

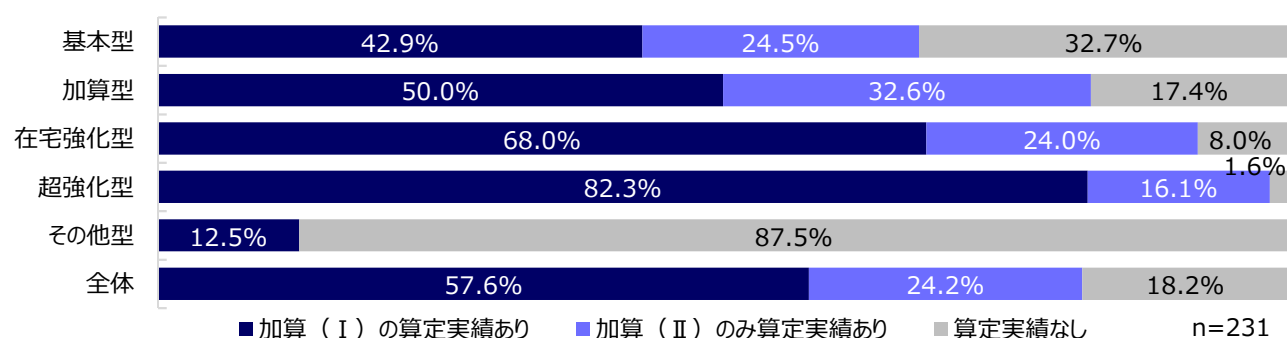
## 2021年度（令和3年度）介護報酬改定に関するアンケート調査（後編）

令和3年12月8日  
 経営サポートセンター リサーチグループ  
 主査 高橋 佑輔

## 老健、入退所前連携加算は全体で 57.6%が上位区分の加算（I）を算定

- 老健と通所リハの状況
  - ✓ 老健の入退所前連携加算は全体で 57.6%が上位区分の加算（I）を算定。超強化型では 82.3%と上位類型ほど割合は高くなる傾向
  - ✓ 通所リハのリハビリテーションマネジメント加算について、最上位の加算（B）口は 24.1%が算定し、加算（A）口と合わせた 37.7%が LIFE へのデータ提出を要件とする上位区分を算定
- 介護医療院と介護療養型医療施設の状況
  - ✓ 介護医療院において、長期療養生活移行加算は、「近いうちに算定予定」までを含むと 44.8%の施設が算定する見通し
  - ✓ 介護療養型医療施設の 25.0%が移行予定先を「未定」と回答
- GH、小多機および看多機の状況
  - ✓ 2 ユニット以上の GH の 51.8%が、計画策定担当者を「1 事業所ごとに 1 人以上」の配置に改める見通し
  - ✓ 小多機、看多機のいずれも約 3 割が、登録者以外の短期利用居宅介護費の算定について、要件緩和によって「算定しやすくなった」と回答

## ▼老健の入退所前連携加算の算定状況



注 1) 今年度の算定状況は、調査時点（2021年7月29日～同8月25日）の状況である点に留意されたい

注 2) 資料出所は、特に記載がない場合は、すべて福祉医療機構である

注 3) 数値は四捨五入のため、内訳の合計が合わない場合がある（以下記載がない場合は同じ）

## 【本リサーチ結果に係る留意点】

- 本アンケートは、福祉医療機構の貸付先のうち介護保険法に基づくサービスを実施する 5,701 法人を対象に Web 上で行った。実施期間は 2021 年 7 月 29 日から同 8 月 25 日まで、回答数は 1,446 法人（うち社会福祉法人が 71.4%、医療法人が 15.3%、営利法人が 10.3%、その他が 3.0%）、回答率は 25.4%であった
- 回答のあった施設および事業所の内訳は、特別養護老人ホーム 1,001 施設、通所介護 863 事業所、認知症対応型通所介護 110 事業所、介護老人保健施設 231 施設、通所リハビリテーション 212 事業所、介護医療院 29 施設、介護療養型医療施設 12 施設、認知症高齢者グループホーム 271 事業所、小規模多機能型居宅介護 160 事業所、看護小規模多機能型居宅介護 24 事業所であった

## 1 介護老人保健施設の状況

**入退所前連携加算は全体で57.6%が上位の加算（I）を算定。超強化型では82.3%**

### 1.1 在宅復帰・在宅療養支援等指標の状況

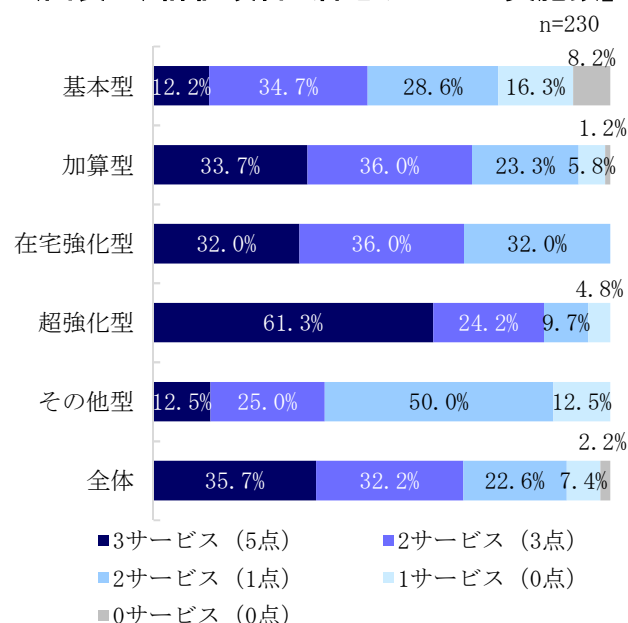
福祉医療機構（以下「機構」という。）では、貸付先のうち介護保険法に基づくサービスを実施する法人に対して、2021年度の介護報酬改定（以下「今改定」という。）の影響等についてのアンケート（以下「本アンケート」という。）を実施した。本稿では、その結果に基づき、後編として7サービスの状況についてみていきたい。

