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兼届出書（提出用兼保存用）

年　　月　　日

①　盛岡市長　　様

法人名										
法人住所										
法人電話番号										
代表者の職種・氏名										
事業所番号	0	3								
事業所名										
事業所住所										
事業所電話番号										
事業所管理者名										

特別地域居宅介護支援加算の算定　※いずれかに○	有・無
前回の特定事業所集中減算の適用　※いずれかに○	有・無

居宅介護支援事業所で作成した居宅サービス計画の数について、６か月ごとに次のとおり集計し、いずれかのサービスの割合が８０％を超えているときは、この届出書を盛岡市介護保険課（事業所指定係）に提出してください。

このチェックシートは、すべての居宅介護支援事業所で作成し、２年間保管しなければなりません。届出を行った場合も、同じものを事業所で保管してください。

【チェックシートの作成について】

(1) 前期は、３月１日から８月末日まで、後期は、９月１日から２月末日までです。それぞれの期間が、特定事業所集中減算の判定期間となります。

(2) 80%を超えるサービスについて、正当な理由があるときは、その理由を次の①～⑤から選択して届出を行います。

※正当な理由なく80%を超過する場合は、減算適用となります。正当な理由がある場合は、必ず記入してください。
ただし、通所介護と地域密着型通所介護のいずれか又は両方が80%を超え、正当な理由がない場合であっても、両サービスを合算して計算した結果が80%未満である場合は、減算になりません。
なお、①又は⑤に該当する場合は、併せて確認シートの提出が必要です。詳細は、「特定事業所集中減算の考え方」を確認してください。

［正当な理由の一覧］

①居宅介護支援事業者の通常の実施地域における各サービスごとの事業所数が５事業所未満であり、少数である。
⇒ 確認シート１を提出

②特別地域居宅介護支援加算を受けている事業所である。

③判定期間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。

④判定期間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件数が１月当たり平均10件以下である。

⑤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結果、特定の事業者に集中していると認められる。
⇒ 確認シート２を提出

(3) １名の利用者に対して同一サービスの複数の事業所を位置付けた場合であっても、「位置付けた居宅サービス計画数」は、１となります。また、その複数の事業所が同一の法人である場合には、「当該法人を位置付けた居宅サービス計画数」は、「複数の事業所」の事業所数となります。

(4) 届出書に記載した訪問介護の事業所が、特定事業所加算Ⅰ、Ⅱ又はⅢを取得しているかどうか選択してください。

裏面②で集計後，下表に集計結果を記入

③

【集計結果（事業所記入欄）】

下表において、80%を超過したサービスすべてに○をつけてください。
【届出期限】前期：９月15日　後期：３月15日

今回80%を超えているサービス（該当するものに○）	訪問介護	
	通所介護	
	福祉用具貸与	
	地域密着型通所介護	

○あり → 介護保険課にチェックシートを提出してください。

○なし → このチェックリストを、２年間保管してください。届出は不要です。

②

判定期間　　年度（　前期　・　後期　）		前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	
		後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月		
居宅サービス計画の総数										
訪問介護	訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数									ア
	紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									イ
	紹介率最高法人の名称								特定事業所加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲの算定	
	住所									
	代表者名									
	事業所名１								有　・　無	
	事業所名２								有　・　無	
	割合（イ÷ア×100）　単位：％									
	80％を超えている場合の理由									
通所介護	通所介護を位置付けた居宅サービス計画数									ウ
	紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									エ
	紹介率最高法人の名称									
	住所									
	代表者名									
	事業所名１									
	事業所名２									
	割合（エ÷ウ×100）　単位：％									
	80％を超えている場合の理由									
福祉用具貸与	福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数									オ
	紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									カ
	紹介率最高法人の名称									
	住所									
	代表者名									
	事業所名１									
	事業所名２									
	割合（カ÷オ×100）　単位：％									
	80％を超えている場合の理由									
地域密着型通所介護	地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数									キ
	紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									ク
	紹介率最高法人の名称									
	住所									
	代表者名									
	事業所名１									
	事業所名２									
	割合（ク÷キ×100）　単位：％									
	80％を超えている場合の理由									
通所介護と地域密着型通所介護のいずれか又は両方が80％を超え、その正当な理由がない場合は合算の結果を記入										
通所介護地域密着型通所介護合算	**通所介護又は地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数の合計**									ケ
	紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									コ
	紹介率最高法人の名称									
	住所									
	代表者名									
	事業所名１									
	事業所名２									
	割合（ケ÷コ×100）　単位：％									

表面③に集計結果を記入