

○月額包括報酬の日割り請求にかかる適用については以下のとおり。

- ・以下の対象事由に該当する場合、日割りで算定する。該当しない場合は、月額包括報酬で算定する。
  - ・日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間(※)に応じた日数による日割りとする。具体的には、用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。
- ※サービス算定対象期間：月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間。  
月の途中に終了した場合は、月初から起算日までの期間。

<対象事由と起算日>

| 月額報酬対象サービス                                    | 月途中の事由                                                                            | 起算日※2                      |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 介護予防通所リハ<br>(介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む) | ・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)                                                                  | 変更日                        |
|                                               | ・区分変更(要支援→要介護)<br>・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1)<br>・事業開始(指定有効期間開始)<br>・事業所指定効力停止の解除 | 契約日                        |
|                                               | ・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居(※1)                                         | 退居日の翌日                     |
|                                               | ・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除(※1)                                                         | 契約解除日の翌日                   |
|                                               | ・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所(※1)                                                | 退所日の翌日                     |
|                                               | ・公費適用の有効期間開始                                                                      | 開始日                        |
|                                               | ・生保単独から生保併用への変更<br>(65歳になって被保険者資格を取得した場合)                                         | 資格取得日                      |
|                                               | ・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)                                                                  | 変更日                        |
|                                               | ・区分変更(要支援→要介護)<br>・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1)<br>・事業廃止(指定有効期間満了)<br>・事業所指定効力停止の開始 | 契約解除日<br>(廃止・満了日)<br>(開始日) |
|                                               | ・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居(※1)                                         | 入居日の前日                     |
|                                               | ・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始(※1)                                                     | サービス提供日(通い、訪問又は宿泊)の前日      |
|                                               | ・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所(※1)                                                | 入所日の前日                     |
|                                               | ・公費適用の有効期間終了                                                                      | 終了日                        |
|                                               |                                                                                   |                            |

| 月額報酬対象サービス                                                       | 月途中の事由                                                                                                                                | 起算日※2                                        |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 小規模多機能型居宅介護<br>介護予防小規模多機能<br>型居宅介護<br>複合型サービス(看護小規模<br>多機能型居宅介護) | ・区分変更(要介護1～要介護5の間、要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)                                                                                                          | 変更日                                          |
|                                                                  | 開始<br>・区分変更(要介護⇔要支援)<br>・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)<br>・事業開始(指定有効期間開始)<br>・事業所指定効力停止の解除<br>・受給資格取得<br>・転入<br>・利用者の登録開始(前月以前から継続している場合を除く) | サービス提供日<br>(通い、訪問又は宿泊)                       |
|                                                                  | ・公費適用の有効期間開始                                                                                                                          | 開始日                                          |
|                                                                  | ・生保単独から生保併用への変更<br>(65歳になって被保険者資格を取得した場合)                                                                                             | 資格取得日                                        |
|                                                                  | 終了<br>・区分変更(要介護1～要介護5の間、要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)                                                                                                    | 変更日                                          |
|                                                                  | ・区分変更(要介護⇔要支援)<br>・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)<br>・事業廃止(指定有効期間満了)<br>・事業所指定効力停止の開始<br>・受給資格喪失<br>・転出<br>・利用者との契約解除                         | 契約解除日<br>(廃止・満了日)<br>(開始日)<br>(喪失日)<br>(転出日) |
|                                                                  | ・公費適用の有効期間終了                                                                                                                          | 終了日                                          |
|                                                                  |                                                                                                                                       |                                              |
| 夜間対応型訪問介護                                                        | 開始<br>・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1)<br>・事業所指定効力停止の解除<br>・利用者の登録開始(前月以前から継続している場合を除く)                                                    | 契約日                                          |
|                                                                  | ・公費適用の有効期間開始                                                                                                                          | 開始日                                          |
|                                                                  | ・生保単独から生保併用への変更<br>(65歳になって被保険者資格を取得した場合)                                                                                             | 資格取得日                                        |
|                                                                  | 終了<br>・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1)<br>・事業所指定有効期間満了<br>・事業所指定効力停止の開始<br>・利用者との契約解除                                                      | 契約解除日<br>(満了日)<br>(開始日)                      |
|                                                                  | ・公費適用の有効期間終了                                                                                                                          | 終了日                                          |
|                                                                  |                                                                                                                                       |                                              |

| 月額報酬対象サービス                              | 月途中の事由                                                                                                                                         | 起算日※2                   |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 訪問看護(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して訪問看護を行う場合) | ・区分変更(要介護1～5の間)                                                                                                                                | 変更日                     |
|                                         | ・区分変更(要支援→要介護)<br>・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1)<br>・事業開始(指定有効期間開始)<br>・事業所指定効力停止の解除<br>・利用者の登録開始(前月以前から継続している場合を除く)                              | 契約日                     |
|                                         | ・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の退所(※1)<br>・小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、特定施設入居者生活介護(短期利用型)又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)の退居(※1) | 退所日の翌日<br>退居日の翌日        |
|                                         | ・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間(ただし、特別訪問看護指示書の場合を除く)                                                                                                     | 給付終了日の翌日                |
|                                         | ・公費適用の有効期間開始                                                                                                                                   | 開始日                     |
|                                         | ・生保単独から生保併用への変更(65歳になって被保険者資格を取得した場合)                                                                                                          | 資格取得日                   |
|                                         | ・区分変更(要介護1～5の間)                                                                                                                                | 変更日                     |
|                                         | ・区分変更(要介護→要支援)<br>・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1)<br>・事業廃止(指定有効期間満了)<br>・事業所指定効力停止の開始<br>・利用者との契約解除                                                | 契約解除日<br>(満了日)<br>(開始日) |
|                                         | ・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の入所(※1)<br>・小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、特定施設入居者生活介護(短期利用型)又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)の入居(※1) | 入所日の前日<br>入居日の前日        |
|                                         | ・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間(ただし、特別訪問看護指示書の場合を除く)                                                                                                     | 給付開始日の前日                |
|                                         | ・公費適用の有効期間終了                                                                                                                                   | 終了日                     |
|                                         | 開始                                                                                                                                             |                         |
|                                         | 終了                                                                                                                                             |                         |

| 月額報酬対象サービス                                                             | 月途中の事由                                                                                                                                               | 起算日※2                   |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                                                       | ・区分変更(要介護1～5の間)                                                                                                                                      | 変更日                     |
|                                                                        | ・区分変更(要支援→要介護)<br>・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1)<br>・事業開始(指定有効期間開始)<br>・事業所指定効力停止の解除<br>・利用者の登録開始(前月以前から継続している場合を除く)                                    | 契約日                     |
|                                                                        | 開始<br>・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の退所(※1)<br>・小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、特定施設入居者生活介護(短期利用型)又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)の退居(※1) | 退所日<br>退居日              |
|                                                                        | ・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間                                                                                                                                | 給付終了日の翌日                |
|                                                                        | ・公費適用の有効期間開始                                                                                                                                         | 開始日                     |
|                                                                        | ・生保単独から生保併用への変更<br>(65歳になって被保険者資格を取得した場合)                                                                                                            | 資格取得日                   |
|                                                                        | ・区分変更(要介護1～5の間)                                                                                                                                      | 変更日                     |
|                                                                        | ・区分変更(要介護→要支援)<br>・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1)<br>・事業廃止(指定有効期間満了)<br>・事業所指定効力停止の開始<br>・利用者との契約解除                                                      | 契約解除日<br>(満了日)<br>(開始日) |
|                                                                        | 終了<br>・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の入所(※1)<br>・小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、特定施設入居者生活介護(短期利用型)又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)の入居(※1) | 入所日の前日<br>入居日の前日        |
|                                                                        | ・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間                                                                                                                                | 給付開始日の前日                |
|                                                                        | ・公費適用の有効期間終了                                                                                                                                         | 終了日                     |
| 福祉用具貸与<br>介護予防福祉用具貸与<br>(特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む) | 開始<br>・福祉用具貸与の開始月と中止月が異なり、かつ、当該月の貸与期間が一月に満たない場合(ただし、当分の間、半月単位の計算方法を行うことも差し支えない。)                                                                     | 開始日                     |
|                                                                        | ・公費適用の有効期間開始                                                                                                                                         | 開始日                     |
|                                                                        | ・生保単独から生保併用への変更<br>(65歳になって被保険者資格を取得した場合)                                                                                                            | 資格取得日                   |
|                                                                        | 終了<br>・福祉用具貸与の開始月と中止月が異なり、かつ、当該月の貸与期間が一月に満たない場合(ただし、当分の間、半月単位の計算方法を行うことも差し支えない。)                                                                     | 中止日                     |
|                                                                        | ・公費適用の有効期間終了                                                                                                                                         | 終了日                     |

| 月額報酬対象サービス                                                                                           | 月途中の事由                                                                                                                                                                                                                              | 起算日※2                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 介護予防・日常生活支援総合事業<br>・訪問型サービス(みなし)<br>・訪問型サービス(独自)<br>・通所型サービス(みなし)<br>・通所型サービス(独自)<br>※月額包括報酬の単位とした場合 | ・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)<br>・区分変更(事業対象者→要支援)                                                                                                                                                                                                | 変更日                        |
|                                                                                                      | ・区分変更(要介護→要支援)<br>・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1)<br>・事業開始(指定有効期間開始)<br>・事業所指定効力停止の解除                                                                                                                                                   | 契約日                        |
|                                                                                                      | ・利用者との契約開始                                                                                                                                                                                                                          | 契約日                        |
|                                                                                                      | 開始<br>・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居(※1)                                                                                                                                                                                     | 退居日の翌日                     |
|                                                                                                      | ・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除(※1)                                                                                                                                                                                                           | 契約解除日の翌日                   |
|                                                                                                      | ・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所(※1)                                                                                                                                                                                                  | 退所日の翌日                     |
|                                                                                                      | ・公費適用の有効期間開始                                                                                                                                                                                                                        | 開始日                        |
|                                                                                                      | ・生保単独から生保併用への変更<br>(65歳になって被保険者資格を取得した場合)                                                                                                                                                                                           | 資格取得日                      |
|                                                                                                      | ・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)<br>・区分変更(事業対象者→要支援)                                                                                                                                                                                                | 変更日                        |
|                                                                                                      | ・区分変更(事業対象者→要介護)<br>・区分変更(要支援→要介護)<br>・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1)<br>・事業廃止(指定有効期間満了)<br>・事業所指定効力停止の開始                                                                                                                               | 契約解除日<br>(廃止・満了日)<br>(開始日) |
|                                                                                                      | ・利用者との契約解除                                                                                                                                                                                                                          | 契約解除日                      |
|                                                                                                      | 終了<br>・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居(※1)                                                                                                                                                                                     | 入居日の前日                     |
|                                                                                                      | ・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始(※1)                                                                                                                                                                                                       | サービス提供日(通い、訪問又は宿泊)の前日      |
|                                                                                                      | ・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所(※1)                                                                                                                                                                                                  | 入所日の前日                     |
|                                                                                                      | ・公費適用の有効期間終了                                                                                                                                                                                                                        | 終了日                        |
| 居宅介護支援費<br>介護予防支援費<br>介護予防ケアマネジメント費                                                                  | ・日割りは行わない。<br>・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。(※1)<br>・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。<br>・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。<br>・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、それぞれにおいて月額包括報酬の算定を可能とする。 | -                          |

| 月額報酬対象サービス             | 月途中の事由                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 起算日※2 |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 日割り計算用サービスコードがない加算及び減算 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・日割りは行わない。</li> <li>・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。(※1)</li> <li>・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。</li> <li>・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。</li> <li>・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、生保併用にて月額包括報酬の算定を可能とする。</li> </ul> | 二     |

