

事 務 連 絡

平成18年9月11日

都道府県介護保険担当主管課（室）御中

厚生労働省老健局介護保険課

介護保険事務処理システム変更に伴う参考資料の送付について（訂正4）

介護保険制度の円滑な推進については、種々ご尽力いただき厚くお礼申し上げます。

さて、平成18年3月16日事務連絡「「国保連合会とのインタフェースの変更点」及び「介護給付費単位数等サービスコード表（平成18年4月施行版）等の送付について」にてお示した「国保連合会とのインタフェースの変更点について」を、別紙のとおり一部変更しましたので送付いたします。

つきましては、管下の市町村等に対しまして、本資料を速やかに配布していただきますよう、よろしく願いいたします。

また、本資料はWAM-NETに掲載する予定です。

<照会先>

厚生労働省老健局介護保険課 課長補佐 澁谷

システム管理指導官 秋田谷

TEL03-5253-1111（内線）2166

【別紙】

国保連合会とのインタフェースの変更点について

○前回提示（3月16日）からの変更点は以下のとおり。

<居宅介護支援事業所編>

○帳票名称の変更を行う。

「ケアプラン目標達成情報」及び「ケアプラン目標達成情報登録対象者一覧表」をそれぞれ、「サービス提供終了確認情報」及び「サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表」へ変更する。

○サービス提供終了確認情報

項番5「ケアプラン目標作成年月日」及び項番6「ケアプラン目標達成情報届出年月日」を空白（項目名なし）とし、必須項目を任意項目に変更する。

○その他これに伴う修正

資料 「国保連合会とのインタフェース」を参照

国保連合会とのインタフェースの変更内容を以下に示す。(朱書き部分が変更点である。)

