

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・介護休業等を取った場合に、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」といついどどのように判断するのか。	<p>・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。</p> <p><常勤の計算></p> <p>・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。</p> <p><常勤換算の計算></p> <p>・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。</p> <p>※ 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。</p> <p><同等の資質を有する者の特例></p> <p>・「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った場合に、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。</p> <p>・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。</p>	3.3.19 事務連絡 「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。このような事業者でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的に行わなければならないのか。	<p>・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の実施に実施していただきたい。小規模事業者においては他者・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。</p> <p>・例えば、小規模事業者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。</p> <p>・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、複数の小規模事業者による外部講師を活用した合同開催等が考えられる。</p>	3.3.26 事務連絡 「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う扱うのか。	<p>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と求めらるものではないこと。</p> <p>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。</p>	3.4.21 事務連絡 「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。	<p>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、行われないうち、経過措置となることから、「介護保険事務処理システム変更に関す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。</p>	3.4.21 事務連絡 「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、利用者には、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(以下、訪問介護等の割合)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>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 border="1"> <tr> <td>訪問介護</td> <td>●%</td> </tr> <tr> <td>通所介護</td> <td>●%</td> </tr> <tr> <td>地域密着型通所介護</td> <td>●%</td> </tr> <tr> <td>福祉用具貸与</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 border="1"> <tr> <td>訪問介護</td> <td>○●事業所 ●%</td> <td>□□事業所 ●%</td> <td>△△事業所 ●%</td> </tr> <tr> <td>通所介護</td> <td>△△事業所 ●%</td> <td>××事業所 ●%</td> <td>○●事業所 ●%</td> </tr> <tr> <td>地域密着型通所介護</td> <td>□□事業所 ●%</td> <td>△△事業所 ●%</td> <td>××事業所 ●%</td> </tr> <tr> <td>福祉用具貸与</td> <td>××事業所 ●%</td> <td>○●事業所 ●%</td> <td>□□事業所 ●%</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	○●事業所 ●%	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%	通所介護	△△事業所 ●%	××事業所 ●%	○●事業所 ●%	地域密着型通所介護	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%	××事業所 ●%	福祉用具貸与	××事業所 ●%	○●事業所 ●%	□□事業所 ●%	3.3.26 事務連絡 「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	○●事業所 ●%	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%																																		
通所介護	△△事業所 ●%	××事業所 ●%	○●事業所 ●%																																		
地域密着型通所介護	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%	××事業所 ●%																																		
福祉用具貸与	××事業所 ●%	○●事業所 ●%	□□事業所 ●%																																		
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ごとの回数(うち同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型通所介護事業者が占める割合)について、当該事業者等において、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。	<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 border="1"> <tr> <td>訪問介護</td> <td>○●事業所 ●%</td> <td>□□事業所 ●%</td> <td>△△事業所 ●%</td> </tr> <tr> <td>通所介護</td> <td>△△事業所 ●%</td> <td>××事業所 ●%</td> <td>○●事業所 ●%</td> </tr> <tr> <td>地域密着型通所介護</td> <td>□□事業所 ●%</td> <td>△△事業所 ●%</td> <td>××事業所 ●%</td> </tr> <tr> <td>福祉用具貸与</td> <td>××事業所 ●%</td> <td>○●事業所 ●%</td> <td>□□事業所 ●%</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 border="1"> <tr> <td>訪問介護</td> <td>○●事業所 ●%</td> <td>□□事業所 ●%</td> <td>△△事業所 ●%</td> </tr> <tr> <td>通所介護</td> <td>△△事業所 ●%</td> <td>××事業所 ●%</td> <td>○●事業所 ●%</td> </tr> <tr> <td>地域密着型通所介護</td> <td>□□事業所 ●%</td> <td>△△事業所 ●%</td> <td>××事業所 ●%</td> </tr> <tr> <td>福祉用具貸与</td> <td>××事業所 ●%</td> <td>○●事業所 ●%</td> <td>□□事業所 ●%</td> </tr> </table>	訪問介護	○●事業所 ●%	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%	通所介護	△△事業所 ●%	××事業所 ●%	○●事業所 ●%	地域密着型通所介護	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%	××事業所 ●%	福祉用具貸与	××事業所 ●%	○●事業所 ●%	□□事業所 ●%	訪問介護	○●事業所 ●%	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%	通所介護	△△事業所 ●%	××事業所 ●%	○●事業所 ●%	地域密着型通所介護	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%	××事業所 ●%	福祉用具貸与	××事業所 ●%	○●事業所 ●%	□□事業所 ●%	3.3.26 事務連絡 「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	○●事業所 ●%	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%																																		
通所介護	△△事業所 ●%	××事業所 ●%	○●事業所 ●%																																		
地域密着型通所介護	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%	××事業所 ●%																																		
福祉用具貸与	××事業所 ●%	○●事業所 ●%	□□事業所 ●%																																		
訪問介護	○●事業所 ●%	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%																																		
通所介護	△△事業所 ●%	××事業所 ●%	○●事業所 ●%																																		
地域密着型通所介護	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%	××事業所 ●%																																		
福祉用具貸与	××事業所 ●%	○●事業所 ●%	□□事業所 ●%																																		

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(A)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 事務連絡 「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(A)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 事務連絡 「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"> ・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 ・ 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。 <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ドライン」、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>としていいるところ。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>＜例＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。 	3.3.26 事務連絡 「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>回答</p> <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"> ○ 要介護認定調査関連業務 ○ 書類の受領、打ち込み、複写、ファイリングなど ○ ケアプラン作成関連業務 ○ 関連書類の打ち込み、複写、ファイリングなど ○ 給付管理関連業務 ○ 関連書類の打ち込み、複写、ファイリングなど ○ 利用者や家族との連絡調整に関する業務 ○ 事業所との連絡調整、書類発送等業務 ○ 保険者との連絡調整、手続きに関する業務 ○ 給与計算に関する業務等 	3.3.26 事務連絡 「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> <ul style="list-style-type: none"> ※ 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 ・ 法人内に総務部門の部署があり、事務職員を配置 ・ 併設の訪問介護事業所に事務職員を配置等 	3.3.26 事務連絡 「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「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 事務連絡 「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・退所する者等であつて、医師が一報に認められずに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、給付計画単位数をの単位とした給付管理票及び居宅介護支援給付算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特取扱いについて(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 事務連絡 「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 事務連絡 「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

