

介護給付適正化縦覧点検支援事業の実施について

平成27年 3月

岩手県国民健康保険団体連合会介護保険課

事業概要

介護給付の適正化

介護給付の適正化の基本は、介護給付を必要とする受給者を適切に認定した上で、受給者が真に必要な過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するよう促すことである。

このような介護給付の適正化を図ることは、利用者に対して適切な介護サービスを確保しつつ介護保険料の上昇を抑制することを通じて介護保険制度の信頼感を高めていくとともに、持続可能な介護保険制度の構築に資するものである。

「老介発0331第2号平成23年3月31日付 第2期介護給付適正化計画に関する指針について」から一部抜粋

◆ 保険者（市町村）が行う介護給付適正化事業

介護給付適正化の取り組みは、岩手県、保険者、関係機関が一体となって推進している事業です。保険者は、国の「第2期介護給付適正化計画に関する指針」で示されている次の5事業等を、地域の実情に応じて実施しています。

- ①要介護認定の適正化 : 居宅支援事業所等に委託している区分変更申請及び更新申請にかかる認定調査結果を点検
- ②ケアプランの点検 : 利用者の自立支援に資する適切なケアプランであるか等に着目した点検
- ③住宅改修等の点検 : 住宅改修の点検、福祉用具の購入・貸与調査
- ④縦覧点検・医療情報との突合 : 複数月にまたがる請求明細書の確認、入院と介護の二重請求確認
- ⑤介護給付費通知 : 利用者本人（又は家族）に対して、保険者がサービスの請求状況及び費用等について通知

◆ 介護給付適正化事業における本会の取り組み

保険者における介護給付適正化事業を推進するため、主要5事業のうち、介護給付費の月次審査で確認できない、同一事業所等の複数月にわたり算定しているサービス内容等の縦覧点検を、平成27年度から申出のあった保険者からの委託を受けて、「介護給付適正化縦覧点検支援事業」として本会が行います。

○ 開始時期 平成27年4月から開始します。

○ 対象明細書 平成26年4月サービス提供分からの明細書を対象に実施します。

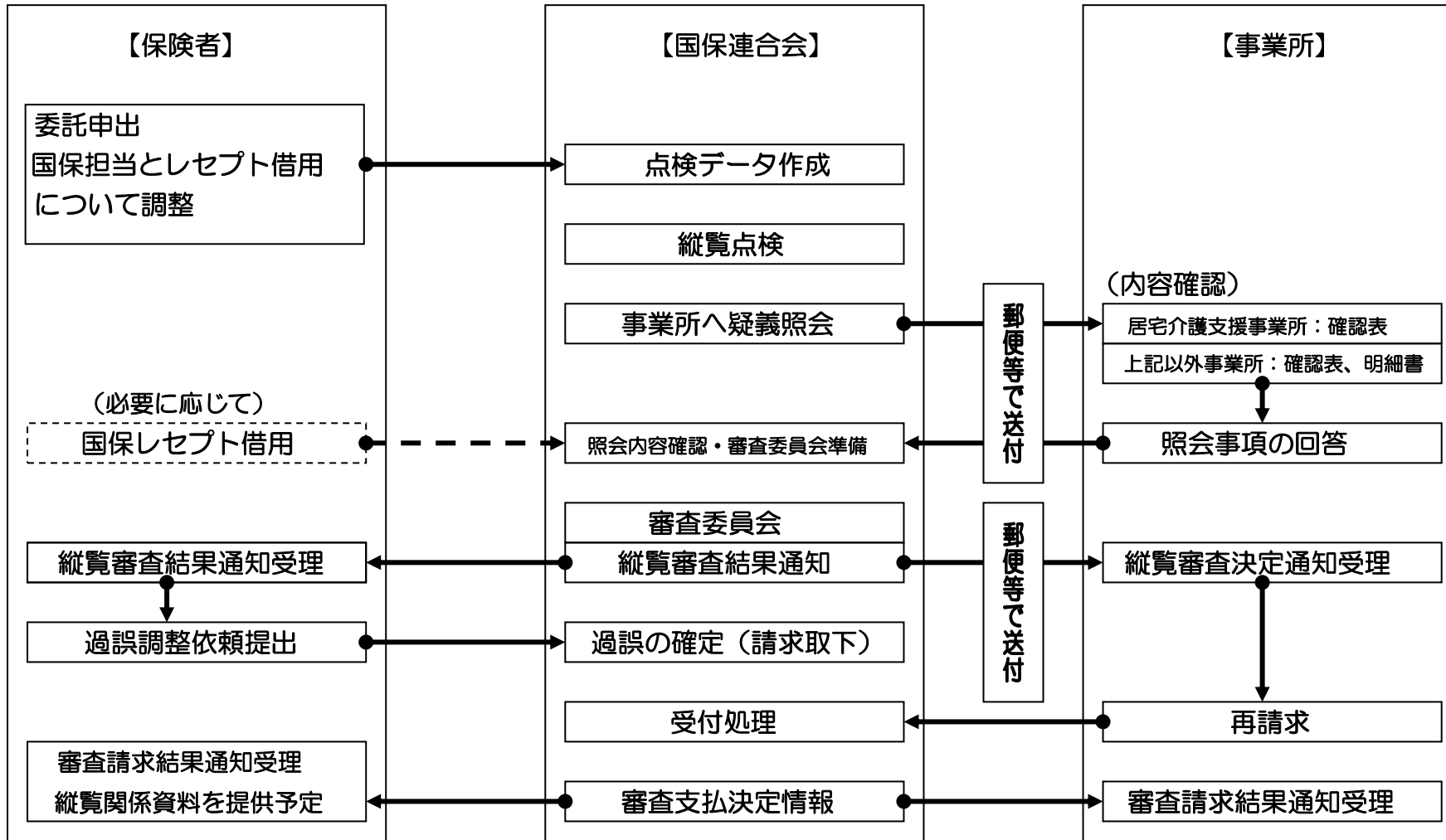
○ 主な処理範囲

- ① 疑義給付実績の抽出と点検、事業所等への確認（照会）
- ② 介護給付審査委員会での縦覧審査等
- ③ 保険者・事業所等に縦覧審査結果の通知
- ④ 縦覧審査結果に基づき過誤調整処理 等

○ 主な点検内容

- ① 算定期間内における算定回数の制限確認
- ② 重複請求
- ③ 居宅介護支援請求におけるサービス実施状況確認
- ④ 通所介護、通所リハにおける算定回数 等

縦覧点検の処理手順



介護給付適正化縦覧点検支援事業スケジュール表

| 点検サイクル | 期 間 | 点 検 帳 票 | | 点検月 | 事業所 確認月 | 過誤・再請求 確認月 |
|--------|--------------|--------------------------------|------------------|-----------|------------|---------------|
| | | (縦覧審査分) | (サービス提供分) | | | |
| I | H27.4~H27.7 | H26.9・H26.10・ H26.11・H26.12 | H26.4~ H26.7 | 4月 5月 | 6月 | 7月 |
| II | H27.8~H27.11 | H27.1・H27.2・ H27.3・H27.4 | H26.8~ H26.11 | 8月 9月 | 10月 | 11月 |
| III | H27.12~H28.3 | H27.5・H27.6・ H27.7・H27.8 | H26.12~ H27.3 | 12月 1月 | 2月 | 3月 |

○介護給付適正化縦覧点検支援事業の実施について

本会が行う縦覧点検は、複数月にまたがる請求明細書の内容を確認し、提供されたサービスの整合性について点検を行うものです。点検により請求誤りや記載誤りが発見された場合には、該当事業所に請求内容の疑義について照会を行った上で、正しい請求にするために「過誤・再請求」を行っていただきます。

点検の視点

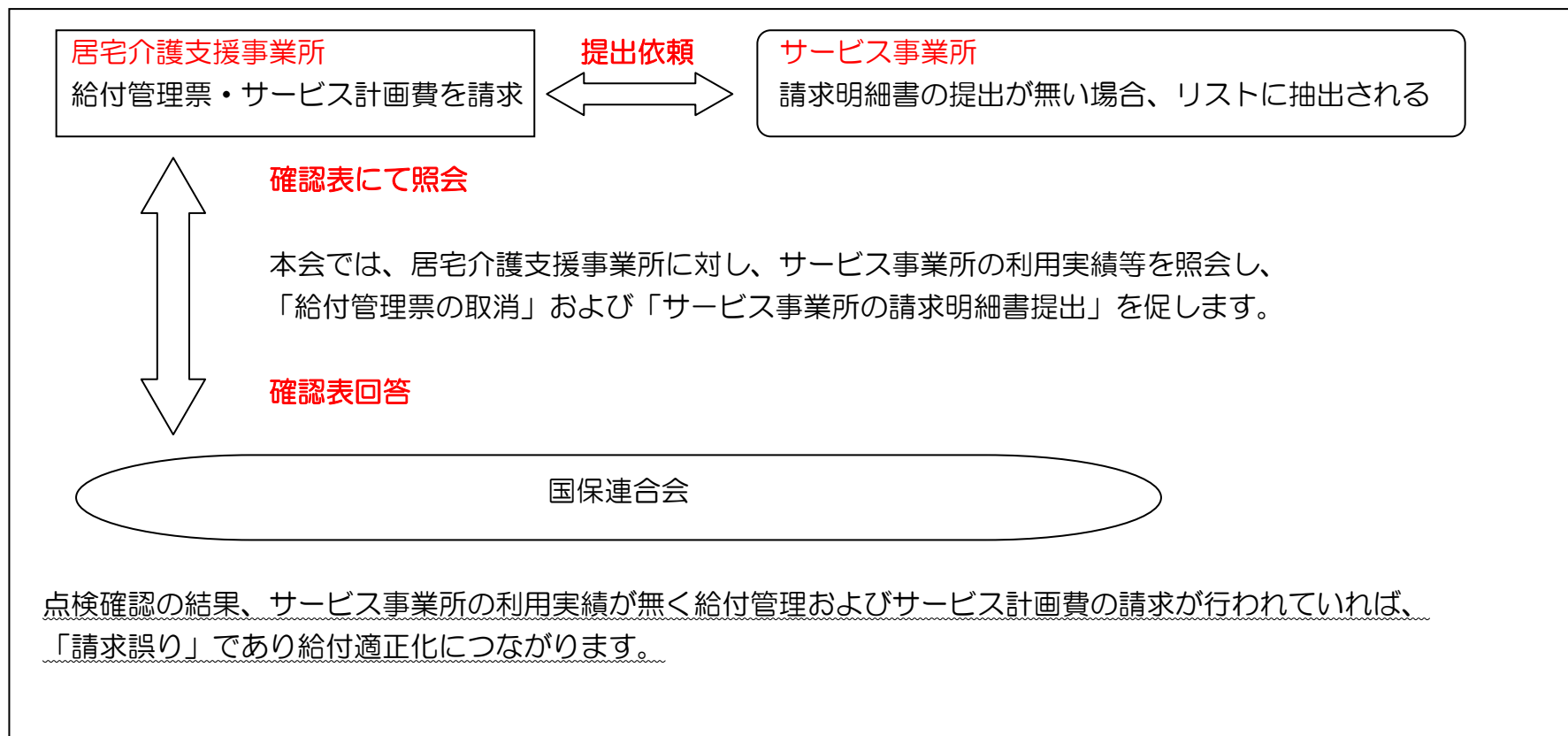
| 点検の方法 | 点検の視点 | 確認表における「対象帳票」の表示内容 |
|--------------------------------|--|--------------------------------------|
| 同一受給者の同一月内の複数サービス・事業所の請求明細書を点検 | 居宅介護支援費（サービス計画費）は、サービス利用実績がある月に算定が可能なため給付実績が給付管理票（サービス計画費）どおりとなっているか確認する | ① 居宅支援 （居宅介護支援請求におけるサービス実施状況チェック） |
| | サービスを受給できる日数を超えて受給している場合や、同時に算定できないサービス・1人1事業所のみしか算定できないサービスを確認する | ② 重複 （重複請求縦覧チェック） |
| 同一受給者の請求明細書を複数月にわたって並べて点検 | 複数月の請求明細書を合計し、サービスを算定できる期間や回数に制限があるものを確認する | ③ 算定 （算定期間回数制限縦覧チェック） |
| 同一受給者の同一月内の請求明細書を点検 | サービスを算定できる期間や回数に制限があるものを確認する | ④ 単独 （単独請求明細書における準受付チェック） |
| その他疑義があるものや統計資料 | その他、上記以外の項目について確認する | |

