

記入例

居宅介護支援における特定

提出日（送付日）を記入してください。提出不要の場合（80%を超えなかった場合）は、書類が完成した日を記入してください。

平成 28 年 9 月 10 日

富田林市長 様

貴事業所所在地の市町村長あてとなります。（例えば河内長野市所在のケアプランセンターの場合、「河内長野市長」と記入）

法人名	株式会社 ○△□	
代表者の職・氏名	代表取締役 ○○ ○○	
事業所番号	2774901234	
事業所名	ケアプランセンター○△□	
記入者名	○△ □○	電話番号 : 0721-20-1199

法人の代表者印（登記印）を押してください。

印

判定期間 平成 28 年度 前期 分

「前期」又は「後期」を選択してください。

訪問介護	★							合計
	3月	4月	5月	6月	7月	8月		
① 当該サービスを位置づけた居宅サービス計画の総数（利用者数）	29	33	33	33	33	35	196	
② 下記法人が運営する事業所が位置づけられた居宅サービス計画数（利用者数）	25	27	27	27	27	28	161	
③ 割合 【 ②の合計 ÷ ①の合計 × 100（単位：％） 】							82.2%	
④ 紹介率最高法人及びプランに位置づけた、当該法人が運営する事業所	法人の名称	社会福祉法人 ■■■■■■						小数点2位以下切り上げ (例えば、計算結果が80.001となる場合は、80.1%と記入)
	法人の住所	大阪市○○区○○ニ丁目○○						
	事業所名1（及び事業所番号）	■■■■■ホームヘルプ寿町 (2774901111)						
	事業所名2（及び事業所番号）	■■■■■ホームヘルプ原町 (2770702222)						
	事業所名3（及び事業所番号）	■■■■■ホームヘルプ狭山 (2779303333)						

★ …例えば、

- 3月のケアプランのうち、訪問介護を位置づけた利用者が総勢 29人
- そのうち、④欄に記載した紹介率最高法人が運営する訪問介護事業所を利用した利用者が 25人

の場合、上記例（緑色枠内）のとおり記入します。

カ

訪問入浴	★							合計
	3月	4月	5月	6月	7月	8月		
① 当該サービスを位置づけた居宅サービス計画の総数（利用者数）	4	5	5	5	4	3	26	
② 下記法人が運営する事業所が位置づけられた居宅サービス計画数（利用者数）	2	3	3	3	3	2	16	
③ 割合 【 ②の合計 ÷ ①の合計 × 100（単位：％） 】							61.6%	
④ 紹介率最高法人	法人の名称	合同会社 ▲▲▲▲						この2行は、紹介率最高法人（例の場合は訪問入浴を提供した法人）の名称、住所を記入してください。
	法人の住所	堺市○○区○○一丁目○○						
及びプラン	事業所名1（及び事業所番号）	▲▲▲訪問入浴センター富田林 (2774901111)						
	事業所名2（及び事業所番号）	▲▲▲訪問入浴センター河内長野 (2770702222)						
	事業所名3（及び事業所番号）							

エクセル様式にて各月の件数を入力すれば、合計や割合は自動的に計算されます。

当該法人が運営する、左記サービス実施事業所（例の場合は訪問入浴事業所）について記入してください。（貴事業所においてプランに位置づけた事業所のみ）

事業所名等を書ききれない（欄が足りない）場合は、余白または別途任意様式へ記入してください。

れば別表ア～カから選択してください。

80%を超えていなければ、この欄は記入不要

～以下省略～

【 正当理由「オ」計算シート 】

貴事業所名を記入してください。

事業所名 ケアプランセンター〇△□

80%を超えた正当な理由として、「オ」を位置付けた場合のみ提出が必要となる書類です。

① 当計算シートは、80%を超えた正当理由として、「オ」を位置付けた全てのサービスごとに作成いただく必要があります。

通所介護

(チェックシートに記載した件数と一致)

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
上記サービスを位置づけた 居宅サービス計画の総数	20	20	21	22	22	22	127
紹介率最高法人が運営する事業所が 位置づけられた居宅サービス計画数	16	16	17	18	18	18	103

② 正当理由「オ」に該当するプラン

チェックシートに入力されたとおりの件数（正当理由に該当する事例を除外する前の件数）を記入してください。

オ 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、地域ケア会議等において支援内容の意見・助言を受けているプラン

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
			1	2	2	2	7

エクセル様式にて各月の件数を入力いただくと、下の除外後件数や割合は自動的に計算されます。

正当理由「オ」に該当するプラン
を除外した後の件数および割合
(① - ②)

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
上記サービスを位置づけた 居宅サービス計画の総数 (上記②除外後)	20	20	20	20	20	20	120
紹介率最高法人が運営する事業所が位置づけられた 居宅サービス計画数 (上記②除外後)	16	16	16	16	16	16	96

①の件数 - ②の件数
(上段も下段も②の件数を除外する)

除外後の割合: 80.0%

エクセル様式にて各月の件数等を入力いただければ、割合等は自動で計算されます。

- ・この書類は、80%を超えた正当理由として、「オ」を位置付けた場合のみ提出が必要となります。
- ・80%を超えた正当理由として「オ」を位置付けたサービス全てについて作成いただく必要があります。
- ・当該要件を満たしていることを確認できる書類その他の記録について提示を求める場合がありますので、当該書類等記録について、適正に保存願います。

