

社会保障審議会 介護給付費分科会（第234回）	資料 5
令和5年12月4日	

その他【基準費用額、総合マネジメント体制強化加算、終末期の薬学管理、定期巡回・随時対応型訪問介護看護】（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

目次

1. 基準費用額・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
2. 総合マネジメント体制強化加算について(定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護・小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護)・・・・・・17
3. 終末期の薬学管理(居宅療養管理指導)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・31
4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護における訪問看護関連加算の取扱いについて・・・・・・41

基準費用額

1. 論点及び対応案

2. 参考資料

 1. 論点及び対応案

2. 参考資料

論点① 基準費用額の見直し

論点

- 基準費用額は、食費・居住費の平均的な費用額を勘案して定めることとされている。
- 多床室における基準費用額（居住費）については、家計調査における光熱水費の額を参考に設定しており、平成27年度介護報酬改定において、平成25年の調査の結果が当時の基準費用額を上回っていたことを踏まえ、基準費用額の見直しを行った（月額1万円→1.1万円に引上げ）。
- 近年、家計における光熱水費は上昇しており、直近のデータによると家計における光熱水費の負担は12,451円（R4家計調査）となっており、前回改定時の10,870円（R1家計調査）に比べると大きく引き上がっている。
- こうした状況を踏まえ、介護保険施設における食費・居住費の基準費用額について、どのように考えるか。
- その際、補足給付における負担限度額について、どのように考えるか。

対応案

- 近年の光熱水費の高騰に対応し、在宅で生活する者との負担の均衡を図る観点から、多床室やその他の類型も含めた介護保険施設の基準費用額について、利用者負担への影響を踏まえつつ、必要な対応を検討してはどうか。

平成27年度介護報酬改定における基準費用額（居住費）の見直し

平成 27年度介護報酬改定の概要（平成27年 2月 6日）

Ⅲ 各サービスの報酬・基準に係る見直しの内容

10. 介護保険施設等

（4）介護保険施設等における基準費用額の見直し

多床室における基準費用額及び負担限度額については、直近の家計調査における光熱水費の額が現行の基準費用額を上回っていることを踏まえ、必要な見直しを行う。（短期入所生活介護、短期入所療養介護においても同様。）

※ 10 - （1） - ⑥ 多床室における居住費負担の項を参照

10. 介護保険施設等

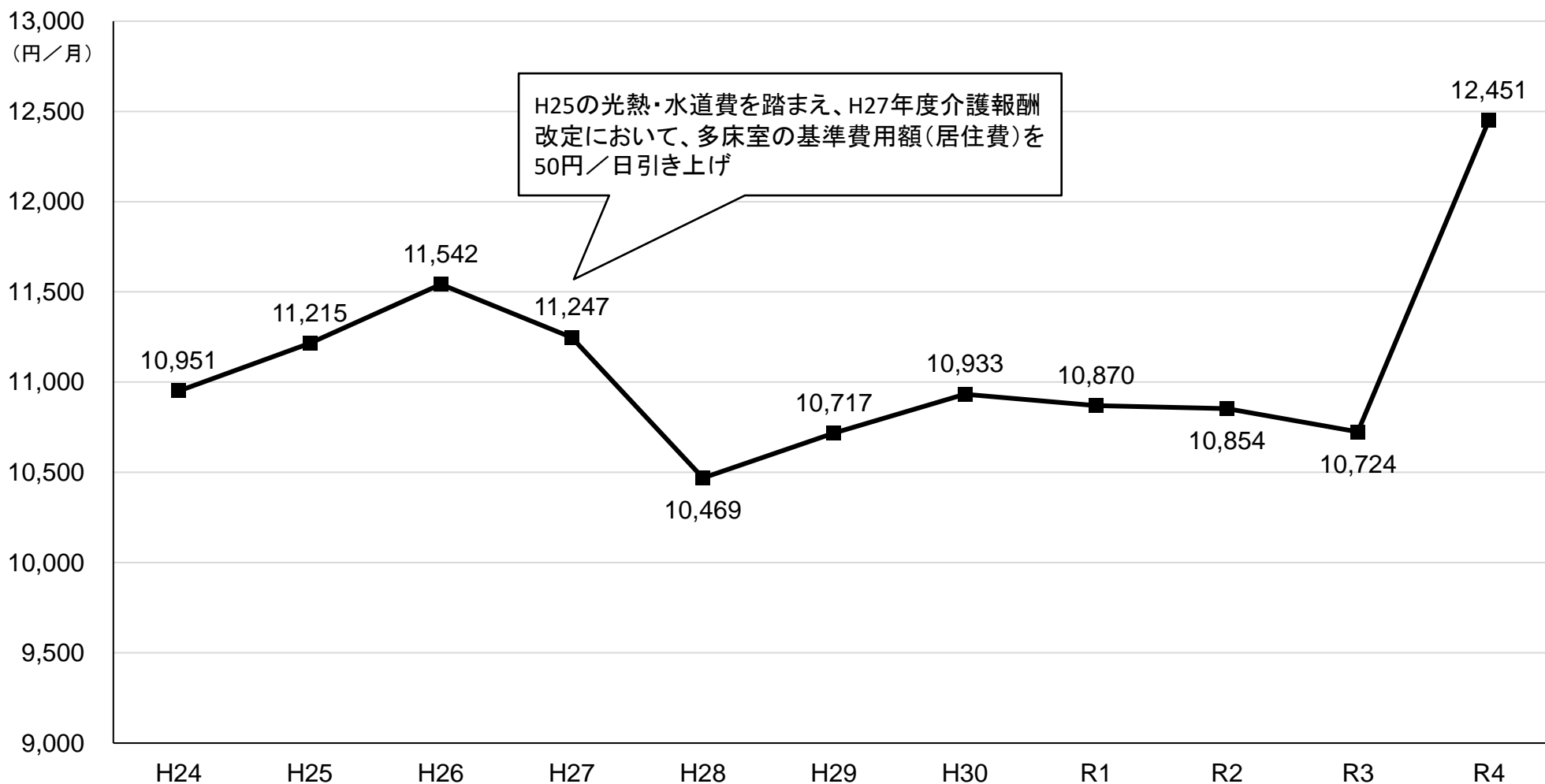
（1）介護老人福祉施設（地域密着型を含む）

⑥ 多床室における居住費負担

（中略）直近の家計調査における光熱水費の額が現行の基準費用額・負担限度額を上回っていることを踏まえた見直しで、50円／日。

高齢者世帯の光熱・水道費の推移

- 多床室における基準費用額(居住費)については、家計調査における高齢者世帯の光熱水費の額を参考に設定している。
- 令和4年の家計調査によれば、高齢者世帯の光熱・水道費は12,451円となっており、前回改定時の10,870円(令和元年家計調査)に比べると大きく上昇。



(出典)総務省「家計調査」

(注)「光熱・水道費」は、高齢者世帯1月あたり光熱・水道費支出額を世帯人員で除した値。

補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み

- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階②の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定。
- **標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額**を、介護保険から特定入所者介護（予防）サービス費として給付。

負担軽減の対象となる低所得者

利用者負担段階	主な対象者		※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。
			預貯金額（夫婦の場合）（※）
第1段階	・生活保護受給者		要件なし
	・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である 老齢福祉年金受給者		1,000万円（2,000万円）以下
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税	年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円以下	650万円（1,650万円）以下
第3段階①		年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円超～120万円以下	550万円（1,550万円）以下
第3段階②		年金収入金額（※）＋合計所得金額が120万円超	500万円（1,500万円）以下
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		

			基準費用額 （日額（月額））	負担限度額（日額（月額））※短期入所生活介護等（日額）【】はショートステイの場合			
				第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
食費			1,445円（4.4万円）	300円（0.9万円） 【300円】	390円（1.2万円） 【600円（1.8万円）】	650円（2.0万円） 【1,000円（3.0万円）】	1,360円（4.1万円） 【1,300円（4.0万円）】
居住費	多床室	特養等	855円（2.6万円）	0円（0万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）
		老健・療養等	377円（1.1万円）	0円（0万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）
	従来型個室	特養等	1,171円（3.6万円）	320円（1.0万円）	420円（1.3万円）	820円（2.5万円）	820円（2.5万円）
		老健・療養等	1,668円（5.1万円）	490円（1.5万円）	490円（1.5万円）	1,310円（4.0万円）	1,310円（4.0万円）
	ユニット型個室の多床室		1,668円（5.1万円）	490円（1.5万円）	490円（1.5万円）	1,310円（4.0万円）	1,310円（4.0万円）
ユニット型個室		2,006円（6.1万円）	820円（2.5万円）	820円（2.5万円）	1,310円（4.0万円）	1,310円（4.0万円）	

1. 論点及び対応案



2. 参考資料

経済財政運営と改革の基本方針2023（抄）

（令和5年6月16日 閣議決定）

次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定においては、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。その際、第5章2における「令和6年度予算編成に向けた考え方」²⁶⁶を踏まえつつ、持続可能な社会保障制度の構築に向けて、当面直面する地域包括ケアシステムの更なる推進のための医療・介護・障害サービスの連携等の課題とともに、以上に掲げた医療・介護分野の課題について効果的・効率的に対応する観点から検討を行う。

²⁶⁶ 第5章2②で引用されている骨太方針2021においては、社会保障関係費について、基盤強化期間における方針、経済・物価動向等を踏まえ、その方針を継続することとされている。

（参考）第5章 当面の経済財政運営と令和6年度予算編成に向けた考え方

2. 令和6年度予算編成に向けた考え方

- ② 令和6年度予算において、本方針、骨太方針2022及び骨太方針2021に基づき、経済・財政一体改革を着実に推進する。ただし、重要な政策の選択肢をせばめることがあってはならない。

基準費用額の見直しについて

論点7 直近の家計調査結果における光熱水費を踏まえると、多床室における基準費用額(居住費負担)の見直しを行ってはどうか。(介護療養病床、老健等についても同様)

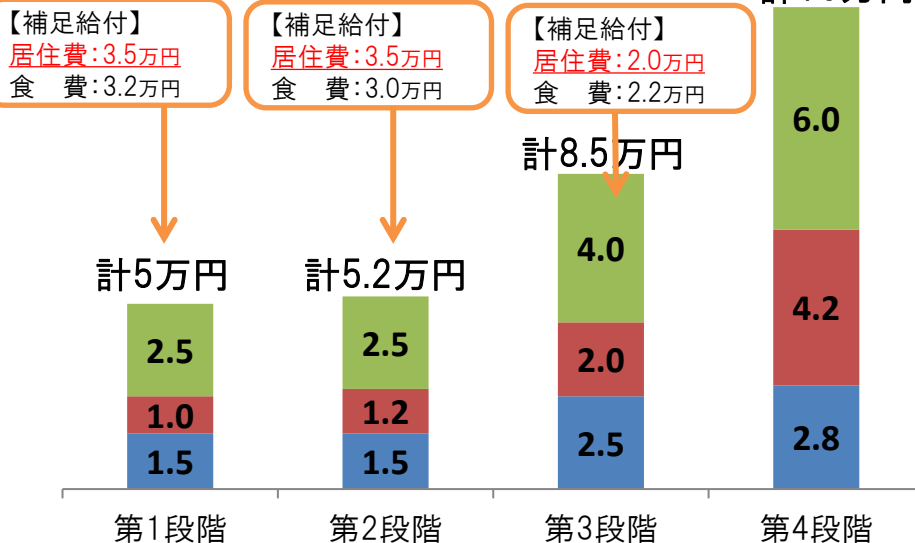
対応案

- 多床室における居住費については、家計調査における光熱水費の額を参考に設定しているが、直近(平成25年)調査の結果が基準費用額(1万円)を上回っているため、多床室における居住費負担についての見直しを行ってはどうか。

