

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）

島本町長 様

年 月 日

法人名	
代表者の職・氏名	印
事業所番号	
事業所名	
事業所住所	
事業所の通常の実施地域	
管理者氏名・電話番号	

前期	判定期間：3月1日～8月末日	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
居宅サービス計画の総数 (事業所における総居宅サービス計画の総数を記入) ※								

※介護予防支援は、件数に含みません

前期	判定期間：3月1日～8月末日	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
訪問介護	①訪問介護を位置づけた居宅サービス計画数							A
	②紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数							B
	紹介率 最高法人	法人の名称						
		法人の住所						
		事業所名 1 (事業所番号)						
		事業所名 2 (事業所番号)						
③割合 (B÷A×100)							単位：%	
④80%を超えている場合の正当な理由を、別表のア～オより記載してください (正当な理由がない場合は力を記載)								

前期	判定期間：3月1日～8月末日	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
通所介護	①通所介護を位置づけた居宅サービス計画数							A
	②紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数							B
	紹介率 最高法人	法人の名称						
		法人の住所						
		事業所名 1 (事業所番号)						
		事業所名 2 (事業所番号)						
③割合 (B÷A×100)							単位：%	
④80%を超えている場合の正当な理由を、別表のア～オより記載してください (正当な理由がない場合は力を記載)								

前期		判定期間：3月1日～8月末日	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	
福祉用具貸与	①福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数									A
	②紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									B
	紹介率最高法人	法人の名称								
		法人の住所								
		事業所名1（事業所番号）								
		事業所名2（事業所番号）								
③割合（ $B \div A \times 100$ ）									単位：%	
④80%を超えている場合の正当な理由を、別表のア～オより記載してください （正当な理由がない場合は力を記載）										

前期		判定期間：3月1日～8月末日	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	
地域密着型通所介護	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									A
	②紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									B
	紹介率最高法人	法人の名称								
		法人の住所								
		事業所名1（事業所番号）								
		事業所名2（事業所番号）								
③割合（ $B \div A \times 100$ ）									単位：%	
④80%を超えている場合の正当な理由を、別表のア～オより記載してください （正当な理由がない場合は力を記載）										

# 別表

◎ 80%を超えている場合の正当な理由を、アからカの中から選択し、各サービスごとに別紙チェックシートの④へ記載してください。また、正当な理由がない場合は「キ」と記載してください。

ア	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
イ	特別地域居宅介護支援加算を受けている事業者である場合
ウ	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
エ	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数が1月当たり平均10件以下である場合
オ	サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合で、次の要件を満たしている場合（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） ・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、地域ケア会議等において支援内容の意見・助言を受けている場合
カ	その他正当な理由と町長が認めた場合
キ	正当な理由がない場合

## 注意事項

- この書類は事業所ごとに作成してください。
- 対象となるサービスは、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護です。
- 対象サービスが多く記入欄が足りない場合は、2頁目を複写し使用ください。
- いずれかのサービスの割合について、80%を超えている場合は、この書類を島本町健康福祉部高齢介護課に提出してください。
- 減算適用期間は、判定期間が前期の場合が「10月1日～3月31日」、後期が「4月1日～9月30日」
- 届出書の内容について、実地調査等させていただく場合があります。あらかじめご了承ください。
- 特定事業所集中減算の適用の有無が変更になる場合は、この届出書と一緒に「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」を必ず提出してください。
- 記載された理由が正当な理由に該当するものかどうかは町が適正に判断します。

## ※ 「オ」に該当する場合

判定期間	3月1日～8月末日	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
( )を位置づけた居宅サービス計画数のうち、地域ケア会議において意見等を受けた計画数								0
紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数のうち、地域ケア会議において意見等を受けた計画数								0

※地域ケア会議の意見等を受けたことがわかるもの及びケアプランを添付してください。