令和3年4月版
在宅サービス 介護報酬 算定の手引

目 次

第1章 介護保険のしくみ 7

1「介護を社会で支えあう」介護保険制度の骨格 …… 8
1　超高齢社会における介護保険制度の必要性 …… 8
2　40歳以上が被保険者，うち要介護者・要支援者にサービスを提供 …… 9
●介護保険の財政－保険料と公費
3　さまざまなサービスを原則1割（2・3割）負担で …… 10
2サービスをうけるには「認定」が必要 … 11
1　要介護5～1と要支援2・1の7段階に区分 …… 11
●有効期間の後の更新認定，期間内の変更認定
コラム 認定の有効期間と，期間の短縮・延長 …… 11
2　被保険者による申請から要介護・要支援認定までの流れ …… 12
●認定調査と主治医意見書にもとづく一次判定
●介護認定審査会による二次判定
●認定審査会の意見とその活用
3サービス提供にあたってのケアマネジメント …… 14
1　ケアマネジメントで利用者を専門的な立場から支援 …… 14
●利用者の状態を把握し，希望もふまえてケアプランを作成
2　適切な給付管理もケアマネジメントの重要な一面 …… 16
●適切なサービス量を示す支給限度基準額
●給付管理票を作成し国保連合会に送付
コラム ケアマネジメントの担い手 …… 16
4基準にもとづくサービスの提供 …… 17
1　「指定」をうけた事業者がサービスを提供 …… 17
コラム サービスの類型 …… 17
2　指定基準は国の基準をふまえ自治体が条例で定める …… 18
●事業所単位での指定，有効期間は6年間
コラム 基準該当サービス …… 18
コラム みなし指定 …… 18
3　「現物給付」と「償還払い」の2方式の保険給付 …… 19
●利用者の負担が軽くてすむ現物給付
●後から払戻しをうける償還払い
5単位数表により介護報酬を算定し，月単位で請求 …… 20
1　単位数×1単位の単価で介護報酬を算定 …… 20
●支給限度基準額も単位数で規定
コラム 高額サービス費・高額医療合算サービス費 …… 20
2　単位数表におけるさまざまなルール …… 21
●加算の例（夜間・早朝の訪問介護）
●減算の例（事業所と同一の建物に居住する利用者）
●単位数表を読み解く
コラム 3年に一度の介護報酬の改定 …… 21
3　「介護報酬」は月単位で請求し，支払いをうける …… 22
●サービス提供月の翌月10日までに，国保連合会に請求データを送付
●国保連合会によるチェックと支払い
●請求の時効は2年間
6令和3年度からの制度・報酬改正 …… 23
1　介護保険制度改正の概要 …… 23
2　令和3年度介護報酬改定の概要 …… 24

第2章 ケアマネジメント 25

1在宅の要介護者に対するケアマネジメント …… 26
1　居宅介護支援の流れ …… 26
⑴要介護者や家族の状況をつかんで，ケアプランを作る …… 27
⑵サービスを提供するさまざまな事業者との連絡・調整 …… 28
コラム 介護支援専門員 …… 28
①資格と更新／②介護支援専門員の活躍の場
⑶サービスの提供状況の確認（モニタリング） …… 29
コラム 居宅介護支援以外のケアマネジメント …… 29
⑷給付管理業務 …… 30
2　居宅介護支援のポイント …… 32
コラム ケアマネジメントの利用者負担 …… 32
●指定基準と運営基準減算との関係
⑴内容・手続の説明および同意 …… 34
コラム 居宅介護支援の基本方針 …… 34
⑵サービス担当者会議 …… 35
コラム 主治医等との連携 …… 35
⑶モニタリングを経てのケアプランの変更 …… 36
コラム アセスメントにおける課題分析 …… 36
⑷記録・書類の整備 …… 37
3　給付管理業務の実際 …… 38
（サービス利用票（第6表）の標準様式と記載例） …… 39
コラム 短期入所サービスの取扱い …… 40
（サービス利用票別表（第7表）の標準様式と記載例） …… 41
コラム サービス利用票別表の補足 …… 43
●サービスコード／●種類支給限度基準額／●介護報酬の割引
（給付管理票の様式と記載例） …… 44
2要支援者に対する介護予防ケアマネジメント …… 47
1　介護予防支援の実施主体と委託 …… 47
コラム 地域包括支援センターと介護予防ケアマネジメント …… 47
2　介護予防支援の流れ …… 48
3　介護予防支援のポイントと介護予防ケアプランの構成 …… 50

第3章 サービス事業者による在宅サービスの提供 51

1基準にそった適切なサービスの実施 …… 52
1　指定基準＝サービスの最低限の内容を規定 …… 52
●サービスの種類と所在地により，都道府県・市町村が指定
●業務管理体制の整備と届出
2　国の基準と自治体が条例で定める基準 … 53
コラム 健全で適正な運営の確保のための指導監督 …… 53
3　事業所指定の単位と地域ニーズに応じた指定 …… 54
●居宅サービスにおける市町村協議制
●地域密着型サービスにおける公募制
●地域密着型通所介護における指定拒否
コラム 介護サービスと介護予防サービスの一体的運営 …… 54
4　共生型サービスの特例等による介護と障害者福祉の連携 …… 56
●障害者総合支援法・児童福祉法の指定事業所に特例
●人員基準・設備基準などを一体化
2サービス提供時に利用者からうけ取る利用料等 …… 57
1　保険対象サービスは現物給付で1割（2割・3割）負担 …… 57
●支給限度額を超える費用は全額利用者負担
●2割負担は合計所得金額160万円以上，さらに高い層を3割に
●3割負担の保険料未納者にかかる保険給付率引下げは，「6割」に
●負担割合証を認定者全員に交付
2　日常生活費と特別なサービス等の費用の負担 …… 60
コラム 災害等の特別な事情による自己負担の減免 …… 61
コラム 低所得世帯に対する利用料の軽減措置 …… 61
3　食費・滞在費の負担の軽減 …… 62
●ショートステイでの1食ごとの食費設定と補足給付
コラム 補足給付と食費の見直し（令和3年8月） …… 63

(1)補足給付の預貯金要件の見直し／(2)食費の負担限度額の見直し（ショートステイ利用者）

3 サービス提供の留意点 …… 65
1 具体的なサービスごとの指定基準 …… 65
2 指定基準の構成と総則的事項 …… 66
●法との対応を示す「趣旨」と，用語を規定する「定義」
●各サービスの事業に共通する「一般原則」
コラム 常勤と常勤換算方法 …… 66
●常勤の時間数に達した場合は「常勤」／●常勤の従業員の員数に換算した「常勤換算」
コラム 指定基準におけるその他の共通的な事項 …… 67
●基本方針における共通的な原則／●「雑則」による電磁的記録・方法の活用
3 訪問系サービス・通所系サービスに共通する留意点 …… 68
●目標設定による計画的な提供と自己評価
●個別サービス計画の作成と交付
コラム 基準該当サービス …… 68
コラム サービス確保が困難な離島等の特例 … 71
4 訪問系サービス …… 72
(1)訪問介護 …… 72
●生活援助サービスの取扱い
コラム 新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱い（訪問介護の人員確保等の特例） …… 73
(2)訪問入浴介護 …… 74
コラム 介護予防訪問入浴介護 …… 74
(3)訪問看護 …… 75
コラム 医療保険における訪問看護の指定との関係 …… 76
コラム 介護予防訪問看護 …… 76
(4)定期巡回・随時対応型訪問介護看護【地域密着型サービス】 …… 77
●計画作成責任者の役割
コラム 介護・医療連携推進会議の設置 …… 79
(5)夜間対応型訪問介護【地域密着型サービス】… 81
(6)訪問リハビリテーション …… 83
コラム 介護予防訪問リハビリテーション … 83
(7)居宅療養管理指導 …… 84
●居宅介護支援との関係
コラム 介護予防居宅療養管理指導 …… 85
5 福祉用具貸与・特定福祉用具販売 …… 86
(1)福祉用具貸与 …… 86
コラム 介護予防福祉用具貸与 …… 87
コラム 参考：他制度での福祉用具の取扱い … 87
(2)特定福祉用具販売 …… 88
コラム 居宅介護福祉用具購入費の支給のしくみ …… 88
コラム 特定介護予防福祉用具販売 …… 88
6 通所系サービス …… 89
(1)通所介護 …… 89
コラム 通所介護事業所の設備の共用 …… 90
(2)地域密着型通所介護【地域密着型サービス】… 91
●療養通所介護
コラム 新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱い（通所系サービスの柔軟な取扱い） …… 92
(3)認知症対応型通所介護【地域密着型サービス】 …… 94
コラム 介護予防認知症対応型通所介護 …… 95
●宿泊サービスへの対応等
(4)通所リハビリテーション …… 99
コラム 介護予防通所リハビリテーション … 100
7 短期入所サービス …… 101
(1)短期入所生活介護 …… 103
コラム 介護予防短期入所生活介護 …… 104
(2)短期入所療養介護 …… 105
コラム 特定施設やグループホームの短期利用 …… 105
コラム 介護予防短期入所療養介護 …… 106
8 居宅介護支援・介護予防支援 …… 107
(1)居宅介護支援 …… 107
(2)介護予防支援 …… 109

第4章
介護報酬の算定と請求 111

1 単位数表等の基本的なしくみ …… 112
1 厚生労働省告示による「単位数表」が介護報酬のおおもとを規定 …… 112
2 「単位数表」の基本的な構成 …… 113
3 単位数表と別に規定する関係告示など …… 114
●具体的な解釈を提示するQ＆A
4 支給限度基準額 …… 115
5 1単位の単価 …… 116
コラム 単位数表とは別に算定されるサービス …… 116
6 加算などの体制の届出 …… 117

2 各サービスに共通・関連する介護報酬の事項 …… 118
1 複数のサービスの間で関係する事項 … 118
コラム 介護報酬の割引 …… 118
2 共通的な加算・減算 …… 120
(1)離島等の特別地域加算と中山間地域等における加算 …… 120
(2)定員超過利用の減算 …… 121
(3)人員基準欠如による減算 …… 121
(4)夜勤体制による減算等 …… 122
(5)認知症専門ケア加算 …… 122
(6)科学的介護推進体制加算等（LIFEの活用等が要件として含まれる加算） …… 123
(7)サービス提供体制強化加算 …… 125
コラム 新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 …… 125
(8)介護職員処遇改善加算 …… 126
(9)介護職員等特定処遇改善加算 …… 126
コラム 新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱い（介護報酬に係る柔軟な取扱い …… 127

3 各サービスの介護報酬 …… 128
1 訪問系サービス …… 128
(1)訪問介護 …… 128
コラム 同一敷地内建物等に居住する利用者へのサービス提供 …… 129
(2)訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護 …… 131
●訪問介護との同時利用の場合は訪問介護費の算定は不可
コラム 告示・通知における読み替えについて …… 131
(3)訪問看護・介護予防訪問看護 …… 133
コラム 医療保険の訪問看護との調整 …… 133
コラム 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携 …… 138
(4)定期巡回・随時対応型訪問介護看護【地域密着型サービス】 …… 139
(5)夜間対応型訪問介護【地域密着型サービス】 …… 142
コラム 地域密着型サービスにおける市町村独自報酬 …… 142
(6)訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション …… 143
(7)居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 …… 146
●医師・歯科医師が行う場合
●薬剤師が行う場合
●管理栄養士が行う場合
●歯科衛生士等（歯科衛生士・保健師・看護職員）が行う場合
コラム 医師等が行う場合のケアマネジャー等に対する情報提供 …… 147
2 福祉用具貸与の介護報酬と福祉用具購入費の支給 …… 148
(1)福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与 …… 148
●軽度者の福祉用具貸与の取扱い
(2)特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売にかかる購入費の支給 …… 150
3 通所系サービス …… 151
(1)通所介護 …… 151
コラム 通所介護の提供時間と延長 …… 151
(2)地域密着型通所介護【地域密着型サービス】 …… 156
(3)認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護【地域密着型サービス】 …… 157
コラム 送迎時における居宅内介助等の評価 …… 163
コラム 事業所と同一建物に居住する利用者等へのサービス提供等 …… 167
(4)通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション …… 168
コラム リハビリテーションにおける医療保険との調整 …… 168
コラム 医療保険から介護保険へ移行した場合のリハビリテーション計画書の取扱い …… 170
コラム リハビリテーションマネジメント加算の算定におけるリハビリテーション会議の開催 …… 171
コラム 感染症・災害による利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価方法 …… 172
①基本報酬への３％加算／②規模区分の特例
4 短期入所サービス …… 176
(1)短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 …… 176
(2)短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護 …… 176
コラム 入所等の日数の数え方 …… 179
5 居宅介護支援・介護予防支援 …… 205

4 介護報酬の請求と支払 …… 208
1 月ごとに請求書・明細書を国保連合会

に送付 …… 208
コラム 公費の請求が必要な場合 …… 208
●生活保護の介護扶助
2　国保連合会の点検・審査で返戻・査定の場合も …… 209
（介護給付費請求書の様式等） …… 211
（介護給付費明細書の様式等（様式第２：訪問通所サービスなどの例）） …… 213
（参考１）居宅介護住宅改修費・介護予防住宅改修費の支給 …… 219
（参考２）地域区分と１単位の単価 …… 221

第５章
総合事業の概要 223

1 保険給付とは異なる支援・総合事業 …… 224
1　総合事業は地域支援事業の一事業 …… 224
2　総合事業の構成 …… 225
3　相談から介護予防ケアマネジメントを経てサービスを利用 …… 226
●基本チェックリストによるサービスの区分の振り分け
●予防給付等と総合事業との関係
コラム 訪問介護・通所介護の，予防給付から総合事業への移行 …… 227
2 総合事業における介護予防ケアマネジメント …… 228
1　介護予防ケアマネジメントの実施体制 …… 228
●市町村で望ましい体制を検討して実施
コラム 予防給付との併用の場合・認定申請中の場合 …… 228
●予防給付とサービス事業を併用する場合／●要介護認定等を申請している場合
2　基本チェックリストの活用 …… 229
3　介護予防ケアマネジメントの類型 …… 230
●３つのパターンで実施
コラム 基本チェックリストの実施窓口とその後の流れ，給付管理の実施 …… 230
●市町村の窓口で実施した場合／●地域包括支援センターの窓口で実施した場合／●給付管理の実施
4　介護予防ケアマネジメント費の考え方 …… 232
コラム 介護予防ケアマネジメントにおける様式 …… 232
（関係者間での意識の共有と効果的な介護予防ケアマネジメント） …… 233
コラム 介護予防手帳の活用 …… 233
3 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスの提供 …… 234
1　サービス事業の構成 …… 234
●訪問型サービス・通所型サービスでは多様なサービスを展開
●その他の生活支援サービスも地域の実情に応じ市町村が検討
●訪問型サービス
●通所型サービス
●その他の生活支援サービス
2　サービス事業の実施方法 …… 237
●多様な方法による事業の実施（指定事業者制度や補助・助成）
（総合事業の事業・対象者ごとの実施方法） … 238
（総合事業における指定事業者制度） …… 239
3　サービス事業の基準 …… 240
●専門職等が行う短期集中サービスも市町村で規定
●介護給付と一体的に実施する場合における基準の緩和
4 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスの費用等 …… 242
1　サービス単価・利用者負担 …… 242
●国が定める額を勘案して単価を設定
●利用者負担も市町村で設定
●旧予防給付相当サービスは介護給付の負担割合が下限
●高額の負担の場合や低所得者への配慮
コラム １単位の単価の設定 …… 243
（（参考１）総合事業におけるサービス種類の考え方） …… 244
（（参考２）総合事業の算定構造） …… 249
2　介護予防・日常生活支援総合事業の審査支払の国保連合会の活用 …… 252
（（参考１）介護予防・日常生活支援総合事業費請求書の様式） …… 256
（（参考２）介護予防・日常生活支援総合事業費明細書の様式） …… 257

付録 「介護報酬の解釈」の実例 …… 258

索引 …… 266

第１章　介護保険のしくみ

1 「介護を社会で支えあう」介護保険制度の骨格 …… 8
1　超高齢社会における介護保険制度の必要性 …… 8
2　40歳以上が被保険者，うち要介護者・要支援者にサービスを提供 …… 9
3　さまざまなサービスを原則１割（２・３割）負担で …… 10

2 サービスをうけるには「認定」が必要 …… 11
1　要介護５～１と要支援２・１の７段階に区分 …… 11
2　被保険者による申請から要介護・要支援認定までの流れ …… 12

3 サービス提供にあたってのケアマネジメント …… 14
1　ケアマネジメントで利用者を専門的な立場から支援 …… 14
2　適切な給付管理もケアマネジメントの重要な一面 …… 16

4 基準にもとづくサービスの提供 …… 17
1　「指定」をうけた事業者がサービスを提供 …… 17
2　指定基準は国の基準をふまえ自治体が条例で定める …… 18
3　「現物給付」と「償還払い」の２方式の保険給付 …… 19

5 単位数表により介護報酬を算定し，月単位で請求 …… 20
1　単位数×１単位の単価で介護報酬を算定 …… 20
2　単位数表におけるさまざまなルール …… 21
3　「介護報酬」は月単位で請求し，支払いをうける …… 22

6 令和３年度からの制度・報酬改正 …… 23
1　介護保険制度改正の概要 …… 23
2　令和３年度介護報酬改定の概要 …… 24

1 「介護を社会で支えあう」介護保険制度の骨格

◎介護保険制度は，介護や社会的な支援を必要とする人が，尊厳を持って自立した日常生活を営めるように，必要なサービスをうけられることを目的としています。
◎市町村が運営主体（保険者）となり，40歳以上の人が全員加入する（被保険者となる），社会保険制度のひとつであり，被保険者が支払う保険料と，公費が財源です。
◎介護保険が提供する給付（サービス）には，おもに「介護給付」と「予防給付」があり，本書ではこれらのサービスと，その費用である介護報酬のしくみを主に解説しています。

1 超高齢社会における介護保険制度の必要性

近年，日本では，人口の高齢化にともない，寝たきりや認知症などにより，介護を必要とする人が急速に増加しています。

また，介護を行う期間の長期化などもあり，介護をめぐる課題は老後の生活において大きな不安要因となっています。

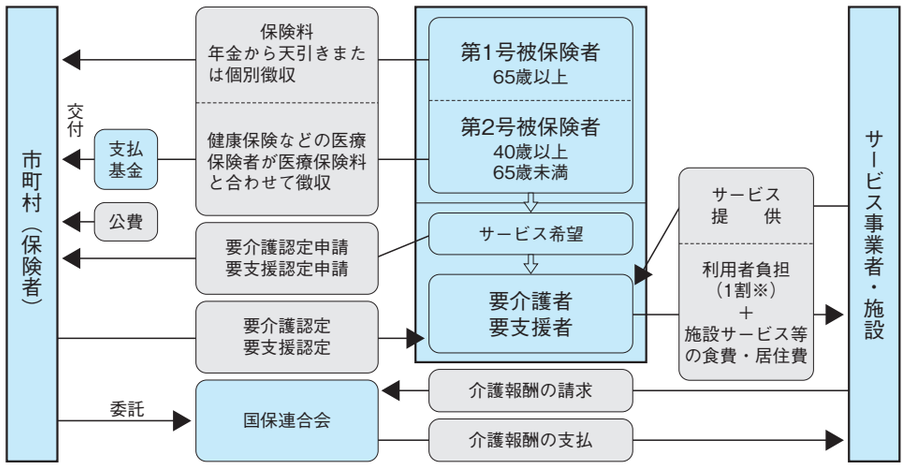
こうした背景から，市町村※1を保険者（保険制度の運営主体）とする介護保険制度が，平成12年度からスタートしました※2。

介護保険制度では40歳以上の人が被保険者として全員加入し，保険料を払います。介護や社会的な支援が必要となった人（要介護者・要支援者）に対しては，能力に応じて自立した日常生活を営めるように，必要なサービスが提供されます（保険給付）。保険給付に必要な費用は，保険料と公費からまかなわれます（サービスを利用した人も費用の一部を負担します）。

このように，介護保険は，いざ介護が必要となった場合でも，個人の負担を軽減し，広く社会で支えあうしくみ（社会保険※3）です。

※1 特別区（東京23区）も含みます。
※2 介護保険制度の根拠となる介護保険法は，平成9年12月17日に公布され，平成12年４月１日に施行されています。
※3 社会で支えあうために，公的な自治体が保険者になっています。また，本人の意思にかかわりなく，条件にあてはまる人は全て被保険者になり，保険料を払います。

◆介護保険制度の基本的なしくみ



※一定以上所得者は２割，現役並み所得者は３割（→P58参照）

2 40歳以上が被保険者，うち要介護者・要支援者にサービスを提供

介護保険の被保険者は，65歳以上の「第１号被保険者」と40歳以上65歳未満の「第２号被保険者」に分けられます。

介護保険のサービス（保険給付）を利用できるのは，被保険者のうち，要介護者あるいは要支援者として保険者（市町村）から認定をうけた人に限られます。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	その市町村に住所がある40歳以上の人	
	65歳以上の人	40歳以上65歳未満で，医療保険に加入している人 医療保険とは，健康保険，国民健康保険などの公的医療保険をいう
受給権者※	要介護者・要支援者	初老期認知症などの，老化を原因とする疾病（特定疾病）によって要介護者・要支援者になった人
保険料の額の決め方	市町村ごとに定める所得段階別定額制	医療保険者ごとによる
保険料の徴収方法	市町村が徴収 年金額が一定額以上の人は年金から天引き，それ以外は個別に徴収（口座振替等）	医療保険者が医療保険料として徴収し，納付金として一括して納付→納付金全体を交付金として，各市町村に交付（分配）

