

(別添様式)

居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る判定様式

年 月 日

海南市長 様

| | | | | | | | |
|------------|-------|---|---|--|--|--|--|
| 法人の所在地 | | | | | | | |
| 法人の名称 | | | | | | | |
| 代表者の職氏名 | 印 | | | | | | |
| 事業所名称 | 事業所番号 | 3 | 0 | | | | |
| 事業所所在地 | 電話番号 | | | | | | |
| 事業所管理者氏名 | FAX番号 | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | | | | | | |

| 判定期間 | 年度 (前期 ・ 後期) | 前期 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 計 |
|----------------------------|---|------------|----|-----|-----|-----|----|-----|---|
| | | 後期 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | |
| 居宅サービス計画の総数 | | | | | | | | | |
| 訪問介護 | 「訪問介護」を位置づけた居宅サービス計画数 | | | | | | | | ① |
| | 紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数 | | | | | | | | ② |
| | 紹介率最高法人 | 法人名 | | | | | | | |
| | | 法人所在地 | | | | | | | |
| | | 代表者名 | | | | | | | |
| | | 事業所名 (1) | | | | | | (2) | |
| | | 事業所所在地 (1) | | | | | | (2) | |
| 紹介率 | $② \div ① \times 100$ | % | | | | | | | |
| 正当な理由 | 紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は当該理由を記入してください。正当な理由の(4)、(5)に該当する場合は、その詳細な理由を記載し、必要書類も添付してください。 | | | | | | | | |
| 通所介護 | 「通所介護」を位置づけた居宅サービス計画数 | | | | | | | | ① |
| | 紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数 | | | | | | | | ② |
| | 紹介率最高法人 | 法人名 | | | | | | | |
| | | 法人所在地 | | | | | | | |
| | | 代表者名 | | | | | | | |
| | | 事業所名 (1) | | | | | | (2) | |
| | | 事業所所在地 (1) | | | | | | (2) | |
| 紹介率 | $② \div ① \times 100$ | % | | | | | | | |
| 正当な理由 | 紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は当該理由を記入してください。正当な理由の(4)、(5)に該当する場合は、その詳細な理由を記載し、必要書類も添付してください。 | | | | | | | | |
| 福祉用具貸与 | 「福祉用具貸与」を位置づけた居宅サービス計画数 | | | | | | | | ① |
| | 紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数 | | | | | | | | ② |
| | 紹介率最高法人 | 法人名 | | | | | | | |
| | | 法人所在地 | | | | | | | |
| | | 代表者名 | | | | | | | |
| | | 事業所名 (1) | | | | | | (2) | |
| | | 事業所所在地 (1) | | | | | | (2) | |
| 紹介率 | $② \div ① \times 100$ | % | | | | | | | |
| 正当な理由 | 紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は当該理由を記入してください。正当な理由の(4)、(5)に該当する場合は、その詳細な理由を記載し、必要書類も添付してください。 | | | | | | | | |
| 「地域密着型通所介護」を位置づけた居宅サービス計画数 | | | | | | | | | ① |

(平成30年度以降用)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|-------------------------------------|-----|-------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|
| 事業所名称 | | | | 事業所番号 | 3 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域密着型通所介護 | 紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ② |
| | 紹介率最高法人 | 法人名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 法人所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 代表者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 事業所名 | (1) | (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 事業所所在地 | (1) | (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 紹介率 | $\text{②} \div \text{①} \times 100$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | % | | | |
| 正当な理由 | 紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は当該理由を記入してください。正当な理由の(4)、(5)に該当する場合は、その詳細な理由を記載し、必要書類も添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る判定様式 **記入例**

〇〇年〇〇月〇〇日

海南市長 様

| | | |
|------------|------------------|---------------------------|
| 法人の所在地 | 海南市〇〇〇1-1 〇〇ビル1F | |
| 法人の名称 | 株式会社 海南市 | |
| 代表者の職氏名 | 代表取締役 海南 太郎 印 | |
| 事業所名称 | ケアプランセンター海南市 | 事業所番号 3 0 7 0 1 2 3 4 5 6 |
| 事業所所在地 | 海南市〇〇〇11番地 | 号 073-123-4567 |
| 事業所管理者氏名 | 紀州 吉宗 | 号 |
| 通常の事業の実施地域 | 海南市、和歌山市 | |