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ついては、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。

第2号関係について

- 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棟をいう。以下同じ。）に該当する病棟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を超える場合は、当該病室に届け出た場合は、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。））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) 療養病棟を2病棟以下しか持たない病院又は診療所であること。

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ばならない。

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。

- (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ついては、各保険適用の病棟ごとに、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ことができること。
- (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に分ける場合には、各保険適用の病棟ごとに、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

取扱いものであること。

- (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ついては、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料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二章第2部（在宅医療）に掲げる療養に係る同日算定に関する考え方には、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ものであること。

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等の事業の人員、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ところを原則とする。

(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る。ただし、短期滞在手術等基本料3、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、注射及びびり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・再診料

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」、「診療料」及び(他)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、訪問看護情報は療養費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を算定できない。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して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はみさない。

11 重度認知症患者デイ・ケア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・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、エポエチンベンターペゴル及び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

区分	1. 入所中の患者以外の患者 (次の施設に入所又は入所する者を除く。3の患者を除く。)		2. 入所中の患者		3. 入所中の患者	
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 A. 短期入所介護、介護予防短期入所 生活介護、短期入所療養介護又は介護予 防短期入所療養介護を受けているものを 除く。 ※1 B. 小規模多機能 型居宅介護支援 事業所(居宅サ ービス提供事 業)において 介護予防短期 入所介護又は 介護予防短期 入所療養介護 を受けている 患者(認知症 等) ※2 C. 介護施設 (指定特定施設、指定地域 型特定特定施設及び指定介護予防防 止型特定特定施設)に属する施設 のうち、外務サービス利用 型介護施設又は外部サービス 介護施設(外部サービス 介護施設)に属する施設 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。)
C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導 管理料 (同一建物において同一日に2名以上医療保険から 給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区 分を算定)	○	○	×	×	×	×
C007 訪問看護指示料	○	○	○	×	×	×
C007-2 介護職員等特定処置指導料	○	○	×	×	×	×
C008 在宅患者訪問除菌指導料 (当該患者が居住する建築物に居住する者のうち当 該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等 により区分を算定)	○	×	×	×	×	×
C009 在宅患者訪問消毒指導料 (当該患者が居住する建築物に居住する者のうち当 該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等 により区分を算定)	○	×	×	×	×	×
C010 在宅患者指導料	○	×	×	×	×	×
C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料	○	○	×	×	×	×
C012 在宅患者共同診療料の1	○	○	×	×	×	×
C012 在宅患者共同診療料の2 C012 在宅患者共同診療料の3 C012 在宅患者共同診療料の4 (同一建物において同一日に2名以上医療保険から 給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区 分を算定)	○	○	×	×	×	×
C013 在宅患者訪問指導管理指導料	○	○	○	×	×	×
C014 外来在宅共同指導料	○	○	○	○	○	○
第2節第1款に掲げる在宅患者指導管理料 第2節第2款に掲げる在宅患者指導管理料加算	○	○	○	○	○	○
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 (1 通院精神療法に属する。)	○	○	○	○	○	○
1002 通院・在宅精神療法 (2 在宅精神療法に属する。)	○	○	○	○	○	○

「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 (次の施設に入院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. 入院中の患者	
	自室、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 防型短期入所介護を受けているものを 除く。 ※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)又は 介護予防型認知 症対応型共同生 活介護)	介護療養型医療施設(認知症病 棟の病棟を除く。) 特別養老院(指定特定施設、指定地域 型特定施設及び指定介護予防防 老施設に限る。)	介護療養型医療施設(認知症病 棟の病棟を除く。) 特別養老院(指定特定施設、指定地域 型特定施設及び指定介護予防防 老施設に限る。)	介護療養型医療施設(認知症病 棟の病棟を除く。) 特別養老院(指定特定施設、指定地域 型特定施設及び指定介護予防防 老施設に限る。)	介護老人保健施設 イ、短期入所療養介護又は介護予防 型短期入所療養介護(介護老人保健施 設の療養室に限る。)を受けている 患者
1003-2 認知療法・認知行動療法	○	○	○	○	○	○
1005 入院集団精神療法	—	—	—	—	—	—
1007 精神科作業療法	○	○	○	○	○	○
1008 入院生活技能訓練療法	—	—	—	—	—	—
1008-2 精神シート・ケア	○	○	○	○	○	○
注5						
1009 精神シート・ケア	○	○	○	○	○	○
注6						
1010 精神シート・ケア	○	○	○	○	○	○
1010-2 精神シート・ケア	○	○	○	○	○	○
1011 精神科選除指導料	—	—	—	—	—	—
1011-2 精神科選除期間指導料	—	—	—	—	—	—
1012 精神科訪問看護・指導料(1)及び(Ⅱ) (同一患者に於いて同一日に5件以上の医療保険から 給付を受けることができない。)(看護・介護職員増強化加算以外の加 算を含む。)	○ ※9	○ ※9及び※13	○ ※9	○ ※9	○ ※9	○ ※9及び※13
看護・介護職員増強化加算	○	○	○	○	○	○
1012-2 精神科訪問看護指示料	○	○	○	○	○	○
1015 重症認知症患者ケア・ケア料	○	○	○	○	○	○
1016 精神科在宅患者支援管理料	○	○	○	○	○	○
上記以外	○	○	○	○	○	○
処置	○	○	○	○	○	○

