

大里広域市町村圏組合管理者 あて

法人所在地

法人名称

代表者職氏名

印

居宅介護支援事業所における特定事業所集中減算の届出について（令和 年度 期）

このことについて、 年 月から 年 月の状況を別紙のとおり届け出ます。

記

事業所の状況	名称												
	住所	〒 -											
	電話	-				FAX		-					
事業者番号	1	1										←居宅介護支援事業所の番号を記載	

紹介率最高法人が80%を超えた「正当な理由」は下記のとおりですので、減算の有無の判定をお願いします。

- 1 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件以下であるなど事業所が小規模である
- 2 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件以下であるなど、サービスの利用が少数である
- 3 サービスごとで見た場合に、利用者の日常生活圏域内に訪問介護などのサービス事業所が5事業所未満であるなどサービス事業所が少数である
- 4 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所に集中していると認められる
- 5 (1) ① 該当するサービスにおいて社会福祉法人における減免制度を利用している者
- 5 (1) ② 今回の算定期間内に従前の居宅介護支援事業者がやむなく廃止、休止となった結果、引継先として当該事業所で居宅介護支援をすることとなった者
- 5 (1) ③ 市町村や都道府県で状況を把握した結果、支援が困難な事例と判断された者について、上記機関との調整の結果、当該事業所で居宅介護支援を開始することとなった場合
- 5 (1) ④ 利用者の状況についてアセスメントを行った結果、下記の加算等の体制を整備している事業所をケアプラン上位置づける必要がある場合に、その条件に合致する事業所が当該サービス提供地域内に1箇所しか存在しなかったため、その事業所を使用せざるを得なかった者
- 5 (2) その他の「正当な理由」5 (2) の「事業所の休止を行った事業所」などに該当する

※ 5 (1) ①、5 (1) ②、5 (1) ③、5 (1) ④、5 (2) は、「正当な理由」にあたる根拠を示し客観的・具体的に記載してください。また、それを証明する客観的資料を合わせて提出してください。