

# 岩手県国民健康保険団体連合会 介護給付適正化支援事業について (医療との突合点検の手引き)

令和元年5月版

1. 介護給付の適正化(医療との突合点検)について
2. 医療との突合点検の流れ
3. 医療との突合点検 各種様式及び記載例

# 1. 介護給付の適正化(医療との突合点検)について

## ○介護給付適正化の意義

「介護給付の適正化」を図ることにより、利用者に対する適切な介護サービスを確保するとともに、不適切な給付が削減されることは、介護保険制度の信頼感を高めるとともに、介護給付費の増大や介護保険料の上昇を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度の構築に資するもの。

## ○医療との突合点検とは

介護給付の適正化における主要5事業のうち、後期高齢者医療制度及び国民健康保険の入院情報等と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行う。

○介護給付の適正化のために行う適正化事業の実施主体は保険者ですが、適正化事業を推進するため、都道府県と保険者が一体となり国保連合会(以下、「国保連」という。)と連携して取り組んでいます。

○岩手県では、国保連が保険者から委託を受けて「縦覧点検」及び「医療との突合点検」を実施しています。

・縦覧点検－平成27年4月開始 医療との突合点検－平成31年4月開始

## ◎参考

介護給付の適正化における主要5事業

・要介護認定の適正化

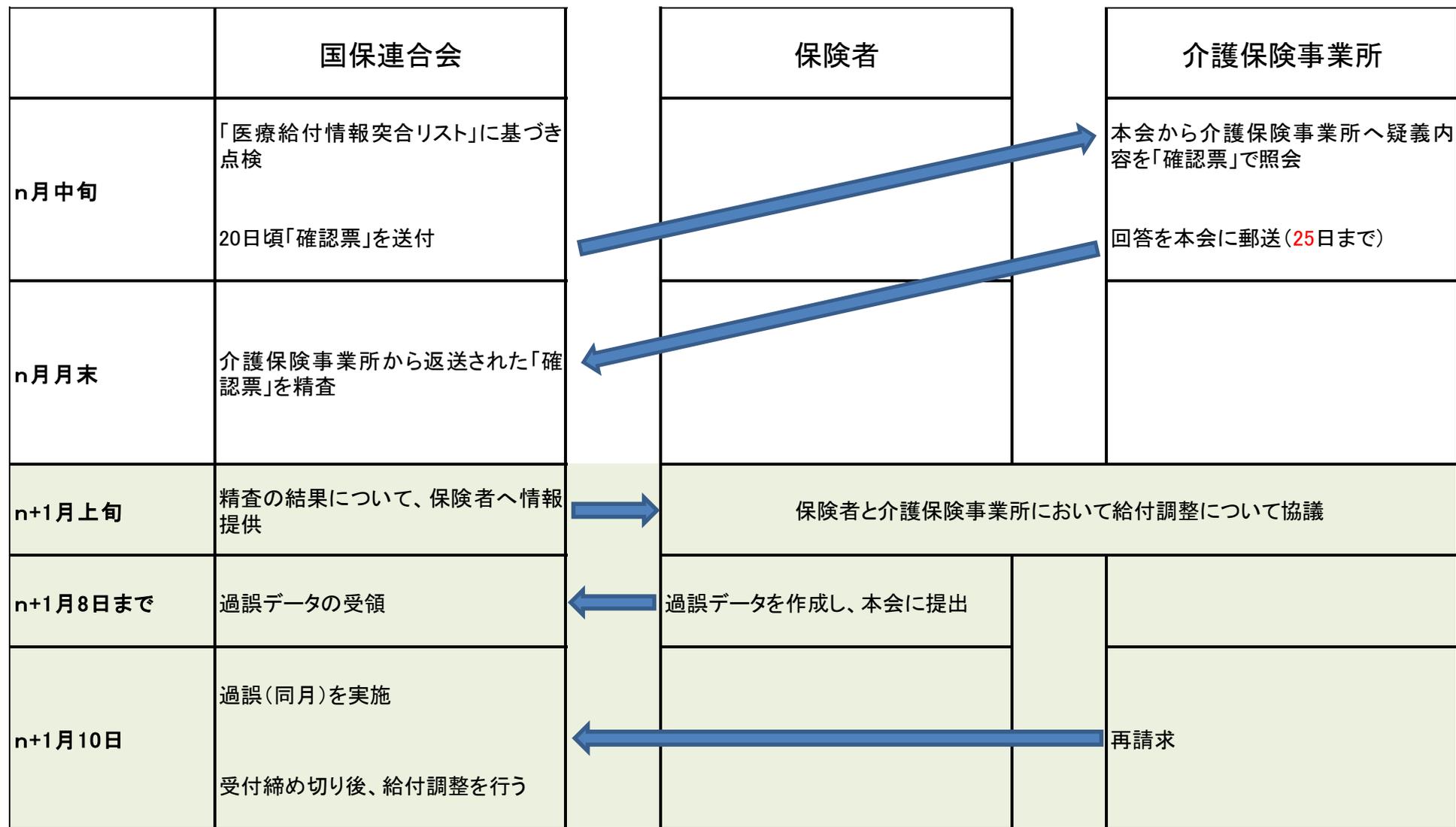
・住宅改修、福祉用具実態調査

・介護給付費通知

・ケアプラン点検

・医療情報との突合、縦覧点検

## 2. 医療との突合点検の流れ



※緑色の部分については、保険者と介護保険事業所の協議が完了後のスケジュールとなります。

## 2. 医療との突合点検の流れ

- 1 国保連は「医療給付情報突合リスト」に基づいて点検を行い、疑義が生じた請求に対し、介護保険事業所に対し、疑義内容を確認票で照会します。

◎送付帳票

- ・医療給付情報突合点検確認票(様式2)

- 2 介護保険事業所は、「医療給付情報突合点検確認票」の内容を確認し、「担当者氏名」「連絡先」「確認結果記入欄」「確認結果」について記載の上、国保連へ郵便で返送します。

- 3 国保連は、介護保険事業所の回答を確認し、正しく請求し直す必要がある場合は、保険者に対して情報提供をします。

◎送付帳票

- ・医療給付情報突合点検結果通知書兼給付調整依頼書(様式1)
- ・医療給付情報突合点検確認票(写)(様式2)
- ・医療給付情報突合点検結果受領報告書(様式3)

- 4 保険者は、「医療給付情報突合点検結果受領報告書」を国保連へ送付し、国保連からの情報提供に基づき、介護保険事業所と調整の上、過誤申出登録等の処理を行います。

- 5 介護保険事業所は、該当事例について必要に応じて正しい内容で再請求を行います。

### 3. 医療との突合点検 各種様式及び記載例

#### (1) 医療給付情報突合点検結果通知書兼給付調整依頼書(様式1)

様式1

国保連 ⇒ 介護保険者

令和 年 月 日

#### 医療給付情報突合点検結果通知書兼給付調整依頼書

( 年 月 突合分)

保険者番号	
保険者名	

岩手県国民健康保険団体連合会

貴保険者の医療給付情報突合点検を実施した結果を下記のとおり情報提供します。

記

医療給付情報突合リスト	点検総数		疑義問合せ件数	正当請求	請求誤り(給付調整依頼分)
