資料５－５

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（通所サービス）

事業所番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

事業所名	○○○○○	事業所電話番号	○○○○○	記入担当者氏名	○○○○○

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		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	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	1　なし　2　看護職員　3　介護職員	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 （自立訓練事業所）	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	
				入浴介助体制	1　なし　2　あり	
				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　2　あり	
				個別機能訓練体制Ⅰ	1　なし　2　あり	
				個別機能訓練体制Ⅱ	1　なし　2　あり	
				ADL維持等加算〔申出〕の有無	1　なし　2　あり	
				ADL維持等加算	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	
				栄養改善体制	1　なし　2　あり	
				口腔機能向上体制	1　なし　2　あり	
				サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ	
				介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

※　実施するサービスに関して○を付け，全ての項目に対し該当する番号に○を付けてください。（変更の場合においても，変更のない項目を含め全て記載してください。）