

開設予定事業者向け説明会資料 通所介護

神奈川県 福祉子どもみらい局 福祉部
高齢福祉課

令和5年1月版

目 次

○ 介護保険法に基づく各種サービスの指定を受けるにあたっての、定款への事業名の記載について	1
○ 介護報酬の地域区分	2
○ サービス別の1単位当たりの単価	3
○ 地域単価	4
○ 通所介護料金早見表	5
○ ①②通所介護指定申請に係る必要書類一覧表	1 4
○ ③通所介護申請及び介護給付費請求に係る書類チェックリスト	1 5
○ ④申請書類作成にあたっての留意事項(通所介護)	2 2
○ ⑤同一敷地内で2サービス以上の事業を行う場合	2 7
○ 申請書類記載例	2 8
○ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	4 1
○ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	4 2
○ よくある質問	4 3

※内容は制度改正により変わる可能性があります。

新規申請の際は、介護情報サービスかながわをご覧ください。
き申請書類等お間違いないようご注意ください。

■ 介護保険法に基づく各種サービスの指定を受けるにあたっての、定款への事業名の記載について ■

○ 介護保険法に基づく居宅サービス事業
訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売
○ 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業
定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、複合型サービス
○ 介護保険法に基づく居宅介護支援事業
居宅介護支援
○ 介護保険法に基づく介護予防サービス事業
介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防福祉用具貸与、特定介護予防福祉用具販売
○ 介護保険法に基づく地域密着型介護予防サービス事業
介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護
○ 介護保険法に基づく介護予防支援事業
介護予防支援

— ご注意ください！ —
 定款変更について、所轄官庁の許認可が必要な場合は、必ず所轄官庁へその変更についてご相談ください。
 （株式会社や有限会社、合資会社等の営利法人の場合、所轄官庁はありません。）

介護報酬の地域区分

 = 変更あり

区 分	改定前 (平成30年度～令和2年度)		改定後 (令和3年度～令和5年度)		
		上乗せ率(%)		上乗せ率(%)	増減
横 浜 市	2 級地	16	2 級地	16	
川 崎 市	2 級地	16	2 級地	16	
相 模 原 市	4 級地	12	4 級地	12	
横 須 賀 市	5 級地	10	5 級地	10	
鎌 倉 市	3 級地	15	3 級地	15	
逗 子 市	4 級地	12	4 級地	12	
三 浦 市	6 級地	6	6 級地	6	
葉 山 町	6 級地	6	6 級地	6	
厚 木 市	4 級地	12	4 級地	12	
大 和 市	5 級地	10	5 級地	10	
海 老 名 市	5 級地	10	4 級地	12	+
座 間 市	5 級地	10	5 級地	10	
綾 瀬 市	5 級地	10	5 級地	10	
愛 川 町	5 級地	10	5 級地	10	
清 川 村	6 級地	6	6 級地	6	
藤 沢 市	4 級地	12	4 級地	12	
茅 ヶ 崎 市	5 級地	10	5 級地	10	
寒 川 町	5 級地	10	5 級地	10	
平 塚 市	5 級地	10	5 級地	10	
秦 野 市	6 級地	6	6 級地	6	
伊 勢 原 市	5 級地	10	5 級地	10	
大 磯 町	6 級地	6	6 級地	6	
二 宮 町	6 級地	6	6 級地	6	
南 足 柄 市	その他	0	その他	0	
中 井 町	その他	0	その他	0	
大 井 町	その他	0	その他	0	
松 田 町	その他	0	その他	0	
山 北 町	その他	0	7 級地	3	+
開 成 町	その他	0	その他	0	
小 田 原 市	5 級地	10	5 級地	10	
箱 根 町	7 級地	3	7 級地	3	
真 鶴 町	その他	0	その他	0	
湯 河 原 町	その他	0	その他	0	

サービス別の1単位当たりの単価

(単位 円)

区 分	人件費割合	改 定 前 (平成30～令和2年度)						
		上乗せ割合						
		2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
		16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
居宅サービス								
訪問介護	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
訪問入浴介護	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
訪問看護	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
訪問リハビリテーション	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
通所介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
通所リハビリテーション	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
短期入所生活介護	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
短期入所療養介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
特定施設入居者生活介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
地域密着型サービス								
夜間対応型訪問介護	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
認知症対応型通所介護	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
小規模多機能型居宅介護	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
認知症対応型共同生活介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
地域密着型特定施設入居者生活介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
地域密着型通所介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
居宅介護支援	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
介護保険施設サービス								
介護老人福祉施設	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
介護老人保健施設	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
介護療養型医療施設	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
介護医療院	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00

※ 介護予防サービスは、省略。

人件費割合	改 正 後 (令和3～5年度)						
	上乗せ割合						
	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
	16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00

地域単価

(令和3年4月～令和6年3月)

		2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他	
改 定 案	・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・居宅介護支援	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護	11. 12円	11. 05円	10. 84円	10. 70円	10. 42円	10. 21円	10円
	・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション ・短期入所生活介護 ・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護	・看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	10. 88円	10. 83円	10. 66円	10. 55円	10. 33円	10. 17円	10円
	・通所介護 ・短期入所療養介護 ・特定施設入居者生活介護 ・認知症対応型共同生活介護 ・地域密着型通所介護	・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・介護療養型医療施設 ・介護医療院 ・地域密着型特定施設入居者生活介護 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	10. 72円	10. 68円	10. 54円	10. 45円	10. 27円	10. 14円	10円

※サービス種類については、介護予防サービスのある居宅サービス及び地域密着型サービスは介護予防サービスを含む。

2級地：横浜市/川崎市
 3級地：鎌倉市
 4級地：相模原市/藤沢市/厚木市/逗子市/海老名市
 5級地：横須賀市/平塚市/小田原市/茅ヶ崎市/大和市/伊勢原市/座間市/綾瀬市/寒川町/愛川町
 6級地：三浦市/秦野市/葉山町/大磯町/二宮町/清川村
 7級地：山北町/箱根町
 その他：上記以外



(平成30年4月～令和3年3月)

(平成30年4月～令和3年3月)		2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他	
現 行	・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・居宅介護支援	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護	11. 12円	11. 05円	10. 84円	10. 70円	10. 42円	10. 21円	10円
	・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション ・短期入所生活介護 ・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護	・看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	10. 88円	10. 83円	10. 66円	10. 55円	10. 33円	10. 17円	10円
	・通所介護 ・短期入所療養介護 ・特定施設入居者生活介護 ・認知症対応型共同生活介護 ・地域密着型通所介護	・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・介護療養型医療施設 ・介護医療院 ・地域密着型特定施設入居者生活介護 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	10. 72円	10. 68円	10. 54円	10. 45円	10. 27円	10. 14円	10円

※サービス種類については、介護予防サービスのある居宅サービス及び地域密着型サービスは介護予防サービスを含む。

2級地：横浜市/川崎市
 3級地：鎌倉市
 4級地：相模原市/藤沢市/厚木市/逗子市
 5級地：横須賀市/平塚市/小田原市/茅ヶ崎市/大和市/伊勢原市/海老名市/座間市/綾瀬市/寒川町/愛川町
 6級地：三浦市/秦野市/葉山町/大磯町/二宮町/清川村
 7級地：箱根町
 その他：上記以外

通所介護料金早見表（令和4年度介護報酬改定）【1割負担】

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×0.9（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

※この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

※「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（同一建物に居住する利用者に対する減算、事業所が送迎を行わない場合の減算など）は下表に は記載しておりませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

なお、料金変更が報酬改定に係るもののみである場合は、料金変更届は不要としています。

通所介護費（1回につき）	単位数	利用者負担額（1割）円						
		2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
		10.72円	10.68円	10.54円	10.45円	10.27円	10.14円	10円
イ 通常規模型通所介護費								
（1）所要時間3時間以上4時間未満の場合								
（一）要介護1	368	395	393	388	385	378	374	368
（二）要介護2	421	452	450	444	440	433	427	421
（三）要介護3	477	512	510	503	499	490	484	477
（四）要介護4	530	569	566	559	554	545	538	530
（五）要介護5	585	628	625	617	612	601	594	585
（2）所要時間4時間以上5時間未満の場合								
（一）要介護1	386	414	413	407	404	397	392	386
（二）要介護2	442	474	472	466	462	454	449	442
（三）要介護3	500	536	534	527	523	514	507	500
（四）要介護4	557	598	595	587	582	572	565	557
（五）要介護5	614	659	656	648	642	631	623	614
（3）所要時間5時間以上6時間未満の場合								
（一）要介護1	567	608	606	598	593	583	575	567
（二）要介護2	670	719	716	707	701	688	680	670
（三）要介護3	773	829	826	815	808	794	784	773
（四）要介護4	876	939	936	924	916	900	889	876
（五）要介護5	979	1,050	1,046	1,032	1,023	1,006	993	979
（4）所要時間6時間以上7時間未満の場合								
（一）要介護1	581	623	621	613	608	597	590	581
（二）要介護2	686	736	733	723	717	705	696	686
（三）要介護3	792	849	846	835	828	814	803	792
（四）要介護4	897	962	958	946	938	922	910	897
（五）要介護5	1,003	1,076	1,072	1,058	1,049	1,030	1,017	1,003
（5）所要時間7時間以上8時間未満の場合								
（一）要介護1	655	703	700	691	685	673	665	655
（二）要介護2	773	829	826	815	808	794	784	773
（三）要介護3	896	961	957	945	937	921	909	896
（四）要介護4	1,018	1,092	1,088	1,073	1,064	1,046	1,033	1,018
（五）要介護5	1,142	1,225	1,220	1,204	1,194	1,173	1,158	1,142
（6）所要時間8時間以上9時間未満の場合								
（一）要介護1	666	714	712	702	696	684	676	666
（二）要介護2	787	844	841	830	823	809	798	787
（三）要介護3	911	977	973	961	952	936	924	911
（四）要介護4	1,036	1,111	1,107	1,092	1,083	1,064	1,051	1,036
（五）要介護5	1,162	1,246	1,241	1,225	1,215	1,194	1,179	1,162
ロ 大規模型通所介護費（1）								
（1）所要時間3時間以上4時間未満の場合								
（一）要介護1	356	382	381	376	372	366	361	356
（二）要介護2	407	437	435	429	426	418	413	407
（三）要介護3	460	494	492	485	481	473	467	460
（四）要介護4	511	548	546	539	534	525	519	511
（五）要介護5	565	606	604	596	591	581	573	565
（2）所要時間4時間以上5時間未満の場合								
（一）要介護1	374	401	400	395	391	384	380	374
（二）要介護2	428	459	458	452	448	440	434	428
（三）要介護3	484	519	517	511	506	497	491	484
（四）要介護4	538	577	575	567	563	553	546	538
（五）要介護5	594	637	635	626	621	610	603	594
（3）所要時間5時間以上6時間未満の場合								
（一）要介護1	541	580	578	571	566	556	549	541
（二）要介護2	640	686	684	675	669	658	649	640
（三）要介護3	739	793	790	779	773	759	750	739
（四）要介護4	836	897	893	882	874	859	848	836
（五）要介護5	935	1,003	999	986	977	961	948	935

(4) 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	561	602	600	592	587	577	569	561
(二) 要介護 2	664	712	710	700	694	682	674	664
(三) 要介護 3	766	822	818	808	801	787	777	766
(四) 要介護 4	867	930	926	914	906	891	880	867
(五) 要介護 5	969	1,039	1,035	1,022	1,013	996	983	969
(5) 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	626	671	669	660	655	643	635	626
(二) 要介護 2	740	794	791	780	774	760	751	740
(三) 要介護 3	857	919	916	904	896	881	869	857
(四) 要介護 4	975	1,046	1,042	1,028	1,019	1,002	989	975
(五) 要介護 5	1,092	1,171	1,167	1,151	1,142	1,122	1,108	1,092
(6) 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	644	691	688	679	673	662	653	644
(二) 要介護 2	761	816	813	802	796	782	772	761
(三) 要介護 3	881	945	941	929	921	905	894	881
(四) 要介護 4	1,002	1,075	1,071	1,057	1,047	1,029	1,016	1,002
(五) 要介護 5	1,122	1,203	1,199	1,183	1,173	1,153	1,138	1,122
ハ 大規模型通所介護費 (Ⅱ)								
(1) 所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	343	368	367	362	359	353	348	343
(二) 要介護 2	393	422	420	415	411	404	399	393
(三) 要介護 3	444	476	475	468	464	456	451	444
(四) 要介護 4	493	529	527	520	516	507	500	493
(五) 要介護 5	546	586	584	576	571	561	554	546
(2) 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	360	386	385	380	377	370	365	360
(二) 要介護 2	412	442	440	435	431	424	418	412
(三) 要介護 3	466	500	498	492	487	479	473	466
(四) 要介護 4	518	556	554	546	542	532	526	518
(五) 要介護 5	572	614	611	603	598	588	580	572
(3) 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	522	560	558	551	546	536	530	522
(二) 要介護 2	617	662	659	651	645	634	626	617
(三) 要介護 3	712	764	761	751	744	732	722	712
(四) 要介護 4	808	867	863	852	845	830	820	808
(五) 要介護 5	903	968	965	952	944	928	916	903
(4) 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	540	579	577	570	565	555	548	540
(二) 要介護 2	638	684	682	673	667	656	647	638
(三) 要介護 3	736	789	786	776	770	756	747	736
(四) 要介護 4	835	896	892	880	873	858	847	835
(五) 要介護 5	934	1,002	998	985	976	960	947	934
(5) 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	604	648	645	637	632	621	613	604
(二) 要介護 2	713	765	762	752	745	733	723	713
(三) 要介護 3	826	886	883	871	864	849	838	826
(四) 要介護 4	941	1,009	1,005	992	984	967	955	941
(五) 要介護 5	1,054	1,130	1,126	1,111	1,102	1,083	1,069	1,054
(6) 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	620	665	663	654	648	637	629	620
(二) 要介護 2	733	786	783	773	766	753	744	733
(三) 要介護 3	848	909	906	894	887	871	860	848
(四) 要介護 4	965	1,035	1,031	1,018	1,009	991	979	965
(五) 要介護 5	1,081	1,159	1,155	1,140	1,130	1,111	1,097	1,081
入浴介助加算 (1 日につき)								
イ 入浴介助加算 (Ⅰ)	40	43	43	43	42	41	41	40
ロ 入浴介助加算 (Ⅱ)	55	59	59	58	58	57	56	55
中重度者ケア体制加算 (1 日につき)	45	49	48	48	47	47	46	45
生活機能向上連携加算Ⅰ (3 月に 1 回を限度として 1 月につき)	100	108	107	106	105	103	102	100
生活機能向上連携加算Ⅱ (1 月につき) (個別機能訓練加算算定なし)	200	215	214	211	209	206	203	200
生活機能向上連携加算Ⅱ (1 月につき) (個別機能訓練加算算定あり)	100	108	107	106	105	103	102	100
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ (1 日につき)	56	60	60	59	59	58	57	56
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ (1 日につき)	85	92	91	90	89	88	87	85
※加算(Ⅰ)イを算定している場合には、加算(Ⅰ)ロは算定できない。								
個別機能訓練加算(Ⅱ) (1 月につき)	20	22	22	21	21	21	21	20
ADL 維持等加算 (Ⅰ) (1 月につき)	30	33	32	32	32	31	31	30
ADL 維持等加算 (Ⅱ) (1 月につき)	60	65	64	64	63	62	61	60
認知症加算 (1 日につき)	60	65	64	64	63	62	61	60
若年性認知症利用者受入加算 (1 日につき)	60	65	64	64	63	62	61	60
栄養アセスメント加算 (1 月につき)	50	54	54	53	53	52	51	50

栄養改善加算 (1月に2回を限度として1回につき)	200	215	214	211	209	206	203	200
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (1回につき)	20	22	22	21	21	21	21	20
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (1回につき)	5	6	6	6	6	6	5	5
口腔機能向上加算(Ⅰ) (1月に2回を限度として1回につき)	150	161	161	159	157	154	153	150
口腔機能向上加算(Ⅱ) (1月に2回を限度として1回につき)	160	172	171	169	168	165	163	160
科学的介護推進体制加算(1月につき)	40	43	43	43	42	41	41	40
(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1回につき)	22	24	24	24	23	23	23	22
(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1回につき)	18	20	20	19	19	19	19	18
(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1回につき)	6	7	7	7	7	7	6	6
生活相談員配置等加算(共生型通所介護のみ)	13	14	14	14	14	14	14	13
時間延長加算								
9時間以上10時間未満	50	54	54	53	53	52	51	50
10時間以上11時間未満	100	108	107	106	105	103	102	100
11時間以上12時間未満	150	161	161	159	157	154	153	150
12時間以上13時間未満	200	215	214	211	209	206	203	200
13時間以上14時間未満	250	268	267	264	262	257	254	250

※ 加算はサービス内容略称

共生型通所介護を行う場合	所定の単位数に乘じる数
指定生活介護事業所が行う場合	93/100
指定自立訓練事業所が行う場合	95/100
指定児童発達支援事業所が行う場合	90/100
指定放課後デイサービス事業所が行う場合	90/100

介護職員処遇改善加算(単位数)

Ⅰ(キャリアパス要件①②③)+職場環境要件	介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス別加算率5.9パーセント
Ⅱ(キャリアパス要件①②)+職場環境要件	介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス別加算率4.3パーセント
Ⅲ(キャリアパス要件①又は②)+職場環境要件	介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス別加算率2.3パーセント

※処遇改善加算の単位数は、基本報酬に、特定処遇改善加算及びベースアップ等支援加算以外の加算・減算を加えた単位数に、加算率を乗じて算出。

介護職員等特定処遇改善加算(単位数)

Ⅰ(サービス提供体制強化加算等の取得あり)	介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス別加算率1.2パーセント
Ⅱ(サービス提供体制強化加算等の取得なし)	介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス別加算率1.0パーセント

※特定処遇改善加算の単位数は、基本報酬に、処遇改善加算及びベースアップ等支援加算以外の加算・減算を加えた単位数に、加算率を乗じて算出。

介護職員等ベースアップ等支援加算(単位数) 介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス別加算率1.1パーセント

※ベースアップ等支援加算の単位数は、基本報酬に、処遇改善加算及び特定処遇改善加算以外の加算・減算を加えた単位数に、加算率を乗じて算出。

通所介護料金早見表（令和４年度介護報酬改定）【２割負担】

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（１円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×０．８（１円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

※この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、１か月のサービス合計単位数により計算します。

※「所定単位数の１００分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（同一建物に居住する利用者に対する減算、事業所が送迎を行わない場合の減算など）は下表には記載しておりませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

なお、料金変更が報酬改定に係るもののみである場合は、料金変更届は不要としています。

通所介護費（１回につき）	単位数	利用者負担額（２割）円						
		２級地	３級地	４級地	５級地	６級地	７級地	その他
		10.72円	10.68円	10.54円	10.45円	10.27円	10.14円	10円
イ 通常規模型通所介護費								
（１）所要時間３時間以上４時間未満の場合								
（一）要介護１	368	789	786	776	769	756	747	736
（二）要介護２	421	903	900	888	880	865	854	842
（三）要介護３	477	1,023	1,019	1,006	997	980	968	954
（四）要介護４	530	1,137	1,132	1,118	1,108	1,089	1,075	1,060
（五）要介護５	585	1,255	1,250	1,233	1,223	1,202	1,187	1,170
（２）所要時間４時間以上５時間未満の場合								
（一）要介護１	386	828	825	814	807	793	783	772
（二）要介護２	442	948	944	932	924	908	897	884
（三）要介護３	500	1,072	1,068	1,054	1,045	1,027	1,014	1,000
（四）要介護４	557	1,195	1,190	1,174	1,164	1,144	1,130	1,114
（五）要介護５	614	1,317	1,312	1,295	1,284	1,261	1,245	1,228
（３）所要時間５時間以上６時間未満の場合								
（一）要介護１	567	1,216	1,211	1,196	1,185	1,165	1,150	1,134
（二）要介護２	670	1,437	1,431	1,413	1,401	1,376	1,359	1,340
（三）要介護３	773	1,658	1,651	1,630	1,616	1,588	1,568	1,546
（四）要介護４	876	1,878	1,871	1,847	1,831	1,800	1,777	1,752
（五）要介護５	979	2,099	2,091	2,064	2,046	2,011	1,986	1,958
（４）所要時間６時間以上７時間未満の場合								
（一）要介護１	581	1,246	1,241	1,225	1,215	1,194	1,179	1,162
（二）要介護２	686	1,471	1,466	1,446	1,434	1,409	1,392	1,372
（三）要介護３	792	1,698	1,692	1,670	1,656	1,627	1,606	1,584
（四）要介護４	897	1,923	1,916	1,891	1,875	1,843	1,819	1,794
（五）要介護５	1,003	2,151	2,143	2,115	2,097	2,060	2,034	2,006
（５）所要時間７時間以上８時間未満の場合								
（一）要介護１	655	1,405	1,399	1,381	1,369	1,346	1,329	1,310
（二）要介護２	773	1,658	1,651	1,630	1,616	1,588	1,568	1,546
（三）要介護３	896	1,921	1,914	1,889	1,873	1,841	1,817	1,792
（四）要介護４	1,018	2,183	2,175	2,146	2,128	2,091	2,065	2,036
（五）要介護５	1,142	2,449	2,440	2,408	2,387	2,346	2,316	2,284
（６）所要時間８時間以上９時間未満の場合								
（一）要介護１	666	1,428	1,423	1,404	1,392	1,368	1,351	1,332
（二）要介護２	787	1,688	1,681	1,659	1,645	1,617	1,596	1,574
（三）要介護３	911	1,953	1,946	1,921	1,904	1,871	1,848	1,822
（四）要介護４	1,036	2,221	2,213	2,184	2,166	2,128	2,101	2,072
（五）要介護５	1,162	2,492	2,482	2,450	2,429	2,387	2,357	2,324
ロ 大規模型通所介護費（１）								
（１）所要時間３時間以上４時間未満の場合								
（一）要介護１	356	764	761	751	744	732	722	712
（二）要介護２	407	873	870	858	851	836	826	814
（三）要介護３	460	987	983	970	962	945	933	920
（四）要介護４	511	1,096	1,092	1,077	1,068	1,050	1,037	1,022
（五）要介護５	565	1,212	1,207	1,191	1,181	1,161	1,146	1,130
（２）所要時間４時間以上５時間未満の場合								
（一）要介護１	374	802	799	789	782	768	759	748
（二）要介護２	428	918	915	903	895	879	868	856
（三）要介護３	484	1,038	1,034	1,021	1,012	994	982	968
（四）要介護４	538	1,154	1,149	1,134	1,125	1,105	1,091	1,076
（五）要介護５	594	1,274	1,269	1,252	1,242	1,220	1,205	1,188
（３）所要時間５時間以上６時間未満の場合								
（一）要介護１	541	1,160	1,156	1,141	1,131	1,112	1,097	1,082
（二）要介護２	640	1,372	1,367	1,349	1,338	1,315	1,298	1,280
（三）要介護３	739	1,585	1,579	1,558	1,545	1,518	1,499	1,478
（四）要介護４	836	1,793	1,786	1,763	1,748	1,717	1,696	1,672
（五）要介護５	935	2,005	1,997	1,971	1,954	1,921	1,896	1,870