○「対象帳票」の表示別における帳票解説

① 居宅支援 （居宅介護支援請求におけるサービス実施状況チェック）

居宅介護支援費（サービス計画費）は、サービス利用実績がある月に算定が可能なため、給付実績が給付管理票どおりとなっているか確認する。

イメージ図



介護給付費縦覧審査確認表(支援事業所)

平成27年6月1日

| | |
|----------|-----------|
| 事業所番号 | 999999999 |
| 事業所名 | 国保連合会 |
| 事業所担当者氏名 | |
| 連絡先電話番号 | |

平成26年9月縦覧審査

岩手県国民健康保険団体連合会

確認表記入者の氏名と電話番号を記入してください。

以下は貴事業所が計画した給付管理票に紐付く介護請求明細書について縦覧点検審査を行った結果、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○を付けて介護保険課までご返送ください。

| 対応番号 | 確認対象情報 | | | | | | | 関連情報 | | | | | | |
|------|-----------|---------------------|-----------------|-----------------------------------|----------|------|-----------|---------------------------|----------------------|-----------|--------------|--------------|----|-----------|
| | 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 | | 回数/ 回数 | 縦覧点検出力事由 | サービス提供 年月 | 事業所番号 | 電話番号 | サービス | | 回数/ 回数 |
| 1 | 居宅支援 | 030000 | 999999999 | H26.4 | 43 | 2111 | | サービス計画費の請求はあるが、給付実績がありません | H25.4 | 999999999 | 22-2222-2222 | 11 | | 無 |
| | | 国保市 | カイゴ タロウ | | 居宅支援 I 1 | | | | | サービス事業所 1 | | 訪問介護 | | |
| | 確認の 観点 | 利用実績はあるか、月遅れ請求ではないか | | (確認調整結果記入欄) サービス提供実績 無し | | | | | 過誤 する ・ しない | H25.4 | 999999999 | 22-2222-2222 | 12 | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

