

介護保険だより

平成27年 5月号

群馬県国民健康保険団体連合会

平成27年4月提供分の請求について

介護報酬改定後最初の請求です。

平成27年4月に介護報酬改定が行われました。平成27年4月サービス提供分の請求から、新しい介護報酬での請求となります。提出前に、もう一度御確認ください。

1 単位数について

平成27年4月以降の新しい単位数は、平成27年3月以前の単位数より低く設定されているものがあります。単位数誤りに御注意ください。

(例) 通所介護 I 1 1 (3時間以上5時間未満・要介護1)

(サービスコード: 151241)

27年3月以前 464単位 → 27年4月以降 426単位

※ 介護給付費請求の審査では、サービス単位数のチェックが行われます。決められた単位数よりも高い単位数ですと、請求が返戻となります。

2 単位数単価について

単位数単価の見直しが行われました。単位数単価の適用誤りに御注意ください。平成27年4月以降の市町村ごとの地域区分は以下のとおりです。

- ・高崎市 → 新6級地
- ・前橋市・伊勢崎市・太田市・渋川市・玉村町 → 7級地
- ・上記以外 → その他地域

また、短期入所生活介護については、人件費割合が変更となり(45→55%)、同じ級地でも使用する単位数単価が変わります。

新しい単位数等はWAMNETに掲載されていますので御確認ください。

介護給付費縦覧審査確認表について

本会では、介護給付費適正化の一環として、縦覧審査を行っています。一つの事業所について請求を数か月分遡ってみたり、あるいは一人の利用者について、他の事業所の請求も併せてみたりすることで、請求誤りがないか点検するものです。

点検の結果、確認が必要と認められた場合は、介護給付費縦覧審査確認表を送付し、事業所からの回答をお願いしています。

1 介護給付費縦覧審査確認表の種類

(1) 介護給付費縦覧審査確認表（支援事業所）

居宅支援事業所あてに送付されます。

例：サービス事業所からの請求が全く提出されていない場合（返戻になった場合も含む）

(2) 介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所）

居宅支援事業所及びサービス事業所あてに送付されます。

例：初回加算を2ヶ月連続で請求している

医療機関の入院期間が1ヶ月未満で加算を請求している 等の場合

2 回答方法

問い合わせ内容については確認表に記載されております。確認の結果、請求誤りであるという場合は過誤「する」に○を、正当な理由がある場合は過誤「しない」に○を付け、理由を付記した上で、期限までに国保連合会まで御返送ください。

| 介護給付費縦覧審査確認表（請求事業所） | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|-----------------|-------------|-------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------|----------|----------------|-------|--|
| 1 | 事業所番号 | 1050***** | | | | | | | | | | |
| 2 | 事業所名 | 介護老人保健施設○△□ | | | | | 平成 25年 4月 | 縦覧審査分 | | | | |
| 3 | 事業所担当者氏名 | | | | | | | | | | | |
| 4 | 連絡先電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 以下の内容を確認の上、確認調整結果を記入してください。また、過誤をする場合は、過誤欄の「する」に○を付けて返送してください。 | | | | | | | | | | | |
| 8 | なお、過誤処理（給付の取下げ）につきましては、取消しの給付管理票を提出してください。 | | | | | | | | | | | |
| 9 | 確認対象情報 | | | | | | | | | | | |
| 10 | 対応番号 | 対象種票 | 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 | |
| 11 | | | 10**** | ***** | H25.1 | 52 | 31 | 複数サービスの合計日数が受給可能日数を越えている、又は同時算定不可なサービスが存在します。 | H25.1 | ***** | ***** | |
| 12 | | 重複 | △△市 | * * * * | H25.1 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 1 | 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。 | | | (確認調整結果記入欄) | | | | 過誤 | | | |
| 15 | | 確認の 観点 | いずれの請求が誤りか | | | 過誤する・しない どちらかに○を付 け、理由を付記してください。 | | | | する ・ しない | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | |

問い合わせ先

群馬県国民健康保険団体連合会（介護保険課介護審保係）
〒371-0846 群馬県前橋市元総社町 335 番地の 8 市町村会館 2 階
TEL 027-290-1319（直通） FAX 027-255-5077
ホームページ http://www.gunmakokuho.or.jp