



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6年7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 6
○ ④申請書類作成にあたっての留意事項(通所介護)	2 3
○ ⑤同一敷地内で2サービス以上の事業を行う場合	2 8
○ 申請書類記載例	2 9
○ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	4 2
○ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	4 3
○ よくある質問	4 4

※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の見直し

=変更あり

区 分	改定前 (令和3年度～令和5年度)		改定後 (令和6年度～令和8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	4 級地	12	+
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	4 級地	12	+
葉 山 町	6 級地	6	5 級地	10	+
厚 木 市	4 級地	12	3 級地	15	+
大 和 市	5 級地	10	5 級地	10	
海 老 名 市	4 級地	12	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	7 級地	3	+
中 井 町	その他	0	6 級地	6	+
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	7 級地	3	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単位当たりの単価の見直し

(単位 円)

区 分	人件費割合	改 定 前 (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%
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
介護医療院	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00

人件費割合	改 正 後 (令和6～8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

※ 介護予防サービスは、省略。

地域単価の見直し

(令和6年4月～令和9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/厚木市
 4級地 : 相模原市/横須賀市/藤沢市/逗子市/三浦市/海老名市
 5級地 : 平塚市/小田原市/茅ヶ崎市/大和市/伊勢原市/座間市/綾瀬市/葉山町/寒川町/愛川町
 6級地 : 秦野市/大磯町/二宮町/中井町/清川村
 7級地 : 南足柄市/山北町/箱根町
 その他 : 上記以外



(令和3年4月～令和6年3月)

(令和3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/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

通所介護料金早見表（令和6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	370	397	396	390	387	380	376	370
（二）要介護2	423	454	452	446	442	435	429	423
（三）要介護3	479	514	512	505	501	492	486	479
（四）要介護4	533	572	570	562	557	548	541	533
（五）要介護5	588	631	628	620	615	604	597	588
（2）所要時間4時間以上5時間未満の場合								
（一）要介護1	388	416	415	409	406	399	394	388
（二）要介護2	444	476	475	468	464	456	451	444
（三）要介護3	502	539	537	530	525	516	509	502
（四）要介護4	560	601	598	591	586	576	568	560
（五）要介護5	617	662	659	651	645	634	626	617
（3）所要時間5時間以上6時間未満の場合								
（一）要介護1	570	611	609	601	596	586	578	570
（二）要介護2	673	722	719	710	704	692	683	673
（三）要介護3	777	833	830	819	812	798	788	777
（四）要介護4	880	944	940	928	920	904	893	880
（五）要介護5	984	1,055	1,051	1,038	1,029	1,011	998	984
（4）所要時間6時間以上7時間未満の場合								
（一）要介護1	584	626	624	616	611	600	593	584
（二）要介護2	689	739	736	727	720	708	699	689
（三）要介護3	796	854	851	839	832	818	808	796
（四）要介護4	901	966	963	950	942	926	914	901
（五）要介護5	1,008	1,081	1,077	1,063	1,054	1,036	1,023	1,008
（5）所要時間7時間以上8時間未満の場合								
（一）要介護1	658	706	703	694	688	676	668	658
（二）要介護2	777	833	830	819	812	798	788	777
（三）要介護3	900	965	962	949	941	925	913	900
（四）要介護4	1,023	1,097	1,093	1,079	1,069	1,051	1,038	1,023
（五）要介護5	1,148	1,231	1,226	1,210	1,200	1,179	1,164	1,148
（6）所要時間8時間以上9時間未満の場合								
（一）要介護1	669	718	715	706	700	687	679	669
（二）要介護2	791	848	845	834	827	813	802	791
（三）要介護3	915	981	978	965	957	940	928	915
（四）要介護4	1,041	1,116	1,112	1,098	1,088	1,070	1,056	1,041
（五）要介護5	1,168	1,252	1,248	1,231	1,221	1,200	1,185	1,168
ロ 大規模型通所介護費（Ⅰ）								
（1）所要時間3時間以上4時間未満の場合								
（一）要介護1	358	384	383	378	375	368	363	358
（二）要介護2	409	439	437	431	428	420	415	409
（三）要介護3	462	496	494	487	483	475	469	462
（四）要介護4	513	550	548	541	536	527	521	513
（五）要介護5	568	609	607	599	594	584	576	568
（2）所要時間4時間以上5時間未満の場合								
（一）要介護1	376	403	402	397	393	387	382	376
（二）要介護2	430	461	460	454	450	442	436	430
（三）要介護3	486	521	519	513	508	500	493	486
（四）要介護4	541	580	578	571	566	556	549	541
（五）要介護5	597	640	638	630	624	614	606	597
（3）所要時間5時間以上6時間未満の場合								
（一）要介護1	544	584	581	574	569	559	552	544
（二）要介護2	643	690	687	678	672	661	652	643
（三）要介護3	743	797	794	784	777	763	754	743
（四）要介護4	840	901	898	886	878	863	852	840
（五）要介護5	940	1,008	1,004	991	983	966	954	940

