

医療情報との突合支援（事業所編）

平成24年4月

岐阜県国民健康保険団体連合会

1. 医療情報との突合支援とは

過去に介護給付費を支払った請求について、医療給付情報と突合し請求内容を確認して審査を行うものです。突合審査の結果、請求誤りと判断されたものについては、事業所等に通知し、過誤処理を行います。事業所等が請求誤り等のデータについて確認し、必要に応じて再請求を行うことで給付の適正化を図ることを目的としています。

▼医療情報との突合支援にて確認を行う介護給付費算定不可項目

介護情報	医療情報	
	国保（40歳～74歳）	後期高齢（75歳以上）
居宅サービス（予防・地域密着型含む）	入院中	入院中
認知症対応型共同生活介護（予防含む）		
特定施設入居者生活介護（予防・地域密着型含む） 介護保険施設サービス（地域密着型含む）		
居宅療養管理指導（Ⅰ）（予防含む）	在宅時医学総合管理料 （特定施設入居時等医学総合管理料を含む）	在宅時医学総合管理料 （特定施設入居時等医学総合管理料を含む）
訪問看護（予防を含む）	訪問看護基本療養費（Ⅰ）※ 訪問看護管理療養費 ※	在宅患者連携指導加算 ※ 訪問看護情報提供療養費 ※

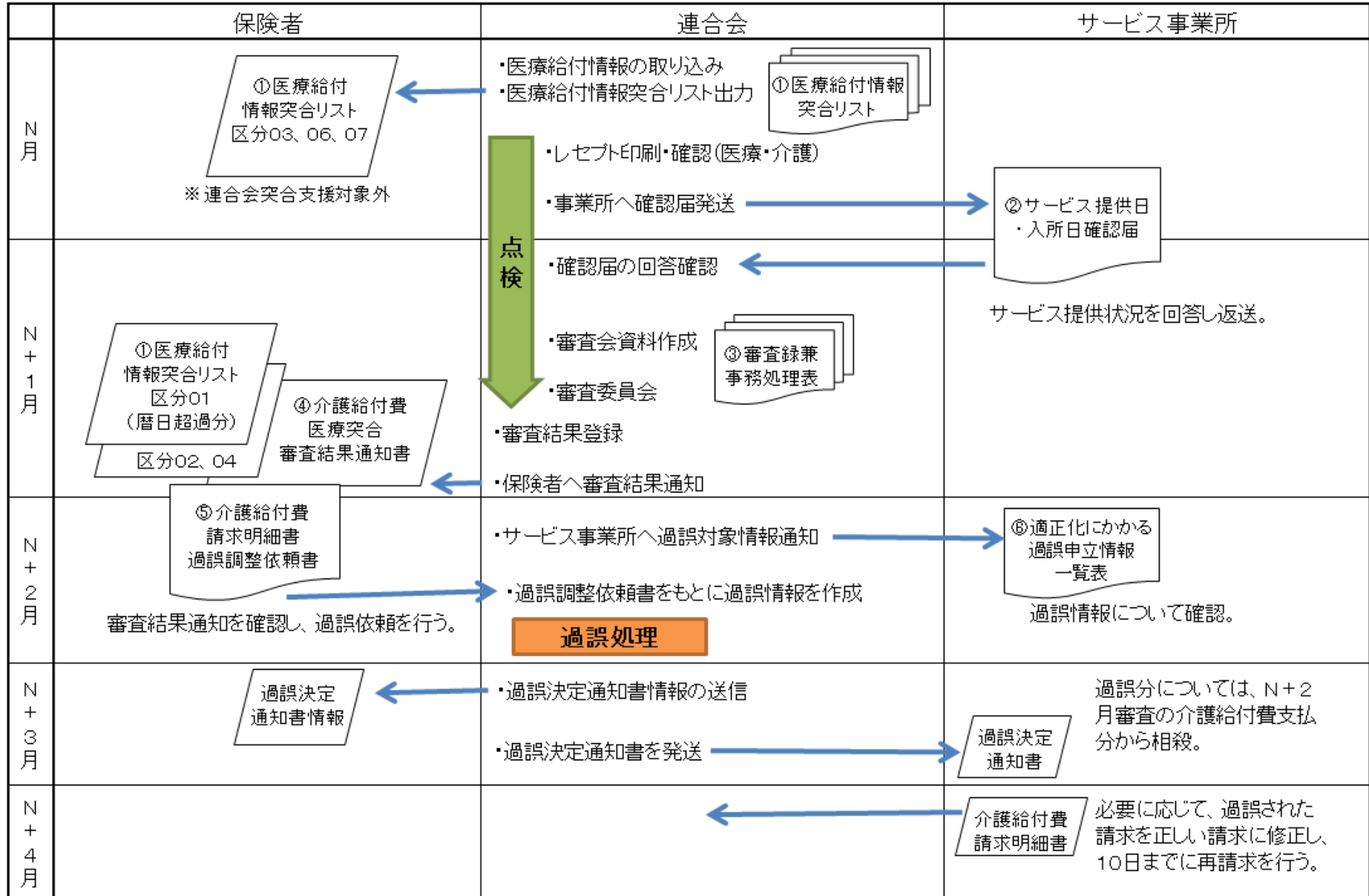
※末期の悪性腫瘍等の患者及び急性憎悪等により頻回の訪問看護が必要な患者である場合