(参考)光熱水費家計調査結果:平成15年(設定時)は光熱水費:9,490円 → 平成25年(直近)は:11,215円

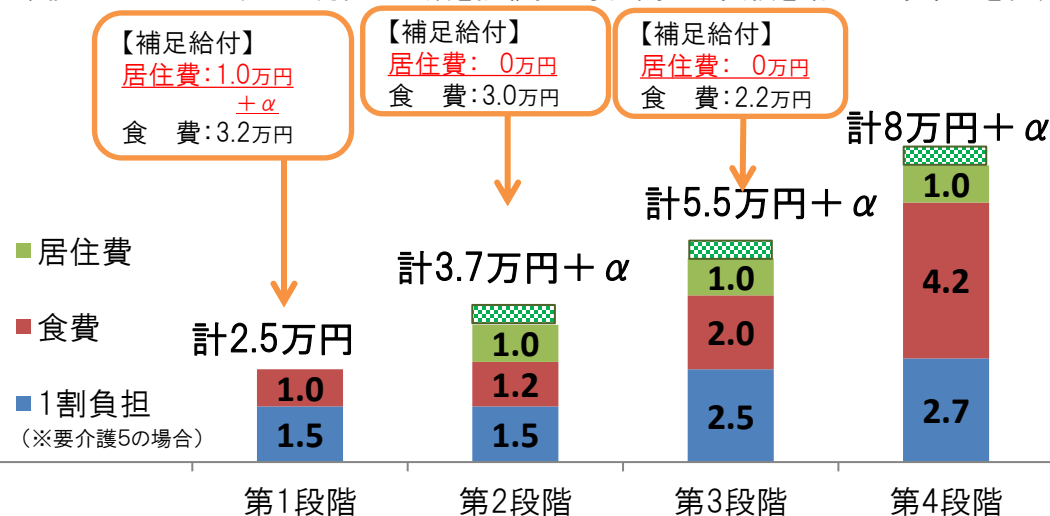
※ ユニット型個室の居住費(光熱水費+室料)は、介護事業経営概況調査(平成16年10月)67,794円を参考に6万円に設定しているが、介護事業経営実態調査結果(平成26年4月)では64,642円となっているため、見直しを行わない。

(参考)＜ユニット型個室の利用者負担＞



＜見直し後の多床室の利用者負担＞

※数値についてはいずれも現在の金額を記載。α:家計調査の実績を踏まえて見直しを行う額。



※多床室の光熱水費(居住費)分については、現在でも第2段階又は第3段階の方は自己負担となっている。

○ 旧国民年金老齢年金(基礎のみ)の受給権者の年金額:平均5.0万円

○ 老齢基礎年金等の受給権者の年金額:平均5.5万円

[出典]「平成23年度厚生年金保険・国民年金事業の概況」

・第1段階: 生活保護受給者、老齢福祉年金受給者 等

・第2段階: 市町村民税世帯非課税、本人の年金収入80万円以下

・第3段階: 市町村民税世帯非課税、本人の年金収入80万円超

・第4段階: 市町村民税世帯課税(例えば、夫婦2人世帯で、本人の年金収入211万円超)

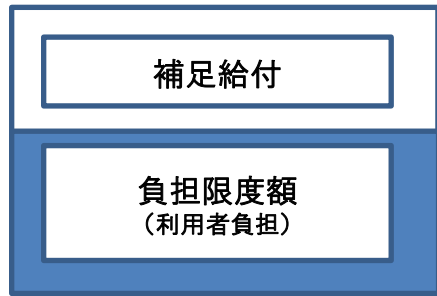
6. ③ 基準費用額の見直し

概要 【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★】

○ 介護保険施設における食費の基準費用額について、令和2年度介護事業経営実態調査結果から算出した介護保険施設の食費の平均的な費用の額との差の状況を踏まえ、利用者負担への影響も勘案しつつ、必要な対応を行う。
【告示改正】

基準費用額（食費）（日額）	
< 現行 > 1, 3 9 2 円 / 日	< 改定後 > ※令和3年8月施行 1, 4 4 5 円 / 日 (+ 5 3 円)

《参考: 現行の仕組み》 ※ 利用者負担段階については、令和3年8月から見直し予定



基準額
⇒ 食費・居住費の提供に必要な額
補足給付
⇒ 基準費用額から負担限度額を除いた額

基準費用額

負担軽減の対象となる者

利用者負担段階	主な対象者	
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯(世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。)全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	かつ、預貯金等が単身で1,000万円(夫婦で2,000万円)以下
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額(※)+合計所得金額が80万円以下	
第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外	
第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者	

※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。

《参考: 現行の基準費用額(食費のみ)》

	基準費用額 (日額(月額))	負担限度額 (日額(月額))		
		第1段階	第2段階	第3段階
食費	1,392円 (4.2万円)	300円 (0.9万円)	390円 (1.2万円)	650円 (2.0万円)

別添1

重点支援地方交付金の追加

令和5年度補正予算案

エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者や事業者に対し、地方公共団体が地域の実情に合わせて必要な支援をきめ細やかに実施できるよう、重点支援地方交付金を「低所得世帯支援枠」及び「推奨事業メニュー」実施のため追加する。

- 予算額 : 1. 6兆円（うち ①低所得世帯支援枠 1. 1兆円、②推奨事業メニュー 0. 5兆円）
- 対象事業 : ①（低所得世帯支援枠）物価高騰の負担感が大きい低所得世帯への負担の軽減を図る事業。
②（推奨事業メニュー）エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者や事業者に対し、支援を行う事業。効果的と考えられる推奨事業メニューを提示。（詳細は、2頁参照）

推奨事業メニュー	
（生活者支援）	（事業者支援）
①エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う低所得世帯支援	⑤医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援
②エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う子育て世帯支援	⑥農林水産業における物価高騰対策支援
③消費下支え等を通じた生活者支援	⑦中小企業等に対するエネルギー価格高騰対策支援
④省エネ家電等への買い換え促進による生活者支援	⑧地域公共交通・物流や地域観光業等に対する支援

- 算定方法 : ①（低所得世帯支援枠）住民税非課税世帯1世帯あたり7万円を基礎として算定（市町村）
②（推奨事業メニュー）人口、物価上昇率、財政力等を基礎として算定（都道府県、市町村）

（注）新型コロナウイルス感染症の5類感染症への移行に伴い、重点支援地方交付金は「物価高騰対応重点支援地方創生臨時交付金」とするが、既存の交付金と一体として実施される連続性のある制度とする。

重点支援地方交付金（内閣府資料）

重点支援地方交付金

追加額1.6兆円（Ⅰ及びⅡの合計）

Ⅰ. 低所得世帯支援枠（1.1兆円）

- ・ 低所得世帯への支援枠を措置。
- ・ 1世帯当たりの予算の目安は7万円（今夏以来の3万円の支援と合計で10万円）。ただし、下記の推奨事業メニュー①や③と組み合わせてプレミアム商品券やマイナポイントを配付するなど、支援の方法（現物・現金）や1世帯当たり単価といった具体的内容は地域の事情に応じて決められる。

（注）住民税非課税世帯×7万円及び事務費分を市町村に交付。

Ⅱ. 推奨事業メニュー（0.5兆円）

生活者支援

- ① エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う低所得世帯支援
低所得世帯を対象とした、電力・ガス（LPガスを含む）をはじめエネルギー・食料品価格等の物価高騰による負担を軽減するための支援
※ 住民税非課税世帯に対しては上記Ⅰによる支援を行う。
- ② エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う子育て世帯支援
物価高騰による小中学生の保護者の負担を軽減するための小中学校等における学校給食費等の支援
※ こども食堂に対する負担軽減のための支援やヤングケアラーに対する配食支援等も可能。
- ③ 消費下支え等を通じた生活者支援
エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者に対してプレミアム商品券や地域で活用できるマイナポイント等を発行して消費を下支えする取組やLPガス使用世帯への給付などの支援
- ④ 省エネ家電等への買い換え促進による生活者支援
家庭におけるエネルギー費用負担を軽減するための省エネ性能の高いエアコン・給湯器等への買い換えなどの支援

事業者支援

- ⑤ 医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援
医療機関、介護施設等、障害福祉サービス施設等、保育所等、学校施設、公衆浴場等に対する食料品価格の高騰分などの支援、エネルギー価格の高騰分などの支援（特別高圧で受電する施設への支援を含む）
- ⑥ 農林水産業における物価高騰対策支援
配合飼料の使用量低減の取組や飼料高騰等の影響を受ける酪農経営の負担軽減の支援、農林水産物の生産・調製・加工・貯蔵施設や土地改良区の農業水利施設の電気料金高騰に対する支援、化学肥料からの転換に向けた地域内資源の活用などの支援
- ⑦ 中小企業等に対するエネルギー価格高騰対策支援
特別高圧での受電（ビル・工業団地・卸売市場のテナントを含む）、LPガスの使用や、街路灯等の維持を含め、エネルギー価格高騰の影響を受ける中小企業、商店街、自治会等の負担緩和や省エネの取組支援のほか、中小企業の賃上げ環境の整備などの支援
- ⑧ 地域公共交通・物流や地域観光業等に対する支援
地域公共交通・物流事業者や地域観光事業者等のエネルギー価格高騰に対する影響緩和、省エネ対策、地域に不可欠な交通手段の確保、地域特性を踏まえた生産性向上に向けた取組などの支援

※1 地方公共団体が、上記の推奨事業メニューよりも更に効果があると思われるものについては、実施計画に記載して申請可能。

※2 地方公共団体が運営する公営企業や直接住民の用に供する施設における活用も可能。

「デフレ完全脱却のための経済対策」（令和5年11月2日閣議決定。以下「経済対策」という。）においては、「重点支援地方交付金」（以下「本交付金」という。）の推奨事業メニューについて、引き続き、地域の実情に応じて、困難な状況にある者を支える観点から、本交付金の追加を行う旨が盛り込まれました。（略）

また、経済対策においては、物価高騰により苦しむ介護サービス事業所・施設等への本交付金の重点的な活用について明示されており、厚生労働省としても現下の物価高騰により厳しい状況にある介護サービス事業所・施設等に対し、本交付金による緊急かつ実効性のある支援につなげたいと考えております。

このため、各都道府県・市町村において、ご対応いただきたい支援事業の標準について、下記のとおりお示します。都道府県・市町村議会への予算案の提出等、年内の予算化に向けた検討を速やかに進めていただきますようお願いいたします。

（略）

介護サービス事業所・施設等への物価高騰対応支援事業として、次の2事業の両方を実施していただくようお願いいたします。

その際、以下のとおり、令和5年3月の地方創生臨時交付金の積増しを受けて各都道府県が実施した支援事業の補助額の実績をまとめておりますので、具体的な補助額の設定に当たっては、以下をご参照いただき、足下の物価高騰を適切に反映した額としていただくようお願いいたします。とりわけ、食材料費や給食委託費の高騰が介護サービス事業所・施設等の経営を圧迫している状況も踏まえ、積極的なご対応をお願いいたします。

1. 光熱水費（電気代、ガス代、水道代、車輛の燃料代等）高騰への支援事業 （略）

2. 食材料費高騰への支援事業 （略）

総合マネジメント体制強化加算について
(定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護)

1. これまでの分科会における主なご意見
2. 論点及び対応案
3. 参考資料



1. これまでの分科会における主なご意見

2. 論点及び対応案

3. 参考資料

※ 第218回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

<区分支給限度額>

- 基本サービス費として包括的に評価することについては妥当である。しかし、この総合マネジメント体制加算については、導入時の経緯もあって区分支給限度額の外に置かれている。給付と負担や財政的な観点からの制度の持続可能性にも影響するため、この区分支給限度額の在り方について、上乘せの必要性も含め、別途きちんと議論する場が必要である。
- 地域密着型の特有のコストを総合マネジメント体制加算として区分支給限度基準額の枠外として評価されており、基本サービス費に組み入れた場合に、利用者の他サービスの併用たつての不利益がないか、あるいは事業所の経営に極めて大きな影響を与えかねない。具体的にシミュレーションする等、限度額の考え方の検討ということも併せて必要なのではないか。
- 包括化する際に当たって、残り10%の事業所が本当に対応できるのか、あるいは利用者の負担の増を勘案して算定しないのか、一応詳細に見ておく必要があるのではないか。また、基本報酬に包括化に加えて新たな加算の提案もあり、区分支給限度基準額の範囲内で飲み込めるのかどうか。これは加算の設定によるが、事業所の経営に大きな支障がないように丁寧に検討を進めていくべき。