(4) 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	564	605	603	595	590	580	572	564
(二) 要介護 2	667	715	713	703	697	685	677	667
(三) 要介護 3	770	826	823	812	805	791	781	770
(四) 要介護 4	871	934	931	918	911	895	884	871
(五) 要介護 5	974	1,045	1,041	1,027	1,018	1,001	988	974
(5) 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	629	675	672	663	658	646	638	629
(二) 要介護 2	744	798	795	785	778	764	755	744
(三) 要介護 3	861	923	920	908	900	885	873	861
(四) 要介護 4	980	1,051	1,047	1,033	1,025	1,007	994	980
(五) 要介護 5	1,097	1,176	1,172	1,157	1,147	1,127	1,113	1,097
(6) 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	647	694	691	682	677	665	656	647
(二) 要介護 2	765	820	817	807	800	786	776	765
(三) 要介護 3	885	949	946	933	925	909	898	885
(四) 要介護 4	1,007	1,080	1,076	1,062	1,053	1,035	1,021	1,007
(五) 要介護 5	1,127	1,209	1,204	1,188	1,178	1,158	1,143	1,127
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	345	370	369	364	361	355	350	345
(二) 要介護 2	395	424	422	417	413	406	401	395
(三) 要介護 3	446	479	477	470	466	458	453	446
(四) 要介護 4	495	531	529	522	518	509	502	495
(五) 要介護 5	549	589	587	579	574	564	557	549
(2) 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	362	388	387	382	379	372	367	362
(二) 要介護 2	414	444	443	437	433	426	420	414
(三) 要介護 3	468	502	500	494	489	481	475	468
(四) 要介護 4	521	559	557	550	545	535	529	521
(五) 要介護 5	575	617	615	606	601	591	583	575
(3) 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	525	563	561	554	549	540	533	525
(二) 要介護 2	620	665	663	654	648	637	629	620
(三) 要介護 3	715	767	764	754	748	735	725	715
(四) 要介護 4	812	871	868	856	849	834	824	812
(五) 要介護 5	907	973	969	956	948	932	920	907
(4) 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	543	582	580	573	568	558	551	543
(二) 要介護 2	641	688	685	676	670	659	650	641
(三) 要介護 3	740	794	791	780	774	760	751	740
(四) 要介護 4	839	900	896	885	877	862	851	839
(五) 要介護 5	939	1,007	1,003	990	982	965	953	939
(5) 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	607	651	649	640	635	624	616	607
(二) 要介護 2	716	768	765	755	749	736	726	716
(三) 要介護 3	830	890	887	875	868	853	842	830
(四) 要介護 4	946	1,015	1,011	997	989	972	960	946
(五) 要介護 5	1,059	1,136	1,131	1,117	1,107	1,088	1,074	1,059
(6) 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	623	668	666	657	651	640	632	623
(二) 要介護 2	737	790	788	777	771	757	748	737
(三) 要介護 3	852	914	910	898	891	875	864	852
(四) 要介護 4	970	1,040	1,036	1,023	1,014	997	984	970
(五) 要介護 5	1,086	1,165	1,160	1,145	1,135	1,116	1,102	1,086
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)	76	82	82	81	80	78	77	76
※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

介護職員等処遇改善加算(単位数)	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	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9.2パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	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9.0パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	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8.0パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	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6.4パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)	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8.1パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2)	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7.6パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(3)	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7.9パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(4)	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7.4パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(5)	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6.5パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(6)	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6.3パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(7)	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5.6パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(8)	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6.9パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(9)	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5.4パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(10)	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4.5パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(11)	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5.3パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(12)	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
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(13)	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4.4パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(14)	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3.3パーセント

※処遇改善加算の単位数は、基本報酬に、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6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いませんが、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	370	794	791	780	774	760	751	740
（二）要介護2	423	907	904	892	884	869	858	846
（三）要介護3	479	1,027	1,023	1,010	1,001	984	972	958
（四）要介護4	533	1,143	1,139	1,124	1,114	1,095	1,081	1,066
（五）要介護5	588	1,261	1,256	1,240	1,229	1,208	1,193	1,176
（2）所要時間4時間以上5時間未満の場合								
（一）要介護1	388	832	829	818	811	797	787	776
（二）要介護2	444	952	949	936	928	912	901	888
（三）要介護3	502	1,077	1,073	1,059	1,049	1,031	1,018	1,004
（四）要介護4	560	1,201	1,196	1,181	1,171	1,151	1,136	1,120
（五）要介護5	617	1,323	1,318	1,301	1,290	1,268	1,252	1,234
（3）所要時間5時間以上6時間未満の場合								
（一）要介護1	570	1,222	1,218	1,202	1,192	1,171	1,156	1,140
（二）要介護2	673	1,443	1,438	1,419	1,407	1,383	1,365	1,346
（三）要介護3	777	1,666	1,660	1,638	1,624	1,596	1,576	1,554
（四）要介護4	880	1,887	1,880	1,855	1,840	1,808	1,785	1,760
（五）要介護5	984	2,110	2,102	2,075	2,057	2,021	1,996	1,968
（4）所要時間6時間以上7時間未満の場合								
（一）要介護1	584	1,252	1,248	1,231	1,221	1,200	1,185	1,168
（二）要介護2	689	1,478	1,472	1,453	1,440	1,416	1,398	1,378
（三）要介護3	796	1,707	1,701	1,678	1,664	1,635	1,615	1,592
（四）要介護4	901	1,932	1,925	1,900	1,883	1,851	1,828	1,802
（五）要介護5	1,008	2,161	2,153	2,125	2,107	2,071	2,045	2,016
（5）所要時間7時間以上8時間未満の場合								
（一）要介護1	658	1,411	1,406	1,387	1,376	1,352	1,335	1,316
（二）要介護2	777	1,666	1,660	1,638	1,624	1,596	1,576	1,554
（三）要介護3	900	1,930	1,923	1,898	1,881	1,849	1,826	1,800
（四）要介護4	1,023	2,194	2,185	2,157	2,138	2,102	2,075	2,046
（五）要介護5	1,148	2,462	2,452	2,420	2,400	2,358	2,328	2,296
（6）所要時間8時間以上9時間未満の場合								
（一）要介護1	669	1,435	1,429	1,411	1,399	1,374	1,357	1,338
（二）要介護2	791	1,696	1,690	1,668	1,653	1,625	1,604	1,582
（三）要介護3	915	1,962	1,955	1,929	1,913	1,880	1,856	1,830
（四）要介護4	1,041	2,232	2,224	2,195	2,176	2,139	2,111	2,082
（五）要介護5	1,168	2,504	2,495	2,462	2,441	2,399	2,369	2,336
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	358	768	765	755	749	736	726	716
（二）要介護2	409	877	874	862	855	840	830	818
（三）要介護3	462	991	987	974	966	949	937	924
（四）要介護4	513	1,100	1,096	1,082	1,072	1,054	1,041	1,026
（五）要介護5	568	1,218	1,214	1,198	1,187	1,167	1,152	1,136
（2）所要時間4時間以上5時間未満の場合								
（一）要介護1	376	806	803	793	786	773	763	752
（二）要介護2	430	922	919	907	899	884	872	860
（三）要介護3	486	1,042	1,038	1,025	1,016	999	986	972
（四）要介護4	541	1,160	1,156	1,141	1,131	1,112	1,097	1,082
（五）要介護5	597	1,280	1,275	1,259	1,248	1,227	1,211	1,194
（3）所要時間5時間以上6時間未満の場合								
（一）要介護1	544	1,167	1,162	1,147	1,137	1,118	1,104	1,088
（二）要介護2	643	1,379	1,374	1,356	1,344	1,321	1,304	1,286
（三）要介護3	743	1,593	1,587	1,567	1,553	1,526	1,507	1,486
（四）要介護4	840	1,801	1,795	1,771	1,756	1,726	1,704	1,680
（五）要介護5	940	2,016	2,008	1,982	1,965	1,931	1,907	1,880

(4) 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	564	1,210	1,205	1,189	1,179	1,159	1,144	1,128
(二) 要介護 2	667	1,430	1,425	1,406	1,394	1,370	1,353	1,334
(三) 要介護 3	770	1,651	1,645	1,623	1,610	1,582	1,562	1,540
(四) 要介護 4	871	1,868	1,861	1,836	1,821	1,789	1,767	1,742
(五) 要介護 5	974	2,089	2,081	2,053	2,036	2,001	1,976	1,948
(5) 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	629	1,349	1,344	1,326	1,315	1,292	1,276	1,258
(二) 要介護 2	744	1,595	1,589	1,569	1,555	1,528	1,509	1,488
(三) 要介護 3	861	1,846	1,839	1,815	1,800	1,769	1,746	1,722
(四) 要介護 4	980	2,101	2,094	2,066	2,049	2,013	1,988	1,960
(五) 要介護 5	1,097	2,352	2,343	2,313	2,293	2,254	2,225	2,194
(6) 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	647	1,387	1,382	1,364	1,353	1,329	1,312	1,294
(二) 要介護 2	765	1,640	1,634	1,613	1,599	1,572	1,552	1,530
(三) 要介護 3	885	1,898	1,891	1,866	1,850	1,818	1,795	1,770
(四) 要介護 4	1,007	2,159	2,151	2,123	2,105	2,069	2,042	2,014
(五) 要介護 5	1,127	2,417	2,408	2,376	2,356	2,315	2,286	2,254
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	345	740	737	728	721	709	700	690
(二) 要介護 2	395	847	844	833	826	812	801	790
(三) 要介護 3	446	957	953	940	932	916	905	892
(四) 要介護 4	495	1,062	1,058	1,044	1,035	1,017	1,004	990
(五) 要介護 5	549	1,177	1,173	1,158	1,148	1,128	1,114	1,098
(2) 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	362	776	774	763	757	744	734	724
(二) 要介護 2	414	888	885	873	866	851	840	828
(三) 要介護 3	468	1,004	1,000	987	978	962	949	936
(四) 要介護 4	521	1,117	1,113	1,099	1,089	1,070	1,057	1,042
(五) 要介護 5	575	1,233	1,229	1,212	1,202	1,181	1,166	1,150
(3) 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	525	1,126	1,122	1,107	1,098	1,079	1,065	1,050
(二) 要介護 2	620	1,330	1,325	1,307	1,296	1,274	1,258	1,240
(三) 要介護 3	715	1,533	1,528	1,508	1,495	1,469	1,450	1,430
(四) 要介護 4	812	1,741	1,735	1,712	1,697	1,668	1,647	1,624
(五) 要介護 5	907	1,945	1,938	1,912	1,896	1,863	1,840	1,814
(4) 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	543	1,164	1,160	1,145	1,135	1,116	1,102	1,086
(二) 要介護 2	641	1,375	1,369	1,352	1,340	1,317	1,300	1,282
(三) 要介護 3	740	1,587	1,581	1,560	1,547	1,520	1,501	1,480
(四) 要介護 4	839	1,799	1,792	1,769	1,754	1,724	1,702	1,678
(五) 要介護 5	939	2,014	2,006	1,980	1,963	1,929	1,905	1,878
(5) 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	607	1,302	1,297	1,280	1,269	1,247	1,231	1,214
(二) 要介護 2	716	1,535	1,530	1,510	1,497	1,471	1,452	1,432
(三) 要介護 3	830	1,780	1,773	1,750	1,735	1,705	1,684	1,660
(四) 要介護 4	946	2,029	2,021	1,994	1,977	1,943	1,919	1,892
(五) 要介護 5	1,059	2,271	2,262	2,233	2,214	2,175	2,148	2,118
(6) 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合								
(一) 要介護 1	623	1,336	1,331	1,314	1,302	1,280	1,264	1,246
(二) 要介護 2	737	1,580	1,575	1,554	1,541	1,514	1,495	1,474
(三) 要介護 3	852	1,827	1,820	1,796	1,781	1,750	1,728	1,704
(四) 要介護 4	970	2,080	2,072	2,045	2,028	1,993	1,967	1,940
(五) 要介護 5	1,086	2,329	2,320	2,290	2,270	2,231	2,203	2,172
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)	76	163	163	161	159	156	154	152
※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回につき）	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

介護職員等処遇改善加算（単位数）	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	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9.2パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	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9.0パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	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8.0パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	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6.4パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（１）	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8.1パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（２）	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7.6パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（３）	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7.9パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（４）	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7.4パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（５）	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6.5パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（６）	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6.3パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（７）	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5.6パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（８）	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6.9パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（９）	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5.4パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（１０）	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4.5パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（１１）	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5.3パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（１２）	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
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（１３）	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4.4パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（１４）	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3.3パーセント

※処遇改善加算の単位数は、基本報酬に、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6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	370	1,190	1,186	1,170	1,160	1,140	1,126	1,110
（二）要介護2	423	1,361	1,356	1,338	1,326	1,304	1,287	1,269
（三）要介護3	479	1,541	1,535	1,515	1,502	1,476	1,458	1,437
（四）要介護4	533	1,714	1,708	1,686	1,671	1,642	1,622	1,599
（五）要介護5	588	1,891	1,884	1,860	1,844	1,812	1,789	1,764
（2）所要時間4時間以上5時間未満の場合								
（一）要介護1	388	1,248	1,243	1,227	1,217	1,196	1,181	1,164
（二）要介護2	444	1,428	1,423	1,404	1,392	1,368	1,351	1,332
（三）要介護3	502	1,615	1,609	1,588	1,574	1,547	1,527	1,506
（四）要介護4	560	1,801	1,794	1,771	1,756	1,726	1,704	1,680
（五）要介護5	617	1,985	1,977	1,951	1,935	1,901	1,877	1,851
（3）所要時間5時間以上6時間未満の場合								
（一）要介護1	570	1,833	1,827	1,803	1,787	1,756	1,734	1,710
（二）要介護2	673	2,165	2,157	2,128	2,110	2,074	2,048	2,019
（三）要介護3	777	2,499	2,490	2,457	2,436	2,394	2,364	2,331
（四）要介護4	880	2,830	2,820	2,783	2,759	2,712	2,677	2,640
（五）要介護5	984	3,165	3,153	3,112	3,085	3,032	2,994	2,952
（4）所要時間6時間以上7時間未満の場合								
（一）要介護1	584	1,878	1,872	1,847	1,831	1,800	1,777	1,752
（二）要介護2	689	2,216	2,208	2,179	2,160	2,123	2,096	2,067
（三）要介護3	796	2,560	2,551	2,517	2,496	2,453	2,422	2,388
（四）要介護4	901	2,898	2,887	2,849	2,825	2,776	2,741	2,703
（五）要介護5	1,008	3,242	3,230	3,188	3,160	3,106	3,067	3,024
（5）所要時間7時間以上8時間未満の場合								
（一）要介護1	658	2,116	2,109	2,081	2,063	2,028	2,002	1,974
（二）要介護2	777	2,499	2,490	2,457	2,436	2,394	2,364	2,331
（三）要介護3	900	2,895	2,884	2,846	2,822	2,773	2,738	2,700
（四）要介護4	1,023	3,290	3,278	3,235	3,207	3,152	3,112	3,069
（五）要介護5	1,148	3,692	3,678	3,630	3,599	3,537	3,492	3,444
（6）所要時間8時間以上9時間未満の場合								
（一）要介護1	669	2,152	2,144	2,116	2,098	2,061	2,035	2,007
（二）要介護2	791	2,544	2,535	2,502	2,480	2,437	2,406	2,373
（三）要介護3	915	2,943	2,932	2,894	2,869	2,820	2,784	2,745
（四）要介護4	1,041	3,348	3,336	3,292	3,264	3,208	3,167	3,123
（五）要介護5	1,168	3,756	3,743	3,693	3,662	3,599	3,553	3,504
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	358	1,152	1,147	1,132	1,123	1,103	1,089	1,074
（二）要介護2	409	1,316	1,311	1,293	1,283	1,260	1,245	1,227
（三）要介護3	462	1,486	1,481	1,461	1,449	1,424	1,406	1,386
（四）要介護4	513	1,650	1,644	1,623	1,608	1,581	1,561	1,539
（五）要介護5	568	1,827	1,820	1,796	1,781	1,750	1,728	1,704
（2）所要時間4時間以上5時間未満の場合								
（一）要介護1	376	1,209	1,205	1,189	1,179	1,159	1,144	1,128
（二）要介護2	430	1,383	1,378	1,360	1,348	1,325	1,308	1,290
（三）要介護3	486	1,563	1,557	1,537	1,524	1,498	1,479	1,458
（四）要介護4	541	1,740	1,734	1,711	1,696	1,667	1,646	1,623
（五）要介護5	597	1,920	1,913	1,888	1,872	1,840	1,816	1,791
（3）所要時間5時間以上6時間未満の場合								
（一）要介護1	544	1,750	1,743	1,720	1,706	1,676	1,655	1,632
（二）要介護2	643	2,068	2,061	2,034	2,016	1,981	1,956	1,929
（三）要介護3	743	2,390	2,381	2,350	2,330	2,289	2,261	2,229
（四）要介護4	840	2,702	2,692	2,656	2,634	2,588	2,556	2,520
（五）要介護5	940	3,023	3,012	2,973	2,947	2,896	2,860	2,820

(4) 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合							
(一) 要介護 1	564	1,814	1,807	1,784	1,768	1,738	1,716
(二) 要介護 2	667	2,145	2,137	2,109	2,091	2,055	2,029
(三) 要介護 3	770	2,477	2,467	2,435	2,414	2,373	2,343
(四) 要介護 4	871	2,802	2,791	2,754	2,731	2,684	2,650
(五) 要介護 5	974	3,133	3,121	3,080	3,054	3,001	2,963
(5) 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合							
(一) 要介護 1	629	2,023	2,016	1,989	1,972	1,938	1,914
(二) 要介護 2	744	2,393	2,384	2,353	2,333	2,292	2,264
(三) 要介護 3	861	2,769	2,759	2,723	2,700	2,653	2,619
(四) 要介護 4	980	3,152	3,140	3,099	3,073	3,020	2,982
(五) 要介護 5	1,097	3,528	3,515	3,469	3,439	3,380	3,337
(6) 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合							
(一) 要介護 1	647	2,081	2,073	2,046	2,029	1,994	1,968
(二) 要介護 2	765	2,460	2,451	2,419	2,399	2,357	2,328
(三) 要介護 3	885	2,847	2,836	2,799	2,775	2,727	2,692
(四) 要介護 4	1,007	3,239	3,227	3,184	3,157	3,103	3,063
(五) 要介護 5	1,127	3,625	3,611	3,564	3,534	3,473	3,429
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	345	1,110	1,106	1,091	1,082	1,063	1,050
(二) 要介護 2	395	1,271	1,266	1,249	1,239	1,217	1,202
(三) 要介護 3	446	1,435	1,429	1,410	1,398	1,374	1,357
(四) 要介護 4	495	1,592	1,586	1,566	1,552	1,525	1,506
(五) 要介護 5	549	1,766	1,759	1,736	1,722	1,692	1,670
(2) 所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合							
(一) 要介護 1	362	1,164	1,160	1,145	1,135	1,116	1,101
(二) 要介護 2	414	1,332	1,327	1,309	1,298	1,276	1,260
(三) 要介護 3	468	1,505	1,500	1,480	1,467	1,442	1,424
(四) 要介護 4	521	1,676	1,670	1,648	1,634	1,605	1,585
(五) 要介護 5	575	1,850	1,843	1,818	1,803	1,772	1,749
(3) 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合							
(一) 要介護 1	525	1,689	1,683	1,660	1,646	1,618	1,597
(二) 要介護 2	620	1,994	1,987	1,961	1,944	1,911	1,886
(三) 要介護 3	715	2,300	2,291	2,261	2,242	2,203	2,175
(四) 要介護 4	812	2,612	2,602	2,568	2,546	2,502	2,470
(五) 要介護 5	907	2,917	2,906	2,868	2,844	2,795	2,759
(4) 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合							
(一) 要介護 1	543	1,746	1,740	1,717	1,703	1,673	1,652
(二) 要介護 2	641	2,062	2,054	2,027	2,010	1,975	1,950
(三) 要介護 3	740	2,380	2,371	2,340	2,320	2,280	2,251
(四) 要介護 4	839	2,699	2,688	2,653	2,631	2,585	2,553
(五) 要介護 5	939	3,020	3,009	2,970	2,944	2,893	2,857
(5) 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合							
(一) 要介護 1	607	1,953	1,945	1,920	1,903	1,870	1,847
(二) 要介護 2	716	2,303	2,294	2,264	2,245	2,206	2,178
(三) 要介護 3	830	2,670	2,660	2,625	2,602	2,558	2,525
(四) 要介護 4	946	3,043	3,031	2,991	2,966	2,915	2,878
(五) 要介護 5	1,059	3,406	3,393	3,349	3,320	3,263	3,222
(6) 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合							
(一) 要介護 1	623	2,004	1,996	1,970	1,953	1,920	1,896
(二) 要介護 2	737	2,370	2,362	2,331	2,311	2,271	2,242
(三) 要介護 3	852	2,740	2,730	2,694	2,671	2,625	2,592
(四) 要介護 4	970	3,120	3,108	3,067	3,041	2,989	2,951
(五) 要介護 5	1,086	3,493	3,480	3,434	3,405	3,346	3,304
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
ロ 入浴介助加算 (Ⅱ)	55	177	177	174	173	170	168
中重度者ケア体制加算 (1 日につき)	45	145	144	143	141	139	137
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
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
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
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ (1 日につき)	56	180	180	177	176	173	171
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ (1 日につき)	76	245	244	241	239	234	231
※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
ADL 維持等加算 (Ⅰ) (1 月につき)	30	97	96	95	94	93	92
ADL 維持等加算 (Ⅱ) (1 月につき)	60	193	192	190	189	185	183
認知症加算 (1 日につき)	60	193	192	190	189	185	183
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
栄養アセスメント加算 (1 月につき)	50	161	161	159	157	154	153

