

居宅介護支援における特定事業所集中減算チェックシート（提出用 兼 保存用）

平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 日

柏原市長 様

法人名	株式会社 〇〇居宅介護支援センター										
代表者の職・氏名	代表取締役 〇〇 〇								事業所の指定申請の際に押印した法人の代表者印を押して下さい。		印
事業所番号	2	7	7	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
事業所名	〇〇居宅介護支援センター										
事業所住所	大阪府柏原市〇〇一丁目2番3号										
電話番号	072-000-0000										

今回の届出区分を記入してください。

判定期間 平成 年度 (前期) ・後期)										
訪問介護	①訪問介護を位置づけた居宅サービス計画数	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計(A)	
			70	80	75	80	70	75	450	
		後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(A)	
	②紹介率最高法人	法人の名称	株式会社 ××訪問介護センター							
		法人の住所	大阪府柏原市〇〇二丁目1番3号							
		事業所名1 (事業所番号)	□□訪問介護センター(277〇〇〇〇〇〇〇)							
		事業所名2 (事業所番号)	〇〇訪問介護ステーション(277〇〇〇〇〇〇〇)							
		事業所名3 (事業所番号)	△△ヘルパーステーション(277〇〇〇〇〇〇〇)							
		事業所名4 (事業所番号)								
	紹介率最高法人の事業所が位置づけられた居宅サービス計画数	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計(B)	
		後期	35	35	45	40	40	50	245	
	③割合 (B÷A×100)	単位：%							54.4%	
	④90%を超えている場合の正当な理由(該当する理由に〇印を記載して下さい)	小数点第2位を切り捨てして下さい。								
		<input type="checkbox"/> (1) 居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域に、特定事業所集中減算の対象となる事業所が各サービスごとでみた場合に、5事業所未満である場合 <input type="checkbox"/> (2) 判定期間の1月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下である場合 <input type="checkbox"/> (3) 利用者の希望を助案した場合(ただし、事業者が不当な誘導等によって、利用者の自由な選択を阻害していると認められる場合を除く)でアかつイを満たしている。 ア) アセスメントに基づき、利用者が希望するサービス、地域等に合致した事業所について、事業所一覧表や「情報の公表制度」等により検索した複数の事業所を提示し、それぞれの地理環境、特筆すべきサービス事業の内容を説明したことを記録している。 イ) 利用者からの希望及び当該事業所を選択した理由を確認し、事業所において文書で記録している。								

通所介護	①通所介護を位置づけた居宅サービス計画数	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計(A)	
			30	35	30	30	28	30	183	
		後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(A)	
	②紹介率最高法人	法人の名称	株式会社 〇〇デイサービス							
		法人の住所	大阪府柏原市××五丁目2番15号							
		事業所名1 (事業所番号)	〇〇デイサービス(277〇〇〇〇〇〇〇〇〇)							
		事業所名2 (事業所番号)	××デイサービスセンター(277〇〇〇〇〇〇〇〇〇)							
		事業所名3 (事業所番号)								
		事業所名4 (事業所番号)								
	紹介率最高法人の事業所が位置づけられた居宅サービス計画数	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計(B)	
		後期	27	30	28	28	28	28	169	
	③割合 (B÷A×100)	単位：%							92.3%	

④90%を超えている場合の正当な理由(該当する理由に○印を記載して下さい)

通所介護	<input type="checkbox"/>	③の割合が90%を超えた場合には、(1)~(3)のいずれかに○をつけて下さい。	の事業の実施地域に、特定事業所集中減算の対象となるサービス
	<input type="checkbox"/>		みた場合に、5事業所未満である場合
	<input type="checkbox"/>		月居宅サービス計画件数が20件以下である場合
	<input type="checkbox"/>		利用者の希望を勘案した場合(ただし、事業者が不当な誘導等によって、利用者の自由な選択を阻害していると認められる場合を除く)でアかつイを満たしている。
	<input checked="" type="checkbox"/>	ア) アセスメントに基づき、利用者が希望するサービス、地域等に合致した事業所について、事業所一覧表や「情報の公表制度」等により検索した複数の事業所を提示し、それぞれの地理環境、特筆すべきサービス事業の内容を説明したことを記録している。	
	<input type="checkbox"/>	イ) 利用者からの希望及び当該事業所を選択した理由を確認し、事業所において文書で記録している。	

福祉用具貸与	①福祉用具貸与を位置づけた居宅サービス計画数		前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計(A)	
				20	20	25	28	22	22	137	
			後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(A)	
	②紹介率	法人の名称	株式会社 △△介護レンタルサービス								
	最高法人	法人の住所	大阪府柏原市〇〇三丁目1番1号								
		事業所名1(事業所番号)	××レンタルサービス(277〇〇〇〇〇〇〇〇)								
		事業所名2(事業所番号)	△△介護レンタル(277〇〇〇〇〇〇〇〇)								
		事業所名3(事業所番号)	レンタルサービス〇〇(277〇〇〇〇〇〇〇〇)								
		事業所名4(事業所番号)									
	紹介率最高法人の事業所が位置づけられた居宅サービス計画数	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計(B)		
		後期	10	10	15	15	20	20	90		

③割合(B÷A×100) 単位：% 65.7%

④90%を超えている場合の正当な理由(該当する理由に○印を記載して下さい)

<input type="checkbox"/>	(1) 居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域に、特定事業所集中減算の対象となるサービス事業所が各サービスごとでみた場合に、5事業所未満である場合
<input type="checkbox"/>	(2) 判定期間の1月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下である場合
<input type="checkbox"/>	(3) 利用者の希望を勘案した場合(ただし、事業者が不当な誘導等によって、利用者の自由な選択を阻害していると認められる場合を除く)でアかつイを満たしている。
<input checked="" type="checkbox"/>	ア) アセスメントに基づき、利用者が希望するサービス、地域等に合致した事業所について、事業所一覧表や「情報の公表制度」等により検索した複数の事業所を提示し、それぞれの地理環境、特筆すべきサービス事業の内容を説明したことを記録している。
<input type="checkbox"/>	イ) 利用者からの希望及び当該事業所を選択した理由を確認し、事業所において文書で記録している。

- ※1 判定期間の前期とは、3月1日から8月末日まで、後期とは9月1日から2月末日までの期間となります
- ※2 いずれかのサービスの割合が90%を超えているときは、この書類と返信用封筒(82円切手貼付)を、柏原市健康福祉部福祉指導監査課に提出してください。(審査結果を受け取りに来庁される場合は返信用封筒不要)
- ※3 提出期限は前期は9月15日、後期は3月15日です。
- ※4 この書類は5年間保存する必要があります。(90%を超えていない場合についても保存する必要があります)
- ※5 欄内に書き切れないときは、別の紙を利用して書き足してください。
- ※6 チェックシートは事業所ごとに作成してください。法人単位ではありません。
- ※7 記載された理由が正当な理由に該当するかどうかは、柏原市が適正に判断します。

このチェックシートをご記入された方の職及び氏名を記入して下さい。

記入者職・氏名	管理者 ○○ ○○
---------	-----------