「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 (次の施設に入院又は入所する者を除く。)		2. 入院中の患者		3. 入院中の患者	
	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入院又は入所する者を除く。)	2. 入院中の患者	3. 入院中の患者	4. 入院中の患者	5. 入院中の患者	6. 入院中の患者
自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 A. 短期入所介護、介護予防短期入所 生活介護、短期入所療養介護又は介護予 防短期入所療養介護を受けているものを 除く。 ※1	特別定額施設、指定地域 指定特別施設及び指定介護予防防 養施設に属する者。 うち、外部サービス利用 型指定特別施設入居者生 活介護又は外部サービス 生活介護と併せて外部受 付施設又は指定特別施設 を受ける者が入居する施設	介護療養型医療 施設(短期入 所療養介護を受 けている患者を 除く。)	介護療養型医療施設(認知症病 種の病室を除く。) A. 短期入所療養介護又は介護予 防短期入所療養介護(認知症病種 の病室に限る。)を受けている患者 を除く。)	A. 介護療養型医療施設(認知症病 種の病室に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予 防短期入所療養介護(介護老人保健施 設の療養室に限る。)を受けている 患者	A. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防 短期入所療養介護(介護老人保健施 設の療養室に限る。)を受けている 患者	A. 地域密着型介護老人福祉施設又は 介護老人保健施設 B. 地域密着型介護又は介護予防短期 入所生活介護を受けている患者
特別管理加算	※2又は精神科助 間看護基本療養費 (同一月において、 介護保険の特別管理 理加算を算定してい ない場合に限る。)	※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定する者 (同一月において、介護保険の特別管理加算を算定して いない場合に限る。)	—	—	—	7. 〇 ※16 イ. 〇 ※16及び※17
退院後共同指導加算	—	—	〇 ※2又は精神科 訪問看護基本療養費 (※17 ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定する者、 精神科の急性期療養等 の患者である場合又 は、精神科訪問看護 又は訪問看護が特別 初回の訪問看護に係る 看護指示書に係る場 合に於いて、特別管理 加算に算定される場合 に限る。)	〇 ※2又は精神科 訪問看護基本療養費 (同一月において、 介護保険の特別管理 理加算を算定してい ない場合に限る。)	〇 ※2又は精神科 訪問看護基本療養費 (同一月において、 介護保険の特別管理 理加算を算定してい ない場合に限る。)	7. 〇 ※2又は精神科訪問看護基本療養費 を算定できる者 イ. x
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	〇 ※2又は精神科助 間看護基本療養費 を算定できる者 (同一月において、 介護保険の看護・ 介護職員処遇強化 加算に算定されない 場合に限る。)	〇 ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 (同一月において、介護保険の特別管理加算に 算定される場合に限る。)	—	—	—	7. 〇 ※16 イ. 〇 ※16及び※17
看護・介護職員連携強化加算	〇 ※2又は精神科助 間看護基本療養費 を算定できる者 (同一月において、 介護保険の看護・ 介護職員処遇強化 加算に算定されない 場合に限る。)	x	—	—	—	x
専門管理加算	〇 ※2又は精神科助 間看護基本療養費 を算定できる者 (同一月において、 介護保険の看護・ 介護職員処遇強化 加算に算定されない 場合に限る。)	〇 ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 (同一月において、介護保険の特別管理加算に 算定される場合に限る。)	—	—	—	7. 〇 ※16 イ. 〇 ※16及び※17
03 訪問看護情報提供療養費1	〇 ※2又は精神科助 間看護基本療養費 を算定できる者 (同一月において、 介護保険による 訪問看護全行 に算定されない 場合に限る。)	〇 ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 (同一月において、介護保険の特別管理加算に 算定される場合に限る。)	—	—	—	x
03-2 訪問看護情報提供療養費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

(別紙2)

区分	ア. 介護医療院に入所中の患者 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	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
初・再診料	×	○	○
入院料等	×	○	○ (A400の1 短期滞在手術等基本料1に限る。)
B001の1 ウイルス疾患指導料		○	○
B001の2 特定薬剤治療管理料		○	○
B001の3 悪性腫瘍特異物質治療管理料		○	○
B001の6 てんかん指導料		○	○
B001の7 難病外来指導管理料		○	○
B001の8 皮膚科特定疾患指導管理料		○	○
B001の9 外来栄養食事指導料		○※1	○※1
B001の11 集団栄養食事指導料		○※1	○※1
B001の12 心臓ペースメーカー指導管理料		○	○
B001の14 高度難聴指導管理料		○	○
B001の15 慢性維持透析患者外来医学管理料		○	○
B001の16 喘息治療管理料		○	○
B001の20 糖尿病合併症管理料	×	○	○
B001の22 がん性疼痛緩和指導管理料		○	○
B001の23 がん患者指導管理料		○	○
B001の24 外来緩和ケア管理料		○	○
B001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 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	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 1 の 26	補込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料				○	
B 0 0 1 の 27	補尿透析予防指導管理料	×				○
B 0 0 1 の 32	一般不妊治療管理料			○		
B 0 0 1 の 33	生殖補助医療管理料			○		
B 0 0 1 の 34	ハ 二次性骨折予防継続管理料 3			○		
B 0 0 1 の 35	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料			○		
B 0 0 1 の 36	下肢創傷処置管理料	×				○
B 0 0 1 - 2 - 4	地域連携夜間・休日診療料	×	○		×	○
B 0 0 1 - 2 - 5	院内トリアージ実施料	×	○		×	○
B 0 0 1 - 2 - 6	夜間休日救急搬送医学管理料	×	○		×	○
B 0 0 1 - 2 - 8	外来放射線照射診療料			○		
B 0 0 1 - 2 - 12	外来腫瘍化学療法診療料			○		
B 0 0 1 - 3	生活習慣病管理料			○ (注3に規定する加算に限る。)		
B 0 0 1 - 3 - 2	ニコチン依存症管理料	×				○
B 0 0 1 - 7	リンパ浮腫指導管理料（注2の場合に限る。）			○		
B 0 0 5 - 6	がん治療連携計画策定料			○		
B 0 0 5 - 6 - 2	がん治療連携指導料			○		
B 0 0 5 - 6 - 3	がん治療連携管理料			○		
B 0 0 5 - 7	認知症専門診断管理料			○		
B 0 0 5 - 8	肝炎インターフェロン治療計画料			○		