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

介護職員等処遇改善加算(単位数)	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	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9.2パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	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9.0パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	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8.0パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	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6.4パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)	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8.1パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2)	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7.6パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(3)	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7.9パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(4)	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7.4パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(5)	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6.5パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(6)	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6.3パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(7)	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5.6パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(8)	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6.9パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(9)	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5.4パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(10)	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4.5パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(11)	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5.3パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(12)	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
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(13)	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4.4パーセント
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(14)	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3.3パーセント

※処遇改善加算の単位数は、基本報酬に、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。

4 必要書類一覧及び留意事項

①～⑤の各項目をしっかりと、確認いただくことにより、審査もより、スムーズに進みます！

① 指定申請に係る必要書類一覧表 P 2

② 介護給付費請求に係る必要書類一覧表 P 2

③ チェックリスト P 3

※ チェックリストにより、書類が整っているか等自己点検をしてください。

④ 申請書類作成にあたっての留意事項 P 10

※ 申請書類作成にあたって、ご質問の多い点を掲載しています。ご参照ください。

⑤ 同一住所で2サービス以上の事業を行う場合 P 15

※ 複数サービスを行う場合の留意事項を掲載しています。参照ください。

◆ 申請前には、指定基準を次により、必ずご確認ください。

◇ 「介護保険六法」などの一般書籍

◇ 「介護情報サービスかながわ」

－ 「文書/カテゴリ検索」

－ 「1. 新規事業者指定」

－ （各サービス種類の名称）

－ 「5. （各サービス種類の名称）の指定基準等」

－ 「9. 運営状況点検書・運営の手引き」

－ 「2. 運営の手引き」

<https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/lower-3-3.html?topic=10&id=541>

－ （各サービス種類の名称）運営の手引き

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所（指定介護予防サービス事業者、介護保険施設）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 ※資格証の姓が現在と異なる場合、姓が変わったことが分かる公的な書類を添付（例：運転免許証の表裏をコピーしたもの、戸籍謄本の写し）	
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（別紙含む。）	参考様式6
11	申請手数料 ※電子申請届出システムによる申請の場合は、収入証紙のご準備は不要です。申請受付後、電子納付のご案内をメールにて送付しますので、その際、スマホ決済、クレジットカード又はPay-easyによりお支払いをお願いします。	郵送による申請の場合は、収入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：文書/カテゴリ検索 － 1. 新規事業者指定 － （各サービス種類の名称） － 2. 指定申請書類様式
12	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 介護給付費算定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	掲載場所：文書/カテゴリ検索 － 3. 加算届 － （各サービス種類の名称） 加算を算定しない場合も No 1、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 ※介護職員等処遇改善加算の届出については、電子申請により提出（紙による提出は不要）	
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、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、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。

※ 通所介護事業者は老人福祉法の届出も必要ですので、「老人福祉法に基づく「老人居宅生活支援事業（地域密着型サービス以外）」に係る各種届出について（ご案内）」を確認の上、指定申請書類と併せて提出してください。

※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 通所介護指定申請及び介護給付費算定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所（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"/> 申請者の所在地、名称、代表者の職名・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。 <input type="checkbox"/> 法人等の種類を選択（記載）している。 <input type="checkbox"/> 代表者の職名・氏名・住所が登記事項証明書の記載と一致している。 <input type="checkbox"/> 法人代表者の生年月日を記載している。 <input type="checkbox"/> 法人の吸収合併又は吸収分割における（許可）申請の場合には、チェック欄にチェックをしている。	※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。
	指定（許可）を受けようとする事業所・施設の種類の種類	<input type="checkbox"/> 共生型サービスを申請する場合、チェック欄にチェックをしている。 <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、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又は施設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> 一文書/カテゴリ検索 ー9. 運営状況点検書・運営の手引き
	共生型サービスの該当の有無	<input type="checkbox"/> 共生型サービスの該当の有無について、チェックをしている。	

