

事業指第 1 1 5 8 号

平成 18 年 8 月 2 5 日

指定居宅介護支援事業所 管理者 様

大阪府健康福祉部医務・福祉指導室長

(公 印 省 略)

居宅介護支援費に係る特定事業所集中減算について (通知)

平素より大阪府の介護保険行政にご理解、ご協力をいただきありがとうございます。

さて、平成 18 年度の介護保険制度改正において、居宅介護支援費に特定事業所集中減算が設けられております。これは、「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 月間に作成した居宅サービス計画に位置づけられた指定訪問介護、指定通所介護又は福祉用具貸与（以下「訪問介護サービス等」という）の提供総数のうち、同一の訪問介護サービス等に係る事業者によって提供されたものの占める割合が 100 分の 90 を超えている」場合に、減算適用期間の居宅介護支援のすべてについて、200 単位を所定単位数から減算するものです。

ただし、100 分の 90 を超えた場合であっても、正当な理由がある場合においては、減算の対象とはならないものとなっております。正当な理由の範囲については、例示すれば別紙（1）のとおりとなります。

なお、算定の結果、100 分の 90 を超えた場合にあっては、下記のとおり「居宅介護支援における特定事業所集中減算チェックシート」を大阪府知事に提出して下さい。

提出していただきました理由が、正当な理由の範囲に該当するかどうかについて、同封していただきましたはがきにて、お知らせいたします。

また、すべての居宅介護事業者は、算定の結果について「居宅介護支援における特定事業所集中減算チェックシート」を作成し、各事業所において、2 年間保存してください。

記

1. 提出期限

注：算定の結果、100 分の 90 を超えた場合にのみ提出してください。

| 区分 | 判定期間 | 報告期限 | 減算適用期間 |
|----|---|---------|--------------|
| 前期 | 3月1日から8月末日 平成18年度については 4月1日から8月末日 | 9月15日まで | 10月1日から3月31日 |
| 後期 | 9月1日から2月末日 | 3月15日まで | 4月1日から9月30日 |

2. 提出書類

- ・居宅介護支援における特定事業所集中減算チェックシート（別紙様式）
- ・返信用はがき（事業所の郵便番号・住所・事業所名等宛て先を記載したもの）

3. 提出先及び提出方法

社会福祉法人が運営する居宅介護支援事業所・・・医務・福祉指導室法人指導課
（集中減算担当）

社会福祉法人以外の法人が運営する居宅介護支援事業所
・・・医務・福祉指導室事業者指導課（集中減算担当）

上記の区分に従って郵送して下さい。

連絡先

〒540-8570 大阪府中央区大手前二丁目
（代表）06 - 6941 - 0351

大阪府健康福祉部医務・福祉指導室

（社会福祉法人）法人指導課・長田

（内線）2496・2490

（社会福祉法人以外）事業者指導課・河野

（内線）4486・4488

別紙（１）

居宅介護支援事業所の特定事業所集中減算における「判定した割合が 100 分の 90 を超えた場合の正当な理由」

- （１）居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域に、特定事業所集中減算の対象となるサービス事業所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
- （２）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 件以下である場合
- （３）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（ただし、事業者が不当な誘導等によって、利用者の自由な選択を阻害していると認められる場合を除く）

事業所において、記載された理由が正当な理由に該当するかどうかについては、大阪府が適正に判断します。