介護予防訪問リハビリテーション事業所 介護予防通所リハビリテーション事業所 介護予防通所サービス事業所 介護予防短時間通所サービス事業所 開設者各位

川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課長

介護予防訪問リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション・介護予防通所サービス・介護予防短時間通所サービスの事業所評価加算(申出)の届出について

事業所評価加算の算定を希望する事業所は、算定を行う前年度の10月15日までに川崎市に届 出を行うこととされております。

令和6年度に事業所評価加算の算定を希望される場合は、提出期限(10月15日)までに次の 必要書類を川崎市へ提出してください。

各事業所からの申出については、市から国保連合会へ情報提供のうえ、国保連合会において受給者台帳や事業所の給付実績に基づき、所定の計算式に従って事業所評価加算の算定基準に合致しているか否かの判定材料となる評価基準値を算出します。この評価基準値に基づく判定結果につきましては、令和6年2月頃に川崎市ホームページに掲載予定です。

この通知により算定可と判定された事業所につきましては、令和6年4月から翌年3月までのサービス提供について、当該加算の算定が可能となります。

#### 1 申出対象

申出にあたっては、令和6年度に事業所評価加算の算定を希望する事業所であり、<u>以下の全て</u>にあてはまる事業所であることが必要です。

なお、過去に当該加算の申出を行っている事業所は、届出不要です。

サービス種別	加算の体制
介護予防訪問リハビリテーション	・評価対象期間※における利用実人数が 10名以上であること
介護予防通所リハビリテーション 介護予防通所サービス 介護予防短時間通所サービス	・運動器機能向上体制、栄養改善体制または 口腔機能向上体制のいずれかの加算体制につい て、1つ以上が「2:あり」と市へ届出してい ること ・評価対象期間※における利用実人数が 10名以上であること

※ 評価対象期間(令和5年1月~令和5年12月)

#### 2 事業所評価加算の申出について

次の表を参考に、届出書等を提出してください。

サービス種別	算定希望	申出をしていない 事業所	既に申出をしてい る事業所
介護予防訪問リハビリテーション	希望する	<u>必要</u>	不要
介護予防通所リハビリテーション			
介護予防通所サービス	   希望しない	不要	必要
介護予防短時間通所サービス		, , ,	,

# 3 必要書類

次の(1)~(2)の書類を市ホームページ「3. 加算届」よりダウンロードし、電子申請届出システ ムにて申請してください。

- (1) 介護給付費(川崎市第1号事業支給費) 算定に係る体制等に関する届出書
- (2) 介護給付費(介護予防・日常生活支援総合事業費) 算定に係る体制等状況一覧表

介護予防通所サービス 介護予防短時間通所サービス

介護予防訪問リハビリテーション http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000021492.html 介護予防通所リハビリテーション http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000021602.html http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000021566.html http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000074834.html

なお、やむを得ない事情(gBizID取得に時間を要す等)により電子申請届出システムでの申請 ができない場合は、次の(1)  $\sim$  (3) の書類を市ホームページ「3. 加算届」よりダウンロードし、 (4)を同封し郵送にて提出してください。

- (1) 介護給付費(川崎市第1号事業支給費) 算定に係る体制等に関する届出書
- (2) 介護給付費(介護予防・日常生活支援総合事業費) 算定に係る体制等状況一覧表
- (3) 加算届管理票
- (4) 返信用封筒 ※ 84円切手を貼付し、宛先を明記

郵送先住所 〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地

宛名 川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課事業者指定係

※「事業所評価加算申出書在中」と朱書きで明記してください

## 4 提出期限

令和5年10月15日(日) 【締切日厳守】

## 【注意事項】

注1:今回の提出目的は、あくまでも令和6年度以降の事業所評価加算の算定希望の有無の届出 についてのみです。この加算以外の加算項目等に関しては、別途、申請してください。 (また、郵送の場合、変更届やその他の書類等は同封しないでください。)

注2:今回の届出はあくまでも申出であり、川崎市で届出を受理した後、国保連合会において所 定の計算式に従い算定基準に合致しているか否かが判定されます。その結果に基づき、川 崎市から別途送付される通知において、令和6年度事業所評価加算が算定可能とされた事 業所のみ、令和6年4月から翌年3月までのサービス提供について当該加算を算定できま す。

高齢者事業推進課 事業者指定係

介護予防訪問リハビリテーション 044-200-2469 介護予防通所リハビリテーション他 044-200-2544 ↑ 法人の登記簿上の所在地 介護給付費算定に係る体制等に を記入してください。

年 艮 日

(宛先)川崎市長

住 所(法人にあっては、主たる事業所の所在地)

提出予定日の日付を入れてください。

申請者 氏 名(法人にあっては名称及び代表者の氏名) 事業所の名称や、所在地等を 記入してください。 法人名と、代表者の肩書き(代表取締役) 等)、代表者の氏名を記入してください。 **∠ついて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。** この 事業所所在地市町村番号※ ガ 00000 名 称 **000000** 介護保険事業者番号は、既に指定(許 護保険 1 0 0 0 0 0 0 0 0 可) 事業者番号 を受けている場合のみ記入してください。  $(\mp 000 - 0000)$ は 施 地上 所 在 川崎市川崎区宮本町1番地 設 電話番・号 044-000-0000 F A X 番 号 044-000-0000 -所在地内において行う事業又は施設の種類 実施事業 指定(許可)年月日 異動等の区分 異動年月日 訪問介護 1新規 2変更 3終了 1新規 2変更 3終了 訪問入浴介護 訪問看護 1新規 2変更 3終了 指 1新規 2変更 3終了 訪問リハビリテーション 定 居宅療養管理指導 1新規 2変更 3終了 居 通所介護 1新規 2変更 3終了 宅 サ 通所リハビリテーション 1新規 2変更 3終了 短期入所生活介護 1新規 2変更 3終了 ビ 短期入所療養介護 1新規 2変更 3終了 ス 特定施設入居者生活介護 1新規 2変更 3終了 福祉用具貸与 1新規 2変更 3終了 特定福祉用具販売 1新規 2変更 3終了 居宅介護支援事業 1新規 2変更 3終了 介護老人福祉施設 1新規 2変更 3終了 施 介護老人保健施設 1新規 2変更 3終了 設 介護療養型医療施設 を 1新規 2変更 3終了 行う 介護医療院 1新規 2変更 3終了 介護予防訪問入浴介護 1新規 2変更 3終了 指 事 介護予防訪問看護 1新規 2変更 3終了 業 定 介護予防訪問リハビリテーション 平成28年4月1日 1新規 2変更 3終了 令和5年10月1日  $\cap$ 所 介 介護予防居宅療養管理指導 1新規 2変更 3終了 護 介護予防通所リハビリテーション 1新規 2変更 3終了 施 予 設 防 介護予防短期入所生活介護 1新規 2変更 3終了 **ത** サ 介護予防短期入所療養介護 1新規 2変更 3終了 種 介護予防特定施設入居者生活介護 1新規 2変更 3終了 類 ビ 介護予防福祉用具貸与 1新規 2変更 3終了 ス 特定介護予防福祉用具販売 1新規 2変更 3終了 介護予防支援事業 1新規 2変更 3終了 夜間対応型訪問介護 1新規 2変更 3終了 抽 認知症対応型通所介護 1新規 2変更 3終了 域 小規模多機能型居宅介護 1新規 2変更 3終了 密 認知症対応型共同生活介護 1新規 2変更 3終了 着 型 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 + 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 定期巡回 · 随時対応型訪問介護看護 1新規 2変更 3終了 Ĕ 看護小規模多機能型居宅介護 1新規 2変更 3終了 ス 地域密着型通所介護 1新規 2変更 4終了 <sub>地域密着</sub> 介護予防認知症対応型通所介護 1新規 2変更 3終了 型 介護予防小規模多機能型居宅介護 1新規 2変更 3終了 サービス 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 変更前 変更後 事業所評価加算(申出)の有無 なし 事業所評価加算(申出)の有無 あり 事 項

## (別紙1-2)

# 【記載例】

## 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)

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		□ 7 3級地 □ 2 4級地 □ 9 7級地 □ 5 その他		
			特別地域加算	□ 1 なし □ 2 あり		D 1 なし	/
	■ 1 病院又は診療所		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		□ 2 あり	
介護予防訪問 リハビリテーション	□ 2 介護老人保健施設 □ 3 介護医療院		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			
			事業所評価加算〔申出〕の有無	□ 1 なし ■ 2 あり			
			サービス提供体制強化加算	□ 1 なし □ 3 加算 I □ 4 加算	П		$\vee$

介護給付費算定に係る体制等に 法人の登記簿上の所在地 を記入してください。

<del>/-</del>

月

(宛先)川崎市長

住 所(法人にあっては、主たる事業所の所在地)

提出予定日の日付を入れてください。

申請者

事業所の名称や、所在地等を 記入してください。 氏名(法人にあっては名称及び代表者の氏名) 法人名と、代表者の肩書き(代表取締役 等)、代表者の氏名を記入してください。

	$\setminus$			)		(等)、1	代表者の	の氏名							
<b>Ξ</b> σ.		かして、関	係書類	を添え	て以下の	のとおり	/届け出	ます。		<b>→</b>					
•		- 13								事業所	所在地	市町村	番号※		
r	フリ	ガナ	00	000	9										
	名	称	00	000	00										
事			1										介雅保	除事業者	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・
業所	介護		1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	可)		
又	争 未	者番号	• (=	000	- <i>0000</i>	2)							を受けて	ている場合	<u>のみ記入してください。</u>
は施	=-	<b>→</b> 11k													
設	所	在地	川崎	市川	崎区	宮本	町1着	番地							
		•													
	電話	番。号		044	-00	0-0	000		FA	X 番	号		044	-000	-0000
	同一所	在地内にお	いて行う	事業又	は施設	の種類	実施事	業指	定(許可	丁)年月	日	異重	動等の図	区分	異動年月日
		訪問介護									1	新規	2変更	3終了	
		訪問入浴	介護								1	新規	2変更	3終了	
	指	訪問看護									1	新規	2変更	3終了	
	定	訪問リハ	ビリテー	-ション	,						1	新規	2変更	3終了	
	居	居宅療養	管理指	'導							1	新規	2変更	3終了	
	宅	通所介護									1	新規	2変更	3終了	
1	ţ	通所リハ	ビリテー	-ション	,						1	新規	2変更	3終了	
		短期入所	生活介	·護										3終了	
	ビ	短期入所	療養介	·護							1	新規	2変更	3終了	
	ス	特定施設	入居者	生活	介護						1	新規	2変更	3終了	
		福祉用具	貸与								1	新規	2変更	3終了	
		特定福祉	用具販	売							1	新規	2変更	3終了	
	居宅介	<b>ì護支援</b> 事	業								1	新規	2変更	3終了	
届		介護老人	福祉施	設							1	新規	2変更	3終了	
出	施	介護老人	.保健施	:設							1	新規	2変更	3終了	
を行	設	介護療養	型医療	施設							1	新規	2変更	3終了	
行		介護医療												3終了	
う事	指	介護予防			蒦									3終了	
業	定	介護予防												3終了	
所	介	介護予防				ョン								3終了	
1:	護	介護予防												3終了	
施	予	介護予防				ョン	0	平	成28年	F4月1				3終了	令和5年10月1日
設の	防サ	介護予防												3終了	
種	l i	介護予防				T A =#								3終了	
類	Ľ	介護予防				古介護								3終了	
	ス	介護予防												3終了	
	<b>∧</b> =# 3	特定介護		1111円5	<b>只</b> 规冗									3終了	
	川護コ	5防支援事 夜間対応		Λ譁										3終了 3終了	
	地	認知症対			##									3終了	
	域	小規模多												3終了	
	密	<u>小风候多</u> 認知症対												3終了	
	着型	地域密着				チム:#								3終了	
	サ	地域密着型的												3終了	
	ĺ	定期巡回・												3終了	
	Ľ	看護小規												3終了	
	ス	地域密着			<u>ы 6</u> Л1	又								4終了	
	tich tolk com dat-	介護予防			型涌昕·	介護		+						3終了	
	地域密着型	介護予防												3終了	
	介護予防 サービス	介護予防語												3終了	
特		בנים ניצהו.			<u>八円工/</u> 更前	HX					<u>'</u>	-171796	変更		1
記		=== 1== 1== 1==	<u>, / -</u>			4-1			-	AUC ====================================		<u>/</u> /			- 11
事	争業	<b>听評価加</b>	見(甲	出) <b>0</b>	ノ有無	なし			事	<b>兼</b> 所語	半曲加	昇(月	申出)の	う有無 は	かり
項															

(別紙1-2)

記載例

## 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)

							_	-	1
* * = = =									
事業所食亏	1 i	1	1	1	1	i	1	1	1
	1 1								

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	
			職員の欠員による減算の状況	□ 1 なし □ 2 医師 □ 3 看護職員 □ 4 介護職員 □ 1 なし □ 5 理学療法士 □ 6 作業療法士 □ 7 言語聴覚士 □ 2 あり	
			生活行為向上リハピリテーション実施加算	□ 1 なし □ 2 あり	/
			若年性認知症利用者受入加算	□ 1 なし □ 2 あり	/
			運動器機能向上体制	□ 1 なし □ 2 あり	/
	■ 1 病院又は診療所		栄養アセスメント・栄養改善体制	□ 1 なし □ 2 あり	/
■ 66 介護予防通所	□ 2 介護老人保健施設		口腔機能向上加算	□ 1 なし □ 2 あり /	
リハビリテーション	□ 3 介護医療院		選択的サービス複数実施加算	□ 1 なし □ 2 あり /	
			事業所評価加算〔申出〕の有無	□ 1 なし ■ 2 あり /	
			科学的介護推進体制加算	□ 1 なし □ 2 あり /	
			サービス提供体制強化加算	□ 1 なし □ 5 加算Ⅰ □ 4 加算Ⅱ □ 6 加算Ⅲ   /	
			介護職員処遇改善加算	□ 1 なし □ 6 加算 I □ 5 加算 I □ 2 加算 I □ 2 加算 I □ 1 なし □ 6 加算 I □ 5 加算 I □ 2 加算 I □ 1 なし □ 0 か	
			介護職員等特定処遇改善加算	□ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ /	
			介護職員等ベースアップ等支援加算	□ 1 なし □ 2 あり	

(宛先)川崎市長

所在地(法人にあっては、主たる事業所の所在地)

法人の登記簿上の所在地を 記入してください。

申請者

氏 名(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

法人名と、代表者の肩書き(代表取締役等) 代表者の氏名を記入してください。

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。

				事業	所の名	る称や、	所在地	3等 〕															
				を記	入して 	くださし	١,				事	業別	所在	主地市	町村	番号※							
5	ij	ガ	+	000	00																		
夕			 称	200	$\cap \cap$																		
	=#	- /		,			1						ı										
介 事 ៖	護業	· 保 者 番	) 号	1	4	7	5	0	C	) (	)	0	(	2	0	介護保証を受けて	食事業を いる場	者番号 合の。	は、 み記	既に指入してく	定(評 (ださ)	F可) , <b>ヽ</b> 。	
所		在	地						)		•												
電	話	番	号	0	44-	000	<b>D-C</b>	000	0	F	АХ	番	号		C	44-	00	0-	-0	OC	0		
同-	— <u>j</u>	<b>听在</b> 地	也内门	におい	て行う	事業の	D種類	実施事	業	指定	年	月	日	異	動	等の	区	分	異	動	年	月	日
介護予防訪問サービス														1 亲	新規	2変更	3終	{了					
		スール	基準級							1 弁	新規	2変更	3終	了									
第 1 号		介護 <sup>-</sup>	予防	通所:	ナービ	ス		0		平成2	28年	4月1	日	1 亲	新規	変更	3終	了	令	和5年	≢10	月1	日
業		介護 <sup>-</sup>	予防	短時間	引通所	サービ	ス							1 亲	新規	2変更	3終	了					
		スール	· %—	基準級	爰和通	所サー	ビス							1 亲	新規	2変更	3終	{了					
					変更	更前										変更	<b>更後</b>						
曹		業所記	評価	<b>Б加算</b>	(申出	1)の有	可無 な	ïl				事	業所	听評	価力	1算(申	1出)	の有	無	あ	Ŋ		
	事 所 『 同 指定第1号事業		「	: 険号     地     *号     内       : 険号     地     *号     内       : 険号     地     *号     内       : 険号     地     ・号     内       : 険号     地     ・号     内       : 険号     地     ・号     内       : り     ・     ・     ・       : り	を フ 名 介事 所 優号 ガ 称 険号 地 号 下 内 に	を記入して フリガナ 0000 名 藤	を記入してください フ リ ガ ナ 〇〇〇〇 名 称 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	を記入してください。     フ リ ガ ナ ○○○○ 名	7 リ ガ ナ 〇〇〇〇 名 称 〇〇〇〇 介護 保 除	を記入してください。  フ リ ガ ナ 〇〇〇〇	を記入してください。  フ リ ガ ナ 〇〇〇〇 名 称 〇〇〇〇 介 護 保 除 7 4 7 5 0 0 0 所 在 地 川崎市川崎区宮本町1番地  電話 番・号 044-〇〇〇〇〇〇 F	を記入してください。    2	を記入してください。  事業別  フリガナ  〇〇〇  名 称  〇〇〇〇  介護保験 7 4 7 5 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	を記入してください。	を記入してください。  事業所所在地市  フリガナ ○○○○ 名	を記入してください。	を記入してください。	を記入してください。     事業所所在地市町村番号 ※      7 リガナ ○○○○     名	を記入してください。	を記入してください。	を記入してください。	を記入してください。	本部人してください。

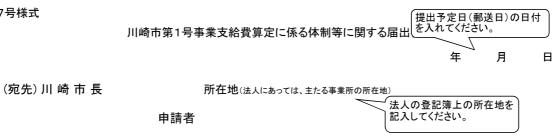
備考 1 ※印欄は、記入しないでください。

## (別紙1)

# 記載例

# 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	7 0	- 一	- 4 -	事業所習	休 :	<b>\$1</b> 4	<u> </u>	LIFEへの登録
各サービス共通	他放夺少户分	八只已巨巨刀	地域区分	□ 1 1級地 □ 3 5級地		2級地 6級地	□ 7 3級 □ 9 7級	及地 [ B地 [	□ 2 4級地 □ 5 その他	
A6 介護予防通所サービス			運動器機能向上体制 栄養アセスメント・栄養改善体制 口腔機能向上加算 選択的サービス複数実施加算 事業所評価加算(申出)の有無 サービス根供体制強化加質	ロー1 なし ロー1 ななし ロー1 ななし ロー1 ななし ロー1 ななし ロー1 なし ロー1 なし	□ 2 あり □ 2 ありり □ 2 ありり □ 2 ありり □ 2 ありり □ 2 ありり □ 2 ありり □ 3 加あり □ 3 加あり □ 3 加あり □ 3 加あり □ 3 加あり □ 2 5 1 1 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2	I 口 4 加 I 口 2 加	算I 口 6 算I 口 2	加算皿		_



氏 名(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

法人名と、代表者の肩書き(代表取締役等) 代表者の氏名を記入してください。

	この		ついて、阝				とおり	ノ り届け出	はまっ	す。												
		- 1		事業入し	所の名 てくださ 	称や、所い。	f在地	等を記				事業所	斤所在	王地市田	丁村:	番号※						
		フリ	ガナ	000	00																	
		名	利	000	00																	
		介 事業	長保 隊者番号		4	7	5	0	C	)	0	0	C	) (	9				は、既にみ記入して			
******	事業所				00	0 -	00	000	)													
		所	在 地		市川崎	奇区宮本	<b>医町</b> 1	番地														
		電影	舌 番 号	<del>}</del> 0	44-	000	-C	000	0	F	Α	X 番	号		C	44-	00	0-	-00	00		
		同一	·所在地内	引におい	て行う	事業の種	重類	実施事	業	指力	定 年	月	日	異重	助	等の	区	分	異 動	年	月	日
	届		介護予防訪問サービス											1新	規	2変更	3終	7				
	出を行う	指定	スーパー	-基準緩	和訪問	引サービ	ス							1新	規	2変更	3終	了				
	う事業所の	第1号事	介護予防	方通所サ	ービス	ξ.								1新	規	2変更	3終	了				
	種類	業	介護予防	方短時間	通所+	ナービス		0		平成	₹28⊈	E4月1	日	1新	規	2変更	3終	了	令和!	5年10	)月1	日
			スーパー	-基準緩	和通列	<b>fサービ</b>	ス							1新	規	2変更	3終	了				
	-				変	更前			,							変列	更後					
	特記事項	事	業所評	価加算	(申出	)の有領	無 <i>た</i>	ΪL				事	業	听評值	西加	]算(申	出出)	の有	無 あ	19		

備考 1 ※印欄は、記入しないでください。

(別紙1) 記載例

# 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

					争 未 別 1	f ク !	<u>; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; </u>	
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
各サービス共通			地域区分	□ 1 1級地 I □ 3 5級地 I	□ 6 2級地 □ 4 6級地	□ 7 3級地 □ 9 7級地	□ 2 4級地 □ 5 その他	
■ A7 介護予防短時間通所サービス			若年性認知症利用者受入加算 生活機能向上グループ活動加算 運動器機能向上体制 栄養アセスメント・栄養改善体制 口腔機能向上加算 選択的ザービス複数実施加算 事業所評価加算(申出)の有無 生活機能向上連携加算 科学的介護推進体制加算 介護職員処遇改善加算	□ 1 & U □ 2 □ 1 & U □ 2 □ 1 & U □ 2 □ 1 & U □ 2 □ 1 & U □ 2 □ 1 & U □ 2 □ 1 & U □ 2 □ 1 & U □ 2 □ 1 & U □ 2	あり   あり   あり   あり   あり   あり			□ 1 なし □ 2 あり
			介護職員処置以告加昇 介護職員等ベースアップ等支援加算	□ 1 & c □ 2 □ 1 & c □ 2	あり			-