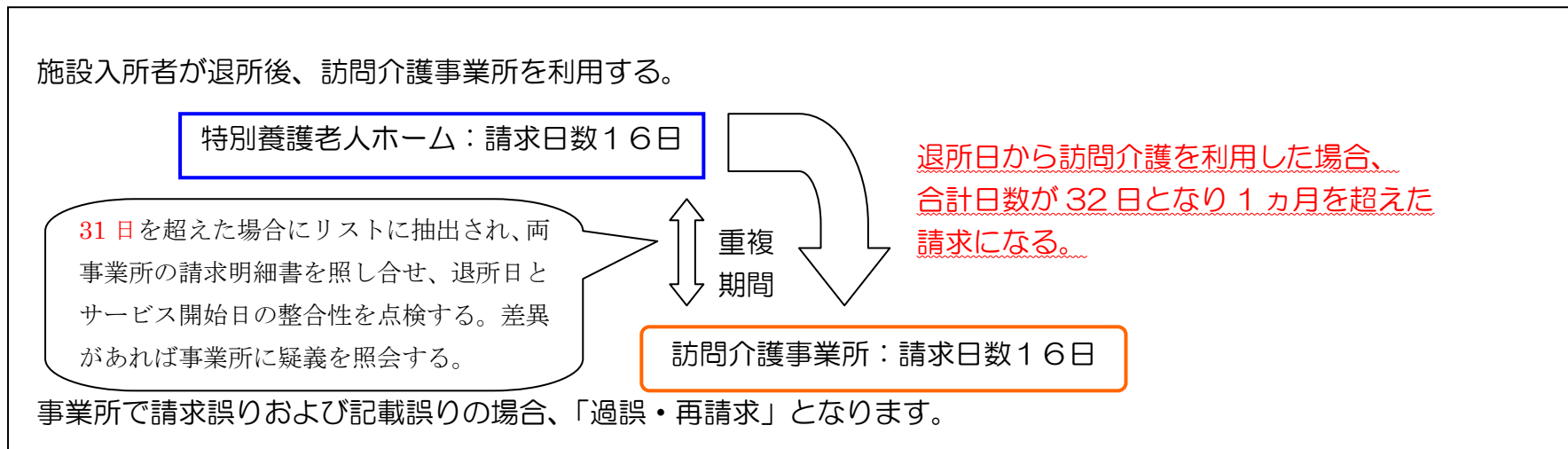
又は

| サービス | 回数/ 回数 | 縦覧点検出力事由 | サービス提供 年月 | 事業所番号 | 電話番号 | サービス | | 回数/ 回数 |
|-----------------------------------|-----------|---------------------------|----------------------|-----------|--------------|--------------|----|-----------|
| 43 | 2111 | サービス計画費の請求はあるが、給付実績がありません | H25.4 | 999999999 | 22-2222-2222 | 11 | | 無 |
| 居宅支援 I 1 | | | | サービス事業所 1 | | 訪問介護 | | |
| (確認調整結果記入欄) サービス提供実績 有り | | | 過誤 する ・ しない | H25.4 | 999999999 | 22-2222-2222 | 12 | |
| | | | | | | | | |

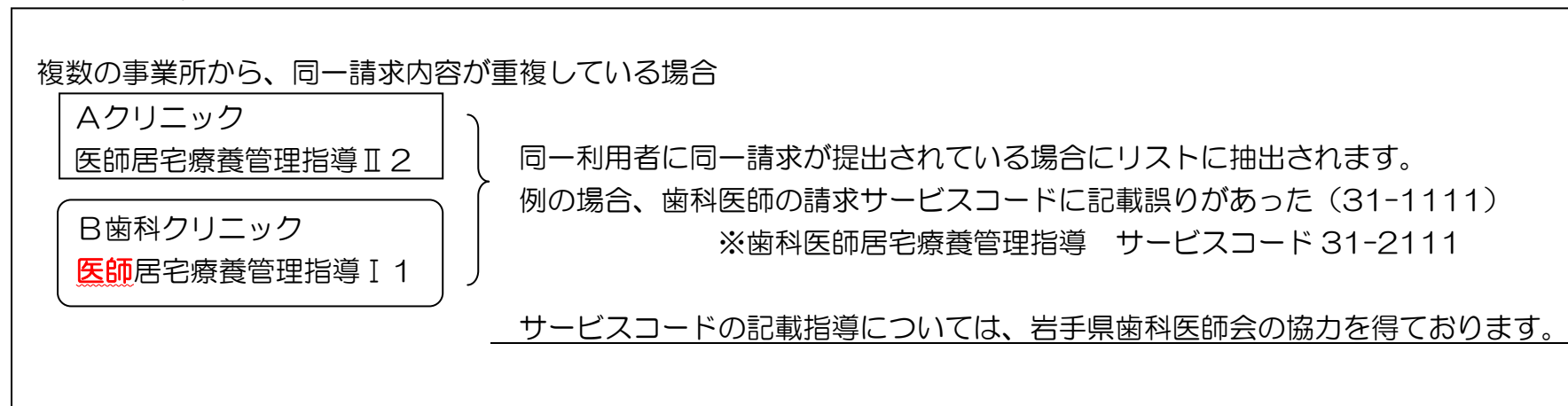
② 重複 (重複請求縦覧チェック)

支給日数を超えてサービスを提供している場合や、同時に算定できないサービス・1人1事業所のみしか算定できないサービスを確認する。

イメージ図：例1



イメージ図：例2



介護給付費縦覧審査確認表(請求事業所)

平成27年6月1日

平成26年9月縦覧審査

岩手県国民健康保険団体連合会

| | |
|----------|-----------|
| 事業所番号 | 999999999 |
| 事業所名 | 国保連合会 |
| 事業所担当者氏名 | |
| 連絡先電話番号 | |

確認表記入者の氏名と電話番号を記入してください。

以下は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査を行った結果、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○を付けて介護保険課までご返送ください。

| 対応番号 | 確認対象情報 | | | | | | | 関連情報 | | | | |
|------|--|---------------------|-----------------|--------------|--------------|-----------|--|------------------------|-------|------|------|-----------|
| | 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 | 日数/ 回数 | 縦覧点検出力事由 | サービス提供 年月 | 事業所番号 | 電話番号 | サービス | 日数/ 回数 |
| 1 | 重複 | 030000 | 999999999 | H26.4 | 14 訪問リハビリ | 8 | 複数サービスの合計日数が受給可能日数を超えている、又は同時算定不可なサービスが存在します | | | | | |
| | (確認調整結果記入欄) 上記縦覧審査内容について、貴事業所での確認調整結果を右に記入してください。 請求誤りのため過誤 | | | | | | | 過誤 ○ する ・ しない | | | | |
| | 確認の 観点 | いずれの請求が誤りか | | | | | | | | | | |

