

※療養担当規則

保険医療機関・保険医が保険診療を行うために守らなければならない規則のこと。

「保険医療機関及び保険医療養担当規則※」の第1章には要介護被保険者等の確認について次の記述があります。

保険医療機関及び保険医療養担当規則

第3条の2 保険医療機関等は、患者に対し、訪問看護、訪問リハビリテーションその他の介護保険法第8条第1項に規定する居宅サービス又は同法第8条の2第1項に規定する介護予防サービスに相当する療養の給付を行うに当たっては、同法第12条第3項に規定する被保険者証の提示を求めるなどにより、当該患者が同法第62条に規定する要介護被保険者等であるか否かの確認を行うものとする。

つまり、医療機関では、保険診療の際に確認する医療保険の被保険者証とともに、介護サービスを提供する場合は、介護保険の被保険者証も併せて確認する必要があります。

8) 介護保険負担割合証

要介護・要支援の認定患者全員に交付されます。患者が介護サービスを利用した場合、介護サービス提供事業者は負担割合を確認し、患者から負担金を徴収します。

〈介護保険負担割合証〉(見本)

<p>注意 事項</p> <p>一 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。</p> <p>二 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスの費用のうち、「適用期間」に応じた「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます。(居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません)</p> <p>三 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の適用期間の終了年月日に至ったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。</p> <p>四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。</p> <p>五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。</p> <p>六 利用時支払額を三割とする措置(給付額減額)を受けている場合は、この証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されます。</p>	<p>介護保険負担割合証</p> <p>交付年月日 年 月 日</p>	
	<p>被 保 険 者</p> <p>番 号</p> <p>住 所</p> <p>フリガナ</p> <p>氏 名</p> <p>生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 性別 男・女</p>	<p>利用者負担の割合</p> <p>適用期間</p> <p>割 開始年月日 令和 年 月 日 終了年月日 令和 年 月 日</p> <p>割 開始年月日 令和 年 月 日 終了年月日 令和 年 月 日</p>
<p>保 険 者 並 び に 印</p> <p>号 番 保 險 及 保 険 者 並 び に 印</p>	<p>印 号 番 保 險 及 保 険 者 並 び に 印</p>	

2 区分支給限度基準額

要介護・要支援認定の結果が出ると、被保険者証には要介護・要支援の区分が記載されます。この区分により、患者が1ヶ月に利用できる居宅サービスの限度が決まります。これを「区分支給限度基準額」といいます。

要介護・要支援の状態及び区分支給限度基準額は次のとおりです。

区分	区分支給限度基準額(月)	状態
要支援	1 5,032 単位	生活機能が低下しているが、その改善の可能性が高いと見込まれる状態
	2 10,531 単位	
要介護	1 16,765 単位	生活の一部について部分的介護が必要
	2 19,705 単位	軽度の介護が必要
	3 27,048 単位	中等度の介護が必要
	4 30,938 単位	重度の介護が必要
	5 36,217 単位	最重度の介護が必要

1ヶ月の居宅サービスが、上記の区分支給限度基準額を超えた場合は、超えた分については保険給付は行われず、患者の全額自己負担となります。

ただし、区分支給限度基準額の対象とならないサービスもあります。これらのサービスの場合は、限度基準額が適用されないため、患者負担は通常の1割～3割となります。区分支給限度基準額の対象とならないサービスは次のとおりです。

区分支給限度基準額の対象とならないサービス*
居宅療養管理指導
特定施設入居者生活介護(短期利用以外*)
認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)
地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)

このように、介護保険で1カ月に利用できる居宅サービスに限度があることが、医療保険との大きな違いです。このことは、医療保険・介護保険それぞれの算定の際に注意すべき重要なポイントになります。

※サービス
介護予防のあるサービスについては同様の扱いです。

※短期利用以外
外部サービス利用型を除きます。

- ④当該病院において、緊急時に患者が入院できる病床を常に確保。
 - ⑤往診の担当医師は、当該病院の当直体制を担う医師とは別の者である。
- その他、**在支診**の要件のうち②～④、⑥～⑩と同じ。

●機能強化型「強化型」

在支病のうち、上記の要件のほかに、**在支診「強化型」**と同様の要件を満たし届出を行っている病院を**在支病「強化型」**といいます。

ただし、**在支診**の要件③については、緊急時連絡体制及び24時間往診体制を確保していれば、必ずしも医療機関内に待機しなくても良いものとします。

▶単独型

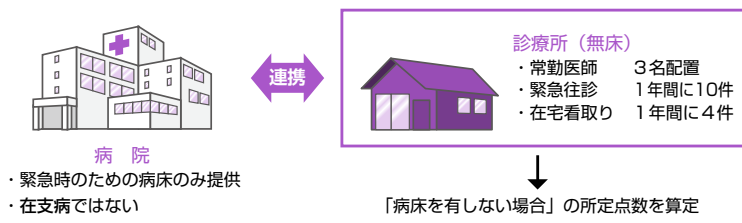
「強化型」の要件を当該病院のみで満たす場合を「単独型」といいます。

▶連携型（支援病）

支援診と同様の届出要件が必要です。

第5章で学習する算定項目の中には、**在支診・在支病**の「強化型」のうち、「病床を有する場合」と「病床を有しない場合」で算定点数が異なるものがあります。以下の図に示すとおり区別して算定します。

