

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）

柏原市長 様

令和 3年 3月 15日

|             |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 法人名         | 株式会社 ○○居宅介護支援センター |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 代表者の職・氏名    | 代表取締役 ○○ ○○ 印     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 事業所番号       | 2                 | 7 | 7 | 4 | 6 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 事業所名        | ○○居宅介護支援センター      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 事業所住所       | 柏原市○○一丁目2番3号      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 事業所の通常の実施地域 | 072-○○○-○○○○      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 管理者氏名・電話番号  | ○○ ○○             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

法人代表者印を押印してください

| 令和 2 年度<br>( 前期 ・ 後期 ) | 判定期間                                             | 前期 (3/1~8月末) | 3月 | 4月  | 5月  | 6月  | 7月 | 8月 | 計   |
|------------------------|--------------------------------------------------|--------------|----|-----|-----|-----|----|----|-----|
|                        |                                                  | 後期 (9/1~2月末) | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2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)<br>(介護予防支援については件数に含まない) |              | 75 | 82  | 80  | 82  | 83 | 85 | 487 |

自動計算されます。

| 判定期間 |                                  | 前期 (3/1~8月末)                                               | 3月 | 4月                      | 5月  | 6月  | 7月 | 8月 | 計   |       |
|------|----------------------------------|------------------------------------------------------------|----|-------------------------|-----|-----|----|----|-----|-------|
|      |                                  | 後期 (9/1~2月末)                                               | 9月 | 10月                     | 11月 | 12月 | 1月 | 2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             |                                                            | 70 | 80                      | 75  | 80  | 70 | 75 | 450 | …A    |
|      | ②紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数          |                                                            | 35 | 35                      | 45  | 40  | 40 | 50 | 245 | …B    |
|      | 紹介 法人の名称                         | 紹介率最高法人が運営している事業所名をすべて記載して下さい。2事業所を超える場合は枠追加又は別紙にて記載して下さい。 |    | 株式会社 ○○訪問介護センター         |     |     |    |    |     |       |
|      | 率最高 法人の住所                        |                                                            |    | 柏原市○○二丁目3番4号            |     |     |    |    |     |       |
|      | 法人 事業所名1 (事業所番号)                 |                                                            |    | ○○訪問介護センター (2770000000) |     |     |    |    |     |       |
|      | 事業所名2 (事業所番号)                    |                                                            |    | △△訪問介護センター (2770000000) |     |     |    |    |     |       |
|      | ③割合 (B÷A×100)                    |                                                            |    | 単位：%                    |     |     |    |    |     | 54.5% |
|      | ④80%を超えている場合の理由を、別表のア～キより記載して下さい |                                                            |    |                         |     |     |    |    |     |       |

自動計算されます。

自動計算されます  
(小数点第2位以下)

| 判定期間   |                                  | 前期 (3/1~8月末) | 3月 | 4月                         | 5月  | 6月  | 7月 | 8月 | 計   |       |
|--------|----------------------------------|--------------|----|----------------------------|-----|-----|----|----|-----|-------|
|        |                                  | 後期 (9/1~2月末) | 9月 | 10月                        | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 計   |       |
| 福祉用具貸与 | ①福祉用具貸与を位置づけた居宅サービス計画数           |              | 30 | 35                         | 30  | 30  | 28 | 30 | 183 | …A    |
|        | ②紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数          |              | 27 | 30                         | 28  | 20  | 20 | 28 | 153 | …B    |
|        | 紹介 法人の名称                         |              |    | 社会福祉法人○○                   |     |     |    |    |     |       |
|        | 率最高 法人の住所                        |              |    | 柏原市○○二丁目3番4号               |     |     |    |    |     |       |
|        | 法人 事業所名1 (事業所番号)                 |              |    | ○○福祉用具販売 (2770000000)      |     |     |    |    |     |       |
|        | 事業所名2 (事業所番号)                    |              |    | ××福祉用具販売 (2770000000)      |     |     |    |    |     |       |
|        | ③割合 (B÷A×100)                    |              |    | セルをクリックし、ドロップダウンリスト(ア～キ)から |     |     |    |    |     | 83.7% |
|        | ④80%を超えている場合の理由を、別表のア～キより記載して下さい |              |    |                            |     |     |    |    |     | オ     |

