

令和2年12月10日

厚生労働省老健局老人保健課
課長 眞鍋 馨 殿

日本慢性期医療協会 会長 武久洋三
日本介護医療院協会 会長 鈴木龍太

介護医療院に関わる介護報酬改定への要望

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、介護医療院が創設され2年以上が経過し、2020年9月末時点で539施設、33820床が開設されています。2020年3月から6月にかけては1万床以上の移行があり、移行定着支援加算ができるだけ長期間取得できるように駆け込みで開設されたことが窺えます。

当協会では毎年日本介護医療院年度調査を実施しておりますが、2020年度は8月に調査を実施し、143施設の介護医療院から回答を得ました。

下記が、介護医療院を対象とした調査結果の概要です。

1. 2021年度の介護報酬改定へ向けた要望を訊いたところ以下の回答を得ました。

ア. 介護医療院サービス費の底上げ

理由 ①移行定着支援加算93単位がなくなる

②介護職員の人件費高騰

イ. 医療行為が必要な入所者が多く、医療行為に対する報酬が必要

ウ. 看取りが多く、看取りに対する加算

エ. リハビリテーション減算までの期間の延長

オ. 書類の削減、事務作業の軽減

2. (1-イ) 医療行為が必要な入所者が多く、医療行為に対する報酬が必要との意見に関して

実際に介護医療院で実施している医療行為を表1に示します。酸素投与や各種点滴、必要であれば中心静脈ラインの挿入もしています。医師がほぼ常駐していますので、必然的に医療行為が必要な入所者が増え、医療行為が実施される頻度は高くなると考えられます。

表1

医療行為	症例数
経鼻経管	3278
歯科治療	1616
膀胱カテーテル管理	1450
酸素投与	1247
その他点滴治療	1165
肺炎点滴治療	881
褥瘡・創傷治療	630
インスリン	584
脱水点滴治療	488
尿路感染点滴治療	419
中心静脈ライン	181
人工肛門管理	126
気管切開のケア	102

3. (1-ウ) 看取りが多く、看取りに対する加算に関して

退所状況では最も頻度が高いのが死亡退所で、I型では52%、II型では31%でした。介護医療院は今後主な死亡場所として機能していくものと考えられます。

表2

	全体	I型	II型
2020年4月から6月までの3か月間における退所者総数	1,945	1,392	325
①自宅へ	6.5	5.7	11.1
②自宅系老人施設（有料老人ホーム・特養等）へ	8.2	8.2	8.3
③老人保健施設へ	6.0	5.7	5.2
④自院の回復期リハ、地域包括ケア、急性期の病棟へ	11.1	8.7	22.5
⑤自院の上記以外の病棟へ	12.3	12.9	11.7
⑥他院の回復期リハ、地域包括ケア、急性期の病棟へ	6.1	5.7	3.7
⑦死亡退所	47.4	51.7	30.5

4. (1-エ) リハビリテーション減算までの期間の延長に関して

表2では、死亡退所が最も多くみられましたが、自宅、もしくは自宅系の施設への退所も全体の15%あり、介護医療院は決して終の棲家ではなく、リハビリテーションを実施することにより在宅復帰も目指せる施設であることを示しています。

介護医療院では表3に示すように在宅復帰、長期療養に対するリハビリテーションに大変熱心に取り組んでいます。入所3か月を超えた入所者に対し、月に11回目からは減算されますが、減算も含めてPTで月に9-10回、OTで月に8-9回、STで月に5-6回実施されています。

表3

	取得 施設数	比率 (%)	件数 (平均) (100床換算)	延べ回数 (平均) (100床換算)
9. a. 理学療法	105	73.4	67	594
b. 理学減算	76	53.1	34	337
10. a. 作業療法	80	55.9	54	478
b. 作業減算	55	38.5	22	196
11. a. 言語聴覚療法	62	43.4	35	273
b. 言語聴覚減算	40	28.0	15	130

介護保険ではリハビリテーションの報酬が診療報酬より低く、更に減算されます。アンケート結果の回数をもとに、リハビリ療法士の人件費とリハビリ収入をシミュレーションしてみました。一人の療法士が一日に18回(単位)リハビリを実施した場合、回復期では人件費率が30-40%ですが、介護医療院では60%前後になります。この人件費には社会保険料、賞与、福利厚生費がはいっていませんので、人件費率は更に20%程度上がり、殆ど利益にならない状態です。減算されると更に採算性が下がります。リハビリテーションの減算を廃止するか、減算までの期間の延長をお願いします。

5. (1-オ) 書類の削減、事務作業の軽減について

介護保険施設等における書類の削減に関しましてはすでに取り組みが始まっておりますが、調査回答にも多くのご要望が書かれました。

6. 「介護医療院の開設は貴施設にとって、総合的によかったですか」との質問に、良かったと回答した施設が71%、悪かったは1施設のみで大変好評であると言えます。

表4

	施設数	比率 (%)
1. よかった	98	71.0
2. 変わらず	22	15.9
3. 悪かった	1	0.7
4. わからない	17	12.3

上記の調査結果、ならびに今後の介護医療院への移行促進をはかるために、以下の4点について要望いたします。

謹白

記

1. 介護医療院サービス費の底上げ

- 理由 ①移行定着支援加算93単位がなくなる。
②介護職員の人件費高騰
③医療行為が必要な入所者が多く、医療行為の実施頻度が高く、医療費に対する報酬が必要である。
④看取りが多く、看取りに対する費用の補助

2. リハビリテーション減算を廃止するか、減算までの期間の延長

3. 書類の削減、事務作業の軽減

4. 各自治体において令和3年3月31日までに介護医療院への移行申請を受理をした箇所については、移行定着支援加算の算定ができるようお願いしたい

- 理由 各自治体の事務処理能力によって、移行申請の認可が遅れ移行定着支援加算を算定できないケースが生じると不公平である。介護医療院への移行をなるべく早急に進めるために、移行申請の受理の日時を基準に算定できるようご配慮いただきたい

以上