- ※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。  
 なお、保険者とは、政令市又は広域連合の場合は、構成市区町村ではなく、政令市又は広域連合を示す。
- ※2 終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。



## 介護サービス関係 Q&A集

| 番号 | サービス種別  | 項目                    | 質問                                                                                                                                     | 回答                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | QA発出時期、文書番号等                                                     |
|----|---------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1  | 全サービス共通 | 人員配置基準における両立支援        | 人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認めるとあるが、「同等の資質を有する」かについてどのように判断するのか。 | ・介護現場において、仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、以下の取扱いを認める。<br>＜常勤の計算＞<br>・育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加え、同法による介護の短時間勤務制度や、男女雇用機会均等法による母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合についても、30 時間以上の勤務で、常勤扱いとする。<br>＜常勤換算の計算＞<br>・職員が、育児・介護休業法による短時間勤務制度や母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合、週30 時間以上の勤務で、常勤換算上も1と扱う。<br>※ 平成27 年度介護報酬改定に関するQ&A(平成27 年4月1日)問2は削除する。<br>＜同等の資質を有する者の特例＞<br>・「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業、育児休業に準ずる休業、母性健康管理措置としての休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。<br>・なお、「同等の資質を有する」とは、当該休業を取得した職員の配置により満たしていた、勤続年数や所定の研修の修了など各施設基準や加算の算定要件として定められた資質を満たすことである。 | 3.3.19<br>事務連絡<br>「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.1) (令和3年3月19日)」の送付について |
| 2  | 全サービス共通 | 虐待防止                  | 居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業者が1名だけということがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的に行なう必要があるのか。                                             | ・虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にし、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的に実施していただきたい。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。<br>・例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。<br>・研修の定期的実施にあたっては、虐待防止委員会同様法人内の複数事業所や他委員会との合同開催、都道府県や市町村等が実施する研修会への参加、複数の小規模事業所による外部講師を活用した合同開催等が考えられる。                                                                                                                                                                                                                        | 3.3.26<br>事務連絡<br>「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3) (令和3年3月26日)」の送付について |
| 3  | 全サービス共通 | 運営規程について              | 令和3年度改定において、運営基準等で経過措置期間を定め、介護サービス事業所等に義務づけられたものがあるが、これらについて運営規程においてはどのように扱うのか。                                                        | 介護保険法施行規則に基づき運営規程については、変更がある場合は都道府県知事又は市町村長に届け出ることとされているが、今般介護サービス事業所等に対し義務づけられたもののうち、経過措置が定められているものについては、当該期間においては、都道府県知事等に届け出ることまで求めるものではないこと。<br>一方、これらの取組については、経過措置期間であってもより早期に取組を行うことが望ましいものであることに留意すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3.4.21<br>事務連絡<br>「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.7) (令和3年4月21日)」の送付について |
| 4  | 全サービス共通 | 令和3年9月30 日までの上乗せ分について | 令和3年9月30 日までの上乗せ分については、どのように算定するのか。                                                                                                    | 令和3年9月30 日までの間は、各サービスの月の基本報酬に、0.1%上乗せすることとしているが、請求に当たっては、上乗せ分のコードをあわせて入力することが必要であり、行われないう場合返戻となることから、「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について(確定版)」(令和3年3月31 日付厚生労働省老健局介護保険計画課ほか連名事務連絡)「Ⅲ－資料3_介護給付費明細書及び給付管理票記載例」の記載方法を参考に対応されたい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3.4.21<br>事務連絡<br>「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.7) (令和3年4月21日)」の送付について |

介護サービス関係 Q&A集

| 番号        | サービス種別 | 項目         | 質問                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 回答                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | QA発出時期、文書番号等                                                    |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |                                                                 |
|-----------|--------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------|----|----|----|----|-----------|----|----|----|----|--------|----|----|----|----|------|----|----|----|----|------|----|----|----|----|-----------|----|----|----|----|--------|----|----|----|----|-----------------------------------------------------------------|
| 5         | 居宅介護支援 | 契約時の説明について | 今回の改定において、ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、利用者に、前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与（以下、訪問介護等という。）の各サービスの利用割合及び前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護等の各サービスの割合、同一事業者によって提供されたものの割合（以下、訪問介護等の割合等）の説明を行うことと定められたが、具体的な説明方法として、どのような方法が考えられるか。                                                                                     | <p>・例えば、以下のように重要事項説明書等に記載し、訪問介護等の割合等を把握できる資料を別紙として作成し、居宅介護支援の提供の開始において示すとともに説明することが考えられる。</p> <p>・なお、「同一事業者によって提供されたものの割合」については、前6か月間に作成したケアプランに位置付けられた訪問介護等の各事業所における提供回数のうち（※同一事業所が同一利用者に複数回提供してもカウントは1）、同一事業所によって提供されたものの割合であるが、その割合の算出に係る小数点以下の端数処理については、切り捨てても差し支えない。</p> <p>＜例＞</p> <p>※重要事項説明書</p> <p>第●条 当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりである。</p> <p>※別紙</p> <p>別紙</p> <p>①前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合</p> <table><tr><td>訪問介護</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td></tr><tr><td>通所介護</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td></tr><tr><td>地域密着型通所介護</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td></tr><tr><td>福祉用具貸与</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td></tr></table> <p>②前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの割合</p> <table><tr><td>訪問介護</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td></tr><tr><td>通所介護</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td></tr><tr><td>地域密着型通所介護</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td></tr><tr><td>福祉用具貸与</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td><td>●%</td></tr></table> | 訪問介護                                                            | ●% | ●% | ●% | ●% | 通所介護 | ●% | ●% | ●% | ●% | 地域密着型通所介護 | ●% | ●% | ●% | ●% | 福祉用具貸与 | ●% | ●% | ●% | ●% | 訪問介護 | ●% | ●% | ●% | ●% | 通所介護 | ●% | ●% | ●% | ●% | 地域密着型通所介護 | ●% | ●% | ●% | ●% | 福祉用具貸与 | ●% | ●% | ●% | ●% | 3.3.26<br>事務連絡<br>「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について |
| 訪問介護      | ●%     | ●%         | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |                                                                 |
| 通所介護      | ●%     | ●%         | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |                                                                 |
| 地域密着型通所介護 | ●%     | ●%         | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |                                                                 |
| 福祉用具貸与    | ●%     | ●%         | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |                                                                 |
| 訪問介護      | ●%     | ●%         | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |                                                                 |
| 通所介護      | ●%     | ●%         | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |                                                                 |
| 地域密着型通所介護 | ●%     | ●%         | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |                                                                 |
| 福祉用具貸与    | ●%     | ●%         | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ●%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |                                                                 |
| 6         | 居宅介護支援 | 契約時の説明について | 今回の改定により、前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合、前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等との回数の中に同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合等を説明することを義務づけ、それに違反した場合は報酬が減額されるが、令和3年4月以前に指定居宅介護支援事業者と契約を結んでいる利用者に対しては、どのように取り扱うのか。 | 令和3年4月以前に契約を結んでいる利用者については、次のケアプランの見直し時に説明を行うことが望ましい。<br>・なお、前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等との回数の中に同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合について、当該事業所が、令和3年4月中旬に新たに契約を結ぶ利用者等において、当該割合の集計や出力の対応が難しい場合においては、5月以降のモニタリング等の際に説明を行うことで差し支えない。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3.3.26<br>事務連絡<br>「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.3）（令和3年3月26日）」の送付について |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |      |    |    |    |    |      |    |    |    |    |           |    |    |    |    |        |    |    |    |    |                                                                 |



## 介護サービス関係 Q&A集

| 番号 | サービス種別 | 項目            | 質問                                                                                                                                                                                                           | 回答                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | QA発出時期、文書番号等                                                    |
|----|--------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 7  | 居宅介護支援 | 特定事業所加算       | 特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)及び(Ⅳ)において新たに要件とされた、「必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること」については、必要性を検討した結果、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスを位置付けたケアプランが事業所の全てのケアプランのうち1件もない場合についても算定できるのか。 | 算定できる。なお、検討の結果位置付けなかった場合、当該理由を説明できるようにしておくこと。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3.3.26<br>事務連絡<br>「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について |
| 8  | 居宅介護支援 | 特定事業所加算       | 特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)及び(Ⅳ)において新たに要件とされた、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスとは具体的にどのようなサービスを指すのか。                                                                                                                   | 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について(平成11年7月29日老企第22号)3(7)④を参照されたい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3.3.26<br>事務連絡<br>「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について |
| 9  | 居宅介護支援 | 居宅介護支援費(Ⅱ)の要件 | 情報通信機器の活用について、「情報通信機器」を具体的に示されたい。                                                                                                                                                                            | <p>情報通信機器については、「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」(平成12年3月1日老企第36号)第3の7の「2 情報通信機器(人工知能関連技術を含む)の活用」において、情報通信機器(人工知能関連技術を含む)については、当該事業所の介護支援専門員が行う指定居宅介護支援等基準第13条に掲げる一連の業務等の負担軽減や効率化に資するものとするが、具体的には、例えば、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該事業所内外や利用者の情報を共有できるチャット機能のアプリケーションを備えたスマートフォン</li> <li>・訪問記録を随時記載できる機能(音声入力も可)のソフトウェアを組み込んだタブレット等とする。</li> </ul> <p>この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。</p> <p>としているところ。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的には、例えば、以下の目的や機能を有していることを想定しているが、情報通信機器等を活用する場合については、その体制に係る届出書を提出することとしているため、これらの具体例を踏まえ、個々の状況等に応じて個別具体的に判断されるものである。</li> </ul> <p>＜例＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者に係る情報共有を即時、かつ、同時に可能とする機能や関係者との日程調整の機能を有しているもの。</li> <li>○ ケアプラン等の情報をいつでも記録、閲覧できる機能を有しているもの。</li> </ul> | 3.3.26<br>事務連絡<br>「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3)(令和3年3月26日)」の送付について |

