**別紙**

※　報告書１から４の（３）の「Ｃ」欄が８０％を超えた全てのサービスについて、この別紙を作成してください。（８０％を超えたサービスが複数ある場合については、それぞれ用紙をコピーするなどによりサービスごとに作成してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **報告書の「Ｃ」欄が８０％を超えたサービス名の右欄に○をつけてください。** | **サービス名** | **○をつける** |
| **訪問介護** |  |
| **通所介護** |  |
| **福祉用具貸与** |  |
| **地域密着型通所介護** |  |
| **※80％を超えたサービスが複数ある場合については、それぞれ用紙をコピーするなどによりサービスごとに作成してください。**  **※通所介護と地域密着型通所介護を合算した上で80％を超えた場合は通所介護に○をつけてください。** | | |
| 判定期間に当該サービスを位置付けた居宅サービス計画の総数（A） | （報告書の合計（Ａ）の数字を記入）  件 | |
| 上記のうち紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数 （B） | （報告書の合計（Ｂ）の数字を記入）  件 | |
| **貴事業所は、以下１～６のいずれかのケースに該当しますか。**  **はい（ケース　　　　番に該当する。）**　　・　　**いいえ** | | |

・**「はい」に○をした場合は、**貴事業所が該当すると考えるケース（以下の１～６）の番号に○を記入し、必要事項を記入してください。記入された内容を基に当方にて審査を行います。

・**「いいえ」に○をした場合は、**「正当な理由」はないと扱われますので、減算が必要となります。

その場合には、これ以降の質問については回答しなくて結構です。報告書及び別紙を提出いただくと共に前期の場合は１０月～３月、後期の場合は４月～９月サービス提供分の報酬について減算請求をしてください。

|  |
| --- |
| **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の各サービス事業所の開設法人数が５未満である（判定期間初日を基準に判断してください。）** |
| 1. 貴居宅介護支援事業所の運営規程に定めてある「通常の事業の実施地域」を下記に記載してください。（欄が不足する場合には別紙等に記載してください。）   （２） 上記の「通常の事業の実施地域」内にある、８０％を超えたサービスの事業所の開設法人数が５未満ですか。（どちらかに○）  　　　　はい　　・　　いいえ |
| **２　特別地域居宅介護支援加算を受けている事業所である** |
| →　本紙の表紙に記載されている住所を基に市で判断します。 |

|  |
| --- |
| **３　判定期間の１月当たりの平均居宅サービス計画（以下、「プラン」という。）件数が２０件以**  **下である** |
| →　本紙の表紙に記載されている「居宅サービス計画数」を基に市で判断します。 |

