

正当な理由の範囲に係る事業所一覧

| | | | |
|--|-----|---------|--|
| 介護保険事業者番号 | 2 3 | 記載担当者氏名 | |
| ※事業所数が足りない場合は、適宜行を追加してください。なお、事業所名にはケアプランに位置づけた紹介率最高法人の事業所であって、各正当な理由に該当する事業所のみ記入してください。 | | | |
| ※「情報公表の有無」とは、情報公表制度における公表の有無を指します。後期判定分は今年度、前期判定分は前年度に事業所による公表が行われているか確認してください。 | | | |
| ※「ケアプラン件数」には判定期間中の居宅サービス計画のうち、当該事業所を位置づけた件数を記入してください。2人がある事業所を判定期間中の6ヶ月間利用していた場合は、その事業所のケアプラン件数は12になります。 | | | |

⑥ <訪問介護> 特定事業所加算及び処遇改善加算を算定している事業所がある場合、その事業所を除外し計算すると算定結果が80%以下となる。

| 事業所番号 | 事業所名 | 情報公表の有無 | ケアプラン件数 |
|-------|------|---------|---------|
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |

⑥ <通所介護（地域密着型通所介護を含む）>
 栄養改善体制加算、口腔機能向上体制加算及び個別機能訓練体制加算の3加算を全て算定している事業所がある場合、その事業所を除外し計算すると算定結果が80%以下となる。

| 事業所番号 | 事業所名 | 情報公表の有無 | ケアプラン件数 |
|-------|------|---------|---------|
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |

⑥ <訪問看護> 看護体制強化加算を算定している事業所がある場合、その事業所を除外し計算すると算定結果が80%以下となる。

| 事業所番号 | 事業所名 | 情報公表の有無 | ケアプラン件数 |
|-------|------|---------|---------|
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |

⑦ <訪問介護> 紹介率最高法人の事業所のうち、通院等乗降介助の行える事業所が、当該居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域に5事業所未満であり、当該事業所の通院等乗降介助を記載しているケアプランを除外し、計算すると80%以下となる。

| 事業所番号 | 事業所名 | 情報公表の有無 | ケアプラン件数 |
|-------|------|---------|---------|
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |
| | | 有・無 | |

