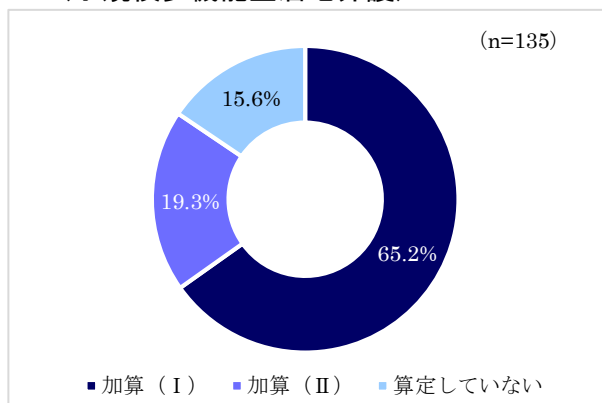


2024 年度介護報酬改定に関するアンケート調査（後編）

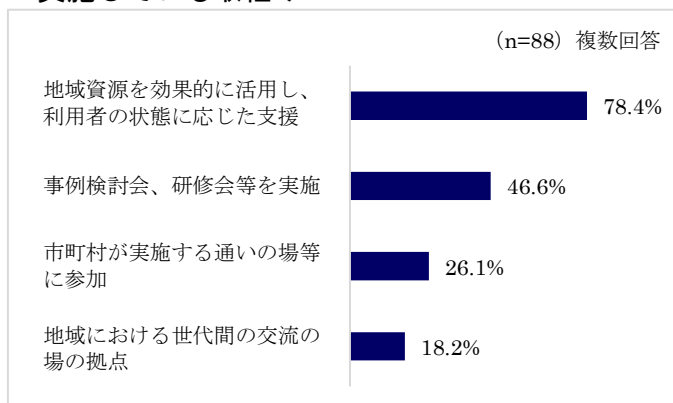
令和 6 年 12 月 27 日
 経営サポートセンター リサーチグループ
 チームリーダー 濱谷 真之

小多機の総合マネジメント体制強化加算、新設の加算（Ⅰ）を 65.2%が算定

- 訪問介護
 - ✓ 4 月以降、サービス活動収益が減少した事業所が 42.6%、うち 32.3%は利用者単価の低下が要因
- 介護老人保健施設
 - ✓ 協力医療機関との連携体制について、7 割以上が連携済、未着手は 1 割未満
- 通所リハビリテーション
 - ✓ 新設されたリハビリテーションマネジメント加算（Ⅷ）の算定率は 11.5%
- 介護医療院
 - ✓ 科学的介護推進体制加算の見直しに対し、「入力負担の軽減は感じられなかった」が 3 割
- 認知症高齢者グループホーム
 - ✓ 認知症チームケア推進加算の算定率は低水準に留まるも、「今後算定する予定」が 3 割
- 小規模多機能型居宅介護
 - ✓ 総合マネジメント体制強化加算は、新設された加算（Ⅰ）を 65.2%が算定

▼総合マネジメント体制強化加算の算定状況
（小規模多機能型居宅介護）

▼左記加算（Ⅰ）において、事業所の特性に応じて実施している取組み



【本リサーチ結果に係る留意点】

- ・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
- ・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
- ・本アンケート調査は、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 6,636 法人を対象に Web 上で行った。実施期間は 2024 年 7 月 19 日から同年 8 月 20 日まで、回答数は 1,673 法人（うち、社会福祉法人は 61.4%、営利法人は 20.7%、医療法人は 13.7%）、回答率は 25.2%であった

福祉医療機構では、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、「介護報酬改定の影響に関するアンケート（以下「本アンケート」という。）」を実施した。

本稿はその後編として、6 サービス¹のアンケート結果をご紹介します。なお、処遇改善の状況、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アンケート結果については、前編²のレポートを参照されたい。

1 訪問介護

1.1 サービス活動収益および利用者単価の状況

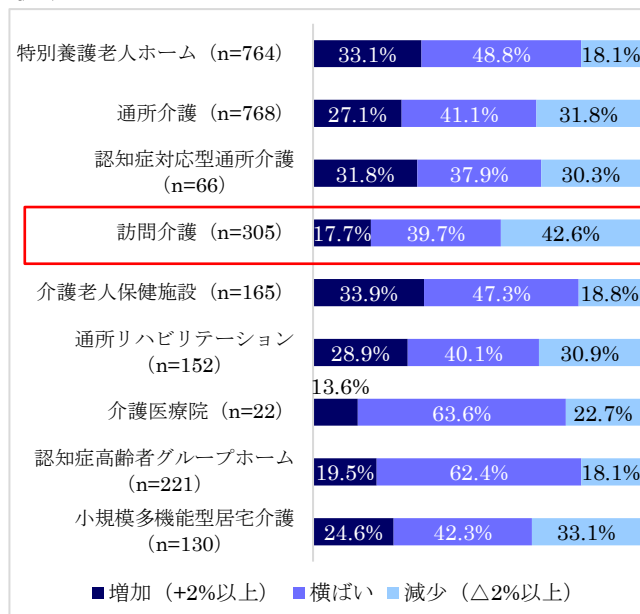
4 月以降、サービス活動収益が減少した事業所が 42.6%、うち 32.3%は利用者単価の低下が要因

最初に訪問介護の回答結果からみていく。訪問介護については、ご承知のとおり、2024 年度介護報酬改定（以下「今次改定」という。）において、基本報酬が引き下げられた。今次改定の影響が 1 年間の経営成績である決算として表れるのはこれからだが、現時点でどのような状況なのか、少しでも確認したいところだ。