なお、全サービス共通項目、特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）、通所介護および認知症対応型通所介護の状況等は、前編<sup>2</sup>のレポートを参照されたい。

今改定により、老健<sup>3</sup>の基本報酬は1日当たり13～16単位引き上げられ、口腔衛生の管理および栄養ケア・マネジメントが基本サービスに組み込まれたほか、「在宅復帰・在宅療養支援等指標」（以下「指標」という。）は、一部見直しが行われた。指標のうち、「居宅サービスの実施数<sup>4</sup>」の評価項目では、訪問リハビリテーション（以下「訪問リハ」という。）の実施を更に促進するため、要件の「2サービス」について、訪問リハを含む場合のみ「3点<sup>5</sup>」とし、比重を高くした。また、「リハ専門職の配置割合<sup>6</sup>」の評価項目では、要件の「5以上」について、理学療法士、作業療法士および言語聴覚士の3職種いずれも配置する場合を「5点」とし、3職種の配置を評価した。

本アンケート結果では、「居宅サービスの実施数」の評価項目について、改定前よりスコアが下がる「2サービス（1点）」と「1サービス（0点）」を合わせた割合は、全体で30.0%となった。施設類型別では、超強化型が14.5%と最も低い一方、その他型は62.5%にのぼった。（図表1）。

（図表 1）評価項目「居宅サービス実施数」



「リハ専門職の配置割合」の評価項目について、施設類型別では、その他型以外の施設類型において、「5以上（5点）」の割合が、これまでの要件<sup>7</sup>「5以上（3点）」の割合より高い結果となった（図表2）。また、施設類型が上位になるにつれて、「5以上（5点）」の割合は、高くなる傾向にある。

これらの評価項目の見直しによる影響は、合

<sup>1</sup> 介護老人保健施設（以下「老健」という。）、通所リハビリテーション（以下「通所リハ」という。）、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症高齢者グループホーム（以下「GH」という。）、小規模多機能型居宅介護（以下「小多機」という。）および看護小規模多機能型居宅介護（以下「看多機」という。）

<sup>2</sup> 福祉医療機構「2021年度（令和3年度）介護報酬改定アンケートに関する調査（前編）」  
[https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/211117\\_No007.pdf](https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/211117_No007.pdf)

<sup>3</sup> 回答のあった老健（n=231）について、調査時点の施設類型は基本型が21.2%（n=49）、加算型が37.2%（n=86）、在宅強化型が10.8%（n=25）、超強化型が26.8%（n=62）、その他型が3.5%（n=8）、療養型が0.4%（n=1）であった

<sup>4</sup> 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションおよび短期入所療養介護のうち実施しているサービスの数

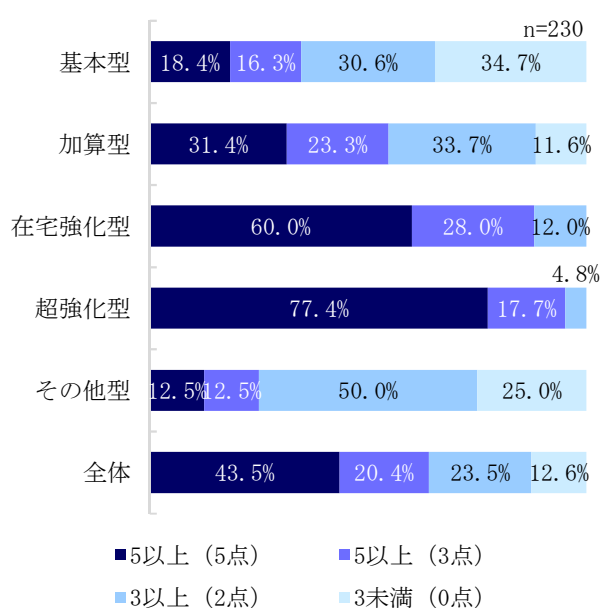
<sup>5</sup> 本稿では、指標のスコアを、便宜上「点数」で表記する（以下記載がない場合は同じ）

<sup>6</sup> 常勤換算で理学療法士、作業療法士または言語聴覚士を入所者数で除した数に100を乗じた数

<sup>7</sup> 理学療法士、作業療法士または言語聴覚士を配置

計 90 点満点のなかの 1~2 点とわずかだが、施設類型が境界に位置している施設においては、無視できない。調査時点では、6 か月の経過措置期間中であるため、その影響はまだみられなかったが、各施設類型の必要最低スコアをわずかに上回る施設においては、他指標の改善によるスコアの積み上げも含めて対応した施設も少なくないだろう。

(図表 2) 評価項目「リハ専門職の配置割合」



## 1.2 退所時等支援等加算における入退所前連携加算の状況

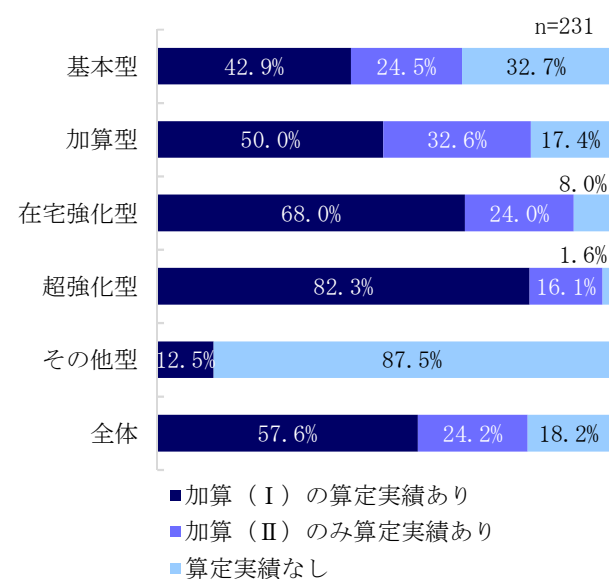
今改定により、改定前の退所時等支援等加算における退所前連携加算 (500 単位) は、入退所前連携加算 (I) と加算 (II) に組み替えられた。