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"/> 同時利用の定員を記載している。	
サービス提供単位	<input type="checkbox"/> 必要な単位分を記載している。 <input type="checkbox"/> サービス提供単位ごとに従業者の職種・員数を記載している。 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数は勤務形態一覧表と一致している。 <input type="checkbox"/> サービス提供単位ごとに営業日に「○」をつけている。また、その他の祝日を記載している。 <input type="checkbox"/> サービス提供単位ごとに営業時間を記載している。 <input type="checkbox"/> サービス提供時間を記載している。 <input type="checkbox"/> サービス提供単位ごとに利用定員を記載している。	
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"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表		
サービス種別	<input type="checkbox"/> サービス種別について、プルダウンリストから選択している。 <input type="checkbox"/> 事業所名を記載している。 <input type="checkbox"/> (1)、(2)についてプルダウンリストから選択している。 <input type="checkbox"/> 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数を記載している。	
第1週～第4週	<input type="checkbox"/> 職種、勤務形態、資格をプルダウンリストから正しく選択している。 <input type="checkbox"/> 従業者の氏名は、資格証の氏名と一致している。 <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"/> 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。) (人員配置) <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。 <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。 <input type="checkbox"/> 看護職員は、サービス提供日ごとに配置している。 <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>※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> <p><u>④. 申請書類作成にあたっての留意事項</u></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。 <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。			
<input type="checkbox"/> 従業者の資格証の写し					
		<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） ※資格証の姓が現在と異なる場合、姓が変わったことが分かる公的な書類を添付（例：運転免許証の表裏をコピーしたもの、戸籍謄本の写し）	※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> <input type="checkbox"/> 各室の用途、寸法、縮尺を正確に記載している。 <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。 <input type="checkbox"/> 鍵付き書庫を設置している。 <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>（食堂及び機能訓練室）</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。 <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。 <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。 <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。 <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>（相談室）</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>（静養室）</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。） <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。 <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>※指定申請の前に平面図の事前送付が必要です。</p> <p><参考> 文書/カテゴリ検索 － 1. 新規事業者指定 － 各サービス － <u>1. 指定申請の流れについて</u></p> <p><参考> 文書/カテゴリ検索 － 1. 新規事業者指定 － 各サービス － <u>3. 申請書類記載例・作成例</u></p> <p>※設備基準について <参考> <u>④. 申請書類作成にあたっての留意事項</u></p>

	(消火設備その他非常災害時に際して必要な設備) (その他)	<input type="checkbox"/> 消火器等の消火設備や消防法等に規定された非常災害時に際して必要な設備の配置場所を記載している。 <input type="checkbox"/> 要介護者が使用するのに適した便所及び洗面設備を設置している。	
<input type="checkbox"/>	設備、備品等一覧表		
		<input type="checkbox"/> サービス種類・事業所名を記入している。 <input type="checkbox"/> チェック欄に「○」、「一」を記入している。	参考様式3
<input type="checkbox"/>	運営規程		

	<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>一文書/カテゴリ検索</p> <p>ー 1. 新規事業者指定</p> <p>ー 各サービス</p> <p>ー <u>3. 申請書類記載例</u></p> <p>・作成例</p> <p>※運営規程について</p> <p><参考></p> <p><u>④. 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。 <input type="checkbox"/> 利用者負担額算出方法の計算式例を記載している。	※料金表（単位数）について <参考> 一文書/カテゴリ検索 一令和6年度介護保険制度改正・報酬改定 一料金早見表（在宅サービスグループ所管分のみ）
<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"/> 申請するサービスに対応した別紙を添付している。	
<input type="checkbox"/> 申請手数料（収入証紙貼付用紙）※郵送による申請の場合			
		<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。 <input type="checkbox"/> 連絡先を記載している。	※電子申請届出システムによる申請の場合は、申請受付後に電子納付のご案内を送付しますが、予め「指定申請の流れについて」の「指定申請等手数料について」により納付額をご確認ください。
		※ 証紙貼付用紙の掲載場所 文書/カテゴリ検索 － 1. 新規事業者指定 https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/lower-3-2.html?topic=2 － 各サービス － 2. 指定申請書類様式	
<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（予定）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"/> 該当する地域区分にチェックをしている。 <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にチェックをしている。 <input type="checkbox"/> 加算を算定しない場合は「なし」にチェックをしている。 <介護職員等処遇改善加算を算定する場合> <input type="checkbox"/> 処遇改善計画書は、かながわ福祉サービス振興会 (https://kourei.kanafuku-sinsei.jp) のシステムから提出している。 <input type="checkbox"/> 届出書及び一覧表は、神奈川県電子申請システム (e-kanagawa) (https://dshinsei.e-kanagawa.lg.jp/140007-u/offer/offerL)	※加算を算定しない場合であっても作成してください。

		ist_detail?tempSeq=70223) から提出している。	
<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 文書/カテゴリ検索 ー 3. 加算届 https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/lower-3-2.html?topic=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全てサービス提供を行うものとし、日数を記載している。 <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。	
確認項目（以下の書類については、必要に応じて提出を依頼することがあります。）			
<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			
		<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。 （※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。）	
<input type="checkbox"/> 建築物等に係る関係法令確認書			
		<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 <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。	
<input type="checkbox"/> 従業者の雇用が確認できる書類の写し			
		<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。 <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。	※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。
<input type="checkbox"/> プログラム			
		<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。 <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。 <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。 <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。 <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。	<参考> P11 <u>④. 申請書類作成にあたっての留意事項</u>
<input type="checkbox"/> 損害保険			
		<input type="checkbox"/> 損害保険に加入しているか。	※利用者にケガをさせたり、物を壊してしまったりした場合など、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

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。こちらを参考の上、申請書類を作成してください。

1 人員基準

（１）管理者

- 同一法人が運営する他のサービス（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>

文書/カテゴリ検索

－ 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、合計で２名以上の有資格者を配置している時間帯において算定が可能。

- 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。（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6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>

文書/カテゴリ検索

- － 令和6年度介護保険制度改正・報酬改定
 - － 料金早見表（在宅サービスグループ所管分のみ）
- － 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。

－ 文書/カテゴリ検索

- － 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(<https://kaigo.rakuraku.or.jp/>)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。