自動計算されます  
(小数点第2位以下)

セルをクリックし、ドロップ  
ダウンリスト(ア～キ)から

| 判定期間            |                                                                                                                                 | 前期 (3/1~8月末)  | 3月                                          | 4月  | 5月  | 6月  | 7月  | 8月 | 計   |       |  |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|----|-----|-------|--|
|                 |                                                                                                                                 | 後期 (9/1~2月末)  | 9月                                          | 10月 | 11月 | 12月 | 1月  | 2月 | 計   |       |  |
| 通所介護及び地域密着型通所介護 | ①通所介護及び地域密着型通所介護を位置づけた居宅サービス計画数                                                                                                 |               | 30                                          | 35  | 40  | 38  | 37  | 40 | 220 | …A    |  |
|                 | ②紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数                                                                                                         |               | 27                                          | 28  | 28  | 33  | 32  | 36 | 184 | …B    |  |
|                 | 紹介<br>率最高<br>法人                                                                                                                 | 法人の名称         | 株式会社 △△デイサービス                               |     |     |     |     |    |     |       |  |
|                 |                                                                                                                                 | 法人の住所         | 柏原市〇〇三丁目1番1号                                |     |     |     |     |    |     |       |  |
|                 | 法人                                                                                                                              | 事業所名1 (事業所番号) | ××デイサービス (2770000000)                       |     |     |     |     |    |     |       |  |
|                 |                                                                                                                                 | 事業所名2 (事業所番号) | △△デイサービス (2770000000)                       |     |     |     |     |    |     |       |  |
|                 | ③割合 (B÷A×100)                                                                                                                   |               | 単位: %                                       |     |     |     |     |    |     | 83.7% |  |
|                 | ④80%を超えている場合の理由を、別表のア～キより記載して                                                                                                   |               | セルをクリックし、ドロップ<br>ダウンリスト(ア～キ)から<br>選択してください。 |     |     |     |     |    |     | カ     |  |
|                 | ※「通所介護」と「地域密着型通所介護」については、個別で算出するか、合算して算出するかを選択できます。個別で算出する場合は「通所介護」「地域密着型通所介護」のそれぞれの欄に、合算して算出する場合は「通所介護及び地域密着型通所介護」の欄に記入してください。 |               |                                             |     |     |     |     |    |     |       |  |
|                 | 判定期間                                                                                                                            |               | 前期 (3/1~8月末)                                | 3月  | 4月  | 5月  | 6月  | 7月 | 8月  | 計     |  |
|                 |                                                                                                                                 | 後期 (9/1~2月末)  | 9月                                          | 10月 | 11月 | 12月 | 1月  | 2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                                                                                                            |               |                                             |     |     |     |     |    | 0   | …A    |  |
|                 | ②紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数                                                                                                         |               |                                             |     |     |     |     |    | 0   | …B    |  |
|                 | 紹介<br>率最高<br>法人                                                                                                                 | 法人の名称         |                                             |     |     |     |     |    |     |       |  |
|                 |                                                                                                                                 | 法人の住所         |                                             |     |     |     |     |    |     |       |  |
|                 | 法人                                                                                                                              | 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理由を、別表のア～カより記載して下さい                                                                                                |               |                                             |     |     |     |     |    |     |       |  |
|                 | 判定期間                                                                                                                            |               | 前期 (3/1~8月末)                                | 3月  | 4月  | 5月  | 6月  | 7月 | 8月  | 計     |  |
|                 |                                                                                                                                 |               | 後期 (9/1~2月末)                                | 9月  | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月  | 計     |  |
| 地域密着型通所介護       | ①地域密着型通所介護を位置づけた居宅サービス計画数                                                                                                       |               |                                             |     |     |     |     |    | 0   | …A    |  |
|                 | ②紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数                                                                                                         |               |                                             |     |     |     |     |    | 0   | …B    |  |
|                 | 紹介<br>率最高<br>法人                                                                                                                 | 法人の名称         |                                             |     |     |     |     |    |     |       |  |
|                 |                                                                                                                                 | 法人の住所         |                                             |     |     |     |     |    |     |       |  |
|                 | 法人                                                                                                                              | 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理由を、別表のア～キより記載して下さい                                                                                                |               |                                             |     |     |     |     |    |     |       |  |

# 別表

◎ 80%を超えている場合の理由を、（ア～キ）より選択し、各サービスごと④へ記載して下さい。

|   |                                                                                                         |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | 紹介率最高法人が運営する事業所を位置付けた居宅サービス計画のうち、下記の①～③に該当する居宅サービス計画を除外して再計算すると80%以下となる場合                               |
|   | ① 地域包括支援センター（又は市町村等行政機関）から、支援困難事例等として依頼を受けた居宅サービス計画                                                     |
|   | ② 判定期間中において、他の居宅介護支援事業所の廃止・休止により引き受けることとなった利用者で、廃止・休止となった居宅介護支援事業所において位置付けられていたサービス事業所が変更されていない居宅サービス計画 |
|   | ③ 災害等により他の事業所での受け入れが困難であり、やむなく事業所が集中した居宅サービス計画                                                          |
| カ | 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。（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）                |
|   | (例) 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、「地域ケア会議において支援内容の意見・助言を受けている」場合                      |
| キ | 正当な理由がない場合。                                                                                             |

※ この書類は事業所ごと作成して下さい。

※ 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

※ 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、この書類と返信用封筒（切手貼付）を柏原市福祉指導監査課に提出してください。（審査結果を受け取りに来庁される場合は返信用封筒不要。）

※ 減算適用となった場合は、判定期間が前期の場合は、10月1日～3月31日、後期は4月1日～9月30日です。

※ 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（加算様式8-43）」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柏原市が適正に判断します。

※ 「才」に該当する場合

地域包括支援センター（又は市町村等行政機関）から、支援困難事例等として依頼を受けた計画数、判定期間中において、他の居宅介護支援事業所の廃止・休止により引き受けることとなった利用者で、廃止・休止となった居宅介護支援事業所において位置付けられていたサービス事業所が変更されていない計画数又は災害等により他の事業所での受け入れが困難であり、やむなく事業所が集中した計画数

| 判定期間                                                                                                            | 前期（3/1～8月末） | 3月 | 4月  | 5月  | 6月  | 7月 | 8月 | 計  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|-----|-----|-----|----|----|----|
|                                                                                                                 | 後期（9/1～2月末） | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 計  |
|                                                                                                                 |             | 3月 | 4月  | 5月  | 6月  | 7月 | 8月 | 計  |
| （福祉用具貸与）を位置づけた居宅サービス計画数のうち、支援困難事例等として依頼を受けた計画数                                                                  |             | 2  | 3   | 4   | 3   | 2  | 1  | 15 |
| うち、照会率最高法人に位置付けた件数                                                                                              |             | 2  | 3   | 3   | 2   | 2  | 1  | 13 |
| （福祉用具貸与）を位置づけた居宅サービス計画数のうち、居宅介護支援事業所の廃止・休止により引き受けることとなった利用者で、廃止・休止となった居宅介護支援事業所において位置付けられていたサービス事業所が変更されていない計画数 |             | 2  | 2   | 2   | 2   | 2  | 2  | 12 |
| うち、照会率最高法人に位置付けた件数                                                                                              |             | 2  | 2   | 2   | 2   | 2  | 2  | 12 |
| （福祉用具貸与）を位置づけた居宅サービス計画数のうち、災害等により他の事業所での受け入れが困難であり、やむなく事業所が集中した計画数                                              |             | 0  | 0   | 0   | 0   | 3  | 3  | 6  |
| うち、照会率最高法人に位置付けた件数                                                                                              |             | 0  | 0   | 0   | 0   | 1  | 1  | 2  |

※ 「力①」に該当する場合

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、地域ケア会議において支援の内容について、意見・助言を受けている計画数

| 判定期間                                         | 前期（3/1～8月末） | 3月 | 4月  | 5月  | 6月  | 7月 | 8月 | 計 |
|----------------------------------------------|-------------|----|-----|-----|-----|----|----|---|
|                                              | 後期（9/1～2月末） | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 計 |
|                                              |             | 3月 | 4月  | 5月  | 6月  | 7月 | 8月 | 計 |
| （通所介護）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受けた計画数 |             | 2  | 1   | 2   | 1   | 1  | 2  | 9 |
| うち、照会率最高法人に位置付けた件数                           |             | 2  | 1   | 2   | 1   | 1  | 2  | 9 |