医学管理等

「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 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			
	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
	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			
B009 診療情報提供料（I）				
注1 注6 注8加算 注10加算 注11加算 注12加算 注13加算 注14加算 注15加算 注18加算				
	（認知症専門医療機関紹介加算） （認知症専門医療機関連携加算） （精神科医療連携加算） （肝炎インターフェェロン治療連携加算） （歯科医療機関連携加算1） （歯科医療機関連携加算2） （検査・画像情報提供加算）			
B009-2 電子的診療情報評価料	×	○	×	○
B010-2 診療情報連携共有料	×	○	×	○
B011 連携強化診療情報提供料		○		
B011-3 薬剤情報提供料			×	○
B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料			×	○
B012 傷病手当金意見書交付料		○		
上記以外			×	
C000 往診料	×	○	×	○
C014 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	○ （専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）

「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	ア. 介護医療院に入所中の患者 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	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
注射	○ ※3		○		○ (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	○ (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。)					
I000 精神科電気痙攣療法	x					○
I000-2 経頭蓋磁気刺激療法	x					○
I002 通院・在宅精神療法	x					○
I003-2 認知療法・認知行動療法	x					○
I006 通院集団精神療法	x			x		○ (同一日において、特別診療費を算定する場合を除く。)
I007 精神科作業療法	x			x		○
I008-2 精神科ショート・ケア（注5の場合を除く。）	x			x		○
I009 精神科デイ・ケア（注6の場合を除く。）	x			x		○
I015 重度認知症患者デイ・ケア料	x			x		○
上記以外				x		
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					x	
B014 退院時共同指導料1					x	

「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 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	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	x	x
C007 在宅患者連携指導料	x	x
C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料	x	x
上記以外	○	○
別表第三	x	x
訪問看護療養費	x	x
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（悪性新生物のための医用医薬）
 ・疼痛コントロール剤（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。）
 ・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。）
 ・エポエチンベータベゴル（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-1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限る。）
 ・インテグラーゼ阻害剤（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遊離性複合体
- ※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、鼻咽処置、咽喉頭処置、鼻咽頭処置、超音波ネブライザ、超音波吸引、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（2SD）（※）」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（2SD）」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。

1. 趣旨・目的・仕組み等

(1) 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証

○ 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証は、より利用者の意向や状態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ことを目的とし、介護支援専門員の視点だけでなく、多職種協働による検討を行い、必要に応じてケアプランの内容の再検討を促すため、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）に位置付けられた仕組みです。

この仕組みは、サービスの利用制限を目的とするものではありませんので十分にご留意の上、ご対応をお願いします。

○ 具体的には、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第十三条第十八号の三に規定する厚生労働大臣が定める基準（令和3年厚生労働省告示第336号）に規定する要件（※）に該当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員が令和3年10月1日以降に作成又は変更したケアプランのうち、市町村から指定されたものを市町村に届け出る必要があります。

（※）居宅介護支援事業所を抽出する要件

居宅介護支援事業所ごとに見て、

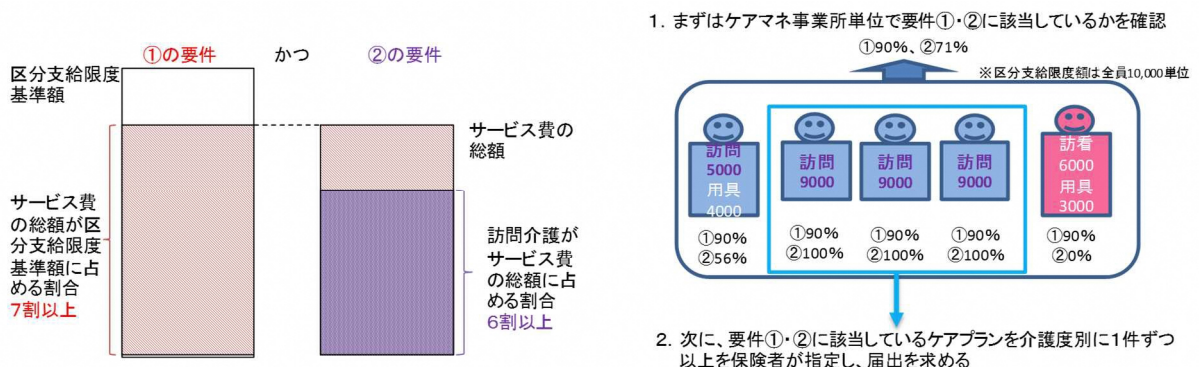
①区分支給限度基準額の利用割合が7割以上かつ

②その利用サービスの6割以上が「訪問介護サービス」

（注1）なお、各市町村において、国民健康保険団体連合会と調整の上、地域の実情に応じて、厚生労働大臣が定める基準（従うべき基準）よりも検証対象の範囲を拡げるための要件の設定は可能。

（注2）国民健康保険団体連合会介護保険給付適正化システムで作成される帳票は、「計画単位数」を基に計算。なお、区分支給限度基準額の対象外である加算等や超過部分の自己負担分は計算の対象ではない。

