

リハビリテーション加算に係る添付書類

事業所番号	
事業所の名称	
障害福祉サービスの種類	

次のいずれかに○を付けてください。

〔 体制要件 〕	
1 医師, 理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士その他の職種の者が共同して, 利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成している。	有 ・ 無
2 利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士, 作業療法士若しくは言語聴覚士が指定障害福祉サービス等の提供を行っているとともに, 利用者の状況を定期的に記録している。	有 ・ 無
3 利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し, 必要に応じて当該計画を見直ししている。	有 ・ 無
4 指定障害者支援施設等に入所する利用者について, リハビリテーションを行う医師, 理学療法士, 作業療法士又は言語聴覚士が, 看護師, 生活支援員その他の職種の者に対し, リハビリテーションの観点から, 日常生活上の留意点, 介護の工夫等の情報を伝達している。	有 ・ 無
5 上記に掲げる利用者以外の利用者について, 当該事業所の従業者が, 必要に応じ, 指定特定相談支援事業者を通じて, 指定居宅介護サービスその他の指定障害福祉サービス事業に係る従業者に対し, リハビリテーションの観点から, 日常生活上の留意点, 介護の工夫等の情報を伝達している。	有 ・ 無