又は

| | |
|--------------|------------------|
| (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 |

サービス提供日確認届を添付して本会へ返送してください。

介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届

居宅サービスの記入例

下記被保険者において、サービス事業所におけるサービス提供日や入所日等の情報を記入してください。なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」も記入してください。

| | | | |
|---------|-----------|------|-----------|
| 事業所番号 | 999999999 | 事業所名 | 国保連合会 |
| 事業所担当者名 | | | 連絡先(電話番号) |

| 証記載保険者番号 | 証記載保険者名 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供月 | サービス種類 | サービス実日数 | 外泊日数 |
|----------|---------|-----------|---------|---------|--------|---------|------|
| 030000 | 国保市 | 999999999 | カイゴ タロウ | H26.4 | 訪問リハビリ | 8 | |

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

サービスを行った日の時間帯に○をつけてください。
 サービスを行ってない日は何も記入しないでください。

サービスを提供した
時間帯に○をつけ
てください

介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届

短期入所サービスの記
入例

下記被保険者において、サービス事業所におけるサービス提供日や入所日等の情報を記入してください。なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせすることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」も記入してください。

| | | | |
|---------|-----------|------|-----------|
| 事業所番号 | 999999999 | 事業所名 | 国保連合会 |
| 事業所担当者名 | | | 連絡先(電話番号) |

| 証記載保険者番号 | 証記載保険者名 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供月 | サービス種類 | サービス実日数 | 外泊日数 |
|----------|---------|-----------|---------|---------|----------|---------|------|
| 030000 | 国保市 | 999999999 | カイゴ タロウ | H26.4 | 短期入所生活介護 | 18 | |

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

サービスを行った日の時間帯に○をつけてください。
サービスを行っていない日は何も記入しないでください。

入所している時間帯に○をつけてください。入所日には「入」を退所日には「退」を記入してください。

介護給付費縦覧確認表兼サービス提供日確認届

施設サービスの記入例

下記被保険者において、サービス事業所におけるサービス提供日や入所日等の情報を記入してください。なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」も記入してください。

| | | | |
|---------|------------|-----------|-------|
| 事業所番号 | 9999999999 | 事業所名 | 国保連合会 |
| 事業所担当者名 | | 連絡先(電話番号) | |

| 証記載保険者番号 | 証記載保険者名 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供月 | サービス種類 | サービス実日数 | 外泊日数 |
|----------|---------|------------|---------|---------|--------|---------|------|
| 030000 | 国保市 | 9999999999 | カイゴ タロウ | H26.4 | 介護福祉施設 | 15 | 3 |

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

サービスを行った日の時間帯に○をつけてください。

サービスを行っていない日は何も記入しないでください。

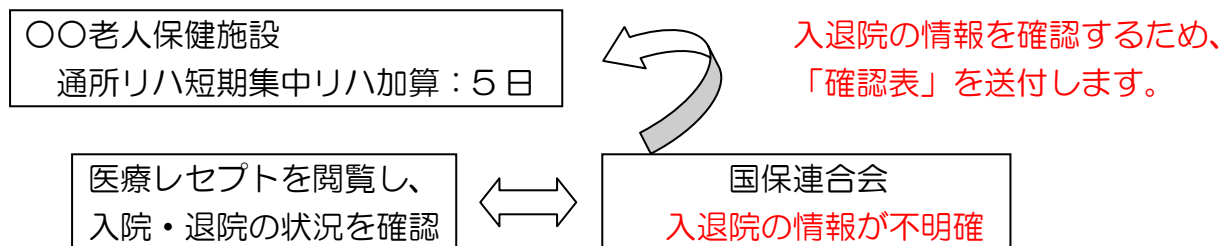
入所している時間帯に○をつけてください。入所日には「入」を退所日には「退」、外泊日には「外」と記入してください

③ 算定 (算定期間回数制限縦覧チェック)

複数の請求明細書を合計し、サービスを算定できる期間や回数に制限があるものを確認する。月をまたがる請求の場合には、前月分の請求明細から算定日数の合計を点検・確認する。主に「加算」の請求状況について、条件を満たしているかを確認する。

イメージ図：例1

老健施設より介護請求（通所リハ短期集中リハ加算 1）が提出された場合



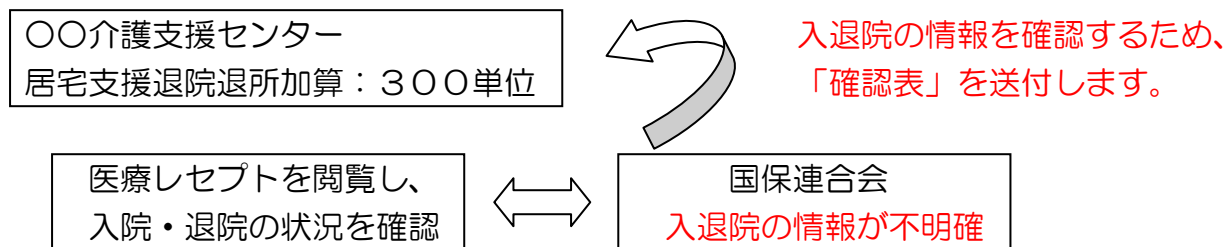
同加算の請求には条件があり、入院後に保健施設等に再入所した場合に算定できます。介護保険の情報だけでは、医療機関の「入院」「退院」の状況が把握できないため、医療レセプトを閲覧し、請求の算定が適正かどうかを点検します。