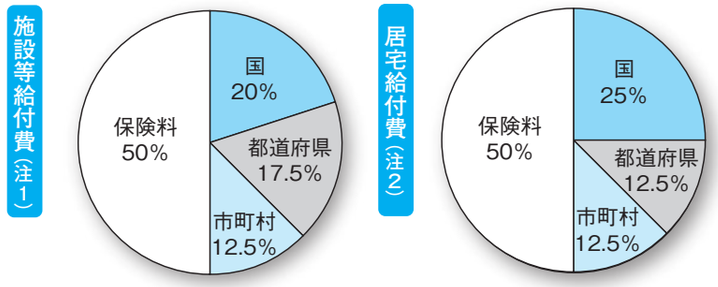
※「受給権者」とは，介護保険による給付をうけることができる人をさします。なお，「要介護者」「要支援者」については，P11参照。

●介護保険の財政－保険料と公費

介護保険制度を運営するための財源は，被保険者から支払われる保険料と，被保険者の保険料負担が過大なものにならないよう，公費によってまかなわれています。

保険料と公費の負担割合は，それぞれ50％ずつとなっています。

◆介護保険の費用負担割合



（注1）施設等給付費とは，都道府県知事が指定権限を有する介護老人福祉施設，介護老人保健施設，介護療養型医療施設，介護医療院，特定施設に係る給付費。
（注2）居宅給付費とは，施設等給付費以外の給付費。

※介護保険制度では，保険給付の円滑な実施が確保されるよう，３年を一期として，国では基本指針を，都道府県と市町村ではそれぞれ基本指針にもとづいた計画を定めています。なお，保険料における第１号被保険者と第２号被保険者の負担割合は，その計画期間ごとに見直されており，令和３～５年度（第８期計画期間）ではそれぞれ23%，27%となっています。

3 さまざまなサービスを原則１割（２・３割）負担で

介護保険の保険給付（サービス）には，要介護者に対する介護給付，要支援者に対する予防給付があります。これは介護保険法で内容が決まっていて，全国共通で実施されるものです。

要介護者や要支援者は，サービスにかかった費用の１割※1を，サービスを提供した事業者に支払うだけですみ，残りの費用は介護保険から，事業者に支払われます。

このほか，市町村特別給付※2があります。これは，市町村が条例を定めて独自に実施するもので，寝具乾燥サービスなどがあります。

さらに，保険給付ではありませんが，地域支援事業（P224参照）や保健福祉事業が制度として定められています。これらは要介護者・要支援者に限らず，広く被保険者あるいは介護を行っている家族を対象に行われます※3。

※1 一定以上所得者は２割，現役並み所得者は３割。

※2 市町村によって内容が異なりますので本書ではとりあげません。本書では介護給付と予防給付をあわせて「保険給付」と呼ぶこととします。

※3 一例として介護を行っている家族の相談にのる事業などがあります。

◆「介護給付」「予防給付」の対象となるサービス

	要介護者に対する介護給付	要支援者に対する予防給付
都道府県が指定・監督	◎居宅サービス 【訪問サービス】 ○訪問介護 ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 【通所サービス】 ○通所介護 ○通所リハビリテーション 【短期入所サービス】 ○短期入所生活介護 ○短期入所療養介護 ○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与　○特定福祉用具販売	◎介護予防サービス 【訪問サービス】 ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 【通所サービス】 ○介護予防通所リハビリテーション 【短期入所サービス】 ○介護予防短期入所生活介護 ○介護予防短期入所療養介護 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与 ○特定介護予防福祉用具販売
	◎施設サービス ○介護老人福祉施設　○介護療養型医療施設 ○介護老人保健施設　○介護医療院	
市町村が指定・監督	◎居宅介護支援	◎介護予防支援
	◎地域密着型サービス ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	◎地域密着型介護予防サービス ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
その他	○住宅改修	○住宅改修

※「指定・監督」などについては，P17～，P52～参照

2 サービスをうけるには「認定」が必要

◎介護保険によるサービス（保険給付）を利用しようとする人（被保険者）は，「要介護」または「要支援」の認定をうける必要があります。

◎認定には有効期間があり，有効期間がすぎても要介護・要支援状態にあると見込まれる場合は認定の更新を行います。認定の有効期間は，原則，新規で６か月，更新で12か月です。

◎認定の申請は市町村に対して行います。認定調査員が行う一次判定と介護認定審査会が行う二次判定の結果により，要介護度が決定されます。

1 要介護５～１と要支援２・１の７段階に区分

多くの人が費用を負担し支えあう介護保険制度では，サービスが必要な人を明確に特定して，適切に制度が運営される必要があります。そのような，サービス（保険給付）の必要性を判断するのが「認定」です。「認定」には「要介護認定」と「要支援認定」があり，それぞれ介護や支援の必要度に応じて，要介護５～１と要支援２・１※1に区分されます。「要介護」に該当した人は要介護者として「介護給付」の対象となるサービスを，また，「要支援」に該当した人は要支援者として「予防給付」の対象となるサービスをうけられます※2。

※1 表記の順番は，介護の必要性が高い人から順番になるよう列記しています。

※2 要介護・要支援に該当しなかった場合でも，「地域支援事業」（第５章）によるサービスをうけられることがあります。なお，市町村窓口への相談からみるサービス利用の流れについては，P226参照。

●有効期間の後の更新認定，期間内の変更認定

「認定」には有効期間が定められており，有効期間がすぎてもその状態にあると見込まれる場合は，更新の認定をうけることができます。また，有効期間内に現在の「認定」の区分に該当しなくなったときは，申請により変更の認定をうけることもできます。

■認定の有効期間と，期間の短縮・延長

初回の認定と区分の変更にかかる認定の場合，有効期間は６か月です。これは認定の申請日から数えられ，申請日が月の途中だった場合は，その月と，その後の６か月が有効期間となります。

更新の認定の場合は，前回の有効期間満了日の翌日から12か月ですが，更新の際に，状態不安定による要介護１の場合は，６か月以下の期間に設定することが適当です。

そのほか，市町村は必要と認められる場合に，有効期間を原則より短く定めたり，逆に長く定めたりすることが可能です。

これらをまとめると，以下の表のとおりです。

申請区分等		原則	設定できる範囲
新規申請（初回認定）		６か月	３か月～12か月
区分変更の申請		６か月	３か月～12か月
更新申請	前回要支援→今回要支援	12か月	３か月～36か月※※
	前回要支援→今回要介護※	12か月	３か月～36か月
	前回要介護→今回要支援	12か月	３か月～36か月
	前回要介護→今回要介護※	12か月	３か月～36か月※※

※状態不安定による要介護１の場合は，６か月以下の期間に設定することが適当です。
※※直前の要介護度と同じ要介護度と判定された場合の上限は48か月。

2 被保険者による申請から要介護・要支援認定までの流れ

「認定」では，被保険者が市町村の窓口に申請してから，認定調査員が行う認定調査などの結果（一次判定）と，介護認定審査会※1が行う審査・判定（二次判定）を経て，決定（要介護５～１，要支援２・１または非該当＝自立）が行われます（下図参照）※2。

この一連の手続にかかる期間は，特別な事情がある場合を除いて，原則として30日以内です。

●認定調査と主治医意見書にもとづく一次判定

一次判定では，市町村の職員もしくは委託された法人・事業所の担当者（認定調査員）による，観察・聞き取りにもとづく調査（認定調査）と，主治医の意見書により要介護度を判定します。

●介護認定審査会による二次判定

介護認定審査会では認定調査における特記事項や主治医意見書の内容をふまえた総合的な判断（二次判定）を行います。

この二次判定では，①一次判定の修正・確定，②介護の手間にかかる審査判定，③状態の維持・改善可能性にかかる審査判定（要支援２・要介護１を対象）により，要介護・要支援状態区分（または非該当）を確定します※3。

●認定審査会の意見とその活用

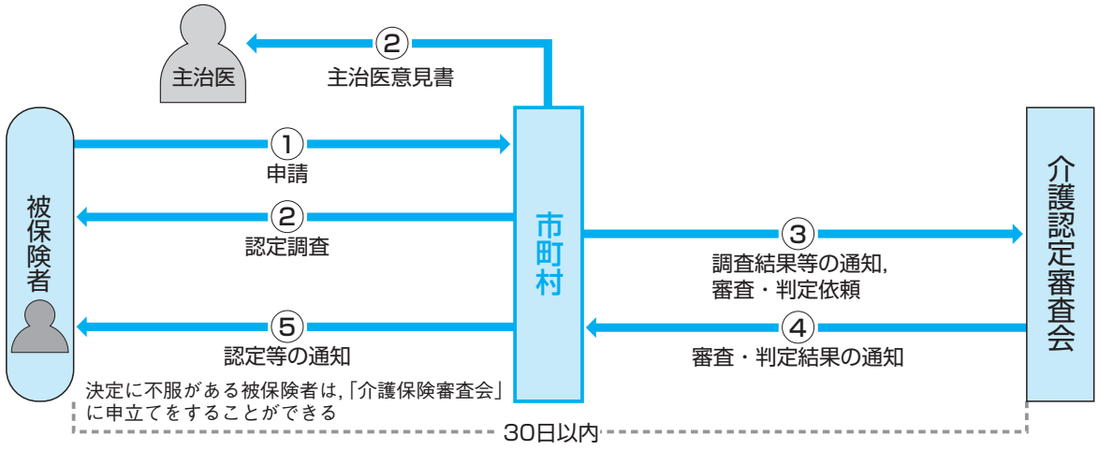
介護認定審査会では必要に応じて，①認定有効期間の原則からの短縮・延長，②要介護状態の軽減・悪化防止のために必要な療養，③サービスの有効利用のための留意事項について意見をすることができ，市町村は意見にもとづいて，利用者がうけられるサービス種類の指定が行えます（次頁の図参照）。

※1 要介護・要支援認定の審査・判定のために，おもに市町村が設置するもので，委員は保健・医療・福祉の学識経験者によって構成されています。

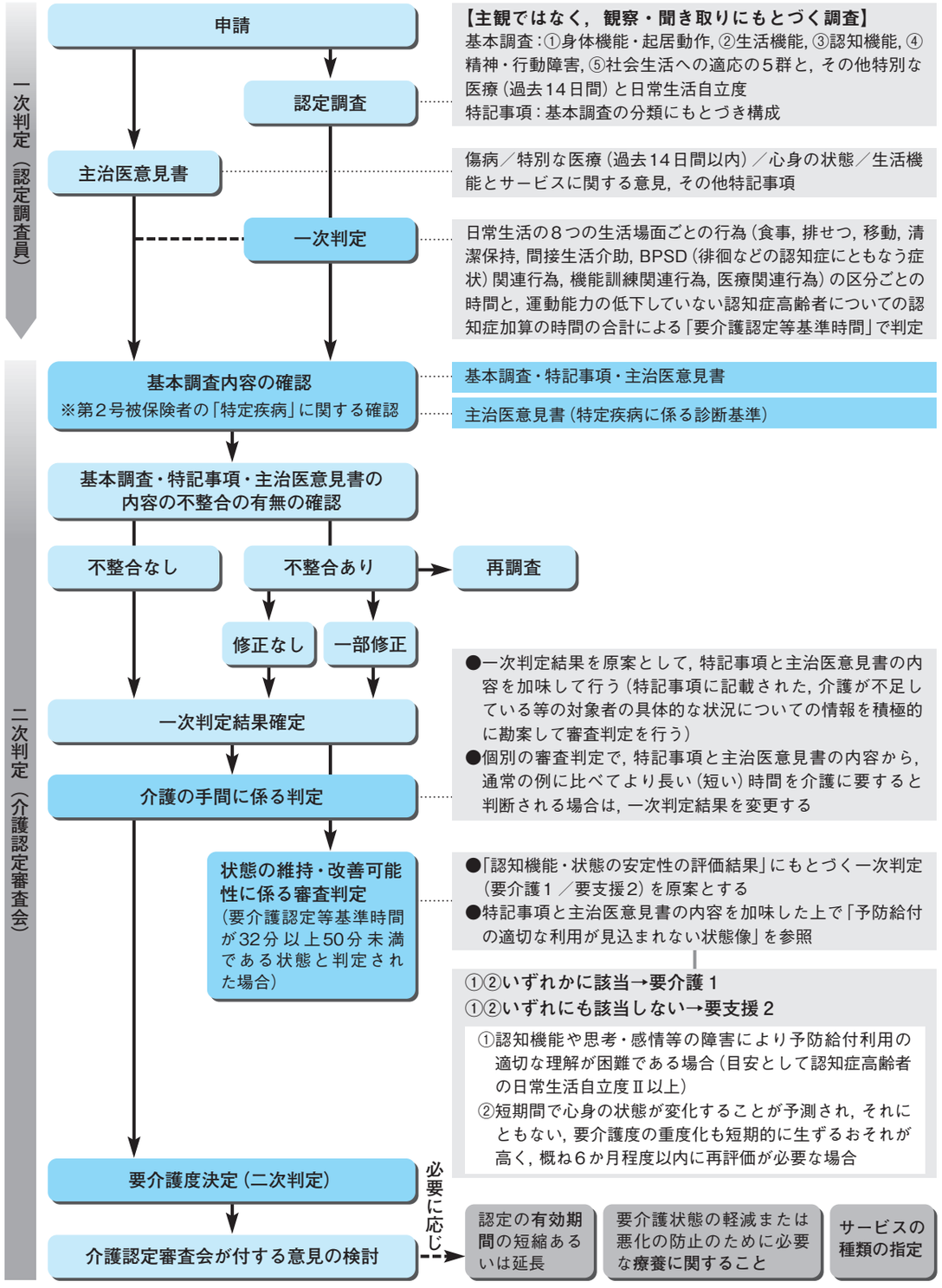
※2 窓口における相談から基本チェックリストを用いた判定を行い，総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）によるサービスをうける場合（P226参照）にも，予防給付等の対象となるサービスをうける場合は，認定申請が必要となります。

※3 平成30年４月１日以降，一定の要件を満たすケースについて認定審査会の簡素化が可能となっています。具体的な処理手順や，有効期間の定めに関する設定は保険者において決定します。

◆要介護・要支援の申請から認定までの概要



◆一次判定と二次判定のしくみ



3 サービス提供にあたってのケアマネジメント

◎利用者に対して必要なサービスを適切に提供するためには，利用者にふさわしい計画（ケアプラン）を作成するなどの管理業務，つまりケアマネジメントが重要になってきます。

◎ケアマネジメントそのものも保険給付の対象となるサービスです。自宅で生活する要介護者に対しては「居宅介護支援」が，要支援者に対しては「介護予防支援」が提供されます。

1 ケアマネジメントで利用者を専門的な立場から支援

介護保険制度ではサービスは利用者と事業者の契約によって提供されますが，サービスには数多くの種類があり（P10参照），同じ種類のサービスでも提供する事業所はさまざまです。

選択肢が多様にあることはメリットですが，これらの内容をしっかりと把握して，納得のいく選択をすることは容易ではありません。

そのため，おもに自宅で暮らしながらサービスをうける場合に，利用者の希望にそったサービスが適切にうけられるよう専門的な調整（ケアマネジメント）を行うサービスとして，「居宅介護支援」や「介護予防支援」があります※1。

●利用者の状態を把握し，希望もふまえてケアプランを作成

居宅介護支援や介護予防支援では，利用者の状態把握や課題分析を行い，サービス担当者などと会議を開いた上で，「介護サービス計画（ケアプラン）」を作成します※2。

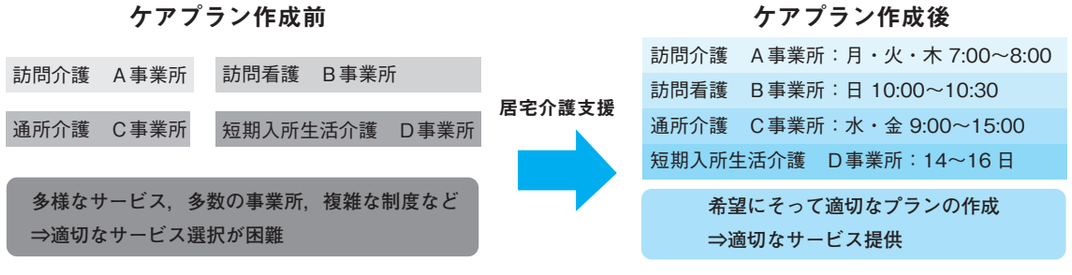
ケアプランでは，利用者の希望も取り入れて，たとえば，「月曜日の7:00～8:00までは，A事業所の訪問介護の生活援助を行う」などのように，利用者に提供されるサービスが具体的・計画的に位置づけられます。このため利用者は安心して介護サービスをうけることができます（下図参照）。

なお，「認定」からケアプラン作成までの流れは，次頁の図のようになっています（詳細は第２章（P26～）で解説しています）。

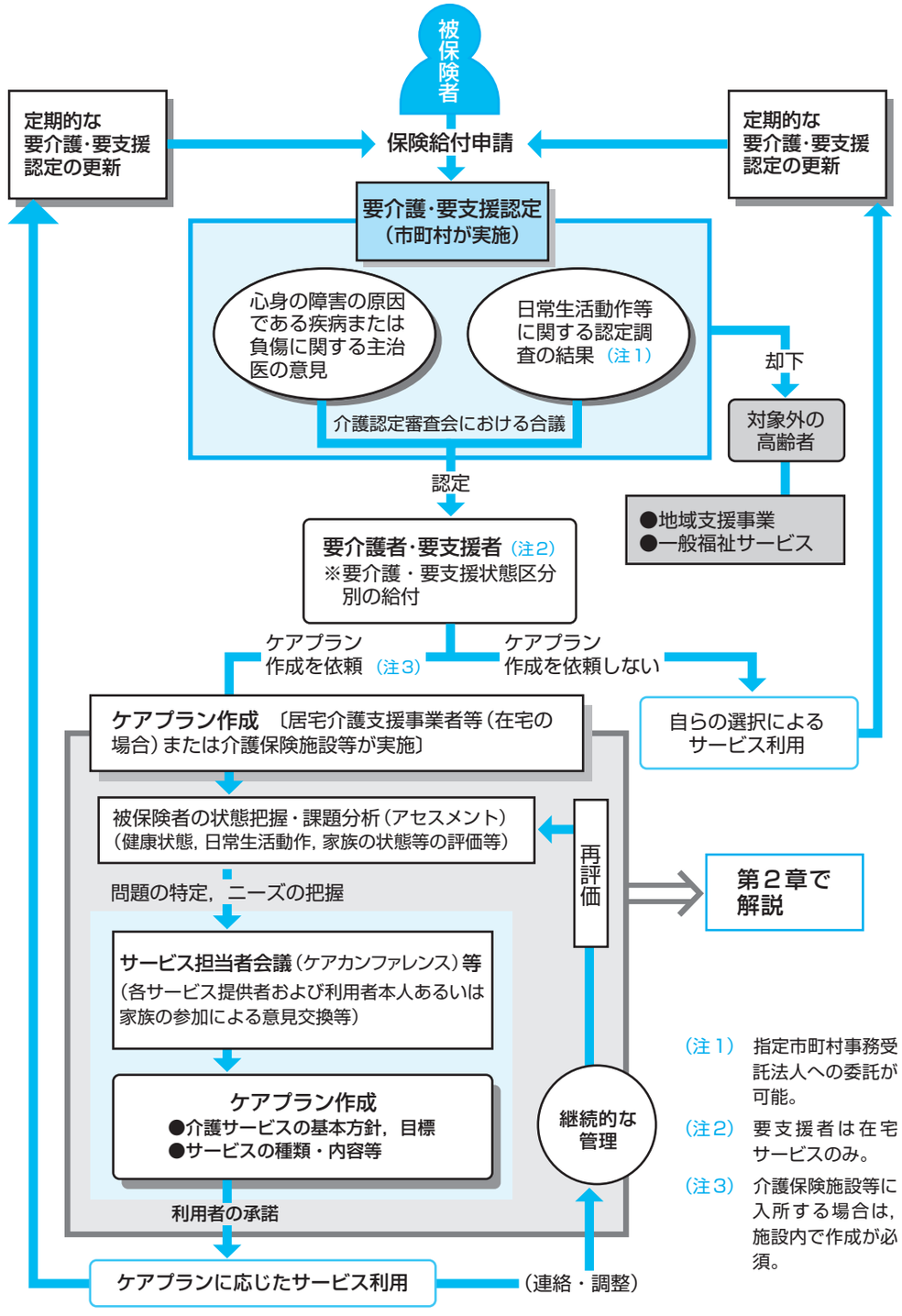
※1「居宅介護支援」は「介護給付」の対象，「介護予防支援」は「予防給付」の対象です。

※2「介護予防支援」においては「介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）」となります（P47参照）。また，居宅介護支援や介護予防支援をうけることなく，利用者自身がケアプランを作成すること（自己作成）も可能です。