	区分 01				
	区分 02				
	合計				

※介護事業所が確認した回答を添付いたします。(様式2写し)

※「請求誤り」と回答した内容については、給付調整(過誤)が必要となります。各介護事業所と調整の上、実施いただきますようお願いいたします。

### 3. 医療との突合点検 各種様式及び記載例

#### 記載例

様式1

国保連 ⇒ 介護保険者

記載例

令和 年 月 日

#### 医療給付情報突合点検結果通知書兼給付調整依頼書

(令和 年 月突合分)

保険者番号	032011
保険者名	〇〇市 様

岩手県国民健康保険団体連合会

貴保険者の医療給付情報突合点検を実施した結果を下記のとおり情報提供します。

記

医療給付情報突合リスト	点検総数		疑義問合せ件数	正当請求	請求誤り(給付調整依頼分)
〇〇市	区分 01	30	7	7	0
	区分 02	5	5	0	5
	合計	35	12	7	5

※介護事業所が確認した回答を添付いたします。(様式2写し)

※「請求誤り」と回答した内容については、給付調整(過誤)が必要となります。各介護事業所と調整の上、実施いただきますようお願いいたします。

### 3. 医療との突合点検 各種様式及び記載例

#### (2) 医療給付情報突合点検確認票(様式2)(区分01)

様式2		医療給付情報突合点検確認票				令和 年 月 突合分					
突合区分		【介護】									
事業所名(介護)		事業所番号									
担当者氏名		連絡先									
介護情報					医療情報						
保険者番号 保険者名	被保険者番号 被保険者名	サービス提供 月	サービス内容 点検内容	実日数 単位数	点検内容		医療制度	診療年月	医療機関コード 医療機関名	給付内容	診療実日数 点数
					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。						
1 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。					(確認結果記入欄)		確認結果				
					正当	誤り	※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤処理を行います。				
確認の内容:		サービス提供日を確認します。入退院の実績との整合性を確認			回答:						
2 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。					(確認結果記入欄)		確認結果				
					正当	誤り	※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤処理を行います。				
3 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。					(確認結果記入欄)		確認結果				
					正当	誤り	※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤処理を行います。				

[01]

※(区分01) = 医療保険の入院と、介護保険サービスの重複

### 3. 医療との突合点検 各種様式及び記載例

#### 記載例

記載例			
様式2		医療給付情報突合点検確認票	
突合区分 【介護】		令和 年 月突合分	
事業所名(介護)	〇〇ホームヘルプ事業所	事業所番号	0370117296
担当者氏名		連絡先	