まずは、改定前後でサービス活動収益がどのように変化したのかについて、他サービスも交えながら傾向を確認する。

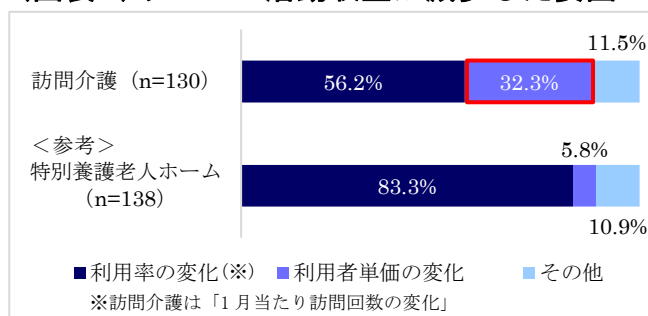
訪問介護のサービス活動収益は、増加が 17.7%、横ばいが 39.7%に対し、減少が 42.6%と最も多かった（図表 1）。他サービスの回答割合と比較すると、増加は介護医療院に次いで少なく、減少は最も多い。ネガティブな回答結果と評価できそうだが、背景には基本報酬引下げの影響があるものと思われる。

（図表 1）前年同期比のサービス活動収益の状況



そこで、サービス活動収益が減少したと回答した事業所に対して、その要因を確認した（図表 2）。もっとも多いのは「利用率の変化」であったが、注目すべき点は、「利用者 1 人 1 日当たりサービス活動収益」（以下「利用者単価」という。）が 32.3%を占めていることだ。

（図表 2）サービス活動収益が減少した要因



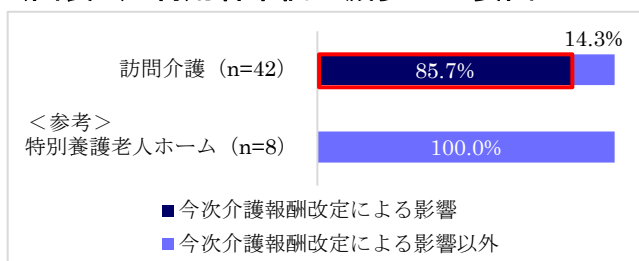
比較対象として特養を併記しているが、特養で利用者単価を挙げたのはわずか 5.8%であるのに対し、訪問介護は 3 割以上と大きな差が生じている。なお、図表にはないが、訪問介護に次いで高かった通所介護でも 13.9%に留まってお

¹ 訪問介護、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、認知症高齢者グループホーム（以下「GH」という。）および小規模多機能型居宅介護（以下「小多機」という。）

² 福祉医療機構「2024 年度介護報酬改定に関するアンケート調査（前編）」
https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/241120_No004.pdf

り、その高さは際立っている。さらに、利用者単価の変化によって減収したと回答した事業所に対して、その影響が今次改定によるものかを確認した（図表3）。訪問介護では、85.7%が今次改定による影響との回答であった。基本報酬が引き上げられた特養では、今次改定による影響以外が100.0%を占めており、対照的な結果といえるだろう。

（図表3）利用者単価が減少した要因



なお、訪問介護は基本報酬が引き下げられた一方で、介護職員等処遇改善加算の加算率は全サービスでもっとも高く設定されている。当該加算の算定区分によっては、サービス活動収益の増減に何らかの傾向がみられる可能性も考えられる。そこで、「介護職員等処遇改善加算の算定区分」と「サービス活動収益の増減」をクロス集計してみた。しかし、データ上は算定区分が高いほど増収の回答割合が増えるなどの傾向はなく、特徴はみられなかった。

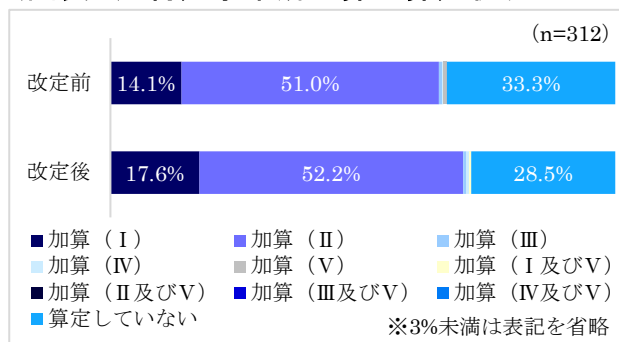
1.2 特定事業所加算

特定事業所加算を算定していない理由は「算定要件（体制要件）を満たすことが難しい」が30.3%でもっとも多い

続いて、特定事業所加算の算定状況についてみていく。今次改定では、看取り期などの重度者へのサービス提供や中山間地域等でのサービス提供を適切に評価する見直しを実施された。当該加算の区分は（Ⅰ）から（Ⅴ）まで設定されており、新設された中山間地域等でのサービス提供を評価する加算（Ⅴ）は、併算定が可能となっている。

改定後の算定状況は、加算（Ⅰ）が17.6%、加算（Ⅱ）が52.2%、「算定していない」が28.5%と、ほぼ3分割の状況となっている（図表4）。

（図表4）特定事業所加算の算定状況



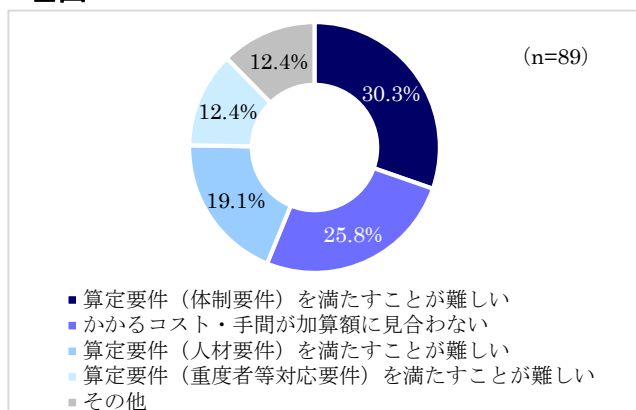
当該加算には、「体制要件」、「人材要件」、「重度者等対応要件」の3つの要件があるが、今次改定で重度者等対応要件に「看取り期の利用者への対応実績が1人以上であること」が新設された。看取りを行う事業所にとっては、要件が緩和されたこととなる。改定前後でみると、加算（Ⅰ）の算定割合は3.5ポイント上昇している。これは、これまで重度者等対応要件を満たすことができず加算（Ⅱ）を算定していた事業所が、加算（Ⅰ）を算定可能になったものと思われる。