（参考）居宅介護支援事業所を抽出する要件のイメージ



- まず、市町村は、上記の要件が設定された帳票（※）を、国民健康保険団体連合会より受領してください。
- （※）支給限度額一定割合超支援事業所における対象サービス利用者一覧表（総括表・明細表）【別添1・2】。帳票の送付や内容の詳細については、「2. 国民健康保険団体連合会システムを活用した居宅介護支援事業所・ケアプランの抽出」参照。
- 次に、市町村は、受領した帳票を活用し、要件①及び②に該当する居宅介護支援事業所のケアプランのうち、個々に見て上記の要件①及び②に該当するケアプランについて、
- ・最も訪問介護サービスの利用割合が高いものなど（※1）で、介護度別に1件ずつ以上を指定し（※2）、
 - ・当該ケアプランの第1表（居宅サービス計画書(1)：基本的な事項）、第2表（居宅サービス計画書(2)：長期目標・短期目標、サービス内容等）及び第3表（週間サービス計画表）の届出を依頼（※3）
- します。
- （※1）市町村において一定の考え方のもとで、指定いただいて差し支えない。
- （※2）指定の際の留意点
- ・特定の介護度に該当する利用者がいない場合は、その介護度は届出不要。必要があれば、他の介護度で2件以上の届出を依頼。
 - ・すでに、生活援助の訪問回数の多い利用者のケアプラン検証の対象となっているケアプランは届出の対象外。
 - ・他市町村の住民である利用者のケアプランは届出の対象外。（市町村が必要に応じて、当該市町村と連携）
- （※3）必要に応じてアセスメントシートの届出も依頼。
- 市町村からの届出の依頼を受けた居宅介護支援事業所は、指定されたケアプランについて、当該ケアプランの利用の妥当性を検討し、当該ケアプランに訪問介護が必要な理由等を記載し、当該ケアプランを市町村に届け出る必要があります。
- なお、理由等については、「『介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について』の一部改正について」（令和3年3月31日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知）でお示ししているとおり、ケアプラン第2票（居宅サービス計画書(2)）の「サービス内容」に記載しても差し支えありません。
- （※1）「『介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について』の一部改正について」（令和3年3月31日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知）
- <https://www.mhlw.go.jp/content/000764679.pdf>

(※2) 災害や新型コロナウイルス感染症の影響により、一時的に他のサービスから訪問介護に切り替わったために要件①及び②に該当するケアプランがある場合は、その旨も記載。

- 届出を受けた市町村は、順次、地域ケア会議等(※1)を活用して、多職種の視点から、届出のあったケアプランについて議論を行うことになります。

多職種による議論は、「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメントの支援のために～」(平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業(地域ケア会議等におけるケアプラン検証の在り方に関する調査研究事業(実施団体:エム・アール・アイリサーチアソシエイツ株式会社)))(※2)を参照してください。

(※1) 検証の方法としては、地域ケア会議のみならず、当該市町村の職員やリハビリテーション専門職を派遣する形で行う会議(サービス担当者会議の前後で行う会議を含む)等での対応も可能。

(※2) 「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメントの支援のために～」(平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

https://www.mri-ra.co.jp/pdf/h30_chiikicare_tebiki.pdf

(※3) 災害や新型コロナウイルス感染症の影響により、一時的に他のサービスから訪問介護に切り替わったために要件①及び②に該当するケアプランがある場合は、地域ケア会議等の検証の対象としない等、柔軟な対応を採る必要がある。

- 地域ケア会議等での多職種の議論において届出のあったケアプランについて見直しが必要であるとされた場合、居宅介護支援事業所は、地域ケア会議等での検証結果を踏まえ、検証対象のケアプランについて再検討を行うとともに、事業所内において同様・類似の内容で作成しているケアプランの内容についても再検討を行います。

なお、検証対象のケアプラン及び同様・類似の内容のケアプランについて再検討とそれに基づく見直しが行われない場合は、それらのケアプランは、引き続き、地域ケア会議等での検証の対象となり得ます。

- なお、この検証の仕組みは、サービスの利用制限を目的とするものではなく、より利用者の意向や状態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ことを目的としたものです。ケアプランを変更するためには、利用者の同意を得る必要があり、ケアプランの変更を強制することはできないため、介護支援専門員や市町村は本人に十分説明をする必要があります。

(2) 高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検

- 高齢者向け住まい等における適正なサービス提供確保のための指導については、「高齢者向け住まい等における適正なサービス提供確保のための更なる指導の徹底」（令和3年3月18日厚生労働省老健局総務課介護保険指導室長ほか連名通知）において、都道府県における家賃等の入居契約の内容の確認をし、その情報等をもとに、市町村の介護給付費適正化担当部署における高齢者向け住まい等に併設等している（隣接、近接や同一法人や系列法人など関連があると考えられるものを含む。）居宅介護支援事業所におけるケアプランの点検をお願いしているところであり、高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検は、介護給付適正化事業の一環として市町村において実施していただくものです。

(※) 「高齢者向け住まい等における適正なサービス提供確保のための更なる指導の徹底」（令和3年3月18日厚生労働省老健局総務課介護保険指導室長ほか連名通知）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000761353.pdf>

- 具体的には、市町村が設定する要件（※）に該当する高齢者向け住まい等併設等居宅介護支援事業所の介護支援専門員が令和3年10月1日以降に作成又は変更したケアプランのうち、市町村が必要と判断したものについては、ケアプランを指定し、居宅介護支援事業所に対し提出を求めてください。

(※) 居宅介護支援事業所を抽出する要件

居宅介護支援事業所ごとに見た、以下の項目の要件を設定します。

① 区分支給限度基準額の利用割合

かつ

② 利用サービス種類（注）とその利用割合

（注）区分支給限度基準額管理対象サービスは全て選択可だが、組合せは2つまで。

- ・それぞれの要件が設定された帳票（注）を国民健康保険団体連合会より、受領してください。

（注）支給限度額一定割合超支援事業所における対象サービス利用者一覧表（総括表・明細表）【別添1・2】

- ・要件設定にあたっては、必要な数値・サービス種類の設定を行ったうえで「適正化情報（二次加工データ）」の出力を各都道府県国民健康保険団体連合会まで依頼してください。
- ・併せて、①の要件（区分支給限度基準額に占める利用割合）のみ等で設定できる帳票（注）もありますので、こちらも積極的にご活用ください。

（注）支給限度額一定割合超一覧表（総括表・明細表）【別添3・4】

- ・国民健康保険団体連合会介護保険給付適正化システムで作成される帳票は、「計画単位数」を基に計算されます。なお、区分支給限度基準額の対象外である加算等や超過部分の自己負担分は計算の対象ではありません。

- **市町村**によるケアプランの指定については、
 - ・上記1（1）の居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証における指定方法や、
 - ・「ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法」（平成20年7月18日厚生労働省老健局振興課）（※1）
 - ・「ケアプラン点検支援マニュアル 附属資料 ケアプラン点検の基礎知識～これからケアプラン点検に臨む保険者職員の参考書～」（平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（実施団体：株式会社三菱総合研究所））（※2）を参考にしてください。
 - （※1）「ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法」（平成20年7月18日厚生労働省老健局振興課）
<https://www.mhlw.go.jp/content/000824048.pdf>
 - （※2）「ケアプラン点検支援マニュアル 附属資料 ケアプラン点検の基礎知識～これからケアプラン点検に臨む保険者職員の参考書～」（平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）
https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/H28_25.pdf
- 提出を受けた**市町村**では、順次、提出のあったケアプランについて点検を行うこととなります。

