

居宅介護支援事業所特定事業所集中減算計算書【令和 年度 期】

事業所番号

事業所名

担当者名

電話

1 紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画の数の占める割合

サービス	法人名	代表者名	住所	全体月計 ②	80%件数 ③(②×0.8)	最高法人計 ④	80%超過
							-
							-
							-
							-
							-
							-
							-

2 紹介率最高法人への集中割合が80%を超えるサービスの有無

有 ・ 無

- ※ 2が【有】の場合
3へ進んでください。
- ※ 2が【無】の場合
届出は不要です。本紙及び別紙2を事業所において2年間保存してください。

3 紹介率最高法人への集中割合が80%を超える正当な理由の有無

有 ・ 無

- ※ 3が有の場合
次ページ「減算の有無の判定を求める正当な理由の項目」にチェックを付して各項目の詳細な計算を示してください。
- ※ 3が無の場合
様式1「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」を作成し本紙及び別紙2とともに市へ届け出てください。

減算の有無の判定を求める正当な理由の項目

チェック欄	正当な理由の判定項目
	(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事業所でみた場合に5事業所未満である□
	(2) 特別地域居宅介護支援加算を受けている
	(3) 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
	(4) 対象サービスを位置づけているプランがサービス種類ごとでみた場合に1ヶ月あたりの平均で10件以下である
	(5) サービスごとでみた場合に利用者の日常生活圏域内にサービス事業所が5事業所未満である
	(6) その他の「正当な理由」

【以下の項目は上記表にてチェックした項目のみ記入してください】

正当な理由(1)関係 事業所の実施区域の状況

通常の実施区域 (市町村名等を記入)	区域内の事業所数(令和 年 月 日現在)					
	みなし 指定の ない サービス	サービス 種類				
事業所数						
サービス 種類						
事業所数						
みなし 指定の ある サービス	サービス 種類					
	事業所数	総事業所数	左のうちみなし 指定事業所数	総事業所数	左のうちみなし 指定事業所数	総事業所数

※ みなし指定のあるサービスについて記載した場合は別表「サービス別 実施区域内における事業所の請求状況調査表」を提出すること

正当な理由(2)関係 特別地域居宅介護支援加算の有無

有 ・ 無

正当な理由(3)関係 判定期間における居宅サービス計画数

判定期間各月の計画件数	H .	H .	H .	H .	H .	H .	合計(①)	平均(①/6)	20件以下
									-

正当な理由(4)関係 判定期間におけるサービス種類ごとのプラン件数

集中割合が80%を超過したサービス名称	H .	H .	H .	H .	H .	H .	合計(①)	平均(①/6)	10件以下
									-
集中割合が80%を超過したサービス名称	H .	H .	H .	H .	H .	H .	合計(①)	平均(①/6)	10件以下
									-

正当な理由(5)関係 利用者の日常生活圏域からみた事業所数の状況

サービス種類でみた場合に日常生活圏域内にサービスが5事業所未満である利用者を除いた場合の集中割合							
サービス	法人名	代表者名	住所	全体月計 ②	80%件数 ③(②×0.8)	最高法人計 ④	80%超過

※ 別紙3「日常生活圏域内の事業所の状況及び利用希望調査票」、別紙4「サービスごとの紹介率計算内訳書(正当な理由(5)関係)」及び参考様式1「法人別 各月の正当な理由該当利用者一覧」を提出すること

4 届出の要否

チェック欄		届出の要否
	集中割合が80%を超えるサービスがない	届出は不要です。 事業所において別紙1及び別紙2を2年間保存してください。
	集中割合が80%を超えているが正当な理由の(1)～(4)に該当する	届出は不要です。 事業所において別紙1及び別紙2を2年間保存してください。
	集中割合が80%を超えており正当な理由の(1)に該当するが、事業所数の計算において請求実績のないみなし事業所を除いている	届出が必要です。 県へ様式1、別紙1、別紙2及び別表を提出してください。
	集中割合が80%を超えており正当な理由の(5)～(6)に該当する	届出が必要です。 必要書類を添えて県へ提出してください。

※ 記入欄が不足する場合は適宜行を追加して記入してください。

居宅介護支援事業所特定事業所集中減算計算書【平成29年度後期】

事業所番号 1176543200 事業所名 こぼとん川口 担当者名 埼玉 和子 電話 048-830-3247

1 紹介率最高法人を位置づけた居宅サービスについて記入します

別紙2で「○」のついた法人について記入します

④>③の場合に○をしてください

小数点以下を切り捨ててください

② ③(②×0.8)

サービス	法人名	代表者名	住所	全件 ②	③(②×0.8)	最高法人計 ④	80%超過
訪問介護	(株)こぼとん	埼玉 和子	さいたま市浦和区高砂3-15-1	203	162	183	○
通所介護	(福)まがたま会	彩野 国雄	所沢市けやき台2-5-8	75	60		
福祉用具貸与	(株)こぼとん	埼玉 和子	さいたま市浦和区高砂3-15-1	12	9	8	
訪問看護	(株)こぼとん	埼玉 和子	さいたま市浦和区高砂3-15-1	18	14	15	○
通所リハビリテーション	(福)まがたま会	彩野 国雄	所沢市けやき台2-5-8	11	8	4	

小数点以下を切り捨ててください

2 紹介率最高法人への集中割合が80%を超えるサービスについて

有の場合3へ
無の場合はここで終了です

有 無

※ 2が【有】の場合
3へ進んでください。

※ 2が【無】の場合
届出は不要です。本紙及び別紙2を事業所において2年間保存してください。

3 紹介率最高法人への集中割合が80%を超える正当な理由の項目について

有の場合「減算の有無の判定を求める正当な理由の項目」へ
無の場合は県への届出をしてください

有 無

※ 3が有の場合
次ページ「減算の有無の判定を求める正当な理由の項目」にチェックを付して各項目の詳細な計算を示してください。

※ 3が無の場合
様式1「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」を作成し本紙及び別紙2とともに県へ届け出てください。

減算の有無の判定を求める正当な理由の項目

チェック欄	正当な理由の判定項目
○	3で有の場合はいずれかに○をつけてください の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各事業所でみた場合に5事業所未満である□
	を受けている
	(3) 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
	(4) 対象サービスを位置づけているプランがサービス種類ごとでみた場合に1ヶ月あたりの平均で10件以下である
(5) サ	減算の有無の判定を求める正当な理由の項目」で○をしたもののみ記入してください
(6) そ	にサービス事業所が5事業所未満である (本記入例では記入の参考とするためすべての項目に記入していますが、実際の書類では該当する項目のみの記入となります)

【以下の項目は上記表にてチェックした項目のみ記入してください】

正当な理由(1)関係 事業所の実施区域の状況

通常の実施区域 (市町村名等を記入)	区域内の事業所数(平成30年2月28日現在)							
	サービス種類	訪問介護		通所介護		福祉用具貸与		
川口市・戸田市・蕨市	みなし指定のないサービス	事業所数	106		75		29	
		サービス種類						
		事業所数						
	みなし指定のあるサービス	サービス種類	訪問看護		通所リハビリテーション			
		事業所数	総事業所数	左のうちみなし指定事業所数	総事業所数	左のうちみなし指定事業所数	総事業所数	左のうちみなし指定事業所数
			9	7	18	9		

そのみなし事業所の請求実態の有無にかかわらず、実施区域内のみなし指定事業所の数を入力してください。

※ みなし指定のあるサービスについて記載した場合は別表「サービス別 実施区域内における事業所の請求状況調査表」を提出すること

正当な理由(2)関係 特別地域居宅介護支援加算の有無

有

無

正当な理由(3)関係

判定

給付管理票を作成している件数を記入してください(地域包括支援センターから受託している要支援者分は除く)

判定期間各月の計画件数	H 29.9	H 29.10	H 29.11	H 29.12	H 30.1	H30.2	合計(①)	平均(①/6)	20件以下
	39	38	38	38	37	38	228	38	

各月の平均が20件以下の場合、この欄に○が付されます

正当な理由(4)関係

判定期間におけるサービス種類ごとのプラン件数

集中割合が80%を超過したサービス名称	H 29.9	H 29.10	H 29.11	H 29.12	H 30.1	H30.2	合計(①)	平均(①/6)	10件以下
訪問介護	35	35	34	33	33	33	203	33.8333333	
集中割合が80%を超過したサービス名称	H 29.9	H 29.10	H 29.11	H 29.12	H 30.1	H30.2	合計(①)	平均(①/6)	10件以下
訪問看護	1	8	1	3	4	1	18	3	○

各月のサービスごとの平均が10件以下の場合、この欄に○が付されます

正当な理由(5)関係

利用者の日常生活圏域からみた事業所数の状況

別紙4に基づいて入力してください

サービス種類でみた場合に日常生活圏域内にサービスが5事業所未満である利用者を除いた場合の集中割合							
サービス	法人名	代表者名	住所	全体月計 ②	80%件数 ③(②×0.8)	最高法人計 ④	80%超過
訪問介護	(株)こぼとん	埼玉 和子	さいたま市浦和区高砂3-15-1	77	61	57	-

別紙4で「○」のついた法人について記入します

小数点以下を切り捨ててください

※ 別紙3「日常生活圏域内の事業所の状況及び利用希望調査票」、別紙4「サービスごとの紹介率計算内訳書(正当な理由(5)関係)」及び参考様式1「法人別 各月の正当な理由該当利用者一覧」を提出すること

4 届出の要否

いずれかにチェックを付け、「届出の要否」欄を参照してください

チェック欄		届出の要否
	集中割合が80%を超えるサービスがない	届出は不要です。 事業所において別紙1及び別紙2を2年間保存してください。
	集中割合が80%を超えているが正当な理由の(1)～(4)に該当する	届出は不要です。 事業所において別紙1及び別紙2を2年間保存してください。
	集中割合が80%を超えており正当な理由の(1)に該当するが、事業所数の計算において請求実績のないみなし事業所を除いている	届出が必要です。 県へ様式1、別紙1、別紙2及び別表を提出してください。
○	集中割合が80%を超えており正当な理由の(5)～(6)に該当する	届出が必要です。 必要書類を添えて県へ提出してください。

※ 記入欄が不足する場合は適宜行を追加して記入してください。

サービスごとの紹介率計算内訳書

サービス種類(訪問介護)

事業所番号

1176543200

事業所名

こばとん

一番件数が多い法人に○をつけてください

法人名	事業所番号	事業所名	H 29.9	H 29.10	H 29.11	H 29.12	H 30.1	H 30.2	計	最も多い法人
(株)こばとん	1176543200	こばとん川口	20	20	19	19	18	18	183	○
	1176666666	こばとん鳩ヶ谷	12	12	12	11	11	11		
(福)まがたま会	1175555555	まがたま訪問介護事業所	3	3	3	3	4	4	20	
居宅サービス計画のうち訪問介護を計画した数			35	35	34	33	33	33	203	②

一つの法人の複数の事業所にケアを依頼している場合

一人の利用者が「こばとん川口」と「こばとん鳩ヶ谷」の両方を利用している場合、いずれか一つの方に計上します

一人の利用者が(株)こばとんと(福)まがたま会双方を利用している場合は、利用者数の多い(株)こばとんに計上します。

合計を記入してください

別紙1の1-②に転記してください。

※ 同一法人で同一サービスを展開している複数の事業所を利用している利用者がある場合には、いずれか一方の事業所分のみを計上してください。別法人で同一サービスの複数の事業所を利用している利用者がある場合は、位置づけているケアプラン数が多い法人の方に計上してください。