

【様式1】  
 特定事業所集中減算 チェックシート ( 提出用 兼 保存用 ) **記載例様式1**

● 年 ● 月 ● 日

名張市長 あて

法人名	社会福祉法人●●会
法人住所・電話番号	××市××町××番地 TEL ×××-×××-××××
代表者の職種・氏名	理事長 名張 一郎
事業所番号	2 4 × × × × × × × × × ×
事業所名	ケアプランセンター 長寿
事業所住所・電話番号	名張市××町××番地 TEL ×××-×××-××××
事業所管理者氏名	介護 花子

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	
①居宅サービス計画の総数			90	90	80	90	80	90	520
訪問介護	②訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数		30	30	30	30	30	30	180
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		25	25	25	25	25	25	150
	紹介率最高法人の名称	NPO法人●●							
	住所	××市××町××番地							
	事業所名1 事業所名2	▲▲ヘルパーステーション ヘルパーステーション▲●							
④割合 ( B ÷ A × 100 )			83.333222%						
⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。									
通所介護・地域密着型通所介護	②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		50	50	50	40	40	40	270
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		30	30	30	20	20	20	150
	紹介率最高法人の名称	NPO法人 ■■							
	住所	××市××町××番地							
	事業所名1 事業所名2	デイサービス■■●							
④割合 ( D ÷ C × 100 )			55.555556%						
⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。									
福祉用具貸与	②福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数								0
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数								0
	紹介率最高法人の名称								
	住所	該当なし							
	事業所名1 事業所名2	該当なし							
④割合 ( F ÷ E × 100 )			#DIV/0!						
⑤ 80%を超えている場合で、正当な理由がある場合は、別紙、様式2を添付すること。									

同一法人の事業所が複数該当する場合、例のとおりそれぞれ事業所名1、2を記載してください

80%を超えている場合は本様式と様式2の提出が必要です。「正当な理由」がないと

通所介護と地域密着型通所介護の計画数の合算を記載してください。(地域密着型通所介護の計画件数はNo2ページの地域密着型通所介護欄に、再掲で記載してください)

判定期間中に該当計画がない場合、当欄に「該当なし」と記載してください。

【様式1続紙】

No.2

事業所名	ケアプランセンター かいご
------	---------------

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	
(再掲) 地域密着型通所介護	②地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数		20	30	30	10	10	10	110
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		10	20	20	5	5	5	65
	No.1ページの「通所介護・地域密着型通所介護」の計画数のうち「地域密着型通所介護」にかかる計画数を②③欄に計上すること。								

- ※1 判定期間の前期とは、3月1日から8月末日まで、後期とは、9月1日から2月末日までの期間となります。
- ※2 80%を超えた場合は、この書類を名張市に提出してください。
- ※3 提出期限(前期は9月15日、後期は3月15日)までに提出してください。
- ※4 この書類はすべての居宅介護支援事業所が作成し、5年間保存してください。
- ※5 欄内に書き切れないときは、別の紙を利用して書き足してください。
- ※6 指定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。
- ※7 特定事業所集中減算の適用の有無が変更になる場合は、別途「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」を提出してください。
- ※8 介護予防給付者は件数に含めないでください。

【様式2】

特定事業所集中減算 理由書 ( 提出用 兼 保存用 )

**記載例様式2**

位置付けたサービス種類 (該当に○)	訪問介護	通所介護(地域密着型を含む)	福祉用具貸与
法人の名称	社会福祉法人●●会		
法人の所在地	××市××町××番		
居宅介護支援事業所名	ケアプランセンター		

