

## IV 居宅療養管理指導

## 1. 居宅療養管理指導の現行の報酬体系

(1) 医師又は歯科医師 が行う場合	(一) 居宅療養管理指導費 (I)	940 単位
	(二) 居宅療養管理指導費 (II)	510 単位

(二)以外；月1回限り)

(寝たきり老人在宅総合診療料を算定する場合；月1回限り)

(2) 薬剤師が行う場合	550 単位
--------------	--------

(月2回限り)

特別な薬剤の使用 1回につき100単位加算
--------------------------

(3) 管理栄養士が行う場合	530 単位
----------------	--------

(月2回限り)

(4) 歯科衛生士等が行う場合	500 単位
-----------------	--------

(月4回限り)

## 2. 参考資料

### 居宅療養管理指導

介護給付費に関するデータ（介護給付費実態調査（平成13年5月審査分））

居宅療養管理指導総費用		1,323,483	千円									
介護給付費全体に占める割合		0.41	%									
利用者数	138,275 100%	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	(平均要介護度) 3.08				
		5,567 4.0%	24,473 17.7%	24,055 17.4%	21,477 15.5%	26,104 18.9%	36,599 26.5%					
利用者1人当たり平均単位数	／月(単位)	957.5	954.0	976.0	968.8	943.9	935.3	962.1				
利用者1人当たり平均利用日数	／月(日)	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3	1.4				
利用者1日当たり平均単位数	(単位)	689.1	688.4	680.7	683.0	689.5	696.6	693.6				
			社会福祉法人 (社協以外)	医療法人	社団・財団	営利法人	農協	生協	地方公共団体 (都道府県)	地方公共団体 (市町村)		
請求事業所数	14,654	33	3,638	183	726	21	210	8	286			
1事業所当たり平均費用額	／月(円)	90,021	98,518	103,266	169,401	99,661	262,838	182,258	163,038	154,712		
1事業所当たり平均利用実人数	／月(人)	10.6	10.7	13.0	22.0	10.0	30.0	25.6	17.1	17.2		
利用者1人当たり平均費用額	(円)	8,486	9,236	7,917	7,708	9,985	8,761	7,131	9,520	9,021		

### 要介護状態区別

		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
利用実日数	(日)	192,144	7,714	35,088	34,124	29,401	35,049	50,768
	100%	4.0%	18.3%	17.8%	15.3%	18.2%	26.4%	
利用単位数	(千単位)	132,397	5,311	23,885	23,305	20,271	24,414	35,211
	100%	4.0%	18.0%	17.6%	15.3%	18.4%	26.6%	
1件当たり単位数	(単位)	848.8	855.2	862.3	856.7	840.7	837.2	846.4

### 有資格者区別、要介護度別(単位数)

		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
医師又は歯科医師(I)	(千単位)	66,852	2,605	11,427	11,298	10,198	12,868	18,457
	100%	3.9%	17.1%	16.9%	15.3%	19.2%	27.6%	
医師又は歯科医師(II)	(千単位)	30,858	1,188	5,432	5,480	4,949	5,796	8,013
	100%	3.9%	17.6%	17.8%	16.0%	18.8%	26.0%	
薬剤師	(千単位)	26,097	1,250	5,406	4,816	3,800	4,262	6,561
	100%	4.8%	20.7%	18.5%	14.6%	16.3%	25.1%	
薬剤師+特別薬剤加算	(千単位)	130	7	15	27	18	33	31
	100%	5.1%	11.8%	20.6%	13.7%	25.0%	23.8%	
管理栄養士	(千単位)	702	46	184	156	99	91	127
	100%	6.5%	26.2%	22.2%	14.0%	13.0%	18.1%	
歯科衛生士	(千単位)	7,770	215	1,423	1,532	1,211	1,366	2,024
	100%	2.8%	18.3%	19.7%	15.6%	17.6%	26.0%	
要介護度別計	(千単位)	132,409	5,311	23,887	23,309	20,274	24,416	35,213
	100%	4.0%	18.0%	17.6%	15.3%	18.4%	26.6%	

## 有資格者別（単位数）

		医師又は歯科医師（Ⅰ）	医師又は歯科医師（Ⅱ）	薬剤師	薬剤師＋特別薬剤加算	管理栄養士	歯科衛生士
算定単位数	（千単位）	132,409	30,858	26,097	130	702	7,770
		100%	23.3%	19.7%	0.1%	0.5%	5.9%