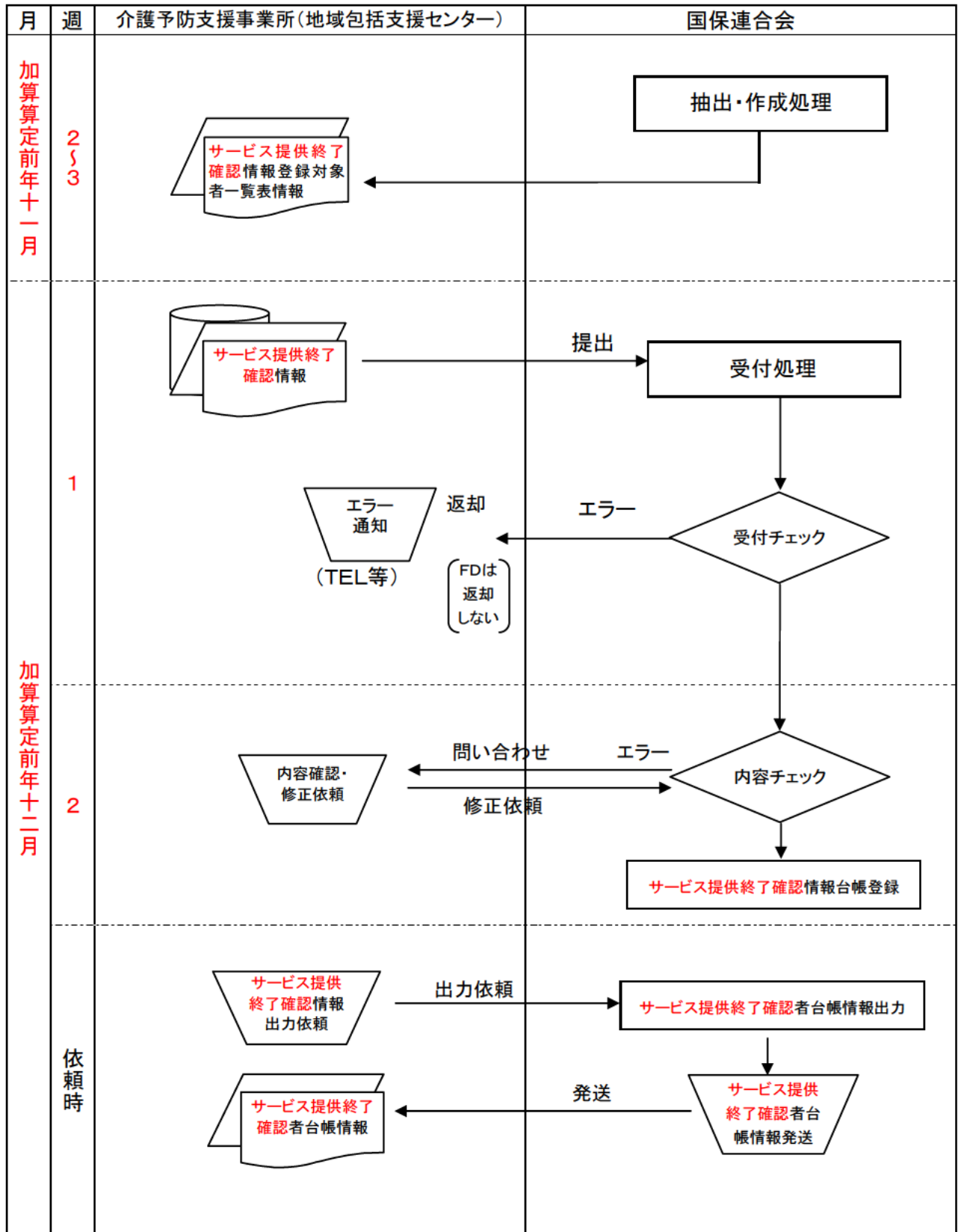
<<2-3. 居宅介護支援事業所インタフェース>>

サービス提供終了確認情報

サービス提供終了確認情報受け渡し概要

| 介護予防支援事業所(地域包括支援センター) | 国保連合会 |
|--|--|
| | <p>1. 国保連合会は、毎年 11 月に同時点で国保連合会にて保有する給付実績、受給者台帳等により、事業所評価加算の申し出がある事業所にて 3 ヶ月以上連続して選択的サービスを受けており、かつ、要支援認定を更新して要介護度が維持であった受給者の情報を抽出し、サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表情報を作成し、介護予防支援事業所(地域包括支援センター)に送付する。</p> |
| <p>2. 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)は、サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表情報に基づき、国保連合会にサービス提供終了確認情報を提出する。</p> | <p>3. 国保連合会は、受け付けたサービス提供終了確認情報(伝送、磁気、帳票のいずれかで受付)の受付チェックを実施し、エラーを発見した場合は介護予防支援事業所(地域包括支援センター)へ再提出を依頼する。</p> |
| <p>4. 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)は、エラー内容の修正を行い、再度、国保連合会に提出する。(以降、エラーが無くなるまで繰り返す)</p> | <p>5. 受付チェックしたサービス提供終了確認情報をサービス提供終了確認者台帳に登録する。エラーを発見した場合は介護予防支援事業所(地域包括支援センター)にエラー内容を確認し、エラーを修正する。</p> |
| <p>6. 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)は、国保連合会が保有しているサービス提供終了確認情報の出力を依頼する。</p> | <p>7. 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)からの出力依頼により、サービス提供終了確認者台帳の内容を出力し、送付する。</p> |
| <p>備考</p> | |

サービス提供終了確認情報受け渡し概要図



インタフェース一覧

サービス提供終了確認情報（入力帳票）

| 項番 | 識別 | 情報名 | 内容 | ルート | 周期 | 媒体 |
|-----|------|--------------|--|-------------------------------------|----|----------------|
| (1) | 8311 | サービス提供終了確認情報 | 国保連合会より送付されたサービス提供終了確認情報登録対象者一覧表情報のうち、ケアプランに定める目標に照らし、サービスの提供が終了したと認められた受給者の情報 | 介護予防支援事業所（地域包括支援センター） → 国保連合会 | 年次 | 伝送 磁気 帳票 |

| 種別 | 帳票名 | 受付媒体種別 | | |
|--------------|--------------|--------|----|----|
| | | 伝送 | 磁気 | 帳票 |
| サービス提供終了確認情報 | サービス提供終了確認情報 | ○ | ○ | ○ |

○ … 必須、× … 不要、◎ … 必須かつ紙媒体受付の際の入力対象

サービス提供終了確認情報（出力帳票）

| 項番 | 識別 | 情報名 | 内容 | ルート | 周期 | 媒体 | 出力形式 | |
|-----|------|------------------------|--|-------------------------------------|-----|----------|------|------------------|
| | | | | | | | CSV | 帳票形式 |
| (1) | 8321 | サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表情報 | 事業所評価加算の申し出がある事業所にて3ヶ月以上連続して選択的サービスを受けており、かつ、要介護認定を更新して要介護度が維持であった受給者の情報 | 国保連合会 → 介護予防支援事業所（地域包括支援センター） | 年次 | 伝送 帳票 | ○ | ○ 汎用紙 A4ヨコ |
| (2) | 8331 | サービス提供終了確認者台帳情報 | 国保連保有のサービス提供終了確認情報 | 国保連合会 → 介護予防支援事業所（地域包括支援センター） | 依頼時 | 伝送 帳票 | ○ | ○ 汎用紙 A4ヨコ |

| 種別 | 帳票名 | 出力媒体種別 | | |
|------------|------------------------|--------|------|------|
| | | 伝送受付 | 磁気受付 | 帳票受付 |
| サービス提供終了確認 | サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表情報 | 伝送 | | 帳票 |
| | サービス提供終了確認者台帳情報 | | | |

