

介護給付費医療突合審査の手引き (医療突合審査確認表記入例)

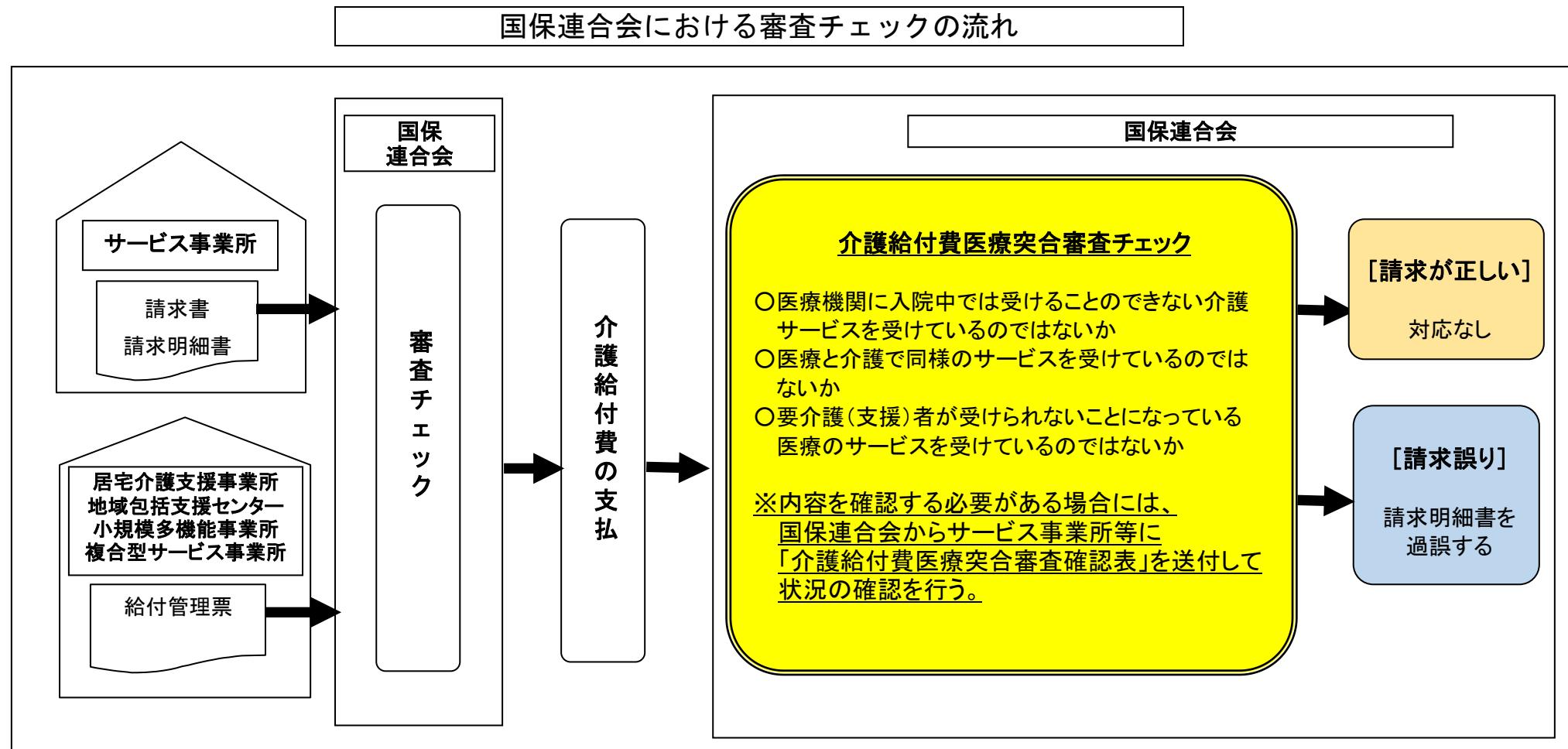
令和7年11月
香川県国民健康保険団体連合会

＜目次＞

| | |
|--|----|
| 1. 介護給付費医療突合審査とは | 2 |
| 2. 国保連合会の処理日程について | 3 |
| 3. 介護給付費医療突合審査確認表の例 | 7 |
| 4. 事業所向け医療給付情報突合リストの例 | 8 |
| 5. 介護給付費過誤決定通知書の例 | 10 |
| 6. 介護給付費医療突合審査確認表の対応について | 11 |
| ・(突合区分01) 医療保険の入院と、介護保険サービスが重複請求されています | 12 |
| ・(突合区分02) 在宅時医学総合管理料(医療)と(予防)居宅療養管理指導費(I)(介護)が重複請求されています | 15 |
| ・(突合区分04) 訪問看護療養費(医療)と訪問看護サービス費(介護)が重複請求されています | 18 |
| ・(突合区分06) 在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療)と介護老人福祉施設(介護)が重複請求されています | 21 |
| ・(突合区分07) 入所・入院中以外の要介護(要支援)認定者について、訪問歯科衛生指導料(医療)が請求されている可能性があります | 24 |
| <サービス提供日／入所日確認表> | 27 |
| <「サービス提供日／入所日確認表」の記入例> | 28 |

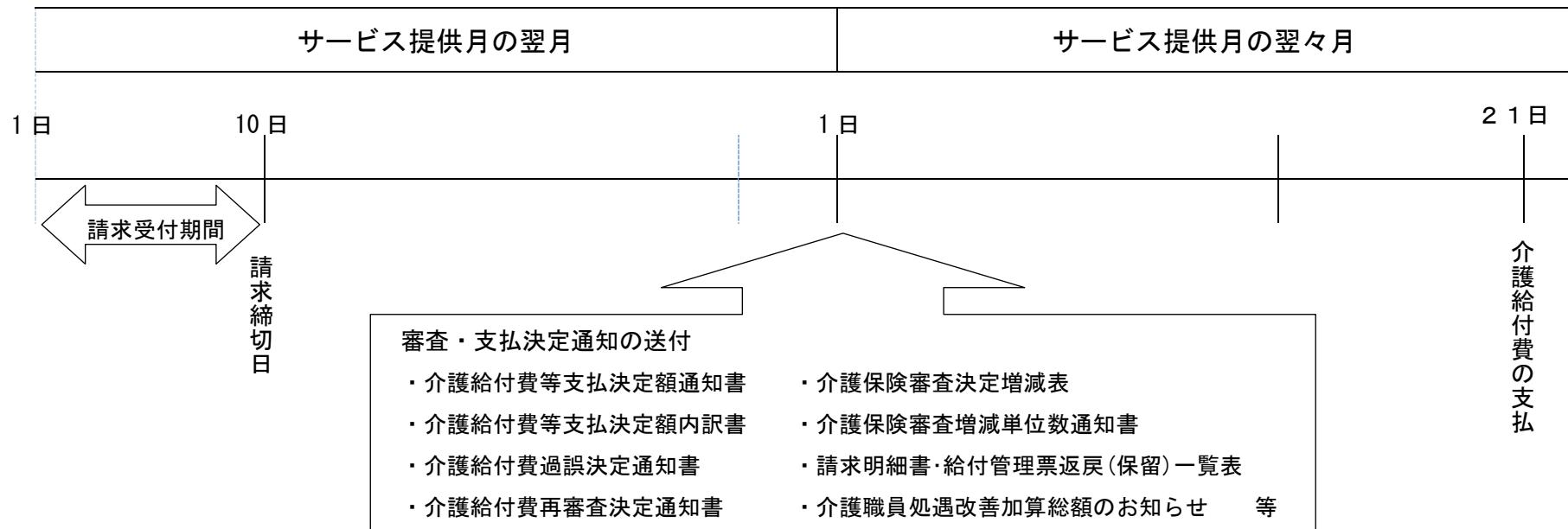
1. 介護給付費医療突合審査とは

国保連が行う介護給付費医療突合審査とは、過去に介護給付費を支払った請求について、医療保険を利用した請求と突合を行って審査を行うものです。国保連が介護給付費医療突合審査を実施した結果に基づいて、保険者及び事業所が請求誤り等のデータについて必要に応じて過誤・再請求を行うことで給付の適正化を図ることを目的としています。



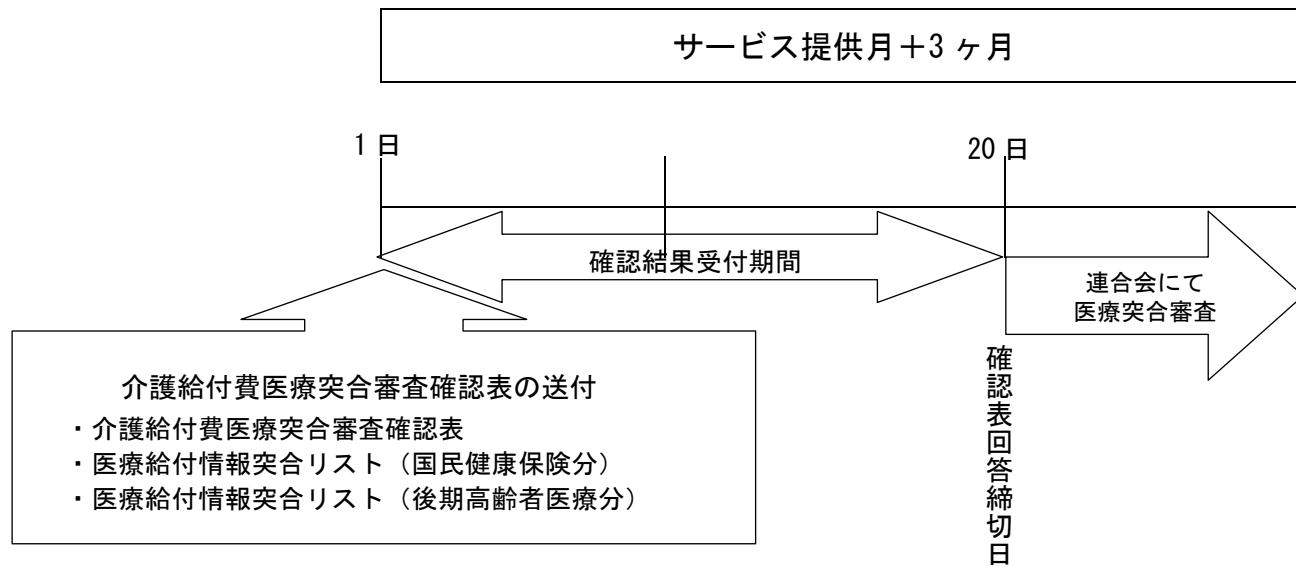
2. 国保連合会の処理日程について

(1) 事業所の請求から介護給付費支払まで



- ① 上記日程の「請求締切日：10日」「審査・支払決定通知の送付：1日」「介護給付費の支払：21日」は基準日ですので月によって前後します。
- ② 「審査・支払決定通知」は介護給付費の請求媒体を伝送で届出をしている事業所は伝送で、磁気媒体（CD-R、FD、MO）または帳票で届出をしている事業所は郵送しています。
- ③ 「審査・支払決定通知」は該当がなければ送付されません。
- ④ 「審査・支払決定通知」は次回の請求に間に合うように送付しています。返戻となった明細書等については10日までに修正して再請求して下さい。減単位や、保留となった明細書等については、関係の事業所等と連絡・調整をして下さい。

（2）介護給付費医療突合審査確認表の送付から事業所の返送まで



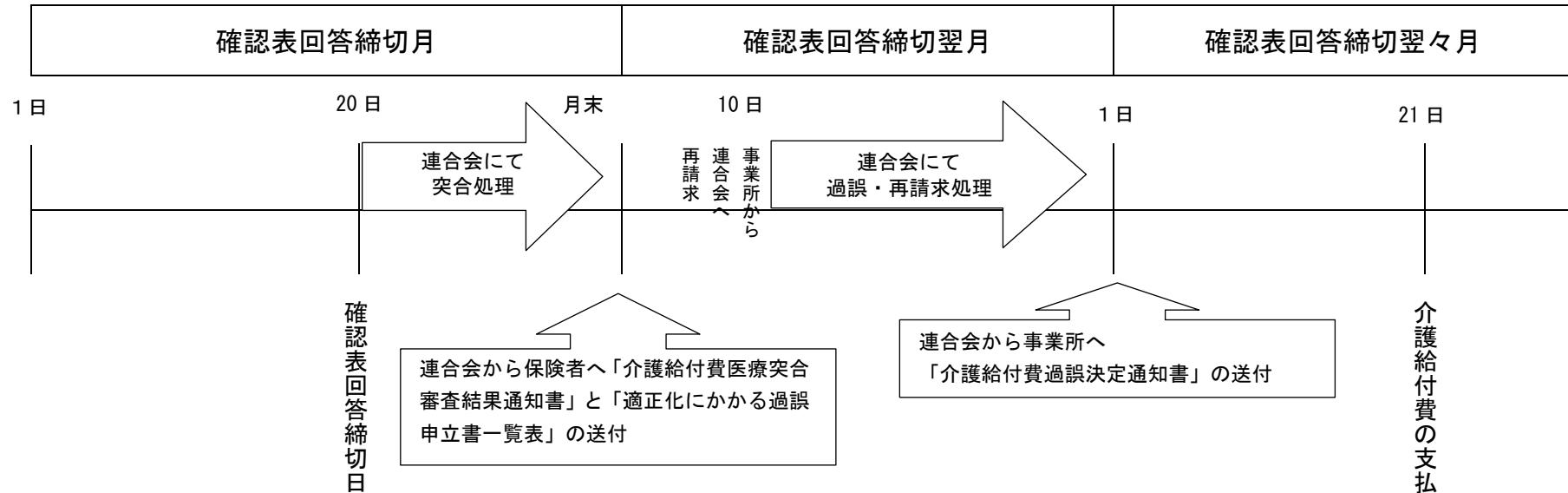
上記日程の「介護給付費医療突合審査確認表の送付：1日」「確認表回答締切日：20日」は基準日ですので月によって前後します。

- ① 「介護給付費医療突合審査確認表」は介護給付費の請求媒体を伝送で届出をしている事業所は伝送で、磁気媒体（CD-R、FD、MO）または帳票で届出をしている事業所は郵送しています。
- ② 「介護給付費医療突合審査確認表」の内容を確認し、確認結果を「確認調整結果記入欄」に記入して下さい。
※確認方法及び記入例は「6. 介護給付費医療突合審査確認表の対応について」を参照して下さい。
※必ず「過誤する・しない」のどちらかに○をつけて下さい。
- ③ 記入した「介護給付費医療突合審査確認表」を提出期限（20日）までに香川県国保連合会宛に郵送かFAXで返送して下さい。
※添付資料が必要になる場合は一緒に送付して下さい。

FAX番号 087-822-7455 (番号間違ひのないよう注意して下さい)

(3) 事業所から連合会への介護給付費医療突合審査確認表の返送から介護給付費過誤決定通知書の送付まで

■同月過誤において処理



- ① 「介護給付費医療突合審査確認表の回答締切日：20日」「受付締切日：10日」「介護給付費過誤決定通知書の送付：1日」は基準日ですので月によって前後します。
- ② 介護給付費医療突合審査確認表を「過誤する」に○をして国保連合会に提出した場合は、国保連合会において過誤処理を行うため、同一明細書について、保険者に過誤申請をしないようお願いします。
- ③ 「過誤する」で回答した場合は、必要に応じて正しい内容に修正し、翌月に再請求をお願いします。修正の必要なものについては、「過誤する」で介護給付費医療突合審査確認表を提出していただくのみとなります。

④ 支援事業所からの給付管理票の修正が必要なケースの場合、給付管理票の修正とサービス事業所からの請求明細書の過誤調整は同月に処理できないため、双方にて調整を図り、サービス事業所が介護給付費過誤決定通知書で過誤が行われていることを確認した後に、給付管理票の修正及び再請求を行っていただくようお願いします。