## 有資格者区分別、要介護度別（回数）

		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
医師又は歯科医師（Ⅰ）	（回）	71,258	2,774	12,176	12,038	10,871	13,722
		100%	3.9%	17.1%	16.9%	15.3%	19.3%
医師又は歯科医師（Ⅱ）	（回）	60,506	2,330	10,650	10,746	9,703	11,365
		100%	3.9%	17.6%	17.8%	16.0%	18.8%
薬剤師	（回）	47,451	2,273	9,830	8,757	6,910	7,750
		100%	4.8%	20.7%	18.5%	14.6%	16.3%
薬剤師＋特別薬剤加算	（回）	224	11	25	46	29	57
		100%	4.9%	11.2%	20.5%	12.9%	25.4%
管理栄養士	（回）	1,325	86	347	294	186	172
		100%	6.5%	26.2%	22.2%	14.0%	13.0%
歯科衛生士	（回）	15,540	430	2,846	3,063	2,422	2,731
		100%	2.8%	18.3%	19.7%	15.6%	17.6%
要介護度別計	（回）	196,309	7,904	35,874	34,944	30,121	35,797
		100%	4.0%	18.3%	17.8%	15.3%	18.2%

## 有資格者別（回数）

		医師又は歯科医師（Ⅰ）	医師又は歯科医師（Ⅱ）	薬剤師	薬剤師＋特別薬剤加算	管理栄養士	歯科衛生士
算定回数	（回）	196,309	71,258	47,451	224	1,325	15,540
		100%	36.3%	24.2%	0.1%	0.7%	7.9%

## 介護報酬に関する事業者団体ヒアリング 及び意見公募の実施について（案）

社会保障審議会介護給付費分科会として、介護報酬に関する意見をより広く把握し、介護報酬見直しに向けての審議に資するため、事業者団体ヒアリング及び意見公募を実施する。

### 1. 事業者団体ヒアリング

#### (1) 対象

介護保険サービスを提供する事業者の団体であって、介護報酬に関する意見について意見陳述を希望するものについて、選定の上、ヒアリングを実施する。

#### (2) ヒアリング申請の要領

- ・ ヒアリングを希望する事業者団体は、団体の名称及びその概要（目的、組織構成、活動内容）並びに意見を記載した申請書（A4で2枚程度）を、厚生労働省老人保健課まで提出する。
- ・ 申請受付期間：1月下旬（第4回分科会終了後）～2月下旬

#### (3) ヒアリング実施対象の事業者団体の選定

分科会長が選定する。

#### (4) 申請書の公表

ヒアリングが実施されなかった分を含め、提出された申請書は、原則として、分科会の場において配布し、公表する。

### 2. 意見公募

#### (1) 対象

介護保険サービスを提供する事業者、事業従事者、保険者、利用者・家族等の個々の事業者や個人、これらの団体等は、書面にて介護報酬に関する意見を提出できるものとする。

#### (2) 公募の要領

- ・ 応募者は、その氏名、名称及び概要（事業内容、活動内容等）並びに意見を記載（A4で1枚）のうえ、厚生労働省老人保健課まで提出する。
- ・ 公募受付期間：事業者団体ヒアリングと同じ

#### (3) 意見の公表

提出された意見は、原則として、分科会の場において配布し、公表する。

### 3. その他

事業者団体ヒアリング、意見公募ともに、実施要領については、厚生労働省ホームページに掲載する予定。

## 平成14年介護事業経営実態調査(案)の概要

### 1. 調査の目的

介護保険法では、介護報酬は各々のサービスの平均費用の額を勘案して設定することとしていることから、各々の介護サービスについての費用等についての実態を明らかにし、介護報酬設定のための基礎資料を得ることを目的とする。

### 2. 調査の対象

介護保険サービスの指定施設・事業所について行う。(※併せて行う居宅サービスの状況も含む)

#### (1) 介護保険施設

- ・介護老人福祉施設票
- ・介護老人保健施設票
- ・介護療養型医療施設(病院)票
- ・介護療養型医療施設(診療所)票

#### (2) 指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業者

- ・訪問看護ステーション票
- ・居宅サービス事業所(福祉関係)票  
次の事業につき都道府県知事の指定を受けた事業所  
訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、福祉用具貸与、居宅介護支援事業
- ・居宅サービス事業所(医療施設)票  
次の事業につき都道府県知事の指定を受けた病院・診療所  
短期入所療養介護、通所リハビリテーション
- ・痴呆対応型共同生活介護事業所(医療法人)票
- ・痴呆対応型共同生活介護事業所(医療法人以外)票
- ・特定施設入所者生活介護事業所(有料老人ホーム)票
- ・特定施設入所者生活介護事業所(ケアハウス)票

