

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
(判定期間 年度 前期・後期)

堺市長 殿

□年□月□日 作成

法人名			
法人代表者の職・氏名			
事業所番号	事業所名	
事業所所在地			
作成者		電話番号	
メールアドレス (携帯電話用は不可)	※メールでの結果連絡を希望しない場合、必ず返信用封筒を添付してください。		

- ・居宅介護支援事業所ごとに作成してください。法人単位ではありません。
- ・判定期間は、前期は3月1日から8月末日、後期は9月1日から2月末日です。
- ・この書類は2年間保存する必要があります。
- ・③で求めた割合が80%を超えているサービスが1つでもある場合は、**正当な理由の有無にかかわらずこのチェックシートを堺市介護事業者課に提出してください。**結果通知は原則として電子メールにより行いますが、紙による通知を希望する場合は返信用封筒（宛先を記載し切手を貼付）を同封してください。
- ・提出期限は、前期分は9月15日、後期分は3月15日です。（必着）
- ・③の80%を超えた「正当な理由」について（エ）を選択した場合は、③'の「正当な理由有りとして除外できる件数」についても記載してください。また、正当な理由として除外できる内容がわかる書類（理由書：別紙）を添付してください。なお、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。③'における除外後の割合が80%を超えた場合、減算対象となります。
- ・**通所介護及び地域密着型通所介護については、合算した計画数を①に記載してください。別々に計算した場合は、それぞれのサービスについて記載をしてください。**
- ・紹介率最高法人が同率で複数ある場合は、適宜記入欄を分けて記載するか任意様式により一覧表を作成してください。

80%を超えている場合の「正当な理由」選択項目（各サービスの項目③の太枠内にカタカナを記載する。）

ア	居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域に、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。《サービス事業所が少数のため》
イ	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。《事業所が小規模のため》
ウ	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付けられた計画件数が1月当たり平均10件以下である場合。《サービスの利用が少数のため》
エ	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などにより特定の事業者集中していると認められる場合。ただし、次の(1)及び(2)（又は(3)）の両方を満たす場合に限り。 (1) 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こと (2) 地域ケア会議や地域包括支援センターが実施するケース検討会議に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容についての意見・助言を受けていること (3) 地域包括支援センターも参加したサービス担当者会議が開催されており、当該利用者の支援内容について意見等を受けていること

居宅サービス計画の総数 (介護予防は含まない)	前期	月	月	月	月	月	月	計	月平均
	後期								

訪問介護	① 訪問介護を位置づけた居宅サービス計画数	前期	月	月	月	月	月	月	計(A)
		後期							
	② 紹介率最高法人	法人名称							
		法人所在地							
		上記法人が運営している事業所 (3事業所以上の場合任意様式により一覧表を作成してください。)		事業所番号		事業所名			
		紹介率最高法人の事業所が位置づけられた居宅サービス計画数		前期	月	月	月	月	月
		後期							
	③ 割合：B ÷ A × 100 (単位：%)		80%を超えている場合の正当な理由（ア～エ）または理由無						
	③' 80%を超えているうち、正当な理由有りとして除外できる件数				除外後の割合 (%)				

通所介護・地域密着型通所介護	① 通所介護・地域密着型通所介護を位置づけた居宅サービス計画数	前期 後期	月	月	月	月	月	月	計(A)
	② 法人名称								
	法人所在地								
	上記法人が運営している事業所 (3事業所以上の場合は任意様式により一覧表を作成してください。)	事業所番号				事業所名			
	紹介率最高法人 紹介率最高法人の事業所が位置づけられた居宅サービス計画数	前期 後期	月	月	月	月	月	月	計(B)
③ 割合：B÷A×100 (単位：%)		80%を超えている場合の正当な理由（ア～エ）または理由無							
③'80%を超えているうち、正当な理由有りとして除外できる件数			除外後の割合 (%)						

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	前期 後期	月	月	月	月	月	月	計(A)
	② 法人名称								
	法人所在地								
	上記法人が運営している事業所 (3事業所以上の場合は任意様式により一覧表を作成してください。)	事業所番号				事業所名			
	紹介率最高法人 紹介率最高法人の事業所が位置づけられた居宅サービス計画数	前期 後期	月	月	月	月	月	月	計(B)
③ 割合：B÷A×100 (単位：%)		80%を超えている場合の正当な理由（ア～エ）または理由無							
③'80%を超えているうち、正当な理由有りとして除外できる件数			除外後の割合 (%)						

※通所介護と地域密着型通所介護とを分けて計算した場合は、下欄も記載してください。

通所介護・地域密着型通所介護	① 通所介護・地域密着型通所介護を位置づけた居宅サービス計画数	前期 後期	月	月	月	月	月	月	計(A)
	② 法人名称								
	法人所在地								
	上記法人が運営している事業所 (3事業所以上の場合は任意様式により一覧表を作成してください。)	事業所番号				事業所名			
	紹介率最高法人 紹介率最高法人の事業所が位置づけられた居宅サービス計画数	前期 後期	月	月	月	月	月	月	計(B)
③ 割合：B÷A×100 (単位：%)		80%を超えている場合の正当な理由（ア～エ）または理由無							
③'80%を超えているうち、正当な理由有りとして除外できる件数			除外後の割合 (%)						