インタフェース項目

サービス提供終了確認情報

| 項番 | 項目名 | 属性 | バイト数 | 内容 | 必須入力 | 備考 |
|----|--------------------|----|------|---|------|---------------|
| 1 | 交換情報識別番号 | 英数 | 4 | サービス提供終了確認情報の交換情報識別番号を設定する | ○ | “8311”固定 |
| 2 | 事業所番号 | 数字 | 10 | 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)の事業所番号を設定する | ○ | ※1 |
| 3 | 証記載保険者番号 | 数字 | 8 | 被保険者証記載の保険者番号を設定する | ○ | ※1 |
| 4 | 被保険者番号 | 英数 | 10 | 被保険者証記載の被保険者番号を設定する | ○ | ※1 |
| 5 | (空白) | 数字 | 8 | 設定不要 | ⊖ | ※3 |
| 6 | (空白) | 数字 | 8 | 設定不要 | ⊖ | ※3 |
| 7 | サービス種類コード | 数字 | 2 | 評価の対象となるサービス種類コードを設定する | ○ | ※1 |
| 8 | 事業所番号 (サービス事業所) | 数字 | 10 | 評価の対象となるサービスを提供したサービス事業所番号を設定する | ○ | ※1 |
| 9 | サービス提供開始年月 | 数字 | 6 | 評価の対象となるサービスの提供を開始した年月(西暦年月(YYYYMM))を設定する | ○ | ※2 |
| 10 | サービス提供終了年月 | 数字 | 6 | 評価の対象となるサービスの提供を終了した年月(西暦年月(YYYYMM))を設定する | ○ | ※2 |

※1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

※2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項「年月」欄」参照。(P.42)

~~※3 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項「年月日」欄」参照。(P.42)~~

サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表情報

・ヘッダレコード

| 項番 | 項目名 | 属性 | バイト数 | 内容 | 備考 |
|----|----------|----|------|----------------------------------|----------|
| 1 | 交換情報識別番号 | 英数 | 4 | 交換情報識別番号を設定する | “8321”固定 |
| 2 | 帳票レコード種別 | 英数 | 2 | “H1”固定 | |
| 3 | 事業所番号 | 数字 | 10 | 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)の事業所番号を出力する | ※3 |
| 4 | 事業所名 | 漢字 | 40 | 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)名を出力する | |
| 5 | 作成年月日 | 数字 | 8 | 作成年月日(西暦年月日(YYYYMMDD))を出力する | ※2 |
| 6 | 頁 | 数字 | 9 | “1”固定 | |
| 7 | 国保連合会名 | 漢字 | 30 | 国保連合会名を出力する | |

※1 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月」欄」参照。(P.42)

※2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項:「年月日」欄」参照。(P.42)

※3 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

・明細レコード(複数レコード)

| 項番 | 項目名 | 属性 | バイト数 | 内容 | 備考 |
|----|--------------------|----|------|---|----------|
| 1 | 交換情報識別番号 | 英数 | 4 | 交換情報識別番号を設定する | “8321”固定 |
| 2 | 帳票レコード種別 | 英数 | 2 | “D1”固定 | |
| 3 | 証記載保険者番号 | 数字 | 8 | 被保険者証に記載された保険者番号を出力する | ※1 |
| 4 | 証記載保険者名 | 漢字 | 40 | 被保険者証に記載された保険者名を出力する | |
| 5 | 被保険者番号 | 英数 | 10 | 被保険者番号を出力する | ※1 |
| 6 | 被保険者カナ氏名 | 英数 | 25 | 被保険者カナ氏名(半角カタカナ)を出力する | 半角カタカナ |
| 7 | サービス種類コード | 数字 | 2 | 評価の対象となるサービス種類コードを設定する | ※1 |
| 8 | 事業所番号 (サービス事業所) | 数字 | 10 | 評価の対象となるサービスを提供したサービス事業所番号を設定する | ※1 |
| 9 | サービス提供開始年月 | 数字 | 6 | 評価の対象となるサービスの提供を開始した年月(西暦年月(YYYYMM))を設定する | ※2 |
| 10 | サービス提供終了年月 | 数字 | 6 | 評価の対象となるサービスの提供を終了した年月(西暦年月(YYYYMM))を設定する | ※2 |