<地域資源>

- 地域資源の乏しい地方では、事業者がこの観点について加算を行うことが大変難しい。この対応により、経営状況の悪化による事業所の撤退や都市部への介護人材の流出によって、必要な介護サービスを提供できなくなることを懸念する。改定に当たっては、地域資源が貧しい地域とそうで無い地域で地域間格差を生じさせないように、地方への配慮を十分にお願したい。
- 地域包括ケアの連携の幅を広げ、多様な主体による協働が深まることが期待される。例えば資料2の16ページの広島県福山市の鞆の浦の事例のように、人口が少なく、高齢化率が高い地域においても、小多機等が暮らしのネットワークをつなぐ核となるまちづくりが可能になれば、介護サービス基盤が脆弱な離島などの地域でも多様なサービスが普及するきっかけになるのではないか。小多機等のサービスが地方においてもさらに普及するための取組を推進していただきたい。
- 具体的な評価要件について、都市部と異なり、特に中山間地地域や離島等の地域では高齢化の進行と現役世代人口の減少が先行的に進んでいるため、社会資源が不足している。具体的な評価指標は、地域の実情にも十分に配慮いただきたい。
- 取組には賛同。具体的な内容は、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等、地域のケアマネジメントを行う機関においても実施される場合がある。このことから、事業所負担にも配慮し、部分的にでも他事業所との協力や委託等での実施も可能としてはどうか。特に認知症初期集中支援チーム等と共同して交流の場の拠点づくりが進めば、利用者や家族も活用できる社会資源が広がる可能性もある。
- 方向性は賛成。非常に重要であり、多面的に取り組んでいく必要がある。利用者の療養環境をより質の高いものにつなげ得る。一方、都市部とそれ以外の場合の連携先などの違いがある。また、療養通所介護においては、小規模な事業所も多くなっている。利用者へのケアに注力をしているということもあり、地域共生活動に時間を割けるところが限定的になる可能性があるため、評価の在り方については、配慮が必要。共生型サービスに取り組んでいる事業所も多くあり、そうしたサービスを通しての取組、他機関との連携、地域全体に関わる地域のケア力を上げるような取組などについても、評価をいただくことが必要ではないか。

※ 第218回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

<利用者負担>

- 利用者の安全に十分配慮した取組でなければならず、利用者一人一人のニーズにマッチしているか、費用負担は利用者全員に追加されるとすれば、その利用者負担の面では適切なのかということにも留意して検討する必要がある。
- 異論はないが、児童発達支援や放課後等デイサービスなど重要な役割を担っている一方で、安全面、一人一人のニーズ、費用負担が利用者全員に追加されるとすればその利用者負担の面ではどうなのかといったことに留意する必要がある。
- 10%の事業者は加算を取得できないという現状を踏まえ、単純に上乘せして包括化するということは避けるべき。地域づくりは本来自治体が主体となることが基本であり、介護報酬に組み込んで、特に利用者の負担に反映させることについて、納得感が必要ではないか。また、具体的な取組について、介護報酬で評価するに足る取組をされているか、どう担保するか。

<全体論、その他>

- 算定率も踏まえて、基本サービス費として包括的に評価するということは賛成。評価に当たっては、財政中立を念頭に置き慎重に検討いただきたい
- 新たな評価要件について大変重要なテーマだが、具体的に考えると、実現は難しく、もう少し細かな指標がないと現場では分かりにくい。
- 基本サービス費として包括的に評価する方向性は賛同。ただし、算定率が高いとはいえ100%ではないため、体制強化加算の算定要件が持つ目的もきちんと組み込み、質の担保を図るべきではないか。もしくは、基本報酬について相応の水準にすること等、何らかメリハリを利かせる必要がある。
- 全体として、この地域密着型サービスというのを2025年とか2040年に向けて地域包括ケア、さらに地域共生社会をつくっていくというときにどのように位置づけるかについての改めての確認と、それぞれの論点を検証する必要があるのではないかと。総マネ加算の中でも地域との交流などを評価する位置づけがあり、それを包括的に評価し、新たに地域共生社会の実現に資する取組を評価することは結構だが、加算自体の位置づけの整理、具体的にどのように評価するのか。現場の意見が重要。

1. これまでの分科会における主なご意見



2. 論点及び対応案

3. 参考資料

論点①

- 総合マネジメント体制強化加算（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、（看護）小規模多機能型居宅介護）を基本サービス費として包括的に評価することについては、これまでの介護給付費分科会での議論において、引き続き質の高い取組を進めることの必要性や、区分支給限度基準額との関係で他の介護サービスの利用が制限される可能性があること、一定数の事業所が当該加算を取得できていない状況等の課題が指摘された。
- これまでの議論や上記の内容等を踏まえ、基本サービス費として包括的に評価することについて、どのように考えるか。

対応案

- 総合マネジメント体制強化加算については、基本サービス費として包括的に評価するのではなく、現行の総合マネジメント体制強化加算として評価することとしてはどうか。
- その上で、地域包括ケアの担い手として、サービスの質の向上を図りつつ、認知症対応を含む様々な機能を発揮し、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観点から、総合マネジメント体制強化加算に新たな区分を設けてはどうか。その際、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を求めることとしてはどうか。
- また、現行の加算区分は多くの事業所で算定されていることを踏まえ、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行ってはどうか。
- 加えて、現行の加算区分と同様、新たな加算区分についても区分支給限度基準額の算定に含めないこととしてはどうか。

1. これまでの分科会における主なご意見

2. 論点及び対応案



3. 参考資料

論点②

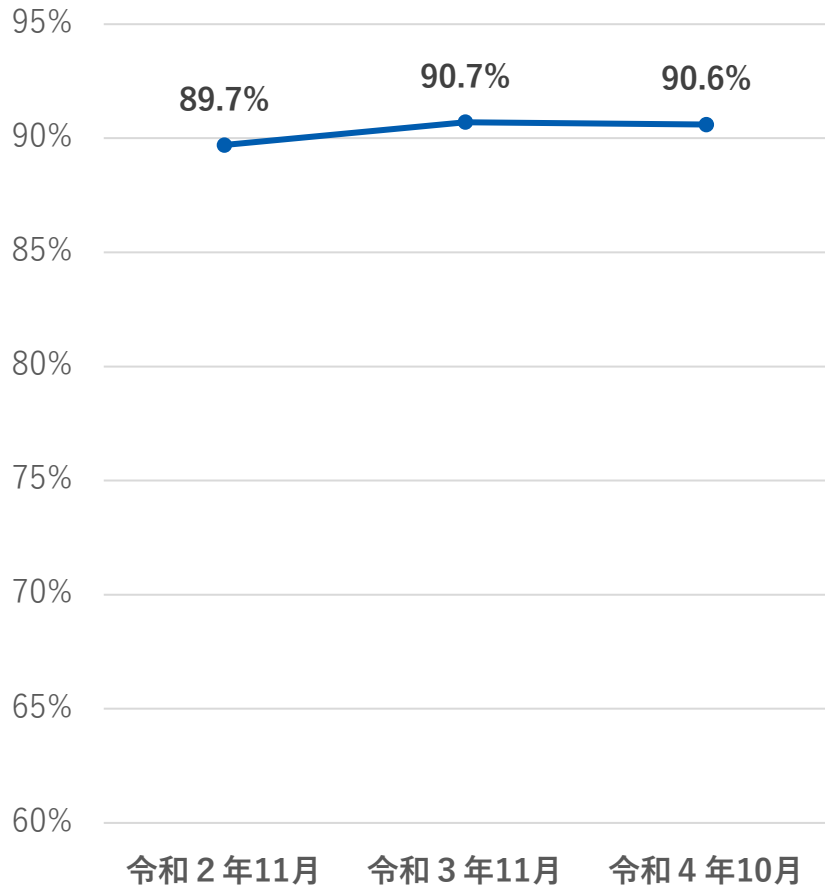
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、24時間365日の在宅生活を支援する上で、主治医や看護師等との調整のもとにサービス計画を立案する必要があることを踏まえ、日頃から多様な主体との意思疎通等を図り、適切に連携するための体制構築に取り組むことに対して、総合マネジメント体制強化加算として評価している。
- 当該加算の算定率(※)は、90.4%と多くの事業所が算定を行っている。
※ 介護給付費等実態統計(令和4年4月審査分)
- こうした状況を踏まえ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が、多様な主体と連携を図りながら、地域包括ケアシステムの担い手として認知症対応を含む様々な機能の発揮を促進する観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 定期巡回・随時対応型訪問介護の更なる地域包括ケアの推進、サービスの普及を図るため、総合マネジメント体制強化加算について、基本サービス費として包括的に評価してはどうか。

○ 総合マネジメント体制強化加算の算定割合は横ばいで推移しており、約9割の事業所が算定している。

総合マネジメント体制加算：算定率



総合マネジメント体制強化加算

単位数

(要介護度に関わらず) 1,000単位/月

算定要件

- 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- ① 個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、計画作成責任者や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること
 - ② 地域の病院、診療所、介護老人保健施設等に対し、事業所が提供することのできるサービスの具体的な内容に関する情報提供を行っていること。

論点②

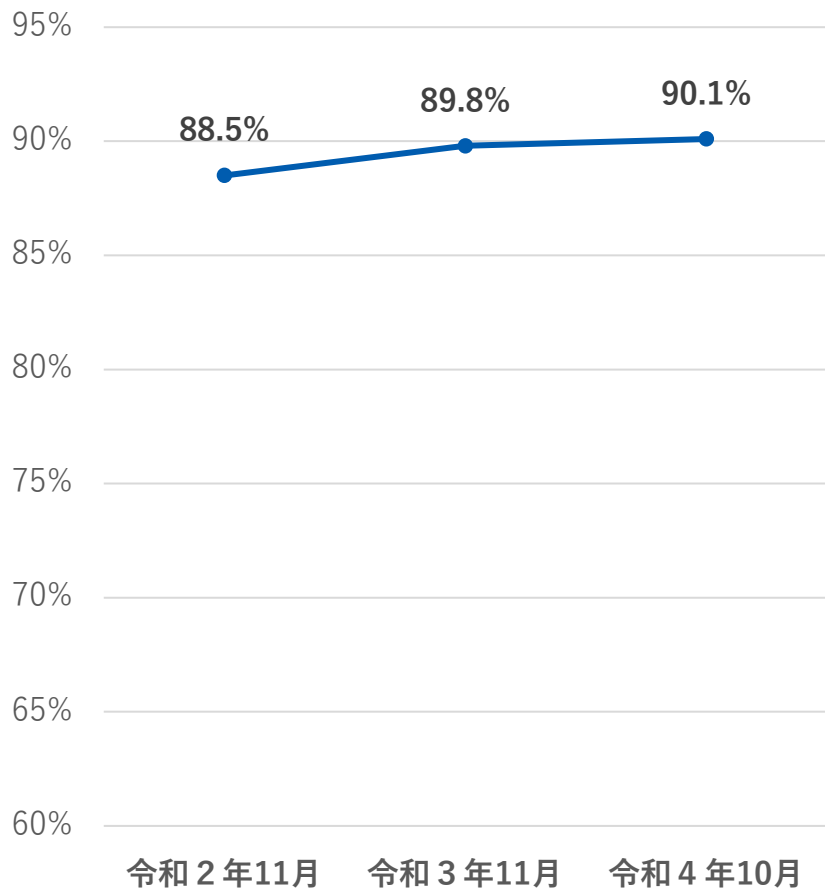
- 高齢者が住み慣れた地域で在宅生活を継続するためには、限られた地域資源の中で、介護保険制度内で提供されるサービスと併せて、多様な主体の参画を得つつ、高齢者本人とともに生きがいや地域とともに創りあげていく体制を整備する必要がある。
- 小規模多機能型居宅介護では、利用者が地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の状況や環境の変化に応じて「通い・訪問・泊まり」を柔軟に組み合わせて提供するため、①介護職員や看護職員等が日常的に行う調整や情報共有、②多様な関係機関や地域住民との調整や交流等の取組を総合マネジメント体制強化加算として評価しているが、当該加算の算定率は事業所ベースで約9割であり、多くの事業所が、利用者の地域における様々な活動が確保されるように、地域の多様な主体と適切に連携するための体制構築に取り組んでいる状況である。
- こうした状況を踏まえ、小規模多機能型居宅介護事業所が、地域包括ケアシステムの担い手として、地域に開かれた拠点となり、多様なサービスを包括的に提供し、認知症対応を含む様々な機能の発揮を促進する観点などから、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 現行の総合マネジメント体制強化加算については、加算の算定率等を踏まえ、更なる地域包括ケアの推進を図る観点から、基本サービス費として包括的に評価することとしてはどうか。
- また、小規模多機能型居宅介護が、地域包括ケアの担い手として、地域に開かれた拠点となり、サービスの質の向上を図りつつ、認知症対応を含む様々な機能を発揮し、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観点から、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について、新たに評価することとしてはどうか。
- 具体的には、利用者と関わりのある地域資源の状況を把握した上で、多様な主体が提供する生活支援サービスを含む居宅サービス計画を作成すること、認知症の方の積極的な受入や人材育成、更には、地域の多様な主体と協働した交流の場の拠点づくりの取組などを評価してはどうか。