より早期の在宅復帰を促すため、これまでの退所時の居宅サービスの調整に加え、入所予定前 30 日以内または入所後 30 日以内に、居宅介護

支援事業者と連携して退所後の介護サービスの利用方針を定めた場合、上位区分の加算 (I) (600 単位) を算定できる。一方、退所前のみの連携については、単位数が見直され、加算 (II) (400 単位) を算定することとなる。

調査時点では、全体のうち 57.6% が加算 (I) を算定していた。また、その他型<sup>8</sup>以外の施設類型において、上位区分の加算 (I) を算定している割合がもっとも高く、上位類型ほどその割合は高くなる傾向にある (図表 3)。超強化型や在宅強化型では積極的な在宅復帰に努めていることから、他の施設類型よりも算定している割合が特に高い。

(図表 3) 入退所前連携加算の算定状況



注) 療養型は n=1 のため、施設類型別の表記からは除外した (以下記載がない場合は同じ)

入退所前連携加算については、厚生労働省の事務連絡<sup>9</sup>により、COVID-19 への対応の特例<sup>10</sup>

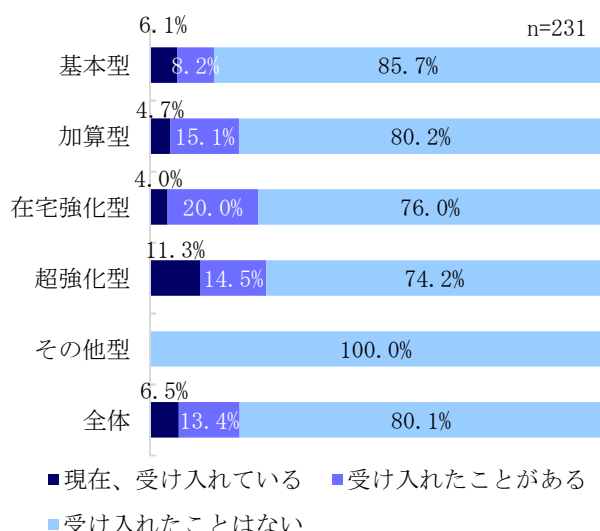
<sup>8</sup> 施設類型「その他型」は、入退所前連携加算を算定できないが、図表中の施設類型は調査時点のものであり、必ずしも当該加算を算定した時点の施設類型と一致するとは限らないため表記している。そのほかの加算についても以下同様である

<sup>9</sup> 「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて (第 18 報)」(令和 3 年 2 月 16 日付厚生労働省老健局高齢者支援課ほか連名事務連絡) (<https://www.mhlw.go.jp/content/000739480.pdf>)

<sup>10</sup> 介護保険施設において、医療機関から、COVID-19 の退院基準を満たした患者 (当該介護保険施設から入院した者を除く。)を受け入れた場合には、当該者について、退所前連携加算 (500 単位) を入所した日から起算して 30 日を限度として算定できる。通常は入所者 1 人につき 1 回のみの算定であるが、特例により算定すると、最大 15,000 単位まで算定できる。なお、2021 年 4 月 1 日以降に入所

としての算定が示された。医療機関からの COVID-19 の退院基準を満たした患者の受け入れ状況について、施設類型別にみると、超強化型の 11.3% が、調査時点において、「現在、受け入れている」と答えた（図表 4）。また、施設類型が上位になるにつれて、「現在、受け入れている」と「受け入れたことがある」を合わせた割合は高くなる傾向にある。なお、「現在、受け入れている」と答えた 15 施設において、受け入れ中の患者数（平均）は 1.5 人であった。

**（図表 4）医療機関からの COVID-19 の退院基準を満たした患者の受け入れ状況**



### 1.3 かかりつけ医連携薬剤調整加算の状況

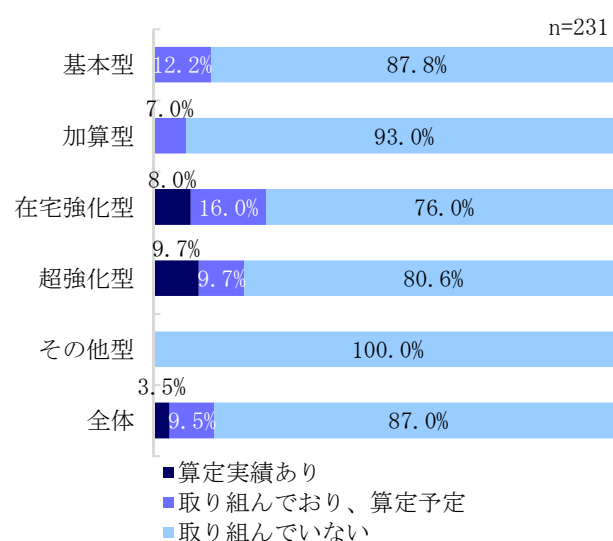
今改定により、改定前までは入所者の内服薬を減薬した場合に算定可能であった「かかりつけ医連携薬剤調整加算」（125 単位）は、かかりつけ医と連携することで算定できる加算（Ⅰ）

（100 単位）、LIFE ヘデータ提出等することで算定できる加算（Ⅱ）（240 単位）および入所中と退所時の内服薬の種類が入所時と比べて 1 種類以上減少させることで算定できる加算（Ⅲ）

（100 単位）の 3 区分に組み替えられた。算定は入所者 1 人につき 1 回を限度とし、退所時に算定される。これらは併算定することができ、最大で 440 単位となる。

調査時点の加算（Ⅰ）の算定状況は、算定実績のある施設の割合について、超強化型が 9.7% ともっとも高く、次いで在宅強化型が 8.0% となり、これら以外で算定実績のある施設類型はなかった（図表 5）。また、「取り組んでおり、算定を予定している」と答えた施設の割合は、基本型が 12.2%、加算型が 7.0%、在宅強化型が 16.0%、超強化型が 9.7% で、調査時点で算定実績のなかった基本型と加算型においても、それぞれ約 1 割の算定が見込まれる。「全体」では、「算定実績あり」と「取り組んでおり、算定予定」を合わせると 13.0%（30 施設）となり、本アンケートにおける前年度の算定実績のあった施設の割合が 6.5%（15 施設）と比べると、前年度の 2 倍の数の施設が算定する見込みである。