ケアプラン点検の実施方法については、「ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法」等を参照してください。

なお、多職種の視点からの議論を行うため、地域ケア会議等で検討を行うことも可能です。
- なお、高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検は介護給付適正化事業の一環として実施するものであるため、介護給付適正化事業におけるケアプラン点検の実施件数に含まれます。
- また、高齢者向け住まいには、住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等が該当しますが、未届の住宅型有料老人ホームも当然に該当しますので、届出の有無に関わらず点検の対象としてください。

(参考) 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証と高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検のポイントについて

	居宅介護支援事業所単位の ケアプラン検証	高齢者向け住まい等対策の ケアプラン点検
法令上等の 根拠	・ <u>ケアマネ基準省令</u>	・ 自治体に対する指導徹底の通知 (介護保険適正化事業の一環)
抽出対象の ケアマネ事業 所の要件	①区分支給限度基準額の利用割合 が7割以上 ②その利用サービスの6割以上が 訪問介護が大部分を占める	・ 市町村ごとに設定。 ・ 要件設定項目は以下のとおり。 ①区分支給限度基準額の利用割合 ②利用サービス種類(注)とその利用割合 <small>(注) 区分支給限度管理対象サービスは全て選択可だが、 組合せは2つまで。</small> ※帳票上、各ケアプランの利用者について、要 介護認定時の居住地が高齢者向け住まい等で あるかどうかを確認する
検証・点検 対象のケアプ ランの指定	・ 要件①・②に該当するケアプ ランのうち、 <u>市町村が介護度別に 1件ずつ以上を指定し、届出を 依頼</u>	・ 要件①・②に該当するケアプランのうち、提 出すべきケアプランを市町村が指定し、提出 を依頼 (指定方法は、左記等を参照)
ケアプランの 検証・点検 の方法	・ <u>地域ケア会議や、行政職員やリ ハビリテーション専門職が参加 する形で行う会議等で検証</u>	・ 市町村におけるケアプラン点検 (地域ケア会議等での検証も可)
検証・点検 結果の反映	・ 検証・点検結果を踏まえ、 <u>対象のケアプランを中心に、事業所内において同様・類 似の内容で作成しているケアプランの内容についても再検討</u> ※ケアプランを変更するためには、 <u>利用者の同意を得る必要があります</u> 、ケアプランの 変更を強制することはできないため、 <u>介護支援専門員や市町村は本人に十分説明 をする必要</u>	

2. 国民健康保険団体連合会システムを活用した居宅介護支援事業所・ケアプランの抽出

- 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証及び高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検における対象となる居宅介護支援事業所及びケアプランの抽出は、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して、
 - ・要件①・②に該当する居宅介護支援事業所の一覧（総括表）【別添1】と、
 - ・当該居宅介護支援事業所の利用者の一覧（明細表）【別添2】（当該居宅介護支援事業所の全利用者のうち、要件①・②に該当しているかどうか分かるもの）

を自動抽出（※1～3）し、市町村に送付されます。

送付される帳票に係る詳細については、各都道府県国民健康団体保険連合会までご照会ください。

（※1）帳票は、サービス提供月ごと。

（※2）送付の頻度は、最低限3月に1回。具体的な頻度は国民健康保険団体連合会と市町村の間で調整。

なお、最初の送付月については、基本的に、令和3年10～12月分が令和4年2月頃の送付となる見込み。この点も、必要に応じて具体的な時期を国民健康団体保険連合会と市町村の間で調整。

（※3）明細表上、他市の住民である利用者の個人情報伏せられる。

- 高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検においては、明細表上の各利用者の要介護認定時の居住地の情報（高齢者向け住まい等であるかどうか）を活用してください。ただし、要介護認定時の居住地が高齢者住まい（住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅）であるかの情報は、令和3年4月の改正により追加されたため、居住地情報が反映されるには一定の期間を要します。このため、高齢者向け住まい等の所在地等の状況や被保険者の情報、利用している介護サービス事業所や法人名等も参考しながら、高齢者向け住まい等に居住しているか否かを広く確認していただくようお願いします。

また、1（2）でも触れているとおり、上記の帳票の他、既に存在する帳票で、要件①である区分支給限度基準額に占める利用割合のみ等を要件として設定できる帳票【別添3・4】もありますので、こちらも積極的にご活用ください。

- また、平成30年10月より施行されている生活援助の訪問回数の多い利用者のケアプラン検証についても、国民健康保険団体連合会介護給付適正化システムで抽出される帳票において、一定回数以上の生活援助中心型サービスが位置付けられているケアプランが分かるようになります。

生活援助の訪問回数の多い利用者のケアプラン検証の仕組みでは、居宅介護支援事業者は対象のケアプランを翌月の末日までに市町村に届け出ることとなって

いますので、市町村では、システムにより抽出される帳票【別添5】を、該当のケアプランが適切に届け出られているかどうかを確認することのできる補完的なツールとしてご活用いただけます。

- 上記の居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証、高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検及び生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプラン検証に係るシステムについては、令和3年8月末にリリースされ、10月から運用開始となります。

【別添1】支給限度額一定割合超支援事業所における対象サービス利用者一覧表（総括表）

支給限度額一定割合超支援事業所における対象サービス利用者一覧表（総括表）

令和4年2月25日作成
 ○○○国民健康保険団体連合会

保険番号	900010
保険者名	○○市
抽出条件	サービス提供年月 2021年07月 支給限度額割合 70%以上 対象サービス種類 11：訪問介護、15：通所介護 対象サービス単位数割合 80%以上