(4) 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	561	1,203	1,199	1,183	1,173	1,153	1,138	1,122
(二) 要介護 2	664	1,424	1,419	1,400	1,388	1,364	1,347	1,328
(三) 要介護 3	766	1,643	1,636	1,615	1,601	1,574	1,554	1,532
(四) 要介護 4	867	1,859	1,852	1,828	1,812	1,781	1,759	1,734
(五) 要介護 5	969	2,078	2,070	2,043	2,026	1,991	1,965	1,938
(5) 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	626	1,342	1,337	1,320	1,309	1,286	1,270	1,252
(二) 要介護 2	740	1,587	1,581	1,560	1,547	1,520	1,501	1,480
(三) 要介護 3	857	1,838	1,831	1,807	1,791	1,761	1,738	1,714
(四) 要介護 4	975	2,091	2,083	2,056	2,038	2,003	1,978	1,950
(五) 要介護 5	1,092	2,342	2,333	2,302	2,283	2,243	2,215	2,184
(6) 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	644	1,381	1,376	1,358	1,346	1,323	1,306	1,288
(二) 要介護 2	761	1,632	1,626	1,604	1,591	1,563	1,544	1,522
(三) 要介護 3	881	1,889	1,882	1,857	1,842	1,810	1,787	1,762
(四) 要介護 4	1,002	2,149	2,141	2,113	2,094	2,058	2,032	2,004
(五) 要介護 5	1,122	2,406	2,397	2,365	2,345	2,305	2,276	2,244
ハ 大規模型通所介護費 (Ⅱ)								
(1) 所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	343	736	733	723	717	705	696	686
(二) 要介護 2	393	843	840	829	822	808	797	786
(三) 要介護 3	444	952	949	936	928	912	901	888
(四) 要介護 4	493	1,057	1,053	1,040	1,031	1,013	1,000	986
(五) 要介護 5	546	1,171	1,167	1,151	1,141	1,122	1,108	1,092
(2) 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	360	772	769	759	753	740	730	720
(二) 要介護 2	412	884	880	869	861	847	836	824
(三) 要介護 3	466	999	996	983	974	957	945	932
(四) 要介護 4	518	1,111	1,107	1,092	1,083	1,064	1,051	1,036
(五) 要介護 5	572	1,227	1,222	1,206	1,196	1,175	1,160	1,144
(3) 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	522	1,119	1,115	1,101	1,091	1,072	1,059	1,044
(二) 要介護 2	617	1,323	1,318	1,301	1,290	1,268	1,252	1,234
(三) 要介護 3	712	1,527	1,521	1,501	1,488	1,463	1,444	1,424
(四) 要介護 4	808	1,733	1,726	1,704	1,689	1,660	1,639	1,616
(五) 要介護 5	903	1,936	1,929	1,904	1,888	1,855	1,832	1,806
(4) 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	540	1,158	1,154	1,139	1,129	1,109	1,095	1,080
(二) 要介護 2	638	1,368	1,363	1,345	1,334	1,311	1,294	1,276
(三) 要介護 3	736	1,578	1,572	1,552	1,539	1,512	1,493	1,472
(四) 要介護 4	835	1,791	1,784	1,760	1,745	1,715	1,694	1,670
(五) 要介護 5	934	2,003	1,995	1,969	1,952	1,919	1,894	1,868
(5) 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	604	1,295	1,290	1,274	1,263	1,241	1,225	1,208
(二) 要介護 2	713	1,529	1,523	1,503	1,490	1,465	1,446	1,426
(三) 要介護 3	826	1,771	1,765	1,742	1,727	1,697	1,675	1,652
(四) 要介護 4	941	2,018	2,010	1,984	1,967	1,933	1,909	1,882
(五) 要介護 5	1,054	2,260	2,252	2,222	2,203	2,165	2,138	2,108
(6) 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	620	1,330	1,325	1,307	1,296	1,274	1,258	1,240
(二) 要介護 2	733	1,572	1,566	1,545	1,532	1,506	1,487	1,466
(三) 要介護 3	848	1,818	1,812	1,788	1,773	1,742	1,720	1,696
(四) 要介護 4	965	2,069	2,062	2,035	2,017	1,982	1,957	1,930
(五) 要介護 5	1,081	2,318	2,309	2,279	2,260	2,221	2,193	2,162
入浴介助加算 (1 日につき)								
イ 入浴介助加算 (Ⅰ)	40	86	86	85	84	82	81	80
ロ 入浴介助加算 (Ⅱ)	55	118	118	116	115	113	112	110
中重度者ケア体制加算 (1 日につき)	45	97	96	95	94	93	92	90
生活機能向上連携加算Ⅰ (3 月に 1 回を限度として 1 月につき)	100	215	214	211	209	206	203	200
生活機能向上連携加算Ⅱ (1 月につき) (個別機能訓練加算算定なし)	200	429	428	422	418	411	406	400
生活機能向上連携加算Ⅱ (1 月につき) (個別機能訓練加算算定あり)	100	215	214	211	209	206	203	200
個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ (1 日につき)	56	120	120	118	117	115	114	112
個別機能訓練加算 (Ⅰ) ロ (1 日につき)	85	183	182	179	178	175	173	170
※加算 (Ⅰ) イを算定している場合には、加算 (Ⅰ) ロは算定できない。								
個別機能訓練加算 (Ⅱ) (1 月につき)	20	43	43	42	42	41	41	40
ADL 維持等加算 (Ⅰ) (1 月につき)	30	65	64	64	63	62	61	60
ADL 維持等加算 (Ⅱ) (1 月につき)	60	129	128	127	126	124	122	120
認知症加算 (1 日につき)	60	129	128	127	126	124	122	120
若年性認知症利用者受入加算 (1 日につき)	60	129	128	127	126	124	122	120
栄養アセスメント加算 (1 月につき)	50	108	107	106	105	103	102	100

栄養改善加算 （1月に2回を限度として1回につき）	200	429	428	422	418	411	406	400
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） （1回につき）	20	43	43	42	42	41	41	40
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） （1回につき）	5	11	11	11	11	11	10	10
口腔機能向上加算（Ⅰ） （1月に2回を限度として1回につき）	150	322	321	317	314	308	305	300
口腔機能向上加算（Ⅱ） （1月に2回を限度として1回につき）	160	343	342	338	335	329	325	320
科学的介護推進体制加算（1月につき）	40	86	86	85	84	82	81	80
（1）サービス提供体制強化加算（Ⅰ） （1回につき）	22	47	47	47	46	45	45	44
（2）サービス提供体制強化加算（Ⅱ） （1回につき）	18	39	39	38	38	37	37	36
（3）サービス提供体制強化加算（Ⅲ） （1回につき）	6	13	13	13	13	13	12	12
生活相談員配置等加算（共生型通所介護のみ）	13	28	28	28	27	27	27	26
時間延長加算								
9時間以上10時間未満	50	108	107	106	105	103	102	100
10時間以上11時間未満	100	215	214	211	209	206	203	200
11時間以上12時間未満	150	322	321	317	314	308	305	300
12時間以上13時間未満	200	429	428	422	418	411	406	400
13時間以上14時間未満	250	536	534	527	523	514	507	500

※ 加算はサービス内容略称

共生型通所介護を行う場合	所定の単位数に乘じる数
指定生活介護事業所が行う場合	93/100
指定自立訓練事業所が行う場合	95/100
指定児童発達支援事業所が行う場合	90/100
指定放課後デイサービス事業所が行う場合	90/100

介護職員処遇改善加算（単位数）

Ⅰ（キャリアパス要件②③）+職場環境要件	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率5.9パーセント
Ⅱ（キャリアパス要件①②）+職場環境要件	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率4.3パーセント
Ⅲ（キャリアパス要件①又は②）+職場環境要件	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率2.3パーセント

※処遇改善加算の単位数は、基本報酬に、特定処遇改善加算及びベースアップ等支援加算以外の加算・減算を加えた単位数に、加算率を乗じて算出。

介護職員等特定処遇改善加算（単位数）

Ⅰ（サービス提供体制強化加算等の取得あり）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率1.2パーセント
Ⅱ（サービス提供体制強化加算等の取得なし）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率1.0パーセント

※特定処遇改善加算の単位数は、基本報酬に、処遇改善加算及びベースアップ等支援加算以外の加算・減算を加えた単位数に、加算率を乗じて算出。

介護職員等ベースアップ等支援加算（単位数） 介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率1.1パーセント

※ベースアップ等支援加算の単位数は、基本報酬に、処遇改善加算及び特定処遇改善加算以外の加算・減算を加えた単位数に、加算率を乗じて算出。

通所介護料金早見表（令和４年度介護報酬改定）【３割負担】

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（１円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×０．７（１円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

※この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、１か月のサービス合計単位数により計算します。

※「所定単位数の１００分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（同一建物に居住する利用者に対する減算、事業所が送迎を行わない場合の減算など）は下表に は記載しておりませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

なお、料金変更が報酬改定に係るもののみである場合は、料金変更届は不要としています。

通所介護費（１回につき）	単位数	利用者負担額（３割）円						
		２級地	３級地	４級地	５級地	６級地	７級地	その他
		10.72円	10.68円	10.54円	10.45円	10.27円	10.14円	10円
イ 通常規模型通所介護費								
（１）所要時間３時間以上４時間未満の場合								
（一）要介護１	368	1,184	1,179	1,164	1,154	1,134	1,120	1,104
（二）要介護２	421	1,354	1,349	1,332	1,320	1,297	1,281	1,263
（三）要介護３	477	1,534	1,529	1,509	1,496	1,470	1,451	1,431
（四）要介護４	530	1,705	1,698	1,676	1,662	1,633	1,613	1,590
（五）要介護５	585	1,882	1,875	1,850	1,834	1,803	1,780	1,755
（２）所要時間４時間以上５時間未満の場合								
（一）要介護１	386	1,242	1,237	1,221	1,210	1,190	1,175	1,158
（二）要介護２	442	1,422	1,416	1,398	1,386	1,362	1,345	1,326
（三）要介護３	500	1,608	1,602	1,581	1,568	1,541	1,521	1,500
（四）要介護４	557	1,792	1,785	1,761	1,746	1,716	1,695	1,671
（五）要介護５	614	1,975	1,968	1,942	1,925	1,892	1,868	1,842
（３）所要時間５時間以上６時間未満の場合								
（一）要介護１	567	1,824	1,817	1,793	1,778	1,747	1,725	1,701
（二）要介護２	670	2,155	2,147	2,119	2,101	2,064	2,038	2,010
（三）要介護３	773	2,486	2,477	2,445	2,424	2,382	2,352	2,319
（四）要介護４	876	2,817	2,807	2,770	2,747	2,699	2,665	2,628
（五）要介護５	979	3,149	3,137	3,096	3,069	3,017	2,979	2,937
（４）所要時間６時間以上７時間未満の場合								
（一）要介護１	581	1,869	1,862	1,837	1,822	1,790	1,768	1,743
（二）要介護２	686	2,206	2,198	2,169	2,151	2,114	2,087	2,058
（三）要介護３	792	2,547	2,538	2,505	2,483	2,440	2,409	2,376
（四）要介護４	897	2,885	2,874	2,837	2,812	2,764	2,729	2,691
（五）要介護５	1,003	3,226	3,214	3,172	3,145	3,090	3,051	3,009
（５）所要時間７時間以上８時間未満の場合								
（一）要介護１	655	2,107	2,099	2,071	2,054	2,018	1,993	1,965
（二）要介護２	773	2,486	2,477	2,445	2,424	2,382	2,352	2,319
（三）要介護３	896	2,882	2,871	2,833	2,809	2,761	2,726	2,688
（四）要介護４	1,018	3,274	3,262	3,219	3,192	3,137	3,097	3,054
（五）要介護５	1,142	3,673	3,659	3,611	3,580	3,519	3,474	3,426
（６）所要時間８時間以上９時間未満の場合								
（一）要介護１	666	2,142	2,134	2,106	2,088	2,052	2,026	1,998
（二）要介護２	787	2,531	2,522	2,489	2,468	2,425	2,394	2,361
（三）要介護３	911	2,930	2,919	2,881	2,856	2,807	2,772	2,733
（四）要介護４	1,036	3,332	3,320	3,276	3,248	3,192	3,152	3,108
（五）要介護５	1,162	3,737	3,723	3,675	3,643	3,580	3,535	3,486
ロ 大規模型通所介護費（１）								
（１）所要時間３時間以上４時間未満の場合								
（一）要介護１	356	1,145	1,141	1,126	1,116	1,097	1,083	1,068
（二）要介護２	407	1,309	1,304	1,287	1,276	1,254	1,238	1,221
（三）要介護３	460	1,480	1,474	1,455	1,443	1,418	1,400	1,380
（四）要介護４	511	1,644	1,638	1,616	1,602	1,575	1,555	1,533
（五）要介護５	565	1,817	1,811	1,787	1,772	1,741	1,719	1,695
（２）所要時間４時間以上５時間未満の場合								
（一）要介護１	374	1,203	1,199	1,183	1,173	1,152	1,138	1,122
（二）要介護２	428	1,377	1,372	1,354	1,342	1,319	1,302	1,284
（三）要介護３	484	1,557	1,551	1,531	1,518	1,491	1,473	1,452
（四）要介護４	538	1,731	1,724	1,701	1,687	1,658	1,637	1,614
（五）要介護５	594	1,911	1,903	1,878	1,863	1,830	1,807	1,782
（３）所要時間５時間以上６時間未満の場合								
（一）要介護１	541	1,740	1,734	1,711	1,696	1,667	1,646	1,623
（二）要介護２	640	2,058	2,051	2,024	2,007	1,972	1,947	1,920
（三）要介護３	739	2,377	2,368	2,337	2,317	2,277	2,248	2,217
（四）要介護４	836	2,689	2,679	2,644	2,621	2,576	2,544	2,508
（五）要介護５	935	3,007	2,996	2,957	2,931	2,881	2,844	2,805

(4) 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	561	1,804	1,798	1,774	1,759	1,729	1,707	1,683
(二) 要介護 2	664	2,136	2,128	2,100	2,082	2,046	2,020	1,992
(三) 要介護 3	766	2,464	2,454	2,422	2,402	2,360	2,331	2,298
(四) 要介護 4	867	2,789	2,778	2,742	2,718	2,672	2,638	2,601
(五) 要介護 5	969	3,117	3,105	3,064	3,038	2,986	2,948	2,907
(5) 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	626	2,013	2,006	1,980	1,963	1,929	1,905	1,878
(二) 要介護 2	740	2,380	2,371	2,340	2,320	2,280	2,251	2,220
(三) 要介護 3	857	2,757	2,746	2,710	2,687	2,641	2,607	2,571
(四) 要介護 4	975	3,136	3,124	3,083	3,057	3,004	2,966	2,925
(五) 要介護 5	1,092	3,512	3,499	3,453	3,424	3,365	3,322	3,276
(6) 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	644	2,071	2,064	2,037	2,019	1,984	1,959	1,932
(二) 要介護 2	761	2,448	2,439	2,406	2,386	2,345	2,315	2,283
(三) 要介護 3	881	2,834	2,823	2,786	2,762	2,715	2,680	2,643
(四) 要介護 4	1,002	3,223	3,211	3,169	3,141	3,087	3,048	3,006
(五) 要介護 5	1,122	3,609	3,595	3,548	3,518	3,457	3,414	3,366
ハ 大規模型通所介護費 (Ⅱ)								
(1) 所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	343	1,103	1,099	1,085	1,076	1,057	1,044	1,029
(二) 要介護 2	393	1,264	1,260	1,243	1,232	1,211	1,196	1,179
(三) 要介護 3	444	1,428	1,423	1,404	1,392	1,368	1,351	1,332
(四) 要介護 4	493	1,586	1,580	1,559	1,546	1,519	1,500	1,479
(五) 要介護 5	546	1,756	1,750	1,727	1,712	1,683	1,661	1,638
(2) 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	360	1,158	1,154	1,139	1,129	1,110	1,095	1,080
(二) 要介護 2	412	1,325	1,320	1,303	1,292	1,270	1,254	1,236
(三) 要介護 3	466	1,499	1,493	1,474	1,461	1,436	1,418	1,398
(四) 要介護 4	518	1,666	1,660	1,638	1,624	1,596	1,576	1,554
(五) 要介護 5	572	1,840	1,833	1,809	1,794	1,763	1,740	1,716
(3) 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	522	1,679	1,673	1,651	1,637	1,608	1,588	1,566
(二) 要介護 2	617	1,985	1,977	1,951	1,935	1,901	1,877	1,851
(三) 要介護 3	712	2,290	2,282	2,252	2,232	2,194	2,166	2,136
(四) 要介護 4	808	2,599	2,589	2,555	2,533	2,490	2,458	2,424
(五) 要介護 5	903	2,904	2,894	2,856	2,831	2,782	2,747	2,709
(4) 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	540	1,737	1,731	1,708	1,693	1,664	1,643	1,620
(二) 要介護 2	638	2,052	2,044	2,018	2,001	1,966	1,941	1,914
(三) 要介護 3	736	2,367	2,358	2,328	2,308	2,268	2,239	2,208
(四) 要介護 4	835	2,686	2,676	2,640	2,618	2,573	2,540	2,505
(五) 要介護 5	934	3,004	2,993	2,954	2,928	2,878	2,841	2,802
(5) 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	604	1,943	1,935	1,910	1,894	1,861	1,838	1,812
(二) 要介護 2	713	2,293	2,285	2,255	2,235	2,197	2,169	2,139
(三) 要介護 3	826	2,657	2,647	2,612	2,590	2,545	2,513	2,478
(四) 要介護 4	941	3,027	3,015	2,976	2,950	2,900	2,863	2,823
(五) 要介護 5	1,054	3,390	3,377	3,333	3,305	3,248	3,207	3,162
(6) 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	620	1,994	1,987	1,961	1,944	1,911	1,886	1,860
(二) 要介護 2	733	2,358	2,349	2,318	2,298	2,259	2,230	2,199
(三) 要介護 3	848	2,727	2,717	2,682	2,659	2,613	2,580	2,544
(四) 要介護 4	965	3,104	3,092	3,052	3,026	2,973	2,936	2,895
(五) 要介護 5	1,081	3,477	3,464	3,418	3,389	3,331	3,289	3,243
入浴介助加算 (1 日につき)								
イ 入浴介助加算 (Ⅰ)	40	129	129	127	126	123	122	120
ロ 入浴介助加算 (Ⅱ)	55	177	177	174	173	170	168	165
中重度者ケア体制加算 (1 日につき)	45	145	144	143	141	139	137	135
生活機能向上連携加算Ⅰ (3 月に 1 回を限度として 1 月につき)	100	322	321	317	314	309	305	300
生活機能向上連携加算Ⅱ (1 月につき) (個別機能訓練加算算定なし)	200	644	641	633	627	617	609	600
生活機能向上連携加算Ⅱ (1 月につき) (個別機能訓練加算算定あり)	100	322	321	317	314	309	305	300
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ (1 日につき)	56	180	180	177	176	173	171	168
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ (1 日につき)	85	274	273	269	267	262	259	255
※加算(Ⅰ)イを算定している場合には、加算(Ⅰ)ロは算定できない。								
個別機能訓練加算(Ⅱ) (1 月につき)	20	65	64	63	63	62	61	60
ADL維持等加算 (Ⅰ) (1 月につき)	30	97	96	95	94	93	92	90
ADL維持等加算 (Ⅱ) (1 月につき)	60	193	192	190	189	185	183	180
認知症加算 (1 日につき)	60	193	192	190	189	185	183	180
若年性認知症利用者受入加算 (1 日につき)	60	193	192	190	189	185	183	180
栄養アセスメント加算 (1 月につき)	50	161	161	159	157	154	153	150

栄養改善加算 (1月に2回を限度として1回につき)	200	644	641	633	627	617	609	600
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (1回につき)	20	65	64	63	63	62	61	60
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (1回につき)	5	16	16	16	16	16	15	15
口腔機能向上加算(Ⅰ) (1月に2回を限度として1回につき)	150	483	481	475	471	462	457	450
口腔機能向上加算(Ⅱ) (1月に2回を限度として1回につき)	160	515	513	506	502	493	487	480
科学的介護推進体制加算(1月につき)	40	129	129	127	126	123	122	120
(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1回につき)	22	71	71	70	69	68	67	66
(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1回につき)	18	58	58	57	57	56	55	54
(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1回につき)	6	20	20	19	19	19	18	18
生活相談員配置等加算(共生型通所介護のみ)	13	42	42	42	41	40	40	39
時間延長加算								
9時間以上10時間未満	50	161	161	159	157	154	153	150
10時間以上11時間未満	100	322	321	317	314	309	305	300
11時間以上12時間未満	150	483	481	475	471	462	457	450
12時間以上13時間未満	200	644	641	633	627	617	609	600
13時間以上14時間未満	250	804	801	791	784	771	761	750

※ 加算はサービス内容略称

共生型通所介護を行う場合	所定の単位数に乘じる数
指定生活介護事業所が行う場合	93/100
指定自立訓練事業所が行う場合	95/100
指定児童発達支援事業所が行う場合	90/100
指定放課後デイサービス事業所が行う場合	90/100

介護職員処遇改善加算(単位数)

Ⅰ(キャリアパス要件①②③)+職場環境要件	介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス別加算率5.9パーセント
Ⅱ(キャリアパス要件①②)+職場環境要件	介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス別加算率4.3パーセント
Ⅲ(キャリアパス要件①又は②)+職場環境要件	介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス別加算率2.3パーセント

※処遇改善加算の単位数は、基本報酬に、特定処遇改善加算及びベースアップ等支援加算以外の加算・減算を加えた単位数に、加算率を乗じて算出。

介護職員等特定処遇改善加算(単位数)

Ⅰ(サービス提供体制強化加算等の取得あり)	介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス別加算率1.2パーセント
Ⅱ(サービス提供体制強化加算等の取得なし)	介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス別加算率1.0パーセント

※特定処遇改善加算の単位数は、基本報酬に、処遇改善加算及びベースアップ等支援加算以外の加算・減算を加えた単位数に、加算率を乗じて算出。

介護職員等ベースアップ等支援加算(単位数) 介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス別加算率1.1パーセント

※ベースアップ等支援加算の単位数は、基本報酬に、処遇改善加算及び特定処遇改善加算以外の加算・減算を加えた単位数に、加算率を乗じて算出。

① 通所介護 指定申請に係る必要書類一覧表

No	書 類	様 式
1	指定居宅サービス事業者(介護保険施設、指定介護予防サービス事業者)指定(許可)申請書	第1号様式
2	申請者(開設者)の登記事項証明書の原本	
3	通所介護事業所の指定に係る記載事項(付表6)	
4	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	指定申請書類様式にある勤務形態一覧表を使用してください。
5	従業者の資格証の写し	
6	事業所の平面図	参考様式2(建築図面でも可)
7	設備・備品等一覧	参考様式3
8	運営規程(料金表含む)	
9	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式4
10	法人代表者等誓約書	指定申請書類様式にある様式を使用してください。
11	申請手数料	証紙貼付用紙に神奈川県収入証紙を貼付してご提出ください。(収入印紙ではありません。) 掲載場所:ライブラリ(書式/通知) ー 1. 新規事業者指定 ー (各サービス種類の名称) ー 1. 指定申請の流れについて
12	返信用封筒	
13	障害者総合支援法又は児童福祉法に基づくサービスの指定通知書の写し	共生型通所介護のみ 最新のものを提出ください。

② 介護給付費請求に係る必要書類一覧表

1	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	ライブラリ(書式/通知)内3.加算届に掲載されている様式を使用してください。加算を算定しない場合もNo1、2及び4は提出が必要です。
2	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	
3	各種加算の届出様式【各種加算により様式の有無等が異なります】 ※加算を算定しない場合は不要	
4	通所系サービス事業所規模点検書(新規開設事業所用)	

※ 吸収合併(分割)による事業承継の場合は①の1、2、4、10、11、12、②の1、2、3及び吸収合併(分割)契約書(県に届け出ている情報から変更があれば関係書類の提出要)

※ 再付番(既に指定を受けているが事業所番号のみ変更が必要な場合)の場合は1、2、4、5、8、11、12、②の1、2、3、4

※ 指定申請時には当該一覧表の順番のとおり書類を整え、ご持参ください。

※県が必要と認める場合は、上記申請書類の他、雇用契約書、賃貸契約書等の提出を求めることや、事業所の訪問調査を行うことがあります。
※虚偽や不正があった場合には、介護保険法第77条に基づき介護事業者の指定を取り消す場合があります。