第1号様式（第2条関係）（表）（用紙 日本産業規格A4縦長型）

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

所在地 神奈川県〇〇市〇〇1-2

申請者 名称 株式会社大通介護

代表者職名・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 オオドオリカイゴ					
	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 区 町 村 〇〇1-2					
	連絡先	電話番号	045-000-0000 (内線)		FAX番号	045-000-0000	
	法人等の種類	営利法人					
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ氏名	カナガワ タロウ 神奈川 太郎	生年月日	1970年〇月〇日	
	代表者の住所	(郵便番号 -) 神奈川県 〇〇 市 区 町 村 ××1-201					
法人の吸収合併又は吸収分割における指定（許可）申請時に☑ <input type="checkbox"/>							
指定（許可）を受けようとする事業所・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	共生型サービス申請時に☑	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	<input type="checkbox"/>		指定を受けたい事業に○を付けてください		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	
	居宅療養管理指導					付表5	
	通所介護	<input type="checkbox"/>	○		令和6年9月1日	付表6	
	通所リハビリテーション					付表7	
	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表8	
	短期入所療養介護					付表9	
	特定施設入居者生活介護					付表10	
	福祉用具貸与					付表11	
	特定福祉用具販売					付表12	
	介護老人福祉施設					付表13	
	介護老人保健施設					付表14	
	介護医療院					付表15	
	介護予防訪問入浴介護					付表2	
	介護予防訪問看護					付表3	
	介護予防訪問リハビリテーション					付表4	
	介護予防居宅療養管理指導					付表5	
	介護予防通所リハビリテーション					付表7	
	介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表8	
	介護予防短期入所療養介護					付表9	
	介護予防特定施設入居者生活介護					付表10	
介護予防福祉用具貸与					付表11		
特定介護予防福祉用具販売					付表12		
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)						

* 裏面に記載についての備考があります。

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 旭川市 区 町 村	〇〇町2-2														
連絡先	電話番号	0000-00-0000 (内線)				FAX番号	0000-00-0000										
	Email	kanagawa@〇〇.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			〇〇市〇〇町3-3-3												
	生年月日	平成〇年〇月〇日生															
	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)				生活相談員												
	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															
共生型サービスの該当有無												<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
〇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												90.75	m ²	利用定員 (同時利用)		20	人
サービス提供単位1	〇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								
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務							
	常 勤 (人)		2				2										
	非常勤 (人)				1		1		1								
	〇設備に関する基準の確認に必要な事項																
営業日 (該当に〇)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日								
			〇	〇	〇	〇	〇		〇								
		その他 (年末年始休日等)				12月30日～1月3日											
営業時間		9 : 00 ~ 17 : 00															
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:															
	土曜日	:															
曜日・祝日	日曜日・祝日	:															
	サービス提供時間	9 : 30 ~ 16 : 45															
利用定員		25 人															
サービス提供単位2	〇「1サービス提供単位2」は、2単位以上設定する場合のみ記載してください。																
	従業者の職種・員数		看護職員		介護職員		機能訓練指導員										
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務							
	常 勤 (人)																
	非常勤 (人)																
	〇設備に関する基準の確認に必要な事項																
営業日 (該当に〇)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日								
		その他 (年末年始休日等)															
営業時間		:															
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:															
	土曜日	:															
曜日・祝日	日曜日・祝日	:															
	サービス提供時間	:															
利用定員		人															
サービス提供単位3	〇「1サービス提供単位3」は、3単位以上設定する場合のみ記載してください。																
	従業者の職種・員数		看護職員		介護職員		機能訓練指導員										
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務							
	常 勤 (人)																
	非常勤 (人)																
	〇設備に関する基準の確認に必要な事項																
営業日 (該当に〇)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日								
		その他 (年末年始休日等)															
営業時間		:															
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:															
	土曜日	:															
曜日・祝日	日曜日・祝日	:															
	サービス提供時間	:															
利用定員		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)							
	連絡先		電話番号	(内線)		FAX番号				
		Email								
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 食堂及び機能訓練室の合計 神奈川県の場合、該当しないので記載不要です。 利用) 人 </div>										
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日 (該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他 (年末年始休日等)									
	営業時間		: ~ :							
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :							
		土曜日	: ~ :							
		日曜日・祝日	: ~ :							
サービス提供時間		: ~ :								
利用定員		人								
サービス提供単位2	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日 (該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他 (年末年始休日等)									
	営業時間		: ~ :							
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :							
		土曜日	: ~ :							
		日曜日・祝日	: ~ :							
サービス提供時間		: ~ :								
利用定員		人								
サービス提供単位3	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日 (該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他 (年末年始休日等)									
	営業時間		: ~ :							
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :							
		土曜日	: ~ :							
		日曜日・祝日	: ~ :							
サービス提供時間		: ~ :								
利用定員		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紙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、従業員については、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	従業者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	添付したら☑をいれてください
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	
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 更新申請の除は、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

(参考様式1)

【記載例】

従業員の仕事の体制及び勤務形態一覧表

令和6(2024)年9月

サービス種別()
事業所名()

通所介護
大通デイサービスセンター

(1) 4週
(2) 予定

(3)事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月

当月の日数 30 日

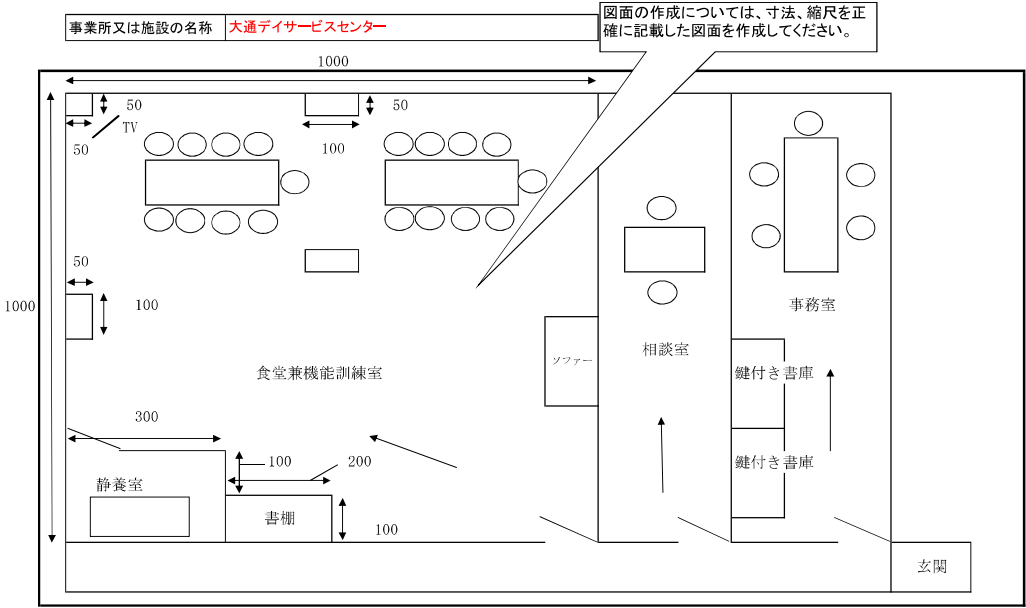
(4) 事業所全体のサービス提供単位数 1 単位
1 単位目

(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間 9:30 ~ 16:30 (計 7 時間)

