

【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)

No. 1

年 月 日

津市長 あて

法人名										
法人住所・電話番号										
代表者の職種・氏名	印									
事業所番号	2	4								
事業所名										
事業所住所・電話番号										
事業所管理者名										

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												
訪問介護	②訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数										A	
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										B	
	紹介率最高法人の名称											
	住所											
	事業所名 1											
	事業所名 2											
	④割合 (B÷A×100) 単位：%											
	⑤80%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	②通所介護・地域通所介護を位置付けた居宅サービス計画数										C
		③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										D
紹介率最高法人の名称												
住所												
事業所名 1												
事業所名 2												
④割合 (D÷C×100) 単位：%												
⑤80%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										E
		③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数										F
	紹介率最高法人の名称											
	住所											
	事業所名 1											
	事業所名 2											
	④割合 (F÷E×100) 単位：%											
	⑤80%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。											

【様式 1 続紙】

No.2

地域密着型通所介護	②通所介護・地域通所介護を位置付けた居宅サービス計画数								G
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数								H
	紹介率最高法人の名称								
	住所								
	事業所名 1								
	事業所名 2								
	④割合 ($H \div G \times 100$)								単位：％
	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。								

※通所介護と地域密着型通所介護を合算して判定する場合のみ、記入してください。

合算する場合、「通所介護」「地域密着型通所介護」の欄は記載しないでください。

通所介護・地域密着型通所介護	②通所介護・地域通所介護を位置付けた居宅サービス計画数								I
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数								J
	紹介率最高法人の名称								
	住所								
	事業所名 1								
	事業所名 2								
	④割合 ($J \div I \times 100$)								単位：％
	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。								

※1 前期とは、3月1日から8月末日まで。

※2 後期とは、9月1日から2月末日まで。

※3 80%を超えた場合は、この書類を津市介護保険課に、1部提出してください。

※4 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。

※5 この書類はすべての居宅介護支援事業所が作成し、2年間保存する必要があります。

※6 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。

※7 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。

※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 ）

位置付けたサービス種類（該当に○）	訪問介護 通所介護 福祉用具貸与 地域密着型通所介護
-------------------	-------------------------------------

法人の名称	
法人の所在地	
居宅介護支援事業所名	

①	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5事業所未満である。 （ 該当する ・ 該当しない ） 該当する場合は、当該事業所の番号及び名称を下記に記載すること。 ・ 事業所番号： 事業所名： ・ 事業所番号： 事業所名： ・ 事業所番号： 事業所名： ・ 事業所番号： 事業所名：
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。 （ 該当する ・ 該当しない ）
③	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。 （ 該当する ・ 該当しない ） 該当する場合は、当該件数を下記に記載すること。 延べ件数： ÷ ヶ月 ＝ 件
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。 （ 該当する ・ 該当しない ）
⑤	サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案し、利用者に対して複数の事業所を紹介したうえで、集中している場合。 集中したサービスごとの対象件数は、次の①～③です。 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 ② 判定期間中に利用者が区分変更認定を受けた件数： 件 ③ 判定期間中に利用者が更新認定を受けた件数： 件 ※上記計画にかかる利用者から得た確認書【様式3】については、事業所に保管していて、市から求めがあった時にいつでも提示すること。該当者一覧【様式4】のみ提出すること。
⑥	地域ケア会議等（保険者や地域包括支援センターが関与する会議を含む）において、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受けた計画がある場合 該当計画数 件（当該計画は割合算定の対象としない） 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。

※ 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。

【様式 3】

居宅サービス事業所の選択に関する説明に係る確認書

(1～6までは、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。

- 1 サービス名： ・訪問介護 ・通所介護 ・福祉用具貸与 ・地域密着型通所介護

(該当サービスに○
してください)

- 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

- ### 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			
2			
3			
4			
5			

- ※ 少なくとも3事業者はご記入ください。
※ 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。

- 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．市町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： 年 月 日

- 6 説明者： 介護支援専門員氏名

- ## 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。

年 月 日

利用者氏名： _____ 印 又は 署名 _____

- ※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。

【様式4】

理由⑤該当者一覧表

法人名	
事業所名	
事業所番号	
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、事業所で保管してみえる該当者の確認書（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。

	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	福祉用具貸与	地域密着型通所介護
1						
2						
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						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						

【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 No.1

令和 6 年 3 月 15 日

津市長 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 三重 太郎 印
事業所番号	2 4 × × × × × × × ×
事業所名	居宅介護支援事業所 福祉
事業所住所・電話番号	津市××町××番地 TEL ×××-××××-××××
事業所管理者名	介護 花子

法人の代表者印を
押印してください

判定期間 令和5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			80	90	80	90	80	90	510	
訪問介護	②訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数		40	45	40	45	40	45	255	A
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		40	40	40	30	20	20	190	B
	紹介率最高法人の名称		NPO法人健康福祉							
	住所		××市××町××番地							
	事業所名 1		健康福祉ヘルパーステーション津北							
	事業所名 2		健康福祉ヘルパーステーション津南							
	④割合（B÷A×100）		単位：%							74.5
	⑤80%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。									
	②通所介護・地域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	C
	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	D
通所介護	紹介率最高法人の名称		NPO法人▲▲							
	住所		××市××町××番地							
	事業所名 1		デイサービス▲▲							
	事業所名 2									
	④割合（D÷C×100）		単位：%							55.6
	⑤80%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。									
	②福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数		60	60	60	65	65	65	375	E
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		50	50	50	53	53	53	309	F
	紹介率最高法人の名称		有限会社B							
	住所		××市××町××番地							
福祉用具貸与	事業所名 1		B福祉用具貸与事業所							
	事業所名 2									
	④割合（F÷E×100）		単位：%							82.4
	⑤80%を超えている場合で、正		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%を超えているので「正当な理由」がないと居宅介護支援すべてにおいて減算となります

【様式1続紙】

記載例 No.2

地域密着型通所介護	②通所介護・地域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	G
	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	H
	紹介率最高法人の名称	NPO法人▲▲							
	住所	××市××町××番地							
	事業所名1	デイサービス▲▲							
	事業所名2								
	④割合 (H÷G×100)	単位：%							55.6
⑤80%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。									

※通所介護と地域密着型通所介護を合算して判定する場合のみ、記入してください。
合算する場合、「通所介護」「地域密着型通所介護」の欄は記載しないでください。

通所介護・地域密着型通所介護	②通所介護・地域通所介護を位置付けた居宅サービス計画数								I
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数								J
	紹介率最高法人の名称								
	住所								
	事業所名1								
	事業所名2								
	④割合 (J÷I×100)	単位：%							
⑤80%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。									

※1 前期とは、3月1日から8月末日まで。

※2 後期とは、9月1日から2月末日まで。

※3 80%を超えた場合は、この書類を津市介護保険課に、1部提出してください。

※4 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。

※5 この書類はすべての居宅介護支援事業所が作成し、2年間保存する必要があります。

※6 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。

※7 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。

※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**

位置付けたサービス種類 (該当に○)	訪問介護 通所介護 福祉用具貸与 地域密着型通所介護
-----------------------	-----------------------------------

法人の名称	社会福祉法人●●会
法人の所在地	××市××町××番地
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所 福祉

①	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5事業所未満である。 (該当する ・ 該当しない) 該当する場合は、当該事業所の番号及び名称を下記に記載すること。 ・ 事業所番号： 事業所名： ・ 事業所番号： 事業所名： ・ 事業所番号： 事業所名： ・ 事業所番号： 事業所名：
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。 (該当する ・ 該当しない)
③	判定期間の1月あたりの平均居宅サービス計画数が2 (該当する ・ 該当しない) 該当する場合は、当該件数を下記に記載すること。 延べ件数： 430 ÷ 5 ヶ月 = 86件
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サービスを提供した居宅サービス計画件数が、サービス種類ごとにみなし平均10件以下である。 (該当する ・ 該当しない)
⑤	サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案し、所を紹介したうえで、集中している場合。 集中したサービスごとの対象件数は、次の①～③です。 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： 20件 ② 判定期間中に利用者が区分変更認定を受けた件数： 13件 ③ 判定期間中に利用者が更新認定を受けた件数： 30件 ※上記計画にかかる利用者から得た確認書【様式3】については、事業所に保管していて、市から求めがあった時にいつでも提示すること。該当者一覧【様式4】のみ提出すること。
⑥	地域ケア会議等（保険者や地域包括支援センターが関与する会議を含む）において、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受けた計画がある場合 該当計画数 件（当該計画は割合算定の対象としない） 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。

315件÷5ヶ月＝63件 となり、10件以下ではありません
※判定期間が平成30年度後期以降の場合は6か月で除して計算してください

・ 計63件について、【様式3】【様式4】が必要です
・ 理由⑤に該当しなければ、未記入としてください

- ※ 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。

【様式3】

記載例

居宅サービス事業所の選択に関する説明に係る確認書

(1～6までは、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 ・福祉用具貸与 ・地域密着型通所介護

(該当サービスに
○してください)

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

当福祉用具貸与事業所は、〇〇により選択した。

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	24××××××××	A福祉用具貸与事業所	株式会社A
2	24××××××××	B福祉用具貸与事業所	有限会社B
3	24××××××××	C福祉用具貸与事業所	C株式会社
4	24××××××××	D福祉用具貸与事業所	有限会社D
5	24××××××××	E福祉用具貸与事業所	株式会社E

選択理由は、それぞれ利用
者に応じた、サービス種別
に応じた理由を詳しく記入し
てください

※ 少なくとも3事業者はご記入ください。

※ 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. 市町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： 令和 6年 2月 26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。

令和 6年 2月 26日

利用者氏名： 津市 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も
けっこうですが、その旨余白に記載し
ておいてください

※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	居宅介護支援事業所 福祉
事業所番号	24××××××××
判定期間	令和 5 年度 後 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、事業所で保管してみえる該当者の確認書（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	福祉用具貸与	地域密着型通所介護
1	津市 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						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						