◆ケアプランのイメージ



◆要介護・要支援認定とケアプラン



※市町村の窓口への相談からみる，地域支援事業における総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）をふまえたサービス利用の流れについては，P227参照。

2　適切な給付管理もケアマネジメントの重要な一面

●適切なサービス量を示す支給限度基準額

ケアプランは利用者の希望をふまえて作成されますが，介護保険制度が「社会保険」であり，多くの人が財源を負担しながら支えていることを考えれば，必要とされる介護の量に応じて，サービスも適切な量であることが重要です。

そのため，介護保険制度では，「支給限度基準額」が定められています。「支給限度基準額」とは，利用者ひとり・ひと月あたりの給付の上限額で，要介護度や要支援度に応じて定められています。

支給限度基準額の枠内のサービスについては，利用者は費用の１割※1を負担するだけですみます。これに対し，支給限度基準額をこえる量のサービスをうけた場合，そのこえた分のサービスの費用は全額，利用者の自己負担となります。そのため，ケアプランはこの「支給限度基準額」の範囲に収まるよう作成します※2。

●給付管理票を作成し国保連合会に送付

また，サービスを提供する事業者がスムーズに介護報酬（P20参照）をうけ取れるよう，利用者ごとに「給付管理票」を毎月作成して，介護報酬の審査・支払を担当する国保連合会に送付する（P30参照）ことも，居宅介護支援・介護予防支援の中の重要な業務の一部です。

サービスがケアプラン上に位置づけられていることは，介護報酬の支払いの要件となっていますが，給付管理票とは，この要件を満たす旨を，ケアプランを作成した側が示すものです※3。

※1 一定以上所得者は２割，現役並み所得者は３割となります。

※2 利用者が希望し，同意したときは，支給限度基準額をこえるサービス量のケアプランを作成することもできます。

※3 そのため，給付管理票をきちんと送付しないと，サービス事業者の介護報酬のうけ取りに影響が及ぶこともあります。

■ケアマネジメントの担い手

ケアマネジメントをどこが行うかは，要介護者や要支援者の生活の場がどこか，あるいはどのサービスをうけているかで変わってきます。

⑴自宅で生活する要介護者・要支援者には，居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所がケアマネジメントを行います。この場合は，個々の具体的なサービスは別の事業所が行います。ただし，小規模多機能型居宅介護（介護予防を含む）や複合型サービスは，訪問・通い・泊まりを組み合わせるというサービスの特性上，その事業所がケアマネジメントも行います。

⑵介護保険施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む）の入所者に対しては，その施設でケアマネジメントとサービスの提供が一体的に行われます（地域密着型（介護予防）サービスである認知症グループホームも同様です）。

⑶有料老人ホーム，養護老人ホーム，軽費老人ホームに入居している要介護者・要支援者の場合

①ホームが「（介護予防）特定施設入居者生活介護事業所」または「地域密着型特定施設入居者生活介護事業所」としての指定をうけていて，かつ，要介護者等が「特定施設入居者生活介護」等のサービスをうけることを希望する場合＝ホームがケアマネジメントを担当

②①以外の場合＝居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所がケアマネジメントを担当

4　基準にもとづくサービスの提供

◎保険給付の対象となるサービスを実施する事業者は，基本的に，介護保険サービス事業者としての基準を満たしている旨の，「指定」をうけている必要があります。

◎サービスが実施されると，その費用が介護保険から給付されます。給付の方式は，利用者が（通常）１割（一定以上所得者は２割，現役並み所得者は３割）のみの負担ですむ「現物給付」と，利用者がいったんは費用の全額を事業者に支払う必要のある「償還払い」があります。原則は現物給付方式で行われます。

1　「指定」をうけた事業者がサービスを提供

居宅介護支援や介護予防支援によるケアマネジメントが適切に行われ，利用者に適したケアプランが作成されると，このケアプランにそって，「訪問介護」や「通所介護」といった個別のサービスがそれぞれの事業者によって提供されていきます。

これらのサービスを提供する事業者は，都道府県あるいは市町村から，サービスごとに「指定」をうけている必要があります。

「指定」とは，その事業者が保険給付の対象となるサービスを提供するに適しているということを，基準にもとづき認めることです。

■サービスの類型

介護保険の給付の対象となるサービスはさまざまですが，大きなくくりとしては，下表のように整理されます。なお，個別のサービスの一覧はP10を参照してください。

居宅サービス・介護予防サービス	おもに，自宅で生活する利用者を対象としたサービスです
【訪問サービス】	利用者の自宅を訪問し，介護や医療などのサービスを提供します
【通所サービス】	事業所に通ってもらい，日帰りで提供するサービスです
【短期入所サービス】	期間を定めて生活（宿泊）してもらい，介護などを提供するサービスです
【福祉用具】	車いす等を貸与したり，貸与になじまない用具を販売します
【特定施設】	有料老人ホーム等のうち一定のものは，特定施設入居者生活介護事業所として，ケアマネジメントも含め，サービスを提供します（居宅介護支援・介護予防支援がもつ機能を自らがもつ点で，他の居宅サービス・介護予防サービスとは異なります）
居宅介護支援・介護予防支援	サービスの利用にかかる相談や，ケアプランの作成・給付管理の業務などを行います
施設サービス（要介護者のみ）	施設に入所してもらい，適切なサービスを提供します
地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス	市町村が事業所の指定を行い，地域の課題に応じて多様かつ柔軟なサービスを提供します（訪問・通所・宿泊のサービスを柔軟に提供する，小規模多機能型居宅介護などがあります）

2　指定基準は国の基準をふまえ自治体が条例で定める

各都道府県や市町村においては，「指定」を行うための基準（指定基準）が条例で定められています。

これは，国（厚生労働省）が定めている基準をふまえて制定されています※1。指定基準の内容は，従事する職員配置などの人員基準や，事業所に備えるべき設備の基準（設備基準）のほか，サービスを提供するにあたって必要な事項を定めた基準（運営基準）などがあります。

●事業所単位での指定，有効期間は６年間

保険給付の対象となるサービスを提供しようとする事業者は事業所ごとに都道府県や市町村に指定の申請※2を行い，上記の基準を満たす場合に指定をうけられます。

指定の有効期間は６年間で，期間の満了のつど指定の更新をうけます。ただし，事業所が基準を満たしていない場合や，基準に従った適正な運営ができていない場合などは，指定・更新は行われません※3。

このように，都道府県や市町村による指定や監督のもとで，事業者は適正な運営により，サービスを提供していくものとされています。

※1 厚生労働省が定めている基準は，項目ごとに，条例を制定する場合に「従うべきもの」，「標準とするもの」，「参酌するもの」に区分されています（P53参照）。

※2 事業者からの申請によらない指定のしくみもあります（P55参照）。

※3 これは，たとえサービスを提供しても，保険からは給付されないことを意味します。

■基準該当サービス

サービスを提供する事業所は，基本的に「指定」をうけていることが必要ですが，市町村の判断により，以下の場合は保険給付の対象となります。

①一定の在宅サービスと居宅介護支援が，「基準該当サービス」の基準に該当するとき

②離島などの地域や特定の市町村では基準を満たさないものの一定の質をともなったサービスであると認められるとき

なお，「基準該当サービス」の基準は，指定基準を一部緩和したものとなっています。

■みなし指定

健康保険法による保険医療機関・保険薬局の指定，介護保険法による介護老人保健施設・介護医療院の開設許可などがあったときは，特例として，一定の在宅サービスについて介護保険制度上の指定があったとみなされます。

これを「みなし指定」といいます。

みなし指定は医療系のサービスが対象となっており，その内容は表のとおりです。

なお，もとの指定・許可が取り消された場合には，みなし指定も効力を失います。

法律	事業者	指定の特例（介護予防を含む）
健康保険法	保険医療機関（病院・診療所）	訪問看護，訪問リハビリテーション，居宅療養管理指導，通所リハビリテーション，短期入所療養介護（療養病床を有する病院・診療所に限る）
	保険薬局	居宅療養管理指導
介護保険法	介護老人保健施設	通所リハビリテーション，短期入所療養介護
	介護療養型医療施設	短期入所療養介護
	介護医療院	通所リハビリテーション，短期入所療養介護

3　「現物給付」と「償還払い」の２方式の保険給付

●利用者の負担が軽くてすむ現物給付

指定をうけたサービス事業者（指定事業者）は，基準に従いながら，ケアプランにもとづきサービスを提供します。提供されたサービスの費用は，利用者からは１割（一定以上所得者は２割，現役並み所得者は３割）の自己負担分をうけ取り，残りを保険者に請求することで，介護保険から支払われます※1。この給付の方式を，「現物給付」といいます※2。

●後から払戻しをうける償還払い

一方，利用者が「認定」の申請前にうけたサービスや，ケアプランに位置づけのない在宅のサービスなどは，現物給付の対象外です。

この場合利用者は，事業者に対し，一度費用の全額を支払い※3，後日市町村に申請して保険給付分の費用の払戻しをうけることになります。この方式を，「償還払い」といいます。

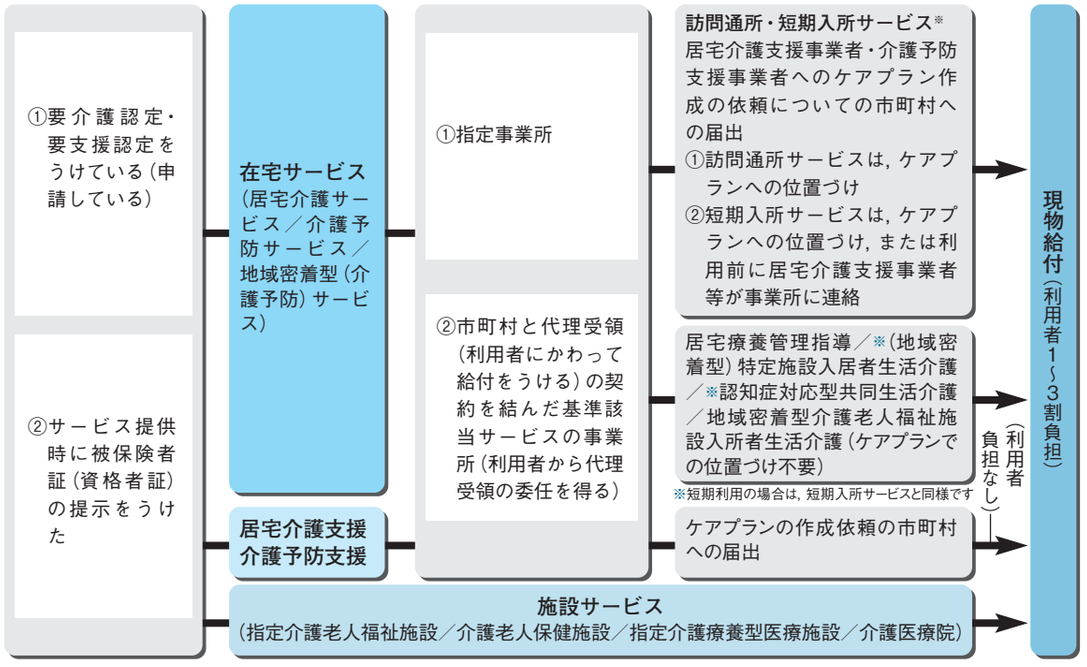
利用者にとっては現物給付が望ましい方式です。このことからも，ケアプランやケアマネジメントが重要なことがわかります。

※1 居宅介護支援や介護予防支援については，利用者負担はなく，全額保険から給付されます。

※2 これは，利用者の視点にたったとき，１割（一定以上所得者は２割，現役並み所得者は３割）の自己負担だけでサービス（現物）をうけ取ったことになるためです。事業者にとっては利用者にかわって給付をうけ取るため，「代理受領」となります。

※3 この時，事業者は利用者に，サービス提供証明書と領収証を交付します。

◆現物給付となる介護保険サービス



※短期利用を除く小規模多機能型居宅介護または複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）を利用する場合は，あらかじめ利用について市町村に届け出ている場合で，利用した在宅サービスが小規模多機能型居宅介護事業所または複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）事業所の介護支援専門員が作成したケアプランの対象となっていることが必要です。

5 単位数表により介護報酬を算定し，月単位で請求

◎「介護報酬」とは，保険給付の対象となるサービスに対する対価のことです。
◎「介護報酬」はサービスごとに価格が公定されていますが，同じサービスでも提供したサービスの内容・事業所の体制などによって，加算や減算が行われるなどのルールも定められています。
◎介護報酬の額から利用者の自己負担分を除いた保険給付の分は，サービス事業者が毎月国保連合会に請求し，保険者（市町村）から支払いをうけます。

1 単位数×１単位の単価で介護報酬を算定

「介護報酬」とは，「指定事業者が行った保険対象となるサービスに対する対価」のことです。簡単にいえば，「サービスにかかった費用」，「サービス料金」です。

介護報酬は，国が定めた「介護給付費単位数表」によりサービスごとに「単位数」で表示されています※1。つまり，介護報酬には公定価格による料金表があるということです。

サービスごとの単位数に，地域別・サービス別の１単位の単価（10円～11.40円→P116参照）をかけると，そのサービスの介護報酬の額が決定します。

サービスごとに定められた単位数表により算定した単位数	×	１単位の単価（10円～11.40円）	＝	介護報酬の額※2（端数切り捨て）

●支給限度基準額も単位数で規定

利用者が１か月にうけられるサービス量（支給限度基準額→P16，P115参照）も，要介護度・要支援度ごとに単位数で定められています。たとえば要介護１の利用者は，１か月につき16,765単位分のサービスまで，給付をうけられることになっています。

※1 たとえば，「訪問介護で30分以上１時間未満の身体介護を行った場合は，396単位」といった具合です。

※2 このほか，単位数表とは別に定められた，介護老人保健施設などにおける一部の医療サービス（特別療養費など→P116参照）などがあり，この場合は１単位の単価は一律10円となっています。また，短期入所サービスには，低所得者の食費などにかかる補足給付（P62参照）があります。

■高額サービス費・高額医療合算サービス費

事業者や介護保険施設に支払った自己負担の世帯での合計額（月額）が一定の上限額を超えたときは，超えた分が市町村から払い戻されます（高額介護（予防）サービス費）。なお，短期入所サービスでの食費・滞在費（P60参照）や，保険給付対象外のサービスの利用料（支給限度基準額超過の場合の全額負担分など）は対象とはなりません。

また，年間（８月～翌年７月）の介護保険と医療保険の負担額の合計額が著しく高額になった場合，払い戻しがうけられます。

いずれも利用者が市町村（保険者）に申請することによってうけられる給付です。なお，負担の上限額等は，所得区分に応じて異なります。

2 単位数表におけるさまざまなルール

介護報酬の公定価格表である単位数表にはさまざまなルールがあり，実際に行ったサービスの内容や，サービスを行う事業者の体制などにより，単位数の増減（加算・減算）が行われます※1。

●加算の例（夜間・早朝の訪問介護）

たとえば，訪問介護における20分以上30分未満の身体介護を実施した場合の単位数は250単位ですが，サービスの提供が夜間や早朝であった場合は，その100分の25がもとの単位数に加算されます。

この場合，加算される単位数は，

250（単位）×0.25（100分の25）＝62.5→63（単位）※2

となり，基本となる250単位とあわせて，合計は，

250（単位）＋63（単位）＝313（単位） となります。

●減算の例（事業所と同一の建物に居住する利用者）

たとえば，訪問介護サービス事業所がある建物と同じ建物に住んでいる利用者に対してサービスを提供していた場合などは，その利用者については100分の90の単位数を算定することとされています。

250（単位）×0.9（100分の90）＝225（単位）

●単位数表を読み解く

上記のような，行ったサービスの内容による加算や減算のほかにも，事業所の体制による加算・減算があったり，また算定の基礎となる単位数についても，１回ごと・１日ごと・１月ごとに規定の単位数を算定する，などサービスや項目によってまちまちです※3。

単位数表についてきちんと学んでいくことが，介護報酬の理解につながるといえるでしょう。

※1 職員配置など体制にかかる加算については，事前に基準を満たしていることを，都道府県または市町村に届け出る必要があります。

※2 加算や減算の計算を行うたびに，小数点以下を四捨五入する取扱いになっており，これを「端数処理」といいます。なお，実務上は，端数処理を終えたサービスコード表（報酬の一覧）が用いられます（P43参照）。

※3 支給限度基準額として含まない加算がある（P115参照）など，単位数表だけではなく，幅広く規定が存在しています。

■３年に一度の介護報酬の改定

単位数表だけでもルールの複雑な介護報酬ですが，この算定方法や単位数などの規定は，介護をめぐる内外の状況をふまえて見直しが行われます。

これは，介護報酬の改定と呼ばれており，従来だと介護保険制度における計画期間（P9参照）にあわせて，３年に１回のペースで行われています（このほか，必要に応じて適時修正・改定が行われることもあり，2019（令和元）年10月には消費税率の引き上げに伴う改定が行われました）。

直近では，2021（令和３）年度に，①感染症や災害への対応力強化，②地域包括ケアシステムの推進，③自立支援・重度化防止に向けた取組みの推進，④介護人材の確保・介護現場の革新，⑤制度の安定性・持続可能性の確保，をポイントとした改定が実施され，多くの単位数・算定ルールの変更，加算や減算の新設・見直しなどが行われています（P24参照）。

改定が行われた際，しっかりとその内容を把握し業務で対応していくためにも，介護報酬にかかる基本的な事項を理解しておくことが重要です。

3 「介護報酬」は月単位で請求し，支払いをうける

●サービス提供月の翌月10日までに，国保連合会に請求データを送付

１か月（１日～月末）に提供したサービス分の「介護報酬」の額が確定すると，事業者は保険給付分（利用者に対して「現物給付」を行った部分）の請求を行います。保険への請求は，原則としてサービスを提供した翌月の10日までに，事業所の所在地の都道府県国民健康保険団体連合会（以下，国保連合会）に対して，伝送かCDなどで必要なデータを送ることにより行います※1。

必要なデータとは，①介護給付費請求書，②介護給付費明細書，の２つです。居宅介護支援や介護予防支援の事業所においては，このほか，給付管理票（P30参照）を送付します。

●国保連合会によるチェックと支払い

国保連合会では，事業所の情報や，送付された給付管理票をもとに，各事業者の請求が適切かどうかをチェックします※2。その後，適切な請求については保険者（市町村）から保険給付分の支払いをうけ，その翌月（サービス提供の翌々月）の月末までに，事業者に支払います（実際の日程は，各国保連合会で状況に応じて，弾力的に運用）。

●請求の時効は２年間

介護報酬の支払いをうける権利は，２年を経過した場合は時効により消滅します。月遅れの請求ができるのは通常の介護報酬支払い月の翌月，つまりサービス提供月の翌々々月の１日から起算して２年間です※3。

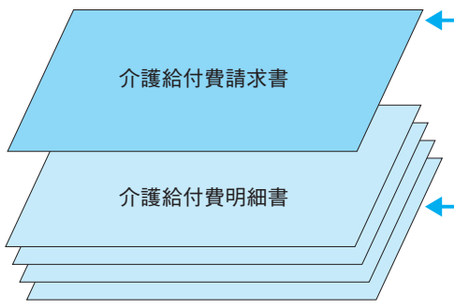
※1 伝送などによる請求が困難などの一定の事業所において，平成30年３月31日までに国保連合会に届け出ていた場合は，紙（帳票）による請求が可能です。

※2 記載に不備がある場合や，請求が適正と認められない場合は，返戻（差し戻し）や査定（減単位）の処置がとられます（P209参照）。

※3 たとえば，令和３年４月に提供したサービスは，令和５年６月までであれば請求することができます。

◆介護報酬の請求・支払いのスケジュール

◆介護給付費請求書（情報）の構成



請求額の合計
①サービス提供月（審査月）ごとに，１事業所（番号）単位で作成
②サービス費用と補足給付（特定入所者介護サービス費等）について，保険請求（「居宅サービス・施設サービス，介護予防サービス，地域密着型サービス等」と「居宅介護支援・介護予防支援」ごと）と公費請求（法別ごと等）を区分して記載

利用者単位の請求額の内訳
①１事業所（番号）単位で作成
②利用者ごと・暦月ごとに１件を作成（ただし居宅介護支援・介護予防支援については，１明細書に複数利用者分を記載）

6 令和３年度からの制度・報酬改正

◎令和２年に成立した介護保険法改正により，介護保険制度関連の見直しが図られました。
◎令和３年の介護報酬改定により，各サービスの報酬・基準の見直しが行われました。

1 介護保険制度改正の概要

令和２年６月に成立した「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」（令和２年６月12日・法律第52号）にもとづき，介護保険法や関係法律が改正され，一部を除いて令和３年４月から施行されています。

この法改正は社会保障審議会介護保険部会が取りまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和元年12月27日）※等を受け，地域共生社会実現を図る観点から必要な措置を講ずるものです。

※見直しの観点として，主に①介護予防・健康づくりの推進，②保険者機能の強化，③地域包括ケアシステムの推進，④認知症施策の総合的な推進，⑤持続可能な制度の構築・介護現場の革新の５つが挙げられました。

◆改正法の概要（令和２年６月12日・法律第52号）

改正の趣旨

地域共生社会（※）の実現を図るため，１地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から，２市町村の包括的な支援体制の構築の支援，地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進，３医療・介護のデータ基盤の整備の推進，４介護人材確保及び業務効率化の取組みの強化，５社会福祉連携推進法人制度の創設等の所要の措置を講ずる。
※地域共生社会：子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域，暮らし，生きがいを共に創り，高め合うことができる社会（ニッポン一億総活躍プラン（平成28年６月２日閣議決定））