## 介護サービス関係 Q&A集

| 番号 | サービス種別 | 項目               | 質問                                                                                                                                                   | 回答                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | QA発出時期、文書番号等                                                     |
|----|--------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 10 | 居宅介護支援 | 居宅介護支援費(Ⅱ)の要件    | 情報通信機器(人工知能関連技術を含む)の活用や事務職員の配置にあたっての当該事業所の介護支援専門員が行う基準第13条に掲げる一連の業務等について具体例を示されたい。                                                                   | <p>基準第13条に掲げる一連の業務等については、基準第13条で定める介護支援専門員が行う直接的なケアマネジメント業務の他に、例えば、以下のような間接的なケアマネジメント業務も対象とする。</p> <p>＜例＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 要介護認定調査関連書類関連業務</li> <li>・ 書類の受領、打ち込み、複写、ファイリングなど</li> <li>○ ケアプラン作成関連業務</li> <li>・ 関連書類の打ち込み、複写、ファイリングなど</li> <li>○ 給付管理関連業務</li> <li>・ 関連書類の打ち込み、複写、ファイリングなど</li> <li>○ 利用者や家族との連絡調整に関する業務</li> <li>○ 事業所との連絡調整、書類発送等業務</li> <li>○ 保険者との連絡調整、手続きに関する業務</li> <li>○ 給与計算に関する業務等</li> </ul> | 3.3.26<br>事務連絡<br>「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3) (令和3年3月26日)」の送付について |
| 11 | 居宅介護支援 | 居宅介護支援費(Ⅱ)の要件    | 事務職員の配置について、当該事業所の介護支援専門員が行う基準第13条に掲げる一連の業務等の負担軽減や効率化に資する職員については、当該事業所内の配置に限らず、同一法人内の配置でも認められるが、認められる場合について具体例を示されたい。                                | <p>具体例として、次のような場合に算定できる。これらの具体例を踏まえ、個々の状況等に応じて個別具体的に判断されるものである。</p> <p>＜例＞</p> <p>※ 当該事業所の介護支援専門員が行う基準第13条に掲げる一連の業務等の負担軽減や効率化に資することが前提</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 法人内に総務部門の部署があり、事務職員を配置</li> <li>・ 併設の訪問介護事業所に事務職員を配置等</li> </ul>                                                                                                                                                                                              | 3.3.26<br>事務連絡<br>「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3) (令和3年3月26日)」の送付について |
| 12 | 居宅介護支援 | 通院時情報連携加算        | 通院時情報連携加算の「医師等と連携を行うこと」の連携の内容、必要性や方法について、具体的に示されたい。                                                                                                  | <p>通院時に係る情報連携を促す観点から、「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に伴う実施上の留意事項について」(平成12年3月11日老企第36号)第3の「15 通院時情報連携加算」において、医師等を利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けることとしている。</p> <p>なお、連携にあたっては、利用者に同席する旨や、同席が診療の遂行に支障がないかどうかを事前に医療機関に確認しておくこと。</p>                                                                                                                                           | 3.3.26<br>事務連絡<br>「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3) (令和3年3月26日)」の送付について |
| 13 | 居宅介護支援 | 居宅介護支援費の請求方法について | 病院等から退院・退所する者等であって、医師が一概に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、当該利用者に対してモニタリング等の必要なケアマネジメントを行い、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る場合の請求方法について具体的に示されたい。 | <p>当初、ケアプランで予定されていたサービス事業所名、サービス種類名を記載し、給付計画単位数を0単位とした給付管理票及び居宅介護支援介護給付費明細書を併せて提出することにより請求する。</p> <p>また、当該請求方法は新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて(第11報)(令和2年5月25日事務連絡)の間5(臨時的取扱い)という、以下同じ。)に基づいて請求する場合も同様の取扱いとする。</p> <p>なお、当該臨時的取扱いについては介護予防支援費も同様の取扱いとする。</p>                                                                                                                                                                           | 3.3.26<br>事務連絡<br>「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3) (令和3年3月26日)」の送付について |
| 14 | 居宅介護支援 | 退院・退所加算          | カンファレンスに参加した場合は、「利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること」としているが、具体例を示されたい。                                                                                          | <p>具体例として、次のような文書を想定しているが、これらの具体例を踏まえ、個々の状況等に応じて個別具体的に判断されるものである。</p> <p>なお、カンファレンスに参加した場合の記録については、居宅介護支援経過(第5表)の他にサービス担当者会議の要点(第4表)の活用も可能である。</p> <p>＜例＞</p> <p>カンファレンスに係る会議の概要、開催概要、連携記録等</p>                                                                                                                                                                                                                                                   | 3.3.26<br>事務連絡<br>「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A(Vol.3) (令和3年3月26日)」の送付について |

老老発0325第1号  
保医発0325第2号  
令和4年3月25日

地方厚生（支）局医療課長  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）長  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省老健局老人保健課長  
（公 印 省 略）

厚生労働省保険局医療課長  
（公 印 省 略）

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

標記については、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件」（令和4年厚生労働省告示第88号）等が告示され、令和4年4月1日から適用されること等に伴い、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）の一部を下記のように改め、令和4年4月1日から適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底を図らねたい。

なお、要介護被保険者等であって、特別養護老人ホーム等の入所者であるものに対する診療報酬の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）も併せて参照すること。

記

「記」以下を別添のとおり改める。

別添

第1 厚生労働大臣が定める療養告示について

1 第1号関係について

- (1) 介護保険適用病床に入院している要介護被保険者である患者が、急性増悪等により密度の高い医療行為が必要となった場合には、当該患者を医療保険適用病床に転床させて療養を行うことが原則であるが、患者の状態、当該病院又は診療所の病床の空き状況等により、患者を転床させず、当該介護保険適用病床において緊急に医療行為を行う必要のあることが想定され、このような場合については、当該病床において療養の給付又は医療が行われることは可能であり、この場合の当該緊急に行われた医療に係る給付については、医療保険から行うものであること。
- (2) 介護保険から給付される部分に相当する療養については、医療保険からの給付は行わないものであること。

2 第2号関係について

- (1) 療養病床（健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第8条第26項に規定する療養病床等に係る病床をいう。以下同じ。）に該当する病床が一つである病院又は診療所において、介護保険適用の指定を受けることにより要介護被保険者以外の患者等に対する対応が困難になることを避けるため、当該病院又は診療所において、あらかじめ病室（当該病院にあっては、患者の性別ごとに各1つの合計2つの病室（各病室の病床数が4を超える場合には4病床を上限とする。））を定め、当該病室について地方厚生（支）局長に届け出た場合は、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとする。
- (2) 当該届出については、別紙様式1から8までに従い、医療保険からの給付を行う場合の入院基本料の区分のほか、夜間勤務等の体制、療養環境等について記載するものであること。入院基本料の区分については、原則として、介護保険適用病床における療養型介護療養施設サービス費又は診療所型介護療養施設サービス費の算定に係る看護師等の配置基準と同一のものに相当する入院基本料を届け出るものであること。

3 第3号関係について

- 介護保険適用病床に入院している患者に対し歯科療養を行った場合についての当該療養に係る給付については医療保険から行うものであること。

第2 医療保険適用及び介護保険適用の病床を有する保険医療機関に係る留意事項について

- 1 同一の病棟で医療保険適用と介護保険適用の病床を病室単位で混在できる場合
- (1) 療養病床を2病棟以下しか持たない病院又は診療所であること。

- (2) 病院であって、当該病院の療養病棟（医療保険適用であるものに限る。）の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を受けることについて地方厚生（支）局長に届け出た場合には、令和6年3月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、介護保険から行うものとする。
- (3) 病院（指定介護療養型医療施設であるものに限る。）であって、当該病院の療養病棟の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を除外し、当該病室に入院する者について療養の給付（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第1項の療養の給付をいう。）を行おうとするものについて地方厚生（支）局長に届け出た場合には、令和6年3月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとする。

## 2 施設基準関係

- (1) 1 保険医療機関における介護保険適用の療養病床（以下「介護療養病床」という。）と医療保険適用の療養病床（以下「医療療養病床」という。）で別の看護師等の配置基準を採用できること。
- (2) 1 病棟を医療療養病床と介護療養病床に分ける場合には、各保険適用の病床ごとに、1 病棟全てを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等（医療療養病床の場合は療養病棟入院料1又は2、介護療養病床の場合は療養型介護療養施設サービス費）を採用するものとする。このため、1 病棟内における医療療養病床と介護療養病床とで、届け出る看護師等の配置基準が異なることがあり得るものであること。ただし、医療療養病床及び介護療養病床各々において満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等を採用することもできるものであること。なお、医療療養病床に係る届出については、基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発0304第2号）に基づき、療養病棟入院料1若しくは2又は有床診療所療養病床入院基本料を届け出るものであること。
- (3) 夜間勤務等の体制については、病棟ごとに届出を行うことが可能であるが、1 病棟を医療療養病床と介護療養病床とに分ける場合には、各保険適用の病床ごとに、1 病棟全てを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる夜間勤務等の体制を採用するものとする。

## 3 入院期間、平均在院日数の考え方について

- (1) 介護保険適用病床に入院している患者が、急性増悪等により一般病棟での医療が必要となり、同病棟に転棟した場合は、転棟後30日までの間は、新規入院患者と同様に取り扱いを行うこと。
- (2) (1)以外の場合についての入院期間の考え方については、介護保険適用の病床に入院している期間についても、医療保険適用病床に入院している場合と同様に

取り扱うものであること。

- (3) 平均在院日数の考え方については、(1)及び(2)と同様であること。

## 4 介護保険適用病床に入院中に医療保険からの給付を受けた場合の取扱いについて

- (1) 介護保険適用病床において、緊急その他の場合において療養の給付を受けた場合において、当該医療保険における請求については、「入院外」のレセプトを使用すること。

- (2) この場合において、医療保険における患者の一部負担の取扱いについても通常の外来に要する費用負担によるものであること。

## 5 医療保険の診療項目と介護保険の特定診療費、特別療養費及び特別診療費の算定における留意事項

- (1) 同一施設内の医療保険適用病床から介護保険適用病床へ転床した場合、当該転床した月においては、特定診療費として定められた初期入院診療管理は算定できないものであること。ただし、当該医療保険適用病床と介護保険適用病床における入院期間が通算して6月以内の場合であって、当該介護保険適用病床に転床した患者の病状の変化等により、診療方針に重要な変更があり、入院診療計画を見直す必要が生じた場合においては、この限りでない。