一方、新設された加算（Ⅴ）を算定しているのは、回答サンプルの中ではわずか1事業所だった。中山間地域で事業を成り立たせるのが、いかに困難であるかが示唆される。

また、当該加算を算定していない事業所に理由を聞いたところ、回答は比較的分散した（図表5）。体制要件、人材要件、重度者等対応要件の3つが求められるため、事業所の置かれた環境や利用者像などによって、それぞれハードルとなる要件が異なるのだろう。

その中でも、もっとも回答割合が高かったのは、体制要件の30.3%であった。体制要件を満たすには、研修計画に基づく研修の実施、利用者情報の伝達を目的とした会議の開催、健康診断の定期的な実施などの体制を整える必要がある。

(図表 5) 特定事業所加算を算定していない理由



る。体制要件を満たすために必要となるこれらの事項は、専門性の高い人材による質の高いサービス提供に資するため、加算 (I) ~ (V) の全区分に共通の要件とされている。一方、満たすことが難しい回答割合で体制要件がもっとも多いという結果は、サービス提供で手一杯のため体制の構築に手が回らない、人手不足で職員にこれ以上の負担はかけられない、といった現場の窮状を表しているように思われる。

とはいえ厳しい経営環境のなか、加算の算定は収益を増加させる重要な要素の一つであることは間違いない。何とか人や時間をやり繰りして体制を整え、特定事業所加算の算定に取り組んでいく必要があるだろう。

2 介護老人保健施設

2.1 在宅復帰・在宅療養支援等指標

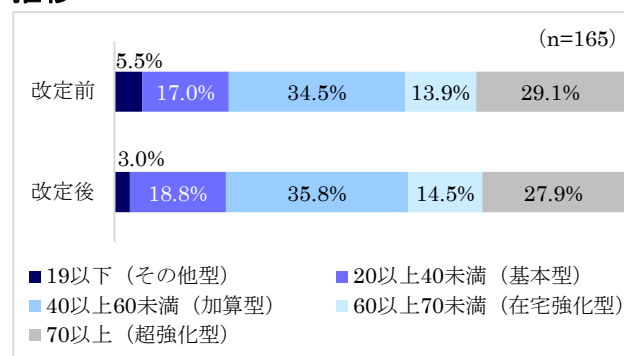
見直し項目のうち、「支援相談員の配置割合」に改定前後で一定の動きあり

続いて、老健のアンケート結果をみていく。老健には在宅復帰・在宅療養支援機能が求められることから、今次改定でもその機能をさらに推進するため、所要の見直しが行われた。例えば、老健の基本報酬の引き上げ幅をみても、基本型の+5~12 単位に対して、在宅強化型は+35~42 単位と明確な差が設けられている。次回以降の改定においても、在宅復帰・在宅療養支

援機能の発揮が求められる流れは変わらないのではないだろうか。

そこで、まず機能の判定に大きな影響を及ぼす在宅復帰・在宅療養支援等指標の値にどのような変化があったのかを確認する (図表 6)。

(図表 6) 在宅復帰・在宅療養支援等指標の推移



当該指標については、6 か月の経過措置期間が設けられたこともあってか、改定前後で大きな動きはみられなかった。その中でも、両端の「19 以下 (その他型)」と「70 以上 (超強化型)」がわずかに少なくなっている。その分、「20 以上 40 未満 (基本型)」、「40 以上 60 未満 (加算型)」および「60 以上 70 未満 (在宅強化型)」の区分が増加していた。

なお、今次改定で見直しがあった項目は、「入所前後訪問指導割合」、「退所前後訪問指導割合」および「支援相談員の配置割合」の 3 つだが、回答データを確認したところ、「支援相談員の配置割合」に傾向がみられたのでご紹介したい。

「支援相談員の配置割合」については、入所者 100 人当たりの配置が「3 以上」の場合、改定前は一律に 5 点だったが、改定後は「3 以上 (社会福祉士の配置あり)」が 5 点、「3 以上 (社会福祉士の配置なし)」は 3 点となった。また、「2 以上」は、3 点から 1 点に見直されている。

したがって、改定前に 5 点または 3 点を算定していた施設にとっては、要件が厳格化されたこととなる。それらの施設が改定後に何点となる見込みかを整理した (図表 7)。

改定前に5点だった施設は、75施設が点数を維持しているが、13施設が社会福祉士の配置を満たすことができず3点となっている。人員配置に関しては、すぐには対応できない施設も一定程度あるようだ。

(図表7) 支援相談員の配置割合の推移(今次改定前に5点または3点の施設)

改定前		改定後	
5点 「3以上」	88施設	5点	75施設
		3点	13施設
		1点	0施設
		0点	0施設
3点 「2以上」	49施設	5点	6施設
		3点	31施設
		1点	12施設
		0点	0施設

※改定後の基準
5点:3以上(社会福祉士の配置あり) 3点:3以上(社会福祉士の配置なし)
1点:2以上 0点:2未満

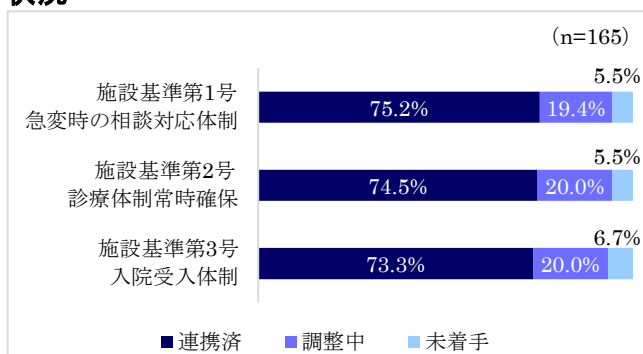
また、改定前に3点だった49施設のうち、31施設は配置を「3以上」に引き上げることで、点数を維持している。他方、12施設は「2以上」の配置のままで、1点となっていた。