3. 介護給付費医療突合審査確認表の例

介護給付費医療突合審査確認表（請求事業所）

| | |
|----------|--|
| 事業所番号 | |
| 返送日 | |
| 事業所担当者氏名 | |
| 連絡先電話番号 | |

平成〇年〇月 医療突合審査分

平成〇年〇月〇日

〇〇県国民健康保険団体連合会

下記は貴事業所の介護請求明細書について医療突合審査処理を行った結果、請求内容に疑義があるものです。

内容を確認の上、確認調整結果を記入してください。また、過誤を「する」・「しない」のいずれかに〇を付けて上記返送日までにご返送ください。

| 対応番号 | 確認対象情報（介護給付） | | | | | | | | 関連情報（医療給付） | | | | | |
|------|---------------------|-----------------|----------|-------------|------------|-----------------|--|--|------------|------|---------|------|------|--------------|
| | 証記載保険者番号 証記載保険者名 | 被保険者番号 被保険者名 | サービス提供年月 | サービス | 実日数 単位数 | 医療給付情報突合リスト出力事由 | | | 医療制度 | 診療年月 | 医療機関コード | 電話番号 | 給付内容 | 診療日数 保険点数 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | (確認調整結果記入欄) | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | 過誤 | する | しない | | | | | | | | | | | |
| | | | | (確認調整結果記入欄) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 過誤 | する | しない | | | | | | | | |
| | (確認調整結果記入欄) | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | 過誤 | する | しない | | | | | | | | | | | |
| | | | | (確認調整結果記入欄) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 過誤 | する | しない | | | | | | | | |
| | (確認調整結果記入欄) | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | 過誤 | する | しない | | | | | | | | | | | |
| | | | | (確認調整結果記入欄) | | | | | | | | | | |

4. 事業所向け医療給付情報突合リストの例

医療給付情報突合リスト(国民健康保険分)(請求事業所)
平成〇〇年〇〇月 突合分

医療給付情報突合リスト(後期高齢者医療分)(請求事業所)
平成〇年〇月 突合分

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 事業所番号 | | 事業所状態 | |
| 事業所名 | | | |

5. 介護給付費過誤決定通知書の例

介護給付費過誤決定通知書（平成〇年〇月取扱分）

過誤申立てについては、下記のとおり決定しましたので通知します。

| | |
|------------|---------|
| 事業所番号 | 事業所名 |
| 9970000000 | □□介護事業所 |

平成〇年〇月〇日

○ 頁

○○県国民健康保険団体連合会

| | | 件数 | 単位数※1 (費用額) | 保険者負担額 |
|----|-----------|----|-------------|--------|
| 合計 | 介護給付費 | | | |
| | 特定入所者介護費等 | | | |

6. 介護給付費医療突合審査確認表の対応について

次ページ以降に医療突合点検出力事由ごとの対応について掲載しています。

介護給付費医療突合審査確認表（請求事業所）

| | | |
|----------|------------------|---------|
| 事業所番号 | 9010000001 | 事業所 0 1 |
| 返送日 | 平成 27 年 9 月 10 日 | |
| 事業所担当者氏名 | 事業所 太郎 | |
| 連絡先電話番号 | 99-9999-9999 | |

平成 27 年 8 月 医療突合審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

下記は貴事業所の介護請求明細書について医療突合審査処理を行った結果

内容を確認の上、確認調整結果を記入してください。また、過誤を「する」・「しない」のいずれかに○を付けて上記返送日までにご返送ください。

突合区分01

「医療給付情報突合リスト出力事由」欄

医療保険の入院と、介護保険サービスが重複請求
されています

| 対応番号 | 確認対象情報（介護給付） | | | | | | | 関連情報（医療給付） | | | | | |
|-------|---|-----------------|----------|------|-------|-------------------------------|------|------------|------------|------------|------|------|--------|
| | 証記載保険者番号 証記載保険者名 | 被保険者番号 被保険者名 | サービス提供年月 | サービス | 実日数 | 医療給付情報突合リスト出力事由 | 医療制度 | 診療年月 | 医療機関コード | 電話番号 | 給付内容 | 診療日数 | 保険点数 |
| | | | | | 単位数 | | | | | | | 30 | |
| 1 | 900010 | 0000000001 | H27. 4 | 13 | 8 | 医療保険の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。 | 国保 | H27. 4 | 9000000001 | 9999999999 | 医科 | 入院 | 30 |
| | 〇〇市 | ヒカシヤ1 | | 訪問看護 | 2,528 | | 〇〇病院 | | | | | | 15,000 |
| 確認の観点 | 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認調整結果を右に記入してください。 | | | | | | | 過誤 | | | | | |
| | 医療機関に入院中の患者に、介護保険サービスを提供してないか。 | | | | | | | | | | | | |

居家介護支援
介護予防支援以外の
サービスの場合

| (確認調整結果記入欄) | |
|--------------|--|
| この欄への記入は不要です | |

27 ページの「サービス提供日／入所日確認表」を添付して
国保連へ返送して下さい。

居家介護支援
介護予防支援の
サービスの場合

| (確認調整結果記入欄) | |
|---|--|
| サービス提供を行った事業所 9070000002 事業所 0 2 10 日 9070000003 事業所 0 3 30 日 | |

サービス提供を行った事業所の
事業所番号・事業所名・サービス提供日数
を記入して下さい。

| | | | |
|-------|------------|-------|--|
| 事業所番号 | 9910000001 | 事業所状態 | |
| 事業所名 | 事業所 0 1 | | |

医療給付情報突合リスト(国民健康保険分)(請求事業所)

平成27年 8月 突合分

突合区分（以下の事由により、確認が必要な情報を出力しています）
01：医療保険の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。
02：医療保険の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。（介護）
03：介護（要支援）認定者には対象外の医療給付（「給付条件」欄に△記載）が重複請求されています。
04：訪問看護費用（医療）・訪問看護サービス（介護）が重複請求されています。
05：在宅患者訪問業務料（医療）・介護老人保健施設（介護）が重複請求されています。
06：在院・入院中以下の要支援（要支援）認定者について、訪問看護業務料（医療）が請求されている可能性があります。

| 介護情報 | | | | | | | | | | | | 医療情報 | | | | | | | | | | 突合区分 | |
|----------|------------|-----------|-----------------|-----------------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|------|--------|------------|-------|----------|------------|---------|------|-----------|-----------------|--------|--------------|--------------------------|----|
| 証記載保険者番号 | 被保険者番号 | 生年月日 | 認定有効期間 開始年月日 | 認定有効期間 終了年月日 | 性別 | 事業所番号 | 事業所名 | サービスコード | 入所（入院・開始）年月日 | 保険日数 | 被保険者番号 | 被保険者名（証番号） | 個人番号 | 診療年月 | 医療機関コード | 医療機関名 | 給付直換 | 入院年月日 | 直換 料率 エラー | 診療実日数 | 請求番号 (番号) | レセプト 全額共通キー (管理番号) | |
| 証記載保険者名 | 被保険者名（カナ） | 要介護度 | 事業所電話番号 | 事業所住所 | | サービス名 | 退院（退院・中止）年月日 | 保険単位数 | 被保険者名（カナ） | 点数表 | 医療機関住所 | 入院区分 | 点数表 | 医療機関電話番号 | 医療機関住所 | 入院区分 | 点数表 | 医療機関住所 | 入院区分 | 点数表 | 明細番号 (金額) | 明細番号 (総額) | |
| 990001 | 0000000001 | 1946/12/8 | 2015/01/01 | 女 | 9910000001 | 事業所 0 1 | 13 | | | 8 | ***** | ***** | ***** | 2015/04 | 9000000001 | 〇〇病院 | | 2015/1/20 | 無し | 30 | ***** | ***** | 01 |
| 〇〇市 | ヒカシヤ1 | 要介護度 1 | 2015/12/31 | | 99-9999-9999 | 〇〇市××市△町 | 訪問看護 | | | 2528 | ***** | ***** | ***** | 医科 | 9999999999 | 〇〇市 〇〇市 | 入院 | | | 100000 | ***** | ***** | |

○出力事由・・医療保険の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。

○対象サービス

| 介護情報 | 医療情報 | |
|--|-------------|-------------|
| | 国保（40歳～74歳） | 後期高齢（75歳以上） |
| すべてのサービス種類 (市町村特別給付、福祉用具販売、住宅改修を除く) (介護予防・日常生活支援総合事業、 介護予防・日常生活支援総合事業（経過措置）を除く) | 入院中 | 入院中 |