※1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

※2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項「年月」欄」参照。(P.42)

サービス提供終了確認者台帳情報

| 項番 | 項目名 | 属性 | バイト数 | 内容 | 備考 |
|----|--------------------|----|------|---|---------------|
| 1 | 交換情報識別番号 | 英数 | 4 | サービス提供終了確認者台帳情報の交換情報識別番号を設定する | “8331”固定 |
| 2 | 事業所番号 | 数字 | 10 | 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)の事業所番号を設定する | ※1 |
| 3 | 証記載保険者番号 | 数字 | 8 | 被保険者証記載の保険者番号を設定する | ※1 |
| 4 | 被保険者番号 | 英数 | 10 | 被保険者証記載の被保険者番号を設定する | ※1 |
| 5 | (空白) | 数字 | 8 | 未使用 | ※3 |
| 6 | (空白) | 数字 | 8 | 未使用 | ※3 |
| 7 | サービス種類コード | 数字 | 2 | 評価の対象となるサービス種類コードを設定する | ※1 |
| 8 | 事業所番号 (サービス事業所) | 数字 | 10 | 評価の対象となるサービスを提供したサービス事業所番号を設定する | ※1 |
| 9 | サービス提供開始年月 | 数字 | 6 | 評価の対象となるサービスの提供を開始した年月(西暦年月(YYYYMM))を設定する | ※2 |
| 10 | サービス提供終了年月 | 数字 | 6 | 評価の対象となるサービスの提供を終了した年月(西暦年月(YYYYMM))を設定する | ※2 |

※1 「インタフェース仕様書 共通編 1.4 コード一覧」参照。(P.31)

※2 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項「年月」欄」参照。(P.42)

~~※3 「インタフェース仕様書 共通編 1.5 留意事項「年月日」欄」参照。(P.42)~~

地域包括支援センター → 国保連合会

サービス提供終了確認情報 (イメージ)

| | |
|-------|------------|
| 事業所番号 | 9999999999 |
|-------|------------|

NN Z9年 Z9月 Z9日

ZZZZ9頁

| | |
|------|------------------------|
| 事業所名 | NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN |
|------|------------------------|

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

| 証記載 保険者番号 | 被保険者番号 | | | サービス 種類 | サービス 事業所番号 | サービス 提供開始年月 | サービス 提供終了年月 |
|--------------|------------|--|--|------------|---------------|----------------|----------------|
| 999999 | 9999999999 | | | 99 | 9999999999 | XZ9. Z9 | XZ9. Z9 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表

NN Z9年 Z9月 Z9日

ZZZZ9頁

| | |
|-------|--------------------------|
| 事業所番号 | 9999999999 |
| 事業所名 | NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN |

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

| 証記載保険者番号 証記載保険者名 | 被保険者番号 被保険者氏名 | サービス種類名 | サービス 事業所番号 | サービス事業所名 | サービス提供 開始年月 | サービス提供 終了年月 |
|----------------------------------|--|----------|---------------|------------------------|----------------|----------------|
| 999999 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN | 9999999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | NNNNNNNN | 9999999999 | NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN | XZ9. Z9 | XZ9. Z9 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

サービス提供終了確認情報（イメージ）

| | |
|-------|------------|
| 事業所番号 | 9900000001 |
|-------|------------|

平成18年 12月 1日

| | |
|------|-------|
| 事業所名 | ××事業所 |
|------|-------|

1頁

〇〇連合会

| 証記載 保険者番号 | 被保険者番号 | | | サービス 種類 | サービス 事業所番号 | サービス 提供開始年月 | サービス 提供終了年月 |
|--------------|------------|--|--|------------|---------------|----------------|----------------|
| 990001 | 1000000001 | | | 66 | 9999999999 | H18.5 | H18.7 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表

平成18年 11月 10日

1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

| | |
|-------|------------|
| 事業所番号 | 9900000001 |
| 事業所名 | × × 事業所 |

| 証記載保険者番号 証記載保険者名 | 被保険者番号 被保険者氏名 | サービス種類名 | サービス 事業所番号 | サービス事業所名 | サービス提供 開始年月 | サービス提供 終了年月 |
|---------------------|---------------------|----------|---------------|----------|----------------|----------------|
| 990001 △△町 | 1000000001 △被保険者 | 予防通所リハビリ | 9999999999 | 〇〇事業所 | 平成18年5月 | 平成18年7月 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |