資料３－２

【３－２】事業者の届出・手続きについて（居宅介護支援事業所向け）

１．変更届について

（１）事業所の名称等を変更するとき

○提出書類：変更届出書（資料３－２　別紙１）
　　添付書類（資料３－２　別紙２）

○提出時期：原則（※）変更日から１０日以内に提出してください。
　　※運営規程に係る「従業者の職種、員数及び職務の内容」の変更については、（その都度ではなく）年１回、毎年４月１日を基準日として変更の届出を行ってください。

○変更届における受理方針

・変更届出書には、変更前、変更後の内容を具体的に記載してください。

・なお、運営規程に係る「従業者の職種、員数及び職務の内容」の変更については、（その都度ではなく）年１回、毎年４月１日を基準日として原則として４月１０日までに届け出ることをもって差し支えないものとします。
ただし、介護給付費算定の変更を伴う従業者の変更の場合には、その変更が生じたときに別途「介護給付費算定に係る体制等に関する届出」の提出が必要です。

（２）介護給付費算定に係る体制等に関する届出事項に変更が生じたとき

○提出書類：介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（資料３－２　別紙３）
　　介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（資料３－２　別紙４）
　　※加算を算定する場合は、添付が求められている別紙並びに算定の要件を満たすこと示す根拠書類を添付すること。

○提出時期：毎月１５日以前の場合は翌月から、１６日以降の場合が翌々月から算定を開始

（３）指定をうけた事業について廃止または休止するとき

○提出書類：廃止・休止届出書（様式第２号（三））
　　利用者を引き継ぐことが確認できる書類

○提出時期：廃止または休止の日の１月前までに提出してください
　　※ただし、現利用者について、他の事業者に引き継がれることが確認できない場合は、届出は受理できません。

（４）休止した事業を再開するとき

○提出書類：再開届出書（様式第２号（五））
　　勤務体制一覧表

○提出時期：事業の再開をした日から１０日以内に提出してください。

２．指定更新手続きについて

平成１８年４月の介護保険法改正により、介護保険事業者の指定等について更新制度が導入され、介護保険事業者は６年ごとに指定等の更新を受ける必要があります。

○更新手続き

原則として、指定等の有効期間満了日の１月前までに更新申請書類の提出をお願いします。

○申請窓口

南丹市福祉保健部　高齢福祉課

○提出書類

・指定更新申請書（資料４　別紙５）
・付表（付表第２号（11））
・付表に記載された添付書類

○留意事項

・指定有効期間について、南丹市が交付した指定通知にてご確認ください。

○令和８年度中に更新を迎える事業所

該当なし

３.「電子申請・届出システム」について

（１）概要

介護保険法施行規則第 165 条の７が改正され、介護事業者の各種申請（下記を参照）を厚生労働省の「電子申請・届出システム」により受け付けることなりました。

南丹市におきましても、「電子申請・届出システム」で受け付けられる環境を整えましたので、**事業所からの申請・届出は下記 URL の「電子申請・届出システム」から申請してください。**

○「電子申請・届出システム」のＵＲＬ
https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/

（２）電子申請の対象

対象サービス	居宅介護支援事業 介護予防支援事業 地域密着型サービス事業 総合事業サービス（介護予防・日常生活支援総合事業）
届出内容	新規指定申請 指定更新申請 変更届出 廃止届出 休止届出 再開届出 指定辞退届出 加算に関する届出

（３）利用にあたって

①GビズＩDの取得

「電子申請・届出システム」の利用には、Ｇビズ ＩＤが必要になります。

Ｇビズ ＩＤを持っていない事業所はアカウントの取得をお願いします（ＩＤは、法人単位での発行となります）。

○Ｇビズ ＩＤとは（デジタル庁 Ｇビズ ＩＤホームページより）

Ｇビズ ID は、すべての事業者を対象とした共通認証システムです。
アカウントを作成すると、一つの ID・パスワードで、複数の行政サービスにログインでき、補助金申請、社会保険手続、各種認可申請など業務上の電子届出や申請に使用できます。
ID 発行時に一度だけ代表者の身元確認を行えば、その後の各手続での本人確認書類提出が不要になります。
アカウントは最初に１つ取得するだけで、有効期限、年度更新の必要はありません。

○Ｇビズ ＩＤの取得・申請に関して
https://gbiz-id.go.jp/top/

○Ｇビズ ＩＤ操作マニュアルについて
https://gbiz-id.go.jp/top/manual/manual.html

②登記情報提供サービスについて

登記情報提供サービスは、登記所が保有する登記情報をインターネットを使用してパソコン等の画面上で確認できる有料サービスです。

一部の申請の際に必要な「申請者の登記事項証明書又は条例等」の提出にあたり、登記事項証明書（原本）に代えて、登記情報提供サービスによって取得した「照会番号」付きの PDF ファイル、または「照会番号」及び「発行年月日」がわかる資料を記載して申請することにより、登記事項証明書の添付を省略することができます。

なお、これまでと同様に登記事項証明書（原本）を持参により提出していただくことも可能です。

※当該サービスの利用は任意です。

○登記情報提供サービスのＵＲＬ
https://www1.touki.or.jp/

③様式について

南丹市では、「電子申請・届出システム」の使用にあたり、令和６年４月から届出に係る様式を改正しています。

新しい様式については南丹市ホームページにて確認してください。

○新しい様式について
くらし　＞　医療・福祉・介護　＞　介護保険（事業者向け）　＞
「【令和6年4月から】地域密着型（介護予防）サービス事業者等の指定・更新・変更申請について」
https://www.city.nantan.kyoto.jp/www/life/109/014/000/index_1005082.html

資料３－２　別紙１

別紙様式第二号（四）

変更届出書

年　　月　　日

南丹市長　様

所在地

申請者　　名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業所番号
		法人番号
指定内容を変更した事業所等		名称
		所在地
サービスの種類		
変更年月日		年　月　日
変更があった事項（該当に○）		変更の内容
	事業所（施設）の名称	（変更前）
	事業所（施設）の所在地	
	申請者の名称	
	主たる事務所の所在地	
	法人等の種類	
	代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名	
	登記事項証明書・条例等 （当該事業に関するものに限る。）	
	共生型サービスの該当有無	
	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等	
	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	（変更後）
	運営規程	
	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関	
	事業所の種別等	
	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等 との連携・支援体制	
	本体施設、本体施設との移動経路等	
	併設施設の状況等	
	連携する訪問看護を行う事業所の名称	
	連携する訪問看護を行う事業所の所在地	
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	

備考　１　「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
２　「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の（変更前）と（変更後）欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

資料３－２　別紙２

変更届における添付書類について

（居宅介護支援・介護予防支援）

◆添付書類　　※については関連して変更等があれば添付すること。

変更する項目	内　　容	添付書類	備　　考
事業所（施設）の名称	事業所（施設）の名称変更	□変更後の運営規程	
事業所（施設）の所在地	事業所（施設）の移転等による住所変更	□変更後の運営規程 □平面図（標準様式３、面積がわかるもの） □設備等一覧表（標準様式４） □※賃貸借契約書の写し □※防火対象物使用（変更）届出書の写し □※建築確認申請に基づく建物検査済証の写し等	
申請者の名称	運営法人の名称変更	□履歴事項全部証明書（原本）	
主たる事業所の所在地	運営法人の主たる事業所の変更	□履歴事項全部証明書（原本）	
法人等の種類	法人等の種類の変更	□履歴事項全部証明書（原本）	
代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名	法人等の代表者の変更	□履歴事項全部証明書（原本） □誓約書（標準様式６）	
登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）	定款、条例等の変更	□履歴事項全部証明書（原本） □条例等の写し	
事業所（施設）の建物の構造、専用区画等	食堂及び機能訓練室の面積の変更 建物の改修工事	□平面図（標準様式３、変更箇所かつ面積がわかるもの） □写真（変更後がわかるもの） □設備等一覧表（標準様式４）	
事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	①管理者の変更	□当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧（標準様式７） □※勤務形態一覧表 □※主任介護支援専門員の研修修了証（写） □※介護支援専門員の資格者証（写） □※管理者確保のための計画書（該当時のみ）	婚姻等による氏名の変更、引越等による住所変更の場合は標準様式７のみ提出。
	②主任介護支援専門員の資格取得	□当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧（標準様式７） □勤務形態一覧表 □主任介護支援専門員の研修修了証（写）	
運営規程	①介護支援専門員の員数の変更	□当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧（標準様式７） □※勤務形態一覧表 □※変更後の運営規程 □※介護支援専門員の資格者証（写）	下記「介護支援専門員の変更」のとおり
	②営業日、営業時間の変更	□変更後の運営規程 □※勤務形態一覧表	
	上記①、②以外の変更	□変更後の運営規程	
介護支援専門員の氏名及びその登録番号	介護支援専門員の変更	□当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧（標準様式７） □勤務形態一覧表 □※介護支援専門員の資格者証（写）	資格者証（写）を添付するのは、増員又は交代になった者のみで可。

資料３－２　別紙３

受付番号	

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
＜地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用＞＜居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用＞

令和　　年　　月　　日

南丹市長　　様

所在地

名　称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名　　称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 府　　郡市 （ビルの名称等）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人である場合その種別		法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	代表者の住所	（郵便番号　　－　　） 府　　郡市			
事業所の状況	フリガナ 事業所・施設の名称				
	主たる事業所の所在地	（郵便番号　　－　　） 府　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	（郵便番号　　－　　） 府　　郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	管理者の氏名				
	管理者の住所	（郵便番号　　－　　） 府　　郡市			

届出を行う事業所の状況	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定年月日	異動等の区分	異動（予定）年月日	異動項目（※変更の場合）	（市町村記載）
地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護			□1新規 □2変更 □3終了			□1有
	地域密着型通所介護			□1新規 □2変更 □3終了			□1有
	療養通所介護			□1新規 □2変更 □3終了			□1有
	認知症対応型通所介護			□1新規 □2変更 □3終了			□1有
	小規模多機能型居宅介護			□1新規 □2変更 □3終了			□1有
	認知症対応型共同生活介護			□1新規 □2変更 □3終了			□1有
	地域密着型特定施設入居者生活介護			□1新規 □2変更 □3終了			□1有
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			□1新規 □2変更 □3終了			□1有
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			□1新規 □2変更 □3終了			□1有
	複合型サービス			□1新規 □2変更 □3終了			□1有
	介護予防認知症対応型通所介護			□1新規 □2変更 □3終了			□1有
	介護予防小規模多機能型居宅介護			□1新規 □2変更 □3終了			□1有
	介護予防認知症対応型共同生活介護			□1新規 □2変更 □3終了			□1有
	居宅介護支援			□1新規 □2変更 □3終了			
	介護予防支援			□1新規 □2変更 □3終了			

地域密着型サービス事業所番号等			
指定を受けている市町村			
介護保険事業所番号		（指定を受けている場合）	
既に指定等を受けている事業			
医療機関コード等			

特記事項	変　更　前	変　更　後

関係書類	別添のとおり

備考1　「受付番号」欄には記載しないでください。
2　「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
3　「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
4　「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
5　「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字の横の□を■にしてください。
6　「異動項目」欄には、（別紙1－３）「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目（施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引）を記載してください。
7　「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
8　「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

（別紙１－１）

資料３－２　別紙４

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅介護支援）

事業所番号										

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		LIFEへの登録	割引
各サービス共通				地域区分	□ 1 1級地　□ 6 2級地　□ 7 3級地　□ 2 4級地 □ 3 5級地　□ 4 6級地　□ 9 7級地　□ 5 その他		
□ 43	居宅介護支援			ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置の体制	□ 1 なし　□ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり	
				特別地域加算	□ 1 なし　□ 2 あり		
				中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	□ 1 非該当　□ 2 該当		
				中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）	□ 1 非該当　□ 2 該当		
				特定事業所集中減算	□ 1 なし　□ 2 あり		
				特定事業所加算	□ 1 なし　□ 2 加算Ⅰ　□ 3 加算Ⅱ　□ 4 加算Ⅲ　□ 5 加算Ａ		
				特定事業所医療介護連携加算	□ 1 なし　□ 2 あり		
				ターミナルケアマネジメント加算	□ 1 なし　□ 2 あり		
				介護職員等処遇改善加算	□ 1 なし　□ 2 あり		

（別紙１－２）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）

事業所番号										

提供サービス		施設等の区分		人員配置区分	その他該当する体制等		LIFEへの登録	割引
各サービス共通					地域区分	□ 1 1級地　□ 6 2級地　□ 7 3級地　□ 2 4級地 □ 3 5級地　□ 4 6級地　□ 9 7級地　□ 5 その他		
□ 46	介護予防支援	□ 1	地域包括支援センター		介護職員等処遇改善加算	□ 1 なし　□ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり	
□ 46	介護予防支援	□ 2	居宅介護支援事業者		特別地域加算	□ 1 なし　□ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり	
					中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	□ 1 非該当　□ 2 該当		
					中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）	□ 1 非該当　□ 2 該当		
					介護職員等処遇改善加算	□ 1 なし　□ 2 あり		

資料３－２　別紙５

別紙様式第二号(二)

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所
指定居宅介護支援事業所
指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