**（図表 5）かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）の算定状況**

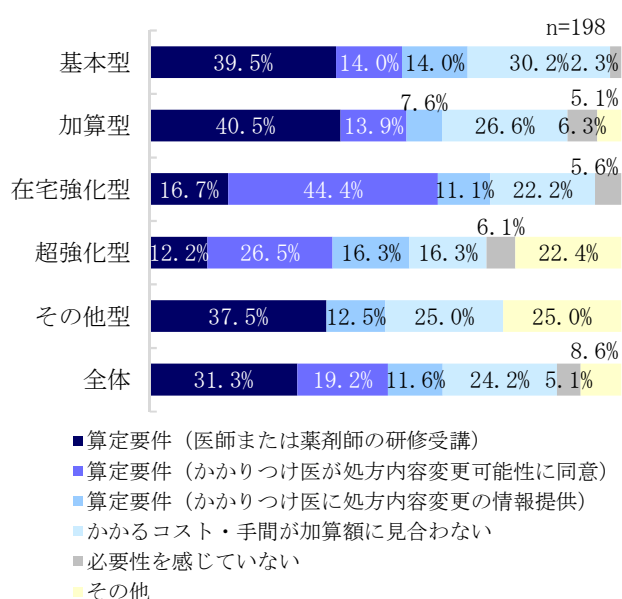


一方で、約 8 割～9 割の施設が「取り組んでいない」と答えた。

する場合は、入所日から起算して、15 日間は加算（Ⅰ）、16 日から 30 日までは加算（Ⅱ）を算定できる（「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第 19 報）」（令和 3 年 3 月 22 日付厚生労働省老健局高齢者支援課ほか連名事務連絡）（<https://www.mhlw.go.jp/content/000758696.pdf>）

取り組んでいない理由については、在宅強化型と超強化型では、「算定要件（かかりつけ医が処方内容変更の可能性について同意）を満たすことが難しい」と答えた割合が高く、それぞれ44.4%と26.5%であった（図表6）。ほかの施設類型では、「算定要件（医師または薬剤師の研修受講）を満たすことが難しい」と答えた割合が、基本型で39.5%、加算型で40.5%あった。

（図表6）かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定に向けて取り組んでいない理由

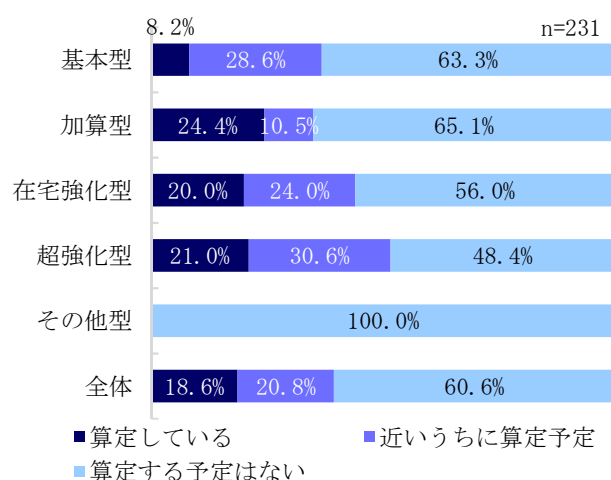


#### 1.4 自立支援促進加算の状況

今改定で、老健、介護医療院および特養において、自立支援促進加算が新設された。同加算は、入所者の尊厳を保持し、能力に応じて自立した日常生活を営めるよう、入所者一人一人の状態に合った個別的なケアの実施を評価する加算である。1月につき300単位と報酬は高いが、医師が入所者ごとに医学的評価を行い、医師を含めた多職種共同で自立支援に係る支援計画を策定する必要がある。調査時点では、全体で18.6%の施設が算定し、「近いうちに算定予定」

まで合わせると39.4%の施設が算定する見通しとなり、施設類型別では、超強化型が51.6%と最も高い（図表7）。本アンケートにおいて、同加算について、特養では、「近いうちに算定予定」まで合わせても17.9%であり、老健とは21.7ポイントもの差が開いている。特養と比べて、老健では医師が配置されていることもあり、算定が進んでいることがみてとれる。

（図表7）自立支援促進加算の算定状況



## 2 通所リハビリテーションの状況

リハビリテーションマネジメント加算について、最上位の加算（B）口は24.1%が算定し、加算（A）口と合わせた37.7%がLIFEへのデータ提出を要件とする上位区分を算定

### 2.1 リハビリテーションマネジメント加算の状況

今改定により、通所リハ<sup>11</sup>の基本報酬は大幅に引き上げられたが、リハビリテーションマネジメント加算（I）が廃止され、同加算の算定要件は基本報酬に組み込まれた。

また、加算（II）は加算（A）イに、加算（III）は加算（B）イに組み替えられ、それぞれ290単位引き下げられた。利用回数にもよるが、基本

<sup>11</sup> 回答のあった通所リハ（n=212）について、通常規模型が77.8%（n=165）、大規模型Iが9.4%（n=20）、大規模型IIが12.7%（n=27）であった

報酬の引上げ分は、同加算の廃止や単位が引き下げられたことで相殺されることとなる。なお、上位区分の加算（A）ロおよび加算（B）ロは、リハビリテーション計画の項目について、LIFEへのデータ提出等を要件に算定可能である。

調査時点の今年度の算定状況は、加算（A）イ～加算（B）ロのいずれかを算定している事業所は「全体」で65.6%であった（図表8）。最上位区分の加算（B）ロは24.1%、加算（A）ロを合わせると、37.7%の事業所が、LIFEへのデータ提出等が要件にある区分の加算を算定している。

前年度の算定実績別にみると、前年度に加算（I）を算定していた事業所で、今年度、加算の算定ができなかった事業所は48.0%となった。一方、「加算（A）ロを算定」している割合は

17.6%を占めるなど、合わせて半数以上の事業所が加算（A）イ～（B）ロのいずれかを算定しており、リハビリテーション会議をテレビ会議等で開催できるようになったことが算定をしやすくしたのかもしれない。