③ 通所介護申請及び介護給付費請求に係る必要書類チェックリスト

■ 提出書類			
	チェック項目	チェック内容	備考
<input type="checkbox"/>	指定居宅サービス事業者（介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）指定（許可）申請書（第1号様式）		
	申請欄	<input type="checkbox"/> 申請者の名称、代表者の氏名が登記事項証明書と一致している。	
	申請者	<input type="checkbox"/> 名称、主たる事務所の所在地が登記事項証明書の商号、本店の住所と一致している。 <input type="checkbox"/> 法人の電話番号、FAX番号、E m a i lを記載している。	※登記事項証明書に記載されている住所では郵便物が届かない場合は、アパート名や部屋番号などを記載してください。 ※電話番号、FAX番号、E m a i lの記載間違いに注意してください。
	同一所在地内において行う事業又は施設の種類の種類	<input type="checkbox"/> 指定（許可）申請対象事業等欄に「○」を記載している。 <input type="checkbox"/> 既に同一事業所名、同一所在地で指定を受けている事業がある場合は、実施既に指定（許可）を受けている事業等欄に「○」と記載している。また、介護保険事業所番号欄に既に指定を受けている事業所の事業所番号を記載している。	
<input type="checkbox"/>	申請者（開設者）の登記事項証明書の原本		
		<input type="checkbox"/> 発行日から3ヶ月以内の原本である。 <input type="checkbox"/> 目的欄に申請するサービスが位置付けられている。	
<input type="checkbox"/>	通所介護事業所の指定に係る記載事項（付表6）		
	事業所	<input type="checkbox"/> 名称及び所在地を記載している。 <input type="checkbox"/> 電話番号、FAX番号、E m a i lを記載している。	※電話番号、FAX番号、E m a i lの記載間違いに注意してください。
	管理者	<input type="checkbox"/> 氏名、住所、生年月日を漏れなく記載している。 <input type="checkbox"/> 当該通所介護事業所で兼務する他の職種を記載している。（兼務の場合のみ記入）。 <input type="checkbox"/> 同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合、事業所又は施設の名称、兼務する職種及び勤務時間（週あたりの勤務時間）を記載している。	※人員基準を確認してください。 <参考> ーライブラリ（書式/通知）
	従業者	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表、運営規程の員数と一致している。	

	設備に関する基準の確認に必要な事項	<input type="checkbox"/> 平面図より算出した面積を記載している。 <input type="checkbox"/> 単位が複数ある場合、単位それぞれの面積が3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上となっている。 <input type="checkbox"/> 営業時間を記載している。 <input type="checkbox"/> 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）を記載している。 <input type="checkbox"/> 利用定員は運営規程と一致している。	
	添付書類	<input type="checkbox"/> （別添）添付書類・チェックリストを記載している。	
<input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表			
	サービス種類	<input type="checkbox"/> 通所型サービス（旧介護予防通所介護相当）も併せて行う場合、両サービス名を記載している。	
	勤務形態	<input type="checkbox"/> 通所介護と通所型サービス（旧介護予防通所介護相当）を一体的に行う場合、常勤であれば「B」、非常勤であれば「D」と記載している。	
	第1週～第4週	<input type="checkbox"/> 管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数（4週間分）を記載している。 <input type="checkbox"/> 常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間は、32時間以上となっている。 <input type="checkbox"/> 曜日を正しく記載している。 <input type="checkbox"/> 同一事業所内の他の職務や同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合、それぞれの職務に係る就業時間を按分して記載している。（ダブルカウントはできません。）	<p>※人員基準についてご質問の多い点を掲載しています。</p> <p><参考> P 9</p> <p><u>④. 申請書類作成にあたっての留意事項</u></p>

	第 1 週～第 4 週	<p>(人員配置)</p> <p><input type="checkbox"/> 生活相談員は、サービス提供日ごとに配置し、サービス提供時間内の勤務時間数の合計がサービス提供時間数以上確保されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活相談員、介護職員のうち 1 人以上の常勤職員を配置している。</p> <p><input type="checkbox"/> 看護職員は、サービス提供日ごとに配置している。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護職員は、サービス提供日ごとに配置し、サービス提供時間中、常時 1 人以上確保した上で、利用者に対する平均提供時間数に応じた勤務時間数を確保している。</p> <p><input type="checkbox"/> 機能訓練指導員（有資格者）は、1 以上配置している。</p> <p><input type="checkbox"/> 各種加算を算定する場合、加算要件に応じた有資格者や配置時間数を配置している。</p>	
<input type="checkbox"/>	従業者の資格証の写し		
		<p><input type="checkbox"/> 資格を必要とする職種について資格証の写しを添付している。 (資格を必要としない職種は添付不要)</p>	※勤務形態一覧表の順番に並べてください。
<input type="checkbox"/>	事業所の平面図		

	<p>(事務室)</p> <p>(食堂及び機能訓練室)</p> <p>(相談室)</p> <p>(静養室)</p>	<p><input type="checkbox"/> 各室の用途、寸法、縮尺を正確に記載している。</p> <p><input type="checkbox"/> 事業を行うために必要な広さの専用のスペースが設けられている。</p> <p><input type="checkbox"/> 鍵付き書庫を設置している。</p> <p><input type="checkbox"/> 同一敷地内で他のサービス（例えば、居宅介護支援、訪問介護等）を行う場合、事業毎に専用のスペース（専用の机でも可）を設ける必要があるが、図面にどの部屋・机がどの事業のものであるか明記している。</p> <p><input type="checkbox"/> それぞれ必要な広さを有するものとし、その合計した面積（有効面積）は、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上となっている。</p> <p><input type="checkbox"/> 単位が複数ある場合、それぞれの単位で3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上となっている。</p> <p><input type="checkbox"/> 内法により実測した寸法、縮尺を正確に記載し、求積の根拠を明示している。</p> <p><input type="checkbox"/> テーブル、イス、ソファ等の備品の配置を明示している。</p> <p><input type="checkbox"/> 面積算定の際、利用者が食事や機能訓練に利用することが通常想定されないもの（食器棚、冷蔵庫等）、居住スペースとしての使用が想定されないもの（押し入れ、床の間、廊下、柱等）は面積から除外している。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用申込みの受付、相談等に対応するのに適当なスペースが確保されている。（相談室が専用の部屋でない場合、パーティション等で全面囲われているなど、相談の内容が漏えいしないような措置を講ずること。）</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者が静養するのに適当なスペースが確保されている。（個室又はカーテンで仕切られているなど、ゆっくり静養できるよう配慮していること。）</p> <p><input type="checkbox"/> ベッドや布団を設置するとともに、食堂及び機能訓練室に近接する等により、見守りの体制が確保されている。</p> <p><input type="checkbox"/> ベッドや布団が設置されている位置が記載されている。</p>	<p>※指定申請の前に平面図の事前送付が必要です。</p> <p><参考></p> <p>ーライブラリ（書式/通知）</p> <p>ー1. 新規事業者指定</p> <p>ー各サービス</p> <p>ー1. <u>指定申請の流れについて</u></p> <p><参考></p> <p>ーライブラリ（書式/通知）</p> <p>ー1. 新規事業者指定</p> <p>ー各サービス</p> <p>ー3. <u>申請書類記載例・作成例</u></p> <p>※設備基準について</p> <p><参考> P 9</p> <p><u>④. 申請書類作成にあたっての留意事項</u></p>
<input type="checkbox"/>	<p>設備、備品等一覧表</p>		
		<p><input type="checkbox"/> サービス種類・事業所名を記入している。</p> <p><input type="checkbox"/> チェック欄に「○」、「―」を記入している。</p>	<p>参考様式 3</p>
<input type="checkbox"/>	<p>運営規程</p>		

	<p>(事業の目的及び運営方針)</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>(従業者の職種、員数及び職務内容)</p> <p><input type="checkbox"/>職種ごとに常勤、非常勤の別、専従、兼務の別と員数を記載している。(複数単位を設定する場合は、単位毎に記載すること)</p> <p>(営業日及び営業時間)</p> <p><input type="checkbox"/>営業日、営業時間、サービス提供時間を記載している。(複数単位を設定する場合は、サービス提供時間を単位毎に記載すること)</p> <p>(利用定員)</p> <p><input type="checkbox"/>通所介護と通所型サービス(旧介護予防通所介護相当)を一体的に行う場合、「通所介護と通所型サービス(旧介護予防通所介護相当)をあわせて〇人」と記載している。(複数単位を設定する場合は、単位毎に記載すること)</p> <p>(指定通所介護の内容及び利用料その他の費用の額)</p> <p><input type="checkbox"/>介護保険利用料以外で徴収するその他の費用(実施地域を越えた場合の交通費・食費・おむつ代等)も記載している。</p> <p>(通常の事業の実施地域)</p> <p><input type="checkbox"/>通常の事業の実施地域が市町村の一部地域とする場合、当該一部地域の具体的な範囲を明示している。</p> <p>(サービス利用に当たっての留意事項)</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>(緊急時における対応方法)</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>(非常災害時対策)</p> <p><input type="checkbox"/>記載している。</p> <p>(虐待の防止のための措置に関する事項)</p> <p><input type="checkbox"/>体制の整備、研修の実施、速やかな通報の実施などについて記載している。</p> <p>(その他運営に関する重要事項)</p> <p>次の項目が記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/>従業者の研修(採用時研修、継続研修の頻度)</p> <p><input type="checkbox"/>衛生管理</p> <p><input type="checkbox"/>従業者及び従業者の退職後の秘密保持</p> <p><input type="checkbox"/>苦情処理の体制・相談窓口</p> <p><input type="checkbox"/>事故発生時の対応</p> <p><input type="checkbox"/>記録の保管期間</p>	<p><参考></p> <p>ーライブラリ(書式/通知)</p> <p>ー1. 新規事業者指定</p> <p>ー各サービス</p> <p>ー3. <u>申請書類記載例・作成例</u></p> <p>※運営規程について</p> <p><参考>P 9</p> <p>④. <u>申請書類作成にあたっての留意事項</u></p>
	<p>※その他※</p> <p><input type="checkbox"/>附則の施行日は事業開始予定日を記載している。</p>	

	(料金表)	<input type="checkbox"/> 介護保険利用料以外で徴収する費用も料金表に記載している。 <input type="checkbox"/> 利用者負担額は、料金表作成例にある「*利用者負担額の算出方法」を参考にして計算している。 <input type="checkbox"/> 利用者負担額は、2割、3割についても記載している。	※料金表（単位数）について <参考> ーライブラリ（書式/通知） ー18. 令和3年度4月介護報酬改定
<input type="checkbox"/> 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要			
		<input type="checkbox"/> 苦情等に対応する担当者名、職種を記載している。 <input type="checkbox"/> その他参考事項には、苦情が出ないための具体的な方策を記載している。	
<input type="checkbox"/> 法人代表者等誓約書			
		<input type="checkbox"/> 申請者の氏名は、申請書（第1号様式）の氏名（法人名、代表者名）と一致している。	
<input type="checkbox"/> 申請手数料（証紙貼付用紙）			
		<input type="checkbox"/> サービス種別ごとの納付額を確認している。 <input type="checkbox"/> 神奈川県収入証紙を貼付している。	
		※ 証紙貼付用紙の掲載場所 ライブラリ（書式/通知） ー1. 新規事業者指定 http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib.asp?topid=2 ー各サービス ー1. 指定申請の流れについて	
<input type="checkbox"/> 返信用封筒			
		<input type="checkbox"/> A4封筒に250円分の切手を貼っている。 （※ 同じ事業所番号でサービス追加の場合は140円分の切手） <input type="checkbox"/> 返信先の郵便番号、住所、事業所名を記載している。	
<input type="checkbox"/> 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書			
		<input type="checkbox"/> 申請者の氏名は、申請書（第1号様式）の氏名（法人名、代表者名）と一致している。 <input type="checkbox"/> 提供するサービスの実施事業欄に「○」を記載し、異動年月日欄に事業開始予定年月日を記載している。	※加算を算定しない場合であっても作成してください。
<input type="checkbox"/> 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表			
		<input type="checkbox"/> 提供サービス、施設等の区分、その他該当する体制等、割引、地域区分のそれぞれの欄の該当箇所の番号の「○」で囲んでいる。 <input type="checkbox"/> 加算を算定しない場合は「なし」に○に記載している。	※加算を算定しない場合であっても作成してください。
<input type="checkbox"/> 各種加算の届出様式【加算を算定する場合のみ】			
		<input type="checkbox"/> 各加算様式の内容を確認し該当箇所に記入している。	
		※ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出の様式等の掲載場所 ライブラリ（書式/通知） ー3. 加算届 http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib.asp?topid=4 ー各サービス	
<input type="checkbox"/> 通所系サービス事業所規模点検書（新規開設等事業所用）			
		<input type="checkbox"/> サービス提供予定日数は、運営規程に位置付けられている日は	

		<p>全てサービス提供を行うものとし、日数を記載している。</p> <p><input type="checkbox"/> 複数単位でサービス提供を行っている場合、全ての単位の利用延人数を合算したうえで平均利用延人員数を算出している。</p>	
確認項目（書類の提出は不要ですが、内容の確認を行います）			
<input type="checkbox"/>	賃貸借契約書の写し又は建物の登記事項証明書の原本		
		<p><input type="checkbox"/> 賃貸借契約の場合、契約は申請法人名義で行われている。</p> <p>（※建物の使用目的が住宅や居宅となっている場合は、貸し主から事業の用途で使用するについて同意を得ているか。）</p>	
<input type="checkbox"/>	建築物等に係る関係法令確認書		
		<p><input type="checkbox"/> 建築基準法・消防法等について、関係所管に確認した内容や指摘を受けた内容等を記録している</p> <p><input type="checkbox"/> 確認した担当部署、担当者名、連絡先を記録している。</p>	
<input type="checkbox"/>	従業者の雇用が確認できる書類の写し		
		<p><input type="checkbox"/> 雇用契約書や労働条件通知書の写しを事業所で保管している。</p> <p><input type="checkbox"/> 従業員は事業所と契約しており、事業所の指揮命令下にあるか。</p>	
<div style="border: 1px dotted black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>※労働条件の明示については「労働基準法第15条」に規定されています。なお、労働基準法に関する内容は、労働基準監督署へお問い合わせください。</p> </div>			
<input type="checkbox"/>	プログラム		
		<p><input type="checkbox"/> 1日のサービス提供の流れが分かるプログラムを作成している。</p> <p><input type="checkbox"/> 単位が複数ある場合、単位ごとのプログラムを作成している。</p> <p><input type="checkbox"/> 機能訓練やレクリエーションは具体的な内容を記載している。</p> <p><input type="checkbox"/> サービス提供を開始する時刻とサービス提供が終了する時刻を明示している。</p> <p><input type="checkbox"/> サービス提供時間中に送迎時間や帰り支度をする時間を含んでいない。</p>	<p><参考> P 9</p> <p><u>④. 申請書類作成にあたっての留意事項</u></p>
<input type="checkbox"/>	損害保険		
		<p><input type="checkbox"/> 損害保険に加入しているか。</p>	
<div style="border: 1px dotted black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>※利用者にケガをさせたり、物を壊してしまった場合など、賠償すべき事故が発生した場合、事業者は損害賠償を速やかに行わなければなりません。</p> </div>			

④申請書類作成にあたっての留意事項（通所介護）

申請書類作成にあたって、ご質問の多い点をまとめました。こちらも参考の上、申請書類を作成してください。その他のご質問については、当日お伺いします。

1 人員基準

（１）管理者

- 同一敷地内で他のサービス（例えば、訪問介護）の管理者等を兼務することは可能です。その際には、それぞれのサービスごとに時間を割り振り（例：通所介護の管理者４時間／日、訪問介護の管理者４時間／日）、勤務表に割り振った時間を記載してください。
- 管理者には、資格要件はありません。

（２）生活相談員

- 生活相談員は、サービス提供日ごとに配置し、サービス提供時間内の勤務時間数の合計がサービス提供時間数以上確保されている配置が必要です。
- 生活相談員又は介護職員のうち１人以上の常勤職員を配置する必要があります。
- 生活相談員は、次の資格要件のうち、いずれかに該当する者を配置してください。
 - ア 社会福祉法第１９条第１項各号のいずれかに該当する者
 - イ 介護福祉士
 - ウ 介護支援専門員
 - エ 介護保険施設又は通所系サービス事業所において、常勤で２年以上（勤務日数３６０日以上）介護等の業務に従事した者（直接処遇職員に限る）

<参考>

ライブラリ（書式/通知）

－１．新規事業者指定

－７．通所介護

－６．通所介護サービスにおける生活相談員の資格要件について

（３）介護職員

- 指定通所介護の単位ごとに、平均提供時間数に応じて、専ら当該指定通所介護の提供にあたる介護職員が利用者の数が１５人までの場合にあっては１以上、１５人を超える場合にあっては１５人を超える部分の利用者の数を５で除して得た数に１を加えた数以上確保されるために必要と認められる数の配置が必要です。なお、指定通所介護の単位ごとに、常時１人以上確保しなければなりません。

（４）機能訓練指導員

- 機能訓練指導員は、有資格者を１以上配置することが必要です。
- 個別機能訓練加算（Ⅰ）イを届け出る場合
…加算算定日に有資格者を１人以上配置することが必要です。
- 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロを届け出る場合
…個別機能訓練加算（Ⅰ）イ算定における、イ（１）の規定により配置された理学療法士等に加えて、通所介護を行う時間帯を通じて常勤の有資格者を１人以上配置することが

必要です。

- 有資格者とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師又は一定の実務経験を有するはり師、きゅう師の資格を有する者です。

(5) 看護職員

- 利用定員が1人以上の場合、サービス提供日ごとに1人以上配置する必要があります。
(提供時間帯を通じて配置する必要はありませんが、提供時間帯を通じて通所介護事業所と密接かつ適切な連携を図る体制が必要です。)

(6) その他の職員

- 各種加算を算定する場合は、管理栄養士等必要となる職種の人員を配置しなければなりません。また、食事を提供するため、事業所で調理を行うのであれば、調理員を配置しなければなりません。調理員の時間は介護職員や生活相談員としての時間としては認められません。

2 運営規程

(1) 必ず記載すべき事項

- 事業の目的及び運営の方針
→ 居宅条例第99条などを参考にしてください。
- 従業者の職種、員数及び職務内容
→ 例) 看護師1人以上
- 営業日、営業時間、サービス提供日、サービス提供時間
→ (2) 営業日、(3) 営業時間とサービス提供時間を参照
- 指定通所介護の利用定員
→ (6) 利用定員を参照
- 指定通所介護の内容及び利用料その他の費用の額
→ 介護保険利用料以外で徴収する費用もすべて記載してください。
- 通常の事業の実施地域
→ (4) 通常の事業の実施地域を参照
- サービス利用に当たっての留意事項
→ 利用者が指定通所介護の提供を受ける際に、利用者が留意すべき事項を記載してください。
- 緊急時における対応方法
→ 居宅条例第113条(第28条準用)などを参考にしてください。
- 虐待の防止のための措置に関する事項
→ 体制の整備、研修の実施、速やかな通報の実施などについて記載してください。
- 非常災害対策
→ 非常災害に関する具体的な計画等を記載してください。
- その他運営に関する重要事項
→ 従業者の研修(採用時研修、継続研修の頻度)、衛生管理、従業者及び従業者の退職後の秘密保持、苦情処理の体制・相談窓口、事故発生時の対応について記載してください。

(2) 営業日

- 祝日の営業について、運営規程に明記してください。

例：営業する場合 → 営業日は、月曜から土曜までとする（祝日は営業する）。

営業しない場合 → 営業日は、月曜から土曜までとする（祝日は営業しない）。

- 夏休み、冬休みを設定する場合には、運営規程に明記してください。

例：営業日は、月曜から土曜までとする（祝日は営業しない）。

但し、12月29日～1月3日までを除く。

(3) 営業時間とサービス提供時間

- 営業時間とは、事業所が開いている時間のことです。

- サービス提供時間とは、実際にサービスを提供する時間です。

例：営業時間は、9:00 から 17:00 までとする。

サービス提供時間は、10:00 から 15:00 までとする。

(4) 通常の事業の実施地域

- 通常の事業の実施地域内では、定員一杯である等の合理的な理由がない限り、実施地域内に住んでいる利用者へのサービス提供は拒否できません。以上を踏まえて、通常の事業の実施地域は、事業所で決めてください。

※ 通常の事業の実施地域外に居住する利用者に対して、サービスを提供してはいけないということではありません。サービスを提供するかについては、事業所で判断できます。

(5) その他の費用

ア 通常の事業の実施地域外の利用者に対する交通費

- 通常の事業の実施地域外に居住する利用者に対しては、運営規程に定め、利用者から同意を得れば、送迎にかかる交通費（実費）を別途利用者に請求することができます。
- 交通費を請求するかしないかは、事業所で決めてください。
- 請求する場合には、運営規程に明記する必要があります。価格は、ガソリン代等の実費を基に事業所で決めてください。なお、請求できるのは通常の事業の実施地域外の交通費です。（実施地域内の交通費は介護報酬に含まれます。）

イ 日常生活においても通常必要となるものに係る費用で、その利用者に負担させることが適当と認められる費用

- 詳細は、平成 12 年 3 月 30 日老企第 54 号の厚生労働省の通知をご覧ください。

(6) 利用定員

通所介護と通所型サービス(旧介護予防通所介護相当)とで一体的に運営を行い、定員を定めている場合は、「通所介護、第 1 号通所事業（旧介護予防通所介護相当） 合計 ○ ○名」等両サービスの合計であることが分かるように記載してください。

3 設備基準

(1) 同一敷地内で他のサービス（居宅介護支援、訪問介護等）を行う場合

- 事務室は同じ部屋を使用することは可能ですが、それぞれの事業ごとに専用のスペース（専用の机でも可）を設ける必要があります。
- 図面にどの部屋・机がどの事業のものであるかを明記してください。

(2) 食堂兼機能訓練室

- 平面図に、寸法・縮尺を正確に記載してください（できれば建築図面が望ましい）。食堂兼機能訓練室の部屋の形状により、サービスの提供が一体的に行うことができないと考えられる場合は単位分け等を行う必要があります。
- 通所介護サービスの提供には必要ないもの等（食器棚、冷蔵庫、押し入れ、床の間、柱等）の面積は除外してください。
- 狭い部屋を複数連結して食堂兼機能訓練室の面積を確保することは望ましくありません。指定受付では、部屋の数や連結部分の開口部の寸法等により、個別具体的に一体的にサービス提供ができるのか判断します。
- 狭い空間を食堂兼機能訓練室の面積として確保することは望ましくありません。指定受付では、有効面積や使用用途等を確認することにより、サービス提供に資する空間であるか判断します。

(3) 相談室

- 個室またはパーテーションで仕切るなど、相談内容の漏えい等がないよう、利用者のプライバシーに配慮したものにしてください。

(4) 静養室

- ベッドや布団などを設置するとともに、食堂兼機能訓練室に近接させることにより見守りの体制を確保できるようにしてください。
- 個室またはカーテンで仕切るなど、ゆっくり静養できるようにしてください。

(5) 消火設備その他非常災害に際して必要な設備

- 消火器等の消火設備や非常災害に際して必要な設備を備える必要があります。（消火器等の位置を図面に記載してください）

(6) その他

- 要介護者又は要支援者が使用するのに適した便所及び洗面設備を設けてください。
- 入浴介助加算を届け出る場合は、入浴介助を適切に行うことができる浴室を設けてください。

4 その他添付書類

(1) 料金表

- 令和3年4月に報酬改定がありました。改定後の単位を確認して作成してください。

<参考>

ライブラリ（書式/通知）

- －18. 令和3年度4月介護保険制度改正・報酬改定
 - －利用料金早見表
- －1. 新規事業者指定
 - －各サービス
 - －3. 申請書類記載例・作成例

5 加算の届出

- 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」に、必要事項を記載してください。
- 届出が必要な通所介護事業の加算の種類と添付書類は、以下を参照してください。

－ライブラリ（書式/通知）

－3. 加算届

－各サービス

－1. 加算届一覧表

<以上>

⑤同一敷地内で2サービス以上の事業を行う場合

1 事業所名称と事業所番号について

「事業所の名称」と指定の際に付番される「事業所番号」はリンクしています。

(1) サービスごとに異なる事業所名称をつけたい場合

（例：訪問介護事業…〇〇ホームヘルパーセンター
居宅介護支援事業…〇〇ケアセンター）



- ・事業所番号は別になります。
- ・申請は、それぞれのサービスごとに行うことになります。
（申請書、登記事項証明書の原本、図面もそれぞれ用意してください。）

(2) 事業所番号を統一したい場合



- ・事業所名称を統一してください。
- ・申請は、1つにまとめてください。
（申請書、登記事項証明書の原本、図面は、事業所共通書類として1部あれば、結構です。）

- 事業所番号は、介護報酬の請求を行う場合にも必要となります。請求事務のことも考えた上で、事業所番号を別にするか同じにするかを事業所で検討してください。
- 名称に特に決まりはありません。事業所でお考えください。
- ただし、既に使用されている名称は、利用者等に混乱が生じやすいので、避けてください（特に同一市区町村内にある場合）。
- 既に名称が使用されているか否かは、介護情報サービスかながわ（<http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>）の「介護事業所検索」等で調べてください。

2 事務室の配置について

- 事務室は同一法人であれば共通で使用できますが、サービスごとに専用の事務スペースが必要です。机をサービスごとに明確に分けてください。図面に机のレイアウトを記載し、どの机がどのサービス用なのかが分かるように記載してください。

3 その他

- 併設する他のサービスにおいて、補助金等を受けている場合、別途手続が必要な場合があります。申請する場所が、補助金等の対象となっているか確認し、対象となっていた場合は、事前に補助金等を受けている担当部署へ連絡し、必要な手続を行ってください。

指定居宅サービス事業所
指定介護予防サービス事業所
介護保険施設

指定（許可）申請書

提出年月日を記入し
てください

令和 年 月 日

神奈川県知事殿

(名称)

株式会社大通介護

申請者

(代表者の職名・氏名)

代表取締役 神奈川 太郎

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)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。

申 請 者	フリガナ	カブシキカイシャ オオドリカイゴ									
	名称	株式会社 大通介護									
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 神奈川県 〇〇 市 〇〇1-2									
	連絡先	電話番号	045-000-0000		FAX番号	045-000-0000					
		Email	kanagawa@〇〇〇.jp								
者	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	カナガワ タロウ	生年月日	1970年〇月〇日				
				氏名	神奈川 太郎						
	代表者の住所	(郵便番号 -) 神奈川県 〇〇 郡市 ××1-201									
指定（許可）を受けようとする事業所・施設の種類	同一所在地において行う事業等の種類		指定（許可）申請対象事業等（該当事業に○）	既に指定（許可）を受けている事業等（該当事業に○）	指定（許可）申請をする事業等の開始予定年月日	様式					
	訪問介護					付表1					
	訪問入浴介護					付表2					
	訪問看護					付表3					
	訪問リハビリテーション					付表4					
	指定居宅サービス事業所					付表5					
	居宅療養管理指導					付表6					
	通所介護	○			令和3年12月1日	付表7					
	通所リハビリテーション					付表8					
	短期入所生活介護					付表9					
	短期入所療養介護					付表10					
	特定施設入居者生活介護					付表11					
	福祉用具貸与			○		付表12					
	特定福祉用具販売					付表13					
	介護老人福祉施設					付表14					
	介護老人保健施設					付表15					
	介護医療院					付表2					
	指定介護予防サービス事業所・施設の種類の種類					付表3					
	介護予防訪問入浴介護					付表4					
	介護予防訪問看護					付表5					
	介護予防訪問リハビリテーション					付表7					
	介護予防居宅療養管理指導					付表8					
	介護予防通所リハビリテーション					付表9					
	介護予防短期入所生活介護					付表10					
介護予防短期入所療養介護					付表11						
介護予防特定施設入居者生活介護					付表12						
介護予防福祉用具貸与											
特定介護予防福祉用具販売											
介護保険事業所番号	1	4	7	1	2	3	4	5	6	7	(既に指定又は許可を受けている場合)
医療機関コード等											(保険医療機関として指定を受けている場合)

* 裏面に記載に関しての備考があります。

(裏)

備考

- 1 「指定(許可)申請対象事業等」「既に指定(許可)を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
- 3 既に居宅サービス事業所または介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業者が、他方の居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始予定年月日」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。

付表 6 通所介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	オオドリデイサービスセンター			
	名 称	大通デイサービスセンター			
	所在地	(郵便番号 000 - 0000) 神奈川県 × × 市 ○○町2-2			
	連絡先	電話番号	0000-00-0000	FAX番号	0000-00-0000
		Email	kanagawa@○○.jp		
管理者	フリガナ	ヨコハマ タロウ	住所	(郵便番号 000 - 0000)	
	氏 名	横浜 太郎		○○市○○町3-3-3	
	生年月日	平成○年○月○日生			
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称			
		兼務する職種 及び勤務時間等			
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常 勤(人)		2			
非常勤(人)			2	8	5
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		○○ m ²			
営業時間		0:00 ~ 0:00			
サービス提供時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) ① 0:00 ~ 0:00 ② 0:00 ~ 0:00 ③ : ~ :			
利用定員		20 人 単位ごとの定員 ① 10 人 ② 10 人 ③ 人			
添付書類		別添のとおり			

(通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		Email			
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		m ²			
営業時間		~			
サービス提供時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) ① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :			
利用定員		人 単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人			
添付書類		平面図			

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 - 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
 - 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(別添)

付表 6 通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	平面図	参考様式2	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	設備・備品等一覧表	参考様式3	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	添付したら☑をいれてください。
5	運営規程		<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式4	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	誓約書	参考様式6	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。
添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。
届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

提出者(問合先)

事業所名	大通デイサービスセンター
担当者名	横浜 太郎
電 話	0000-00-0000
メールアドレス	kanagawa@〇〇.jp

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(○ 年 ○ 月分)

サービス種類 (通所介護・第1号通所事業(旧介護予防通所介護相当))

事業所番号(14 〇〇〇〇〇〇〇〇)

事業所名(大通デイサービスセンター)

1 單位目 **定員: 20 名**

サービス提供日: 月・火・水・木・金・土・日

サービス提供時間： 7時間15分

個別機能訓練加算: (Ⅰ)イ・(Ⅰ)ロ・なし 口腔機能向上加算: (Ⅰ)・(Ⅱ)・なし 中重度ケア体制加算: あり・なし 認知症加算: あり・なし

栄養アセスメント・栄養改善加算：あり・なし サービス提供体制強化加算：(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)・なし

[illegible]

常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間 週 5 日 (a) 週 40 時間 (b)

備考1 事業に係る従業員全員(管理者を含む。)について、勤務すべき時間数を記入してください。

2 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。

勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務

通所介護と第1号通所事業(旧介護予防通所介護相当)を一体的に実施している場合、勤務形態はBかDかいずれかになります。

(通所介護と第1号通所介護事業(旧介護予防通所介護相当)を兼営)

3 職員が兼務する場合(例:管理者と生活相談員、看護職員と機能訓練指導員)には、それぞれの職種で勤務時間を按分し、記入してください。

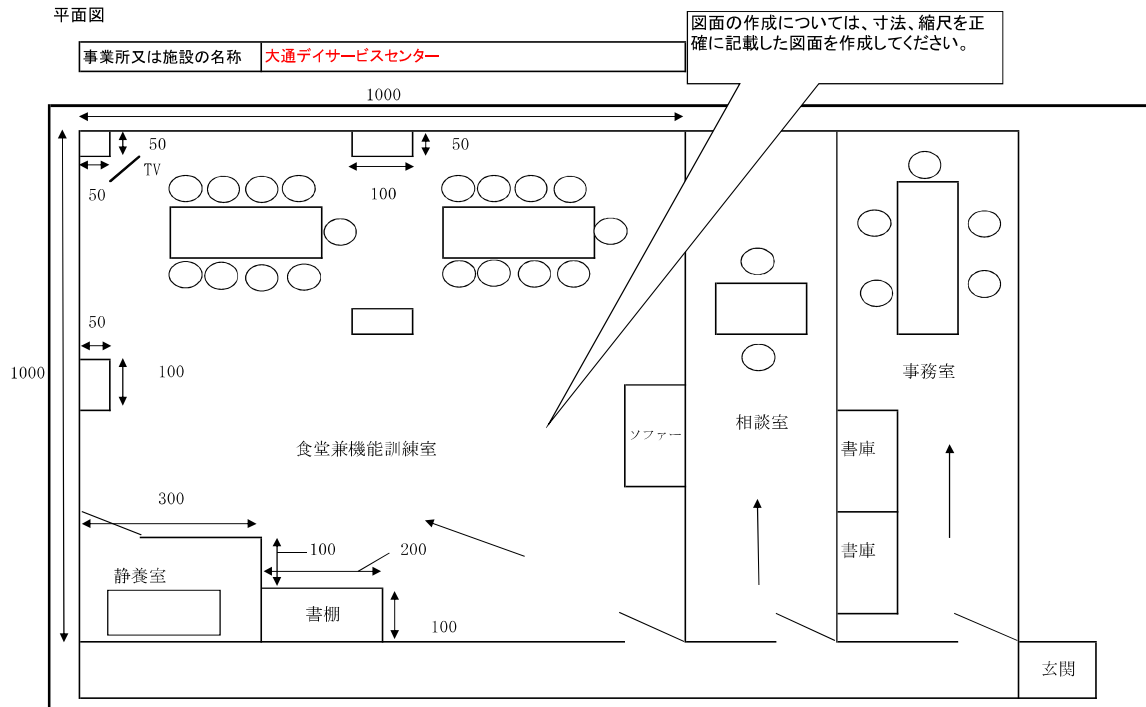
4 生活相談員・看護職員・介護職員の欄が足りないときは、欄を増やして(別の職種の余分な行を削除してその分の行を増やす、2ページにする等)記入してください。

5 資格欄は、資格が必要な職種のみ記載してください。資格証のコピーの添付は不要です。

6 *欄には、当該月の曜日を記入してください。

(参考様式2)

平面図



- 備考 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。
 2 各室の用途及び面積を記載してください。
 3 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

食堂、機能訓練室については面積(内法)、その算出根拠となる計算式を記載してください。なお、通所介護サービスの提供には必要ないもの等(食器棚、冷蔵庫、押し入れ、床の間等)の面積は除外してください

$$\begin{aligned}
 \text{ア: } & 1000 \times 1000 = 100\text{m}^2 \\
 \text{イ: } & 50 \times 50 = 0.25\text{m}^2 \\
 & 50 \times 100 \times 2 = 1\text{m}^2 \\
 & 200 \times 300 = 6\text{m}^2 \\
 & 100 \times 200 = 2\text{m}^2 \\
 \text{ウ: } & 100 - (0.25 + 1 + 6 + 2) \\
 = & 90.75 \quad \underline{\quad 90.75 \quad} \text{m}^2
 \end{aligned}$$

(参考様式4)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	○ ○ ○ ○
申請するサービス種類	通所介護

措 置 の 概 要

1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置

- 相談・苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置いている。また、担当者が不在の時は、基本的な事項については誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継いでいる。

(電話番号) 045-000-0005

(FAX番号) 045-000-0006

(担当者) 管理者 横浜 太郎

不在時の対応についても
記入してください。

職名を記入してください。

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- 苦情があった場合は、ただちに生活相談員が相手方に連絡を取り、直接行くなどして詳しい事情を聞くとともに、担当者からの事情を確認する。
- 管理者が必要であると判断した場合は、検討会議を行う。
- 検討の結果、必ず翌日までに具体的な対応をする(利用者に謝罪に行くなど)。
- 記録を台帳に保管し、再発を防ぐために役立てる。

3 その他参考事項

- 普段から苦情が出ないようなサービス提供を心がけている(毎日朝礼等で確認。介護職員等に対する研修の実施等)

事業所として、苦情を少なくするための具体的な方策について記載してください。

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

(参考様式3)

設備・備品等一覧表

サービス種類 (通所介護)
事業所名・施設名 (大通デイサービスセンター)

チェック欄	設備の種類	設備基準上適合すべき項目
○	建物の構造	・建築基準法及び消防法に定めた基準に従って建築されている。 ・消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けている。
○	食堂及び機能訓練室	・食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さを有し、その合計した面積(有効面積)は、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上になっている。 ・機能訓練等を目的とした使用が想定されないスペース(押し入れ、廊下、柱等)は面積から除外している。
○	静養室	・利用者が静養するために必要となる広さを確保している。 ・寝具等を設置するとともに、食堂及び機能訓練室に近接する等による見守りの体制を確保している。
○	相談室	・遮へい物の設置等により、相談内容が漏えいしないように配慮している。
○	便所及び洗面設備	・要介護者又は要支援者が使用するのに適したものであるとしている。
○	事務室	・十分な広さを確保している。 ・鍵付きの書庫を設置している。
—	浴室	・床の滑り止めや手すり、シャワーチェア等の設置により安全な入浴ができるように配慮している。

備品一覧(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業のみ)

チェック欄	備品の種類	品名	数量

備考 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。

(事業の目的)

(運営の方針)

2 事業の実施に当たっては、その状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うとともに、地域との結びつきを重視し、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