入退院の状況が不明確な場合は、国保連合会より「確認表」を送付いたしますので、医療機関名・退院日等の情報を返答願います。

事業所で算定要件を満たしていなかった場合や、誤りであった場合には「過誤・再請求」となります。

イメージ図：例2

居宅介護支援事業所より、「居宅支援退院退所加算」が提出され、介護施設の入所実績が無い場合



同加算を算定するためには、利用者が施設を退所もしくは医療機関の入院後、退院をする際に算定することが可能です。介護施設の入所情報がないためにリストに抽出され確認を必要とします。医療レセプトを閲覧し、請求の算定が適正かどうかを点検します。入退院の状況が不明確な場合は、本会より「確認表」を送付いたしますので、医療機関名・退院日等の情報を返答願います。

事業所で算定要件を満たしていなかった場合や、誤りであった場合には「過誤・再請求」となります。

点検対象となる加算名称（一例抜粋）

福祉用具貸与 [(特地・小規模・中山間) 加算]：福祉施設・保健施設等 初期加算：介護療養型医療施設 初期加算：
緊急対応加算：緊急短期入所受入加算：退所時加算：訪問看護指示加算：退院時共同指導加算：退院時加算：
福祉施設・保健施設等 退院前連携加算：(居宅・予防) 支援 初回加算：訪問(介護・看護) 初回加算：
(予防) 短期集中リハ加算：看取り介護加算：居宅支援退院退所加算：退所(居)時相談援助加算：
小規模多機能型連携加算：(複合型サービス・医療機関) 連携加算：退所後加算：特定診療費：特別療養費 等

介護給付費縦覧審査確認表(請求事業所)

平成27年6月1日

| | |
|----------|-----------|
| 事業所番号 | 999999999 |
| 事業所名 | 国保連合会 |
| 事業所担当者氏名 | |
| 連絡先電話番号 | |

平成26年9月縦覧審査

岩手県国民健康保険団体連合会

確認表記入者の氏名と電話番号を記入してください。

以下は真事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査を行った結果、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○を付けて介護保険課までご返送ください。

| 対応番号 | 確認対象情報 | | | | | | | 関連情報 | | | | | |
|------|-----------|-------------------------|-----------------|----------|--------------------------------------|------|-----------|------------------------------|-----------------------|-------|------|------|-----------|
| | 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 | | 日数/ 回数 | 縦覧点検出力事由 | サービス提供年月 | 事業所番号 | 電話番号 | サービス | 日数/ 回数 |
| 1 | 算定 | 030000 | 999999999 | H26.4 | 53 | 2852 | 1 | 入院期間が1ヶ月以下の場合に請求している可能性があります | | | | | |
| | | 国保市 | カイゴ タロウ | | 療養型退院時指導加算 | | | | | | | | |
| | 確認の 観点 | 医療機関における入院と通算して1ヶ月を超えるか | | | (確認調整結果記入欄) 入所年月日記載誤りのため過誤 | | | | 過誤 ○する ・ しない | | | | |

又は

| | |
|-------------------------------|------|
| (確認調整結果記入欄) | 過誤 |
| 国保病院 ○月○日～○月○日 40日間 | する |
| | ・ |
| | ○しない |

医療機関名・入院期間を記入して

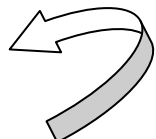
④ 単独 (単独請求明細書における準受付チェック)

サービスを算定できる期間や回数に制限のあるものを確認する。

イメージ図：例1

「小規模多機能型居宅介護初期加算」を算定し、提出された場合

小規模多機能ホーム〇〇
小規模多機能型居宅介護初期加算：30日



算定日数が超過している場合、
「確認表」を送付します。

前月の同一利用者の請求明細書と
照し合せて点検を行う

国保連合会
縦覧点検

報酬算定上の制限では、開始年月日から30日以内で最大30回算定可能であることから、請求明細書の開始年月日から算定回数を点検する。月をまたぐ請求の場合、前月の請求明細書と照し合せて合計日数が適正かどうかを点検する。事業所で算定要件を満たしていなかった場合や、誤りであった場合には「過誤・再請求」となります。

点検対象となる加算名称（一例抜粋）

(予防) 小規模多機能型居宅介護初期加算：定期巡回初期加算：複合型初期加算：認知症緊急対応加算：
緊急短期入所受入加算：退院時共同指導加算：保健施設（退所時加算、退所前連携加算）：
福祉施設等（退所前連携加算）：介護療養型医療施設（退院時加算、退院前連携加算）：老健施設短期集中リハ加算：
認知症短期集中リハ加算：居宅支援退院退所加算：福祉施設・地域福祉施設等〔退所（居）時相談援助加算〕：
特定診療費〔（認知症）短期集中リハ加算〕：福祉用具貸与 等

介護給付費縦覧審査確認表(請求事業所)