改正の概要

１ 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援【社会福祉法，介護保険法】

市町村において，既存の相談支援等の取組みを活かしつつ，地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う，新たな事業およびその財政支援等の規定を創設するとともに，関係法律の規定の整備を行う。

２ 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進【介護保険法，老人福祉法】

①認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国および地方公共団体の努力義務を規定する。
②市町村の地域支援事業における関連データの活用の努力義務を規定する。
③介護保険事業（支援）計画の作成にあたり，当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案，高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）の設置状況の記載事項への追加，有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。

３ 医療・介護のデータ基盤の整備の推進【介護保険法，地域における医療および介護の総合的な確保の促進に関する法律】

①介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え，厚生労働大臣は，高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報，地域支援事業の情報の提供を求めることができると規定する。
②医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）等の医療・介護情報の連結精度向上のため，社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し，正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。
③社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に，当分の間，医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する。

４ 介護人材確保および業務効率化の取組みの強化【介護保険法，老人福祉法，社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律】

①介護保険事業（支援）計画の記載事項として，介護人材確保および業務効率化の取組みを追加する。
②有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。
③介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行５年間の経過措置を，さらに５年間延長する。

５ 社会福祉連携推進法人制度の創設【社会福祉法】

社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として，相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。

施行期日

令和３年４月１日（ただし，３②および５は公布の日から２年を超えない範囲の政令で定める日，３③および４③は公布日〔令和２年６月12日〕）

２　令和３年度介護報酬改定の概要

介護報酬改定は，介護保険制度における計画期間にあわせて３年に１回のペースで行われ，直近では令和３年度に実施されました。

令和３年度介護報酬改定※は，新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「①感染症や災害への対応力強化」を図るとともに，団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて，2040年も見据えながら，「②地域包括ケアシステムの推進」「③自立支援・重度化防止の取組みの推進」「④介護人材の確保・介護現場の革新」「⑤制度の安定性・持続可能性の確保」を図るものです。

※改定率はプラス0.70％，うち新型コロナ感染症に対応するための特例的な評価が0.05％（令和３年９月末まで）となっています。なお，新型コロナ感染症への対策としては，人員基準等に対する臨時的な取扱いについても示されています（P73，P92，P127参照）。

◆令和３年度介護報酬改定の概要

1　感染症や災害への対応力強化

■感染症や災害が発生した場合であっても，利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組みの推進
- ●感染症対策の強化／●業務継続に向けた取組みの強化／●災害への地域と連携した対応の強化／●通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

2　地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において，利用者の尊厳を保持しつつ，必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組みを推進

○認知症への対応力向上に向けた取組みの推進
- ●認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充／●無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○看取りへの対応の充実
- ●ガイドラインの取組み推進／●施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進
- ●老健施設の医療ニーズへの対応強化／●長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

○在宅サービス，介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化
- ●訪問看護や訪問入浴介護の充実／●緊急時の宿泊対応の充実／●個室ユニットの定員上限の明確化

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- ●事務の効率化による逓減制の緩和／●医療機関との情報連携強化／●介護予防支援の充実

○地域の特性に応じたサービスの確保
- ●過疎地域等への対応（地方分権提案）

3　自立支援・重度化防止の取組みの推進

■制度の目的に沿って，質の評価やデータ活用を行いながら，科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

○リハビリテーション・機能訓練，口腔，栄養の取組みの連携・強化
- ●計画作成や多職種間会議でのリハ，口腔，栄養専門職の関与の明確化／●リハビリテーションマネジメントの強化／●退院退所直後のリハの充実／●通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進／●通所介護における機能訓練や入浴介助の取組みの強化／●介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組みの推進
- ●CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進／●ADL維持等加算の拡充

○寝たきり防止等，重度化防止の取組みの推進
- ●施設での日中生活支援の評価／●褥瘡マネジメント，排せつ支援の強化

4　介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として，介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組みの推進
- ●特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進／●職員の離職防止・定着に資する取組みの推進／●サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実／●人員配置基準における両立支援への配慮／●ハラスメント対策の強化

○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進
- ●見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和／●会議や多職種連携におけるICTの活用／●特養の併設の場合の兼務等の緩和／●３ユニットの認知症グループホームの夜勤職員体制の緩和

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進
- ●署名・押印の見直し／●電磁的記録による保存等／●運営規程の掲示の柔軟化

5　制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ，適正化・重点化を図る

○報酬体系の簡素化
- ●区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し／●訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し／●長期間利用の介護予防リハの評価の見直し／●居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し／●介護療養型医療施設の基本報酬の見直し／●介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）の廃止／●生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○評価の適正化・重点化
- ●月額報酬化（療養通所介護）／●加算の整理統合（リハ，口腔，栄養等）

6　その他の事項

- ●介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化／●高齢者虐待防止の推進／●基準費用額（食費）の見直し／●基本報酬の見直し

第２章　ケアマネジメント

1 在宅の要介護者に対するケアマネジメント …… 26
- 1　居宅介護支援の流れ …… 26
  - (1)要介護者や家族の状況をつかんで，ケアプランを作る …… 27
  - (2)サービスを提供するさまざまな事業者との連絡・調整 …… 28
  - (3)サービスの提供状況の確認（モニタリング） …… 29
  - (4)給付管理業務 …… 30
- 2　居宅介護支援のポイント …… 32
  - (1)内容・手続の説明および同意 …… 34
  - (2)サービス担当者会議 …… 35
  - (3)モニタリングを経てのケアプランの変更 …… 36
  - (4)記録・書類の整備 …… 37
- 3　給付管理業務の実際 …… 38
  - （サービス利用票（第６表）の標準様式と記載例） …… 39
  - （サービス利用票別表（第７表）の標準様式と記載例） …… 41
  - （給付管理票の様式と記載例） …… 44

2 要支援者に対する介護予防ケアマネジメント …… 47
- 1　介護予防支援の実施主体と委託 …… 47
- 2　介護予防支援の流れ …… 48
- 3　介護予防支援のポイントと介護予防ケアプランの構成 …… 50

1 在宅の要介護者に対するケアマネジメント

◎ケアマネジメントとは，ケアプラン（介護計画）の作成や，さまざまなサービス提供事業者との連絡・調整などの仕事を通じて，要介護者の自立した生活に向けた支援を行うことです。
◎在宅の要介護者に対するケアマネジメントは，基本的に居宅介護支援事業所にいるケアマネジャー（介護支援専門員）が行います。
◎ケアマネジャーは，利用者（要介護者）とサービスを提供するさまざまな事業者との間を結びつける要（かなめ）の役割をもっています。

1 居宅介護支援の流れ

居宅介護支援とは，在宅の要介護者を対象としたケアマネジメントのことです※1。

このケアマネジメントは，居宅介護支援事業所に所属しているケアマネジャー（介護支援専門員）が行います※2。

ケアマネジメントの仕事は，要介護者である利用者や，その家族からの相談に乗ることからはじまります。場合によっては，要介護認定・要支援認定の申請をまだしていない人から相談をうけることもあります。そのときは，認定の申請の手助けからはじめることになります。

ケアマネジメントの中で，ケアマネジャーが取り組むことはおおまかに分けて次の４つです。

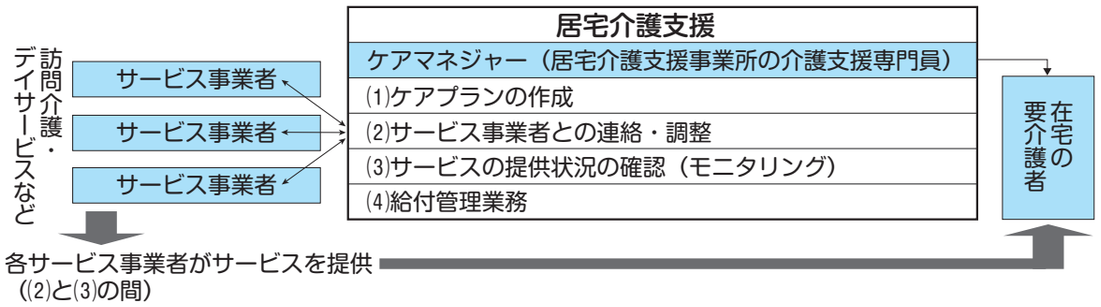
(1)ケアプランの作成
(2)サービス事業者との連絡・調整
(3)サービスの提供状況の確認（モニタリング）
(4)給付管理業務

以下，順番に説明していきます。

※1 ただし，要介護者であっても，介護給付のサービスを利用せず，総合事業を利用する場合などで，居宅介護支援ではなく介護予防ケアマネジメントの対象となる場合はあります（P226参照）。

※2 在宅の要介護者であっても，短期利用を除く小規模多機能型居宅介護や複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）を利用する要介護者の場合は，小規模多機能型居宅介護等を行う事業所がケアマネジメントも担当します（P29コラム参照）。

◆居宅介護支援とサービス事業者や利用者との関係



(1)要介護者や家族の状況をつかんで，ケアプランを作る

一人ひとりの利用者に合ったケアプラン（P14参照）を作ることが，ケアマネジメントの最初の仕事になります。ケアマネジャーは，次のような流れにそって，ケアプランを作成していきます。

①利用者の居宅※を訪問し，利用者本人や家族の話を聞いて，自立した日常生活を送る上での問題点を見つけ出し，解決すべき課題を把握します（これを「アセスメント」といいます）。
②「アセスメント」のほか，利用者の希望もふまえて，最も適切なサービスの組み合わせを検討し，ケアプランの原案を作ります。原案には，提供するサービスの種類や内容，利用料のほか，長期的な目標，短期的な目標と達成時期などを盛り込みます。原案の作成にあたっては，利用者の希望を尊重します。
③原案の内容を利用者や家族に説明し，文書による同意を得て，正式なケアプランがきまります。これは居宅サービス計画といい，利用者にも渡します。このケアプランは，１か月ごとに作成します。

※「居宅」には，有料老人ホーム，養護老人ホーム，軽費老人ホームの居室も含まれます。ただし，入居者が短期利用を除く特定施設入居者生活介護等のサービスを利用している場合は，ホームでケアマネジメントが行われるので，居宅介護支援は行われません（P16参照）。

◆ケアマネジメントの基本的な流れ

1利用者への情報の提供
地域でのサービス事業者のサービス内容や利用料等の情報を，利用者または家族に提供して，サービスの選択をもとめます。

2利用者の状態の把握
自宅を訪問して利用者および家族と面接し，利用者の能力やすでに利用しているサービス等の環境等の評価を通して，現に抱えている問題点を明らかにし，自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握します。

3居宅サービス計画の原案作成
解決すべき課題にもとづき，地域でのサービス提供体制をも考えて，提供サービスの目標と達成時期，サービス提供上の留意点等を盛り込んだ計画の原案を作成します。

4サービス担当者との連絡・調整
原案に位置づけたサービスの担当者との会議（サービス担当者会議）や照会等により，原案について専門的見地からの意見をもとめます。

5居宅サービス計画の確定
原案でのサービスについて，保険給付の対象となるかどうかを区分した上で，居宅サービス計画の内容を利用者または家族に説明し，利用者の同意を得ます。

6サービス利用票・サービス提供票の作成
同意を得た計画にもとづき，利用者にはサービス利用票を交付，サービス事業者にはサービス提供票を送付し，それにもとづきサービスが行われます。

7計画実施状況の把握と連絡調整
計画の作成後も利用者・家族やサービス事業者と継続的に連絡することにより，計画の実施状況と解決すべき課題の把握を行い，必要に応じて計画の変更や事業者との連絡調整等を行います。

8国保連合会への給付管理票の提出
サービス提供月が終了したら，提供された現物給付サービスについての文書（給付管理票）を，国保連合会に提出します。

給付管理票の様式と記載例

給付管理票（令和　3　年 12 月分）

保険者番号	保険者名	❹ 作成区分	
1 4 0 0 X X	○○市	(1.) 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成	
被保険者番号	被保険者氏名	❺ 居宅介護／介護予防支援事業所番号	1 4 1 2 0 0 0 0 0 0
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	フリガナ ○○ ○○ ○○ ○○	❻ 担当介護支援専門員番号	○ ○ X X 1 2 3 4
生年月日 / 性別	要支援・要介護状態区分等	❼ 居宅介護／介護予防支援事業者の事業所名	○○ケアセンター
明・大・(昭) 7 年 3 月 5 日 / (男)・女	❶ 事業対象者 要支援1・2 要介護1・2・3・(4)・5	❽ 支援事業者の事業所所在地及び連絡先	○○市XX区△△ XXX-XXX-XXXX
❷ 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業 支給限度基準額	❸ 限度額適用期間	委託した場合 ❾ 委託先の支援事業所番号	
3 0 9 3 8 単位／月	1.平成 (2.)令和 3 年 9 月 ～ 令和 4 年 2 月	❿ 介護支援専門員番号	

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業

⓫ サービス事業者の事業所名	⓬ 事業所番号（県番号ー事業所番号）	⓭ 指定/基準該当/地域密着型サービス/総合事業識別	⓮ サービス種類名	⓯ サービス種類コード	⓰ 給付計画単位数
HHH事業所	1 4 7 2 9 9 9 9 9 9	(指定)・基準該当・地域密着・総合事業	訪問介護	1 1	5 7 3 2
XXX病院	1 4 1 2 8 8 8 8 8 8	(指定)・基準該当・地域密着・総合事業	通所リハビリ	1 6	2 6 3 4
ZZZ事業所	1 4 6 2 7 7 7 7 7 7	(指定)・基準該当・地域密着・総合事業	訪問看護	1 3	6 5 6 8
KKK事業所	1 4 9 2 6 6 6 6 6 6	指定・基準該当・(地域密着)・総合事業	夜間訪問介護	7 1	1 1 8 3 3
YYY施設	1 4 5 2 4 4 4 4 4 4	(指定)・基準該当・地域密着・総合事業	短期入所療養介護	2 2	3 1 1 0
AAA事業所	1 4 7 2 5 5 5 5 5 5	(指定)・基準該当・地域密着・総合事業	福祉用具貸与	1 7	1 0 6 1
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
			合計		3 0 9 3 8

■留意事項

(1)月の途中で居宅介護支援事業者が変更になった場合（転居等による保険者の変更の場合を除きます），月末時点に市町村への届出対象となっている居宅介護支援事業者が給付管理票を作成します。

(2)月の途中で要介護状態，要支援状態および事業対象者をまたがる変更があった場合，月末時点で市町村への届出対象となっている居宅介護支援事業者もしくは介護予防支援事業者（地域包括支援センター。以下同じ）が給付管理票を作成します。この場合，居宅介護支援事業者が介護予防サービス，地域密着型介護予防サービスおよび介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの記載を，介護予防支援事業者が居宅サービスや地域密着型サービスの記載を行うことになります。

(3)月を通じて利用者が小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合には，当該小規模多機能型居宅介護事業所や看護小規模多機能型居宅介護事業所が給付管理票を作成します。

(4)月の一部の期間において利用者が小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護を利用し，その期間を除いて居宅介護支援をうけた場合には，居宅介護支援事業者が給付管理票を作成します（なお，利用者が小規模多機能型居宅介護と看護小規模多機能型居宅介護の両方を利用した場合は，月末時点において利用するサービス事業所が給付管理票を作成します）。

(5)事業所ごと・サービス種類ごとのケアプランもしくは介護予防ケアプランまたは介護予防ケアマネジメントに位置づけられた介護サービスもしくは介護予防サービスまたは介護予防・日常生活支援総合事業の給付額または事業費を月末時点の「サービス利用票（控）」から作成します。

(6)当初の「サービス利用票」に記載された事業所ごと・サービス種類ごとの給付計画単位数を上回るような場合には，「サービス利用票」等の再作成が必要なため，再作成後の「計画」を記載します（給付管理票の事業所ごとの上限管理に影響がなく，「サービス利用票」の再作成が必要でない場合は，当初の計画を記載します）。

■記載方法

❶「要支援・要介護状態区分等」

サービス利用票（控）に記載された要介護状態区分等を記載します。要介護状態区分等については，月途中で変更があった場合には，いずれか重い方の要介護状態区分等を記載します。なお，要介護状態区分等が重い順は，要介護1>要支援2>事業対象者>要支援1となります。

❷「居宅サービス・介護予防サービス・総合事業支給限度基準額」

サービス利用票（控）に記載された居宅サービスもしくは介護予防サービスまたは介護予防・日常生活支援総合事業にかかる支給限度基準額（事業対象者の場合は要支援1の額）を記載します。

❸「限度額適用期間」

サービス利用票（控）に記載された限度額適用期間を記載します（事業対象者の場合は終了年月日は未記載）。

❹「作成区分」

該当する作成者の番号を○で囲みます。月途中で要介護状態，要支援状態および事業対象者をまたがる変更があった場合，月末時点での作成者の番号を○で囲みます（月を通じて利用者が小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合は，居宅介護支援事業者作成を○で囲みます）。

❺「居宅介護／介護予防支援事業所番号」

ケアプランを作成した居宅介護支援事業所の指定事業所番号または基準該当登録番号を記載します（月を通じて小規模多機能型居宅介護や看護小

1 基準にそった適切なサービスの実施

◎事業者がサービスを実施するためには，各都道府県や市町村が条例で定めた基準（指定基準）を満たした旨の「指定」をうける必要があります。
◎指定は事業所を単位として，原則としてサービスの拠点ごとに行われます（出張所などは例外的に，一体的なサービス提供単位として，本体事業所に含めて指定をうけられます）。
◎各都道府県や市町村は，国が定める基準（厚生労働省令）をもとに，条例によって指定基準を定めます。

1 指定基準＝サービスの最低限の内容を規定

介護保険のサービスを提供する事業者は，サービスごとに定められた基準（指定基準）を満たしているものとして，都道府県または市町村から指定をうけていなければなりません（指定事業者）※1。

指定基準は，①スタッフの資格要件・配置数などについての人員基準，②サービスを提供する場所の広さなどについての設備基準，③サービスを実際にどのように提供するのかを定めた運営基準に分かれており，事業者はそのいずれをもクリアすることが必要です。

指定をうけていても，スタッフの要件を満たさなくなったり，サービス提供が不適切なものになったりすると，基準違反を問われ，指導などを通じて改善をもとめられます。改善できない場合，一定の手続きを経て指定が取り消されることがあります。

このように指定基準は，介護保険のサービスを実施し，その対価である介護報酬を得るために重要なポイントとなるものです※2。

●サービスの種類と所在地により，都道府県・市町村が指定

居宅サービスや介護予防サービスの事業者の指定は，都道府県が行いますが，事業所の所在地が指定都市・中核市の場合は，指定都市・中核市が行います。

地域密着型サービスや地域密着型介護予防サービス，居宅介護支援や介護予防支援の事業者の指定は，市町村が行います。

●業務管理体制の整備と届出

介護保険制度の公的性格から，事業者には適切なサービス提供だけではなく法令等の自主的な遵守がもとめられており，そのための業務管理体制の整備・届出が義務づけられています※3。

業務管理体制の整備内容は，事業者の規模（事業所数）により異なりますが，法令遵守責任者の選任は全ての事業者に必要です。このほか，規模に応じ，法令遵守マニュアルの整備や内部監査の実施が追加されます。

※1 指定には６年間の有効期限が定められているため，そのつど指定の更新が必要です。なお，指定基準の要件の一部を満たしていない事業所のうち，一定水準を満たすサービス提供を行う事業者について，市町村が保険給付の対象とする，基準該当サービスのしくみもあります（P68参照）。

※2 介護保険法では，「指定をしてはならない」「指定の効力を停止することができる」とする場合の中に，指定基準を満たさない場合が含まれています。

※3 届出先は事業実施地域等に応じて，厚生労働大臣（厚生労働省）・都道府県・市町村となっています。

2 国の基準と自治体が条例で定める基準

指定基準は，国（厚生労働省）が定める基準（厚生労働省令）をもとに，各都道府県や市町村が条例で定めます。国の基準と各地の条例による基準の関係は，項目ごとに，次のいずれかになっています。

①国の基準に条例が従うべき項目	条例の内容を直接的に拘束する必ず適合しなければならない基準であり，当該基準に従う範囲内で地域の実情に応じた内容を定める条例は許容されるものの，異なる内容を定めることは許されないもの
②国の基準を標準とすべき項目	法令の「標準」を通常よるべき基準としつつ，合理的な理由がある範囲内で，地域の実情に応じた「標準」と異なる内容を定めることが許容されるもの
③国の基準を参酌するべき項目	地方自治体が十分参酌した結果としてであれば，地域の実情に応じて，異なる内容を定めることが許容されるもの

「従うべき基準」は，基本的に従業員やその員数にかかる基準（人員基準）や，居室などの床面積の基準（設備基準）などのほか，運営基準のうち利用者の人権に直結する項目（下記に例示）などでもうけられています。