### 3. 調査の客体

- ・層化無作為抽出法により抽出して行う。
- ・層化は、介護保険法の厚生大臣の指定する地域区分(地域区分)、開設主体、施設の種類により各サービス毎に行う。
- ・抽出率  
各サービス毎に概ね1/3

### 4. 調査の期日

- ・平成14年4月1日

### 5. 調査事項

#### (1) 介護保険施設

- ・開設主体、運営主体、土地及び現有建物の状況、入所定員、要介護度別在所者

- 数・延在所者数、延外泊者数、施設基準、加算減算の状況、おむつ実使用者数、食事サービスの状況、専有延床面積、設備等の状況、特別な室料、職員配置
  - ・平成14年3月の1月間における施設の事業及び併せて行う居宅サービスの各事業の収入と支出の状況
  - ・職種、常勤・非常勤別の職員数と給与等の状況
  - ・平成13年度（平成13年）貸借対照表
- 等

(2) 指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業者

【共通事項】

- ・開設主体、運営主体、土地及び現有建物の状況、要介護度別実利用者数・延利用者（訪問回数）数、通常の実施地域以外の利用者、介護給付費の割引の有無、サービスに係る専有延床面積、職員配置
- ・平成14年3月の1月間における各事業の収入と支出の状況
- ・職種、常勤・非常勤別の職員数と給与等の状況
- ・平成13年度（平成13年）貸借対照表

【訪問介護】

- ・身体・家事・複合別訪問回数、訪問時間別訪問回数、サテライト事業所数

【訪問入浴介護】

- ・サービス担当者別延訪問回数

【訪問看護】

- ・健康保険法等による利用者数、サテライト事業所数・利用者数

【通所介護・通所リハビリテーション】

- ・時間区分別延利用者数、送迎の状況

【短期入所生活介護・短期入所療養介護】

- ・おむつ実利用者数、送迎の状況

【福祉用具貸与】

- ・搬出入を行った回数

【居宅介護支援】

- ・要介護認定調査の受託件数、新規利用者数、介護支援専門員の勤務別担当者数
- 【痴呆対応型共同生活介護事業所】
- ・外泊日数、入院日数、事業者の負担による外部の介護サービスの利用状況、夜間の勤務体制、入所者の負担する費用
- 【特定施設入所者生活介護】
- ・入所者の負担する費用

等

6. 調査の方法

- ・調査票の記入は、施設・事業所の管理者等が調査票に記入する自計方式により行う。

7. 調査票の配布及び回収

- ・調査票の配布及び回収は、郵送により行う。

## 「おむつ代の評価に係る問題点」

日本医師会 青柳 俊

### 1. 問題点

- (1) 介護報酬に含まれる、おむつ代平均利用額「月額 8,609 円」の妥当性
- (2) 老人保健施設における平均的利用額を、3 施設共通で採用したことの是非
- (3) 療養型病床群における医療型病床と介護型病床との整合性  
(おむつ代の包括評価の是非、非利用者からも費用徴収することの是非)

### 2. 「8,609 円」算出根拠(平成 11 年度介護報酬経済実態調査(厚生労働省)より)

⇒ **8,609 円** は、老健施設における平均利用料(非利用者を含めた平均額)。同調査における老健施設入所者のおむつ利用率は **53.7%**。従って、おむつ利用者の平均利用料(=費用)は **16,032 円**(=8,609 円/53.7%)と評価されていることになる。

(利用者に実際にかかる費用が 1 人 16,032 円であれば収支トントン。ただし、オムツの利用率が老健の 53.7%より高くなると、収入は一定だが費用は増加するため、収支はマイナスとなる)

(参考)主な施設別おむつ利用率(同調査)

○特養:61.5%    ○老健:53.7%    ○病院療養型病床群:66.1%    ○介護力強化病棟:72.6%

### 3. 現行制度における「おむつ代」の持出し額(損失額)の試算結果(別紙1参照)

⇒ おむつ利用率の高い介護保険適用療養型病床群(病院)では、  
**入院者 100 人当たりで約 1,000 万円/年(ケース3の場合)の持出し(損失)**となっている。