- (2) 同一施設内の医療保険適用病床から、介護医療院若しくは介護療養型老人保健施設に入所した者又は当該医療機関と一体的に運営されるサテライト型小規模介護療養型老人保健施設に入所した者においては、特別療養費又は特別診療費に定める初期入所診療加算は算定できないものであること。ただし、当該施設の入所期間及び当該施設入所前の医療保険適用病床における入所期間が通算して6月以内の場合であって、当該入所した者の病状の変化等により、診療方針に重要な変更があり、診療計画を見直す必要が生じた場合においては、この限りでない。

- (3) 医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床又は介護医療院若しくは介護療養型老人保健施設に入所した場合、当該転床又は入所した週において、医療保険の薬剤管理指導料を算定している場合には、特定診療費、特別療養費又は特別診療費として定められた薬剤管理指導は算定できないものであること。また、介護保険適用病床から医療保険適用病床に転床又は介護医療院若しくは介護療養型老人保健施設から医療保険適用病床に入院した場合についても同様であること。

- (4) 特定診療費又は特別診療費として定められた理学療法、作業療法、言語聴覚療法、集団コミュニケーション療法及び精神科作業療法並びに特別療養費として定められた言語聴覚療法及び精神科作業療法を行う施設については、医療保険の疾患別リハビリテーション及び精神科作業療法を行う施設と同一の場合及びこれらと共用する場合も認められるものとする。ただし、共用する場合にあっては、施設基準及び人員配置基準等について、特定診療費、特別療養費又は特別診療費及び医療保険のそれぞれにおいて定められた施設基準の両方を同時に満たす必要があること。

なお、要介護被保険者等であって、特別養護老人ホーム等の入所者であるものに対する診療報酬の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）も併せて参照すること。

第4 介護医療院に入所中の患者の医療保険における保険医療機関への受診等について  
1 介護医療院に入所中の患者に対する診療の基本的な考え方は、第2の6の(1)、(2)及び(4)の例によること。

2 介護医療院サービス費を算定する患者に対し専門的な診療が必要となった場合には、保険医療機関において当該診療に係る費用を算定できる。算定できる費用については介護調整告示によるものとし、別紙2を参照のこと。

3 医療療養病床及び介護療養病床が混在する病棟の一部を介護医療院に転換した場合、夜間勤務等の体制については、第2の2の(3)の例によること。

第5 医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

1 同一日算定について  
診療報酬点数表の別表第一章第2部（在宅医療）に掲げる療養に係る同一日算定に関する考え方については、介護保険の指定居宅サービスは対象とするものではないこと。

2 月の途中で要介護被保険者等となる場合等の留意事項について  
要介護被保険者等となった日から、同一の傷害又は疾病等についての給付が医療保険から介護保険へ変更されることとなるが、この場合において、1月あたりの算定回数に制限がある場合（医療保険における訪問歯科衛生指導と介護保険における歯科衛生士が行う居宅療養管理指導の場合の月4回など）については、同一保険医療機関において、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を考慮することであること。

3 訪問診療に関する留意事項について

(1) 指定特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第174条第1項）、指定地域密着型特定施設（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第109条第1項）又は指定介護予防特定施設（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第230条第1項）のいずれかに入居する患者（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する

6 介護療養型医療施設に入院中の患者の医療保険における他保険医療機関への受診について

(1) 介護療養型医療施設に入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、当該介護療養型医療施設以外での診療の必要が生じた場合は、他保険医療機関へ転医又は対診を求めることを原則とする。

(2) 介護療養施設サービス費を算定している患者について、当該介護療養施設サービス費に含まれる診療を他保険医療機関で行った場合には、当該他保険医療機関は当該費用を算定できない。

(3) (2)にかかわらず、介護療養施設サービス費を算定する患者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合（当該介護療養型医療施設に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該患者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）において、次に掲げる診療行為を含む診療行為が行われた場合に限る。）は、当該患者について算定する介護療養施設サービス費に含まれる診療が当該他保険医療機関において行われた診療に含まれる場合に限り、当該他保険医療機関において、当該診療に係る費用を算定できる。ただし、短期滞在手術等基本料3、医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用（当該専門的な診療科に特有の薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用を除く。）は算定できない。

ア 初・再診科  
イ 短期滞在手術等基本料1

ウ 検査

エ 画像診断

オ 精神科専門療法

カ 処置

キ 手術

ク 麻酔

ケ 放射線治療

コ 病理診断

(4) 他保険医療機関は、(3)のアからコまでに掲げる診療行為を行った場合には、当該患者の入院している介護療養型医療施設から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、「入院介護療養型医療施設名」、「受診した理由」、「診療科」及び⑨(受診日数：〇日)」と記載すること。

第3 介護調整告示について

要介護被保険者等である患者（介護医療院に入所中の患者を除く。）に対し算定できる診療報酬点数表に掲げる療養については、介護調整告示によるものとし、別紙1を参照のこと。



基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている患者を除く。)については在宅がん医療総合診療料は算定できない。

- (2) 要介護被保険者等については、在宅患者連携指導料は算定できない。
- (3) 特別養護老人ホーム入居者に対しては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発第0331002号)に定める場合を除き、在宅患者訪問診療料を算定できない。

- 4 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に関する留意事項について

介護保険におけるターミナルケア加算を算定した場合は、在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している月にあっては、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の看護・介護職員連携強化加算を算定できない。

- 5 在宅患者緊急時等共同指導料に関する留意事項について
- 介護保険における居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した日は調剤に係る在宅患者緊急時等共同指導料を算定できない。

- 6 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に関する留意事項について
- 小規模多機能型居宅介護事業所、複合型サービス事業所において通所サービス中に実施される点滴注射には算定できない。

- 7 精神科訪問看護・指導料に関する留意事項について
- 精神疾患を有する患者について、精神科訪問看護指示書が交付された場合は、要介護被保険者等の患者であっても算定できる。ただし、認知症が主傷病である患者(精神科在宅患者支援管理料を算定する者を除く。)については算定できない。

- 8 訪問看護等に関する留意事項について
- (1) 訪問看護療養費は、要介護被保険者等である患者については、原則として算定できないが、特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等(平成18年厚生労働省告示第103号。以下「基準告示」という。)第2の1の(1)に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行う場合(退院支援指導加算については、退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合又は基準告示第2の1の(1)に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護である場合、訪問看護情報提供療養費1については、同一月に介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。)、精神科訪問看護基本療養費が算定される指定訪問看護を行う場合(認知症でない患者に指定訪問看護を行う場合に限る。)及び入院中(外泊

日を含む。)に退院に向けた指定訪問看護を行う場合には、算定できる。

ただし、その場合であっても、介護保険の訪問看護等において緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定している月にあっては24時間対応体制加算、介護保険における特別管理加算を算定している月にあっては医療保険の特別管理加算、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している月にあっては医療保険の看護・介護職員連携強化加算は算定できない。また、介護保険の訪問看護等においてターミナルケア加算を算定した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費(遠隔死亡診断補助加算を含む。)は算定できない。

- (2) 要介護被保険者等については、在宅患者連携指導加算は算定できない。

- 9 訪問リハビリテーションに関する留意事項について
- 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、要介護被保険者等である患者については、原則として算定できないが、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションの指導管理を行う必要がある場合には、6月に1回、14日間に限り算定できる。

- 10 リハビリテーションに関する留意事項について
- 要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、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、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料(以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。)を算定するリハビリテーション(以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。)を行った後、介護保険における訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーション若しくは介護予防通所リハビリテーション(以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。)の利用開始日を含む月の翌月以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用を行うことで円滑な移行が期待できることから、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで、併用が可能であること。併用する場合は、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載することにより、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。ただし、当該利用開始日の翌月及び翌々月に算定できる疾患別リハビリテーション料は1月7単位までとする。

なお、目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援によって紹介

された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーションを行った日以外に1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載する必要はなく、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとみなさない。

#### 11 重度認知症患者デイ・ケア料等に関する留意事項について

(1) 医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケア（以下「重度認知症患者デイ・ケア料等」という。）を算定している患者に対しては、当該重度認知症患者デイ・ケア料等を、同一の環境において反復継続して行うことが望ましいため、患者が要介護被保険者等である場合であっても、重度認知症患者デイ・ケア料等を行っている期間内においては、介護保険における認知症対応型通所介護費及び通所リハビリテーション費を算定できないものであること。

ただし、要介護被保険者等である患者であって、特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設又は指定介護予防特定施設に限る。）の入居者及びグループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者以外のものに対して行う重度認知症患者デイ・ケア等については、介護保険における指定認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションを行った日以外の日に限り、医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料等を算定できるものであること。

(2) グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者については、医療保険の重度認知症患者デイ・ケア料は算定できないものであること。ただし、認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクMに該当するものについては、この限りでないこと。

#### 12 人工腎臓等に関する留意事項について

介護老人保健施設の入所者について、人工腎臓の「1」から「3」までのいずれかを算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）の取扱いは、介護老人保健施設の入所者以外の者の場合と同様であり、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベンタペゴル及びHIF-PH阻害剤の費用は人工腎臓の所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。また、HIF-PH阻害剤は、原則として人工腎臓を算定する保険医療機関において院内処方すること。