○報酬算定上の制限

| 区分 | 1. 入院中の患者以外の患者 (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. 入院中の患者 | | | | 3. 入所中の患者 | |
|---------|--|---|--|--|---|--|---|-----------|---|
| | 自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、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 | 特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） 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（認知症病棟の病床を除く。） （短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は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る者が入居する施設 | ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者 うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は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る者が入居する施設 | ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者 | ア. 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（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者 | ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者 | | |
| 基本 入院料等 | | x | ○ | ○ (A 4 0 0 の 1 短期 滞在手術等基本料 1 に限る。) | ○ (A 2 2 7 精神科措 置入院診療加算及 (A 2 2 7 - 2 精 神科措置入院住院 支援加算に限る。) | ○ (A 4 0 0 の 1 短期 滞在手術等基本料 1 に限る。) | x | — | — |

※1 社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「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）に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。

| | | | | | |
|----|------|---|-------------------|------------------------------|-------------------|
| 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、他科受信時費用（362単位）を算定しない日の場合 | | | |
| | | 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 |
| 基本 | 入院料等 | × | | ○ (A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。) | |

○原因・・ 請求された日数の合計が、当該月の「暦日数+2」より大きい場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。

(例) 診療年月が平成27年4月の場合、暦日数+2=32日。

(介護給付の実日数：8日) + (医療給付の診療日数が23日) = 31日・・・リストに出力されません。

(介護給付の実日数：8日) + (医療給付の診療日数が30日) = 38日・・・リストに出力されます。

○対応・・ ①「確認対象情報」の「サービス」欄が居宅介護支援、介護予防支援以外のサービスの場合

自分の事業所のサービス提供状況や入所状況を確認し、「サービス提供日／入所日確認表」に記入して下さい。（記入例は次ページを参照）

確認した結果、自分の事業所の請求誤りであった場合は、「過誤する」に○をつけて国保連へ返送して下さい。

確認した結果、自分の事業所の請求誤りでない場合は、医療機関の請求との確認が必要になりますので、「サービス提供日／入所日確認表」を添付して、「過誤しない」に○をつけて国保連へ返送して下さい。（国保連にて医療機関の請求内容を確認した結果、過誤になる場合があります。）

②「確認対象情報」の「サービス」欄が居宅介護支援、介護予防支援の場合

該当の利用者のサービス事業所のサービス提供状況、施設入所状況を確認して下さい。

確認した結果、自分の事業所の請求誤りであった場合は、「過誤する」に○をつけて国保連へ返送して下さい。

確認した結果、自分の事業所の請求誤りでない場合は、医療機関や他の事業所の請求との確認が必要になりますので、「確認調整結果記入欄」に「サービス提供を行ったサービス事業所の事業所番号、事業所名、サービス提供日数を記入し、「過誤しない」に○をつけて国保連へ返送して下さい。（国保連にて医療機関や他の事業所の請求内容を確認した結果、過誤になる場合があります。）

■ 「サービス提供日／入所日確認表」は27ページをコピーしてご利用下さい。

■ 「サービス提供日／入所日確認表」の記入例は28~32ページを参照して下さい。

介護給付費医療突合審査確認表（請求事業所）

| | | | |
|----------|------------------|------|---------------------|
| 事業所番号 | 9910000002 | 事業所名 | 事業所 O 2 |
| 返送日 | 平成 27 年 9 月 10 日 | | 平成 27 年 8 月 医療突合審査分 |
| 事業所担当者氏名 | 事業所 太郎 | | |
| 連絡先電話番号 | 99-9999-9999 | | |

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

下記は貴事業所の介護請求明細書について医療突合審査処理を行った結果、請求内容を確認の上、確認調整結果を記入してください。また、過誤を「する」・「しない」のいずれかに○を付けて上記返送日までにご返送ください。

確認対象情報（介護給付）

| 対応番号 | 証記載保険者番号 証記載保険者名 | 被保険者番号 被保険者名 | サービス提供年月 | サービス | 実日数 単位数 | 医療給付情報突合リスト出力事由 | 関連情報（医療給付） | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|-----------------|----------|-------------------|------------|-----------------|------------|--------|------------|------------|------------------|------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | 医療制度 | 診療年月 | 医療機関コード | 電話番号 | 給付内容 | | 診療点数 保険点数 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 医療制度 | 診療年月 | | | | | | | | |
| 1 | 900010 | 0000000002 | H27. 4 | 31 | 1111 | 1 | 国保 | H27. 4 | 9000000002 | 9999999999 | 医科 | | 30 | | | | | | | |
| | ○○市 | ヒカケンシ2 | | 医師居宅療養管理指導 I 1 | | 503 | ○○病院 | | | | 在宅時医学総合管理料 算定 | | 15,000 | | | | | | | |
| 確認の観点 | 上記医療突合審査内容について、貴事業所での確認調整結果を右に記入してください。 | | | | | | 過誤 | する | しない | | | | | | | | | | | |
| | (確認調整結果記入欄) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 請求誤りのため過誤 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

突合区分02

「医療給付情報突合リスト出力事由」欄

在宅時医学総合管理料（医療）と（予防）居宅療養管理指導費（I）（介護）が重複請求されています

（確認調整結果記入欄）

算定可能理由

算定可能理由を記入して下さい。

医療給付情報突合リスト（国民健康保険分）（請求事業所）

平成27年 8月 突合分

| | | | |
|-------|------------|-------|--|
| 事業所番号 | 9910000002 | 事業所状態 | |
| 事業所名 | 事業所 O 2 | | |

突合区分（以下の事由により、確認が必要な情報を出力しています）
01：医療保険の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。
02：在宅時医学総合管理料（医療）と（予防）居宅療養管理指導費（I）（介護）が重複請求されています。
03：在宅時医学総合管理料（医療）と訪問看護サービス料（介護）が重複請求されています。
04：訪問看護料（医療）と訪問看護サービス料（介護）が重複請求されています。
05：在宅時医学総合管理料（医療）と介護老人保健施設料（介護）が重複請求されています。
06：入院・入院以外の要介護（要支援）認定者について、訪問看護料（医療）が請求されている可能性があります。

| 対応番号 | 介護情報 | | | | | | | | | | 医療情報 | | | | | | | | | | 突合区分 | | |
|------|----------|------------|-----------|-----------------|----|--------------|----------|---------|------------------|------|-------|---------------|-------|---------|-------------|--------|------|-------|-----------------|---------------|--------------|--------------------------|--|
| | 証記載保険者番号 | 被保険者番号 | 生年月日 | 認定有効期間 開始年月日 | 性別 | 事業所番号 | 事業所名 | サービスコード | 入所（入院・開始 年月日） | 保険日数 | 保険者番号 | 被保険者（証） 番号 | 個人番号 | 診療年月 | 医療機関 コード | 医療機関名 | 給付点数 | 入院年月日 | 資格 年月 コード | 診療実日数 (冊番) | 請求番号 (冊番) | レセプト 全額共通キー (管理番号) | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 990001 | 0000000002 | 1941/2/26 | 2015/01/01 | 女 | 9910000002 | 事業所 O 2 | 311111 | | 1 | ***** | ***** | ***** | 2015/04 | 9000000002 | ○○病院 | 在医嘱管 | 無し | 10 | ***** | ***** | 02 | |
| | | | | | | 99-9999-9999 | ○○市××△△町 | 療養（I） | | 503 | ***** | ***** | ***** | 医科 | 9999999999 | ○○市○○市 | その他 | | 10000 | ***** | ***** | | |

○出力事由・・在宅時医学総合管理料（医療）と（予防）居宅療養管理指導費（I）（介護）が重複請求されています。

○対象サービス

| 介護情報 | 医療情報 | |
|--|------------------------------------|----------------------------------|
| | 国保（40歳～74歳） | 後期高齢（75歳以上） |
| 居宅療養管理指導費（I）、介護予防居宅療養管理指導費（I） (医師が行う場合) | 在宅時医学総合管理料 (特定施設入居時等医学総合管理料を含む) | 在宅時医学総合管理料 (施設入居時等医学総合管理料を含む) |