支援事業所番号	支援事業所名	支援事業所所在 保険番号	支援事業所所在保険者名	合計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	更新年月
9070000010	支援事業所1	900010	○○市	100	0	0	100	0	0	0	0	202111
9070000010	支援事業所1	900010	○○市	100%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	202111
9070000010	支援事業所1	900010	○○市	1,492,200	0	0	1,492,200	0	0	0	0	202111
9070000010	支援事業所1	900010	○○市	14,322	0	0	14,322	0	0	0	0	202111
9070000010	支援事業所1	900010	○○市	90%	0%	0%	90%	0%	0%	0%	0%	202111
9070000010	支援事業所1	900010	○○市	1,205,308	0	0	1,205,308	0	0	0	0	202111
9070000010	支援事業所1	900010	○○市	81%	0%	0%	81%	0%	0%	0%	0%	202111

利用者数	要介護度別の利用者数（当該支援事業所が国保連合会に提出した給付管理票）の合計
利用者割合	利用者数合計のうち、要介護度別の利用者数の割合
計画単位数	要介護度別の計画単位数の合計
平均計画単位数	要介護度別の平均計画単位数（計画単位数÷利用者数）
支給限度割合（要介護度別）	要介護度の利用者の支給限度割合の平均値
支給限度割合（合計）	計画単位数(合計)÷{要介護度別(支給限度額×利用者数)の合計}
対象サービス計画単位数	対象サービス種類を含む給付管理票のうち、対象サービス種類のみ計画単位数
対象サービス単位数割合	該当支援事業所のすべての計画単位数のうち、対象サービス計画単位数の割合

【別添2】支給限度額一定割合超支援事業所における対象サービス利用者一覧表（明細表）

支給限度額一定割合超支援事業所における対象サービス利用者一覧表（明細表）

申込者番号	90010
申込者名	〇〇市
提出年月	2021年07月
支給対象期間	7月1日～7月31日
対象サービス種別	11：訪問介護、15：通所介護
対象サービス単位数	00以上

令和4年7月15日作成
〇〇市国民健康保険株式会社

事業所番号	事業所名	開設者	電話番号	受付種別	介護者番号	利用者番号	利用者名	施設種別	居住型介護施設		サービス種別	提供量	利用状況	費用	事業所番号	事業所名	開設者	電話番号	更新年月
									施設名	住所									
90700010	支援事業所1	医療法人 〇〇会	00-000-0000	要介護1	90010	〇〇市	〇〇市	18,795	18,899	65X 訪問介護	10,887	なし	65X 90700010	〇〇ヘルソーステーション	医療法人 〇〇会	00-000-0000	〇	202111	
90700010	支援事業所1	医療法人 〇〇会	00-000-0000	要介護1	90010	〇〇市	〇〇市	18,795	2,515	15X 通所介護	2,515	なし	15X 90700010	〇〇デイサービス	医療法人 〇〇会	00-000-0000	〇	202111	
90700010	支援事業所1	医療法人 〇〇会	00-000-0000	要介護1	90010	〇〇市	〇〇市	18,795	19,412	60X 訪問介護	19,412	なし	60X 90700010	〇〇ヘルソーステーション	医療法人 〇〇会	00-000-0000	〇	202111	

居住地（認定情報「現在の状況」）	受給者認定情報の現在の状況コードのうちサービス提供年月が認定有効期間に含まれる最新の情報	
給付管理票記載	割合	
実績	利用者負担額有無	限度額に占める給付管理票に記載された計画単位数の割合
	割合	実績における利用者負担額の発生有無
同一法人区分	割合	限度額に占める提供単位数の割合
		支援事業所とサービス事業所の関係（事業所台帳より） ○：事業所台帳の「申請／開設者名」、「申請／開設者電話番号」が両方とも一致している △：事業所台帳の「申請／開設者名」、「申請／開設者電話番号」のいずれかが一致している ×：事業所台帳の「申請／開設者名」、「申請／開設者電話番号」のいずれかも一致していない

【別添3】支給限度額一定割合超一覧表（総括表）

支給限度額一定割合超一覧表（総括表）

保険者番号	990001
保険者名	テスト市
抽出条件	サービス提供年月 2015年04月
抽出項目	支給限度額割合
割合	50%以上
抽出項目	限度額的一定割合以上利用者割合
割合	50%以上

NN 99年 99日 99日 作成
 OOO国民健康保険団体連合会

事業所番号	事業所名	事業所所在 保険者番号	事業所所在保険者名	利用者数	合計	要支援1	要支援2	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	更新年月
9970100418	事業所4.1.8	990001	テスト市	利用者数	20	0	0	0	6	7	2	3	2	201506
9970100418	事業所4.1.8	990001	テスト市	利用者割合	100%	0%	0%	0%	30%	35%	10%	15%	10%	201506
9970100418	事業所4.1.8	990001	テスト市	計画単位数	263,069	0	0	0	57,498	84,782	40,624	53,777	26,408	201506
9970100418	事業所4.1.8	990001	テスト市	平均計画単位数	13,153	0	0	0	9,583	12,109	20,312	17,926	13,204	201506
9970100418	事業所4.1.8	990001	テスト市	支給限度割合	50%	0%	0%	0%	55%	62%	76%	59%	37%	201506
9970100418	事業所4.1.8	990001	テスト市	限度額的一定割合以上利用者数	14	0	0	0	4	5	2	2	1	201506
9970100418	事業所4.1.8	990001	テスト市	限度額的一定割合以上利用者割合	70%	0%	0%	0%	67%	71%	100%	67%	50%	201506

利用者数	要介護度別の利用者数（当該支援事業所が国保連合会に提出した給付管理票）の合計
利用者割合	利用者数合計のうち、要介護度別の利用者数の割合
計画単位数	要介護度別の計画単位数の合計
平均計画単位数	要介護度別の平均計画単位数（計画単位数÷利用者数）
支給限度割合（要介護度別）	要介護度の利用者の支給限度割合の平均値
支給限度割合（合計）	計画単位数(合計)÷{要介護度別(支給限度額×利用者数)の合計}
限度額的一定割合以上利用者数	利用者数のうち、抽出条件(限度額的一定割合以上利用者割合)に合致する利用者数
限度額的一定割合以上利用者割合	利用者数のうち、[限度額的一定割合以上利用者数]の割合