「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

(別紙 1)

| 医 療 科 目                          | 1. 入院中の患者以外の患者<br>(次の施設に入居又は入所する者をふみ、3の患者を除く。)                                              |                                                         |                                                   | 2. 入院中の患者                                                                                    |                                                                                              |                                                                                           | 3. 入所中の患者                                      |                                                |                                                |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
|                                  | 自己、社会福祉施設、身体障害者施設等<br>短期入所生活介護、介護予防短期入所<br>生活介護、短期入所療養介護又は介護予<br>防短期入所療養介護を受けているものを<br>除く。) | 認知症対応型介護<br>グループホーム<br>認知症対応型共同生活介護又は<br>認知症対応型介護<br>※1 | 特定施設、指定特定施設、指定地域<br>介護支援センター及び指定介護予防特<br>定施設に限る。) | 介護療養型医療<br>施設又は介護<br>療養型医療施設<br>の病棟（短期入<br>所療養介護又は<br>介護予防短期入<br>所療養介護を受け<br>ていない患者を<br>除く。） | 介護療養型医療<br>施設又は介護<br>療養型医療施設<br>の病棟（短期入<br>所療養介護又は<br>介護予防短期入<br>所療養介護を受け<br>ていない患者<br>を除く。） | 介護療養型医療施設（認知症病<br>棟の病棟に限る。）又は介護予防<br>短期入所療養介護（介護老人保健施設<br>の療養室又は認知症病棟の病棟を<br>除く。）を受けている患者 | 介護老人保健施設<br>又は介護老人保健施設<br>以外の医療施設<br>の療養室に限る。) | 介護老人保健施設<br>又は介護老人保健施設<br>以外の医療施設<br>の療養室に限る。) | 介護老人保健施設<br>又は介護老人保健施設<br>以外の医療施設<br>の療養室に限る。) |
| 初・再診科                            |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | ×                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | —                                              |
| 入院科等                             |                                                                                             |                                                         |                                                   | ○                                                                                            | ×                                                                                            | ○                                                                                         | ○                                              | ○                                              | —                                              |
| B001-010 入院緊急事態診療科               |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | ×                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | —                                              |
| B001-024 外来緩和ケア管理科               |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B001-025 移植後患者指導管理科              |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B001-026 補完医療ポータル情報注入療法指導<br>管理科 |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B001-027 糖尿病透析予指導管理科             |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B001-032 一般不妊治療管理科               |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B001-033 生殖補助医療管理科               |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B001-034 ハ 二次性骨粗しょう症管理科3         |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B001-2-5 院内リハビリテーション施設科          |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B001-2-6 夜間休日緊急搬送医療管理科           |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B001-2-7 外来リハビリテーション診療科          |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B001-2-8 外来リハビリテーション診療科          |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療科            |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B004 退院時共同指導科1                   |                                                                                             |                                                         |                                                   | ○                                                                                            | ○                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | —                                              |
| B005 退院時共同指導科2                   |                                                                                             |                                                         |                                                   | ○                                                                                            | ○                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | —                                              |
| B005-1-2 介護支援等連携指導科              |                                                                                             |                                                         |                                                   | ○                                                                                            | ○                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | —                                              |
| B005-6 がん治療連携計画策定科               |                                                                                             |                                                         |                                                   | ○                                                                                            | ○                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | —                                              |
| B005-6-2 がん治療連携指導科               |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導科           |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B005-7 認知症専門診断管理科                |                                                                                             |                                                         |                                                   | ○                                                                                            | ○                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B005-7-2 認知症療養指導科                |                                                                                             |                                                         |                                                   | ○                                                                                            | ○                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B005-8 肝臓インテグレーション治療計画科          |                                                                                             |                                                         |                                                   | ○                                                                                            | ○                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B005-12 こころの連携指導科（Ⅰ）             |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B005-13 こころの連携指導科（Ⅱ）             |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B007 退院前訪問指導科                    |                                                                                             |                                                         |                                                   | ○                                                                                            | ○                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | —                                              |
| B007-2 退院後訪問指導科                  |                                                                                             |                                                         |                                                   | —                                                                                            | —                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | ○                                              |
| B008 療育管理指導科                     |                                                                                             |                                                         |                                                   | ○                                                                                            | ○                                                                                            | ×                                                                                         | ×                                              | ×                                              | —                                              |

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区分                            | 1. 入院中の患者以外の患者<br>(次の施設に入居又は入所する者を言ひ、3の患者を除く。)                           |                                                                                               |                                                                   | 2. 入院中の患者                                                                        |                                                                                                                         |                                                                                                                         | 3. 入所中の患者                                                                      |                                                                                |                                                                                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | 自己・社会生活施設、身体障害者施設等<br>居宅介護、短期入所療養介護又は介護予<br>防短期入所療養介護を受けているものを<br>除く。 ※1 | 認知症対応型<br>グループホーム<br>(認知症対応型<br>共同生活介護)<br>又は介護予防型<br>認知症対応型<br>共同生活介護<br>を受けているものを<br>除く。 ※1 | 特定施設(指定特定施設、指定地域<br>型特定施設及び指定介護予防特<br>定施設に限る。)                    | 介護療養型医療<br>施設(認知症<br>介護型短期入<br>所療養介護又は<br>介護予防型短期<br>入所療養介護を<br>受けている患者を<br>除く。) | 介護療養型医療施設(認知症病<br>棟の病床に限る。)<介護又は介護予防<br>短期入所療養介護又は介護型短期入所療<br>養介護を除く。)>を受けている患者<br>介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を<br>除く。)>を受けている患者 | 介護療養型医療施設(認知症病<br>棟の病床に限る。)<介護又は介護予防<br>短期入所療養介護又は介護型短期入所療<br>養介護を除く。)>を受けている患者<br>介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を<br>除く。)>を受けている患者 | 介護老人保健施設<br>又は介護型短期入<br>所療養介護を受けている患者<br>介護老人保健施設<br>又は介護型短期入<br>所療養介護を受けている患者 | 介護老人保健施設<br>又は介護型短期入<br>所療養介護を受けている患者<br>介護老人保健施設<br>又は介護型短期入<br>所療養介護を受けている患者 | 介護老人保健施設<br>又は介護型短期入<br>所療養介護を受けている患者<br>介護老人保健施設<br>又は介護型短期入<br>所療養介護を受けている患者                       |
| B008-2 薬剤総合評価調整費料             |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | —                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | (配置医師が行う場合を除く。)                                                                                      |
| B009 診療情報提供料(Ⅰ)               |                                                                          |                                                                                               |                                                                   |                                                                                  |                                                                                                                         |                                                                                                                         |                                                                                |                                                                                |                                                                                                      |
| 注1                            |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              |                                                                                                      |
| 注2                            |                                                                          | ○                                                                                             | (同一月において、居宅介護管理指導費又は介護予防型介護管理指導費が算定されている場<br>合を除く。)               | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | —                                                                                                    |
| 注3                            |                                                                          | ○                                                                                             | (同一月において、居宅介護管理指導費又は介護予防型介護管理指導費(医師が行う場合に<br>限る。))が算定されている場合を除く。) | —                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              |                                                                                                      |
| 注4                            |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | —                                                                                                    |
| 注5及び注6                        |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ○                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | ○                                                                                                    |
| 注8 加算及び注9 加算                  |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | ○                                                                                                    |
| 注10加算(認知症専門医療機関紹介加算)          |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ○                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | ○                                                                                                    |
| 注11加算(認知症専門医療機関連携加算)          |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | ○                                                                                                    |
| 注12加算(精神科医療連携加算)              |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | ○                                                                                                    |
| 注13加算(計画インターフェロー治療連携加算)       |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | ○                                                                                                    |
| 注14加算(療利医療機関連携加算1)            |                                                                          | ○                                                                                             | (同一月において、居宅介護管理指導費又は介護予防型介護管理指導費(医師が行う場合に<br>限る。))が算定されている場合を除く。) | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | ○                                                                                                    |
| 注15加算(療利医療機関連携加算2)            |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | ○                                                                                                    |
| 注16加算(地域連携診療計画加算)             |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | —                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | —                                                                              | —                                                                                                    |
| 注17加算(療養情報提供加算)               |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | —                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | ○                                                                                                    |
| 注18加算(検査・画像・臨床情報提供加算)         |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | ○                                                                                                    |
| B009-2 電子診療情報評価料              |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | ○                                                                                                    |
| B010 診療情報提供料(Ⅱ)               |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | ○                                                                                                    |
| B010-2 診療情報提供料                |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ○                                                                                                                       | ○                                                                                                                       | ○                                                                              | ○                                                                              | ○                                                                                                    |
| B011 連携強化診療情報提供料              |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | ○                                                                                                    |
| B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提<br>供料 |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ○                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | ○                                                                                                    |
| B014 遠隔時間情報管理指導料              |                                                                          | —                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | —                                                                              | —                                                                                                    |
| B015 精神科遠隔時間共同指導料             |                                                                          | —                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | —                                                                              | —                                                                                                    |
| 上記以外                          |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | ○                                                                                | ○                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○ ※1                                                                           | ○                                                                                                    |
| C000 住診料                      |                                                                          | ○                                                                                             |                                                                   | —                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ○                                                                              | (配置医師が行う場合を除く。)                                                                                      |
| C001 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)             |                                                                          | ○ ※10                                                                                         | ○                                                                 | —                                                                                | ×                                                                                                                       | ×                                                                                                                       | ×                                                                              | ×                                                                              | 7. 〇 ※8<br>〇 ※9<br>〇 ※10<br>(在宅患者訪問診療料の算定に<br>関する。ただし、看取り介護加算(Ⅱ)<br>を算定する。している場合には看取り加算<br>を算定できない。) |

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

[illegible]

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区分                                                                                                  | 1. 入居中の患者以外の患者<br>(次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)                                         |                                                                             |                                                      | 2. 入居中の患者                                                                                 |                                                                                                   | 3. 入居中の患者                                                                      |                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                     | 自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等<br>（短期入所介護、介護予防短期入所<br>生活介護、短期入所療養介護又は介護予<br>防短期入所療養介護を受けるもの）<br>※1 | 認知症対応型<br>グループホーム<br>（認知症対応型<br>共同生活介護又は<br>介護予防認知症<br>対応型共同生活<br>介護）<br>※2 | 特定施設（指定特定施設、指定地域<br>型特定施設及び指定介護予防防<br>護施設に限る。）<br>※3 | ア. 介護療養型医療施設（認知症病<br>棟の病棟を除く。）<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予<br>防短期入所療養介護（認知症病棟の病<br>棟を除く。）を受けている患者 | ア. 介護療養型医療施設（認知症病<br>棟の病棟に限る。）<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予<br>防短期入所療養介護（介護老人保健施<br>設の療養室に限る。）を受けている<br>患者 | ア. 介護老人保健施設<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予<br>防短期入所療養介護（介護老人保健施<br>設の療養室に限る。）を受けている<br>患者 | ア. 介護療養型医療施設（認知症病<br>棟の病棟を除く。）<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予<br>防短期入所療養介護（介護老人保健施<br>設の療養室に限る。）を受けている<br>患者 |
| CO06 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料<br>（同一建物において同一日に2人以上医療保険から<br>給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区<br>分を算定）            | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| CO07 訪問看護指示料                                                                                        | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| CO07-2 介護職員等特定指導指示料                                                                                 | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| CO08 在宅患者訪問看護指導料<br>（当該患者が居住する施設内に居住する者のうち当<br>該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等<br>により該当する区分を算定）             | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| CO09 在宅患者訪問看護指導料<br>（当該患者が居住する施設内に居住する者のうち当<br>該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等<br>により該当する区分を算定）             | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| CO10 在宅患者指導指導料                                                                                      | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| CO11 在宅患者緊急時等カンファレンス料                                                                               | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| CO12 在宅患者共同診療料の1                                                                                    | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| CO12 在宅患者共同診療料の2<br>CO12 在宅患者共同診療料の3<br>（同一建物において同一日に2人以上医療保険から<br>給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区<br>分を算定） | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| CO13 在宅患者訪問看護指導料                                                                                    | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| CO14 外来在宅共同指導料                                                                                      | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| 第2助第1款に掲げる在宅療養指導管理料                                                                                 | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| 第2助第2款に掲げる在宅療養指導管理料加算                                                                               | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| 検査                                                                                                  | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| 画像診断                                                                                                | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| 投薬                                                                                                  | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| 注射                                                                                                  | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| リハビリテーション                                                                                           | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| 1002 通院・在宅精神療法<br>（1 通院精神療法に限る。）                                                                    | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |
| 1002 通院・在宅精神療法<br>（2 在宅精神療法に限る。）                                                                    | ○                                                                                      | ○                                                                           | ○                                                    | ○                                                                                         | ○                                                                                                 | ○                                                                              | ○                                                                                                 |