判定した割合が、80%を超える場合に、80%を超えるに至ったことについて、正当な理由がある場合、①～⑥該当に○をつけてください。

①～⑥該当する理由に○をつけてください。

①	<p>居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各サービスごとでみた場合に事業所未満である。</p> <p>当該事業所の番号及び名称を下記に記載すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所番号： ●●● 事業所名： ●●●</li> <li>事業所番号： ◇◇◇ 事業所名： ▲▲▲▲</li> <li>事業所番号： 事業所名：</li> <li>事業所番号： 事業所名：</li> </ul>
②	特別地域居宅介護支援加算を受けている事業者である。
③	<p>判定期間の1月あたりの平均居宅サービス計画数が20件以下である。</p> <p>当該件数を下記に記載すること。</p> <p>延べ件数： ○○ ÷ 6 ヶ月 = ●件</p>
④	判定期間の1月あたりの特定事業所集中減算の対象となる居宅サービスを位置付けた居宅サービス計画件数が、サービス種類ごとにみた場合に平均10件以下である。
⑤	<p>サービスの質が高いことなどによる利用者の希望を勘案し、利用者に対し事業所を紹介したうえで、特定の事業者に集中している場合。</p> <p><b>集中したサービスごとの対象件数は、次の①～③です。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 判定期間中に新規に居宅サービス計画を作成した件数： ●件</li> <li>② 判定期間中に利用者が区分変更認定を受けた件数： ○件</li> <li>③ 判定期間中に利用者が更新認定を受けた件数： ◇件</li> </ul> <p>※上記計画にかかる利用者から得た確認書【様式3】及び該当者一覧【様式4】の作成必要。</p> <p>※【様式4】は、本理由書に添付し、市へ提出すること。</p>
⑥	<p>地域ケア会議等（保険者や地域包括支援センターが関与して、当該居宅サービス計画の支援内容について意見や助言を求め、それらを減じると80%を超えない場合</p> <p>該当計画数 件（当該計画は割合算定の対象としない） 再計算後の割合 %</p> <p>当該計画について意見等を受けた会議名称及びその日を記載した資料（任意様式）を添付すること。</p>

⑤に該当の場合は、様式4を作成し、様式1.2一緒

(紹介率最高法人の計画数－該当件数) ÷ (計画件数－該当件数)

- ※ サービス種類ごとに作成してください。
- ※ 欄が不足する場合は、適宜作成してください。
- ※ ③の延べ件数とは、【様式1】の①居宅サービス計画の総数と同じ。

居宅サービス事業所の選択に関する説明に係る確認書

居宅介護支援事業所が記載) ※当確認書はサービス種別ごとに作成してください。

確認書はサービス種別ごとに必要です

1 サービス名: ・訪問介護 ・通所介護(地域密着型通所介護を含む) ・福祉用具貸与  
(該当に○)

2 利用者がサービス事業所を選択する主な理由: 新規 ・ 区分変更 ・ 更新

利用者の住居は〇〇地区に所在しており、●●のサービスの提供が可能かつ、送迎可能な通所介護事業所が当通所介護事業所のみであることから選択した。

選択理由は、それぞれ利用者に応じた、サービス種別に応じた理由となります

3 説明を受けた居宅サービス事業所名等

	事業所番号	事業所名	法人名
1	247××××××××	A通所介護	社会福祉法人A会
<u>2</u>	247××××××××	〇〇デイサービス	〇〇株式会社
3	249××××××××	Bデイサービスセンター	B株式会社
4	247××××××××	通所介護事業所C	有限会社C
5	247××××××××	D通所介護事業所	株式会社D

- ※ 少なくとも3事業所はご記入ください。
- ※ 欄が不足する場合は、別紙としてください。
- ※ 利用者が選択した事業所の番号に、○印を付けてください。

選択事業所に○するのを忘れないでください

4 説明に使用した資料 (○印をつけてください。)

- 1 指定居宅介護支援事業所が作成した説明資料
- 2 市が発行する事業所一覧表
- 3. 介護サービス情報公表システム
- 4 各サービス事業所のパンフレット
- 5. その他 ( )

5 説明日: 〇〇 ●年 ●月 ●日

6 説明者: 介護支援専門員氏名 介護 花子

7 利用者の確認:

私は、上記の居宅サービスの提供を受けるに当たり、3に記載の事業所を紹介され、比較検討した結果、事業所を選択しました。

〇〇 ●年 ●月 ●日

利用者氏名: 名張 太郎 印 又は 署名

利用者自身が署名された場合は、押印は不要です。利用者自身が筆記できない状況であれば家族の方の代筆で構いません。その場合は、代筆者氏名と続柄を記載してもらってください

※1~6までは、居宅介護支援事業所が記載してください。

※作成後は居宅介護支援事業所で保管し、市から依頼があった時に提示又は写しを提出してください。

### 理由⑤該当者一覧表

法人名	社会福祉法人●●会
事業所名	●●ケアプランセンター
事業所番号	24××××××××
判定期間	○○ ● 年度 ● 期分 (前期・後期をご記入ください)

※当該判定期間中に新規・区分変更・更新した利用者で「正当な理由⑤」に該当する利用者をご記入ください。  
 ※後日、事業所で保管している該当者の確認書(様式3)のコピー等を追加資料として提出していただくことがあります。  
 ※欄が不足する場合はコピー等で作成してください。  
 ※通所介護には地域密着型通所介護を含みます。

	該当者(利用者)名	新規・区分変更・更新の別	該当するサービス種別(○を記入)		
			訪問介護	※通所介護	用具貸与
1	名張 太郎	新規	○		
2	以下同様に記載				
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					