表 1.介護保険適用の療養型(病院)におけるおむつ代持出し額(損失額)の試算

試算ケース	入院者 100 人当り 年間損失額
ケース1 (現行報酬ベース、利用率は H11 厚生労働省調査ベース) 介護保険適用療養型病床群(病院)の おむつ利用率を 66.1%、 利用者 1 人にかかる費用を 16,032 円とした場合	238.6 万円
ケース2 (現行報酬ベース、利用率は日医調査ベース) おむつ利用率を 80.4%、 利用者 1 人にかかる費用を 16,032 円とした場合	513.7 万円
ケース3 (実際にかかる費用ベース、利用率は日医調査ベース) おむつ利用率を 80.4%、 利用者 1 人にかかる費用を 21,057 円とした場合	998.5 万円



表2. 実費用を、現行報酬(平均1人当り8,609円、利用者平均16,032円)ベースとした場合の持出し額推計(ケース1、2)

	特 養	老 健	病院 療養型病床群 (医療保険・介護保険混在)	病院 療養型病床群 (介護保険適用病床のみ)
	— 平成11年厚生労働省調査 —			— 日本医師会調査 —
①おむつ利用率	61.5%	53.7%	66.1%	80.4%
②入院入所者100人当たりのおむつ利用者	61.5人	53.7人	66.1人	80.4人
③入院入所者100人当たりのおむつ代「収入」(介護報酬月額)	860,900	860,900	860,900	860,900
④16,032円/人とした場合のおむつ代「費用」(16,032円×②)	985,947	860,900	1,059,693	1,288,945
⑤入院入所者100人当たりの持出し月額「収支」(③-④)	▲ 125,047		▲ 198,793	▲ 428,045
⑥年額収支(⑤×12ヶ月)	▲ 1,500,563		▲ 2,385,511	▲ 5,136,543

※ 病院療養型病床群のおむつ利用率は、厚生労働省調査時は医療・介護の区別がないため「医療・介護混在」の利用率となっている。日医調査は介護保険適用病床のみ。

表3. 実際にかかる利用者1人当り費用21,057円(日本医師会実態調査(H12.9))をベースとした場合の持出し額推計(ケース3)

	病院 療養型病床群
①おむつ利用率(実態調査)	80.4%
②入院入所者100人当たりのおむつ利用者	80.4人
③利用者1人当りおむつ代平均費用月額(実態調査)	21,057
④入院入所者100人当たりのおむつ代「収入」(介護報酬月額)	860,900
⑤21,057円/人とした場合のおむつ代「費用」(②×③)	1,692,983
⑥入院入所者100人当たりの持出し月額「収支」(④-⑤)	▲ 832,083
⑦年額収支(⑥×12ヶ月)	▲ 9,984,994

※ 「10,708円」は、8,609円を利用率「80.4%」(日医調査)で割り戻した、介護保険適用療養型病床群における1人当たりのおむつ代月額

# 介護療養型医療施設の現状と課題

介護療養型医療施設連絡協議会  
会長 木下毅

1. 介護職員 3:1 を配置している施設は、厚生労働省の調査では、指定介護療養型医療施設の約 58% を占め、平均要介護度は 4.0 以上となると聞いております。また、当介護療養型医療施設連絡協議会会員を対象とし平成 13 年 4 月に行われた調査では、約 78% が 3:1 の介護職員を配置しています。このように、半数以上の介護療養型医療施設で 3:1 介護が行われているのは、次のような理由によるものと思われます。

① 痴呆がある人の率は、他の介護保険 2 施設とほぼ同率であるが、ランク IV が 29.6%、ランク M が 11% と重症痴呆の人数が多い。

② 次のような看護の手がかかる人の率が高い。

- ・ 嚥下障害があるため、誤嚥のおそれがあり、肺炎等の感染を起こし易い人
- ・ 頻回の喀痰吸引の必要な人
- ・ 気管切開をしている人
- ・ モニター測定の必要な人
- ・ 感染症の治療が必要な人
- ・ 経管栄養の管理が必要な人
- ・ リウマチ等による痛みのコントロールの必要な人
- ・ コントロール不良の糖尿病、痙攣発作、高度の肝・腎障害など
- ・ ターミナルケア
- ・ 心不全で管理の必要な人
- ・ リハビリテーションの必要な人
- ・ 在宅復帰調整中