年　　月　　日

南丹市長　様

所在地

申請者　名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号			
申請者	フリガナ 名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号　－　) 都道府県　市区町村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
		Email			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ 氏名		生年月日
	代表者の住所	(郵便番号　－　) 都道府県　市区町村			
事業所	事業等の種類		介護保険事業所番号		
	指定有効期間満了日				
	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号　－　) 都道府県　市区町村			
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき				
	フリガナ 名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号　－　) 都道府県　市区町村			
管理者	フリガナ 氏名		生年月日		
	住所	(郵便番号　－　) 都道府県　市区町村			

備考　１　「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
２　様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
３　電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
４　「当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

４．特定事業所集中減算について

特定事業所集中減算とは、公正中立なケアマネジメントの確保の観点から、正当な理由なく、当該居宅介護支援事業所において前６月間に作成された居宅サービス計画に位置付けられたサービスのうち、「訪問介護」、「通所介護」、「福祉用具貸与」又は「地域密着型通所介護」の各サービスのいずれかで、紹介率最高法人により提供されたものの占める割合が１００分の８０を超えている場合、減算適用期間のすべての居宅介護支援費について、１月につき２００単位を所定単位数から減算するものです。

○判定期間、市への報告期限、減算適用期間

区分	判定期間	市への報告期限・報告先		減算適用期間
前期	3月１日～ 8月３１日	9月１５日	南丹市福祉保健部 高齢福祉課	１０月１日～ 翌年3月３１日
後期	9月１日～ 2月末日	3月１５日		4月１日～ 9月３０日

○算定及び報告方法

すべての居宅介護支援事業所は、毎年度、前期及び後期ごとに「居宅介護支援事業所に係る特定事業所集中減算届出書」（様式１）により減算が必要かどうかの判定を行います。

その結果、紹介率最高法人が提供するサービスの占める割合が８０%を超える場合は各期の報告期限までに、南丹市へ届け出てください。

その際、正当な理由がある場合は、別紙「正当な理由に関する説明書」（様式２）を合わせて提出してください。

なお、８０%を超えない場合は、提出は不要ですが、計算結果のわかるものを事業所に保管してください。運営指導実施時に確認させていただきます。

判定の結果、減算に該当する場合は、速やかに「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」を提出してください。

○正当な理由

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

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

※加算の届出をしていなくても、その地域に所在する場合を含む。南丹市では、日吉町・美山町に所在する事業所が該当。

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

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

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などにより特定の事業者に集中していると認められる場合

⑥その他正当な理由と認められる場合

・市町村・地域包括支援センター等行政機関から、高齢者虐待などの困難ケースの計画作成の依頼を受けたこと又は他の複数の事業所が満床・定員超過であったことにより特定の事業所に集中したが、それらを居宅サービス計画数（計算式の分母分子）から減じると80%を超えない場合

・京都介護・福祉サービス第三者評価等支援機構による第三者評価を受診し、サービスの質の向上に努めている事業所で、かつ、利用者の希望により特定の事業者に集中している場合

○留意事項

・区分変更を申請中などにより、要介護認定のおりていない利用者の介護報酬請求は月遅れで行われることとなりますが、その場合でも、サービスを提供した月でカウントしてください。
例えば、４月サービス分を月遅れで６月に５月サービス分と一緒に請求した場合は、５月ではなく、４月の件数にカウントします。

・各サービスを位置付けた居宅サービス計画ごとに各月１人１件として数えてください。
例えば、１件の居宅サービス計画で、訪問介護サービスを提供する事業所が複数あった場合、事業所ごとに計画数を数えず、１件として数えてください。

・紹介率最高法人が占める割合が８０%を超えた場合と規定されていますが、８０%ちょうどの場合は、減算にはなりません。（80.001%は80%を超えたと見なします。）

・紹介率最高法人の名称の欄には、法人名を記載してください。（事業所名ではありません。）

・事業所名の欄には、紹介率最高法人において紹介した事業所を記載してください。

・「通所介護・地域密着型通所介護（＝通所介護等）」の取扱いについて
　特定事業所集中減算に係る届出のうち通所介護等については、通所介護等のいずれか又は双方を位置付けた居宅サービス計画数を算出し、通所介護等について最も紹介件数の多い法人を位置付けた居宅サービス計画の数を占める割合を計算することとして差し支えありません。

・「正当な理由に関する説明書」（様式２）における、正当な理由の①について、居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域（運営規程に定める地域）の記載をお願いします。
※様式に記載欄を追加