(事業所の名称等)

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は次のとおりとする。

- (1) 名称 日本大通デイサービス
(2) 所在地 ○○市○○○1番地の1

(職員の職種、員数及び職務内容)

第4条 事業所に勤務する職員の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

- (1) 管理者 1 名 (當勤兼務)

管理者は事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行い、また、当該事業所の従業員に法令及びこの規程を遵守させるため必要な命令を行う。

1 単位目

- (2) 生活相談員 2名 (常勤兼務1名、非常勤兼務1名)

生活相談員は、利用者及び家族からの相談を受けること、通所介護の業務に従事するとともに、事業所に対する通所介護の利用の申込に係る調整の補助、及び他の従事者と協力して通所介護計画の作成の補助等を行う。

- (3) 機能訓練指導員 2 名 (非常勤兼務 2 名)

機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。

- (4) 看護職員 2名 (非常勤兼務2名)

看護職員は、利用者の健康管理及び心身状態の把握を行う。

- (5) 介護職員 2名（常勤兼務1名、非常勤兼務1名）

介護職員は、入浴、排せつ、食事の介助等、日常生活

2 単位目

- (6) 生活相談員 2名（常勤兼務1名、非常勤兼務1名）

- (7) 機能訓練指導員 2名 (非常勤兼務2名)

- (8) 看護職員 2 名 (非常勤兼務 2 名)

- (9) 介護職員 2名（常勤兼務1名、非常勤兼務1名）

職員については、職種ごとに常勤、非常勤の別、専従、兼務の別で人数を記載してください。

(営業日及び営業時間)

第5条 事業所の営業日及び営業時間は次のとおりとする。

- (1) 営業日 月曜日から金曜日までとする。
ただし、国民の祝日、8月14日から16日及び12月29日から1月3日までを除く。
- (2) 営業時間 午前9時から午後6時
- (3) サービス提供時間 1単位目 午前9時00分から午後1時00分
2単位目 午後1時30分から午後5時30分

(通所介護の利用定員)

第6条 通所介護の利用定員は次のとおりとする。

- 1単位目 20名
- 2単位目 20名

営業時間とサービス提供時間が異なる場合は、それぞれの時間を記載してください。

(通所介護の内容及び提供方法)

第7条 通所介護の内容は、次の通りとする。

- 一 食事の提供
- 二 入浴
- 三 個別機能訓練
- 四 レクリエーション
- 五 健康状態の確認
- 六 送迎
- 七 その他日常生活上の援助

2 通所介護の提供方法は、次の通りとする。

- 一 事業所は、通所介護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従事者等の勤務体制その他の利用申込者のサービスに資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得ることとする。また、説明においては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対して理解しやすいように説明を行う。
- 二 事業所の管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画をサービスの提供に関わる従事者と共同して、個々の利用者ごとに作成する。
- 三 前号の通所介護計画において、既に居宅サービス計画が作成されている場合には、当該計画に沿った通所介護計画を作成する。
- 四 管理者は通所介護計画を作成した際には、利用者又はその家族にその内容を説明し、文書により同意を受け、交付する。
- 五 事業所は、サービスの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
- 六 常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の適切な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行う。
- 七 事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努める。
- 八 居宅サービス計画、サービス担当者会議等の記録その他の通所介護の提供に関する記録の保管方法については、利用者の人権やプライバシー保護の為、施錠できる書庫に整理して保管する。
- 九 居宅サービス計画の作成後においても、当該通所介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該通所介護計画の変更を行う。

(通所介護の利用料)

第8条 通所介護を提供した場合の利用料の額は、介護
介護が法定代理受領サービスであるときは、その1割

2 前項に定めるもののほか、利用者から次の費用の

(1) 昼食代 600 円

(2) おやつ代 100 円

(3) おむつ代等 パンツタイプ 150 円、テープ止めタイプ 110 円、おむつ 40 円

(4) 通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に要する費用

通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道 1 km あたり 10 円

3 前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした
上で、支払に同意する旨の文書に署名（記名押印）を受ける。

(通常の事業の実施地域)

第9条 通常の事業の実施地域は、〇〇市、□□市、△△町とする。

ただし、△△町は××1丁目から4丁目のみとする。

(サービス利用にあたっての留意事項)

第10条 利用者が通所介護の提供を受ける際に、利用者側が留意すべき事

一 機能訓練室を利用する際には、従業者の支援のもとで利用していただくこと

二 体調によっては入浴等を中止していただく場合があること

三 利用をキャンセルする場合には、前日の午後5時までに連絡していただくこと

(衛生管理等)

第11条 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理
に努め、又は衛生上必要な措置を講ずる。

2 事業所において感染症の発生、及び、まん延を防止するために必要な措置を講ずる。

3 従業者に年1回以上の健康診断を受診させるものとする。

(緊急時等における対応方法)

第12条 事業所の職員は、利用者に対するサービスの提供中に、利用者の病状に急変、その他緊急
事態が生じたときには、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告す
る。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講ずる。

2 利用者に対するサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速や
かに行う。

(非常災害対策)

第13条 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者又
は、火気・消防等についての責任者を定め、消火、通報及び避難の訓練を年2回以上定期的に行
う。

(虐待の防止のための措置)

第14条 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じる
ものとする。

(1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を〇月定期的に1回開催するとともに、その
結果について、従事者に周知徹底を図る。

(2) 虐待の防止のための指針を整備する。

(3) 従事者に対し、虐待の防止のための研修を採用時及び年1回以上実施する。

(4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 事業所は、虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に
通報するものとする。

(苦情に対する対応方針)

交通費を請求できるのは、通常の事業の実施
地域を越えた地点からです。
また、自動車を利用した場合に徴収できる金額
は、ガソリンの実費相当分のみです。

実施地域は客観的に場
所が特定できるようにす
ること。〇〇市南部や事
業所から〇〇Km以内な
どは不適切です。

第 15 条 事業所は、自らが提供したサービスに係る利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応する。

2 事業所は、自らが提供したサービスに関し、介護保険法の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って行う。

3 事業所は、提供した訪問介護に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合においては、指導又は助言に従って必要な改善を行うこととする。

(秘密の保持)

第 16 条 利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めるものとする。

2 事業所が得た利用者又はその家族の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその家族の同意を得るものとする。

(記録の整備)

第 17 条 事業所は通所介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結から 5 年間保存する。

- (1) 通所介護計画
- (2) 提供した具体的サービス内容等の記録
- (3) 利用者に関する市町村への報告等の記録
- (4) 苦情・相談等に関する記録
- (5) 事故の状況及び事故に対する処置状況に関する記録

(その他運営についての留意事項)

第 18 条 事業所は、従業者の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、又、業務体制を整備する。

- ① 採用時研修 採用後〇ヶ月以内
- ② 継続研修 年□回

2 従業者は業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持する。

3 従業者であった者に業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。

4 事業所は、通所介護の提供に関する記録を整備し、保管する。

5 この規程に定める事項の外、運営に関する重要事項は株式会社港町介護サービスと事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

附則

この規程は令和〇〇月〇月 1 日から施行する。

【通所介護事業の料金表の例】

事業所名称
を記載してください。

日本大通デイサービス料金表

令和〇年〇月〇日現在

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×0.9※（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

※2割負担の場合は0.8、3割負担の場合は0.7

事業所が所在する市町村の地
域単価を記載してください。

地域単価：〇.〇円（〇級地）

1 通所介護費（通常規模型 3時間以上4時間未満）

要介護度	単位数	利用料金	自己負担額 （1割）	自己負担額 （2割）	自己負担額 （3割）
要介護1	368		利用者負担額は、上記の利用 者負担算出方法により算出し てください。		
要介護2	421				
要介護3	477				
要介護4	530				
要介護5	585				

2 通所介護費（加算）

項目	単位数	利用料金	自己負担額 （1割）	自己負担額 （2割）	自己負担額 （3割）
入浴加算（Ⅰ） （1日につき）	40		算定する加算のみ記載してくだ さい。		
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ （1日につき）	56				
介護職員処遇改善加算Ⅱ （1月につき）	【算定方法】地域単価×介護 報酬総単位（基本単価＋各種 加算減算）×4.3%		左記 額×0.9（1円未 満切捨て）	額×0.8（1円未 満切捨て）	額×0.7（1円未 満切捨て）

3 その他の費用（介護保険給付外サービス）

昼食代	500円	交通費を請求できるのは、通常の事 業の実施地域を越えた地点からです。 また、自動車を利用した場合に徴収で きる金額は、ガソリンの実費相当分の みです。	
おやつ代	100円		
おむつ代等	パンツタイプ150円		
	テープ止めタイプ110円		
	パット40円		
送迎代	通常の実施地域を越えた地点から片道1kmあたり		10円

(別紙2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書＜指定事業者用＞

令和 年 月 日

神奈川県知事 殿

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。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 都市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種別		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 —) 県 都市				
事業所・施設の状況	フリガナ 事業所・施設の名称					
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 —) 県 都市				
	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 —) 県 都市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名					
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定(許可) 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)
	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		
	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			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			
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		
介護保険事業所番号						
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」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」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」欄は、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・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「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)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス・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	その他の該当する体制等						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"/> 3 5級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地 <input type="checkbox"/> 4 6級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地 <input type="checkbox"/> 9 7級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地 <input type="checkbox"/> 5 その他			
○ 15	通所介護	○ 4 通常規模型事業所 ○ 6 大規模型事業所（Ⅰ） ○ 7 大規模型事業所（Ⅱ）		職員の欠員による減算の状況	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 看護職員	<input type="checkbox"/> 3 介護職員		<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	
				感染症又は災害の発生を理由とする利用者の減少が一定以上生じている場合の対応	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり					
				時間延長サービス体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可	<input type="checkbox"/> 2 対応可					
				共生型サービスの提供（生活介護事業所）	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり					
				共生型サービスの提供（自立訓練事業所）	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり					
				共生型サービスの提供（児童発達支援事業所）	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり					
				共生型サービスの提供（放課後等デイサービス事業所）	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり					
				生活相談員配置等加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり					
				入浴介助加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ				
				中重度者ケア体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり					
				生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ				
				個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰイ	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰロ				
				ADL維持等加算〔申出〕の有無	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり					
				ADL維持等加算Ⅲ	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり					
				認知症加算	<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					
				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					
				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"/> 6 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 7 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								

【よくある質問】

Q 法人の登記事項証明書（謄本）は、写しでもよいですか。

A 原本をご提出ください。（発行日から3か月以内のもの）

Q 事業所の常勤職員（正社員）の勤務時間が、勤務形態一覧表で「常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間」に満たない場合、勤務形態のところは、どのように記載したらよいですか。

A 「常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間」が週40時間と設定されている場合、その勤務時間数を下回っていれば、勤務形態一覧表に記載いただく勤務形態は、正社員の方でも「非常勤で専従（又は兼務）」となります。

Q 運営規程の従業者の員数の記載については、「〇人以上」という記載でもよいですか。

A 原則として、職種ごとに常勤・非常勤の別、専従・兼務の別と員数を正確に記載いただく必要がありますが、従業者数が変わるとに運営規程を変更せずに済むよう、業務負担軽減等の観点から、「〇人以上」と記載することも差し支えありません。ただし、単に基準上必要な最低限の人数以上とせず、事業所の実態に合った記載としてください。

Q 通常の事業の実施地域外の交通費については、自動車を利用した場合、どのように記載をしたらよいですか。

A 「通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道1kmあたり〇〇円」としてください。なお、徴収できるのは燃料費等実費のみとなります。自動車が稼動しなくてもかかる車両維持費、人件費等は含まれません。

Q 料金表の利用者負担額（1割）の算出方法の計算式は、
「地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）
〇〇円×0.1＝△△円（利用者負担額）」でよいですか。

A 利用者負担額（1割）の算出方法の計算式は、
「地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）
〇〇円－（〇〇円×0.9（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）」となります。

Q 加算の届出書（介護給付費算定に係る体制等に関する届出書）の記載についてですが、指定予定年月日は「指定（許可）年月日」と「異動年月日」のどちらに書けばよいですか。

A 新規申請の場合には、指定予定年月日を「異動年月日」に記載してください。「指定（許可）年月日」は空欄にしてください。（「指定（許可）年月日」は、既に指定を受けているサービスで加算の変更をする際に、指定を受けた年月日を記載するところです。）