【 正当理由「カ」 計算シート 】

- ・この書類は、80%を超えた正当理由として、「カ」を位置付けた場合のみ提出が必要となります。
- ・80%を超えた正当理由として「カ」を位置付けたサービス全てについて作成いただく必要があります。
- ・②のいずれかに該当するケースがある場合、当該要件を満たしていることを確認できる書類等記録について提示を当該書類等記録について、適正に保存願います。

80%を超えた正当な理由として、「カ」を位置付けた場合のみ提出が必要となる書類です。

事業所名 : **ケアプランセンター〇△□** 貴事業所名を記入してください。

正当理由として「カ」を位置付けたサービス		短期入所生活介護						
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
① 下記A 除外セ (チェック)	上記サービスを位置づけた 居宅サービス計画の総数	10	11	10	11	12	11	65
	紹介率最高法人が運営する事業所が 位置づけられた居宅サービス計画数	9	10	8	10	10	8	55

当計算シートは、80%を超えた正当理由として、「カ」を位置付けた全てのサービスごとに作成いただく必要があります。

② 正当理由「カ」に該当するプラン

カ	説明	3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
A	他の居宅介護支援事業所の廃止・休止（またはることとなった利用者で、引き受ける前から当該（判定期間の末日から見て1年以内に引き受けたプランでは、平成27年2月28日以降に引き受けたプランのみ）							
B	地域包括支援センター（または市町村等行政機関）から、支援困難事例等（※）として計画作成の依頼を受けた利用者であって、当該プラン（※ 単に要支援から要介護へ移行した利用者）があるプラン						1	1
C	災害等により受け入れ可能事業所に見つからず、やむなく当該事業所（初めて当該事業所を利用した月の）							
D	上記の他、当該サービス事業所を（適切なケアマネジメントの結果、第三者に証明できる）ケースに限ります。）（※）	1			1			2

チェックシートに入力されたとおりの件数（正当理由に該当する事例を除外する前の件数）を記入してください。

正当理由「カ」のうち、A～Dに該当するプランを記入してください。
（エクセル様式にて各月の件数を入力すれば、下の除外後件数や割合は自動的に計算されます）。

① の件数 - ② の件数

（正当理由「カ」の場合と異なり、上段（居宅サービス計画の総数）については、除外しません）

		3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
	上記サービスを位置づけた 居宅サービス計画の総数（上記②は除外しない）	10	11	10	11	12	11	65
	紹介率最高法人が運営する事業所が位置づけられた 居宅サービス計画数（上記②除外後）	8	10	8	9	10	7	52

（※）上記「D」に該当するプランを計上した場合は、次頁【正当理由「カ-D」の詳細について】の提出が必要となります。

除外後の割合： **80.0%**

【 正当理由「カ-D」の詳細について 】

サービス種別

短期入所生活介護

正当理由「カ」のうち、「D」に該当するプランを除外対象として計上した場合は、その全利用者についての正当な理由を記入、提出いただく必要があります（別途任意様式可）。

理由を、利用者ごとに具体的かつ明確に記入し、提出を求めます。（提出を求めない場合があります。）

・利用者〇〇については、胃ろうによる経管栄養が行われており、〇〇市〇〇町に住んでいる。〇〇市を通常の送迎の実施地域として設定しており、かつ胃ろう対応可能である事業所について周辺市町村の事業所一覧、インターネットその他各事業所のパンフレットなどを用いて探してみたが、紹介率最高法人AAが運営する事業所aaしか見つからなかった。
念のため他にbc事業所及びcb事業所へ6月12日に電話で問い合わせしてみたが、bc事業所からは「夜間常駐の看護職員がおらず、対応できない」、cb事業所からは「6月15日が満室の予定である」と断られ、事業所aaを利用することとなった。

・△□町に住んでいる利用者△△については、唯一の介護者である家族□△氏から「急きょ仕事で3月12日から5日間出張することになった」との電話が3月9日にあった。
そこで、△□町を通常の送迎の実施地域として設定している事業所のうち、まずD法人のddショートステイセンターおよびE法人の短期入所生活介護efへ問い合わせた。
ところが、ddショートステイセンターは3月13日が、短期入所生活介護efは3月15日以降満室の予定であるとのことで断られた。
正当理由「カ」の「C」にいう「緊急時」には該当しないが、早急に事業所を見つけなければならない中、他に対応できる事業所は紹介率最高法人AAが運営する事業所aa'しかなく、当該事業所を利用することとなった。

<正当な理由として認められない事例>

正当理由「カ」のうち「D」として計上した利用者ごとに、具体的かつ明確に記入してください。

は隣接するサ
している利用
ているケース
を希望してい

個人情報保護の観点から、利用者やその家族等の名前に関しては、次のいずれかにて記載してください。

- ・カタカナで記入する(フルネーム)
- ・氏名は記入せず被保険者番号のみを記入する

また、住所について記載する必要がある場合でも、町名までとしてください(番地等詳細は記載しないでください)。

詳しくは、南河内広域事務室ホームページ掲載の「平成27年度後期以降における特定事業所集中減算の取扱いについて」をご覧ください。