内容および手続の説明と同意：あらかじめ利用申込者・家族に，運営規程の概要等サービス選択に関係する重要事項を文書で説明し，同意を得て，サービスの提供を開始する
提供拒否の禁止：正当な理由なく，サービスの提供を拒んではならない
身体的拘束等の禁止等：身体的拘束など利用者・入所者・入院患者の行動を制限する行為の禁止。身体的拘束の適正化を図る措置を講じる※
秘密保持等：従業者（であった者）は正当な理由なく，業務上知り得た利用者・家族の秘密を漏らしてはならない。サービス担当者会議等で利用者・家族の個人情報を用いる場合は同意をあらかじめ文書により得ておく

以降は，国で定める基準（省令）をもとに見ていきますが，これらの省令にはそれぞれ解釈を補う通知が発出されており，条例はこれらをもふまえて制定されています。

※具体的には，①対策を検討する委員会を３月に１回以上開催し従業者に周知，②適正化のための指針を整備，③従業者に適正化のための研修を定期的に実施，④緊急やむを得ず行った場合は所定事項を記録します。

■健全で適正な運営の確保のための指導監督

介護保険制度の健全で適正な運営の確保を図るため，都道府県・市町村は，事業者に対して指導監督を行います。

指導は，利用者の自立支援と尊厳の保持を念頭に，制度管理の適正化とより良いケアの実現に向け，サービスの質の確保・向上を図るものです。制度の周知や介護報酬請求についての過誤・不正の防止のための「集団指導」や，事業所におもむいてサービス実施状況等のヒアリングを行う「実地指導」があります。実地指導においては，介護報酬の過誤調整などが行われることがあります。

監査は，指定基準違反等の確認が必要な場合に，事業所への立入検査などの方法で行われます。その結果によっては，勧告や命令あるいは指定の取消といった行政上の措置がとられるほか，不正利得の徴収が行われることがあります。

3　食費・滞在費の負担の軽減

市町村民税非課税等の要件に該当する低所得の要介護（要支援）者が短期入所サービス（ショートステイ）を利用したときは，食費・滞在費について，補足給付として特定入所者介護（介護予防）サービス費が支給されます※1。

支給額は，食費・滞在費のそれぞれについて，基準費用額から，利用者負担段階（第１～第３段階）や居室環境（ユニット型個室・従来型個室など）に応じた負担限度額を差し引いた額の合計です。

特定入所者介護（介護予防）サービス費 ＝ （食費の基準費用額 － 食費の負担限度額） ＋ （滞在費の基準費用額 － 滞在費の負担限度額）

ここでいう基準費用額とは，食費・滞在費のそれぞれについて，平均的な費用の額等を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額とします（その額が各施設等での実際の費用の額を超えるときは，各施設等での費用の額が基準費用額となります）。

特定入所者介護サービス費等は施設等に直接支払われ（代理受領方式による現物給付），低所得者の負担は所得に応じた負担限度額までとなります※2。

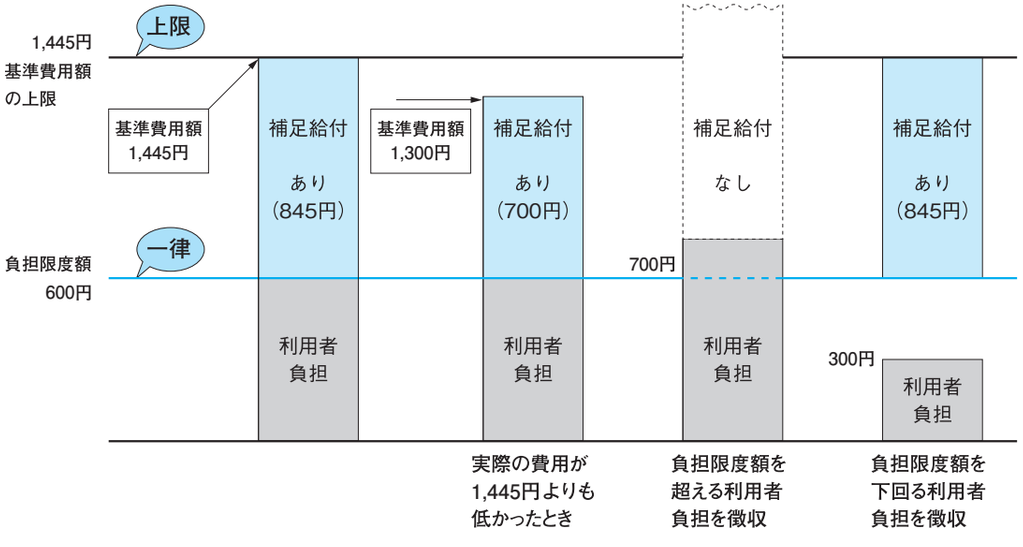
なお，利用者負担段階については，市町村民税非課税等といった所得要件のほか，資産要件※3も設定されています。

※1 補足給付は，世帯全員（別世帯の配偶者を含みます）が市町村民税非課税の場合に対象となります。

※2 補足給付の対象となる低所得者は，市町村に申請し「負担限度額認定証」の交付をうけ，事業者などはそれに従い利用者負担を徴収し，補足給付相当額を国保連合会に請求します。

※3 保有する預貯金等の額が一定額以下でないと，補足給付の対象とはなりません。

◆基準費用額と負担限度額のしくみ（利用者負担第２段階の食費での例示）



●ショートステイでの１食ごとの食費設定と補足給付

食費は１食ごとの設定が可能で，とくにショートステイでは入所の期間も短いことから，原則として１食ごとに分けて設定されます。このときの補足給付は，１日の食費の合計額について，補足給付の「負担限度額」に達するまでは行われず，「負担限度額」を超える額について行われる取扱いとなります。

具体的には，たとえば，朝食400円，昼食450円，夕食530円と設定した場合，利用者負担第２段階の人であれば，食費の「負担限度額」は600円なので，朝食のみ（400円）の場合には補足給付は行われず，朝食と昼食（計850円）の場合であれば「負担限度額」との差額250円が補足給付として支給されます。

■補足給付と食費の見直し（令和３年８月）

預貯金等が一定額を超える場合は，補足給付が行われないことになっていますが，令和３年８月１日から，この一定額の見直しが行われています。

また，ショートステイの補足給付については，利用者負担段階の第３段階を①②の２つの段階に区分するとともに，食費の負担限度額が見直されています（一部，施設サービスとは異なる額を設定）。

なお，食事の提供に要する平均的な費用の額（基準費用額）は，1,392円（日額）から1,445円（日額）に引き上げられました。

(1)補足給付の預貯金要件の見直し

利用者負担段階	対象者	令和３年７月まで	見直し後（令和３年８月から）
第２段階	年金収入等80万円以下	単身 1,000万円 夫婦 2,000万円	単身 650万円　夫婦 1,650万円
第３段階①	年金収入等80万円超120万円以下		単身 550万円　夫婦 1,550万円
第３段階②	年金収入等120万円超		単身 500万円　夫婦 1,500万円

※年金収入等＝公的年金等収入金額（非課税年金を含む）＋その他の合計所得金額

(2)食費の負担限度額の見直し（ショートステイ利用者）

利用者負担段階	対象者	令和３年７月まで	見直し後（令和３年８月から）
第２段階	年金収入等80万円以下	390円	600円
第３段階①	年金収入等80万円超120万円以下	650円	1,000円
第３段階②	年金収入等120万円超		1,300円

3　訪問系サービス・通所系サービスに共通する留意点

訪問通所サービス※1は，短期入所サービスとともに在宅での生活を継続しながら，ケアプランにもとづき組み合わせて提供されるサービスです。これら訪問通所サービスと居宅療養管理指導（医師などの訪問にもとづく在宅生活維持のための指導等）については，運営基準において，サービスの取扱い等に関して次頁の表のような事項が共通して定められています。

※1 ここでは，訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリテーション・通所介護・通所リハビリテーション・福祉用具貸与・特定福祉用具販売を指しています。

●目標設定による計画的な提供と自己評価

訪問通所サービスは，利用者の要介護状態の軽減・悪化の防止（介護予防サービスは介護予防）に資するように，目標を設定し計画的に行われます。事業者は自らその質の評価を行い，常にその改善を図ることがもとめられています。

●個別サービス計画の作成と交付

サービスの提供（訪問入浴介護・居宅療養管理指導を除く）にあたっては，各利用者についてケアプランをふまえて個別サービスの計画※2を作成します。

個別サービス計画には，アセスメントや利用者の希望などをふまえ，ケアプランの内容にそって，目標や目標を達成するための具体的サービス内容を記載します。作成にあたっては，利用者または家族に内容を説明し，利用者の同意を得るとともに，計画を利用者に交付します。

作成後は実施状況を把握し，必要な場合には計画の変更を行います。

※2 訪問介護計画はサービス提供責任者，訪問看護計画は看護師等（准看護師を除く），訪問リハビリテーション計画・通所リハビリテーション計画は医師および理学療法士・作業療法士など，通所介護計画は事業所管理者が作成します。

■基準該当サービス

指定居宅サービス事業者は，法人格や人員基準，設備・運営基準の要件を満たすことで指定をうけ，サービスを提供しています。一方，これらの要件の一部を満たしていない事業所のうち，一定水準を満たすサービス提供を行う事業者については，市町村はそのサービスを保険給付の対象とすることができます。これを基準該当居宅サービス・基準該当介護予防サービスといいます。

基準該当サービスを行う事業所の要件は，

⑴多様な事業主体の参入をうながす観点から，サービスの質の確保に留意しつつ，サービス提供の実態があり要件緩和の必要なサービスについて，法人要件と，従業者の人数要件を中心とした人員・設備・運営基準の緩和を図ること

⑵法人格がない場合も，個人事業主または組織体により事業として行われるものを対象とすること

といった観点から検討され，①訪問介護，②訪問入浴介護，③通所介護，④短期入所生活介護，⑤福祉用具貸与について，指定基準同様，国の基準をふまえ，条例で定められます（②④⑤については基準該当介護予防サービスを含む）。

ただし，たとえば，指定事業者により地域のサービス需要が十分に満たされ，民間事業等による競争条件が整備されている場合等は，市町村は個別の判断により，基準該当サービスを保険給付の対象としないこともできます。

◆訪問通所サービスなどの運営基準（共通的事項）

国の基準（→P53）の概要　★は「従うべき基準」

⑴内容・手続の説明と同意	あらかじめ利用申込者または家族に，運営規程の概要等サービス選択に関係する重要事項を文書で説明，同意を得て，提供を開始する★
⑵提供拒否の禁止★	正当な理由なくサービス提供を拒んではならない
⑶サービス提供困難時の対応	事業実施地域等の関係で適切な提供が困難な場合，居宅介護支援事業者に（訪問看護は主治医にも）連絡，他事業者の紹介等を行う
⑷利用者の受給資格等の確認	被保険者証により，認定の有無や有効期間を確認の上，認定審査会意見があるときには，それに配慮して提供する
⑸要介護認定等の申請の援助	認定申請を行っていない利用申込者の申請（必要な場合の更新認定の申請）を援助する
⑹心身の状況等の把握	サービス担当者会議等を通じて，利用者の心身の状況等，環境，他の保健医療サービス・福祉サービスの利用状況等を把握する
⑺居宅介護支援事業者等との連携	居宅介護支援事業者や保健医療・福祉サービス提供者と連携し，サービス提供終了時には情報を提供する　※医療系サービスでは，終了時には主治医にも情報を提供する
⑻法定代理受領サービスをうける援助	現物給付化の要件を満たしていない利用申込者・家族に，手続等を説明し，援助する（居宅療養管理指導を除く）
⑼居宅サービス計画にそった提供	ケアプランを作成している利用者に，計画にそったサービスを提供する
⑽居宅サービス計画等の変更の援助	利用者がサービス計画変更を希望する場合は，居宅介護支援事業者への連絡等の必要な援助を行う（居宅療養管理指導を除く）
⑾身分を証する書類の携行	従業者は身分を証する書類を携行し，面接時，初回訪問時と利用者・家族からもとめられたときは提示する（通所介護・通所リハビリを除く）
⑿サービス提供の記録	提供日・内容や代理受領額等をサービス計画記載の書面等に記載し，利用者から申出があれば利用者にその情報を提供する
⒀利用料等の受領（利用料の詳細はP57～参照。なお，特定福祉用具販売については「販売費用の額等の受領」として別に規定）	法定代理受領サービスに該当する（＝現物給付となる）サービスを提供した際には，その利用者から利用料として，サービス費用基準額（介護報酬として定められた額）から事業者に支払われる保険給付の額（原則９割）を控除して得た額（原則１割）の支払をうける（一定以上所得者はそれぞれ原則８割・２割，現役並み所得者はそれぞれ原則７割・３割）
	法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した際の利用料の額と，サービス費用基準額との間に，不合理な差額が生じないようにする
	あらかじめ利用者・家族にサービスの内容・費用について説明を行い，利用者の同意を得て，利用者負担が適当と認められる費用の支払を利用者からうけることができる（サービス種類ごとにうけられる費用が定められている→P60～参照）
	利用者が利用料等について正当な理由なく支払に応じない場合は，福祉用具を回収することでサービス提供を中止することができる（福祉用具）
⒁保険給付の請求のための証明書の交付	現物給付とならない利用料の支払をうけた場合，内容・費用等を記載したサービス提供証明書を利用者に交付する（特定福祉用具販売は別に規定）
⒂利用者に関する市町村への通知	利用者が正当な理由なく指示に従わず要介護状態等の程度を悪化させたときや，不正な受給があるとき等は，意見を付け市町村に通知する
⒃緊急時等の対応	サービス提供時に利用者の病状が急変した場合などに，すみやかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じる（訪問リハビリ・居宅療養管理指導・福祉用具貸与・特定福祉用具販売を除く）
⒄管理者の責務	管理者は，事業所の従業者・業務の管理等を一元的に行い，規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う（通所リハビリを除く）

〔次頁に続く〕

●宿泊サービスへの対応等

通所介護の設備を利用して介護保険制度外の宿泊サービスを提供している事業所については，利用者保護の観点から，①指定権者（居宅サービスは都道府県等，地域密着型サービスは市町村）への届出制の導入，②市町村への事故報告のしくみの構築，③都道府県における情報公表の推進が行われています。

これらを通じ，サービスの実態が把握され，利用者や介護支援専門員に情報が提供されるようになっています。

また，最低限の質を担保する観点から，宿泊サービス提供にあたっての設備要件等の指針が以下のように示されています。

◆宿泊サービスの提供と人員・設備に関する指針

宿泊サービスの提供		利用者の心身の状況・利用者の家族の疾病，冠婚葬祭，出張等の理由・利用者の家族の身体的および精神的な負担の軽減等を図るために，一時的に居宅において日常生活を営むのに支障がある者を対象に，宿泊サービスを提供する
		上記の趣旨に鑑み，緊急時または短期的な利用に限って，宿泊サービスを提供する （やむを得ない事情により連続した利用が予定される場合は，指定居宅介護支援事業者等と密接に連携を図った上で，他の介護保険サービス等への変更も含め，利用者の心身の状況や利用者の家族の事情等に応じたサービス提供を検討する）
人員に関する指針	従業者の員数・資格（事業所ごと）	宿泊サービス従業者は，宿泊サービスの提供内容に応じ必要数を確保することとし，提供時間帯を通じて，夜勤職員として介護職員または看護職員（看護師または准看護師）を常時１人以上確保
		宿泊サービス従業者のうち介護職員については，介護福祉士の資格を有する者，実務者研修または介護職員初任者研修を修了した者であることが望ましい それ以外の介護職員も，介護等に対する知識および経験を有する者であること
		食事の提供を行う場合は，食事の介助等に必要な員数を確保
		緊急時に対応するための職員の配置または提供時間帯を通じた連絡体制の整備
	責任者	宿泊サービス事業者は，宿泊サービス従業者の中から責任者を定める
設備に関する指針	利用定員	宿泊サービス事業所の利用定員は，運営規程に定める利用定員の２分の１以下かつ９人以下（ただし設備および備品等の基準を満たす範囲）
	設備および備品等	宿泊室・消火設備その他の非常災害に際して必要な設備，宿泊サービスを提供するにあたり適切な寝具等の必要な備品を備え，当該指定通所介護事業所等の運営に支障がないよう適切に管理（設備・備品等を使用する場合は，当該指定通所介護事業所等の利用者のサービス提供に支障がない範囲で使用）
		上記宿泊室・消火設備その他の非常災害に際して必要な設備の基準は次のとおり 宿泊室→①定員は１室あたり１人（利用者の希望等により処遇上必要と認められる場合は，２人とすることができる），②床面積は１室あたり7.43㎡以上，③①・②を満たす宿泊室（個室）以外の宿泊室を設ける場合，個室以外の宿泊室の定員は，１室あたり４人以下，④個室以外の宿泊室の面積を合計した面積は，7.43㎡に宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数を乗じて得た面積以上とし，その構造は利用者のプライバシーが確保されたものとする（たとえば，パーテーションや家具などにより利用者同士の視線の遮断が確保されるものである必要があり，壁やふすまのような建具まで要するものではないが，カーテンはプライバシーが確保されたものとは考えにくいことから認められない） また，利用者の希望等により処遇上必要と認められる場合を除き，男女が同室で宿泊することがないように配慮する 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備→消防法その他の法令等に規定された設備を確実に設置しなければならない

◆宿泊サービスの運営に関する指針

宿泊サービス事業者の責務	利用者の意思および人格を尊重して，常に利用者の立場に立った宿泊サービスの提供に努める
	利用者が可能な限りその居宅において，その有する能力に応じ自立した日常生活を継続できるよう，排せつ，食事等の介護その他の日常生活上の世話に係るサービスの提供を行う
	宿泊サービスが位置づけられた居宅サービス計画等にそって，宿泊サービスの提供を希望する利用者に対し，宿泊サービスを提供する また，宿泊サービスの提供に際し，利用者の状況や宿泊サービスの提供内容について，指定居宅介護支援事業者等と必要な連携を行う なお，居宅サービス計画等への宿泊サービスの位置づけは，指定居宅介護支援事業者等の介護支援専門員等により，あらかじめ利用者の心身の状況，家族の状況，他の介護保険サービスの利用状況を勘案し適切なアセスメントを経たものでなければならず，安易に居宅サービス計画等に位置づけるものではない
	宿泊サービス事業者は，宿泊サービスの提供および運営にあたっては，建築基準法，消防法，労働基準法その他の法令等を遵守する
⑴内容および手続の説明および同意	宿泊サービス提供の開始に際し，あらかじめ，利用申込者または家族に対し，運営規程の概要，責任者の氏名，宿泊サービス従業者の勤務体制その他の利用申込者の宿泊サービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い，宿泊サービスの内容および利用期間等について利用申込者の同意を得る
⑵宿泊サービス提供の記録	宿泊サービスを提供した際には，提供日，提供した具体的な宿泊サービスの内容・利用者の心身の状況その他必要な事項を記録するとともに，利用者からの申出があった場合には，文書の交付その他適切な方法により，その情報を利用者に対して提供する
⑶宿泊サービスの取扱方針	利用者が居宅要介護被保険者の場合は，要介護状態の軽減または悪化の防止に資するよう，認知症の状況等利用者の心身の状況をふまえ，日常生活に必要な援助を妥当かつ適切に行う 利用者が居宅要支援被保険者の場合は，利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供にあたる
	宿泊サービスの提供にあたっては，懇切丁寧を旨とし，利用者またはその家族に対し，宿泊サービスの提供方法等について，理解しやすいように説明を行う
	宿泊サービスの提供にあたっては，当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急かつやむを得ない場合を除き，身体的拘束等を行ってはならない
	身体的拘束等を行う場合には，その態様・時間，その際の利用者の心身の状況ならびに緊急かつやむを得ない理由を記録する
	自らその提供する宿泊サービスの質の評価を行い，常にその改善を図る
⑷宿泊サービス計画の作成	宿泊サービスを概ね４日以上連続して利用することが予定されている利用者については，利用者の心身の状況，希望，その置かれている環境等をふまえて，利用者が利用する指定通所介護事業所等におけるサービスとの継続性に配慮して，当該利用者の指定居宅介護支援事業者等と連携を図った上，具体的なサービスの内容等を記載した宿泊サービス計画を作成する（４日未満の利用であっても反復的，継続的に利用することが予定されている利用者については，宿泊サービス計画を作成し宿泊サービスを提供）
	計画の作成にあたっては，居宅サービス計画等にそって作成し，宿泊サービスの利用が長期間とならないよう，居宅介護支援事業者等と密接に連携を図る
	計画の作成にあたっては，その内容について，利用者またはその家族に対して説明し，利用者の同意を得るとともに，作成した計画を利用者に交付する
⑸介護	介護は，利用者の心身の状況に応じ，利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう，適切な技術をもって行う
	利用者の心身の状況に応じ，適切な方法により，排せつの自立について必要な援助を行う
	おむつを使用せざるを得ない利用者のおむつを適切に取り替える
	上記に定めるほか，離床，着替え，整容その他日常生活上の世話を適切に行う
⑹食事の提供	栄養・利用者の心身の状況・嗜好を考慮した食事を，適切な時間に提供する
	利用者が可能な限り離床して，食堂で食事を摂ることを支援する
⑺健康への配慮	当該指定通所介護事業所等において把握している利用者の健康に関する情報に基づき，必要に応じて主治の医師や指定居宅介護支援事業者等と連携し，常に利用者の健康の状況に配慮して適切な宿泊サービスを提供する
⑻相談および援助	常に利用者の心身の状況，その置かれている環境等の的確な把握に努め，利用者またはその家族に対し，その相談に適切に応じるとともに，必要な助言その他の援助を行う

〔次頁に続く〕

1 単位数表等の基本的なしくみ

◎介護報酬の根拠となる単位数表は厚生労働省告示で定められており，そのほか，解釈を補う通知や，別に定めるものなどを規定する関係告示，事務連絡によるＱ＆Ａなどがあります。
◎介護報酬の算定に関連する体制などについては，都道府県・市町村に対して事前に届出を行います。また，要件を満たさなくなった場合も，すみやかに届出を行います。

1 厚生労働省告示による「単位数表」が介護報酬のおおもとを規定

介護保険のサービスにかかる費用は，介護保険法において，次のような事項を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定する，とされています。

訪問通所サービス 居宅療養管理指導	サービスの種類ごとに，サービスの内容・事業所の地域等にもとづく平均的な費用により※1
その他の在宅サービス（短期入所等）	サービスの種類ごとに，要介護（支援）状態区分・事業所の地域等にもとづく平均的な費用により※1
居宅介護支援 介護予防支援	事業所の地域等にもとづく平均的な費用により

この規定により，厚生労働省告示で定められている基準が，「介護給付費単位数表」です。

「単位数表」では，指定基準（省令）同様，解釈を補う通知（留意事項通知）が厚生労働省から発出されています※2。

※1 食費等日常生活費（P60〜参照）は除きます。

※2「単位数表」は基本的に居宅サービス（居宅介護支援含む）・地域密着型サービスなどごとに告示されていますが，この留意事項通知では，訪問通所サービスなどと，施設・居住系サービス（短期入所サービスなど）とで分けられて発出されているなどの違いがあるため，注意が必要です（下表参照）。

◆単位数表と留意事項通知（告示・通知）

対象サービス	単位数表（告示）	単位数表（留意事項通知）
居宅サービス：訪問系・通所系サービス	●指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準	○指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス，居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
居宅介護支援	●指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準	
居宅サービス：短期入所サービス（および特定施設入居者生活介護）	●指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準	○指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
介護予防サービス	●指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準	○指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
介護予防支援	●指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準	
地域密着型サービス	●指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準	○指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
地域密着型介護予防サービス	●指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準	

※このほか，介護保険施設（介護老人福祉施設，介護老人保健施設，介護療養型医療施設，介護医療院）においても，それぞれ告示が定められています（通知は短期入所サービスなどと同一）。

2 「単位数表」の基本的な構成

単位数表は基本的に，各サービスごとにイ・ロ・ハ……のように規定される基本部分と，基本部分に付随して注１・注２・注３……のように規定される注部分によって構成されています。

これを，訪問介護の例で見ていくと，基本部分では「イ　身体介護中心である場合」「ロ　生活援助が中心である場合」「ハ　通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合」のように区分けされており，それぞれ細目ごとに単位数が設定されています。

これに対して「注」では，たとえば注１では「現に要した時間ではなく，訪問介護計画に位置づけられた訪問介護の時間で単位数を算定する」と規定されているなど，基本部分への注記が行われています※1。

一方通知では，「（一定の場合を除き）前回提供した訪問介護からおおむね２時間未満の間隔で行われた場合には，所要時間を合算する」など細かい規定がされています※2。

※1 このほか，注では加算・減算などの規定も設定されています。

※2 このほか，単位数表では基本部分でも「ニ　初回加算」などが設定されており，基本的にこれらにも独自の注や通知の規定が付されています。なお，これら単位数表の規定のうち，基本単位や加算減算など，単位数に係る部分を視覚的に図式化したものが算定構造であり，本書でもいくつか掲載しています（P130〜）。

◆単位数表の構成例（告示・通知：訪問介護より一部例示・略記）

単位数表		留意事項通知
基本部分	注	
イ　身体介護が中心である場合 (1)　所要時間20分未満の場合　167単位 (2)　所要時間20分以上30分未満の場合　250単位 (3)　所要時間30分以上１時間未満の場合　396単位 (4)　所要時間１時間以上の場合　579単位に所要時間１時間から計算して所要時間30分を増すごとに84単位を加算した単位数 **ロ　生活援助が中心である場合** (1)　所要時間20分以上45分未満の場合　183単位 (2)　所要時間45分以上の場合　225単位 **ハ　通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合**　99単位	注１　現に要した時間ではなく，訪問介護計画に位置づけられた訪問介護の時間で単位数を算定する。 注２　イは身体介護が中心である訪問介護を行った場合に算定し，所要時間が20分未満の場合は，イ(1)（所要時間が20分未満の場合）の所定単位数を算定する。 ⋮ 注６　イ・ロについて，別に厚生労働大臣が定める要件を満たす場合で，同時に２人の訪問介護員等が１人の利用者に対して行った場合は，所定単位数の100分の200を算定する。 ⋮	(2)訪問介護の内容が単なる本人の安否確認や健康チェックであり，それに伴い若干の身体介護または生活援助を行う場合には算定できない。 (4)④（20分未満の身体介護中心型で頻回の訪問を行うことができる場合などを除き）前回提供した訪問介護からおおむね２時間未満の間隔で行われた場合には，所要時間を合算する。 (10)単に安全確保のために深夜の時間帯に２人の訪問介護員等によるサービス提供を行った場合は，利用者側の希望により同意を得て行った場合を除き，所定単位数の100分の200に相当する単位数は算定されない。 ⋮
ニ　初回加算　200単位	注　新規に訪問介護計画を作成した利用者に，サービス提供責任者が初回もしくは初回に行った日の属する月に訪問介護を行った場合などに１月につき加算する。	(19)①本加算は，利用者が過去２月間（暦月）に，当該指定訪問介護事業所から指定訪問介護の提供を受けていない場合に算定されるものである。

※上記は例示のため，単位数表・通知の内容のうちごく一部を取り上げ略記したものです。また，通知の順番は，例示した単位数表の流れにそって並べています。

3　単位数表と別に規定する関係告示など

単位数表では，「別に厚生労働大臣が定める」というように，単位数表の中には見出せない基準や要件が存在しています。

これらはたとえば，前頁の「◆単位数表の構成例（告示・通知：訪問介護より一部例示・略記）」の注６の規定にあるように，「別に厚生労働大臣が定める要件を満たす」といった具合であり，文面どおり，別の厚生労働省告示によって規定されているのです※1。

また，単位数表の中では多くの法令が登場し，留意事項通知においても別に発出した具体的な取扱いを示した関係通知などを参照するよう，記載されていることも多々あります。

単位数表の内容を理解する上では，このような別に規定されているルールなども幅広く把握する必要があります。そのためにはまず，単位数表と各関係告示とのつながりなど，基本的な構図のイメージをとらえておくことが大切です※2。

●具体的な解釈を提示するQ＆A

このほか，厚生労働省から事務連絡として発出されるＱ＆Ａがあります。質問・回答形式で，たとえば以下のように，より具体的な内容となっています。

（問）同時に３人以上の訪問介護員等が１人の利用者に対して訪問介護を行った場合は，それぞれの訪問介護員等について訪問介護費を算定できるのか。
（答）同時に３人以上の訪問介護員等が１人の利用者に対して行った場合は，それぞれの訪問介護員等について訪問介護費を算定できなく，２人の訪問介護員に限り算定できる。

※1 この例でいえば，「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」という告示により定められており，その内容は「利用者または家族等の同意を得ており，①利用者の身体的理由により１人では困難，②暴力行為等が認められる，③その他①②に準ずると認められる，のいずれかに該当するとき」となっています。

※2 基本的な構図のイメージとしては，巻末の「介護報酬の解釈」の実例その１（単位数表編）（P258～）を参照。

◆主な関係告示の例

関係する内容・略称など	関係告示名
１単位の単価（P116参照）	厚生労働大臣が定める１単位の単価
利用者等告示	厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等
大臣基準告示	厚生労働大臣が定める基準
施設基準	厚生労働大臣が定める施設基準
定数超過利用・人員基準欠如（P121参照）	厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法
夜勤職員基準（P122参照）	厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準
支給限度額対象外の費用（支給限度額告示：次頁参照）	介護保険法施行規則第68条第３項及び第87条第３項に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した費用の額
特別地域加算の対象地域（P120参照）	厚生労働大臣が定める地域
加算対象の中山間地域等（小規模事業所加算・サービス提供加算：P120参照）	厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域

4　支給限度基準額

居宅サービス等の各サービスは，その合計量について保険対象の上限額（区分支給限度基準額）が定められています（P16参照）※。

限度基準額は，要介護度・要支援度に応じて１か月あたりの介護報酬での単位数（事業所による割引や地域区分による割増を行う前の単位数）で設定されていますが，特別地域加算などの地域関係の加算や，ケアプランの対象とならないターミナルケア（訪問看護等），医学的な判断による出来高医療部分などの単位数・費用は含まれません。

※施設生活で提供されるものを除きます。なお，限度基準額の管理は１か月単位（月の初日から末日まで）で行われ，新規認定などで月途中から適用されても１か月分が適用されます。また，月途中で変更認定された場合は，重い方の要介護度等に応じて適用されます。

◆要介護度・要支援度別の支給基準限度額

※いずれも介護予防サービスを含みます。

限度基準額	限度額が適用されるサービスの種類	限度額に含まれない費用（アミの箇所は令和３年度改定による新設部分）				
		中山間地域等提供加算等＊1	事業所と同一建物の利用者等＊2	介護職員処遇改善加算＊3	サービス提供体制強化加算	その他
要支援１ ➡5,032単位	①訪問介護	○	○	○		
	②訪問入浴介護	○	○	○	○	
	③訪問看護	○	○		○	＊4
	④訪問リハビリテーション	○	○		○	
要支援２ ➡10,531単位	⑤通所介護	○	○	○	○	＊5　＊6
	⑥通所リハビリテーション	○	○	○	○	＊5　＊6
	⑦福祉用具貸与	○				
要介護１ ➡16,765単位	⑧短期入所生活介護			○	○	
	⑨短期入所療養介護			○	○	＊7
要介護２ ➡19,705単位	⑩特定施設入居者生活介護（短期利用に限る）			○	○	
	⑪定期巡回・随時対応サービス	○	○	○	○	＊4総合マネジメント体制強化加算
	⑫夜間対応型訪問介護	○	○	○	○	
要介護３ ➡27,048単位	⑬地域密着型通所介護	○	○	○	○	＊6
	⑭認知症対応型通所介護	○	○	○	○	＊6
	⑮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 訪問体制強化加算
要介護４ ➡30,938単位	⑯認知症対応型共同生活介護（短期利用に限る）			○	○	
	⑰地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用に限る）			○	○	
要介護５ ➡36,217単位	⑱看護小規模多機能型居宅介護	○	○	○	○	＊4総合マネジメント体制強化加算／看護体制強化加算／訪問体制強化加算
限度基準額が適用されないサービス	1居宅療養管理指導／2特定施設入居者生活介護（外部サービス利用型を除く＊8）（短期利用を除く）／3認知症対応型共同生活介護（短期利用を除く）／4地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用を除く）／5地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護／6居宅介護支援・介護予防支援					

＊１　中山間地域等提供加算等には，ａ中山間地域等提供加算，ｂ中山間地域等の小規模事業所加算およびｃ特別地域加算を含みます。

＊２　（ⅰ）事業所と同一建物の利用者または（ⅱ）訪問型サービスにおいてこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合，減算されますが，減算をうけていない利用者との公平性の観点から，支給限度基準額を計算する際には，減算前の単位数を用います。

＊３　介護職員等特定処遇改善加算を含みます。

＊４　ターミナルケア加算，緊急時訪問看護加算，特別管理加算

＊５　大規模型を算定する場合，通常規模型の単位数との差分（支給限度基準額を計算する際には，通常規模型の単位数を用います）

＊６　感染症・災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算

＊７　介護老人保健施設の緊急時施設療養費と特別療養費，病院・診療所の特定診療費，介護医療院の緊急時施設診療費と特別診療費

＊８　外部サービス利用型は要介護度に応じた限度単位数が別に設定されています。

⑻介護職員処遇改善加算

平成23年度まで実施されていた介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために，平成24年度介護報酬改定において，例外的かつ経過的な取扱いとして，介護職員処遇改善加算が設定されました（交付金の対象外だったサービスは除きます）。

平成29年度の介護報酬改定では，事業者による，昇給と結びついた形でのキャリアアップのしくみの構築について，手厚く評価を行うための区分が新設されました。平成27年度改定で新設された月額２万７千円相当に加え，月額３万７千円相当の区分（Ⅰ）が新設されています。これにより加算は，（Ⅰ）と（Ⅱ）～（Ⅴ）の５段階になっています（従前の加算（Ⅰ）～（Ⅳ）がそれぞれ（Ⅱ）～（Ⅴ）に相当）。

令和３年度改定において，（Ⅳ）（Ⅴ）は廃止されました（経過措置として，令和４年３月31日までは算定可能）。

なお，介護職員処遇改善加算は区分支給限度基準額の算定対象外です。

⑼介護職員等特定処遇改善加算

上記の介護職員処遇改善加算に上乗せする形で，令和元年10月から「介護職員等特定処遇改善加算」が新設されています。この特定処遇改善加算を算定するための要件は次のようになります。

⑴　介護職員処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを取得していること（加算（Ⅳ）・（Ⅴ）では特定処遇改善加算を算定できません）

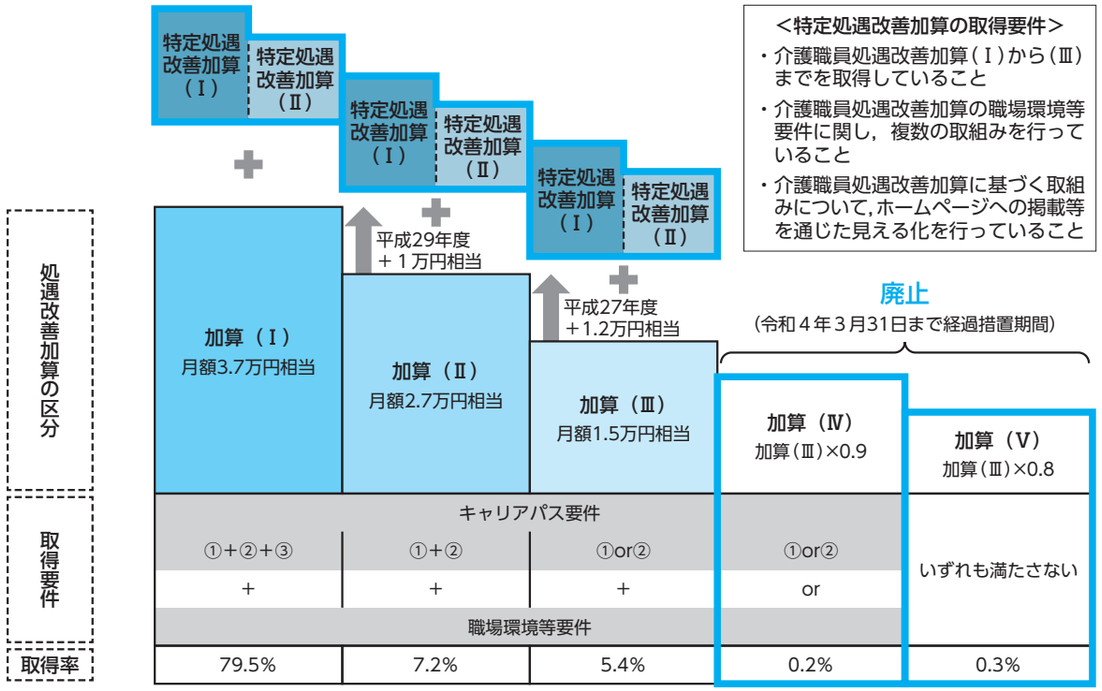
⑵　処遇改善加算の職場環境等要件について複数の取組みを行っていること

⑶　処遇改善加算に基づく取組みについてホームページへの掲載などにより「見える化」を行っていること

特定処遇改善加算における各サービスの加算率は，勤続10年以上の介護福祉士の数に応じて設定されています。また，同一サービス内でも，介護福祉士の手厚い配置を評価する既存の加算（サービス提供体制強化加算等）の取得状況を加味して特定処遇改善加算（Ⅰ）と特定処遇改善加算（Ⅱ）の２区分が設けられています。

なお，介護職員処遇改善加算と同様，特定処遇改善加算も区分支給限度基準額の算定対象から除外されます。

◆介護職員処遇改善加算の算定要件のあらまし



※就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知を含む。

＜キャリアパス要件＞
①職位・職責・職務内容等に応じた**任用要件と賃金体系**を整備すること
②資質向上のための計画を策定して**研修の実施または研修の機会を確保**すること
③経験もしくは資格等に応じて**昇給するしくみ**または一定の基準に基づき**定期に昇給を判定するしくみ**を設けること

＜職場環境等要件＞
○賃金改善を除く，職場環境等の改善

■新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱い（介護報酬に係る柔軟な取扱い）

介護報酬，人員，施設・設備及び運営基準などについて，新型コロナウイルス感染症への対応として，柔軟な取扱いを可能とする事務連絡が発出されています（P73，P92参照）。

介護報酬の観点から見ていくと，感染リスクを下げるため，サービス提供時間を短くする工夫を行った場合の対応などが示されています。たとえば，訪問介護における20分未満の生活援助については，20分以上45分未満の報酬を算定でき，また，20分未満の訪問看護については，一部の要件を満たさない場合であっても20分未満の報酬が算定できることとされています。このほか，通所系サービスにおいては，最低限必要なサービスの提供を行った上で，最も短い報酬区分の時間を下回った場合は，最も短い時間の報酬区分（通所介護：２時間以上３時間未満・通所リハビリテーション：１時間以上２時間未満）が算定できます（利用者への説明と同意が前提です）。

居宅介護支援では，新型コロナウイルス感染症の影響によりケアプランで予定していたサービス利用がなくなった等の場合でも，必要なケアマネジメント業務を行い，給付管理票の作成など請求にあたって必要な書類の整備を行っていれば，報酬の請求ができます。また，ケアプラン上に位置づけられていた事業所の休止などにより，やむを得ず一時的に特定の事業所にサービスが集中せざるを得ない場合などは，特定事業所集中減算（P207参照）を適用しないなどの取扱いが可能です。

このほか，通所系サービスの事業所内でワクチン接種を実施する場合，介護保険サービスとして提供されるものと取り扱うことができる場合があるなど，さまざまな特例が示されています。

◆介護報酬の算定構造（通所リハビリテーション費）

基本部分			注 利用者の数が利用定員を超える場合 又は 医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	注 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	注 理学療法士等体制強化加算	注 7時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの前後に日常生活上の世話を行う場合	注 リハビリテーション提供体制加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 入浴介助加算（Ⅰ）	注 入浴介助加算（Ⅱ）	注 リハビリテーションマネジメント加算（A）
イ 通常規模の事業所の場合＊	(1)1時間以上2時間未満	要介護1（ 366単位） 要介護2（ 395単位） 要介護3（ 426単位） 要介護4（ 455単位） 要介護5（ 487単位）	×70/100	+3/100	1日につき +30単位			+5/100	1日につき +40単位	1日につき +60単位	リハビリテーションマネジメント加算（A）イ 同意日の属する月から6月以内 1月につき +560単位 同意日の属する月から6月超 1月につき +240単位 リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ 同意日の属する月から6月以内 1月につき +593単位 同意日の属する月から6月超 1月につき +273単位
	(2)2時間以上3時間未満	要介護1（ 380単位） 要介護2（ 436単位） 要介護3（ 494単位） 要介護4（ 551単位） 要介護5（ 608単位）									
	(3)3時間以上4時間未満	要介護1（ 483単位） 要介護2（ 561単位） 要介護3（ 638単位） 要介護4（ 738単位） 要介護5（ 836単位）					3時間以上4時間未満の場合 +12単位				
	(4)4時間以上5時間未満	要介護1（ 549単位） 要介護2（ 637単位） 要介護3（ 725単位） 要介護4（ 838単位） 要介護5（ 950単位）					4時間以上5時間未満の場合 +16単位				
	(5)5時間以上6時間未満	要介護1（ 618単位） 要介護2（ 733単位） 要介護3（ 846単位） 要介護4（ 980単位） 要介護5（ 1,112単位）					5時間以上6時間未満の場合 +20単位				
	(6)6時間以上7時間未満	要介護1（ 710単位） 要介護2（ 844単位） 要介護3（ 974単位） 要介護4（ 1,129単位） 要介護5（ 1,281単位）					6時間以上7時間未満の場合 +24単位				
	(7)7時間以上8時間未満	要介護1（ 757単位） 要介護2（ 897単位） 要介護3（ 1,039単位） 要介護4（ 1,206単位） 要介護5（ 1,369単位）				8時間以上9時間未満の場合 +50単位 9時間以上10時間未満の場合 +100単位 10時間以上11時間未満の場合 +150単位 11時間以上12時間未満の場合 +200単位 12時間以上13時間未満の場合 +250単位 13時間以上14時間未満の場合 +300単位	7時間以上の場合 +28単位				

〔右ページに続く〕

注 リハビリテーションマネジメント加算（B）	注 短期集中個別リハビリテーション実施加算	注 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	注 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	注 生活行為向上リハビリテーション実施加算	注 若年性認知症利用者受入加算	注 栄養アセスメント加算	注 栄養改善加算	注 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	注 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	注 口腔機能向上加算（Ⅰ）	注 口腔機能向上加算（Ⅱ）	注 重度療養管理加算	注 中重度者ケア体制加算	注 科学的介護推進体制加算	注 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所リハビリテーションを行う場合	注 事業所が送迎を行わない場合
リハビリテーションマネジメント加算（B）イ 同意日の属する月から6月以内 1月につき +830単位 同意日の属する月から6月超 1月につき +510単位 リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ 同意日の属する月から6月以内 1月につき +863単位 同意日の属する月から6月超 1月につき +543単位	1日につき +110単位	1日につき +240単位（週2日を限度）	1月につき +1,920単位	利用開始日の属する月から6月以内 1月につき +1,250単位	1日につき +60単位	1月につき +50単位	1回につき +200単位（月2回を限度）	1回につき +20単位（6月に1回を限度）	1回につき +5単位（6月に1回を限度）	1回につき +150単位（月2回を限度）	1回につき +160単位（月2回を限度）	1日につき +100単位	1日につき +20単位	1月につき +40単位	1日につき −94単位	片道につき −47単位

〔次ページに続く〕

※生活行為向上リハビリテーション実施加算及び生活行為向上リハビリテーションの実施後にリハビリテーションを継続した場合の減算については、令和３年３月31日までに算定している場合、従前の単位数を算定する。

〔編注〕＊事務連絡では「病院又は診療所の場合」と「介護老人保健施設の場合」と「介護医療院の場合」とで分けられていますが、本書ではまとめて掲載しました。

■医療保険から介護保険へ移行した場合のリハビリテーション計画書の取扱い

リハビリテーションは，事業所の医師の診療に基づき，リハビリテーション計画を作成し，実施することが原則です。例外として，医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料，廃用症候群リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料を算定すべき患者が，介護保険のリハビリテーションへ移行する際に，保険医療機関のリハビリテーション計画書をもって情報提供を受けた事業所の医師が利用者を診療し，記載内容を確認した上でリハビリテーション費の算定を開始してもよいとされています。

なお，その場合であっても，算定開始の日が属する月から起算して３月以内に，事業所の医師の診療に基づいて，次回のリハビリテーション計画を作成します。

■リハビリテーションマネジメント加算の算定におけるリハビリテーション会議の開催

リハビリテーションマネジメント加算を算定するには，リハビリテーション会議を開催することとされています。会議の構成員である医師についてはテレビ電話等の情報通信機器を使用した出席が可能ですが，その場合には会議の議事に支障のないよう留意することが求められます。

また，リハビリテーション会議の開催頻度については利用者の同意を得てから６月以内はおおむね１月に１回，６月を超えた後はおおむね３月に１回行うこととされています。

ただし，算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて６月以上ある利用者については，算定当初から３月に１回の頻度でよいとされました。

4 介護報酬の請求と支払

◎介護報酬（保険給付分）の請求は，事業所の所在地の国保連合会に，伝送または光ディスク等の提出により行います。ただし，一部の事業所では，帳票（紙）による請求も可能です（P22参照）。
◎国保連合会では，送付されてきた介護給付費請求書と介護給付費明細書を点検・審査の上，サービス提供月の翌々月末に介護報酬を支払います（返戻や査定が行われることもあります）。

1 月ごとに請求書・明細書を国保連合会に送付

介護報酬（保険給付分）と，短期入所サービスにおける低所得者の食費・滞在費の負担軽減分（補足給付→P62～参照）の請求は，サービス提供月ごとに，①介護給付費請求書，②介護給付費明細書を国保連合会に送ることで行います※。

※請求についての基本的な事項については，P22参照。

①介護給付費請求書	その事業所の１か月分の請求合計額を内容とします。複数市町村（保険者）の利用者がある場合，複数種類のサービス指定をうけている場合でも，１事業所単位で１枚です。
②介護給付費明細書	１利用者単位の内訳で，サービス種類等に応じて様式（内容）が定められています（P214参照）。

■公費の請求が必要な場合

要介護者・要支援者が，特定疾患治療研究事業など，「保険優先公費」（一覧はP211参照）の受給者証をあわせて持っている場合があります。介護保険のサービスの中には，同時にこの公費の制度の対象になるものがあり（サービスの特定の部分に限定して公費対象となるケースもあります），この場合の取扱いはおおよそ以下のようになっています。

⑴サービス費用の９割（一定以上所得者は８割，現役並み所得者は７割）は介護保険から給付され，残りの１割（２割または３割）の範囲で，公費負担が行われます。その結果，利用者は通常より低い負担，あるいは負担なしで，サービスをうけられます。
⑵事業者は，受給者証に記載された額を限度に，利用者から利用料をうけ取ります。
⑶事業者は，介護保険給付分と公費負担分をあわせて，国保連合会に請求します。

●生活保護の介護扶助

生活保護の対象となる利用者には，生活保護法の介護扶助が行われます。介護扶助は，別に生活保護法の指定をうけた事業所により，現物給付で行われます（本人負担額が設定される場合もあります）。

介護扶助の請求も，介護保険の請求書等により国保連合会に行います。

なお，介護保険の被保険者である場合は，介護保険からサービス費用の保険給付分が給付され，残りの自己負担分の範囲で生活保護の対象となりますが，介護保険の被保険者でない人が介護扶助の対象となる場合では，（本人負担額を除いた）費用の全体が生活保護の対象です。ただし，他の「保険優先公費」が適用される場合は，その適用後になお残る負担額が介護扶助の対象です。

2 国保連合会の点検・審査で返戻・査定の場合も

介護報酬の請求をうけた国保連合会では，①利用者の資格，②事業所・施設についての記載事項，③請求書等の記載方法等について点検を行いますが，たとえば，おもに次のような不備がある場合には返戻（差し戻し）の扱いとなります。

⑴１人の利用者の明細書が，同一サービス提供月で重複している
⑵利用者が要介護者等に該当していない
⑶給付管理票への位置づけが必要な在宅サービスについて，給付管理票に位置づけられていない（もしくは提出されていない※1）

また，請求が適正と認められないときは，査定（減単位）が行われます。たとえば，次のような場合に，査定されることがあります。

⑴在宅サービスの明細書と給付管理票の突合により，サービス種類ごとの請求が給付管理票の計画単位数を超えていた
⑵介護給付費等審査委員会（各都道府県の国保連合会に設置され，①サービス担当者代表委員，②市町村代表委員，③公益代表委員により組織）の審査により，介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院での医療サービス（特定診療費等）の請求が適正でない

なお，返戻された請求書等については，事業所・施設で内容を確認し，誤りがあった場合には修正して再請求を行います。疑義のある査定については，たとえば次のように取り扱います※2。

⑴給付管理票との不一致が理由の場合には，居宅介護支援事業者等に修正した給付管理票を国保連合会に提出するように依頼
⑵特定診療費などの医療行為の査定は，再審査を申し立てることが可能

※1 給付管理票の未提出による返戻扱いについては，国保連合会での判断により，一定期間保留扱いされることもあります。

※2 返戻・査定の理由が，市町村が国保連合会に提出した受給者台帳にある場合には，市町村に台帳の修正を依頼します（過誤申し立ての依頼）。また，審査決定済みの請求の取り下げは，市町村に対する過誤申し立ての依頼により行います。

◆明細書が返戻・査定となる事例

点検項目	点検内容	誤り
サービス提供年月	●サービス提供年月の設定があるか ●月遅れ分である場合は，請求権の時効前か	返戻
事業所等	●事業者台帳と照合して，事業所番号が有効か	返戻
請求先	●保険者台帳と照合して，提供月に有効な保険者番号か	返戻
受給者	●受給者台帳と照合し，サービス月に受給資格があるか（有効期間等） ●保険料滞納による給付制限をうけていないか	返戻
請求内容（明細）	●介護給付費単位数表と照合し，サービス内容にあったコード・単位か	返戻
居宅サービス	●代理受領の要件を満たしているか	返戻
介護保険施設	●特定入所者介護サービス費の請求が適正か	返戻
	●介護老人保健施設，介護療養型医療施設および介護医療院での医療サービス（緊急時施設療養費，緊急時施設診療費，所定疾患施設療養費，特定診療費，特別療養費または特別診療費）の請求が適正か（短期入所療養介護についても同じ）	返戻／査定
給付管理票との突合（支給限度基準額が設定されているサービス）	●明細書と同一月・同一受給者の給付管理票が存在するか	返戻
	●明細書と同一月・同一事業所のサービス種類が存在するか ●明細書のサービス種類ごとの合計請求単位数が，給付管理票の計画単位数以下か	査定

1 保険給付とは異なる支援・総合事業

◎市町村では，被保険者が要介護状態等となることを予防し，地域で自立した日常生活を営むことができるよう支援するため，地域支援事業を実施します。そのうちの一事業が，総合事業です。
◎総合事業は，「介護予防・生活支援サービス事業（サービス事業）」と「一般介護予防事業」に分類されます。サービス事業では，訪問・通所・生活支援サービス等が実施されます。
◎サービス事業の対象は，基本的に要支援者やチェックリストを活用したサービス事業対象者等であり，介護予防ケアマネジメントを経てサービスが提供されます。

1 総合事業は地域支援事業の一事業

ここまでは，保険給付のしくみやその対象となるサービス等を見てきましたが，市町村ではこうしたしくみとは異なる，地域支援事業を実施しています。

地域支援事業の目的は，被保険者が要介護状態等となることを予防し，社会に参加しつつ，地域で自立した日常生活を営むことができるよう支援することです。地域における包括的な相談・支援体制，多様な主体の参画による日常生活の支援体制，在宅医療と介護の連携体制および認知症高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進します※。

地域支援事業は，「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）」，「包括的支援事業」，「任意事業」により構成されています。

この章では，このうち特に予防給付と密接に繋がりのある，総合事業のしくみについて見ていきます。

※地域支援事業は，高齢者のニーズや生活実態に基づいて総合的な判断を行い，高齢者に対し，自立して日常生活を営むことができるよう，継続的かつ総合的なサービスが提供されるよう実施します。

◆地域支援事業の構成

地域支援事業	
（1）介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）	要支援者等に対して必要な支援を行う介護予防・生活支援サービス事業（サービス事業）と，住民主体の介護予防活動の育成および支援等を行う一般介護予防事業を実施します。
（2）包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）	包括的支援事業のうち，地域包括支援センターによる第１号介護予防支援事業，総合相談支援業務，権利擁護業務，包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を実施します ただし，第１号介護予防支援は介護予防ケアマネジメントとして実施され，費用は総合事業によりまかなわれます。 なお，老人介護支援センターの設置者（市町村社会福祉協議会・社会福祉法人等）等に委託する場合は，すべての事業を一括で委託します。
（3）包括的支援事業（社会保障充実分）	包括的支援事業のうち，在宅医療・介護連携推進事業，生活支援体制整備事業，認知症総合支援事業，地域ケア会議推進事業を実施します。 地域包括支援センター以外に委託することも可能です。
（4）任意事業	介護給付等費用適正化事業，家族介護支援事業，その他介護保険事業の運営の安定化および被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事業を実施します。

2 総合事業の構成

総合事業は，「介護予防・生活支援サービス事業（サービス事業）」と，「一般介護予防事業」の大きく２つに分類されます。

サービス事業では，主に要支援者や基本チェックリスト該当者を対象としており，介護予防ケアマネジメントにもとづき，訪問型サービスや通所型サービス，その他の生活支援サービスを提供します※１。

訪問型サービスや通所型サービスでは，平成26年介護保険法改正※２により予防給付対象から総合事業に移行した介護予防訪問介護・通所介護に相当するサービスのほか，緩和した基準によるサービスや住民主体による支援等，多様なサービス類型が示されています。

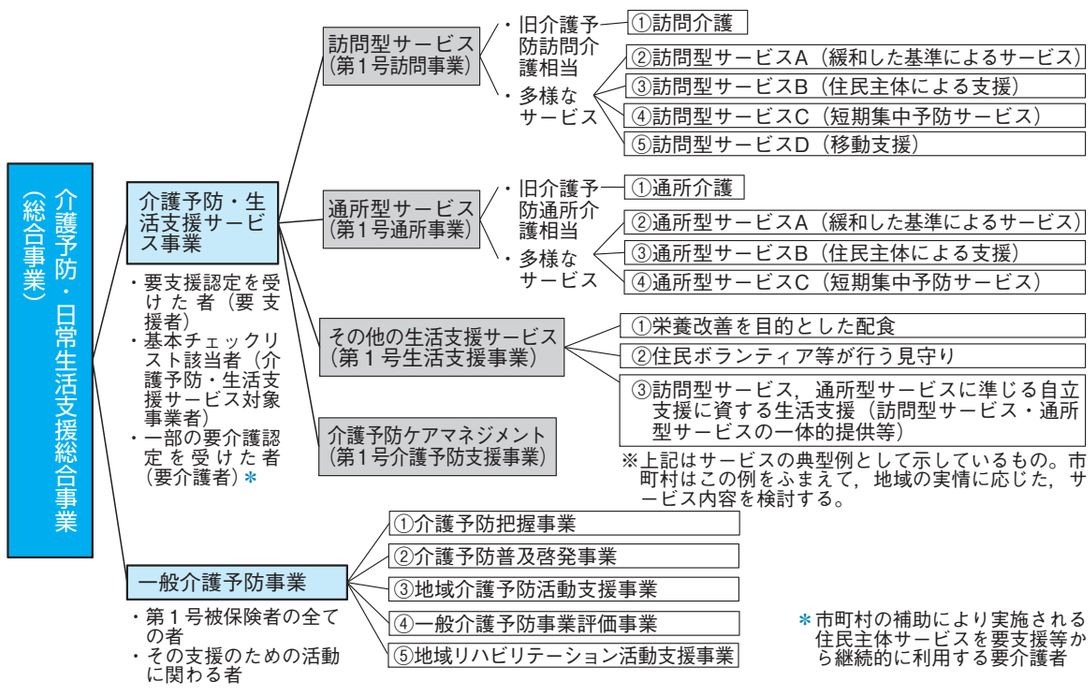
なお，一部の要介護者もサービス事業の対象となります。具体的には，市町村の補助により実施されるサービス（住民主体サービス）を，要支援等から継続的に利用する場合などです（P226参照）。

一方，一般介護予防事業では，第１号被保険者の全員と，その支援者等が対象となります。閉じこもり等の何らかの支援を要する人を早期に発見する介護予防把握事業のほか，介護予防に資する基本的な知識を普及啓発する介護予防普及啓発事業や，住民主体の通いの場等の活動を支援する地域介護予防活動支援事業などを実施します。

※1 介護保険法では，サービス事業は「第１号事業」と，訪問型サービスや通所型サービス，その他の生活支援サービスや介護予防ケアマネジメントについても，それぞれ第１号訪問事業，第１号通所事業，第１号生活支援事業，第１号介護予防支援事業として規定されています。

※2「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）」による介護保険法改正を指します。この改正により，介護予防サービスに位置づけられていた介護予防訪問介護・介護予防通所介護が，総合事業へと移行しました。

◆総合事業の構成



3 介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントでは，高齢者の自立支援を考え，利用者と目標達成のための具体策を共有し，利用者が介護予防の取組みを自分の生活の中に取り入れ・評価し，実施できる支援が求められます。

そのためには，より身近に，わかりやすい情報や，専門職の助言，サービス事業の利用による効果などを得られる体制を作りつつ，利用者がそれらを理解して，自身の行動を変えていくよう，ケアマネジメントのプロセスにおいて，利用者の状態等について説明しながら，共有していくことが必要です※。

●3つのパターンで実施

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては，利用者の状態等や，基本チェックリストの結果，本人の希望するサービス等をふまえて，①原則的なもの（ケアマネジメントA），②簡略化したもの（ケアマネジメントB），③初回のみのもの（ケアマネジメントC）のような類型を想定しています。なお，市町村（地域包括支援センター等）の判断により，これらのプロセスは，その途中においても，利用者本人の状況等に応じて，変更できるものとされています。

※総合事業における介護予防ケアマネジメントは，第1号介護予防支援事業として地域包括支援センターによって行われるものであり，指定介護予防支援事業所により行われる指定介護予防支援とは異なります。また，ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定されていません（サービス事業を利用する場合は，必要に応じ，地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつないでいくことが適当とされています）。

■基本チェックリストの実施窓口とその後の流れ，給付管理の実施

●市町村の窓口で実施した場合

市町村の窓口で基本チェックリストを実施した場合は，一般介護予防事業のみを利用する場合を除いて，基本チェックリストの実施結果等を地域包括支援センターに送付し，センターにおいて介護予防ケアマネジメントを開始します。

また，利用者は，地域包括支援センターから介護予防マネジメントをうけることを市町村に対して届け出ます（介護予防ケアマネジメント依頼書を提出）。市町村は利用者を受給者台帳に登録し，被保険者証を発行します。

被保険者証には，事業対象者である旨，基本チェックリスト実施日，担当地域包括支援センター名が記載されます。

●地域包括支援センターの窓口で実施した場合

地域包括支援センターの窓口で基本チェックリストを実施した場合は，利用者は市町村に対してセンターを通じて，地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントをうけることを届け出ることになります。届出により，市町村は利用者を受給者台帳に登録し，被保険者証を発行します（記載事項は前記と同様）。

●給付管理の実施

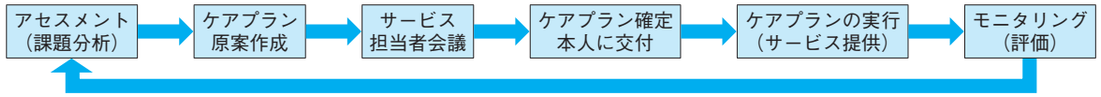
要支援者等は，予防給付等のサービスを利用しつつ，総合事業のサービス（指定事業者のサービス）を利用するケースが想定されることから，予防給付等の支給限度額の範囲内で，給付と事業を一体的に管理します。

一方で事業対象者については，指定事業者のサービスを利用する場合のみ，原則として給付管理を行います（上限額は予防給付の要支援1の限度額を目安に，市町村が実施要綱で定めます）。利用者の状態によっては，要支援1の限度額を超えることも可能です。

いずれの場合も，指定事業者以外の多様なサービス等も勘案してケアプランを作成します。

◆介護予防ケアマネジメントの3つのパターン

（参考・原則的なケアマネジメントの場合の流れ）



①原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス（ケアマネジメントA）

○介護予防・生活支援サービス事業の指定をうけた事業所のサービスを利用する場合 ○訪問型サービスC，通所型サービスCを利用する場合 ○その他地域包括支援センターが必要と判断した場合	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付（利用者・サービス提供者へ） →サービス利用開始 →モニタリング（必要に応じ，給付管理）

予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様，アセスメントによってケアプラン原案を作成し，サービス担当者会議を経て決定する。

モニタリングについては少なくとも3か月ごとに行い，利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。

②簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス（ケアマネジメントB）

○①または③以外のケースで，ケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等）	アセスメント →ケアプラン原案作成 （→必要に応じ，サービス担当者会議） →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付（利用者・サービス提供者へ） →サービス利用開始 →モニタリング（適宜）

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは，ケアマネジメントAと同様だが，サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と，間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し，評価およびケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。

③初回のみの介護予防ケアマネジメントのプロセス（ケアマネジメントC）

○ケアマネジメントの結果，補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 （必要に応じ，その後の状況把握を実施）	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

ケアマネジメントの結果，利用者本人が自身の状況，目標の達成等を確認し，住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。

初回のみ，簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し，ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組み」等を記載）を利用者に説明し，理解してもらった上で，住民主体の支援等につなげる。その後はモニタリング等は行わない。

また，状態等に応じた適切なサービス提供につながるよう，ケアマネジメントの結果については，サービス提供者に対して，利用者の同意を得てケアマネジメント結果を送付するか，利用者本人に持参してもらう。

このとき，「介護予防手帳」（P233参照）の利用も想定している。

ケアマネジメントの結果，一般介護予防事業や民間事業のみの利用となり，その後のモニタリング等を行わない場合についても，アセスメント等のプロセスに対して，ケアマネジメント開始月分のみ，事業によるケアマネジメント費が支払われる。

○ケアマネジメントCを実施することとした場合は，その後は名簿等の簡易な利用者管理を行うことも可能
○ケアマネジメントCやケアマネジメントBによりモニタリングを省略する場合は，利用者の状況に変化があった際に，適宜サービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制（状況悪化を見過ごさないしくみ）を作っておくことが適当
○ケアマネジメントの形態にかかわらず，ケアプラン内容やケアマネジメントの結果のほか，本人の介護予防に関する情報を記載して，本人に携帯してもらえるような取組み（介護予防手帳等の活用など）も検討する

3 サービス事業の基準

総合事業によるサービスに関する基準については，それぞれのサービス内容に応じて，市町村が条例で定めます。

その際，次の法令上の規定について，市町村は遵守し，条例の中で規定する必要があります※1が，その他は実情に応じて定めます。

⑴サービスの実施にあたって必ず遵守すべき基準	①事故発生時の対応 ②従事者または従事者であった者による秘密保持 ③従事者の清潔保持と健康状態の管理 ④廃止・休止の届出とその際の利用者に対する便宜の提供
⑵指定事業者の指定にあたって遵守すべき基準	「厚生労働省令で定める基準」に従って適正に事業を実施することができないと認められるときは指定をしてはならない ※「厚生労働省令」は，国が示す基準（旧予防給付に相当する基準等※2）のほか，市町村が利用者の状態像や地域の実情等に応じて，当該基準とは異なった基準を定めることができる旨を規定