運営規定に記載している通常の事業の実

| 判定期間 | 〇〇年度 (前期・後期) | 前期 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 計 |
|------|--------------|----|----|-----|-----|-----|----|----|---|
| | | 後期 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | |

| | | | | | | | |
|-------------|----|----|----|----|----|----|-----|
| 居宅サービス計画の総数 | 35 | 36 | 35 | 35 | 35 | 35 | 211 |
|-------------|----|----|----|----|----|----|-----|

| | | | | | | | |
|------------------------|----|----|----|----|----|----|-----|
| 「訪問介護」を位置づけた居宅サービス計画数 | 25 | 27 | 25 | 25 | 24 | 25 | 151 |
| 紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数 | 21 | 21 | 20 | 20 | 21 | 21 | 123 |

| | | | | | |
|------|---------|------------------|-------------------|---------|-----------------------------------|
| 訪問介護 | 紹介率最高法人 | 法人名 | 株式会社 海南市 | | 計画を作成したが、入院等で給付実績が無い場合は、カウントしません。 |
| | 法人所在地 | 海南市〇〇〇1-1 〇〇ビル1F | | | |
| | 代表者名 | 海南 太郎 | | | |
| | 事業所名 | (1) 訪問介護海南市 | (2) ヘルパーステーション海南市 | | |
| | 事業所所在地 | (1) 海南市×××2-2 | (2) 海南市△△△3-3 | | |
| | 紹介率 | ②÷①×100 | | 81.46 % | |

紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は当該理由を記入してください。正当な理由の(4)、(5)に該当する場合は、その詳細な理由を記載し、必要書類も添付してください。

(4) 利用者の希望を勘案した結果のため。
紹介方法：利用者の希望しているサービスが提供ができる事業所のパンフレット等をいくつか紹介している。

1人の利用者が2ヶ所以上の同サービスの事業所を利用した場合でも1件となります。

| | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|----|----|----|
| 「通所介護」を位置づけた居宅サービス計画数 | 7 | 6 | 7 | 9 | 10 | 11 | 50 |
| 紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数 | 6 | 4 | 6 | 8 | 9 | 10 | 43 |

| | | | | | |
|------|---------|---------------|------------|---------|--|
| 通所介護 | 紹介率最高法人 | 法人名 | 社会福祉法人 海南市 | | 同法人が開設する事業所の場合は、2ヶ所以上利用しても1件となります。別法人の場合は、それぞれ1件ずつカウントします。 |
| | 法人所在地 | 海南市〇〇〇〇5番地の5 | | | |
| | 代表者名 | 海南 次郎 | | | |
| | 事業所名 | (1) デイサービス海南市 | (2) | | |
| | 事業所所在地 | (1) 海南市×××4-4 | (2) | | |
| | 紹介率 | ②÷①×100 | | 86.00 % | |

紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は当該理由を記入してください。正当な理由の(4)、(5)に該当する場合は、その詳細な理由を記載し、必要書類も添付してください。

(3) サービスが位置付けられた計画件数が1月当たり平均10件以下であるため。

| | | | | | | | |
|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 「福祉用具貸与」を位置づけた居宅サービス計画数 | 14 | 15 | 15 | 14 | 14 | 15 | 87 |
| 紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数 | 7 | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 44 |

| | | | | | |
|--------|---------|---------------|---------|---------|--|
| 福祉用具貸与 | 紹介率最高法人 | 法人名 | 株式会社 紀州 | | 小数点第2位まで記入(自動計算) ※自動計算されるが、端数処理はしないため、例えば80.001%でも80%を超えた場合に含まれるので、そのような場合で正当な理由がなければ減算となります。 |
| | 法人所在地 | 海南市〇〇〇2-3 | | | |
| | 代表者名 | 紀州 花子 | | | |
| | 事業所名 | (1) 海南センター | (2) | | |
| | 事業所所在地 | (1) 海南市×××6-6 | (2) | | |
| | 紹介率 | ②÷①×100 | | 50.58 % | |

紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は当該理由を記入してください。正当な理由の(4)、(5)に該当する場合は、その詳細な理由を記載し、必要書類も添付してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|--------------|-----|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 事業所名称 | | ケアプランセンター海南市 | | 事業所番号 | 3 | 0 | 7 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 地域密着型通所介護 | 「地域密着型通所介護」を位置づけた居宅サービス計画数 | | | | | | | | | | ① | | | | |
| | 紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数 | | | | | | | | | | ② | | | | |
| | 紹介率最高法人 | 法人名 | | | | 通所介護の計画数に合算して判定した場合は、地域密着型通所介護の計画数は空欄にしてください。 | | | | | | | | | |
| | | 法人所在地 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 代表者名 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 事業所名 | (1) | (2) | | | | | | | | | | | |
| | 事業所所在地 | (1) | (2) | | | | | | | | | | | | |
| | 紹介率 | ②÷①×100 | | | | | | | | | | | | | |
| 正当な理由 | 紹介率が80%を超えたことについて、正当な理由がある場合は当該理由を記入してください。正当な理由の(4)、(5)に該当する場合は、その詳細な理由を記載し、必要書類も添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | |

- 注1 この書類は、すべての居宅介護支援事業所が事業所ごとに作成し、判定期間後の算定期間が完結してから5年間保存してください。
- 注2 この書類は、事業所実地指導の際に確認することがあります。
- 注3 欄内に書き切れない場合は、別の紙を利用して書き足してください。
- 注4 紹介率最高法人で3事業所以上の事業所を開設している場合は、紹介数の多い上位2事業所を記載してください。