前年度に加算（II）を算定していた事業所の44.8%が、今年度、加算（B）イまたは（B）ロを算定していた。今改定では、他のサービスにおいても、医師の関与を要件とする加算がいくつか設けられ、通所リハにおいても、加算（II）を算定していた事業所は、基本報酬の引き上げ分を加味すると実質的に増収となることから、医師が利用者に説明・同意を得る要件を満たせるよう、取り組んだ結果が表れたのではないだろうか。

（図表8）リハビリテーションマネジメント加算の算定状況

前年度	今年度（単位：事業所数）											
	算定実績なし		加算（A）イを算定（※）		加算（A）ロを算定（※）		加算（B）イを算定（※）		加算（B）ロを算定		計	
		割合		割合		割合		割合		割合		割合
算定実績なし	16	88.9%	1	5.6%			1	5.6%			18	100.0%
加算（I）を算定（※）	49	48.0%	16	15.7%	18	17.6%	11	10.8%	8	7.8%	102	100.0%
加算（II）を算定（※）	3	10.3%	5	17.2%	8	27.6%	6	20.7%	7	24.1%	29	100.0%
加算（III）を算定（※）	3	6.3%	2	4.2%	2	4.2%	17	35.4%	24	50.0%	48	100.0%
加算（IV）を算定	2	13.3%			1	6.7%			12	80.0%	15	100.0%
全体	73	34.4%	24	11.3%	29	13.7%	35	16.5%	51	24.1%	212	100.0%

注1) 表中の「（※）」を付した区分の算定について、同事業所にて当該区分より上位の区分は算定していない

注2) 表中の「%」は、各行の計に対する割合

注3) 表中の緑色は各行においてもっとも高い割合、黄色は次いで高い割合を示す

65.6%

## 2.2 生活行為向上リハビリテーション実施加算の状況

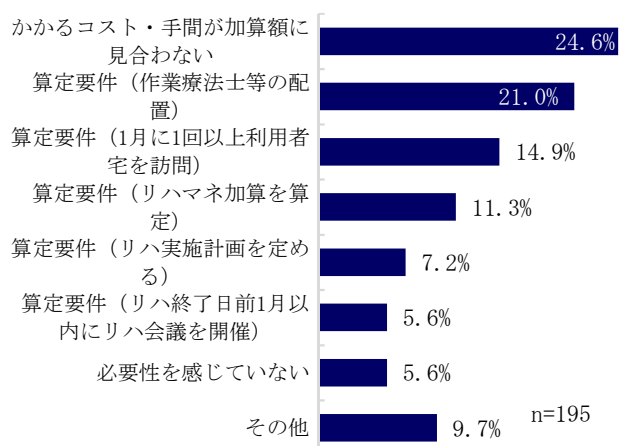
生活行為向上リハビリテーション実施加算は、今改定により、これまでの算定後の減算<sup>12</sup>が廃止され、3か月で区分されていた単位数も6か月を通じて1か月当たり1,250単位となった。本アンケートにおいて、調査時点では8.0%の事

業所が算定しており、前年度の算定状況（7.1%）と比べ、0.9ポイントの差と、横ばいであった。加算を算定していない理由については、「かかるコスト・手間が加算額に見合わない」と答えた事業所の割合が24.6%ともっとも高く、次いで「算定要件（作業療法士等の配置）を満たすことが難しい」と答えた事業所の割合が21.0%で

<sup>12</sup> 6か月の算定を終えた後もリハビリテーションを継続する場合、当該翌月から6か月以内の基本報酬を100分の15減算するもの

あった(図表 9)。また、今改定で新たに設けられた「算定要件(1月に1回以上利用者宅を訪問<sup>13)</sup>)を満たすことが難しい」と答えた事業所の割合は14.9%であった。「その他」の回答では、「リハビリテーションマネジメント加算と合わせると単位数が大きくなり、利用者の負担が大きくなるため、同意を得ることが難しい」や「点数が高いため、ケアマネジャーとの合意を得ることが難しい」といった声もあり、今改定の要件緩和により、今後、算定する事業所の数がどの程度増えるか注視したい。

(図表 9) 生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定していない理由



### 3 介護医療院の状況

**長期療養生活移行加算は、44.8%の施設が算定する見通し**

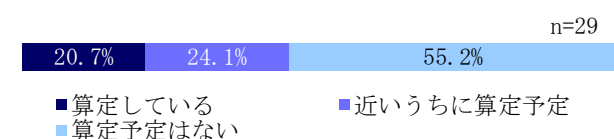
#### 3.1 移行定着支援加算の廃止と長期療養生活移行加算の状況

2018年度に介護療養型医療施設の受け皿として創設された介護医療院<sup>14)</sup>は、病院からの在宅復帰先として扱える生活施設であることもあり、その数を増やしてきた。移行定着支援加算は、移行後1年間に限り1日につき93単位を算定

でき、収益上のインパクトも大きかったことから、介護医療院への移行を促す役割を果たしていたが今改定で廃止された。介護報酬はサービスに要した費用に対する給付が原則であることや加算は利用者負担にも影響することを踏まえると、同加算の廃止はやむを得ない。

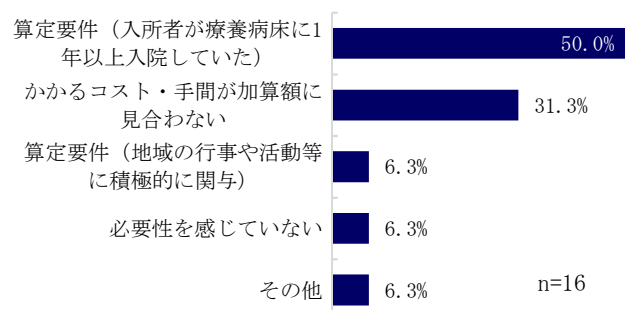
今改定において、医療の必要な要介護者の長期療養施設としての機能および生活施設としての機能をより充実させる観点から、長期療養生活移行加算が新設された。「入所者が療養病床に1年間以上入院していた患者であること」等の要件を満たすことで、入所した日から90日に限り算定できる。調査時点では、「算定している」と「近いうちに算定予定」を合わせると44.8%の施設が算定する見通しである(図表 10)。

