

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）

摂津市長 様

年 月 日

法人名	株式会社 摂津市居宅介護支援センター
代表者の職・氏名	代表取締役 摂津 太郎
事業所番号	2 7 7 1 6 5 4 3 2 1
事業所名	摂津市居宅介護支援センター
事業所住所	摂津市三島一丁目1番1号
事業所の通常の実施地域	摂津市・〇〇市・〇〇市
管理者氏名・電話番号	摂津 花子 06-6383-1111

令和 6 年度 前期 ・ 後期	判定期間	前期 (3/1~8/31)	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
		後期 (9/1~2/28(29))	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) (介護予防支援については件数に含まない)	70	80	75	80	78	80	463

判定期間		前期 (3/1~8/31)	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
		後期 (9/1~2/28(29))	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		35	35	45	40	40	50	245 …B
	紹介率最高法人	法人の名称	株式会社 摂津市訪問介護センター						
		法人の住所	摂津市〇〇二丁目2番2号						
		事業所名1 (事業所番号)	摂津市訪問介護ステーション (277222222)						
	事業所名2 (事業所番号)	摂津市訪問介護センター (277333333)							
③割合 (B÷A×100)		単位：%							54.4%
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)									

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ください。2事業所を超える場合は別紙を作成し記載してください。

判定期間		前期 (3/1~8/31)	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
		後期 (9/1~2/28(29))	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		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
	紹介率最高法人	法人の名称	社会福祉法人 摂津市デイサービス						
		法人の住所	摂津市〇〇三丁目3番3号						
		事業所名1 (事業所番号)	摂津市デイサービスセンター (2770543210)						
	事業所名2 (事業所番号)	摂津市リハビリデイサービスセンター (2777654321)							
③割合 (B÷A×100)									83.6%
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)		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してください)							オ

判定期間		前期 (3/1~8/31)		3月	4月	5月	6月	7月	8月	計		
		後期 (9/1~2/28(29))		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		1	2	2	2	2	2	2	11	…A	
	②紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数		1	2	2	2	2	2	2	11	…B	
	紹介率最高法人	法人の名称		特定非営利活動法人 摂津市介護レンタルサービス								
		法人の住所		摂津市〇〇四丁目4番4号								
		事業所名1 (事業所番号)		摂津市介護レンタルサービス (2770123456)								
		事業所名2 (事業所番号)		摂津市福祉用具貸与事業所 (2770012345)								
③割合 (B÷A×100)		単位：%								100.0%		
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)											工	
判定期間		前期 (3/1~8/31)		3月	4月	5月	6月	7月	8月	計		
		後期 (9/1~2/28(29))		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づけた居宅サービス計画数									0	…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：%								#DIV/0!		
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)												

- ※ 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、地域密着型通所介護、福祉用具貸与です。
- ※ 通所介護と地域密着型通所介護は、原則それぞれの紹介率を算定しますが、地域密着型通所介護は、通所介護に含めて算定することとして差支えありません。
- ※ 対象サービスが多く記入欄が足りない場合は、複写し使用ください。
- ※ 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日が減算対象期間となります。
- ※ 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「変更届」と「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」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市が適正に判断します。

【提出について】

この書類を摂津市保健福祉部高齢介護課介護保険係に提出してください。
(提出期限：判定期間が前期は9月15日、後期は3月15日 ※期限が土日祝にあたる場合は翌開庁日)

80%を超えている場合の正当な理由について

別表

ア～オより（正当な理由がない場合はカを）選択し、各サービスごと④へ記載してください。

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。（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、「地域ケア会議において支援内容の意見・助言を受けている」場合
カ	正当な理由がない場合。

※「オ」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を記入して添付してください。

判定期間	前期 (3/1~8/31)							計
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	
	後期 (9/1~2/28(29))							
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計	
	月	月	月	月	月	月	計	
（訪問介護）を位置つ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							0	
紹介率最高法人を位置付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							0	
（通所介護）を位置つ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	12	8	10	6	2	3	41	
紹介率最高法人を位置付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	12	8	10	6	2	3	41	
（福祉用具貸与）を位置つ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							0	
紹介率最高法人を位置付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							0	
（地域密着型通所介護）を位置つ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							0	
紹介率最高法人を位置付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							0	