※[要支援]には平成18年3月以前の要支援および平成18年4月以降の経過的要介護が出力される。

【別添4】支給限度額一定割合超一覧表（明細表）

支給限度額一定割合超一覧表（明細表）

取扱者番号	990001
取扱者名	ナスト市
抽出条件	サービス提供年月 2015年10月 支給限度超過 初回 80%以上 取置額の一割合以上 取置割合 9%以上

NN 99年 99月 99日 作成
〇〇〇国民健康保険団体連合会

事業所番号	事業所名	関係者番号	関係者名	取扱者番号	取扱者名	取扱者名	取扱者番号	取扱者名	取扱者番号	給付管理票記載		割合	計画 単位数	割合	提供 単位数	提供者 組織名	割合	実績			更新年月	
										限度額	限度額							事業所番号	事業所名	事業所		同一法人 区分
9950180026	事業所 0 2 6	990001	ナスト市	990001	ナスト市	ナスト市	000000022	ナスト市	997000794	事業所 7 8 4	22%	4,195	4,195	あり	22%	888-999-9999	888-999-9999	888-999-9999	開業者 7 8 4	開業者 7 8 4	開業者 7 8 4	201505
9950180026	事業所 0 2 6	990001	ナスト市	990001	ナスト市	ナスト市	000000023	ナスト市	997000794	事業所 0 2 6	12%	3,292	2,984	あり	11%	999-999-9999	999-999-9999	999-999-9999	開業者 0 2 6	開業者 0 2 6	開業者 0 2 6	201505
9950180026	事業所 0 2 6	990001	ナスト市	990001	ナスト市	ナスト市	000000023	ナスト市	997000794	事業所 0 2 8	18%	4,755	3,804	あり	14%	997000794	997000794	997000794	開業者 0 2 6	開業者 0 2 6	開業者 0 2 6	201505
9950180026	事業所 0 2 6	990001	ナスト市	990001	ナスト市	ナスト市	000000023	ナスト市	997000794	事業所 1 7 2	26%	6,838	4,882	あり	19%	997000794	997000794	997000794	開業者 1 7 2	開業者 1 7 2	開業者 1 7 2	201505
9950180026	事業所 0 2 6	990001	ナスト市	990001	ナスト市	ナスト市	000000023	ナスト市	997000794	事業所 7 5 4	15%	150	150	あり	1%	997000794	997000794	997000794	開業者 7 5 4	開業者 7 5 4	開業者 7 5 4	201505
9950180026	事業所 0 2 6	990001	ナスト市	990001	ナスト市	ナスト市	000000024	ナスト市	997000794	事業所 7 8 4	75%	12,359	10,805	あり	66%	997000794	997000794	997000794	開業者 7 8 4	開業者 7 8 4	開業者 7 8 4	201505
9950180418	事業所 0 4 8	990001	ナスト市	990001	ナスト市	ナスト市	000000025	ナスト市	997000485	事業所 4 6 5	64%	10,621	4,902	あり	30%	997000485	997000485	997000485	開業者 4 6 5	開業者 4 6 5	開業者 4 6 5	201505

給付管理票記載	割合	限度額に占める給付管理票に記載された計画単位数の割合
実績	利用者負担額有無	実績における利用者負担額の発生有無
同一法人区分	割合	限度額に占める提供単位数の割合
		支援事業所とサービス事業所の関係（事業所台帳より）
		○：事業所台帳の「申請／開設者名」、「申請／開設者電話番号」が両方とも一致している
		△：事業所台帳の「申請／開設者名」、「申請／開設者電話番号」のいずれかが一致している
		×：事業所台帳の「申請／開設者名」、「申請／開設者電話番号」のいずれかも一致していない

【別添5】生活援助中心訪問介護サービス利用者一覧表

生活援助中心訪問介護サービス利用者一覧表

保険者番号 900010

保険者名 ○○市

抽出条件	サービス提供年月
要介護1回数	2021年07月
要介護2回数	27回以上
要介護3回数	34回以上
要介護4回数	43回以上
要介護5回数	38回以上
要介護6回数	31回以上

令和4年2月26日作成

○○○国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名	被保険者番号	被保険者番号	被保険者名	支援事業所番号	支援事業所1 (○○市所在)	支援事業所2 (■■市所在)	支援事業所所在地 (保険者番号)	支援事業所所在保険者名	介護支援専門員番号	要介護度	合計回数	訪問介護事業所数	更新年月
900010	○○市	0000000001	0000000001	七村カト	907000010	支援事業所1 (○○市所在)		900010	○○市	9000001	要介護1	28	2	202111
900010	○○市	0000000002	0000000002	七村カキ	907000020	支援事業所2 (■■市所在)		900020	■■市	9000021	要介護2	34	3	202111

合計回数	生活援助中心型のサービスコードの回数の合計
訪問介護事業所数	生活援助中心型のサービスコードの請求のある事業所数

介護保険関連情報のホームページアドレスについて

介護保険関連情報のホームページアドレスをまとめたものです。常に介護保険の最新情報を御確認していただくとともに、日頃の業務で疑問が生じた場合等に御活用ください。

- (1) 厚生労働省 令和3年度介護報酬改定について

令和3年度介護報酬改定に伴うQ&Aを含む。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

- (2) 介護保険最新情報（厚生労働省ホームページ）

厚生労働省から発出される介護保険の最新情報を掲載

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kourei_sha/index_00010.html

- (3) 介護サービス関係Q&A（厚生労働省ホームページ）

介護サービス関係のQ&AをPDF又はエクセルファイルで閲覧可能

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kourei_sha/ga/

- (4) WAM NET 介護サービス関係Q&A一覧

介護サービス関係Q&Aの内容を検索できるページ

<https://www.wam.go.jp/wamappl/kaigoServiceQA.nsf/aList?Open&sc=00&kc=0&pc=1>

- (5) 「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

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000935687.pdf>

※ 検索サイトで「保医発 0325 第2号」で検索すると閲覧できます。