設となるため、長期入院によるペナルティ的なルールは廃止されることになった。しかし、一般病床については引き続き適用される。

参考資料

<入院基本料>慢性期入院医療の評価②

同一病棟内での病室単位による指定を可能とする措置の拡大

改定前	<ul style="list-style-type: none"> 療養病棟を2病棟以下しか有しない病院は、病室単位で介護療養型医療施設の指定を受けることができる 介護療養病床が1病棟である病院または診療所は、2室8床に限り医療保険から給付を受けることができる
改定後	<ul style="list-style-type: none"> 平成21年3月31日までは、病室単位で医療療養病床と介護療養病床の指定を受けることができる ただし都道府県の計画の範囲内となる

介護保険移行準備病棟の創設(医療保険)

医療療養病床で「医療区分1」に該当する患者を6割以上入院させている病棟は、平成24年3月31日まで、介護老人保健施設等への移行準備計画を提出していることを要件として、「介護保険移行準備病棟」を選択できる。

【人員配置基準】(医療法等改正案) 【現行 参考】

医師:最低医師数2名、入院患者96名に1人配置 【3名、48名に1人】

看護要員:看8:1、補4:1 【看5:1、補5:1】

経過型介護療養型医療施設(介護保険)

平成24年3月31日までについて、介護療養病床で介護老人保健施設等への転換を計画し、在宅復帰、在宅支援機能の充実を要件として、人員配置基準を緩和した「経過型の介護療養型医療施設」を設定する。

【人員配置基準】(医療法等改正案) 【現行 参考】

医師:最低医師数2名、入院患者96名に1人配置 【3名、48名に1人】 [参考:老健 1名]

看護要員:看8:1、補4:1 【看6:1、補6:1】 [参考:老健 計3:1、内2/7が看]

参考資料

<特定入院料>回復期リハビリ病棟入院料

算定開始後

現行	算定上限	改定後	算定上限
1, 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症後3ヶ月以内の状態	180日	1, 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症等の発症又は手術後2か月以内の状態	150日
		高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合	180日
		2, 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折又は手術後2ヶ月以内の状態	90日
		3, 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2ヶ月以内の状態	90日
4, 前三号に準ずる状態		4, 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経・筋・靭帯損傷後1ヵ月以内の状態	60日

対象疾患の拡大し、一律の180日上限から疾患ごとに算定日数を設定した

1,680点（1日につき包括点数） [出来高:リハビリ、褥瘡管理、臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算]
 [施設基準]
 対象患者を8割以上、専従医師1名、OT 1名、PT 2名、看護職員(3:1)、正看比率4割以上、など

リハビリテーションの抜本改革とその重要性から対象疾患と算定上限日数が見直された。リハビリテーションのきめ細かい対応と、在宅復帰の方向がさらに強調された。

参考資料

＜特定入院料＞特殊疾患療養病棟等

特殊疾患療養病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料

	現行	改定後		
		療養病床	一般病床、精神病床	
特殊疾患療養病棟入院料1	1,980点	療養病棟入院 基本料へ移行	1,943点(−37点)	2008年3月末 で廃止
特殊疾患療養病棟入院料2	1,600点		1,570点(−30点)	
特殊疾患入院医療管理料	1,980点		1,943点(−37点)	

[経過措置]平成18年6月30日時点で下記の入院料を算定している場合

特殊疾患療養病棟入院料1を算定している病棟に同時点で入院している神経難病等に該当する患者は、平成20年3月31日までは「医療区分3」に該当するものとみなす。

特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟に同時点で入院している神経難病等に該当する患者は、平成20年3月31日までは医療区分1に該当するものを、「医療区分2」に該当するものとみなす。

重度心身障害児(者)施設等を有する療養病棟で、特殊疾患療養病棟入院料1、2、特殊疾患入院施設管理加算を算定する病棟に入院する重度の肢体不自由児(者)または知的障害者であって、医療区分1に該当するものは、「医療区分2」に該当するものとみなす。

特殊疾患療養病棟入院料1、2、特殊疾患入院施設管理加算を算定していた病棟については、平成20年3月31日までは、適時の要件(適時適温)を満たさなくても基本食事療養費(I)を算定する

重度の意識障害や筋ジストロフィーなどの難病患者を対象とした特殊疾患療養病棟入院料と特殊疾患入院医療管理料(病室単位)については、今改定で療養病棟が「医療度が高く長期に入院の必要な患者の入院施設」となったため、療養病棟入院基本料で評価することにした。一般病床、精神病床については、これから患者を療養病床へシフトすることとし、2年間の経過期間を設けて廃止することになった。

特殊疾患療養病棟入院料等が廃止になったとするよりは、療養病床が医療度が高く長期入院の必要な患者を対象としたものになったため、療養病床が特殊疾患療養病床になったと考えるべきである。

参考資料

＜特定入院料＞老人性認知症疾患治療病棟入院料

	現行	改定後
老人性認知症疾患治療病棟入院料1 (面積要件等)	90日以内 1,290点 91日超 1,180点	90日以内 1,300点(+10点) 91日超 1,190点(+10点)
	看護職員配置 6:1	看護職員実質配置 20:1(4:1)
	看護補助者配置 5:1	看護補助者実質配置 25:1(5:1)
老人性認知症疾患治療病棟入院料2	90日以内 1,160点 91日超 1,130点	90日以内 1,060点(-100点) 91日超 1,030点(-100点)
	看護職員配置 6:1	看護職員実質配置 30:1(6:1)
	看護補助者配置 5:1	看護補助者実質配置 25:1(5:1)
老人性認知症疾患療養病棟入院料	1,120点	廃止

老人性認知症疾患治療病棟入院料については、看護配置基準の(実質20:1)が評価され、生活機能回復訓練室等の要件が変更された。また老人性認知症疾患療養病棟入院料は3月31日で廃止される。

[施設基準] 老人性認知症疾患治療病棟入院料の変更分

(旧) ~~ひとつのまとまった空間であり、広さ約60㎡以上の生活機能回復訓練室を有し、...~~

(新) 老人性認知症疾患治療病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ約60㎡以上の専用の生活機...

実質配置(20:1)の評価が+10点、他は-100点となり、入院料1が通常の評価で、2は暫定的な位置付けになったとも考えられる。次は入院料2の廃止も予測され、療養病床の看護基準4:1(実質20:1)に収束される方向にある。