○ 総合マネジメント体制強化加算の算定割合は横ばいで推移しており、約9割の事業所が算定している。

総合マネジメント体制加算：算定率



総合マネジメント体制強化加算

単位数

(要介護度に関わらず) 1,000単位/月

算定要件

- 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- ① 個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること
 - ② 利用者の地域における多様な活動が確保されるように、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること

論点②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

論点②

社保審一介護給付費分科会

第228回 (R5.10.23)

資料3

- 関係機関との調整や地域住民との交流等を評価する総合マネジメント体制強化加算は、91%の事業所が算定している状況である。
- 看護小規模多機能型居宅介護のなかには、地域との関わりとして、通いの場等の自治体事業への参加、地域住民などに対する相談窓口や人材育成のための研修の実施等を実施している事業所も一定数あり、利用者の地域における様々な活動が確保されるように、地域の多様な主体と適切に連携するための体制構築に取り組んでいる状況である。
- このような状況を踏まえ、多様なサービスを包括的に提供し、認知症対応を含む様々な機能の発揮を促進する観点などから、どのような方策が考えられるか。

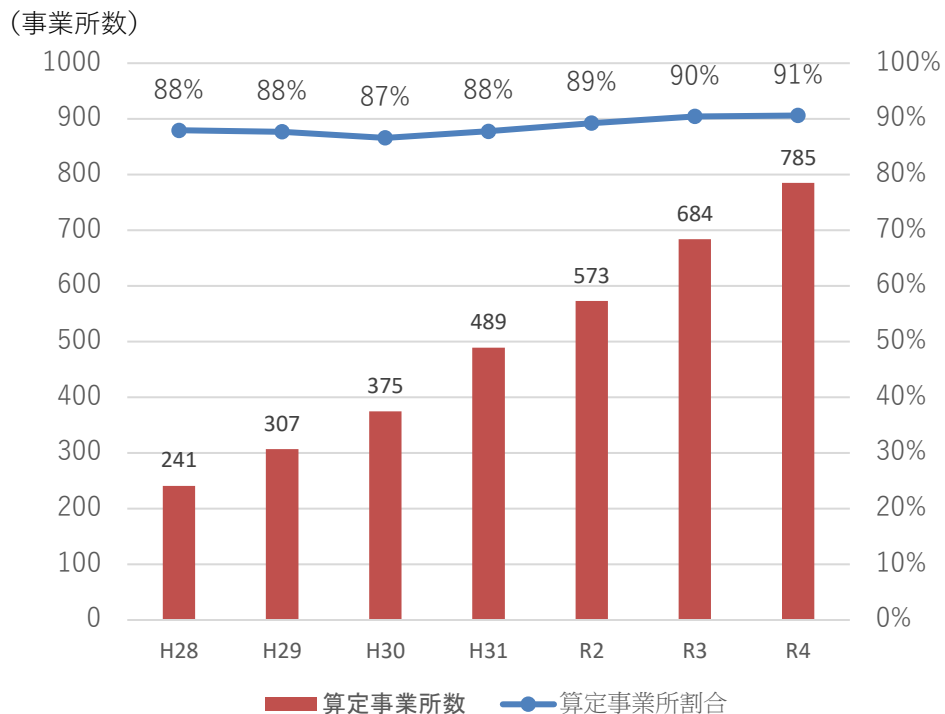
対応案

- 更なる地域包括ケアの推進を図るため、総合マネジメント体制強化加算を基本サービス費として包括的に評価してはどうか。
- また、看護小規模多機能型居宅介護が、地域包括ケアの担い手として、地域に開かれた拠点となり、サービスの質の向上を図りつつ、認知症対応を含む様々な機能を発揮し、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観点から、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について、新たに評価することとしてはどうか。
- 具体的には、利用者に関わりのある地域資源の状況を把握した上で、多様な主体が提供する生活支援サービスを含む居宅サービス計画を作成すること、認知症の方の積極的な受入や人材育成、更には、地域の多様な主体と協働した交流の場の拠点づくりの取組などを評価してはどうか。

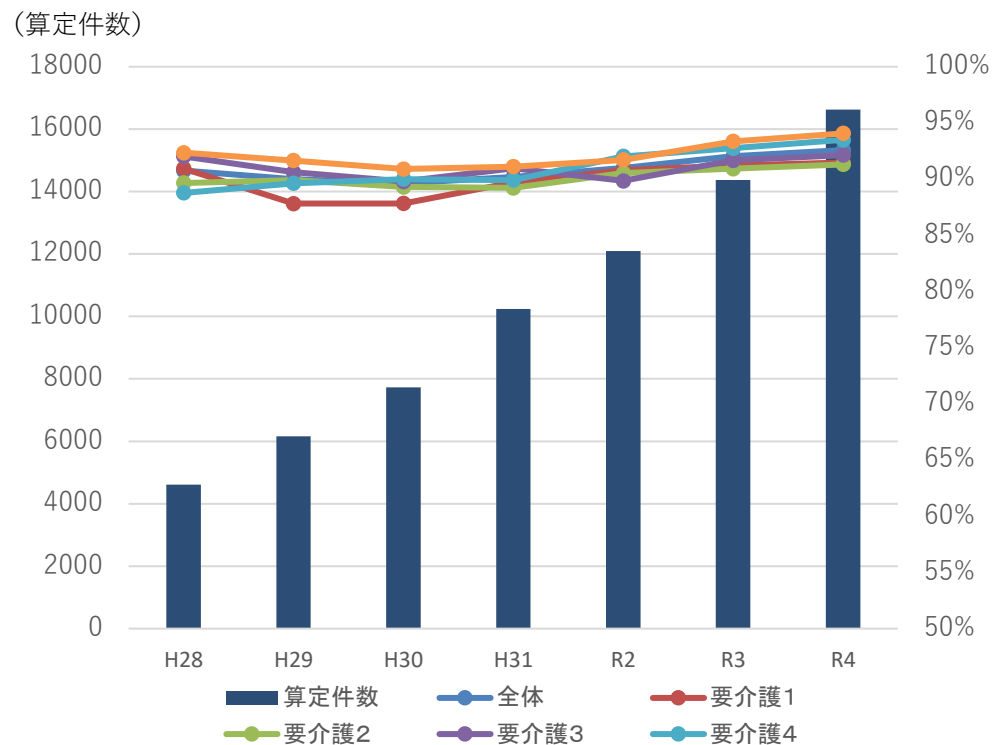
総合マネジメント体制強化加算の算定状況

○ 総合マネジメント体制強化加算の算定事業者数及び算定者の割合は横ばいで推移しており、91%の事業所が算定している。

■ 総合マネジメント体制強化加算の算定事業者数と事業所割合



■ 総合マネジメント体制強化加算の要介護度別の算定件数と算定件数割合



総合マネジメント体制強化加算: 1,000単位/月 (区分支給限度基準額の算定対象外)

別に厚生労働大臣が定める基準(※)に適合しているものとして市町村長に届け出た指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が、指定看護小規模多機能型居宅介護の質を継続的に管理した場合は、1月につき所定単位数を加算する。

※次に掲げる基準のいずれにも該当すること。

- イ 利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、看護小規模多機能型居宅介護計画(指定地域密着型サービス基準第七十九条第一項に規定する看護小規模多機能型居宅介護計画をいう)の見直しを行っていること。
- ロ 地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が提供することのできる指定看護小規模多機能型居宅介護の具体的な内容に関する情報提供を行っていること。
- ハ 利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること。

終末期の薬学管理（居宅療養管理指導）

1. 論点及び対応案

2. 参考資料



1. 論点及び対応案

2. 参考資料

論点① 終末期におけるがん以外の在宅患者への薬学管理

論点①

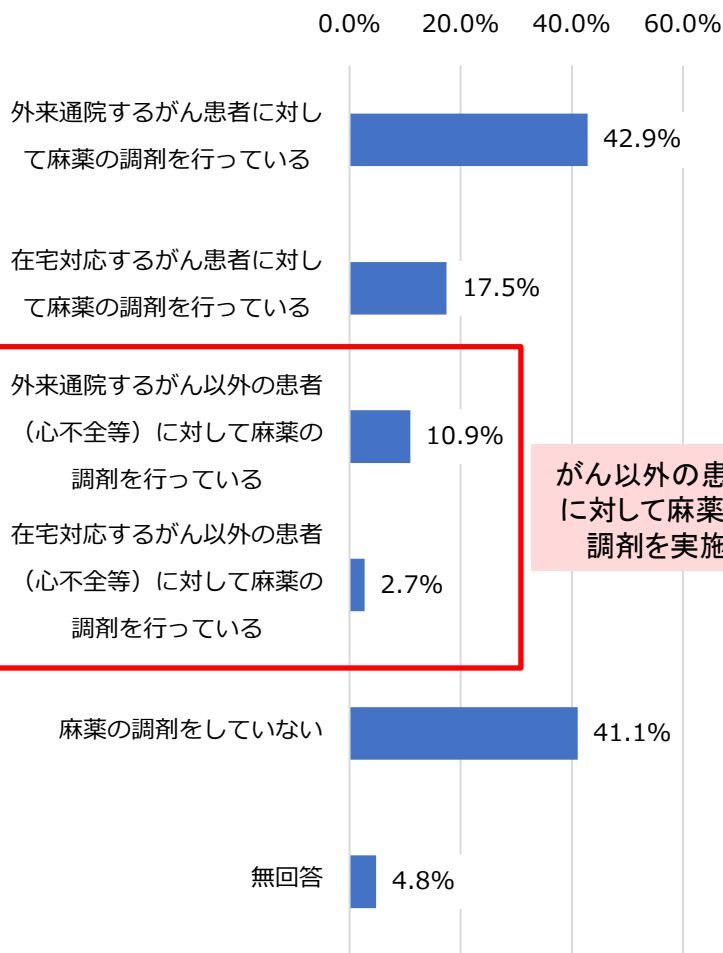
- 終末期における緩和ケアについては、慢性呼吸不全や慢性心不全等、がん以外の疾病の患者に対しても行われている実態がある。
- 内服が困難であったり、麻薬によるコントロールが不良な患者の場合、麻薬の注射剤が使用されるが、特に注射剤については、患者の容態の変化に応じた薬剤の投与量やレスキューの回数の調整など、頻回の管理が必要となる。
- 薬剤師の居宅療養管理指導について、末期の悪性腫瘍の者及び中心静脈栄養を受けている者については、1月に8回を限度として算定できることとなっているが、がん以外の疾病で麻薬が必要な患者に対しては、他の疾患と同様に1月に4回を限度としており、麻薬による薬物療法のために患者宅への訪問が必要であっても介護報酬が算定できないケースがある。
- 終末期に頻回の対応が必要となるがん以外の患者への薬物療法を適切に提供する観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 心不全や呼吸不全で麻薬の注射剤を使用している患者について、末期の悪性腫瘍等の患者と同様に、算定の上限回数を週に2回かつ1月に8回とするよう見直すこととしてはどうか。
- ※ 第568回中央社会医療協議会総会（令和5年11月29日）において、上記について議論が行われている。