2.2 協力医療機関との連携体制

協力医療機関との連携体制について、7割以上が連携済、未着手は1割未満

前編のレポートで特養の協力医療機関との連携体制の構築状況を確認したところ、おおむね半数が連携済であった。本節では、老健の状況についてみていく(図表8)。

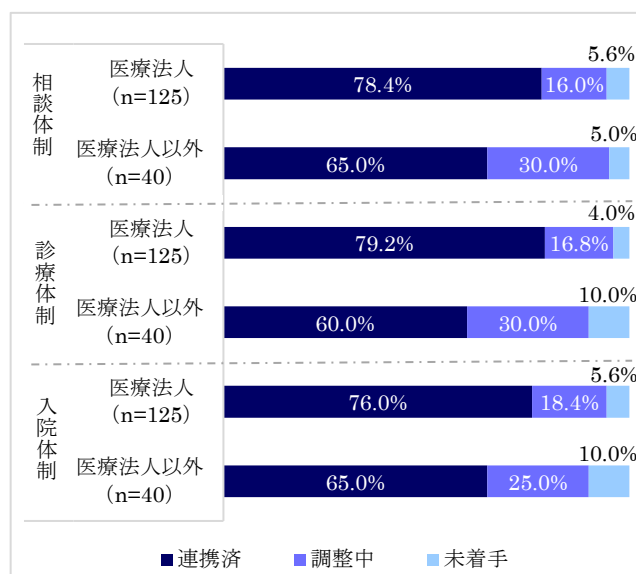
(図表8) 協力医療機関との連携体制の構築状況



急変時の相談対応体制(以下「相談」という。)が75.2%、診療体制常時確保(以下「診療」という。)が74.5%、入院受入体制(以下「入院」という。)が73.3%であり、それぞれ特養よりも2割程度高かった。また、連携済でない施設の大半は調整中で、未着手は1割未満に留まっている。

連携が進んでいる要因は、老健と特養では求められる役割・機能が異なり、老健のほうが医療ニーズの高い入所者が多いことがあるだろう。くわえて、老健の経営主体には医療法人が多いことが影響している可能性も考えられる。そこで、医療法人と医療法人以外に分けて、連携体制の構築状況を確認した(図表9)。

(図表9) 経営主体別 協力医療機関との連携体制の構築状況



結果をみると、すべての連携体制の構築状況において、医療法人のほうが予想どおり1~2割程度、連携済が多いことがわかった。医療法に定められた医療法人の本来業務には、病院や診療所があることから、同一法人内でそうした医療機関を開業している場合には、スムーズに連携体制を構築できているものと思われる。

なお、医療法人以外の経営主体40法人の内訳は、社会福祉法人が72.5%、財団法人が15.0%を占めている。これらの法人では医療機関を開

設していない先が多いことが推測される。協力医療機関との連携体制の構築に向けて、積極的に取り組んでいく必要があるだろう。

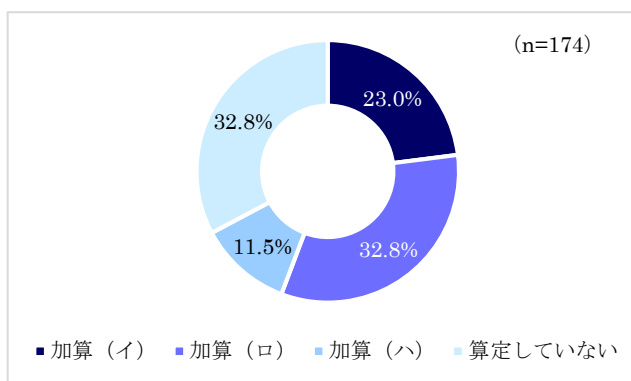
3 通所リハビリテーション

3.1 リハビリテーションマネジメント加算 新設されたリハビリテーションマネジメント 加算（ハ）の算定率は11.5%

本章からは、通所リハのアンケート結果をみていく。まずは、リハビリテーションマネジメント加算から確認する。今次改定では、リハビリテーション・口腔・栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進めるため、新たな区分が新設された。

改定後の算定状況を聞いたところ、加算（ロ）と「算定していない」が32.8%で並び、加算（イ）が23.0%で続いた（図表10）。

（図表10）リハビリテーションマネジメント加算の算定状況

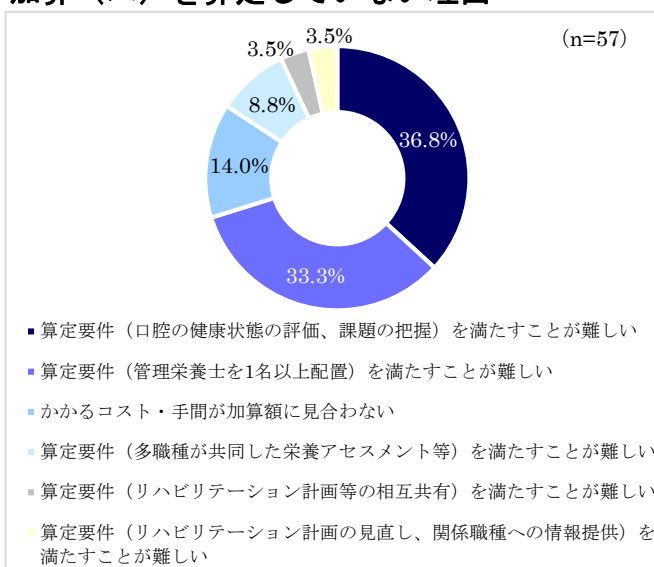


その中でも、今次改定で新設され、もっとも単位数が多い加算（ハ）だが、算定率は11.5%に留まっている。そこで、加算（ロ）を算定している事業所に対して、加算（ハ）を算定していない理由を聞いたところ、「算定要件（口腔の健康状態の評価、課題の把握）を満たすことが難しい」という回答が36.8%を占めた（図表11）。近年、オーラルフレイル予防・対策が謳われ、重