○報酬算定上の制限

H 12 告示第19号別表5注2

イ 医師が行う場合

- (1) 居宅療養管理指導費（I）
- (2) 居宅療養管理指導費（II）

(1)については(2)を算定する場合以外の場合に、(2)については医科診療報酬点数表の在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定する利用者に対して、医師が、当該利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員等に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合に、所定単位数を算定する。

H 18 告示第127号別表5注2

イ 医師が行う場合

- (1) 介護予防居宅療養管理指導費（I）
- (2) 介護予防居宅療養管理指導費（II）

(1)については(2)を算定する場合以外の場合に、(2)については医科診療報酬点数表の在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定する利用者に対して、医師が、当該利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員等に対する介護予防サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合に、所定単位数を算定する。

○原因・・ (予防) 居宅療養管理指導費 (I) (介護) と在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料 (医療) が重複請求されている場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。

(「関連情報 (医療給付)」欄には在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定している医療機関が表示されます。)

○対応・・ ①在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料 (医療) を算定する利用者に対しては、(予防) 居宅療養管理指導費 (I) ではなく (予防) 居宅療養管理指導費 (II) の算定が必要です。(予防) 居宅療養管理指導費 (I) を算定しているが、確認した結果、正当な理由がある場合は、「確認調整結果記入欄」に、理由を記入し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。

②確認した結果、記載誤りや請求誤りであった場合は、「過誤する」に○をつけて国保連へ返送して下さい。

介護給付費医療突合審査確認表（請求事業所）

| | | |
|----------|------------------|---------|
| 事業所番号 | 9910000004 | 事業所 0 4 |
| 返送日 | 平成 27 年 9 月 10 日 | |
| 事業所担当者氏名 | 事業所 太郎 | |
| 連絡先電話番号 | 99-9999-9999 | |

平成 27 年 8 月 医療突合審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を
記入して下さい。

下記は貴事業所の介護請求明細書について医療突合審査処理を行った結果

内容を確認の上、確認調整結果を記入してください。また、過誤を「する」・「しない」のいずれかに□を付けて上記返送日までにご返送ください。

突合区分04

「医療給付情報突合リスト出力事由」欄

訪問看護療養費(医療)と訪問看護サービス費(介護)が重複請求されています

| 対応番号 | 確認対象情報（介護給付） | | | | | | | 関連情報（医療給付） | | | | | | |
|---|---------------------|-----------------|----------|------|------------|---------------------------------------|--|------------|------|--------|------------|------------|---------|--------------|
| | 証記載保険者番号 証記載保険者名 | 被保険者番号 被保険者名 | サービス提供年月 | サービス | 実日数 単位数 | 医療給付情報突合リスト出力事由 | | | 医療制度 | 診療年月 | 医療機関コード | 電話番号 | 給付内容 | 診療日数 保険点数 |
| 1 | 900010 | 0000000002 | H27. 4 | 13 | 8 | 訪問看護療養費（医療）と訪問看護サービス費（介護）が重複請求されています。 | | | 国保 | H27. 4 | 9000000004 | 9999999999 | 訪問看護 | 30 |
| | ○○市 | ヒカシタ2 | | 訪問看護 | 2,528 | | | | ○○病院 | | | | 基本療養費 I | 15,000 |
| 上記医療突合審査結果について、 貴事業所での確認調整結果を右に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認の 観点 | (確認調整結果記入欄) | | | | | | | 過誤 | | | | | | |
| | 請求誤りのため過誤 | | | | | | | する | | | | | | |
| | | | | | | | | しない | | | | | | |

| | |
|--------------|-----|
| (確認調整結果記入欄) | 過誤 |
| この欄への記入は不要です | する |
| | しない |

「サービス提供日／入所日確認表」を
添付して国保連へ返送して下さい。

医療給付情報突合リスト(国民健康保険分)(請求事業所)

平成27年 8月 突合分

| | | | |
|-------|------------|-------|--|
| 事業所番号 | 9910000004 | 事業所状態 | |
| 事業所名 | 事業所 0 4 | | |

突合区分(以下の事由により、確認が必要な情報を出力しています)
01. 保険請求の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。
02. 在宅精神疾患の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。
03. 在宅精神疾患の入院と、介護保険サービスが重複請求されています。(精神疾患の場合は、精神疾患にて判断)。
04. 訪問看護療養費(医療)と訪問看護サービス費(介護)が重複請求されています。
05. 在宅患者訪問看護料(医療)と訪問看護サービス費(介護)が重複請求されています。
06. 入所・入院中の内での要介護(要支援)定査者について、訪問看護料(医療)が請求されている可能性があります。

| 対応番号 | 介護情報 | | | | | | | | | | 医療情報 | | | | | | | | | | 突合区分 | |
|------|---------------------|---------------------|-----------|--------------------------|----|------------------|---------------|------------------|------------------|------|--------------------|-------|-------|---------------------|-----------------|---------------|-----------|-----------------------|------------------------------|--------------------------|-------|----|
| | 証記載保険者番号 証記載保険者名 | 被保険者番号 被保険者名(カナ) | 生年月日 | 認定有効期間 開始年月日 終了年月日 | 性別 | 事業所番号 事業所電話番号 | 事業所名 事業所住所 | サービスコード サービス名 | 入所(入院・開始) 年月日 | 保険日数 | 保険者番号 被保険者名(カナ) | 個人番号 | 診療年月 | 医療機関コード 医療機関電話番号 | 医療機関名 医療機関住所 | 給付点検 入院年月日 | 資格 コード | 診療実日数 決定点数 (会員) | 請求番号 (会員) 明細番号 (認証) | レセプト 全額返送キー (管理番号) | | |
| 1 | 990001 | 0000000004 | 1941/2/26 | 2015/01/01 | 女 | 9910000004 | 事業所 0 4 | 13 | | 8 | ***** | ***** | ***** | 2015/04 | 9000000004 | ○○病院 | 基本療養 | 無し | 10 | ***** | ***** | 04 |
| | ○○市 | ヒカシタ4 | 要介護度 3 | 2015/12/31 | | 99-9999-9999 | ○○県 × × 市△△町 | 訪問看護 | | 2528 | ***** | ***** | ***** | 訪問看護 | 9999999999 | ○○県 ○○市 | その他 | | 10000 | ***** | ***** | |

○出力事由・・訪問看護療養費（医療）と訪問看護サービス費（介護）が重複請求されています。

○対象サービス

| 介護情報 | 医療情報 | |
|---------------|---------------------------|---------------------------|
| | 国保（40歳～74歳） | 後期高齢（75歳以上） |
| 訪問看護、介護予防訪問看護 | 訪問看護基本療養費（Ⅰ） 訪問看護管理療養費 | 在宅患者連携指導加算 訪問看護情報提供療養費 |

○報酬算定上の制限

| 区分 | 1. 入院中の患者 (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. 入院中の患者 | | | 3. 入所中の患者 | |
|---|---|---|---|---|---|--|---|--|
| | 自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、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 | 特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。) 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認知症対応型共同生活介護) | 介護療養型医療施設の病床以外の病床(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患者を除く。) | ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) 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又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 | ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 | ア. 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 | ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者 | |
| 訪問看護療養費 | ○ ※2 (当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限る。(木曜日の午後診療の以外を除く。)においては、利用開始後30日までの期間、算定することができる。) | ○ ※2 (当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限る。(木曜日の午後診療の以外を除く。)においては、利用開始後30日までの期間、算定することができる。) | ○ ※2 (当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限る。(木曜日の午後診療の以外を除く。)においては、利用開始後30日までの期間、算定することができる。) | — | — | — | — | ア : ○ イ : ○ (未期の悪性腫瘍の患者に限る。) ア : ○ イ : ○ (未期の悪性腫瘍の患者であって、当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、算定することができる。) |
| 0 1 訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)(注加算を含む。) (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付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) | ○ ※2 | ○ ※2 (当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限る。(木曜日の午後診療の以外を除く。)においては、利用開始後30日までの期間、算定することができる。) | ○ ※2 (当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限る。(木曜日の午後診療の以外を除く。)においては、利用開始後30日までの期間、算定することができる。) | — | — | — | — | ア : ○ ※16 イ : ○ ※16及び※17 |
| 0 2 訪問看護管理療養費 | ○ ※2 又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 | ○ ※15及び※17 | ○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 | — | — | — | — | ア : ○ ※16 イ : ○ ※16及び※17 |
| 在宅患者連携指導加算 | | | × | — | — | — | — | × |
| 0 3 訪問看護情報提供療養費 1 | ○ ※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、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。) | ○ ※15及び※17 | ○ ※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、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。) | — | — | — | — | × |