介護情報					医療情報					
保険者番号 保険者名	被保険者番号 被保険者名	サービス提供 日	サービス内容 点検内容	実日数 単位数	点検内容	医療制度	診療年月	医療機関コード 医療機関名	給付内容	診療実日数 点数
000011	0312301678	2019/07	11	17	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	2019/07	0300117296	入院	19
〇〇市	〇〇 〇〇		訪問介護	11107				〇〇病院		66917
1					(確認結果記入欄)	確認結果				
上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。						正当	誤り	※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤 処理を行います。		
確認の内容:		サービス提供日を確認します。入退院の実績との整合性を 確認			回答:〇月〇日～〇月〇日までサービスを提供。以降〇〇病院に入院					
2						確認結果				
上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。						正当	誤り	※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤 処理を行います。		
3						確認結果				
上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。						正当	誤り	※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤 処理を行います。		

[01]

※(区分01) = 医療保険の入院と、介護保険サービスの重複

### 3. 医療との突合点検 各種様式及び記載例

#### (3) 医療給付情報突合点検確認票(様式2)(区分02)

様式2		医療給付情報突合点検確認票				年 月 突合分				
突合区分		【介護】								
事業所名(介護)		事業所番号								
担当者氏名		連絡先								
介護情報					医療情報					
保険者番号 保険者名	被保険者番号 被保険者名	サービス提供 月	サービスコード 点検内容	実日数 単位数	点検内容	医療制度	診療年月	医療機関コード 医療機関名	給付内容	診療実日数 点数
					在宅時医学総合管理料(医療)と居宅療養管理指導費(I)(介護)が重複 請求されている。					
1 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。						(確認結果記入欄)  回答:	確認結果			
確認の内容:		居宅療養管理指導費(I)ではなく、居宅療養管理指導費 (II)を請求すべきではないか。			正当		誤り	※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤 処理を行います。		
					2 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。					
2 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。							確認結果			
					正当		誤り	※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤 処理を行います。		
					3 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。					
3 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。							確認結果			
					正当		誤り	※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤 処理を行います。		

[02]

※(区分02) = 在宅時医学総合管理料(医療)と、居宅療養管理指導(I)の重複

### 3. 医療との突合点検 各種様式及び記載例

#### 記載例

記載例											
様式2		医療給付情報突合点検確認票						令和 年 月 突合分			
突合区分		【介護】									
事業所名(介護)	〇〇診療所	事業所番号	0300117296								
担当者氏名	〇〇△△	連絡先	〇〇〇-×××-△△△△								
介護情報						医療情報					
保険者番号 保険者名	被保険者番号 被保険者名	サービス提供 日	サービスコード 点検内容	実日数 単位数	点検内容	医療制度	診療年月	医療機関コード 医療機関名	給付内容	診療実日数 点数	
000011	0312301678	2019/07	31	1111	1	在宅時医学総合管理料(医療)と居宅療養管理指導費(Ⅰ)(介護)が重複請求されている。	国保	2019/07	0300117296	在宅管	2
〇〇市	〇〇 〇〇		居宅療養管理(Ⅰ)	503	4696						
1 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。						確認結果					
						正当	誤り				※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤処理を行います。
確認の内容:		居宅療養管理指導費(Ⅰ)ではなく、居宅療養管理指導費(Ⅱ)を請求すべきではないか。				回答:在宅医療総合管理料を算定しているため、(Ⅱ)の誤り					
2 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。						確認結果					
						正当	誤り				※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤処理を行います。
3 上記医療突合審査内容について、 貴事業所での確認結果を右に記入してください。						確認結果					
						正当	誤り				※請求誤りと回答したものについては、保険者において過誤処理を行います。

[02]

※(区分02) = 在宅時医学総合管理料(医療)と、居宅療養管理指導(Ⅰ)の重複

### 3. 医療との突合点検 各種様式及び記載例

#### (4) 医療給付情報突合点検確認票(様式3)

様式3

介護保険者 ⇒ 国保連

年 月 日

#### 医療給付情報突合点検結果受領報告書

( 年 月突合分)

保険者番号	
保険者名	

医療給付情報突合点検結果通知書兼給付調整依頼書を受領しました。

記

	確認票写し	担当者 氏名	連絡先
	件		

返信先	岩手県国保連 保健介護課介護保険係 FAX 019-623-4325
-----	---------------------------------------

### 3. 医療との突合点検 各種様式及び記載例

#### 記載例

様式3  
介護保険者 ⇒ 国保連

令和 年 月 日

記載例

**医療給付情報突合点検結果受領報告書**

(令和 年 月突合分)

保険者番号	030000
保険者名	〇〇市 様

医療給付情報突合点検結果通知書兼給付調整依頼書を受領しました。

記

	確認票写し	担当者 氏名	連絡先
〇〇市	12 件	〇〇 〇〇	— —

返信先	岩手県国保連 保健介護課介護保険係 FAX 019-623-4325
-----	---------------------------------------