平成27年6月1日

平成26年9月縦覧審査

岩手県国民健康保険団体連合会

| | |
|----------|-----------|
| 事業所番号 | 999999999 |
| 事業所名 | 国保連合会 |
| 事業所担当者氏名 | |
| 連絡先電話番号 | |

確認表記入者の氏名と電話番号を記入してください。

以下は貴事業所の介護請求明細書について縦覧点検審査を行った結果、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○を付けて介護保険課までご返送ください。

| 対応番号 | 確認対象情報 | | | | | | | 関連情報 | | | | | |
|------|-----------|---------------------------------------|-----------------|--------------|--------------|------|-----------|--|--------------|-------|------|------|-----------|
| | 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 | | 日数/ 回数 | 縦覧点検出力事由 | サービス提供 年月 | 事業所番号 | 電話番号 | サービス | 日数/ 回数 |
| 1 | 単独 | 030000 | 999999999 | H26.4 | 52 | 6252 | 16 | 入所日から3ヶ月超で請求している可能性があります(入所日から指定サービス提供年月までが3ヶ月目) | | | | | |
| | | 国保市 | カイゴ タロウ | | 保険施設短期集中リハ加算 | | | | | | | | |
| | | 上記縦覧審査内容について、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 | | | | |
| | 確認の 観点 | リハビリテーション実施日を確認 摘要欄の記載内容を確認 | | 請求誤りのため過誤 | | | | する | | | | | |
| | | | | | | | | | しない | | | | |

又は

| | |
|---------------------------------------|-----|
| (確認調整結果記入欄) | 過誤 |
| 起算日 入所日 ○月○日 加算の算定日 ○日、○日、○日 | する |
| | ・ |
| | しない |

起算日の年月日と加算の算定日を記入してください。

○介護給付費縦覧審査決定・給付調整通知書の帳票解説

国保連 ⇒ 事業所等

介護給付費縦覧審査決定・給付調整通知書

(平成 年 月縦覧審査分)

| | |
|---------|--|
| 支援事業所番号 | |
| 事業所名 | |

平成 年 月 日

管理番号:

岩手県国保連 介護給付費審査委員会

今回、貴事業所等の介護給付費(介護給付明細書)を縦覧点検した結果、下記の通り算定不可の給付がありましたので通知します。
つきましては、**保険者へ介護給付費を返還するため、平成 年 月審査分(月支払)で過誤調整処理をします**ので通知します。

記

| 保険者名 証記載保険者番号 | 被保険者番号 被保険者氏名 | サービス提供月 | 介護給付費 明細書様式 | 保険給付費 (特定入所者介護費等) | 公費負担額 | 算定不可理由 | | 備考 |
|------------------|------------------|---------|----------------|----------------------|-------|--------|----|----|
| | | | | | | 縦覧記号 | 内容 | |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|----|----|-------|-----------|-------|
| ⑩ | ⑨ | 合計 | 件数 | 保険給付額 | 特定入所者介護費等 | 公費負担額 |
| | | | | | | |

[算定記号] A:算定期間回数制限縦覧チェック B:重複請求縦覧チェック C:居宅介護支援請求におけるサービス実施状況チェック D:通所介護・リハにおける体制等状況縦覧チェック E:要介護認定有効期間の半数を超える短期入所受給者チェック F:入退所を繰り返す受給者縦覧チェック H:施設入所にかかる経過措置対象受給者チェック I:軽度の要介護者にかかる福祉用品目チェック G:その他の縦覧チェック

【ポイント】

審査委員会(基準日:毎月25日)終了後、該当事業所に介護給付費縦覧審査決定・給付調整通知書を送付いたします。
過誤取下げとなりますので、請求明細書を修正し「過誤調整月」の請求締切日(基準日:毎月10日)までに提出してください。
確認するときは、照会した帳票等を参照のうえ修正してください。

| NO | 項目名 | 内容 |
|----|------------------|---|
| ① | 保険者名 証記載保険者番号 | 上段に保険者名、下段に保険者番号を表示します。 |
| ② | 被保険者番号 被保険者氏名 | 上段に被保険者番号、下段に被保険者氏名カタカナを表示します。 |
| ③ | サービス提供月 | サービスを提供した年月を表示します。 |
| ④ | 介護給付費明細書様式 | 明細書の様式番号を表示します。 |
| ⑤ | 介護給付額(特定入所者介護費等) | 上段に保険給付額、下段に特定入所者介護サービス費を表示します。 |
| ⑥ | 公費負担額 | 公費負担額を表示します。 |
| ⑦ | 算定不可理由 縦覧記号 | ⑩に記載されている番号を表示します。 |
| ⑧ | 算定不可理由 内容 | 算定できない理由を省略して表示します。 |
| ⑨ | 合計 | 過誤対象となる件数、保険給付額、特定入所者介護費等、公費負担額の合計を表示します。 |
| ⑩ | 算定記号 | チェックした項目を記号で表示します。 |

国保連 ⇒ 事業所等

介護給付費縦覧審査決定・給付調整通知書

(平成 年 月縦覧審査分)

通知年月日を表示します。

審査を行った年月を表示しま

平成 年 月 日

| | |
|---------|---------|
| 支援事業所番号 | 03***** |
| 事業所名 | ***** |

管理番号:

本会でシステム処理する番号です。

岩手県国保連 介護給付費審査委員会

今回、貴事業所等の介護給付費(介護給付明細書)を縦覧点検した結果、下記の通り算定不可の給付がありましたので通知します。つきましては、**保険者へ介護給付費を返還するため、平成 年 月審査分(月支払)で過誤調整処理をします**ので通知します。

算定できない理由を、省略して表示します。事前に照会させていただいた回答を審査した結果、誤りとなった箇所を表示します。

過誤調整月を表示します。()内の支払とは、過誤調整月の翌月支払のことで

記

| 保険者名 証記載保険者番号 | 被保険者番号 被保険者氏名 | サービス提供月 | 介護給付費 明細書様式 | 保険給付費 (特定入所者介護費等) | 公費負担額 | 算定不可理由 | | 備考 |
|------------------|------------------|----------|----------------|----------------------|-------|--------|----------|----|
| | | | | | | 縦覧記号 | ⑧ | |
| ***** ***** | ***** ** ** | 平成**年**月 | 040 様式7 | *,**,* *** | | A10 | 初回加算算定不可 | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

ここでは、「A」算定期間回数制限の点検を行い、初回加算の算定に誤りがあったことを表示しています。

| 合計 | 件数 | 保険給付額 | 特定入所者介護費等 | 公費負担額 |
|----|----|---------------|-----------|-------|
| | ** | *,**,* *** | *** | |

帳票に掲載されている件数、保険給付費等の合計を集計して表示します。

○ 介護給付費縦覧審査決定・給付調整通知 記載事項

| 算定記号 | 内容 | |
|------|--------------|-------------------|
| A | 01 | 特地加算回数超過 |
| | 02 | 初期加算回数超過 |
| | 03 | 指導・相談加算回数超過 |
| | 04 | 相談・指導・訪問加算回数超過 |
| | 05 | 入所(院)日数超過 |
| | 06 | 生活訓練加算算定不可 |
| | 07 | 個別リハ加算算定不可 |
| | 08 | 退所関係加算超過 |
| | 09 | 初回加算(Ⅱ)算定不可 |
| | 10 | 初回加算算定不可 |
| | 19 | 初回加算算定不可 |
| | 11 | 短期集中リハ加算 |
| | 12 | 看取り介護加算(Ⅰ・Ⅱ)算定不可 |
| | 13 | 保健施設認知症情報提供加算算定不可 |
| | 14 | 退居時相談援助加算算定不可 |
| | 15 | 看護職員居宅療養算定不可 |
| | 16 | 小規模多機能型連携加算算定不可 |
| | 17 | 退院退所加算Ⅰ・退院退所加算Ⅱ |
| | 18 | 特定施設医療機関連携加算算定不可 |
| | 61 | 初期入院診療管理加算算定不可 |
| 62 | リハビリ計画加算算定不可 | |
| 00 | | |
| B | 70 | 他のサービスと重複請求のため |
| | 71 | 居宅療養管理指導算定超過 |
| | 72 | 緊急・特別・ターミナル加算超過 |
| | 73 | 外部サービス利用算定不可 |
| C | 81 | 給付実績がないため算定不可 |
| D | 82 | 請求内容と人員体制不一致 |
| E | 83 | 入所日数が認定有効期間半数超過 |
| F | 84 | 入退所(院)による加算算定不可 |
| H | 85 | 経過措置対象受給者以外のため |
| I | 86 | 軽度者への福祉用具貸与不可 |

| 算定記号 | 内容 | |
|------|----|-------------------------------------|
| J | 41 | 認定不一致による算定不可 |
| | 42 | 認定不一致による訪問介護算定不可 |
| | 43 | 認定不一致による訪問看護算定不可 |
| | 44 | 認定不一致による口腔機能向上加算算定不可 |
| | 45 | 認定不一致による認知症ケア加算算定不可 |
| | 46 | 認定不一致による褥瘡(じよくそう)管理算定不可 |
| | 47 | 認定不一致による言語聴覚療法算定不可 |
| | 48 | 認定不一致による摂食機能療法算定不可 |
| | 49 | 認定不一致による車いす、車いす付属品算定不可 |
| | 50 | 認定不一致による特殊寝台、特殊寝台付属品算定不可 |
| | 51 | 認定不一致による床ずれ防止用具、体位変換器算定不可 |
| | 52 | 認定不一致による認知症老人徘徊感知器算定不可 |
| | 53 | 認定不一致による移動用リフト算定不可 |
| | 54 | 認定不一致による算定不可 |
| | 55 | 認定不一致による認知症短期集中リハビリテーション算定不可 |
| K | 21 | 医療保険の入院との重複請求 |
| | 22 | 居宅療養管理指導費(Ⅰ)算定不可 |
| | 23 | 要介護者算定不可 |
| | 24 | 訪問看護サービス算定不可 |
| | 25 | 医療給付算定不可 |
| | 26 | 在宅患者訪問薬剤管理指導料算定不可 |
| | 27 | 訪問歯科衛生指導料(医療)算定不可 |
| G | 91 | 各都道府県の用途に応じ設定します。 岩手県では設定していません。 |
| | 92 | |
| | 93 | |
| | 94 | |
| | 95 | |
| | 96 | |
| | 97 | |
| | 98 | |
| | 99 | |