※1 この表以外に，介護予防ケアマネジメントを行う者は，地域包括支援センターの設置者であること（一部委託可）が求められています。

※2 旧予防給付に相当する基準のほか，厚生労働大臣が定める基準として，その後の報酬改定の内容（例えば，介護保険等関連情報の活用とPDCAサイクルの推進について（P67参照）など）を踏まえた基準が，告示により定められています。

◆訪問型サービス・通所型サービスの基準の参考例（イメージ）

		旧予防給付相当のサービス（旧予防給付の基準と同様）	緩和した基準によるサービス	住民ボランティア・住民主体の自主活動（必ず遵守すべき基準）
訪問型サービスの基準	人員	管理者※　常勤・専従１以上 **訪問介護員等**　常勤換算2.5以上 **サービス提供責任者**　常勤の訪問介護員等のうち，利用者40人に1以上（一部非常勤職員も可）	管理者※　専従１以上 **従事者**　必要数【資格要件を緩和：一定の研修受講者も可】 **訪問事業責任者（仮称）**従事者のうち必要数【資格要件を緩和：従事者に同じ】	**従事者**　必要数
	設備	事業の運営に必要な広さを有する専用の区画／必要な設備・備品		事業の運営に必要な広さを有する区画／必要な設備・備品
	運営	（旧予防給付の基準およびその後の改定等を踏まえた基準） 個別サービス計画の作成 運営規程等の説明・同意　等	必要に応じ，個別サービス計画の作成	
	必須	**訪問介護員等（従事者）の清潔の保持・健康状態の管理　秘密保持　事故発生時の対応** **廃止・休止の届出と便宜の提供**		
通所型サービスの基準	人員	**管理者**※　常勤・専従１以上 **生活相談員**　専従１以上 **看護職員**　専従１以上 **介護職員**　～15人　専従１以上 15人～　利用者1人に専従0.2以上 （生活相談員・介護職員の1以上は常勤） **機能訓練指導員**　１以上	管理者※　専従１以上 **従事者**　～15人　専従1以上 15人～　利用者1人に必要数	**従事者**　必要数
	設備	食堂・機能訓練室（3㎡×利用定員以上） 静養室　相談室　事務室 消火設備その他の非常災害に必要な設備 必要なその他の設備・備品	サービスを提供するために必要な場所（3㎡×利用定員以上） 必要な設備・備品	サービスを提供するために必要な場所 必要な設備・備品
	運営	（旧予防給付の基準およびその後の改定等を踏まえた基準）	必要に応じ，個別サービス計画の作成	
	必須	必須事項は，訪問型サービスと同様		

※支障がない場合，他の職務，同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能

●専門職等が行う短期集中サービスも市町村で規定

保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス（訪問型サービスC，通所型サービスC）も，地域の実情や考え方に応じて実施されるものであり，その基準等についても市町村において独自に定めます。国で定める「必ず遵守すべき基準」は，市町村がそれぞれに定める基準に含めるようにします。

市町村の直接実施による場合も同様で，総合事業として実施するためには，「必ず遵守すべき基準」を満たすことが必要となります。

●介護給付と一体的に実施する場合における基準の緩和

総合事業を実施するにあたっては，引き続き介護サービス事業者が，要支援者等と要介護者とに対して一体的にサービスを提供することも想定されます。この場合は，介護給付の基準が緩和されます。従業者の専従義務の緩和や，要介護者への処遇に影響を与えないことを前提に，要支援者等について総合事業の基準による人員配置等が可能となります。

◆訪問型サービスと訪問介護を一体的に実施する場合の基準

		旧介護予防訪問介護相当のサービスと一体的に実施	緩和した基準によるサービスと一体的に実施	住民ボランティア・住民主体の自主活動（必ず遵守すべき基準）と一体的に実施
一体的に行う場合の介護給付の基準	人員	○要支援者と要介護者を合わせた数で介護給付の基準を満たす	○訪問介護員等は要支援者と要介護者を合わせた数。サービス提供責任者は要介護者数で介護給付の基準を満たし，要支援者には必要数	○基準の緩和はない 他のサービスと同様，管理者は支障がない場合，同一敷地内の他事業所等の職務に従事可 また，最低基準を下回らない範囲で職員が活動に関与することは可能
		管理者※1　常勤・専従１以上 **訪問介護員等**　常勤換算2.5以上 【資格要件：介護福祉士，介護職員初任者研修等修了者】 **サービス提供責任者**　常勤の訪問介護員等のうち，利用者40人に１以上※2 【資格要件：介護福祉士，実務者研修修了者等】 ※1　支障がない場合，他の職務，同一敷地内の他事業所等の職務に従事可 ※2　一部非常勤職員も可能	**管理者**※1　常勤・専従１以上 **訪問介護員等**　常勤換算2.5以上 【資格要件：同左】 **サービス提供責任者**　常勤の訪問介護員等のうち，利用者40人に１以上※2，※3 【資格要件：同左】 ※1　※2同左 ※3　要介護者の処遇に影響がないよう配慮	
		【例】利用者が要介護者40人，要支援者80人の場合 訪問介護員等 常勤換算2.5人以上 サービス提供責任者 3人以上	【例】利用者が要介護者40人，要支援者80人の場合 訪問介護員等　常勤換算2.5人以上 サービス提供責任者　１人以上＋必要数（市町村の判断）	
	設備	事業の運営に必要な広さを有する専用の区画　必要な設備・備品		
	運営	個別サービス計画の作成 運営規程等の説明・同意 提供拒否の禁止 衛生管理等 秘密保持等　事故発生時の対応　廃止・休止の届出と便宜の提供　等		

※通所型サービスについても同様の考え方にもとづき基準を設定

（5）介護予防・日常生活支援総合事業における地域単価設定の考え方

No.	サービス種類		地域単価設定の考え方　※1	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
1	訪問型サービス	A２：訪問型サービス（独自） A３：訪問型サービス（独自／定率） A４：訪問型サービス（独自／定額）	市町村がサービスの内容に応じて，当該市町村所在地における地域区分の単位数単価もしくは，10円を選択できる　※２	10円 または 11.40円	10円 または 11.12円	10円 または 11.05円	10円 または 10.84円	10円 または 10.70円	10円 または 10.42円	10円 または 10.21円	10円
2	通所型サービス	A６：通所型サービス（独自） A７：通所型サービス（独自／定率） A８：通所型サービス（独自／定額）	市町村がサービスの内容に応じて，当該市町村所在地における地域区分の単位数単価もしくは，10円を選択できる　※２	10円 または 10.90円	10円 または 10.72円	10円 または 10.68円	10円 または 10.54円	10円 または 10.45円	10円 または 10.27円	10円 または 10.14円	10円
3	その他の生活支援サービス	A９：その他の生活支援サービス（配食／定率） AA：その他の生活支援サービス（配食／定額） AB：その他の生活支援サービス（見守り／定率） AC：その他の生活支援サービス（見守り／定額） AD：その他の生活支援サービス（その他／定率） AE：その他の生活支援サービス（その他／定額）	市町村がサービスの内容に応じて，当該市町村所在地における地域区分の単位数単価のいずれかを選択できる なお，基本的には10円となるが，訪問サービスおよび通所サービスを一体的に行うサービスを提供する場合等は，10円以外の単価が設定されることを想定している　※２，３	10円 または 10.90円 または 11.10円 または 11.40円	10円 または 10.72円 または 10.88円 または 11.12円	10円 または 10.68円 または 10.83円 または 11.05円	10円 または 10.54円 または 10.66円 または 10.84円	10円 または 10.45円 または 10.55円 または 10.70円	10円 または 10.27円 または 10.33円 または 10.42円	10円 または 10.14円 または 10.17円 または 10.21円	10円
4	介護予防 ケアマネジメント	AF：介護予防ケアマネジメント	市町村が事業所所在地における地域区分の単位数単価もしくは，10円を選択できる　※３	10円 または 11.40円	10円 または 11.12円	10円 または 11.05円	10円 または 10.84円	10円 または 10.70円	10円 または 10.42円	10円 または 10.21円	10円

※１　１つのサービス種類ごとに１つの地域単価を設定すること。
※２　地域単価に10円を設定する場合は，市町村が都道府県経由で連合会に送付する事業所台帳（指定・基準該当等サービス台帳）の地域区分に「その他」を設定すること。
※３　連合会システムにおいては，地域単価は地域区分により決定する単価以下であれば正常とする。同じ地域区分に複数の単位数単価が存在する場合，当該地域区分の最大の単価が登録され，その値以下であれば正常とする。
例）その他の生活支援サービスの1級地であれば，11.40円が登録され，11.10円または10.90円または10円が記載されても正常とする。
介護予防ケアマネジメントの2級地であれば，11.12円が登録され，10円が記載されても正常とする。

（参考２）総合事業の算定構造

1　訪問型サービス費（独自）

基本部分		注 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	注 特別地域加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
イ　訪問型サービス費（独自）（Ⅰ）	事業対象者・要支援１・２ 週1回程度の訪問型サービス（独自）が必要とされた者 （１月につき　1,176単位）	×90／100	＋15／100	＋10／100	＋5／100
ロ　訪問型サービス費（独自）（Ⅱ）	事業対象者・要支援１・２ 週２回程度の訪問型サービス（独自）が必要とされた者 （１月につき　2,349単位）				
ハ　訪問型サービス費（独自）（Ⅲ）	事業対象者・要支援２ 週２回を超える程度の訪問型サービス（独自）が必要とされた者 （１月につき　3,727単位）				
ニ　訪問型サービス費（独自）（Ⅳ）	事業対象者・要支援１・２ 週1回程度の訪問型サービス（独自）が必要とされた者 （１回につき　268単位） ※１月の中で全部で４回までのサービスを行った場合				
ホ　訪問型サービス費（独自）（Ⅴ）	事業対象者・要支援１・２ 週２回程度の訪問型サービス（独自）が必要とされた者 （１回につき　272単位） ※1月の中で全部で5回から8回までのサービスを行った場合				
ヘ　訪問型サービス費（独自）（Ⅵ）	事業対象者・要支援２ 週２回を超える程度の訪問型サービス（独自）が必要とされた者 （１回につき　287単位） ※1月の中で全部で9回から12回までのサービスを行った場合				
ト　訪問型サービス費（独自）（短時間サービス）	事業対象者、要支援１・２ 20分未満の訪問型サービス （１回につき　167単位） ※１月につき22回まで算定可能				

チ　初回加算	（１月につき　＋200単位）	
リ　生活機能向上連携加算	（１）生活機能向上連携加算（Ⅰ）（１月につき　＋100単位）	
	（２）生活機能向上連携加算（Ⅱ）（１月につき　＋200単位）	
ヌ　介護職員処遇改善加算	（１）介護職員処遇改善加算（Ⅰ） （１月につき　＋所定単位×137／1000）	注 所定単位は、イからリまでにより算定した単位数の合計
	（２）介護職員処遇改善加算（Ⅱ） （１月につき　＋所定単位×100／1000）	
	（３）介護職員処遇改善加算（Ⅲ） （１月につき　＋所定単位×55／1000）	
	（４）介護職員処遇改善加算（Ⅳ） （１月につき　＋（３）の90／100）	
	（５）介護職員処遇改善加算（Ⅴ） （１月につき　＋（３）の80／100）	
ル　介護職員等特定処遇改善加算	（１）介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） （１月につき　＋所定単位×63／1000）	注 所定単位は、イからリまでにより算定した単位数の合計
	（２）介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） （１月につき　＋所定単位×42／1000）	

：支給限度額管理の対象の算定項目

：「特別地域加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「介護職員処遇改善加算」及び「介護職員等特定処遇改善加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目

：「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度基準額の算定の際、当該減算前の単位数を算入

※介護職員処遇改善加算（Ⅳ）および介護職員処遇改善加算（Ⅴ）については、令和４年３月31日まで算定可能。
※令和３年９月30日までの間は、訪問型サービス費のイからトまでについて、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。
※単位数については、国が規定する単位数を勘案し、市町村が規定する。

［脚注］　１．単位数算定記号の説明
＋○○単位　⇒　所定単位数　＋　○○単位
－○○単位　⇒　所定単位数　－　○○単位
×○○／100　⇒　所定単位数　×　○○／100
＋○○／100　⇒　所定単位数　＋　所定単位数×○○／100

索 引

数字・英字

1単位の単価／20，116
（介護報酬）／222
（関係告示）／114
（総合事業）／243
24時間通報対応加算（夜間対応型訪問介護）／142
2割負担／58
3割負担／58
Ⅰ型（短期入所療養介護）／177
Ⅱ型（短期入所療養介護）／177
ADL維持等加算
（LIFE関連加算）／124
（通所介護等）／156
CHASE／123
LIFE
（介護報酬）／123
（関連加算）／124
（指定基準）／67
Q＆A（Q＆A）／114
VISIT／123

あ行

アセスメント／27，29
（介護予防支援・具体的取扱方針）／109
（課題分析）／36
（居宅介護支援・具体的取扱方針）／108
安全・サービス提供管理委員会（療養通所介護）／93
移行支援加算
（通所リハビリテーション）／169
（訪問リハビリテーション）／145
委託連携加算(介護予防支援)／207
一次判定（認定）／12
一体型（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）／77
一体的運営
（介護給付・総合事業）／241
（介護サービス・介護予防サービス）／54
一般介護予防事業／225
一般原則（指定基準）／67
移動用リフト（福祉用具貸与等）／148
移動用リフトのつり具の部分（特定福祉用具販売等）／150
運営基準／18，52
（介護予防支援）／109
（共通的事項・訪問通所サービス）／69
（居宅介護支援）／107
（短期入所サービス）／101
（地域密着型通所介護）／92
（通所介護）／90
（通所リハビリテーション）／100
（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）／80
（特定福祉用具販売）／88
（認知症対応型通所介護）／95
（福祉用具貸与）／86
（訪問介護）／73
（訪問看護）／76
（訪問リハビリテーション）／83
（夜間対応型訪問介護）／82
（療養通所介護）／93
運営基準減算（居宅介護支援）／33
運営規程
（短期入所サービス）／102
（訪問通所サービス）／70
運営に関する指針（宿泊サービス）／97
衛生管理等
（短期入所サービス）／102
（訪問通所サービス）／70
栄養アセスメント加算（LIFE関連加算）／124
栄養改善加算（通所系サービス）／157
延長加算（通所介護等）／151
延長サービス（通所介護等）／151
オペレーションセンターサービス（夜間対応型訪問介護）／81
オペレーター（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）／79

か行

介護（短期入所サービス）／102
介護医療院サービス／65
介護･医療連携推進会議（定期巡回･随時対応型訪問介護看護）／79
介護給付（対象サービス）／10
介護給付費請求書／22，208
（様式）／211
介護給付費単位数表／20，112
介護給付費明細書／22，208
（サービス種類との対応）／214
（様式）／213
介護サービス計画／14
介護支援専門員／26
（資格等）／28
介護支援専門員証／28
介護職員処遇改善加算(共通的加算)／126
介護職員等特定処遇改善加算（共通的加算）／126
介護認定審査会／12
介護扶助／208
介護報酬／20
（体制の届出）／117
（単位数表）／112
（割引）／118
介護報酬改定／21
（令和3年度）／24
介護報酬の解釈／258
介護保険制度／8
介護保険等関連情報／67
介護保険負担割合証／59
介護保険法／8
介護予防居宅療養管理指導
（介護報酬）／146
（指定基準）／85
介護予防ケアプラン／14，47
（介護予防支援・具体的取扱方針）／110
（構成）／50
介護予防ケアマネジメント／225，228，234
（地域包括支援センター）／47
（様式）／232
介護予防ケアマネジメント費／232
介護予防サービス計画／14，47
介護予防支援／14，47
（介護報酬）／205
（指定基準）／109
介護予防住宅改修費／219
介護予防・生活支援サービス事業／225，234
介護予防短期入所生活介護
（介護報酬）／176
（指定基準）／104
介護予防短期入所療養介護
（介護報酬）／176
（指定基準）／106
介護予防通所介護／227
介護予防通所リハビリテーション
（介護報酬）／168
（指定基準）／100
介護予防手帳／233
介護予防・日常生活支援総合事業／224
（国保連合会の活用）／252
介護予防・日常生活支援総合事業費請求書（様式）／256
介護予防・日常生活支援総合事業費明細書（様式）／257
介護予防認知症対応型通所介護
（介護報酬）／157
（指定基準）／95
介護予防福祉用具貸与
（介護報酬）／148
（指定基準）／87
介護予防訪問介護／227
介護予防訪問看護
（介護報酬）／133
（指定基準）／76
介護予防訪問入浴介護
（介護報酬）／131
（指定基準）／74
介護予防訪問リハビリテーション
（介護報酬）／143
（指定基準）／83
介護療養型医療施設サービス／65
介護療養型老人保健施設（短期入所療養介護）／177
介護老人福祉施設サービス／65
介護老人保健施設サービス／65
科学的介護情報システム
（介護報酬）／123
（指定基準）／67
科学的介護推進体制加算（LIFE関連加算）／124
加算（単位数表）／21
課題分析標準項目／36
簡易浴槽（特定福祉用具販売等）／150
関係告示（介護報酬）／114
看護・介護職員連携強化加算（訪問看護）／138
看護小規模多機能型居宅介護／65
看護体制強化加算（訪問看護等）／138
監査／53
感染症・災害による利用者数の減少が一定以上生じている場合（通所系サービス）／172
感染症の予防及びまん延の防止のための措置（居宅介護支援）／107
管理者等の責務／69
簡略化したもの（ケアマネジメントB）／230
基準（総合事業）／240
基準該当サービス／18，68
基準費用額（食費・滞在費）／62
機能訓練(短期入所サービス)／102
規模区分の特例（通所系サービス）／173
基本チェックリスト／226，229
基本部分（単位数表）／113
基本報酬への3％加算（通所系サービス）／172
基本方針（指定基準）／67
虐待の防止／71
旧介護予防通所介護／227
旧介護予防訪問介護／227
給付管理／16
（総合事業）／230
給付管理業務／30，38
給付管理単位数／43
給付管理票／16，22，38
（記載例）／44
共生型サービス／56
共生型地域密着型通所介護（介護報酬）／156
共生型通所介護（介護報酬）／156
共生型訪問介護（介護報酬）／129
業務が適切に行われない場合（居宅介護支援）／33
業務管理体制（整備・届出）／52
業務継続計画の策定等／70
共用型(認知症対応型通所介護)／94
居住, 滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針／60
居宅／27
居宅介護支援／14
（介護報酬）／205
（指定基準）／107
居宅介護住宅改修費／219
居宅介護福祉用具購入費／88
居宅給付費／9
居宅内介助等の評価（通所系サービス）／163
居宅療養管理指導
（介護報酬）／146
（指定基準）／84
記録の整備／71
緊急時介護予防訪問看護加算（介護予防訪問看護）／138
緊急時対応医療機関(療養通所介護)／93
緊急時等の対応
（短期入所サービス）／102
（訪問看護）／76
（訪問通所サービス）／69
緊急時訪問介護加算（訪問介護）／129
緊急時訪問看護加算（訪問看護）／138
勤務体制の確保等／70
（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）／80
苦情処理／70
（居宅介護支援）／107
具体的取扱方針
（介護予防支援）／109
（居宅介護支援）／108
区分支給限度基準額／30，115
車いす（福祉用具貸与等）／148
ケアプラン／14，27
（居宅介護支援・具体的取扱方針）／108
（自己作成）／14
（標準例）／38
ケアマネジメント／14，26
ケアマネジャー／26，28
（資格等）／28
ケアマネジャー等に対する情報提供（居宅療養管理指導等）／147
経過型（短期入所療養介護）／177
計画作成責任者（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）／77
経過的ユニット型／176
健康管理(短期入所サービス)／102
減算（単位数表）／21
原則的なもの（ケアマネジメントA）／230
現物給付／19，57
高額医療合算サービス費／20
高額サービス費／20
口腔・栄養スクリーニング加算（通所系サービス）／157
口腔機能向上加算
（LIFE関連加算）／124
（通所系サービス）／157
合計所得金額／58
更新（指定）／18
更新認定／11
公費／9
公募制（指定）／55
国保連合会／22，208
腰掛便座（特定福祉用具販売等）／150
個別機能訓練加算
（LIFE関連加算）／124
（通所介護等）／155
個別サービス計画（指定基準・作成と交付）／68

さ行

サービスコード／43
サービス事業／225，234
サービス種類の考え方（総合事業）／244
サービス担当者会議／28，35
サービス提供が過小である場合（療養通所介護）／156
サービス提供証明書／19，69
サービス提供責任者(訪問介護)／73
サービス提供体制強化加算（共通的加算）／125
サービス提供の記録／69
サービスの類型（保険給付）／17
サービス利用票／38
（記載例）／39
サービス利用票別表／38
（記載例）／41
在宅強化型（短期入所療養介護）／177
在宅サービス相互の関係(介護報酬)／119
雑則（指定基準）／67
査定／209
参酌するべき基準（指定基準）／53
参照（単位数表）／131
算定構造／113