「 公 印 省 略 」

 ３福介連指第４３号

令和３年９月２９日

介護予防・日常生活支援総合事業

通所型サービス事業所　管理者　様

福岡県介護保険広域連合事務局長

（事業所　指定係）

**令和４年度 事業所評価加算の届出について**

　平素より介護保険制度の適切な運営にご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

　介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービス事業所で、下記の2の評価対象の要件を満たし、事業所評価加算の算定を希望する場合は、保険者へ「事業所評価加算」の届出が必要になります。

　事業所評価加算の算定を希望する事業者は、下記のとおり届出されますよう通知いたします。

記

**１　事業所評価加算の概要**

　　選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービ

　ス）を行う総合事業の指定を受けた通所型サービス事業所について、効果的なサービスの提供を評価する観点から、評価対象となる期間（令和3年1月1日から令和3年12月31日まで）において、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に、当該評価期間の翌年度（令和4年度）における通所型サービスの提供につき加算（1月につき120単位）をおこなうものです。

**２　評価対象事業所**

　　A6（介護予防通所介護相当サービス）の指定事業所で、本届出をおこない且つ、以下の要

　件①～③を満たす事業所とする。

1. 運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスをおこなっていること。
2. 評価対象期間における事業所の利用実人数が10名以上であること。
3. 評価基準に適合していること。

・評価対象期間において、通所型サービスを利用した実人員数のうち、６０％以上に選択的サービスを実施していること。

・要支援度の維持者数＋改善者数×２／評価対象期間内に選択的サービスを３ヶ月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数≧０．７であること。

※事業所評価加算の申出は、今回の広域連合への申出により、申出を「なし」に変更しない限り、毎年自動的に評価の対象事業所となります。

**３　提出書類**

　　次の①と②の書類を作成し提出してください。

1. 変更届出書（様式第２号）
2. 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙３－２）

**４　提出書類の入手方法**

* ホームページから様式をダウンロードしてください。

　　福岡県介護保険広域連合ホームページのトップページ

新着情報（お知らせ）をクリック

　　→■ 令和４年度事業所評価加算についてをクリック

**５　作成方法**

上記の ３　提出書類 ①と②の必要事項を記入のうえ、

* ①の「変更届出書（様式第２号）」中の「変更の内容」欄

（変更前）に　**「事業所評価加算申出なし」**を

（変更後）に　**「事業所評価加算申出あり」**を記入してください。

* ②の「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙３－２）」中の「特記事項」欄

（変更前）に　**「事業所評価加算申出なし」**を

　 （変更後）に　**「事業所評価加算申出あり」**を記入してください。

**６　提出期限**

　 **令和３年１０月２２日（金）≪期限厳守≫**

**７　提出方法**

　郵便局による一般書留、簡易書留又は総務省の許可を受けた民間事業者がおこなう書留

　　 サービスが付加された信書便その他配達記録が残る信書便にて提出してください。

**８　提出先**

〒８１２－００４４

　福岡市博多区千代四丁目１番２７号

　　福岡県介護保険広域連合本部 事業課 指定係　宛て

　　※朱書きで「令和４年度　事業所評価加算届出書在中」と記入してください。

**９　注意事項**

　・国民健康保険団体連合会で基準適合の評価をおこないます。提出期限を過ぎて提出され

た書類は、評価できないこともありますので提出期限は必ずお守りください。

 ・事業所評価加算を希望しない事業所は、届出の必要はありません。また、一度提出され

　　　た届出は翌年度以降も引き継がれます。

　　・事業所評価加算の届出をおこなった事業所であっても、「運動器機能向上サービス」「栄

　　　養改善サービス」「口腔機能向上サービス」のいずれも加算の届出をおこなっていない

場合は、国民健康保険団体連合会でおこなう事務所評価加算の基準適合の適否の判断は

なされません。

　　・算定を希望しない場合は、届出は不要です。

**10　スケジュールについて**

|  |  |
| --- | --- |
| 日　付 | 内　容 |
| 令和3年10月22日 | 申出書類の提出期限 | 事業所から広域連合へ |
| 令和3年11月～令和4年1月 | 基準適合の評価※評価対象期間は、令和3年1月1日から令和3　年12月31日までですが、令和3年11月以降　に要支援認定の更新又は変更認定がおこなわれた　者については令和4年度の評価対象受給者とな　ります。 | 国保連合会において評価 |
| 令和4年2月頃 | 基準適合（不適合）結果通知 | 広域連合から事業所へ |
| 適合事業者は、この間に関係者へ周知手続きをおこなってください。 |
| 令和4年4月1日 | 事業所評価加算の算定開始 | 適合した事業所 |

|  |
| --- |
| 【　問い合わせ先　】福岡県介護保険広域連合本部 事業課 指定係電話　092－981－9074　Fax092－641－2432 |

【当広域連合ホームページからの様式ダウンロードについて】

 様式は福岡県介護保険広域連合ホームページ（http://www.fukuoka-kaigo.jp）のトップ

ページの新着情報（お知らせ）に掲載しています。