第4条別表　職員人数

管理者(常勤)	機能訓練指導員	生活相談員	介護職員	看護師	調理員	運転手	事務員
1名	1名以上	1名以上	月～金3名以上 土1名以上	1名以上	1名以上	1名以上	1名以上

第7条別表　　料金表

地域区分　2等地　　単価　10.72

■通所介護通常規模　サービス提供時間　7～8時間

区分	要介護度	単位	利用料 A	保険請求額 9割 B: A×単価（1円未満切捨）	利用者負担 1割	保険請求額 8割 C1: B×0.9（1円未満切捨）	利用者負担 2割 B-C1	保険請求額 7割 C2: B×0.8（1円未満切捨）	利用者負担 3割 B-C2	利用者負担 B-C3 C3: B×0.7（1円未満切捨）	
通所型サービス費(独自)											
通所介護Ⅰ51		658	7053	6347	706	5642	1411	4937	2116		1月につき
通所介護Ⅰ52		777	8329	7496	833	6663	1666	5830	2499		1月につき
通所介護Ⅰ53		900	9648	8683	965	7718	1930	6754	2894		1月につき
通所介護Ⅰ54		1023	10966	9869	1097	8772	2194	7676	3290		1月につき
通所介護Ⅰ55		1148	12306	11075	1231	9844	2462	8614	3692		1月につき

■　加　算　等

区分	要介護度	単位	利用料 A	保険請求額 9割 B: A×単価（1円未満切捨）	利用者負担 1割	保険請求額 8割 C1: B×0.9（1円未満切捨）	利用者負担 2割 B-C1	保険請求額 7割 C2: B×0.8（1円未満切捨）	利用者負担 3割 B-C2	利用者負担 B-C3 C3: B×0.7（1円未満切捨）	
通所介護個別機能訓練加算Ⅱ		20	214	192	22	171	43	149	65		1月につき
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ-イ		56	600	540	60	480	120	420	180		1回につき
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ-ロ		76	814	732	82	651	163	569	245		1回につき
通所介護入浴介助加算Ⅰ		40	428	385	43	342	86	299	129		1回につき

通所介護入浴介助加算Ⅱ	55	589	530	59	471	118	412	177	1回につき
通所介護口腔栄養スクリーニング加算	20	214	192	22	171	43	149	65	6月に1回を限度
通所介護科学的介護推進体制加算	40	428	385	43	342	86	299	129	1月につき
通所介護送迎減算	−47	−503	−452	−51	−402	−101	−352	−151	1回につき

令和6年6月～

介護職員処遇改善加算（1月につき）	
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位の8.0%を加算

地域区分 2等地　　単価 10.72

■国基準型指定第一号通所事業

町田市

区分	要介護度	単位	利用料	保険請求額 9割	利用者負担 1割	保険請求額 8割	利用者負担 2割	保険請求額 7割	利用者負担 3割	
		A	B: A×単価（1円未満切捨）	C1: B×0.9 （1円未満切捨） B-C1		C2: B×0.8 （1円未満切捨） B-C2		C3: B×0.7 （1円未満切捨） B-C3		
通所型サービス費（独自）町田市										
週1回程度	事業対象者要支援1	1798	19274	17,346	1928	15419	3855	13491	5783	1月につき
週1回程度	要支援2	1811	19413	17,471	1942	15530	3883	13589	5824	1月につき
週2回程度	事業対象者要支援2	3621	38817	34935	3882	31053	7764	27171	11646	1月につき

※**相模原市**のご利用者の方はお休みされた場合、月単位ではなく回数計算になります。

	入浴の有無	回数単位	請求方法
週1回程度	有	475単位	各単位数×利用回数（利用回数は週の利用予定回数×4回以下）
週1回程度	無	455単位	
週2回程度	有	475単位	
週2回程度	無	455単位	

	週1回程度	週2回程度
要支援1 事業対象者（要支援1相当）	○	×
要支援2 事業対象者（要支援2相当）	○	○

■ 加 算 等（町田市・相模原市

加算項目	単位	利用料	保険請求額 9割	利用者負担 1割	保険請求額 8割	利用者負担 2割	保険請求額 7割	利用者負担 3割	
	A	B: A×単価（1円未満切捨）	C1: B×0.9 （1円未満切捨） B-C1		C2: B×0.8 （1円未満切捨） B-C2		C3: B×0.7 （1円未満切捨） B-C3		
口腔栄養スクリーニング加算	20	214	192	22	171	43	149	65	6月に1回を限度
科学的介護推進体制加算	40	428	385	43	342	86	299	129	1月につき

介護職員処遇改善加算（1月につき）	
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位の8.0%を加算
介護職員等ベースアップ等支援加算（1月につき）	
介護職員等ベースアップ等支援加算	処遇改善加算と一本化になります

第7条【介護保険給付対象外サービスの利用料】

食事代	¥650	テープ式パンツ	¥200	歯ブラシ2本目以降	¥120
おやつ代	¥100	リハビリパンツ	¥150	歯ブラシセット	¥200
		パッド	¥100	キャンセル料	¥2,000
通常の実施地域を超える交通費		通常の実施地域を超えて1KMにつき　　￥100			
その他の日常生活費		利用者の希望による教養娯楽費：実費（行事やクラブ活動による材料費等）			

《料金表作成の注意事項》

◇加算については、各事業所ごとに要件を満たし、算定が可能なものを記載して下さい。
（算定のためには届け出が必要なものがあります。）
◇介護報酬について、以下の告示等を確認のこと。
・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）
・指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（令和4年厚生労働省告示　第127号）
・厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成12年厚生省告示第22号）
・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養　管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項（平成12年老企第36号）
・指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項（平成18年老計第0317001号）
・指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（令和4年厚生労働省告示　第161号）