

(別紙様式)
 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 18 年 9 月 15 日

大阪府知事 様

記入例

法人名	株式会社 大阪府居宅介護支援センター
代表者の職・氏名	代表取締役 大阪 太郎 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 0 6 5 4 3 2 1
事業所名	大阪府居宅介護支援センター
事業所住所	大阪市中央区大手前二丁目1番22号
電話番号	06 (6941) 0351

平成18年度は、前期の期間を平成18年4月から平成18年8月とします。

判定期間 平成18年度 (前期 ・ 後期)										
訪問介護	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)	
				80	75	80	70	75	380	
		後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(A)	
	紹介率最高法人	法人の名称	株式会社 大阪府訪問介護センター							
		法人の住所	大阪市中央区大手前二丁目1番22号							
		事業所名1 (事業所番号)	大阪府訪問介護センター(2776)							
		事業所名2 (事業所番号)	大阪府訪問介護センター大手前(2)							
		事業所名3 (事業所番号)	大阪府訪問介護センター心斎橋(2)							
		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	月	4月	5月	6月	7月	8月	計(B)	
後期			35	45	40	40	50	210		
割合 (B ÷ A × 100)								単位 : %	55.2%	
90%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)										
	(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									
	(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									
	(3) サービスの質が高いことによる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)									
通所介護	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)	
				35	30	30	28	30	153	
		後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(A)	
	紹介率最高法人	法人の名称	社会福祉法人 大阪府デイサービス							
		法人の住所	大阪市中央区大手前5丁目5番5号							
		事業所名1 (事業所番号)	大阪府デイサービス(2770543210)							
		事業所名2 (事業所番号)	大阪府デイサービス大手前(2777654321)							
		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	月	4月	5月	6月	7月	8月	計(B)	
後期			30	28	28	28	28	142		
割合 (B ÷ A × 100)								単位 : %	92.8%	
90%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)										
	(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									
	(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									
	(3) サービスの質が高いことによる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)									

紹介率最高法人が運営している事業所名をすべて記載して下さい。4事業所を超える場合は別紙として記載して下さい。

小数点第2位を切り捨てて下さい。

の割合が90%を超えた場合には、(1)~(3)のいずれかをつけて下さい。

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		前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計(A)	
					20	25	28	22	22	117	
			後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(A)	
	紹介率	法人の名称	特定非営利活動法人大阪府介護レンタルサービス								
	最高法人	法人の住所	大阪市中央区大手前1丁目1番1号								
		事業所名1(事業所番号)	大阪府介護レンタルサービス(2770123456)								
		事業所名2(事業所番号)	大阪府介護レンタルサービス大阪城店(2770012345)								
		事業所名3(事業所番号)	大阪府介護レンタルサービス京橋店(2770111111)								
		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	月	4月	5月	6月	7月	8月	計(B)		
		後期		10	15	15	20	20	80		
割合 (B ÷ A × 100)		単位: %							68.3%		
90%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) サービスの質が高いことによる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)										

- 1 前期とは、3月1日から8月末日まで(ただし、平成18年度は4月1日から8月末日まで)
- 2 後期とは、9月1日から2月末日まで
- 3 いずれかのサービスの割合が90%を超えているときは、この書類を、社会福祉法人は、大阪府医務・福祉指導室法人指導課に、社会福祉法人以外の法人は、大阪府医務・福祉指導室事業者指導課に提出してください。
- 4 提出期限(前期は9月15日、後期は3月15日)までに提出してください。
- 5 この書類は2年間保存する必要があります。
- 6 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。
- 7 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。
- 8 記載された理由が正当な理由に該当するかどうかは、大阪府が適正に判断します。

本チェックシートをご記入された方の職及び氏名を記載して下さい。

記入者職・氏名	管理者 ・ 大阪 花子
---------	-------------