

令和4年9月15日

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5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5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5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5年度に事業所評価加算の算定を希望する事業所であり、以下の全て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については届出不要です。

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4年1月～令和4年12月）

## 2 事業所評価加算の申出について

以下の表を参考に、事業所評価加算の申出に係る届出書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	<b>必要</b>	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)～(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

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>

介護予防通所サービス <http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000021566.html>

介護予防短時間通所サービス <http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000074834.html>

## 4 提出期限

令和4年10月15日(土) 【消印有効】

## 5 提出先

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

注1：今回の提出目的は、あくまで令和5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記入しないでください。また、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5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5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

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。

年 月 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。

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。

事業所所在地市町村番号 ※

<b>フリガナ</b>	00000										
<b>名称</b>	00000										
<b>介護保険事業者番号</b>	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	介護保険事業者番号は、既に指定(許可)を受けている場合のみ記入してください。
<b>所在地</b>	(〒000-0000) 川崎市川崎区宮本町1番地										
<b>電話番号</b>	044-000-0000					<b>FAX番号</b>	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)年月日	異動等の区分	異動年月日
指定居宅サービス	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	
	訪問看護		1新規 2変更 3終了	
	訪問リハビリテーション		1新規 2変更 3終了	
	居宅療養管理指導		1新規 2変更 3終了	
	通所介護		1新規 2変更 3終了	
	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	
	短期入所療養介護		1新規 2変更 3終了	
	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	
施設	介護老人福祉施設		1新規 2変更 3終了	
	介護老人保健施設		1新規 2変更 3終了	
	介護療養型医療施設		1新規 2変更 3終了	
	介護医療院		1新規 2変更 3終了	
指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護		1新規 2変更 3終了	
	介護予防訪問看護		1新規 2変更 3終了	
	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4年10月1日
	介護予防居宅療養管理指導		1新規 2変更 3終了	
	介護予防通所リハビリテーション		1新規 2変更 3終了	
	介護予防短期入所生活介護		1新規 2変更 3終了	
	介護予防短期入所療養介護		1新規 2変更 3終了	
	介護予防特定施設入居者生活介護		1新規 2変更 3終了	
	介護予防福祉用具貸与		1新規 2変更 3終了	
	特定介護予防福祉用具販売		1新規 2変更 3終了	
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	
	認知症対応型通所介護		1新規 2変更 3終了	
	小規模多機能型居宅介護		1新規 2変更 3終了	
	認知症対応型共同生活介護		1新規 2変更 3終了	
	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	
	看護小規模多機能型居宅介護		1新規 2変更 3終了	
	地域密着型通所介護		1新規 2変更 4終了	
	介護予防認知症対応型通所介護		1新規 2変更 3終了	
	介護予防小規模多機能型居宅介護		1新規 2変更 3終了	
	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	

特記事項	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

(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）

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	<input type="checkbox"/> 1 1級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地	<input type="checkbox"/> 3 5級地	<input type="checkbox"/> 4 6級地	<input type="checkbox"/> 9 7級地	<input type="checkbox"/> 5 その他		
■ 64	介護予防訪問 リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> 1 病院又は診療所 <input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3 介護医療院		特別地域加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり							<input type="checkbox"/> 1 なし	
				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）	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当							<input type="checkbox"/> 2 あり	
				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）	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当								
				事業所評価加算（申出）の有無	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 2 あり								
				サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ							

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。

年 月 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。

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。

事業所所在地市町村番号 ※

フリガナ	00000									
名称	00000									
介護保険事業者番号	1	4	0	0	0	0	0	0	0	介護保険事業者番号は、既に指定(許可)を受けている場合のみ記入してください。
所在地	(〒000-0000) 川崎市川崎区宮本町1番地									
電話番号	044-000-0000				FAX番号	044-000-0000				

届出を行う事業所・施設の種類	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)年月日	異動等の区分			異動年月日
				1新規	2変更	3終了	
指定居宅サービス	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	
	訪問看護			1新規	2変更	3終了	
	訪問リハビリテーション			1新規	2変更	3終了	
	居宅療養管理指導			1新規	2変更	3終了	
	通所介護			1新規	2変更	3終了	
	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	
	短期入所療養介護			1新規	2変更	3終了	
	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	介護老人福祉施設			1新規	2変更	3終了	
	介護老人保健施設			1新規	2変更	3終了	
	介護療養型医療施設			1新規	2変更	3終了	
	介護医療院			1新規	2変更	3終了	
指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護			1新規	2変更	3終了	
	介護予防訪問看護			1新規	2変更	3終了	
	介護予防訪問リハビリテーション			1新規	2変更	3終了	
	介護予防居宅療養管理指導			1新規	2変更	3終了	
	介護予防通所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4年10月1日
	介護予防短期入所生活介護			1新規	2変更	3終了	
	介護予防短期入所療養介護			1新規	2変更	3終了	
	介護予防特定施設入居者生活介護			1新規	2変更	3終了	
	介護予防福祉用具貸与			1新規	2変更	3終了	
	特定介護予防福祉用具販売			1新規	2変更	3終了	
地域密着型サービス	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	
	認知症対応型通所介護			1新規	2変更	3終了	
	小規模多機能型居宅介護			1新規	2変更	3終了	
	認知症対応型共同生活介護			1新規	2変更	3終了	
	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	
	看護小規模多機能型居宅介護			1新規	2変更	3終了	
	地域密着型通所介護			1新規	2変更	4終了	
	地域密着型介護予防認知症対応型通所介護			1新規	2変更	3終了	
	介護予防小規模多機能型居宅介護			1新規	2変更	3終了	
	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	