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区分                                                                                                         | 1. 入院中の患者以外の患者<br>(次の施設に入居又は入所する者を言ひ、3の患者を除く。)                 |                                                                     |                                           | 2. 入院中の患者                                            |                                                      |                                                      | 3. 入所中の患者                                            |                                                      |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
|                                                                                                            | 自己・社会生活施設、身体障害者施設及び生活介護、短期入所療養介護又は介護予防型訪問介護を受けているものを除く。)<br>※1 | 認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護）<br>うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型居宅介護を受けているものを除く。) | 特定施設（指定特定施設、指定地域ケアセンター等）及び指定介護予防特定施設に限る。) | 介護療養型医療施設（認知症病棟）<br>介護予防型訪問介護又は介護予防型訪問看護を受けているものを含む。 | 介護療養型医療施設（認知症病棟）<br>介護予防型訪問介護又は介護予防型訪問看護を受けているものを含む。 | 介護療養型医療施設（認知症病棟）<br>介護予防型訪問介護又は介護予防型訪問看護を受けているものを含む。 | 介護療養型医療施設（認知症病棟）<br>介護予防型訪問介護又は介護予防型訪問看護を受けているものを含む。 | 介護療養型医療施設（認知症病棟）<br>介護予防型訪問介護又は介護予防型訪問看護を受けているものを含む。 | 介護療養型医療施設（認知症病棟）<br>介護予防型訪問介護又は介護予防型訪問看護を受けているものを含む。 |
| 1003-2 認知療法・認知行動療法                                                                                         |                                                                | ○                                                                   |                                           | —                                                    | x                                                    | ○                                                    | x                                                    | x                                                    | ○<br>(ただし、往診別に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。)          |
| 1005 入居集団精神療法                                                                                              |                                                                | —                                                                   |                                           | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | x                                                    | —                                                    |
| 1007 精神科作業療法                                                                                               |                                                                | ○                                                                   |                                           | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | x                                                    | x                                                    | ○                                                    |
| 1008 入居生活技能訓練療法                                                                                            |                                                                | —                                                                   |                                           | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | x                                                    | —                                                    |
| 1008-2 精神科ショート・ケア                                                                                          |                                                                | ○                                                                   |                                           | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | x                                                    | x                                                    | ○                                                    |
| 注5                                                                                                         |                                                                | ○                                                                   |                                           | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | x                                                    | —                                                    |
| 1009 精神科デイ・ケア                                                                                              |                                                                | ○                                                                   |                                           | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | x                                                    | x                                                    | ○                                                    |
| 注6                                                                                                         |                                                                | ○                                                                   |                                           | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | x                                                    | —                                                    |
| 1010 精神科ナイト・ケア<br>1010-2 精神科ディ・ナイト・ケア                                                                      |                                                                | ○                                                                   |                                           | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | —                                                    | —                                                    | ○                                                    |
| 1011 精神科退院指導料<br>1011-2 精神科退院前訪問指導料                                                                        |                                                                | ○                                                                   |                                           | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | x                                                    | —                                                    |
| 1012 精神科訪問看護・指導料(1)及び(Ⅲ)<br>(同一建物において同一日に之に伴って上乗せ報酬から算出される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定。)(看護・介護職員増強強化加算以外の区分を算定。) |                                                                | ○ ※9                                                                | ○ ※9及び※13                                 | ○ ※9                                                 | ○                                                    | ○                                                    | x                                                    | x                                                    | ア、イ、オ ※13<br>(認知症患者を除く。)<br>(認知症患者を除く。)              |
| 看護・介護職員増強強化加算                                                                                              |                                                                | ○                                                                   | x                                         | —                                                    | x                                                    | x                                                    | x                                                    | x                                                    | —                                                    |
| 1012-2 精神科訪問看護指示料                                                                                          |                                                                | ○                                                                   |                                           | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | —                                                    | —                                                    | ○<br>(認知症患者を除く。)                                     |
| 1015 重症認知症患者デイ・ケア料                                                                                         |                                                                | ○                                                                   |                                           | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | —                                                    | —                                                    | ○                                                    |
| 1016 精神科在宅患者支援管理料                                                                                          |                                                                | ○                                                                   |                                           | ○                                                    | x                                                    | x                                                    | x                                                    | x                                                    | ○<br>(精神科在宅患者支援管理料1のハを算定する場合を除く。)                    |
| 上記以外                                                                                                       |                                                                | ○                                                                   |                                           | ○                                                    | ○ ※6                                                 | ○                                                    | ○                                                    | ○                                                    | ○ ※1                                                 |

精神科専門療法  
如量

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区分                                        | 1. 入院中の患者以外の患者<br>(次の施設に入居又は入所する者を言ひ、3の患者を除く。)                                        |                                                           |                                        | 2. 入院中の患者                                                  |                      |                      | 3. 入所中の患者            |                      |                      |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                                           | 自宅<br>社会福祉施設、外住介護施設等<br>生活介護、短期入所介護又は介護予防短期入所介護サービスを受けているもの(※1)<br>介護老人保健施設又は介護老人福祉施設 | 認知症対応型グループホーム<br>認知症対応型共同生活介護<br>認知症対応型共同生活介護を受けているもの(※2) | 特定施設(指定特定施設、指定地域型介護施設及び指定介護予防特定施設に限る。) | 介護療養型医療施設<br>介護療養型医療施設又は介護療養型医療施設に併設する介護療養型医療施設(認知症病棟を除く。) | 介護療養型医療施設(認知症病棟を除く。) | 介護療養型医療施設(認知症病棟を除く。) | 介護療養型医療施設(認知症病棟を除く。) | 介護療養型医療施設(認知症病棟を除く。) | 介護療養型医療施設(認知症病棟を除く。) |
| 手術                                        |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| 麻酔                                        |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| 放射線治療                                     |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| 麻酔診断                                      |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| B000-4 歯科疾患管理料<br>B002 歯科特定疾患治療管理料        |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| B004-1-4 入院費食事指導料                         |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| B004-9 介護支援等連携指導料                         |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| B006-3 がん治療連携計画策定料                        |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| B006-3-2 がん治療連携指導料                        |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| B007 遠隔制問診指導料                             |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| B008 薬剤管理指導料                              |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| B008-2 薬剤総合評価調整管理料                        |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| B009 診療情報提供料(1)(注2及び注6)                   |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| B011-4 遠隔制薬剤情報管理指導料                       |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| B014 遠隔制共同指導料1                            |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| B015 遠隔制共同指導料2                            |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| C001 訪問歯科衛生指導料                            |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| C001-3 歯科疾患在宅医療管理料                        |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料             |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料                        |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| C007 在宅患者連携指導料                            |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| C008 在宅患者救急時等カンファレンス料                     |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| 上記以外                                      |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| 10の3 医療管理指導料                              |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| 注14 医療管理指導料の特例(かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合) |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| 13の2 かかりつけ薬剤師指導料                          |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |
| 13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料                        |                                                                                       |                                                           |                                        | ○                                                          | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    | ○                    |



「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

[illegible]

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

[illegible]

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区分                | 1. 入院中の患者以外の患者<br>(次の施設に入居又は入所する者をのみ、3の患者を除く。)                                                                     |                                                                                                           | 2. 入院中の患者                                                                                           |                                                                                                   | 3. 入所中の患者                                                                                                   |                                                                                                             |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | <p>自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等生活介護、短期入所介護又は介護予防施設短期入所介護を要しているものを除く。)</p> <p>※1</p> <p>うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型介護（宿泊サービスに限る。）</p> | <p>特定施設（指定特定施設、指定地域生活介護指定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）</p> <p>うち、相次サービス（利用型指定介護施設）及び生活介護型指定介護施設（指定介護施設）に入居している者</p> | <p>介護療養型医療施設（認知症病棟の所外）又は介護療養型医療施設（認知症病棟）に収容されている患者</p> <p>介護療養型医療施設又は介護療養型医療施設（認知症病棟）に収容されている患者</p> | <p>介護療養型医療施設（認知症病棟）又は介護予防施設（認知症病棟）に収容されている患者</p> <p>介護療養型医療施設（認知症病棟）又は介護予防施設（認知症病棟）に収容されている患者</p> | <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> | <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> |
| 03-3 訪問看護情報提供事業費  | <p>※2又は精神科訪問看護基本事業費を算定できる者</p> <p>※15及び※17</p>                                                                     | <p>※2又は精神科訪問看護基本事業費を算定できる者</p> <p>○</p>                                                                   | <p>介護療養型医療施設（認知症病棟）又は介護予防施設（認知症病棟）に収容されている患者</p> <p>介護療養型医療施設（認知症病棟）又は介護予防施設（認知症病棟）に収容されている患者</p>   | <p>介護療養型医療施設（認知症病棟）又は介護予防施設（認知症病棟）に収容されている患者</p> <p>介護療養型医療施設（認知症病棟）又は介護予防施設（認知症病棟）に収容されている患者</p> | <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> | <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> |
| 05 訪問看護ターミナルケア事業費 | <p>※2又は精神科訪問看護基本事業費を算定できる者</p> <p>○</p> <p>※15及び※17</p>                                                            | <p>※2又は精神科訪問看護基本事業費を算定できる者</p> <p>○</p> <p>※15及び※17</p>                                                   | <p>介護療養型医療施設（認知症病棟）又は介護予防施設（認知症病棟）に収容されている患者</p> <p>介護療養型医療施設（認知症病棟）又は介護予防施設（認知症病棟）に収容されている患者</p>   | <p>介護療養型医療施設（認知症病棟）又は介護予防施設（認知症病棟）に収容されている患者</p> <p>介護療養型医療施設（認知症病棟）又は介護予防施設（認知症病棟）に収容されている患者</p> | <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> | <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> |
| 運搬及び診療補助加算        | <p>※2又は精神科訪問看護基本事業費を算定できる者</p> <p>○</p> <p>※15及び※17</p>                                                            | <p>※2又は精神科訪問看護基本事業費を算定できる者</p> <p>○</p> <p>※15及び※17</p>                                                   | <p>介護療養型医療施設（認知症病棟）又は介護予防施設（認知症病棟）に収容されている患者</p> <p>介護療養型医療施設（認知症病棟）又は介護予防施設（認知症病棟）に収容されている患者</p>   | <p>介護療養型医療施設（認知症病棟）又は介護予防施設（認知症病棟）に収容されている患者</p> <p>介護療養型医療施設（認知症病棟）又は介護予防施設（認知症病棟）に収容されている患者</p> | <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> | <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> <p>介護老人保健施設（介護老人保健施設）又は介護予防施設（介護老人保健施設）に収容されている患者</p> |