（様式１）

居宅介護支援事業所に係る特定事業所集中減算届出書

令和　　年　　月　　日

南丹市長　　様

所　在　地
開設者の名称
代表者の職・氏名　　印

令和　　年度（前期・後期）について特定事業所集中減算に該当する判定を行いましたので、関係書類を添えて次のとおり届け出ます。

居宅介護支援事業所の名称							
所在地	（〒　　－　　）						
連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号				
管理者氏名			担当者氏名				
介護保険事業所番号							
判定期間における居宅サービス計画総数	年　月	年　月	年　月	年　月	年　月	年　月	合　計

サービス種類			
各サービスを位置づけた計画数　(A)			
うち紹介率最高法人の計画数　(B)			
紹介率最高法人が占める割合　(B)/(A)	%	%	%
80%を超える場合、正当な理由の有無	あり・なし	あり・なし	あり・なし
紹介率最高法人			
名称			
所在地			
代表者の職・氏名			
事業所名	①	①	①
	②	②	②
	③	③	③
	④	④	④
	⑤	⑤	⑤

※1　80%を超えるサービス種類について、居宅介護支援事業所ごとに作成してください。
※2　80%を超えない場合も、計算結果のわかるもの（様式任意）を2年間保存してください。
※3　虚偽の報告を行った場合は、「指定の取消し」等を含む行政処分を行うことがあります。

令和８年　南丹市集団指導資料

（様式2）

正当な理由に関する説明書

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

<table>
<tr><th>正　当　な　理　由</th><th colspan="2">区　分</th><th>「該当」サービスの種類</th></tr>
<tr><td>① 居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域（運営規程に定める地域）に、特定事業所集中減算の対象となる指定居宅サービス等事業所が、サービスごとにみた場合に5事業所未満であること。
通常の事業の実施地域（　　）
（注）事業所数は、介護サービス情報公表システムに掲載されている事業所による。
（http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php）</td><td>該当</td><td>非該当</td><td></td></tr>
<tr><td>② 特別地域居宅介護支援加算を受けている居宅介護支援事業所である場合
（加算の届出をしていなくても、その地域に所在する場合を含む）</td><td>該当</td><td>非該当</td><td></td></tr>
<tr><td>③ 判定期間の１月当たりの平均居宅サービス計画数が 20 件以下である場合</td><td>該当</td><td>非該当</td><td></td></tr>
<tr><td>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づけられた計画件数が１月当たりの平均 10 件以下であるなど、サービスの利用が少数である場合</td><td>該当</td><td>非該当</td><td></td></tr>
<tr><td>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などにより特定の事業者に集中したが、それらを居宅サービス計画数（計算式の分母分子）から減じると 80%を超えない場合。
（例）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、地域ケア会議や事例検討会その他地域包括支援センターから支援内容についての意見・助言を受けているもの　ただし、意見・助言の内容等や事業所の選択に至る過程が居宅介護支援経過に明確に記録されていること。
<table>
<tr><th>サービス種類</th><th>該当件数
(C)</th><th>再計算後の割合
(B)−(C)
(A)−(C)</th></tr>
<tr><td></td><td>件</td><td>%</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td><td>該当</td><td>非該当</td><td></td></tr>
<tr><td>⑥ ア　市町村（地域包括支援センターを含む。）等行政機関から、高齢者虐待などの困難ケースの計画作成の依頼を受けたこと又は他の複数の事業所が満床・定員超過であったことにより特定の事業所に集中したが、それらを居宅サービス計画数（計算式の分母分子）から減じると 80%を超えない場合。 ただし、行政機関からの依頼、満床・定員超過の状況等、事業所の選択に至る過程が居宅介護支援経過に明確に記録されていること。
<table>
<tr><th>サービス種類</th><th>該当件数
(C)</th><th>再計算後の割合
(B)−(C)
(A)−(C)</th></tr>
<tr><td></td><td>件</td><td>%</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td><td>該当</td><td>非該当</td><td></td></tr>
<tr><td>⑥ イ　京都介護・福祉サービス第三者評価等支援機構による第三者評価を受診し、サービスの質の向上に努めている事業所で、かつ、利用者の希望により特定の事業者に集中している場合。なお、第三者評価については、当該年度を含めて3年度以内に受診しているか、又は当該年度については、未受診であっても第三者評価を受診することが確実な場合。
ただし、利用者の希望により事業所の選択に至る過程が居宅介護支援経過に明確に記録されていること。
（添付書類）当該事業所が受診済の場合は、受診結果表の写し（直近のもの）
未受診の場合は、受診申込書の写し</td><td>該当</td><td>非該当</td><td></td></tr>
</table>

※ 該当する項目に〇印を示すこと