## 2. 医療情報との突合支援業務の流れ

N月突合分

- (1) 連合会での突合審査で疑義があった場合、必要に応じて事業所へ『サービス提供日・入所日確認届』が郵送されます（N月26日頃）。※伝送以外の事業所は支払決定通知に同封されます
- (2) 『サービス提供日・入所日確認届』に記載されている被保険者の方の介護保険給付費情報を確認し、「記入例1～4」に従って提供状況を記入してください。
- (3) 記入した『サービス提供日・入所日確認届』を期日までに岐阜県国保連合会宛に返送してください。
- (4) 国保連合会は、返送された『サービス提供日・入所日確認届』を基に点検を行い、審査委員会にて請求誤りかどうか決定し（N+1月中旬）、保険者へ医療突合審査結果を送付します。過誤と決定された事業所には、（N+2）月5日頃に『適正化にかかる過誤申立て情報一覧表』を送付しますので、内容を確認し、不明な点がある場合は毎月18日までに連合会へ問い合わせしてください。
- (5) 請求誤りと決定した給付については、N+2月審査で過誤処理を行います。
- (6) 過誤を行った給付については（N+3）月の26日頃、事業所へ過誤決定通知書にてお知らせします。必要に応じて過誤された請求を正しい内容に修正して、（N+4）月に再請求を行います。

▼医療情報との突合支援業務フロー図



### 3. サービス提供日・入所日確認届（事業所宛）

サービス提供日・入所日確認届（医療給付情報突合）											
下記の被保険者において、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。この確認届は、平成24年6月10日（火）までにご返送ください。											
事業所番号	2100000000	事業所名	特別養護老人ホーム〇〇								
事業所担当者名		連絡先（電話番号）									
介護保険給付情報						医療給付情報					
保険者番号	被保険者番号	サービス提供月	サービス種類		保険日数	診療年月	医療機関番号	医療機関名	診療日数		
212000	0000000123	H23.10	51	福祉施設	18	H23.10	*****	*****	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											
	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。

サービスを行っていない日は何も記入しないでください。

※短期入所の場合は、入所日には「入」、退所日には「退」と記入してください。また、30日を超えるため自費算定とした日は「自費」と記入してください。

サービス実日数	日
---------	---

連合会での突合審査で疑義があった場合、必要に応じて事業所へ確認届を送付し介護サービスの提供状況を確認します。

サービス事業所は、該当の介護給付情報について記入例1～4を参考にサービスを行った日付・時間帯等を記入し、連合会へ返送します。

▼記入例 1 【居宅サービス】

サービス提供日・入所日確認届（医療給付情報突合） 平成24年5月突合分

下記の被保険者において、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。この確認届は、平成24年6月10日（火）までにご返送ください。

