特定事業所集中減算算定結果報告書

平成　　年　　月　　日

○○市長　　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 法人所在地 |  |
|  | 法人名称 |  |
|  | 代表者の職・氏名 |  | 印 |
| 事　業　所 | 名 　称 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 介護保険事業所番号 | １ | ９ |  |  |  |  |  |  |  |  | 適用開始年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 記載担当者氏名 |  |
| 80％超過の有無 | **１　あり**　　判定結果が**80％以上になる場合**は報告が必要。　　　　　　 　 報告は、本用紙に①「計算書(算定根拠書類)」、②「別紙正当な理由の範囲」を添付する。**２　なし** [ なしの場合は本用紙に①「計算書(算定根拠書類)」を添付し、事業所で5年間保存する。 ] |
| 判定期間 | 平成　　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 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **1　訪　問　介　護** | 計 |
| ①訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数 |  |  |  |  |  |  |  |
| ②訪問介護に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数 |  |  |  |  |  |  |  |
| ③割合（②÷①×１００）※小数点第2位切り捨て　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　％ |
| 紹介率最高法人 | 名称 |  |
| 代表者 |  |
| 住所 |  |
| 事業所名1 |  |
| 事業所名2 | ※必要時記載及び追加 |
| **2　通　所　介　護** | 計 |
| ①通所介護を位置付けた居宅サービス計画数 |  |  |  |  |  |  |  |
| ②通所介護に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数 |  |  |  |  |  |  |  |
| ③割合（②÷①×１００）※小数点第2位切り捨て　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　％ |
| 紹介率最高法人 | 名称 |  |
| 代表者 |  |
| 住所 |  |
| 事業所名1 |  |
| 事業所名2 | ※必要時記載及び追加 |
| **3　福　祉　用　具　貸　与** | 計 |
| ①福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数 |  |  |  |  |  |  |  |
| ②福祉用具貸与に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数 |  |  |  |  |  |  |  |
| ③割合（②÷①×１００）※小数点第2位切り捨て　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　％ |
| 紹介率最高法人 | 名称 |  |
| 代表者 |  |
| 住所 |  |
| 事業所名1 |  |
| 事業所名2 | ※必要時記載及び追加 |
| **4　地域密着型通所介護** | 計 |
| ①地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数 |  |  |  |  |  |  |  |
| ②地域密着型通所介護に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数 |  |  |  |  |  |  |  |
| ③割合（②÷①×１００）※小数点第2位切り捨て　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　％ |
| 紹介率最高法人 | 名称 |  |
| 代表者 |  |
| 住所 |  |
| 事業所名1 |  |
| 事業所名2 | ※必要時記載及び追加 |