○ 麻薬の調剤の対応については、がん以外の患者に対しても外来・在宅での調剤・薬学的管理を実施しており、通常の医薬品と異なり、不要となった麻薬の説明や回収も必要となる。

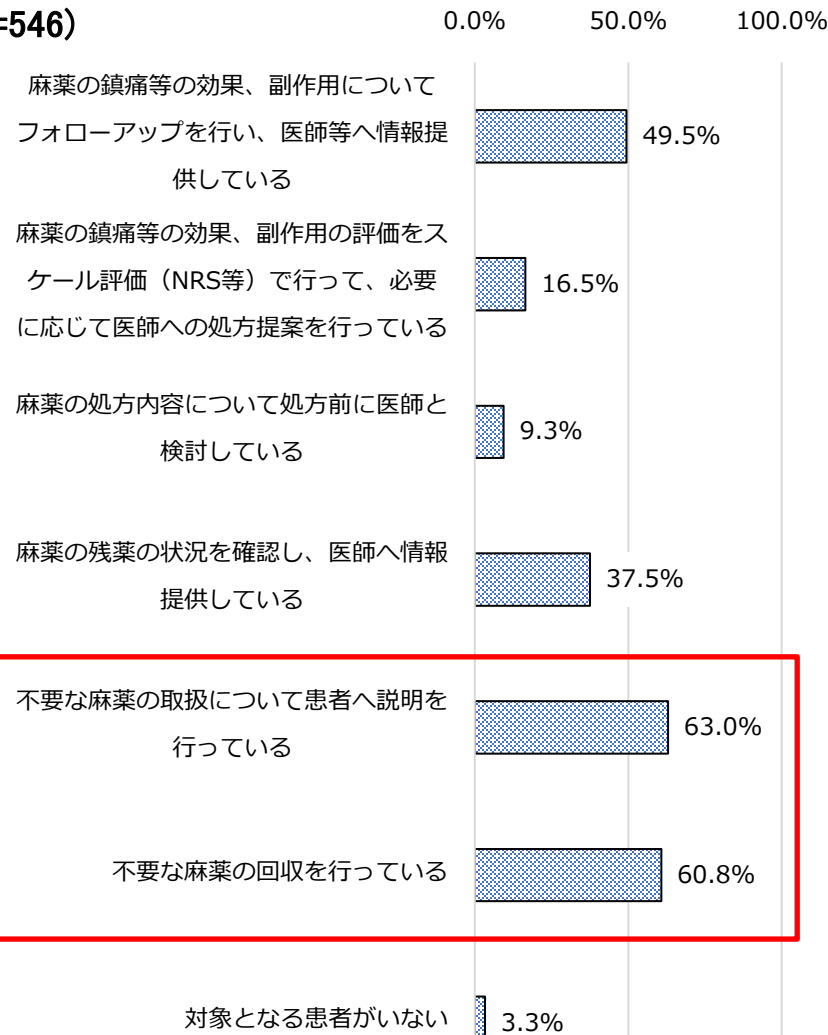
■ 麻薬を調剤した実績 (n=1,008)



がん以外の患者
に対して麻薬の
調剤を実施

麻薬の調剤の実績がある546施設

■ 麻薬を調剤した患者に対して実施している薬学的管理 (n=546)



在宅患者の訪問薬剤管理指導の状況

- 薬剤師の訪問回数は、末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者であっても、在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を合わせて最大月12回までと限られている。
- また、がん性疼痛以外に、慢性呼吸不全及び慢性心不全等の患者に対して麻薬製剤を使用する場合は訪問回数は最大月8回までである。
- いずれの場合も決められた回数を超えて必要な訪問薬剤管理指導を実施しても、指導料等は算定できない。

○在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療保険)^(注1, 2)

- ・単一建物診療患者が1人の場合
- ・単一建物診療患者が2～9人の場合
- ・単一建物診療患者が10人以上の場合

居宅療養管理指導費(介護保険)※

- ・単一建物診療患者が1人の場合
- ・単一建物診療患者が2～9人の場合
- ・単一建物診療患者が10人以上の場合

※要介護者・要支援者に対しては介護保険の給付が優先

医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定

650点
320点
290点

517単位
378単位
341単位

・患者1人につき
月4回まで
・末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者の場合は
週2回かつ月8回まで

○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

- 1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合
- 2 1以外の場合
(要介護者・要支援者についても算定可能)

急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定

1:500点
2:200点

月4回まで



対象患者	1か月の最大訪問回数
末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の患者	最大12回
上記以外	最大8回

注1: 保険薬剤師人につき週40回に限り算定できる。

注2: 月2回以上算定する場合(末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。)は、算定する日の間隔は6日以上

在宅がん患者へのターミナルケア(薬剤師の訪問回数)

- 在宅がん患者のターミナルケアでは、看取りに近づくとも1週間あたりの訪問回数が増える傾向にあった。
- 特に看取り直前の14日前からは訪問回数が週に4回以上訪問しているケースが多くあった。

■ ターミナルケアにおいて薬剤師が行う薬学的管理の例



□ 薬が飲みにくい訴えがある場合の対応

- ・錠剤から散剤(水薬)・貼付剤への変更
- ・内服する薬の数を減らせるか検討
- ・飲むタイミングを極力少なくする(朝だけにするなど)等

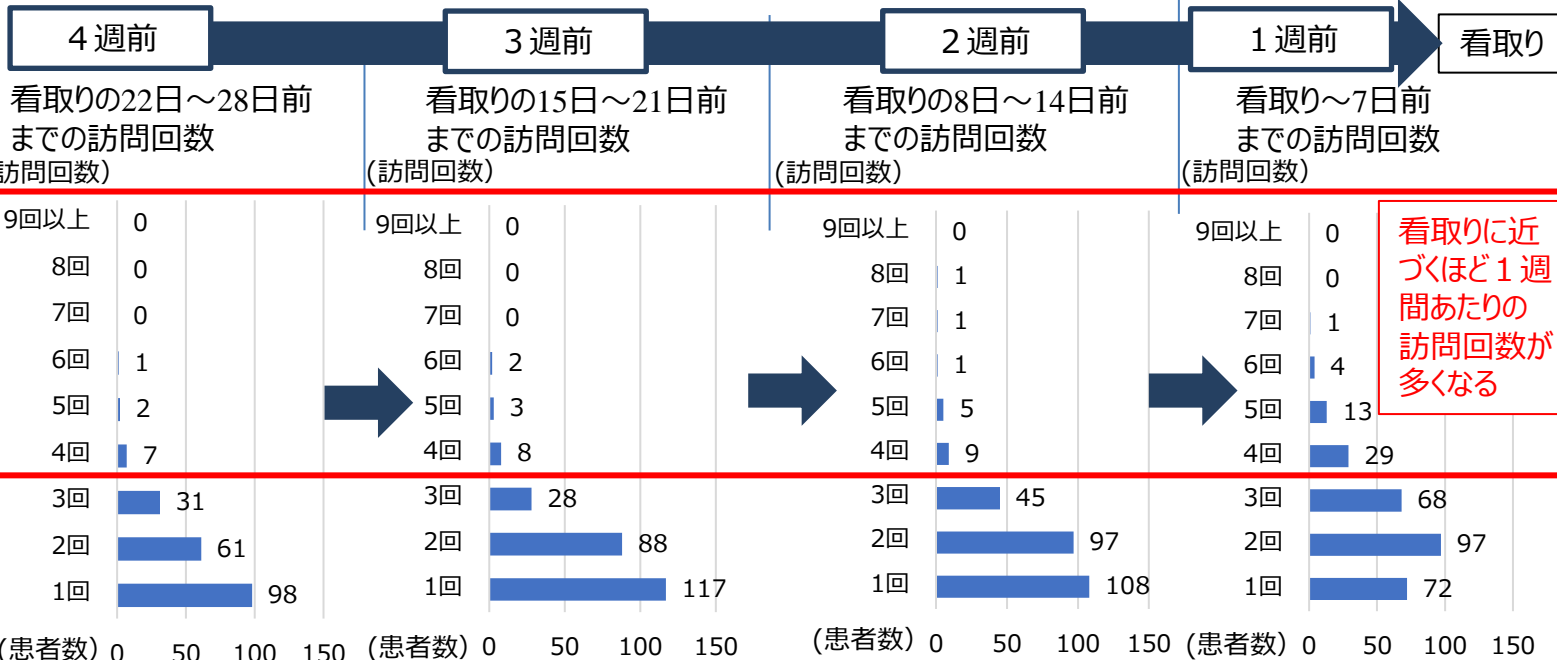


□ 看取り直前の対応

- ・内服困難となり注射薬での管理が必要となる
- ・状態により薬剤の使用量を増加させるため緊急の訪問頻度が増加することがある

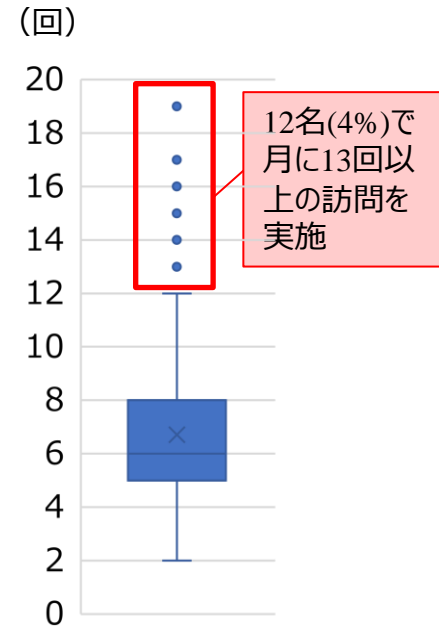
■ 看取り4週前の期間における在宅がん患者への1週間毎の薬剤師の訪問回数 (55薬局、訪問患者299名)

(看取り日から遡って最長4週間分(28日前から)のすべての訪問を集計しており、4週未満の症例も含まれる。)



看取りに近づくほど1週間あたりの訪問回数が多くなる

■ 月あたりの薬剤師の訪問回数 (訪問患者299名)