○：算出結果は検査対象者等である者について検査に要する費用の増減を定めておける場合（平成23年度厚生労働省告示第123号）の規定により算定されるべき数値としているもの　×：診療報酬の算定方法（平成23年度厚生労働省告示第19号）第6条の規定により算定できないもの　△：算出結果は検査対象者等である者について検査に要する費用の増減を定めておける場合（平成23年度厚生労働省告示第123号）の規定により算定されるべき数値としているもの　×：診療報酬の算定方法（平成23年度厚生労働省告示第19号）第6条の規定により算定できないもの　△：算出結果は検査対象者等である者について検査に要する費用の増減を定めておける場合（平成23年度厚生労働省告示第123号）の規定により算定されるべき数値としているもの　×：診療報酬の算定方法（平成23年度厚生労働省告示第19号）第6条の規定により算定できないもの

（注）

※1

[illegible][illegible][illegible]

|     |      |
|-----|------|
| ( ) | 図6   |
| ( ) | 図7   |
| ( ) | 図8   |
| ( ) | 図9   |
| ( ) | 図10  |
| ( ) | 図11  |
| ( ) | 図12  |
| ( ) | 図13  |
| ( ) | 図14  |
| ( ) | 図15  |
| ( ) | 図16  |
| ( ) | 図17  |
| ( ) | 図18  |
| ( ) | 図19  |
| ( ) | 図20  |
| ( ) | 図21  |
| ( ) | 図22  |
| ( ) | 図23  |
| ( ) | 図24  |
| ( ) | 図25  |
| ( ) | 図26  |
| ( ) | 図27  |
| ( ) | 図28  |
| ( ) | 図29  |
| ( ) | 図30  |
| ( ) | 図31  |
| ( ) | 図32  |
| ( ) | 図33  |
| ( ) | 図34  |
| ( ) | 図35  |
| ( ) | 図36  |
| ( ) | 図37  |
| ( ) | 図38  |
| ( ) | 図39  |
| ( ) | 図40  |
| ( ) | 図41  |
| ( ) | 図42  |
| ( ) | 図43  |
| ( ) | 図44  |
| ( ) | 図45  |
| ( ) | 図46  |
| ( ) | 図47  |
| ( ) | 図48  |
| ( ) | 図49  |
| ( ) | 図50  |
| ( ) | 図51  |
| ( ) | 図52  |
| ( ) | 図53  |
| ( ) | 図54  |
| ( ) | 図55  |
| ( ) | 図56  |
| ( ) | 図57  |
| ( ) | 図58  |
| ( ) | 図59  |
| ( ) | 図60  |
| ( ) | 図61  |
| ( ) | 図62  |
| ( ) | 図63  |
| ( ) | 図64  |
| ( ) | 図65  |
| ( ) | 図66  |
| ( ) | 図67  |
| ( ) | 図68  |
| ( ) | 図69  |
| ( ) | 図70  |
| ( ) | 図71  |
| ( ) | 図72  |
| ( ) | 図73  |
| ( ) | 図74  |
| ( ) | 図75  |
| ( ) | 図76  |
| ( ) | 図77  |
| ( ) | 図78  |
| ( ) | 図79  |
| ( ) | 図80  |
| ( ) | 図81  |
| ( ) | 図82  |
| ( ) | 図83  |
| ( ) | 図84  |
| ( ) | 図85  |
| ( ) | 図86  |
| ( ) | 図87  |
| ( ) | 図88  |
| ( ) | 図89  |
| ( ) | 図90  |
| ( ) | 図91  |
| ( ) | 図92  |
| ( ) | 図93  |
| ( ) | 図94  |
| ( ) | 図95  |
| ( ) | 図96  |
| ( ) | 図97  |
| ( ) | 図98  |
| ( ) | 図99  |
| ( ) | 図100 |

[illegible][illegible]

※6 創傷処置（手術日から算出して十四日以内の患者に対するものを除く。）略称吸引、排便、経管吸入、酸素テンド、皮膚科看護処置、膀胱洗浄、尿道、尿管処置、鼻処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下膿頭処置、ネブライザ、超音波ネブライザ、消毒薬等処置、鼻腔洗浄処置、鼻腔浸漬処置及び長期療養費者看護等知照を並列。

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

[illegible]

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

(別紙２)

| 区 分                          | ア. 介護医療院に入所中の患者<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者 |                   |                                       |                   |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|-------------------|
|                              | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合                              |                   | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合 |                   |
|                              | 併設保険医療機関                                                            | 併設保険医療機関以外の保険医療機関 | 併設保険医療機関                              | 併設保険医療機関以外の保険医療機関 |
| 初・再診料                        | ×                                                                   | ○                 | ○                                     | ○                 |
| 入院料等                         | ×                                                                   |                   | ○<br>(Ａ４００の１ 短期滞在手術等基本料１に限る。)         |                   |
| B 0 0 1 の 1 ウイルス疾患指導料        |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
| B 0 0 1 の 2 特定薬剤治療管理料        |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
| B 0 0 1 の 3 悪性腫瘍特異物質治療管理料    |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
| B 0 0 1 の 6 てんかん指導料          |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
| B 0 0 1 の 7 難病外来指導管理料        |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
| B 0 0 1 の 8 皮膚科特定疾患指導管理料     |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
| B 0 0 1 の 9 外来栄養食事指導料        |                                                                     |                   | ○※１                                   |                   |
| B 0 0 1 の 11 集団栄養食事指導料       |                                                                     |                   | ○※１                                   |                   |
| B 0 0 1 の 12 心臓ペースメーカー指導管理料  |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
| B 0 0 1 の 14 高度難聴指導管理料       |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
| B 0 0 1 の 15 慢性維持透析患者外来医学管理料 |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
| B 0 0 1 の 16 喘息治療管理料         |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
| B 0 0 1 の 20 糖尿病合併症管理料       | ×                                                                   |                   | ○                                     |                   |
| B 0 0 1 の 22 がん性疼痛緩和指導管理料    |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
| B 0 0 1 の 23 がん患者指導管理料       |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
| B 0 0 1 の 24 外来緩和ケア管理料       |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
| B 0 0 1 の 25 移植後患者指導管理料      |                                                                     |                   | ○                                     |                   |

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区分    | ア 介護医療院に入所中の患者<br>イ 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者 |                   |                                       |                   |
|-------|-------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|-------------------|
|       | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合                            |                   | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合 |                   |
|       | 併設保険医療機関                                                          | 併設保険医療機関以外の保険医療機関 | 併設保険医療機関                              | 併設保険医療機関以外の保険医療機関 |
| 医学管理等 | B001の26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料                                       |                   | ○                                     |                   |
|       | B001の27 糖尿病透析予防指導管理料                                              | ×                 |                                       | ○                 |
|       | B001の32 一般不妊治療管理料                                                 |                   | ○                                     |                   |
|       | B001の33 生殖補助医療管理料                                                 |                   | ○                                     |                   |
|       | B001の34 ハ 二次性骨折予防継続管理料 3                                          |                   | ○                                     |                   |
|       | B001の35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料                                         |                   | ○                                     |                   |
|       | B001の36 下肢創傷処置管理料                                                 | ×                 |                                       | ○                 |
|       | B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料                                             | ×                 | ○                                     | ×                 |
|       | B001-2-5 院内トリアージ実施料                                               | ×                 | ○                                     | ×                 |
|       | B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料                                            | ×                 | ○                                     | ×                 |
|       | B001-2-8 外来放射線照射診療料                                               |                   | ○                                     |                   |
|       | B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料                                             |                   | ○                                     |                   |
|       | B001-3 生活習慣病管理料                                                   |                   | (注3に規定する加算に限る。)                       |                   |
|       | B001-3-2 ニコチン依存症管理料                                               | ×                 |                                       | ○                 |
|       | B001-7 リンパ浮腫指導管理料（注2の場合に限る。）                                      |                   | ○                                     |                   |
|       | B005-6 がん治療連携計画策定料                                                |                   | ○                                     |                   |
|       | B005-6-2 がん治療連携指導料                                                |                   | ○                                     |                   |
|       | B005-6-3 がん治療連携管理料                                                |                   | ○                                     |                   |
|       | B005-7 認知症専門診断管理料                                                 |                   | ○                                     |                   |
|       | B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料                                            |                   | ○                                     |                   |