③ 上記の様な合併症のある痴呆患者の比率も高い。

2. 1 病棟あたりの夜勤体制は、最低基準として、看護職員 1 人、介護職員 1 人とされており、この体制では、入院患者 30 人に対応することしかできません。その根拠は、あくまでも経験値であり、夜勤 2 人のうち 1 人は看護職でなければ実施できない業務に専念し、残り 1 人の介護職が排泄介助、トイレ誘導を担当することになります。したがって、この他の介護を行うためには、入院患者 30 人が限界です。痴呆患者のケアや身体拘束のゼロを目指し、安全で質の良い医療・ケアをすすめていくためには夜勤帯の必要人数も考えなければなりません。それゆえ、当会の会員病院の多くでは、3 人夜勤（看護 1・介護 2）を実施し、さらに患者の状態等によっては 4 人夜勤を実施しています。

また、看護介護労働は、1,800 労働時間と月 8 回（2 交代制では 4 回）の夜勤に制限さ

れていることから、現行の3:1介護でも病棟規模によっては基準より増員しないと勤務が組めないのが現状です。

**計算証拠例** 月8回×12ヵ月=96日

イ. (準夜勤2人+深夜勤2人) ×365=1.460人日 ÷96=15.2人

ロ. (準夜勤3人+深夜勤3人) ×365=2.190人日 ÷96=22.8人

ハ. (準夜勤4人+深夜勤4人) ×365=2.920人日 ÷96=30.4人

上記の計算から、現行の看護6:1・介護3:1の合計2:1の人員でイの2人夜勤では、30.4床以上、ロの3人夜勤で45.6床、ハの4人夜勤では60.8床以上の看護単位でない限り勤務体制が組めないことが示されます。

### 3. 問題点

高齢化率が今後も伸展する中で、現在の施設に課せられた人的配置で全ての人に安全で、良質な高齢者の医療・看護・介護が提供できるかどうかは疑問であると考えます。その一つの理由として、社会問題となっている転倒等の介護事故例を挙げる事ができます。特に、介護療養型医療施設における現在の人的配置基準(看護職6:1、介護職3:1)を廃止し、6:1、4:1に下げようになっていることについて、労働基準法を遵守し、なおかつ、良質なサービス提供と看護・介護夜勤体制を維持するためには、現状の6:1、3:1の看護・介護基準は最低限度必要な配置数と考えられます。

以上の通り、介護3:1の配置基準を増員している経営努力が、介護4:1に引き下げられることになれば、夜勤体制を現状の3~4人夜勤から2人夜勤に引き下げざるをえなくなってしまう、著しいケアの低下を招くおそれがあります。また、同時に、5,600人の雇用の機会が減ることになります。このようなことは、老人医療を実践してきた医療者としては、実施することはできません。

介護4:1の配置基準は最低基準なのだから、病院が必要であると考えるのであればその人員数を確保すればよいのではないかという意見もあります。しかし、介護職の配置数が3:1から4:1となれば収入は6.5%減となり、この収入減を無視して雇用を続けることは困難と思えます。

高齢者施策の根幹をつくるべきこの時期に、高齢者の医療・介護の場において科学的根拠に基づく人員配置の適正な基準を諸外国の実状等もふまえて提示していく必要があると考えます。

# 訪問看護ステーションの基準を緩和し、訪問看護の充実を

2002年1月23日 社会保障審議会介護給付費分科会委員 山崎摩耶

## ◇ 「在宅重視」を全面展開に

介護保険法では、「居宅において能力に応じた自立した生活を行える」よう支援することが、保険給付におけるもっとも重要な考えのひとつとされている。すなわち在宅サービス重視の考え方である。

しかし、保険給付の実態をみると、約3分の2が施設サービスへの給付であり、制度スタート時点としてはこの理念は達成し切れなかったといえよう。

2003年の介護給付費および関連制度の改定においては、介護保険法理念の達成のために、在宅サービスが量的にも質的にも適切に給付されるようにすることが最も重要な課題である。

○ 実際には、理念に反し施設サービスへの給付が多い

在宅サービス	施設サービス
1,209億円 (37.0%)	2,056億円 (63.0%)

\*2001年3月～5月の1ヶ月平均

\*2001年10月22日社会保障審議会介護保険給付費部会資料より

## ◇ 訪問看護はますます必要になる

高齢者の特性を考えると、生活支援と医療を適切に組み合わせながら、サービス給付を行うことが重要である。訪問看護サービスは、この特性をもち、医療と介護を担うものであり、要介護者の保険給付に不可欠と考える。