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9)氏名		(10)																												(11)1～4週目の勤務時間数 合計	(12) 5～8週目の勤務時間数 合計	(13)業務状況 (業務先及び業務する職務の内容)等		
						1週目							2週目							3週目							4週目										5週目	
						日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土				日	月
1	管理者	A	—	厚 勇 太 郎	シフト記号 勤務時間数 （月～日） （月																																	

(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

ア: $1000 \times 1000 = 100\text{m}^2$
イ: $50 \times 50 = 0.25\text{m}^2$
エ: $50 \times 100 \times 2 = 1\text{m}^2$
オ: $200 \times 300 = 6\text{m}^2$
カ: $100 \times 200 = 2\text{m}^2$
ウ: $100 - (0.25 + 1 + 6 + 2)$
= 90.75

90.75 m^2

(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
○	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。

(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	大通りデイサービスセンター
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

職名を記入してください。

不在時の対応についても記入してください。

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。

事業所名称
を記載してください。

大通デイサービスセンター
通所介護 運営規程

(事業の目的)

第1条 株式会社港町介護サービスが開設する日本大通デイサービス（以下、「事業所」という。）が行う通所介護事業（以下、「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員及び機能訓練指導員、看護師、准看護師等の看護職員、介護職員（以下「従事者」という。）が、要介護状態にある高齢者等に対し、適正な指定通所介護事業を提供することを目的とする。

(運営の方針)

第2条 事業の実施に当たっては、要介護者となった場合においても、心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話、機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。また、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。

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（常勤兼務）
管理者は事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行い、また、当該事業所の従業者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、日常生活に必要な支援及び介護を行う。

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、介護報酬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支払

(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、ト 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。

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。

(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。

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。

(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項は次の通りとする。

一 機能訓練室を利用する際には、従業員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 従業員に年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年1回以上開催するとともに、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)

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ダンス」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○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。

大通デイサービスセンター料金表

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）
入浴介助加算（Ⅰ） （1日につき）	40				
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ （1日につき）	56		算定する加算のみ記載してくださ い。		
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－（左記 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
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 1 kmあたり	10円

(別紙2)

【記載例】

		受付番号		届出日を記載してください。		
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>						
神奈川県 知事 殿		令和 6 年 6 月 15 日				
法人の内容を記載してください。(事業所の名称等を記入しないこと)		所在地		神奈川県〇〇市〇〇 1-2		
		名 称		株式会社大通介護		
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	カブシキガイシャオドリカイゴ 株式会社大通介護				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 123 - 1234) 神奈川県 〇〇 群市 〇〇 1-2 (ビルの名称等)				
	連絡先 法人の種類	電話番号	045-000-0000	FAX番号	045-000-0000	
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	神奈川 太郎	
	代表者の住所	(郵便番号 123 - 1234) 神奈川県 〇〇 群市 ×× 1-201				
事業所・施設の状態	フリガナ 事業所・施設の名称	オドリカイゴサービスセンター 大通デイサービスセンター				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 123 - 1234) 神奈川県 〇〇 群市 △町1-2-3				
	連絡先	電話番号	045-000-0000	FAX番号	045-000-0000	
	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 群市				
	連絡先 管理者の氏名	電話番号		FAX番号		
管理者の住所	(郵便番号 123 - 1234) 神奈川県 〇〇 群市 〇〇町1-21マンション101号					
届出を行う事業所・施設の種類	同一所在地において行う事業等の種類	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			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所介護	○		<input checked="" type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和6年9月1日	
	通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護老人福祉施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護老人保健施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護医療院			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 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			
	新規指定の場合は空欄となります。					
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 「法人の種類」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の横の口を■にしてください。

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1-1-2)

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)

介護保険事業所番号を記載してください。
新規の場合は空欄になります。

事業所番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他	施設等								LFE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									
■ 15 通所介護	該当する施設等の区分を チェックしてください。 ■ 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)	職員による減算の状況	□ 1 なし □ 2 看護職員 □ 3 介護職員	□ 1 なし □ 2 あり								□ 1 なし □ 2 あり	
		高齢者虐待防止措置実施の有無	□ 1 減算型 □ 2 基準型										
		業務継続計画策定の有無	□ 1 減算型 □ 2 基準型										
		感染症又は災害の発生を理由とする利用者の減少が一応以上生じている場合の対応	□ 1 なし □ 2 あり										
		時間延長サービス体制	□ 1 対応不可 □ 2 対応可										
		共生型サービスの提供(生活介護事業所)	□ 1 なし □ 2 あり										
		共生型サービスの提供(児童発達支援事業所)	□ 1 なし □ 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)	□ 1 なし □ 2 あり										
		生活相談員配置等加算	□ 1 なし □ 2 あり										
		入浴介助加算	□ 1 なし □ 2 加算Ⅰ □ 3 加算Ⅱ										
		中重度者ケア体制加算	□ 1 なし □ 2 あり										
		生活機能向上連携加算	□ 1 なし □ 3 加算Ⅰ □ 2 加算Ⅱ										
		個別機能訓練加算	□ 1 なし □ 2 加算Ⅰイ □ 3 加算Ⅰロ										
		ADL維持等加算(車出)の有無	□ 1 なし □ 2 あり										
		認知症加算	□ 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										
		栄養アセスメント・栄養改善体制	□ 1 なし □ 2 あり										
		口腔機能向上加算	□ 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 □ 6 加算Ⅰ □ 5 加算Ⅱ □ 7 加算Ⅲ										
		介護職員等処遇改善加算	□ 1 なし □ 8 加算Ⅱ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ □ B 加算Ⅴ(1) □ C 加算Ⅴ(2) □ D 加算Ⅴ(3) □ E 加算Ⅴ(4) □ F 加算Ⅴ(5) □ G 加算Ⅴ(6) □ H 加算Ⅴ(7) □ J 加算Ⅴ(8) □ K 加算Ⅴ(9) □ L 加算Ⅴ(10) □ M 加算Ⅴ(11) □ N 加算Ⅴ(12) □ P 加算Ⅴ(13) □ R 加算Ⅴ(14)										

該当するサービスを
チェックしてください。

該当する施設等の区分を
チェックしてください。

すべての加算(または減算)項目をチェックいただきますよう
お願いします。

【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」としていただきます。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。）