要性は十分に認知されているであろうが、各事業所が具体的に多職種で共同した取組みへと落とし込む際には、まだ一定のハードルがある状況なのかもしれない。

また、「算定要件（管理栄養士を1名以上配置）を満たすことが難しい」も33.3%と多くの回答となっている。口腔状態の評価等のみならず、人員確保も大きな課題となっていることがうかがわれる。

（図表11）リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定していない理由



3.2 事業規模別基本報酬

大規模型（Ⅰ）・（Ⅱ）を算定していた事業所の4割が大規模型（同等評価）に移行

通所リハにおいては、前節でみたリハビリテーションマネジメントを実施する体制等が充実している事業所を評価するため、事業規模別基本報酬が見直された。これまでの「通常規模型、大規模型（Ⅰ）、大規模型（Ⅱ）」の3段階から、「通常規模型、大規模型」の2段階となった。くわえて、大規模型のうち、リハビリテーションマネジメントが充実している事業所³は、基本報酬が高い通常規模型と同等の評価がされるこ

³ 「リハビリテーションマネジメント加算の算定率が利用者全体の80%を超えていること」および「リハビリテーション専門職の配置が10:1以上であること」の要件を全て満たす事業所を指す

ととなった。

そこで、改定前後で事業規模別基本報酬はどのような動きをしているのかを確認した（図表12）。改定前に大規模型（Ⅰ）または（Ⅱ）であった26事業所のうち、大規模型（同等評価）に移行したのは、11事業所と約4割であった。移行した事業所割合としては、大規模型（Ⅰ）からのほうが若干高いが、サンプル数が限られることも踏まえると、有意な差とまではいえないさうだ。

（図表12）事業規模別基本報酬の推移

（単位：事業所）

		今次改定後			
		通常規模型	大規模型 (同等評価)	大規模型 (同等評価を 除く)	計
今次改定前	通常規模型	146	2	0	148
	大規模型(Ⅰ)	0	6	6	12
	大規模型(Ⅱ)	0	5	9	14
	計	146	13	15	174

また、通常規模型から大規模型（同等評価）への移行も2事業所あった。利用者ニーズが見込めて、同等評価の算定要件と設備基準⁴を満たすことが可能であれば、通常規模型の基本報酬をそのまま算定できるため、経営面でプラスの影響は大きいと思われる。

今次改定において、通所リハに求められる重要な役割はリハビリテーションマネジメントであることが、あらためて明確に示されたように思う。新設されたリハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定できる事業所を目指し、積極的な取り組みを進めていただきたい。

4 介護医療院

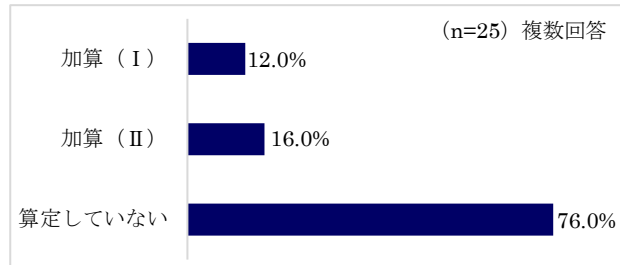
4.1 退所時情報提供加算

76.0%が退所時情報提供加算を算定していないが、該当者が生じれば算定率は上昇するか

続いて、介護医療院の回答結果のうち、退所時情報提供加算の見直しからみていく。当該加算は従前からあった加算だが、今次改定で1区分から2区分となった。これまでは入所者が居宅に退所した際に、退所後の主治医に診療情報を提供することを評価していたが、新たに医療機関へ退所した際の情報提供を評価する区分が設けられた。従来からの居宅への退所が加算（Ⅰ）、医療機関への退所が加算（Ⅱ）とされている。

算定状況をみると、「算定していない」が76.0%でもっとも多く、加算（Ⅱ）、加算（Ⅰ）と続いた（図表13）。

（図表13）退所時情報提供加算の算定状況



算定していない施設に理由を聞いたところ、「該当する退所者がいなかった」が73.7%でもっとも多かった。先日公表したリサーチレポート⁵によると、介護医療院の平均在所日数は400日台で、退所経路は死亡がもっとも多い。算定していない施設が多かったものの、調査時点は今次改定後間もなかったことから、今後、該当する退所者が生じれば、算定できる体制を整えている施設が多いと思われる。

⁴ リハビリテーションを行う専用の部屋は、3㎡に利用定員を乗じた面積以上の広さを有することが必要

⁵ 福祉医療機構「2023年度 介護医療院の経営状況について」https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/241213_No006.pdf

4.2 科学的介護推進体制加算

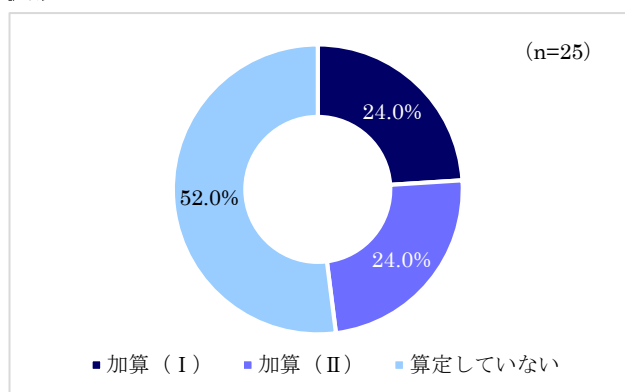
科学的介護推進体制加算の見直しに対し、「入力負担の軽減は感じられなかった」が3割

続いて、令和3年度介護報酬改定で新設された科学的介護推進体制加算についてみていく。今次改定では、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減する観点から見直しが実施されている。具体的には、各加算のLIFEへのデータ提出頻度に3か月や6か月などバラツキがあったため、少なくとも3か月に1回と統一した。また、同一利用者に関しては、一定の条件のもとでデータ提出時期に猶予をもたせ、提出するタイミングを統一できるよう見直された。

