

特定事業所集中減算チェック用フローチャート

毎年度2回、次の判定期間においてチェックシートを使用して計算を行ってください。

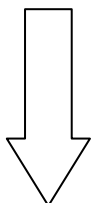
【判定期間】 前期：3月1日から8月末日 後期：9月1日から2月末日

【対象サービス】 指定訪問介護、指定通所介護、指定地域密着型通所介護、福祉用具貸与

【計算方法】 事業所ごとに、それぞれのサービスにつき計算を行う（①～③に記入する）。

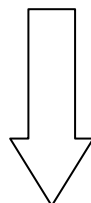
当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数 ÷ 当該サービスを位置づけた計画数

いずれのサービスでも
③の割合が80%を超えていない。



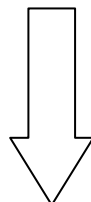
チェックシートを記入して、事業所で2年間保存してください。提出は不要です。

いずれかのサービスで
③の割合が80%を超えている。



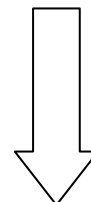
チェックシートに記載の「正当な理由」に該当する場合は、③の右太枠に該当する項目（カタカナ）を記載してください。

「正当な理由」の項目が、エの場合



別紙理由書により、計算から除外できる正当な理由に該当する分（チェックシートの③'で記載している件数と同数）について記載し、チェックシート及び理由書を提出してください。

「正当な理由」の各項目に該当しない、またはア～ウの場合



チェックシートを介護事業者課へ提出してください。

※ 記載された内容について、「正当な理由」として除外できるかどうかは堺市が判断します。

※ 記載された理由が「強い希望」「利用者の選択による」等の不明なものは不可とします。サービスや運営・体制等、利用者が何を理由に当該事業所を選択したかがわかるよう具体的な理由を記載してください。