※1 社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「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)に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。

※2 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。

※15 末期の悪性腫瘍の患者、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又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者（認知症でない者に限る。）

※16 末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者（認知症でない者に限る。）に限る。

※17 当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間）、算定することができる。

○原因・・(予防) 訪問看護（介護）と訪問看護基本療養費（I）（医療）が重複請求されている場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。

（「関連情報（医療給付）」欄には訪問看護基本療養費（I）を算定している医療機関が表示されます。）

○対応・・①自分の事業所のサービス提供状況や入所状況を確認し、「サービス提供日／入所日確認表」に記入して下さい。（記入例は次ページを参照）

自分の事業所の請求誤りでない場合は、医療機関の請求との確認が必要になりますので、「サービス提供日／入所日確認表」を添付して、「過誤しない」に○をつけて国保連へ返送して下さい。

②確認した結果、記載誤りや請求誤りであった場合は、「過誤する」に○をつけて国保連へ返送して下さい。

- 「サービス提供日／入所日確認表」は27ページをコピーしてご利用下さい。
- 「サービス提供日／入所日確認表」の記入例は28～32ページを参照して下さい。

介護給付費医療突合審査確認表（請求事業所）

| | | |
|----------|------------------|---------|
| 事業所番号 | 9010000006 | 事業所 0 6 |
| 返送日 | 平成 27 年 9 月 10 日 | |
| 事業所担当者氏名 | 事業所 太郎 | |
| 連絡先電話番号 | 99-9999-9999 | |

平成 27年 8月 医療窓口審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

下記は貴事業所の介護請求明細書について医療突合審査処理を行った

内容を確認の上、確認調整結果を記入してください。また、過誤を「する」・「しない」のいずれかに○を付けて上記返送日までにご返送ください。

突合区分06

「医療給付情報突合リスト出力事由」欄

在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療)と介護老人福祉施設(介護)が重複請求されています

(確認調整結果記入欄)

算定可能理由を記入して下さい。

医療給付情報突合リスト(国民健康保険分)(請求事業所)

平成27年 8月 突合分

| | | | |
|-------|------------|-------|--|
| 事業所番号 | 9910000006 | 事業所状態 | |
| 事業所名 | 事業所 0 6 | | |

問合せ方法(以下の理由により、確認が必要な情報を力を置いています)

- 01 医療機関の個人情報・介護支援サービス等の情報が漏洩されています。
- 02 在宅介護・施設介護・看護管理等(「予防」「訪問」「居宅介護支援等」)の情報が漏洩されています。
- 03 介護費・医療費・認知症による対象者の医療費(「給付・点数」欄に示す額)が漏洩されています。
- 04 問診券情報(「問診票」「問診票等」)の個人情報を漏洩されています。
- 05 在宅介護・施設介護・看護管理等(「予防」「訪問」「居宅介護支援等」)の情報が漏洩されています。
- 06 在宅介護・施設介護・看護管理等(「予防」「訪問」「居宅介護支援等」)の情報が漏洩されています。
- 07 在宅介護・施設介護・看護管理等(「予防」「訪問」「居宅介護支援等」)の情報が漏洩されています。

| 対応番号 | 介護情報 | | | | | | | | | | | 医療情報 | | | | | | | | | | 空合区 |
|------|-----------------------|-----------|------------|------------|-------|--------------|------------------|------------------|------------|---|---|---|------------|--------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|
| | 認定専門期間 認定専門期間終了年月日 | 被保険者番号 | 生年月日 | 性別 | 事業所番号 | 事業所名 | サービスコード | 入院(入院・開始 年月日) | 保険日数 | 被保険者番号 | 被保険者(証 番号) | 個人番号 | 診療年月 | 医療機関コード | 医療機関名 | 給付点数 | 入院年月日 | 資格得 エラー | 診療点数 日数(単 位) | 請求番号 (管理番号) | レセプトキー 全国共通キー (管理番号) | |
| | 認定専門期間終了年月日 | 被保険者名(カナ) | 要介護度 | 事業所電話番号 | 事業所住所 | サービス名 | 退所(退院・中止 年月日) | 保険単位数 | 被保険者名(カナ) | 点数表 | 医療機関電話番号 | 医療機関住所 | 入院区分 | 決算点数 (金額) | 10 | ***** ***** ***** ***** ***** | 06 | ***** ***** ***** ***** ***** | ***** ***** ***** ***** ***** | | | |
| 1 | 990001 | 000000006 | 1934/10/24 | 2015/01/01 | 女 | 9910000006 | 事業所 0 6 | 51 | 2012/12/18 | 30 | ***** ***** ***** ***** ***** | ***** ***** ***** ***** ***** | 2015/04 | 9000000006 | ○○病院 | 訪薬剤医 | 無し | 10 | ***** ***** ***** ***** ***** | ***** ***** ***** ***** ***** | ***** ***** ***** ***** ***** | ***** ***** ***** ***** ***** |
| | ○○市 | ヒケンヤ6 | 要介護度2 | 2015/12/31 | | 99-9999-9999 | ○○県 × 市△町 | 福祉施設 | 27210 | ***** ***** ***** ***** ***** | ***** ***** ***** ***** ***** | 医科 | 9999999999 | ○○県 ○○市 | その他 | 10000 | ***** ***** ***** ***** ***** | ***** ***** ***** ***** ***** | ***** ***** ***** ***** ***** | ***** ***** ***** ***** ***** | | |

○出力事由・・在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療）と介護老人福祉施設（介護）が重複請求されています。

○対象サービス

| 介護情報 | 医療情報 | |
|--|-------------------------|-------------------------|
| | 国保（40歳～74歳） | 後期高齢（75歳以上） |
| 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、 地域密着型介護老人福祉施設、介護福祉施設 | 在宅患者訪問薬剤管理指導料（医科・歯科・調剤） | 在宅患者訪問薬剤管理指導料（医科・歯科・調剤） |

○報酬算定上の制限

| 区分 | 1. 入院中の患者 (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. 入院中の患者 | | | 3. 入所中の患者 | |
|--------|--|---|--|---|---|--|---|-----------------------|
| | 自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、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 | 特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定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の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)を受けている患者を除く。) | ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) 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又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 | ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 | ア. 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 | ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活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 掲 | 在 宅 医 療 | C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (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該当する区分を算定) | x | - | x | x | x | ○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。) |
| 歯 科 | C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料 | | x | - | x | x | x | ○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。) |
| 調 剤 | 15 在宅患者訪問薬剤管理指導料 | | x | x | x | x | x | ○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。) |

※1 社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「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031002号)に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。

○原因・・介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設（介護）と在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療）が重複請求されている場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。

（「関連情報（医療給付）」欄には在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している医療機関が表示されます。）

○対応・・①介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所している要介護被保険者等である患者に対し、在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療）は末期の悪性腫瘍の患者に限り算定可能です。確認した結果、正当な理由であることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に、理由を記入し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。

②確認した結果、記載誤りや請求誤りであった場合は、「過誤する」に○をつけて国保連へ返送して下さい。

介護給付費医療突合審査確認表（請求事業所）

| | | |
|----------|------------------|--------|
| 事業所番号 | 9010000007 | 事業所O 7 |
| 返送日 | 平成 27 年 9 月 10 日 | |
| 事業所担当者氏名 | 事業所 太郎 | |
| 連絡先電話番号 | 99-9999-9999 | |

平成 27年 8月 医療突合審査分

確認表記入者の氏名と電話番号を記入して下さい。

下記は貴事業所の介護請求明細書について医療突合審査処理を行った結果、記入して下さい。
内容を確認の上、確認調整結果を記入してください。また、過誤を「する」・「しない」のいずれかに○を付けて上記返送日までにご返送ください。