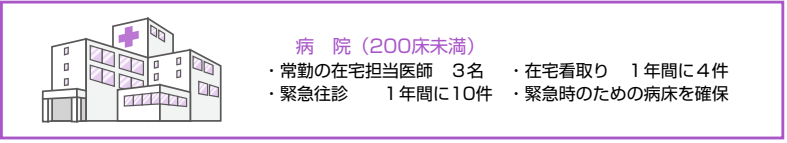
在支診「強化型」(単独型)「病床を有しない場合」



上記右側の診療所は、単独で「強化型」の要件をすべて満たしています。病床はありませんが、他の医療機関との連携により、緊急時に患者が入院できる病床を確保しています。

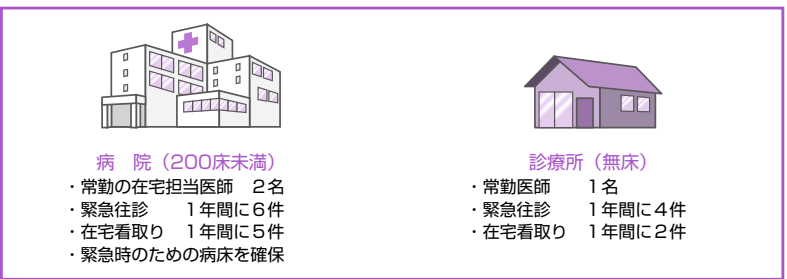
なお、有床診療所の場合で、自院において緊急時に入院できる病床を確保していれば「病床を有する場合」の所定点数を算定します。

在支病「強化型」(単独型)「病床を有する場合」



上記の病院は、単独で「強化型」の要件をすべて満たしています。また、緊急時のための病床の確保をしています。

支援病・支援診「強化型」(連携型)「病床を有する場合」



上記の医療機関は、単独では「強化型」の要件を満たしませんが、複数の医療機関で連携して要件を満たしています。右側の診療所は病床を有していませんが、左側の連携病院に緊急時のための病床が確保されているため、「病床を有する場合」の所定点数を算定します。

支援診「強化型」(連携型)「病床を有する場合」



⑨単位数単価

居宅サービス事業所が所在する市町村の「1単位の単価」を記入します。患家の所在地の単価ではありません。神奈川県相模原市は「4級地」です。訪問看護の1単位単価は10.84円です。「10▲84」と記入します。

⑩保険請求額

介護保険給付分として、保険者に請求する金額を次の式に従って計算し記入します。
 「⑦給付単位数」×「⑨単位数単価」＝費用総額（1円未満切り捨て）
 費用総額×0.9（介護保険の給付割合）＝保険請求額（1円未満切り捨て）
 4,584単位×10.84円＝49,690.56円→49,690円（費用総額はレセプトには記入しません。）
 49,690円×0.9＝44,721.0円（1円未満切り捨て）→44,721円
 「44721」と記入します。

⑪利用者負担額

利用者負担として患者から徴収する金額を記入します。この場合、費用総額×0.1（患者負担割合）の計算をするものではありません。次の式に従って計算します。
 費用総額－⑩保険請求額＝⑪利用者負担額
 49,690円－44,721円＝4,969円
 「4969」と記入します。

⑫公費請求額、⑬公費分本人負担

公費負担医療が発生する場合のみ記入します。

<居宅療養管理指導費>

上記、訪問看護と同様に記入しますが、居宅療養管理指導費は支給限度基準額の管理対象外の項目です。従って、④～⑥には何も記入しません。

1単位の単価は全国一律10.00円です。

保険請求額

514単位×10.00円＝5,140円（費用総額）

5,140円×0.9＝4,626円

利用者負担額


































5,140円（費用総額）－4,626円（保険請求額）＝514円

- ・退院後、当該診療所において定期的に訪問診療、訪問看護を実施
- ・歩行に障害が残り、認知症も発症
- ・高血圧症、骨粗鬆症の薬剤を服用しているが、薬の飲み忘れや飲み誤りが頻繁に起きている。
- ・病名：高血圧症、認知症、大腿骨骨折後遺症、骨粗鬆症
- ・要介護4の認定を受け、他の事業所による介護サービス（訪問介護、訪問リハビリテーション）を利用中（介護保険給付割合は9割）

2 当院での診療等の経過（療養計画の変更あり）

 = 医師の訪問  = 看護師の訪問

3月

	日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4	5
計画							
実績							
	6	7	8	9	10	11	12
計画							
実績							
	13	14	15	16	17	18	19
計画							
実績							
	20	21	22	23	24	25	26
計画							
実績							
	27	28	29	30	31		
計画							
実績							

2 ケースB

1 患者情報

- ・85歳、戸建て住宅で妻と二人暮らしの男性
- ・1年前に骨粗鬆症及び転倒により大腿骨を骨折し、入院して手術を行う。