（別紙３）

**理　由　書**

**（特定事業所集中減算に係る判定結果が80％を超えても正当な理由がある場合のみ提出）**

該当する理由に○をつけてください。

（　　）ア．当該居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域にサービス種類ごとの事業所数が４事業所以下である。（事業所の運営規程を添付）

　　　　　　通常の事業の実施地域（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（　　）イ．当該居宅介護支援事業所が特別地域居宅介護支援加算を受けている。

（　　）ウ．判定期間の１月当たりの平均居宅サービス計画件数（給付管理数）が２０件以下である。

　　　　　　１月平均　（　　　　　　　　　）件

　　　　　　［計算式］居宅サービス計画の総数（　　　　）÷月数（　　　　）

（　　）エ．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。

（　　）オ．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ことにより、特定の事業者に集中していると認められる（ア）又は（イ）の場合

　　　　（　　）（ア） 紹介したサービス事業所が２年以内に福祉サービス第三者評価を受け、その結果をＷＡＭ－ＮＥＴに公表しており、その評価項目のうちａ評価が５０％以上で、ｃ評価がない事業所である。

　　　　　　　　　　　　評価確定日：　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　 　評価機関名：

　　　　　　　　　　　　※複数事業所があり、全ての事業所が要件を満たしていない場合は、再計算書（別紙４）を提出すること。

 （　　）（イ） 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、支援内容についての意見・助言を受けているもの。（以下の①～③の資料を添付）

　　　　　　　　　　①別紙４

　　　　　　　　　　②理由書

　　　　　　　　　　③意見・助言を受けた当該計画に係る地域ケア会議等の資料

（　　）カ．その他正当な理由と認められる場合

　　　　（ア）事業所の体制が充実していると考えられるａ又はｂのいずれかの場合

　　　　　（　　）ａ　訪問介護事業所において、特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）のいずれかを算定している事業所

　　　　　（　　）ｂ　通所介護事業所又は地域密着型通所介護事業所において、生活機能向上連携加算、個別機能訓練加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）、栄養改善加算、口腔機能向上加算の全てを算定することができる旨の届出をしている事業所

※複数事業所があり、全ての事業所が要件を満たしていない場合は、再計算書（別紙４）を提出すること。