突合区分07

「医療給付情報突合リスト出力事由」欄

入所・入院中以外の要介護(要支援)認定者について、訪問歯科衛生指導料(医療)が請求されている可能性があります

| 対応番号 | 確認対象情報(介護給付) | | | | | | | | 関連情報(医療給付) | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|----------|-------------|-----------|------------|---|--|------------|------|-------|------------|------------|------|-------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | 証記載保険者番号 証記載保険者名 | 被保険者番号 被保険者名 | サービス提供年月 | サービス | | 実日数 単位数 | 医療給付情報対応リスト出力事由 | | | 医療制度 | 診療年月 | 医療機関コード | 電話番号 | 給付内容 | | 診療日数 保険点数 | | | | | | | |
| 1 | 900010 | 0000000007 | H27.4 | 51 | | 25 | 入所・入院中以外の要介護(要支援)認定者について、訪問歯科衛生指導料(医療)が請求されている可能性があります。 | | | 国保 | H27.4 | 9000000007 | 9999999999 | 歯科 | | 2 | | | | | | | |
| | 〇〇市 | ヒカケンシヤ | | 介護福祉施設 | | 18,450 | | | | | | 〇〇病院 | 訪問歯科衛生指導料 | | 1,000 | | | | | | | | |
| 上記医療対応審査内容について、 貴事業所での確認調整結果を右に記入してください。 | | | | (確認調整結果記入欄) | | | | | | | | 過誤 | | | | | | | | | | | |
| 確認の観点 | 介護保険施設(短期入所を含む)に入所・入院していないときに、訪問歯科衛生指導(医療)を実施していないか。 | | | | 請求誤りのため過誤 | | | | | | | | する | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | しない | | | | | | | | | | |

(確認調整結果記入欄)

入所（院）期間、及び歯科衛生士等訪問日を記入して下さい。

医療給付情報突合リスト(国民健康保険分)(請求事業所)

平成27年 8月 突合分

| | | | |
|-------|------------|-------|--|
| 事業所番号 | 9910000007 | 事業所状態 | |
| 事業所名 | 事業所07 | | |

突出する部分（以下に示すように）確認の必要があることをお伝えしています

- 01: 医療機関の入院人、介護支援サービスが複数請求されています。
- 02: 在宅訪問医療機関料（医師）
①「居宅療養管理指導料」（小額）が複数請求されています。
- 03: 在宅訪問医療機関料（看護師）
①「居宅療養管理指導料」（小額）が複数請求されています。
- 04: 防護服着用料（看護師）と訪問支援サービス料（介護）が複数請求されています。
- 05: 在宅患者訪問実績管理指導料（医師）と連携法人福祉施設（介護）が複数請求されています。
- 06: 入院・入浴・入浴中の介護要件（認定）と認定者について、訪問料衛生料指導料（医師）が請求されています。

| 対応番号 | 介護情報 | | | | | | | | | | 医療情報 | | | | | | | | | | 集合区分 | | |
|------|----------|------------|------------|-----------------|----|--------------|----------|---------|------------------|-------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---------|-------------|--------|------|-------|-----------------|-------------------------|--------------|--------------------------|--|
| | 認証紙保険者番号 | 被保険者番号 | 生年月日 | 認定有効期間 開始年月日 | 性別 | 事業所番号 | 事業所名 | サービスコード | 入所(入院・開始 年月日) | 保険日数 | 保険者番号 | 被保険者(性) 別番号 | 個人番号 | 診療年月 | 医療機関 コード | 医療機関名 | 給付点数 | 入院年月日 | 資格 種別 コード | 診療実点数 (金額) | 請求番号 (冊番) | レセプト 全国共通キ ー(管理番号) | |
| | 認証紙被保険者名 | 被保険者名(カナ) | 要介護度 | 認定有効期間 終了年月日 | | 事業所電話番号 | 事業所住所 | サービス名 | 選用(選別・中止) 年月日 | 保険単位数 | 被保険者名(カナ) | 点数表 | 医療機関 電話番号 | 医療機関住所 | 入院区分 | 入院区分 | | | | | | | |
| 1 | 990001 | 0000000007 | 1931/10/30 | 2015/01/01 | 女 | 9910000007 | 事業所⑦ | 51 | 2012/12/18 | 25 | ***** ***** ***** | ***** ***** ***** | ***** ***** ***** | 2015/04 | 9000000007 | ○○病院 | 訪問歯科 | 無し | 2 | ***** ***** ***** | 07 | | |
| | ○○市 | ヒカケンシ7 | 要介護度2 | 2015/12/31 | | 99-9999-9999 | ○○県××市△町 | 歯科施設 | | 18450 | ***** ***** ***** | ***** ***** ***** | ***** ***** ***** | | 9999999999 | ○○県○○市 | その他 | | | | | | |

○出力事由・・入所・入院中以外の要介護（要支援）認定者について、訪問歯科衛生指導料（医療）が請求されている可能性があります。

○対象サービス

| 介護情報 | 医療情報 | |
|--|-------------|-------------|
| | 国保（40歳～74歳） | 後期高齢（75歳以上） |
| 短期入所生活介護、短期入所療養介護（老健）、短期入所療養介護（病院等）、短期入所療養介護（医療院）、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護（老健）、介護予防短期入所療養介護（病院等）、介護予防短期入所療養介護（医療院）、地域密着型介護老人福祉施設、介護福祉施設、介護保健施設、介護療養施設、介護医療院 | 訪問歯科衛生指導料 | 訪問歯科衛生指導料 |

○報酬算定上の制限

| 区分 | 1. 入院中の患者以外の患者 (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. 入院中の患者 | | | 3. 入所中の患者 | | |
|----|--|---|--|--|---|---|--|--|---|
| | 自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、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と除く。) ※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認知症対応型共同生活介護) | 特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定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の病床(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患者を除く。) | ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) 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又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 | ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 | ア. 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 | ア. 介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者 | |
| 歯科 | C001 訪問歯科衛生指導料 | うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る) | × | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

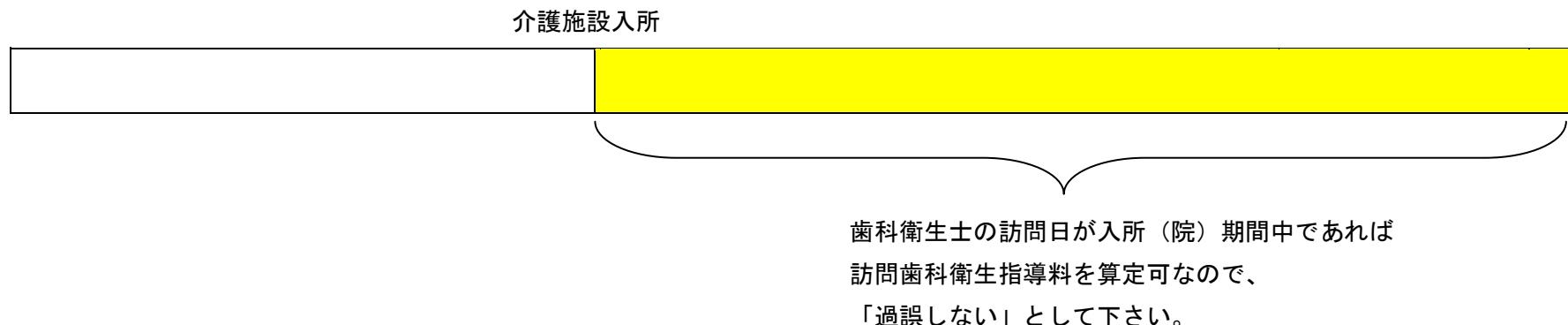
※1 社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発第0331002号)に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。

| | | | | |
|------|--|-------------------|---------------------------------------|-------------------|
| 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、他科受信時費用（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 |
| 上記以外 | <input type="radio"/> | | | |

○原因・・介護保険施設等（介護）と訪問歯科衛生指導料（医療）が同月に請求されている場合に、請求内容に疑義があるものとして出力されます。
 （「関連情報（医療給付）」欄には訪問歯科衛生指導料を算定している医療機関が表示されます。）