|  |
| --- |
| ４　サービスごとに計算した場合に、対象サービスを位置付けているプラン件数が、判定期間の１月当たりの平均で１０件以下である |
| →　本紙の質問１～４に記載されているサービスごとの「居宅サービス計画数」を基に市で判断します。 |
|  |
| ５（１）　プラン作成時点（毎月のサービス利用票作成時点）で以下の各条件のいずれかに  　　　　　該当するプランを除いて再計算した結果、８０％以下になる |
| 貴居宅介護支援事業所の運営規程に定めてある「通常の事業の実施地域」を下記に記載してください。（欄が不足する場合には別紙等に記載してください。）   * 以下の各条件に該当するプラン（毎月のサービス利用票。以下同じ）の件数に関し、各質問に回答してください。なお、複数の条件に該当するプランがある場合には、いずれか一つの条件に該当するものとみなして件数をカウントしてください。   （例えば、あるプランが（１）と（２）の両方に該当する場合には、（１）に該当するものとして１件とカウントし、（２）の件数には含めないでください。）  訪問介護  ア 貴居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域内において、通院等乗降介助サービスを行っている訪問介護事業所が、プラン作成時点において、５事業所未満であったプラン（通院等乗降介助の位置付けがあるプラン）がある場合には、その件数を下覧に記載してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（また、カッコ内には、該当するプランのうち、紹介率最高法人を位置付けたプランの件数を記入してください。例えば、該当するプランが全体で１０件で、そのうち紹介率最高法人を位置付けたプランが８件であれば、１０件（８件）と記入します。該当するプランがない場合には、０件と記載してください。以下同じ。）   |  | | --- | | a 　　　　件（a'　　　　件） |     訪問介護  イ 貴居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域内において、早朝・夜間・深夜のサービスを行うことについて運営規程に定めている訪問介護事業所が、プラン作成時点において、５事業所未満であったプラン（早朝・夜間・深夜のサービスを行う必要性が位置付けられているプラン）がある場合には、判定期間中の合計件数を下覧に記載してください。   |  | | --- | | b　　　　　件（b'　　　　件） |     （１）判定期間において、５（１）の各条件（（ア）、（イ））及び６の各条件（（１）、（２））に該当する利用者以外のプラン件数を下記に記載してください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　件  （２）上記（１）で計算した利用者（＝５（１）の各条件（（ア）、（イ））及び６の各条件（（１）、（２）））のいずれにも該当しない利用者）に関して、下記の質問に回答してください。（例えば、判定期間中に区分変更認定と更新認定があった利用者などがいた場合には、それぞれの欄について１件（合計２件）としてカウントしていただくことになります。）   |  |  | | --- | --- | | （１）のうち、令和５年９月～令和６年２月の判定期間中に新規にプランを作成及び変更（この場合のプランとは、毎月のサービス利用票ではなく、１表を含めたプラン全体のことと理解してください）した利用者のプラン件数を右欄に記載してください。 | 件 | | （１）のうち、令和５年９月～令和６年２月の判定期間中に区分変更認定を受けた利用者のプラン件数を右欄に記載してください。 | 件 | | （１）のうち、令和５年９月～令和６年２月の判定期間中に更新認定を受けた利用者のプラン件数を右欄に記載してください。 | 件 | | **合　計** | **件** |   （３）上記（２）の合計人数のうち、利用者説明ガイドラインが規定する「２．利用者への説明の方法等」「３．説明すべき事項・項目」「４．利用者の希望の確認」に従い、「居宅サービス事業所の選択に関する説明についての確認書」による**利用者の希望及び事業所の選択理由の確認**を行った利用者のプラン件数を下記に記載してください。（例えば、判定期間中に区分変更認定と更新認定があった利用者などがいた場合に、区分変更認定時と更新認定時にそれぞれ希望の確認を行った場合（判定期間中に合計２回の希望の確認を行った場合）には、合計２件としてカウントすることになります。）   |  | | --- | | ５（２）　５（１）ア、イ及び６の（１）、（２）の各条件に該当する利用者以外の利用者に対  し、｢事業所の比較検討に関する利用者説明ガイドライン｣に従い、居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域において当該種類のサービスを行っている事業所のうち異なる法人が開設する５以上の事業所を比較検討できるよう、事業所の一覧表、パンフレット等を使用して十分説明を行い、利用者の希望の確認を文書で得ている |  |  | | --- | | 件 |   ＊直近に利用した「居宅サービス事業所の選択に関する説明についての確認書」（署名等で確認が取れているもの）のコピーを、複数人分添付してください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | ６　プラン作成時点（毎月のサービス利用票作成時点）で以下の各条件のいずれかに該当するプラ  ンを除いて再計算した結果、８０％以下になる |   （１）市町村又は区役所から、プラン作成と居宅サービスを同一法人の事業所で実施して欲しい旨の依頼があった利用者のプランがある場合には、その市町村又は区役所名と、プランの件数をそれぞれ下記に記載してください。（また、カッコ内には、該当するプランのうち、紹介率最高法人を位置付けたプランの件数を記入してください。）   |  |  | | --- | --- | | 市町村又は区役所名 | 各件数 | |  | 件（　　　件） | |  | 件（　　　件） | |  | 件（　　　件） | | 合　計 | c　　　件(c'　　件) |   ※欄が足りない場合には、別紙等を添付してください。  （２）判定期間中に、他の居宅介護支援事業所の閉鎖等（事業所の休止などが含まれる）により引き受けざるを得なくなった利用者のプランがある場合には、その理由と事業所番号・名称及び各件数を全て、下記に記載してください。（また、カッコ内には、該当するプランのうち、紹介率最高法人を位置付けたプランの件数を記入してください。）   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 理　由 | 事業所番号・名称 | 各件数 | |  |  | 件（　　　件） | |  |  | 件（　　　件） | | 合　計 | | d　　 件（d'　　件） |   ※欄が足りない場合には、別紙等を添付してください。 |

|  |
| --- |
| 【以下は質問５（１）及び質問６の共通事項】  ① 上記５（１）の各条件（（ア）、（イ））及び６の各条件（（１）、（２））に記載したプランの件数の合計（０件の場合は、０を記入）を下記に記載してください。  　　 　件  　　　　　　　　 　 a+b+c+d　＝ （ア）  　② 「当該サービスを位置付けた居宅サービス計画の総数」(１ページ(Ａ)欄)から、①で計算した件数（ア）を除きます。  　　 　件  （Ａ）－（ア）＝ 　 　 （イ）  ③紹介率最高法人を位置付けたプランのうち、上記５（１）の各条件（（ア）、（イ））及び６の各条件（（１）、（２））に該当するプランの件数の合計を下記に記載してください。  （＝上記５（１）の各条件（（ア）、（イ））及び６の各条件（（１）、（２））のカッコ内の件数の  合計を計算します。０件の場合は、０を記入）  　　 　件  　　　　　　　　　　 　 a'+b'+c'+d'　 ＝ （ウ）  　④ 「紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数」（１ページ(B)欄）から、上記の質問③で計算した件数（ウ）を除きます。  　　 　件  （Ｂ）－（ウ）＝ 　　　　　 　（エ）  　　 　%  ⑤以上の結果から、　　（エ）÷（イ）×１００ ＝　 　　　　 ％　（オ）    （小数点以下、切り上げ） |