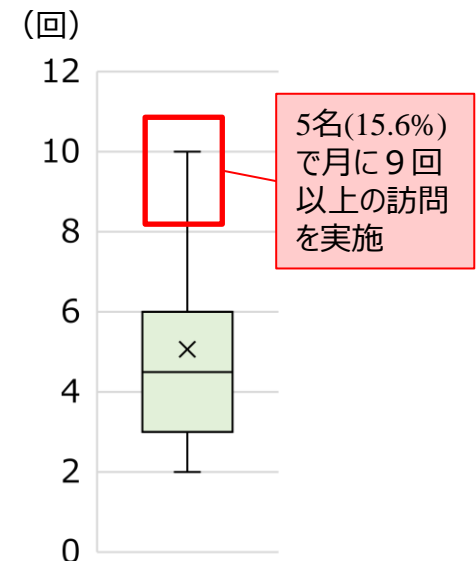
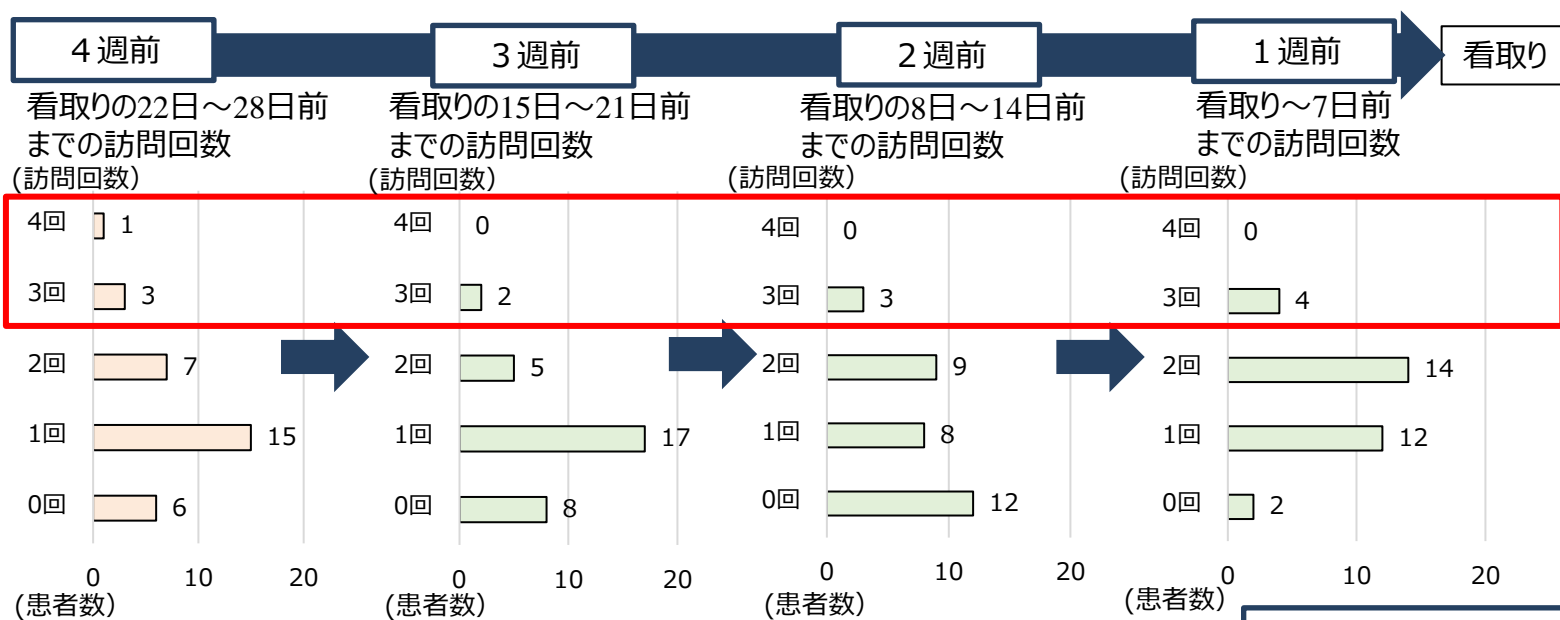


がん以外の在宅患者へのターミナルケア（薬剤師の訪問回数）

○ がん以外の在宅患者の看取りにおいては、多くの場合訪問回数は週に2回までであったが、例えば、医療用麻薬が使用される場合においては、訪問を週に3回以上実施しているケースがあった。

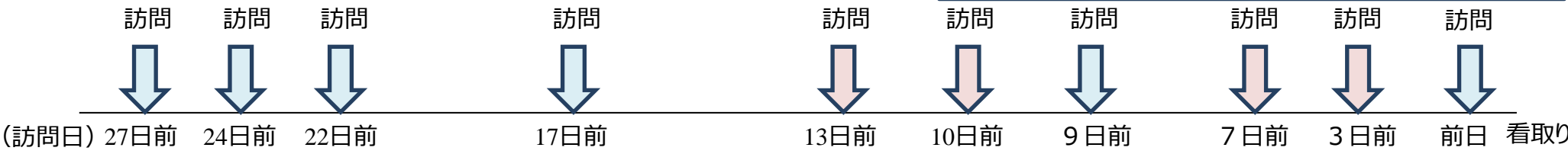
■ 看取り4週前の期間におけるがん以外の在宅患者への1週間毎の薬剤師の訪問回数（19薬局、訪問患者32名）
（看取り日から遡って最長4週間分（28日前から）のすべての訪問を集計しており、4週未満の症例も含まれる。）

■ 月あたりの薬剤師の訪問回数（訪問患者32名）



■ 医療用麻薬を使用する心不全の終末期患者の訪問事例（医師の処方に基づく訪問）

医療用麻薬以外の処方あり（催眠鎮静薬等）
医療用麻薬の処方あり



月8回を超える訪問は算定できない

出典: 1) 終末期在宅における訪問薬剤師の業務量調査、一般社団法人全国薬剤師・在宅療養支援連絡会(J-HOP)、2023年をもとに保険局医療課作成
※在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導で居宅(施設・自宅)における看取りに関わった症例を年間12例以上有する薬局への調査

1. 論点及び対応案

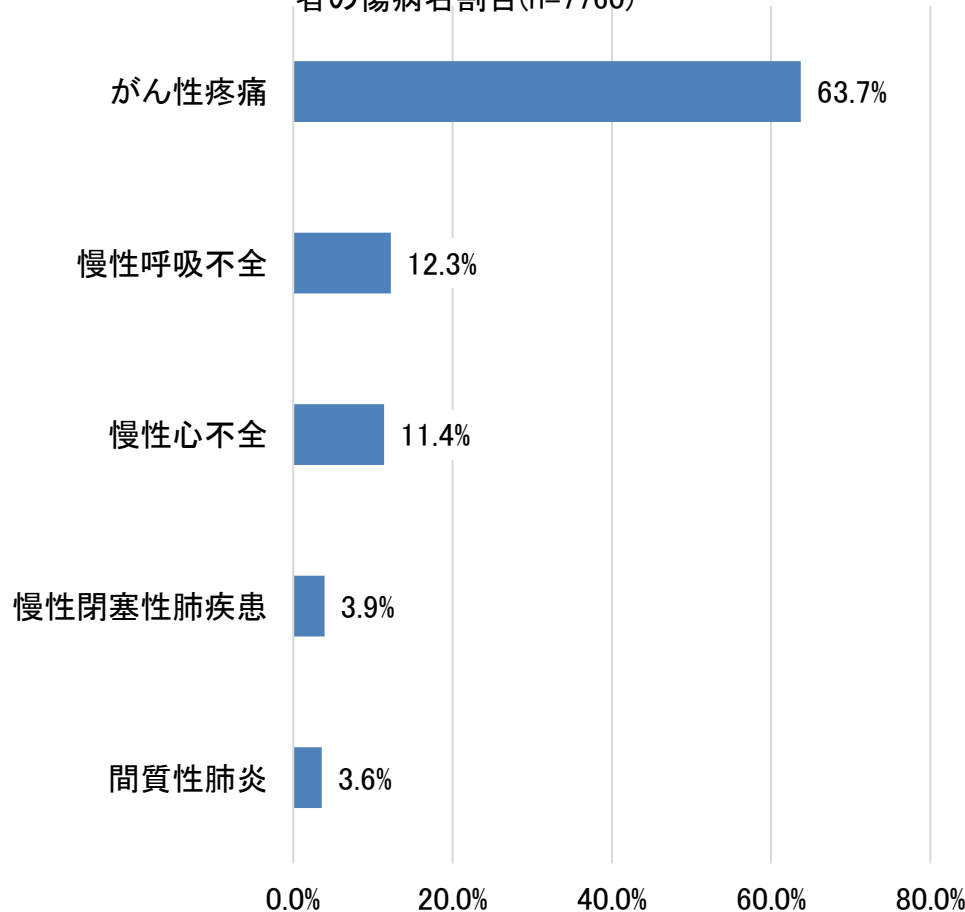


2. 参考資料

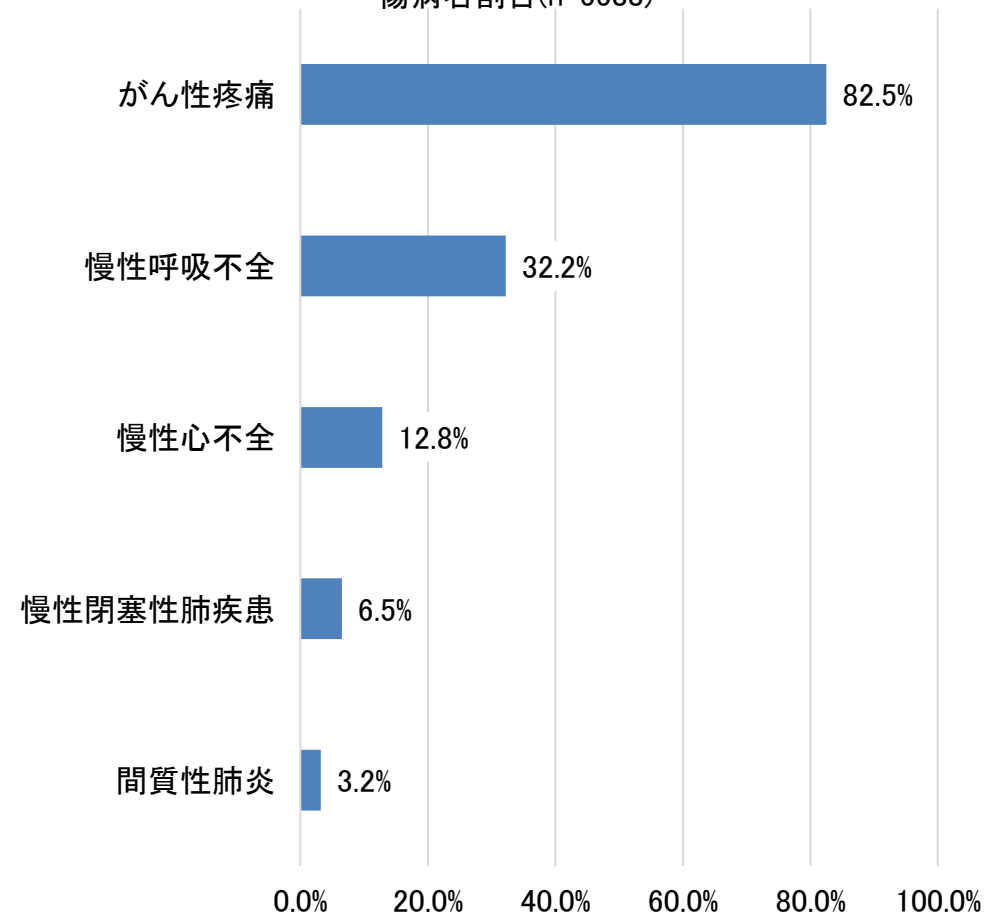
訪問診療を行っている患者の麻薬の処方状況

- 訪問診療を行っている患者で麻薬の注射薬が処方されている患者のレセプトにおいて、「がん性疼痛」が傷病名として記載されている割合は82.5%であった。
- がん性疼痛に限らず、慢性呼吸不全及び慢性心不全で注射薬の麻薬が使用されている実態があった。

麻薬を処方され、処方料または処方箋料が算定された患者の傷病名割合(n=7760)



麻薬(注射薬のみ)を処方された患者の傷病名割合(n=5588)



レセプト内の傷病名データのため、同一レセプト内で上記傷病名が重複している場合もある。

在宅時医学総合管理料等を算定している患者に対する内服薬の院内処方等は、薬剤料が包括されるため、集計対象から除外される。

在宅がん医療総合診療料を算定している悪性腫瘍患者に対する処方等は、薬剤料が包括されるため、集計対象から除外される。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護における 訪問看護関連加算の取扱いについて