○対応・・①施設・医療機関に入所（院）中に歯科衛生士等が訪問した場合を確認して下さい。確認した結果、入所（院）中であることが判明した場合は、「確認調整結果記入欄」に、訪問日を記入し、「過誤しない」に○をつけて返送して下さい。

（例）



②確認した結果、記載誤りや請求誤りであった場合は、「過誤する」に○をつけて国保連へ返送して下さい。

サービス提供日／入所日確認表

| 対応番号 | 対象帳票 | 証記載保険者番号 証記載保険者名 | 被保険者番号 被保険者名 | サービス提供年月 | サービス |
|------|-------|---------------------|-----------------|----------|------|
| | 国保・後期 | | | 年 月 | |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 午前 | | | | | | | | | | |
| 午後 | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 午前 | | | | | | | | | | |
| 午後 | | | | | | | | | | |
| | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 午前 | | | | | | | | | | |
| 午後 | | | | | | | | | | |
| | 31 | | | | | | | | | |

| | | | |
|------------------|---|------|---|
| サービス実日数 入所実日数 | 日 | 外泊日数 | 日 |
|------------------|---|------|---|

<「サービス提供日／入所日確認表」の記入例>

| サービス | | 記入例 |
|------|----------|------|
| 11 | 訪問介護 | 居宅 |
| 12 | 訪問入浴介護 | 居宅 |
| 13 | 訪問看護 | 居宅 |
| 14 | 訪問リハビリ | 居宅 |
| 15 | 通所介護 | 居宅 |
| 16 | 通所リハビリ | 居宅 |
| 17 | 福祉用具貸与 | 福祉用具 |
| 21 | 短期入所生活介護 | 短期入所 |
| 22 | 短期入所老健施設 | 短期入所 |
| 23 | 短期入所医療施設 | 短期入所 |
| 24 | 予防短期生活介護 | 短期入所 |
| 25 | 予防短期老健施設 | 短期入所 |
| 26 | 予防短期医療施設 | 短期入所 |
| 27 | 特定施設生活短期 | 短期入所 |
| 28 | 地域特定施設短期 | 短期入所 |
| 2A | 短期入所医療院 | 短期入所 |
| 2B | 予防短期医療院 | 短期入所 |
| 31 | 居宅療養管理指導 | 居宅 |
| 32 | 認知症型共同生活 | 施設 |
| 33 | 特定施設生活介護 | 施設 |
| 34 | 予防療養管理指導 | 居宅 |
| 35 | 予防特定施設介護 | 施設 |
| 36 | 地域特定施設介護 | 施設 |
| 37 | 予防認知症型 | 施設 |
| 38 | 認知症型短期 | 短期入所 |
| 39 | 予防認知症型短期 | 短期入所 |

| サービス | | 記入例 |
|------|----------|------|
| 43 | 居宅介護支援 | 提出不要 |
| 46 | 介護予防支援 | 提出不要 |
| 51 | 介護福祉施設 | 施設 |
| 52 | 介護保健施設 | 施設 |
| 53 | 介護医療施設 | 施設 |
| 54 | 地域老人福祉施設 | 施設 |
| 55 | 介護医療院 | 施設 |
| 61 | 予防訪問介護 | 居宅 |
| 62 | 予防訪問入浴介護 | 居宅 |
| 63 | 予防訪問看護 | 居宅 |
| 64 | 予防訪問リハビリ | 居宅 |
| 65 | 予防通所介護 | 居宅 |
| 66 | 予防通所リハビリ | 居宅 |
| 67 | 予防福祉用具貸与 | 福祉用具 |
| 68 | 小規模多機能短期 | 居宅 |
| 69 | 予防小規模短期 | 居宅 |
| 71 | 夜間対応訪問介護 | 居宅 |
| 72 | 認知症型通所介護 | 居宅 |
| 73 | 小規模多機能型 | 居宅 |
| 74 | 予防認知症型通所 | 居宅 |
| 75 | 予防小規模多機能 | 居宅 |
| 76 | 定期巡回随時対応 | 居宅 |
| 77 | 複合型看護小規模 | 居宅 |
| 78 | 地域通所介護 | 居宅 |
| 79 | 複合型看小短期 | 居宅 |
| | | |

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」欄の内容を記入して下さい

サービス提供日／入所日確認表

「サービス提供日／入所日確認表」
(居宅サービスの記入例)

| 対応番号 | 対象帳票 | 証記載保険者番号 証記載保険者名 | 被保険者番号 被保険者名 | サービス提供年月 | サービス |
|------|-------|---------------------|-----------------------|----------|--------------|
| 1 | 国保・後期 | 900010 ○○市 | 0000000001 ヒホケンシャ1 | H27年4月 | 14 訪問リハビリ |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 午前 | | | | | ○ | | | | | |
| 午後 | | | | | | | | ○ | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 午前 | | ○ | | | | | | | ○ | |
| 午後 | | | | | ○ | | | | | |
| | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 午前 | | | | | | ○ | | | | |
| 午後 | | ○ | | | | | | | ○ | |

| | | | |
|------------------|-----|------|---|
| サービス実日数 入所実日数 | 8 日 | 外泊日数 | 日 |
|------------------|-----|------|---|

サービスを提供した時間帯に○をつけて下さい

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」欄の内容を記入して下さい

サービス提供日／入所日確認表

「サービス提供日／入所日確認表」
(福祉用具貸与サービスの記入例)

| 対応番号 | 対象帳票 | 証記載保険者番号 証記載保険者名 | 被保険者番号 被保険者名 | サービス提供年月 | サービス |
|------|-------|---------------------|-----------------------|----------|--------------|
| 1 | 国保・後期 | 900010 ○○市 | 0000000001 ヒホケンシャ1 | H27年4月 | 17 福祉用具貸与 |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 午前 | | | | | | | | | | |
| 午後 | | | | | | | | | | ○ |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 午前 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 午後 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 午前 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 午後 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 31 | | | | | | | | | |

サービス実日数
入所実日数

22日

サービス実日数（＝実際に福祉用具を
貸与した日数）を記入して下さい

福祉用具を貸与した時間帯に○を
つけて下さい

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」欄の内容を記入して下さい

サービス提供日／入所日確認表

「サービス提供日／入所日確認表」
(短期入所サービスの記入例)

| 対応番号 | 対象帳票 | 証記載保険者番号 証記載保険者名 | 被保険者番号 被保険者名 | サービス提供年月 | サービス |
|------|-------|---------------------|-----------------------|----------|----------------|
| 1 | 国保・後期 | 900010 ○○市 | 0000000001 ヒホケンシャ1 | H27年4月 | 21 短期入所生活介護 |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 午前 | | | | | | | | | | |
| 午後 | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 午前 | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 午後 | | 入 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 午前 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 退 | |
| 午後 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | 31 | | | | | | | | | |

| | | | |
|------------------|------|------|---|
| サービス実日数 入所実日数 | 18 日 | 外泊日数 | 日 |
|------------------|------|------|---|

入所している時間帯に○をつけて下さい。
入所日には「入」、退所日には「退」と記入して下さい

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」欄の内容を記入して下さい

サービス提供日／入所日確認表

「サービス提供日／入所日確認表」
(施設サービスの記入例)

| 対応番号 | 対象帳票 | 証記載保険者番号 証記載保険者名 | 被保険者番号 被保険者名 | サービス提供年月 | サービス |
|------|-------|---------------------|-----------------------|----------|--------------|
| 1 | 国保・後期 | 900010 ○○市 | 0000000001 ヒホケンシャ1 | H27年4月 | 51 介護福祉施設 |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 午前 | | | | | | | | | | |
| 午後 | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 午前 | | | ○ | ○ | ○ | 外 | 外 | 外 | ○ | ○ |
| 午後 | 入 | ○ | ○ | ○ | 外 | 外 | 外 | ○ | ○ | |
| | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 午前 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 退 | |
| 午後 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | 31 | | | | | | | | | |

| | | | |
|------------------|------|------|-----|
| サービス実日数 入所実日数 | 15 日 | 外泊日数 | 3 日 |
|------------------|------|------|-----|

入所している時間帯に○をつけて下さい。
入所日には「入」、退所日には「退」、外泊日には「外」と記入して下さい