一方、病院での在院日数が短縮していく中で、医療ニーズをもったまま居宅で過ごす者の数も増えていくと考えられる。医療経済研究機構の調査でも療養型病床群に入院中の患者の約半数は在宅で対応できるという。今後ますます訪問看護の必要性は高まる。

○ 訪問看護の利用者は要介護度が高い傾向にある

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
訪問看護	3.2%	16.5%	18.8%	15.2%	18.9%	27.4%
訪問介護	17.4%	36.4%	17.9%	10.3%	8.8%	9.2%

\*訪問看護は、2001年6月実施 日本看護協会「介護保険事業所の事業  
進捗状況等についての調査」より n=80,495人

\*訪問介護は2001年11月5日社会保障審議会介護保険給付費部会資料より

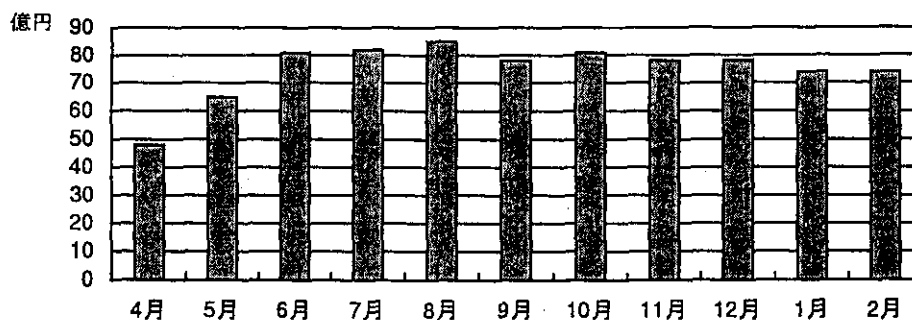
◇ 訪問看護の規制を緩和し量的整備を

訪問看護の給付は、介護保険開始後あまり増加していない。その理由は、訪問看護サービス提供の8割以上を占める「訪問看護ステーション」の開設が進まないからである。全国の市町村の約半数で訪問看護ステーションがなく、地域偏在も大きいという状況は、介護保険施行前とあまり変わっていない。

訪問看護をめざす看護職は非常に多いにもかかわらず、訪問看護ステーションの開設がすすまない理由は、「指定基準」の高さにあると考えられる。そこで制度施行前に検討課題として残されている以下の点を今回で解決すべきである。

- ① 訪問看護ステーションの指定基準における人員配置基準である常勤換算2.5人の規制を緩和し、1人とすべきである。
- ② 基準該当を認め、法人格がなくても訪問看護事業所を開設できるようにすべきである。

○ 訪問看護費の給付実績は伸びていない



\*2001年10月22日社会保障審議会介護保険給付費部会資料より

## ◇ きめ細やかな介護給付の要件設定を

利用者の医療・介護ニーズを満たし介護予防に資するため、よりきめ細やかな訪問看護サービスを行うためには、介護給付費の訪問看護に関連するいくつかの要件を見直す必要がある。具体的には次の事項である。

### 1) 厚生労働大臣が定める疾病等の見直し

医療処置などのニーズがあり頻回な訪問看護を必要とする対象者として、インシュリン注射を要するが自己注射のできない者、重度のじょくそうがある者、頻回な喀痰・吸引が必要な者、胃管・腸管の管理を必要とする者などを加えることで、これら利用者へより多くの訪問看護サービスを提供できる環境が整う。

### 2) 30分未満の訪問看護療養費の見直し

医療処置を中心に行いながら多くの患者を巡回する短時間の訪問看護は、交通費などの費用がかかる割に単位の設定が低いため、あまり普及していない。30分未満の訪問看護療養費の単位をあげることで巡回型の訪問看護が今より普及する。

### 3) 退院前・退院時の訪問看護

医療機器の利用等が病院から在宅へとスムーズに移行できるよう、入院・入所中の医療機器を使用している利用者に訪問する場合の点数を設けることで、退院当日から心配のない在宅生活を送ることができる。

また、退院・退所日の訪問看護を算定対象にすることで同様の効果が得られる。

### 4) ターミナル加算

前月からの訪問が必要との要件を廃止することで、在宅で看取られるために退院した者などの短期間の利用がすすむ。

### 5) グループホームへの訪問

看護職のいないグループホームに訪問看護を行った場合、介護給付費からの算定ができないが、これをできるようにすることで、グループホームにも負担の無理なく、利用者にも心配なく訪問看護をうけることができるようになる。