

チェック表52

生活機能向上連携加算 チェック表

事業所番号 08

事業所名

<p>(1) 以下の外部の事業所又は医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下「外部の理学療法士等」という。）が、事業所又は施設を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等と共同してアセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っているか。 ※連携している外部の事業所に○をつけ、名称を()内に記載すること。 ※連携している事業所との委託契約書の写しを添付すること。</p>	<p>① 訪問リハビリテーション事業所(事業所名:) ② 通所リハビリテーション事業所(事業所名:) ③ 診療報酬における疾患別リハビリテーションの届出を行っている病院、診療所、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院(病院にあつては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。) (事業所名:)</p>	<p>はい・いいえ</p>
<p>(2) 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状態に応じた機能訓練を適切に提供しているか。</p>		<p>はい・いいえ</p>
<p>(3) 個別機能訓練計画の進捗状況等について、3月ごとに1回以上、外部の理学療法士等が事業所又は施設を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価しているか。</p>		<p>はい・いいえ</p>
<p>(4) 上記(3)の評価の上で、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容(評価を含む。)や進捗状況等を説明するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っているか。</p>		<p>はい・いいえ</p>