

帳票確認の観点と留意事項

【帳票名】 介護給付費縦覧確認票兼短期集中リハビリテーション実施加算確認届

【帳票の出力内容】 老健から請求のあった短期集中リハビリテーション加算の算定要件を確認するために、入院(所)期間等を記入していただく帳票です。

【確認の観点】

リハビリテーションの実施日が算定を満たしているか

《算定条件》

- ・入所日または認定日から起算して、3月以内の期間に集中してリハビリテーションを行った場合
- ・当該入所者が過去3月間の間に介護老人保健施設に入所したことがない場合に限る
- ・当該加算の算定期間中または終了後3月に満たない期間に4週間以上の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、短期集中リハビリテーションの必要性が認められれば算定可
- ・当該加算の算定期間中または終了後3月に満たない期間に4週間未満の入院後に介護老人保健施設に再入所した場合であって、以下に定める状態であるものは算定可
 - ア. 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症(低酸素脳症等)、髄膜炎等を急性発症した者
 - イ. 上・下肢の複合損傷(骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち三種類以上の複合損傷)、脊髄損傷による四肢麻痺(一肢以上)、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断(義肢)、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者

事例) 7/1から入所し、保健施設短期集中リハビリテーション実施加算を算定

サービス種類	サービス提供月	起算日・摘要欄	入所年月日	前回サービス提供月	前回入所年月日	前回退所年月日	※入院実績
介護老人保健施設	H27.7月分	20150701	H27.7.1	H27.5月分	H27.3.8	H27.5.11	なし

・7/1から入所しており、7/1が起算日となるため、算定要件の3月以内となっている

・しかし、過去の実績を確認すると、3/8～5/11まで入所実績があり、『過去3月の間に介護老人保健施設に入所したことがない』の算定要件を満たさない。

・また、医療機関への入院実績もないため、再入所における当該加算の算定は不可

回答記入例

介護給付費縦覧確認表兼短期集中リハビリテーション実施加算確認届
(平成27年 11月縦覧審査分)

短期集中リハビリテーション実施加算は、過去3ヶ月間の間に、施設に入所した実績がある場合は算定できません。下記の情報について、入院情報に必要事項を記入し、過誤の必要があるか判断してください。過誤を行う場合には右端の「過誤する」の欄に○を、過誤を行わない場合は「×」を記入して下さい。

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27年 月 日()までに返送してください。 なお、保険者への過誤申立は必要ありませんのでご注意ください。

平成27年 月 日
鹿児島県国民健康保険団体連合会
介護保険課
TEL 099-206-1084
FAX 099-250-4307

指定事業所番号	4650000000	事業所名	介護老人保健施設 ×××
事業所担当者名		連絡先(電話番号)	

国保連に返送する際に、必ず担当者名、連絡先を記入してください。

確認対象情報						前入所実績情報				入院情報記入欄				過誤する
保険者番号	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	起算日摘要欄	施設名	サービス提供月	施設入所日	施設退所日	該当する区分(下記※1参照)	該当する区分が①以外の場合に記入			
											入院(所)先名称	入院(所)日	退院(所)日	
461111	1111111111	コクホ タロウ	H27.7	保健施設短期集中リハ加算	20150315					①				×
461111	2222222222	コクホ ジロウ	H27.7	保健施設短期集中リハ加算	20150701	×××園	H27.5	H27.3.8	H27.5.11	請求誤り				○
461111	3333333333	コクホ サプロウ	H27.7	保健施設短期集中リハ加算	20150525	介護老人保健施設 ○○○センター	H27.4	H27.2.12	H27.4.10	②	<input type="checkbox"/> 病院	H27.4.10	H27.5.25	×

※1 該当する区分は、①入院なし、②4週間以上の入院、③4週間未満の入院であるが、アまたはイに該当する状態、④4週間未満の入院であり、アまたはイに該当しない

ア. 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症(低酸素脳症等)、髄膜炎等を急性発症した者

イ. 上・下肢の複合損傷(骨・筋・腱・靭帯、神経、血管のうち三種類以上の複合損傷)、脊髄損傷による四肢麻痺(一肢以上)、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者

※1

※1を参考に、「該当する区分」欄に、次の該当する番号を記入してください。また、①以外の場合は、「入院先の名称」、「入院日」、「退院日」についても、記入してください。

- ①入院なし
- ②4週間以上の入院
- ③4週間未満の入院であるが、ア又はイに該当する状態
- ④4週間未満の入院であり、ア又はイに該当しない

請求誤りの場合は朱書きで「請求誤り」と記入し、「過誤する欄」に「○」を付けてください。過誤しない場合も「×」を付けてください。