

給付管理における留意点

1	サービスコードの項目は、認定及び計画書に記載した利用回数(頻度)に基づいて選択する。
例1	要支援2でデイを週1回計画→1回につきは項目1123(389単位)×利用回数分 要支援2でデイを週2回計画→1回につきは項目1123(389単位)、9回以上利用したら項目1121(3377単位) ※要支援2の方は利用(計画)回数に関わらず、要支援2の項目しか使えない。
例2	必要性が認められたため、要支援1でデイを週2回計画 →要支援1のコードで請求:1回につきは項目1113(378単位)、5回以上利用したら項目1111(1647単位) ※週2回計画しても要支援1の方は要支援2のコードは使えない。
例3	事業対象者でデイを週2回計画→要支援2(週2回)のコード 1回につきは項目1123(389単位)、9回以上利用したら項目1121(3377単位) このとき、その月の実績が4回以下だった場合 →回数が減っても、同じ要支援2(週2回)のコードで請求:1回につきは項目1123(389単位)×4回 利用実績ではなく、計画書に基づいたコードの選択をする。 ※事業対象者については、翌月以降も継続して利用回数が週1回になる場合は、プランの見直しを行い、週1回のケアプランを作成することで要支援1(週1回)のコードが使用できる。
2	みなしの事業所とH27.4.1以降に指定を受けた事業所ではサービスコードが違う。
	国基準相当サービス 市外の事業所で、みなしではない場合、清瀬市の指定を受けている必要があるので注意。 基準緩和型(サービスA) 市外の基準緩和型サービス事業所の場合、清瀬市の指定を受けている必要があるので注意。
3	ケアプラン作成の費用はサービスの利用実績に基づいて請求する。
例	ヘルパーと訪問看護を計画している場合(介護予防サービス計画を作成) 計画どおりサービスを利用→介護予防支援費を請求 実績で、訪問看護の利用がなくヘルパーのみだった→介護予防ケアマネジメントAとして請求 ※訪問看護の利用が翌月以降も継続してない場合は、プランの見直しを行い、ケアマネジメントAのケアプランを作成することで移行加算の算定が可能になる。
4	移行加算はサービスの変更に伴って、ケアマネジメントのタイプが変更になったときに算定する。
例1	ヘルパーと訪問看護を計画している場合(介護予防サービス計画を作成) →4月 訪問看護を終了しヘルパーのみに(ケアマネジメントAを作成) 介護予防サービス計画からケアマネジメントAに移行したので移行加算を算定。 →8月 福祉用具の利用を開始(介護予防サービス計画を作成) →1月 福祉用具の利用を終了しヘルパーのみに(ケアマネジメントAを作成) 4月に移行加算を算定しているので、算定できない。同条件の移行加算は年1回まで。
例2	ヘルパーと訪問看護を計画している場合(介護予防サービス計画を作成) →4月 訪問看護を終了しヘルパーのみに(ケアマネジメントAを作成) 介護予防サービス計画からケアマネジメントAに移行したので移行加算を算定。 →12月 ヘルパーを基準緩和型サービスに変更(ケアマネジメントBを作成) ケアマネジメントAからケアマネジメントBに移行したので移行加算を算定。

例3	ヘルパーと訪問看護を計画している場合(介護予防サービス計画を作成) →ヘルパーを基準緩和型サービスに変更(計画は介護予防サービス計画のまま) 移行加算は算定できない。
例4	デイサービスを計画している場合(ケアマネジメントAを作成) →デイを住民主体型サービスBに変更(ケアマネジメントCを作成) 委託している場合は、担当が地域包括支援センターに変更になる。 いずれの計画からの移行でもケアマネジメントCへの移行については移行加算は算定できない。