

居宅介護支援における特定事業所集中減算の取り扱いについて

【概要】

居宅介護支援事業所は、毎年度 2 回、判定期間ごとに当該事業所において作成されたケアプランを対象とし、減算要件に該当した場合は、当該事業所が実施する減算適用期間の居宅介護支援のすべてについて減算を適用する。

【減算要件等】

正当な理由なく、当該指定居宅介護支援事業所において前 6 月間に訪問介護等の対象サービス^{※1}の提供総数のうち、いずれかのサービスで、同一の事業者によって提供されたものの占める割合が基準^{※2}を超えた場合に、1月につき1人あたり 200 単位を減算する。

※紹介率最高法人が占める割合が80%を超える場合でも、通知で定める正当な理由^{※3}に該当する場合は減算対象としない。

※1 対象サービス

訪問介護 通所介護 福祉用具貸与 地域密着型通所介護

※2 基準

100分の80

※3 「正当な理由」の取扱い

次の(1)から(6)のいずれかに該当する場合は「正当な理由」とする。

- (1) 居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域に所在する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。なお、通常の事業の実施地域とは、運営規程に定める地域とし、特定の建物等で通常の実施地域を限定している場合は、正当な理由に該当しない。また、地域密着型サービスについては、利用者の居住している市町村ごとに数えた場合に、すべての市町村において5事業所未満である場合をいう。
- (2) 特別地域居宅介護支援加算を受けている指定居宅介護支援事業所である。
- (3) 判定期間の1か月当たりの平均の居宅サービス計画件数が20件以下である。
- (4) 居宅サービス計画に位置付けたサービスごとでみたときに、居宅サービス計画が1か月当たりの平均で10件以下である。
- (5) 減算対象となる紹介率が最高となる法人（以下、紹介率最高法人という。）の事業所が、次のア及びイの2つの要件のうちいずれかに該当し、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により、特定の事業所に集中していると認められる。

ア 利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容について意見・助言を受けているもの。

なお、居宅サービス計画数の算定にあたっては、前段の要件を満たした月の翌月から、当該事例について除外できるものとする。ただし、平成27年度後期については、判定期間中に提出及び意見・助言を受けた場合、平成27年9月から除外できるものとする。

イ サービスの種類ごとに、紹介率最高法人の居宅サービス計画から、集中することがやむを得ないものとして、第三者評価を過去3年度以内に受け、共通項目及び種別項目の評価結果で、a判定が判定項目の90%以上である事業所の当該居宅サービス計画数を除外した居宅サービス計画数について、その占める割合が80%以下となる。

- (6) 判定期間開始日前一年以内に実施した地域ケア会議等において、介護サービスについての地域課題を検討する中で、特定のサービスが紹介率最高法人に集中することについて、やむを得ないと認められている場合。ただし、平成27年度後期については、判定期間中に認められた場合、本要件に該当するものとする。

(長野県健康福祉部介護支援課 H27.8.27発出)

元諏広介第 704 号
令和 2 年 1 月 1 6 日

指定居宅介護支援事業所管理者 様

諏訪広域連合介護保険課長

居宅介護支援費における特定事業所集中減算に係る届出書の提出について（通知）

日頃から、適切な介護サービスの提供に御尽力いただき、感謝申し上げます。

居宅介護支援事業所は、毎年度 2 回、判定期間ごとに居宅介護サービス計画に位置付けたサービスについて、紹介率が最高である法人（紹介率最高法人）の名称等について記載した「特定事業所集中減算届出書」を作成する必要があります。

提出が必要な居宅介護支援事業所は、下記により届出書を提出してください。

記

1. 提出が必要な事業所

訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護のいずれかのサービスについて紹介率最高法人の割合が 80%を超えた場合は、「正当な理由」の有無に関わらず、「特定事業所集中減算届出書」を諏訪広域連合に提出してください。

なお、80%を超えない場合については、当該届出書を各事業所において 2 年間保管してください。

2. 提出書類（各 1 部）

- (1) 特定事業所集中減算届出書 様式 1
- (2) 介護給付費に係る体制等に関する届出書<指定事業者用> 別紙 2
- (3) 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅介護支援）別紙 1

3. 添付書類

「正当な理由」の取り扱いで示す理由に応じて、下記の添付資料を併せて提出してください。

(1) の場合	居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域における当該サービス事業者一覧がわかるもの(任意様式)
(5) アの場合	正当な理由に関する説明書(様式2) 地域ケア会議等における意見・助言内容(様式3) 利用者から提出された理由書(任意様式)
(5) イの場合	正当な理由に関する説明書(様式2) 当該事業所の第三者評価の受診結果の写し(直近のもの)
(6) の場合	正当な理由に関する説明書(様式2) 地域ケア会議等における意見・助言内容(集中することがやむを得ないと認められた場合)(様式4)

4. 提出期限

令和2年3月13日(金)【必着】

※3月15日は日曜日のため、13日を締切とします。

5. 提出先

〒391-8501

茅野市塚原二丁目6番1号 茅野市役所6階

諏訪広域連合介護保険課 事業所指導・支援係

諏訪広域連合 介護保険課 事業所指導・支援係 担当 : 宮田・高橋 電話 : 0266-82-8162 (直通) FAX : 0266-71-2071 E-mail : kaigo@union.suwa.lg.jp