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区 分                    |                                                                                                                                                                                                                                | ア. 介護医療院に入所中の患者<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者 |                   |                                       |                   |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|-------------------|
|                        |                                                                                                                                                                                                                                | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合                              |                   | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合 |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                | 併設保険医療機関                                                            | 併設保険医療機関以外の保険医療機関 | 併設保険医療機関                              | 併設保険医療機関以外の保険医療機関 |
| B 0 0 9 診療情報提供料（Ⅰ）     | 注1<br>注6<br>注8加算<br>（認知症専門医療機関紹介加算）<br>注10加算<br>（認知症専門医療機関連携加算）<br>注11加算<br>（精神科医連携加算）<br>注12加算<br>（肝臓インタフェローロン治療連携加算）<br>注13加算<br>（肝臓医療機関連携加算1）<br>注14加算<br>（歯科医療機関連携加算2）<br>注15加算<br>（歯科医療機関連携加算2）<br>注18加算<br>（検査・画像情報提供加算） |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        | B 0 0 9 - 2 電子的診療情報評価料                                                                                                                                                                                                         | ×                                                                   | ○                 | ×                                     | ○                 |
|                        | B 0 1 0 - 2 診療情報連携共有料                                                                                                                                                                                                          | ×                                                                   | ○                 | ×                                     | ○                 |
|                        | B 0 1 1 連携強化診療情報提供料                                                                                                                                                                                                            |                                                                     | ○                 |                                       |                   |
|                        | B 0 1 1 - 3 薬剤情報提供料                                                                                                                                                                                                            | ×                                                                   | ×                 | ×                                     | ○                 |
|                        | B 0 1 1 - 5 がんゲノムプロファイリング評価提供料                                                                                                                                                                                                 | ×                                                                   |                   |                                       | ○                 |
|                        | B 0 1 2 傷病手当金意見書交付料                                                                                                                                                                                                            |                                                                     | ○                 |                                       |                   |
|                        | 上記以外                                                                                                                                                                                                                           |                                                                     | ×                 |                                       |                   |
|                        | C 0 0 0 往診料                                                                                                                                                                                                                    | ×                                                                   | ○                 | ×                                     | ○                 |
|                        | C 0 1 4 外来在宅共同指導料                                                                                                                                                                                                              |                                                                     | -                 |                                       |                   |
| 第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算 |                                                                                                                                                                                                                                | ○                                                                   |                   |                                       |                   |
| 上記以外                   |                                                                                                                                                                                                                                | ×                                                                   |                   |                                       |                   |
| 検査                     |                                                                                                                                                                                                                                | ×                                                                   |                   | ○                                     |                   |
| 画像診断                   |                                                                                                                                                                                                                                | ○                                                                   |                   | ○                                     |                   |
| 投薬                     |                                                                                                                                                                                                                                | ○                                                                   |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                | ※2                                                                  |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
|                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   | ○                                     |                   |
| </                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                   |                                       |                   |



「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区 分                | ア. 介護医療院に入所中の患者<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者 |                       |                                           |                       |                                     |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
|                    | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）<br>を算定しない日の場合                          |                       | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）<br>を算定した日の場合 |                       |                                     |
|                    | 併設保険医療機関                                                            | 併設保険医療機関以外の保険<br>医療機関 | 併設保険医療機関                                  | 併設保険医療機関以外の保険<br>医療機関 |                                     |
| 注射                 | ○※3                                                                 |                       | ○<br>（専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）              |                       |                                     |
| リハビリテーション          | ○<br>（H005視能訓練及びH006難病患者リハビリテーション料に限る。）                             |                       |                                           |                       |                                     |
| 精神科専門療法            | I000 精神科電気痙攣療法                                                      | ×                     |                                           |                       | ○                                   |
|                    | I000-2 経頭蓋磁気刺激療法                                                    | ×                     |                                           |                       | ○                                   |
|                    | I002 通院・在宅精神療法                                                      | ×                     |                                           |                       | ○                                   |
|                    | I003-2 認知療法・認知行動療法                                                  | ×                     |                                           |                       | ○                                   |
|                    | I006 通院集団精神療法                                                       | ×                     |                                           | ×                     | ○<br>（同一日において、特別診療<br>費を算定する場合を除く。） |
|                    | I007 精神科作業療法                                                        | ×                     |                                           | ×                     | ○                                   |
|                    | I008-2 精神科ショート・ケア（注5の場合を除く。）                                        | ×                     |                                           | ×                     | ○                                   |
|                    | I009 精神科デイ・ケア（注6の場合を除く。）                                            | ×                     |                                           | ×                     | ○                                   |
|                    | I015 重度認知症患者デイ・ケア料                                                  | ×                     |                                           | ×                     | ○                                   |
|                    | 上記以外                                                                |                       |                                           | ×                     |                                     |
| 処置                 | ○※4                                                                 |                       |                                           | ×                     | ○                                   |
| 手術                 |                                                                     |                       | ○                                         |                       |                                     |
| 麻酔                 |                                                                     |                       | ○                                         |                       |                                     |
| 放射線治療              |                                                                     |                       | ○                                         |                       |                                     |
| 病理診断               |                                                                     |                       | ○                                         |                       |                                     |
| B008-2 薬剤総合評価調整管理料 |                                                                     |                       | ×                                         |                       |                                     |
| B014 退院時共同指導料1     |                                                                     |                       | ×                                         |                       |                                     |

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

| 区分                    | ア. 介護医療院に入所中の患者<br>イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者 |                   |                                       |                         |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|-------------------------|
|                       | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合                              |                   | 介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合 |                         |
|                       | 併設保険医療機関                                                            | 併設保険医療機関以外の保険医療機関 | 併設保険医療機関                              | 併設保険医療機関以外の保険医療機関       |
| C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料    |                                                                     |                   | ×                                     |                         |
| C007 在宅患者運搬指導料        |                                                                     |                   | ×                                     |                         |
| C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料 |                                                                     |                   | ×                                     |                         |
| 上記以外                  |                                                                     |                   | ○                                     |                         |
| 別表第三                  |                                                                     |                   | ×                                     |                         |
| 訪問看護療養費               |                                                                     |                   | ×                                     |                         |
| 退院時共同指導加算             |                                                                     |                   | ○                                     | ※5又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 |

※1 介護報酬において、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（平成12年厚生省告示第21号）の別表（指定施設サービス等介護給付費単位数表）の4のイからへまでの注5に掲げる減算を算定した場合に限る。

※2 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。  
・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）  
・疼痛コントロールのための医療用麻薬  
・抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

※3 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。  
・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）  
・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）  
・エポエチンベータ2α（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）  
・HIF-α阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）  
・疼痛コントロールのための医療用麻薬  
・インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）  
・抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能又は効果を有するものに限る。）  
・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体拮抗剤

※4 創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。）、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、酸素テント、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、陰洗浄、眼処置、耳処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザ、超音波ネブライザ、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。

※5 末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。

老振発 0510 第 1 号  
平成 30 年 5 月 10 日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局振興課長  
（公 印 省 略）

### 「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」の公布について

介護保険制度の運営につきましては、平素より種々ご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

本年 5 月 2 日付けで、「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」（平成 30 年厚生労働省告示第 218 号）が別添のとおり公布されました。

本告示は、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 38 号）第 13 条第 18 号の 2 に基づき、「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」を定めたものであり、詳細は下記のとおりです。

平成 30 年 10 月 1 日からの円滑な施行に向けてご協力頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。

### 記

#### 1. 趣旨

訪問介護における生活援助中心型サービスについては、社会保障審議会介護給付費分科会における議論を踏まえ、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、通常の利用状況からかけ離れた利用回数となっているケアプランについて、市町村への届出を義務付け、そのケアプランについて、市町村が地域ケア会議の開催等により検証を行うこととしている。

これは、生活援助中心型サービスについては 必要以上のサービス提供を招きやすい構造的な課題があるという指摘がある一方で、利用者において、様々な事情を抱える場合もあることを踏まえて利用者の自立支援にとって、より良いサービスとするため、ケアマネジャーの視点だけではなく、多職種協働による検証を行い、必要に応じて、ケアプランの内容の是正を促すものである。

なお、平成 30 年度介護報酬改定では、訪問介護について、上記の取組のほか、身体介護に重点を置いて報酬を引き上げるとともに、外部のリハビリ専門職等と連携した取り組みの評価、身体介護として行う自立支援に資するような見守り援助の明確化により、自立支援・重度化防止に資するサービスの推進・評価をすることとしている。

## 2. 本告示の概要

上記のケアプランの届出については、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 38 号）第 13 条第 18 号の 2 において、介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（厚生労働大臣が定めるものに限る。）を位置付ける場合に、当該居宅サービス計画を市町村に届け出ることとされている。

届出の対象となる訪問介護の種類は生活援助中心型サービスとし、届出の要否の基準となる回数は、要介護度別の「全国平均利用回数＋2 標準偏差（2 S D）（※）」を基準とする。（※）全国での利用回数の標準偏差に 2 を乗じた回数

具体的には、直近の 1 年間（平成 28 年 10 月～平成 29 年 9 月分）の給付実績（全国）を基に、各月における要介護度別の「全国平均利用回数＋2 標準偏差（2 S D）」の回数を算出した上で、要介護度別に最大値となる月の回数を用いることとし、要介護状態区分に応じてそれぞれ 1 月あたり以下の回数とする。

| 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 27 回  | 34 回  | 43 回  | 38 回  | 31 回  |

なお、本告示の適用期日は平成 30 年 10 月 1 日である。

事 務 連 絡  
令和 3 年 9 月 22 日

都道府県  
各 指定都市 介護保険担当主管部（局）御中  
中 核 市

厚生労働省老健局高齢者支援課  
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

### 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等について（周知）

介護保険制度の推進につきましては、日頃より格別のご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

社会保障審議会介護保険給付費分科会における議論を踏まえ、「令和 3 年度介護報酬改定に関する審議報告」（令和 2 年 12 月 23 日。以下「審議報告」という。）において、「より利用者の意向や状態像に合った訪問介護の提供につなげることのできるケアプランの作成に資するよう、検証方法として効率的で訪問介護サービスの利用制限にはつながらない仕組みが求められていることを踏まえ、区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ、訪問介護が利用サービスの大部分を占める等のケアプランを作成する居宅介護支援事業者を事業所単位で抽出するなどの点検・検証の仕組みを導入する。効率的な点検・検証の仕組みの周知期間の確保等のため、10 月から施行する。」とされています。

また、審議報告において、サービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供の確保として、「同一のサービス付き高齢者向け住宅等に居住する者のケアプランについて、区分支給限度基準額の利用割合が高い者が多い場合に、併設事業所の特定を行いつつ、当該ケアプランを作成する居宅介護支援事業者を事業所単位で抽出するなどの点検・検証を行うとともに、サービス付き高齢者向け住宅等における家賃の確認や利用者のケアプランの確認を行うことなどを通じて、介護保険サービスが入居者の自立支援等につながっているかの観点も考慮しながら、指導監督権限を持つ自治体による更なる指導の徹底を図る。居宅介護支援事業所を事業所単位で抽出するなどの点検・検証については、効率的な点検・検証の仕組みの周知期間の確保等のため、10 月から施行する。」とされています。

この二つのケアプラン検証・点検については、趣旨・目的は異なりますが、居宅介護支援事業所等の抽出は両者ともに国民健康保険団体連合会介護給付適正化システムを活用することになります。

今般、これらのケアプラン検証・点検の趣旨・目的や留意事項等について、以下のとおり周知いたしますので、各都道府県、市町村におかれましては、内容について御了知いただくとともに、本事務連絡の内容を踏まえて、適切に御対応いただくようお願いいたします。また、管内サービス事業所等に対して周知をお願いいたします。