1. 論点及び対応案

2. 参考資料



1. 論点及び対応案

2. 参考資料

対応案

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護における訪問看護関連の以下の加算について、第230回介護給付費分科会で議論された訪問看護の対応案と同様の対応とすることとしてはどうか。
 - ・ ターミナルケア加算
 - ・ 緊急時訪問看護加算
 - ・ 退院時共同指導加算

論点②

- 訪問看護における看取りのニーズや機会が増えており、死亡前14日間で実施したケア内容の実態によると、介護保険・医療保険の訪問看護いずれにおいても同様のケアを提供している。
- 離島等で医師が死亡診断を行うまでに時間を要する場合、家族が長時間待機することがある。また、場合によっては遠方の医療機関に救急搬送して死亡診断を受けるケースもある。
- このような状況を踏まえ、訪問看護の利用者に対する看取り体制を強化するためにどのような方策が考えられるか。

対応案

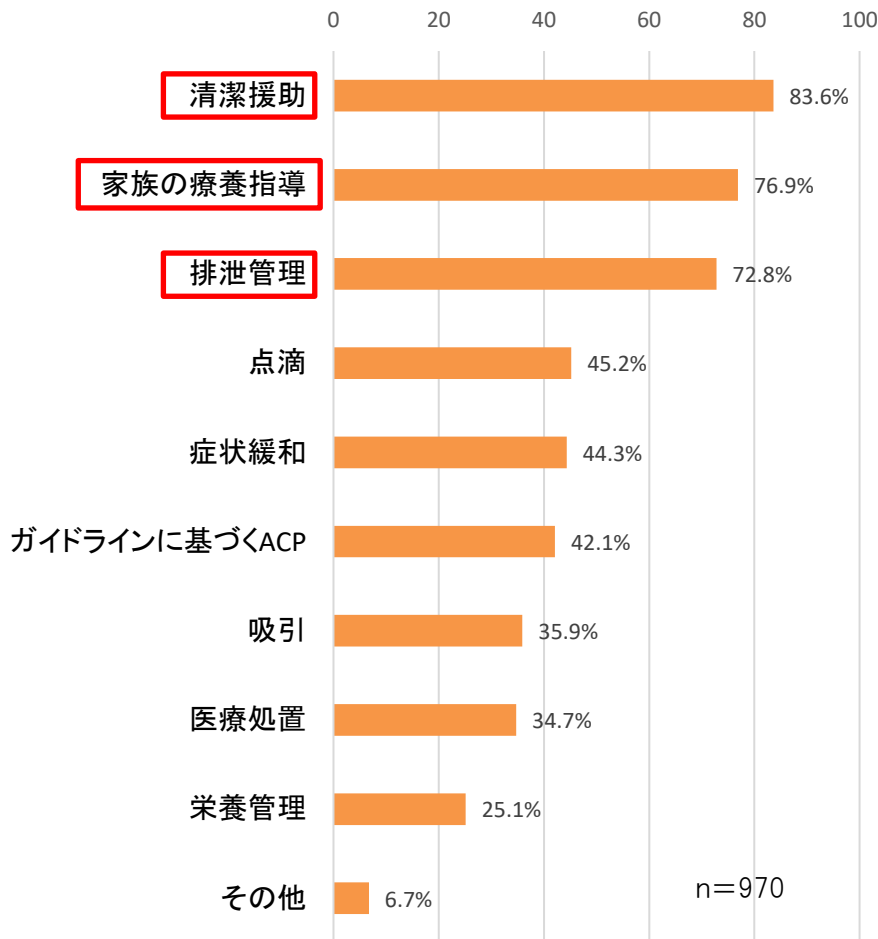
- ターミナルケア加算について、診療報酬における評価を踏まえ、単位数を見直してはどうか。
- 離島等に居住する利用者に対して医師が行う死亡診断等を、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合を評価※してはどうか。

(※) 看護小規模多機能型居宅介護についても評価してはどうか。

訪問看護で死亡前14日間で実施したケア

- 利用者の死亡前14日間で実施したケア内容は、「清潔援助」が最多で83.6%、次いで「家族の療養指導」が76.9%、「排泄管理」が72.8%であった。
- 訪問看護事業所へのヒアリングによると、介護保険の訪問看護においても重症度の高い利用者のターミナルケアが増えている。

死亡前14日間で実施したケア(介護保険)

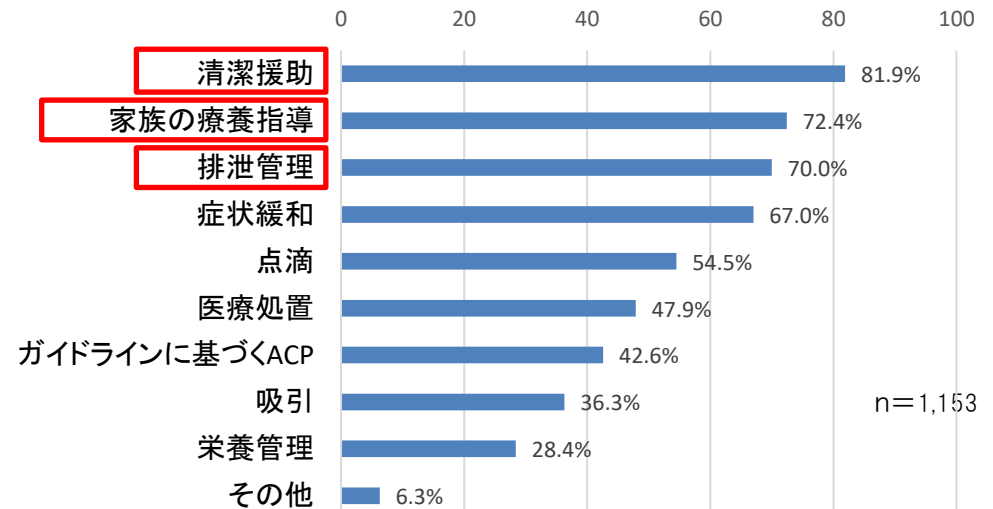


介護保険の訪問看護のターミナルケアを行う利用者や状態の変化(事業所ヒアリングより)

- ・自宅での看取りを希望し、看取り目的で訪問看護を利用する者が増加している
- ・心不全、腎不全の利用者の看取りが増えている
- ・症状によっては、在宅で強心剤・昇圧剤の持続点滴をする例も増えた
- ・慢性閉塞性肺疾患の利用者は呼吸苦が出現することが多く、オピオイド(麻薬性鎮痛薬)を使用することもある

参考

死亡前14日間で実施したケア(医療保険の利用者)



論点③ 訪問看護における持続可能な24時間対応体制の確保

社保審一介護給付費分科会

第230回 (R5.11.6)

資料2

論点③

- 緊急時訪問看護加算の算定要件である「利用者又は家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制」は、原則として当該事業所の看護師等が直接電話を受ける体制がある場合に認められている。
- 在宅における医療ニーズの高まりに伴い、24時間の対応が求められており、緊急時訪問看護加算の届出をしている事業所は8割を超える一方、看護師等の負担が大きいことが指摘されている。
- 24時間対応を持続可能とすることに資する負担軽減の取組をしている訪問看護事業所は67.9%であり、「ICTの活用」や「夜間対応した翌日の勤務体制の調整」が行われている一方で「勤務間インターバルをとる」といった取組は2割程度と少ない傾向にある。
- 24時間対応へのニーズに適切かつ即時に対応できる持続可能な体制を構築する観点から、どのような対応が考えられるか。

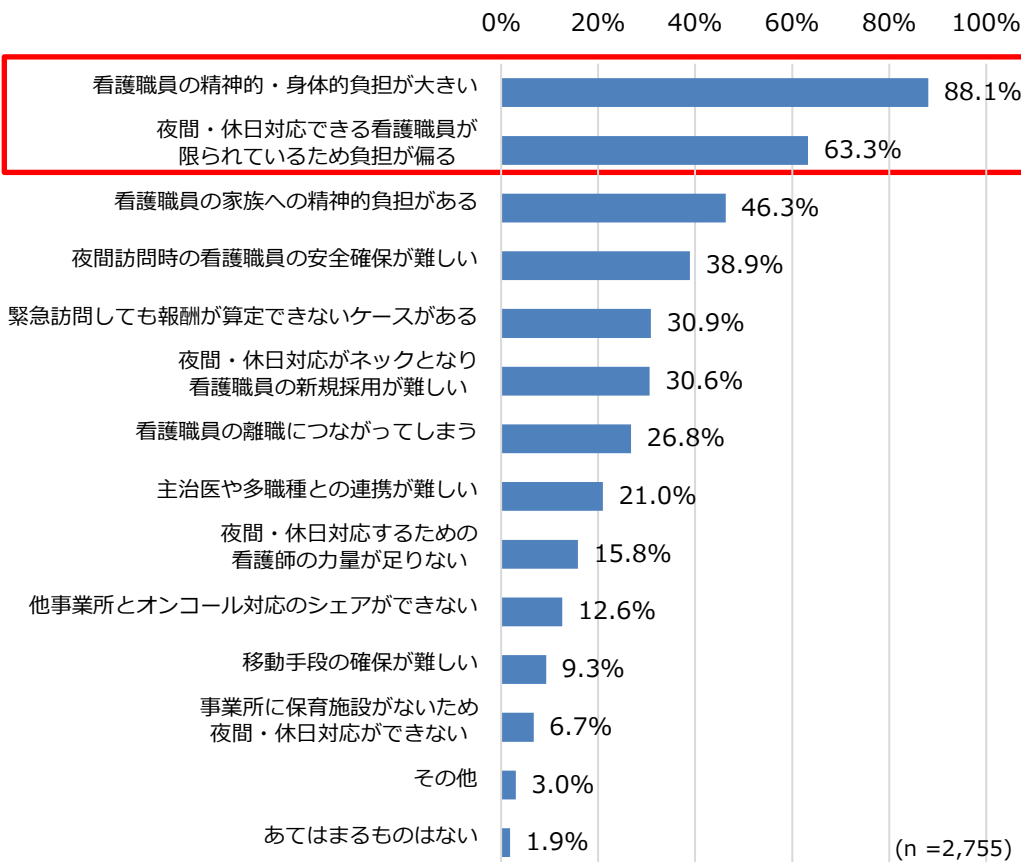
対応案

- 同一訪問看護事業所において、緊急訪問の必要性の判断を看護師等が速やかに行えるよう、看護師等に連絡できる体制が整備されている等、適切なサービス提供体制が確保されている場合には、看護師等以外の職員も利用者又は家族等からの電話連絡を受けられるようにしてはどうか。
- 24時間対応を確実に機能させる観点から、持続可能な体制に資する取組が行われている場合につき評価してはどうか。

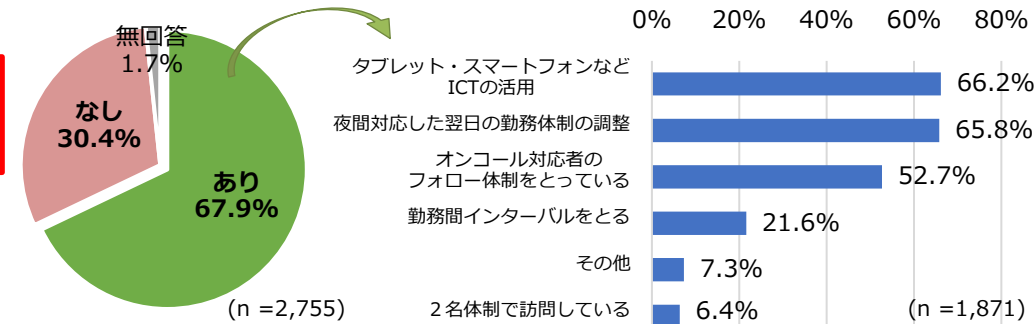
24時間対応体制の確保に係る課題と負担軽減の取組

- 24時間対応体制に関する課題としては、「看護職員の精神的・身体的負担が大きい」、「夜間・休日対応できる看護職員が限られているため負担が偏る」が多く挙げられていた。
- 24時間対応に係る連絡体制の負担軽減の取組をしているとした訪問看護ステーションは7割弱であり、「ICTの活用」や「夜間対応した翌日の勤務体制の調整」等が取り組まれている他、看護職員に対するサポート体制の構築が主であり、「勤務間インターバルをとる」といった取組は21.6%と他の取組より少ない傾向にあった。