(図表 10) 長期療養生活移行加算の算定状況



算定する予定がない理由については、「算定要件(入所者が療養病床に1年間以上入院していた患者)を満たすことが難しい」と答えた施設の割合が50.0%ともっとも高かった(図表 11)。

(図表 11) 長期療養生活移行加算の算定を予定していない理由



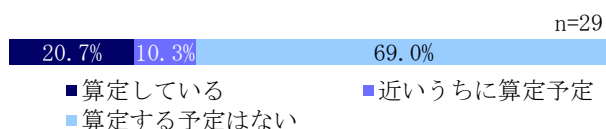
<sup>13</sup> 通所リハの医師または医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施する

<sup>14</sup> 回答のあった介護医療院(n=29)について、施設タイプはI型が65.5%(n=19)、II型が34.5%(n=10)であった

### 3.2 自立支援促進加算の状況

介護医療院においても、老健および特養と同様に自立支援促進加算が新設された。調査時点では、20.7%の施設が算定し、「近いうちに算定予定」まで合わせると31.0%の施設が算定する見通しであった（図表 12）。特養より高く、老健に次ぐ結果となった。

（図表 12）自立支援促進加算の算定状況



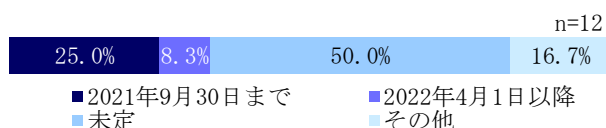
## 4 介護療養型医療施設の状況

### 25.0%が移行予定先は「未定」

2023 年度末が廃止期限の介護療養型医療施設<sup>15</sup>は、今改定で唯一、基本報酬が引き下げられ、期限までに移行を完了させたい国の強い意志が感じられる改定内容であった。そのため、本アンケート結果における前年同時期と比べた調査時点の事業収益について、「減少」と答えた施設は12施設中8施設であった。

また、円滑な移行に向け、早期の意思決定を促す観点から、移行計画未提出減算<sup>16</sup>が新設された。調査時点の移行計画の最初の提出予定時期は、6施設が未定、3施設が2021年9月30日まで、1施設が2022年4月1日以降であった（図表 13）。

（図表 13）移行計画の最初の提出予定時期



移行予定先を移行予定時期別にみると、廃止期限までに移行予定先を決めている施設は、計7施設で、介護医療院へ移行予定の施設が3施設、医療療養病床へ移行予定の施設が4施設であった（図表 14）。移行予定時期は未定だが、介護医療院へ移行予定の施設が1施設、廃止予定の施設が1施設であり、移行先も移行予定時期も未定の施設が3施設であった。なお、移行に向けた課題については、医療療養病床へ移行予定の施設からは「職員の確保」、介護医療院へ移行予定の施設からは「職員の勤務シフトの振り分け」といった回答が挙げられた。

今後の運営の形態を決めかねている施設が一定数存在しており、本アンケート結果のほか、厚生労働省の「令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査」においても、介護療養型医療施設の移行予定や移行に関する課題について調査していることから、このような調査結果等も注視しながら、移行を早期に進め、安定的な施設運営を実現されたい。なお、機構の既発レポート<sup>17</sup>にて、介護医療院への移行前と移行後の経営状況等について分析しているため、紹介しておく。

（図表 14）移行予定時期別の移行予定先

移行予定時期	移行予定先（単位：施設数）				
	介護医療院	医療療養病床	廃止	未定	計
2021 度内から	1	2			3
2023 年度から	1	1			2
2024 年度から	1	1			2
未定	1			3	4
その他（廃止）			1		1
全体	4	4	1	3	12

<sup>15</sup> 回答のあった介護療養型医療施設（n=12）について、施設類型は療養機能強化型 A が 41.7%（n=5）、療養機能強化型 B が 8.3%（n=1）、その他が 50.0%（n=6）であった

<sup>16</sup> 厚生労働省が示す様式を用いて、2024 年 6 月 1 日までの移行計画を半年ごとに許可権者に提出することが求められる。最初の提出期限は 2021 年 9 月 30 日で、以後、半年後が次の提出期限となる（2023 年 9 月 30 日まで）。これらの要件を満たさない場合、次の提出期限まで 1 日当たりの基本報酬が 10%減算される

<sup>17</sup> 福祉医療機構「介護医療院の開設状況および運営実態について」（[https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/210802\\_No003.pdf](https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/210802_No003.pdf)）



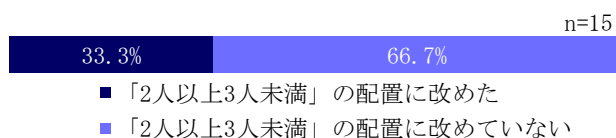
## 5 認知症高齢者グループホームの状況

2ユニット以上のGHの51.8%が、計画策定担当者を「1事業所ごとに1人以上」の配置に改める見通し

### 5.1 夜勤職員体制の状況

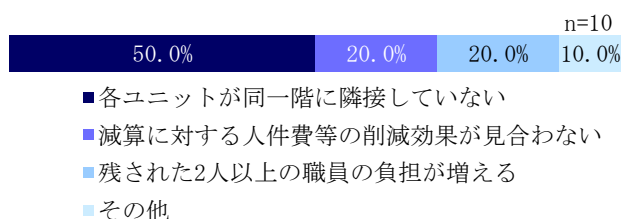
GH<sup>18</sup>は、今改定により、夜間・深夜時間帯の職員体制について、3ユニットの場合、要件<sup>19</sup>を満たすことで、例外的に夜勤を2人以上3人未満の配置も選択できることとなった。選択した場合の報酬も設定され、利用者の要介護度に関わらず「2ユニット以上」の単位数より50単位減となるが、調査時点では、3ユニットの事業所の33.3%が「2人以上3人未満」の配置に改めていた（図表15）。

（図表15）3ユニットの事業所における夜勤職員の配置状況



また、改めていない理由については、「各ユニットが同一階に隣接していない」が50.0%と最も高かった（図表16）。

（図表16）3ユニットの事業所における夜勤職員を「2人以上3人未満」の配置に改めていない理由



<sup>18</sup> 回答のあったGH（n=271）について、1ユニットの事業所が34.7%（n=94）、2ユニットの事業所が59.4%（n=161）、3ユニットの事業所が5.9%（n=16）であった。また、定員は、18人の事業所が57.2%（n=155）と最も高く、次いで9人の事業所が32.8%（n=89）であった

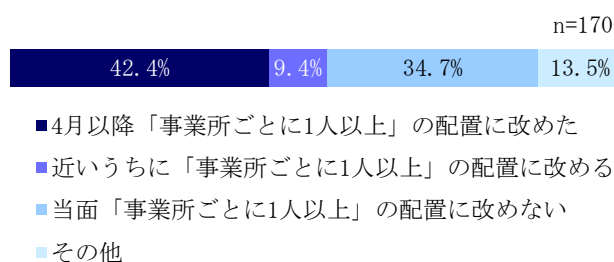
<sup>19</sup> 各ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策（マニュアルの策定、訓練の実施）をとっていること

<sup>20</sup> 回答のあった小多機（n=160）について、定員は29人の事業所が50.0%（n=80）と最も高く、次いで25人の事業所が33.8%（n=54）であった

## 5.2 計画作成担当者の配置状況

夜勤職員体制の見直しと同様、介護支援専門員が担う計画作成担当者の配置について、「ユニットごとに1人以上の配置」から「事業所ごとに1人以上の配置」に緩和された。2ユニット以上の事業所において、2021年4月以降「事業所ごとに1人以上」の配置にすでに改めた事業所は42.4%、近いうちに改める事業所の9.4%と合わせると51.8%の事業所が「改める見通し」である（図表17）。介護支援専門員の雇用が困難な背景や有資格者を多数採用することで収支に大きく影響する点もあって、計画作成担当者の配置基準の緩和への取組みやすさと運営上のメリットが大きいことがみてとれる。

（図表17）2ユニット以上の事業所における計画作成担当者の配置状況



## 6 小規模多機能型居宅介護の状況

約3割が、登録者以外の短期利用居宅介護費について、要件緩和によって「算定しやすくなった」と回答

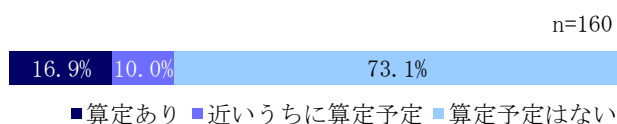
### 6.1 登録者以外の短期利用居宅介護への対応状況

今改定により、在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズへ応えるため、小多機<sup>20</sup>において、登録者以外の短期利用について、改定前までの要件「事

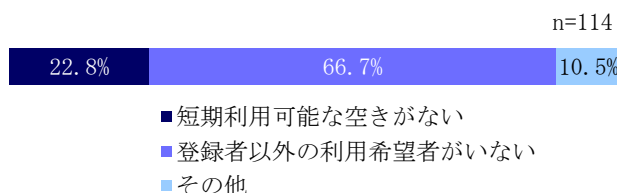
業所の登録者の数が登録定員未満であること」が削除され、宿泊室に空きがある場合には算定可能となった。調査時点の登録者以外の短期利用居宅介護費の算定状況は、16.9%の事業所が算定、10.0%の事業所が近いうちに算定を予定し、合わせて26.9%の事業所が算定する見通しであった（図表 18）。なお、要件緩和による算定のしやすさについて、「算定しやすくなった」と答えた事業所は28.8%にとどまった。

算定のしやすさが変わらないとした理由については、「登録者以外の利用希望者がいない」が66.7%ともっとも高く、次いで「短期利用可能な空きがない」が22.8%であった（図表 19）。算定のしやすさは「変わらない」と答えた事業所も多数あったが、要件の緩和により、既存のサービス資源を活用しやすくなり、事業者側としては、ニーズに応えるとともに、短期で利用してもらえ、新規利用者の確保の機会を得られた事業所も少なくないのではないだろうか。

（図表 18）登録者以外の短期利用居宅介護費の算定状況



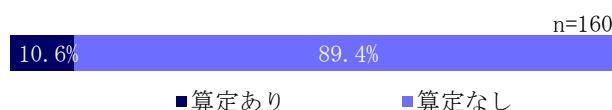
（図表 19）要件緩和による短期利用居宅介護費の算定のしやすさが変わらないとした理由



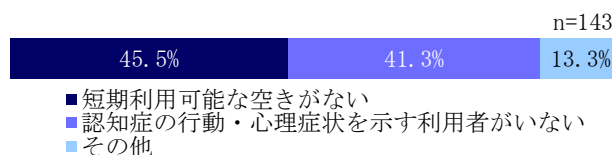
## 6.2 認知症行動・心理症状緊急対応加算の状況

特養等と同様に、認知症行動・心理症状緊急対応加算<sup>21</sup>が新設された。調査時点では、10.6%の事業所が算定していた（図表 20）。算定していない理由については、「短期利用可能な空きがない」と答えた事業所の割合が45.5%ともっとも高く、次いで「認知症の行動・心理症状を示す利用者がいない」と答えた事業者の割合が41.3%であった（図表 21）。

（図表 20）認知症行動・心理症状緊急対応加算の算定状況



（図表 21）認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していない理由



## 7 看護小規模多機能型居宅介護の状況

登録者以外の短期利用居宅介護費は、45.8%が算定となる見通し

### 7.1 登録者以外の短期利用居宅介護への対応状況

看多機<sup>22</sup>も、小多機と同様、登録者以外の短期利用について要件が緩和された。調査時点の登録者以外の短期利用居宅介護費の算定状況は、33.3%の事業所が算定、12.5%の事業所が近い