まず、算定状況からみていく。加算(I)・(II)とも24.0%で、ほぼ半数が算定していた(図表14)。逆にいえば、依然として半数程度は算定していないともいえる。

算定していない理由としては「システムへのデータ入力作業が負担」が38.5%、「かかるコスト・手間が加算額に見合わない」が23.1%と続いた。こうした回答からも、日々の業務が繁忙で余裕がないことが一因となっていることがうかがえる。

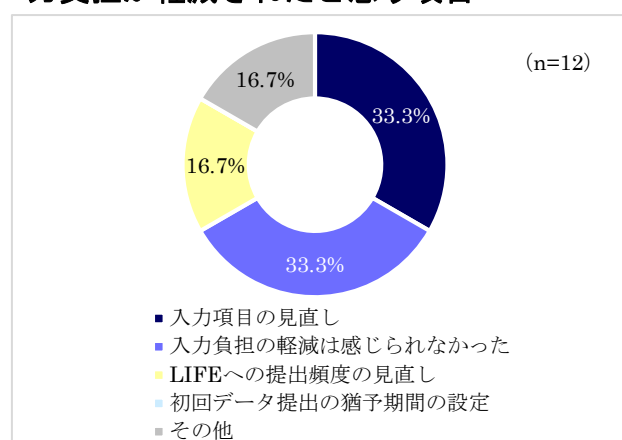
(図表14) 科学的介護推進体制加算の算定状況



また、今次改定の見直しは入力負担の軽減を目的としていることから、入力負担が軽減されたと思う項目についても確認している。サンプル数が限られる点に留意は必要だが、その結果

をご紹介します(図表15)。「入力項目の見直し」が33.3%あるものの、残念ながら「入力負担の軽減は感じられなかった」という回答も33.3%を占めた。推測にはなるが、データの提出時期は統一されたものの、これまで6か月ごとの提出頻度だった加算についても3か月ごとに統一されるため、負担が減ってないという実感になったのかもしれない。

(図表15) 今次改定の見直しによって、入力負担が軽減されたと思う項目



なお、この負担軽減に関する設問は、本アンケートで対象とした全サービスの共通項目としている。介護医療院以外のサービスの結果をみると、図表15の数値以上に「入力負担の軽減は感じられなかった」という回答割合が高かった。科学的介護を充実させるためには、多くの施設が質の高いデータをLIFEに提出することが欠かせないことに疑いはない。他方、多忙な現場職員の皆様の負担軽減の観点も非常に重要なことは論をまたない。バランスが難しいところだが、LIFEへのデータ提出が開始されてから、まだ数年しか経過していない。不断の見直しを通じて、よりよい制度へと改善されることを望む。

5 認知症高齢者グループホーム

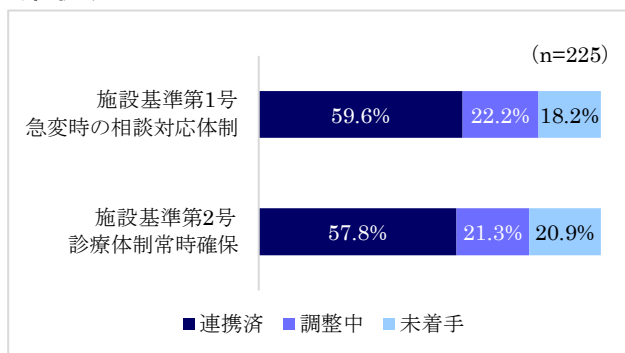
5.1 協力医療機関との連携体制

協力医療機関の連携体制で連携済は6割弱、そのうち約半数は診療所との連携

続いて、GHの協力医療機関との連携体制から確認する。協力医療機関との連携体制の構築については、特養や老健などでは相談・診療・入院が義務化された一方、GHは相談・診療が努力義務とされた。

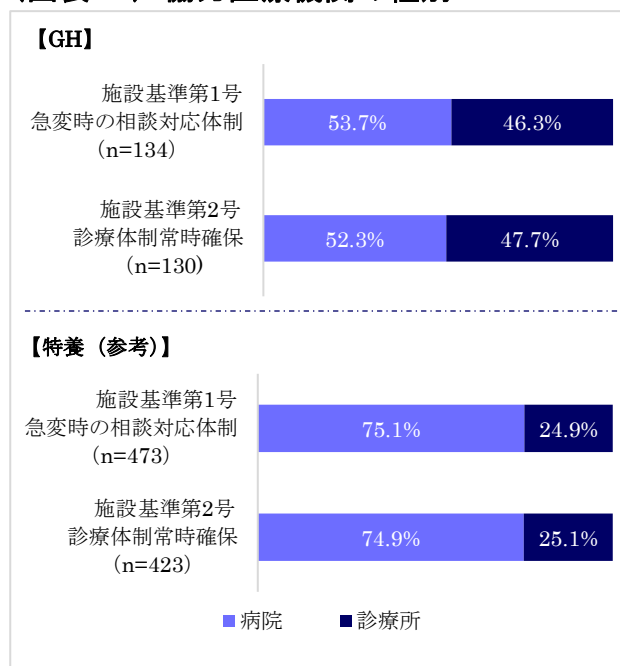
GHの連携状況について確認したところ、相談・診療ともに連携済が6割弱、調整中が2割強、未着手が2割という結果であった(図表16)。前編のレポートでご紹介した特養の連携済は、相談が61.5%、診療が55.0%であったため、ほぼ同水準となる。努力義務にもかかわらず、思いのほか連携済が多い印象ではないだろうか。

(図表16) 協力医療機関との連携体制の構築状況



さらに、協力医療機関の種別をうかがったところ、病院と診療所がほぼ半々であった(図表17)。比較対象として特養のデータを参考に掲載しているが、傾向が異なることがわかるかと思う。GHに関しては、入院の連携は求められていないことから、病院よりも数が多い診療所と協定を締結することで、相談・診療の連携が進んでいるものと思われる。

(図表17) 協力医療機関の種別



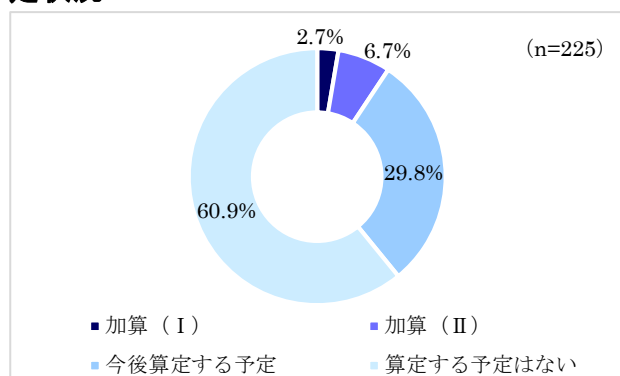
5.2 認知症チームケア推進加算

認知症チームケア推進加算の算定率は低水準に留まるも、「今後算定する予定」が3割

続いて、認知症チームケア推進加算の算定状況をみていく。この加算は、認知症の行動・心理症状(以下「BPSD」という。)の発現を未然に防ぐなど質の高い認知症ケアの実施を評価するため、今次改定で新設された。区分は(I)と(II)があるが、配置する職員が修了しなければならない研修が異なっている。

算定状況をみると、加算(I)は2.7%、加算(II)は6.7%であり、まだ算定率が高いとはいえない状況であった(図表18)。

(図表18) 認知症チームケア推進加算の算定状況

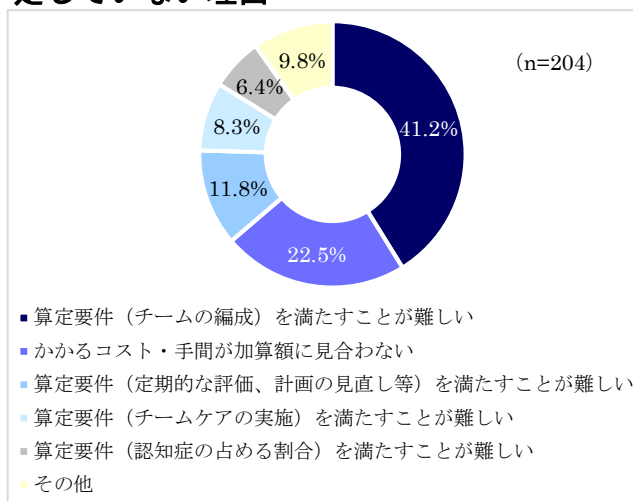


算定にあたっては、該当する研修修了者の配置に加えて、チームの編成が前提となるため、すぐには体制が整わない事業所が多いものと思われる。ただし、「今後算定する予定」の回答が3割を占めていることから、算定に向けて前向きに取り組んでいる事業所が多いことがうかがわれる。

また、算定していない事業所に対して、その理由を聞いたところ、「算定要件（チームの編成）を満たすことが難しい」という回答が41.2%と最も多かった（図表19）。やはり、研修修了者を含めたチームの編成は、一定程度ハードルが高いようだ。続いて、「かかるコスト・手間が加算額に見合わない」が22.5%であった。

一方、「算定要件（認知症の占める割合）を満たすことが難しい」という回答は、6.4%と最も低かった。つまり、BPSDの発現を予防すべき対象者は多いということだ。算定していない事業所におかれては、自事業所でチームを編成するには、何が必要となるのか。まずはそこから確認してみることをお勧めする。

（図表19）認知症チームケア推進加算を算定していない理由



6 小規模多機能型居宅介護

6.1 管理者等の兼務の状況

小多機の管理者は4割が兼務、併設サービスによって兼務の状況は異なる

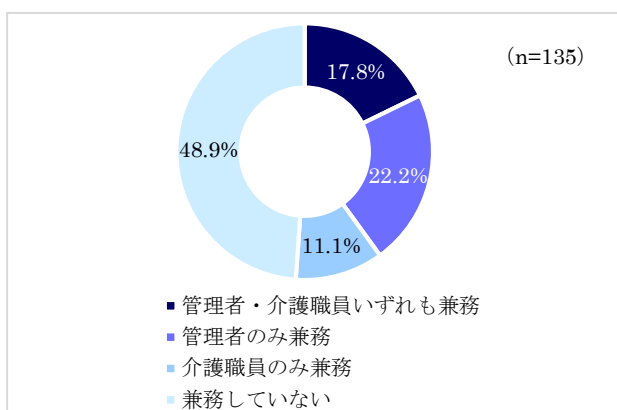
最後に、小多機のアンケート結果をみていく。小多機では、今次改定で管理者の配置基準の見直しがあったため、そこから確認していく。

小多機の管理者については、「専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない」と専従が求められているが、管理上支障がない場合は、兼務が可能となっている。その兼務の取扱いだが、改定前は兼務可能なサービスが限定⁶されていた。改定後は、兼務可能なサービスが限定されなくなっている。

本アンケートでは、今次改定後における兼務の状況を確認した。改定前との比較はできないが、他事業所の状況を参考にしていきたい。

回答結果をみると、「兼務していない」が48.9%と最も多く、「管理者のみ兼務」が22.2%、「管理者・介護職員いずれも兼務」が17.8%であった（図表20）。合計すると、4割の事業所が管理者を兼務しているということだ。

（図表20）管理者等の兼務の状況

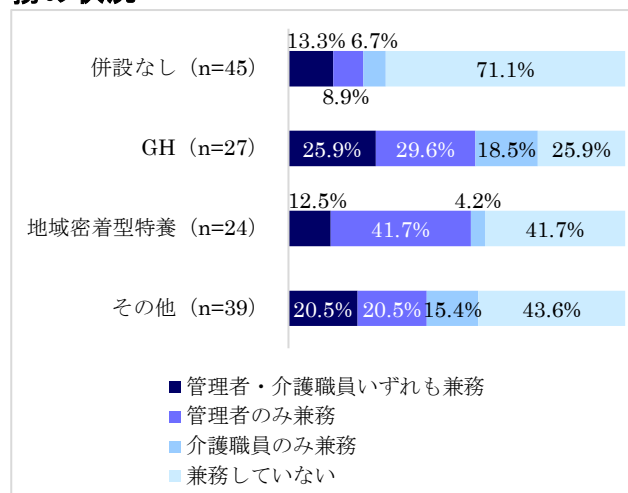


兼務可能なサービスの限定がなくなったことにより、管理上支障がなければ兼務はしやすくなった。とくに併設など一体的な運営をしてい

⁶ 指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、介護医療院のいずれかが併設されている場合

るほうが兼務はしやすいと予想される。そこで、小多機と併設しているサービス別に兼務の状況を確認した（図表 21）。

（図表 21）併設サービス別 管理者等の兼務の状況



併設なしの事業所だと、「兼務していない」が 71.1% ともっとも高い。やはり併設サービスがなければ、兼務のハードルが上がるのは確からしい。併設の多かった GH と地域密着型特養では、いずれも半数超が管理者を兼務していた。

その他の区分の併設サービスは、多い順から住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、広域型特養、老健となっている。それらの施設も、平均では 4 割が管理者を兼務していることがわかった。

近年の厳しい経営状況と人材確保難を踏まえると、ルールの内枠内で人員を有効活用する観点からは非常に重要となる。運用面での対応が可能で、かつ、サービスの質の低下にもつながらないことが前提であるが、兼務も積極的に検討していく必要があるだろう。

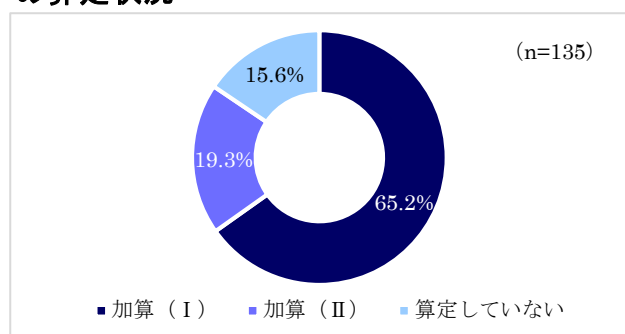
6.2 総合マネジメント体制強化加算

総合マネジメント体制強化加算は、新設された加算（Ⅰ）を 65.2% が算定

続いて、今次改定で見直された総合マネジメント体制強化加算についてみていく。当該加算は、地域の多様な主体とともに利用者を支える仕組みづくりを促進するため、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組みを評価する区分が新設された。

算定状況を確認したところ、加算（Ⅰ）が 65.2%、加算（Ⅱ）が 19.3% と 8 割以上が算定していた（図表 22）。ちなみに、改定前の総合マネジメント体制強化加算も 83.0% が算定しており、算定率が高い加算といえる。

（図表 22）総合マネジメント体制強化加算の算定状況



報酬上の単位数については、改定前は 1 月当たり 1,000 単位だったが、新設された加算（Ⅰ）は 1,200 単位、従前と同じ算定要件の加算（Ⅱ）は 800 単位となった。したがって、何も対応しなければ減収となるが、加算（Ⅰ）を算定できれば増収となる。図表 22 をみる限り、6 割以上の事業所が増収につながったものと思われる。

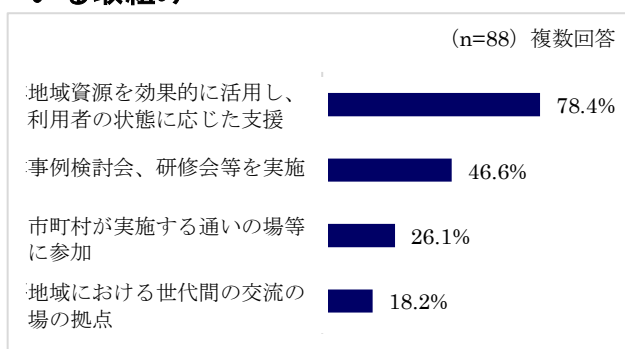
新設された加算（Ⅰ）の算定要件はいくつかあるが、特徴としては地域とのつながりを深める取組みの実施であろう。4 種類⁷ある取組みの中から、事業所の特性に応じて 1 つ以上の実施

⁷ ・地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること
 ・障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること
 ・地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること
 ・市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加していること

が求められる。

加算（I）を算定している事業所に実施している取組みを確認したところ、「地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援」が78.4%を占めた（図表23）。続いて「事例検討会、研修会等を実施」が46.6%となっている。割合には差があるものの、もっとも少ない「地域における世代間の交流の場の拠点」でも2割近くの回答を得ており、それぞれ特性に応じて取り組んでいる状況であることがうかがわれる。

（図表23）事業所の特性に応じて実施している取組み



これだけ算定率の高い加算であれば、しっかりと取りこぼすことなく、算定することが重要となる。また、こうした地域との結び付きを深める取組みは、事業所の認知度を向上させ、ひいては利用者の増加につながる可能性もあるだろう。現時点で算定していない事業所におかれは、積極的に算定を検討してもらいたい。

おわりに

本稿では、2024年度介護報酬改定に関するアンケート調査の後編として、訪問介護、老健、通所リハ、介護医療院、GHおよび小多機の回答結果をみてきた。

実施しているサービス、経営主体、開設地域など、それぞれが置かれた状況は異なるが、同じ介護保険制度の報酬体系のもと、今後3年間の運営を行っていくことは共通している。

社会保障審議会介護給付費分科会においては、「令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査」の進め方の議論が開始されるなど、次回改定に向けた動きはすでに始まっている。経営者の皆様が今から次回改定の準備をするのは、さすがに気が早いであろうが、制度・政策の動向に常にアンテナを張って、迅速な対応がとれるような心構えを持っておく必要はあるだろう。

最後になるが、業務多忙のなか、本アンケートにご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げます。本稿が皆様の事業運営にあたり、少しでもお役に立てば幸いです。なお、本アンケート結果の詳細については、本稿と併せて資料編⁸を公表しているので、ご覧いただきたい。

【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

⁸ 福祉医療機構「2024年度介護報酬改定に関するアンケート調査結果」
https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/241227_No008.detail.pdf