特記事項	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

(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）

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	<input type="checkbox"/> 1 1級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地	<input type="checkbox"/> 3 5級地	<input type="checkbox"/> 4 6級地	<input type="checkbox"/> 9 7級地	<input type="checkbox"/> 5 その他	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり		<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり			
■ 66 介護予防通所 リハビリテーション	■ 1 病院又は診療所 <input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3 介護医療院		職員の欠員による減算の状況	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 医師	<input type="checkbox"/> 3 看護職員	<input type="checkbox"/> 4 介護職員	<input type="checkbox"/> 5 理学療法士	<input type="checkbox"/> 6 作業療法士	<input type="checkbox"/> 7 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり					<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
			生活行為向上リハビリテーション実施加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり												
			若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり												
			運動器機能向上体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり												
			栄養アセスメント・栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり												
			口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり												
			選択的サービス複数実施加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり												
			事業所評価加算〔申出〕の有無	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 2 あり												
			科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり												
			サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 6 加算Ⅲ										
			介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅲ										
			介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ											
			介護職員等ベースアップ等支援加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり												

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

提出予定日(郵送日)の日付を入れてください。

年 月 日

(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。

事業所の名称や、所在地等を記入してください。

事業所所在地市町村番号※

事業所	フリガナ	○○○○										
	名称	○○○○										
	介護保険事業者番号	7	4	7	5	0	0	0	0	0	0	介護保険事業者番号は、既に指定(許可)を受けている場合のみ記入してください。
	所在地	(〒○○○ - ○○○○)										
		川崎市川崎区宮本町1番地										
	電話番号	044-○○○-○○○○				FAX番号	044-○○○-○○○○					
届出を行う事業所の種類	同一所在地内において行う事業の種類	実施事業	指定年月日	異動等の区分			異動年月日					
	指定第1号事業	介護予防訪問サービス			1新規 2変更 3終了							
		スーパー基準緩和訪問サービス			1新規 2変更 3終了							
		介護予防通所サービス	○	平成28年4月1日	1新規 2変更 3終了			令和4年10月1日				
		介護予防短時間通所サービス			1新規 2変更 3終了							
		スーパー基準緩和通所サービス			1新規 2変更 3終了							
特記事項	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							

備考 1 ※印欄は、記入しないでください。





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

提出予定日(郵送日)の日付を入れてください。

年 月 日

(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。

事業所の名称や、所在地等を記入してください。

事業所所在地市町村番号 ※

事業所	フリガナ	〇〇〇〇										
	名称	〇〇〇〇										
	介護保険事業者番号	1	4	7	5	〇	〇	〇	〇	〇	〇	介護保険事業者番号は、既に指定(許可)を受けている場合のみ記入してください。
	所在地	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) 川崎市川崎区宮本町1番地										
	電話番号	044-〇〇〇-〇〇〇〇				FAX番号		044-〇〇〇-〇〇〇〇				
届出を行う事業所の種類	同一所在地内において行う事業の種類		実施事業	指 定 年 月 日	異 動 等 の 区 分		異 動 年 月 日					
	指定第1号事業	介護予防訪問サービス			1新規 2変更 3終了							
		スーパー基準緩和訪問サービス			1新規 2変更 3終了							
		介護予防通所サービス			1新規 2変更 3終了							
		介護予防短時間通所サービス	○	平成28年4月1日	1新規 2変更 3終了	令和4年10月1日						
		スーパー基準緩和通所サービス			1新規 2変更 3終了							
特記事項	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							

備考 1 ※印欄は、記入しないでください。

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	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	<input type="checkbox"/> 1 1級地	<input type="checkbox"/> 2 2級地	<input type="checkbox"/> 3 3級地	<input type="checkbox"/> 4 4級地	<input type="checkbox"/> 5 5級地	<input type="checkbox"/> 6 6級地	<input type="checkbox"/> 7 7級地	<input type="checkbox"/> 8 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	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり						<input type="checkbox"/> 1 なし	
				生活機能向上グループ活動加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり							<input type="checkbox"/> 2 あり
				運動器機能向上体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり							
				栄養アセスメント・栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり							
				口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり							
				選択的サービス複数実施加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり							
				事業所評価加算〔申出〕の有無	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 2 あり							
				生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり							
				科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり							
				介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり							
				介護職員等ベースアップ等支援加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり							