

## 特定事業所集中減算を適用されない居宅介護支援事業所に係る基準及び必要書類

### 正当な理由に該当するもの（基準）

|                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 居宅介護支援事業者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事業所未満である場合など、サービス事業所が少数である場合。（事業所数は判定期間中の平均とする）                                            |                                                                                                                                                                 |
| 必要書類                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅介護支援事業所の運営規程の写し</li> <li>・ 居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域における、すべての訪問介護サービス等の事業所の名称及び所在地並びに当該事業所を開設している事業者の名称を記載した書類</li> </ul> |
| (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場合。                                                                                                              |                                                                                                                                                                 |
| 必要書類                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特別地域居宅介護支援加算を算定していることがわかる書類（運営規程や重要事項説明書内の記載箇所を抜粋したものなど）</li> </ul>                                                    |
| (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件以下であるなど、事業所が小規模である場合。                                                                                         |                                                                                                                                                                 |
| 必要書類                                                                                                                                         | 不 要                                                                                                                                                             |
| (4) 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場合。                                                          |                                                                                                                                                                 |
| <p>（例）訪問介護が位置付けられた計画件数が1月当たり平均5件、通所介護が位置付けられた計画件数が1月当たり平均20件の場合は、訪問介護について紹介率最高法人を位置付けた割合が80%を超えても減算は適用されないが、通所介護について80%を超えた場合には減算が適用される。</p> |                                                                                                                                                                 |
| 必要書類                                                                                                                                         | 不 要                                                                                                                                                             |
| (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た場合等により、特定の事業所に集中していると認められる場合。<br>（訪問介護：特定事業所加算（Ⅰ）、通所介護：中重度者ケア体制加算・認知症加算・ADL維持等加算を算定している場合に限る。）                  |                                                                                                                                                                 |
| <p>※ その他困難事例等で特定の事業所に集中する場合は、利用者からの理由及び地域ケア会議等で意見・助言を受けること</p>                                                                               |                                                                                                                                                                 |
| 必要書類                                                                                                                                         | 利用者からの希望があり、地域ケア会議等で意見・助言を受けている場合は、利用者の氏名及び意見・助言等の経過が分かる書類（参考様式又は任意様式）                                                                                          |
| (6) 判定期間中に新規指定を受けた場合                                                                                                                         |                                                                                                                                                                 |
| 必要書類                                                                                                                                         | 不 要                                                                                                                                                             |
| (7) 判定期間中に休止をした場合。                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |
| 必要書類                                                                                                                                         | 不 要                                                                                                                                                             |