**別紙〔正当な理由の範囲〕**

（注）

・算定結果が８０％を超えた場合、８０％を超えるに至った正当な理由の有無について記載してください。

・正当な理由を記載した場合であっても、記載された理由が正当な理由に該当するかどうかは、適正に判断します。

・提出された資料の内容によっては、資料の追加提出を求めたり、個別のヒアリング等を実施する場合があります。

・正当な理由があった場合でも期日までに提出がない場合は、行政処分等の対象となる場合があります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 理　由 | 該当の有無 | 判定結果（市で記入） |
| ① 居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域（※１）に訪問介護サービス等が各サービスごとでみた場合に５事業所未満である。※１　ここで言う通常の事業実施地域とは、実施地域内の利用者数の割合が90％以上の場合を言う。※２　判定期間内に介護報酬を請求していないみなし指定の事業所については、通常の事業の実施地域内の事業所としてカウントしない。 | はい　・　いいえ**【 資料１（事業所一覧）を添付 】** | 適・否 |
| ② 特別地域居宅介護支援加算を受けている事業所である。 | はい　・　いいえ | 適・否 |
| ③ 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。 | はい　・　いいえ | 適・否 |
| ④ 判定期間の１月当たりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置づけられた計画件数が１月当たり平均１０件以下である。 | はい　・　いいえ | 適・否 |
| 以下に該当する場合は、資料３により再計算を行った結果８０%以下となる場合。　**【　資料２（該当利用者一覧表）、資料３（再計算書）を添付 】**  |
| ⑤ サービスの質の高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合。（例）利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容についての意見・助言を受けているもの。 | 該当利用者あり　・　なし**【 挙証資料添付 】**理由書（参考様式1）、地域ケア会議等で受けた意見・助言を記録した書面の写し、アセスメント・居宅サービス計画の写し、公正に利用者に事業所を紹介していることが分かる資料、等 | 適・否 |
| ⑥その他正当な理由と市長村長が認めた場合(例1)市町村（地域包括支援センターを含む）等行政機関から、高齢者虐待などの困難ケースの計画作成の依頼を受けたことにより特定の事業所に集中した場合。(例2)地域的な実情も含め諸般の事情を総合的に勘案し、正当な理由があると客観的な挙証資料により認められる場合。 | 該当利用者あり　・　なし**【 挙証資料添付 】**(例1)：行政機関から依頼を受けた経過及び当該サービス事業所を選択した経過を証明する個別具体的な記録、等(例2)：利用可能なサービス事業所一覧（参考様式2）、アセスメント・居宅サービス計画の写し、理由書、等 | 適・否 |

※資料１～３については、項目を満たしていれば本様式によらず、事業所で独自に作成した様式でも可。

**理由①に該当する場合添付**※項目を満たしていれば本様式によらず、事業所で独自に作成した様式でも可。

**《　資料１　》　　実施地域における当該サービス種別の事業所一覧**

※通常の事業の実施地域：

※上記実施地域における当該サービス種別の事業所一覧（介護サービス情報公表システム等の事業所一覧）を記入して下さい。

サービス種別（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 | 事　　業　　所　　名 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |

サービス種別（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 | 事　　業　　所　　名 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |

サービス種別（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 | 事　　業　　所　　名 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |

サービス種別（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 | 事　　業　　所　　名 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |

**理由⑤⑥に該当する場合添付**※項目を満たしていれば本様式によらず、事業所で独自に作成した様式でも可。

**《　資料２　》　　該当利用者一覧表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 利用者氏名 | 理由番号 | サービス種別 | 具体的理由 | 挙証資料 |
| 紹介率最高法人（事業所）名 |
| １ |  |  |  |  |  |
|  |
| ２ |  |  |  |  |  |
|  |
| ３ |  |  |  |  |  |
|  |
| ４ |  |  |  |  |  |
|  |
| ５ |  |  |  |  |  |
|  |
| ６ |  |  |  |  |  |
|  |
| ７ |  |  |  |  |  |
|  |
| ８ |  |  |  |  |  |
|  |
| ９ |  |  |  |  |  |
|  |
| 10 |  |  |  |  |  |
|  |

　※「理由番号」には⑤、⑥(1)、⑥(2)のいずれかを記入

**理由⑤⑥に該当する場合添付**※項目を満たしていれば本様式によらず、事業所で独自に作成した様式でも可。

**《　資料３　》　　再計算書**

※⑤及び⑥に該当する利用者がいる場合は、次により再計算をすること。

イ ： 訪問介護サービス等の紹介率最高法人が計画に含まれている居宅サービス計画数

ロ ： イのうち、⑤及び⑥の該当利用者の計画を除いた居宅サービス計画数

ハ ： 訪問介護サービス等を位置付けた居宅サービス計画数

サービス種別（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　（小数点第２位切り捨て）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 合計 | **算定結果**（％） |
| イ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ロ |  |  |  |  |  |  |  | (a |  | (a/b |
| ハ |  |  |  |  |  |  |  | (b |

サービス種別（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　（小数点第２位切り捨て）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 合計 | **算定結果**（％） |
| イ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ロ |  |  |  |  |  |  |  | (a |  | (a/b |
| ハ |  |  |  |  |  |  |  | (b |

サービス種別（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　（小数点第２位切り捨て）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 合計 | **算定結果**（％） |
| イ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ロ |  |  |  |  |  |  |  | (a |  | (a/b |
| ハ |  |  |  |  |  |  |  | (b |