事業所番号	2100000000	事業所名	〇〇ヘルパーステーション	
事業所担当者名	担当者1	連絡先（電話番号）	058-000-0000	

介護保険給付情報					医療給付情報				
保険者番号	被保険者番号	サービス提供月	サービス種類		保険日数	診療年月	医療機関番号	医療機関名	診療日数
212000	0000000123	H24.3	11	訪問介護	14	H24.3	*****	*****	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											
	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				○			○			○	

サービスを提供した時間帯に○をつけてください。

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。

※短期入所の場合は、入所日には「入」、退所日には「退」と記入してください。また、30日を超えるため自費算定とした日は「自費」と記入してください。

※外泊の場合は「外」と記入してください。

サービス実日数	14日
---------	-----

## ▼記入例2【福祉用具貸与サービス】

### サービス提供日・入所日確認届（医療給付情報突合） 平成24年5月突合分

下記の被保険者において、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。この確認届は、平成24年6月10日（火）までにご返送ください。

事業所番号	2100000000	事業所名	福祉用具ロ×レンタル
事業所担当者名	担当者2	連絡先（電話番号）	058-000-0000

介護保険給付情報					医療給付情報				
保険者番号	被保険者番号	サービス提供月	サービス種類		保険日数	診療年月	医療機関番号	医療機関名	診療日数
212000	0000000123	H24.3	17	福祉用具貸与	15	H24.3	*****	*****	22

	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		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

福祉用具を貸与した時間帯に○をつけてください。

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。

※短期入所の場合は、入所日には「入」、退所日には「退」と記入してください。  
 ※外費を請求する場合は、「外費」と記入してください。

半月請求または一月請求であっても、実際に福祉用具を貸与した日数を記入してください。

※外費を請求する場合は、「外費」と記入してください。

サービス実日数 10日

▼記入例3【短期入所サービス】

サービス提供日・入所日確認届（医療給付情報突合） 平成24年5月突合分

下記の被保険者において、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。この確認届は、平成24年6月10日（火）までにご返送ください。

事業所番号	2100000000	事業所名	△△ショートステイ
事業所担当者名	担当者3	連絡先（電話番号）	058-000-0000

介護保険給付情報						医療給付情報			
保険者番号	被保険者番号	サービス提供月	サービス種類		保険日数	診療年月	医療機関番号	医療機関名	診療日数
212000	0000000123	H24-3	21	短期入所生活介護	18	H24.3	*****	*****	13

	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	
午前	自費	○	○	○	○	○	○	退		入	
午後	自費	○	○	○	○	○	○			○	
	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	
午前	○	○	○	○	○	○	○				
午後	○	○	○	○	○	○	退				
	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									入	○	○

30日超えの自費算定日は「自費」と記入してください。

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

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。

※短期入所の場合は、入所日には「入」、退所日には「退」と記入してください。また、30日を超えるため自費算定とした日は「自費」と記入してください。

※外泊の場合は「外」と記入してください。

サービス実日数	19日
---------	-----



▼記入例4【施設系サービス】

サービス提供日・入所日確認届（医療給付情報突合） 平成24年5月突合分

下記の被保険者において、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。この確認届は、平成24年6月10日（火）までにご返送ください。

事業所番号	2100000000	事業所名	特別養護老人ホーム□×
事業所担当者名	担当者4	連絡先（電話番号）	058-000-0000

介護保険給付情報					医療給付情報				
保険者番号	被保険者番号	サービス提供月	サービス種類		保険日数	診療年月	医療機関番号	医療機関名	診療日数
212000	0000000123	H24.3	51	介護福祉施設	31	H24.3	*****	*****	18

	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	
午前	入	○	○	○	○	○	○	外	外	外	
午後	○	○	○	○	○	○	外	外	外	外	
	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	外	外	外	外	外	外	外	
午後	外	外	外	外	外	外	外	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	外	外	外	外	外	○	○	○	○	○	○
午後	外	外	外	外	○	○	○	○	○	○	○

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。

※短期入所の場合は、入所日には「入」、退所日には「退」と記入してください。また、30日を超えるため自費算定とした日は「自費」と記入してください。

※外泊の場合は「外」と記入してください。

サービス実日数	14日
---------	-----

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