■ 24時間対応に係る課題等



■ 24時間対応体制に係る負担軽減の取組内容



■ 追加ヒアリングの概要

24時間対応体制に係る看護職員の負担軽減の取組を行っている訪問看護ステーションに取組内容に関するヒアリングを実施。

■ 負担軽減の取組内容

- ✓ 深夜・夜間救急があった場合、翌日の勤務調整（午前休暇等）など当番者の身体の休息を確保する
- ✓ 当番翌日は代休・年次有給休暇取得・遅出・早退等にする勤務体系としている
- ✓ 連続する携帯当番を避ける
- ✓ 新規利用者、重症者や担当する利用者以外は事前の同行訪問等を行い利用者の状況・特徴を把握している
- ✓ 緊急対応が予測される場合は事前の情報交換と対応方法を周知
- ✓ 管理者やスタッフへの相談が可能となるようサポート体制をつくる
 - ・ ICTを活用し、利用者情報の共有を図ることや担当看護師が相談対応する
 - ・ スタッフが翌月の当番表案を確認し、全員の意見を反映させた上で24時間対応体制を取る
 - ・ 複数名を電話当番とした上で、対応の優先順位付けを行い当番同士で相談対応

論点⑤ 円滑な在宅移行に向けた医療と介護の連携

社保審一介護給付費分科会

第230回 (R5. 11. 6)

資料 2

論点⑤

- 入院中の患者が退院後円滑に在宅療養に移行するためには、医療と介護の切れ目のない連携が重要である。
- 医療機関等に入院している患者に対し、訪問看護事業所が主治医及び関係スタッフと連携して指導を行う退院時共同指導加算の算定件数が令和3年、4年で大幅に減少したが、前回改定でWEBによる指導を可能とした中で、令和5年では回復傾向にある。
- 訪問看護利用者のニーズに対応し、在宅での療養環境を早期に整える観点から、令和3年度介護報酬改定において、主治の医師が必要と認める場合に退院当日の訪問看護（看護職員等）が算定可能となった。
- 退院当日に訪問を要した利用者・家族の困りごととして、「体調・病状」「緊急時の対応」等が多く、退院当日から「服薬援助」「家族との調整（ケアの指導等）」「点滴の管理」等の医療的な対応が行われている。
- なお、急性増悪等により一時的に頻回な訪問が必要な場合は、特別訪問看護指示書により医療保険の訪問看護サービスを受けることも可能である一方、医療保険の訪問看護の対象とならない例もある。
- こうした状況を踏まえ、要介護者等がより円滑に在宅移行するために、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 医師の指示に基づき、看護師による退院当日の訪問の評価を充実することについて、どのように考えるか。
- また、退院時共同指導を効率的に実施する観点から、入院中の患者に対する指導内容につき、文書以外の方法で提供することを可能としてはどうか。

1. 論点及び対応案



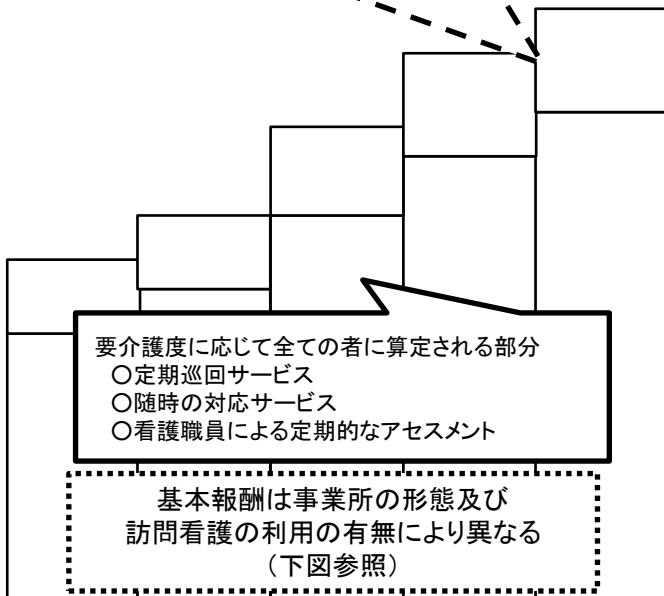
2. 参考資料

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の報酬(1月あたり)

※加算・減算は主なものを記載

利用者の要介護度に応じた基本サービス費

医師の指示に基づく看護を受ける者に算定される部分
(看護職員による療養上の世話又は診療の補助)
※ 訪問看護を利用しない者・医療保険適用者は算定しない



要介護度に応じて全ての者に算定される部分
○定期巡回サービス
○随時の対応サービス
○看護職員による定期的なアセスメント

基本報酬は事業所の形態及び
訪問看護の利用の有無により異なる
(下図参照)

要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

専門的な認知症ケアの実施
(90単位、120単位/月)

利用開始日から30日以内の期間
(30単位/日)

市町村が定める要件を満たす場合
(上限500単位)

リハビリテーション職との連携
・加算Ⅰ：100単位/月
・加算Ⅱ：200単位/月

介護福祉士等を一定割合以上配置+研修等の実施
(750、640、350単位/月)

同一建物に居住する利用者に対するサービス提供
(▲600単位/月 or ▲900単位/月)

通所系サービス又は短期入所系サービスを利用した場合の減算

〔通所系サービス利用1日当たり▲62単位～▲322単位
短期入所系サービス利用時は、短期入所系サービスの利用日数に応じて日割り計算

緊急時の訪問看護サービスの提供
(315単位/月)

死亡日及び死亡日前14日以内を実施したターミナルケアを評価
(2,000単位/死亡月)

退院退所時、医師等と共同指導した場合
(600単位/回)

包括サービスとしての総合的なマネジメント
(1,000単位/月)

中山間地域等でのサービス提供(5%・10%・15%)

【介護職員処遇改善加算】
(Ⅰ)13.7% (Ⅱ)10.0% (Ⅲ)5.5%
【介護職員等特定処遇改善加算】
(Ⅰ)6.3% (Ⅱ)4.2%

准看護師による訪問看護
(▲2%/月)

(注1)点線枠の加算は、区分支給限度基準額の算定対象外 (注2)点線枠は、一体型事業所のみ算定。

	一体型事業所	
	介護・看護利用者	介護利用者
要介護1	8,312単位	5,697単位
要介護2	12,985単位	10,168単位
要介護3	19,821単位	16,883単位
要介護4	24,434単位	21,357単位
要介護5	29,601単位	25,829単位

連携型事業所
介護分を評価
5,697単位
10,168単位
16,883単位
21,357単位
25,829単位

連携先訪問看護事業所を利用する場合の訪問看護費(連携先で算定)



2,954単位

3,754単位

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の各加算の算定状況

	単位数 (令和3年4月改定後)	単位数 (単位:千単位)		割合 (単位数ベース)		件数 (単位:千件)		算定率 (件数ベース)		請求事業所数		算定率 (事業所ベース)	
		総数				総数				総数			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		600,663		600,663	129.25%	35.6		35.6	100.00%	-		-	1,148
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (I) (1)看護なし	5,697~25,829単位/月	48,478		48,478	8.07%	4.1		4.1	11.52%	-		-	-
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (I) (2)看護あり	8,312~29,601単位/月	140,144		140,144	23.33%	8.5		8.5	23.88%	-		-	-
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (II)	5,697~25,829単位/月	300,621		300,621	50.05%	23.0		23.0	64.61%	-		-	-
通所利用減算 (1)看護なし	△62~281単位/月	△ 21,688		△ 21,688	△ 3.61%	16.7		16.7	46.91%	-		-	-
通所利用減算 (2)看護あり	△91~322単位/月	△ 6,672		△ 6,672	△ 1.11%	4.3		4.3	12.08%	-		-	-
同一建物減算 1	△600単位/月	△ 5,795		△ 5,795	△ 0.96%	9.7		9.7	27.25%		479		41.72%
同一建物減算 2	△900単位/月	△ 3,803		△ 3,803	△ 0.63%	4.2		4.2	11.80%		59		5.14%
特別地域定期巡回・随時対応型訪問介護看護加算	+ 15/100	602		602	0.10%	0.4		0.4	1.12%		15		1.31%
中山間地域等における小規模事業所加算	+ 10/100	5		5	0.00%	0.0		0.0	0.00%		3		0.26%
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	+ 5/100	9		9	0.00%	0.0		0.0	0.00%		4		0.35%
緊急時訪問看護加算	+ 315単位/月	1,750		1,750	0.29%	5.6		5.6	15.73%		235		20.47%
特別管理加算 (I)	+ 500単位/月	352		352	0.06%	0.7		0.7	1.97%		155		13.50%
特別管理加算 (II)	+ 250単位/月	109		109	0.02%	0.4		0.4	1.12%		112		9.76%
ターミナルケア加算	+ 2,000単位	60		60	0.01%	0.0		0.0	0.00%		22		1.92%
初期加算	+ 30単位/日	1,595		1,595	0.27%	3.6		3.6	10.11%		843		73.43%
退院時共同指導加算	+ 600単位/回	15		15	0.00%	0.0		0.0	0.00%		9		0.78%
総合マネジメント体制強化加算	+ 1,000単位/月	32,464		32,464	5.40%	32.5		32.5	91.29%		1,039		90.51%
生活機能向上連携加算 (I)	+ 100単位/月	4		4	0.00%	0.0		0.0	0.00%		7		0.61%
生活機能向上連携加算 (II)	+ 200単位/月	77		77	0.01%	0.4		0.4	1.12%		21		1.83%
認知症専門ケア加算 (I)	+ 90単位/月	14		14	0.00%	0.2		0.2	0.56%		8		0.70%
認知症専門ケア加算 (II)	+ 120単位/月	7		7	0.00%	0.1		0.1	0.28%		5		0.44%
サービス提供体制強化加算 (I)	+ 750単位/月	13,236		13,236	2.20%	17.6		17.6	49.44%		560		48.78%
サービス提供体制強化加算 (II)	+ 640単位/月	5,523		5,523	0.92%	8.6		8.6	24.16%		0		0.00%
サービス提供体制強化加算 (III)	+ 350単位/月	215		215	0.04%	0.6		0.6	1.69%		20		1.74%
介護職員処遇改善加算 (I)	×137/1000	66,735		66,735	11.11%	33.6		33.6	94.38%		1,078		93.90%
介護職員処遇改善加算 (II)	×100/1000	990		990	0.16%	0.6		0.6	1.69%		24		2.09%
介護職員処遇改善加算 (III)	×55/1000 (※)	206		206	0.03%	0.3		0.3	0.84%		12		1.05%
介護職員処遇改善加算 (IV)	× (※) ×90/100	-		-	0.00%	-		-	0.00%		0		0.00%
介護職員処遇改善加算 (V)	× (※) ×80/100	12		12	0.00%	0.0		0.0	0.00%		1		0.09%
介護職員等特定処遇改善加算 (I)	×63/1000	20,810		20,810	3.46%	22.8		22.8	64.04%		669		58.28%
介護職員等特定処遇改善加算 (II)	×42/1000	5,347		5,347	0.89%	8.7		8.7	24.44%		319		27.79%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護市町村独自加算	単位数は市町村にて設定	86		86	0.01%	0.2		0.2	0.56%	-		-	-

(注1) 「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により求めたもの。

(注2) 「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。

(注3) 「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

(注4) 請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含まない。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計」より老健局認知症施策・地域介護推進課作成及び介護保険総合データベースの任意集計(令和4年3月サービス提供分)