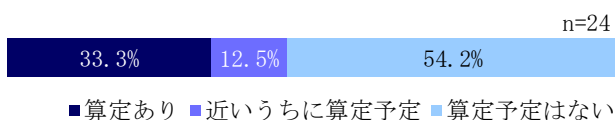
<sup>21</sup> 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用居宅介護を利用することが適当であると判断した者に対し、サービスを行った場合は、利用を開始した日から起算して7日間を限度として、1日につき200単位を所定単位数に加算

<sup>22</sup> 回答のあった看多機（n=24）について、定員は29人の事業所が83.3%（n=20）ともっとも高く、次いで25人の事業所が16.7%（n=4）であった

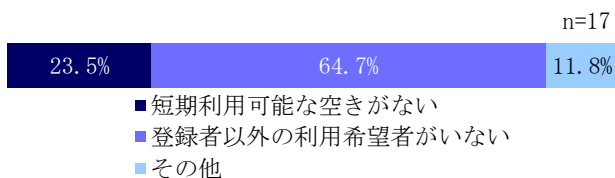
うちに算定を予定し、合わせて45.8%の事業所が算定する見通しであった(図表22)。なお、要件緩和による算定のしやすさについて、「算定しやすくなった」と答えた事業所は29.2%にとどまった。

算定のしやすさが変わらないとした理由については、「登録者以外の利用希望者がいない」が64.7%ともっとも高く、次いで「短期利用可能な空きがない」が23.5%であった(図表23)。

### (図表 22) 登録者以外の短期利用居宅介護費の算定状況



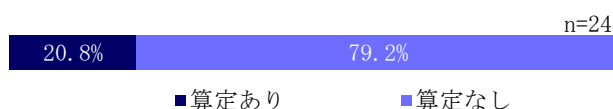
### (図表 23) 要件緩和による短期利用居宅介護費の算定のしやすさが変わらないとした理由



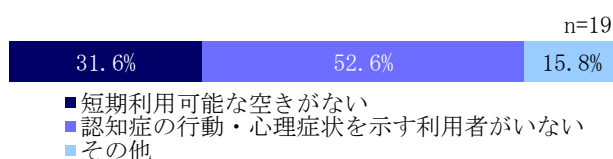
## 7.2 認知症行動・心理症状緊急対応加算等の状況

看多機においても、小多機と同様、認知症行動・心理症状緊急対応加算が新設された。調査時点の算定状況は、20.8%の事業所が算定していた(図表24)。小多機の10.6%と比べると、10.2ポイント上回る結果となった。また、算定していない理由については、「認知症の行動・心理症状を示す利用者がいない」が52.6%ともっとも高く、次いで「短期利用可能な空きがない」が31.6%であった(図表25)。

### (図表 24) 認知症行動・心理症状緊急対応加算の算定状況

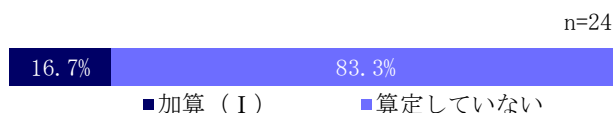


### (図表 25) 認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定していない理由

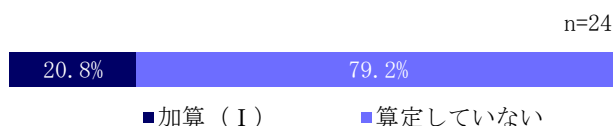


看多機は、介護保険施設と同様に、褥瘡マネジメント、排せつ支援加算が新設された。調査時点の褥瘡マネジメント加算の算定状況は、16.7%の事業所が算定しており、そのすべてが加算(I)であった(図表26)。排せつ支援加算の算定状況は、20.8%の事業所が算定しており、そのすべてが加算(I)であった(図表27)。

### (図表 26) 褥瘡マネジメント加算の算定状況



### (図表 27) 排せつ支援加算の算定状況



## おわりに

本稿では、前編に続き、介護報酬改定に関するアンケート結果について、各加算の算定状況等を中心に取りまとめた。誌面の都合上、主要なテーマに関する報告となったが、そのほかの

結果は、別添の資料を参照されたい。

今改定は、感染症や災害への対応が義務化されたほかは、2018年度改定の流れを踏襲しつつ、踏み込んだ内容となった。これまでの改定のように新たな加算が設けられたほか、既存の加算については、算定要件の変更や上位区分が設けられた。その多くは、既存の区分を改定前の要件のまま維持すると減収となり、上位区分をとることで増収が図れる仕組みとなった。軒並み引き上げられた基本報酬の恩恵を感じづらかったかもしれない。

調査時点での加算の算定状況では、「かかるコスト・手間が加算額に見合わない」を理由に算定していないところが多くみられたが、多職種共同による取組み、特に医師による評価を要する加算の算定の困難さもうかがえた。老健や介護医療院のように医療との関わりが強いサービス以外では、たとえば、法人の母体やグループ法人が医療法人などでないと、算定のハードルはやや高い。また、これと連動した診療報酬上の対応がないことで、医師や医療機関側にイン

センティブが働きづらい側面も要因のひとつかもしれない。2024年度の介護報酬改定は、診療報酬改定と同時で、いわゆるダブル改定となる。今後の診療報酬改定において、このあたりが整理されることに期待する。

また、次期介護報酬改定については、「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」の「今後の課題」から、たとえば、訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性や、通所リハにおける総合的な評価の検討など、その方向性がみてとれる。すでに厚生労働省において、2021年10月より、令和3年度介護報酬改定検証・研究調査を開始しており、その結果報告は来年3月の見通しだが、次期介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料となることから、引き続き注視したい。

最後になるが、多忙ななか、本アンケートにご協力いただいた方々に謝辞を述べる。

#### 【免責事項】

- ※ 本資料は情報の提供のみを目的としたものであり、借入など何らかの行動を勧誘するものではありません
- ※ 本資料は信頼できるとされる情報に基づいて作成されていますが、情報については、その完全性・正確性を保証するものではありません
- ※ 本資料における見解に関する部分については、著者の個人的所見であり、独立行政法人福祉医療機構の見解ではありません

〈本件に関するお問合せ〉

独立行政法人福祉医療機構 経営サポートセンター リサーチグループ TEL : 03-3438-9932